

週刊 日本医事新報

JAPAN MEDICAL JOURNAL

No. 4654
2013/7/6

特集

医療の国際化新時代を考える 政府の描く“ニッポン医療”の国際展開は実を結ぶか

- 【Interview】
山本修三 ● MEJ 理事長
「海外で求められる日本の医療をパッケージで提供する」
横倉義武 ● 日医会長
「相手国の国民に身近な医療基盤整備戦略の展開を」
- ロシアに画像診断センターを設立した北斗病院の試み
- メディカル・エクセレンス・ジャパン (MEJ) の役割とは



プライマリケア・マスターコース

- メンタルヘルス不調者の職場復帰—安定就業をめぐる仕事力の回復を要する場合
- Dr. 徳田のフィジカル診断講座—胸水と気胸

学術

- 播種性血管内凝固の病態と治療
- 治療抵抗性高血圧に対する新しい治療—腎交感神経アブレーションの可能性
- 【J-CLEAR通信³³ 特別編】
鼎談 日本の臨床試験の在り方を考える
菊池健次郎 × 植田真一郎 × 桑島 巖
- 【グラフ】色素性痒疹—ダイエットで誘発される皮膚疾患

質疑応答

- 高血圧患者の入院中の血圧降下と退院後再上昇
- 引きこもりの偏食女性の貧血
- サイトカインストームの原因・病態
- 妊娠後期のアセトアミノフェン投与の判断
- 向精神薬の長期継続服用と免許取得不可の判断
- 聴覚野の横側頭回の構造と機能
- 患者紹介の紹介料
- 選挙立候補資格と費用



尼崎発

長尾和宏の

町医者で行こう!!

連載
第28回

“平穏死”を望まれた時にまず 何をすべきか—シリーズ「平穏死」②

石飛幸三先生や私の書籍がきっかけになり、市民の「平穏死」への関心が急速に高まっている。医療機関に患者やご家族が「平穏死」の本を持って来られたり、「平穏死を望む」と言われることが増えていると聞く。今回は“平穏死”を望まれたときにまず何をすべきかについて解説したい。

リビングウィルの有無と啓発

リビングウィル(LW)の日本語訳はいまだ定まっていない。「生者の意思」や「生前の遺言書」などと言われることが多い。私自身は、最近「いのちの遺言」と訳して講演している。

LWとは、自分が“不治かつ末期”の状態になった時に「延命治療をご遠慮申し上げたい」などという旨で発する、文書による意思表示のことだ。遺書は死んでから効力を発するのに対し、LWは死ぬまでの延命処置に関する要望書。ただし遺書は法的に効力が認められているが、LWは日本においてはまだ法的担保がなされていない。尊厳死法制化を考える議員連盟などを中心に、8年間まさにこの議論をしている。

さてLWと平穏死は深い関係にある。平穏死とは延命治療を行わないで自然に任せる死と定義される。すなわちこれは「延命治療の不開始」による死を指す。つまり、平穏死を望まれた時に医療者が一番にすべきことはLWの有無の確認と啓発であろう。

日本尊厳死協会では12万5000人の国民のLWを管理している。会員はLWカードを常に携帯して、医療機関を受診する際にカードのコピーをカルテに挟んでもらう。最近、尊厳死協会と同様の趣旨で、LWを啓発あるいは管理するNPO等が増加している。入院・入所時に「事前指示書」として意思確認を行う病院や施設も増えている。

法的担保がされていないとはいえ、例えば患者の家族が平穏死を望まれた時には、LWの有無は大きなポイントとなるだろう。家族と医療者との話し合いにおいても、本人の意思が最も尊重されるべきだ。

昨年、日本老年医学会から終末期のガイドラインが出たが、あくまで倫理的指針である。ガイドラインの具体的運用とLWの法的担保の議論を深めることが急務であろう。

LWを核としたACP

平穏死は、病院であろうが在宅であろうが、家族との十分な話し合いと密接な地域医療連携においてのみ可能となる。病院では「チーム医療」の中で、在宅では「多職種連携」の中で、平穏死の話し合いが持たれるべきである。具体的には、LWや事前指示書があればそれを基に、なければならないで、その時点の患者本人や家族の終末期のイメージ、希望を聞くことになる。元気なうちから患者、家族、医療者や介護者らが一緒になって、終末期に

について何度も話し合うべきだ。これをアドバンス・ケア・プランニング (ACP) という。このACPというプロセスこそが重要である。そしてACPの核になるのがLWである。今後、地域包括ケアの中でACPを行うことが大きなテーマとなるはずだ。

家族の介護力と死生観

超高齢・多死社会は、家族の時代とも言える。家族が患者の終末期にどう影響を及ぼすが正面切って問われる時代となってきた。というのも日本は、LWよりも家族の決定が上位にある国だからだ。この状況は欧米では到底考えられない。しかし日本に限らずアジアの儒教文化圏では、家族の力は大きい。

私事で恐縮だが、この夏に「家族」をキーワードとした書籍が4冊、世に出る予定だ。ここでいう家族には2つの意味がある。

1つは「家族の介護力」だ。就労している家族の場合、どの程度の介護力が期待できるか、介護休暇が取得できるかなどの情報を、医療ソーシャルワーカーを通じて収集する必要がある。ただし、独居の看取りはかなり難易度が高いことを忘れてはならない。介護力は在宅療養の決定因子ではなく、本人の意思を優先させることで在宅療養は十分可能であることを、病院医療者は知っておくべきだ。

もう1つは、大切な人の終末期に関する家族のイメージや死生観。家族の死生観が本人の平穏死の希望を支持しているかの確認が、大切な作業である。終末期と判断されたら、できるだけ早くご家族と顔を合わせ、よく話し合い、在宅療養か病院(施設)療養かを決める作業に入るべきだ。

ただ前回述べたように、在宅のほうが圧倒的に平穏死が叶うのが現状である。「終末期といっても、病院で延命治療をしないことはあり得ない」と病院のトップはほぼ全員、口を揃えている。病院や施設の先生方は、所属

する施設の終末期医療への考えや取り組みについて、時間をかけて説明すべきだろう。

家族との関係性の中における「平穏死」

現実には、本人のLWと家族の希望が相反する場合がよくある。本人は「自然に逝かせてくれ」と言っているのに、遠くに住む長男が「自分は親不孝ばかりしてきた。だからせめて最期くらいは最高の医療を受けさせて親孝行したい」と希望するような場合だ。子どもが親の年金をもらうために胃ろうを強く希望するような場合も時々ある。

一方、2000年に介護保険と同時に始まった成年後見制度において、後見人が請け負う業務の中にLWの後見は含まれていない。認知症時代を前に、LWも後見内容に含まれるように法律(民法)の改正が急がれる。そしてLWの法的担保は、後見内容の改定とセットで議論されるべきであると考えている。

いずれにせよ現時点では、家族の意思を無視しての平穏死はあり得ない。日本尊厳死協会は2012年に亡くなった会員の遺族を対象にアンケート調査を行っているが、845人(回収率70.4%)のうち18人が、実際には「LWが活かされなかった」と回答している。「法的担保がない」「主治医に理解されなかった」などが主な理由であった。LWがあり、その意思を確認されていても、なお2%の人が平穏死できていないのが現実である。

そのような中、家族を巻き込んだACPを地域で実践することが望まれる。比較的元気な時から、病状説明と合わせてACPを実践すべきである。病院や医師会が主催する市民フォーラムなどで、地域の実情に応じたLWや平穏死の啓発を、積極的に行うべきである。

なお かずひろ：1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に「平穏死」という親孝行(泰文堂)など。