



終末期医療に思う

西区支部 上井直樹

厚生労働省は次回診療報酬改定で、医療・介護関係者が「在宅医療チーム」を組んで入院患者が早期退院できる診療計画を作り、計画に基づくケアにあたった場合、報酬を上乗せする方針を固めた。終末期を迎えた患者の尊厳を重視すると共に、自宅で死を迎える人を増やすことで終末期医療に掛かる費用を抑えようとする事が狙いだ。また財務省の法規課長が財政講演会で、伸び続ける医療費を抑制する観点から、終末期医療について、「どこまで保険で保障すべきなのか、国民的議論を重ね、コンセンサスを得た上で、公的保険から外すべき」との私見を披露した。この中で課長は国民1人が一生に使う医療費の約半分は死ぬ直前の2ヶ月に使われる現状を紹介。その上で、終末期医療を望む人は自由に行えばよいが、そこまで公的保険で保障すべきなのか検討する必要があるとの見解を示した。これなどは財務省の財政や経済という観点からの考えであり、混合診療と私的保険のすすめであって、もちろん「はいそうですね」と容認できる事ではない。

しかしながら、経済云々抜きにしてもこの終末期医療についてはいろいろと考えさせられる。この文章を書こうと思ってインターネットで「終末期医療」を検索すると十万件以上ヒットした。それだけ世間でも関心が高まっているということだ。

報道によれば1977年を境にして病院死と在宅死は逆転し、2002年度には病气や老衰、けがなどによる年間死亡者約98万人のうち、約80万人が入院先で死亡している。筆者は診療科が外科故、消化器癌の患者さんの最期を看取ることが多いが、その殆どすべてが病院での出来事である。過去に一度だけ在宅での臨終に立ち会った

経験がある。この患者さんは再発を繰り返し、数度の手術に耐えたが最後は自宅で過ごしたいという強い希望があり、末期になっても入院はしなかった。臨終の立ち会いを求められ自宅へ伺ったが、子や孫などたくさんの人々に見守られて旅立たれた。最後は点滴もほとんどしておらずまさに枯れて亡くなっていった。その瘦せた顔には安らぎのような物さえ感じられた。こんな最期の過ごし方もあるのかと少なからず衝撃を受けた。

終末期医療の在り方についての厚生労働省、「終末期医療等に関する調査等検討会」が昨年まとめた「今後の終末期医療の在り方について」では、一般国民、医師、看護職員、介護施設職員に調査を行った。その結果、自分が痛みを伴う末期状態になった時、心肺蘇生措置は「やめるべき」と答えた者が一般国民は70%、医師90%、看護職員91%、介護職員79%であった。また、自分が治る見込みがない植物状態になった場合の延命処置について「やめるべき」と答えた人はそれぞれ順に80%、85%、87%、84%だった。このように、終末期医療に関して医療関係者が蘇生措置や延命治療は「やめるべき」と考える者が高い割合になるのは当然として、一般の人も多くが同様に考えるようになってきている。

またリビング・ウィル（書面による生前の意思表示）の考え方に「賛成する」と回答した人は一般59%、医師75%、看護職員75%、介護施設職員76%と過半数を超えており、前回調査より増加していた。ただ書面が有効であるという法律を制定することには半分以上の人が賛成しておらず、個々の事例で検討すべきと考えているようだ。

いずれにしても終末期にどんなことをしてもどんなに医療費が掛かっても延命を望むという風潮ではなくなってきたのだろう。また終末期医療の在り方を検討している厚生労働省の研究班は、末期の癌患者で心臓や呼吸が停止した際の蘇生措置はあらかじめ書面で本人や家族の同意を得ていれば、必ずしも行う必要がないとする報告書を今年まとめた。ただすでに装着されている人工呼吸器などの生命維持装置の停止を医師らに求めるのは現状では困難だとした。厚生労働省の意を汲んだ答申ではあるが、尊厳死を一部容認する内容となっており今までにはない考えだ。一口に終末期医療といっても、その対象は癌の末期もあれば、心・肺・肝・腎等の重篤な障害を持つ人々、脳血管障害後の植物状態や認知症を伴った高齢者の最期等、様々な病態や環境が存在する。癌の末期であれば緩和ケアが中心で、疼痛管理や精神的なサポートが必要となる。患者さんの意識状態も比較的最後まで保たれていることが多く、苦痛を除くためには必要かつ十分なケアをしなければならぬ。意識が保たれているからこそ早い時期に本人の終末期医療に対する意向を聞いておく、或いははっきりさせておくことが重要だろう。先の「検討会」報告でのリビング・ウィルに対する意識の高まりからも、多くの人が意志表明をするようになれば、その意思を尊重する終末期医療が可能となる。

一度積極的な延命医療を開始するとこれを途中で中止することは難しいし、実際問題不可能なことである。最近のいろいろな事例をみるまでもなく現時点ではそれは犯罪となり医療者は

罰せられてしまう。よかれと思ってしたことがとんでもない結果を招くことは避けなければならない。

一方高度の認知症を伴った高齢者やいわゆる老衰に対しての終末期医療はどうあるべきだろうか。患者さんは自分の意志を表明することはできないし、事前にリビング・ウィルを表明してから倒れたり、認知症になる人もごく僅かだろう。また、どこまでが通常の治療でどこからが終末期医療なのかという難しい問題が存在する。私はこれらの人々の終末期は非常に長いと考えている。批判を覚悟で書けば意識が無く、自力で食物を嚥下できなくなった時点で終末期の範疇ではなからうか。高カロリー輸液をすれば生き延びるし、最近はPEG（内視鏡下胃ろう造設術）が普及しておりこちらの方が医療費も安くすむ。依頼があれば私もPEGをする側であるが、90歳を超えた意識のない人にはたして適応があるだろうか。紹介して下さる先生の立場であれば長く診ている患者さんが目の前で困っていれば何とかしてあげたいというのはもったいなことだ。ではどうすればよいのか。意志を表明できない患者さんの代理となるのは家族であり、その家族が十分な説明を受けた後によく考えて決定することが重要だろう。

終末期医療に対する考え方はリビング・ウィルも含めて我々の持つ死生観に関わってくるし、個人によっていろいろと違いはあるだろうが、更なる国民的な議論を重ねていく必要がある。

(河西外科病院)

