

# Doctors Journal

VOL. **26**  
2018 Spring

— 地域医療の最前線で活躍するドクター —

**外来診療の延長線上にあるのが在宅医療と考え、  
地域で生活し、地域に尽くすかかりつけ医の姿をつらぬく**

医療法人社団実幸会 いらはら診療所 院長 苛原 実氏

■在宅医療レポート

市民公開講座「在宅医療を語る」  
「在宅医療」知っていますか?  
家で最期まで療養したい人に



■レポート

総合的診療を学ぶ特訓ゼミ 茨城県

■特集 私立大学医学部受験

- 60年の伝統! 私立医学部受験予備校メデュカパス
- 本気で医学部合格を勝ち取るならTMPS医学館
- 医学部合格を目指すならZ会
- 医学部受験専門の個別指導塾・予備校 メディックTOMAS
- 私立医学部専門予備校 はやぶさ

■スズケングループ医療用品通販サービス

「メディカル セレクションズ ダイレクト」



# 市民公開講座「在宅医療を語る」 「在宅医療」知っていますか？ 家で最期まで療養したい人に

●主催 医療法人あづま会 大井戸診療所 ●2017年9月9日(土) 伊勢崎市民プラザホール(群馬県)



**大澤 誠氏** (医療法人あづま会 大井戸診療所 理事長・院長)

**小笠原 一夫氏** (医療法人一歩会 緩和ケア診療所・いっほ 理事長)

コーディネーター

**町永 俊雄氏** (福祉ジャーナリスト)

群馬県で長年にわたり在宅医療に取り組んできた、「大井戸診療所」理事長の大澤誠氏と「緩和ケア診療所・いっほ」理事長の小笠原一夫氏による、在宅医療をテーマとした市民公開講座が2017年9月に行われました。コーディネーターを福祉ジャーナリストの町永俊雄氏がつとめ、地域医療における在宅医療が果たす役割について話し合われました。主催者の大澤誠氏は、30年前に大井戸診療所を開設し、今まで一貫して老年精神医学の視点から認知症の人のための在宅医療・ケアに尽力してきました。

小笠原一夫氏は1980年代からホスピスケアに取り組み、在宅緩和ケアのバイオニア的存在で、これまで在宅で看取った患者は1000人を超えます。2017年には第69回保健文化賞を受賞しました。講座の前半では、両氏からそれぞれに今までの取り組みが発表されました。ここでは後半に行われた、対談「在宅医療を語る」を紹介します。

**認知症医療では医療職と介護職がケアのベクトルを同じにすることが大切**

町永 今、認知症への関心は非常に高くなっています。MCI(軽度認知障害)の人も含めると、近い将来の2025年には認知症の人は1300万人とも言われています。たとえば、平均寿命まで生きる夫婦であれば、どちらかは必ず認知症になると言われるほどそのリスクは高く、つまりは、誰もが認知症になりうる時代が来ると言われています。

認知症の症状は徐々に進行していきます。そうなるとケアや医療の寄り添い方は、終末期のがんの緩和ケアとも違う難しさがあると思われま

す。大澤先生、如何でしょうか。大澤 認知症において医療ができることには限りはあると思います。その中では、やはり診断がとても大事だと思っています。

今、アルツハイマー型認知症の人に使える薬は4種類ありますが、それにはある程度の効果を発揮できる時期があります。ですからその薬を適切に使うためには、適切な診断が前提にあるべきだと思います。

さらには、身体の合併症が加わってきたり、ご家族や周囲の人にとって多少困った問題が起きてきたりした時には、適切な医療的介入が必要な場合も出てきます。

そして最期に、看取りにおいても医療が関わることができると思っています。



町永 認知症では、局面、局面で違った医療のスタイルが必要だということですね。

今、医療のかたちは大きく変わってきています。

これからの超高齢社会の医療はどうあったら良いのかということ、お二人に共通していることは治す医療から支える医療に、ということだと思っております。

認知症は治せないのであれば、認知症を排除するのではなく、その人の暮らしをどう支え、認知症の人と共存する、最期まで認知症の人と生きていくということであると思われます。

そのためには、医師以外にケアする人やチームの人達のかかわり方がとても大事だと思われるのですが。大澤 そうですね。基本的に認知症のご本人とご家族に接する時間が長いのは介護職です。

ですから、医療職と介護職がケアのベクトルを同じにしていくことが、とても大切だと思っています。

現場のかじ取りは、医師がしなければならぬところもあるでしょうし、ケアマネがした方が良いでしょう。あるでしょうし、訪問看護師がやったほうが良い場合もあります。

その時の中心者がそれぞれに関わっていくことが必要だと思いますが、医師はそこでは主役ではないのではないかと、いつも思っています。

## 在宅医療では、 人生の素晴らしい幕引きを 見させて頂けます

町永 お二人に共通する、医療の限界や医療とは後方支援のところがあっても、非常に積極的な意味合いも大きいと思われまます。

本日のテーマは「在宅医療を知っていますか」です。

在宅医療をいま改めて捉えなおすとしたら、長年にわたり在宅ホスピスケアに尽力されている小笠原先生は、敢えて在宅でがんのケアを行うことの役割や医療的な効果をどのよう捉えられていますか。

小笠原 私ががんの患者さんが在宅で診るようになった頃は、がんの患者さんは実に多くの方が長期間入院をされていました。

2か月、3カ月の入院は当たり前で、中には検査治療を繰り返しながら1年も入院されている患者さんもいて、とにかく長期入院の患者さんが非常に多かったです。

それが今、入院日数が短くなってきた、逆に家で過ごせる時間が長くなってきています。

では、家に戻ってきたがんの患者さんは、常に再発におびえ痛みに苦しんで壮絶ながんとの闘いをしていられるのかといえ、決してそんなことはありません。

在宅診療で自宅に伺った時の患者さんは、皆さん外来で診察室に来る時とは全く違った姿を見せてくれます。明るく元気なのです。在宅医療でも楽しいものです。

一人のおじいさんの話をしたいと思えます。

私のクリニックに痛みの外来で通っていた86歳の患者さんでした。

「最近、貧血と便が黒いので病院で検査してもらったら、胃がんが見つかったよ、先生。でも俺はもう何もしたくないんだ。」というので在宅ケアがスタートしました。

ご自宅に訪問すると、とても大きな農家なのです。

立派な大テーブルがある座敷の上座に、その腰の曲がった小さなおじいさんが自分だけ座布団を5枚も敷いて、わしがこの家の主だ、という感じで殿として座っているんですね（会場笑）。

家族が皆、おじいさんの言うことをよく聞く家庭でした。家を継いでいる長男だけでなく、他所で暮らしている兄弟全員が交替で、その方の最期の2か月間を介護しました。

その間の、その家庭の和やかさとか家族の繋がりをみることで、私も楽しく在宅を行わせてもらう中で、人はこうやって最期まで生きる事ができるのだ、こうやってカッ

コよく死ぬことができるのだ。という事を学びました。

さらに面白いエピソードがあります。ご本人が亡くなられたのは1月の初旬なのですが、前年の12月に長男を呼んで聞いたそうです。

「おいお前、わしがこんな状態だからといって、来年の年賀状を出そうか出すまいか悩んでいないか。」「実はそうなんです。」「いいから出せ。その時にわしが生きていようがいまいが、年に一度の挨拶はしなくちゃいけないんだ。」「わかりました。」という話で、長男は年賀状を出したそうです。（会場笑）

在宅医療では、そのようなやり取りや、人生の素晴らしい幕引きを見させて頂けます。それが私の楽しみでもあります。

**暮らしの中に入っていくか、見えないものが、たくさんあります**

町永 素晴らしいお話ですね。これが在宅医療なのです。小笠原先生は在宅医療から多くのことを学んだと話されました。

医療といっても、暮らしの中に入っていくか、見えないものがたくさんあるということが、在宅医療の中での発見であったのだと思います。

認知症の場合も、診断の時からご





## 大澤 誠氏

医療法人あづま会 大井戸診療所 理事長・院長

1980年信州大学医学部卒業。長野県、群馬県の病院勤務を経て、1987年に大井戸診療所を開業。老年精神医学の視点から認知症の人を中心とした医療に取り組み、多職種連携を図りながら、在宅支援に力を注いでいる。

日本老年精神医学会専門医・指導医、日本神経学会専門医・指導医、日本認知症学会専門医・指導医、日本東洋医学会専門医。日本臨床倫理学会理事、NPO 法人在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク 副会長、一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会 世話人、一般社団法人伊勢崎佐波医師会 副会長

本人の生活履歴を見る、本人の暮らしの中に入っていきその人がどんな人であったか、どんな職業についていたのか、どんな苦しい時代を生き抜いてきたのかということを知らないと、ケアや医療は成り立たないと言われています。

長年、認知症の在宅医療に取り組まれている大澤先生は如何でしょうか。

大澤 認知症になってしまうと、先ほどのお年寄りのように威厳をもって、家族の中で主役でいられるということが少なくなってしまう。その逆で、どちらかというと惨めなご本人の姿がクローズアップされが

ちです。

ところが、ご本人のお宅に訪問すると、表彰状が飾られていたり、かつては生き生きと活躍されていた様子がうかがえたり、ああこの人はこんなふうな暮らしをしてきたのかと、その人の人生の一端を知ることができ

ます。そのことで、その人に対してのプローチの仕方が変わってくるということがあります。

### どのような方でも、在宅で最期を迎えることはできます

町永 最近では認知症患者とは言わずに、認知症の人と言いましょうというムーブメントもあります。

認知症患者という匿名の人にあってはいますが、そうやってその人の暮らしの中に入っていくと、それぞれの人生があるということがあるだけで、医療の形も随分と変わってくるだろうと思います。

それと看取りについてですが、これまでの私たちの社会では、死ぬことについては敢えて視野から外してました。でもお二人は共に、人生の最期までをきちんと診ることを、ご自分に課しておられます。

課題と思われるのは、今は病院死の時代と言われていて、多くの人が

自宅ではなく病院で亡くなっています。

でも一人ひとり、できたら最期は自宅で亡くなりたいたいと思っています。このギャップを埋めるためにはどうしたら良いのでしょうか。

小笠原 そうですね。とても難しい問題です。本人が自宅での最期を望んでいても、いざとなったら、こちらがどんなに説得しても家族が病院に送ってしまうという事を何度も経験しています。

町永 小笠原先生は、そこには意識やケアの力の差があるのではないかと、ということも話されています。

つまり、本当は自宅で暮らしたいのだけれども、今は家族構成も変わっていたり、老老介護や、単独世帯であったりもします。

物理的に自宅で亡くなるということや、看取りが難しいということはありませんか。

小笠原 それなりの準備があれば可能だと思います。

介護保険制度を有効に活用し、本人が最後までここに居たいと願い、家族もそれで良いと思ってくたされば、あるいは家族がいないとしても、自宅で看取することはできると思います。

それでも中には、要医療度の高い方や、この方はちょっと無理かなという方も確かにいます。そういう方であっても、緩和ケア病棟とか病院



の施設ではなくて、地域に根差した介護施設などで看取っていくことは十分に可能だと思います。

### アドバンス・ケア・プランニングとは、その人のことを全員で知り共有するためのプロセス

町永 先ほど話された準備が必要。つまり本人の側にも最後はどこで亡くなりたいのか、どのように亡くなりたいのかということ、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)という、あらかじめ自分の最後の日々をどう過ごすかということを語り合うという、一つの取り組みがあります。これはどのようなことでしょうか。

小笠原 事前指示という言葉があつて、これは、こういう時にはこうして欲しいという具体的な表明です。一番有名なのは、日本尊厳死協会のリビング・ウィル(終末期医療における事前指示書)で、「十分な緩和医療の実施を希望しますが、延命だけを目的とした治療はお断りします。」という意志表明です。一時期話題にもなりましたが、なかなか広がっていませんでした。

認知症の方が増え、たとえ認知症でなくても自分で意思決定が困難な方が増える中で、その人がこういう時はこうして欲しいという意志表示をしていなくとも、その方の気持ち

を尊重することはできないか。ということがACPです。

全く孤独に生きてきた方というのは少ないと思います。その方に関わっていた家族とか近所の方とか、民生委員とか、ヘルパーさんとか看護師さんとか、「この方はどんな考えでどんなことを望んで生きてこられたのだろう。こういう状態だったらどんな決定をするだろうか。」と、皆で想像力を十分に働かせて、「もしこの人だったらきっとこうするよね。」という結論を出し合う。そのプロセスのことを、ACPといいます。

意思表明の文章のことではなく、みんなが共有していこうというプロセスのことをいいます。

町永 ACPはまだ取り組みの段階ですが、そうやって人生の最晩年に、周囲や地域の人に、この人はこういう人だったねという情報を共有してもらえることは、その人にとってもとても大きな力になるような気がします。

ACPも含めて在宅医療のほうで、いろいろなことができると思うのですが、その一方で、今の老老世帯であったり、単独世帯であったり、あるいは家族がいても万一のリスクのことを考えると、病院のほうが安心だと思ってしまうことも多いと思われま

す。きちんとした在宅ケアを成り立

たせるためには、本人たちの側、医療の側のこれからの課題は何でしょうか。

大澤 ACPに関連して群馬県内のある地方での話ですが、地域の医師会の先生が努力されエンディングノートを作り上げたのですが、活用する地域の人はいなかったというお話を聞いたことがあります。

葬式の指示とかは書き込むことはできても、自分が死を迎えようとした時に、どのような医療行為をして欲しいかということまで書き込む人はいないのではないかと思っています。

都会に住んでいる人たちとは違

### 小笠原 一夫 氏

医療法人一歩会 緩和ケア診療所・いっば 理事長

1976年、群馬大学を卒業。病院の麻酔科医だった80年代から、がん治療中に苦しむ患者の痛み緩和にあたる。1987年群馬ホスピスケア研究会を旗揚げし、初代表となり、1991年高崎市にペインクリニックを開業。在宅ホスピスケアに本格的に取り組み始める。2008年「緩和ケア診療所・いっば」と改め地域緩和ケアの専門診療所を開院。往診や訪問看護、福祉介護職との連携で、患者らの心身の苦痛を取り除き、最期まで支える在宅ホスピスを実践してきた。在宅で看取った患者は30年間で1000人を超え、群馬県の在宅緩和ケアのパイオニアとして活躍している。群馬大学医学部臨床教授、ペインクリニック学会認定医、日本麻酔学会認定麻酔指導医。日本ホスピス在宅ケア研究会評議員、群馬県在宅療養支援診療所連絡会会長、2017年第69回保健文化賞受賞







## 町永 俊雄 氏

福祉ジャーナリスト、元NHK福祉ネットワーク、キャスター  
1971年NHK入局。「おはようジャーナル」「NHKスペシャル」などのキャスターとして、経済、暮らし、教育、福祉などの情報番組を担当する。2004年から「福祉ネットワーク」キャスターとして、障害、医療、うつ、認知症、家庭など福祉課題を伝える。現在はフリーの福祉ジャーナリストとして高齢社会や地域福祉をめぐる、番組や執筆の他、各地でシンポジウムや講演活動をしている。  
NHK「認知症フォーラム」コーディネーター、全国社会福祉協議会ボランティア・市民活動振興センター運営委員、NPO法人「わたしのがんnet」理事

### 在宅医療に取り組む医師が増えてほしい

大澤 ところで、先ほどの在宅医療の可能性や限界に関してですが、今

い、地方の住民にとっては、終末期の医療行為の意思表示があったとしても、それほど十分に活用できるものではないと思うのです。  
そういう意味では、ご本人の意志、ご家族の気持ちなどを尊重しながらチームで考えて決めていく、そのプロセスを取ることが、日本の現状に一番合っているのではないかと思っています。

強く感じているのは在宅医療に取り組む医師が増えていないということです。  
実はこの伊勢崎圏域は、群馬の中でも在宅医療が進んでいない地域と言われています。

その理由は、指標となっている在宅療養支援診療所の数とか訪問看護ステーションの数とか看取りの数の少なさにあります。

それと、この地域は2025年くらいまでは外来で待つていれば患者さんはやってくると言われていて、クリニックにとっては思まれている地域ということもあります。

しかしそうはいっても、通院の手段の問題があります。高齢になって車の運転ができない。とりわけ認知症の方が車の運転をするのは非常に難しい時代を迎えています。

医者に通うのにもその手段がないという状況が増えてくると、ただ患者さんを待つているだけでクリニックの経営が成り立つというような時代ではなくなる時が、当然やってくると思います。

そういったところの意識を開業医の先生たちには是非持つてもらいたいと思っています。

しかし定期的に在宅医療の勉強会などを行っていても、そこに出てくる先生たちは、すでに在宅医療をしている先生方に限定されてしまい、なかなかその野が広がっていかない

ことが課題です。

### それまでの生活に近い暮らしが保証されることが在宅医療の魅力

町永 以前から在宅医療に取り組まれてきた大澤先生の嘆きは深刻だろうと思われまます。

ともすれば国は、在宅医療を医療財政の抑制の面で捉えがちですが、お二人のお話からはそれぞれの地域の人の暮らしを支えるための在宅ケア、在宅医療の役割というものがいかに大事かと認識させられます。

しかし、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを家族とともに最期の看取りまで支えるのが在宅医療だということが、まだまだ知られていない。

そうであれば、医療の側から変えるよりは、地域住民の本人の側から「私は在宅医療を選びたい。」という声を上げていくしかないと思うのです。

在宅医療とはどういうものなのか。暮らしを支える医療とはどういうものなのかということを改めて発信していかねばならないと思います。

大澤 医療経済的には、在宅医療だからお金がかからないとはいえないと思われています。  
例えば、介護のために職を失って



る人がいることを考えると、トータルで見たときに、病院医療と在宅医療とどちらが安上がりなのかと考えたら、在宅医療のほうがお金がかかるといふことも起きてくるのではなにかとも考えます。

それでもなぜ在宅医療なのかといえば、先ほどから皆さんが話されているように、在宅で暮らすことが本人にとってベターだからです。

入院していれば望むものも食べられないし、望みのテレビも見られないかもしれない。会いたい人にも会えないかもしれない。

家で暮らしていればそれができると。たとえ家でなくても自分が暮らしてきた地域の施設に入れば、今までの生活に近い暮らしが保証される。そこが何といても在宅医療の魅力だということをお分かっていただきたい、という事に尽きます。

町永 そのためにも、このような公開講座を毎月開催されてはいかがでしょう。

大澤 そうですね。運営に携わっているうちのスタッフが何といたか不安ですが。(会場笑)

## 病院医療とは違う、 オーダーメイドの治療が 在宅医療

小笠原 在宅医療に対するイメージには誤解があるように思います。病

院で行っている医療を在宅でもできないという誤解と、病院ほどではないが在宅でもある程度のことはできる、という誤解です。

病院医療の基本的な考え方とは、ある病状に対する検査データでAという診断がつくと、Bという治療を行います。ということですが、

ところが我々が行う在宅医療には、Aという診断がついても治療はBだけでなく非常にたくさん選択肢があるのです。

それは、その人がどういうことを望んでいるのか、どういう暮らしをしてきた方なのか、どういう死生観を持っている方なのか、そしてどう

いう家族関係の中にあるのか、そのようなことを全て集約して治療を選べるということ、いわばオーダーメイドの治療が在宅医療なのです。

診断がAなら治療はBと決まってしまう病院医療とは違い、患者さん一人一人が望むことをサポートする医療が在宅医療なのだということをお理解していただきたいと思えます。

大澤先生も言われるように、家の力は圧倒的です。患者さんが家に帰ってきたその日の光景を見ると本当に感激してしまうことがあります。

病院から搬送車が自宅の庭に入った途端、喜びで号泣した方とか、それまで病院では全く食べられなかった方が、自宅に戻ってき

たら旨い旨いと言いながらたくさん食べたとか、そんな事例がたくさんあります。

東日本大震災での福島原発の事故で避難を余儀なくされ、群馬に移り住んできた方々にもお会いしていますが、みなさん心に大きな空洞を抱えています。一部の方はうつ病になっ

ています。故郷や自分が住み慣れた場所から切り離されて、当てのない暮らしを強いられる人の辛さは、計り知れないものがあります。

それが病院医療と家で過ごすということの根本的な違いだと思います。

大澤 私は認知症の人と関わるようになり、そこから在宅医療という道に入ってしまったわけですが、その人の歴史を大事にする、その人の生活を大事にする。ということを常に心掛

けてこれからも続けていきたいと思っています。

この地域で在宅医療を希望される方がこれから増えていくことを願っています。

## 地域医療とはライフライン 暮らしをつなげていくという 医療の姿が今こそ必要

町永 ありがとうございます。会場の皆さんはどのようにお感じになりましたでしょうか。

一番大きなこととは、医療が皆さんと共に作るという形に代わってきているということですが、

これまでのような、医療が与えてくれるのではなくて、どう生きますかということ、医療者と共に考えようという時代に入っているのです。

ライフラインという言葉があります。今、地域にもライフラインが必要なのです。地域が分断し、産業も衰退している中で、医療というライフラインをどう繋げるかということが、今大切なことなのです。

ライフとは命です。命をつなぐために医療は絶対に必要です。でもライフには暮らしという意味もあります。暮らしをつなげていくという医療の姿が今こそ必要なのです。

さらに、ライフには人生という意味があります。看取りまでの人生です。生まれてから死ぬまでの人生を繋いでいくという意味です。

原発被災地の福島だけの問題ではなく、全国には消滅可能地域と言われている地域も多くあります。

医療と地域の住民と行政が一体となって、このライフラインを繋ぎ戻さなければ、私たちの地域社会を次の世代に受け渡すことができません。

お二人のお話から、地域医療とはライフラインなのだということをお改

めて強く感じました。本日はありがとうございました。