

欧米の終末期医療とケア
— 自己決定、安楽死、尊厳死、自然死、ACP —

浅川 澄一 (ジャーナリスト)

死の在り方を考える時に、「どこで死んでいるか」が格好の指標である。

日本では75%が病院死だが、欧米では病院死比率は50%前後。オランダでは30%を下回っている。自宅や引っ越し先のケア付き集合住宅で亡くなる高齢者が多い。在宅医療と在宅介護が普及しているので、わざわざ入院しなくていいからだ。

日本の死亡者の90%は高齢者であり、各国とも高齢化の進展で同様の比率に近づく。死亡場所は高齢者が最後に過ごす場所でもある。

病院死は典型的な孤独死だろう。白い床、白い天井、白い壁に囲まれ、来訪者は白い服の医師や看護師。生活感がない。あまりにも普通の暮らしとは隔絶された環境だ。

高齢者ケアの3原則がある。1982年にデンマークで提唱され、各国で受け入れられている考え方だ。①自己決定権の尊重、②残存能力の活用 ③生活の継続性——である。入院すれば、③の生活の継続性は絶たれてしまう。医療機関は治療の場であり、もともと感染症の避難所だった。

だが、人間の死は暮らしの延長線上にあり、自然の摂理である。心身の細胞が機能を弱め、老衰過程に入って死を迎える。老衰は治らないから、治療の対象ではない。つまり、人生の幕引きには医療機関は原則、不要である。必要とされるのはガン末期の痛みを除去する緩和ケアぐらいだろう。

こうした考え方は、欧米諸国では浸透している。緩和ケアの場であるホスピスも普通の集合住宅が多い。病院ホスピスの日本とは大違いだ。

したがって、終末期に入っても延命治療に向かわない。水分や栄養を次第に摂取しなくなるのは、死への過程として自然に受け入れる。日本でも昭和の中頃までは「自然死」が当然だった。「大往生」という素晴らしい日本語で称えた。

経管栄養や人工呼吸などの過剰な治療を施せば、痰や嘔吐、むくみが生じ本人に苦痛を強いるだけだ。尊厳を損ない、虐待に通じると断言する国もある。

常に、本人の意思が何より重視される。3原則の①である。家族が本人と同等に、あるいはそれ以上に介入する日本とはその基本が大きく異なる。

介護や医療が必要になっても、守るべきは本人のQOL (生活の質) であり、その延長としてのQOD(死の質) である。老衰の現れである認知症についても同様だ。英国発で欧州に広まった認知症ケアの「パーソン・センタード・ケア」は、その名称で明らかのように本人第一主義である。

安楽死や自殺ほう助の制度があり、公然と「楽な死に方」が議論されるのは、個人主義を確立してきた歴史的蓄積が何より大きいと思われる。それは宗教との戦いでもあったが、日本では残念ながら戦後、新しい宗教を作り出してしまった。「医療」である。

(キーワード：病院死は孤独死、死は自然摂理、QOL(生活の質)からQOD(死の質)へ)