

人はどんな最期を迎えたいだろうか。多くが、できれば苦しまずに逝ぎたいと望むだろう。「末期がどんな病状がどんなに絶望的な患者でも、最期まで自宅で朗らかに暮らし、清らかに旅立てるようにケアする」。医師で日本在宅ホスピス協会会長の小笠原文雄さん(75)は「在宅ホスピス緩和ケア」の推進に力を注ぐ。在宅医になって34年。在宅医療でみとった患者さんは約1900人、うち一人暮らした患者さんは120人を超えました。多くの患者さんが「住



み慣れた家で最期まで笑って暮らしたい」という願いをかなえ、旅立たれています。

名古屋大学医学部を卒業し、1989年に岐阜市内に小笠原内科を開業するまで16年、主に公立病院で働きました。循環器の医師として臨終の場面に立ち会うことも多く、そのたびに「死とはつらいもの」と感じていました。しかし、在宅医療に携わるようになり「最期の生き方は自分で選べる」こと、「住み慣れた家で、最期まで笑って暮らせる」ことができるようになりました。経験を重ねるう

在宅で1900人みとる ■ 願いかなえば「満足死」

ちに、在宅ホスピス緩和ケアという理想の在宅医療を見つけたのです。

在宅ホスピス緩和ケアとはどんな医療なのか。

「在宅」とは患者さんが暮らしているところです。「ホスピス」とは、いのちを見つめ、生き方、死に方、みとりのあり方を考えること。「緩和」とは痛みや苦しみを和らげること。「ケア」とは人と人がかかわり、お互いに温かいものが生まれ、生きる希望がわき力がみなぎること。こうした医療を在宅ホスピス緩和ケアと言っています。

患者さんと離れて暮らす家族が「病院なら安心、家だと

心配」と考え、入院させよう」としますね。本当にそうなのか。患者さんにとって、病院は安心できる場所のようでもありません。

在宅には医師や看護師など多くのスタッフがいます。患者一人ひとりに細かく目を配るのは難しいのが実情ではないですか。周りに大勢の人がいるのに孤独。それが現実ではないかと思うのです。

住み慣れた家は癒やしの空間です。生まれるところは自分で決められませんが、死ぬところは決められます。自宅に限ったことではありませんが「ここに居たい」と思える

場所で暮らすことが安心につながるのです。

「最期まで家にいたい」と希望する患者さんにご家族が反対した際に、私はこんな言葉をかけます。「人生は一度きりです。家族の都合よりも本人の願いを優先してあげましょう。本人の願いがかなうと『希望死・満足死・納得死』ができますから」

小笠原内科では在宅医療をするに当たって「アドバンス・ケアプランニング(ACP)」と呼ぶ会議を開く。参加するのは患者さんが「願いを伝えておきたい」と思う人たちです。家族、医師、訪問看護師、歯科医師、薬剤師、療法士、管理栄養士、ケアマネジャー、介護職、福祉用具専門員、ボランティアなど多岐にわたります。民生委員や町内会長、役所の人が参加する場合もあります。

家族や親族の中に在宅医療を反対する人がいるときは、ACPに連れてきてもらいます。反対する理由を聞き、メリット、デメリットなどを話します。知らないことや初めてのことに不安を感じるのは当然です。しかし、じっくりと話し合っつうちに、ほぼ全員が納得がいく結論が出ます。

在宅ホスピス緩和ケアで、幸せな最期を送ってもらいたい。こんな素晴らしい医療があることを多くの人に伝えること、この医療を広めるため後進を育成すること。それが私の使命だと思っています。(大橋正也が担当します)



略歴 1948年岐阜県生まれ。名古屋大学医学部を卒業。同大学第二内科勤務などを経て1989年小笠原内科

開業。在宅医として多くの患者をみとる。日本在宅ホスピス協会会長。浄土真宗伝法寺住職。

実家は岐阜県羽島市に戦国時代から続く浄土真宗の伝法寺。23代住職だ。

8歳のときに父（22代住職世雄氏）から、これを読めと「仏説阿弥陀經」を渡されました。難しい漢字で読めませんから、住職が読むのを口まねして、丸暗記するわけです。9歳のときに得度を受け、檀家参りを始めました。

まだ小学校3年生で父の後を継ぐという気持ちはありませんでしたが、周りから「若様」と呼ばれるのはうれしかったです。調子に乗っていました。檀家参りをするとお菓子をく



れるんです。お菓子が欲しくてやっていたですね。

父に「家で勉強をするな」と言われました。勉強するなら檀家参りをしろというのです。「授業を聞いて、覚えればいいんだ」と言われ、小学校の成績は算数と体育が5で、ほかは3。中学校3年生の夏まで家で教科書を開くことはまずありませんでした。

高校は進学校の県立岐阜高校に進もうと思いましたが、担任の先生に話すと「この成績では絶対、受からない。志望校を変えろ」と言われました。父に相談すると、3年生の9

実家は戦国時代からの寺 ■ 姉の死が導いた在宅医

月から一日1時間だけ家での勉強を許されました。

普段からお経を読んでいるので集中力がありました。お経を読んでいると、いわゆるゾーンに入るんですね。だから勉強でもゾーンに入るんです。日曜日などに寺でひとりで勉強しているときに、檀家さんが訪れることがあります。しかし、勉強に没頭しててまったく気が付かない。

父からは「何で迎えに出ないんだ」と怒られます。でも、この集中力のおかげで、岐阜高に合格できました。

高校1年生の夏、姉が20歳で亡くなる。人の死に方について考え始めるきっかけになった。

姉は足のしびれが治まらず、病院に行くと、即入院となりました。すぐ歩行も困難にな

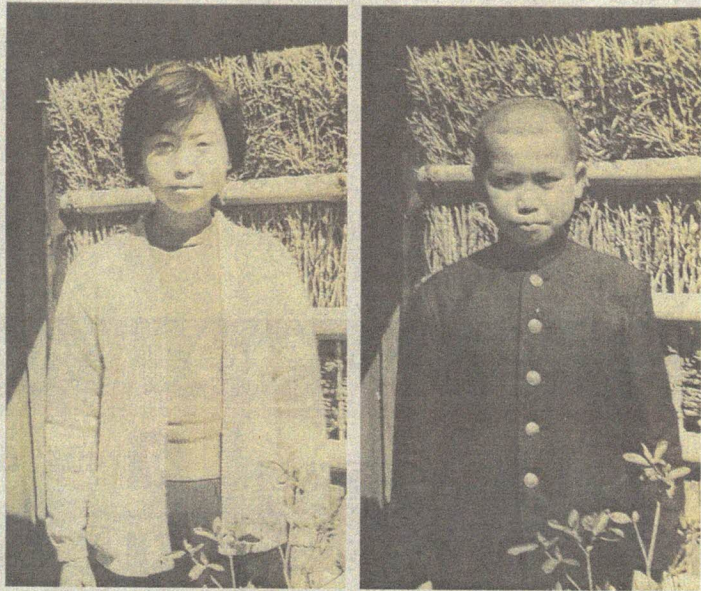
り、12日目、医師から死期が迫っていると告げられました。父は「家に連れて帰る」と言い、姉を背負って病院の表玄関を出ました。その翌日、姉は息を引き取りました。

表玄関から出たのには意味があります。昔の家では、人が亡くなると、お座敷から出棺しました。ところが、病院だと裏口から出される。なぜなら、病院では死は「敗北」だからです。父はそれが許せなかったのだと思います。

姉の死が医師を目指した直接の理由ではありません。ただ、人の死に方について考えるようになったのは姉の死がきっかけだったと思います。

医師になり、在宅医療の道を歩んだのも、姉が導いたのかもしれません。

高校3年生までは数学の



20歳で亡くなった姉⑤。人の死に方を考えるようになった

教師になろうと考えていた。しかし、名古屋大学医学部に進む。

数学が得意だったので、京都大学理学部数学科に進もうと思っていました。ところが願書提出締め切りの5日前に父が「京都にいたら、自分が死んだときに檀家参りができなくなる。名古屋大学に志望を変えてくれないか」と言い出したのです。

当時、父の知人の名古屋大学医学部助教で僧侶でもいる人から「医者も僧侶も命を預かるのは同じ。名大医学部を受験したら」と勧められ、志望を変更、合格しました。大学では弓道部などに所属。学業の方はサボり気味でしたが、名古屋にある15軒の檀家はきちんと回りました。

卒業後は弓道部の先輩がいた大垣市民病院（岐阜県大垣市）に就職しました。4年勤務し、1977年に名大第一内科循環器グループに移り、ここで心不全治療をテーマに博士論文を書き上げました。次に一宮市立市民病院今伊勢分院（当時、愛知県一宮市）に赴任しました。経営立て直しがミッションで、激務がたまって網膜に血栓ができました。そこで目のリハビリを兼ねてゴルフを始めました。

そんなとき、ゴルフ仲間の開業医から岐阜市にあるクリニックの事業承継を頼まれたのです。目の病気もあるし、「勤務医よりも開業医の方が楽かな」と思い、引き受けました。（大橋正也）



1989年岐阜市に小笠原内科を開業した。多くの患者さんが来ました。しかし、目の病気もあるので、診る患者さんはある程度に抑えようと院外処方に変えたところ、翌年、医薬分業の報酬が手厚くなり、収入が増えてしまいました。ただ、在宅医療と訪問介護には、対応していません。医院から30分離れたところでも出向きます。大垣市民病院勤務時代に結婚した妻から「見捨てたら患者さんがかわいそう」と言われましたから。

開業3年目の1992年に

人生を一変させる診療を体験しました。大腸がんから腸閉塞になり、病院で緊急手術を受けた2年後に在宅医療を受け始めた男性患者、丹羽さんがいました。いつものように午前8時過ぎに訪問診療を終えて帰ろうとすると、奥さんと呼び止められました。「男の人って最期まで格好つけるんですね」と言われたのです。聞いてみると、丹羽さんは前日に「明日、旅に出るから、いつものかばんと靴を用意して」と話したということです。奥さんが「私も連れてって」と言つと、彼は「遠いところ

「科学の実践で結果を」 ■ 穏やかな死に驚く

だから、君は家で待っていない」と答えました。そこで、かばんと靴を枕元に置いたのだそうです。

クリニックに戻り、外来診療をしていると、10時ごろ奥さんから電話がありました。「主人が今旅立ちました」。

「すぐ往診に行きます」と告げると「目の前の患者さんを診てあげてください。うちへはその後に来てくださればいいですから」と言うのです。

男性の死に顔は穏やかで、笑みを浮かべていた。驚きました。それまで病院で多くの患者さんの死を見てきました。死ぬときは苦しむのが当たり前と思っていました。ところが、この男性は穏やかに死ぬことができました。なぜ、病院で苦しんでいた患者が家に帰ると笑顔を取り戻す

ののだろうか。

考えるうちに、名古屋大学での博士号の授与式の際に医学部長から言われた言葉を思い出しました。医学部長は「どんな道に進んでも、必ず『なぜ』と思うことがある。なぜ」と思ったら科学的にメソッドを考え、実践し、結果を出し、世の中に問いなさい」と語りかけました。

病気があるからといって、闘い続ける必要があるのか。もう治らないとわかっていながら、一日でも長く、好きなところで過ごさせてあげることができないのか。病气と闘う治療ではなく、痛みと苦しみを取り除き、生きる希望がわくケアが必要ではないのか。

在宅ホスピス緩和ケアを实践することはまさに、科学的にメソッドを考え、実践し、

結果を出すことだ。そう確信しました。

在宅ホスピス緩和ケアを受けることで「患者は安楽死を望まなくなる」という。

耐えがたい痛みから安楽死を望むのは理解できます。痛みを緩和するため、強力な催眠鎮静剤を用い患者さんを死ぬまで眠らせる方法があります。「持続的深い鎮静」と呼ばれます。死なせるのではなく眠らせるのですから安楽死とは異なる解釈するのですが、実質的に安楽死に近いのではないかと思います。

しかし、持続的深い鎮静をすると、ご家族とも今生の別れになってしまいます。ほかに苦痛を取り除く方法や生きる希望を見いだせる方法があるのだから、医師、看護師がスキルを磨けばよいと思っています。患者さんや家族はそちらを望むのではないでしょう。

小笠原内科では、在宅医療で「PCA（患者自己調節鎮静法）」を取り入れています。患者さんが自分で痛みや苦しみを取る方法です。

「PCAポンプ」という医療機器を使って、モルヒネなどの薬を持続的に皮下注射します。痛みがひどいときはボタンを押すと、モルヒネが追加されます。

患者さんは医師や訪問看護師を呼ばなくとも、痛みや苦しみを和らげることが出来ます。何度押ししても定量以上は入らないので安心です。



笑って旅立った丹羽さんの7回忌。思い出を語り合っ

(右端が小笠原さん)

(大橋正也)



一人暮らしの患者の在宅医療に力を注ぐ。

65歳以上の一人暮らしは全国に約700万人。2025年には、国民の3人に1人が65歳以上になるといいます。こうしたなか人生の最期に在宅医療を選ぶ人が増えています。住み慣れた家で、笑って生きて、笑って死にたいと願う人は多いと思います。

一人暮らしの患者さんの在宅医療は、実はそれほど難しくはないんです。「夜中に容体が急変したら」「介護は大丈夫なのか」「孤独死になる恐れはないか」などといった

不安を抱くかもしれません。しかし、在宅ホスピス緩和ケアならこうした問題を解決できるのです。

一人暮らしで肺がん末期の男性の例です。男性は21年に主治医から余命2カ月と宣告されました。男性は入院はせずに「最期まで家にいたい」と希望しました。2人の娘さんは「私たちは家庭があるから介護ができないし」と心配しましたが、父親の強い思いに押されて了承しました。

在宅医療を始めて2カ月もすると、男性の表情は明るくなっていった。

一人暮らしでも解決可能 ■ アプリで見守り



在宅医療には医療、看護、介護などの職種連携が欠かせない（左から2人目が小笠原さん）

病院に通っているときは、苦しくてつらかったその場で。在宅医療チームの支援で穏やかに過ごすことができました。7カ月後です。訪問看護師が訪ねると、奥さんの遺影が飾られた仏壇に手を合わせていた男性は突然「娘たちに迷惑をかけたくない」と涙をこぼしました。

すぐに関係者の会議、ACPを開いて「生きている貴重な時間を大事にしたい」という男性の思いを確認しました。10カ月後に、娘さんたちが見守る中、穏やかに旅立ちました。娘さんは「在宅医療を選んで、庭木の手入れをしたり、ひ孫に会ったり、好きなことができてよかった」と言ってくれました。

一人暮らしの患者さんの在宅医療で欠かせないのがチー

ムの存在と医療、看護、介護などの職種連携です。小笠原内科では、司令塔になる「トータルヘルスプランナー（T H P）」と呼ぶ専門職がいます。T H Pは日本在宅ホスピス協会の認定資格です。

T H Pは多職種連携・協働・強調がスムーズに行われるように配慮します。T H Pがないと、患者さんや家族の思いが伝えたい人に伝わらない、チーム内の問題を解決できずにチームワークが乱れる、課題が表面化するまで気が付かず手遅れになるなどの問題が起こります。全体を見通すT H Pがいると在宅医療はうまくいきます。

在宅医療ではIT化も進む。そのひとつが情報共有アプリの活用だ。

小笠原内科は「T H P+」

というアプリを使っています。在宅医療のために開発したアプリで、チーム間の情報共有ができるだけでなく、患者さんや家族も閲覧・書き込みができます。以前は離れて暮らす患者さんを家族が心配して入院を促すことがありましたが、家族が安心して見守れるようになっています。

母親が末期がんで在宅医療をしている女性が、こんな話をしてくれました。女性はT H P+で母親の様子を見守っていました。なんとなく「今日（つく）なる」かもしれないと予感がし、実家に泊まって母親と一緒に寝たそうです。すると、その夜、母親は旅立ちました。女性は「T H P+のおかげで母の死を受け入れられる心の準備ができ、みとることができて、本当に幸せでした」と話していました。

オンライン診療も02年から始めています。まず訪問看護師が患者さんの家を訪れ、医師とテレビ電話をつなぎます。医師は看護師と患者さんから話を聞きます。看護師が胸の音を聞いたり、おなかを触ったりしながら、画面越しに診察を支援します。

オンライン診療は心のケアにつながります。患者さんと医師の間に信頼関係があれば、医師の顔を見るだけで患者さんは安心できるようです。心のケアができるオンライン診療を「オンラインケア」と呼んでいます。

（大橋正也）



2017年に出版した「なんともでない臨終」は7万部を超えるベストセラーになった。

在宅医療のよさを知ってもらおうと、本を出版しました。「なんともでない臨終」は、一人暮らしでも、がんになっても、お金がなくても、最期まで家で暮らせることを伝えました。

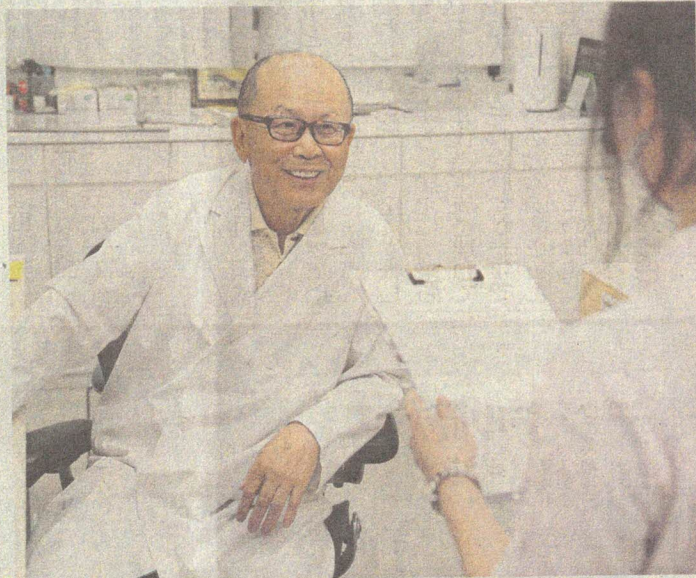
幸い反響を呼びました。しかし一方では「介護が大変」「お金がかかる」など、在宅医療に不安を感じている人もまだまだ多いようです。啓発活動の不足さを痛感して、

23年3月には続編として「最期まで家で笑って生きたいあなたへ」を出しました。

在宅医療では家族が介護する必要はありません。介護したいと希望する場合も介護保険を使って家族の身体的負担を軽減することができます。介護保険のおかげで介護ヘルパーや訪問入浴、デイサービスなど生活を支えてくれるアロを少ない負担で頼めるようになりました。

在宅医療はお金がある人しか受けられないと思っている人も多いようですが、そんなことはありません。生活保護

在宅医療 お金なくても ■ 旅立ちは笑顔でピース



毎週、金曜日の午前を外来診療に充てている

を受けている患者さんや、年金で生活している患者さんも在宅医療を受けています。

在宅医療費はどのくらいかかるか。費用の内訳は大きく分けて、訪問診療や薬代などの医療保険（医療費）、訪問介護など介護保険、自費の3つです。「高額療養費制度」などを使えば支払う金額を少なくすることができます。

末期の肺がんで一人暮らしの男性のケースでは、死亡前々月の自己負担額は約2万2000円、死亡前月は約4万5000円、死亡月は約4万2000円でした。男性は月9万円の年金を受け取っており、家賃と生活費を差し引くと3万円を在宅医療費に充てられる。年金生活者でも在宅医療は可能なのです。

各地の在宅医と協力して

在宅医療をする「教育的在宅緩和ケア」にも取り組んでいる。

かかりつけ医が在宅医療を経験していなかったり、遠方で断られたり、難易度の高い病気で断られたりしたときは、地元の在宅医に教育的在宅緩和ケアをお願いしてください。教育的というのは在宅医療に慣れてもらうという意味合いです。小笠原内科と在宅医はオンライン診療やアプリのTHP+などを活用し、連携して在宅医療をします。

これまでに40以上の医師と教育的在宅緩和ケアをして、その100人の患者さんのうち95人が最期まで家で暮らすことができました。教育的在宅緩和ケアをすれば、様々な理由で「最期まで家で生きる」ことを諦めている患者さんの

願いもかかないです。在宅緩和ケアができる医師を育てたいと思い、小笠原内科では研修を受け入れていきます。講演も多い年は70回以上やりました。テレビにも出演しました。在宅ホスピス緩和ケアができる医師は全国で100人以上に増えました。

現在は毎週金曜日の午前外来診療をする。住職でもあるので週末は葬式や法事などで忙しい。

75歳の後期高齢者になりました。「高貴高礼者」の夢を見たいです。重い病気以外の診療は若い医師にまかせたいと多くになりました。ただ時間がなくなり、体力、気力があればいつでも往診に行きます。

患者さんが自宅で亡くなったとき、周りを家族が囲む「笑顔でピース」をする写真を撮られます。これまで50組以上のご遺族が旅立ちの直後に遺体の前で私たちと一緒に写真を撮りました。

不謹慎と感じる人がいるかもしれませんが。しかし患者さんを苦しみから解放し、楽に旅立たせてあげたことで、家族は心の底からよかった感溢れたからだと教えていただきました。

在宅ホスピス緩和ケアをずっと広めたい。「最期までみ慣れた家で、笑って生きて死にたい」という願いを、1人でも多くの人に伝えてほしい。そのために、これからも力を尽くしたいと思います。

(大橋正也が担当しました)