



新潮新書

Brevity is the soul of wit,
and tediousness the limbs and outward flourishes.



団塊絶壁

大江 舜

OHE Shun

団塊絶壁



9784106107559



1920236007606

ISBN978-4-10-610755-9
C0236 ¥760E

Ⓢ定価：本体760円(税別)



大江 舜

おおえ しゆん

一九四八(昭和二十三)年香川県生まれ。ジャーナリスト。慶應義塾大学文学部英文科卒。出版社勤務を経て、著作活動に。『新潮45』誌上でのユーモラスかつ辛辣な社会時評を中心に、翻訳エッセイ、評伝も手がける。著書に『日本「馬鹿馬鹿」講座』『日本人になったユダヤ人』など。

病気、性、お金、人間関係……

団塊の

君たちは どう生きるか



新潮新書 新刊

大江 舜

新潮新書 755

とにかく、古稀といふところまで生きたのだから、あとはオマケとも言える。それなら、残された者に余計な迷惑をかけぬよう、みずからの最期ぐらい責任を持つという考え方はあるだろう。

長生きにのみしがみついても仕方がない。古代ギリシャの哲学者が言うように、大切なことは、ただ生きるのではなく、善く生きることだ。

そして、どうやって善く死ぬか、死ぬるかを、しっかり考えよう。これが本書のテーマである。

(第一章より)

あることは承知しています。でも、これも1つの生き方の哲学なのかもしれないと思うようになったのです」

尊厳死とは別物

さて、NHKがこんな現場をルポしたらどんなことになるか。受信料の不払い運動でも起こるのだろうか。また、正義の朝日新聞あたりがどう書くか、極めて興味のあるところだが、読者や視聴者が注意しなければならない点があるようだ。

日本尊厳死協会副理事長の長尾和宏・長尾クリニック院長が説明する。

「よく混同されるのですが、尊厳死は安楽死とは明らかに別物です。『尊厳』も『安楽』も印象を語るポジティブなネーミングで、これが両者の区別を難しいものにしてている。尊厳死とは終末期以降に延命治療を差し控えることで、自然な経過にまかせ、緩和ケアを十分に受けながら迎える最期。いわば痛みを抑えながら、最後は枯れるように余命を全うさせる死に方と定義できます。これに対し、安楽死のほうは、余命がまだある段階で医者から渡された薬なり注射なりで殺してもらうわけですから、現在の日本では殺人罪で裁かれることになります」

かといって、我々がスイスのデイグニタスに赴いても無駄だというのだ。

「正式に尊厳死も認められておらず、欧米の常識が通じない面倒な国から来た人を殺して、訴えられでもしたらまずいでしょう。彼らはNPO法人、民間人なのです。だから日本人はそもそも受け付けていません」

それでも安楽死を求める声は聞こえてくるのだが、長尾先生によれば、そんなものは不要だという。

「日本は実際には『尊厳死ができる国』です。緩和ケアを受けながら自宅で死ぬる恵まれた国。自宅で緩和的鎮静を受けることも可能です。だから安楽死は日本に限っては必要ない。諸外国は緩和ケアのデバイスが充分でない、国民皆保険制度がない、ホームケアアシテムがない。だから自宅で緩和ケアを受けることなど不可能なのです。現在、日本人の1割が在宅で死んでいます。この方々は尊厳死で、残りの9割は尊厳死の反対の延命死を病院で遂げている。

尊厳死は、終末期において延命治療をしない医療行為ですが、治療行為をまったく行わないわけではありません。土台には緩和ケアがあります。同時に、千人以上の患者さんを看取り、尊厳死を見とどけてきた私にとっては、延命治療の不開始および中止とい

うのが日常です」

「尊厳死のもう1つの要件として、延命治療に関する自己決定、いわゆるリビングウィルがある。」

「私が副理事長を務める日本尊厳死協会の会員は、リビングウィルが書かれたカードを持ち歩いており、そこには『自分が不治かつ末期になれば延命治療はお断りします。ただし必要な緩和ケアはしっかり行ってください』という文言が書かれている。もちろんオリジナルの文言を作成しても構いません。俳優の近藤正臣さん、秋野暢子さん、小泉純一郎元首相も会員ですので、カードを携帯されているはずですよ」

「平穏死」が自然の摂理

こうした考えは、ではどれぐらい日本社会に普及・浸透しているのだろうか？

「現在、リビングウィルを行っている人は約120万人いて、総人口の約1%。当会に所属し、協会の書式でリビングウィルを書いている人が0・1%の約12万人です。厚労省と日本慢性期医療協会による直近の調査でも、終末期医療の方法を自分で決めた人はやはり1・2%しかおらず、3分の2の方は家族が決め、残り3分の1はお医者さんに

お任せの状況です。これには国や内閣府が『リビングウィルを書くな』と言っていることも関係しているでしょう。リビングウィルを書くこと、医者のリスクが増すからダメだという噴飯ものの理由からね。」

リビングウィルはまだ法律に担保されていないのですが、そんな国は先進国で日本だけ。この点では欧米諸国はもちろん、アジアに目を転じても韓国や台湾にも先行されている。我が国ではこれは『終末期における患者の意志を尊重する法律案』と呼ばれています。10年前には超党派の議員連盟もできましたが、日本医師会や日本弁護士会をはじめとする抵抗勢力にあつて議論自体が封殺されています」(同)

それでも、団塊の世代800万人が高齢者になり、本格的な「多死社会」が到来して予想されるのは、次のような悩ましい問題だ。

「おそらく2040年あたりがそのピークで、年間約170万人が亡くなることになる。医療はその間、ますます進歩し、簡単には死にくい状況も加速します。今でも心停止、呼吸停止、瞳孔散大の死の三徴候があつても機械によって血液循環が確保され、体温が温かいケースがある。つまり死の三徴候からすると完全に死んでいるのに、末梢循環のみは生きているかのようなケースです。では、ここで機械を止めてしまうと果たして殺

人になるのか。医者も判断が付かず、困っているのが現状で、さらに医療が進めばどうなるか。どこかで線引きしたほうがいいことはみな分かっているはずなのですが」（同）

「誤嚥性肺炎製造工場」

そもそも死の定義は医学的に、あるいは法的には定められているとしても、人間の感情は学問で決まるわけではない。しかし、そんなややこしいことを考えなくても、人間は死ぬ時になれば死ぬ、なぜなら食べられなくなるからだと言うのは『平穏死』のすすめ』（講談社文庫）の著者で、東京・世田谷にある特別養護老人ホーム「芦花ホーム」常勤医の石飛幸三氏である。

「このホームに来る以前は、血管外科医として患者さんに接しながらも『老人を治そうとする』ことに意味があるのだろうか」という悩みを抱えていました。あらゆる医療技術で、どこまでも生かすことが当たり前だったのです。あるとき患者さんがイギリスのセントクリストファーというホスピスを見学するというのに同行したところ、驚きました。そこでは末期がん患者が煙草を吸っていたり、ピアノを弾いたり、本人の希望通りの日常を送っていたからです。

その後、芦花ホームに常勤医として勤めるようになって感じたのは、『すごい所があるなあ』ということでした。褒めているわけではありません。入所者のほとんどの方が認知症で、平均年齢90歳、9割が女性。ここでは1日に3〜4回は誤嚥が起き、それが引き金となって誤嚥性肺炎で病院に入院、胃ろうになって戻ってくるパターンが常態化していました。当時ここは『誤嚥性肺炎製造工場』とまで呼ばれていたんです。本来薬に逝けるはずの方に、胃ろうや点滴、酸素吸入で無理やり頑張ってもらうのは、我々が医療に依存しすぎて自然の摂理を忘れてるように思えてならなかった。

このホームが『製造工場』となった原因には『1日1500キロカロリー食べさせないといけない』というノルマがありました。高齢者の方にとって食べることは最大の楽しみです。一方で、食べる量が少ないとご家族からクレームが来ることもある。そこで介護士たちが一生懸命になるあまり、無理やり食べさせては誤嚥が発生していたわけです」

ホームでは『新顔』だった石飛氏、そこから何をしたのだろうか。

「介護士の説得から始めました。認知症で夢の中にいるような状態のご本人にいかにつくり坂を下ってもらうか、その心を支えるかが仕事だと話したんです。1日1500

率が43・5%と、人口3万人から20万人未満の自治体の中ではトップでした。ただこれは、人口8万1000人の市に急性期の対応が中心の公立病院が3カ所しかないことが背景にあります。同レベルの自治体としてはかなり少ない部類です。そのかわり、往診可能な診療所の数につきましては、同レベルの自治体の中では全国屈指の往診体制がしかれた市といえます」

看取り率が高いのには、ほかにも事情がある。

「そもそもかかりつけ医に診てもらう習慣、そして往診で対応する文化がありました。持ち家比率が約8割と非常に高いのも特徴です。そこに2世代、3世代の家族が同居する、昔ながらの住環境がありまして、看護にあたってのマンパワーが十分あることも在宅療養を可能にしている理由のひとつと言えるでしょう。家も広いため、部屋はいくらでも用意できますし、都会のアパートとは違ってバリアフリー化への改築なども容易です。こうした家族の環境に加えて、豊岡には隣近所の助け合いがまだまだ生きています。とても大きいと思います」

都会とは比べべくもない医療施設の不足が、かえって在宅死を可能にしている。実に皮肉な話だ。実のところ、多くの調査では約60%〜70%の人が在宅死を望んでいる。

世界最低レベルのQO.D

自宅での尊厳死であれば、日本尊厳死協会副理事長で長尾クリニック院長の長尾和宏氏に、前章に続いて登場願わねばなるまい。

当人のリビングウイル（延命治療に関する意思決定）があっても、いったん病院の延命装置につながれてしまうと、脱出は困難だと長尾氏は言う。

「遠戚から訴えられる可能性もあるので、大学病院ではたとえ終末期と判断されても機械を止めづらい。ある医学会で私が『それなら家に帰ればよい。機械の管理は在宅ではできないので、いずれ患者は枯れるように自然な最期を迎えるでしょう。それが尊厳死です』と発言したら、会場は水を打ったようにシーンとなりました。」

その後、大学病院の先生も『先生、そういう手がありましたか。勉強になりました』とわざわざ仰った。日本の終末医療はいま、そんなレベルです。死の問題から目をそむけ、生だけを考えてきた先生たちは、生かそうと思えばいろんな方法があるだけに困っている。そもそも病院とは延命産業ですから、とことん生かして管だらけにしておけば儲かるという構造があります。

そして医療費の自然増というけれども、私に言わせれば、これは不自然増。高齢化社会になったら、本来それほど医療はいりません。高齢者になるということは、死が近づくということ。年を取れば治らない状態もあるので、医療を施しても仕方がない。医療しないほうが本人も楽で、管だらけにならないで済む。だから医療費の不自然な増加のみに、みな不思議と容認してしまっている。そして管だらけの高齢者が増えていきます。そもそも人間の尊厳とは何かというと、食べることに、移動すること、自分で排泄すること。在宅での看取り例では、皆さんこの基本を踏まえています。この3つを犠牲にして延命治療を続けると、結果的に医療費がかさみ、人間の尊厳が奪われてしまうのです」

先生は、延命治療を否定しているということでしょうか？

「そうではありません。めいっばいの延命治療を望むなら、リビングウイルで『最期の最期まで延命治療をお願いします』と書いておけばいい。ただ、本人の意思が尊重されにくい日本では『中止』の選択は現実には困難です。がんだけでなく、糖尿病治療でも心臓病治療でも同じですが、薬も治療も本来、止め時があるはず。でも日本の医療には、そうした発想がない。キャンセルでも止め時が必要でしょう。どこかで止めなきや、最

後はすっからかん、元も子もなくなってしまう。近い将来、『治療の止め時』というのは最大の課題となるかもしれません」

いったいどれくらいの人が希望通りに死んでいるのでしょうか？

「現在、年間およそ130万人が亡くなるなか、その大半は延命死で、家族は後悔している。QOD（クオリティ・オブ・デス）は世界最低レベルですよ。私が執筆したり講演したりするのは、その無念な思いで死んでいった人たちのためでもある。『延命治療を一切やるな』とは極論。逆に、延命をいつまでも止めないのも極論です。『中庸』こそが本来あるべき姿だと思うのです」

気をつけなくてはいけないのは、終末期医療に携わる在宅医はピンからキリまでという事実だ。その能力と経験には天と地ほどの差がある。政府の方針で在宅医を増やそうとしている段階だから、そもそも在宅医の数も少ない。しかも、いまは出来の悪い奴ほど補助金目当てで在宅医になるのだという、同業者の声もあるぐらいだ。

希望していたホスピスでの最期

そんな中で「在宅医に命を縮められた」と嘆くのは、故・大橋巨泉氏の妻の寿々子さ