

### 心不全の予防と治療

#### 速報 上皇さま 心不全と診断 現在は改善傾向

§はじめに

上記のような速報が 7 月 26 日 (火曜日) に出されました。上皇さまは冠状動脈バイパス術後であり、宮内庁病院などで綿密な経過観察がなされていたはずですが、なぜこのようなこと発生するのでしょうか？これは診療の不手際ではなく、上皇さまに以前から存在していた心臓の中の三尖弁という弁の逆流が増強して右心不全に至ったもので、非常に珍しいタイプの心不全です。当方でも三尖弁逆流による右心不全が発生し、薬剤での治療に反応しないため、急性期病院に紹介して手術を受けた方が二人います。

最近全世界的に心不全の発症が増えています。パンデミックという言葉は新型コロナウイルス感染症のような感染症に使う言葉ですが、心不全の患者さんがあまりにも急激に増えているため「心不全パンデミック」という用語が使用されるようになりました。ただし、現在多く発生している心不全は、上皇さまのような三尖弁逆流による右心不全ではなく、心臓の左心室の機能不全による左心不全です。当方でも最近 80 歳前後の方が相次いで急性心不全を発症し、一人は急性期病院で入院加療を受け、もう一人は当方の外来での薬剤調整で改善しました。二人とも心不全を発症する前は極めてお元気で、一人の方は、コロナ前は頻りに海外旅行に出かけるほどの達者な方でした。今回の『藍色の風 第 98 号』では急激に増加してきている心不全に関して、その疫学と病態、さらに予防策や治療について記載することにしました。

§心不全増加の原因

2021 年の日本人の平均寿命は新型コロナウイルス感染症の影響があって 10 年ぶりに前年を下回り、女性が 87.57 歳、男性は 81.47 歳であると厚生労働省が発表しました。日本人の平均寿命は「なんとなく、ずっとこのくらいだっただろう…」と思っている人が多いでしょうが、1900 年初頭 (明治 30 年頃) までの平均寿命はなんと 40 歳程度だったのです。そのような厳しい状況に対して、日本では感染症や生活習慣病への対策が奏功し、現在のような長寿命が得られるようになりました。そういった高齢化に伴って増加してきたのが心不全なのです。

右のグラフは日本における心不全入院患者数の推移を、現在の発生数から将来を予測したものです。心不全の患者数の増加とともに、認知症を合併した超高齢の心不全患者が 2035 年までは増加し、その後の患者数はほぼ一定となり、最終的には心不全で入院した患者の内、3 人に 1 人が認知症であろうと推測されています。このような状態になれば、医療の側の負担がかなり強くなることが予想されます。認知症になっても自宅でゆっくり過ごせればよいのですが、認知症に心不全が合併してしまうと入

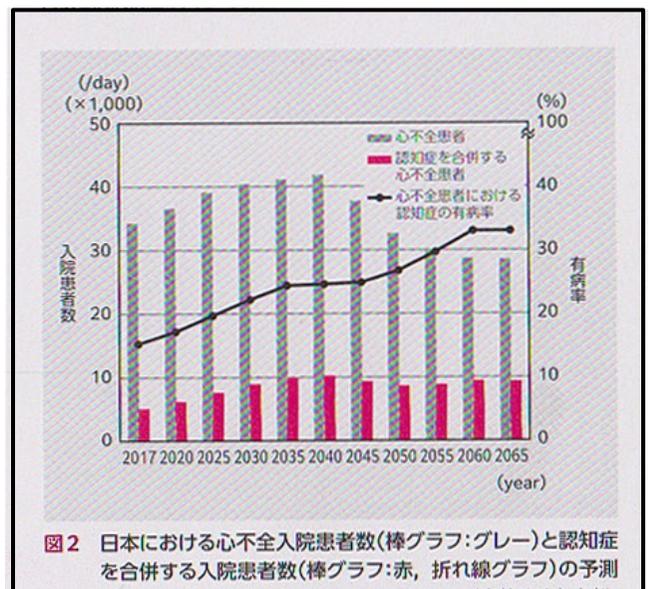


図2 日本における心不全入院患者数(棒グラフ:グレー)と認知症を合併する入院患者数(棒グラフ:赤、折れ線グラフ)の予測

院せざるをえず、入院生活はその方にとってかなり負担の強いものになってしまうでしょう。そういった事態を避けるためにも、心不全の発症を予防しなければなりません。

### § 心不全の発生状況

心不全という言葉は聞いたことはあると思いますが、狭心症、心筋梗塞症また、急性大動脈解離といった医学用語に比べて、恐ろしさはあまり感じないのではないのでしょうか。右のグラフは日本循環器学会が作成したものです。2017年から2021年までの日本における急性心筋梗塞と心不全の年度別入院患者数と入院中の死亡数とをまとめたものです。死亡数の数字が小さくて、読み取りにくいかもしれません。

急性心筋梗塞の入院者数が年間7万人弱なのと比較して、心不全の入院患者数は年間25万人前後で、心不全の入院患者数が圧倒的に多いことがわかります。そしてそれぞれの疾患の入院中の死亡数ですが、急性心筋梗塞では年間6,000人台の死亡ですが、心不全は2万2,000人前後の死亡であり、急性心筋梗塞の約4倍の人が心不全で死亡していることがわかります。「心不全って、たいしたことはない」と侮ってはならないのです。

### § 心不全とは何か？

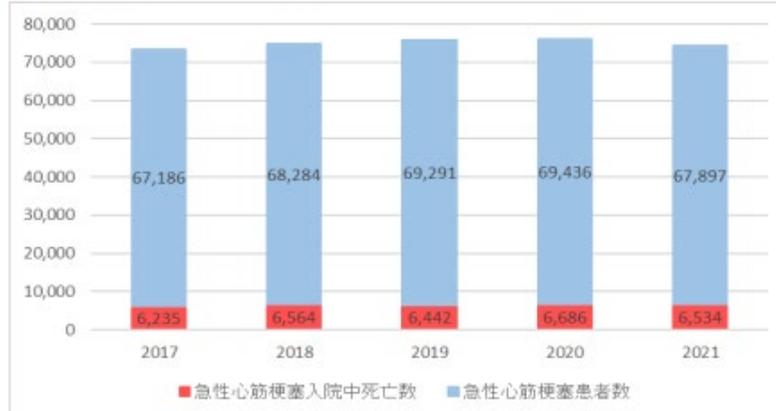
一般の人向けに心不全を分かりやすく表現すると次のようになります。「心不全とは、心臓が悪いために、息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気です」心不全は高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙などの生活習慣病の危険因子が集まって加齢に伴い心血管障害を発生させ、最終的に死に至ります。心不全の原因疾患として、狭心症や心筋梗塞といった虚血性心疾患、高血圧性心疾患、大動脈弁狭窄症などの心臓弁膜疾患、肥大型心筋症、拡張型心筋症といった心筋症、高齢になった未治療の先天性心疾患、心房細動などの不整脈、甲状腺機能異常などの内分泌疾患等が挙げられます。当方に通院中の内のほとんどの人が、将来の心不全発症の対象となります。

我が国では人口の多い団塊の世代に加えて、団塊ジュニア世代の人口も多く、その二つの世代が65歳以上となる2035年を境にして、前述の心不全パンデミックが発生すると予想されています。その到来を避けるためにも心不全への正しい知識を増やし、その対策を講じなければなりません。今回の『藍色の風 第98号』で、心不全関連の知識を増やしてもらおうと思っています。

### § 心不全の出現から心不全が進んでいく過程

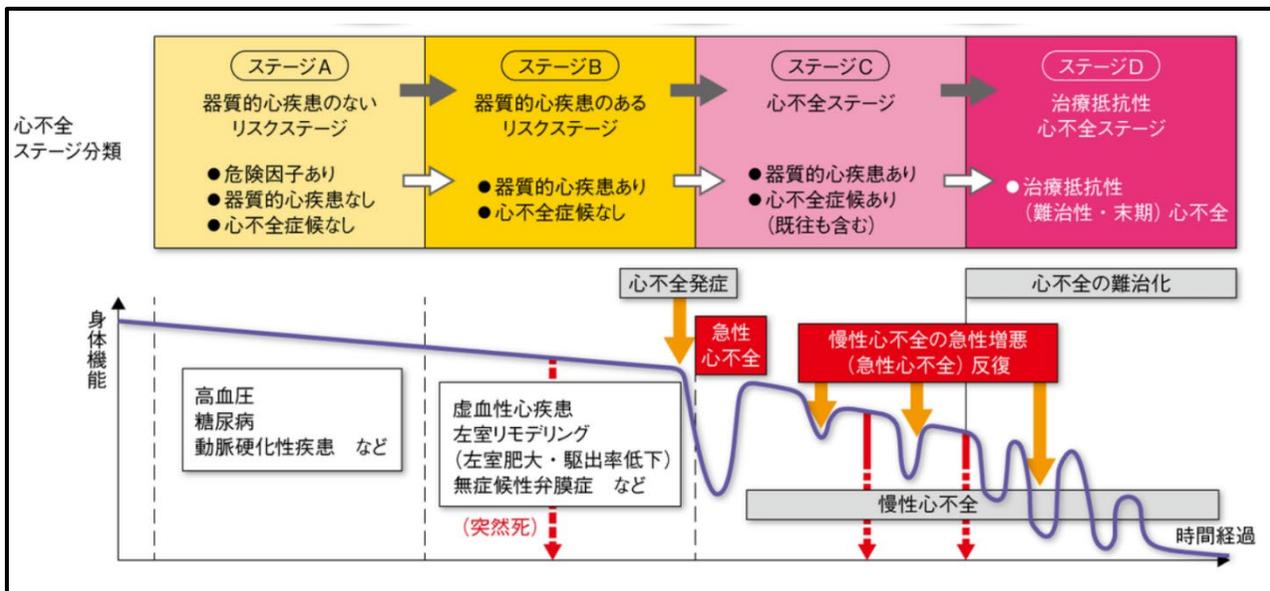
日本循環器学会と日本心不全学会が共同して心不全のガイドラインを作成していますが、その中に心不全がどのように進んでいくかということを図式で説明しています。それを次頁に示します。図の左上、ステージAというのは高血圧や糖尿病、脂質異常症、喫煙等の危険因子が存在するだけで、狭心症や心筋梗塞、左室肥大、大動脈弁狭窄症、心房細動などの心臓病がまだ表れていない状態を指し

7.1.1 急性心筋梗塞患者数・死亡数



7.1.2 心不全入院患者数・死亡数





ます。自覚症状はまったくなく、極めて元気な状態です。当然心不全兆候は全くありません。このステージAを經由して次のステージBに移ることがあります。このステージBは狭心症や心筋梗塞、大動脈弁狭窄、心房細動などの不整脈、高血圧によって生じる左室肥大などの明らかな循環器系の病気が生じた状態ですが、まだ心不全症状は生じておらず、心不全症状が出現する前段階です。当方に受診されている方の中にはこのステージBの方も多いです。ステージBの次がステージCです。この状態では息苦しさや体重の増加、足の腫れ、食欲低下などの心不全症状が生じる段階です。ステージCのそういった症状の治療が外来でできない場合には、入院しての治療が必要になります。このステージCに至ると元のステージBに戻ることはなく、じわじわと病状が進んでしまいます。それがどの程度のスピードで進行するかは治療方法や個人の疾患程度によるため、予後の見通しを明確に説明することは困難です。心不全を繰り返さないようにするため、薬剤や生活の調整がどうしても必要になる段階です。しかし前述したように、このステージCはステージBに戻ることはなく、徐々に次のステージDへと進みます。このステージDは種々の治療をしても病状の改善が困難になり、外来の治療ではコントロールできず、間欠的または継続した入院が必要になり、いわゆる終末期のケアが必要になってしまう段階です。

こういった心不全のステージを進行させないためにはステージAの段階から、前述の危険因子をもった人々はその将来像を知って、危険因子をきちんとコントロールすることが是非とも必要なのです。血圧は200mmHgを超えても大丈夫とか、高血圧は放置しておいてよいとうそぶく不埒で不勉強な医師が依然として存在しています。そういった医師の言説やいい加減な週刊誌の記事に惑わされないように、将来の心不全を発症させないために、しっかりと心不全の知識を身に付けて下さい。

なお、心不全を発症してからのどのくらい生存できるかという報告があります。世界の平均では心不全を発症してから30日以内の死亡は2~3%、1年以内の死亡率は15~30%で、5年生存率は50~75%と報告されています。また東京大学医学部小室一成教授の報告では13,000人の心不全患者の生存率を調べたところ、4年生存率は55.8%であり、癌よりも予後が悪いと指摘されています。

#### § ステージA、ステージBの人が気を付けるべきこと

当院通院中の方々の中には、前の項目で心不全のステージA、つまり心臓の病気が全くなく、将来心不全になる危険因子だけが存在する方が多いです。こういった危険因子が無い人は当院に通院していませんので、当然と言えば当然ですが…危険因子があっても普通の生活で何ら自覚症状がないため、特に気にされていないかもしれません。しかし、将来、安定した高齢世代に至るためには、ステージAから心臓病が生じるステージBへの移行を防がなければなりません。そのためにすべきことは、自分に存在する一つ一つの危険因子をきちんとコントロールするという事に尽きます。高血圧や糖尿病、脂質異常症などを放置し、喫煙も続ける状態であれば、早晚ステージBに移行してしまうでしょう。危険因子の先をみる眼力を養って下さい。そして医師の私だけではなく、看護師、検査技師、管

理栄養士、また事務職員も共に皆さんの危険因子をコントロールして病状を進行させないようにそれぞれの持ち場で工夫をしています。

次に残念ながらステージBに達してしまった場合にどうすべきかを考えてみます。狭心症、心筋梗塞や大動脈弁狭窄症、高血圧性の左室肥大、心房細動などが生じてくると、将来の心不全発症の危険性が増してきます。ステージBになった方は発生してしまった心臓の病気を進行させないようにし、同時に心不全の発症を予防することが必要になります。心臓関連の病気の進行を予防するためにはくどいようですが、血圧や糖尿病のコントロールをしっかりとすること、悪玉コレステロールや中性脂肪もきちんとコントロールすること、生活の中に有酸素運動を加え、食事の調整をして体重も適切に制御することが求められます。喫煙は論外です。狭心症や心筋梗塞になった方、またこういった疾患でカテーテル治療や冠動脈バイパス術を受けた方、大動脈弁狭窄症を指摘されている方、心臓弁膜症の手術を受けた方、高血圧による左室肥大を指摘されている方、心房細動のある方は、それぞれの疾患を進行させないように、自身の危険因子を確実にコントロールすることが必要です。将来の心不全発症を避けるためです。

ステージBの人にとっての心不全の発症予防策としてもう少し具体的に記載すると次のようになります。①薬の確実な服用：服薬忘れによって病状が悪化することがあります。②塩分、水分の過剰摂取を防ぐ：塩分の過剰摂取で血圧が上昇し、また水分の過剰摂取で循環血液量が増加して心臓に負荷をかけてしまいます。③感染症に気を付ける：インフルエンザ、肺炎、新型コロナウイルス感染などで病状が一気に悪化することがあります。ワクチンなどでの予防策が必要です。④適度な有酸素運動を続ける：有酸素運動ではNO(一酸化窒素)という血管拡張物質が分泌され、心臓の負担を軽減して心臓を保護することにつながります。⑤肥満解消に努める：余分な体重はその部分に血液を送らなければならず心臓には負担になります。⑥ストレスを軽減させる：ストレスでは血圧上昇や血管の痙攣が生じることがあり、心臓には不利な状態となります。⑦自覚症状や他覚所見を見逃さない：「息切れ、体重増加、腹部の膨満、足の腫れ、食欲不振、倦怠感、手足の冷感、血圧低下など」を見逃さない。

以上のような事項に気をつけて生活して下さい。自覚症状や他覚所見に関して判断に迷うときには、受診時に看護師や私に相談してください。また前記のような症状が生じたときに、受診日までまだ日がある時にはクリニックに電話して病状をお知らせ下さい。

右の図表は循環器病学会が提案している心不全を発見するためのセルフチェックリストです。①～③は心不全を発症する方の背景を示しています。④～⑩は心不全によって発生する症状を示しています。①～③に該当する人で④～⑩の症状が生じたときには私に相談する必要があります。ただし、これらの症状があれば必ず心不全が隠れているという訳ではありません。例えば⑤の症状は前述の危険因子や基礎疾患が無くて、太っているだけで生じることがあります。⑦の症状も前立腺肥大があったり、水分の過剰摂取をしたりしている人にも見られます。④～⑩の症状があれば必ず心不全が隠れているというわけではありませんが、その原因を突き止めておく必要はありますので、こういった症状があれば看護師や私にお知らせください。

#### § ステージBにおける治療

心不全のステージAからステージBに至った方の治療で、最近目覚ましい進歩が見られるようになりました。そのことについてお知らせします。

ステージBに属する人々の中で、心臓の収縮力が正常範囲に維持できている方と、心筋梗塞などで心臓の収縮力が低下している方があります。心筋梗塞を発症しても急性期病院で上手に治療を受け、何の障害も残っていない幸運な方もいます。逆に残念ながら心筋梗塞を起こして治療がうまくいかず、心臓の収縮力が低下してしまった方もあります。こういった二つのグループがステージBには存在します。

**今すぐ、心不全セルフチェックを!**

① 生活習慣病(高血圧・糖尿病・脂質異常症)にかかっている、喫煙をしている、または、過去に抗がん剤の投与や放射線治療を受けた。	はい・いいえ
② 心臓の病気(左室肥大・心筋梗塞・弁膜症・不整脈・心筋症・心不全等)と言われた。	はい・いいえ
③ 血縁関係のある家族(両親、祖父祖母、兄弟姉妹等)に心臓の病気や突然死した方がいる。	はい・いいえ
④ 息切れ、胸痛、胸部不快感、動悸がある。	はい・いいえ
⑤ 靴をはくときなどがみだんだり、お辞儀の姿勢をすると苦しくなる。	はい・いいえ
⑥ 夜間に咳が出たり、就寝中や横になったりすると、息苦しくなり起きると楽になる。	はい・いいえ
⑦ 夜間、おしっこに起きることが多い。	はい・いいえ
⑧ 1週間で合計2kg以上の急激な体重増加がある。	はい・いいえ
⑨ 手足がむくむ。	はい・いいえ
⑩ 手足が冷たく、慢性的な疲れを感じる。意識を失ったことがある。	はい・いいえ

日本循環器学会作成資料より

このステージBのグループの中で、心臓の収縮力が正常に維持できている人々を（心正○）とします。心臓の収縮力が低下している人を（心低▲）とします。この（心正○）グループと（心低▲）グループを比較すると、（心低▲）グループの方が心不全のステージCに進みやすいと想像されます。しかし、事実はそうではなく、（心正○）と（心低▲）は、ほぼ同じ比率で心不全のステージCに移行しているのです。これは驚きです。（心正○）グループだから大丈夫とは言えないのです。それは（心正○）グループの人は、心臓の収縮する力は保たれていても心臓が広がる力、いわゆる拡張能力が低下していることが多いのです。心臓は収縮できるけど広がりにくいという状態です。これを拡張障害と言いますが、右写真の灯油ポンプをイメージして下さい。ポンプ部分を握ると灯油を送り出すことができます。そのポンプ部分を緩めると灯油缶の中から灯油を吸引して次に送る準備をします。しかし、このポンプ部分が広がらないと次に送る灯油がポンプ部分に入ってこず、灯油を送ることができません。



高血圧で左心室の筋肉が厚くなる左室肥大が引き起こされると、左心室にこの拡張障害が生じてしまうのです。こういった拡張障害が生じている人が過剰な水分摂取をして循環血液量が多くなった場合には、それに対処しようとして心拍数が多くなります。しかし心臓の拡張障害があると左心室が速やかに拡張して血液を左心室に取り入れることが困難になり、その結果増加した循環血液量を送り出すことができず、心不全になり得るのです。また、ストレスや薬の飲み忘れなどで血圧が急に上昇した場合には、その圧力負荷が左室心筋への負担増となり、心不全に至ってしまうことがあります。（心正○）グループだからと言って安心できないのです。

#### § ステージBからステージCに進ませないために創出された薬

それでは心不全ステージBから心不全ステージCに進ませないようにするために、医療面でどのような進歩があるか、お知らせします。

（心低▲）グループに関しては非常に有益な治療方法が確立されてきました。それが証明された大規模試験の結果をかいつまんでお知らせします。PARADIGM-HF と名付けられた大規模試験ですが、その結果が2014年にNew England Journal of Medicineという雑誌に掲載されました。これは（心低▲）の人に対して、従来から心不全発症を予防する効果があるとされているACE阻害薬（レニネース）を投与したグループと、あらたに作り出された「エンレスト」という薬剤があり、それを投与されたグループとを比較しています。このエンレストという薬を投与して、心臓や大血管疾患で死亡する確率や心不全で入院する確率が従来薬よりも改善するかどうかを調べたのです。この大規模試験では従来のACE阻害薬を使用した人が4,212名、エンレストを投与された人が4,187名でした。この試験は2019年12月から登録が開始されましたが、2014年3月時点での中間解析が行われ、エンレストの有効性が明白になりました。このため、このままこの試験を継続するとACE阻害薬を投与されている人が不利になってしまうとして、この大規模試験はその時点で中止されました。エンレストを投与したグループの方が心血管死、心不全での入院、他のすべての原因を含めた死亡のすべての項目で発生頻度が約20%も低下していたのです。この結果を知り、私も驚きました。

#### § エンレストとはどんな薬だろう

それではこのエンレストという薬はどんな薬で、なぜそのように効果的だったのか説明します。私たちは毎朝起きて朝食をとりまします。（朝食抜きの人もいますが…）仕事をする人、学校に行く人、趣味の世界に没頭する人など、人によって様々な過ごし方をしています。合間に昼ご飯をとりましますが、昼寝をする人もいます。日暮れには夕食を済ませ入浴などをして眠りにつきます。そういった日々の暮らしを支えている体の仕組みに関して、多くの人は何の疑問も抱かずに過ごしています。心臓や肺の仕組み、血液の流れなどの知識は広まっていますが、私達の体の中のミクロの世界の働きに関しては、ほとんど知られていません。そんなことを知らなくても楽しく生活はできるのですが、人生の後半に発生しやすい心不全を避けるためには、こういった体の微細な仕組みについても知っておくと役に立ちます。体内の微細な仕組みということに関しては膨大な研究やその成果があるのですが、それをすべて私が説明することはできません。心不全を予防することに限定して、その一部を記載することにします。

エンレストという薬は二つの成分で出来上がっています。一つはネプリライシン阻害薬という物質です。もう一つがアンジオテンシン受容体拮抗薬（略してARBといいます）で、ARBはすでに服用

している方も多いです。ARBの中にはプロブレス、ディオバン、ミカルディス、ニューロタン、オルメテック、アジルバ、イルベタン＝アバプロという7種類のARBが日本で使用されています。「その薬、私も飲んでいる」という人も多いことでしょう。このARBの中のディオバンという降圧剤とネプリライシン阻害薬であるサクビトリルという薬を1：1で結合させた薬がエンレストです。

ネプリライシン阻害薬といっても初耳の方が殆どだと思います。ネプリライシンという物質は我々の細胞内で合成される酵素で、体内のいろんな部分に存在していますが、腎臓に最も多く確認されます。その役割は体内に多種類存在する液性分子を分解することです。分解する対象となる液性分子で心不全に関して何が問題になるかと言えば、血管作動性ペプチドです。ここでまた血管作動性ペプチドという難しい言葉がでてきましたが、嫌にならずに読み進めてください。血管作動性ペプチドとは何かといえば、血管を拡張させたり、収縮させたりする作用をもつ物質の総称です。ペプチドという言葉も耳慣れないですが、ペプチドとはアミノ酸でできた物質で、アミノ酸が50個以上結合してできた物質がタンパク質であり、2個から49個のアミノ酸でできた物質がペプチドと呼ばれます。ですから、ペプチドというのは小型のタンパク質と考えていただいてよいです。

さて、ネプリライシンが分解する血管作動性ペプチドにはどんな物質があるかといえば、今回のテーマに即したものではANP (atrial natriuretic peptides：心房性ナトリウム利尿ペプチド) やBNP (脳性ナトリウム利尿ペプチド、brain natriuretic peptides) といった物質です。ANP BNPという物質名も初めて聞いた方が多いと思います。心不全の時には循環血液量が多くなり、心房や心室に負担が生じて心房、心室がパンパンに腫れますが、その時にこのANPは心房から、BNPは心室から血液中に分泌されます。このANP, BNPにはどんな作用があるかと言えば、動脈を広げて血液を流れやすくし、利尿効果で余分な水分を排泄させることができます。こういった作用は心不全で負担が強くなった心臓を楽にさせることができ本当に役立ちます。それならこの血管作動性ペプチドであるANPやBNPが分解されず、体内に長く残るようにすれば、心不全の心臓にとって有利になると推測できます。このため世界中の研究者がネプリライシンの機能を阻害してANPやBNPが分解されず、体内に残れるようにする物質、つまりネプリライシン阻害薬を探し始めたのでした。

この目的のためにCandoxatrilというネプリライシン阻害薬が開発されて高血圧患者に投与されたのですが、予想に反して血圧低下作用などの有用な反応がありませんでした。なぜかといえば、ネプリライシンは前述のANPやBNPといった物質のみならず、体内の他の血管作動性ペプチドも分解しているのですが、その中にアンジオテンシンⅡやエンドセリンという昇圧作用のある物質をも分解していたため、そういった物質が分解されずに体内に残ってしまいました。このため、血圧が上昇してよい結果が得られなかったのです。

この弱点を改善するため考えたのが、アンジオテンシンⅡを抑える効果のあるARBという降圧剤（前述したように日本では7種類のARBが発売されています）と、ネプリライシン阻害薬を引っ付けて服用させるという工夫でした。そして登場したのがサクビトリルという名前のネプリライシン阻害薬とARBという降圧剤の中のバルサルタン(商品名ディオバン)を1：1で結合させた薬剤でした。これがエンレストという製品なのです。そしてその効果を確認するために行った大規模試験が前述のPARADIGM-HFと名付けられた大規模試験でした。

私たちの体の中の目に見えない働きを調べ、それを上手に利用して作り上げた薬がこのエンレストという薬でした。心機能の低下した方に対して将来の心不全や心臓血管死を減少させるために、私もエンレストの処方を開始しています。ただ、新しい薬剤であり、薬の宿命として当初は予想できないような現象が生じることもあるため、投与した方々の経過を慎重にみています。また、このエンレストは心機能の低下していない単なる高血圧の方にも処方することが可能になっています。エンレストのもつ腎保護作用や利尿作用などのメリットが、心機能低下のない高血圧の方にとっても良い効果が期待できそうです。世界中の投与実績を確認しながら処方をしていこうと思っています。

§ 終わりに

このエンレスト以外にも、心機能の低下した方に使用するとその予後が改善することが分かってきた薬剤があり、適宜併用しているのが現状です。今回心不全に関していろいろと記載しました。最初に書きましたように、心不全の予後は癌の予後よりも悪く、将来心不全を発症させないよう、十分注意して生活して下さい。不明の点は看護師や私にお尋ねください。【坂東】

コラム：ANP (atrial natriuretic peptides：心房性ナトリウム利尿ペプチド) が発見された経緯  
1981年にカナダの de Bold という研究者が興味深い実験結果の報告をしています。心臓の心房組織の抽出物をラットに注入したところ、ラットはナトリウムを多量に含む尿を排泄したというものです。この報告を端緒として、心房組織にどのような物質があるのかという研究が進み、その物質が同定されました。それが現在 ANP (atrial natriuretic peptides) と呼ばれているものです。

この ANP は主に心房で合成されて貯蔵しており、必要に応じて分泌されホルモンとして作用しています。この ANP は血中に分泌されると、末梢血管を拡張させることによって血管抵抗を下げるため、心臓が血液を送り出す時に送り出し先の動脈が広げられて、心臓は楽に血液を送り出すことができます。またこの ANP が腎臓に作用すると、ナトリウムを含んだ水分の排泄を促進させるため尿量が多くなり、心臓の負担を軽減することになります。この二つの作用のため、ANP が働くと、血圧が下がり心臓の負担が減少します。ですから、高血圧があったり、身体に余分な水分あったりすると、この ANP という物質が非常に役立つことがわかります。なお、ヒトの ANP のアミノ酸配列を決定したのは寒川賢治という人ですが、この方は昭和 23 年に板野郡板野町で生まれ、徳島中学、城南高校、愛媛大学、大阪大学へ進まれ、研究を深められました。【坂東】

大事な方を亡くされ、途方に暮れて悲しみに沈んでいる方に診察室で出会うことがあります。何とお声をかければよいか、私も言葉に詰まります。『藍色の風 第 89 号』でも紹介した高橋源一郎さんが 2 冊目の人生相談関連の書籍『居場所がないのがつらいです』を出版されており、そこに以下のような回答例がありました。大事な方に先立たれた時の考え方として役に立ちそうで紹介しておきます。【坂東】

## 質問

姉が昨年 12 月、自分で命を絶ちました。前年に夫（私にとっては義兄）を亡くして法事などに追われ、昨年夏ごろからだんだん元気がなくなっていました。11 月に姉妹で旅行もしましたが、その後、何も書き残さず旅立ったのです。姉は義兄のところに行きたかったのだと思いますが、自ら命を絶つことはせず人生を全うしてほしいです。姉の自死をどう受け止めればよいのでしょうか。高橋先生の考えをお聞かせください。(69 歳・女性)

## 回答

先日、ある人を「しのび会」に行ってきました。会場にはその人の写真が飾られて、生きてるときと同じようにほほえんでいて、たくさんの人たちが、その人が生きていたときの話をしました。すてきな話ばかりでした。そして、みんな心の底から、その人が逝ってしまったことをかなしんでいたのです。けれども同時に、その会場にあったのはかなしみだけではありませんでした。たくさんの素晴らしいものを遺していったことへの感謝の気持ちがあふれていたように思います。もちろん、わたしも同じ気持ちだったのです。

親しい知人が突然、自死を選んだ後、大きな衝撃を受け、なぜだったのだろうと考えました。けれども、いくら考えてもわかりませんでした。

大切な人が亡くなった後、どうしても聞いておきたいことがあったのに、話しておきたいことがあったのに、と後悔に苛まれました。

そんな経験をいくつも積み重ねて、いまは、こう思えるようになりました。

誰かが亡くなると「もうこの世にはいない」と考える。ふつうは。でも、そうじゃない。ふり返れば、生きていたころの彼らの顔つき、ことは、彼らと共にあったときの感情が蘇るはずです。彼らは「この世にいない」のではなく、わたしたちは「ふり返れば、いつでも彼らがいる世界」に生きているのです。彼らによって生み出されたわたしたちが、彼らのことを忘れぬ限り、彼らもまた、いつまでも死ぬことはないのだと思います。



