

わたしたちはどんな死に方をしたいのか？ (Wie wollen wir sterben?)

特別養護老人ホーム 洛和ヴィラ桃山 医務室
福間 誠之

【要旨】

人はこの世に生まれた時から死ぬ運命にあり、最長120年といわれている。これまで病院や施設で最期を迎えた人を看てきて、どの様に終末期を経過し、如何なる問題があるかを紹介し、自分たちの望む最期について考えてみた。

Key words : 脳死、持続性植物状態、平穏死、安楽死、意思表示

【はじめに】

このタイトルは2009年にドイツで「リビング・ウイル法」の成立を論拠に人間の終末期における望ましい文化として、救急医リッターの「高度先端医療時代における新たな死の文化の提言」である。自ら経験した25名の事例の最期を紹介し、終末期の患者にたいする過剰な医療のあり方を批判し、望ましい死のあり方を提案している¹⁾。医師として患者の治療に当たり、助ける事が出来ず死を迎えなければならない患者を診てきて、自分が平均寿命を超えて、自分なりに死について考えてみた。

1. 脳死と遷延性意識障害（持続性植物状態）

脳神経外科医として医療に従事し始めた頃の1968年に日本で最初の心臓移植手術が行われ、マスコミにも大きく取り上げられた。移植を受けた患者が83日後に死亡すると脳死が問題となり、その判定に関して、いろいろな専門家の意見が述べられ、専門医として脳死判定に関して意見を求められるようになった。臨床的に脳の働きが停止して脳死状態になると大体1週間以内に心臓も機能を停止して死を迎えていた。医療技術の進歩により脳機能停止後も心臓を動かす事が可能となり、それが1カ月、6カ月から1年を越えるようになり、中には妊娠中に脳死状態になった妊婦を107日間胎児が体外で生存可能となるまで維持して出

産させた事例の報告もある。1998年には米国の小児神経医 Shwemon²⁾ が文献から1カ月以上脳死状態を維持した事例を分析し、最長14.5年維持した例もあり、慢性脳死を提唱して、どの時点で人の死を判定したらよいか分からなくなった。一方臓器移植医の立場からは良好な臓器を得るために脳死状態になれば出来るだけ早期の判定を求められる。このような中で医学以外の法律や哲学・宗教の専門家も加わって脳死について議論され、1992年に公表された「脳死臨調」の報告書では脳死を人の死として認め、反対する少数意見を併記した形となった。身体機能を総括的に調整している脳の働きが無くなれば人の死であると考えていたが、簡単には結論の出せない問題となった。

重篤な脳損傷を受け患者は大体3週間以内に脳死状態になるか、意識を回復するかあるいは開眼しても意思疎通のない状態で長期間生存可能となる³⁾。この状態を無言性無動症 (akinetic mutism)、失外套症候群 (apallic syndrome)、覚醒昏睡 (coma vigile) などといわれていたが、1972年 Jannett & Plumは持続性植物状態 (persistent vegetative state) (PVS) という名称を提案した⁴⁾。1972年に日本脳神経外科学会は重篤な頭部外傷を受けた後に何時までも意識の回復しない患者を世話する家族の支援に自動車賠償保険から費用が出せるようにはたらきかけるため持続性植物状態の診断基準を公表した。その後このような患者への積

極的リハビリテーションや診断技術の進歩によりPVS患者の中に意識のある人がありと指摘されるようになり、2002年にはGiacino et alは最小意識状態（minimally conscious state）を提唱している⁵⁾。一方では人間としての精神活動を担う大脳の働きの無くなった植物状態患者（大脳死）は人間の本質である精神活動がないのであれば人としての死と考える哲学者もある⁶⁾。米国ではこのような回復可能性のなくなった植物状態患者への生命維持療法の中止を求めて裁判が行なわれ（カレン事件、ナンシー・クルーザン事件、テリー・シャイボ事件など）では本人の延命を望まない意思があれば中止が認められる。家族のなかには長期間意識の回復しない患者の世話をしている大切な家族の一員となっている場合もあり、簡単には結論が出せない。

2. ポックリ死、突然死

日本では昔からポックリ死あるいはピンコロ地藏信仰といわれるものがあり、日ごろは元気にしていて、突然にポックリ死ぬのが本人にとっては楽な死に方と考えられてきた。本人は何も考えなくて良いかも知れないが、残された家族に負担がかかる。急に意識を失って倒れ救急病院へ運ばれて心肺蘇生術が行なわれても、蘇生できなければ異常死として警察に届けられる。警察医による検死が行なわれて死体検案書を書かれるが、倒れた状況を調査して死因がわからない場合には法医解剖による死因の究明が必要となることもあり、司法解剖の結果は家族に知らされないのが、家族にとっては納得できないこともある。突然死を来たす医学的な原因としては急性心筋梗塞、心室頻拍、脳幹出血、大動脈瘤破裂、肺塞栓などの他に地震や事故による災害死あるいは自殺もある。

3. 慢性死、不治の病（がん、神経変性疾患、慢性疾患）

不治の病といわれる疾患は治療により治癒することが出来なくて慢性の経過をとりながら死に至るもので、以前はがんも不治の病と考えられていた。現在では治癒も可能となったものもあるが、なお日本人の死因第一位を占め、亡くなった人の約3分の一はがんによる。がん末期は痛みが苦しまれることが多く、痛みを和らげるための緩和医療が進められ、身体的痛みや精神的痛みだけでなく、スピリチュアルペインには宗教者も含めたチームで対応すること

も行われている。中には死の病を受け入れて人生の最期を有意義に生きることができたと書き残している人もある。

がん以外の慢性疾患例えば心臓疾患、呼吸器疾患、腎臓疾患、肝臓疾患も進行と共に末期となると種々の苦痛を伴い、それらに対する治療も行われて最期は苦痛緩和が目的の医療となるが、どの時点で疾病治療から緩和医療に移行するのかその時期の判定や症状の緩和対策が十分とは言えない。慢性疾患をかかえた高齢者への緩和医療は老化と治療の限界についても配慮が必要である。

4. 安楽死、尊厳死

苦痛に耐えかねて死を求める安楽死が昔から議論されてきたが、医療の進歩により痛みを除去する方法が開発され、精神的にもスピリチュアルにもサポートがなされるようになったが、オランダをはじめ幾つかの国では安楽死が認められている。

日本では認められていないが、裁判になった事例で安楽死が認められる要件が示されている。1962年の名古屋高等裁判所の判決で積極的安楽死が許容される要件として、①「病者が、現代医学の知識と技術から見て不治の病に冒され、しかもその死が目前に迫っている事」、②「病者の苦痛が甚だしく、何人も真にこれを見るに忍びない程度のものなること」、③「もっぱら、病者の死苦の緩和の目的でなされたこと」、④「病者の意識が、なお明瞭であって、意思を表明できる場合には本人の真摯な囑託、または承諾のあること」、⑤「医師の手によることを本則とし、これにより得ない場合には、医師によりえないという肯首するに足る特別な事情があること」、⑥「その方法が倫理的にも妥当なものとして容認しうるものなること」が挙げられている。また、1996年に医師が関与した東海大学安楽死事件の横浜地方裁判所判決では、治療行為中止の要件として、①患者の死期が避けられず死期が迫っていること、②治療行為中止の時点で中止を求める患者の意思表示が存在すること、③中止の対象は、疾病治療、対症療法、生命維持など全ての措置がふくまれるが、どれをいつ中止するかは決定は、自然の死を迎えさせるという目的に沿って行うこと、があげられて、判決では患者の意思表示が明確でなかったことから有罪となっている。2009年の川崎協同病院事件に対する最高裁判所の医師への判決では発症から2週間で、脳波検

査など検査が十分でなく、回復の可能性、余命の判断が不足している中で行われた治療中止は認められず、懲役1年6カ月の判決が下されている。

5. 老衰死、自然死、平穏死

人は長生きすると認知症になる割合も多くなる。認知症は進行して死に至る病であるが、次第にコミュニケーションがとれなくなり、歩く事も出来ず、大小便を失禁し、さらに自分で食事を摂ることができず、嚥下することもできなくなる。昔は食べられなくなればその人の寿命でやがて死をむかえていたが、現在は鼻腔から管を胃まで入れて、そこから水分や栄養を入れる経管栄養や、内視鏡を使って胃に直接管を入れる胃瘻造設が簡単にできるようになった。脳血管障害などで急に意識障害を生じて食べられなくなった人に経管栄養をして意識が回復すれば再び食べられるようになると思わなくてもよくなるが、認知症の末期になってからは回復の可能性はなく、ただ生命を維持する方法となるので、経管栄養の適応に関して議論がされている。

特別養護老人福祉施設（特養）では認知症の末期の高齢者が自分で食事が取れなくなり、嚥下も困難になると、家族の同意があれば、介助により本人に負担とならないように楽しむための水分・栄養補給（comfort-feeding only）⁷⁾として無理に食べさせるようなことはしないようにして自然な最期がむかえられるようにしている。

認知症の人は一人では日常生活ができなくなり、誰かの世話になり長期間にわたる介護が必要となることが多い。家で世話をしているも、世話をする家族が高齢者となり在宅での生活が困難となると特養のような介護のある施設が必要となる。現在は入所を希望している人が多く、必要となった時にすぐに入れるとは限らない。特養は介護保険の要介護度3以上の人でなければ入所できないので、要介護度2以下の人は在宅で訪問介護やデイサービス、ショートステイ、グループホームなどを利用して生活している。

6. 延命措置

医療技術の進歩により、神経の病気（ALS）により自分で呼吸ができなくなれば人工呼吸器を使って呼吸を補助することもでき、長期間人工呼吸器の助けをかりて在宅で家

族の介助を受けながら生活している人もある。自分で食事ができなくなり、さらに嚥下障害で経口摂取ができなくても経管栄養（鼻腔栄養、胃瘻造設、中心静脈栄養）をすれば長期間栄養状態維持することができ、20年以上も継続している人もある。腎臓機能が低下して末期になり血液透析をしながら生活している人もあり、最近では高齢患者への血液透析開始や何時まで透析を継続するか問題となっている。心臓の働きが十分でなくなり人工心臓の助けを借りて、心臓移植を待っている人もある。急に心停止で倒れた人への心肺蘇生術が適切に行われれば救命されるが、高齢者や慢性疾患の末期患者に対しては効果が期待できず、肋骨骨折を生ずるだけのこともあり、どこまで実施すべきか判断に苦しむこともある。このような延命技術は進歩して実用化されているが、だれにでも無限に使えることはないので、それぞれの技術の適応を考慮して必要な人に適切に使われることを議論しなければならない。

7. 高齢者医療

超高齢社会となった日本では高齢者への医療、老化により回復力も低下し、人の寿命も終末に近い状態の患者の感染症など治療をどこまで行うか問題となる。高齢者は個人差が大きく、年齢だけでは判断できない。高齢者では認知症を持つ人が多くなり、自分で意思表示ができなくて身体症状があっても診断の困難を伴う。施設に入所している高齢者で嘔吐を繰り返していた患者に大腸がんが見つかり、人工肛門設置により1年ほど施設で生活した人や下血があっても病院へ行くのを拒否して施設で最後を迎えた人もある。認知症の末期に肺炎や尿路感染症を併発することが多く、治療により良くなるが、何回も繰り返し、どこまで治療をするべきか問題となる。

認知症の高齢者で家族も延命措置を希望していない入所に急性疾患を併発した時にどのように対応すべきか迷うこともある。認知症末期の高齢者が嘔吐のため受診し非閉塞性腸管虚血の診断で手術を受けたが、経管栄養となって慢性期病院へ転院となった。回復の可能性がなく経鼻チューブを抜いて看取りを目的として施設に戻り、なれた介護士の世話を受けてしばらく口から栄養剤を摂取して家族も納得する最期を迎えた人もある。

高齢者の終末期の医療に関して個別の事例で状況は異なる

るので治療方針のガイドラインを作成するのは困難であるかも知れないが必要である。

8. 本人の意思表示

特に病気にかかっていない人は各自がどのような最期を迎えるか予測がつかないが、手術を受ける前に本人が説明を受けて納得して同意をすることが必要であるのと同じようにどのような終末期を過ごしたいか、特に施設に入所してくる高齢者については本人が意思表示のできる間に何らかの方法で残しておくことが大切である⁸⁾。

①リビング・ウィル

あらかじめ終末期にどのような措置をのぞむか意思表示をしておく「生前の遺言書」とも言われ日本尊厳死協会の書式がある。これには現在は日本では法的な効力はないが、医療の現場で患者から提示されれば、趣旨は尊重される。内容的にはあいまいなところがあり、検討の余地があると考ええる。

②POLST (Physicians Order for Life – Sustaining Treatment)

米国オレゴン州で最初に使われ、かなり多くの州で使用されているが、ナーシングホームに入っている高齢者の終末期に不必要な救急搬送がされないようにあらかじめ医師が指示をだしておくというものである⁹⁾。これを参考にして同じような内容で「延命措置に関する指示・同意書」を作成して、特養で終末期に近いと判断される頃に、家族からも署名を頂くようにしている。家族から同意を得るときに、どの様な終末期になるか予測できない時に医療行為をしないでおくことにチェックをすることに躊躇するようである。中には本人の状態に関わらず出来ることは全て行って欲しいという家族もある。

③Let's me decide

カナダのモロイ医師の発案で使われているもので、いろいろな場合を想定して、その時にどのような治療を望むかを記載するようになっていて、かかりつけ医があり、終末期に関して十分話合えれば理想的である。地域によりあるいはかかりつけ医が決まっていない患者では難しいかも知れない。

④エンディングノート

グループでいろいろな形のものが使われているが、具体的な医療に関して疾患によっても経過が種々あり、一定の形式にするのが困難であるが、何らかの形で患者本人の意思を表明しておくことは大切である。

9. 終末期への望み

身体的な衰えに気力の低下を感じるようになり、自分自身としての考え方を整理してみたい。高齢であっても自分の意思表示ができる間は本人の希望を尊重して頂きたい。そして自分の意思表示が出来なくなった時の医療に関しての希望としては以下のようなことがある。

- ①患者本人の意思をまず尊重して頂きたい
- ②単なる延命措置は希望しない
- ③担当する医師があまり効果の期待できないと判断される医療は行わないで欲しい
- ④治療効果が期待できないときは緩和医療に切り替えることを望む
- ⑤意思表示ができない状態で生かされたくない
- ⑥意思表示ができない時の代理人は家族に願いたい
- ⑦自分のことは自分でできる間に最期を迎えたい

【参考文献】

- 1) ミヒヤエル・デ・リッター、島田宗洋／ヴォルフガング・R・アーデ訳：わたしたちはどんな死に方をしたいのか？ (Wie wollen wir sterben?) 教文館 2016年
- 2) Shewmon DA : Chronic “brain death” Meta-analysis and conceptual consequence Neurology 1998 51 : 1538-1545
- 3) 福間誠之：脳死を考える -新しい医療倫理を求めて-。日本評論社 1987年
- 4) Jennett B. & Plum B. Persistent vegetative state after brain damage. A syndrome in search of a name. Lancet 1972 299 : 734-737

- 5) Giacino JT Ashwal S. : The minimally conscious state : definition and diagnostic criteria *Neurology* 2002 58 : 349-353
- 6) Veach R. M. : The impending collapse of the whole-brain definition of death. *The Hastings Center Report* 1993 23 : 18-25
- 7) Palecek EJ, Teno JM, Casarett DJ et al : Comfort feeding only : A proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2010 : 58 : 580-584
- 8) 福間誠之 : 高齢者終末期医療と同意書。 *洛和会病院雑誌* 2011 : 22 : 43-49
- 9) Dunn PM. Toll SW. Moss AH et al : The POLST : Prospecting the wishes of patients and families *Ann. Long-Term Care* : 15 : 33-40 2007