

自宅で死ぬ

といつのこと

「尊厳死」のための

在宅ホスピス

医師 山崎章郎



特集

ベストセラー「病院で死ぬということ」著者の提言

たとえば今、あなたの身近な人が、目の前で瀕死の状態となったら、あなたはどうか対処するだろうか？
その人が病院にいて、病状が不可逆的であれば、そのまま病院のベッドでの看取りということになるだろう。

だが、それが病状の改善の難しい終末期がんで、在宅など自分の生活の場で療養している場合だったら、どうだろうか。24時間対応の訪問診療などを受けていなければ、病状の急な変化に慌てた家族や身近な人はきつと救急搬送を依頼するだろう。そして、救急病院で救命処置を受けることになる。

しかし、救命されたとしても、その人の病状が搬送前以上に改善することは少なく、その状態での延命医療が一定期間行われた後、旅立つことになる。

私が「病院で死ぬということ」(現在は文春文庫)を世に出した29年前、がん患者に病名を告げることはタブーであり、濃厚な延命医療は亡くなるまで続けられた。そして、臨死時には、その命を一分一秒でも延ば

するために、人工呼吸や心臓マッサージ等の蘇生術がなされることは当たり前だった。当時の医療現場ではそのような蘇生術なしに臨終を宣言することは考えられなかったのだ。
だから、どのような理由であれ、先述したような瀕死の人が目前にいれば、救急搬送され、救命処置を受けることに疑問を持つ者はいなかった。
しかしながら、現代の死のありようは大きく変貌してきている。なぜなら、患者には真実の病名や病状が伝えられ、結果として、その死が避けられないのであれば、無意味とも言える延命医療を望まぬ人々も増えてきているからだ。
多くの人が苦痛から解放された平穏な最期を求めている現状で、終末期がん患者や老衰の臨死状態時に蘇生術が行われることはまずない。
私は現在、ホスピス医(緩和ケア医)として、日々、在宅で療養している患者さ

んの診療に携わっている。在宅ホスピス医になる前は、施設ホスピス(緩和ケア病棟)で14年間ホスピス医としてケアに参加してきた。そして在宅ホスピス医としても、間もなく15年目を迎える。

10歳に満たぬ子供から100歳を超えた高齢者まで、本当に多くの人を看取ってきた。だが、それら多くの人が、適切なホスピスケア(緩和ケア)が提供されれば、平穏な最期を迎えることは可能であると教えてくれた。だが、「死ぬかもしれない」という現実を直視した当初は、殆どの人が、その現実を否定し、怒り、嘆き悲しみ、時にはうつ状態になる。でも、どうあがいて

も、突きつけられた現実はいくらも、変えられない。私の役割は、そうした変えられぬ現実を前にした人に同行しながら、限られた時間の中で何が「最善」か共に探すことだ。「最善」とは、もはや病気を治すことではない。せめて「納得」できるように生きることである。納得するとは、現実と折り合っていることでもあるが、「折り合」うとは諦めることでもある。だから、納得は、言えない。だが、納得もできない人生は不幸ではないだろうか。「こうなったらケセラセラです」と笑いながら逝った人もいた。

苦しんで延命するより、納得した生を全うする最期を望む。今、死のありようが大きく変わろうとしている。団塊の世代800万人が後期高齢者となる「2025年問題」を控え、ベストセラー「病院で死ぬということ」著者が提言する「自宅で死ぬ」ことの薦め。
その課題と私が辿りついた現在の到達点を、昨年刊行した「在宅ホスピス」という仕組み(新潮選書)に詳しく著した。ご一読いただければと思う。今回は、そのエッセンスの一部を認めてみたい。
※ ※ ※
まずは「2025年問題」である。2025年には、団塊の世代約800万人が、一斉に後期高齢者となる75歳を超え、死に直面する人々が急増する。
一番の問題は、現状のままでは、それら急増する死に直面した人々を受け入れる医療機関が足りなくなることである。結果、その瀕死状態の人々は行き場を失い、死に場所を探し求める「死に場所難民」が大量に

そういつた歳月を重ねる中で、実に様々な人々の人生の最終章に同行してきた。多くは60代以上のがん患者である。困難に満ちた闘病の結果として、終末期になり、最期の時が来る。
10歳の脳腫瘍の女の子を在宅で看取ったこともあった。最期は自分の腕の中で迎えさせたいと願った母親の希望で退院し、在宅で療養していたのだ。その願いはかなえられたが、若い命を看取るのは切ないことである。

一方で、訪問診療、訪問看護、訪問介護を織り交ぜながら104歳で静かに在宅で逝った老衰の女性もいた。
小学校低学年の2人の兄弟に「お父さんがいなくな

こうして、限られた時間を生きる人々の人生の最期までお供することを、私はずっと続けてきた。それらの人々が遺してくれたものを、これから同じような道を歩むことになる人に、道標として伝えるのも私の役割である。
その役割の一つとして、当時の悲慘とも言えた終末期医療の現状を変えるべく、1990年には先述した「病院で死ぬということ」を上梓した。当時と状況は大きく異なるが、今も新たな死にまつわる課題が我々の前にある。

出현することも予測される。なぜなら、従来、多くの人の死に場所であった病院の病床数の増加は、もはや予定されていない。既に人口減が始まっているわが国で、それら一時的に増加する死亡者のために新たに入院施設を用意しても、団塊世代がこの世から旅立ってしまったら、後世にとっては負の遺産になってしまうだけだからだ。
その解決には、死に場所を病院ではなく、生活の場である自宅や老人ホーム等に移し、24時間対応の緩和ケアが可能な訪問診療や訪問看護を利用すればよいのである。「在宅ホスピス」の薦めである。
もう一つの問題は、本来あるべき救急医療体制が崩

死に場所難民の大量出現

週刊新潮

43

19.7.11

42

壊してしまうかもしれないということだ。

何故なら、終末期がんや老衰でその死が避けられなかったとしても、終の棲家である自宅や老人ホームなどで最期を迎える準備がなければ、臨死時には救急搬送されることになるが、そうした人々が急増すれば、本当に救急医療を必要としている人の搬送が危うくなってしまふからだ。

ではどうすればよいのか。今、国を挙げて「地域包括ケアシステム」の構築に取り組んでいる。この「地域包括ケアシステム」とは、医療・介護が連携し、その人が住み慣れた地域で、最期まで自分の生活の場である自宅や老人ホームで過ごすことが出来るようなネットワークを指すシステムである。

ただ、このシステムで中核となるのは、24時間対応の在宅かかりつけ医や看護師の存在である。だが、24時間常態的に配備するにはどういった体制がよいのか、

実際にどのように機能するのか、まだ混沌としているのも実情である。

自らの死、また愛する人の死を不幸なものにしないためにも、私は「在宅ホスピス」という仕組みの中で詳述しているような

治療を選択しない生き方

現在、わが国では、生涯を通して2人に1人ががんとなり、3人に1人ががん死している。がんは罹患した人の半数以上は治療しているが、一方で年間に約37万人ががんで死亡している。

そうした現実を踏まえつつ、断言できるのは、死が人間にとって宿命である以上、がん医療の全ては延命医療である、ということだ。

がんは罹患した場合、どのような治療を受けるかは、その時点でのがんの広がり、たとえば早期がんなのか、進行がんなのか、再発なのか、末期なのかによるだろう。だが、手術などの治療

高い医療機関の緩和ケアのレベルには要注意である。いずれにせよ緩和ケアに対する専門性が高ければ、その時点で一番適切な症状緩和がなされ、それらは、病院、在宅を問わず可能である。

ところで、その後をどこで過ごすことが自分や家族にとって相応しいのかを考へておくことも大切だ。例えば、在宅なのか、ホスピスなのか等である。その場面に遭遇した場合を想定し、じっくり考える機会を作るのも、いつかのために必要なことだろう。

とも多いのが実情だ。老衰を迎えることになるであろう高齢者は、老化による機能低下のため嚥下機能も低下し、いわゆる誤嚥性肺炎を起こしやすい。誤嚥性肺炎を繰り返すようになると、経口摂取の中止や、それに代わる胃瘻や経鼻経管栄養などの人工的栄養法

「在宅ホスピス」を中心とした取り組みの普及が、2025年問題解決の大きなカギになると考えている。では、死因として最も多いがんと、課題の多い老衰の場合を例に取り、何が問題かについて考えてみたい。

最期まで人間らしく生きるために

さて、一度はがんやその他の病気による死を免れたとしても、いずれ老衰による死は訪れる。

老衰はいわば寿命を全うした結果であるので、自然に任せれば平穏な最期を迎えることが可能である。だが、医療技術が発達した現在では、そうはいかないこ

延命された時間をどう生きるのか、ということになるのではないだろうか。つまり治療が難しい上記のようながんに罹患した場合、その後をどう生きるのかを考え、その生き方にあつたが治療を選択する、というのが本筋となる。

そのことを十分に考慮せずに、ただ提示された治療を受け続けるうちに治療そのものが目的化されてしまひ、結果的に限られた大切な時間が治療の中に埋没してしまふ恐れもある。そして、ある日、突然、治療医から治療の限界を告げられ、間もなく死を迎えることになる。

実際、私が在宅で診ている終末期がん患者さんたちの約半数は在宅ホスピスを開始して1カ月以内に亡くなっている。ぎりぎりまでがん治療を受けてしまひ、治療の限界といわれてから亡くなるまでが非常に短いのである。

上述したようながん治療による延命が提案されることも少なくない。

だが、たとえ人工的に栄養が保持され延命出来たとしても、老化は進行し続けるので、多くの場合、寝たきりでおむつを着けながら年単位の時間を過ごすことになる。

常時、胃や鼻に管が付き、そこから、食欲の有無や本人の意思にかかわらず、強制的に栄養が注入されるのだ。そのような終末期を望むのか望まないのかも、日頃から考へて、その考えを周囲に伝えておいた方がいい。胃瘻などをするかしないかのような状況では、自らの意思表明は困難な場合が多く、家族が選択を迫られることになるからである。

ところで、災害や事件、事故などによる突然の死を除けば、死に向かうということは、身体的機能、社会的役割など様々なものを失っていく過程である。そして、身体的機能や社会的役割を失うことによって、生きる意味自体を見失うこと

も多くなる。だが、どのような状況でも、人として大切にされ、自分が人間らしく生きていくことを実感出来れば、人は死までの時を、生きる意味を感じながら過ごすことが可能である。それは多くの死にゆく患者さんたちに教えられてきたことだ。

では、どうやってそのような状況を創り上げるのか。それこそが、これから訪れる多死社会の最大の課題だろう。

命を脅かされる疾患に直面し、苦悩している人々の、心身の苦痛を可能な限り緩和し、最期までその人が社会性を保ちつつ尊厳を持つて生きられるように支援することが「ホスピスケア」なのだ。ホスピスケアを通じて、人々は限られた時間を尊厳を持って、すなわち自分らしく生きていくことも可能になる。ホスピスケアが在宅で行われれば「在宅ホスピス」になり、病棟で行われれば「施設ホスピス」になる。

の現実を知った上で、限界まで治療を続けたいという選択も、もちろん生き方の一つである。

同時に、治療を選択しない生き方もあるということだ。延命医療としての化学療法を受けなければ、その後の時間は治療を受けた場合よりも短い可能性も高い。だが少なくとも、治療の枠組みにとらわれない生き方をすることは可能である。

それもまた病状の悪化による現実を受け止めつつ、死までの時をどう生きるのかという生き方の一つだろう。いずれの場合であっても、病状悪化による衰弱と、その後の死は避けられないが、苦痛症状などは適切な緩和ケアで改善可能である。

例えばがんの痛みに関しても、モルヒネに代表される医療用麻薬をはじめとして、様々な鎮痛剤があり、その形態も、飲み薬、貼り薬、座薬、舌下薬、注射薬と多彩である。注射薬の場合には携帯用のポンプ

最後に、私自身の死が不可避になった場合どうするのかに触れてみる。多くの先に旅立たれた人々から学んだように、回復困難な状況であれば、もちろん私も胃瘻を含め、その状況を延ばす意味しかない延命医療は望まない。

と同時に、死に至るまでの苦痛は最大限緩和して欲しい。ケアはもちろんホスピスケアを望む。

そして、最期を迎える場所であるが、在宅か施設ホスピスを希望している。だが、私は、仕事柄、多くの人々と交流を持っている。それら多くの人々といつても、心置きなく別れの挨拶が出来るような場としては施設ホスピスの方がベターかもしれない。

自らはもちろん、身近な人についても、その死を直視することは、なかなか困難を伴うことであるが、死は現実である。まずはあな自身の、そして愛する人の死を、きちんと考えることから始めてみてもらいたい。

45 '19.7.11