



宮崎市にある「かあさんの家」

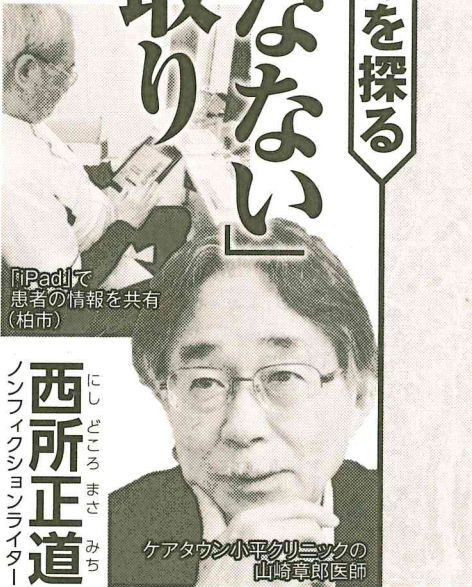
大特集 理想の逝き方を探る

「病院で死なない」

幸せな看取り

ルポ

在宅で迎える死は、「家族のいのちの物語」となる



「Pad」で患者の情報を共有(柏市)

にしごころまじみち
ノンフィクションライター
西所正道

ケアタウン小平クリニックの山崎章郎医師

かつて、人が最期を看取られる場所は一時的に自宅だった。一九五〇年には、自宅で亡くなる人は全体の約八割を占めていた。しかし、高度経済成長長期に医療技術が進歩したことも相まって、病院での看取りが増えていった。自宅と病院の数字が逆転したのは七十六年。現在では病院での看取りが八割を占める。

しかし、人々の気持ちは数字とは裏腹だ。厚生労働省の調査による

きるホスピス「聖ヨハネ会桜町病院ホスピス科」の立ち上げに参加し、ホスピス医として十四年間勤務する。だが二〇〇五年、そこを離れ、在宅ホスピスを展開すべく、ケアタウン小平クリニックを開業したのである。

在宅看取りの達成感

きっかけは、残された人生がさほど長くない患者の多くが、ぼつりと口にするこんな声だった。「先生、このホスピスはとてもよかったです。でも、本音を言えば、最期は自分の家にいたかった」

そこで山崎医師は、ホスピスを経験した専門職がチームを組み、患者が住まう家に出て行けばいいのではないかと考えた。二十四時間いつでも訪問診療ができるように、現在は三人の常勤医体制で、小平市を中心に活動している。訪問区域は自動車

「病院で死なない」幸せな看取り

と、余命六カ月以内の患者に「最期はどこで療養したいか」と質問したところ、六割を超える人が、「自宅で療養したい」と答えている。高度医療の恩恵を受けて「延命」は叶ったが、それで人は幸せなのか。この調査結果は、私たちに現代の終末期医療の本質的問題を突きつけている。

ここへ来て、多くの医療・介護従事者がこの根本的問題に気付き、在

を運転して二十分以内で行ける半径五km以内に絞っている。

山崎医師の記憶に残る一人の患者がいる。幸崎啓也さん(享年五十八)。ケアタウン小平クリニックの患者の約九割はがんだが、幸崎さんも前立腺がんだだった。

幸崎さんは〇五年十月、余命半年を宣告された。当時五十七歳。あまりに突然のことに慟哭した。

同年十二月に、病院にいわれるがまま、手術と抗がん剤治療を受けたが、体力は落ちるいっぽう。「もう入院はごめん。どうせなら家で死にたい」と言い出した。

翌〇六年の夏に幸崎さんは山崎医師に初めて会い、世話になることになった。妻の順子さんが回想する。「先生に『もう一人で頑張らないで』と言われたのが嬉しかった。それからは困ったことがあったら何時連絡しても二十分以内に先生や看護

師さんが駆けつけてくださった。本当に安心でした」

幸崎さんは、特に痛みを緩和に助けられたという。それまでは痛みがひどくなるたびに救急車を呼んで病院に駆けつけることを繰り返していた。在宅ホスピスを受けようになつてからは、痛みが引けば、リビングでゆったりし、病院のように面会時間が限られていないので、いつでも友人や孫が家に来てくれるのも嬉しかった。最後の一カ月は、食事も摂れなくなったが、本人は栄養剤の点滴はいらなと言った。

幸崎さんは意思表示をしたから周囲は困らなかつたというが、「食事を摂らなくなつたらどうするか」ということで悩む家族は多いと、山崎医師は話す。

「家族は餓死させるわけにはいかないと考えますが、餓死とは食べたいのに食べられない状態。しかし患者

さんは衰弱して食べたくない状態なので、無理やり食べさせられるのも、栄養剤を点滴するのも、患者さんを苦しめることになりません」

水分補給しても代謝されないの、身体のむくみの原因になりやすい。また分泌物が増えやすいので、痰も発生しやすくなる。

「余分な水分補給はせず、痛みを抑えていけば老衰のプロセスに入り、穏やかな最期を迎えます。ただ、それを病院でやるのは難しい。入院しているからには点滴など何らかの治療を行わなければならないからです。でも在宅ならば、やらないこととをやりやすい」(同前)

幸崎さんはいよいよ最期となったとき、順子さんと子ども二人、母親が、ベッドを囲んで一緒に寝ながら約一週間を過ごしたという。

亡くなる三日前、順子さんが「家によかったの？」と聞くと、幸崎さ

いた時のことだった。山崎医師以下、スタッフたちの献身的なケアによって、考え方を変えた患者がいる。

Aさんという女性は、診察を怠った結果、五十歳で末期の乳がんになった。最初は手術も拒み、死ぬことを受け入れていた。そして、病状が進み、下半身麻痺になった。しかし、その段階で、なぜかAさんは「死にたくない」と言い始めた。

その変化の理由は、Aさんを支えるスタッフのケアにあった。「死を受け入れていく」という言葉を否定せずに傾聴をするいっぽうで、スタッフは読書好きのAさんのために図書館で本を借りることにしていた。衰弱して本が持てなくなると、本を一ページずつコピーして渡した。そのうちAさんは、自分を大切にしてくれたスタッフと別れたくないと思うようになった。そして、気持ち「死を受け入れていく」から「死に

んは「最高だよ」と答えた。

「最期は眠るように逝きました。陽が沈むように。こんなに穏やかな死があるのかというぐらい。私も死が怖くなくなりました」(順子さん)

山崎医師によると、家族で看取った場合、遺族には「やりきった」達成感が残るといふ。

「在宅で看取る場合、主たる介護者は医師でも看護師でもなく、家族なんです。亡くなったとき、もちろん悲しいから涙はでるけれども、その一方で自分たちが亡くなった人の思いに伝えられたということ、その後を生きる力になるのです」

山崎医師が終末期医療に目覚めるきっかけは、米国の精神科医エリザベス・キューブラー・ロスの出会いである。八八年、米国のホスピス視察ツアーに参加したときに会った。山崎医師は、ツアー参加者の一人が、安楽死について彼女に質問し

たくない」に変わったのである。

「この人だったら、この介護スタッフとだったら生きられるという抛り所があれば、人はどんな状況下でも、今を生きることが肯定できるのです。人間と人間のふれあい、ケアの流れの中で、こうして患者さんの価値観が変わる場合がある。そういう可能性を安楽死で止めてしまいう立場に、私はどうしても立てない。安楽死を望む声が多いとしたら、医療も介護も患者さんの人生をまっとうすることを支える力になり得ていないのではないかと思います」(同前)

柏レイソルモデル

自治体と大学、地域の開業医などが共同して、在宅医療・介護のネットワークを作っている自治体がある。千葉県柏市だ。医療のみならず介護職などとも、インターネットを

たときの一言が忘れられないという。

「安楽死を求めている患者さんがいます。どうしたらいいでしょう?」「それは皆さんのケアが足りないからですよ」

山崎医師は言う。

「人ががんなどで死に直面する場合、単に身体的な苦痛だけでなく、心の苦痛もあるわけです。前者は薬で緩和できるけれども、後者は薬だけでは難しい。仕事もできなくなつた、死期が迫って排泄さえ自分でできなくなつた。もう生きていく意味が見いだせない、辛いから、早く死にたいと思うようになるわけです。

安楽死が合法化されているオランダでは、そうした精神的苦痛を理由に安楽死を望む人が多いようです。僕はその時のロスの言葉が頭から離れないので、ケアによって精神的苦痛を和らげてあげたいのです」

聖ヨハネ会桜町病院ホスピス科に

用いた情報ネットワークを駆使して連携しているのが特徴である。

一人の患者に五職種以上が関わると、日々変化する患者の情報共有が難しい。そこで有用なのが情報ネットワークだ。医師、看護師、介護職などが、患者にかかわる最新情報を、それぞれにネット上にアップし、それを「iPad」などの情報端末で二十四時間いつでも共有できるようにした。それぞれの職種が最新情報を踏まえて対応できるので、適切な治療や処置が行える。

現在、在宅医療を利用する市民は一千七百人(一五年)。在宅医療に関わる医師や看護師など関係者の合計は一千人を優に超えた。定期的に関係職種が一堂に会したワークショップを開催し、連携は密になっている。この取り組みは「柏モデル」と呼ばれ、全国から注目されている。山崎医師のようなカリスマはいない

が、若手医師などが力を合わせて展開していることから、スター選手がいないのにリーグで優勝した地元サッカーチームにちなんで、「柏レイソルモデル」とも言われている。

千葉県内の各自治体における在宅看取りの数は、横ばいか減少傾向なのだが、柏市は唯一の例外。一〇年度の百人から一四年度には二百二十九人と、二倍以上の伸びを見せた。

柏モデルの中心人物は、地道に在宅医療に携わってきた平野医院の平野清院長（柏市医師会副会長）だ。

「元厚生労働省事務次官の辻哲夫さんが退官後、柏市にある東京大学高齢社会総合研究機構特任教授に就任しました。辻さんが在宅医療を広げたいという構想をもっており、そのモデルを柏市でつくろうと考えたわけです。そこで昔から在宅医療を実践してきた私のところに協力の要請があったのです」

きには電話をすれば、短い時間で駆けつけてくれるのだ。

家族との団欒が最高の薬

在宅医療を受けることで、病状に改善が見られた患者もいる。

例えば、腹膜播種になった男性Bさんと、女性Cさん。腹膜播種とは、がん細胞が腹膜に散らばった状態で、通常は余命一、二カ月という重篤な状態だ。Bさんは七十代で、Cさんは九十歳近い。Bさんはすでに痩せ衰えて寝たきりだったが、在宅医療を始めると食欲が出て肉付きがよくなり、一年半経った今は病院の外来に歩いて来られるようになった。Cさんも退院後一年たったが元気で。平野医師は言う。

「高度医療をしている病院が宣告した余命より長く生きる場合がある。これが在宅医療の不思議なところで

一一年、平野医院のある柏市の南部エリアで試行モデルが始まった。地元の医師五人を主治医にし、平野医師はその五人をバックアップする副主治医となった。

とはいえ、これまで医療と介護の間には「厚い壁」があるとされてきた。平野医師がこのプロジェクトを始めた当初も、介護職は本当に医師にやる気があるのか疑心暗鬼だったという。しかし、柏市はその「壁」を見事に打破し、連携を持ち込めた。秘訣は何だったのだろうか。

「医者が威張らないこと。そうでないと行政も介護関係も付いてきません。私たちが謙虚であれば、医師会、行政、介護は歩みよれるわけです。しっかりとスクラムを組まないで、事は進みませんか」（同前）

柏市の実際の在宅医療の現場を見てみよう。

在宅医療がスタートするのは、たす。家でゆったりして家族と団欒をともにしたり、孫や近所の人と話すことがいい薬になるのではないだろうか」

四十二歳の柏モデルの若き牽引役、ホームクリニック柏の織田暁寿院長は、在宅看取りにおける「家族の力」に胸を打たれたという。

「感動的だったのは、ご家族が亡くなった肉親の顔や体を拭いてあげている光景を見た時でした。男性ならヒゲを剃ったり、女性ならばお化粧したり、あるいは服を着替えさせてあげたりしている。在宅看取りをやってよかったと思える、素晴らしい光景でした。これは病院で亡くなる場合にはみられないことです」

もちろん在宅医療のすべてがうまくいくわけではない。織田医師の経験でも、在宅医療をしようとするも、不首尾に終わるケースもごく少数あるという。

たとえば退院する時である。この時、柏市では必ず病院の担当医や在宅の医師、看護師、介護職などを交えて、その患者をどう支えていくか話し合う。「退院時共同指導」と呼ぶ。

「がんでもう治療はできない、退院してください、と言われるだけでは、患者さんは『捨てられた、もうダメなんだ』と思ってしまう。そうではなく、退院する時に病院からしっかりとバトンを在宅医に渡してもらうことが重要です」（同前）

柏市で在宅看取りが急増していることをみてもわかるように、患者の在宅医療に対する評価は高い。

「医師も看護師も、電話をすれば真夜中など時間に関係なく来てくれて安心だった」「毎日看護師が来て、体温、血圧、血流を測ってくれ、満足しています」という感想も寄せられている。地域が密に連携できているため、在宅ではあるが、困ったと

例えば患者が急変する時期が見通しよりも早く来てしまい、家族にその情報（可能性）が十分伝わっておらず、驚いて救急車を呼んでしまうケース。この場合、病院に運ばれ、本人が望まない治療を受けるといふ不幸が起こりかねない。「何が何でも在宅でという必要はなく、仕事や家庭環境などによって、病院などをうまく利用するスタンスでいいのではないだろうか。」

モンドセレクション十八年連続「最高金賞」受賞

秋田 稲庭 直送

守り続ける伝統

寛文五年堂

イナニフートーク

0120-1728-19

平日:9時~18時、土・日・祝日:17時まで

http://www.kanbun.co.jp

脳梗塞で寝たきりの患者さんを、ご家族は三カ月ごとに検査をかねて入院させ、その間、自分たちは休みを取りながら、十年間介護を続けていく方もいます」(同前)

柏市は、在宅医をさらに拡充していく方針だが、その先のこととなると、やや心配な部分もある。それは核家族化により、一人暮らし世帯が増え、介護力のない家庭が増えたとき、在宅医療がどこまで成立するのかという問題である。

自宅とホスピスの中間点

核家族や介護力のない家庭でも、しっかりと看取りたい。人々のそうしたニーズから草の根的に生まれた施設が、宮崎県にある。ホームホスピス「かあさんの家」である。民家を借り、そこに五人ほどの終末期患者がともに暮す。身のまわりの

世話はず常駐のヘルパーが行う——いたってシンプルな形態を貫く。

「かあさんの家」は「ホームホスピス」を標榜している。しかし、この形態は、特別養護老人ホームやグループホームなど、既存のどのカテゴリーにも属さない。「自宅とホスピスの中間点」とでも言おうか。

「かあさんの家」を運営するホームホスピス宮崎の市原美穂理事長によると、当初はがん患者の在宅ホスピスを作る運動を展開していたという。その活動は実り、在宅ホスピスだけでなく、それを支える緩和ケア病棟も地元の病院に完成した。だが、十年ほど前に変化は起きた。「帰っても家には誰もいない、二人暮らしで妻が認知症だ、老老介護だ……。そんな訴えを口にする方が増えてきたのです。それが「かあさんの家」を作るきっかけでした」とはいえ、資金が潤沢にあるわけ

まま掛けておくことにした。

澄志さんが「かあさんの家」になった「自宅」に戻ってきたのは、オープンから二カ月後の六月初旬。

澄志さんがグループホームで味わった悲しみは察するに余りある。澄志さんは頻尿気味で、一人でトイレに行けないため、よくナースコールを鳴らしていた。ところが、グループホームでは人手が足りず、「オムツの中で排尿するように」と言われた。澄志さんはそれが嫌で、オムツを引っこ抜いてはあちらこちらで放尿するようになった。すると、施設側は澄志さんを静かにさせるために向精神薬を七種類ほど処方した。その結果、澄志さんの目に生氣はなくなり、よだれを垂らし、ついに立てなくなってしまう。

「かあさんの家」に入居した後、澄志さんは薬の服用を全部やめた。すると二週間後には歩けるようにな

り、一人で着替えや歯磨きができるようになるまで回復。二カ月後には草取り、墓参り、映画館にも行けるようになった。要介護度は、なんと「5」から「2」に改善した。奇跡のような回復ぶりだった。

澄志さんは亡くなる二週間前から水や食事を摂らなくなり、入居から一年八カ月後の〇六年二月、曾孫たちが賑やかに遊ぶ中、静かに息を引き取った。市原理事長は語る。

「澄志さんと仲が良かった近所の人たちは、彼が亡くなってからも、台風が来ると雨戸を閉めに来てくれま

す。皆、澄志さんの最期を見たから、『私も最期はあそこに駆け込めばいい』と思っている。新しく建てた施設ではなく、『内田家』という地域の信用を得てきた家が『かあさんの家』になったからこそ地域に受け入れられたのだと思います」

現在、「かあさんの家」は、宮崎

ではない。そこで思いついたのは民家を借りるという方法である。生活道具がそっくりそのまま残されている家を借りて、そこをホスピスのように使えばいいのでは、と思いついたのだ。〇三年のことだった。市原理事長が物件を捜していることを伝える記事が地元の新聞に載ると、一本の電話がかかってきた。「内田」と名乗る男性からだった。

内田保實さんの父親、澄志さんは当時九十歳。認知症を患ってグループホームに入所していたが、子どもの顔も分からないほど病状は進んだ。そこで内田さんは、市原理事長に「父親の住んでいた自宅を貸すので、そこをホスピスにして父親のケアもしてもらえないか」と提案したのだった。市原理事長は快諾した。

そして〇四年、一軒目となる「かあさんの家」はオープンした。木造住宅で、「内田」という表札はその

市内に四カ所ある。その一つ、「内田家」が前身となった「かあさんの家・曾師」に足を運んだ。引き戸を開けると、夕餉の香りが漂ってくる。介護施設独特の無機質な匂いはなく、文字通り「家」に帰ってきたような感覚があった。

五人の入居者がいる。見ず知らずの人ばかりだというが、うまくいくのだろうか？ 市原理事長は笑う。の难道うか？

「問題ないですよ。やってみてわかったのですが、五人は食卓を囲める人数で、いつも顔が見える関係になる。つまり、疑似家族になれるのですね。しかし、一度、ショートステイの人を預かって七人になったことがあるのですが、その時は、入居者がざわつきました。五人という人数には意味があるのだと思います」

中にはご飯を手で掴んで食べた

り、認知症で部屋を徘徊したり、夜中に大きな声を出す人もいるが、

「皆さん、『あの人は今日機嫌悪いね』という程度。極めて家族的な反応なのです」(同前)

次にもう一カ所、「かあさんの家・月見ヶ丘」を訪ねた。

大相撲中継を見ながら、昼寝をする男女の横で、認知症を患っている八十九歳の女性が、新聞紙を一生懸命に一定の大きさに折っていた。

しばらく様子を見てみると、眠っている二人の様子を見ては、「よく寝とる」と呟いていた。住み心地を聞いてみると、「みんな優しいし、ここが一番。家には帰りたくねえ」と大きな声で答えてくれた。

「かあさんの家」の入居費用は、住居の賃貸料、食費、ケア費用すべて込みで月額約十五万円。昼間に二人、夜勤一人のスタッフが付く。また、在宅医療や介護サービスは「外付け」で、必要があれば呼ぶ。つまり、自分の家にいるのと同じよう

「と娘。聞けば、すでに三十分前に息を引き取っていたという。

「母と一緒にいたかったので、息は止まってしまったけど、ずっと抱いていました」

市原理事長は言う。

「うちには心電図などのモニターはありません。だから死にゆく人の顔だけを見ながら看取るのです。手を握ったりして思い出を辿りながら。息遣いを聞きながら、もう引き返せないことを悟るわけです。それが本当の看取りだと思います」

そして、逝く人は、遺された人にメッセージを送ってくれる。

ある時、「このままいくと離婚だ」という女性が市原理事長のところへ相談に来た。肝臓がんを患っている八十代の義父Fさんを、病弱の義母に代わって介護している、長男の嫁だという。「私一人での介護はもう限界」と言うので、Fさんは夫

に、自分で医師や介護サービスと提携してもらうのだ。

逝く人からのメッセージ

「かあさんの家」の流儀は、何と言っても、「最期は極力、家族が看取るということ」である。看取りの主体は家族に譲り、スタッフはそれをサポートする側に回る。それゆえ、ここでは多くの「家族のいのちの物語」が生まれる。

息子二人を有名国立大学で勉学させた誇り高い女性Dさんは、「かあさんの家」に六年間住んだ。

入居したときのDさんの要介護度は「5」。直前までいた療養型病院では、認知症が進み、オムツを替える際に噛みつきたりするから両手両足を縛られていた。「暴力がありますから」と言われて、連れて帰ることもできず、首都圏に住む息子たち

妻で「かあさんの家」に入居することになった。

入居したFさんの部屋にはずっと病弱な妻がいた。いつも編み物などをしながらベッドサイドに座っているのだが、ある日、Fさんが妻の手を握り、ベッドの中に引つ張り込んだ。驚いていると、Fさんはなんと妻の胸に手を忍ばせてきた。しばらくするとFさんは安心したようにやすやすと寝息を立て始めたという。

後でそれを聞いたスタッフが「いいな、私も旦那さんにそんなふうにしてほしい」と言ったところ、それからFさんの妻は、自ら胸のボタンを外してから布団で添い寝するようになった。そして、妻は、Fさんの最期を、同じ布団で看取った。

死の一月後、市原理事長は線香をあげるためにFさんの自宅を訪問した。すると、「離婚をする」と言っていた女性の左手に、相談に来た

は、泣く泣く承諾したのだった。

Dさんは「かあさんの家」に来て、手足の縛りを取ると、直前の病院では「言葉はない」と言われていたのに喋り始めた。立とうとするのでリハビリを始め、胃瘻は外して軟らかいソフト食にしたところ、半年後には体重は一〇キロ増加、トイレも自力で行けるようになった。要介護度は「3」に改善した。

入居から六年近くが経った一六年四月、ついにDさんに最後の瞬間が来た。九十歳の大往生だった。

夫を戦争で亡くし、女手ひとつで一人娘を育てたEさんのケースは感動的だ。Eさん母娘の絆は強く、娘は毎日母親のもとを訪れていた。しかし、ついに最期の日が来た。

市原理事長は、その日、娘から「今日は、少し母の具合が悪い」と聞いていた。気になって部屋に入ってみると、「母の息が止まりました

時にはなかった指輪があることに気が付いた。女性は恥ずかしそうに、

「あ、この指輪ですか？ 私たちも義父と義母みたいな最期を迎えられたいな。夫にもう一回やり直そうと言われたんです」

市原理事長は言う。

「自分が死ぬ時に『周りに迷惑をかけたくない』という気持ちは分かる。でも、家族なんだから、いっぱい迷惑をかければいい。迷惑も人生の一つと思うのです。むしろ、遺された人は、看取った体験から大切なメッセージを受け取るのだから」

安楽死への関心が高くなっているとすれば、終の医療のベクトルの向きが間違っていたと言えるかもしれない。私たちは、今こそ、前述のエリザベス・キューブラー・ロスの言葉に立ち戻るべきだろう。

「それは皆さんのケアが足りないからですよ」