

—特集 [総合診療を考える]—

尊厳生 (そんげんせい)

～住み慣れた地域・自宅で最期まで自分らしく
老いることができる社会を創造するために～

伊藤 憲祐^{1,2,3} 矢澤 聡^{1,3,4} 秋山 健一^{1,5} 本田 徹^{1,2,3}¹あやめ診療所²NPO 法人シェア = 国際保健協力市民の会³NPO 法人プライマリ・ヘルス・ケア研究所⁴慶應義塾大学医学部泌尿器科学教室⁵日本医科大学医療管理学教室

Life with Dignity

—Creation of a Society Where People Can Age in Familiar Communities and
Their Own Homes, with Their Individuality Respected Until the End—

Kenyu Ito^{1,2,3}, Satoshi Yazawa^{1,3,4}, Kenichi Akiyama^{1,5}, Toru Honda^{1,2,3}¹AYAME Clinic²NGO Services for the Health in Asian & African Regions (SHARE)³NPO Primary Health Care Institute (PHCI)⁴Department of Urology, Keio University School of Medicine⁵Department of Health Policy and Management, Nippon Medical School

Abstract

Japan is a country at the forefront of the super-ageing society. Currently, Japan has the longest life expectancy in the world with an average of 83 years of age, and in 2015, twenty-five percent of population will be over 65 years of age.

Zaitaku (home care) Medicine, which was developed in Japan, is a style of home care and medical practice that integrates medicine and welfare. In an era where external environment is changing so rapidly, Zaitaku Medicine can become a powerful tool in solving the problems that arise from future unprecedented society. Zaitaku Medicine is important because, in a super-ageing society, the goals of medicine change dramatically from curing diseases and saving lives to that of supporting daily life and living of patients. We are living in times where medicine will share the same goals as welfare. Medicine and welfare will no longer be coordinated, but rather become integrated with each other.

Zaitaku Medicine is deeply rooted in the ideas of Primary Health Care (PHC) and Aging in Place (the ability to live in one's own home and community safely, independently, and comfortably, regardless of age, income, or ability level), and places emphasis on Death education. While medical treatment in hospitals is lead by doctors and done intensively,

Correspondence to Kenyu Ito, MD, AYAME Clinic, 3-32-3 Ryusen, Taito-ku, Tokyo 110-0012, Japan

E-mail: kenyu.i@nms.ac.jp

Journal Website (<http://www.nms.ac.jp/jmanms/>)

Zaitaku Medicine places patients and their families at its center, and its ideas correspond with the values of Bioethics, which began as a patients' rights movement. The spirit of Bioethics later evolved to concept of values such as Informed Consent and American Hospital Association Statement on A Patient's Right Bill (1972), and also includes the value of Health for All (a PHC strategy of WHO to promote health). With that respect, the value of Zaitaku Medicine and Bioethics is deeply connected with PHC.

In order for patients to achieve "life with dignity", a coined opposite term for "death with dignity", Death education for medical students is indispensable. Other requirements include shifting emphasis to the community and daily life, constructing a new type of care and system that incorporates medicine and welfare and implementing coordination between specialists. Zaitaku Medicine is exactly what will serve as the foundation for these measures. The new 21st-century model of medicine and its systems will be lead by Japan's Sanya district, which is the microcosm of future Japan.

(日本医科大学医学会雑誌 2015; 11 120-124)

Key words: aging in place, bioethics, death education, primary health care (PHC), zaitaku (home care) medicine, Sanya

1. 自己紹介と「山谷」を活動拠点に選択した理由

私は東京都台東区にある「山谷」地域¹⁾で在宅医をしています。また、同地区の城北労働福祉センターにおける無料健康相談などボランティア活動も実施しています。「山谷」²⁾は通称ドヤ街と呼ばれ、かつては日雇労働者が多く住む貧困地域として有名でした。しかし近年は高齢化が急激に進み、福祉の町としても知られるようになりました。「山谷」の高齢化率はわが国の数十年後の状態³⁾を表しています。そのため、「山谷」における医療課題を解決することは、超高齢社会を迎えるわが国における試金石になるはずで、「山谷」における取り組みがわが国の未来を創造する、と言っても過言ではないでしょう。また同時に、日本を追走して高齢化が進む世界の国々に対しても、「山谷」での取り組みを通して各国の医療課題に対する解決策を提示することができるのではないか、と考えています。これからの時代、世界全体が超高齢化に進む²⁾ことを考えれば、超高齢社会における地域医療、特に在宅医療は、ある意味では医療における最先端分野であると考えられます。われわれはその確信のもと、日々活動に取り組んでいます。

私が在宅医療に興味をもったきっかけは、国際医療保健 NGO に関わったことに起因します。本来であれば最も医療を必要とする人ほど医療を受けられない³⁾海外の壮絶な現状を目の当たりにしたこと、またわが国の地方における医療格差に驚いたことなどから、医

療問題の原因は社会構造そのものの歪みにあるのではないかと考えました。その後、社会起業家やNPO、行政の社会における役割などについて興味を持ち、国内外のビジネススクールで学ぶ機会を得たことも現在の「山谷」における活動に強く影響しています。

2. 病院と在宅医療の違い

本稿の読者には大学病院勤務医が多いことを考え、あえて問います。そもそも病院と在宅医療の違いはどこにあるのでしょうか？いろいろな説明ができると思いますが、私は病院とは医師が中心になって大量の資源を集約的に投入して主に急性期のケアをおこなう場所、と考えています。つまり、社会が病院に求めているのは、いかに効率よく病気を診断・治療し、退院させるか、だと思います。

一方、在宅医療の対象となるのは慢性期疾患であり、すべての中心は患者と家族になります。在宅医は病を診るだけではなく、個々の家庭の生活状況や経済状態、家族の歴史、患者の価値観やこれまでの生き方まで含めた多様なことに配慮します。

そして、患者ケアを効率よくおこなうためには、生活環境も含め在宅チーム⁴⁾の支援がどうあるべきか、を関係者全員が一緒に考えながら、医療をおこないます。

このように、同じ医療という言葉で表現されてはいても、病院と在宅医療では患者に対するスタンスや提供するソリューションがかなり異なるという認識が重

要です。ただし、近年は病院においても、患者に寄り添った在宅医療の価値観がインフォームドコンセントや「患者の権利章典」という形となって定着してきました。(バイオエシックスのバイオニア木村利人早稲田大学名誉教授によれば、「患者の権利運動としてはじまった」バイオエシックスの考え方や価値観がインフォームドコンセントや「患者の権利章典」となり、米国市民社会にコンセンサスとして根づいていった。このバイオエシックスの精神は「すべての人のいのちの尊重・平等」という価値観においてプライマリ・ヘルス・ケア⁵⁶と深くつながっている⁷⁻⁹。)

3. 私は死と如何に向き合うべきかが分からない 在宅医だった

在宅医となった当初、私は患者さんの死を受容することができず、看取りをどのようにおこなうべきか苦悩する日々が続きました。その原因のひとつは、私が病院と在宅医療の特徴の違いを明確に理解できていなかったからだだと思います。私は大学病院では循環器を専門としていました。循環器疾患の特徴は、急性心筋梗塞など致命的な状態からでも治癒または軽快する患者さんが比較的に多いことがあげられます。一方、在宅医療では慢性期疾患の患者さんが多く、特に末期癌と対峙すると必ずその先には死が待っています。私は恩師である本田徹医師⁵⁴とともに貧困地区の往診に携わったことがきっかけで在宅医の道を歩みはじめました。しかし、当初は常に死と直面せざるを得ない「癌」という病に向き合うことがつらい、という部分が心のどこかにありました。死といかに向き合うべきか、その心の準備を十分せず在宅診療所の医師となってしまったのです。

4. 様々な患者と家族、そして価値観が多様化している 現実と対峙

私は小・中・高と公立学校で学んだため、多様な環境の友人達と交流してきた自信がありました。しかし、「山谷」地域で在宅医を始めた直後、その自信はもろくも崩れ去りました。シロアリ被害で畳を踏むと10 cm以上もへこむ家、3畳のドヤやベッドハウスで生活する人々。海外にも劣らない貧困環境で想像を絶する生活をされている人々が国内、それも都内にいらっしゃるということを知りました。

その後、在宅医を続けることで、セーフティネットといわれる社会資源(様々な社会制度⁵⁵や地域包括支援センター、NPO、民生委員、宗教団体の婦人部、社会福祉協議会、コンビニなど)の存在価値が理解でき

るようになりました。

また、貧困・孤独(身寄りなし)・独居・老い・疾病という五重苦と懸命に向き合う人々の多さに驚愕するとともに、その背後にある複雑な家族関係や社会の歪みを痛感することもできました。死を迎えつつある患者さんと家族をどう支援していくべきかを考える機会を得て、様々なことを感じました。例えば、家族関係の多様化・希薄化に伴い、患者背景が多様化し深刻化しています。これまでのような自然発生的な親族間の支え合いは消失し、生活支援がますます困難になっています。

私としては、このような複雑な時代の複雑な地域において、常に現状把握をおこないながら、課題を設定し、解決するよう心がけています。これこそが「山谷」地域における支援の醍醐味であるとも感じています。課題設定は、患者一人ひとりがかけがえのない存在であり、患者が今、社会や家庭の中でどのような状態なのか、を知るところから始まります。つまり、患者の「存在」の尊重がされている境遇なのかを見極めることが大事なのです。その後、患者のプロファイリング、つまり患者は独居なのか? 親族はいるのか? 遠方なのか? 連絡はどのくらいの頻度でとっているのか? 患者自身の病や健康状態についての理解と受容は患者および親族はできているのか? などについて把握します。さらに、患者は精神的な困窮状態(あきらめや弱気が支配しているような状態)なのか、人間関係の困窮状態なのか、経済的な困窮状態なのかを患者と信頼関係を構築しながら洞察していくのです。

このように、往診で目の前に展開する複雑な事象をつかんで、現状把握をおこないながら、課題を設定し、それを解決する。そのためには社会の常識や既存の価値にとらわれない、多様かつ多面的な思考プロセスを活用できる思考能力が必要です。そして、それを訓練していく必要性を感じています。また、日々の同志とのコミュニケーションにより、地域の共同性を尊重しながら、継続した協働をおこなっていくこと、つまり、個を支える地域を育てていくことが必要なのです。

結局、「地域として一緒にやってみましょう」という仲間の存在に医師は支えられてこそ、真の在宅医療と豊かな支援や看取りが可能になると思います。まわりの皆様の支えなしには何もできないことを理解することが在宅医のスタートなのです。私は本当に多くのことを患者の支援や看取りなど日々の診療を通じて学ばせて頂いております。

5. 死に対する既存の価値観からの脱却

一方で、在宅医療を始めた当初は「死を受け入れることは負けだ」という感覚がどこかにありました。病院勤務時には当然だと思っていた「社会的な刷り込み」です。しかし、その考えが変わる個人的なきっかけがありました。悩みながらも多くの看取りを実施していたこの時期に、自分自身が心臓の手術を受けるために1週間入院することになったのです。可能性が低いことは知りつつも「死ぬかもしれない」とネガティブに考える自分がいて、残された家族のことを心配しました。この時期は「お坊さんになれば死についてのこの違和感から抜け出せるのではないか」と思うなど常に精神的に追い込まれていました。当時は高僧の主治医になっていたこともあり、その方に僧侶になる相談までしました。しかし、ある意味ではすべてから解放され何も出来ずに大学病院のベッドで横たわっていると、ふと「生き抜くことは死ぬことにつながっているのではないか」という考えが頭の中に浮かんできたのです。これまでは、このように「死」について真剣に向き合ったことはありませんでした。この入院中、「死」を意識すればするほど「生」という意識が明確になりました¹⁰。私はこの入院を通じて魂が欲している生き方をする決意が素直にできるようになったのです。

私が往診をする「山谷」地域では、生活保護患者が亡くなっても火葬場でお経をあげることはできません。経済的な理由で許されていないのです。それを不憫に思うある僧侶がボランティアでお経をあげてくれました。人々に寄り添うその僧侶との出会いは、私にとって素晴らしいものでした。彼は在宅医療をおこなう上での不可欠な社会資源のひとつになったのです。30代のその僧侶はかつて世界中のホスピスをまわり、ボランティアで数千人の癌末期患者の看取りをおこなったそうです。そして、国や地域、文化、風習などにより多様な看取りがあること、一部の地域では死は人が神に近づく、つまり天国に行くという考えをする、ということを知ったそうです。私自身、看取りがあるとお祭りをする地域があることを知りました。「おつかれさま、良かったね。最高の人生だったね。」という声かけを死者に対しておこなう地域が少なからずあることに驚きました。そして、死を皆で喜ぶものとして受容できないか、と考えるようになりました。この僧侶との出会いは、私が看取りや死に対する考え方のパラダイムシフトを起こすきっかけになったのです。

6. 尊厳をもって生き抜くことの大切さ

個人的な入院体験と僧侶との出会いは、私自身の考え方を変えました。残された時間を患者と家族にとって最高の日々にしてもらうために何ができるのか？つまり生きることを楽しんでもらうためにわれわれは何ができるのか？このことを支援チームで相談するようになりました。支援チームとしても悔いのないケアをおこなうために何を準備すべきであるか、についてさらに考えるようになりました。

支援といっても、患者さん一人一人、個別具体的に異なります。老衰に近づいている認知症が進行した患者は、一時的なこともあります。嚥下機能が低下します。このような場合は、本人に食べたいという強い希望があっても、病院に入院していれば胃瘻造設術後に退院となることが多いのです。一方で、胃瘻の造設を拒否し、自主退院をしてきた患者の主治医になる機会が何度もありました。そのような患者に対し、家族の承諾のもとで、本人の意思を尊重し、多少誤嚥しても食べることが生きることだと考え、様子をみることにしました。すると、不思議なことに食事ができるようになり、胃瘻が不要になる患者が多いことに気がきました。私が思うに、病院では認知症により不穏や大きな声を出すために、嚥下機能を低下させる副作用がある薬を内服させられた状態のまま、嚥下機能評価をされていることが多い印象をもっています。病院に入院しているほかの患者さんを守るためにはやむを得ない部分はありますが、医療従事者間で検討を要する事項であると思っています。

一方で、特別養護老人ホームなどの施設ではルールは厳格です。常勤医師が不在のため、患者本人に食べたい希望があっても、誤嚥のリスクがあると胃瘻の判断になります。私は胃瘻から栄養をとるこの患者の言葉が徐々に失われ、目が閉じたままになっていくことを経験しました。胃瘻からの栄養は命が尽きるまでおこなわれました。これが尊厳をもった生きかたなのか？100歳を超えた患者の主治医として大変悩みました。日々の生活を、患者、家族、友人が全員納得して過ごしていれば、突然の死に対しても受容しやすいのです。そして、在宅チームが定期的集まり、患者と家族に何ができるのかを十分話し合い、それを日々実行する。それにより、患者、家族のみならず、支援チームとしても納得のいく最期をむかえる準備が可能となるのではないかと考えるようになりました。患者および家族が自己肯定でき、尊厳をもって暮らすことが

できる環境作り. 自然な経過を受容する穏やかな最期, そして穏やかな死, それが患者と家族, そして支援チームも受容できる死ではないかと考えています. このような考えをきっかけに, 私自身, 死を前向きにとらえることができるようになりました. また, 看取りに対する違和感が消失していった気がします.

最後に私事で恐縮ですが, 叔父の臨終間際に駆けつけたときの話です. 叔父の枕元に親族が集まりましたが, あまりの変貌ぶりに皆が叔父にどう声をかけたらよいかわからない. その時, 集まった十数人の親族の前で, 私が「叔父ちゃん, こんなにたくさん集まったよ. みんなが見舞いに来てくれたね. 長生きできて幸せだね」と話しかけました. すると, それまでの重苦しかった空気が一変しました. 叔父は開眼し, 笑顔になって全員を見まわす. みんなも声をかける. 部屋は一挙に明るい雰囲気になりました. 叔父は間もなく息を引き取りました. 父は「われわれでは言えない. 思いもつかない言葉だったよ. 叔父ちゃんも納得して喜んでいたね」と振り返っていました. 在宅医として死を前向きにとらえることができるようになった場面のひとつかもしれません.

大学病院を受診する患者は千人に一人と言われていいます. これからの時代の変化に対応するためにも, また, 患者が自宅で尊厳をもった生き方を送れるよう支援するためにも, さまざまな人々の暮らしを医師は理解する必要があると考えます^{11,12}. また, その方々を支援する社会資源に対する知識や, その使い方, といった経験や知恵, 思考訓練までも体系化していく必要を感じています. 大学や大学病院での医学教育にぜひ「尊厳生」と向き合う機会を多く取り入れていただくようお願いしたいと思います.

¹¹現在, 住居表示制度の実施により「山谷」という地名は消滅している

¹²台東区の年齢構成は65歳以上の老年人口が25%, これが山谷エリアになると中心部の日本堤で38%, 清川は

47%

¹³訪問看護師, 薬剤師, PT, OT, ST, ヘルパー, ケアマネージャー, ケースワーカー (生活保護課, 障がい者福祉課), 家族, 在宅医

¹⁴山谷・山友クリニック・ボランティア. (認定) 特定非営利活動法人シェア = 国際保健協力市民の会代表理事. 浅草病院内科医, あやめ診療所顧問.

¹⁵平成27年4月施行される生活困窮者支援法, これまでは生活保護法, 障害者自立支援法

文 献

1. 本田 徹:人は必ず老いる. その時誰がケアをするのか, 2014; pp 3-8, 角川学芸出版.
2. 東京大学 高齢社会総合研究機構:東大がつくった確かな未来視点を持つための高齢社会の教科書, 2013; pp 14-28, Benesse.
3. Hart JT: The inverse care law. Lancet 1971; 1: 405-412.
4. 和田忠志, 本田 徹ほか:高齢者外来診療 2014; pp 30-35, 中山書店.
5. 本田 徹:文明の十字路から, 2012; pp 16-20, 連合出版.
6. 大谷藤郎:人間を考える, 2001; pp 275-288, 国際医療福祉大学出版会.
7. The World Health Report 2008-primary Health Care (Now More Than Ever), 2008; pp 7, World Health Organization.
8. 木村利人:自分のいのちは自分で決める, 2000; pp 199-204, 集英社.
9. 本田 徹:「途上国と日本の『草の根』医療とプライマリ・ヘルス・ケア人のいのちがひとしなみに尊重されるために」. 學士会報 2010; 883: 124-129.
10. Werner D: Where There is No Doctor: Village Health Care Handbook, 1993; pp 330, Macmillan Education (デビッド・ワーナー: 医者はいないところで, 2009; pp 330, 国際保健協力市民の会).
11. 若月俊一:若月俊一の遺言, 2007; pp 282-284, 家の光協会.
12. 中田雅博:緒方洪庵 幕末の医と教え, 2009; pp 149-164, 文閣出版.

(受付:2015年1月13日)

(受理:2015年3月12日)