

「看取りの医療」とは、 その人の「人生の物語」に目を向けることです



佐藤伸彦さん

医療法人社団ナラティブホーム理事長、
ものがたり診療所所長

聞き手 編集部

がんであるなし、意識のあるなし、家族のいるいにかかわらず、その人らしく、あったかい居場所、その人の最期を迎えさせてあげたい。それが佐藤さんの長い間の夢だった。それが形になったのは2年前。併設された賃貸住宅を借りてもらい、一本化した在宅系の医療サービスを利用してもらう形の、新しい在宅ホスピスをスタートさせた。

がんに限らないホスピス

— ナラティブホームについて教えてください。

佐藤 ナラティブホームは、簡単にいうと、がんに限らない終末期の人たちのためのホスピスです。診療所、訪問看護ステーション、ホームヘルパーステーション、居宅介護支援センターの4部門から成り立っています。この4部門は、とらみ野JAが運営する「ちゅーりっぷの郷」という高齢者向け優良賃貸住宅の1階部分に入居して

います。別棟の「ものがたりの郷」は平屋建ての賃貸アパートで、終末期の患者さんが借りている部屋です。私たちは建物の内側に面した玄関から、患者さんのお宅に訪問できるようになっています。

「ものがたりの郷」は、制度上は賃貸住宅の扱いで、病院でも施設でもありません。建物についてはすべてとらみ野JAが管理しています。患者さんは、JAと賃貸契約をしています。私たちが運営するナラティブホームのサービスを受けていただくというものです。在宅の扱いになるためには、医・食・住がそれぞれ別事業所で運営

PROFILE ● さとう・のぶひこ ●

1958（昭和33）年東京生まれ。国立富山大学薬学部卒業後、同大学医学部卒業。成田赤十字病院内科、飯塚病院神経内科などを経て、砺波サンシャイン病院副院長、市立砺波総合病院地域総合診療科部長、外来診療部内科部長を経て、ナラティブホーム構想の提唱者として、医療法人社団ナラティブホームを2009（平成21）年4月に設立。2010（平成22）年4月1日に「ものがたり診療所」を砺波市でオープン。同診療所の所長を務める。

することが必要なため、このような形を取っていますが、患者さんには、集団生活の決まりごとに縛られることなく、家庭のようなあったかい空間の中で、人生の最終章を過ごしてほしい、そういう思いから生まれました。

— どのような人が利用するのでしょうか。

佐藤 4人に1人はがん末期の患者さ

んです。がん末期でも認知症が進んで、告知をしていない患者さんは、ホスピスや緩和ケア病棟には入れません。また老衰で食事がとれなくなった人、誤嚥性肺炎を繰り返し食事がとれなくなった人で、胃ろうをつくらない場合などは、ほとんどの病院が受け入れを躊躇します。また、家族の最期を在宅で看取りたいけれど、自宅が過疎地にあり近所に医療機関がないというような場合もあります。私たちのところへは、こうして行き場を失った終末期の患者さんがいらつしやいます。富山県内から来る人が多いですが、県外から来る人もいます。

入居率は大体7割程度です。患者さんの平均入居日数は59日で、2カ月くらいで亡くなります。年間30人くらいの患者さんを看取っています。

食事については、経腸栄養や中心静脈栄養などは行いますが、基本的に患者さんの食べたいものを食べてもらい

私たちの人生は、1つの「物語」です。それぞれが長い人生を生きて、いろんなことを経験しています。医者は、その人の「病氣」の部分にたまたまかわり、その人の全部を知った気になっていますが、病氣はその人のほんの一面にすぎません。一歩病院を出ると、その患者さんにはそれぞれいろんな事情があり、生活があり、思想や価値観をもっている。私たちは、人生の最終章を迎えている人を、多方面から見るとらえて一つの物語としてとらえ、もちろん踏み込めない部分もあります。ができるだけその人に寄り添い、最期の時間を生き切っていたきたい。そのために全力を尽くして、医療の選択の余地を広げてあげようとしているのです。

—佐藤さんはなぜ終末期医療に従事するようになったのですか。以前はICU（集中治療室）で勤務していたと聞



8階建てのサービス付き高齢者向け住宅「ちゅーりっぷの郷」は所得制限があり、60歳以上の高齢者という条件がある。1階部分にナラティブホームが入居。別棟の平屋建ての「ものがたりの郷」は建物の中に玄関がある。ここは年齢、所得ともに制限がない



「ものがたりの郷」の一室。洋室9畳、キッチン、バス、トイレ、物置付で家賃月5万円（水道、光熱費別途）

私たち一人ひとりの人生は「物語」

ます。普通のワンルームのアパートなので台所もありますから、家族が手料理を作ってあげることもできます。

—「ナラティブ」は「物語」という意味だそうですね。

佐藤 エビデンス・ベイズド・メディ

いています。

佐藤 最初に人の生死を助ける救急医療に携わり、人間の生命の限界を見てきたことが、地域医療で終末期医療をやる糸口になったのかもしれない。

医師になって数年目のとき、救命した患者さんが後遺症に悩み、自殺をしたことがあり、その一件で、私は医療の目的を見失ってしまいました。後にその病院は辞め、別の病院で高齢者医療にかかわることになりました。

2000（平成12）年から介護保険制度が導入され、世の中の医療の移り変わりを肌で感じていく中で、医療のサービスの多くが、制度に左右されていることに気づきました。たとえば老人医療費の包括化により、中心静脈栄養をだんだんやらなくなってきたことで、胃ろうが選択されるようになって

ス（EBM：科学的根拠に基づく医療）に対して、ナラティブ・ベイズド・メディスン（NBIM：物語と対話に基づく医療）があります。一般的にNBIMとは、その人の生い立ちや社会生活などを患者さんに語っていただく中で問題点を見いだし、その病気の治療について考えていくことです。しかし、私たちが実践しているのは、そういうことではありません。

きました。そういう状況を目の当たりにして、病院の中で全員に胃ろうをやるのが果たしていいのか、という疑問がわき起こりました。胃ろうをしても皆が幸せになるとは思えなかったのです。だから、一つの寿命として、胃ろうのない終末期があってもいいのではないかと考え、あちこちで発言しました。そのときは、「先生は患者さんを餓死させるつもりですか」と言われたこともあり、随分たたかれました。

一方で、家に帰りたいけれど家では面倒を見られないなど、さまざまな事情を持つ患者さん、ご家族に出会ううちに、在宅でも病院でもなく、もっと高齢者の生き方に寄り添うような医療をしたいと考えるようになったのです。そして4年間、同志と一緒に勉強会をしながら、準備を進め、2010（平成22）年によく形になりました。

そこにいたるまでのプロセスが重要

—終末期の患者さんを診る中で、悩むことはないですか。

佐藤 終末期の現場の中では、ふっとわいた心の引っかかりにぶつかります。それは医学という科学には答えがないことが多かったのです。しかし、何らかの答えを見いださないと精神的につらい。そこで、倫理学者だったら何か答えをもっているに違いないと考え、当時東北大学教授（現東京大学死生学教授）の清水哲郎先生のところへ相談に行きました。先生は答えを告げる代わりに、私の言いたかった思いを、多くの言葉で表してくれました。

たとえばインフォームドコンセントという言葉がありますが、日本医師会では「説明と同意」と訳しています。しかし、わが国のインフォームドコン

セントの実態は「説得と妥協」です。医者は、頭の中で治療方針などはある程度決まっています、それを易しい言葉で説明します。患者さんは、ある程度自分の意見を言っても、「先生が言うならそうしましょうか」ということになりません。

本来のインフォームドコンセントとは、医療側が、生物学的な命について患者さんに説明をするわけです。清水先生はこれを「バイオロジカル」と言います。「バイオ」は生命、「ロジック」は論理ですね。今度は患者側が「バイオグラフィック」について話す。つまり、自分の物語としての自分の生き方や価値観を話す。この2つが合意してはじめて本当の意味でのインフォームドコンセントが成り立つわけです。今はバイオロジカルの話だけで、相手のバイオグラフィックの話なんか関係なくなってしまう。

最近あまりに合理的に、拙速に物

ば、たとえ間違つたとしても本人や家族は納得できません。最終的に、「いろいろあつたけれど、それなりにいい人生だったね」と言えればいいと思うのです。

物語を形にし、チームで共有する

—ナラティブシート、ナラティブアルバムとは、どんなものですか。

佐藤 人生の最期を迎えようとしている患者さんは、皆一様にやせて髪の毛に白髪が目立つようになります。しかし、その人も現在のようにな姿になる前は、山登りやサッカーが好きなスポーツマンだったり、おしゃれなお母さんだったりするのです。ご家族から患者さんの写真を見せていただいたり、お話を聞いたりしながら、その人の人生を浮き彫りにするアルバムを作ります。ご家族もすごく喜びますし、ス

タッフも、たとえ気難しい患者さんで手を焼いていたとしても、それを作ることで、患者さんへの向き合い方が変わるのです。

ナラティブシートはスタッフの日記帳です。自分たちの接した家族の言葉や態度など、患者さんの情報をまとめ、それをスタッフで共有します。そうやって一つの形にしていくと、いろんなことが起きてきます。

たとえばこの前、末期がんを患った50代の女性がいましたが、ぼつりと看護師に、「実は、姑さんに内緒で着物を一枚買ってあって、息子の結婚式に着たいと思っているんだけど、着られないわよね……」と言ったんです。そこで看護師が「いつ、どうなるかわからないから、着させてあげましょう」と私に言いに来て、本人に言ったなら、「え、そんなことしてくれるんですか」と驚きながらもやることになって、2時間くらいで用意をして、その日の夜

事に白黒をつけようとする風潮があるように思います。私はアンチ胃ろう派と言われるのですが、そんなことはありません。ここでも胃ろうで栄養を取っている人が3人います。寝たきりの老人に胃ろうは良いか悪いかという議論をしたって、絶対に答えは出ません。「胃ろうをつくつてもお母さんには生きていてほしい」という家族はいるわけで、その人たちに「胃ろうをつくつてどうするの」とは言いえない。胃ろうそのものに価値を求めるのではなく、「胃ろうをつくるのが家族にとつてどれだけの価値を見いだすか」ということを考えるのです。患者さんの寿命と家族の事情を考えながら決定しますから、1回決めたことが100%正しいとも限りません。胃ろうをつくつたことが成功だった例もあるし、失敗だった例もあります。今まではそれに至るプロセスがなさすぎただけなので、きちんとプロセスを踏め



ナラティブシート。スタッフが患者さんの似顔絵や写真、その日に話したことなどを記す日記帳。チーム全員で共有している



ナラティブアルバム。患者さんの現在の写真、病気になる前の写真などを集め、患者さんの好きな曲などを組み合わせて構成したアルバム。単なる「患者」ではない、その人の生き生きとした人生が表現されているとともに、スタッフの愛情が伝わってくる

には旦那さんと息子もスーツを着て来てくれて、みんなで記念写真を撮りました。

医師だけでは絶対にだめ、ということも自覚しています。患者さんは、医師だけに正直にすべてのことを話すわけではありません。ヘルパーさんに話すこと、看護師さんに話すこと、事務の人に話すこと、家族に話すこと、全部違うわけです。それをまとめていくのがチーム医療です。私が患者さんにあれこれ説明しても、患者さんは何も言いませんが、後で看護師に「先生、あんなこと言っていたけど、私なんにも分からなかった」と言ったりします。すると看護師が「先生はああいったけど、こういうことだよ」とフォローしてくれるわけです。それがチーム医療であって、医師だけが動いていても、全然いいことはありません。看護師にぼろっという雰囲気、空間をつくるのが、私たちプロの仕事です。

ですから、患者さんもご家族も幸せですね。

佐藤 ほとんどの患者さんは安らかにお亡くなりになります。うちはグリーンフケアはやりません。残された人間は、家族が死んでも生きていかななくてはなりません。そのころを忘れたい人もいます。私たちが、たとえば1年後にお手紙を出したりすると、そのころ

—佐藤さんのおっしゃる「家庭のようであつたかい病院」というのが分かる気がします。

佐藤 「傾聴」なんていいいますが、いきなり行った人がいくら耳を傾けていたって、何もしやべりません。どうやって人間関係をつくっていくかってことが一番大事なのです。傾聴とか共感とか、そんな言葉にしてしまうから駄目なのです。ドイツの言語学者のペルクゼンが言った言葉ですが、そんなものは「プラスチックワード」でしかないわけです。つまり子どもころ遊んだブロックなんですよ。見かけはすごく強固だけれども、中身が何も無い。傾聴って何ですか。尊厳っていったい何ですか、という問いかけに、きちっと答えを持っている医療関係者は少ないです。以前、偉い教授に、「尊厳」について聞いたことがあります。するとその人は「厳かで尊いこと」だという

の記憶が生々しく蘇り、「嫌だ」という人もいます。だから、グリーンフケアに時間を費やすなら、最期の時間を本人や家族のために徹底的に尽くす。人の死は随分前から始まっているから、最後のかかわり合いすべてがグリーンフケアだと思っているのです。そこをちゃんとやれば、後はみんな前を向いて生きていけるのではないのでしょうか。またその後は私たちがかわ

るところではないかとも思っています。

終末期を見て思うことは、一番覚悟ができていないのはスタッフです。「自分がいないときに亡くなったらどうしよう」と

「家庭のような病院を

人生の最終章をあつたかい空間で」

(文藝春秋) 佐藤伸彦著



のです。たしかに大辞林にはそう書いてあるけれど、ただ単に尊厳をひっくり返して訓読みしただけ。尊厳は何って言っても答えは出ない。人間の尊厳、じゃなくて、誰の尊厳、〇〇さんの尊厳を考える。その人の人生やいろんなものを大事にしていく。それを今一生懸命やっていく。それがその人の尊厳を考えることだと思って、ずっとやっているのです。

一緒にいるとき、 精いっぱいかわる

—それだけ心を尽くしたケアをするの

か「ここまでしてあげられなかった」とか心残りに思ったりする。スタッフには、患者さんとは一期一会で、一緒にいる間に一生懸命かかわって、休みの前には、「これで2日間休みに入るけど、もうお会いできないかもしれないかもしれません」と、気持ちに区切りをつけていきなさいと言っています。患者さんだつて、24時間ずつとついていてくれるなんて思わないでしょう。

施設の看取りができないというのは、やり方とか技術ではありません。スタッフが、「患者さんはここで死ぬ」という覚悟ができていないのです。

地域医療再生のための しかけ

—佐藤さんの思い描く、理想的な医療は達成されましたか。

佐藤 まだまだです。半分以下ですね。100%はありえないし、それを思っ



第10回日本ヘルスプロモーション学会 学術大会・総会のお知らせ



ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章・
バンコク憲章の立役者
イローナ・キックブッシュ博士来日!

会 期：平成24年 12月7日(金)、8日(土)
会 場：順天堂大学医学部有山記念会館
10号館1階カンファレンスルーム / 9号館2階8番教室
テ - マ：ヘルスプロモーション再考
—健康社会創造のデザイン構築をめざして—
学術大会長：島内憲夫 (順天堂大学大学院スポーツ健康科学研究科 教授)

1日目 12月7日(金) 会場：順天堂大学医学部有山記念会館

開会式：9時50分～10時 口頭発表：10時～12時、13時～14時
14時～17時 シンポジウムⅠ「ヘルスプロモーション～健康な学校づくり～」
座長：采女 智津江 他 (名古屋学芸大学)
14時～17時 シンポジウムⅡ「ヘルスプロモーション～健康な職場づくり～」
座長：福田 洋 他 (順天堂大学医学部)
18時～20時 ウェルカムパーティ (東京ガーデンパレス)

2日目 12月8日(土) 会場：順天堂大学医学部有山記念会館

9時～10時30分 大会長講演「ヘルスプロモーション再考」
島内 憲夫 (順天堂大学大学院スポーツ健康科学研究科 教授)
10時40分～12時40分
特別講演「世界のヘルスプロモーション～過去・現在・未来～」
イローナ・キックブッシュ博士
(ジュネーブ 大学院大学国際開発研究所所長)
13時40分～16時40分 シンポジウムⅢ「ヘルスプロモーション～健康なまちづくり～」
座長：湯浅 資之 (順天堂大学医学部)、成木 弘子 (国立保健医療科学院)

【連絡先：日本ヘルスプロモーション学会事務局】

〒285-0858 千葉県佐倉市ユーカリが丘4-8-4
順天堂大学 WHO 指定協力センター ユーカリが丘支局 内
TEL：043-489-9091 FAX：043-489-9093
e-mail：juwho-happyukari@catv296.ne.jp



みんなのアイドル、介護犬
プロット君 (愛称：プ)。
ちなみにプロットの意味は
「あらすじ」

た瞬間に成長は止まります。まずこれからは若い人を育てていかなきゃいけない。地域医療の再生が大きな課題ですね。今、富山大学の医学生に地域医療の講演をしています。4年生ぐらいのときにこういう話をしておく、大分違うのです。それから時々、医学生が研修にきています。当院は総合診療医をつくる研修機関に指定されていますので、富山大学総合診療部の山城清二先生と次世代をつくっていくという一緒にやっています。地域医療をやりたいという人が一桁の前半でもいければ、今後、地域医療は保たれていきます。文化として、地域で看取りを進めていくことも必要です。いくら厚生労働

省が在宅で看取れと言っても、今の体制では困難です。地域包括支援センターも、認知症や介護予防に関しては随分充実してきましたが、地域で医療をどうするか、という点ではまだ力を発揮していません。それには、地域包括支援センターの中に医師がいなければなりません。保健師、メディカルソーシャルワーカー、ケアマネジャーはいらっしゃいます。医師はいません。たとえばがんの末期でモルヒネとかオピオイドとかを使う必要が出てきて、高度な医療の必要性が出た場合に、混乱が起きるでしょう。そういった場合に備えて、「地域総合外来」のような、相談機関をつくる予定です。「地域連携」「情報の共有」「顔の見える連携」こういったことはもう何年も前から言われていることで、プラスチックワールドになっている。何かしなげをつくらなければなりません。2012(平成24)年の在宅医療連携拠点事業は単年度の事業

ですが、地域での連携のあり方について、具体的な方策を立てているところでは重要ですね。

佐藤 来年の2月には、倫理学者、民俗学者、宗教学者、哲学者、医療者の方に集まっていたら、人の死をそれぞれどう見ているのか、シンポジウムをやろうと思っています。日本の死生観の教育は難しいけれど、少なくとも人の死を看取ることを援助する私たちが医療関係者は、日本の歴史、文化をちゃんと学んでいかないといいけませんし、それぞれの地域特性も知らないといけません。人の歴史と同じで、全国統一の地域医療はありえないのです。「その土地ならではの医療」を考えていくことが大事なのです。