

臨床こぼれ話

臨床文藝医学会

あっちに行きたい

終末期がんを患う 80 代女性が、少しでもよいから自宅に帰りたいと言っている

と病院の先生から相談があったわれわれ在宅緩和ケアチームがその願いを遂げるべく、病院でのカンファレンスに臨んだ時のこと

私は病床の患者さんを訪れた彼女は肩で呼吸をしており苦しそうであった

呼びかけたところ明確に反応があった

私は自宅での生活をお手伝いする医師だと自己紹介をした

すると、彼女は半ば喘ぎながら「もうお家に帰るのは難しい・・・少し動くだけでも苦しい。

もうあっちに行きたい・・・」

通常、このように終末期の患者さんが苦しみながら、「あっちに行きたい」と言った場合、周囲にいる者は「苦しくてもうあの世に行きたいと言っているんだな」と理

解することが多かるう。

そのような時に「あっちとはどこのことですか」と尋ねるのは野暮というものである。

打算的な私は共感を示すつもりで「苦しくてもうあっちの世界に行ってしまいたいんですね」と問いかけた。

「4 階に行きたい」

力なく、しかし明確に彼女は私の問いかけを否定した。

4 階は緩和ケア病棟のある場所で、先日その患者は緩和ケア病棟の面談を済ませていた。

「苦しくてもうあの世に行きたい」と言いたかったのではなく、

「苦しいから自宅ではなく緩和ケア病棟に行きたい」と言いたかったのだ。

私は自分が度のきつ過ぎる冗談、冗談ではすまない冗談を言ってしまったことに気がつき、恥じ入るとともに失礼をお詫びした。

その後、彼女は希望通り緩和ケア

病棟へと移動した。
おバカな私のはやとちりである。
(2020/9/29 素寒)

下顎呼吸のポジティブティ

あるお看取りから数日後のこと
「先生に下顎呼吸のことを教えてもらっていたので、もうすぐに（父が）亡くなってしまうと思い、家族・親戚で父親を囲みお別れの挨拶をすることができました」と娘さんが挨拶にきてくれた。

私は、医療従事者ではない一般の方が、下顎呼吸を適切に見抜き、心の準備をできたことにとても驚いた。

事前に下顎呼吸が何かをお伝えしたのはかく言う私ではあるのだが。

下顎呼吸は、顎であえぐような呼吸のことを言う。

われわれ医療者は下顎呼吸を見ると、この患者さんは後数時間で亡くなる、と判断する。

医療従事者でない一般の人から見れば、喘いでおり苦しいのだろうかとヤキモキする呼吸である。

その下顎呼吸のことを、高名な徳永進先生は、「死への旅立ちの呼吸のよう」と表現する。前述の通り、医療者にとって下顎呼吸は命がまさについえることを示すネガティブな兆候である。

しかし、徳永先生はそれを反転させた。死への旅立ちのポジティブな準備として。

一見、苦しんでいるように見えるけれど、実は苦しんでいるのではなくて、太古の昔から人間が生を終え、死の旅路へ向かう時にする準備の呼吸ですよ、と説明すると、家族は大変安堵される。

考えて見ればお看取りの際、医師の仕事は実にネガティブである。医師が最低限確認しなければならないのは、いわゆる死の三兆である。

呼吸の音が聞こえ無い、心臓の音が聞こえ無い、目に光を当てても反射が無い。

これら三兆をもって、死がここにあると宣言する。

つまり、無をもって、無がここにあると宣言する。

医師は宗教者ではないから死後の

世界を具体的に説く責務はない。
忙しい当直の夜に、これまで関わったことのない患者が亡くなるということもある。家族の前で、死の三兆をもって死を宣言し、そそくさと救急医療の現場に戻らなければならぬ場合も多々ある。
医師は臨終においてネガティブな役割しか果たすことができないのだろうか。

私は徳永先生の表現を参考にすれば、臨終においてもポジティブな役割を担うことができると考えている。

具体的に死後の世界について説くことはなくとも、漠然と「あちらの世界への旅立ち」と表現することはできる。
終えるのではなく、始まるのだと。

最近、ヒガンバナが咲いている。
彼岸（ヒガン）はそのまま「あちらの世界」である。

厳密にはこの「彼岸」はサンスクリット語からの翻訳で「悟りの地」を意味するから、われわれが漠然と思う死者がいく「あの世」のことではない。

一方で、ヒガンバナには曼珠沙華、死人花、幽霊花などの別名がある。確かに群生するヒガンバナをみているとえも言えぬ心持ちになってくる。あの怪しげな紅。

曼珠沙華 消えて 大地に骨ささる
(三谷昭)

日本語の「あの世」や「あちらの世界」は頻繁に使うことはなくとも、死語では全くない。

われわれがもつ素朴な「あの世」を想定しながら言葉を紡いでいくことは、ただちに「それは宗教的言動だ」として退けられるべきものではない。肯定表現が看取りを迎える家族に安心を与えることもあるようだ。

そのようなボキャブラリーを開拓することで、臨終において医師は否定に加えて肯定的な営みができるのではなかろうか。

(2020/10/12 素寒)

Prisoner

人工呼吸器をつけた患者さんが亡くなり、家族は病院へ向かっている途中。いつ呼吸器を外そうか、

このことで看護師さんと若干モメた。呼吸器がついているので胸郭が運動し、患者さんはあたかも呼吸をしているかのようだ（ペースメーカーでも相似した問題は生じる）。私は、モニターや呼吸器、あらゆるデバイスがついた状態の人を見るのがそもそも、好きではない。すぐに外してしまおうとした。ところが看護師さんはそんな私を制し、家族が来るまで待つべきだと言った。つづいて、倫理観が問題なのだ、と看護師さんから言われたため、柄にもなく私の陰性感情が募ってしまった。（外すかつけておくか、事前に打ち合わせしていないのなら外せない、とも言われそんなこと生前にホンマに決めるんかいな、と思ったりもした。）

こんなとき大切なことは遺される家族さんがどう思われるかと想像すること、そして医師より長く患者にふれてきた看護師さんと息をあわせることだ。そうでないと医療の空気が醸成されない。

看護師さんが指摘された真の対象は、私がお場に居合わせたスタ

ッフの理解を得ようとするような態度を取らなかったことであった。後に私の指導医は、その時呼吸器を外すかつけておくかは正解の無い問題だが、私が私の考えにとらわれていたことを指摘した。私は大いに反省するとともに、批判していただいた看護師さんと指導医に感謝した。

されこの方のご家族様には、説明をした上で呼吸器を止めた。生物的に死亡してから30分くらいは経過していたが「死に目にあえた」と家族は満足されているようにも見えた。今回は看護師さんの選択が正しかったようだ。

(2020/11/16 H)

病院と在宅療養の違い

① 医療者が患者のもとへ行くまでにかかる時間

・病院：ナースコールを押して数分

・在宅：看護師に相談してから30～1時間後（夜間は特に）

② 点滴の種類、在庫

・在宅では、3,4回/日の点滴は困難

従って、例えば抗菌薬の場合、ペニシリン系はまず使えない。

もっぱらセフトリアキソン。

・基本的に末梢ルートはとらない。

ルートをとった後に、自己抜去のリスクが病院より高い。

脱水補正目的であれば、皮下に留置し、生食などを 500ml/日滴下する。

しかし例えば老衰なら浮腫などデメリットのため数日で中止となる事が多い

例外) CV ポートがある場合

・たくさんの在庫を抱えられない

③ 病棟と違って、カルテの共有ができず、方針を伝えづらい

・難しいケースは朝礼後に毎朝カンファレンスをした方がいい

・その内容を簡潔にまとめ、訪問看護 ST や薬局など関係各所に送った方がいい

(2021/1/10)

「さよなら」を臨床医学に

「さよなら」を臨床医学に取り戻そう。

その責務がわれわれにある。

ある宗教学者は、死によって無に帰すのではなく、「死はお別れ」と認識するようになった途端、死の恐怖が和らいだ、と自らの闘病生活を振り返った。

別れる。

では、その人はどこに？
患者に具体的な信仰があれば、その信仰に合う彼岸を前提とすればよいだろう。

しかし、神無き現代において、我々医療者が彼岸について具体的に言及することは難しい。

具体的な神は無い。

しかし、something great は存するか。

死の表現は様々にある。

終焉、絶命、永眠、死没

などと単に終わりを告げるものもあるが、

逝去、他界、辞世、不帰

などと移動を示唆する表現も多い。

しかし、どこに？

「さよなら」は世界一美しい離別の言葉。

アン・リンドバーグがそう賞賛したというこの言葉は離別を直接的に示してない。

「左様であるならば」
我々は死別に際して、どこかへ移動することを漠と想起しながら、「左様ならば」とおおらかに生を総括し、死と向かう。
これら素朴な言葉の中に、われわれの死に対する素朴な感覚が伺える。
翻って、現代の臨床医学は、この別れの様態をどのように捉えているのか。
「呼吸音、心音、対光反射がない」
医師はこの 3 つのないをもって、死があると診断する。
カルテにも「～時～分、死の三兆をもって死亡確認した」とのみ記載する。
医学的な死の記述として、この一行のみが記録として求められる。
もちろん、その時家族の誰がどのように振る舞ったかを記載する場合もある。
しかし、必要十分な記載は、この一行である。
「ない」という死の三兆が「ある」。よって、死が「ある」。
ないがあるからある
考えるほどに思考が迷子になる。

悪い冗談のようにも思える。
しかし、この冗談ともとれるロジックを展開しなければならない、やむにやまれぬ事情がある。
主治医といえど、24 時間側にいることはできない。
急性期病院において、一睡もできない当直勤務を終えた夜に担当患者が亡くなることもある。
弁明のようで心苦しいが、われわれの体力にも限界がある。
そのような激務を緩和するために、当直医が担当では無い患者の死亡診断を行う。
会ったこともない、すでに生体反応の途絶えた患者に、上記三つの無いでもって、死を宣言する。
このとき、死の 3 兆以外の何かを見出すことは不可能と言える。
しかし、だからと言って、死別を常に死の 3 兆で切り取るのみで済ませてよいわけではない。
と私は考える。
われわれは否定ではなく、肯定でももって死と向き合うことができるだろうか。
「さよなら」についての考察が、

死の肯定性を捉えるヒントをくれるだろう。

「さよなら」を臨床医学に。

(2021/2/8)

エピソードは随時募集しております。応募は下記のメールアドレスまでお願いいたします。

rinshoubungeigakukai@gmail.com