

かかりつけ医の臨床インディケーター／成否のカギは事務職が握る

CLINIC

今日と明日の開業医をサポートする
——最新クリニック総合情報誌

ばんぼう

BAMBOO 12

DEC.2014
VOL.405

The MASTER of Clinic

内納正一

医療法人春風
うちのう整形外科院長

【第2特集】診療所を支える縁の下の力持ち
うちのスーパー事務職

▶▶▶▶▶
【特集】

その根拠を
今改めて考えよう

かかりつけ医を
科学する

長尾和宏

医療法人社団裕和会長尾クリニック院長

開業医よ、 書を置いて町へ出よう そして死を扱う医師として 看取りの文化をつくらう

ながお・かずひろ ● 1984年、東京医科大学卒業。大阪大学第二内科等を経て、95年、長尾クリニック開業。2006年、在宅療養支援診療所登録。複数の医師による連携で、年中無休の外来診療と24時間体制の在宅医療に従事。日本尊厳死協会副理事長・関西支部長も務める

11月1日に、余命半年と宣言された米国人女性ブリタニー・メイナードさん(享年29歳)が、医師による処方薬を服用して死亡した。この出来事は日本でも大きく報道され、患者が自らの意思で自分の最期を選ぶことについての問題提起へとつながった。今後、延命治療のあり方をめぐる議論は国内でどこまで深まっていくのか。在宅医療に携わり年間90人以上を看取る傍ら、日本尊厳死協会の副理事長を務める医療法人社団裕和会長尾クリニックの長尾和宏院長に、今回の出来事から見えてくる課題などについて話を聞いた。

医師でさえ尊厳死と安楽死の違いを理解していない

— 今年1月に米国人女性ブリタニー・メイナードさんが脳腫瘍と診断され、フェイイスブックを通じて自ら死を選ぶと発表。11月1日に医師による処方薬を服用して死亡しました。国内でも大きく報道され関心を呼びましたが、これを見て、どのように思いましたか。

今回の出来事を通じて特に問題だと感じたのは、マスコミ報道です。医師の処方薬を服用して死亡しているので、これは明らかに「安楽死」です。それにもかかわらず、マスコミの多くが「尊厳死」と伝えていました。尊厳死と安楽死はまったく異なる言葉で、前者は余命を宣告された患者さんが過剰な延命治療を受けず自然死を待つこと、後者は医師が薬物を使うなど積極的な医療行為により患者さんの命を縮めることです。尊厳死は問題ありませんが、一方、安楽死は日本では医師が殺人や自殺ほう助といった罪に問われる可能性があります。マスコミだけが、この2つを混同しているわけではなく、医師のなかにも区別がついていない人が多くいるのが現状です。

日本においては、これまで死について語るものがタブー視されてきました。そのため、マスコミを含め一般の人が終末期について知識を得たり考えたりする機会が少なく、その結果、尊厳死と安楽死の違いがわからないのかもしれない。

今回の出来事は日本国内で大きく報道されました。私は安楽死に対しては反対の立場ですが、これを機に、家族や友人と死についてオープンに話せるような環境づくりの第一歩になればいいと思っています。

— というのも、これから多死社会を迎えるにあたり、どのような終末期を迎えたいのかを、一人ひとりが考えておく必要があるからです。私は日本尊厳死協会の副理事長として、これまでさまざまなメディアを通じて「リビングウイル」の重要性を訴えてきました。リビングウイルは、治療の手立てがなくなった場合に延命措置を控えてもらうなど、終末期に望む医療行為・望まない医療行為について事前に書面に残しておくというものです。これが明確になっていなければ、いざというときに家族や医師はどうすればいいのかかわかりません。これは食事に行くのと一緒。相手が甘いものを食べたいのか、お寿司が食べたいのかがわからなければ、適したお店は

選べません。

— しかし、日本でリビングウイルを持っている人は、全人口のわずか0.1%だけ。医師さえも、この言葉の意味を知らない人が少なくありません。持っている人に限っては、ごくわずかです。それでは、医師が患者さんにリビングウイルの重要性を伝えて準備を促すことができるはずありません。

認知症患者の増加により ACPの重要性が高まる

— 医療者の理解が進まなければ、患者がどのような最期を望んでいるのかわからないまま、終末期医療を提供するという状況になってしまいます。

— そうならないためには、まずできるだけ多くの人にリビングウイルを持つてほしい。同時に、医師には「アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning: ACP)」を進めてほしいと思っています。

ACPはアメリカ発の概念で、元気なうちから家族や友達、医師や看護師、民生委員等と一緒に、地域で終末期について話し合うこと。このACP運動が日本で最も進んでいるのが広島県で、行政と広島県医師会が協力して行っています。

ACPといっても、高齢者にはわかりにくいと思うので、私は「心づもり」と呼んでいます。自分が最期を迎えるときに、どんな終末期医療

を受けたいのか、もしくは受けたくないのか、心づもりをしておく。そして、それを周囲の人に伝える。それによって、万が一の場合でも自らの望む最期を迎えられるのです。

— なぜ今、ACPが必要なのかというと、認知症患者さんが増加しているからです。昨年6月には、厚生労働省研究班が認知症患者さんは462万人と推計し、発表しました。

— 認知症患者さんはたとえリビングウイルを持っていても、そのこと自体を忘れてしまう可能性があります。日本尊厳死協会では、リビングウイルの有効期限を1年間と定め、1年ごとに会費を振り込んでもらい、それを意思確認と見なしています。というのも、人間の気持ちは常に揺れ動くので、いつでもリビングウイルを撤回できるようにしておくことが大事だからです。認知症患者さんは、そうした手続きをすることさえも忘れてしまうかもしれません。それでは、事前にいくらリビングウイルを用意しておいたとしても、意味がないでしょう。

— もしACP運動が行われていれば、リビングウイルがなかったとしても、本人が何を望んでいるのかを周囲が把握しているため、本人の代わりにそれを医師や介護職に伝え、望んでいる終末期医療を受けてもらうことが可能となります。若い人のなかには、終末期はまだ関係がないと思いき、リビングウイルを持っていない人もいます。しかし、不慮の事故に遭ったり、突然脳卒中を起こす可能性もあるので、本来であれば持つておいたほうがいいでしょう。もし持つ

ブリタニー・メイナードさんと安楽死

米国人女性のブリタニー・メイナードさんは今年1月、悪性の脳腫瘍と診断され、4月には余命6カ月と宣告された。頭痛などの苦しみや、病気によって家族のことがわからなくなることへの怖れなどから、それまで住んでいたカリフォルニア州から、「尊厳死」(日本でいう安楽死)が法的に認められているオレゴン州に引っ越し、インターネットを通じて「尊厳死」をすることを宣言。11月1日に、医師から処方された薬を自ら服薬し、死亡した。

ていなくても、ACP運動に参加していれば、そこでの意思表示が役立ちます。

——こうした動きは海外でも広がっているのでしょうか。

もちろんです。欧米では認知症に対する関心が高まっており、意思決定ができなくなったらどうすればいいのかについての議論が盛んに行われています。これまでは意思決定ができることが人間の条件とされており、意思決定ができることを前提に法律が決められていました。しかし、そうしたことができないケースが増えてきたからです。

たとえば、イギリスには「メンタルキャパシティ・アクト (Mental Capacity Act)」という法律があります。これは、子どもや認知症患者さんなど判断能力が不十分で意思決定ができない人のための法律で、本人が意思決定を行えるように支援し、それでも意思決定ができない場合は本人の代わりに周囲が意思決定をするというものです。その際には、本人の希望に一番かなっているもの、つまり「ベスト・インタレスト」を周囲が見つけ出すのです。これこそまさに、ACPといえるでしょう。

医師会がこれから担うべき役割は地域における看取りの文化の醸成

——ACP運動はどのように進めていけばよいのでしょうか。

死を扱うのは医師です。ですから、医師主導で進めていけばよいと思います。1回の会議ではなかなか話ほどまらないでしょう。それでも会議を定期的な重ねていけば、家族の負担や不満、不安が少なくなる状態が本人の意向をかなえるには、それぞれの職種がどうすればよいかが明らかになっていきます。そして、それをきちんと記録に残しておけば、いざというときにも慌てずに対応でき、満足のいく最期を迎えることができるでしょう。

そのためには、多職種連携が重要だと私は考えています。私が住んでいる地域では1カ月に1回、ケアマネジャーやホームヘルパーを集めて、40人ほどで「尼から連携の会」という勉強会を開き、そこでケースカンファレンスを行っています。医療が高度化すると、臨床倫理に関する問題が増えていきます。毎日のように、どのように対応すべきか頭を悩ますような問題も発生します。こうした問題の場合、絶対に正しいといえる答えはないので、多職種で話し合い、最もふさわしいと思える答えを見つけて出すことが大切です。

時には、市役所のケースワーカーを招いて生活保護やアルコール依存症のことについて話を聞き、知識を得ることもあります。その後は必

で話し合う場を設けるなどして、ACP運動を進めてほしいと思います。開業医には自分が所属している地域の医師会や行政とともに、地域の高齢者に死生観を持ってもらうように活動していただければと考えています。

大切なのは、地域ごとにACP運動を進めること。というのも、同じ日本でも、地域によって死や看取りに対する考え方は多種多様だからです。これまで医師会は、小児医療や救急医療、学校保健などの分野において重要な役割を担ってきました。高齢化が進むなか、高齢者医療に対しても大きな役割を果たすようになってきています。私は、これからは看取りの文化をつくるのが、医師会の大切な役目ではないかと考えています。

これまで開業医はあまり終末期医療に関する問題に向き合ってきませんでした。たとえば、私が開業している尼崎市では、多職種に向けて、糖尿病などさまざまな勉強会を開催してきました。もちろん終末期医療についても勉強会を開催していますが、開業医はほとんど来ません。医療関係者で参加するのは歯科医師や薬剤師、訪問看護師ぐらいです。そのたびに私は、開業医の終末期医療に対する関心の低さを実感していました。

しかし、このままでいいのでしょうか。今、厚労省は地域包括ケアシステムの構築を進めています。地域包括ケアシステムの対象となるのは、高齢者。先ほど、若い人も終末期医療について考えておくことが重要だと申し上げました。

——そのほかに今、開業医に求められることがあれば、教えてください。

2つあります。1つは、ACPを行う能力を高めること。日本人の死因のトップはがんですが、がん患者さんを在宅で看取るには、ACPを行う能力に優れていなければなりません。がん患者さんは非がん患者さんに比べ、在宅に移行してから最期を迎えるまでの期間が短い。そのため医師には、本人や家族ときちんとコミュニケーションをとり、その意向を聞き出して、それを実現する能力が切実に求められるからです。

病院機能評価などの評価基準がある病院とは異なり、在宅医には明確な評価基準がありません。いわばブラックボックスにあるといつても

が、それ以上に重要なのが高齢者です。そう考えると、地域包括ケアシステムはACPといえるのではないのでしょうか。

最近では、さまざまな地域の医師会からACPについて講演してほしいと依頼を受けるようになります。関心が徐々に高まっているように感じます。そのこと自体は非常に喜ばしいことだと思いますが、一方で、今ACP運動を進めていかなければ、厚労省のいう地域包括ケアシステムが画に描いた餅に終わってしまうのではないかと焦りもあります。ぜひ、多くの人にACPについて関心を持ち、積極的にACP運動を進めてほしいですね。

在宅療養支援診療所は多職種連携のリーダーシップをとるべき

——いくら本人が事前に自分の意向を周囲に伝えていたとしても、家族が異なる意向を持っている場合、本人の要望をかなえるのは難しいと思います。そうした場合は、どうすればいいのでしょうか。

在宅医療においては、患者さんの意向と家族の意向が一致しているのはまれで、異なっていることのほうが圧倒的に多いのが現実です。だからこそ、在宅医には積極的に家族とコミュニケーションをとり、不安や困りごとなどを聞き取り、意向をすり合わせることを求められます。昔に比べると、ITが進歩した分、コミュニケーションはとりやすくなっているといえるでしょう。

いいでしょう。唯一の評価基準となるのが、看取り数です。がん患者さんを多く抱えている診療所は、非がん患者さんが多いところに比べると、当然看取り数が増えます。ですから、看取り数が多い診療所はACP能力が高いといえるのではないのでしょうか。

もう1つは、もつと積極的に地域に出ていってほしいということ。診療報酬の点数だけを見て、儲かる・儲からないとばかりしている医師や、患者さんが来なくて閑古鳥が鳴いている診療所もあります。医師である以上、まずすべきことは地域に出て、さまざまな問題に目を向け、その解決に乗り出すことでしょう。地域に出れば、医師がやらなければならないことは必ず見つかるはず。昔の医師は地域に出て、患者さんの家を回って治療を行っていました。しかし、診察室というハコができてからは、そこに閉じこもるようになってしまいました。外に出るのは、何も特別なことではありません。開業医には「書を置いて町へ出よう」と言いたいですね。

今、医師の役割は変化しています。これまで治療が主な役割でした。でも人間、年を重ねれば、身体が衰えるのは当たり前で、治らない部分も増えていきます。そのため、医師の役割は単に医療を提供するだけではなく、患者さんの残っている機能を維持し、そのうえで本人の願いや要望を聞いて、それをかなえるという方向にチェンジしていく時期になってきたといえるのではないのでしょうか。