

創立20周年記念フォーラム・特別記念講演

「老いを考え死を学ぶ」

柏木 哲夫 (大阪大学人間科学部教授)

私は淀川キリスト教病院のホスピスで今まで2000人余りの患者さんを看取り、死の問題についてはここ20年ばかり考えてきた。しかし、これからは死と密接なつながりがある人間の老いについても真剣に考えていこうと思っている。

老いと死というのは人間の永遠の課題、古くて新しい課題である。しかし、これらについては私たちは日常あまり考えたくない、できれば避けて通りたいという風潮があるのではないだろうか。

数年前に老年医学会があり私と一緒にシンポジストをされたある老人ホームの施設長の方がたいへん興味のある話をされた。老人ホームというのは老いと死が日常的にある場所なので、この方は入所者とこの老いと死についてしっかりと話し合いたい、クサイものにフタをするのではなく、日常の話題にのせたいと思っておられたが、何度も試みて決してうまくいかなかった。現実には老いを体験している人でも改めて自分の老いについて話すことはむずかしいし、死を間近に控えようとしている人でも死についての話題は避けて通りたいものであると。

1. 人の死亡率は100パーセント

以前、医学関係の集まりである先生が言っておられたことだが、世の中にはだまされ易いものが3つあると。一つは女性の涙、もう一つは新聞記事、そして三つ目に各種の統計をあげられた。このうち統計に関してはそれを見る人の勝手な解釈が入るため、よほどき



柏木哲夫先生
(大阪大学人間科学部教授)

柏木哲夫先生は淀川キリスト教病院ホスピス長として永年勤められたあと、1993年4月より大阪大学人間科学部に移られ、世界で初めての講座「臨床老年行動学」を主宰しておられます。

ちんで見ないとだまされる、まやかしが見抜けないということがある。しかし、一方絶対に間違いのない統計がある。サマセット・モームの残した言葉であるが、彼は世の中にはたくさんの統計があって、その中にはまやかしの統計も多い、しかし絶対に間違いのない統計が一つだけある、それは人間の死亡率は100%という統計であると言っている。つまり、彼はこの世で生を享けた者はただ一人の例外もなく死を迎えるのだということをこういう言い方で表現しているわけである。

若くて死ねば老いを避けることはできる。しかし、死を避けることができる人は一人もいない。

2. 老いの感覚、死の感覚

京大の総長であった岡本道雄先生はある講演で「老人とは死を身近に感じている人たちである」と述べられた。「老人」の定義はいくつもあるが、死を身近に感じている人たちは老人と言うというのも一つの定義であろうと思う。老いと死という命題を考えると、死という現実を頭の中だけでなく、身体（肉体）で感じる時期が老いの時期なのではないかと思う。

堀達彦という哲学者が82歳の時に朝日新聞に書いた素晴らしい文章がある。その一節に自分が70歳台であった時には自分が一步一步死に近づいているという風に思っていたと。つまり、自分が少しペースを変えればこれを調節することができる、少し踏みとどまるとやろうと思えばそれができるという感覚があった。ところが82歳の今、自分が感じるのは自分が死へ近づいてゆくのではなく、死が向こうがわから確実に自分に近づいてきている感覚であると述べている。自分が死に近づいているという感覚と死が向こうがわから自分に近づいているという感覚には大きな違いがある。やはり年齢によって死の感覚は異なると言える。

3. 頭部尾部の法則

老いを考える場合、発達心理学の分野で非常に興味深い事実がある。発達心理学の専門用語で頭部尾部の法則と言う。

これは人間の発達の段階が上から下へ発達していくということで、例えば赤ちゃんの発達は首が座る（頸部の筋肉）→寝返りをする（胸・背中中の筋肉）→お座りができる（腰の筋肉）→はいはいをする（膝のあたりの筋肉）→つかまり立ち（足趾の筋肉）→歩行という風になるが、この人間の身体機能の発達とちょうど逆向きになるのが老いである、ということである。

老いの徴候はまず足に来る。そして歩行困

難になり、歩行不能→這う→床・ベッド上で座る→寝込む（寝返りができない）→首を左右に動かせない→死、となるわけである。これと同じ現象はまた年齢と関係なく死を迎える人たちにも見られる。30～40歳台で死を迎える人たちもこれと同じ経過を辿る。この人たちにとっては歩行できないことがまず大きな痛手となる。そしてベッド上の生活を余儀なくされ、次第に座れなくなり、寝返りさえもできなくなって衰弱して亡くなる。

4. 老いのプラスイメージ

この不思議な現象は発達心理学的には当然と言えば当然なのであるが、しかし全く逆向きかと言えばそうではない。山に例えると人間が発達していく、その登ってきた道をそのままおりるのではなく、山の向こうがわの知らない道をおりていくことであり、人が老いるまでに積み上げてきた経験を十分生かしながらおりていくことでもある。身体的なことを例にとると、老人は足が弱って歩きにくくなったとき杖を使って三本足で歩くということが可能なのである。これは赤ちゃんにはできないことで、「老い」というのは今までの経験を生かして衰えた身体を支える知恵を持っているということである。

また、精神的な知恵の面（知能面）でも結晶性知能という言葉があるように老いを迎えるにつれて次第に知恵が高まっていく—今までの体験や経験を統合してどのように事態を展開していけばよいかという判断ができるようになる。これがいわゆる「年寄りの知恵」といわれるものである。また、言語性知能も次第に発達して大体70歳後半の知能は20歳位の人のそれと同じだと言われている。さらに、人格的にも成熟し、怒りをおさえる知恵も身についてくる。このように「老い」は決してマイナス面ばかりではなく、かなり大きなプラスの面を併せ持っている。

ポルト・ルニエというスイスの有名な精神科医は人生を四季を例えているが、その中で

老いは冬の時代として位置づけられている。しかし、彼はその冬の時代の別名を成熟の時代としており、老いは成熟であるという捉え方をしている。また、ターミナルケアで有名な精神科医キューブラ・ロスはその著書「Death」の副書名を The final stage of growth としている。つまり、死は成長の最終段階一人がずんずん成長して（これは身体的にというよりも精神的な意味合いが強いけれども）もうこれ以上成長できないという究極の状態が死であるという風に捉えている。これは人は死の直前まで成長しつづけることができる力を秘めた存在であるということであろう。

5. 病院と死

しかし一方、今の日本では死の問題が非常に特異な側面をもって私たちに迫ってきている。それは人々の死場所が自宅から病院に移ってきたという歴史的な大きな問題が背後にある。以下スライドで順を追って説明する。

(1)Slide 1 自宅死から病院死へ

	自宅死	病院死
昭和22年	90.8%	9.2%
昭和52年	44.9%	50.6%
平成3年	20.9%	79.1%

現在では日本人の死因第1位ががん死である。このがん死の約94%が病院死で自宅死は6.3%に過ぎない。東京や大阪などの大都會ではがん死のほとんど100%が病院死である。したがって、病院は人々の病気を治す、治癒に向かわせる場所であるとともに人々がそこで死を迎える場所になっている。ところが残念ながら日本の病院は人々がそこで死を迎えるにはふさわしい場所ではない。

(2)Slide 2 病院死の問題点

そこで、病院でがん死を迎える場合の問題点を4つあげる。

1. 病院では過剰医療（やり過ぎの医療）が行われること
2. 苦痛に満ちた死
3. 精神的ケアの不足
4. 個別性が尊重されにくい

患者さんが亡くなる2~3日前まで副作用の強い抗がん剤が投与され患者さんはがんの痛みや苦しみに加えて薬の副作用という2重の苦しみを背負うことになる。こういったやり過ぎの医療はまだまだ多く行われている。

また、痛みのコントロールが拙くて患者さんが苦しみながら死を迎えることが多い。がんの末期には患者さんは痛みのみならず、呼吸困難や全身倦怠感、食欲不振、不眠、口渴等の多くの不快な症状に苦しめられる。ところが、日本の医師は延命には熱心に取り組むが、この苦痛の緩和にはさほどの熱意を示さないことが多いので苦痛に満ちた死が大きな問題となる。

一方、末期の患者さんに精神的なケアをするには十分な時間が必要となる。ベッドサイドに座り込んでじっくり患者さんの訴えを聞く姿勢が大切なのだが、忙しい一般病棟ではなかなかこういうことがむずかしく患者さんは孤独に陥りやすい。

私たちの経験では人生の最後のときに患者さん個々にそれぞれの最後の望みがあるということがわかるのであるが、それら一つ一つを尊重して満たしていくことはこれまたなかなかむずかしい。

(3)Slide 3 近代病院の四大事業

日本の近代病院は検査、診断、治療、延命の4つが大きな働きである。入院するとかなり夥しい数の検査が行われ、医師の理学的な診察と合わせて総合的な診断が下される。この診断のもと治療が行われるわけであるが、このうち治癒に導くことができるものに関しては日本の病院はかなり高水準である。しかし、問題なのは治療しても治癒に導くことが

できない患者さんにどのようなケアをするか、どのように苦痛を緩和するか、どのように精神的に支えて、どのようにその人が人間的な生を全うすることができるかという、いわゆる「ケア」に関して日本の病院は徹底的に遅れている。

あらゆる面でのテクノロジーが発達しているが故に治療しても治癒に導くことができなければテクノロジーを駆使してすぐに時間的な延命を図る。例えば、日本のあるがんセンターの肺がん専門病棟では、数年前までは肺がんの患者さんの呼吸が停止した途端に必ず、例外なく人工呼吸器につなぐということをしてきた。これは自分に引き寄せて想像するとやや身の毛がよだつ話である。この病棟に働く数名の医師たちへのインタビューを行ったが、その医師たちも自分であれば絶対このような処置はして欲しくない、患者の家族の手前こういう処置をするのだと。しかし、患者さんの家族へのインタビューでは家族はそれを望んでいない、ただ医師が一所懸命なので中止を申し入れることができないことがわかった。まことに奇妙だという他はない。つまり、治療しても治癒に導くことができない患者さんに対してどのような考え方でどのようにしたらよいかを立ち停まって真剣に考える姿勢がない、オートマチックに延命処置が行われ、それがパターン化しているのである。

(4)Slide 4 死の医学化

死というのは元来人間的なできごとであり、決して医学的なできごとでのみではない。しかし、病院死が増えるについて死の医学的側面のみが浮かびあがってくる。家族の悲しみやその死が社会に与える影響等がほとんど顧みられないで、死が血圧の低下であり、尿量の減少であり、呼吸の浅薄化であり、脈拍の低下であるというような医学的側面から捉えられ勝ちになる。死のもつ人間的な広がりを感じる事が次第にむずかしくなってくる。

(5)Slide 5 全人的な死へのアプローチ

人は全人的な死を死ぬ。私たちは身体的な死、精神的な死、社会的な死、宗教的な死を死ぬ。こういう全人的な死を看取るためには死というものに全人的なアプローチが必要である。

(6)Slide 6 全人的な痛みの理解

全人的な痛み—Total Pain という概念がある。身体的な苦痛、精神的な苦痛、社会的、そして霊的な苦痛、これらの苦痛そのものを全人的に捉えることが必要である。そういう意味ではターミナルケアはトータルケアでもある。

(7)Slide 7 ターミナルケアの真髄

したがって、担当の医師、精神科医、ナース、宗教家、ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、言語療法士、薬剤師、栄養士、ボランティア、カウンセラー、時には法律家などのスタッフがチームを組んで患者さんのニーズに仕えていくというのがターミナルケアの真髄であろうか。

6. 淀川キリスト教病院ホスピス

(1)Slide 1 淀川キリスト教病院ホスピス10年の歩み

10年前にホスピスがオープン。今までに約2000人位の患者さんが入院。

(2)Slide 2 死亡例

現在までに死亡された患者さんは約1900名、ここ2～3年は年間200名位の患者さんを看取る。1ヵ月に20人前後、男女比はあまり差がない。死亡平均年齢は10年間で64歳（最年長96歳、最年少9歳）。

【矢先症候群のこと】

死亡平均年齢が64歳であるが、亡くなる患者さんの家族の話から私が勝手に密かに名付

けている症候群がある。名付けて【矢先症候群】。どうも人間は「～になったらあれをしよう」「～をしたらこれをしよう」という風に自分のすべきことやしたいことを先送りにしてしまう傾向があるようである。定年で退職したり、子供を嫁がせたりして今から自分の好きなことをしようと考えていた矢先に病気になり死亡する患者さんの話がよく聞かれる。したがって、このような【矢先症候群】にならないためには自分のしたいこと等をあまり先送りしない方がよいと思う。

(3)Slide 3 平均在院日数

オープン当初は50～60日、徐々に短縮して現在は大体30日。これは訪問看護が軌道に乗ったことが大きな要因である。平均在院日数の短縮はホスピスケアが軌道に乗ったことを示している。

(4)Slide 4 入院経路

他の施設から	約30%
淀川キリスト教病院から	約30%
自宅から	約40%

(5)Slide 5 入院時の訴え

痛みが約60%、食欲不振、全身倦怠感、腹部不快感、悪心・嘔吐、呼吸困難、咳や痰など。

(6)Slide 6 病名およびホスピス認知

オープン当初は自分の病名やホスピスに関して認知している人は約30%。徐々に増えて現在は約70%ちかくの人が認知している。

(7)Slide 7 がんの原発巣

胃がんがもっとも多いが全国統計に比例して徐々に減少。以下、肺がん、大腸がんが続き、これらは増加傾向。そして肝がん（少し減少気味）、乳がん（やや増加）。これがトップファイブである。

(8)Slide 8 転移部位

入院時に約4分1に肝臓転移が見られる。そ

れから、骨、肺への転移、腹膜および脳への転移など。

(9)Slide 9 結婚歴

男性は8割近くが配偶者健在、死別は20%。女性は配偶者健在が45%で死別35%。

(10)Slide 10 宗教

特に宗教無し	42%	(日本人に特徴的)
仏教	27%	
キリスト教	16%	
その他	15%	

(11)Slide 11 ターミナルケアの3大要素

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 症状のコントロール 2. 十分なCommunication 3. しっかりとした家族のケア |
|--|

症状のコントロールの中でもっとも大切なのは痛みのコントロールであるが、それとともに患者さんの大きな悩みとなるのが日常生活動作の支障である。歩けなくなることは患者さんにとって非常なショックを与える。ターミナルケアとリハビリは矛盾しているかもしれないが、患者さんにとってはリハビリが非常に重要である。[例1：骨転移のある患者さんが理学療法士の指導で立つまで一患者さんは立つことによって視野が広がりたいへん喜び生きがいにつながる。例2：入浴は日本人にとって大きな意味を持つ。患者さんはリラックスし、身体を暖めるだけでなく心も温まるようである。]

十分なコミュニケーションをとることは患者さんを慰め励ます効果がある。[例：お花見、ホスピスガーデンの池の鯉・ミカンの木、ペットの重要性、病棟内でナースと、ロビーで息子と囲碁を楽しむ]

また、しっかりとした家族のケアは患者さんにとってなくてはならないものである。初孫を見たい、娘の花嫁姿が見たいといった目標があれば患者さんはがんばれるもので、そ

ういう姿はまたとても美しい。[例：家族とのふれあいを数例]

末期の患者さんはそれほど大それた望みは持たないものである。天気の良い日に陽の光を浴びたい、風のそよぎを身体に感じたい、星を見たい、緑に触れたいなど自然とのふれあいを望む人が多い。ホスピスには小さな自然を配置すると喜ばれる。また、最後の望みを叶えた例としては新婚旅行で行った鳥取砂丘への小旅行を紹介したい。

(12)Slide 数点

ホスピスでははじめじめしたケアではなく、親切なユーモアをもつことが非常に重要である。上智大学のデーケン先生はユーモアは愛の現実的な表現であると言われているが、ターミナルケアにおいてもユーモアセンスは大切である。また、入院している患者さんの生存退院は25%で、退院時の不安や患者さんへの勇気づけにもユーモアは効果がある。

[例：太鼓判、誕生日の花束]

病棟では夏はスイカ割りが行われ、時には患者さんの個展も開かれる。また、好きな音楽を楽しむこともできるが、このような活動をするためにはボランティアの方たちの働きがたいへん重要である。淀川キリスト教病院では約120名のボランティアが働いておられるが、そのうち14名の方がホスピスを援助してくれている。

7. 誕生日に死を思い、結婚記念日にがんを語り合おう

病院図書室で働く皆さんは間接的に病院で死を迎える方たちに接することになるし、また家族の死に接することもあるだろう。何よりも私たちそれぞれがやがては死んでいくのである。やはり、年に1度位は自分の死を真剣に考える習慣をつけてはどうだろうか。私は一般の方を対象に講演を頼まれたとき、2つのことを勧めている。つまり誕生日に死を思い、結婚記念日にがんを語り合おうと。

この世に生を享けた者は必ず死を迎える。自分が生まれた誕生日に自分の死をしっかりと考えてみることも大切なのではないだろうか。また、現代は3人に1人ががんになり、4人に1人ががんで死ぬ時代である。結婚記念日に夫婦でがんについて語り合うー病名告知をどうするか、死を迎えるのは家か病院かホスピスか等をお互いが健康なうちから話し合っておくことが大切だと思う。

(文責：首藤佳子・編集部)

☆本稿は当日行われた柏木先生のご講演を編集部でまとめさせていただいたものである。