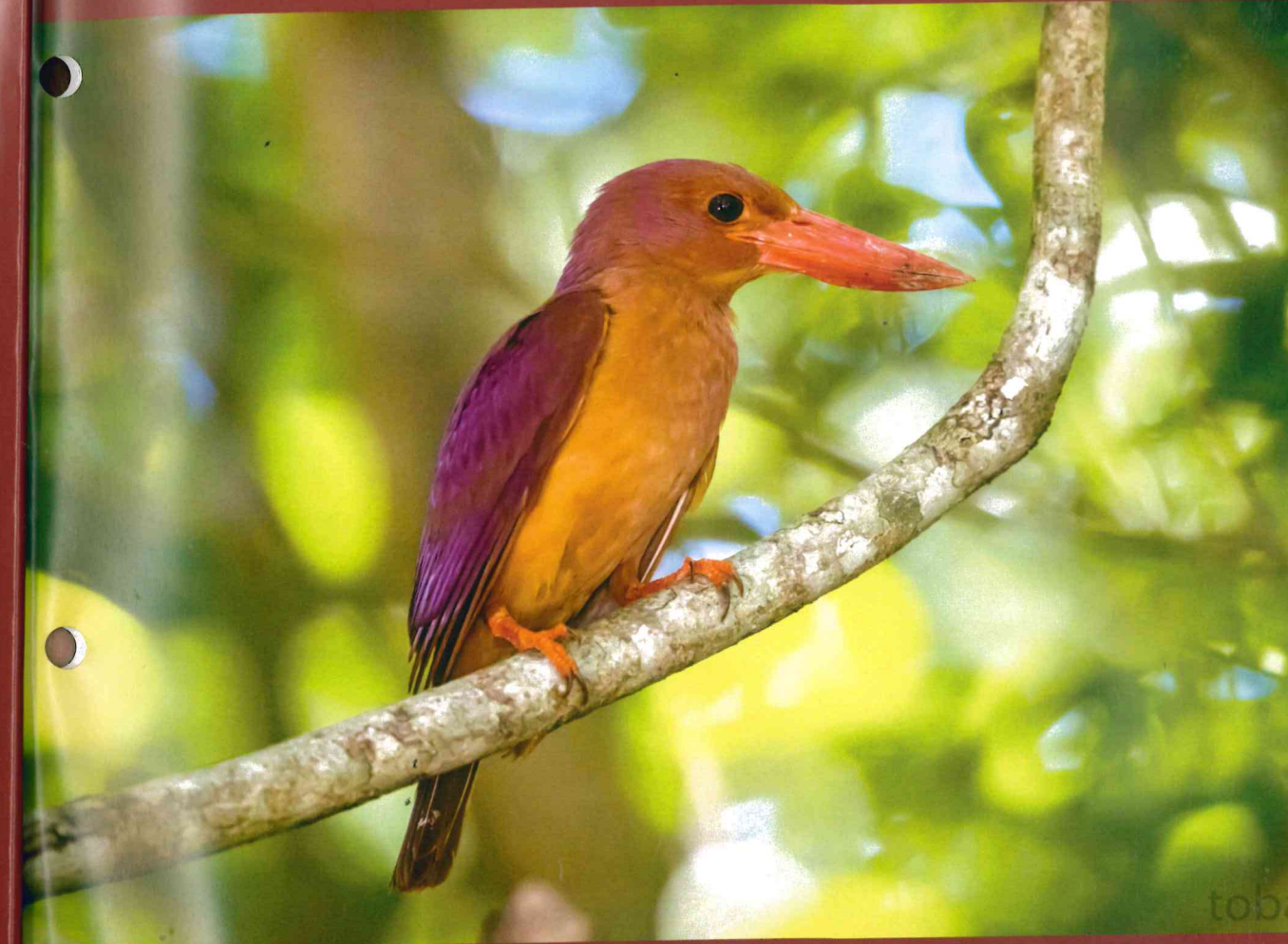


摂津市医師会々報

特別論文 「平穏死」と「看取り」
千里丘西班だより

長尾 和宏

摂津市医師会々報 No.94 平成30年8月15日発行



発行所 一般社団法人摂津市医師会・編集委員会
摂津市香露園32番19号
TEL 072(633)6686 FAX 072(635)5489
印刷所 (株)新聞印刷
大阪市天王寺区東高津町5-17

No.94

平成30年8月15日

- (11) 摂津市防災対策会議に参加するとともに、医師会として災害医療への対応力向上を図った。
- (12) 摂津市児童虐待防止連絡会ならびに高齢者虐待防止ネットワーク会議、障害者虐待防止ネットワーク会議に参画した。
- (13) 摂津市男女共同参画事業に協力した。
- (14) 摂津警察署の業務（検案、健診など）に協力した。
- (15) 摂津市国際交流協会の活動に参加した。
- (16) 市立休日小児急病診療所の運営に参画した。
- (17) 摂津市子ども・子育て会議に参加した。
- (18) 大阪府社会保険診療報酬支払基金ならびに大阪府国民健康保険団体連合会の審査会運営に協力した。
- (19) 茨木保健所管内感染防止対策ネットワーク会議に参画した。
- (20) 北大阪健康医療都市を中心とした健康・医療のまちづくり会議に参加した。

特別論文

「平穏死」と「看取り」

尼崎市長尾クリニック（尼崎市） 長尾 和宏



1. 「穏やかな最期」とは

笑えること、食べられること、移動できること

私自身は、「患者さんが笑っているかどうか、食べているかどうか」を大事にしている。笑みがこぼれるということは、そこそこ満足しているのだろう。またALS等の神経難病等の病態を除き、「食べられるかどうか」もとても大事だ。食べることは人間の基本形だからだ。最期まで残る、究極の人間の尊厳だと思う。にもかかわらず、「まだ十分に食べられるのに食べさせない医療」が公然として行われている。誤嚥性肺炎による訴訟リスクが常在するからだ。しかしそうした上から目線ではなく、下から目線ならどう言うだろう。「どうせ間もなく死ぬんだから少したべさせてくれ」と。患者への指示を自分だったら、と想像してみたい。もし「明日から一生、死ぬまで食べられなくなったら？」と想像してみたい。絶望的な気持ちに陥るはずだ。一方、胃ろうにした方が誤嚥性肺炎のリ

スクが高まるのが最近、明らかになった。誤嚥性肺炎の原因は、食物塊の誤嚥ではなく、夜間に口腔内雑菌の不顕性誤嚥であることが明らかになっている。胃ろうを造設しても胃内容物が喉まで逆流するし、口腔内の雑菌は激増する。

「移動できるかどうか」

もう一つ、「移動できるかどうか」も大切だ。これも、究極の人間の尊厳だと考えている。動物というのは、「動く物」と書く。人間も動物なのだから、移動ができてこそ、尊厳があると言えるのではないか。旅行や外出は、実は、在宅療養でも病院療養においても、最も大事なことだ。しかしながら、医療者はややもすると患者を箱に閉じ込めたがる。そもそもなぜ、人は罪を犯せば牢屋に入れられるのだろうか。「監禁＝移動という尊厳を奪うこと」が人間にとって一番つらいことだからだ。

すなわち最期まで大切にしたい人間の尊厳とは、「食べること」と「移動する

* こと」であることだ。さらに自力排便、自力排尿、すなわち「排泄の尊厳」をどこまで保てるかも大事な観点だ。さらに我々は何のために人生を送っているのかと言えば、「楽しむため」ではないだろうか。趣味や生きがい、人付き合い、仕事……など、楽しむものは人それぞれだが、楽しみがあるからこそ生きているというのは病んでいる人も同じだ。それは、死にいく人も同じ。日々の生活を「楽しむ」ということを最期の最後まであきらめないことが大事だ。

2. 「平穏死」とは

「平穏死」とは枯れて死ぬこと

平穏死とは、人生の最終段階以降に過剰な医療を控えて自然な経過に委ね緩和ケアを受け、その結果穏やかな最期を迎えること、だ。自然死や尊厳死とはほぼ同義語である。正確に言うと、尊厳死という言葉は、延命治療の非開始のみならず、延命治療の中止、たとえば今行っている胃ろうを中止するといったケースも含めた、やや広い概念である。

平穏死とは、皆が終末期だと判断したら不必要な延命治療は行わず、痛みを取る緩和ケアを十分に受けて、人間の尊厳を最期まで保ちながら命を終えること。一方、安楽死は自然の旅立ちまでまだ時間があるのに医師が薬物を服用して死期を早めることである。つまり医師が直接

* ないし自殺ほう助する自殺だ。平穏死(尊厳死)は、死期は自然の成り行きに任せるのに対し、安楽死は人為的に死期を早める行為を言う。

水分割合が8割から4割へ

人間は生まれたときには、体重の約8割を水分が占めている。それが、成人すると6割に減り、高齢者になると5割になると言われる。そして平穏死寸前にはおそらく4割にまで減る。(私見) 人生とは、水分含量の観点から言えば、80年という長い年月をかけて8割から4割へとゆっくりゆっくり減っていく過程だ。つまり、脱水への旅である。

平穏死寸前の状態のことをよく干し柿にたとえて説明する。干し柿は素晴らしい、と。なぜなら、脱水のため心臓に負担がかからないからだ。心臓も80年間休むことなく動き続けられ、疲れている。誰でも潜在的に心不全になりかけている。もし過剰な水分量を人工的に入れると心臓の仕事量が増えるため心不全傾向になるが、生理的な脱水があると心臓にかかる負担が少なく心不全傾向にならなくて済む。つまり脱水により心機能が長持ちするという側面がある。

エネルギー効率の観点から見ると、歳を取るということはハイブリッドカーになることだ。そもそも高齢になると運動量が減るので、エネルギー需要も減る。

* そして儉約遺伝子などの働きも加わり、エネルギー効率が良くなる。リッター10kmしか走らない車が、20km走れるように変化するわけだ。そうすると、若い時ほどのカロリー量は要らなくなる。逆に、カロリー補給が過剰になると活性酸素が発生して寿命が短くする。

つまり年を取るということとは、干し柿かつハイブリッドカーになることだ。「終末期の脱水は友」という言葉での啓発は、徐々に枯れることのプラス面を強調するためだ。終末期以降の自然な脱水は、穏やかな最期を叶えるためには必須であり、実は素晴らしいことだ。しかもこの概念はがんでも認知症でも臓器不全症でも同じで、病態を問わない。

終末期以降の脱水は友

「脱水」と聞くと無条件に「悪」だと思うだろう。もちろん元気な人がたった1時間で熱中症や脱水になれば、適切な医療で回復するのでしっかり治療すべきだ。しかし、終末期以降の脱水は、天の恵みであるとさえ考えている。なぜなら、人間は80年という長い年月をかけながらゆっくりと水分含量を減らし、省エネモードの体になっていく。

「点滴はしないんですか?」とよく聞かれる。全くしないこともあるが、一番多いのが「なぐさめの点滴」と称して200mlの点滴を行うケースだ。そもそも

* 日本人は点滴が大好きな国民だ。本来は、200ml程度の点滴ならば医学的にはほとんど意味はないだろう。しかし、「餓死させたくないか」と思うと、看取る側の家族にトラウマが残り、患者の死後、PTSDを引き起こすこともある。だから、心臓に負担がかからず、自然な脱水過程を邪魔しない程度の200mlの点滴を行い、家族に安心してもらうようにする場合が多い。患者にとっても「医療を受けた」という安心感があり、家族にとっても「医療を受けさせてあげられた」という満足が得られる。言ってみれば、緩和ケアの一つだ。ただし、腹水・胸水が溜まっている人には、たとえ200mlでも点滴は行わない。

溺れ死ぬのが「延命死」

「平穏死」の反対語は、「延命死」だ。終末期以降も不必要な延命治療を続け、管だらけになって死ぬこと。一言で言えば、「溺れ死ぬ」ことだ。最期の最期まで1日2ℓもの過剰な輸液を行うと、心不全と肺水腫でもがき苦しむことになる。溺れているような状態だから、苦しみを軽減しようと、良かれと思っても酸素を用意する。しかし酸素吸入をしても呼吸苦は改善しない。患者は溺れている状態なので、じっとしてられないしもがき声を上げる。声を上げると、「周りに迷惑がかかる」といって手や体をベッ

* ــ *
ドに縛られることがある。縛られると当然、暴れる。暴れるから今度は鎮静させるためにセデーションを……。というのが、平穏死を知らない場合のお決まりコースだ。

実は枯れて死ぬ最期と、溺れ死ぬ最期では、10キロ以上の体重差がある。知り合いの葬儀屋さん、「自宅で平穏死した方のご遺体はとても軽い。でも大学病院で亡くなった方のご遺体は重たい」と言っていた。また、年配の病理医もある医学雑誌にこう書いている。「昔のご遺体は、大学病院でも枯れていた。だから、ご遺体を解剖台に乗せてメスを入れたら、パッと臓器を取り出すことができた。ところ最近の大学病院のご遺体は、メスを入れたら胸からも腹からも水がパッと出てくると言う。

すべての医療は延命治療

すべての医療は延命のためのもの、すなわち延命治療である。一般的に「延命治療」と言うときに指すのは、特に人工的な色彩が強い次の三大延命治療のことだ。それは、人工呼吸、人工栄養、人工透析の三つを指す。しかしながら、これらの延命治療を行っていれば必ずしも終末期であるわけではないことに注意を払わないといけな。たとえば、ALS（筋萎縮性側索硬化症）の方は人工呼吸器や胃ろうをつけることがあるが、これは延

* ــ *
命治療でもなければ、終末期でもない。彼らにとっては、人工呼吸器や胃ろうは松葉杖や車いすのように生活するための「福祉用具」にすぎない。ALSの終末期像とは、それらを行っていてもいつか陥る多臓器不全という病態であろう。

医療はすべて延命が目的とはいえ、最後まで延命たり得ないのが延命治療である。同じことを続けていても、ある一線を越えたら、かえって命を縮めてしまう可能性が高くなる臨界点がある。私はそうしたポイントを延命と縮命の分水嶺と呼んでいる。抗がん剤もそうだし、栄養補給もそう、水分補給もそう。さまざまな医療行為、すなわち延命治療には必ず延命と縮命の分水嶺があるということを想定しておくべきであろう。しかし延命と縮命の分水嶺が臨床経過のリアルタイムの流れの中でポイントとして認識するのが極めて難しい。つまりどこからが「人生の最終段階」なのかが良くわからない。どんな病態においても「終末期」が存在するということをしっかり意識していないから見逃してしまう。「分水嶺がある」ことさえ意識していれば、過剰になる手前でギアチェンジすることができるはずだ。

「どこから過剰な延命治療か」

もはや死期が近いと判断したら、それ以降の積極的治療は「過剰」となる。そ

* ــ *
の線引きが難しいケースがある。たとえば、遷延性意識障害からの回復期である。外傷による遷延性意識障害であれば時間の経過とともに回復することもあるが、なかなか回復しない場合もある。なかには諦めずにリハビリを継続した結果、年単位で見ると驚異的な回復を見せる例もある。数ヶ月程度意識が回復不能であるというだけで終末期の烙印を押すところとした回復可能例を取り残す可能性がある。

従ってどこからが終末期でどこからが過剰な延命治療なのかという判断も、患者、家族と十分に話し合い、患者の生き方に寄り添い、決定していくべきである。最近、ACPという概念が啓発されているが、日常診療のなかでACPを積み重ねることが重要であろう。

「死の壁」の乗り越え方

亡くなる一日前、半日前、多くの患者さんは、衣服をはだけて「暑い、暑い」と言い出し、何とも言えないほど身もだえする。死のうとする身体と生きようとする身体が共存しているのだろう。生きるモードから死ぬモードに変わるときには、身体が悲鳴を上げて、もともとおとなしい人でも、わめいたり、不穏になったり、あるいは、裸になったりする。痩せ衰えてガリガリの人も、「暑い、暑い」と言い出す。

* ــ *
おそらく死の直前は、それまで高い次元に維持されていたさまざまな身体の機能が停止しそうになるのを、一生懸命エンジンを上げて生きようとしている姿ではないかと思う。交感神経が働いて心拍数が上がり、暑くなるのだろう。私はこれを「死の壁」と呼んでいる。詳しくは近著「痛い在宅医」の中に述べた。

家で看取ろうと思っていても、「死の壁」で怖気づく人は多い。家族だけではなく、経験の少ない在宅医もびっくりして救急車を呼んでしまうことがある。あらかじめ、8割ほどの人には「死の壁」が訪れることを説明しておく（知っておくと）、いざと言うときに慌てないで済む。医学的にはせん妄のようなものであろうが、「死の壁」という言葉で説明したほうが家族が納得されることが多い。「死の壁」の対処法は家族に事前に説明した上で武器（薬剤）を用意している。精神安定剤や睡眠剤を経口や坐薬（ダイアップ座薬やアンベック座薬など）を置いている。身もだえが続くのは、長くても半日程度だ。台風一過のように、乗り越えれば、一転して穏やかになる。あるいは、陣痛にもよくたとえるのだが、死ぬことは生まれることの逆回しをしているようなものではないか、と感じる。陣痛があつて、オギャーっと生まれてくるように、死ぬ前にも不思議なことに陣痛と同じような「死の壁」があるのだ。

「死の壁」では、「待つこと」が大事だ。慌てずに、精神安定剤や睡眠剤を使って寝てもらい（一時的な浅い鎮静）、待つ。そうすれば慌てて救急車を呼ぶこともなく、家で穏やかに看取ることができる。

3. 看取りの法律

根強い医師法20条の誤解

在宅での看取りは、法治国家である日本国では法律、すなわち医師法20条に基づいて行われている。さらに、医師法20条があるからこそ、在宅看取りができると言っても過言ではない。では、医師法20条には、なんと書かれているのか？

第二十条 医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後二十四時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。

医師が自ら診察をしないで診断書を書いてはいけない、という内容だ。逆に言えば、診察すれば死んでからでも書いていいということである。死亡診断書も診断書の一つだから、亡くなった人を診れば書くことができる。決して、「亡くな

る瞬間に立ち会わなければいけない」とは書かれていない。亡くなった後で行って、すでに亡くなった患者さんを診れば死亡診断書を書くことができる。それどころか、ついでのように続く但し書きの文章には、「最後に診察してから24時間以内に亡くなった場合は、そこに行かなくても（診なくても）死亡診断書を発行することができる」とまで書かれている。

つまり、今朝、尼崎で患者を診てから出張で東京に出ている夜に「息を引き取りました」と家族から連絡を受けたと仮定しよう。その場合、診察から24時間経っていないため、患者宅に行かなくても死亡診断書を書くことができるというわけだ。実際には患者さん宅に行かないという事は無いだろう。しかし仮に行かなくても全然問題はないですよ、と法律は言っているのである。怖いくらいに大らかな法律が医師法20条なのだ。これは昭和24年に施行されたが上記の解釈が現在でも正しいことが平成24年の国会議論で確認されている。

ところが、「24時間以内に診ていないから死亡診断書を書けない、だから警察に届けなければいけない」と誤解している医師が多い。こうした誤った解釈が、「24時間ルール」と勝手に呼ばれて、都市伝説のように広まり在宅看取りの阻害因子のひとつになっている。

このような誤解がなぜ生じたのかと言うと、医師法21条と混同しているからだ。20条と21条には、どちらも24時間という数字が並んでいる。その医師法21条には、次のように書かれている。

第二十一条 医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検案して異状があると認めるときは、二十四時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

これは異状死体を見たら24時間以内に警察に届けなければいけないという内容だが、医師法20条にも21条にも「24時間」という言葉が出てくるため、多くの医者は混同してしまうのだろう。同じ24時間でもそれぞれの意味はまったく違うのに、どちらにも登場するので、混同がおきたのだろう。あまりに誤解している人が多いため、平成24年に厚生労働省から、医師法20条の解釈について通知が出たほどだ。

いずれにしても、医師法20条という非常に大らかな法律があるからこそ、自宅での平穏死が実現できている。がんであれ認知症であれ、自宅で枯れるように穏やかに死んでいくときに、医療者がずっとそばについて看ているわけにはいかない。呼吸停止の後から行って、体の表面に異状はないか、すなわち殺人ではなく病気で死んだのではないということを確

認すれば、死亡診断書を発行できる。そして死亡時刻とはだいたいの推定で構わない。それが知っておきたい看取りの法律、医師法21条なのだ。

「孤独死」と「平穏死」は紙一重

「おひとりさま」の場合、一般に在宅看取りは難しいと考えていないだろうか。病院ではよく「この患者は独居だから在宅は無理」と判断される場合が多い。しかしこれは誤りである。「おひとりさま」こそが、確実に平穏死できる。なぜならそれを邪魔する家族がいないからだ。以上が私の考えだ。今後、「おひとりさま」が標準となる。おひとりさまの穏やかな最期は、かかりつけ医がいて、介護保険を上手に使うことで願いが叶う。

平穏死と孤独死は、実は紙一重だ。どちらも枯れているが、後者は警察が入り孤独死と言われる。今後、おひとりさまは確実に増加する。あとから孤独死と揶揄されないよう、普段からご近所さんとの関係をつくっておきたい。おひとりさまを巡っては、今後、地域のかかりつけ医、訪問看護師、ヘルパー、ケアマネ、医療、福祉、民生委員などとの連携が今まで以上に大切になる。

地域包括ケアに欠かせない「看取り研修」

今後、地域の多職種を対象とした看取

* に関する研修は必須だろう。医者一人が「平穏死を叶えさせたい」と頑張ったところで、看護師やケアマネ、ヘルパーが理解して、実践してくれなければ「おひとりさま」の平穏死は叶わない。

法律を知らないケアマネやヘルパーが慌てて救急車を呼んでしまうことがよくある。そのまま家で看取れば自然な最期を迎えられたのに、救急者に乗せられて病院に連れて行かれた結果、管だらけの最期になった、ということもよくある話だ。あるいは、既に亡くなっていたら救急隊は警察に電話をして、警察の取り調べを受けることになる。今後は、それぞれの地域で語り部が増えて、看取りの文化が育まれていくことを願う。医師一人

* がんばるのではなく、地域に看取りの文化があってこそ平穏死が実現されると考える。よって平穏死や看取りは、知識を共有した多職種連携が土台になる。

消防・警察・市民に医師が啓発

施行から70年以上が経過した医師法20条は現実的な吟味が必要な時期にある。さらに明治7年に制定された医師法21条は140年以上経過しており、同様である。特にテレビ電話を用いた遠隔看取りが始まった現代において、看取りに関する法律の啓発が急務だ。医師法20条の正しい解釈は多職種だけでなく消防・警察や一般市民とも共有したい。こうした作業は医師会や医学会が主導すべきと考える。

参考資料

- 1 平穏死・10の条件 (ブックマン社)
- 2 胃ろうという選択、しない選択 (セブン&アイ出版)
- 3 「平穏死」とう親孝行 (アーススターエンターテイメント)
- 4 家族が選んだ平穏死 (祥伝社、共著)
- 5 抗がん剤・10のやめどき (ブックマン社)
- 6 がんの花道 (小学館、共著)
- 7 医療否定本に殺されない48の真実 (扶桑社)
- 8 抗がん剤が効く人、効かない人 (PHP研究所)
- 9 ばあちゃん、介護施設を間違えたらもっとボケるで! (ブックマン社、共著)
- 10 平穏死できる人、できない人 (PHP研究所)
- 11 病院でも家でも満足して大往生する101のコツ (朝日新聞出版社)
- 12 長尾和宏の「死の授業」 (ブックマン社)
- 13 大病院信仰、いつまで続けますか (主婦と生活社)
- 14 その症状、もしかして薬のせい? (セブン&アイ出版)
- 15 家族よ、ボケと闘うな! (ブックマン社、共著)
- 16 その医者のかかり方は損です (青春出版)
- 17 長尾先生、近藤誠理論のどこが間違っているのですか? (ブックマン社)
- 18 「痛くない死に方」 (ブックマン社)
- 19 「薬のやめどき」 (ブックマン社)
- 20 「痛い在宅医」 (ブックマン社)
- 21 「男の孤独死」 (ブックマン社)

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

東京医大卒業後、大阪大第二内科入局。平成7年、尼崎市で「長尾クリニック」を開業。外来診療から在宅医療まで“人を診る”総合診療を目指す。「平穏死・10の条件」、「薬のやめどき」、「痛くない死に方」はいずれもベストセラー、最新刊「男の孤独死」、「痛い在宅医」は発売即重版、他著書多数。医学書「スーパー総合医叢書」全10巻の総編集など。日本慢性期医療協会 理事、日本尊厳死協会 副理事長、日本ホスピス在宅ケア研究会 理事。関西国際大学 客員教授。医学博士。