

# 続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続々と安楽死を希望しては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った。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。自殺が禁じられているキリスト教圏のいくつかの国ではそうし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ってきたが、ほぼ全員が管の無い穏やかな最期、尊厳死・平穏死であった。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いる。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

わち療養の場によって鎮静率は大きく異なる。ひとケタ以上違う理由は不明とされている。

私は多くの病院で最期まで続けられている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。さらには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、痰や咳で苦しむしがん性疼痛も増す。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歳の若さで乳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。麻央さんのように末期がんであっても尊厳



### 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】

『平穏死・10の条件』(ブクマン社)、『抗がん  
剤・10のやめどき』(ブクマン社)『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。

# 終末期の深い持 枯れる最期(尊厳死)

死・平穏死ならば最期まで話しを  
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  
看取っていない。

## 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。  
「それは安楽死ではないのか」と問  
われる可能性があるのではそう答えざ  
るを得ないのか。一方、欧米では「多  
少縮まっ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

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。

安楽死と鎮静の関係問われる  
ことがある。もし安楽死が可能であ  
れば鎮静の必要は無い。我が国の病  
院や施設における鎮静率が高い理由  
は2つあると推測する。一つは尊厳  
死・平穏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楽死の代用とい  
う側面も多少はあるのではないかと。

リビングウイル(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  
な緩和医療をもってしても耐えがた  
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  
静を受け易くなることを考える。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  
な最期を迎えている。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。