どうする老人医療　これからの老人病院（Part36）

# 医療と介護の「絆」を考えるⅤ

## ～人生最後の願いをどう受け止めますか～

第３６回全国シンポジウム
平成２４年１０月２０日
東京研修センター

老人の専門医療を考える会

## プレゼンテーション（4）

# 医療と介護の文化の差　病院と在宅の文化の差

長尾クリニック　院長

長 尾 和 宏


ご紹介ありがとうございます。尼崎の長尾と申します。私はただの開業医、町医者です。日本慢性期医療協会（以下、日慢協）はてっきり病院の会だと思っていたのですが、私は開業医でありながら日慢協の理事を拝命しています。どういうことかと申しますと、これからの日本の医療は慢性期医療が主体になりますよね。地域包括ケアの時代において、もはや「病院だ」「開業医だ」という区別にはあまり意味がなくなってきました。これからは病院と在宅診療所は「地域包括ケアを担う一員として密接に協働しなければならない」ということで、日慢協の武久会長から理事にお声をかけて頂いたものと理解しています。今後、私のみならず、多くの在宅医が日慢協に入ってきて欲しいと願っています。

今後、地域包括ケアの中では「在宅」がキーワードになります。また「介護施設」「高齢者専用賃貸住宅（高専賃）」「サービス付き高齢者向け住宅(サ高住」」といった第二の在宅と言われる中で、ケアの意識を共有していく時代になってきたと考えています。そこで今日は、「医療と介護の文化の差　病院と在宅の文化の差」というテーマでお話しさせていただきます。正直言いまして両者の間には、終末期医療に関して大きな差があるのが現状だと思います。その病院とは主に大病院とか大学病院とか、急性期病院とお考えください。特に在宅の現場にいますと、終末期医療に関して文化の差があると感じます。それから介護と医療の間はそれ以上ですね。特に施設、有料老人ホームなど、医療者がほとんどいない場所で、これからは積極的に看取りをしなさい、ということです。しかし現実には、さまざまな課題が存在します。

そこにはかなりの「看取りの文化」の差があると感じています。もっとも、老人ホームというのは死に近い人がいる、たくさんおられる場であるにも関わらず、最も「平穏死」に遠い場所だなと感じております。

ご存知のように一昨年から石飛幸三先生の著書「平穏死のすすめ」が話題になり、そして今年は中村仁一先生の著書「大往生したけりゃ医療とかかわるな」が飛ぶように売れています。石飛の先生の造語「平穏死」という言葉を私も使わせていただき、この７月に「平穏死・１０の条件」という本を書きました。

石飛先生、中村先生、そして私の本の共通点は、「自然死」という考え方です。あるいは過剰医療、延命治療への疑問でしょう。相違点といえば、石飛先生と中村先生は、私よりひと世代か二世代上の先生です。私は54歳ですけれども、ちょうど親子の世代くらい違います。またお二人は老人特養の先生ですが、私は下町の開業医です。尼崎と街のなかでの外来と在宅の世界を描きました。在宅専門クリニックではありませんので、地域の在宅医という視点で書きました。これが大きな違いです。

さて、延命治療についてお話しをします。ご承知のように人工栄養、人工呼吸、人工透析が「三大延命治療」と呼ばれています。この延命処置というのは今後、どこまで進歩するのでしょうか。そもそも延命とは、何でしょうか。またよく「余命」と言いますけれども、生まれた子どもを見たら、私は「余命80年だな」と思ってしまいます。

日々、高血圧や糖尿病を診療する目的は、ある意味、延命のためです。例えば消化管出血をして輸血するのも、延命治療でしょう。肺気腫の人に酸素を投与するのも同じ。そして何よりも山中伸弥教授が発見されたiPS細胞も、結局は延命が目的となるしょう。本当に延命治療になるのかどうか知りませんけれども、医学の進歩でどこまで延命が可能になるのか、これは哲学的な命題であると考えます。

「平穏死」、「自然死」、「尊厳死」は、ほぼ同じ意味ですが少しずつ違いはあります。「平穏死」は造語ですし、「自然死」というのは文字どおり自然の経過に任せるということですし。一方「尊厳死」はもう少し広い概念かなと思います。遷延性意識障害の延命治療の中止なども含めた概念だと思います。しかし臨床現場では、ほぼ同義語として使われていてそれでいいと考えています。

今日は、在宅医療の話をさせていただきます。すでに在宅医療をバリバリやられている先生も多いかと思いますが、在宅医療の目標は「QOL×寿命を最大値にする」ことです。その目的のためには、在宅だけでは完結しません。完結するはずがありません。病院医療、特に日慢協さんの病院に助けてもらう機会も多々あります。やはり病院との連携がなければ成り立ちません。「良質な慢性期医療」という枠組みで考えるべき時代であると思います。もちろんこの目標には、日慢協の病院が主役を演じていくものと確信しています。

とはいえ、おおざっぱな言い方ですけれども、私は現在、年間80人ぐらいの方を自宅でお看取りしていますけども、これはすべて自然死、尊厳死です。大部分は延命治療と無縁です。

よく尊厳死の是非が議論されていますが、実は在宅看取りはほとんど尊厳死であると言うと、みなさん驚かれます。尊厳死というとこのようになんだか特別なものであうと、怖がられます。ですから「平穏死」と言ってみたら皆さん受け入れやすいそうです。ただ、患者さん自身そして家族も、尊厳死とか平穏死という意識は全くありません。ただ住み慣れた我が家で自然の経過の先に亡くなられた、ただそれだけです。

これに対して病院で亡くなるということは、多くの場合、延命治療の先にある死、延

命死です。「病院という場ではなかなか平穏死が難しい」のようなことを本に書いたら、先日の日慢協20周年記念パーティーの時に、ある病院の先生が来られて「長尾先生、決してそんなことはありませんよ。私の病院は平穏死できる病院を経営しています」と話しかけて頂きました。先ほどのお話にありましたように、「患者さんの意思を尊重して尊厳死できる病院も日本にあるんですよ」と。ほかにも「平穏死病院も知っておいでくださいね」という方が、何人か私のところに来ていただき、本当に嬉しく、心強く思いました。

しかし平穏死と概念と無縁の病院がまだまだ多くあります。100歳の胃がん末期の患者さんにも、最後の最期に人工呼吸器をしっかり付けて、意識がなくてもしっかりフルコース延命治療をしていて、それが最大の医療者としての絶対的な務めであると院長先生が胸を張る病院もあります。その院長先生には「家で自然死させるなんて、長尾は殺人者だ」と責められました。そういうふうにはっきりと言われる病院長も結構おられるのも現実であります。

しかし対立軸でとらえると在宅と病院の文化の差は、おかしな方向にいきます。やはり患者さんの立場に立つべきです。「納得死」「満足死」という視点でとらえることが大事だと思います。しかし終末期に何もしないということは、病院という文化の中では現実的には難しいことが多いと聞きます。病院は「何もしないで待つ」ことというのが、しにくい場所です。血圧が下がったら、上げなきゃいけない、酸素が足りないなら酸素を投与しなきゃいけない。食べられなかったら何か人工的にでも栄養を入れなきゃいけないという強迫観念のような世界です。そこで、「平穏死」はやっぱり難しいと言われています。

介護の世界になるとなおさらです。よく「キュアからケアへのパラダイムシフト」と言われます。しかし、この「ギアチェンジ」のタイミングというのは実際の医療現場では、なかなか難しい。なにより過去に延命治療の中止によって「事件」になった過去が多くの医師の記憶に残っています。例えば射水病院事件や川崎協同病院事件などです。

先日、「終の信託」という東宝映画を見ました。「終の信託」を英語で言うとリビング・ウィルです。川崎協同病院事件の映画化です。周防監督の奥様の草刈民代さんが延命治療を中止して逮捕される女医さん役、そして役所広司さんが延命治療を中止して亡くなる患者役をされています。たとえリビング・ウイルがあっても、延命治療を中止すれば警察が入ってくるということが1990年代から始まりました。延命治療中止を「異状死」として警察に通報されたのでしょう。医師法21条が、誤って拡大解釈されたのです。そういう潜在的な恐怖は多くの医療者の中に今も強く残っています。延命治療を開始しなかったということで、実際に有罪判決を受けたケースは無いそうです。しかし人工呼吸器の中止によって逮捕や書類送検された事例がありますので、そういう恐怖は医療者の頭から消えません。

ここでちょっと法律、「医師法」の話をします。先日の国会、税・社会保障一体改革

の集中審議の中で平穏死が１時間議論されました。生中継でご覧になった方もいらっしゃるかと思いますけれども、もう１度復習しておこうと思います。

医師法 20 条は昭和 24 年に制定された法律です。簡単に言えば「医師は自ら診察しなければ診断書を書けない。ただし 24 時間以内に診ていれば、往診しなくても死亡診断書を書けますよ」という法律です。亡くなっても、なんと行かなくてもいいということです。言いかえれば「もし診ていなければ、行ってから診断書は書けます」ということです。しかしよく、「24 時間以内に診ていないから死亡診断書を書けない」と誤解されています。あるいは、「24 時間以内に診ていないから書けないし、警察を呼ばなければならない」と２重に誤解されています。医師法 21 条と完全にごっちゃにされるわけです。

21 条は明治７年にできた法律で、行き倒れの人を見たら 24 時間以内に警察に届け出てくださいね、という法律です。どちらも当たり前のことが謳われているだけなのですが、20 条と 21 条に登場する２つの「24 時間」という数字が世紀の混同の始まりだと思います。

多くの医師がこの２つの法律を正しく理解していません。２つを完全に混同していて「24 時間以内に診ていないから診断書を書けない」とか、「だから警察を呼ばなければならない」と誤解している医師が多いということで、厚労省から先日、通達が出たかと思います。

奇しくも、昭和 24 年にできた法律が、現在平成 24 年に議論されるといるのは、不思議な偶然ですね。しかも 24 時間、24 時間と、24 が４つも重なったという偶然があるわけです。どうか皆様はこの４つの 24 の意味を、正しく理解して頂きたいと思います。63 年も経った医師法 20 条が現在も活きています。要するに古き良き昔、「オールウェイズ三丁目の夕日」の時代に戻ったと考えてください。法律がおおらかな看取りを保障してくれています。それが、在宅看取りの追い風にもなっているのですがあまり意識されていません。

さきほど「文化の差」と言いましたけれども、EBM 主体と NBM 主体に分けることができます。本当は EBM は NBM「ナラティブ・ベースド・メディスン」をも含む概念だそうです。EBM で有名な名郷先生には EBM には NBM も含まれていると教えて頂きました。一方、病院は情報公開されていますが、在宅は密室性があると指摘されています。

病院と在宅の医療、特に終末期医療の文化の差はどこから生じるのでしょうか？病院のお医者さんは、たいてい病院しか知りません。一方、在宅医は病院と在宅と両方知っています。しかし、８、９割の大多数の医師や看護師、一生、在宅を知らずに過ごします。すなわちアウェイの医療を知らずに、ホームのみの医療で一生を終えていきます。そこでどうしても文化が生じるのかなとも思います。

さて、胃ろうの話に移ります。この１～２年の胃ろうのマスコミ報道は「胃ろうバッ

シング」として受け止められるようになりました。私自身は、胃ろうは入れるならできるだけ早く入れて、口からもう１回食べられるようにするのが、私は本当の胃ろうではないかと思います。すなわち「生きて楽しむための胃ろう」です。間違ってはいけないのが、ALS などの神経難病患者さんの胃ろうは、延命処置ではなく福祉用具です。ただ、日本の胃ろうの多くは高齢者に造設されています。ほんとうは胃ろうを造設した時から、嚥下リハビリと口腔ケアを開始すべきです。しかし世の中には、入れっぱなしになっている胃ろうが沢山あります。

胃ろうに関する沢山の報道がありますが、いわゆる「胃ろう問題」の本質とは、いったん始めた胃ろうは、やがて植物状態になっても現実には中止が簡単ではないというところだと思います。もはや意思表示ができない、嚥下がもう全然できない。そして自分の唾液も誤嚥してしまう。そんな状態になって、かつ本人がそういうことは嫌だということを文書で表明していても胃ろう栄養を中止できないことが、胃ろう問題の本質です。

最近、入院時にいわゆるリビング・ウィルを聞いてくれる病院が増えています。事前指示書に記入してもらうのです。しかしいくら文書で表明していても、実際には胃ろうの中止は、病院ではまだ相当困難なようです。日本老年医学会の調査によりますと２割ないし５割の医師が「胃ろうを中止した経験がある」と答えています。しかし、あくまで「阿吽の呼吸での中止」であって、これをおおっぴらに言うことは難しいのが私の知る範囲での現場の医師の声です。もし私の患者さんの中止ケースをテレビで放映すると私が「逮捕される可能性がある」というのが、某テレビ局の顧問弁護士たちの見解です。

今年、日本老年医学会から水分と人工栄養の中止のガイドラインが出たことは、まさに歴史的な大転換だと思います。会田先生らが中心になって、すごく大きな仕事をなされた。まさに節目になる平成 24 年なのかなと思っています。

ただ、ガイドラインは現場にはまだほとんど周知されていません。やはり、それに従って延命措置の中止を実際にやったときに阿吽ならそれでいいのですが、先ほどテレビの話をしましたけども、某テレビ局の顧問弁護士さんが見たら、「これは殺人罪だ」ということでした。だからなかなか、法的担保がなされていないという現状では、大きな病院では難しいという声をよく聞きます。アンケートには中止の経験を答えることができるけども、おおっぴらにはなかなか言い難いそうです。医学界のガイドラインには合致しても、延命措置の中止は、いわゆるグレーゾーンであるのが、まだ現状かなと思います。

さてリビング・ウィルとは、不治かつ末期に陥った時に、延命処置をこういうふうにしてくれということです。本来はオーダーメイドであるべきかもしれません。米国ではオーダーメイドです。例えば、「３か月だけ人工呼吸器をやって、駄目だったら止めてくれ」とか、そういった具体的な料理の注文みたいなものであるべきです。日本では、いくつか定型的なものが多いですね。リビングウイルの保持率が米国は 41%ですが、日本ではたった 0.1%です。日本ではまだその概念が、国民に根付いていません。

現在副理事長職を拝命している一般社団法人・日本尊厳死協会という人権団体は 1976 年に発足しました。これは現在、一般社団法人として、リビング・ウィルの管理と啓発活動をしている団体です。また「終末期の医療における患者の意思を尊重する法律案」に議論にも加わっています。(スライド 14)

法律案の要点を簡単にかいつまんで説明します。まず本人のリビング・ウィルが文章で表明されていることが大前提です。文書であれば書式は問われていません。「不治かつ末期」であるというのが第２条件です。第３番目の条件として、２人以上の医師が不治かつ末期と判定することが必要です。その条件を満たした時、延命治療を差し控えても、医師は免責されるという内容です。その差し控えとは、A 案では不開始のみ、B 案では中止のみと記されています。本命は B 案ということで、現在、尊厳死法制化議連という、超党派の 126 人の国会議員さんによって議論されている最中です。

中山太郎さんという人が議連の会長さんになられたのが８年前です。以来ずっとこういう議論が国会の中で続けられています。しかし法案はまだ国会に提出されていません。そして今後、こういう議論がどうなるのか、私自身も見当がつきません。以上が現状です。

もちろん日本老年医学会の調査でも２割ないし５割の医師が「中止したことがある」と答えているわけです。議論されている法律案には、こうした従来からある「阿吽の尊厳死」を否定するものではないということも、ちゃんと謳われています。もちろん障害者や ALS 等の神経難病の患者さんにはこの法律は全く関係ないということも法律案の中にきっちり書かれています。以上は、日本における尊厳死の動向です。

海外に目を向けましょう。この６月にスイスのチューリッヒで開催された「死の権利・世界連合総会」に参加してきました。欧米における「尊厳死」には、physician assisted death、あるいは physician assisted suicide、自殺という、敢えて挑戦的な言葉が使われています。キリスト教文化圏ですから、敢えて神に挑戦すると言わなくてはならないのでしょう。例えばモルヒネを 10 アンプル注射するとか、致死量の麻酔薬を内服させるとかします。もちろんお医者さんがその適応であるか判断して処方箋を書いています。それが「欧米の尊厳死」です。尊厳死は、オランダ、ベルギー、ルクセンブルク以外にスイスでも認められています。オランダ等では、先ほど言いました安楽死も認められています。

日本の尊厳死というのは、自然死、平穏死です。従って、欧米の尊厳死とはまた全然違うものです。欧米の尊厳死は、日本の安楽死相当です。日本においては、安楽死は、完全な殺人罪で、尊厳死と明確に区別されています。なぜオランダで安楽死法ができたかということに関して、非常に興味がありますが、今日はそれを話す機会ではないので省略します。

フランスでは 2005 年にレオネッティというお医者さんが尊厳死法を作り終末期議論が前進しました。そこでは、尊厳死は緩和医療と両輪であることが謳われ、具体的手順

が明記されています。しかしやはり終末期の法制化となると、イギリス、ドイツなど保守的な国ではかなり議論があるようです。尊厳死を望むイギリス人やドイツ人はスイスに渡って尊厳死をしています。

スイスには２つの尊厳死幇助組織があります。ひとつは、エグジットという団体。もうひとつは、ディグニタスという団体です。エグジットは、スイス人の physician assisted death を扱う団体です。一方、ディグニタスは外国人の受け入れ OK の組織ですから、イギリスとかドイツからの尊厳死も受け入れています。こうした「看取りの家」に数日滞在し、尊厳死をさせます。尊厳死は医師が薬剤をもって介入する死。亡くなった後は、警察が入ります。異常死体としてちゃんと検視をし、骨にして自国に帰ります。もし遺体のまま帰ると医師が捕まるそうです。尊厳死が認められているスイスにおいても、非常に苦労してやっているのが現状で、どの国も終末期は大変だなと思いました。

先ほど、日本ではおもに在宅現場では、阿吽の呼吸で尊厳死を普通に看取っていると申しました。当院でも在宅はほとんどが自然死、平穏死、尊厳死です。さて、こういう議論は例えば１９８０～９０年代は、主に末期がんを想定していたと想像します。しかし現在は、むしろ非がんの在宅看取りが議論されています。老衰、認知症終末期、あるいは心不全や肺気腫などの臓器不全症の終末期は難しい課題を抱えています。今後の終末期議論は、どんな病態を想定するかで、大きく議論が変わってくるんじゃないかなと思います。

すなわち、末期がんの場合、スライドの折れ線グラフのように最後にストンと ADL が落ちます。しかし一番下に示す老衰とか認知症は、時間をかけてゆっくりとだらだらと落ちていきます。あるいは心不全とか、呼吸不全、臓器不全症は多少上下しながら落ちていきます。（スライド 18）

それぞれの病態において終末期の定義が変わってくる可能性があります。今まで、いろいろな議論がごっちゃにしてきたように思います。先ほど、「三大延命治療」と申しました。たとえば人工透析も、日本透析医学会が中止も可能とのガイドラインを公表しました。やはり人工栄養、人工水分、そういう水分栄養のこと、そして人工透析、そして人工呼吸器。これらを本当に同列に並べて議論していいのかという哲学的な命題もあるかと思います。機会があれば、また会田先生に教えて頂きたくお願いします。

いずれにしましても、もはや DNR の時代からアドバンスディレクティブ（ＡＤ）、そしてアドバンス・ケア・プランニング（ＡＣＰ）の時代だと思います。会田先生らが作られた意思決定のプロセスノートが本当に大事です。比較的元気なうちから、本人、家族と医療者で話し合っておきましょう、そのプロセスを大事にしましょうということですよね。「アドバンス・ケア・プランニング」はますます重要だと思いますし、ぜひ日慢協の病院や施設はＡＣＰを行い、平穏死が可能な場になってほしいと願っています。

在宅医療制度は非常に複雑になってきました。在宅療養支援診療所制度が 2006 年にできてから６年が経ちました。せっかく登録していても半数しか看取っていないとのこ

とで、今年から「機能強化型・在支診」が登場しました。この「強化型」には２種類あります。「常勤医３名以上、看取り数２名以上」など条件があるのですが、すなわち、単独型の強化型・在支診と、連携型の強化型・在支診があります。患者さんから見ると３類型になります。連携の中に在宅療養支援病院が１つ入ってもいい。実は、こうした複雑な在宅医療制度が本当に必要なのか来週号の日本医事新報に書きました。「二極化する在宅医と、在宅ビジネス」という題で書きました。さらにちょっと過激なことを書きました。実は在宅患者さんが売買されています。紹介手数料はその月の診療報酬の２割だそうですが、その実態をレポートしました。

最後に在宅医の二極化とはなにか？について話します。医療は言うまでもなく非営利です。しかし介護は営利ＯＫですよね。営利が悪いとは決して申しません、しかしどこまでやるのかということです。要するにコンプライアンスとか、モラルハザードの問題です。今、「非営利が営利に引っ張られる」という構図が、大都市圏で見られます。もちろんごく一部でしょう。大多数は真面目にちゃんとやっています。しかしそうしたいわゆる在宅患者紹介業者が暗躍しているのも現実です。そういう営利の甘い誘いに対する距離感をもって、私は「二極化」と勝手に呼んでいます。決して、一馬力か、二馬力かとか、ミックス型か、あるいは在宅専門型かという意味ではありません。

戻ります。患者さんから見たら同じ往診を頼んでも普通の診療所と、強化型在支診では、医療費が２倍も違うということはどうかと思います。在宅医療が「一物三価」になっている現状は、修正すべきではなかと主張しています。さらに在宅療養支援病院制度ができたことで、在支病ともうまく連携する時代になりました。とにかく３つの医療機関が、組んで在宅看取りを行う時代です。こうして在宅医のグループ化が進んでいます。そのような状況のなかで終末期の価値観、倫理観をどう共有していくかという大切な課題がありますこれからの在宅医療の大きな課題ではないかと思っています。

私は朝日新聞電子版アピタルに３６５日、毎日、医療記事を書いています。毎日読んで頂いている方もおられるかもしれませんが、実はまさに今日「悪い在宅医の見分け方」という文章を書いてきたところです。（笑）今日は読者からの質問に答えました。「在宅医療を受けていたが、がんが悪くなってきたら、緩和医療はできないので病院に入れ、入れと勧められた。それでも自宅にいたいと主張したが、無理やり病院に入れられた」みたいな投書が舞い込みました。「長尾先生が書いている在宅医療は嘘だ」みたいな内容です。実はスライドにも書いたように、在支診の「チェーン化」という問題があります。チェーン化とか、フランチャイズ化で全国展開して、儲けようというグループが出てきています。顔が見えない医師たちが、市外から尼崎の老人マンションにどんどん入ってくるというのが阪神間の現状です。悪い在宅医の見分け方は簡単です。「往診してくれるかどうか」を聞くだけ。悪い在宅医は、往診をしません。電話をかけたらコールセンターの事務員さんが出てきて「そうですか、大変ですね、今から自分で救急車を呼んで、勝手にどこか病院に行ってください」という対応をするのが悪い在宅医です。（ス

ライド 22）

最後に「地域包括ケアシステム」についてお話しします。白紙撤回を期待している医師会の先生の声をよく聞きますが、もうこれはもう変わりません。2025 年まで、これでいきます。他にいい方法がないのですね。これしかないということで、もはや好き嫌いじゃなくて、これをみんなでこれを、やっていくしかないのです。少し考えれば、これはまさに慢性期医療そして慢性期介護そのものであることに気がつきます。病院も在宅も一緒になって、また福祉も介護も行政も NPO も全部一緒になってやるのが地域包括ケアです。みんなが集う場も必要です。

島根の「なごみの里」の柴田久美子さんという人を知っていますか？「看取り師」という人です。看取る時に一緒に寝てくれるおばさんがいるんですよ、変なおばさんが。（笑）でも在宅看取りの時にそんな人がいてくれたら、ちょっと助かりますよね。昨夜、私の地域の多職種での勉強会で、彼女の講演を聞きました。みんな泣いていました。なんというか、地域、地域で死生観を共有していく、そういった時代です。そして、私は「マジクル」という言葉を大切にしています。これは造語です。ごちゃまぜになる、交わって狂うとか、マジで狂う・・・もう何でもいいんですけれども、みんなでマジクル時代なのです。職種を超えて一緒になる、フラットになる時代。死生観もそうです。 私が今日ここにいること自体も、みなさんとまさにマジクっていると考えます。病院と在宅では、また医療と介護では、終末期の価値観の違いがまだ相当あります。しかしこれからは終末期の価値観の差を埋めて、共有していく時代。死生観においても、シームレスな連携を模索する時代です。

おかげさまで、7月に出版された「平穏死・10 の条件」という本が、現在８刷りになり 10 万部を突破しました。しかし先日、主任ケアマネ研修会で 100 人にこの本の存在を知っている人を調べたらなんと、０人でした。皆さん、ちょっと、ここでちょっと質問していいですか、今日もちょうど 100 人ということで。

「この本を買った人はいますか？」 １人、２人、３人……。ありがとうございます、４人ですね。じゃあ、知っているという人は？ ありがとうございます。今日は数%でした。今まででで最高です。０%から数%に上がりました。嬉しい！ぜひ、先ほど言いましたように病院のスタッフに読んでほしいのです。すでに 10 万人もの市民に共感していただいたと考えています。この本を読んだ感想、素朴な疑問がたくさん、山のように届きます。それを朝日新聞電子版で毎日、一問ずつ答えています。これらは誰でもネットで無料で読めます。これは入棺体験のスライドですが、今日は詳しい話はできませんね。そうそう、日刊ゲンダイにも毎週火曜日に「医者も知らない平穏死」というタイトルで連載しています。さらに日本医事新報、医療タイムスにも毎月連載しています。来月「胃ろうという選択、しない選択」という一般啓発書がセブンアイ出版から出ます。この本についてもまたご批判を仰ぎたいと思います。どうもご清聴ありがとうございました。（スライド 26）