

< 報 告 >

北海道生命倫理研究会 2013 年度冬季セミナー
終末期医療における尊厳死について

傳野 隆一（札幌医科大学）

1. はじめに

我が国の総人口は 2005 年までは、右肩上がりに増加してきたが、その後は徐々に減少に転ずる。その中で、65 歳以上の人口は 2005 年以降も徐々に増加し、2055 年（平成 67 年）には総人口の約 40% を占めることが予想される¹。このように日本は超高齢社会になっている。そこで問題になるのは、高齢者人口の増加と共に認知症が増加することである。どの程度増加するのか不明であるが、鳥取県海士町で長期的に行われている 2008 年の調査では、65 歳以上の約 10 人に一人が認知症だったとの報告がある²。その時の全国調査では、65 歳以上の人口が 266 万人で、認知症は 23 万人であり、有病率は 8.8% であった。厚生労働省老健局「2015 年の高齢者介護」の調査では、自立度Ⅱ度以上の認知症は 250 万人と推定されている³。

2. 認知症について

認知症の中では、アルツハイマー型認知症が最も多く 62%、次いで、脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血などが原因で起こる血管性認知症が 19%、レビー小体型認知症、側頭前頭型認知症などを含むその他が 19% となっている。

アルツハイマー型認知症では、認知機能障害を示す中核症状と幻覚、もの盗られ妄想、徘徊などの行動・心理症状とがある。特に記憶は時間経過の中で完全に抜け落ちてしまい、体験したこと自体を忘れてしまう。また、認知機能障害が時間の経過とともに徐々に進行していくことである。アルツハイマー型認知症は、薬物治療により、進行を遅らせることが可能になってきている。従って、服薬が早ければ早いほど進行を遅らせることが可能である。薬物療法以外にも、1 日 30 分・週 5 回のウォーキングは、脳を活性化すると言われている。また、食事や運動などの生活習慣を改善し、高血圧や糖尿病のコントロールをして、認知症発症の予防も重要である。

ビタミン B₁₂ が欠乏することで、記憶障害、妄想などの認知症が出てくるビタミン B₁₂ 欠乏症では、補充療法により改善する。また、甲状腺ホルモンが不足して、集中力の低下、刺激がないと眠ってしまう傾眠、記憶障害などの症状が現れる甲状腺機低下症には、甲状腺ホルモンの補充によって改善する。このように、早期に治療することにより治る認知症もある。

3. 終末期医療の問題点 ―医師に対するアンケート調査を中心に―

多産, 多死の時代から少産, 少死の時を経て, これからは少産, 多死の時代を迎えようとしている中で, 認知症の患者さんが増えてくることになる。終末期医療の現場ではどのようなことが問題なのかを, 終末期医療に携わっている m3.com 医師会員 (実施日:2013 年 11 月 1 日～11 月 2 日) に対するアンケート調査⁴ から検討する。

「終末医療において, 患者本人や家族とトラブルの経験はありますか。」という問いに対しては, 「ない」としたのは 77.3% で圧倒的多数であったが, 「ある」と答えた医師も 22.7% 存在した。「具体的には終末医療において, 患者本人や家族とどのようなトラブルがあったのですか。」という問いに対しては, 患者本人や家族とのトラブルが「ある」とした医師に対し, 具体的なトラブルの内容について聞くと, 「治療方針へのクレーム」が 55.9% で最も多く, 次いで「家族などの精神的動揺」47.1% とそれぞれ半数近くの医師が経験していた。「終末期の患者が延命措置を望まない場合, 延命治療をしない医師の責任面積などを柱とする『尊厳死』の法制化は必要だと思いますか。」という問いに対しては, 「法制化すべき」が最も多く 55.0%, 「ガイドラインで良い」は 31.7% で, 何らかのルール作りが必要だと考える医師が多いことが読み取れる。一方, 「病院の終末期医療で必要とされていることは何ですか。」という問いに対しては, 「患者の家族や理解」が最も多く 57.3% となっている。「尊厳死法などの法整備」も 41.3% と 4 割を超えていた。現場の医師の戸惑いが窺える。

次に, 尊厳死協会員の中で時々問題になる, 『胃瘻』に関する話題である。「胃瘻の造設が医学的には必要があると考えられる場合でも, 患者等の希望により実施しなかった経験はありますか。」という問いに対しては, 「経験がある」と答えたのが 84.6% で, 「経験がない」15.4% を大きく上回っていた。「胃瘻の増設に反対したのは誰でしたか。」という問いに対しては, 「家族」が 71.3% で最も多く, 次いで「患者本人と家族」29.5%, 「患者本人」25.7% で, 家族の反対で必要な胃瘻の増設をできない例が多い現状が明らかになっている。

次いで, 問題になるのは『人工呼吸器』に関する話題である。「呼吸補助が必須となった患者や家族から呼吸補助の中止を要望された経験はありますか。」との問いに, 「経験がある」とした医師は 54.8% と半数以上の医師が呼吸補助中止の要望を受けた経験があった。こうした状況の中で「リビング・ウィルや家族の意思によって, 呼吸補助を中止した経験はありますか」に対し, 「経験なし」が 77.4% と大半を占めたが, 「経験がある」とした医師は 22.6% と, 2 割を越えていた。このことに対し, 医師はどのように考えているか, 「患者本人のリビング・ウィルや家族の意思で呼吸補助を中止することについてどう思いますか。」に対し, 「リビング・ウィルと家族の意向が一致していれば問題ない」が 47.5% で最も多く, 患者と家族の意向が合致していれば, 呼吸補助の中止に前向きな医師は半数近くに達した。一方, 「リビング・ウィルと家族の意向が一致していても問題あり」とする医師も 25.4% と, 尊厳死を尊重する意見が多いものの, 依然として尊厳死に対しては賛否両論があることが明らかである。

厚生労働省 第 1 回 終末期医療のあり方に関する懇談会:「終末期医療に関する調査」結果 (6,620 人対象) では, 約半数 (49.9% ~ 68.6%) の方が「延命医療は望まない」と回答し, 「一般」の人よりも「医師」・「看護」でその割合が高くなっている。

4. 尊厳死に関する問題点 ―殊に認知症の尊厳死について―

一般市民や医療者にも尊厳死を望む声は多いものの、尊厳死に対する疑問の声があるのも事実である。日本尊厳死協会の尊厳死の定義は、「人間らしい安らかな自然な死」であり、要件としては、①不治かつ末期での無意味な延命治療を拒否する、②生命の短縮を伴っても緩和医療を望む、③植物状態に陥った場合に生命維持装置の撤去を希望する、と「尊厳死の宣言書」に記載されている⁵。これに対する法律家の意見は、「回復が不可能で苦痛を主なうような場合、本人の明確な意思をもとに、「延命治療拒否」（「品位のある死」をえらびとること）を認めうるのは、人の人生設計全般にわたる自立を問題とすべきがもはや存在しないからである。」と肯定する意見を述べている。しかし、「回復が不可能で苦痛を伴う」ことに対し、「末期ではない精神的苦痛の患者、認知症患者そして治療法のない精神難病（ALS など）患者へと広がりを見せることがありうる。」と反対意見の倫理学者がいるのも事実である⁶。こうした賛否両論がある中で、日本尊厳死協会は、認知症となった高齢者の「末期」判断をめくり、新たな定義を示した。重度の認知症で、生命に直結するほど重い身体症状を併発した場合を「末期」とし、延命措置の是非を検討する必要があると提案した⁵。医学的にアルツハイマー型認知症の重症度を表すものとして FAST（Functional Assessment Staging）が使われている。7 段階に分類され、Staging 7 が最も重症で、臨床診断としては「高度のアルツハイマー型認知症」で、a. 最大限約 6 語に限定された言語機能の低下、b. 理解しうる語彙はただ 1 つの単語となる、c. 歩行能力の喪失、d. 着座能力の喪失、e. 笑う能力の喪失、f. 昏迷及び昏睡⁷、となっているが予後と必ずしも一致しない。死因としては、肺炎が最も多く、ついで老衰となっている。認知症そのものではなく、合併症あるいは基礎疾患の増悪によって終末を迎えている。また、50%生存期間は、平均 8.5 年（6.3～10.7 年）で、長い経過を辿ることになる。認知症の場合は、悪性疾患とは異なり、認知機能が低下してから長い経過を経て、終末を迎えることになる。

日本尊厳死協会は、1995 年にもリビング・ウイル検討小委員会では会員に対するアンケート調査を行った結果、認知症（当時は「痴呆」としていた）になった場合、「なんらかの形で延命を拒む」が 85.89%と多くの会員が尊厳死を希望していた。しかし、この時の理事会では、「社会が誤解して弱者を抹殺するという」、「社会運動は非会員のことも考えなければならない」という反対意見と「誤解を恐れず、先見性を重んじて社会運動を展開すべきだ」、「個人の自発的意思を尊重すべきだ」という賛成意見があい対立し、「痴呆問題」は時期尚早として決定を見送っている⁸。

現在の尊厳死協会の 3 要件に従って認知症について考察してみると、①不治かつ末期での無意味な延命措置を拒否するとあるが、認知症の場合の「末期」は、重度の認知症で、生命に直結するほど重い身体症状を併発した場合を「末期」とし、延命措置の是非を検討するとしている。しかし、医学的には「認知機能の低下だけでは末期といえない」側面があるところから、重い身体症状が出ない時期は介護や治療を尽くし、「生きていくことをいかに支えるかが重要である」としている。次に、②生命の短縮を伴っても緩和医療を望む、とあるが、日本在宅医療の多施設共同研究によると、最期の一週間に出現した症状は嚥下障害 75.9%、発熱 65.5%、むくみ 62.1%であり、緩和を必要とするような症状は少なかった⁹。また、認知症における苦痛の評価も難しく、中等度認知症までは、主観的評価が可能であるといわれている。重度となり、言語にて苦痛を表現できなくなった場合は、客観的評価法（PAINAD など）等を用いて苦痛評価を行うようである¹⁰。三つ目の③植物状態に陥った場合に生命維持装置の撤去を希望する、については、現在、認知症患者の末期や延命措置中止などの基準はない。

このように、認知症患者にこれまでの尊厳死の要件を当てはめることは、医学的には困難である。

5. おわりに

敢えて認知症患者にも尊厳死が認められるとして、①認知症発症前の同意はいつまで有効か、について考えると、これまた不確かなことであり、法学者は本人の自己決定権がある場合のみ「自己決定権」の問題なるが、「尊厳死」はその措置の時点で本人の意思は不明であることが多く、それを根拠付けうるか疑問がある。従って、事前の意思も人の変容可能性から問題がある¹¹と指摘している。

それでは、②認知症発症後の同意は可能か、については都立松沢病院院長 斎藤正彦先生が医療同意の代行是非について述べられている。本人に同意能力がない時は、医師が、家族を含む関係者と協議して方針を決め、その決定の妥当性を事後的に検証する第三者機関を作るとするのが最も現実的な解決策であると述べている¹²。ベストではないかもしれないが、認知症が十分解明されていない現時点では最も望ましい方法と私も同感である。

参考文献

- 1 厚生労働省ホームページ. 人口動態調査 (2014年2月8日アクセス)
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1a.html>
- 2 Wada-Isoe K, et al. Neuroepidemiology, 2009
- 3 厚生労働省老健局「2015年の高齢者介護」(2014年2月8日アクセス)
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html>
- 4 m3.com 編集部 (2014年2月8日アクセス)
<http://www.m3.com/iryolshin/article/184652/>
- 5 日本尊厳死協会 (2014年2月8日アクセス)
http://www.songenshi-kyokai.com/living_will.html
- 6 霜田 求. 尊厳死と安楽死. 麻酔, 55 (増刊), S84 -S92, 2006
- 7 認知症ハンドブック. 医学書院, 2013年
- 8 年表が語る協会30年の歩み. 日本尊厳死協会, 2006年
- 9 平原佐斗司ら. 非がん疾患のホスピス・緩和ケアの方法の確立のための研究. 2006年度後期在宅医療助成・勇美記念財団助成
- 10 Warden V, et al : JAMD4(1),9-15(2003)
- 11 中山茂樹. 法における「尊厳死」の捉え方. 思想, 2005年8月号
- 12 斎藤正彦. 「認知症を考える⑩」. 読売新聞, 2014年1月26日朝刊