

## 中央大学保健体育研究所公開講演会 (2)

日 時：2017年1月12日 (木) 16：20～17：50

場 所：後樂園キャンパス 6号館 6209号

講 師：中 村 純 子 氏

テーマ：生き生き社会とは

—— ヒューマンウェルネスからQOLとQODを考える ——

○司会 皆さん、こんにちは。

ヒューマンウェルネス論の14回目になるんですが、今回は中村純子先生にお出でいただきまして、保健体育研究所の講演会ということで、90分程度のお話をさせていただきます。

講師紹介ですが、先生は高知県出身で、高知リハビリテーション学院を卒業されまして、現在は理学療法士という職業です。病院の臨床現場をちょうど30年、呼吸を専門にされていたとお聞きしています。「呼吸のことは中村に任せれば大丈夫だ」というくらい、素晴らしい仕事をされていたんです。現在は終末期訪問リハビリの現場に（その当時からもそうなんですが）所属され、フリーランスとしても活動されています。このフリーランスという言葉の意味はまた後で紹介されると思いますが、そういう現場の人を育成していきたいという思いもあると聞いております。そして中央大学保健体育研究所の客員研究員として私たちと一緒に研究もされていて、駅伝選手の走法分析の中で、理学療法士の立場からいろいろ協力していただき、論文も書かれています。

最近では、東京藝術大学の大学院非常勤講師もされていて、「藝大で日高剛先生とともにチームとして聴き手に感動を与える」という素晴らしい仕事をされているんですね。あとは母校の非常勤講師もされているということで、本当に多忙な先生なんです。

あと、6年目ですかね、3.11以来、被災地にみかんを送っているのですが、これまで5回ほどみかん狩りに行ってきました。ぜひ皆さんも行かれると人間的に成長するのではないかと、まあ勝手に思っていますが、そういうこともされている方です。

今日のテーマは、「生き活き社会とは—ヒューマンウエルネスからQOLとQODを考える—」。Quality of Life (生活の質) とは、人間らしく満足して生活しているかを評価すること。Quality of Death (死の質) とは、死を前提にしながら現在を生きることを意味を見出すこと。配布資料に紹介されているように、これは3年ほど前ですかね、実際に取材されたのは朝日新聞の諸永裕司さんという方ですけれども、こういった活動もされているということです。

きょうはいろいろな領域のお話が出ると思うのですが、先生は一貫して人間教育とか人格とか生きがいか、そういったことをテーマにいろいろお仕事をされているのではないかなと思っています。

ちょっと言葉不足なんですけれども、ひとこと紹介をさせていただきました。

それでは先生、よろしくお願いします。(拍手)

ありがとうございます。このような機会をいただきまして、本当に吉村先生、保健体育研究所の関係者の方々にお礼を申し上げます。

先ほどご紹介にあずかりましたが、私も理学療法士で、高知リハ(高知リハビリテーション学院)というのは、実は今、全国で一番古く、リハビリテーションの学校としてはもう半世紀を過ぎた学校です。ちょうど理学療法学科というものが高知リハにできて、9年目で4年生体制をとっています。

それでは、今回は「生き活き社会とは」、ヒューマンウエルネスということで、学校の中ですね。ヒューマンウエルネスというのは、もう皆さん学科として当然ご存じのことかと思えますし、私が今さらお話しすることではないと思えますけれども、世界保健機構のWHOよりも、もっと幅広く生き活きと生活を含めて健康であるためにはという広義の意味を含んでいます。そういう意味では予防という領域も大きく含めているのがヒューマンウエルネスという健康の概念ですね。

そういうことで、じゃあ健康って一体何だろう。実はここでちょっとお話しさせていただきたいのですが、私は都城にいたときに、かれこれもう20年ぐらい前になるんですけれども、都城のうたい文句がウエルネス都城で、「ウエルネス都城～」という歌があって一緒に歌ったんですけれども、その「ウエルネス」って一体何だろうって思ったんですね。そうしたら、ウエルネスを表現するために使っていた都城の言葉が、「人が元気 まちが元気 自然が元気」という、この三つの言葉がウエルネス都城の言葉だったんです。そういう意味で、ウエルネスという言葉は私にとっては結構前から身近にあった言葉だったんですね。

では、QOL、QODという、広義の意味での、人が本当に生き活きとコミュニティの中で生活をしていくとはどういうことかということを、私はリハビリテーション領域の者ですから、リハビリテーションの理学療法士という立場で、きょうはお話を進めさせていただきたいと思えます。

QOLというのはQuality of Lifeということで生活の質、QODというのはQuality of Deathですね。「死の質」というふうに訳されております。でも、私がとてもこだわっているのは、実はQOLのところの「Life」ですね。Quality of Lifeというのは、終末期の講演会とかをさせていただく中で、Lifeは「生活」というふうに言われていますけれども、Lifeには「命」という意味もあります。じゃあ、Quality of LifeとQuality of Deathというのはもしかしたら同じではないかと。後々、お話を進めながらこのことも一緒に考えていただきたいと思います。

では、「理学療法士」「理学療法とは」ということをここで簡単に説明させていただきます。「理学療法」「理学療法士」という職業を聞いたことがある方は手を挙げていただけますか。(受講者・挙手)

ああ、結構、半数ぐらいですね。主に病院のほうに勤務しているものですから、このように地域とか学校関係の中に出てくることはあまりないんですが、リハビリテーションという医学の中の一領域を担う職業の一つです。

では、リハビリテーション医学というのは従来の医学とどう違うのかをお話ししますと、一般に、医学と言われているのは、病気を診る疾患医学なんですね。だから、私は腰痛です、私は心筋梗塞をしました、私は脳梗塞になって麻痺になりました、というようにドクターが診断をつけて、それに対して治療をしていくのが疾患医学です。それに対してリハビリテーション医学というのは第三の医療だと言われているんですけども、リハビリテーション医学は障害医学。例えば、脳血管障害で左半身が麻痺になって、手が動きにくい、歩きにくいというのは、これは障害ですね。障害医学という。そういう障害医学というのを簡単に言えば——だれか腰が痛い人はいますか。腰痛を感じる人はいませんか。腰痛はないですか。肩こりはないですか。皆さん、若い人は肩こりも腰痛もないですか。

どうしてお聞きしたのかと言いますと、実は最近、小学生・中学生で肩こりや腰痛で外来に来る子が結構いるんですよ。小学生の頭痛・肩こり・腰痛が少しも珍しくない。腰痛とか肩こりとか頭痛というのは、成人して働き出してからというように思っていたんですが、最近というか、もう20年以上前からですが、腰痛だ、肩こりだと言って、外来から処方箋が回ってくるんですね。

腰痛が起きていて、腰のあたりが痛い、痛いために持った荷物が持てなくなったとか、腰痛

があるために階段を一挙に上れていたのに上れなくなったとか、あの距離まで坂道を上って、例えば10分で行けていたところが20分かかるようになったとか、これは腰痛による一つの日常生活の中の障害なんですね。

だから、私たちが腰痛というものをどこから診ていくか、明らかにこれは整形外科からくる腰痛なのか、それとも——腰痛というのはお腹が痛くても腰痛って起きるんですよ——例えば消化器の中の胃が痛くても腰痛というものは起きます。女性の場合だと、生理不順とかによっても腰痛は起きます。実は背中が痛いのに、それを腰痛と感じている方がいます。そういう同じ腰痛という障害のものを見たときに、この人の腰痛がどこからきたのか、腰痛が単に整形的に出てきたけれども、その人とよくよく話をすると、夜中の2時、3時に寝て朝10時ぐらいまで寝ている。こんな不摂生な生活をしていて消化器がまともに動くわけがないよねとなります。整形外科的には、別に検査する方法があるんですけどね。ラセーグ徴候とか神経麻痺が出るかとか、そういう検査をしてみても、いや、これは整形外科的な腰痛じゃなくて消化器、いわゆる内臓性腰痛じゃないかというふうに見ていくのが、リハビリテーション医学です。

内臓性腰痛の場合は、もちろん緊張が高くなった腰部の筋肉とか腱とかに対しての徒手的な治療はしますけれども、それ以外にもう一度内科の先生のところに行って相談して診てもらってくださいというように、ほかの職種の方々と連携をとって診ていく。これがリハビリテーション医学です。障害を診て、どういう治療を考えていくかということです。

肩こりにしても、整形外科的な肩こりなのか、それとも頭痛からきている肩こりなのか、それとも右肩ばかりを酷使して一時的に起きている肩こりなのか、いろいろな原因がありますから、それはその人と話をして、どうして、いつ頃からこの痛みが出てきたのかとか、詳しいことをお聞きしながら分析して、問題点を探して、それに対するプランニング、そして実際の治療というように進めていくのがリハビリテーション医学です。

では、理学療法士は具体的にどういうことをするのかということですが、理学療法士というのは、そういう医学的な視点、主に生理学、運動学、解剖学が三本柱になっているんですが、動くことに関しての専門家です。治療と予防に携わる、国家資格を有する専門職ですが、この国家資格の制度ができたのは昭和40年ですね。昭和40年にもう法定化されていて、国家資格として理学療法士及び作業療法士法というものができまして、専門職として主に病院で働くようになっております。

では、この「動作」「動き」「動く」ということですが、病院の中において、救急車で運ばれてきました、すでにいろいろな治療をし、自分の意思も十分に伝えられないという寝たきりの方がいらっしまった場合に、この人を寝返りさせていいですかとか、この人をどこまでベッド

を上げていいですかということに対して、ああ、この人の動きだったら、左側はちょっと動かし方に気をつけて動かしていけば、右側は動きが残っていますから、まずは右側の寝返りからこういうふうに動かしてあげてくださいと提示する。だから、どういう状況であっても動きに関してここまでこういうふうにして動かしてあげてくださいと。それが、最初は全部介助する動きの場合もありますし、だんだんと、もう左手を使えるようになってきたから今までのようにお手伝いをしなくていいですよ、左右の手を使いながら起き上がるときに背中をちょっと押してあげてくださいねとか、そういう介助のレベルですね。お手伝いのレベルもすべて、この「動き」「動く」ことに対して、その人の身体状態に合うように判断して具体的に提示させていただくという仕事です。それが、まず病院とか重傷の人の場合ですね。

一般の社会で動いている人、働いている人、スポーツをしている人、そういう方の「動き」「動く」ことについては、もう少しフォームを考えませんかとか、フォームをよくするためにはあなたの筋力は右と左の筋力の差がこれだけありますから、少しバランスを整えるためのこういうメニューを入れていきましょうとか、筋力はあるんだけれどもあまりにもバランス感覚が悪いよねという場合には、よいフォームを整えていくためにバランス感覚のためのトレーニングメニューとかそういうものを提示して、実際にこういうふうにしてやりますよということを、教育と同時に実践を踏まえて一緒に高いレベルのところに持っていく。そういう動きに対しても関わらせていただいているのが理学療法士です。

ここにもそれをまとめて書いてありますけれども、「心身の不調・故障・病気の後遺症などに、症状の回復・改善や予防に対して、治療・予防・メンテナンス」と。もちろんお手伝いする程度をだんだん少なくしながら自立していく方向に持っていくのが治療ですね。

実は予防というのは二つありまして、一つは教育という部分が非常に大きいです。再発を繰り返さないための教育です。例えばスポーツをしている子だったら、また足首を捻挫してしまった、どうしてそんなに繰り返すのと考えます。何回もやることには必ず原因があるよ、よし、ちょっと一緒に考えようと。どうしてこういうふうになったのか、詳しい状態を教えてくださいながら、この子がどうして捻挫に至ったのかということと一緒に考えながら、じゃあ、この繰り返しの捻挫は、やっぱり右と左のバランスから来ているね、足首のトレーニングをするより、膝と股関節のほうが問題だねとか、そういうことを考えていって教育していく。同じことを繰り返さないための予防いわゆる再発予防です。

それからスポーツにしても芸術にしても音楽にしてもそうなのですが、だんだんレベルを上げていかなければいけないですよ。一つのところをマスターしたら次のステップ、技術を高めていく。そうすると、今度は今までにない無理もかかってくるし、頑張らなくてはいけない

ための代償として、またそこでフォームが崩れてくるんです。それについては、私たちは現場の監督とか指導者ではありませんから、この人がこの技術を高めていくときには一般的にどういところでストレスを感じているかとか、実際にどういう故障の人が多くですかという情報を聞いて、じゃあそれを最小限に回避するためにはこういうトレーニングを入れてくださいねというふうに、予測予防というところに関わります。

メンテナンスというのは治療と予防の両方を兼ね備えたもので、一時的な痛みに対しての治療もしますし、予防教育をもう一回繰り返して伝えることもあります。そのようにして、できるだけよい状態を長く保ってもらうために、このメンテナンスということがあります。

では、きょうの終末期ケアというところで、「ターミナルケア」とか「緩和ケア」という言葉もよく使われるんですけども、こういう言葉はあまり聞かれたことがないですか。どうでしょう。初めての方はいらっしゃいますか。(聴講者・挙手)

高知りハの2年生の学生さんの終末期ケアのときもそうだったんですが、終末期の生きるか死ぬかの人に何のリハビリができるんですかって、そんなふうに使っていた学生さんもいたんですが、リハビリテーションというのは、どんなに具合が悪い人でも少しでも楽になってもらう、この少しでもよい状態に改善していくところには、すべてリハビリテーションという理論があります。理屈も理念もあります。だから、少しでもよい状態に戻す。またそれを少しでも長く続けていただくということです。

痛みを緩和して楽な時間を少しでも長くしてもらうためには、もしかしたら普段座っている姿勢というよりは、寝ている姿勢で枕の高さをちょっと工夫してあげなければいけなかったりとか、ベッドの高さを変えてあげたりしなければいけないとか、布団をどういう重さにしてあげたらこの人は楽だろうとか、この人が自分で動ける範囲に、テレビのリモコンを自分で取りたいときに取るためにはどこにテレビのリモコンを置いてあげたらいいのかとか。そういうことをすべて最後まで、できるだけその人が自立して自分でできることをお手伝いさせていただきます。

そういうところにもリハビリテーションというものはあるので、ただ、どんどんよくなっていく人たちだけではなくて、終末期の中で少しでもよい状態が望まれるようにお手伝いさせていただく。これは支援的なりハビリテーションというのですが、ターミナルケアというのは、そういう支援的なりハビリテーションという領域の中にあります。多くの文献には、ターミナルケアというのは、「数週間、数カ月のうちに死が予想され、治療の望みがない、治療しても回復の可能性がない患者さんに、身体的・精神的・社会的、いろいろな面を包括的に行う医療や介護である」と紹介されています。

「〇〇によって」と書いていないのは、実は厚労省もいろんな学会も、「終末期ケア」とか「終末期とは」ということについては、はっきりした定義を書いていないのです。いろいろな人たちがいろいろなことを言っています。でも、総体的にこういうふうに書かれているものが多いので、国際基準として、「終末期とは」というところできちんと明確に定義されたものはありません。逆に言えば、それだけ個人差が大きいということでもあると思うんですね。

「また、延命による身体的苦痛とか死の恐怖をやわらげ、残された人生を充実させることを重視する医療であると述べられている」、一般にこのように言われています。その「残された人生を充実させることを」というところに、先ほどのQOL(生活の質)という言葉がよく使われております。

私がこのターミナルという終末期に関わらせていただいたのは、1998年(平成10年)です。鹿児島県のほうの病院のリハビリテーションセンターにリハ次長として勤めていたときに、ターミナルケア委員会というものを医療法人 愛誠会という中で立ち上げました。本当に多くの外部の関係者の人たちと一緒に連携をとりながら、外部のボランティア団体の方とかお寺の住職さんとか、そういう皆さんを巻き込みながら、ターミナルケア委員会というものを発足しました。

そこで私たちが考えたのは、ターミナルケアというのは、がんの患者さんだけではないということですね。特別な医療ではない。「がんで死亡される患者さんだけに適用されるものではない。死を迎えようとしているすべての患者さんによりターミナルケアを提供させていただき、その方の家族、または近い方々(この近い方々というのは、ご家族でなくても近くで本当にその方に寄り添って来られた隣人の方、お友達、いろいろな方がいらっしゃいます)に、満足できる死(満足できるかなかなか難しいんですけども)を迎えていただくことにある。したがって、(高齢者の方が亡くなる)“老いの死”についても当然含まれる」というように、私たちのターミナル研究会はそのとき定義しておりました。

では、ターミナルケアの理学療法、その中でリハビリは何をしていたのかというと、患者さんの病態とかご家族の環境というのは、本当に一人一人異なります。農業を営んでいる家もありますし、お勤めだけのご家族もありますし、山の深いところに住んでいる方もいらっしゃいますし、町中に住んでいる方もいらっしゃいますし、本当に一人一人、環境は異なります。決して慣れることはなかったですね。そういう意味では慣れないですし、毎回、毎日が本当に新しい方で、だれにでも訪れる死です。生まれたら死は必ずあります。生まれて亡くならない方は、IPS細胞の、今言われているものがどんどん発達すると死はなくなるかもしれませんが、そういうことではなくて、やっぱり人間というのは今の時点で、生まれたら死ぬということは必ずあるんです。それについて、旅立ちという言葉なのか、お見送りをさせていただくというの

か、いろいろな表現があると思うのですが、本当に多くのことをお一人お一人の方に学ばせていただいています。

自分の人生観とは何だろうというふうに、その度に、死ってこう思っていたとか、人が亡くなる時に当然こうやって関わるべきではないかというように、いろいろ介護とか医療とかをさせていただきながら、ある時期、ご家族の方を批判的に見てしまった時期もあったんです。その方が亡くなった後のご家族とも、私たちはお会いする機会を設けていました。そのときにご家族の方だけを一方的に、対応がよくないとか、そんな冷たい言葉を言わなくてもと思うことがありました。でも、いや、そうじゃなかったんだと。それぞれの家族の歴史というものがあります。だから一方的にご家族の方に対して、この人は今病気なんだからそんなことは言わないでとかいうように、つい医療者の立場で、今はすべてを水に流して関わりましょうという気持ちになってしまっていたんです。でも、本当に深い深い家族の歴史があって、でもその方が亡くなったことでご家族の方が気づかれて、ああ、もう少し最後にやさしい言葉をかけてあげればよかったと言って涙される姿を見て、ああ、私たちの関わりが、もう少しご家族の方の気持ちを理解して、本当にご家族の方と一緒に見送りできなかったのかというように、私たち自身もその都度、考えさせられることがありました。

専門職として何ができるだろうかといろいろ考えますが、実は何もできないんですよ。亡くなっていかれる患者さんを、「やめてください」「とめてください」ということは無理で、医療の力でできることはないなという、そういう無力さを感じる事が非常に多かったですね。でも、無力さということが、結局、自分の今の原点になっているんです。きょうお配りさせていただいたQODの中にも、何が私の原点かと言えば、やっぱり無力さが原点なんですよ。何もできない自分が原点だと思っています。

具体的には、患者さんの症状に合わせた日常生活動作の維持ですね、軽い運動とか。がんの患者さんとか重症の患者さんに運動をさせてはいけないと思われまますけれども、運動のやり方によっては、逆に動かしたことによって楽になることがある。その動かし方を具体的に提示できるのが私たちの仕事なんです。呼吸も、呼吸運動という、呼吸筋を使うやり方を教えてさしあげること、なおかつ効率よく呼吸がしやすくなるための、まずは緊張をとってから深い呼吸をしていただくとか、そういう運動です。

それとか、手のグーパー、グーパーだけとか、首を右・左に動かすとか。こういうことは本当に重症の患者さんでもできることなんですよ。首を右・左に動かすだけで何が違うかという、天井からドア側が見えたり、窓が見えたりします。何でもないことで、そんなことやっているでしょうと思うのが私たち健康人であって、実は結構、患者さんは天井のしみを見つけた

り、あっちからこっちまで何個あるかとか、天井ばかり見ているんですよ。動かせるんですけども、動かせることを忘れてしまうのです。

重症という言葉の中で、いつの間にか動けない人だと思い込んでしまっている患者さんもたくさんいます。私はこれほど重症だからもう何もできない、こんなに何もかも、下の世話もしてもらわなきゃいけないと。下の世話をしてもらったら、もう人生終わりだと思っている方もたくさんいらっしゃるんですよ。そこだけお世話してもらっても、実は首を動かしたり、手をグーパー、グーパーぐらいできるんですけども、それすらも自らやめてしまう。そういう錯覚に陥ってしまわれるのも終末期であり、重症の患者さんなんです。

そういう方に気づいていただく。ああ、私にもまだできることがあるって。天井ばかり見ないでドアのほうの足音を聞いて、“あっ、あの看護婦さんだ”とか、看護婦さんの足音を早く見つける方とか、外を見ながら、“ああ、だんだん秋になってきたな”とか、首を回すだけでそういう季節を感じていただくことも大事なことです。また、そうやって見られるようなベッドの配置、環境調整というんです。それをやったら何があなたにとって戻ってくるのかということを感じていただくための環境調整。ベッドの位置とか角度とか高さとか、そこまでとことん考えます。それが私たちの環境調整ですね。

そして痛みのコントロール。もちろん痛みがあれば、それがむくみのために起きている痛みであれば、むくみをとるための治療手技がありますから、そういうものをしたりとか、痛みどめのお薬を飲んでいての方がいれば、そのお薬が最大限に効果があるように全体の代謝機能を回すための軽い運動と緊張をとるためのいろんな手技がありますから、そういうもので痛みのコントロール。もちろん温めたりすることもそうですね。

それから褥瘡ですね、床ずれ。これはちょっと寝たきりの状態でいると、すぐ起きてしまいます。何も皮膚トラブルがなくても同じ状態で3日間もいれば、健康な人でも床ずれは起きます。まして全体の代謝が悪くてむくんできた方というのは、ものの半日でかかるとに床ずれができてしまいます。そういう予測されること、予測的な予防対策というのも早め早めに対応していったら、本当に亡くなる最後まで床ずれのない状態で過ごしていただくよう心がけています。

もちろん、エアマットを使うことも一つです。でも、エアマットはエアマットで、今度は自分で寝返りをしようとする、ふかふかし過ぎて寝返りにくいんですよ。そういう逆の制限も出てきます。それでエアマットをギャッジアップすると、ずるずると滑っていったら、足がずっとベッドの下足のほうにぶつかってしまったりとか。だから、エアマットを使えば床ずれがなくなるとかそういうことではなくて、エアマットを使いながらも、自分で動いてもらう時間の日中はエアマットの圧を最小限のこれくらいの圧にしましょうとか、そういうこともほか

のスタッフ、看護師さんとか介護のスタッフの方と話し合いながら、予測的予防の対策をしていきます。

やはり人生の集大成に関わらせていただくというのは、もう本当に大きなエネルギーが必要で、私も5～6人同時に終末期の方を担当させていただいたときは、どうしてこの方々が亡くならなきゃいけないのかと思って、自分まで潰れそうになってしまうぐらい、大きなエネルギーを必要としました。そのときにはチームで、担当の看護師さん、ドクター、介護の方と「お互いに頑張ろうね」と言いながら、一人のスタッフがへこみそうになったら、「大丈夫、今、私が行くから」とか、そういう連携をとりながらしていました。終末期の方々をお見送りさせていただく集大成のときには、スタッフ同士の助け合いということがなければ恐らくできなかったらうかと、いつも思います。

どの患者さんもすべて印象に残っているのですが、ある乳がんの患者さんがいらっしゃいました。その患者さんはご主人と二人暮らしで、もうかなりステージが悪い状態で、左の手は普通ですけれども、右はその倍以上の3倍ぐらい、乳がんのために、これはいわゆる腫瘍性の浮腫で、硬くなって、もう鉄アレイを持ったような、こんな大きな腕になってしまった、その患者さんを担当させていただいていました。

それで、どんどん病気が進行してくるとリハビリの部屋にも降りてこれなくなって、息苦しくなって痰が絡んでくると、痰を出してあげないと呼吸が苦しいですから、そのたびに私は全館放送で呼ばれて、その患者さんがどうしても私じゃないとだめだと言って、患者さんが呼んでますからって言われてその方のところに行っていました。

それで、ちょっと意識があったり、なくなったりしたときに、「最後まで、私は絶対に生きるんだ、生きるんだ」と言っていたんですが、ある朝、私がお部屋に行ったときに、「どうしようかと迷っている」と言われたんです。私はもうその意味がわかったんですよ。頑張ることをもうやめようかしらということが、前にあることがわかって、「どうしようかと迷っている」と言われたので、そこには私と患者さんとの信頼関係はかなりあったと思いますから、私はその患者さんにお伝えしたのは、「もう神様にお任せしたら」って、朝の10時にそういう会話をしたんです。そうしたら、「そうね」って言われて、その1時間半後、本当に安らかに亡くなったんですね。

それが、その患者さんと私の最後の会話だったんですけれども、そのときって予測できることではなくて、日々、本当に一緒に関わっているから、そのタイミングのときにその言葉をかけられる。私も計画的にこういうことを言われたらこう話そうなんて全く考えていたことではなくて、迷っているという中に、もう彼女が聞くことというのが私の中に、ああ、もうこれだ

ろうなと思ったし、もう十分頑張ってこられた方だったので、「もう神様にお任せしたら」って  
いうふうに言いましたら、本当に穏やかに言われました。「そうね」って。

そういう看取りの方もいらっしゃいましたし、難病の方で筋萎縮性側索硬化症、ALSの方の  
お見送りのときは、むしろ奥様のことを思いました。ご主人がこの診断を受けられて、ある時  
期になると飲み込みもうまくできなくなって、ドクターからは、「もう飲み込めないし栄養がう  
まくとれないんだから、胃ろうにしますか」って機械的に言われたわけです。口から食べるの  
ではなくて、胃の中に直接チューブを通して栄養のある食物を入れるという、そういう胃ろう  
という選択を言われたんですが、そのご主人は、いや、もうそこまでして生きたくない、そこ  
までして生きて何になるんだ、もう食べられなくなったら食べられるものだけを食べて自分は  
生きるんだ、ということですずっと在宅で過ごされていたんですが、訪問看護も入っていたん  
ですが、だんだん痰が多くなってきてしまって、自分でエヘンって出せなくなっただけです。そ  
うすると、エヘンって出さないと、その痰で窒息するんですよ、喉に詰まってしまって。だか  
ら、絶えず吸引をしてあげないといつ亡くなるかわからない。その方の家は農業だったので、  
ご主人がされていた分を奥様が一人で全部農業を営んでいらしたんですが、やっぱり疲れます。  
それで夜になって「ウー、ウー」と言う、それが痰をとってねというサインなので、夜中に何  
回も起きて痰をとっていたんですが、「何で私を寝かせてくれないの」と、そのとき奥様はひど  
いことを言ったと。

そんなことが何度かあったときに、もう本当に疲れていて、「ウー」と声は聞こえているけれ  
ども、「眠い、もういいかげんにしてよ」と、奥様は朝まで寝てしまわれた。そうしたら、朝、  
ご主人が亡くなっていたんです。その報告を聞いて、すぐ私たちは家のほうに行っただんですが、  
「何で起きてあげなかったんだろう、何であんなひどいことを言ったんだろう」と。もう奥さん  
の気持ちがあまりにも悲し過ぎて、私たちは何と声をかけていいかわかりませんでした。最後  
に言った言葉がそういうことだったということで、「本当に自分がやさしく最後の言葉をかけて  
あげられなかった」という、そういう奥様の気持ちのフォローも、私たちが今後どういうふう  
にしていくか——ある時期になれば、やっぱり奥様の負担を軽くしてあげて、病院という選択  
肢もある意味あってもいいんじゃないかということ、いろいろなケースの方々から学ばせて  
いただきました。

人間には限界がありますから、「ああ、わかった、わかった」と言って、テレビで観るように  
ニコニコして介護が続けられるわけではなくて、実際の現場というのは結構大変なことがあり  
ます。その奥様の悲しみが癒えるまでには1年間以上、外来を含めてフォローさせていただ  
いたんですが、もちろんだれも奥様を責める方はいらっしゃいませんし、でも最後の言葉という

ことがそういう形で起きないように、ご家族の方も、できるだけはやった、させてもらったというような、ある意味、舞台をつくるために私たちはどうしたらいいんだろうかということをしていろいろ考えさせられました。

また、難病の奥様をいつも外来に連れて来られていて——私たちは結構、外来の気になる患者さんは、診察のときに一緒に入るんですね。それで奥さんに先生が、「背中がいつの間にか痛いこと、これは腰痛だと思って放っておいたら膀胱がんっていうこともある。そのときは相当、胸焼けもくるし、単に痛み止めを飲んででも治らなくなるんだよね。まあ、奥さんの場合、今はそういうのもないし、がんじゃないから、徐々にだけど進行はするにしても今いい状態だから」というお話をしていた。そうしたら、いつも同行されるご主人が、「先生、今言われた症状、私、今全くその状態なんですけど」と言われたんです。「えっ、すぐ検査しよう」と言って、その主治医がすぐに検査に出しました。そうしたら、やっぱり膀胱がんの末期で、ご主人のほうが先に亡くなってしまわれたんです。

そんなドラマが、病院の中ではいつも起きていたんですね。だから、逆に生きていることのほうが不思議な錯覚に陥って、あまりにも小説どころか、今のこの時のほうが、本当に錯覚を起こすぐらい、生きるって何だろうというのを常に考えさせられて。それで奥様が外来に来られるまで3カ月ぐらい時間がかかって、大丈夫かなと思いつつお待ちしていたんですが、元気に出てきてくださって、外来でまた経過を見させていただいたんです。そういうこともありました。

やっぱりいろいろな生と死が背中合わせで、とんでもない大どんでん返しがあったり、悲しい見送りがあったりとか、無力なこともいっぱいこういうターミナルの現場の中で、その中で単に痛みをとったりするだけじゃなくて、やはり全人的にというのはそういうことかなと思いつつ関わらせていただきました。

その中で、QOL、QODということですが、こんな横文字の略語ばかりあまり使うのもどうかと思うのですが、生活の質と死の質、治らない病気、死期の迫った患者さんということで、QOL向上のための援助というふうに言われています。じゃあQOLからQODなのか。元気なときは生きがいを感じていきましょ、それで死が近くなりますよというときからQOD(死の質)を考えるのか。それともQOLとQODは同時進行じゃないのか。QOLもQODも今から、もうこの瞬間からじゃないかとか、いろいろなQOL、QODというものをどう捉えるかということ、ちょっと考えるきっかけになっていただければと思うのです。

そう思ったのは、19歳の男の子の咽頭カルチ、がんです。咽頭がんの子をクリニックの訪問のときに担当させていただいたんですけれども、その子はブラジル人のお母さんと日本人の

お父さんということで、ブラジルで生まれて日本に帰ってきて、男の子ばかりの3人兄弟の真ん中だったんですが、察に入って、とび職の仕事をしていたんですね。

それで、何か喉が痛い、飲み込みにくいかなと思いつつも、風邪を引いたんだろうと思って痛み止めを飲みながら自己判断で仕事をしていたんですね。「それって、一体どのくらいそんな無理をしていたの」って担当したときに聞いたら、「いや、半年ぐらいですかね」と。そのときは、進行しているけれどもまだ動けていたし、しゃべれていたし、食べることができたんですね。「そうだったんだ。それで入院したきっかけは？」と言ったら、仕事をしているときに、いくら痛み止めを飲んでも——痛み止めも、もう半端じゃない量の市販の痛み止めを1箱近く飲んでいるんですよ、自己判断で——19歳ぐらいの男の子が病院も行かないで痛み止めを飲んだらそうになってしまうんですね。今度飲めば効くかもしれないってどんどん量を増やしていったら、一時的なショック状態を起こして救急搬送されて、それで病院で咽頭がんということがわかったんですよ。それもステージⅣ。それで、いや、もうあなたは助かりませんから、うちではやることはありませんから、もう緩和ケア病棟へ行ってください、もうそれだけ言われてしまったのです。

「えっ？」って。にわかには19歳の男の子が受け入れられないですよ。風邪だと思ってなかなかとれない喉の痛みで、救急車で運び込まれた病院で、「抗がん剤療法も、これだけなら効かないから無理だね、もう緩和ケア病棟に行ったほうがいいよ」と言われてある病院を追い出されました。追い出されたというか、もうどこにも行くところがなくて。それで、自宅で緩和ケアをするか、病院で緩和ケアをするかと、もう事務的です。そして在宅ということで、お兄さんの結婚されている奥様の家がアパートを運営されていまして、そのアパートの一室に彼は行ったんです。でも、がんと言われたといっても、実際そのときはまだ動けるし、しゃべれるし、食べられるので、実感がないんですよ。けれども、夜になるとやっぱり痛いんですよ。喉が痛いし、息苦しくなるのです。

それで、そのときにおつき合いしていた彼女がいました。彼女は彼の病気を聞いて、「私、悪いけどそんな状況にずっと最後までつき合える自信がない」って言って別れました。その彼女を一方的に責めることもできないと思います。そして彼女はもう来なくなったと言って、そのときはかなり彼自身も、何でこんな病気になったんだということをずっと言っていました。

私たちの訪問のチームは、彼の本当にこの残された3カ月、もしかしたら半年かもしれないのですが、それが10月ぐらいで、彼が余命を言われていたのは2月だったんですね。3カ月ぐらいだと。でも、桜が見たいよね、桜を見るまで歩ける状態が続けられたらいいねということで、痛みのコントロールをしながらということを考えていたのですが、もう自暴自棄になって

いますから、「桜なんか見たくもないし、あんたたちは何してくれるの？」って、そのことの繰り返しだったんです。「治してくれるの？ 治してくれないんだったら、別に来てもらわなくてもいい」と。正直な気持ちだと思うんですね。「何をしてくれるの？」と。痛みをとるんだったら、薬を自分で飲むして。彼はずっと痛み止めをどんどんどんどん量を増やして飲んでしまっただけで、やはり夜中に低体温になって救急搬送されました。それで病院から出てきたときに初めて、「もうあと1カ月かどうかもわからないけれども、ああ、生きていてよかったと、みんなに感謝して過ごしたい」と言われたんです。

それで、じゃあどこか行きたいところがあればご家族の方も協力してって言っていたところ、チーム医療がすべてうまくいくわけではなくて、チームの中の薬剤師さんが、丸山ワクチンがいいかもしれないと、全然、話し合いも何もしないままその話を彼にしてしまっただけで、飛びついてしまったんです。これでまた、もしかしたら自分は治るかもしれないと思ってしまったのです。どうして今、よい状態になっていたときっていう。これはもう私たちのチームの連携がとれていなかった反省なんですけれども。それで彼は丸山ワクチンをやることになって、やったんですけれどもよくなるわけではないです、はっきり言って。それでどんどんどんどん悪くなって行って、「丸山ワクチンをやっているのに何でよくなるらないんだ。顔を見るのも……。もう来ないでくれ」と言われて。実は私も、最後のひと月ぐらいは彼と会うことができなかったんです。

もうあまりの痛さに緩和ケア病棟に入ったときには、どうしますかっていうぐらいの状況で、そのときのドクターとのいろいろな話し合いで、もうこの痛み止めを彼に投与したら、明日の朝、起きられるかどうかわかりませんがどうしますか。これは安楽死でも何でもなくて、その可能性があります。でも、もしかしたら明日もまだおはようって言えるかもしれないですけれども、それだけのぎりぎりの彼の体の状態ですよ。そのときに彼から、「今までお世話になった人全員に会いたい」と言われて、そして「ありがとう」ということをその病室の中で言って、痛み止めの注射をして……。翌日の朝4時に亡くなったんです。

何か、若い人のそういう死という見送りは後々考えさせられることがあって、本当にこれでよかったのかなとか、いろいろ思います。年齢が若い場合、介護保険のようにサービスが全部整っていないので、担当者会議というチームの会議をするのもすべて持ち出しの時間で全部やらないといけないんですね。介護保険だと担当者会議というのがあって、チームで集まる会議の場が定期的にあるんですが、そういうのに医療で関わる場合というのは全くないんです。そういうことも、やっぱりこれからの医療現場の中に提言していかなくてはいけないことだなと思いました。

いろいろな患者さんのことがあります、それを通して、QOLなのかQODなのか。QOLと

QODというのは一体どうなんだろうとか、今から考えておくということも、もしかしたら必要じゃないか。普段の会話の中に必要なんじゃないかとか、そういうことも思っただけのきっかけになればと思います。

きょうは学生さんが多いということでしたので、日常生活動作ということについて少し。この日常生活動作というのは、Activity of Daily Livingということで、リハビリテーション領域の中からできた言葉です。福祉とか、もしかしてちょっと医療領域とかに関わられるときがありますと、このADL (Activity of Daily Living) という言葉には必ず触れることがあると思います。よく略してADLという言葉を使っておりますので、知っていただきたいということと、その中には「基本的日常生活動作」と「手段的日常生活動作」というのがあって、基本的日常生活動作というのがB (Basic), BADLです。これは、食べたり、いわゆる排泄をしたり、服を着替えたり、顔を洗って髪をといたりする整容、それと移動、これは歩いての移動であるかなど、それから入浴。そういうものを「基本的日常生活動作」といいます。

「手段的日常生活動作」、何か日本語ですととってもかたいんですが、IADL (Instrumental Activity of Daily Living) という言い方をします。このIADLというのは、より複雑な高次的な動作です。例えば、きょうは車で買い物に行きますとか、電車を使って買い物に行きますとか、洗濯、料理、掃除とか家事全般、金銭管理、服薬管理、外出など。このIADLというものが趣味活動までをすべて含んでおります。私は歩くのが好きだからウォーキングに行くとかハイキングに行くとか、そういうものもそうですし、スポーツジムに行くとか、毛糸を編むことが好きだからそういう趣味活動をするとか。とにかく家から出て行く。こういうものがベースにあって、それを実際に自分の生きがいというもの、興味のあるものに生かしていける、より高次の動作というものを手段的日常生活動作 (IADL) まで高めようということをやっていきます。

最初の「生き活き」というのは、本当は「生きる」って書いて「生き生き」なんですけれども、あえてきょう、「生き活き」とさせていただいたのは、これで「生活」なんです。だから、生活というのはこれだけたくさん入ってきているんだから、やっぱり“いきいき”はこっちじゃないかというふうに私は思っているのです。やっぱり生き活きと活動的に生きること。それを健康という表現を使ってもいいと思います。でも、健康であるということは自分だけのことじゃなくて、社会とコミュニケーションがとれて本当に楽しく生きられるということです。それが車椅子のレベルの方であろうと、松葉杖を使っている人であろうと、どういう方であっても生き活きと生きることはだれにでも平等に与えられることだと思います。それには基本的な日常生活動作から趣味を通したIADLというところに行くためのお手伝いをどういうふう

していくかと考えます。

日常生活動作をできる人はいっぱいいます。自分で御飯を食べられる。食べられるけれど、外にみんなと食べに行くことはしてなくて、うつでずっと家の中にこもっている方もいますよね。自分で食べられなくはない、できるんだけどもそれをしていない人もいっぱいいます。自分の尿管管理、排泄管理ができるんだけども外出しない方もいっぱいいます。そういうことをできる能力はあっても、本当にしているかどうかというのは別なんですよ。そして、「する」というのは、より高次の、自分の意思を持って行為として「する」という。だから、できる能力を最大限に使って外にも出て行こう、ほかの人ともコミュニケーションをとれるようにと。人間、一人では生きられないですから、どちらにしても、一人でなんか絶対に生きられないんですよ。

去年の4月でしたか、日本に来られたムヒカさんって、世界で一番貧しい大統領と言われていましたよね。彼は、貧しいというのは何かといたら、貧しい人は、物がなくって心が貧しい人を貧しい人だということとおっしゃっていました。それと同時に彼の言葉で印象的だったのは、自分の愛する恋人、家族、近隣の人、友人、そういう人たちと話すことそのものが生きることなんだという。対話、コミュニケーションを大事にされる方だなという、非常に印象に残った言葉です。やっぱり、「する」というところまで——これにお手伝いがあったっていいんです——したいという人がいたら、そのためにそれぞれができることをどう支援していくかということだと思います。

これの前に、私も中央大学の陸上部のほうで、吉村先生を初め、多くの先生方と駅伝部のほうでお仕事を一緒にさせていただきました。その中の一人だけの選手が強くなるわけではなくて、選手に一番いいベストパフォーマンスを出してもらうためには、やはりチームでそれぞれが、この選手にこういうことをさせていたこうということを出し合いながら、そしてまた、関わるそれぞれの立場の人たちの横の連携が平等な高さの位置でとれていないとだめです。一人だけ高くてもだめなんです。一人だけがなくて、上から下にトップダウンの命令ということではなくて、横の連携があって初めてチームというものが活かされていくと思います。

チームでということは、駅伝部の中からも科学的サポートチームということで、駅伝部に少し介入させていただいたこともありましたけれども、今はまた藝大のほうでも器楽特殊研究という授業を担当させていただいています。その授業の中で、講義は解剖学、運動学、生理学とか、基本的な医学の知識をわかりやすく学生さんに説明して、こういうふうにしてバランスをとっていくことをするんですよということを実際にデモンストレーションして、この両輪で演奏を通して、実際にそのときに楽器を持ってきてもらって、体感して、納得してもらう。本当

に音が変わったということをお納得してもらって、実践・継続と。そういうサイクルをつくるためのことを目標にしております。

そのほかに、やはり科学的にも見ていかなくてはいけませんし、彼ら、彼女らはそういうことを科学的に見るということはほとんどしておりませんので、画像撮影をしたり、呼吸機能検査をしたり、重心動揺計とかを使いながら検証していく。それは必ず継続的に結果をフィードバックしていくということをしながらか再現性を高めていく。彼らが自分たちでできるように自立支援していく。もうこれはリハビリテーションの理念そのものですね。自立支援ということに力を注いでおります。

その中で思ったのは、スポーツであっても芸術の領域であっても、どちらも同じであって、また同じではないところもあるのですが、一つ共通しているところは（細かいところではいっぱいありますけれども）やはり競技であったり、芸術の演奏であったり、そういう感動を私たちに与えてくれるんですね。とてもすてきな世界だなと思います。

そういう人間力を高めるためにはどうしたらいいんだろうということで、いろいろ試行錯誤しながら思っていますが、この中で一人、去年、一昨年から見ているのは、トランペットを吹いている学生がいて、彼はトランペットのオーディションとかいろいろなコンクールにも出て、成績もそこそこ残していましたが、もう一昨年前になります、私の授業の中で、冒頭から批判的にものを言ってきた子だったんですね。何かと言うと、「半社会人だよ、まだ学生さんたちは」と言ったら、「半社会人って何ですか」と。「半社会人というのは、半分プロで働いていたって、今この学校に学生さんとしているんだから、それは半社会人じゃないの？ 芸術家の人って、まだプロになっていない人もいるよね」という話をしたところ、「半社会人っていうのはよくわかりません」とか。そういう話から始まった子だったんです。

その彼が言った中に、「僕らは芸術家というのは不健康なほうが芸術家だと聞いています。そこで健康の話をされてもよくわかりません」とって、最初の授業でそうだったんです。そうなんだ、そういうふうに芸術家って言っているのかなって。私は私で知らない世界だったから、「へえ、そうなの。でも、健康じゃなかったらどうやっていい音出すの？」と、全く知らないから普通に話をしたら、「ええっ」とかって言いながら、そんなことを前期の授業の中でいろいろ侃侃諤諤しながら進めました。そして彼ら、彼女たちの姿勢も実際に画像に映しながら、「いいから言われるようにちょっとやってみてよ、音が変わるから。姿勢がよくなったら肺にも十分空気が入る」「ああ、本当だ」とか言いながら、それでどんどん音もよくなっていったんです。それで秋に姿勢の変化を撮ったら、もうこんなになっていたのが、きちっとスッと立てるようになって、芯が見えるように本当にいい姿勢で重心の位置、バランスをとれるようになってき

たのです。

その頃からもうどんどん変わってきてまして、彼は就職のために名古屋の名フィルを受けることになりました。トランペットって、やっている人も多いからなかなか受からないし、ましてや名フィルっていう、取らないで有名なところを受けたんです。それで最終選考まで二人残りました。藝大同士だったそうなんですけれども、それで、その一週間前に彼は——先ほど先生からみかん狩りに来てくださったという話がありましたけれども、彼もみかん狩りに突然来ると言うんです。「えっ、いいよ、来て。みかん採る？」って言ったら「採ります」と言って、みかん狩りの作業に来たんです。それでみかんの作業をしながら、本当に集中してくるとパチンパチンって、はさみの音しかしなくなるんですね。それを彼は2日間、黙々とみかん作業をして、彼の担当のトランペットの先生にも、1週間後に控えていたオーディションだったんですけれども、「自分は今、みかんを採りに来ています」って言ったら、その担当の先生も本当に心豊かな先生で、「そうだよ、それが心の栄養というものだよ」と言ってくださって。それで見事に二人残ったうちの一人に選ばれて、名フィルに合格しました。彼から、もう受かった瞬間に学校の先生より先に、半端ない評価をもらって受かりましたと報告を受けました。今はもう名フィルに正職員としています。

何が突破口になるか。出会わなかったら、きっと今の自分のこの音はなかったというふうに彼も言ってくれたんですが、私は音楽の人だからとか、スポーツの人だからというより、やっぱりその人が望むベストパフォーマンスのために、理学療法士として何ができるかということに常にいつも思っているんですね。

最終的に、一番最初のテーマの「生き活き」というところを考えたら、音楽もスポーツも料理も建築も、すべてその作品には人格があらわれるということじゃないかと思います。私の非常に尊敬する建築家の先生の言葉をそのままおかりしますけれども、「人間は絶対に磨くことを忘れちゃいけない。自分に欠けているものがあると思うとできる。だから、自分を磨くことは五感を磨くことで、そこに直感が備わってくる。最終的にできた競技だったり演奏だったりその作品には、すべてその人の人格が出るのです。」結局、この「生き活き」をずっと追っていけばいいのかなと思いました。

本当に、まだまだお伝えしたいこともたくさんありますが、これでお話を終わらせていただきます。

ありがとうございました。(拍手)

○**司会** 私もみかん狩りはしたのですが、あまり人格が磨かれていないのでちょっと言いにくいんですけどね。最後の、本当に五感から直感というんですかね。直感と言ったら、何か得意技みたいな言い方じゃなくて、やっぱり直感的に何か判断できるというところまで行くということですよ。だからその辺は、私も昨年70歳になったんですが、やはり人生を生きてきた中で、ここまで行きたいなという希望はものすごくあるんですよ。

きょうは若い学生さんたちもたくさん聞きに来ていただいています。これだけ幅広く活躍されている理学療法士はまず知らないです。10年ほど前に出会って、水泳や駅伝の競技力向上にはいろいろ協力していただいたんですが、本当に今は芸術の世界から、みかん狩りから、幅広い出会いをさせていただいたと思っています。

皆さんから何か質問はありますか？ 時間が多少ありますので、先生方からも学生のために何かきっかけをいただけると助かるんですが。ヒューマンウエルネスという授業でもありますので、質問じゃなくてもいいですし、経験でもいいし、今こういうことを考えているとかいうことを含めて、よろしくをお願いします。

ワタナベ先生にいただいたDVDを生涯スポーツ科学の授業で最初に見せたんですね。生涯スポーツ科学という、「生涯」といったときにゴールは、やはり最後は必ず死ぬわけですね。こういうときに、中村純子先生が最後に言われたような人格を磨くとかそういうことに関係するのですけれども。

何かコメントを、ワタナベ先生。

○**ワタナベ** 大変、ためになるお話というか、私の知らない世界を見せていただいてありがとうございます。それから、先生も人の心の深いところに入って行って、感情労働というのは大変な世界だと思います。

私は鍼灸師で、日頃、いろいろ感じるんですが、先生は30年間の臨床経験でいらっしゃるでしょう。昔の人と今の人と、やはり感ずるのが違うようなところってありますか。

○**中村** それは患者様ですか。

○**ワタナベ** 患者様の。

○**中村** そうですね、30年間、ずっと病院とか施設のほうで、常勤で理学療法士等をしておりまして、がむしゃらに働いていた人たちから徐々に予防という——私がそもそもフリーランスになりたかったのは、ずっともう20年を過ぎた頃から、これは予防リハをやっつかないと、とてもこの医療の体制ではだめだと。リハがもうちょっとできることをさせていただかなければというのが課題だったんですね。それを20年目に思っ、実行に踏み切ったのが30年の臨床経験を過ぎたときで、フリーランスでいろんな領域に入りました。

今、社会人の人々を救いたい。それには一人の患者さんの言葉があったんですね。33歳ぐらいのサラリーマンの方で、役職としては課長クラスまで行ったんですが、脳出血を発症されて左片麻痺になって、もう現職復帰は難しくなって、頭が痛くて、ノーシンを1日何錠飲んだかわからないと。感覚的にも、これぐらいのイカの塩辛の瓶がありますよね。あんなものを一瓶食べたって、しょっぱいとも何とも思わなかった、そのぐらいの状態です仕事をしていて、自分がもう少し予防という、今のような話をもっと早く聞いていればこうならなかったと言われました。そういう知らなかった人々がほとんどだったのが、20年以上前ですね。

今は情報がかなりありますから、逆に健康病っていうぐらいで、健康であるためにという。もう逆転してきているのかなと。健康に対する異常な、何というか、これ自体、病気じゃないかと思うぐらいです。それより、もっと自分に何ができるか、足元を見ようよと言いたくなるような、何かそんな変化があります。

彼がそのとき言った予防に対してのこと、イカの塩辛を一瓶食べても何とも思わなかった、サラリーマンとして、もう会社のためにずっとやってきたと。ところが、結局、彼は役職にも戻れなくて、奥様とも離婚されて子供さんとも離れて、本当に彼のやってきたことは何だったんだろう。

まだ私はそのときもう少し若かったんですけども、いや、こんな人を増やしちゃいけないと思って、やっぱり早く予防の領域に私たちも入っていかなければという、きっかけになった大きな出来事でした。そこから20年経つと、逆に健康に対して、何だろう、異常じゃない？ っていうほどの、そんな感じが今しております。

○ワタナベ ありがとうございます。全く同感です。私どもの「免疫とストレス」というのはそういう科目でございまして。

きょうは先生のお話を伺って本当によかったです。ありがとうございます。

○中村 ありがとうございます。

○司会 今のいろいろなお話からでも、全く別のことで結構ですけども、学生さんから何かないですか。何でもいいです、何かこれは聞いておきたいなということはありませんか。

○質問者（学生） きょうはお話をありがとうございました。

質問とかではないんですが、きょうを通じて感じたことは、まだ人生経験も浅くて、普段、人の死とかはそんなに深く考えたことはなくて、そんな中、先ほどの余命宣告を受けた方々のお話を聞いて、自分もそういったことになる可能性もあるし、絶対に死が訪れるということを踏まえると、何か感慨深いものというか、深いものを感じて、きょうは新しい知恵を受け取れたかなと思いました。

僕は好きなものがあるって、一つ、人生でずっと行い続けていこうと思っているものがあるんですが、そういった、生きていく上でやっていきたいとか思ったこととかを、先ほどもお話があったと思うんですけども、直感みたいな、そういったことを踏まえて今後生きていって、それは死に直面するときだけじゃなくてこれからも考えていくことが必要で、それが一つの自分の人生となっていくのかなと思って、非常におもしろく聞かせていただきました。ありがとうございました。

○中村 ありがとうございます。本当に受け取ってくださってうれしいです。

○司会 やっぱりやりたいことは、我慢じゃなくて、何か見つけてやっていってほしいですね。小峯先生、最後にまとめていただいて。

○小峯 中村先生、きょうはありがとうございました。

ワタナベ先生のご質問、免疫とストレスと、先生の今のお話、僕は救急救命学、三位一体で、実は「キュア」ではなくて、やっぱり「ケア」が大事なんだということが、実際の臨床の場面についたり、本当に患者を診たりしていると、人間の全人格って、さっき先生がおっしゃったけれども——今日は理工学部の学生たちなので、ものづくりとか、実際は物をつくるのが一つの達成というところがあったのですが、その物が人にどう役に立つのかというところの学問につながっていくような流れ、ストーリーがあまりないんですね。

私が理工学部へ来て一番思っていたことが、きょう、それがだれのためになるのかとか、そういう最終的なその作品が、先生がさっきおっしゃったように、その作品にどのぐらい人格があらわれてくるのかとか、心を込めることができるかという。そういうストーリーが、きょうの先生のお話の流れにあったので、理工学部の学生たちには、何かこう、彼らはいつも自然科学的な、左脳で考えているんだけどきょうは右脳を刺激されて、大変意義のある講演会だったなというふうに思いました。

きょうはありがとうございました。

○中村 ありがとうございました。

○司会 仙台から来られた方がいらっしゃるの、せっかくですから、何かあったら。

○質問者(仙台) はい。きょうは本当にどうもありがとうございました。仙台からです。

実は、私は中央大学を出まして、かれこれ40年ちょっと経っております。その間、ほとんど、いわゆる今おっしゃったようなサラリーマンで、自分で生きていく術をしっかり学んだつもりで、それはそれなりに自信があるんですが、あることがきっかけで、今の仕事なんです介護をやっております。中村先生と同じようにずっと、随分、時間の単位は違うんですが、いきなり人の死のそばにいる仕事になったんですね。これは遅いと思うんですけども、そのときに

多分、初めて生きる意味というのが何か自分に近いところに来たような気がして、それをどう  
いう形で今の施設に、それから、そこにいる利用者の皆さんと共有できる方法はないのかとい  
うようなことを今、一生懸命考えております。ここに二人、うちの職員がいますけれども、き  
ょうのお話も非常に刺激になったと思います。

もう一つ、今自分で思っていることは、QODですけれども、死というのは決して終わりでは  
なく、そこから多くのことが続いていくことだと思っていますので、そのためには死がどうい  
うものであるかということも、ものすごく大事なことだと思っています。

きょうはどうもありがとうございました。

○司会 相当、まとめていただきました。

中村先生は本当にいろいろ忙しくて、高知出身で高知に家があるんですけど、1カ月のうち  
1週間もいるかどうかで、あとは全国を飛び回っていると。東京が一番長いそうですけれども  
ね、本当にお忙しい時期に来ていただきました。

最後に皆さんで拍手をして終わりたいと思います。ありがとうございました。(拍手)

— 了 —

#### 演者プロフィール：

##### 中村 純子 氏

高知県出身。高知リハビリテーション学院卒、理学療法士。

病院臨床現場を約30年経験。現在、週末訪問リハビリの現場に所属、フリーランスとしても活動。中  
央大学保健体育研究所客員研究員、東京藝術大学大学院非常勤講師、高知リハビリテーション学院非  
常勤講師。東京藝術大学では、ホルン奏者日高剛先生とともに、チームとして聴き手に感動を与える  
指導を行っている。