

健康大学 平成29年度7月例会

と き 平成29年7月15日(土) 14:00～
ところ 県民交流センター3F 中研修室
参加者 (名)
講義と質疑 在宅医療の充実と地域の役割
講師 中野 一司(ナカノ在宅医療クリニック院長)
渋谷会長あいさつ・講師紹介
記録 中野 紀一

(編集 後田 逸馬)

(中野) 皆さんこんにちは。開業して今年で18年になります。ナカノ在宅医療クリニックとして開業した当時、往診しないと飯が食えないのかと言われていましたが、時間が経つと在宅医療は大事だよと厚労省とかが言うようになりました。この講座、今日で3回目ですけど、過去に僕の講義を聞かれた方は? 今日初めてという方が半分くらいですかね。今日は日ごろ皆さんが疑問に思われていることとか、在宅医療とは何をしてもらえるところかなど質問を受ける時間を、2時間の半分はその時間にとって、あとその先々に対する不安もあるでしょうから、個別の問題でも構いませんのでそういう時間を作りたいと思います。

1. まず質疑応答

(1) 在宅医療と聞いたことがある人、今日初めてという方がいらっしゃいます?

(昔も電話をしたら来ていただける往診がありましたけど・・・)

在宅医療も基本的にはそうなんですけど、定期的にお伺いするのが違います。人が(家の中に)入るのが好きじゃないという方もあって、何かあった時だけ来てくれという要望が今でもあります。でも在宅医療では、何かあった時だけ行っても役に立たない。なぜかという、日ごろ診てなかったら往診しても熱が出た原因が分からない。そんな状況のなかで往診してくださいでは、何のために行ったか分からんでしょう。定期的に毎週とか、2週間に1回とかお伺いし、定期的に対応するという、そこが在宅医療です。在宅医療での看取り、亡くなるまで診るケースは結構あるんですけど、皆さんによく聞かれるんです、「先生、いつまで生きるんですかね」と。分かる人はいない。いつまで生きるかわかる人、いらっしゃいます? 私はわかります、医者だから、死ぬまで生きてます。(笑い) 最後にはみんな死ぬんですね。死亡率は何%か知ってます? 100%ですね、みんな死ぬんです。

(2) 最期をどこで迎えたいですか? 病院、施設、お家、わからない、この4つで行きましょう。

あなた、なぜ病院がいいですか? 「一人だから」。こちらは? 「家族に迷惑をかけないように」。じゃ、家族に迷惑をかけなかったらどこがいいですか。いま、家族に迷惑かけなくても介護保険とかうまく使えば、家に居れますよ。介護保険には死亡診断書を書く医者が要りますね。ここにいます。希望すれば家に居れますよ。家では不安、最後は病院が安心だという方には病院がいいと思います。そのうえでどうでしょうか。いま介護保険を使ったら、お一人でも家に居れます。そうなったときに最期は病院がいいという方。家がいいという方。これ、ほんとなんですよ。家族が家で看取りたくないという方はいっぱいいます。心配だから。そういう例を、症例も併せて見ていきましょうか。

2. 在宅医療のナカノ理論

今年の4月8日に『続・在宅医療が日本を変える』という本を出しました。ちょっとというか、だいぶ難しいんです。理論編ということで、在宅医療の定義というのを書いて、8割くらいの時間を使って理論編を、残り2割の時間を使ってが症例として実践例を書きました。実践例は評判がいいんです。理論編はよく分からないというのが多くてですね、結構売れていますけど、これ1200円、消費税を入れて1296円なんですけど、うちに来れば、特価の1000円で買えます(笑い)。アマゾンでも買えます。

去年は哲学の話をして難しかったんですけど、哲学の話をちょっとだけ。この本は「ナカノ理論」を説明するために書いたようなものなんですけど、一般論として聞いてください。いろんな問題は客観—現実の世界と、主観—あなたの心のありよう、こうありたい、こうしたいということがずれるという話です。世の中が思う

よになると問題ないんですね。では質問です。

(1) 問題のない人生は楽しいと考えますか。問題はあった方がいいですか。

子供が私の言うことを聞かない、面倒を見てくれない、お金がないといったいろんな問題があります。問題のない人生が楽しいと思う人。いらっしやいませんね。たぶん、問題がない人生は楽しくないんですね。生きているということは問題を解決するためなんですね。いろんな問題があっても耐えきれず死ぬ人もいますが、問題を解決するために自分の人生がある、と思うと結構、人生は楽しいのです。ガンになって治したいという問題があったら、解決の方法として病気に取り組むのをキュア（医療）と定義しています。治療という意味です。ガンがあったら、それを治せば問題は解決します。死にたくないという人にも、死ぬという現実がありますね。歳を取っていくのも現実です。末期のガンは治療ができません。その場合、キュアにとどまっている限り問題は解決しませんが、気持ちの持ちようは変えられる。それがケア（気遣い、世話、看護、介護）ですね。解決法としては、ガンの治療ができなくても、生きている限り人生を楽しむわけです。気持ち（主観）を変えていくような問題解決の方法をケア。問題は客観（現実）と主観（心の在り様）のズレから生じ、現実を変える方法としての“キュア”と主観を変える方法としての“ケア”がある、というのが僕の「ナカノ理論」ですけど、キュアとケアは問題解決の方法として、どちらかではなくて2つあるということを入り込んで、キュアしながらケアする。例えば、ガンがあった場合、抗がん剤で治療（キュア）しながら仕事をしている（ケア）とかですね。そういう形で問題を解決していくのが一番いいと思います。

(2) 医者キュア志向

日本（世界）の医療では、医者はキュアです。僕らは病気を治すプロフェッショナルとして訓練を受けていますから、病気は治らなくても楽しめばいい、という考え方にはなかなかならないんです。皆さんは戦後の高度成長期を経て、どんどん道路をつくったり、働いて家をつくったりして、高度成長期に自らの経済成長と、一生懸命努力して現実を良くして来られた。これはキュア。そして年を取って、高い薬を飲めばいつまでも死なないと錯覚している方も結構いらっしやる。（笑い）病気になったら健康食品とかどんどん売れる。いい商売です。僕は健康食品の相談を受けたら、まあお金があったら買ってください、気持ちがよくなるからその方がいいかもしれません。が、僕だったら5万円あったら城山観光ホテルとか行った方がいいです。ガンがあった場合、どうしてもキュアに志向します。病気を治そう治そうとするんですね。最初手術して、再発したら抗がん剤、放射線療法、指宿の粒子線療法などいろいろやって、いよいよ治療できなくなると医者も苦しいものだから、ホスピスカ在宅を紹介しましょうかという。

もしも自分が「あなたのガンはいろいろ治療したけど、ここまで来たら抗がん剤も効かない。ホスピス、緩和ケア病棟へ入ってそこで過ごすか、在宅を紹介するからそっちで面倒見て貰いなさい」と、と言われたら、どうしますか。

（聴衆席から、あれこれの声）

ホスピスカ在宅のどっちか選んでください、というだけではなく、治療ができないと言われたら投げ出された感じがしませんか。医者が匙を投げたという感じがするでしょう。医者もそうですけど、皆さんもキュア志向です。病気になったら、いい医者なら良いが腕の悪い先生ならどうしようかと、内心想う方が多いのかもしれない。ケアの領域では、家で死ぬのを待つというより、死ぬまで自宅でゆっくり暮らす方法があるよ、というのです。ホスピスに行きなさいと言われると、緩和ケア病棟で死になさいと聞こえる方もいらっしやる。

それも考え方の問題で、緩和ケア病棟というのがありますけど僕は、ホスピス病棟は、要らないんじゃないかなと思うんです（痛みのコントロールをつけるためには必要という側面はありますが）。機能的には病院だということもあります。家でゆっくり過ごした方が良いのなら、いくら綺麗なところでも他人の家です。生活し慣れたところでちゃんと生活すればいいんじゃないかなと思うんですね。

(3) 在宅医療の文化

在宅医療ですけど、病院の医療とは文化が違います。根本から違います。何が違うかという、病院の医療は病院の中で行う医療です。病院は病気を検査して治すところ、キュアするところ、それに対して在宅は病院の外の医療なんですね。広い意味での在宅医療といいますけど、結局、病院の外は生活するところであって、必ずしも病気を治すところではない。勿論、病院の外でも病気を治すことはあります。それは狭い意味でのキ

キュア・ケア志向の在宅医療と言っていますが、僕らがやっている医療関係者の在宅医療とは、病気になっても生活できるように支援していくような医療ですね。このようにテリトリー（領域・守備範囲）が違う。病院の先生と僕たちは、決して患者をとった、とられたとかのライバル関係ではない。家にいても肺炎を起こして治療した方がいい場合は病院に頼むし、肺炎の治療が終わったら院内感染とかあるから早く帰ってきなさいと、それを受け入れる。病院の先生たちと連携しながらやっている。病院は看取る場所じゃないんです。検査し、治療するところだから、病院で亡くなるのは敗北なんです。やっせんかったと。これは病院医療の考え方です。

在宅だと治療しない選択だとかもできて、自然に診ていく、その中に看取りがある。在宅でも看取りを推進しているのは一つは厚労省で、もう一つは財務省なんです。在宅だと余計な医療をしないから医療費が安くなる。ひと昔前、こういう話があったところ、「高齢者は死ぬというのか」という反論が出ました。財務省にはそういう感覚があるんです。在宅医療での看取りを推進して、結果的に医療費を下げようというのはキュア志向の考え方ですね。物事の現実を変えようというのじゃなくて、僕らが訪問で看取りをするのは結果なんです。人に迷惑をかけなければ自分のうちで最期を迎えたい。100%の方が家で最期を迎えたいというので、それを実践した結果が医療在宅の最終死亡率100%ですよ。死ぬまで家で過ごしてもいいよ、と支援する医療をしたら、余計な医療をしなくて済むから医療費が安くすむ。在宅の看取りは結果であって、決して医療費を安くするためにではない。この視点は、重要です。

ただ、一般的にお医者さんは治すのが仕事です。いい悪いじゃなくて、考え方の基本がキュア志向ですから、僕らの仕事を手抜きしている、早くあの世にやって厚労省の片棒を担ぐ悪い医者だと思っているお医者さんもいます。最近は随分理解が進んできましたが、10年くらい前はそこの理解が少なく、それもキュアかケアか、こっちから見るか、あっちから見るかで視点が違うわけですね。結果、医療費は安くなる。でも、介護の費用まで入れたら高くなるかもしれない。施設だとまだ安くすみますけど、在宅の介護は個別の介護ですので、そこは高くなるかもしれん。でも皆さんどうですか、そういうところに金をかけてこそ公金を投入する意味があるのであって、お金は人を幸せにするために使うべきだと思います。こういうところが今の政治とかは、利権のある所、無駄なところに金が流れていて、無駄遣いが多い。しかも医療とか介護に金を回すと雇用ができますので、みんなの働き場所ができるんですね。人と人のふれあいのある所に金が入ってくる。実はデンマークとかスウェーデンとかはそういうところはかなり金をかけています。結局、労働としての医療・介護ではなくて、人と会ってこういう話をするためには教育が大事なんです。だから、教育とか人と人が触れ合うところに金が流れていかないといけないんじゃないかと。だから、単に医療・介護というのは、これが今日の話の中心部分です。いま地域崩壊などといろいろ言われています。地域再生の道具として在宅医療とか在宅介護があるというのが一つの考え方になる。

先ほど言いました訪問診療が大事なんです。定期的にお家に行って、患者さん・ご家族の意向を聞いて、私は死んでもいいから入院したくないという方もいらっしゃるわけです。では入院させないからと、少々意識がなくなって、最終的には看取りとなる。これが、ケア志向です。

これをつなぐキュア・ケア志向の在宅というのは狭義の在宅医療、こういうのが訪問看護とか訪問診療とかですね。最近歯科の先生も訪問歯科診療といって食べることを支援するとか、薬剤師が家に行って直接、投薬支援する。栄養士がお家に行って、食べることを支援する。うちも訪問栄養支援を始めようとしているんです。今管理栄養士が3人います。

病院で管理栄養士というと大体、糖尿病の患者はこれ食うな、あれ食うなと、塩分はこれだけだというけど、僕らが相手にする高齢者というのは食べないことが問題なんです。だから、うちの管理栄養士はうまい食事を提供するのが一番の課題です。栄養が摂れないわけだから、まずうまいものを作ってもらうことを考えている。食べることは大事ですね。食べることと出すこと、この2つが大事。だから、急性期の医療はキュア志向でいいんですが、慢性期の医療はキュア・ケア志向の医療で、厚労省も2013年ですけど、キュアからケアへというモデルを作って「治す医療から支える医療へ」が国の事業になりました。だから、在宅医療の推進というのは2012年あたりから取り組んでいる。

医師会もやっとな腰を上げて、在宅医療の推進ということにしましたけど、まだまだドクターはキュア志向が強くて、その辺がなかなか。僕らの仕事も、お医者さんの意識を変えていこうかとやっているところです。



カンファレンス（宮崎医療センター）

これは病院の対外カンファレンスの模様です。(病院と在宅のスタッフが) みんな集まって在宅のスタッフが
できること、お家ででの生活が始まるから必ず1回か2回、病院に行ってこういう対応をする。1番の目的は
帰った時から在宅医療が始まります。病院のスタッフは在宅の医療はわからないですね。教育もできていな
い、経験もない。なぜ僕はケアがわかるかという、病院の外に出かけたからです。外に行くと患者さんは、
死んでもいいから入院は嫌という人が結構多い。家族は違うんです。「お父ちゃん、そんなこと言わんで入院
してよ」ということになるんです。そこをどうやって調整していくかということになるのです。

(4) 在宅医療の不安

これ(映像) ガンの末期ですけど、まだ若い方々もいらっしゃるんですよ。ガン末期は死にますから、死
ぬんだったらお家に居たいという方が多い。家族は不安ながら、連れて帰ろうかなといっても不安たっぷりな
んですよ。

どうですか、ご主人がガン末期になって家に帰るといときに、連れて帰るときに不安はないですか? あ
るでしょう? 経験のある方はいらっしゃいませんか? 家でガン末期の方を看取ったという方。いらっしゃら
ない。パートナーがガンで亡くなったという方は? どこで亡くなった? 病院で、家に帰りたいとかおっし
ゃらなかったですか。(連れて帰った)。あ、連れて帰った。後いらっしゃいます? 1人だけですか。どこで
亡くなりましたか? あゝ病院で。

これ、一つは本人が、家に帰るという選択枝がないと思っている可能性があります。今日聞いただけでも、
家族に迷惑をかけるからと、そこも含めて帰れるものなら家に帰りたい、ましてや治療ができない状態になっ
た時、今のお三方も末期がんという形で、治療ができない状態になっているけど、病院の先生もあまり在宅と
いう選択は勧めないと思います。ホスピスに行きますかといって、最後が家に帰るとなると、困ったなあとい
うとき僕らに回ってくるケースがほとんどなんですね。実は、僕らのところは末期がんの9割くらいは家で診
ます。その秘訣の一つは、家族で(今日の方々は家に帰ると言われなかったから困らなかったのですが) 診て
くれという感じで。特に男性は強くてわがまま言う人が多いわけで、帰ってくるケースが多いんですけど、実
際家で診れます。その時の家族の一番の不安で何か、わかりますか?(痛みとか・・・)、痛みのコントロー
ルがしっかりできれば家で診れるんですよ。痛みより怖いのは死んだ時です。末期がんの方は1割くらい急に
亡くなります。どうしてかという、末期がんというのは癌が内臓に食い込んだ状態ですので、動脈に食い込
むとパーンと破裂するんです。すぐ病院に運ぶんですけど、運んだって助からない。破裂した時にジ・エンド
です、これは。だから、そんな話をするんです、最初に。何が心配ですかときくと、「急変するとき」、「悪
くなりませんか」。1割くらい急に亡くなる。だからその話を本人の前でします。なぜ本人の前でできるかとい
うと、本人は心配いりませんよ、意識がなくなるから苦しくないよ。ピンピンころりなんですよ。よく元気な
時に最後どう迎えたいですかと、最後まで元気でいたい。ピンピンころりなんです。なかなかそうなら
ないです。末期ガンは1割くらいはそうなりますけど、これは考え方の問題ですからその話をしてあげると安心され
る。一番悪い状態を想定できるから安心される。本人も意識がないから苦しくないんです。苦しいのは診て
いる家族です。本人は苦しくないからいいですよ。だからよくケアの一環として、死ぬんだけど、死ぬときは
苦しくないですよという話をするんです。この話をする前に聞けばよかったんだけど、死ぬとき苦しいと思
っている方どのくらいいらっしゃいますか。いませんか。ほとんどじゃないんですか、死ぬときは苦しくない
と決まっているじゃないかという人はいまヒントを上げたからですね。くるっとなる時は苦しくないですよ。
津波に巻き込まれた子供たちも一瞬何が起こったのか苦しむ間もなく、意識はなくなっていると思います。だ
んだん状態が落ちてくるとき、食べられなくなります。意識がおちてきます。歩けない、食べられない、呼吸
が速い、熱が40度出ても意識朦朧で、熱が下がった時そのことは覚えていません。だから最後の段階は意識
が落ちてくるからきつくないんですよ。ところが、意識がなくて、ハア、ハアと息をして、見る方が苦しいん
ですよ。見る人は親しい人ですから、自分が苦しかった経験から苦しいと思うんだけど、本人は苦しくない、
意識がないから。苦しんでいるのは表情だけで、実際は苦しくないと思います。あの臨死体験といって亡
くなる前に花園にいたという話があります。臨死体験で死んだ人はいませんが、死にかけて人は言っています、
花園に行ったところで目が覚めたと。おそらく亡くなる前は意識が落ちるから脳内モルヒネ様物質が効いて結
構楽しい感覚で亡くなるというのが普通。

この話は、実際問題として説明に気をつけないと怒られます。例えば、東北大震災で津波に巻き込まれた子
供が泥から出てきますけど、6歳の子供を抱えながらお母さんが「○○ちゃん、苦しかったね」と。そういう

場合、本人は苦しなくて、それを見る人が苦しくて、苦しくてたまらんわけですと説明すれば、悲しむお母さんの怒りを買うでしょう。人間のコミュニケーションとは、親しい人と喜びも悲しみも一緒にするということが、誰々が入学したら自分が入学したわけじゃないのにお祝いするとかですね。そういう中に人生があったりするから、別れる間際に一緒に苦しむのは大事な作業ではあるんですよ。ケアの一環としてそんなに苦しんでも、なかなかゆっくりも診れないし、家で診るために、今はきつくないんですよということは非常に大事なことであるわけです。死んだこともないのに何でそんなことが言えるのか、と怒られることがあるのですが、確かに僕は死んだことはないんですね（笑い）。

だけど、2つの経験、一つは救急医療をやっていたから、救急の場合は死にかけた人が助かるんです。交通事故に遭って、血圧も下がって、死ぬ一步手前にいる人に管を入れて、しっかり治療すれば、救急の場合は悪いところは1か所ですので、助かるケースがあるんですね。家族からは、治療のためとはいえ、管を入れスパゲッティ-症候群ということで、なんでこんなつらいことをと怒られることもあったりする中で、当人の意識が覚めたら、「すみませんね、辛い思いをさせて」と言うと思えてないんですよ。ある程度意識が落ちると覚えてないですね。後、皆さんは経験がないですか、酔っぱらってケガをしても痛くないんですよ。泥酔状態じゃなくて、普通に会話ができる状態でも、朝見たら血が出ていてそれから痛くなったりとします。そういうことで、少し意識が落ちて、たたけば起きる状態でもほとんど覚えていない。痛みは明確に認識できるようなことですので、そう意味では、「死ぬときは苦しくない」というのは、ケアの一環です。

3. 在宅医療と地域づくり

今日は地域の話が課題でしたので地域の話はしますが、在宅医療は地域づくりなんです。「ケアタウン・ナカノ」というのを伊敷の北インター近くに作りました。僕は在宅医療でお家が主体なんだけど、どうしてもお家に居れないという方もいる。そういう方々のために、介護や医療とかも含めて在宅で地域生活できる場所、託児所とかいろいろ作ろうという国の方針があります。今高齢者の支援ですけど、それをしながら子供の教育の場所とか、そういうのを作っていききたいなと思っているところです。これ、ケアタウン・ナカノですけど、



ケアタウン・ナカノの概観



デイサービス



居室

地域の人が集まって勉強会をしたり、食事会とかも思っているところです。今度、6月1日にナカノ在宅医療クリニックとケアタウン・ナカノは2キロ離れていたのを、同じ場所に集めてしまいました。うち法人の理念である「個人が尊重される社会の創造」では、個人は一人一人違いますから、一人一人の人の集団としての家族も、家族のおきてに従って個人が束縛されるという側面があります。家族間でも、一番簡単な対立構造は、本人は在宅を、家族は入院をというケースですが、そういわずに看取りの本人が最期を綺麗に迎えられるような生活支援をしましょうということで、その実践例として、決して家族や事業所主体ではなくあくまで本人主体の、医療と介護の実践を一つの行動目標にしています。これは、言うは易く、行う形としては、商売としてやるからには本人抜きにした方がやりやすいのです。例えば、医療法人ナカノ会主体の医療と介護の実践とかですね、家族主体で、決して本人のことはしない。これは悪口ではなくて。

だっていずれ本人は死にますもの。死人に口なしということで、訴訟もおこらないし、楽勝。ところが私たちは何のために医療をしているか、やっぱりそこにいる患者さんが生きていくために、家族とか社会とか本人とか関係性をつくりながら仕事しているわけですよ。これは結構深い意味合いがある。だから、医療法人ナカノ会の基本理念としては、在宅部門と施設部門において、在宅が離れているのは意味があるんです。ここの外ですよ。ここに出前で行って、本人と地域ですね、地域と家族をまとめたのはそういうことです。

一つの集団としたところで、ここを主体にしたところであって、施設の場合は半分以上在宅、半分施設ですので、そういう形で地域づくりをやって行こうと、各人の人権が尊重される社会を作っていくか。そういう意味では僕らだけがいくら地域づくりをやって無理ですね。皆さん一人一人が自分とか周りの人を大事にできるかとか、そこはしっかりやって頂こうと思っています。

自分を大事にできないと人は大事にできないという側面がある。下を駐車場にして上に2階建ての建物を置き、1階を訪問看護ステーションと事業所、2階はクリニックになっています。こういう形で渡り廊下を作って、上の方からクリニックにわたって、ここから入って、外来はまだしていない。地域づくりということですね。落成式の時はこちらやって、餅まきをやって。これは階段の下で、竹藪だったところを工事して建物を建て、上と下が隔離されていたんですけど、上に上がるにはぐるっと回ってだったんですけど、直通の階段を作って地域の方々に開放したわけです。

ケアタウンを作るときに、ここに階段を作って地域の人に使ってもらいますと言ったら、「中野先生は嘘つきだ」と評判になった。嘘をつくつもりはなかったのです。いつ作ると時期を言わなかったのです。そこを、いますぐ作りますと受け取られたみたいで。これは地元の町内会の人、開所式をやって、今使ってもらっています。使っていていいんですけど、けがした時は法人のせいにしてほしいとお願いして、自己責任で通ってくださいということで、これだけでも地域に入り込んだ形での医療・介護を実践してみたいと考えているわけです。こういう感じで渡ってもらってですね。地域の行事で町おこしをやっていきたいということで、今考えています。みんな集まって、こういうことをやると皆喜ぶますね。だから、いまケアタウンは結構重症の、家で生活できなくなった人がほとんどなんです。このまわりに空き家がいっぱいありますので、不要になった空き家を買って、改修したり、少し軽い人、要介護1～2の人たちのニーズもあるんですよ、特に家族が心配だからみてくれんかと。なんかあったら諦めてくださいと言うのが僕のスタンスなんですけど、本人が言うわけだから、それはいいとしても、ニーズがあるからそういうのを作ろうかなとは思っているんです。その時に、託老所じゃなくて託児所を経営しようかと思っている。要支援とか、まだちょっと元気な人達、軽い認知症の方には子守をしてもらって脳の活性化をしながら、雇用の確保と事業と。それから事業というのはお金儲けだけじゃなくて、みんなに楽しんでもらう環境の中で、どうやってスタッフに給料が払えるような条件を整ようかなという発想で街づくりをやっていこうと。街づくりは一種の事業なんです。あくまでも主役は本人であって、そこに周りの家族とか介護スタッフがサポートしていくというのができたら、あとは高齢者も大事にしなきゃいけないけど、若い人たちの貧困もすごく問題にされていますから、子供たちが親の貧困によって教育が受けられないのではなくて、誰でも教育を受けられる社会を作っていくかと思っています。

ケアタウン・ナカノの理念

「ノーマライゼーション」…みんながって、みんないい
「一人ひとりの人権尊重」…心とこころのつながり

基本姿勢：

- 一、その人らしく…なによりもあなたの気持ちを大切に
- 一、いつでも安心して…必要なとき、いつも誰かが側に寄り添える場
- 一、なごめる場…我が家として、家族として、和気あいあいとした雰囲気
- 一、最期の時まで…人生を楽しく生き、楽しい日々を暮らせますように

4. 在宅医療で扱った症例

(1) 自宅で食べて元気になった 103 歳

これから症例を示しますが、この方は、去年も出しましたかね。この方は 103 歳、この時 104 歳。1 年後 105 歳でなくなりました。僕らのところに来たときは、病院の先生から「家に帰ればご飯を食べなくなる」、ご飯を食べなくなるから点滴をと、ケア志向の病院は食べなきゃ点滴なんです。ケア志向でどうなるかと食べなきゃ寿命なんです。『大往生したければ医療とかかわるな』という過激な本を書いた中村仁一という先生が、食べないから死ぬんじゃない、寿命が来たから食べなくなる、と書いています。もう要らないよということなんです。これで家に帰って食べなくて、亡くなってもお疲れさまということなんですけど、103 歳、もう十分に生きてきた。家族の 150 まで生きてほしいという気持ちもわからんでもないんだけど、

一般的には十分に生きてきた中で食事がだんだんできなくなった。点滴をしないで亡くなるのは普通じゃないですかということで、家に帰って、食べなきゃ看取りましようかとなったんですけど、家に帰って一日爆睡なんです。意識障害なのか寝ているのかよくわからない。ひょっとしたら途中で脳出血かなんか起こしかもしれないという感じもあるんです。一日食べなければ、120くらいあった血圧が80くらいまで下がって、脈も80くらいだったのが140くらいまで上がってきて、これは医学的に脱水症なんですね。食べないことによって血管が虚脱？した状態で、食べないから点滴はしなかったけど、脱水症や熱中症には点滴をしますから、この方も点滴をましようかということで、お願いしますとなるんですけど、点滴をしてみると、103歳の脱水症ですので点滴が入らないんですね。裏技でおなかの皮下に打つ点滴は一日500mlくらいできますが、そこまでしてもねと思ったいたら、ご家族がもうこのまま見ますよということで、本当に亡くなるかと思ったんですよ。当番の医師に、「今日亡くなると思う。今日、私は田舎に帰るから、亡くなったら往診をお願いします」といった。そしたら、朝4時になっても、(私は朝4時に起きています。夜8時には寝ているんです。)電話がかかって来ないから、こういうケースは家族がキュアからケアへ変わっている。死も受け入れると、何とかしなさいではなくてもしゃあないかと。夜電話は申し訳ないからということで朝かかってくる人が多いですね。6時になってどうでしたかと電話したら、何と水を飲んだというんですね。水を飲んで夜飯を食ったというんですね。だから、結局医者の見立てというのは当てにならないわけですよ。やってみないとわからないということで、NHKが取材してくれたからその映像をお見せします。(映像)(約3分弱)ということなんですね。結構家で元気になるんです。

(2) 1週間で熱が引いた100歳のDIC(播種性血管内凝固症候群)患者

もう一例。この方は102歳、まだ生きています。100歳の時の写真。98歳の時にある有料老人ホームに入りました。老人ホームでも在宅医療なんですね。在宅でも、ホームの場合は家族とあまりお会いできないんですよ。だから、最初話するのは急な看取りがあった時、もう十分いいお年頃ですので、朝行ったら息をしないこともある。肺炎になって助かるとか、今みたいに、黄疸が出て病院に入院したんですよ。助かる可能性がある場合は病院に入院させるんだけど、息が止まった段階で運んでもまず助かりません。息が止まったら救急措置をして、人工呼吸をして心臓マッサージをしなさいと言うのは若い人の話で、高齢者は肋骨も折れるし悲惨です。その時は寿命でしたという形で受け取ってくださいと言うと、今まで1回も文句を言われたことはありません。行って、僕が看取りますねという話をするんですね。「おねがいします」と言われて来ているんですけど、実際その話をしていても、ケアタウンであったんですけど、心臓が悪い人だったから突然亡くなる前もって言うていたんです。スタッフが30分に1回見回ります。朝6時にいったときはテレビを見ていたけど、行ったらそのまま息をしてなかったのです。

こういう話をしていなければ、救急車です。救急車だと自宅だったら警察沙汰になるんですね。死因が分からないということで。そのままにしといて、と家族に電話したら「エッ」と言ってびっくりはしていたけど、「穏やかな顔で苦しんだ様子もないですよ、一応確認してもらってそのまましておきますよ」「ありがとうございました」ということです。事前にしっかり話をしておくというのが大事ことです。

この方は入所3か月で黄疸を起こしたんですね。黄疸は助かるケースがありますから、これがガンで手の打ちようがないということであれば、入院させずに連れて帰るんだけど、胆石で黄疸を起こしていたみたいで、ステントという胆汁が流れる管を通したら、黄疸が治ったんです。胆嚢の感染症が治らない。熱が40度くらい出て、胆嚢が縮まずに20センチくらいに腫れているんですよ。4日目ですけど、認知症があつて、病院だから精神科に入れられている。縛られて、元気な人だから「帰せ、帰せ」と大騒ぎしている。消化器の先生は病院の先生はPTCD(経皮経肝胆道ドレナージ)とって胆嚢の上から管を通して治療しようとしたんですよ。息子さんは命が助かっても寝たきりになったら何のための人生かと連れて帰ると言ったんですね。有料老人ホームに連れて帰りますと言ったんだけど、こういう時病院の先生は許可を出しませんでした。何故かわかりますか。責任問題が伴うからですよ。決して意地悪して帰さないんじゃないかと、結局、いくら熱心な長男が責任を持つと言っても、後から京都の妹が出てきて「何でこんなにしたのか」と訴訟になることがあり得るんですよ。だから、とてもじゃないけど、病院の先生は、今日も危ない、おそらく1週間以内にはなくなるだろうと、だから帰しません。だから、僕に頼んできて、僕から病院の先生に頼みました。「帰してください、僕が責任を持ちますから」。病院の先生は責任が僕に移るから安心して、帰したいんですよ。「僕が看取るから」「はい分かりました」と。その時先生に訊いたんですよ、「帰ったら亡くなると思いませんか？」と。

「亡くなると思います」。DIC（播種性血管内凝固症候群）といって死の一步手前の状態です。だから、病院の主治医も助かるとは思っていないです。でもね、「僕は20%くらい助かると思っています」というと、びっくりされて「何ですか」というから、病院では感染症があるからご飯を食べさせてないですね。この方は食欲があれば食べさせます。病院は絶食で病院で点滴を打っているから胆嚢が縮まない。ご飯を食べると縮むんです。抗生剤を飲んで、ご飯を食べさせたら1週間で熱が引いた。寝たきりにもならず、話ができるんですよ。

だから、結局さっきの方と今度の方で何が言えるかということ、医者判断は当てにならないということですね。治療した結果に対しては医者判断がある、経験があるから。でも医者は治療しないとどうなるか知らない。体には自然治癒力というのがあって、基本的に。だから、下手すると、病院の悪口じゃないですよ、病院は治療するところだから病気を治すために精一杯の努力をしているわけですが、治療しないといけないという観念があって、治療が結果を悪くしていることが結構あります。これは一つの教訓ですね。

(3) 食べなくて末期癌の患者

この方は乳癌での末期でね。ガンで末期になったのではなくて、食べなくて末期になっている。家族は介護のしかたが分からないと、「お母さん、頼むから入院してよ」。「イヤ入院しない」と。なんで入院しないんですかと聞いたら、「私は看護助手をしていた。病院がどういうところかよく知っている。どうせ死ぬのだからここで死なせてくれ」と。家族は僕に説得してくれるように往診を頼んだわけですね。「死んでも入院したくないと言っているし、本日診察したから、明日死んでも死亡診断書を書けます」と言ったらそれだけ安心される。この方は、介護ができなくて末期になってる。鼻からチューブを入れて、与える茶色い輸液を見たことがあるでしょう。あれは結構栄養価が高いんですよ。それをぐくぐくと飲ましたら、歌を歌うくらいに元気になった。実は、末期ガンという診断がつけば、訪問看護の看護師さんは毎日、医療保険を使ってこれを入れる。1年間手厚い看護をしたら歌を歌うようになって末期を外して介護保険になり、1年後に亡くなりました。

(4) 本人のいないカンファレンスと在宅医療

次の症例は、86歳の男性です。タバコを吸う人がCOPD（慢性閉塞性肺疾患）とともに肺がんが見つかったというんです。肺ガンは末期ではないということで受け入れるとなって、この方も家に帰る、帰るということがあって、家族は家では診れんと思っているんだけど、何かあればということで来ている。見てあげたいということで診ました。カンファレンス（関係者打ち合わせ）で、長男がキーパーソンで、奥さんが認知症があったりするから長男の嫁と看ているわけですね。病院の主治医から、在宅で診ましょと肺がんの告知したら飯が食えなくなったということで、告知せん方がよかったかなと話があったんです。結果的に帰りたいしょうがない。病棟の看護師からは1日中居眠りしていることが多いと、いざとなったら別の病院の緩和病棟に、となってますよと。肺が悪いと急に亡くなることがあるので、その可能性を言って、心肺停止の時は僕の方に電話しなさいと、治療できる状態であれば今の病院に戻すし、介護の問題があればケアマネージャーに計画させましょと言って、それで連れて帰りました。最初酸素を入れているんですけど、3日目くらいから微熱が出て、5日目には38度くらいだったわけです。5日間家族が寝泊りを交代でしているんだけど、とても家族介護はできない、入院させてほしいという話でした。この症例についてどう思われますか？ ちょっと話し合ってください。5分くらい横の方と話をされて、グループワークです。

（食べられないようになったら、・・・胃ろうをやめてしまうことと尊厳死との・・・）尊厳死についてはゆっくり話しましょうか。（主人のいろんなことが・・・その管を外してくださいと・・・）

その話はその後出てきますので。今の例に質問とか意見とかあれば。

（昔、偉いお坊さんが死にたくないと言われたという話を聞くんですけど、死ぬのが怖いという気持ちは死ぬ前は起こらんものですか）

普通は死ぬまで死にたくないでしょう。それが普通でしょう。僕だって死にたくないですよ。死にたくないけど、いずれ死にますからしょうがないかなと思いますね。むしろ死ぬまで何をするかです。だから、今日も医療もやっている。

（ただ、その時にはさっき先生がおっしゃった、お医者さんは何とかして長生きさせたいという、職業意識がある。しかし、いずれ死ぬんだからしょうがないというのは、なんか見捨てられたような感じがせんでもないんですが）。

死にたくないから何とかしてくれと言われてたらキュアします。死にたくないけど、病気だから近いうちに死ぬよと伝えて、その人が死を受け入れられるようにサポートするケア志向になります。お医者さんだからキュア志向だと決めつけられない人もいます。考え方の問題です。

どうですか、今の症例は。なんか欠けてませんか？ 本人が出てきましたか。病院でカンファレンス（関係者打ち合わせ）をしていて、家族だけ参加して、本人にガン告知したら落ち込んだとか、何で落ち込んだんだろうかと、そういうのが全くないですよ。本人の話が出てきていない。敢えて聞かなかったから。聞けば本人を出すんです。結局、本人がどうしたいか、家族がどうしたいか、聞いてはいない。家族は入院させたい。本人に意向を聞けば、「死んでも入院したくない」。ガンと告げられて気持ちが落ち込んだのは、ガンと聞いて家に帰れないと思ったからです。だからガンがショックではなくて、家に帰れないことがショックだった。「家で死ぬ気があれば、死ぬまで家に居られます」という話をしたんですよ。そしたら、急に元気になって、起き上がったんですよ。家族は困ってしまった、「お父さん、なに言い出すの」と。僕は言ったんです。本人が家で死んでもいいと言うわけだから、家族が心配する必要はないじゃないですか。夜トイレに行くときに倒れて、誰も気づかずそのまま亡くなっていたらそれは本人の本望じゃない。要するに家族が心配で、家に居れなくなる。家族に迷惑をかけるといううちはまだいいけど、結局、お父さんを家で死なせたら私たちの責任が問われるかもしれない、との下手な責任感があるわけですよ。家で死にたいというのであれば、家で死なせたらいいじゃないですか。どうせ死ぬわけだから。

結構これあるんですよ。家族の批判じゃなくて一般的な話です。ここの家族も介護負担じゃないんですよ、精神的な介護不安。だから、お母さんは認知症があるけど、死んだかどうかわかりますよね、電話もかけられますよね。何かあったら僕に電話をしたらいい、訪問看護も来るし、その時家族が来ればいいんじゃないですかということで、夫婦で家に居て、安定剤も何もいらなくなりました。えらい元気になりました。ところが、肺の病気を持っていて喀血が起きたんですよ。喀血が肺ガンからなのか、COPD（慢性閉塞性肺疾患）といって、タバコを吸って肺が黒くなるような病気からなのか分からんわけです。喀血自体は致命傷になることもある。医者としては1回検査した方がいいですよということで、検査を勧めたんです。本人は病院恐怖なんですよ。行って病気があれば強制的に入院させられると、そういうところもありますからね。家族は入院させたいと思っているわけだから。死んでもいいから入院しない、だったんですよ。検査してないから急変があるよということは言っていたんですよ。たまたま検査しなかったからこうなったわけじゃなくて、このまま元気で3年、5年元気な方はいっぱいいらっしゃるんですよ。この方はたまたま、これが原因か知らないけど、その4日後に、「父ちゃんが息していない」ということで、行ったら亡くなっていたんです。家族も「本人の希望を満たしていたからよかった」とおっしゃってましたよ。「お父さんが言う通りしてあげてよかったよね」と言っていました。

(5) 在宅医療の胃いろう問題

これは胃ろうです。この方は90代の女性で認知症があり食べられない。食べられなくなったら、鼻からの胃ろうもしない方がいい。20年前、胃ろうが流行り出し、食べない人に鼻からチューブを入れるのに代えて、ちょっと穴をあければいいだけの話になった。食べられない人には、鼻からチューブを入れるよりは胃ろうがいいと思います。楽なんです。死ぬ人を生かすことができたって消化器の先生が自信満々に胃ろうを作った時代なんですよ。本人・家族の承諾も得ないで胃ろうを作った時代です。



NHK 今日の健康より (2012/2/14 放送分)

食べなくなったら終わりです。そういう人に胃ろうをするのは延命効果だし、もっと言うと、お金の問題は絡んでいない。こうなった時に胃ろうを作ると。この胃ろうはだれが払うんだと。みんなの税金で払っている。区別するわけじゃないけど、ここまでぎりぎり生きた方に胃ろうで長生きさせるより、若くてお金のない少年たちに教育を与えた方がいいと私は思います。ところが、こういうことは20年前は社会常識。18年前、在宅は社会常識だと言ったんです。結構見る目があったと、自慢話するわけじゃないけど。そのおかげで胃ろうが悪いものになってしまったわけですよ。

この方、神経難病の方で、脳卒中になったわけですね。飲み込む力が落ちているんです。鼻からチューブを入れたらいいけど、それもきつい。胃ろうをすれば家で生活できるんですよ。だけど胃ろうは作らない、と。

胃ろうを作ってまで長生きしたくないと。立派な態度なんですけど、この方は家に帰りたいと言ったんです。家に帰るんだったら胃ろうが要ると思うよ、何とか施設の手厚い介護で食べているんだけど、在宅だと介護の力は落ちるよ、と言ったんだけど……。やってみなけりゃわからん。取りあえずやってみようかとなったんですね。家では肺炎を起こして亡くなることもあるよ、と話をしたんですね。それでいいというわけです。じゃ、やってみようかと家に帰りました。僕はその時点でこの方は肺炎で亡くなる、あるいは窒息で亡くなる可能性があると思ってました。この人は自分が死ぬとは思っていない。ケアマネージャーは死んでもらっては困るわけです。同床異夢ですね。でも、この方は1週間後に誤嚥性肺炎を起こし、緊急入院しました。肺炎は治るんですよ、今の医療はいいから。治ったら家に帰るといわけです。ちょっと待てと、最初の肺炎はやってみないとわからなかったけど、やってみた結果、駄目だった。だから、僕は条件を出した。胃ろうを作らんの結構だが、それはあなたの選択。だけど、胃ろうを作らんと私は在宅では診ません、責任を持った診療はできませんと。胃ろうを作らなければ施設、家に帰りたいれば胃ろうを作って、と条件を出したんです。

その話を弟さん—この方も脳卒中を起こして要支援になっている—にすると、「兄が胃ろうを作らないでくださいと言っているから、そうしてください」。経過を弟さんに話して、一緒にお兄さんと暮らしたければ胃ろうをつくってあげないといけない。胃ろうを作っても、食べられることもあるし、その時は胃ろうも要らなくなる可能性もある、と話したんです。結構話して、自己決定したんです。胃ろうを作ったんだけど、胃ろうを作っても肺炎を起こしたりするし、肺炎のリスクは少なくなるけど、あと病院を変わったり、結局胃ろうをつくったら在宅、作らなかつたら施設、と僕から脅かされたと思って、主治医を交代させられたんですね。結果的には胃ろうをつけて、胃ろうをつけても抜けることはあるからと話していました。中野先生は「胃ろう作っても抜ける」と言ったけど抜けない。抜けることもあると言ったのを、抜けると思っているわけですね。そういういきさつもあって、主治医交代になって、この話は実は本を書いた時点で本人に原稿を持って行って誤解を解いています。この本に掲載していいよという許可も得ている。だから、この本にも書いてあるんですけど、この方は医学的には成功例なんです。僕が胃ろうを作るように言ったから肺炎治療もできて、最終的に胃ろうを抜いている。そのあと誤嚥性肺炎を起こして、そのまま病院で亡くなっているんですけど、実は胃ろうが要らなくなっても胃ろうを抜く必要はないんです。分かります？ 口から食べてまた肺炎を起こして栄養不良になったら胃ろうを行えばいいわけですよ。歯が悪くなったために、入れ歯を入れない人はいないでしょう。目が悪くなって眼鏡をかけない人はいないでしょう。食べる機能が落ちたら胃ろうをつくればいいわけです。ただ、高齢になって、認知症になり、自分の判断ができなくて、食べる力を失った人に胃ろうを作るのはどうかという話なんです。そこをしっかりと説明していないとおかしくなっちゃう。この方は医学的には大成功例なんですけど、コミュニケーションの在り方、チームの在り方など反省点はあるわけですね。そういうのがいっぱい在宅にはあります。

(6) 死ぬ覚悟のできた在宅老夫婦

この方は今診ている方で、ご主人と奥様がパーキンソン病です。ご主人は近くの外来に行っている。奥さんは要介護3～4くらい。元気なんです。ご主人が軽い認知症があるものの、しっかりじゃないけど看ていた。大きい家で孫さんと同居している。孫は介護には一切タッチせず、食事の準備をしてくれるくらいかな。あとはヘルパーさんと訪問看護でご主人の介助でやっていたんですけど、ある日娘さんが帰ってきて、「お父さんが調子が悪いから診てくれないか」と。普通は外来に雇っている人は診ない。特に緊急の外来にかかっている人は診ません。行っても分からんから。だから、緊急の往診で診てくれというのは、1回は診るかもしれないけど、原則的にはかかりつけがある場合そっちにお願いし、急変があった場合、病院医へ行ってくださいとお願いするんだけど、この方はたまたま奥様の診察日に気分が悪いから診てくれということでした。家で診ている場合は家族受診ということで診察できるんですね。ちょっと診たら血圧が110くらいしかないんですよ。薬をみたら結構強い薬を使っている。これは血圧の薬が効きすぎだと思うから、半分にして様子を見てください。近くの外来の先生に相談して、薬を出して貰った方がいいですよとしていたんです。翌朝意識がないんです。意識がないという状態だからひょっとしたら命にかかわる状態で、開業の先生は外来があるから対応できない。たまたま僕が動けたから緊急往診したんですよ。トイレに座り込んで意識がない状態で、前日の状態を見ているから、亡くなったら死亡診断を書かないといけないと思っていたら、寝かしてちょっとしてから血圧が140くらいに戻ってきて、どうも下血しているらしいと、かかりつけの先生に電話して、「こういう状態

「だけど僕で対応していいですか」、「お願いします」と病院に搬送したら、直腸潰瘍ということで、出血も加味して貧血があったんですけど、出血は血圧が下がる一つの要因でしたが、一番の要因は娘さんが帰ってきたこと。何故だか分かります？ 娘さんが帰ってきて、薬をしっかり飲ませた。(笑声) だから、本人は薬を飲んだり飲まなかったりしているわけですよ。飲めば気分が悪くなることも知っているわけです。娘さんは「しっかり飲みなさいよ」ということで、(薬を) 出す先生はずっと診ているわけではないから、まだ効かんということでだんだん薬が強くなってきて、娘さんが、しっかり薬を飲ませたらそういう状態になった。この方はそれで、直腸潰瘍で6日入院したんですね。ちょっと良くなって帰ってきた。その6日の間にケアマネと娘さんが話をしている、施設行きは決まっていた。要するにこういう状態。お母さんは病弱で、とてもお父さんを見られる状態じゃないと判断している。在宅で2人残っても、孫たちに負担をかけたくないと本人は無視です。ケアマネと娘で「お父さん、どここの施設に行きなさい」となったわけです。僕はね「ちょっと待って」と言ったんです。本人に聞いたら「絶対施設なんか入所したくない」と言うんです。そこで聞いたんです、病院に運ばれた時に僕が来たことを覚えてますかと。そしたら覚えてないという。特に倒れた時は覚えてない。人は、こうやって死ぬんですよというわけです。だから多分ね、死ぬときは意識がなくなって、苦しかったですかという、苦しくない。「ね、死ぬときは苦しくないんですよ」と。「私はそうして死にたかったんだ」と言って、ただ、また同じことが起こるかもしれんけど、お父さんもお母さんも家に居たいというからそれでいいじゃないですかという話をした。娘さんもやっとな得されて、薬を減らしたら今すごく元気です。前より元気になってね。前はお父さんも不安だったんですが、死ぬのが怖くないとわかったら元気が出て、お父さんが元気になるとお母さんも元気が出てきて、これ誕生日にお花を持ってきて写真を撮るんですね。今、お二人元気ですよ。だから、死ぬ覚悟ができれば長生きする。死にたくないと思ったら早く死にますよ。

(7) 在宅医療の方の緊急入院

この方も末期がんで、面白いケースです。前から血便があったりして腫瘍マーカーが高かったりしてガンがあるかもと言ったら「いい歳だからガンがあってもいい」とおっしゃったんですね。ある日おなかがパンパンになった。腸閉塞ですね。娘さんには「大腸がんだと思います」と言って、本人も家で死んでもいいと言っていたからそう対応しましょうと、一応人工肛門を作ったんですね。ガンの手術ではなくて腸閉塞を回避する人工肛門を作って、退院と決まっていた。独居だし、人工肛門だと家では診れないだろうなと思って、グループホームに入所させて、そこで看取りましょうかという話をしていたんですよ。僕が行ったときは僕のことからなかった、病院にいると認知症が進みますからね。「だいな、おまんさあ」という感じで。グループホームでは、「家があるのに何でここに入らにゃいかんか」と駄々をこねだしたんですね。だから、娘さんを説得して、家で診ましょうよ、独居だし、朝行ったら玄関で倒れているかもしれないけど、その時は病死ですから私が大腸がんと死亡診断書を書きますから家に帰って好きにさせた方がいいですよ、仕方がないねと。連れ帰って2週間は大変でした。僕じゃなくて訪問看護が。人工肛門の扱いが分からないと言っては走って、いろいろしたり、だんだん認知症があっても自分で扱われるわけですね。この時は亡くなる2か月前でモルヒネもかなり大量に使っているんです。今、張り薬もある。普通の生活ですよ。これから1か月くらいして、だんだん食べなくなった、意識がなくなったということで、亡くなる1週間くらい前から完全に寝たきりになって、そういう時は医師は何もしません。するだけ意味がない。病気も含めて老衰が進み、亡くなる2日前に娘さんが「入院させてくれ」と。娘さんは別居です。時々来て看ている。「何で今頃入院ですか」と聞いたら、ヘルパーさんが「こんな状態でひとり家に置くのはかわいそうだ」と言ったと。娘さんに対する批判に聞こえたようです。何でこんな状態で家に置かんと。僕は2時間くらい説得しました。お母さんは、絶対入院したくないと言っていたじゃないですかと、いまさら入院させる方が可哀想ですよと。このまま黙っておけば酸素をつけていたらまもなく亡くなりますから。亡くなったら「お疲れさん、やっとうちの思うとおりで家で逝けたね」と言ってあげればいいわけですよ。亡くなる時はずっとついていて、看取りまでいた。看取りにはいなくてもいいんですよ。みんな一人で死んでいくものだから、心中しない限り。それはそれでいいわけです。

この方も独居。音楽の先生でお金があるから家政婦さんの介護だったんですけど、普通のヘルパーさんでも寂しくなければ、亡くなる3日前、正月元旦にヘルパーさんがおせち料理を作って、この人も痛みをしっかりとって、でも痩せているでしょう。死んでも入院したくないと、先生頼むから入院させなくてくれと言ったのはうちの父で、自宅で見取りました。これはうちの母で在宅医療を今やっています。

これ1冊目の本、これ2冊目ですけど。症例として今日皆さんにレク(講義)した在宅現場の経験が医者

意識をキュアからケアに変えるわけですね。在宅医療するからこういうような感覚ができるわけですよ。一般の医者は病院にいてキュアだから絶対こうはいかない。死ぬときは苦しくないは、究極のケア（客観＝現実を受け入れる）でしょう。急変時は救急車を呼ばない。呼べば警察が入りますと脅すんですね。血圧の薬をやめたら元気になった。血圧が高いのは元気な証拠ですよ。入院すると悪くなる。



これは病院の悪口ではなくて、入院すると環境だけで認知症が悪くなる。治療するときは病院に行った方がいいのです。看取りの覚悟できると長生きする。胃ろうの適用でしょう。

医師と家族の感覚の違いね。僕らにとってみれば看取りは当たり前だし、家族にとってはこの後どうなるかと全く見当がつかないわけですね。一例をあげると、老衰の方がいて、胃ろうもしないと、6か月くらい前からご飯を食べるのが少なくなりました。2週間前にはほとんど食べなくなつたんですね。たぶん2週間くらいですよという話をしたんですよ。ほんとに2週間後に訪問看護から電話が来て、チアノーゼという血液が回らない状態と呼吸が不規則になったと、「じゃ奥さんに代わって」と言ったんです。「たぶん看取りは今日だと思いますよ」と言うと、奥さんが「えーっ」と言われた。僕にとってはぼちぼちお迎えが来たと思うんだけど、奥さんはその時も死ぬとは思っていない。頭ではわかっていても、今この時だというのは分からんわけですよ。だけど、途中で呼吸がゆっくりなったら電話をしてくださいと言っていたら、「呼吸がゆっくりなってきました」と電話が来て、「行くまで間に合わないかもしれんけど、そのまま看取って下さい」といったけど、こういうときに救急車を呼ぶなと言っても、あわてて救急車を呼ぶこともあります。その時、何で救急車を呼んだかと怒っちゃいかんですよ。慌てるわけだから救急車を呼ぶんですね。このように、医師の感覚（主観）と家族の感覚（主観）は違います。

あと、本人は在宅、家族は入院、これは一般的な構図ですからね。家族が悪いわけではなくて、診れないと思っているわけですね。本人は家に帰りたい。終末期の環境の確保、色々書いてありますので、もし興味があれば読んで貰えればと思います。

こういうことで、意識をキュアからケアへ転位すれば家族は余計な医療をしないでハッピー、介護負担も少なくて、医療費もかからないということです。たぶん今からはこういう方向に向かっていくでしょうけど、質問があればなんでも。

質疑応答

（質問）息子の嫁のお母さんですが、肺ガンが分かりまして、ステージ4の半くらいだと診断されて、リンパにも転移があって、肋骨にもちょっとできています。治療しなかったら今年いっぱいという話で、どうするか家族で話し合っています。抗がん剤を2回受けて調子が悪い。75歳です。本人は絶対死にたくないといろいろ相談を受けたりするんですけど、手術はできないと言われる状態なんです。ある程度は回復しても完全にはよくなることはなかったら、在宅医療について家族で話をするのがいいんじゃないかと思ったんです。こういうのがあるよと娘たちにいうことを、私がしているものかなと思います。

（中野）必要だと思います。今みたいな形で、僕らからみれば、病院で治療しているんです。抗がん剤はいっぱいありますから、治療しながら在宅医療を受けるという手があるんですよ。結局病院の先生に任せる

と治療することだけがあって、いずれ ケアが必要になるんですね。治療しながら時々ケアが必要になってきますからそっちに移行させる必要があるかもしれない。通院できるんだったら、病院の治療を優先しつつ、通院困難となったら在宅医療に移行して、必要（可能）なら治療を続ける。通院は可能なんでしょう。（はい、本人は元気です）。いずれ行けなくなりますので、抗がん剤もいずれ効かなくなるから、それを話しておかなきゃいけないですね。告知じゃなくて。何のために治療しているかという、今を生きるために治療しているんです。生きることが目的になる治療になっちゃうんですよ。何のために生きているのかという話になる。治療しながら、たぶん1年2年というスパンになってくると思いますが、治療しながら延命しますね。治療しなければ一般的な予後は悪いと思いますが、逆もあるんですよ。治療したために急変することもありますから。75歳だったら治療ができる。治療しながらケアの話もする。外来で診るよりは家族調整とかあったりするから、専門の先生と相談しながら、治療が難しくなった時に家で送れるような環境を作るというのも一つの手だと思います。僕らに回ってくる時、球が尽きたから後は何とかしてくれということに来て、そこから緩和に入るから、もう少し早い時期から相談してくれればもう少しいろいろできるのになという思いはあります。

（質問）先生のところの、外来はまだできていないんですか。

（中野）外来はまだけど、相談に来てもらえば、相談はいつでも来てもらえばいいですよ。

（質問）今、話せない状態だから・・・

（中野）今話さないといけませんよ。抗がん剤も効いているわけだから、効かなくなった時にどうしますかという備えがいるわけですよ。

（質問）今度の抗がん剤で少し良くなったということで、治ると期待を持っているみたいなんです。

（中野）たぶん治らないと思いますよ。ただ、末期がんでも治るケースはあるんですよ。気持ちの転換ができた時。多分抗がん剤よりも、気持ちの転換がもっと効くと思いますね。末期がんと言われて治った人を何人か知っています。気持ちが変わると、体の中の免疫力が強くなります。だから、看取りが覚悟できると長生きできるかもしれないけど、あまり命にこだわると命を縮めることがあるし、何のための命かわからないですよ。ここに書いてあるでしょう。命は守るものではなく使うものである。

（質問）92になる義理の姉です。一緒に住んで1年1年体力がなくなるのが分かって、今年は寝ている時間が多くて、食事も今まで私と同じくらい食べていたのに、今年になって量が減って、ミルクくらいの時もあるんですけど、そういうときも病院で診て貰った方がいいのでしょうか。

（中野）歩けます？（歩けます）一人でトイレは？（心配で私がついていくんですけど）。一人でトイレに行けなくなった高齢者は在宅医療をつけた方がいいですよ。健康管理とかケアの面でですね。いざというときには看取りがありますので、悪くなっていきなり家で看取りましょうというのは絶対、本人、家族との信頼関係があるのだから。在宅の適応は一人でシャキシャキと通院できる人はだめです。付き添いがいないと通院ができないという人は在宅の適応になりますので、今の方は在宅の適応になるかもしれんです。

（質問）まだ介護を受けていないんです。

（中野）介護の相談にも応じられるし、先に診療から入るというのも一つの手ではあるんですね。（始良の方なんです）。始良の方にも在宅はあるんじゃないですか。病院に任せるというのはあまりよくないですよ。お医者さんはすぐ治療に行くから。だから、むしろ看護師さん（訪問看護）の方がいいかも。

（質問）友人がガンで死んでいったんですが、何でガンが多いんでしょうか。

（中野）ガンは加齢に伴う病気ですよ。若い人のガンもあるんですけど、ある程度高齢になるとガンが多くなる。ガンは一般的に高齢者の病気だと考えていいと思います。ガンになっても、よりよく生きるためにはどうすればいいかというのが在宅医療なんです。

ガンになると治療にしか目がいかなくなってしまうから、治療のために生きているという変な構図ができてしまう。ガンを治療しながら生きて、亡くなるまで何をやりたいかという、そういう意味で在宅医療を使ってもらうのはいいですね。

（質問）検診、乳癌とかの検診、受けた方がいいのかなと、迷ったんですけど、お客さんに聞いたら受けた方がいいですよと言われた。

(中野) これは自分で決めてもらった方がいいと思います。ちなみに僕は検診を受けない、それでいいと思っています。早期発見・早期治療というけど、検診が健康維持に役立ったというデータはないんです、実は。だから、体のことにナーバスになりすぎるとかえってそのことが心配を招くことになるから、たぶん僕は癌にはならないと自分では思っているんです。ストレスを持たないから。生きていることが楽しくてしょうがないんですよ。死ぬまでどうやって楽しく生きようかなということで、僕は、死ぬことが怖くないです、基本的には。今癌だといわれてもあわてません。末期状態だといわれても仕様がなかなかなと思う。だから、健康管理を人に頼るのではなくて自分の気持ちの問題として、ケアですね、できた方がいいかなと思う。個人的な見解ですよ、医者としてじゃなくて。

(質問) 中野先生ありがとうございました。私はクモ膜下動脈瘤の大手術をして命を拾いました。16年になりますけど、人生はお友だちをたくさん作って陽気に楽しくおおらかに過ごしていけばいいんじゃないかなと思います。病気も逃げていくんじゃないかなと思います。やはり心掛けが必要じゃないかなと思います。人生楽しく過ごせば病気も治っていくと思いますので、先生どう思われますか？

(中野) 全くそう思います。後、死を意識した方がいいと思いますね。自分たちは死ぬんだと。大きい病気をされて、僕は医者としていっぱい人を看取る中で、40代で亡くなっても一切、可哀想だと思わないですね。彼の宿命だと思う。死を意識するということは、死ぬまでどう生きようかということだから、ラッキーなことに16年前に大きな病気をされたんでしょう。後の命はおまけでしょう。おまけを大事に生きることが大事であって。

(質問) 折角拾った命で、大楽さんという方が私を引っ張ってくださる。それで、おごじよ会というのに入らせていただいているんな素晴らしい講演を聞かせていただき、感謝でございます。先生どうぞ健康にお気をつけて。伊敷のどこにありますか。(伊敷の北インターから昇つくと・・・)

(中野) 僕の友人に上野千鶴子さんという方がいるんですよ。元東大教授で、ジェンダーで有名な方で、彼女が言うのは、豊かな老後を過ごすには友達をいっぱい作りなさいと、しかも異性の友だちを作りなさいと。ただ男性に言いたいのは下心を持つなと、人間の関係はソーシャルな関係とセクシュアルな関係があるんですけども、特にセクシュアルな関係というのは所有の関係になってしまうものだから、そうじゃなくて、歳を取ったら誰と誰がひっついたという話じゃないから、特に女性は得意なんですね。男性は俺のものだと勘違いするんですね。それをやめて、豊かに過ごすことが大事だと、上野さんはおっしゃるんです。私もまったくそう思います。

(質問) 上野さんとおっしゃるから、私のいところに上野富雄という七高を卒業しましたからお兄様なんですよ。いとこの方はお坊さんになられているんですけど、90幾つなんですけど、ユーモアがございます。先生のおっしゃるような鏡にしたいなと思っておりますので、皆さまも長生きするということで、(中野；楽しくですね)。そういうことでございます。

(質問) お友だちの話が出ましたね。少し助言を。

(中野) みんな価値観は違うんですよ、それをお互いに認め合っていないといけないだろうということなんです。だから、下手するとみんな一緒だと勘違いする方がいらっしゃいます。自分の価値観とはずれる人はもう仲間じゃないと、むしろ違っている人から違ったことをされて、そうだよねという楽しみがあったりするから、仲間だけで集うのじゃなくて、いろんな人とですね。

たとえば認知症のケアなんかもそうなんですね。認知症のケアが何でつらいかということ、元気だったころのお母さんを思い出すからで、今あるお母さんを見て、それで付き合って、「そこに人がいる」と。以前のお母さんはいなくても、彼女の価値観、認識としては見えるわけだから、「あ、そうだね」という感じで付き合っていけばと思います。今日は、社会と個人との関係とか言わなかったけれども、うちの「個人を尊重する社会の創造」というのにはそういうことです。個々は違うけど、違う個々を認め合いながら社会を楽しく作っていこうねと。地域づくりというのもその辺にあるのではと思います。老若男女、年上が年下よりも偉いわけではない。ただ経験しているだけです。お前、知らないから俺の言うことを聞け、は違う。そういうところが大事になってくるかなと思います。

(会長) お礼と閉会のあいさつ