

それゆけ! メディカル

Lohas Medical

『ロハス・メディカル』関西版

vol.7
2011年 10月号



阿部歯科・矯正歯科の皆さん
(詳しくは本文をお読みください)。

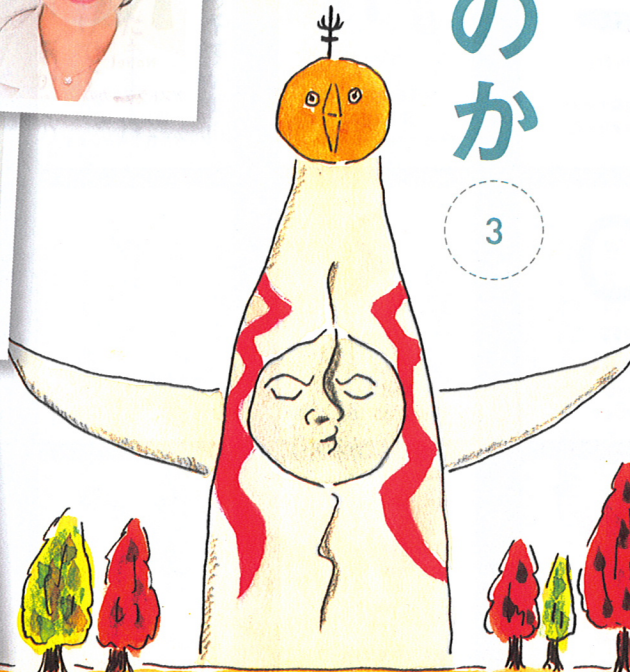
「治りたい」と「治したい」を
もっともっと近づける、
医と健康の院内フリーマガジン



がん 7 抗がん剤、 なぜ効くのか

年間
特集

3



研修医参考資料

編集発行 株式会社ロハスメディア
編集長 熊田梨恵/発行人 川口恭
〒107-0062 東京都港区南青山2-2-15 ウイン青山616 ☎03-5771-0073
©ロハスメディア2011(無断転載禁止)

Art Direction & Design : Hosoyamada Design Office
Cover illustration : 宮本ジジ
表紙写真協力@道頓堀・中座くだいおれビル “くだいおれ太郎”
Printed in Japan 株式会社テンプリント

Dr.長尾の 町医者冥利

兵庫県尼崎市に16年の長尾クリニック。その長尾和宏院長が、意外と知られていない開業医の日々の活動を語ります。

第5回

看取りに医者は要らない 〜尊厳死についての院内教育(上)〜

開 業医の仕事の一つに、スタッフ教育があります。クリニックでは不定期に勉強会を開き、様々なテーマで私の知っている知識や情報をスタッフに伝えています。

8月11日、診療が終わった午後6時半から、私が講演する形の勉強会を行いました。

今回のテーマは『看取りの作法』。私が行っている在宅医療は、看護師やヘルパー、ケアマネジャー、リハビリスタッフなど多職種連携で行うため、看取りに対する知識や考

え方をスタッフ間で共有しておくことがとても重要です。

事務職やドライバーの方にも参加を呼びかけ、約30人が参加しました。皆さんにもぜひ知ってもらいたい内容なので、3回に分けてお伝えします。

尊厳死できない

『ピンピンコロリ』で亡くなるのは多くの方の望みだと思いますが、現実はどうはいきません。

1970年代半ば、病院での死亡が在宅死の数を上回り

ました。がん患者の約9割が医療機関で亡くなっています。自宅はたった6%程度。

私はこれまで、約400人以上を在宅で看取ってきましたが、様々な方がおられました。がんが全身に転移しながらも家族との海外旅行を楽しんで亡くなられた方、スナックや看板屋、クリーニング屋など愛着ある職場で亡くなった方、末期がんで退院した翌日にパチンコに行ったり、肺がん末期なのに亡くなる30分前まで喫煙していたりした方……。皆さん、亡くなられた後の家族は泣き笑いです。

在宅看取りをしながら気づいたことがあります。医師からすらなかなか信じてもらえないのですが、自然経過に任せると本人の苦痛は少ないです。自然な脱水があると胸水や腹水がたまりにくいのです。亡くなる直前までADL(日常生活動作)はよく、癌性腹膜炎でも結構食べられます。在宅看取りの基本的な考え

方として、まずは生活最優先です。そして自然な経過に委ねる。患者さんに安心を与える。患者さんや家族が大切だと思ふことを最優先されながら亡くなっていくのが尊厳死。寄り添うのが在宅医療です。でもそれが施設や病院だと急にできなくなる。なぜでしょうか。

四つの阻害要因

私は四つの阻害要因があると思っています。

一つは患者・家族の死生観です。不老不死願望、病院は絶対に安全だという病院信仰がある。死を認めたくなくて、誰かのせいにする。年金を当てにしている場合もあるでしょう。二つ目は医療者の思い込み。死は敗北であり認めたくないもの。延命処置をしないと後で訴えられると思っていて、フルコースの延命処置が医療者の当然の責務だと勘違いしている。医学教育には終末期医療の講座はほとんど

ありません。

三つ目に医師法(囲みに条文)のややこしい問題があります。まず20条が医療者を縛っています。正しい解釈は、「24時間以内に診察していれば、死亡に立ち会わなくても死亡診断書を発行できる」。でも、「24時間以内に診察していなければ、死亡診断書を発行できない。つまり、警察に届けなければいけない」と誤解しているんです。何もしていないのに警察に関わるのは誰も嫌に決まっていますから、医師は在宅を避ける。

医師法の条文

第20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24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。

第21条 医師は、死体又は妊娠4月以上の死産児を検案して異状があると認めるときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

21条は、どのようにして亡くなったか分からない「異状死」に医師が遭遇した場合の警察への届け出を義務付けています。この辺りの定義があまりいまいちなこともあって、自分たちの行う医療によって警察に行かなければいけないかもしれないと思うと、医者は防衛医療をするようになってきました。訴訟を避けるため、もっと伸びやかに、大らかに行われるものはずなのに、おかしい状態になっています。医者が訴えられたら、社会的な問題にもなりますし、たとえ悪いことをしていないとしても、それだけで仕事ができなくなりません。富山県の射水市民病院事件では、医師が末期がん患者さんの呼吸器を、家族の了承を得て外しました。でも後から家族の気が変わって、医師は書類送検された。結局不起訴になりましたが、その医師は1年以上診療ができなかった。

東海大学事件もありました。こちらも家族からの強い希望があつたので、末期がんの患者に塩化カリウムを投与して、患者は亡くなりました。そのことが分かってから、担当医が殺人罪に問われたんです。患者自身に死を望む意思表示がなかったということなどから、この医師は有罪になりました。家族に頼まれて患者を楽にしようとしただけで殺人罪ですよ。家族や本人の思いを考えてやったことなのに、なぜでしょう。一つには昭和20年代に作られた刑法が整備

されないまま続いていることも問題です。日本には尊厳死という概念がないのです。

四つ目は、診療報酬です。

慢性期医療は、患者の状態によって1日の報酬が違います。食べられなくなった人がお腹に穴を開けて直接栄養を流し込む胃ろうの患者さんなどは「医療区分1」で8000円。「医療区分2」は1万2000円。「医療区分3」は1万8000円。胃ろうよりIVHにする方が儲かるんです。

「慢性期病棟がICU化している」と言う人もおり、病院経営が厳しい今、この報酬体系ではそうならざるを得ない部分があるのかもしれない。しかし慢性期病棟が状態の重い患者さんの受け皿になっているというのも事実です。病院の先生は「家で尊厳死というのは手抜き医療だ」と言い、在宅医は「病院では余計な医療をしている」と。こんなに意識の差があります。