

「平穩死」シリーズ 全8回(その1)



「平穩死」シリーズ①

平穩死できない現実



長尾和宏 (ながお・かずひろ)
東京医大卒業後、大阪大第二内科入局。平成7年、尼崎市で「長尾クリニック」を開業。外来診療から在宅医療まで「人を診る、総合診療を目指す。医学博士。労働衛生コンサルタント。関西国際大学客員教授。53歳。ブログ(<http://www.nagaoclinic.or.jp/doctorblog/nagao/>)が好評。

今回から「平穩死」をテーマに書きます。最近、特別養護老人ホームの常勤医を務める医師らが書いた「死」に関する本が相次いでベストセラーになりました。一昨年は石飛幸三氏の「平穩死のすすめ」であり、今年には中村仁一氏の「大往生したけりや医療とかかわるな」「自然死のすすめ」です。

死、自然死したい! という国民の声にみえます。しかし現実はどうでしょうか? 結論からいうと、現代において平穩死するのは簡単ではありません。むしろ困難。自分自身で求めて勝ち取らないと、平穩死は難しいのが現実です。

年老いて病院とどう関わるか

医療の発展とは、すなわち人を長く生かせることです。医療が発展した結果、日本人の寿命は世界一になりました。長寿化は当たり前のよう感じられるかもしれませんが、世界にはまだ平均寿命が40代、50代の国も存在します。少し前まで人生50年といわれたのが、現在は80年。その結果、少子化とも相まってさまざまな社会問題が起きています。

医療の発展を最も効率的に

臓器別・縦割りで細かく分けた「胃腸」のお世話になります。そこで、研究・分析が効率的に行えます。その研究の目的とは「長く生かせる方法」を模索することです。

そんな医療システムの中で、たとえば90歳になって徐々

に食事が食べられなくなってきたら、内臓に特に大きな問題が見つからなければ老衰なのでしょう。しかし「病院」という場の中では、胃に穴を開けて体外から栄養剤を直接胃に注入する「胃瘻」という技術が簡単に使えます。患者さんは「胃瘻」により、いったん元気になる。食べられるようになり、笑顔も戻り、医療の発展による利益を享受できます。

では、なぜ平穩死できないのか、その理由について考えてみましょう。

享受できる場が「病院」です。そこではさまざまな専門職が集まっています。その責任者である医師という職種を見ても、内科、外科、耳鼻科、眼科と20以上に細分化しています。内科の中でも消化器科、循環器科、呼吸器科、内分泌科、神経内科など、いくつもの細かな科に分かれています。

さらに消化器科の中でも、消化管(胃、大腸)、肝臓、膵臓などに細分化しています。西洋医学の発展とは、細分化の歴史でもありました。

死できない時代に生きていることを、現実として知っています。ただただらと思えます。

今回はまず、簡単には平穩死できない時代に生きていることを、現実として知っています。ただただらと思えます。



平穩死 「平穩死のすすめ」(講談社)を出

版した特養常勤医の石飛幸三氏は「終末期の高齢者には過剰な水分や栄養を控えて穏やかな最期を」と訴える。平穩死という言葉はこの本をきっかけに、自然死、尊厳死とほぼ同義で使われるようになった。

「平穩死」シリーズ 全8回(その2)



「平穩死」シリーズ②

骨折→入院…悪循環の始まり



長尾和宏 (ながお・かずひろ)
東京医大卒業後、大阪大第二内科入局。平成7年、尼崎市で「長尾クリニック」を開業。外来診療から在宅医療まで「人を診る」総合診療を目指す。医学博士。労働衛生コンサルタント。関西国際大学客員教授。53歳。ブログ(<http://www.nagaoclinic.or.jp/doctorblog/nagao/>)が好評。

年を取るといふことは、筋肉量が落ちること。その結果、転倒しやすくなります。町医者が「転倒」といふ言葉を耳にしない日はありません。毎日、誰かがこけています。大腿骨頭頸部骨折、腰椎圧迫骨折、肋骨骨折、腕の骨折、頭部や顔面の打撲など。転倒で往診に呼ばれることが日常。かくいう私はまだ53歳ですが、あわてると時々こけてしまいます。

さて、転倒・骨折という不測の出来事がいわゆる「悪循環」の始まりとなる場合がよくあります。転倒→骨折→入院。これを2回繰り返すと、ある程度の年齢の方なら必ずといっていいほど認知症状が出てきます。手術は成功したが、寝たきりになった。さらに認知症が始まって自宅に帰れなくなった、生活の質が落ちたりという話は昔からありまし

一にも二にも転倒予防

ければ、ただただ生かされているだけの状態という光景を何度目にしてきました。どうしてご本人の希望と逆の結果になったか? と振り返ってみると、あの転倒がすべての転機になっていました。

平穩死できない原因は転倒に端を発していた。そうした苦い経験があるご家族の中には、超高齢の身内が転倒して腰椎圧迫骨折や肋骨骨折を起こしても入院を希望されない

ケースがあります。結局、寝たきりにも認知症にもならず「これでよかったんだ」と納得させられました。腕の骨折や大腿骨頭頸部骨折でも同様な経験をしました。

「ピンピンコロリ」が口癖だったかわいなおばあちゃん、転倒・骨折から寝たきり、胃腸栄養となり、気がつかず、ただただ生かされているだけの状態という光景を何度目にしてきました。どうしてご本人の希望と逆の結果になったか? と振り返ってみると、あの転倒がすべての転機になっていました。

さて転倒予防がいかに大切か、お分かりいただけたでしょうか。あちこちで「転倒予防教室」が開催されています。しかし転倒する確率が低い元気な人ばかりが集まり、肝心の転倒する確率が高い人がなかなか来てくれない。なぜなら転倒しそうで、そこまで行けないから、というジレンマがあります。

「メタボ」といふ言葉はあまりにも有名になりましたが、最近では「ロコモ」の時代です。「ロコモティブシンドローム」という概念が提唱され、その自己チェック法として

ロコモティブシンドローム(運動器症候群) 腰や膝などの運動器を長く使った結果、生じる障害による要介護状態や要介護リスクの高い状態を表す新しい疾患概念。運動器は広く人の健康の根幹であるという考えに基づいている。

またまだ健脚な人は日々の散歩などを通じてそれなりに、また要介護認定の方はケアマネジャーとよく相談して、住宅改修や転倒予防のための手すりの設置など、自分に合った転倒予防策をぜひとも真剣に考えてください。

「平穏死」シリーズ 全8回(その3)



「平穏死」シリーズ③

医療界でもあまり知られていません。

さて、認知症終末期になり、嚥下困難に陥ると施設側から胃ろうを勧められることがよくあります。胃ろうは病院だけが好んでつくるだけではありません。施設側からも食事介助の手間が大変なので、胃ろう造設を要望されるケースが増加しています。

す。

 特別養護老人ホーム 身体上または精神上、著しい障害があり、介護保険制度で「要介護」の判定が出た人が利用可能な老人福祉法上の老人福祉施設。略して「特養」と呼ばれる。

高齢の在宅患者さんを訪問していると、いつも言われまです。「先生、早く迎えが来てほしいわ!」「先生、ポツクリ死なせてほしいわ!」「先生、延命治療だけはごめんやで!」。みなさん、異口同音に平穏死を願っておられます。

しかし、現実には寝たきり状態に近くなると、家族が老人ホームや介護施設を手配します。目が飛び出るようなお金を負担して親を豪華な施設

私が入力している在宅医療はまだ認知されていません。介護保険があっても家族への介護負担が相当あるからです。本当は独居患者さんの在宅医療はどやりやすいものはないのですが、こんな単純な事実も世間はもちろん、

正面玄関から見送る介護施設

いったん始まった人工栄養という延命治療は、もし本人や家族が中止したいと願う時期が来ても、誰も止められないのが胃ろう問題の本質です。日本では不治かつ末期と判断されたとき、本人の意思が書面などで明示されていれば治療を中止しても構わないという法律がありません。そのため施設で不治かつ末期となったときに、平穏死を望んでもかなわない傾向にあります。

東京の清水坂あじさい荘という特別養護老人ホームは看取りに積極的な施設です。入所者が亡くなると正面玄関から出て行きます。昔から病院で亡くなった人は、こっそり裏口から出るのが慣例です。そんな常識を覆すかのように、ご遺体をセレモニーとして正面玄関から送り出すことは、最初は大変勇気のいる行なっていたでしょう。

もし延命処置に積極的な病院に入ったら最後。フルコースの延命治療を受けることになります。延命治療を望む人には喜ばしいでしょうが、望まない人にとってはとてもかわいそうな終末期となります。

しかし、それを見守った入所者さんはショックを受けるどころか、むしろ安心されたそうです。「私も死んだら、みんなにこうして見送ってもらえるんだ」「ここは本当に最期まで面倒を見てくれる場所なんだ」と、怒るどころか安堵したと聞きました。しかし入所者が肺炎になれば即刻、救急車で病院に入院させる施設が大半です。

私が考えた理由は3つ。まず、施設には医療がないので何が起るか分からず不安なので単純に、怖い。重症者を世話する人手が慢性的に足りない。さらに万一、結果が悪かった場合、家族から訴えられる可能性がある。そんなこんなで、施設から病院への救急搬送はよくあることなのです。

考えてみれば、介護施設ほど天国に近い場はありません。一見、元氣に見えても、いつ逝っても不思議ではない。そんな場においても死は遠い非日常。その現実と違和感を覚えるのは私だけでしょうか。しかし、なかには清水坂あじさい荘のような施設もあることを知っておいてください。平穏死できる施設も現実にあるのです。

“看取り”に積極的



長尾和宏 (ながお・かずひろ)
東京医大卒業後、大阪大第二内科入局。平成7年、尼崎市で「長尾クリニック」を開業。外来診療から在宅医療まで“人を診る、総合診療を目指す。医学博士。労働衛生コンサルタント。関西国際大学客員教授。53歳。ブログ(<http://www.nagaoclinic.or.jp/doctorblog/nagao/>)が好評。

でもかなわない傾向にありま

私が考えた理由は3つ。まず、施設には医療がないので何が起るか分からず不安なので単純に、怖い。重症者を世話する人手が慢性的に足りない。さらに万一、結果が悪かった場合、家族から訴えられる可能性がある。そんなこんなで、施設から病院への救急搬送はよくあることなのです。

「平穏死」シリーズ 全8回(その4)



「平穏死」シリーズ④

現代人は「脱水」悪」と刷り込まれすぎているように感じるの私だけでしょうか。というわけで今回は脱水の話です。

これから平穏死に向かおうという場合、脱水は悪くないと思います。

脱水状態では体全体が省エネモードになります。まず心臓に負担がかからず、心不全になりません。ベッド上でも呼吸が楽です。それにむくみが少ない。胸水や腹水に悩ま

されることがほとんどありません。までこれは元気な人、これからはまだまだ生きる人の話です。すでにがんや老衰で不治、かつ末期の状態になり、

確かに今年の夏は節電の影響で脱水対策が以前にも増して重要でしょう。脱水は時に命にかかわるため、適切な対応が必要です。ただし、あくまでこれは元気な人、これからはまだまだ生きる人の話です。すでにがんや老衰で不治、かつ末期の状態になり、

自然な省エネモード見守る勇氣

よく「胸水や腹水を抜く」と言いますが、水分と一緒にアルブミンという貴重なタンパク、栄養素も抜いていきます。赤血球を除いた血液を抜いているようなものです。血液をたくさん抜けば当然弱ります。抜いても抜いても水はすぐにまたたまってきます。抜いた分だけ点滴することが多いようです。しかし、それでは何をしているのか、さっぱり分かりません。

大きな病院から「週3回2リットル腹水を抜かなければならない末期がんの患者」の在宅医療を依頼されました。訪

がん性腹膜炎 主に腹部原発のがんが播種性に腹膜転移した結果、腹水貯留、腸閉塞、尿管閉塞などを引き起こす病態。胃、腸、肝臓、胆嚢、脾臓、子宮、卵巣などのがんの終末期に多く起こる。

す。幸い胸やおなかの中には何れもの水が「貯水」されています。しばらくはその水を使って生きられます。

食べない、飲まないのに尿はけっこう出ます。1週間たつと、果たして胸水・腹水はかなり減り、行動範囲が広がりました。もはや胸水を抜く必要がなくなりました。患者さんもすっかり「水を抜く」ことを忘れていきます。脱水の

がんによる「がん性腹膜炎」でも患者さんは最期の日まで食べています。腸管のむくみさえ取れば腸も少しは動くのです。ついでに言うなら、脱水のみならず「貧血も友」です。がん細胞に供給される血液が減ると、がんの進行も遅くなります。たくさん水や栄養を人工的に入れれば、がんが急成長するだけではなく、胸水・腹水、腸閉塞、嘔吐、呼吸困難などの苦痛が増すだけです。在宅での最期がすべて平穏な理由はここです。もちろん、緩和医療をしっかりと行うことは言うまでもありません。

すでに省エネモードに入っただけで臨終期の患者さんに多量の点滴をすることは、苦痛を増すだけで利益はありません。しかし、脱水を黙ってただ見守ることは、現実にはけっこう勇氣が要することかもしれません。平穏死の条件、4つ目は「脱水は友、胸水・腹水あ

終末期の脱水は友



長尾和宏 (ながお・かずひろ)
東京医大卒業後、大阪大第二内科入局。平成7年、尼崎市で「長尾クリニック」を開業。外来診療から在宅医療まで「人を診る、総合診療を目指す。医学博士。労働衛生コンサルタント。関西国際大学客員教授。53歳。ブログ(<http://www.nagaoclinic.or.jp/doctorblog/nagao/>)が好評。

問すると、おなかにはパンパン、ゼイゼイ呼吸で苦しそうです。胸水もありました。もちろん食事は食べられません。多くの医者は本能というか性というか、そこで必ず点滴補給をしたくなります。

しかし、そこをグッと我慢して利尿剤を使いながら様子を見ます。そもそも人間の生存には水分は必須。もし口から水が飲めないのなら、体内にある水を使うようになります。

在宅現場では胃がんや大腸

「平穩死」シリーズ 全8回(その5)



「平穩死」シリーズ⑤

看取りは警察と無関係



長尾和宏(ながお・かずひろ)
東京医大卒業後、大阪大第二内科入局。平成7年、尼崎市で「長尾クリニック」を開業。外来診療から在宅医療まで「人を診る、総合診療を目指す。医学博士。労働衛生コンサルタント。関西国際大学客員教授。53歳。ブログ(<http://www.nagaoclinic.or.jp/doctorblog/nagao/>)が好評。

超高齢化社会を迎え、在宅や施設で最期を迎える方が増えています。しかし、それを怖がる医療スタッフ・介護スタッフが多いのも現実です。何が怖いのでしょうか？「在宅看取り＝警察沙汰？」という間違ったイメージが染みついていくように感じます。末期がんや老衰で寝たきりとなり、在宅看取りを前提にして診ている方が亡くなられても、それは決して「事

件」でもなんでもありません。今回は「看取りの法律」について少し解説します。実は「在宅看取り＝警察沙汰？」という間違った刷り込みは、医師法20条という法律の誤解に起因しています。この法律には「24時間以内に診

察していれば、医師は死亡に立ち会わなくても死亡診断書を発行できる」とうたわれています。家族から呼吸停止との連絡を受けたあと、患者さんの家に行かなくても死亡診断書を発行できるという内容です。なんともすごいことがうたわれているのでしよう。昭和24年制定のこの法律は、当時の無医村や離島状況を勘案してできたのでしよう。この法律がおおらかな看取りを保証してくれています。

医師法20条 「医師は、自ら診察しないで治療をし、もしくは診断書もしくは処方箋を交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書もしくは死産証書を交付し、または自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。ただし、診療中の患者が受診後24時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない」

「在宅」妨げる法律の誤解

しかし、どこで間違ったのか。「24時間以内に診察していなければ、死亡診断書を発行できない。つまり、警察に届けなければいけない」と誤解している医療者の多いこと！事件でもなんでもないのに警察にかかわるのは誰も嫌です。

この法律の誤解から、多くの医療者や市民が在宅看取りを避ける傾向があります。あの特別養護老人ホームでは囁かれています。たとえ末期がんを

患っておられても、最期まで自宅で過ごすことを希望される方が大勢おられます。朝一番に入ったヘルパーさんが、呼吸停止している患者さんを見発することも時々あります。しかし「ケア会議」であらかじめしっかりシミュレーションしてありますので、何の問題もなく「平穩死」を見届けることができます。

主治医に電話をして、診に來てもらえばいいのです。多少時間がかかっても問題ありません。死亡時刻は、推定で構いません。平穩死の条件5回目は、看取りの法律を知っておくことです。医師法20条という法律は、実は平穩死の最大の味方なのです。しかし、この法律の誤解が平穩死を妨げているという現実も、ぜひとも知っておいてください。

「平穩死」シリーズ 全8回(その6)



「平穩死」シリーズ⑥

き、内視鏡でおなかに穴を開けて管を入れ、流動栄養剤を流し込む栄養法です。

胃ろうは、もともとは障がいのため、口から食べることができない子供のために開発された栄養法でした。しかし、日本では気がついたら主に高齢者の延命処置として多用されてきました。この10年間で10倍に増加した胃ろうの功罪が、メディアに取り上げられる機会が増えました。

人工栄養により認知症終末期の患者さんの寿命が少し延びるといふ報告と、そうでもないという報告があり、まだ一定の結論は出ていません。現実には胃ろうの施設により栄養状態が改善され、床ずれが治ったり、再び口から食べられるようになったりした患者さんがいます。

胃ろうは単なる栄養法に過ぎず、胃ろう自体が悪いわけではなく、胃ろうが本人や家族の意思で中止できるのなら、もともと気軽に胃ろうを試すことができるのかもしれない。なぜなら胃ろうに限らず延命処置は、実際にやってみないと、その善しあしが分からないというところから、平穩死シリーズ6回目に申し上げたいことは、現時点ではいったん施設された胃ろうは、もし植物状態になっても簡単には中止できないという現実です。

折しも今月6日に、超党派による尊厳死法制化議論の今年2回目の総会が衆議院・議員会館で開催されました。1回目には続き私も出席しました。来週は、スイスで開催される死の権利・世界大会に出席します。詳細は次回に報告します。

老衰・認知症終末期の胃ろう



長尾和宏(ながお・かずひろ)
東京医大卒業後、大阪大第二内科入局。平成7年、尼崎市で「長尾クリニック」を開業。外来診療から在宅医療まで「人を診る、総合診療を目指す。医学博士。労働衛生コンサルタント。関西国際大学客員教授。53歳。ブログ(<http://www.nagaoclinic.or.jp/doctorblog/nagao/>)が好評。

超高齢社会とは、多死社会でもあります。老衰や認知症が増え、療養の場所や死に場所、終末期医療に大きな関心が集まっています。患者さんの8割は老衰や認知症の終末期での延命治療を希望されていませんが、現実には何らかの延命治療が施されています。「1秒でも長く生かす」ことが使命とされてきた医療の必然かもしれません。

さらに介護施設においても、最期は病院に搬送されることが多いのが現実です。確かに食べられなくなったと

本人望んでも中止できない現実

期に患者さんの寿命が少し延びるといふ報告と、そうでもないという報告があり、まだ一定の結論は出ていません。現実には胃ろうの施設により栄養状態が改善され、床ずれが治ったり、再び口から食べられるようになったりした患者さんがいます。

胃ろうは単なる栄養法に過ぎず、胃ろう自体が悪いわけではなく、胃ろうが本人や家族の意思で中止できるのなら、もともと気軽に胃ろうを試すことができるのかもしれない。なぜなら胃ろうに限らず延命処置は、実際にやってみないと、その善しあしが分からないというところから、平穩死シリーズ6回目に申し上げたいことは、現時点ではいったん施設された胃ろうは、もし植物状態になっても簡単には中止できないという現実です。

折しも今月6日に、超党派による尊厳死法制化議論の今年2回目の総会が衆議院・議員会館で開催されました。1回目には続き私も出席しました。来週は、スイスで開催される死の権利・世界大会に出席します。詳細は次回に報告します。

このように「生きて楽しむための胃ろう」は、それを望む患者さんや家族にはまさに福音です。一方、神経難病の患者さんにおける胃ろうは、足が悪い方の車いすと同じで福祉用具です。全身状態が良くも中止できません。過去に人

胃ろう 胃と体表面を通じた「ろう孔」を意味する。経皮内視鏡的胃ろう造設術をPEGという。経腸栄養の投与経路としての造設が大半だが、減圧目的もある。現在、日本には約45万人の胃ろう患者がいる。

胃ろうは単なる栄養法に過ぎず、胃ろう自体が悪いわけではなく、胃ろうが本人や家族の意思で中止できるのなら、もともと気軽に胃ろうを試すことができるのかもしれない。なぜなら胃ろうに限らず延命処置は、実際にやってみないと、その善しあしが分からないというところから、平穩死シリーズ6回目に申し上げたいことは、現時点ではいったん施設された胃ろうは、もし植物状態になっても簡単には中止できないという現実です。

「平穩死」シリーズ 全8回(その7)



「平穩死」シリーズ⑦

慢性疼痛にも麻薬が使える



長尾和宏(ながお・かずひろ)
東京医大卒業後、大阪大第二内科入局。平成7年、尼崎市で「長尾クリニック」を開業。外来診療から在宅医療まで「人を診る」総合診療を目指す。医学博士。労働衛生コンサルタント。関西国際大学客員教授。53歳。ブログ(<http://www.nagaoclinic.or.jp/doctorblog/nagao/>)が好評。

「緩和医療」という言葉を「ホスピス」が有名です。ご存じでしょうか? 文字通りキリスト教の精神が土台であり「痛みを和らげる」ための治療です。「痛み」とは、肉体的痛み、精神的痛み、社会的痛み、霊的痛みの4つがあるといわれています。最後の霊的痛みは、魂の痛み、スピリチュアルペインとも。4つの痛みを合わせて「トータルペイン」と呼びます。緩和医療を提供する場として

終末期に緩和医療は不可欠

日本の施設ホスピスは末期がんとエイズが対象です。しかし、私はホスピスや緩和医療はもっと広い概念であると考えています。がんとエイズに限らず、さまざまな病気の終末期にはそれなりの「苦痛」が伴うからです。たとえ平穩死するとしても多くの場合、亡くなる前日には身の置き所がないような状態を経ます。老衰ですら、その大半にそれがあります。私は勝手に「死の壁」と名付けています。

在宅医療に携わるうち、緩和医療はすべての病気を対象とすべきではないかと感じています。最近、「慢性疼痛」という概念が普及しています。3カ月以上続く痛みをそう呼びます。がん以外の痛みであり、病気の種類を問いません。特筆すべきは、慢性疼痛にも麻薬の使用が健康保険で認められたことです。緩和医療の対象が慢性疼痛にまで広がりました。「平穩死は緩和医療と同輪」というのが私の考えです。人生の終末期において、医療は何のためにあるのか? と聞かれたら、緩和のためだと答えます。最近、さまざまな剤型の「医療用麻薬」が実用化されています。1日1回あるいは2回タイプの飲み薬。一方、貼る麻薬には1日1枚と、3日に1枚タイプの2種類があります。さらに頓服として即効性の液体タイプや肛門から入れる座薬タイプがあります。麻薬の剤型の進歩は、一昔前と比べて、隔世の感があります。さて日本老年病学会は今年、高齢者の終末期の人工栄養に関する立場表明をしました。延命治療の不利が利益を上回ると判断される場合は、人工栄養からの撤退もあり得るとの見解です。当たり前といえば当たり前ですが、

 医療用麻薬 オピオイド鎮痛薬ともいう。現在、日本では医療用麻薬として、モルヒネ、オキシコドン、フェンタニール、コデイン、トラマドールなどが使用されている。

一方、超党派の尊厳死法制化議論は今年6月に今年2回目の総会を開き、新しい法律素案を検討しました。不治かつ末期になったときに延命治療を拒否するというリビングウィルを文章で表明していれば、延命治療を差し控えるか中止しても、医師は免責されるという内容です。不治かつ末期とは、主治医を含む2人の医師が判定します。今後、日本における尊厳死議論が活発化していくでしょう。次回は、スイスからレポートします。

「平穏死」シリーズ 全8回(その8)

「平穏死」シリーズ⑧
〈最終回〉

尊厳死法制化の現状



長尾和宏 (ながお・かずひろ)
東京医大卒業後、大阪大第二内
科入局。平成7年、尼崎市で「長
尾クリニック」を開業。外来診療
から在宅医療まで「人を診る、総
合診療を目指す。医学博士。労働
衛生コンサルタント。関西国際大
学客員教授。54歳。ブログ(<http://www.nagaoclinic.or.jp/doctorblog/nagao/>)が好評。

超党派の国会議員110余
人による「尊厳死法制化」の
法案作りが昨年末から活発化
しています。6月6日の今年
2回目の総会では「本人が延
命治療の拒否を文書で意思表
示していれば、2人以上の医
師が不治かつ末期と判断すれ
ば延命治療を差し控えても医
師は免責される」という内容
の素案が議論されました。
その「差し控え」とは、延
命治療の「不開始」だけか、

日本も世界も終末期で悩む

「ニタス」。前者はスイス住
民のためのNPO組織で、後
者は外国人も受け入れる尊厳
死組織です。後者はチューリ
ヒ郊外に「看取りの家」を持
ち、近隣の病院と協力して尊
厳死が行われていました。
現地を見学しましたが、正
直、自分がやっている「在宅
ホスピス」の方がよいと思
いました。イギリスやドイツは
日本と同様、終末期医療に保
守的な国なので、医師が主導

療」についてのメディアの関
心が急速に高まっています。
終末期議論は、国民的議論に
なりつつある中での尊厳死法
制化議論です。先日、スイス
のチューリヒで「死の権利・
世界連合総会」が開かれまし
た。世界24カ国の46の尊厳死
団体が集合。私も日本代表と
して参加してきました。12万
5千人もの会員がいる日本尊
厳死協会は、会員数では世界
最大の団体です。
スイスには尊厳死を請け負
う組織が2つあります。「E
XIT(エグジット)」と
「Dignitas(ディグ
ニタス)」。前者はスイス住
民のためのNPO組織で、後
者は外国人も受け入れる尊厳
死組織です。後者はチューリ
ヒ郊外に「看取りの家」を持
ち、近隣の病院と協力して尊
厳死が行われていました。
現地を見学しましたが、正
直、自分がやっている「在宅
ホスピス」の方がよいと思
いました。イギリスやドイツは
日本と同様、終末期医療に保
守的な国なので、医師が主導

進んでいると想像してしま
した。しかし、よくよく話して
みると、さまざまな意見があ
り、本質的には日本ときほど
大きくは変わらないという印
象でした。
文明が進歩すれば医療も進
歩します。すると必ず終末期
問題に突き当たるのが先進国
の宿命です。日本も世界も、
終末期医療で悩んでいます。
欧州はキリスト教という大き
な壁を乗り越えながら、一歩
ずつ議論が進んでいます。
フランスは、2005年に
レオネット法が制定され、
緩和医療を軸にした尊厳死ま
での具体的な工程が法律で示
されました。日本における終
末期議論はこれからが本番で
す。7月中旬には「平穏死」
をかなえる方法を書いた自著
が出版されます。よろしけれ
ば読んでください。

『「平穏死」10の条件』

(ブックマン社)

全国書店・オンライン
書店にて好評発売中