

## 【第5回リビングウイル研究会】

テーマ「最期はどこで—自分らしい終章を求めて」

- ◆開催日：2016年6月18日（土）
- ◆会場：政策研究大学院大学 想海樓ホール

### 【第1部】 協会設立40周年記念対談

「自分らしく生き、自分らしく死ぬ」

近藤 正臣                      長尾 和宏

### 【第2部】 ワークショップ

1. 「後悔しない最期の迎え方」  
井尾 和雄（医師、立川在宅ケアクリニック）
2. 「高齢者住宅で安心して暮らし、最期を迎える」  
宮城島 正行（医師、聖隷クリニック南大沢）

パネリスト：

井尾 和雄（医師）  
宮城島 正行（医師）  
近藤 正臣  
長尾 和宏（医師）

座長：鈴木 裕也（医師、日本リビングウイル研究会副代表幹事）

## 第2部ワークショップ 抄録

### 1. 「後悔しない最期の迎え方」

井尾 和雄（医師、立川在宅ケアクリニック）

みなさん、こんにちは。私は東京都立川市、中央線で特快が停まる所ですけれども、そこで在宅緩和ケア中心に仕事をしています。ほとんどががんの方で最後までスタッフと共に支え、家で看取っています。看取りの86%ががん患者さんです。

病院は治療する場所、死ぬ場所ではない。それは当然のことですけれども今の時代病院が死に場所になってしまっている。これから先は、あまり好ましいことではない。できれば在宅へ戻っていきたい。これが国の方針になってしまいました。地域包括ケアシステムというシステムが国を挙げて始まりました。もう法律も出来ている。これをやらないと、この国は団塊世代が75歳になる、2025年を境として、1年間に亡くなる方たちが、今は130万人ぐらいですけれども、170万人ぐらいになってしまいます。これは大変なことだということで、地域で支えて看取っていくことが国の政策になって、すでにスタートしています。皆さんはその中にもう巻き込まれています。十分にこの辺のことをご存知になって、これからのことを考えられた方がいいと思います。

#### 救急車で救急救命センターに運ばれると

今は主にがんの方々を自宅で診ていますけれども、元々は麻酔の医師で、救命救急にも携わっていました。

自分が救急車に乗ったらどうなるか、その話をします。大学病院などの救命救急センターに患者が運ばれます。先ず気管の中に管を入れ、そして心臓マッサージが始まります。老衰のおじいちゃんにも施します。研修医の1～2年生がやることがほとんどで、下手ですね。もうほとんど亡くなっているにも関わらず、こういうことが、あそこに入れば拒否することはできません。（映像）

今は救急車の隊員さんがこれらを始めてしまいますので、家でこれがスタートします。救急隊員は一切止めることはできません。ストップかけられるのは医者だけです。ですから、ここに入らないようにしてください。それが一番大事。

だけど、家でそんなことが起こった時に、誰が卒業証書、つまり死亡診断書を書いてくれるかということが一番大事。それがなければ、家で死んでいた、大往生した、けどすべて警察が入ります。それが今の日本の現状です。

「家で最期を」と希望される方は多いんですけれども、なかなかそうはいかない。現状は非常に厳しいものがあります。私の患者さんたちのほとんどは「家で死にたい」とおっ

しゃって病院からの紹介でご相談に来られます。自分たちが希望されても、僕にはたどり着きません。紹介状が無くて僕のところの窓口をたたいても、病名が明らかでなければ僕は診ることはできません。外来は一切やっておりません。病院からの紹介で、在宅で過ごしていきたい、在宅で最期を迎えたい、がんで辛い症状「痛い、辛い、苦しい」を和らげたいという方々がやってきます。

### 延命治療を望まない在宅のがん患者さんの事例

事例①余命あと数週間というところで、自宅で最期まで過ごしたいという希望をなるべく叶えてあげるために、ご家族がご相談にみえました。病院をとにかく出たかった、最期はみんなに囲まれて過ごしたかった。そういうことで選ばれた。この方はものすごく地元で愛されている方で、お祭り大好きで、そのお祭りの仲間が、日ごろは通らない、コースの裏側の道をわざわざ通ってくれました。家の前で皆が「がんばって」と声をかけてくれました。それから4、5日後に亡くなりました。みんなに「ありがとう」と挨拶して逝かれました。(映像)

事例②もう一人の方も、私がずっと診ていた方で、ご夫婦お2人暮らし。すい臓がんの末期で黄疸が出ています。お母さんが足が悪い。団地の5階でエレベーターがない。知人に連絡もして、写真等の準備をして、葬儀のことについても全部自分で片付けて、そして最期はホスピスに移られて亡くなりました。(映像)

いま在宅をやっている先生が増えてきていますので、そういう所でお世話になる。そこと縁を結んでおく、繋がっておく、ということが家で最期を迎えたいといった時に一番大事です。

いまこの会場にいる方たちは、年配の方が多く、そろそろ色んなことをお考えで、尊厳死協会に入ったのでしょけれども、本当にちゃんと知っておかないと尊厳死はできません。救命救急センターに運ばれたら尊厳死どころではありません。

だから、しっかりと考えておかなければいけないのは、その過程です。がんだったら、尊厳死は難しいですよ。「痛い、苦しい、辛い」、多いですよ。そういうことを取り除いて、最期は穏やかに、最期は苦しまないよう、そこを望まれていると思いますけど、そこにたどり着くには、予めの準備が必要、情報の収集が必要だと思います。

「どこで死を迎えているか」の調査によると、病院で77・3%、自宅で12・8%となっていますが、これ嘘です。死亡の確認には死亡診断書と死体検案書というのがあります。都会では死体検案書がものすごく多いです。最近は特に多いです。夏場、腐って見つかる。風呂場で溺れて死んでいる。これ、すごく多いです。すべて検視です。これも自宅死の中に含まれています。それは尊厳死とはほど遠い。ほとんどが独居の方ですけども、まあ、これはこれで自分が1人で居たかった結果だから、良い悪いはないですが、しかし、多数の方々にご迷惑をかけてしまうということだけは確かかもしれません。

### 私が在宅緩和ケアを始めた動機

私がこの仕事を始めた動機は父が1995年、阪神大震災の直後に熊本で死んだことです。内科の開業医でした。肝臓がんで、3か月で亡くなりました。その頃は緩和ケアということさえほとんどやられていない、死に場所も選べない時代でした。

その1年後に私の友人が黄疸になって、この黄疸を見つけたのは私ですけれども、また3か月で亡くなりました。最期は私の友人のクリニックに入院してもらって、そこで亡くなりましたが、アツという間でした。

この国には死に場所なんか無い、はっきりと思いました。そこで、ホスピスを建てるために色々動いて、日本、アメリカを見て回って、立川にホスピスを建てることになりました。90%以上、OKだったのですが、最後の最後に地主が「やっぱりそこは人の死ぬ場所だよ、先生」ということで、断念せざるを得ませんでした。

その時、「癌末期の時には自宅で6割の方が最期を迎えたいと思っている」という厚労省のアンケート結果がたまたま目に入ったんです。これだったらお金もかからないし、土地もいらぬ、「じゃあ、やろう」と言うことで「井尾クリニック」を始めたのが2000年です。今後のことを考えて、「立川在宅ケアクリニック」に名前を変え、移転したのが2008年で、今に至っています。



外来をやりませんので、最初はほんとに小さな事務所でした。大事なのは車、大事なのは訪問看護師さんです。それでスタートしたので、ほとんど人を使ってきませんでした。名称変更移転し、いまは医師が7人、自前の訪問看護師が3人、地域で私と一緒に仕事をしてきている訪問看護師さんたちが100人ぐらいになっています。その上、ご自宅まで配達してくれる薬局の薬剤師さんたちもずいぶんと増えて、強力ながんの緩和ケアチー



## 在宅ホスピスの流れ

- ① **自宅で最期まで過ごしたい**
- ② **相談の予約**
- ③ **全例面談 本人・家族の意思・病識・覚悟の確認**
- ④ **当日から訪問開始**
- ⑤ **看取り or ホスピス転院で終了**

Tachikawa 在宅ホスピスクリニック



在宅緩和ケアで一番大事にしているのが、③の面談です。全例、面談をしないと診療は一切始めません。本人の覚悟と家族の覚悟を確認します。病院からの説明不十分という方たちがすごく多いので、「まだ元気です」と言われる方が非常に多いです。元気ではありません。がんの末期は1か月で変化します。なかには1週間で変化します。ですから、看取っていく覚悟があるかどうかを確認する。そうしなければ、救急車を呼ばれてしまうと救命センターに運ばれてしまい、延命医療が始まることになるので、ここが一番大事なところだと思っています。

## 点滴は天敵

### 癌だけではなく末期状態には全て

点滴はしない、中心静脈栄養は減らす  
体が衰弱してきた状態では  
浮腫、腹水、胸水、痰の増加を起こす。  
病院Drいわく

「溺れ死にみたい・・・」

「まるで土左衛門だもんね・・・」

自然な苦しめない呼吸状態のためには  
余分な水分はいらぬ、最期まで口から。

(看取りの極意)

Tachikawa 在宅ホスピスクリニック



人間は枯れて死ぬんです。点滴は最期の段階になったらやっではいけません。病院のド

クターが「溺れ死にだね、まるで土左衛門だね」と言っています。事実です。余分な水分は最期になったら要りません。「日本死の臨床研究会」が2012年に京都の国際会議場でしたが、講演された先生がまず示したのが「日本ではがんの末期患者がベッド上で溺死している」という言葉でした。事実です。これがまだまだほとんどです。

## 年度別看取り患者数

年 別	在 宅	施 設	総合計
2000年	23人	—	23人
2001年	46人	9人	55人
2002年	90人	8人	98人
2003年	123人	21人	144人
2004年	117人	25人	142人
2005年	128人	29人	157人
2006年	165人	24人	189人
2007年	177人	33人	210人
2008年	162人	17人	179人
2009年	167人	15人	182人
2010年	160人	27人	187人
2011年	175人	29人	204人
2012年	197人	23人	220人
2013年	184人	26人	210人
2014年	205人	18人	223人
2015年	241人	26人	267人
2016年5月31日	107人	18人	125人
合 計	2,467人	348人	2,815人

私のところの看取りの患者数は、最近では年間200件を超え、今年(2016年)はもう5月末で125件を看取っていますけれども、これでもまだまだ焼石に水です。看取りのことを考えてみますと、急に死ぬか、慢性でゆっくり死ぬか、この2つしかありません。家で倒れた、道端で倒れた、仕事場で倒れた、これはしょうがないんです。救急車を呼ぶしかありません。問題は慢性、癌末期、脳卒中などでの寝たきり、認知症、難病、この辺は自分のある程度思い通りにはなるかもしれませんが。そこには尊厳死が生きてくると思います。

慢性期で家で死んでいくにはどうしても介護が必要になります。いま言われている地域包括ケアシステムに対して「医療と介護が連携してくれ」と連携を国は医師会に求めています。なぜ医師に連携を求めてくるのか、簡単です、最後の死亡診断書を出せるのは、この国には医者しかいないからです。あと出せるのは歯医者ですが現実的ではありません。警察での検視になった場合、変死ですから、死体検案書になってしまいます。これが医療と介護の連携が必要な理由です。

## 看取りには二通り

- I) 長期戦の看取り  
=寝たきり(脳卒中後遺症、認知症、難病、老衰…)の看取り  
医師会が中心:24時間体制を補完(主治医・副主治医)して看取る
- II) 短期決戦の看取り  
癌の終末期の看取り⇒全人的な専門的緩和ケアが必要  
専門的緩和ケア=症状緩和+看取り=緩和ケア病棟 & 在宅緩和ケア  
団塊世代⇒癌難民増加⇒看取り難民増加

在宅緩和ケアチームが不可欠

Tachikawa 在宅緩和ケアセンター  
Home Care Clinic

看取りには、長期の看取りと短期の看取りがあります。長期戦の看取りとは、長年通院していた自分の患者が寝付いてしまったら、訪問診療を開始して最期を看取る場合です。ここは地域の先生方がもう少しずつ頑張っていけばできると思います。短期の看取りはがんの看取りです。非常に短い期間で看取りになります(平均で1ヵ月、短い方は1日です)。そういう方たちを「痛い、辛い、苦しい」から解放して、最期まで看取っていく。ここには在宅の専門チームが必要です。

## 在宅看取りには3つの覚悟

- ① 家で死にたい**本人の覚悟**
- ② 家で看取りたいという**家族の覚悟**
- ③ 家で最期まで支えるという**医師の覚悟**

看取りには3つの覚悟が必要だといつも思っています。「本人の覚悟」、そして「家族の覚悟」です。もうひとつは、最期まで支えていくという「医療者の覚悟」です。これがいい加減なところが最近、増えています、都会では特に。最期になって看取りにいかない。「救急車を呼んでください」、その一言で終わり。そうすると検視になってしまう。だから一番大事なのは「家族の覚悟」と「医療者

の覚悟」です。それが、家で最期まで過ごして、最期を看取っていくことの極意かもしれません。

## 2. 「高齢者住宅で安心して暮らし、最期を迎える」

宮城島 正行（医師、聖隷クリニック南大沢）

私はこれまでの先生とは立場がちょっと違ひまして、いわゆる高齢者の住宅で暮らしている人がそのままほぼ全員、私が診ているという形の中での話です。どこかの病院でがんが診断されて、そこから関係が始まるというパターンはあまりなくて、それぞれの人が元氣なところから、どういう風な気持ちで暮らし、どういう風に最期を迎えているか、というひとつの選択肢であります。

今日、伝えたい3つのキーワードは、「安心」「助手席」「日本の長男」です。与えられた15分では3つすべて出てこないかと思ひますので、後のディスカッションの時に付け加えていきたいとおもひます。

### 明日見らいふ南大沢 ケア付き高齢者住宅

事業主：東京都住宅供給公社

運営：聖隷福祉事業団



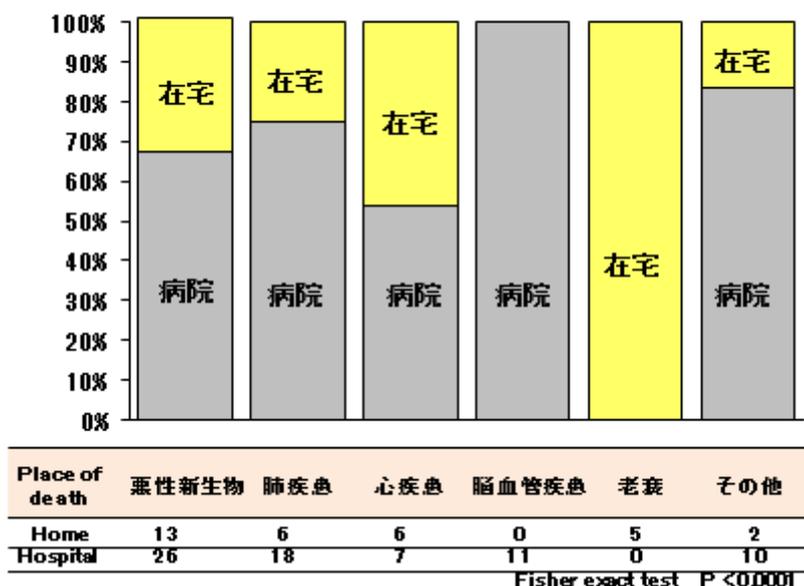
まず、これ(スライド)が私のクリニックが協力機関をやっております高齢者住宅の説明です。東京都が100%出資している東京都住宅供給公社がやっているケア付き高齢者住宅「明日見らいふ南大沢」といって、京王線の南大沢駅のそばにあります。ご覧のようにバブルの時代に計画された建物ですので、400人弱の方が住めるようになっておりまして、大きなテニスコートやゲートボール場、あるいはプールとか、入居者のためのジム、そういったものもありますし、体の調子が崩れた時にリハビリをしたりとか、あるいは療養するための施設も充実しております。

#### なぜ約7割が「病院死」だったのか？

私は2009年、今から7年ほど前にこの施設に来ているのですが、そこでひとつ驚い

たのが、その時点で約7割が病院死だったんですね。東京のフラッグシップであるような建物を建てた東京都住宅供給公社と、日本で一番、二番に大きい社会福祉法人の聖隷福祉事業団がやっても、どうしてこんな結果になっているのだろうと、とても疑問に思いました。

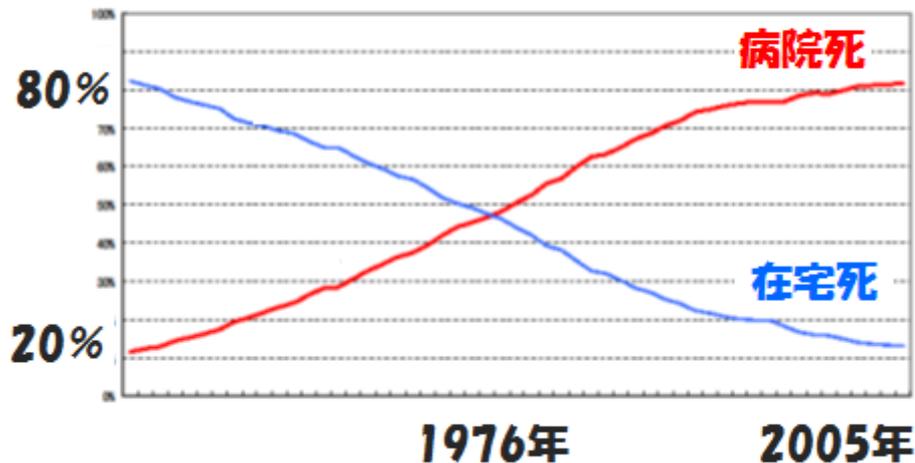
### 死因別死亡場所（～2009.8）



来た時の最初の1か月間で、いままで亡くなった方の死因を調べたり、死因別の死亡場所を解析してみたり、年齢別の死亡場所を解析したりと、色んなことをやってみました。先ほどのスライドのように脳血管障害の診断名の付いている人は、ほとんどが病院で亡くなっていました。従って、そういうことが関係しているのかなあと始めて始めましたが、机の上で死因を解析したり、カルテを読んでいるのと違って、実際の臨床が始まってからは、もっと違う、大きな影響をあたえているものがあることに気が付きました。今からその話をしたいと思います。

これだけいい施設があって、ここを終の棲家と選んだ人たちがいるのに、どうして？ こういうカルテを開くと尊厳死協会の会員証がコピーしておいてあったり、あるいは一文だけ「無用な延命治療は望みません」とか、それぞれの方が意思表示をしております。当然、「リビング・ウイル」という言葉は「延命を希望しない」という言葉と同義ではありませんけど、あまり機能していなかったという状態です。

## 最期をどこで迎えるか？



これは先ほども出てきたスライドを簡単にしたのですが、(病院死と自宅死が)76年にクロスしてから、病院死が異常に増えている。こういう状況の中で私がまず感じたのは、病院の外で最期まで満足する理想の介護、看護、医療を受けるのは難しいと感じている人が多かった、ということです。

「明日見らいふ」というケア付き高齢者住宅は、当然、特別養護老人ホームではないので、住んでいる方はご自由に生活しているわけです。がんセンターに通っている人もいるし、女子医大に通っている人もいるし、と言う風にどこの病院にかかってもいい、ホスピスを予約して亡くなってもいい、という風に、すべて制限がなく最期を迎えることができる状態です。その中でやはり自分の「明日見らいふ」を選択しないということは、その方が考えている理想のことが、ここで受けられないのではないかと、という不安が一番の理由だったようです。



このスライドはインターネットから取ってきたものです。先ほど近藤さんがおっしゃったように、色々な管が入っていて、よくみると手で点滴を抜かないように手がひもで繋がっている。井尾先生も言われていたように、病院に行って点滴治療が始まってしまうと、ベルトコンベア式にこういう状態になってしまうことが多いわけです。

わたしが「明日見らいふ南大沢」に来る前に1年間やっていた療養型病床の所では、8割近くに胃ろうが着いていたんです。一番ひどい時の療養型病院を見てしまったと思うんですけど、8割近くが胃ろうが着いていて、点滴をしている人も1割ぐらい、ほとんどがベッドの上で生活していると、「延命」というのともまたちょっと違って、何と言ったらいいでしょうか、「死が延長している」といった状態でした。こういう状態のことを皆さんご存知ないので、自分で自由に選択できるという時に病院を選ぶ方がやっぱり多かったですね。

キーワード「安心」と「助手席」の意味

## ケア付き高齢者住宅の協力医療機関 の多様な役割

自立期

疾病期

介護期

終末期

物語  
・  
ナラ  
テイ  
プ

予防教育・健康管理

ホームドクター

疾患の早期発見

専門病院との連携

加齢の受容

緩和医療  
看取り

実際に私がやっている仕事の中で、自分の入居者が自立している時、病気に罹る時、衰えてきて介護の時、そして最期の終末期に関わるのですが、でもその前にもたくさん関わるんですね。色んな病気になった時、「どこにかかったら良い？先生」とか。

「安心」をキーワードのひとつに挙げたんですが、どういう意味かと言うと、自立しているところからここまでの間に色んな不安があるわけです。ひとつ、いまの時代特有の不安というのが、インターネットがバーッと入ってきて、75歳以上の方はちょっと取り残されちゃうというような状況があって、いろんなインフォームドコンセントの紙をもらって、例えばCTを受けるときに「造影剤で10万分の1死亡します」とか、そういうのを書かれるだけでも心が震えてしまうような世代が、1人で病気の診断を受けて帰ってきて、「どうだった？」と言っても、ちょっと可哀想過ぎるという感じですね。

私はそういうところですごく力を入れたのが、どこにかかって、何を言われても、全部我々のところに来て教えてくれよ、僕もひとつ輪の中に入れて、みんなでこれからのことを考えよう——ということです。そういう風にして、先ほど2番目の「助手席」です、「あ

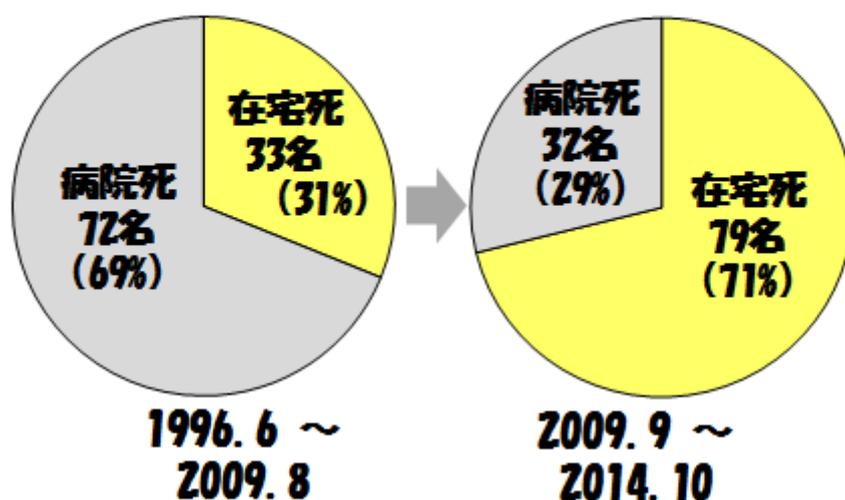
あなたは助手席に乗ってください」と。1人で全部色々なことをやるのは難しいし、情報を集めるのも難しい、職員が付き添って病院で話も聞かし、「あなたはもう少しリラックスして。色々なことをみんなで決めていきましょうよ」ということをやって、そこから先に、実際、年を取ってきて、がんになった人は緩和医療、あるいは老衰で看取りということが、私の色々やっているうちの、そのごく一部です。だけど、ごく一部だったお陰で、この人たちの元気な時から、こんな風にして衰えていったんだなあ、と。近藤正臣さんだったら、「柔道一直線」で有名になって、そして、色々な老人の役をやってきて……、そういうことでその人の色々な物語が分かっていて、そういう関係をもち、いつも話をしていた人間が最期に看取ることができる。

なので、いまここにきて私が置かれている立場というのはとても珍しいし、誰からも逃げられないんですね。ほとんど元気だった人が、そのままこの施設で暮らしていきますので、みんなの物語を見ていける、というような状態です。

そこで私が感じたのは、最期をどこで迎えるかということはずごく大事な話なんですけど、現実的にはかなり主治医の裁量が影響しています。傲慢な気持ちで言っているんじゃないんですけども、アメリカでよく言われる「PLAYING GOD」(神を演じる)ではないんですが、主治医が言う一言、あるいは主治医の考え方で実は最期にどこで亡くなるか決まることが多いと思います。

### 患者、家族の満足する看取りの環境づくり

## 最期をどこで迎えるか？



と言うのはですね、先ほどのスライドですけれども、病院死が約77%とありますが、うちもほとんど同じでした。私は2009年9月からいまの所にいるのですが、それまでは

69%が病院で亡くなっていました。私が来てから病院死は29パーセントまで下がることができました。これはみんなが尊厳死協会の活動をたくさんやったからという訳ではなくて、まずひとつに、医者が、僕が成長したということですね。僕がもし心臓血管外科医だった頃のままだったら、多分まったく違う結果がみられたと思います。だけれども、たまたま運よく療養型病床の現実を知って、そういう所に入る人たちの苦しみ、家族の訴えを聞いて、自分が看取ったほうが良いと本気で思うから、看取る覚悟が出来ていたというタイミングでした。

そういうことのなかで、さらに家族と深いかかわりができます。そうして家族と一緒に色んなものを乗り越える成功体験が続いたために信頼が増えた。そして当然ですけれども、対応できる医療の幅を増やして、できるだけちょっとしたことでは病院に行かない、入院しないでもうちでやってしまう。うちで点滴もやる、エコーもやる、色んなことをやるようにしていくうちに、大分頼って頂けるようになっていった。もちろん看取りというのは、医師が1人で出来ることではありません。病院に長く入院していると認知症になってしまう人が多いので、早期退院を私が画策して、認知症にならないうちに連れて帰ってくる、呼吸器のままでいいから帰ってきちゃう、そしていつも知っているスタッフに囲まれるということによってせん妄が無くなるとか、そういう体験をみんなですることによって、最初はみんな怖がりでしたが、やっていくうちに当たり前になっていって、非常に実力が上がったというか、患者、家族の満足する看取りの環境に、まだ満足はしていませんけれど、だいぶ近づいてきたと思います。

多くの老人ホームがそうだと思うんですが、そこで看取るということを放棄したら非常に仕事が楽なんですね、介護の職員も看護の職員も。急変しそうな人はすぐに病院に送ってしまう方針の老人ホームもたくさんあります。だけれども、(私たちのような)こういうことをやっていくうちに、正しいことをやっているんだという風に考えるようになり、嬉しいことにスタッフも自分から積極的に私と一緒に看取りをしてくれるようになりました。

### 85%が「明日見らいふ」で亡くなりたいと希望

「尊厳死、安楽死、平穏死」、あるいは老年医療学会の「リビング・ウイル」の話とか、私は私の所の講堂でお話して、テーブルの上に載せます。そうすると、そういった話についてそれぞれの考え方が入居者の会話の中に出てきます。これは2年前ですが、「リビング・ウイルと認知症」というタイトルで、自分の所で講演したことがあります。自分がこういう風に認知症になって、がんじゃないけど、ご飯が食べられなくなった時に「どうする？」と聞いたんですね。「胃ろうする？」「点滴する？」。すると今うちにいる人たちは「希望しない」が4人のうち3人。「点滴だけならいい」、「胃ろう」の人はかなり減りました。だいぶ時代が変わってきていると思います。「どこで死にたいですか？」の質問に、うれしいことに85%の人が「明日見らいふで亡くなりたい」と言っています。

こういったことをテーブルに載せたお陰で、自立期の元気な人でも、予め「先生に看取

ってもらうから、この場所で看取ってよ」という会話が明るくできるようになりました。

## SØLUND



このスライドは北欧の老人ホームです。自分の家具を持ち込んでいます。うちの「明日見らいふ」も規模は小さいけど同じように自分の持ち込んだ家具に見守られて、病院ではないのでお酒も飲めて、ある意味、老人にとってとても良い所ですね。

これは(北欧の)違う施設ですが、毎年夏に要介護4から5の人を連れて海に行く。やろうとすればかなり色んなことができるポテンシャルがあるというのが、この高齢者施設です。誰がやるかで決まるんだと思いますけど。この老人ホームの施設長は、デンマークの国会議員で、看護師の資格も持っている人ですが、「やりたいことは何でもできる」とおっしゃっていました。

## OK HJEMMET LOTTE



一人の人がこんな風に簡単に骨折してしまって入院して、入院しているうちに認知症が出てきました。これはいけないと、1週間で私がここに引き取り、うちの方で治療行為を継続して、理学療法士もうちにはいますからリハビリや歩行訓練もやる。そうすることによって認知症の進行も抑えられる。こういうことをやることによって、どんどん看取りに向かっての実力がアップしていく。重症の入居者が増えることによって、いい介護ができるようになっていく。

## 出井さん (仮名)

- 2000年 明日見 入居
- 90歳 女性
- 自宅で尻もち



## ケア付き高齢者住宅併設クリニック 事務スタッフの多様な役割 - より良質な医療をめざすゲートキーパーとして -



聖隷クリニック南大沢  
医療技術事務課事務係  
海老澤 裕子

これはうちの事務の女性です。クリニックの事務の女性が色んなことを試みて、その人その人の「最後に食べたい物」とか、「最期の日はどうなふうに過ごしたい?」とか、そんな話を聞いてまとめたりする。そういうことを元気なうちにすることによって、医療だけじゃなくて色んなことを含めて、「この人は私のことをよくわかってくれる」「ここで看取ってほしいな」という風になり、「知らな

い人たちの所で死ぬのは嫌だ」と選択肢が変わってきたんじゃないかと思っています。

3つのキーワードの最後、「日本の長男」には触れられませんでした。後ほど機会があればお話ししたいと思います。

## ディスカッション

**鈴木座長** 本日、色々な話を聞きました。メインテーマは「最期はどこで」ということです。「どこで」の前に、先ほどのお話で救急車の話が出てきました。井尾さんが某大学病院の救命救急センターに救急車が行ったケースを紹介されました。救命救急センターですから、ドクターの方も命がけで命を救うことがまずは責務ですが。こういう会を開きますと、「救急車はどうしますか？」という質問が非常に多いんです。救急車に乗りますと、行き場所は絶対に選べませんか？

**井尾和雄** 基本は選べません。よくたらいまわしてみたいなことで話題になることがありますけれども、救急隊員は搬送先が決まるまではそこに留まっています。搬送先、1軒目が断られれば、次、次となりますけれども、基本は自分が「あの病院へ」と言っても、その病院が受け入れてくれなければ、そこへは運べませんので、希望通りいくというのはなかなか難しい。

**鈴木座長** 私は埼玉県なんですけど、「〇〇病院に通院中の患者ですので、〇〇病院にお願いします」と言うと、行ってくれるようなところもありますが、如何ですか？

**井尾** なかなか難しいと思います。

**鈴木座長** 地域によって色々とまた違う。

**井尾** 東京は難しいと思います。

### 救急車を呼ぶ？ 呼ばない？

**近藤正臣** やや殺生な話ですね、救急車に乗ったらあかんて。いやいや、しかしね、分かるんですけどもね、私、先ほど、2回ほど乗ったといいましたけど、実は風邪薬とか解熱剤とか、要はそういうものにアレルギーがあるんですよ。発疹が出て、呼吸困難になりますね。これは軽ければ、しばらくたったら治まってきます。でも、舞台なんかやっている時になりよると困るんですよ。そんな時だけ、2回、同じ症状で行きました。で、これはもう、点滴とか胃ろうとか、そんなことは絶対ないと確信をもって行きますから、それはよかったんですね。

**井尾** そういう、今、急を要する、そういう方は積極的に使っていただいていると思いま

す。ただ、使って迷惑な方たち、救急車に乗ればタクシー代がかからない、そういう風な方々が利用されるケースが非常に多い。それはご遠慮いただく方が、重症な方たちの……

**近藤** ちょっと待ってください、ボクの話ではないんですか？

**井尾** アナフィラキシー・ショックということを考えていくと、それは使われてもいいかと思います。

**近藤** でも、タクシー呼んで行くこともできたかもしれない。

**井尾** もちろんそれは判断の差かと思いますが、タクシー呼んで行かれても、それは良かったのかも知れません、自分にまだ余裕があれば。そこらへんはご利用の仕方だと思いますが。

**近藤** 反省します。

**鈴木座長** 反省までいかななくてもいいと思います。この質問は多いんです。やはり急性期の急性的な疾患といいますかね、急な状況なのか、じりじり慢性なのか、ということによって、救急車を使い分けた方がいいと思います。薬の副作用で全身性のアレルギー症状が出ますと窒息死しますのでね。やはり救急車で行って救急措置をしてもらった方がいいと思います。全面的に反省しなくても……

**近藤** 半分、反省します。

**鈴木座長** 救急車で行って、病院も選べないということだと、何か常に自分の病状に関したものを持っていることが必要でしょう。担当の先生の、「自分の病気はこうです。飲んでいる薬はこうです」といったものを。

尊厳死カードですが、私は50歳の時に入会しました。先ほど、これを財布の中に入れるというお話がありましたが、救急車に乗った時に財布はやめた方がいい。我々医療者は、患者さんの財布の中にはめったに手を付けません、怪しまれちゃう。「伊藤博文が1枚足りない」とか、色々なことを言われちゃうと困りますから。定期入れとか、別の所に入れて、「これが目に入らんか」というふうにやっていただいたらいいかと思います。

**宮城島正行** 今回のテーマでもあるように、最期をどこにするか、ということを決めている方。例えば、自宅で亡くなるとか、施設、高齢者住宅で亡くなるとか、決めている方。こういう方が思わず救急車を呼んでしまうというのが、先ほどの「このベルトコンベアに

乗ってはいけませんよ」というお話だったと思うんです。だけれども、高齢者はみんな救命救急しないか、というとそういう話ではないので、私の場合でも、私に看取ってくださいと言っている方が、例えば、突然、脳梗塞か脳出血をやっちゃった時には、私も家族を説得して、救急車を呼びます。そうすると家族は「病院で死ぬことになっちゃうんじゃないですか？」と必ず聞きますけれども、「診断がついたら、うちに帰ってくればいいんだから」というように、救急車を使うことも多々あります。

**長尾和宏** 救急車、本当に難しいと思います。バファリンを1錠飲んで、バーッと顔が腫れて息が出来なくなる。これはもう救急車呼んで助けてもらわなければいけないし。そこそこ元気だったら、タクシーで行ったらいいし。いまここで、心筋梗塞、くも膜下出血だったら救急車ですね。だから、元気な方が倒れたら、それは当然、救急車。今日、問題にしているのは、終わりが近そうな人ですね。末期がんの方はこれはもう救急車呼びません。井尾先生もされているでしょうし、ボクもしていますが、全部忘れてもひとつだけ、「救急車呼んだら、警察来るよ」、それだけを覚えておいて。

問題はがん以外の病気、例えば、肺気腫で肺炎を繰り返して、病院で一時的に呼吸器着けて、また元気になったりする人もいる。あるいは、肝硬変でアンモニアが上がって、意識がもうろうとして、それが終わりなのか、まだ立ち直る余地があるのか。心不全もそうですね。色々治療したら、また元気になるかもしれない。非がん、がん以外の病気の終末期は非常に難しい。入退院を繰り返していて、本当にもうこれ助かるんやろうか、最期、病院になるのか、家になるやろか、医者もようわからん。病院に着いても、医者もようわからん、こういうケース、なんぼでもありますね。

こういう時でも、さっき井尾さんが言われたように、家族の覚悟、本人の覚悟、ここですよね。やってみなければ分からへん。でも、やっぱり、そうなってきたら、延びてもわずかなものだったり、ああやっぱり病院になってしまったと後悔が残ることもある。

病状がかなり悪くなった時の話ですよ、ある程度よく話し合っ、ここからは呼ばないというラインを決めておく。それでも実際は迷う場合があります。これ、現実なんですね。ですから、「呼ぶな」と言っているわけではないんですよ。呼んだらどうなるか、を知ってほしい。救急車を呼ぶということは、ああいうことをしてくれという意味を示すことで、井尾さんが言われたように、始まったものは一切止まらない、誰にも止められない。最近、救急医学会で、こういう場合は止める場合もある、ということはあるんですけど。

### 「医者の覚悟」が問題だ

**鈴木座長** ご自分の病気で、どんな時は救急車、こういう時はあきらめなさい、ということをお話してもらったことが大事ですね。1人ひとり、病状違いますし、年齢も違いますから。なかなか、普通の家族の方では、これ呼んだら助かる、呼んでも助からないのか、

判断難しいと思うんですね。いまのお話で、医者でも難しい場合がある。先ほど、井尾さんから「覚悟」というお話が出ました。追加することはございますか？

**井尾** ご本人はお家で最期までと思われる方が本当に多いです。家族はなかなか受け入れきれない。本人はけっこう受け入れてます。けど、ご家族は色々と不安がある。最期、亡くなっていくところを看取ったことがある方はほとんどいません。そこに覚悟というのはなかなかできづらい。そこをどう我々や看護師さんたちが支援しながらやっていくか、できるだけ応援をしていく。そのうちにだんだん覚悟ができていく、というのが多いですね。一番だめなのは、医者に覚悟がない。それがいま本当に多いです。自宅死が少ない大きな原因だと思います。

**鈴木座長** 医者で覚悟と言っても、医者でない方はよく分からないかもしれませんが、みなさんよくご存知のことをひとつ。昭和天皇の時にものすごい量の輸血を延々と、担当のドクターはもう助からないと分かっていたんですが、ものすごい量の輸血をされましたね。ひとつの反省材料になりました。超有名な映画俳優、足の長い方ですが、某病院に入院して、やはり医者が覚悟出来なかったんですね。最期になった時に「ご臨終」と言えない。死亡宣告が出来なくて、最期、どこで治療を止めたかという、マネジャーが「もう止めてください」と言って、その方の臨終が決まった。これはドクターの教育でしょうね。近藤さんのようにあまりに有名になりますと、ドクターはなかなか「ご臨終」と言えない。

**近藤** 陛下と足の長い役者さんのお話、うかがいました。本当にそういうことがお医者様たちの間で、「それはすべきじゃないだろう」と認知されていっているのですか？

**鈴木座長** それはまだだと私は思っています。こういった会に厚生労働省の人が参加した時には、私は座長として必ず言います、「看取りの教育もしっかりやってください」と。井尾さんもみなさんも望んでいることですが、尊厳死協会としても「医師の教育をしっかりしてください」と言い続けていきます。で、本題の「最期はどこで」なんですけど……

### 「日本の長男」「遠くの長女」問題

**宮城島** 追加で発言させてください。ひとつ例を挙げると、あるおばあちゃんがコーンコーナートのシュークリームが食べたいという。ボクの利用する京王線の沿線の駅にコーンコーナーがあるので、買ってあげて、それを食べました。それから1週間後に状態が悪くなって、90何歳かのおばあさんで、身寄りがない。私にも覚悟があったし、彼女にも覚悟があって、「看取ってください」という状況なんですけれど、ここに誰かが関わってくる

ということがあるんですね。これまで登場していなかった家族、あるいは後見人になって  
いる弁護士さん。いま、おばあちゃんの話をしましたけど、このおばあちゃん以外にも 2  
人ぐらい、ボクは自分が看取ってあげることでできなかった人がいるんです。私は覚悟し  
ていたし、本人も希望していたけれども。

どういう例かという、一度も話したことの無い人が来て、「ほんのちょっとでも可能性  
があるんだったら、病院に連れて行ってくれ」とものすごく強く言うようになる。ボクの  
言う「日本の長男問題」、3つのキーワードの最後です。

日本の長男というのは、ものすごく責任感があって、自分の親の面倒を見なければいけ  
ないと思っています。だけど、実際は面倒をみていない人が多い、仕事が忙しくて。する  
と自分ができる親孝行というのは、なんとかお母さんにもう少し生きていてほしい、お母  
さんになんかしてあげたい、99%だめでも病院に連れて行って何か奇跡が起きるんだつ  
たらやってあげたい、と言う方がいるんですね。私は、家族に「日本の長男問題というもの  
がありまして」と話すんですけど、もし家族の方で来ていない方がいたら、「みんな一緒に  
テーブル囲んでお話ししましょう」、「おばあちゃん、こんな生活して、こうなっている」  
と何回も話し合いをしたほうが良いです。そうしないと「日本の長男問題」が起きてしま  
す。

(お話したケースは)弁護士さんだったのですが、「1%の可能性があるので、その可能性  
を私は放棄できない」と発言された。一度も来たことの無い人、一度も会ったことの無い  
人というのは、やっぱり説得できないです。しょうがなく救急車を呼んで、だけれども向  
こうの先生にも同じことを言われて帰ってくるということがありました。

**長尾** いま、「日本の長男」と言われましたけど、私は「遠くの長男」あるいは「遠くの長  
女問題」と言いますが、最後の最後に、「エッ、こんな人がいたんか」ということがあり  
ました。いま言われたことが起こる。現実日々起こっています。ボクは「あなたさえい  
なければ」と思う訳で(笑)、でもそれを言ったら大変になります。なぜならば家族が訴える。  
日本は本人の意思よりも家族の意思の方が重い。訴えられた場合、(医師が)負ける可能  
性があるんですね。だから、医者への覚悟の話ですけど、医者は怖いんです、訴えられるのが。  
「遠くの長男、長女」がいらっしゃる方は、普段からそういう話をしておかなければいけ  
ないと思います。

そして、医者への教育の中で、いまここでやっているようなことはほぼ皆無と言っていい  
でしょうね。一番大事なことでしょう？ たくさんの方が死ぬこれからの社会で。だけど、  
死は医学でタブー。老年医学というのがありますね。全国 80 の医科大学があって、老年医  
学教室があるのは 20 しかない。そこで教えているのは老人の高血圧の見方。老衰の看取り  
は教えません、残念ながらね。だから看取りとか、ここで話している内容はまったくない  
のが現実なんですね。だから、若い医者は看取りが怖い。うちにもたくさん若い医師がい  
て、「看取れ」と言ってもみんな怖い。看取れない。見たことがない。枯れたところ見たこ

とない。何もしないのが怖い。何かしている方が楽だ。そういう問題があって、なかなか進展しない。「遠くの長男、長女」の問題、そして医師の問題。本人は勉強してエンディングノート書いたり、リビング・ウイルやっているわけですね。50代、60代の方が親を看取る時代になってきますから、ぜひ考えていただけたらと思います。

**鈴木座長** 遠くの方に居て、自分のことをあんまり面倒みていない子供がいたらよく教えといてください。最後に変なこと言っちゃあいかんよということです。

**井尾** ですから、全員と面談しないと在宅の緩和ケアは始めません。一番は、やっぱりご本人の意思よりもご家族の方が大事です。納得されないご家族がいた場合、面談が2回、3回になっていくこともあります。全員とお話して、そのうえでスタートしていく、そういう形をとっています。

#### 在宅看取りが難しい場合はないか？

**鈴木座長** 在宅できちんとドクターがやれば、病院に行かなくても最期、看取れますかね？ どうしても在宅では無理な、ほかの病院で医療を行わなければこの苦しみは取れない、ということはないか？ 井尾さん、長尾さんは在宅でやっていますが。

**井尾** うちではありません。病院の方がひどいです。緩和ケアに関しては、申し訳ないですが、病院に点数はあげられません。緩和ケア病棟はしっかりしてますけど。病院の緩和ケアチームに点数をあげることはできません。

**長尾** はっきり言われましたけど、その通りです。ほんまにえらいですよ、治すことしか考えていない。緩和ケアという概念がないです。だから麻薬の使い方の基本のキの字ができていない。井尾さんの所は面談をきちんとやっていますから、がんの末期の人はほぼ100%看取ってはると思うんです。

**井尾** 99%です。

**長尾** うちも90%ちょっとです。ちゃんとやっている所は、これが普通なんです。9割以上は当たり前という世界です。7割以下は緩和ケアの技術が下手ということ。井尾さんがさっき言われましたが、現実にはもっと質の低い、その気のないお医者さんがいることも現実なんだと思います。色んな人がいる。

**近藤** わかるんですけどもね。井尾さん、立川から半径16キロに住んでいなかったら

だめなんだと。

**井尾** 一応、それが国で決められた訪問範囲、往診範囲という規定がありますので、一応その中で仕事をしている。たまに飛び出すことはあります。

**近藤** そうすると、私が井尾さんの所で「最期、お願いします」と言うと思ったら、移り住まなあかんということですね。そこに一番簡単に合わす方法ですね。

**長尾** 井尾さんの所にもいるでしょう、うちもいます。うちの近所に住んで看取る人、なんぼでもいます。東京から来る人もいますよ。

**近藤** そんなえげつたような言い方を。(笑) それは分かります、そうでしょう。宮城島さん、すみません、先ほど、「竜」を前につけたら「竜宮城」やなんて言うて、ごめんなさい。宮城島さんの所に入らんことには同じですよ、私は何の助けも受けられないですよ。

**鈴木座長** 「竜宮城」には、夜間は看護師さんはいないんですよね？

**宮城島** 看護師さんは夜間もいます。特別に人件費をかけていることによって色々ないいことができているところです。

**近藤** 入る時にいくらぐらいかかるんですか？ みんな聞きたいじゃないですか。アバウトでいいです。

**宮城島** 入居した時期によって違うようです。最近は、年齢が高ければ高いほど安くなったんですね。東京都住宅供給公社が設定していて、安くなったといっても、300万円とか400万円とかいう額よりは上です。私は住宅供給公社の人間でないので、あまりいえませんけど。

**長尾** 近くに「億(円)」とかかる所があるんですけど、「億(円)」かけても「竜宮城」にならない所があれば、入居時ゼロ円、毎月16万円程度で「竜宮城」みたいな所もあるんですよ。だから、お金じゃないんです、中身ですよ。

### 看取りをする施設の見つけ方

**近藤** そんなこと言われても、どうして分かるわけ？ 「お金じゃないんです。中身です」

って、知らんもん。

**鈴木座長** 大変いい質問です。

**長尾** 週刊朝日が『自宅で看取るいいお医者さん』というムックを出していて、それに全国の在宅支援診療所の看取り数とか出ています。

**宮城島** 「竜宮城」という言い方でもいいですが、その「竜宮城」では「どれくらいの人を看取っていますか」と質問することです。雑誌とか色んなものを見ても、分かんないです。実際に行って色々とみて、そういう風にして決めないと。写真なんかで決められるもんじゃないです。ひとつ注意してほしいのは、「看取りをやっていない」と誇りをもって言う「竜宮城」だった場合は、自分がいつまでいられるか、実は分からないということです。

**長尾** 施設の看取りはブラックボックスで、いま、ドクター別の看取り数は出るんですけど、施設ごとには出ないんです。「やってます」と言うけど、やっていない所もある。「やってます」と言われたら、「年間、何人ぐらいですか?」、あるいは「これまでどれくらいの方が?」という聞き方もあるかと思いますね。本当言うと様々。

特別養護老人ホームや老健や、先ほど鈴木さんが「グループホームは看取りに適さない」と言われましたけれど、実際、私が知るところでは、ほとんど看取ってます。で、一方、企業方針でまったく看取りをしないグループホームもあるんですね、確かに。

**近藤** 尊厳死協会に電話して、そんな所ないかと聞いたらだめですか?

**鈴木座長** 尊厳死協会としては、受容医師という、尊厳死を認めるドクターをリストアップはしていますが、まだ十分ではないと私どもは思っています。自分で診療はしていないけれども、方針として尊厳死に賛成だという人も交じっていますので。これから全国地域別にそういった情報をしっかり作って、全員の方に紹介できるようにしたいと思っています。もうしばらく元気になっていただいております。(笑)

**井尾** 先ほど近藤さんから出たご質問ですけれども、在宅で看取りを増やそうという方向性に、この国はいまなっていますので、在宅で看取る先生たちを増やそうというのが国の方針ですから、これからは増えていくと思います。ただ、がんの方に関してはなかなか情報がない。そんな時は連絡してください。ボクが探してあげます。在宅ホスピス協会というのがあるんですけど、そこに登録されている先生方というのは、だいたいはがんの方たちを在宅で看取っている。そういう情報をしっかりお持ちになっておくことが大事かもしれません。

**鈴木座長** 質問したいんですが、在宅で看取るにあたって、ひとつには色々と体の苦しみが出た時に、麻薬の使い方次第ではなんとかなるんじゃないかというご意見を、壇上の方はおっしゃるんですが、実際はまだまだそこまでいっていないと思います。在宅で一番看取りづらい条件といいますか、在宅での看取りはパーセントからいうとまだまだ低いわけですから、何らかの事情で病院に行っていると思うんですが。

**井尾** ひとつは疼痛コントロールがあります。それが十分できるドクターが育っていない。もうひとつは、食べられなくなった時。最期の最期、それからの対応、本人は苦しくないんですが、ご家族がどうしても「食べられない、飲めない」を何とかしたい。「何とかしてください」という方が多いので、その辺をどう乗り越えるか、どういうふうにご家族に説明していくのか。その辺が在宅で最期まで診ていくときの一番大きなポイントかもしれませんね。

### 食べられなくなった時の栄養補給

**鈴木座長** 3人の方々にお答えいただきますが、患者さんが食べられなくなった時に、栄養を与えれば元気になる方もいれば、栄養を与えるのは無理とか、色々な病状があると思いますが、栄養補給をするかしないかのところは、どう見分けるのかとか、どんな方針で、この方はこのまま食べられないので静かに看取りましょうとするのか、何らかのことをするのか、に関してお1人ずつ。

**宮城島** 多くのがん患者さんで困るのは、食べなくなる人。だんだん食べなくなる人を10人ぐらい抱えています。まず、ボクがやるのは、一番好きなもの、お寿司、ウナギ、何が一番好きなのかを決めて、それをちょっと食べようと。本当に何も食べなかった人がウナギとお寿司を食べて、1年以上生きている人がいるんですね。うちは病院じゃないので、「一番好きなものだけをずっと食べましょう」と。それでも、また食べなくなる時が来ます。その時にご家族に言うのは、「ご飯食べなくなるということそれだけが病気なんじゃないよ。人間、ご飯食べないとおかしいでしょ。人間、ご飯食べなくなるということは、飲み込む力が弱くなったり、飲み込もうとしても苦しい思いがしたり、あるいは気管に入っただけで苦しい思いをしたりすることを繰り返しているうちに、本人、口を開けてくれなくなっちゃうんだよ」と。「人間が色々な機能が落ちていくうちのひとつだから、これから色々なことが起きていくよ」とお話しするんですね。

点滴やると溺れてしまうという話が、井尾さんと長尾さんから出てきましたが、ボクも一時期、心臓血管外科やっていると、すごく点滴も好きだし、色々な技を持っているから使いたいんですね。だけど、そんなことはもうやらない。で、ちょっとだけ点滴を入れて

みましよう。これで元気になる人もいるし、これが刺激になって、2、3日したらまた食べるようになる人もいる。が、実際、点滴をやめた方が、やめてから食べる人をたくさん見てきました。点滴をやるとしても、昔、大学生に教えるみたいに、1日1リットルの補液を入れて、おしっこを700CC出さなきゃ、カロリーの維持ができないとか、という目的でやるんじゃないくて、ひとつの刺激としてやってみましようと言っていて、やってみる。だけでも延々と続けることはしない、というふうにやっています。

お陰ですらね、同じことばかり言っているんで、職員も分かっている、血液検査でアルブミン値を計って、そういう方ですと1.9とか2.3とか。3が正常値なんですけど、体の栄養を示す指標が半分以下なんです。そうすると職員も「1.9か、じゃあ点滴してもむくむだけだなあ」と。そういうふうに分かるので、チーム全体がそういう方に対する対処が上手になって、「ちょっとだけ点滴やってみよう。これずっとやったらぶくぶくになっちゃうからね」とか、ボクのいないところでも、ボクが言うことと同じことを言ってくれている。

ご飯が食べられなくなった時というのが、ひとつの、天国へ行く準備を始める、旅立ちの準備が始まっちゃっているんだというふうに、みんなが思っていて、決して病気というふうには考えないように言ったと言いますかね、そういう雰囲気です。

### 点滴、胃ろうをどう考えるか？

**長尾** 日本人は点滴が大好きです。家族に医者とか看護師がいたら、特に点滴、点滴というさいわけですけども、これは東南アジア全体、台湾もそうでしたし、南米ペルーの方もそうでしたね。最期、点滴受けて死にたいみたいな文化があつて。で、点滴ゼロだったほうが良い場合が多いですけど、でも、実際そうやると、「餓死させたんじゃないか」というトラウマが家族に残る場合がある。私の場合は、1日200CCに、ステロイドを入れてやる事が多くて、折衷案ですけど、末期がんの場合ね。

一方、いまですら、『がんでは死なないがん患者』という本がベストセラーになっています。藤田保健衛生大学の東口高志という、栄養学の一番偉い人なんですけど、その人が書いている。がん患者はがんで死なない、栄養不足で死ぬ。これはちょっと言い過ぎかなあと、本だからそうなるんですけど。ある程度、元気なうちはまだ余命があるんだつたら栄養も大事です。でも、本当に近くなって痩せてきたら、食べたい物をちょこっと食べる。大事なことは最期まで食べられる。枯れていくと入りますからね、自然と。それが管だらけになったら、食べようがないから、あれは。だから人間は最期まで食べたいものをちょこっと食べる。これを大事にしていきたいですね。

近藤さんみたいに枯れていくのもよしという人はほとんどいませんから。辛い、辛いというけれども、辛いなかでも食べる喜びを最期まで大事にしようという文化。そのためには、うちは栄養士とか、看護師の在宅栄養チームですらやっていますけど、そういったこ

にも「食支援」、食べることを支援する。これはがんでなくて、老衰の人もみんなそうなんですけど、そういった時代になってきたのかなと思います。

**鈴木座長** 西行法師の話をされました。あの方は、平安時代末期の方で、北面の武士で、不倫関係で出家して、そして最期、断食をされたわけですね。ただ、当時の70何歳でしたか、そういった年齢になって本人が納得すれば、何もしなくても静かに逝ける。近藤さん、そこらへん、狙ってますかね？

**近藤** いえ、断食は無理です。食べられへんようになったらあかん、もう死んだほうがええわ、ここは直結するんですよ。食べられるのに食べんと死ぬのは、オレはできないです。「ウナギ！」とかいっぱい言いますもん。お寿司もいいですね、お蕎麦も……

**鈴木座長** できれば、酒をつけたいですね。

**近藤** 酒、飲めないんですよ。

**鈴木座長** それは残念。よく「胃ろうはお断り」と決め込んでいる方がいますけれど、年齢とか病状によっては、胃ろうで栄養をつければ、まだある程度は元気で家族と話ができるという場合は積極的にやれるわけですね、3人の先生方。

**長尾** 胃ろうは使い方ですよ。特に神経難病ですね。パーキンソン病とか、一時的に胃ろうで元気になる、口から食べられて元気になる人がいる。それから脳梗塞とかですね。しかし、いま問題になっているのは老衰、それから認知症の末期。この胃ろうが問題なんで、これらには胃ろうは要らないと私は思います。胃ろうが良い悪いではなくて、どう使うか、胃ろうという優れた人工栄養の方法をどう使うか。いま困っているのは、胃ろうはいやだけど、鼻からチューブにしてくれという人がものすごく多い。あるいは、胃ろうは嫌だけど、高カロリー点滴してくれという人がものすごく多い。まったくおかしいというか、ナンセンスなこと、困ったことやなあと思ってますけどね。胃ろうに対する正しい理解が必要で、胃ろうを全否定しているわけではない。

**鈴木座長** すべての治療方法というのは、最初からいい悪いというものじゃなくて、どういう目的でその医療行為を行うか、ということですね。それで、するしないを決めていく。先ほど点滴の話が出ました。遠くの方から娘やなんかが来た時に、食べられないのに何もしていないというのは、なんとなく具合悪い。先ほど長尾先生が200CCといいました。普通、点滴は1本500CC。あれだとたいしたカロリー無いので、そういったもので水分を十分補給していくと、足りないカロリーの分は自分の体を食べて生きていくもんで、

最期、やつれて骨と皮になって、告別式の時にお棺のふたを開けた時に別人のような顔になっている。あれはやめたほうがいい。200CCならば生命維持にはそんなに影響しないので、静かにあの世に逝ける。200CCというのは大事ですね。1000CCとか、1500CCにしちゃうとまずいですね。

**長尾** 私の個人的なやり方ですと、200CC以上はやりません。500CCとかやっている在宅の先生もけっこうおられますが。

**鈴木座長** 500CCやっちゃうとちょっとね、まずいですね。

**長尾** ただでさえ心不全でバクバクしている。とどめを刺してしまう場合がありますね。200CCだと、枯れ木にちょっと水をやるように、ちょっと元気になる場合があって、200CCでも「よかった」と言われる場合があって、個人的にはちょうどいい量ではないかと。純日本的な発想なんですけどね。

**井尾** 点滴の件は、私はまったくやらないというわけではない。病院から点滴をやりながら帰ってくる方たちが多い。そういう場合、点滴量が多すぎます。そんなことになって体はむくみあがっているものですから、そういった時は十分話し合って、「減らしていきますよ」と。最低限、500CCぐらいですね。それでも多くなってくるともう少し減らします。それと、どうしても何もしていかないことに抵抗のあるご家族は年に数人います。そうすると、私たちは24時間で皮下点滴をします。それをやると、ご本人も楽、本当は楽じゃないんですけど、一番は家族が少し満足される。でも、少しやり過ぎてしまうと、水がたまっていきますので、「こうなるよ」ということを十分お話して、むくんできたり、ちょっとゼイゼイしてきたら、「もうやめましょう」ということで、納得してもらおう。そういうやり方です。

**鈴木座長** 点滴は患者さん本人のためではなくて、家族がやはり何もしないで見殺しにしたという気持ちになってしまうのを防ぐため、家族のため、手持無沙汰で何もしないで間が持てないドクターのため、とよくそういうことが言われているんですけどね。

**井尾** それはないですけどね。

**鈴木座長** ちゃんとした所ではそれはないんですが、一般病院に入りますと、尊厳死のカードを見せてですね、「これが目に入らんか」、「分かりました。それじゃあ、何もしないのもなんですから、ちょっと点滴1本だけやりましょうかね」と言われると、ご家族の方も「ええ」と言われるんですね。それで500CC入れると、けっこうもっちゃうんですよ。

するとやせ細って自分の体を食べて生きていくということになりますんで。ちゃんと看取れるドクターは、点滴なしでも十分看取れるということですね。近藤さん、何かありましたら。

### しっかり勉強して十分な備えが必要だ

**近藤** 色々とお話を伺ってて、結局、私たちは尊厳死協会のカードを持つことで得られる安心感というふうなものとか、その後ろの組織やなんかにおっかかれるとか、色々なちょっとした手軽な希望があって入会しているんですよね。それはほんのちょっとした効果しかないよってということが、ある意味で、今日の御三方の話を聞くとですね、本人の努力、家族の努力、理解、できたらちょっとお金もみたいな、そういうことがちゃんとわかっていないと、カードだけの安心っていうのは、「うわあ、迂闊だったな」という実感がありました。

もうひとつ、今日、座長も含めてなんですか、関係者の方々も多くがそうでしょう、このお医者さんたちに出会えたのは、ある意味、ボクの医者不信の一部を少し薄めてくださって、内心ちょっとホッとした感があります。それは本当にお礼申し上げたい。こういう方々が医者として職業を全うしているんだと思った時に、本当に気持ちは嬉しいです。ありがとうございました。(拍手) あとは私の努力です。

**鈴木座長** 今日は「最期はどこで」ということですね。自分たちの終の棲家といいますか、死ぬ場所をどうするかということですが、今日のお話をうかがっていても、ドクター側の方は勉強というか変わらなければいけないところがある。それから、いま近藤さんがおっしゃったように、尊厳死カードを持っているだけでは安心できない。「これが目に入らんか」と言っても、それだけじゃなくて、それを持っている方も色々なことを勉強して、色々なケースを考えて備えておくことが必要かなと感じます。

医師というのは、先ほども言っていましたように、専門バカが多いんですよね。世間を知らない。医学は知っているけど、ほかのことは知らない。冗談ひとつ言えない、分からない。実は昨年、私、ちょっと某病院に入院して、明日が退院という時に、隣のセブンイレブンで日本酒を買ってきて、一杯、お祝いに飲むかと、夕飯の時に飲もうとしたら、看護師さんが「病院で飲むんですか」と。飲んだっていいじゃないですかね。主治医を呼んで、主治医まで「先生、病院ですから」。これはおかしいです。

**近藤** おかしい。

**鈴木座長** おかしいですよ。昭和18年と17年生まれの同世代ですから、意見も一致しますけれども、やはりもう少しやわらかい頭をもつて、患者さんや家族と接触すること、やはり我々医療者が勉強しなくちゃいけないな、ということを感じました。

今日、ちょっと医者も少し信頼感を増したということですから、これがもっともっとどこに行ってもこういう考えをもって、安心できる、そういった社会、日本にしていきたいな、というのが私たちの願いでもありますので、近藤さん、会員でもいらっしゃいますので、今後、色々な所で医者の教育もしていただいて、色々な意味でまたお力をいただければと思います。

まとめになりますが、本日は近藤さんにおいでいただき、また、井尾さん、宮城島さんという一生懸命お仕事をされている素晴らしい先生をお呼びしました。どこにいても今日のお話のようではないということが問題なんだと思います。いいことをやっている先生はどんどん宣伝していただいいていいんじゃないですかね。医師会の講演会、その他でどんどん宣伝していただく、ということもお願いしたいかなと思います。

長尾さんから紹介のあった週刊朝日のムックには、全国の緩和をやっている、看取りをしている施設の名前がずらっと出ていて、何人看取ったかも出ているんです。「何人、在宅で看取られましたか?」、「この施設で看取られましたか?」ということをよく聞くことが大事なんでしょうね。そういったことを教えていただきました。

今日は色々な方に色々なお話をうかがいました。尊厳死協会としましても、ひとつには早く法律が出来たらいいなあと思っています。いま、我々が「法律」「法律」というわけにはいかない事情があるんですが、自民党の中で尊厳死の法案作りに反対されている方の立場が若干遠のきまして、熱心な方々の集団になりつつあります。相変わらずずっと法制化に反対している団体もあるんですが、それはそれとして、次の国会かその次の国会あたりで何とか法案を出していただけるといいなあ。我々としては、お手伝いすることはありますよ、ということで関わっておりますので。

そういったことができますと、私たちは安心して救急車に乗れる。まず救命救急を行ったうえで、ダメな時は止める、大丈夫な時は助けてもらう。救急車に乗ったために、ちゃんとまた元気に戻れることもあるわけで、救急車を呼ばなかったために、脳梗塞で半身不随のままにひどい状況になったという場合もあるわけですね。ですから、助かるか助からないか、これは救急車に乗って、救急救命の医師がちゃんと見分けて正しく振り分けてくれば、我々、救急車に安心して乗れることだと思います。そういった時代が早く来るように祈念いたしまして、私からのまとめとさせていただきます。みなさん、どうもありがとうございました。(拍手)