

# ベストナース best Nurse

道内の  
看護職のための  
専門情報誌



定価 400円

平成25年7月1日発行(毎月1日発行)  
平成3年3月20日第三種郵便物認可  
第24巻 第7号 通巻281号



13年度に翔ける!  
新看護管理者のプロフィールと所信②

日本ホスピス緩和ケア協会北海道支部第11回年次大会

特別講演 「Liverpool Care Pathway; LCP ~看取りのケアを考える」

スペシャリストファイル ~看護の開拓者たち

第4回 市立旭川病院 糖尿病看護認定看護師 増田千絵さん

## 糖尿病透析予防指導管理の 算定に向けた理論と実践

千葉県立東金病院院長  
平井愛山氏の講演から

best Nurse  
道内の看護職のための  
専門情報誌  
2013 June

7

2013年7月号 ●平成25年7月1日発行(毎月1日発行) ●平成3年3月20日第三種郵便物認可  
●第24巻 第7号(通巻281号) ●定価/400円(本体381円) 年間購読料(12冊)4,800円 ●編集/発行/社上一期  
●発行/株式会社 北海道医療新聞社 〒060-0042 札幌市中央区大通西6丁目(北海道医師会館) TEL 011-221-7777(代表) 011-232-7071(直通) FAX 011-281-2678



HOKUYAKU  
TAKEYAMA  
HOLDINGS

株式会社ほくやく・竹山ホールディングス

### 北の「元気」を支えるチカラ

未来に挑戦し活力ある企業。  
地域に生きる一人ひとりの  
「健康」「元気」を支える力。  
トータルヘルスケアのパートナーとして、  
これまでも、これからも。

ほくやくは、  
新たに設立した総合ヘルスケア企業グループ  
「株式会社ほくやく・竹山ホールディングス」の  
一員として、  
安全で安定した医薬品供給体制の構築はもちろん、  
地域のみなさまの健康にかかわる全てに貢献する  
企業を目指して、  
企業理念である「地域の健康ネットワークを支え、  
流通のあすを創造します」を実現してまいります。

本社/☎060-0006 札幌市中央区北6条西16丁目1番地5  
Tel 011-611-0989(代) Fax 011-631-5121  
<http://www.hokuyaku.co.jp/>

地域の健康ネットワークを支え、  
流通のあすを創造します



HOKUYAKU  
株式会社ほくやく

講演

# 平穏死を考える

医療法人社団裕和会 長尾クリニック  
院長 長尾和宏氏



◇長尾氏プロフィール  
1984年東京医科大学卒。大阪大学第二内科入局。その後、勤務医を経て、95年、尼崎市で長尾クリニックを開業。日本慢性期医療協会理事、日本ホスピス在宅ケア研究会理事、日本尊厳死協会副理事長・関西支部長。  
著書に「平穏死 10の条件」「胃ろうという選択、しない選択」「平穏死という親孝行」など多数。

2013年北海道看護協会看護師職能集会が札幌市内で開かれ、「平穏死を考える」をテーマに、医療法人社団裕和会長尾クリニックの長尾和宏氏が講演しました。長尾氏は、日常の取り組みを紹介しながら、「平穏死」をめぐる諸課題について紹介。国を挙げて地域包括ケアが進められる中で、リビングウィルの重要性などを強調し、「エンド・オブ・ライフケアの感覚を医療者と地域の人々が共有することが大事」と指摘しました。長尾氏の講演概要を紹介します。

**2人に1人ががんに、  
2人に1人が認知症に  
なる時代が来る**

私は兵庫県尼崎市で町医者をやっています。本日は平穏死にまつわる話題についてお話しします。私は医学生時代から尊厳死の勉強会を主宰していました。30年経った現在は、日本尊厳死協会の副理事長を拝命しています。現在は、がんと認知症の時代だと感じます。すなわち、2人に1

人はがんになり、3人に1人はがんで死ぬ。そして今、高齢者が3000万人を、認知症患者は300万人を突破しています。すなわち、10人に1人が認知症です。近い将来、6人に1人も言われています。しかし、長谷川式認知症スケールの長谷川和夫先生は、将来、高齢者の6割は認知症になるのではと話されていました。私は2人に1人が認知症の時代が来ると思います。すなわち、2人に1人ががんに、2人に1人が認知症になる時代が来るのです。

認知症は糖尿病をベースに発症するのはご存知の通りです。慢性期医療の時代です。すなわち医療費ベースで考えると6割が高齢者の医療費です。高齢者の医療といえば、ほとんどが慢性期医療です。ですから、良質な慢性期医療とは何ぞやということを考えていかなければいけません。かつての療養病床は「姥捨て

山」と呼ばれました。しかし今の療養病床は完全に二分化しています。すごく頑張って先進的な取り組みをしている病院と、昔ながらのところ。また、在宅医療と病院の文化があまりにも違うのが現実です。同じ医療なのに、やっていることも思いも全然違います。お互いの交流も少ないのでは国民は困ります。

国が示す「今後の看取りの場所」についてのグラフがあります。今、病院で死ぬのが当たり前だと研修医たちは思っています。日本において、在宅死と病院死がクロスしたのが1976年、昭和51年です。わずか37年前です。それ以前は、家で死ぬのが当たり前でした。ですから、在宅での看取りは決して新しいものではなく、昔に戻っただけ。しかし、今は8〜9割が病院等での死。在宅死は、だいたい1割です。

ぜひ、1976年という数字を覚えていただきたい。この年は、偶然ですが、日本尊厳死協会が設立された年でもあります。ちなみに、お隣韓国では、クロスしたのが2003年だそうです。つい最近です。日本より四半世紀遅れて、韓国でも病院死の時代が来ています。今、病院死の時代と言

ましたが、人類の長い長い歴史の中では、ごくごく短い時間です。末期がんなどで入院していて、最期は家に帰りたいという方もたくさんいらっしゃいます。そうした方に対し、病院の医師は「家に帰ったら、もっと苦しむぞ」と言います。でも、それが本当だったら、私たちが先祖様は、みんな苦しんで死んでいったことになりません。そんなことは無いですよ。この病院死の時代の37年間だけが苦しいのです。なぜでしょう？

それは、終末期なのに余計なことをいっぱいするからです。余計なことをするから、苦しんで暴れる、暴れるからセデーションをかける。私も、病院ではセデーションをしていました。病院で数百人、在宅で70人以上看取りましたので両方よく知っています。しかし、在宅の看取りで、セデーションをしたことは一度もありません。でも、そんな単純な事実さえ病院の先生には信じてもらえません。

## 進まない在宅での看取り、看取りを恐れる医療者と介護者

現在、年間120万人が亡くなっていくのに対し、2025年には160

万人が亡くなります。尼崎では、葬儀場や焼場がいつも混んでいます。隣の大阪市で焼く人もいます。さて、在宅医療を行う医師はなかなか増えません。これだけ国が在宅、在宅と言っていますが思うようにには増えません。なぜか？

今、50代、60代の世代の医師は、夜中に呼ばれば行きます。なぜなら、奴隷として育てられたから。昔の医局制度は、若い医者には奴隷制度でした。だから、夜中に働いても当たり前と思える。しかし、今の若い医師には、24時間365日は一人では無理という医者が大半です。

よく47万人の死に場所がないと言われていますがサービス付き高齢者向け住宅での看取りが目されています。しかし在宅でも、看取りが怖いという医師がいます。ならば介護の現場ではもっと怖いわけです。グループホームでは、まだ一度も看取りを行っていないところも結構あります。

先日、介護施設での看取りのシンポジウムの司会をしました。看取り同意書の話が出ましたが、なんと家族ではなく職員への同意書でした。何でそんなことをやっているのかと言えば、看取りをしたら職員がPTSDになるからと……

あるいは、ある看護大学の教授が、「最近では看取りを怖がる看護師が増えて困っている」と言っていました。こうした現状です。

看取りの場所は、実に多様化しています。死亡診断書には、死亡の場所に丸をします。病院勤務時は1番の「病院」の項目ばかり。しかし開業してからは2番の「自宅」が多くなりました。最近では、7番の「その他」が増えてきました。たとえばサービスピ付き高齢者向け住宅の看取りがここに入りまます。ウィークリーマンションもありました。あと、友達の家やお店というのもけっこうありました。なぜ、こうした場所で看取りが可能なのか？それは、法律に基づいて看取っているからです。

### 被害妄想は、上下関係を逆転したいという気持ちの現れ

在宅を行う上では、3つの病態を区別することが大事です（図参照）。がんとするのは最期までQ

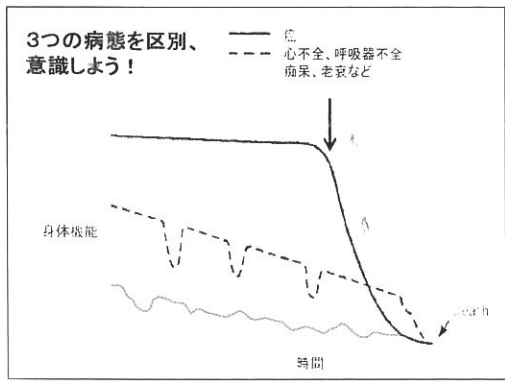
転倒↓骨折して、だんだん衰弱していく。やはり、お薬より「いいケア」があることが大事です。

### 認知症とがんの合併が増加する時代 —問われるケアの質—

先日、千葉県の亀田総合病院から講演を依頼されました。日本一と噂される高度急性期病院には、医師だけで600人もいるそうです。「認知症の方は受け入れOKですか？」と聞いたら、「当たり前です」と回答され驚きました。各病棟には、認知症の人と家族のためにガラス張りの防音されたプレイルームが設置されていました。詰所から丸見えですから、思う存分



Q1がけっこういいです。末期がんの平均在宅期間は1.5カ月です。あつという間です。一方、そうではないのが、認知症や老衰の方です。3つ目は、心不全や肺気腫などの臓器不全症の方です。この3つの病態を意識すると分かり易い。ちょっと認知症の話に脱線します。よく、「周辺症状や問題行動」と言われる行為です。被害妄想もそうです。「嫁が財布からお金を盗った」と主張する女性が、けっこう多いです。ではなぜ、「嫁が財布から盗った」と言うのでしょうか？それは、認知症になると常に誰かにお世話してもらわなければいけない。今この瞬間のことはよく分かるけど、昨日のことが分からないのが認知症。そこでヘルパーさんや看護師さんに助けてもら



遊べます。

施設によっては、認知症を受け入れないところはまだまだあります。先ほど、2人に1人ががん、2に1人が認知症になると話しましたが、もちろん両方になる人も少なからずおられます。しかし医療は縦割りです。がんはがんの専門家、認知症は認知症の専門家が診ていますが、いったい誰が診るのか。縦割り医療の弊害がここに生じてきます。

認知症においては、身体機能が落ちてきた時に、いいケアがあれば、QOLの低下がかなり緩やかになります。末期がんと同じように、死の直前まで食事をしたり、普通に生活ができる人もいます。

### 終末期における 脱水は、本当は「友」である

さて、最近売れた本に、石飛幸三先生の『平穏死のすすめ』、中村仁一先生の『大往生したけりや医療とかかわるな』、そして、私の『平穏死・10の条件』があります。共通点は、自然死。延命治療への疑問で、相違点は、著者の年齢と舞台が施設か在宅かという点です。

い、いつも「有難うございます」と言う立場です。これが辛い。上下関係ができます。本当は対等な関係を目指すべきなのに。いつの間にか上から目線で言われている。本当は、自分にも有難うございますと言ってもらいたい。たまには自分が上に立ちたい。

上に立つにはどうしたらいいか？それは自分が被害者になることが一番早道。被害者になると強くなれます。ですから、嫁が財布からお金を盗ったということになるのです。すなわち、上下関係を逆転したいから、無意識の中でそうしたことを言うわけです。ということは、認知症ケアに反省すべき点がある。上から目線の介護になっていないのか。徘徊についても同様。これは、時間を間違えて、夜中に病院に行こう、あるいは買い物に行こうとしている姿です。だから徘徊ではなく目的行動と呼ぶべきです。

万引きも、あれはお金を支払うことを忘れているのですね。本人に悪気はぜんぜん無いわけです。ですので、後で払いに行くとかその人に合わせた認知症ケアが大事です。しかし現実には被害妄想が出ると、家族や施設の希望で向精神薬が処方されます。すると必ず

お二人は、施設というホームグラウンドが仕事場です。しかし在宅は完全アウェイです。ぜひ、アウェイの医療・看護も経験して欲しいと思います。

平穏死について、医学部の教授、病院長の前でお話する機会が増えてきました。しかし、大病院では平穏死はまだ認められていません。在宅では、平穏死は当たり前ですが、病院では真逆です。なぜか？それは自然死を一度も見ることがないからです。私が初めて自然死を見たのは、医者になって11年目でした。多くの医者は、見たことがないので理解もできないのです。

人間は、まさか自分が死ぬとは思っていない生き物です。しかし、間違いなく全員、棺に入ります。あまり死のことを考えすぎてもノイローゼになります。しかし、全く考えすぎすぎなものも駄目です。死は常に他人事だから、見たくないわけです。家族の死であっても外注化したい。外から見ているほうが楽ですからね。末期がんについては、私は100%近く、ご自宅で看取ります。しかし家族の辛さは1年は続きます。在宅は死の教育を家族に教える場でもあるのです。



大阪大学名誉教授の鷺田清一さんという方が、「待つということ」という本を書いています。「待つこと」がいかに大事か。でも、病院という場では決して待てません。今は、終末期において、脱水の状態であればすぐに点滴をします。また低栄養であれば沢山点滴をしたり、胃瘻を造ります。貧血であれば輸血をします。しかし、

本当は人生の終末期における脱水は友、なんです。しかし、こんな単純な摂理が、特に医療者には理解されません。

がん性腹膜炎で腸閉塞を起こしている患者さんにIVHしながら抗がん剤治療を行うことは、医療という名の殺人を行っているに等しい行為だと思えます。ブドウ糖はがん細胞が先に吸収しますので、がん細胞は急速に大きくなっていきます。そんな単純な理論がいまだに理解されていないまま残っています。

### アドバンス・ケア・プランニングで、核となるリビングウイル

『胃ろうという選択、しない選択』（セブン&アイ出版）という本にも書きましたが、私は、決して

ません。当然、市民も誤解していません。

どうして、誤解が生じたのか？ 同じく医師法21条には、「医師は、異状死を見たときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならぬ」とあります。これは、在宅で診ている患者さんとは全然違う話です。しかし、多くの医者には、「俺は24時間以内に診ていない、だから診断書を書けない、だから警察を呼ばなければいけない」と誤解していたのです。

昨年、そうした考えは誤解であり、正しい内容の通達を厚労省が改めて出しました。

### 地域包括ケア—医療者が市民と対等にまじくる—地域社会

次に、地域包括ケアについて述べます。地域によって特性がありますので、地域のごとくは地域で考えていく。現在、後期高齢者医療制度の保険者は都道府県です。一方、介護保険は市町村です。これを、市町村ですべて統一していくのが地域包括ケア。理想を言えば2〜3万人の地域を一つの病院と考える。医療や介護などを、中学校区で地域完結型としていく。そ

て胃瘻に反対しているわけではありませぬ。実際、すすめるケースもあります。

過日、テレビを見ていたら、石飛幸三先生の施設の入所者の鼻に入っている管を、先生が抜き、その3時間後に患者さんが息を引き取りました。でも、これはたまたま亡くなる直前に抜いただけです。しかし、これを観た人は、「平穏死とは、管を抜いて、3時間後に死なせることだ」と誤解したのではないかと思います。違います。あれは平穏死と延命死とを完全に取っ替え誤報道でした。

昨年6月に、日本老年医学会では「患者の不利益が利益を上回る場合は、水分・人工栄養補給の撤退も選択肢」という終末期のガイドラインを示しました。先ほどのテレビの場合は、栄養補給の中止例ではなく、3時間後に亡くなる方の管をその直前に抜いただけ。管を抜けば、すぐ死ぬわけではありませぬ。普通は1週間くらいは生きられます。しかしこれを観た国民は、管を抜いたら3時間で死ぬと思ってしまうのではないのでしょうか。

さて、リビングウイル（LW、生前の意思）は、米国では41%の人が持っています。LWは、口頭の中で、今後の柱となるのは食事と緩和ケアだと考えます。

年を取れば慣れ親しんだ地域で生活するのが一番です。それを多職種が支える。そして、そこではもう、医者だから、看護師だからというの関係はなくなりつつあります。つまり、医療者が介護者や市民とともに交わり合わなければいけません。「まじくる」という造語を使いますが、医療者と地域住民がまじくる、フラットな関係。医療者が病院を飛び出して地域に出ているのが地域包括ケアです。

亀田総合病院にも在宅医が20人くらいいました。そして、普通に地域でまじくっていました。鴨川の街が病院そのものでした。街イコール病院。私は、これまで医療は産業とは思わなかったのですが、亀田総合病院を見てから、思い直しました。亀田総合病院では、人口5万人の鴨川市を、人口10万人にしようと取り組んでいます。医療や介護で地域が蘇るんです。超急性期の大病院が、地域包

ではなく文書でなければいけません。でも、日本では、LWを表明している人は、わずか0.1%しかいません。

遺言は法的に有効ですが、LWは法的に有効ではありません。国会で、LWに関する法案が8年に渡り審議されています。LWを遺言と同様に法的に有効にしようという、ただそれだけの議論に8年を要しています。

元気なうちから、医療者、家族をも交えて、地域包括ケアの中で作って行きましょうというのが、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）です。ACPにおいて、核になるのがLWです。

息を引き取る瞬間に医者がいなくても大丈夫という、みんな「えー本当？」と言います。昨年、国会で医師法20条（死亡後に行っても診断書を書ける。さらに24時間以内に診ていけば往診も不要）について確認されました。これは昭和24年にできた法律。医師は、ずっと診ていた患者が亡くなった場合、そこに行つて診れば死亡診断書が書けます。その際の死亡時間間は推定で構いません。「〇時〇分に呼吸が止まった」と家族が言った時間を書いて構わない。そういう法律を医師がほとんど知り

括ケアの推進者になっていました。とはいえ、病院には医療保険しかありません。介護保険は、2000年に出来てまだ12歳です。52歳の医療保険とは40歳の年の差があります。病院を一步出ると医療と介護の2本立てになります。医療は非営利です。一方、介護は営利OKです。医療保険と介護保険では、年の差もありますし、文化が全然違う。しかし、地域包括ケアというのは、この2つが協働することです。その中で、医療者が介護の悪い面にひっぱられていく。いわゆるモラルハザードです。今後、倫理教育が大事です。親の「平穏死」をぶち壊すのは、いつも『家族』です。特に遠くに住んでいる長男です。男の方が、理解力がないです（笑）。今年2月に、『平穏死』という親孝行』という本を書きました。これは、本人ではなく、その子ども世代に読んでほしい本です。本人が平穏死を望んでも、それを妨げるのは子どもさん、すなわち家族なのです。その意味からも、エンド・オブ・ライフケアの価値観を、医療者も地域の人々も、そして何より遠くの長男さんとも共有していくことが大事です。

「平穏死」という親孝行

親を幸せに看取るために子どもがすべきのこと

長尾 隆雄

長尾氏の著書（アース・スター・エンターテイメント 1260円）