



いのちの最期を
生きる

人としての
尊厳を支える
在宅医療・
介護とは!?

斎藤内科クリニック院長

斎藤忠雄

いのちの最期を
生きている

人としての
尊厳を支える
在宅医療・
介護とは!?

産科内科クリニック院長

齋藤忠雄

現代書林

かぜくらいのも病気でも診てもらえる、

そんな当たり前のかかりつけ医が、

がん患者さんなどの終末期を看取れるようになれば、

安心して居心地の良い場所で、居心地の良い人たちに囲まれながら、

その人らしく「いのちの最期」を生きることができます。

——私は、そう願っています。

◆…まえがき

●医療・介護の転換期のなかで

もう五年前になりますが、平成十八年（二〇〇六年）はわが国の医療・介護両分野での大きな転換の年でした。まず医療面では、在宅療養支援診療所が制度化され、がん対策基本法も制定されました。これにより、療養型の長期入院の患者さんは退院させられ、病院でのがん末期患者さんの延命治療も中止させられることになりました。さらに介護分野では、地域密着型サービスという新しい考え方のもと、小規模多機能型居宅介護施設などが生まれました。

それらの詳しい内容についてはのちほどお話しますが、一連の新たな医療・介護制度

は「在宅医療・在宅介護」を促進しようというものです。背景にあるのは、世界に前例のない勢いで進む日本の高齢化、それに伴い膨大化する一方の医療費を抑制したいという行政側の狙いです。

その狙いはともかく、在宅医療・在宅介護という方向性そのものは、患者さんや高齢者の方々の思いと共通するものがあります。住み慣れたわが家や、居心地のよい地域で療養し、さらには最愛の家族に看取られながら最期を迎えたい、これはどなたも同じ思いでしょう。

さまざまな新制度がつくられ、患者さん側の思いも合致するならば、在宅医療・在宅介護は大いに進展していいはずですが。しかし、五年経ったいま、残念ながらそうなってはいません。病院から出された脳血管障害の患者さんやがん末期の患者さんが、「在宅」の名のもと、まともな治療も介護も受けられずにいるのが実情なのです。

患者さん本人はもちろん、家族の人たちにとっても耐え難いそんな状況は、いったいなぜ起きたのでしょうか。いろいろな要因が考えられますが、一番は、新しい医療・介護制度を実現する受け皿としての体制が整っていないためだといえます。もっと具体的にいえば、新しい体制の中心となるべき全国の開業医に対する教育や啓蒙が不十分なせいではな

いかというのが、地方の開業医である私自身の実感です。

●新たなシステムづくりを

ご存知のように医師は、病院に勤務する病院医と、自分の医院・クリニックで働く開業医に大別されます。両者の役割を表すものとして、従来からいわれてきたのが「病院医はキュア（治療）・開業医はケア（介護）」という言葉です。病院医がそれぞれの専門診療科で治療にあたるのに対し、開業医は患者さんへの往診も含めた広い意味でのケアというわけです。

もちろん開業医も治療を行います。外来診療で地域の患者さんに接し、また患者さんの求めに応じて自宅への往診もしますが、いわばホームドクター、かかりつけ医の立場です。そして、精密検査や手術の必要がある患者さんは、設備が整い専門医のいる病院に紹介するのが常です。つまり、外来診療と往診が開業医の役割でしたが、五年前の制度改定によって新たな使命が加わりました。

病院から自宅へ戻った脳血管障害やがん末期患者さんたちへの、訪問診療と終末期医療がそれです。訪問診療は単なる往診とは異なり、訪問診療計画書にもとづき定期的に患者

さん宅を訪れ診療を行います。また終末期医療では看取りにいたるまでのケアが必要になり、ことにがん末期患者さんの場合、緩和ケアが中心になります。

このように従来の外来診療・往診に加え、訪問診療・終末期医療という四つの仕事が開業医の使命となったわけです。言い換えれば、キュアとケアを同時に行うことが求められているのです。当然ながら、それまでの外来診療と往診だけですんでいたときは、仕事の質も量も大きく変化します。新制度の施行を前に、行政も説明会や研修機会を設けるなりましたが、とても十分とはいえません。

また、開業医側の抵抗感も根強く、自ら新しい医療・介護に取り組む医師はごく少数派にすぎません。結果的に、訪問診療や終末期医療について認識が浅く、方法を知らない開業医が大多数を占め、五年経ったいまも、在宅医療・在宅介護が十分に機能していないわけです。それによって苦しむのは、病院を出された患者さんやご家族であることはいまでもありません。地域医療に携わる一人の開業医として、私は実に残念な思いです。

その私自身のことをいえば、自分のクリニックがある新潟市で、外来診療・往診・訪問診療・終末期医療の四つの仕事に取り組んでいます。また、クリニック敷地内に小規模多機能型居宅介護施設をつくり、地域の一人暮らしの高齢者や患者さんたちのお世話をし

います。患者さんのご自宅や施設で最期を看取る機会も多く、「みとりびとチーム」として地元のテレビや新聞で報道されたこともあります。

こんなことをいうと、私がかにも初めから志の高い開業医だったように思われるかもしれませんが、まったくそんなことはありません。開業してすでに十七年経ちますが、最初の十年間ほどは、外来診療と往診だけをこなすごく普通の開業医でした。自分の患者さんたちが高齢化するにつれ、往診を依頼されることが増え、そこから訪問診療や終末期医療を手がけるようになったのです。現在、内科医の私を中心に訪問看護師や訪問薬剤師などでチームをつくり、患者さんたちのケアとケアを実践する毎日ですが、ふりかえってみると、目の前のことを一生懸命やっているうちに、ごく自然に現在の形ができあがったというのが実感です。

在宅医療や在宅介護をしっかりと定着させるには、それを可能にするシステムやネットワークづくりが欠かせません。かつての私は専門の医療以外の介護や福祉について、まったくの無知でした。苦しんでおられる目の前の患者さんやご家族をなんとかしてあげたい、その思いに駆られては、全国各地で先進的な取り組みをしておられた方たちを見習いながら、少しずつ前に進んできました。

その活動記録を綴ったのが、この本です。さまざまな問題や課題にぶつかっては、それ
を乗り越えようと手探りで進んできました。そんな私の記録など公にするのは恥ずかしい
という思いの一方、これから新しい形の医療や介護が普及していくための参考の一助にな
ればと筆を執った次第です。患者さんたちやご家族はもちろん、医療・介護関係者の方々
にも広く読んでいただければ、これに勝る喜びはありません。

◆ ……まえがき

- 医療・介護の転換期のなかで……………3
- 新たなシステムづくりを……………5

第
—
章

在宅医療・在宅介護の現場で

開業医の仕事と天命……………16

チームワークで訪問診療……………19

地域の人々とともに……………24

奇跡をもたらした「八海山ゼリー」……………26

ご主人の愛情が動かした麻痺の手……………30

在宅医療で胃瘻を外せた！……………32

最期の時間を家族と一緒に……………36

一〇八歳の長寿を全うした「元未熟児」……………42

第



章

**クリニック開業、訪問診療、
そして地域密着型介護施設の併設へ**

医学生までの道のり……………48

研究成果が認められ、アメリカ留学……………50

資金ゼロでクリニック開業へ……………54

市民病院と連携しつつ地域医療を……………	56
超高齢化社会到来のうねり……………	59
診療時間を変更、本格的に訪問診療を……………	61
地域密着型介護施設へ向けて……………	64
ケアステーション「るぴなす」の船出……………	67
「居酒屋タイム」もある介護施設……………	71
「バリアアリー」で元気にその人らしく……………	75

第 三 章	時代の要請に応じた「終末期医療」
--------------------	-------------------------

「不良患者追い出し」作戦?……………	80
行き場のない「がん難民」患者さんたち……………	82
「病院死八割・自宅死一割」の意味するもの……………	85

在宅ホスピス医への決意……………88

「幸せな最期」のための医療とは……………91

在宅療養支援診療所などのシステムづくり……………95

多職種協働チームが実現……………99

チームによる初めての在宅看取り……………104

晩酌を欠かさず穏やかに旅立つ……………109

第
四
章

「みとりびとチーム」でスピリチュアルケアを

在宅ホスピスとは……………114

痛みの緩和に有効なCVポート……………117

患者さんの尊厳とスピリチュアルケア……………119

ケース①／三春滝桜の子……………123

ケース②／『余命1ヶ月の花嫁』……………131

ケース③／「私の死亡診断書を書いてくれる先生？」……………138

ケース④／最期はグリーンチャンネルが観たい……………146

ケース⑤／末期の牛乳……………155

ケース⑥／働き盛りの死……………161

第
五
章

**在宅ケアネットワークづくりから
「終の棲家プロジェクト」まで**

在宅ホスピスケアはなぜ普及しないのか……………166

在宅ケアネットワークの元祖・尾道方式……………168

「在宅ケアねつとの会」を立ち上げる……………172

新潟市モデル事業に指定される……………176

「終の棲家プロジェクト」……………179

福祉施設ごとの費用はどのくらい？……………	183
国民年金でも賄える「シルバーハウジング」構想とは……………	186
◆あしがき……………	190

第
一
章

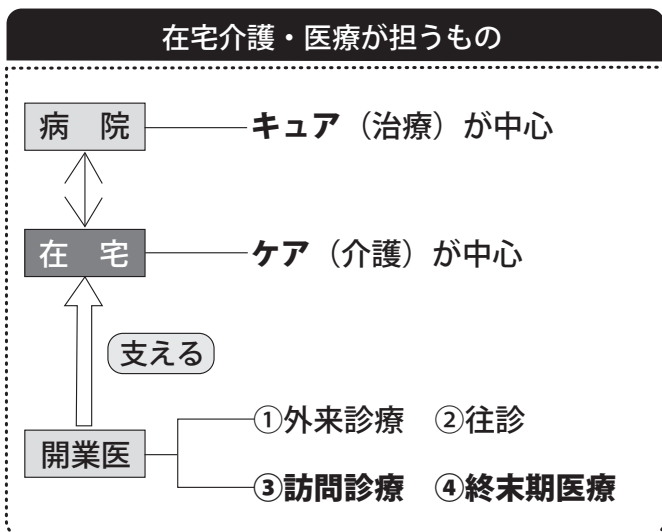
在宅医療・在宅介護の現場で

開業医の仕事と「天命」

新潟県新潟市は人口約八十万人、日本海側では有数規模の政令指定都市です。新潟市中心区高志に、県下最大級のまるで湖のように巨大な鳥屋野潟が広がっていますが、その北東部の端に私のクリニック「斎藤内科クリニック」があります。平成六年（一九九四年）十一月に開業しましたから、すでに十八年目に入りました。

開業のいきさつについては後述しますが、当時は一面の畑でした。敷地八四〇坪にささやかなクリニックを建ててスタートし、現在では四年前に建て直したクリニックを中心に、同じ敷地内に小規模多機能型居宅介護施設「ケアステーションるびなす」、敷地外のすぐ近くに、やはり同じ名称の「居宅介護支援事業所併設訪問看護ステーションるびなす」があります。クリニックと両「るびなす」の経営母体は別々ですが、私がこの三つの施設の代表を務めています。また、クリニックの隣には「さつき調剤薬局」があり、これらの施設スタッフがチームを組んで地域の医療・介護に取り組んでいるのです。

「まえがき」でもお話ししましたように、開業医には外来診療・往診・訪問診療・終末期



医療という四つの仕事があります。このうち、外来診療と往診はどの開業医でも行っています。あとの二つ、終末期医療を含む訪問診療に対する抵抗感が根強いことも述べました。たとえば先日、新潟市医師会で開業医に対し、訪問診療についてのアンケートを取ったところ、「やりたくない」という回答が大多数を占めました。とくに、親の跡を継いだ若手開業医は訪問診療に関し、圧倒的に背を向けている状態です。

わからないわけでもありません。以前にくらべると病院医、開業医を問わずサラリーマン化してきているのが現状です。医師として仕事をしている時間はきちんとこなし、それが終われば自分の時間を家庭

サービスや趣味にあてる。仕事も大事だが家庭も趣味も大事というライフスタイルは、医者にかぎらずどの職業分野でも、若い人たちにとっては当たり前になってきています。

そういう生き方を非難されるいわれは、たしかにないでしょう。むしろ「赤ひげ」に象徴されるように医師を聖職者とみなし、自己犠牲を払って当然という、従来の見方のほうが時代に合わなくなっているのかもしれない。そんな若い医師たちが、患者さんの自宅へ赴いての診療や介護、それも二十四時間対応という訪問診療・終末期医療に背を向けるのも理解できないわけではありません。

しかし、開業医を長くやっていると、次のようなケースがしばしば起こります。通院して来ていた患者さんが通えなくなり、こちらから往診します。それでも病状が悪化し、病院に紹介します。症状は一進一退で、やがて病院側から「長期入院は困るので、どこかへ」と催促されます。あるいはがん末期の場合は、「もう打つ手はない。ホスピス施設へ移って」と宣告されたりします。そして当の患者さんは、「住み慣れた自宅で療養したい。最期を迎えるのも、居心地の良い地域の居心地の良いわが家で」と切望します。

そんな状況で訪問診療を依頼されたとき、開業医はどんな対応をすべきでしょうか。私などは古いタイプの医者かもしれませんが、地域のかかりつけ医として自分が担当し

た患者さんが戻されてきたとき、とても背を向けることはできません。患者さんの希望どおり在宅診療・在宅介護によってできるかぎりのことをやってあげたい、最期まで関わってあげたいと思います。それがいまの時代が求めている地域医療・介護であり、開業医が担うべき使命、さらに自分にとっては天命だと信じています。

こんな考えを述べると、「それは建て前にすぎない。外来患者をかかえている開業医がそこまでやるのは無理」という反論を招いたりします。たしかに従来のやり方そのまま訪問診療や終末期医療を手がけるには、困難な部分が多いことは事実です。しかし、独自のシステムやチームをつくることで、その困難は乗り越えられます。私自身も、まわりの人たちの協力を得ながら、日々の活動に取り組んでいるのです。

チームワークで訪問診療

私の活動をお話しする前に、ある新聞記事を引用したいと思います。読売新聞新潟版二〇一〇年十二月二十七日付けで、「最期まで尊厳守る医療」という見出しのもと、私の活動の一端がご紹介されています。

（今月20日午後。新潟市中央区の内科医、斎藤忠雄さん（56）は、助手席に看護師を乗せて自ら車を運転し、市内の一軒家に向かった。患者は、3年前に脳幹出血を起こし四肢まひになった70歳代の男性。目をのぞき込み、「お嬢さんはお正月に来るの」と語りかける。男性は動かせる目玉を上下させて「うん」と合図した。

1994年に内科医院を開業したが、高齢の患者が増えた2006年からは、外来は午前中だけとし、午後を訪問診療に当てている。患者の人間としての尊厳を大切にし、同じ目線で医療を施したい。そう考えたからだ。

「自分で選び、考え、人から愛される。そんな人としての尊厳を、患者から奪ってはならない」。08年9月、麻薬の使用免許を取り、本格的に始めた、在宅での終末期医療「みとりびと」の活動も、その思いが源泉となった。

志をともしにする医師や看護師、介護士らと「みとりびとチーム」を結成。協力して、末期がんなどの患者宅を訪問している。診察や、痛みを和らげる麻薬の投与を行いながら、患者が普段通りの生活が続け、大勢の家族に見守られながら旅立てるように心を砕く。

この記事は終末期医療に焦点をあてて書かれています。開業医としての私の基本姿勢をきちんと伝えてくれています。

記事中にもあるように、五年前からクリニックでの外来診療を午前中だけにしました。開業以来ずっと、外来診療はほかの医院・クリニックと同じように午前から夕方まででした。訪問診療を行うようになってからも、それを続けていましたが、私自身もスタツフも疲れ果て、自爆寸前の状態に陥ってしまったのです。そこで外来診療を午前中だけとし、午後からは地域を回る訪問診療にそっくりあてておりました。

外来診療時間を減らせば、当然患者さんも少なくなります。患者さんが減ることは、開業医にとって死活問題です。これを危惧する開業医の先生も少なくないでしょうが、新しい制度はそこを考慮しています。在宅療養支援診療所の資格を取れば、往診・訪問診療の診療報酬点数も高くなり、外来患者さんの減少分を補ってくれます。また、時間的に余裕ができることで、特養などの施設の嘱託医も引き受けられます。このあたりの詳細については、次章で説明することとしましょう。

さて、午前中の外来診療を終えたあと、午後二時頃から訪問診療が始まります。訪問診療は訪問診療計画書にもとづいて定期的に患者さんのお宅を訪ねて行うもので、現在（二〇一二年八月）、私は四十八名の患者さんを担当しています。その内訳としては、四十名の方が脳血管障害などの患者さんで、残りの方ががん末期です。そのほか、特定施設

（介護付有料老人ホーム）では、二十七名の患者さんを診察しています。

クリニックには常勤の看護師二名とパート看護師数名がいますが、先ほどの記事にもあったように、常勤看護師の一人が私と一緒に患者さんのお宅を回ります。

患者さん宅への移動は、車で三十分以内を原則にしており、一日に五、六軒はゆつくり回ることができます。この巡回システムについては、地域による特性が関係してきます。都市部と農村部では自ずから違うものになるでしょうし、たとえば同じ新潟市内でも、中心街と郊外では移動にかかる時間が異なりますので、回れる患者さんの人数や各お宅での滞在時間も変わってきます。私の地域の場合、バイパスが容易に利用でき、どの患者さん宅へも比較的スムーズに行けます。おまけに何度も通ううちに近道を見つけたりします。で、下手なタクシー運転手より早く移動できているかもしれません。

患者さんによって訪問回数は異なりますが、月二回というのが平均です。それで二十四時間対応は可能なのかと疑問に思われるでしょうが、ここで力を発揮してくれるのがケアマネージャーや訪問看護師、さらに訪問薬剤師などで構成されるわがチームです。とくに訪問看護師はケアとケアの両方を担う存在で、私が回っていない間、彼女たちが順次患者さん宅を訪れています。患者さんごとに起こりうる症状についてはあらかじめ私が予測

指示を伝えていますが、現場でどうしたらいいか迷ったとき、または心細くなった場合など、いつでも私の携帯電話につながるようになっていきます。連絡を受けた私が患者さんの様子を聞いて処置を指示したり、あるいは駆けつけたりします。

このチームワークが訪問診療には不可欠の要素です。よく「訪問看護師が長続きしなくて困っている」という声を聞きます。それはおそらく、チームワークが上手くいっていないせいだと思われます。患者さんに何かあったとき、医師とすぐに連絡が取れないと看護師も不安になるものです。その不安は患者さんやご家族にも伝わり、ひどい場合はパニックになったりします。こんな経験を繰り返していると、どんな看護師でも訪問看護の現場を敬遠するようになってしまうでしょう。

その点自分でいうのもなんですが、わがチームは連携が非常に上手くいっています。患者さんのちょっとした変化でも、看護師の資格を持つケアマネージャーや訪問看護師から私に連絡が入り、処置したあとの報告も必ず入るようになっていきます。さらに毎週月曜日には、私を含めた十人ほどのメンバーがクリニック内でカンファレンスを行い、個々の患者さんについての情報を確認し合い、それを共有しています。

いわば「多職種協働」によるこうしたチームワークは、ことに終末期の患者さんの場合、

きわめて重要です。緩和ケアの知識と技術を習得したメンバーが綿密に連携することで、先ほどの新聞記事にあったような「みとりびとチーム」としての役目も果たせるのです。

地域の人々とともに

訪問診療や訪問看護の現場は、病院や施設のそれとは大きく異なります。まず何より、自宅であることで患者さん自身がリラックスし、病院などでは見せない真の姿を見せてくれます。たとえば百人の患者さんがいれば、そこには百の人間的な個性があります。それまで歩んできた人生も一人ひとり違いますし、ものの考え方も別々です。当たり前ですが、何百人もの患者さんが入院する大きな病院では、そういう個性は無視されがちで、「○○病患者」という病名や、症状の程度によって区別されます。効率的に治療を行うためにやむをえない面もあり、患者さんのほうでも自分の個性やホネを抑え、大勢の入院患者の一人という暗黙の縛りを受け入れます。

それが一変するのが在宅医療の現場です。なにしろ住み慣れたわが家です。そこには家族もいれば、犬や猫などのペットもいます。部屋の家具や庭の眺めも長年親しんできたも

のばかりです。たとえ身体が不自由で寝たきり状態でも、声や音、匂いはわかります。黒ずんだ天井であっても、病院の無機質な白い天井とは違う安らぎを与えてくれるでしょう。そうした自宅の環境に戻ると、どの人もその人らしさを取り戻します。病院ではいつも同じだった顔の表情が変わり、無口だった人が冗談を口にしたりします。そういう患者さんを前にすると、私たち医師や看護師も自然に接し方が変わってくるものです。診察が終わっても、すすめられるままにお茶を飲みながら雑談にふけったりします。ご夫婦のなれそめを聞かされたり、病気になる前の仕事上のエピソード、お子さんやお孫さんの現況を話してもらったりします。時には大笑いしたり、ダジャレを言い合ったりもします。

病院ではとても経験できないことです。私もいくつかの病院で勤務したことがあります。が、患者さんとのそんな時間は、ほとんど経験したことはありません。一人の診察が終われば、すぐに次の患者さん。つまり「病氣」を診ても、「その人」は見えていないわけです。治療に専念することが病院医の使命ですから、それもしかたがないでしょうが、在宅診療を行うようになって、患者さんと親密な時間を持つことの大切さが実感できるようになりました。信頼感をもとにした患者さんとの心の通い合い、これが訪問診療や訪問看護の最もすばらしい点といえます。とくにがん末期など終末期の患者さんの場合、ご家族も含

めた心の通い合いは欠かせません。「スピリチュアルケア」と呼ばれるこの信頼にもとづく心の通い合い、寄り添いがあつてこそ、ご家族にも感謝される看取りが可能なのです。

こうして地域を回る訪問診療を重ねていると、患者さんを治療しているというより、在宅療養している患者さんやご家族の方たちとともに生きている、手を取り合いながら歩んでいるような実感を覚えることがあります。そして不思議なことに、患者さんによっては病院では考えられなかった症状の改善が見られることも少なくないのです。

そんな場面に立ち会うとき、医師として無上の喜びや充実感を感じるものです。また、その人らしい最期を全うして逝かれた方を看取ることができたときには、この仕事が自分の天命としてみじみ思います。そうした患者さんたちの実際のケースを、いくつかご紹介してみることにはしましょう。

奇跡をもたらした「八海山ゼリー」

金井藤治さんは現在、七十三歳。新潟では中堅といわれる建設会社で、重役をされてきました。公共事業の削減などで業界全体が苦境のなかにあった平成十九年（二〇〇七年）

五月、脳幹梗塞で倒れられたのです。六十八歳のときでした。すぐに新潟市民病院救命救急科に搬送されたのですが、最初右側だけだった麻痺が時間の経過とともに急速に四肢麻痺へと移行してしまいました。

その年の七月、病態が固定化し、長期療養と継続的なりハビリが必要となり、新潟市内にある総合リハビリテーションセンターみどり病院へ転院。それから一年後、「自宅へつれて帰りたい」という奥さんと娘さんの強い希望で、退院されたのです。

私が訪問診療をまかされるようになったとき、藤治さんは寝たきり状態でした。食事も口からは摂れないため、胃瘻チューブいろうをつけられていました。おまけに言葉も発することができません。介護にあたる奥さんや私たちとの対話は目だけです。「イエス」は顔を上下に動かし、「ノー」は瞳を横に振って表します。

普通なら絶望してもしかたないような症状ですが、在宅療養が始まってから劇的に変化したのです。奥さんの献身的な介護に加え、もともとご本人も意志の強い方だったのでしよう。麻痺した四肢のうち、左手の人差し指だけかろうじて動かすことができ、その指を使ってパソコンを扱うようになったのです。それも、俳句づくりに挑戦です。

「伝の心」という、ちゃめつつ気たつぷりの名前のコンピュータを使い詠んだという、藤治

さんの俳句を少し紹介させていただきます。ちなみに、俳号は「山治藤」やまちとうといわれます。

夏の夜 願いを込めた 花火かな

(東日本大震災で被災された方々が、花火見物している情景)

晴れた日に 鳴き声競う 蝉しぐれ

(夏の午後、蝉の雄が雌を求め、鳴き競う情景)

湖や 紅葉映す 水鏡

(湖で、真っ盛りの紅葉が水面に映っている美しい情景)

大したものです。どんな状態に追い込まれてもあきらめてはいけないというお手本のよ
うなのですが、まわりが他人ばかりで規則に縛られた病院ではこうはいかなかったで
しょう。住み慣れたわが家で奥さんの介護を受け、顔なじみの私たち訪問診療・看護チー
ムと接する環境だからこそ、俳句づくりに挑戦する気力も生まれたのでしょうか。

とはいっても藤治さんは、胃瘻チューブから栄養を入れるだけで、口からの食べ物の摂
取は病院で禁じられたままでした。別の患者さんのケースでも触れますが、胃瘻は食べる

喜びを奪うだけでなく、「無理に生かされている」という思いを患者さんに与えます。人間としての尊厳も奪うようなものです。俳句づくりに挑む藤治さんですが、訪問診療の折も笑顔を見せることはめつたにありませんでした。

そんな藤治さんを見ていて、ふっと思いました。病気になる前は大の酒好きだったという話を奥さんから聞いていましたので、もしかするとお酒のゼリーならむせることなく口から飲み込めるのではないだろうか……。かくいう私も、実はお酒大好き人間なので、藤治さんの顔を見ていて同類としての直感が働いたのかもしれない。そこで思い出したのが、清酒八海山で造られた八海山ゼリーでした。お土産屋さんで売られている日本酒のゼリーと銘打ったものはお菓子の類ですが、この八海山ゼリーは本当に酔っ払います。

さっそく六日町の八海山泉ビール苑（現・八海山泉ヴィレッジ）で売られていたゼリーを買ってきて、藤治さん宅を訪れました。そしてベッドに寝たままの藤治さんの口に、ほんのひと口だけゼリーを滑り込ませました。久しぶりの口からの食べ物に、初めは緊張の様子だった藤治さんが、やがてお酒の味を感じてニッコリ笑い、ついには大きく口を開けて満面の笑顔！ 訪問するようになって初めてのことでした。

まさに効果観面^{てきめめん}、この日を境に、無理とされていた口からの食べ物の補給が始まったの

です。

ご主人の愛情が動かした麻痺の手

あちこちのお宅に訪問診療に伺い、いつも思うことは、在宅療養におけるご家族の愛情の大切さです。お子さんが親を介護したり、奥さまがご主人を、あるいはご主人が奥さまを介護したりと、形はさまざまですが、こまやかで深い愛情のこもった介護は、時に医療のレベルでは考えられないような「奇跡」を生み出すこともあります。

アイさんご夫婦は、その好例です。奥さまのアイさんは三年前、脳梗塞を患い、右片麻痺で車椅子の生活を余儀なくされました。入院していた病院ではリハビリに励みましたが、一向によくならず、あげくは「右手は二度と動きません」と宣告され退院しました。

リハビリの先生にこんなレッテルを貼られると、当然ながらご本人は落ち込んでしまいます。一生動かない右手を恨めしげに見てはため息をつくばかり、リハビリに取り組む気力も失せてしまうのが通常です。

そんなアイさんを励まし、支えたのがご主人でした。訪問診療に伺うと、ご主人がいつ

も奥さまの車椅子の傍らに座り、アイさんの右手をマッサージして、指の一本一本を動かそうと、懸命になっておられました。「えらいですねえ」と声をかけると、元国鉄職員だったというご主人は、「若い頃には、女房に苦勞をかけたからね」と照れ笑いです。いわば「罪滅ぼし」のリハビリ（？）——微笑ましい光景ですが、病院で宣告されたようにいったん麻痺した右手の回復はまず無理だろう、と私自身もそう思っていました。ところが、ある日、お宅へ伺ったときのことです。アイさんが「先生！」と弾んだ声で迎えてくれました。そして、わずかながら右手を持ち上げてみせてくれたのです。

びっくりしました。なにしろ、それまでドラツと垂れ下がるばかりで、ピクリともしなかつた手が動いたのです。傍のご主人がニコニコしながら説明してくれました。その数日前、いつものように奥さまの右手のリハビリをしたあと、ご主人は別の部屋にいたそうです。「お父さん！」と呼ぶ声が聞こえ、なにごとかと駆けつけると、アイさんが「ほらっ！」と嬉しそうに言いながら、目の前で右手の掌を自分で返してみせたのです。

話を聞いた私も、すっかり感動してしまいました。二度と動かないと宣告された手を、ご主人の愛情がみごとに動かしたわけです。ご家族の介護の力、在宅療養というものの奥深さを改めて実感させられたものでした。

在宅医療で胃瘻いろうを外せた！

清水義晴さんは昭和二十四年（一九四九年）生まれで現在六十二歳、新潟の名士のお一人です。新潟市の博進堂という出版社の経営を二十六歳で引き継ぎ、教育・デザイン・美術・出版と次々に新事業に取り組み、総合文化事業を創り出してこられました。出版社の経営を兄弟に任せ、清水さんは執筆や講演活動に専念されていましたが、和歌山県での講演中に脳出血を発症し倒れました。五年前の平成十八年（二〇〇六年）九月のことでした。

講演先近くの医療センターで緊急開頭血腫除去術を受けましたが、重度左片麻痺、左顔面神経痛が残ったまま、新潟の病院に入院。発病から一年余り経った頃、病院で胃瘻を造設されました。その後在宅療養となりましたが、病院通院中に症候性てんかん発作が見られ、その都度の対応が困難とのことで、平成二十年（二〇〇八年）年十月から、私たちの訪問診療が開始されました。車椅子への移動もほぼ全介助が必要な状態です。

こうして病気の経過を記しただけで、まさに生死の境をさまよい、いまま大変な状況が続いていることがわかりいただけるでしょう。地域文化運動のリーダーとして働き盛り



著者の訪問を受け明るい表情の清水さん(手前)と奥さん(左端)

だった五十歳代後半での発病は、ご本人が一番ショックを受けられたことは想像に難くありませんが、清水さんのすごいところは、病気になるってからも仕事に対する意欲がまったく衰えていないことです。えにし屋を主宰し、中小企業向け季刊誌「動」の編集長として、インタビューアをこなしたり、文章を書いたりの大活躍です。そして、武田鉄矢主演の映画「降りていく生き方」のエグゼクティブ・プロデューサーも務められました。

これらすべてが在宅療養をしながらの活動ですから、その精神力には敬服するばかりです。私たちが訪問診療で何うと、ベッドの清水さんは眼光鋭い目を向けながら、含蓄に富んだジョークを口にしては、私や看護師を楽

しましてくれたりします。

この清水さんの在宅療養で特筆すべきは、病院から自宅に戻ったときはつけられたままだった胃瘻が外せたことです。ご存知の方も多いと思いますが、胃瘻というのは、胃の内と外から操作してチューブを埋め込み、この管を通して栄養剤などを補給するものです。もともと、この胃瘻は小児科の食道閉鎖症という病氣治療のために始まったものです。食道が詰まって口から食べ物が摂れない患者に、胃瘻チューブを入れ栄養を補給し、その間に手術して食道が開通すればチューブを抜いていました。

ところが高齢化社会になって「寝たきりの高齢患者に使えるのじゃないか」となり、それがいつのまにか「胃瘻チューブは口から食べられなくなった患者のため」と置き換えられてしまったのです。こうした背景には、病院では食事時間が決まっており、正常に食べられない患者さんの個々の状態に合わせている余裕がない、また点滴による栄養補給にしても取り替えなどの手間がかかる、それを省きたいという思惑が見え隠れします。

いずれにせよ、胃瘻は身体的負担も大きく、いったん胃瘻チューブを入れると死ぬまで外せないというイメージも加わり、人としての尊厳を奪われてしまいがちです。清水さんも病院での胃瘻造設にあたってはかなりの抵抗感があったことを、のちに出版した河田珪

子さん（在宅福祉の草分け的存在）との対談本『普通の人が社会を変える』（博進堂刊）のなかで、こう述べています。

「胃の手術をするときに、手術は嫌だって最初に言ったんですね。絶対嫌だと。そうしたら医者が、もう今、あなたの病気では、胃に穴を開けるのは当たり前なんだと。そうすれば、安心して帰れるし、肺炎も起こさないし、栄養をとることが大事なんだって言うんですよ。それでも私は嫌だと言ったんです。そうしたら、あなたのそうやって聞き分けのなところ病気なんだって言われました。」

こんな思いままでして胃瘻チューブをつけられ、自宅に戻ったのです。私たちの訪問診療が始まったときも、お腹に刺されたチューブを見ながら、「自分は生かされているだけで生きていくんじゃない」と暗い表情でおっしゃっていました。

そんな清水さんに、私たちも何とか口から食べられるようにしてあげたいと願い、食事のリハビリを始めたのです。最初はひどくむせたりしていましたが、少しずつ飲み込めるようになりました。その間、胃瘻から少し水を流すようにしていましたが、やがて口から食べたり飲んだりできるようになりました。そして昨年十二月には、ついに病院で胃瘻チューブを抜去したのです。チューブをつけてから三年余り経っていました。

清水さんが胃瘻チューブを外すことができたのは、ご本人の意志の強さが一番でしょうが、奥さまの介護もそれに負けず大きいと思います。清水さんの自宅の部屋のドアには「高級介護病室」と書かれた紙が貼られています。奥さまの献身的な介護への感謝がこめられた、清水さんならではの言葉のような気がします。

最期の時間を家族と一緒に

生老病死という言葉が象徴するように、生を受けた人間はやがて老い、病を得て死を迎えます。だれも避けることのできない宿命であり、だれしもわが家で最愛の家族に看取られてその時を迎えたいと願うものです。

私たち訪問診療・訪問看護チームは、がん末期などの患者さんに対しては、在宅ホスピス医の役割を担います。年間五十人ほどの方々を看取っていることから「みとりびとチーム」と呼ばれたりしますが、その私たちの活動が平成二十三年（二〇一一年）一月、テレビ新潟で報道されました。「自宅で最期を……末期がん患者支える『みとりびと』」というタイトルで放送された特集番組で取り上げられたのが、押野廣さんとそのご家族です。

押野さんが奥さまと従弟の三人で私のクリニック外来を訪れたのは、平成二十一年（二〇〇九年）十二月十六日のことでした。新潟市民病院の主治医から「結腸がん末期で、すでに肝臓への転移があり、余命もそう長くはない」との説明を受けておられました。淡々と話したあと、押野さんは「亡くなった友人はみな、笑顔でお別れをされた。自分もそう願っています」と言い、こうつけ加えられたのです。

「年末に家族が集まることになっています。そこで最後のお別れをしたいので、それが可能となるようにお願いしたい」

余命が短いことを宣告された患者さんは、人によってさまざまな反応を示します。押野さんの言葉も態度も穏やかで、何か信念のようなものを感じました。あとでわかったことですが、敬虔なクリスチャンだったのです。

在宅ホスピスの基本理念として、私は四つのことを掲げています。

- ① 残されたいのちを安心して家で過ごせるようにする。
- ② 死を早めることも遅らせることもしない。
- ③ 痛みや不快な身体症状を緩和し、スピリチュアルケアも行う。

④患者さん、ご家族の意思を尊重する。

押野さんの場合、食欲が低下しており、早晩栄養や水分の補給が困難となることが予想されました。がんによる内臓痛も徐々に現れており、そのためには緩和ケアとしてモルヒネを用いる必要があります、それらを解消するためにはC Vリザーバー（ポート）を造設しなければならぬことをお話ししました。先ほどあげた四つの基本理念のうち、三番目の痛みとの緩和は終末期医療にとってとくに肝心な点です。しかし、モルヒネを扱うには研修を受けて資格を得なければなりません、それを取得している開業医はほんのわずかです。モルヒネに対する誤解などのためですが、それについてはのちほど詳述します。

押野さんには残された時間があまりありません。新潟南病院外科に連絡を取り、早急にC Vポートを造設していただきました。このC Vポートは栄養や水分の補給、モルヒネ投与などに効果的な優れた医療機器です。

こうして押野さんの在宅ホスピスが始まりましたが、一週間後には経口摂取が困難になりました。二十四時間の点滴を開始するとともに、モルヒネの種類や量を調整しながら痛みを抑えるようにしました。大晦日の十二月三十一日には、お子さんやお孫さんなどのご



正月、家族と一緒に過ごす押野さん(中央)。娘さんが著者にメールで送ってくれた写真

家族が一堂に会され、一月二日の朝まで押野さんは多くの言葉を残されました。ご本人が一番願っておられた時間で、緩和ケアによって痛みを覚えることもなくお話しされたようです。その折の家族写真の真ん中、穏やかな笑顔を見せる押野さんは、とても死期の迫った方とは思えません。

しかし、それを終えた一月十四日、容態が急変しました。転移した肝がんが破裂したのです。これは激痛を伴いますので、モルヒネを持続注入へ切り替え、さらに鎮静剤による睡眠導入も開始しました。症状からみて数時間以内と判断されたため、東京の息子さんをはじめ親類やご友人へご連絡くださるよう、と奥さまにお伝えしました。

つきっきり状態の私にとっても、最も緊張するときは、車で高速道路を新潟へ向かっている息子さんから電話が入りました。それまで昏々と眠っていた押野さんは、鎮静剤を減らすと意識を

回復、息子さんとの電話に「気をつけて来るんだよ」と三回、はっきりした声で繰り返されました。

やがて押野さんの呼吸が肩を動かしながらの努力様となり、しだいに下顎呼吸へと変わっていきました。いよいよ最期のときが迫っています。息子さんはまだ到着せず、奥さまはもちろん、私も祈るような気持ちでした。

四時間余り高速道を走ってきた息子さんが、ようやく到着。押野さんの枕元に駆け寄り「父さん」と呼びかけました。すると、押野さんの目頭からひと筋の涙が流れ、大きくうなずくとそのまま呼吸停止されました。

「父さん、ありがとう」

ご主人の頭をやさしくなでながらの奥さまの言葉でした。一月十五日午前〇時五五分、八十一歳の生涯を閉じ、旅立たれました。

押野さんとの関わりはちょうど一カ月という短い時間でしたが、濃密な時間でした。病床の押野さんはいろんなお話をしてくださいました。鹿島建設にお勤めだった押野さんは、山北でダム建設に携わっていたときにお世話になったお宅の娘さんが奥さまのスイさんだったそうです。その話のときには、当時を思い出されたのか、ご夫婦ともにニヤツとさ

れていたものです。ほかにも、無教会主義のクリスチャンになった経緯や結婚式の様子など、笑顔で語ってくれました。

大変我慢強い性格で「泣き言など言ったことがない」とご自分の性格を分析する一方、「がんになって、しょうがないと諦めながらも、なんで自分がという思いがあり、気持ちが行ったり来たりするんです」、そうもおっしゃっていました。当然のことです。どんなに信仰心の篤い方でも自分の死を前にすると、気持ち揺らぐものです。そういう揺らぎも吐露してくれる患者さんやご家族のお話を受け止めながら、そばに寄り添う、それが在宅ホスピス医だと私は思っています。

先ほどのテレビ番組のなかで、押野さんのご長女は「斎藤先生に会う前には、ものすごく痛みもあったし、抗がん剤の副作用で苦しんでいました。安らかな最期を迎えられ、ラッキーだったと思います」とコメントされていました。そして奥さまも、こうお話しになっています。「到着した長男の手を握って、スーッと逝っちゃった。いい最期でございました、ほんとうに。それが一番斎藤先生に感謝しているよね」。こういう言葉をお聞きするとき、しみじみ思うものです、この仕事をやってきてよかった、と。

一〇八歳の長寿を全うした「元未熟児」

地域医療に長く携わっていると、顔なじみの患者さんが数多くできます。それらの患者さんのうち、高齢で通院が無理になり、訪問診療に切り替えられる方も少なくありません。さらには、さまざまな事情で在宅療養が難しくなり、最後に小規模多機能型居宅介護施設に移る方もおられます。近藤タケさんがそうでした。

タケさんは明治三十五年（一九〇二年）生まれ、平成六年（一九九四年）に私がクリニックを開業して以来の「常連」さんです。初めて見えたとき、すでに九十歳を超えておられました。こうおっしゃったものでした。

「子供の頃からひ弱でねえ、未熟児みたいで長生きできねえといわれたんです。自分でも五十歳までなんてとても生きられないと思っていたのに、その倍近く生きてしまった」

しわくちや顔の小柄なタケさん、黒縁めがねの奥で目を細めながら微笑んでいました。物心ついた頃から一生懸命に機械の仕事をこなし、小柄ではあってもいつのまにか丈夫な足腰にきたえられたそうです。クリニックへ通うのも、病氣治療というより、ロビーで同

じ明治生まれの旧友のおばあちゃんとお喋りすることが楽しみだったようでした。

ところが、その友達があっけなく先立ったときから、タケさんも変調をきたすようになりました。まわりに明治生まれがだれもいなくなり落ち込んでしまい、おしっこも漏れるようになりました。デイサービスに通うようになり、元氣を取り戻したかに見えましたが、デイサービスの風呂場でシモの失敗をしてしまったのです。

その日を境に、楽しみにしていたデイサービスは休みがちとなり、自宅の居間でひとり椅子に腰かけ、聞こえないテレビをつけたまま編み物に明け暮れる毎日。同居の息子さん夫婦とは実は血のつながりがなく、タケさんの養子でした。息子さん夫婦は床屋を営んでおり、朝八時には家を出かけます。夜七時過ぎにはいったん帰ってくるものの、夕食をすませると、夫婦だけで時間を過ごすのが日課でした。家族が顔を合わせるのは朝食と夕食のほんのひと時でしたが、それでもタケさんはグチひとつこぼさなかったそうです。

ただ、一〇〇歳を超えるようになると、さすがにクリニックへ通うことも難しくなり、訪問診療を開始しました。尿のカテーテルをつけ、週二度は訪問看護師の手で自宅の風呂に入れてもらうようになりました。

タケさんの様子がおかしくなったのは平成二十年（二〇〇八年）一月のことでした。

「家の中に人の影が見える、だれかがいる」と叫び、前のお宅に駆け込んで騒いだのです。その日の夜には一晩中電気をつけて「だれかいる……」と言いつづけていました。三日後、突然の呼吸困難に陥りました。肺炎の疑いがあり、病院へ入院する手はずをつけましたが、病院側の都合でキャンセル。自宅も病院も無理となれば小規模多機能の「るびなす」しかなく、点滴につながれたまま移ってきました。

次章で改めて詳しくお話しますが、小規模多機能型居宅介護施設は、これまでのデイサービスやショートステイ、ホームヘルパーの機能を併せ持った地域密着の新しい介護施設です。いままでのサービスがそれぞれ別の事業所で行われていたのを、同じスタッフによって同じ地域のなかで三百六十五日、二十四時間見守ることができる、優れたシステムで、通いも宿泊も可能です。

「るびなす」の住人となったタケさんは、見る見るうちに元気を取り戻しました。「るびなす」には、同年代のお年寄りはもちろん、若い介護士や赤ちゃん連れの若いお母さんたちも訪れます。一人ぼっちで過ごしていた日々とは打って変わった環境です。いろんな人たちに囲まれながらタケさんは、いつも笑顔で「ありがと、ありがとねえ」と口にしています。超高齢でありながら日本酒の飲みっぷりもよく、そんなタケさんは「るびなす」

のアイドル的存在でした。

しかし、いつまでも永遠の命が続くわけではありません。「るぴなす」に移ってから三年余り経った平成二十三年四月六日に嘔吐が始まり、翌朝には意識もまどろみ呼吸は努力様になりました。連絡を受けた息子さんのお嫁さんが、お店へ行く前にと駆けつけました。タケさんと会ったお嫁さんがそのままお店へ出かけようとするので、私は言いました。

「いまの状態からみると、今日一日もつかどうかわかりません。お店は臨時休業の貼り紙をして、すぐに戻ってきてください」

「また冗談でしょ？ 先生、いま母は私を見て目をあけ、ありがとうと言ったんですよ、とても優しい顔をして」

「冗談を言ってるんじゃないやしません。こんなに優しい顔は、もう仏さまの表情ですから」
亡くなる前に、まるで病气から回復したような優しい表情になることはよくあり、それを私たちは「なかなかおりの時間」と呼んでいます。果たしてその二時間後には、最期を知らせる下顎呼吸が始まりました。

駆けつけた息子さん夫婦とスタッフが見守るなか、タケさんの最後の診察をしました。腕をひろげライトの光をあてる、頸動脈を触れてみる、聴診器で心音をさぐる、そして腕

時計を引き寄せての確認……。

「お亡くなりになりました」

子供の頃には未熟児とまでいわれながら、満一〇八歳の天寿を全うした生涯でした。通夜の席で、息子さんが挨拶されました。

「明治生まれの古き良き女性そのままに、けっして不平不満をこぼさず、怒った顔など見たことがないほど、穏やかだった母。たった一人の孫を可愛がり、日本酒で少しほろ酔いになると、いつも『十日町小唄』を口ずさんでおりました」

息子さんの語るタケさんは、クリニックで、ご自宅で、そして「るびなす」で私たちが接したタケさんそのものでした。外来から在宅医療、そして介護施設へと移られ、天寿を全うされたタケさんを思うと、住み慣れた自宅、顔なじみばかりの地域を含めてひとつの病棟ととらえる医療・介護の大切さを、改めて感じさせられたものでした。

ここまで五人の患者さんたちをご紹介しましたが、私の担当する方たちのうちのほんのわずかな例です。第二章以降でも、できるかぎりご紹介したいと思います。その第二章では、私が訪問診療・終末期医療を手がけるようになった経緯をたどりながら、転換期の在宅医療・在宅介護についての問題点などをお話ししていくことにします。