

## 長尾 和宏

長尾クリニック院長

ながお・かずひろ

1958年生まれ。東京医科大卒。大阪大第2内科を経て、95年に長尾クリニック開院。日本尊厳死協会副理事長などを務める。「安楽死特区」「痛い在宅医」など著書多数。



私は兵庫県尼崎市で在宅医療に取り組んでいる。難病やがんの患者も多く、毎年約150人をみとっている。患者の中には「こんな状態なら生きていても仕方ない」「早く死にたい」と話す人も少なくない。今回の事件は、明らかな囑託殺人であり、2人の医師を擁護する余地はない。しかし、そもそも生きることに苦しみを抱える患者の気持ちに、医療者や社会は寄り添えているのだろうか。「どんな状況でも生き続けることが最優先」という美談だけで応えられているのか。だれもが避けられない「死」について、自由に開かれた議論が必要だ。

日本は、終末期の医療の選択について事前に意思表示する「リビングウィル（事前指示書）」を担保する法律すらない、先進国では珍しい国だ。その中で、厚生労働省は2018年、終末期の医療やケアについて、患者が家族や医療チームなどと話し合いをする「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」に「人生会議」と愛称をつけ、積極的に取り組むよう促した。患者と周囲の人たちが、今後の医療の進め方を話し合う場を持つことは非常に重要だ。

私も「海外で安楽死をしたいので紹介状を書いてほしい」「ALSの症状が進んでも人工呼吸器を

# タブー視せず「死」考えよう

付けたくない」などという患者と向き合うことが多い。今回亡くなった女性のようないいことになることは、だれにでも起こりうる。そのとき、私は患者の思いに耳を傾け、とことん話し合う。すると「やっぱり生きたい」と気持ちが変わることもある。しかし、国内のALS患者の7割は人工呼吸器を付けず、自然に亡くなっている事実あまり知られてはいない。多くの医療現場では、私たちのように患者と医療者が悩みや苦しみを共有する過程が乏しく、患者が医療に絶望してしまうケースが少なくないのだ。

過去の国内の調査では、安楽死を容認する人の割合が高かった。だが、「尊厳死」の議論さえほとんどなされていないのが現状だ。安楽死と尊厳死は明確に異なる。安楽死は、患者の希望に基づき主治医が薬物で人工的に命を縮める。尊厳死は、人工呼吸器や胃ろうを開始しない、もしくは中止して自然に任せる。尊厳死は自然死の延長にある死といえよう。私は、患者の苦痛をやわらげる緩和ケアが充実している日本では、尊厳死が社会に広く認知されれば、安楽死は必要ないと考えている。

この記事を読む皆さんは、ぜひ「自分が同じような状況になったらどうするか」という一人称で考えてみてほしい。単純に「死ぬことを考えるのはよくない」とは言えないはずだ。死をタブー視するのではなく、人生会議のような対話を重ね、それでも「生きたい」と思えない場合には、治療を差し控えた結果である尊厳死という選択肢もある。

今回亡くなった女性は、心を開いて話し合える相手がいなかったのかも知れない。だが、部外者に死を委託するしかないという状況は、決して繰り返してはならない。患者の気持ちは揺れ動く。それに寄り添い、尊重する医療が求められている。【聞き手・永山悦子】