

週刊 日本医事新報

JAPAN MEDICAL JOURNAL

No. **4681**
2014/1/11

学術特集

段階に応じたCOPD薬物治療

- ・強い労作時のみの呼吸困難 長瀬隆英
- ・労作時の呼吸困難 平田一人 榎野吉弘 浅井一久
- ・コントロール不良：喘息合併・頻回の増悪 柳澤 悟 一ノ瀬正和

連載

- ・長尾和宏の町医者で行こう!! 長尾和宏
- ・深層を読む・真相を解く 二木立

プライマリケア・マスターコース

- ・危険な〇〇見逃し回避術—腹痛
- ・在宅医療 はじめの一歩
—パーキンソン病

学術

- ・【J-CLEAR通信³⁹】
DPP-4阻害薬は糖尿病合併症を予防できるか—最近のエビデンスから
- ・【グラフ】
高齢者の顔面に見られる皮膚病変

質疑応答

- ・鳥インフルエンザA(H7N9) ウイルスの迅速診断キットによる判定
- ・間質性肺疾患の機序と因子
- ・vena contractaの具体的な測定法
- ・寝汗(盗汗)の病態と治療
- ・歩き方と変形性膝関節症の関係
- ・外部委託の定期健診結果の取り扱い
- ・検査記録の保管と破棄





尼崎発

長尾和宏の

町医者で行こう!!

連載
第34回

“平穩死”と日本医師会、大学 病院—シリーズ「平穩死」⑧

平穩死できる病院はまだ僅か

昨年末に、末期がんで危篤状態であるとの連絡を受けた2人の知人をお見舞いした。1人はがん診療連携拠点病院で、1人は一般病院だった。偶然、2人とも膀胱がんの末期で、1人は50代、1人は80代だった。

久々に吸いこんだ大病院の空気は、普段在宅で吸っている緩んだ空気とはかなり違っていた。というのも2人とも、見事に管だらけになっていた。酸素、点滴ルート2本、心電図と血圧計モニター、膀胱カテーテル等。久々に“スバゲティ症候群”という言葉思い出すとともに大きなショックを受けた。2人とも過剰輸液により顔は腫れあがり、心不全に伴うと思われる呼吸困難を呈していた。

詰所にはたくさんの看護師や医師がいたが、黙って観察していると、点滴は交換すれど、患者さんと会話したスタッフはゼロ。1人は意識不明とのことだったが、顔を近づけると十分に会話が可能であった。しかし痰が多く、息苦しさのため会話しにくいようだった。

思わず看護師たちに「平穩死を知っているか」と聞いてみた。「ヘイオンシ??」。どうやら変なオッサンと間違われているようだった。若い研修医に「この人の呼吸困難は簡単に改善できるし、食事も可能なんだ」とも言ったが、怪訝な顔をしていた。一時的にせよ状況を改善させるのは実に簡単なこと。点滴

を一時的にでも絞ればいだけ。それは平穩死のための基本だ。しかし大変残念ながら、そこには“平穩死”も“最期まで食べる”も“排泄の尊厳”も、いずれも見い出せなかった。力不足を感じた。情けなくて力が抜けた。在宅と病院の常識がこんなに違うのか?と改めて思い知らされた機会でもあった。

日本医師会は“平穩死”で人気回復を!

昨年、いくつかの医師会から“平穩死”というテーマで講演に呼んで頂いた。ようやく医師会にも興味を持って頂いたことが素直に嬉しかった。さらに喜んだのは、いくつかの医師会ではそこで市民も一緒になって話を聞いてくれたことだった。死ぬ話は、実はすべての人間に共通しているからだ。「往生際の悪い3職種とは、教師、坊さん、そして医師である」と言うと市民は笑ってくれたが医師会の重鎮は渋い顔をしていた。しかし在宅現場では、医師の最期に立ちあうことも稀ではない。当たり前すぎて怒られそうだが、医師とて死は平等にやってくる。しかし一般的に医師や医師の集団は、死の話題を避けようとする。扱っても抽象的であったり、美談であったり、本質を避けようとする傾向が強い。

さて、日本医師会はなにかにつけ“圧力団体”というレッテルを貼られてきた。開業医の利益追求ばかりして、と医学会からもそばを向かれようとしているように末端からは

見える。もちろん実際は素晴らしい活動もたくさんしているのだが、市民目線からは負の側面ばかりが指摘されている。

そこで私は、人気回復の一手を提案したい。すなわち、“終活”や“エンディングノート”の講演会を医師会が率先して企画・発信するのだ。多死社会において最も関心が高い終末期の問題に市民目線で寄り添う医師会をアピールすることは、かなりのイメージアップにつながると思うのだが、いかがだろうか。これ、真剣な提案だ。

死と向き合う医学の創造

一方、医学部や大学病院ではどうだろうか？ 実は昨年、医学部でも2度ほど平穏死の講演をさせて頂いたが、まだまだではないか。「当院では絶対に平穏死させない」という大学病院長もおられた。もちろんその先生は平穏死を見たことがないので信じられないのも当然だろう。平穏死を知らない教授が臨床医学を教えている。「医学は生きることだけを教えていればよくて、終末期や死なんてどうでもいい。ついででいい」。そんな考えの大学教官が大部分ではないだろうか。確かに、医学は一分一秒でも長生きさせてQOLを上げるためにある。しかしどうやっても死は避けられない。ならば、死から生を見つめ直す医学、つまり死生学や終末期医学、看取りの医学もあってしかるべきではないか。

最近是一部の大学で、そのような教育も始まっているようだが、まだ一部にすぎない。当院も研修医を受け入れて、在宅看取りを教えているが、真夜中の看取りであったりすることもあり、十分な教育はできていない。現在はしないよりはした方がまし、といった程度の終末期医療の教育であるが、そろそろ本腰を入れるべきではないだろうか。医学教育が、きっちりと死と向き合う医学に、あるいはそうした指向性を示すだけでも医療は大き

く変わるのではないか。ちなみに筆者は医学部2年の時の哲学の授業で聞いた「死の哲学」が今でも忘れられず、大きなモチベーションになっている。

患者の想いに寄り添う医療が“平穏死”という思想

平穏な最期を過ごしたいと願う患者は沢山いても、死にたいと願う患者はまずいない。平穏死という言葉を知らない患者は、穏やかな最期、満足できる最期、納得できる最期を望んでいる。しかしその納得や満足という言葉から、医療の現場は相当に距離がある。

患者の想いを重視する医学は、「ナラティブ」あるいは「NBM」(Narrative Based Medicine)と呼ばれている。そしてNBMをも包含する医学が、真のEBMであると理解しているが、現実にはそうはなっていないのではないか。そうならないので、あれほどまでに医療否定本が売れるという悪循環に陥っているように私には映る。患者の想いに寄り添うと言いながら、寄り添えていないのが現実。インフォームドコンセントと声高に言いながらも、真の意味での同意が得られていないのではないか。“平穏死”という言葉は、単に死そのものや死の周辺だけでなく、医療の土台である患者と医師の信頼関係を象徴する思想ではないかと考えている。

今こそ、医療界、医学界、大学が全精力を挙げて、国民の願いである“納得医療”を“平穏死”という言葉でキーワードに再構築すべきだと思う。

はからずも、町医者の方でこのような医学雑誌に半年間にもわたり“平穏死”の連載をさせて頂いた編集部に深く感謝申し上げて、平穏死シリーズを閉じたい。

なお かすひろ：1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に『抗がん剤10の「やめどき」』（ブクマン）など