

日本慢性期 医療協会誌

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

88

vol.21 2013.8 隔月号

[特集]

慢性期医療の 報酬体系を探る





在宅医と病院との文化交流が必要 互いに切磋琢磨しながら価値観を共有したい

日本尊厳死協会 副理事長 長尾 和宏

日本慢性期医療協会（日慢協）の安藤高朗副会長が医療界のキーパーソンに熱く迫るインタビューの第6回は、日本尊厳死協会副理事長の長尾和宏先生です。24時間365日の在宅医療、終末期医療に取り組み、「リビング・ウィル」の法制化に向けた活動も積極的に展開しています。在宅医療の立場から見た日本の慢性期医療、そして在宅医と病院との連携、日本尊厳死協会の今後の方向性など、幅広く語っていただきました。

在宅医療との出会いは19歳

安藤高朗（日本慢性期医療協会副会長）：長尾先生は、在宅クリニックを運営する傍ら、講演など幅広くご活躍されています。本日は、日本尊厳死協会副理事長としてのお立場から、お話を伺います。

まず、在宅医療に取り組もうと思われたきっかけを教えてください。

長尾和宏（日本尊厳死協会副理事長）：実は、大学1年の時から在宅医療をやっているんですよ。サークル活動として、「無医地区研究会」に所属しました。患者さんの血圧を測ったり塩分の指導をしたり、まだ学生ですから、OBのドクターと一緒に6年間やっていたんです。

学生時代にはほかに、プライマリーケアの勉強をずっとやっていました。日野原重明先生が来てくださり、無償で講師をしてくださいました。プライマリーケアや総合診療の中に在宅医療があると思ってきましたので、在宅だけをやりたいわけではなく、人間を総合的に診たいということです。

高校の時に経験した父の死や、医師になって病院に勤めていた時に制度上往診できなかったことから患者さんの希望に応えることができなかったことが開業するきっかけとなりました。

安藤：そうしたご経験なども含めて、在宅医療に取り組む人たちに何かメッセージはございますか。

長尾：当たり前のことですが、相手の立場になるということです。いわば円の中心が常に患者さんにあるというのが、私の頭の中にあるイメージです。だけど、大きな病院にいと、円の中心に「白い巨塔」があると錯覚してしまう。それで患者さんとの行き違いが生じる。円の中心にいるのは常に患者さんであり、患者さん自身の思いと、患者さん自身の生活がその円の中心にあるという感じですね。

安藤：患者さんのワンちゃんの面倒も見るといってね（笑）。

長尾：犬も寝たきりになるんですよ。ペットロスにお付き合いして寄り添うのも1人の人間を診るということで、在宅医としての心構え、やりがいかなと思っています。

Profile

長尾和宏（ながお・かずひろ）

昭和59年 東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局

平成3年 市立芦屋病院内科医長

平成7年 兵庫県尼崎市で開業、現在に至る

日本ホスピス在学ケア研究会理事、日本尊厳死協会副理事長等を務める

平成24年7月、『平穏死・10の条件』（ブックマン社）を発売



在宅医療は二分化、 「悪い在宅医」がいる

安藤：今後の在宅医療の姿については、どうお考えでしょうか。

長尾：在宅医療の診療報酬が高くなりすぎてしまって、ビジネスとして参入する人が増えている現状を憂いております。在宅医療に取り組む若い医師が多いことは好ましいことではありますが、まず10年程度は医療をきちんと勉強してから在宅に入ってきてほしいという思いがあります。

ちょっとかっこいい言い方になるかもしれませんが、ゴルフのマスターズのように、いろいろな経験を積んだ達人がやるのが在宅医療ではないかと思えます。高いスキルで判断する力、そして連携に対する高い意識がないと成立しません。患者さん宅にただ行って、何もせずに看取りましたと、それなら葬儀屋さんと変わりません。何のために医者がいるのかと思えます。

いま在宅医療は、医療の原点としての在宅医療をやっている先生と、ビジネスとしてやっている先生の二通りに分かれています。ビジネスとしての先生は、ちょっとややこしくなったらすぐ救急車に丸投げする。「在宅医療をやっています、看取りをします」と言うのに全然やらない。儲かる部分だけをやる。私はあえて「悪い在宅医」と呼んで区別しています。

良き在宅医は、良き連携もできる。日慢協の病院と仲良くできるのが良い在宅医だということです。悪い在宅医には、そういう連携がなく、病院に丸投げ。チェーン化して、フランチャイズで金を巻き上げるようなものです。それが在宅医のイメージだと誤解されて、国民や日慢協の病院から勘違いされることは非常に残念です。

安藤：次はぜひ「良い在宅医の見分け方」という本を出してください。

長尾：そうですね。国の在宅誘導政策を逆手に取られている部分がありますので、非常に問題です。病院側から見たら「なんだこりゃ」と思われてしまうでしょう。「ITを活用して連携しています」と偉そうに言ったって、それだけでは在宅医療とは言えな

い。患者さんの心にも響かないし、医療、医学という観点からも間違ってると思います。ちょっと厳しい言い方をしてしまいましたが。

安藤：その通りです。訪問リハでも、新人を行かせるんじゃないくて、ベテランで人間的にも相当豊かな人で、技術的にも優れた人が訪問リハに行かないと、家族とぎくしゃくしちゃうんですね。

長尾：人間性を磨いてからでない在宅医療はできませんよ。それから、適性がない人はやらないほうがいいです。何でもそうですが、向き不向きがあるんですね。

在宅って生死に直結していますから、それなりのスキルがあって、人間的にも豊かな人でなければできない。でも、60代ぐらいの開業医の先生は、そういうマインドを持っている人が多いので、空いた時間で在宅医療ができるようになればいいと思えます。例えば、午後の空いた時間などを利用してちょっとだけ往診して、足りない部分、自分で解決できない部分は病院と連携する。これが望ましい在宅医療の在り方ではないかと思えます。

在宅医と慢性期病院との 文化交流を深めたい

安藤：在宅医療の立場から、我々、慢性期病院側に望むことは、どういうことでしょうか。

長尾：そもそも日慢協の病院が目指しているものと、在宅医療の我々が目指すものは全く一緒であるというのが、私の考えなんですね。

そこで、いわゆる療養病床も2つに分かれると思うんですよ。はっきり言えば、「良い療養病床」と「悪い療養病床」です。後者は、姥捨て山のような老人病院です。日慢協は常に診療の質の向上を目指しています。これは「良い療養病床」です。ですから、在宅医側も診療の質が問われるべきです。

特に、在宅と病院の死生観の共有が重要です。終末期の価値観、ケアの感覚を共有することが、一番大事ななと思っています。

私が書いた平穏死の本について、いろいろな感想を頂きますが、一番嬉しいのは、日慢協の先生方が「共感しています」とおっしゃってくれることです。

一般の病院の先生からの反応はあまり芳しくないのですが（笑）。

以前に、在宅医と慢性期病院がお見合いしたら、国交が生まれそうになりましたが、あまりの文化の差に、お互いがカルチャーショックを受けた（笑）。在宅医側は、「病院に入ったらもう終わりだ」。慢性期病院側は、「在宅医はインチキ医だ」なんて（笑）。それで、お互いにすごいショックを受けて、「自分たちのことをそんなふうに思っているのか」と。

でも、それがすごく良かったと思うんです。お互いの思いを知っただけでも、お見合いをした価値があった。私が今ここにいるのも、その国交の中の「大使」みたいなものだと思っています。

安藤：だいぶ変わってきましたね。

長尾：そうなんです。ようやく今年になって、日本医師会が腰を上げ在宅部会をつくりました。その原型は数年前に日慢協がつくり、文化交流が進んだ結果でしょう。在宅業界と慢性期業界というのは、本当はもう一体となるべきなんです。

しかし、お互いに誤解している部分がいまだに多々あると思うんです。むしろ膿を出すように、在宅医と病院医師との文化交流がますます深まればいいなと思っています。

安藤：本当にそうですね。例えば在宅療養している患者さんがちょっと悪いと入院して、また在宅に戻してということがありますが、どうしても看取りが不安なときに、「最期の1週間を病院に」というケースもありますよね。

長尾：もちろんです。在宅で亡くなるかどうかは、あくまでも患者さんやご家族が決めるものです。私たちが強要したり誘導したりするものではありません。「病院で亡くなって本当に良かったね」というケースも「平穏死」の1つの在り方です。ですから、「病院での平穏死」という本を、ぜひ安藤先生に書いていただきたい（笑）。

安藤：ぜひ検討したいと思います（笑）。

施設をすべて介護療養病床化すべき

安藤：最近、療養病床をめぐる大きな問題として、介護療養病床の廃止があります。介護療養病床は、

例えばターミナルケア、あるいは認知症で身体合併症の方とか、そういう患者さんを診るうえで適した病床です。そういう機能を持つ病床がますます必要になると思うのですが、いかがでしょうか。

長尾：先生のおっしゃる通りだと思います。一番需要があるのはそこなのに、なぜ需要がある所を削るのか、本当に疑問です。例えば、当院は4つのグループホームを支援していますが、職員の多くは医療について素人です。ぜひええ言って苦しんでいるのに、医療が不在ですから、「平穏死」できない。最期はゼホゼホと苦しむわけです。

なんだかんだ言っても、終末期医療には、緩和ケアが必要です。医療がないと、さらに非効率的になるんです。「それでいい」という意見も多くありますが、現実的には介護職員の恐怖があるでしょう。だから、特養も老健もサ高住も、「施設」と言われる所はみんな介護療養病床にすればいいんです。

安藤：それはなかなか大胆な意見ですね。

長尾：グループホームには医者がいない、看護師もいない。週に1回だけ、ほんの30分しか医療がないんです。そこで「看取りまでやりなさい」と言うのはおかしいじゃないですか。そんな無謀な医療政策は間違っていると思います。

ですから、「介護療養病床」のような機能を持つ病床が必要です。名前は「介護療養病床」でなくてもいい。要するに、そこに医療があるからこそ良い介護ができる。医療ベースの介護です。

先端医療などに注力している一方で、本当に必要な部分が手薄になり、悲惨な環境で看取りが行われている。医療の標準化という意味でも、介護療養病床を増やすことが必要で、施設をすべて介護療養病床化することこそが標準化だと思います。

安藤：素晴らしいですね。日慢協にとっても、最高の意見だと思います。今日は本当に良かった。

「自己決定」できない国民性

安藤：現在、尊厳死協会の副理事長としてはどのようなお仕事をされているのでしょうか。

長尾：当協会は、病院死と在宅死が逆転した1976年に設立されました。尊厳死協会は、リビング・ウ

ィルの啓発を行う人権団体です。

「尊厳死」という言葉は、日本では「自然死」を指します。あるいは「平穏死」という言葉に置き換えられます。外国の尊厳死は、終末期の患者さんに薬を注射したりして、積極的な意味の「安楽死」に該当しますので、日本では殺人罪になります。つまり、言葉の定義が全然違うんです。

国によって違う意味を持つ「尊厳死」という言葉が協会名に入っているために、ものすごい誤解が生じます。そこで私は、「リビング・ウィル協会」への改名を主張しているのです。

アメリカでは半分の人が自己決定をしているんです。みなさん、遺言状みたいに持っているんですね。しかし、日本の自己決定率は非常に少ない。生前の意思を文章で正式に表している人は0.1%という調査結果もあるようです。私たちは、「自己決定しましょう」と国民に訴える、ただそれだけの団体です。

外国では自己決定が当たり前だから、自己決定しないということがあり得ない文化ですが、日本は180度違うんですね。そのために、現在のような過剰医療とか延命治療などにつながっているわけです。だから、それをもう少し変えて、自己決定できる社会にしたい。

現在12万5,000人の会員さんがいて、2000円の年会費をいただいて、年4回会報を出しています。そして、「リビング・ウィルカード」を発行しています。自分で書いた「尊厳死の宣誓書」です。その原本を当協会が保管します。司法書士に保管してもらってもいいのですが、恐らく10万、20万円の費用がかかるでしょう。でも、当協会に加入していれば、年間たったの2,000円でそれが可能になります。

ただ、「尊厳死の宣誓書」には法的意味がないんです。遺言には法的効力があるのに、リビング・ウィルにはない。本人が毛筆で書いてハンコを押しても有効ではないのです。家族が、「そんなの関係ない」って言ったら、そちらが優先するのです。

ですから、「これは法律的に有効ですよ、意味がありますよ」という法整備を提案しているのが、リビング・ウィルの法制化議連です。メディアも含め

て多くの方々が誤解しているようですが、「遺言状とまったく同じレベルまで上げましょう」という当たり前のことを言っているだけなんです。

安藤:いわば、「健康遺言」とも言うべき書面ですね。

長尾:そういうことです。当協会の大事な仕事は、「リビング・ウィル」というものを広く知ってもらい、「できるだけ表明しましょう」という、ただそれだけです。0.1%をせめて1%に、そして2%、3%に上げようというのが当協会の目標です。

「リビング・ウィル」に法的な価値を

安藤:今後、「リビング・ウィル」は広まっていくでしょうか。

長尾:広めていきたいと思っています。もし、欧米並に20%、30%という数字になれば、「リビング・ウィル協会」は役目を終え解散です。そこが完全に誤解されています。「終末期の患者さんがみんな殺される」「長尾は人殺しだ」って、ネット上に書かれますが、全然、そんなことは言っていません。

当協会が昨年、ご遺族を対象にアンケート調査を実施しました。「リビング・ウィルが生かされましたか」と尋ねたところ、「全く生かされませんでした」という回答が18件ありました。「最期は病院に入ったけれど、『そんなの知らない』と言われた」などという、恨みの回答です。すなわち、せっかく「リビング・ウィル」を書いて生かされないような世の中なんです。不思議なことに、医者は、リビング・ウィルを無視しても訴えられないんです。

安藤:そうしますと、尊厳死協会の当面の目標は「リビング・ウィル」の法制化ということになりますか。

長尾:「リビング・ウィル」が法的に有効であれば、いま申し上げたような事は起こらないはずですよ。「リビング・ウィル」を表明しても、法的に全く意味のないことをやっている。それをやってしまっただけは会員さんに申し訳ありませんが、それを意味のあることにしましょうということです。

例えば、性同一性障害の人が、「私たちの病気を認めてください」と主張して認めてもらいましたね。それと同じように、我々も「リビング・ウィルというものが世の中にある、これを認知してください」

ということなんです。

安藤：貴重な提言ですね。「リビング・ウィル」を、もっと分かりやすく、別の言葉に置き換えて伝えていくことも必要かもしれませんね。

長尾：その通りなんです。良いネーミングがあれば教えてください。「生者の意思」とか「生前の遺言」とか、そういう日本語訳は考えられますが、いまひとつピンと来ないでしょう。

安藤：「ハッピーライフ」とか、そんな言葉はいかがでしょうか。

長尾：その意見もありました。やはり市民の側からいろいろ考えて、提案していくことが必要な時期に来ていると思います。終末期医療の問題は、どうしても医者が前面に出てしまっていますが、実は患者や市民の視点が非常に重要であると思います。

当協会の会員の95%以上、恐らく99%くらいは市民ですので市民団体です。私たちは患者さんの代弁者として動いています。

「リビング・ウィル」を学問的に研究する

安藤：「リビング・ウィル」を広めるために、何か良い案はないでしょうか。

長尾：例えば、自動車の運転免許の教習所はどうでしょうか。交通事故で意識不明になることがありますので、「リビング・ウィル」に関する学科の単位があってもいいと思います。

安藤：そういう案は、初めて聞きました。国民の8割ぐらいが運転免許を持っているのですから、良い方法ですね。

長尾：実は、遺言には有効期限がないんですよ。いま私が遺言を書いたら、一生有効です。それから、臓器移植提供カードにも有効期限がない。

しかし、「リビング・ウィル」には有効期限があると言われていています。諸外国では2～3年でしょうか。当協会では1年ごとに会費を払っていただくので、有効期限は1年ぐらいです。すなわち、人の気持ちは揺れ動きますので、有効期限を設けるべきです。

よく考えますと、有効期限があるのかないのかと

いう問いに関して、誰も答えられないんです。ですから、「日本リビング・ウィル研究会」というのをつくり、6月9日に第1回を東京で開催します。

安藤：日慢協としても、ぜひ応援したいですね。

長尾：最近、病院では、入院する時に、食べられなくなったら胃ろうを入れるかどうかという意味を確認します。「先生にすべてお任せ」という欄をつくると、そこにたくさんマルが付くようですが、各病院で用意している書式が、どこがどのように違って、どういう意味があるのかを研究したいと思っています。どういう内容が「リビング・ウィル」として一番適切なのかを検討したいと思います。

広い意味では、生命倫理や臨床倫理の中の1つと言えますので、アカデミックに研究してみようと考えています。もちろん、「リビング・ウィル」は国によって全く違うものが存在します。

なぜこんな議論があるのかというと、日本は国民皆保険制度があるからです。外国にはありませんので、「延命問題」というのがないんです。日本もTPPに入って、混合診療がもし解禁になれば、「平穩死」しかできない時代になります。延命治療を望んでも、お金がないからできない時代が来る。

いずれにせよ、医療というものがあ、延命という大きな命題があって、それと文明がどう対峙していくかということ、そこで自己決定というのを行っていくということなんです。その在り方というのを広い視野で考えていきたい。「リビング・ウィル」に関して、日本は完全に鎖国状態です。一種のアレルギーがあるので、ちょっとずつ分かりやすい言葉でやっている、それが私の仕事です。そうした活動の一環として、本も出版しています。

ピュアに生まれ、汚れ、またピュアに戻る

安藤：では最後に、先生のプライベートな面についてお尋ねします。健康管理はしていますか。

長尾：今朝まで新宿で飲んでいました。先週は夜明けまでカラオケボックスです。今年55歳になるんですが、夜明けまでカラオケをして始発電車で帰る。バカじゃないかと思えますね(笑)。そんな感じで

すから、医者の不養生そのものですね。

私は自分のことを動物だと、例えば犬だと思っているんですよ。犬は寝たくなったら寝て、食べなくなったら食べて、本能に従って生きています。

患者さんに言っている事とやっていることが全く別なんです。ですから、健康管理は何もないんです。
安藤：動物って、ライオンでも、ものを食べた後は寝るじゃないですか。でも人間の場合は、「寝る前に食べちゃいけません」とか言われますよね。

長尾：そうなんです。偉そうに患者さんには言ってるけど、自分は全くやっていませんね。

安藤：本はたくさん読んでいるんじゃないですか。

長尾：最近、本を読む時間がなくて、書くばかりです。よく考えたら中学生ぐらいからずっと忙しくて、新聞配達をしていました。40年間、突っ走ってきた中で、気付いたら家中、本だらけです。

興味はいろいろあるのですが、最も好きなのは南方熊楠の「一切智の夢」です。私が尊敬する人です。明治初期に、ネイチャーやサイエンスなどの雑誌に論文を発表しました。

本は乱読ですね。速読、乱読、もうむちゃくちゃです。読んだつもりになっている。でも、内容はすぐに忘れちゃいますね。

安藤：50歳を超えると結構きついものがありますね。

長尾：どんどん、入っては抜けていくので。とりあえず目の前にあるものを読むということです。

安藤：先生の夢や、もっと年寄りになってからしたい事は何でしょうか。

長尾：本当に月並みですが、本を読んでゴルフして、普通のおっさんの生活をしたいなと思います。

安藤：ゴルフとバンドとか。

長尾：そうですね。音楽ですね。毎晩ライブハウスで音楽を聴いていたいという感じですね。今から音楽教室に通おうと思っているぐらいですので、もっと音楽がやりたいと思います。リズム感がないので、リズムの取り方の練習をしたいとか、そういうことを思います。

こうして考えてみると、夢はいっぱいありますね。例えば、映画を作りたい。音楽、文学、そして映像



インタビューを終えて 長尾和宏氏（左）と安藤高朗氏（右）

ですね。そういう世界にじっと身を置きたいなという思いはありますね。

谷川俊太郎は10歳ぐらいの気持ちを持っているんだろうなと思います。私も同じで、しょせん10歳だと思っています。初恋の人も10歳のままであってほしい。

在宅の患者さんで、94歳ぐらいの独居老人がいます。毎週、往診に行くのですが、とても楽しい時間を過ごしています。おばあちゃんってね、本当にかわいい。私はおばあちゃんが本当に好きなんです。

安藤：そういう気持ち、よく分かりますよ。

長尾：人間って、ピュアに生まれて、汚れて、またピュアに戻っていく。汚れたところは、たぶん尾崎豊が語るような世界かもしれません。

私も、自分の中に汚れた部分がありますが、そこは無視したいし、できるだけピュアなままでいたい。

安藤：少年の気持ちをずっとお持ちになっている。

長尾：かっこよく言えばそうですが、ただ幼稚なだけなのかもしれません。それから、生まれ変わってもやっぱり町医者になりたい。

安藤：本日は大変楽しいお話をたくさん聴かせていただきました。これからも、医療の発展のためにご尽力ください。

長尾：こちらこそ、ありがとうございました。