

平成14(2002)年9月21日
 緩和医療研究会主催
 かとう内科並木通り診療所共催
 おかやまホスピス緩和ケアの集い
 第2部

生き方上手——ホスピス

日野原 重明 SHIGEAKI HINOHARA

聖路加国際病院理事長

司会：田中 紀章

岡山大学大学院医歯学総合研究科
 消化器・腫瘍外科学教授、
 緩和医療研究会代表世話人

於：岡山シンフォニーホール大ホール

司会（田中） みなさま方、今日はこれから本当に素晴らしい先生をお迎えしてご講演いただきます。日野原重明先生でいらっしゃいます。日野原先生といえば、もう改めてご紹介するまでもない、会場のみなさま方は日野原先生のお話をぜひ聞きたいということで、今日ここにたくさんお集まりになっていらっしゃるのですから。とはいえ、少しだけご紹介させていただきます。

日野原先生は、東京の聖路加国際病院の院長先生、そして現在は理事長先生をお務めでいらっしゃいます。先生は1911年山口県のお生まれで、1937年に京都帝国大学医学部をご卒業になられたのち、ひとつの大きな決心をなされて、1941年に聖路加国際病院に赴任されました。ご専門は内科学、循環器病学であるとうかがっています。先生はこの聖路加国際病院一筋で、内科医長、院長代理を経て、院長になられましたが、ご活躍の範囲は内科学にとどまらず、さらに予防医学、あるいは医学教育などの分野でも、日本の指導的なお仕事をなされてこられました。

また、私たち緩和医療研究会のテーマであります緩和医療に関しても、日本の指導的なお立場にあって役割を果たされておられます。神奈川県にピースハウスという日本では数少ない独立型ホスピスを設立されたのも、先生の大変なお力があったからこそでした。

先生はその他に現在、ライフプランニングセンターの理事長、聖路加ライフサイエンス研究所の理事長、そして、これはみなさんも非常に関心があるでしょうが、全日本音楽療法連盟の会長



であります。しかも、これらの重職はすべてボランティアでなさっているとのこと。1988年に東京都の名誉都民、1999年には文化功労賞を受賞されておられます。

先生は早くからターミナルケアの問題について我われを指導して下さって来たわけですが、その点では、聖路加国際看護大学理事長として、日本の看護学におけるターミナルケアの指導的な役割を果たされておられます。また、新しい医学、医療の問題意識を養うといった観点から、「生活習慣病」という言葉をおつくりになったのも、日野原先生のお仕事の成果であります。さらに最近は、「75歳以上の健やかな新老人」というテーマを掲げて、「新老人の会」を各地におつくりになっているとうかがっています。そういうわけで、先生のご著書はたくさんありまして、そのどれもがベストセラーということでございます。

今日は、「生き方上手——ホスピス」と題して、これまででない新しいお話をしてくださることとでございます。それでは先生、よろしく申し上げます。(拍手)

日野原です。田中先生、ごていねいな紹介をいただきました、ありがとうございます。田中先生にはただ今、ホスピスや緩和ケアに関連するたいへんに感動的な講演をしていただきました〔第1部講演〕が、田中先生のお話はきっとみなさまの心にすみずみまで浸透して、ホスピスとはどういうものかということが、広くそして奥深く理解されたと思います。今日はこの会場3階まで2000名近くの方が集まっておられるとのこと、田中先生のあとを受けて私が講演することは非常に喜びでございます。

加藤恒夫先生が岡山において診療所を経営しながらも緩和ケアに関心をもたれ、中心になって岡山に緩和医療研究会を10年前に立ち上げて実践してこられて、今日は記念すべきこの集会になったわけとでございます。私は加藤先生とはもう長い間のお付き合いで、いろいろな学会で議論をしたり、あるいは助け合ったりしてまいりました。

このようなすばらしい会では、私が今まで話さなかったことで講演を始めねばならないと思うのですが、さて何を話そうかと考えたら、ふと頭に浮かんだことがありました。私は多くの本を書きましたが、医学論文はそれ以上で3600あります。しかし、そんな数は問題にならないほどの人もいます。1919年に亡くなられた、私の尊敬するウィリアム・オスラー先生です。生まれたのは1849年

ですから100年以上前のことで、私とは世紀が違います。私はオスラー先生とは生前に会うことはできなくて、そのお弟子さん2人から、オスラー先生についていろいろとお聞きすることができました。そのウィリアム・オスラー先生は19世紀中葉から20世紀にかけての70年の生涯に、1200の医学論文を書かれています。やっとなタイプライターができたころです。もちろんコンピューターはありません。有能な秘書を持つということもなかったでしょう。やっとな自動車が使えようになつたその時代に1200の医学論文を書くというのはものすごいことです。私たちは今、図書館に行かなくてもインターネットで世界の文献がすぐわかるというような時代に生きてます。私たちが研究とか講演とか論文を書くのに、資料を探すのは100年前に比べてだいたい何十分の1しか時間がいらぬような時代であります。ウィリアム・オスラー先生の時代に1200の論文が書かれたということは、今日にしてほしい1万件くらいの論文を書かれるだけのものを持っておられたと思います。私は64年間に3600の医学論文でした。

今日ここには看護に関わっておられる方がおおいに来ておられると思いますが、私は看護学生やあるいは卒後の看護教育のために、看護の本もたくさん書きました。なかでも、むかし解剖生理の本が看護にはなかったので、戦後いち早くそれを

書きました。看護のために、解剖学者や生理学者では十分説明できないようなことを、臨床家としての私がどうすれば臨床ナースのための基礎となる解剖生理を教えることができるかということ、非常に工夫をしてそういう本を書きました。ですから、看護の本もずいぶんと多いんです。

つい3週間前にも、看護に関する新しい論文を書きました。看護のバイタルサインの刷新という意味で、あなた方看護師が現在見ているバイタルサインの見方は間違っているんじゃないか、あなた方がやっている安静を強要する看護は間違っているんじゃないか、あるいはあなた方がやっている死後の処置はどうもおかしいんじゃないかということ、私は勇気を持って書きました。人の間違いを指摘することは良くないことですが、しかし、近代看護学を今アメリカなどから導入しつつある一方で、明治・大正の古い看護方法が今なお現存しているのはおかしいんじゃないかということ、私は勇気をもって日本看護協会の出版会からこの本を出しました。今日ここではそれについてお話はできませんが、せっかく集まっておられる看護師の方、学生の方には、基本的にもっと看護を変えていってほしいと私はお願いしたいのです。

今日のテーマ「生き方上手——ホスピス」ですが、こういう題をつけたのは初めてだろうと思います。私の本『生きかた上手』〔ユースリーグ刊〕は2001年のクリスマスに出版して9カ月足らずの間に、今ではもう私の年齢を越えた数字の110万部くらいが売れました。来月の私の誕生日にお祝いとして出版社が音楽会をやってくれるのですが、初めは91歳の年の数くらいにはなるといっていたのが、まるで私が110歳くらいのお祝いを受けることになるわけです。

「生き方上手——ホスピス」これは一体どういう関係があるのかとみなさん思われることと思いますが、実は最初は加藤先生がサジェストされたのであります。「生き方上手」というのは英語で

“How to live well”，どう上手に生きることができるかという簡単な言葉ですね。私の言いたいことは、「生き方上手は、ホスピスの生き方である、そして死に方上手も、ホスピスの生き方である」ということでして、これを今日はみなさんへのメッセージとして伝えたいわけです。

私のこの本がなぜ売れたのか、ひとつは写真の映りが良かった(笑)。あの表紙を撮ったのはプロの写真家ではなく、出版社の社長さんです。アングルが良かったんですね。アングルが悪かったら、あんなに売れないんです(笑)。しかも、表紙に大きな肖像を出すのは、週刊誌はやりませけど、きちんとした本でああいう出し方をするのは、日本で最初です。ですから、これから日本では、人が論文を書いたりすると顔が出る(笑)、全身像が出るように流行が変わっていくかもしれない。たまたま私が出版の慣行を破ってそういう流行をつくったというようなわけであります。ただ、「死にかた上手」というタイトルで書いたら、本はこんなには売れなかったでしょう(笑)。でも、「生き方上手」という明るい面を示唆するような題、これは極めて簡単で明快な言葉だからいいんですね。

私は山口の生まれで、広島で結核の療養をして、京都で勉強をしたというわけで、関西弁が残っているんですが、「お上手、お上手」と子供に言うでしょう。あの「お上手」という言葉は関西弁で言うと感じが出て、関東の言い方ではあまり出ない言葉です。私は関西弁が身につけていたので、出版社から「先生、どういう題を？」と相談されたときに、スッと出た言葉が「生き方上手」だったので、私もほとんどに書きたいのは「死に方上手」なんですね。だけど、それじゃ売れないと思った(笑)。だから、まず第1編は生き方上手にしておいて、第2の続編には露骨にそれを出すかもしれないと思っています(笑)。

I

放物曲線というのがあります〔以下スライド略〕。ボールを投げたり、後楽園ドームでホームランを打つと、その軌跡は放物曲線あるいは放物線なんです。ボールがどういう曲線をたどって、どこまで行き、どう落ちるか、あるいはこれはホームランになるかという違い、これは、ボールがどこまで上に上がるかというY軸方向の問題と、そして、どこまで遠くに行くかというX軸方向の問題の、両方が絡んでいる問題です。そのとき、投げたり打ったりの角度が重要で、その角度によって、ボールがある頂点に達すると、それから重力に従って落ちてくるわけですね。重力に逆らって上がり重力によって落ちる。しかし、X軸方向の運動は慣性がありますから、ボールはストーンとは落ちない。その軌跡が放物線です。この方程式はちゃんとあって、軌跡は計算できるようになっています。ただ、その場合、たとえば風が吹かないなど抵抗がないとして、この理想的な放物線があるんですね。ところが、風が吹いたりしますと、ボールの軌跡はそう理想的にはいかない。

私たちの人生というのは、この放物線なんです。ある程度の時がたつと、だんだん寿命が尽きて、だんだんと死がくるという放物線です。しかし、私たちは、交通事故にあって急激に人生が終わってしまうこともある。このような場合、放物線の曲線はストーンと落ちるわけです。また、生活習慣病になりますと、だんだんとそれが糖尿病や心臓病に進み、がんになってその治療が遅れると、これまた曲線が急に落ちてきて、60歳とか70歳とか、若い30歳未満の人でもがんで亡くなるということがあります。

こういうふうに関人の寿命が短くなるということは、何かの因子があって、命を奪うわけであり

ます。昔は伝染病の因子がありました。あるいは、南半球では栄養が足りなくて死亡する子供が多いということもありますが、日本では伝染病がだんだん少なくなり、結核がコントロールされたので、習慣病としての脳卒中や心臓病が大きな因子になってきました。それから、がんについては、治らないがんや早期に発見されないがんがあり、あるいは、がんになるのが分かっているのにタバコをたくさん吸っているため肺がんになるということなどがあります。あるいはまた、食塩をとりすぎて高血圧になりさらに悪くなったり、糖分が多すぎて糖尿病になるというような、自分の努力が十分でないための因子もありますし、齢をとればとるほどがんを起こす危険因子も増えています。この、齢をとればとるほど増える病気が、“がん”なんですね。がんを起こす因子がいくつも重なり合って出るわけです。がんになりたくない人は、がんになる前に心筋梗塞で死んでしまえば、これはがんにならないわけです（笑）。

今の日本では、みなさんの3人に1人はがんになります。長生きをされれば、もっとがんは増えてくる。しかしながら、がんを起こす因子が何であるかという学問が進むと同時に、がんを起こすような生活習慣もわかってきています。非常に熱すぎる物を飲んだり食べたり、辛すぎるものを摂ったり、あるいはタバコをたくさん吸ったり、無理な生活をすることがありますと、早くがんを起こす因子が重なってがんになるというわけです。ただ、子供でがんになるのは、生まれながらにして遺伝子の中にがんを起こす不幸な因子があるからです。それでも、子供の白血病は治るがんになりつつあります。その遺伝子を早く発見して化学療法でそれを早くたたき、正常な骨髄を移植すれば、子供の白血病はほぼ助かるようになってきているわけです。老人に多い白血病は、子供と同様に化学療法で強力でたたきますと、骨髄が弱って死んでしまいます。子供は化学療法などでがん遺伝子をたたいても生きる力がある。老人はそこまですることができないので、骨髄移植もできないということ

になっているわけです。

こういうわけで、がんというものは1つは遺伝子、1つは私たちの習慣とか環境汚染などの外からの影響、外力によってなるということがあるのですから、がんを予防するには、私たちが食べることを、することをコントロールするとともに、早く病気を発見するという以外には、対応することはできないわけです。

痴呆については、最近の研究で、痴呆の遺伝子をもっているのに痴呆にならないで80歳まで生きている人がいるということがわかってきました。一卵性の子供2人が違った環境で成長した追跡調査によるものです。食べるものが違う、することが違う、また精神的な状態が違うとか、その他公害があるとかないとかというような後天的な環境によって、本来もっていた痴呆の因子のキーがオンにならないというのです。

痴呆の因子はないのに痴呆になる人がいるのは、外の環境の因子が痴呆を起こすのではないかということがいま仮説として説明されつつあります。アメリカのマッカーサー財団の数年間にわたる研究で、どうもそうらしいという結論が出ております。

私は一昨年から、75歳以上の元気な老人に集まってもらい、いま元気な老人のその元気が10年後にどうなるかを調べています。“新老人の会”会員の血液をいただいて、痴呆、動脈硬化、糖尿病の遺伝子を調べて、その人たちがどういうものを食べ、どういうふうな家庭生活、社会生活をしているのか、そして毎年人間ドックに入ってもらい体の状況を詳しく見て、血圧が高ければ早く治療したらどうなるかを、新老人運動としてやり始めました。ただドックで検査をするのでなしに、その人の家庭の状態、その人の食べ物や運動のこと、その人の生き方などいろいろなデータを、動脈硬化、高血圧、コレステロール、血糖などの数値データと一緒にして統計をとり、これから10年先に結果を見ようと思っているのですが、私がそれを

見るには101歳にならなくちゃいけないんで、ちょっとどうかと思うんですが（笑）。

100歳以上の人がいま日本に何人いるんでしょうか。2001年9月には1万5473人と発表されています（ちなみに2002年9月には1万7934人）。そして、その8割が女性です。

一方アメリカは、人口は日本の2倍で、アメリカの平均寿命は日本よりも5歳若くて75歳といいますが、医学のレベルは日本より10年くらい進んでいます。それなのに平均寿命が短いのは、アメリカには難民や移民が大勢入っているからです。また、日本は義務教育が発達していますが、アメリカには国外から教育を受けてない人が来て、そこでたくさん子供を産み、その子供たちの死亡率が非常に高いというようなこともあって、平均寿命が短いわけです。ところが、よい環境にいる白人などの100歳以上の人口を見ると、実際には6万人もいるのです。その大部分が白人です。しかしアメリカでは、白人の寿命と黒人や難民・移民を含めたものの統計を別々に出すと差別になりますから、あくまでも平均としてしか出せないのです。アメリカではそういう状況があるということを知っていますと、いかに環境が大切かということを物語っているんじゃないかと思えますね。

人間の寿命は、今の日本の平均は80歳になりましたが、2500年前に書かれた旧約聖書の詩篇には、人の寿命は70歳、長くても80歳だろうとあります。医学がなかったこの時代に80歳というのは、伝染病がなかったからです。他の地域との交流や関係があまりなかったといえるし、水はきれいだし、各地に生えている野の草やいろいろな果物を食べていますから、コレステロール値が高くなるとか、塩分摂取が多くなって高血圧になるということとはなかった。医学がない時代であっても、そういうきれいな地球の上に生まれたからには、みんな、事故がなければ80年くらいは生き延びたわけです。しかし、だんだんそれが短くなって、戦前の日本では平均寿命は49歳しかなかった。

日本で老人の定義ができたのは1950年代ですが、そのときに、65歳以上を老人にしようと決めたのには理由があります。その頃の日本人の寿命は65歳くらいしかなかったので、65歳以上生き延びれば老人でいい、隠居してもいいと考えたからなんです。しかし、それから40数年の間に平均寿命は80歳を越えるようになり、なんと女性は今は85歳にもなっているわけですから、今もなお65歳以上を老人とするのはおかしいんじゃないか、75歳以上に底上げしましょうという声があります。

政府は、いろいろな年金などを捻出しなければならぬのに、医療費がかさんで困っている。だから、そういう声があることを密かに喜んでいるんですね。底上げすることによって、いろいろな老人手当てや福祉費用などが10年先に延ばせるとなれば、非常に助かるわけです。今65歳以上の人口は約2300万人いるために、1年間の総医療費30兆円のうち10兆円を老人医療が占めています。このまま15年20年たつと80兆円になって、日本は破滅するわけです。だから、何とかしなくちゃならない。医療費はぜんぶ自費負担にするとか、あるいは健やかな老人をつくる方向にするか、あるいは税金を投入するかということですね。そういうようなことがあるうえに、このまま少子化が進みますと、日本の人口は50年後には6000万人に下がります。今の半分になって、老人ばかりになる。生産力がなくなって、日本は壊滅してしまう。だから、今の平均出産1.2人じゃ足りない。2人半の子供を産まないと日本は存続しないことになるのに、福祉が十分でないなどのために、女性が働きながら子どもを2人以上もつことは難しくなっています。

これを解決するためには、新しい政党ができればいいんです。私がもう20若くて70歳くらいだったら、新党を立ちあげて（笑）、75歳以上で日本の政治を動かすにはどうすればいいか、また戦争をなくすためにはどうすればいいかとやりたいところです。いま75歳以上の人は戦争を経験し、原爆を経験しているから、その体験を孫に直接伝え

る、ビデオでなしに口で伝えることによって、世界に広がる平和運動にまで新老人運動をもっていきたいというつもりでいます。ただ、私が声をあげたときはもう88歳を過ぎていましたから、75歳にはなっても元気な方々と一緒になってやっていきたいと思っています。この運動を広げることによって、どういう生き方を私たちはすればいいかを、新老人が見本になって見せるわけです。

ただ、私がいくら生き方上手をしても、死んでしまえば本は売れなくなります（笑）。新老人の遺伝子を調べたりするには、お金がたくさんいるわけですから、私はずっと元気でい続けなければならない、そうすれば私の本の印税はぜんぶ研究のために使うことができる。国に頼まなくてもいいということですね。そういうことになると思うので、今日ここに来られている方は、1人で3冊くらい買ってお友だちにあげてください（笑）、ものすごい研究ができるようになります。日本には学会や大学がたくさんあるのに、こうした大切な研究がなぜされていないのか、不思議に思います。私は「思い立ったらすぐ実行」というシェークスピアの言葉にならってすぐ実行して、今日に至ったわけです。

II

さて、「生き方上手」とはどういうことかというところ、それが「死に方上手」につながっているというわけです。これからのスライドは私の本『生きかた上手』から引用します。〔以下〈 〉はスライド、略〕

《人はひ弱いからこそ、寄り添って生きることができる》

人間の“人”というのは、棒を支えてるんです。これが人という字です。そして人間は、“間”と

書くように、人との関わりあいによってのみ存在するんです。そして、その生きてる間に誰に出会うかということが、みなさんの生涯には必要です。

《良い出会いがある。それはあなたの才能です》

良い出会いは、どうすれば実現できるのか。たとえば東京駅には、人が川のように流れています。あれは、すれ違いです。出会いではないですね。出会いというのは、ひょっとしたら今日みなさんが田中先生の講演を聴かれたことで、目が醒めるということがあるかもわからない、それと同じように、集会に来た隣の人と話をすることによって、その人と一緒に行動しようというような心の一致ができれば、それが大切な出会いです。出会いを上手に理解し利用する人がいます。今日のこの集会にこられた機会を、みなさんがどう利用するかによって、これからの生き方が違ってくるとなれば、これはすばらしい出会いになるわけです。

その一方、日本では家族が崩壊しつつあるといわれます。お母さん方がパートからフルタイムになる、子供と一緒に食事ができない、会話ができない、お小遣いを持たせてどこかで食べなさいとか、あるいは塾に行きなさいとか言ったりして、家族の会話や、お母さんお父さんの会話がなくなっていく。家族が崩壊して、子供の殺人が増えてくるようなときに、この家族をちゃんと育てないと、日本が滅びるのは間違いなくなります。

《家族とは「ある」ものでなくて、手をかけて「育む」ものです》

みなさんの家族ですから、お父さんお母さんが手をかけなくちゃならない。学校に教育を任せるといえるのではどうしようもない。この“育てる”ということ、私は『生きかた上手』に書いているわけです。

《健康とは数値に安心するというのではなく、自分が「健康だ」と感じることです》

コレステロール値が良かったとか、血圧が良か

ったとかだけで、健康で良かったと安心できるわけではありません。あるいは、血液中の尿酸値が少し高いとか、尿に少し蛋白が出ているので、あなたは腎臓が悪いですよとか、肝臓が悪いですよと言われると、非常にショックに思うかもしれません。ドックに行ったのはいいけれど、何か悪い勲章をもらってきた感じになる。そういう数値にあんまりとらわれると、その人の生活が暗くなるわけです。

コレステロールの値は今から10年あまり前までは、250を越えなければ良いといったのです。248の人には、良いですよと言ったんです。それが、今はどうですか。良いとされる上限が220～200まで下がってきました。また、血糖値は昔は100を越えると良くないといったのです。それが100を越え110になり、今は126まではまあ良いんじゃないかというようになったのです。みなさんは学者さんに振り回されているんですよ（笑）。

科学はまだまだ完全なものじゃないんです、実験中なんです。それなのに、この前よりコレステロール値が5高くなったというだけで気持ちがガックリしてしまうような人がいます。みなさんは検査の結果についてはもっとアバウトな考えでいいんですよ。また変わるかもしれないから（笑）。数値にあんまりとらわれないで、でもこれ以上太らないようにしようとか、これ以上にはならないようにしようとか思うぐらいでいいのです。先生の言う数値の1割くらい高くてもいいんだと思われると、みなさんの気持ちはうんと軽くなるんじゃないですか。

私の『生きかた上手』には読者から今日まで1万5000通の手紙が来ました。私はもう全部は読めないで、出版社の人に読んでもらって肝心なところにアンダーラインだけ引いてもらい、その大切なところは私も読んでいます。今度、その1万5000人の方の質問や感想などをまとめて項目を立て、それに私が口述で回答・解説をした対話篇が、来月の初めに出版されます。宣伝になりますが、

これは『生きかた上手』の続編です（笑）。その後さらに、私自身が話すビデオが出ます（笑）。また、CDも出ます（笑）。そのCDには、音楽も入っています。私は子供のときから音楽を聴いて育った縁で、いま日本音楽療法学会の会長をしますが、その音楽療法のことも知っていただきたいということ、また、音楽も心の支えになるんだということを知ってもらうために、子供のときから今までにいたるまでの私の好きな音楽を集めたCDです。私は最期にはフォーレ作曲のレクイエム、死者のための葬送の音楽ですが、それを聞きながら死にたいと言っているんです。

読者から寄せられた感想の中に、こういうのがあります——「日野原先生のご著書『生きかた上手』に心を動かされた母は、晴れ晴れとした表情で、〈検査データに一喜一憂することはないんだわ。私が元気だと感じられればいいのね〉と安心したように友人と外出する機会も増えてきました。気持ちの捉え方を変えると、生きる姿勢も少し変わってくるのかもしれない」。

そう、気持ちの捉え方を変えると生きる姿勢が変わってくるんですね。素晴らしいです。これは、まだ若い女の子が、『生きかた上手』を読んだあとのお母さんを見ての一番の感想は、自分も元気が出て、年老いてももっと明るく生きてもいいんだと思うようになりました、ということです。わずか15歳の少女が、母がこういう生き方をするんだったら、自分は90、100歳まで生きてもいいんだな、今までの老人のイメージとは違う、こういう生き方だったらいいな、と。

私は子供たちに「自分は何歳まで生きたいか」と質問することがあります。今の子供は「長く生きたい」とは言いません。看護大学に入学した学生のオリエンテーションのときにも、私は毎年聞きます。「あなたたちは何歳まで生きたいと思っていますか」と。60歳までというのが圧倒的に多い。70歳はずっと減って、たまに80歳という。「80歳の人はずっと手を挙げてください」とい

うと、みんな手を挙げた友達のほうを向いて大笑いする、「80年も生きたいの？」と。そういうふうな状態であります。看護大学でも大学院の試験のときにこの質問をしますと、だいたい70歳以上までとか答えるようです。だんだん年齢が上がってくるわけですね。

若い人には、老人のイメージは良くないのです。だから、齢をとっても本当に生き生きした、たとえば加藤シヅエさんのように100歳を越えてもキリっとして、私たちにもラブレターを下さるような、そんな暖かさのあるあの人のように生きたいと思うような、そういう生きているモデルの存在が必要なのです。

みなさんも、自分のためのモデルをお探しなさい。今20歳の人なら、自分が40歳になったらどういいう中年になりたいか。今40歳の人なら、60歳になったらどういいうような人になりたいのか、そのモデルを探して、その人に会うのです。どうしてあなたはこういうふうになったんですかと、食べることも含めて生き方を尋ねてみる。そういうことが必要なのです。

東京での調査によると、電車に乗っている人のうち12人に8人が朝から居眠りしているというデータがあります。今の日本だけです、こういうのは。戦前はああいうことはなかった。戦後、おかしな癖がついたわけですね。寝ているから、重心もフラフラして、だんだん顔がまとまりがつかなくなってくる（笑）。キリっとした感じがないわけですね。ですから、みなさんはキリっとして、生きがいを持って働く人に出会って、その人から教わる必要があるのではないかと思います。

《医師は聞き方上手に、患者は話し方上手になることに努めるべきです》

みなさん方には健康管理をするお医者さんや看護師は必要ですが、そのためにも、自分で感じている身体の状態を科学的な言葉で上手に表現することが望ましい、言語化するということです。これができると、MRI（核磁気共鳴断層撮影装置）

で脳を調べても何ともないとしても、お医者さんは、患者の話から何が起きているのではないかとわかってくれるようになります。

何でも科学が一番、ではないのですね。科学ではわからないことを人間は感じ取ることがあるという、すばらしい能力を持っていることを感じて、みなさんは自分の身体や心のことを上手に語ることで、そして診察の前には、それを正しく伝えるためには何をどう語っていったらいいかという準備をしなければいけません。「どうして病院に来たんですか」「どうも身体が変です」（笑）、「変ですとはどういうことですか」「何とも言えないんです」（笑）、「いつからですか」「だいぶ前からです」（笑）……こんなことでは、俗に言う病院の3分診療のうちの半分はとられてしまうわけですね（笑）。

アメリカでは今“マネージド・ケア”というのが進んでいます。民間の健康保険が入ってきているためですが、その弊害で診療が制限されるため、診察・診療は何でもできるだけ簡単にすませるようになってきました。それでも、患者さん1人の初診にはだいたい30～45分間かかっています。ただ、2回目の診察からはごく簡単にするのですが、それでも10～15分間くらい。なぜ時間をかけるかという、初診にはやはり患者をして語らせないといけないとされているからです。医療者の側から、「これ、ありますか。これ、どうですか」というチェックばかりじゃだめなんだということです。

ただ、自分の症状を上手に表現できるようになるには、患者にも教育が必要です。自分を表現する方法を、小学校のときから学ばないと、お医者さんにわかってもらえるような説明はできません。もちろん、医師にもそういう教育が必要なんです。みなさんは自分にとっていいと思える良いお医者さんを探して、出会いをもってほしい。その出会いが、みなさんの寿命にも関係しているんです。同じ寿命でも生き方のレベルが違って来る。そういうような医療者との関係を持ちながら、生

活してほしいわけです。

《人はいくつになっても生き方を変えることができます》

このことを『生きかた上手』ではとくに力を入れて書きました。鳥は遺伝子によって飛び方が決まっています。どの鳥も同じで、飛び方は鳥の種類によって違うだけです。動物も、カンガルーの走り方、牛・馬の走り方、みんな遺伝子で決められていて、飛び方や走り方を変えることはできないのです。

ところが人間は、明日から変えてやろう、来年からこうしてやろうという決心さえすれば、そうすることができるというすばらしい習慣変容の能力を持っています。さらにそれを信じて、良い生活に転換することによって、生活習慣病を進行させないように切りかえることができる。薬ではできないことを、みなさんがするということです。

《きりのない願望があなたを幸せから遠ざけます》

願望とは、これで昇進すればいいのにとか、ボーナスが多ければいいのにとか、あるいは地位や役職が高くなればいい、名誉が与えられればいいのに、などというもので、みんな自分の外のものです。外のものとは、死ぬときには持っていけないもの。私たちは必ず死にますね。この会場におられる人は、私を筆頭にして、いつか100%死んでしまうわけですね。持ったまま死ぬことのできないものが願望なんです。

きりのない願望があなたを幸せから遠ざけますから、内に希望を作り出すことが大切です。自分の心の中に、です。

景気が悪いとか、倒産をするとか、地震が起こることによって、願望はなかなか思い通りにうまくは得られません。しかし、自分の心の中に小さな希望を持つということは、毎日毎日の、来週の、来月の希望をもつことです。来週はまた何か心が満たされるものが与えられるんじゃないかという

ような願いを持つこと自体が、みなさんの気持ちを明るく、前向きにするのです。悲しんでいる人に希望を与える、あるいは愛するものが亡くなって悲しい中にいる人に明るさを与える……たとえば、ご主人が残したものを整理して、出版するのを手伝うとかすることによって、良き友人関係ができると同時に、その人が人に希望を与えることによって、自分に生きがいが出てくるということ、どうか理解してほしいのです。

Ⅲ

《死が何であるかということをお子にも伝えるのが、大人の役目です》

これは何を教えるかという点、『葉っぱのフレディ』〔みらいなな訳、童話屋〕の本を読むのが一番です。『葉っぱのフレディ』は、レオ・バスカリアというアメリカのカリフォルニア大学の教育学の教授が、人生を木の葉っぱの四季、春・夏・秋・冬になぞらえ、芽が出て、だんだん緑になり、紅葉して、枯れていく、そしてまた芽が出るという、そういうストーリーにして20分位で読める絵本にしたものです。自然があって、季節があるということをお子や大人にも教えてくれる本です。それを、私はミュージカルにしました。お父さんもおじいちゃんもおばあちゃんも、一緒に見ようということで、88歳のときに私は初めてこの脚本を書きました。学術論文は3600も書いていましたが、脚本をつくって芝居を演出し、その芝居の中で自身が90歳の老人役を演ずることになるなんて、思ってもみませんでした(笑)、ハプニングのようにやってみたわけなんです。

木の葉が散るように、死がある、しかし、死は終わりでないということ、何とか言いたい。私たちの身体は土の器でできている。器は欠けたり、割れたりする。水はそこから漏れて大地に染み込

むわけです。私たちの体は生まれながら土の器であるということ意識しながら、器は朽ちるけれども、その中に何を入れるか、どんなきれいな水を入れるかが問われるのであって、それが私たちの一生の仕事なんですよということです。ソクラテスが言ったように、人はただ生きるのではなしに善く生きることであるということは、どういう水を私たちの器に入れるか、最後には地に染み込むけれども、その水が多くの草や木の養分になると同時に、人間の飲む水になって、人の命につながっていく。私たちの身体の3分の2は水でできているんです。大部分が水で、飲まなければ死んでしまう。その水、魂の水というものを、子供・孫・友人にどういうふうにつくり出すか、これが生まれた者の役目なのです。お釈迦さんが言われた生老病死、これをソクラテス流に言えば、どう善く生きるか、どう善く老いるか、どう善く病むか、どう善く死ぬか、これが私たちの宿題であるということをお考えなくてはならないわけです。

私たちが死ぬことは決まりきったことであり、それは死の遺伝子があるからということです。生きものには老化の遺伝子があって、1つ1つの細胞が次々に死んでいくのです。赤血球は1カ月半くらいで死ぬし、白血球も3週間で死にます。でも、これらの細胞はまた次々とつくられます。そのように、私たちの身体では、細胞は死んだりつくられたりする。ただ、脳の細胞だけは新しくつくられることはなく、だんだん減っていくと言われています。しかし、最近の脳生理学によれば、どうも新しい細胞が若干はつくられているんじゃないかという、うれしい情報もあります。

私たちはだれもが死の遺伝子をもっているということは、ちょうど小さなリンゴには小さな種があり、大きなリンゴには大きな種があるようなものです。私たちはみんな死の遺伝子を持って生まれているということなのです。死ぬのは病気になるからではなく、もともと人間の寿命は有限であるからなのです。人間はやがて死ぬんだというこ

とを、子供たちに教えることが必要です。そして、だから私たちは、どう上手に生きるか、どう上手に死ぬかということが大切なんだということ、子供にも教えずにはならない。死の教育、これは先の講演で田中先生も言われたように、今の医学教育でも一番欠けていることです。痛みを止めるなどの対症的療法をいろいろ教えるよりも、一番肝心なのは死の教育です。このことを、私たちは医学教育の中で強調していかなくてはならないと思うのです。

齢をとること、老いとは、衰弱ではなくて、成熟するということです。どうしてかと言うと、それは、ミスを行ってもミスに学ぶことができるからです。私たちの生涯には、医療事故もあるし、飛行機事故のようなミスもある。一生懸命やってもミスはあり得る。飛行機操縦のミスなどに対しては、サイエンスが未然に防ぐように支えているのですが、それでもミスを行ふことがある。人間の長所は、そのミスに学ぶことなんです。だから、成長するんですね。失敗した人をとがめるのではなく、そのことによってその人が成長すれば良いというふうにお考えなくてはならない。医療事故であれば、ミスを行なったということをお子にはっきり言う、ご家族に言う。賠償はいたしますときちんと言えいい。隠したりするから、あとでどうしようもなくなるんです。壁に耳ありで、誰も見ていないなんてことはない。神さまはぜんぶ聞いておられる。だから、間違いをすぐに告白するということが、医療事故を少なくする上で大切なことだと、アメリカではすでに研究で証明されているんです。

私たちは死ぬときには、ありがたい言葉で人生を締めくくりたいものです。それができたら最高です。自分の人生の9割9分は辛かった、不運だった、子供もどこかに行ってしまった、けれど最後のときに、それでも私は生まれてきて良かったな、感謝するよという言葉をお子に残して死ぬことができたら、家族としてはその人が亡くなった寂しさにもかかわらず、良かったね、あんなに

ママは感謝して死んだと喜ぶんです。「あなたたちに何もできなかったけど、私は生まれてきたことを、あなたたちをお子として持ったことを、感謝する」という一言を残して死ねば、残されたものの悲嘆がずっと軽くなるわけです。

私は患者さんが亡くなるときに、「ご臨終です、何時何分、心電図が止まりました」というようなことを言いません。息がだんだん弱くなると、「もう死が近づいたから、生きていた間にお別れしなさい」と言って、耳元にお孫さんが「おばあちゃん、苦しかったけれども、楽になって極楽に行けますよ、天国に行けますよ、私もあとで行きますよ。おばあちゃんの好きな歌を歌いますからね。音楽を聴かせますから」と言って聴かせたりします。人間というのはごく一部の例外を除いて、視力がなくなっても聴力は案外あるんです。子供は生まれたときには、目は10日間見えませんが、聴力はその日からあります。ちょっと手を叩くと、赤ちゃんはびっくりしますね。妊娠中に夫婦喧嘩をすると、子供は大変やるせない気持ちになるわけです(笑)。

聴力は最後までありますから、おばあちゃんに「今お孫さんが歌うから、もしわかったら手を握ってあげてください」と言う、その人が手を握り返すということがしばしばあります。言葉に出せないけど手は握ります。握るということは人間の本能的なものなんですね。これは、脳の反射神経によるものとわかってきています。人間でも前頭葉に腫瘍ができると、“握る”という異常な反射が出て、たとえば電車を降りようと思っても手すりを離せないというようなことがあるんです。つまり、何かに反応するという意味では、握るという動作が一番示しやすいのです。そのようにして、音楽を聴かせながらお別れをする、そういう音楽療法をしますと、亡くなってからのご家族の悲嘆がずっと少なくなる。私たちに最後にあんなに良い言葉を残して、最高の状態で、おじいちゃん、おばあちゃん、ママ、パパは亡くなったとい

う想いを、残されたものは抱くことができます。

私が関わっているピースハウスホスピス〔神奈川県〕で、NHK交響楽団の首席チェリストだった徳永健一郎さんが、最期にチェロを弾いてみんなとお別れしたいということがありました〔1996年〕。がんのために下半身はすでに動かないので、チェロを抱えることができない状態でした。車椅子に座り、ホスピスの小さなホールで100人のお弟子さんたちを集めました。そのとき私は徳永さんのすぐ前で、「今ここで徳永さんが最後の告別演奏をされます。お葬式のときはこの方はおられないのです。こんなに意味のあるお別れをするというのは、すばらしいことじゃないでしょうか」とみなさんに言って、最後の演奏をしてもらいました。すばらしい演奏でした。徳永さんはそれまでは涙を出したことがなかったのに涙を流されました。そして、1カ月あまり後に亡くなられました。

いま心臓が止まったからと、ワーッと泣いたりするのでなくて、死ぬときはその何時間前にも呼吸・血圧が下がりますから、「まもなく意識がなくなります。今は楽な息をしていますから苦しくはないですよ」とご家族に言いながら、音楽をかけたり、口を濡らしてあげなさいと、お別れの挨拶をするのです。このようなお別れをすると、亡くなってから残された者にはすごく良い印象が残るのです。

そして、死後の処置について、看護師の方々に話しておきたいことがあります。私はたとえ心電図で心臓は動いていても脳死状態と判断したら、「今お別れをしてください」と言って、私は静かに臨終のお話をします。そうして、身体をきれいにする作業には、家族にも手伝ってもらいます。ただ、死体を介抱するのに、これまでは脱脂綿を肛門や鼻につめたりしていましたが、あのような間違っただけはもうやめて、ただきれいに拭くだけです。脱脂綿を詰めるなどの処置は古い慣例をやっているに過ぎません、あんなことは全然する

必要がなくて、きれいに拭くだけでいいんです。

27歳の女性で亡くなる前の日までお風呂に入っていた方がいました。自分の身体はきれいに死にたいと言われていたので、亡くなってからお風呂に入れてきれいにして、婚約者の人とお別れをしてもらったということもありました。

こういうことは、悲嘆の予防薬になるのです。非常に悲嘆を経験させてからその後をかばおうというのではなしに、悲嘆を予防するために、いま述べたような死のセレモニーを私はやっているということを申し上げたいわけでございます。

IV

さて、いよいよ死ぬとなると、みんなやはり恐がります。死への恐怖があるのは、だれでも同じです。神谷美恵子さんという方がおられました。神戸女学院の哲学の先生になり、同時に瀬戸内海の長島にあるハンセン病施設の愛生園で医師として働かれた方ですが、心臓病のために1979年に69歳で亡くなられました。この神谷さんが死のすぐ前に書かれたものを、私はご主人から原稿のコピーでもらいました。「残る日々」と題した文の一節です。

《不思議な病を与えられ、もうあまり生きる日の少なきことを知れば、人は一日一日を奇跡のようにいただく、ありうべからざる生として、まだ緑も花も見ることができ、まだ蓮の花咲く池のほとりをめぐり、野鳥の森の朝のさわやかさを味わえることの不思議さよ。生かされていることの感謝、喜び》

こういう状態で亡くなられたのですね、死ぬ最期を十分覚悟すること、すばらしいじゃないですか。

次に、戦前の上智大学の学長で神父さんのホイベルスさんが書かれた言葉をここに紹介します。

《この世の最上の技は何。楽しい心で年を取り、働きたいけれども休む。喋りたいけれども黙り、失望しそうなときに希望をし、従順、平静におのれの十字架を担う(死ぬことは十字架である)若者が元気いっぱい神の道を歩むのを見ても妬まず、人のために働くよりも謙虚に人の世話になる。そうして弱くても、もはや人のために役立たなくとも、親切で柔和であること。老いの驕りは、神の賜物、古びた心にこれで最後の磨きをかける、誠の故郷(つまり、天国へ行く前に)。おのれをこの世につなぐ鎖を少しずつはなしていくのは、誠にえらい仕事。そうして何もできなくなれば、それを謙虚に承諾するのだ。神が一番最後に一番良い仕事を残してくれる、それは祈りだ。手は何もできないけれど、最後まで合掌できる。愛するすべての人の上に、神の恵みを求めるために。そうして最後には、すべてをなし終えたら、臨終の末に神の声を聞かろう。「来れ、わが友よ。われ汝を見捨てじ」と》

人生を終わるときのすばらしい詩ではないかと私は思うわけです。

ここで話をホスピスにもどします。病期のうち、ときには良くなりうることがありますが、いよいよ移行期になってそれが望めなくなる不可逆のような状態になる日が必ずきます。病気にはキュア、つまり治癒を目的とし延命をする治療は近代医学で与えられているけれども、いよいよそれができなくなって、ケアだけしかできないようなときがきます。末期のことです。そのときに、いのちと生活の面で格調の高い質を保つために、緩和ケア病棟つまりホスピスが必要になります。

そしてターミナルケアというのは、死が確実に接近していて、それがあまり遠くないとみなせる患者さんで、積極的な治療法をとらない方向に医療態勢が向かっており、症状を軽くさせて患者と家族の両方を支えようとするときのケアのことです。私たちの医学は、時には治すことができる、

治せるのは時々だけです、治せない病気があり、とくに生活習慣病は医学では治すことはできない、悪くなるのをどうにかとどめるだけだということを、ご理解ください。

《医学はときに治す。しばしば痛みや悲しみを和らげる。しかし、慰めることはいつもできる》
今の医療はこれやってないわけですね、いつもできることを。ときに治すということだけを考えるのが、今の医学の現状じゃないかと思うのであります。

私はターミナルケアというのは、シシリー・ソンドース先生が言った次のことに尽きると考えています。

《ターミナルケアというのは、痛みその他の症状からくる苦痛を和らげることと、余計な検査や治療を行なわないということ。患者さん一人一人に適った全人的なケアを行ない、患者さんが死を受容するように支える。遺族の悲しみをも支える。医師、ナース、その他のカウンセラー、宗教家によって、協力的なチームで患者を支えるのがホスピスケア、緩和ケアの本心だ》

私たちが怖いのは、死そのものよりも、むしろ死に付随するものなんですね。

戦争の直後の昭和22年の病院死は9%で、多くの人はほとんど自宅で死んでいたのですが、それがだんだん自宅での死が減ってきて、今では病院死がほとんどになりました。がんの人は93%も病院で死ぬわけですが、病院では手が足りないとかいろいろなことで、十分なホスピスケアがされません。もっともっとホスピスケアが提供できる体制が望まれるわけです。そのためにも私たちやみなさんは、詩人サトウハチローが言ったように、《生まれるところは自分じゃ選べないが、死ぬところは自分で選べるから、いいところで死にたい》、あるいは《私は家庭で死ぬんだ》ということをもっと意思表示すべきであります。

ところで、病院では最期が本当に不幸な死があつて、ある患者さんはこんな詩を詠んでいます。《表現を奪われた極限の日々。終わりに言葉なき

言葉》

言葉が出ないんですね。病院での終焉に際し、カテーテルや酸素吸入で気管内挿管をされると、もう何も言えない。こんなに最期が悲しいことはあってはならないことです。最期を良くするためには、シェークスピアが言ったように、《終わり良ければすべて良し》という最期の有終の美をめざさなくてはならない。最期をどうしたら良くしてあげられるか、それを周辺の人を考慮してあげる。それがもっとも必要なことだということを、みなさんには考えていただきたいわけでありませぬ。

さて、生きるための教育、生きるための健康教育はいろいろありますが、だんだん齢をとるにしたがって、デス・エデュケーション、死の教育をする必要があります。いや、できるだけ若いときから、子供のときから、死の教育をしなくてはならない。私たちは、人生においていつ何時、交通事故で断崖から落ちるかも知れないということを考えながら、死への準備をしなくてはならないと思うわけでありませぬ。

これについて非常にすばらしい言葉を紹介したいと思います。これは、神谷美恵子さんが訳したアウレリウスという1世紀の哲学者の言葉です。《つかの間自然の摂理に身を任せ、静かに人生の旅の終わりを迎えるが良い。オリーブの実が熟して落ちるときに、支えつづけた枝を祝し、命を受けた幹に感謝するように死ぬことができる》

みなさん、よく覚えておいてください。

最後に、徳富蘆花が1910年に、もう90年も前に、こう言っています。

《人生100とすれば、50は半ば、峠です。私は峠に来ました。峠の上からは来し方と行く方が一望の中に集まります。峠といっても、向こうは下りと決まりませぬ。ヤコブの夢の天に架けるはしご。山の上にも山あり、山より奥にも山がある。人生の旅はただ上りです》

人生はクレッシェンドだという。下がるんだけど、また上がる。それで終わりじゃないんだと、こういう考えをもって生涯を生きればいい。そのために私は、75歳以上の人に、第1の人生は子供と青年のとき、第2の人生は社会人のとき、そして75歳からは新老人となって第3の人生を歩んでほしいと呼びかけています。第3の人生で何をやってほしいかという、次の3つのことです。

《愛し、愛されること》

生きるためには愛が必要であるということです。

《耐えることが必要である》

人には不幸なことがあるかも知れないけど、そのことによって感性が高くなって、他の人に対しての慰めを与えることができるようになる、このように耐えること、忍ぶことは大切です。そして最後に、

《やったことのないことを^{はじ}創めよう》

ということです。

耐えるということについては、プロテスタントのある牧師さんの言葉をみなさんに紹介しましょう。

《神よ。変えることのできないものは、それを受け入れるだけの心の落ち着きを与えたまえ。変えることのできるものについては、変えるだけの勇気を与えてください。そして、変えることのできるものとできないものを見分ける知恵を与えてください》

私は、新老人がこの3つをスローガンにして、耐えるということ大切にしながらも、75歳から自分の体の3万6000の遺伝子の中の眠った遺伝子を揺り起こして、新しいことをこれから先10年間やってみる、その成果をみるというふうな勇気のある行為をしていただきたいと思います。

最後の話ですが、このスライド〔略〕はゴーギャンという約1世紀前に亡くなった偉大な画家の絵です。アメリカのボストン美術館に行くと見ることができます。子供が生まれ、だんだん大きくなって、いろいろな青春の悩みをもち、やがて中年になり、いろいろなことをしているうちに老化

して、病気になって最後に死ぬ。ゴーギャンはこの絵の左に、《人はどこから来て、どう在り、どこへ行くか》と記しています。この絵に描かれてあるようなことを、私たちはみな経験するんですね。人類みな経験する。こうして私たちは死ぬということの宿命のうちに、どう生きればいいのか、どう善く生きるかということ、どう善く死ぬかということだと申し上げて、私の講演を終わります。(拍手)



司会(田中) 日野原先生、今日は大切な言葉の数々を先生の理念と共にお話しいただき、ありがとうございました。そして、先生のお話のユーモアの数々に、会場の笑い声も絶えませんでした。「生き方上手には、話し方上手とユーモアが大切だな」とつくづく感じさせられました。先生の“新老人の会”の運動がますます広がりますようにお祈りいたします。(拍手)

平成14(2002)年9月21日
緩和医療研究会主催
かとう内科並木通り診療所共催
おかやまホスピス緩和ケアの集い
第1部

いのちをめぐる二つのまなざし ——医学と看護——

田中紀章 NORIAKI TANAKA

岡山大学医歯学総合研究科消化器・腫瘍外科学教授
緩和医療研究会代表世話人

司会：喜多嶋 康一
老人保健センター“コスモス”センター長
前緩和医療研究会代表世話人

於：岡山シンフォニーホール大ホール

司会（喜多嶋） みなさん、こんにちは。本日は私どもの緩和医療研究会設立10周年を記念いたしまして、聖路加国際病院理事長である日野原重明先生、ならびに当研究会代表世話人である田中紀章教授のお二人を講師といたしまして、「おかやまホスピス緩和ケアの集い」を開催しましたところ、このように多数の方々にお集まりいただきまして、主催者の一人として、これ以上の喜びはございません。心より厚く御礼を申し上げます。

近年、がん治療に本当にめざましい進歩が見られることは、みなさんご承知のことだと思います。にもかかわらず、がんは現在わが国の死亡原因の第1位を占め、ほぼ3人に1人はがんで亡くなっているといわれます。それに伴いまして、終末期のいわゆるターミナルケアがどうあるべきか、真剣に問われるようになってからすでに久しいことは、周知のことです。

それにいち早く関心を寄せたのは、ナースたち、看護師の方たちでして、医師たちからはやや敬遠されがちだったことは、これもまた事実でありました。これをひそかに危惧しまして、岡山大で「末期（がん）の症状コントロールを考える医師の会」と名乗って緩和医療研究会を立ち上げましたのは、平成3年のことでした。日本緩和医療学会の創立の6年も前のことでございます。

これから講演をしていただく田中紀章教授は、私どもの会の設立趣旨にご賛同いただきまして、早くから世話人の一人に加わっていただき積極的なご協力をいただいていたのですが、平成10年か

らは代表世話人になっていただきました。岡山大学第一外科教授に就任されてからも、臓器移植、腫瘍外科学、あるいは最近の遺伝子治療など、最先端医療においてすばらしい業績をあげ活躍なさっておられることは、みなさまご承知と存じます。

一方、ナースをはじめとするメディカルの人々によるケアの重要性についても、田中先生は大きな関心を寄せておられまして、緩和医療のさらなる推進と普及のために尽力をしてくださいました。さらに最近では、緩和医療を岡山大学医学部の卒前教育の正式カリキュラムに導入するキーパーソンとしての役割をお務めいただいています。

そういうこともありまして、本日は「いのちをめぐる二つのまなざし——医学と看護」と題しまして、田中先生に講演していただきます。私とその司会役を仰せ付けられましたことは、私にとって大きな喜びであると同時に、大変光栄に存じております。

それでは、田中紀章先生のご略歴を簡単にご紹介いたします。

田中先生は、昭和18年のお生まれで、岡山県立朝日高校から岡山大学医学部に進まれ、昭和43年に卒業されました。それから、岡山大学医学部附属病院第一外科に入局されたのち、日本鋼管福山病院、国立岩国病院を経て、平成5年岡山大学医学部助教授に就任され、平成8年4月には教授に就任されました。また、いろいろな学会の活動も続けておられまして、日本癌治療学会、日本外科学会、日本移植学会、日本消化器癌発生学会、日本胃癌学会、そして日本癌学会、日本緩和医療学会のそれぞれで評議員などをお務めでございます。さらに、国際外科学会の日本支部幹事もされていらっしゃるようです。

先生のご専門の領域は、先ほど申し上げましたとおり、臓器移植、腫瘍外科、遺伝子治療という最先端の治療の領域でございますが、本日は、医学と看護の2つの面からお話をいただけるということでございます。みなさんとともに静聴いたしたいと存じます。よろしく申し上げます。

みなさま、こんにちは。今日はこんなにたくさんの方々にお越しいただき、緩和医療研究会を代表しまして心より御礼申し上げます。ふだん私は大学で講義をしておりますので、いつもはこんなにたくさんの方に講義する、あるいはお話することはなく、今日は本当に大変びっくりしておりますが、これは何と申しましても、みなさま今日は日野原先生のお話を聞きたいということでお集まりいただけたのだと思います（笑）。

なにしろ、日野原先生の前座を引き受けさせていただくのですから、私こしばらく精神的ストレスを感じておりまして（笑）……もう大変なんだと周りにもらしてありましたら、「日野原先生の前座にのせられたのなら、それはのせられ上手というものですよ」と言われたりしましたが、はたして今日の私の話が上手いきますかどうか。それはともかく、このたびのこの講演会の企画を

いただきました加藤恒夫先生には、御礼申し上げます。

それでは本題に移ります。「いのちをめぐる二つのまなざし」と何やら思わせぶりなテーマとなっておりますが、内容はいたってシンプルなことです。私の話はまず、一人の患者さんの思い出話と申しますか、失敗談かもしれませんが、そこから始めさせていただき、その反省の中から私が考えましたことを、みなさんにご紹介申し上げたいと思います。そして、医学と看護というのは、まなざしが違うのではないかということをお話したい。もちろん、医師が看護を理解する、看護が医学を理解するというのは大切なことですが、その上で、お互いが違った立場であることをよく理解して、今の複雑な医療にあたらなければならない、そういったことをお話し申し上げまして、最後は、医学と看護が一つになった新しい医療である緩和

医療、緩和ケアについてお話し申し上げ、とくに、加藤先生が取り組んでおられる在宅緩和ケアの状況をご紹介させていただきます。

I QOLとIC ——あるお年寄りの思い出から

初めに、私の患者さんの一人の思い出と申し上げましたが、実は次の歌に思い出がつながっています。

《願わくば 花の下にて春死なん その如月の望月の頃》

〔以下《 》はスライド。略したものもある〕
西行法師のたいへん有名な歌でございます。私は若いころからこの歌がとても好きでした。この西行さんという方は、この歌のとおり、旧暦の2月15日、釈迦さまが入滅なさった日にぜひ死にたいものだ、かねてより念願されてたそうですけれど、病をえたのち、なんと奇跡的にまさにその釈迦入滅の2月15日、西暦ですと1190年3月30日ですから、やはり桜が咲いていていいころでしょう、その日にお亡くなりになられたそうでございます。

私はこの歌を読むたびに、国立岩国病院（山口県）に勤めていたころの一人の患者さんを思い出してしまいます。その患者さんというのは、実は少し離れた防府市のほうから国立岩国病院に紹介された方で、当時お齡は76歳だったと思います。レントゲンを見ますと、もう手遅れの肺がんでした。その肺がんのために軽い肺炎もおこしていましたので、何とかしてあげたいと、気管支の細い動脈から抗がん剤を入れる治療をさせていただきました。その効き目を見たいと考えておりましたら、処置後4、5日経ってすぐに、「家に帰りたい」と突然言われまして、私はちょっと困ってしまいました。と申しますのは、抗がん剤を使い

ますと、その後で副作用が出ます。10日から2週間くらいつと、ふつう白血球が減少しますので、それが心配です。それで、お引き止めしたのですが、「どうしても帰る」と言われます。やむを得ないものですから、「2週間後に血液の検査します。私がお自宅に行きますから」と申し上げて、退院していただきました。

ところがその患者さんは、防府市の病院から紹介されたといっても、自宅は島根県との県境に近い山里にあって、私がそこへ向かったときは途中から雪がしんしんと降りだし難渋しましたが、何とかお家につきました。心配していたほどには症状は悪くならず、むしろ非常に落ち着いておられました。何といても、病院にいたときに比べ、イライラした感じがまったくなくなっているんですね、非常に落ち着いておられまして、やはりご家族に囲まれているというのは良いものなんだなあと、私はつくづく思ったわけでございます。診察をして、お話をして、それで私は帰ったのですけれども、今思い返してみると、新雪の山里のシーンが、ちょうどもう一つの西行さんの歌の面影として、今私の心に残っております。

《こころなき身にもあはれは知られけり 鴨たつ沢の秋の夕暮》

何年経っても、繰り返しこのときのことを思い出してしまいます。どうしてあの時、急にお年寄りには帰ると言い出したのかということが、いつも思い返されるんですね。やはり、私はがん治療の目的というものの考えが少し狭かったかなと思うわけです。

《がん治療の目的——治癒、延命、QOL（生命の質）》

私は外科医ですから、とにかく切って治す、結果は自然が決めるもんだ、それくらいのつもりでございました。ですから、まず治癒ということを考えるわけで、その上で、できれば生命が長らえてほしいと考えます。QOL：クオリティ・オブ・ライフ、命の質といったことは当時はあまり考え

ていなかったように思います。

では、QOLというのはどういうことなのか。《QOL（Quality of Life）生命の質——身体症状、精神状態、日常生活、人間関係、生きがい》これははまだ日本語になってないという面もあり、考えてみれば問題ではありますけれど、具体的にいうと、体の症状の痛みや吐き気、それから心の状態の、イライラするとか、不安だとか、気が腐るとか、そして日常生活でどれだけ身の回りのことができるのか、さらに、ご家族とか友人との人間関係が病気になっても上手くいってるのか、もう一つ、生きがいを感じられるか、そういったことを何らかの方法で測ってみてよく考え、治療の計画の中にそれらの向上を図れるよう組み込んでいきましょうということなのです。

ところが、当時の私にはあまりそういう考えがなかったように思います。このお年寄りの場合は、いきなり帰って行かれた、私がお後を追いかけてお宅に行くようなことになり、そのお宅に行って初めて、その人の生きがいということに気付いた。やはり、その人が長く生活してきたお家、周りの自然、そして友人・家族などに囲まれてこそ生きがいは見出せるのだと私は思い知らされたのです。なんで私は、病気で余命が短い人をつかまえて、こうしたことを考えずに、薬などによる治療だけ考えてしまったのか……そういうふうに反省させられたということがございます。

またある時には、別の問題意識でこのお年寄りのことを思い出しました。その問題とは、ちょっともってまわった言い方ですが、こうです。

《医療に於いて誰が主人か——IC：インフォームド・コンセント（説明と同意）》

私は病院の医者でしたので、往診というのはあまりしたことがありません。病院にいますと、患者さんはどちらかという、のびのびとしてみせね、縮こんでおられます。ですから、ついつい医者の側が主人だと思ってしまいます。でも、患者さんのお家に行ってみると、患者さんやお年寄

りがその家のご主人ですね、私はお客さんです。そういうことを考えますと、医療において主人というのは患者さんなんだということが、患者さんのお家に自分を置いてみたときに一番よくわかる。そういうふうに、あとから自然に思えてくるのです。これも、この患者さんから私が教えられたことだと思うわけです。

とは申しまして、ふだん病院にいる私たちは、ついついそのことを忘れます。ですから、最近では“インフォームド・コンセント”といて、とくに入院や手術の際などには、非常に厳格に説明した書類を読んでもらう、納得したうえでサインしていただくようになっています。ただそのためには、私たち病院側のものがわかりやすい言葉でしっかり説明をするようにしなければなりません。そういった少し面倒な手続きをとるのも、医療において誰が主人なのかということを示し、また逆に、私たち病院側のものが自分自身に言い聞かせる手続きにもなっていると思います。

ただ実際、がんの病気ですと手術も大変ですし、「手術してもこのくらいしか生きられませんよ」そんな話を患者さんにしなければならぬのは、我われ医師にとって非常にしんどいことです。が、そんな話を聞かされる患者さんは、もっとしんどいでしょう、というよりも、おそらく自分のことではないように、ぼんやり聞いておられるかもしれません。ですから、インフォームド・コンセントにサインしていただいたとしても、やはり患者さんに本当に受け入れられたかどうかはわからないところがあります。

そこで、病気の受け入れ方とか、病気の取り組み方とか、そういうことをじわりと患者さんに伝えていく、説明していくのは、看護師さんの役割ではないかなというふうに思うわけがあります。これが今日の本題です。

その点、私がお年寄りの治療をすることになったとき、最初に何を見て治療しようとしたのかということが、問題になります。「人を見て、

治療を考えなさい。決して病気に目を奪われてはいけませんよ」、私たちも先輩からそう言われてきました。しかし、現実の患者さんに取り組んだときには、たちまちそのことを忘れるんですね。そういった医者の態度を戒める言葉があります。《苦しむ者、悩める者の中に、ただ人をのみ見さしめよ》

これはモーゼス・マイモニデスという12世紀のイスラム世界の人が残した言葉です。エジプトに住んでいたお医者さんであり哲学者です。とくに哲学の面で、ヨーロッパにはすごく大きな影響を与えました。

私がお年寄りを見たときに、ではこの言葉どおり実行できたのかなと考えますと、ちょっと後ろめたいわけです。私は当時、気管支から抗がん剤を入れる治療法、これは薬の量が少なくてすみ局所的によく効かすことができるという当時の新しい治療法で、それに一生懸命でした。ですから、本当にお年寄りのことを考えて治療をしたのか、あるいは、そういった自分の新しい治療法を確かめたいと思って一生懸命だったのか……どうも、後で考えると、よくわからないのです。

治療後4、5日経って、お年寄りが「帰る」と言い出したときに、「ちょっと無理ですよ」と説明しましたが、それは本当にお年寄りのことを考えて言ったのか、あるいはもっと自分の新しい治療法の効果を確かめたくて言ったのか、後から考えても、どうも自分が怪しい。

これは、そんな難しい状況だったからということではなく、ふだんの外来診療でも同じです。私たちが午前中外来を担当して、初めての患者さんがいらっしやると、「どうされましたか」と最初に私は聞きます。すると患者さんは、私が聞きたいこと以外にいろいろ話されるんですね。ふだんの生活のことやら、ちょっと関係ない話まで、いちどにお話してくださる方がいます。そうすると、3分間診療といわれたりするように、こちら時間も限られていますからいささか慌てるというか、

イライラしてしまいます。

そこで今度は、質問を変えて、「じゃ、どこが悪いんですか」とついこう言ってしまうんですね。これは、たちまち患者さんという人の問題から、「どこ」すなわち胃が悪いとか腸が悪いとか、そういった臓器の話に移っていってしまうことになります。私は外科医で、切って治すというのが自分の仕事ですので、大半はこういった会話だけで済ましてしまうことがあるわけです。そのことを不満に思う人が多いのは当然として、でも、そこだけが問題じゃないんだと思われる人もいるのではないかと、つまり、「どうして医師はそうになってしまうのか」と。先輩にも言われ、はるか古い時代の偉い先生からも戒めの言葉を残してもらっていながら、簡単にそこから外れていってしまいます。

そこで、私はこう考えざるを得ないのです——医学というのは、人の中に病気を見つけることであり、ただただ病気を診るのが医学なのではないかと。と。ちょっと聞き直りかなと思いますが。

それでは、病気において人を見る、すなわち病気になった人がどういう問題を抱えてるのか、そういった問題意識をもつことは、だれの仕事なのでしょう。もちろん、医師がそれができるにこしたことはないのですが、正直に言って、私自身はしょっちゅうそこからは外れております。そういった患者さんに対するまなざしを考えたときに、日常診療において、自分にはない、もっと別な存在としての看護師さん、コメディカルの人々の役割を常に意識して、それでかろうじて今の自分の医学が成り立っているのだと考えていかなければならないと思うわけです。でも、このことはそうとう根が深い問題です。

っておられて、いろいろなことを訴えるけれども、その中で本当にその患者さんの肉体の病気に関わっている、そしてその因果関係で現われる症状というのは、そうたくさんあるわけではない。だから、それをちゃんと探し出さない。逆に、そういった症状を探し出せば、病気が言い当てられますよ——そういった教え方なんです。

あるいは、こういう言い方もできますね——病気の真実を知るためには、病人の問題を差し引いて、残ったもので考えなさい、という姿勢です。

実際、そういった考え方で臨床の症候がまとめられて、疾患の概念ができましたし、またこの時代、解剖学が病理解剖という形で進歩してきましたから、それによって、さらに疾病・病気というもののはっきり認識されるようになったのです。

このように、17世紀に臨床医学は施療院を中心に大きく進歩したわけですが、そういった施療院にいた患者さんにとっては、いったいどんな思いだったのでしょうか。

もともと施療院というのは、ホスピスと言われていました。今日使われている意味と同じ言葉のホスピスです。そのホスピスに入る患者さんというのは、貧しくてどうしようもない人たちだったのです。そこへ医学の学生たちが入り込んで、いま話したような見方で患者さんを診ていたとしたら、どうだったのでしょうか。実際、17～18世紀の病院の現状というのは、非常に悲惨な側面があったと聞いています。

そういうことで、逆に、病気の状態あるいは患者さんのケアのしかたに対して、非常に反感をもった人たちがいるわけです。私は、そこではやはり宗教の役割が大きかったのではないかと思います。新約聖書に出てくるイエス・キリストの言葉があります。

《わたしの兄弟であるこれらの最も小さい者のひとりにしたのは、すなわち、わたしにしたのである》マタイによる福音書25章40節
これをストレートに実践した人たちがいます。

カトリックの組織である慈善修道会が、フランスの各地で、近代医学の偏向に反対する医療運動を始めました。

18世紀になると、プロテスタントのドイツにも影響して、カイゼルヴェルト病院および看護学校が設立されます。有名なナイチンゲールはこの看護学校で学んでいます。そして、この看護学校の卒業生でもう一人有名なのが、メアリー・エイケンヘッドという方で、エイケンヘッドはのちにアイルランドに渡って、ダブリンに世界で初めてといわれる近代ホスピスを創ります（Our Ladies' Hospice 聖母マリア・ホスピス）。そして、イギリスには新しい意味でのホスピス運動が芽生えて広がっていくわけです。20世紀になりますと、ロンドンに、やはり慈善修道会の聖ヨセフ・ホスピスであるとか、聖クリストファー・ホスピスがつくれます。この聖クリストファー・ホスピスではシシリー・ソンドース博士が大変すばらしい仕事をなさいます。それが、きょう私たちがお話している緩和医療です。ソンドース先生はとくに、モルヒネの使い方について新しい提案をされましたし、近代的なホスピスの組織をつくることも手がけられたわけであります。

近代科学、その科学に基づいた臨床医学というのは、やはり一方で大きく批判されてきたわけです。主に看護を担ってきた人たちから批判を浴びたということだと思いののですが、それが20世紀後半になってシシリー・ソンドース博士などによって、そういった医学と看護が1つにされて、新しい“緩和医療”というものがようやく出てきたということなんですね。

Ⅲ 二つのまなざし

医学と看護のうち、医師のまなざしというのはこれまでの話で少しおわかりいただけたと思うの

で、これから、看護は患者さんをどう見てるのかということをお話したいと思います。

《ケアとは——技術として：看護、介護、カウンセリング。制度として：訪問看護、訪問介護。ことばの意味として：配慮、関心、気遣い》
一般に“ケア”と呼ばれている言葉には、いろいろな意味があります。まず、医療技術に対する看護技術、最近では介護の技術というのがありますね。そして、それらの技術を精神的、行政的に支える訪問看護の制度だとか、介護保険だとか、これも看護のケアの考え方からきています。

もともとケアという言葉にはずいぶん広い意味があって、配慮する、気配りをする、それに、関心を持つなどの意味も持っていますから、家族間でお互いをいたわりあうとか、気遣う、こういった意味にもなりますし、お隣さんに対してもケアするということは、当然日常的にもあるわけですね。別に人間同士だけじゃなくて、相手がものでもケアするといえるわけで、アフターケアもそうでしょう。

また、私が単身赴任していたときに、時間があつたものですから、花壇をつくってパンジーを植えたことがありましたが、水をやったりの世話をすることになりますね。そうすると、春になって花が咲き、ある日起きて庭のほうを見ると、パンジーがこちらを向いてみな笑っているように見えることがあるんですね。それが嬉しいものだから、「おはよう」と花に向かって挨拶したりしていたこともありました。こういう草花の手入れも、ケアです。

それでは、他人をケアするとはどういうことかが問題になります。すなわち、医師や看護師さんは患者さんをケアしなければなりません、その「患者さんをケアする」とはどういうことなのか。それには、医師が患者さんを診るのは違った目線、まなざしがあるんじゃないかなと私は思うのです。医師が医学するときには、どちらかという患者さんを肉体としてのみ見て、病気の所在がその肉体のどこかにあるといったまなざしになって

Ⅱ 臨床医学の誕生の頃

どれくらい根が深いか、ちょっと話が脱線するかもしれませんが、お話ししておきたいことがあります。それは、私たちがいう臨床医学というのはいつごろ生まれたのか、ということです。

先ほど話したエジプトのマイモニデスは12世紀の人ですから、臨床医学の誕生はもちろんそれ以後のことですが、といっても相当古くて、17世紀なのです。このころに初めてヨーロッパに臨床医学講座というのができます。今の大学附属病院みたいなもので、18世紀になりますと、こういった新しい医学教育のシステムが全ヨーロッパにどんどん広がっていきました。

具体的にいいますと、当時、病気の貧しい人々を無料で収容していた施療院に、医学教育のため教師と学生が入り込んでいって、施療院を医学教育の場、臨床教育の場としていったのです。

この時代は近代科学が芽生え、どんどん発展する時代です。この時代の哲学者といえばデカルトですが、彼によって客観的に物事を見るという考え方、それからとくに人間の問題でいえば、人間の心と体、肉体と精神を別々に切り離して見るという見方が生まれました。それで、臨床医学もこの時代に非常に進歩したわけです。

そういった物事の考え方の中で、実際にどのように臨床医学が教えられていたのかといえますと、18世紀医学の指導的な立場にいたイギリスのトーマス・シデナムという医師の言葉が残されています。

《病的事実の真実を知るためには、医師は病人を差し引かなくてはならない》

どういうことか、わけがわからないと思われるかもしれませんが、要するに、こういうことです——病気になった患者さんはいろいろな症状を持

しまう。

しかし、何かをケアしよう、お世話しようとするときのまなざしは、むしろその病気の人に寄り添って処置をします。体をさすとか、ベッドをその人に適するように作ってあげるとか、ベッドから降りるときに手伝ってあげるとか……そういうことを繰り返しているときの視線は、おそらく患者さんと重なっているのだらうと思われるのです。そのときに見ている方向というのは、患者さん自身をというよりも、患者さんの周りを見てるのではないか。患者さんが気にしている周りを見てあげている、そういったまなざしがケアのまなざしである、私はそういうふうと考えています。

ミルトン・メイヤロフという哲学者が、「他の人をケアすること」について、やはりこういうことを言っておられます。

《人をケアしているときに、私たちは外部からその人について知ると違って、その人の世界の中で、その人とともにいるのである》

これは要するに、ケアとはあまり理屈じゃなさそうで、一生懸命その人を世話していれば、知らない間にその人の世界の中に入って、その人の世界から周りを見ていることになる……こういったまなざしが、ケアなんですね。ですからもし、そういうケアをされる方が、今の科学を身につけた看護師さんであれば、当然その人の立場に立って、しかも科学的に周りを見ることができるようになっている、それが今の看護だと私は思うのです。

サン・テグジュペリの言葉に、「愛とは同じ方向を見ることだ」というのがありますが、いうなれば、看護師さんは患者さんと一緒になって同じ方向を見ている。ただ、パイロットのように非常に科学的に、患者さんの代わりに周りに注意のまなざしを注いでいる、そういったことがケアなのではないかなというふうに思います。

IV ホスピスケアとは

それでは、ホスピスケア、緩和ケアとは何でしょうか。

《ホスピスケア（緩和ケア）とは——患者に対する全人的なケアであり、痛みや他の症状のコントロール、精神的、社会的、霊的な問題を優先し、患者と家族のQOLを高めることである。WHO》

お年寄りの長期にわたる病気に対する看護、これも現代の非常に大きな問題ですが、一方で、がんのケア、がんという病気は慢性の病気ですが、お年寄りの長期にわたる病気に比べれば、急な変化の病気です。それに、お年寄りの方でも、がんになれば、それまでとは違った急速な体の変化に見舞われるわけですから、そういったときには一種特別なケアをうけることとなります。患者さんに対する全人的なケアであるとか、痛みやその他の身体の症状のコントロールだけではなくて精神的・社会的な、あるいは生きがいという問題を考えて、患者さんと家族全体のQOL（クオリティ・オブ・ライフ）をより良くする、そういった医療あるいはケアが必要になる、それが緩和ケア、あるいはちょっと意味が異なることもありますが、ホスピスケアです。

こういったことは、とても理想的にも聞こえますし、逆に、とても難しいとも受け止められこともありますから、もし難しいと受け止められたら、話はだんだん単純化されてこういう誤解が生まれます——「ホスピスとは何か。それは、ホスピスという施設のことである」と。要するに、入れ物だと思われてしまうことです。患者さんが入院したら二度と出てこられない、それがホスピスなのではないかと。しかし、実はそうではないんですね。

《ホスピスとは——緩和ケアを行う、施設、チーム、共同体》

ホスピス、緩和ケアの目的は、その人のQOLを良くするために、患者さんの可能性、自由がもっともっと広くなければいけませんから、患者さんが家で過ごしたいときには家で過ごせるように一生懸命援助できるようにする考え方や方法のすべてを、ホスピスというのです。

イギリスでは、がん患者さんに対する、あるいはエイズなど他の病気も対象なのですが、緩和ケアの8割が在宅で行なうものになっていると聞きます。家庭とホスピス、そして病院のような施設とを結んで、患者さんが過ごしたい思うところで自由にケアを受けられるためには、そのケアを提供する側が変わらなければいけないわけです。ホスピスを施設としての箱物のように固定して捉えていたのでは、そういうことはできませんね。むしろホスピスというのは、チームだと考えたほうが良いと思うわけです。

ここで、共同体という言葉や考えが出てくることもあります。

《ホスピスはコミュニティ——死に向かう人びとと家族を援助する。宗教は異なっても共通の信仰がある。信仰とは、人はその肉体以上の何かであるという信念》

これはノンフィクション作家サンドル・ストダートの考えですが、すなわちホスピスとは、死に向かっている人や家族を援助するのですが、宗教が異なっても共通の信仰を持っているコミュニティにほかならないというわけです。その信仰とは何かというと、人間とはその肉体以上の何者かであるといったことをお互い信じている、そういったコミュニティなんだと、そこを強調される、そういう考え方です。私はこれもやはり大切なのではないかなと思います。

そういうことから、日本でも1970年代の初めにホスピス運動が occurred。そして、聖隷三方原病院という静岡の病院や、大阪の淀川キリスト

教病院などにホスピスがつくられはじめ、また神奈川県には、日野原先生がおつくりになられたピースハウスという独立型のホスピスができています。

そういったホスピスで行なわれる医療やケアは、もちろんホスピスケアであり緩和医療・緩和ケアなのでありますが、緩和医療・緩和ケアの技術は今日では幸いなことに、ホスピスという施設に限定されていることはなくなっています。たとえば、がん患者さんにとって一番不安な痛みに関しては、先ほど紹介したシシリー・ソングラス先生がモルヒネの使い方に非常に新しい工夫を凝らされて、患者さんの痛みの状態に応じてモルヒネをはじめとする鎮痛剤を適切に使えるようになりました。それが今ではWHO（世界保健機関）の「がん疼痛緩和治療法の3段階の指針」として、世界中に広まっており、痛みに関しては、入院中の患者さんだけではなく在宅の方も含めて、多くの方が救われようになっています。

モルヒネの使用の歴史に関しては、最近、私はこういう事実を知りました——今年6月の末、愛媛県松山市で開かれた日本緩和医療学会に参加してきましたが、そのときの昼休みに、道後温泉の近くの道後公園にある正岡子規記念博物館を見学しに行ったのですが、実は思わず長居をしてしまいました。正岡子規の臨終にいたる過程の記録がありまして、子規は晩年は脊椎カリエスに侵され、痛みがとくに強かったようで、たいへんに苦労されたんですね。それで、モルヒネを随分使っておられるのです。痛みを苦しんだ正岡子規が亡くなったときに、お母様が子規にとりすがってこう言われたそうです。「のもさん、のもさん」、のもさんというのは子規のことですが、「のもさん、のもさん、もういっぺん痛いと言うとうみ」。それだけ凄まじい痛みの中で晩年をおくられた、その息子にすがって、もういっぺん痛いと言ってくれと、お母さんが嘆かれたということでございます。

ホスピスケアの一番大切な点は、医療の枠を少し越えていまして、病気の人だけでなく、周りの人も一緒にお世話する、ケアをする、これが基本的な姿勢のように思います。

私自身こんな経験があります——かなり年輩の方のことで、その方の息子さんの手術をしました。しかし余命は長くないだろうということで、年輩のお父さんにそのことを正直に申し上げましたが、なんとその患者さんは元気になられて、1カ月後に退院することになりました。退院のときに友人の方などがたくさんお迎えに来ましたが、お父さんの姿が見えないんですね。ちょっと気になったものですから、「お父さんはどうされたんですか」と聞いたら、「1週間前に肺炎で亡くなりました」と言われたのです。

私はほんとうにショックを受けました。人間というのは、深い悲しみを受けたときには、体の抵抗力が金縛りにあったように落ちていき、そういうときにバイ菌に見舞われますと、思わぬ病気になってしまう、命も落としてしまうことがあるのです。年輩のお父さんは、まさにそうだったといえるでしょう。そうした、残された者あるいは残されることになる者の、この深い悲しみをケアするというのも、ホスピスケアの大切な点であります。

そうした「死の準備教育」については、キューブラー・ロスの本〔邦訳『死ぬ瞬間』読売新聞社〕が有名で、その中に次のような一節があります。お母さんを失おうとしている小さな子供さんに、死んだらどうなるのかということを見せてところ

《繭はまるでそのなかに命がないみたいに見えるわね。時期がくれば、どの繭もぱっと開いて、その中から／「チョウチョが？」／そう、チョウチョ。／チョウチョは繭よりずっと美しいし、自由なのよ。／チョウチョはきれいな草花の間を飛び、しあわせになっているのよ》
 すごく感動的です。日本でこういったことが死の準備教育として使えるようになるためには、私

たちの心の中にもう一つ何かがなければならないと私は思います。それは、“信仰”ではないかと思うわけです。

さて、近代医学あるいは現代の先端医療が、緩和医療に貢献することもあるということをちょっとお話させていただきたいと思います。

私たちが行っている肺がんの遺伝子治療を最初にうけられたある患者さんのことですが、この方がお亡くなりになったときに、『ガンとの共生をめざして』〔EPIC社〕という本を残されました。肺がん治療から見放されて私たちのところに来られ、遺伝子治療を開始して約10カ月間は非常に良い状態が続きましたが、その後再び悪くなって、半年後に亡くなり、この本を残されました。本の中で、息子さんが私たちの治療をこういうふうに評価して下さいました。

《遺伝子治療を受けることにより、治るかもしれないという可能性を信じるのが出来た。また何よりも大切な「時間」をえることが出来たことは、素晴らしいことだと思う。……父の場合は、細っていく一方ではなく、母と一緒に旅行に行ったり、おいしい物を食べたり、二人で楽しい時間を過ごすことが出来たと思う》

私たちは科学や新しい医療を考えていくときに、すぐにすばらしい結果を生み出すことは必ずしもできないのですが、このように言うだけできることは、私たちにとってはほんとにありがたいことでもあります。

V ホスピスケア——施設から在宅へ

現在のホスピス運動はどうかというと、痛みに対する恐れを取り除くことについては、かなりできるようになっています。でも、QOLはどうかというと、中くらい。死に対する準備を行う

という目標についていえば、おそらくこれはあまりできていないのではないかと思います。

何よりもそれは統計により明らかで、緩和ケアを受けた人たちのうち、実際にお家で最期を迎えられた方の比率が、1995年以降どんどん下がってきているのです。ホスピス運動が、患者さん自身が希望や生きがいを作れるように周りが支えがらばらということであるならば、在宅死の流れはもっと変わって、増えてきていいと思うのですが、期待に反して減ってきてるのですね。これでは、緩和医療、ホスピスといっても施設だけのことでしかありません。これで問題解決したというふうに考えているのかなと、私には少し心配になります。

そうはいっても、やむを得ないところがあるのです。家族の単位が実際にどんどん小さくなっていきますね、人数が少なくなって、今はもう3人を切って1家族2.7人です。これではやはり、病人を支えられません。とくに、重い病気の人を支えられない。

では、いきなり施設に行くのか。そうではいけないと思うんですね。在宅ホスピスケア、在宅緩和ケアというものが考えられます。在宅緩和ケアチームというのがあってこれが病人を支えるのであれば、病人は家でゆっくりと自由に過ごすことができるはずなのです。いまはこの問題こそが、もっと取り組むべき大きな課題ではないかなと私は思っております。

岡山では、加藤先生が長年、緩和ケアの教育・啓蒙に努力され、自ら施設をつくれ頑張られておられますが、最近ではさらに「緩和ケア岡山モデル」として、緩和ケアの専門チームをつくって、もっと機動的に、岡山市の広い地域で在宅での緩和ケア・ホスピスケアを可能にし、バックアップしていこうとされておられます。

これは、家庭医と共同で在宅ケアと行なうということが原則です。あくまで1人1人の患者さんの主治医の先生、あるいは家庭医の先生にその役割がある。しかし、1人1人の先生だけでは大変

なこともたくさんあるわけで、それを緩和ケア専門チームがバックアップしようというものです。そのためには、メディカル・ソーシャルワーカーとか、訪問看護師さんであるとか、ボランティアさんであるとか、そういった各専門職が集まって、援助を組織的に実施していこう。そしてその上に、専門的ながんの疼痛緩和の技術も提供しよう。このような緩和ケア専門チームがつけられ、もうすでに2年間も活動を続けられてます。

こういうものがもっともっと広がれば、私がお話させていただいた最初のお年寄りの願いのように、ふだんの生活の場で、自分にとって自由な、生きがいのある家で、できるだけ長く過ごすことができるようになると思うわけでありませう。

最後に、良寛さんの話をさせていただきたいと思います。良寛さんは岡山県には非常にご縁のある方ですが、晩年は新潟に帰られて、そこでお亡くなりになりました。お亡くなりになったその年の8月に下痢が続く病気になったということです。そして、12月になりますと、次の歌にあるような状態になります。

《この夜らの いくつか明けなむ この夜らの明かり
 放るれば をみな来て はり(糞屎)を洗はむ
 こひまるび 明かしかねけり 長きこの夜を》

この歌は弟さんの日記に出てまいります。この症状はいったい何なのかなと私は思うのです。普通の下痢じゃないですね。8月から12月まで続く下痢ですから、おそらく直腸がんだったのではないかと私は思います。12月にはこういう苦しい状態になられますが、良寛さんには親身な弟さんもおられますし、長年仲良くしてきた友人の木村さんもいて、最期は木村さんのお宅でお世話になります。12月25日には、お弟子さんの貞心尼さんという尼さんも来られて看護にあたります。そして、翌年の正月6日ごろにお亡くなりになったわけですが、良寛さんの辞世の歌があって、実はこれがまさに感謝の歌と申しましうか、こういう

歌でございます。

《かたみとて何か残さん 春は花 夏ほととぎす
秋はもみぢば》

江戸時代のことですが、本当の意味での良い看護を受けられた、良くしていただいたという、そういう良い看取りがあれば、こういった美しい自然が残されるのかな、そういったことを良寛さんが言い残していかれたのかなとつくづく思うわけです。

そういうことで、今日の私の話、長くなってしまいました、これで終わらせていただきます。みなさま、ご静聴どうもありがとうございました。(拍手)



司会（喜多嶋） 田中先生は我われ緩和医療研究会のメンバーでいらっしゃいますが、改めて本日はたいへん感銘深いお話をいただきました。御礼を申し上げます。お話の中でも出てきましたように、田中先生は遺伝子治療のような現在の先端医療の責任を持たれまして、文部科学省、厚生労働省、経済産業省などから多額の研究費を受ける重大な責任を持って研究に専念されておられますが、その一方で、このような会にのぞまれて非常に感銘深いお話をしていただけるということに対し、私、改めて岡山大学医学部を誇りに思う次第です。第1外科教室の田中教授をはじめ、第2外科教室では生体肺移植で清水教授がご活躍なのは、みなさん、ご承知だと思いますが、岡山大学医学部、今は大学院大学になっていますが、岡山にはこのような立派な先生方がおられることを、みなさまと共に改めて喜びたい、そのように思いました。今一度盛大な拍手をいただきたいと存じます。