

ここの中を見つめよう 博愛を広げるために

国際ロータリー第2660地区 第5組 '11-'12インター・シティミーティング

「老い」—認知症と長寿社会—



丸尾 多重子 氏
(パネリスト)

熊田 梨恵 氏
(パネリスト)

長尾 和宏 氏
(講師、コーディネーター)

関根 友実 氏
(総合司会)

相原 克偉 氏
(パネリスト)
(梅田RCクラブ会員)

2012年2月18日(土) 於 大阪新阪急ホテル

ホストクラブ：大阪梅田ロータリークラブ



基調講演を務める長尾和宏氏

Profile**長尾和宏** (ながお・かずひろ)

- 1984年 東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局
 1986年から 大阪大学病院第二内科勤務
 1991年 医学博士授与、同年から市立芦屋病院内科勤務
 1995年から 尼崎市で長尾クリニックを開業
 2006年から 在宅療養支援診療所登録、現在に至る
 著書に「町医者力」シリーズ1~5、
 「パンドラの箱を開けよう」ほか多数、講演多数
<http://www.nagaoclinic.or.jp>

基調講演

「『老い』—認知症と長寿社会—」の最前線で医師として奔走しておられる長尾和宏先生が壇上に登場されました。講演が進めば進むほど、医療の現場の過酷さや認知症患者にかかる家族や医療従事者の苦闘が伝わってきます。その立場に自分が置かれたらどうしたらいいのか、不安にも苛まれましたが、長尾先生の温厚な表情とわかりやすい口調の1時間15分の講演に、参加者ひとりひとりが引き込まれていきました。長寿社会でどう生きていくか、自分や家族が認知症にかかった時どう対応するか、考えるきっかけとなりました。

「認知症の予防・治療・療養の最前線」

講師 長尾和宏氏

長尾クリニック院長、医療法人社団裕和会理事長

医学博士、関西国際大学客員教授

男性認知症患者の**浮気妄想と怒り**

みなさん、はじめまして。本日は、インター・シティミーティングにお呼びいただきましたこと、秋元延介IM実行委員長、稻本一夫大阪梅田ロータリークラブ会長はじめ、みなさんに厚くお礼申し上げます。関根友実さま、丁寧なご紹介をありがとうございました。

私は、尼崎市でクリニックを開業して16年になります。町医者として毎日、長寿社会に向き合っていますので、今日は本音ベースで私の日常を聞いていただければと思います。

さきほども往診をしてきました。朝の段階でカルテは120冊、つまり120人の患者さんが私を待っていたのですが、その往診を途中で切り上げてここへまいりました。

今朝いちばんに往診をした患者さん一人は、95歳ぐらいの寝たきりのおじいちゃん。自分の妻であるおばあちゃんが「浮気をしている」「男がいる」とおっしゃいます。寝たきりだつ

たのに何とか起き出して浮気を警察署に訴えたり、おばあちゃんを攻撃するまでになってきました。息子さんが困って、おばあちゃんを近くのホテルへ避難させました。

認知症の男性に多く見られる症状の一つが、こうした「浮気妄想」です。もう一つ、認知症になられた初期のころ、男性はまず怒りやすくなります。クリニックでも受付の女性に「遅いやないか」「院長を出せ」「わしを誰やと思っている」とお怒りになっています。待合室などでよく怒っている人、見かけませんか？実は認知症が始まっているのです。

女性認知症患者の**モノ盗られ妄想**

昨夜は、市役所から依頼を受けて、あるおばあちゃんを往診しました。息子さんは、私と同じ年ごろのサラリーマンです。おばあちゃんからの「嫁が毎日お金を盗る」「私をいじめる」という訴えが半年前からだんだん激しくなり、責められるお嫁さんは「出ていく」「もう離婚する」と泣きじゃくっておられます。息子さんは困り果て「死にたい」と思うまで悩んでおられました。

女性の認知症には、こうした「モノ盗られ妄想」が多く見られます。みなさんの周りでも、案外モノがなくなり、どこへ



医療の最前線からの生々しい報告が始まると

行ったかわからることは多いのではないでしょうか。そんな時、自分がなくしたとは思いたくない。そして誰かが盗った…と言い出したら、ちょっと危ないと思ってください。

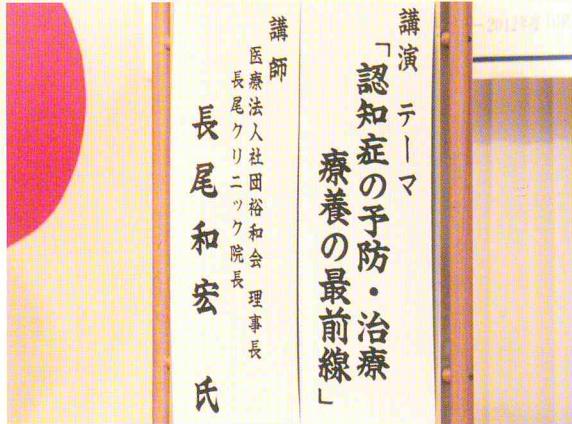
このおばあちゃんは、いろいろな病院に通っておられましたが、認知症だという自覚は全くありませんでした。こういう場合、家族は認知症を診てもらうために病院につれて行きづらい。そんな場合はどういう口実で訪問すればいいのか、いろいろ工夫します。「医師として診察に来た」と言えませんからね。

昨日は、おばあちゃんの息子さんと近所の居酒屋で知り合った酔っぱらいのおじさんのふりをして、ちょっと立ち寄らせてもらったことにしました。実際にはそのおばあちゃんを面接させていただくのですが、酔っぱらいのおじさんとして1時間ぐらい世間話をして、最後にさりげなく「僕は、実は医師なんですよ」と告げました。おばあちゃんは不思議そうな顔をされていました。今朝、息子さんからメールがきて「先生、ありがとうございました。あれから母が嫁を攻撃するのがおさまっているんです。でも、また同じことが始まるんじゃないかと怖い…。先生、その時はまた来てくださいね」とありました。

在宅医療の端緒は 医学生時代に遡る

認知症を患っておられる方は、本当にたくさんいらっしゃいます。でも、家族はどこに相談していいのかわからない。家族が病院に連れていくのも難しい。困り果てて、私のもとへ大勢やってこられます。今ご紹介したのが私の日常です。

ここで改めて自己紹介をさせていただきます。私は大阪教育大学附属高校(池田校舎)を卒業しました。高校の時に父を自死でなくし、周囲からは「いったん就職せい」と言われ、ダイハツ工業に入社して自動車をつくっていました。しかし、高校の



テーマは「認知症の予防・治療・療養の最前線」

先生が私の元へいらして、「君は大学へ行け」とおっしゃる。それで1年ほど遅れて東京医科大学へ進学したのです。

大学では無医地区研究会に入り、長野県の下伊那郡浪合村(現・阿智村)で、無医地区活動に励みました。野沢菜をたくさん食べる地域で、高血圧の方が多い。学生たちは夏、冬、春と1か月半ぐらい滞在し、「家庭訪問」と「食事指導」をします。今にして思えば、「在宅医療」をしていたことになります。あるいは「予防医療」「特定健診」とも言えるでしょうか。19歳の頃からそんなことを始め、もう30年以上になるんだなあと思います。

患者の自死と震災を機に 独立開業を決意

大学卒業後は大阪大学第二内科に入局し、研修医として最初に新大阪の病院に行かされました。2年間、まさに24時間体制で働き、家に帰ったのは3回ぐらいという激務でした。

この病院には、治療ができなくなった末期がんの患者さんがどんどん送られてきました。白血病の患者さんも受け入れました。研修医は私ひとり。たくさんの死に立ち会いました。何百人…いや、千人に達していたかもしれません。死亡診断書を1日に5通書いたこともあります。

その後、阪大に戻って5年間、研究や臨床に務め、医学博士を授与されると“赤紙”がきました。私には市立芦屋病院へ行け、という指示でした。当時、阪大の私の医局には200人ほどの医師がいましたが、給料をもらえるのは一握り。無給医局員を4年間して、やっと10万円ぐらいの給料をもらえる身分になりましたところでした。まだ“白い巨塔”的時代でした。

この病院で消化器専門の医師として4年間勤務し、芦屋市の大腸がんをたくさん診させていただきました。

「トム

ークラブ

ROTARY CLUB

阪神・淡路大震災もクリニック開業のきっかけに



産経新聞で「Dr.和の町医者日記」を連載中

ある時、消化器の末期がんに侵されている会社の社長さんが、「もう退院して家に帰りたい。だから往診してほしい」とおっしゃいました。その頃には病院からの往診という制度がなく、私も上司に相談してみましたがだめでした。泣く泣く患者さんにそう説明し、抗がん剤治療をしたのですが、夜中に私の自宅に電話がかかってきました。その患者さんが病院の屋上から飛び降りて亡くなられたのです。

「家に帰りたい、最期は家で過ごしたい」とおっしゃっていたその方の人生を、私が邪魔したのではないか…。もちろん一番つらいのは患者さんご自身ですが、私にも大変つらい経験となりました。そこへ阪神・淡路大震災がきました。この震災で経験したことの中には、今もって語れないこともいっぱいあるのですが、語ることは本に書きましたので、どうぞ読んでみてください。この震災が私の人生を大きく変えたことは間違ひありません。「思い切って一人でやってみたい」と1995年、病院を飛び出し、尼崎で開業に踏み切りました。

在宅医療をスタート

よろず相談室も開設

最初のうち、患者さんはいませんでした。1日ゼロだったり、1人だったり。看護師もいないから、私が注射を打ちました。でも、7年目には1日に100人以上来られるようになり、クリニックも手狭になって現在の広い場所へ移転。2006年から在宅療養支援診療所登録をし、「在宅医療ステーション」を開設しました。クリニックでの外来診察と、患者さんのお宅で診る在宅医療とで、かなり忙しくなってきました。

在宅医療第1号となった患者さんは、クリニックが入っていた元のビルのオーナーでした。その大家さんには持病があり、毎日、クリニックに注射に来られていたのですが、最終的には

肝臓がんで腹水がたまって動けなくなり「往診にきてくれ」と。毎日ご自宅へ通い、点滴をし、お宅で亡くなられました。

この当時は「在宅医療」という言葉はまだなく、みんな「往診」と言っていましたね。この大家さんへの在宅医療のことを聞いた近所の人が「うちにきてくれ」と言い出し、だんだん在宅依頼がくるようになり、今では300人ぐらいを在宅医療しています。昨年、在宅でお看取りした方が開業以来500人を超えていました。昨日も自宅で2人亡くなられ、勉強に来ていた兵庫医科大学の学生さんと一緒にご遺体をきれいにしました。

尼崎には、「病院は敷居が高い」「治療費も高い」などの理由で病院に行けない人がたくさんいらっしゃいます。そこでクリニックの前に「医療・介護よろず相談室」をつくりました。認知症のご相談や、病院に見放された末期がんのご相談など、さまざまな方が来られます。あとでパネルディスカッションに登壇される丸尾多重子さんには、相談員として手伝っていただいています。

大病院の医師が患者の

認知症に気づかないことも

私は、在宅医としてあちこちを訪問しますが、ご本人やご家族の悩みや苦しみは「認知症とがんに尽きるなあ」と感じています。認知症とがんは、まったく別々の領域と思われるかもしれません。しかし、両者に共通する基礎疾患として「生活習慣病」があります。以前、産経新聞兵庫版で「Dr.和の町医者日記」の認知症シリーズとして8回を連載しました。

この1月からは新たに「アルツ予防シリーズ」の連載を始め、糖尿病とアルツハイマーの関係を解説しています。まだよくわかっていない部分もあるのですが、「糖尿病性認知症」という言葉があるくらい。みなさんも糖尿病の合併症として目や



クリニックを開業している尼崎の興味深い話も



国を挙げて進むがん対策と遅れている認知症対策

腎臓のことはよくご存じでしょうが、認知症にもなるんですよ。

ある時、大きな病院に通院している糖尿病の患者さんの様子が少しおかしいので、いっぺん診てほしいとご家族に言われ、お宅をお訪ねしたことがあります。冷蔵庫を開けたら、インシュリンが100本ぐらい並んでいた…。お金に換算すると、100万円以上のお薬が冷蔵庫に眠っていたのです。

主治医の先生は、その患者が認知症だとは気づいていませんでした。患者さんがインシュリンの注射を忘れていれば、当然、血糖値は改善しませんよね。それを見て、主治医はインシュリンを增量したようです。その積み重ねで、冷蔵庫がお薬の売り場のような状況になってしまったのです。

認知症の患者さんには、「とりつくろい」という特徴があります。例えば、もう何年も前に定年退職したのに、「朝から働きに行ってきた」と、とりあえずその場をとりつくろいます。その糖尿病患者の主治医も、患者の態度からは認知症だと気づけなかったのでしょう。

まだすべてが解明されたわけではありませんが、糖尿病と認知症には深い関係があります。記憶の中核である脳の「海馬」でインシュリンの効きが悪くなってくる、つまり「脳の糖尿病がアルツハイマー病だ」とも言われています。これは今、最もホットな研究領域です。

天下国家に先駆けて

何かとコトが起きる尼崎

がんの「訂正死亡率」(年齢構成の異なる地域間で死亡状況が比較できるよう年齢構成を調整した死亡率)を見ると、全国で最もがんで死ぬ率が高いのが尼崎市だと報告されました。がんと認知症には、生活習慣病という共通の基礎疾患がありますから、がんが多いなら認知症の数も相当多いのではないかと私

は推察しています。

尼崎は言靈でみると「天が先」。“天下国家に先駆けて何かが最初に起きた町”だと思います。尼崎の大気汚染公害訴訟は全国に影響を与え、今も裁判が続いている。JR福知山線の脱線事故は尼崎で起こり、あれをきっかけに安全性の基準や災害医療が見直され、それが今回の東日本大震災に生かされました。アスベスト問題も尼崎から始まり、全国に波及しています。

現在、40歳から受けさせられる「特定健診・特定保健指導」も、実は尼崎市からスタートしたのをご存じですか？尼崎市でメタボ健診が始まり、ちょうど5年になります。尼崎市役所の保健師、野口緑さんがメタボ健診実施に向けて奔走しました。国は、予防治療や健康指導を進めることで生活習慣病を防ぎ、ひいては医療費の適正化を目指していこうとしていますが、実は尼崎市が国家プロジェクトのモデルになっています。

メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の概念は、私が阪大第二内科に入局したころ、松澤祐次先生が提唱されました。30年たってようやく国も動き、今では子どもでも「メタボ」という言葉を知っているほどになりました。

私は尼崎市立城内高校の校医として、夜間高校の生徒たちに健康や禁煙、食育について授業や講演を続けています。なにかと天下国家の先を行く尼崎ですが、生徒たちには「君たちが大人になった時には、尼崎のワーストワンを返上しようね」と言いながらメタボ予防、がん予防を教えています。

法整備も環境整備も

遅れている認知症

「認知症」についてお話ししましょう。いまや高齢者の8人に1人が認知症という時代になろうとしています。ものすごい勢いで増えています。クリニックでも在宅医療でも毎日、もうい



自分の将来に置き換えて熱心に聞く



認知症のおかれている現状に理解が深まつくる

やになるぐらいの数の認知症の患者さんを診察しています。

2週間ないし1か月の単位で投薬しても、次の診察日には来られず、3か月ぐらいして来られます。当然、もう手元には薬はないはずなのに「まだあります」と真顔でおっしゃる。あるいは、昨日診察したのに3日後にまた来られ、「薬をもらっていらない」とおっしゃることもよくあります。

国は「がん対策基本法」をすでに施行しました。大阪選出の山本孝史参議院議員(2007年死去)が中心となり、がんに侵されて痩せた体で「日本人の2人に1人ががんになる時代。がん対策基本法が必要」と法案の早期成立を議会で演説したのを、覚えておられる方もいらっしゃるのではないでしょうか。2006年にがん対策基本法が施行され、各都道府県に拠点病院が定められ、全国どこへ行っても同じ高いレベルでの治療が受けられるような施策が進んできました。独立行政法人国立がん研究センターを頂点にピラミッド型の施策が大変進み、最近では緩和治療も充実してきました。治療だけでなく、体の痛みもこれらの痛みも早期のうちから診ましょうということになりました。

一方、認知症にかかる基本法はまだありません。認知症の患者さん自身が法整備の必要性を訴えることはできませんし、ご家族は病気を隠したいと思っています。しかし、もうそういう時代ではないのです。現場にいる立場から言うと、認知症は8人に1人ではなく、すでに4人に1人、いや2人に1人になっているのではないかと実感するほど急増しています。

医療現場の細分化が

患者に困難を強いる

認知症を診断するにあたっては、まず「長谷川式テスト」ないし「MMSE」(認知機能検査)を用います。「今日は何日

か」「100から7を引くと」「93から7を引くと」といった質問をしていくテストで、30点満点のうち20点以下であれば、認知症が強く疑われます。

長谷川式テストを考案したのは、聖マリアンナ医科大学の名誉教授、長谷川和夫先生です。先日、講演で先生は「高齢者約6割が認知症になります」とおっしゃって、私が感じているのと全く同じだなあと思いました。現在は、2人に1人ががんになり、3人に1人ががんで死にますが、もう少ししたら高齢者の2人に1人が認知症になります。

したがって認知症を合併したがん患者も増えています。認知症とがんの進行の具合はそれぞれですが、両方をもっておられる患者さんは実は非常に多いのです。ところが医療の仕組みは縦割りで、医師の領域はどんどん専門分化、細分化されています。糖尿病を専門とする医師は血糖値しか、高血圧の専門医は血圧しか診ていません。整形外科の医師は膝なら膝、首なら首、腰なら腰しか見ていませんし、眼科でも角膜、網膜、ぶどう膜…と専門領域はどんどん細分化されています。

医療の現場がどんどん細分化されていく中で、認知症は誰が診ればいいのでしょうか。さらにがんと合併した認知症の場合は、どこの病院、どこの科へ行けばいいのでしょうか。こういった問題が超高齢化社会の中でクローズアップされてきています。

ゆっくり進行する疾患

早期診断と早期治療を

認知症か否かは、やはり医師が見立てるしかありません。在宅医療の現場で、様子が急におかしくなられたお年寄りがいて、ご家族は「ケアマネジャー(介護支援専門員)から、認知症は“急に”悪くなるからと言われた」とおっしゃったのですが、



高齢者の2人に1人が認知症になる日も近いのか

私が診察したところ、これは認知症ではなく、慢性硬膜下血腫（硬膜の内側にじわじわと出血し、血の塊ができた状態）だと診断しました。

認知症はけっして急に悪化する病気ではありません。ゆっくり進み、知らないうちになっていたというような病気です。会社でトラブルを頻繁におこしたり、病院で言い争いになったり、家族におかしい言動をとるようになってから、どうも変だ、診察してもらった方がいいだろうか…と悩み、病院へ行くのが遅れるのが常です。認知症は、全経過がだいたい10年ほどの病気だと考えてください。お医者さんを訪れるまでに1、2年かかるでしょうか。

しかし、認知症は本当はもっと早く始まる、40歳から始まっているとおっしゃる医師もいます。CTで脳の血流を調べると、40歳でもう機能が低下している人がいます。高齢になってから始まる病気だとお思いかもしれません、実は若い時から始まっているんですね。認知症は早期診断・早期治療が大切だとも言われています。つまりは、がんとよく似た状況となりつつあります。認知症がある程度進行した状態で病院へ行き、検査をしてもらい診断がつくと、多くの場合、お薬が出ます。

認知症の診断にあたっては、まずCTスキャンをとります。慢性硬膜下血腫や正常圧水頭症など、認知症と診間違うかもしれない病気も視野に入れ、検討するためです。血液検査も必ず行います。甲状腺機能低下症もお年寄りにはよく見られる疾患です。家族は認知症と思っていたのに、血液検査で甲状腺機能が悪いとわかり、甲状腺ホルモンを投与したら認知機能が改善するケースだってあります。

CTスキャンや血液検査をした上で長谷川式テストを行い、5分ほど質問します。長谷川式テストより詳しいMMSEという問診で認知機能や記憶力を測定し、最低でも20点以下だったら認知症だと診断します。患者さんは、初期のうちはプライ



基調講演では資料や書籍も配布された

ドがあるため、多くの場合こうした診断を受けるのをいやがります。ですから「もの忘れテストをしてみましょう」「私も最近よう忘れるんですよ」とか言いながら受けてもらうのです。

認知症を、軽度・中等度・高度の3段階に分けて考えてみましょう。高度認知症ってどんな状態だと思いますか。寝たきりというイメージではありませんか。高度とは、「自分で着衣ができない」状態を指します。例えば、真夏なのにセーターやコートを着ている、寝間着の上にスーツを着ている、自分でうまく着られないことが高度の定義です。排泄も自分でうまくできません。

症状の進行を緩める薬

最近3つの新薬が発売

では、認知症に処方されるお薬の話をしましょう。十数年前、「アリセプト」というお薬が開発され、世界中で使われ始めました。よく売れているお薬です。アルツハイマー病とは、脳の中の神経伝達物質のアセチルコリンが不足している病気で、アセチルコリンの量を増やすのがこのお薬の役割です。といっても、病気を治すのではなく、進行のスピードを緩める効果しかありません。

アルツハイマー病は、アミロイドベータという、いわばごみのような物質が脳内に沈着することでおきます。なぜ沈着するのかは、よくわかりません。アルツハイマー病にはいまだ根本治療がなく、足りなくなつたアセチルコリンを増やすという対症療法しかありません。

「アリセプト」は、初期に投与するほどよく効き、高度期には効きにくい印象があります。最初は3ミリグラムから始め、2週間、様子をみます。服用後に、「明るくなった」「話をするようになった」「散歩するようになった」「新聞を読むように



薬の役目は認知症の進行を遅らせること



徐々に進行する症状の実例を聞くと重苦しい雰囲気に

なった」など成果が現わされてくる人もいます。一方で、服用したことでのアワアワ騒ぐようになる人もいます。

副作用がないかどうかを確かめた上で5ミリグラムに増やすように、と厚生労働省は定めています。5ミリグラムで維持し、高度になると10ミリグラムまでの增量は認められていますが、日本では5ミリグラムを服用することが多い。世界では10ミリグラムが標準で、3ミリグラムがあるのは実は日本だけです。アメリカでは23ミリグラムまで認められていて、今、日本でも23ミリグラムの治療が始まっています。

これまでアリセプトしかなかったのですが、昨年、3つの新薬が発売されました。パッチタイプの「リバスチグミン」、飲み薬の「レミニール」と「メマリー」です。それぞれ守備範囲が違い、初期から中等度までが「リバスチグミン」と「レミニール」。「メマリー」は、中等度から高度に服用し、「アリセプト」に加えて処方することが多い。これら4つの薬をどう組み合わせていくか、認知症専門家の間で議論されています。いずれも脳の中のアセチルコリンを増やすお薬で、進行を緩める意味ではよく似ています。新しいお薬の効果は月単位、年単位でないとわからないので本当の評価が出るのは3年後ぐらいからでしょうか。

認知症のお薬は「初期の人ほど効きやすい」「飲むなら早めに飲んだ方がいい」「治すのではなく症状の進行を遅らせるためのお薬だ」ということをご理解ください。

中核症状と周辺症状の 双方に妥当な薬を処方

認知症は、「中核症状」と「周辺症状」に分けて考えられています。中核症状とは、“記憶がなくなる”こと。特に、最近のことが覚えらなくなりますが、昔のことは鮮明に覚えていま

す。みなさん、昨日の晩ご飯が何だったか覚えていますか？一昨日はどうだったでしょうか？（会場で笑い声とため息が広がる）。記憶をたどってください。自分の食事を思い出すことでも、いい予防法になるかもしれません。

近い記憶が出てこないのが中核症状なので、何度も食事をしてしまいます。満腹になったことを意識できないので、食べまくり、夜に盗み食いします。石鹼を食べた人もいます。だから、認知症が中等度になると太ってきて糖尿病になったり、元々あった糖尿病がさらに悪化したりします。

一方、「周辺症状」としては、“徘徊”が挙げられます。特に、冬のように暗くて寒い憂鬱になるような季節には、やたら徘徊が増えます。妄想もがんがん出でます。冒頭に紹介した「妻が浮気をしている」「嫁がお金をとった」などがその例ですね。幻覚も現われ、ネコがいる、人がいる…と訴えます。寒い陰鬱な季節には、周辺症状が増えてきます。

あるいは暴言を吐く、杖を振り回す人もいます。診察をしていると、朝から晩まで毎日、そんな人ばかりです。実は今もポケットの中の携帯電話が鳴っています。そんな状態になった患者さんのいる施設からの呼び出し電話で、四六時中鳴りっぱなしの日もあります。

こうした周辺症状があるから、認知症は困った病気だ、家庭では看きれない、見張り役がいる、施設に入れた方がいいのではないかと悩むことになります。

実は、この周辺症状をどう抑えていくのかが医師の腕の見せ所なのです。先ほど紹介した「アリセプト」などは、中核症状を抑えるお薬です。周辺症状に対しては、時には精神病の患者さんに投与する妄想を抑えるお薬まで投与するのが通常です。

商品名でいうと、まず「抑肝散」という漢方薬がよく効きます。子どもの夜泣きや“かんのむし”、若い人のイライラにも処方するお薬です。抑肝散をベースにしながら「グラマリール」



遠い話ではない、明日はわが身…と気が引き締まる



平穏な終末期を送るのはいかに難しいことなのか

「セロクエル」「リスパダール」「エピリファイ」などを匙加減して処方します。

つまりは中核症状のお薬と、周辺症状のお薬を組み合わせて使うものだと理解してください。

あらゆる高齢者向け住宅や施設に認知症患者が分散

認知症の初期に診断され、お薬を飲んでいても、ワアワア騒ぐようになったり、徘徊をしたり、大変になってくるのが中等度の時期です。それも後半になると、いろいろと日常生活に支障をきたすようになり、家族には「いよいよ家では無理だ」という局面になります。そこで、いろいろな介護施設を探されます。認知症の主な施設を紹介しましょう。

まず「特別養護老人ホーム(特養)」。費用は安いのですが、ご承知のように入居希望者が多くて、待機リストが多く、なかなか入れません。先日も、10年近く待って、やっと入居できる順番がきたのですが、主治医が特養の嘱託医に変わります。「もう先生に診てもらえないのがつらくて…」と泣く娘さんに、10年も待ったんだから、となだめて、ホームに入所してもらいました。ところが2週間もしないうちに「やっぱり自宅がいい」と飛び出してきた患者さんがいました。

「老人保健施設(老健)」は、本来は病院から家に帰るための途中の時期を過ごし、家へ帰る訓練をするための施設ですが、今の老健はほぼ特養と似てきて、認知症患者がたくさん暮らしていて、よく“特養待ち”と言われます。

「療養病床」という、いわゆる老人病院にも認知症の人はおられますし、「高齢者専用賃貸住宅(高専賃)」(2012年4月以降「サービス付き高齢者向け住宅」)にも認知症の方が多く入居されています。厚生労働省は「小規模多機能住宅」の設置を勧

めていますが、まだこの施設は増えていません。

「有料老人ホーム」は、入居時にも入居後もたくさんのお金が必要で、自室はワンルーム程度の広さということも多いでしょう。さらに「グループホーム」では、1ユニット9人で暮らし、台所やリビングがあり、なるべくこれまでの“生活”を維持しようというコンセプトです。たいてい2~3ユニットで構成され、費用はそれなりに高く、全部でやはり月額20万円ぐらいかかります。

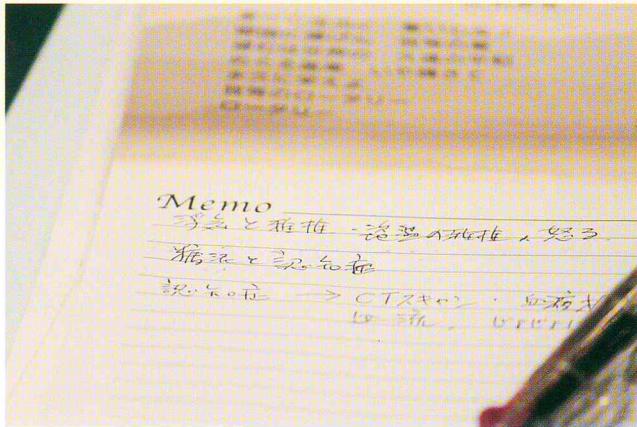
「精神病院」に認知症患者が入院するケースも少なくありません。中でも大阪府茨木市の藍野病院は、認知症専門病院として時々入院をお願いしています。

生活保護を受けていない限りは、いくら安価な病院・施設に入れたとしても少なくとも月に5、6万円の費用はかかります。経済的に余裕がなければ、預貯金を取り崩すか、在宅で療養しながら特養が空くのを待つことになります。

認知症患者の受け入れ先も収集したい情報も少ない

在宅医療を受けている認知症患者が、肺炎をおこして入院が必要になることがあります。しかし、「認知症がある」というと入院はダメだと断られることがよくあります。「いやいや、症状はまだ軽いのでお願いします」と懇願して入れてもらうこともあります。実際に在家時の認知症の症状は軽くても、入院したとたん暴れだす人もいます。そうなると、病院から家族も病室に寝泊まりするよう求められ、ポンポンベッドに添い寝での介助となり、そのうち音をあげてしまうのが常です。

中等度の認知症患者が療養を受ける場所がない。これだけニーズがあるのに入院もできない。この病気のおかれた状況の厳しさに、認知症のご家族は初めて気づきます。ご家族は当事



気づいたことやこれから課題などを書き出していく



長寿社会の中でいかに生きるのか考えさせられる

者になって初めて、えらいこっちゃと認知症療養の場の貧弱さに愕然とします。

がんに関する情報はいっぱいあるのに、認知症の情報は不足しています。地域的なばらつきも小さくありません。つらいのは介護するご家族。だからこそ、認知症の介護者を支えないと、在宅療養は成立しません。だから、パネルディスカッションに登壇する丸尾さんは、介護者を支えるボランティアを始められたのです。

在宅で看取れるのは

がん9割、認知症4割

在宅療養の現場でのがんと認知症の相違点をお話しします。末期がんの在宅療養期間は平均1.5か月です。病院から紹介してもらい、在宅医療を始め自宅で最期を看取るまで、だいたいどこで調べても1.5か月。あっという間に終わります。1日で亡くなる方も、半年生き延びられる方もいらっしゃるのですが、平均値をとると、どこでもぴったり1.5か月。がんの在宅医療では緩和医療が主体で、介護のウエートは小さい。

亡くなる日まで食べたり、歩いたりしておられる患者さんも多いのですが、そう話すと病院の医療者でも「嘘だ」とおっしゃいます。がん拠点病院の医師すら信じてくれません。そこで最近は、末期がんで在宅医療をしている患者さんに協力していただいて、ビデオで撮影して医療者に見せているほどです。

私の患者さんで、いま肺がんの末期の人がいます。胸に水がたまって、腫瘍マーカーが何万まで上がり、もういつ亡くなってしまっておかしくないのですが、なんとグループホームのヘルパーとして今も働き、夜勤までこなしています。ご本人とご家族の承諾を得て、亡くなるまでの過程をビデオで撮らせていただいている。この人のことを、いつか一般の方にご紹介できない

かと思っています。

つまりがんは、最期まで明るく笑って過ごすことのできる病気です。病院で最期を迎えることを想像すると、そんなイメージはないかもしれませんね。がんの“平穏死”についても、2冊ほど本に書きました。

認知症は、なかなかそうはいきません。介護が大きなウエートを占めています。病院に入院中は「医療保険」1本ですが、病院を出たとたんに「医療保険」と「介護保険」の2本建てになります。医療にあたる医師と、介護にあたるケアマネジャーがしっかり連携しないといけません。

今日のパネルディスカッションには、歯科の在宅診療をおられる相原克偉先生が登壇されます。歯科医も看護師もヘルパーも、みんなで長期にわたって患者を支えていくのが認知症の在宅医療です。がん患者の9割は家で看取りますが、非がん、特に認知症で最期まで家で看取るのは4割ぐらいだろうと、日々の診療をしながら実感します。介護保険ができるだけ万能ではなく、NPOやボランティアが補完しなければならないのが現状です。

胃ろう患者本人の

意思は尊重されない

認知症の「終末期医療」についてお話しします。最期が近づくと、だんだん食べられなくなります。比較的早く認知症になってしまっても、日野原重明先生のように百歳を越えて元気で働いておられても、最期はみな、食べられないようになります。これをどう考えるかが今、大きな問題となっています。

胃に穴を開けて管を入れ、そこから栄養剤をいれしていく手法が「胃ろう」です。元々は、生まれながら食道が閉鎖しているような先天性の疾患をもっている子どもさんのために開発され



終末期の延命装置「胃ろう」は本当に必要なのか



高齢者医療、延命治療への財源逼迫も課題のひとつ

た措置でした。

今、日本には40万人もの胃ろう患者がいて、その多くが高齢者です。たいていはまず、肺炎を起こして入院してきます。肺炎が治っても、入院中に悪化した認知症はよくならない。そこへ食べると誤嚥性(ごえんせい)肺炎になりやすい。だから、「もう次は食べてはだめだ」「胃ろうにしなさい」と家族は医師から説明されます。医師にとっては、胃ろうを造設した実績は評価されますから必ず勧めてきます。家族もそんなものか、と受けてしまいます。

この際に、患者本人の意思はあまり尊重されてないことが多いです。認知症で意思がなくなっている状態でも、「好き・嫌い」「快・不快」という感情はずっと残っているのですが、充分に尊重されていないと感じます。

胃ろうを入れると、栄養状態が改善されるため、床ずれは治ってきます。元気になってまた食べられるようになりますが、最終的にはまた食べられなくなり、意思表示ができない、いわゆる植物状態に進みます。一度、胃ろうをほどこしたら、死ぬまで誰も止められません。家族が「もう胃ろうをやめてください」と頼んでも、途中で中止するドクターはまだ多くありません。胃ろうを中止するのは安楽死だ、安楽死は殺人だ、と言う人もいるからです。認知症になっても、胃ろうを選ぶ人もいれば選ばない人もいます。胃ろうを選ばなかった人、胃ろうを入れたけれど使わなかった人、食べたら死ぬと脅かされたけれど自宅に帰って驚くほど食べた人など、いろいろです。

平穏死を望んでも 延命措置で死ねない

長寿社会にともない、延命措置も発達しました。その一つが「人工栄養」。昔は鼻からチューブを入れたり、点滴したりし

たのですが、「胃ろう」という延命措置が開発されました。次に「腎臓の延命」。人工透析をして腎不全を防ぎます。3つめに「人工呼吸」。気管に穴をあけて呼吸を確保します。この3つの延命措置をどう考えればいいのでしょうか。

超高齢社会で、どこまで延命措置を行うかを考えるにあたって必要な観点は、ひとつは「尊厳」という観点、もうひとつは、あまり大きな声では言いにくいのですが「財源」という観点です。

尊厳という観点から考えると、腎臓の人工透析は本人の意思が反映されていますが、胃ろうの場合、植物状態になると本人の意思は反映されません。尊厳があるかどうかという点でも、延命措置には議論が分かれることです。

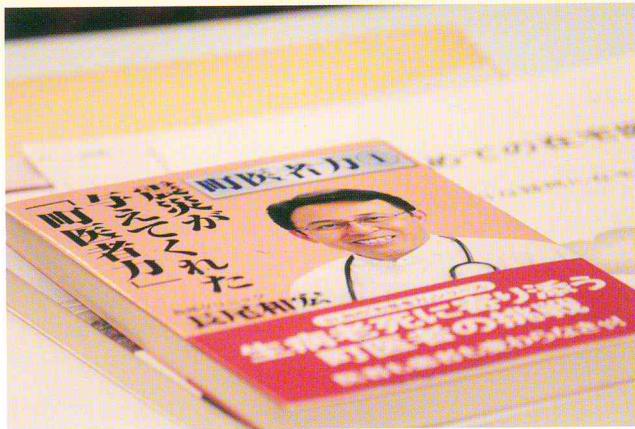
先ほど、安楽死という言葉を使いましたが、安楽死と「尊厳死」は全く違います。安楽死は、終末期が近い時に人為的に寿命を縮めること。尊厳死・平穏死・自然死は、自然に任せる、食べられなくなったら残念ながら人生は終わり…という考え方です。

特別養護老人ホームの嘱託医を務める医師、石飛幸三さんが、『『平穏死』のすすめ』という著書を書かれました。日本人の8割は平穏死を望んでいるのに、特養では8割が延命措置をされている、なぜこんなことになったのか、と石飛さんは問題提起をされました。

私も近く、「『平穏死』10の条件」「胃ろうする選択、しない選択」という本を出す予定です。

「死」をタブー視せず 明確な延命の指標づくりを

次に、「財源」の観点から延命措置を考えてみます。日本の財源の48%は社会保障費(介護、年金、医療)です。また、医療費



長尾和宏氏の著書「震災が与えてくれた町医者力」



1時間15分の基調講演に盛大な拍手が

のうち6割は高齢者医療、その多くを延命治療が占めています。

お金の話をしたらいけないのかかもしれません、現実的に人工透析は年間ひとり500万円かかり、国家予算で1兆4000億円を費やします。胃ろうを維持するのにも年間ひとり500万円ほどかかります。

高齢者を年齢で区切ると怒られますが、がんの場合にはある程度の指標ができつつあります。たとえば90歳でがんがみつかったら、それを手術するのかどうか。元気な90歳のがんと、寝たきりの90歳のがんではどうなのか。手術する価値があるか線引きするための指標ができつつあります。

胃ろうには、そういう指標がありません。本人は希望していないのに家族が希望するケースが多い。中には親の年金をあてにして、「胃ろうを続けて、いつまでも生きさせてくれ」という家族もいます。

一方、がんの終末期に人工呼吸を外すよう望まれ、外した医師が殺人で逮捕された事件がありました。今の医師たちには、訴えられないためのディフェンスマディスンになる傾向が主流となっています。死んでしまった本人はもう文句は言いませんが、家族が「殺人だ」と訴えるのです。あとで裁判で無罪となっても、一度逮捕されてしまえば医師を続けにくい。だから医師たちは、“訴えられない医療”を進めていきます。

大変な勢いで高齢化が進み、大変な勢いで胃ろうが増えています。こんな中で、みなさん自身も、みなさんのご両親や周囲の方も、どう終末期を過ごすのか、元気な時から真剣に考えなくてはなりません。病院や医療従事者も、これまで「死」に真剣に向き合ってきませんでした。死はタブーだったからです。わが国の医学の中で、老人医学は本当に片隅に置かれています。90ほどある医科大学で、老人医学講座があるのが3分の1ほど。私が今しているような講義をする医学部の教授だってほとんどいません。

しかし、患者さんもご家族も医療関係者も、自分の頭で考えなくてはなりません。市民フォーラムをしおちゅうしているのですが、病院の院長さんも、葬儀業者も一緒に議論しています。ざっくばらんに話し合い、みんなで行こうというわけです。今日の資料として日本尊厳死協会の冊子も入れてあります。私はこの人権団体の関西支部長を務めています。全国に125万人、関西には1.8万人の会員さんがおられます。

終末期をしっかり考える上での協会の目標は、尊厳死の法制化です。7年かけて、終末期における延命措置に対する患者の意思を尊重する法案をつくり、法案として国会に出す準備が進んでいます。

しかし、まだ、残された問題、議論しなければならない点が多くあります。例えば、終末期医療を差し控えた場合の医師の「免責」をどうするか。本人がリビングウィル(尊厳死の宣言書)のカードをもっておけば、延命措置を拒否する本人の意思は確認できるが「家族の同意」も必要とするか否か。

日本老年医学会でも、「これからは延命措置について、撤退も視野に入れて議論しなくてはいけない」と初めて立場表明しました。まだそんな段階なのです。

認知症を防ぐ食べ物と運動そして社会貢献を

最後に、認知症を予防するにはどう暮らせばいいかお話ししましょう。まず、生活習慣病になるのを避ける暮らしを実行してください。食べ物では、青魚を食べる、納豆を食べる、果物のジュースを飲む。運動が重要なので、1週間にトータルで150分ほどの運動をします。ウォーキングでも、ゴルフでも構いません。そして社会的使命を持ち、自らの力を発揮しながら生きる…これらに尽きます。



パネルディスカッションをスタート

パネルディスカッション

25分ほどの休憩時間にコーヒーやソフトドリンクを飲んだり、介護者を支援するNPO法人「つどい場さくらちゃん」を紹介したビデオを見たりしながらリラックスした後、いよいよ、医療や介護の専門家たちによるパネルディスカッションに移りました。長尾和宏先生がコーディネーターを務め、メディア、医療や介護の現場から、熊田梨恵さん(医療ジャーナリスト、社会福祉士)、丸尾多重子さん(特定非営利活動法人つどい場さくらちゃん理事長)、相原克偉さん(医療法人英信会あいはら歯科・矯正歯科理事長)が登壇し、生々しい報告と提案が続きました。

「認知症の介護の常識・非常識」

コーディネーター

・長尾和宏氏

長尾クリニック院長、医療法人社団裕和会理事長

パネリスト

・熊田梨恵氏

医療ジャーナリスト、社会福祉士

・丸尾多重子氏

特定非営利活動法人つどい場さくらちゃん理事長

・相原克偉氏

医療法人英信会あいはら歯科・矯正歯科理事長 大阪梅田RC会員司会

・関根友実氏

長尾和宏氏(以下、長尾) さきほどの基調講演でも申しましたように、認知症は病状が進行するにつれて「治療」よりも「介護」が占める割合が増えてきます。ですから「介護」に対する悩みも多くなります。

基調講演の後の休憩の時間を利用して、たくさんの方から相談を受けました。すべて介護に関するもので、医療の相談はありませんでした。医師の出番は、あまりないのかもしれませんね。しかし、介護保険を利用する際には、医師の意見書を提出

しないといけませんので、主治医は必要です。どなたでもとりあえず「かかりつけ医」をもつことが大切です。

さて、今日は介護の現場に詳しい方々をパネリストに迎え、お話をうかがいます。歯科医の相原先生には後ほど、「食べる」意味について詳しくお話をいただこうと思います。

今日のテーマは「認知症の介護の常識・非常識」。一緒に考えていいましょう。介護の現場では、常識と思っていたらそれが非常識で、非常識と見えていたことが実は常識だったといったことがあります。

まずはみなさんに、今のお仕事やこれからの歩みも含めて自己紹介をしていただきながら、認知症の現状や常識・非常識を本音でお話しいただきます。では熊田さんからどうぞ。

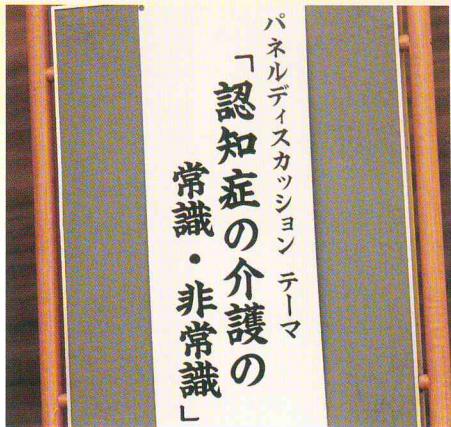
慢性的な人手不足

介護職の過酷な労働

熊田梨恵氏(以下、熊田) みなさん、はじめまして。医療ジャーナリストの熊田梨恵です。今日はお招きいただき、ありがとうございます。テレビのコメントーターとして、医療ジャーナリストの話を聞かれたことはあるかもしれません、あまりイメージが湧かないと思いますので、まずは私がどのような仕事をしているのか自己紹介させていただきます。



司会の関根氏からパネリストの紹介



テーマは「認知症の介護の常識・非常識」

大阪府立大学社会福祉学部を卒業した後、福祉業界専門紙の新聞記者になり、さまざまな医療や福祉の現場を取材してきました。病院や介護施設などに取材に行くのですが、私自身はそこで働いているわけではありませんから、例えばインフルエンザの流行で病院や施設が大変な事態になっている…などの現場の話を聞いても、どうもピンときませんでした。記事を書いていても、どこか上滑りしているのではないかと悩み、一念発起し、一度現場で働くことにしました。

先輩たちには無謀だと言われたのですが、記者をやめ、国家試験の受験勉強を始めました。ソーシャルワーカーの国家資格である「社会福祉士」を取得し、相談業務やケアマネジャーのような仕事を始めました。同時に、高齢者の身体介護に携わるホームヘルパーとしても働きました。

当時、東京の病院で働き、もう今はいませんがコムスン(当時)の有料老人ホームでも社会福祉士として働きました。ご存じのように、介護の現場はどこも人出不足です。一応、相談員として入社しましたが、入居者を直接介護することもあり、入居者と一緒にノロウィルスに感染してしまったこともあります。

当時のコムスンは手広く事業を展開し、入居一時金として数千万円も払うような富裕層向けの有料老人ホームを運営していました。私の働いていたホームは、周囲に外国の大企業が並ぶ、都心の一等地にある高級な施設でした。

働くスタッフから見ると、高級な老人ホームでも、一般のお宅での在宅介護支援でも、仕事に変わりはありません。私の勤めていたホームには、働き始めてから日の浅い10代のヘルパーもいれば、別の仕事から介護職に転職した50代のヘルパーもいました。スタッフの入れ替わりはとても激しく、どんなに建物は美しく豪華であっても、中で働く人には過酷な現場でもありました。

時には切ない最期を

垣間見ることも

熊田 私の勤めていたホームには、現役時代にバリバリと働いておられた方、立派な社会貢献をされた方、お正月のテレビ番組で今年の経済の展望をインタビューされるような方なども入居しておられました。誰もがよく知っている大きな会社の経営者がおられ、驚いたものです。みなさんのご容体はいろいろで、認知症の方も多くいらっしゃいました。それまでの人生でどれほど活躍され、どんな経験や生き方をされてきたとしても、誰でも認知症になるんだなと改めて痛感しました。

ある入居者の方は、コマーシャルでよくみる著名な会社の会長さんで、重度の認知症でいらっしゃいました。3日に1度の割合で、その会長さんの秘書さんがホームに来られていました。年輩の上品な方で、私たちに挨拶をした後、会長さんの部屋を訪ねられます。もう体は動かないし、話しかけてもお答えになることはありません。でも、秘書さんは1時間ほど滞在されて帰られました。

半年に一度の割合で、その会社の役員さんたちが6、7人来られます。みなさん、スーツを着てぞろぞろとホーム内を歩かれ、会長さんに挨拶するのですが反応はありません。まったく起き上がれない状態ですから、部屋も殺風景で、着替えの服をしまっておくクローゼットがあるだけ。役員さんたちは、そこで少し時間を過ごされて、ぞろぞろ帰り、また半年後にいらっしゃる…を繰り返されました。

会長さんが入居された時も、入所されている間も、一度もご家族は来られませんでした。いろいろご事情はあるのでしょうかが、こんな家族との関係でなくてはならないのは切ないなあと思ったものです。

元々は、医療や介護の現場でおきていることを伝えたい、そ



長尾和宏氏がコーディネーターとして進行

のために現場をより深く知っておきたいと思って働き始めていたので、時機を見て記者に戻ることにしました。ちょうどコムスンの介護報酬不正請求事件が起きたのを機に退社し、医療記者に戻り、業界新聞や雑誌で書き始めました。

一昨年末まで東京で、主に永田町や霞ヶ関で医療の制度や法律がどう変化しているのかを取材しながら、デイリーニュースを書いていました。

長尾 医療や介護の現場を経験されたことのあるジャーナリストは、とても珍しいと思いますよ。今では熊田さんは週刊誌の取材をしたり、本を出版されたり、医療や介護の現状や問題を伝えるジャーナリストとして大活躍されています。

熊田 行政や現場を取材するうちに、中央よりももっと地域の現場を伝えていきたいと思い、関西に帰ってきました。長尾先生をはじめ、NPO法人「つどい場さくらちゃん」の丸尾多重子さん、今日は司会をされている関根友実さんにも大変お世話になりましたながら、さまざまな高齢者医療の現場を取材させていただいているます。

最近では、週刊「女性セブン」に対談記事を連載したり、月刊「文藝春秋」に胃ろうのテーマで執筆したりしています。本を何冊か出版し、今日みなさんのお手元にある患者さん向け情報誌「それゆけ！メディカル」も私がつくっています。

医療や介護の実態がどうなっているのか、なかなかわかりにくい制度や複雑な現場の仕組みを、一般の方にわかりやすく伝えていきたいと思い、働いています。

加齢に伴う現象を 病気にしてしまう

長尾 では次に、テレビなどでもよく登場されています西宮市のNPO法人「つどい場さくらちゃん」の理事長、丸尾多重

子さんにご登場いただきましょう。僕らは“丸ちゃん”と呼んでいるのですが、丸ちゃん、自己紹介をお願いします。

丸尾多重子氏(以下、丸尾) こんにちは。介護する人を支援するための「つどい場さくらちゃん」を始めて9年目になりました。この道に進んだそもそものきっかけは、私の家族の介護でした。

ちょっとここでお尋ねしますが、今、ご家族の介護をされている方はいらっしゃいますか？(会場から手が挙がる)。過去にしてこられた方は？(手が挙がる)。では3つめの質問。明日かもしれない、30年後かもしれないけれど、ご自分が介護を受けるかもしれないなと思っている人は？(笑い声とともに手が挙がる)。はい、ありがとうございました。もう、みなさん、間違いなく介護を受けられると思いますよ(笑)。

さて、わが家には物心ついたころから、ばあちゃんがおりました。明治の女で、趣味は嫁いじめ。つまり母ちゃんを泣かすこと生きがいにしていました。父ちゃんが一歩家を出たとたんに、母ちゃんをいじめます。

年をとると、だんだん体が動かないようになり、同時に頭も少しずつボケていきました。昔の家って、段差だらけですね。玄関にもトイレにもお風呂にも段差があり、ベッドではなく畳に敷いた布団で寝起きしていました。ばあちゃんができるることは「這う」ことだけ。だから、布団から這い出してきて、トイレにもお風呂にも這って行きました。這って行けたということは、昔の家だって意外と高齢者に使いやすい側面もあったんやと思います。

今はバリアフリーが最善とされ、家でも施設でも手すりがついています。ベッドで生活して、ともかく「歩け、歩け」と言われます。歩けなくなったら人間としてもう終わりのようにさえ言われたりします。

でも、ばあちゃんを思い出すにつづけ、這えさえしたら、でき



パネリスト、熊田梨恵氏

Profile**熊田梨恵（くまだ・りえ）**

2001年 大阪府立大学社会福祉学部卒業後、福祉業界専門紙の記者に。医療・介護の現場で働いた後、再び記者に復帰。分かりにくい医療・介護を分かりやすく伝える現場経験のある医療ジャーナリスト。患者向け医療情報誌「ロハス・メディカル」論説委員。「それゆけ！ メディカル」編集長 社会福祉士。著書に「救児の人々」(ロハスメディア)ほか

ることってかなりあるのになあと思います。お箸がもてなくなったらスプーンを押し付けられます。昔の人がスプーンを使ったのは、カレーライスぐらい。スプーンが使えなくなても手がありますやん。でも今は、這つたら汚い、手でつかんだら汚い、と日本全国、いつでも衛生重視。いや超衛生の時代になりました。

私は、ばあちゃんのありようを見て育ちましたので、年をとるといろんなことができなくなるのは当たり前だと思ってきました。誰だって年とともに多かれ少なかれ、ボケてくるのですが、なぜそれを病気だとしてしまうのでしょうか。ボケてくるのは半ば自然現象やと思うんです。

昔は「ボケ」といい、それは人をバカにしている言葉ではないかと批判され、「認知症」となりました。“症”がつくと病気になります。寄ってたかって病気にしてるんやないか。あっ、ここにお医者さんがいたわ。

長尾 (苦笑しながら)いいですよ、どうぞ続けて。

**話を聞いてくれる人が
身近にいるといい**

丸尾 それが病気だと思ったら、誰でも怯えてしまいますが、老いたら誰でもなることだと思えばどうなんでしょう。だからみなさんも、将来自分はきっと介護を受けることになると、“普通に”思っていたらよろしいと思います。

ばあちゃんは86歳まで生き、「もう絶対、わしは嫁の世話にはならん」が口癖でしたが、しっかり何十年も嫁の世話になりました。そんなばあちゃんを見送った後、残るは両親の世話。きょうだいは家庭をもって実家を出ていましたから、今ここを出ないと私は一生、この家から出られないと思いました。そこで、「1か月だけ東京に行ってくるわ」と言って実家を出て、

食に関連するいろいろな仕事に就いて、15年間は関西に帰りませんでした。

でも、そろそろ親も年やなと思って帰ってきました。実家を出た時は宝塚だったのに、帰ったら西宮の名塩に引っ越してきてビックリ。山を切り開いたところで、一歩出たらものすごい坂道ばかり。駅へも、バスに乗らないと、とても行けません。老いた時に、どんな街のどんな立地に住むかは大切な問題です。坂道が多かったら外出するのが億劫になり、次第に物理的にも外出が無理になってきます。そうすると家に閉じこもり、誰とも話をしない、そして認知症になっていきます。

人々日本は、家族との会話が乏しいお国柄だと思いますね。年をとったら、薬を飲むよりも、“わしの話を聞いてくれる人”が必要になるんです。それが介護の予防にもなり、特に認知症の初期には大切なことだと思います。

15年ぶりに帰ってみたら、坂道の家に会話のない、夫婦仲の悪い父母が二人で住んでいました。思いがけないことに翌年、母に肺がんがみつかり、無事に手術が終わったと思ったら、1月17日に阪神・淡路大震災がおきました。それから、がんがどんどん転移して病状は悪化し、家で介護し、その年の10月17日に亡くなりました。

父ちゃんは、一体いつからボケていたのかわからないなあという状態だったんですが、87歳まで運転していて運転中に軽い脳梗塞をおこし、1年後に重い脳梗塞をおこしました。3つ上の兄は長年、躁鬱を患っていましたが、母が亡くなった2年後に自死。兄が亡くなったころに父は2度目の脳梗塞をおこしていました。左側麻痺で、認知症もどんどん進み、その後に介護保険制度が始まりました。



パネリスト、丸尾多重子氏

人々が「まじくって」 介護の現場を支えていく

丸尾 介護保険は介護の社会化だ、と期待したのに、変だなあと思うことがいっぱいおきました。今日ご参加の方も、自分が将来、認知症になっても介護保険があるから大丈夫、家族にも負担をかけないはずだと思っておられるかもしれません。が、介護保険で介護にまつわるすべてがまかなえるわけではありません。

父を介護した7年間、在宅介護を支えてくれるお医者さんが名塩では見つからなかったので、常に不安が絶えませんでした。在宅介護を一人でしていると、煮詰まるんです。

先ほど、基調講演の後の休憩中に、この会場でビデオを流していました、お母さんを在宅で介護していた娘さんのルポですが、長尾ドクターのクリニックから、とてもいい訪問看護師さんが来てくれるようになって、その安心感で娘さんの顔が変わったのが映像で見てとれます。別人のように明るくなり、自信をもって介護にあたるようになりました。

2004年に「つどい場さくらちゃん」を始め、2007年にNPO法人を取得しました。「つどい場さくらちゃん」には、本当にいろんな人に来ていただくのです。ご本人、介護をなさっている方、介護職の方など、みなさんに息抜きに来ていただき、お話をしたり、ご飯を食べたりする集い場なんです(利用料は1回500円、昼食代は500円)。

天気のいい日には、ご本人も介護する方も一緒にでかけます。在宅介護をしている人が疲れてリフレッシュしたい時、買い物や息抜きで外出したいと思う時には、お年寄りの見守りやお話をします。

いろんな人の話を聞きながら、人は絶対に一人では生きていけないし、家族だけでも生きていけないと実感します。特に介

Profile

丸尾 多重子 (まるお・たえこ)

10代の頃より祖母を介護する母をサポート
4年の商社勤務の後15年間、東京で「食」関係のあらゆる仕事に従事
帰阪後「阪神・淡路大震災」をはさみ、10年間で母、兄、父を介護し、在宅で看取る
2004年 「つどい場さくらちゃん」をスタート
2007年 NPO法人を取得
<http://www.tsudoiba-sakurachan.com/>

護が始まったら、いろんな方、医療や介護の専門職、ご近所の方々、みんなと“まじくって”(*1)、いろんな人の力を借りながらでないと本当に暗い介護となってしまう。最悪な場合には事件が起きます。

「つどい場さくらちゃん」を始めるにあたって、市役所と社会福祉協議会と駅に近い場所を選びました。行政の人とも話し合い理解し合いました。行政の力と地域福祉の力を借りないと介護はしんどいからです。人がつながり、出会える場をつくりたいと思ったのが、「つどい場さくらちゃん」をつくるきっかけとなりました。

実は私は無口で、気持ちを上手に伝えることは難しいと思っています。ですが、人と人のつながりの元は案外、食べ物なんですよ。一緒になにかを食べていると、自然に話が出てきます。お茶とお菓子では、なかなか本音が出てこないのですが、同じ釜の飯を食い、酒を酌み交わしていると本音が出やすい。

だって介護はしんどいですもの。だからこそ人とつながり、まじくって、介護している方がいい顔になることが大切。介護者がいい状態になることが、介護される人にもいい状態となります。介護される本人だって、いつも不安なんですよ。「私は何者?」「目の前にいる人は誰?」と思っておられる。でも、時々誰なのか思い出す。つまり認知症の人は、いつもすべてがわからないわけではありません。

先日、神戸の施設で職員が入居者に虐待をしたと逮捕された事件がありましたね。逮捕されてよかったです。これは、あちこちでおきている日常茶飯事で、介護はナーバスになりますやすく、その矛先は弱い人に向かいがちだからです。手をあげなくても、言葉でいためつけることができます。

それを防ぐために、司会の関根さんがカウンセリングしておられるように、介護の現場で働く人、介護をしている人、在宅で病気の家族を抱えている人々の心を支えないといけない。吐



パネリスト、相原克偉氏

Profile

相原 克偉 (あいはら・かつよし)

1994年 大阪大学歯学部卒業

1996年 日本歯科矯正学会認定医取得、祖父の診療所「高橋歯科」就職

2004年 移転に伴い、屋号を「あいはら歯科・矯正歯科」に
伯父、祖父から引継ぎ、約40年以上、都島区友渕町で地域
医療に携わる歯科医院の3代目「都島のホームデンティスト」を目指し、訪問診療にも力を注ぐ
<http://www.aihara-dc.com/>

き出せるものがないと、介護をしている人が煮詰まるのは目にみえています。

心配なのは、高齢者がさらにこれから多くなる中で、介護する人が現場に残ってくれるかどうか。これだけ安くて、しんどくて、きつい仕事だと知れ渡って、従事する若者がいなくなるのではないかでしょうか。先ほど、熊田さんが報告されているように、高級な有料老人ホームでも、小規模なグループホームでも、そこで働くスタッフはどこも同じ状況にいます。

みなさん、脅してすみませんね。だから今のうちに、いろんな人とのつながりをもっておきましょうと提案したいんです。たくさんの収入や預貯金があり、高価な有料老人ホームへ入れる財力があったとしても、元気なうちは、まず自分の老後をどこで過ごしたいかを考えて決め、今のうちからみんなでまじくっておきましょう。おしゃべりは大切ですよ。でも、長い話をするのは嫌われます。ロータリークラブでも横につながって、おしゃべりする機会を大切にしてください。

「つどい場さくらちゃん」での出会いの中で、私自身はとても幸せにしていただきました。今は真剣に自分の老後を考えているところです。

(*1)「まじくる」：丸尾多重子さんの造語で「いろんな人が混ざり合い、語り合い、しゃべくり合う」の意

食べる楽しみは大切**積極的に口腔内ケアを**

長尾 丸ちゃんのお話に続いて、次はロータリークラブの会員で、歯医者さんでもいらっしゃる相原克偉先生にバトンタッチしましょう。「都島のホームデンティスト」を目指し、訪問診療にも力を注いでおられます。

相原克偉氏(以下、相原) みなさん、こんにちは。今日は国

際ロータリー第2660地区第5組のインターナショナルミーティングのホストクラブとして務める際に、パネラーとしても出させていただいたことを感謝しています。

さて、みなさん的人生の一番の楽しみは何でしょうか。人は言えない秘密の楽しみもあるでしょうが、一般的に多くの人の楽しみは「食べること」ではないですか。

ロータリアンのみなさんには事業主の方が多く、朝から晩まで重責のお仕事をしていらっしゃることと思います。そして、仕事が終わった後、北新地でおいしいごはんをいただくのを幸せに思い、楽しみにしていらっしゃる方も多いのではないでしょうか。私は北新地まで行かなくても、京橋や天六(天神橋筋6丁目)界隈で楽しんでいますけれども(笑)。

誰にとっても食べることは大切で、その点では歯医者の仕事もなくてはならない重要な仕事だと思っています。私は大阪市都島区の住宅地、ベルパークシティで、45年続いている歯科医院の三代目です。まさに地元密着で働いていて、食べることに喜びをもっていらっしゃる方々に役立つ仕事をしていることが私の喜びです。

今日は、老い、認知症というテーマにかかる「訪問診療」についてお話しします。地元で訪問診療をお受けしていく、よく聞かれるのが「自宅に来るというけれど、医療機械もないのに、歯の治療ができるの?」「あんなに歯科医院にはいろいろ医療器具がたくさんいるのに、自宅ではどうするの?」というような質問です。訪問診療でご自宅に伺う際は、専用車に乗って機械を積んで、医療器具もいっぱい持っていますので大丈夫なんですよ。

先程、長尾先生が、肺炎で入院して胃ろうになってしまったパターンは避けたい、とおっしゃっていましたね。肺炎になるのは、お口の中のケアができていないことが大きな原因の一つなんですよ。だからこそ、歯科医、歯科衛生士(厚生労働大臣か



「療養の場」と「胃ろう」に絞って討議



熊田氏は施設介護の現状と限界を指摘

ら免許を与えられ、歯科予防処置、歯科診療補助、歯科保健指導を行う歯科医療職)の役割はとても大切なことです。

長尾先生、先生が訪問していらっしゃる患者さんのお宅には、どのぐらいの頻度で歯科医が訪問していますか。

長尾 そうですねえ、認知症の患者さん宅では、歯医者さんが月に1回、歯科衛生士さんが月に1回ぐらい訪問されるのではないかでしょうか。ただし、まだ全員がそうではないですね。お金が発生しますからね。「回診はいらん、呼んだときだけ来てくれる往診だけでいい」とおっしゃる方もあります。そんな方に歯医者さんの訪問診療を勧めますと、「またお金がかかるやないか」とおっしゃいます。本当は歯医者さんの往診を受けていただきたいのですが。

相原 先生のおっしゃるとおりです。先生のいらっしゃる尼崎は、だいぶん先生が啓蒙されたと思うのですが、僕のいる都島ではまだまで、訪問診療に来てほしい理由は「入れ歯が痛いから来てほしい」「詰め物がとれたので来てほしい」とおっしゃる方が多いですね。痛い時だけ来てほしいとおっしゃるご家族に、「口腔内ケアをされましたか?」とお尋ねすると、「今度から必死に磨かせるから結構ですわ」と断られることが少なくないんですね。

僕らの仕事は、歯の「治療」だけでなく、「口腔ケア」も大切なのです。年をとると食べにくくなります。もちろん、歯が抜けた、入れ歯がないから食べにくい、という場合もありますが、実は口腔機能が低下して食べにくくなるのです。

みなさん、腕立て伏せやダンベルをして腕や脚を鍛えられていると思うのですが、顔の筋肉はどうですか? “顔立て伏せ”ではありませんが、顔の運動だってあるんですよ。顔の筋肉を鍛えていないと衰えて、次第に食べにくになります。こういうことを知っている人は非常に少ないんですよ。ですから、当院では患者さんのお宅を訪問してもらう歯科衛生士さんには、お

顔の体操などのプリントを持っていってもらっています。

ご家族は「先生、介護だけで大変なのに、そんな歯磨きとか、顔の体操とか、そこまでうちのお父さんにさせられません」なんておっしゃるんですが、もっと口腔ケアの重要性を啓蒙しないといけないと思っています。今日もそれを言うために、ここに上がっておきます。

患者一人ひとりに

寄り添う介護の難しさ

長尾 さて、パネリストのみなさんに自己紹介していただくだけで、持ち時間の半分を使ってしまいました。これからのディスカッションは次の2点に絞りたいと思います。

一つは「療養の場」です。先ほど熊田さんが老人ホームにおられた認知症の会長さんの話をされた時、会場のみなさん、身を乗り出して、目を輝かせて聞いておられましたね。多分、ご自分の身に置き換えて聞いておられたんだと拝見しました。

もう一つは終末期には、胃ろうを選択するか否かが迫られることが少なくありません。みなさんご自身やご家族の方が悩むことの多いケースです。「療養の場」と「胃ろう」の2点について意見をお願いしたいと思います。

まず、人生の最期をどこで過ごすか。大きく分けて施設か在宅かの選択肢があります。もちろん、施設と自宅の間を行ったり来たりする人も少なくありませんが、大きな家がありながらも、家におられないから施設へ入所するケースが多いように思います。

現役時代には大きな会社の経営者として活躍された方も、私の患者さんにたくさんおられます。みなさん、施設に追いやられます。何百坪の大豪邸に住んでおられたのに、何千万円もかけて、ワンルームマンション程度のスペースに追いやられ



「介護する人を癒す場が重要」と丸尾氏



認知症初期での歯科診療を勧める相原氏

るのです。ご家族は、それがその人のためだ、そこが天国だと言わんばかりなのですが、それを見るたびに「ああもったいない、こんな大きな家があるのに…」と思うのです。

ではまず、「療養の場」というテーマについて、熊田さん、介護施設から見た在宅の良さをどうお考えですか。

熊田 施設で働く立場から言うと、施設では「ルールにのつとって動くこと」が最優先されます。このルールとは万一の事故をおこさないためのもので、訴えられたら困るからですね。施設側は、なるべく事故をおこさないために、入居者にあまり動いてもらいたくないし、実はあまりリハビリなどで活発に動いてもらって困る…という発想になっていくのです。

「こういうものが食べたい」「おいしいものが食べたい」とおっしゃっても、この人はちょっと飲み込む力が弱っている、食べ物が詰まってしまって救急搬送の事態になっては困ると考えますから、そうしない方向に動きます。つまり施設はなるべく手間のかからないのがいいと考えます。

実際に良いケアとは、丸尾さんが実践されているような「その方に寄り添うこと」です。これまで、どんな人生を送られてきたのか、どんな性格でどんな趣味をお持ちなのか、何を好まれるのか、それを理解していくことが大切です。

私が勤めている時に、大きな会社の社長さんの奥さんが入居されていて、便を壁にぬりたくっておられました。そんな行動をするには何か理由があるはずなのです。本当は寄り添って聞き出さなくてはならない。

でも、毎日あっちこっちでナースコールは鳴り続け、かけずりまわって働いていると、とても一人ひとりに寄り添い、ゆっくり話を聞くことができません。何かアクシデントが起きれば、書かなければならぬ書類もたくさん発生します。とても寄り添うケアなんてできないのが実情です。

気持ちのあるスタッフほど入居者さんに寄り添おうとします

が、一方で従業員ですから施設のルールには従わないといけません。寄り添うケアが時として事故につながってしまうこともあります。買い物がお好きな上品な入居者さんがいたので、一緒に百貨店への買い物に付き添っていいか、施設長に提案したことがあります。でも、上司からは「こんんだらどうするのだ」「何かあったら、ご家族にどう申し開きすればいいのか」と止められるわけです。

入居時に何千万円も出し、都会の一等地でグランドピアノも置いてあるような環境なのだから、夢のような介護をしてくれる、いいサービスを提供してもらえると思っておられる方は多いんですね。でも、中で働いているスタッフの給料は“手取りで十万円少し”。夜勤をしないと食べていい厳しい現実があります。入居されている方には経営者が多く、有能なヘルパーがいると、うちの会社に転職してこない?とスカウトされることもありました。

私の同僚で、とても有能な男性ヘルパーが転職するというので「あなたが転職するのは残念だわ」と言ったら、「僕、結婚したかったんです。10万円ちょっとの手取りじゃ、結婚できないと思ったから」と。介護報酬で回す介護保険制度では、スタッフの手取料は低く抑えられています。そういう現実もありますし、施設は入居者が望む、自分の生きたい暮らしを優先してもらえる場所ではなかったなと思います。

介護環境を改善するため

市民が声を上げていく

熊田 今、在宅医療の取材をしています。先日も夜に、「つどい場さくらちゃん」で取材させていただいたら、96歳の認知症のお母さんと介護しておられる娘さんが二人で、楽しそうにワインを飲んで、気持ちよくすごしていらっしゃるんですよ。



施設介護と在宅介護の実態が浮き彫りに



自分で考え、家族と話し合う機会づくりを

好きな暮らし、自分のしたい暮らしを優先するためには、スタッフやサービスが充実していることが大切です。丸尾さんが強調されたように、そこがうまくつながっていれば、少なくとも施設よりは在宅の方が生き生きした暮らしが実践できる可能性はあると思います。長尾先生もいろいろなケースを見ておられると思うのですが、いかがですか。

長尾 医療も同じ状況ですね。トラブルや事故で訴えられないうように病院や施設側は考えるのです。施設から電話がかかってきて、患者さんが36.6度の熱だから来てくれ、と。平熱で電話してくるのも困ったものなんですが、それ以上になにかあつたら困るを考えているからなんでしょう。

ある施設からは、「暴れていて近寄れない人がいる、助けてくれ」と電話が入りました。そこで、「いっしん丸尾さんのところへ連れてきてくれ」と言い、連れてきていただいたら、とても穏やかになられたんです。丸尾さん、いったい何をしたんですか？

丸尾 お嫁さんと一緒に来られた認知症のお父さん、元々は穏やかな方なんです。つどい場には、介護職の人、介護をしている家族、いろんな人が来ていて、とにかくそのお父さんの話を聞いたんです。亡くなられた奥さんとのなれそめから結婚式の様子、どんなお仕事をていらしたのか、ただただ聞いていくんです。生き生きと話されるのですが、特に男性は仕事の話をされる時が最も生き生きされますね。そして食事をおいしそうに食べられます。

施設の職員は、「杖を振り回して暴れるので困っている」というけれど、全く想像できません。きっと話を聞いてもらえないから、暴れることになるんだろうなあと思いました。

介護保険制度がスタートした初期は、ヘルパーさんが5時間も6時間も在宅支援で入ってくれてたんです。でも今は、ゆっくり話を聞いてくれる人がいない。家族は、同じ話を三度以上

聞けませんね、イライラしてきますから。他人さんが聞いてくれるといいのですが、ケアマネジャーも介護職も忙しすぎてダメ。ご近所の人は、以前は何かと聞いてくれてたんだけど、介護保険を利用してケアを受けている様子を見ると、手出しさしたらいかんねえと思って引いてしまう…。つまり介護保険が随分、在宅介護の様子を変えたのです。

長尾 介護保険ができる、デイサービスやショートステイで朝、お迎えがきて、自宅から拉致されていきますね。じっと座らされて、くたびれて、夕方帰されてくるようになりました。

丸尾さんのところはすべてボランティア。つまり今の介護保険を、ボランティアが支えていることになりますね。「介護者を癒すことが大切だ」と丸尾さんは10年前からおっしゃっていましたが、私もようやくその意味がわかつてきたのです。介護者をしっかり癒す場所がないと、在宅介護は成り立たない。介護保険ができるても、それが負担になって苦しんでいる人がいる。そこを埋めているのが丸尾さんのようなNPOなのです。丸尾さん、施設と在宅をどう見ていらっしゃいますか。

丸尾 介護保険制度が始まてもうすぐ12年目になります。介護保険の施行前を含め、もう20年間も在宅で介護している人はざらにいるんですね。介護保険制度が始まって何が変わったかというと、家族が柔(やわ)になりました。

介護保険が始まる前は、病院も結構長く患者をみてくれたんです。病院に入院している時に、リハビリもしっかりしてくれた。なぜなら、病院を出たら自宅にしか戻れないからです。在宅できちんとできるようにすることが肝心で、老人保健施設では、本人も家族も含め、どうリハビリするかを考え、訓練してくれました。今の老健は、特養の空き待ちのような場所になっていますけれどね。

施設か在宅か、どちらを選ぶのかは人によって本当にまちまちです。ご本人が在宅を望まれるのだから、在宅で介護をした



患者と介護者を支援する仕組みづくりへ



地域にかかりつけ医をもつことが大切

らどうか…と最初のうちは思っていたんですが、“依存体質”が身についてしまった家族では、患者を支えきれない。むしろ虐待が起きたり、ひどい事態になる可能性があります。在宅介護にも、「向き」「不向き」がありますから、向かない家族は施設介護を選ばれたらいいと思います。

「つどい場さくらちゃん」に来ているご家族で、夫を特養に入れたことに罪悪感をもち、ショッちゅうお弁当をもって山の上にある特養に通っておられる方がいます。時々、自宅へ夫を戻す、いわば「逆ショートステイ」をしておられるんですね。施設が住まいの本拠地なんですが、デイサービスとして昼に家へ連れ帰ってくる。すると、地域のご近所さんもいるし、丸ちゃんもいて、楽しくてほっとされるんです。

施設が永久の住みかではなくて、この人のように、行ったり来たりできるようになるのがいいんですが、いろいろ制度があって実現するのはなかなか難しい。ただ、制度や仕組みを変えるのは市民の力なんです。みんな一人ひとりが現実のありようを知って、賢くなつて、どうすればよくなるか、みんなで声を上げること。ロータリークラブさんは大きな組織ですから、これからのお後の暮らしをよい仕組みに変えるために、パワーをもっていただければと思います。

認知症初期のうちに

歯科治療を済ませて

長尾 相原先生は地域医療に携わる歯医者さんとして、施設と在宅の両方の状況をみておられると思うんですけど、どんな違いがありますか。

相原 施設を訪問する歯医者さんであれ、在宅の患者さんを往診する歯医者さんであれ、していることに大きな差はないと思います。認知症の患者さんについてお願いしたいことがあります

ります。施設でも在宅でもいいのですが、認知症とわかった時点で、できるだけ早く歯科医院につれてきていただきたいのです。認知症は次第に進行していく、中等度、高度になると、歯科の治療がしにくいくらいになります。だから、できれば初期のうちに治療しておく。入れ歯にしても複雑な設計にせず、後々、介護する側が簡単に取り外しできるようなつくりに最初から設計しておくといいのです。

この患者さんは、次はこの歯が悪くなりそうだなどと見越して、施設でも居宅でも治療が簡単に進むように治療方針を立てておき、歯の治療をしておきます。施設では、患者さんが入れ歯をなくしてしまうケースが増えるので、入れ歯をつくる際に、入れ歯に名前を刻んでおく工夫も役立つんですよ。

初期のうちに根本的な治療をしておいて、認知症の中等度、高度の時には対処療法でいく。そうしておくと患者さんも助かりますし、歯科医もありがとうございます。

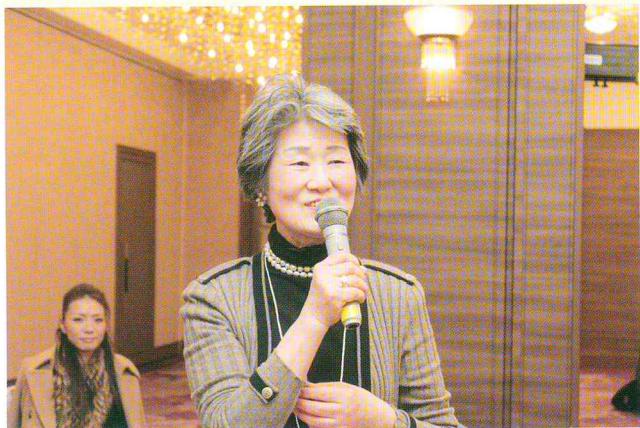
ですから、どんな人でも、かかりつけの歯医者さんをもち、その歯科医にきてもらえる範囲の施設や居宅で療養する方がいいと思います。

どんな最期を迎えたいか

よく考え、家族と話し合って

長尾 相原先生のおっしゃるように、みなさん、かかりつけの医師をもってくださいね。みなさん、専門医を求めたがりますが、認知症学会の専門医は、たった300人しかいません。認知症は地域の「かかりつけ医」が見て、よほど難しく、わからない場合だけ専門医を頼る方が実際的です。往診してくれるかかりつけの医師・歯科医をもっておくことがとても大切です。

さて、そういうとしても、年をとるとどうしても食べられなくなってしまいます。そうなると病院から胃ろうを勧められま



会場から挙がった長尾和宏氏への質問



日本尊厳死協会の活動内容を紹介する

す。特養でも、食べるのに時間がかかり、ヘルパーが食事の世話をすることにも長時間になってしまいますので、施設介護でも胃ろうにしてくださいという声が出てきます。

熊田 会場のみなさんにお尋ねしますが、これまで胃ろうという言葉を聞いたことがある方、お身内やお知り合いに胃ろうをしていらっしゃる方、どのぐらいいらっしゃいますか（会場から割と手が挙がる）。はい、わかりました。私が介護の現場で働いていたころには、まだ胃ろうの方はそれほどいらっしゃらなかつたし、施設もどう扱っていいかわからないから怖いという時期でした。

ですが今は、とても胃ろうが増えている、先ほど長尾先生が40万人とおっしゃいましたが、56万人というデータもあります、年間10万人ほど増えています。先日、テレビの番組で、国會議員の片山さつきさんが、終末期医療に年間1兆円の医療がかかっていると報告していました。

認知症の終末期ってどんな状態になるとイメージされているでしょうか。初期のころのもの忘れとか、症状が進んだ時の周辺症状が取り沙汰されやすいので、イメージしにくいかかもしれません。アルツハイマーの末期は、人によって症状が異なりますが、自分から反応したり、動いたりしなくなり、寝たきりになります。体が動かず、麻痺してくる、動かないと四肢も硬直して縮こまり、関節も動かなくなってしまします。そんな状態で、いかに食べるかが問題となってきます。

丸尾 終末期といっても、口からパクパク食べたり、旅行に出かける方もいらっしゃいますよ。ただ、胃ろうの問題は、本人には選べないこと。病院や施設から「胃ろうにしますか」と聞かれ、選ぶのは家族です。

だから普段から、終末期や死をどう迎えたいか、子どもたちに自分はこうしてほしいと自分の意思を伝えておくことが大切なんです。自分の最期、死ぬことについて日本人は家族と

話し合わなさすぎるのでないでしょうか。

長尾 病院で胃ろうの処置をされたけれども、患者さんが家に帰ってくることもあるんですね。病院のお医者さんは「食べたら死ぬで」と言うそうですが、私は食べてもかまわないと言うのです。みなさん、パクパク食べて、結局、胃ろうが要らなくなります。食べることの重要性をみな忘れてしまっています。それを思い出させてくれるのは歯科医であり、歯科衛生士であるのではないでしょうか。

相原 肺炎になって入院して、胃ろうになる道を避けるためにも、普段から口腔内ケア、歯のお掃除、入れ歯のお掃除をしっかりとし、肺炎になるリスクを少なくすることです。何といっても予防が重要ですね。顔の筋肉が弱くなり、飲み込みを失敗すると、誤嚥性肺炎になります。認知症の中等度になると、新しい入れ歯は作りにくいし、そんな状況では、しっかり食べて栄養をとるのも難しい。だから初期のうち、早いうちに義歯に慣れてもらい、しっかり食べていただくこと、顔の筋肉もしっかりと落とさないことが大切です。

熊田 今後、どうしていきたいか、どう最期を終えたいか、そんなことを漏らすと「縁起でもない」と言う人が少なくありませんが、そう思わず、自分で考え、家族と話しあっていただきたいと思います。

長尾 この4月に診療報酬改定がなされました。医療は2年に1回、介護は3年に1回ありますので、6年に1回は同時改定がされます。国は退院後の受け皿が課題だといい、関係機関・同士の連携に力をいれています。

超高齢社会を乗り切るために、小泉政権以来、民主党の野田政権に至るまで、税社会保障一体改革が議論され、施設介護から在宅介護へという政策はこの10年変わっていません。この改革の柱は、消費税増税と地域包括ケアで、もう病院だけでは受け入れきれないから、中学校区をひとつの病院に見立て



生きる自由と生きる責任があると関根氏



人生の最期までどう生きるか考えさせられた

て、かかりつけ医もヘルパーも歯科医も地域ごとに連携していくというものです。日本の国民皆保険制度は世界がうらやむいい制度です。これを厚生労働省も財務省もなんとか維持したい。維持するためには「地域包括ケア」しかない、ということになっています。

**自ら死のあり方を選び
リビング・ウイルを示す**

司会(以下、関根) みなさん、ありがとうございました。お時間がありませんので、お一人だけ質問をいただきたいと思います。

会場 はい、大阪そねざきロータリークラブの寺本美津子と申します。本日はありがとうございました。長尾先生のお話がありました「日本尊厳死協会」に興味があります。手短かで結構ですので、紹介ください。

長尾 35年前、1976年に設立された市民の人権団体で、リビング・ウイル協会ともいいます(*2)。リビング・ウイルとは生きている間に示す尊厳死への意思ということです。臓器提供カードもリビング・ウイルの一つですし、もう治る見込みのない死が迫った末期症状の時に、「延命治療は望まない」と示すこともリビング・ウイルです。

例えば急に交通事故に遭って、自分で意思が伝えられなくなる場合だってありますね。そういう時に、自分は望まないのに勝手に胃ろうをされてしまうのはいやだ、というように考えている人たちが日本尊厳死協会に参加しています。あらかじめ自分の意思を決め、カードに書いて医師などに提示します。人間らしく安らかに、自然な死を遂げる権利を確立する運動だと思ってください。年会費は個人会員2000円、夫婦会員3000円で、もし興味があればご入会ください。

関根 なかなか議論はつきませんが、そろそろ終了時間が迫ってまいりましたので、これでパネルディスカッションを終えたいと思います。終末期や死に対しては、多くの人の拒否感や抵抗感があるのか、テレビで特集を組んでも視聴率は下がります。

実は最近、夫と最期をどうしてほしいかと、娘の前で話し合いました。私は一切の延命治療を拒否すると言い、夫は管でつながれてもいいから、長く生きさせてほしいと言いました。どう死ぬかではなく、最期の1日までをどう生きるかを考えるのがポイントではないかと思います。老いや死の問題、介護や認知症の問題などを無意識に避けることなく、生きる自由と生きる責任について、みなさんもご家族とお話し合いをされたらいかがでしょうか。

壇上のみなさん、長い間、ありがとうございました。みなさん、大きな拍手をお贈りください。閉会式の後に交流会の場が用意されています。今日の講師やパネリストのみなさんとも、会員のみなさん同士とも、どうぞリラックスしながら、情報交換や質問、交流にお役立てください。

(*2)

一般社団法人日本尊厳死協会
<http://www.songenshi-kyokai.com>
関西支部(支部長:長尾和宏氏)
大阪市淀川区宮原14-1-46
新大阪北ビル702
電話06-4866-6365