



医療は人を救えない

最期まで元気に生きる「医良」のすすめ



大矢治世

医療は人を救えない

最期まで元気に生きる「医良」のすすめ

目次

はじめに

第一章 在宅医の務めは「援命」にある

終末期をどう暮らすか 介護ができるのは人間だけ 病気になってあたりまえ
健康と命はだれが守る みんな不安のなかに生きている 大切なのは家族の絆と
地域の絆 心があつてこそ体がある 病気と上手に付き合う 体より心をきたえ
る 健康だけでは暮らせない 長寿は幸福をもたらすか 「延命」より「援命」

第二章 終末を元気に生きる

訪問診療と往診のちがひ 医療は何のためにあるのか 医学の進歩が要介護を生
み出した ふだん暮らしが何よりの療養 医者は意外と介護を知らない 家族が

やるから在宅ケア「介護」は「快護」であるべき 最期は医者との相性で決まる かなわぬ在宅死 医師との出会いも運の一つ 一日一生 修活のすすめ 「死なないで」より「ありがとう」 思いはしっかり伝える いつかは人の世話になる

第三章 在宅療養をこう考える

病気だけでなく暮らしも診る 「医心八策」 在宅療養を続ける秘訣

第四章 終末の過ごし方

体の不都合を病気に結びつけない 漫然と薬に頼らない アンチエイジングより ラブエイジング 意欲をなくさない プラス思考で受け止める 体を動かし外出を心がける 人と大いに語り合う 「ありがとう」を口癖に よろこんでもらえ

ることをする　ふつうに暮らせることに感謝する　頼れるのはやっぱり家族そして地域

第五章　家族介護を楽しく続けるために

できることは家族でやる　安易に入院しない　介護の妨げになる医療はしない
できるかぎり「日常」を続ける　介護は「明るく」「楽しく」　思い出話で元気になる　互いに温もりを感じ合う　感謝の気持ちは言葉にする

第六章　心の命は「医良」でしか救えない

心の命を元気にしよう　良医とは何か　医療がだめでも医良がある

第七章　「医良」従事者になるために

コミュニケーション能力が欠かせない 病気の陰を診る 共感是对話からしか生まれない 耳と目と心で聴こう 心もバリアフリーであれ そして何より出会いに感謝

おわりに——だから私は医者になった

付、医学医療用語解説

はじめに

みなさんは「医療」というものをどのように考えていますか。どうあるべきだと思いますか。また、それを担^{にな}う医師、医者というものにどういうイメージをお持ちですか。

私が医者になったのは三十代も後半のことで、ずいぶん後^{おく}れ咲きでした。大学病院で仕事をはじめ市中病院でも続けたあと、医療過疎地といわれた京都・美山^{みやま}（京都府南丹市）の診療所に勤めました。美山は私の郷里^{ふるさと}でした。

そうして、若年層から終末期まで、多くの患者と接するなかで在宅医療に強い関心を持ちました。医療はだれのためにあるのか、何のためにあるのか。そして、死はだれのものなのか。いまの「医療」では、患者はもちろん家族にとつても、満足な最期^{さいご}を迎えることはできないのではないかと悩みました。

そこで、従来の「医療」から少し離れ、患者から見た医療、家族から見た医療を心がけながら在宅医療に取り組むことにしました。最期のときを穏^{おだ}やかに過ごしたい、と在宅医

療をねがっている患者を、医療第一主義で診ることは、私には到底できることではなかったからです。医者が医療第一主義を振りかざすと、患者も介護者も何もいえなくなってしまう。そうして何人もの最期を看取^{みと}っていくなかで、医療には二つの医療、「必要な医療」と「よろこんでもらえる医療」があることに気づきました。

「必要な医療」とは、急性期の疾患^{しゅかん}を対象とした場合で、必要な検査と適切な治療を行なう医療で、簡単にいって、主に若く働き盛りの世代を対象にした医療です。この場合は、生活習慣病の予防を含めた健康生活を維持することが大切で、それには検査や薬の投与も欠かせなくあります。

一方、「よろこんでもらえる医療」とは、主に高齢者が対象で、健康第一主義からは少し離れ、わかりやすくいえば、人生を楽しく生き生きと過ごしてもらおうための医療です。検査や薬を中心とした医療とは大きく異なります。生活習慣病などの慢性疾患やそのほかの高齢者特有の病気への対応だけでなく、医師に気遣^{きづか}いすることなく、ざつくばらんに話し合える環境づくりといってもいいと思います。つまり、病気そのものだけでなく、暮らしも診る医療です。

現代医療は、「治す医療」や「死なせない医療」を追求して発展してきました。しかし、どんなに先端医療を駆使しても老化や死は避けられません。人の最期には「治す医療」も「死なせない医療」も無力なのです。だれであれ、健康だった以前と変わらない暮らしのなかで療養生活が送れることをねがっています。避けられない死が近づくまでは楽しく暮らしたいとはだれもがねがうことです。その手助けをするのが「よろこんでもらえる医療」なのです。

そんな思いから、検査や薬を主とする「医療」と區別して、私にめぐす医療を「医良」と名付けました。私の勝手な造語です。もつとえば、「医良」（療）とでも表現したいのです。「良」という字には、本来の「医療」という意味もあるそうです。つまり、現代医療を否定するのではなく、そのなかの、患者や家族にとつて都合の「良」ところを活かしながら診療、医療を心がけるといふ気持ちを含めています。だから、ほんとうは、医、良、療、と三つの文字を一つにした「医良療」で一つの言葉として「いりよう」と読んでほしいのですが、表記としてはちよつとおかしいので「医良」としていきます。

通院が可能な若い世代の患者から、通院が困難で在宅療養を余儀なくされている患者ま



美山の里：峠の向こうはもう若狭

で、幅広く診てきて思うのは、若い世代の医療と高齢者の医療とでは、医療も使い分ける必要があるということだと思います。つまり、人の一生を単純に同じ医療観で診ることには無理があるのです。いいかえれば、前者のような「医療」が有効な世代を対象にした医療は「診る医療」で、後者のように、「医療」が無力な世代を対象にするのは「看る医療」といつてもいいかも知れません。それぞれの情況に合わせて使い分ける必要があると思います。

もちろん、「医療」も「医良」も、ともに押しつけるものではなく、患者の意思を尊重しなければならぬことはいままでもありません。しかし、高齢者には「医良」の方が「医療」よりはるかに効果的で、よるこんでもらえることを私は実感してきました。いまま

では、患者の選択肢には「医療」しかなかったのです。そこに「医良」を加えたいと思います。

いうまでもないことですが、「医療」は数値に裏付けされた科学的根拠を重視する現代医学を基礎にしています。だから、検査や薬を優先するのです。それに対し「医良」は地域医療と在宅医療から経験的に生み出された医療です。検査や薬だけではどうにもならない、人生後半のライフステージに欠かせない医療なのです。

人はだれでも齢を重ねると、体力の衰えや病気だけでなく、家族や友人、知人との死別など悲しい出来事も多くなり、寂しさや不安がつのり、生きがいの喪失のなかで暮らしていかなければならなくなります。どんなに美辞麗句でつくろっても心の内まで隠すことはできません。そんな暮らしに「医療」が無力であることはだれでもわかっていることです。救えるのは、家族や地域など人の支えしかないと私は思っています。そんな家族や地域の絆づくりをサポートするのが「医良」なのです。

他人事ではありません。「死は医療の敗北」と思い込んでいる医師もいます。延命治療は医療者の義務だと素直に考えている医師も少なくありません。「好きなように死なせて

はじめに

もらえない」のが日本の医療の実情なのです。医療とは、だれのためのものなのか、何のためのものなのか。在宅療養者の希望と医療者の責務との乖離^{かいり}、これを解消するには何が必要なのでしょうか。

第一章 在宅医の務めは「援命」にある

終末期をどう暮らすか

だれでも、どんなに抵抗しても、若くて健康な健常者から、いつかは加齢とともに予期しない病気に罹り、介護生活に入り、いずれは終末期を迎えます。そういう私も同じですが、加齢にともなう身体機能の低下や病気による心身の障害で要介護状態になったときは、できるだけ自宅や住み慣れた地域、環境のなかで暮らしたいものです。

しかし、日本では、国民の半数以上がそうねがっているにもかかわらず、実際には、ほとんどの人が医療機関で最期を迎えています。当事者がどんなに希望しても、ねがいをかなえることは難しいというのが現実です。それはなぜでしょうか。また、高齢者が最期まで住み慣れたところで、できるだけ明るく、楽しく、自分らしく、生き生きと過ごす方法はあるのでしょうか。それには何が必要なのでしょう。これらについてみなさんといっしょに考えてみたいと思います。そして、在宅療養、地域療養のすばらしさを再認識していただければほんとうにうれしい。

ところで、在宅療養や介護の対象者はほとんどが高齢者です。そこで、まずは、だれも

が避けて通れない高齢者への道程をたどっておきましょう。いずれ、私もみなさんも歩くことになるその道です。

人の一生を、第一の人生、第二の人生、第三の人生の三つのステージに分けて考えると、第一の人生では、出生し、学校を卒業し、そして就職します。第二の人生は、一般的には、結婚し、出産し、子育てと続きます。そして最後の第三の人生は、子供の独立、一段落、そして退職となり、やっと夫婦の時間が持てるようになります。余談ですが、この一段落したときに、互いに苦勞をかけ合ったパートナーと温泉にでも遊ぶことができれば最高のしあわせです。そのとき、二人並んで歩けるよう、元氣なうちから健康づくりをしておきましょう。血液検査など細かいデータによる医療費抑制のための健康づくりなんか不要です。それより、これら三つの人生のステージを、それぞれ悔いなく過ごせ、互いに満足できればそんなすばらしいことはありません。

ここで、ちょっと考えてみましょう。これら三つの人生にはどんな特徴があるでしょうか。

第一と第二の人生の特徴は「子育て」です。第一の人生は、親に育ててもらい、第二の

人生では、親となり子供を育てることになります。つまり、この二つには「子育て」が共通のキーワードになっています。そして最後に第三の人生、つまり、子育てを卒業して、子供やパートナーから「介護」を受けるステージへ突入していきます。つまり、第三の人生の特徴は「介護」といえるでしょう。

介護ができるのは人間だけ

ここで大切なことがあります。子育ては動物もします。しかし、みなさん、動物が自分の親を介護している姿を見たことがありますか。動物の親が一生懸命に子育てをしているようすはテレビでもよく見かけます。しかし、動物の子供が、弱っている親に餌を運んだり、介護をしている姿は見たことも聞いたこともありません。この点が人と動物の決定的なちがいです。

あらゆる生物いきもののなかで介護をしているのは人間だけなのです。ということは、介護は「人間の証あかし」といえます。介護は人間らしきの証しなのです。作業ではありません。心です。人間だからこそ、介護という親孝行ができるのです。

思い出してみてください。生まれたときからオムツをあててもらい、母乳から離乳食へと成長するまで親にはさまざまな苦勞をかけました。また、大きくなってからも熱を出しては心配をかけ、学校に通いはじめると友達関係や進学で心配をかけました。けっしてあたり前とは思ってはいけない愛情を受けているのです。

そう思えば、加齢や病気で弱った親への食事の介助、オムツを使った下の世話といった介護は、育ててもらった親への当然の恩返しです。親の介護に欠かせないのは「介護は親への恩返し」の気持ち、思い遣りの心ではないでしょうか。そんな姿勢で親の介護を続けている家族にはたくさん出会ってきました。また、それが、在宅医としての最大のよこびでもありました。今日、介護を社会に丸投げする家族が多いなかにあつて、ほんとうに頭が下がります。

病気になってあたりまえ

若いときは、だれでも、健康はあたりまえとっています。それが、就職して職域健診や定期検診で「健康管理が必要ですよ」といわれて、ようやく生活習慣病の予防に気をつ

けるようになります。そして、徐々に健康増進から健康維持へと進み、やがて加齢とともに病氣予防、介護予防へと移っていきます。

飛行機にたとえると、若いときは、高くハイスピードで飛んでいる状態です。しかし、年齢とともに高度も低くなりスピードも落ちていきます。そして、いくら健康づくりに邁進（まいしん）しても、病氣や事故で墜落する、ということにもなりかねません。そうした墜落しそうな飛行機を引き上げてくれるのは何でしょう。この段階では、まず、医療が考えられます。まずは、医療の力によって救われるのです。

健康と命はだれが守る

しかし、いくら健康づくりをしていても、やがては、医療から介護の世界へと移っていきます。そんな飛行機を引き上げてくれるのは何でしょう。このステージに入ると医療も十分な力を発揮できず、無力に近いことを知っておくべきです。ただ一つ、頼れるのは家族や地域の支えなのです。

人は、いつか必ず老いていきます。「健やかに老いる」といううつくしい言葉もありま

す。しかし、現実はもつとどろどろしています。私は「健やかでなくなることが老いること」だと考えています。人は一人では生きていけません。「おれは一人で生きていく」と虚勢を張つても、どこかで野垂れ死にすれば、警察のお世話にならないわけにはいきません。お坊さんに引導を渡してもらわなければ三途河も渡れません。一人では死ぬません。必ずだれかの世話になるのです。だから、常日頃から、家族はもちろん地域の絆を大切にしておかなければなりません。

自分の健康と命は自分で守ることは、生きるための大切な基本です。同じように、家族の健康と命は家族で守ることも大切な基本です。さらに、地域の健康と命は地域が守ることも同じです。そこで、前者二つは理解できると思いますが、地域の健康と命は地域が守るとはどういうことでしょうか。

地域のなかには一人暮らしの高齢者がたくさんいます。地域の健康と命は地域が守るといふのは、そういう人に隣近所が声をかけ合い、気遣いを忘れないということです。ほんの何気ない心くばりだけでも高齢者は元気になれるのです。そうした日頃からの付き合い、心の触れ合いが、地域の暮らしを守っていくことにつながるのです。

みんな不安のなかに生きている

だれしも、齢を重ねると暮らしの環境が変わり、健康にも不安が出てきます。それを否定することはできません。そんなとき、生活にどんな変化が生まれるのか、健康にどんな影響が出てくるのか、いろんな場合を整理して心得ておくと、老いも元気に生き生きと過ごせるようになるかも知れません。

いうまでもなく、高齢者には、疾患の急性期を終え回復期や維持期に入ると、在宅医療が必要になってきます。そんな高齢者には、次のような特徴が見られます。

疾患に対する医療はこれまでも十分に受けている。

治療は慢性的に続いていて際限がない。

病状はつねに急変する可能性がある。

いくつかの疾患を重複して抱^かえている。

要介護状態にある。

A D Lの低下が進行しつつある。

生きがいの喪失による生活意欲の低下がみられる。

孤独、不安、寂しさのなかで暮らしている。

何かにつけ遠慮し、気を遣いながら暮らしている。

人の寿命は、疾患や体力だけでなく、同居者がいるかないかのほか、介護者の考え方や、介護力、住環境などに左右され、ほとんどは自分の意思とはかけ離れたところで決まってきます。そこで、高齢期に近づくにつれて起こる、こうした生活背景の変化、つまり、老齡期の暮らしを左右する「高齢者の生活背景の特徴」について考えてみます。

端的にいつて、それは「不安と喪失」です。

①健康に対する不安

「以前はできたのに」「むかしはこんなじゃなかった」「体が思うようにならない」と感じる事が多くなり、健康不安が大きくなってきました。そのため、何をするにも不安になり、自信を失ってしまう。その結果、虚勢を張るようになり、頑固になり、その反面、他人に

依存するようになります。

②生活基盤の喪失

定年退職すると、定期収入がなくなり、年金収入に頼るようになります。そのため、突如の支出への恐れや経済的不安を抱きやすくなり生活の行動範囲が狭くなります。さらに、仕事から離れるため、地域や社会での役割が少なくなり、社会的地位や評価を失います。たとえば、地域での祭礼や町内会活動でも、以前は担当していた役割が、若者の配慮もあつてできなくなり、存在感の喪失を感じるといった具合です。一方、毎日の自由な時間は増えるのに、これといった趣味もないため、何をすればいいのかわからなくなり、時間を持って余すことが多くなります。

③社会的つながりの喪失

定年退職によって人間関係が少なくなり、さらに、近親者や親しくしていた友人の死が重なることで、悲しみや寂しさを感じるが多くなります。その結果、死が身近なものと感じるようになり、不安と孤独に陥ります^{おちい}。人間関係が少なくなるため、外出する機会も減少します。たとえば、現役のときは年賀状を書くのも面倒^{めんどう}だったのが、退職すると書

く相手がなくなり、同様に、受け取る年賀状も急激に減るため、それだけで寂しくなり、無力感や疎外感が昂じ、孤独に陥り、無精になる人もいます。一方、過去に固執するあまり、新しい環境に順応できず、新しいことに取り組めない人もいます。

④生きる目的の喪失

子供がいても、独立して家を離れてしまったため、子育てという家庭での役割がなくなり、生活にも張り^はりがなくなってしまう。そうした、面倒を見る側から見られる側への逆転が、親としての自尊心を傷つけられることにもなり、生活の目標を失って、今後の生き方を決められなくなってしまう人や、生きていくことの価値や意味がわからなくなる人も出てきます。

このような結果として起こる高齢者の病気には、若いときとは明らかにちがった、次のような特徴が見られます。

①病気が重なっている

いろいろな臓器にいくつもの病気があるということです。高血圧で糖尿病がある、腰や

膝が痛い、おしっこが出にくい(前立腺肥大症)、物が見えにくい(白内障)といった症状です。医療機関で血液検査などをすると、さらに問題点が指摘されます。

②体の機能や治癒力が低下している

病気が治りにくい、合併症を併発しやすいということです。肺炎の治療中に胃潰瘍を起こしたり、脳卒中のうそつちゅう中で入院中に誤嚥性肺炎ごえんに罹かかつたりすることがあります。ちよつとした傷でも以前より治りにくく時間がかかります。それを見て、家族は必要以上に心配し、ちよつとしたことでも医療機関の受診をすすめます。

③完治しない慢性疾患が多い

病気が慢性化することが多くなります。完全には治らないということです。治すというよりは、よい状態にコントロールすることに重点がおかれます。治療のゴールはあくまでも現状維持で、その先には、不変、悪化、急変、死という厳しい現実が待っていることも認識しておきましょう。慢性化のため治療疲れが出てくる人もいます。

④薬の副作用が出やすい

複数の病気があるため、薬の種類や量が多くなることはもちろん、薬物代謝機能の低下

によつて副作用が出やすくなります。薬は腎臓や肝臓に負担をかけます。「薬_な〓_お治療」ではないことも覚えておきましょう。

⑤病気の症状が典型的でない

痛みのない心筋梗塞_{しんきんこうそく}や、発熱、咳_{せき}、痰_{たん}などといった症状に乏_{とほ}しい肺炎や、胃痛のない胃潰瘍_{いさいやう}などが、その例です。このような場合、発見や診断が遅れ、重症化しやすくなります。

⑥不定愁訴_{しゆつそ}が多い

不定愁訴_{しゆつそ}とは、原因がはつきりしないまま、漠然と苦痛や不快感などの症状を訴えることをいいます。精神的不安によることが多く、医師は薬で改善しようとしませんが無効なことがほとんどで、投薬が増える要因にもなります。

⑦思わぬ事故が起こりやすい

いままで通りに気をつけていても、転倒、骨折など、日常生活が制限される事故が多くなります。自分ではしっかりと足を挙げて歩いているつもりでも、わずかな段差に足を引っかけた転倒することも多く、骨折の原因になり、ひどい場合は寝たきりの状態になります。

⑧介護が必要になる病気が多い

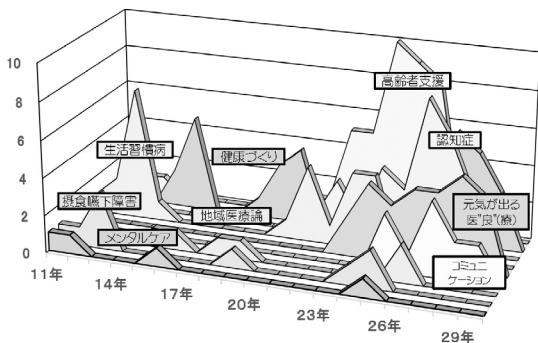
脳卒中や骨折、認知症などによって、歩けない、食事ができない、物事が理解できないなど、介護が必要になる疾患が多くなり、だれに、どこで、介護してもらおうか、といった問題が起きてきます。そうしたときの対応について、日頃から考えておかなければなりません。

大切なのは家族の絆と地域の絆

これからは、いままでとはちがった家族や地域との絆が大切になってきます。家族との関係で介護の問題が切り離せなくなるからです。

家族介護は大変です。しかし、介護される方も大変だということも忘れてはいけません。そのため、医療者はもちろん、ヘルパーやケアマネジャーは、本人と介護者の両者のサポートが必要になります。介護という、ほんとうに大変な仕事を通して、家族の絆をいかに築きずいていくかが大切です。あとで実例としてお話ししますが、私は家族に、床ずれ処置など、できるだけのことをやってもらいたいと思っています。そのために、家族の介護力に見合っ

第一章 在宅医の務めは「援命」にある



私の講演テーマの変化：聞き手の関心と変化がわかる

た方法を考えて指導しています。そうして、「^み見てもらった」「^み見てあげた」というよろこびを味わってもらいたいのです。家族支援とは家族ができることを取り上げてしまうことではありません。家族にはできるだけのことをやってもらい、その家族を支えることが医療者の務めなのです。

一方、地域の人々は、家族介護をしている人を応援し、温かい声をかけるなど、心の支えになり、もつともつと地域の絆を強くしましょう。

心があつてこそ体がある

さて、健康とは何でしょう、元気とは何でしょう、ほんとうの健康とは何でしょうか。これからの人生を自分らしく、元気に、楽しく、生き生きと過ごし

ていくためには何が必要でしょうか。

はじめに健康について考えてみましょう。健康には「体の健康」と「心の健康」があります。その両方が健康なのがほんとうの健康といえるでしょう。仏教でいえば「身心一如」、道元の言葉で、身体と心は一体で、互いに影響し合っていて切り離せないという戒めですが、医療面でも大切な考え方です。ほかに、「第一の財産は健康である」（エマソン、アメリカの詩人、思想家）や「幸福はまず何より健康の中にある」（G・Wカーチス、アメリカのジャーナリスト）というとらえ方もあります。

次に、健康と元気の関係について考えてみましょう。健康な人はみんな元気でしょうか、元気な人はみんな健康でしょうか、つねに「健康⇨元気」といえるでしょうか。健康とはどんな状態をいうのでしょうか。これも、人それぞれに健康観がありますから一概にはいえませんが、簡単にいって、健康とは心身に病気がない状態をいいます。

では、病気とは何でしょうか。現代医学では、正常値からの逸脱を病気としています。つまり、あるデータが基準値からずれていると、まず病気を疑います。たとえば、生活習慣病でいえば、上の血圧（収縮期血圧）が一六〇だと、基準値が一三〇以下なので高血圧症

が疑われます。このように、異常値があれば病名がついてしまうのです。

さらに、現代医学は異常値を正常値に戻すことができます。つまり、病気は治せなくても、薬で異常値を正常値にコントロールできるのです。この状態を、病気が治ったととらえ、医者は患者から「病気を治してもらった」とありがたがれるのです。

一方、元気とはどういう状態をいうのでしょうか。これも人それぞれに定義があると思いますが、私は、元気とは、病気があっても病人とはならず、楽しく過ごせて自分の好きなことができる状態のこと、と考えています。

では、病気があっても病人とはならず、というのはどういうことでしょうか。たとえば、高血圧の人で血圧は薬でコントロールできているにもかかわらず、心配で、心配で、友達と旅行にも行けないという人がいます。旅先で何が起こるかかわからず、人に迷惑をかけてはいけないので楽しめないというわけです。こういう人は、病気で病人になっているのです。だから、「これからは、病気がいま以上に悪くならないよう、ほどほどにコントロールするようにしてください。その方が、元気が出て楽しく過ごせますから」とアドバイスしてあげたくありません。

いま一度、考えてほしいと思います。健康とは何でしょう。医療費抑制のための健康づくりをしていませんか。病気とは何でしょう。健康診断の結果に異常値があれば病気でしようか、正常だったら健康でしようか。

そして、この先のことも考えておきましょう。介護をするとき、される時のことを考えたことがありますか。生きているとはどういうことでしょうか。逝くときを想像してみたいことがありますか。そんな生老病死（しやうろうびやうし）にかかわることを、これからいつしよに考えてみたいと思います。

病気と上手に付き合おう

次の二つを比較して、どちらが大切だと思いますか。

まずは、宝石などの物と健康では、どちらが大切ですか。当然、健康の方が大切といわれる人がほとんどでしょう。では、お金と健康、地位と健康、名誉と健康、人の付き合いと健康、とではどうでしょう。たぶん、いずれも、健康の方が大切だといわれると思います。しかし、思い出してください。家族の幸せ、暮らしのために自分の健康を後回しにし

たこともありましたね。歯が悪くなり、しつかり治そうと思つても、子供の学費のことを考えると、治療を躊躇ちゆうちゆうしたこともあつたにちがいありません。

だから、齢としをとつてから、健康、健康といわれても、足腰も悪くなつてから、生活習慣を改善しなさい、痩やせなさい、運動しなさい、といわれても、どうすればいいか悩んでしまふでしょう。はつきりいつて、いまさら欲をいつてもはじまりません。いま以上の贅ぜいたく沢をいつてはいけません。これからは、少なくともいまの状態より少しでも悪くならないよう、どう維持していくかを考えることです。

健康にいくら気をつけていても、齢とともにいろんな病気が出てきます。まずは、高血圧、高脂血症、糖尿病、肝機能障害、痛風つうふうなど、生活習慣病がベースにあらわれます。さらに、加齢とともに、生活環境の変化や身体機能の低下による、鬱病うつ、閉じ籠こもり、白内障、嚥下えんげ障害、骨粗鬆症こつそしょう、骨折、関節炎、脳卒中、狭心症、心筋梗塞こうそく、心不全、慢性閉塞性肺疾患へいそく（タバコ病）、前立腺肥大症など、病気はいっぱいあります。胃癌いがん、肺癌、肝臓癌、大腸癌、膀胱癌ぼうこうがんなども起こる可能性も高くなつてきます。そして、だれもが気になるのが、物忘れ（認知症）です。

どれもこれも、長生きした結果によるものです。長生きすればするほど、あたりまえのことです。こうした加齢にともなう病気は、ただ一つ、「うまく付き合っていく」しか方法がありません。そうでなければ、生まれ変わってリセットするしかないのです。

体より心をきたえる

まず、体にいいことは進んで実行しましょう。これからの健康づくりの基本は、自分でできること、つまり、自分の体の状態を知ることです。状態とは症状です。体重の増減、食欲の有無、顔や足のむくみ、排便排尿のようす、顔色、動悸どうきの有無、睡眠状態などについて知ることです。

気になることがあれば、一度は、医療機関を受診してみてください。すでに治療がはじまっている場合は、主治医の指示に従って自分に合った方法でコントロールしてみてください。

そして、生活習慣を見直しましょう。品行方正ひんこうほうせいな人なら、すぐに思いつくことといえば、やはりこれでしょう、酒、煙草……。ほかに、食事の減塩、適正体重、適度な運動、十

分な睡眠、薬は忘れずになど、いっぱいあります。

こんなことなら耳にたこができています。しかし、知っているだけでは意味がありません。やはり、健康によいことは素直に納得して続けましょう。

ところで、生活習慣はこれだけでしょうか。若い頃とちがつて、ほかにも健康に影響を与える要素には、仕事、娯楽、趣味、人生観、生きがい、生活態度、家族関係、交友関係、社会参加などいろいろあります。これからは、生活習慣以上に、これらを見直すことが大切です。これからの健康づくりは体だけではありません。

具体的に、次の二つをきたえる必要があります。

一つは「体」をきたえること、つまり、全身の筋肉と関節をまんべんなく使うことです。足や腕などの大きな筋肉だけでなく、指先や顎あごの筋肉や表情筋などの細かな筋肉を積極的に使うようにしましょう。

もう一つは、やはり「心」をきたえることです。いいかえれば、精神、つまり、心や気持ちの若さを保つことです。そのためには、いろんなところへ出かけましょう。おしゃべりをしましょう。声を掛け合ひましょう。好きなことを楽しみましょう。人の世話をしま

しよう。人によるこんでもらえることをしましょう。

そして、大いに笑って、脳を元気にしましょう。笑いはストレスをエネルギーに変えてくれます。ただ、人から笑われるようなことはしないように気をつけましょう。笑うことで脳と心の健康が保てます。

健康だけでは暮らせない

だけれども、健康な人生を求めて生きています。めざすのは「健康の山」です。しかし、その高さは時間とともに変わってきます。若いとき、健康なときは、さらに高い山をめざしても何の問題もありません。しかし、これからはちがいます。健康の上に健康をめざすと健康至上主義になってしまいます。はてしなく高い健康の山を追い求めると、最後は疲れるだけで、さらに、登った山は必ず下りなければなりません。登ったままでは遭難してしまいます。

しかし、都合よく、「健康の山」は齢とともに低くなってくれます。つまり、そんなに無理をしなくても、そのうち山の方から低くなってくれるのです。病気、障害、寝たきり、

と体調が変化していくにつれ、「健康の山」も自然に低くなつてくるのです。

と、その先に一つの川が見えてきます。そうです、三途河さんずのかわです。ほとりには奪衣婆だつえば、あの三途河しようずかの婆ばあも待ち構えています。そこで健康を説いてもはじまりません。言下に着物を剥はがれるだけ。

これからは、健康をちよつと横に置いてみませんか。すると、もつと気楽に生きられます。健康にとらわれるあまり、大切なものを忘れてはいけません。人生を元気に楽しく生き生きと過ごすことに、もつと気を配り、時間を使いましょう。

長寿は幸福をもたらすか

人にはどうしても避けられない苦しみがあります。それを仏陀しよつうつひよつしは生老病死の四文字で表わしました。四苦しよくといつていますが、そのなかで唯一コントロールできるのは「病」ではないでしょうか。ところが、幸か不幸か、その「病」がほかの三つにも影響を与えているのです。そのために、「病」を何とかすれば、幸せな人生まことが全うできると信じられ、それを制御する「医療」が発達してきたのです。しかし、人は医療の力を過信しすぎていると

私は思います。

そこで、「長寿」と「幸福」に医療はどのような役割を果たしてきたのか、考えてみましょう。

まず、「長寿」と「幸福」の関係で、人生を四つのグループに分けてみましょう。Aは、長寿を達成し幸せを感じているグループです。Bは、長寿でなくても幸せを感じているグループで、Cは、長寿であるにもかかわらず幸せを感じていないグループ、Dは、長寿が達成できていないために不幸を感じているグループです。

Dのグループは、長寿になれば幸せになれると考えます。医療の進歩によって長寿が可能になったからです。しかし、長寿になっても必ずしも幸せを感じられない人たちがいます。グループCです。このことから、長寿は必ずしも幸せの条件でないことがわかります。では、長寿になれば幸せなれると考えた人たちはどうすればいいのでしょうか。また、医療の恩恵を受けて長寿を手に入れたにもかかわらず、幸せを感じられない人たちがいるのはどうしてでしょうか。

その一方で、長寿でなくても幸福を感じている人たちが、グループBがあります。つまり、

この人たちは長寿とは別の幸福を得ていることになります。ということは、健康で長寿をめざさなくても幸せを感じる事ができる人生があるということです。つまり、みんながみんなAをめざさなくてもBをめざしてもいいということになります。

いうまでもなく、グループBの人たちは人生の後半を生きる人たちです。ある程度の人生を過ごしてきた人にとっては必ずしも長生きすることが幸せとは限りません。とくに、医療にどっぷり浸かってまで生きようとは思わないのではないのでしょうか。私の在宅医療の経験からいっても、そういう人の方が多いのです。これには「生の質」がかかわっているように思います。

私は、多くの在宅療養者から、いろんなねがいを聞いてきました。「最期のときまで医療を押しつけんといしてほしい」「何にもせんでええ、このままそつとしておいてほしい」「医療にそこまで管理してもらいたくない」と、いろんな声がありました。

だからいえるのです。医療のあり方を見直し、人それぞれのライフステージに合わせる事が大切です。「人生百年」とはいいいますが、これからの時代、「長生き」でなくても「幸せ」を感じながら最期まで生きるのもいいことではないでしょうか。医療の役割は、ただ

長生きのためだけにあるのではなく、人生を楽しくするために必要なものと考えるのはまちがっているでしょうか。

「延命」より「援命」

高齢者が病気になる、入院加療を経て退院へと進み、最後は、地域、家族、自宅の待つ在宅療養に移っていきます。そして、やがては、あの河が見えてくるのです。問題なのは、その渡り方です。「自然死」「平穏死」「尊厳死」といろいろあります。しかし、私は、そうした渡り方より、そこにたどり着くまでを大切にしてあげたい、と何よりもねがっていました。岸に立つまでの、残された人生を、住み慣れたところで、家族や親しい人たちといっしょに楽しく過ごす、これが一番ではないでしょうか。

在宅医は、そうした残された人生をエンジョイできるようにするための「援助医」ではなくてはなりません。在宅医としての仕事は、「延命」ではなく「援命」である、いまでも、そう肝きまに銘めいじています。

第二章

終末を元気に生きる

訪問診療と往診のちがい

これからの人生、何が起るかわかりません。ふつうにしても経年劣化で生活に支障が出てくるようになります。さらに、予期しないことが起ります。そして、明日は我が身です。

予期しないこと、それは、要介護や寝たきりの原因、つまり、脳血管疾患しっかん、骨折、転倒、心疾患、肺炎、認知症などです。こうした疾患の多くは、まずは入院加療からはじまります。そして、急性期から安定期に入ると、療養の場が医療機関から在宅に移ります。こうして自宅での介護生活、在宅療養生活がはじまるのです。

といっても、病院から在宅生活へのスムーズな移行、つまり、在宅生活へのソフトウェアソフトランディングが難しい場合もあります。家族の考え方、理解に左右されるからです。たとえば、冬場ふゆばだと「この寒いときに家に帰ってきて風邪をひいたり、こじらせて肺炎にでもなられたらたいへん」とか、「春は子供が受験で手がかけられない」とか、夏は夏で「共稼ぎで昼間は家におれなくてエアコンの調整もできないから心配で」とか、家族にもいろんな理

由があつて、病院から在宅療養への移行が難しいことがよくあります。結果として、在宅療養よりも施設療養が多くなるのです。余談ですが、秋は季節もよく、比較的、否定する理由が見当たらないので、退院するにはいい季節かも知れません。

ところで、在宅医療には、訪問診療と往診があります。訪問診療とは、要介護状態になり、通院が困難な利用者の自宅を医師が定期的に訪問し、療養上の管理をすることを、医療機関と契約（居宅療養管理指導サービス契約書）して行ないます。医療技術の進歩によって自宅でも、酸素療法、点滴、経管栄養などの医療処置や治療を受けることができるようになってきました。また、癌がんの痛みを和らげるための麻薬の使用などによる緩和ケアを受けることもできます。ただ、契約上、主治医の管理下にあるため、発熱などの症状が出ても、勝手に外来受診もできません。まずは、主治医に相談しないといけないのです。

一方、本来の往診とは、急病などで患者からの求めがあつて、医師が患者の家を訪問して診察することをいいます。といっても、実際には往診はありません。医師が訪問するより、救急車で病院に駆けつけてもらう方がはるかに効率がいいからです。往診というのは、むかし、救急車の利用が一般的でなかった時代や、そもそも救急車が配備されていない過

疎地での話です。ただ、医師が患者の自宅に出向くというスタイルでは、訪問診療と本来の往診も同じであるため、訪問診療のことを往診といっているのです。しかし、本来は別ものです。

さらに、在宅医療も、内容によって大きく三つに分かれます。

①退院後の在宅医療

入院療養をされていて、病状が安定すると退院がすすめられます。入院治療が自宅でも可能なほどに医療機器も進化し、それによって自宅の病室化が可能になっているからです。

②通院困難による在宅医療

老夫婦だけの家庭での、いわゆる老老介護、あるいは、何らかの認知症のある老夫婦が互いに世話をしながら暮らしている、つまり、認認介護状態の家庭には往診します。外来の定期受診が困難なため、現状維持を最良とする療養生活といえるでしょう。

③看取りの在宅医療

最期を家族とともに、住み慣れた自宅で、心穏やかに、家族水入らずで過ごすための在宅医療です。心の命を大切にしたい往診です。

医療は何のためにあるのか

医療は日常的には、頭痛、胃痛、めまい、吐き気など、体調不良や外傷、骨折など、処置が必要なとき、また、生活習慣病のように、大事に至らないための疾患の予防、さらには、脳血管疾患、循環器、呼吸器、消化器疾患の癌を含めた治療のためにある、と思っている人が大半だと思います。医療の究極の目的は人の命を救うことだといってもいいでしょう。そこで、人の命、寿命について考えてみましょう。

人の寿命はよく蠟燭ろうそくにたとえられます。母親の持つ蠟燭に父親が命の火を灯ともす。その蠟燭を手に人は生まれてくるのです。しかし、蠟燭に命が灯つても、必ずしもこの世に生まれるとは限りません。生まれる前にその灯ひが消えてしまう命もあります。死産です。そこが生と死のちがいです。つまり、生は百パーセントではないのです。

また、その蠟燭も、細く長いものや太くて短いものなどさまざまで、長さや太さはだれにもわかりません。そのわからない蠟燭をどこまで使い切れるかが問題で、与えられた蠟ろうを自力で最後まで燃やし切ったと思えるときが天寿まっとうを全うしたということになるのですよ

う。

寿命の蠟燭の灯の消え方にはいろいろあります。この世に生まれてきた順序とは無関係です。病気という風が吹いて消える場合、事故という突風が吹いて消える場合、自死という自ら消していく場合、そして、蠟が尽き、風もないのに自然に消えていく老衰死という場合もあります。さらに、他人の灯を勝手に消してしまう殺人という暴風もあります。

それだけではありません。蠟燭の灯には必ず消えるときがあるのです。命が尽きる時です。この先どれだけ医学や医療が進歩しても、その時間を止めることはできません。では、自然に燃え尽きて消える老衰以外で、人はなぜ死ぬのでしょうか。病気や事故の風によるのでしょうか。私はそれが原因ではないと考えています。それらの風は死の時期を決めているだけです。これらの風の原因がなければ、つまり、この世から病気や事故がなくなれば、人は人生半ばで死なないことになるからです。

では、人はなぜ死ぬのでしょうか。それは、人が、おぎゃーとこの世に産声うぶごえをあげたからで、この世に生まれてこなければ死ぬこともないのです。この世に生まれた限り、時期のちがいはあつても人は百パーセントの確率で死を迎えます。死は特別なことでも何であ

りません。日常の延長であり、自然なことなのです。ただ、予期しない風のために灯が消えるから惜しく、悲しいことなのです。だからこそ、生のある間に感謝しながら命を大切に、懸命に生きなければなりません。

人は生まれると同時にどこかに墓標が立ちます。そして、そこまでたどる道程が人生なのです。若いときは墓標が遠くて見えません。それが、齢を重ねるにつれ、だんだんと近づいて見えるようになります。転ばずに、可能な限り自分の足でしっかりと墓標までたどり着きたいものです。

医学の進歩が要介護を生み出した

現代医学と医療は、こうした蝋燭の灯をできるだけ消さないようにと努力して発展してきました。しかし、蝋燭の火は、消えないようにと風を避けて囲みすぎると、かえって燃えなくなります。かといって、風のなかに放り出してしまえばすぐに消えてしまいます。

さらに、現代医学と医療は、自然に消えるはずの灯をさらに長く燃え続けさせることまでできるようになりました。たとえば、事故や脳血管障害で意識がなくなった状態の人に、

胃瘻を造設して流動食を注入する場合です。外部からのエネルギーが、本人の意思とは無関係に体内に補給されるため、エネルギー的にいつまでも生存できるようになりました。

現代医学は、自然になくなりかけていた蠟燭の蠟を、是非はともかく、継ぎ足すことができるようになったのです。その結果、命について考えさせられることも多くなりました。消えかけた命の灯を医療で再び蘇らせることはいいことです。しかし、長く生きるためだけに、途中で医療的に蠟が追加されることも多くなりました。それも医学の進歩であることにちがいはありません。しかし、注ぎ足された蠟で燃える灯はほんとうの命の灯といえるでしょうか。

それは、その人を取り巻く、他人の命かも知れません。頼みもしていないのに寿命を追加されてはたまらないという人もいます。自力では燃えない蠟燭に、現代医学の力で蠟を追加するのはいいことなのでしょうか。

まず、人間がいます。その人間が病気をします。すると「生物のヒト」とみなします。医療技術の高度な進歩によって、医療者の関心も先端医療に集中し、医療も専門的に分化してきました。それによってヒトは、器官、臓器、細胞、染色体、遺伝子、分子へと細分

化されました。これが現代医学の方向性で、さまざまな病気の原因究明と治療方法の確立に邁進まいしんし発展してきました。救えなかった多くの命も救うことができるようになったのです。

結果として、一命は取り留めたものの、残念ながら障害が残るということも多くなりました。障害を持ちながら、家族のなかで、地域のなかで、社会のなかで、人の世話になりながら生きていかなければならなくなったのです。そうした人を「生活者としての人」として、医療だけでなく、保健、福祉、地域、家族など多くの人の協力でサポートしていく、これが在宅療養の方向性です。つまり、医学が進歩してきた結果、新たに要介護生活が必要になつてきたのです。

ふだん暮らしが何よりの療養

現代医学の進歩によって命を救われたというだけで、在宅療養を漫然と過ごしてはいけないと思います。積極的に生きていかなくはいけません。そのために必要なことを二つ紹介します。

①生活を止めない在宅医療

在宅医療では、疾患に対して過敏になりすぎるあまり、してはいけないことが多くなってきました。いままでやっていたこと、できていたことまでさせてもらえなくなり、生活が止まってしまいがちです。

一方、入院療養では合併症を心配するあまり、ふだんの生活が止められてしまいがちです。たとえば、高齢というだけで嚥下障害えんげがあるとみなされ、誤嚥ごえんを回避するために水分にはトロミ剤が使用されるといった具合です。おいしくない水分補給のために日常生活が止められ、食欲が落ちて元気がなくなるということもよくある話です。「これをしてはいけない」ではなく、「ここまでではしてもいい」という判断をすることが在宅医の使命だと私は考えています。

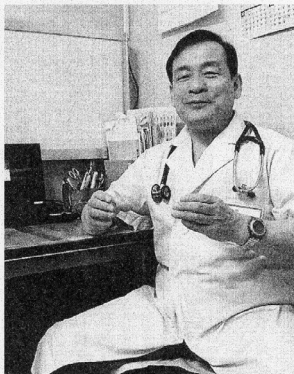
実例・在宅では自由に生活していた九十歳男性

Kさんは私が在宅主治医をしていたのですが、私がいなくなるときに、家族から「咳せきと微熱があるんです」と往診依頼がありました。翌日から土、日、祝日と連休になっていたため、その日の担当医は心配して私に代わって、経過観察目的での入院をすすめました。本人は

フェイス
FACE

@京都市北区

おぢ 治世さん(60)
内科医、高齢者支援活動主宰



「患者は医者に気を遣いすぎ。医者がもっと患者に寄り添わなくては」。薬より、まず対話を重視する—京都市内

対話重視で患者を元気に

当意即妙。熱がこもると話のテンポはさらに上がって、「聴診器の前に耳を患者の心臓を覗く」「心や悩みはレントゲンやCTに

は写りません」。思いが言葉になって次々とほじける。琵琶湖大橋病院などで毎週定期的に患者を診察する

近くで家庭教師をしていた

「思い出の宝庫である自宅で話せば、顔は輝き、元気になる。一般の人にもできる活動の輪を広げたい」(大阪支社)

ほか、大阪医療福祉専門学校の講師を務め、健診活動も積極的に手掛ける。その合間を縫って独り暮らしの高齢者の話し相手を務めるボランティアグループ「りすの会」を主宰。院外での活動にも目を向け、講演依頼などにも応える。「医者には医療機関以外でも求められる場がある」が持論。型破りの医者としてマスコミにも登場する。元々、医者志望ではな

先が、地元で唯一の開業医。垣間見た地方医療の現状に違和感を覚え、「変えたい」と転身した。開学5年、大講座制など新しい試みの香川医科大学(現香川大)に魅力を感じて入学。「喫茶店やうどんのモーニングがあり驚いた」と懐かしむ。卒業後も助手として勤務。住民健診などで県内を回った。1997年から京都を拠点に活動。高齢者宅の訪問診療に力を入れ、りすの会では話を聴くだけでなく、対話にこだわる。

「大丈夫だ」と入院を拒んでいたらしいのですが、家族の希望もあつて入院となりました。入院四日後、病室にKさんを訪ねてみました。入院病名は誤嚥性肺炎でした。血液検査の結果は低タンパク血症、炎症反応は風邪レベルで入院適応レベルではありません。絶飲食で抗生剤を含む点滴治療を受けていました。

「入院してから、何も食べさせてもらっていない」

Kさんは、私の顔を見るなり、ご立腹でした。そこで、病状を説明して、「退院には準備があるので二日後になりますが、それまで待つてください」と了解してもらいました。

病棟医にはこう説明しました。

「Kさんは、量は少ないですが、家では三食とも何でも食べています。嚥下状態も問題ありません。低タンパク血症も年齢的に異常ありません。血液データはよくないですが退院しても大丈夫だと思います。退院後は私が在宅でフォローします。また、何かあればよろしくおねがいします」

患者の日常を診ている在宅主治医と、データだけで患者を診る病棟医とは、患者の見

方が異なります。Kさんも在宅医がかかわっていなかったら退院が難しかったでしょう。そして、在宅ではふつうにできていたことも、病棟暮らしではさせてもらえないため、日常的にできていたことができなくなっていた可能性がありました。在宅主治医が退院に対して早期介入ができてよかった一例です。

②生活再建のためのリハビリテーション医療

在宅療養者は、いつまでも入院しているわけにはいきません。できるだけ元の生活を取り戻さなければなりません。そのためには、生活再建のためのリハビリテーションが欠かせません。

リハビリには、大きく分けて、医学的リハビリ、社会的リハビリ、教育的リハビリ、職業的リハビリの四つあります。このうち、一般的に馴染みのあるのが医学的リハビリです。病気や後遺症によって動かなくなった手足を、その人の最善の状態まで回復させる機能回復訓練のことです。

この種のリハビリは、入院療養中は、たとえば二十センチの段差を想定して一生懸命リハビリに励みます。しかし、家に戻れば二十センチもの段差のあるところは、玄関や階段

を除けばほとんどありません。せいぜい五センチ程度がクリヤーできればふつうの生活ができるのです。つまり、きつく苦しいリハビリでなく、いままでの生活を取り戻すためのリハビリをやればいいのです。

人それぞれの生活に合わせたリハビリをするためには、訪問リハビリの活用が有効です。さらに、在宅療法している人には、社会的リハビリが必要になってきます。どうすれば、病気のなかに閉じ籠こもらさずに以前のような人間関係を取り戻し、その人なりの生活をしていけるかという取り組みです。これには、家族だけでなく、地域の協力が欠かせません。まさに「地域の健康と命は地域で守る」につながるリハビリです。

実例・いつも元気ではつらつとしていた七十代女性

Nさんは、私の家の隣に息子さんと二人で住んでいました。ひじょうに活発な人で、女性会の役員をしたり、原付バイクに乗ってヘルパーの仕事にも出かけていました。それが、ある日、脳梗塞のうこうそくを発症、右半身に軽度の麻痺まひが後遺症として残り、歩行障害がありました。しかし、懸命にリハビリに取り組んでいました。

そんな秋口の夕方でした。門口を入ろうとすると、Nさんが杖つえについて家の周りを歩行

リハビリに出るところでした。

「ごいつしよしまししょうか」

申し出ると、

「ええ、一人で歩くより安心ですし、ありがたいです」

とうれしそうでした。

その途次^{みちすがら}、若い頃の思い出話をたくさん聞かせてもらいました。他人だからできる付き合いの一例だと思います。たった十分ほどの短い時間でしたが、Nさんは満足げで、私もうれしくて、

「また時間が合えばいつしよに歩きましょう」

と別れました。その後も何度か、ごいつしよしましたが、Nさんがデイサービスを利用されてからは時間が合わなくて、機会もなくなり寂しくなりました。

医者は意外と介護を知らない

訪問診療に取り組んできた在宅医として、患者や家族から多くのこと学びました。医療

者目線でなく、患者や家族目線から、在宅医療（訪問診療）を見ると、要介護者の在宅での暮らしぶりや、家族介護者の現状がよくわかります。在宅医として在宅医療の現場から感じたことを列挙しながら考えます。

医者は病気のこととはわかっていても、介護のことは意外と知らないものです。病気の症状は体にあらわれます。だから、体を診ることができる診察室があれば十分なのです。しかし、要介護者や認知症の症状は生活にあらわれるのです。それには、往診をして介護の現場を知らなければなりません。介護の現場を知らない医師が、医療的ケアをあれこれ家族に指示するから、家族は医療と介護の板挟みで混乱するのです。こうした介護者のストレスを解消するために、主治医は処置などを工夫しないとけません。

たとえば、患者の皮膚湿疹しっしんに、複数の軟膏を部位によって使い分けるよう、指示する在宅医がいます。すると、家族は、厳密なちがいはあると思ひ込んで、使い分けに悩みます。そうではなく、複数の湿疹に共通して効果のある軟膏を一種類だけ処方すれば、家族の負担もストレスもなくなるのです。そして経過をしっかりと診て評価すれば家族は安心します。

在宅医には、こうした配慮も必要です。介護にはあまり介入しないで、家族やヘルパーが自由に安心して行動できるように、アドバイスしサポートしないといけません。

家族がやるから在宅ケア

在宅での医療的ケアの担い手は家族です。家族がやらないと在宅ケアにはなりません。たとえば、経鼻経管栄養や胃瘻管理や褥瘡（床ずれ）の手当などを家族が日常的行なっています。これらにはホームヘルパーにはできないこともあります。

医療者は、家族が無理なくできる医療的ケアを工夫しなければなりません。实例は、第五章でお話ししますが、医療者による医療的管理が本人の心と身体の自立を抑制していることがあるため、気をつけましょう。医者をピラミッドの頂点とする在宅医療やケアのスタイルでは、ほんとうの在宅介護はできません。医者がリーダーシップをとることはあっても、介護の頂点は、やはり家族やヘルパーに置いた方がスムーズに体制をつくることのできるのです。医者は、家族やヘルパーのよきアドバイザーであり、あくまでも協力者であるべきだと思います。

「介護」は「快護」であるべき

加齢現象による身体機能の低下や心身に障害があっても、その人なりに生きがいのある生活を送ってもらうこと、また、生きている楽しさを実感してもらうこと、さらには、その生活を支え、安心を与えて生活を診ること、そして、患者と介護する家族の双方に満足してもらうこと、それが在宅医療の役割です。ただ、もう一つ忘れてならないことがあります。それは「人には命より大切なものもある」ということです。それがわかっていないと在宅医は務まりません。大切なのは、その人の生き方をサポートすることです。在宅医の仕事は「延命」でなく「援命」です。

介護は、人生をコントロールすることではありません。介護する家族も大変ですが、される方も大変です。これを忘れがちです。介護を受ける人の快い状態を護る、いいかえれば「快護」。つまり、「介護」とは「快護」なのです。家族介護は大変です。だからこそ、往診で必要なのは、本人の診察だけでなく、介護者のサポートも欠かせません。医療者は、介護者目線で両者を診る必要があるのです。

体の命には、加齢とともに限界が見えてきます。人生の後半では、治療による改善はあまり見込めず、現状維持がゴールになります。その先に待っているのは、維持の継続（不変）、悪化、急変、死のいずれかです。このことをしっかりと認識しておきましょう。

最期は医者との相性で決まる

人生の最期を左右するものを列挙してみましよう。これらすべてが味方をしてくれたときに、満足する最期を迎えることができるのではないのでしょうか。それは、まさに運といっています。

① 持って生まれた体力、患った病気、残った障害

これらはだれのせいでもありません。杞憂きゆうしても仕方のないことです。

② 急変時の運——体調を崩したときの季節、時間帯、救急搬入された医療機関

たとえば、次のような場合です。「人に気づかれにくい夜間や家族がいなときに発症して手遅れになった場合」「退院が寒い時期や暑い時期で家族が受け入れられる状態になく退院時期が延びた間に認知症が進行し自宅に帰れなくなった場合」「かかりつけの病院

が満床のために他院での受診、入院となり、その病院では自分の日常がわかつてもらえず病気だけを診られた場合」など、こうした運によつて予期しない最期を迎えざるを得なくなることもあります。

③日頃から最期の迎え方を家族に伝えているかどうか

命は自分のものですが、死は自分の思うようにはなりません。とりわけ、最期を迎える場所は希望通りにならないことがほとんどです。最期をどのようになどで迎えるか、希望を家族に伝えておく必要があります。ただ、伝えてはいても実際には希望通りになるとは限りません。在宅で看取つてほしいとねがつても、多くは家族の都合で決まります。

たとえば、最期になつて唸りや肩呼吸などが起こつてくると、家族は怖くなり、「このまま家に置いておいていいのだろうか」「最期に何もしなかつたと思われはしないだろうか」「親戚や世間が納得してくれるだろうか」と不安がつり、何年もがんばつてきた在宅介護を諦めてしまうことも少なくありません。しかし、最期の段階で病院へ行つたとしても運命は同じです。寿命に病名をつけられて処置されるだけ。つまり、最期を迎えるのが少しあとになるだけです。私なら、最期の状態を家族に説明して、安心して看取つても

らいます。また、臨席している親族にも、主治医として状況を説明して、本人や家族の意思や入院の必要性の有無について話をして納得してもらいます。

④介護の嫁、息子、娘の考え方

自宅では介護できない、と明言する家庭もありました。介護は第三者が、こうしなさい、あーしなさい、こうしている人もいる、といえるものではないこともたしかです。余所様よそさまは余所様で家うちとは関係がありません、というのももつともで、最終的には介護のあり方は、本人の希望よりも、家族の状況や考え方が優先されてしまうことがほとんどです。

⑤担当医師との相性

本人や家族にも、医師との相性があります。訪問診療では、とくにそれが問題になります。ただ、往診の場合は希望の医師をさがすことは困難です。遠慮せず、担当医に介護についての希望を伝えてください。めぐり会った医師（在宅主治医）との相性などが患者の最期の状況に大きな影響を与えます。私は、往診の医師と患者、家族とのマッチングアップの開発が必要だと考えています。また、病院の在宅医全員が、最初に一回は交替で訪問することで、患者や家族が、相性の合う医師を選び、指名できるといいう制度をつくる必要

もあると考えています。

実例・相性の合う医師がたまたま見つかった女性

八十二歳のSさんは要介護5で、娘さんの在宅介護を受けていましたが、ある日、娘さんから連絡がありました。

「ここ数日、便が出てないんです。そのせいでしょうか、食欲もないので診^みただけませんか」

私は主治医ではなかったのですが、当日の担当医として臨時往診しました。

「Sさん、大丈夫ですか。便が出ないと、お腹^{なか}が張^かつてしんどいね。ちよつとお尻を診^みますね」

と患者の顔を見ながら手を握り、娘さんに摘^{てき}便^{べん}（指で便を掻^かき出す手技）の説明をし、了解を得て準備をしました。

「もし、便が出口までできていたら交代しますから、準備しておいてください」

肛門から指を入れると、幸いなことに、便はそこまで出かかっている状態でした。そうして掻^かき出し、娘さんにも、摘^{てき}便^{べん}の手技をその場で指導しました。

「便が途中で止まっていたから、娘さんと二人で指を使って出しました。これですつきりしたでしょ」

すると、につこり笑顔で応えてくれました。そして、落ち着いたところで娘さんに介護のようすを訊いてみました。

「食事は、毎回、ミキサー食にして、大きな注射器のシリンジに入れて口から注入して食べさせています。スプーンを使うと、スプーンをかんでしまつて口のなかに入らないからだめなんです」

娘さんのアイデアでした。すばらしい家族介護だと思いました。

「何も話さない母に声掛けしてくださったのは、先生がはじめてです。薬を使わず、手で便を出す方法も教えていただいて、少し怖かったですけど、先生が付いてくださつたんで、なんとかできました。母もよろこんでいると思います」

と、うれしそうでした。そして、

「Sさん、また来るでなあ」

と握手して臨時往診を終えたのでした。

翌日、Sさんのケアマネジャーから電話がありました。在宅主治医を代わってもらえないかというのです。理由は聞かなくてもわかりました。だからOKして、こう付け足しておきました。

「家族が往診日の曜日変更を希望されていますから、ということにします」
こうして主治医の交代は家族の希望通りになりました。

「無理をいつているので、主治医交代が可能かどうか、どきどきしていました」
娘さんは笑いながらいきました。

たとえば、学校の担任の先生と相性が合わなくても、学年が変われば問題も解消します。しかし、在宅主治医とは、基本的には死ぬまでの付き合いですから、相性がいい方がいいに決まっています。在宅主治医が医療第一主義をとっているため、家族も本人も快くない在宅療養生活を送ることになっていたので。そんなにめずらしい話ではありません。

実例・医療第一主義の在宅主治医にかかっていた女性

八十九歳のEさんは在宅看取りを希望していました。ある日、三十七度八分の熱が続いているというので、私が臨時往診に出かけました。

「発熱も三十八度以下ですから、とくに問題はありません。今後、もつと熱が出たときのために解熱剤を処方しておきます。三十八度を超えるようでしたら使ってください。それまでは解熱剤より氷嚢ひょうのうでようすをみてくださいください。と同時に、スプーンで水分をあげてください。霧吹きで口腔内こうくわうを湿らせるだけでもかまいません。そして、最期のときを大切に、いままでの感謝の気持ちなど、耳元で話してあげてください。いつ何があってもおかしくない状態です。会わせたい人に連絡をしてあげてください。それから、みなさんで思い出話に花を咲かせて見送つてあげてください」

説明すると、家族は「よく分かりました」と納得しました。それで「明日は主治医がいますので、何かあれば連絡してください」といつて帰りました。

翌日、いよいよ呼吸も荒くなつたようで、「肩で息をしています」と病院に電話があつて主治医が対応したのですが、その返事に家族も啞然あぜんとしたそうです。

「それは脳に何か異変が起こっている可能性があります。脳のCTを撮とりますので救急車で病院まで来てください」

もちろん、家族は納得できず、「昨日、来ていただいた先生と代わつてください」とい

うことで私が対応し往診しました。訪問すると終末期の呼吸状態で、昨日の熱もなくなっていました。

「時間はわかりませんが、そう長くはないと思います。最期まで感謝の気持ちをご本人に聞こえるように話してあげてください。おねがいします」

「わかりました。孫もいますので大丈夫です」

「では、そのときに、もう一度、電話していただけますか。私がかがいますので安心してください」

と帰りました。それから数時間、「息が止まりました」と電話があり、死亡確認のために訪問しました。

「ご親戚やお孫さんがいっぱい、にぎやかでいいですね」

ご主人にというと、

「前の日に、先生に来てもらってほんとによかったです。母の運だと思います」

と一言。主治医への不満などいっさいなかったのです。ほっとしました。医療が万能だと思っている医師にはあたり前の対応だったのです。

「死亡診断書の病名ですが、明らかな原因も見当たりませんし、りっぱな最期でしたから老衰ということにさせていただきます」

と説明して、Eさんの在宅看取りは終わりました。

かなわぬ在宅死

病院死と在宅死の現実をデータで見てもみましょう。昭和二十七年（一九五二年）から平成十八年（二〇〇六年）までの数字を見ると、一つの傾向が読み取れます。昭和二十七年には在宅死が八〇パーセントで、病院死が一〇パーセントだったのが、昭和五十年（一九七五年）を境に逆転し、平成十二年（二〇〇〇年）以降、そのまま変わらない状態が続いています。まさにX字状態です。なぜ、このようになったのでしょうか。それには、核家族化が大きく関係していると思います。こうした状態を「病院満床^{まんしょう}」「家空床」と私は呼んでいます。

かつては、在宅死、在宅看取りというのはごくふつうのことでした。それが、いまは、当事者が希望しただけではかなわない状況になっています。私が小学生の頃は、「あそこ

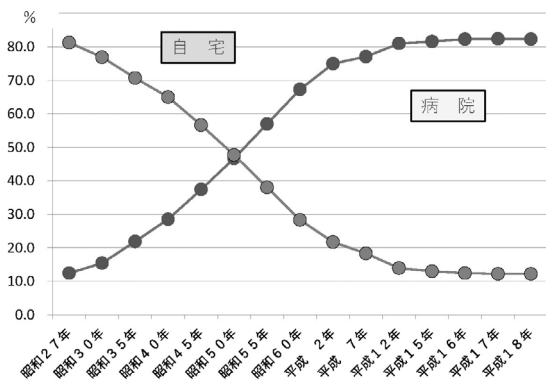
のおばあちゃん、最近、物が食べられんらしい」と聞けば、「悪いんやてなあ、どないです？」と隣所がようすを見に行つて、それから一週間もすれば葬式がある、というのが自然の流れで、ごく日常のことでした。そこで、在宅死を迎えるために欠かせない要素について考えてみましょう。

人生の最期の迎え方としてよく耳にする言葉にこんなものがあります。「住み慣れた自宅で最期を過ごしたい」「自宅で家族に囲まれて自然な死を迎えたい」「最期は入院をしないで家にいたい」など。それに対し、実際には、アンケート調査からはこんな結果が得られています。

「約八割の人が終末期を自宅で過ごしたいとねがっているが、実現できると思っているのは約三割で、男性の方が女性より多い。反対に、実現は難しいと考えている人は約六割で、女性の方が男性より多い。一方、終末期を自宅では過ごしたくないという人も二割ほどいて、そのうちの八割が、家族に迷惑や手間をかけるからと答えていて、女性の方が男性よりも多い」

つまり、自宅で最期を迎えたいが、家族への負担や気遣いから、実際は難しいと考えて

第二章 終末を元気に生きる



病院死と在宅死：昭和50年を境に逆転している

いる人が多いということです。女性にその傾向が強いのは、女性の方が男性より現実的なのかも知れません。

医師との出会いも運の一つ

最期を家で迎えるためには次のような条件が必要です。

①常時、介護者がいること（必須ではない）、②往診が定期的かつ随時行なえること（二十四時間対応の医療機関がある）、③命が燃え尽きることを本人も家族も心得ていること（医学や医療がいくら進歩しても死は止められない）、④複数回の入院の結果、もはや死に対して有効な治療方法がないと本人も家族も悟ること、⑤家族が死を恐れな

いこと（家族が死への徴候に脅おびええているうちは自宅で最期を迎えることは難しい。死は「日常の延長線上」であることを認識することが大切）、⑥家族も「十分介護した」と思え、本人も「十分、生きた」と感じることを、⑦この状態なら家で看取っても病院へ行っても同じ結果だと判断してくれるかかりつけ医（在宅主治医）がいること。

といつても、残念ながら、こうしたことを十分に理解していて、信頼できる在宅医を身近にさがせるとは限りません。医師との出会いも運の一つです。いずれにしても本人はもちろん、家族も在宅死（在宅看取り）を希望するならば、在宅主治医を含めふだんから死をオーブンにし、よく話し合っておく必要があります。

ちなみに、私は在宅主治医として担当した時点で、本人や家族と良好な人間関係をつくったあと、死について本人の考えを確認し、家族も加えて三者で話し合ってきました。一、三回往診すれば、こうした話もできるようになります。タブーとされていることも、主治医からだと受け入れられやすいようです。そうして合意ができれば、あとは、何が起こっても動じることなく楽しく余生を送ることができるようでしょう。そういえば、最期の日が近づいたとき、本人と家族と私の三者で遺影を選んだこともありました。そして、一週間後

には旅立たれました。

一日一生

「余命はどれくらいですか」とは、癌の告知で患者や家族からよく訊かれることです。かと思えば、「余命を教えてくださいただければ、それまでに人生の整理もできます」と前向きな人もいます。

前にもお話しましたが、人は生まれると同時に墓標が立てられます。いいかえれば、人は生まれると同時に死の宣告を受けているのです。ただ、齢としを重ねるまでは、だれも気にしていないだけなのです。また、死は必ずしも齢としの順とは限りません。いつやってくるかはだれにもわかりません。だからこそ、癌がんや不治ふじの病やまいでなくても、いつも死を頭の片隅ひすみに置いておく必要があると思います。病ひま気なら、まだ時間的余裕もあります。しかし、不慮の事故だと考える閑ひまもありません。ということとは、いつ死んでもいいような生き方、つまり、その日、その日を、懸命いぢじつしやうに生きなければならぬ、一日一生というわけです。

修活のすすめ

死の寸前は、何もわからない状態になります。最期は意識がなくなり、苦しむこともありません。むしろ、死ぬということは、いままでのすべてとの関係が断ち切られるということ。意識が正常にある状態は、自分で考えられるからこそ、自分が死んだら家族はどうなるだろうとか、いろんなことを考えてしまい、不安に駆られるのだと思います。つまり、ある程度に齡をとれば、日常的なことも含めて、自分がいなくなつたあとのこと、心準備を家族に伝えておくことが一番の安らぎになるのではないかと思います。私はそれを実行しています。日本人はそういう話を忌み嫌う傾向がありますが、いざ、話してみると、とくに問題もなく、抵抗なく受け入れられるものです。

自分の墓標に近づくまでに、日常的なことだけでなく、自分の生き様を家族に伝えておくべきだと思います。それを私は「修活^{しゅうかつ}」と呼んでいます。いま流行^{はやり}の「終活」や「エンディングノート」とはちがいます。とくに子供たちには、伝えておきたい自分の生き方を、日常のエピソードをもとに書き留めておこうと私は考えています。日記ではありません。

どうしてそんなことを考えたかというのと、両親のことをどれだけわかっていたか、いま振り返っても、ほとんど知らないに等しいからです。もつと訊いておけばよかったと後悔しています。だから、まずは、子供たちへの生きる道標みちしるべとなるようなことから書きはじめ、あとは追々、機会を見て、酒を酌くみ交かわしながらでも話をしておくというのが私の夢なのですが……。

「死なないで」「より」「ありがとう」

人生の最期はリハーサルのない幕引きです。だからこそ、納得のいく「自分らしき」「人となり」を残しておきたいもの。畳の上で死ぬということは、暮らしのなかでみんなと別れるということなのです。人生の最期にできる大仕事は、家族に自分の死に様をありのままに見せることではないでしょうか。いまは病院で逝いくことがほとんどで、家で家族に看取られながら、というのはまさに幸運な人ですが、私は在宅医として、本人や家族の希望があれば、在宅看取りを努つとめてサポートしてきました。

そうして目の当またりにした、家族から死に逝ゆく者への別れの言葉は「死なないで」では

なく「ありがとう」でした。それに対する、別れの言葉も「ありがとう」なら、そんなうつくしい最期、見事な別れはないと思います。死という、人生のきわめて際どいタイミングにどれだけ感謝の心を伝えられるか、互いに、うまくいえるよう、ふだんから心がけておいてください。

実例・自分らしい生き方を全うした明治女性

生まれ故郷の診療所で訪問診療していたときのことです。Tさんの心不全が悪化しました。家族には「いつ何が起こっても不思議ではありません」とは伝えていました。私がTさんの在宅主治医になったのはその二年前のことです、息子さんのお嫁さんに連れられて外来にやって来たのが最初でした。

「先生、お母さんが母屋のトイレを使ってくれないんです。凍てつくような夜でも外のトイレしか使わないんです。先生からちゃんといってくれませんか、心臓に悪いでしょ」

と、お嫁さんは困り顔。京都市内からは車でも半日近くはかかる故郷の美山では、トイレは母屋と離れて外にあるのがごくふつうでした。地方の農村ならどこも同じで、人糞を畑の肥やしに使っていたから衛生を考えての生活の知恵でしょう。私の実家のトイレも、



美山診療所：いまは名前も変わり介護部門も廃止された

街道を挟はさんで向かいにありましたから、雨の日や雪のちらつく冬の夜は大変な思いをしました。それが、徐々に母屋のなかに改築され、同時に水洗に変わってきたのもごく最近のことで、Tさんの家も、息子さんが母親の病状を心配し、ちょうど大工仕事をしていたので、自分で母屋のなかに水洗トイレをつくったのでした。

しかし、明治生まれのTさんは、頑がんと拒否して譲りません。家のなかでの大小便というのは不浄ふじょうの極きわみ、そんな思いがあつたからです。そこで、Tさんに、現在の病状と、息子さん夫婦のやさしい気持ちを話してみました。

「先生のいうておられることも、息子らの気持ちもよくわかってます。ほんまにありがたいと思うております。けど、歩けるうちは、わての好きなようにさせて

おくれやす」

と、きりつと口元を結びました。

「りっぱなお考えで、すばらしいです。そしたら、いつ何があってもすぐに診みにいける訪問診療にされてはどうですか」

「そんな、そんな、先生の方からわざわざ家に来てもらえるなんて、ほんま、ありがたいことです」

こうして、Tさんの在宅主治医になりました。人には命より大切なものがある、ということをお願い知らされ、医療第一主義ではない「医良」の出番だと思ったのです。

そして、九十歳の冬、夜中の三時前のことでした。

「母の呼吸が荒くて、しんどそうなんですけど」

お嫁さんから電話がありました。「救急車を呼ぶ前に、私に連絡をください」とはいつも伝えていたのですが、まさかこんな時間にとは思いもしません。「すぐに伺います」と診療所を出て、さらに驚きました。道路には、雪が四、五十センチも積もっていました。Tさんの家は雪のない日でも三十分はかかるところで、スタッドレスタイヤをつけた軽自

動車でのノロノロ運転ですから一時間近くかかりました。

「こんな雪のなかを、まさか、こんな時間に来てもらえるとは」

と息子さんもびつくり。

「いいえ、仕事ですから、気にしないでください。それより、お母さんの呼吸の変化によく気がつきましたね」

すると、お嫁さんが話してくれました。

「主人は仕事で朝が早いで別の部屋に寝てますが、私はお母さんと同じ部屋に枕を並べていて、たまたま、二時頃に目が覚めて、寝息がいつもとちがうんで、あわ慌てて、お電話したんです」

「りっぱですね。お母さんもそんなに一生懸命、み看てもらって幸せでしょう。病状は心不全の急性増悪と違って、心臓の働きの急に弱ってきた状態です。ベッドを少し起こしてあげてください。全身から心臓に戻る血液量が少なくなるんで、心臓の負担が軽くなって楽になります。もつと息苦しうにしてきたら、在宅酸素療法というんですが、酸素吸入をすることもできますから、安心してください」

「先生、危ない状態なんですか」

「そういう話は、本人のいないところでしましょう」

と小さくいつて別室に移りました。

「正直なところ、あと数日だと思います。最期に会わせてあげたい方には、連絡をしてあげてください」

「わかりました。おばあちゃんつ子の孫娘が東京の大学にいます。ただ、いまは学期末の試験中なので、どうしましょうか」

「すぐに帰って来るように連絡してあげてください。試験なんか、いつでも受けられますから」

「わかりました、すぐにメールします」

そんなやりとりが終わったのが四時過ぎでした。変わらず外は大雪で、車の運転は危ないからと仮眠をとらせてもらい、明け方、診療所に戻りました。それから二日、待ちに待った孫娘の顔を見ながら旅立ちました。孫娘さんはりっぱでした。

「先生、ありがとうございます。おかげさまで、大好きなお祖母ちゃんに最期に感謝の

気持ち伝えることができました。ほんとによかったです。うれしいです。両親は、東京は遠いし、試験もあるんで事後連絡するつもりだったようです」

「そうですか。正直いって、あなたが帰ってこられるまで持たないと思ってました。きっと、あなたに会いたくて、長くがんばられたんだと思います。最期にいわれた言葉はしっかりと伝わっていますよ。あなたに会えるまでがんばってよかったですと思いつつながら旅立たれたと思います。きちんと感謝の気持ちを言葉にして、若いのに、ほんとにえらかった」

すると、孫娘さんは号泣……。最期に、自分の死に様を家族に見せる、そんな大仕事をりっぱに果たした実例です。

思いはしっかり伝える

在宅での死亡確認は、単に医学的に、心停止、呼吸停止を確認するだけではありません。死者の人生を称え、敬意を表わし、介護を続けた家族を労い、「りっぱな、すばらしい最期でしたね」と、別れの言葉をかけることも忘れてはならないと思うのです。だからこそ、訪問診療は、残された家族にも、あとを悔いなく元気に暮らしてもらえよう配慮しなけ

ればなりません。在宅看取りは本人だけのものではないのです。あとに残る人のことを何よりも案じているのは死者なのです。

そんな在宅療養には、いくつかのメリットがあります。まず、安らぎが確保できます。そして、日常が取り戻せます。入院療養は食事や消灯の時間が決まっているため、非日常的で日常生活が止まってしまいます。さらに、身体機能の低下や認知症が加速されます。

しかし、在宅療養では、好きなように行動できません。わがままがいえません。最期のごときぐらい、わがままを聞いてあげてください。在宅療養では、家族と語り合える時間がいっぱいできます。生活の香りがします。魚を焼く匂い、家族の話し声……、どれも入院生活では得られない日常環境です。

実例・思いを成し遂げて旅立った女性

Hさんとは、九十歳のとき、在宅主治医として付き合いがはじまりました。当初から会話によるコミュニケーションがあり、話の内容もよく、嚥下状態も良好なうえ、飲食にも問題はなく、そんな齢とは思えない人でした。実の娘さんが献身的に世話をしている、臀部の床ずれも三週間で完治しました。しかし、それから数年の間に、徐々に体調も自然

経過で弱っていました。以前とちがって、昼間から寝ていることも多く、デイサービスも中止し、往診に行くとはベッドに横になったまま。でも、しっかりと話もできました。そんなある日のことです。

「先生、私、もうすぐ主人のところにいきます。ほんまにお世話になりました」
突然、か細い声でいうのです。私は答えました。

「たいしたことはしてませんけど、こんなにしつかりした格好で逝けたら最高やね」
以前、一度、尿路感染症（にょうろ）で高熱が出て入院適応があつたのですが、在宅に戻って抗生剤の点滴で乗り越えていました。そして、病院嫌いだつたので、毎日、往診していました。たしか、九十三歳の夏のかかりでした。

「入院は絶対に嫌（いや）です。そんなことするくらいなら、このまま死んだ方がましです。先生、命預（あづか）けましたんで、よろしくおねがいます」

「わかりました。しつかり預かりましたから、安心してください」

そんな会話に娘さんも、「ええコンビですわ」と苦笑していましたが、二年後でした。桜の花の散りはじめに、天寿を全（まこと）うしたのです。

前日の夜、Hさんが娘夫婦を枕元に呼んで、義理の息子に、いままでの詫びと感謝の気持ちを持ちを話されたそうです。義理の息子、つまり、実娘の婿むすだったのですが、Hさんには気に入らないところが多く、ほとんど口も利きかない状態だったようで、往診中、一度も見かけなかったことも納得できました。

それにしても、なんとりっぱな最期だったか、感心せざるを得えませんでした。家内事情を知ったのも、葬儀が終わって仏前にお参りしたときでした。はじめてお婿さんにお会いしたのです。

「先生、ありがとうございます。私は母を誤解しておりました。詫びをいわれたときは、胸がいつぱいで、私も思わず同じおんなことをいつてました。もつと早く、打ち解とけていればよかったです。後悔してます」

涙ながらの悔悟かいごでした。

「お母さんも、思いを伝えられて、大満足で逝いかれたと思いますよ。私も長いことかかわってますが、こんなすばらしい別れははじめてです。おまけに、私までちゃんとお礼をいわれたときはびつくりしました。正直しょうじき、病院ではこんなことは絶対にありません。むかし、『入

院は絶対に嫌や』とおしゃつたことがありますけれど、あれは、最期は自分の思いを伝えようと心に決めておられからだつたんでしょね」

「在宅看取り^{みと}は先生に決めている、と嫁から聞いてましたが、ほんとはよかったです。先生のおかげです」

それにしても、りつぱな九十五歳の旅立ちでした。それに立ち会わせていただいたことに、医者として、いまでも感謝の気持ちでいっぱいです。

いつかは人の世話になる

いい人生を終えるには、時代に合った準備が必要です。まず、「介護という学校」へ行く心構えをしておきましょう。

最期を向かえる前に、介護という学校へ通う人が多くなっているのが実状です。むかしはなかった学校です。自分自身のリフレッシュのため、お風呂に入るため、自分のためだけでなく介護する家族が疲れないため、といった理由で行く必要があるところです。行きたくなくても、行かなければならないときもあります。しかし、登校拒否はよくありません

ん。登校拒否をしていると、いずれは全寮制の介護の学校に編入ということにもなります。「こんな齢なのに、いまさら学校なんて」といわずに、日頃から楽しく通う覚悟をしておきましょう。この学校には、試験はいつさいありませんからご安心ください。だれとでもなかよくできるようにしておきましょう。可愛く好かれるお年寄りになる努力をしておきましょう。それができる人が、楽しい、穏やかな最期を迎えられます。

毎日、自分をほめ、感謝しましょう。齢を重ねると、いままであたりまえにできていたことができなくなってきました。だから、いま、できていることに感謝するようにしましょう。咽せずに食べられること、歩いて出かけられること、自分で顔が洗えること、トイレに立てること、一人で風呂に入れることなどいっぱいあります。そして、いままで生きてこられたことに、日々、感謝しましょう。そして、自信を持ちましょう。悪いところや粗探あらさがしはせずに、よいところを生かしましょう。そして、人に感謝することを忘れず、「おかげさまで」「ありがとうございませう」を口癖にしましょう。

だれでも、いつかは人の世話になるものです。だから、いまからでもけつしておそくはありません。できるうちは、進んで人の世話をしておきましょう。

第三章 在宅療養をこう考える

病気だけでなく暮らしも診る

在宅医として、医療現場や往診経験から生まれた私の在宅医療観についてお話ししましょう。病院などの医療機関は病気を診ればいいのですが、在宅医療（訪問診療）は、病気だけでなく患者の暮らしも診なければならぬというのが私の在宅医療の基本的な考え方です。さらに、訪問診療は患者の暮らしを診る医療です。しかし、在宅療養者は一人暮らしで暮らしているわけではありませんから、暮らしを診る医療というのは、介護者も看なければならぬということです。

病棟医と往診医では、明らかに視点が異なります。在宅療養では、生活を止めないことが大切です。生活が止まると命も止まります。つまり、要介護者には、生活を止めないための訪問診療と生活再建のための訪問リハビリが欠かせません。

病棟医にとつては患者の命が第一ですから、血液データなどの検査結果に目が奪われ、入院によって患者の生活が止まっていることに気づかないことが多いのです。患者は、家でなら、なんとか自分でできていたことも、入院中は大事をとってさせてもらえないこと

が多く、そのため、病気が治つても（検査データがよくなっても）生活ができなくなつてしまいます。つまり、生活の場である家に戻れなくなつてしまうのです。

療養病棟では、命は止まっていなくても、生活が止まっていることがほとんどで、はたして「療養」になつているのかどうか、疑問です。患者を癒すのは家しかないということ、を病棟医は忘れないでほしいと思います。

「家の治癒力」、つまり、自分が生きてきた建物としての家、家族といつしよの空間としての家、これが、ほんとうの意味で、患者を癒やし元気づけてくれています。家こそ「ホームドクター」と呼ぶにふさわしいと私は実感しています。だからこそ、在宅療養中の患者には、できるだけ入院せずに在宅療養が続けられるよう、日頃から細心の注意を払っています。

「医心八策」

人には「体の命」と「心の命」がありますが、高齢者の場合は「心の命」の方にウエイトがあります。そのため、私の訪問診療では「心の命」をサポートすることに重点を置い

ています。その方針は八つあり、「医心八策」と呼んでいます。

①医学的尺度で対応しない

血圧や体温の数値を細かく気にしない。自然の変動範囲と考えることも大切です。

実例・健康管理に余念のない百歳女性

独居生活のNさんは、毎日、健康管理のために体温測定を欠かさない人でした。そして、ある日、こんなことがありました。

「先生、最近、いつ測つても三十七度三分ぐらいで微熱があります。大丈夫でしょうか」

「ほかに気になる症状がありますか。たとえば、咳せきが出るとか、痰たんが絡からむとか、体が疲れるとか」

「いいえ、体温だけで、ほかに気になることは何にもありません。でも、私の平熱は若いときからずっと三十六度台でした」

「若いときって、いつ頃ですか」

「二十代の頃です」

「よく覚えておられますね。毎日、体温を測って健康に気をつけておられることはすばら

しいことです。だから、長生きしてこれたんですよ。しかし、八十年前とは、体温も体温計もちがいますし、単純には比較できないと思います。気になる症状もありませんから、まったく問題ありません。検査の必要ありません。だから、今日から平熱は三十七度ということにされてはどうですか」

「わかりました、そうします」

それから、日課の体温測定は続きましたが、三十七度前後で推移していたようで、いつだったか、こんな会話になりました。

「今日の熱はどれくらいでしたか」

「三十七度二分で平熱でした」

「それはよかったです」

「先生にもっと早く相談してたらよかったですけど、検査で何か問題があったら心配になるんで、よういわんかったんです」

「その気持ち、よくわかります。だから、なんでも気になることは話してくださいね」

Nさんのように、心配しながら生活している人はたくさんいると思います。だから、ま

ずは安心してもらおうことが私の診療の基本です。検査は二の次で十分なのです。

② 自宅を病室化しない

どこよりも自宅が一番くつろげることはあたりまえです。だから、気分的にも自宅を病室にしないようにしましょう。行政は「自宅は病室、道路は廊下」といつて、在宅医療の充実をアピールしていますが、私は自宅を病室にしてはいけないと思つています。自宅は医療から解き放たれた、唯一くつろげる空間であつてほしいからです。自宅には医療機関にはいない、目に見えない「ホームドクター」がいます。在宅医はそのアシストをすればいいのです。

③ 寿命にかかわらないことはそのままに

たとえば、床ずれは見た目に痛そうですが、寿命とは、直接、関係ありません。ただ、全身の状態が悪くなると、それにつれて床ずれが悪化することがあります。しかし、床ずれができるのは、全身の状態が悪くなったからではありません。寿命にかかわりそうなことでも、治療効果が期待できない場合は、そつとそのままにしておきましょう。

④ 生き生きと楽しく暮らしてもらおう

病気や障害があっても病人にはならないようにして、楽しい人生を送ってもらえるようにサポートする。本人には自由に生活してもらい、それを医療目線で管理コントロールしましょう。

⑤悪いところでなく、よいところを見つける医療をする

「してはいけない」ではなく「してもいい」をサポートする。「してはいけない」はだれでもいえることです。医療者に必要なのは「ここまではしてもいい」といえる度量の広い判断能力です。

⑥自然な人生に逆らわず、ありのままにサポートする

障害があっても、いままでの人生が続けられるようサポートし、いままでやっていたことはそのままに、生活を止めずに療養を続けてもらいましょう。

⑦介護の妨げになる医療はしない

介護の現場に医療第一主義は不要です。医療は介護のサポート役に徹します。

⑧介護者・家族の心の往診も忘れず、何でも話せる関係を築く

介護者を元気にして介護力を高めましょう。介護者の話に耳を傾け、^{ねぎら}労つてあげましょ

う。医療者と介護者の「気を使う関係」は疲れるだけです。

在宅療養を続ける秘訣

こうしたすばらしい在宅療養を続けるには秘訣があります。それは、とにかく転ばない、不要な検査は受けない、入院してもすぐ帰る、の三つです。

①とにかく転ばない

どんな車でも、急に走れなくなるときがあります。タイヤがパンクしたときです。人の骨折はこれと同じです。とくに転倒の多い高齢者の骨折には、どうしても入院加療が必要になります。入院すると在宅療養生活ができなくなり、入院生活を避けるためにも、骨折の原因になる転倒には、極力、気をつけましょう。

②不要な検査は受けない

入院は車検工場に入るのと同じです。入院して不要に検査を受けると悪いところがいっぱい見つかります。現在の医療機器は極度に進化しているため、見えなくていいものまで見えてしまいます。パンクだけ直してもらえばいいのに、ワイパーが傷みはじめていると

か、ライトの調子が悪いとか、いろいろ欠陥が見つかり、修理をすすめられます。しかし、そんなものはそのままにしておいても走れます。年季の入った車ですから、用心して、雨の日や夜道は走らないようにすればいいのです。

③入院してもすぐ帰る

入院していると、医療者は病状やデータばかりに目が行き、生活が止まっていることに気づきません。生活が止まると、自宅や地域には戻れなくなります。血液検査で低タンパク血症が見つかったても、貧血があっても気にしなくていいし、問題ありません。必要以上に入院すると、生活が止まったままになり、逆に、いろんな機能が低下してきます。刺激がなくなり、認知症にもつながります。住み慣れた自宅や地域で生き生きと生活を続けるためには、できるだけ医療機関（病院）に頼らないで在宅主治医との関係づくりを大切にしましょう。

いったん入院すると、患者の判断で退院することは難しくなります。「帰りたい」と医者にはいいにくいし、聞き入れてくれるはずありません。そんなときは在宅主治医を活用すればいいのです。禁忌きんぎの領域だと遠慮しないで、在宅主治医から病棟医に希望を伝え

てもらえばいいのです。私の場合、患者に入院が必要なときは、病棟医に「ここまで診てもらえば、あとは私が在宅で診ますから」とおねがいするようにしています。血液データがいくら悪くても、在宅でフォローしています。入院して血液データがよくなっても、その後、在宅療養が続けられなかったら何の意味もありません。

そのためにも、在宅主治医とは、何でも気楽に話せる信頼関係をつくり、最期の迎え方もざつくばらんに、家族も含めて話し合っておきましょう。主治医は、患者から看取りの話をされることをねがっているのです。

第四章

終末の過ごし方

体の不都合を病気に結びつけない

予期しない在宅療養生活を、当事者本人が、自分らしく生き生きと過ごすためのヒントを教えます。

まず、なぜ、こんな生活を送ることになったのか、と悔やむ人がいますが、すべては自然の成り行きです。だれのせいでもありません。いくら気をつけていても病気になる時はなるのです。だれも好き好んで要介護者になるわけではありません。酒の飲み過ぎだとか、塩辛いものの食べ過ぎだとか、御託ごたくを並べる人がいますが、それは結果論に過ぎません。病気になるのは、懸命に生きてきた一つの証あかしなのです。

自分のことは自分が一番よくわかっていきます。だから、人生を嘆なげいたり、恨うらんだりしてはいけません。命があつただけでもよかつたとよろこびましょう。そして、これからは自分らしく生き生きと楽しく暮らすために、どうすればいいかを考えましょう。また、自分だけでなく、周りの人にも明るく元気になつてもらいましょう。そのためのヒントを示します。

高齢者のほとんどは不安のなかで暮らしています。だから、体に不都合なことは何でもすぐに病気のせいと考えてしまうのです。不都合↓病気↓医者↓薬↓治る、という思考回路です。気持ちばかりですが、これでは不要な医療を受けるばかりです。在宅医療管理を受けているにもかかわらず、すぐに一般の医療機関を受診する人もいますが、まずは在宅主治医に相談しましょう。問題のないことがほとんどです。

しかし、新たな病的なものか、そうでないかを判断してもらうために、まずは、在宅主治医に診てもらいましょう。そのためにも、信頼できる主治医を見つけておくことです。細かい検査データや、いま流行の健康情報に過剰に反応したり、健康ブームに踊らされてはいけません。

何事も自然が一番です。テレビや新聞、雑誌には、健康情報や商品広告が溢れていて、いい加減な情報や、怪しいグッズや食品が氾濫しています。命より健康といわんばかりの押し売りがいっぱいあります。まやかさに騙されず、誘惑に負けないように注意しましょう。健康にかんするヤラセ、抗癌サプリメント、痩せるサプリメントなどの摘発ニュースもよく目にします。まがい物への浪費より、自分への投資をしましょう。

四十歳代なら英会話やカルチャーセンター、五十歳代ならジョギングやスポーツジム、六十歳を超えれば、心豊かに美術館や博物館に行くなど、お金を有効に使いましょう。

実例・チラシに釣られた七十八歳女性

いつになく両足が腫れているとのヘルパーからの連絡で臨時往診しました。たしかに両下肢がむくんで腫れていました。いつも長時間、椅子に座ってテレビを覗いているので、当然といえば当然ですが、いつもより腫れがきついつのことでした。カルテを見ると、血圧が高く、心不全もあつて、主治医から少量の利尿剤が処方されていました。それで訊いてみました。

「おしつこの出具合はどうですか」

「それがねえ、よく出過ぎて、しょっちゅうトイレに立つのが辛かったです。でも、最近は、回数が減つて楽になつてます」

「主治医の先生からの薬以外で、何か変わったものを飲んでませんか」

「そういえば、これを、一週間ほど前から飲んでます」

出してきたのは通販で買ったというサプリメントでした。頻尿で困っている方に朗報で

す、とチラシにあったので買い込んだというのです。原因はそれでした。心不全もあり、血圧も高めなので、主治医が、おしっこを出す薬を使い、心臓に負担をかけないようにしていたのに、おしっこを止めてしまうサプリメントを飲んだため、おしっこの出が悪くなり足が浮腫むくんできたのでした。

「サプリメントを止めて、しばらくようすを見てください」

「わかりました」

「それにしても、一人なのに、よく通販で買えましたね」

「新聞のチラシに付いてたハガキで、子供が申し込んで、お金も振り込んでくれました」

後日、主治医に報告すると驚いていました。ふだんは独ひとり暮ぐらしなのですが、たまに子供がようすを見に来られるようで、足の腫れもサプリメントを中止するとすぐに元に戻りました。主治医は利尿剤を処方したときに、頻尿ひんにょうになることも説明していたのですが、本人は忘れていて、家族にも情報が届いていなかったのです。サプリメントも悪いわけではありませんが、使う人によつては悪影響を与えることがあります。在宅主治医はつねに注意を怠らず、患者を診ていなければならぬという実例でした。

漫然と薬に頼らない

必要な薬と、症状が改善して不要になった薬を、主治医に評価してもらい、処方されている薬を整理してもらいましょう。とくに、毎日使う湿布しつぷや塗り薬、点眼薬は、効果と必要性を主治医によく尋ねましょう。気休めのためだけなら、処置は家族にとっては面倒めんどうなだけです。

実例・湿布大好きの八十歳女性

Sさんは慢性的に、両肩、腰、両膝の痛みを訴えていました。娘さんに湿布を一日に何度も貼り替えてもらわないと気がすまないらしいのです。

往診に行くと娘さんから相談されました。

「先生、三時間ほど前に両肩に新しい湿布薬を貼ったばかりなのに、また、新しいのと貼り替えてくれというんですけど、どうしたらいいでしょう」

そこで、Sさんにいいました。

「湿布薬は一日一回で十分効きくようにつくってあるんですよ。あんまり貼り替えたら皮膚

がかぶれて、治るまで貼れんようになるから、氣きつけんとあかんね。ほら、もう皮膚あが赤うなつてかぶれる寸前やないか。今日はこれで最後やで、わかつたか」

いいながら、両肩の湿布薬を剥がすと、そのまま左右入れ替えて貼つてあげました。

「先生に貼り替えてもろうたら、すうつとして気持ちええですわ」

よろこんでいましたが、娘さんはそれを見て、くす、くす、笑いをこらえていました。私は、医師に必要な資質の一つに「医者、芸者、役者」というのを加えています。相手によることでもらうには、芸ができないといけないということなのです。

高齢者は自分の訴えを理解してもらいたい、わかってもらいたいという思いでいっぱいです。そこで、娘さんに提案してみました。

「新しい湿布薬を貼り替える前に、湿布の上からさすつてあげたり、工夫をされたらどうですか」

Sさんのように薬に依存していかないかどうか、考えてみてください。自分のことだけでなく、家族の大変さもわかつてあげないといけません。病気は薬でコントロールできませんが、薬で人生はコントロールできません。薬||治る、ではありません。

薬の使い方は大きく三つに分かれます。

①病状をコントロールする

高血圧症や糖尿病などのデータを良好な状態に維持するために使用します。

②症状を抑える

たとえば、頭痛、花粉症、痒み、めまいなど、一過性の症状を改善するために使用します。この場合は、再発すると不安なために、不要になっても使い続ける人が多いのですが、再発したときは、その都度、処方してもらえばすむことです。

③予防する

たとえば、不整脈や一過性脳虚血発作きよけつが起これると、血液をさらさらにする薬が処方されます。

高齢者には、転倒などによる外傷が多く、予防薬の作用で出血が止まりにくいということもあります。予防薬の必要性は主治医の判断でも難しい場合が多いのです。予防薬ですから、いったん処方すると途中で止めることが困難になるからです。もう不要だと思つて休薬した途端に発症すると、休薬しないで続けていけばよかつたということになるからで

す。

予防薬は安易に処方できません。慎重にしなければなりません。高齢者の薬漬けが問題になっていきます。私は、薬の飲み過ぎによる副作用が心配で、定期処方薬は原則多くても三剤までを心がけています。

アンチエイジングよりラブエイジング

健やか^{すく}に老いることは難しいことです。老化とは健やかでなくなることだと考え、自然なことと割り切つて、老化を気にしないようにしましょう。抗加齢と好加齢を、昇り降りのエスカレーターにたとえれば、抗加齢は下りのエスカレータを逆に乗っているのと同じです。ひじょうに危険で、いつかは転んで大怪我をします。反対に、好加齢は、上り詰めた頂点から下つていくエスカレータに乗っているようなもので、自然に逆らわず、心も穏やかになります。

老いの生き方に大切なことは、若いときと比較しないこと。若い人と比べてはいけません。他人と比べてもいけません。昨日の自分より今日の自分です。どうして、今日の自分

より明日の自分ではないのか。それは、明日がないかも知れないからです。明日のことはだれにもわかりません。

意欲をなくさない

いままでしなかったことをしてみる、行かなかつたところへ行つてみる、食べなかつた物を食べてみる、聴いたことのなかつた音楽を聴いてみるなど、未経験なことにチャレンジしてみよう。新しい刺激は認知症の予防にもなります。これからの生き方に大切なのは意欲です。老化とは意欲がなくなることともいえます。

実例・大人の塗り絵に取り憑かれた男性

デザイナービスで、はじめたそうでした。在宅主治医として最初に往診に行つた日に、何気なく置いてあつた塗り絵を見て感動しました。繊細なタッチに色鮮やかで、線からはみ出ることもなく塗られて、すばらしい出来映えできばでした。あんまり、私が感心してほめたので、ほかの作品も見せてくれました。

どれも色見本がないので、自分で考えるそうで、とても白寿はくじゅとは思えない人でした。

九十九歳にしてこれだけの意欲が持てるのは長生きの秘訣の一つだと確信しました。

「次は先生のために」といって、しばらくすると約束通り、浮世絵の美人画をプレゼントしてくれました。

プラス思考で受け止める

毎日を楽しく過ごすには、悔^くやんだり、羨^{うらや}んだりしないこと。いつも前向きに考えるようにしましょう。今日、千円札を失^なくしても、一万円札でなくてよかった、とよろこびましょう。

体を動かし外出を心がける

全身の筋肉と関節をまんべんなく使うように心がけ、体を動かし、外出を心がけましょう。体を動かせば脳も活発になります。全身の機能が活発に働くには血流が必要です。体を動かすと、血のめぐりがよくなります。当然、脳の血流もさかんになり、自然と心身の働きも活発になります。

人と大いに語り合おう

人とふれあい、語り合いましょう。とくに、若い人とのふれあいは元気が出ます。同世代とのふれあいは心がやすらぎます。人との付き合い、ふれあいは心が躍動し、コミュニケーションは心を活性化します。いろんな人に接することは精神の老化を防ぎます。

反対に、人とのつながりがなくなると、家に籠もった状態になり、体力が弱り、疲れやすくなります。それが悪循環を起こし、やがて寝たり起きたりの生活になり、寝たきりになってしまいます。また、一人でいると自分で考えなくなり、やる気がなくなり、人任せになるといふ悪循環が生まれます。そして、無関心、無欲になり、気がつかないまま、認知症がはじまるのです。

認知症を予防して元気に長生きするには、次の二つが欠かせないといわれています。教養と教育です。

「今日、用がある」「今日、行くところがある」

馬鹿馬鹿しい駄洒落ですが、家に籠もるのではなく行動することの大切さをうまく表現

していると思います。

「ありがとう」を口癖に

だれでも、いつかは人の世話になります。そのときのために「おかげさまで」「ありがとう」を口癖にしましょう。「ありがとう」といわれて、悪い気になる人はいませんから。

よるこんでもらえることをする

人によるこんでもらったり、元気になってもらうと、それ以上に自分にも元気が出てくるものです。

実例・近所付き合いで互いに元気になった夫婦

九十歳と八十二歳の仲のいい、おしどり夫婦の話です。ご主人には呼吸器系の持病があり、在宅酸素療法を続け、私の外来にも携帯用の酸素ボンベを牽きながら通っていました。ところが、うらやましいほどの仲良し夫婦なのに、奥さんは診察時には、ご主人を待合室に一人で待たせたままなのです。

理由を尋ねると、「四六時中、主人といつしよなんで、診察中が主人と離れられる唯一の時間なんです」とのこと。なるほど、と納得しました。それで、たぶん、ご主人も同じ気持ちだろうと思つて、若い看護士に、待合室のご主人の話し相手をするよう頼みました。ところが、しばらくして、ご主人が亡くなられたのです。奥さんの悲しみは計り知れないものがあつたにちがいません。外来受診のたびに、ご主人の思い出話を繰り返していました。

そして、半年ほど経つた頃でした。

「先生、最近、楽しいことができました」

「何ですか、それは」

「家の近くに七十前後のご夫婦が引越してこられたんです。それで、夕食の御菜をお裾分けしたら、えらいよろこばれて、おいしかったといつてくれました。私も、一人だけなのに、ついついぎょうさんつくつてしまつて、毎日、余り物で困つてたんですよ。いまは、好きなものを訊いてつくつてあげることもあります。人によるこんでもらえると、こつちも元氣になりますわ」

「それは、いいことをしてますね。けど、お互い、負担にならないようにしないとね。そういうえば、奥さんは、たしかお茶の先生をしてもらいましたね」

「ええ、主人の世話をする前のことで、えらいむかしの話ですわ。でも、いまでも、きちんと点^たてられますよ」

「それは頼もしい。じつは、診療所のデイサービスの利用者に抹茶のサービスをしようかと考えているところなんです。準備はこつちでしますから、引き受けてもらえませんか。たいしたお礼はできませんけど」

「よろしおす。わたしもやりがいがありますし、お礼なんか要^いりません。よろこんで引き受けさせていただきます」

それから数カ月一度でしたが、茶会が開かれるようになりました。利用者も楽しみにして、奥さんも自分の力が発揮できるからか、以前にも増して表情も生き生きと元気になりました。自分が元気になるには、人との付き合いを大切にして人をよろこばせて元気にしてあげることが必要です。そんなふれあいの場をつくることができるのは、やはり地域しかありません。

ふつうに暮らせることに感謝する

齢を重ねると、以前にはあたりまえにできていたことができなくなってきました。病気をするとなおさらです。人の世話になることも多くなります。だから、いま、自分で歩けていること、自分で着替えたり顔を洗ったりできていることに自信を持ち、感謝し、そんな自分をほめてあげましょう。

頼れるのはやっぱり家族そして地域

仕事、仕事に追われて忘れていたパートナーへの愛情や感謝、そして家族への思いやりなど、大切なものを取り戻し、家族の絆を、いま一度、たしかめ合いましょう。家族のいない人には地域があります。

そうです。私たちは地域のなかで、支え、支えられながら生きています。苦しいときには迷わず地域に頼りましょう。そして、あなたも参加して、そんな頼れる地域を築いていきましよう。

第五章

家族介護を楽しく続けるために

できることは家族でやる

どうすれば、介護疲れをしないで、明るく、楽しく介護ができるか、家族による在宅介護のあり方を実例を示しながら考えてみたいと思います。それぞれに合った介護のあり方、考え方を、在宅主治医と話し合って共有しておくことをすすめます。

在宅ケアの主役は家族であることはいうまでもありません。できる限り医療機関に頼らないことが大切です。実例をいくつか、紹介しましょう。

実例・妻による夫の痰の吸引処置

八十二歳の奥さんが、パーキンソン病で寝たきりのご主人八十四歳を介護している家庭です。いつも、唾液や食事の残渣が喉に溜まって、ぜろ、ぜろ、と苦しんでいる状態でした。それを訪問看護師が吸引器で吸引していたのですが、奥さんは、ぜろ、ぜろ、という音が気になってしかたがありません。ほんとうに喉がつまるくらいにひどくなっても、訪問看護師がすぐに来てくれるとは限らないし、間に合わない場合もあるからです。

そんなときは、奥さんがやるしかありません。そこで、「私が教えますので、怖がらず

にやってみてください」といつて練習してもらいました。いまはどこでも高齢者同士の老介護ですから、夫婦助け合つて、自信を持つてやるしかないのです。慣れないことは、だれでも怖くてできないのはあたりまえです。八十を過ぎた奥さんにはなおさらでしたが、夫のためにとがんばつてくれました。

はじめると、なかなか度胸のある人で、何回かの練習で上手に鼻からチューブを入れて痰などの吸引除去ができるようになりました。そして最後には、「なんでしたら、奥さん、看護師をやってみませんか」と、つい冗談もいたくなるほどにうまくなりました。そうはいっても、油断すれば、鼻粘膜を傷つけて出血させてしまう危険もあります。実際の処置は急変時の応急処置なので、常時行なうものではありません。

それで、「いざ」というときは、できるだけ注意しながらやればいいんです。急変時に何もしないで見ている方が後悔しますから。やれるのは奥さんだけです。怖がらずにやってください。もちろん、私に連絡することも忘れずに」というと、「吸つて、吸つて、命まで吸つてもいいから』つて、先生がいつてくれたので勇気が出ました」と笑つていました。微笑ましい、冗談のわかる奥さんでした。

事例・息子による経管栄養のチューブ抜去ばつぎよ

脳梗塞のうこうそくの後遺症で嚥下障害えんげがあり、経鼻経管栄養のお母さんを、息子さんが献身的に介護していました。経鼻経管のチューブは月に一度のペースで新しいものに取り替えるのですが、いつも午後9時の往診で、交換処置は二十分ぐらいで終わっていました。そんなある日、息子さんから提案がありました。

「先生、午前中に私がチューブを抜去しておけば、母の鼻からチューブがない時間が、先生がみえるまでの四時間ぐらいはあるんで、母もすっきりする時間が長くなってよろこぶと思うんですが、私がチューブを抜いたらだめでしょうか」

なるほど、いわれてみればその通り。いいアイデアだと思います。ただ、リスクもありました。たとえば、抜去中にむせて逆流した胃内容物を誤嚥ごえんする可能性があります。そこで、それを説明したあと、合意の上で、二、三回、練習をしてみても問題がないことを確認し、息子さんの希望をかなえてあげました。

母親のことを想ったすばらしい提案でしたが、通常、医師はリスクを考えて、たぶん許可しないでしょうし、そうしたことを医師に話すには勇気がいります。それを忌憚きたんなくいつ

この人と 話そう

「りすの会」主宰

おおよ
大矢 治世さん
はるよ

「りすの会」とはどうい
う会ですか
京都市の独居のお年寄りの
自宅を訪問し、話し相手
をして孤独と不安を癒やす活動
をするボランティア団体で
す。英訳の「聯合（Unite
d）」から「りすの会」と
名付けました。

「設立のきっかけは何で
か」
私が内科医として住診に当
たったとき経験からです。独
居のお年寄りのほとんどは
病気がない孤独や寂しさを抱
えて暮らしておられます。そ
れは善い治せん。住診
のときは気配や薬の話も、
昔元気があったころ話を聴い
てあげると、皆さん生き生き
とされます。

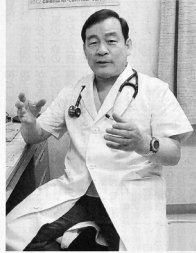
しかし住診ではかけられる
時間に限りがありますから、
ボランティアでありながらお話
する時間を作ってあげよう
か、耳が遠いとかいう情報
を事前に知っておく訪問した
と喜ばれます。

「対象は独居のふけで
すか」
原則はそうですが、疑問た
け独居の人、家族の対応が
少ない人も対象にします。家
族では、思い出さずして可
能も聞いていて「たその話
か耳はなにがまたひど
うとまわるともなまありま
すから。」

「そういう対象なるお年
寄りも、どうやって紹介
ですか」
ケアマネジャーさんに紹介
してもらっています。同時に
把握しておられる活動費を
提供してもらっています。ボラ
ンティアが対象の方と会う前

に、たとえば転倒しやすいと
か、耳が遠いとかいう情報を
事前に知っておく訪問した
と喜ばれます。

「体にもよい影響がある
のですか」
人の命には体の命と「心
の命」があります。「体の命」
は加齢とともに限界があり、
多くのお年寄りは現状維持が
精いっぱい、というのが現実
です。さて限界のない「心
の命」を元気にして体の限界
を吹き飛ばそうという発想が
必要で、それに基づいた活動
です。私は薬や検査を中心と
する医療に区別する意味で
「医療」と表現しています。
「会のボランティアの人は
具体的にどんな活動をする
のですか」
2人以上の複数で、原則と



して月に向、足を訪ねます。
複数で行くのは体調の急変時
などに対応するためです。そ
れと、複数で行くほうが話が
はずみやすから、聯合だけで
なくこちらから面を提供し
たり、普通の市間話をしたり、
ゲームや歌を歌ったり、時
間には特に決めていませんが、
だいたい1時間ほど話をしま
すね。

「楽しいから続
く
《対話のボランティアは珍
しい試みだと思いますが、
介護保険などの対象になり
ますか」
まったくの対象外です。で
すからお年寄りの家に行くと
通費もボランティアが自分で
払います。それでも楽しいか
ら続くのでしょう。無理に
続けてもらわなくてすむよ
う、年度末にいったん解放し
て、4月に集まったメンバー
で活動を開始するのですが

お年寄りの「心の命」対話で元気に

てくれたのですから、私と息子さんとの間には信頼関係ができている証あかしだと思つて許可したのです。

それからは、チューブ交換の日が待ち遠しいらしく、往診に行くまでの三、四時間の中に、チューブから解放された母親を車椅子に乗せて散歩するのを楽しんでいました。「先生が母の主治医でよかつた」といつてくれたときは、私もうれしくて、お母さんにも「いい息子さんをもたれて幸せですね」と応えました。失語症もあつて十分な表情はなかつたのですが、目に笑みえが見えました。

実例・家族による摘便てきべん

寝たきりの患者は、腹筋が弱つているため、腹圧がかけにくく、体位からも排便が困難になり便秘になりやすいものです。便秘薬を使つても軟便になるだけで、うまくいかないことが多いのです。そこで、私は家族による摘便を提案しています。プラスチック製の手袋をはめ、人差し指に粘滑表面麻酔剤を塗ぬつて肛門に挿さし入れ、なかの便を掻かき出すのです。通常は訪問看護師が必要にに応じて行なっています。

家族に提案すると、最初はびつくりしても、すぐにわかつてくれます。ここでも、奥さ

んが「主人に食欲があつて、よく食べてくれているときは排便の量も多いのでよくわかります」と話されたときは、ちよつと感動しました。医療者は便しか見ていないので食事との関係まではわからないのです。「さすが、奥さん」と感動を伝えると、少し得意げな顔をされました。すばらしい介護家族から学んだことの一つです。

実例・妻や娘による献身的な床ずれ（褥瘡）（じよくそう） 処置

私は、床ずれの処置については、家族に合わせたやり方を工夫して、それを指導したうえで、基本的には家族にやつてもらっています。見た目は痛々しいですが、みんな嫌がらずにやつています。時間はかかりますが、必ず改善に向かいます。

訪問看護師が処置するのは二、三日に一度ですが、家族なら、毎日、オムツ交換のたびに水洗処置ができます。その努力に対しては、ほめることで、モチベーションを維持してもらっています。そして、完治したときには大絶賛します。

すでに訪問看護師が担当していても、私が主治医になると訪問看護師には、処置するのはやめて、家族に全面的に任せるように指示しています。家族は医療者が処置をする方が、自分たちがするよりはるかにいいと思つて躊躇ちゆうちよするからです。床ずれの処置は、頻度ひんど、回

数の方が重要です。

実際に、家族が頻繁ひんぱんに処置する方が改善傾向も明らかによくなっています。訪問看護師も、その点は認めています。経過中に感染が起ることがあるので注意して見守っています。そうしたときは、私が処置をします。しかし、いままで、そのようなことは経験したことはありません。

いくら手厚い介護をしても床ずれはできるものです。治るものもあれば治らないものもあります。私は、介護力のある家族には、家族に処置をしてもらっています。そして、家族の介護力にあつた処置方法をわかりやすく指導します。治すことが目的ではありません。世話をする事で家族の絆を築くことが目的の一つです。床ずれは寿命には無関係です。結果的に治れば、ありがたいとみんなでよろこび合います

このように、家には、家族には、素晴らしい治癒力があるのです。家は名医です。これがほんとうの「ホームドクター」でしょう。家族支援とは、家族にできることを取り上げることではありません。できることはやってもらい、その家族を支えることです。私は、介護力のある家庭では、原則、必要時以外は訪問看護師も利用していません。床ずれの処

置くぐらいは家族でも十分できるのです。

オムツ交換のときに絶えず処置をすることになるため、訪問看護師が数日に一度処置するより、はるかに治りが早くなります。しかし、改善までは時間がかかります。医療者は、その間、家族をたたえて、自信を持つてもらえるようサポートしなければなりません。

事例・家族をメンタルで支える

八十二歳の夫が、脳出血の後遺症で寝たきりの八十歳の妻を介護していました。ある日のことです。

「床ずれがだいぶよくなってきましたね」

「毎日、八つ手やっでの葉っぱを布団の下に敷しいてるんですわ。この辺の言い伝えで、床ずれが治るといわれてるんです」

「そうですか、いいことを聞きました。医学的な根拠はわかりませんが、ご主人の愛情が奥さんの心に伝わっているんでしょう」

すると、照てれていました。

「こんな話を先生にしたら笑われると思うて、よういわんかったんですわ」

「そんなことないですよ。先人の知恵が正しいことはいくらでもありますから。私も田舎育ちですから、そういう話は小さいときからよく聞いてます。いい薬がない時代でしたからね、生活の知恵だったんだと思いますよ」

「よう話のわかる先生ですな」

その後、二週間で奥さんの床ずれは完治し、ご主人も大満足。家族を支える方法もいろいろあるという実例です。

安易に入院しない

主治医とよく相談して、できるだけ入院しないように診てもらいましょう。人生は自然が一番です。さわらず、そのまま見ていきましよう。たとえ寿命にかかわりそうなことでも、治療効果が期待できないときは、そつとそのままにしておきましょう。

実例・八十二歳の乳癌患者

グループホームの入所者で、初診時に衣服の間から聴診器を入れて胸の音を聴いていました。すると、左の乳房に何かしこりのようなものが聴診器の先にあたるのです。そこで、

衣服を脱いでもらって診察しました。触診で、左乳房にビー玉ぐらいの大きさのしこりがわかりました。

それで、施設に移り、注射針を使って、しこりの中心部から穿刺吸引細胞診を行ないました。以前、大病院の外科での乳腺外来で習得した手技で、問題なくできました。そして、通常はその時点で病院の外科に紹介してお任せになるのですが、細胞診で乳癌の診断をつけ、今後の方針を家族や施設スタッフらと検討しました。

患者は、八十二歳で、認知症あり、病識なし、意思確認不可、ADLは問題なく、食欲もあり、会話も可能。家族は子供なし、施設独居、親戚が遠方に居住、面会なし、という状況で、本人の身体的経済的負担がないようにしてほしい、何があっても世話はできないとのことでした。

主治医としての私の判断が求められました。外科医にコンサルトすると、局所的な手術は可能とのこと。そこで、手術はせずに保存的に診ることにしました。年齢的にも、術後の生活が元に戻るかどうか、肺炎などの合併症の可能性、寝たきりになる可能性があることを考えると、そのまま自然に診る方が、本人にとっても最良の方法だと判断したのです。

幸いなことに、腋窩えきかのリンパ節腫脹しゅちやうも触知なく、乳癌の腫瘍マーカーも高くなく、胸部レントゲンでも転移サインもありません。

そこで、施設スタッフに説明しました。

「いま、自分で歩け、自分で食べられ、みんなと楽しく話している生活が、術後はできなくなる可能性もあります。だったら、みんなでいまの生活を支えてあげましょう。まず、今後の病状の予想される経過について説明すると、具体的には、乳癌のしこりが大きくなって表に出てくる可能性があります。さらに、その腫瘤しゅりゅうが浸出液をとまって自壊するかも知れません。しかし、そのつど、私が指示しますから怖がらずに見てあげましょう」と

ということと施設スタッフも納得して私の方針を支持してくれました。

半年ほどすると、腫瘤が次第に大きくなって表に出てきました。さらに一年半ほど経つと浸出液も多くなり自壊してきました。スタッフは私が説明していた通りの経過なので、あれも驚かなかったようです。むしろ、スタッフがオムツを切ってブラジャーのようなものをつくり、浸出液を吸収しながら腫瘤を覆おおっていたのは、すばらしいアイデアで、私も驚きました。

そうした周囲の対応で本人もふだんの生活ができていました。認知症が進んでいたのに病状も十分に把握できず、痛みの訴えもなく穏やかで、桜の季節には花を見て楽しんでいました。診察のとき経過記録のためにデジカメで患部の写真を撮ると、「先生、いやらしおすなあ」と茶化し半分ですが、隠そうとする、そんなこともありました。

外科であえて治療せずに、自然に看てあげることが、結果的には本人のためになったという実例です。施設のスタッフも「外科に入院していたら、いまの穏やかな生活はなかったかも知れませんね」とよろこんでくれました。

医療は「治す医療」と「死なせない医療」を追求して発展してきました。しかし、どんな医療を駆使しても老化や死は避けられません。「治す医療」も「死なせない医療」も最期は無力なことを知っておきましょう。だからこそ、避けられない死がやってくるまで、楽しく生きることに時間を使うべきだと思います。

多くの患者から、こんなねがいを聞いてきました。

「最後まで医療を押しつけんといしてほしい」「何にもせんでええ、このままそつとしておいてほしい」「最後の人生まで医療に管理されたくない」

それだけではありません。

「ほかにだれも来んでええ。わしゃ、先生一人でええのや。せやないと落ち着いて死ねん」
医者冥利に尽きる言葉ですが、これが現実です。多(他)職種連携を嫌っている人もいることを忘れないでほしいと思います。

介護の妨げになる医療はしない

医学的尺度だけで対応しないこと。在宅では医療より介護を優先させましょう。介護がしやすくなるような医療的サポート、アドバイスをしなければなりません。

実例・いつもシャワー浴だった七十九歳女性

施設利用者で、いつも入浴前の血圧が高い(二五〇を超える)ためシャワー浴しかできなかつたのですが、私が立ち会って入浴するようになりました。条件は、入浴前後の血圧を測って評価をするということでした。結果は入浴前は一五六だったのが、入浴後は一四二と、入浴前より低く、問題がないことがわかりました。以後、入浴前の血圧が一六〇までなら入浴可で、必ず入浴後の血圧測定もやるように指示しました。在宅とちがって施設で

は施設のルールがあるため、施設長との話し合いの上での対応になりました。本人は、施設で入浴できるので、ひじょうによるこんでいました。

一般的に、入浴前の血圧が高ければ、入浴中にさらに高くなる可能性があるため、入浴を見合わせる人が多いのですが、逆に、入浴によつて体が温まり血管が拡張して血圧が下がることもあります。だから、血圧が高めの人は、入浴後にも血圧を測つて確認するようにしませう。施設というところは、責任があるので難しいこともよくわかります。しかし、医学的尺度ばかりを優先させるのではなく、それぞれに数値データを確認しながら入浴の可否を判断、評価するのも主治医の役割だと思えます。

できるかぎり「日常」を続ける

主治医は「してはいけない」ではなく「してもいい」をサポートしてあげましょう。「してはいけない」はだれでもいえることです。「ここまでではしてもいい」をいつてあげましょう。いままでの人生の継続をサポートしてあげましょう。いままでやつてきていたことが、在宅療養になった途端、やつてはいけないと制約を受けると自分らしさを失つてしまいま

す。私の担当患者の場合、私の管理下で、食事のときの晩酌も、周りから消化に悪いといわれているお茶漬けも、本数を減らしての喫煙も、すべて可としています。だから、みんな生き生きとしています。医療第一主義より「医良」の実践です。

実例・煙草が好きでやめられない八十五歳男性

年に数回、限界集落へ医療講話に出かけます。目的は高齢住民を家に閉じ籠もらせずに外出させることにあるようです。ある日、話を終えると男性が質問しました。

「先生、最近、わしの周りまわのものも、煙草をやめえ、いうてうるさいんやが、ほんまに煙草はやめなあかんのよろか」

「いま、お幾いくつですか」

「八十五ですわ」

「ご自身は、煙草のことをどう思っておられますか」

「わしゃあ、若いときからずーっと吸ってきて、むかしは一日二、三十本は、ふつうやっただが、いまは、五本か、多おほても十本ぐらいしか吸つとらん。それが唯一の楽しみじゃ」

「わかりました。結論からいいますと、煙草はやめなくてもよろしいです。八十五歳の

いままで吸ってきてもなかつたということは、たぶんこれからも何も起こりません。ひよつとしたら、いままで元気に生きてこれたのは、煙草のおかげかも知れません」

すると、会場は笑いの渦^{うず}。

「といつても、家族が健康のことを心配してくれているのはありがたいことです。感謝しないと罰^{ばち}があたりますよ。それより、もつと気をつけないといけないのは、火の不始末です。だから、吸うなら堂々と、人がいるところで吸ってください。火事になったら元^{もと}も子もありません。これだけ約束してもらえばOKです」

「そら、わしもよう気いつけとる。約束します。先生からお墨付きをもらたから、これからは気兼ねせんと吸えますわ」と得意顔でした。

私のいる京都市内から限界集落までは、片道、車で二時間半ほどかかります。いつもスクリーン、パソコン、プロジェクトターやハンドマイクなど、すべて持参で通っています。何よりうれしいのは、講話の参加料が各家庭で採^とれた野菜一品となっていることです。みな、丹精^{たんせい}込めた自慢の白菜、大根、葱^{ねぎ}、西瓜^{すいか}、柿、栗など、あれこれ季節のものを持参さ

れるのでほんとうにありがたい。段ボール箱にいっぱい詰めた新鮮な野菜や果物を持って帰ると、妻もよろこんで、お金はなくても家庭円満になります。

介護は「明るく」「楽しく」

介護は、はじめにやると疲れます。適度に手を抜きながらやりましょう。介護で自分の時間が乱されるとストレスもたまります。適宜、自分の時間に合わせてもらいましょう。

実例・微笑ましい老老介護

往診に行くと、九十歳のご主人を八十四歳の奥さんが、いつも甲斐甲斐しく介護しています。付ききりなので、「大変やね」と^{ねぎら}労うと、さざりと返ってきました。

「そんなことないです。手の空いたときしか、面倒も見ません。いくら呼んでも聞こえんふりしてるんです。いちいち呼ばれて、いうとおりにしてたら、こつちが^{まい}参つてしまいませんわ」

さすが、介護のコツを心得ておられる、と感心しました。

こんな老老介護の夫婦だからか、往診時はいつも、病気や薬の話より昔話を熱心にして

くれます。それでも、二人の馴れ初めなど訊いてみると恥ずかしそうで、どうしてこんなに介護をがんばれるのか、尋ねると、ちよつと顔を赤らめ、「主人のこと、愛してますから」とにつこりされたのには、こちらが恥ずかしくなりました。老老介護が朗朗介護になっている、とうれしかった一時ひとときでした。

実例・娘さんは理髪師

脑梗塞で寝たきりの八十歳の父の散髪を、訪問理髪サービスを利用しないで娘さんがやっていると聞いたので、ようすを拝見させてもらいました。手際よく、お父さんをベッドから椅子に抱き移し、体を椅子に腰紐こしひものようなもので固定すると、電気バリカンのスイッチを入れる。あつという間に終わったのでびっくりしました。

「娘さんはプロやね。お父さんも男前になって格好かっこいいですよ」

というと、失語症で固い顔にも、少しの笑みえがこぼれました。これも、医者冥利に尽きる一瞬で、胸が熱くなりました。

孤独感 介護保険の対象外

社会的孤立は生きる意欲に影響を及ぼす。高齢社会白書によると、高齢と行き合いをしていない人の中で、「生きがいを感じている人」の割合は6割、友人がいない人の中では4割にとどまる。

高齢者施設や在宅支援の現場は、身体介助や生

「一面から続く」

「誰かに話を聞いてほしい」「昨日から人しやべってない」。高齢者の仲間ついでを進める京都市上京区のNPO法人「シニアネット京都」が月から毎月、高齢者向け電話相談を始めたところ切実な声があふせている。「健康」「終末期」をテーマに設定しても救済をめぐる悩みが4割近くを占める。

相談員のシニアライフアドバイザー田橋康博さん(60)は「高齢になると家族や友人と死別し、生協仲間が狭まって人と話す機会が減る。悩みの根底には深刻な孤独感がある」と話す。

あなたも「話し相手」に



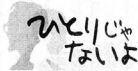
「おふたりに感謝、感謝。めいいたらあかん、胸張って生きなあかん」。松川さんは自慢のてぬぐいを広げ、大矢さん(右)に笑顔を見せた。(11月10日、京都市西京区)

活支援の目に見えなアが中心で話し相手は介護保険サービスの対象外。傾聴ボランティアの支援を受けているボランティアの生相談員藤弘

が支えている」と話す。寂しさを解消する「心」のケアが制度の谷間に陥る中、お年寄りの話を聞く援助の輪は広がっている。

足腰の衰えや外出意欲の低下で閉じこもりがちになり、地域のサロンやサークルにも出掛けない高齢者が課題になっている。内科医の大矢哲世さん(59)は今春、20年

「元気の差は話し相手」に上る存在を治療の経験で「元気の差は話し相手」に上る存在を治療の経験で「元気の差は話し相手」に上る存在を治療の経験で



第一節「老いの情景」は社会報道部の直井重孝、吉永蘭草、柳山聡、山本旭洋、本田真樹、写真映像部の奥村洋人、山本陽平、松村和寿が担当した。シリーズ「ひとりじゃないよ」の意義、「感想をお寄せください」。電子メールはminnanab@kobe-u.ac.jp、ファックスは078(5)603544です。第1部は子どもの孤立と支援をテーマに来年1月上旬に掲載します。

「おふたりに感謝、感謝。めいいたらあかん、胸張って生きなあかん」。松川さんは自慢のてぬぐいを広げ、大矢さん(右)に笑顔を見せた。(11月10日、京都市西京区)

「おふたりに感謝、感謝。めいいたらあかん、胸張って生きなあかん」。松川さんは自慢のてぬぐいを広げ、大矢さん(右)に笑顔を見せた。(11月10日、京都市西京区)

「おふたりに感謝、感謝。めいいたらあかん、胸張って生きなあかん」。松川さんは自慢のてぬぐいを広げ、大矢さん(右)に笑顔を見せた。(11月10日、京都市西京区)

思い出話で元気になる

高齢者にとって、思い出話は、いまを生きる心の糧かたです。できるかぎり、昔話、思い出話を誘い出すように語りかけてください。往診のときは、病気や薬の話をするより、むかし元気だった頃のこと、得意だったことなどを聞き出して耳を傾けてあげると、だれでも生き生きと元気になるのを、私は何度も経験しています。高齢者は、長く生きたそれだけ、思い出話もたくさんあるのです。

実例・思い出話で元気になった男性

患者が発熱しているというヘルパーからの連絡で、私は主治医ではなかったのですが、当日の担当医として臨時往診しました。全盲で寝たぎりの七十八歳でした。寝室に入ると鴨居かもいの上に賞状が並んで飾ってありました。マッサージ師をしていたその表彰らしく、診察前に「賞状がいっぱいですね。いい仕事をされてたんですね」と耳元に伝えると、表情がきりつと変わり、一つ、一つ、説明をはじめました。

見えていないはずなのに、「右から二つ目は……」と途切れることなく、まるで立て板

に水。しかも、賞状と話が一つも食いちがつていないのに、また、びつくり。

「ほんとに、お話が上手ですね。これだと、患者さんの肩凝り^こだけでなく、心もほぐせたでしょう」

話しかけると、無言で握手してこれ、熱を測ると、三十八度二分もあつたので解熱剤を処方しました。しかし、本人は、熱のことより思い出話を聴いてもらえたことがうれしかったようで、「先生、また、来てな」というのを、「熱が出たらまた来ます」と冗談をいつて帰りました。

このSさんもそうでしたが、独り暮らしの高齢者の多くは、病気以外にも、孤独、寂しさ、不安を抱えて暮らしています。だから、病気や薬の話より、「むかし」を聴いてあげると表情も輝いてきます。みんなそうなのですが、Sさんはその代表でした。

後日、主治医にあの日のことを報告したのですが、賞状のことなど、まったく気付いてなかったようでした。だから、出過ぎたこととは思いつながら、アドバイスしておきました。

「訪問診療は病気だけでなく、暮らしを診ることも大事ですよ」

互いに温もりを感じ合う

別に難しいことではありません。スキンシップを大切にしてください。できるだけ触れてあげてください。そして、互いの温もりを感じ合ってください。

実例・家族による体洗いが実現した話

担当患者が訪問入浴サービスを受けるとき、初回は、体調変化を観察するために必ず立ち会うことにしています。ある日のことです。ご主人がサービスを受けているのを、奥さんが傍にぽつんと立って見学されているのです。

それが不思議で、「洗ってあげたらどうですか」と声をかけると、「いいんですか」と急に笑顔になって、ご主人の体を洗いはじめました。

その笑顔がすばらしかったので、思わず、ようすをデジカメに収めました。それを訪問入浴を利用して別患者の奥さん方に見せると、「私もやりたい」と要望がいっぱい。後日、訪問入浴業者のスタッフに伝えて、家族の体洗いが実現しました。

いままでは入浴が終わるまで別の部屋で待機していたそうで、やはり、在宅ではふだん

と変わりのない日常を大切にしたいものです。訪問入浴のスタッフに訊いてみると、家族から要望がない限り、スタッフだけでやっているとのこと。「これからは家族の要望をうかがうようにします。勉強になりました」とお礼をいわれました。

感謝の気持ちは言葉にする

介護を受けている人は、家族には「ありがとう」とは、いいにくいものです。心に思っ
ていても、声には出しにくいのです。また、いいたくても構音障害こうおんや失語症のために言葉
にできない人もいます。元気なうちから、いつでも、だれにでも「ありがとう」といえる
よう、口癖にしておきましょう。

実例・「お互いさま」の気持ちを言葉に

集団生活に馴染めない高齢者も多いことはたしかです。デイサービスに出かけるのを嫌
がる人も少なくありません。そんなときは、「今日はデイサービスに行ってもらってあり
がとう。おかげさまでいろんなことができました」など、介護者も声に出して、本人に感
謝の気持ちを伝えるようにしましょう。だれでも、人の役に立っていると実感できるとう

れしくなります。しかし、当事者は介護者に感謝の気持ちを伝えようと思ってもうまく伝えられないのがほとんどです。だから、ホームヘルパーやケアマネジャーは、当事者に代わって、介護者への労いねぎらも忘れないようにしましょう。そうした心遣いも仕事の一つなのです。

第六章

心の命は「医良」でしか救えない

心の命を元気にしよう

人の命には「体の命」と「心の命」があります。どちらも大切です。そして、それを支えているのが「体の健康」と「心の健康」です。ほんとうの健康とは、この二つが健やかな状態にあるときです。

体と心は互いに影響し合っています。体調が悪いとストレスがたまりやすくなったり、悩みごとがあると胃の調子が悪くなったり不眠になったりします。若いときは「体」が元気であれば、それなりに「心」も元気についてきます。しかし、加齢とともに「体」が弱つてくると、「心」もいつしよに弱つてきます。病は気から、といわれるように「心」が弱ると「体」も弱り、「体の命」にも限界が見えてきます。人生の後半では、いくら「医療」を重ねても改善は見込めず、体調の現状維持が精一杯で、それが最良と感謝しなければならなくなるのです。どんなにあがいても、人の世話になつて暮らしていかなければならなくなるのです。

そんなとき、元気に楽しく生き生きと過ごすにはどうすればいいのでしょうか。それに

は「心の命」を元気にするしかありません。ありがたいことに、「心の命」には目に見える限界がありません。だからこそ、「心の命」を元気にして、体の限界を吹き飛ばそうという発想が必要です。とくに、在宅医療（訪問診療）にかかわる医療者には、この発想が欠かせません。「心の命」を元気にすれば、病気があっても、障害があっても、寝たきりであつても、生き生きと暮らしていくことができるのです。

良医とは何か

「心の命」を元気にすることで「体の命」も元気にするというアプローチは、検査をして薬で体を治す医療とはまったく異なります。これを、薬や検査を主とする医療と区別して、私は「医良」と呼んでいるのです。これまでも重ねてお話したことですが、何でもかんでも検査や薬で対応しようとする「医療」とは一味ちがいます。

そして、この「医良」を実践してくれる医者が「良医」だと思っています。良い（優秀な）医者という意味ではなく、良心的な医者という意味です。実際に、多くの高齢者が、この「医良」によって元気になっています。楽しい人生を過ごしています。年齢を重ねるほど「医

療」より「医良」の方が大切になってくるのです。

医療技術がそれほど進歩していなかった時代は、癒しの医療ともいえる「心の命」が大切にされてきました。つまり、全人的なアプローチが医療の基本だったのです。それが技術の進歩で変わってきました。いまでは、技術が細分化、専門化されすぎて、総合的に診ることができなくなっています。医学や医療の進歩とともに加速度的に進歩した医療機器が、患者と医師の間に分け入って、両者の溝を広げ過ぎてしまったのです。医師が患者を診るときの基本である「手当て」もなくなり、「手」の代わりに医療機器が介入し、医療者から患者を遠ざけてしまいました。そんないまだからこそ、医療だけでない「医良」が大切だと考えています。

医療がだめでも医良がある

医療は、人の寿命、命の灯をできるだけ消さないよう、努力して発展してきました。「医良」は、この命の灯を、最期まで生き生きと、そして赤々と燃え続けるよう、手助けすることをめざしています。いいかえれば、「心の命」をサポートするということです。医学

や医療が進歩し、どれほど勝ち誇ったとしても絶対にできないことがあります。いうまでもありません。老化や死を止めることです。だからこそ、穏やかで、安らかな、自然な最期を迎えたいと思うのは当然のことではないでしょうか。

「心の命」が中心になるライフステージで大切なことは、寿命に影響しないことは気にしないことです。その人にとってよいところを維持すること、悪いところを医療的にあえて探さないことです。寿命に影響しそうにない体の悪いところは、根治こんじを考えずに対症療法的に適当に付き合っていく、そして、不要な検査は受けないことです。不要に検査を受けると医療機器によつて見えなくてもいいところまで見えてしまいます。若いときなら必要なことかも知れませんが、ライフステージの後半になると、重箱の隅つを突ついて出てきた検査結果に一喜一憂する必要はありません。不安が増大するだけです。

さらに、効果の評価をしないまま、漫然と薬に依存しないこと。病気があつても楽しく暮らすことを考えましょう。都合の悪いところを何でもかんでも病気としてしまわないように、自分から進んで病人にならないようにしましょう。といつても、口でいふほど簡単ではありません。それには、何より「医良」を実践してくれる主治医を見つけることです。

そんな医師に巡り会うのも一つの運です。

ほかに、在宅主治医と良好な信頼関係を築くことをおすすめます。そのためには、主治医とは、病気以外の日常的事物についても、ふだんから何でも話せるようにしておきましょう。それが主治医と良好な信頼関係を築く早道です。主治医との雑談の時間も、訪問診療では診察時間と考えましょう。そして、「医療」だけでない、「医良」があることも覚えておいてください。

最後に、高齢者の「心の命」を元気にする簡単な方法があります。すでにお話ししましたが、思い出話に花を咲かせることです。思い出話は、いまを生きる心の糧かてです。「話す」は「放す」につながります。心の不安や寂しさから解放され、元氣を取り戻せます。

実例・「医良」の実践で元氣になった八十二歳

娘さんと二人暮らしのK子さん。その日の往診には、医学実習生も二人、訪問診療実習で同行していました。部屋に入ると、座っていた椅子から、さつそく私に訴えました。

「先生、今日は右の足と膝が痛いので歩けません」

診察すると、椅子に座っているせいか、両下肢が少し腫はれているぐらいで、膝には水が

溜^たまつているようすもなく、診察上、とくに問題がありません。そこで、「痛いといらい
ですよね」と足を擦^{さす}りながら、実習生に話を振^{ふる}ってみました。

「この人には、すごい特技があるんだよ。何だと思う。ヒントは、さつき、玄関の入り口
にあつたけど……」

すると、K子さんの表情が一変したのです。実習生は「わからない」というので、K子
さんに「教えてやってください」というと、いきなり立ち上がり、隣の部屋から作品をいっ
ぱい抱^かえてきました。

ちぎり絵でした。花鳥、人物、果物、風景などいろいろありましたが、どれも色紙をち
ぎって台紙に貼^はった、写真と見まがうばかりの出来映^{できば}えでした。

それには、実習生もびつくり。

「いつからはじめたんですか」

「そんなこと、忘れましたけど、展覧会で賞をもらったこともあります」

「いまも、つくってるんですか」

「そうです、長いことやってなかつたんですけど、先生にほめられたんで、つい、調子に

乗って」

そして、「先生は女の人が好きそうやから」と芸妓の舞姿のちぎり絵をプレゼントしてくれた昔話も出て、盛り上がりました。

「痛み止めの薬を出しておきましょか」

帰りに尋ねると、

「若い実習生さんと話してたら、もう治ったみたいです」

と玄関まで見送ってくれました。その玄関の壁に飾ってあったのが富士山のちぎり絵でした。

あとで実習生に感想を訊くと、「あれだけ痛がっていたのに玄関まで歩けたのはほんとに不思議。ふつうの医師なら鎮痛剤を処方してたでしょうに」との返答。そこで、医良の効果を説明すると、「先生は、病気だけでなく、暮らしを診ておられるのがよくわかりました」という感想。往診実習は大成成功でした。ついでに、K子さんの反応は、こちらが医師、ことに主治医だからであることも付け加えておきました。白衣の力は大きい、とくに高齢者にはということです。

たとえば、ある人が「私、顔色が悪いんですけど、大丈夫でしょうか？」と人に尋ねたとき、二人が答えたとします。もし、その二人が友人と医師だった場合、その返答の真偽は問わず、たいていは医師の方を信じてしまうのです。それだけ医師の言動には責任があるということ。実習生には、そんなことも忘れないようアドバイスしたのでした。

翌日、K子さんの娘さんに、その後のようすを電話で訊いてみました。

「足の痛みは、もうあれこれいってません。今日も、いつになく機嫌よくデイサービスに行ってくれました。実習生さんに自慢のちぎり絵を見てもらったことが、よっぽどうれしかったですね」

そんな返事に、私も「医良」の効果に思いを新たにしました。何でも、すぐに薬ですませる、その前にトライしてみることが大切です。

K子さんの症例で大切なことは何かというと、まず、患者の訴えをよく聴くこと、次に、その訴えに共感して認めること、そして、それに対して有効な手段を判断することです。K子さんの場合は、まず、膝の痛みを認め、共感したものの、痛み止めに即効性は期待できないと判断して、話題を変えることにしたのです。いつもK子さんを見ているから、

痛みに緊急性がなく薬効も期待できないことがわかっていたからで、これが主治医の強みです。実習生が、鎮痛剤を出してあげればいいのに、と思ったのは当然のことです。しかし、何でも薬に依存することは避けたいといけません。

そしてもう一つ、大切なことは、翌日、娘さんにその後のようすをたしかめたこと。結果は、私も気になるし、娘さんも主治医からの連絡があると安心できるので、信頼関係の構築につながります。将来の「医良」従事者には伝えることの多い訪問実習でした。

第七章 「医良」 従事者になるために

コミュニケーション能力が欠かせない

「医良」を実践する人の心得についてお話していきましょう。

まず、医療と医良は、どこにウエイトを置くかということ以外、何もちがいはありません。医良は、最初から検査や薬に頼らず、患者とのコミュニケーションによってその病状の情報を得ようとしています。簡単にいって、医療に頼らないから、患者とのコミュニケーションに頼るしかないのです。

私たちは、日常的に、じつにいろんな人とかかわらなければなりません。隣近所、友人、知人、職場の同僚、そして初対面の人などさまざまで、そのなかで互いに心地よく暮らしていくには、意思の疎通、心の通じ合いが欠かせません。それを引き出すのがコミュニケーション能力です。

まず、医療従事者に必要なコミュニケーション能力から考えていきましょう。たとえば、スーパーにコーヒーを買いに行ったとします。コーヒーの売り場がわかりません。さて、どうしますか。案内板をさがしますか、それとも店員さんに尋ねますか。

前者では、コーヒーと書かれた案内板を自分でさがします。つまり、店内を一人でさがします。後者では、店員さんに「コーヒーはどこにありますか」と尋ねて棚の場所を教えてくださいます。どちらの方法でもコーヒーは手に入りますが、二つには大きなちがいがあ
ります。人とのかわりです。つまり、コミュニケーションの有無です。コミュニケーションによつて人とのつながり、心の通じ合いがはじまるのです。仏頂面ぶつちようづらの店員さんなら話も別ですが、親切に教えてくれるとうれしくなりますね。

もう一つ、たとえば、はじめての料理をつくらうとしました。けれど、作り方がわかりません。さてどうしますか。料理の本を見ながらつくる、あるいは、料理の上手な人に教えてもらいながらつくる、どちらの方法でも料理はつくれます。しかし、大きなちがいがあります。もちろん、おわかりでしょう。コミュニケーションの有無です。どちらが楽しくつくれるでしょう。どちらが、おいしく食べることができるといえるでしょう。

病気の陰を診る

医療現場では、患者と医療者の意思の疎通が何よりも大切です。人の命がかかっている

からです。医療者は患者を理解し、患者は医療者を信頼するという関係が欠かせません。なぜでしょう。医療者は患者の全人的理解をめざそうとしても、診察という方法では、症状という氷山の一角しか見えないからです。

症状の後ろには、病気そのものだけでなく、心の問題、家族の問題、人間関係、お金の問題などいろんな悩みが隠れています。それはCTやMRIには映りません。その見えな
い陰を「診る」にはコミュニケーションしかありません。患者との良好なコミュニケーションから生まれる信頼関係しか、救う道はないのです。

患者との信頼関係を築くためのコミュニケーションで一番大切なことは、患者に気を遣わせない、遠慮させないことだと思います。患者は、医療者に、たとえば口ではあれこれ勝手
手をいつても、ほんとうは、いつも気遣いし、遠慮し、いいたいこともいえずにいるのです。医療者はそれを忘れてはなりません。

実例・それをいえなかった女性患者

診療所の夜診が終わる頃でした。七十歳代と見える女性が入ってきました。片手にスーパ
ーのレジ袋をぶら下げています。もちろん、初診でした。

独居高齢者の「りすの会」
自宅を訪ねる



「りすの会」は、高齢者が安心して暮らすためのサポートを目的として、高齢者の自宅を訪ねる活動を行っています。活動内容は、生活相談、健康相談、食事指導、生活支援などです。活動は毎月第1、3、5日曜日の午後2時から3時まで行われます。活動場所は、東京都中央区本町2-1-1の「りすの会」です。活動費は、参加費500円、会場費1000円です。活動の申し込みは、電話またはメールで行えます。お問い合わせ先は、東京都中央区本町2-1-1の「りすの会」です。電話：03-XXXX-XXXX、メール：risunokai@example.com

話すことが、 心の栄養に なるんです、

いちばん

「配属者や友達に先立たれて寂しい。話し相手がいらない。そんな思いを抱える、一人暮らしの高齢者の声を届けるがオンライン活動が毎週行われています。その活動をしている団体が「りすの会」です。

活動：毎月第1、3、5日曜日

りすの会

説明会が行われます

【日時】7月9日(土) 午後1時30分～3時

【会場】「Oとまち交流館 有明」2階 第2会議室 (都庁大「有明町正通」駅すぐ、有明駅(有明5分)徒歩約7分)

【定員】40人 (予約不要・会場内無料)

「リビング京都」中央版 6月18日号より

「今日は、どうされましたか」

「じつは、わたし、他所で血圧の薬をもらってるんですが、それが、こんなにたまってしまうって、どうしたらいいかわからなくて、ご相談に……」

「それじゃ、主治医さんに、薬が余ってますといえ
ばいいじゃないですか」

「それは、そうなんですけど、先生は『ちゃんと薬を飲んでるから血圧もいいね』といわれるんで、飲んでないともいえませんしね」

問題は何かといえ、一つは主治医が、血圧値がよければ降圧薬を減薬、あるいは、休薬するという考えがなかったからです。もう一つは、患者が、主治医に気を遣い過ぎていますからです。スーパーのレジ袋のなかには、二カ月分を超える降圧薬が入って

いました。それで提案してみました。

「それじゃ、次に受診されるとき、先生が血圧を測る前に『ここ四、五日忙しくて薬を飲み忘れてます。だから、今日は血圧が高いと思います』と試してみたらどうでしょう。それと、そのとき測ってもらった血圧の数値を聞いてください。そして、『薬はまだ残ってますから、一回休みます』と試してみてください」

血圧を測ると上が一三四で下が七六でした。たしかに降圧薬は不要な値です。

「先生、ありがとうございます。じつは、友だちが先生に診てもらって、今度のことを話したら、『私の先生に相談したら』っていうんで来てみたんです。ほんとに、よかったです」

と笑顔で帰られました。そして後日、電話がありました。

「先生、先日はありがとうございます。先生から聞いたように話をしました。血圧は上が一二八で下が七〇でした。『しばらく薬なしでようすを見ましよう。次回は二週間後に来てください』ということでした」

「それはよかったです。その先生はいい先生です。一カ月後でなくて二週間後と短くされ

たのは、あなたの血圧が安定して正常範囲なのかどうかを確認しようと考えたのでしよう。信頼できる先生だと思えます。これからは、気楽に何でも話しながらお付き合いされたらいいと思います」

と受話器を置きました。

ちよつとしたコミュニケーション不足によつて生まれたトラブルでした。

共感是对話からしか生まれない

人が話す言葉には二つのメッセージがあります。一つは表に出せる情報で、もう一つは表に出せない情報です。たとえば、知人から「私、昨日、退院したんです」と聞いたとしましょう。答え方はいくつかあると思います。

- ① 「早くよくなつて、よかつたですね」
- ② 「大変でしたね、つらかつたでしょう」
- ③ 「よく、がんばりましたね」
- ④ 「ああ、昨日でしたか」

⑤ 「ほおー、入院しておられたんですか」

たとえば、この人が聞いてほしかったことが「大変だった、つらかった」ということだったとすれば、①、②、③が期待通りの返事で、④と⑤は期待外れの返事ということになります。①、②、③は共感されたと受け止められ、④と⑤は単に話が理解されただけに終わってしまいます。

人は、共感されると、「私の気持ちが伝わった」「私のことがわかってもらえた」と期待を抱いて、「話をしてよかった」「もつと話をしたい」という気持ちに変わります。つまり、共感によつてよりよい人間関係が生まれるのです。この人のいう「私、昨日、退院したんです」は意味の情報で、「大変だった、つらかった」というのは感情の情報です。

意味の情報のゴールは理解で、会話の範疇はんちゆうです。一方、感情の情報のゴールは共感で、対話の範疇です。話し手は、メッセージの裏に隠れた感情を聴いてもらいたいと思つているのです。この隠れた感情に伝えられる人がコミュニケーションの上手な人、つまり、コミュニケーション能力のある人だと思えます。話し相手の心が満たされるのは、意味と感情の両方の情報が伝わったときです。話の内容は理解しても、相手の気持ちがわかってい

ないということがないよう、気をつけましょう。

会話とは意味情報の交換を重視したものといえるでしょう。一方、対話とは感情情報の交換を重視したもの、共感を重視した会話です。同意できない話でも共感はできるのです。

耳と目と心で聴く

あたりまえのことですが、コミュニケーションには「聴く力」と「話す力」が問われます。そこで、まず「聞く」と「聴く」のちがいについて考えてみましょう。

「聞く」(hear)は、門のなかに小さな耳があります。つまり、興味のある話だけが入ってくる状態で、耳に入ってきている音でも、話している人や話題に興味がなければ素通りしてしまいます。

一方、聴く(listen)は、耳と目と心で人の話に心を寄せるといふことです。積極的に相手の話の注意を向けて「知ろう」「わかろう」とする態度をさしています。余談ですが、医師は初診のとき、問診、視診、触診、打診、聴診をします。最初に使う道具が聴診器です。心臓の音や呼吸音を聴いて診察(聴診)します。しかし、聴診器では患者の心の内ま

ではわかりません。人の心が聴けるもの、それは耳です。耳はまさに「聴心器」といえるのではないでしょうか。

だから、聴き上手になりましょう。相手の気持ちを聴いてあげましょう。人は悩みを聴いてもらうだけで元気を取り戻すことができるのです。そして、元気を聴いてあげましょう。人は自分が元気だった頃の話や得意話を聴いてもらえると元気になれるのです。

次に、話し好きになりましょう。話すことで気持ちが悪くなります。人は悩みを吐き出すだけで、心の不安や寂しさから解放されたれ元気を取り戻せます。繰り返しますが、「話す」は「放す」につながります。話すことで心が元気になります。聴かれるときと同様に、自分が元気だった頃、輝いていた頃の話や得意話をすると元気になります。思い出話はいまを生きる心の糧めそになるのです。

そんなコミュニケーションに欠かせない言葉があります。「教えてください」という一言です。これは、相手の存在を認める言葉です。「よくご存じですね」「すごいですね」と感心されると、自分の存在価値が確認できます。とくに、高齢者とのコミュニケーションに有効です。相手から「いろいろ教えてくださいくださいね」「よく覚えておられますね」といわれ

ると、自分にも、まだ、人に教えられることがあるんだ、と自分の存在に自信が持てるようになるからです。そして、触れ合うこと、相手とのスキンシップが大切です。もつとも簡単な方法は握手です。ただ、高齢者には握手をすることをためらう人もいるため、「握手させていただいてもかまいませんか」と確認することも忘れないようにしましょう。

心もバリアフリーであれ

「医良」でもっとも大切なことは、医師と患者のバリアフリーです。つまり、患者との信頼関係を築くためのコミュニケーションで大切なのは、患者に気を遣わせない、遠慮させないということです。医師は、患者のいいたいこと、聞きたいことを察して、それができるように言葉の手をさしのべなければなりません。それができるかどうか「医療」と「医良」の分かれ目です。

実例・健診時の受診者と医師の関係

住民健診や職域健診などの診察でよく経験することですが、受診者から、主治医からもらっている薬のことや検査結果や病状の説明を求められることがよくあります。本来は主

治医に尋ねるべきことです。それをあえて健診医に訊くのは、主治医でないため、利害関係もなく、遠慮がいらぬからです。逆にいえば、いつも世話になっている主治医には、遠慮があつて十分なことも訊けず、納得できる医療を受けていないということなのです。

私の医師としての信条は、「医者には患者に気を遣わせてはいけない」ということ、逆に「患者は患者にもつと気を遣わなければいけない」ということ、そして「患者は医者に気を遣う必要はない」ということです。患者は医師に物がいえなくなっているのです。だから、医師の方から、患者が気兼ねなく話せるような雰囲気をつくるべきなのです。建物だけでなく、患者との心もバリアフリーにしなければなりません。

そして何より出会いに感謝

これまで「医良」をモットーに取り組んできて、元氣になり、よろこんでくれたのは七十歳代後半から百歳前後の高齢者がほとんどでした。だから、医良をめざすには、基本的には、お年寄りが好きでないと務まりません。そこで最後に、医良従事者としての心得、身につけておかなければならない、要介護高齢者との付き合いの方法についてお話しして

終わりたいと思います。

まず、高齢者との出会いに感謝することです。仕事であれ、何であれ、高齢者との付き合いがはじまったときは、その出会いに感謝しましょう。高齢者は、時代の生き字引、生き証人です。そんなかけがえない人に出会えたことに感謝しましょう。社会や人生の大先輩として尊敬し、つねに、学ぶ、教えてもらう、という気持ちを忘れてはいけません。

大変な人を看ているのではなく、大変な時期を看ているだけなのです。障害があろうが、認知症であつても、大変な人を看ているではありません。懸命に生きてこられた結果として、他人からみると大変だろうと思われる時期に巡り合わせただけのこと。本人は少しも大変だと思っていないかも知れません。

もし、あなたがケアマネジャーなら、まずは、利用者の側に立ち、利用者優先のプランニングをすすめましょう。ヘルパーなら、その自立を尊重しながら手をさしのべましょう。そして、医療従事者なら、忘れず「医良」の心を持って接してほしいと思います。

おわりに——だから私は医者になった

最後に、少し私事になるのを許してください。

私が生まれたのは、もう七十年前も前のことです。いまは市町村合併が続いて南丹市なんたんと名前も変わりましたが、むかしは北桑田郡美山町きたくわだ みやまちょうといって、観光案内やガイドブックでもよく目にするでしょう、「かやぶきの里」や「美山川の鮎」でも知られる、自然豊かなころでした。

家業は酒屋さかやでした。といっても、想像されるような造り酒屋ではありません。ただのむらの酒屋で、日本酒や焼酎しょうちゆう、麦酒ビールなど酒類のほかにも、味醂みりんや醤油しょうゆ、塩、砂糖も置いている、多少の日常雑貨に、入口では煙草たばこも売っているという、いわゆる、何でも屋でした。それでも、創業は明治の十八年と古く、とくに百年を超える歴史があります。といっても、それほど自慢になる話でもなくて、そんな小売店が続いているというのは、それだけ、いまも美山は変わっていないということでしょう。ほかに、小間物屋があり、衣服の雑

貨屋があり、小さな散髪屋があり、八百屋があり、そしてうどん屋があり、私の家もそんな一つでした。いまのようなスーパーやコンビニは、いまだにありません。しかし、それぞれが一つ一つ専門の商品を取り扱って、競合もなく穏やかに暮らしていました。

店の名前も、○○商店とか、△△呉服店とか、それらしいものを掲げていましたが、それは屋根の上の看板だけで、実際は、そんな呼び方もされていません。どこのむらでもそうでしたが、嘉左エ門とか、小左衛門とか、治郎兵衛とか、江戸期以来の屋号があつて、それで呼ばれていました。

話はちよつと逸れますが、少し川を下つた大野や一つ山向こうの下といったむらにも、小弥太、小源太、清兵衛といった屋号も残っていて、ずいぶんむかしのことですが、幕末の農兵隊で戊辰戦争を戦つた山国隊に、家長や次三男も加わっています。いまはすっかり過疎地になっていますが、平安期には禁裏への木材の供給地として御領があつたからか、京都とのつながりも深く、江戸期にはむらの寺子屋での読み書きも普及していて、むらの名士は国学にも傾倒したのでしょうか、教育意識も高かつた。そんなむらが、美山だけでなく広く丹波にはいつぱいあつたのです。

私の家の屋号は「大矢吉」^{おおやきち}でした。父には詳しく訊く機会を失くしてしまいました。曾祖父^{おおじい}さんに吉之助という人がいたらしく、それだけで、ほかと何も変わらない、ただの酒屋でしたが、その曾祖父が、どうも、小知恵^{こちえ}というか、小回りの利^きく人であつたらしく、美山の郷土史の古い書物をいろいろあたってみると、こんな記述があつて、びつくりしました。

「現在、続いている店舗を構えた最も古い店として『大矢吉』がある。(略) 当店は、何でもあるという事で盆や正月前には遠くから弁当持ちで買ひものに来る人があり、列をつくつたとも伝えられている。(略) また、新しい品物をどんどん売るとは、やがて豆腐製造にまで手をのびし、大矢吉の豆腐は味がよいという評判を売つた」

いくら、何でも置いてあるといつても、遠くから弁当持ちで、というのはちよつといい過ぎでしょう。郷土史というものは、とかく自慢話に流れがちですから、どこまでがほんとうかわかりません。ただ、京都府から、北桑田郡での「京の老舗」^{しにせ}「第一号の認定を受けていたというのですから驚きです。店のすぐ前の街道は峠を越えれば若狭に通じ、西の鯖街道とも呼ばれて京都に通じていたから、人の行き来といつしよに物の行き来も盛んだっ

たのでしよう。明治以来の鉄道の発展が結果として農村の過疎化を招くのですが、街道の時代には美山も活気があったにちがいないと思います。

そして、そんなむらにも診療所がありました。何十箇村という広い美山にたった一つの医療機関です。伊藤盛男という医師が開いた診療所でした。だから、どんなようすだったのか気になるところです。診療所ですから、大病院のように堅苦しくもなく、なんとなく、むらのみんなの集会所のようなもので、気楽なところだったのではないのでしょうか。

落語にあるでしょ、病院の待合室でのお年寄り仲間の会話です。

「そういや、あそこのおばあちゃん、最近、見かけまへんなあ」

「へえ、あの人、病気ですねん」

なにしに病院に来ているのか、さっぱりわけのわからない話ですが、そのように、病気でなくても診療所には暇潰しひまつぶしにやってくるお年寄りで、なんとも和なごやかな雰囲気で……

と、そんなけしきだったら、私は医者にはなっていなかったでしょう。医療現場としての診療所の実状はそんなものではなかったのです。

診療所にやって来るお年寄りたちは、まっすぐ家には帰りません。その途次、大矢吉を覗いて、酒を買ったり、煙草を買ったり、そんな人がほとんどで、子どもだった私の目にも、店はけつこう繁盛していました。というのも、むかしの酒屋は、いまとちがって、店のなかにちよつとした板づくりのカウンターのような呑み場もあつて、爛壇売りといつて、一合二合と量り売りするほかに、そのへんのするめや炒り豆を肴に一杯呑ませる居酒屋という、居酒屋紛いのこともやっていました。

大矢吉も同じで、やって来るお年寄りも、やがては、酔つた流れで、酒といつしよに、仕事のことやら家のことやら、いろいろ愚痴をこぼして帰っていくのです。ところが、なかには大虎に変わるおやじもいて、診療所の先生への不満をぶち撒けます。最初は、なんだか喧嘩をしているようで怖いばかりでしたが、小学校に上がるようになると、少しずつ、話の中身もわかるようになってきました。

むかし、京都の町には「白足袋には逆らうな」という言葉がありました。無難に生きるための心得でした。白足袋とは、町の権力を好きにする、公家、茶人、僧、花街衆、そして室町商人のことでした。それが、農村では、学校の先生、お寺の和尚さん、そしてお医

者さんでした。教育や仏事同様、医療への口出しは絶対に許されません。むらでも「お医者様」と呼ばれていたほど、医者は、まさに雲上うんじょうの人、神様のような存在だったのです。

だから、まったく受け身の医療でした。いまでも地域を問わず高齢者なら、医師や医療に、同じような思いを抱いている人がいっぱいいると思います。むらのお年寄りの何気ない会話の端々はしはしに、子ども心にも、医者への遠慮や気遣いきづかが伝わってきて、こんなことで病気がよくなるんだらうか、と思ったりもしました。そんなことが、私が医療の道に入るきっかけになっていたのかも知れません。

大虎じいさんは、いろいろぶち撒けていました。いまでも死語ではありません。入院したことのある人なら心当たりがあるでしょう。病室でカーテン越しに隣の患者家族が、「先生への御礼、どうしようか」と、それらしいひそひそ話をしているのを耳にしたこともあ
るでしょう。「付け届け」といつていますが、担当医療者への謝礼金です。もちろん、むらでもあたりまえの風習になっていて、それでなくても苦しい暮らしの負担になっていたのです。

それだけではありません。毎回、処方される薬がだんだん多くなる、そのわけや、残つ

た葉の処分方法など、いろんなからくりがあることも、別のじいさんから、おもしろおかしく聞かされていきました。むらの診療所にはいろいろ秘密があつたのです。

私は男兄弟四人の末っ子で、教育熱心だった父の意向で、美山の小学校を卒業すると兄といっしょに京都市内に移り、上賀茂の農家の二階を借りて自炊しながら、中学、高校に通っていました。毎月、仕送りがありましたが、それだけではとうていやつていけません。だから、新聞配達のほかにも、高校のときは西陣近くにあつた小さな出版社でアルバイトをしていました。毎日、どさりとどさりと返ってくる返本の山、その薄汚れた本の小口の鏝こぐちの掛けやカバーの掛け替えが私の仕事でした。もちろん学校では長期休暇以外のアルバイトは禁止されていきましたから、近くのクラス仲間に顔を合わせないよう隠れるように入で入はいりするのです。

そんな高校三年の秋でした。父が病気で急に逝いってしまいました。六十二歳でした。それで、長兄は大学を出て京都市内の会社に勤めていたのですが、家業を継ぐために美山に帰ることになりました。しかし、「酒屋だけでは食つていけんから、教員免許をとつてか

らにしろ」と母に諭さとされ、そのまま京都に残り、勤めながら通信教育で教員免許をとることにしたのです。それで、その間、高校を卒業した私が家に帰ることになり、母といっしょに酒屋をやりながら、夜は、大学をめざして受験勉強をしていました。けっこうつらい時期でしたが、医療過疎地だった美山の実情を知る貴重な時間になりました。

そして翌年、長兄と入れ替わりに京都に戻って理系大学に入りました。専門は医療とはまったく別の量子化学でした。自慢じゃないですが、当時、日本にはたった二台しかなかったピコ秒レーザー装置を使った化学反応の研究で、国際学会で発表できるまでになりました。しかし、悩みは拭えませんが、そのまま残って研究を続けたかったのですが、還暦も近い母の体のことや、美山の医療のことが忘れられなかったのです。

そうして選んだのが医療の道でした。医大に入るために、塾講師や家庭教師、ほかにもいろんなアルバイトをして資金づくりに二年かかり、香川の大学に入学できたときには三十二歳になっていました。そんな息子の先行きに、母は一言、「やれるだけ、やってみたい」といつてくれました。人生の分かれ目に、いつも背中を押してくれたのは母でした。肝きんの据すわった女ひとでした。

大学は、国の一県一医大政策によってできた、後ろから二番目の医大でした。すでに、四国には、徳島、愛媛、高知にもできていて、海向かいの広島や岡山や大阪にもあったので設立も後れたのでしよう。卒業生もまだなくて実もなかつたのですが、それなりに特徴もあつて、私には魅力的な学校でした。

そして二年、冬休みで久しぶりに美山に帰った年の暮れでした。今度は長兄が、くも膜下出血で急死。四十三歳で、それも、抱きかかえる私の腕のなかで逝くという、衝撃の出来事でした。

兄は小学校の教師をしていて、期末の通知票付けに加えて家業のやりくりで無理をしていたのでしよう。体調を崩していたのに、医者にかかる時間もなかつたのでした。あの頃、診療所を受診するのは一日仕事でした。待ち時間も長く、働き盛りにはそんな暇がありません。どうして過疎地はこうなのか、私は疑問でいっぱいでした。医療、行政、住民の三者が知恵を出し合つて、考え、解決しなければならぬ、けつして人任せにすましてはいけない、と思いました。兄の死をきっかけに、医療過疎地に必要なのは、予防医学である

ことを心に刻みました。予防医学に、住民の協力は欠かせません。保健との連携が必要なのです。

医大を卒業すると、運よく教官として残ることができました。研究が好きでしたから、医学研究と医学教育の仕事も気に入っていました。いろんな最先端医学や医療の情報に触れるたびに、地域に入ってしまうと、そうした世界から疎外そがいされてしまうという不安感でいっぱいでした。PCRは、コロナ禍でよく知られるようになりましたね。あれを使った分子生物学の研究をしていました。できるときに、できる限りの最新医学に触れておこうと考えていました。

それから七年、さまざま紆余曲折があつて医大を退職、地域医療をめざして、臨床の世界に入りました。さて、どこに行くか、どこで働けるか、迷いましたが、大学の紹介には頼らず、履歴書一枚をポケットに働き口をさがしました。行政や医局の人事のしがらみに左右されていたのでは、子どもの頃からの思いがかなえられませんか。地域医療のためになる、自由な医療活動をしたいという一心からでした。

なんとか勤め口は見つかりました。西陣の堀川病院の出先機関で、ちよつと離れて賀茂川の近くにあった出町診療所でした。そこで知り合ったのが早川一光先生はやかわかすてるでした。戦後、医療に苦しんでいた西陣の零細機屋はたやで働く人たちのために住民出資の白峰診療所しらみねをつくって地域医療に専心し、「京のわらじ医者」と呼ばれた人で、この白峰診療所が大きくなって堀川病院になったのです。その頃、先生は堀川病院は退しりぞいて美山診療所で地域医療にあたっていました。診療所も、私が子どもの頃とはちがって、公設民営といつて、建物や機器などは行政が負担し、運営は民間医療者に委まかせるという方法をとっていました。従来の公設公営ではやっていけなくなつたからです。この民営化で住民の側に立つた住民参加の医療体制をつくろうとしたのが先生でした。しかし、しばらくすると先生も自分の活動が忙しくなり、そのあとを私が任まかされたのでした。

はつきりいつて、あとを継ぐのはたいへんでした。医者は神様で、住民に口出しさせない、そんな時代が長く続いた美山です。「住民参加による医療」と口ではいつても、なかなかわかつてもらえません。毎晩のように、区長会や老人クラブや婦人会に出向いて、医療への協力を呼びかけました。それが少しずつ実り、賛同者も一人二人と増え、スタッフ

として参加してくれるようになったのは一年後のことでした。ちょうど診療所の建物も古くなっていたため、新設、移転ということになり、その引越しの協力をおねがひしたのもいい機会になっていたのかも知れません。

そうして二年、診療所の専属を退いて京都に戻り、出町診療所やあちこちの内科で診療を続けました。しかし、週末は欠かさず車で美山に走り、あちこち患者宅を訪ねては在宅診療にあたりました。過疎地での医療は都会のようにはいきません。むかし、七十年代から八十年代にかけて、全国的に地域医療の重要性が叫ばれ、地方の中小都市に大病院が続々新設されました。しかし、その後の経営難で、また次々と潰れていきました。地域で医療施設を完全なものにすることなど、どだい無理なのです。美山でも同じです。手術を要する重い病気ときは設備の充実した町の大きな病院に頼るしかないので。美山でできるのは予防医療です。そのためには、住民の一人一人がどんな健康状態にあるのか、変化があればすぐに対応できるように、日々、観察し準備しておくしかないのです。

私はそれを続けてきました。といっても、別段難しいことをするわけではありません。むらのなかを点々と離れた患者宅を訪ねては、まずは、体温を測り、血圧をノートに記録

します。そして、あとは世間話や、あれこれ愚痴を聴いて帰るだけ。雨の日も雪の寒い夜も、毎週、欠かさず続けました。その賜たまものとして生まれたのが「医良」という考え方で、私の地域療養、家族看護のあり方、やり方の信条なのです。

いいかえれば、「医良」とは、私の長い医師生活、そして患者とのやりとりから生まれた、医師としての姿勢です。私の背中には、これまで看送みおくり、診てきた何百という人たちの思いがあつて、それが、私を支え、応援してくれています。そんな人たちの暮らしぶりを、その家族にも元気になつてもらうためのヒントとして紹介したのが「実例」です。といつても、最期を懸命に生きて、生きた、その姿のほんの一時を紹介できたに過ぎません。もつと伝えることができればよかったです。私の力不足です。

その意味で、「医良」は、あの何百という命の「心の声」なのかも知れません。その声をどこまで届けられるか、これからも、私の医師としての使命は限りなく続きます。

令和四年四月三日

大矢 治世

付、医学医療用語解説

1 健全者 障害者（障害を持った健全者のこと）や病者に対する表現で、特定の慢性疾患を抱えず、日常生活行動にも支障のない人のこと。通常、大人についていわれ、子供の場合は「健全児」。

2 生活習慣病 食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因になる疾患の総称。一九九六年頃から使われるようになった用語。以前は成人病といわれていた。脳卒中、^が癌、心臓病を生活習慣という要素に着目して捉え直した用語。

3 認知症 一度、正常に達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態。それ自体が一つの病気というわけではなく、脳の障害によって引き起こされた状態（病態）をいう。

4 在宅医療 担当医師をはじめ、歯科医師、訪問

看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、ケアマネジャー、ホームヘルパーなど、多くが連携して定期的に患者の自宅などを訪問し、チームとして患者の治療やケアを二十四時間対応で行なう医療活動。

5 ADL (activities of daily living) 食事、更衣、移動、排泄、整容、入浴など、日常生活動作や、生活を営む上で不可欠な基本的行動。

6 糖尿病 インスリンの作用が不十分なためにブドウ糖が有効に使われず、血糖値が高くなっている状態のこと。放置すると全身にさまざまな影響が出る。

7 基礎疾患 慢性疾患などで合併症を併発したり、他の疾患への罹患時^{りかん}に重篤化しやすいなどのリスクをもつものをいう。慢性呼吸疾患、高血圧症、糖尿病などがこれにあたり、持病ともいう。

8 管理栄養士 管理栄養士は、厚生労働大臣の免

許を受けた国家資格を持っている。病気を患っている人や高齢で食事がとりづらくなっている人、健康な人それぞれに合わせて専門的な知識と技術で栄養指導や給食管理、栄養管理を行なう。一方、栄養士は都道府県知事の免許を受けた資格で、主に健康な人を対象に栄養指導や給食の運営を行なう。

9 在宅医 在宅医療を専門にしている医師のこと。

10 肝臓癌^{がん} 肝臓に発生した悪性腫瘍の総称。悪性腫瘍は、生体内の自律的な制御を受けずに勝手に増殖するようになった細胞集団、つまり、腫瘍のなかでも、とくに周囲の組織に浸潤^{しんじゆん}、または転移を起こす腫瘍のことで、癌とも呼ばれ、死亡につながることが多い。

11 終末期 病気が治る可能性がなく、数週間から半年程度で死を迎えると予想される時期をさす。終末期の患者に対する看護はターミナルケアと呼ば

れ、その目的は、延命ではなく、死を目前にした患者の身体的精神的苦痛を和らげ、生活の質を向上させることにある。

12 胃瘻造設^{いろうぞうせつ} 内視鏡を使って腹部に「小さな口」をつくる手術のこと。その口を胃瘻といい、取り付けられた器具を胃瘻カテーテル（カテーテルとは管、チューブのこと）という。口から食事のとれない人や、食べてもむせ込んで肺炎などを起こしやすい人に、直接、胃に栄養を入れる栄養投与の方法。欧米で多く用いられている長期栄養管理法で、鼻からのチューブなどに比べ、患者の苦痛や介護者の負担が少なく、喉などにチューブがないため、口から食べるリハビリや言語訓練が行ないやすいというメリットがある。

13 誤嚥性肺炎^{ごえんせいへんえん} 物を飲み込む働きを嚥下機能^{えんげ}といい、口から食道へ入るべきものが気管に入ってしまう

うことを誤嚥といっている。誤嚥性肺炎は、嚥下機能障害のために、唾液や食べ物、胃液などといっしょに細菌を気道に吸引することによって発症する。

14 訪問診療 病院に通院することが困難な患者に対し、医師が定期的に自宅を訪問して診療するサービス。訪問は大きく分けて二種類ある。診療計画を立て医学管理のもと定期的に患者宅を訪問し、定期的計画的に健康管理を行なうのが訪問診療。一方、計画的な訪問だけでなく、たとえば、急に体調が悪くなったときや何か突発的な症状があらわれたときに、患者や家族の要請に応じて診察に向くのが往診。ともに医師が患者宅を訪問して診療する点では同じだが、少し意味が異なる。

15 ホームヘルパー 介護保険法に基づいて訪問介護を行なう訪問介護員のこと。通称、ホームヘルパー、略してヘルパーと呼んでいる。

16 ケアマネジャー 二〇〇〇年に施行された介護保険法によって生まれた資格。介護支援専門員。介護を必要とする人や家族のニーズを把握し、最適なケアプランを作成し、適切なサービスを受けられるよう自治体や事業者などと連携して活動している。

17 延命治療 疾病の根治こんじではなく延命を目的とした治療のこと。対症療法の一つで生命予後不良で根治が見込めない患者に対し、人工呼吸や輸血、輸液などによって延命を図ることを目的にしている。医療技術の発達によって、意思疎通が不可能な状態で生命だけを維持することが可能になったが、クオリティ・オブ・ライフや尊厳死の観点から、そうした治療を見直す議論が起こっている。

18 医療過疎地 交通条件や自然、経済、社会的条件に恵まれていない山間地や離島などの地域で、かつ、医療を確保することが難しい地域のことをいう。

19. **ピコ秒レーザー装置** 一兆分の一秒単位のレーザー光線が照射できる機器のこと。

20. **予防医学** 健康障害の予防と健康異常の進展の防止のすべての段階を含む医学をさす。具体的には、疾病の発生、経過、分布、消長と、それに影響を与える原因を研究し、疾病の予防や、病気になるにいくい心身の健康増進をはかるための学問で、狭義には「病気になることから治すことで、病気になるにいくい心身をつくる。病気を予防し、健康を維持する」という考え方に基づいている。

21. **PCR (Polymerase Chain Reaction)** 「ポリメラーゼ連鎖反応」のことで、生物の遺伝情報をもつDNAを複製して増幅させる方法のこと。これを利用すれば、ごく微量な検体（血液、組織、細菌、ウイルスなど）であっても、そこに含まれるわずかなDNAから特定の配列だけを短時間に増やすことで、

目的の微生物や遺伝子配列の存在を知ることができ。この特性を活かして、体内や食品などに潜む細菌やウイルスを検出する。遺伝子の研究や、DNA鑑定など幅広い分野で利用されている。

22. **分子生物学** さまざまな生命現象の実体を分子レベルで把握し解明しようという立場で、現代生物学の中心分野になっている。

23. **臨床** 実際に患者に接し、診察や治療を行なう現場または学問のことで、患者に接し、診察、治療を行なうことをいう。対義語は「基礎」で、細胞やマウスなどの実験動物を相手に実験を行なう現場または学問のことをさす。場合によって、臨床研究、基礎研究、臨床医学、基礎医学と使い分けている。

24. **地域医療** 病院などの医療機関での治療やケアの枠組みにとらわれず、地域住民が安心して暮らすことができるよう、地域住民の健康を支える医療体

制のことをいう。現在は、在宅療養や地域に住む高齢者、障害者への支援活動、妊婦への保健指導や相談、子育て支援なども行なわれている。

25 要介護 介護保険を利用するために必要なもので、字義通り、介護が必要という意味で、心身の状態に依じて「要支援1〜2」「要介護1〜5」という七段階に分けられている。要支援は要介護よりも軽度の状態。どの段階かによって受けられる保険サービスの内容も変わってくる。要介護状態区分は身体の場合や生活環境などによって異なり、主治医意見書の内容や審査会での考慮によって決められる。

26 前立腺肥大症 前立腺は男性にしかない生殖器の一つで、前立腺液といわれる精液の一部をつくり、精子に栄養を与えたり、精子を保護する役割を持っている。前立腺肥大症を発症する明らかな危険因子

は加齢^{かうれい}だが、ほかにも、遺伝的要因、食生活、肥満、高血圧、高血糖、脂質異常などがあげられる。前立腺は直腸と恥骨^{ちこつ}の間にあり、膀胱^{ぼうこう}の出口で尿道を取り囲んでいる。そのため、前立腺が肥大すると尿道が圧迫され、頻尿^{ひんにょう}、夜間頻尿、排尿遅延、残尿感、尿勢低下など、さまざまな症状が現われる。

27 白内障 水晶体が年齢とともに白く濁^{にご}って視力が低下する病気。水晶体は、目のなかでカメラのレンズのような働きをする組織で、外からの光を集めてピントを合わせている。通常は透明な組織だが、白内障では白く濁^{にご}ってしまうため、集めた光がうまく眼底に届かなくなり、視界が全体的にかすむ、視力が低下する、光をまぶしく感じる、暗いときと明るいときで見え方が異なるといった症状が起こる。

28 胃潰瘍^{いはいよう} 潰瘍とは、皮膚や粘膜のただれがさらに悪化し、表面だけでなく内奥まで破壊されてし

まった症状のこと。胃潰瘍とは、何らかの理由で胃

の粘膜に傷がついたあと、胃酸などの攻撃によって穴が開き、傷が粘膜の下にある粘膜下層や筋層などの深部に達し、胃の壁の内側にくぼみ状の病変が生じた状態をいう。原因としては、幼少時から胃のなかに棲みつき、持続的に胃の粘膜を障害するピロリ菌や、NSAID（ロキソニンなど）といわれる鎮痛解熱薬の影響によるものがある。ほかにも、ストレス、刺激物の過剰摂取や暴飲暴食、胃腸炎などにもなう細菌・ウイルス感染、過労などがあげられる。

29 脳卒中 脳の血管が詰まったり破れたりすることで、脳が障害を受ける病気。発症すると、身体機能や言語機能が失われたり、場合によっては死に至ることもある。脳の血管が詰まる「脳梗塞」や、血管が破れる「脳出血」「くも膜下出血」も脳卒中に

含まれる。

30 心筋梗塞 心臓（心筋）が酸素不足になり壊死する病気。心筋を取り巻いている冠動脈は心臓に血液と酸素を送っているが、これが動脈硬化で硬くなり、コレステロールなどが沈着すると血液の通り道が塞がれ、心筋に血液を送ることができなくなる。そのため、心筋が酸素不足になり、心筋細胞が壊死を起こす。

31 床ずれ 褥瘡。マットや布団、車椅子などと接触する部分の皮膚は、長時間、続けて圧迫されると血流が悪くなる。その結果、皮膚や皮下組織、筋肉などへ酸素や栄養が行きわたらなくなり、その部分の組織が壊死し、皮膚潰瘍を発症する。

32 収縮期血圧・拡張期血圧 収縮期血圧とは心臓が収縮したときの血圧。血液が心臓から全身に送り出された状態で、血圧がもっとも高くなるため、最高

血圧（上の血圧）とも呼ばれる。血圧値は血管の硬さ（血管抵抗）と血液量（心拍出量）によって決まる。血液の粘度が高くなったり、血管が硬化したりすると、血液が流れにくくなり、血管壁にかかる圧力が高くなる。一四〇ミリHg以上で高血圧と診断される。一方、拡張期血圧は心臓が拡張したときの血圧。全身を循環する血液が肺静脈から心臓へ戻った状態で、血圧がもつとも低くなるため、最低血圧（下の血圧）とも呼ばれる。九〇ミリHg以上で高血圧と診断される。

33 高脂血症 二〇〇七年に「脂質代謝異常症」と名称が改められた。中性脂肪やコレステロールなどの脂質代謝に異常をきたし、血液中の値が正常域を逸脱した状態をいう。動脈硬化の主要な危険因子で、放置すれば脳梗塞や心筋梗塞などの動脈硬化性疾患の原因になる。

34 痛風 尿酸が体に溜まり、結晶になって激しい関節炎をとまなう病気。放置すると激しい関節の痛みを繰り返したり、体のあちこちに結節ができたり、腎臓が悪くなったりする重大な病気でもある。痛風が起きる前に血液の尿酸値が高い状態が長く続く。これを高尿酸血症という。放置すると、突然、足の親指の付け根などの関節が赤く腫れて痛み出す。痛みは耐えがたいほど激烈で、発作的症状なので痛風発作と呼んでいる。

35 鬱病 精神的ストレスや身体的ストレスなどを背景に、脳がうまく働かなくなっている状態。一日中、気分が落ち込んでいて、何をしても楽しめないといった精神症状とともに、眠れない、食欲がない、疲れやすいなどの身体症状があらわれ、日常生活に大きな支障が生じる可能性がある。ものの見方や考え方が否定的になる。

36 閉じ籠もり 広義には外出頻度の極端に低い生活態度をさす。高齢者の生活空間の狭小化について

説明すると、人は高齢期に入ると、体が思うように動かなくなるなどの身体的な要因や、社会的役割を喪失したと感じるなどの心的要因、立地や経済的なゆとりがないなどの環境的要因によって、自ら活動範囲を狭くしてしまう場合がある。こうして自宅に閉じ籠もり、社会的孤立状態が続くと、孤独感やストレスが高まり、鬱病や認知症の発生リスクが高くなる。

37 嚥下障害 食べ物を食べるときには、それがどんな食べ物なのかを正しく認識し、その硬さに合わせて噛み、飲み込んで胃に送ることができるが、そうした一連の動作のうち、どこか一つでもうまくできなくなることをいう。食べ物をうまく飲み込めないと食事がとりづらくなるため、「低栄養や脱水を

起こす」「食べ物が喉に詰まって窒息する」といった危険があるほか、高齢者の命を脅かす病気「誤嚥性肺炎」を引き起こす原因にもなる。

38 骨粗鬆症 骨の量（骨量）が減少し、骨の強度が低下して、骨折するリスクが高くなる病気。骨のなかがスポンジ化して脆くなり、ちよつとしたことでも骨折する。高齢化とともに増加する。

39 関節炎 関節内に炎症が起きる病気。原因は多岐にわたり、リウマチなどの関節に炎症を生じる病気や、外傷、関節の変性、細菌感染などがあげられる。全身のさまざまな関節に起こる。そのため、原因や発症部位によって症状は大きく異なり、治療法にもちがいがあするため、正確な診断が必要。

40 狭心症 虚血性心疾患の一つ。心臓の筋肉（心筋）に酸素を供給している冠動脈の異常（動脈硬化、けいれんなど）による一過性の心筋の虚血のため、胸痛

胸部圧迫感などが主症状。完全に冠動脈が閉塞したり、著しい狭窄が起こって心筋が壊死してしまった場合は「心筋梗塞」という。

41 心不全 病名ではなく、心筋梗塞や心臓弁膜症、心筋炎など、心臓のさまざまな病気や、高血圧などが原因で起きる症状のこと。全身に血液を送り出す心臓のポンプ機能がうまく働かず、全身の血液循環が滞ってしまふ。「急性心不全」と「慢性心不全」に分けられる。

42 慢性閉塞性肺疾患 代表的な慢性呼吸器疾患の一つで、肺胞の破壊や気道炎症を引き起こし、緩徐進行性および不可逆的に息切れが生じる病気。多くの場合、咳嗽や喀痰も見られる。原因の一つに過度の喫煙があるため「タバコ病」とも呼ばれている。

43 動悸 心臓の拍動（心拍、どきどきという動き）に敏感になって、不快感や違和感を自覚する状態をい

う。脈拍が速くても、遅くても、ふつうであつても、脈拍がいつもとちがうだけで動悸と表現されるので、どのような動悸なのかポイントになる。

44 酸素療法 室内空気より高い濃度の酸素を投与すること。これを自宅で実施することを在宅酸素療法という。酸素は生体内で生命維持に必要なエネルギー代謝に利用される。しかし、呼吸器系の病気で慢性的に血液中の酸素が不足する場合がある。酸素不足になると、息切れして運動不足になり、呼吸筋や手足の筋肉がなくなるため、呼吸がうまくできなくなる。呼吸機能が低下し、酸素不足が進行すると心臓にも負担がかかり弱ってしまうこともある。酸素吸入によつて、酸素不足による身体機能の低下を改善する。

45 経管栄養 胃や小腸にチューブを挿入し栄養や水分を補給する方法。経口摂取が困難な重症患者の

栄養管理などにも使われる。腸に障害があり栄養の吸収が難しい場合を除き、腸を使って栄養を摂取するのがよいとされている。経管栄養の投与方法には、経鼻からの投与、胃瘻、腸瘻（ちようろう）などいくつか種類がある。経鼻チューブか、胃瘻、腸瘻にするかどうかの選択は、経腸栄養療法を実施する期間によって決定する。

46 **緩和ケア** （かんわ） 生命（人生）を脅かす疾患によってさまざまな問題に直面している患者とその家族のQOL（Quality of life）つまり、生活や人生の質を改善するアプローチのこと。病気による身体的心理的社会的問題を早期に見出し、的確に評価し対応することによって苦痛を予防し和らげ、患者とその家族のQOLを向上させる。

47 **老老介護** 六十五歳以上の高齢者が同じ六十五歳以上の高齢者を介護している状態をいう。在宅介

護のなかでも老老介護の割合は年々増加していて、高齢化社会の大きな問題になっている。

48 **認知介護** 認知症の人が同じ認知症の人を介護している状態のこと。ともに認知症のため、介護どころではないこともある認知介護は、介護放棄や虐待などに発展して事件や事故を起こす怖れもある。高齢者が二人きりで暮らしている場合、家族や周囲が気づかないまま、老老介護から認知介護に移っていることもある。

49 **流動食** 食形態の一つ、液状になっているため、嘔（か）まなくても食することができる。消化がいいので、治療食として使用されるほか、乳児や高齢者の食事として使われる。嘔む力のない人でも食することができるので介護食の一つになっている。

50 **デイサービス** 介護を必要とする人が自宅での生活を続けながら、日帰りで施設に通って介護保険

サービスを受けること。「通所介護」とも呼ばれ、基本的に施設と自宅を往復する送迎サービスが行われる。自立した生活を送るためのサポートが受けられるだけでなく、介護者である家族の精神的肉体的な負担を減らすことにも役立つ。

51 経鼻経管栄養 鼻の穴から胃まで管を通し、栄養をとる方法のことをいう。食べ物を飲み込む力が衰えている人や病気の影響で十分な栄養がとれていない人に対して実施される。手術が不要なため、入院中などに一時的に行なうことも多く、口から食べる力が回復すればすぐに止めることができる。

52 ソーシャルワーカー 病気や障害、老化による機能低下などによって生活に問題を抱える人やその家族に対して、適切な助言や支援を行なう人のこと。国家資格である社会福祉士や精神保健福祉士をさす場合が多いが、必ずしも資格が必要というわけでは

ない。また、介護施設では「生活相談員」、病院では「医療ソーシャルワーカー」と呼称も異なる。

53 摘便 自然排便ができない人、麻痺があるなどの理由で腹圧がかけられない人、脊損や直腸機能障害のある人に対して、便を手で掻き出すケア。肛門の手前で硬い便が蓋をしてしまつて排泄ができないといったケースでよく実施される。

54 シリンジ 注射器のうち注射針またはプランジャ（押し）以外の筒状の部分のこと。一般的な注射器では、液体を保持する機能をもつ部分にあたる。ガラス製と樹脂製のものがあり、現在はデイスポーズブル用途として樹脂製のものが主流。

55 修活 人生を「生老病死」の四文字にたとえると、人生百年時代の現在は「老」の時間が長くなつていく。その長い時間をいかに送るか、自分らしく過ごせるか、そのための活動のことで、私の造語。一般

的には「終活」といわれているが、それとは別の意味で使っている。一定の学業や課程を終えることを「修了」というように「人生を修める」という意味。

56 終活 「人生の終わりのための活動」の略。自らの死を意識して、人生の最期を迎えるためのさまざまな準備や、そこに向けた人生の総括を意味する言葉で、死と向き合い、最後まで自分らしい人生を送るための準備のことをいう。死後の手続きにかんする希望なども含む。

57 エンディングノート 人生の最後Ⅱライフエンディングについて記すノートのこと。もしものことがあった場合に備えて、家族や大切な人に伝えたいことを書き記しておくもので、書店で販売されているものや無料配布されているものもある。「エンディングノート」と聞くと、死をイメージする人が多いが、エンディングノートは「死に向かう」ためのも

のではない。人生を振り返り、自分を見つめ直し、今後に生かすために頭の整理をする便利ツールという側面もある。

58 利尿剤 心不全や高血圧の治療に使われる医薬品。尿量を増加することによって、体内の不要な水分を排出し、むくみを改善する効果がある。

59 不整脈 心臓の脈拍が、正常とは異なるタイミングで起きるようになった状態のこと。脈が速くなる「頻脈」、脈が遅くなる「徐脈」、予定されていないタイミングで脈が生じる「期外収縮」がある。不整脈の緊急度や治療方法は千差万別で、緊急性はなく放置しても問題のないものがある一方、命にかかわる不整脈もある。この場合は、積極的な治療介入が必要になる。

60 一過性脳虚血発作 脳の血流が一時的に悪くなり、脳梗塞のような症状があらわれる病気。症状は

数十分で消えることが多いが、二日以内に本格的な脳梗塞を起こす可能性が高い危険な病気。原因に応じた適切な治療を早期に開始すれば、脳卒中発作を防ぐこともできる。症状が消えても軽視せず、ただちに専門の医療機関を受診する必要がある。

61 パーキンソン病 脳の異常のために、体の動きに障害があらわれる病気。現在、日本には約十五万人の患者がいるといわれる。高齢者に多いが、若年でも発症することがある。中脳の黒質にあるドパミン神経細胞が減少し、つくられるドパミンが減少するため、体の動きをスムーズに制御できなくなるために、体の動きが減少する。神経の病気。まだ原因が詳しく解明されていない。主な症状は、ふるえ、動作緩慢、筋強剛、姿勢保持障害などで、ふるえは静止時の振戦ふるえが特徴で、座つて膝の上に手を置いているときなどに起こる。

62 粘滑表面麻酔剤 潤滑剤と、粘膜の表面の麻酔

効果を兼ね備えたゼリー状の薬剤。塗布した部位にのみ表面麻酔の効果があり、鎮痛剤としても使用されている。

63 穿刺せんし吸引細胞診 乳房のしこりの診断には、その部位の細胞や組織を取って詳しく調べる必要があるが、細胞を取って染色し顕微鏡で観察することを「細胞診」といい、組織を取って染色し顕微鏡で観察することを「組織診」という。この乳房の細胞診に「穿刺吸引細胞診」がある。しこりに針をさし、細胞をシリンジで吸引、採取して調べる。

64 病識びょうしき その人が病的な状態にあることを自分で認めていること。病的な状態にある人が、自分が病気であることを自認していることを「病識がある」といい、一方、病的な状態であるにもかかわらず、自分が病気であることを認めていない状態を「病識がない」(病識欠如)という。

65 腋窩のリンパ節腫脹 えきか しゅちよう リンパ節腫脹とは、全身

のリンパ節の一部が一センチを超えて腫大すること。体の表面にあつて触れやすい頸部や腋窩、鼠径部などの腫れは自覚できるし、体の深部にあるリンパ節の腫大はCTなどの画像で指摘される場合もある。体には血液の流れのほかにリンパ液の流れがある。腋窩リンパ節腫脹は乳癌の転移としてよく知られる。

66 腫瘍マーカー 癌の進行とともに増加する生体内の物質で、癌の種類によって特徴的につくられるタンパク質などのこと。癌の有無や癌がある場所は腫瘍マーカーの値だけでは確定できないため、画像検査などの検査結果も合わせて、総合的に判断する。腫瘍マーカー検査は、癌の診断の補助や、診断後の経過や治療の効果を診るために行なう。

67 滲出液 しんしゅつえき 傷の表面から滲み出てくる透明、ある

いはやや黄色っぽい体液のことで、炎症によって血管壁の透過性が上昇して洩れ出たもの。

68 多職種連携 異なった多くの専門職の人が互いに連絡をとり協力しながら同じ目標に向かって活動すること。医療介護職には次のような職種がある。医師、看護師、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、ケアマネジャー、管理栄養士、薬剤師など。少し意味合いが異なるが他職種連携という言い方もある。

おおよはるよ
大矢治世

昭和二十六（一九五二）年、京都府北桑田郡美山町生まれ。小学校卒業後、京都市内に移り、加茂川中学、紫野高校を経て京都工芸繊維大学入学。工学修士。その後、香川医科大学医学部（現、香川大学医学部）に進み医学博士学位を取得、終身、地域医療に専念する。

断わり

この作品は、わたしが原稿を預かり編集、先年、某出版社から刊行の予定でしたが、コロナ禍による出版事情の悪化のほか担当編集者の退職によつて中断のまま、本年十月、著者が急逝。地域医療と「老い」の生と死に真摯に向かい合つた心温かい「医良」の記録で、ほんとうにいいものを遺してくれたとむかしをふりかえり、閑却に堪えず、私家電子本としてまとめました。亡き朋も許してくれると思つています。(二〇二五年十二月、倉部きよたか)

医療は人を救えない 最期まで元気に生きる「医良」のすすめ

二〇二五年十二月三十日 発行

著者 大矢治世

発行 倉部きよたか

© Ohya Haruyo