

特集

超高齢社会の終末期ケア

終末期ケアの場合、病院より在宅や介護保険施設に移すことが政策的に推奨されているが、超高齢社会においても病院が死亡場所として最も多い現状は大きく変わっていないであろう。そこで、終末期ケアを病院の基本的なサービスとして位置づけ、提供できる体制を整備すべきであるが、医療者の関心は必ずしも高くなく、未だに末期がんに対する特殊なケアとして受け取られている傾向がある。

そこで、本特集はより広い次元で終末期ケアを取り上げ、8本の論文より構成した。まず筆者は巻頭論文で死亡に至る3つのパターンと、各々に対応した終末期ケアの課題を提示し、その中で病院は心臓、肺、肝臓等の臓器障害で入退院を繰り返しながら亡くなるパターンに対応し、それ以外のがんと認知症等の各パターンについて今後は介護保険施設や在宅で提供する終末期ケアの支援に転換すべきであることを強調した。

2番目の井田先生は、刑法の立場から安楽死と尊厳死の課題を整理し、「本人意思を確認する手段」を介して治療義務の否定が可能であると指摘されているが、家族が本人の意思を推定する根拠が今後の課題とあろう。3番目の加藤先生は、4つの自験例に基づいて、病棟における終末期チーム医療の実行、医学教育の改革と知識の社会的普及、緩和ケアの共通の概念と知識の必要性を指摘されている。4番目の田村先生はホスピスケアにおいて、それぞれ疼痛、全身倦怠感、摂食の低下、呼吸困難、せん妄、うつ、家族の悲嘆に対応するケアを具体的にわかりやすく記載いただいた。

5番目の児玉・志真両先生は、英国における裁判の判例と医療者側のガイドラインを両輪として整備してきたことを解説いただいたが、大陸法を基本とし、専門学会が未発達な日本において展開することが課題であろう。6番目の山田と筆者の論文では、2つの病院において試行的に行った遺族に対する満足度の調査から延命処置に対する事前の話し合いや臨死医療の技術的側面の重要性を述べた。7番目の今野先生は、死亡前1年間の医療費を推計し、生存者との格差が高齢になるにつれて縮小するという興味深い分析結果を提示された。最後に日野先生は、自院における神経疾患の患者に終末期ケアと、患者家族に渡す「延命治療についてのお伺い」の用紙を紹介いただいた。

以上、編集に当たった筆者の関心に沿ってまとめた。執筆いただいた諸先生に心より深謝する。

池上 直己

慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授