

## 健康大学平成28年7月例会記録

と き 平成28年7月23日(土) 14:00～  
ところ 県民交流センター  
参加者 44名  
テーマ 「在宅医療時代の、医療機関の上手な利用」  
講師 中野一司(ナカノ在宅医療クリニック院長)  
開会あいさつ 渋谷会長

### はじめに 正解のない問題の話を

去年ここでお話しさせていただいて、その内容をこのような文章にまとめていただいて感謝していますが、今日は皆さんのご質問とか受けてお話ししようかと考えています。去年僕の講演を聞いてくださった方(挙手)、今日初めてという方(挙手)。在宅医療というのを聞いたことがある人(挙手)、今日初めて聞いたという人(挙手)。在宅医療というのを皆さんはどういうふうにイメージされていますか？

(お家で家族に看守られて亡くなっていく。) 亡くなっていく……。はい。正解はない問題です。今日は学校の試験ではないですので、忌憚のないご意見をお聞かせください。後ではちょっと難しい哲学の話も若干してみたいと思います。

人が一緒だと恥ずかしいんです。みんな考え方が一緒だとか、正義とはなんだとか、自民党が正しいとか、民主党が正しいとか、小池百合子と増田さんはどっちがいいのか、そういう話になるとおかしくなるんで、こういう場では政治と宗教の話はするなといひます。喧嘩になるから。それだけが正しいと考えるから。俺とお前は違うんだと、これはキーワードになります。私はあなたと考え方が違う。だから皆さん思うことを、学校じゃ試験があって、正解があるわけですよ。それでみんな正解がある、と勘違いしているわけですね。これから、正解のない問題があるという話をしたいと思います。

### 1. 在宅医療は家族に迷惑？ 怖い？

在宅医療のイメージは？ (入院しないで、家にいて病気を治す。) はい、わかりました。そちらの方はどうですか。(入院や通院ができなくなったら、家で最期まで訪問の先生に診ていただく。) 今のお二人のご意見の違いは、去年講演を聞いたか聞かなかったかの違いだと思います。何が正解じゃなくて、もし家で治すことができなければ、在宅医療は適応できないのでしょうか？ 仮に治すことができたとしても、最期はみんな死ぬんですよ。間違いなく何年か何十年か後には、みんな死にます。僕も同じです。治すことができないから死ぬ、という考え方が治す医療の典型的な考え方ですね。治らなくても家に居れるよという。そういう視点が在宅医療は違うんです。医療では治らなければいけないと思うのは、試験では正解を出さなければいけないという先入観にこだわるのと似ています。それが社会の常識、なんてことを言う医者だ、と思われるかもしれませんが、常識的なことが少しずつ変わっていくのが世の中(社会)の常でありますので、今日はそういう話ができればいかなと思います。

もう少し聞いてみます。皆さん最期はどこで迎えたいですか。人間の死亡率は100%ですから生まれてきたら必ず死にます。最期はどこで迎えたいかという、お家がいいという人(挙手)、病院がいいという人(挙手)、施設がいいという人(挙手) わからないという人(挙手)。

では病院がいいという人に聞きます。なんででしょうか？ (いろいろな設備もあるかなと思って)。お家は嫌ですか？ (嫌ということもないけど)。あと病院派の方は？ (家族のケアというんですか、家族がケアしてくれる、その負担を考えると病院がいいんじゃないかなと思います。) 同じような考え方の方がいらっしゃいますか？ 家族の負担を考えるとやはり病院がいいという方？ それ以外の方がいます？ どうぞ。(身寄りがなくて、母がなくなったら一人になるんですよ。だから、病院で亡くなるしかないかなと。) 病院で亡くなるしかないと思っ

っしやるわけですね？ では、家で亡くなることができるなら、家がいいですか？（そうですね）もう1回聞いてみます。今の方は家族がいらっしゃらなくて、一人で亡くなるのは無理だと思う。だから最期は病院かなと。病院に行きたいというのではなくて、死ぬときは病院しかない。家族に迷惑をかけるからということですね。

では、家族に迷惑をかけなければ、家で最期を迎えたいという方はどのくらいいらっしゃいますか。家族に迷惑をかけない環境を作りますと、あとで話しますが、おひとりさまの方がはるかに家で亡くなりやすいですよ。そうすると、最大の抵抗勢力は家族です。“おひとりさまの最期”の著者である上野千鶴子さんもそういわれています。家族の迷惑を考えない場合に、病院で亡くなりたいという方はどのくらいいらっしゃいますか？ はい、何ですか？（苦しみたくない。それで、痛みとか苦しみを何とか）家で苦しくなければ、どうですか？（そしたら家の方が。でも、ぱっと来てもらえるんですか？）ぱっと来てもらえなくても苦しくないように、来るまで15分かかるから、これだと病院の方がいいと、それは気持ちの問題です。苦しい中には痛みも苦しみもあるけど、不安で不安でたまらない。在宅でも、医者はすぐ来ると思ったけど、15分かかった、怪しからん奴だと。その辺をケアするというのは大事なことです。家族に迷惑をかけない、痛みも対応できる、おひとり様でもいいとなった時、それでも病院がいいという方はいらっしゃいますか？



おひとりさまの最期は？

(allabout H.p.)

あれれ。ゼロになりましたね。ゼロにするのが目的ではないのですが。皆様と同じ観点から僕らの患者さん・ご家族にも、何かあった時には、病院にという方がいらっしゃいます。何ですかと聞くと、家族に迷惑をかけるというのが一番多いのです。苦しみはしっかりとることができますので、心のケアまで、ちゃんとした在宅医療があれば最期（看取り）まで家に居れますよと説明すれば、ほぼ100%在宅医療を選ばれます。

ところで、アンケートを取ると、最期は自宅だという人が6割、施設・病院が3割、他1割。今のように順に問いただしていくと、結果的に100%家でとなります。だから、アンケートの取り方ではそうなんですけど、本音はどうかを考えないと。ということは自宅での看取りが100%可能で、基本的には、そういうところから（在宅医療の）理解をしていくことが大事になっていくと思います。

今日の講演会で、去年僕の講演を聴いていらっしゃる方が全員なら、そのままディスカッションをしようと考えていたんですけど、（去年の講演会を聞かれた方は半分くらいです）去年よりバージョンアップ（改訂）したものを少し短めに1時間くらいプレゼンテーションして、あとはディスカッションをすることとします。最初10分だけ難しい（哲学の）話にお付き合いください。その後の話しの核になる話ですので。わからないときは後で時間がありますので質問などを、どうぞ。

## 2. キュアからケアへ

いきなり英語ですが、キュア Cure とかケア Care とか言ってますけど、キュアは治療で、ケア

というのは介護とか支える、と教えてください。

キュアはどちらかというと物、体、臓器を治すことですが、ケアは人（の心）を支える、ものの領域より心の領域。先ほどの正解が一つというのは物（客観）の領域の話なんです。心（主観）の領域は各自考え方（意識）が違います。違って当たり前なんです。ところが「俺が正しい」と主張しだすと争いが絶えなくなる。今日先着20名様にとしましたけど、2012年にこの在宅医療の本を書きました。今その第2版を書こうと準備しています。家で死にたい、何々したい（客観を変えたい）。これはキュアです。ケアはそうではなくて、どうせ死ぬのなら、死ぬまで家で楽しく生きよう（主観が客観を受け入れる）、死ぬことよりも生きることが大事だということです。今日先着20名にあぶれた方は、ナカノ在宅医療クリニックのホームページでご覧になれますので、よろしければみてください。また、僕の診療所に来れば無料進呈します。大盤振る舞いです。実は1万冊刷ったんですが、4000冊くらい売れて、6000冊くらい売れ残っています。在庫処理です。4000部売れたら元は取れました。本で儲かろうという気持ちはありませんので、こういう在宅医療の考え方を伝えるというのが無料配布の真意です。インターネットでも無料配布です。

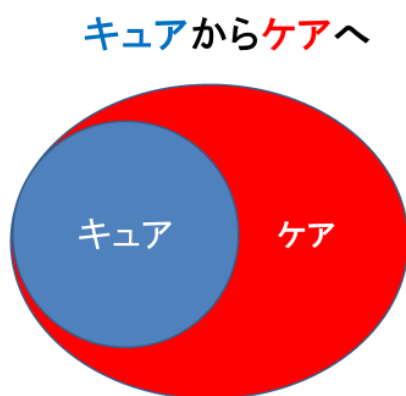
僕の考え（中野理論）は、一つの理論というか、学説ですので、この本を書いてからある学会誌に論文を書いたんですね。「問題の構造」におけるキュア概念・ケア概念の提示と、キュア・ケア志向の在宅医療（狭義）という新しい医療概念（中野理論）の提唱」と書いたら、却下されました。僕の意図が伝わってなくて、キュアからケアへという言葉は古くからある言葉で、佐久総合病院の若月俊一先生という有名な先生が、最近では日野原重明先生とか偉い先生方がキュアからケアへという言葉を使っているんですね。ところが、キュアとかケアというのは世界的にもしっかりした定義がない。

言葉というのは使う人によって違う。だから、共通言語にしましょうと言っても無理なんです。言葉が違うし、思想が違う、論理体系が違う。人と人は違うんです。だから、ISが悪いわけじゃない。あの人たちにはあの人たちの論理があるわけで、それを排除するのではなくて、お互いの文化を理解しようという交流がなければ世界平和というのは永久に来ない。ひょっとしたら、世界平和自体が究極の理想で、実現不可能なのかもしれません。

最近思うのは、学校で社会というのは公平だ、争ってはいけない、喧嘩してはいけないと教え込まれます。そうなのかなと思っていて、みていると今の社会は冤罪も多いですよ。冤罪というのは警察・検察機構に付随する問題で、そこでは（悪人を）挙げないといけないし、挙げればいいだろうと、一方的に自分たちの立場だけを主張して、お互い分かり合おうとする姿勢がない限り、争い（冤罪→権力側から罪を与えられる）は絶えないですね。

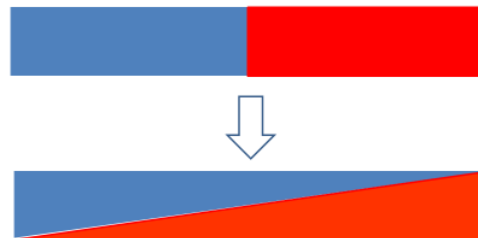
たとえば、バングラデシュで日本人に対するテロがありました。日本人からすると全く怪しからん奴だと思う。だけど、彼らにとってみれば、日本やアメリカに比べて非常に貧しいところですが、実行犯はバングラディッシュのエリートの子息たちですから、日本赤軍が起こした事件とよく似ています。先進国を見るとなんで我が国はこんなに貧しいのか、搾取するやつがいるからだ。別に彼らの肩を持つわけではない。誰でも、いろんな立場からいろんなことをすることがあり得るし、短絡的な殺人とかテロとかはよくないことだと思います。だから、テロはよくないと学校で教えてテロが起らないんだったら、事件は起こりえないわけです。

日本だって過去、醜い戦争を起こしています。政治とか国際関係の大きな話に限らず、醜い争いは家庭内でもしょっちゅう起こっているし、人殺しも起きています。それを悪いと言い、なくする努力も必要だけど、どうしてこんなことが起きたのかという視点から検討しない限り、問題は解決しないだろうと僕は思います。



介護を含んだ大きな世界へ

癌における  
キュア(癌治療)から  
ケア(緩和ケア)へ



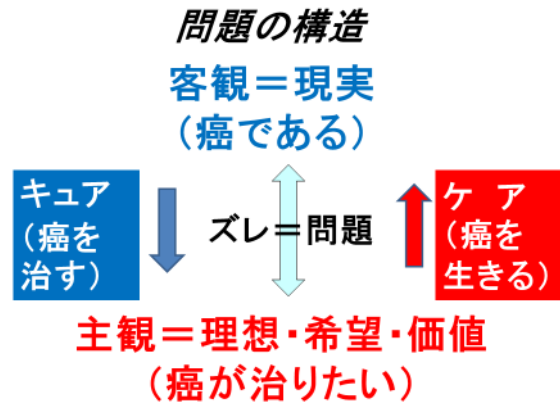
WHOのキュアからケアへ

キュアからケアへという概念は、キュアという狭い医療の概念から広く介護を含んだ概念に広げようというニュアンスで使っている方も多いです(左図)が、僕が使っているキュアからケアへは、WHOが出しているキュアからケアへです(右図の下)。現在の日本の病院医療(右図の上)と比較してみましょう。

例えば、ガンがあった時に、治りたいといろいろな治療(キュア)しますよね。医者は治すの(キュア)が仕事ですから、キュアの他ケアもあり得ると考える医者はまだまだ少数派です。やるだけやる。手術もしました、抗がん剤も放射線治療もしました、もう、これ以上医療的にはやることはありません。緩和ケア病棟に行ってください(右図の上)。こういわれた経験のある方はいらっしゃいませんか、身内に。身内の人がいろいろ治療したけど医療的には限界でこれ以上の治療は無理で、緩和ケア病棟に行ってくださいということを経験された方は結構多いと思います。今でもそういう医療に近いところもあります(右図の上)。

たとえば、乳ガンになりました。手術もしましたし、放射線治療もした。しかし、全身に広がって、もう医療的にはすることはありません。緩和ケア病院に紹介するからもうゆっくりしてくださいと、病院主治医の中野から言われたとしますと、どう思いますか？僕に対してどういう感情を持ちますか？冷たいと思いませんか？言い方もあるけど、申し訳ないけど手立ては終わった、あなたに在宅の先生を紹介するから、そこで診てもらいなさいと言われてれば、見放されたという感じはしませんか？(します) そんな感じがするという人はどのくらいいます？(挙手) そうじゃない、中野先生(病院主治医)の言うのが正しいという人はどのくらいいます？(挙手) 一般的には見放されたと思われる方が多いわけです。それはやり方が拙いわけです。

だから、癌の初期の時期から治療(キュア)と平行して、心のケアをしながらフォローする必要がある(右図の下)。例えば、初期ガンで(病巣が)取れたといっても再発の可能性はあります。再発は怖いですが、再発しても次の手があるし、治療がなくなってもまだ生きているわけだから死ぬまで人生を楽しみましょう、支援しますよ、と。これがケアの在り方なんです、基本的に(右図の下)。



いろいろな問題というのは、客観（現実）と主観（理想・希望・価値）のズレによって生じます（上図、「問題の構造」、中野理論）。この図は、ガンに限らずいろいろな問題に適応できます。たとえば、僕は医学部に入りたと思ったけど、偏差値が低くてなかなか医学部に通らずに薬学部に行った。医学部に行きたいという希望があっても、偏差値が40の現実。これも問題ですよ。だから、現実と自分の希望とズレが起こるから問題。問題は厄介ですか？（そうですね）問題が起こらない方がいいですか？（起こらない方がよい。）では、問題が起こらない人生は楽しいですか？たとえば、お金がほしい、お金がいっぱいあります。頭がいいです。したいことが全部できます。楽しいですか。問題がない人生はつまらない。いま若い子たちの自殺が多かったりするけど、貧しくて自殺するのではなくて、やる事がなくて自殺する。問題は悪いことだけではないんですよ。「Boys Be Ambitious」です。イチローが若い時は野球が下手だったけど、大リーグに行きたいという希望(主観)があるから素振りとか一生懸命努力して、野球がうまくなって（客観を変えて）、問題解決をする。これがキユアですね。人生は、志（主観）を高くして自ら“問題”を自ら作り出して、キユアする（客観を変える）ことに人生の意味があるといってもよいかも知れません。

問題解決をするときに、客観（現状）を変える問題解決の方法がキユアです。若い時はキユアがいいわけですね。キユアする（世界＝客観を変える）ために、人生がある。何で世の中は悪いんだと言って、テロを起こす人だって問題解決の一つなんです。いい、悪いで考えるとおかしくなる。善は一つじゃないんです。哲学的に、善とは、自分に有益なこと、自分の信念を果たすことが善。だから、殺人だって善なんです、その人にとっては。いい悪いという道德観念じゃなくて、その人の立場になって、何故殺人に至ったかという考察も必要になってくると思うんです。

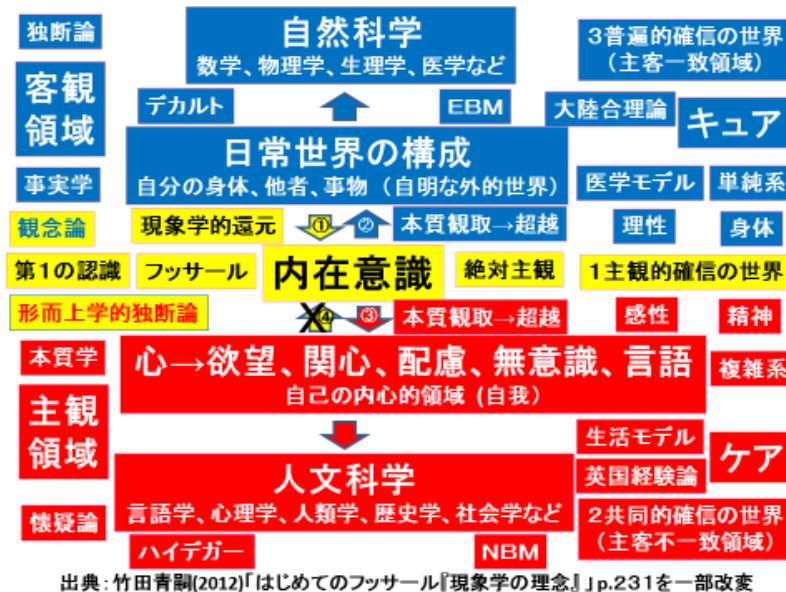
ところが歳をとってくると現実を変えられなくなる。できなくなる。動けなくなった、リハビリで動けるようになるかという、そうじゃないです。年取ってからあまりキユアにこだわると、（キユアできないから）つらい。キユアとケアは対立する概念ではなくて、たとえばガンを治し（キユア）ながら仕事を楽しむ（ケア）。キユアとケアが混在するという事はこういうことなんですね。

いろいろな問題は客観（現実）と主観（理想・希望・価値）の不一致（ズレ）から生じ（“問題の構造”）、問題解決の方法に、客観（現実）を変えるキユアという方法と、主観（こころ）が現実を受け入れる（主観を変える）ケアという方法があり（中野理論）、キユアとケアは相協力しながら（相補的に）問題解決にあたるというのが大事な視点です。

### 3. キユアとケアの哲学（フッサール現象学）

僕の趣味は学問です。自然科学とか人文科学とか大好きです。これをいちいち説明する気は全くないんですが、僕らは物を見るときは、物事が客観で、物があつた時に自分の意識でそれを意識（認識）している。例えばここにお茶がある。みんなお茶に見えますよね。お茶以外に見える方はいらっしやらない。お茶があるという事実（客観）があつて、皆さんの意識の中に映つてお茶と認識される（主観）と考えるのが普通の考え方です。ところが、実はそうじゃないということを、哲学的

には主客不一致の原理といいます。客観（もの）は主観（こころ）外にあり、物を認識できるのは自分自身の内（こころ）にある主観だから、客観（外）と主観（内）は絶対に一致しないというのが、哲学の原理なんです。どうやってそこを一致させるかというのがこの図（フッサール現象学）なんですけど、このコップをコップとして知覚して、丸くて、液体も入って、これはコップに違いないと僕の主観（黄色い部分の内在意識）が認識するわけですね。これを難しい哲学用語で、“現象学的還元（図中心矢印①）”といいます。こういう認識の仕方（知覚、構成）の方法は人間だったら誰でも一緒です。

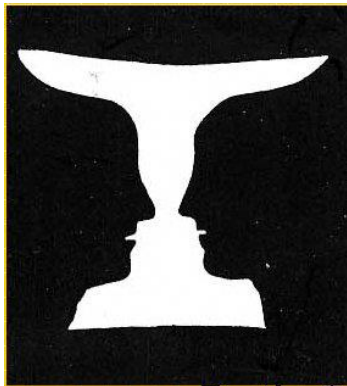


1 + 2 = 3というのは僕が考察（構成）しても、他の人が考察（構成）しても1 + 2 = 3なんです。これはコップに見える。でもみんなじゃないですよ。精神病とか認知症の方はほかの物に見えるかもしれない。ものの認識が違う。そうすると、精神病や認知症の方が理解できる。だから、認知症のケアで争いが生じるのは、認知症の方も一緒の考え方をしていると錯覚しているから生じると理解すれば良いわけです。青の領域（客観）の世界は世界共通です、人間なら。おとなになって普通の社会生活を送っている方は、ここは共通です。だから、ここにいる方はみんな元気な方で、誰が見てもコップに見えるわけですね。これが青の領域の客観領域（世界）の話です。

ところが、心の中（赤の領域＝主観領域）では、イスラエルのテロを起こしたのがいいのか悪いのかとかですね、そういうのを皆さんの経験とか感情とかによって見方が違うわけです。人生における価値とか意味とかですね。そういうところは個人個人違うわけですよ。ただし、同じところに住む人は同じような考え方をします（赤領域の共同的确信の世界）。でも、同じ地域に住んでいても、皆さんと僕は考え方が違います。鹿児島という共通の地域に住むから、常識的に同じものがあったりして、価値観が一緒だったりする。文化とか、宗教も一緒ですね。何が正しいということではないのだけど、青の領域（客観領域）は普遍的な確信の世界、みんなの認識が一致する、自然科学の世界（主客一致、客観領域の世界）。赤の領域（主観領域）は共同的な確信の世界で、ある特異な集団のところで一致することも多いが、基本的にはひとり一人が違う領域（主観の領域）。あのバングラデシュのテロ組織もああいう考え方をするけど、僕らから見たらおかしい考え方に見えるんですね。

今日の話は何が正しいかではありません。大事なことは、人（の主観）は（お互い）違うんだということです。学校では青の領域しか教えないんです。学問という視点では、自然科学も人文科学

も青の世界です。客観的真理を求めるのが学問というところに、主客一致を原則とする自然科学領域では全く混乱はないが、人文科学領域では相当混乱がある（人文科学領域は赤の領域で語られるべき）というのが、フッサールの主張です。



だまし絵「ルビンの壺」

学校では、世の中の人々は平等であるべきだとか、そういうことしか教わらないが、現状としては貧富の差はあるし、みんな違うわけです。違う中で自分がどう生きていくかというのを教えるのが学問なので、まだそこまでは至っていないんですが、それが行き過ぎると、テロみたいなことが起こりますので、どっちがいいかという話でない。キュアとケアはバランスが重要です。今まさに情報化社会で、青の世界（客観領域）から赤の世界（主観領域）に移っているところで、いろんな混乱が起こっている過程だと思います。これもお手元の講義録の図にありますけど、意識をどこに置くかでももの見え方が変わる、黒を見ると人の顔に見える、白を見ると杯に見える。同じものを見ても、例えば、白がキュアだとしたら、黒のケアの解決法もあると、いつも裏表で見るのが大事だと思います。

今までの医療はキュア志向の病院医療で、治すのに特化している。病院は、病気を検査して治すところ。だから僕だってキュアをやりますが、在宅の医療は病院医療とは相当違う。ではどこが違うか。

病院はどのようなところですか？ 病院に行くときは何を期待します？ 病気を治すことですね。うちに面倒を看てくれる人がいないから、面倒を看て貰いに行くところではないですね。昔はそれがあったんですよ。社会的に帰るところがないから病院に居た。病院から言えば（生活環境が悪いのは）当たり前なんですけど（病院は治療する場所で、生活する場所ではない）、患者さんから言われるのは「非人間的」、「私はどこに帰ればいいのか」と。それは病院の責任じゃないということです。在宅というのは病院の外なんです。決して病気を治すところではないですよ。在宅は病気を治すところではなくて、生活するところなんです。在宅でも病気を治すことをしますよ。でも点滴を打っても、それがメインではない。治らない病気、ガンがあっても、病気の治療をしなくても、そのまま家にいてもいいんだよと保証してやるのが在宅医療。だから、この視点が一番大事なところです。勿論、在宅医療、訪問看護は治療（キュア）もやりますから、キュア志向の病院医療とケア志向の介護をつなぐキュア・ケア志向の在宅医療（狭義）を提唱しています。病気を診ずに人を診れと日野原先生は言われますけど、病院である限りは、薬で治そうと、人を診ずに病気を診るのは当然です。在宅は、病院の外です。生活がありますから、だれだれさんの胃がんが大事なのではなくて、胃がんを持っただれだれさんの生活をどうするかが大事なんです。

#### 4. 根底にある超高齢社会

今病院が少なくなっています。7月7日の南日本新聞のトップ記事に出ていましたけど、鹿児島市は在宅死が少ないことの原因の一つは、病院が多いことではないかと僕はコメントしました。あのデータは在宅看取り率ではなくて在宅死亡率でした。在宅死亡率は孤独死とか検視なんかも含みますので、データ自体がおかしいのではないかとコメントしましたが、それでも鹿児島での在宅看取りが少ないとしたら、鹿児島市全体としては病院が多いため、最後は病院にというケースも多いのではないかと推察します。逆に言うと、ベッドが少なくなったら皆さんはハッピーかもしれませんよ。病院に入っても決して幸せではないと。これは病院の悪口ではないですよ。病院は病気を治すところだから、入院したら検査や治療がされるわけです。決して病院があくどく儲けるのではなくて、ちょっとでも粘れるなら粘る。もっと言うと、それ自体が病院の一つの使命を担っています。一般外来でも、血圧の薬を使いすぎて低くなっている人がいるわけです。患者さんは心配で、薬を下さいといわれれば、「それは必要ない」とはなかなか病院側からは説明しづらく（中には家族がお薬だけを外来にとりに来られるケースもある）、結果的に、血圧が下がりすぎている人（過剰投与）が結構いたりするわけです。

医療崩壊の原因というのは、超高齢社会にある。病気じゃなくて、加齢による障害が多い。腰が痛いとか。認知症も、脳の病気というよりは、年取って脳を使いすぎたからだんだん古くなって、大変なことになったのではなくて、ある意味ハッピーかもしれません。嫌なことも忘れるわけですから、酔っ払い状態になるわけですからね。介護する方は大変でも、介護されるほうは幸せかもしれません。ただ、認知症も初期のころは不安ですね、人に迷惑かけるんじゃないだろうとか。ただ、今まで苦勞して社会に貢献してきたわけですので、あと（老後）の介護は社会に任せて、気持ちよくこの世を楽しんで、あの世に行けばいいじゃないですか。捨てセリフではなくて、これもケア（現状を受け入れる）なんです。

もう少し楽に考えてください。生まれた赤ちゃんは要介護5です。要介護4、3に上がっていきながら自立してくるわけです。最終的にはみんな要介護2になって、3になって、5になって死ぬわけです、急に亡くなる以外は。今までちゃんとしてきたから、あとはヨキに計らえとすればいいわけです、基本的には。国の方は、財源がないとか言い出すわけですね。だからアベノミクスで儲けて財源をと。お金はありますよ。これだけ朝晩に飯が食える世の中です。余った金をもっと儲けようとする人たちがいるものだから、みんなに回ってこない。政治もキュアからケアですね。稼ぐ（キュア）のから恩恵を受ける（ケア）方に。お金は人を幸せにするために使うべきで、もっとも高年齢者の福祉に使っていいと思うんです。子供もそうですよね、貧困の子供の教育にきっちり金をかけていかなければ、今後の日本はまずいぞ、というのが僕の持論です。

これからはキュアからケアへですね、WHOでも言っています、キュアからケアで受け入れよう、医療から生活へと。かつては病気でないことが健康だったんですけど、病気で、例えば脳卒中で右の片麻痺があって動けなくても、リハビリで動けるようにするの（キュア）ではなくて、現状のままでも車椅子で外出できて花見ができて、お酒が飲めて（ケア＝現実を受け入れる）ハッピーじゃないですかということ。これが障害を受け入れる（ケア）ということですね。随分いい世の中になりました。20年前は、車椅子になったら社会に迷惑をかける、こんな醜態をさらけ出すのは恥ずかしいとかで、障害がたぶん社会的に共有されてきたんだと思うんです。結局役に立たなくなったら、金使わずに守ってやる……。そうじゃないですね。たとえ要介護5の子供たちを育ててきた皆さんですから、自分たちに介護が必要になったら、社会で金を使ってちゃんとしてくれという権利がある。急性期医療から慢性期医療へ、キュアからケアへですね。

在宅医療は看取りをする医療だと先ほどありました。看取りは結果なんです。国は、特に財務省はお金の問題からの視点で、在宅医療を推進すれば看取りが増えるというのはデータにも出ていますから、それを進めれば医療費が少なくなって、国も財政が助かるということで在宅医療を進めています。これが基本的にキュアの（現状を変える）考え方です。ちょっと昔、「高齢者は死ぬ」というのがありましたね。＊ 高齢者は早く死んでもらって医療費もかけないで、若い人に財産を残しましょうというのがありました。これはキュア志向ですね。高齢者は死ぬ（キュア）と言わなくても、実際に死ぬんです（ケア）。死ぬまでの間もそう長くはないだろうから、今まで貯えた社会資源をたっぷり使って余生を楽しんでもうらおうという政策へ変えていく。そうすれば、雇用も増え、内需も増え、経済も活性化していく。

違うでしょう。キュアとケアはそのくらい考え方が違うんです。病院で看取りはできません。病院は治すところだから。病院で亡くなったのは看取りじゃなくて、死、医学の敗北です。在宅だと生活する場所だから、在宅でできる医療、あるいは検査や治療をしないという選択もあります。その結果の看取りになるわけです。看取りが在宅医療の目的ではない。じゃなぜ看取りをするかという理由の根拠を、先ほど皆様から聞いたわけです。条件さえ整えば、亡くなるまで家に居たいという人がほとんど。それを実践するわけです。例えば介護保険でこれはどうですか、あるいは家族も死んでいろいろ周りから言われるのを心配する。自宅で死ぬまで生きられたら本人は本望で、その最期に看取りがあるわけです。看取りは、（財源確保の）目的ではなく、（その人の生活の場で死ぬまで生きたいという希望を実現した）結果です。その結果が（医療があまり介在せずに）お金が要らないということであれば、三方よしということですよ。悪くなって入院するのではなくて、できる限り住んだ家だと、そうすると本人も長生きするんです、環境がいいから。結果お金もかから



ない。そこに介護のスタッフがいたら雇用が生まれる。そういう形でお金を回していくのが大事ではないのかな。だから在宅医療は定期的に訪問診療、回るわけです。何かあった時に24時間対応の往診をする。こういう形で病院のベッドは結果的に減ってきます。そして皆様の安心して幸せに暮らせます。

家で介護も大変な人がいますので、そういう人は介護付きの住宅とか、そういうところに住んでもらって支える。たぶん、病院と同じ施設でも、介護施設の方がはるかに生活には良いのです。病院は治すためのケア志向ですから、非常に管理されていて居心地が悪いわけです。9時になったら寝れとか、糖尿病があれば、完全コントロールの食事があるけれども、在宅や施設（病院外）は少々糖尿病が悪くなくてもおいしいものを食べて、死ぬまで好きなことをするから、結果的に長生きすることも多いと思います。

これは2013年の社会保障国民会議のケアからケアへですね。半分はお金の問題、半分は生活の質の問題、QOL（生活の質）の問題ですね。ただ、まだまだ在宅医療の普及率は低いんです。今からだと思います。皆さんがこういう医療を受ける権利があるんだともう少し大きな声で言ってほしい。家族に迷惑をかけるという人は、ケアマネ次第で介護が変わります。家族に迷惑をかけない形でやる方法はいくらでもあります。



\* 当時、次のような川柳が評判になりました。

年寄は死んでください 国のため  
宮内可静（月刊オール川柳編集部）

## 2013年 社会保障国民会議

### 5. インターネットが支えるチーム医療

在宅はチーム医療ですね。チーム医療の要件としては連携の費用が安いことと、スタッフが優秀である、の2つの点が重要です。連携のコストを安くするために、インターネットを使いながら、連携をよくしあうということと、教育環境を作ろうとやってきたわけですが、インターネットの仮想空間と、現実がどう絡み合うかが重要です。医療改革を鹿児島の一開業医ができるのは、インターネットによるメール環境の整備のおかげですね。在宅でいろいろやり取りして現場に直接行ったりして、ここ10年、地域包括ケアシステムの流れを作ったのは、僕の管理するメールリスト（CNK-ML）も貢献している。信じられないことが起こっていて、そういうことで社会の人間関係も変わってくる。人間関係が、縦関係から横関係に変わっていく。

この前の熊本地震では、災害時におけるインターネットの活用がすごい効果を発揮しました。インターネットを通じて、益城町で家の中で取り残された人がいないかと、僕は一番被害のひどいところの責任者を任されて行ってきたんですけど、一番暇だったです。被害がひどいところほど引越していますから。こういう壊れた家に残ればと死んじゃうから病院とか施設に既に移っていました。逆に被害が少なくて、医者が来れるところでは対応しなければいけないから結構忙しかったらしいですけど、僕は報告が1例もない。こういうことも現場に行けばなるほどと思うけど、外から見たら絶対わかりません（真実は現場にあり）。

ケア志向の在宅医療（広義）はハイテクよりもローテク、治療よりも生活、血圧が高かったらまだ生きている証拠ですねという世界です。血圧が低くなりすぎると元気がなくなります。仮に血圧の薬を使わなくて、脳出血で亡くなったとしたら、それを予防しなかった医者が悪いのではなくて、高血圧の人の体が悪いわけです。そういう考え方が大事だと思います。治療せんかったのが悪いという考えから、治療（ケア）はあくまでも二次的なもの、何もしないで悪くなったのなら、その人の寿命ですよ（ケア）。治療（ケア）した方がよいというのは、医療サイドの論理です。治療

した方がたぶんあなたの益になるから、ちょっと痛いだろうけど、体に触らせてねとなる。

病院に行く構造が逆なんです。これをしないと死ぬよと言われる。昔は名士の医者が、「俺の言うとおりにしないと死ぬよ」と言ったものです。今そんなのはやらない。今では当たり前だと思うんですけど、こういう形で医療は変わってきている。患者さんのニーズに対して、病気の主役はあなた（患者さん）です、決して（医師の）僕ではない。専門職の僕はどう助言ができるかというのが役目で、俺が言うとおりにしないと死ぬぞという医者はだんだん廃れる。僕らとしては困ったものです。商売はやりにくいですからね。言うとおりにしてくれると楽なんだけど、それが実際起きている。だから皆さんドクターのところでは怒られたらドクターを代えたらいいのですよ。まず、そういう時代の転換が来た。そして、在宅医療では多職種連携のチーム医療を展開します。

## 6. 質疑応答から浮上する問題点と対処

### (1) ガン入院の病人と家族

ガンの家族を持った方はいらっしゃいますか。ご主人ですか。どこで亡くなったんですか。（病院）お家に帰って？（今、3回目。6か月個室にいたんです。治療代は安いんですが、部屋代がものすごく高いんです。そして、病院に居ても治療はできないというんです。肺ガンで、連れて帰りたかったんですけど、個室だったから毎日泊まって、今の先生の話で在宅でもできるんですね。結局痛みをモルヒネで抑えて、大丈夫、大丈夫と。今考えると、あれだったら、家でもと今は思います。）モルヒネは注射ですか。（はい）在宅だと張り薬で、（15年前もそんなのあったんですか）15年前は飲み薬で十分。（こんな話を早く知っていたらね）15年前はこういうのはなかったし、病院だろうが、在宅だろうが、やったことは一緒なんです。在宅医療があってもそれを知らなかった。それはそれで一つの出会いみたいなものです。家に連れて帰ろうとしたときに何が心配でしたか。（急に苦しんだとき）

ほかに家族にガンの方はいらっしゃいませんか。体験談が一番ですから。（10何回手術して、その時だけ帰って、適当に動いていましたけど、まだ治りたいという気持ちがあったと思うんですけど、こういう形で早く亡くなるとは家族も思わなくて、この在宅医療とかもっと早く知っていたら、ガンに対する向き合い方も違って、主人をもっと楽にできたんじゃないかなと思いました。）

どうやって亡くなったんですか。（入院しているときに尿も出なくなって、吐血して）その時は抗ガン剤はやっていたんですか。（はい、3年くらい）亡くなる直前まで抗がん剤をやっていたんですか。（はい）抗ガン剤をやっている途中で亡くなったんですね。（もうこれ以上はできないかも、と言われるんです）前からそういわれていたんですね。だけど、ご主人が希望してやっている途中で亡くなったということですね。わかりました。ぼくらは知っていたら、たぶん、お家で看取れたと思います。

（義理の父を大腸がんで亡くしました、76でした。指宿の田舎の方で農業をやっていて、10年、20年前から心臓が悪くて、指宿の病院でずっと診てもらって。田舎ですから一人の先生にかかって、信用してその先生にかかっていたら、6年前に足が腫れてきた。痛風かなと思っていたら、どこか病院に行きなさいと。先生を代えたらいけないんだなと思って、そうしているうちに下血、おしっこから血が出てきて、それからは早かったです。診察を受けたら、大腸がんだということだったんですけど、よく食べ体格がよかったですから、全然わからなかった。田舎は行き来も大変だったのに、大きな病院に来て、いよいよとなった時に家に帰っていいですよと言われて帰ったんですけど、1週間くらい薬を飲まなくなりました。荒れて、暴言を吐いて、病院でも『俺が死ぬとわかっているから僕を馬鹿にしている』と。いよいよとなった時も『死ぬかもしれない。船が迎えに来たから。』指宿まで何度も行ったんですけど、今、嫁の立場から思うと、私も介護の仕事をしていて、義父の最期を看取ってあげたいなと思いつつながら、なかなか家で看るのは大変なんだなということを感じました。）抗がん剤治療をしましたか。（しました。心臓が悪かったから、治療しても心臓が持たないと。）

そこで治療は難しかったんですね。告知はされたわけですね。（主治医は、僕は告知する主義だと言いますし、義母は、ガンなんだよ、なかなかむづかしいと思うよと言う。義父はすごく厳格

でした。義母ももうよかが、よかがと言うんですけど、嫁として切なくなる。)

告知というより、病状説明ですね。主治医も告知をする主義だからと言って告知するものではない。本当に家族、本人を含めて、家族に告知しますかというのがおかしいですね。お父さんに病状説明をしますかと、お父さんが聞きたくないというのなら、説明もすべきではないと思いますけど、ほとんど100%説明してくださいと、本人は言います。でも、なぜ、家族が告知しないでというかわかりますか？心理的には、家族が責任を取りたくないからです。告知したら、その後、精神症状まで負わないといけない。死ぬまで逃げていたいという気持ちが働きますからね。これはご家族を非難しているんじゃない。構造的な話です。

病状説明をするときは、きっちりその辺まで含めてしなければいけないから、逆に病院の先生では難しいかもしれないのです。僕らが在宅で告知(病状説明)することも結構あります。あと、病院のかかり方ですけど、いきなり連れて行って、かかりつけがあったら、そっちで診てもらってまた来てくださいという医者は正しい。いつも診ている先生がはるかによく診ていますので、大きな病院は紹介状なしには受けてくれないのですよ。この人にどうしても説明がつかないから大きい病院を紹介してくれ、ということで紹介状をもらって病院に行けばしっかりと診てくれる。今の話を聞いていると、医者が悪いみたいに聞こえるんだけど、医者が悪いのではなく、コミュニケーションが悪いのだと思います。

患者さんがどういう考えということを知っておいて、病状を知らないと今後の治療方針を決めることができない、ということから進めていく必要がある。医師も、個人的な主義・主張で告知するものではなくて、病状を説明するというスタンスが重要と考えます。本人が今まで病状を説明しないでくれと言われた方は一人もいません。それと、急に亡くなったりすることがあるわけですよ。退院の前には必ずカンファレンス(協議、打ち合わせ)をします。退院前カンファレンスを開催する目的は、帰った日から始まる在宅療養への対応です。

もう1点は、病院のスタッフはキュア志向ですから治すことしか頭にない。帰った後の在宅療養のイメージがつかないんですね。そこを家族と共有するというので、患者さんを立ち合わせます。家族が家で看るときの一番の心配は急変なんです。急に痛みが出るとか、急に呼吸が止まる。急な呼吸停止は実際にあるんです。急にお腹の中で出血したとか、特にガン末期になると内臓に広がっていますから、お腹の中の動脈が破れることがあるんですね。大動脈破裂ということで、急に呼吸が止まる。血管が破裂すると、急に意識がなくなり、呼吸が止まるわけですね。心肺停止というやつですね。頻度は癌末期の方の1割くらいです。だから、そのことを言います。洒落じゃないですけど、心肺停止の時は心配(しんばい)しなくていい。なぜかという、意識がなくなるから苦しくない。俗にピンピンしてころりと死ぬという、そう死ねればいいなという。それは願望で、ガンの1割くらいしか、そうなりません。病気で言うと大動脈瘤破裂という病態に近い。急性心不全、心臓麻痺とか。ピンピンころりというのはコロッと死ねば、本人は意識がなくなるから苦しくないですね。

## (2) 在宅での病状急変への対処

あと、ガン末期で急変した時に、救急車を呼ばない場合のこと。ガン末期で、救急車を呼んでも助かりません(キュアが必要な場合は、在宅主治医が緊急往診して救急車をお願いして、病院にキュアをお願いします)。ガンがぎりぎりの場合は、運ぶだけ無駄なんです。元気な人が心肺停止になってもなかなか助からない。元気な人なら、しっかり心臓マッサージをやって、電気ショックをかければ助かるケースがあるから救急救命をしようとなりますが、ガン末期で心肺停止に陥ったらジ・エンドです。救急車を呼ばずに僕を呼んでくれと言います。これはうまく説明しないと、先生は救急車を呼ばずに見殺しにしたという話になるから。そうじゃない。もう運んでも助からないから、そこをしっかりと話をすると、家に連れ帰ったら何が心配ですかと聞くと、「一番は心肺停止です」と。その時は僕を呼んでください。死亡診断書を書きます。こういう話をすると安心します。意外に安心されるんですよ。こんな話を聞くと、なんとということ言う医者だと思うけど、当事者は非常に悩んでいますからね、僕がこの話をするだけで安心する。

この類の一番悪いケースが東北大震災の原発事故の際、枝野官房長官の「心配するな、心配するな、心配するような事象は何も起きていない」という広報です。あれと同じです。かえって心配になるわけです。想定されるリスクをしっかりと説明してこの点は心配ないからと言っておけばいいものを、ただ、心配しなさんなというだけでした。リスクを正確に伝えるということは大事な話で、この場合は急変があるということですね。急変があるとわかり、その時の対応がわかれば安心する。

### (3) 「苦しいのは患者よりあなたです」

もう1点あります。死ぬときは苦しくないということですね。1割の急変は苦しくない（急に意識がなくなるから）。後の9割はこうなんです。だんだん状態が落ちていくんです。食べなくなった、歩けなくなった、呼吸が速くなって、血圧が低くなって、最後は脳に血が回らなくなって意識が落ちる。だから、終末期は、譫妄（センモウ・意識低下に加えて幻覚や錯覚が見られるような状態）におちいることがありますけど、あれは苦しくないんです、本人は意識が落ちてますから。苦しいのはあなたです。苦しそうにしている本人を見る家族が辛いんです。

だけど、うまく言わないと怒られるというか、先生は死んだことがないのに何でそんなことを言うのか。（今、そう思いました） そう思ったでしょ。人間はつながっているんです。人の間の縁でつながっている。親しい人とは、苦しみも悲しみも楽しみも共有することに生きがいがあるんです。僕はそのことを話しているんです。もっと言うと、例えば東北の大震災の時に、6歳の子供が泥の中から出てきます。お母さんがそれを抱きしめて、だれだれちゃん、苦しかったねというでしょう。その子は津波にのまれて一気に意識を失っているから苦しくもなんともない。あつという間に命は終わってますので、（その子が苦しいのではなく）それを見るお母さんが苦しいんです。現場に行って、背中をポンとたたいて、「苦しいのはおかあさんですよ」と言ってあげたら・・・。

そういうことなんです。何のためにそれを言っているかという、間違っているのはあなた。苦しいのはあなたなんですよ、本人は苦しくないですよという、苦しんでいるあなたを否定しているように聞こえるのです。言い方に気をつけないと、怒られてしまいます。本人は苦しくないが、今大事な時ですという僕のメッセージを伝えたい。だから、ケア（病気や苦しみを家族が受け入れる）の一環としてそれを伝えるわけです。大切な人と一緒に苦しむのが人生だけど、最期の時まで付き合ってしまうと見る方が辛いから、ちょっと離れて、本人は苦しくない。

何で意識が落ちると苦しみを感ぜないかという、僕自身二つ経験があるからです。僕は前に救急病院に居ました。救急の方は半分以上が助かります。瀕死の人は意識がなくなる。管を入れたり、人工呼吸をしたり、家族も来て、スパゲッティ一症候群と言って、なんてこんな苦しい治療したかと家族に怒られることもあります。そんなこともあるから、元気になった後で「ごめんね、辛い思いをさせて」というと、本人は覚えてないです。痛くも苦しくもなかったということです。ある程度意識があるときは苦しい。だから、苦しいのは意識の問題で、ある程度意識が落ちてくると苦しさを感ぜない。もっとわかりやすい体験からは、僕はお酒が大好きです。酔っぱらってケガしても痛くないですよ、泥酔じゃないですよ、普通に会話をして、釘を踏んで、朝起きて、なんか痛いなと思ってみると足の裏から血が出ていたということがあります。

だから終末期の患者さんの意識レベルでは、痛みはない。多分そこいらは、最後は苦しくないように神様がしているから、看守る家族も（一緒に苦しまずに）ゆっくり見てあげればいいんじゃないかなと伝えてあげるだけで、家族は随分落ち着く。これもケアの技術（現実を受け入れる支援）なんですね。その辺の実際の例を最後に出してみます。

### (4) 最期の点滴と胃ろう

この方は104歳。103歳で僕らのところに。紹介先の先生からは2年前から飯が食べなくなった、点滴をしてくれと。点滴は水戸黄門の印籠なんですね。キュアの象徴と言ってですね、キュア志向の家族を納得させるための手段でしかない。たいして栄養もないし、中身は水と塩ですから、カロリーもそんなになくて、不用意に点滴をするとますます弱っていくというのが現状ですから、退院カンファレンスで家族に言った。これは病院で鼻から管を入れて元気になるって、103歳

で、本人は帰せー帰せーと言っている。これだけ帰りがあって、家に帰って、ものが食べられなくてなくなったら寿命。ということで、「大往生したければ医療にかかわるな」(中村仁一・幻冬新書)の本の中で出てくるのは、食べないから死ぬと思うから鼻から管を入れる。じゃなくて寿命が来たから食べない。103歳で家に帰って、食べなくて死んだら寿命。そして、帰って、こんこんと眠って、次の日に血圧が90まで下がって、脈も140くらいに上がって、医学的には食べないことによる脱水症状です。食べないから点滴をすることはないのだけど、脱水症状は点滴をする。僕も医者だから点滴もするし、抗がん剤も打つ。点滴をしましょうとなったんですけど、入らないんですよ。僕はいろいろ知っている、方法は。おなかから500CC入れる方法とか知っているんですけど、もうこれは無理して点滴を入れるのは気の毒かなと思ったものですから、点滴も入らないのも寿命かもしれんですねとぼろっと言ったんです。受け取る人によっては怒られるかもしれないですけど、その時は結構受け入れてもらったんですよ。「先生もそう思いますか。もう看取ります」と。「今夜だと思えます。呼吸が止まったら呼んでください」と言って、待っていたんですよ。僕は朝の4時から起きていますから、4時になっても電話が来ないし、そういうパターンはケアからケアへ変わっているんですね。先生は、夜は寝ていると思ったから、8時になったら電話しようと思っていた、そういうパターンかなと思ったから、ぎりぎり6時まで待って電話したんです。「のどが渴いて水を飲みました、飯食って」これ、本当の話で、こういう経験が、治療したい、治療したいというケア志向の僕(医師)の意識をもうせんでもいいの(ケア)では、と(ケアからケアへ)変えていくわけです。ふつうのお医者さんは僕みたいに手抜きしないから、こういう経験ができないのですね。

もう一つ、この方はいま102歳で存命中です。98歳の時に施設に入所。黄疸が出た。98歳だからもう寿命というのではなく、黄疸であれば(ケアの可能性があるので)チャレンジします。まず原因がわからない。ガンだったらどうしようもない。連れて帰って看取りということなんだけど、行ったら胆石かなんかで炎症を起こしている。管を十二指腸から通したら黄疸が消えて、元気になりました。ところが、認知症があるものだから、精神科の病棟に入れられて束縛されている。よくなったからすぐ帰してくれるのかなと思ったから、5日くらいたってから、胆嚢炎が治らないから、PTCD(経皮経肝胆管ドレナージ)という胆汁を出す管を体の外から入れると病院の先生から言われた。息子さんは、命は助からなくてももう中野先生に頼んで看取ろうと、病院の先生に頼みに行ったんです。医者(病院の先生)は「ノー」です。なぜかという、その先生は僕(在宅主治医)のことを知りません。結局、遠くの親戚、金は出さずに口を出すという話がありますね。息子が看取りを容認しても、京都にいた娘がなくなって帰ってきたら「何で連れて帰ったのか。判断する医者も医者だ」という話もある。病院の先生は連れて帰ると亡くなると思いつている。僕も息子さんと同じ感じだったから、僕が責任を持って看取りますからと、その辺のコミュニケーションが病院主治医と取れて、退院OK。

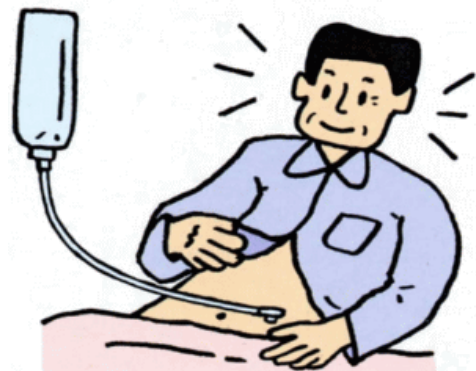
その担当の病院の先生に聞いたんですよ。「先生は、この方はなくなると思っているでしょう」と。「何%くらい。結果的には100%だけど、近いうちに何%くらい亡くなると思えますか?」「近いうちにも100%。看取り、でしょう」「僕は2・3割は助かる可能性があると思えます」と。医学的には40度の熱が出て、DIC(播種性血管内凝固症候群)といって、多臓器不全症の1歩手前になっていましたので、医学的常識からは100%なくなるのですが、僕はこの胆嚢が縮まないのは、ご飯を食べさせない(で点滴をしている)からだと考えました。だから、家に帰ったら点滴なんかやりませんし、抗生剤の内服と、ご飯食べる。ご飯を食べさせたら熱が下がって、完全に回復した。これ、すごく大きな教訓になってですね。医師は僕を含めて治療(ケア)のプロですから、治療してよくなったこと、悪くなったこと、いろんな経験を持っているわけですね。だけど、ここに盲点がある。治療しなければどうなるかを知らない。病院の主治医は、この方は治療しても亡くなる、治療しないと絶対なくなると思いつている。飯食わせれば助かるんですよ。病院は治療するという特殊な場だから、病気を治すのにはいいんだけど、(治さなくても)生活させた(ケアした)ら病気が治るということはよくあるんです。それが病院にいるドクターにはわからない(経験がないから)。そういうことです。

この方は胃瘻なんですけど、今NHKなんかで胃瘻は作るなとキャンペーンを張っているみたいです。胃瘻はあまりよくない。この方は、25年前の胃瘻の方で、認知症で何も自分でしゃべることもできません。食べないということで、こういう人を生かすことに当時の消化器の先生方は生きがいを持っていたという感じでした。僕はこういう方に胃瘻を作っても、冗談半分に在宅胃瘻部だと。これはよくないし、医療費の面からも人権の問題からもよくないんじゃないかなと。食べないから胃瘻を作るんじゃないくて、食べないのは寿命と考える。こういうのは自然に看取るのが一番いいだろうと、本人のためにもね。僕が言って、2・30年くらいたってからNHKも気が付きだしてキャンペーンを始めた。しかし、胃瘻は悪いことだけではない。目が悪くなったら眼鏡をかけるように、食べられないことだけが問題だったら、胃瘻を作った方が絶対いいわけです。キュア（胃瘻を造る）とケア（胃瘻を造らない）のバランスなんです。

この方は、結論から言うと、僕は十分説明したつもりだったけど、受け取る相手はそうは感じてなくて、主治医を交代させられた症例です。だから今は、主治医ではありません。今まだ元気だと思えますけど。昨年脳梗塞を起こして、神経難病で50代から（開業当初から16年間）ずっと診ていた方で、それでもうまくコミュニケーションができませんでした。一つは相性もあるでしょうが。こうして診てたら、お母さんも僕らで家で看取り、弟さんと2人暮らしです。弟さんも脳出血後遺症で要支援です。左片麻痺があって、自分のことはできるけど、とても兄の介護どころではない。この方に昨年、脳梗塞が発症しました。失語があって、嚥下困難で、入院中も施設に行っても胃瘻を勧められたんだけど食べることにこだわって、「いや、私は食べる」と。結局家に帰りたいということで、当時在宅主治医の僕らが呼ばれました。誤嚥性肺炎を起こして、弟さんと2人暮らしだから、「朝行ったら亡くなっている可能性もある。それを覚悟するんだったら家で診てもいいよ」と、家でフォローできるかどうかも確信がないまま家に連れて帰った。介護体制も整えてですね。弟さんもイメージ的に胃瘻を作ってまで長生きしてほしい（本人の意向を尊重して）ということだったんです。

そして、お家へ帰ったら、1週間ちょっとで誤嚥性肺炎を起こして、入院したんです（介護者なしの在宅は、施設に比べ介護力が落ちます）。本人は肺炎が治れば家に帰れると思っていたんです。誤嚥性肺炎を起こすかどうかはわからないけど、施設なら目が届くが、在宅では介護力は落ちます。ずっと面倒見るわけじゃないですからね。ヘルパーさんがポイントポイントに入って、同居者の弟さんも（自分自身の）介護が要る。その肺炎が治っても、この状態だったら胃瘻を作らないと家では診れないと考えました。ICUの先生から（胃瘻造設拒否で）困ったという電話があったものだから、僕は弟さんにも来てもらって、一緒にICUで説得しました。胃瘻で栄養ルートを確認しないと、また口から入れたら誤嚥性肺炎を起こすことは明らかでしたので、この時にいったん胃瘻を作っても、胃瘻で元気になるれば胃瘻が抜けることもあるから、胃瘻を作るのは食べないということではないんだよと説明して、食事のルートとして作ったらどうかといったんです。胃瘻を作っても抜ける可能性があるからとといったけど、それだけでは説得できないんです。胃瘻は作りたくないけど、在宅には帰りたいわけです。胃瘻を作らないと在宅では診れないわけです。そうしないとそれこそ医者判断を誤っているということです。僕は強要したわけではないですよ。彼は、最終的には自分の決断で胃瘻を作った。そして帰ってきた。その後4か月、家で安定した生活をして、これは胃瘻を作って正解例なんですけど。写真の許可を取ってきたんですけど、いま主治医じゃないものだから目隠しをした状態です。そしたら、この後も誤嚥性肺炎を繰り返して、ある病院に入ったら、退院するときから、本人の希望で主治医が代わったということです。

「何で」と思った。思い当たることがあったんです。ある先生とのメールのやり取りで、病院の先生に胃瘻を強要されて、一方的に胃瘻を作られて、患者さんは訴訟まで考えているというようなことを言っていると



（多摩胃ろうネットより）

いう。(強要されたのは病院の先生ではなく) きっと僕 (在宅主治) のことだろうなと思ったから、誤解を解くために書いたメールなんです。

このとき救急病院の担当医も同じ判断で、在宅に帰るなら胃瘻をと勧めたらしいですが、本人が胃瘻を拒否するので、救急病院のICUに僕自身がそこへ行き、在宅に帰るとしたら胃瘻をしなければ施設入所になるよという話もしたわけです (在宅主治医を引き受ける条件として、在宅療養か胃瘻造設かの選択を迫りました)。その時、本人は、回答はすぐしませんでした。2・3日してから、救急病院の先生から胃瘻を作ることになりました。それから4か月半、安定した生活をおくれました。

この前に1回主治医交代の話があったんです。「何で交代なの」と言ったら、中野先生は胃瘻を作るときに体力がいたら胃瘻を抜去できるといったのにいまだに抜けていないじゃないか、嘘つきだと攻撃されたわけです。じゃなくて今からも含めて、口から食事が摂れることがあるという可能性もあれば、結果的に口からの食事は摂れないこともあり得るということですよ、と説明しました。その時は納得したのですが、彼は自分の視点でものを考える。視点が違う。在宅ではしょっちゅうある事です (というより、各自の主観はそれぞれ違う)。だから主治医を代えられてもなんともない。彼はそう考えたんだなということなんです。主治医を選ぶのはその人の自由だから問題ないと思うんですけど、僕は自分自身の周囲への誤解を解いておきたいために、これ (メール) を書いたわけです。

医学的には胃瘻を作りたくないという頭のしっかりした患者さんに胃瘻を作る方が良い場合が多く、胃瘻造設を判断できないくらい脳の機能が落ちた人には作る必要は少ないと、僕は考えています。僕から見たら、今回の患者さんも僕が説得して胃瘻を作ったから胃瘻抜去ができた。彼にしてみれば、胃瘻を抜くことができなかつたから中野は藪医者だと思っている。だからその辺の説明が十分できたかという、十分じゃないわけです、基本的には。だから主治医交代になったわけです。

とにかく僕にとってみれば、この方は胃瘻を作って、結果的に元気になったから、これ以上在宅主治医として嬉しいことはないし、胃瘻造設の成功例の1つなんだろうなと思います。医学的には成功例でも、コミュニケーション的には失敗例だと思います。それくらい、ケア領域における主観の違う両者 (主治医—患者・家族) 間でコミュニケーションをとる作業は難しいです (相性もあるのでしょうか)。

#### (5) 本人の意思尊重のカンファレンスを

この方はCOPD (慢性閉塞性肺疾患) という煙草を吸うと肺が悪くなる、そのタイプの病気なんですけど 肺がんが見つかり、手術と抗がん剤はしない。80何歳だから緩和的に行きましょうということで、車いすレベルで認知症と鬱があります。介護が大変だったら緩和ケア病棟へ行こうとしていた。某病院での退院前カンファレンスです。

奥さんにもちょっと認知症があつての老々介護です。別居の長男さん、これがキーパーソン。介護は嫁さん。家族は家に帰ってあげたいと希望し、病棟の主治医から、今後肺炎からの喀血があり得ると。末期状態ではないけど、COPDで急になくなることもある。精神科の先生から、病名を告知したら鬱になった。告知せんかった方がよかつたんじゃないかと考えている。自殺願望まで出てきて、困った、余計なことを言ったかなあと思っていたらしいです。実はこれが勘違いだったと後で分かる。病棟の看護師からは寝ていることが多いということで、介護が大変だったら、何々病院の受け入れ態勢もしてありますよと。僕 (在宅主治医) の方からは急な看取りもあるから、その時は救急車じゃなくて僕を呼んでと話し、ケアマネからは在宅でできるサービスを使いましょう。訪問看護からは、何かあつた時はいつでも訪問します等の意見が出ました。

それで家に帰ってきました。一昨年の8月、初回の訪問をして4日目訪問診療をして熱があつて、次の日の夜、熱が38度2分あると。家族としてはここからずっと介護、しかも嫁がですね。家族介護は限度だから入院させてくれと言ってきたのです。これは来週木曜日に鹿児島市の在宅医の集まりがあつた時に僕が症例提示で話す予定なんですけど、この症例をどう思います？

話し合いしてもらってもいいんですけど、何か欠けている気がしません？ このくらい普通ですか。本人の話が全然ないんです。本人がどうしたいという話が全然ないんです。ガンを告知したら落ち込んでしまった。何で落ち込んでしまのかという理由も聞いていない。

本人に聞いてみたんですよ。家族は入院させてくれというけど、ご本人はどうしますかと。本人は絶対入院しないと。このまま入院しなかったら家で死ぬことをご家族皆様は心配していますよ、どうしますか。死んでもいいから入院しないと。本人の意思は、はっきりしていた。家族の皆さん困ったんです。もっと面白かったのは、ガンになったのがショックじゃないんだ。癌といわれて、家に帰って来れないと考え、落ち込んだ。今は、家に帰って今最高なんだ。本人、ご家族には、家で死ぬ気があれば死ぬまでお家に居れますよといえ、歩けなかったはずの本人が、歩き出してしまいました。

夜間対応することが大変なのでポータブルトイレを導入、奥さんと二人の老々介護で夜倒れて、朝行ったら死んでいるかもしれない。奥さんも電話をするくらいの意識はあるから、急変時は中野（主治医）に直接電話連絡して対応したらどうですか。いつ死んでもおかしくないわけだから、朝なくなっていれば本人の本望ではないですか。夜間、家族が看る必要はありません。そういう意味での家族内であれこれ困っている中、ご家族も「わかりました」ということで、在宅療養が継続しました。

在宅開始 54 日目に、喀血があったんですね。ガンの状態もあるからちょっと病院で検査した方がいいよと助言した。本人は入院も検査もしない、絶対しない。喀血で死んでもいいんだと言うから。結局その 4 日後に亡くなった。喀血はなかったから肺ガンによる急死だと思うんですが、原因がわからない。それはそれでよかったんだろと思うけど、もし喀血とかが原因ならその時に入院していればもう少し長く生きたかもしれないです。

そういう問題は、これは**白浜雅司先生(故人、佐賀大学医学部臨床教授)の話なんですけど**、医学的適応と患者の意向、社会的な QOL、周囲の状況、こういう形で分割できて、解析すれば、よくわかるんです。こういうふうに分けることができるわけです。医学的適応では喀血しても、本人は入院したくない。入院すれば？・・・

実際は、特に鹿児島は家族の意見が大きいですね。個人と社会の関係が逆転しています。だから、本人の意向よりも家族の意見の方が大きくなります。医学的適応はどうか、家族はどうか、療養環境はどうか、ここで全部決められる。本人はだんだん声が小さくなる。QOLなんてどうでもいいと。これが現実ですよ。まだ家族に迷惑かけている自分が主体のうちはいいいけど、家族の声が主体になって、おっぴろ出されるというのはいあり得ますよ。個々の話しではなくて構造的な話をしています。

実際は社会と個人が逆転して、キュアとケアが逆転していくほうがよい。キュアよりもケア、社会よりも個人。こういう形で本人の意向をしっかりと汲みながらケアできるような世の中にしていけばいいなと思います。皆さんも自分を主張して僕らを利用していただければ、本人の意向を大事にしてもらえるような医療展開になると思いますので、ぜひよろしくをお願いします。

慢性期の医療をキュアからケアへ変えるということで、1) 患者は胃瘻など不必要な医療はせず、2) 家族は看取りも想定することで介護負担が取れ、3) 結果的に国はお金がかからなくて、ハッピーとなります。これが三方よしの理論で、これを実践する政策が“税と社会保障の一体改革”です。実際は、消費税は上がりましたが、介護・医療費は下がった。社会的には、少し金の流れ（政治）を変えていかないといけないと個人的には思います。



### 白浜先生の臨床倫理の4分割

<p style="text-align: center;"><b>医学的適応(恩恵・無害)</b> チェックポイント</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.診断と予後</li> <li>2.治療目標の確認</li> <li>3.医学の効用とリスク</li> <li>4.無益性(futility)</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>患者の意向 (自己決定の原則)</b> チェックポイント</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.患者さんの判断能力</li> <li>2.インフォームドコンセント (コミュニケーションと信頼関係)</li> <li>3.治療の拒否</li> <li>4.事前の意思表示 (Living Will)</li> <li>5.代理決定 (代行判断、最善利益)</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>QOL(幸福追求)</b> チェックポイント</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.QOLの定義と評価 (身体、心理、社会、スピリチュアル)</li> <li>2.誰がどのような基準で決めるか <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 偏見の危険</li> <li>・ 何が患者にとって最善か</li> </ul> </li> <li>3.QOLに影響を及ぼす因子</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>周囲の状況(公平と効用)</b> チェックポイント</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.家族や利害関係者</li> <li>2.守秘義務</li> <li>3.経済的側面、公共の利益</li> <li>4.施設の方針、診療形態、研究教育</li> <li>5.法律、慣習、宗教</li> <li>6.その他 (診療情報開示、医療事故)</li> </ol>

(白浜雅司 臨床倫理とは何か (緩和医療学 2001年1月号))

#### 最後に感想とか質問があれば

(質問1) 90になる母と生活しています。要介護3なんですけど、訪問看護の方に月2回来ていただいて、それに往診を。介護保険を取ったところが総合病院だったものだからその総合病院の先生に月1回来ていただいてという状況です。10月には91歳になりますので、訪看の方には24時間対応で来ていただくとしていたんですよ。ケマネさんに聞いたら、うちの総合病院は訪看の方は来れるけど、先生の24時間対応の態勢はできていませんとおっしゃる。ケマネさんと相談して、先生を選ばないといけないということになって、訪看の方が懇意にいらっしゃる先生がいらっしゃるのでそこに相談したらいいですよ。でも最終的に本人があれ(急変?)したら病院に来ていただいて、病院で看取らないと、自分も病院をやっているから駆けつけられないと。24時間の、往診から24時間過ぎて本人がなくなったらダメなんですか。

(答) それは(24時間以内に診療していない在宅死は検視)、そう信じられていたし、僕らも(35年前に大学で)そう習ったんですよ。結論的には、それは法律の解釈の間違いで、看取りはいつでもできます。その先生は定時の対応はできて、救急時は対応できないわけですね。

(最終的に具合が悪くなったらうちの病院に入院していただくことになると。母は自分の考えで、点滴はしない、食べられなくなったらそれが私の寿命だと思って、それでいいからとはっきりしているんです。だから私は病院に行く必要はないと思っているのですけど・・・)

それは病院の方針だから、病院の方針と患者さんのニーズが合わないんだったら、主治医を代えてもいいと思いますよ。

(24時間以降に亡くなったらというのは・・・)

詳しく言うと、法的には医者はいつも診ている患者さんだったら死亡診断書は書けるんです。ただし、24時間以内に診察している場合はその限りではない。ある法医学の偉い先生が誤解したんです。昭和23年にできた法律で、正確には、24時間以内に診察していれば、法的には死亡を確認しなくても死亡診断書が書ける。ただ、道義的な問題で、僕は24時間以内になくとも直接往診で死亡確認して死亡診断書を書いている。偉い先生の間違った法解釈を鵜呑みにして在宅の看取りが進まなかったという状況がありましたので、僕らは15年くらい前からメーリングリスト（CNK-MLなど）を通じてこれを広めている。やっと何年か前に国会でそれが取り上げられて周知したはずですが、やっぱりいろんな考え方があるが、僕の考えは、24時間対応しない在宅医療は役に立たないと思う。何かあった時は病院に連れてきてくださいでは、何のために在宅で診ているか、そういう面では鹿児島には24時間対応してくれる在宅医は何人もいますので、その中から選ぶ、そこは対応されてもいいんじゃないですか。

（食べられなくなったら寿命とおっしゃいましたよね。それは受け入れるんですが、その前に呼吸の方が苦しくなって食べられなくなることも・・・）

食べられなくなると、呼吸が速くなったり、ゆっくりなったりするのはその時点で意識は薄くなっている。食べられなくなったら衰弱して意識がなくなり、心臓が止まる。（逆になることがあるかなとそこが心配です）

仮に肺癌などで、呼吸が苦しく、本人の意識がしっかりしているときは、モルヒネなどのお薬で、意識を落とさずに呼吸苦を取ることはできる。

**（質問2）加治木に住んでいます。92歳の義姉と。介護は必要ないんですが、食事の世話とかいろんなことは私がやっているんです。姉と話すときに、私はどんなにあっても病院には入りたくない、家で最期を迎えたいという話をするんです。私も老老介護が大変ですので、本当にそうしなければいけないときに自分ができるだろうかと思ったりするんです。在宅医療を考えたら自分も心強いと思うんですが、加治木に相談できるシステムがあるんでしょうか。**

（答）加治木に相談できるシステムがあるかは、詳しくは知らない。ただ、来週鹿児島市医師会の在宅医会で症例を出して勉強会をします。国は医師会を通して在宅医療を推進しようとしていますので、対応できる医療機関は今から増えてくると思います。今後、僕ら（医師）は診療報酬を得るという点では在宅医療を実践することは必須です。待っていたらだめ、いくいくは出ていかないと、（診療報酬は別としても）社会的にも出ていかない医療は役に立たない時代になっています。

僕ら（医師）の立場から言うと、出ていきたくないんです。だって、今自分の縄張りで仕事をしていたのが、患者さんの縄張りで仕事をするようになります。ただ、いったん出ていけば気持ちがいいんですよ。役に立っているなというのが実感としてわかってきます。

加治木の方も今から在宅医療は増えてくると思います。頼りになるのは、医者が不十分だったらまず看護師さん。訪問看護はどこもいますので、そこから入ればうまくいくと思います。（かかりつけはそうおっしゃいましたので）在宅医はかかりつけ医で、かかりつけ医は、心の病も見るし、皮膚科も全部トータルに診ますので、そこはドクター間で温度差がありますよね。それはご自分でかかりつけ医を選ばれた方がいいと思います。

（質問）在宅の介護の経費は月3万円くらいと聞いたのですが、その辺はどうなんですか。

（答）高額所得者は負担は2割。年収でいうと280万円以上。一般的には280万円以下の人が多いので、1割の場合は要介護5で最大3万6千円です。

**（質問3）？（声が届かない）**

**（答）後で名刺をあげます。僕に直接電話していただいても構いません。**

(質問4) 日本の医療が在宅に動いているというのははっきりしたのですが、医療先進国と言われるイギリスとかスウェーデンとかいうのは同じような方向を目指して進んでいるんですか。

(答) 世界の医療の方向も在宅医療です。日本の在宅医療は世界のトップクラスなんです、ある意味では。日本もそうなっていると思いますけど、医者が在宅に出ていきたくないというのはどこの国も同じです。イギリスは総合医ということで家庭医、そういうのが制度化されたものですから結構家庭医の中から一部在宅医となっていますし、日本とデンマークなんかは似ている。高齢化社会は日本だけじゃないですので、高齢化社会にマッチングするのは病院の医療だけではない。病院の医療はもちろん要りますよ。90になって肺炎もありますので、そういうところはしっかり治療してもらって、多くは病院にいかないほうがハッピーということが今日の話しで分かると思います。肺炎だって、家でゆっくりしたら治るのは治りますから。そのとき治らなかったとか、病院に行かないからで亡くなったと考えるのはつらいから、家でゆっくりして逝けたからいいがね、と考えたらいいですね。そういうところが我々医療者の意識というか、国民全体に持っていけるかということが課題です。

閉会のあいさつ (渋谷会長)