MONTHLY

世界の視点で情報を発信する総合誌

2016
12
DECEMBER

KōRON

発行・株式会社財界通信社　平成28年12月1日発行　毎月1回1日発行　第49巻12号　昭和47年11月10日第三種郵便物認可

デフレを助長する
安倍政権「6本の矢」

老衰とがん と肺炎の間
古くて新しい “肺炎で死ぬ”ということ

医学博士　長尾　和宏

死亡原因の第三位に

肺炎が脳梗塞を抜いて日本人の死因の第三位になり、全死者の約10パーセント弱を占めている。しかし、がんや心筋梗塞であっても死因を「肺炎」として公表されるケースは少なくない。新聞の片隅には、毎日のように著名人の死亡記事が載るが、生前に伝えられていた病名と記事として報道されている死因が異なることがある。例えば永六輔さんは長らくパーキンソン病を患っておられたが死因は「肺炎」だったし、その後を追うようにして旅立たれた大橋巨泉さんは咽頭がんと闘っていたが、死因は「急性呼吸不全」だった。お二人やご家族には、もしかしたらパーキンソン病やがんという病名を残したくないとう意図もあったのかもしれない。このように死因とは、純粋に医学的なものというより多分に社会的な側面がある。

医師が書く死亡診断書には死因を書く欄がある。死因とは「死亡の原因」のことで、原死因とも言われる。これは世界保健機構（WHO）によれば「直接死亡を引き起こした一連の事象、起因した疾病・損傷」と定義される。つまり末期がんの人が最終的に肺炎を起こしても、原死因は「がん」と記載されるべきである。

人口動態調査や死亡統計は死亡診断書に書かれた病名を基に作成されている。では、ここに書かれる原死因は医師によって変わるのか？　あくまで私見だが、「変わる」と思う。その理由として3つ挙げてみたい。第一に医師による見解の相違だ。末期がんに併発した肺炎を治せればもう少し生きられた、と考える医師はがんではなく肺炎を原死因とする場合があり得る。第二に社会的影響を考える場合だ。例えばがんという病名を公表されて欲しくないと家族から要望される場合があり得る。理由は様々だが、がん家系や遺伝性のがんの場合、それは遺族にとってはあまり知られたくない個人情報であるという考え方もある。そう言えば最近の新聞の死亡欄には病名が詳しく書かれていない場合がある。

肺炎か老衰か

そして3番目の理由として、例えば在宅看取りの際には、「肺炎」と書くか、「老衰」とするべきか迷う場合が少なくない。もし前者だと遠くの親戚から「何だ、肺炎も治せなかったのか、入院すれば完治したのではないか」と言われて後味が悪くなることを懸念する場合がある。その場合は多少の「肺炎」があっても「老衰」と書く場合もある。だから迷う場合は家族とよく相談してから病名を書くようにしている。

中には「老衰」としか言えないケースがある。しかし最後の1日だけ熱が出て少しゼコゼコしていたので、恐らく軽い肺炎を併発したのだろう。そんなことは決して稀ではなく純粋な老衰はあまり多くない。若い医師は純粋な老衰であっても「老衰」とは書きたがらない。昔、「老衰なんて書くな！」という指導をしていた上級医師もいた。

一方、20年以上町医者をしている私は積極的に（?）「老衰」と書くようにしている。家族にも「生き切りましたね。老衰での大往生、平穏死です」などと説明している。つまり病院と在宅では「老衰」に対する認識にかなりのズレがあるように感じる。しかしまだ平均年齢に達していない人に「老衰」を書く時には迷うので家族とよく相談する。家族も「老衰」という言葉を嫌がる家族と、反対に喜ぶ家族がいる。「大往生」や「平穏死」という言葉で在宅療養を支えてこられた家族の労をねぎらうには「老衰」という言葉の方が相応しい場合が多い。

日本人の死因第3位が、「肺炎」である理由を、死亡診断書の観点から考察してみた。末期がんや老衰で亡くなった人でも、死亡診断書には「肺炎」と記載する場合もあると。

さて私達は空気と一緒に様々なウイルスや細菌などの病原微生物を吸い込んでいる。健康であれば、体内の免疫が作動して病原微生物の増殖を阻止するので病気には至らない。だが、風邪が長びいたりストレスで体力や免疫力が低下したりすると、自力では病原微生物を排除しきれなくなり肺炎に至る。寒い季節になるとインフルエンザが流行するが、その二次感染として細菌性の肺炎に至ってしまうケースもある。

高齢者肺炎の9割が誤嚥性肺炎

さて高齢者に圧倒的に多いのが誤嚥性肺炎である。高齢者の肺炎の9割以上は誤嚥性肺炎と言われている。年をとって、飲み込む力（嚥下機能）が衰えて来ると、食べ物や唾液が食道ではなく誤って気管の方に入ってしまい、喀痰として排出しきれないと肺に炎症が引き起こされる。しかし老化に伴い誤嚥が増えるのは当たり前のことだ。解剖学的に人間は声を出して「話す」という能力を獲得した代償として「誤嚥もする」ことになった。だが介護施設や病院では誤嚥性肺炎を過度に怖れている。訴訟になれば負ける可能性があるからだ。だから食事中にムセやすくなった人に対して、「これ以上食べたら誤嚥性肺炎で死ぬかも。だから胃瘻（ろう）を造りなさい！」と、経口摂取の中止と胃瘻造設を勧める所がある。しかし食事中のムセが直接的な原因で誤嚥性肺炎にはならない。誤嚥した食べ物は喀痰として上手く排出するので肺炎には至らない。呼吸機能や免疫能の低下で、喀痰として上手く処理や排出ができないので肺炎に至る。

では胃瘻を造れば誤嚥性肺炎にならないかと言えば、それも違う。実は、高齢者のそれは食事中ではなくて、夜間睡眠中に口腔内の唾液や胃から逆流したものが気管内に垂れ込んで起こることが分かっている。むしろ口から食べない人の方が口腔内に嫌気性菌が増えるため、肺炎のリスクが増加する。いずれにせよ日々の口腔ケアや肺炎球菌ワクチン接種による肺炎予防と最期まで食べることとの工夫や、嚥下リハビリなどの「食支援」こそが超高齢多死社会医療の大きな課題となって来る。

長尾和宏
（ながお　かずひろ）
医療法人社団裕和会理事長、長尾クリニック院長

1984年　東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局、
1991年　医学博士（大阪大学）授与
1995年　兵庫県尼崎市で長尾クリニックを開業、現在に至る
日本慢性期医療協会理事、日本ホスピス在宅ケア研究会理事、日本尊厳死協会副理事長、全国在宅療養支援診療所連絡会理事、関西国際大学客員教授、東京医科大学客員教授（高齢総合医学講座）
［医学博士］
日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医、指導医、日本在宅医学学会専門医、日本禁煙学会専門医、日本内科学会認定医、労働衛生コンサルタント
【著書】
『平穏死・10の条件』（ブックマン社）、『抗がん剤・10のやめどき』（ブックマン社）『胃ろうという選択、しない選択』（セブン＆アイ出版）『がんの花道』（小学館）『抗がん剤が効く人、効かない人』（ＰＨＰ研究所）『大病院信仰、どこまで続けますか』（主婦の友社）など。
医学書
スーパー総合医叢書・全10巻の総編集（中山書店）第一巻『在宅医療のすべて』、第二巻『認知症医療』など多数。