



高齢者の生命倫理とエンドオブライフ・ケア

広島原爆養護ホーム神田山やすらぎ園

岡田 浩 佑

広島原爆養護ホーム倉掛のぞみ園

山口 弓 子

広島原爆被爆者援護事業団

有田 健 一, 鎌田 七 男

広島文化学園大学看護学部

加藤 重 子, 佐々木 秀 美

キーワード：高齢者 (older adults), 生命倫理 (bioethics),
エンドオブライフ・ケア (end of life care)

■ はじめに

「高齢者の終末期医療を考えるー長寿時代の看取り」¹⁾ という日本創成会議の編集した小冊子を読むと、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かた、医療倫理の視点からや、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る。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る。わが国は平均寿命が世界一であること、世界一の高齢国であること、高齢社会を表す高齢化率（65歳以上の者の全人口に占める割合）が7%以上であった高齢化社会から、14%以上になる高齢社会、さらに25%超へと進んできていることはよく知られている。超高齢者社会の指標となる20%を超える国は、わが国以外では、他にはドイツとイタリアだけである。高齢化の速さでいえば、フランスが7%から14%の高齢社会になるのに110年以上かかっているのに、わが国は1970年から1994年の24年間でこれを達成している。最近、2025年問題という言葉をよく聞くようになった。団塊の世代が75歳になり、高齢者が3人に1人となり、85歳以上の超高齢者も増加する一方少子化が進み、われわれは高齢問題を「死生観」「倫理」および「財政」の面から考えざるをえない時代に突入している。

現在、広島県医師会、広島大学病院、広島県、広島市の4者で構成する広島県地域保健対策協議会（通称、地対協）が「終末期医療のあり方検討専門委員会」を2013年に立ち上げて、アドバンス・ケア・プランニング Advance Care Planning (ACP) を強力に啓発教育し推進しつつある。ACPはいろいろな世代の方にも理解いただける日本語表記、たとえば「私の心づもり」と表記する方がACPより普及しやすいと思われる。これらの活動は、わが国において「患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療体制」に関する事業が全国的にみられるようになったことを受けたものである。委員会の目標は当初より一貫して「患者の価値観や思いについて話し合うことによって、より良い医療環境を築くことを目指すこと」となっている。医療の差し控えや、事前指示 (Advance Directive) のように医療ごとの選択

おかだ こうすけ

〒732-0068 広島市東区牛田新町1丁目18番2号 広島原爆養護ホーム神田山やすらぎ園

を聞くことではないという。2015年度には、モデル事業として福山市、呉市、因島、安芸地区、佐伯地区と広島原爆養護ホーム神田山やすらぎ園（以下、当園と略す）のある東区の6地区が選ばれ、その報告会が2016年5月29日（日曜日）に広島県医師会館であり、広島県医師会医療対策課で作成した「ACPの手引き」²⁾が配布された。これに関する看護・介護の研修会では、公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会（国診協）が作成して使用している「いきいきと生きて逝くために」³⁾という、エンディング・ノート用の小冊子（一部140円）が配布されている。北海道から沖縄まで全国に815か所ある国診協に属する北広島町雄鹿原診療所の東條環樹医師は、地域での在宅での看取りを熱心に推進されているが、そのエンディング・ノートには、終末期医療の希望の項に、点滴による水分補給、中心静脈栄養、経管栄養（胃瘻を含む）、昇圧剤の投与、人工呼吸器、蘇生術、その他（具体的に）に、希望する、しないのチェックをするようになっている。

■ 原爆養護ホームについて：

当園では、月に1回各種の老年疾患について研修会を開いてきた。そのたびに、入園者100名（男性20名、女性80名）の各種実態調査を行ってきた。2012年4月1日から2015年11月末までに在籍した160名のうち、男性31名の平均年齢82.32歳に比べて女性129名の平均年齢は89.58と7歳年長であった。現在、わが国では90歳が100人に1人というが、当園では、男性で90歳以上は31名中1名だが、女性は胎内被曝の69歳から最高齢者は103歳であり、90歳以上が約半数であった。介護のレベルで要支援1、要支援2はなく、160名中要介護度4と要介護度5が、それぞれ、38名、50名と多かった。改訂長谷川式簡易知能評価スケール（以下、HDS-Rという）で20点以下を認知機能低下ありとすると、認知機能低下は、不可能、0点、1～9点が、それぞれ2名、37名および45名であった。21点以上を認知機能低下なしとすると、160名中37名（23.1%）であった。この期間の死亡者（医療機関に3か月以上入院した退園者を含む）は61名（約38%）で、生存者は99名であった。在籍者160名のその後2016年8月末までの追跡調査では、退園者9名中7名が死亡し、生存者とした99名中14名が死亡したので、死亡者は82名/160名（51.25%）であった。

当園では、原爆被爆者の高齢者が自宅に戻ることなく、毎年敬老の日には3名くらい100歳に達して、内閣総理大臣から銀杯が贈られ、広島市市長から金一封のお祝いを贈られている。ただし、入園期間が20年以上の高齢者もいるが、4年半で約半数が死亡して、3～4年の待機者と入れ替わるというごく限られた期間、人生の黄昏を過ごしている状況である。

われわれは、情報発信すべきと思われる課題については、その都度学術誌に報告してきた。しかし、最も切実な課題を先送りしてきた。それはこの高齢者の終末期医療あるいは最近この文言の代わりに多用されるエンドオブライフ・ケアの問題である。今回、高齢者の生命倫理で常に問題となる胃瘻その他の延命処置を含む課題を抱えた事例（「表1」の事例1～4）を中心に、今後われわれは何をするべきか考えてみたい。

表1 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）

	年齢性	入園期間	嚥下 障害	介護	HDS-R (点)	障害 自立	認知 自立	基礎疾患
事例1	90代女	9年10ヵ月	胃瘻	介5	0	C2	IV	認知症(アルツ)、脳梗塞
事例2	80代女	10ヵ月	有り	介5	0	C2	IIIa	認知症(アルツ)、関節拘縮
事例3	90代女	5年5ヵ月	有り	介5	3	C1	IIIa	認知症(アルツ)
事例4	80代女	15年10ヵ月	無し	介5	19	B2	IIa	脳梗塞(右片麻痺)、大腸癌、MDS?

介護：要介護度
HDS-R：改訂長谷川式簡易知能評価スケール
障害自立：障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)
認知自立：認知症高齢者の日常生活自立度
認知症(アルツ)：認知症(アルツハイマー型)
MDS?：Myelodysplastic syndrome
骨髄異形成症候群の疑い

■ 事例の紹介

事例1 高齢者の胃瘻造設問題と認知症

長年当園で過ごしていた女性が、超高齢となり認知症が進行して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った。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ったが、1週間後に、やはり可愛そうなので胃瘻造設を希望された。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る。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る。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ない。

事例2 寝たきり、高度の認知症に対する骨粗鬆症薬の投与例

入園前に整形外科医にかかり、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、時には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に、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た。

事例3 いわゆる多剤処方（Polypharmacy）と内服薬の全中止例

90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った。ほとんど口を開かず物静かで、手を握り返すだけであったが、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った。以前に服用していた薬は、13種類であり、①日本で認知症薬として最初に認可されたドネペジル塩酸塩、②女性高齢者に多い骨粗鬆症のため服用する活性型ビタミンD₃のアルファカルシドール、③降圧薬のカルシウム拮抗薬、④同じく降圧薬のアングiotenシンII受容体遮断薬、⑤ループ利尿薬のフロセミド、⑥同じく利尿薬の抗アルドステロン薬、スピロノラクトン、⑦造血薬の葉酸、⑧高尿酸血症に対する尿酸排泄剤、⑨めまいの薬、⑩ベンゾジアゼピン系の抗不安薬、⑪神経因性膀胱の薬、⑫抗高脂血症薬、⑬胃下垂に対する漢方薬であり、それに補食として経腸栄養剤（半消化態）と多かった。2012年4月には、①、②、③、⑤、⑥、⑦、⑩と造血薬の鉄剤、抗潰瘍薬のH₂ブロッカーなどを含む9種類になっていた。慎重に経過観察後にすべて中止してみた。異常があれば再開する予定であったが、結局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ている⁴⁾。

事例4 担癌の高齢者の癌治療を行わない場合

15年の非常に長い経過をたどった骨髄異形成症候群の疑いがあり、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た女性の超高齢者がいた。脳梗塞後遺症の右片麻痺と構語障害があったが、認知症はなく車椅子生活で、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たが、90代では外科手術はリスクが大きく不可能と判断された。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が増加したが、突然の呼吸停止が出現し死亡した。脳血管障害の再発の可能性が疑われた⁵⁾。

■ 事例について思うこと

超高齢者が多数入園している当園では、加齢による腎機能障害⁶⁾、おしめ使用が多くなることに伴う慢性尿路感染症⁶⁾や、寝たきりの高齢者の褥瘡その他多くの問題がある。約3/4の入園者に認知機能の低下があり、これら高齢の認知症に対する薬物療法には限界があり、心の癒しのためのハーモニカによる音楽療法を試みてきた^{7,8)}。アルツハイマー型認知症あるいは脳血管型認知症の一番の問題は、脳の機能の低下から嚥下障害、誤嚥性肺炎から死亡という道筋を、なかなか改善できないことである⁹⁾。当園では、

夜間宿直は介護員のみであるので、胃瘻造設者を増やすことが困難である。事例1のほかに長期間1日3回、看護師による胃瘻注入を継続した脳機能障害の男性入園者がいた。再三の誤嚥性肺炎で入退院を繰り返す、喀痰吸引や胃瘻注入を一時中止して点滴静脈注射で様子を見るなど、スタッフの苦労は大きかった。寝たきりで発語はなく開眼していても、ほとんど眼球運動もなかったが、ある時妻がもう病院に運ばなくても良いと申し出た。なぜかと問うと、当園での生活と違って病院に入院するとパニックになるという。表情が乏しいのわかるのだという。結局、園内で肺炎のために死去されたが、ご家族から長年のスタッフの努力に感謝された。ただし、家族の思いとは別に、本人が幸せであったかどうかは確認するすべがない。

石飛幸三の「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」¹⁰⁾という書がある。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る。その後、在宅での看取りを熱心に進めている長尾和宏も、平穏死についての本^{11,12)}を出版した。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」と感心するほどである。

平穏死のすすめの解説に、日野原重明が平穏死を英語では“Peaceful eternal life”への旅立ちと表現している。日本老年医学会は、終末期医療の、特に水分補給と栄養管理について、胃瘻の是非について提言を発表している。膨大なエネルギーをかけて、オンラインのPDF250頁以上で、ほとんどあますところなく論じている¹³⁾。最近の情報では、胃瘻造設者が2か月か6か月に1回、胃瘻の交換をする件数が増加し、生存期間が延長しているが、延命を希望しない者が増加傾向にあるのか、胃瘻造設者の実数は減少傾向を示しているという。

事例2と同様な転倒による大腿骨頸部骨折後に寝たきりとなり、膀胱にバルンカテーテル留置の女性高齢者に、別の種類の副甲状腺ホルモンの皮下注射を長期間(24か月)毎日行った。事例2もこの女性もいずれも1か月約5万円という、降圧薬25人分を一人で消費しているが、これが骨粗鬆症に果たして有効か疑問である。骨粗鬆症に対する内服薬の中には、寝たきりまたは準寝たきりの者には適応がないと制約があるものがある。骨粗鬆症に対する副甲状腺ホルモンの皮下注射も要介護度4や5の者には適応がないと思われるがそのような制約はない。自力で活動能力のある入園者では転倒骨折のリスクがあるが、寝たきりの状態では、骨が紙のようになっており、介護骨折を起こさないように介護職者が細心の注意を払うが防止できないことがある。骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2015年¹⁴⁾に記載されている文献が1134もあることからわかるように、高齢者の骨折の低減に向けて多大な努力が払われている。高齢者の転倒骨折の予防について考えるとき、超高齢者で骨への刺激がほとんど途絶えた状態で、骨粗鬆症薬を投与することに、どれだけの意味があるのか。われわれの施設でも、簡易な踵骨部の超音波による骨密度の測定を行い、骨粗鬆症に対する活性型ビタミンD₃の投与などを行っていたが、過去10年間転倒骨折は改善せず、事故防止委員会は有効に機能していなかった。明日からでも直ちに実行できるような利尿薬節減で転倒骨折の改善がみられたことには相当の臨床的意義がある^{15,16,17)}。

事例3の超高齢者の内服薬を全部やめたいと聞いたとき、一瞬深沢七郎の1956年に発表した短編小説で、ドラマ化された民間の棄老伝説に基づいた檜山節考¹⁸⁾を思い出した。70歳のおりん婆さんが、当時の貧乏だった村のしきたりに従って、若い者たちの米の飯を減らさないようにと、夜間他人に見られないように、息子に背負われて山に死に行く物語であった。インターネットで調べた国立社会保障人口問題研究所報告書によると、広島県の0から4歳の子供は53519人であり、75歳以上の高齢者は95135人である。年寄りと子供を大事にしない国は幸福でないといい、わが国の少子高齢者対策が課題となっているが、国の将来を考えれば、少子化対策の方がより重要であろう。しかし、高齢者で1か月に5000円節約して子供にまわそうなどという気配りのできる話は聞いたことがない。

高齢者、超高齢者に対する薬剤について、日本老年医学会は安全な薬物療法に関しては、膨大なエネルギーをかけて、広範な文献検索に基づいて10年ぶりにガイドライン¹⁹⁾を改訂した。しかし、副作用がないからといって、惰性的に必要な性の低い薬剤を長期間継続している実態がある。当園では在宅の高齢

者と異なり、薬剤の一元管理のため残薬の問題や、後発薬の使用には問題がない。現在、高齢者の4～6剤以上の薬剤の使用を多剤処方（Polypharmacy）と呼び、薬剤の種類を極力少なくする必要性が論じられている。われわれは、事例3を契機に必要性の低い薬剤の節減に関する研究を推し進めることになった⁴⁾。園内で高血圧症や慢性心不全など半数の入園者によかれと思って連日投与されていた利尿薬を、スピロラクトン半錠、隔日投与という節減を行ったところ、前述したように転倒が減少し、大腿骨頸部骨折が3年間0件になった^{16,17)}。

事例4は、高齢者を多数診療した経験がない若い医師たちに注意を与えることを怠ったための失敗例である。若年者と異なり、高齢者では正常よりも低値のままでも、それなりに慣れた状態で過ごしている場合が多く、高齢者の身体成分の大きな変動を起こさないように注意深く経過を見ることが多い。たとえば、高齢者に対しては、夏の宮島の包み浦海水浴場で、夕刻の風の波が立たない状況と同様に、悪ければ悪いなりに変動をなるべく起こさないようにするのが、老人病を扱うコツである。高齢者をすこし元気にしようとするのが、かえって逆効果になることがある。超高齢者の大腸内視鏡検査のガイドラインはできてなく、癌がみつかったりリスクが高く手術不能の予測が経つ場合は、内視鏡検査をしない方がよいという専門医師もいる。

高齢者では、消化管失血があっても、若年者や50代のような激しいHbの変動²⁰⁾を示すことが少ない。また、骨髄異形成症候群²¹⁾による貧血では、不応性貧血の病名の通り薬剤に反応しないことが多い。当園の被爆高齢者は、年に2回胸部X線検査や血液検査を含む原爆検診を受けている。2012年4月から肺癌が男性に1名、女性に2名認められた。また乳癌が2名認められた。いずれも認知症があり、身元引受人と相談すると、治療は行うことなく経過観察のみを希望された。非常に緩徐に進行し、肺癌は脳や骨に転移するが、他の高齢者と同様な肺炎で死亡した。悪性腫瘍であっても、高齢者と若年者には相当違いがある。

■ 高齢者の生命倫理に関して

岡田は診療面から教育分野に転進してから、長年多数の教科を担当し老年者疾病治療論も担当したが、高齢者の生命倫理については、以前はほとんど関心がなく、遺伝学の講義を担当したことから、生命倫理では出生前診断に関心があつた^{22,23)}。

学生と考える生命倫理²⁴⁾という書物の中で、高齢者医療における倫理的課題は認知症と胃瘻が取り上げられている。また、延命処置の胃瘻とともに人工呼吸器について多く論じられている。シリーズ生命倫理学全20巻の中には、高齢者・難病患者・障害者の医療福祉²⁵⁾という1冊がある。生命科学や医学の発展した社会における生命の意味、死の迎え方、人権の擁護など、医療単独ではなく、医療福祉という統合的問題意識で生命倫理的な議論を深める必要性を説いている。わが国は高齢者、超高齢者の増加につれて、2014年の年間死亡者数約120万人が2025年には160万人を超えると推計されている。多死の時代を迎えて在宅医療、特に在宅での看取りも重要になってきた^{26,27)}。現在徐々にターミナル・ケア^{28,29)}という言葉を使わなくなってきた。わが国の厚生労働省も「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2006年度)³⁰⁾という代わりに、「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年度)³¹⁾という言葉を使うようになった。広島の新幹線口のホテルが最初ターミナル・ホテルと称していたのが不評で、ホテル・グランヴィアと変えたように、終末という言葉はよくないようである。厚生労働省のガイドラインの要点は、下記の3点である。

- 1) 医師単独ではなく、医療・ケアチームで対応すること
- 2) 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意主義によって意思決定すること
- 3) 緩和ケアを充実させること

となっている。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ない。なお、海外ではエンドオブライフに点滴をしないことも、緩和ケアとみなされている。

当園では、約4分の3が認知機能の低下があり、家族と話をしては看取りに関する同意書を取り交わすことを行ってきた。三菱総合研究所の2000年度厚生労働省の補助金による「特別養護ホームにおける看取りに関する研究」³²⁾を読むと、家族とのコミュニケーションを重視することやスタッフの気持ちの統一などに重点が置かれており、高齢者自身による「いきいきと生きて逝くために」に書かれているエンディング・ノートを準備することや、ACPの啓発教育、タイミング、運用などは、あまり論じられていない。

■ 寝たきり老人のいる国いない国

2015年に、小冊子「高齢者の終末期医療を考える」¹⁾には、「終末期医療」と、まだ終末期という言葉、この方面の有識者が用いているのだが、その参考文献の中に注目すべき2冊の本があった。それは、医療、保健、介護などに詳しい朝日新聞の女性論説委員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」³³⁾という本である。ところが、北海道のわれわれと同様多数の認知症を抱える北海道の施設の夫妻が、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」³⁴⁾を2015年に出版した。この間25年余も時が過ぎている。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、それは飲まず食べなくなった時に、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う。

先進国で少子化対策の比較的成功しているフランスのことや、高齢者対策として、海外で行われていることを、文化的な背景や考え方の違うわが国がそのまま取り入れるべきではないという説明をよく聞く。日本人は、中国の宦官や纏足のようなものは取り入れず、取り入れるべきものを上手に取り入れてきた。日本には確かに独特な文化がある。日本の文化は、外国とどのように違うのか、日本人の生命観・死生観と外国人の生命観・死生観にはどのような違いがあるのか。

千葉大学病院で1978年に発足した「医の哲学と倫理を考える部会」の公開講演会の記録が、1984から1987年にかけて「医の心」全6巻として刊行された。35名の執筆者の中に、笈 泰彦の「日本人の生命観—主として日本語を通してみた」³⁵⁾という1章があり、日本語の特色として主語がないという文章があった。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、約80%が“Where is here?”といい、“Where are we?” “Where are we now?” “Where are we now passing?”といえる者は少ないという。確かに日本人は自然に恵まれ自然に沿って生きるのも、あまり個を強く主張しないのかもしれない。ノーベル文学賞を受賞した時川端康成は「美しい日本の私」³⁶⁾という題で独特な日本語の講演をした。また、大江健三郎は受賞した時に「あいまいな日本の私」³⁷⁾という題で講演している。日本人にしかわからないであろうと思われる川端康成の講演を、立派な英語に訳す人がいたのに驚くが、いかに独特の文化的背景があろうとも、海外で行われている延命処置が不要であるとの事前表明は、日本でも実行しようとするべきでないことではない。

当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るが、その記録の中に1枚、センター方式³⁸⁾で使用されている図がある。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る。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である。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い。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のに、やや時期が遅すぎる。

広島原爆被爆者援護事業団に属する養護ホームの一つである舟入むつみ園（定員100名）の入園者は、車椅子生活者はなく、介護保険では要支援1か要支援2のレベルで、自立しており、一人でかかりつけ医に受診ができて、認知症はいない。定員100名の平均年齢は約85歳である。医師が一人に30分くらいか

けて、ゆっくりと聴き取りをして、ほぼ一巡し、以前と考えが変わっていないか確認する二巡目にかかっている。ほとんどの入園者が延命処置を望まないというが、ごく稀に最先端の医療手段をつくして欲しいと希望する者がある。当園でも、延命処置を希望しないという遺言を、家族に言い渡している者があるが、一方ごく稀に血液透析、胃瘻、中心静脈栄養、気管切開に人工呼吸器とできる限りの医療手段を尽すよう希望して、弁護士立会いの下で遺言書を作成して子供たちに渡し、その抜粋した覚書を手渡しにくる入園者がいる。前記の東條環樹医師の所では、1年に1回家族と本人の一緒のところ、個々の医療処置についてではなく、全般的な延命処置についての思いを聴くことと、認知機能の低下の進んだ方は、家族が相談するが、嫁のような立場ではなく、身元引受人となる責任の持てる方が本人の意思を推定してエンドオブライフ・ケアをどのようにするか決めていくという（2015年11月第68回広島医学会総会講演より）。

■ いきいきと生きて逝くために

最近、アナウンサーをやめて尼さんになった川村妙慶が「もしもあなたが、あと1日のいのちだとしたら」³⁹⁾や、「いのち輝く365日」⁴⁰⁾という本を出している。在宅ホスピスを推進している小澤竹俊は⁴¹⁾「今日が最後の日だと思って生きなさい」という書を出している。高齢になってからACPを始めるというのではなく、われわれは早くから「死生観」「生命観」を各自持っていなければならないという。

中国新聞に木津川 計が関西地区で「上方芸能」を創刊し、編集長を48年間務めたが、2016年5月の200号で終刊したという記事があった。呉地区での公開講座に招いて講演してもらいたいような、軽妙な語り口の上質な話し方をする方である。木津川は、この10年来人々に死に方について講演してまわっている。2014年79歳の時に第24回滋賀県高齢者大会の記念講演で行った講演「生き甲斐のこれから～張りのある日常をどう作るか～」というインターネットのYouTubeの動画を拝聴できる。永六輔が「大往生」という本を出したが、大往生の条件を出していないので自分が提示するといって5項目、ポックリ死の条件を6項目白板上に板書している。岡田は呉大学看護学部の学長補佐時代に学長の代理で、当時の呉市市長が会長をしていた「時局問題研究会」に出席した時、呉市の各機関から1名ずつというので、わずか15名の出席者に行われた、1時間の「生き甲斐のこれから」という題の上質な講義を聞いたことを思い出した。下記のような話である。

- 大往生の条件 : 1) 安らかな死 2) 男85歳以上, 女90歳以上 3) 悼まれる死
 4) 寝たきり1年以内 5) 身近な人に看取られる
- ポックリ死の条件: 1) 健康 2) 経済的なゆとり 3) 時間的なゆとり
 4) 人間的社会的つながり 5) 家族の支え
 6) 張りのある日常 ①趣味 ②学習

われわれは大往生の寝たきり1年以内が非常に難しく、ただポックリ死の方は、張りのある日常生活を送れるように、なんらかの趣味をもち生涯学習を続けることは可能であろう。

■ おわりに

われわれはできることから始めなければならない。これまで、日本医師会の老年病専門医の高齢者診療マニュアル⁴²⁾を読み、日本老年医学会の編集した老年医学のテキスト⁴³⁾を読み、現在電子版が多くなったために文献リストの記載がない米国の権威ある老年医学テキスト⁴⁴⁾を真剣に読んで、まともな高齢者医療とは何かを考えてきた。「究理実践」の言葉のとおり、惰性に流されがちな日常業務の中で、改善すべき課題を見出し、研究し、成果があれば教育に反映させるように、実践、研究、教育の三位一体を考えて行動してきた。先送りしてきた最も重要な課題が、ACPをどのように進めるかということである。どのように啓発教育をして、どのようなタイミングで行うのがよいか、運用をどうするかなどACPのモデル事業の報告会で議論されたが、広島県での取り組みを、人々にマスメディアを使って、早く広くACPを浸透させるべきであると、東区の代表の医師が発言されたが、まったく同感であり、ACPはや

さしい日本語表記の方が普及しやすいと考える。

これからは、日本老年医学会の水分栄養補給のガイドライン、厚生労働省のガイドラインから、ACPへ進み、さらにADへというシステム作りと習慣化を行動目標に掲げるべきであろう。

本稿の要旨は、2016年11月26日に岡山市で開催される第28回日本老年医学会中国地方会で報告する。

【謝辞】

原爆養護ホーム神田山やすらぎ園のスタッフの日頃の労苦に対して感謝する。

文献

- 1) 増田寛也 + 日本創成会議 編：高齢者の終末期医療を考える—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。
- 2) 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。
- 3) 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
- 4) 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。
- 5) 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
- 6) 岡田浩佑，山口弓子，鎌田七男：原爆養護ホームにおける高齢者の腎機能障害と尿路感染症。広島医学。2016。(投稿中)
- 7) 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。
- 8) 岡田浩佑，鎌田七男，山口弓子，村田真奈美，石崎由美子：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。
- 9) 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齢者の摂食・嚥下障害の実態。広島医学，70(4)：2017。(掲載予定)
- 10) 石飛幸三，平穩死のすすめ。講談社，東京，2010。
- 11) 長尾和宏：「平穩死」10の条件。ブックマン社。2012。
- 12) 長尾和宏：高齢者の望む平穩死を支える医療と看護。東京。メディカ出版。2015。
- 13) 日本老年医学会：「高齢者に対する適切な医療提供指針」2012年。
- 14) 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会編集（日本骨粗鬆症学会，日本骨代謝学会，骨粗鬆症財団）委員長，折茂 肇：骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2015年版。東京。ライフサイエンス出版株式会社。2015。
- 15) 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。
- 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) 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—Wiley Online Library, 2016.
- 18) 深沢七郎，榎山節考，新潮文庫，37-107，1958。
- 19) 日本老年医学会編：高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015。メジカルビュー社，東京，2015。
- 20) 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。

- 21) 岡田浩佑, 鎌田七男, 藤村金吾, 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
- 22) 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.
- 23) 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
- 24) 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.
- 25) 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.
- 26) 川越正平編: 在宅医療バイブル 東京, 日本医事新報社, 2014.
- 27) 垂井清一郎監修: 平原佐斗司, 長尾和宏編: 在宅医療のすべて(スーパー総合医). 東京. 中山書店. 2014
- 28) 宮崎和加子監修: 在宅でのターミナルケア, 家族支援を中心に. 東京. 日本看護協会出版会. 2006.
- 29) 金川克子, 野口美和子監修, 天津栄子編集: 認知症ケア・ターミナルケア. 東京. 中央法規出版株式会社, 2005.
- 30) 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.
- 31) 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.
- 32) 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/.../h2202b.pdf
- 33) 大熊由紀子: 「寝たきり老人」のいる国いない国. ぶどう社. 1990.
- 34) 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.
- 35) 笈 泰彦: 日本人の生命観—主として日本語を通して—. 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.
- 36) 川端康成: 美しい日本の私. (講談社現代新書). 東京. 講談社. 1969.
- 37) 大江健三郎: あいまいな日本の私. (岩波新書). 東京. 岩波書店. 1995.
- 38) 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.
- 39) 川村妙慶: もしもあなたが, あと1年のいのちだとしたら. 東京. PHP 研究所. 2012.
- 40) 川村妙慶: いのち輝く365日. 東京. 図書刊行会 2015
- 41) 小澤竹俊: 今日が人生最後の日だと思って生きなさい. アスコム. 東京. 2016.
- 42) 林泰文, 大内尉義, 上島国利, 鳥羽研二監修・編集: 高齢者診療マニュアル. 日本医師会雑誌, 138(2): 37, 2009
- 43) 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.
- 44) Fillit HM, Rockwood K, Woodhouse K, Ed. Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology, 7th Ed. Philadelphia. Saunders Elsevier. 2010,