

「町医者日記」から

望ましい終末医療を求めて

良い死に方を考える その1

瀬賀弘行

父の「がん」と告知

先日、父が満88歳で亡くなりました。1年半前に前立腺がんが見つかりました。骨や肺に転移がありました。父にどう伝えるか、私は姉と相談しました。私ではできるだけ正確に告知したほうがいいと考えていました。姉の承諾も必要です。姉は同意してくれました。母は、すでに亡くなっていました。私から父に「前立腺がんができた。薬で治療すれば、進行を抑えることができる。病院の泌尿器科の先生にお願いして、ホルモン療法を行っていただく」と言いました。父は冷静でした。「そうか、わかった」とだけ言いまし

た。

日本で、がんの告知が広がりはじめたのは20年くらい前です。先行したのは欧米でした。「人は自分の病気を正確に知る権利がある。それが仮に死に至るやまいであつたとしても、人はそれを受けとめることができるものだ」という考え方が背景にあります。私が医者になったのは25年前です。なりたてのころは、指導医に教えていただくわけですが、がんが不治と予想される場合、その告知など、とてもできる雰囲気ではありませんでした。進行がんで早晚、亡くなることが予想される場合は、別の病名を告げたものです。しかし私は、そういう習慣に、どうもなじみませんでした。

ですから、欧米から正確な病名の告知の習慣が輸入されてきたときには、ありがたいと思ったものです。その後は、患者さんには常に正確な病名を伝えることにしてきました。しかし余命について、どう説明するか。これについては今でも私は迷います。これには標準がありません。がんの病期によって統計的には余命の平均値が割り出されています。それを患者さんにお伝えするかどうか。わたしは患者さんとの会話の中で、その場の状況に応じて、どうするか決めてきました。驚くべきことに患者さんにながの告知をしても、「あと、どれくらい生きられるのか」と質問をなさる患者さんは、ほとんどいらっしゃいません。質問がなければ私は説明しませんでした。質問された場合でも、正確な告知は、しばしば、できませんでした。「今の病期から言う平均としては約6ヶ月ですが、これは患者さんごとに、ずいぶん、ちがいます。治療に期待しましょう」くらいが精一杯でした。患者さんたちは、おおむね、よく受けとめました。患者さん是不治のやまの宣告を受けたときには、たいてい「悲しみや怒り」に始まり、「抑うつ」を経て、「受容」に至る、という心理変化をたどるようです。患者さんたちの態度は、ほ

とんどが、みごとなものでした。同僚の医師たちと「何で我々は、今まで告知を恐れてきたのだろう」と、不思議に思ったほどでした。

私の父にも、私は余命についての告知はしませんでした。いよいよ末期となり、だるさが増したころ、父は私に、しばしば「俺の顔に死相があらわれていないか」と、たずねるようになりました。「死相」などというものが医学的に定義されているわけではありませんので、私は、「そんなものは現れてないよ」と答えるにとどめました。

父を自宅で看取る

患者さんは原則として、病名、予後（これからの病状変化や余命の予測）などを、教えてもらう権利があります。これは現代の人権の考え方と一致するはずです。

私の父は一度も入院する必要がなく、自宅で療養してきました。亡くなる10日くらい前から、食欲が低下し、立てなくなりました。一時は、あちこちの痛みが強くなりました。それでも医療用の麻薬を使用すると痛みは完全に消え、よく眠りました。「食べられない

ようだから、点滴するよ」と説明すると、「うん」と言うだけで、別に「入院したい」と言うでもありません。入院しても延命効果は、ほとんどないことが、わかっていました。私たち家族は自宅で看取することにしていました。最期の日、朝から、よく眠っておりまして。時々、痰をからませていました。痰を吸引してあげれば、多少の延命効果は、あります。しかし痰の吸引の時には、ほとんどの患者さんが苦しそうな表情をします。一方、痰がからんではいても、父の表情に苦しそうな様子はありません。痰の吸引はしないことに決めました。その日の午後7時、病室になっていた居間の隣の座敷で家族が夕ごはんを食べていたときに、父の寝息がとまったことに姉が気づきました。

しあわせな最期だったと思います。第一に、最後まで自宅に居られたこと。いつも家族が寄り添えました。第二に、痛みがなかったこと。これはモルヒネのおかげです。

私が勤務医で、毎月のように病院で肺がんの患者さんを看取っていたころ、最期に近づいた患者さんは、「家に帰りたい」とおっしゃることが多かったものです。「先生、病院で1ヶ月、生きさせてもらうよりも、

1日で死んでもいいから、家に帰りたい」と言われたこともあります。病院は天井も壁も真っ白。なじんだ天井、なじんだ家具がありません。なじんだにおい、なじんだ音ありません。

死に方を考える場合、余命の長さばかりでなく、余命の質ということを是非、考えなければなりません。死期がせまっている場合、なるべく自宅ですぐす方策を考えてみることは重要なことです。

大往生が望ましい

ただ、死に方を自分で選べるとは限りません。日本人の死因の第1位は「がん」。2位は心臓疾患で、3位は脳血管疾患です。心筋梗塞で亡くなるのは、つらいのではなからうかと思えます。10分前後の胸痛を経て、亡くなります。このとき、最後に会いたい人に会うなどということも、できないのが普通です。不整脈で亡くなるのは、楽のようです。むしろ気持ちいいのだそうです。90歳くらいの男性が、湯船のなかで意識を消失していたのを家族が発見し、急いで湯船から引き上げ、私に往診依頼がきたことがあります。私がかがった時には、男性は意識を取り戻しており、こう

おつしやいました。「いい気分だった。このまま死ぬのなら、なんと楽で有り難いことかと思っていたのに、女房や息子が余計なことをしやがつて」。これは、たぶん不整脈による低血圧の症状だったろう、と思います。その約3カ月後、その男性は、またしても湯船のなかで、じっとしているのを発見されました。今度は、もう鼓動がもどることは、ありませんでした。大往生といえましょう。

このように自分の意志がまったく関与れない死に方もあります。その一方で、自分や家族の意志が、かなり聞き届けられる死に方もあるわけです。

(せが ひろゆき・村上市・医師)

※瀬賀さんの「町医者日記から」は今回を含めて4回連載されます。テーマは以下の通りです (編集部)

- 1 良い死に方を考える (1) 112号掲載
- 2 良い死に方を考える (2)
- 3 在宅医療の長所と短所
- 4 老人介護の問題点

元氣いっぱい の退職者の会

先日、村杉温泉で公立高教組退職者の会の集まり(一泊二日)があり、初めて参加した。久しぶりにお会いした先輩がほとんどだが、みなさん、元氣いっぱいだった。

自己紹介では、料理に励んだり、山登りを楽しんだり、地域の活動に参加したりの近況が報告された。古希を超え、喜寿を超え、傘寿を超えて、なお、いきいきとしていた。その活力の源を勝手に想像すると、自由気まま、ということであろうか。きつとこの先、米寿を超え、卒寿を超え、さらに白寿を超えて生き抜いていくにちがいない。

二日目は、阿賀野市の「吉田東伍記念博物館」を見学した。人々から「超人学者」とよばれた吉田東伍は、四たび学校を中退しているが、その理由を「学校という所は解りきったことしか教えてくれないので、行く気がしなかった」と語っている。ドキリとした。趙治勲25世本因坊の「学校は、天才を凡人にするところ」のことを思い出した。

(小野塚恒男)