

## 特別講演

### 第8回看護実践学会学術集会

# 自宅で大往生 ～『ええ人生やった』と言われるために～

中村 伸一

福井県おおい町国民健康保険名田庄診療所所長、自治医科大学地域医療学 臨床教授

日時 平成26年9月13日(土) 場所 白山市鶴来総合文化会館クレイン

#### 1. はじめに

皆さん、こんにちは。福井県で最南端の町から参りました。今日は「自宅で大往生」というテーマでお話します。何かの間違いで、NHKの看板番組「プロフェッショナル 仕事の流儀」に出てしまいました。その翌年には朝日新聞でも紹介されました。また、「町医者ジャンボ!」という漫画が「週刊現代」に連載されて、ドラマ化もされたのですが主人公のモデルは私です。それから、一昨年はNHKのBSプレミアムで、小池鉄平さん主演の地域医療をテーマにしたドキュメンタリードラマ「ドロクター」が放映されましたが、そのモデルも私です。「ドロクター」の原案は私が書いた『寄りそ医』という本で、本の帯は「プロフェッショナル仕事の流儀」の司会者、茂木健一郎さんに書いてもらいました。

福井県自体も田舎なのですが、名田庄はそのまた一番端の田舎の方にあります。ここ数年マスコミに取り上げられるので、自分自身でも不思議な感覚に襲われているのですが、恐らく地域に根ざした医療や地域の絆などが世間から求められているからだという気がします。

私は平成元年に、栃木県にある自治医科大学を卒業しました。この大学では、卒業後9年間は各出身の都道府県に戻って地域医療に従事することが義務付けられています。私は卒業後すぐに、福井県で一番大きな病院である福井県立病院で2年間スーパーローテーション研修をして、3年目にへき地の診療所に派遣されて、たかだか3年目の浅い

キャリアで、その村には医者が自分1人しかいない状況に置かれました。普通は1～2年で交代するのですが、そこが気に入ったので、5年間続けていさせてもらいました。

9年間の義務のうち最後の2年間は福井県立病院に再び戻って、外科だけを後期研修しました。そして、義務が明けた10年目から、再び名田庄診療所に戻りました。私は福井県立病院での初期研修と後期研修以外は全て名田庄診療所勤務なので、社会人になってこの方ずっと公務員です。私がぼけた発言をしたら、遠慮なく“ちほう”公務員と呼んでください。

#### 2. 名田庄での診療

名田庄村は福井県の一番南の端にあって、京都府や滋賀県に接しています。平成18年3月に原発立地自治体である大飯町と合併して、現在はおおい町名田庄地区となっています。日本で唯一原発が動いているところです。私が赴任したころは人口が3000人余りでしたが、現在は2600人ほどです。昔は5人に1人が高齢者でしたが、今は3人に1人が高齢者となり、過疎・高齢化が進んでいます。医療機関は相変わらず当診療所だけで、一番近い総合病院は、小浜市と周りの3つの町が一部事務組合で運営する公立小浜病院で、車で25分のところにあります。

平成3年に私が赴任したころの名田庄診療所の写真をご覧ください。1日の平均患者数は65人と、ある程度いました。レントゲン、エコー、

胃カメラ、大腸ファイバーなど機械はそれなりにそろっていました。しかし、3年目のキャリアで医者は自分しかいないところに派遣されるのは厳しいものがありました。「自分1人でやっていけるのか」と数カ月は毎日不安でした。ただ、そんな不安な医者に診られる患者さんはもっと不安だったのではないかと思います。皆さん本当によく付き合ってくれたと今では感謝しています。見てのとおり、当時の診療所は地区の集会場以下のぼろい鉄骨平屋建ての建物です。ちなみに100mほど離れた所にはおしゃれな建物がありますが、それは下水処理施設なのです。「えらい所に来てしまった」と思いました。

ところで、名田庄にはいまだに屋号で呼び合う風習があります。こちらではどうでしょうか。東京で講演すると屋号の説明からしなければなりません。それから、家族のつながりがとても強くて、3世代、4世代の同居は当たり前です。もちろん独居老人世帯や高齢者世帯もあります。

日本で3世代同居の割合が最も高いのが富山県で、2位が福井県です。その中でも、名田庄は3世代同居世帯の割合が高いといえます。最期は「家で死にたい」という高齢者がほとんどで、もちろん皆がそうなるわけではありませんが、家族も「それを支えたい」と感じています。

そうして地域の人たちとコミュニケーションを取っているうちに、自然と「病気や障害を持っていても家で暮らす人たちを支えたい」という強い思いを抱くようになりました。しかし、その熱い思い、強い思いは見事に空振りに終わりました。

あるおじいさんが脳梗塞で倒れて、救急車で小浜病院に運ばれました。脳外科の先生が診て、1カ月後には症状が固定して、寝たきりで退院しました。その後は1カ月に1回、家族総出でおじいさんを車に乗せて、小浜病院の脳外科に通っていました。

その方が風邪をひいて高熱を出すと、つらくて車に乗って小浜に行きたくないので、往診に来てほしいと診療所に電話がかかってくる。私が往診に行くと、高熱でつらそうですが風邪なので薬を飲めば2~3日で治ると伝えます。その際に、いつも小浜病院でもらっている薬を見せてもらうと、血圧下げる薬、血液をさらさらにする薬、脳の代謝を活性化する薬とどこにでもあるような薬です。「そのような薬なら、うちの診療所が定期的に来て出せます。脳外科に行くからといって毎回CTを撮るわけではないので、脳外科は年に1

~2回行って、普段は私らが診ますよ」と言っても、家族には「困ったらまた呼びますから」と断られました。つまり、便利屋としては扱ってくれますが、普段は専門医にかかりたいのです。20年以上前の田舎の名田庄村でも、専門医信仰や病院志向の方がいたのです。

また、長年寝たきりで3年間もお風呂に入っていなかった92歳のおばあさんが、訪問する度に「死ぬまでに一度でいいからお風呂に入りたい」と言うのです。しかし、当時の名田庄村には、寝たきりのお年寄りをお風呂に入れるシステムはありませんでした。

あるいは、耳はいいけれどほけたおじいさんと、耳は悪いけれどしっかり者のおばあさんの二人暮らし世帯がありました。ギリギリ老老世帯です。微妙なバランスで成り立っていました。そのおじいさんが、1週間前から動くとき胸が痛くて顔と足が腫れてきました。お分かりのとおり、狭心症で心不全です。これはいけないと、私は往診先でできるだけの処置をして、小浜病院に救急車で運びました。小浜病院の循環器内科医に申し送りをして帰りました。

おばあさんは耳が遠いので電話の受け答えもできません。自分が言いたいことは言えるのですが、相手の言うことが聞こえないのでコミュニケーションにならず、不安がりました。そこで、名田庄から車で2時間ほどかかる京都市内に住んでいる息子さんが、おばあさんを一時的に引き取ることになりました。おじいさんは3週間の入院の後、退院しました。ところが、京都の息子さんのアパートで、お嫁さんのお世話を受けて、至れり尽くせりの便利な生活を味わったおばあさんは、名田庄に戻ることが怖くなってしまいました。

息子さんは一生懸命考えます。おばあさんは耳が遠いけれど少し目をかければ家事を手伝うこともできるし、身の回りのことも自分でできます。しかし、おじいさんを引き取るほどアパートは広くありません。それに、いつまた病気を起こすか分かりません。結局、おばあさんは息子さん宅へ、おじいさんは施設へ、2人はバラバラになりました。

その循環器の先生からの診療情報提供書には、「冠動脈の狭くなっているところを広げて、心不全はコントロールできました」と書いてありました。当時はステントがなく、風船、バルーンで膨らませていた時代です。何月何日に退院したとも書いてありました。

それからは私の所に通って来ないので、小浜病院に通っていると思っていたのですが、随分後になってあの2人はもう名田庄にいないことを風の便りで聞き、つらかったです。当時、医療と介護が連携していればそんなことにならずに済みました。しかも、誰も悪いことをしていません。私も、小浜病院の循環器の先生も悪いことをしていません。皆がよかれと思って病気を治しているのに、生活は元に戻りませんでした。これが平成3年当時の名田庄村でした。

### 3. 変化の兆し

それから11年がたった平成14年、介護保険3年目の年に、排尿障害、血便、血尿で来られた方がいました。お分かりのとおり、前立腺がんが高度に進展してしまって膀胱と直腸に浸潤していました。泌尿器科に入院して、泌尿器科医が膀胱ろうを作って外科医が人工肛門を作ったのですが、前立腺がん自体を摘出することは到底不可能な状態でした。84歳、認知症が進行して介護保険ではB1のⅢa、要介護3でした。

すぐケアマネと連携しました。こういう段階になると、医者あまりやることなく、2週間に1回訪問して薬を調整するだけです。診療所から看護師が週2回訪問して、ストーマや膀胱ろうの周囲、および褥瘡をチェックします。しかし、末期がんで認知症で一人暮らしなので、これでは暮らしていけません。

ただ、1日3回入っているホームヘルパーがキーパーソンとなって、在宅生活を続けられています。ちなみに、この方はMSコンチンが吐き気止めを使っても全く駄目で、デュロテップパッチは肌が荒れるので、緩和ケアでは推奨されていませんがソセゴンの経口がこの方には合いました。とても安くて良い薬です。

11年で随分変化しましたが、一足飛びではありませんでした。田舎なので少ない社会資源やマンパワーをどう生かすかです。

平成3年の名田庄村には、どこの市町村にもあるはずの保健センターがありませんでした。役場の住民福祉課に保健師、当時の保健婦が1名いて、その方の机の上が保健センターでした。乳幼児健診や健康教室は地区の集会場を回ってやっていました。福祉の中心は社会福祉協議会が運営する老人福祉センターで、廃校になった小学校の校舎を利用していました。医療はうちの診療所です。保健・医療・福祉の施設はそれぞれ点在していて、

連携をあまりしていませんでした。ハードもソフトも貧弱でした。

それでも92歳のおばあさんをお風呂に入れてあげたいという思いだけで、役場の住民福祉課と名田庄診療所と社会福祉協議会の全職員は「健康と福祉を考える会」をつくって、みんなが一体化しました。これは多職種連携です。しかし、92歳の寝たきりのおばあさんをいきなりお風呂に入れるのは勇気が要ります。練習のために、最も年長者である社会福祉協議会の事務局長を海水パンツ1枚にして、片方の手足を縄でくくって、人工的に片麻痺老人にしました。保健師と看護師がヘルスチェックをして、ヘルパーがお風呂に入れて、私がビデオを撮って、後で見返して、皆で反省会を開きました。そうして手づくりのデイサービスを開始しました。

訪問看護は平成5年、医療保険に収載されてすぐに始めました。医師の介助が中心だった看護師が自分で地域に出たので、視点が大きく変わりました。当時は介護保険が始まるずっと前なので、看護師が保健師やヘルパー、医師の訪問を調整していました。今で言うケアマネ役です。彼女たちも最初は、自分たちだけで行っても意味がないのではと疑問をもっていたのですが、ふたを開けてみると、年間950件の訪問看護が実施できました。

それから、事例検討会、今のケアカンファレンスですが、医師、看護師、保健師、ヘルパーの他に役場の福祉担当者が入ることで、制度のことが理解でき、質がぐっと上がりました。

また、皆で共同で健康祭を開いたり、在宅ケア講座を開催しました。受講者の中には、「中村先生の話は飽きた。何か実践させてほしい」と言う人も出てきました。婦人会は卒業したけれど老人会にはまだ早いという一番元気のある世代の女性が中心になって、「やすらぎ会」というデイサービスのボランティアグループがつくられ、入浴時の衣服の着脱や昼食の調理を手伝ってくれるようになりました。初代会長は山本幸子さんで、現会長は3代目です。山本さんは今は気楽な立場で関わっています。世代交代は進んでいます。

山本幸子さんが最初のボランティアの集まりのときに、皆を前にして「元気なうちは人の世話はするけれど、へたってきたら素直に人のお世話になるんやで」と言いました。プライドの高い人は、人の世話をするのはいいけれども、人の世話にはなりたくないと言うのですが、いずれは人の世話になるので、今のうちに人のお世話をしておこう

よということです。そのことを私は鮮明に覚えています。当時はそんなものかと思わなかったのですが、十数年たってようやく理解できました。

最初のころにこのボランティアグループに参加されていたご婦人が、その後、脳梗塞になって、要介護4でデイサービスの利用者になりました。それから、当時、保健や福祉、医療に一番熱心だった村会議員がいました。とても素敵な方で、私たち役場の人間にとって議会側の一人応援団長のような方でした。後に大脳皮質基底膜核変性症という神経難病になりました。治療法もない、徐々に悪くなっていく病気です。要介護5で、亡くなる1週間前までデイサービスを利用してくださいました。

十数年たって、私は“情けは人のためならず”ということが初めて分かりました。人のためにやっているようで、それは巡り巡って自分に回ってくるということです。今の学生さんに、“情けは人のためならず”の意味を聞くと、情けをかけたらその人のためにならないので厳しくしなければならぬ意味だと言う人もいます。説明も大変です。

こんなふうに保健・医療・福祉の多職種連携を進めた上で、住民のボランティアも巻き込んでいくと、ボランティアと職員が一緒にいられる、自然とみんなが集う場が欲しいということになりました。ディスカッションをしながら8年間かかりましたが、保健医療福祉の総合施設、現在の私らの建物である“あっとほ～むいきいき館”ができました。診療所の他には保健センター機能もあって、役場の保健福祉課もこちらに移ってきました。開業医の歯医者さんには場所を提供して、高齢者用の居住スペースもあって、社協はデイサービス、ホームヘルプを行います。これは平成11年のことです。平成12年から居宅介護支援事業も行っていきます。

当時は村長があちこちに掛け合ってくれて、私以外にもう1人の医者を招へいすることができました。ときには大学から、ときには県庁から派遣してもらって、6年間は医師2名体制を存続することができました。しかし、平成17年度からは残念なから、地方の医師不足のあおりを受けて定期的に医師を派遣してくれるところがなくなりました。今でも研修医はたくさん来ますが、常勤の医師は私だけになりました。

吉野谷村ほどではありませんが、雪が降るとあっとほ～むいきいき館は、“あつという間に生き

埋め館”になってしまいます。除雪は命懸けでやっています。28名ほどのスタッフでやっていて、当時、あっとほ～むいきいき館は診療所と保健福祉課と社協が同居しているのですが、役場の中で、私は診療所長だけでなく保健福祉課長も兼務していました。したがって、健康づくり、健診、各種検診、国保、老人保健、介護保険、障害者福祉、生活保護も私自身が担当課長でした。実は、名田庄村の介護保険を導入したときの担当課長は私で、住民に対する説明会や、議会での答弁、第1号介護保険料や国保税を幾らにするかという計算も、陣頭指揮を執っていました。この当時、名田庄村はハードもソフトも保健・医療・福祉が統合されていたということです。

話は変わりますが、想像してください。ずっと砂漠を歩いてきて、もういい加減歩きたくないと思つてふと顔を上げたら、目の前に巨大な壁がありました。体当たりしても壊れない、上からよじ登ろうと思つても高過ぎて無理です。横からすり抜けようと思つても、その壁は横にも広い。困りました。引き返そうと思つたら、後ろから砂嵐が吹いてきて引き返すことすらできません。にっちもさっちもいかない状況です。そういうとき、じっとして待ちますか、何とかしようと思つますか。

これは心理テストで、砂漠は人生を、巨大な壁は人の死を表します。じっと待つタイプの方は人生を達観した方で、死を前にして落ち着いて受け入れる方です。何とかしようとする方は往生際の悪い方で、延命治療は要らないと言いつつ、最後まで粘る方です。

#### 4. 看とりについて

ここから看とりの話をします。私をご紹介にあったほど在宅医療の専門ではありません。私の仕事の9割は外来診療で、午前と午後の外来診療の合間をぬって訪問治療に行っているだけです。緩和ケアの専門家ということでもありません。専門性はないのですが、比較的元気なうちからいろいろな方とご家族を含めたお付き合いがあって、その方が介護が必要になって診療所の外来に来られなくなって、訪問に行くようになる。徐々に衰弱して、最後は家で看取るという形で診ています。専門性からいうと在宅医療を専門にやっている先生たちの方が質も量もよほど上です。ただ、家族ごと継続してみているというところは、私たちの方が少しアドバンテージがあるという気もします。

これは名田庄だけではなくて日本全体の話なの

ですが、今後、年間死亡者数がどんどん増えてきます。これは団塊世代に人口のピークがあるためです。“多死時代”と呼ばれます。2030年に予想されている日本人の看とり場所、つまり死に場所は、医療機関が89万人、介護施設が9万人、自宅が20万人、その他が47万人です。

町村合併してからのデータを取るのには難しいので、私が赴任してから町村合併する直前までの15年間のデータによると、名田庄で亡くなった人の約4割が自宅で亡くなっています。死因別では老衰が約半分、それからがんと悪性疾患が多いです。がんは日本人の2人に1人がなると言われています。亡くなる方の3人に1人ががんなので、実は非常にメジャーな病気と言えます。

## 5. 在宅看とりについて

在宅で診るのが難しい病気には三つあって、がん、神経難病、認知症です。ただ、誰が教えたわけでもないのに、医療者も医療者でない人もなぜか老衰なら自宅で診られるが、がんは病院で診るものだと思っています。本当のがんの在宅での看とりは難しいのでしょうか。

一つは家庭介護の問題があります。大変といえば大変ですが、私が赴任した二十数年前と比べると、介護保険の導入で、いまや社会資源が大変増えています。また、疼痛緩和も大変かもしれませんが、二十数年前と比べると、多くの種類の麻薬がさまざまな経路から投与できるようになって、処方が増分薬になりました。また、名田庄診療所のような弱小診療所で多種類の麻薬を抱え込むと不良在庫になって経営上良くありませんが、今は医薬分業の時代なのでそこは助かっています。今は追い風のはずです。

それから、末期がんと寝たきりでは、介護する家族の不安の質が違います。末期がんの方を介護する家族は、「いつ死んでしまうのか」とおどおどしています。寝たきりの方を介護する家族は、「いつになったら死ぬのだろうか」と思っています。日本語は似ていますが、ニュアンスは随分違います。末期がんの場合、ゴールが見えるから頑張れるのではないかという気がしています。

これからがんで亡くなっていった方の物語をお話しします。写真は許可を得たレベルで出していきます。また、治療法は当時のものであって、最新の治療法とは異なることをご了承ください。

平成14年、73歳の女性がおなかの調子が悪いということで、最終的には大腸ファイバーをやった

ところ、かなり進行したがんがありました。この当時、私は外科医だったので他の病院に連れて行って、私自身が手術を執刀しました。おなかを開いた瞬間に広がっていることが分かるすごい大腸がんでした。抗がん剤治療も行いましたが、1年後に肝臓に転移して腹腔内にがんが散らばって、腎臓が腫れる水腎症になりました。再入院して治療して、入退院を繰り返して家にいました。

肝臓が悪くなるので黄疸が進行して、食べることも飲むこともままならなくなって、3度目の入院となりました。誰が見ても「今度入院したら家に帰ってこられないだろう」という状態でした。私は、「名田庄診療所はいつでも待っている」と一言伝えておきました。

平成14年の1月は雪が多かったのですが、1日だけぴたりとやんだ日がありました。そうしたら、入院していたご本人と看病していたご主人は、「帰るなら今しかない」とピンときたのでしょうか、主治医とスタッフに「今から帰る」と言いました。

病院スタッフは「この状態で帰れるのか」と驚きました。介護タクシーがある時代ではないので、どうやって帰るか相談しました。病院の先生は緊急手術があつて送っていけない、私が迎えに行くとロスタイムが大きい、結局、家族だけで家に連れて帰ることになりました。病院の担当医師から私に電話があり、「飲まず食わずで点滴だけで生きているので相当衰弱している。もしかすると帰宅途中で息絶えるかもしれない。そうなったらあとはよろしく」と言われました。私は患者さんの自宅で待っていました。

家に着いた瞬間、ご本人もご主人も「帰ってきてよかった」と言いました。小学生のお孫さんも「おばあちゃん、お帰り」と涙を流して迎えました。1日500ccぐらいのわずかな点滴だけで、3週間、ご家族としっかりお別れの時間をつくって、ご自宅で永眠されました。これは科学的ではありませんが“家の力”としか言いようがありません。私らはそういうものを少なからず経験しました。皆さんもそういったご経験があると思います。

それから、点滴についてですが、在宅緩和ケアにおける点滴についてはこれといった決まりごとはないので、多面的な視点で適用を判断すればいいと思います。小児用の点滴セットを使うと割とゆっくり落ちて、そんなにブクブクにむくまずに済む印象があります。十数年前から、持続皮下点滴をしています。血管に入れると詰まったり漏れたりしますが、持続皮下点滴の良いところは、最

初から漏れているので漏れることがないことです。ですので、家族がボトル交換に神経質にならなくて済みますし、脱水状態のときは割と早く吸収して、ウェットになってきたらゆっくり吸収します。自然と皮下で調整されて便利なので、私たちはよく使っています。

がんで、在宅で亡くなった方の話ばかりすると、名田庄診療所で見つかったがんの方は全員死んでいるのかと思われるかもしれませんが、そんなことはありません。早く見つけて、適切な治療をして治った方もたくさんいます。ほとんどの場合、私が見つけたら、病院を紹介して、そこの先生に治療していただきます。

患者さんの中には、「この診療所で治すことはできないのか」とか「病院に行くのは嫌だ」とかいろいろなことを言う方もいます。かなり無茶なリクエストをする方もいます。ただ、早く見つけた胃がんや大腸がんは、手術しなくても内視鏡で治せます。こんな胃がんや、こんなS状結腸がん、こんな直腸がんは病院で紹介していません。うちの診療所の外来で内視鏡治療して、4人とも完全に治しています。早期発見と早期治療です。

次の物語です。平成21年、奥さんを看とった7年後にご主人の命が危なくなりました。80代半ばで、この方はがんでなかったのですが、心臓も肺もあちこち悪くて、最終的には腎臓が致命的になりました。しかし、この方は透析を拒否しました。腹膜透析も含めて全て説明したのですが、「そのようなことをやってまで生きていたくない」と言われました。そうすると、腎不全が進行して尿毒症が悪化して、身の置き所のないような全身倦怠感にさいなまれます。

3月下旬まで生きることができて、「今年は桜が見られるかな」と漏らされました。私は、相当衰弱している。「外出するだけでも命が縮まるかもしれませんが、それでも桜を見に行きますか。それとも体力を戻しますか」と質問すると、「老い先短い命なのでできれば桜を見に行きたい」と言われました。

社会福祉協議会は車いすを乗せられる福祉車両を4台持っているのですが、そのうち1台を、いつでもこの方に桜を見せるために連れ出せるようにキープするようお願いしました。社協とは長い付き合いなので了解してくれました。そして、タイミングを待ちました。

平成21年の4月9日木曜日、木曜日の午後の診療所は、検査や訪問診療、時間のかかるカウンセ

リングをする予約診療をしています。ちょうど15時から16時は予約が入っておらず、さらに快晴で、桜が満開になったばかりという良いタイミングでした。私は名田庄診療所の看護師と社協のケアマネと一緒に、患者さんのお宅に向かいました。

家族が交代で看病していたのですが、その日はお孫さんが看病していたので一緒に行きました。そのときに撮った写真です。この方は肺も悪いので看護師が酸素ボンベを持っています。社協のケアマネもお孫さんも、とてもうれしそうな顔をしています。

今はデジタルカメラの時代なので、夕方にはプリントアウトしたものをご自宅に持っていきました。ご主人は「ええ桜やった。生き返った気がする」と喜んでいました。もちろん桜を見たからといって腎不全は改善しません。全身倦怠感にさいなまれて眠って、目を覚ましたらまたその写真を見ていたそうです。そんなことをくり返し、お花見の9日後にご自宅で永眠されました。これが最後の外出になりました。

## 6. 桜にはせる悔やまれる思い

「桜を見るためにこの方を連れ出したい」と私たちが強く思った理由は二つあります。一つは7年前にこの方は奥様を本当に献身的に看病して、ご自宅で看とっているからです。もう一つは、以前それができなかった苦い思い出を持っているからでした。

それはこの方の奥さんを看とった平成14年と同じ年のことです。74歳の男性です。元学校の先生なので人一倍桜に思い入れがあったのかもしれませんが。私が最初に見つけた胃がんの方でした。治療したにもかかわらず再発して、胃がんの末期になって入院しました。がん性腹膜炎の状態、鎖骨下静脈から高カロリー輸液で持続点滴をしました。大きなボトルの中に麻薬が入っている、末期の胃がんの入院患者によく見られる光景です。彼は「いきいき館の前の桜が村で一番きれいだ」と常々言っていました。

3月下旬、私はいくつかの用事があってその方の入院している病院に行った際、見舞いに行きました。かなり衰弱した状況で、「今年は桜が見られるかな」とぼつりと言いました。「そりゃあ、無理でしょう」とは思っていますが言えません。私は「見に行けたらいいですね」と、やんわりと無理だということを婉曲的に言いました。英文法的に言えば仮定法過去ですね。しかし、この方は英

語の先生でも国語の先生でもなくて、「ほな、わし帰るわ」と家に帰ってしまいました。

この方にはお子さんが3人いますが、みんな都会に出ていて奥さんと二人暮らしでした。ご主人は大らかで豪快な人で、奥さんは心配性でデリケートな人という、夫婦で異なったキャラクターでした。奥さんは鎖骨下静脈に入った点滴を見て、「そんなものをぶら下げて家に帰ってきて、もしものことがあったらどうするんですか」と心配しました。しかし、ご主人は「もしものことがあったら、わしは末期がんだから、死ぬだけや」と言うのです。そのとおりなのですが、それを言っただけは身もふたもありません。

末期がんの方は、一見大丈夫そうに見えても、突然逝くことがあるので、私はできるだけ早い段階で連れ出したいと、五分咲きのころに誘いました。しかし、「まだあまりきれいではないし、寒いからまた今度にしますよ」と答え、のらりくらりと逃げました。私も無理強いはできませんし、希望的観測でまだ大丈夫だと思っていたところもありました。

ところが3月30日、ご自宅で、奥さんの目の前で突然息を引き取られました。奥さんから電話があって、「主人が息をしていないんです」という悲痛な叫びでした。私たちはもうそろそろ危ないとは伝えていなかったもので、慌てて往診車を走らせました。ただ、慌てたところでがんの末期なので心肺蘇生はしません。それでも奥さんの気持ちを思うと、一刻も早く行ってあげたくて往診車を走らせました。

走り出した直後、七分咲きの桜の枝が目に入ったので、一旦車から降りてそれを折ってお宅に向かいました。玄関に入って部屋のドアを開けると、奥さんが「お父さん、起きて。目を覚まして」と泣きながらご主人の体をゆすっています。私は何も言えず、持ってきた桜の枝を手渡しました。奥さんはご主人の目の前に桜の枝を持って行って、「ほら、お父さん。あんなに見たがっていたいきいき館の前の桜を中村先生が持ってきてくれたわよ。お父さん、見て、ほら」と泣き叫んでいました。何も言えず私とナースはただただ寄り添っていました。

10分ほどたつと、奥さんも落ち着きを取り戻しました。桜の枝を両手に持って、こちらを振り返って、「中村先生、長いことありがとうございます。おかげさまで主人は最後に桜の花を見ることができました」と言われました。「こんなこと

なら、もっと早く桜を見に連れ出せばよかった」と言われると、少し責められているようですが、奥さんも学校の先生で非常に賢い聡明な方です。呼吸が止まったご主人に桜を見せても見ていないことは分かっていた、「桜を見ることができました」と言ってくれたのです。私たちも今さら桜を見せても遅いと思いながらも、本当は桜を見せたかったという“思い”を持って行ったら、奥さんは“思い”で応えてくれたのです。見ていないのが事実ですが、“思い”はつながっているのです。こういった深いところでつながっているのが、本当の意味の絆なのではないかと思っています。

この方の命日は3月30日で、3月31日がお葬式でした。お葬式でお経を読んだお坊さんは、ご主人のかつての教え子でした。出棺の際、そのお坊さんが「蛍の光」を歌い始めると、その場に居た人たちはすぐに察し、みんなで大合唱しました。自分たちを卒業を見送ってくれた恩師の人生の卒業式を皆で見送ったのです。これも地域の絆だと思います。

## 7. 思いはつながる

もう1人、桜に関して忘れられない方がいます。58歳の男性で、悪性神経膠腫というたちの悪い脳腫瘍でした。胃がん、肺がん、大腸がんは山ほど見つけていますが、悪性神経膠腫という脳腫瘍はそんなになく、26年間医者をやっている、この病気の方の主治医になったことは2回しかありません。

この方は、過去1年間に小浜病院の脳外科で3回の手術と放射線治療を受けていましたが、腫瘍はどんどん大きくなって行って、脳外科医からは、「数カ月以内に脳ヘルニアで亡くなるだろう」と予測されていました。だからこそ、今の時期に「短期間でもいいので、できるだけ家に帰りなさい」と言われ、在宅医療を私にバトンタッチされました。

最初に往診に行ったときにはもう右片麻痺で運動性失語症でした。相手の言っていることは理解できるが自分からは話せない。少し神経の集中を切らせると、うとうとと寝てしまう傾眠傾向もあり、ときどき足が痙攣する。しかし、この時点では口からものを食べることは十分可能でした。

介護するのは奥さんと実の妹さん、さらには奥さんのお姉さんもいました。この方は関東在住です。遠方でしたが、経済的にも時間的にも介護に来る余裕があったのでしょうか。マンパワーはあ

りました。要介護5だったので、さまざまなサービスを最初から入れていました。手厚い介護と家の力があつたのか、1年間はほとんど悪化がありませんでした。

そうこうするうちに、抗がん剤のテモダールが日本で承認されました。もちろん完全に治すような薬ではなくて、延命効果が期待できる薬です。本人が意思表示できていたところに「この薬が日本で承認されたら使いたい」と言っていて、家族も希望していました。ただ、私はこの薬を使ったことがなかったので、製薬会社の方に日本で治験を多く手がけた医療機関を尋ねると、大阪のある病院を教えてくださいました。見ず知らずの病院の脳外科に電話をかけたところ、その先生がとても良い方で、「分かりました。いつでもメールで相談に乗るようにしましょう」と言ってくれました。彼とメール相談できる体制をつくって、細かなアドバイスを受けながらテモダールを開始しました。5日投与して23日休むという4週間を1クールとして5クール行いました。5クール終了後、下肢の皮下出血がひどくなって、中止せざるを得なくなりました。

その間に意識レベルがだんだん上がってきて、調子の良いときには石原裕次郎の歌を口ずさむほどでした。平成18年と19年には、あっとほ〜むいきい館の桜の木の前で記念写真を撮っています。平成18年は奥さんがご主人の頭をカメラの方に向けようとしていますし、表情はボケーツとしています。平成19年は飛んでいる鳥を目で追っていますし、表情はキリツとしています。意識レベルはアップしていて、このころが一番良かったと思います。

数カ月で亡くなるだろうという脳外科医の予想をはるかに超えて2年間生きたのですが、そのころには意識レベルが低下して、食べることも飲むこともできなくなっていました。胃ろうを作る話もあったのですが、鼻から胃袋につながるNGチューブを入れてみると、少しも嫌がりませんでした。苦痛がなかったというのは、痛くないからいいという解釈もできますが、そこまで意識レベルが落ちている、病気が進んでいるということです。

結局、平成20年には鼻孔からの経管栄養をすることになりました。そのくらい意識レベルが落ちていると、桜の木の下に連れていっても本人は認識できません。そんな状態でしたので、奥さんは、みんなの協力を得てまでお花見や記念撮影をしようとは思わなかったようです。その気持ちもよく

分かります。

ある日の訪問診療で私はあることをやりました。そのことを奥さんは私には一言も言わなかったのですが、ケアマネジャーにそのエピソードをお手紙で送っています。これは公表することを許可されているので、奥さんがケアマネジャーに宛てた手紙を朗読してもらいます。

「先生と看護師さんがいつものように診察にいられました。ベッドに横たわる主人の胸元の30cmくらいの高さに先生は握り拳を差し出し、『奥さん、手を貸してください』と私の手のひらを主人の胸の上に据えました。『ええっ、先生。いつから祈禱師に』と思いきや、『松山さん、桜ですよ』とおっしゃって、握った指の隙間からひらひらと桜の花びらが主人の胸と私の手に舞い落ちました。なんとも粹な計らいに、私は目頭が熱くなり、無心で落ちた花びらを主人の枕の上に散りばめていました。

主人が伏してから3年目の身体は、3度目の桜を見せてあげられる状況には程遠く、諦めてはいたものの、桜の花が咲きはじめてから私の心中は穏やかではなく、満開の桜から散りはじめた桜の花びらに、『散らないで、お父さんはまだ見ていないんだから』と呼びかけたいような複雑な思いで、日々、窓から見える桜を眺めておりました。

そんな私の思いを先生はいつも簡単にさりげなく、成し遂げてしまわれたのです。機器の管につながれた高度な医療よりも、はるかに心のこもった巧妙な医療に、感激やら感動で胸がいっぱいになりました。今はもう窓から見える葉桜を良い思い出に変えてくださった先生と看護師さんに感謝しながら、眺めています」。

私はそのときの光景を今でも覚えています。桜の花がベッド上に散らばることのないように、奥さんに両手で構えてもらって、その上から桜をパラパラと落としました。その後、奥さんはとてもうれしそうな顔をして、私はわざわざ奥さんの両手に乗せるように落とすのに、奥さんは両手にたまった花びらをご主人の胸の上と頭の上にひっくり返して、「ほら、お父さん、よかったわね。桜よ、桜」と言って、枕元に散りばめました。

これも桜を見に行けないという事実は事実です。去年、一昨年と同じように、「一緒に行けたらよかったのにね」という“思い”を届けると、奥さんの“思い”につながりました。つらい現実の中でも、“思い”は共有できました。

それからさらに4カ月ほどは、痙攣止めの薬を



極量使っても起こる癌變と、度重なる肺炎を繰り返して、初診から2年6カ月、最初の脳外科医の予想をはるかに超えて、ご自宅で暮らして永眠されました。

## 8. 一人ひとりの人生に寄り添う

がんの末期に麻薬を使うのは標準的な治療ですが、それをあえて使わない決断をした方もいます。また、在宅でもがんと闘う人もいれば、がんに抗わない、闘わない人もいます。皆さん年齢や人生に対する価値観はそれぞれです。医学や医療のガイドラインはありますが、人生にガイドラインはありません。だからこそ、一人ひとりの人生に寄り添うことが必要なのです。

麻薬を十分使った方のお話です。77歳の男性で、京都市内にある某国立大学で診断・治療を受けていて、肺がん末期でしたが本人には告知していませんでした。平成10年という時代背景では、そういったことがありました。本人には重症のサルコイドーシスという病名を教えていました。入院中の病院では、呼吸困難のため酸素を吸っていました。

しかし、ご本人は退院されました。この方は名田庄村で一番の資産家で、小さいころに母親を亡くしてから仏門に傾倒していました。本当はお坊さんになりたかったのですが、生活のことがあって建設業界に身を投じました。そこで頭角を現して、独立、建設会社を設立して社長になりました。景気が良かった時代背景もあって、一代で会社を大きくして、財産を築きました。

「自分はお坊さんにはなれないが、近所のお寺を立派にしたい」という長年の夢があって、お寺の改修工事に1億円を寄付していました。その工事が中盤に差し掛かっていたので、それを見たくていてもたってもいられず、病院から抜け出して自宅に戻ったのです。

大学病院の先生からは電話ももらい、丁寧な診療情報提供書も頂きました。麻薬はきちんと処方されていたし、在宅酸素療法も私ではなくて大学病院の先生が業者にオーダーして既にセッティングされていたので、良い形でバトンタッチされました。ただ、告知されていない患者さんにどう接するかが難しく、私が告知したらいきなり関係が崩れそうですし、本当に困りました。

最初の往診ではあいさつをして、型どおり診察をして、世間話をした後に、苦し紛れに「もし痛みがひどくなったり、もっと息が苦しくなったり

したら、また大学病院に戻りますか」と質問しました。すると、彼は私をにらんで、「何があっても大学には絶対に戻らん」と言いました。私が手を差し伸べると、本当のがんの末期の方かと思うほど強い力で握り返してきました。アイコンタクトもばっちり、家で死ぬつもりだということが分かりました。この方には告知もしていませんし、同意書も取っていませんが、あの握手でこの方と私との間では、非言論的なインフォームドコンセントができていたと信じています。

この方は工事の進行を見続けました。車いすに酸素ボンベごと乗せて工事現場に行きました。家族が「おじいちゃん、工事はうまく進んでいるからね」と励ましました。やがて衰弱して車いすに乗ることもできなくなると、家族が工事現場の写真やビデオを撮って、枕元で「ほら、もうちょっとでできるからね」と励ましました。そして、彼は工事の完成を見ました。落成式の日の朝、ご自宅で息を引き取りました。

息子さんも立派な方で、これも何かのご縁だということで落成式は中止しませんでした。その後、通夜、葬儀となりました。ふた昔ぐらい前には、患者の死は医療の敗北だと見なす向きもありましたが、この方の死は敗北ではありません。この方は人生の勝利者ですし、亡くなったとか死んだとかいうより、生き切ったという方が似合う人生でした。そんな方と最後にお付き合いさせていただいて感謝しています。

## 9. 麻薬を使わない選択

この方が亡くなる2年前、ご近所の方で麻薬を全く使わずに在宅で看取った72歳の男性がいました。小高い丘の上にある、今どき珍しいかやぶきの家に住んでいる方で、畑仕事のやり過ぎで年に2～3回、腰痛で来る緩い関係の方でした。

その方がいつもの腰よりもっと上の背中が痛くて食欲がないということで、横になってもらって触ったら、心窩部にこりとしたものが触れたのです。おかしいと思ってエコーで見たら、すい臓の頭部に大きながんがありました。包み隠さず、全て本当のことを言って病院を紹介しました。

病院では内科と外科の医師が相談した結果、とても手術で取り切れるような代物ではないということで、消化器内科医が胆道ステントを留置し、そのステント周囲に放射線を照射して、治療は終了しました。今ならすい臓がんの有効な抗がん剤がありますが、この時代にはなかったのです。退

院したばかりのときは少し元気そうでしたが、やはりこの病気の性質上痛みが激しくなるので麻薬を使うよう説得しました。しかし、本人は麻薬を拒否しました。

患者の中には、麻薬を使うと寿命が縮まる、頭がおかしくなると思い込んでいる方がいるので、そうではなくて世界標準的な治療であることを説明しました。それでも「そんなものは要らん」の一点張りでした。このようなとき、皆さんだったらどうしますか。丁寧に説明したのですが、それに応じてくれなかったのが、本当に困りました。

そこで、「なぜそれほど麻薬が嫌なのか」と尋ねると、彼は「若いころにシベリアに抑留されていて、朝起きると右に寝ている人が死んでいて、次の朝起きると左に寝ている人が死んでいたこともあった。厳しかったけれど、自分は幸い五体満足で日本に戻ってくることができて、戦後の復興を見てきた。自分も少しは参加している気がする。がんというのは何なんや。がんは自分の体の中で勝手にできてくるもので、それで死ぬなら幸せや。この程度の痛みには耐えんと、シベリアで死んでいった仲間には申し訳ない。そやから、麻薬は要らんのや」と言うのです。

これは戦後に生まれた私たちには到底想像がつかない心境ですが、私は何人かからこういうことを聞いたことがあります。インパール作戦の生き残りだとか、部隊でほとんどが死んだのに自分だけが生き残って申し訳ないと思っている。

例えば、皆さんが治らないがんで、余命数カ月だと言われたら、人生で最悪のニュースのように思うでしょう。しかし、戦争体験者にとって、がんになるなんてことは、戦争より大変なことではないという感覚なのではないでしょうか。若いころ、魂を奥底にくさびのように刺さった痛みを、がんの体の痛みで耐えることで解放していったのでしょうか。そんな解釈をしています。

3月、小高い丘の上から雪解けの風景を見ながらご自宅で永眠されました。シベリアのつらい抑留体験も雪解けと同じく溶けているといいですね。あの世に行ったら、彼に聞いてみたいと思います。

## 10. 地域医療の仲間をつくる

61歳の比較的若い男性で、2～3年に一度風邪をひいて来るか来ないかくらいの緩い緩い関係の方で、診療所の近くに住んでいるので、犬の散歩中にたまに会うような方でした。「半年で体重が6kg減少して、自分としてはどこもつらくないが、

周りから医者に行けと言われたから来た」と言って来られました。検査を予想して、朝食抜きでの受診です。

まずエコーを撮ると、肝臓の中が腫瘍だらけでした。胃カメラは異常ありませんでした。胃がんが肝臓に移転したのかと思ったのですが、そうではありませんでした。翌日の午後、大腸ファイバーで見たところ、S状結腸に管腔の半分を占めるくらいの大きながんがありました。腫瘍マーカーでは、CEAが5,600 CA19-9が37,700でした。それぞれの正常値は5ng/mL以下、37U/mL以下なので、ものすごく進行したがんだといえます。

すべて本人に話すと、「あとどのくらい生きることが出来ますか」と問われたので、「それは治療効果によって変わりますので、あと何カ月とは言えません」と。すると、「何カ月というレベルですか」と聞かれ、あたふたする私でしたが、私のような駄目な医者には患者さんが助け舟を出してくれました。「先生の予想が外れたからといって先生を恨まないで、率直な意見を言ってほしい」「3カ月くらい。私はあなたの味方ですからね」とも答えておきました。しばらく彼は考えて「先生、治らなら1年でも2年でも入院する。でも、治らないなら、たった2カ月延命する目的で、そのうちの1カ月も病院に入院するのは嫌だ。そんなくらないなら家にいたい」と言われました。

気持ちはよく分かりますが、これは結構難しいリクエストです。そこで、できるだけ在宅で治療することを念頭に置いて、うちの診療所と協力してくれる病院を探しました。その病院の先生と私と患者さんの3人で約束したことは、「最初の1カ月は入院してほしい。残りは極力在宅で治療しよう」ということでした。

入院時のCTはすさまじいものでした。肝臓の中で、黒く抜けているのががんで、白く染まっているのが正常な肝臓の細胞です。がんの面積・体積の方が大きいし、腹水もたまっています。

皮下にポートを埋め込んで、ポートからはカテーテルが上大静脈に達しています。このポートに直角型の針を刺して、5-FUを6日間かけてじわじわとゆっくり持続静注をします。そして、シスプラチンを月曜日と木曜日に腕の血管から1時間かけて点滴するという作戦です。これは入院中、初診から18日目に始めました。

退院後2カ月目に入ると、診療所とご自宅での在宅化学療法をやりました。これは結構効いて、6カ月目に入りました。高熱が頻繁に出るのです

が、埋め込んだカテーテルとポートが悪さをしているのではないかと考え、それを抜去したら熱が下がりました。

今度は末梢の血管から、別のメニューでの化学療法です。CPT-11、5-FU、ロイコポリンの併用療法ですが、病院で入院してやるような原法の2分の1から3分の1の量に減らして行いました。計6回です。1年を目標にしたのですが持たず、11カ月目にご自宅で亡くなりました。ただ、「たった2カ月延命する目的で、そのうちの1カ月も病院に入院するのは嫌だ」と言っていた方でしたが、1カ月の入院で、残りの10カ月をご自宅で奥さん、息子さんとしっかりお別れの時間をつくることのできたので、こちらとしては責任を果たせたのかなという思いです。

さらに、実はこの方とうちに來る医学生との間で温かな交流がありました。うちの診療所は自治医科大学の地域医療学実習を受け入れ、さらには初期研修医を福井県内の四病院と横浜の病院から受けています。後期研修医は福井県家庭医養成キャリアアップコースから年間のうち6カ月受けています。看護学生の実習も受け入れています。

平成14年に、先ほどの大腸がんの肝転移の患者さんが在宅で療養しているときに、自治医科大学の5年生2名が実習に来ていました。実習最後の日に学生が、「最後にあの患者さんの家に寄りたい」と言うので、その理由を尋ねると、彼らは患者さんとのコミュニケーションの中で、患者さんが中日ドラゴンズのファンだと知り、球団事務所に電話をして、当時現役だった立浪選手の直筆サインを入手していたのです。最後にそれをプレゼントしたいということでした。私もうれしくなって、彼らを患者宅に連れていきました。彼らから直接患者さんに手渡すと、患者さんも奥さんも涙を流して喜んでくれました。「二人とも良いお医者さんになってね」とお別れをして、彼らは大学に戻りました。

その2カ月後、患者さんは亡くなりました。そのことを彼らに電話で伝えると、二人とも電話の向こうで泣いていました。こういったことに涙できるのはとても良いセンスだと思います。また、「大腸がん末期の何とかさん」というラベリングではなく、「陽気で話好きで中日のファンだったあのおっちゃんが大腸がんの末期になって最後に亡くなっていく」という、患者さんの人生を描けるような医者になってほしいと思っていましたし、彼らは順調に育っています。

こうやって研修医や学生を長年受け入れていると、私の主な紹介先である小浜病院には、名田庄診療所に勤務したか研修した経験のある医者が内科6名、外科1名います。このことは、名田庄地域にとって大きな仲間です。とくに外科のドクターは、11年前に5年生だった人です。彼が卒業後10年目で小浜病院の外科に勤務しているのです。10年経って貫禄も出ました。私が大腸がんの在宅化学療法を教えていた学生さんでしたが、去年は二人、大腸がんで手術が必要な患者さんを私が見つけて、彼に紹介すると、きっちり手術して治してくれました。

学生教育、研修医教育は確かに面倒な面もありますが、彼らのためだと思ってやっています。しかし、それは彼らのためではなくて、巡り巡って自分たちのためになるというように“情けは人のためならず”なんですよ。非常に気の長い話ですが、若い人たちを育てて地域医療あるいは在宅医療の仲間をつくっていくことは大切だと思います。

## 11. 標準的な現代医療を受けない選択

最後の物語です。認知症で、大の医者嫌いなおばあさんがいました。認知症の方はこれからどんどん増えるので、認知症でがんという方も増えるでしょう。介護している娘さんが心配して、介護保険の申請にきました。介護保険の申請には主治医意見書が必要なのですが、この方は医者嫌いなので主治医がいません。それで、「主治医意見書を書いてほしい」ということで一番身近な私のところに来られました。

「家に閉じこもってますますばけるといけないので、デイサービスを利用したい」「家族が外かけて1人で家に置いておくのは心配なので、ショートステイを利用したい」というような理由での申請でした。「ショートステイを利用するときは、施設から結核の有無を聞かれるので、今のうちにレントゲンを撮っておきましょう」と説明し、胸のレントゲンを撮ると、結核ではなくて肺がんがありました。

認知症の特徴として“事実は忘れて感情が残る”ということがあります。ですので、おばあさんががんを告知しても、がんだという事実は5分すると忘れませんが、ショックや嫌な感情はずっと残ります。それはあまり得策ではありません。もちろん認知症といってもいろんなレベルがありますが、5分前のことをすっかり忘れて覚えていないよう

な認知症の方には、告知してもあまり意味がない  
というか、悪い影響の方が残るような気がします。

娘さんにどうしようか聞くと、「今日のがんは  
なかったことにしてください」と言われました。  
私は、呼吸器内科医に紹介しようと考えていま  
した。彼らは二、三の治療の選択肢を提示してく  
れるでしょうから、どれかを選べばいいと思っ  
ていました。ところが、なかったことにしてくれ  
というので困りました。しかし、娘さんは最後  
にこう言いました。「私だったらまだやりたい  
ことがあるので長生きするためにがんの治  
療を受けます。痛いことやつらいことも我慢  
できます。しかし、母はもともと大の医者嫌  
い、病院嫌い、しかも母は理解できないん  
です。理解できない母にとって、入院や治  
療は拷問でしかありません。今は症状が  
ないのでそっとしておいてください」

なるほど、一理ありますね。結局は、定期的  
なレントゲン撮影と、呼吸困難や痛みがあ  
ったらすぐに来てもらう約束をしました。そ  
れでも私も娘さんも心配です。ところが、  
当のおばあさんはデイサービスの風船バ  
レーをととても楽しみにしている様子で  
した。

肺がんの治療をしなくても生きつづけま  
したが、2年後、肺がんが脊髄に転移した  
ために両下肢が麻痺しました。それからは  
寝たきりで車いす移動の生活なのですが、  
おばあさんは「年だから歩けなくても仕  
方がない」と考えていたようで、まったく  
深刻さはありませんでした。のんきなも  
のですね。

この家では、寝たきりのおばあさんの  
ベッドの周りをひ孫さんが走っているのが  
普通の風景でした。おばあさんは「死んだ  
ふりごっこ」をよくしていました。「秀子  
よ、わしゃ、もうあかん。カクン」と死  
んだふりをする、娘さんはびっくりして  
「お母さん、しっかりして」と叫びます。  
すると「嘘やで」と目を開いていたずら  
っぽく笑うのです。ほけているので同じ  
ことを何度も繰り返し、いつの間にか母  
と娘のお決まりの“ごっこ”となったの  
です。これはとても良い方法です。予行  
演習をしておく、本当に亡くなったとき  
の家族のショックが少ないわけですから。  
おばあさんは、本当はばけていなくて、  
賢いのではないかとも思いました。

3年半がたち、肺がんはレントゲンで見  
ると大きくなっているのですが、この時点  
でも呼吸困難はありませんでした。たま  
たまショートステイで小浜病院併設の老  
健施設に入ったときに熱が出た

ので、レントゲンを撮ったら肺炎になっ  
ていました。抗生物質を点滴したら熱が  
下がって、翌日には退院して、続きの点  
滴は当診療所からの往診で打ちました。  
また、たまたまショートステイを利用  
していたら痙攣を起こして、介護職員  
が病院へ連れていくと、脳外科の先生  
が対応してくれました。痙攣の理由は  
肺がんが脳に移転したからでした。し  
かし、痙攣止めのアレビアチンを注射  
して同じ成分の飲み薬に変えたら痙攣  
が止まって、1泊2日で退院しました。

この方は最後まで口からご飯を食  
べていました。痛み止め2種類、胃薬、  
降圧剤、去痰剤2種類、痙攣止めで、  
量は少し多いですが、そんなに特別  
な薬ではありません。これで痛みや  
痙攣が止まっていました。やや息苦  
しそうだったので、サチュレーション  
(SpO<sub>2</sub>) が落ちてきた最後の段階  
で在宅酸素療法を行い、その4日後  
に眠るように息を引き取りました。  
初診から4年後の83歳で、ご自宅  
で永眠されました。

この方は平均寿命より若干短い  
人生で、現代医学の標準的な肺がん  
治療を受けていません。だからとい  
って、不幸な人生だったと言えるで  
しょうか。亡くなる4カ月前、最後  
のお正月にご家族で撮った集合写  
真です。ひ孫さんがベッドに乗っ  
かり、添い寝しています。ひ孫さん  
をあやすときのおばあちゃんは本  
当に幸せそうな顔をしています。そ  
して、毎年なのですが、年金の中  
からお孫さん、ひ孫さんにお年玉  
をあげています。

真ん中が介護していた娘さんの秀  
子さんですが、「家族みんなに囲  
まれて家で逝った母は大往生  
でした。中村先生、全国どこでも  
講演する際は、この写真を全国  
の皆さんに見せてください。わが  
家の自慢の写真を、皆さんの前  
で先生も自慢させてあげてくだ  
さい」と、この写真を提供してく  
れました。

## 12. 大往生とは

そもそも大往生とは何かを考えま  
す。最近、経験したことがあります。  
81歳の男性で、過去に左の脳出  
血と右の脳出血をしています。そう  
すると右半身も左半身も全て麻痺  
しているというイメージがありま  
すが、この方の懸命なりハビリ  
によって、麻痺はなく、むしろ腕  
力や握力は私よりも強いぐらい  
です。トレーニングをしていて、  
脚力もとても強いのです。しかし、  
体のバランスを取るところがや  
られたので、麻痺はないのに、  
立つことも歩くこともできず、  
さらに嚥下障害がありま

した。

シンポジウムでも嚥下障害が話題になっていました。ただ、嚥下障害の患者さんで、自分の好きなものだけは飲み込めることがありますね。この方は普段はよくむせるのですが、なぜかぼた餅だけ、あんなに詰まりそうなものなのに、なぜか飲み込めるのです。

この方のお宅は名田庄村の集落でも谷あいの一番奥にあって、ご高齢の腰の曲がっているおばあさんと二人暮らしです。喉に詰まらせたなら、何かとできるような方ではありません。詰まったらおしまい、詰まってから救急隊や私が出て間合合わない、本当に気を付けてほしいと常々言っていました。

ある日、いつものようにぼた餅を食べていたら、とてもおいしそうにしていたようで、やめておけばいいのにもう1個食べたら詰まってしまいました。私は休日で不在でした。119番に電話して、救急車が行きました。現場に到着したときはもう勝負はあったのですが、成り行き上、小浜病院に救急搬送となり、そこで死亡確認がされました。

私はおばあさんの訪問にも行っているのですが、お宅に行ったときに、「いざというときに私は役に立たなくて、本当は私が看とろうと思っていたのに、ごめんなさいね」と謝りました。おばあさんも、「こちららも慌てて救急車を呼んだけれど、どうせ駄目なら救急車を呼ぶ必要はなかった。先生に連絡して先生が来るのを待てばよかった。こちらこそごめんなさい」と、お互いに謝りました。しかし、「おじいさんは最後まで好きなもの食べていたので幸せだったかな」と話していました。

私は何もできなかったもので、せめて仏壇を拝ませてもらいたいと仏壇の前に行って、遺影の前で手を合わせました。ふと顔を上げると、そこに備えてあったのはぼた餅でした。私は好きです、こういう家族のセンス。いいですね。これは大往生と言っていいのではないかと思います。

### 13. 愛情には麻薬と同等の幸福感がある

平成16年に、こんな方を見ました。九州出身の47歳の女性で、胃がんの末期でした。名田庄出身のご主人と結婚して、京都で息子さん二人と家族4人で住んでいたのですが、胃がんになって治療しましたが再発して、末期状態になりました。九州にいる彼女の両親は要介護状態なので、彼女の面倒を見ることができません。

そこで、どういう選択をしたかという、再発

して末期状態になって、単身、名田庄に移住して、夫の実家で夫の両親の看病を受ける決断をしました。いわゆる逆縁です。彼女が夫の両親を看病するならよくある話ですが、そうではありません。

私は最初の往診の際、若くして胃がんが再発して助からない状態で、しかも自分がお世話する予定の人たちにお世話される屈辱的な、つらそうな、しんどそうな表情をした女性のイメージを持って向かいました。

ところが、驚いたことに、長い黒髪に色白で小柄な女性がベッドの上に正座して、「中村先生です。これからよろしくお願ひします」と、アイドルのように小首をかしげてあいさつするのです。この人は本当に末期なのかというくらい意外で、こちらは拍子抜けしました。

しかし、横になってもらい、おなかを診察すると、確かににおなかに水がたまっていて、がん性腹膜炎を起こしていると分かりました。

この方は泣き言や小言の一言も言わずに、いつも幸せそうに感謝の気持ちを話していました。「もう、お父さんやお母さんには若いころから甘えてばかりで本当にいつも感謝しています。何にもできなくてごめんなさい」「そんなことないで、みっちゃん」と、お母さんは髪をなでます。お父さんは「何を言っているの、みっちゃん。あんたがおるからこの家が持っているようなものだ」と言っていました。

そして、この方に処方したのは、なんとアセトアミノフェンです。カロナールとかコカールとかありますが、ピリナジンを1日1.5g、つまり普通の風邪薬程度の量でこの方の痛み十分止まっていました。「我慢しなくていいですよ」と言っても、「これでいいです」と言うのです。2カ月ほどたって、「少ししんどい」と言うので、ピリナジンを1日2gにしたら、「楽になった」と言うのです。もっと痛がると思ったのですが、この方は一言も愚痴や小言を言わずに、名田庄に移住して4カ月後にご主人のご自宅で永眠されました。

この方から感じたことは、愛情に包まれた幸福感は麻薬と同等の効果があるのかもしれないということです。何の根拠もないのですが、そんなイメージを持ちました。やはり家の中は“最高の個室”なのでしょうか。

### 14. 希望の場所で

こんなこともありました。小規模多機能施設が平成18年から介護保険で認められました。一つの

事業所で通いと訪問と泊まりとができます。急な泊まりがあっても融通が利くのでとても楽です。おおい町には社会福祉協議会が運営する小規模多機能施設が五つあって、名田庄にはそのうち二つがあります。

“ひだまり”という小規模多機能施設に通っている76歳の女性です。知的障害の次男と二人暮らしで、長男は隣町にいます。重度の心臓弁膜症でしたが手術を拒否していたので、最後は心臓が持ちません。心不全が増悪すると循環器科に入院して、治ると在宅で私が診るという関係でした。非常に重い心不全で、夜中になると息が止まるので、夜間のみ在宅人工呼吸まで使っていました。循環器科医によれば突然死は十分あり得るということで、それは本人にもご家族にも説明していました。そうすると、本人は「金輪際何があっても病院には入院させてくれるな。もう病院には行きたくない。死ぬのなら家で死ぬ」と、はっきりとみんなに言っていました。

ある日、小規模多機能施設の通いに行っていて、昼食を食べて、トイレに行こうとしたのか立ち上がったところで、倒れて意識不明になりました。普通、管理者は救急車を呼びますが、管理者はこの方が病院には二度と行きたくないことを知っていたので、私に電話してきました。

私は15分後くらいに着きました。下顎呼吸でした。今さら救急車を呼んでも変わらないと思ったので、長男の携帯電話に連絡しました。「突然死があり得ることを聞いていますね。今、そのときが来たようです。本当かどうか分かりませんが、最後まで聴覚は残ると言われています。今、お母さんはまだ何とか呼吸をしているので、何かおっしゃりたいことがあれば話してください。今から受話器をお母さんの耳に近づけます」と言って、電話を近づける途中に、「かあちゃん」という言葉だけが私には聞こえました。あとは聞こえませんでした。お礼の言葉のようでした。息が止まったので、「今、息が止まりました。こちらには事故に気を付けてお越しくください。私たちが見ていますから」と伝えました。

長男が到着されたとき、なぜ救急車で送らなかったのかということはいわれませんでした。「家で1人で倒れているのと比べたら、こうやって皆さんに見守られて母は幸せだったと思います。ありがとうございます」と言われました。小規模多機能施設の利用は、在宅の続きなので家と同じと考えていいと思います。

下顎呼吸している人に意識があるか、携帯電話で通じるかは分かりません。通じていない可能性の方が高いでしょう。しかし、大切なのは気持ちなのです。

私はこの方も大往生だったと考えます。高齢で亡くなるのも大往生ですし、先ほどの47歳という若さで亡くなった方も大往生です。

大往生といえば、私は『自宅で大往生』という本を書き、1万部刷って9000部売れています。中村仁一先生の『大往生したけりゃ医療にかかわるな』という過激なタイトルの本は50万部売れているようです。ご縁があって、中村仁一先生と合同で講演する機会がありました。さらに『サヨナラの準備』という本を共著で出すことができました。

## 15. 在宅看とりの意味

昔は家で生まれて家で死にました。今は病院で生まれて、老いも施設で迎える人もいて、死にそんな病気になったら病院にいて、病院で亡くなってセレモニーホールへ直行というパターンです。悪いと言っているのではなくて、必要に迫られてそうなったのでしょう。しかし、在宅死にこだわりたいのは、家という日常生活の場で息を引き取るといのは、それを望む本人のためであることが一番ですが、それだけではないことがだんだん分かってきました。家で一緒に暮らすお孫さんたちは、自分がかわいがってくれたおじいさん、おばあさんがだんだんと弱って亡くなっていく様子を間近に見ることになります。これは本や映画から得られる勉強とは違います。命の大切さや、命のリアリティを伝える大切な儀式です。それが在宅の看とりだと思っています。

## 16. 誰に介護されるか

大往生をする前には介護があります。2010年における男女別の平均寿命、男性80歳、女性86歳から健康寿命を引くと、それぞれの“健康ではない期間”が出ます。男性は9年、女性は12年健康ではない期間があります。つまり、「ピンピンコロリ」は幻想にすぎないということです。なかなかそうはなりません。

神様に、「長生きさせてあげるから寝たきりかぼけかどちらかを選びなさい」と言われたら、どちらを選びますか。どちらも嫌ですが、どちらも選ばずに若死にするのも困ります。これは心理テストなのですが、寝たきりを選ぶ人は、ぼけた自

分をさらしたくないというプライドの高い人です。ほけを選ぶ人は、ほけて困るのは周りの人なので、自分勝手な人です。

介護には、誰が誰を世話するかという問題があります。例えば、女性が介護される場合、夫が介護するのに比べて実の娘が介護すると約2倍死にやすくなります。夫の介護の方が娘の介護より長生きできるということです。恐ろしいことに、息子の嫁が介護すると4.3倍死にやすくなります。

女性が介護される場合を51カ月、追跡調査した生存曲線を見ると、夫が介護すると結構生き残っていますが、息子の嫁が介護するとどんどん死んでいきます。夫を大切にしましょう。でも息子の嫁も大切にしましょう。

男性が介護される場合、息子の嫁に介護されると生き残り、妻が介護するとその逆です。すごいデータです。覚えておいてください。

最後に、夫婦仲について質問します。婚姻関係にある方で、自分たち夫婦はどちらかという仲が良いか、仲が悪いか、どちらでしょうか。“仲の良い夫婦症候群”という言葉覚えてください。仲むつまじいご夫婦で、妻は高度の認知症、夫は献身的な介護をする。が、介護をよそ様に任せるとをよしとしない。これは危ないパターンで、介護心中、介護自殺、介護殺人につながりやすいので、気を付けなければなりません。

「あのおじいさんは本当に一生懸命介護していた」という美談にせず、これは時に強制的に介入してでも、うまく介護サービスを利用しないと悲劇につながるのです。注意しましょう。仲の良いご夫婦の方はこの症候群に陥らないように気を付けてください。仲の悪いご夫婦の方はその心配はありません。別の心配をした方がよさそうです。

## 17. 地域文化

最後に地域文化について話します。地域社会は良くないのに、地域医療だけ、地域包括ケアだけが良くなることはあり得ません。地域社会が良くなると、地域医療は良くなりません。きっとこの地域にも、お互いさまの文化と絆のつながりがあると思います。

私には2度、危機的なことがありました。11年

前の平成15年、脳の周囲に血がたまる病気、特発性頭蓋内圧低下症による慢性硬膜下血腫になって、脳外科で手術を受けました。手術をして病気は治りましたが、体調不良が長々と続いていて、やっと体調が戻ったら、平成17年度から2名いた常勤者が私1名になって精神的にも肉体的にもつらい思いをしました。平成15、16、17年と私の人生つらかった。そんな歌みたいにつらさだったのですが、そこを救ってくれたのは地域住民の方でした。

平成14年度、私は年間1098件の時間外の救急患者を診ていました。ところが、私が脳外科手術を受けてから、その数が130件前後と大きく減りました。「中村は病み上がりなので救急対応はしない」というアナウンスは一切していないのに、いわゆるコンビニ受診を地域の人たちが控えてくれて、私を守ってくれたのです。これはありがたかったです。

今や、地域や国の健康の鍵は絆だと言われています。ハーバード大学公衆衛生大学院の教授で、社会疫学の世界の権威であるイチロー・カワチの講演を聞きました。彼の持論は、日本人が長寿である理由は生活習慣や国民皆保険だとは思えない。ソーシャルキャピタル、つまり地域における絆の力があるから日本人は長寿なのだということです。

東日本大震災のときに、私はすぐに行きたかったのですが、常勤が1名の診療所なのですぐには行けませんでした。半年後に南三陸町の公立志津川町の仮設診療所、それから女川町立病院の院長は私の大学の同級生なので支援に行きました。それから、気仙沼市本吉病院にも支援に行きました。

大震災の後、日本では暴動や略奪はなく、みんな秩序正しく行動しました。流された金庫は持ち主のところはかなり戻ったようで、これは諸外国では考えられないことのように思われていましたが、なくなったのではなく、隠れていただけなのです。地域医療のため、地域社会のため、今、日本人の新たな絆の力が必要となる時代です。

最後に、慶應大学の学生が作ったビデオを見て、講演を終わりたいと思います。

<https://www.youtube.com/watch?v=ycRxtWHXOFA&spfreload=10>