

臨床倫理メデイエーション

国立大学法人山形大学医学部
総合医学教育センター

中西 淑美

8 多様な死の時代—安楽死と尊厳死(2)

1. 人生の最終段階 EOL (End of Life)

2014年の厚生労働省の「人生の最終段階における医療に関する意識調査」のなかで、一般国民2179人の調査結果に、事前指示書(Living Will)についての設問がある。これは、リビングウィルとも呼ばれ、「治る見込みがなく、死期が近いときには延命医療を拒否することをあらかじめ書面に記しておく、本人の意思を直接確かめられないときはその書面に従って治療方針を決定する」ことをいう。つまり、各人の人生の最終段階における意思決定の書面通知である。報告書によると、賛成する人

は6割以上を超え、書面無しの賛成を加えると約8割がこの考え方に首肯している。また、治療方針についても侵襲的医療行為は望まない人が大半である。

人生の最終段階の終末期を、エンド・オブ・ライフ(End of Life、以下EOLと称す)と呼ぶ。この時期に行われるケアを、エンド・オブ・ライフケアといい、がんなどの特定の疾患のみならず、年齢、疾患の有無や種類にかかわらず、死が近い状態にある人に対して、亡くなるその時までその人の意思決定を尊重し、その人らしく生き生きと生きることができるよう包括的なケアを提供し、死後に遺される人々までもケアの対象として実践する。EOLは

生命と別の生命のつなぎ目であり、尊厳をもってよりよく生きるための過程である。

終末期について、日本老年医学会は「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により、病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」と定義している。「終末期」は生物学的死への準備段階なのである。

病気に、疾病(disease)とやまら(illness)の二つの観点があるように、人の生命の考え方にも二つの視点がある。その人の生命を、生物学的に考えるバイオロジカルな生物学的生命(biological life)と、その人の人生として物語的な生命(narrative life)である。後者は、ナラティブの観点でのEOLである。

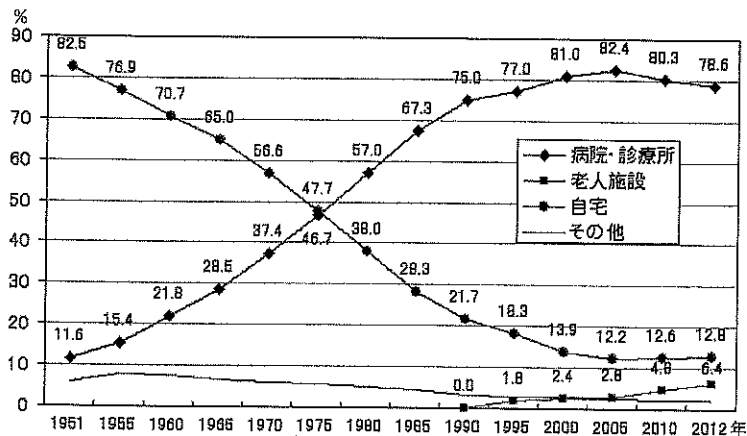
超高齢化社会に伴い、生物学的な身体諸機能の低下やそれに伴う種々の疾病発生の現実を受け入れつつ、しかし、まだ変えられることがある点に着目され始めている。生物学的生命時間からは「終末期」という有限が目に見えてくる。この有限の人生を貴重な「活動期間」と解釈し、この貴重な時間にその人が何をしたいのかについて、自身のEOLについて考えるような時代になっている。

通常の、余命が数か月や72時間、48時間以内などと時間的な切迫を受けている場合に、目標を設定し、多様な選択肢の中からその人らしい実現の方法を医療・保健・福祉に携わる多職種が、協働していく緩和医療などにみられるEOLでの尊厳死へのプロセスである。しかし、前述したように、我が国の少産少死の時代においては、終末期の多様な死の在り方を意識せざるを得ない。確かに、EOLの最期の場所については、現在の医療政策指針である地域包括ケアシステム推進のなかで、二木が指摘するとおりである。つまり、「今後急増する死亡者を病院ですべて看取することは困難であるが、既存の老人福祉施設も財政制約上大幅には増やせない。かといって自宅での看取りを大幅に増やすことは困難なので、サ高住や有料老人ホームでの看取りを促進したい。しかし、粗悪なものが急増すると社会問題になるので、非営利でケアの質が担保されやすい医療機関を母体とするものを増やしたい」として、看取するための場所である。

通常は、余命が数か月や72時間、48時間以内などと時間的な切迫を受けている場合に、目標を設定し、多様な選択肢の中からその人らしい実現の方法を医療・保健・福祉に携わる多職種が、協働していく緩和医療などにみられるEOLでの尊厳死へのプロセスである。しかし、前述したように、我が国の少産少死の時代においては、終末期の多様な死の在り方を意識せざるを得ない。確かに、EOLの最期の場所については、現在の医療政策指針である地域包括ケアシステム推進のなかで、二木が指摘するとおりである。つまり、「今後急増する死亡者を病院ですべて看取することは困難であるが、既存の老人福祉施設も財政制約上大幅には増やせない。かといって自宅での看取りを大幅に増やすことは困難なので、サ高住や有料老人ホームでの看取りを促進したい。しかし、粗悪なものが急増すると社会問題になるので、非営利でケアの質が担保されやすい医療機関を母体とするものを増やしたい」として、看取するための場所である。

さて、2015年の内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」である。自宅を最期を迎えることを希望する人は54.6%であり、「病院

図1 死亡の場所の推移



(注) 老人施設は介護老人保健施設、老人ホームの計
(資料) 厚生労働省「人口動態統計」

などの医療施設」が27.7%、「特別養護老人ホームなどの福祉施設」は4.5%、「高齢者向けのケア付き住宅」は4.1%などとなっている。性別では、「自宅での最期」希望54.6%の割合のうち、女性は48.2%で男性は62.4%である。「病院などの医療施設」希望では、男

性の23.0%よりも女性の31.6%が高くなっている。一方で、厚生労働省の人口動態調査の実際の死亡場所についての結果を見ると、「自宅での最期」を7割以上の日本人が希望しているが、実際はこの人たちの大半は病院で最期を迎えている。この現実、実際、EOLの場所においてコンフリクトが発生していることを示している。

すなわち、経済・医療・福祉環境に大幅な変化がない場合には、「病院で迎える死」は一般的であり、死と向き合う人々は医療関係者が大半を占めることを意味している。EOLを「生物学的生命」と「物語的な生命」の二面からどう捉えていくのが今後の安楽死・尊厳死を考える鍵になると思われる。医療者として、どう死と向き合うかが問われ、死にゆく本人自身だけではなく、死への恐怖や不安を和らげ、癒し、その人のEOLの質に重点がおかれた医療やケアを提供することが、より具体的・個別的に要請されている。

2. 死と向き合う人々

1990年代後半から、死と向き合う人々は

医療者が7割を超えるようになり、医療者はEOLの終末期のケアについては、ターミナルケア、ホスピスケア、緩和ケア、EOLケアなど様々な用語で真摯なケアに取り組んでいる。これらのケアに共通する原則は、次の四つである。

- ① 身体的、精神的、社会的、スピリチュアル（霊的）な痛みに対して全人的なケアを提供すること
- ② 死の瞬間までその人らしく生きるために希望や意思が尊重され、できる限りよりよいQOLを実現させること
- ③ ①、②の実現のためには多職種チームアプローチの連携をおこなうこと
- ④ 対象は患者と家族とし、死別前後の家族の悲嘆へのケアをも提供すること

しかし、この四つの原則は現実の医療の中では医療者側の一方的な医療提供に陥る危険性がある。英国では、EOLの臨末期にある患者すべてを対象として作成されたリバプールケアパスウェイ（Liverpool Care Pathway、以下LCPと称す）と呼ばれる終末期のクリニカルパスも作成されている。これは、イギリスのElershawを中心としたグループにより2003年に作成された。このクリニカルパスは、患

者・家族が安楽・安心して臨末期を過ごせるために必要なケアを確実に受けられることを目標としているアウトカム指向の看取りのケアのパスである。しかしながら、このLCPについては、数年前から、高齢患者に機械的に適用され、鎮静と脱水によって手間をかけずに死なせるための手順書と化してしまっているとの告発がなされている。

我が国においては医療として提供される緩和ケアの場合には、疾病の具体的設定を厚生労働省は以下のように示している。人生の最終段階の状態像は「遷延性意識障害」、「脳血管障害や認知症等」とし、典型的な状態像は、①病状安定期の末期がん、②症状増悪期の末期がん、③重度の心臓病、④進行した認知症、⑤意識障害があり人工的栄養補給を受けている状態、⑥意識障害があり人工的栄養補給とともに人工呼吸器が装着されている状態である。また、末期がんにおいては、症状の程度による、①症状安定期と、②症状増悪期で設定している。

EOLの人々の意識と現実のコンフリクトは医療の緩和ケアにより深い洞察と医療行為の在り方を突きつけている。すなわち、緩和ケア体制とは痛みをとっていくことなのか、あるいは

事例1. 2014年10月、世界中で話題となったメイナード氏の自死

米国、ブリタニー・メイナード氏、享年29歳。インターネット上の動画サイトで死亡予告した後、自ら死を選んだ。メイナード氏は、末期の脳腫瘍で余命半年と診断されたが、ホスピスで緩和ケアを受けることを逡巡した結果、それを拒否した。苦悶して死にゆく自身を家族に見せたくないと考え、医師から処方された薬を自ら服用して死ぬことを決心し、合法的な州で、「予告」どおり、メイナードさんは家族に見守られ、自ら死を選び逝去。報道は安楽死や尊厳死として、表現はまちまちで、自殺ほう助、自死もみられた。

事例2. 1987年、ジャーナリスト千葉敦子氏の闘いのよく生きることに、よく死ぬこと

1981年乳がん発覚。1983年再発。ニューヨークに移住。1984年再々発。1987年死去。享年46歳。ジャーナリストだった千葉氏は、乳がん発覚後、患者の立場から日本のがん治療現場の問題点の指摘、アメリカにおけるがん治療のあり方、患者の生の質を高め、

よりよい死を迎えることを目的とするのは医療施設と提言し、千葉敦子氏の著作は社会に非常に強いインパクトを与えた。最期まで積極的に抗がん剤治療を実施し苦悶のなか逝去。

事例3. 2015年、T氏、女性、子宮肉腫で、最期まで自分の決定を善として生きた死

手術後、抗がん剤、放射線、動注療法2回、だんだん打つ手がなくなり、痛みが増し、最終的には抗がん剤か緩和ケアかの選択を迫られた時期に、敢えて抗がん剤治療を選択し、最後の1回を無事終了した翌日の朝に救急搬送され、3日後に軽い瘦弱な小さな体に似合わない大きな笑顔のまま65歳で逝去。

この三つの事例は、病院内での緩和ケアによる死とは、異なる死への向かい方である。メイナード氏はまだしも、千葉氏を安楽死という人は誰もいないであろう。勿論、千葉氏のように死への闘いを挑む方は過去にもいた。しかし、彼女の著作を読む限り、抗いではなく「生きる」ことを選択している。また、この2と3の事例を、尊厳死という人も現在少ないであろう。しかし、筆者は、両者はEOLの最後の瞬間まで自らの

治療を中断して自然死を選ぶことなのか。さらには生物学的死へ向かう中で特別な人間の生の営み、人生を終えるための生のプランへの行程を支援することなのか、今後のEOLには、生物医学的視点の個別的合理化とは何かを考察していくことが求められているのかもしれない。この合理化を受け入れない人もいる。少ないながら、この数年間、筆者が看取ってきた人々の死は、死へ抗う闘う生を自身の尊厳として、果敢に「生命」に働きかけるEOLの人がいることを提起しておきたい。

3. 安楽死と尊厳死のまじり

—誰が望むのか

全ての人の死が、尊厳のある死であることが、尊厳死 (death with dignity) である。

さて、有名な尊厳死報道から、安楽死とは何か、尊厳死とは何かを考えてみたい。勿論、日進月歩の医療や科学技術の社会的情勢や医療界の趨勢が影響していること、個人の病態、心身状態、経済的、行動的背景があり、報道の断片からの推測があることはご容赦いただきたい。

存在を肯定する自尊心がみられると考えている。時代が違っても、実は「生きるために死ぬ」という自身の決定によるものは善であり、死は所詮個体の生の終焉であるという信念を垣間見るのである。

尊厳死も、安楽死も多様化を迎えるなかで、疾病としての終末期を迎える患者はがん以外にもさまざまな慢性疾患患者が加わっている。

そして、以前からなされている終末期をどのように考え過すのか、どうやって死ぬのかといったことを問題とする時代は終わりつつあるのではない。むしろ、どうやって生きるのか、どうやって生命の終焉に備えるのか、死に向かっていることを是認しながら、「終活」という言葉が流布するように、個人の人生の選択からいのちという視点から尊厳死や安楽死を再度考え直す時期ではないのか。今日の医療が患者の自己決定権を土台として組み立てられているならば、経済的・社会的諸条件の中で「自らの存在を肯定する」ことをEOLでも意思決定を支援する時代になっているのではない。従来の人生と生命の2つの観方、つまり、生物学的死に重点をおいた「いのち」から、人生という「いのち」の終焉という個人の意思決定の間

題にシフトしていることではないかと筆者は考えている。

どうやって生きるのか、死ぬ方向であっても必ず自分らしく生きたいと考え、いつ途絶えるかわからない死への恐怖や不安に対しては、生き抜くことでそれを凌駕しようという考えが出現している。また、生きないことでそれを超越しようとする考えもある。

参考文献

- (1) 終末期医療に関する意識調査等検討会：人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書、平成26年（2014年）3月発行、総頁101頁
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/1260425-02.pdf>
アクセス20161130 p19-28
- (2) Lynn J. Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services. JAMA 2001;285(7):925-932.
- (3) 堀内まき：高齢者の「End-of-life Care」。老年

社会科学 2006; 28(1): 35-40.

- (4) 社団法人日本老年医学会「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」。日本老年医学会雑誌 2011;38:582-583。日本老年医学会の立場表明 2011。2。 <http://www.jpgeriatricsoc.or.jp/proposal/pdf/jgs-tachina2012.pdf>
アクセス20161125
- (5) 二本立：「地域包括ケアシステムと医療・医療機関の関係を考える」。『日本医事新報』、2013年1月19日号（4630号）、30-31頁
- (6) 二本立：「在宅ケア・終末期ケアの経済分析と死亡場所の変遷—私の今までの研究と最新の実証研究の紹介を中心として」 damed.or.jp/dl-med/nichikara/sei/sei2014_3.pdf
アクセス20161130 p11引用
- (7) http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/hnml/zenbun/sl_2_3.html
アクセス20161125
- (8) <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingij/2r985200000105vx-att/2r985200000102r.pdf>
中医協参考資料（平成23年1月21日、総16—22参考） アクセス20161125
- (9) 樋口京子、篠田道子、杉本浩章、近藤克則編著：『高齢者の終末期ケア—ケアの質を高める4条件とケアマネジメント・ツール』、中央法規出版、2010、p.21。

K inematograph

ファンタスティック・ビーストと魔法使いの旅



監督：デビッド・イエーツ
脚本：J. K. ローリング
2016年 アメリカ 2時間13分

■最近みた映画■

ハリ・ポッターシリーズの原作者J・K・ローリングが脚本を手がけた、ちよつと大人のファンタジーです。実は私、「ハリ・ポッター」を1作も見ないまま、魔法の杖を振るエディ・レッドメインが目当てで観に行きましたが、それでも十分楽しめます。予習をしてもしなくても、気楽に観に行つてほしいです。

1926年のニューヨーク、魔法使いと人間が共存している社会で、不可解な現象が起きていました。自然現象では理屈が通らない何かの力による街の破壊が多発し、市民の中には、「魔法のせいだ」「魔法使いは抹殺すべき」と魔女狩りの声を上げる者も。魔法界と人間界の対立抗争を避けたいマクラーザ（ア

メリカ合衆国魔法議会）内での緊張も高まりつつありました。

ある日、ニュート・スキャマンダー（エディ・レッドメイン）という青年が、古びたトランクを抱えて街に到着します。内気そうで挙動不審な彼は、実は魔法動物の保護と研究のため世界中を旅する魔法動物学者で、トランクにはたくさんの魔法動物「ファンタスティック・ビースト」が入っていました。ところが、ちよつとしたアクシデントでトランクが開いて、見たこともない（中には目に見えない）大小の魔法動物たちが外界へ逃げ出してしまいます。ニュートは慌てて動物たちを追いますが、なかなか捕まえられません。

そんな中、魔法使いを信じる人々を小馬鹿にしていた新聞界の大物ヘンリー（ジョン・ボイト）の自慢の息子のショー上院議員が、魔法使いの仕業と思われるやり方で惨殺されます。マクラーザは、ニュートが逃がした魔法動物の仕業と考え、「動物たちのせいじゃない」と訴えるニュートを首謀者として処刑しようとしています。人間対魔法使い、魔法使い対魔法使い、ときどき動物、謎をはらんだままそれぞれの戦いが始まります……。

年々ファンタジーから遠ざかっている固い頭では、「魔法動物」と聞いても想像しがたいものでしたが、

- (10) 茅根義和「LCP（リパブル・ケア・パスウェイ）とは何か」臨床看護 2010; 36(4): 1825-28. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212450/Liverpool_Care_Pathway.pdf 参照
アクセス20161125

編集部からのお願い

本誌発送先につきましては、常に見直しをして管理するよう努めておりますが、人事異動などによる変更がなされたり、間違っていたりする場合があります。宛名ラベルの部署・役職・氏名等の修正・変更等ありましたら、お手数ですが、Eメール、FAX等で、編集部までお知らせくださるようお願い申し上げます。



(菅原育子)