

人は何故畳の上で死にたいのか？

著者	神野 君夫
雑誌名	真実心
号	35
ページ	47-81
発行年	2014-03-10
URL	http://id.nii.ac.jp/1108/00000472/

人は何故畳の上で死にたいのか？

神野 君 夫

過分なご紹介ありがとうございます。実は私が出る前に、在宅ですっと看ていた患者さんなんです。私が外来をしている間に病院で一回呼吸が止まったんです。私が出ると同時にその患者さんは自宅へ帰りました。まだ生きてるんですよ、もちろん。できるだけ自宅で最期を過ごすということでした。娘さん達ご家族と一緒に時を過ごしたいということなんです。

先ほどもお話があつたように、私は心臓外科から轉身したんですが、皆さん病気になる時に心臓ばかりじゃないですね。お腹とか、肺とか、頭、神経の病気：いろいろな病気がありますから、心臓だけ専門ではとてもじゃないけど対応できない。それで外科の方にはちよつと入門して、何年か経験した後在宅医療をやり始めました。我々は医学教育の中では“助ける治療”を習うんです。ところが“死にゆく人たちのケア”を習うことがない

んです。ここにおられるナースの卵、皆さんは今から習うんです。非常に羨ましい。医者
が治すことを一生懸命やってる間に、看護師さんたちは一生懸命ケアにどんどん進んでい
く。だから、こういう在宅だとかは看護師さんの方がずっと前を走ってるんです。それ
に医者が生懸命着いていくというような状態です。病院と自宅とのギャップはものすご
く大きい。この中にも将来的に訪問看護師になれるナースが出てくると思います。その
時に、いかに病院と自宅が違うかというのが、ありありと分かります。そういうこ
とが分かることも期待して、お話ししたいと思います。

「生まれ方は一通り、死に方は一〇〇〇通り」これ、実は教科書に載ってるんです。一
八世紀のマリア・テレジア、ハプスブルグ家出身の王妃ですね、彼女はオーストリアの女
王さまです。彼女は非常に良いことを残したんです。彼女の子どもは確か一人か二人
くらいいるんですね。子だくさんの女王さまですが、彼女がこのオーストリアに世界で二
番目となる義務教育を導入したんです。その教科書の中にこの文章が入っています。「生
まれ方は一通り、死に方は一〇〇〇通り」。とにかく死ぬ時には、どんな所でも選べる、
どんな死に方かも選べる。それはみんなが非常に「良いなあ」と思うようなこともある

人は何故量の上で死にたいのか？

し、そうではないことも含まれて、どんな選び方もあるという意味です。

“死ぬ”ということはどういうことかと言いますと、私たちはみんな生活をしてるわけです。病院でも生活をしているわけです。ここでも生活している。おうちでも生活しているわけですけれども、その中で“死ぬ”というのは生活の中では、ある一幕でしかない。その人は死んでしまっても、家族はみんなまだ生活が続いているわけです。「今日、亡くなりました」といわれれば、本人はそれで終わりですけれども、後に残された家族はまだ生活をしているわけです。ですから、生活というのが非常に大事な言葉であり、その中に“死”という一幕がある。それを家族がどう迎えるかが非常に大事なことです。残された家族たちが、死んだ人を見ても幸せでないと困る。

人間というのはどんな死に方をするか。皆さん、病気のことはかり思っておられるかもしれませんが、死に方っていろいろあります。病死、老衰、事故、自殺、殺人、戦死、その他：があります。この中で、病死だとか老衰だとかはまだ穏やかに看れるんです。事故だとか自殺、殺人、戦死。最近でも大阪で高校生が体罰を受けて自殺しました。一人死んだだけで、日本国内で非常に大きな問題になりました。自殺のように急に亡くなるというのは残された人々には非常に大きなショックがあります。事故にしても殺人にし

でも同様です。事故では京都でありましたね、祇園で車でひかれて沢山の人が亡くなりました。人が死んで家族はどうしたか、嘆き悲しむしかない。そういう現実が待っているわけです。

私は医者ですから、病死を沢山経験します。中でも今非常に多いのは悪性疾患、癌です。これは臓器によって、どういう細胞由来で、ということ呼び方が違います。癌であったり、肉腫であったり、白血病、リンパ腫……こういうものが悪性疾患です。それから心臓血管疾患。動脈瘤が破裂したり、心筋梗塞そういうものがあります。それから肺炎、脳血管疾患、その他です。今まで肺炎が非常に多かったのは、やっぱりお年寄りが肺炎で亡くなります。皆さんも新聞を見られたら「死亡欄」見てください。「肺炎」って書いてます。本当に「肺炎」で亡くなった場合と、癌で末期に肺炎を起こして「肺炎」と書いてる場合もあります。ただ単に、最後の死因で書いているので、本当は癌だということも多々あります。今、二人に一人は癌に罹ります。年間の死亡者の三割くらいが癌で亡くなります。ですから、ものすごい沢山の方が悪性疾患で亡くなるのです。癌は身近にあるわけです。この中でも二人に一人は癌になるんです。そのうち顔を見なくなるんです。「あの人が最近見ないね」って言ったたら「癌で死んだらしい」って当たり前と言われるようになる。

人は何故量の上で死にたいのか？

これをどういうふうに考えるか。

自分が癌に罹った事が分かったらどういうふうに考えるか。治療するのか、緩和ケアとか、いずれを受けるのか。治療をするのかしないのか。何もしないこともできます。「私はしません」「何もしないで」という方もおられます。私が診てた患者さんで、もう亡くなられましたが、大学の元教授で十分な知識と価値観を持っておられる方でしたが、その方は診断にまつわる検査を一切受けませんでした。検査もしない。知らないことで幸せなこともあるんだと。「先生は治すことに一生懸命かもしれないけど、何も知らないで一生を送ることもあるんだよ」と言いながら、最期まで検査は受けませんでした。そういう選択もあります。実際私たちには「やれば治るかもしれない」そういう思いがあれば、本人が決める。ですから、もし自分が癌になったら分かったらどう選ぶか非常に大事です。皆さん若いから「自分は癌にならん」と思ったら大間違いです。十代でも胃癌になる方もおられます。若い胃癌患者さんがどんどん出てきますね。二十代の癌なんて当たり前にあります。ある大病院のカンファレンスに行ったら、その中に二十代の悪性腫瘍の方が数名入っている。こういうことが冗談じゃなくて本当に起こりうることなのです。その中でどんな治療を受けたいか。もし癌になって早期だったら、手術したり、化学療法受けた

り、いろんな方法がありますね。免疫療法とか。最近は民間療法もいろいろありますね。そういう選択も自由です。自由なんだけど、大事なのは正確な情報を得て判断するということです。私は癌だけど、治療にどういう可能性があるか。治療したら良くなるのか、それともやってもなかなか効果がないのか。非常に大事な情報です。そして、どの程度まで治療したらいいか。中にはとことん治療をするんだという人もいますね。皆さんのおうちでも癌で家族を亡くされた方がおられると思います。その時、どこまで治療するか。どこまででもやろうと思ったらできるんです。やる場合もお医者さんが説明してくれる、その時に、医者の方がやる気モードで「手術しましょう」と、手術を勧める言い方もできます。だから本当にその人のために正確な情報を得ることが非常に大事です。情報を得たうえで自分はどうしたいか。もし癌で治療するならどこまでやるのか。例えば皆さんが治療を受けて今の体重から一〇キロ減ったらどうですか。「ダイエットになって良い」と思ってもいけません、病的な状態で急速に大きく体重が減ったらへ口へ口になります。走れるかと言ったらなかなか走れなくなります。そこまで痩せこけてガリガリになるまで化学療法を受けるかと言ったら、やっぱり選択の余地が生まれてきます。そういう時にいかに正確な情報を得るか。治療を受けてどのくらい価値があるのか。信頼している先生がどこ

人は何故量の上で死にたいのか？

まで言ってくれるかが非常に大事なんです。

それから、癌になってどんな症状が一番辛いのか。胃癌だから痛みが辛いんじゃないかとか、肺癌だから息するのが辛いんじゃないかとか、いろいろあります。そういうことも実際に癌で怖いことの一つです。今、緩和ケア、緩和医療の進歩は目覚ましいです。昔は「モルヒネを注射したら終わりや」そういうことを言われていたことがあつたんです。「最後に痛みが取れへんから寝かしてしまおう」ということをやってたのは事実です。私たちはそれを知っていました。私が若い時は心臓外科でしたので、癌の治療の経験が乏しく、そういうモルヒネの使い方はなかったのです。外科、内科で癌で痛みを取るためにどうしたかという普通の鎮痛薬ではもう効かないんです。ですから半分寝てしまうような薬を点滴をして、そのまま亡くなってしまふことが多くなります。最後にモルヒネを使つたら、「はい、最後」というようなイメージがついてしまったのかもしれない。ところが今はそれを別の用法の使い方をすると、全く違う効果が生まれます。モルヒネの内服薬がそれにあたります。

それから、最期はどこで迎えたいか。家で死にたいのか、ホスピスなのか。皆さん仏教系の学生さんですから、ビハーラ病棟、そういう緩和ケア病棟とか、一般の病院、いろいろ

ろな選択肢があります。いいんですよ、彼氏のうちでも、彼女のうちでも。どんなところで。自分が最期は誰と迎えたいか。癌になったらどういふふうに迎えたいか、ということを考えていくというのが非常に大事なことです。

「ピンピンコロリ」とお年寄りがよく口にします。私の前で良く言います。「先生、はよ死にたいんやけど」「いや、そうやね…」「私、不死身やろうか」「あなたはなかなか死なへんよ」「何で死なへんのや」「あなたは私の前で言うとする。医者の前で言うとする」「何かおかしい?」「医者は病気を治そうとする。そして薬を出すでしょう、その薬飲まなかつたら死ぬるんや。死ぬ気なら来んでよろしい」って言ったら「あ、そうか、だから死なへんのや」って帰るんです。そして翌月も来る。お年寄りの「はよ死にたい」は「生」への執着心に近い。ところがこの「ピンピンコロリ」は誤解されているんです。そういう人たちは、ある日起きたらコロリと死んでる、そういうのをイメージしてる。この「ピンピンコロリ」の言葉は、一九八〇年に健康長寿体操を考案した北沢豊治さんが一九八三年に日本体育学会で提唱したんです。それがみんなに広がっていった。広がっていったんだけれども、言葉だけが誤解され伝わってしまった。そうやってポックリ死ぬことは本当に良いことか。自殺もそうです。ポックリ死にます。ある日突然いなくなる。交通事故もそうで

人は何故量の上で死にたいのか？

すね、これだけおられたらご家族が交通事故にあわれた人がおられるかもしれない。家族を失うと残された家族は非常に苦しいです。家族の突然の死、そういうことを受け入れるということとはものすごく大変です。自殺を受け入れるのも大変だと思います。家族はしんどいです。一般の人の中の「ピンピンコロリ」の誤解は、パッと死ぬということをイメージしてるんだけど、実際はそういう意味じゃないです。急性疾患で亡くなる人、心筋梗塞、脳梗塞、大動脈が破裂した…よく聞きますね。でも救急車で運ばれてきて亡くなる人は5%もいません。みんな助かっちゃうんです。助かっちゃうって言ったら怒られるかもしれませんが、どんな形で助かるかはいろいろ問題を育んでいます。植物状態で助かって、息はある、生命は失っていない。それをどう受け入れるか。本当に亡くなって葬儀が始まるという人は5%もない。自分で、こういうふうに亡くなりたいと思ってるかもしれないけど、まわりの事も考えて「ピンピンコロリ」は考えなおさないといけない。「ピンピンコロリ」はできる限り生きて、穏やかに逝くことです。

自宅で亡くなって発見されたら検死があります。病死であることの診断をします。それから不審死でないことの証明です。医師はそういうこともしないといけない。そこに立ち会った医者というのは、事件性がないかどうかをはっきり診断しておかなくてはいいけ

い。私たちが在宅で行った時に亡くなってる人がいたとしますね。そしたら、首締めてないか、刺した痕がないかなどを必ず見ないといけないのです。在宅での死亡診断には単に病死であるだけではなく、そういう検死もすることが必要になってきます。そういうものがなければ病死であるというふうにできるんだけど、我々が以前から病気で診ている人には問題ないんだけども、全然診たことがない人が倒れてる場合には、まったく状況が分からない訳ですから、最初から検死になります。病態を知らないですから、それをちゃんと診断していく。在宅に帰ってきた癌の末期の人は、ほとんど「ピンピンコロリで死にたい」とか言わない。どんどんどんどん弱っていく。治療に疲れたり、病勢が強くと、体力を失って弱っていくわけですから、患者さんは何をしても弱っていきます。だから、ほとんど口にしなくなる。それは逆に言うと、生きたいんです。すごく生きたい。生きたいんだけど、現実の病気のことを知っているのでそのことを言えない。

皆さん、京都府の死亡率って知ってますか。京都府民の死亡率、一〇〇%です。ここにいる人、みんな死にます。目が覚めたら隣の人が息をしていなかったとかね。実際のピンピンコロリは、急性疾患で亡くなることではなく、慢性疾患で徐々に階段を下りていくように体力を失って弱っていく。そのうちご飯も食べられなくなると、弱っていく。例え

人は何故量の上で死にたいのか？

ば、近くのおじいさんとかおばあさんが歩いていて、最近、姿見ないと思ったたら、そこにとっかの先生が往診に来て。往診に来てるんだけど、すぐに帰って行ったと。で、一週間もせんうちに葬儀が始まる。その間にパツと亡くなったわけですね。昔はそのようなことをよく言いました。それは、すごく安楽な死やったんかもしれないですね。変にそこで救急車で病院に運んで点滴して、「何やろうなあ」って言ううちに、植物人間状態になって何ヶ月も入院することになる。そういうことが起こると、ものすごく苦しい時間を経験することになります。例えば、この会場の皆さんが、タイムカプセルでどっかに行つて、何も食べるものがない。水だけ持つてるといった時に、口にする物はない。水だけ飲んでどのくらい生きられると思いますか。一ヶ月以上生きられると思われる方、おられますか。手挙げてみて。二週間くらいしか生きられない？ 八〇歳くらいのほとんど歩けないようなお年寄りが毎日点滴一本すると、何も食べなくてもひと月半、生きられました。この人たちみんな健康体だからね、水飲んでたら二ヶ月くらい持つよ。みんな長生きするの。細い人は少ししか持たないと思つたら大間違い。水飲んでるだけでも結構持ちこたえます。現在癌とか難病になるんだけど、穏やかに最期を迎えることはできます。みんなが苦しむわけじゃない。その影には緩和医療がすごく発達したということがありま

す。上手に痛みを取るとか、苦しみを緩和することができる。ここの人たちはほとんどの人が看護師になるでしょうから、自分の目の前に苦しんでいる人たちが、穏やかに亡くなる最期まで一緒に過ごすことがあると思います。癌ですごい腫瘍ができてくるのにニコニコしている光景を目の当たりにすることがありうるわけです。それは自分たちの先輩たち、それから先生たちが努力してそういうことが可能になりました。

高齢者の死亡場所の希望について厚生労働省がデータを取っているんですが、実際に自宅で死にたいと言ってる人が八九・一%なんです。ところが実際に死んだ人は三三・一%。病院で死んだ人が六六・三%。三人に一人は自宅で、三人に二人は病院。その他は施設とかそういう所です。最近施設で亡くなるのが多いです。老人ホームは今どこもいっぱいですよ。 「部屋空きましたから」 って電話がありますが、空いたから、入ろうかなあと思って入りますね。何で空いたかというところに入っていた人が死んだからです。亡くなったからベッドが空いたんです。病院は元気になって帰る人もいますが、老人ホームは殆ど人が死んでいくんです。空いたから次どうぞと勧められる。ホスピスもそうです。老人ホームだと一〇〇人くらいいても、亡くなる人は年に一〇人とかそのくらいしかない。年に一〇人から多くても二〇人ですね。ところがホスピスになると、二〇人くら

人は何故量の上で死にたいのか？

い入院しているけど一週間でガラッと変わっちゃうんです。ひと月経ったら半分以上の人は亡くなって消えてる。そういう亡くなり方をします。入院患者さんはどんどんどんどん抜けていくんです。それが現実です。

病人って本当は最期はどうしたいかというところ、「できるなら家にいたい」ところが平成一六年に厚生労働省が末期の人を調べたら一一％でした。「末期」というのは定義があるんです。診てる医者が、だいたい半年くらいしか生きられないと判断された状態を末期って言います。だから、見立て違いがいくらでもおこります。末期ですよって言いながら私のところでも一年半生きてるとか、二年生きてるとか。今でも何人かいます。その時の状況で、たぶん、経験的には半年くらいというのが「末期」になります。それから医療機関においてどの程度死んでるか。これは昭和五一年くらいに、病院で死ぬのと在宅で死ぬのとが入れ替わってます。今はほとんどの人が病院で亡くなって、家で亡くなる人は一二、三％くらい。二〇一〇年の看取り率は全国で一一・六％。最も高い奈良県は一六・五％あります。京都は一三・八％です。低いところでは、一〇％切るところがあるんです。ものすごい差があります。じゃあ、奈良県で何でそんなに看取りができるのかと言ったら、やっぱり、田舎の人っておうちが大事。結構大事です。都会に行くと案外殺伐として

いて、病院で診てもろうたらいいのに…、老人ホームで見てもろうたらいいのに…、って
 いうことがよくよくあります。そうしますと病院で亡くなる率が非常に高くなる。地域的
 にどうしても在宅に入りにくい場所があります。昔ながらの古い地域には入りにくいといこ
 ろがあります。他人を寄せ付けないところもあります。

「看取り率のからくり」っていうのがあって、実は一二%のうち、本当の自宅で亡くな
 っているわけではない。実は有料老人ホームとかに住所とか住民票を移してしまうので
 す。そこで亡くなるとそれも「自宅」となるわけです。今住んでいる所が本当の自宅でし
 よう。ところが、そうやって住所を移したら移した所が自宅になりますから、そこで届け
 出を出すと「どこで亡くなったのか」「自宅で死にました」となる。本当の自宅とは違い
 ます。実際に家族がそこに住んでいるわけではないのです。自分だけが住んでいても自宅
 になるんです。それで言うといけない。一割の人が自宅でなくなりまして。宇治で見るととん
 でもないことが分かったんです。これは一昨年のデータです。人口は一八九、五一一人、
 亡くなったのが一、四三八人、本当の家で亡くなったのが五〇人です。実際に一、四三八
 人亡くなったうち、たった五〇人しか家で亡くなっていない。こういう現実もあります。
 看取り率三・五%です。だいたいの人が病院で亡くなっています。それが今の宇治市の現

人は何故量の上で死にたいのか？

状です。なかなか宇治市では自宅では最期までいられない。病院から出ないと家で看取るということにはならない。これは我々医師の責任でもあります。

患者さんに最期にどうしたいかと言ったら、「量の上で死にたい」と言う方が多いです。「量の上で死にたい」と言った場合、つまり患者さんが自分の居場所、終の棲家を意思表示した場合にはみんなが必死で支えるわけです。現在こういった場合にはそういうサポートチームができます。それから、本人、その家族に実際のサポートチームのあり方を説明する。そうすると、自宅で最後まで過ごせるんだということが分かりますね。家族のいるところで死にたいとか、自分の住んでいた家で死にたい、そういう方がいます。例えば私の経験した人でも、本人が大工さんで、「自分の建てた家に帰りたい」って。患者さんはもう黄疸で真っ黄色でお腹は腹水でパンパンになってますけれども、「自宅に帰っても大丈夫ですよ」って夜の一時にその病院の主治医は本人の要望を受け入れて退院しました。患者さんは帰ったその自宅で自分の家であることを確認して、その日の午後四時に亡くなってます。自宅での時間は一日もない。そういう帰り方をされる方もいます。

「量の上」ってタイトルにもありますけど、どういうことかって言うと、まず家族の住んでいる所と言えば分かりやすいですね。気心の知れた人がいるところ。彼女かもしれない

いし、彼氏かもしれない。気のあつた友達かもしれない。それから、自分を含めた家族の生活の場をも意味しているわけです。それから独居であっても、自分の住んでいた所。マンションかもしれないし、アパートかもしれない。"自宅"と呼んでいる所です。じゃあ、"在宅"っていうのが何か意味があるのかって言ったら、そこには"在宅の薬"がある。よく説明するんですけども、そこで時間を過ごす。自分の家で時間を過ごすことができる。空気、雰囲気、そういうところを意味しています。「時間の薬があるよ」「空間の薬があるよ」。家族のいる雰囲気を味わえる。家族としてはどうしてあげたらいいかと言ったら、患者を自宅で看取りたい。介護してあげたい。一緒に生活したい。全部「したい」って付いているんです。「〜したい」。本当は家族はそう思ってるんです。本人の現在までの尊厳を守りたい。何かしたい。時間とか空間を共有したい。というのが家族の希望になります。ところが、介護している人はやっぱり疲れます。実際疲れるとそういう言葉が出ないんです。「看取らないといけない」これ、よく聞くでしょ。これ普通なんです。「看ないといけない」「介護しないといけない」「見てやらないといけない」。こういう介護状態になります。だから精神的にも肉体的にも健康であることが介護する人にも必要なんです。介護する人が疲れると介護の質は落ちます。看護も一緒ですよ。自分が疲れていたら

人は何故量の上で死にたいのか？

良い看護が提供できない。ですから、そういう時に家族を支えるための在宅医療とかケアチームが必要となります。

それから、患者本人にも覚悟がいらいます。家族に迷惑をかけるかもしれない。これは普通にみんな思うでしょ。もし自分が、ちよつとしたことであっても、家族に迷惑をかけるかもしれないと思う時、本人にとっては非常に辛いことなのです。在宅での医療とか介護そういうものにも不安がある。「ほんまに往診に来てくれるんやろうか」とか、「治療やってくれるんやろか」とか、「緩和医療できるんやろうか」とか思われることがあります。実は、私たちが在宅医療で訪問に行きますけれども、よく電話がかかってくる人がいる。勤務がだいたい終わりそうになった五時頃に不安になり電話をかけてきます。それとか八時頃に電話がかかってきます。患者さんは電話して「しんどいやん」とって訴える。そうして往診に行くでしょ。行ったらもう治ってるんです、その人はね。「えらい調子ええやんか。どうかしましたか？」って言ったら「あ、来てくれるんや」とって言うんです。実際に来てくれるのかどうかの確認をするんです。そういう不安があるわけで、一回行くと、その人は二度と不安の電話はかけてこない。本当に大変な時しかかけてこないようになります。患者さんというのは在宅であっても病院であってもすごい不安がるんです。だから、

そういうことをトライするというのを我々は認めないといけない。当たり前で、ありうるといふこと。不安だけでも患者さんは自分としては家にいたいんやと。家族と過ごしたい。ところが、実は家族と過ごす時に、家族がずっと見てないといけないかって言ったらそうじゃないんです。例えば背中を向けて、朝ご飯の準備をしていてネギ刻んでるか、そういう状態であつてもかまわないんです。そういう雰囲気の中で生きていきたい。日常生活の中で過ごしたいと言ふことです。

患者が自宅で死ぬための条件、どうやったら死ぬるのだろう。一番大切なことは本人の意思です。自分は家に帰りたい。家で最期まで過ごしたいと思わない限りは自宅で最期まで過ごすというとはなかなか難しいです。それから、介護を誰がするか。家族がするのはよくあることですね。では独居の人はどうすればいいのかと言つたら、在宅サポートチームがあります。ヘルパーさんとか訪問看護師さんです。君らが将来的になろうとしている看護師さん。それから医者、リハビリの施術士であつたり、薬剤師さんであつたり、ケアマネージャーであつたり。そういう人たちがいっぱいいるわけです。そういう方が揃つているのであれば在宅医療は十分できるんです。在宅医療では最期の看取りはどうするかといえ、かかりつけ医がついていれば、ヘルパーさんが訪問して「息止まっています」と

人は何故量の上で死にたいのか？

なつたとしても、かかりつけ医が診断にいきます。行ったらそれは検死じゃないです。一応は確認しますけど、死亡診断書を書いたらそれで通るんです。日頃から診てる医者が「これは病気で亡くなったんだ」ということになれば、診断すれば十分それで通用します。老人で亡くなる人がものすごく多いですから、我々が行く時、「救急車呼ばないように」って家族に言つてあるので、私たちが行つたときも救急対応なしに静かに診断をして終わります。何でかと言つたら、救急車が行つた時に呼吸をしていない場合、必ず警察を呼ばないといけない。それは事件性があるかどうか確認しないといけないから、必ず呼ぶんですよ。だから、救急車が来ないようにして、我々が行つて確認するんです。そしたら死亡診断書だけで十分済むわけです。ただ事件性のないことは必ず確認しておかなくてはなりません。

それから、医療、介護の手配です。利用しようと思つたら手配をどうすればいいのか。最近ではケアマネージャーがいますので、居宅介護支援事業所に行つたらこういう手がありますよつて教えてくれます。病院から退院するときに分からない時は、地域連携室、退院調整室などがあります。メディカルソーシャルワーカー（MSW）が待機しています。昔、病院の経営者たちはそういう人はお荷物だと思つていた節があります。人件費だけかかっ

てお金を生まないと思つてたんです。ところが今は経営的なことをいうと患者さんを長期
間入院させると収入が少なくなるんです。人件費が払えなくなる。MSW たちは患者さ
んのことを一義的に考え、そのために早く適切に退院を勧めていくと、そういう所に新し
い患者さんが入ってくる。そして結果的には病院の活性化につながるわけです。

お金を生まないようでも無駄を減らすことができ、病院の収益は上がるんです。そうす
るとソーシャルワーカーとか退院調整室とか、そういうところにもものすごく意味があるとい
うことが、賢い経営者は知ってますから、そういう所に入れています。

在宅でできる医療とは何かと言ったら、私は外科系なので外科のことも全部書いてま
す。お薬を出す、ちよつとした手術ですね。気管切開とか、異物を取ったり。最近でも一
人、痰を取るのにどうしても必要なので管を入れました。乳癌で腫瘍処置をしたり、胸水
とか腹水をとつて、それを回収してタンパク質を失わないように採つて、濃縮してそれを
点滴で返す。そういうことができます。それから点滴ですね。中心静脈栄養として、首か
らカニューレを入れたりすることもできます。経管栄養では、胃瘻（PEG）ですね。胃
瘻とはお腹に穴を開けて胃に管を通します。気管内吸引もできます。酸素療法、人工呼吸
器、それから尿道カテーテル、レントゲン撮影も自宅で撮ることができます。超音波検査

人は何故量の上で死にたいのか？

も全部できますので、病院の病棟でできることは全て在宅で可能ということです。今、私の所でやっているのはこれだけです。この中に気管内吸引があります。厚生労働省が最近ヘルパーさんにも協力してもらって、自宅にいる患者さんを増やしましょうと言っているわけです。患者さんの中には在宅で吸引しないといけない場合が多いんです。神経難病など沢山の患者さんがいます。介護員が吸痰する為の現場での講習は患者さんを目の前にして吸痰とか練習をします。指導するのに資格が要ります。資格といっても講義受けるだけですが。私は講義を受けて指導していますが、「やりなさい」って患者さんの吸痰をやるでしょう。それを二回指導を受けて患者さんが「やってもらいます」って言ったからその人には吸痰の許可が下りるわけです。同意を交わしてやる。介護士達はみな上手になります。ところが、その人がほかの患者さんで吸痰しようと思ってもできないんです。在宅で、どなたでも痰が溜まってたら痰を取りましょうと許可を得るには、五〇時間講義を受けないといけない。吸痰するだけに五〇時間。ひよっとしたらみんなより知識が増えるかもしれない。五〇時間も痰を吸引するための講義を受ける必要がある。看護学で五〇時間の講義を全部マスターしたとするとすごい知識量になる。ものすごい量ありますから。それを普通のヘルパーさんに五〇時間受けたらどこでも吸引する資格を与えると

言ってるんです。ただ、ものすごく矛盾がある。家族は患者さんの吸痰をしてるんです。家族は殆ど誰にも教えてもらっていない。統計を取ったら、病院から帰るときに吸痰させて指導します。平均で約三〇分です。看護師さんが指導してるのはたった三〇分。だけでも家族は一生懸命やってるんです。やってる間には看護師さんより上手になります。どうやったら吸えるかって、そう思って一生懸命やってるからみんな上手です。それが今この在宅で行われていることです。看護師さんより上手にすることもあります。上手に吸うんです。吸引した量や性状など、全部観察する。病院で検査入院すると、病院の看護師さんがあっけにと取られてるんです。それは当然です、お母さんが上手に吸引するからです。

それから、在宅医療を支える職種。医師とか歯医師です。歯医師もチームに入るんですよ。多くの高齢者は歯が悪いでしょ。歯槽膿漏は成人で八十%かな。皆さんの中にも歯槽膿漏の人がいると思います。僕もそうかもしれないしね。で、そういう患者さんがいっぱいいるわけですから、歯科医にチームに入ってもらおう。看護師さん、保健師さん、歯科衛生士さん、歯の磨き方を指導してもらおうんです。実は歯をキレイに磨くと肺炎が圧倒的に減るんです。それは証明されてるんです。歯医者さんが、「こうやったらキレイになるんで

人は何故量の上で死にたいのか？

すよ」と。それだけじゃないんです。「肺炎が少なくなるんです」って。「そんなバカな。歯ぐらいいで：」って言う。「あんた何も知らないんやね」って言われます。これはもう当たり前前のことです。それから、介護福祉士さん、ヘルパーさん、介護士さん、ケアマネージャー、社会福祉士、メデイカルソーシャルワーカー、それから、理学療法士さん、作業療法士さん、言語療法士さん、そしてボランティア、こういう人達が実は必要です。多職種の特門家は私の施設でも多用してます。どういう時かという、例えば、癌の骨転移の時や骨折のときです。家で過ごしてたけど骨に転移して。ある時、踏み込んだら足がグキツとって折れちゃった。癌で骨が弱ってますから折れることがあるんです。折れたら手術ができないことが多いですね。その人はどうやって家で過ごすか。寝ていてもどうやってオムツを痛くないように替えられるかとか、そういう生活作業をする時に、リハビリの人達をすぐ患家に仕向けます。「行つてくれ」と医師が指示します。行つたら、こういうふうに着替えると比較的痛くないとか、こういうふうに足を曲げると痛くない。立つ時にこういうふう立つと立ちやすいとか、そういう指導を全部家でするんです。そうするとおうちの中で生活をするができる。

薬剤師さんですね。お薬がいつぱいになりますから、服薬管理をしていきます。お薬を

カレンダーに並べますね。いくら教えてもできない人もいます。飲めない人もいっぱいいるし、おまけに過剰服用して「ありません」とかわられる。これはちよつと余談ですけども、お薬は外来で出すでしょ。出したら処方箋を取りに来られます。ひと月分出したらひと月後に取りに来ますね。先月の二七日に出してるから、二八日までには取りに来てもらう手持ちがないわけですよ。なのに、「血圧の薬はどれくらい残ってる?」「一週間くらい残ってるかなあ」って。飲んでないのです一週間分。意味分かります? ところがね、「眠り薬はどうや?」と効くと「それがないから来たんや」って言うて。眠り薬を取りに来るんです。眠り薬が基準なんです。何でかっていったら、血圧の薬は服用しなくても、痛くもかゆくもないのです。そうでしょ。飲まなくてもへっちゃら。ところが眠り薬は飲んでから「よーい、どん」で寝るんです。飲まないと睡眠が始まりませんから、一番几帳面に飲んでるのは眠り薬。だから、実際にこの人がどのくらい薬を飲み忘れるかを逆算するわけです。そうすると、一週間残ってるって四日に一回は飲み忘れてるんです。これくらいやったらいいけど、もうちよつと忘れるとヘルパーさんに入ってもらった方がいいかなあとか、家族を呼んで話した方がいいかなあとかの話になるわけです。そういうものも本当は医者じゃなくて自宅では薬剤師さんがしてくるんです。

人は何故量の上で死にたいのか？

福祉用具ですね。担当とかボランティアとかいえますけれども、何で福祉用具がいるかというと、福祉用具で特に必要なのはベッドです。電動ベッド。電動ベッドはホームセンターにも売ってるでしょ。介護の必要な人はあれは買ってはいけません。普通にみんなが寝るにはいいんですよ。介護するのにあれを買ってはダメです。少なくとも介護用のベッドは上下するんです。ホームセンターのは上下しないでしょう。背中だけが上がるだけ。介護ベッドって必ず上下する。何でかって言ったら、それは本人のためでもあるけど、介護する人たちのためでもあるんです。ベッドが低かったらかがみながら介護するでしょう。介護する人たちの背中を痛めてしまう。だから、ベッド上げたら介護者がかまなくても介護できるんです。だから必ず介護ベッドっていうのは上下しないと話にならない。「介護ベッドってどんなベッドでしょう？」って言われたら「上下するんですよ」って言ったら「ああ、知ってるなあ」って思われる。

それから在宅医療をする時に、進行しすぎた末期、例えば後六ヶ月しか生きられないなんて診断したら末期として出すわけです。じゃあ全部末期なかと言ったら「末期の末期」というのもあるわけですよ。もう今日危ないとか、最初に話したでしょ。今日私に来る時に帰った人は末期の末期ですから、肝臓が腫れてカチカチです。息するのもやっとです。

そういう状態になった患者さんが在宅医療を受けにくる。

体重三〇キロの女性って想像できませんか。みんなのお母さんたちが三〇キロになるんですよ。分かります？ 皆さんのお母さん何キロか知りませんが、想像して見て下さい。五〇キロの人が三〇キロになるとして、二〇キロ減った人なんて骨川筋衛門のようなもの。そういうふうになりガリガリになった状態で帰ってくるわけです。病院ではどう言われて帰ってくるかと言ったら「いや、もうすることやりましたから、おうちで穏やかに過ごしましょうね」って。過ごせるかそんなもんでって思うでしょ。三〇キロの人が家族で旅行しましょうって、行けますか。車で行ったらいい、リクライニングあるから座つたらええやないのって、腰痛いんですよ。みんなそこに座ってて腰痛くないでしょ、まだ。それはまだお尻にいっぱい脂肪があるから痛くないんです。三〇キロの人なんて骨が出っ張ってるんです。お尻っていうのは、大臀筋や周囲の脂肪の影響で臀部が大きくて、仙骨部はうもれています。普段は真中にある仙骨は当たらないんだけど、これが殆どなくなつて仙骨が後部に突出しています。ですからお尻を触ったら仙骨部が出っ張ってるわけです。そういう状態で帰ってくるのに、安楽に過ごせるなんて言われても納得できない。でも帰る時には言うんですよ。「おうちが良いですよ」って早よ帰ってくれって。男性でもね四〇キロ

人は何故量の上で死にたいのか？

っていうけど、一番少ないのは二〇キロ台。先天的に何かある人もいますけど、僕の診てる人で、身長一八〇センチで一八キロ。そういう方もいるんです。それは別の病気だけけどね。癌で帰って来る時は、だいたい男性でも四〇キロ台、割ってる人もいます、三〇何キロ。私くらいの体型だと三〇キロ台です。骨が大きい人はなかなか体重が減りません。だけど五〇キロ位で帰ってきますから、じゃあ元々幾ら位だったかというのと八〇キロから九〇キロですね、みんな。そういう人が五〇キロ前後で帰ってくるんです。そうしたらもう何もできません。そういう状態で帰ってきた時、どういうふうに過ごさせてあげたらいいかということを考えるんです。「量の上で死にたい」ってどういうことやと言ったら、とにかく「帰れ」って言うだけです。実際みんなが看護師になって何を考えるかって言ったら、この人は家で何をしたいのかって考えてあげないといけない。緩和ケアとかみんながやるケアは、実際には生活の満足度、QOLを上げないと意味がない。病院の先生たちがQOLを考えた発言をして、「こういうふうにした方がいいよ」って言ったら、我々は太刀打ちできない。我々はそのを考えてやっているわけですから、病院の先生たちで患者さんが自宅に帰って「こういうことができますよ」ってハッキリ分かってどんどん言っちゃうと、僕らネタがなくなっちゃうんです。ところがね、幸か不幸か、そういう先生は

少ない。「癌を小さくしましょう」「癌を取りましょう」とは言ってくれるんだけど、それ以外を言ってくれないので、在宅で患者さんの治療をする私たちは楽になります。だけど患者さんは本当は苦しいままですよ。

一番良いのは自宅で亡くなることかもしれないが、在宅医療って本人の希望とか、尊厳とか、そういうものを守りながらやっていかななくてはならない。病院から帰る時に、誰が退院を決めますかっていう時に、「ベッドがいっぱいだから」とかそういう理由はいっぱいある。ところが、「この状態では帰れない」って看護師さんが言ったり、医者が「この状態では帰れない」って言う。じゃあ帰さなかったら助かるかと言ったら助からないです。みんなどんどん死んでいく。実は先日、ある患者さんが救急で病院へ行っただけです。行った時に、もう喘いでる。もう今日、明日が最後だろうと。「じゃあ、連れて帰ったらどうでしょう」って娘さんが言った時に、医師が何て言ったかと言ったら、「リスクが高すぎますよ」って。リスクって何でしょう。命を失うリスクなのか、医者立場が悪くなる、例えば帰っていいよって許可出して、帰ってる途中で何か起こった時に、「先生が帰したからおかしいんちゃうか」って言われる、そういう時の法的なリスクなのか。疑問が残ります。どっちにしても亡くなってしまふ。それが家に帰って死にたいって言うなら、

人は何故量の上で死にたいのか？

途中で止まろうが、自宅に受け取る医者がいたら帰れるんですから、リスクなんてないんです。助かる可能性が十分ある時にはリスクって言ってもいいけど、一〇〇%死ぬんですよ。そういう時に本当にリスクって言えるかどうかですね。そのリスクが医師にかかっているか、患者さんにかかっているかということです。娘さんに「リスク言うけど、お父さん助かるか？」って言ったなら「はあ、そうですね、おかしいですよね」って気がつくんです。でも医者が言うさまことしやかに聞こえるわけです。じゃあ、病院、施設から帰るには誰が決めるか。実は自分が決めたら帰れるんです。人の命というのは個人の財産です。誰も触れません。癌があるから、癌を取ったので、早期癌やったからほとんど治る。九九%治るよって言っても、「しない」って言ったなら手術はできません。治療はできない。本人が持つてる財産ですので触れません。癌に蝕まれた身体であつても本人の財産なんです。借金も財産のうちって言うでしょ。あれと一緒です。癌が進行していて、弱つてるといふ身体であつても、その人の持ち物ですから、絶対に触れません。それから、生命の保証っていうのは誰にもできない。「いつまで持ちますか？」って言っても「いつぐらいやろうね」って「ぐらい」でしか言えないんです。何日持つとか言えない。

在宅においてはサポートチームがあることが大事です。独居の人は自宅へ帰られへんの

かと言ったらそうじゃない。今さっき言ったようにサポートチームがあつたら十分帰れる。今、独居の人がどんどん増えてるんですよ。自宅一人で亡くなっていく。でもすごく穏やかな感じで亡くなっていくんです。病院からは喧々諤々、喧嘩しながら帰ってくるんじゃない。穏やかに帰ってくるのがいいです。家族が先生に向かつて悪態をついても「そうじゃない。一応今までは頑張つて診てくれたんだから、穏やかに帰つてこようね」つて助言してあげないといけない。皆さんはもう習つたかもしれないけど、「全人的痛み」^①“Total Pain”。身体的苦痛、社会的苦痛、精神的苦痛、靈的苦痛（スピリチュアル・ペイン）ですね。全部トータル的に考えて痛みを取ろう。「痛い」つて身体的につねられて痛いとかそれだけじゃないです。心が痛いというのもあります。お金がなくなるのにどうしようつていう社会的な痛みというのも生まれます。そういうのを考えながら全部の痛みを取る、トータルケアを指さないといけない。『幸せな死』とはどういうことかと言つたら、幸せな家族に看取られる死つていうのは、見ても穏やかです。幸せな家族を見ながら迎える死、それから幸せなときを過ごし迎える死です。家族はよく言うんです。「最後だから何もなくていいよ。安らかにそのまま見とつたらいいよ」つて時に、「いや、先生、どうしとつたらええんやろか」つて。ものすごく深刻そうな顔してるんですね。こん

人は何故量の上で死にたいのか？

なときは家族や付き添っている人達はただ足をさすったり、腕を擦ったりすることでもすごく落ち着くのです。これは私たちが何時の日か両親から受けた行為に似ているではありませんか。何時も声掛けする必要はありません。また亡くなる人はどう考えてるかと言ったら、自分の子どもたちがいて、子どもや孫たちがすごく幸せで、最後自分が亡くなる時にそこで過ごせたら、普通の親は幸せなのです。自分の子どもたちが自分の介護のために喧嘩してるとかいうのは非常に不幸です。自分が横たわってる時に、子どもたちがニコニコしてるのを見るのは非常に幸せなことです。ですから、「思いつ切り自分たちが幸せであることをちゃんと見せてあげなさい」と家族に言うことがあります。そういうことが非常に大事な最期ということになります。これは在宅ではよくよくあります。在宅で亡くなった時に大泣きする家族って今まで見たことないですね。「いやー、お母さーん」って泣くは人めつたにありません。「お母さん、大変やつたねえ。もう楽になったよ」って送る人がほとんどです。その人たちは亡くなるまでのプロセスを全部知ってる。だんだん弱っていく。亡くなっていくのをみんな知ってるわけです。そういうふうに見ていくと、そんなに大泣きするようなことはない。じゃあ、ご主人を看取りましたっていう時に、次はお母さんの番、奥さんの番ですね。それを子どもたちが見るとね、お母さんはお父さんを看

取るのにどうしたかってちゃんと見てるわけです。孫の代でもちゃんと見てるわけです。それなら、お孫さん、中学生でも小学生でも、自分のおじいちゃんかおばあちゃんかどう見てたかとかね、自分の親がそのお父さん、おじいちゃんをどうサポートしたか、看取ったかということを見ることがなくなりました。だから、病院で死ぬことが多くなって、そういうことを見ることがなくなりました。今、在宅で得られる財産というのはそういうことの経験なんです。実際に親が残したお金、財産、土地とかは、使ってしまったらなくなるんですよ。でも実際に看取りをしたそういう思いを、子どもたちや孫たちが知ることは、ずっと永遠に続く財産かもしれない。絶対に消えない。そういうことがこの在宅の中にはあるんです。その時にあわよくば「幸せな死」を迎えさせてあげたいということがあります。

これで一応お話は終わりましたが、実際に在宅で見える場合、いろんなことが見えてきます。良いことも見えるんだけど、そうでないことも見える。兄弟、例えば子どもたちが五人おつても、実際に自分の介護の時に一番役立った人、誠意を尽くしてくれた人というのが見えてくるわけです。それから、ほとんど手を出さないのに口だけ出した人。心配

人は何故量の上で死にたいのか？

そうに來ただけですぐに通帳を探した人。やはりいるのです。そういう人たちも僕ら見ていかなくはなりません。その人たちも家族なんです。それでも家族なんです。それを認めていかないといけない。それでも、本人をあわよくばできるだけ幸せな送り方をするのにどうしたらいいかというのを考えていくのが、一番良い在宅医療じゃないかと思ます。そのためにはやっぱり医者だけでは無理です。看護師さんとか、多職種の人が一緒に頑張っていくてくれないと、とてもではないけどできない。この在宅医療は実はみなさんが將來なるであろう看護師たちが七、八割を担っているんです。医者じゃない。だからこれからみんなが今後在宅で看護師として人の最期を迎える時に、サポートチームの一員としてどれだけ力になれるか期待されているのです。ですから、みなさんも良いナースになって、職場でお会いしたいです。期待しています。どうもご静聴ありがとうございました。

一つだけいいですか。宗教関係の方もいっぱいおられると思うんですが、実は常々思っているのは、ホスピスですね。ホスピスと緩和ケア病棟の差ってご存じですか。知っておられる方います？ 違うのは宗教が関係しているかしていいないかです。ホスピスというのはキリスト教系の病院です。病棟のことを言います。普通に何も関係ない医療センターは

緩和ケア病棟です。昔から、キリスト教は身体の弱った人に寄り添うことをしてきました。マザー・テレサもそうですね。彼女は実際に亡くなりそうな時に、彼女たちがそこに行って死ぬことの話をするわけです。患者の前で話をしても抵抗ないでしょう。ところが日本の文化はちよつと違う。お坊さんが病室に行ったらものすごく嫌な思いをさせられるって怒るんです。僕が常々思っているのは、やはり仏教関係者の人もどんどん入っていつて、生きることとか、死ぬこととか、そういうことをもつともつと一般の人たちに生きてる間に接して伝えて欲しい。死んでから拝むだけじゃない。そういう文化にしてしまったのは我々の責任でもある。だけでも今からでも、みんなが実際に生きるということはどういうことなのか、病気で家族と接する時はどういうふうなのかっていうことも、もつともつと教えていただきたいと思います。また、すごく景気が悪くても祇園ではお坊さんだけは景気良いって言われます。やっぱり世の中が不景気だったらそういう世相も読まないといけない。クリスチャンとか牧師さんに祇園に行くかといったら殆ど行かないでしょう。そういう文化をもう一度作り直さないといけない。お坊さんたちもつと頑張って、生きている間からもつと我々が受け入れやすい雰囲気を作ってほしい。そういう文化を作ってほしい、常々思っています。今日はそういう学校だったので是非そういうことがもつと広

人は何故量の上で死にたいのか？

がれば、私たちはもつと宗教を受け入れやすくなるし、それで幸せになる方ももつと増え
ると思いますので、是非お願いします。

——二〇一三年六月二八日——