
命のカルテ 4

がんではなく老衰で
逝った「奇跡の人」

患者:高橋はつえさん(仮名・95歳女性)

病名:乳がん

治療か自然死か 医師に突きつけられた選択

私の患者さんの多くは、余命宣告を受けたあと、「治すための医療」は何も行っていないはずなのに、宣告された時期より半年も1年も長く生きます。中には、もはや絶望的な状態から驚異的な生命力を見せ、2年以上も生きる人もいました。

はつえさんもそんな「奇跡の人」のひとりでした。

私が出会った時ののはつえさんの年齢は、93歳。高齢ということもあり、心臓が弱って心不全になっていました。

患っているがんは、乳がんです。左乳房の腫瘍は4センチほどの大きさになっており、自壊して膿み腐り、患部からときどきプシュッと血が噴き出すほどの出血があるという、ひどい状態でした。また、がんは肺にも転移し、心不全や呼吸困難を引き起こしてもいました。

本人の希望もあり、家族は積極的な治療をせずに在宅看取りをするを選択。桜のつぼみがほころびはじめた時期に、それまで入院していた病院から退院して家に帰ってきま

した。

はつえさんは40代の息子とふたり暮らしでした。自宅に戻った日、はつえさんは散らかった部屋をみまわし「私がないからこんなに汚い部屋になっちゃった。でも、やっぱり家がいいわ」と喜んでいました。しかし病は一向によくならず、日に日に弱っていくような印象でした。

訪問診療では、呼吸困難に対応するために在宅酸素を導入していましたが、それでもやはり毎晩のように心不全や呼吸困難が起きます。夜に突然、息切れのような発作が起こり、あえいで目が覚めるほどの苦しみようで、2度にわたって病院に緊急入院したこともあります。

肺の働きは、空気中の酸素を取り入れ、体内で生産された二酸化炭素を排出することで、心臓も肺も弱っているような状態が続くと、呼吸は弱まり、体内に二酸化炭素が溜まってきます。そして二酸化炭素があまりに過剰になると、最終的には呼吸抑制が起き死に至ります。

肺が弱って亡くなる場合、寝ているうちに呼吸が止まることがあります。実は二酸化炭素には麻酔効果があるため、痛みや苦しみを感じにくくなるのです。このような時には

苦しまずに亡くなります。

通常、呼吸が弱まっているなら、マスク式人工呼吸器をつけ、強制的に呼吸をさせる必要がありますが、このマスクは空気が漏れないように顔がゆがむほどきつく密着させてつけねばなりません。つけ続ければ圧迫された装着部分に潰瘍ができるほど、患者さんに負担が大きいものなのです。また、マスクをしている間中、強い酸素が絶え間なく吹きかかり、慣れるまでかなり息苦しさを感じます。このマスクを使えば、肺の二酸化炭素は確かに抜けますが、それにより麻酔効果も消えて意識が覚醒し、再び痛みや苦しみの渦中に投げ出されることとなります。

緊急入院した病院でマスクをつけた際、はつえさんもやはり苦しさを感じ、「もうあんなものは、二度とつけない」と訴えていました。毎晩のように呼吸困難を起こすはつえさんを見て、「高齢で体力も落ちているため、余命1〜2か月ではないか」と私は考えていました。「もはやいつ亡くなってもおかしくない状況で、大きな苦痛を与えてまで延命する必要があるのか」と思い、自宅ではマスクはつけずにできる限りのケアを行うつもりでした。

ところが、ひとりの女性の訪問看護師が、その方針に強固に反対しました。



マスクをつけたはつえさん。はじめは嫌がっていたが、少しずつ慣れてきた。呼吸困難も落ちつき、散歩が毎日の楽しみに。



息子のはつえさんのために作った在宅医療セット。専門の医療設備をそろえる必要はなく、身近なものを利用すればよい。

「マスクをつければ、もっと穏やかに生き続けられるかもしれない。たとえ可能性が低くとも、ゼロではない以上、試すべきです」

彼女は、毎晩呼吸困難が起きるたびに、はつえさんに献身的に寄り添い、長い時間を過ごしていました。家族を除き、誰よりもはつえさんのことを知っています。

そんな彼女が、これだけ必死に訴えかけてくる……その熱意に負け、「苦しくなった時だけつけるように」と本人や家族に伝え、マスクを置きました。

はつえさんは最初、やはり苦しみを訴え、マスクをつけたがりませんでした。訪問看護師が励ましつづけ、しづしづつけるようになりました。呼吸困難が起こるたびに装着を繰り返したところ、少しずつマスクに慣れてきました。はじめは1日1時間ほどつけていましたが、2か月後には10時間の装着が可能となり、夜寝ている間もマスクをつけられるようになりました。

その結果、驚くべきことが起こったのです。

それまではまさに瀕死といえた、はつえさんの病状が安定。心臓も肺も活力を取り戻し、心不全や呼吸困難の回数がどんどん減っていききました。

しかも、それと比例してなんと乳房の大きながんが、みるみる小さくなっていったので

す。40センチ以上あり、出血していたような大きながんが、8センチくらいにまで縮みま
した。

こうして呼吸がしつかりしてきたことで、マスクをつける時間は逆にどんどん短くなり、
3か月後には2時間だけつければ大丈夫なようになりました。

その後、歩くためのリハビリを行い、在宅ケアをはじめて1年たったころには散歩や旅
行ができるまでに元気になりました。

結局、はつえさんは余命1〜2か月と思われたところから、2年以上生きて、亡くなら
れる直前まで日常生活を送ることができました。最後は老衰で亡くなり、まさに天寿を全
うしました。これは現代の医学ではとても説明のつかない、奇跡といえます。

ただ、理解できないからといって、私に責任がないことにはなりません。

もし、訪問看護師の助言がなかったら……もし、助言に耳を貸さなかったとしたら……
今考えても、ぞつとします。

苦痛を与えない自然死か。

一縷いちるの望みに託し、苦痛とともに治療を行うか。

家族にとっても、医師にとっても、その選択は非常に難しく、深く苦悩する部分です。

もちろん本人の意向をできる限り汲むことが前提ですが、たとえば本人が「もう治療はいらない」といっても、家族の方がなかなか割り切れないことも多くあります。

医師としては、両方の声に耳を傾けつつ、自らの知識と経験を総動員して、最適と思える方をすすめるしかありませんが、はつえさんに関して、結果的に私は、その選択を誤ってしまいました。深く深く反省し、今でも過ちを犯したという事実を胸に刻んでいます。

医師という仕事は、命に関与するという職業柄、間違いは許されません。

しかし医師もひとりの人間であり、いくらベストを尽くしていても、時に過ちを犯すこともあります。そんな時にそれを指摘し、軌道修正をしてくれるのが、訪問看護師などのスタッフです。彼らの存在なしには、在宅医療は成立しません。

訪問看護師は、ケアマネジャーや入院先の病院のスタッフから紹介を受けて選ぶケースがほとんどだと思いますが、契約を交わす前に必ず一度面談を持って、キャリアや熱意を確かめ、もし納得できなければ別の人を探すようにすることをおすすめします。

余談ですが、私のクリニックには、プロの歌手としても活躍している女性医師が在籍しています。はつえさんの介護を2年以上された息子さんは、その医師の大ファンとなり、よくコンサートにも来てくれます。

私たちが在宅医療に携わるものにとっては、ご遺族のその後は常に気になるところです。年月が経ってお会いできた際に、元気であったり、明るく人生を楽しんでいたりする様子に触れることは、とても幸せな瞬間です。私も、自分の講演に遺族の姿を認めると、心がぼっとあたたかくなり、いつも感謝の念に堪えません。

自然に亡くなる、とはどういうことか

100万年前、人間の平均寿命は20数年でした。

しかし、多くの生物が「子どもを産んだら死ぬ」という摂理の中で生きていることからすると、特別短かったわけではありません。その後、文明の獲得や食糧問題の改善などで人間の寿命はどんどん延びていき、70〜80年前には日本人の平均寿命が50代まできました。「繁殖能力がなくなったら死ぬ」ということも生物の世界では当たり前のことであるため、生物学的にみただけの平均寿命の最大値ともいえます。

しかし現代は、平均寿命が80代となって

います。

100万年かかって30年延びたものが、医療の進歩により、直近100年もしない間にさらに30年延びたことになりました。

長生きできる世の中になったというのは、もちろん悪いことではありません。

ただ、死が急速に身近なものではなくなったことで、多くの人が「医療さえあればどれだけでも生きられる」「病院に行けば死は避けられる」というように錯覚し、いかにして生き、いかにして死ぬかということを意識しなくなっていました。

実際、90歳まで生きても「なんで私がか

んな病気になって死ななければいけないのか」という人や、100歳の親が病院で亡くなった時に「1年前までは元気だったのになんで急に亡くなったんだ。病院を訴えてやる」などという家族に出会うこともままあります。

そういった方たちは「命は有限であり、死は全員に必ず訪れる」ということを理解できず、何歳になっても死が受け入れられません。

本来は、繁殖能力がなくなったあとの30年間というもの、子や孫たち次世代のために自分がどのような役割を担っていか生きるか、そしてどのように死んでいくかを考える準備期間です。だから50歳になっ

たら、常に死を意識して生きることが本来必要であると思います。

私の患者さんで、末期がんや難病に侵されていても「神様からのおまけで生かされている」「一日一日を生きさせてもらっていることに感謝です」「生きてるだけで丸儲け」といった言葉を普通にいえる方々がたくさんいます。

余命わずかという時にも、平穏な精神状態でいられるというのは、生と死について深く考え、理解している証です。このような患者さんたちに接することで、私自身もまた勉強させてもらっています。

確かに、愛する人が死にゆくという事実は、大変辛いことです。しかし、必ずいつ

かは別れが訪れるのですから、その時を辛い状態で引き延ばすより、いかに幸せに別れの時を迎えるかを考えることが大切であるはず。

がんというのは、事故などと違い、自分の身体の細胞が自ら増殖するという「自然死」のひとつと捉えることもできます。家族が現実から目をそらし、「まだ生きられるはず」と自己中心的に判断して患者さんの意思にかかわらず、苦痛の中で延命を続けるより、「自然な寿命が近づいてきた」と考えて、まず家族が現実と向き合う覚悟を決め、患者さんのことを思い、やり残しのないように過ごさせてあげる方が、より強く、深い愛情表現ではないでしょうか。

腹水は無理に抜かない

がん患者の苦しみのひとつに「腹水」があります。血管などから漏れ出した血液成分や水分が行き場をなくし、腹腔（お腹の臓器と臓器の間）にたまって腹水となります。健康な時でも常に20〜50ミリリットルの腹水がたまってはいるのですが、この量が異常に多くなると臓器を圧迫し、その働きを低下させます。

腹水がたまると、お腹が膨れ、息苦しさを覚えます。胃が圧迫されて、食欲が落ちることもあります。ですから患者さんは、「お腹が張って痛い」というように訴えてくる 경우가多くあります。

病院では、「苦しければ腹水を抜きましよう」と、すぐに針を刺して直接腹水を抜いてしまいます。中には、何も考えずに毎週腹水を抜いているようなところもあります。そうすると、患者さんも「楽になった」と満足するため、家族も「腹水をすぐに抜いてくれるから、いいお医者さん」と考えがちですが、実は全く違います。

腹水というのは、ただの水ではありません。

実はタンパク質などをたくさん含んでおり、栄養たっぷりなのです。動物のらくだは、必要な栄養を脂肪に変えてこぶの中に

蓄えています。腹水も、吸収しきれなかった栄養をためておく、いわばらくだのごぶのようなものなのです。

それを頻繁に抜いてしまうと、体の中からタンパク質が大量に抜けていくことになります。養分を失った結果、体力もがたつと落ち、それが死期を早めてしまいます。逆に考えれば、腹水をできる限り抜かず、逆に分長生きできるのです。

緩和ケアにおいては、腹水がたまつたことによる苦痛を麻薬などで和らげるとともに、ステロイドで組織のむくみをとって水分が体を上手くめぐるようにしつつ、利尿剤で腹水の中の水分だけを体外に排出するよう働きかけます。

このようなケアで、私の患者さんの8割は、腹水を抜かずともすんでいます。それでもどうしても腹水がたまってしまうと苦しい時は、穿刺^{せんし}して腹水を抜く処置を行います。それは最終手段という位置づけです。なお、腹水や胸水を抜く「穿刺」はエコー検査が行える機材がないとできません。在宅医療に携わる医師でも、エコーを持っていない場合があるため、医師を選ぶ際には確認しておくといいかもしれません。

私の「腹水を抜かない」という方針に対して、病院の治療に慣れている多くの家族は、不満を持ちます。

実際に、家族の方からクレームがつくこ



腹水を抜く様子。
自宅で手軽に行うために、ペットボトルで容器を代用。

ともままあります。

例えば、あるがん患者さんは、病院でしょっちゅう点滴をして、しょっちゅう腹水を抜いていました。点滴で強制的に入れた水分が引き金となってできた腹水を頻繁に抜くという矛盾した医療を受けていたこととなります。

その患者さんの奥さんは在宅でのケアを考えており、相談に来た際、私に「腹水を抜くたびに元気がなくなつて、ご飯が食べられなくなつた……」といました。私が先述のような指摘をすると、奥さんは「そうだと思った！ あんなことをやっていたら絶対退院できないので、家に連れて帰ります」と在宅を選択しました。

そこまではよかったです、在宅ケアをはじめて数日で、東京に住んでいるという息子から電話が入りました。私が出るとかなりの剣幕で「病院では点滴もして腹水もとってくれたのに、何もしないで死なす気か、治療放棄するのか！」と怒鳴られました。

私は「まあまあ、ダメなら病院に戻しますから、まずは1週間、様子をみてください」と伝え、奥さんもあとから「先生を信じているから」と説得してくれたことなどとかおさまりましたが、不信感は相当強かったです。

結果的にその患者さんは、腹水を抜かずとも食欲が回復し、大好きなお寿司を食べ

られるようにまできました。入院している時よりも明らかに元気なその様子に、息子さんも驚き、そこから信頼していただけようになりました。

腹水はできるだけ抜かない方がいいというのは、もはや医学的な常識になりつつあります。安易に抜こうとする医師がいたら、その腕を疑ってかかる必要があります。

緩和ケアに必要な医療行為を知る

在宅酸素療法

在宅で酸素吸入を行うためによく使われるのが、「酸素濃縮器」という機械です。部屋にある空気を使い、高濃度まで濃縮した酸素を作り出すことができます。この機材はリースで日7万〜8万円の費用がかかりますが、医療保険が適用されるため、実際はその1〜3割の負担ですみます。家庭用のコンセントを電源として用いることができ、1か月フル活動させたとしても電気代は1000円程度。騒音も冷蔵庫と同程度です。

酸素量の調整は医師が行いますが、突発的な呼吸困難に対しては、家族からの電話を受け、医師が「メモリを〇〇に合わせて」というように指示を出し、家族が操作することもあります。

また、外出の際の呼吸困難対策として、携帯用酸素ボンベやマスクもあります。停電して酸素濃縮器が動かなくなってしまう際の備えとしても、用意しておく心安ん感が増します。

在宅での酸素療法を開始すると、多くの患者さんは生活の質が改善します。息切れがひどくベッドから起き上がっただけで動

悸を覚えていたのが、携帯用酸素ボンベを持って外出できるようにするところまで回復することもあります。

胃ろう

口から食べられなくなった患者さんのため、胃に直接栄養を流し込む方法です。

最近は批判的な意見が多くありますが、一時的に衰弱している場合であれば、体力を回復させるための方法として悪いものではありません。逆に「胃ろうはよくない」と、けいびけいけいかんえいよう経鼻経管栄養を選択してしまうと、より患者さんの負担になってしまい本末転倒です。胃ろうは、1本流し込むのに数時間かかります。その際、きちんと流れているか家

族が確認する必要があるのですが、長時間みていられないという人のために、シャンプーボトルを使って、胃に栄養剤を注入する方法をおすすめすることもあります。



家族の都合のいい時間にシャンプーボトルで栄養剤を注入できる。ポンプを押すだけで、栄養剤を少しずつ胃に流し込める。

中心静脈栄養

首や胸の大静脈にカテーテルを入れ、高カロリー輸液で栄養を補給する方法です。

口から食べられなくなってしまった患者さんに行いますが、基本的には余命2か月以上ある患者さんが対象です。がんの症状の悪化ではなく、一時的な衰弱程度であれば、患者の体力を回復させることができるからです。

最近の高カロリー輸液は、ビタミンなども添加された30センチ四方くらいの大きさのパックになっているので、持ち運びも便利になっています。

皮下輸液

通常の点滴は、患者さんにとって血管を探すために何度も針で刺されたり、長い時間じっとしたまま過ごさなければいけないなど負担が大きいのはもちろん、点滴がきちんと落ちていないか確認しなければならぬいため家族にとっても不便がありました。また、患者さんにとって点滴が必要でなく、実際は体に水分が足りている場合にも自動的に血管内にすべて入ってしまうため、むくみなどの原因になっていました。

そこでおすすめしているのが皮下輸液です。血管に直接点滴するのではなく、皮下に輸液を注入することで、緩やかに患者さ

んの体内に吸収されていきますし、血管への点滴に伴う痛みからも解放されます。

胸腔^{きょうくう}穿刺^{せんし}・腹腔^{ふくくう}穿刺^{せんし}

胸水や腹水がたまってどうしても苦しいという場合、水を抜くこともあります。

その際、エコーで患者さんの体内を確認しながらの対応が必要ですが、やはり合併症などのリスクも伴いますので、自宅で行う場合は危険性も十分説明したうえで慎重に行います。エコーをもっていない在宅医が担当する場合、病院で抜いてもらう必要があります。



腹水を抜く際に体内を見るエコー。携帯電話サイズでとても小型。持ち運びも可能。