

2015/11/29

シンポジウムⅡ 「meaning of life ～生きることの意味～」

いのちの最終章を生きる～「みとり」を通して「生きる」を考える

齋藤 忠雄（齋藤内科クリニック）

生きることの意味、それはQOL（クオリティ・オブ・ライフ）つまり生活の質そのものだと思います。私は、宗教家でも哲学者でもありません。医療人です。在宅ホスピスとして、人の終末期を看ています。ですから生きることの意味を学問的にお話することは専門外ですが、死の質（QOD）を通して生きることを考えていますので、その観点からお話ししたいと思います。スライドに生と死は表裏一体と書きましたが、エンド・オブ・ライフ・ケア、がん、認知症そしてそれぞれの終末期を見つめることが本シンポジウムの「生きることの意味」の主旨に合致すると思ってお話しさせていただきます。

1951年（昭和22年）ヒトの亡くなる場所はほとんどが自宅でしたが、1976年を境として、亡くなる場所は病院へと逆転してしまいました。最近の在宅医療の推進により少し自宅が増えてはいます。

それでは終末期はどこで迎えたいか。統計を取りますと60%以上の方が自宅で、またはそれに近い場所で亡くなりたい。介護が必要になった方は、40%の方が自宅で過ごしたい。こういう想いがあるわけですが現実とは反対の状況となっています。それは介護力に問題があるのですが、それでは1人暮らし、老夫婦世帯の方々は、家族の力がなければ住み慣れた地域では過ごせないのではないのでしょうか。

それを解決したのが特別養護老人ホーム長岡こぶし園元総合施設長の小山剛さんでした。一人暮らしの方でも、老々世帯でも、認知症でも、そして今やがん終末期でも住み慣れた地域で最期を生き抜くことができるという仕組みを日本で造った方です。残念ながら今年の3月17日にすい臓がんで亡くなられました。私も8年前から小山さんが制度化された小規模多機能型居宅介護サービスに関わったことで、一緒に仕事をさせて頂きました。亡くられる直前に国際医療福祉大学の熊由紀子先生宛て送られたメールをご紹介しますが、日本の地域包括ケアシステム、その中核となる小規模多機能型居宅介護施設の仕組みを作ったときの苦労話が語られています。

小山さんの理念は「私の築いてきた人生は地域の中にある。介護が必要になると、山奥や田んぼの中などの特別養護老人ホームへ移り住むことになるが、そこにはこれまでの自分の人生はない。だから住み慣れた場所に戻してあげる」、それが小山さんの考え方です。そうしてそれが基となって地域包括ケアシステムができあがりました。その人が今「生きている」地域社会での生活を継続的に支える。その為には住まいがなければいけませんし、そこに介護、看護、食事、そして安心を保障する医療が必要です。世の中は医師を中心・

リーダーとしてという考え方がありますが、そうではなく、必要な時に都合のいい医者がいればよいという考え方です。これらが備わればこの複合地域でいつまでも過ごすことができます。小山さんが描かれた地域包括ケアシステムですが、地域社会がひとつの施設・病院。介護付き住宅ではなく、医療や24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや小規模多機能サービスなどの介護付きの地域社会、こういったものを作ろうと描かれました。これが基になって、厚生労働省が最終版の地域包括ケアシステムの図を作成しました。真ん中に住まいがあり、それを取り囲むように生活支援・介護予防、医療、介護があります。人口密度などの地域性はありますが、こういう仕組みを作ればいつまでも暮らしていけるということですが、これらは驚くことにこれまでの日本のコミュニティと全く同じです。コミュニティとは同じ地域に居住して利害を共にし、政治・経済・風俗などにおいて深く結びついている人々の集まり（共同社会）のことを指す、ということであれば、地域包括ケアシステムはコミュニティそのものの復活に他ならない。これまで日本はアメリカに習ってコミュニティを壊してきました。田舎からどんどん都会へ行ってコミュニティを壊していった、ということに日本は気付いたわけです。そこで、これからは新たなコミュニティを再構築しようという時代になった。それが平成24年に発表された地域包括ケアシステムです。ここにこれまで足りなかった新たな在宅医療・介護を加えていけば一通り完成します。

次に私自身が在宅ホスピス医となったきっかけをお話させていただきます。平成20年3月、医師として27年目でしたが、新潟の地方紙に91歳の林ハナさんというすい臓がんのおばあちゃんが自宅でお孫さんたちに見守られながら最期を看取られたという記事がありました。当時すい臓がんの末期はまだまだ病院でしか診られない頃であり、在宅など有り得ないことだったのです。看取られたのが内藤いづみ先生でした。そこに添えられていたのが「在宅ホスピスは『ありがとう』と『さよなら』が一つになるところ。次の人たちに命をつなぐ希望があるから、死は怖くないんです」という文章でした。この言葉にノックアウトされ、私はここで外来中心の自らの生活を優先させようとの考えを方向転換させられ在宅ホスピス医としての道を選ぶこととなります。

ただし、私一人で終末期の方に立ち向かうわけにはいきません。戦うためにはそれなりの備えが必要となります。終末期の患者さんが病院から帰って来ると、ケアマネジャーを中心に訪問介護、訪問看護、訪問薬局そしてリハビリテーションなどのスタッフによる生活支援ネットワークがすぐにできますが、それらを支える在宅医師がいない。そこで私はあえて他の科の先生と組みました。常に一定したメンバーではなく、利用者の状態に合わせて組む医師は異なります。例えば、尿管カテーテルが必要であれば泌尿器科の先生と組み、褥瘡（じょくそう）があれば皮膚科の先生と組みます。アメーバ的な形で、「にいがた在宅ケアねっと」という名前を付けて活動を始めました。

最初に看取ったのは石川悦子さん、44歳の胃がんの末期です。県立がんセンターで主治医から在宅では全く無理だよと言われたのですがご主人より話をうかがい、自宅で診る

ことになりました。自宅では息子さんへカーディガンを編んであげたり大好きなスパゲッティを作ってあげたりと、わずか二か月でしたが一緒に過ごすことができ、桜の花が咲く少し前に亡くられました。悦子さんは、先ほどご紹介しました内藤いづみ先生が大好きで、東京で行われる先生の「いのちの講演会」を何度か聞きに行っていた。希望として、もし自分がそのような病気になったとしたら内藤いづみ先生のような方に自宅に来て頂き看取ってほしい、と書いていたら私たちチームが現れた。私もいづみ先生がきっかけで在宅ホスピス医になった、不思議な縁だねと思わず顔を見合わせたのですが、この縁も必然的だったのかもしれない。

そして今、内藤先生は新潟に何度かおいでになり、ホスピス医としての死生観などを市民向けそして私たち在宅医療にかかわる多職種へメッセージをお伝えいただいています。

次に揖斐（いび）さんという胃がんの末期の方です。がん性腹膜炎がありそのため尿管も閉塞し、尿管カテーテルが背中から入っています。この管の交換のために2週間に一回がんセンターまで往復2、3時間かけて通っていました。真冬に通うこともあり、あり得ないと思い、我々の仲間である泌尿器科の内藤先生にお願いしたところ、わずか5分で自宅で尿管カテーテルを交換していただきました。中心静脈より栄養を補給し、小さなバルーンの中に詰められたモルヒネで持続的に痛みを取る。眠れない時は鎮静剤の点滴をご主人に調節していただきながら、また、腹水も何度か抜きながら最期を自宅で過ごすことができました。

74歳の山崎さん。乳がんを患い一ヶ月30万円もするホスピスに入っていましたが、息子さん達から依頼があり、在宅でみましようということになりました。仙骨部に褥瘡が出来てしまい、皮膚科の志村先生へお願いしたところ、現場（自宅）で切開してくれました。先生は「往診を頼まれた時、どう断るか？を考える方が面倒だから、どこへでも行きますよ」と笑顔で話されました。こういう気持ちの先生がほとんどなのです。このように専門的な先生方でなかなか外へ出ることが難しい場合でも在宅医療のメンバーとして役割を果たせる仕組みを作ることが在宅医療を充実させるものと思います。

岩船さんという直腸がんの方で肺転移があり最終的には脳転移し、11月1日に亡くられました。病院から徹底的な化学療法を勧められたのですが、拒否し自宅療養となりました。写真の社会学者の上野千鶴子先生は時々新潟に来られ、我々のミーティングに参加され、岩船さんの訪問診療にも同行されました。上野先生の本には地域包括ケアシステムを造りそして自ら実践された故小山剛さんのことが書かれていました。

死に直面しているがん患者さんにとって人間らしさ、人間の尊厳とは何か。身体的な痛みに加えて心の痛み、スピリチュアルペインもありますが、それだけでなく、精神性、社会性、家族に対する不安・心配といったものもあります。それら全人的（トータル）な痛みと対峙（たいじ）し、その最終章を生きていきます。その場合、おそらく人間の尊厳とは、いろいろ人から言われることに従うのではなく、自分で考えて、選んで、人を愛し、愛されることで保たれるものと思います。あるものが満たされたら次はどうか、とヒトの

幸福感についてはいろいろな問いかけもありますが、その先にあるのは人から愛されることだろう、自分が愛せることだろう、これが最終的な意味ではないかと思っています。

話は変わりますが、先日、「平穏死のすすめ」を書かれた石飛幸三先生の老衰死についてのテレビ放送がありました。この中で「死は敗北か？」という問いかけがあったのですが、一般に医療者が死と直面した時には、自分には技術的な腕がなかった、敗北であると思われるかもしれませんが、けれども、世田谷区の特別養護老人ホーム「芦花（ろか）ホーム」で老衰死を看取られている石飛先生は「死は敗北ではなく、穏やかでない最期が敗北なのだ」と。がん患者さんに対し早期に緩和ケアを実行することで穏やかである死を迎えることが可能であれば、死は決して敗北ではないと思っています。

最後に、内藤いづみ先生の在宅ホスピスについての言葉を送ります。「在宅ホスピスは『ありがとう』と『さよなら』が一つになるところ。次の人たちに命をつなぐ希望があるから、死は怖くないんです」と。

我々は初めから何でもできるわけではありません。先ずはじめにヒトの真似をし、それを蓄え、そして自分なりのものを造る。「模倣・蓄積・創造」私の恩師の座右の銘ですが、我々は常にこのような気持ちでいます。

また、東京大学の清水先生がおっしゃった言葉です。「哲学とは、知識を操る論理ではなく、適切な行動を生む出すための身に付けるべき知恵」、つまり、普段の生活の知恵、どうやって生きていくか、どういう風になるか、どのように生活していくかが「哲学」という言葉だと考えてください。決して哲学は難しい言葉ではありません。

97歳で亡くなった仏教詩人の坂村真民（しんみん）が書いた「あとからくる者のために」も繋（つな）ぐ意味を述べています。想いを次の世代に伝えるということ。「生きることの意味」はその人が生きた物語を次の世代に語り継ぐことにあるのかもしれませんが。