

臨終を迎えること、肺炎のこわさ、転院を余儀なくされる事情、優しいパートナーの事例、老々介護の事例——知らなかった実態がわかって良かった。読んで良かったし、時々読み返す価値がある。

人は決して一人では生きていくことはできません。とかく老後になると自分の殻に閉じこもり、人が永遠に去っていくとその寂しさに耐えることができず、次は自分が天に召されるのではないかという恐怖におののいて、自然から与えられた本能の食欲、性欲、集団欲を忘れがちになるものです。

ご主人はその写真をじっと見つめて何も言いません。私の説明に頷くこともなく、ただひたすら私の目や口元に視線を当てているようでした。私はさらに続けました。「腹部のレントゲンも振りましたが、全く変わりありません。血液検査や尿検査も入院した当時とそう変わらないのです。

あなたはまだ若いです。まだ十分に免疫力も残っています。しばらくは入院を続けることになるでしょうけれど、症状が落ち着いたらまたお寺の方に一時お帰りになって、奥様の介護を受けられると思いますよ」

こうした医者嘘は専門用語で**ムンテラ**と言います。ムント（口）とセラピー（治療）の二つのドイツ語を略した、いわば医者嘘の隠語のようなものです。言葉で治療するとは、良くも悪くもそれがたとえ半分以上真実でなくても、患者の心を慰めるために口で治療する、つまり口で慰めるということなのです。

そのことによって患者さんの中には、再び生きる気力を取り戻し、難病と立ち向かって、余命数カ月と言われた人が想像以上に長生きしたという例もあります。

ターミナルステージ（末期）に向かっている患者との対話ほど、難しいものはありません。

もう一度申し上げますが、病気の告知は告知そのものが患者の命取りになることがあります。余程慎重に行わないと、それが原因で自殺に追い込まれる場合もあるので

逆告知をしたことによって、急にさばさばとした表情を見せるようになり、淡々と身の整理をしたり、会っておかなければならない人と連絡を取り合ったりする人もいます。

しかし、**後者の例は真に経験上稀**だと言わなければなりません。

周りの者、例えば家族とか友人とか知人などの一言二言で、自分の容態がどんな状

態なのか敏感に察知します。そうした状態の時には、医者も看護師も言葉遣いには細心の注意を払います。

もし、実際に患者さんが過去に面倒を見た人がいる場合には、「ありがとう」という言葉を中には素直に受け取る人もいるでしょうけれども、その反面、ああ自分がもうあまり長くないのだな、とその言葉から察してしまう恐れがあるのです。

つまり、「ありがとう」という言葉が死の宣告になりかねないのです。

一緒になって10年ほどが経ちました。彼も70歳の年を迎えて、成人病の方は確実に悪化していました。動脈硬化が進み、心臓にも心房細動や期外収縮などが頻発するようになっていました。

「いやあ、俺もあまり長生きできないかもしれないなあ。あなたはまだ60歳前だよな。心配だなあ。まだまだ色気があるものなあ。きっと男ができるよなあ。俺は死んでも死にきれないよなあ」

その言葉に奥さんは、また同じことを言っていると苦笑しながら、「そんなに私のことが好きなら長生きしてください。ちゃんと病院にかかって少しでも病気が良くなるように、養生しましょうね。私も頑張りますから」

・・・

でも奥さんは利口な方です。もううんざりという顔をすることもなく、その都度まるで子供をあやすように、

「大丈夫よ、いつまでもいつまでもあなただけを愛しているわよ」

人が聞いていると歯の浮くような台詞を、彼の枕元で繰り返すのです。その言葉に彼は満足そうに笑みを返し、そのまま眠りにつくことも多くなりました。

そしてそれから1年後に脳梗塞の再発作を起こして、彼はあの世へ旅立ちました。

臨終を間近に控えた患者さんには、医学的にも説明のつかない不思議な現象が起こることがあります。

それは、よく「中治(なかなお)り」と呼ばれている現象です。

今まで寝たきりで顔から生気が消えてしまい、明日にでも臨終が訪れるのではないか、という状態の患者さんが、急に元気を取り戻すことがあります。食事を摂り、体を起こし、まるで今まで寝たきりで介護を受けていた姿が信じられないほどの姿に見えることが、しばしば起こるのです。

肺は体になくってはならない酸素を取り入れて、不要になった炭酸ガスを外に排出するという重要な役割を担っています。

この肺が炎症を起こしてガス交換ができなくなってくると、全身の約37兆2000億の細胞が酸欠状態に陥って、やがて死を招くことになります。

肺炎で入院してくると、もちろん医療機関は直ちにその治療に専念することになり

ますが、とにかく**高齢者の肺炎は医者泣かせ**です。

どのような抗生物質を使い、酸素吸入やサクション（吸引）などの手当を施しても、元通りの肺に回復させることは至難の業なのです。

こうした現状から見て、高齢になったら食事の摂取の仕方に十分に注意をしましょう。

いずれにしても、脳疾患は高齢化が進むと避けられない病気の一つですから、仕方がないかもしれませんが、脳梗塞の引き金になる体の元々の異常、例えば高血圧とか心疾患とか、あるいは血栓症とか動脈硬化症や糖尿病などを、しっかりと治療しておくことが大切だと思われま

(敗血症) はいけつしょう

ターミナルステージになると、体の免疫力が低下し、色々な病原体が体内に忍び込んでくるようになります。中でも、細菌やウイルス、それに真菌（カビの仲間）などが血液中に忍び込み繁殖をして、体の色々な臓器に感染症が広がり、多臓器不全に陥ることを敗血症と呼んでいます。

(COPD)

(腎不全)

(アルコール性肝炎)

(前立腺がん)

前立腺特異抗原（PSA）の正常値は 4.00ng/ml 以下

(がん転移による閉塞性肺炎)

(心房細動)

正常な心臓では、心房の**洞結節**（どうけつせつ）という部分で電気が発生し、その電気が心臓全体に広がっていき、心臓の収縮を促しています。

ところがその働きが上手くいかなくなり、洞結節以外からも異常な電気が発生するようになると、心臓にはまた別な回路からの刺激が加わるようになり、心臓全体に異常な収縮が起こることになります。

その一つが心房細動です。

(マロリー・ワイス症候群)

これは、1929年にアメリカのジョージ・ケネス・マロリーとソーマ・ワイスという二人の医師によって報告された、嘔吐後に下部食道に裂傷が生じ、出血を起こす症候群です。

すでに発見されてから 90 年近くになりますが、嘔吐を繰り返した時などに発生し、食道裂孔がしばしばあります。

昔は大変珍しい病気と思われてきたのですが、**高齢者になると嚥下障害などによっ**

て食道裂孔を起こすことはそう珍しいことではなくなりました。いったん食道にこうした炎症が起きると、経管栄養などを行うことが大変難しくなり、些細なことで嘔吐と熱発を起こし、栄養さえ摂ることが難しくなってきます。

精神科だけの病棟しかない病院の場合には、内科や外科の患者は診ることができない、と逆に断ってくる場合もあるのです。

そうなる**と貧乏くじを引くのは我々内科の医師**ということになってしまいます。本当に精神的な病を抱えている人を内科で診るのは、想像以上に大変なことなのです。

老衰について少し考えてみましょう。統計では様々な数値が示されているほど、老衰の定義は難しいのですが、大まかなところ高齢者の亡くなられた内、**約 15%ぐらいが老衰死**ではないかと考えられています。

つまり高齢者の内、身の回りのことが自分ではできなくなり、食事の世話とか排泄物の処理など全ての身のことは介護に頼り、しかしこれといった苦痛を訴えず眠るように少しずつ命の灯が消えていくという老人は、高齢で亡くなられる方の約 7 人に 1 人くらいしかいないと考えられています。

患者さんが死を受け入れて天国へ召される時は、精神的に 5 つのステップを踏んで達観の境地に達すると言われていました。

これはキューブラー・ロスの「**死にゆく過程の五段階**」と呼ばれています。

例えば、不治の病の悪性腫瘍などに侵された場合には、患者がその病気にかかったことを受け入れ、そしてやがて死が訪れるまでには様々な精神的な反応を示すことがわかっています。

最初は、どうして自分だけがこのような病気にかかったのだろうという怒りに始まります。次はその状態を冷静に見つめるようになり、やがてその病気と闘うための救いを求めるようになります。そして、それが叶わないとなるとやがて諦めが心に芽生え、やがて死を受け入れるようになります。これが「死にゆく過程の五段階」です。

それをキューブラー・ロスという学者は、第一段階「否認」、第二段階「怒り」、第三段階「取り引き」、第四段階「抑うつ」、第五段階「受容」に分けて分析しています。この業績は高く評価されて現代でも医学教育や看護教育に広く利用されています。

ある時、50 代の男性が肝硬変の末期で息も絶え絶えにベッドで横たわっていました。そこへまだ 40 代の若い奥さんが毎日のように見舞いに来ていました。彼女の顔を見ると、彼はすでに自分の余命が幾ばくも無いことを覚悟していたのだと思います。しきりに自分が死んだ後の妻の身の振り方を気にしていました。その時、彼女は夫の手を握りしめてこう言いました。

「あなた、大丈夫よ。**あなたの天国は私の胸の中にあるの。**だからね、怖くなんかないから安心してください。あなたはいつまでもいつまでも私の胸の中で生き続けるこ

とができるのよ」

家族が亡くなってお通夜が終わり、火葬された後、次は**初七日**と言って死後7日目に供養します。その次は**四十九日**に供養します。その次が**百箇日**です。

後は一周忌、三回忌、七回忌、十三回忌、と供養が続いていくことはよく知られている通りです。この供養の長い年月と同じくらい、遺された家族は最愛の人を失ったうつ状態から立ち直っていくのに時間が必要なのです。

高齢になると死は少しも怖くない、いつお迎えが来ても自分は悟りの境地である世に旅立つことができるのではないかとよく言われています。

しかし、実際に病室で今日か明日かと臨終が迫った患者さんを見ていると、決してそんなことはありません。

中には、死にたくない、死にたくない、を繰り返しながら、呼吸が止まるまで生への欲望を看護師達に訴え続けて、亡くなっていくおばあちゃんもいます。

そうかと思うと、自暴自棄に陥り、看護スタッフが目を離れた瞬間に点滴を抜き、酸素のマスクを外し、心肺機能監視装置も床に投げ捨てて、天を睨みつけたままぶつぶつと何かを訴えている患者さんもいます。

そうした姿を見ていると、死を達観して受け入れることは、いくつになっても難しいのではないかと思われてなりません。

私や師長としては、もう少しここに置いてあげてもよいと思っていたのですが、行政はそれを許してくれませんでした。**彼女は生活保護を受けていましたから、国の意向に従わざるを得ない**のです。恐らく行政側は医療費がかからない安い施設を見つけてきたのでしょう。半ば強制的とも言える指示を受けて、彼女は転院に同意せざるを得なかったのです。

内臓疾患の場合には、とかく末期の状態になると色々な症状が現れて患者さんが苦しむことが多いので、気を付けていたのですが、最期は食道静脈癖の被裂による大出血を起こし、それが原因で息を引き取りました。

病院に救急搬送されたり、あるいは介護施設に入居するような場合には、必ずキーパーソン（身元保証人）が要求されます。

また、病院に入院して緊急手術を受けるような場合でも、やはり手術の承諾書には本人及び親族の同意書が必要になります。

そうした時に、キーパーソンが一人もいないということでは、病院側も戸惑うこと

になり、入院や手術の手続きが順調に進まないことにもなります。

●1 カ月で病院を追い出される現実

家族が病院に入院した場合には、その世話に当たる残された家族は、次の入院先の病院を探すのに、大変な苦勞を強いられます。

病院での医療サービスは週単位、あるいは月単位で退院を迫られるという状況にありますから、一つの病院でゆっくりと時間をかけて療養生活を送るということは、とても不可能な時代になっています。

かつては、どうして病院を追い出されるのだろうか、という満面に不満の怒りの表情を表し、食って掛かる人もいましたが、今では患者さんを抱える多くの家族はその事情をほとんど知っているようです。

その原因というのは、**国から病院に支払われる医療費が、患者の入院期間が長くなれば長くなるほど著しく減少し**、病院の経営に大きな影響が出るからです。

病院の入院費は、その病棟の看護体制などによって複雑に区分されていますが、一般の民間病院で日勤の看護体制が、**患者 15 人に看護師 1 人**という体制で運営されている場合を例にとると、最初の 2 週間は一日当たりの入院費が 1 万 4100 円ですが、3 週目以降 20%減少し、**入院 1 カ月が経過すると約 32%減少**します。

32%も入院費が減少するととても病院経営は成り立たなくなります。ですから、これで 1 カ月以上、市中の民間病院でも患者さんを入院させておけない理由がよくわかると思います。

ともかく入院が 1 カ月近くなると、病院側も慌てますし、患者の方も退院を急(Ⓔ)き立てられますから、家族は生きた心地がしなくなります。どこでもいいから入院させてくれる病院はないかと、必死に探し求めることになります。

重粒子線治療 一基設置するのに 300 億円以上かかる。

コート (大便)

~~~~~

コートとは、大便を意味する医療用語である。ドイツ語の Kot より。

ハルンとは、尿を意味する医療用語のことである。ドイツ語の Harn より。

~~~~~

この半ば半強制的に転院をさせられるということが、生活保護受給者の悩みの種なのです。

病院側としても福祉事務所 (以下、行政) の方から「そろそろ介護系の施設に移したいのだけど、協力していただけないか」という打診があると、病院側としては拒否できません。

行政には行政の事情があつて、少しでも医療費を削減し、医療費の負担が少ない特別養護老人ホームや、老人保健施設などの介護系の施設に入れたい、という希望が昨今特に強まっているのです。

つまり、患者さんは医療スタッフ達と顔馴染みになり、いわば住み慣れた住処を追われるようにして、数カ月に一回ずつ転々と居場所を変えていかねばならないという運命を背負って、療養生活を続けていかなければなりません。

この生活保護を受けて入院した場合には、こういう経過を辿っていかざるを得ないのでということをよく認識しておく必要があります。

ところが、救急車の出動に関しては前の項目でお話しした通り、色々な規制が設けられそうな気配を感じます。場合によっては、**救急車が駆け付けても救命救急医療を行わずに戻ってしまう**ということも将来的には起きそうな心配も出てきました。

また、たとえ救急車がすぐ駆け付けてきて急変した患者を搬送しようとしても、特に夜間などはその患者を引き受ける所がなかなか見つからないのが実情です。

・・・

私の経験でも、在宅で倒れた患者が心臓の手術が必要な容態でしたので、家族と一緒に入院先を探しましたが、6件ほど電話をして諦めました。午後の8時頃でしたが、**医者**の私が電話をしても引き受けてはもらえませんでした。

特に高齢者の場合には、大病院にかかりつけの主治医を持つということは、大変大切なことなのです。

●人生を終える場所を考えておく

もう一つ、考えておかなければならないことがあります。それは、人生の終焉を迎える所はどこにしたらよいのか、ということです。

考えられる施設をあげてみましょう。

一つは、病院です。次は、特別養護老人ホーム（特養・特老）か、老人保健施設（老健）、または医療型の療養型病床群の4つのいずれかだと思われます。

これらの施設では、万が一臨終を迎えなければならなくなった場合には、看取りをしてくれます。

その他、在宅で人生の終焉を迎える場合もあると思われますが、この場合は、往診してくれる医師がいる場合に限られます。

・・・

しかし、臨終の時、意識がある場合には、必ず患者は苦痛を訴え苦しみながら天国に召されることが多いのです。その場合には、病院かあるいは医療型の療養型病床群のいずれかで治療を受けなければならなくなります。

患者にとって一番安心してターミナルステージを送ることができるのは、やはり**医師や看護師が常駐している病院の入院病棟か、または療養型病床群**ではないかと思わ

れます。

安らかに永遠の眠りにつくためには、最小限度の治療が必要だと述べてきました。

もう一度、医療の現場で危篤状態に陥った患者さんに行われている治療法の一例を、実際に使われている薬品名を挙げて説明しておきます。

a) 5%ブドウ糖液 500cc+イノバン 5A アンプル+ノルアドレナリン 5 アンプルを
24 時間投与。

これは急性循環性ショック、循環血液量減少性ショックに対応するための処置です。

b) 別ルートの補液 500cc+シメチジン 2~4 アンプル+アドナ 1 アンプル。

これは消化管出血を抑えるための投薬です。

c) 生食 100cc+チエナム 0.5g 2~4 アンプル。

これは細菌感染による炎症を防ぐための抗生剤の投与です。

さらに高熱を発している場合には、他の抗生剤のスペクトルの違うものを 1~2 種類投与します。

d) ラシックス 100mg を症状に応じて投与。(最大 5 アンプル)

これは浮腫、乏尿などに対応するためです。

e) 心肺機能をモニターで確認しながらアミノフィリン 1 アンプル投与。

f) 呼吸不全や喘息発作などを併発した場合には、ソルコーテフ 100mg を 1~5 アンプルの範囲内で投与。

g) 酸素吸入または挿管。

これは呼吸不全が進行した場合に行われます。

こうした治療が病棟の重症患者を収容する ICU 室や、救急搬送された患者の治療に行われています。

やはり、こうした治療は医療設備の整った、また経験豊かな医師や看護師がそろっている施設で受けるべきだと思います。

病状によって、どこで終末期の治療を受けるか、平素から十分に施設の選択については考慮しておく必要があると思われます。

老々介護は避けなければならない

川崎市に住む A さんは、お姉さんとの二人暮らしでした。親の代から一軒家に住んでいましたが、色々な事情があったのでしょうか。両親は亡くなり、他の親族も離れて行き、**最後は 83 歳の姉と 75 歳になる弟の二人だけが残りました。**

今までは二人ともこれといった持病もなく、年金暮らしをして姉弟で和気あいあいと暮らしてきましたが、お姉さんの方が脳梗塞で倒れました。発作は比較的軽かったのですが、左の手足に片麻痺が残りました。それにこれも軽微ですが多少の言語障害

がみられるようになりました。

こうなると弟にとっては今までの生活とは一変した状態に陥ってしまいました。三食のご飯支度、入浴の介助、寝具の用意、さらには部屋の掃除片づけ、それだけではありません。食料の買い出しから公共料金の支払い、年金の受け取りなど全てが彼の仕事になってしまいました。まさに**老々介護**です。

最初の頃はそれでもたった二人の姉弟ですから、弟さんの方は毎日マメに世話を焼いていましたが、それも**半年とは続きません**でした。家の中は次第に片づけが行き届かずゴミ屋敷と化してしまいました。生ゴミを捨てるのも容易なことではなくなってしまいました。このままでは二人とも倒れてしまいそうだと言った不安になった弟さんは、市の高齢者支援センターに助けを求めました。

しかし駆け付けたケアマネージャーは、その部屋の中に入ることもできないほどの惨憺たる状況に驚き、まずお姉さんをどこかの施設なり病院に収容するしかない、と思ったようです。そしてやがてお姉さんは私の診療所へ入院することになりました。

このように、**在宅で家族が介護を続ける**ということは**並大抵のこと**ではないのです。この姉弟の場合は、さらに親族の助けが必要であることは明らかです。

「決済資金のための預金」 全額保証

財産を会社組織にして法人格で守る、このことを高齢になったら考えてみてはどうでしょうか？

これが大手の会社勤めが長い方で、厚生年金をしっかりともらっている患者さんの場合は、今でも 20 万円程度の月額の年金が支給されているはずですから、辛うじてどこの介護施設でも入所できるかもしれません。

しかし、**年金額がひと月に 6 万 5000 円前後の国保の患者さんは、全く介護施設に自力では入所することは不可能**です。

年を取ると、自分では気を付けていてもとかく転倒という事故にあいがちです。男性にとっては、家の中で**ズボンや下着を着替える時に転んでしまう**ことが原因で、大腿骨を骨折し寝たきりの状態になる場合もあります。

肺炎という病気は現代社会の中

でも最も人間の生命を脅かす恐ろしい病気の一つだと認識しなければなりません。

肺炎は、色々な病原体で起きます。

よく知られているのは細菌の肺炎球菌ですが、その他マイコプラズマによって起こる肺炎もあります。またウイルスによって起こる肺炎もあります。あるいは、他の内臓にできた悪性の腫瘍からがん細胞が胸に転移してそれが原因で肺炎を起こす場合も

あります。

その他色々な原因で肺炎は起こりますが、外来や病棟で一番多くみられるのは肺炎球菌によって起こる肺炎です。

この菌に対して肺炎ワクチンは大きな効果があるのです。北国のある町では、町が注射代の半分を持って、全ての高齢者に注射を打つように勧めているところもあります。

ワクチンの値段は一本7~8000円ですが、**5年に一度打てば肺炎にかかる危険が低下**し、またたとえ運悪く肺炎にかかったとしても、ワクチンを打ってない人に比べて軽く済む、という利点もありますから、ぜひこの注射代を全額自己負担してでも絶対に打つべきだと、我々臨床医は思っています。

肺炎を起こした状態で入院してくると、臨終には老衰などでは考えられないような苦痛が患者を襲います。中には、**39度以上の高熱**が続き、脱水症が加速する場合があります。

喀痰(かくたん)が非常に多量になり、自力では排出できなくなり、窒息死の危険に陥ることもしばしばあります。また、胸の炎症のために酸素の摂取量が極端に落ち、心臓や他の臓器が急激に衰えることも少なくありません。

高齢者の肺炎で一番多いのはそれが元で発生してくる呼吸不全や、循環血液量減少性ショックです。あっという間に容態が変わることも少なくありません。

昔から「風邪は万病のもと」とよく言われてきましたが、その風邪が原因で肺炎を起こすと生命は一気に危険な状態に陥ります。

あの世への旅立ちが、七転八倒するような苦しみの中での旅立ちとならないためにも、肺炎の併発だけはぜひ避けたいものです。