

第6回 在宅医療推進フォーラム

2010年11月23日(祝)
於:よみうりホール



主催 独立行政法人 国立長寿医療研究センター
公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

第6回 在宅医療推進フォーラム

わが家がいちばん～多職種で支える在宅医療～

「在宅医療推進フォーラム」は、在宅医療を推進する団体および個人、行政が集い、在宅医療の現状と課題について話し合う場として、毎年11月23日に開催されている。2010年（祝）の第6回フォーラムでは、『わが家がいちばん～多職種で支える在宅医療』をテーマに、在宅医療を熱心に実践する多職種が一堂に集い、議論が行われた。

一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会・訪問看護ステーション連絡協議会による協働活動報告会

この報告会は、看取りまで支える在宅医療の普及を目的として組織された一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会と、訪問看護の普及活動を柱とする訪問看護ステーション連絡協議会との共催で行われたものである。主に全国各地で開催された在宅医療推進フォーラムの活動を中心に、各地の動きが紹介された。

【沖縄県における在宅療養支援診療所の現状報告】



ドクターゴン診療所の泰川恵吾氏は、沖縄県における在宅療養支援診療所の現状調査報告を行った。この調査は、きなクリニックの喜納美津男氏が、県内の在宅療養支援診療所を対象に、訪問診療・往診の合計数、受け持ち患者数と自宅・施設の別、看取り数と場所などの実態を知るべく、アンケート形式で行われたものである。その結果から、沖縄県では在宅療養支援診療所の数が少ないこと、また、訪問診療・往診・在宅看取りの実績および内容が、施設あるいは地域ごとに大きく偏在していることが明らかになった。

また、沖縄県は個人所得が日本で最も低く、特に離島では都市部と比べて極端に低いが、泰川氏は、経済的な理由で受診を控えるなど、所得の低さが医療に大きく影響していることを指摘。「このような都市部と離島僻地の格差は、今後、全国に広がっていくだろう」との予測を示した。

【全国各地の活動報告】

北海道ブロック



坂本医院の坂本仁氏は、11月3日に北海道にて開催された「第一回北海道在宅医療推進フォーラム」の概要を報告した。同フォーラムの開催準備は6月頃から行われ、札幌市内の在宅療養支援診療所の医師をはじめ、訪問看護、リハビリ、訪問介護など多職種による委員会を

組織し、協働で進めている。当日は市民を含む約500名もの参加があり、北海道大学の前沢政次氏による基調講演、および2つのシンポジウムを通じて、盛んな意見交換が行われた。

盛況を博した理由について坂本氏は、もともとこれまでも、「在宅医の会」や「在宅ケア連絡会」、あるいはホスピス緩和ケアのための地域活動などが盛んに行われ、職種を越えて協力し合えるような素地があったことを報告。「大切なのは顔の見える関係であり、必要な時にワッと集まることのできる、人と人とのつながりが普段からできていることが重要」と結んだ。

東北ブロック



もりおか往診クリニックの木村幸博氏は、「自宅で死を迎えるということ～最期まで家で過ごしませんか?～」と題して行われた東北在宅医療推進フォーラムについて報告した。開催にあたっては医師、薬剤師、自治体職員などが実行委員となり、計4回の委員会を招集。さらにボランティアの協力で600枚の案内パンフレットを配布し、10月9日の開催当日は、一般市民150名を含む300名が集まった。

基調講演では、白十字訪問看護ステーションの秋山正子氏が「訪問看護からみた地域連携」と題して講演。また、チーム医療をテーマに行われたシンポジウム1では、訪問看護、薬剤師、理学療法士、介護支援専門員のそれぞれの立場から、在宅での実践が紹介された。さらにシンポジウム2「実践から見る東北在宅医療の現場」では、東北各地で在宅医療に熱心に取り組む診療所医師5名が登壇。在宅死亡率が高い北上市での看取りの実践をはじめ、地域の在宅医療をリードする先進的な取り組みが紹介された。

北関東ブロック



医療法人あづま会の大澤誠氏は、8月に設立された群馬県在宅療養支援診療所連絡会および10月に行われた群馬県在宅医療推進フォーラムについて報告

した。

群馬県では、在宅療養支援診療所の届出数に対し、実際に看取りを積極的に実践しているところが非常に少ないことが、県医師会の調査で明らかにされている。そんな中、県医師会の川島崇氏と医療法人アスムスの太田秀樹氏が出会ったことをきっかけに連絡会立ち上げ構想が持ち上がり、計画が本格化した。設立総会では、会長の小笠原一夫氏が「在宅医療は時代の要請であるばかりでなく、時代を切り開いていくものと信じている」と挨拶。県医師会に事務局を置いての旗揚げとなった。群馬県在宅医療推進フォーラムの準備も同連絡会の役員により進められ、10月17日に開催された。大澤氏は「今後も、住み慣れた家で最期まで生きることの豊かさを、市民に示していきたい」と、感想を述べた。



東海・北陸ブロック

小笠原内科の小笠原文雄氏は、東海北陸地区における在宅療養支援診療所連絡会の設立の流れを説明した。

この地域で最初に県単位の連絡会が組織されたのが岐阜県で、4月に設立総会を実施している。その後、静岡県、愛知県と続き、その他の県でも設立へ向けた動きが本格化しつつある。11月には、東海北陸在宅療養支援診療所連絡会が発足。設立総会と併せて「東海北陸在宅医療推進フォーラム」が開催され、市民への啓発を図るべく市民講座が企画された。同フォーラムは今後、各県の連絡会が持ち回りで担当し、年1回のペースで開催していく計画。小笠原氏は「全国への提言なども積極的に行っていきたい」と抱負を語った。

一方で小笠原氏は、訪問看護ステーションが休日などに別途料金を請求することで、利用控えが起きている問題について言及。「在宅医療は医師よりも訪問看護師が前面に立つて行うものであり、これでは在宅医療は広まらない」と述べ、早急な対策の必要性を訴えた。



四国ブロック

訪問看護ステーションあたごの安岡しずか氏は、11月14日に実施された四国在宅医療推進フォーラムの概要について報告した。

高齢化率が非常に高く、全国の10年先をいくなされる四国地区。慢性疾患患者、長期療養者の増加も目立つ中、在宅医療普及の必要性から、4県合同での在宅医療推進フォーラムが開催された。当日は地域の医療関係者のみならず、行政職員や民生委員、そして一般住民まで220名が参加。「地域に根ざしたコミュニティの再生」と

いう趣旨に添い、市民も含めた幅広い層が集まり、活発な意見交換が行われた。

フォーラムを通じて見えてきたのは、「現状の在宅医療が、関係職者の熱意に支えられていること」と安岡氏。「今後システムとして機能させていくには、誰がどのようにマネジメントしていくかが鍵になる」と課題を提示すると同時に、住民自らの力を引き出し得るコミュニティ造りの必要性を訴えた。



九州ブロック

ナカノ在宅医療クリニックの中野一司氏は、全国在宅療養支援診療所連絡会のこれまでの歩みと、九州在宅医療推進フォーラムの内容について報告した。

全国の連絡会は2007年に発足。運営にあたってはITを存分に活用し、ホームページとメーリングリストを中心に活動を展開している。中野氏はIT活用のメリットについて、経費を抑えられるため会費を安くできることや、メーリングリストが連携システムとしても上手く機能していることなどを挙げた。

一方、九州在宅医療推進フォーラムは、全国の連絡会、九州各県の訪問看護ステーション連絡協議会、そして勇美記念財団の共同で行われている。実行委員会は開かず、メーリングリストで情報交換を行い、準備を進めてきた。当日は市民を含む250名が参加。シンポジウムでは九州各県の代表より在宅医療の実況が報告され、地域差が明らかにされる一方、他県の活動が刺激となって勉強会を企画する県が出ている。中野氏は「フォーラム開催が連携を促すいい機会になっている」と述べ、その意義を強調した。

その他の地域

続いて新宿ヒロクリニックの英裕雄氏は、東京における在宅療養支援診療所の活動および在宅医療の状況について報告した。東京都は在宅療養支援診療所の数が多く、認知症専門の診療所など個々が高機能化している。また、届出をしていない一般診療所でも在宅医療、地域での看取りを行っており、地域での看取り率が全国平均よりも高い。英氏は、「これからはさまざまな機能を持つ支援診療所同士の連携、一般診療所との連携、さらに介護事業者との連携が必要」と課題を示した。また、近畿地方の動きについてはさくらクリニックの桜井隆氏より、「在宅医療 そこまでいうてええん会～24時間365日、どないすんねん?～」と題して、近畿在宅医療推進フォーラムを開催する計画が進んでいることが報告された。

在宅医療を推進する 11 団体の共同声明 ならびに新加入団体の紹介



新加入団体の紹介

「一般社団法人日本介護支援専門員協会」

新加入団体である一般社団法人日本介護支援専門員協会について、同会会長の木村隆次氏より概要が紹介された。同会はケアマネジメントを推進する、介護支援専門員個人が会員の職能団体として平成 17 年 11 月に発足した。「中立公正なケアマネジメントの確立」を活動目的とし、介護支援専門員の職能の向上や、必要な情報の提供、介護保険制度の普及啓発など、さまざまな事業を展開している。

木村氏は同会の活動を一通り紹介した後、制度的な課題について言及。介護支援専門員とケアマネジメントの仕組みを取り入れた日本の介護保険を「世界に冠たる制度」と説明する一方、居宅介護支援費に対する自己負担導入が検討されていることについて、自立支援の理念を脅かすものだと強い危機感を表明し、優れた制度を今後も堅持していくために、反対への協力を呼びかけた。



「在宅医療推進のための会」中間報告

平成 22 年度在宅医療推進のための会は、「緩和ケア」をテーマに 4 回に渡って開催され、その現状、課題などが話し合われている。鈴木内科医院の鈴木央氏は、その活動の詳細について、中間報告を行った。

6 月は東京都在宅緩和ケア支援センターの川端正博氏が、緩和ケアの現状と問題点について講演を行った。川端氏が指摘したのは、医療機関の看取り数に限界がある中で、このまま死亡者数が増えれば、死亡場所は「その他の場所」、すなわち路上や山の中、あるいは非認可老人ホームのようなところが増える、ということである。そのような社会の是非を問いかけると同時に、今後の課題として、在院日数の制約や不十分な緊急入院の対応といった病院側の問題、および訪問診療のスキルのばらつきや訪問看護ステーションの不足といった在宅側の問題を指摘した。さらにはオピオイドに対する市民の根深い誤解など、受け手側の問題についても言及した。

7 月は「緩和ケアと地域」と題して、十和田市民病院の蘆野吉和氏が講演した。蘆野氏が語ったのは、同院における「地域緩和ケア支援ネットワーク構築のためのアクションプラン」の具体的なプロセスと、その成果だ。病院全職員に対する緩和医療の啓発にはじまり、病院での緩和ケア提供体制の構築、地域における緩和ケア提供体制の構築、さらに地域医療連携の構築と、体制づくり

を段階的に進めてきた。その結果、十和田市におけるがん在宅死亡率は、2.2%から 25%と大幅に増えたことが報告された。

9 月は NPO 法人長崎 Dr. ネットの白髭豊氏、および長崎大学病院の北條美能留氏の 2 名の演者により、長崎で行われている緩和ケア普及のためのプロジェクト「OPTIM」や、2 人主治医体制で連携をとる「長崎 Dr. ネット」の仕組みが詳しく紹介された。がん拠点病院である長崎大学病院では、病院での緩和ケアチームカンファレンスに在宅医が参加することで、病院からの在宅導入患者が大幅に増加している。仲間うちから徐々に連携の輪を広げる形でネットワーク化が進められてきた長崎では、地域全体で多職種が有機的な連携をすることで緩和ケアが標準化され、地域ケアレベルが向上していることが示された。

10 月には「認知症」をテーマに 2 つの講演が行われた。岡山大学の横田修氏は、認知症患者への胃ろうの是非について、胃ろうそのものの延命効果は不明であり、本来は「生命予後が悪いから胃ろうをしない」という議論は成り立たないと指摘。人生最後のあり方は最も個別性が尊重されるべきでだが、認知症の早期ではすでに意思決定が困難になってしまうため、胃ろうを入れるか入れないかという段階で初めて認知症患者の尊厳について語るのではなく、その前の認知症ケアの段階から考えていくべきとの提言がなされた。一方で花形歯科医院の花形哲夫氏は、認知症高齢者への歯科の関わりについて、口腔ケアを行うことで認知機能の低下が緩やかになる傾向があること、また、かかりつけ歯科医が参画した早期からの認知症高齢者支援対策で、胃ろうの問題や嚥下の問題に早くから対応することの重要性を強調した。

以上、在宅医療推進のための会の活動報告の後、鈴木氏は 11 の加盟団体を代表して、「在宅医療を推進する 11 団体の共同声明」を読み上げた。

在宅医療推進のための共同声明 2010 年 11 月 23 日

- ①市民とともに、地域に根ざしたコミュニティケアを実践する。
- ②医療の原点を見据え、本来あるべき生活と人間の尊厳を大切にした医療を目指す。
- ③医療・福祉・介護専門職の協力と連携によるチームケアを追求する。
- ④病院から在宅へ、切れ目のない医療提供体制を構築する。
- ⑤療養者や家族の人生により添うことのできるスキルとマインドをもった、在宅医療を支える専門職を積極的に養成する。
- ⑥日本に在宅医療を普及させるために協力する。
- ⑦毎年 11 月 23 日を「在宅医療の日」とし、在宅医療をさらに推進するためのフォーラムを開催する。

シンポジウム わが家がいちばん～多職種協働で支える在宅医療～

【シンポジスト】北川 靖氏（社団法人京都府医師会）

秋山正子氏（株式会社ケアーズ白十字訪問看護ステーション）

水下明美氏（株式会社ナイスケア推進事業部）

大石善也氏（大石歯科医院）

萩田均司氏（有限会社メディフェニックスコーポレーション）

【座長】蘆野吉和氏（十和田市立中央病院）

シンポジウム「わが家がいちばん～多職種協働で支える在宅医療～」では医師、看護師、ケアマネジャー、歯科医師、薬剤師と、在宅医療に携わる多職種がシンポジストとして登壇し、それぞれの立場から連携の実際や今後の課題などが示された。

医師会主導で在宅医療を積極的に推進



京都府医師会の北川靖氏は、在宅医療推進に向けた医師会の取り組みについて報告した。

高齢化により疾病構造が変化していく中、京都府医師会では地域医療に携わる医師の役割を、次のように位置付けている。まず、疾病の予防・治療管理といった「医療の専門家としての役割」。次に、入退院の判断、あるいは在宅での療養環境なども配慮した「継続的に支える役割」。そして、対象者全体を理解しながら多職種協働の一員として最期まで寄り添っていく「生活を支える役割」である。同氏は、「疾病構造の変化と同時に医師の役割も変わり、動き回るフィールドが広がっている」との認識を示し、医師同士の役割分担の必要性を指摘。その上で、多職種の中で医師が自らの役割をしっかりと果たす意識が必要だと語った。

続いて同氏は、そのために京都府医師会が行っている具体的な取り組みを紹介。同医師会では、メーリングリストで在宅主治医を探し出す「在宅医療セイフティネット」の構築や、病院連携窓口一覧の作成などに加え、在宅医療に取り組む医師の知識・技術習得あるいは多職種の研修の場として、京都府医師会館に「京都府医療トレーニングセンター」を開設する計画だ。同氏は「これらの取り組みを医師会主導で行い、会員の積極的な参加を求めることにより、医療者の意識にも少しずつ変化が見られるようになった」と述べ、その意義を強調した。

急性期の医療者、および市民への啓発活動を実践



白十字訪問看護ステーションの秋山正子氏は、訪問看護師として地域医療に携わってきた長年の経験をふまえ、在宅医療の課題について自らの見解を示した。

まず同氏は、「20世紀は病気の病院化の時代だった」と問題提起。老化にともなう自然な死のモデルが身近にないために、一般人はもとより急性期医療に携わる医療者までも、「病院でなければ死ねない」との認識が一般化してしまっている現状に危機感を示し、「End of life careをどうするか、急性期病院も含めて早急に検討すべき時がきている」と呼びかけた。

一方、訪問看護ステーションが制度化されて久しいにも関わらず、訪問看護への認知度が低いことから、同氏は自ら積極的に、啓発活動を実践している。まずは急性期の医療者に在宅のイメージを掴んでもらうことが不可欠との認識から、行政に働きかけ、新宿区の平成21年度の新規事業に病院職員の訪問看護ステーションでの実習が加わった。さらに市民への啓発活動としては、実際に在宅看取りを経験した家族に自らの経験を語ってもらう市民公開講座を開催している。同氏はこの講座のメリットについて、「聞く側も当事者意識をもつことができ、何よりも語った本人が、語ったことで癒される」と述べ、その意義を強調。最後に、「訪問看護の側から情報発信を行い、多くの方々と協働することで、看取りができるまちづくりに参画していきたい」と抱負を述べた。

あきらめない積極性が、医療連携の鍵



株式会社ナイスケアの水下明美氏は、ケアマネジャーの仕事内容や多職種協働における役割について、改めて整理した。介護保険法には、ケアマネジャーは利用者が「有する能力に応じた生活ができること」「可能な限り在宅生活が送れること」を目的に

関わることを理念として記されている。同氏は、それにはあくまで「生活の視点」が不可欠だとし、「本人の生活圏での役割も考えていくという視点がなければ、その人らしい生活を支えることはできない」と語った。

また、医療連携は苦手と感じるケアマネジャーが多い問題については、その背景に、医療職よりも福祉職からのケアマネジャー受験が増えていることを報告。また平成19年の調査において、東京都では医療連携加算を取らない事業所が多く、その理由は、「情報の提供の仕方がわ

からない」「病院から求められなかった」などが多く、連携における情報提供の在り方、そのものの必要性を示唆していると考察した。

これに対し同氏は自らの医療連携の実際を報告。ケアマネジャーと訪問看護師の連携がしっかりとれているとうまくいく事例が多い傾向から、「看護師は医療職、ケアマネジャーは介護職をそれぞれ統括し、この2職種が核となって連携体制を作る」という連携モデルを提案した。その上で、「医療も福祉も、生活を支えるというミッションは同じ。あきらめずに話しかけていくことで徐々に共通意識が芽生えていくもの」と述べ、あくまで積極姿勢が重要であることを強調した。

食べることを支える在宅嚥下リハの実際を紹介



大石歯科医院の大石善也氏は、千葉県柏市で約20年にわたり、在宅での嚥下リハビリテーション（以下、嚥下リハ）を実践している。同氏は、その実際を詳しく紹介すると同時に、食べることを支えるための多職種連携のあり方や課題について自らの見解を示した。

同氏が在宅で行っている嚥下リハの対象は、主に胃ろうを選択せずに亡くなっていく患者、あるいは胃ろうを作ってからでも口から食べたいと望む患者である。同氏は、「医療が終わった患者が何に悩み、何に期待しているかを突き詰めていくと、“体は言うことを聞かなくても少しは口から美味しく食べたい”という思いに行き当たる」として、嚥下リハの意義を強調。その上で、みそ汁の誤嚥予防や認知症への食事介助、さらに小児やがん終末期への対応など幅広い実践を紹介した。

また、食べられない人を対象とするばかりではなく、食べられる人が食べ続けられるようにするための関わりも大切で、それには「残された機能を生かすことが重要」と言及。そこで同氏は、家族や介護職が実践でき、かつ医療者が共通アセスメントを行えるようなガイドラインを作成し、活用していることを報告した。

さらに同氏は、「今後は療養者に近い人がスキルを身につけた方が早い」と述べ、ヘルパーの研修への摂食嚥下や食事介助の導入を提案。一方で保険制度の問題については、「制度が在宅に適応しておらず、口腔ケア（嚥下リハを含む）として請求できない」と、見直しの必要性を訴えた。

多職種が役割を全うすることで、在宅の幅は広がる

薬局つばめファーマシーの萩田均司氏は、薬剤師の立場から、在宅での薬剤師の役割を整理した。



まず同氏は、「在宅へ訪問する薬剤師は“薬の宅急便屋さん”と誤解されることが非常に多い」と問題提起。その役割を孫子の兵法にたとえ、戦略を練る参謀が医師、前線でケアを提供するのが看護師、そして前線に医薬品や医療材料・衛生材料を運ぶ“兵站”が薬剤師であるとし、「ただ運ぶだけでなく、状況を見ながら適切な薬剤を選択しなければ、前線のケアは成り立たない」と述べ、その重要性を説明した。

さらにさまざまな角度から、薬剤師が在宅訪問するメリットを紹介。在宅には服用されない薬剤が大量にあることもまれではなく、金額に換算すると日本全国で85億円（500億円とも）にのぼるとも言われる。薬剤師が関わることでそれらの整理ができることや、薬剤師が直接患者を視ることで個々の嚥下能力や理解力、判断能力に合わせた調剤ができること、さらには認知症の周辺症状の悪化要因の一つに薬剤の問題があり、薬剤師が関わることで適切な薬の検討ができる、などを挙げた。

最後に、自宅へ帰ると朗らかに笑顔で過ごすことができ、かつ死期が伸びるケースも多いという自らの経験から、「予想される死はキュアではなく、ケアの世界での社会的儀式として捉えてはどうか」と提案。「そこへ薬剤師が参入し、多職種がそれぞれの役割を全うすることで、在宅医療の幅は大きく広がる」と結んだ。

その後はシンポジストによるディスカッションが行われ、今回のテーマである多職種協働について、それぞれの立場から意見交換が行われた。異なる職種の人々が協働するために必要なことは何か、という問いに対しては、「自分の役割にしっかりと気づいて、何が求められるのかを自ら把握すること。根本的な役割は変わらないが、時代背景によって求められるものが変わっていくので、それに対応できるよう自分をしっかりと持ち、パワーをもって連携していく必要がある」（北川氏）といった意見や、「多職種協働の要はお互いのコミュニケーションだが、共通言語がなかなか育たない土壌がある中で、相手がどういう言葉を使う人たちなのかを一步踏み込んで考え、相手の立場に立つことが必要。そこが簡単そうで実はいちばん難しいところだと思う」（秋山氏）など、経験を踏まえた中での示唆に富んだ話し合いが行われた。

また在宅医療推進に向けた今後の課題については、国民の認知不足が話題に。「在宅医療を知らない人が非常に多く、当事者だけが密かに悩んでいるのが現状。もっと広く国民に問い、皆さんでいい将来を築いていこう、といった働きかけが必要だが、そのところがまだまだ弱いのではないかと」（大石氏）などの指摘が寄せられた。

基調講演 妻を看取る日

垣添忠生氏 (元国立がんセンター総長、日本対がん協会会長)



私の妻に癌の再発が見つかったのは、2007年3月のことでした。その前年に右肺下葉の小病巣に陽子線治療を受け、完治したと思っていた妻の右肺門部に、リンパ節転移が一個見つかったのです。その後の病理診断で小細胞癌であることが確定されましたが、転移はひとつだけでしたので、希望を持って治療に望みました。2種類の抗癌剤を組み合わせて月に一度ずつ4回、最後に放射線治療を加え、その影響が取れるのをまって9月に、検査を受けたのです。それはあくまで、治癒を確認するつもりで臨んだ検査でした。しかし結果は思いもかけず、肺転移、肝転移、副腎転移、脳転移も含めた多発性の臓器転移が見つかったのです。

この報告を聞いた途端、私はもうだめだと思いました。妻もそう悟ったと思いますが、それ以降、病状や見通しに関して私に一言も聞かないでくれたのは、大変ありがたかった。その後の化学療法では強い副作用ばかりが出て、水を飲むのも苦しそうな状態でしたが、妻はそれでも一切、泣き言は言いませんでした。しかし一度だけ、「私がこんなに辛い治療を受けるのは、あなたのためよ」と言ったのは、恐らく、私のセンターでの立場を考えてのことだと思います。

病院で3ヶ月ほど治療を受けましたが、次第に浮腫と全身衰弱が進み、ほとんど歩けなくなりました。その間、妻は「家に帰りたい」としきりに言っていました。つまりは「家で死にたい」と言っていたのだと思います。そうして病院が休みになる年末年始、この機会にぜひ、と外泊許可をとり、家に帰ったのです。

私は、点滴から酸素、清拭まで、全て自分ひとりで面倒をみる覚悟で、妻の在宅療養に臨みました。12月28日に帰宅し、1階の応接間に妻を寝かせると、私は早速、妻が食べたと言っていた北九州のアラ鍋を準備しました。実際には抗癌剤で口の中が荒れていて、とても食べられないと思っていましたが、意外にも妻は「おいしい、おいしい」と言ってひと口、また一口と勢いよく食べたのです。そして天井のシミを眺めたり、庭を眺めたりしながら、久しぶりの自宅に「こうでなくっちゃ」と、何度も繰り返していました。

しかし翌日からは意識もだんだん薄らぎ、夕飯をとろうと言っても、もう動きたくないと言います。30日にはチェーンストークス呼吸、31日には下顎呼吸も始まり、あまりにも苦しうなので、私は担当の先生に往診をお願いしました。ところが、妻はその先生が家に到着するよりも先に、息を引き取りました。

12月31日、6時15分。それまで意識がなかった妻が突然、がばっと半身を起こし、明らかに私の目を見て、私を認

識して、右手で私の手をぎゅっと握って。そして、ガクッと顎が落ちました。亡くなったのです。

一人で妻を見送ろうと決心していた私は、自分でIVHカテーテルを抜き、清拭をして、家政婦さんに手伝ってもらいながら着替えをさせ、化粧をしてもらいました。そして1月1日には葬儀社からお棺が届き、中に妻の遺体を入れると、あとは私一人になって、何もすることがない。たまたま庭に出たら妻の大事にしていた寒椿の花が咲いていたので、一本折って妻の服の胸ポケットに入れると、顔に紅がさしたようにふわっと明るくなって。その顔を見て私は、ひたすら泣いて暮らしたのです。

遺言どおり葬儀はしないばかりか、妻の死を公表すらしなかったもので、休みが明けると同時に、私は大量の仕事を抱えることになりました。非常に辛い状態でしたが、その処理の間は悲しみを忘れられることに気付き、これで多少は助かるかも知れないと、仕事をどんどん引き受けました。それでも家に帰ると誰もいない。妻は大変おしゃべりでしたので、その話し相手がいけないのは、本当に辛いことでした。

死ねないから生きているような、どん底の生活をしていた私が、「もし妻が生きていたらこの酒浸りの生活をなんて思うだろう」と考えられるようになったのは、3ヶ月が経った頃です。酒をひかえ、朝食をしっかりとって、体のトレーニングをはじめました。身体がしっかりしてくると気持ちも前向きになり、食事も美味しくなります。そしていつも二人で行っていた奥日光へ一人で行き、カヌーを漕いで、山登りをしました。さらに厳しい登山にも挑戦し、次第に前向きに生きる力が強くなっていったのです。

何より私が立ち直る上で大きな意味を持ったのが、亡くなった翌年に開いた展覧会でした。妻は油絵や木炭画が趣味で、作品がたくさんあったので、銀座の画廊で公開することにしたのです。会場には妻の知り合いがたくさん見に来てくださり、いろいろとお話もできました。「こういう葬儀の形もあるんですね」などと言ってくださる方もいて、本当に良かったと思います。

改めて妻の在宅療養を振り返ると、私が看護師や介護士の役割を兼ねることができたのは、私が医師だったからにほかなりません。それでも、これがもっと長く続いたら、到底もたなかったでしょう。世の中には在宅療養を希望する方が大勢いますが、家族の負担や急変時の心配などでなかなか叶わない現実があります。私はわずか4日間の経験でしたが、そういう方々の苦悩が、本当によくわかる気がいたしました。私の妻は短い期間でも、とにかく家に帰った。慣れ親しんだ環境に帰ったことがどれほど嬉しそうだったか、未だに鮮明に覚えています。そういうことを希望する人に、日本中どこでも在宅医療を提供できるような体制の実現に向け、私も努力をしたいと思っています。

(文・佐藤あゆ美)

在宅医療推進のための共同声明

2010年11月23日

一般社団法人 全国在宅歯科医療・口腔ケア連絡会
一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会
一般社団法人 日本介護支援専門員協会
NPO法人 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク
NPO法人 日本ホスピス緩和ケア協会
NPO法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会
社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
日本在宅医学会
日本在宅医療学会
日本在宅ケア学会
日本プライマリ・ケア連合学会 (50音順)

- ① 市民とともに、地域に根ざしたコミュニティケアを実践する。
- ② 医療の原点を見据え、本来あるべき生活と人間の尊厳を大切にした医療を目指す。
- ③ 医療・福祉・介護専門職の協力と連携によるチームケアを追求する。
- ④ 病院から在宅へ、切れ目のない医療提供体制を構築する。
- ⑤ 療養者や家族の人生により添うことのできるスキルとマインドをもった、在宅医療を支える専門職を積極的に養成する。
- ⑥ 日本に在宅医療を普及させるために協力する。
- ⑦ 毎年11月23日を「在宅医療の日」とし、在宅医療をさらに推進するためのフォーラムを開催する。

独立行政法人 国立長寿医療研究センター

〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾35
TEL.0562-46-2311 FAX.0562-48-2373
HP: <http://www.ncgg.go.jp>

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

〒102-0083 東京都千代田区麹町3-5-1全共連ビル麹町館
TEL.03-5226-6266 FAX.03-5226-6269
HP: <http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/>
Eメール: yuumizaidan@nifty.com