

終末期医療をめぐる日本と欧米との思想的相違

奈倉道隆

一、医療における技術と思想

明治維新以後、わが国は西洋の近代医学を積極的に受容してきた。しかし、専ら施療者の立場を重視し、受療する生活者の立場を考慮する受容であったとはいえない。わが国では、医療を医療技術の実践体系とみるが、それは施療者の見方であり、生活者の立場からは生活文化の一部とみなされる。食事が生活文化の一部であるのと本質は同じである。受療する生活者にとって重要なことは、どのような技術で治療されるかということより、どのような考え方で治療が進められるかということである。治療の過程では、苦痛や不安、あるいは生活上の制約を受ける。これらをしてできる限り解消しながら早く病気をよくして欲しいというのが患者の願いである。

医療は、技術さえ優れていればよいというものではない。技術をどのような価値観に基づいて用い、患者が生きることに對してどのような配慮をするかという思想が大切である。比較的最近までは、治すことのみを医療の価値と考えてきたので、治る患者をひたすら治すことに専心し、医療思想を問題にすることは少なかった。しかし今日では、治療困難な疾患や死を看取るための医療がおこなわれるようになり、医療思想を重視しなければならなくなってきた。

医療は、施療者のためにあるのではなく受療者のためのものである。したがって医療思想は、施療の専門職が形成すべきものではなく、受療者の生活文化の中で培われるべきだと考える。残念なことには、近代医学を受容し始めて百三十年になる今日も、医療が生活文化の中に定着せず、これをすすめる医療思想も形成され

るに至っていない。わが国には近代医学を受容する以前から伝統的な医療があったにもかかわらず、これを軽視する姿勢をとり、近代医療を患者の生活文化とは一線を画す態度で治療してきた。したがって、医療は施療者中心に進められ、強いて思想を問うならば欧米の医療思想でもって実践してきたといえよう。

このことは受療者に異和感や抵抗感を与えるものであり、「西洋医学は嫌いだ」とか、「医者怖い」という言葉が比較的最近まで聞かれた。また一方では、「医学知識を素人がもつことは危険である」といわれ、知識を専門職が独占したことも、生活文化への定着を妨げてきた原因といえよう。

二、医療の背景にある生命観

医療には、医療を成り立たせている生命観がある。たとえば人間を精巧な機械になぞらえ、その故障が疾病、その修理が治療であるとみる「機械論的生命観」がある。また、自発性・協調性に富む生命力の働きを重視し、その働きの不調が疾病であり、調和が回復するのを助けるのが治療であるとする「生氣論的生命観」もある。

西洋近代医学は、ルネサンス以来解剖学や科学的実験法を重視し、人体の構造や機能の解明と疾病の客観的把握に努めてきた。その蓄積の上に二〇世紀後半の飛躍的發展をみた。ここでは分析的・還元的な思考が活用されている。その根底に機械的生命観が

あることは言うまでもない。

生氣論的生命観は、近代以前の西洋にも存在したが、東洋においては各国の伝統的医療を支える生命観として今も生きています。たとえば、アーユルヴェーダと呼ばれるインド伝統医学では、トリドーシャ理論が基本となる。これは、人体にファター・ピター・カパーの三つのドーシャ（病素）があつて、これらが調和しているときが健康、それぞれに過不足が生じて不調和となつたとき過不足の様相に応じて疾病が生ずるという理論である。これは仏教にもとり入れられ、風大・火大・水大・地大（地は他の三要素の複合によつて生ずるとされる）が万物を形成し、人間もこれらの相互依存関係によつて成りたつていて、と考える。そしてこの四つが調和した関係にあるときが健康であり不調和が生ずると疾病が現れると説明する。疾病のことを「四大不調和」と呼ぶのはそのためであり、わが国でもこの用語が一般の人びとに用いられてきた。また、脳血管疾患を「中風」と呼んだり、高尿酸血症による痛みの発作を「痛風」と呼ぶのは「風大の疾病」とみなされているからである。

生氣論的生命観による医療は、インドや中国において今も盛んであり、わが国でも民間療法や健康法の中にこの生命観は生きています。

三、医療思想をめぐる欧米と日本

欧米で発達した近代医学は、欧米の医療思想に基づいて実践されている。その特色は、根底に機械論的生命観があるため科学的合理性に富むこと、欧米の人たちが自然に挑戦し自然を克服することを好むので、大胆に疾病と闘う姿勢をもつことである。病原体を抹殺する抗生剤を開発したり、患部を切除する手術を気軽にこなしたり、移植医療に挑んだりするのも、欧米の医療思想の特色といえよう。

これに対し東洋の医療思想は、生氣論的生命観に支えられており、疾病と闘うよりは、疾病を生みだした生命活動の不調和を是正することが根本であると考える。人間も自然物であり、自然を克服しようとするのではなく、自然との調和をはかって順応しようとする態度が特色である。わが国の生活文化の中にある医療思想はこの色彩が濃厚である。しかし、これと近代医学の高度の技術とは結びつきにくいので、施療者中心の医療思想はこれと一線を画して欧米の医療思想を準用する立場をとってきた。そのため施療者の価値意識と患者（生活者）のそれとの間にギャップを生ずることが少なくなかった。臓器移植をめぐる現在の対立もその一つとみられよう。

しかしながら、日本の生活文化はいま多様化が進んでおり、伝統的な意識だけではなく欧米的な考え方になじむ人も多くなつて

いる。また、発達した近代医学への期待感も大きく、大胆な治療を必ずしも敬遠するとは限らない。概して、疾病の急性期においては疾病と闘う姿勢で受療するようになった。しかし、罹病期間が長くなり、慢性期となると民間療法などに期待をかける人も多くなる。生命力をたかめ、自然の治癒力を活用して疾病をのりこえたいという医療思想が生きているからであろう。

また、近代医学もいま転換期を迎えている。従来は疾病と患者とを切り離して、疾病を治すのが医療だと考えられたが、疾病をもつ人間を治療の対象とする考え方が重視されつつある。Quality of Life (QOL) も医療の目標とされ、治しきることが困難な疾病や終末期の人びとへの医療では、これが高位の目標とされるようになった。これは患者自身のもつ生命力を尊重し、疾病と共に生きる患者を支援していこうとする医療である。

この考えは生氣論的生命観に立つ医療となじむものであり、わが国の伝統的な医療思想からみても好ましい変化といえる。こうした動きをふまえながら、現代医療を生活文化の中に定着させるような医療思想を育てていかなければならない。

四、終末期医療の特色

近代医療は、最近まで死に対するとりくみを避けてきた。その理由は、生命の危機には徹底して闘う姿勢で臨み、死は医療の敗北と考えてきたからであろう。そのため、臨終に至るまで医療処

置を優先し、死に往く人への最後の別れの機会を作ることすら考慮しない場合が多かった。わが国では、死を個人に属する事象とみる以上に生活共同体の重要な出来事と受けとめるので、親族や関係者が臨終に立ち会うことを重視し、本人も多くの人に看取られることを望んだ。そのため今から二〇一三〇年前までは、入院患者が死期がせまると退院を希望し、自宅で旅立つことを願う風習があった。

今日では、九〇パーセントを超える人が病院で死を迎えるようになり、従来の医療のままでは問題を生ずることが多くなった。

近代医療が闘いの医療であるのに対し、死にいく人やその家族は安らかな死を期待する。助かるものなら何とか助かりたいと望む反面、避けられない死ならばいさぎよく死にたいという気持ちをもつ人も多い。生活文化として人びとの心の中に死にぎわの美しさを求める感情があり、これと死を忌避したい本能的要求との間でゆれ動く人が少なくない。「大丈夫必ずよくなる」と周囲の人びとに励まされることによって、不安をもちつつも安らぎを得ようとするのである。

このような状況の中で、欧米がホスピスケアを始めたことはわが国に強い影響を与えた。一般の人たちからもホスピスを求める声が強まったが、「安らかに美しく死が迎えられるところ」を求める気持ちからであった。一九九二年に筆者がロンドンのセントジョセフホスピスを訪問したとき、最初に言われたことは、「日

本人はホスピスを誤解している。ここは安らかに死なせる所ではない。患者一人ひとりがその人らしく生を全うできるよう支援する施設である」という言葉であった。つまり現代医療が疾病を診て人間を観ないこと、治すことには熱心でも生きることの支援は不十分であるという現代医療への反省からホスピス運動が生じたという説明してくれた。もちろん死期が近い患者すべてがホスピスケアを望むわけではない。本人の意思で、たとえ苦しくとも最後まで疾病と闘い続ける医療を受ける人や、術後の苦勞を覚悟の上で臓器移植を望む患者もいる。いずれの患者も、ほぼ例外なく死を自覚的に受けとめ、自分の意思で最後の人生を生きぬこうとしている点で一致している。

これに対しわが国の終末期医療では、死期が近いことを知らない患者が多く、ホスピスの入院者さえ、半数近くが告知を受けていないという特色がある。告知が一般化していないことが大きな原因であり、それについては次章で述べるが、その背後には自覚的に死ととりくむ人が少ないこと、死期が近いであろうということも察してもそのことを明確にしないままさりげなく生きて安らかに眠りたいと望む人が多い、ということがあげられよう。

生氣論的生命観では、死も生の営みの一部であり自然なものである。避ける死は避けて生きられるだけ生きぬくことは望まないとされるが、「生氣」が失われたときは死途につくのが自然に順応する行き方である、と考える。わが国では、まだまだこのよ

うな生命観になじむ人が多い。しかし、欧米的な「死と自覚的にとりくむ人」も増えてきている。中には、一見欧米的でありながら死期が実際に近づくくと日本的な心情に回帰する人も少なくない。これからの終末期医療は、多様なとりくみが必要となるであろう。

五、告知をめぐる日本的問題

欧米では、癌患者の九〇パーセント以上に告知がおこなわれているといわれている。しかしわが国では、手術等で治る可能性のある場合を除いては未だ低率である。とくに治療方法がない末期癌などではほとんど告知がされない。欧米においても、三〇年前まではあまり告知をしなかったが、インフォームド・コンセントが一般化するにつれ、癌も他の疾患と同様に、十分な配慮のもとに告知するようになったといわれている。

なぜわが国では告知が少ないのだろうか。一つには現在の医療が告知する体制を整えていないこと、いま一つには患者の側に告知を受けいれにくい状況があるからであろう。

前者についてまず考えてみたい。欧米の医療では、終末期に限らず常に医師から患者に向けて病名、病状、可能な治療方法等についての情報が提供される。と同時に患者はどのような治療を受けたいかを選択し医師と話し合う習慣になっている。(これをインフォームド・コンセントと呼んでいる。)癌の場合も例外ではない。ただし医師は病名を告げるだけでなく、患者にとって有益

と思われる治療法などの情報を提供し、患者が希望をもち続けられるよう対話が続けていくのである。わが国では、こうした医師と患者との対話が十分でないことも多く、病名だけを告げる宣告となりやすい。そのために告知を忌避することも生じよう。また、告知後に起きやすい精神の動揺を受けとめる体制が整っていない。それ故に医師が告知をためらう傾向もある。欧米ではソーシャルワーカーやチャプレンなどが患者を精神的・実存的に支援する体制が整っている。さらにわが国では、患者が自己の死ととりくみながら精一ぱい生きぬけるような療養環境が確保できないという問題もある。患者がホスピスへの入所を希望したとしても、限られた所にしかそれが存在しないからである。ホスピスの必要性はよく論じられるがその普及はすすんでいない。健康保険などでホスピスケアがおこなえる「緩和ケア病棟」の制度はあるが、入院希望者があまり多くないなどの理由で設置がすすまない現状である。健常者がホスピスケアを讚美するのは裏腹に、ホスピスへの入院が必要とされる状態の人入院を勧めても、拒否されることが多い。死と向き合って生きることへの決断が、なかなかつかないからであろう。こうした実状を考えると、医師は告知に慎重とならざるをえないだろう。

次に後者、すなわち患者の側が告知を受けにくい状況について考えてみたい。まず第一に患者の主体性の問題がある。今日まで、患者は医師にすべてを任せ、医師は患者に庇護を与えるという依

存的な関係で医療をすすめてきた。そこでは患者は主体性が發揮しにくい。告知では自分の死を主体的に受けとめることが求められるが、このような依存関係の中では告知を受けて主体的に死を受けとめることが困難であろう。

第二には患者と親族などとの強い結びつきが問題になることがある。わが国の特性として患者が援護を必要とする状態になると、親族がイニシアティブをとり、本来は患者が判断すべきことも親族が代わってするようになる。告知の際には、親族の支援が必要となることから、あらかじめ親族に相談するが、そのとき告知が反対される例も多い。「本人は治ると信じているので真の病名は告げないで、不安なく死なせてやりたい」といった言葉が表明される。

第三には、死を自覚してとりくむことを望まない人が少なくないことである。その日その日の生活に充実感を見出し、明日の生活に期待をもたない人は告知を求めない。「死ぬときはころりと死にたい」と望む人も多い。死の不安からの逃避とも受けとれるが、無常の世をこだわりなく生きる知恵であるともいえる。いずれにしても告知の対象とはなりがたい。

一方、告知を望むという人にもしばしば問題が生ずる。死を主体的にうけとめる自我が未発達でありながら、死を遠観する態度を示そうとして告知を望むことがある。このようなときには、本人も予期せぬ不安にみまわれる。さらにこの不安を表明しないで

抑圧すると、ストレスが内向化して不眠やいらだちのような身体症状を生ずるようになる。

このようなことは、告知をしない場合に生ずる不安によっても起きる。衰弱する疾患などでは、たとえ告知をしなくても本人は死の不安を感じることが多い。その不安が率直に表明できれば不安はやわらぐ。しかし周囲の人びとが死を否定し、不安が共有されない、やむなく抑圧するようになり、同様の症状が生ずる。適切なカウンセリングをおこなわず、ただ安心させようと慰めるだけでは問題は解消しない。

以上述べたような問題は、告知が一般化した欧米では生じにくいであろう。わが国独特の問題と思われるが、その対応のしかたをこれから工夫しなければならない。

六、終末期医療の今後の課題

A. 技術中心でなく個人を尊重

欧米の終末期医療が医師、看護婦、ソーシャルワーカー、チャレン、ボランティアなどのチームによって、患者中心にすすめられるのに対し、わが国では医師主導・技術中心の医療でおこなわれているところが多い。近代思想は、科学的合理性と人間個人の尊重の二つの柱をもつが、わが国では前者のみが重視される傾向がある。ホスピスが普及しないのもその現れとみるが、最近はその痛みの緩和をはかる技術が発達し、そのみで終末期医療をすす

めるところも多くなつた。癌末期などの痛みの強い疾患には大切な医療処置ではあるが、終末期には不安があり、不安が痛みを増強していることも少なくない。患者を楽にするためにも心理的サポートは必要である。さらに終末期では、残された人生をよりよく生きられるよう積極的な支援が必要であり、個人を尊重する医療としなければならぬ。

B. 医療目標の明確化

疾病回復の医療と生の充実をめざす終末期医療とは、原理も目標も異なる。欧米では、死が避けられない終末期に至ると、患者との話し合いの上で前者から後者への医療目標の転換が進められる。しかしわが国では、告知が一般化していないこと、たとえ患者に終末期であることが理解されていても、転換が困難であることが多い。というのは、回復を目的とする治療をやめることは医療から見放されることのように思うからである。副作用の多い治療で苦しんだり、治療のために時間的束縛を受けることは、生の充実の妨げになるのでやめて欲しいと思うのは理性的判断である。医療に依存し、治療に生死をゆだねる思いの患者は、これに替わる魅力的な医療が示されない限り、やめることに同意しがたい。また日本人の発想は、欧米の人たちと違って、「あれかこれか」でなく「あれもこれも」と重層化することを好む。生の充実もはかりたいが、回復の希望も捨てたくないというのが本音であり、多少の不利はあっても回復目的の治療を続けざるをえない。し

かしそのようなときでも、医療目標を明確にして積極的な支援をすることが大切である。漫然と治療を続け奇跡を待つのでは後悔することとなる。

C. やすらぎが得られる支援

終末期医療における精神面の援助では、やすらぎがえられるように配慮することが大切である。欧米においては個の自覚を前提にして、死に往く人の自己実現の達成に努力が向けられる。日本人でも、それを望む人には自己実現を助長する援助をおこなうが、多くの人には人間関係の安定が重要となる。家族との関係や看護・介護に当たる人との関係が安定するとやすらぎが得られ、生きる喜びも生まれてくる。重い介護を必要とする人がしばしば「迷惑をかけたくない」とつぶやくことがある。この言葉の背後には二つの意味がこめられているように思われる。一つは、相互依存関係で暮らしてきた相手に対し、一方的に依存することへの気がねである。もう一つは、迷惑がられて見捨てられたくないという思いである。いずれにしても人間関係が損われないようにしたいという願いである。「間違ひなく関係は維持される」と確信できる状況を保っていくことが、安らぎのもととなる。

D. 実存の面への働きかけ

死を前にした人への支援は、心理面だけでなく実存の面への働きかけを必要とする。欧米では宗教がその役割を果たしており、わが国においても信仰をもつ人にはそれが可能である。しかし日

頃から生きた信仰をもっていない人に信仰を強要することは慎むべきことであり、また力となりにくい。

ところがわが国には、前述した生氣論的生命観となじむ生活文化がある。自分のいのちをみつめ、自分が自我の意識を越えた生命の自律性によって生かされている存在であることに目覚める道が開かれている。祖先から子孫に至るいのちの流れの中に自分があり、さまざまな人や物とのかかわりの中で生かされてきたことを実感するとき、大きなやすらぎが得られる。

筆者は、医師として終末期の患者にかかわる際には、生命が自分の思いを越えた自律性をもつものであり、誕生し、成長し、衰微していく一方、生殖によってよみがえっていくことを話す。そして私達が宇宙の大きいなるいのちの流れの中で生かされて生きていることを共感的に理解してもらおうよう努力している。

幸いなことに、日本の文化にはわび・さびあるいは幽玄といった深い感性の世界が備わっている。これらは、負の価値のものに正の価値を見出す喜びを秘め、静寂の中に躍動を感じさせる力があるように思われる。このような感性を通して、残された人生の中に新しい価値を見出してもらおう道が開かれるのではないだろうか。

終末期の医療は、このような感性の世界を含む文化全体で築いていくことが必要であると考ええる。

(なぐら・みちたか、医学・老年学・仏教学・
社会福祉学、龍谷大学教授)