

高齢者終末医療—欧米と日本の場合

松 下 哲

I 高齢者終末医療の背景

終末医療は一般に患者がもう治らない状態に入ってから、実際亡くなるまでの期間の医療を指すが、暫く前までは一分でも長く延命させることが優先された。終末にある患者から死神を暫く遠ざけ、延命を図ることはある程度可能であるが、先進国では一様に、病院の密室化とともに、代償として患者の苦痛の延長、非人間的死、他に向けるべき医療資源の浪費などの弊害が目に見えようになった (Callahan)。

延命医療の原因として、多くの場合、大学の医学部で教えられる医の倫理としてのヒポクラテスの誓いが挙げられる。ヒポクラテスの誓いの中に延命医療の原因になりそうな字句を探すと、「患者に少なくとも害を与えてはいけない (do not harm, primum non nocere)」が該当すると思われる。害を与えるを死と解釈するか、死は不可避の事実として生命の質りと取るかによってそこから出てくる医療のやり方は大きく違う。人生の意味や、苦しみながらも何故生き続けなければならないのか、人生の意義、死後の世界、といった生命への考え方は誕生から死までの人生の移り変わりを見聞し、経験し、形成された個々人の死生観あるいは宗教の一部である。死に行く人々は改めて医療、宗教、社会に尊厳死とか消極的安楽死について態度を明ら

かにするように迫り、医学的研究、宗教観の発展、判例によって、生命の質が重視されるようになった。

哲学や宗教とは別に、二十世紀の生命科学の発展は医学のあり方を規定する時代に入ったと思われる。サイエンスと人情で「人間とは何か」を追ってきた医学は、「人間とは何か」、「生命とは何か」を追ってきた生命科学の範疇であることは明らかで、生命科学の成果やその倫理を尊重する時代に入った。とりわけ老化と死は「生命とは何か」に直結し、生命科学の成果は医学の参考になる。

生命科学の成果を一言でいうと、ヒトも生き物の一つであり、生命の誕生から四十億年をかけて自己という意識をもつに至った貴重な創造物ということになる。動物の語源のアニマとは心で、動物とは「心あるもの」という意味であり、「心」は生命活動の究極の現象である。個性はとくに心、精神において進化の中で確立し、人間において極致に達している。そして老化と死は個体発生、系統発生の長い歴史の中で個性獲得の代償として生じてきた(中村, Stearns, Strickberger)。このような人間の個性、精神性、それから生じた基本的権利としての自己決定を尊重することを基調とするとともに、老化や病気を生命の一つの現象として捉える医学が求められている。

生命倫理の概念は1960年代に誕生した。生命

倫理の特徴は、1. 技術革新への事前評価の導入、2. 近代ルネサンスの概念に基づく哲学の主導、3. 人のもっている基本的権利としての自己決定を行動の原理とする、に要約される。医療におけるインフォームドコンセントの概念はこの生命倫理を源としている。この生命倫理の概念は1980年代以降転換期にある。その要因はアジア・アフリカ諸国の参入に象徴される国際化、遺伝子研究の進歩、環境問題の出現の三つである。これは地球型生命倫理といわれている（坂本）。

II インフォームドコンセントに基づく医療

以上のような学際的研究、生命倫理の発展が今日の医の倫理を育ててきた。そこでは自立の尊重、人間性の尊重、病名の告知、病状の説明と自己決定による選択の原理が基本である。この原理に従って、医師がどうあるべきかを規定するものがインフォームドコンセントである。医師の病状や治療の説明の義務と患者の納得・選択が骨子で、医師は自分だけの意図で医療はできない²⁾。今日では、このインフォームドコンセントの原理が日常的な病気の医療から終末期の医療、ホスピス運動、尊厳死運動、医療政策、研究の動機にまで一貫して存在することが認められる。インフォームドコンセントは米国ではピアレビュー（現場での医師同士による再調査）やセカンドオピニオン（他の医師の意見を取って参考にする）を取る慣習を伴うが日本ではいまだ大勢とはなっていない。

日本では和を重視する考え方、家族単位の考え方などの文化的環境が、自己決定や個人主義の原則からインフォームドコンセントを誕生さ

せた国々とは異なる。とくに日本の高齢者のインフォームドコンセントでは、その基本的価値を変えずに国民感情に馴染むよう検討、工夫することが必要である。病名告知でなく病状説明から患者の選択と同意を得る「肩の張らないインフォームド・コンセント」（星野）など、日本の高齢者に適した方法を取り入れる必要がある。

III 高齢者の終末医療

終末医療はターミナルケア、ホスピス、緩和ケア、ビハークともいわれる³⁾。高齢者の非がん終末医療はがんの終末医療に比べられる。非がんとがんの場合では終末医療の抱える性質が共通する点と多少違う点がある。

高齢者非がんターミナルケアでとくに焦点となるのは、脳血管障害や痴呆など認識・知能・運動といった機能が長期間にわたって損なわれる場合のケアをどうするかという問題である。まず高齢者のがんのターミナルケアの特徴から始めて、非がんでの特徴、がんと共通する点と違う点に触れながら述べる。

がんでは、がん細胞の増殖という本質と、径10 cm 相当にがん組織が大きくなると死ぬことから、がんの罹病期間はほぼ一定となる傾向があり、終末医療が関わる日数は比較的短い。がんが早期に発見され、根治の可能性があれば告知もしやすい。がん終末期であっても告知は患者の精神的状態に配慮しながら早く行って、患者に残された時間を確保するようにする方針に変わりはない。

がんのターミナルケアは次の四つの原則にまとめられる。1. 患者と家族を一体としてケアする。2. 苦痛の軽減がケアの目標。3. ケアはチー

ムで行う。4.死が予測される中で、ケアは死を早めたり、遅くしたりしない。

このアプローチによるがんのターミナルケア（ホスピス運動）は社会に受け入れられてきた。非がん患者のターミナルケアにも同じ手法が用いられるが、問題は患者が何時からこの終末の時期になるかという問題である（von Gunten and Twaddle）。がんの終末期はだいたい死亡する前の3～6ヶ月とされている。

がんでも、いつ頃死亡するかというのは難しい予測だが、非がんでは、肺線維症・腎不全などの病気を除いて、もっと困難である。様々な因子を考慮して予測されるが、腫瘍の増殖という決定的因子がない非がんでは一般に難しい。しかし米国ではターミナルケアに対して保険が支払われるのは6ヶ月までなので、終末期だという判断が遅くても早くても困る。

非がんでは期間で定義するのではなく、慢性病で治療しても回復の可能性がなく、死を待つ状態、延命措置が尊厳を傷つけるような状態として定義するほうがよいという結論である（村井）。

1 高齢者のがん告知

老人差別・偏見（エイジズム）

告知という言葉は、役所が市民に知らせる、という意の法律用語で馴染みにくい。本当の告知（inform）は「相談」の意で、治療に関する「情報交換」が内容である。

高齢者のがん告知は精神的に自立していれば若壮年者と同じく告知すべきである。子供でも理解力に応じて告知するのと同じである。がん告知は欧米では「原則としない」から「原則とする」に1970年前後にかけて180度変わった（Novack et al.）。日本ではがんセンターにお

いて既に告知が原則となり、一般の医療機関でも告知の原則がこれから確立していく時期と思われるが、一方告知されない権利もある。終末期では告知の希望を尋ねること自体ががん告知の予想、憶測を招くので、入院や外来の始めに全患者にルーチンとして告知の希望の有無を問うのがよいとされている。

家族と相談してから告知を決める場合が高齢者では多いが、家族が反対するために本人が希望していても告知されない確率はかなり高い。欧米で告知が原則になっているところでは、もちろん始めに本人に対して告知するわけで、告知された本人が家族にどう説明したらよいか悩むのがみられるのと対照的である。

このような家族の意識のため、高齢者のがん告知は少なくとも二割は減っていると思われる。東京都老人医療センターの外来の患者調査で終末期と仮定した場合のがん告知の希望は60%であったが、実際入院がん患者の告知率は34%であった（松下ほか1996,1997）。この裏には、根治できる時期にがんが見つかったが、告知に家族が反対し、根治手術の時期を逸し、患者が終末期に至って自ら希望して告知に至った時、何故早く告知してくれなかったかと嘆かれた不幸な例がある。

告知は家族の問題でなく、本人の命の問題である。現在の社会では、告知への反対は本人の命の軽視を意味する。告知のタブー化は今日の社会にみられる死のタブー化と一体となって、このような悲劇を作り出している。本人の告知の希望の有無を確かめることは、家族の意向と本人の意向の食い違いによるこのような悲劇を避けるためにも必要である。老人だからといって告知しないのは老人に対する差別と偏見（エイジズム Palmore）で、家族の間にこれがある

場合はよく説得することが必要である。

高齢者への告知では若壮年以上に時間をかけて分かりやすく説明し、繰り返し説明することが必要である。星野一正は必ずしも病名をいう必要はなく、がんの組織診断がない場合は「たちの悪いできもの」ぐらいにし、病状の説明がなによりも大切であることを述べている。

2 非がんのインフォームドコンセント

非がん終末医療の場合は、終末だけに問題を限定するのではなく、それまでに至る慢性の病気の時期からの患者のインフォームドコンセント、病気・病状の理解が大切である。この慢性疾患の理解や認識がなされていれば終末期に屢々みられる不適当な延命医療を避けることができる。

非がんでは時間ががんに比べて比較的余裕がある一方、非がんの慢性病自体がインフォームドコンセントの基礎になる患者の精神的自立や正常な認識力を損なっている場合が屢々あり、どうしたらよいかという問題が起こる。痴呆が進行して末期になればインフォームドコンセントは成立しないが、中途であれば、ある程度残存する知能、記憶能力に応じて病状説明、ケアの説明をして理解してもらう努力が必要である。

痴呆の程度が軽い場合の調査によれば、患者本人は67%の人が病名告知、病状説明を希望している(今村ほか)。患者自身も病気の子後について不安をもっていることがあり、説明と理解を病状に応じて行うのが適当である。しかし初期のインフォームドコンセントを経ないで、終末期に至った場合は患者の人生哲学を知る家族と相談することになる。レーガン元大統領が1994年83歳でアルツハイマー病の初期段階にあ

ることを自ら公表したのはアルツハイマー病に対する世間のより深い認識を促すためであったが、インフォームドコンセントが痴呆でも行われていることを示している。

IV 高齢者非がん終末医療と死生学 Sterbenbegleitung

非がん終末医療でもがんの場合と同じく患者、家族、国民の死生観、死の準備教育の有無、病院死、在宅死といった問題は共通し、解決の方法も共通する。死生学は死までの生き方を考える学問で、その対象はがんの場合が多いが、その研究成果は非がんの終末医療にも当てはまる。欧米で育った人で日本に来て熱心に死生学、生命倫理を追求しているアルフォンス・デーケン、ダリル・メイサーや、日本で生まれて教育を受けた後、欧米で長いその道の経験をもち、帰国して活動している星野一正のような学者は、欧米における死生学や生命倫理の内容を伝える用語の適当な邦訳をし、その精神を適切に移入してくれる。

終末医療でのいちばん大切な精神はドイツ語のSterbenbegleitung(死に行く人とともに歩む)という言葉で表される。このSterbenbegleitungはターミナルケアという言葉よりも内容をよく表すのでドイツでは論文の表題として使われている。最後の瞬間まで死に行く患者のそばを離れずにいて信頼感を与え、恐怖を和らげ、医療手段はなくなっても寄り添って一緒に歩むという内容である。がんでも痴呆でも、よい相談相手が必要である。言葉を吐き出せる相手や崩れていく知能、感情を適当にケアしてくれる人がそばにいれば、気持ちの整理や平静的生活ができる。ホスピスやビハーラも同じ精神

である。

ここでは死生学の立場から、日本の社会に不足しているとアルフォンス・デーケンが指摘した、四つの死、別れは小さな死、死の準備教育、無視される心の絆、ユーモア、ホスピスボランティアの中から、とくに高齢者終末医療に関係のある、始めの三つについて述べる。

1 四つの死

死には心理的、社会的、文化的、肉体的の四つの死がある。生きる意欲を失うことは心理的な死であり、見舞いもない状態は社会的な死である。文化的潤いのない病院への入院は文化的死で、最後に肉体的な死がある。肉体的な生存時間だけを指標にするのではなく、これら四つの側面を指標にする医療のあり方が生命の質を重視した医療といえる。ケアはこの三つの死を肉体的死へできるだけ近づける意味がある。

2 別れは小さな死 慢性病は別れ

別れは小さな死というフランスの諺がある。人間は他人との出会いの中で生きており、自己の一部は家族、親しい友人など愛する人の中で生きている。だから別れによって、必然的に自己の一部が失われる。非がん慢性疾患ではこの他者との別れが徐々に起こると考えられる。脳血管障害や痴呆では認識・記憶・知能の障害により徐々な別れ、即ち小さな死が起こっていると皆が受けとめるようになれば、終末医療はもっと自然で人間的なものになると思われる。痴呆では家族の顔も分からなくなる時期がくる。その時ショックを受けるのではなく、別れとして死が姿を現したと受容するのが人間の個性、精神性の尊重に通じる。これは次の死の準備教育の中にも含まれるべきである。

3 死の準備教育

がんでは、終末に至る前の予防医学としての準備段階、準備的悲嘆、悲嘆教育が大切とされる。老年病でもコストパフォーマンスが高い点からもっと国民の悲嘆教育を重視すべきである。日本のボーイスカウトで使用しているケアマニュアルをみると原本ではターミナルケアが入っているが、邦訳ではこれが省かれている。青少年の教育用のケアマニュアルでこの項を外したのは日本で死のタブー化が社会に強く根づいていることを示している。青少年の悲嘆教育に力を入れているドイツと対照的な現象である。

V ターミナルケアで注意すべき 高齢者の特徴 廃用症候群

1 高齢者の特徴

高齢者のターミナルケアでは、がん非がんを問わず、高齢であること自体による身体的、精神的なケアの上で注意すべき次のような特徴がある(柏木)。1) 薬剤の副作用が出やすい。2) 転倒・骨折しやすい。3) 褥瘡(床ずれ)が起きやすい。4) 感染を起こしやすい。5) 痛みは比較的少ない。6) 意識障害が起こりやすい。7) うつになりやすい。8) 若中年者の死に比べ、家族が患者の死を受容しやすい。

5)では高齢者では感覚が一般に低下し、がんの痛みも比較的少なくなる。この苦痛が比較的少ない点と、進行するまで症状が出ないために発病から死亡までの痛惱期間が短く、苦痛の総量が少なくなる現象を捉えて100歳前後のがんを天寿がんという(北川)。

8)がんの場合は概ねこのようだが、痴呆の場合は長い介護期間と精神的社会的負担から家族

は疲労困憊し、家族のケアがとくに必要である。この場合のケアは後で述べる。

2 廃用症候群

骨格筋萎縮・関節拘縮・骨萎縮・起立性低血圧・静脈血栓症・沈下性肺炎・褥瘡・尿失禁・便秘・心理的荒廃・痴呆などをまとめて廃用症候群という。これは人間の身体は使わないでいると、本来もっている働きが衰え、様々な合併症が起こってくることをいう。誰でも歩かないで寝ていると筋肉の萎縮が始まり、健康な人でも骨折などで関節を暫く固定しておく、関節が堅くなり、再び元のように動くまでリハビリテーションが必要になる。

廃用症候群は高齢者、とくに痴呆患者で起こりやすい。この場合、ケアの失敗、精神的・肉体的・薬物的拘束から本来の症状の上に着いてしまった意味で「衣症状」という。入院している間に投薬や安静で廃用症候群を起こさないよう医療関係者は心がけねばならない。

VI 米国老年医学会の終末期医療への立場表明

米国老年医学会は高齢者終末期医療への立場を表明している (American Geriatric Society, 武藤ほか)。この立場表明は自己決定の原理、自立や尊厳というインフォームドコンセントの精神を謳い、ターミナルケアはチーム医療であること、患者と家族を一体としてケアする、苦痛を緩和する方法として薬剤ばかりでなく非薬剂的ケアの重視、患者の訴え中心のケア、緩和ケアの医療保険の簡素化の要望、無意味な加療の継続、自殺幫助や安楽死を防ぐといった内容である。

VII 終末期および慢性期の水分補給・栄養補給

終末期での水分補給・栄養補給をどうするかは実際の緩和ケアにあたって、基本的なケアなのか、医療に属するのかという問題をもたらす。

経管栄養は鼻腔または口腔経由、または人工的に作った胃ろう経由で胃または小腸まで管を入れ、その管を経由して栄養と水分の補給を行うものである。経管栄養は一般的に摂食不能な重病であるが摂食機能が回復する見込みがある場合に回復を助けるための栄養補給として一時的に用いられる。回復する可能性がなくても行うのは喉頭がん、食道がんなどで嚥下はできないが、精神的身体的にはまだ良好な状態で、栄養が必要な場合である。

終末期の患者に経管栄養や水分補給を行うかどうかについては詳細な研究がある (Ahronheim)。結論は「行わない」である。死が迫っている患者や、進行した末期の神経疾患の患者に経管栄養やかなりの量の水分補給を行うことは緩和ケアにならず、患者を苦しめるばかりで生存時間も延びない。

消耗性疾患の末期や断食ではエネルギーは体脂肪の燃焼で主に得られ、脂肪の燃焼によって水が得られるとともにケトン体が生成される。このケトン体は不快感を軽減する働きがある。消化管の働きも低下して食欲のないところへ食物や水を摂取すると嘔気を催す。血糖が上昇しケトン体は低下し、患者はたとえ家族の希望で食物や水を飲んでも不快感を経験する。空腹感・口渇感・口の渴きを自覚する場合はごく少量の食物・水・氷を口に含む、口を水で濡らすことでよくなる。水分を点滴などで過剰に与え

ると咽頭・口腔の分泌が多くなり、吸引を必要とし、これは患者の負担を増加させる。日本のホスピスでも終末期の点滴は控える傾向にある。

一方、生命維持のため、進行した痴呆、パーキンソン病、脳血管障害患者で慢性的に長期間、経管栄養を行うことについては議論が分かれる。判例としては1990年米国は医療的経管栄養を患者が自己決定権により拒否できる権利を認めている (Cruzan case)。

不治の病における経管栄養の医学的性格は次のようなものである。

1. 経管栄養は食事介助という通常のケアとは違うリスクがある。
2. 経管栄養は誤嚥性肺炎を予防しない。
3. 嚥下の評価検査でも経管栄養の適応がある患者は決められない。
4. 経管栄養を中止しても苦しい死にはならない。

最初に経管栄養を始めるかどうか、また既に行ってきた経管栄養を中止する上で、これらは判断根拠になる。実際には高齢社会先進国では経管栄養は行われなくなっている。

VIII 非がん高齢者医療の問題点を代表する痴呆

痴呆は高齢者のインフォームドコンセント・ケア・終末期医療で色々考えさせる典型的な例である。痴呆は生物学的・精神的・社会的な面をもつ病気である。

痴呆患者の平均寿命は一般の平均寿命と同じで、罹らない人に比べて寿命が短いわけではない。痴呆はもっとも介護期間が長い病気で、介護をする家族にとっては重い負担になる。痴呆

は東京都老人医療センターでは死亡の14%にみられるが、高齢になるにつれて痴呆は確実に増加する。痴呆の危険因子は、血管性痴呆では高血圧など予防できる因子があるが、アルツハイマー型老年痴呆ではアポE同位体と脳挫傷を除いてははっきりせず、誰でも高齢になればこれに罹る確率が高い。痴呆は社会に及ぼす影響が大きいため、米国老年精神医学会・アルツハイマー協会・老年医学会は1997年にひろく医療・福祉・行政関係者に呼びかけて早期診断とケアの抜本的・組織的な改善が必要と勧告している (Small et al.)。

1 アルツハイマー型老年痴呆の生物学

痴呆を呈する神経疾患は多いが、痴呆の中でも代表的なアルツハイマー型老年痴呆を例にとって説明する。アルツハイマー型老年痴呆は脳の老化 (今堀, 水谷) の結果、動物やヒトを特徴づけている「アニマ, 心」, 知の能力 (渡辺) が障害される病気である。

哺乳類は二億三千万年前、恐竜の祖先が進化を始めたのとほぼ同じ頃、祖先の原始爬虫類から進化し始める。しかし進化と発展の速度は大きく違い、哺乳類の祖先は恐竜の全盛時代の中を長い間、細々と生き続けることになる。恐竜達が寝る夜間に活動せざるを得なかった哺乳類の祖先は嗅覚を頼りとし、それまで発達してきた視覚を経由する経路をいったん脇に置いて、嗅脳を認知の進化の路線にした。この結果、ヒトの認識・記憶・知能といった働きは、個体発生上脳幹より後になって発生してくる嗅脳相当の海馬とその周辺、それに大脳皮質によって担当されるようになった。

老化では、身体を中心を占める臓器、また同じ臓器の中でもより中心の組織は老化しにくい

原則がみられる。この原則は系統発生・個体発生上、先行してできる組織は変化しにくく、その後でできる組織は変化しやすいという、進化においていったん採用した路線は踏襲されやすい現象から派生してくる(松下)。脳の老化では脳幹という中心に比べて末梢に相当する海馬とその周辺および大脳の神経細胞に老化が進み、知の障害が起こってくる。そこには我々の日常の動作・知覚体験・記憶・学習・知能・意欲・感情といったものがどのように脳の働きで支えられているかを示すばかりでなく、この病気にどう対処すべきか、どのような対処が間違っているかへの鍵も含まれている。

2 アルツハイマー型老年痴呆の症状

痴は知の病気を文字通り意味する。知の障害は認知・記憶・知能・意欲・思考・判断といった知的活動全般にわたって進行性に生ずる。痴呆の症状はケアをする上で便利な分類もされている(杉山)。

(1) 記憶障害

痴呆では短期記憶の障害に始まり、次第に長期記憶に及ぶ。短期記憶の障害は新しいことを覚えることを困難にし、少し進むと大きな行為そのものを忘れてしまう。食事をしたばかりなのに「まだご飯を食べてない」といったり、定年退職したのに、会社へ行くといって鞆をもつてでかける。行為を忘れるために何回も同じことを繰り返す。同じ買い物を何回もする結果、家の中に異常に同じ物が溜まってしまう。蓄積された今までの記憶が過去に遡って失われていく。その人にとっての現在は一番最後に残った記憶の時点になる。

(2) 知覚体験の障害：認知障害・見当識障害

視覚・触覚・聴覚などすべての知覚体験は環

境に存在する価値・情報を積極的に探索する作業である(佐々木)。人間や動物は無意識のうちに外界を知覚体験しているが、知覚体験は外界の単なるコピーではなく、外界の変化の中から探索によって価値や情報という不変項を見つける行為である。例えばコーヒーカップはどのような用をし、どのような角度からみてもコーヒーカップであることに変わりないとか、外界の認識は自分をその中で相対関係も含んで認識していることが例として挙げられる。

生まれつきの盲人が治療により視覚を初めて得た場合、ある程度若くてこのような不変項を視覚で探索するシステムが脳で育たないと視覚は活用されず、元の盲目の世界に戻ってしまうことが知られている。言語や発語はもっとも精緻なシステムであるが、言語を理解することは記号解読ではなく、知覚の問題として不変項が強められている。

これら知覚体験の根本にある不変項が障害されるのが痴呆で、認知・見当識障害が起こる。見当識障害は自分のいる場所、今の時間、自分に親しい人(相貌認知)の順に起こる。迷子になったり、人物に対する錯覚、誤認が起こる。進行すると家族の顔も分からなくなる。見当識障害が高度になると鏡の中の自分が分からず、自分の像に話しかけたり、肩越しに映る物を鏡の中から取ろうとする。鏡の中の自分を自然に認識する能力はサルの中でも類人猿にしかみられず、かなり高次の認知機能に属する。

徘徊は認知・見当識障害による誤った目的、例えば自分の家にいるのに「家に帰る」、成長した子供が前にいるのに「子供を探してくる」などという動機と、歩行による心身のストレス解消の欲求が組み合わさって起こる。

(3) 知能障害

知能は言語性知能と動作性知能に分けられる。言語性知能は概念としての言語・文字を通じて理解したり学習する能力である。ヒトでは言語の創造により、情報処理能力が飛躍的に増加したため、それまで情報処理を脳の重量の増加で対応してきたヒト脳の進化は停止し、現在のヒトの脳重に落ち着いたといわれる。聾啞の人は幼時以後に言語を習得すると、初めて過去・現在という時間感覚や、あたかも混沌から秩序の世界に生まれ変わったような体験をもつ。このような例から言語は我々のもっている情報処理能力に必須の手法であることが分かる。痴呆では、知覚体験の不変項が強められている言語が障害され、情報処理能力は格段に低下する。

動作性知能は、食事・排泄・着替え・入浴・睡眠・休息といった日常の生活動作と、買い物・曲を弾く・車の運転・電話をかけるなど、道具を使う動作に分けている。この二つの能力があれば通常の生活は経済の裏打ちがあればできる。動作性知能も生まれてから体得される能力である。動作性知能は以下に述べる手続き記憶を基にしている。

(4) 手続き記憶の障害

食事・排泄・着替え・入浴・睡眠・休息といった日常の生活動作は空腹・排尿したい・眠たい・疲れた、といった視床下部で知覚される臓器感覚や欲求を、身につけた行儀・手続き作法で成就することから成る。ヒトは誕生してからこの感覚や欲求を充たす作法を覚えていく。身につけた習慣や行儀作法は赤ん坊の時から基本的長期記憶として大切にしまわれ、これを手続きとしての記憶という。

手続き作法が崩れると、尿便失禁、弄便、過食、

不潔な状態など一般の価値観や常識とかけ離れた行動になるので、周囲は困惑したり、不快感、嫌悪感を抱く。本人を難詰しても理解できないばかりか混乱を更に加速する。

(5) 意欲の低下と性格の変化

アルツハイマー型老年痴呆は認知障害を基とする失行・失認の上に精神症状が重なって独特の症状と経過を示す。その人が長年にわたって築き上げてきた個性的・理性的な知的能力が鈍る。関心・志向・努力・配慮が鈍り、その人の理想・道徳性・価値観の変化にまで及ぶ。個性・人柄・自分自身といったものの崩壊、活力の低下、情緒的暖かさ・ユーモア・思いやりの喪失がみられる。失認・失行が始まるとだいたい家族が医療を求めてくるが、尋ねてみるとその前に、この意欲低下や無関心が先行していることが多い。

(6) 思考・判断の障害

認知能力・情報処理能力が障害され、思考・判断力が障害されてくる。昔の記憶は比較的保たれているが新しい記憶が強く障害されているため、事実でない話、作話が起こる。これをコルサコフ症候群という。これは嘘を意図的にしているのではなく、本人は事実と信じているから面倒である。「嫁はご飯を食べさせてくれない」「家の者が自分のものを盗んだ」という言動から、家族やケアする人々に混乱を引き起こす。

IX 痴呆のケア

痴呆では介護期間が長くなることに加えて、痴呆性老人の介護は寝たきり老人の介護より大変である。痴呆ではヒトを特徴づける知の機能が障害されるため、家族を含む社会に混乱をもたらすからである。

ケアでは患者の置かれている世界を理解し、その世界と現実のギャップを感じさせないように対応をする。認識や記憶が失われていく中でも、人がもっている自我や、人同士の相互作用としてのコミュニケーションの願いが保たれている。Sterbenbegleitungの精神がこれを充たす。失行・失認の時期から次第に筋肉の緊張が充進し、歩行が遅く、ぎこちなく、不安定になる。なんとか作法が保たれた時期を過ぎると、欲求だけになり、この時期では本人に作法を求めても無理であるから、見守りながら満足感を充たし、全面的に補助する。更に病状が進行すると、欲求自体が失われ刺激に対する反応も失われる。痴呆ではこのように精神症状が出る時期、身体的症状合併期を経て終末期に至る。

痴呆は廃用症候群に陥りやすく、ケアは難しい。廃用症候群を予防する医学的介入・ケアなくして終末医療は成り立たない。痴呆に象徴されるように、高齢者の終末医療では、その前からの長い慢性期への対応やケアが円滑に行われることが必要である。最近の理想的ケアは、グループホームケアという、軽度から中等度までの10人前後の患者を、日常の家庭生活に近い環境の中で、専門の技術者集団でケアするものである。

1 グループホームケア

知的障害者の脱施設化の試みとして、もともとはスウェーデンで始まり、逆輸入されて発展し、今は多くの国で地域や対象層が拡がりつつある(今村ほか、林崎ほか)。一人一人と一対一で対応し、前の住居やアルバムの調査など患者の生活史を踏まえ、患者に残っている機能を積極的に活用するもので、そばにいて(Begeleitung)、コミュニケーションを患者のレベル

で図り、ゆったりしたペース、アイコンタクト、触れること、言語化されにくい要求を感知してケアにあたることが基本である。失敗したケアから生じる衣症状の緩和、本人らしい暮らしの再編ができ、施設経費の節減、働くスタッフにとってはやりがい・充実感が得られる。

2 痴呆の家族のケア

アルツハイマー型老年痴呆の家族の反応の研究とケアは、高齢者の終末について多くの示唆を与えるので、ここでまとめた論文を紹介する(Garner)。

ケアを担当する立場の家族には物理的・社会的・心理的に大きな負担を生じる。日常の家庭活動は低下し、物事をするのに時間がかかり、患者の失行に由来する孤独感・隔離感、崩れた家庭に対する親類の非難、精神的健康度の低下、うつ・不安・悲しみ・過敏・疲労感・怒り・罪悪感が生じる。痴呆では終末までの年月が長く、波があり、ストレスが大きく、早く終わればいいという思いが生じる。心理的喪失感から自殺、とくに患者を殺して自分も死のうという気持ちが容易に生じ、不幸にして実行され、悲劇に終わる例があるのは新聞報道に時々みられる通りである。

悲嘆や準備的悲嘆に関しては、フロイト以来詳細な研究がある。準備的悲嘆は死の悲嘆を軽減するといわれるが、痴呆では病気による喪失が現実に行っているため、準備的悲嘆よりは複雑で過酷な現実の悲嘆が生じる。相貌失認に直面すれば家族は共通の思い出、病人に注ぎ込んだ愛情が失われたと感じ、また故意と思えるような行動を伴う不信や嫉妬といった感情がぶつけられれば相互の信頼関係は失われる。

このような家族の反応は、否定・過剰反応・

怒り・罪悪感・受容, といったプロセスを踏んでおり, キューブラーロスが指摘した, 否定・孤独・怒り・取引・うつ・受容, という死に行く人の悲嘆のプロセス, 死の受容のプロセスによく似ている。

悲嘆は愛する人の死, 喪失に対する正常な反応であり, 愛の代償である。失われた相手に向かう衝動を他に振り換える戦いである。がんの場合の予備的悲嘆は将来愛する人がいなくなるという予測から起こるが, 痴呆の場合は, 病人とのやりとりができない状態, 相手の不在が死ぬ前に起こり, 別れ, 小さな死が現実になっている。愛する人はもはや彼や彼女自身ではない。

夫婦のどちらかががんに罹った場合の準備的悲嘆は, 共同生活をまとめ, 共に病気を認めて配偶者の死を準備する, 同じ感情を分かちあって対処する共同作業 (conjugal coping) の性格があるが, 痴呆の場合は配偶者の一方が一人きりで対処しなければならない。この場合に病気に罹る前の夫婦の人間関係が親密で, 残る配偶者の精神的・身体的健康度が高ければ, 患者を積極的にケアしたり, アルツハイマー協会に加入したりする行動となる。

家族のケアには, 問題を解決する実務的マネージャーと心理的支えの性格の両方が必要である。ボランティア, ケア, サービスを組織し, 自治体の経済的援助を申請し, 薬剤の知識があったほうがよく, 家族の受けている心理的ストレスを理解し, 喪失, 怒り, 悲嘆を受容できるよう図る。とくにこの仕事では喪失の現象, 痴呆の症状の意味を家族に理解させることが肝要である。時には家族の怒りや敵意がケアするスタッフに向けられることもある。自分が十分ケアできないで助けてもらう罪悪感から入院や施

設入所に反対したり批判的になることがある。こういう現象に注意し, なだめることも必要である。

時には患者が存命のうちに悲嘆が先行し, 患者を感情的にも, 日常生活上でも放棄してしまうことがある。患者に過剰に入れ込まないのと同時に適切に関わるよう仕向ける必要がある。

X 母娘関係を利用した高齢者終末医療の研究

最後に高齢者終末医療の現状への批判として母娘関係を利用した調査を紹介する。既婚の娘は母親と同姓, かつ同じ家庭の主婦という立場に加えて, 直接母のケアに携わる機会が多く, 遠方においても, 度々来てはケアのアレンジをし, 頻繁に電話し, 母の生活の質的レベルに気を遣うのが普通である。娘は, 死に行く母の気分・思い・希望・意図, を自身でも感じ, 代弁する。衰えゆく母の娘を通しての表現はケアを改善する上で参考になる。以下は米国の高齢の母親の死から6ヶ月後に, 既婚中年の娘103人に母親の終末について自由に書いてもらった調査結果である (Rubinstein)。日本でも同様の調査が行なわれれば結果はおそらく同じと思われる。調査の結果は次の四点にまとめられる。

1 現代医学で彩られている死

現代の死はことごとく医学が関与していて, 病名から治療・ケアに至るまで医学的記載で彩られている。無益な治療が多すぎると感じている。医学は常態への回復・リハビリ・治療をあくまで目指すイデオロギーとして特徴づけられ, 平穏な死という概念に乏しいとされる。現代医学のマイナスの経験は親子の絆を傷つけて

いると感じられる。老年医学の専門医が少なく、また実際に終末医療に関わることが少ないことが認められる。

2 老人差別・偏見(エイジズム)がみられない

通常、患者が高齢だと診断、治療が若中年の標準より低くなりがちで、医学的エイジズムを生じやすいが、母と娘の間ではエイジズムはみられない。娘は母の人格を完全に把握しており、母親が道徳的責任の対象であることや、後述の4のように母親の伝記を自分とともに分かちあう感情からと思われる。

3 終末医療における悩み

ケアにおいて決定を迫られても道徳的解決がない、突然微妙な問題の決定を迫られて困った、医学的説明が難解だったと記されている。リビングウィルや事前自己決定意志(アドバンスディレクティブ)がない場合が多く、あっても決定すべきこととは関係がなく、参考にならなかったと記されている。がんの場合は生命維持装置について家族に決定を求められずに済んだとも書かれている。親類への情報が不均一、また情報が多い人に責任が行きやすい傾向が記されている。手術しない場合の最悪の事態を示唆され、恐怖から手術を承諾し、術後、惨憺たる経過をとった例と、患者が自己決定し子供達もそれを支持して自宅へ帰り、平静な死を迎えた例が挙げられている。家でのケアが大変で再びナースィングホームへ帰したが3週間で死亡し、3週間ということが分かっていたら、そのまま家でケアしたかったという記載がある。

4 母娘共同の伝記的性格 (co-biography)

娘は大部分臨終に立ち会う。臨終にあたって

は母娘の親密性を再確認し、喪失を超越することが大切である。終末でのケアは母娘の関係を見直し、ポイントを再現し、まとめるのに役立つ。実際の臨終は喪失を超越する瞬間である場合と、混乱のうちに終わる場合の両方が記されている。聴覚は最後まで残ることが多いが、話しかけないケアや、母親を物のように扱うケアが非難されている。

自宅での死は母の尊厳の象徴であり、3のように在宅ケアのために余命日数の予測をしてもらいたい願いがみられる。平和で苦痛のない死はよい死(a good death)とされる。死を延ばすのと生を延ばすのは違うという認識がみられ、長い身体障害・戦い・苦しみのない死が理想的なゴールとされる。

母親の人柄や気質の変化に娘は敏感で、それが少しでもあると衰弱の徴と受け取り、死において人柄や個性が重視されていることが分かる。死において個性の役割が重要なことは、痴呆の場合に、過去の母が認識し難い、母は人間だったのか、母自身の尊厳は保てたか、母に残っているものは何か、という根本的問題を問うている点にも共通する。

XI まとめ

高齢者終末医療では、問題が終末期に突然生ずるのではなく、その前からの長い病気に対して取られてきた医療とケアに続く包括的な捉え方を必要とする。そこでは生命・人間・老化・死に対する考え方が必然的に反映され、それまでのインフォームドコンセントに沿った医療が求められる。痴呆は生物学的・精神的・社会的な面をもって、高齢者終末医療とそれに至るまでの問題点を集約している。母娘関係を利

用した終末医療の調査では、イデオロギーとしての医学の側面、ケアの決定での悩みがみられ、死に行く人の個性性、精神性を尊重する医療が求められている。

注

- 1) 生命の質の基本は健康で、健康が損なわれれば生命の質は低下する。健康には身体的と精神的なものがある。寝たきり、痴呆、植物人間は生命の質が低い。生命の質とは寿命の内容を指標とする考え方である。
- 2) 医師の価値観に基づく医療を最善の医療として、患者の意思に配慮せず同意も得ずに独善的に行う押しつけ医療をヒポクラテス流の医師のパターナリズムという。
- 3) 終末医療は症状を和らげるケアに主点が置かれることから緩和ケア、ターミナルケアともいう。ホスピス hospice はラテン語の *hospitium* 暖かいもてなし、に由来する言葉で、*hotel*, *hospital*, *host* はすべて「もてなす」の意味がある。ビハーラは仏教語で「楽しみに散歩する」の意で、ホスピスと同等に使われる。

参考文献

Callahan D. 1987 *Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society.* New York ; Simon and Shuster. 1990『老いの医療 延命主義医療に代わるもの』山崎淳訳、早川書房。

中村桂子 1989『生命科学と人間』NHK ブックス。

Stearns SC. 1992 *The Evolution of Life Histories.* New York ; Oxford Univ. Press.

Strickberger MW. 1989 *Evolution.* Boston ; Jones and Bartlett Publishers.

坂本百大 1996『地球型生命倫理をめざして』第8回日本生命倫理学会シンポジウム。

星野一正 1997『インフォームド・コンセント 日本に馴染む六つの提言』丸善。

von Gunten CF, Twaddle ML. 1996 *Terminal care for noncancer patients.* Clin Geriat Med 12 : 349-358.

村井淳志, 川合一良, 塩榮夫 1997「シンポジウム I : 高齢者の終末医療 4. 高齢者の終末期医療とは何か」『日老医誌』34: 12-16。

Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochitill H, Morrow GR, Bennet JM. 1979 *Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient.* JAMA 241: 897-900.

松下 哲, 稲松孝思, 石浦美津江, 橋本 肇, 高橋龍太郎, 大川真一郎, 高橋忠雄, 森 真由美, 木田厚瑞, 川崎徳代, 大内 実, 五十嵐雅美, 園部正恒, 小沢利男 1996「外来患者の終末期のケアに関する調査」『東京都養育院老年学会誌』3: 175-179.

松下 哲, 森 真由美, 稲松孝思, 橋本 肇, 山之内 博, 高橋龍太郎, 高橋忠雄, 木田厚瑞, 折茂 肇 1997「入院がん患者の病名告知の要因」『東京都養育院老年学会誌』4: 114-117.

Palmore EB. 1990 *Ageism : Negative and Positive.* Springer Publishing 奥山正司, 秋葉聡, 片多順, 松村直道訳『エイジズム 優遇と偏見・差別』法政大学出版。

今村千弥子, 真田順子, 外山義, 林玉子, 山井和則 1994『グループホームケアのすすめ いま痴呆老人は何を求めているか』朝日カルチャーセンター。

アルフォンス・デーケン 1996『死とどう向き合うか』NHK 出版。

The British Red Cross Society 1988 *Caring for the Sick.* London ; Dorling Kindersley.

柏木哲夫 1997「シンポジウム I : 高齢者の終末医療 2. 高齢者のターミナルケアにおけるホスピスの意義」『日老医誌』34: 5-7。

北川知行 1995「超高齢者のがん, 特に天寿がんに関する研究」『厚生省がん研究助成金による研究報告集』7-7. 277-281。

American Geriatric Society Ethics Committee. 1995 *The care of dying patients : A position statement from the American Geriatric Society.* J Amer Geriat Soc 43: 577-578.

武藤恵美子, 鈴木祐介, Ramos Miguel A, 茂木七香, 井口昭久 1997「死にゆく患者のケア 高齢者末期医療とアメリカにおける提言と日本の現状」『Geriatric Medicine 老年医学』35: 1543-1548。

- Ahronheim JC. 1996 *Nutrition and hydration in the terminal patient*. Clin Geriatr Med 12: 379-391.
- Cruzan v Director, Missouri Department of Health. 1990 110S. Ct. 2841, 2852-54.
- Small GW, Rabins PV, Barry PP, Buckholtz NS, DeKosky ST, Ferris SH, et al. 1997 *Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders. Consensus Statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatric Society*. JAMA 278: 1363-1371.
- 今堀和友 1993『老化とは何か』 岩波書店。
- 水谷俊雄 1994『脳の老化とアルツハイマー病』 岩波書店。
- 松下 哲 1996「高齢疾患と介護—問題と展望—
自立機能障害の生物学」『日老医誌』33:916-922。
- 渡辺茂 1995『認知の起源をさぐる』 岩波書店。
- 杉山孝博『いまけ 受け止め方・支え方』家の光協会。
- 佐々木正人 1994『アフォーダンス 新しい認知の理論』 岩波書店。
- 林崎光弘, 末安民生, 永田久美子 1996『痴呆性老人グループホームケアの理念と技術』バオバブ社。
- Garner J. 1997 *Dementia: An intimate death*. Brit J Med Psychol 70: 177-184.
- Rubinstein RL. 1995 *Narratives of elder parental death: a structural and cultural analysis*. Med Anthropol Quart 9: 257-276.
- (まつした・さとる
東京都老人医療センター副院長)