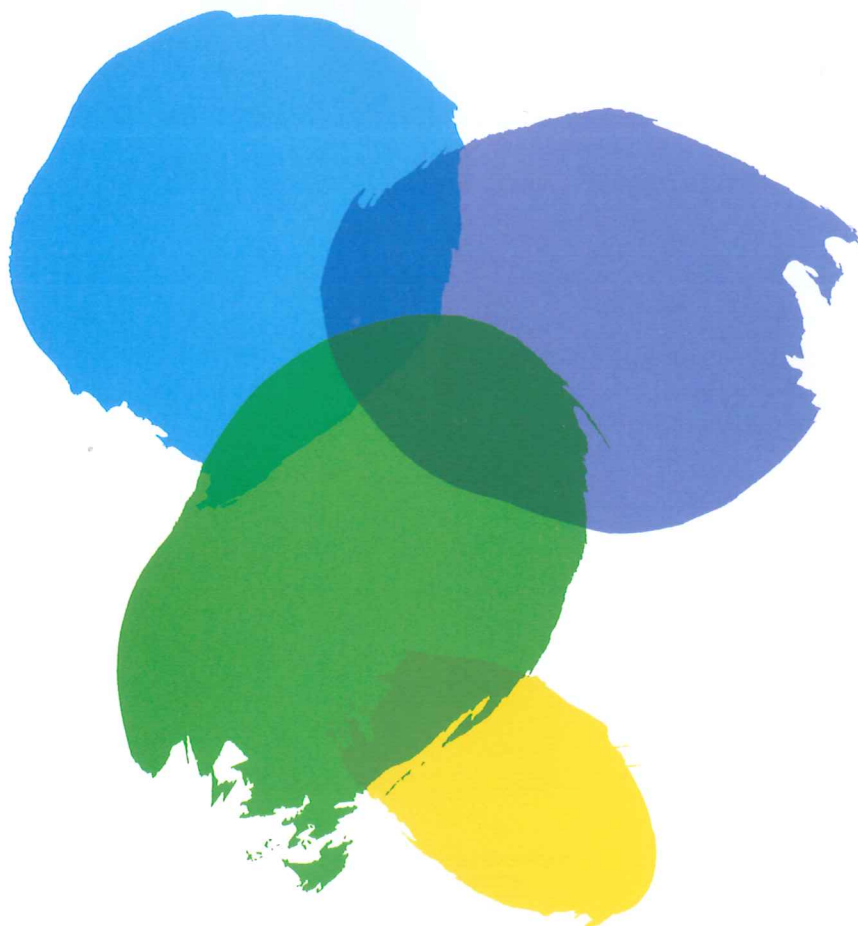


# ASAHI Medical

# 7

朝日新聞出版 / メディカル朝日

July 2015



特集  
混合ワクチン最前線

*shin*

5  
巻頭インタビュー

末松 誠 日本医療研究開発機構 理事長  
“日本発”の研究開発を加速する

# 私の 高齡・多死社会へのプロローグ 死生観

企画構成・聞き書き：梶 葉子=医療ジャーナリスト

## 身内の死を経て初めて、 人の死はリアリティを帯びる

### 第4回 太田秀樹 医療法人アスムス（栃木県小山市）理事長

#### PROFILE

年齢：62歳（2015年6月現在）  
出身地：奈良県奈良市  
出身大学：日本大学医学部／自治医科大学大学院  
経歴：麻酔科で研修医（麻酔科標榜医取得）、自治医科大学  
整形外科医局長、講師を経て、1992年おやま城北クリニック開設。94年介護老人保健施設などを運営する医療法人アスムスを設立、理事長に就任。  
趣味：ジャズ、自転車



出前医者。自らをそう呼ぶ。介護保険などなかった二十数年前から、外来診療とともに在宅で療養する患者の元へ出向き、地元のかかりつけ医として多くの家族を支えてきた。800人近い患者を看取り、自身が還暦をいくつか超えた今、様々な形で逝った人々に想いを馳せつつ、残りの人生をどう生き、どう死ぬかを考える。とんでもなく元気にぎやかなおばあさんたちに、日々、外来待合室を占拠されながら。

別に、それほど高い志とかビジョンがあったわけじゃないんだ、在宅医療を始めたのは。

大学病院にいた頃、委託されて障害者団体の海外旅行に付き添う機会があったね。そのとき初めて、街中で車椅子を押した。ところが病院の平らな床なら平気で押せる車椅子が、でこぼこ道では全然押せない。試しに自分で車椅子に乗ってみれば、腰が痛くて30分も座ってられない。それまで患者に

は、「車椅子を処方するから」なんて簡単に言ってたけど、これほど大変なことなんだというのが、初めて分かったんだな。

その旅先で彼らと話をしていた時、「我々は本当に病気にならないと医者には行けない」と言う。例えば風邪をひいた時、熱があつて身体がだるければ車椅子はこげない。だから、病院には行けない。本当に死にそうにひどくなってから、救急車を呼んで入院する

しかないんだ、と。

そんな話を聞いているうちに、疑問に思い始めたわけ。病院でやってる専門医療って何なんだろう、本当に医療が必要な人たちのところに、全然、届いてないじゃないか、って。

それがその人の生き様ならば  
一人で死ぬのは孤独死じゃない

動けない人たちが必要とする医療は絶対にある、と思った。その頃はまだ高齡「化」社会で高齢化率は11～12%程度だったけれど、この先、高齢者が増えれば動けない人も増える。往診があつたら助かる人は、大勢いるんじゃないか。ならば、外来で患者を待っているだけでなく、僕のほうから必要などころに出掛けていく医療をやってみよう。そんな感じだった。

まあ、普通の人は、それで大学を辞めて開業なんて軽率なことは、しないだろうけど（笑）。

開業当時は介護保険もなく、一般の人は「在宅？ なにそれ？」という時代。でも、その頃から24時間の往診も訪問看護もやっていたし、まさに今の在宅療養支援診療所そのもの。ただ最初の頃は、話題騒然・人気全然で借金ばかり増えていったな。いろいろな人に出会って、助けてもらったり騙されそうになったり。そのうち、少しずつ患者も増えていった。



そんな時代から20年以上も在宅医療をやっていれば、何百人もの人間の最期を看取ることになる。死亡診断書は今までに700か800くらい書いたかな。病気はもちろん、事故死もあるし老衰もある。静かな死もあれば壮絶な死もあり、大勢の家族に囲まれて死ぬ人もいれば、独居で一人、死んでいく



人もいる。天涯孤独のヤクザを看取ったこともあるよ。

でも、一人で死ぬのは別に孤独死じゃない。不幸でもない。それがその人の生き様であれば、いいじゃないか。どうやって死のうが、その人の勝手。そう思わない？ 孤独死、孤独死って、マスコミの報道が良くないよね。

僕自身、自分の人生なんだから、自分で稼いだ金を全部使い切って勝手に死んだって、誰にも迷惑かけなきゃいいじゃないか、なんて思うけどな。

還暦を過ぎて院長は退いたけれど、診療は続けてます。在宅も外来も楽しい。とにかく女性が元気。ツルとかトメとかトラとか、カナ2文字の名前の患者ばかり。バアさんたちと僕とのやり取りがおかしいって、看護師たちが笑いをこらえるのが大変なんだ。

### いつ、どういう死に方をするか なんて、誰にも分からない

日本人男性の平均寿命は80歳くらい。だから僕は還暦を過ぎた時、あと20年生きられれば運がいい、その20年をどう生きようか、と考えた。

人生を生きるうえで、体力とお金と時間のバランスは、とても大事。20歳の頃は時間と体力はあるけど金がな。30になると少し金はできて体力もあるけど、仕事に忙殺されて時間がな。40になると金はあるけど体力が衰えてきて、時間は相変わらずない。50になると体力がない。そして今60を過ぎ、これから70になり80になって死に向かう。そう考えれば、この10年くらいが最後のあがき。楽しく生きなければ。

どういふ死に方をするか、いつ死ぬかなんて、誰にも分からない。だから、これから何年あるか分からないけど、

とにかく毎日を最高に楽しく生きていこう、と思ってる。



こういう考えに至ったのは、様々な患者さんの最期を見てきたからというもの、もちろんある。でも実は、一番大きいのは親父の死だと思う。身内の死は、死生観を変えるんだな。身内の死を経たことによって、人の死が初めてリアリティを帯びたというか……。

開業医だった親父が脳卒中で死んだのは、今から十数年前、彼が77歳の時。僕は医者だから、倒れた親父の状態を見れば、これは死ぬな、というのが分かる。でも救命治療をすれば、もしかしたら生きるかもしれない。そう思って、気管切開をして徹底的な治療をすることを望んだ。たとえ助かったとしても、要介護状態でしか生きられないのは分かっている。それでも生きてほしい、親父の存在がそこにあってほしいと思ったね。

患者さんの家族や一般の人たちには、今までさんざん、もう寿命だと思って苦しめないようにすればいいのでは、なんて言ってた自分が、いざ身内となれば、過剰なくらい濃厚な治療を望んでしまう。その時、当事者としての治療と、冷静な第三者としての治療の選択には、大きなギャップがあるとつくづく感じた。最期を迎える患者と家族をどう支えるかという、終末期医療に対する理念が固まったのは、親父の死で、家族が患者さんを思う気持ちがより強く理解できるようになったから、ということもある。

親父は結局、1カ月くらい入院して死んだのだけれど、今思えばピンピンコロリに近い。前日まで元気に診療していて、その夜、東京に出てきて孫と一緒に酒飲んで、帰宅した翌日の朝、

脳卒中を起こして倒れた。誰にも迷惑かけずにポツと逝って、本人にとっては良かったんだろうと思う。

### 命の量よりは質を取るような そんな生き方、死に方をしたい

自分の死に方について言えば、もちろん、楽しく生きてピンピンコロリを目指したい。でも、それがとても難しいことも、十分に分かっている。だから、「がん」と「認知症も含めた老衰」と「ピンピンコロリ」という三つのコースを用意して、それぞれの場合ごとに、自分はこうしたいという生き方を考えておく。

がんだったら、無理に闘うことはあまりしたくない。苦痛だけないようにして、できるだけ自然の経過で診てもらおう。認知症も含めて老衰だったら、医療は、積極的にはやってもらわない。ピンピンコロリなら、倒れた後、迷惑かけたらゴメンナサイ、でも延命治療はしないでね、って。

いろいろな死に向き合ってきたからこそ、一定の年齢を超えたら自分の最期は自分で決めたいと思う。命の量よりは質を取るような、そういう生き方、死に方をしたいね。

最近は「フレイル」という言葉が一般でも使われるようになってきたけれど、人間は基本的に「フレイル」から「要介護」を経て「死」に至る。これはつまり、健康寿命と平均寿命の乖離の期間で、平均すると男性が9年、女性が12～13年。これからは、この部分の「生き様」というものを、みんなきちんと持たなければいけないね。人生の集大成としてのこの期間を、どう生きるか。それがそのまま、死に方につながっていくと思うから。