

週刊新潮

6月1日号
400円



21

それ、人間の浮生なる相をつらつら観ずるに、おほよそ儂きものは、この世の始中終、まほろしのごとくなる一期なり。

この文章の作者は誰か？昭和の初め、社長みずから作った入社試験で応募者に問うたのは文藝春秋の菊池寛だった。宗派に関係なく、これぐらいはマスコミをめぐす学生の常識だというわけだろう。現代語に訳すと、人間の内容乏しく軽薄な生き方は、よく考えてみると、

生まれてから死ぬまで幻のようにはない、とでもなるだろうか。

屈指の名文といわれる文章は、さらに続く。
（我や先、人や先、今日とも知らず、明日とも知らず、遅れ先立つ人は、元のしづく、末の露より繁しと言へり。されば、朝には紅顔ありて夕には白骨とされる身なり。すでに無常の風きたりぬれば、即ち二つの眼たちまちに閉ぢ……）（白骨の御文）
御文は「おふみ」と読む

から手紙である。浄土真宗の親鸞上人（1173-1263）の教えを250年後、中興の祖となる8代目上人が仮名交じりの平易な言葉でしたため、門徒に宛てた書簡形式の伝道文で、「凡夫往生の手鏡」と言われた。

「さて、答えは？」
「蓮如上人かな」
ピンポン！このあいだテレビでクイズ番組を見たが、なんでも知っている東大生グループなら、簡単に当ててしまうかもしれない。

世代の団塊

作家・堺屋太一氏が1976年に小説「団塊の世代」を著して広めた造語。昭和22、23、24年の第2次ベビーブーム期に生まれた世代を指す。共通の経験として、①戦争とモノ不足を知らない、②人生の最初から高度経済成長の中に育った、③物心がついた頃にはテレビがあつた、などが挙げられ、「安全は至上の正義、暴力は絶対の悪」と信じる。「経済成長を当然と感じ、既存の体制と組織と習慣に全幅の信頼を置く」「平等思想に染まっていた」などが共通の性格と捉えられている。「団塊」とは鉱業の用語。「堆積岩中に周囲と成分の異なる物質が丸みをもつた塊となつている状態」（前掲書）を指す。

い。たしか、可愛げのない医学部の学生もいたな。ちよいどいい。
君たちは知っているか。死がとんでもなく身近な存在だった時代が、ついこのあいだ、昭和の途中まであったことを。仮に知識としてであつても、死の匂いとして、皮膚感覚として。団塊世代なら覚えているだろう。昔の家の鴨居には、曾祖父母や祖父母、そして南方で戦死したりシベリア

ジャーナリスト

大江舜



絶対壁！

第7回

「死に場所」をどうするか

自宅に死ぬか病院で死ぬか、それが問題である。かかりつけ医や在宅医療のエキスパートが不足し、団塊の世代が75歳を超える2025年には、年間20万人ほど死亡者が増える。はたして「死に場所難民」が現実となるのか。前号に続き「死に方の研究」その2である。

集中連載

抑留中に亡くなったたりした父母の兄弟の写真などが掛けられていたものだ。

戦争から生きて帰ってきた父親は幸運だった。仏壇を開くと誰かの戒名が書かれた位牌があつて、さらに

その中から、見たことも会ったこともないご先祖さまの名前を薄い杉板に墨で書いたものがたくさん出てきたりする。「童女」とあるのは、幼い女の子だったのだらう。赤痢などの伝染病や栄養失調などで乳幼児の死亡率が極めて高かったのだ。

僕たちの祖父母は、たいして明治生まれ。ほとんどが、病院ではなく、大きな仏壇の鎮座する座敷の畳の上に寝かされ、目を閉じてあの世へ行った。

わが家の場合、それまで2日おきに聴診器や注射器の入った大きな黒革のカバンを持って祖父の往診に来てくれたのは、京都帝大医学部を出て満州の大きな病院の内科部長だった先生で、診察が終わるとカバンを閉じ、布団から上半身を起こ

した祖父と、囲碁や将棋の話などをしてお帰りになるのだった。

あるとき先生は、玄関先で靴を履きながら、心配顔の家族にこう言った。

「きょうは起き上がれなかつた。またひどく痛むようでしたらモルヒネの注射を打ちましょう。急に病状が進みましたね。あと数週間かもしれない」
その言葉の通り、祖父はしだいに食が細くなり、枯れるように80代半ばで亡くなった。

祖父の死を看取ったのも、旧式の自動車を運転して駆けつけたこの先生である。

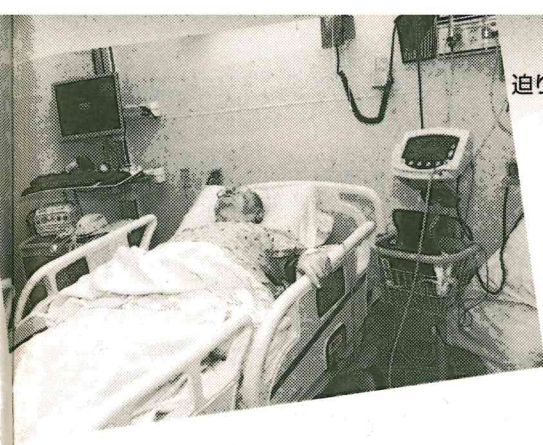
在宅医療で危篤になったからと言って救急車を呼ぶような馬鹿な家族は、この時代にはいかなかった。だから、警察が検視にやってきて遺族に「つらい思いを余計にさせることもなかった。」

先生は、死にゆく人の瞳孔が開き、呼吸と脈が止まるのを確かめて、おごそかに言う。
「ご臨終です」
こういう場合の死因は、

祖父に限らず、多くの場合、死亡診断書に「老衰」と記載されたことだろう。CT

スキャンもMRIも、各種腫瘍マーカーの血液検査も、PET検査もなかった時代である。通夜も葬式も自宅でおこなつた。むろん医師の先生も数珠を手に、お焼香する。

納棺の前、これまた祖父の友人で、茶道具や書画骨董の蒐集仲間であつた近くの寺の住職が仏壇の前に威儀を正して袈裟姿で坐り、香を焚き、鈴を鳴らし、数



珠の手を合わせて一礼すると、澄んだ甲高い声でお経をあげ始める。「キミヨームーリョージ ユーニョーライナムーフ カシゴコー（帰命無量寿如来南無不可思議光）」 「正信偈」である。へ出家しなくても、男女どんな人でも差別なく煩惱のあるがままで救われる」と説いた親鸞仏教の真髓だ。ひとしきりこのお経が続いたあと、最後のメに切々朗々と読み上げられるのが、文藝春秋の入社試験に出た蓮如上人の「白骨の御文」なのであった。

告白する。祖父の亡骸を

前にして、はじめてそれを聞いた少年は戦慄を覚えたのだ。死ぬのは他人ばかりかと思ふなよ。お前さんが先かもしれないのだぞ、と人の心を見透かす。紅顔の少年であつても、ひとたび死ねば野辺に送られ、夜更けの煙となり、ただ白骨

「看取り率」の高い町は

蓮如上人の生きた室町時代、生まれてきた子供の多くは早く死に、成人も疫病や飢饉で斃れたせいで、平均寿命はわずか33歳。いっぽういまの日本人だが、数字だけはその2・5倍しぶとく生きて、なかなか死なない。だから3人に1人は慈悲深いがんに殺してもらつて、やつと「死の平安」を得ることが出来る。

団塊の世代で、人並にがん死する自分を想定したことがないのなら、よほどおめでたき人である。シミュレーションして死に場所もよく検討しておきたいな。祖父はその年代の人たち

だけが残る。喚起される無常のイメージが鮮烈すぎるのだった。人生の終わりは年齢に関係なくやつてくる。無常である事実をはかなむのでなく、それを直視せよ。阿弥陀仏に帰依して、しっかりと生きよ、と説いているのだった。

の多くがそうであつたように、病院でややこしいチューブや人工呼吸器などにながれず、自宅で、医者に頼らずに死なせてほしい。そんな人たちがばかりにかこまれて、天寿をまっとうした。なんと贅沢なことだらう。

しかし、右肩上がりの経済成長と関係があるのだから、自分の周囲を見ても昭和40年を過ぎた頃から、自宅より病院で亡くなる比率が高くなった印象だ。そんな中でも例外的な地方自治体が残つていた。兵庫県豊岡市である。同市健康増進課の井添俊

宏課長から聞いた。

「2014年、豊岡市は病院ではなく自宅や施設で亡くなる人の比率、いわゆる看取り率が43・5%と、人口3万人から20万人未満の自治体の中ではトップでした。ただこれは、人口8万1000人の市に急性期の病院が3カ所しかないことが背景にあります。そのかわり、往診可能な診療所の数につきましては、同レベルの自治体の中では全国でも屈指の往診体制がしかれているといえます」

看取り率が高いのには、ほかにも事情がある。

「そもそもかかりつけ医に診てもらふ習慣があり、往診で対応する文化があつたことが理由であるとも言えます。持ち家比率が約8割と非常に高いのも特徴です。そこに2世代、3世代の家族が同居する、昔ながらの住環境がありまして、看護にあつたマンパワーが十分あることも在宅療養を可能にしている理由のひとつと言えるでしょ

う」

都会とは比べべくもない医療施設の不足が、却つて在宅死を可能にしている。実に皮肉な話だ。

「病院で死ぬということ」の著者で緩和ケアを行つている「ケアタウン小平クリニック」院長の山崎章郎氏は統計数字を持っていた。「多くの調査で、約6〜7割の人が在宅死を望んでいて」という結果が出ています。しかし実際は、2015年の在宅死は12・7%で、病院・診療所で亡くなる方が全体の76・6%。願望と現実の間にギャップがあるのが実情です」

団塊の世代が75歳を超える2025年問題の1つとして危惧されるのが「死に場所難民」の発生だ。年間死亡者数が153万〜154万人になるという予測があり、いまより約20万人増える。病院のベッド数は団塊の世代がいなくなったあとのことを考えるとむやみに増やせない。在宅医療は今後ますます必要になるは

ずだが、それには、患者の家族への適切な対応が肝心だという。

「家で看取るといふことは、ご家族が中心になって介護するということです。患者さんにかかる変化は、医師から説明を受けていても初めてのことばかり。ご家族は不安でいっぱいです。24時間、医師や看護師と相談でき、随時、訪問看護や往診ができる体制を保障することが大切です。これらができれば在宅での看取りは可能であると思います」

しかし、急激な変化が短期間で起きるのががん患者の特徴でもある。医者に、「もう病院での治療は限界（もう病院での治療は限界）そう言われて在宅緩和ケアを始めると、

「私のクリニックの場合、半数はケア開始後4週間以内、4分の1は2週間以内に亡くなっています」

というのだ。がん患者の最後の1カ月は、崖から落ちるかのように変化が大きい。1カ月前はトイレにひと

りで歩いて行けていたのが、2〜3週間前になると、ほとんど自分のことが出来なくなり、食事や水分の摂取量も減り、ベッドでの生活になると、もう残された時間も少ない。病院でも自宅でも、同じことが起ります。それに対して、私たちはご家族が患者さんの願ひに応じて、在宅での療養と看取りを選択したことを後悔しないようなケアを、可能な限り提供しなければならぬと考えています」

同クリニックは現在、3人の医師で90人ほどの患者を看ている。全員が主治医のかたちを取っており、訪問診療も3人が交互に行い、夜勤もローテーションでこなす。こうすることで、何かあつた時に全く知らない医師が来る、という状況を避けられる。月に7名ほど、年間では約八十余名の患者を看取っているそうだ。

ところで、独り暮らしの場合はどうなるか？

「自力での生活が困難になつた場合の介護が課題ですが、それらが解決できれば、在宅看取りは可能です。具体的には、介護保険の期間をどう埋めるかです。朝から夜までは、断続的に介護保険に基づく介護士によって食事や排泄介助が出来ますが、24時間対応の訪問介護は少なく、夜間に一人になつてしまつた場合が問題となります。私は講演など

世界最低レベルのQOL

自宅での尊厳死であれば、日本尊厳死協会副理事長で長尾クリニック院長の長尾和宏氏に、前号に続いて登場願わねばなるまい。

「延命治療に関する意思決定」があつても、いったん病院の延命装置につながれてしまつと、えてして脱出は困難だと先生は言う。

「遠慮から訴えられる可能性もある。大学病院ではたとえ終末期と判断されても機械を止めづらい。あ

で「友達を7人作つておいて」と提案して、そうすれば日替わりで来てもらえます。また地域にもよりますが、入院時の差額ベッド代と、夜間の介護士を自分で頼む場合、ともに2万円前後で、どちらを選ぶかという話にもなる。いずれにせよ24時間対応の在宅緩和ケアは必須です」

最後の最後までおカネがかかるのだ。

自然な最期を迎えるでしょう。それが尊厳死です」と発言したら、会場は水を打つたようにシーンとなりました。尊厳とは何かということ、食べること、移動すること、自分で排泄すること、自分で看取り例です。在宅での看取り例は、皆さんの基本を踏まえています。この3つを犠牲にして延命治療を続ける、結果的に医療費がかさみ、人間の尊厳が奪われてしまふのです」

先生は、延命治療を否定しているということか？ 「そうではありません。めいっばいの延命治療を望むなら、リビングウイイルで

Advertisement for New Awaji Hotel Group, featuring a large image of a hotel lobby and a list of properties including Hotel New Awaji, Villa, and others.

「います」と書けばいい。ただ、本人の意思が尊重されにくい日本では「中止」の選択は困難です。がんだけでなく糖尿病でも心臓病でも同じですが、薬も治療も本来、止め時があるはずでも日本の医療には、そうした発想が無い。近い将来、これは最大の課題となるかもしれません」

「現在、年間およそ130万人が亡くなっていますが、その大半は延命死で、家族は後悔している。QOD（クオリティ・オブ・デス）は世界最低レベルですよ。私が執筆したり講演したりするのは、その無念な思いで死んでいった人たちのためでもある。『延命治療を一切やるな』とは極論。逆に、延命をいつまでも止めないのも極論です。中庸こそが本来あるべき姿だと思うのです」

「私をつけないといけないのは、終末期医療に携わる在宅医はピンからキリまで」と書けばいい。その能力と経験には天と地ほどの差がある。政府の方針で在宅医を増やそうとしている段階だから、そもそも在宅医

在宅医も要注意

そんな中で、在宅医に命を縮められたと嘆くのは、故・大橋巨泉氏の妻の寿々子さんである。

の数も少ない。しかも、いまは出来の悪い奴ほど補助金目当てで在宅医になるのだという、同業者の声もあるくらいだ。

「主人は在宅医の先生から逃げられたのでほっとした様子でしたが、センターに戻る途中で様子が急変し、近くの病院に緊急入院、そのまま救命治療を受けることになりました。それで以降、完全に体力が回復することはない、体内に残っていたオプソンのモルヒネ成分も、最期まで消えませんでした。元気になってカナダに行くと、帰国して万が一が再び再発したら、もう治療をせずホスピスで最期を迎えよう」と主人なりに思い描いていたのに、結果的に大事な終末期を台無しにされてしまいました」

「週刊現代」で連載していた主人のコラムの最終回が出た後に連絡してきて「申し訳ない。てっきり終末期の緩和ケアだと思っていた」と仰っていた。あるいはがんセンターからの引き継ぎ資料をろくに読まず、勝手に終末期のがんの緩和ケアだと思い込んでいたんじゃないかと思うのです。一時は裁判も考えましたが、勝つたとしても主人が帰って来るわけではありません。この先生はもともと皮膚科医で、終末期医療の専門家ではなかったんです。ですから、在宅医選びには気をつけて！と声を大にして言いたい。そしてダメな医者 came たら、勇気をもってNOといえるだけの知識と情報を備えることが大切でしょう」

古市憲寿 誰の味方でもありません



題字イラスト k.nakamura

連載 4

間違いが少なかったから東大に入れた

テレビの収録で会った東大生がこんなことを言っていた。「東大生というのは、間違えてこなかった人。人生に間違いが少なかったから東大に入れた」。

この時代に東大に入ることが本当に「間違いじゃない」と胸を張って言えるのかと突っ込みたかったが、確かに日本のエリートには失敗を経験していない人がたくさんいる。学校のテストでは満点ばかり。受験も難なくクリア。卒業後は、大企業に入社したり、国家公務員になっていく。

失敗のない人生。一見すると、非常に素晴らしい。誰だって失敗なんてしたくないからね。

だけど、ちょっと考えると、それが非常に危うい思考法だということがわかる。なぜなら、生きるために必要なルールというのは、時間が経てば変わってしまうからだ。

たとえば、インターネットの普及で、記憶力の価値は著しく落ちた。応仁の乱の顛末から、神楽坂の名店

画が失敗したら、「できない人扱い」されてしまう。これでは中々、優秀な作り手は育たない。

一方で、マンガ原作のドラマや映画がとにかく多いのも、場数が関係していると思う。マンガ編集者は、新入社員時代から何十人もの作家を担当し、膨大なトライ&エラーを繰り返す。

数をこなすということは、一般に思われているよりも、はるかに大事なことになる。実際、ヒットメーカーには多作な人が多い。音楽の秋元康も、小説の東野圭吾も、映画の川村元氣も、その名前を一年のうち何度も見ている。

そもそも、名作だけを生み出した作家はいない。どんな作家にも絶対に駄作は存在する。もっとも、どんな駄作でも崇めてくれる一定のファンを獲得してしまえば、名作ばかりに見えてしまうことはあるけれど。

そしてこのエッセイ。今回の内容が「つまらない」と思った人も、これからのトライ&エラーの中で、素晴らしい回もあるかも知れないので、期待しておいて欲しい。

「入院していたがんセンターから自宅に戻った当日に、その先生が往診に来て、いきなり主人の傍で開口一番『どういう死に方がいいですか』と仰るのです。その瞬間、主人は絶句していました」

「私も『どうなっているんだろ』と戸惑いながら、その先生と話をしました。主人がまず『痛いのは嫌です』と伝えますと『痛いのはいけません。すぐ痛み止めを手配します』と、その場で鎮痛剤の処方箋を書き始めた。翌日、オプソというモルヒネ系の鎮痛剤が大量に届きました。そして2

「伊勢物語」第125段）誰もがこう思い、おわるのさ、昔から。 団塊絶壁世代は心せよ。