



季刊 すまいる



ツツジ (長岡天満宮)

京都には春を彩る花
ツツジの名所が数多く、
長岡天満宮にある樹齢百
数十年の霧島ツツジは京都
市の天然記念物に指定さ
れている。また「ツツジ寺」
と呼ばれる三室戸寺では
2万株もの平戸ツツジの花
が、紫、ピンク、白と見事
に咲き誇り、4月下旬から
5月上旬にかけて毎年多く
の観光客で賑わっている。

風呂敷

近年、その自由な用途が見
直され若い世代からも人気が
高まっている風呂敷。包みもの
としての布が「風呂敷」と呼
ばれるようになったのは、風呂
文化と関わる。室町時代、足
利義満が大湯殿を建てた際、
招かれた大名たちが脱いだ衣
服を家紋入りの絹布に包み、
この布の上で身繕いをしたとい
う記述もあるようだ。
江戸時代に銭湯の普及や行
商の発達で広く一般に定着した
といわれる。



平等院

平安時代の後期に藤原頼通に
よって建立された平等院は、古
都京都の文化財として平成6年
に日本で5番目の世界遺産に登
録された。鳳凰堂や阿弥陀如
来坐像など、平安時代の建築・
彫刻・絵画・工芸を今日に伝
える国宝が集積。昨年始まった
鳳凰堂の大規模修理では平安
時代に作られた瓦が1560枚
も発見された。



都をどり

京都に春の到来を告げる都をどり
は、毎年4月1日から30日にかけて祇
園甲部歌舞練場で開催される。明治
5年に京都で開催された日本初の博覧
会を機に創設され、それまで座敷芸で
あった京舞を舞台に乗せた。「ヨーイ
サー」のかけ声とともに次々と花道に
登場する舞妓たちの美しさは圧巻で、
現在も外国人観光客に人気が高い。



浅蛸

浅蛸は春と秋が旬で旨味も格段に
増し身もふつくと大きくなる。う
まみ成分のタウリンは血中コレステ
ロールを低下させ、豊富な鉄分やビ
タミンB1が貧血や低血圧に効果があ
るといわれている。日本では古くから
庶民の味として親しまれ、酒蒸しや
しぐれ煮、みそ汁の具をはじめ、ク
ラムチャウダーやボンゴレス、パゲティ
などに広く食されている。



理想の 看取りを 考える

医療法人社団裕和会 理事長
長尾クリニック 院長

長尾 和宏氏

対談

医療法人啓信会 理事長

中野 博美氏

過剰な延命治療に苦しまず、穏やかな最期を迎えるにはどうすればいいのか。500人以上の患者を自宅で看取った経験から、終末期の安らかな死を著書や講演で提唱する長尾医師にお話を伺いました。

平穩死に関わる原点

中野 ● 現在平穩死についてたくさんの方の著書を書かれたり、アナウンスされたりしている。そもそものきっかけは何だったんでしょうか。

長尾 ● 僕は死というものを学生時代からずっと追いかけてきていて、死というものがテーマでライフワークなんです。実は高校生の頃に父親が自殺して、その体験が死との出会いだったんです。現在では全国から私のところへ死について相談される方がたくさん来られるようになりました。

中野 ● なるほど。そこから平穩死の話を皆さんにお伝えしたいという方向につながっていった訳ですね。

長尾 ● そうですね。研修医の時に沢山の延命死を目にして延命治療に対する疑問を持ちました。今在宅の中で本当に安らかな死、延命治療をしない選択がどれだけ素晴らしいことか、実はその方が長生きできることを伝えていきたいんです。延命という言葉は確かに命を延ばす場合もあるんですが、例えば脱水の高齢者にたくさん点滴をすると命を縮める宿命なんです。あるいは癌性腹膜炎などの余命がある程度限られた方に、高カロリー栄養補給をするとすぐ亡くなってしまう。これは命を縮め

ているだけで延命にはならないということ、そういう啓発をずっとしてきました。

医者が知らない平穩死

長尾 ● 実は平穩死については医者が知らないのが現状です。今、日刊現代に「医者が知らない平穩死」というシリーズを連載しています。このあいだも医学部の教授や大病院の院長先生30人位を集めてお話ししたんですが、「こんな話は聞いたことがない、面白いからもっと話をしろ」と言われました。死の話ってタブーですから、大っぴらにやる人は今医学の中でいないのかなと思っています。

中野 ● 西洋医学の導入以来、病気の治療の部分に力を入れ過ぎて、死というのはどうしても敗北になる。東洋医学や仏教の思想には生老病死を一連のものとして取り扱うところがありますよね。人は誰でも死ぬんだし、医師の仕事のひとつとして考えておくのは当然のことだかなと思います。

長尾 ● 多死社会であり超高齢化社会ですから、そういうこと抜きでは医療はできなくなっているのかなと思います。

長尾先生の在宅医療の活動と概観

中野 ● 先生の在宅医療の概観と、啓蒙活動も含めてのお考えを概括的に聞かせてください。

長尾 ● 私は町医者ですから通常の外来と在宅医療、どちらも診ることに変わりはない訳です。場が自分のクリニックか患者さんの家かとい

うそれだけの違いであつて、在宅というのには特に意識していないんです。地域の方々の小回りの効くプライマリーケアの診療所として、生活習慣病などを管理し、例えば老衰とか老化や末期癌で来られなくなった場合は行くだけのことだと思つていて、在宅医療という呼び方自体に凄い違和感がありますね。呼ばれたら、はいはいと行つてどうしたんですかと、そんな感じですよつていますね。

中野 ●素晴らしいですね。

長尾 ●最初は1人で300人くらいの外来患者さんを診ていましたが、今は14人の複数医師制でやつています。在宅医療のきつかけは、1995年に開業した時に自分のところの患者さんだった大家さんを看取ったことです。それを聞いた人がまた頼んできて、その延長線上が今につながっています。今は約300人の在宅患者さんと1日約200人の外来患者さんを診ています。在宅は見えない病院ですから休みなしで勤務している。それなら診療所も開けておこうということで土曜日も診療し、日曜日にも2人体制でやつています。日曜日の需要はサラリーマンの方、普段こられない方が沢山こられますし、急病の方もこられますね。

中野 ●なるほど、在宅のベッドがあるから診療所も開けておくんですね。

長尾 ●そうなんです。365日24時間診療だけど複数でカバーし合う、それも一つのチーム医療だと思つてます。看護師も同様です。地域が300床の「見えない病院」だということです。年間の看取りが去年は91人、今年はまだ14人

なので100人を超えて来ると思っています。多死社会ですから年々看取り数が増えてきて累計700人くらいになりました。勤務医の時看取った数字と今開業してから看取った数字が同じくらいになって、病院での死と在宅での死を自分の中で丁度比較できるようにしました。

地域医療に対する考え方を広める

長尾 ●私は地域の方と一緒に旅行にも行けば、祭りにも出ます。開業した時から「なごみ」という機関誌を隔月で発行しています。それからメールマガジンなどで常に双方向性を大事にして一方通行にならないよう心がけています。市民講演会や高血圧教室、リウマチ教室、認知症教室、禁煙教室なども開いています。

中野 ●医者は地域の人をよく知ることが役目の一つですからね。

長尾 ●私は地域に育てられたという意識があります。最初の診療所が商店街だったので患者を地域の商店主の方が連れてきてくれた。地域の人達にご恩返しができればと思つています。

中野 ●おばあちゃんが膝が悪いとか、腰が悪いとかそういう個人の情報をわきまえて貰つていて、そういうのは地域の人にとって心丈夫なことですよ。

長尾 ●そうですね。地域の方々が何百人も平穩死していて、それを口伝えて聞いて頼んでくるんです。病院の若い先生はそれを全く知らないから、そこで文化のギャップがもの凄くあります。ですから県立尾崎病院や住友病院、兵庫

医大、慶応大学、東大からも地域医療を学びに研修にやつてきます。

中野 ●大学で地域医療を研修させるのは結構大変なんですよ。是非彼らに地域をよく知ることが役目の一つと教えてやつて下さい。

長尾 ●そうですね。看護学生は看護学校に入った1年生が真つ先に研修にきます。中学生の「トライやるウィーク」ではケアマネとか看護師に付いていく訳です。ヘルパーの方、ケアマネの方、あとはボランティアなどありとあらゆる職種の方が研修にいられています。医学生と看護学生、あるいは研修医と看護学生が一緒に回るともありません。

これからの看取りについて

中野 ●家で亡くなることを支援されていると思いますが。

長尾 ●そうですね。ただ病院で亡くなりたい方は病院へ行つて、家が好きな方は家にいたいかなと思つています。

中野 ●2030年に約170万人の人が亡くなる時に、おそらく約50万人の方の死に場所が見つからないということですが、在宅や施設、それに集合住宅が増えても50万人すべてを吸収できると思えませんし、医師それぞれが少しづつ余計に沢山看取らなければいけないのかなと思つてますが、家で死にたい人がどのくらいまで希望通りに亡くなれると予想しておられますか？

長尾 ●在宅死はほぼ横ばいというのを実感していますね。在宅医療に取り組む医者も10年前と今と比較してあまり増えていません。在宅マインド自体があまり広がりを見せていないなと思います。在宅医療に対する意識が10年前と殆ど変わっていないと感じています。私は今は病院での看取り方をもう少し考えて頂く時代かなと思つています。昨日「日刊スポーツ」に「平穩死できる病院が増えている」と大きく出しました。平穩死病院が増えると看取れる数が今より増える可能性がある。ですから病院での看取りの時代だと思つています。あとは施設での看取り、老健などの医療ではない現場でも看取つて行かないと50万人に答えられない。開業



医1人が年間1人看取れば、多死社会の中で10万人看取れる。もう少し頑張れば20万人を看取れるかなど。

中野 ●1人を看取っていないところがありますからね。

長尾 ●私のところみたいに100看取る診療所、ドラゴンヘッドばかりが目立っていますが、実はロングテールが重要なんです。巨大なモデル診療所よりも、年に1人か2人看取ってくれるロングテールを伸ばす方が大事です。病院であれ在宅であれ、どちらも充実していることが大事であつて患者が選べばいい。あとはサービス付高齢者向き住宅(サ高住)などの施設ですね。大体人口20万人くらいの都市には沢山できていると聞きますが。

中野 ●8万室以上ありますね。

長尾 ●看取りという視点から見れば、どんどん看取っているサ高住もあれば、全部救急車で病院送りみたいなサ高住もあつて、全く統制が取れていないんです。これからの課題はサ高住、あるいはグループホームや老健、特養などの施設での看取りも入ってくるのかなと思います。

平穩死についての啓蒙活動

長尾 ●最近「終活」というエンディングセミナーをやつていて気が付いたんですが、これからは家族の時代、日本というのは自己決定権があまりないですから家族が決める。今の40代50代は家族の死を見たことがないので、親の最後は一流の病院で最高の医療を受けさせて死なせたいんだと皆言うんですね。本人は家で亡くなるのが希望でも、家族や息子が親の平穩死を邪魔しているということなんです。

中野 ●親孝行の仕方がよくわかつていないんですね。

長尾 ●そうなんです。これからその辺のところの啓蒙もして行きます。私は地域という視点で見ると地域の病院と在宅医療は競合関係にならず、共同作業でどちらで死んでも同じように穏やかな死を迎えられたい。そしてヘルパー、ケアマネ、看護師、市民も来て交わつて、医者も頂点にしたピラミッドのヒエラルキーの中ではなく、フラットな中で死を皆で共有して行かなければならない。死亡診断書が書けるのは医者ですけど、これからは交わつてということが大事です。

これからの日本の医療を背負う医者や医学生は、人同士交わつて話をして意識を変えて行かなければいけません。日本はこれから少子高齢化のスピードが凄く加速して生産年齢人口が極端に減つて肩車式になり、肩車する人もいなくなつて国力が益々衰退します。人口ももって凄く減少する中で求められる医療介護というのは、都市部ではひとつの見えない悲惨な災害現場のような状態にゆつくりと向かっていると思います。その中で従来のヒエラルキーではとても対応できないんです。

中野 ●皆ができるだけ高め合い、知恵を出し合うことでしょうか。

長尾 ●そうですね。やはり病院というのは皆の安心ですからね。これからは医者も地域の人達

と交流する機会を持つて、時には患者さんの前でピエロになれないと医者とは言えないと思うんですよ。色んな役割と色んな顔を持つて自分のプロフェッショナルティーはしっかり伸ばしていくのがこれからの医者かなと思っています。

この仕事を選んで良かった天職だと心の底から思っているお医者さんが今日本にどれだけいるんだろうか、10人に1人もいるんだろうかと思えます。医師はやはりモチベーションをよく知るといことが大切です、医の倫理、哲学、姿勢学などのレクチャーを受けずに、なんとなくお医者さんになった人が多いように感じます。やはり職業倫理とかそういうのがもの凄く大事で、医療者が医療者を育てる、これが上手く機能しなくなつていくことが問題です。医局制度の崩壊で病院でも育てられないし、教えるといつのはエネルギーのいることですから。在宅医療診療所は例えば研修医や地域のケアマネなどの介護職を教育する機能を持つてこそ在宅の要件を満たすんじゃないかと思っています。

ジェネラリストかスペシャリストか

中野 ●今後、開業医はどのようになっていくとお考えですか。

長尾 ●うちのような高度検査機能がある重装備在宅クリニックは、保険診療からすると過剰診療と取られる可能性もあります。この先開業医は何でも診るジェネラリストか、専門の病気を特化して診るスペシャリストに完全に大別されていくと思います。それから病院も高度急性期というスペシャリティーを持った専門性の高い病院など、スペシャリストとジェネラリストに分かれていくと思うんです。

病院内ジェネラリストである病院内総合診療医というのが今度決まりましたけれど、これは一過程であつてもっと大きな目で病院も地域密着型病院や100床くらいの小規模病院のようにジェネラリスト病院で入院機能も持つていくという病院なのか、スペシャリストとして生き残るのかということになるでしょう。地域のニーズを分析してどちらのスタイルでいくのか、病院も岐路に立たされているんじゃないかと思えますね。

中野 ●地域の資源を有効に使うということでしょうか。本日はたいへん参考になるお話をありがとうございました。

PROFILE



長尾クリニック 院長

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
1984年~聖徳病院勤務
1986年~大阪大学病院第二内科勤務
1991年~市立芦屋病院内科勤務
1995年~尼崎市に長尾クリニック開業、現在に至る

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/前 尼崎市医師会地域医療連携・勤務医委員会 委員長/元 尼崎市内科医会会長/元 兵庫県内科医会理事/関西学院大学 非常勤講師/関西国際大学 客員教授

著書

[[「平穩死」10の条件]](ブックマン社)
[[「町医者だから言いたい!」(1~3)](ロハスメディア)
[[「胃ろうという選択、しない選択」(セブン&アイ)
[[「平穩死」という親孝行]](アース・スター・エンターテインメント) 他