



# プライマリ・ケアにおける 末期医療を考える

副会長 赤倉昌巳

## 1. はじめに

最近の生命科学の成果は、目覚ましいものがある。特に医療の分野への応用が期待されている反面、延命至上主義の医療への反省が見られつつあることも事実である。

また、超高齢化を迎えた現在、過剰な延命措置によって生き存えることは、本人はもとより、家族、さらには社会にとっても幸せなことと言い切ることはいできない。

われわれ医師は、医学・医療の本来の目的である生命の探求は当然のことであるが、生命の尊厳という概念も真摯に受け止める必要がある。

本年9月、フィンランドのヘルシンキ市で開催された2003年世界医師会総会で「アドバンス・ディレクティブ<sup>注)</sup>に関する宣言」など、生命倫理に関する決議が採択された。その中で、正式に作成された患者の「生前の意志」は、十分に尊重されるべきである、と声明している。

一方、平成12年にスタートした介護保険制度は3年半を経過し、介護サービスは順調に伸びており、特に居宅サービスの増加が著しい。

今後、プライマリ・ケアに従事する医師は患者の意志を尊重し、同時に社会的秩序を遵守しながら医の倫理に立脚した医療を地域に供給するためには、末期医療に対する正しい心構えが必要となってくる。

注) 事前指定書といわれ、自らの希望をあらかじめ書面で知らせておく方法でリビング・ウィルも、この形式のひとつである。

## 2. 末期医療に関する国民意識

介護保険の要介護認定者は確実に増えており、

スタート当初より約60%の増加を示している。また、サービス別受給者数の推移では、施設サービスが約2割の増加であるのに対し、居宅サービスは2倍もの増加を示しており、まさに施設から居宅への傾向が顕著になっている。このような状況の中で、自宅での末期医療を希望する患者が確実に増加している。

平成2年に老人における緩和ケア入院料が設定されて以降、緩和ケア病棟（いわゆるホスピス）は急速に増加した。さらに、平成6年には健保法の改正により、一般の在宅療養患者にまで対象が拡大されて、訪問診察や訪問看護が受けられるようになった。その結果、末期がん患者の療養場所が一般病棟から緩和ケア病棟、さらには在宅療養と選択肢が拡大されたことも事実である。しかし、実際問題として、これらの中から在宅での末期医療を選択するという理想の形にはほど遠いというのが実状である。

平成10年に厚生省が行った末期医療に関する意識調査によれば、国民が自分自身の問題として、「痛みを伴う末期状態になった場合どこで療養生活を送りたいか」という質問に対する回答として、「自宅で療養し、必要になれば緩和ケア病棟や今まで通った病院に入院したい」が約49%、「緩和ケア病棟や今まで通った病院に入院したい」が約33%、「自宅で最後まで療養したい」が約9%、「特別養護老人ホームに入所したい」が約1%となっている。つまり、この結果からも、約半数以上の国民が何らかの形で在宅における末期医療を希望していることは確かである。

しかし、在宅医療における緩和医療、特に尊厳死については、かかりつけ医としてかなり慎重な配慮が必要である。たとえ本人が希望したとして

も、家族をはじめ近親者が見るにみかねて延命措置を行って欲しいという事例は、しばしば遭遇するところである。その際、緩和医療や尊厳死に関する明確な基準はなく、医師はどのように決断するのかは、難しい問題が山積している。

現在、わが国では、1年間で約30万人ががんで亡くなるが、そのうちの約6%、つまり約2万人が在宅で亡くなっている。前述の末期医療に関する意識調査において、がんの告知については、「治癒不能の病にかかったとき、療養期間、余命について直接知りたい」と答えた一般個人は約73%に及んでいる。これに対し、「本人に病状告知を行う」と答えた医師はわずか3.4%に過ぎない。また、「本人の状況を見て判断する」が36%、「家族に説明する」が59%と医師が回答しており、緩和医療の取り組みが、いかに難しいかを物語っている。まして、たとえ本人が希望したとしても、在宅で末期医療を選択することの難しさが容易に理解できよう。

### 3. 自己決定権の尊重

そこで、在宅における末期医療は、成立するための条件を満たすことが必要である。まず本人が家で療養したいという強い希望が必要であることは、いうまでもない。次に、考えられる必要な条件として、①患者本人と同時に、家族も希望すること、②必ず看取る家族、できれば複数いること、③患者本人が末期であることを認識していること、④病状が比較的安定していること、⑤緊急時の入院先が存在すること、⑥主治医や決められた訪問看護ステーションが比較的近いこと、などが挙げられる。

特に緩和医療で、最も必要なことはリビング・ウィルなどアドバンス・ディレクティブの記載である。複数の家族の考え方が、微妙に異なるケースも多く見られ、本人はもとより、代表する家族などの書面による意思表示が必要となる。わが国では緩和医療、尊厳死、安楽死などの一般的なコンセンサスが確立していないことから、後に主治医が紛争に巻き込まれないようにする方策でもある。それでも、わが国ではアドバンス・ディレクティブ（リビング・ウィル）の法的効力が確立さ

れておらず、さらに、でき得限りの細心な配慮が必要である。

### 4. 安楽死と尊厳死の定義づけ

ここで、安楽死と尊厳死、さらには緩和医療との相違を明確にしておく必要がある。

安楽死とは、意識があり堪え難い苦痛にさいなまれている死期の迫った末期患者に対して、死をもたらすことにより、その苦痛から逃れさせようとするものである。その中でも、苦しむ患者を見るにみかねて、その生命を絶つというのが、積極的安楽死である。この場合、わが国では、携わった医師に対しては殺人罪、医師に依頼した近親者には殺人の教唆として罪に問われることになる。また、間接的安楽死とは、不治の病の終末期において患者の痛みを和らげる目的で麻薬などの鎮痛剤を投与し、その結果、患者の生命が短縮されることになることもやむ得ないという場合であり、緩和医療はこれにあたる。

また、末期状態にあって延命措置を行っても、むしろ苦痛を引き伸ばすことになるために、患者本人が、その治療を拒否するならば、それ以上の延命措置を行わないで自然の死を待つという場合は消極的安楽死であり、尊厳死がこれに属する。ただしこの場合、患者の依頼に応じて医師が致死量の薬剤を投与すると、自殺幫助による安楽死となり、医師は自殺関与罪に問われることになる。

わが国において安楽死は、法的に認められない場合が多く、尊厳死は本人の願望に基づいて延命措置を中止して自然の死をもたらすという意味から容認されることになるが、これにも法的限界がある。

### 5. 在宅における尊厳死の取り扱い

最近、過剰な延命措置を拒否し、尊厳のうちに死ぬ権利があるということが、広く論じられるようになったが、尊厳死は、未だ法と生命倫理の観点からも認められない部分も多い。

それには、定められた書式で作成されたアドバンス・ディレクティブ（リビング・ウィル）が必要であり、本人がそのような願望を持っていたという証明になり、後で法的紛争が生じることを回

避する効果は一応認められている。アドバンス・ディレクティブ（リビング・ウィル）は、医師や家族の立ち会いのもとに記載され、いつでも容易に取り消すことができること、有効期間を設けて何度も繰り返して確認する必要がある。

ところが、災害や事故、あるいは脳血管障害などによる意識不明で意思表示のないまま末期状態に陥った場合については、困った問題が発生する可能性があり、慎重な取り扱いが望まれるところである。その際、近親者などの申し出によって延命措置を中止できるか否かであるが、本人の意向とはかけ離れた方向に進む危険性があり、これについては慎重な取り扱いが必要となる。

また、生命維持措置の定義も明確でなく、機械的人工呼吸、腎透析、化学療法、抗生剤および人工的な栄養・水分の補給が含まれるが、これだけに限定されたものでもない。これらの治療の種類には中止や差し控えの論理的区別はなく、賛否両論もあって未だ結論が出ていない。わが国では、栄養・水分の補給、腎透析、ペースメーカーなど中止については、慎重論者の方が多いように思われる。

## 6. おわりに

以上、プライマリ・ケアにおける在宅での緩和医療の現状と課題を提起した。

しかし、末期医療の定義は、未だ確立されておらず、特に傷病名、疾病・傷害の状態および死に至るまでの期間などについてはまったく不明確で

あり、今後、検討の必要などところである。

最近、介護保険の施行に相まって、本人あるいは家族が在宅での緩和医療を希望するケースも見られるようになったが、慎重に配慮しながら取り組むことが必要である。特に、本人および家族の意思表示については、患者と医師双方の暗黙の了解とはせず、文書化しておくことが望ましい。

しかし、基本的にはアドバンス・ディレクティブ（リビング・ウィル）を尊重すべきであるが、ただし、本人の延命措置の中止への明確な意志が再度確認されない場合には、原則として行うべきではない。

アドバンス・ディレクティブ（リビング・ウィル）のないもの、また、記載より3年以上経過しているもの、その他特別な事情があると判断した場合については、複数の医師などによって組織された倫理委員会などに諮って決定すべきである。

今後、ますます在宅での末期がん患者などの療養が増えることが予想されるところである。在宅における末期医療の対策として、個々の医師のみによる取り組みには限界があり、行政や地域医師会が参画したネットワークづくりが必要となってくる。

### 参考文献

- 1) 日本医師会雑誌第129巻・第11号 ターミナルケア—現状と課題—
- 2) 生命と医療の倫理学 伊藤道哉著 丸善株式会社
- 3) 生命倫理 I グレゴリー・E・ペンス著 みすず書房

### お知らせ

## 北海道医報ファイルの送付について

北海道医師会広報部では、北海道医報を整理・保存するためのファイルを作成しております。ご希望の向きは下記までご連絡下さい。無償にてお送りいたします。

記

申込先：北海道医師会事業第二課

☎060-8627 札幌市中央区大通西6丁目

TEL(011)231-1725 FAX(011)252-3233

## 平成15年秋の叙勲受章者

先般、平成15年秋の叙勲が発表され、当会会員で以下の方々が叙勲の栄誉に浴されました。ここに受章者のご功績をたたえ、謹んでご芳名を掲載させていただきます（敬称略）。

受章者各位には、心からお祝いを申し上げます。

### ◇瑞宝中綬章

松宮 英視（北海道大学名誉教授、元北海道大学附属病院病院長、教育研究功勞）

### ◇旭日双光章

沼崎 修（元重症心身障害児（者）施設「北海道療育園」園長、元旭川市教育委員長、社会福祉功勞・地方教育行政功勞）

原田 一民（元旭川市医師会会長、保健衛生功勞）

### ◇瑞宝双光章

鎌田 幸雄（北海道警察嘱託医、門別町・鎌田病院病院長、警察協力功勞）

森本 欣吉（足寄町・森本内科小児科医院院長、へき地保健衛生功勞）