

死に逝く人に医師は何ができるのか

——超高齢多死社会における「社会的共通資本」



●宇沢国際学館取締役 医師

占部 まり うらべ まり

東京慈恵医科大学卒業。1992～94年、米国メイヨークリニックにてポストドクトラルリサーチフェローを務め、現在は地域医療の充実を目指し勤務医（内科）として医療に従事。2014年、宇沢国際学館取締役に就任。2016年に国連大学にて国際追悼シンポジウムを開催。「社会的共通資本」の概念を生み出した経済学者、故・宇沢弘文氏の長女にあたる。

●日本は世界の先陣を切って、超高齢社会に突入していきます。日本がどのようにこの問題を解決していくのか世界中が見守っています。これからの20年で大きく変わっていく日本の情勢に医療としてどのように関わっていくのか、父、宇沢弘文の残した「社会的共通資本」という理論から考えてみたいと思います。

社会的共通資本とは

私の父、宇沢弘文はノーベル経済学賞に一番近い日本人と言われていました。数理経済学を基礎に、豊かな社会のために経済学者として何ができるか突き詰めた人生でした。経済学においては、人間の心は考えてはいけなさとされてきましたが、そのような学問に「心」というものを盛り込もうとした学者でした。人間は心があって初めて存在するし、心があるから社会が動いていきます。そのような根源的なところから経済学に向き合ってきました。スタンフォード大学やカリフォルニア州立大学バークレー校を経て、ミルトン・フリードマンをはじめとする市場原理主義の

牙城であるシカゴ大学でも研究生生活を送り、1968年に日本に帰ってきます。戦後、数字の上では目覚ましい成長を遂げていた日本ですが、歩行者を顧みない道路事情や水俣病などの公害の現状を目の当たりにし、資本主義や社会主義を超えた社会の基盤を構築する必要性を強く感じました。

その模索の中で生まれたのが、ソースティン・ベブレンの制度主義を基盤とした「社会的共通資本」という考え方です。豊かな社会を維持するのに必要なものは、市場原理主義的なものに委ねることなくその地域や国が守っていくべきだという考えです。自然資本、社会的インフラストラクチャー、制度資本の大きく3つに分類され、医療や教育は制度資

本を構成します。社会的共通資本は決して官僚的な支配によって管理されることなく専門家集団が維持運営していくことが必要となります。そしてその専門家集団は、高い倫理観と高度な知識を持っていることが条件となります。そのような専門家によって管理されることで、医療が経済に合わせるのではなく、経済が医療に合わせるというシステムが成立することになるのです。そこでは、医療者が専門家集団として機能していることが大前提となります。専門家が専門家であるために医師は、倫理観を高め、死生観の再構築を助け、診療の原点である内科診断学を再評価する必要がありますのではないかと私は考えています。

専門家集団として、どのように超高齢化に向き合うべきなのでしょう。社会的共通資本の一翼を医療は担っています。医療は健康的で文化的な生活の下支えをしています。病院がそこにあるだけでその周辺環境への安定化作用という大きな効果もあります。しかしながら、無尽蔵に医療資源を投資して行くことはできません。限られた医療資源を適正に配分することが重要です。さらには、その地域に住まう人々の健康を効率的にサポートできる体制も、その地域ごとに異なってきます。画一的に決めるのではなく、地域の特性に合わせて適応させていく必要があります。高齢化率のピークを超え始めている地方都市と、これから急増していく都市圏では異なることは明らかです。

AIにはできないこと

厚生労働省が発表した2015年の日本の死亡者は129万人で、過去最多を更新していま

す。推計では2040年の166万人をピークに減少しますが、今後20年ほどで年間約40万人死者数が増えることとなります。年齢別割合としては1950年にはほとんど75歳以下であったものがその比率は逆転し、今後はほとんどが75歳以上となっています。死因も感染症といった治療可能な病から、末期の悪性新生物、老衰といった治療が難しい状況で亡くなる方がほとんどとなります。多くの場合、死は病と闘った末にある「敗北」ではなく、自然な流れの末にある「誰にでも訪れるもの」となっています。そして、その自然の流れを受け入れると、死は苦しい闘いではなく穏やかなものとなります。平穏死とも言われ、亡くなる方が穏やかにその時を迎えることができるため、そばに付き添う家族の精神的負担も軽く、医療従事者にとっても敗北感の薄いものとなります。

医療従事者ならば、患者の終末期が近付くとどのような加療を行っても効果が感じられない状況を経験したことがあると思います。食事や水分を経口摂取できないために、点滴を行います。しかし、末期的な状況では心肺機能や腎機能の低下により、尿量が低下しインとアウトのバランスが取れずに浮腫が進行していく。利尿剤の投与にも反応しない。昇圧剤にも限界がきている。これまでの経験から、何となくもう何をしても亡くなるだけだろうという感触がある。呼吸も苦しそうでみるのも忍びないような状況となり、少しずつ病室から足が遠のいてしまう。家族にしても、点滴や尿道カテーテル、心電図のリードなどが患者の体から伸びてきていて恐る恐るしか体に触ることができない。呼吸も荒くなり、

その様子を側で見守ることがつらい状況が続いていく。何か手だてはないものか、医師や看護師に訴えても、明確な答えは得られない。何となくもう助からないことはわかっているが、死に逝く人がどんどん、どんどん遠くなっていく。そんないろいろな状況が重なって、亡くなる人が1人取り残されていく。病院での最後はこのような状況となるのが多いのではないのでしょうか。在宅で亡くなる患者よりも病院で亡くなる患者は10kgぐらい重いという話を伺ったことがあります。10kgの毛布をかけて寝ているという状況は健常者にとってもかなりつらい状況です。呼吸不全で息が上がり、心拍数も上昇し、ベッドに横になっているにもかかわらずマラソンをしているかのごとくの心肺状態ですから、つらいのが当たり前です。ところが、末期状態になった患者から医療を遠ざけていくとそういった状況から抜け出すことができ、非常に穏やかな時間となるのです。

平穏死に接すると、人には死ぬ力が備わっているのではないかと思うことがあります。年齢とともに、さまざまな機能が低下してきます。その時々、自分に必要な栄養と水分を取り、それが徐々に少なくなっていきます。枯れていくような状況になりますと、心臓への負荷が軽くなり、肺うっ血なども起こらないので呼吸が楽に行えます。徐々に意識も混濁しますが、苦痛の表情が見られることはありません。確かに痩せてはいきますが、余分な水分が貯留しない結果です。そしてその末期は眠るような本当に穏やかなものとなります。私自身、病院での死しか接してこなかった頃は、在宅で最期の時を共に過ごす家族の

覚悟はかなりなものと考えていましたが、平穏死に接すると、これならば医療の素人である家族も在宅で一緒に過ごすことが難しいことではないと感じられます。

日本の現状では、楽に最期の時を過ごすことが難しくなっています。誤嚥性肺炎を繰り返して経口摂取が難しい状況に際し、何もしないことが選択肢として上がりにくいのです。リハビリによって嚥下機能が回復する患者も多くいますが、そうしたことに力を入れている施設は少数です。急性期病院からの転院先として、療養型病院が選択肢に上がりますが、多くは医療行為を受け入れなければ転院が困難で、そうした消極的な選択の結果、胃瘻や中心静脈栄養といった医療行為が施行されることがままあります。有床診療所のように柔軟に受け入れを行う医療機関もありますが、まだまだ少数です。信頼関係の構築の難しさゆえに、「何かがあっては困る」ということで施設から病院に転送されることもあります。そこに本人の意思が関わることはなく、訴訟になった際の備えとして加療が行われることもあります。信頼関係の構築は医療や介護からの一方向的な成り立ちをしているものではなく、受け手の側からもアプローチしていく必要があるわけです。

死が闘うものから、受け入れ、看まもるものへと変化していく場合、終末期に病院でできることは限られ、むしろ医療行為が苦痛を増大させることも多くなります。家庭や住み慣れた施設で、穏やかで苦痛の少ない時を過ごすことができることもあるのです。その臨終の時に家族が集まり、その人の思い出を語りながらゆったりと看まもる時間は最後の贈

り物のような気さえします。

もちろん、このような状況になって、医療行為から離れるという決断をすることは非常に重大です。その人の身体的な状況を判断するだけでなく、その人の生き方、家族の気持ちなど複合的な要素を受け入れて、体制を整えていくことが必要になります。その際に携わる人々の倫理観の高さというものが非常に重要なものとなります。本人、家族にいかにか寄り添っていか。そういったコミュニケーションをAIが人に代わって行うようになることはないと思っています。そこに寄り添えるのは人でしかないでしょう。

看取りから「看まもり」へ

「看取り」の主体は、亡くなる患者の、家族、医療関係者などの周囲の人々になります。それを「看まもり」という形で、亡くなる人の希望を主体とすることで多くのことが決断しやすくなると感じています。最愛の家族が、死の淵にある時に可能なことは何でもして、1分1秒でも長く生きてほしいという感情が芽生えるのは当たり前のことです。そして、同じ思いを持っていたとしても希望する治療方法が家族で統一されないこともままあることです。それが、亡くなり逝く患者がどのような状況を希望していたかということから決定していくことで、決断がしやすく後悔の気持ちを軽くすることが多いのです。最愛の家族の最期にあたって、後悔の念が湧き上がってこないことはありません。その時々、決断が正しかったのか問い直すことは必ずあるでしょう。その時に、本人の希望に沿って行った決断であったということは大きな救い

になると思います。

そのためには日頃、元気なうちに家族と話をしておくことが重要です。もちろん、その気持ちは時と状況によって変化していきます。未来の自分にどのような病がいつ訪れるかということは予測できません。細かい状況を考えていても予想と異なった状況になることは十分に考えられます。しかし、そのような場合に事前にその考えを共有しておくことが、もしもの時に大きな助けになることは間違いありません。

東京などの大都市を中心に独居老人が急速に増えていきます。自宅で突然亡くなる人も増えていきます。周囲との交流が全くなく、助けを求める術もないまま亡くなると「孤独死」という言葉で表現されます。そういった人に手を差し伸べる手だてをつくっていかねばなりません。ですが、周囲との交流もあり、元気で過ごしていたお年寄りが、たまたま自宅で亡くなった場合も孤独死という言葉に適応するのはいかながなものでしょうか。その人らしく生き抜いた結果の死であれば、「孤高死」と言ったような言葉が似つかわしいのではないのでしょうか。高齢者は自宅で亡くなる可能性があり、その際には不審死という形で取り扱われ、事故物件となることで家を貸しにくくなるので家主は二の足を踏むという話も聞きます。孤高死という形であれば、むしろあやかりたいということで優良物件になるかもしれません。

東京都の渋谷消防署では、1日に1回は管内の独居の高齢者の安否確認に出動するそうです。多くは、外出していたという情報が共有されていなかったことなどが原因で、不測

の事態に出くわすことはそんなに多くはないとのことです。ですが、今後もそのような案件は増加していくことになります。これは地域での人間関係の^{ひそ}薄さを、補っている形となっています。救命救急という本来の役目に支障が出ないようにするためには、コミュニティを再構築し、地域で見守ることが基本になると思います。さらには、高齢独居者がいかにコミュニティとのつながりを持ち続けていくかというのが大きな課題です。

100歳を超えても元気に暮らしている人が多い「ブルーゾーン」と言われる地域がありますが、必ずしも医療施設が充実しているわけではありません。介護が充実していない地域の方が軽度障害から自立に回復する率が高いというデータもあります。過剰な支援が、残存する機能の低下につながる可能性があるという示唆もあります。介護も「できないことをサポートする」考えからその人らしく生きることを目標とし、「できることを引き出す」方向にシフトしていく必要があります。してほしいこと、と必要なことの見極めが重要です。

認識を共有するという事

85歳を過ぎた患者の多くが口にするのが「もう十分生きたから苦しいことはしたくない」という言葉です。「まだまだやりたいことがある」という患者もいます。それぞれにその人の意思を最大限に尊重し医療行為を選択できるような環境を整備していくことが必要です。

急に具合が悪くなった人が救急病院に運ばれたら、救命救急の医師は最善を尽くすこと

が望まれています。病態のみを切り取り可能な限りの治療を行うことが必要です。そのような現場で、医師にどうしますかと言われて、本人が望んでいるとはいえ過度な延命をしないでくださいというのはなかなか難しいと思います。逆に、医師から、もう助からない可能性が高いと言われても、つい少し前まで元気だった家族が、死に直面していることを理解するのは難しいと思います。例えばクラウド上に、患者さんの意志が書き込まれていたとしても、それだけを根拠に治療の選択を行うことは、患者側からも医療者側からもまだまだ難しい状況です。延命措置を望まないことを明言していても、例えば酸素吸入一つ取っても延命措置と考える人もいますし、延命ではないと考える人もいます。そのおのおのは状況に応じて変化していきますので、同じ酸素吸入でも加療の意味合いが大きい時と延命的な意図が主体となることもあります。さまざまな厳しい条件での選択を医療の現場では強いられることがあります。生活の質の向上を目標とし、その人らしく生き抜く選択を支えていくのに重要なのが、かかりつけ医ではないでしょうか。かかりつけ医がその人の人生を共有し支える大きな力になることは間違いありません。日頃の診療の中で、その患者の家族背景や望んでいることを少しずつ蓄積していき、何かの際には、患者の意思を最大限に尊重できるようにサポートをしていくのがかかりつけ医に課せられた使命の一つでしょう。

日本メメント・モリ協会

メメント・モリ (Memento Mori) は「死

を想え」というラテン語です。死を想うことはその生をより生き生きとさせると考えています。今年7月21日に日本メメント・モリ協会を立ち上げました。死というものが万人に訪れることを医療関係者のみならず、宗教者や哲学者など分野を超えた人々が交流する場の提供を目的とした協会です。死を思うことで生き抜くということ、自分らしく生きるとはということを考えられる場所になればと思っています。死という万人に等しく訪れる到達点に想いを馳せると、いかに生きるべきかということ強く考えることにつながっていきます。2018年5月20日日曜日鎌倉五山の1つである建長寺にてフォーラムを開催いたします。『呆けたカントに理性はあるか』という著書で知られる大井玄氏、音楽療法で死に寄り添う佐藤由美子氏、禅僧であり医師でもある川野泰周氏をシンポジストとしてお迎えする予定です。それに向けて、プレフォーラムを開催します。本稿が掲載される頃には終了していますが、今年の10月22日に東京都世田谷区野沢の龍雲寺にて、その第1回を行います。禅僧で臨済宗建長寺派満願寺住職である永井宗直氏、毎日新聞社記者で、ステージIVの乳がん患者でもあり「食」や「がん」について取材を続ける三輪晴美氏にお話しいただく予定です。12月17日は中川駿氏が監督された尊厳死と向き合った家族を丹念に描いた映画『尊く厳かな死』の上映会とトークも予定しています。来年2月25日には訪問診察医として、3000人以上の方の最期に寄

り添ってきた佐々木淳氏に登壇いただく予定です。死を語ることがよりよく生きることにつながっていく、それが超高齢化多死社会を迎えるにあたり重要なことではないでしょうか。

サービスではなく信任

父は医療の本質はサービスではなく信任 (fidelity) と繰り返し言っていました。物質的財貨を生産する過程以外で機能する労働ではなく、病を得た人に専門家として、最善を尽くすことが求められているということだと考えています。医療は、診察料という報酬に対して行われるものではなく、病という問題を抱えた人に対し専門知識を持って最良の策を講じるのが本来の意味なのです。病とは闘うものであり、医療がサービスであった場合、最終的にその闘いに勝つことはありませんし、サービスの終着点が死であることは受け入れがたいものです。それが信任、という考えをもとに医療を構築していくと、よりよい死を目標としていくことが最善となる場合も出てきます。その人がその人らしく生き抜くことを最大限にサポートしていくことが医療の役目であるとするれば、病気を治すことから健康を維持することに大きく目標を変えていく必要があります。大きな転換期にあります。社会的共通資本という概念が、より豊かな社会へと成長していくきっかけとなると考えています。