

本人はほとんど

ど話さなくなっていた。というかできなかつたが、かすれたほんの僅かな声と、口の動きから、僕はそう理解したのだった。

この時点での僕の入院の基準は、大きく誤嚥し、酸素レベルが低下し、酸素吸入しても平常時を保てなくなったときとした。多少の熱があっても少し食べられていればよし、とした。

血液検査データをとっても、検査の数値、例えば炎症反応が高いからといって入院を決めるわけではないので、検査はしないことにした。

そして夕食は中止とした。なぜなら、食後に口腔内に残る食物を取るために、口腔の吸引が必要になってきていた。食物残さが誤嚥の大きな要因になるし、残るということは、食事が相対的に多いと判断したからだ。何より、夜中に誤嚥性肺炎を起こすことが多い事実、これは**食後の臥床が原因の一つで、寝ているときに胃に残っている食物が逆流し、肺に入ってしまうためだ。**

娘さんも最後は「先生のご判断にお任せします」と言ってくれた。「もう入院はさせないわ」とも言ってくれた。

そして「**大きく誤嚥をさせず、老衰のように旅立たせる**」ことが目標となった。

片方さんは日に2食にしても食べ残しが多くなった。ほどなくして自分で匙を持ってなくなり、介護士の介助が必要になった。食べさせていくと、途中で嚥下をしなくなり、食事は途中で中止となるが多くなった。

僕はついに食事（といってももうゼリーなど喉越しがいいものしか食べていなかったが）を中止する決断をした。

ひと口も嚥下ができなくなったからだ。

もちろん本人が「食べたい」と意思表示をすれば少しずつでも食べて良いという指示は出していた。わずかな水分を舌や口の中に入れ、「ごっくん」を期待して過ごした。

最後の入院から1か月の間の出来事だった。

食べなくなって1週間後、静かに片方さんは旅立った。

山村さんは月日が経つにつれ、トイレに行くにも介助が必要になった。食事を摂らなかつたが、食べられないというよりは食べたい気持ちがないようだった。もちろん痩せていったが、**人は自分の脂肪や肉をエネルギーとして燃やすことで、食べなくてもかなりの期間、生きていける。**そしてその後、寝たきりとなった。

寝たきりになった2週間後、娘さんから「呼吸が変だ」と電話があった。

うかがってみると、確かに息遣いは荒かった。しかし本人は「苦しくない」と意思表示した。僕はそろそろ近いと家族に告げた。

山村さんは妻、息子夫婦、孫二人にさすられ、手を握られ、涙はあるものの笑いが混じり合うなかで、昔話や、よい思い出に浸りながら、静かに旅立っていった。**点滴をしないと決断したときから、あれよという間に身体が枯れていった。**それをまじまじと皆で見守った2か月だった。

最期は病院のほうが安心だ、何かあったら家では心配だ」という家族の声は依然大きい。何が安心で何が心配なのかと言えば「病院だと何かあったとき、専門スタッフが速やかに対応してくれるので」安心なのだという。

在宅で起こる一番の何かは「臨終のとき」だ。そのときの主役は誰か。本人とその身内である。医療スタッフではない。

人生の最期の場面で、傍にいてあげる、手を握ってあげる、お別れの言葉をかける、それが本人と身内にとって一番大切だと思うのだが、**病院に行くということは、専門スタッフがまだ治る可能性を探り、専門治療を施す**ということになる。

まだ治る、治せる可能性を探るとは、さまざまな検査をすることでもある。「検査」という二文字はいかにも簡単そうだが、実際に検査される本人は辛い。

腕の血管に針を刺され、根掘り葉掘り質問攻めに遭う。冷たくて硬い台の上に乗せられ、

狭い空間に一人閉じ込められる。冷たい台から台へ何度も乗せ替えられる。健康な人でもひと苦労するのに、ましてやぎりぎりの状態で頑張っている人にはなおさら苦しいだろう。

治る可能性に賭けるならそれでいい。でもそうでなかったら辛い。病院で看取られるということは、身体に心電図の機械を付けて、それを看護師詰所（ステーション）で心臓が動いているか、呼吸が乱れていないか（生きているか死んでいるのか）を監視されるということだ。

「病院に行けば3か月に一度、必ず検査してくれるのに、ここではしてくれない」と言われることがある。病状に合わせて検査するならわかるが、誰も皆、検査を一様にする意味は「健康保険で切られない」、つまり一定の利益が得られるという病院側の事情以外にはない。その人の病状に合わせているわけではない。

・・・「健康保険で切られない」？

僕にも思う節がある。それは医者になって患者さんに説明する時の極意を伝授されたときの話だ。

まず「病状を自分の考えている以上に重く説明しろ」と教えられた。そうすることによって治療への移行がスムーズに行える。「放っておくと大変なことになりますよ」と説明すれば、「では治療をお願いします」となる。

健康診断でたまたま見つかった肺がんを「放っておくと、あと余命は3か月だ」と言われて手術し、2年長生きしたとありがたがられるのだ。そのままでも2年は生きたかもしれないのに。

怖いことをさんざん強調する今の風潮には在宅医の僕は

賛成しない。僕は在宅医療、特に終末期の患者さんと接することが多い。がんの末期の患者さんなどは、「この先どうなっていくか」が一番の心配事だ。がんの転移による合併症、薬の副作用など、さまざまな危険が待ち受けていると感じているはずだ。「胃がんの患部から大出血してショック死するぞ」とか「脳腫瘍が大きくなると大癱撃が起きるぞ」とか「どんどん痛みが増えてのたうち回るぞ」とさんざんに脅かされることが多いのだ。

しかし僕はその危険なことが起こる確率より、天寿を全うする（そんなことは起こらず自然に終末期を迎える）確率のほうがはるかに高いことを知っている。実際に現場にいるとほとんど怖いことは起こらない。だから患者さんには、わざわざ危険性を強調することは決してしない。「危険なことが起きることもあるかもしれないが実際には非常に確率は低いですよ」、そして月並みに聞こえるが「大丈夫だよ、安心して」の声掛けを大切にしている。自信を持って。

世の中は「心配してあげる」ことがやさしさだと思っているが、終末期の方たちと接していると「心配してあげる」ことは偽善でしかない。「心配してもらってありがとう」という気持ちにはなれない。心配すれば終末期から逃れられるなんてことはないのだ。よかれと思って言ってくれているのはわかるが、響かない。「安心して行っておいで」という無言のやさしい眼差しを僕は期待する。

僕は在宅医療の最終目標は「自宅で最期を迎えることを助けること」と考えている。言い換えれば、「自宅で自然死に近い形で最期を迎えさせてあげること」が目標だ。だから病院では起こってほしくない最悪の事態である「死」、何かあったら大変だ、の何かである「死」は、在宅では目標となる。病院では延命、救命が目標となるのとは正反対の思想である。これは、家族、本人、我々の意思がしっかり同じ方向を向いていないと達成できない難事業だ。特に家族にとってはいつまでも長生きしてほしい肉親に「もうそろそろだ

から考えを逆にしてもらわない」と話さなければならない。僕もつらい。

腹水でお腹が蛙のように膨らんでいたのにだんだん減っていった方がいた。全身の浮腫みもなくなった人もいた。確かに全員とはいかないのはもちろんのことだが。病院ではまず点滴治療をするので身体が枯れることはない。

僕は基本的に本人、家族の同意が得られれば、点滴治療をしないようにしている。それは水浸しより枯れていくほうが身体には究極的に負担が少ないからだ。生命維持のためには恐らく点滴治療をしたほうが長生きをするかもしれないが、長生きしたプラスの数日の日々を浮腫みの後遺症と、湧きあがってくる痰の吸引で過ごすことにあまり意義を感じない。逆に自宅に帰り、点滴を止めることによって得られる「幸福」もある。ちっぽけかもしれないが、僕は大きな意義があると思っている。それは「水がおいしい」ということだ。

腹水が溜まっても、うまくいけば水分は減っていく。消化管に溜まった古血のような黒い液体を出していく（吐いたりして）。肺に溜まった痰出していく。そして身体は綺麗になるのだ。血が出ることもあるだろう。突然大出血でもすればショック死の可能性はあるが、ちょっとずつ出していけば、貧血に身体が慣れてくるので大丈夫だ。輸血してもまた出ていってしまう。

徐々に出血し、貧血状態になっても、寝ていれば身体の負担にならない。病院ではまず経験できない。減ったものは補わなくてはならないと教えられていたが、終末期には当てはまらない。最後のほうは、人間の身体は身軽になって行くのが自然なのだ。そして上手に枯れていく。

「腹水が溜まると苦しいのに、抜いてくれないなんて薄情だ」と言われる。1度目は大丈夫だろう。2度目も大丈夫だろう。おそらく3度目も大丈夫だろう。しかし、いつかあの日が来る。血圧が下がる、身体に酸素が回らなくなることによって、突然、身体全体が「身の置き所のない」苦しみに襲われ、「非常に息苦しくなる」のだ。断末魔の叫びになる。

医学的には血管内脱水による急性循環不全と言う。低拍出症候群と表現することもある病態で、血管の中の血液が急激に減少することによって生じる。このときの苦しみをみるのは辛い。「苦しい」と絶叫する。病院では強心剤を入れ、循環動態を整えるために血管内に大量の点滴を注入することになる。腹水を抜くときはゆっくり行うのが基本だ。そして身体の状態が弱ってくると、急激に腹水を抜けなくなるから点滴をしながら抜くことになる。

教科書に「悪液質」という用語がある。たとえばがんが進行すると全身に転移して転移先の臓器は障害を受けていく。さまざまな臓器障害がどんどん進行し、「痩せ」が進行していく状態をがん性悪液質と呼ぶ。

がん末期になるとがん性悪液質に陥り、多臓器不全で亡くなっていくのだと言われる。肺がんの人はがんが肺を埋め尽くし、息ができなくなり窒息する。胃がんや大腸がんなどの消化器系のがんの場合は、食事ができなくなるので栄養失調で亡くなる。

肝臓がんの人は、肝臓はタンパク質を作るところなのでこれができなくなり、肝不全になり亡くなる。脳腫瘍の人は全身の痙攣が出現する。膀胱がんの人は尿が出なくなり腎不全になって亡くなる、とされている。

「転移性の肝臓がんで原発はおそらく大腸がん」

日々ごろごろしながら過ごしていた的場さんだが、ある日肛門から結構な出血をした。

トイレに入るたびに出血した。血圧は下がり、顔面は蒼白となり、ふらついてトイレにも自力で行けなくなった。

医学的には出血性ショックと言ひ、常識的には輸血と判断するところであるが、僕はしなかった。もちろん家族にも了承を得た。輸血をしてもまた出血をするので繰り返しになるから、このまま**貧血に慣れさせるほうが良い**と判断した。腹水の場合と考えは一緒だ。

最初の数日は不安定だったが、徐々に血圧も、本人の元気具合も改善していった。顔色は青白いままだったが、寝ながら過ごすことに安定感が出てきた。食事も僅かながら摂れるし、出血はいつしか止まり、色白美人になった。

的場さんは「早く孫のところに行きたい」が口癖になっていった。モルヒネの粉薬をたまに服用していたが、最後にはいらなくなった。食事をするとお腹が痛んでいたが、食事をしなくなったので痛みは出なくなっていた。

そして約ひと月後、**穏やかに孫の所に旅立った**。

健康に留意するあまり、頭は脳外科に、お腹は消化器科に、心臓は循環器に、そして腰痛は整形外科に、と各臓器別に専門家が付いている人もいる。本人が元気なころは良いが、だんだん通院が困難になってきた場合、**家族が付き添うことになる**。4つの科をまたぐときはひと月に4回も通院しなければいけない。同じ病院ならまだしも、いろんな病院に行く場合は大変だ。杖をつきながら手を添えて、そして足腰が立たなくなると、車椅子で通院することになる。この手間は大変だが、長生きのためにはしょうがないと考えている人が多い。今日は〇〇病院、あすは別の××病院と、それに**娘、息子が付き添うことになる**。

ただ、このような場合、問題が発生する。

一体、彼（彼女）の「司令塔」は誰なのか、ということだ。

司令塔とは彼（彼女）の全体を眺めて目標に向かって進ませようとする意思決定の主のことだ。おそらく肉体が元気なころの司令塔は彼、場合によってはしっかり者の家族ということになる。しかしいつか**通院が大変になるとき**がくる。そのとき各科の専門家たちに聞くと「うちの科だけは通院してください」と言われる。それに付き合っていたら本人、家族の身体、時間にもすごい負担がかかることになり、困り果てるのだ。

この解決方法は、**在宅の主治医を司令塔にすること**だ。

風間さんは一部上場企業の元重役。脳梗塞を患い食事が口から入らなくなったため、胃に穴をあける処置（胃ろう）を受け、その後施設を何か所かめぐって自宅に帰ってきた。だいぶ身体が弱ってきているので家族が決断し、自宅で最期まで看ようとなった。通常こういう状態の方は頭のほうもだいぶ衰えるのが常だが風間さんは違った。

話す言葉は聞き取りづらかったが、意思表示はしっかりしていたし、まだなんといっても浮世にも関心があるらしく、時勢の情報も知りたがっていた。いわゆる普通の人で、こんな人は珍しい。大概の人は胃ろうをつけ、寝たきりなどになっていくと、**頭のほうもそれなりに回転が鈍くなるのが普通**だ。テレビなどつけていても見てはいない。ただ動く画面を見ているだけだ。ご家族から「お爺さん、テレビでも見て、少しは笑ったり泣いたりしたら」などと言われるけれども、どこ吹く風という感じだ。

僕は基本的にはそれで良いと思っている。身体の動きが鈍くなるのと比例して、頭のほうも鈍くなるのが自然というものだ。**身体が動くのに頭が鈍れば世間的には痴呆症**、今風に言えば認知症。**身体が鈍っているのに頭のほうは回転しすぎると、気が狂うか鬱になることが多い**。自分の身体だけが衰えていくことに耐えられないことが多いからだ。

風間さんはそういう意味では頭がしっかりしていたからバランスは悪かった。しかし彼の凄いところはそうは言っても**自分の運命を受け入れていた**。（としか思えなかった）彼から**身体に関する愚痴、恨み節、嘆き、などが一切なかった**からだ。

身体は動かないし、口から食べ物が入らない状況であれば、普通は身体が動かないことを嘆き、「もっと良い治療はないか」とか「治るにはどうすれば良いのか」「なんでこんな身体になってしまったのか」などと質問を受けるのが常だからだ。

僕が痴呆症（認知症）に接する態度として一番大切にしていることは、「**今のあなたのままでいいですよ**」という**肯定のメッセージ**だ。痴呆症の人のなかには自分が以前の自分

なら当然できていたことができなくなっている、理解していたことが理解できなくなっている、つまり自分が「馬鹿」になっていっていることを知っている人たちが多い。わかっているのにできなくなっている自分を知っている。でもどうしようもないという現実。

山田さんも60代で肺がんを患い、ぎりぎりまで仕事をしていた。パソコンを使った自宅での仕事だったおかげで、続けられていたのだ。動けなくなり、寝たきりとなって旅立つまでわずか3週間の出来事だった。

がんの末期は苦しみが多い、のたうちまわる、などの先入観のある人も多いと思われるが、実際はどうも違うようだ。先日ある映画で親子の絆をテーマにした邦画を見た。そこでは母親ががんを患い、ベッドでもがき苦しむ場面が登場した。ベッドで本当にのたうちまわっていた。「違うな」と画面に向かって僕は言った。

痛みが出る人は大勢いるが、モルヒネを上手に使いながら軽減させることはだいぶ可能になっている。しかもなかには痛み止めを減らせる人もいる。もちろん全員とは言わない。骨に転移すれば痛む、肺病変が胸膜に浸潤すると痛みが出てくる、等の教科書的な話はあるが、どうも痛みが強い人はそれだけではない気がする。

なぜなら同じ病態でも痛みが少ない人たちも大勢いるからだ。薬が効きやすい、放射線が奏功したとか、医学的な勝利を言いたいところではあるが、僕はその人の持っている気質（能天気だとか、神経質だとか）や体質（痛みにも敏感であるとか）を含めた、生命力が一番の要素ではないかと思っている。そして意外かもしれないが、その人の生き様や今までどんな苦勞をしてきたのか、とか、もともとの性格とか、家族の想いや関係とか、そういった諸々のことがかなりの割合で関係しているのではないかと感じている。それを業というのか。

自宅に一人で過ごしている人たちは、一般的にどう過ごすのか？一人で自立して歩けなくなるとどうなるか。

「伝え歩き」となる。壁につかまり、手すりにつかまり歩く。これもできなくなるとどうなるか。四つん這いになって動く。居間から四つん這いでトイレに行き、そこで手すりにつかまりながらトイレの便座に座る。そして用を足すとまた四つん這いで居間に戻る。座ることができるうちは椅子に座って過ごすのが、移動は四つん這い。初めて見る人は当然びっくりする。しかし四つん這いで動くことは腹筋、背筋などの体幹を使うので、動いているうちに筋力も維持ができる。車椅子生活が長い人にはできない芸当だ。そして四つん這いで動けなくなったら、床かベッドで寝たきりとなる。