

医療・介護の一隅を照らす

胃ろうから学ぶ 高齢者の医療・介護

胃ろうという専門分野を学ぶことで、私どもは高齢者医療全般についての理解を深め見識を高めることができると思っています。

2001年の初頭、NPO法人PDN（PEGドクターズネットワーク）は、「胃ろう患者を孤立させてはならない」「バリアフリーな医療・介護環境の醸成」を目標にかかげて設立されました。設立当時、本格的な超高齢社会の到来と介護保険制度施行という時代背景のなか、胃ろうによる栄養管理の急増が予測されていました。いま、その予測は現実のものとなっており、推定値ではありますが、患者数は25万人を越えているといわれ、なおも増加傾向にあります。

摂食・嚥下障害は、高齢者の典型的な疾患で、胃ろうは口から食事が摂れない患者にとつて、栄養摂取の第一選択肢となっております。

胃ろうの適用で最も多い脳卒中後遺症の摂食・嚥下障害を例にとれば、急性期から維持期、慢性期へとたどる経過のなかで、「胃ろうの適用」、「安全な手術・交換」、「責任ある長期包括ケア」は、どれひとつお

ろそかにすることは許されません。病院、療養病床、介護施設、在宅療養に関わる多職種の協働は不可欠の条件です。バリアフリーな医療・介護環境がなければ、患者・家族は孤立せざるをえないのです。

厚労省の実態調査から明らかになったこと

昨年、厚生労働省と財団法人長寿科学振興財団の「高齢者の医療の在り方に関する研究事業」で、最初に取り上げられたのが胃ろう造設に係わる実態調査でした。私も検討委員会から、実態調査にたいする提案・発言の機会を与えていただきましたが、前述のPDNの活動目標「正しい適応、安全な手術・交換、責任ある地域包括ケア」に照らし合わせながら、その実態を把握することができました。「正しい適用」では、尊厳ある生命の洞察と安易な造設への疑問、「安全な手術・交換」では、多発する医療ミスの防止、「責任ある地域包括ケア」では、地域連携の不具合や人手不足、医療と介護の垣根の高さと弊害など、今すぐ解決されなければならない問題が実態調査から浮き彫りにされました。この下関PDN市民公開講座は、こうした問題解決のために、長寿科学振興財団の助成を受けて開催されるものです。開催を助成していただいた同財団ならびに関係各位に心より感謝いたしますと共に、PDNは特定非営利活動法人として、責務の遂行に努め、これからも医療・介護の一隅を照らす役割を継続して参りたいと存じます。

2007年11月23日 PDN事務局長 二宮 英温

目次

巻頭言

胃ろう入門 山下智省 6

患者さんと共に歩む医療・看護 古本たつ子 20

小児のPEGの適応と倫理

雨海照祥 46

PEGと小児外科

昔、お寺は病院だった 日本人の死生観と胃ろう 田中正博 62

尊厳ある生命と終末期医療

大田満夫

•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•

83

死に様を自分で決めるために

胃ろうに関するアンケート調査票

統計・解析結果

浦島充佳



99

自由回答意見の分析

鈴木裕

• • • • •

109

胃ろう入門

山下 智省

社会保険下関厚生病院

消化器内科部長

P D N 理事

一. 胃ろうとは

食事以外で栄養をとる方法

口から食事をとれなくなる。普段あたりまえのように食事をしている人には想像しにくいことですが、例えば、風邪を引き高熱が出て食欲がわかない、おなかをこわして吐き気や下痢のために食事がとれないといった状況を考えてみましょう。こんな時でも、人は栄養をとらなくてはなりません。いやむしる病気にかかったときにこそ、きちんと栄養をとらないと



病気は治癒に向かいません。

食事以外に栄養をとる方法には、まず点滴があげられます。水分や糖分の含まれた輸液を直接血管の中に入れる経静脈栄養という方法です。経静脈栄養は短期間であれば問題ありませんが、何ヶ月にもわたる長期的な管理には不向きです。まず点滴をするには病院にいかなくてはならず、たくさんの輸液を行うには入院が必要となります。また通常使用される輸液の中身はスポーツドリンクのようなもので、十分な栄養分が入っていません。

次に用いられるのは鼻から細いチューブをいれて胃の中に流動食や栄養剤を投与する方法です。これは経鼻経管栄養と呼ばれるもので、十分なカロリーを投与することが可能ですが、この方法も長期に行うには薦められません。鼻からのチューブは抜けやすかったり、長い間鼻からチューブが入っていると鼻や食道に潰瘍ができてしまったという欠点があるからで、なんと言っても鼻に異物が入っている状態というのは患者さんにとってとても苦痛です。

では、消化管の働きに問題がなくて口から食事がとれなくなった患者さんが長期的に栄養を取るための最適の方法はなんでしょうか。それは瘻孔（ろうこう）と呼ばれるトンネルをおなかに造って、直接胃の中に栄養を入れる「胃ろう」という方法であるとされています（図1）。

後遺症で食べ物を飲み込むことが困難となった方があげられます。このような状態を摂食嚥

下障害といっています。また認知症でものを食べる意欲そのものが失われた方も胃ろうの対象と言えるでしょう（図2）。

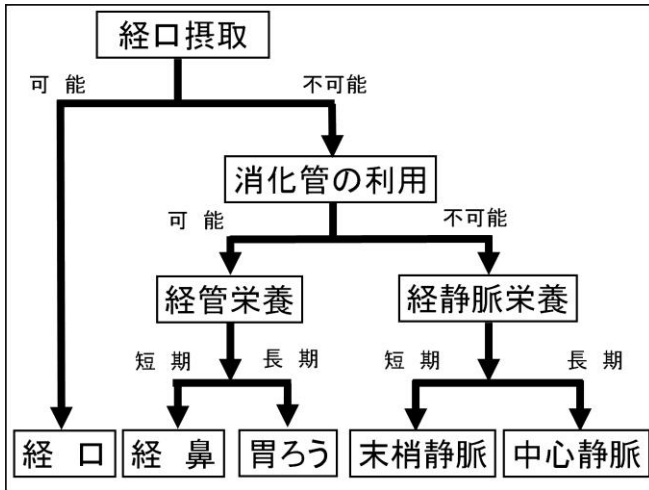


図1 栄養投与ルートを選択

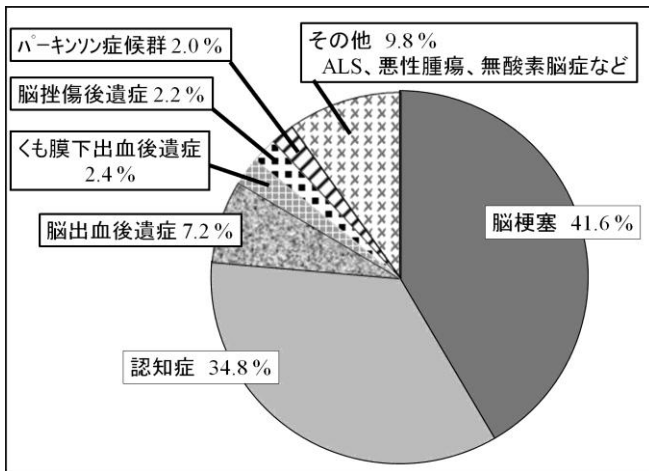


図2 胃ろう造設症例の基礎疾患

胃ろうの歴史とわが国の現状

胃ろうの歴史は新しいものではありません。開腹手術により胃ろうを造ることはすでに十九世紀半ばから行われていたそうです。今日のように胃カメラを用いて胃ろうを造ること（内視鏡的胃ろう造設）が可能となったのは、1979年にガードラーとポンスキーという2人の医師が試み、成功して以来です。最初に内視鏡的胃ろう造設を受けたのは6歳の小児だったようですが、この例のように十分な栄養をとれさえすれば、胃ろうを用いること以外は普通の生活が長きにわたって送ることができる患者さんが、胃ろうを造るのにもっとも適していると言えます。しかし現代のわが国での事情は少し様子が違うようです。

近年わが国ではこの胃ろうで栄養管理をされている患者さんは急増しており、その数は25万人とも言われています。それはわが国が高齢化社会に突入したことにより胃ろうの対象となる脳血管障害や認知証の患者さんが増えていることが主な原因です。急速に普及した胃ろうですが、そのために様々な問題も見えてきました。今、胃ろうの何が問題か、解決すべき課題は何か。以下、このことについて考えてみたいと思います。

——ある日のわが家の食事風景から——

私「お前(家内のこと)ですは死ぬということを意識して毎日生活しておるかな?」

家内「突然何を言い出すやら。そんなこと考えないわよ。」

私「うーむ。でも人間誰でもいつかは死ぬというのは理解できるよな?」

家内「……。」

私「古今東西老若男女、いずれ老いて死ぬという運命を乗り越えた人間は誰一人いないということだ。さらに言えば、人間は生まれた瞬間から死というゴールに向かって歩んでいく。人生とはそういうものだ。」

家内「宗教家のようなことを言うわね。それで何が言いたいわけ?」

私「つまりこういうことだ。僕は毎日患者さんやその家族と接しているわけだけど、自分を含めてその人たちは、人生のゴールとしての死をどれだけ意識しながら、医療を施し施されているのかなとよく考えるわけだ。この意識を持つと持たないのでは治療の方針や内容、そして患者さんや家族が医師に期待することが自ずと異なると思うのだよ。」

家内「死を意識すれば治療方針が変わるというのは、どうせ死ぬんだからと言って治療の質が落ちちゃうということにはならないのかしらね。それを言っちゃあ医者としておしまいみたいな気がするけれど。」

私 「そのところの判断が難しいんだが、やはりそこには患者さんの年齢という要素が大事になってくるんだな。若い人と高齢者では治療内容が微妙に異なるということとは現実にあるわけ。僕が医者になったばかりの頃と比べると、日々診ている患者さんの年齢は明らかに高くなっているから、これは現実的な問題なんだよ。」

家内「じゃあお年寄りには病気になったらあきらめろというわけ？あきらめる年齢はどこで線を引くの？70歳？80歳？90歳？」

私 「まあそう興奮するな。飯がまずくなる。」

（このあたりでうるさくてテレビの音が聴こえないという子供の声が入る）

家内「とにかく死を意識して生活するなんてのは考えられない。そんなことを考えていたら生きていく気力がなくなるわ。掃除も洗濯も炊事も放棄よ。」

私 「それは現実から目をそむけているだけじゃないか。本当にお前は能天気でいいな。」

多少アルコールが入っていることもあって、興奮しつつ気まづくなっている話題は打ち切りというのが結末ですが、さて皆さんはどう思われますか。私派？家内派？どちらでもない？

二. 胃ろうの正しい適応

胃ろうについての研究発表

ある研究結果を紹介しましょう。胃ろうを造った患者さんの追跡調査を行なった結果、造設後の平均生存期間は543.9日で、18.9%が90日以内に亡くなっているというのです（合田文則著「胃ろうからの半固形短時間摂取法ガイドブック」（医歯薬出版）より引用）。せつかく胃ろうを造ってはみたけれども、その後はそんなに長くは生きられないという現実があるようです。

また、最近「ニュー・イングランド・ジャーナル・オブ・メディスン」という著名な医学専門誌に発表された研究論文によると、認知症が進行し、食事をとれなくなった患者さんに経鼻経管や胃ろうを用いて栄養を与えても余命は伸びなかったということです。

これらの研究結果が本当だとしたら、今我々医療従事者がせつせと胃ろうを造っている患者さんの中には、無意味な胃ろうを造ってしまった方が多く存在するということになってしまします。この問題はひとつ真剣に考えてみる必要があります。

幸せな胃ろう

専門的な言い方をすれば、「胃ろうの正しい適応とは何か」を考えるとということですが、これは取りも直さず患者さんや家族にとって幸せな胃ろうとは何かを考えることに他ありません。胃ろうの目的は結局のところその患者さんに質の高い生活水準で長生きしてもらうことにあるのですが、わが国では胃ろう患者さんの大部分が高齢者であるという現実があるわけですから、その適応を考えるときに高齢者医療の問題を避けて通るわけにはいきません。さらに言えばその先にある死という現実には直面せざるを得ないと思います。

私の愚妻は死なんて意識して生活してられないと言いました。専業主婦である彼女は当面それでいいかもしれませんが、高齢の患者さんと毎日向き合っているわれわれ医療従事者はそういうわけにはいきません。そして胃ろうを造ることを勧められた患者さんやご家族は、胃ろうを造ることで残された余命がどれだけ質の高いものになるかを真剣に考える必要に迫られます。ここで適切な判断が下せるかどうか胃ろうが幸せなものになるのか不幸なものになるのかを分けるのではないのでしょうか。

生命倫理と胃ろう

終末期医療という言葉があります。本来この用語は進行癌や治る見込みの無い疾患に罹った患者さんの末期に施される医療という意味で使われますが、余命が限られているという意味では高齢者医療にも終末期といった要素があります。こう考えていくと、こと胃ろうの適応という問題は医学的な判断だけでは解決が難しいということを理解していただけることと思います。

どうやら胃ろうの適応を考える場合、日本人の倫理観、死生観、宗教観にまで思考の幅を広げる必要があるようです。今回の市民公開講座ではいろいろな分野のいろいろな職種の方々にパネリストとして参加していただきました。このディスカッションをきっかけに胃ろうの適応についてぜひ真剣に考えていただきたいと願っています。

—— 再びわが家の食事風景から…… ——

私 「お前はNSTというのを知っておるかな？」
家内 「エヌエスティ？何それ。新手的のケータイ会社？」

私「……NSTというのはだな、栄養サポートチームのことだ。英語の頭文字をとってNST!」

家内「ふーん、それで?」

私「入院患者さんの栄養管理というのはあらゆる治療の基本なんだけど、これを主治医だけでちゃんとやるのは難しいんだな。そこで病院の中のいろんな職種スタッフが集まって栄養の管理を行うための組織がNSTだ。僕はそのリーダーなんだよ。」

家内「家の中のことはいっさい手伝わない、男子厨房に入らずを実践しているあなたが栄養のことなんかわかるの?」

私「それとこれとは話が別だろ。例えば胃ろうを考えてみる。僕が内視鏡を使って胃ろうを造る。そのあと毎日のスキンケアや栄養剤の投与を実際に行うのは看護師だし、適切な栄養剤を選ぶには栄養士の知識が必要だし、胃ろうから入れる薬の管理するのは薬剤師だし……」

家内「まあそうでしょうね。」

私「そのときにそれぞれのスタッフが胃ろうについて正しい管理方法を分かち合っていないと困るだろ? NSTというのは多くのスタッフの知識と技術を結集し束ねて、患者さんや他のスタッフに提供するのが役目なのだよ。」

家内「家の中ではやりたい放題、独裁者のごときあなたに、チームをまとめるような仕事ができる

私「家は家、職場ではちゃんとやってるよ!」ところで、こゝろ胃ろうについては病院の中だけでは話が終わらんというのは分かるかな?」

家内「さあね。(そろそろこの話題に飽きている)」

私「うちの病院で胃ろうを造るだろ。でもその患者さんはいずれ退院、転院していくんだけど、移った先の病院のスタッフがうちの病院と同じような管理をしてくれるとは限らんわけだ。しかも移る先が病院とは限らない。老人ホームであったり、自宅であったりすると、その後の胃ろう管理のレベルを保つのは簡単じゃないんだよ。そのためにはNSTの力は欠かせないんだな。」

家内「...。(あくびをこらえている)」

私「自分の病院だけでも大変なのに、退院後の心配までしなくてはいけないんだから、どれだけ僕の仕事が激務か少しは理解しろよな。」

家内「(あくびで目をうるませながら)それで家に帰ったら何もしないっていう結論ね。」
私「そういう話じゃないだろ。ホントにお前はノーテンキでいいなっ!」

これ以上続けるとけんかになることを予感し、終了。

三. 正しい胃ろうの運用

日本の将来の医療にチーム医療と地域医療連携は欠かせないと言われています。一般の方々になじみの薄い概念ですが、胃ろうをとりまく状況を頭に浮かべればイメージしやすいと思います。それはこういうことです。

胃ろうの対象となる患者さんは長期療養型病院、老人保険施設などの介護施設や自宅にたくさんおられます。一旦胃ろうを造ることが決まると、それらの施設から内視鏡医のいる急性期病院に紹介されます。胃ろうが造られて、特にトラブルが無ければ再び元の施設や自宅に戻ります。胃ろうのチューブは定期的に交換しなくてはならないので、その時には再び胃ろうを造った病院に紹介されることがあります。またチューブが自然に抜けてしまったりといった緊急のトラブル発生時にも急性期病院に運ばれます。

一つの施設で医療は完結しない

このように胃ろうは在宅を含めた複数の施設で管理されることが普通です。これらの施設

の間で胃ろうに対する考え方、管理方法、技術レベルが大きく異なっていたらどうでしょう。それは患者さん、ご家族にとって不幸な事態を招くことは容易に想像できることと思います。が、現実にはこのことは大きな問題として存在するのです。この実態は鈴木裕先生の調査報告の中で触れていただきます。

ひとつの施設で医療が完結する時代は終わりを迎えつつあります。限られた医療費の中で効率よく適切な医療サービスを提供するには、医療圏というその地域内での医療連携の構築が欠かせません。これはなかなか簡単に実現できることではないのですが、私は胃ろう管理を突破口にして医療ネットワークが築かれる可能性を感じています。言いかえれば胃ろうは地域医療連携構築の試金石と言えるでしょう。そしてそのネットワークの中心には患者さんご家族がいる、患者さんご家族も医療チームのメンバーであるという発想が大切だと思います（図3）。

胃ろうの知識を高めよう

これまで私は胃ろうの正しい知識の啓蒙と普及を目的に、山口県内で医療従事者を対象にセミナーを開催してきました。しかし何よりも胃ろうは在宅介護を可能にする技術であるのですから、一般市民の方々にも正しい知識を身につけていただくことが必要です。今回の市

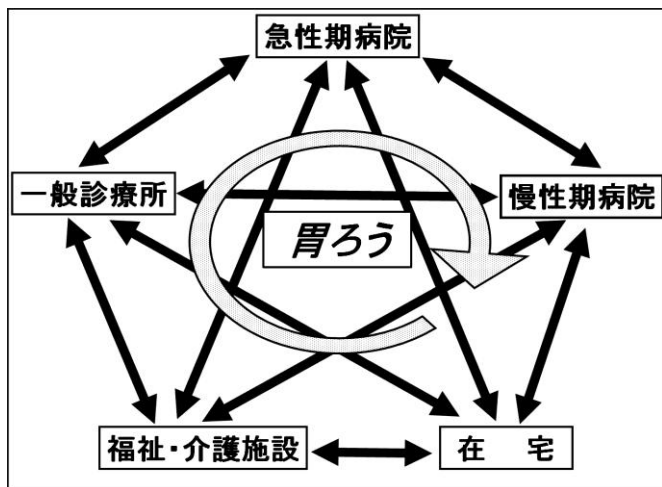


図3 チーム医療と地域医療連携

民公開講座では、広く摂食嚥下障害を取り上げ、明日はわが身という胃ろうの国民的問題を参加者と共に考えてみようではありませんか。そしてこの機会を下関PDNセミナーに与えていただいた厚生労働省と長寿科学振興財団に感謝申し上げます。

患者さんと共に歩む医療・看護

古本 たつ子

特定医療法人社団松濤会 安岡病院

看護師長

一 急性期医療から慢性期医療へ

転機となった2つの出来事

山下智省先生

古本さんは看護師歴28年です。前半の23年が急性期病院、それから後の今日までが慢性期病院の勤務です。…慢性期病院への転機となったのは、何だったのですか。



「命を救ってもらっても・・・」の家族の一言

急性期病院を辞めて慢性期病院に移ったのは、二つの大きな出来事が重なったからです。

一つはある脳血管障害患者さんとの出会いです。

その患者さんは50代の男性患者さんで、脳梗塞の後遺症のため、ご自分が誰なのか分からないという状態になっていました。介護は弟さんご夫婦が看なければなりませんでした。そのご家族に病状説明する折に漏れ出た「命を救ってもらっても、こんなんじゃないよね・・・。」という一言が、私の胸に突き刺さったのです。

患者さんと同じように歳をとっていくご家族にとって、障害を持つ兄を看ていくことがどれほど大変で、深刻なことかと気づかされたのです。

その時までには、患者さんを救命することが私に課せられた使命であると、信じて疑っていませんでした。急性期病院に就職して、そこでの医療・看護しか知らなかった私にとっては、毎日のように、救急・救命患者が搬入されてくる病棟勤務にただ夢中だったのです。

これが本当に自分のやりたかった仕事なのか

急性期病院は在院日数の短縮を迫られていて、2〜3週間程度で患者さんは転院を促され

ます。毎日10人程度の入退院があつて、ベッドコントロールに明け暮れる日々で、ろくに患者さんの名前や顔を覚えられず、自分の仕事を振り返る暇ありませんでした。小さい頃からの夢だった看護師という職業につきながら、これが本当に自分のやりたかった仕事なのかという想いが、心の片隅で頭をもたげていたのかも知れません。そんな時にご家族からのこの一言というのは、非常に衝撃的だったのです。人生の歯車が狂つてはいないか、看護師経験20余年になつて立ち止まつてみる機会になつたのです。

43歳のとき、乳がんを発症

もうひとつの転機のきっかけは私自身のことです。

43歳の時に、乳がんを発症し手術することになったのです。

乳がん検診で偶然に見つかりショックを受けました。それは、乳がんの一番好発年齢にも関わらず、自分には関係のないことと思う自分がどこかにいたのでしょうか。

その日のうちに精密検査をして、夕方には癌の確定診断が出て、一週間後には手術台の上……という息つく暇もないほどでした。小学生の子供を抱えており、今死ぬわけにはいけないという一心で、全切除してもらいました。

人に起こることは自分にも起こる

乳癌の経験は「人に起こることは自分にも起こる」ということを、改めて思い知らされました。特に医療従事者は、日頃病氣の人とたくさん接しながら、「自分だけは大丈夫」というおかしな過信をしているところがあります。私の場合“乳管内癌”という“しこり”のでないタイプでしたから、あの時検診を受けていなかったら、今の自分はなかったかもしれない。それが見つかり無事に手術も受けられて、いろいろな偶然の結果、今「生かされている自分」を実感しました。

そして自分にはまだやるべきことがあるんじゃないかなということ、見つめなおすきっかけとなったのです。命はつながったけれど、いつ終わりが来るか誰にも分からない。いつ終わりが来てもその時に後悔を残さないように、自分にしかできない仕事、納得のいく仕事を見つけないという、あせりとも使命感ともいえるようなものが、自分の中にこみ上げてきました。そしてこれからは、患者さんご家族ととことん付き合って、一緒に悩んで苦しんで喜びを分かち合う…そんな看護をしたいという思いにつながったのです。

このようなことが重なって看護師になって、急性期医療から慢性期医療へ方向転換に踏み切ったのです。

二．慢性期医療病棟は看護の感性を育む

山下先生

古本さんは、それまでガムシヤラに働いてきたが、ご家族の一言で、はたと立ち止まるきっかけができた。患者さんは急性期医療を脱してからの人生の方が圧倒的に長い。退院はしたが、その先をどう生きるか、どう過ごすかということに気づかされたということですね。さて、転勤した安岡病院はどのような施設ですか？

安岡病院の概要

安岡病院は、長期療養型の医療施設で、ベッドは²⁷⁸床あります。緩和ケアが25床、回復リハビリが55床、そして医療療養型の病床が90床、その中に現在私が所属している神経難病の44床が含まれています。あとは介護保険の病棟が¹⁰⁸床あります。その周辺に老人保健施設、老人福祉施設、ケアハウス、グループホーム、高齢者支援ハウスなどがあり、医療・介護・福祉の連携を目指した複合的な施設です。現在、500名を超える高齢者の方たちがおられます。

最初は進行癌患者さんが入院される緩和ケア病棟に勤務しました。急性期病院にいたころも緩和ケアには興味があり少し勉強していたのですが、いざそのスタッフと一緒にやってみると、今までの急性期の医療とは全く違うケアがそこにあることを知りました。

緩和ケア病棟での体験

緩和ケア病棟では、癌そのものの治療に反応しなくなった患者さんに対して、積極的に全人的な医療を行っています。けっして、何もしない所ではありません。最終目標は、患者さんとそのご家族にとって、できるかぎり良好なQOLを実現させることです。良質のQOLを得るためには、症状のコントロールがとても大切です。例えば痛みを和らげるのに麻薬を使いますが、今までに聞いたこともないような多量の麻薬を用いることもあります。そうすることによって、症状緩和を積極的に行うとともに、患者さんの意思を尊重した日常生活援助を行います。例えば最後までトイレに行きたいと言われれば、スタッフ3〜4人がかりでその都度トイレに移動し援助します。患者さんの思いがどこにあり何が大事なのか、そこで私たちのすべきことは何かという、基本的コンセンサスがスタッフの中で得られているので、大変な援助でも実践できてしまう。患者さんと医療者が同じ目標に向かって進むという当たり前のことを学びました。

麻薬に勝る“特効薬”

また脊髄腫瘍の男性で、「あと半年」と告知を受けながら、4年半を生きぬいた方がいました。「信じる心が大事よ。」と笑顔で言われ、あらゆる民間療法をやり尽くし、なおかつ常識を逸する程の鎮痛剤を服用しておられました。それでも起こる耐え難い呼吸困難と痛み。元企業戦士のその方は1日60本というヘビースモーカーで、そんな中でも「タバコを」と希望されるのです。腫瘍のために下半身麻痺したその身体を、3人がかりで喫煙室へ。「何度も面倒かけられないからね。」と言い、立て続けに3本吸われ、3本目が終わる頃には、不思議と呼吸も落ち着き、痛みも和らいでいました。その方にとっては麻薬に勝る“特効薬”があるということ、医学の常識を超える人間の不思議や、希望をとことん支えることで生きる力が湧いてくることを目の当たりにしました。

「する治療」から「いる看護」へ

緩和病棟には、総合病院から転院してこられる方がたくさんおられますが、「飲みみたい時に飲みみたいものが飲める。ここにきて本当によかった。」「ちよっとお待ちくださいという言葉を何度も聞かされてきました。でも、私には待つ時間は無いのです。」と患者さんから聞か

されたことがあります。急性期病院では、余命の限られた患者さんよりも、目の前に運び込まれてきた救急患者を優先しなければならぬ現実があります。後ろ髪を引かれながらも、そばにずっと居られない：看護師を待ち続けながら亡くなっていた患者さんもたくさんいたことと思います。申し訳なかったと反省しました。

癌末期の患者さんを苦しめていることの一つに、「孤独」があると思います。そのつらさを癒せるのが看護ではないかと思っています。癌そのものに対する治療から、居て欲しい時にそばに居る看護がここでは求められます。何もできない自分の無力感で一杯になり、そそくさと病室を後にしていた以前の自分から、そばに居ることだけではできると思う今の自分がいることが、さらに緩和ケア病棟で学んだことでした。

神経難病病棟とは

山下先生

緩和ケア病棟と急性期病院の両方を経験された古本さんならではの指摘ですね。現在古本さんは緩和ケア病棟から神経難病病棟に異動され、師長をされています。神経難病病棟での看護についてお話をしてください。

(中略)

小児のPEGの適応と倫理

雨海 照祥

武庫川女子大学環境学部食物栄養学科教授

P D N 理事

KEY WORD 小児、15歳、キャリアオーバー、嚥下障害、倫理

こどもとは、小児の定義

小児とは「小さなこども」のことですか？「大きなこども」はいませんか？100kgのこどもはいませんか？いるでしょう。でも体重100kgの彼ら、こちらから見ていると大変そうにも見えますが、実際本当に大変な生活を送っているのかどうか、聞いてみたこと



がないからわかりません。意外と楽しい生活を満喫していたりするのもかもしれません。その時々には彼らが置かれた状況をどう感じる。どう受け止めて、どのような生活設計を立て、人生設計をどう組み上げていくのかですからね。ひとの価値観は、その人が決めるもので、その人でなければわかりません。でも意識がなかったとしたら、その人の価値観はどうやってはかりましょう。これは「こどもの定義」よりもっと難しい本稿の最後でもう一度考えましょう。

さてさて「こども」の定義でした。では体重でこどもか大人かって決めますか。違しませんが、私たち小児外科医（そう、これでも一応まだ少しだけ、小児の手術とやらないものを、やらせていただいております：もうちよつとのあいだけ）、あるいは小児科医でも同じですが、「**小児**」の定義が一応あります。それは体重ではもちろんありません。ひげをはやしているかいなかでもありません。ありきたりではありますが、それは年齢によってひとつの線引きをしております。

ではいったい何歳くらいを小児と呼びましょう？ 1歳、3歳、5歳、10歳、小学校まで。だんだん近くなってきました。そうです、ご名答、答えは**15歳**まで。だから中学校卒業までが今の医療では小児としての扱いになっています。

小児医療におけるキャリーオーバー

マッチ・ゴルフの2人だけの対戦で、ホールごとに賞金があり、2人が同じスコアだとそのホールの賞金は次のホールに上積みになる。あるいはある種のサッカーくじも同様で、これらは「キャリーオーバー」と呼ぶそうですね（ちなみにこのカタカナ英語、ネーティブ・スピーカーには通じない、日本人お得意の和製英語だそうです、裏を取っていないのでよくわかりません。しかしいずれにしても、この言葉を日本で使う分には、意味がしつかり通じれば、それもよしだと思います）。

さて実は小児医療にも、この**キャリーオーバー**がございます。それは何も1日入院がのびると、その分経費が上乘せになることをいうわけではありません。その答えは定義と同じ、やはり年齢に関連します。

たとえばここにつぶらな瞳、豊かなイメージネーションをお持ちの根っから明るい「ユタカ君」がいます。彼はただいま「神経芽腫」という、「小児」の固形の腫瘍では日本で最も多い腫瘍と聞っています。ユタカ君は、自分のことを心配するご両親に、向かい、こういいました。

「この戦いは、ボクが立派な大人になるために、神様からボクにくださった贈り物なんだ。この戦いに勝って、ボクはお父さんやお母さんを助けてあげる立派な大人になれるんだ！」

それをきいていたお母さんもお父さんも、ユタカ君のきらきらと光る瞳を見つめているだけで、何も言えませんでした。

さてここで問題です。そのユタカ君が、16歳になって再発のチェックのために、どこに行くでしょう？

- 1 近所の内科クリニック
- 2 住んでいる市の市立病院内科、
- 3 今まで通り見ていただいている小児病院
- 4 先端医療センター

答えは、その置かれた状況によって変わるため一概には決めつけられません。一般的には3番です。「16歳で小児病院、大丈夫なの？」ですよねえ。でももし小児にだけにしか起きらない、大人にはきわめて特殊な病気、その病気の再発徴候が何で、どのような治療を立てて、実際にどうやって治療を進めていけばよいのか。これらすべてが、とても忙しく働いておられる成人医療の専門家には、大変すぎる事なんです。

だからその病気の経験が豊富な小児医療の医師が、15歳という一応こしらえた年齢の垣根

をこえてでも、16歳以上でも小児関連施設の医師が拝見します。これが小児医療における「キヤリーオーバー」なんです。どこにも賞金もくじも出てきませんでした。しつれい。

小児医療におけるPEGの適応

こうした小児医療におけるPEGの適応、要するにどのような病気で、どのようなときにPEGが必要か、の判断根拠の詳細は、今回の下関PDN市民公開講座の生みの親、鈴木裕先生が中心になって立ち上げられたPDNのHPに載せていただいている小文「PEGと小児外科」(53ページに転載)をご覧くださいと存じますが、要するに日本が世界のトップランナーとして世界の小児医療を引っ張る新生児医療の大進歩とともに、ある確率で必然的に生まれてくることを強いられてしまう、たとえば「脳性麻痺」や低酸素脳症のお子さんたち、たとえばひまわりちゃんは、私たちが毎日あたり前のように、ご飯を飲んで飲み込む。それは私たちには至極簡単なことなのですが、これらはいってみれば生きるための最低条件の一つで、彼らはそれができません。

さらに、たとえば脳卒中で倒れた成人の患者さんたちは、大変ですが歯をくいしばってがんばってリハビリをこなし、いつかは飲み込むことができるようになってくることなくはありません。

でもひまわりちゃんは嚥下機能を取り戻すことが、残念ながらいまの医療では実現できておりません。将来の医療の進歩に期待するところ大です。

さてこうした新生児医療の卒業生の患者さんのひとり**ひまわりちゃん**は、PEGによる栄養という、生きる礎を与えられ、生きるチャンスを毎日積み重ね、明日は医療の大改革のおかげで、みんなとお話ができるようになるかもしれないと、思っているのです。

医療と倫理

今日のお話もいよいよ最終段階に入ります。

こうした成人の「がん」の末期の患者さんのような終末期ではないのですが、このひまわりちゃんがもし意識もなくて、周囲の親御さんや親戚も面倒が見られずに、さりとて呼吸感染症を起こしやすい低栄養の状態²などでは人工呼吸器のある施設が必要なのですが、そうした施設は同じような患者さんでごったがえしておりまして、ひまわりちゃんを世話してくれる医療機関が果たしてあるのかを探すケアマネージャーの三ノ宮さんの苦労は絶えません。そこである日、三ノ宮さんはひまわりちゃんのお母さんに相談します。

「どうでしょう？」

お母さんが、疲れ切った顔で答えました

「もう一緒に死にたい。ひまわりちゃんがこうなったのも、妊娠中の私の自己管理にも責任があるのですから…。」

実はほとんどの小児の疾患がそうなのですが、その疾患の発症に、少しもお母さんやお父さんが関係するようなことはないのです、私たち小児外科医が扱うような疾患などでは、とくに。だからこのお母さんが、自分の責任などと思うことは、微塵もありはしないのですが。

さてこのとき三ノ宮さんは考えます。（ここで親御さんが許可を出せば、ひまわりちゃんのPEGからの栄養剤の注入を止めることができるのか？できるとすれば、誰が止め、もし罪に問われるとすれば、誰が何の罪で問われるのでしょうか？）
一緒に考えてみてください。ではでは。

参考文献：

1. 雨海照祥：Dr. 雨海のスーパー栄養クリニック・p111, 医歯薬出版, 2005
2. 雨海照祥：だんべえ先生の栄養診療所「低栄養が感染症を引き起こす」・総合ケア 17(4)：70-74, 2007

(中略)

昔、お寺は病院だった

日本人の死生観と胃ろう

田中 雅博

西明寺住職
普門院診療所内科医師



西明寺と医療法人普門院診療所

栃木県益子町にある西明寺は天平9年行基菩薩草創と伝えられる古刹で坂東観音巡礼の第20番札所です。西明寺には医療法人普門院診療所があり、入院19床の診療所、介護老人保健施設看清坊、認知症グループホーム能羅坊、居宅介護支援事業所金蓮坊、および通所介護事業所中善坊を運営しています（図1）。



図 1. 西明寺ホームページ

Samnlo



図 2. プラトン『シンポジウム』

仏教とシンポジウム

今日の様に基調講演に続いてパネルディスカッションが行われることを、一般にシンポジウムといいます。シンポジウムという言葉の語源は、プラトンが書いた『シンポジウム』（図2）という古典に由来しています。「お酒と一緒に飲む」というのが本来の意味だそうです。この本の中ではワインを飲みながら一つの話題「エロス」について順番に話し合っています。エロスは性愛、男女の愛です。ソクラテスは大きな花瓶でワインを飲みながら話します。「貧困の女神が豊富の神を夜這いして、そして産んだ子供がエロスだと聞いた」と、「だからエロスは父親と母親の間を行ったり来たりしている、不満足と満足の間を行ったり来たりする哲学者だ」と言うのです。もしも、お釈迦様がそこに参加していたら、どう言っただろうかと考えてみました。お釈迦様は愛に関して「苦しみの原因だ」と言っています。ここで「苦」と漢訳された言葉は「思い通りにならない」という意味の梵語です。つまり「思い通りにしたい」という思いから「思い通りにならない」という苦しみが生じる。「思い通りにしたい」という思いを「渴愛」と言います。喉が渴いたときに水を欲するような、そういう欲求が「渴愛」です。愛という言葉は、伝統的にはあまり良い意味には使われてなかったようです。明治以降に外国語の翻訳で「博愛」（アガペー）や「親愛」（フィリア）という訳語が作られて、最近では良い意味で使われるようになりました。

お釈迦様と四つの真理

お釈迦様が説いたのは、四つの真理と言いまして、苦しみ、苦しみの原因、苦しみの治癒、そしてその治療法と、このように医療になぞらえて教義を説かれました。苦、四苦八苦というのが病気です。これは生・老・病・死の四苦、愛する人とも死別しなければいけないという愛別離苦など、そういう苦を全部第八番目の苦にまとめて「五取蘊苦（ごしゅうれんく）」と言います。要するに、「我」という、自己への執着であるとお釈迦様は言われました。これがいろいろなお経に出てくる、色、受、想、行、識という五取蘊苦であり、我という執着の五つの要素の集まりに苦が総括されています。

苦しみが生まれる原因、これが渴愛です。思い通りにしたいという思いです。これには根本的に三つあります。子供を作る生殖に関する欲望、生きていたいという生存の欲望、死にたいという欲望、これは現代生物の三要素（生殖、動的平衡、死）に対応しています。子供を作ること、生きていくこと、そして死ぬこと、人間の設計図である遺伝子の中にこういう本能が組み込まれています。そして、その遺伝子に支配された状態（すなわち輪廻）よりも、もっといい生き方があるとお釈迦様は覚ったわけです。そして渴愛が制御された状態、これを涅槃といいます。そのように渴愛を制御して生きる生き方が仏教です。

二つの平等

自分というこだわりがなくなると、他人を自分と差別しない心、慈悲が生まれます。筏の比喻といいまして、苦の此岸から楽の彼岸に渡るために筏を使ったけれども、向こう岸に渡ったら筏を捨てる。同様に彼岸に渡れば仏教も捨てる。仏教は仏教自身にも執着しない。他の宗教も平等に肯定する、という譬えがあります。また次のような仏教の決まり文句があります。色、というのはこの身体、目に見えるものをいいますが、必ず年をとって病気になるって死んでしまう。これは思い通りになりません。すなわち苦です。思い通りにならないものは、自分のものではないだろう。自分の思い通りになるから、自分のものといえるのだから。苦なるもの、思いどおりにならないものは、我がものではない。この身体でさえ、「我」に所属するものでないならば、我に所属するものなどどこにも無いではないか。我と他を分けるものが無いならば、他人を自分と差別しない、平等という智慧が生まれます。外国語の翻訳という平等と意味が違います。アダムスミス以来の「競争に参加するチャンスの公平性」という平等と「他人を自分と差別しない」という平等、漢字で書かれた伝統的な意味は後者です。

こういった考えから、あらゆる生き方の平等ということで、曼荼羅という考えが生まれます。他を差別しないので多くの宗教が仏教には含まれていきました。弘法大師は、秘密曼荼

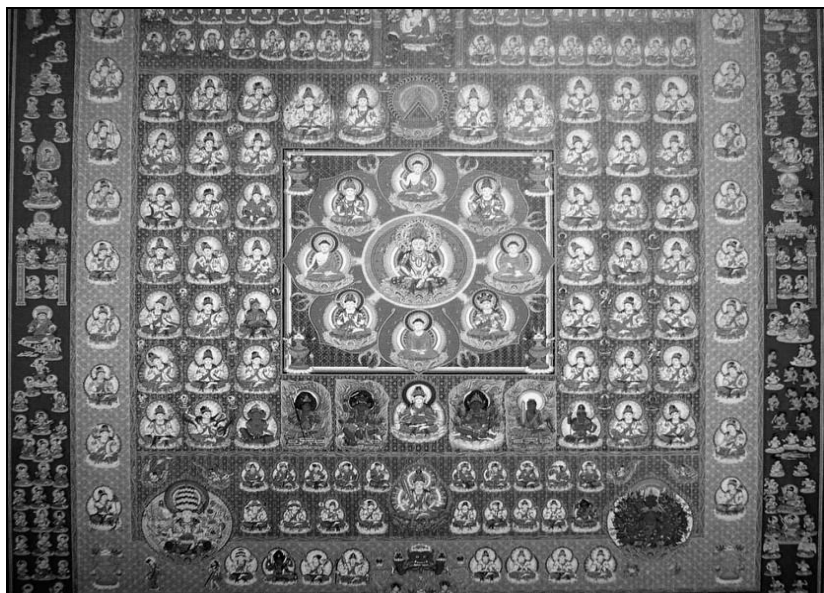


図 3. 曼荼羅

仏教の伝播

羅十住心論という著作をあらわして、無数にある人の生き方を、自己執着を離れた度合いによって十項に分けました。その中心の、自己執着を完全に離れた仏の立場からすると、執着を離れるという執着も無いので、全ての生き方が平等となります。一つの宗教に拘らず、種々の宗教を尊重し、多様な価値観を認める現代日本人の風潮の由来は、このような曼荼羅思想にあるのです。

仏教と医療の関わりは古くからありました。西暦紀元前3世紀に世界で初めて本格的な薬草園を作ったアシヨー力王が、お坊さんに生薬を持たせて、仏教を現代の仏教文化圏に広めました。仏教僧侶は薬で身体

の苦痛を緩和し、仏教で自己存在の喪失（死ぬ）という苦を緩和したのです。仏教僧侶は五明を学習しました。五明とは因明（論理学）、声明（言語学）、医方明（医学）、工功明（工学）、内明（仏教学）です。

西遊記の三蔵法師のモデルとなった玄奘は巨漢の秀才で、軍隊に護衛されて多くの仏教テキストを持ち帰り、その翻訳に生涯を捧げました。玄奘に十年間師事して日本に帰った道昭は社会福祉事業を始めました。その弟子の行基の活動は日本のNGOの原風景ともいわれ、常に千人の人々が参加していたと伝えられています。行基集団は学習と活動の拠点として多くの寺院を造りました。また、日本で最初の官立寺院である四天王寺には、敬田院、施薬院、療病院、悲田院の四箇院がありました。敬田院は学んで修行する道場、施薬院は現代の薬局に相当、療病院は病院、悲田院は福祉施設です。このような施設が日本のお寺の始まりです。そして歴史的に僧侶は看病禅師として活躍しました。また、死を覚悟した生き方である仏教は、死に臨む者と看護の方法儀礼としての臨終行儀を発展させました。覺鑱上人の作とされる臨終行儀『一期大要秘密集』は「身命を惜しむべき用心門」で始まります。治療法がある間は自殺を望まず治療に専念するということです。次は「身命を惜しまざる用心門」で、治療が無い場合には不可能な延命に執着しない。身命を惜しみ、かつ身命を惜しまない、これは、お釈迦様が生存の欲望と死への欲望の両方から自由になると説かれたことに対応しています。そして次に財を離し遺言を済ませます。死に方は生き方に依ります。自己の生き方

の理想としてきた本尊に懺悔し、本尊とのヨーガ、即ち心を集中して臨終を迎えるのです。

秘密と日本文化

宗教という言葉があります。この「宗」と「教」のうち、「教」というのは言葉で伝わる内容のものです。ところが言葉だけではわからないという部分「宗」があります。これは師資相承、師匠から弟子へ受け継がれていくという内容のものです。日本文化のほとんど、茶道、華道、書道、能、俳句、絵画、みな師資相承になってしまいました。本を読んだだけではわからないものが確かにどんなものにもあります。言葉の解釈は追体験によります。例えば「梅干がすっぱい」というのはよく例にされますが、梅干を食べたことのない人に追体験してもらうには「塩をかけたレモン」のようにと比喻を用います。比喻が古典にたくさん出てくるのは、追体験を促すためです。ところが、追体験に深いヨーガの体験を要する言葉、これを秘密と言います。こういう秘密の部分が宗教の「宗」なのです。秘密という言葉が現在、何かを隠すというような意味で使われていますが、本来は違った意味なのです。

「治る胃がんと死に至る胃潰瘍」という皮肉な題名の論文があります(図4)。アメリカから来た医者と社会学者が、日本の大きな病院から小さな医療機関までよく調べて報告しています。そこで、日本の文化の特徴として「曖昧さ」とか「秘密」を指摘しています。このよ

CURABLE CANCERS AND FATAL ULCERS ATTITUDES TOWARD CANCER IN JAPAN

SUSAN O. LONG¹ and BRUCE D. LONG²

¹Department of Sociology and Anthropology, Western Illinois University, Macomb, IL 61455 and

²Coleman Clinic, U.S.A.

Abstract—Japanese patients having terminal cancer are generally not told their true diagnosis. Japanese physicians deem it unethical to reveal a 'death sentence' and the patient's family provides support by reassuring the patient that he will recover. This behavior, strange to many Americans, seems best explained by a symbolic interactionist approach. The Japanese public views cancer as a polluting force leading to death. Family members express their concern in this stressful situation, not by open verbal communication, but by immersing themselves in proper role behavior. The patient also has a specific role in the deception, although he may suspect the true diagnosis. An ironic situation results in that an 'independent' American patient has wider opportunities for support as death approaches, but a 'dependent' Japanese patient faces death alone. As cancer technology changes public images, we suspect that cancer will be more openly discussed. Yet the symbolic behavior that surrounds cancer in Japan today will continue whenever death is seen as prolonged, deforming, and uncontrollable.

図 4. 「治る胃がんと死に至る胃潰瘍」

うな文化的特徴のため、日本の病院では患者本人に本当のことを話さない指摘しています。この文化的特徴ができた背景には社会の中に仏教があったからです。ところが、明治維新の廃仏以来、仏教が社会から除かれてしまった結果、「宗」の部分の欠いて、形式的な曖昧さや秘密が残った文化が現代日本の特徴になってしまいました。

良いものを選ぶ二つの方法「科学と人文学」

では、有効な治療法が有るか無いかの判断はどうしたらよいでしょうか。これには現在「科学」という批判法があります。科学は実験と観測で反証可能性なことだけを扱います。謂わば「世界規模の間違い探し」です。(中略)

尊厳ある生命と終末期医療

大田満夫

九州がんセンター名誉院長
日本尊厳死協会副理事長
福岡記念病院 顧問

はじめに

医学の進歩はとどまるところを知らず、延命医療の技術的進歩は多くの命を救い、長寿時代の実現に大きく貢献してきた。しかし、余りにも進んだ延命措置が不治かつ末期の患者、あるいは回復不能の持続的植物状態患者などにおいて、かえって苦痛を強制し、尊厳ある生活を冒す場面が多く見られるようになった。本来苦痛を除くことが医療の使命であるのに、本人の意思に反して苦痛を強制する無意味な延命措置を強行することは、許されるべきではな



いと考える。尊厳死思想の普及に努力している日本尊厳死協会の立場から、終末期医療におけるPEG胃ろうの問題について申し上げたい。

PEG（経皮内視鏡的胃ろう造設術）の目的

PEGは、経口的に食物を摂取できない場合には極めて有益な栄養補給法である。口腔・咽頭腫瘍、食道癌の様な通過障害があるか、神経筋疾患で嚥下困難のある場合である。ところが終末期においては、嚥下性肺炎予防のためや、管理のしやすさを目的にして、簡単にPEGを施行されることが多い。終末期には患者は食欲がなくなり飲食しなくなる。患者はそのほうが楽なのに、家族のほうはつらいと感ずる。高齢者の嚥下性肺炎も同じ症状がおこる（食欲不振、全身倦怠）。これらの症状はPEGで改善することは殆どない。嚥下性肺炎の大部分は、夜間の不顕性誤嚥によるもので、院内肺炎の87%を占めているからである。嚥下性肺炎の予防には、体位を20度以上に挙上し、うがい、歯磨きなど口腔清浄化に努め、嚥下リハビリに努めるべきで、肺炎球菌が多いので抗生剤と脱水の改善を計るが良い。余命1カ月以内となれば、IVHやPEG、経管栄養を原則として止め、できる限り、経口的に患者の欲しい量を摂取させる。補液はくれぐれも過量にならぬよう！平均500ml／日。終末期患者の新陳代謝の低下に合わせるべきで、その方が患者は楽である。

終末期医療の倫理

1995年東海大学病院の安楽死事件の判決以降でも、川崎協同病院や射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件などが生じている。これらの解決策として、終末期医療のガイドラインが、厚生労働省や日本医師会より出され、また尊厳死法制化議員連盟より、臨死状態における延命措置の中止等に関する法案要綱も出されようとしている。いずれも、インフォームド・コンセントを基にした患者本人による決定、すなわち自己決定権を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則としている。しかし日本では、患者の意思決定のない場合が極めて多く、適応範囲、条件、システム、国民性など考慮すべき問題も多い。

日本尊厳死協会では、積極的安楽死や自殺幫助を尊厳死と認めていないし、認知症も対象としていない。尊厳死とは、不治かつ末期になった場合、患者本人の意思に従い、生命維持措置による延命治療を断り、しかし痛みの除去など十分な緩和ケアを受け、人間としての尊厳を保ちつつ、安らかに自然死をとげることである。

問われる尊厳死と終末医療

図書新聞 2006年8月5日掲載

死に様を自分で決めるために

大田満夫

治癒不可能な病気に冒された患者が、
治療を継続しても

間近に死を迎えざるを得なくなり、
治る見込みのないまま苦しみながら
命を長らえるという事態が出現した。

Ⅰ はじめに

厚生労働省の終末期医療検討会が平成15年（03年）に行った世論調査によると、痛みを伴う末期状態（死期が6か月以内と考えられる）になれば、「単なる延命治療は止めたがよい」、あるいは「止めるべきである」と答えた人が、一般市民では74%、医師は82・4%、看護師では86・5%と高かった。とくに痛みのある場合、多くの日本人は無理な延命治療を望

まず、苦痛を和らげることに重点をおく方法をとるべきだと考えている人は、一般市民で58・9%、医師では83・5%であった。

そこへ、06年3月25日より、富山県の射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件が報道された。日本人、ことに医療人にとってショックを与えた事なので、ここに紹介し、尊厳死との関連について考えてみたい。

（中略）

Sample

胃ろう造設及び管理についての実態調査

高齢社会を迎えた現在、胃ろうという治療方法が健康維持や延命医療にかかわる根源的な問題が様々な形で出てきています。しかし、胃ろうに関わる実態については、よく分からない点が多くあります。

そこで、実態を把握し今後の高齢者医療の在り方について提言するために、平成19年2月から3月にかけて厚生労働省は、胃ろう造設に関係の医療・介護関係者及び患者・家族の胃ろうの実態について調査を行いました。

調査施設は、一般病院、療養病床、老人保健施設、特別養護老人ホーム、訪問看護ステーション、診療所。調査職種は、造設医、担当医、看護師、患者・家族等。合計15対象について行われ、1,400件ほどの回答がありました。

今回は、その報告書の中、浦島充佳先生の担当された「統計・解析結果」と、鈴木裕先生の「自由回答意見の分析」を転載させていただきます。

(以下略)