

「町医者日記から」②

望ましい終末医療を求めて 良い死に方を考える（その2）

瀬 賀 弘 行

急死の覚悟も必要

がんの場合は予測不能の急死は多くはありません。それでも肺がんの経過中に喀血のために窒息し突然死亡するとか、大腸がんの経過中に、がんから出血して、出血多量のために急に亡くなるということは、あります。

心臓疾患は心筋梗塞や不整脈など急死の多い疾患ですが、しかし、うつ血性心不全の最期などは、数日から数週の経過をたどることもあります。

脳血管疾患も脳内出血やくも膜下出血など急死の多い疾患ですが、かるい脳出血や脳梗塞の場合は一命をとりとめ、ながいりハビリのあと何年も生存できる方

が多くいらつしやいます。

老衰の場合は、どうでしょう。すこしずつ食がほそくなって数ヶ月で最期を迎えるのが老衰死の典型です。それでも、食べ物をのどにつまらせて、突然死、とか、飲み物を気管のほうに誤嚥（ごえん）してしまつて、肺炎のために、1〜2日で死亡ということもあります。

こうしてみますと、人間の最期のかたちは、まことに、さまざまです。そのなかで、急死の場合には、「良い死に方をえらぶ」などという贅沢は、願ひ得ないことです。ただただ運命に従うより他はありません。ひとは、いつそういう時がくるか、わからないわけですから、これはもう日頃から覚悟を決めておくほかはないでしょう。そういうことも、ありうるのだと。

さて問題はもう一方のほう。死に方に選択肢がある場合です。この場合は、いくつかの代表的な経過を知っておき、このような場合には自分なら、どれを選ぶのか、まえもって考えておくのも無駄ではありません。

老衰で死ぬとき

老衰で死ぬ。だれもが最も希望する死に方でしょう。がんで死ぬときは、正常な臓器が数多く、残っています。心臓でなくなるときも、脳で死ぬときも、まだ「使える」臓器が残っていて、もったいない感じ。しかし老衰となると、ほとんどの臓器が、それなりに限界に近づいているようで、まあ、あきらめもつく。使え果たしました、というわけです。老衰で亡くなるときは多かれ少なかれ認知症を伴っています。はたから見ていると、死への恐怖も、あまりないようです。まさに大往生。それでも今の日本では、老衰だからといって安らかに死ぬるとは限りません。家族は医者から「経管栄養は、希望なさいますか」と聞かれるのが普通です。本人が、まだ認知症にならないうちに、「リビングウイル（生前の意志）」として、自分の意見を書き残しておられれば、それに従います。しかし「リ

ビングウイル」がなければ、家族が選択をせまられます。

この「経管栄養」というもの。よく研究しておいたほうがいいでしょう。老衰きわまって食べることが、もうできなくなつたとき。鼻から胃まで径4mmほどの柔らかいチューブを入れて、その管を通して1日に必要な栄養を流動食として注入します。あるいは腹部の皮膚に小さな穴をあけて、そこから胃に直接、管を差し込んで、その管を通して栄養を入れます。こうして栄養を入れると、平均として2年の延命効果があります。しかし、いかにも不自然な延命治療。いのちが伸びたと単純に喜べない事情があります。延命の2年間に、からだのさまざまな機能が、さらに弱つていきます。まず、からだを動かす筋肉が衰弱して、寝返りが打てなくなります。ひとは3時間も同じ姿勢が続けると、あちこちが痛くなります。介護してくれるひとが親切にも2時間ごとに体位変換してくれたとしましょう。それでも、その体位変換が、快適な体位を実現してくれるとは限りません。望まない体位になることもありましよう。おそらくそのことを反映して、経管栄養のひとたちは、大抵、うなり声をあげるようになり

ます。笑顔が消えていきます。次第に関節は拘縮し、そのための痛みも加わります。表情は苦痛にゆがむことが多くなります。また、ひとは唾液を、ときどきは飲み込まないといけません、その飲み込みがうまくいかなくなると、唾液が食道ではなくて、気管に入ることが多くなり、そのために慢性気管支炎のような状態になります。痰を自分の咳で出すうちからがあるうちは、まだいいのですが、その咳をする力まで弱ると、自分では痰を出せなくなります。介護のひとは、その痰を、吸引チューブで吸引してあげなくてはなりません。鼻の穴から、のどにチューブを入れます。吸引される側は、これがまた苦しいのです。ほぼ全員が顔をゆがめ、うなり声をあげます。

こんな状態で、生きている甲斐があるでしょうか。こういう状態では、ほとんどのひとが認知症の進行のために、家族の顔を見分けることもできず、テレビをみる自発性もなくなっています。たぶん、あるのは苦しみのみ。最期の2年間に、こういう状態でいることを、だれが望むでしょう。わたしは「老衰で食べられなくなったら、延命治療は不要です」と宣言しています。

ガンで死ぬとき

病名告知を受けるときは、大抵、まだ判断力が残っているときです。死の宣告を受けるのは、つらいことです、その死までは時間があるので、自分の最期を、ある程度は自分でつくることができます。医師は、どのような治療の選択肢があるかを説明します。それをもとに自分が決定するわけですが、選択の根拠になるものは、おおざっぱに言うならば、それぞれの治療において期待される余命、その間の生活の質、このふたつです。だれしも命は長かれと祈るものでしょう。けれども、その間、ずっとつらいばかりでは困ります。楽な状態で、すこしでも長く、このふたつを、おり合わせなければなりません。そこには、そのひとらしさというものも、大きく関わってくるでしょう。残っている仕事を何としても完成させたいのか、家族と過ごす時間を、たつぷり取りたいのか、旅に行きたいのか。それらを、はかりにかけて、終末期の生き方を考えます。病院のベッド上で、点滴や心電図や人工呼吸器につながれて迎えるような最期は避けたい。意識があれば、そのような装置は、わずらわしいものです。おだ

やかに、あたかも老衰の最期であるかのように、住み慣れた自宅で終わりたい。しかも、苦痛は最小限にしたい。そのためには、ある程度の治療は必要です。それは痛みを取り除く治療です。モルヒネなどの医療用の麻薬ですね。これは自宅で使用できます。麻薬には注射もありますが、飲み薬、おしりから入れる座薬、皮膚にはりつける貼り薬などがあります。これらのくすりの力を借りれば、病院に居なくても、痛みのない最期を迎えられます。痛みはつらいものです。最期におよんで、ひとは痛みを我慢する必要はないと、わたしは思います。(次号につづく)

(せが ひろゆき・医師・村上市)



86ページの続き

第三章 子どもの貧困対策会議

(設置及び所掌事務等)

第十五条 内閣府に、特別の機関として、子どもの貧困対策会議(以下「会議」という。)を置く。

一 大綱の案を策定すること。

二 前号に掲げるもののほか、子どもの貧困対策に関する重要事項について審議し、及び子どもの貧困対策の実施を推進すること。

※以下、第十五条3、4、5 第十六条、附則を省略

(大滝)