

社会保険旬報

No.2566

2014 5.1

主治医機能は総合診療医の第一歩

…白川修二【診療報酬改定インタビュー】

終末期の医療と平穏死…長尾和宏【レコーダ】

英独仏における「混合診療」の現状…白岩健

健保連が健保組合の26年度予算集計を発表…【潮流】

規制改革会議の「選択療養」で議論…【潮流】

社保審部会が医療保険改革の議論を開始…【NEWS】

終末期の医療と平穏死

人生の最期をどのように迎えるか。病院における死ではなく、自宅での穏やかな死を望む人が増えているが、そんななかで注目されているのが「平穏死」だ。平穏死に関する多くの著書がある長尾和宏氏の講演からその一部を紹介する。昨年12月6日に行われた健康保険組合経営研究会（小方浩会長）の定例研究会における講演をもとにまとめた。

■平穏死とは何か

「平穏死」とは何か、リビングウイルとは何か、そしてこれからのエンド・オブ・ライフケアについて話したい。

終末期の定義は難しいが、がんでも認知症でも神経難病でも、病気であること自体が終末期ではない。しかし、死期が迫ったら、そこからが終末期である。定義は難しいが、終末期は確実に存在する。終末期に積極的な治療をしないことを平穏死、あるいは自然死、尊厳死と呼んでいる。これは同じ

意味と理解してもらった方がいい。また、安楽死という言葉がある。安楽死は、人為的に薬剤を投与して、死期を早めるもので平穏死とは異なる。しかし、海外では安楽死を含めた広い概念で使われている。

「平穏死」は、石飛幸三氏の造語である。石飛氏が書いた「平穏死のすすめ」という本はベストセラーになっていく。「平穏死」は、非常にわかりやすい言葉であると考え、私も平穏死について4冊の本を書いた。また、中村仁一氏が「大往生したけりや医療とかかわるな」という本を書いているが、

■平穏死との初めての出会い

私は、医学部を卒業後、大阪大学第二内科に入局し、関連の病院で働くことになった。そこは救急病院で、医師が数人しかいなかった。救急患者は、全部私のところに回ってきた。勤務医として働いた2年間で約500枚の死亡診断書を書いた。がんの末期の人が送られてきて、元気にしたいと考え

ていろいろな治療をしたが、管だらけになってしまった。がんの末期でも、全員に人工呼吸器をつけていた。その頃は、医者になったばかりで、そんなものかと思っていた。

その後、阪大病院での研究活動を経て市民病院に出た。その病院で「平穏死」に初めて出会ったが、医者になって10年目のことである。消化器科のトップとして働いていたとき、食道がんの末期の患者を担当した。50歳の男性で、がんがあちこちに転移してやせ細っていた。食事がとれないので、高カロリー輸液をしようとしたら、その人は要らないと言う。飲まず食わずになるので、2週間くらいで死ぬだろうと思ったが、1か月経っても、2か月経っても元気だった。1日にコップ2杯の水しか飲めないのに、それで3か月生きて、寝込んだのはたった2日間で枯れるように死んでいった。それが平穏死に出会った最初だった。それまで医師としてやったこと何なのだろうかと思った。がん



長尾和宏氏
東京医大を卒業後、大阪大学医学部第二内科に勤務し、在平成7年に「平穏死」を提唱し、「平穏死」を提唱し、在宅医療の発展に貢献している。著書「平穏死のすすめ」(PHP研究所)、「抗がん剤の副作用を減らす」(PHP研究所)など多数。日本尊厳死協会理事。

の末期はしんどいものと思っていたが、その人は何もなかったが、3か月生きてずっと逝かれた。

その後、尼崎市で開業し、今日までに700人の方を在宅で看取った。現在も町医者として年間90人を在宅で看取っている。病院で看取った500人と在宅で看取った700人を比べると、天国と地獄ほどの違いがある。病院で看取った人の最期は、患者にとっても私にとっても苦しいものだった。

患者は病気で苦しんでいるとばかり思っていたが、そうではなくて実は犯人は私だということに気付いたのである。

私は、医者になって10年目に平穏死、自然死というものに気付いた

■病院死と在宅死はまったく違う

現在、8割の人が病院でなく、自宅で死んでいる。在宅での死は1割であ

たが、おそらく多くの医師や看護師は、一生、平穏死を知らずに終わるのではないかと。それくらい理解することは難しい。平穏な死を望んでも、なかなかそうはならない現実がある。では、どうすればいいのか、ということ、平穏死に関する本を書いている。

最期は自分で決めるという意味のリビングウイルという言葉がある。日本では馴染みの薄い言葉であるが、リビングウイルを啓発する本でもある。

■平穏死の本態は「不安」

かつては在宅死のほうが多かったが、病院死が増えてきた。病院死が在宅死を上回ったのは1976年(昭和51年)で、37年前である。病院死の時代が約40年続いているが、人間の歴史からみれば短い期間だ。若い人からみると在宅死は特殊なものに見えるが、人間の歴史からみれば病院死のほうが特殊である。

しかし、そのことがわからない。「在宅で看取る」というと、若い研修医から「先生、つかまりませんか」と言われる。

研修医から看取りについて2つの質問を受ける。一つは、「警察沙汰になりませんか」ということであり、もう一つは、「最後は何の薬を使うのですか」という質問である。つまり麻薬は何を使うのか、ということ、病院ではセデーション(鎮静)と称して麻酔をかける。私は、在宅で700人を看取ったが、麻酔の必要性を感じたことはない。

ある研修医が、終末期の患者のうち半分は麻酔をかけると言うので、「意識があるのにどうしてわざわざ眠らせるのか」と聞くと、「暴れるから」と言う。「なぜ暴れ

るのか」と聞くと、「管を抜こうとするから縛ると暴れる」と言う。「ではなぜ、管を入れるのか」ということになる。病院の死と在宅の死はまったく違うものである。

これからはがんと認知症の時代ではないかと思っている。2人に1人はがんになり、3人に1人はがんが死ぬという現実があるが、なかなか受け入れられないようだが、がんになったら、特別な病気になったと思えば、「自分は悪いことをしていないのに、どうしてがんになってしまったのか」と怒りの感情を持つ。「がんが一番ありふれた病気であり、がんが死ぬ確率が一番高い」と説明しても納得しない人がいる。

一方、認知症は460万人と発表されている。予備群であるMCIの400万人を含めて860万人である。認知症の長谷川式テストで有名な長谷川和夫先生は、「高齢者の6割が認知症になる」と予言しているが、そうすると、認知症になるほうが普通で、認知症にならないほうが異常と言える

のではない。当然、がんと認知症の両方を持つ人も増えてくる。認知症は脳の病気であるが、その本態は不安である。

「先生、私、認知症じゃないでしょうか」という患者がいる。「いや大丈夫。認知症は病識がないから自分で認知症と言う人はいない。あなたは認知症ではありません」と答えることがあるが、本当は間違いである。

認知症によって機能が失われていくことがわかるのは本人である。昨日まで出来ていたことができない。「あれ、おかしいぞ」とまず気付くのは自分であり、そして不安になってしまう。認知症の本体は、不安であるから、安心させてあげることが大事である。

介護は、フラットな関係でなくてはならないが、ついつい「上から目線」になってしまう。そうすると、介護されるほうは次第につらくなる。いつも「ありがとう」と言わなければならぬから。たまには自分も「ありがとう」と言ってもらいたい。だから、関係性を逆転したくなる。

その方法は一つしかなくて、自分が被害者になることである。嫁

に泥棒になってもらって自分が被害者になることで、関係性を逆転できる。

いいケアをしていけば、関係性の逆転は起こりにくい。しかし、関係性の逆転は、周辺症状という烙印を押されて、抗BPSD剤という、おとなしくさせる薬を処方されることになる。

私は、認知症に多くの薬は要らないと考えている。とくに被害妄想については、介護のやり方を変えて「上から目線」をやめることで変わる。

認知症の本態は不安であるから、ついつい混乱する。そして失敗して不快な思いをして自信喪失することでも鬱になってしまう。認知症の人は、鬱になりがちである。鬱や不安、混乱を解消する薬を出すことがあるが、認知症の患者に必要なのは「安心」である。「安心」を与えれば、「安定」し、「笑顔」が出るようになる。

介護する人が快適に感じて一緒にご飯を食べる関係が望ましい。介護は、お互いが快適であることが大事であり、成功体験を増やすことが大切だ。

■介護のやり方で認知症は改善する

認知症になることで才能が開花する人が大勢いる。例えば、芸術的なことに才能を発揮する。認知症では、左脳の機能が失われるが、右脳が相対的に有利になるので、右脳人間になる。だから、右脳の部分を伸ばしてあげればよい。左脳の衰えから来る不安に対しては共感して安心させてあげればよい。介護のやり方を変えれば、認知症の周辺症状は起こらないということを提唱している。

認知症は、右肩下がりの病気と理解されているが、私は、いいケアさえあれば死ぬ直前までいい状態を保てると考えている。弄便などで手をつけられない認知症の人でも粘り強いいいケアをするとかなり改善する。

ポイントには外に連れ出すことである。移動は人間の本能であり、用事がなくても街中をうろろろしたいものだ。認知症であっても毎月ヘルパーを2人つけて一泊二日の旅行に行かせる。それを繰り返しているうちにどんどんよくなる。歩けるようになり、食べられるよ

うになる。会話ができるようになって人間らしさが戻ってくる。

あるお婆さんは、デイサービスに週3回通っていたが、それをやめた途端に元気になった。何をやったかというところ、週1回イタリアンレストランに行ってみるまで食卓を囲んだ。旅行に行ってお酒を飲んだ。研修医が「認知症の人に酒を飲ませていいんですか」と聞くが、どうして認知症の人を特別扱いするのだろうか。普通に暮らして、普通に食べて、普通に移動していれば、機能が戻ってくる。それを隔離して、食べさせないから機能はどんどん落ちてしまう。

■終わりのない医療待つことのできない医療

終末期の医療においては、どこまでやるのかわからない、という問題がある。

先日、がんの患者さんを病院に見舞いにいったところ、ちょうど亡くなったときだった。ご家族が泣いているときに主治医が来て、「惜しかった。もう少しでがんが治るところだったのに死んでしまった」と説明していた。ベッドサイドをみると、抗がん剤の点滴が



落ちていた。もう死んでいるのに治療が続いていた。終わりがわからないのが今の医療の姿だ。

大阪大学の元総長の鷲田清一さんが言われたように、待てないのが現代の医療の特徴である。救急の現場では待つてはダメで、一刻一秒を争う。しかし、終末期であれば何もしないで待つことが大切だ。余計なことをしない方が長生きするし、苦痛も少ない。これが平穏死の思想だ。

われわれ町医者は、待つことが

できるので、平穏死を支えることができる。しかし、病院では待つことはできない。血圧が下がれば昇圧剤を打つ。貧血になったら輸血する。私は、終末期の人に輸血はしない。そのほうが省エネモードで長く生きられることを知っているからだ。骨折しても入院はしない。放っておいたら、骨は自然にくっつく。

脱水も同様に考えることができる。熱中症の脱水は治療しなくてはいけないが、終末期の脱水は、自然にまかせせる症例が多い。

水分含量からみると、人生は脱水への旅である。生まれた時は体重の8割が水分で、成人すると6割になり、高齢者では5割である。平穏死する直前は4割くらいになる。80年という長い期間をかけて水分含量が6割から4割に減っていくのが人生である。

年をとれば干し柿のようになるのが当たり前だ。心臓も水がたかさんあると負担が大きいが、水が少なくなれば楽である。つまり、年をとると、干し柿のようになっている。脱水だからといって点滴を大量にするとすぐに死んでしま

■「ハッピーな胃ろう」を指す

20年間、入院していたお母さんを家で看取りたいという人がいた。家に帰って、だんだん痩せて干し柿のようになって意思疎通もできなくなり、少ししか食べられなくなった。娘さんは、「お母さんを餓死させようとしているのですか。胃ろうをつくりたい。つくりな」と訴える」というので、入院して胃ろうをつくってもらうことにした。しかし、入院した日に娘さんから電話がかかってきて、「母は死にました」とのことだった。病院からファックスが届いていて、「患者さんは著明な脱水を認めたため、鎖骨下静脈を確保して脱水の補正を試みたが、補正が間に合わず4時間後にお亡くなりになりました」と書いてあった。これは違う。干し柿の状態の人に点滴したら、すぐに死んでしまうということである。

胃ろうの問題について話したい。多くの人は、一生の間で胃ろうに関する選択を迫られることになる。3人に1人はがんで死ぬが、それ

以外の3人に2人は胃ろうをしないかをめぐっておそらく息子さんと娘さんが決断を迫られると思う。胃ろうがいやだと思えば、自然にまかせるといって「リビングウイル」を表明するしかない。胃ろうがよい悪いではない。胃ろうは、単なるビニールの管であり、便利な道具である。それをどう使うかである。当然、使わないという選択もある。

もし胃ろうを入れるなら、「ハッピーな胃ろう」にしてください、と言っている。「ハッピーな胃ろう」とは、もう一度食べられるようになることである。あるいは、半分は口から食べて、半分を胃ろうで補い、床ずれを治しましょう、ということである。

意思疎通ができない状態で胃ろうをつくるのは、「アンハッピーな胃ろう」であると思う。誰がアンハッピーかと言うと、本人である。本人が胃ろうをはずしてくれと言っても、はずした場合に訴えられる可能性がある。

医学会から胃ろうをはずしてもよいとする倫理指針が出ているが、実際の司法判断では殺人罪になる可能性がある。悩ましいのは、本

人はアンハッピーだが、家族の都合で胃ろうを入れることがあることだ。本人の年金で生活しているので、胃ろうを入れてほしいという家族がいる。

■リビングウイルと遺言の違い

遺言は、法的に有効である。

「自分が死んだら遺産は誰々に」と書いてハンコを押したらその遺言は本人が死んでも有効である。

しかし、リビングウイルは、「余計な医療はやめてほしい」と書いても、家族が「生きていてくれないと困る」と言ったら、リビングウイルの通りにならない。

リビングウイルは法的に有効ではないので、遺言と同じように法的に有効なものにしようというのがリビングウイルの法制化運動だ。アメリカでは、41%の人がリビングウイルを持っているが、日本ではたった0・1%である。

尊厳死の法制化を考える議員連盟が2005年に発足してから9年になる。政権交代により、国会の議論が止まっていたが、ここに来て自党内の議論が活発化してきた。議連が一昨年12月に尊厳死

法案をまとめ、法制化の機運が高まっている。

法案は、書面などで意思表示した場合、2人以上の医師が回復の見込みがない終末期であると判断すれば延命治療を差し控えても医師は免責されるという内容である。リビングウイルの法制化をめぐる国民的な議論が深まることを望んでいる。

平穏死するためには、本人、家族、そして国民全体が自らの終末期を考えてリビングウイルを表明するとともに、病院と在宅の差を埋め、医療と介護の連携に一つ一つ取り組んでいくことが大切である。



点数表の基本とレセプト記載の原則

レセプト作成テキストブック〈医科〉

平成26年4月版 4月発刊予定

定価本体3,300円+税/B5判約530頁

レセプトの作り方から
医療事務を学ぶ一冊です

商品No.18116



診療報酬請求事務能力認定試験(医科)

最新問題と受験対策

平成26年4月版 4月発刊予定

定価本体2,500円+税

B5判288頁+別冊56頁

「診療報酬請求事務能力
認定試験」の合格対策に
最強の問題集!

商品No.18215



医療保険制度の概要と関係法令

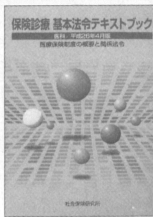
保険診療 基本法令テキストブック〈医科〉

平成26年4月版 4月発刊予定

定価本体2,000円+税/B5判約250頁

保険診療・請求事務に必要な
基礎知識をこの一冊に凝縮
医療機関におけるさまざまな
スタッフ向けのテキストとして
好評です

商品No.18316



診療報酬請求事務能力認定試験[医科]

学科集中

平成26年4月版 4月発刊予定

定価本体1,500円+税/B5判144頁

「診療報酬請求事務能力
認定試験(医科)」
学科試験の集中対策!

商品No.18421



株式会社 **社会保険研究所** <http://www.shaho.co.jp/shaho>

〒101-8522 東京都千代田区内神田2-4-6 WTC内神田ビル TEL.03-3252-7901 FAX.03-3252-7977