

週刊 日本医事新報

No. 4728

2014/12/6

12月1週号

p14 報道特集

看取りのいま——多死社会の「自分らしい最期」を支える

p25 学術特集

そこが知りたい！ インフルエンザ診療

p1 巻頭

- 外来診断学：ステロイド外用が効かない顔面の皮疹を呈した46歳女性(生坂政臣ほか)
- プラタナス：非行少年の鑑別(定本ゆきこ)

p8 NEWS

- 臨床研究、「一定の範囲」を法規制へ
- 衆院選—各党公約の注目点と医師候補者一覧 他

p50 学術

- J-CLEAR通信：トランスレーショナルリサーチにかかる暗雲(谷 明博)
- 末期がん患者・家族とのコミュニケーション技法①(梁 勝則)
- 一週一話：ボタン型電池の誤飲はどのような危険を及ぼすか？
- 差分解説：視神経脊髄炎と抗アクアポリン4抗体 他8件

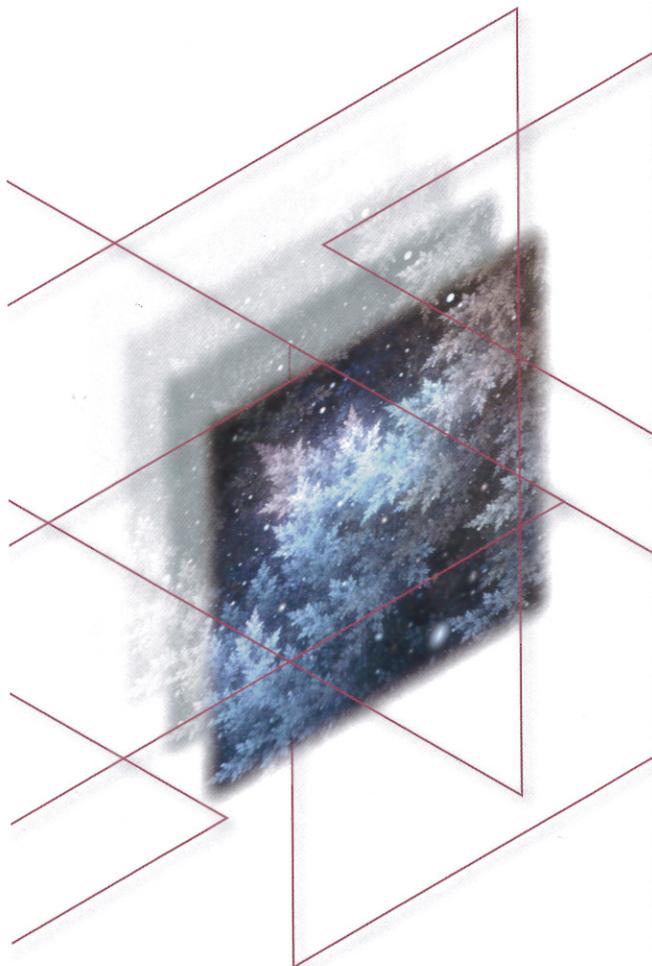
p64 質疑応答

- Pro⇔Pro：肺合併症がある関節リウマチ患者の治療 他2件
- 臨床一般：温泉禁忌症に悪性腫瘍が含まれる理由 他3件
- 基礎・研究：遺伝子の塩基配列
- 法律・雑件：個人資産を事業資金に運用することの可否とその方法

p74 エッセイ・読み物・各種情報

- 小説「群星光芒」 ● ええ加減でいきまっせ！
- 私の一冊(澤 芳樹) ● 新薬FRONTLINE
- 感染症発生動向調査 ● Information ● クロスワードパズル
- 漫画「がんばれ！猫山先生」

p83 医師求人/医院開業物件/人材紹介/求縁情報



長尾先生、どうすれば 穏やかな看取りを实践 できますか。

13万部のベストセラー『平穏死』10の条件(ブックマン社)の著者で、1995年に外来・在宅ミックス型診療所を兵庫県尼崎市に開設後、500人以上の「平穏死」に立ち会った看取りのエキスパート、長尾和宏先生に穏やかな看取りを行うノウハウを聞いた。

まず強調したいのは、「看取り」は目的ではなく、あくまで結果であるということです。よい関係性を構築できれば、穏やかな看取りにたどり着きます。

その上で、穏やかな看取りに必要な要素とは、①医師、②家族、③本人、④制度一の4つです。

まず医師ですが、患者さんが比較的元気な頃から、終末期医療の方針について家族を含めて話し合いの機会を持つことが必要です。外来に通院している時から、病気の性質や進行、経過、そして家族の考え方や本人の死生観に寄り添いながら、話し合いを重ねる努力を行う。在宅医療に移行した段階で『平穏死』10の条件は渡しにくいですが、外来に通院している時なら渡しても嫌みにはなりません。

緩和ケアの知識は必須です。緩和ケアは、すべての治療の土台にある。緩和ケアでは、患者・家族の苦痛を、①身体的痛み、②精神的痛み、③社会的痛み、④スピリチュアルペインの4つに分類しています。この中で、終末期の患者さんに最も優先すべきは、スピリチュアルペイン。病気が治らないことに対する魂の痛みをケアする修練が必要です。

医師には、多職種連携を主導する役割もある。多職種チームには家族も入ります。在宅では医師が亡くなる場面に立ち会うことは稀で、実際の看取り人は家族や看護師、ヘルパーなどです。ですから、多職種チームのリーダーとなり、看取りの方針や患者さんの死生観を共有することが必要です。

「遠くの子供」ともコミュニケーションを

家族に関しては、「遠くの子供」に注意する。亡く

なる直前に現れた子供がご本人とは異なる主張をされることがある。子供にしてみたら、離れて暮らす負い目から、最期は十分な医療を受けさせたいと考える。でも、日頃親とコミュニケーションが取れていないので、親の最期の希望を理解できない。

ですから私は、患者さんが元気な時から、遠くのご家族とも連絡を取り、何でも相談してほしいと伝えています。同居していても日中不在の場合は夜に訪問し、ご家族と話す。盆と正月に遠方に暮らすご家族と直接話し合うこともあります。

日本は医療において家族の権限が強大なので、日頃の家族とのコミュニケーションなしに、穏やかな在宅看取りは難しい。面倒でも必要な作業です。

患者も医者もリビングウィルを表明する

本人に関しては、できればリビングウィルを表明してほしい。リビングウィルとは、死ぬまでの延命処置に関する要望書です。患者さんにリビングウィルを表明してもらうためには、医者自身もリビングウィルを表明しておくことよ。医者も地域で死んでいくのだから、「僕は自分の終末期医療にこういう希望を持っている」というように一緒に考え、患者さんの意思で最期の治療方針を決めてもらう。死をタブー視せずに日常の中で話題に取り上げることが大事です。

ただ、こういう話題は1対1よりも講演会などで集団で考えたほうが、抵抗が少ないですね。私が講師を引き受ける時には、私自身がお棺の中で横たわっている映像を見せます。会場から笑いが起きますが、医者も患者も皆いつかは死ぬということを理解してもら

ためにピエロ役を買って出ています。

自宅で死んでも警察沙汰ではない

最後は制度の周知です。家で死んだら警察沙汰になると誤解している国民が大多数で、医者も誤解している人が多い。在宅看取りを担保している法律は医師法20条です。厚労省は2012年、医師法20条の運用に関して、「生前の診察後24時間を経過した場合であっても、死亡後改めて診察を行い、生前に診察していた傷病に関連する死亡であると判定できる場合には、死亡診断書を交付することができる」と通知しています。

法律の話題は堅苦しいですが医師はもっと関心をもち、終末期医療に携わる多職種チームに内容を啓発してほしい。そうして「地域の看取り力」を高めれば、多死社会を乗り切ることができます。

患者を苦しめている犯人は自分だった!

現在日本では、年間127万人が死亡しており、団塊世代が75歳を超える2025年には、死亡数は150万~160万人に増加すると予測されています。しかし、医療者向け講習会で、「日本の死亡数は増加していますか? 減少していますか?」と聞くと、半数が「減少」に手を挙げる。理由を聞くと、「医学が発達しているから、人間はそう簡単に死なないはずだ」と言う。高齢者人口が増えていること、そして人間は必ず死ぬことを忘れてる。だから、癌患者に死亡直前まで抗癌剤を投与する状況が生まれている。そういう先生には終末期という概念がない。そんな最期を患者は望んでいたのでしょうか。

私は現在、終末期の患者さんに延命治療を行わず、緩和ケアはしっかり行い、自然の経過に任せて看取る「平穏死」の啓発活動を行っています。

実は私も以前は、死亡の瞬間まであらゆる延命治療を施す医者でした。今思い出す勤務医時代の臨終シーンは、患者さんの苦悶の表情ばかりです。平穏死を初めてみたのは卒後11年目の勤務医時代。一切の医療処置を拒否して病院で亡くなった食道癌の患者さんです。1週間で亡くなると思っていたのですが、3カ月生存し、穏やかに逝きました。それまで私は、末期の患者さんが苦しんでいるのは病気のためだと考えていましたが、その時、最期を苦しめている犯人は自分だったと気付いたんです。ですから、平穏死の啓発活動のモチベーションは、苦しめてきた患者さんへの懺悔です。

「延命」治療が「縮命」に変わる時がある

誤解しないでほしいのは、私は延命治療を否定していません。回復の見込みがある治療期には、しっかりした治療が必要。でも、終末期は違う。ある時点から、延命治療が肉体的・精神的苦痛を増大させ、命を縮める「縮命」になってしまう。治療には「延命」と「縮命」の分水嶺があるのです。どこが分水嶺なのかは難しい命題ですが、患者さんの年齢、病期、生き様、死生観によって分水嶺は大きく変わります。しかしこの「延命」と「縮命」の分水嶺を意識することが、終末期医療、看取りに携わる医療者に今、求められているのではないのでしょうか。

医師の役割のポイントは...

- ▶ 患者が元気な時から終末期医療について家族と一緒に話し合う機会を持つ
 - ▶ 緩和ケアの知識や技術を深める
 - ▶ 看取りの多職種チームを主導する
 - ▶ 医師法20条を正しく理解する
 - ▶ 自身もリビングウィルを表明する
 - ▶ すべての医療には「延命」と「縮命」の分水嶺があることを知る
- です。

