論点

延命治療と尊厳死

客員論説委員 福永秀敏

死に近い患者さんに接する機会の多い医師にとって、できることなら「安らかな死」を望むのは「あたり前のこと」だろう。ところがこの「あたり前のこと」が、意外に難しいことなのである。

神経難病の一つで、手足はまだ十分に動かせるのに発声や飲み込みができなくなる球麻痺型の筋萎縮性側索硬化症（ALS）の女性とは、筆談でコミュニケーションをとることになる。

「本音は自分でもよくわかりません。六十歳というと、昔ならちょうどいいくらいの年ですし。でもあと半年の命だと、私も家族も心の整理ができないのではないかと思います。あと一年かも二年ぐらいの延命が、ちょうどいいのかなと思ったりして…」。

頬が少しこけて整った顔立ちからは、凛としたなかに洪恰を超越したような清々しさも感じられる。栄養補給のための胃瘻増設や、人工呼吸器の装着をかたくなに拒み続けてきた。

「尊厳死」に関しては、立法化の動きとも相まって賛否両論、激しさをましつつある。厚生労働省は昨年、ようやく終末期医療のガイドライン（指針）を示した。その骨子は①患者本人の意思決定を最も重要な原則とすること②医療の開始、不開始、変更、中止などは「医療ケア・チーム」で慎重に判断し、医師の独断に依らないこと③治療方針の決定に際し、患者と医療従事者の合意内容を文書化すること④患者の意思を推定できない場合には家族と話し合い、患者にとって最善の治療方針をとることとしている。

指針の内容はあいまいな方がいいのかと思う半面、この中には病気や病態別のきめ細かなガイドライン、人工呼吸器を外すといったような生命に直結する延命医療の中止の基準などは示されておらず、臨床現場では机上の空論にもなりかねない。

二〇〇三年に厚労省が行った意識調査では、延命治療を望むか否か事前に書面で意思表示を行う「事前指示」に賛成の人が半数を超えたという。超高齢社会となり、また患者さん本人の意思に反する形で全身に管が取り付けられるような濃厚医療が続けられている現実に「尊厳死」に対する国民の意識も変わりつつあるようである。

日本の尊厳死運動は「健やかに生きる権利、安らかに死ぬ権利を自分自身で守ろう」ということを原点に、いわゆる尊厳死の宣言書（リビング・ウイル）の三条件を宣言することで結ばれている。三条件の骨子は、無理な延命処置はお断り、痛みに対する緩和処置は最大限してほしい、そして数カ月以上にわたって植物状態になったときは、一切の生命維持装置は取りやめてほしいというものである。いずれも納得できる宣言であるが、臨床現場ではなかなか難しく、よくある総論賛成、各論反対という世界になる。

医療への信頼感がなければ延命処置の中止ということが、いわゆる「手抜き医療」と判断されかねないし、医療訴訟への懸念も捨てきれない。尊厳死に批判的な人は、弱者切り捨ての思想に結びかねないと懸念する。確かに医療費の削減への思惑や、公共の意思を本人の意思に優先させることがあってはならない。

「山岡鉄舟は胃がんで、座ったまま死んだそうです。私も最初のころは、人間は動物だから、食べられず、息ができなくなったら死ぬのは当然だと思っていました」と筆談は続く。今まで「呼吸器を付けたくない」との考えを変えなかったのは、このような考えが基本にあってのことだと理解する。

それでもこの女性には、寝たきりの生活がすべて「惨めな生」であるとは考えないでほしい。「生きている」ことだけでも意味を持つことはあるし、また人間はどのような状況でも、その「こころざし」いかんではさまざまな「生きる力」を引き寄せることもできる。そして残された人の心のなかに、大切なメッセージと思い出を残してくれる。私が長年かかわってきた筋ジストロフィー病棟には、十数年も呼吸器を付けながらもコンピューターなどのIT（情報技術）を駆使して創造的な活動を行い、私たちに生きることの尊厳を教えてくれる人は多い。

いうまでもないことだが、人間はみな等しく死を免れない運命にある。超高齢社会を迎えた今、死を迎える人も残された人も悔いのないように、健康なときに、そして「人生の終幕」への想像力を働かせることも必要ではないだろうか。

（国立病院機構南九州病院長）

論点

独り者が最期迎える場所

客員論説委員 福永秀敏

今日は敬老の日。多年にわたり社会に尽くしてきた老人を敬愛し、長寿を祝うことを趣旨としている。ところが、この祝うべき高齢者をめぐる医療や介護の状況は厳しさを増しており、多くの人が将来への不安と焦燥をかかえながら生活している。

先日、音信不通となっていた女性から手紙をもらったが、その内容は現代の世相を反映して重たいものがあった。八十六歳の女性で、夫と一人息子に先立たれ鹿児島市のマンションで一人暮らしである。モチベーションが高く創造力の豊かな女性で、俳画や墨彩画の教室を主宰している。過去に乳がんの手術を受けているが、現在は健康に問題はない。ただ「自分の身の振り方を真剣に考えている最中です。弱り切ってからでは遅いので、今から決めておきたいのです。先生の病院で、こういう独り者の最期を受け入れてくださる方法があるのでしょうか…」というようなことだった。

翻ってみれば、国家としても超高齢社会の安心できる青写真がいまだに描けず、個人としても介護を必要とするときにどこで生活し、最期を迎えるか、不透明極まりない状況にある。日本の平均寿命（二〇〇七年）は男性79・19歳、女性85・99歳と世界一を更新し、二五年には七十五歳以上の後期高齢者数は六十五歳から七十四歳までの前期高齢者数を上回り、女性がその三分の二以上を占め、独居高齢者も14・5%から20%と予測されている。何事も予測には不確実性を伴うが、人口予測ほど確かなものはない。この女性のような一人暮らしの高齢者に対する支援をどのように行うべきか、最も深刻な問題といえよう。

そこで感情抜きの率直な気持ちで、次のような返事を書き送った。まず緩和ケア棟、療養介護病棟の入院基準について触れた後、健康が許す限り自宅で暮らせることが理想であること。生活に介護が必要となれば、介護保険などのサービスを利用すること、この時には介護支援専門員が相談にのってくれる。万一にがんの再発があれば、緩和ケア棟も考慮されたい。施設介護では要介護度により介護老人保健施設（老健施設）や介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護付き有料老人ホーム、小規模多機能型居宅介護などがある。また最近では、民間のケア付きマンションも売り出されている。自分の病状、要介護度、経済状態、家族状況、価値観などにより、それぞれ選択は異なってくる。

それでは日本の超高齢社会を、安心できる医療・介護のシステムに構築するにはどのようにすればいいのだろうか。

まず労働力不足も予測されており、定年を延長し、高齢者の知識や経験を労働市場に生かす仕組みを作るべきである。最近の意識調査では、高年齢層ほど「七十歳まで働きたい、生涯働きたい」と答える人が多く、一方では高齢者の就業率の高い地域ほど寝たきり老人は少ないという調査結果もある。

次に、先進諸国に比べても低く抑えられている医療や福祉予算を増額すべきである。医療費抑制策や社会保障費を毎年二千二百億円削減することを見直し、特定財源の一般財源化に伴う予算を優先的に医療・福祉にまわせないものだろうか。国土の隅々まで道路整備がなされても、命の保障がなければ安心できる社会とはいえない。

この四月から始まった後期高齢者医療制度については、さまざまな批判が噴出している。厚労省としては一定の枠（医療費抑制）の中で、今後も国民皆保険制度を維持するための苦肉の策だったと思われる。十分な説明が不足していたことも事実であるが、ねじれ国会となっている政治情勢にも翻弄され、名称からやり玉に挙げられた。七十五歳で仕組みを区切ることに焦点をあてて「うば捨て山」とか「家族の分断」などと、政争の格好の具となってしまった。

先にも述べたように医療・介護の問題は待ったなしの状況にある。凍結された終末期相談支援料の議論とも関係するが、終末期医療についてもみんなで議論を出し合い、一定の理解と合意を得る作業をしなければならない。財源や負担のことも含めて、二十一世紀の社会保障制度全般について、自分自身の問題として考えるべき時である。

（国立病院機構南九州病院長）

プラタナス

医聖ヒポクラテスは、この樹の下で弟子たちに医学を説いたといわれる

天命を全うする医療とは

国立病院機構南九州病院長
福永 秀敏
（ふくなが ひでとし）

1972年鹿児島大卒。80年メイヨークリニック留学。98年より現職。99年厚労省「筋ジストロフィー研究班」主任研究者。2007年厚労省「医療安全管理者の質の向上に関する検討作業部会」部会長。著書に『病む人に学ぶ』など。

この11月、霧島市の家庭教育学級合同研修会で講演することになり、主催者との話し合いで決められたタイトルが、「命と向き合う～医療現場からのメッセージ～」ということになった。

人の一生は「生老病死」という四楽章を辿る旅人のようなもので、どの楽章も命との対峙であり、それらと向き合うのが医師の務めであると考えている。ところが、この命の解釈が医学の進歩の中で揺らぎ始め、一方では患者側の過大な要求や期待もあって、リスク管理と表裏一体の関係になっている。

私は戦後まもなく団塊の世代の一人として生を受け、たまたま医学の道を志し、幸いにも大病をすることなく老いを迎えつつある。その中で神経内科医として、現代の医学でも治せない、いわゆる難病の患者や家族と長い付き合いをすることになった。

繰り言の一つもなく前向きに生きた人、残されたわずかな力で素晴らしい絵画を描いた人、もちろん立ち直れないほど打ちひしがれた人もいた。ただ総じて言えることは、患者はその生き方を通して、生きることの素晴らしさやしなやかさ、人間の持つ凄さを示してくれたということである。

遺伝子診断ができるようになった時、筋ジストロフィーの青年は「母親の苦労を思うと、妹が出生前診断を受けるという選択には反対しない。しかし、自身の存在は否定されたくない」と苦しい胸中を明かした。

また、筋萎縮性側索硬化症での呼吸器装着は、医師にとっては最も悩ましい決断を要することだった。しかし日本の難病政策（患者の受け入れ病院整備や医療費の補助）の恩恵もあり、患者・家族の希望に沿う形で延命治療が可能になりつつある。

ところが、次なる問題として、長期の呼吸管理の過程で患者との意思疎通が全く叶わなくなった時に呼吸器を外すことができるかという問題が浮上している。「手厚いケアが保障され、安心して生きられる社会」の実現が理想だが、ある女性患者からは「（事前にでも）患者の意思が確認できる仕組みを作っておけば、呼吸器を外すことに賛成です。生きる意欲を失っているのに苦痛に耐え、人の手をわずらわせながら生き続けるのは辛すぎます」というメールでの返事をもらった。

また、超高齢患者に対するＰＥＧ（経皮内視鏡的胃瘻造設術）の適応拡大にも頭を悩ませている。財源の問題は考慮に入れたくないが、寿命と同様に有限であることも確かな事実である。

多くの人が納得できる「天命を全うする医療」との線引きは、時代とともに変わっていくものかもしれない。