

「どう逝くか」を考える時代

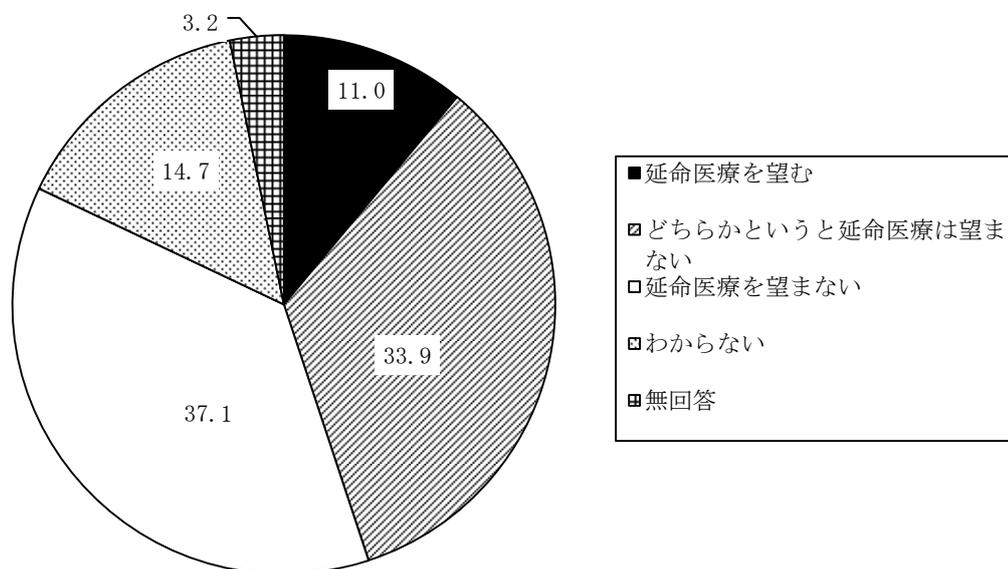
主席研究員 小谷 みどり

<好きに死ねない現状>

「死ぬときぐらい、好きにさせてよ」。こんなキャッチフレーズで、今年初め、女優の樹木希林さんを起用した宝島社の企業広告が大きな話題となった。この広告では、「人は必ず死ぬというのに。長生きを叶える技術ばかりが進化してなんとまあ死ににくい時代になったことでしょう」といった言葉が続く。

実際、厚生労働省が2008年に行った「終末期医療に関する調査」では、自分が治る見込みがなく死期が迫っている（6ヵ月程度あるいはそれより短い期間）と告げられた場合、延命医療をしてほしいかとたずねたところ、「延命医療をしてほしい」と回答した人は11.0%しかおらず、「延命医療を望まない」（37.1%）、「どちらかというとな延命医療は望まない」（33.9%）と、約7割は延命を望んでいないことが明らかになっている（図表1）。

図表1 延命医療を望むか



注：調査対象者は20歳以上の全国の男女5,000人。回収数は2,527で回収率は50.5%であった。

資料：厚生労働省「終末期医療に関する調査」2008年

ところがわが国では、終末期の患者に対する延命医療の中止について法整備がなされていない。厚生労働省は、2007年に発表したガイドライン「終末期医療の決定プロ

セスに関する指針」のなかで、延命医療をどうするかを含めた終末期医療について、「医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされたうえでの、患者本人による決定を基本とする」としているものの、2000年代半ばには、北海道や富山で医師が人工呼吸器を外し、患者が死亡したことが大きく報じられたこともあり、延命医療の中止が嘱託殺人罪や保護責任者遺棄罪に抵触する可能性を恐れる医師は少なくない。

一方、一定条件をクリアした場合、延命医療の中止において医師の法的責任は問われないという規定を設けた法整備をすすめる動きはある。超党派の議員で作る「終末期における本人意思の尊重を考える議員連盟」(2015年に「尊厳死法制化を考える議員連盟」から改名)は、尊厳死に関する法案(「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案」)を策定している。この法案の骨子は、患者が適切な医療を受けても回復の可能性がなく、死期が間近な終末期であると2人以上の医師が判定し、患者自身が延命医療を希望しないという意思を表明している場合、医師は、延命だけを目的とした人工呼吸器装着や栄養補給などの医療を中止する、あるいは新たな延命医療をしないことができ、医師は民事上や刑事上、行政上の責任を問われないというものだ。

しかしこの法案については、難病患者や身体障害者の団体からの反対意見が根強い。法律が制定されれば、人工呼吸器や胃ろうを利用している難病患者や身体障害者が、介護で家族に迷惑をかけたくないなどという理由で、延命装置を中止することが合法となりかねないといったものだ。日本老年医学会では、「病状が不可逆かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」(『高齢者の終末期の医療およびケア』に関する日本老年医学会の「立場表明」)2012年)を終末期と定義しているものの、いつからが終末期かの判断は難しいとして、日本医師会も法制化には慎重な姿勢をとっている。

<QODとは何か>

戦後、日本は少死・長寿化が進み、高齢者人口が増加した結果、特に1990年以降、年間死亡者数が急増している。この先も死亡者数は増加の一途をたどり、国立社会保障・人口問題研究所の2012年推計では、2040年には年間死亡者数は約167万人となるという。1900年以降、わが国で年間死亡者が150万人を超えたことは一度もなく、いまだかつて経験をしたことのない大量死時代がやってくる。

厚生労働省『平成25年度国民医療費の概況』によれば、2013年度の国民医療費は初めて40兆円を超えた。なかでも75歳以上の高齢者の医療費が全体の35.2%を占め、後期高齢者の増加に伴ってその割合はさらに増える傾向にある。

こうした状況にかんがみ、2013年に政府の社会保障制度改革国民会議が取りまとめた報告書では、医療・介護分野の改革のひとつに、「そのときが来たらより納得し満足のできる最期を迎えることのできるように支援すること―すなわち、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた「QOD(クオリティ・オブ・デス)を高める医療」

のあり方を考えていく必要性を掲げている。この報告書では、「医療の在り方については、医療提供者の側だけでなく、医療を受ける国民の側がどう考え、何を求めるかが大きな要素となっている」とし、「人生の最終段階における医療の在り方について、国民的な合意を形成していくことが重要」であるとも指摘している。

ではQODとは何なのだろうか。欧米では20年ほど前から、患者にとって望ましい死とは何か議論され、緩和ケアのあり方が検討されてきた。例えば Institute of Medicine（米国医学研究所）の「終末期ケアに関する医療委員会(the Institute of Medicine Committee on End-of-Life Care)」は、QODを「患者や家族の希望にかない、臨牀的、文化的、倫理的基準に合致した方法で、患者、家族および介護者が悩みや苦痛から解放されるような死」と定義している。

イギリスの経済誌『エコノミスト (Economist)』の調査部門である Economist Intelligence Unit が2015年10月に発表した報告書 ‘The 2015 Quality of Death Index’ によれば、OECD30カ国を含む80カ国中、最もQODが高い国はイギリスであった。「ケアの質」「医療・介護職の豊富さ」「患者の費用負担」など5領域について得点化して国際比較したものであるが、イギリスでは、国民保健サービス(National Health Service、NHS)に緩和ケアが組み込まれ、緩和ケアが国家戦略として位置づけられていること、ホスピス運動が活発で、慈善団体が緩和ケアの大部分を担っており、患者の費用負担が少ないこと、地域の家庭医や保健師、訪問看護師、がん専門看護師、夜間帯のケアを提供する看護師らが連携し、地域社会のなかで緩和ケアが根付いていることなどが評価され、前回の2010年調査に引き続き、最も良い死を迎えられる国であるとされた。ちなみに日本は前回の23位からは大きく躍進し、今回の調査では14位であった。

緩和ケアとは、「重い病を抱える患者やその家族一人一人の身体や心などの様々なつらさをやわらげ、より豊かな人生を送ることができるように支えていくケア」(日本緩和医療学会2013年決定)を指す。ここで緩和ケアの質が高いからといって、一人ひとりの患者のQODが高いことになるのかという疑問が湧くかもしれないが、患者が残された時間を精一杯生きるためには、心身のつらさの軽減は不可欠であり、その意味で、緩和ケアの質がQODを測る代替指標のひとつであるといえるだろう。

また緩和ケアといえば、わが国ではがん治療を思い浮かべる人が多いかもしれないが、2013年にヨーロッパ緩和ケア学会 (European Association for Palliative Care) や国際ホスピス緩和ケア協会 (International Association for Palliative Care) などで共同採択したプラハ憲章によれば、がん患者だけではなく、循環器疾患、終末期の慢性閉塞性肺疾患や腎不全、神経疾患、終末期の認知症、エイズ、治療ができない段階に進行したマラリアや結核などの感染症などの患者についても緩和ケアが必要であるという。この憲章では、終末期の患者の苦痛が緩和されることは人権であると強調し、緩和ケアの基盤整備を各政府に求めているが、そもそも、どんな病気に罹患していても、また治癒の見込みの有無や進行度合いにかかわらず、つらい、痛いといっ

た心身の不快な状態は当然、緩和されるべきだというのは多くの人の共通認識だろう。

現に2007年に閣議決定されたがん対策推進基本計画では、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が重点課題のひとつに掲げられてもいる。緩和ケアは最後の手段ではなく、進行がんの患者に早期から緩和ケアをおこなったことで、精神的な苦痛が緩和され、QOLの向上で延命効果が得られたというエビデンスまでである。

<どう生き、どう逝くかという視点>

しかし緩和ケアの質が向上し、あるいは希望する場所で安らかな死を迎えられる環境が整備されたとしても、患者本人がどこでどのように死を迎えたいのか、残された時間をどう過ごしたいのかといった意思が明確でなければ、医療者や周りの人たちは患者のQODに寄り添うことはできない。

ここ数年、「自分らしい最後とは」というテーマが、特に終末期医療をどうするかという点で、クローズアップされている。たとえば千葉県では、健康福祉部健康福祉政策課で「最期まで自分らしく生きる」という動画を作成し、県民に無償で貸し出すほか、インターネット放送局でも公開している。県では、動画を作成した目的を「終末期医療のあり方を考える際の参考となる情報を整理して提供することで、高齢者やその家族が、その人らしい最後の迎え方について考え、話し合える環境を整えます」としている。

元気なうちに終末期医療に関する本人の希望を書くよう、高齢者に積極的にすすめる自治体も出ている。愛知県半田市では「事前指示書」を作成し、本人に代わって医療やケアを判断したり、決定したりする人の連絡先のほか、延命措置の可否など本人の意思表示を記入しておく書類を作成している。新潟県見附市が作成したのを筆頭に、横浜市の磯子区や瀬谷区、堺市、長野県須坂市、滋賀県守山市、宮崎市などでも、自治体独自で作成したエンディングノートを住民に無料配布し、どう死を迎えたいか、あらかじめ意思表示をしてもらおう試みを始めている。

とはいえ、元気なうちに話し合ったり、考えたりする人は多くないのが現状だ。厚生労働省が2013年に実施した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」では、「あなたは、ご自身の死が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療について、ご家族とどのくらい話し合ったことがありますか」という質問に対し、「全く話し合ったことはない」人が55.9%もいた。

家族やまわりの人と話し合っておく必要があるのは、必ずしも患者本人の考えと家族の意向が同じではないことがあるからだ。冒頭でも触れた厚生労働省が2008年におこなった「終末期医療に関する調査」では、家族が治る見込みがなく死期が迫っている（6ヵ月程度あるいはそれより短い期間）場合、「単なる延命医療はやめたほうがよい」とする人が50.1%と半数はいたものの、「単なる延命医療であっても、続けられるべきである」と回答した人は20.7%に達した。つまり、「自分は延命措置をしてほしく

ないが、家族のこととなると話は別だ」という人が少なくないのである。「死ぬときぐらい、好きにさせてよ」という願いは、終末期医療のあり方に対するメッセージであると同時に、家族や周りの人に対するものでもあるのかもしれない。

終末期医療について元気なうちに考えておくことも大切だが、実際に治癒の見込みがない患者やその家族にとっては、終末期に至るまでの生の質も重要だ。どこでどんな生活をしたいかをまだ元気なうちに医療者と相談しながら、将来起こりうる病状の変化に備えて、治療や療養の方針を決めていく「アドバンスケアプランニング (ACP)」も、患者の QOD には欠かせない。延命医療をするかしないかといった単に終末期医療のあり方の選択だけでなく、例えば、患者が人生において最も大切にしていること、残された時間でやっておきたいこと、心配や不安なことなども医療者や家族などまわりの人たちと共有するのが ACP の特徴である。症状の進行によって患者や家族の心境は変化するが、定期的にコミュニケーションを取ることで、患者と意思の疎通ができなくなっても、患者の意思を最大限に尊重しようという試みが広がっている。

限られた生をどう全うするか。死ぬときぐらい好きにさせてくれる環境整備には、どんな生き方をし、どんな最後を迎えたいのかという本人の意思があることが大前提となる。QOD は生の質を意味する QOL と対極の概念ではないし、延命医療をしないとといった終末期医療のあり方を指すのでもない。QOD のためには、私たち一人ひとりがどう生き、どう逝きたいかを考える必要性も求められている。

(研究開発室 こたに みどり)