

[特集]「看取り社会」のなかで

# 開業医の死生観は どうあるべきか



在宅での看取りが重要なテーマになっている。高齢化が進行する日本は、いわば「看取り社会」に突入したといえよう。しかし、終末期医療のあり方に関する議論が尽くされておらず、在宅での平穏な看取りは進んでいないのが現状だ。その背景には、国民はもとより、医療関係者や介護従事者の死生観が欠如しているという指摘もある。死生観がなければ病気と老衰の区別ができず、国が掲げる「キュアからケアへ」の移行も進まない。本特集では、「看取り社会」のなかで、在宅医療を担う開業医の死生観はどうあるべきか。また、患者や家族の思いをいかに共有し、満足できる終末期をつくりだすべきか、諸外国の事情も含めながら考える。

# 法律や倫理観などを学び 「死＝敗北」の意識を変える



昨年2月の中央社会保険医療協議会資料で、一人でも在宅での看取りをした経験をもつ在宅療養支援診療所は5833施設と、全体の半数にも達していない現状が報告された。在宅医が看取りを敬遠する理由はどこにあるのか。Part 1では、法律や医師の倫理観、「死」そのものに対する考え方から、その理由を探る。

## Interview 1

開業医の視点から

長尾和宏

医療法人社団裕和会理事長

長尾クリニック院長

### 患者が望む「平穏な死」を迎えるために 医師は真正面から「死」と向き合うべき

#### 医師法20条は

#### 在宅看取りの追い風

勤務医から在宅医療の道に進まれた長尾先生の「死」に対する考え方は、どのように変わってきたのでしょうか。

**長尾** ●私は11年間、勤務医を務めた後、在宅医療をしたいと考え開業しました。これまで勤務医時代に1000以上、在宅医療で500以上の死亡診断書を書いてきましたが、勤務医時代と現在では、書く内容はもとより、私自身の死生観が大きく変化しています。

勤務医時代は「死＝敗北」に対し、現在は「死＝旅立ち」。家族の表情、病院での最期は悲しみ一色だったものが、在宅では「悲しみの中に、かすかな微笑み」を見せるというように違いがあります。「満足死」という言葉があります

が、まさに患者さん本人にも家族にもぴったりの言葉だと思いません。

書籍やマスコミで一般的な言葉となった「平穏死」「自然死」「尊厳死」は、在宅医療の世界ではまさに、「日常」そのもの。しかし病院では「なかなか自然に死なせてもらえない」というのが現実です。それどころか、本来自然な最期を看取るはずの施設でさえも「最期は必ず病院搬送。施設で看取るなんてとんでもない」という認識のところが少なくありません。

なぜ、看取りを敬遠する傾向があるのでしょうか。

**長尾** ●端的に言えば、医師が法律を誤解していることがあります。具体的には医師法20条と21条です。

医師法20条は、1949年に制定された古い法律です(図1)。そ

図1 看取り時の法的問題

#### 医師法・第二十条(昭和24年)

医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後二十四時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。



#### ながお・かずひろ

1984年、東京医科大学卒業。大阪大学第二内科等を経て、95年に長尾クリニック開業。医学博士。日本消化器内視鏡学会専門医・指導医。日本ホスピス・在宅ケア研究会理事、日本慢性期医療協会理事、日本尊厳死協会常任理事。

のなかに「…ただし、24時間以内に死亡した場合(中略)この限りではない」という文言があります。「24時間ルール」と呼ばれているのですが、この内容を、多くの医師は、「24時間以内に診ていない患者さんが死亡した場合は、自分は死亡診断書を書けない。だから警察に届けなければならぬ」と勝手に誤解している場合がかなり多く見受けられます。

在宅で看取るといつても、実際には家族や介護者が看取ることが大半。呼吸停止から医師の到着まで2〜3時間、いや、私の500例の経験では数時間空くことすらあります。その場合、死亡診断書に記入する死亡時刻は、家族が心臓停止を申告した時間でも、医師が死亡確認をした時間でもどちらでもいいのです。

このように医師法20条は、おおよかな看取りを保障してくれており、在宅医にとって大変ありがたい法律なのです。おそらく無医村や離島も想定して定められた法律なのでしょう。在宅看取りに大きな追い風になっていると密かに感謝しています。

21条はどういったところに問

題点がありますか。

長尾 ●医師法21条は、「医師は死体または妊娠4カ月以上の死産児を検案して異状があると認めたときは24時間以内に所轄警察署に届けなければならぬ」という法律で、以前は、「医師法21条で警察署に届けるのは犯罪分野だけ」という解釈でした。しかし1994年に日本法医学会が作成した「異状死ガイドライン」において、警察に届ける異状死に、「診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いのあるもの」を含めると明記されたのです。

その結果「医療過誤による死亡は、警察に届けなければならない」という認識が変わり、「病院内での死亡に関して、因果関係が明らかでないものは、すべて警察に届ける」という風潮が広がりました。そこに、射水市民病院事件や東海大学事件が発生したため、医師法21条の誤った拡大解釈に至ったのです。

私は終末期の延命治療議論にも、この医師法21条の潜在的恐怖が大きいかかわっていると思っています。すなわち、「延命治療を施さずに亡くなった場合、取り得

るべき処置を怠ったという罪で訴追されるのではないか」という不安から、延命措置が安易に講じられるようになったと考えるのです。

先述の医師法20条の誤解と、医師法21条の潜在的恐怖が組み合わさって、病院医療者の死生観を歪め、病院での看取りを困難にしていると思います。

### 延命至上主義は超高齢化社会になじまない

——先ほど先生は、「死Ⅱ敗北」とおっしゃいました。そうした考えを医師の多くが持っていると思いますが、延命することが大切という考えそのものが問題ということなのでしょうか。

長尾 ●おっしゃるとおりです。100歳の末期がんであっても人工呼吸器をつけて延命治療を施すことが、医師の使命であると信じて疑わない医師が少なからずおられます。そうした医師から、私のような医師は、「在宅医Ⅱインチキ医療」「手抜き医療」と見られるかもしれません。

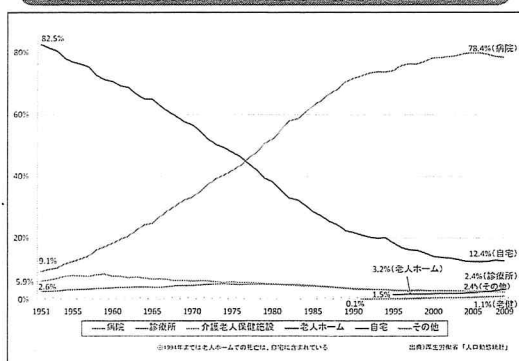
延命至上主義が支持される背景には、マスコミが演出する医療信

仰、不孝・不死願望や名医幻想が、一般生活者に根強くあるからだと思います。「病院にいけば必ず治る」という考えが「治らずに死んだら、病院(医者)のせいだ」につながるため、医師が怖くなるのだと思います。

さらに、いわゆる「年金問題」が、延命治療に拍車をかけています。老衰や認知症終末期で植物状態になっても、胃瘻という延命措置で1〜2年程度の延命が可能と言われています。親が生きている限り年金が支給されることが、フルコースの延命措置を望む家族を増やしている現実があります。

これらの理由が、病院死が8割を超えていることにつながっている

図2 死亡場所の推移



# 開業医の死生観は どうあるべきか

るとも思います(図2)。

——延命至上主義はこれからも支持されるのでしょうか。

**長尾** ●そうとは思いません。超高齢社会を迎えたところで、ようやく延命治療が、哲学的、生命倫理的な側面から論じられるようになってきているからです。今後は、医療経済学的な観点からも、議論が深められれば、キュアからケアへのパラダイムシフトが加速するものと思います。

そうなれば、延命至上主義が超高齢社会に馴染まないのは、もはや論を待たないと思います。日本尊厳死協会では、「患者本人の意向を無視した延命措置は、基本的人権の侵害である」と考え、会員12万人による「リビングウィル」(生前の意志)の法制化を求める活動を続けています。

「余計な延命治療をしない」ことが、病院という「場」においては一番難しいと言われて久しいのですが、私も勤務医時代に、全く食べられなくなった咽頭がんの末期患者さんが、輸液等の一切の医療処置を拒否したものの、2カ月後に穏やかに旅立ったことを経験しました。これが、「平穏死」の第1号で

した。

——医師が「死」というものを正面から学ぶ機会が来ていると考えてもいいかもしれませんね。

**長尾** ●そのとおりです。死生観や臨床死生学に関する教育は、残念ながら医学教育や医師の生涯教育の中で全くと言っていいほど反映されていません。医師の死生観の成熟には、日本医学会や日本医師会のリーダーシップのもと、生病死に寄り添う価値観を共有し、生涯教育にも取り入れ、一般生活者にも積極的に啓発すべきだと思います。

## 「看取り」病院搬送」の認識を早急に変えるべき

——在宅ホスピスの基本的な考え方を教えてください。

**長尾** ●在宅ホスピスの基本的な考え方は、不治かつ末期と判断したら自然に任せるというもので、例えば高カロリー輸液などの延命処置はしないと決めたことが挙げられます。余計な延命処置をしないことで、胃がんや大腸がんによるがん性腹膜炎であつても、最期まで少しではあるが食べられることがあります。また、寝込むのも2

(3日程度が多く、亡くなる数時間前まで食べていたり、自分でトイレに行く患者さんさえいます。「余計なことをしない」と言いま

したが、緩和医療だけはしっかり行う必要があります。緩和医療は病気の種類や療養の場所を問わない広い概念です。すなわち、「平穏死」とは常に「緩和医療」と両輪なのです。

そうは言っても在宅現場では、看取り寸前のところで、ヘルパーやケアマネジャーが勝手に救急車を呼ぶというケースが散見されています。「看取り」病院搬送」だと思っている介護者が実に多いためです。在宅看取りとは「医療・介護の連携とは、生病死に寄り添う」という価値観の共有の先にある結果であり、前述した医師法20条の正しい周知は、介護者や家族にも必須です。多くの一般市民も「在宅死」警察沙汰」だと思っている現実、医師自身もつと目を向けるべきだと思います。

——施設での看取りを拒否する事例が多いとありました。なぜなのでしょう。

**長尾** ●老健や特養などの介護施設は元来、医療が薄い場だからです。

施設介護者の多くは看取りの法律を知らないので「死」を怖がります。

一方、第3の場と呼ばれる高専賃やグループホームでの看取り(図3)は、医療が外付けなので在宅医による看取りの啓発が必須です。

私は、まだ一度も看取りを経験していない施設を回って「看取り研修」を行っています。大病院からも同様の講演を依頼されることがありますが、在宅でも看取りの現状について話すといつも驚かれます。多くの病院勤務医が在宅看取りの現実、すなわち在宅では「平穏死」が普通であることを知らないのです。なので、新臨床研修医制度の研修医と深夜まで在宅看取りに同行させ教育しています。

図3 今後の看取りの場所

