

週刊 日本医事新報

No. 4839

2017/1/21

1月3週号

p27 特集:渡辺 守 監修

打っ手あり! IBD治療の展望

- IBD薬物治療の現状(久松理一)
- IBDに対する腸上皮幹細胞移植(岡本隆一ほか)
- IBDに対する糞便微生物移植法(FMT)の臨床応用(水野慎大ほか)

p1 巻頭

- 外来診断学:2カ月前から増悪する背部痛を主訴に受診した54歳女性(生坂政臣ほか)
- プラタナス:更年期女性の健康管理に関わった四半世紀(牧田和也)
- 画像診断道場~実はこうだった:突然の心窩部痛の原因は?(西川真木子ほか)

p9 NEWS

- どうなる診療報酬改定?—18年度改定に向け在宅医療の議論スタート
- ここが聞きたい:世界標準のたばこ対策 実現への課題は?
- OPINION:長尾和宏の町医者で行こう!!
- 人:滝川 一さん

p51 学術

- 他科への手紙:感染症内科→内科一般(古宮伸洋)
- 差分解説:喘息・COPDオーバーラップ症候群(ACOS)の治療他6件

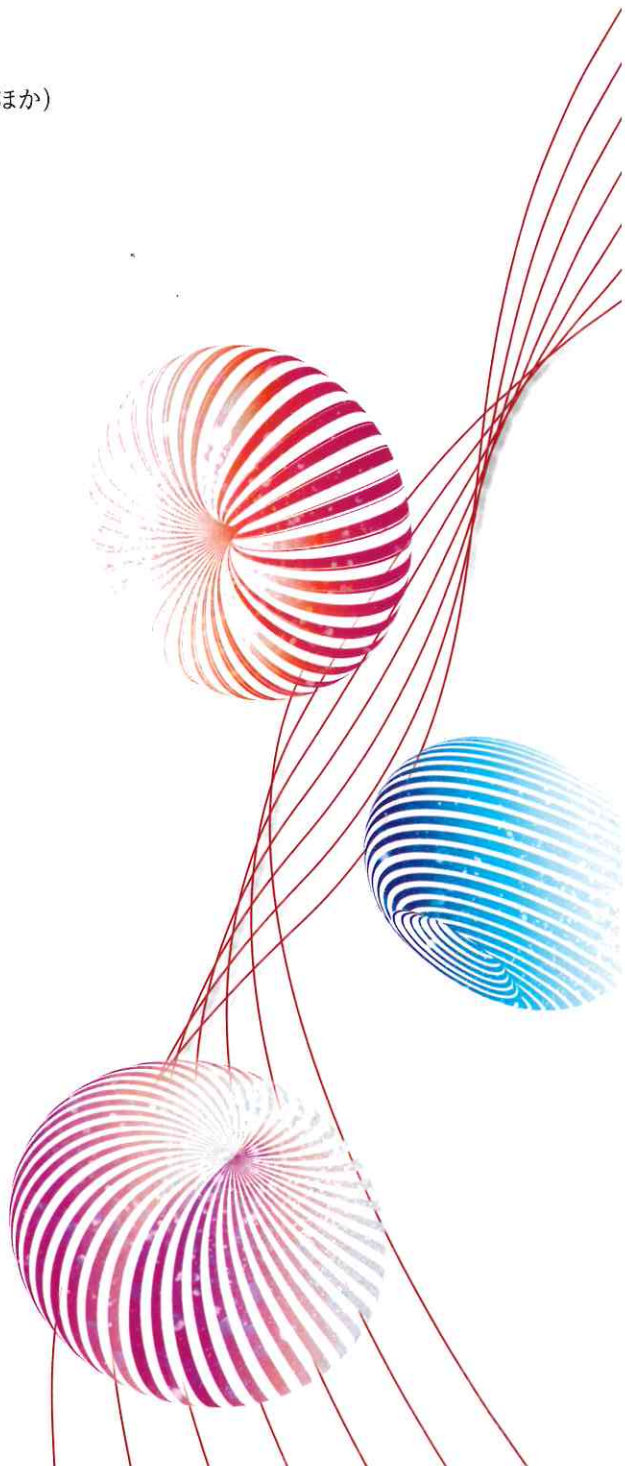
p56 質疑応答

- プロからプロへ:脳梗塞の超急性期治療の最新動向 他3件
- 臨床一般・法律・雑件:総合感冒薬服用後のショックの原因物質の特定方法は?/年少児の便秘に浣腸は適切か?/ノロウイルスに有効なアルコール消毒薬とは?

p66 エッセイ・読み物・各種情報

- 小説「群星光芒」 ● エッセイ ● ええ加減でいきまっせ!
- 私の一曲(井上祐紀) ● 読者サロン
- 漫画「がんばれ!猫山先生」

p79 医師求人/医院開業物件/人材紹介/求縁情報



尼崎発



長尾和宏の

まちいしゃ 町医者で 行こう!!

第69回

「臓器不全症」の終末期を議論しよう

昨年もおかげさまで様々な講演会に呼んでいただき、診療の合間を縫って全国を巡った。最近はずいぶんさまざまな医学会や医師会が主催する終末期医療関係のイベントに呼んでいただく機会も増えて嬉しい。やはり同業者との議論を重ねないと終末期の課題は前に進まないと感じるからである。なかでも第38回日本呼吸療法医学会、第4回Destination Therapy (DT) 研究会、第45回埼玉透析医学会など臓器不全症に関わる医学会では、医学・医療の進歩とともに、大病院で複雑な医療行為に携わってられる医師たちの苦悩を肌で感じることができた。

私のクリニックでは、末期がんの方は約9割の確率で在宅看取りになる。がんにおいては終末期像が最も分かりやすく、緩和ケアの技術があれば在宅看取りは決して難しくはない。一方、老衰や認知症終末期の看取り率は約4割と、末期がんの約半分である。これは、在宅療養期間が年単位と長期間に及ぶため、介護者が疲弊し、施設や病院で最期を迎える人が増える結果である。

臓器不全症の時代

今回は、第三の病態とも言える「臓器不全症」の終末期像について考えてみたい。たとえば人工呼吸器や補助人工心臓(VAD)というデバイスの進歩が、皮肉にも呼吸不全や心不全の終末期をますます分かりにくくしているからだ。しかし、同じ医師として臓器不全症医療に挑む先生方の苦悩を共有していたい。専門家だけに負担させてはいけぬ。その終末期を巡る諸課題は、いまこそ医学界全体でも議論しないといけない。もちろん、意思決定の主体は患者さんや家族であるが、全体像を俯瞰し分かりやすく

解説できるのは、医師という職種しかないからだ。

補助人工心臓の終末期とは？

昨秋、米子市で開催されたDestination therapy (DT) 研究会は、日本人臓器学会に附置された研究会であった。恥ずかしながらDTという言葉の意味さえ知らないまま登壇したのだが、辞書を開くと終着駅や最終治療という意味らしい。年齢や病態など諸々の事情で心臓移植の適応にならない患者さんにはVADを装着するが増えているという。しかし、VADの性能が上がり、人間の寿命をはるかに上回り、機械だけが動き続けるケースが増えているようだ。研究会では、VADの専門家がよく経験する架空の症例が示され、専門家に混じって町医者の私も議論に参加させていただいた。

たとえば50代の男性が、急性心筋梗塞後にVADが装着され、それだけで維持されているケースを想定してみよう。本人意思は不明で、すでに心電図は完全にフラット、死の三徴を満たしているケースである。この場合、パネラー全員がもうVADを中止してもいいのでは、という意見だった。

私が注目したのは次の議論である。ひとつは、死亡宣告をしてからVADを停止させるのか、それともその逆なのか。もうひとつは、院内の倫理委員会を通すべきかどうか。倫理委員会では当然、様々な意見が出る可能性があるし、プロセス重視なので結論が出るまでかなり時間がかかることがあり面倒くさい。いずれにせよ、すでに死の三徴を満たして自身の心臓がとっくに停止していても、あの世に行くことが容易ではない日本の医療の現実に改めて驚いた。しかし、「だからこそリビングウイル(LW)だ

な」と強く確信もした。

「家に帰っては」で学会場は凍りついた

次に、VADで維持されていた50代の男性が、高次脳機能障害が進行して意思疎通ができなくなり6カ月以上経過したケースが提示された。こうした場合どこの大学病院でも「VADの停止は絶対にできない」のが現状であった。そもそもこの措置は延命か、延命でないかが議論された。私は「十分に延命措置だろう。もう終末期でいいのでは」と思ったが、多くの専門家は「いや、VADでまだまだ生きられるので延命とは言えない」という意見だった。私は「もしLWを表明している患者さんだったらどうなのか？」と問うてみた。もちろん日本は世界の先進国で唯一、LWの法的担保がなされていない国である。しかし、文書によるLWの表明は、少なくとも倫理的にはそれなりの意味があると考えた。

さらに、70代の男性にVADをつけたが感染を繰り返すため、本人に「こんなはずじゃなかった。VADを取り外す手術をしてくれ」と懇願されたケース。全国の専門家たちの答えは「NO」であった。それでも患者が諦めない場合どうすればいいのかという話になったが、議論は膠着状態になった。

そこで私は、「じゃあ、本人の希望どおり家に帰せばいいじゃないですか。私はそんな患者さんを見るのがすごく得意ですが」と発言してみた。学会場は凍りつき、パネラーは全員沈黙した。司会者から「長尾先生、在宅でもVADの管理ができるのですか？」と質問されたので、「もちろんできません。でも病院でもどうせ感染を繰り返すのでしょ。それに口頭で意思表示されている。ならば家に帰して自然な経過に任せて尊厳ある最期を見守るという選択肢もあるのではないかと答えた。会場内に開業医は私ただ1人の、完全アウェイ状態でのKY発言だったのかもしれない。しかし終了後、偉い先生にこう話しかけていただいた。「そうかあ。在宅医に頼んで家に帰すという選択肢もあるのか。今まで全く気がつかなかったよ」と。私は、その一言だけでも「この研究会に参加してよかった！」と思った。

ガイドラインからACPへ

VADの議論と同様に、人工呼吸器や人工透析の

現場の専門の先生方も呼吸不全や腎不全の終末期像にすごく悩んでおられた。最初は善かれと思いついて装着・導入しても、上手に管理すればするほど、いつかは必ず高齢化してADLやQOLは低下する。要介護5の意思疎通できない認知症に至る。その時、もし本人ないし家族が「やめてほしい」と申し出た場合、どうすればいいのか。諸外国ではすでに解決済みだが、日本においては本当に悩ましく難しい問題として増殖している。そもそもLWを表明しておくという行為自体、多くの日本人が知らないし、医療者自身も怪しい。そしてその臓器不全症の専門家であればあるほど「いやまだまだ。もう少し頑張れるはずだ」と主張するだろう。しかしそれでも本人や家族が中止を強く希望した場合、どうすればいいのか。今後、以上のような臓器不全症における終末期医療を巡る苦悩が増えることは必至だ。

この数年、各医学会や厚労省、医師会などが様々な終末期ガイドラインを発表してきた。なかでも日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本循環器学会の3学会が合同で作成した終末期医療ガイドラインには、実は先程のVADの中止基準もちゃんと書かれている。しかし各ガイドラインをそのまま臨床現場に持ち込もうとしても、話はそれほど単純ではない。そもそも生命倫理に正解などなく、みんなで何度も話し合うプロセスこそが重要である。つまり、「Advance Care Planning (ACP)」という、意思決定プロセスを重視した医療を提供するしか道はないだろう。私たちはつい簡単に「人生の最終章の医療」と言ってしまうがちだが、特に臓器不全症においてはどこからが最終章なのか年々よく分からなくなっている。一方、マスコミは「尊厳死」を飛び越していきなり「安楽死」の議論に移っている。しかしこれは10mも泳げない人が10kmをどう泳ぐかという話であり無理がある。今こそ具体的なケースで丁寧にACPの議論を重ねることが必要だ。

昨年末、『薬のやめどき』『痛くない死に方』という、ちょっと過激な本を同時に世に出した。先生方の忌憚ないご意見をお待ち申し上げています。

ながお かずひろ：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『薬のやめどき』『痛くない死に方』(ブクマン社)など