

LOVE

自宅で家族に囲まれて 末期ガン患者の在宅ホスピスケア



かわ ことし
川越 厚

1947年、広島県生まれ。73年、東京大学医学部卒業。茨城県立中央病院産婦人科部長、東京大学分産婦人科病棟棟長を経て、現在ライフケアシステムメディカルディレクター。著書に『産婦人科腫瘍学』（中外医学社）、『家庭で看取る癌患者』（メヂカルフレンド社）。昨年、『家で死にたい—家族と看とったガン患者の記録—』（保健同人社）を上梓、反響を呼ぶ。

自分が「死を目前にしたガン患者」だとしたら、残された時をどう生きるか。

現在、年間20万人もの人がガンで亡くなっているが、自宅で息を引き取る人は7%程度に過ぎないという。しかし、厚生省の調査によると国民の半数が「自分がガンで死ぬなら家がよい」と思っているという結果がでている。そこで、在宅ケアの普及活動と現場での医療に従事し、かつ『家で死にたい—家族と看とったガン患者の記録』の著作をもつ川越医師にインタビューした。

ライフケアシステム

川越医師が4年前から所属するライフケアシステムという在宅医療の組織は、最期まで人間の尊厳を貫くための在宅ホスピスケアにも力を注いでいる。東京、神奈川、千葉に地域コミュニティを作り、会員制で「主旨に賛同してくださる健康な方にも入会していただく互酬制度」として、現在290世帯800人が入会しているという。入会時の預かり金10万円、月会費6000円（世帯単位）。年間予算4000万円で、同システムを開設した佐藤智医師をはじめとした医師5人、看護婦7人と事務スタッフを支えねばならず、その働きの多くはスタッフのボランティア・スピリットに負うところが多いという。東京・市ヶ谷にある本部で、往診から帰ってきたばかりの川越医師は、スタッフとの打ち合わせに追われていた。ご自身が結腸ガンで死を見すえてきた方とは思えないほど、精力的なスケジュールをこなしている。

——ライフケアシステムの主旨、そもそも在宅ホスピスケアとは何かについて、お聞かせください。

川越：ライフケアシステムは自分達の健康は自分達で守る、病気は家庭で治すという主旨のもとに集まってできた会員組織です。もちろん、すべての病気を家庭で治すといっているのではなく、不治や予防の段階での病気には家庭での療養が大切だということです。ライフケアシステムはまだ訪問看護という言葉がわが国に定着していない13年前から、在宅ケアのパイオニアとして訪問看護と往診などの活動をしてきました。しかし、いま訪問看護はどこでも受けられるようになってきましたから、ライフケアの特許ではなくなりました。一つ時代が変わってきたということでしょう。

では、ライフケアの存続意義はなにか。一つは、真の医療を求めて互酬制度を追及すること、もう一つは24時間医師と相談できるというケア、さらに講演会や勉強会をとおして末期ガンの方やその家族に病気について知っていただくこと、などではないかと思います。

いま末期ガンの方の在宅ホスピスが注目されていますが、在宅ケアというふたつに分けて考えなければなりません。その一つが末期ガンの在宅ケアで、もう一つが高齢者の寝たきりや脳血管障害、痴呆などの場合の在宅ケアです。

在宅ケアのありかた

——末期ガンと高齢者との在宅ケアはどう違うのでしょうか。

川越：高齢者の場合、まずケアする期限がつかめないし、医療と福祉の関係でいうと福祉的要素が多い。その点、末



ライフケアシステムのスタッフと
打ち合わせ中の川越医師

期ガンの場合、患者の年齢は若い、ケアの期間が3～6か月とだいたい予測でき、医療に重点をおいたケアになってきます。末期ガンの場合、寝たきりになるのは長くて1週間、ほんとうに最期まで手がかからない方が多いですから。

とくにガンの場合、死への準備をすることになります。たとえば、母親が娘に家事を教えるとか、社会人が仕事の整理をするとか。それには、家にいるのがいいわけですね。

——具体的なケア活動の内容について、教えてください。

川越：末期ガンの場合を例にとると、医師の役目は症状コントロールで、痛みや腹水、胸水が貯まることでの苦しみを緩和することです。看護婦さんは食事や下の問題などの介護をどうするか、家族の葛藤や悩みをどうするかなど、一緒に考えていきます。また、亡くなった後の処置も大切な仕事になってきます。

日本型の在宅ホスピスケアには、大きな特徴があります。それは、外国の場合家族は患者と一緒にあくまでケアを受ける側ですが、日本のような家族の絆が強い社会では、家族もケアを受けると同時に、介護の担い手になる。ケアする中で充実感がでてきて、悔いのない看護ができるという結果をもたらすと思います。

もちろん、最初は家族に介護力はないけれど情熱はありますから、最後にはベテランの看護婦さんが舌を巻くほど上手になっていますよ。そんな中で、患者さんも家族も死の受容をしていきます。

こんな例があります。40代の卵巣ガンの末期の方で「3か月ぐりに命を考えなさい」と言っている人です。往診にうかがった時、こんなことをおっしゃった。彼女は宗教心はなかったけれど、昔手にしたことのある聖書を久しぶりに読んだそうです。すると、命を神に預けられるような気がしてきたというのです。いままで自分の命は自分のものと思っていたから苦しかったけれど、命を委ねることができると思うとなくさめられましたと……。これこそ、死の受容の極致ではないかと、教えられたような気がします。

病院医療と在宅ケア

——病院での医療と在宅医療との違い、今後のあり方についてお聞かせください。

川越：病院は基本的に治す場所です。ところがここに問題がひとつあります。最期は家で過ごしたいと思っても、現状では選択の余地がないことです。つまり家で過ごそうとしても、医療者がタッチしない状態になるのです。また病院でガンと闘いたい、若い患者に告知してほしくないから病院にいたいという場合もあります。そのような生き方を選ぶ人はそうすべきだと思います。ホスピスがいいからなんでも在宅で、と言っているのでは決してありません。場にはその場のケアがあります。

誤解を恐れずに言いますと、ホスピスの医師が治す医療に熱心になってはおかしいように、病院の医師がホスピスケアに熱心すぎるのもいけません。いまのホスピス・キャンペーンでは、病院の医師が悪者になる恐れがあります。そうではなくて病院の医師は治す医療に専念することが第一で、それは心を鬼にしないといけないことです。逆に、ホスピスケアとは、死に逝く人をどうケアするかであって、助かる人にホスピスマインドを持つというのはおかしい話です。

——その意味からも、生の医療と死の医療と、どこで一線を引くかが難しいでしょうね。

川越：その通りです。一人の医師ではなかなか決められません。ガン患者の経緯をみると、最初から諦める人はいませんが、あるところからは「助からない」と発想を変える必要があります。でも、それがどこなのか、一つの回答はないでしょう。

医師として、末期と判断する基準は助かる確率が20%以下になったときではないかと考えています。「確率50%で助かる」なら、がんばって治療を続けましょうと言うでしょう。いずれにしても、自分の命を医師に預ける信頼関係は必要ですが、最終的には自分の命は自分で決めるということだと思います。医師は情報を提供しつつ、それをいかに支えていくかが問われるのではないかと考えています。