

超高齢社会の到来で課題膨らむ終末期医療

「最期」にかかわる医師の役割を今こそ見つめよ

『「平穩死」のすすめ』著者の石飛幸三氏に聞く（MTインタビュー）

5人に1人が65歳以上の超高齢社会であるわが国の医療現場では、高齢者の介護需要が増加の一途をたどっている。しかし、終末期医療に関しては、厚生労働省が2007年にガイドラインをまとめたが具体的な医療行為には踏み込んでおらず、現場は対応に苦慮している。そのようななか、血管外科医として多くの患者を救ってきた特別養護老人ホーム（特養）芦花ホーム（東京都）常勤医の石飛幸三氏が、高齢者の最期にかかわる医師の役割の見直しを訴えている。最近上梓された著作の表題にある「平穩死」に対する考えを尋ねた。

「しなければいけない」という考え

Q 何が「平穩死」を考えるきっかけになったのでしょうか。

A 血管外科医としてメスを握っていたときは発生した問題を解決する、つまり患者を生かすために故障箇所をなおすことに心血を注いできました。ところがここ（芦花ホーム）では、救命現場でやってきた行為が、そのまま果たして患者のためになっているのか、疑問に思えてきたのです。

90歳の認知症患者がいます。一般に誤嚥を防ぐために胃瘻の手術を勧めますが、本人は意思表示できず、家族も迷う。しかし、迷った挙句に「しなければいけないのでは…」と胃瘻を選択します。すると、そこからは毎日計算されたカロリーの栄養補給が行われるようになります。長年にわたり人生の苦難を乗り越えてきたのに、さらに経管栄養を受け続けなければならない。しゃべれず、寝返りを打つことすらできない方は、どんな思いでいるのでしょうか。

本人の意思確認はできなくとも、延命処置を望んでいるようには思えません。胃瘻を造設すると、時に内容物が逆流して誤嚥性肺炎となり、膀胱機能の衰えからたびたび尿路感染も起こしやすくなる。いったいなんのための栄養補給なのかと考えさせられました。最近では胃瘻造設が患者のためではなく、管理側の論理で安易に導入させる風潮があり、批判的にならざるをえません。

Q 延命治療に疑問があると…。

A あらゆる延命治療に疑問を感じているわけではありません。ただ、医師の責任は生かすことばかりでなく、どのように死を迎えさせるかにもあると思うのです。死に際が近付くと「何かしなければいけない」と考えることだけが、医療とは言えないのではないのでしょうか。

(中略)

栄養補給の過多が招いた肺炎

Q 患者に対する処置にどのような問題があったのですか。

A 例えば栄養補給。90歳を過ぎても点滴で1日当たり1,000kcalが投与されますが、しばしば食道への逆流が見られます。老いた体が死を迎える準備をしているため、栄養を必要としなくなっているのです。元気な人ならば「今日は食べたくない」と言えるのですが、80歳を過ぎたら腹五分でも大丈夫な場合があります。

5年前に勤務し始めたころば、胃瘻や経鼻胃管の栄養補給が必要な人に、1日に平均1,000kcal、1,400mLの水分を入れていました。今思えば多すぎでした。そのせいで、肺炎の発生率が高かったと思います。量を減らしてからは、肺炎による死亡は3分の1程度に減少しました。

Q 具体例を教えてください。

A 104歳の女性では、心不全を疑ったので2年前に1,200kcal / 1,400mLだった1日の経管栄養を、800kcal / 1,000mLに減らしました。家族は「別の病院で最低1,000kcalは必要と聞いた。少なすぎる」と言いましたが、減らしたままにしました。それでもあえぐ心配があり、さらに600kcalまで落としました。すると心不全の徴候がおさまり、笑顔が見られました。

ところが、家族は「栄養失調になる。死んでもいいから増やして」と言いました。確かに若い健康人には考えられない栄養量でした。しかし私は「預かっている以上、医師として責任がある」と説明し、最終的に700kcalとしました。女性は2か月後に経管栄養注入後に嘔吐し、呼吸困難で病院搬送され、亡くなりました。

Q 遺族の反応はどうでしたか。

A 遺族は2週間ほどして、手土産を持って訪ねてくれました。そして「よくやってくれました。あれでよかった」と声をかけてくれたのです。最後には食事量を減らすことの意味を理解してくれたのだと受け止めています。

一般の人に対する医療は、看取りが必要な高齢者に当てはまりません。これまでの経験から、寝たきり高齢者には提唱されているエネルギー量よりはるかに少なくとも大丈夫ではないかと思うようになりました。96歳で身長146cm、体重36kgの女性には通常計算で810kcalが必要とされますが、誤嚥を繰り返すため600kcalに減らしても、元気な状態が1年以上続いています。

Q なぜ、計算式による食事量に固執するのでしょうか。

A 簡単なことです。みんな「これでいいのかな」と疑問に思うものの、死にゆくことに加担するように感じるためなかなか踏み出せない。平穩死を迎えさせるには特別なことをする必要はないのです。

自分たちがなぜ特養に従事しているのか、国はもちろん、現場の人たちもわかっていなかった。だれもが責任は取りたくないと思うでしょう。しかし、平穩死は当然のことと発想を切り替えたら、取るべき態度はおのずと決まってきます。状況と考えを説明し、最後には「私が責任を取るから」と明言して指示に納得してもらえるようになりました。

寝たきり高齢者の栄養量調査を

Q 高齢者の栄養量に関するエビデンスはないのですか。

A 調べることは困難ですし、調査以前の問題があります。けれども、高齢者が増え続ける以上、なんらかの対策が必要です。そのためには、医療者が家族に納得してもらえるように説明し、調査研究を始めるべきかもしれません。

(中略)

保険診療を行えない不条理

※特養の常勤医は保険診療を行うことができません。

介護施設ではあるものの、現実には罹患者が多いわけです。それなのに定期的な尿管カテーテルの交換など、ちょっとした処置ですら、わざわざ近くの病院まで入所者を運んでいます。薬剤の処方には2週間に1度やってくる他の病院の非常勤医にしか許されていません。

特養の常勤医にも認めるべきでしょう。それを認めるには結局、医師がどれだけ誠実でいられるかにかかかっていると思います。

※終末期医療には法的な整備も不可欠です。

「治療の差し控え」は、保護責任者遺棄致死などの罪と隣り合わせです。実際、ある弁護士は「あなたがやっていることは1つ間違えると刑法に触れる可能性がある」と言いました。遺族の意向を開かず、こちらの一存で胃瘻を控えれば、訴訟もありえます。

当然の権利として安らかな死を迎えるには、医師を守る法の改正や制定が必要です。今は心ある弁護士と、勉強会を開く準備を進めています。

死に対して医師が成すべきこと

Q わが国では死についての議論が少なかったと思いますか。

A 死の在り方を考えることは、生きることの大切さ、真剣さにつながるのではないのでしょうか。その場しのぎでは生き方として貧しく、自律していないと思います。おかしいと思ってもだれ一人動こうとしなかった。

先端医療が進めば進むほど、安らかに死ぬことが難しくなっているという矛盾を感じます。生きるために病と戦う手助けをする医師の役割はもちろん大切ですが、もう一方の役割もあるはず。安易な胃瘻造設や病院死などの問題は、現代の日本人が生きることを真剣に考えてこなかったからだと思わざるをえません。医師には人が人として生きて死ぬるように、死にゆくことを妨げない方法を真剣に考える時期に来ているのではないのでしょうか。

(2010.5.13 Medical Tribune MTインタビュー P 47)

私の感想

いろいろ重要なお話がありましたが、「特養の常勤医は保険診療を行うことができません」は、特に意外な気がしました。何故、医師免許を持っていないから・・・。

赤字の部分は、私が特に強く印象に残った部分です！ 大きな問題ですね！