

特集：終末期医療

終末期医療に対する医療従事者と患者の声 —病院を対象にしたアンケート結果から—

高田真之

読売新聞東京本社編集局科学部

Opinions in Terminal Stage

Masayuki TAKATA

The Yomiuri Shimbun

抄録

読売新聞は2006年6月までに治療の中止に関する病院アンケートを実施し、施設によって治療方針が大きく異なる実態が浮き彫りになった。厚生労働省は終末期医療に関するガイドラインを2006年度末に示す方針だが、現場の実態に合った指針が果たして示せるのか注目される。この問題は医療界だけでなく政治、行政が大きく関与すべきで、国民1人ひとりの合意がなければ、解決の道に結びつかない重い課題でもある。一記者として医療現場や行政を取材した立場から、射水市民病院での呼吸器外し問題を含む一連の問題を振り返り、終末期をめぐる医療が今後、どのように在るべきかを考えてみたい。

Abstract

In June 2006, the Yomiuri Shimbun carried out a the hospital questionnaire concerning discontinuance of treatment, and threw into relief the reality that the treatment policies differ greatly between hospitals. It is possible to prove or at least produce a suitable indicator, that this is under scruntning although the Ministry of Health, Labour and Welfare plans to reveal guidelines concerning terminal care at spring of 2007. This is an issue for not only the medical treatment field, but also politians and the administrators: it is a serious problem in which there is a conflict of opinions, not related to the road of the solution either. We should consider how medical treatment for terminal patients should be implemented in future by looking back on recent events, including the problem of outside the respiratory organ in the Imizu citizens hospital from the standpoint where the medical treatment site and the administration were covered as one journalist.

末期がん患者ら7人の人工呼吸器取り外しが発覚した富山県の射水市民病院をめぐる問題は、大きな衝撃を列島全体に与えた。しかし、現在では事態も沈静化し、新聞の全国欄に同問題の関連記事が載ることは稀だ。次に紙面を騒がすのは、富山県警が元外科部長の刑事責任について、一定の判断を下す時か、あるいは同様の問題が別の場所で発覚した時だろう。

人工呼吸器の取り外しを含む治療の中止行為が社会問題に発展したのは、今回が初めてではない。記者歴が11年し

かない私でさえ、当事者として取材するのは北海道羽幌町で2004年2月に起きた事件に次いで2回目になる。

羽幌と射水に共通しているのは、警察など司直が長い捜査を続けているうちに、社会的な関心が失われていく点だ。同様の問題がどこかで起きると、また同じ議論が繰り返される。

羽幌事件の時、大多数の医療者の共通認識は「いったん取り付けた呼吸器は外せない」という意見だった。多くの病院では、いまでも患者や家族に対して、このような説明を行っているはずだ。

〒100-8055 東京都千代田区大手町1-7-1
1-7-1 Otemachi, Chiyoda-ku, Tokyo 100-8055, Japan.

羽幌事件の当時、北海道の支社に赴任していた私は、人工呼吸器を外した医師に話を聞こうと試みた。だが、当時私と同年だった医師は堅い口を開こうとせず、結局その意図を聞くことはできなかった。その点でメディアを通じて自分の正当性を主張する射水市民病院の元外科部長とは異なっていた。

羽幌事件を簡単に説明する。同町内に住む90歳の男性がのどに餅を詰まらせ、心肺停止状態で病院に搬送された。当該医師の蘇生措置で心臓が再び動き出したため、人工呼吸器が装着されたが、医師は「脳死状態」と患者の家族に説明。その了解を得た上で呼吸器を取り外した。その後、警察に異状死届けをして捜査を受けることになった。

医師は取り外す前に、男性の家族に病状や医療費がかかることなどを説明したといい、取材に応じた長男もその点を認めている。北海道警は医師を殺人容疑で書類送検したが、札幌地検は2006年8月、医師の行為と男性の死亡との因果関係を否定し、不起訴処分を下した。

射水市民病院のケースは記憶に新しいので多くを振り返りはしないが、伊藤医師はいずれの患者についても「一兩日中に亡くなるとみられた」と話しており、患者側の意向で呼吸器を外したことを強調している。

羽幌にせよ射水にせよ、いずれも警察の捜査を報道機関がキャッチし、世間の知るところとなった。「(呼吸器外しは)患者家族と医者との間で、あうんの呼吸で行っている問題。発覚したのは氷山の一角に過ぎない」。北海道にいた当時、ある医師がため息混じりに放った言葉。彼は「二人とも運が悪い」とも語った。

呼吸器外しは、果たして先鋭的な医師の独走か、それとも至る所で行われている行為なのか。射水の件が発覚した時、私は羽幌以来抱えていた疑問を今度こそ払拭したいと思った。「氷山の一角」というなら、水面下の実態を浮き彫りにして世に問いたい。そうでないと、いつまでも推定の上で議論を戦わせなければならないからだ。

ありがたいことに、既にお手本が存在していた。今年2月、日本集中治療医学会が会員を対象にアンケートを実施しており、「呼吸器の取り外しを含む治療の手控えをしたことがある」との回答が9割を占めていたのだ。回答には医師が単独で決定したケースも含まれていた。

基本的にチーム医療のICUですら医師の独断がまかり通るなら、慢性期の患者が主な診療対象の地方病院では、もっと行われているに違いない。読売新聞で医療問題を担当する医療情報部と私の所属する科学部が連動してアンケートを行うことにした。

最初は「人工呼吸器の取り外しなどを尋ねる設問に医療機関が答えるだろうか」という不安を抱えていた。調査の方針をそれとなく伝えた厚生労働省の幹部は「逮捕される可能性があることを医療機関が答える訳がない」と笑った。

現場の専門家が読んでも問題がない調査項目にするため、国立保健医療科学院の林謙治次長に協力を仰ぎ、2006年4月末から5月中旬にかけ、設問を何回も練り直す作業を続

けた。そして、26項目に及ぶ設問を作り、全国100床以上の病院から600機関を抽出、それに大学などの特定機能病院を加えた685機関にアンケート用紙を郵送した。

有効回答を寄せたのは240施設(35%)だった。残りの7割弱が回答を拒否した訳だが、2週間の回答期間をさらに伸ばしていたら、あるいは回答率が上がったかもしれない。だが、呼吸器外しの問題が国民の記憶に新しいうちに、結果を示す必要があったのでやむを得なかったと思っている。

回答結果は、「治療停止や差し控えを経験したことがある」は56%に上った。これを多いとみるか、少ないとみるかは、人によって違うと思う。数字に対する印象は「妥当」と感じたが、正直、医療機関がここまで正直に回答してくるとは考えていなかった。その点では内心驚いていた。

詳細は、2006年7月31日付読売新聞東京本社版1面、3面と8月4日付特集面を見て頂きたいが、以下に簡単に説明する。

240病院のうち134機関が「延命措置の中止・差し控えを行った」と答え、「人工呼吸器の未装着・取り外し」がその71%を占めた。呼吸器以外だと、「昇圧剤や抗生物質などの薬剤投与」の中止・減量が70%、「輸血など血液循環」「人工透析」の中止はそれぞれ35%、34%と続いた。「すべて中止する」と回答した施設も3%(4施設)あった。

治療中止などの決断を「医師個人」がしたとする回答も46%に上った。調査対象の医療機関や回答機関の病床数に偏りはなかったはずだが、射水や羽幌で問題とされた「医師の独断」が、現場では当たり前という点をはっきり示された。

その一方、現場の医師たちは、終末期医療をめぐるルールがない現状に不満の声を寄せ、72%が法律やガイドライン(指針)などのルールを求めた。指針を求める声が60%と、法制化(17%)を大きく引き離し、医師は裁量権を広く認めるガイドラインを望んでいるという現状も浮き彫りになった。

決定過程の透明性を図るための倫理委員会の存在についても、今回のアンケートで設問にした。倫理委員会を設けているのは82%で「準備中」という機関も含めると9割に上ったが、その審査対象を終末期医療に限定した機関はなかった。だが、メンバーをみると、院外の第三者を含めている機関が8割に達し、3割には法律家が入っていた。

アンケートでは、自由記述欄を複数設定し、現場の声をできるだけ集めるように心がけた。予想以上に記述してくれた回答が多く、その後の検証や取材に役立った。

一例を挙げると、「どのような状況だと人工呼吸器を付けない、または取り外すという選択で迷うか」という設問に対し、北陸地方の病院長は「家族ができる限りの治療を求めている場合、患者との話し合いで呼吸器を付けないことで合意していても、いざ亡くなる前に家族が大騒ぎをする」と、回答してきた。その他の自由記述欄でも、詳細に事例を説明

したり、自分の意見を小さな字でびっしりと書き込んできた回答用紙が多く、現場の医師たちが不安を抱えながら医療を行っている現状が伺えた。

また、「十分なインフォームド・コンセントを行えぬまま、措置を行う可能性がある」(近畿地方の病院長)ので、現状では治療中止は認められないとする意見もあった。インフォームド・コンセントは一般用語として広く普及しているが、「十分な説明とそれに基づく合意」が限られた時間で本当にできるのかどうか難しい。いずれにせよ、ルールを求める声は切実だった。

調査の開始時点で、我々はアンケートをまとめた記事を出すことだけがゴールだとは考えていなかった。240枚の調査用紙は取材対象となる医師たちが眠る宝の山だ。用紙回収と同時に、自由記述の欄を読み込み、取材対象となり得る医療機関のリストアップを始め、現場の実態を描く7回の連載を企画した。それぞれのテーマに沿って複数の記者が、北海道から九州まで全国各地の医療機関に飛び、限られた時間の中で取材を行った。

中部地方の副院長は、終末期の患者が延命装置を外して欲しいと切望し、震える手で書き記した文書の文面を取材記者に見せてくれた。判読しづらい文字は、患者の体調や心理状態を表しており、鬼気迫る内容だった。それでも医師は「呼吸器を外すことだけはしない。事件として騒がれるのはいつも呼吸器外しだから」と呼吸器を外さなかったという。患者の意向と刑事訴追されることへの恐れとの板挟みにある現状を打ち明けた。

ある医療機関では、医師と看護師の間で治療方針をめぐる意見が割れた例を紹介してくれた。その機関では倫理委員会が3時間に及ぶ議論の末に家族の意向を支持し、患者の心臓ペースメーカーを外す決定がされたという。その一方で、九州地方の救急医は「呼吸器の装着は医師の判断だが、病状が改善しないときに家族にどのように説明すべきか苦慮する」とも話した。

東北地方の副院長は作成中の指針案を見せてくれた。文案には人工呼吸器の中止についてもしっかりと明記されていた。札幌の施設長は「慢性期の病院では医師と患者・家族が元氣なうちから話し合い、方針を決めておくことが大事。そのやり取りの中で相互の信頼関係が生まれる。死に関する話を避けるのは、医療機関として怠慢」と強調した。

その一方で、「治療の中止は絶対にしない。最後まで病気と戦うことが治療であり、(中止は)医療の敗北だ」と治療の中止を頑なに認めない医師もいた。同じ分野の医師でも、医療機関によって考え方が全く異なったり、現場によって抱える悩みも色々あった。

医師数が少ない地方病院が切実に悩みを訴える一方、へき地でも終末期医療に関してしっかりしたチーム医療を準備している病院もあり、地域的な傾向はなく、全国的な問題であることも浮き彫りになった。

連載には、300通を超す投書が寄せられるなど、予想以上

の反響に驚き、急ぎよ反響を基にした続編を作ることになった。大半は身内を看取った遺族からの手紙だったが、若い高校生からも意見が寄せられ、命をめぐる重いテーマだったのに、幅広い読者の支持を得た。

医療者を取材した最初の連載と異なり、今回は身内が逝った時から心の底に澱(おり)となって残っている経験をじっくりと聞き取る取材になった。原稿化も細心の注意を払った。

2006年8月18日付から28日付までの延べ7回にまとめたが、ここでは、医療機関側とは違う読者の思いを中心に紹介したい。

私が取材した50歳代の女性は、15年間看護し続けた母親の看取りについて今も思い悩んでいる。亡くなる一か月前、容体が急変した時、自分の思いとは逆に兄の意向で呼吸器が装着された。兄は遠くに住み、時折訪ねてくるだけだったが、「最後ぐらい面倒をみたい」という兄は主張し、女性はその意見を尊重した。

その後も、兄はろくに看病に来なかったが、たまたま臨終を迎える時、見舞いに訪れていた。逆に女性は自宅に戻っており、急変の連絡を受けて病院に駆けつけた時、母親は亡くなっていた。

女性は取材に対し、「母親は延命を臨んでいなかった。15年間の看病でそれが分かる」と話した。東海大安楽死事件で横浜地裁が示した判決によると、治療の中止は患者本人の意思が不明の場合、家族の推定意思でそれに代わり得るとなっている。今回の場合のように最も意思を反映できる人が自分の考えを示さなかった場合はどうなるのだろうか。非常に難しい問題だと思う。

医療スタッフとうまく対話を図ることができないケースもある。2006年5月に父親を亡くした京都府の60歳代女性は、治療を希望したのに主治医から「万が一の時になっても人工呼吸器を着けない」と言われた。

父親も闘病する気でいたのだが、主治医は取り合わなかったという。入院2か月後に父親の容体が急変したが、呼吸器の装着を頼むこともできないまま、父親は逝った。女性は「患者や家族1人ひとりの意向をくみ取る仕組み作って欲しい」と取材に応えた。

「尊厳」とは人それぞれによって異なる。延命措置をしないことが人の尊厳を守ることあれば、最後まで壮絶に病気と闘うことが尊厳だと思う人もいる。大事なことは、医師が患者や家族の思いをどれだけくみ取ることができるか、だ。医療機関側が良かれと思うことが患者側にうまく伝わらない場合もある。取材を通じて痛感したのはコミュニケーションの難しさだ。

取材の過程で出会った患者団体の関係者からは、親の命をつなぎ止める人工呼吸器のスイッチを自分で切った経験を打ち明けられた。刑事訴追を恐れた医師が折衷案として提案してきたという稀なケースだ。後日、この遺族と連絡を取ると、「医療全般を信頼できない」と、強い調子で医療不信を口にした。

実態調査とそれに立脚した連載が終了したのは2006年8月末だった。実はそのころ、厚生労働省のガイドライン原案作りも大詰めを迎えていた。射水問題が発覚した直後、川崎厚生労働大臣（当時）は治療中止の指針を作成する方針を示していたため、小泉政権が任期満了の2006年9月までに同省は原案を作り、大臣に報告する方針を示していたからだ。

大きな社会問題だった2006年4月ごろ、同省はガイドラインについて（1）対象疾患を示す（2）治療を中止できる末期を定義付ける——ことと、中止をする際に必要な手続きを規定することを検討していた。

だが、そのトーンはどんどん後退していった。当時の取材メモには「細部まで決めないと、ガイドラインとして意味をなさない。だが、細かく規定すると、現場の実態と合わなくなる」という同省幹部の発言が並んでいる。

射水問題では、元外科部長の独断による決定に批判が集中していた。それと共に、呼吸器を外すにあたってその医学的判断が正しかったのかどうか、も論点となっていた。だが、これは簡単に結論が出ない問題だ。不起訴処分となった羽幌事件の場合、警察が2005年に書類送検した時と、札幌地検が不起訴処分を出した時とは、医師の鑑定結果がまったく異なった。警察の場合はクロ、地検のはシロ、だったのだ。こうしたことも影響したのだろうか。厚生労働省が2006年9月15日に公表したガイドライン原案には、対象疾患と末期の定義が消え、手続きだけになっていた。

結局、厚労省のガイドライン原案は（1）医師の独断を避けるために医療チームで方針を決定する（2）患者の意思が確認出来ない場合は、家族の推定意思などから最前の治療を選択する（3）合意に至らぬ場合は、倫理委員会など複数の専門職で構成する委員会が方針を検討、助言する・・・という内容になっている。末期の定義やガイドラインが適用される疾患の範囲について、厚生労働省は「病院ごと、地域ごとに実情に応じた形で考えて欲しい」と話している。

だが、地域別にそうした約束ごとを決めるのは、さらに時間がかかるだろう。また、住む場所によって治療の中止の時期などが変わるのは、医療の格差が生じる懸念を払拭できない。現場から「これは使えるのか疑問」（東北地方の副院長）という声も上がっている。

原案は2006年9月中旬に公表したが、同時に国民に向けて広く募集した意見は2007年1月5日現在で65件にとどまっている。激しい反発に身構えていた厚生労働省は「少々肩すかしを食らった」（医政局総務課）らしい。通常、国が行う意見募集に比べると、数は多いというが2006年3月の盛り上がり比べて寂しい数字だ。

我々が調査・集計と取材を行っている間、超党派の国会議員で作る「尊厳死法制化を考える議員連盟」（会長・中山太郎元外相）も活発に動いていた。射水問題が発覚した2006年3月に会合を再開し、月に一回のペースで勉強会を繰り返していた。67人全員が集まることはなかったが、たえず15～20人が参加し、医療界や行政、法律家、宗教界から専門家を呼んで、法制化の妥当性を検討していた。

国会提出に向けて彼らが作成した法案要綱骨子案は、15歳以上の患者が「助かる見込みがなく、死期が切迫していると認められる」状態になった場合、延命措置の拒否を表明できると規定。これを受けて医師が延命措置をしなくても法的な責任を問われない、という内容だった。

2006年夏まで数回開かれた勉強会では法制化に対し宗教界から強い異論が出たほか、医療関係者からも法制化はなじまないとの批判も浴びせられていた。射水の問題が沈静化して以降、活動は休止状態だ。国や学会の指針とどのように整合性を保つのか不透明な部分も大きい。議員たちは法案を提出する構えを崩していない。

国や国会の動きとは別に、学会もガイドライン作りを進めている。例えば、日本集中治療医学会は2006年8月、学会員に対する「勧告」という形で方針を発表。末期の判断について患者か、その家族の意思を把握した上で「施設内の公式な症例検討会で合意を得るべき」という文言を盛り込み、チームで対応する原則を明記した。「医師が法的な訴追を免れるためには透明性を高めねばならない」（学会幹部）として、学会員の中で末期医療に関する倫理的なアドバイスができる人材の育成や、末期医療に関する第三者機関の創設を目指している。

注目されるのは、勧告の中で治療の手控えや中止を選択するにあたり、患者家族にその内容やその後起こりうる症状を「出来る限り具体的かつ平易に説明し、理解を得る」と謳った点だ。患者家族とのトラブルを避けるのが狙いなのだろうが、患者が分かるように説明することを学会員に求めた点は高く評価すべきだろう。

日本救急医学会も2006年12月の特別委員会で、2007年2月をメドに学会としての指針案を示すことで合意した。その中で、延命措置の中止項目の1つとして「人工呼吸器の取り外し」を明記した。さらに、患者が末期状態かどうかを判断する際、医師の独断を避けるため、複数の医師や看護師らで構成する医療チームが検討し、その過程を記録に残すことを盛り込むという。厚生労働省が示さなかった末期の判断を学会指針が補完する形になる。

このほか、日本病院会や全日本病院協会といった都市部や地方の病院が参加するグループも、それぞれガイドライン作りを進めている。厚生労働省の検討会が2004年に報告書の中で、学会の役割として示した指針の作成作業が、射水問題でようやく前に進んできたといえる。

実態アンケートとその後の取材で、医療現場の一端が少し垣間見えるようになった。しかし抽出調査に基づく取材には所詮、限界がある。我々の取材もほんの表面を撫でたに過ぎず、やはり水面下ではどのようなことが起きているか想像すら出来ない。

それでも、「あうんの呼吸」の一言で片づけられていた治療の中止や差し控えが、実は院内のルールに基づいて行われていたり、実際にルールを作り始めたりする医療機関の存在も判明した。

治療の中止を含む終末期医療の問題は、医療技術の発達に伴い、より切迫性を帯びている。ガイドラインを守った医療機関の行為が刑法に問われることに、懸念を抱く医療者も多い。

2007年1月に終末期医療に関する象徴的な問題が発覚した。岐阜県立多治見病院で、延命措置の中止を望む患者が、その意思を文書で示した後、病院側が院内ガイドラインに基づき、倫理委員会が中止方針を決めても、病院管理者側が踏み切らなかったのだ。問題の背景には、刑事訴追に対する異常なまでの恐れがあったのだろうが、やはり法律による裏付けがないと、自分たちが作ったルールすら尊重できないのだろうか。治療中止が手続きを決めるだけでは解決できない、深い問題だということを改めて示した事例だった。

ただ、まずは現時点で挙げられる課題を少しずつでも解決していく努力は必要だ。事件が起きる時だけ問題視し、あとはタブー視するという現状を変える必要がある。それには我々マスメディアも継続的に報道すべきだろうし、そういう仕掛けが大事だ。実際に今回のアンケートは射水問題の発覚から4か月も遅れたが、大きな反響を呼んだ。

死生観は、国民1人ひとりが異なっていてよい。むしろ誰かのお仕着せであってはならない。患者の死生観を尊重し、その上で取り巻く医療者や家族が十分に話し合うことが求められる。

実態調査や取材を通じて感じたのは、医療者と患者の間で信頼関係がしっかりと構築されている場合は、トラブルに陥る可能性が低いという事実だ。逆に十分な話し合いがないとお互いに不信感を募らせ、双方に不満が残るし、訴訟に発展するケースもあるだろう。

とくに終末期医療の場合は家族の意向が大きな要素として絡み、関係者が増えることも問題を複雑化する。遺産問題や医療費など金銭問題も背後に存在するし、介護や看護の問題も大きい。

法制化にせよガイドラインにせよ、患者の疾患も容体もそれぞれだし、取り巻く家族環境も経済状態も異なる。地方によって慣習も異なれば、世代によって死生観も変わってくる。むしろ医療機関で対応が割れる方が自然なのかもしれない。

病院によって提供されるサービスが異なるのならば、いつそのこと、それを患者に選択させるような仕組みを構築できないだろうか。患者には適切で好ましい医療を選ぶ権利がある。それを一律に規定することはできないなら、選ぶ権利を与え、考える時間を持たせることが大事だろう。

もちろん治療の中止そのものに対してアレルギーを感じ、ルール化そのものを受け入れない人もいる。だが、少しでも国民の間で議論し、1人ひとりが自分の意見を作っておくことが誰もが不幸にならない一番の処方箋ではないか。われわれマスメディアがその一助となり得る情報を常に提供することも大事だと考える。

参考資料

読売新聞東京本社版2005年7月31日付～8月7日朝刊、同18日付朝刊、21～25日付朝刊、同28日付朝刊。

厚生労働省「終末期医療に関するガイドライン（たたき台）」2005年。

日本集中治療医学会「集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告」2005年。