
医大最終講義

「命の尊厳へのこだわり」

椿原彰夫

川崎医科大学 リハビリテーション医学

はじめに

川崎医科大学に24年間勤務させて頂きました。今日のお話が最後の講義となりました。「命の尊厳へのこだわり」というテーマで、お話したいと思います。命と申しますと、リハビリテーション（以下、リハビリと略す）とは関係がないと思われるかもしれませんが、しかし、私自身は41年間の医師の人生の中で、常に命にこだわってきたつもりです。つまり、リハビリによって、救命できると考えて診療を行ってきました。今日のお話には、全くエビデンスがありませんので、気軽に聞いて頂いたら幸いです。

最初に、結論からお話したいと思います。最近では「延命」という言葉が如何にも良くないことのような印象を与えていますが、すべての医学・医療は延命ということを追いかけていくことによって発展してきたと感じております。したがって、私自身の医療も延命ということにこだわりを持って、携わってきたというのが結論でございます。

1. 医師になるまでの経緯

まず、私自身の生い立ちについて話したいと思います。私は、川崎医科大学の多くの医学生さんと似た環境で育って参りました。私の父は、幼少期には耳鼻咽喉科の勤務医でした。母は薬剤師の免許を持っていましたが、実際には専業の主婦でした。小さい頃には「お医者さんごっこ」を頻繁にしていたようで、実家にはその写真が残っています。あまりよくは覚えてい

ませんが、家の中には聴診器や額帯鏡が置いてあって、それを付けて遊んでいたようです。

私は昭和28年生まれですが、物心がついたばかりの30年代には、夜中になると大勢の患者さん達が父を訪ねて自宅にやって来ていました。父は深夜に起こされ、熱が出た、鼻血が止まらないといった患者さんの対応に追われることが度々でした。父はそれを断るようなことは、全くありませんでした。診察道具の大掛かりなものは置いていませんでしたが、何とか応急処置を行ったり、家にある薬を投与したりして治療をするという状況でした。したがって、「夜でも医師は働くもの」ということを子供ながらに感じ取ることができました。実際には勤務医ですから、自宅で健康保険を使うこともできず、お金を頂くことはなかったようです。いつも無料で診察してもらうことを患者さんが感謝しており、次の日になると家で取れた野菜などを持ってきてくれるのを子供ながらに見ていました。

父は、子供だった私に、医療の内容を何度も話してくれました。その中で繰り返し聞いた話は、ペニシリンとストレプトマイシン（ストマイ）の話でした。ペニシリンは、フレミングが青カビから作ったということをご存知でしょう。父も第二次世界大戦中に出兵していましたが、実際に怪我をするとそれによって感染して死んでしまうということを経験していたようです。その状況下で、ペニシリンが登場したことは凄いことであると、何

度も説明してくれました。それまでの薬は全く効かなかったのに、抗生物質で医療が変わったと、自分が発明したかのように得意気に話してくれました。実際には、ペニシリンが実家に置いてあった訳ではなく、その次に出たクロマイが常備薬の抗生物質として置いてありました。クロマイとはクロロマイセチンのことですが、再生不良性貧血の副作用が出たために発売中止となりました。当時は実家に置いてあり、子供の頃に熱が出るとよく飲まされました。もちろん、副作用は出ませんでした。その次によく話をしてくれたのは、ストマイです。ワックスマンとシャッツによって発明された抗結核薬ですが、それまで結核に罹患すると、ほとんどの方が亡くなっていました。この薬剤が出てきて、助かるようになったと父は説明してくれました。実際には、昭和30年代には貧しい人達が大勢いましたので、ストマイを使うことができなくて、咯血している人がいました。私自身も家の玄関先で血を吐いている人を度々見ましたが、父はその血を触っては駄目だと忠告してくれました。触ることはありませんでしたが、私自身、既に感染しているかもしれません。子供の時からツベルクリン反応は常に陽性で、BCGも受けたことはありませんでした。新しい薬が出てきて、疾病に罹患した人々が次々と救命されるようになると、父は医学の進歩を喜んでいるようでした。

私が中学3年生の時に、父が耳鼻咽喉科の医院を開業しました。それとともに、診療報酬請求(レセプト作成)の手伝いをさせられることとなりました。レフトーゼとかケイツーとかいう薬品名をその手伝いの時に覚えることとなりましたが、父からは医師になるようにとの指示は一切ありませんでした。私の祖父が工学部出身で、今のJR、昔の国鉄の社員だったため、お前は工学部に行けば良いというようなことを、父はいつも言っておりました。それでも、父の

書斎には解剖学の本など、多くの医学書が置いてありましたので、こっそりと開いてみる機会は多かったようです。解剖の実習風景の写真も置いてあり、それがとても怖くて、医師には絶対にならないと誓ったものです。父の学生時代のアルバムだったのですが、結局、怖い怖いと思いつつも、ついつい何度も見ていました。絶対に医師にはならないと思いつけていたものの、高校3年生の8月に、やっぱり医学部を受験しようと決めました。今では、父の背中を見ているうちに変化したと思っています。医大生の皆さんも、自分の子供を医師にさせたいと思うのであれば、自分の背中を子供に見せることが重要だと思います。

2. 他の医師から受けた影響

私は昭和53年に卒業し、研修医としての第一歩を踏み出すこととなりました。研修医のスタートと同時に入局を決めるのが通例という時代でしたが、父からは耳鼻咽喉科の医者は絶対に駄目だと忠告を受けました。耳鼻咽喉科が悪いという訳ではなかったのですが、その当時、私の家の周りに数多くの耳鼻咽喉科の診療所があったからだと思います。周りの人々から何らかの悪口が聞こえてきたりしたのかもしれませんが、耳鼻咽喉科を開業したら飯が食えないとまで言われたのを覚えています。今はそんなことは決してありませんが、それでリハビリ科に入局することといたしました。父にしてみると、リハビリって何と思ったようです。当時は理解できないのが当然のことであったと思いますが、反対されることもなかったため、リハビリ科医としての私の人生が始まった訳です。

そして、医師としての考え方について、多くの先生方の影響を受けました。まずは、私の恩師の千野直一先生です。毎日、私を回診に連れて行かれましたが、廊下で出会う掃除婦の方々に必ず挨拶をされていました。「こんにちは。

「今日も元気ですか。」と言われて、挨拶を欠かすことがありませんでした。私は「お掃除のおばさんのことをご存じですか。」と質問しましたが、千野先生は「知らないよ。」と笑っていらっしやいました。知り合いであった訳ではないが、声を掛けているうちに色んな職員と交流できると聞かされ、凄い先生だと私自身は勉強になりました。信頼される医師というのは、何気ない行動によって信頼が得られているのだと思います。患者さんに挨拶する医療者は多いですが、患者さんは職員同士が仲良くしているのを見て、さらに信頼感を感じるものであると思います。もちろん千野先生からは多くの医学的なことを教えて頂きましたが、医学以外の生活態度についても私自身に大きな影響を与えてくださいました。

私の対話法について、最も影響を与えてくださったのは、整形外科の研修を受けていた頃のS先生です。この先生は、さらに凄いと感じました。研修医は指導医から「勉強しろよ。」とか、「きちんと診察しているのか。」というように、タメ口で話されるのが通常です。それが当たり前のことだと思っていましたが、このS先生だけは全く異なっていて、いつも敬語だったので。私は、別に自分に対して敬語を使って貰わなくても良いと思いつつも、「患者さんの診察をされましたか。」とか、「X線のオーダーはこのようにしたら良いと思います。」というふうに、優しく丁寧に敬語を使って指導を受けたことを思い出します。S先生は、後に他の大学の教授として転出され、定年後の現在も、どこかの大学で特任教授として教育に携わっていらっしやると伺いました。「偉そうな口調で話す人が偉い訳ではない。本当に偉い人は、偉そうに話したりはしない。分かり易く話をしたり、興味が沸くように話をしたりしてくれることが教育である。」ということ学びました。私の出身大学は福沢諭吉の作った大学ですが、

「天は人の上に人を造らず人の下に人を造らず」という平等性について、実行をもって教育されているということを知りました。

医大生の皆さんは、患者さんの死に直面することはこれからのことですが、私は若い時に、患者さんが亡くなる場面に何度も立ち会ってきました。当時は、患者さんが実際に亡くなるという場合には、家族が間に合うようにすべきと考えて、アンビューバックを押して人工呼吸を行ったり、心臓マッサージをしたりするのが一般的でした。家族がいつ到着するかを看護師と相談しながら、ずっと継続するという状況でした。本当は、もう既に亡くなっているのにも思いつつも、家族の方が来られたら事情を説明しました。その上で、「このまま心臓マッサージを続けていても、助かることはありません。」と納得して頂いて、ある程度の時間を置いてから「ご臨終です。」と告げていました。最近では、そんなことはしないのかもしれませんが、実際にはいつ亡くなったのかと言われると、はっきり言って最初の心停止の時であるかもしれません。24時間以上もマッサージを継続すれば、その時まで身体は温かく、生きていくことになるかもしれません。この時間をご臨終であるということは、医師が勝手に決めたことであり、生死の判断を議論し始めると複雑な思いがするものです。ただし、実際に行っていることは儀式のようなことですが、家族からは「死に目に会えて良かったです。」と言われることが多いのも事実です。

今日のテーマとしてお話をしている「命の尊厳を大切にすること」ということを、直接的に教えてくださったのは大先輩のY先生です。平成元年頃のことであつたと思いますが、当時、尊厳死ということが話題になっていましたので、Y先生に何の気なしに「尊厳死ということはどう思われますか。」と質問をさせて頂きました。その時に激怒され、「命というものは人工的に

は作れない。」と言われました。そして、「お金に換算することができない位、命というのは大事なものです。あなたがその患者さんの命を止める権利なんてどこにあるのですか。」と言われました。さらに、「医師は命を助けるのが義務です。それを医師が勝手に治らなと決めつけて、助けないという選択を始めると、その線引きは途轍もなく非倫理的になる。どこで命を断つかを決定すること自体が問題である。」と強く説教されました。「この人は死んでも良いという判断を医師は行うべきではない。医師は最善の救命を行うべきである。」と主張されたのだと思います。私自身は、咄嗟のことでしたので、ピンと来なかったという状況でした。後に私の父が他界した時になって、この考え方に強く共感するようになりました。

3. 父の死への後悔

父が亡くなったのは、今から30年も前のことです。胆管癌でしたので助からないことは分かっていたのですが、その末期になった時に担当の先生に呼ばれました。父は既に核黄疸による脳障害となっており、自らの判断ができなくなっていました。「最後の時には挿管しますか。人工呼吸器を繋ぎますか。」という相談を受けました。私自身は、命が延びるといっても数時間あるいは数日のことと思ひ、挿管や延命は不要ですと答えました。最後の日がやって来ましたが、私は静岡県に勤務していて、父は兵庫県の病院に入院していました。担当の外科医から直接に電話があり、血圧が下がったので、もう数時間のことになると説明を受けました。すぐに駆けつけることができないので、家族が到着するまでの間、挿管しますかという説明を頂きました。しかし、私は「もう挿管は結構です。間に合わなくても良いです。」と、冷たく答えてしまいました。外科の先生は、「お父さん、苦しそうですよ。挿管しなくて良いですか。」と念

を押されました。私は挿管しないという決定を下しました。今でもずっと後悔しています。「苦しそうですよ。」と言われたその声が、今でも頭の中に残っています。

父の死後、家族の分際で、命の長さを決めて良いものかと考えるようになりました。ましてや苦しんでいるのに、挿管しないなど、罪ではないかとも思いました。今の時代でしたら、麻薬を使ったりして、苦しまない方法を取ることができるでしょうが、その当時は安楽にする方法が確立されていませんでした。たとえ、挿管しても、苦しかったかもしれないと弁解するような考えも頭の中を過るようになりました。父の死については、今でも気持ちの上では納得できない自分の行動を咎めています。

私自身は、患者さんの苦しみを減らす方法を選択するという事は重要であると思ひますが、栄養を止めたり、延命を辞めて死期を早めたりする行為は、安楽を与えることとは別の事象であると考えようになりました。

4. 百寿時代の到来

医大生の皆さんであれば、現在、日本の平均寿命がかなり延びているということをご存知のことと思ひます。私が生まれた昭和28年には、女性の平均寿命は66歳、男性は62歳でした。医師になった昭和53年には、女性が78歳となり、男性が73歳となりました。今では、女性が87歳、男性が81歳ですので、この数字だけ見ると随分と高齢化したという印象です。この寿命の延びをグラフ化してみると分かりますが、やがて平均寿命が百歳に達する日が来ることでしょう。平均寿命が延びたことについては、救命救急医療の進歩、周産期医療の発達、癌診療をはじめとする専門医療の高度化、健康診断や予防医学の普及、そしてリハビリの寄与など、さまざまな要因が関連しています。

最近では、高齢者の定義も65歳から75歳に変

更されました。私は65歳になりましたが、まだシルバーシートに座ってはならないと思っています。それぐらい平均寿命と健康寿命が延びたということですが、私自身は平均寿命が延びたことは非常に好ましいと思いつけています。

私はこれまで、他の人とあまり口論することはなかったのですが、一度だけ大先輩のN先生と言ひ合いになったことがあります。N先生が言われたのは、「寝たきりになった患者さんなんか、生きる価値がない。医療費も無駄だから、生き続けるような延命は行わない方が良い。」と言われた時のことです。その当時の平均寿命は75歳位だったのですが、私はその言葉にカチンと来て、「平均寿命が75歳になったというのは、寝たきりの人も含めてのことです。寝たきりになった時点で亡くなった方が良いとすると、平均寿命は絶対に下がってしまいます。そうなると、国民は不安に陥るのではないですか。」と反論しました。N先生は、それに対して、「平均寿命など下がっても良いじゃあないか。」と言われました。私は我慢の尾が切れて、「先生、失礼ですけれども、先生のお歳は今65歳です。平均寿命が下がったら、先生の命はあと5年しかないのですよ。」と言っていました。「えーっ」と言われて、この話は終了となりました。そのN先生も今は80歳になられて、とてもお元気で診療されていらっしゃいます。寝たきりになったら死んでも良いという考え方は、非常に危険だと思います。

5. 患者から教えられた経験

私が患者さんから実際に教えられた医療の経験について、少しお話をしたいと思います。実は、この大学に着任する前に、約100例のくも膜下出血の患者さんの診療に携わった経験がありました。30～40年前の時代には、急性期のリハビリはほとんど普及していませんでした。現在は、そんな時代ではないので、脳神経外科の先

生方は当然のこととして急性期から患者さんのリハビリを依頼してくださるのですが、当時は術後に放置されている患者さんばかりでした。1か月位を経て、寝たきり状態が続くのでリハビリが必要と判断され、温泉地のリハビリ専門病院に送られるという状況でした。脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の患者さんについても、手術のみで元気になった方はそれでも良いのですが、寝たきり状態になってしまった場合には、後になってからリハビリ専門病院に送られていました。その中には、無動性無言の患者さんもいました。前頭葉内側部から帯状回の脳梗塞を併発したケースです。それによって四肢の動きが全くなり、会話もできない状態で、意識もあるのかないか定かでないという感じの患者さんでした。その他、くも膜下出血の患者さんの中には、正常圧水頭症を併発した患者さんもいました。歩行障害、認知機能障害、排泄障害を伴っているケースです。無動性無言の患者さんは、そのままリハビリ治療を継続することとし、正常圧水頭症の患者さんは脳神経外科の先生に依頼して、シャント術を施行して頂いていました。そうすると、こういった意識があるのかなのか分からない寝たきりの患者さんであっても、私の経験した100例の調査で、9割の患者さんが歩行可能となって退院していました。認知機能の障害は残っていたので、皆が完全に幸せかどうかは分かりません。もし、このようなくも膜下出血の患者さんが寝たきりとなったので尊厳死を選択すべきと判断されることになれば、これは殺人と同じではないかと思えます。できるだけ寝たきりを減少することが非常に重要であると考えて、私は今までリハビリを続けてきました。

川崎医大に転勤してからは、附属病院に外傷性脳損傷で搬送される多くの患者さんを経験しました。即死の人はやむを得ないですが、大半の患者さんは意識障害があるにもかかわらず、

数日以内に意識が戻っていました。中には、遷延性意識障害の状態が長く続いている人もいました。1か月以上になると、通常は意識が戻らないと判断されます。しかし、長く診てみると、3か月以上を経てから意識が戻る人を何人も経験しました。したがって、こういう人達に対して、安楽死なんて当然有り得ないことだと思います。ターミナルという言葉は、一体何をもって言うのかを考えさせられます。

リハビリを行う患者さんの中には、小児もいます。脳性麻痺として生まれてきた、そして成人になっても寝たきりという患者さんも診てきました。重度の脳性麻痺、特に出産時の低酸素脳症で痙性四肢麻痺になってしまった人は、目は開いているけれど、会話がな、手足が動かない、寝たきり状態ということです。こういう患者さんの場合、私が診察しても、1か月前と表情は変わらないと思うのですが、お父さんやお母さんは、「今日は機嫌がいいです。」とおっしゃるのです。私には表情の識別ができないのですが、ご両親には微妙な変化も捉えることができるということです。このような患者さんを1週間に1回～2回、リハビリセンターに自家用車で連れて来られて、何年間も治療を継続されています。愛情を注がれているご両親を実際に拝見するにつけ、私には頭の下がる思いがします。このように子供を大事に育てているお父さんやお母さんは、絶対に安楽死など望むはずもありません。可愛いと思う気持ちは、何倍も強いものです。むしろ、自分が死んだ後に子供が残ってしまうので、どうしたら良いかという多くの相談があります。今は、発展した世の中となりましたので、種々の福祉的なサービスが使えるということを説明しています。「このような重度の患者さんが生きる価値は無い」という考え方は、絶対に間違っていると、私は思います。

川崎医科大学附属病院では、多くの嚥下障害

者がリハビリを受けていますが、他の病院では嚥下障害が重度の場合には、誤嚥があるかもしれないので食べることは諦めるようにと指導されている可能性があります。また、一時的に胃瘻を造設した方が良い患者さんであっても、「胃瘻の適応はないです。施設に行くべきです。」と説明している病院もあるのではないかと思います。最近では、マスコミもそれに拍車をかけて、寝たきりの人は胃瘻など受けてはならないと放送されていることがあります。しかし、当院ではそうではなく、救急科の先生方も嚥下障害のリハビリについて理解を示してくださっています。リハビリ科に依頼がなされると、嚥下機能の検査を行います。その上で、誤嚥による低栄養の場合には、胃瘻を造設します。それによって、栄養が確保できます。栄養状態が改善した状況で嚥下障害の訓練を行い、それによって機能が改善していくと、嚥下食が食べられるようになります。食事の形態が徐々に常食に近づき、ほとんどの食物が口から食べられるようになったので胃瘻が不要になったという患者さんも多く見受けられます。全量は食べられなくても、楽しみ程度の食物が食べられるようになったという人も含めると、9割以上の嚥下障害が改善します。他院では、救命のための治療を受けた後に、嚥下障害のリハビリ医療も行われなくて、寝たきりのまま施設に送られるケースがあります。そして、施設で誤嚥性肺炎になって亡くなってしまいう人も多いかと思います。当院のように、しっかりとした嚥下障害リハビリを行うと、一時的に増設した胃瘻も抜去することができ、常食を食べられる人も増える訳です。こういうことを考えてみると、寝たきりで嚥下障害も伴っているという人が生きる価値もないと判断する考え方は、絶対に間違っていると私は思います。

尊厳死ということを考える場合に常に問題になることは、自己決定の判断です。医療の内容

は患者さん自身で決定し、その決定に従って治療を行えば良いと、よく言われます。しかし、認知症の患者さんの自己決定は、一体、どの時点にあるのかと、私は不思議に思います。若い人々に、「あなたが終末期になったり、認知症で寝たきりになったりして、食べられなくなってしまったら、胃瘻を受けますか。」と尋ねた時には、多くの人が「自分にご飯が食べられなくなったら、胃瘻は辞めて頂きたい。」と答える人が多いと思います。しかし、それは若い時の判断であります。患者さんが実際に認知症になってしまうと、「今日、食事はどうしますか。」と尋ねると、「食べたい。食べたい。」と答える患者さんが大半であると思います。もう少し重度の認知症で、嚥下障害を伴っているために禁食となっている場合でも、「食べさせて。食べさせて。」と言われることが結構多いようです。人間の欲望の中で、食欲は最後まで残るからです。このようになった時に、自己決定って一体何なのだろうと、思います。高齢になって認知症を発病してからの決定内容と、若い時の内容とは異なっているということは、しばしば認められます。そういう患者さんに対して、「あなたは若い時に胃瘻は要らないって言いましたね。」と説明して、胃瘻を行わないという選択を行うなんてことは、恐らくできないと思います。では、言葉を失った認知症の患者さんは、どう判断すれば良いのでしょうか。

昔、施設の介護職の方から、嚥下障害についての相談を受けたことがあります。施設の介護職の人が「この方に食べさせたいので、リハビリの方法を教えて欲しい。」と言われた訳ですが、その患者さんは寝たきりで、右片麻痺と失語症を伴っており、鼻からチューブが挿入されていました。全くの無表情であり、長期間の寝たきりによって関節が固まっているという、そんな状況でした。介護職の方には、「この方に食べさせるのは危険です。座らせることもして

いないし、食べると言っても口の中が汚ければ誤嚥した時に肺炎になります。」と申し上げて、相談を中止しました。そうしましたら、介護職の方はその障害者を座らせて上げて、頑張っって口腔ケアもしてくれました。座ることができるようになると表情が良くなって、食べたそうな目つきをするようになりました。今なら嚥下訓練をしても大丈夫と判断して、指導したところ、この障害者の方は鼻からのチューブを抜去することができ、食事を口から食べるようになりました。認知症があつたり、寝たきりであつたりという状態だから、生きる価値がなくて、食べることは無意味であるという判断を下すことは、正しいことだろうかと思問に思います。

看取りについても、自己決定というものは、いい加減なものであると思います。恐らく、若い人の多くは「自分が終末期になったら、自分の家で死にたい。」と言うかもしれません。しかし、多くの高齢者は「家族に迷惑を掛けたくない。でも、家で死にたい。」と、矛盾したような考えを示すようです。家で死ぬということは、家族に迷惑を掛けることです。臨終の対応について、家族に十分な説明を行っていない場合、実際に自宅で最期を迎えた時に、苦しうにしていたので、家族が救急車を呼んで川崎医大に搬送されたという例も見られます。そうなった時、「自宅で死にたい。」という自己決定は何だったのかと思問に感じます。認知症の患者さんにとっては訳が分からないことなので、終末期になってから死にたい場所を尋ねても、答えられないでしょう。自己決定とは、本当に難しい問題であると思います。

私の母は、今、私の自宅と一緒に住んでおります。慢性硬膜下血腫になった時に脳神経外科の宇野先生に助けて頂きました。そして、リハビリ科の山本先生に治療計画を立てて頂いたので、足は丈夫で、身体的には元気です。しかし、確実に認知症が進行し、今朝も「頭がおかしい、

おかしい。」と言っていました。「生きていてもしょうがないので、死にたい。」と何度も言いますので、「その話は、朝ご飯を食べてからにしたらどうか。」と私が言いますと、「はい、はい。」と答えて、食事はしっかりと食べます。本当に死にたいのであれば、食べなければ死ぬるはずであるが、しっかりとご飯は食べるので、死にたくないのだろうと私自身は判断しています。そして、毎日、デイサービスに行きます。帰って来た時に、「今日は楽しかったの。」と尋ねると、「まあね。」と言って、ニコニコしています。死にたいと言っていた言葉は、自己決定と言えるのでしょうか。

これからの世の中、再生医療がますます進んでいきます。恐らく、寝たきりになったら生きる価値がないという判断がなされてしまったら、寝たきり患者には再生医療が使われないのではないかと危惧されます。CTを提示しているこの患者さんは、橋出血です。これくらい出血量が多いと、今の医療では意識は戻らないのではないかと思います。しかし、この患者さんの出血部位である網様体の部分に、iPS細胞を使って作られた新しい神経細胞を送り込むことができれば、意識が戻るかもしれません。橋出血ですので、意識は無いけれども大脳皮質の機能は正常です。認知機能異常は存在しない訳ですので、意識さえ戻れば生活が自立できるようになるのではないかと思います。事実、橋出血で意識が戻った患者さんは、失調症の症状は残存するものの、結構、社会復帰できることが多いようです。医師で、発病後に医師として社会復帰した方もいらっしゃるようです。したがって、iPS細胞を使わないという判断になってしまうと、何の意味もなくなってしまいます。

6. 人の命は誰のもの？

ここでは、宗教的な内容を皆さんに進めるつもりはありませんので、話半分を考えて聞いて

頂いたら結構かと思います。医学会の倫理委員会などで審議される時に、「自分の命は自分のもの」とすることが当然であるかのような前提になっている気がいたします。以前から、その前提が問題ではないかと、私自身は考えるようになりました。実際、3大宗教であるキリスト教にしても、仏教にしても、イスラム教にしても、命の所有者については結構、似たところがあります。「命と言うものは、自分のものではない。授かったもの、つまり神様（キリストでも、仏様でも、マホメッドでも良いのですが）から借りているものである。」という判断が多くの宗教上の統一事項であると思います。人から借りた物を粗末にしてはならないということは道徳的観念であり、同様に命も大切にすることは必要であると教えられます。また、自殺についても、多くの宗教で否定されています。ISなどがジハードと叫んで自爆テロを執行しますが、これは本当のイスラム教ではないと言われていています。本当のイスラム教では命を大切に、自殺は地獄へと通じる道とされています。自分の命を大切にしないということは、宗教上も好まれないことであるにもかかわらず、「死の尊厳」という言葉は、一体、誰が言い始めたのか、私には不思議に思われて仕方ないです。自分の命は借りているものという考え方が正しいとするのであれば、自分の死について自分自身が選択するっていうことは、宗教的には好まれないのではないかと思います。このように考えると、「命の尊厳」は大事なことですが、「死の尊厳」が認められるべきとする考え方に対して、私は疑問に感じています。

最近では、高齢者医療という名の研究から百寿者医療とか百寿者研究という名称へと考え方が変わってきています。つまり、高齢者医療という言葉は、高齢によって生じた障害の苦しみを取り除き、QOLを高めるという後ろ向きのイメージであると思います。そうではなくて、百

寿者研究となると、百歳まで元気で生きられるようにするという前向きのイメージが与えられます。そういう意味においても、死の尊厳ではなくて、命の尊厳が重要ではないかと私自身は思います。

2016年のお盆の際に、私の実家に毎年お参りくださる檀家の住職さんが、私に対して質問をされました。「椿原さん、人は食べるために生きているのでしょうか。それとも、人は生きるために食べているのでしょうか。」と質問されました。その時は突然のことでしたので、答えられなかったのですが、住職さんが帰られてから、じっくりと考えてみました。もし、人が食べるために生きているのだとすれば、食べられなくなったら死ぬしかないのではないかと思います。しかし、人は生きるために食べているのであれば、食べられなくなったらリハビリを行い、嚥下食を与えて改善させるというように、「支援すること」ができるのではないかと思います。住職さんは、そういうことを言いたかったのではないかもしれません。この「食べる」というところを、別の言葉に置き換えて、「人は〇〇するために生きているのか」、つまり、人は生きる目的を考えるべきなのか、あるいは、「人は生きるために〇〇するのか」、つまり、より良く生きるためには何をすべきか、その何れであるかを問われたのだと思います。私もそうだったのですが、恐らく、医大生の皆さんの多くは、若い時から、「人は何のために生きているのか」と考えてきたと思います。でも、はっきり言って、その答えを教えてくれる人は誰もいません。正解がないからです。答えはないので、考え続けたとしても永久に考えているだけのことであると思います。それに比べて、人はより良く生きるために何をすれば良いかということを考える場合、その答えは導きやすいでしょう。まず、自分自身が生きることについて当てはめてみると、より良く生きるためには、

自分自身で行いたい内容を決断して考えていけば良いことだと思います。もし、疾患や障害を持ってしまった人に対して、より良く生きるために何をすれば良いかということになると、役立つ支援を与えることが重要です。特に、医師の場合には、その命を助けるために支援すべきことが少なくはないでしょう。

おわりに

まとめに入りたいと思いますが、今日のお話の中で最も伝えたかったことは、より良く生きることを支援することが命の尊厳に繋がるということです。そして、私自身は、人の命というものを大切にすることを念頭に、41年間の医師人生を送ってきました。それに加えて、医大生の皆さんにもうひとつ伝えたいことは、自分を取り巻く人々に支えられて自己の成長があるということです。私自身は種々の先輩に多くのことを教えてもらって、自分自身の心の形成に繋がったものと思います。医師になる医大生の皆さんには、自分自身が形成されていくのと同様、人に対しても教えることのできる人間になって欲しいと願っています。それは、医学についてもそうであるし、人としての生き方についても教えることができるように成長してください。患者さんは弱い立場ですので、その方々への心を支える立場でもあります。そういう人々に伝える言葉そのものも含めて、医師というのは教育者であるべきです。本日は、独断的なお話となりましたが、これで講義を終了いたします。ご清聴、どうも有難うございました。

