

統的鎮静率を巡る議論

・平穏死)の啓発

医学博士 長尾 和宏

世間の関心は安楽死

世界的に安楽死に関する議論が盛んになっている。日本においても有名人が統々と安楽死を希望して多くの市民がそれを支持している。医療が発達するにつれて様々な延命治療が可能になるが、延命と尊厳が天秤にかけて議論される時代となつた。尊厳死は自然死・平穏死とほぼ同義である。私なりに一言で言えば「枯れる最期」だ。一方、安楽死はまだかなりの余命がある状態で医師が医療行為で人工的に寿命を縮める行為である。致死薬を飲む場合は、医師が介助する自殺(PAS)とも呼ばれる。自殺が禁じられるようになった形の最期を容認している。

一方、日本においては安楽死は許されておらず医師は殺人罪に問われる。尊厳死と安楽死は本来区別して議論されるべき概念だが、本人の意思があることが大前提、土台である。日本においては安楽死議論どころか、尊厳死議論がこの数年停止している。それどころか「患者が本人の意思を明示すると医師の訴訟リスク

が増す」というのが内閣府の見解である。ちなみに本人が意志表示する行為を良しとしない国家は世界中で日本だけである。

病院と在宅における 鎮静率の差

在宅死が徐々に増えているがその多くは尊厳死・平穏死である。私は1000人以上の在宅看取りを行つてきたが、ほぼ全員が管の無い穏やかな最期、尊厳死・平穏死であつた。事実上、延命治療の不開始ないし中止による尊厳死は社会的には容認されているのであろう。一方、多くの病院やホスピスでは終末期の深い持続的鎮静を行うところが増えてゐる。鎮静とは麻酔薬で意識を無くする医療行為である。モルヒネに代表される医療用麻薬や鎮痛補助薬などを用いても緩和されない痛みがある時に深い持続的鎮静が提案される。現在、末期がんの患者さんに深い持続的鎮静を行う病院やホスピスは稀ではない。半数以上というところもある。一方、在宅医療の現場における鎮静率は、0ないしせいぜい数%程度である在宅医が多い。すな

が増す」というのが内閣府の見解である。ちなみに本人が意志表示する行為を良しとしない国家は世界中で日本だけである。

私は多くの病院で最期まで続いている1日1~2リットルの点滴が苦痛を増していることを啓発してきた。さらにがんの増殖機転に関する最近の基礎的研究において、ブドウ糖や酸素の投与ががん細胞の増殖に好都合であることが判明している。ブドウ糖と酸素投与によりがん細胞を増大させた上に過剰な水分を点滴すると、心不全や肺水腫を引き起こし、痰や咳で苦しむがん性疼痛も増す。胸水・腹水でも苦しむしがん性腹膜炎による腸閉塞は最期まで解除しないので食べられない。一方、尊厳死・平穏死の特徴は、最期まで意識があるので会話をしたり何かしら食べられることだ。

小林麻央さんが34歳の若さでがんのためこの世を去つてはや1年が経過した。彼女は子供たちのために在宅医療を選択しブログに亡くなる前日まで食べたものを公表した。そして夫が記者会見したように最期まで「愛してる」と話せた。麻央さんはのように末期がんであつても尊



終末期の深い持 枯れる最期(尊厳死)

死・平穀死ならば最期まで話したり何かしら口に入れることができることは意外に知られていない。ちなみに筆者はそのような最期しか見取っていない。

LWがあると

鎮静需要は低下

終末期の深い持続的鎮静により寿命が縮まるのではないか、という素朴な疑問がある。我が国の専門家は「そんなことは無い」と回答する。「それは安樂死ではないのか」と問われる可能性があるのでそう答えざるを得ないのか。一方、欧米では「多少縮まつてもそれがどうしたの?」と特に問題視されない。ホスピスなどではまだ月単位の余命があり緩

死・平穀死の思想が病院の医療者においてまだ充分に理解されていないから。二つ目は、月単位の余命がある時点での深い持続的鎮静は我が国では許されていない安樂死の代用という側面も多少はあるのではないか。

LWとは終末期以降に過剰な医療を控え、自然な経過に任せるとともにに充分な緩和医療を受けるという意思表示である。緩和医療の中には医学的・倫理的・精神的・社会的・経済的などの要素が含まれる。日本尊厳死協会の調査ではLW保有者の約95%が穏やかな最期を迎えていた。たとえ法的担保がなくてもLWを表明する意義は

和医療の余地が充分あるのに、深い持続的鎮静を希望する人がいる。

鎮静も含まれる。日本尊厳死協会はその意思を文書で残すことと家族の同意を得る事前指示書という形

で啓発を行ってきた。現在、我が国におけるLWの保有率は国民の2~3%と推定されている。欧米各国はLW法的担保を終えているが、アジアでも台湾は2000年に、韓国は2016年に法的担保を終えた。日本においてはLWの法的担保の議論はこの数年事実上停止している。

長尾和宏 (ながお かずひろ)

医療法人社団裕和会理事長、
長尾クリニック院長

1984年 東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局
1991年 医学博士(大阪大学)授与
1995年 兵庫県尼崎市で長尾クリニックを開業、現在に至る

日本慢性期医療協会理事、日本ホスピス在宅ケア研究会理事、日本尊厳死協会副理事長、全国在宅療養支援診療所連絡会理事、関西国際大学客員教授

【医学博士】

日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医、指導医、日本在宅医学学会専門医、日本禁煙学会専門医、日本内科学会認定医、労働衛生コンサルタント

【著書】

『平穀死・10の条件』(ブックマン社)、『抗がん剤・10のやめどき』(ブックマン社)『胃ろうという選択・しない選択』(セブン&アイ出版)『がんの花道』(小学館)『抗がん剤が効く人、効かない人』(PHP研究所)『大病院信仰、どこまで続けますか』(主婦の友社)など。

【医学書】スーパー総合医叢書・全10巻の総編集(中山書店)第一巻『在宅医療のすべて』、第二巻『認知症医療』など多数。

理的に妥当とされる終末期の深い鎮静も含まれる。日本尊厳死協会はその意思を文書で残すことと家族の同意を得る事前指示書という形で啓発を行ってきた。現在、我が国におけるLWの保有率は国民の2~3%と推定されている。欧米各国はLW法的担保を終えているが、アジアでも台湾は2000年に、韓国は2016年に法的担保を終えた。日本においてはLWの法的担保の議論はこの数年事実上停止している。

そんな日本においてLWを持つ意味とはなんだろうか。結論を述べるなら、LWにより終末期の延命治療を差し控えるので耐えがたい苦痛に苦しめられる割合が減るために鎮静の需要が少なくなる。と同時に充分な緩和医療をもつてしても耐えがたい苦痛に襲われた時には医学的・倫理的に妥当とされる終末期の深い鎮静を受け易くなると考える。医学的・倫理的に妥当な鎮静も緩和医療に含まれる。日本尊厳死協会の調査ではLW保有者の約95%が穏やかな最期を迎えていた。たとえ法的担保がなくてもLWを表明する意義はますます高まるだろう。