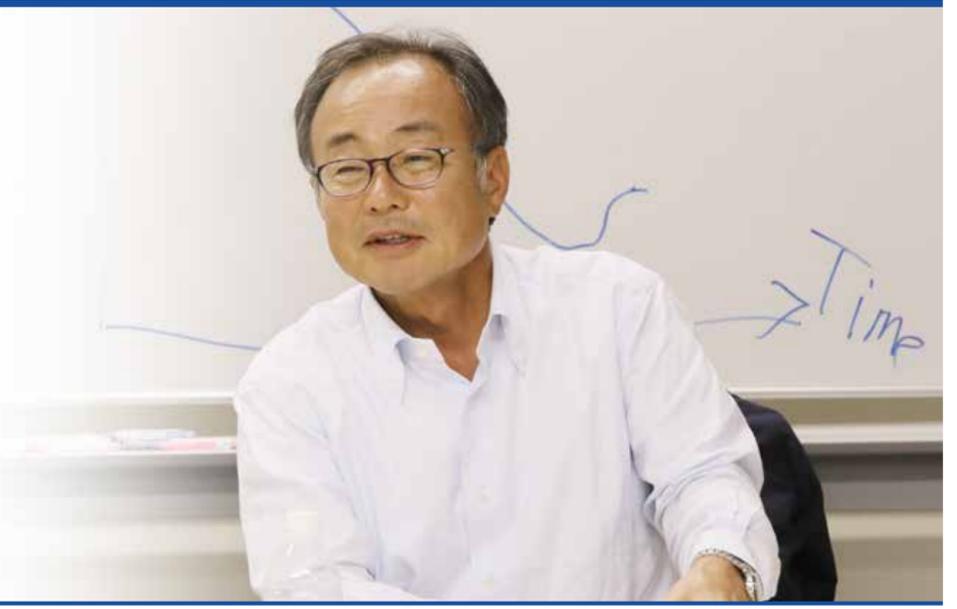


Vol. 136 2016.8.4

理事長トーク Top Interview

人の命と尊厳 part 2

医療法人社団 健育会 理事長 竹川節男



理事長トークvol.134では、2016年6月11日放送のNHK特報首都圏「最期の医療をどうするか～命をめぐる選択～」を見て私が感じた終末期の医療に対する問題意識について書きました。

2016年7月26日には、四半期に1度、各病院の院長が集まって開催されるメディカルディレクターミーティングが行われましたので、会議の後、院長たちと「終末期の医療」をテーマにディスカッションを行いました。そのディスカッションには、たまたま出張で都内にいらしていた、医師研修会で講師をお願いしている、長尾クリニック院長 長尾先生にもご参加いただきました。

今回の理事長トークでは、そのフリーディスカッションの概要をご紹介します。





竹川病院 田中院長

竹川病院に入職する前、急性期の病院で働いていた頃は、絶対に命は助けなければいけないと考えて治療していました。しかし、慢性期医療に関わり始めてから、寝たきりで、意識がなくて、ただ管に繋がれて生きているような状態でそのままにしていっているのか、ということを経験するようになりました。

基本的に私自身は、必要のない延命は絶対にすべきではないと考えています。しかし現実には、ご本人のリビング・ウイル*があったとしても、ご家族がその通りされるかということ、そうではないことが多々ありました。

例えば、ご本人の意思をご家族がしっかり認識しているかどうか、という点があります。医療機関としては、患者さんがリビング・ウイルをお持ちの場合は、当然、その通りにしたいと思うのですが、患者さんが元気な時にご家族としっかり話し合われていないとその通りにできないことがあります。ご家族がリビング・ウイルに反対するケースとしては、大きく3つくらい理由があると思います。一つ目は、親に対しての強い愛情があり、意識がなくてもどんな状態でもいいから生きていて欲しいと強く願われる場合です。

二つ目は、お金の問題です。親が多額の年金をもらっていたり、遺産相続で問題がある場合です。このような場合、親のリビング・ウイルがあるにも関わらず、できるだけ長く生かして欲しいと言われるケースもあります。

三つ目は、世間体です。身近な家族や親戚は理解してくれても、やりとりのなかった遠い親戚や世間から、親に対して治療しないのか、冷たいのではないかと問われ、世間体を気にして、延命治療をしてくださいという場合です。

この3つの理由のうち、1と3はご家族に対して我々が真剣に延命した場合にどうなるかをお伝えして話し合うことで、大概理解を得られると感じています。しかし2の場合は、大変難しいと感じています。

※リビング・ウイル (living will) : ある個人が、自らの希望を示すことができなくなるような健康状態に陥った時のために、前もってその時の対応についての自分の意志を文書にしておく手段のこと、またその文書。



熱川温泉病院 田所院長

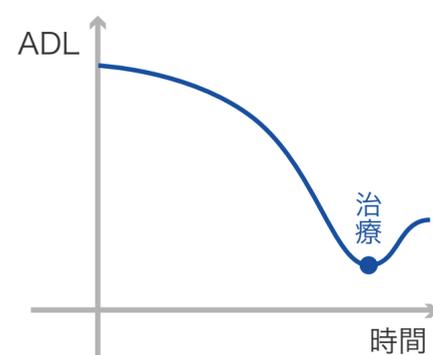
番組の中でも取り上げられていましたが、リビング・ウイルはご本人の中でも変わりうるものなので、なかなか判定が難しいと思います。我々医師としては、患者さんやご家族と信頼関係を築き、その時々の本音をいかに聞いてあげられるかということ、そしてやりとりの中で、経済的な事情や社会的なことも交えながら、我々が常識を持ってしっかりと私たちの考えをお話しできるかどうかだと考えています。

丁寧に患者さんと向き合って、ご本人やご家族とお話しをして、安らかな最期を迎えられたのに、批判というのは後から来ることもあります。また、日本人には、どんな形でも生きてほしいと願う人が多いとも感じています。医療人としては、患者さん一人一人にしっかりと向き合い、個別に満足して頂ける最期を目指したいと考えています。



西伊豆健育会病院 仲田院長

うちの病院では、ご家族に対してこのようなグラフで説明をします。縦軸が「ADL」で横軸が「時間」です。患者さんは若い頃と比較すると、ADLがだんだんと低下してきて、今の状態にある。治療をすると、少しはよくなるかもしれませんが、絶対に元のようにはなりませんよ、と説明すると大抵の患者さんやご家族は「もう何もしなくていいです」と納得してくれます。



また去年のThe New England Journal of Medicineに、重度認知症の総説がありまして参考になりました。患者さんの代理人に入所時に「以前の患者の指示意向がありますか？」と聞くとのこと。患者さん本人が「何もしなくてもいい」という意思を代理人に示しているなら何もしません。しかし、患者さんの以前の指示がない場合には、その代理人が「あなたが患者さんだとしたら、どうするか」と患者さんの立場に立って考えるそうです。例えば肺炎だったら「1 苦しまないようにだけする。comfort only。」「2 抗菌薬投与までやる。middle of the road approach。」「3 延命治療し、呼吸器までつける」、以上の3択があります。すると、大体の代理人は、1を選ぶといいます。



健育会グループ 岩尾副理事長

そうですね。欧米では、「代理人は患者のベストインタレスト（best interests：最善の利益）を追求せよ」と法律に書かれています。ですから、代理人は「患者にとっての一番の利益は何か」「患者は何を望んでいるのか」ということを常に考えなくてはなりません。また、代理人は基本的には本人が指名した人になります。ですから、意識が明瞭なうちに代理人を指定しなさいと制度に書かれています。日本ではそういう意味での代理人制度が法制化されておらず、一番身近な人が代理人になることが多く、そのような人は利害関係があることが多いので、なかなか難しいのだと思います。



いわき湯本病院 小針院長

いわきは地域が広く、海の方と山の方で、死に対する考え方や訴えも違うと感じています。他院で化学療法を5ヶ月くらいやって、病状が好転せずうちの病院にくる方もいます。ご家族としっかりと話しし、延命治療をやらないということの承諾を得て、看取りを行っています。



石巻健育会病院 勝又院長

病院や地域の特性もあると思います。石巻健育会病院では、近隣に2次救急や3次救急病院が一箇所しかなく、とても混んでいます。そうすると、ベッドがないという事情だったり、また、できることは全部やって、もう化学療法も効かないという患者さんが私たちの病院へ転院してきます。その時に多くの方がDNAR※はとってありますよ、と紹介状に書いてありますが、実際にご家族と話してみると、もう少し長く生きられるんだったら生かしてあげたいな、とおっしゃる場合が結構あります。今までいた病院ではもう治療ができないという状況で転院してくる患者さんも多いですが、しかし、もともと入院していた病院の医師から踏み込んだところまでしっかりと説明を受けていない状態で転院してくる方も多く感じています。結局、説明する主治医の価値観によってしまうのではないかと感じています。

※DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) :

患者本人または患者の利益にかかわる代理者の意思決定をうけて心肺蘇生法をおこなわないこと。



花川病院 憲院長

私は就任して1年たっておらず、まだまだ把握できていませんが、花川病院の療養型病床では、月に1-2件は亡くなっています。看取りに加えて、病状が悪化して最期に亡くなるという方が多いと感じています。



石川島記念病院 南雲院長

先日、土曜日の日直をやっていた時に、他の施設から患者さんが送られてきました。お年を召された方で熱を出して肺炎を起こしていました。私はすぐに老衰だと判断し、治療の適応はなく何もできないことをご家族にお話ししました。そして「僕のご説明で納得できればうちの病院でお預かりします、ただ、僕のことを信用できないというお気持ちが少しでもあれば他の病院に行ってください」とお話ししました。結局、うちの病院に入院されました。そうしたら、看護師から「先生、本当に何もしないのですか？」と言われて、病院の医療スタッフにも、これはやらないことが正解なんだと時間をかけて説明しなければなりませんでした。

このこともあって、医局でもこのことを話したら、ある先生は「あえて説明する手間をとりたくない」と言っていました。医者の中には考え方の違う人もいたと思います。あの時の僕自身の判断が正しかったのかというのは、僕自身も思い出して考えていたのですが、理事長のお話を聞いて、すべての人が反対することではないと感じました。



竹川理事長

自分の医療に対してしっかりとした軸をもっていないと、きちんとした説明ができないのだと思っています。正しいか正しくないかはわかりませんが、南雲先生の行動は健育会グループの医療の考え方としては合っています。



私は在宅の立場ですが、末期ガンの場合はほぼ100%お看取りするのですが、肺炎や老衰の場合は、病院搬送を希望されるご家族は多いです。看取ると決めても、遠くの長男が帰ってきて「病院だ！」と言ったら病院に行ってしまうこともあります。現実には難しいと感じています。



実際にうちの病院であったことなのですが、主治医が患者さんのご家族に老衰であることをご説明すると「先生申し訳ないのですが、その老衰を治していただけませんか」とおっしゃったというのです。やはり、老衰がなんたるかを理解されてない方が多いのかもしれない。



ようするに、老衰によって引き起こされる様々な事象が死につながることもあるということが理解されていないのだと思います。病院に連れて行けば助かるという気持ちが心の中にあるのです。だから、情報発信して、議論・教育して行く必要性があると感じています。



この間、NHKで老衰を特集した番組をやっていましたが、「老衰研究」という新しい研究テーマが始まっています。親の老いを迎えている今の50歳から60歳の世代は豊かな時代を過ごしてきたからか、親の死を受け入れられないのです。名医を探して病院に行けばなんとかなると思っている人が多いです。しかし、老衰に対しては、何もしないことが結果的に最良の医療であることが多々あります。医療を施すことでかえって患者さんの状態が悪くなることもあります。

老衰に関する考え方を教育や啓発で空気を変えていくという作業は、皆でやらなくてはいけないと思います。医師だけでなく、看護師や介護スタッフなど医療に携わるスタッフや、市民も巻き込んで運動みたいなことをしていかないと難しいのではないかと考えています。



竹川理事長

終末期の医療については、様々な課題があり、松本先生や長尾先生がおっしゃったように、国民的な議論が必要なのだと感じています。しかし、やはり医療の文化を変えていくのはリーダーである医者だと私は考えています。医者が背中を見せなければ変わりません。医者がまず終末期医療に対する考えをしっかりと持ち、周りの医療スタッフに啓蒙することで、患者さんやご家族と信頼関係を築いていくことができるのだと思います。

健育会グループでは、この問題にしっかりと取り組み、世の中に情報を発信する立場でありたいと考えています。



終末期の医療のあり方については、まだまだ議論・検討が必要だと感じています。11月に開催される長尾先生をお招きしての医師研修会では、健育会グループの医師の皆さんと議論を深めたいと思います。そして終末期医療に対する社会的コンセンサスの醸成に向けて、民間の立場から情報発信していきたいと考えています。

《追伸》

2016年7月26日には、NHK特報首都圏「最期の医療をどうするか～命をめぐる選択～」の制作を実際に行った NHKディレクター 西山穂さんと意見交換をさせて頂く機会がありました。

- 特報首都圏の時に紹介した病院よりも、さらに搬送件数の多い救急救命センターを取材させていただいているが、搬送されてくる患者さんのおおよそ8割が高齢者で、8割の高齢者のうち4割が85歳以上の超高齢者でほぼ慢性的な誤嚥性肺炎や老衰による心停止で運ばれてくる現状がある。運ばれてきた初めて診る患者さんに延命中止という判断はなかなかできず、激しい蘇生をやらざるを得ないため、医師たちは悩んでいる。
- 救急救命センターの看護師は、昔はお子さんや若い方が事故ややけどで亡くなるのに耐えられなくて辞めていかれる方が多かったが、今は高齢者の方ばかりが運ばれてくるので、自分の目指していた医療とは違うという理由で辞めていかれる方が多い。
- 入院の透析を行っている患者さんのうち、ほとんどが重度認知症を患っているという病院があった。約2割はご家族とお話しして、透析を徐々に中止し、穏やかにエンディングされるが、それ以外の方はご家族の同意が得られずに透析中に突発に亡くなる。透析現場の終末期の問題は、本当に深刻である。
- 海外からは日本の平均寿命への疑問もあげられ、「長寿社会」ではなく「長命社会」だという批判もある。

西山さんとお話ししてTVで紹介されていた以上に、深刻な現実があることを知りました。私からは、「平均寿命と健康寿命の差から生まれる様々な問題を色々な角度から番組として取り扱って欲しい」という要望をお伝えしました。

