PR

いっしょに医療・介護の明日を考えてみませんか？

在宅医療シンポジウム in 信州

超高齢化社会を迎える日本で、いま、在宅医療に対する関心が高まっています。昨年、長野市で開催され好評だった「在宅医療シンポジウム in 信州」、今年は松本市内のホテルで一月十八日(日)に開催されました。

聴講者数は会場いっぱいの約四百名。最初に、主催者を代表して、長野県医師会副会長の岡田啓治があいさつしました。

プログラムは三部構成。第一部は昨年に続き、フリーパーソナリティ武田徹氏による特別講演。第二部は長尾クリニック院長の長尾和宏氏の基調講演。そして第三部は、長野県医師会在宅医療推進委員会の杉山敦委員長と講師二人による対談です。

当日の模様をダイジェストでお届けいたします。

第一部 特別講演

武田流 老いとの対話

人生の最期を考えて…幸せになれる地域づくりを！

武田 徹 氏
フリーパーソナリティ

武田徹さんは、話の冒頭から聴講者にクイズを出しました。

「五万八千人という数字、何だか、わかりますか？」

これは現在、日本で百歳以上の方『百寿者(ひゃくじゅしゃ)』の人数だそうです。

「調査が始まった昭和三十八年には、わずか一五三名でした。いま日本が世界一の長寿国家であり、その中で信州がさらに日本一です。この超高齢化を迎えている社会の中で、どのように生きていけばいいのか」。御年六八歳の武田さんが、老いとどのように向き合っているか。シニア川柳などのユーモアを交えながら、ご自身の体験や考えを軽妙に語ります。

若い頃に比べれば、体力の衰えがあっても、それは仕方がないこと、と言います。

「昨年、ちょっと立ち上がろうとした瞬間、膝を痛め、歩けないくらいになりました」

それから武田さんは筋肉を鍛えようと思い立ち、奥様と一緒にあるストレッチを継続的に行って、その痛みを克服したそうです。

いい運動があれば、どんどん取り入れるのが武田流。

「筋肉量は、何歳になっても適度な運動をすると増える。だから自分で筋肉を鍛えなければダメなんだと思います」

武田さんはジャズのドラマーでもありますが、その効果はドラムをたたくときのリズムのキレにも現われている、と喜びます。

「物忘れも、歳を重ねたら、しようがない。でも筋力と同じように、脳も適度に使うとアップしますから、しっかりと自分で考えるのが大切です。人生八十年時代に生きる私たちにとって、老いと死は誰にでも訪れますが、病は、一人一人の心がけによって遠ざけることができるのではないか」。そしてインド哲学の教えを引用しながら、『好きなことをする』意義を語りかけました。

「一度だけの人生、好きなことをやって最期はピンピンコロリ。これが理想的な生き方ではないかと思います。華麗なる加齢でいきましょうよ」

力強いメッセージに会場からたくさんの拍手が沸き起こりました。

第二部 基調講演

がんでも認知症でも住み慣れた地域で最期まで暮らす

長尾 和宏 氏
医療法人社団裕和会理事長・長尾クリニック院長

◆二人に一人ががんという時代

がんは今や二人に一人が発症すると言われている国民病。かつての国民病は結核、脳卒中と移り変わり、今では亡くなる方の三人に一人ががんだというほど最もありふれた病気となっています。特に多いのは、胃がん、大腸がん、肺がん。まさに誰もががんになってもおかしくない時代ということです。しかし、それを知っている医師であっても、いざ自分ががんになれば、「まさか自分が！」と驚くと長尾先生は言います。

認知症はといえば、予備軍を含めると八百万人いると言われ、今なおどんどん増え続けているのが現状です。がんも認知症も、どちらも私たちにとって身近な存在となりました。

長尾先生から会場の参加者に「どうせ死ぬなら、がんがいいか認知症がいいか、どちらですか」という質問が投げかけられました。がんの方がいい、という挙手が圧倒的に多数。どこの地域で質問してもやはり同じ結果になるとのことです。

「私自身五十歳になるまでは、どうせ死ぬならがんの方が良いと思っていました。しかし、五十歳を過ぎた今は認知症の方が良いなと思います。なぜなら、認知症になるということは長生きするということでもあるからです。女性の方が長生きなのは皆さんもご存じかもしれませんが、実際に介護施設に行ってみると、入所されている方の大半が女性です。男性は、死に関わるような病気にならずに、八十歳までやっとたどりついたエリートだけが介護施設に入れるのです。私は入ってみたいですね、ハーレムのような状態の介護施設に」と笑顔で話すと会場から笑いの渦が巻き起こりました。

近年盛んに言われるようになったメタボ検診も認知症にならないための予防策でもあり、元気に老後を迎えるためには必要なもの。仮に認知症になったとしても、すべての人が「わからない」状態になるというわけではないと先生は言います。

「『がんになったらがんセンターや病院、認知症になったら施設に入る』と考える人が大半ですが、実はがんや認知症になっても最期まで自分が住み慣れた地域で暮らすこともできるのです。それに必要なのは徘徊(散歩)です。寝る場所は家でも、昼間どんどん徘徊して歩き回ってください。旅だって良いです。私は患者さんたちと一緒に沖縄へ行くこともあります。みんな車椅子です。でも行けるのです。こうした徘徊は大事です。それがあるから生きて暮らせるのです。病院へ行くと、管だらけになって最期を迎えるということが多い。しかし、そうではない最期の迎え方があるということをもっと多くの人に知ってもらいたい」と熱く語ります。

◆諸外国と日本医療の違い

長尾先生の著書に『平穏死』10の条件」という本があります。この本を書いたところ、関係者から随分怒られたそうです。日本は死をタブー扱いします。たとえ胃がん末期であっても一秒でも長く生きさせる、それが日本の医療とされているからです。

日本の医師があまり読まないこの本がアジアでは盛んに読まれているとのことです。それは、近隣アジア諸国は自分たちの将来を考える上で日本の医療を参考にしているから。

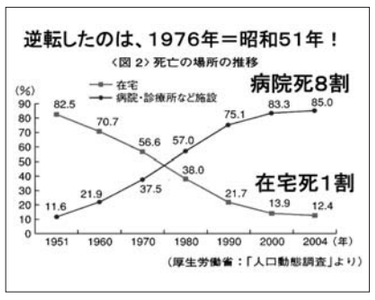
日本では、家で亡くなる人と病院で亡くなる人の割合が逆転したのがほんの四十年ほど前。それまでは家で亡くなる人の方が多かったのです。アジアでは日本よりだいぶ後になって韓国と台湾で病院死が自宅死を超えました。

日本で病院死を迎える人が多くなった背景は何でしょうか。それは、自分の最期を決めるのが自分ではなくなったからだといいます。自分の最期を決めるのは家族。本人と家族の意思が同じなら良いのですが、多くの場合、本人の意思より家族の意思が優先されるのが日本の特徴です。

「例えば、医師に『自分が老衰した時、胃ろう※をするか』を尋ねると、ほとんどは『しない』と答えますが『自分の親が老衰した時は胃ろうをするか』と尋ねると平数が『してあげたい』と答えます。日本の親孝行という文化がそうさせるのですね。このように医療の現場も悩んでいるのが現状です」

欧米の場合はどうでしょうか。日本とは違い本人の意思が尊重されます。生まれた時から一人の個人として扱われるのが欧米文化です。どちらが良いということではなく、日本はそういう文化の国だということです。

※胃ろう…お腹に小さな穴をあけて胃の中にチューブを通し栄養剤を注入する方法。



◆枯れて終わる ～終末期をどう考えるか

終末期とはいつでしょうか。日本の場合、自分の最期を決めるのでさえ、その三分の二が家族であると長尾先生は話します。

多くの人が望むであろうピンピンコロリ。ピンピンコロリとは突然死のことで、死亡者の五％にすぎません。九十五％の人はピンピンコロリとはいかないのです。その九十五％の人の最期は大きく分けて三種類。仮にABCと分けると、Aはがんによる死亡。しかし、日本人の三人に一人はがんになるものの、がんになる人の六人に一人はがんで死んでいないのです。つまり、早期発見、早期治療で助かるということです。またはがんになったけれど違う病気で亡くなるということもあります。がんになっても最期までご飯を食べたり、トイレに行って排せつしたりする人もいます。そういう方の平均在宅期間は一・五か月。家で過ごすのはわずかな期間です。今は貼り薬なども発達しているので痛みのコントロールも在宅でもできます。長尾先生の末期がんの看取り率は九割にも上ります。

Bは臓器不全症。長く生きていれば臓器も痛むのは当然です。入院して治療し、退院して自宅で過ごし、また病状によっては入院と入退院を繰り返すパターン。この場合は在宅看取り率は低くなります。

Cは認知症。認知症の場合は五年十年と長くなります。介護者も疲れて最後には施設に預けるということが起こりがちです。

さて、この三タイプの死の迎え方。みな終末期を経て死に至るわけですが、この終末期というのは実は医学的に定義できないのも現実。余命どのくらい、というのはあてにならないものなのです。実際に肺がんの末期患者であった、あるおばあさんががんセンターから余命二か月と宣告されたのに、八年経っても元気だったという例もあるそうです。

「在宅医療を受けながら、抗がん剤治療も受けたいという患者さんがいました。その方は、抗がん剤治療を受けた日に亡くなりました。家族にどうして死ぬまで抗がん剤を打つのか聞いたところ、『病院の先生がもう来なくていいと言ってくれなかったから』と言いました。先生にも同じ質問をしたところ『家族が連れてくるから』と言いました。おわかりでしょうか。終末期というものは、医師から告げられると思ったら大間違いなのです」

では、終末期とは一体いつなのでしょうか。長尾先生いわく、終末期は患者本人や家族が「もうそろそろ終わりかな」と感じるとき…ここから生き方を変えたいと思うのであれば、そこが終末期ということ。先生に思い切って「抗がん剤をやめたい」「家に帰りたい」と言うことが第一歩です。

「そのタイミングを見極められないから、あの時旅行に行けば良かった、家に帰っておけばよかったなどと後悔するのです。医師がわからないのに素人にわかるのかと思う方もいらっしゃるかと思いますが、例えば動物は自分の死をわかっています。人間にも同じようにそうした本能があったはずなのです。技術の進歩などで色々なことをしたが故に見えなくなっているだけなのです」

終末期まではしっかり治療を受ける。しかし、もうここからは終末期だなと感じたら過剰な医療は控え、自然に任せる緩和医療を受けることが平穏死につながると言います。

実は過剰な点滴を控えれば、咳(せき)や痰(たん)も出ないそうです。痛みもほとんどありません。在宅医療とは、何も自宅とは限りません。老人マンション、グループホームなどもその一つです。そこで重要なのは、かかりつけ医を持つことです。かかりつけ医・在宅医を持たないで自宅で亡くなると『孤独死』と言われ警察が入ったりします。平穏死と孤独死は紙一重なのです。

肺がんは息が苦しいから在宅治療は無理と思う方も多いかもしれませんが、自然に枯れてくるとゼーゼーしないものなのです。つまり、自然に無理なく最期を迎えられる。在宅医療や訪問介護を上手に利用して平穏死を選択するという方法があることを知っておきたいものです。

◆最期を家で迎えるということ

「あなたの治療は、延命か縮命か考えてください。治療のやめどきはいつなのか。後悔しないためにはやめどきを間違えないことです」

長尾先生によると、認知症であっても最期まで食べる、車椅子でもいいから徘徊することが大切だということです。在宅治療の良さは、最期まで食べられる、笑っていられる、外へ出るなど移動させてもらえることです。

「人は栄養が取れなくても簡単に死んだりしません。在宅ならその時を『待つ』ことができるのです。ぼけても徘徊しても大丈夫。実は徘徊することで認知症が改善されるのです。そのため、地域をあげて徘徊模擬訓練をしている町もあります。二人に一人がぼけて当たり前の時代。だからこそ、在宅医療を忘れないでほしい。日本はそれができるのです」

長尾先生のたくさんの熱い語りの中でも印象的なのが「心残りでなく心づもりが大切」という言葉です。シリアスな問題を、時に会場内が笑いに包まれる語り口で、楽しく話していただきました。そこには、タブーとされがちな「死」に対して、もっとフランクにしっかりと考えてほしいというメッセージが込められていました。

平穏死＝枯れて死ぬこと
延命死＝溺れて死ぬこと

平穏死
＝自然死
≒尊厳死

枯れたほうが、苦痛が少なく、長生きする

第三部 対談 終末期と在宅医療

コーディネーター
杉山 敦 長野県医師会在宅医療推進委員会委員長

長野県医師会在宅医療推進委員会の杉山敦委員長をコーディネーターに、武田徹さんと長尾和宏先生が、終末期と在宅医療を巡って話し合いました。

まず、日本尊厳死協会の副理事長でもある長尾先生に、いま、日本における終末期の議論の現況について話していただきました。

「終末期や延命治療についての議論は、すでに国会で何十回も行われています。しかし残念ながら、まだまだタブー視されている側面があります」

自らの自由意思で死を選択し、その理由を聞いた医師が認めて薬を処方して亡くなる「安楽死」の世界的な議論の高まりを紹介しながら、延命治療を取りやめて自然に近い死を待つ「尊厳死」についても、もっとオープンに日本中で議論を交わしていくべきではないか、と長尾先生は続けます。

この話題に絡めて、尊厳死に対する生前の意思表示である『リビング・ウィル』の意義について杉山委員長から問題が提起されました。それに対して長尾先生は、代理人を定めた事前指示書が重要であり、台湾における法整備の現状を紹介しました。また、武田さんは、「生きる権利があれば、死ぬ権利だってあると個人的には思っています」。ご自身の意思は、すでに奥様と子供には話してあると言います。

在宅医療については、長野県は往診、訪問診療、看取りをする開業医が多いという現状とともに、これからは多職種連携が重要になること、訪問看護師やケアマネージャーの役割が大きいことなど、三者三様の視点から活発な意見交換がなされました。。

そして地域包括ケアシステムの課題について、自助・互助・共助・公助という視点を入れて議論を深めました。

武田さんは「自分で体操の時間をつくって、自助の部分を大切にすること。長寿先進国として、世界中から、さすが日本だね、と言われるように努力をするのが我々のミッションではないでしょうか」。長尾先生は「全国の自治体で何千通りもの地域包括ケアがあります。地域のなかでみんなが集まる場所をつくって助け合うこと。みんなが主役だという意識を持ってほしいですね」と語ります。

最後に、杉山委員長が討論全体を総括しました。

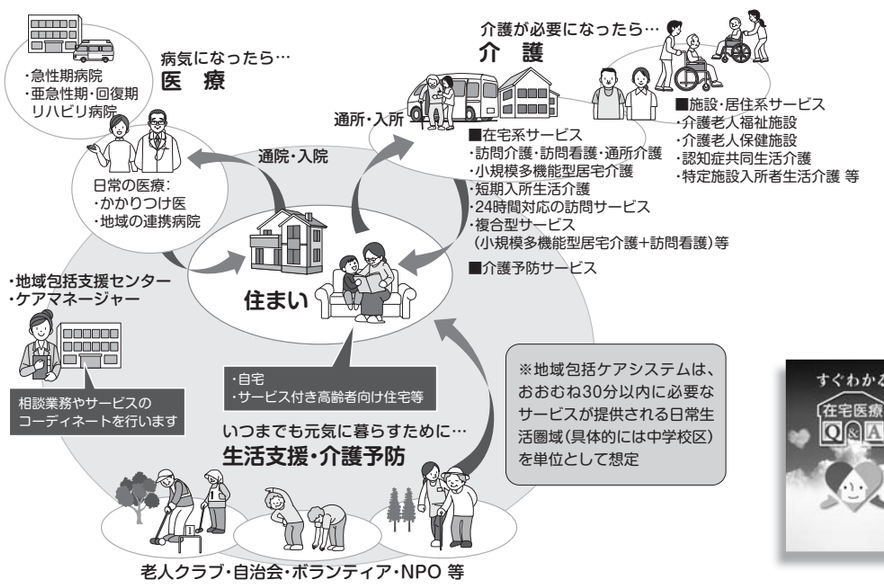
「人生最期のことを一人一人がきちんと考えましょう。そして医療や介護の支援をどう利用したら、みんなが幸せになれるのか。単なる受け身ではなく、自助・互助を大切にしながら、地域包括ケアをふくめ、広い意味での地域づくりを、みんなで一緒に考えていくことがとても大切なのだと思います」

アドバイザー 長尾 和宏 氏

ゲストコメンテーター 武田 徹 氏

聴講者全員に配布された、長野県医師会監修の小冊子。ホームページでも内容をご覧いただけます。
http://nagano-hmc.net/

地域包括ケアシステムの姿



主催：長野県医師会　共催：信濃毎日新聞社

後援：長野県在宅医療推進連絡協議会（長野県医師会、長野県歯科医師会、長野県薬剤師会、長野県看護協会、長野県理学療法士会、長野県作業療法士会、長野県介護支援専門員協会、長野県介護福祉士会、長野県訪問看護ステーション連絡協議会、長野県社会福祉協議会、長野県健康福祉部）