

健康大学平成27年8月例会記録

と き 平成27年8月1日(土) 13:30~15時30分
ところ 県民交流センター 3階大研修室2
テーマ 「在宅医療時代の上手な医療機関の利用」
講 師 中野一司(ナカノ在宅医療クリニック院長)
記 後田 逸馬、平野紀一(健康大学事務局)

1. キュアからケアへの医療のパラダイム(捉え方・大枠)転換

先ほど本日の会のねらいについて、在宅医療の本格化に伴う不安の解消、という説明がありました。ここに私の書いた『在宅医療が日本を変える』という本があります。読んでいただければわかりますが、在宅医療の基本を説いた本として全国で読まれている本です。

みなさんの不安の底には、在宅医療を病院医療の延長とみる捉え方があると思います。まさかの場合はどうしよう ⇔ 病院ならすぐ先生が診てくれる、介護負担が重過ぎる ⇔ 病院なら看護師が駆けつける、家族の迷惑になりたくない ⇔ 自分の家で人生の幕を閉じたいが、といった不安や気兼ねはそこから生まれています。

私も1999(平成11)年、病院医療をそのまま在宅で提供しようと在宅専門のクリニックを開業しましたが、何かが違う。在宅医療は病院医療とは似て非なるものだ、と感じ始めたのです。私は、ノートルダム女子大で哲学を教えている村田久行先生の“苦しみの構造”を発展させて、“問題の構造”を提案しています(図1)。“問題の構造”において、いろんな問題は、①客観(現実)と②主観(理想・希望・価値)のズレからおこります。この“問題の構造”において、問題解決のため①客観(現実)を②主観にそって変えるのがキュア、②主観を①客観(現実)にそって変える(受け入れる)のがケアです。

末期がんの場合、医師も患者も一縷の望みをつなぎ、特に家族の場合は奇跡が起きることを期待してあらゆる治療を試みようとしします。これがキュア(客観(現実)を変える)志向の医療です。そこにある希望と絶望感のせめぎあい、病人の死まで続く。

しかし、末期がんといっても直ぐ人生の幕が閉じるわけではない。残された命を楽しもう、楽しませてあげよう。そのために患者の望む在宅の医療を選択すれば、新しい世界が見えてくる。問題解決の手法をケア(主観を変える→変えられない客観(現実)を受け入れる)と定義すると、医療に関する願いや大枠、パラダイムが変わってきます。

(図1) 問題の構造

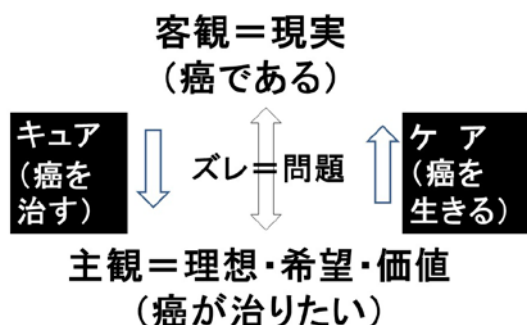
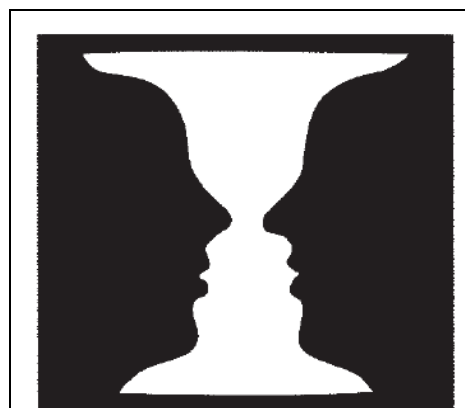


図2 だまし絵



第2図の「だまし絵」を見てください。何に見えますか。白に注目すれば盃に見え、黒に注目すれば人の顔が見えます。同じものを見ていても、どこに意識を向けるかによって見え方が違って来る。これを難しい現象学という哲学用語で言えば、意識の志向性を変えることで見え方(現れ方→現象)が違って来るということです。皆さんの“問題解決”の意識の志向性がキュアに向かっているか、ケアに向か

っているかでそのありようは全然違う。癌になって癌を治そうとするのはキュア志向ですね。末期がんになると苦しくて、苦しくてしょうがない（治らないから）。

今朝も電話が来ました。「先生、最近ご飯が細くなりました」。年を取ってご飯が食べられなくなる。栄養失調ですね。ピアフラ、アフリカのあの貧しい子供たちの状態です。体を維持するタンパク質が足りなくなる。だから、一生懸命食べさせる。でも、食べさせないと死ぬから、と無理に食べさせるのは拷問なんです、ある種の。体が受け付けないのです。そこで点滴はどうでしょうかという。体が受け付けない場合の点滴は、痰が増えて拷問なんです。多くのお医者さんはキュア志向ですから、点滴をする。家族もキュア志向で、何とかしてくれと。

でも老衰で食べ物も受け付けない状態、そろそろお迎えが来る状態なら、それ（客観＝現実）を受容して見てあげるのが、本人も苦しめないし、家族も苦しめない。基本的に若いときにはキュア志向で、何でも変えられる。少年よ、大志を抱け、と今ある状態よりも高いモチベーションをもって自己開拓（キュア）し、成長することによって人生を生きるのです。キュアというのは若さ志向の問題解決法ですよ。だけど、キュアが効かなくなった時は、それを素直に受け入れて、人生、楽しみましょうかという話になる。皆さんが知っている医療と、僕がやっている在宅医療とは根本的に違うのです。皆さんが知っている医療では、医者はみなキュアする。私もキュアはします。キュア志向なのけどほかの医者と違って、それだけの医療ではない。先の図でいうと盃（キュア）も見えているけど、人の顔（ケア）も見えている。その中でプロの方法をやっている。多くのお医者さんはこっち（ケア）を知らない。これは当たり前なんです。病院は治療するところですから、患者＝人を診ずに病気だけを診る。入院したら、患者の病気が診ていないわけですよ（医学教育で、医者は（キュアのみ）教育されています）。

在宅医療は、生きてる人を診て、生活ができるように支援する。治療が必要になった場合は病院を紹介する（勿論、在宅で治療（キュア）する場合もあります）。だから看取りまでやるわけです。90のおばあちゃんが肺炎になった。肺炎だけが問題なら、治療に行ってもらって、治ったらまた診るからと。病院には認知症も来るし、認知症患者の急性期治療を家族は反対できない。病院に入院したら環境が変わって、病気が治ったけど認知症がおかしくなった。ここで診てくれ、ということで亡くなる。人間の死亡率は100%です。みんな死ぬのです。100年たったらここに居る人は誰もいません。このいとも簡単なことを忘れて、自分は死なないと思っている。あなたも死に、私も死にますということなんです。だから、死ぬべき存在であることを受け入れて（主観が変わる）支援をするのもケアですね。死ぬまで家で生きる事がポイントです。この本、『在宅医療が日本を変える』は買ってもらうなくても結構です。もともとこの本で儲ける気はないんです。これを書いて、ケア志向の在宅医療（狭義の在宅医療はキュア・ケア志向の在宅医療）を世間に広めたい、という思いがありましたので、本を出して2年後にはホームページ上に公開しました。パソコンが使える人は、ダウンロードしていただければ読めます。

2. 医療崩壊論の背景に超高齢社会

いま医療崩壊ということが叫ばれています。聞いたことがありますか。病院のベッド数はこんなには要らないと国は言い、医療関係者は、これほど高齢者が増えるのになんでベッドを減らすのか、と大騒ぎしています。それでは、皆さんのなかで、本当に入院したい方はどのくらいいます？ 私の知っている限りでは皆無です。私の患者さんでは、最後は入院したいという人もいない。あまり病院が多いことは皆さんにとって幸せではないのですね。

でも、入院は仕方がない、家族に迷惑かけるからと。迷惑かけなければいいのかということ、そうだとみんながいう。じゃ、おうちで最後まで診ましょうと。私たちはその辺のスペシャリストですので、家族に迷惑を掛けないノウハウは、介護保険とかいっぱいあります。特に一人の方も大丈夫です。心配することはありません。

でも、現在の医療制度は崩壊する、と心配する人がいます。崩壊というのはキュア志向だからですが、地域で見守っていくケア志向の医療とか介護は増えています。国の政策も、地域包括ケアシステムということでそのようになっています。高齢社会になると医療費が増えるというのは間違いです。

高齢社会になると増えていくのは病気ではなくて、障害です。病気は治療で治るけど、障害はほとんど治りません。障害のある人が骨を強くする薬とか、認知症に効く薬とか出ています。ほとんど（値段

ほどは) 効きません。場合によっては私も使います、骨粗鬆症の薬も認知症の薬も。病院に行けば薬を使う。一般に使いすぎる。ですから、あまり病院に行くのは賢くない。選んで行く必要がある。

医療(キュア)から介護(ケア)へのパラダイム転換

	以前	超高齢社会
疾患対象者	若年者	高齢者
傷害の種類	疾患 (治療できる)	障害 (治療できない)
機能障害、後遺症	なし	あり
必要な対応	病院医療 (急性期医療) (キュア志向) 治療 (キュア)	在宅医療 (慢性期医療) (キュア・ケア志向) 介護 (ケア、生活支援)

病院には、患者をトータルに診てくれるところは本当に少ないんです。在宅の私たちは脳から整形から眼から耳まで全部、トータルに人を診ます。診られないのは専門に行かせる。国もそうのを奨めている。私たちの世代の医者はみんな専門家です。専門家は偉そうですが、専門しか診られない偏った人でもあるわけです。そこでは専門の病気のことしか分からない。ですから、外来に行ける人は、3つも4つも違う先生にかかって、そのたびに薬をもらう。そんなに薬を出して本当にいいのか、疑問に思いながらも。これが現在の日本の医療です。医者が悪いのではないんです。高齢社会には今までのやり方が合わなくなったんです。だから皆さんも賢くなって、選んでください。それなのに在宅は増えないんです。外来に来てもらえば、自分(医者)が店主なんです。在宅に行けば、皆様(患者さん)がお客さんなんです。ちょっと気に入らないと(医者は)すぐ代えられる。だから医者は在宅に行きにくい。

慢性期の医療でも、医者がやっているのはキュア志向です。病気で食べなくなると、胃に穴をあけないと死にますよと言いますが、在宅だと点滴しないことが多いです。先生はチューブを入れない、鼻から入れないんですね、と言われます。鼻から入れない方が幸せだと思うし、楽だと思いますよ。食べなくなった体に食べ物を入れる、おそらく鼻から管を入れても、消化管が受け付けず下痢するか、吐くか、肺炎になるか、ですから、余計なものを入れない。何も食べなくなっても老衰の場合、それから1ヶ月くらいは生きる。食べなくなって痩せた顔を見ると、神々しい気持ちになります。

高齢者でも肺炎とか交通事故など急性期の医療には、キュア志向の病院が要るんだけど、慢性期にはケア志向にならないと、患者も、その家族も、医者もみんな幸せではないと思います。一生懸命やっている割には患者は幸せにならない。

3. 健康な高齢社会

健康な高齢社会は、病気や障害があっても活動できる社会です。脳卒中で右の片麻痺があって歩けなくても、車いすを使ってヘルパーさんの助けを借りれば外出ができます。障害を良くするのではなく、障害を受け入れて生活を楽しむ(ケア志向)。キュア志向でも、元気な間はでこうしてこの会場へ来られるけど、やがて動けなくなって、人さまの世話になる人が7・8割はいると思います。それを悲嘆のタネにしないで、動けなくなったら人さまの力を借りて生きていけば好いのです(キュア志向からケア志向へ)。

かつては障害で車いす生活をするのは、世の中の役に立たないから恥ずかしい、と思ったわけです。しかし、目の見えない人は目以外の感覚が、耳が聞こえない人は耳以外の感覚が鋭敏になります。戦時中もそれを活用して敵機の機種を聞き分ける等の、特別の任務があったと報道でも伝えていました。目の不自由な音楽家は昔からたくさんいます。五体不満足の乙武さんは、障害は個性だと言っています。高齢で動けなくなっても、「こんな体になって。早く死にたい」という人と、目が不自由でもマッサージを職業にして、「あなたがいるから私の商売が成り立つ」と言う人とがいるではありませんか。お互い様なんです。世の中は、自分ひとりで生きている、と思う事が傲慢かもしれないのです。たとえば、私もこうして話をしてお金を稼いで自立しているように見えるけど、自分一人では生きていけない。人様が作ったお米を食べないと生きていけない。生きること自体が人に助けられ、人に迷惑をかけて生きて

いるわけだから。

みんな個性は違います。それぞれがお互いを認め合いながら生きていく社会にしないと、気持ちよく生きることはできません。私は元気だから、と言っていた人が、障害が生じても生きていける、そういった社会を作らないといけないし、皆さんが戦後一生懸命働いていただいたおかげでいまの時代があるのに、楽しめてないですね。そのことをもうちょっと考えよう、という事です。かつてのムラの生活、共同の社会を取り戻さないといけない。

元気な時代は、急性期の病気があれば苦しいから病院に行く。年をとれば起こりがちな動脈硬化や筋肉の衰えを防ぐことが大事ですけど、いくら予防しても防げないこともある。老化には敵わないのです。予防は大事だけど老化に伴う病気になったら、予防した人もそうでない人も平等に生活できる社会を作っていないと、辛い生き方は防げない。

キュア志向の病院は、キュア・ケア志向の在宅医療（狭義の在宅医療＝訪問診療や訪問看護）と相性が高いのです。患者の取り合いはしない。昔、医師会病院づくりに開業医から反対が出ました、医師会員（開業医）の患者が取られると。今は急性期の患者を整った施設設備で診るのは急性期病院で、地域では私たち（開業医）が診る、と連携しています。病院では看取りはできないんです。当たり前のことです、病院は病気を治す（キュアする）ところで、生活（ケア）するところではないのですから。病気が治ったら出てくださいというのです。かつては出さないと経営が成り立たないから、出した、出されたというトラブルが多かったのです。もともと病院は病気を治す所です。治ったら、どうぞお帰り下さい、というのが当たり前です。

しかし受け皿がない。お帰りくださいと言われても、歩けなくなってどこで生活するのかね。いまは介護保険制度があり、在宅医療もあり、条件整備ができています。病院は長くいる所じゃないですね。在宅は看取り、最期まで診ることができます。人間の死亡率は100%ですからね。

厚労省と財務省が在宅での看取りを薦めているのはなぜかという、確実に医療費が安くなるからです。在宅医は過度の医療をしない。必要に応じたキュアをしますが、余計な医療はしない。診療所もキュア志向ですから、外来に行くと診療科に応じたキュアがあります。もし、私（在宅医）が外来診療をしたら、血圧の高い人に簡単に薬はやりません。じゃ何のために来たたるかい、というみなさんもキュア志向です。血圧の薬は外来でわかるのですか？ 高齢者には、お医者さんの前に行く緊張する方がいる。測ったら180ある、ではこの薬を飲みなさいということになる、平常は120しかないのに。だから下手に病院に行くと悪くなることも起こる。医者が悪いわけではない。病院はそういう（キュアする）所なんです。

かねて行くのは、かかりつけの診療所がいいのです。外来の先生は、薬をあまり出さない医者がいいのです。血圧を測るのにも、何回も測ってみながら、日常の生活を聞く、塩からいものが多いですかとか聞いたうえで、治療したって好いのです。思い出して下さい、40・50歳のころを。昭和30年・40年ごろは、50代でよく死んでいました。全部、脳出血です。そのころ肉や魚がなくて日の丸弁当。炭水化物だけ摂って血管が弱かった。今は脳出血はほとんどない。あるのは脳梗塞。特殊な場合を除けば、血圧が高いのは悪くないんです。芸能人など無茶苦茶な生活をしてしていますが、ああいう生活をしない限り脳出血で倒れることはない。一般に、血圧が高いのは元気な証拠です。低いとよくない。

医者も良くない。頭が痛い、と診療所に行くと血圧を測ると200ある。医者は「それで（血圧が高く）頭が痛かったのですね」という。そんなことはないのです。30年くらい前の、甕島の10人くらいしか住んでいないところでは、みんな血圧が200くらいありました。だけど元気です。だから、血圧が200だから頭が痛いのではない、頭が痛いから（ストレスで）血圧が高くなる。そういう時に使う薬は降圧剤じゃなくて、安定剤です。

血圧が80しかなければ、意識を失う。私たちの患者さんには日ごろ、血圧が160とかあったりするのだけど、時には100くらいしかなくて意識障害を起こし、救急車で運ばれている。血圧の薬を飲むからですよ。飲まなくても120くらいあればいい。薬を使わなくて悪くなったなら私の腕が悪いのではなくて、患者が悪いのです。薬が効きすぎてこのような反応を起こすのだったら私が悪い。私も血圧の薬を使います。使うのは常時血圧が高い、比較的若い人です。そういう人は血管を痛めたり、動脈硬化になりやすくなるから、その予防のためです。逆にだんだん年を取るにしたがって薬はいらなくなる。

だからぼんぼん薬を抜いています、在宅では。糖尿病だって意識がなくなったり、低血圧、低血糖によって認知症を起こしている人は結構いると思います。

“看取り”は目的ではない。在宅(地域)でより良く生きることを医療的(ケア的)に最期まで支援した結果が、“看取り”に結びつく。

4. 在宅医療と看取り

看取りは在宅医療の目的ではありません。なぜ看取りをやるかという、患者さんが家にいたい、死ぬまで家に居たいと言うからです。

最近、「先生の在宅医療は看取りをされるんでしょう」と聞かれることがあります。看取りをする気はありません。目的ではなくて結果です。財源確保のためでもありません。本人が家にいたい、死ぬまで家にいたいというから、最後は看取りになる。結果としての看取りです。

僕らが入ってないと、救急搬送の社会ですから、突然、亡くなったら警察が入り、検死をします。ごつい人が10人くらい来て、調査をしたり、いろいろな書類を作ったりします。病気だったら死亡診断書を作る。ぼくらも往診に行って頭に血が流れて倒れていたら、病死なんて言わないで警察に連絡し、病気だったか、事件なのかとなりますが、いつも行っている人ならこれは病死ですと。そういうやりかたの在宅医療だと医療費も安くなるし、救急車や警察を呼ぶ費用、社会保障費も安くなる。

それなのに訪問診療はなかなか理解されない。皆さんも、健康管理が気がかりでしょう。だから病院には大勢の外来患者がおり、外来ができなくなれば往診をするわけです。在宅医療の訪問診療は、定期的におこなわれます。訪問診療の頻度は、患者の状態に応じて、寝たきりの安定した方の場合は2週間に1回、在宅導入期や細かい観察が必要な場合は、毎週1回です。患者が急変して動けなくなった場合はどうなるか。在宅療養支援診療所は、24時間、365日往診できる、という規定になっています。

ここをちゃんと説明すると、定期的な訪問診療なしの往診は、役にたちません。日ごろの状態を把握せず、何かあって医者が往診にいても、どうにもならないのです。検査や治療のために、専門病院に行ってくださいという結末になる。また、24時間、365日、往診対応しない、在宅医療は役に立ちません。患者さんの生活は、24時間、365日継続します。

在宅療養支援診療所の要件

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 保険医療機関たる診療所であること2. 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師または看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること3. 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること。4. 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること。5. 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること6. 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門職員（ケアマネージャー）等と連携していること7. 当該診療所における在宅看取り数を報告すること |
|--|

日頃から、定期的な訪問診療では、どういう病気で、どういう生活をし、急変したらどうするか、話がついているからいい。高齢者が寝たきりで亡くなったらどうなるか。朝起きたら亡くなっていた。寝ている場合にも病状が進行することもあるのです、脳卒中とか心臓発作とか。

そういう時には救急車を呼んでください、と病院はいう。病院は治すところです、心臓が止まっても回復することはあるし、救急救命は医者仕事ですから、救命治療をしますと。しなければ医療放棄で訴えられ、裁判に持ち込まれることだってあります。

在宅医療だと死ぬのは当たり前、とちゃんと言います。間に合わないことも多いから、そういう時は

死亡診断書を書くわけです。人は死ぬものだ、というごく当たり前のことを受け入れるよう支援する。キュア志向でなくてケア志向（キュアもするという意味では、キュア・ケア志向）です。そこが解りさえすれば、おうちで診ることは可能です。定時的にお伺いをすることによって、緊急時の対応ができる。これで7割くらいは看取りができる（あとの3割は救命しようと病院に入院したがそのまま亡くなるか、介護困難なため他施設に入所された方）。

慢性期の医療が変わったのです。これが医者はなかなか理解できない。医者は本質的にキュア志向で、人が死ぬことを認めない仕事。こここのところを変えていかないと、在宅医療は広がらない。医者だけじゃないです。こういう話を聞いて、先生の話はよく分かるんだけど、患者が反対だ、という。国民全体がこういう意識の変換をしないと、コストもかかるし、穏やかに死ねない。患者も見守る家族も、死ぬまで不安の只中です。‘こんなになって、もう死んでしまいたい’と思う。死にたい、の裏返しは死にたくないです。この諦めきれない思いをどうするか、の問題も残りますが、慢性期医療の哲学を、キュア志向の病院医療の哲学からケア志向の在宅医療の哲学に転換することで、

- (1) 患者が望まない過剰医療を控えることができる。
- (2) 介護する家族や介護職の不安を解消できる。
- (3) 結果的に医療、介護費用も削減できる。

の、三方よしの可能性が見えてきます。

整理してみると以下の表のようになります。

キュア概念とケア概念の対比表

	キュア概念	ケア概念
対象	病気	障害
優先順位	治療	生活
対応	病院医療	在宅医療+介護
医療	長寿を目指す医療	天寿を全うする医療
胃ろう	造る	造らない
褥瘡	治す(日本褥瘡学会)	治る(ラップ療法)
高齢者への対応	死ね(死んでいたい社会資源を残す)*	死ぬ(死ぬまでの期間、楽しく生きる環境提供)
死因	死んだからには死因がある(死因究明)	死因が分からない死も多い(自然死、老衰)
死因の分からない死	病理解剖、検視	死亡診断書(事件性がなければ)
政治	経済成長(競争社会)	社会保障(共生社会)
社会	成長社会	成熟社会
政党	自民党	民主党(??)**
推進力(富の源)	産業革命	情報革命(ICT)
コンピュータ	セキュリティ	リテラシー
尊敬される人	金持ち	心持ち
80歳の誕生日	歳はとりたくない、死が近づく	よくこの歳まで生きられた おめでたい

* 後期高齢者医療制度導入反対のキャッチフレーズ「高齢者は“死ね”というのか」から用いた。

** 2009年政権交代時、「コンクリート(キュア)から人(ケア)へ」という民主党の理念には大いに期待していたが、いまは残念ながら疑問符をつけざるを得ない。

(中野一司『在宅医療が日本を変える』医療法人ナカノ会、2012年12月)

キュア概念でいう病気、急性期の病気は医療の対象です。病院が多いことは国にとってハッピーじゃない。入院者もハッピーじゃない。だから、その辺を変えていく必要があるのです。国は、外来の段階ではかかりつけ医の活用を奨め、通院ができなくなった段階では在宅医療を奨めているのです。このままにしておいたら、国の財政が破綻するからと。そのためには医療の大枠をキュア志向からケア志向へ大転換しなければなりません。

5. 多業種間の連携

在宅医療の充実のためには、介護保険制度を活用して、地域に在宅医療支援のネットを張る地域包括支援センターがあり、訪問診療に必要な多職種連携のチームも必要になります。介護力をキープできない家庭の、患者と介護者の共倒れを防ぐにはホームヘルパーも必要です。地域が、そうした条件を整え、活用する力を備えてこそ、障害があっても生きていきます。

安定期の患者を診る療養型の病院を整備すればいいではないか、というキュア志向の考えもありますが、療養型病院（慢性期病院）と在宅医療の施設は似て非なるものです（現状は→今後は療養型病院もケア志向に転じなければ生き残れないと思います）。病院の看護師や医者は、患者を一人の人間としてではなく、病気そのもの、寝たきりの病気を診ています。施設に行って、そこがいい施設かどうかというのは利用者の顔を見ればいい。人間として扱われてにこにこ笑っているか、病気の持ち主として扱われているか。

在宅医療はチームでやるわけですから、そのためには連携と教育が欠かせません。いろいろな職種が絡むので、ケアマネや訪問看護師、介護福祉士とか連携して、コストの軽減とか、連携のための資質向上、サービス業ですから、お互いの人格を尊重たかめるにはといった勉強が必要なんですね。職種連携のチームには、薬剤師や歯科医師もはいます。一人一人の状況に応じて在宅ケアチームができます。

6. 在宅医療と患者の死

在宅医療の現場では、家族介護のサポートをやっていくわけです。がんの末期の患者さんに特有の痛みが出てきたとか、あるいは、家で診ましょ、と病院から連れ帰った時に急変があれば、家族が看護師の代わりです。こういう時にどんな話が出るかというと、「先生、大丈夫ですか」「大丈夫じゃない」。

がんの末期には、内蔵の中に癌が広がり突然動脈が破裂することもある。だから急に亡くなることがあります。痛みも、今はモルヒネを使うとほとんど感じないし、転移とかがない限りは歩けたりします。モルヒネを大量に使いながら車を運転する患者さんもいます。違法ですが。麻薬を使っているときは運転してはいけないのです。そのくらい痛みを取れば意識はしっかりします。薬の調整が不十分だと意識障害が出てくる。元気に見えて突然、亡くなることがあります、1割くらいですが。だから、「大丈夫ではない」のです、家に連れて帰るのは。

こんな場合、息が止まっても、救急車は呼ばない方が好いのです。私が往診に行きます。病院の先生は、何かあったら連れてきなさい、と言います。病院の先生は往診に行けないから、連れてこいと言う。本当は往診に行ったほうがいい。在宅医が絡むとなんかあったら往診に行きます。特に心肺停止の場合は、病院に連れてきても助かりません。病院の先生も知っています、助からんのは。だけど知っていて放置するのは医療放棄です。在宅医療なら、行ける私たちがいるから家族は安心します。

その話をしておくだけで家族は安心します。だから、心肺停止時（勿論急変の時）はいつでも往診に行きます、というメッセージを本人の前でやるのです。この方がいい。心肺停止は、心配いらなですよ、（本人は意識がないから）苦しくないのだから。苦しいのは家族です。本人は（意識がないので）何が起こっておるかかわからない。実は苦しいのは誰かということ、ケアしている人です。親しい人の死は辛い。たとえば、東北大震災で6歳の子供が津波にのまれて亡くなり、泥の中から死骸が出てきました。それを見たお母さんが、「〇ちゃん、痛かったね、苦しかったね」と泣き崩れる。痛いのはお母さんです。子供は一瞬で分からなくなった、津波が来て。この話をすると現場で怒られる、「先生は人のことだと思って、自分の身になったら」と。人間は苦しみも楽しみもお互いにつながって生きているから、身内の苦しみは辛いわけです。それを、「子どもは苦しくありません、苦しいのはお母さん、あなたですよ」、というのはつながりを否定することです。苦しむことで自分が生きていることを実感するわけですからね。そういうことを言ったら、余計なお世話と取られかねない。あまりにも身近な人の死とか、病気が苦しいのですから。がんの末期になると、モルヒネも結構使います。痛みがどんどん強くなる、癌の8・9割は。そういう時も、本人は意識が低下していて苦しくない。苦しうに体が反応していても、苦しくはない。苦しいのは意識の問題ですからね。私の経験です。

この中で死んだことがある人、いますか。いませんよね、死は一回きりの経験です。経験した人はいない。だから死ぬときは苦しいかどうかというのは誰もわからない。だから、そこを突かれるわけです、「死ぬときは苦しくないですよ」といえば、「死んだ経験もないのに」と。

二つだけ経験があります。一つは救急医療の経験です。私は救急病院にいました。救急の方は全く生気を失っている。来るときは出血多量で来るわけです。それでも救命医は、管を入れたり、肋骨が折れても心臓マッサージをします、助けるのが目的だから。好きだろうが、勝手だろうがやるわけです。そうすると家族に、あんな暴力的なことをして、と怒られる。夜もICUに詰める。そこで名前を呼ぶと、目を開けるけど覚えていない、荒治療のことは。

もう一つの経験は、酔っぱらって怪我しても痛くない。覚えていないでしょう。飲んでてちょっとくぎを刺して血が出ていた。朝起きたら昨夜怪我していた。そのくらい、痛みを感じるのは意識のしっかりした間です、痛いというのは。

そこをどう説明するか。死ぬとき、(意識が低下するので)本人は苦しくない。苦しいのは家族です。お互い苦しんで、悲しみを一緒にしてこそ家族です。本人は歩けない、食べられない、意識は落ちてくる。ですから、本人は死ぬときは苦しくないのです。だけど、家族は、身近な人が死ぬときは痛いに違いない、苦しいに違いないと思っている。だから今日の私の話を聞いたら、安心して死ねるし、送ることができます。大切なことは、死ぬのを怖がるよりも、今、生きていることを楽しむことです。事例を紹介しましょう。

7. 在宅医療の事例

患者Aの怖れ

この80代の卵巣がんのある患者さんは夜、往診で呼ばれて、「心配で、心配でたまらないんです」と言われるんです。「何が心配ですか」と聞いたら、「間もなくこの世の中からいなくなると考えると、心配で、心配でたまらない」と言われる。間もなくこの世の中から自分の存在がなくなること考えると、悲しい。それをもろに言われるんです。自己の存在と意味が失われることに伴う魂の痛み—いわゆるスピリチュアル・ペイン、です。私はなんて応えたかという、心配されるような状態になると心配がなくなる。心配する状態というのは自己が死ぬことですが、自己が生きているからこそ心配するわけです。

そこでもう一つ聞きました。「心配して楽しいですか」と。「楽しくない」「じゃ心配するのはやめましょう」と。いずれ死にます。死ぬまで私が相手します。「何が好きですか」、「絵が好きです」それで美術館に、亡くなる三日前に外出したんです。看護師が心配して、「行ってあげて、見学している最中に呼吸が止まったらどうします?」「シレットして帰ってきていいよ、私が死亡診断書を書くから」。

患者が帰り着く頃に同伴した訪問看護師から電話が来て、「先生、元気になりました」。生きるということはそのようなことです、好きなことをするように助けることですよ。看取りが目的ではないのです。在宅医療をして思うのですが、人の死を看守り、送る間にも、孫ができたとかいうことがしょっちゅうあります。生まれてきたら最期があります。そこを繋ぐということに意義がありますから、その辺が見えるというのが大事。病院での治療が一段落したら、病院から家に帰ってケアをしてもらいましょう、となりました。そのあとのケアとケアは、僕ら在宅医の仕事になっています。

患者Bの褥瘡(じよくそう)

寝たきりの病人にできやすい褥瘡はラップで治します。治すの(ケア)ではなくて、これで勝手に治るの(ケア)です。穴の開いた生ごみ用のビニール、それにオムツを包んで当てておく。これを出すと学会から猛烈な仕打ちを受けます。薬を入れないからですね。でもすごくいいのです。体の自然治癒力で傷が治るのです。在宅医が気が楽なのは、余計なこと(ケア)をしなくても患者さんは家にいること(ケア)で元気になる。ラップで治るのではなくて、傷が勝手に治るんです。

この方ですけど、70代男性、脳出血後遺症で、もう亡くなりました。これ背中の褥瘡なんですけど、こういう傷のところにはいろいろ、マクロファージとか、白血球とか、筋肉細胞とか、いろいろな細胞が集まって皮膚とかこの辺を構成しているわけですね。傷ができると増殖細胞ができて、傷は勝手に治るんです。軟膏を付けて治ったと思っているけど、傷は勝手に治るんです。それが自然治癒力です。昔は、ばい菌が入るからと消毒したり、ガーゼで乾かしたりしたのですが、それでは傷が乾燥して大事な細胞が死んでしまう。大事な細胞を死なさんためには、傷の下から水が湧いてきます。水が枯れると大事な細胞が死んでしまいます。逆に密閉すると、この水にばい菌がうようよ増殖する。そこで、ラッ

プをしても汁が外に出るようにする。汁が溜まるとばい菌が繁殖するから、ラップに穴を開けておく。傷が適当に潤いを持つことで増殖細胞ができやすくなって、傷が良くなるわけですね。感染は心配ありません。褥瘡の場所には、マクロファージや白血球などの、ばい菌を殺す細胞（ミクロの戦士）がいっぱいいるわけですよ。一番いい例は、日本人の3分の1くらいがかかる痔です。日本人の3分の1が痔主なのに、みんなが考えるほど、感染症の患者はいない。ほっとけば治るのです。風邪はほっとけば治ります。風邪薬は熱や咳などの症状を取るだけで、風邪そのものが治るのは自然治癒力です。薬で治すと錯覚してしまう。薬に頼るのはキュア志向です。体は治す力がある。

これは10数年前に始めたラップ療法の初期の頃の症例です。ここにラップを当てる。滅菌してもばい菌は入ってきますから、水で洗うのみで、褥瘡部の免疫細胞が褥瘡の周囲の細菌を殺してくれる。あとは修復細胞が増殖して、数日～数ヶ月で褥瘡は治る、在宅で。ただしこれは、栄養がよければ、です。患者さんによっては栄養状態が悪かったり、糖尿病が悪かったりして、治らない患者さんがいる。病院に行ったらこんな民間療法でやったからだめだ、と訴訟になりかけました。私たちが悪いのではなくて、体が悪いんですよと説明しましたが、10数年前のことですから、説明の技術も足りなかったんです。今は全然訴訟もなく、これだけです。ラップは使いません。台所の三角コーナーの水きりをつけておく。ここにオムツを当ててやれば、穴から汁が出てくる。これで医療費も安くなるし、十分です。これで治らなければ体が悪い。薬を使うと早く治すのも可能です。だけど、家だったら早く治らなくてもいいんです。褥瘡があっても、家で一緒に生活出来ればいい。褥瘡を治すために入院して（認知症が悪くなって食べなくなって）死んだ人もいます。入院したら1ヶ月で亡くなった。家族の期待は報われなかったのですね。

患者C (103歳)の点滴

この方は103歳、時々食事をしなくなるので、その時は点滴をしてくださいということだった。食べないから死ぬのではなく、寿命が来たから食べないんです。帰ったら爆睡状態が続いて、意識障害なのか爆睡なのかわからない。帰ってきた日は血圧も正常だったんですけど、1日食わずに血圧も下がってきたので、脱水症状で点滴をしましょう（脱水症があれば、点滴というキュアをする）ということで、点滴を試みるも、血管が虚脱して点滴が「できない」と。「もう寿命かな」と漏らしてしまったら、家族が「今日は看取りですかね」と。僕は朝4時に起きます。4時になっても連絡が来ないから、おかしいなと思っていた。まだ早いと思って、朝の7時に電話をしたら、「夜、食べました」と。びっくりしましたね。肉を食べる。しゃべるんです。ご飯がおいしいときもあれば、おいしくない時もある。すごいですね。結局、食べて元気になりました。それから2年たって、去年の3月、105歳で、天寿を全うされました。老衰です。それでも家族は「先生、肉を詰めて死んだんじゃないでしょうか」と。「立派な老衰ですよ」。もちろん死亡診断は私が書きました。医者はキュアのプロですから、治療したからよくなったという。ところが盲点があるんですね、治療しないと駄目、と信じている。こういう経験を重ねて、何にもしない方がいいのかな、余計なことをしない方がいいのかな、と理解するようになります。治療しなくても、生きる人は生きる。患者さんは、食べない場合もだけど、なにかあると点滴をしてくださいとよく言う。点滴は水と砂糖と塩で栄養にはなりませんよ、というのは医者言葉で、患者さんにとっては水戸黄門の印籠みたいなもので、この点滴（キュアの象徴）が見えぬか、となんかしてくれと言う。もうキュアはできないよと言えるのもそれも医者しかいない。これがケア志向の在宅医療なのですね。

患者D(98歳)

この方は、98歳で存命中です。黄疸が出た。98歳でも黄疸が出れば、（キュアが必要で）入院させる。ガンだか胆石だか確認できないままに管を通せば胆汁がでる。元気にはなったのだけど、胆嚢炎という状態です。胆嚢が20センチくらい大きくなっていました。胆嚢炎は敗血症を起こすので、家族が呼ばれて、もうこれは外から胆汁を出さないと死ぬと。死なしてはいけないわけですから。家族はこれ以上の治療をすると、命は助かっても寝たきりになる。もともと認知症があって、胆汁がおりた時点で暴れるから、治療はどれくらいかかりますか、と聞いてきた。30日位かかると。では連れて帰ると、

有料老人ホームに入所されて、私が主治医でした。中野先生に看取ってもらおうというわけですね。こういう時、病院の先生は、「わかりました。じゃ中野先生にお願いしましょう」と言うのです。医者は、この状態で施設に返すと死ぬのはわかっている。死んだら後の親せきが、医者判断を誤ったのではないか、業務上過失致死。裁判、慰謝料1億2千万となるケースもありますから、帰せないんです。だけど、中野先生のところへ帰して下さいという、わかりましたという。私が看取りができることを知っているから。ここの家族のことは町内会を含めて全部、押さえています。在宅治療が介在するからこういうことができるんです。周囲は、この患者さんは死ぬと思っていますが、私は助かる可能性が2割くらいはあると思います。家に帰ったら、胆嚢炎があろうがなかろうが、食べさせます（入院中は治療のため絶食、点滴です）。食べるという行為で胆嚢が縮むから治る可能性は2割ある。常識外れの考え方です。家に連れて帰って、ご飯食べさせて、抗生剤は飲み薬でやる。点滴の必要はないわけです。点滴と飲み薬は一緒ですから。1週間～2週間後には熱が引いて元気。100歳の誕生日の写真です。病院で治療しても死ぬと思っているなら、治療しないで普通の生活に戻した方がいい。これが在宅の力なんです。

患者E 乳がん

これは乳がんの患者さんです。10数年前の開業当初の患者さんです。ここは、一般人には刺激が強いので隠してあります。家族は困っています、病院は嫌だから家で死ぬ、というので。依頼を受けて、わかりましたと。介護が不十分で衰弱しているから、鼻から入れる栄養剤を口から飲ませたら元気になりました。1年後の写真ですが、こんなに元気です。その1年後に癌性リンパ管腫で在宅で看取ります。亡くなる前日にお孫さんが心配して「先生、大丈夫ですか?」。私は、「初回往診の時から、大丈夫じゃなかったがね」と。

患者F

この方は73歳の男性で、比較的若いのですが、非常にわがまま。奥さんが鹿児島で、家に帰ってからしっかり看ている。肺炎で入院していたけど、病院の扱いは問題患者です、口が多くて。逆にこういうわがままな人だから在宅が勧められた。わがままというけど、みんなわがままですよ。熱が40度くらいあったので、家で診るのはいいけど、死ぬかもしれないよと言うと、死んでもいいから家で、じゃ家で、となったんです。

結局そのうちに奥さんが鬱になって、娘さんが来ていた。家族は、お父ちゃんはいつ死んでもいいが母ちゃんだけは生きてほしい。はよどこかにやってくれと。家族の大きな声に押されて、担当ケアマネは困り果ててしまい、某特養に入所になりました。ケアマネは、えてして、声の大きい家族に押されるケースがあるわけです。家族と患者さんが対立する時は本人の声を聞いて家族を調整するのが本道です。下手すると声の大きい家族に左右される。これは気を付けないといけません。

特養に入ればたぶん、介護スタッフともめて、特養では看取りはできないから、悪くなったら病院に送る。しかし看取る覚悟があれば再度在宅で診ますよと妻に伝える。1ヶ月するともう食べない、肺炎になって、看取り覚悟で家に連れて帰ったら、流動食内服と抗生剤内服で、3週間たって肺炎も治り、ベッドで起きました。奥さんはそれから、2年間家で見て、家で看取りました。この方、家でわがまま勝手なことをして、思うように逝きました。

8. 胃瘻の問題

この方、要介護5の92歳、胃瘻を造られています。この症例は、今から30年くらい前で、ほかの病院の在宅の患者さんです。こういう方は、認知症で頭の機能が落ちて、食べられなくなって亡くなります。そこで胃瘻で栄養を補う。20年前、このような医療をやっていると日本の財政は破綻すると考えました。それをやると最近になってマスコミも取り上げはじめました。

逆に、胃瘻は医療手段で、しなければいけない胃瘻もあるんです。70歳の男性で、要介護5の患者さんです。うちの2人目の患者さんで、16年担当させていただいております。こちらは脳出血左麻痺で要支援2の弟です。自分が大変で、とても兄貴の介護はできない。去年の4月に脳梗塞を起こし、入院しましたが、本人が胃瘻は絶対にしないと。家に帰りたいというわけです。病院でしっかりリハビリ

をして、何と食べられるが、時々肺炎を起こす。家でヘルパーさんを入れても介護力が落ちる。家に帰るなら胃瘻を作った方がいいよと勧めたけど、帰る、帰るというわけです。帰ったら肺炎を起こして死ぬかも知れんよ、と言っても死んでもいいから帰ると言う。本人は死ぬとは思っていません。私は死ぬかとも思っている。ケアマネは死んで困ると思っています、私みたいにケア志向ではないから。

本人が死んでもいいというから、今年2月に在宅復帰しました。在宅復帰後1週間で、嚥下困難、飲み込む力が弱くて肺炎を起こして再入院。急性期の病院は肺炎が治れば家に帰す。結局、私は前科一犯（予想通りに在宅に帰ったら肺炎を起こした）だから、私にとっては胃瘻を作ることと家で診るということは一緒なんです。だから、今回は、胃瘻を作らないと在宅では診れないと本人に説明し、胃瘻造設し、在宅復帰しました。食べ物が確保される。目が悪くなったら眼鏡をかけるのと一緒に。食べる力が落ちたから胃瘻を作る。胃瘻を作って家に帰ってきてまだ元気です。

最後に

今日は日本の慢性期医療がキュア志向の病院医療からキュア・ケア志向の在宅医療へ転換し、ケア志向の介護と連携することで、患者さんが余計な医療を受けずに人生を楽しみ、家族は看取りの負担が軽減し、患者さんの最後の願いを叶えてあげられる。その結果、国は財政の立て直しが見通せる。これは政策でみると、売り手よし、買い手よし、世間よし（医療関係者もいいし、国民もいいし、国も助かる政策です）の三方よしです。こういう政策を進めていかなくてはいけない。政治家まかせの社会から、国民にも勉強して貰って、気持ち良く死ぬまで生きる、そのような社会に変えて行く。その方に金を回してもらって、政治家に任せるのではなくて、僕らで変えて行く。それが在宅医療の願いです。