

〔特別寄稿〕

最近の死生観と医療に思う

福 田 泰 樹 *

医学部を卒業して 25 年を過ぎた。この間に、日本の医療事情は大きく変わってきた。私の医療についての考え方も随分と変わってきた。その一つが「死ぬ」ことに対する医療のあり方である。そんな折り『医療崩壊「立ち去り型サボタージュ」とは何か』（小松秀樹著、朝日新聞社）を目にして、自分が持つ考えに大きな間違いはないと考えた。

「生」を追い求めることが絶対であった

研修医時代を過ごした大学病院では、「生」を追い求めることが絶対であった。患者さんの死は敗北であった。だからどんな病状の人にも全力を尽くした。肺癌末期の患者さんが呼吸を出来なくなると、気管内挿管をして人工呼吸器を接続し、呼吸を助けた。患者さんに意識があって人工呼吸管理を苦しがれば、鎮静剤を使って意識レベルを下げて、人工呼吸を続けた。心臓が力尽きて止まろうものなら、力の続く限り心臓マッサージを施し、1 分でも、1 秒でも長く心臓を動かし続けることが使命であった。とにかく全力で生を追い求めた。「死ぬ」ことに向けた医療は考えられなかった。「生」こそが若い医師の求める成果だった。「死」は医療の努力の対象と考えることが出来なかった。無意識的にか、意識してか、とにかく「死」を医療の対象とすることは、当時の若者には考えられなかった。

最近の人は「死」を受け入れられない

「死」を現実のものとしてなかなか受け入れられな

い点は若い医師に限ったことではない。むしろ最近の人に共通する意識である。藍野病院に赴任してから経験した二つの事例を示したい。

死を受け入れられなかった妻

50 才代の男性が肺癌の治療のために入院した。腫瘍は右上葉に存在し、1 週間で大きくなるのが分かるほどの増大スピードであった。入院時には既に首の静脈が怒張していた。腫瘍が上大静脈を圧迫し閉塞することで上半身に静脈血のうっ滞が起こる、いわゆる上大静脈症候群の兆しである。直ちに抗癌剤投与を行った。腫瘍自体はほとんど小さくならなかったが、頸静脈の怒張は消失した。しかし、2 回目の治療の時にはまったく変化が無く、抗癌剤投与が終わった次の週には再び頸静脈が怒張し始めた。前胸部に拡張した毛細血管が見られるようになり、顔や右上肢にもむくみが出始めた。やむを得ず、十分な休薬期間をおくことが出来ないまま、その他の抗癌剤を次々と試みた。しかし、腫瘍の増大は止まらず、顔のむくみはさらにひどくなり、顔つきは別人のようになった。やがて反回神経をリンパ節転移が圧迫し始めたのだろう、嗄声（反回神経麻痺）が出現してきた。奥さんに経過を説明し、見通しは大変厳しいとお伝えするが、最後に必ず「先生、主人にはそんなことは言わないでください。私たちは信じていますから……。そうでしょう、先生。」と話を打ち切ってしまう。呼吸困難を和らげるためモルヒネを使い始めた頃から急速に胸水が貯留し、数日後に永眠された。ところがその後、家族が「抗癌剤を使い過ぎたからではないか」、「最後に鼻腔から喀痰の

* 医療法人恒昭会 藍野病院 副院長・内科部長

吸引をしたとき本人がウッと驚いて、がばっと体が動いた。あのときに殺したのではないか。」、挙げ句の果てに「先生にお心遣いをしなかったから、適切な治療を受けられないで死んだのではないか。」と、半年以上にわたって事ある毎に病院に訴えてこられた。最愛のご主人を亡くされた奥様のお気持ちを理解出来ないわけではないが、彼女にとって夫の「死」は起こり得るはずのない事態であり、「何らかの間違い」が夫を死に追いやったとしか考えられないのである。彼女にとって、ご主人の「生」しか見えなかったのであろう。

残念ながら、人は生を受けたその瞬間から「死ぬこと」を避けて通ることは出来ない。

死を看取れなかったスタッフ

また、こんなこともあった。80才を過ぎた高齢の入院患者さんの容態が悪くなり、ご家族は「もう十分生きたし、このまま安らかに看取ってやりたい。」と希望されていた。夜半、夜勤の看護師が当直医に酸素飽和度が下がったから、訪床して欲しいと連絡をした。当直医が「このまま何もしないで看取ということなら、訪床してもしてあげることが無く、行っても仕方がないではないか」といったところ、看護師が憤慨して翌日看護部長に「当直医は看護師の要請に応じて訪床してくれなかった。」と訴えた。せめて訪床して血液ガス分析検査（動脈採血が必要）ぐらいはして欲しかったと訴えた。「当直医師は、看護師の要請に応じて患者を訪床しなかった。不謹慎な医師だ。患者さんのことを考えているとは思えない。」と、鬼畜のように非難された。私は、院長から当直医にその旨申し渡すように指示を受けた。しかし、果たしてそうだろうか。医師の立場からすれば、何もしないで看取することを希望されている患者さんに、針を刺して痛い思いをさせる血液ガス検査を行うことが望ましいこととは思えない。たとえ実施したとして、動脈血酸素分圧が下がっていても、せいぜい吸入酸素量を増やすことしかできないのなら、わざわざ針を刺すまでもなく酸素投与量を増やせば済むことである。翌日には大学病院での終日勤務が待っている当直医にとって、深夜に夜勤看護師の「安心」の為だけに訪床を要請されるのは大変な負担であろう。

抗うことの出来ない死を理解していても、その場を直視出来ない医療人もまた少なくない。

「死」を経験出来ない時代

しかし、考えれば無理のないことである。

私の母親の母（つまり祖母）は、母親が小学2年生の時に丹毒でなくなった。小学2年の母を見て親戚中が不憫さに涙を流したという。私が保育園児の頃、母親の姉が菌性感染から破傷風になり、息を引き取った。臨終に涙を流す母を見ながら、わけも分からずベッドの周囲をウロウロと歩き、母親に甘えていたのを子供心に覚えている。5人いた父の兄弟のうち、姉は小学校の時、腹痛を我慢している間に帰らぬ人となった。父親の父（祖父）は、私が中学三年生のとき田舎の家で病院に入院することもなく亡くなった。高齢だった。祖父のお葬式は、田舎らしく延々と読経が続いた。中学3年生の私にとって、長時間の正座はひたすら耐えるべき大人の時間であった。長い時間であった。それから大八車にお棺を乗せて村のメインストリートとでも言うべき狭い路を親族が列を成して歩き、山の中腹にある斎場へと登った。路の轍に大八車が大きく揺れた。斎場は小さな広場で、中央にわらと薪が組まれ寝台のように仕立ててあった。その上にお棺が置かれ、さらに周りを薪とわらで囲むようにして火が付けられた。勢いよく火が寝台を包み、白い煙が空へと上っていった。翌朝、黒く燃え尽きた灰はきれいに片づけられ、親族で祖父の話をしながらお骨を拾い上げた。この時代、「死」という現象は、「生」という日常の営みの中に当たり前のように共存し、生あるものは絶えず傍らの死を見つめ、看取りながら生きていた。

ところが、昭和31年、国民皆保険制度が始まる。私が生まれた翌年である。以来、私の世代の兄弟、従兄弟を眺めると、二十歳代で白血病で亡くなった一人を除けば、若くして亡くなったという話は聞かない。高齢のために亡くなった人もみんな病院の中で亡くなった。

日本では、少なくとも人口の多い都市部では医療が遍く行き渡り、何不自由なく医療にアクセスすることが出来る。命にかかわるような病状の時は必ずといってよいほど病院に入院し、病院の中で看取られていく。核家族化によって死を身近に看取る機会もほとんど無くなった。かつては家人が湯を沸かし行ったであろうご遺体を拭き清めることも、病院では看護師がカーテンの向こうで手際よく済ませてくれる。旅立ちに備えて衣服を着替え、冷たくなった足に足袋とわらじを履かせることは葬儀屋さんがてきぱきと進めてくれる。最近では、この間に直接ご遺体に触れることさえしな

い家族も多くなってきた。未だ生前と変わらぬ暖かみが残る体に触れることで、まさしくその時に立ち会ったことを実感することもない。斎場では、「ボタン」を一つ押すだけである。家族は天に昇る煙さえ見ることなく、炉の厚い壁の向こうで亡骸は天に召されていくのである。

「生」にしか触れることの出来ない環境では、「死」について考えが及ばなくなるのは当然のことであろう。チベットのとある密教は、亡くなった人の枕元でお坊さんが鼓を叩きながら大声で経を唱える。その内容は、毎日異なる。死んでから一日目に起こる出来事を枕元で大声で話し、死者が感うことなく天国への路を歩けるように誘導するのである。当然、2日目には2日目の出来事を、3日目には3日目の出来事について耳元で指示を与える。1週間が経ち、死者が天国にたどり着いたところで、読経は終わる。そのような環境で生活する人々にとって、死は終わりではなく、天国へ向かう単なる通過点にしか過ぎない。それが生あるものが営んできた日常だったはずだ。

列車は何時か止まる

列車は動き始めた以上、何時か、何処かで止まる。銀河鉄道のように空に登って永遠の世界に向かって走り続けるようなことは出来ない。動き始めた機関車は、グングン力強く加速する。背後の車両には山のように石炭が積まれている。運転士にとって使い果たすなどと言うことは考えられないほどの石炭の量だ。川を渡り、海岸を走り、目眩く断崖の上り坂もぐいぐいと登る。石炭を山のように積み、動き始めたばかりの、力のある機関車はどんな坂も苦にしない。やがて上り坂は徐々に緩くなり、いつの間にか下り坂になる。峠を過ぎた。長い下り坂だ。果てしなく続く下り坂。抗って登り直すことなど出来ない。気がつくと思える石炭も多くはない。下り坂は容赦なく列車を引きずり下ろし、太陽が沈むように高度はどんどん下がる。気がつくと平野に出ている。石炭もいつの間にか使い果たしていた。列車は惰性でゴトゴトと走り、だんだんとスピードが落ちてくる。終着駅だ。静かに列車はホームに滑り込み、大きなため息を吐くように白い蒸気をだして止まった。列車は動き始めた以上、何処かで止まることが定めだ。

生を受けた以上、何時か、何処かで死を迎えざるを得ない。人生の終着駅である。しかし古来から人間は終着駅から何とか逃げようと努力してきた。時には不

老不死の薬を探し求めた。医学の進歩はこの欲求によってもたらされているといっても過言ではない。しかし、未だに不老不死の薬は見つかっていないし、医学は進歩したとはいえ全能ではない。それでも、走る列車を少しでも長く走り続けさせようと必死になって努力する人たちがいる。最後はなりふり構わない。とにかく走り続けたい、走り続けさせたい。とうに終着駅を通り過ぎていのに、それでも走り続けさせようともがく。線路は、とうに無い。どちらに進むのか、何時ひっくり返るのか、おどおどしながら、やがて列車はそれ以上進めなくなる。停車した所、気がつくとそこには何も無い。足をおろすプラットフォームもなければ出迎える家族もいない。必死の運転を賞賛する声もない。むしろ終着駅を通り過ぎてしまった姿を哀れむ声さえ聞こえてくる。

もちろん列車が止まってしまうのにはいろいろな事情がある。終着駅に到着する前に故障や脱線で列車が止まってしまうことは、たいそう不幸なことである。ましてや、それが出発して間もなくであればなおさらに周りの人の悲嘆は計り知れない。このような場合には、医療は列車が止まってしまうことを食い止めることが使命だと考えている。家族はもちろん、医療スタッフ自身も、それが医療の果たすべき責務であり、それが果たせなければ問題だと考える。果たせなかった時、医師は治療が正しかったかと自責の念に駆られ、死を目の前で経験したスタッフは自らの看護に落ち度がなかったかと自問する。そして、家族は死亡は医療の過ちだと詰問する。

ところが、一方で、石炭を使い果たし、かろうじて惰性で動いていた列車が最後に停車するような状況もある。高齢になり、体や精神力が衰え、口に出来る食物も少なくなりやせ衰えながらも、ベッドで終日まどろみ、遠くに家族の声を聴きながら、静かに時を過ごす。充実した人生の終着駅。そんなときには、静かに看守することが礼儀なのかも知れない。

我々医療人でさえ、気を付けないと人に死が訪れることは通常の状況では起こりえないことであり、もしそのような結果に至った場合には医療に何らかの落ち度があったのではないかと、心底思いこんでしまうことがある。思わず、安らかで穏やかな「死」にさえ、抗おうとしてしまうことがある。終着駅が視野に入ってきたのなら残りの行程を如何に安全に、穏やかに走り切り、終着駅に滑り込み、音もなく、何の衝撃も感じないように静かに列車を止めること、これもまた医療人に求められている仕事のひとつではないだろうか。

Saluti et solatio aegrorum

恒昭会藍野病院の1階ロビーの大理石には「Saluti et solatio aegrorum 病める人を医やすだけでなく慰めるために」との文言が書かれている。「病気の人を身体的に治療するだけでなく精神面のケアも忘れずに行いなさい」という意味だと勝手に解釈しているが、死が避けられない状況で身体的治療をあきらめたときに医療が終わるのではなく、患者さんが召されるその時まで精神的なケアを続けることもまた医療だと、そう言う意味にも受け取れる。さらに拡大解釈を許すなら、「生」を追求する医療も、「死」を視野に入れた医

療も、我々医療人が身に着け、実践しなければならないということだろうか。

是非医療を志す若い人たちも、安らかで穏やかで、静かな「死」について、一度は目を向けてもらいたい。

文末になったが機会があれば、先に挙げた『医療崩壊「立ち去り型サボタージュ」とは何か』（小松秀樹著、朝日新聞社）を是非一読して頂きたい。日本の医療のあり方を理解し、医療人として足を地に着けて天職を全うするために。