

〈巻頭言〉

死に行く人のための医療とケア

林謙治

国立保健医療科学院 次長

The Healthcare of Terminal Patients

Kenji HAYASHI

Vice President, National Institute of Public Health

19世紀以降の医療の進歩は目を見張るものがあるものの、20世紀の中頃までは死に行く人に対して医療はやはり無力であり、医療の敗北として受け止められてきた。今日においても患者が末期状態に陥れば、医療は何らかの起死回生策を持っているわけではない。しかしながら、20世紀後半における医療の進歩はそのような状態にある患者に一定期間の延命をもたらすことが技術的に可能になったのである。それらの医療技術とは人工呼吸器による補助呼吸をはじめ、人工心肺、腎透析、薬物療法、経管栄養・輸液等多岐にわたり、たとえ脳死状態であってもこれらの技術によって一定期間心臓の拍動を継続させることさえ可能になったのである。このように過去に比べはるかに高度な医療技術により、単に延命のためにいわゆる“スバゲッティ症候群”が作り出されていることはまれではない。“死に行く人”およびその家族の多くは身体的・社会的・精神的苦痛を抱えており、尊厳を保ちながら最後の瞬間を迎えることは現在の医療環境のなかで期待することはむずかしい。高齢化が着実に進行している今日において、より望ましい終末期医療・ケアを求める社会的な動きがますます顕在化してきていることは周知の通りである。

そもそも「尊厳死」とは何かを考えたとき、当然宗教的背景を無視することができない。カトリックのように最後の瞬間まで生を追求するという立場もあろうし、カルビン派プロテスタントのように生死を合理的・自律的に考えようとする立場もある。また、仏教のように輪廻転生という自然同化主義をとる考え方もあろう。日本人は一般に無宗教と言われがちであるが、仏教および神道は多神教であるためにキリスト教やイスラム教に比べるとこだわりが少ないように見えるかもしれない。宗教に不熱心なのは世界的現象で日本人だけではないと思われる。今日、医療の現場でInformed Consentをとるとき、患者個人というより家族を含めた同意のかたちをとりがちな日本社会は宗教の影響というよりは農耕文化の伝統という側面を色濃く反映しているかもしれない。「尊厳死」は多分に宗教的背景に裏打ちされながら、その国、その地域の文化的背景によって修飾され、内容において多様な価値観を含んでいるといえよう。このような文脈のなかで、先進諸国では価値観を含む尊厳死(Death with Dignity)という用語よりも一般に自然死(Natural Death)という言葉ほうが好まれている。

自然死を迎えることが尊厳のある死とするならば、医療側からすると救命が望めない終末期において過剰な医療を避けてQOLの保持に全力を尽くすことが本来望ましい姿であろう。しかし終末期の苦痛は単に身体的なものばかりでなく、社会的・精神的なもの、さらに霊的な苦痛(自己の存在の意味を問う)をも含んでおり、一般に理解されている緩和医療の方法論ではとうていカバーしきれるものではない。それどころかホスピスのような施設ケアでさえ理想的な終末期ケアを提供できないではないかという議論もある。医療とケアを結びつき、かつ患者の苦痛を理解しサポートを可能にするためにはどうしても患者の家族・友人の関与、そしてそれにふさわしい環境が用意されなければならない。このようなサービスの提供はどこまで可能かを考えたとき、今のところ理想の場を見いだすことが難しい。このたび厚労省の医療改革のなかに終末期ケアのあり方が提示され、在宅ケアに焦点をあてている。これを実現するために今後官民一体の努力が求められるのは言うまでもない。

人はどのような病気で亡くなるにしてもすべて終末期を最後の通過点としている。毎年100万人の死者およびその家族はどのような心境で最後の瞬間を迎えているか、一度愛するひとを亡くした経験のある方は容易に察しがつくであろう。尊厳死を生命の短縮と結びつける誤解がしばしばみうけられる。それに限定した議論は不毛のように思える。