



## 広島原爆被爆者養護ホームにおける 高齢者の医療と生命倫理

生協さえき病院内科  
岡 田 浩 佑

2012年4月から6年間、私は広島原爆被爆者の特別養護ホーム神田山やすらぎ園の診療所の所長（非常勤医師）を務めた。広島文化学園大学看護学部の授業科目に疾病治療論各論というのがあり、血液疾患について呉市広にある中国労災病院の阿部和弘医師が講義を担当されたことがある。2018年4月から診療所長を、この阿部医師に交代していただき、私は看護学部学生の実習を引き受けていただいたことのある、福島生協病院と同じ広島中央保健生活協同組合に属する、広島市佐伯区五日市町にある病院で、内科医師として勤務を始めた。昨年広島県医師会の副会長や、広島市安佐北区と安佐南区の医師による安佐医師会会長をされたことがあり、私が広島大学医学部在籍時代に、広島地域保健対策協議会（広島大学医学部、広島県医師会、広島県と広島市の行政と4機関で構成される、略称地対協）の二つの委員会（感染症と移植）の委員であったときに大変お世話になった、桑原正彦医師（小児科）から、「医療と倫理を考える会・広島」で、高齢者医療に関する話題提供を依頼された。2010年2月22日の、看護学における最終講義「私と教育と診療と研究」<sup>1)</sup>にも記録しているが、1999年3月末に私が広島大学を定年退官した翌年の2000年に、この医療と倫理の会は発足して隔月開催され長期間継続している。第1回のお話は、私の同僚であった広島大学医学部保健学科成人看護学の鈴木正子教授であり、呉大学看護学部を立ち上げた時に「生命倫理」の講義担当の予定であったのが、広島市で開催された「日本死の臨床研究会」の会長職のため、講義担当ができなくなったと記憶している。

これまで老年看護学加藤重子教授、佐々木秀美副学長らと共同研究を、看護学部の機器を借用しながら実施し、そのため多くの研究成果を報告することができた。私が2017年8月の第92回「医療と倫理を考える会広島」（広島大学医学部附属病院内）でお話ししたことを「看護学統合研究」に記録したいと考えた。

### 題名：「超高齢社会の日本が抱える課題—日本人の死生観、倫理、財政からみた」

（スライド1）

今回、この医療と倫理の会に話題提供の機会を与えていただいたことに感謝申し上げます。御紹介いただきました座長の先生、この会を2000年に立ち上げられて、17年もの長い間継続され、今回私が第92回ということで、お世話くださる桑原正彦先生をはじめ皆様に敬意を表します。今回の私の表題に使わせていただいたのは、日本医師会の横倉義武先生のお言葉です。

すなわち、超高齢者社会の日本では、日本人の死生観、倫理、財政から見て諸課題を解決する必要があるという。私も同意見です。死生観、生命観という言葉で、私が50歳代の頃に読んだ「医の心」の中の公開講座講演記録<sup>2)-7)</sup>のことを思い出しました。また、倫理という言葉で、私は広島学大医学部の保健学科ができて、健康科学・基礎看護学講座を担当していた時、霞キャンパスの65人の教授の中から二人の評議員の一人に選ばれた頃のことを思い出しました。東広島市の広島大学本部で当時、私たちの先輩である原田康夫学長のもとで、大学の運営を垣間見る機会ができて、それはよかったのですが、

大役が回ってきたのです。評議員の一人は病院長で、診療に関する倫理委員会の委員長を担当し、私は医学研究に関する倫理委員会の委員長を担当しました。外部の委員として法学者と倫理学の専門家が加わっていたのですが、その方々からのアドバイスがあり、また私が日本臨床遺伝学会、のちに日本遺伝カウンセリング学会と名称変更した学会会員でしたので、広島大学病院の中に出生前診断<sup>8)</sup>を中心にした遺伝子診療部門というカウンセリング部門を立ち上げる必要があるとっていました。高齢者の生命倫理に関しては、当時ほとんど関心がなかったのです。

本日は、特別養護ホームに勤務しだして6年目になりますが、その間にであった課題について話題提供をしようと思います。

(スライド2)

広島原爆被爆者援護事業団には、3か所の養護ホームがあります。最初にできたのは舟入市民病院に隣接する舟入むつみ園で、もはや、1970年開設ですから47年の歴史があります。一度再改築されています。次が私の働いている神田山やすらぎ園、1982年開設で、2012年私が診療所所長になった時に30周年記念の植樹をしました。

一番新しいといっても、1994年開設で、25年経ちましたのが倉掛のぞみ園です。私たちの神田山やすらぎ園は定員100名ですが、この倉掛のぞみ園の定員は300名で、60歳前後の女性医師一人が診療所所長を務めています。

(スライド3)

神田山やすらぎ園の入園者の状況ですが、男性が20名、女性が80名で1:4です。平均年齢は今年の4月末日の時点で88.1歳です。100歳以上の高齢者が約10名いますが、すべて女性で最高齢は105歳です。男性の最高齢は91歳です。女性はしなやかに生きておられます。歩行は不能が69%、要介助具が20%、排泄は全介助が35%、半介助が25%、意思疎通は評価不能が10%、高度ないし中等度の困難が67%です。

(スライド4)

スタッフは総数53名です。介護員が41名、生活相談員1名、医師の私は月水金の1週間に3日勤務であとは自宅待機で24時間拘束されています。看護師は常勤が4名、パートタイマーが2名で、夜間の看護師の宿直はありません。理学療法士は1名、栄養士1名で、入園者が自宅で過ごすのと同じように、ミキサー食、ムース食、キザミ食、粗キザミ食、粥食、並食（米飯かパン）と、入園者ごとに配慮する必要があります。

(スライド5)

園の行事として、3月3日のひな祭り、園内での運動会、盆踊り大会、年末の餅つき大会などがあります。園でのクラブ活動として、月に1回の俳句クラブ、音楽クラブ、習字クラブ、生け花クラブなどがあります。昨年7月の納涼ビール会で、ノンアルコールを飲みながら、入園者に「それ行けカープ」の歌詞カードを配り、スタッフがカープファンのサポーターの衣装をまとい、ハーモニカの伴奏で唄ってもらいました。実は今年の5月2日に私どもの35年の歴史の間で初めて外国人の訪問がありました。ドイツからのお客様なので、ハーモニカという楽器は1827年にドイツの小さな村トロンシンゲンで、機械職人のクリスチャン・メスナー氏の発明によるものであること、カープは25年ぶりにセ・リーグ優勝をしたことなどを話しました。もう一つ、短期大学音楽学科の卒業生4名と、その先生の5名が、アンサンブル・メロディアを結成して10年間、1年に1回、広島市東区区民文化センターで演奏会をしています。そのうちの一人が、私が75歳から習い始めたエレクトーンの先生なので、昨年のひな祭りの日に慰問にきていただきました。資料の「音楽療法とハーモニカ」<sup>9)</sup>をあとでご覧ください。毎月の誕生日会に入園者の好きそうな歌を選び、カラフルな紙に拡大した歌詞を配り、ハーモニカの伴奏で唄ってもらっています。(注:「おねがい」という詩を作り、エレクトーンの先生に作曲をしていただきましたのですが、82歳で初めて作曲し「口琴芸術」<sup>10)</sup>の2018年夏号に掲載してあります。)

(スライド6)

毎年5月に午前午後の2回に分けて入園者は原爆慰霊碑の参拝をしています。高校生やボランティアやスタッフと共に、ほとんどが車椅子生活者です。舟入むつみ園には一人も車椅子生活者はおりません。私どもの園には、全国から中学生が平和学習と称して慰問に来られます。しかし、被爆の体験を話せる

入園者がしだいに少なくなりました。引率している先生に、「もみじの手」<sup>11)</sup>という被爆体験記を手渡して読んでいただいています。3歳の時に爆心地から900mの屋外で被爆し、骨髄細胞染色体の異常があり、70歳の時白血病で亡くなった女性<sup>12)</sup>が、死亡の4年前に書き残したものです。被爆者がどのような気持ちで生きているのかあとでご覧ください。

(スライド7)

2012年4月に、私が神田山やすらぎ園に着任してから、毎月1回スタッフと共に医療知識スキルアップ研修という勉強会を開いて、48回重ねてきました。(註：第1回の勉強会で使用した資料を、2013年第66回広島医学会総会において一般演題として報告し、優秀発表に選ばれた<sup>13)</sup>。)高齢者の施設では、共通の種々の課題があると思います。転倒骨折、認知症、摂食・嚥下障害と胃瘻をめぐる問題、多剤処方(ポリファーマシー)、大腸癌や治療に反応しない貧血、腎機能低下やおしめをしている女性の慢性尿路感染症など多くの課題があります。私たちは100名の入園者の年2回実施している原爆検診のデータそのほかを点検しながら、老年医学、老年病で必要と思われる情報発信をして、広島医学、日本老年医学会の機関誌や、私が長年教育に従事した看護学部の機関誌である看護学統合研究に記録を残すように努力してきました。GGIというのは日本老年医学会のGeriatric Medicine and Gerontology Internationalという英文電子版のことです。高齢者の生命倫理といえば、認知症、胃瘻や人工呼吸器など延命医療に関する、人生最終段階の医療、エンドオブライフ・ケアが中心と思います<sup>14,15)</sup>。その中から、2014年、第67回広島医学会総会で報告し広島医学に残した記録及び横浜で開催された日本老年医学会で報告した転倒骨折と利尿薬節減<sup>16,17,18)</sup>のこと、2015年広島での日本老年医学会中国地方会で報告した多剤処方の解消<sup>19)</sup>のこと、2016年の岡山での同学会で報告したエンドオブライフ・ケア<sup>20)</sup>などについて、あとで資料をご覧ください。

(スライド8)

わが国の健康寿命、平均寿命は、男性は71.19歳と80.98歳で、その差が9.79歳、女性は、それぞれ74.21歳と87.14歳であり、その差が12.93歳となっています。これらの数字は発表のたびに変わるとは思いますが、健康寿命を延ばして平均寿命との差を短縮したいと皆考えています。女性の健康寿命の延伸を阻害する要因は、第1位が脳血管障害、第2位が認知症、第3位が転倒となっています。(註：広島県女性の健康寿命は全国最下位。)

神田山やすらぎ園の高齢者は、60歳代の人たちと違って、転倒するときに防御姿勢をとれないためか、前腕の手関節近くのかばい手骨折、橈骨遠位端骨折がなく、股関節近くの大腿骨骨折を生じます。私たちは脳血管障害と認知症を改善することは困難ですが、転倒、それによる骨折は発生頻度を少なくする改善の余地があると考えました。広島市内の700ベッド以上ある大病院では毎日のように転倒があり、薬で転倒に最も関係があるといわれる睡眠薬について検討してみた結果、まったく改善されなかったと言います。私たちは朝から利尿薬を1剤か2剤全量を連日使用しているのを、老年医学のテキスト<sup>21)</sup>の記述に従って、高齢者の浮腫には少量、1日おきに使用することを実行しました。

(スライド9)

2004年に日本転倒予防医学研究会が立ち上がり、2008年に専門家約90名による「転倒予防医学百科」<sup>22)</sup>という本が出版されています。この研究会は2012年に日本転倒予防学会と名称変更しています。研究会の代表世話人からこの学会の理事長になった武藤芳照先生の転倒予防の7箇条が、転倒予防医学百科の最初に書いてあります。その一つが「命の水を大切に」です。しかし残念なことに、この転倒予防医学百科には「利尿薬」という医学用語が一度も登場しません。転倒に関係する薬剤の項には18種類の薬剤がありますが、睡眠薬、向精神薬、パーキンソン病の薬や、高血圧に対する降圧薬の使用開始後6カ月間に転倒の危険性が大きいことは書いてあります。

広島転倒予防セミナー<sup>23)</sup>というのが、広島大学の整形外科の医師2名が世話役となり、長期間継続しています。会員が約200名ですが、医師の参加はほとんどなく、理学療法士、健康運動指導士、看護師や介護員などが会員で、昨年の第16回のセミナーには武藤芳照先生の特別講演がありました。広島市医師会館に集まった約350名の参加者に、できたばかりだという「転倒予防教室のCDつきの解説書」<sup>24)</sup>を配っていただきました。資料の中に入れておきましたが、残念なことにこの解説書には水のことが1行

も書かれておりません。

老年医学のテキスト<sup>21)</sup>には、ふらつき、転倒の原因の一つに椎骨脳底動脈循環不全という脳の血液循環不全のことが書いてあり、少量の輸液でこのためのめまいが改善することはよく遭遇するところです。脳梗塞が1月、2月の冬場よりも6月、7月の汗をかきやすい時期に多く、高齢者の水分摂取は脳梗塞の予防、便秘対策、転倒予防のために重要です。

(スライド10)

老年医学のテキスト<sup>21)</sup>には、高齢者の浮腫に対しては、利尿薬を少量、1日おきに投与することと書いてあります。左の図は高齢者に「命の水を大切に」と水分摂取を薦めると同時に、私が38年間診療した一人の被爆者から得た経験を生かした、利尿薬の使用法、NY方式<sup>16,18)</sup>と呼んでいますが、それに転換後、転倒の頻度が低下したことを示します。このNY方式のNYというのは、ニューヨークではなく、私の患者の氏名の英語の頭文字を用いたものです。NY方式という利尿薬の使用法は、アルドステロンというホルモンの受容体の拮抗薬であるスピロノラクトン1錠25mgの半錠12.5mgを一日おきに内服するという投与法です。この患者は原爆検診で61歳の時に不応性貧血と診断され99歳の誕生日に肝臓の胆管癌で死亡するまでに、貧血以外に大動脈弁狭窄症による心不全で緊急入院し、また、一過性の脳虚血発作のため8回も入退院を繰り返すことで、利尿薬の使用に工夫が必要でありました。右の図に示すように、NY方式を導入後に4月、5月、6月、7月と月に1回大腿骨頸部や大腿骨転子部骨折が発生する状態から、骨折の半分以上を占めていた青色で示した大腿骨近位部の骨折が3年間0件になりました<sup>18)</sup>。身体脂肪細胞、脂肪組織は水分をためることが出来ません。筋肉は水分をたっぷりためることができます。高齢者は加齢とともに、筋肉の量が低下し、細胞内外の水分量が低下し要介護度が高くなるのは当然です。高齢者は若年者と違って喉の渇きを覚えないので、水分摂取をすすめ、夏に汗をかかなくても水分摂取、トイレが近くなっても水分摂取をと、転倒予防の7箇条の一つ、「命の水を大切に」と水分摂取を薦めながら、朝から連日大量の利尿薬で体の水抜きをするのはいかなものか。高齢者の筋肉の量や水分の量の測定をしました。

(スライド11)

広島県立病院の栄養士室で使用している韓国製の身体成分解析装置を使用しました。この装置は、座った姿勢か車椅子のままで、約1分半で18項目の身体成分特に筋肉量、水分量を左右の上肢、躯幹、左右の下肢の部位別に測定できる装置です。ヒストグラムの左から若年者、これは私が長年講義した広島文化学園の看護学生と短期大学の食物栄養学科の学生の協力者、左から2番目が在宅の高齢者、これは神田山やすらぎ園から50m離れたところにある広島市長直轄の被爆者療養センター神田山荘の医務室で測定したもの、左から3番目が一般養護ホーム舟入むつみ園の高齢者で、左から4番目が私たち特別養護ホームの高齢者です。高齢者は加齢とともに筋肉量が低下し要介護度が増すという、当然な結果でした。

(スライド12)

この図は細胞内水分量の比較を示します。当たり前の結果ですが、これまで高齢者の転倒予防ガイドラインの転倒と薬剤の関係で利尿薬について、このようなデータを示されたことがなく、私たちの特養では、骨粗鬆症対策で骨密度の測定をして、活性型ビタミンD3の内服をしても改善できなかった転倒骨折が初めて改善できたというので、横浜で開催された日本老年医学会総会で報告し、国内外の老年病を扱う人たちに知っていただこうと、英文電子版<sup>18)</sup>に掲載してもらいました。国外からの反応はありましたが、広島地区を含めて国内からの反応はありません。(註：Elsevier社から毎年発行される“Side Effects of Drugs Annual Vol.40 2018”，約6万円の本の利尿薬の章には、私たちの英文電子版GGIの論文が引用されています。)

(スライド13)

高齢者の転倒予防ガイドライン<sup>25)</sup>には、転倒のリスクを予測する問診票があり、22項目の質問で6点以上はリスクが大きいとされています。1年以内に転倒したことがあるかが5点ですが、そのほか背中が丸くなってきたか、歩くスピードが遅くなってきたか、杖をついているかなど2点となっており、薬を5種類以上飲んでいるかも2点となっています。薬の種類が多くなるほど、転倒のリスクが大きくなるというデータです。整形外科で大腿骨頸部骨折を受けている90歳の男性高齢者で、20種類の薬の服用

者がおり、医療機関の整形外科医に、手術を依頼してくる医師に薬の種類を少なくするようアドバイスできるか聞いたところ、それは難しいという返事でした。高齢社会の日本で、老年医学のテキストやこのような高齢者の転倒予防ガイドラインなどは、あまり読まれていないのではないのでしょうか。

(スライド14)

健康寿命の延伸について、昨年日本医師会ニュース（日医ニュース）に入っていた武藤芳照先生の言葉がありました。普段の暮らしが自然な訓練、こまめに水を飲もう、笑顔がクスリと3つ書いてありました。転倒予防教室の解説書には水のことが全くないのですが、「自ら健康に、水から健康に」とあります。「自らと水から重ね健康に」と川柳が1句できそうです。先生は広島での特別講演で、日本転倒予防学会は毎年川柳の公募をして川柳大賞を選ぶといわれました。「うすれゆく つま先感覚 妻の愛」という川柳大賞の句は16歳の女子高校生の作品だということで感心しました。笑顔がクスリでタダですが水もクスリで、ほとんどタダですね。武藤先生の転倒予防の七か条は、歳々年々人同じからず、転倒は結果である、片足立ちを意識する、転ばぬ先の杖、無理なく楽しく30年、命の水を大切に（年寄りに冷や水）、転んでも起きればいいやです。私の父親は中国の東北地区（旧満州）の満州鉄道（満鉄）の鉄道マンでした。昭和20年の敗戦後に抑留されていた日本人の鉄道マンたちは、朝鮮戦争が始まってから黄河の上流の天水に移動させられて、ロシアのカザフスタンを目指した鉄道建設に3年間従事しました。私は14歳から17歳まで中国人の鉄道マンの子弟が入る中学高校で日本語の読み書きの全くない全寮生活を体験しました。私は命の水を大切にという言葉が心にしみて覚えやすく、1か月に1回しか風呂に入れないような、周囲の山には緑の無いはげ山ばかりという水が非常に貴重であった少年時代を過ごしたので、私には「命の水」は自然と身体の二重の意味があります。前に述べた広島県の地対協では、転倒骨折の実態調査やその改善策を考える委員会はできておりません。健康寿命の延伸を論じるのであれば、今後真剣に取り組む必要があるでしょう。「命の水を大切に」は合言葉として心に留めておく必要があると考えます。

(スライド15)

次に昨年岡山で開催された日本老年医学会中国地方会で、高齢者のエンドオブライフ・ケア<sup>20)</sup>と題して報告したことについて、お話いたします。その内容を看護学御統合研究に掲載しましたので、あとでご覧ください。神田山やすらぎ園で2012年4月から2015年11月末までの160名（男性31名、女性129名）について調べたことです。

女性の平均年齢は89.58歳です。認知機能が、改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）を用いて調べると、30点満点で20点以下を認知機能低下とすると、21点以上の認知機能低下なしが23.1%となり、4分の3以上が認知機能低下となります<sup>26)</sup>。従って私たちの勉強会では認知症が中心となりますが、介護員、看護師は認知症の各種研修会に参加し、医師の学術研修でも認知症を勉強する機会が多くなります。これまで勉強した本では、「見直し！認知症ケア、人を尊び、その人の思いをくみ、そして可能性をひきだすことを目指すパーソン・センタード・ケアの実践<sup>27)</sup>」という、10例の認知症の事例の介護について述べているものが、最も役に立ちました。私たちの園では医療機関に入院して3か月以上になると原則として退園となり、3～4年待機している入園希望者と交代することになります。退園者9名のうち7名は死亡して、死因はほとんど肺炎でした。全体では4年半で160名中82名（51%以上）の死亡<sup>20)</sup>で、入園者はほんの短い黄昏の時間を生きている状況です。

(スライド16)

4つの事例について述べます。アルツというのはアルツハイマー型認知症のことです。第1例は高齢者の認知症と胃瘻増設の問題です。90歳代の女性で、アルツハイマー型認知症に脳梗塞も加わり、認知症が進行して寝たきりで常に閉眼状態となり、見舞いに来る子供たちの識別もできなくなりました。食事摂取や飲水もできにくくなり死を待つばかりになった時に、子供たちは胃瘻造設をしないで良いと一旦はいいましたが、しばらくして胃瘻造設を希望されました。広島原爆被爆者援護事業団のマニュアルでは、胃瘻は医療者側から薦めたり薦めなかったりしないで、家族の希望に沿うこととなっています。胃瘻造設後、女性は閉眼状態のまま2年半以上生存中であり、寝たきりにつきものの褥瘡や反復する誤嚥性肺炎のため、医療機関に入退院を繰り返しています。この状態で生きることを本人が望んでいるか

どうかは確かめることができません。160名中、胃瘻造設者は20名あり、死亡者が10名、生存者が10名いました。高齢者の摂食・嚥下障害<sup>28)</sup>について、広島医学に掲載されたのであとでご覧になってください。

第2例は寝たきりの認知症高齢者に高額な骨粗鬆症薬投与の事例です。骨粗鬆症による大腿骨頸部骨折その他の骨折を繰り返し、寝たきりで、関節拘縮があり、時に開眼しているが反応の乏しい認知症の進行している女性高齢者です。入園前に整形外科にかかり、1週に1回72回（1年半）副甲状腺ホルモンの皮下注射を指示され、1回1万数千円の高額な注射を、入園後も身元引受人の強い希望で中止することができずに継続しました。骨粗鬆症に対する内服薬の中には、寝たきり及び準寝たきりに、下肢の静脈血栓症を考慮して適応がないのがありますが、この高額な副甲状腺ホルモンの皮下注射には、寝たきり、準寝たきりに制約が設けられておりません。

第3例は、いわゆる多剤処方（Polypharmacy）と内服薬の全中止例です。90歳代半ばの女性高齢者から、服用している薬を全部止めたいという申し出がありました。HDS-Rが3点なので、その申し出を本気に受け止めてよいかどうか迷いました。高脂血症の薬や抗不安薬など13種類の薬を内服していて、私が着任した時には認知症の薬、骨粗鬆症に対する活性型ビタミンD<sub>3</sub>、降圧薬のカルシウム拮抗薬、ループ利尿薬のフロセミドと利尿薬の抗アルドステロン薬スピロノラクトン、造血薬の葉酸と鉄剤、抗潰瘍薬のH<sub>2</sub>ブロッカーなどを含む9種類の薬剤を服用していました。慎重に経過観察後にすべて中止してみました。異常があれば再開する予定でしたが、3年以上、時に大腸刺激性の便秘薬を頓用するのみとなって歳を重ねました。

この例がきっかけではじめた多剤処方解消、特に抗潰瘍薬のH<sub>2</sub>受容体遮断薬やプロトンポンプ阻害薬という胃酸分泌を低下させる薬剤減薬の経験については、日本老年医学会雑誌<sup>15)</sup>に掲載された記録を、あとでご覧ください。

第4例は、癌の高齢者の癌治療を行わなかった事例です。15年の非常に長い経過をたどった不応性貧血の疑いがあり、また慢性の消化管からの失血があり、大腸癌を疑われながら、徐々に貧血が進行しました。脳梗塞後遺症の右片麻痺と構語障害があり、車椅子生活で、貧血の自覚症状がなく食事は摂取できていました。医療機関に入院中、横行結腸癌が大腸内視鏡検査で確認できましたが、80歳代では外科手術はリスクが大きく不可能と判断されました。家族のすこしでも元気にして欲しいという要望に沿って、医療機関で貧血に対して短期間に輸血をしてHbが増加しましたが、突然の呼吸停止が出現し死亡しました。脳血管障害の再発の可能性が疑われました。この事例についての詳細、また貧血について造血薬の葉酸は内服中止が可能であったことを、広島医学<sup>29)</sup>に報告しましたので、あとでご覧ください。

（スライド17）

2015年に日本創成会議が「高齢社会の終末期医療を考える―長寿社会の看取り」という、わずか41頁のブックレット<sup>30)</sup>を作成しました。左側の図はその中から取り出しました。

はるか以前から国際的に65歳以上を老年と言ってきました。日本老年医学会は、75歳以上を老年とする方がよいのではないかという意見を出しました。日本の少子高齢社会に関して多く論じられています。広島県の2014年の75歳以上は9.5万人、0から4歳は5.3万人となっています。2017年はおそらく75歳以上と0から4歳がそれぞれ10万人と5万人くらいになっているでしょう。保育園か幼稚園に子供を預ければ、一人2.5万円以上はかかるでしょうから、二人おれば、1か月に5万円以上になり、若い夫婦はフーフー言いながら子育てをしていることでしょう。先ほどのたくさん薬をすべて飲むことを止めたいという超高齢者がいるかと思えば、寝たきりの人に1か月5万円近い高額の副甲状腺ホルモン皮下注射を指示する医師が存在することを、私たちは深く考えざるをえません。右側の図は最近私ども夫婦に一つずつ送られてきた封筒を開くと出てきた図です。国民医療費の推移で、2005年から2015年の10年間で33.1兆円から42.3兆円というように1.3倍増加しています。団塊の世代が75歳以上になる2025年問題が注目されていますが、61.6兆円になると言います。医療費の財源構成が税金7.3兆円、74歳以下の方の保険料が6.4兆円、75歳以上の方の自己負担が1.3兆円、75歳以上の方の保険料が2兆円だと言います。そのために高齢者の保険料そのほかの負担増がさけられないという趣旨でした。

（スライド18）

昨年12月30日に、「薬のやめどき」<sup>31)</sup>という本が出ました。その中にあった総務省が出したわが国の国

民医療費の推移という図を見ると、1985年、GDPの4.9%を占めていた15兆円からしだいに増加しています。2008年、GDPの7.3%から2025年には8.0%になり、50兆円を超えると予測されています。問題は、国民医療費の中に占める後期高齢者の医療費が非常に多く、約40%を占めると言います。日本医師会の横倉義武会長が高齢者の抱える諸課題について、日本人の死生観、倫理と共に財政からみてというのは当然でしょう。

(スライド19)

学会等で終末期医療に関するガイドラインがつぎつぎに発表されています。2007年の日本救急医学会に始まって、日本学術会議、全日本病院協会、日本老年医学会と続きます。私が所属している日本老年医学会は「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」<sup>32,33)</sup>として、人工的な水分補給と栄養管理について、胃瘻の是非についてその導入や中止、差し控えの判断という、インターネットのPDFをプリントアウトすると、250頁以上にも及ぶ大量の報告を出しています。2014年に日本透析学会、日本集中治療医学会、日本循環器学会のガイドラインもあります。

(スライド20)

日本老年医学会の医師443人を対象とする終末期の末梢点滴の意味についてアンケート調査<sup>30)</sup>をしています。すべての人工的水分・栄養補給を差し控える場合に比べて点滴をする意味は、家族の心理的負担軽減が69%、スタッフの心理的負担軽減が57%、医学的に必要が38%、その他14%となっています。医学的に必要が38%もあるのかしらと疑問に思います。海外では、最期の時が迫っている人に、点滴をすることは倫理的でない、あるいは点滴をしないことが緩和ケアになるといいます。

(スライド21)

「高齢者の終末期医療を考える―長寿社会の看取り」<sup>30)</sup>という日本創成会議の編集したブックレットを読むと、わが国における終末期医療に関する議論の経緯、長寿社会における医療の在り方、医療倫理の視点や、在宅医療の現場から考える終末期医療、諸外国の高齢者終末期医療との比較などが真剣に論じられています。最近終末期医療の代わりに人生最終段階の医療という用語や、ターミナルケアの代わりにエンドオブライフ・ケアという用語が一般的になってきています。日本創成会議の座長の増田寛也氏によると、海外で行われていることを、文化的背景や考え方の違う日本でそのまま取り入れるべきではないと言います。

海外と日本の違いははるか前からわかっていました。医療、保健、介護などに詳しい朝日新聞の女性論説委員の熊由紀子氏が海外に取材に行き、1990年に出版した「「寝たきり老人のいる国いない国」<sup>34)</sup>という本があります。また、北海道のわれわれと同様多数の認知症を抱える施設の宮本夫妻が、海外視察の結果、「欧米に寝たきり老人はいない―自分で決める人生最後の医療」<sup>35)</sup>を2015年に出版しました。この間25年余も時が過ぎています。海外に視察に行き、なぜ「寝たきり」がないのかさぐってみても、それは飲まず食わずになった時に、延命を図らず自然死にまかせるため、「寝たきり」になる前に2週間前後で死亡するからであるといえます。日本尊厳死協会から送られてくるパンフレットの中に、宮本夫妻の対談が載っていました。スウェーデンで誤嚥性肺炎と言ったら、それはなんの事かと聞かれたとそうです。結局人生最終段階の医療を自分で決めるのか、他人任せにするのかという違いが大きいと思います。日本医師会横倉義武会長が、人生最終段階の医療に関し、日本尊厳死協会理事長との対談で、哲学者、宗教界、法曹界とともに論じる必要性を述べられました。哲学といえば、1978年から千葉大学病院に「医の哲学と倫理を考える部会」ができて、35名の公開講座の記録が「医の心」全6巻<sup>2)-7)</sup>、丸善株式会社から刊行されました。資料として、「医の心」全6巻の目次と、日本人の死生観、生命観に関する講演の記録をいれてありますの、あとでご覧下さい。京都大学哲学出身の澤瀉久敬氏が、大阪大学医学部で医学概論という生命倫理に関する講義を行い、医学原論講座開設を唱えられました。医を自己批判的にみると、医学、医療、医術、医道（倫理）はどうあるべきか、さらに疾病の予防や健康増進を考えることになると主張されました。91歳で没後22年経過しましたが講座開設は実現していません。「医の心」の中に井上洋二氏「死生観、ヨーロッパと日本の違い」<sup>36)</sup>という1章があります。日本は自然に恵まれ、人々は自然に沿って生きる。あまり強く個を主張しない。これに対してヨーロッパでは自然を克服するという違いを論じています。また、寛 泰彦氏の「日本人の生命観―主として日本語を通してみ



た」<sup>37)</sup> という 1 章があります。日本語の特色として主語がないという文章があります。狩猟民族で定住性のない契約社会と異なり、われわれは農耕民族のため、「富士山が見えた」という時、誰がみたのか問題としない。ロンドンでバスに乗った時広場があり、車掌に「ここはどこですか？」と英語で何と言えよいか、大学生に聞くと、“Where is here?” という答えが返ってくる。私もここは here で、どこは Where だから “Where is here?” と答えそうになりました。我々は今どこを通過しつつあるのかなど、われわれは “we” という語は出てこない。原爆慰霊碑の「安らかに眠ってください。過ちは繰り返させぬから」も日本語には主語がありません。英語訳には “we” がありますが、この “we” を、われわれ日本人はとって、過ちを繰り返させませぬからと碑文をあらためてはどうかといった意見が出たことがあります。

(註：原爆慰霊碑の書は当時の浜井信三広島市長、碑文は私の恩師の一人、広島大学英文学の雑賀忠義教授、英訳では、Let all souls here rest in peace. For to repeat the fault we shall cease から後半の部分を、公式には For we shall not repeat the evil)

(スライド22)

海外で行われていることを、そのまま受け入れるべきではないというのは、その通りだと思いますが、文化的な背景や考え方が違って、日本に合った形で取り入れることは必要でしょう。「音楽療法とハーモニカ」<sup>9)</sup> に書きましたが、日本の最も素晴らしいところは春夏秋冬といった四季に恵まれているところでしょう。この豊かな四季の恵みのなかで生まれた多くの美しい抒情歌を、慰問に訪れる中学生にハーモニカで吹いてもポカンとして聞いたことがないような顔をするのが残念です。日本は聖徳太子さんが仏教を上手に取り入れました。中国の金持ちがお妾さんを逃げないようにするために考え出した纏足(てんそく)というチョコチョコ歩きさせるようなことや、宮廷の役人の男性が荒々しくないように辜丸を抜き取り去勢する宦官(かんがん)などは取り入れていません。日本の美学、道徳心、米国人に道徳のことを聞かれた新渡戸稲造氏の英語で武士道の本を書いたように、日本の品性の保持には自慢すべき点があるでしょう。日本では大震災に遭った避難民が食物や飲料を求める時に、きちんと並んで肅々と行動するし、避難所で履物をきちんと揃えることをする。しかし、米国では大きな被害を生じたときに、商店から品物を奪って逃げるような映像が報道されます。私たちは、日本の美学、道徳心、品性を保持しながら、海外の自立の精神の進んでいるところに学ぶ必要が有るでしょう。

(スライド23)

私たち広島原爆被爆者援護事業団では、高齢の被爆者が自宅に戻ることなく養護ホームで最期を迎えるため、「看取り」について研修を重ねました。三菱総合研究所が厚労省の補助金で作成した報告書<sup>38)</sup> に沿って、家族とのコミュニケーションを大切にすること、スタッフ全員が統一した同じ気持ちで入園者に接することを大事にしてきました。「看取りと介護などの同意書」を作って、身許引受人、医師、立会いの看護師か介護員のサインをしたものを用意するようにしてきました。厚労省は、2006年まで使っていた終末期医療<sup>39)</sup> という言葉をやめて、2015年に、人生最終段階の医療における決定プロセスに関するガイドライン<sup>40)</sup> を出しました。

厚労省のガイドラインの要点は、3点あり、第1が医師単独ではなく、医療・ケアチームで対応すること、第2が本人の意思を尊重し、本人と家族と医療・ケアチームが徹底した合議主義によって意思決定すること、第3が緩和ケアを充実させることとなっています。しかし、どのように本人の延命の可否についての事前表明を進めるべきか、その具体策への取り組みが十分ではありません。

わが国の尊厳死協会の会員は、40年間の活動で、わずか12万人で人口の0.1%、米国は50年間の活動で20~40%といえます。この大きな違いは、日本尊厳死協会の本部の方に聞くと、宗教のちがいはないかといえます。果たしてそれが大きな要因かどうか、はなはだ疑わしいと思います。

(スライド24)

現在、広島県の地対協が「終末期医療の在り方検討専門委員会」を4年前に立ち上げて、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)<sup>41)</sup> を強力に啓発教育して推進しています。この会でもすでに本家好文先生が解説されたことと思います。これまでの外来の通院患者さんや施設の高齢者から、今年度は在宅高齢者を目標にすると伺っております。昨年5月の最後の日曜日に、広島県医師会館でモデル事業として行っ



た福山市，呉市，因島，安芸区，佐伯区，東区の6地区の報告会がありました。地対協のACPの手引きと，アンケート用紙は，非常によくできていると思います。

また，公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会（通称，国診協）が作成した「いきいきと生きて逝くために」<sup>42)</sup>というエンディングノートを，私たちやすらぎ園の看護師が，北広島町で在宅での看取りを熱心に行っている東條環樹先生のところにお話を聞きに行き一冊いただいて帰りました。皆様の封筒に一部入れてあります。全国で815か所ある国診協が，広島県には26か所あります。高齢者に見やすいように大きな字で書いてあります。このエンディングノートには，終末期医療の項に，点滴による水分補給，中心静脈栄養，胃瘻を含む経管栄養，昇圧剤の投与，人工呼吸器，蘇生術その他を希望する，しないのチェックをするようになっています。1部140円ですが，私はこのようなエンディングノートの存在を全く知りませんでした。市販の160頁，1500円する，書くだけで安心，あなたと家族のためのというエンディングノート<sup>43)</sup>に書き込んだものを若い者たちに用意しておけば，日本尊厳死協会の会員にならなくても良いであろうと思っていました。看護師さんが自分の86歳になる父親にこのエンディングノート見せたところ大変怒られたそうです。日本ではこのようなものを年寄りが書くのではなく，若い者たちがちゃんと考えてくれるようになっているというのです。神田山荘の医務室に来る利用者に，ACPの手引きやこのエンディングノートを見ていただいています。今のところ怒り出す高齢者はおりません。（注：当日出席者の中に，私が電話でしか話をしたことがない東條環樹医師がいて，自分が友人と二人で国診協のエンディングノートを作成したことを披露された）

（スライド25）

広島県の地対協で，長年緩和ケアの推進に取り組まれてきた本家好文先生とともに，広島県医師会の常任理事としてACPの手引きの作成に深くかわられた，有田健一先生が，ACP聴取を施設で始めるのが良いのではないかといわれました。実際，有田健一先生は舟入むつみ園の嘱託医となって，自立できている入園者を対象に，一人30分以上かけてACP聴取をした結果を，昨年秋の広島医学会で報告されました。最期は病院で57%，介護施設で35%，となっています。しかし，病院にはいくが，胃瘻や人工呼吸器などの延命医療は希望しないが92%となり，これは，これまでの高齢者で各地域でのACP聴取の報告と同様，現在高齢者の約90%は延命医療に拒否的であるという結果でした。私たちの神田山やすらぎ園では，入園時にケア・プランを策定し，3か月ごとに見直しを行っていますが，その記録の中に1枚，認知症ケアに関するセンター方式<sup>44)</sup>というのに使用されている図があります。それは，心身の情報（私の気持ちと姿シート）という図で，中央に私の姿ですという入園者の写真かスケッチがあり，その周りに6か所書きこめるところがあります。私の不安や苦痛・悲しみは，私の嬉しいこと・楽しいこと・快と感じることは，というのに加えて私の願いや要望として，1）介護，2）やりたいこと，3）受けている医療，4）ターミナルや死後についてという項目があります。残念なことに，入園者の3/4に認知機能の低下があり，ターミナルや死後の欄が空欄のままが多く，入園者に延命に関する人生最終段階の介護，看護，医療などについての思いを聴くには，やや時期が遅すぎます。家族から親が常々胃瘻そのほかは希望しないといっていましたとか，本人は90歳近くなり全く覚えていないけれど，70歳代で遺言書を書いてあります。というので見せていただくと，日本尊厳死協会会員の宣言書そっくりの言葉を書いています。中には，医療のできるかぎりすべて受けたいと弁護士の下に正式な遺言書を作成し，子供たち渡したといって，その抜粋したものを持参する入園者がいます。腎臓が悪くなれば血液透析，呼吸不全になれば気管切開・人工呼吸器，食べられなくなったら胃瘻やそのほかと書いてあります。神田山やすらぎ園では，最期は病院が9%，園内で自然死を望むものが63%，不明とした28%の中には状況により病院か園という者と，認知症が進み若い家族も高齢者の気持ちがわからない者などがあります<sup>20)</sup>。

（スライド26）

石飛幸三先生の「口から食べられなくなったらどうしますか，「平穏死のすすめ」<sup>45)</sup>という本があります。東京都で最初にできた特別養護ホームの常勤医師として，最初に高齢者の嚥下障害という課題に直面し，胃瘻造設の是非について論じています。私たちの特別養護ホームでは，高齢者では飲まず食べずの状態になっても，若年者と異なり脱水症死や飢餓死という感じはなく，アルツハイマー型認知症の高

高齢者の死に至る過程は、まったく悲惨な感じがなく、あたかも蠟燭の火がふっと消えるようであり、そばでついている家族が「人が死ぬというのは、こんなにも楽なのか」と感心するほどです。大学病院や大きな病院では、このような平穏死を見る機会は少ないと思います。昔は病院ではなく自宅で亡くなる人の多い時代には、酸素吸入もなく、点滴もなく、「平穏死」を見る機会が多かったのではないかと思います。「平穏死のすすめ」の本の解説に、この7月18日に105歳で亡くなった日野原重明先生が「平穏死」を英語では“Peaceful eternal life”への旅立ちと表現しています。実際、日野原重明先生は、胃瘻そのほか延命は希望せずに、自宅で静かに亡くなられたそうです。

尼崎市で在宅での看取りを熱心に進めている長尾和宏先生も、「平穏死」10の条件<sup>46)</sup>という本を出版しました。最初に8割の人が望む平穏死を、8割の人ができない現実を知りましようとして書いています。この本は13万部売れたそうで、一般の庶民にはよく読まれたそうです。ある時、300人くらい集まる医者の会で話をする機会に、この本を読んでいる医者がどれくらいいるのか質問したところ、一人もいなかったそうです。その後、長尾和宏先生は高齢者が望む「平穏死」を支える医療と看護<sup>47)</sup>という本を出しました。その本では、「平穏死」というのは、自宅、施設、病院いずれでも本人の希望する場所であれば良く、苦痛がないこと、死の恐怖におびえていないこと、楽しみや笑い、穏やかなこと、本人も家族も満足というのが、「平穏死」の五つの条件と書いてあります。(註：長尾和宏先生は「痛くない死に方」<sup>48)</sup>という本も書かれています。)私たちは皆健康でバリバリ働いて、できるだけ健康で長生きして、歳をとってからは子や孫など若い者たちに囲まれて、最期は安らかに永遠の眠りにつくことができたら願っています。本人も家族も満足という平穏死を、私たちは目標として活動したいと思います。

(スライド27)

今回のお話のまとめですが、健康寿命の延伸を阻害する要因の脳血管障害や認知症の改善策はなかなか見つかりませんが、転倒骨折は改善策があり、こまめに水を飲むこと、老年医学のテキストに沿って、高齢者の利尿薬は少量を、一日おきに使用することで、一定の改善が認められました。必要性の少ない薬剤の点検をしたこと、多剤処方の解消に努力中であること、骨粗鬆症対策に使用される高額な副甲状腺ホルモンは、寝たきりの状態などによっては、必要性の少ない薬剤ではないかと考えました。エンドオブライフ・ケアで常に問題となる胃瘻造設による水分・栄養補給などが、海外と日本では大きな違いがあり、海外と同様に日本でも自立の精神の涵養が必要であり、これは日本の小さいところからの教育の問題かもしれません。石飛幸三先生が平穏死のすすめという本を書かれ、自然死、平穏死、老衰死が私たちの目標となっていること、平穏死の条件の一つである、本人と家族の満足を目指して活動したいことをお話ししました。最後に、日本は超高齢社会で、世界のトップランナーと注目されていますので、「地球規模で考えて足元から行動を」という標語で私の話を締めくくりたいと思います。

(スライド28)

ご清聴ありがとうございました。

## 追加

この会で報告した利尿薬節減による転倒骨折の予防と関連して投稿した論文がある。老年看護学加藤重子教授と共に、「広島医学」に投稿した論文<sup>49)</sup>は、2018年8月に掲載予定である。佐々木秀美教授らと共に「日本老年医学会雑誌」に投稿した論文<sup>50)</sup>は採択され、近く掲載される予定である。また、近年問題となってきた高齢者のポリファーマシー(多剤併用)対策に関する論文<sup>51)</sup>は、米国の英文電子版の学術誌に投稿し、受理されて査読中である。

## 謝辞

広島文化学園大学看護学部の佐々木秀美教授、加藤重子教授をはじめ、諸先生に大変ご協力いただき、特に研究科の倫理委員会には、研究計画書を提出し、いつもご承認いただき、全国版の学術誌への投稿ほか、研究成果の発表ができましたことを、心から厚く感謝申し上げます。また、広島原爆被爆者援護事業団の高齢者養護ホームの入園者、スタッフの皆様のご協力に感謝します。広島大学原爆放射能医学研究所臨床第1部門(内科)の同門であり、事業団の前理事長の鎌田七男先生及び倉掛のぞみ園診療所

の前所長の山口弓子先生には、充実した生活を送れたことを感謝いたします。

## 文 献

- 1) 岡田浩佑：最終講義，私と教育と診療と研究．看護学統合研究，12(1)：1-23，2010
- 2) 千葉大学病院 医の哲学と倫理を考える部会編「医の心」一 丸善株式会社．1984
- 3) 千葉大学病院 医の哲学と倫理を考える部会編「医の心」二 丸善株式会社．1984
- 4) 千葉大学病院 医の哲学と倫理を考える部会編「医の心」三 丸善株式会社．1984
- 5) 千葉大学病院 医の哲学と倫理を考える部会編「医の心」四 丸善株式会社．1984
- 9) 千葉大学病院 医の哲学と倫理を考える部会編「医の心」五 丸善株式会社．1985
- 6) 千葉大学病院 医の哲学と倫理を考える部会編「医の心」六 丸善株式会社．1987
- 8) 高田法子，溝上五十鈴，岡田浩佑：地域のヘルス・ケアにおける遺伝相談システムの研究ならびに遺伝専門看護師の必要性に関する考察．看護学統合研究，1(1)：85-103，1999.
- 9) 岡田浩佑：音楽療法とハーモニカ．看護学統合研究．15(1)：55-62，2013.
- 10) 岡田浩佑：私の作った歌「おねがい」口琴芸術．N0.209，30-31，2018.
- 11) 松井美津江：「もみじの手」国立広島原爆死没者追悼平和祈念館に寄贈.
- 12) 岡田浩佑，鎌田七男，藤村欣吾，河村 寛，中井志郎，田中公夫，小熊信夫，許 泰一，岩戸康治，板垣充弘，宮原弥恵，新谷貴洋，原田浩徳，佐々木英夫：広島で近距離被爆後に長期間を経て白血病を発症した母娘例．広島医学，67(4)：396-400，2014.
- 13) 岡田浩佑，山口弓子，鎌田七男：嚴重な経過観察を要する鉄欠乏性貧血．広島医学，67(3)：177-179，2014.
- 14) 金子章道編，金内雅夫編，河野由美編：学生と考える生命倫理．東京．ナカニシヤ出版．2014.
- 15) シリーズ生命倫理学編集委員会編，大林雅之，徳永哲也責任編集：高齢者・難病患者・障害者の医療福祉．東京．丸善出版．2012.
- 16) 岡田浩佑，鎌田七男，山口弓子，馬場悦子，鎌田洋輔，石崎由美子，坂川桂子：高齢者の転倒骨折の予防のための利尿薬節減に関する研究．広島医学．68(2)：101-107，2015.
- 17) 岡田浩佑，鎌田七男，山口弓子，馬場悦子，鎌田洋輔，石崎由美子，坂川桂子：原爆被爆者養護ホームにおける高齢者の転倒の実態．広島医学，68(5)：257-264，2015.
- 18) Okada K, Okada M, Kamada N, Yamaguchi Y, Kakehashi M, Sasaki H, Katoh S, Morita K : Reduction of diuretics and analysis of water and muscle volumes to prevent falls and fall-related fractures in older adults. Geriatrics & Gerontology International—doi : 10.1111/ggi.12719, 2016. (Geriatrics & Gerontology International, 17(2)：262-269, 2017)
- 19) 岡田浩佑，山口弓子，鎌田七男，岡田正浩，加藤重子，佐々木秀美：特別養護ホーム入園者の多剤処方解消と抗潰瘍薬減薬の経験．日本老年医学会雑誌，53(4)，396-401，2016.
- 20) 岡田浩佑，山口弓子，有田健一，鎌田七男，加藤重，佐々木秀美：高齢者の生命倫理とエンドオブライフ・ケア．看護学統合研究．18(2)：35-43，2017
- 21) 日本老年医学会編：老年医学テキスト．改訂第3版．東京．メジカルビュー社．2008.
- 22) 武藤芳照（転倒予防医学研究会世話人代表）編：転倒予防医学百科．日本医事新報社．2008.
- 23) 村上恒二：ひろしま転倒予防セミナー16年間の地域活動と今後の課題．広島医学．70(11)：506-513，2017.
- 24) 武藤芳照（日本転倒予防学会理事長）監修：転倒予防教室の解説書．中外製薬株式会社
- 25) 鳥羽研二監修：高齢者の転倒予防ガイドライン．メジカルビュー社．東京．2012.
- 26) 岡田浩佑，村田真奈美，石崎由美子，鎌田七男，山口弓子：原爆養護ホーム高齢者の認知症と音楽療法の現況．看護学統合研究，18(1)：35-41，2016.
- 27) 石川進：見直し！認知症ケア．パーソン・センタード・ケアの実践．名古屋，日総研．2016.
- 28) 岡田浩佑，山口弓子，鎌田七男，石崎由美子，加藤重子，佐々木秀美：原爆養護ホームにおける高

- 高齢者の摂食・嚥下障害の実態. 広島医学. 70(4):193-200, 2017.
- 29) 岡田浩佑, 山口弓子, 鎌田七男, 石崎由美子, 馬場悦子, 坂川桂子, 峠 誠司, 三重野 寛: 超高齢者の貧血と大腸内視鏡検査. 広島医学, 69(6):477-483, 2016
- 30) 増田寛也 + 日本創成会議 編: 高齢者の終末期医療を考えるー長寿時代の看取り. 生産性出版/公益財団法人日本生産性本部. 東京. 2015.
- 31) 長尾和宏: 葉のやめどき. ブックマン社. 2016.
- 32) 日本老年医学会: 「高齢者に対する適切な医療提供指針」 2012.
- 33) 日本老年医学会: 「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドラインー人工的水分・栄養補給の導入を中心としてー. 2012.  
www.jpn.geri-at-soc.or.jp/proposal/guideline.html.
- 34) 大熊由紀子: 「寝たきり老人」のいる国いない国. ぶどう社. 1990.
- 35) 宮本顕二, 宮本礼子: 欧米に寝たきり老人はいない、自分で決める人生最後の医療. 中央公論新社. 東京. 2015.
- 36) 井上洋治: 死生観 ヨーロッパと日本の違い 千葉大学病院 医の哲学と倫理を考える部会編 「医の心」一. 東京. 丸善株式会社. 99-121, 1984.
- 37) 笥 泰彦: 日本人の生命観ー主として日本語を通してー. 千葉大学病院 医の哲学と倫理を考える部会編 「医の心」六. 東京. 丸善株式会社. 1-37, 1987.
- 38) 三菱総合研究所 人間・生活研究本部: 特別養護老人ホームにおける看取り看護ハンドブック (平成22年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金)  
www.mri.co.jp/project\_related/hansen/.../h22\_02b.pdf
- 39) 厚生労働省: 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」. 2007.
- 40) 厚生労働省: 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン. 2015.
- 41) 広島県地域保健対策協議会: 「アドバンス・ケア・プランニング. Advance Care Planning (ACP)」の手引き. 2015.
- 42) 公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会: いきいきと生きて逝くために
- 43) 本田桂子: あなたと家族のためのエンディングノート. 日本実業出版社. 2010.
- 44) 認知症介護研究・研修東京センター編: 三訂 認知症のためのケアマネジメント, センター方式の使い方・活かし方. 2011.
- 45) 石飛幸三: 平穏死のすすめ. 講談社, 東京. 2010.
- 46) 長尾和宏: 「平穏死」10の条件. ブックマン社. 2012.
- 47) 長尾和宏: 高齢者の望む平穏死を支える医療と看護. 東京. メディカ出版. 2015.
- 48) 長尾和宏: 痛くない死に方. ブックマン社. 2016.
- 49) 岡田浩佑, 山口弓子, 鎌田七男, 石崎由美子, 加藤重子: 原爆養護ホームにおける高齢者の尿路感染症と腎機能障害. 広島医学. 71(8):561-570, 2018.
- 50) 岡田浩佑, 山口弓子, 鎌田七男, 加藤重子, 佐々木秀美, 岡田正浩, 佐伯直志: 原爆養護ホームにおける高齢者の腎不全死と利尿薬使用方法の関係. 日本老年医学会雑誌 (2018年 8月6日採択, 最終データ, 8月11日終了)
- 51) Okada M, Okada K, Fujii K: Influence of Polypharmacy on heart rate variability in older adults at the Hiroshima Atomic Bomb Survivors Recuperation Research Center, Japan. PLoS ONE (2018, submitted)

# 超高齢社会の日本が 抱える課題 日本人の死生観、倫理、財政 からみた

第92回医療と倫理を考える会・広島

広島原爆養護ホーム神田山やすらぎ園診療所

岡田浩佑

2017年8月17日（木）

スライド1

## 原爆養護ホーム

1970年設立  
舟入むつみ園 100名



改築



1982年設立  
神田山やすらぎ園 100名



1994年設立  
倉掛のぞみ園 300名



スライド2

## 神田山やすらぎ園入園者の現況

男性20名	女性80名	1:4
年齢	平均年齢	88.1歳
	最高齢者	105歳
歩行	不能	69%
	要介助具	20%
排泄	全介助	35%
	半介助	25%
意思疎通	評価不能	10%
	高・中度困難	67%

スライド3

## スタッフ数 53名

介護員	41
生活相談員	1
医師	1
看護師	6
理学療法士	1
事務/栄養士	3



スライド4



スライド5



スライド6

## 原爆養護ホーム高齢者の課題

- ・転倒骨折予防と利尿薬節減 広島医学 68 (2), (5)  
G G I 17 (2)
- ・骨量と骨粗しょう対策
- ・**認知症**と音楽療法 看護学統合研究 18 (1)
- ・寝たきり、褥瘡
- ・摂食・嚥下障害 (**胃瘻**) 広島医学70 (4)
- ・多剤処方解消と抗潰瘍薬減薬 日本老年医学会雑誌 53 (4)
- ・大腸癌の内視鏡検査、貧血 広島医学69 (6)
- ・エンド・オブ・ライフ・ケア 看護学統合研究 18 (2)
- ・腎機能障害と尿路感染症 広島医学 71 (8)

スライド7

## 日本は超高齢社会

健康寿命 (歳) 平均寿命 (歳) 介護を要する期 (年)

男性	71.19	80.98	9.79
女性	74.21	87.14	12.93
	(2013年)	(2016年)	

女性の健康寿命延伸を阻害する要因:

第1位 脳血管障害

第2位 認知症

第3位 **転倒**

(高齢者は防御姿勢をとらない、**かばい手骨折**がない)

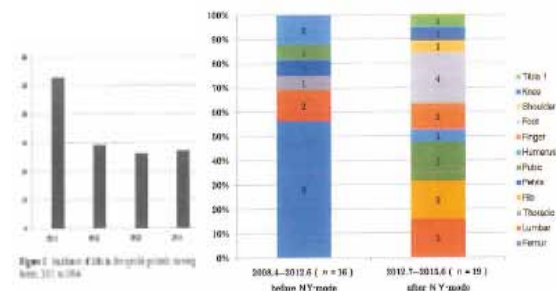
スライド8

## 転倒予防の7か条の一つ

- 日本転倒予防医学研究会編:  
「転倒予防医学百科」2008年  
日本転倒予防学会と名称変更 (2012年)  
理事長: 武藤芳照 「命の水を大切に」  
高齢者の転倒に関係する薬剤18種類の中に  
**利尿薬なし**。
- 「転倒予防教室」の解説書には、**水のことが書かれていない**。
- 脳の血液循環不全**はふらつき、転倒の原因の一つである。
- 水分摂取は、**脳梗塞の予防、便秘対策、転倒予防**のために重要である。

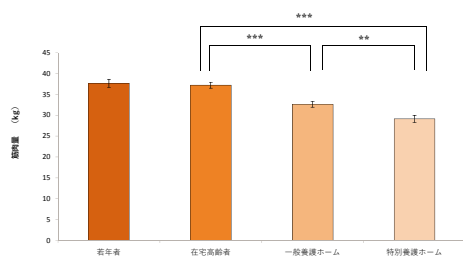
スライド9

## 利尿薬N Y方式前後の転倒・骨折の比較



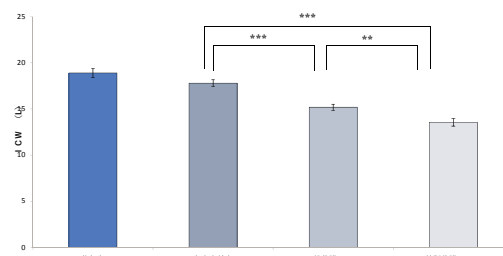
スライド10

## 若年者から特養高齢者まで4群の比較 (筋肉量)



スライド11

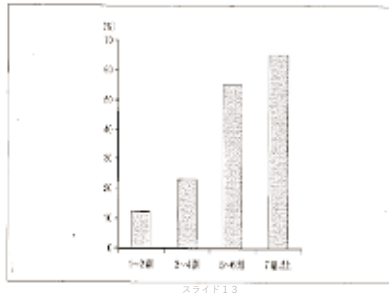
## 若年者から特養高齢者まで4群の比較 (細胞内水分量)



スライド12



## 総処方薬剤数と転倒発現率 (高齢者の転倒予防ガイドラインから)



スライド13

## 元気で長生きするために(武藤芳照)

**① 普段の暮らしが自然な訓練**  
転倒まで寝るまで、意識して体をしっかり動かししょう。家事をこなす、歩く、またぐ、階段や壁のよりすりなどの動作をしっかりと意識して行うことで、体力が保たれ、転倒や骨折、介助や手術につながります。

**② こまめに水を飲もう**  
水分が不足すると熱中症や健康被害を防ぐために、こまめに水を飲みましょう。「自然健康に、水から健康に」です。

**③ 笑顔がクスリ**  
「笑う門には福来る」。明るく笑うことが、心の健康を高めます。

### 転倒予防の7か条

- 1 歳々々々人同じからず
- 2 転倒は結果である
- 3 片足立ちを意識する
- 4 転ばぬ先の杖
- 5 無理なく楽しく30年
- 6 命の水を大切に年寄りに冷や水
- 7 転んでも起きればいいや

スライド14

## 神田山やすらぎ園の生存例・死亡例

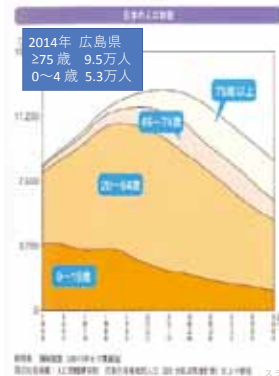
- ・入園者 定員100名(男性20名、女性80名)
- ・2012年4月～2015年11月末の在籍者160名
- ・平均年齢：男性(31名82.32歳) 女性129名 **89.58歳**
- ・HDS-R:  $\geq 21$ 点(23.1%) **3/4以上が認知機能低下**  
**見直し！認知症ケア 人を尊び、その人の思いをくみ、そして可能性を引き出すことを目指す**  
**「パーソン・センタード・ケア」**
- ・2016年8月までの追跡調査：  
**約4年半で死亡例 82/160(51.25%)**

スライド15

## 高齢者の生命倫理とエンドオブライフ・ケアを考える参考事例 (～2015年11月末)

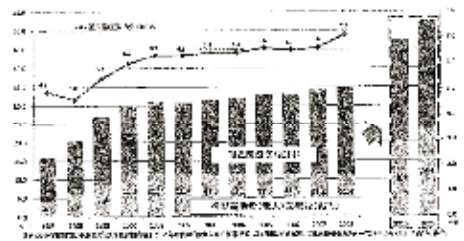
事例	年齢/性	入園期間	嚥下	介護	HDS-R 障害 (点)	障害 自立	認知 自立	基礎疾患
1	90代/女	9年10か月	胃瘻	介5	0	C2	Ⅳ	アルツ、脳梗塞
2	80代/女	10か月	+	介5	0	C2	Ⅲa	アルツ、関節拘縮 骨折しょう症に対する副甲状腺ホルモン皮下注射 週1回、72回
3	90代/女	5年5か月	+	介5	3	C1	Ⅲa	アルツ 多剤処方中止、3年以上変化なし
4	80代/女	15年10か月	-	介5	19	B2	Ⅱ	脳梗塞(右片麻痺)、 貧血に対する短期間輸血→死亡(脳梗塞の再発?) 大腸癌、 骨髄異形成症候群?

スライド16



スライド17

## わが国の国民医療費の推移 (総務省2013年度版情報通信白書より)



スライド18



## 学会等で示されている終末期医療に関するガイドライン

- ・ 2007年 日本救急医学会
  - ・ 2008年 日本学術会議
  - ・ 2009年 全日本病院協会
  - ・ 2012年 日本老年医学会
- 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン**  
**(人工的な水分栄養補給について、その導入や中止、差し控えの判断)**
- ・ 2014年 日本透析医学会
  - ・ 2014年 日本集中治療医学会、日本救急医学会、日本循環器学会

スライド19



スライド20

## 国外と日本のちがい 人生最終段階を他人任せ

- ・ 日本創成会議編：「高齢者の終末期医療を考える(長寿社会の看取り)」 2015年
- ・ 増田寛也：「海外で行われていることを、**文化的背景や考え方の違う日本**でそのまま取り入れるべきではない」
- ・ 大熊由紀子：「寝たきり老人」のいる国はない国 1990年 ぶどう社
- ・ 宮本顕二、宮本玲子：「欧米に寝たきり老人はいない—自分で決める人生最後の医療」 2015年 中央公論新社
- ・ 千葉大学病院「医の哲学と倫理を考える部会」 1978年～ 「医の心」全6巻
- ・ 井上洋二：「死生観 ヨーロッパと日本の違い」 1984年
- ・ 寛 泰彦：「日本人の生命観—主として日本語を通して見た」 1987年
- ・ 日本語には主語がない 「富士山が見えた」 「ここはどこですか？」  
Where is here? (80%の大学生の答え)

スライド21

## 日本のすばらしいところ

- ・ 春夏秋冬の四季に恵まれている  
若い母親から子供たちに、日本の抒情歌が歌い継がれていないが
  - ・ 海外のものを取捨選択して取り入れてきた  
中国の纏足、宦官などは取り入れない
  - ・ 日本の美学、道徳 日本の品性の保持  
阪神・淡路の大震災、東北の大震災時の避難民の態度と米国のハリケーン被害とのちがい
- 日本の美学、道徳、品性と海外の自立の精神の調和

スライド22

## エンドオブライフ・ケアの 取り組み

- ・ 三菱総合研究所 人間・生活研究本部：特別養護老人ホームにおける看取り看護ハンドブック  
(2010年度 厚生労働省老人保健事業推進費など補助金) インターネット  
**家族とのコミュニケーションを大切に**
- ・ 厚生省：人生最終段階の医療における決定プロセスに関するガイドライン(2015年)  
**本人の意思を尊重**(日本老年医学会のガイドラインも同様)
- ・ 尊厳死(リビング・ウィル)(日本尊厳死協会会員12万人、0.1%)  
(米国は20~40%)

スライド23

## ACPの手引きと エンディング・ノート

広島県地域保健対策協議会(地対協)のACP(アドバンス・ケア・プランニング)の手引き  
 全国国民健康保険診療施設協議会(国診協)：  
 「いきいきと生きて逝く ために」  
 自分の最期を考えること  
 36頁、¥140+送料  
 市販の1例：書くだけで安心、あなたと家族のための介護の希望、財産リスト、葬儀・お墓、気がかりなこと—万一のときに備えてメッセージを残そう！  
 遺言書の“下書き”にも使えます  
 160頁、¥1500+税

スライド24

## 原爆被爆者の一般養護ホームと特別養護ホームの「心づもり」

もしもの時が近くなったら、どこで療養したいですか？  
舟入むつみ園（ACP） 神田山やすらぎ園  
(センター方式シート)

(看取りと介護など同意書)

N=92/115		N=100	
1. 病院	57%	1. 病院	9名
2. 介護施設	35%	2. 当園	63名
3. その他	8%	3. 不明	28名
延命希望する	2%		
しない	92%		
不明	5%		

スライド25

## エンドオブライフ・ケアとわれわれの目標

平穏死のすすめ (石飛幸三)

Peaceful Eternal Lifeへの旅立ち (日野原重明)

長尾和宏：「平穏死」 10の条件

- 5つの条件
- 1) 本人の希望する場所
  - 2) 苦痛がない
  - 3) 死の恐怖におびえていない
  - 4) 楽しみや笑い、穏やか
  - 5) 本人も家族も満足

スライド26

## 要約

- 健康寿命延伸の阻害要因の一つ、転倒骨折の改善策  
こまめに水を飲む 高齢者の利尿薬は少量・隔日 (NY方式)
- 必要性の低い薬剤の点検、多剤処方解消 (薬のやめどき)
- エンドオブライフ・ケア、水と栄養管理、胃腸増設の問題  
海外と日本の違い 自立の精神の涵養  
厚労省のガイドライン、日老会のガイドラインからACP  
エンディングノートによる事前表明へ
- 平穏死のすすめ (石飛幸三)  
平穏死の5条件 (長尾和宏) の一つ 本人と家族の満足
- 地球規模で考えて、足元から行動を (Think globally, act locally)

スライド27

ご清聴ありがとうございました

スライド28