家族の気持ちを聞きながら「延命治療」を判断する

終末期の胃ろうや点滴に課題

――最近、末期がんの患者さんなどが在宅医療を利用して「住み慣れた自宅で、人生の最期を過ごしたい」と考えるケースが増えていると聞きました。これは今後の終末期医療の在り方とも深い関係があると思います。

松尾　私は'01年の開業以来、在宅医療専門医として東京の渋谷区・目黒区を中心に診療をしています。開業当時と比べると訪問診療を行う医療機関も増えていますが、当クリニックはがん末期や重症の患者さん、中心静脈栄養（IVH、食事の経口摂取が困難な患者に対して、中心静脈から栄養液を直接投与する療法）や胃ろう（内視鏡を使って胃に穴をあけて管を通し、食物や水分、医薬品を投与する）など管理が難しい患者さんにも対応してきましたので、途切れることなく病院などから患者さんの紹介を受けています。

そうした経験から終末期の患者さんに限っていえば、基本的に家で行う治療は採血や点滴（血管を通して行う末梢点滴やIVH）が中心です。病状によって排尿が困難な方に尿道カテーテルを入れるなどのケースはありますが、病院で行うような延命治療を施すことは少ないですね。患者さんの中には採血や点滴も希望しない方もいらっしゃいます。

――それはなぜでしょうか。

松尾　延命治療には胃ろうのほか、人工肛門や経鼻胃管（鼻から胃までチューブを挿入し、胃の内容物を体外に排泄させる）、腎ろう（腎不全を防ぐため、背中から腎盂にカテーテルを刺して尿を排泄させる）などがありますが、その多くが入院や大掛かりな処置を必要とすると同時に、苦痛を伴うことも多いからです。余命を宣告された終末期の患者さんにおいては「治療を施すよりも自宅で安らかな日々を過ごしたほうがよい」という考え方もあります。

またALS（筋萎縮性側索硬化症、運動神経細胞だけが侵される神経変性疾患）など神経難病の場合、最終的には人工呼吸器をつけないと呼吸不全になって死に至ります。それを選択するしないは患者さんやご家族の判断になるのですが、喉を切開するので声を出すことができなくなるほか、数時間おきに痰の吸引が必要になるなど介護者の負担も激増します。そのため、医療者の間で「そこまで延命処置を施すことは正しいのだろうか」という議論が起きることもあるのです。

――こうした課題はほかにありますか。

松尾　先ほど、点滴の話をしましたが、終末期医療では胃ろうを含む人工的な栄養補給をどうするかという課題があります。消化や代謝の機能が大きく減退している患者さんに水分や栄養を補給しても、必要以上に体内に水分が蓄積されたことで分泌物が増え、かえって痰やむくみで苦痛を与える可能性があるからです。

ただし、私たち医師の間でも、どのような患者さんの場合に栄養補給をストップするかという明確な基準があるわけではありません。多くの場合、食べられない患者さんが胃ろうや点滴をやめることは家の中で遺棄したようなものであり、死んでしまうことを意味します。

そのため、栄養補給を止めることは患者さんの年齢や病状だけでなく、ご家族の気持ちや宗教などの哲学的な事情が複雑に絡み合ってきます。'10年に哲学研究者の清水哲郎東京大学特任教授と会田薫子東京大学特任准教授が中心となり、ご本人とご家族が医療者の助言を得ながら自分で判断するためのプロセスノートを作成しましたが、それでも統一された基準作りまでには至っていません。

――ご家族の気持ちも重要なのですね。

松尾　私自身の話ですが、家庭で子どもに「お父さんが病気になったとき、機械をつけてでも延命すべきだと思うか」と聞いたことがあります。そのとき、「どのようなかたちでも、生き続けてほしい」といわれたことが印象的でした。命は当然、自分のものですが、同時に苦しくても「生きてほしいと願う家族のために数年間生きる」という選択肢もあるのではないでしょうか。

ただ、現実には患者さんに意識がなかったり、認知症で判断ができないことも多いです。ご家族の中でも奥さまと息子さん、娘さんそれぞれの考えが相反することもあります。

家族が「死の覚悟」を持てるか

――そういうときは、先生が判断されるのですか。

松尾　いえ、基本的には話し合いをして決めてもらいます。私の意見に左右されることのないよう、こちらからは患者さんに残された時間がどのくらいか大体の予測をお話ししたり、積極的に治療をした場合、そうでなかった場合のそれぞれの予想をお伝えする程度です。あとは患者さんに判断能力がないようであれば、「お父さんが若い頃、自分が具合悪くなったらどうしたいとか話していませんでしたか」とご家族に聞き、家で過ごすか入院するか決めてもらうこともあります。

私としてはご本人の希望が一番だと思います。しかし「家で死にたい」と思ってもそれが叶うとは限りません。

もちろん、ご家族の事情も影響しますが、「家族が死の覚悟を持てるかどうか」ということも大きなポイントです。

――「死の覚悟」とは具体的にどのようなことか教えてください。

松尾　私たち医療従事者と比べ、普通の方が日常生活で死を意識する機会が減っています。'60年代くらいはまだ、家に帰ればおじいさんなりおばあさんがいて、その人たちが悪くなっても病院に行かず、家で看ていましたから、無意識のうちに人間の死を見る勉強になっていました。そうした死にざまを見る機会が減ったため「家族が末期がんだ」などといわれると、パニックになってしまう方も多いのです。

私が死ぬことを説明すると多くの方は「縁起でもない」と嫌がりますが、人間はいつか必ず死にますし、今日、交通事故で突然死ぬ可能性もあるのです。

最近も私が初めて伺ったお宅で、その日のうちに患者さんが亡くなったケースがありましたが、奥さまは死を受け止められずに大泣きしていました。しかし、亡くなった方はもう生き返るわけではありません。奥さまが介護された経過を傾聴し、患者さんが希望された自宅看取りが出来てよかったですねと伝えました。

私は患者さんへの治療と同じように、あとに残される奥さんや子どもがよりよく生きるようにサポートすることも在宅医療の使命の一つだと考えています。

松尾　英男（まつお　ひでお）
'94年杏林大学医学部卒。同年杏林大学医学部附属病院第3内科入局。その後、'99年曙橋内科クリニック（現新宿ヒロクリニック）などを経て'01年、在宅療養支援診療所「えびす英クリニック」を開業。'12年に強化型在宅療養支援診療所申請。

えびす英クリニック　院長
松尾　英男

イラスト／長谷川和子