

# 序

## ～2018年、なぜ終末期を考えるのか～

医者になって救急の現場に出て最初に感じたことは、「想像した光景と全然違う！」でした。

学生時代あまり勉強熱心でなかった私は、ほとんど病院見学に行くこともなく、救急車をいっぱい見たらいい医者になれるのではないかと思い、忙しい急性期病院で初期研修をはじめました。

連日当直をしていると、イメージしていた若年者の交通外傷、急性の感染症などはあまり搬送されず、高齢者のくり返す誤嚥性肺炎、尿路感染症、腰痛などが多くを占めていることに気がつきました。そして、その患者さんたちに、多くの医療者が関心を示さないことに。

嚥下機能の低下した認知症の患者が胃瘻をつくられ転院していくことが、1つの「作業」として行われていたことに私は辛さを感じました。

多くの医師は、病気を治すために医師をしている、と自身を定義していると思います。しかし、現代は医学・医療が大きく進歩したことで、病気とは（治るものもあるけど）治らないものであると明確になってきているのではないのでしょうか。

病気は治らない。21世紀になり、わが国の医療は大きなパラダイムシフトを迎えています。

治らない病気を複数抱えている、ということは、何が正しい医療かがわかりにくい、ということでもあります。「正しさ」とは何か、から本来は議論をしなければなりません。それは「作業」の場では難しい問題です。

治らない病気の延長戦上に終末期が存在する、とされています。しかし、終末期とはそもそも何でしょうか？また、終末期の先には死があるようです。では、死とは何でしょうか？

終末期とは何か、死とは何か、それは医学では絶対に答えが出ない世界です。

そして患者さんが向き合っている世界でもあります。

われわれは風車に立ち向かうドン・キホーテのように、無謀な取り組みをしているのかもしれない。ただ、

- ① 患者の今後の人生における医学的な見立て
- ② 患者自身が何に困っているかを引き出すコミュニケーション力
- ③ ①、②の問題点を整理し、助言できる力

上記3つの力をもてば、多少でも患者の役に立てるかもしれない、そう思って私自身は日々診療し、そして若い総合診療医たちに伝えたいと思い本誌の編集にかかりました。

終末期を考えると、患者自身の死を考えること、それを通じて自分自身の生と死を見つめることにほかなりません。患者の死を見つめているようで、私たちの死生観が今、問われていると感じています。

この本は、私の前で息を引きとった、また、これでよいのか自問しながら転院させていった、物言えぬ高齢者たちが、私に編集させてくれたと思っています。文字通り身をもって勉強させていただいた方々へ感謝いたします。

2018年7月

飯塚病院 緩和ケア科  
岡村知直



## ◆ 参考

以下は、第1回 社会保障制度改革国民会議（平成24年11月30日）議事録からの、大島伸一委員（国立長寿医療研究センター総長：当時）の発言の抜粋です。

「医療のお話が出ましたので、私のほうから一言。

高齢者が急激に増えている。それを考えれば、人口構造が急激に変わってくるわけですね、人口構造が変われば、疾病構造が変わります。疾病構造が変われば、当然、それに合わせて医療資源をどうしていくのか、これは当たり前の話です。

20世紀に追求してきた医療は、一言で言えば、広辞苑を見ていただきますとわかりますけれども、広辞苑の医療という項に、医術で病気を治すこととしか書いていないのです。これは一言で20世紀の医療を見事に言い表していると思います。

例えば終末期医療だとか緩和医療は医療ではないのか。あるいは、治らない病気に対しては医療はないのかというような、非常に基本的な議論が出てくるわけですが、高齢者というのは、必然的に老化という過程に慢性的な生活習慣病が加わってくるという病態ですから、徹底的に治すという医療からほど遠い状況にあります。

ということになれば、それに合わせて量的な面だけではなくて、質的な意味で、そういった病態をきちんと把握して、それに対してどう答えていくのかということのできる、例えば医者なら医者を養成していかなければいけないわけですが、今の状態はどうなっているかという、徹底的に専門医を養成してくるという過程がずっとあったわけです。

このことは、20年前、30年前、あるいはもっと40年前、50年前では、そういった方向に向かうということはいい状況だったのですが、今では、その限界がはっきりと見えてきたということです。」