

# 青空の会のつどい

第八十八回

2015年8月

No.88



目次	
第八十八回つどいについて	..... 1
“楽しい病院ライフ”と“明るいグリーンライフ”	宮島英紀 ..... 2
神戸ひまわりの会 10月例会の案内	..... 9
青空の会望年会のおしらせ	..... 10
青空の会 新春七福神めぐりのお知らせ	..... 11
読書 鎌田實先生の『1%の力』	川口サユリ ..... 12
リレー・フォー・ライフ 2015ーチーム「青空の会」として楽しく参加	..... 13
私のレシピ 野菜たっぷりのスープ	新妻ヨシ子 ..... 15
感想 「日本ホスピス・在宅ケア研究会全国大会 in 横浜」に参加して	..... 16
北陸便り (28) ~100年という時間~	池田功夫 ..... 18
講演会記録—「私とあなたの、これからの看取り方・看取られ方」	..... 19
こころのひろば ~寄せられたお便りのコーナー~	..... 24
絵手紙コーナー	..... 27
青空川柳	..... 28
第八十九回青空の会のつどい案内	..... 29

## 「私とあなたの、これからの看取り方・看取られ方」講演紹介

講師に長尾クリニック院長・長尾和宏医師を迎えて、7月2日（木）午後5時半から7時半、つどいと同じ会場で講演会を開き、30人が参加しました。長尾先生は所沢でのご講演を終えて駆けつけて下さり、本当にありがとうございました。ご講演の内容をかいつまんで紹介します。

### <日本のがん医療界はおかしい>

先生は一度就職をしながら、父親の死と病院のことがあって医師への志が固く、東京医科大学に入学、無医村研究会やバイト、野球部などでほとんど大学に行かなかった、と自己紹介。しかし今は医学生を教えており、医療を良くしたいとの思いから、本を30冊くらい出している、7月にも『長尾先生、「近藤誠理論」のどこが間違っているのですか？—絶対に後悔しないがん治療』（ブックマン社）が出る。近藤誠理論とは、がんもどき理論に基づくがん放置治療、と理解している。なぜ売れるのか？医療界は何も言わないのか？彼は、がんもどきと本物のがんの2つしかないと二極化をし、極論に走っている。実際は中間があり、早期胃がんもあるのに、近藤理論を信じて放置する人は被害者になっている。リビングウィルなど、いいことも言っており、混在している。なぜ売れるのか？患者・家族のがん医療への怨念の声を一人称で代弁しているから。

実際、がん医療界はおかしい、「抗がん剤やめますか？」という本を出したら、マスコミの前でトップの人からなぜ書いたのかと怒られた、「自分の最後は自分で決める」と言う、医者が決めるものと言う。叔父がすい臓がんで入院しているのを見舞った。看護師は意識がないと言ったけれど、声を掛けると答えた。点滴のチェックをするけれど、患者を見ずに声も掛けない。叔父は点滴で顔がパンパン、まだ食べられるのに食べていない、連れて帰りたいと思った。病院に拉致されている、のが現状です。

### <終末期がわからなくなっている>

何が問題か？事故や災害、脳出血などでいきなり死ぬ人が5%、95%の人は終末期がある、しかし、医療が進んで医者も本人も、終末期がいつか分からなくなっている。それが一つの問題。もう一つは家族の問題。臨終に家族全員が集まっているのに、患者に帰り際にあとどれくらい生きる？と聞くと、5年くらいと答えた。その患者さんはその晩に亡くなられた。誰もが自分だけは死なないと思っている。自分の死に無頓着です、素晴らしいことであり、だから死ぬのが分かっているにもかかわらず生きていける。哲学になります、何故生きるのか？今しかないのです。

平穏死というのを石飛先生が初めて言われた。反対は延命死です。人間は年齢を重ねると葉っぱと同じに枯れて行きます。延命死は、点滴で水分過剰になり胸水や腹水で苦しみ、溺れながら死に至る。体重で10数kgも違い、葬儀屋が一番知っています。

死に至るAコースは、がんです。終末期まである程度元気がたんとする。国民の半数ががんになり、1/3ががんで亡くなる、ありふれた国民病です。がんセンターの総長ががんになって初めて分かった、という。三人称で見ていたのが一人称になって患者の不満に気付いた。それでは遅いのです。

Bコースは臓器不全症です。肝硬変とか慢性心不全など、入退院をくりかえしながら下降していきます。認知症はガラガラです。がんの場合、平均在宅期間は1.5カ月、あつという間で、平均訪問回数は6回くらい、歩けなくなるのは1週間前。

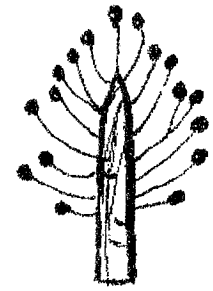
どのコースも終末期はあります。しかし後からわかる、あの時退院できたのに、旅行に行けたのに、と後悔がある。終末期はリアルタイムの流れの中で患者・家族が治療のやめ時かな、などと感じることが大事、もちろん医師とも何度も相談しながらです。終末期以降は、過剰な治療は控えて、自然の経過にまかせて、緩和ケアをしっかりと受ける。生き方の問題であり、これは人生観によって変わってきます。

### <治療の止めどき—言い出しっぺは患者・家族が>

現在年間120万人が亡くなっており、2025年問題といわれるように、団塊世代がみんな75歳以上の後期高齢者になり、2032~36年がピークで年間170万人、現在の1.5倍の人が亡くなる多死社会になる。病院のベッドは増えない、在宅死も医師不足でそんなに増えない、老健施設での死が増えることになる。自分の終末期をどこで迎えるか、みなさんも少し考えておいてもいい。

在宅医療に関するテレビで、介護保険もしらない専門医が無茶苦茶を言っています、それは病院主導、自分が中心で医療を考えているからです。肺がんは在宅医療に向いています。肺がん学会に呼ばれて、在宅の症例と病院での症例を映像で示したが、反応がない、肺がんの専門医は最後まで抗がん剤をやることしか頭がないのです。脳腫瘍の専門医も同じ、最後まで抗がん剤をやるのが良い医療と思っている。大学の教授は在宅医療のことを知らない。

すべての医療は、抗がん剤だけでなく血圧の薬も止めどきがあるのです。外国では、指標があって、30点満点で10点以下なら止める。しかし日本は死ぬまで治療をやる。抗がん剤は延命と縮命の分岐点があるので、言い出しっぺは患者・家族がやる、何度も医師と話し合いながら、言い出しっぺは患者の自己決定です。



### <認知症は薬でなく、良いケアを、そして外出>

認知症について一つだけ話させてください。アリセプトという薬は1日3mgから1~2週間後に5mgへと増量する規定があります。5mgだと怒り出す人が出てくる、それを効果がでていって専門医が強制する。薬には個人差がある、とんでもない話です。それで儲かるのは製薬企業です。そこで一般社団法人「抗認知症薬の適量処方を実現する会」を設立しようと準備しています(代表・長尾和宏医師、10月設立)。近藤誠というまったく別の同姓同名の方と、『家族よ、ボケと闘うな!—誤診・誤処方だらけの認知症医療』(長尾和宏/近藤誠著、ブックマン社、2014)という本を出しました。誤診、誤処方では暴れるようになる、鎮静剤を打つ、入院する、そして精神病院に入ると出られません。認知症は薬ではなく、良いケアが必要です。そして外に出ること。

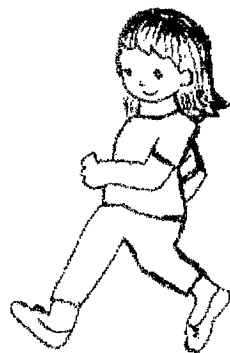
### <丸ちゃんのつどい場—温泉へ、旅行へ>

丸ちゃんの「つどい場さくらちゃん」に色々な人が集まってきました。その映像です。取材が入って、放映されました。手づかみで食べています、これだとマイペースで誤嚥はしない、認知症の人がビールを飲んでます。食べることがどれだけ大事なことか、丸ちゃんにたくさん教えてもらいました。普通に暮らすと認知症は進まない、そしてみんな“まじくる”ことが大事、それで情報が集まる。ディサービスを止めて元気になった人、要介護5だからこそ移動しなければならない。みんな外を出して酒も飲みます。毎月温泉に行き、生き生きしています。沖縄へも北海道へも旅行しました。旅行に行くと食欲がでる。お母さんが宴会中に死んでいた、さすがに予期していた娘さんも悲しみがこみ上げてきています。施設では、みんな管理しようとしている、そうではなくて徘徊することで認知症が改善する。人生は徘徊です。芭蕉は徘徊しながらいい俳句を作った。みなさん、徘徊しましょう。ディサービスなどに閉じ込めてはいけません。丸尾多重子さんは「人生は最後まで食べて笑える」と言っています。

人生は脱水の旅です。人体の水分は幼児は80%、大人は60%、高齢者は50%、平穏死の場合40%まで下がる。娘さんが、父親を餓死させたくないと言おうを作るよう訴えて入院させて、5時に入院し9時に死亡。脱水症状だと言って点滴をしたのです。院長も誰も平穏死のことを知らない。殺されてしまうのです。人間は水を飲まなくても10日間生きておれる、栄養・カロリーは筋肉や脂肪にあって1日1リットルの水で半年以上生きられます。

### <これからの在宅医療>

死の話をしませう。往生際の悪いのは誰か? 医者と坊主と教師です。台湾では医学生を死から始めています。遺書を書かせ、棺桶ボックスに入り、蓋



をして釘を打ちます。みんな泣きます。東大医学部で初めて死の教育をしました。

もう一つの問題と言った家族の問題。リビングウィルを書いても、家族が出てきて実行できない。先進国でリビングウィルが担保されていないのは日本だけです。欧米では自己が確立しているから、親子であっても、別の人格であってリビングウィルは無条件です。必ず遠くの長女や叔父などが出てきて、あと一息で平穏死になるのに、救急車を呼ぶ。本当のお一人様が孤独死の場合、泣けてきます。近所の方などが看取ってあげるなら、と思う。主治医、かかりつけ医は絶対に必要です。孤独死の場合、警察が入る。かかりつけ医がいて定期的に診ていたら、死亡診断書が書けます。死亡時刻も大体でいい。

これからの在宅医療は、地域包括ケア、中学校の校区が1つの病院です。その主力になるのは市民です。認知症の人が徘徊できる街づくりをしてください。その時のキーワードは“まじくる”です。いろんな職種の人、いろんな経歴の人が集まる。消防や葬儀屋も交えて「まじくる研修会」というのをやっています。

患者が満足するような医療を目指しています。安楽死は絶対反対です。欧米では死の権利として法的な対応をしている所があるが、欧米人は平穏死を知らない。日本は、進んでいるのです。患者は一人称、家族は二人称、医者は三人称で見るが、柳田邦男さんは2.5人称の視点をとっています。医者をたたきただけではダメです。緩和医療学会は間違っている、全ての病気に緩和ケアを、そして地域で緩和ケアをできるようにと、エンドオブケア協会を4人で設立しました。

最後に私達は死にます。年間100人くらいの方を看取り、その家族、遺族の方の思いを語る場を3月に毎年“やよい会”という形でお祭りのように看護師も関係者みんな集まって開いています。

昨日でクリニックが20歳になりました。(拍手)



【映像を交えた、分かりやすいご講演に、改めて感謝いたします。質疑は割愛し感想を紹介します。】

○在宅医療、地域包括ケアの大切さがよくわかりました。ただ、一方で在宅が再校で病院ケアが下であるという考えはどうなのかな?とも感じました。緩和ケア病棟の充実など、在宅と医療機関との連携も必要なのではないでしょうか?

○いろんな先生の講演を聞いてきましたが、一番良かった。練馬区にも来て話しをして下さい。

○とても良かった。先生のいらっしゃる町に住みたいなあー、第一の感想です。

○人生の最終章を考える: 末期がんの患者こそ、人生の終わりを考えず、明日も生きられるという希望があるからこそ、生き続けることができます。

- 人は希望がなければ1日も生きる事はできないと、私は思っています。家族も同じです。在宅医療：TVで放映された通り、急変した時の対応が病院に入院している時と同じような対応ができるか、不安が残ります。24時間型対応は十分なのか？これからも患者目線で在宅医療の説明をしていただけたらと思います。
- 感動しました。よりよく逝くために、よく生きて支え合うことが大切で、ムリせず、できることはきっとたくさんある、と勇気を頂きました。両親を抱える一人娘としても、サバイバーとしても…。ああおうございました。
  - こんなに患者の立場に立って医療に当たっている医師のお話、講演を間近に聞く事ができ、感激いたしました。これから生きていく上で深く勉強になりました。人生観も変わりました。
  - 素晴らしい講演をありがとうございました。昨年までケアマネージャーとして在宅ケアチームの一員として終末期にかかわっていました。心身ともに疲れ切って辞めました。仕事を辞めてから「私なんか他人様の大切な終末期にかかわってよかったか」、ずっと考ええいしましたが、先生の講演を聞いて、『「平穏死」10の条件』の本を読んで、頑張って良かった、良い仕事に就いていた、と考えられるようになりました。ありがとうございました。
  - テンポよく、はっきりと、わかりやすい講演でした。私もできれば在宅死を希望しますので、大変参考になりました。認知症になったらという事、不安がいつも心の隅にあるのですが、なった時の過ごし方まで、教えて頂き、感謝しています。ありがとうございました。
  - 父母は認知症などもなく、あっさり逝ってしまいましたので、介護で苦労したことはなかくです。今日のお話は今後自分の老後のことととれてすごく参考になりました。先生の活動、すばらしいです。
  - はじめて参加させて頂きました。長尾先生の本は全て読ませて頂き、ぜひご本人に会ってお話をうかがいたいと思っていました。認知症ケアの資格を取り、介護をされる方に少しでも寄りそえればと活動しております。医療と地域のつながり、とても大切だと考えます。長尾先生のお話を参考にして、これからも困っている方々の力になれるようがんばります。青空の会、長尾先生、ありがとうございました。

- 平穏死は終末期を見極めて過剰治療をしない、緩和ケアを受けながら自然の成り行きに任せる、ということ。看取った経験のある遺族だからこそ、次は自分を含めて実践できるよう心がけておきたいし、言い出しつぺは患者・家族というのがカギになるのですね。「病院に拉致された」「認知症は薬でなく、よいケアと外出を」という言葉が印象に残った。映像で実際の姿を見せていただき、目から鱗でした。感謝。

