



SUMMARY

地域に“寄りそ医”20年

～地域住民と診療所医師の強くて温かい絆の物語～
(要旨)

中村 伸一

SHINICHI NAKAMURA

福井県おおい町国民健康保険名田庄診療所 所長
自治医科大学地域医療学 臨床教授

自己紹介

平成21年、NHK『プロフェッショナル仕事の流儀』に出演し、翌年には朝日新聞のbeフロントランナーで紹介されました。片田舎の診療所で働いていますが、どうやら地域医療が世間から注目されているようです。

私は平成元年に自治医科大学を卒業しました。自治医大の卒業生は卒後9年間、県庁職員として医療に携わる義務があります。初期研修の2年間は福井県立病院で各科をスーパーローテイトし、卒後3年目に医師は自分一人だけのへき地に立地する名田庄診療所に赴任。普通なら1～2年で異動ですが、自ら希望して5年間いました。8年目と9年目には福井県立病院に戻り、2年間外科医として勤務。義務を終えた10年目に再び名田庄診療所に戻り、現在に至ります。

赴任した名田庄の環境

平成18年、名田庄村は大飯町と合併して、おおい町名田庄地区になりました。最新のデータでは、当地区の人口は2,624人、高齢化率33%で、医療機関は当診療所のみです。

平成3年の赴任当時、1日平均患者数65人で、レントゲン、エコー、上部及び下部内視鏡と機器もある程度揃っていました。赴任直後に気づいたのは、この地域の未だに屋号で呼び合う風習でした。家族の繋がりも強く、三世代同居はあたり前です。「家で死にたい」と望むお年寄りが9割以上で、家族にもそれを支えたいという気持ちがあります。それがわかると、私も「在宅で暮らす人を支えたい」と強く思うようになりました。しかし、その思いはなかなか通じませんでした。

赴任当初に出会った、思い出深い患者さんたち

脳梗塞で病院に救急搬送され入院し、寝たきり状態で退院。その後、家族が総出で自家用車に乗せて、病院に月1回通っていました。その方が風邪で高熱を出すと、私が往診に呼ばれます。ところが、普段の診察を私に任せてはくれません。病院信仰が根強くあったのです。

長年寝たきりで三年間お風呂に入っていない92歳の女性がありました。「死ぬ前に一度は風呂に入りたい」というのが口癖で

したが、この当時の名田庄には、寝たきり老人をお風呂に入れるシステムはありませんでした。

耳はいいけどボケたじい様と、耳は悪いけどしっかり者のばあ様の老夫婦世帯がありました。ある日、往診に呼ばれると、じい様は狭心症で心不全の状態でした。病院の循環器科医に送り入院となります。ばあ様は一人きりになってしまうので、京都市内のアパートに住む息子さんがばあ様を一時的に取り扱います。じい様は3週間で退院となりますが、ばあ様は京都でいたれりつくせりの便利な生活を送り、もう名田庄でじい様と暮らす気持ちが失せてしまいました。息子さんも考えます。「おふくろ1人ならいいけど、病気がちなおやじまで引き取るほど家庭的余裕がない」と。最終的に、ばあ様は息子さん宅、じい様は施設入所となり、2人はバラバラになってしまいました。循環器科医から診療に関する情報は送られてきました。ところが、この夫婦が別居になったことは、随分後に風の便りで知ったのです。医療と介護が連携していたら、こうはならないはずですよ。

その11年後の平成14年には、末期癌で認知症で一人暮らしでも家で過ごせています。前立腺癌が膀胱と直腸に浸潤し、血尿と血便が出ていました。癌を摘出手術できる状態ではないので、出血を避けるため、人工肛門と膀胱瘻をつくる手術を受けました。認知症も進行し、要介護度3です。ケアマネジャーと連絡し、私は2週間に1回、訪問看護師は週2回、ホームヘルパーは1日3回訪問し、在宅生活を続けることができました。

保健・医療・福祉の連携から統合へ

この11年間は一足跳びではありません。平成3年当時、保健医療福祉の連携はありませんでしたが、あるきっかけで連携が始まります。

平成3年10月、車イスやストレッチャーを搭載する13人乗りの福祉バスの購入をきっかけに、診療所、役場住民福祉課、社会福祉協議会の全メンバーで構成する『健康と福祉を考える会』を結成し、ボランティアの住民も巻き込んでいきました。デイサービスの開始、訪問看護を中心とした多職種の訪問調整、事例検討会、健康祭や在宅ケア講座の開催等、次々と事業展開するうちに、職員もボランティアもいっしょに活動する「場」がほ

しいと考えるようになりました。

平成8年、保健医療福祉総合施設の建設のため、『福祉の森検討委員会』を立ち上げ、基本構想、基本設計の段階から、職員も住民も参加しました。

平成11年、保健医療福祉総合施設『あっとほ～むいきいき館』が完成し、ソフト・ハードともに地域を支える基盤ができました。同時に医師2名体制とし、私が診療所長と保健福祉課長を兼任することで、保健医療福祉の統合ができました。医師2名体制は、地方が医師不足に陥る平成16年までの6年間は維持できました。

名田庄の家逝き看取り

時が経ち、私たちの活動が数値として現れました。私の赴任から町村合併までの15年間(平成3～17年度)で、名田庄村の在宅死亡率は42%でした。また、国保医療費地域差指数や老人医療費、第1号介護保険料を県内で最も低いランクに抑えました。

在宅で亡くなった約半数が老衰ですが、癌は約15%。日本人の死亡原因の第1位は癌ですから、癌の看取りは重要です。これから名田庄で癌で亡くなった方の話を紹介します。治療法は当時のものであり、現在とは異なります。

家で逝った方の物語 1

腹部の不調で受診した73歳の女性が、内視鏡検査でかなり進行した大腸癌だと判明。手術を受け、抗癌剤も使用しましたが、1年後には再発し、入退院を繰り返しました。3度目の入院のときは、だれもが“最後の入院”と思いましたが、私は「うちの診療所はいつでも待っていますよ」と声をかけました。この言葉が後で効いたようです。黄疸を来たし、経口摂取不能で持続点滴をされる状態になったとき、ご夫婦の希望で自宅に戻ることになりました。衰弱がひどく、帰宅途中の死亡も覚悟しましたが、無事に帰宅。玄関でお孫さんの出迎えを受け、涙を流して喜んでいました。

この方は点滴だけで3週間、家族とお別れの時間を過ごし、安らかに永眠されました。帰宅しただけで命が延びたのです。“家の力”としか言いようがありません。在宅では少なからず経験します。

家で逝った方の物語 2

奥さんを看取った8年後、ご主人の方が慢性腎不全の末期状態に陥りました。透析導入ははっきり拒否されました。尿毒症が進み、徐々に衰弱していきます。3月下旬、「桜が見られるかな？」ポツリと言いました。家族も「できるなら、なんとかしてほしい」と言います。

4月9日にちょうど桜が満開になりました。私は看護師とケアマネジャーと共に福祉車両に乗り、お宅へ向かいました。看病していたお孫さんも誘って桜を見に行き、写真も撮りました。すぐに印刷して、夕方には届けました。ご主人はその写真を見て満足そうでした。目を覚ますたびに写真を取り出し、「ええ桜やった」と繰り返していました。

桜を見に行ったら9日後、自宅で永眠されました。ご主人にとって最後の外出となりました。

家で逝った方の物語 3

私が桜にこだわったのは、後悔する経験をしたからです。74歳の元教員の男性でした。仕事柄、人一倍桜に思い入れがあったはず。胃癌が再発し、末期状態で入院。24時間持続点滴で麻薬も注入され、病院で最期を迎える予定でした。

3月下旬に見舞いに行くと、かなり衰弱した状態で私に言いました。「今年は桜が見られるかな？」つらい質問ですが、無理だと思ったので「桜を見に行けたらいいですね」と遠回しに答えました。すると彼は「ほんなら家に帰るわ」と言って退院したので。奥さんと二人暮らしで、実は奥さんは退院に反対でした。

末期癌の患者には急変はつきものなので、五分咲きの段階で桜を見せようと試みました。ところが、「今日は寒いし、まだ綺麗じゃないから」と言って断るのです。

3月30日、突然、自宅で息が止まってしまいました。奥さんから電話がありました。「主人が息してないです。うわああ、なんとかしてください！」癌の末期ではどうすることもできません。ただ、奥さんのことが心配でした。慌てて往診車を走らせたとき、診療所前の桜の木の枝が目に入りました。車から降りて七分咲きの枝をポキッと折って、お宅へ向かいました。

家に入ると、奥さんは「お父さん、しっかりして！」と言い、泣きじゃくってご主人の体を揺さぶっていました。何も言えず、桜の枝を手渡しました。すると奥さんは、ご主人の目の前に桜の枝を持っていき、「あんなに見たがってた桜を先生が持って来てくれたわよ。しっかり見て！」10分ほど経つと、さすがに奥さんも落ち着きました。桜の枝を持って私に向かって言ってくれました。「おかげで主人は最期に桜を見ることができました」

すでに亡くなっているので、桜を見ているはずはありません。何とか見せてあげたかった私の“思い”を、奥さんも“思い”で返してくれたのです。

家で逝った方の物語 4

次は、平成10年に最期だけ関わった方です。村一番の資産家の77歳男性で、肺癌でしたが本人には告知されていません。京都市内の大学病院から退院してきました。それには大きな理由がありました。長年の夢だった、1億円を寄付しての近所のお寺の改修工事が中盤に差し掛かっていたのです。

それを見ずにはいられなくなって家に戻ってきたのです。大学病院からは十分な情報提供をいただきました。麻薬は十分に投与され、在宅酸素療法も大学病院から業者を通じて自宅にセッティングされました。ただ、告知されていない患者にどう対応すべきか、難しい立場に立たされました。

最初の往診時、診察後に、苦し紛れに質問をしました。「痛みがひどくなったり息苦しくなったら、大学病院に戻りますか？」すると彼は答えました。「何があっても絶対に大学には戻らん」私がスーッと手を差し伸べると、末期癌患者らしく

らぬ力強さで握手してきました。この段階で、告知もない同意書もない“非言語的インフォームドコンセント”が成立したと思っています。

彼はお寺の工事を見続けました。家族は車イスを利用して現場まで連れて行き、工事を見せました。衰弱して寝たきりになっても、写真やビデオで撮ったものを見せて励ましました。工事は終わり、落成式の日朝、自宅で息を引き取りました。この方は人生の勝利者であり、死んだというよりも“生き切った”ように思えます。

家で逝った方の物語 5

逆に、麻薬を全く使わなかった72歳男性です。自宅は、小高い丘の上にある茅葺の家です。診療所には年に2〜3回、畑仕事の後の腰痛で受診していました。ある日、「腰ではなく背中が痛くて、食欲がない」と訴え受診しました。腹部エコーで、膵頭部癌と診断。告知して病院に紹介しました。手術できる段階にないので、黄疸を避けるために胆管内ステントを挿入し、放射線治療が行われました。この当時は膵癌に有効な抗癌剤は日本で認可されておらず、治療は終了。

退院直後は元気でしたが、疾患の性質上、再び痛みが激しくなります。麻薬をすすめますが、本人は頑に拒否。説明と説得を繰り返しましたが、拒否しつづけました。そこで麻薬を嫌う理由を尋ねると、予期せぬ答えが返ってきました。「わたしは若い頃シベリアに抑留された。厳しい日々やった。幸い五体満足で日本に帰ることができた。癌なんて自分の体から勝手に出てくるもので死ぬなんて幸せや。この程度の痛みには耐えんと、シベリアで死んでいった仲間に申し訳ない」

この一言で、麻薬をすすめることはやめました。これまで腰痛治療同様に、普通の鎮痛剤は使ってくれましたが、それで治まるような痛みではありません。まるで修行僧のごとく痛みを耐えつづけ、丘の上の家からの風景を見ながら、3月の雪溶けの季節に自宅で永眠されました。癌になったことよりもシベリアに抑留された体験の方がよほどつらかったのでしょう。若い頃、心の奥底に楔のように刺さった魂の痛みを、癌の体の痛みで耐えることで解放していったのではないのでしょうか。

家で逝った方の物語 6

61歳男性で、とにかく自宅にこだわった方です。半年で6キロ体重が減り、食欲がなくなってきたという理由で受診しました。腹部エコーでは肝臓内に腫瘍が多発していました。胃カメラでは異常なく、翌日の検査ではS状結腸に大きな癌がありました。腫瘍マーカーはCEAが5,600で、CA19-9が37,700でした。それぞれの正常値は5以下、37以下です。ひどく進行した癌であることを告知しました。すると、彼は自分の余命を私に尋ねました。「治療効果によるので余命予測はできない」と伝えましたが、「予想が外れてもいい。率直な感想が聞きたい」と言うので、私は答えました。「約3カ月です」沈黙の後、彼はこう言いました。「たった2カ月の延命目的で、

そのうち1カ月も入院するのは嫌だ」

そこで、紹介先の病院と相談し、1カ月の入院で、その後は可能な限り在宅で抗癌剤治療を行う方針としました。入院後に皮下埋め込み型中心静脈カテーテルを造設し、初診から18日目にそれを利用した抗癌剤治療(5FU/CDDP併用療法)を開始。退院後の40日目には、診療所と在宅での抗癌剤治療になりました。160日目で高熱が出ます。皮下のカテーテルが原因と考え、それを抜去したら熱は下がりました。その後、他の方法(CPT-11/5FU/LV併用療法)で抗癌剤治療を行いました。11カ月目にご自宅で永眠されました。当初、「2カ月の延命目的で1カ月の入院は嫌だ」と本人は言いましたが、1カ月の入院で、ご家族とのお別れの時間を自宅で10ヵ月作ったので、責任は果せました。

家で逝った方の物語 7

最後のケースは79歳の女性です。5分前のことも忘れてしまうほどの認知症で、大の医者嫌いです。娘さんにつれられ、介護保険の主治医意見書を求めて受診されました。デイサービスやショートステイの利用希望でしたので、結核を調べるため胸部X線を撮ったら、肺癌がありました。ご本人に判断能力はないので、娘さんに今後の方針を尋ねると、彼女は言いました。「今日の肺癌はなかったことにしてください。理解できない母にとって、入院治療は拷問でしかありませんから」

一理ありますが、癌を放置するのは心苦しいことです。娘さんと3カ月毎のX線撮影を約束しました。その後この方はデイサービスを存分に楽しみました。2年後には肺癌が脊椎、脊髄に転移し、両下肢麻痺になりました。認知症のせいにご本人に深刻さはなく、ベッド周囲をひ孫さんが飛び回るのが日常の風景となりました。

ある日、呼吸困難が生じ、在宅酸素療法を導入しました。呼吸状態は改善しましたが、その4日後に眠るように息を取りました。初診から4年後の83歳でした。

人生にはガイドラインはないから、地域に寄り添うことが必要

麻薬を十分使った方と全く使わなかった方、徹底的に癌と戦った方と戦わなかった方、その両極端の話をしました。うちに来る医学生や研修医が私に質問するのは、「思い切って治療したり、なんにも治療しなかったり、麻薬を使ったり、使わなかったりその線引きってどこなんですか?」

私は答えます。「医学とか医療にはガイドラインがあるけど、人生にガイドラインはない。だからこそ、それぞれの人生に寄り添うことが必要なんだよ」と、彼らの半分は「なるほど!」と言います。残り半分は、不思議そうに「はあ?」と言います。この感覚がわかる人とわからない人がいるようです。地域医療に必要なことは、そこに住む人の人生や地域の価値観に寄り添うことではないでしょうか。

支えあう“お互い様”の地域社会

名田庄は相互信頼の絆の深い地域社会です。

実は、赴任して2年目に大きな誤診をしています。頭痛ではなく「肩が痛い」という非典型的な症状なので診断は困難でしたが、最初の往診でクモ膜下出血を少し疑ったものの、結局は五十肩としてしまいました。2回目の往診では、意識レベルが低下していたので、すぐに救急搬送し、CTでクモ膜下出血と診断されました。手術室に入る前、誤診に愕然としている私に、患者の親戚の方はこんな言葉をかけてくれました。「夜中に何度も往診に呼び出して悪かったな。先生、どんなに真剣にやっても間違えはだれでもある。こんなことはお互い様やから」この心の広さに接し、名田庄に残ろうと決心しました。この方は幸いにも後遺症なく回復しました。

平成15年、私は“特発性頭蓋内圧低下症による慢性硬膜下血腫”に陥り、治療で2ヶ月仕事を休みました。職場復帰した後も体調不良はつづきました。平成17年度から、地方の医師不足のあおりを受けて、常勤医師は私1人だけになりました。病气から復帰してやっと体調が戻ったと思ったら、医者一人体制に逆戻りし、精神的肉体的に辛かった時期でした。この時期、患者さんから言われました。「先生もお大事に」「先生、わしを診察したら、あと5人やで」「先生、私は適当でいいから、次の人がしんどそうやから、そっちをちゃんと診てあげて」こんな励ましで、私はずいぶん救われました。

手術を受ける前の平成14年度は、年間1,098件の時間外および休日の救急患者を診ていました。病気で2ヶ月仕事を空けた後、“中村は病みあがりだから救急対応しない」というアナウンスは一切ないにも関わらず、住民の方がいわゆるコンビニ受診を控えてくれました。平成15年度からの救急患者数は、年間120件前後に激減しています。私は、間違いなく村の人々に支えられています。

医療崩壊を救うのは“地域絆力”

数年前から“医療崩壊”という言葉が流行っていますが、その根底には、患者側と医療者との相互不信があると思います。患

者側は何かあれば訴えようとし、医療者側は自分達を守る防衛医療に徹するという悪循環になっています。医療崩壊から新たな社会モデルを作る、つまり相互不信から相互信頼の社会を作ることが、今の日本の地域医療にとって一番大事なことではないでしょうか。

福井県は平成12年度の平均寿命の調査で、男性は長野、女性は沖縄に次ぐ第2位でした。その理由を調査した結果、福井県の特徴がわかってきました。福井県が全国第1位なのは、一人当たりの米・いも類の摂取量、女性の月間平均労働時間、一世帯当たりの貯蓄高。さらに、ただ貯めるだけではなく、信仰祭祀費には日本一お金を使う。全国第2位なのは、共働き世帯割合、三世帯同居世帯割合、人口当たりの救急告示医療機関です。交際費は第3位、ボランティア行動者率第5位で、離婚率は第43位と低いのです。法政大学の研究では、幸福度も福井県は日本一です。福井県では“家庭や地域の絆の力”が強いといえます。

社会疫学の世界の権威であるイチロー・カワチ教授(ハーバード大学)によると、日本人が長寿である理由は“Social capital(社会関係資本)”にあるそうです。これは、地域における“社会的結束”だとか“人的ネットワーク”のことです。私なりの翻訳では“地域絆力”となります。

スウェーデンの健康政策の鍵も“絆”です。日米の健康政策は、メタボ対策とタバコ対策が二本柱です。それに対し、スウェーデンは、18項目を健康政策として掲げ、優先順位をつけています。例えばタバコ対策は12位、健康的な食習慣は10位です。第2位が個人をサポートする力強い社会環境で、第1位が強固な社会連帯と社会共同体、つまり“地域絆力”そのものが最優先項目なのです。

東日本大震災に遭った後の日本人の行動をみると、暴動や略奪はなく、秩序正しく行動しました。日本人の絆は、無くなったのではなく、隠れていただけなのです。

地域医療のため、地域社会のため、今こそ日本人の“新たな絆の力”が必要となる時代です。

講師 profile

なかむら しんいち

中村 伸一 氏

福井県おおい町国民健康保険名田庄診療所 所長
自治医科大学地域医療学 臨床教授

平成 元年 自治医科大学 卒業
福井県立病院・診療部(スーパーローテイト研修)
平成 3年 国民健康保険名田庄診療所 所長
平成 8年 福井県立病院・外科
平成10年 国民健康保険名田庄診療所 所長
平成11年 あっとほ〜むいきいき館 ジェネラルマネジャー
平成12年 全国国民健康保険診療施設協議会 理事
自治医科大学地域医療学 臨床講師
平成21年 自治医科大学地域医療学 臨床教授

平成元年に自治医科大学を卒業。平成3年に福井県庁からの派遣で旧名田庄村に赴任、国民健康保険名田庄診療所の所長となる。以降、福井県立病院での後期研修の2年間

を除き、名田庄地区で唯一の医療機関の医師として地域医療を支え、幅広い領域に一人に対応している。

保健・医療・福祉の連携で、旧名田庄村の老人医療費や第1号介護保険料を福井県内で最も低いランクに抑えることを実現した。同地域の在宅死亡率は約4割である。

現在、保健医療福祉総合施設「あっとほ〜むいきいき館」のジェネラルマネジャー、全国国民健康保険診療施設協議会理事、自治医科大学臨床教授を兼任。その仕事ぶりは、平成21年1月にNHK「プロフェッショナル 仕事の流儀」でも紹介された。

主な著書に、共同執筆した本邦初の地域医療の教科書「地域医療テキスト」(医学書院、平成21年4月)、「プロフェッショナル仕事の流儀コミック版・医療の現場に立つ者たち」(イーストプレス、同年12月)、初の単著「自宅で大往生ー『ええ人生やった』と言うために」(中公新書ラフレ、平成22年6月)、「寄りそ医ー支えあう住民と医師の物語」(メディアファクトリー、平成23年8月)など。