第38回日本老年医学会学術集会記録
 <シンポジウムⅠ：高齢者の終末医療>

司会のことば

五島雄一郎* 折茂 肇**

日本人の平均寿命は著しく延長し、世界で第一位の長寿国となった。しかしながら高齢者の死亡者数も年々増加してきており、高齢者の終末医療は医療のみならず社会的な問題となってきた。かかる時期において、高齢者の終末医療を日本老年医学会で検討することは意義のあることと考える。

本シンポジウムにおいては、まず聖路加病院名誉院長日野原重明先生より、総論的に「高齢者の有終の美」と題して、高齢者のQOL、自分の生き方の選択、人間の生命の尊厳などについて先生の永年にわたる御経験をもとにしてお話をさせていただくことにした。次いでやはり永年ホスピスの御経験のある大阪大学人間学部柏木哲夫教授より「高齢者のターミナルケアにおけるホスピスの意義」について述べていただき、更に国立がんセンター名誉総長末舛恵一先生より「緩和ケア病棟とがんの告知」について、又老人病院の立場より高知県愛和病院院長村井淳志先生より「高齢者の終末期医療とは何か—京都老人のターミナルケア研究会の活動を中心に—」について、更に実地医家の立場から東京大森で鈴木内科を開業されておられる鈴木荘一先生から「在宅ターミナル・ケア」について述べていただくことにした。

高齢者のターミナル・ケアは病院、ホスピス、自宅などそれぞれの立場において多少異なる点はあるけれども、かなり共通している面も多い。要は高齢者のQOLを損わないように、生命の尊厳を保つように努めることが大切であることはいうまでもない。

本シンポジウムが高齢者のターミナル・ケアに対して本学会会員の認識を深めていただければ幸である。
 (五島雄一郎)

終末医療という言葉は、主として末期癌患者を対象として用いられてきたもので、末期癌患者に対して医療のみならず看護、心理、宗教的支持等を含む多角的なアプローチを意味する。その主な目的は患者のADL及びQOLを向上させ維持することにあり、具体的には疼痛や苦痛の軽減、栄養状態の改善、精神活動の活性化、情緒の安定化を図ることにある。人間は必ず死ぬ。75歳以上の高齢者では「いかにして安らかに死ぬことができるか」ということが切実な問題である。高齢者の終末医療の在り方につきホスピス、在宅、緩和ケア病棟、老人病院などにおける経験を通してこの問題につき考えることは、高齢社会を迎えた今日大変意義のあることと思う。

(折茂 肇)

* Y. Goto : 東海大学名誉教授

**H. Orimo : 大蔵省東京病院院長

1. 高齢者の有終の美

日野原重明

Key words：生老病死，QOL，生き方，いのちの尊厳

(Jpn J Geriatr 1997；34：2-4)

まえがき

日本人の平均寿命は、今や男子は76.57歳：女子は82.98歳という世界各国の中で最上位を示すようになった。そして2025年には、65歳以上の老人人口は25%を占めることが予測されている。

長寿が、もし当人が生きがいを感じるものでないとすれば、また不十分な介護により生活の質（QOL）が貧しくなるものとすれば、それは当人には価値のある人生とはいえなくなるであろう。

本当の文明とは何かということについて老いをテーマに名著『老い』¹⁾を書いたシモーヌ・ド・ボーヴォワールはこう述べている¹⁾。

「人間がその最後の15年ないし20年間、もはや一個の廃品でしかないという事実は、われわれの文明の挫折をはっきり示している。」と。

§. 生老病死

人間の人生には四苦があることを釋尊はとりあげた。この人生四苦のあることを認めながらも、よく生き、よく老い、よく病み、よく死ぬためには、私たち自身がよく考え、計画ある行動をすること、そして豊かな感性をもち、耐える心を育み、不幸の中にも望みをもち、どうしても受けなければならないもの、避けられないものとしての老いや死は、これを平静に受容することを学ばなければならない。そのような努力で人間が生きがいをもって生き、意義ある人生を過ごしたと回顧できるためには、保健・医療・看護と福祉・介護が十分に制度化されていなくてはならないと思う。

老いを受容することを学ぶ上で、参考になる日本の

古い文献としては老いる自分を観察した杉田玄白²⁾の名著『耄耋独語（ぼうてつどくご）—老いぼれの独りごと』がある。彼が84歳になった時（文化13年—1816）に書いたものがこの書であり、その中には次の文がある。

耄耋独語—老いぼれの独りごと—

「私は九月十三日の生れで、今年文化十三年（1816）正月九日の節分までに、齢（よわい）は八十四歳、……若いころはすこしは酒も飲んだのだが、中年すぎからは全然飲まなくなってしまった。……特別の好みの食べ物があったわけでもない。ただその季節にふさわしいお惣菜が一品か二品あれば、それで十分満足してきた。近ごろの三度の食事は大体女子一人前程度に減少した。……

知らず知らずのうちにこの長寿を保つという幸福を得たのだが、これはみな天があらかじめ按配してくださったことに違いない。ところが世の人びとは、やたらに長生きしようと心を労している。無益なことだ。

わたしのように老いはててくれば、自分が自分の思いどおりにならなくなる。その苦しい味を知らないでただ羨み、長生きをねがっている人びとのために、一篇をしるしたしだいである。 杉田 九幸翁

（『日本の名著22』より）

§. QOL

いのちの質（Quality of Life）すなわち QOL が高く保たれてその人間が老いても、また病人でいても、その人に生きる意義が生ずれば、その人には人生は価値あるものと感じられよう。QOL が裕かにされることは、一つは当人の生き方次第であり、一つは周囲のものによる配慮である。この際当人自身には目標としての希望を、ささやかにせよもつことが大切である。そして、生きる上での苦しみに耐えるには、周囲のものによる慰めや励ましが必要である。しかし、当人はま

ず老いや病を忍ぶことを学ばなければならず、忍ぶためには、ひたむきな祈りも必要であろう。

§. 自分の生き方の選択

私たちの命は有限であり、死は生の否定として、私たちの行先に待ち構えている。しかし、めいめいにはその生物的な生を越えて生きるいのちがあり、それこそはその人間の選りとりたる人生であり、そのことにより当人には QOL が保証されるのである。

老いのほかに人間が不治の病いとして癌にかかった場合を想像してみてほしい。手術も、化学療法の何れも効かないほどに癌が進行している場合、その残された人生をただ passive に受けて過すのか。または positive に受けとめて生きるのか。

私は人生の終末期を自分の選択した生き方の中に捕えて、勇気をもって生き抜いた友人の有終の美の生き方を紹介しようと思う。

彼、木島滋二君は、私の京都大学医学部の同級生であった。浜松労災病院長をしていた彼は、ある時血便に気づき、それが直腸癌であることを自ら病理学的に診断し、切除手術を受けたが、それでは一時的延命しかもたすことができないことを彼はよく知っていた。その後癌は肺に転移し、肺葉切除手術を受けた後も、一時院長職に復務したが、発病4年半で自分の病院で死亡した。

私は彼の葬儀に以下の弔文を読んだ。

それは彼の死のちょうど一年前のことでした。ある日、彼から一枚の絵はがきが私のところに届きました。それには、昭和五十九年九月六日の消印が押された藍色を背景としたきれいな仏像の絵葉書でした。それにはこう記されていました。「休暇を得て、西安から蘭州を経て敦煌にきました。本日は『西のかた故人なからん』という関陽まで出かけてシルクロードの実感をえました」と。当時、彼のからだにはすでに膀胱や尿管に癌細胞の浸潤が始まっていたことを後で知らされたのですが、病むからだの中の彼の心は実に健やかなものでした。まさしくヒルティが言ったように、「肉体は病気で冒されていても、心健やかな」彼でした。

次の文章は彼の遺言です。

「いよいよ旅発つ今の気持ちは全くの秋晴れ。考えてみると旅行するのが大好きで、もうこれが最後やというておかあさん（奥さんのこと）とニュージーランドへ行ったり、今度こそ最後やといって、シルクロードへ行ったりした。若い時も夏山を縦走したり、スキー

ツアーで山奥の知らぬ温泉へすべり込んだりしたもんや。そもそも、戦争の時も行き先も知らさんと、とんでもない所へ連れて行かれるのに、そんな知らん所に行くのがかえって楽しみやった。今度の旅かて（死ぬこと）これこそ帰ってきた人がおらんから話を聞くわけにもいかず、どんな所かいかもく見当がつかん。そこが楽しみ。一人で行く不安はあるけれども、楽しみもあるというわけや。まあこっちはええとしても、後に残る人はいろいろ悲しんでくれたりおしんでくれたりすることやろう。そこんとは心残りやけど、まあまあそれでも一時的な話。ほんの十年か二十年経ったら、やってきて『あらここにいたの』なんて言うに違いない。俱会一処や」

この「俱会一処」というのは仏語で、阿弥陀の浄土に往生して、そして浄土で皆と一緒に会おうということの意味するそうで、木島君のお父さんの郷里の墓に彫られた言葉だということです。……あと十行位の言葉がありますが、一部略します。続いて、

「よくも七十一歳も生かしてもらうたもんや。わしなりに能力一杯の仕事をやらせてもらうたが、そろそろ落ち目やから、これから先長生きをしてもかえって人様にマイナスになるかもわからん。まあここらが頃あいというものやろう。お迎えにきてもらうてありがたいことよ！ ほな一足お先に、さいなら。」

彼は死を立派に受容し、有限の生をのり越えて生きたといえよう。その生を越えて生きた部分こそは、彼が選りとった人生であり、そこには短くても、QOL の裕かな生があり、これは彼の永遠の生に続くものといえるように思う。

中国の老子の言葉に「死して亡びざる者は寿」³⁾というのがあるが、人間に望ましいもの³⁾は、生物のいのちを超えた生き方で、これでこそ QOL が最高に示された生き方であり、そこには老いや病いを越えた不朽の生があったように思う。

§. 人間の生命の尊厳

シェークスピアの作品に『終りよければすべてよし』という戯曲がある。これは東洋的表現をすれば「有終の美」という言葉で示すことができよう。大抵の病院での多くの患者が人生を終えようとする場面をみると、この方の過去の人生は本当に恵まれていたと思える人でも、その最後に苦しむ姿を見ると、まるでその人の人生全体が惨めであったかのように思われる。ところが、一方でその人の人生は何をしても報いられな

い人生であっても、その老いや病いで終る最期が苦しみなく、人の愛に包まれて安らかなものであれば、「自分はこの世に生まれてきてよかった。私の人生には意味があったよ」と自らの生涯を感謝できるだろう。最後に感謝の言葉を愛する家族や友人や、ケアするボランティアに遺せる人は、まさに「有終の美を全うした」人だと私は思う。

こうしたことが可能になるためには、老人にせよ、癌の末期の患者にせよ、症状の緩和ケアの医学の粋が提供されなければならないと思う。

もし高齢者や致死疾患をもつ患者自身がその最期を迎えるまで意識が保たれ、ケアを感じる感性が最後まで失われずに死を迎えられることができれば、それこそ人間のいのちの尊厳が全うせられたといえよう。

冒頭に紹介したボーヴォアールの言葉のように、老人が、街外れの高く積み上げられた自動車のポンコツのようなイメージになって死ぬとなれば、そのような老人を生む社会は本当の文明国家とはいえないと私も強く思う。

§. 科学としての医学を越えて

患者の末期、すなわち死への移行のステージでの命の評価は、長さによる評価ではなしに、生存を価値づ

けるバリュー・システムによって測らなければならないと思う。つまり科学としての医学は、このステージでは、科学としてのみでは存在意義がなくなるのである。

ここでは医学は、哲学や宗教を含む人文科学と言われるものと同じ粋の中で人間を扱うものになってくるのである。

高齢者は、ただその年齢が長いということによしとされるのではなく、QOLの裕かな高齢者であってこそ初めてその寿命の長さが寿とされるのである。

高齢者の齢（よわい）に命（いのち）を与える。そのことで高齢者にいのちの尊厳が与えられる。その方向に医療も福祉も政治もフォーカスを合わすことができて初めて、高齢者や病者のいのちに有終の美が全うされるものと思う。

文 献

- 1) シモーヌ・ド・ボーヴォワール：老い（上），朝吹三吉訳，人文書院，1983, p12.
- 2) 杉田玄白：毫盞独語，日本の名著（22），中央公論社，1971, p350—359.
- 3) 老子：辯徳第33，新釈漢文大系・老子，明治書院，1996, p65—66.

2. 高齢者のターミナルケアにおけるホスピスの意義

柏木 哲夫

Key words：ホスピス，ターミナルケア，高齢者

(Jpn J Geriatr 1997 ; 34 : 5—7)

はじめに

我が国における癌の診断と治療の進歩には、目を見張るものがある。集学的な治療によって5年生存率も年々上昇している。しかし、その一方で、高齢化社会の到来に伴って、癌で死を迎える人も年毎に増えている。診断と治療の進歩を図ることが重要であることは当然であるが、同時に治癒に導くことが不可能な癌患者をどのようにケアすべきかという問題も非常に重要である。ホスピスや緩和ケア病棟が少ない我が国においては、多くの高齢癌患者が一般病院で死を迎えている。病院は病気を治療する場であると同時に、死を看取る場にもなっているのである。

現在の日本の病院は、そこで高齢者が死を迎えるのにふさわしい場所であろうか。残念ながら答えは否である。病気の治癒を目標に建てられた病院は、治療によって治癒する病気に対してはとても効率的に働くが、治癒しない病気のケアに関しては、途端に無力になる。そこでホスピスやターミナルケアの重要性が浮かび上がってくるのである。特にここ数年日本においてターミナルケアやホスピスのことが人々の注目を引いている。医学や看護の分野のみならず一般の人々の関心も高い。その理由はいろいろあるが、ターミナルケアやホスピスが目指しているものが医療や看護の原点であると言うことがある。ホスピスが目指す親切なもてなし、苦痛の緩和、精神的な支え、十分なコミュニケーション、チームアプローチ、個別性の尊重、家族のケアなどはターミナルの患者だけではなく、すべての病人にとって必要な要素である。この意味では、ターミナルケアにおいて医療の基本が凝縮されていると言える。

老人のターミナルケアはそれなりの特徴を備えている。それを身体面と精神面から述べてみたい。さらに家族のケアにも触れたい。さらに日本のホスピスの現状、ホスピスケアの内容などについて述べる。

身体面の特徴

老人のターミナルケアを考えると、老人の身体面の特徴を把握しておく必要がある。実際の臨床の場で問題になりやすいことを中心に老人の末期患者の特徴をまとめる。

1. 薬剤の副作用が出やすい

老人患者では薬剤の副作用が出やすい。たとえば通常の量の睡眠薬でも、次の日の昼近くまで作用が残る場合がある。また、トランキライザーの投与でふらつきが出やすい。一般的にやや少量の薬剤投与を心がける必要がある。

2. 転倒、骨折

脚が弱っている老人が多く、病棟において転倒することが多い。頭部を打撲すると脳出血を起こすときがあるし、また、骨折にも十分注意する必要がある。特に大腿骨の頸部骨折を起こしやすい。

3. 床ずれができやすい

体力の低下とやせのため床ずれができやすい。こまめな体位変換が必要である。

4. 感染を起こしやすい

末期患者は老人でなくとも体力が落ち、免疫力も低下するので感染を起こしやすい。特に老人の末期患者はこの傾向が強い。感染のなかでも肺炎が多く、癌そのものよりも肺炎が命とりになることが多い。

5. 痛みは比較的少ない

一般的に高齢者ほど癌の痛みは少ない。とくに80歳を過ぎた老人では痛みが少ない。

精神面の特徴

1. 混乱 (confusion) が起こりやすい

老人患者のケアのなかで特にこの混乱は発生頻度も高く、対応が難しい症状である。末期になると感染、発熱、肝機能障害、腎機能障害、電解質異常などが発現しやすく、これらはすべて混乱の原因となる。老人患者が混乱を起こした場合、まずこれらの原因を取り除く努力をする必要がある。

さらに老人をひとりで置いておくことを避け、家人の付添いを要請する。いつも誰かがそばにいるということだけで、混乱がずいぶんよくなることがある。さまざまな工夫をしてもなお混乱が続く場合はハロペリドール (セレネース) などの投与を考える。

2. 昼夜の逆転

これも老人患者によくみられる症状である。老人患者が昼は眠り続け、夜中になかなか眠らない場合、本人のみならず、付添っている家族も疲れる。かなり大量の睡眠剤を投与してもこの昼夜逆転のリズムを正すことが難しい場合がある。昼の間、さまざまな刺激を与えて、起こしておく工夫が必要である。

3. 痴呆

病気の初期にはほとんど痴呆がみられず、年齢のわりにはしっかりしている老人でも、病状の悪化とともに痴呆が進むことが多い。日や場所を間違えるようになり、やがて場所や人がわからなくなる。一般の痴呆患者への対応と基本的には同一であるが、末期の痴呆の場合は、残り時間が短いことも考え、痴呆症状を正すということよりも、徹底的に患者のペースを尊重し、話をあわせることが大切である。

4. 淋しさ

老人にとって淋しさは耐えがたい。核家族化が進むなかで、老人が入院してくると、家族の見舞いが少ない場合が多い。現在のもうひとつの特徴は老人のひとり暮らしが多く、ひとり暮らしをしていた老人が入院すると、誰も見舞いにこないというようなことも起こる。病院のスタッフが唯一老人の話し相手というような場合、できるだけ頻回にベッドサイドを訪れ、老人をひとりきりにしない努力がスタッフに要求される。

家族のケア

ターミナルケアの3大要素は、症状のコントロール、コミュニケーション、家族のケアである。たとえばホスピスにおける回診の時間の約半分は家族のケアに費

される。それほど家族のケアはターミナルケアのなかにおいては重要なのである。

具体的に家族のケアとは、悲しみを十分に表現できるように援助することと、患者の死を家族が受容できるように助けることである。この両者とも老人の場合は比較的問題が少ない。年齢のいかに問わず肉親を失うことは悲しくつらいことではあるが、老人患者の場合は悲しみが深く、ケアがたいへんになることは少ない。

死の受容に関しても同様のことがいえる。家族は患者が老人の場合は死を受け入れやすい。家族のケアに関してはそのほかに、看病疲れに対する理解を示すこと、できるだけ患者のケアに参加してもらう工夫をすることなどがあげられる。

＜近代ホスピスの定義＞

ホスピスとは、末期患者とその家族を家や入院体制の中で、医学的に管理するとともに看護を主体とした継続的なプログラムをもって支えていこうとするものである。様々な職種の専門家で組まれたチームが、ホスピスの目的のために行動する。その主な役割は、末期ゆえに生じる症状（患者や家族の肉体的、精神的、社会的、宗教的な痛み）を軽減し、支え励ますことである。

＜日本のホスピス＞

日本に初めてホスピスが紹介されたのは昭和52年であった。専門施設はもたなかったが初めてホスピスプログラムがスタートしたのは昭和48年（於淀川キリスト教病院）であり、施設としての第一号は昭和56年（於聖隷三方原病院）であった。

当初経済的な問題が大きかったが、1990年緩和ケア病棟入院科（1996年4月現在患者1人当たり1日3万6千円）が設置されてから、厚生省の認定をうけている施設（1996年8月現在25カ所）では運営が随分楽になった。1991年、全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会（事務局：聖隷病院内）が設立され、1996年現在、約40の施設や組織が加盟している。

＜日本のホスピスケアの内容＞

ホスピスケアの内容は、その国の事情により、少しずつ異なる。症状のコントロールの重要性は全世界共通であるが、欧米のホスピスの働きの中で強調される遺族のケアは、アジア諸国のホスピスではそれほど重要視されない。日本におけるホスピスのケアの中で重要と考えられる要素をあげてみる。

1) 症状のコントロール

痛みをはじめとする不快な症状のコントロールはホスピスの働きの中で重要なことの一つである。ホスピスは symptom control に関しては常に先駆的な働きをする必要があり、ホスピスでなされることが一般病院へも広がっていくように努力する必要がある。ホスピスでは常に新しい、より効果的な方法を導入すべきである。例えば症状のコントロールのための持続皮下注入法や、患者に負担を与えない大量皮下注入法（静脈内点滴のかわりに用いる）などの導入である。また、現在世界的にそのコントロールが困難とされている神経破壊による痛みのコントロール法の開発などにも積極的に取り組む必要がある。

痛みのみならず、コントロールが困難な全身倦怠感や呼吸困難に対する新しい緩和法の開発も必要である。日本に特有の針治療や漢方薬の投与なども考慮する必要がある。

2) 精神的な支え

不快な身体症状がうまくコントロールされても、患者が、不安、恐れ、孤独感などに悩んでいるようであればケアがうまくいっているとはいえない。

患者を精神的に支えることはホスピスケアの中で身体症状のコントロールと同じく非常に大切である。このためには、患者のために十分な時間をさくことができるようにスタッフの数をそろえなければならない。さらに一人一人のスタッフの患者に対する態度が重要になる。一言で言えば、患者の感情に焦点をあて、理解的な態度で接するということである。患者に対して、「がんばってくださいね」と安易に励ましてしまうことがあるが、この「安易な励まし」は、会話を遮断してしまうだけで何の役にも立たないことが多いことを知るべきである。

3) チームアプローチ

ホスピスケアはチームアプローチによってなされるとよくいわれる。患者が持つ多様なニーズを充たしていくためにはチームの協力が必要なことは確かである。「ホスピス」と名乗るためには、少なくとも、医師、ナース、ソーシャルワーカー、宗教家の4者がチーム

メンバーとして存在する必要がある。それにボランティアの協力も大切である。さらに、PT、OT、薬剤師、栄養士などがチームに加われればそれだけチームの質は向上する。

ま と め

以上、高齢者のターミナルケアの身体面と精神面の特徴について述べ、家族のケアにも触れた。さらにホスピスケアの内容について述べた。ターミナルケアのひな型としてのホスピスの働きは高齢者が増加する今後の日本のターミナルケアの中でますます重要性を増すと考えられる。ホスピスケアの中で開発される苦痛の緩和の新しい方法は一般病棟に取り入れられて、患者のより良いケアにつながっていくであろうし、ホスピスの中で強調されるコミュニケーションの重要性は日本の医療全体に影響を及ぼしていくであろう。このような意味で、高齢癌患者の治療におけるホスピスの意義は非常に重要であるといえる。苦痛を抱えながら、それから解放されずに死を迎えている多くの末期患者の存在を思う時、様々な困難はあるが、日本において、ホスピスケアが今後ますます必要とされることだけは間違いない。ホスピスケアに従事している者と行政側とがよい協力関係を結び、日本におけるホスピスの発展のために努力することが今後の最大の課題であると考えられる。

文 献

- 1) 柏木哲夫：老年者胃癌のターミナルケア—ホスピス。Geriatric Medicine(老年医学) 1983; 21: 1025—1029.
- 2) 柏木哲夫：死にゆく人々のケア。医学書院, 1978.
- 3) 柏木哲夫：死にゆく患者と家族への援助。医学書院, 1986.
- 4) 柏木哲夫：生と死を支える。朝日選書341, 朝日新聞社, 1987.
- 5) 淀川キリスト教病院ホスピス編：ターミナルケアマニュアル。第2版, 最新医学社, 1992.

3. ターミナルケア病棟とがんの告知

末舛 恵一

Key words : Palliative Care, Cancer Informed Consent

(Jpn J Geriatr 1997 ; 34 : 8—11)

末期に至ったがんの患者は、多くは（90%といわれる）、一般病院の一般病棟で命を終える。何の原因であれ、徐々に死に近づいて命を終えていくのは、当人にとっては容易ならざること、家族にも又、物心両面の苦しみとなる。

病名の告知があり、病態をよく理解しているような患者に、主治医が死の受容に関わって、支援しながら命を終えるようにする。文字で書けば4～50字のことであるが、実際は容易ではない。

通常の比較的経過の早い疾患をあつかう病院では、この様な立場の患者と家族の苦しみ、悩みに対応している時間がないし、末期がんに対する経験は不足し、安らかな死への導きは不可能に近い。

がん専門病院でも、この様な場合は、例えば重症個室に移して、家族の面会の便宜を計ることがせいぜいであるの事である。これは癌死期の対応ではあるが、ターミナルケアではない積極的な治療法の望めない、余命が見えているような状態のがんに対しては、本人の家族の納得の上で、ターミナルケアを行える施設での対応が望まれる。

緩和ケア（ホスピスケア）の現況と問題

現在、わが国では、緩和ケア病棟連絡協議会が設けられ、1955年現在20施設がある。1990年に国が健康保険制度に緩和ケア病棟、ホスピス入院枠という診療報酬の新しい項目を設定したのを契機として、その診断研究がひろがってきたといえる。実践の内容は各施設で様々で、今ようやく始まったと考えられる段階である。この中から今後、日本的な色彩をもった緩和ケアと、施設の形、運営が定まっていくものと考えられる。

ホスピス、あるいは緩和ケアの考え方は多様で、そ

の実行にもいくつかの形がある。独立型ホスピス（それだけで完結したホスピス）、緩和ケア病棟（病院内の1棟で行われ、病院内のターミナル、セミターミナルも視野に入る）、在宅ケアチーム（ホスピスについているものと独立のものがある）、症状コントロールチーム等の形である。

WHOのpalliative careに関する定義は次の如しである。すなわち、“治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患を持った患者に対して行われる積極的な全人的な医療ケア”とされる。

PCUでは、難治疾患に苦しむ患者と家族が、できるだけ良好なQOLを実現できるように援助すること、及び、患者が家族とともにいて、死に向かってよりよい準備が出来るように援助することを目標とする。その実際は、苦痛の除去、死に向かう心のケア、家族のケアである。最も難しいのは、死が訪れるまでのプロセスをどう支えて行くかにその焦点がある。

国立がんセンターのPCUでは、6つのプログラムを定めて事業を進めようとしている。しかし、すべてのプログラムが充分に実施されているわけではない（表1）。

PCUに患者が接触してくるルートは、ひとつは、PCUの外来があるが、そこへの院内の一般病棟や、他所の病院からの紹介相談がある。又、一般の患者や家族のために緩和ケア相談窓口があり、カウンセラーが担当している。その他に訪問看護、在宅電話サービス

表1 緩和ケア・プログラム

1. 入院ケア・プログラム
2. 在宅ケア・プログラム（訪問看護を含む）
3. 医療相談プログラム
4. 家族援助プログラム（死別後のケアを含む）
5. ボランティア・プログラム
6. 教育研修プログラム

の窓口がある。患者の登録は、がんの治療が見込めず、積極的な治療の適応とならない患者、痛みその他に症状をもつ患者、そして患者がPCUに入院することを了解もしくは希望していることを確かめた上で、この緩和ケアプログラムに登録される。

電話も窓口相談も、どうやって入院できるか、その具体的な方法は何かということが、過半数（64%）を占めている。家族からは、患者にどうやって対応したらいいかという、介護も含めた対応という事の相談が10%程度である。

病名告知がされていない、病状をどう理解させるかという家族の悩みは多い。

PCUに入院してくる患者が、自分の病名や病状についてどの程度知っているか等は、ケアをしていく上で大切なポイントである。

病名については、入院時にはほぼ90%の患者が、がんという事を知っている。転移、再発等の状態、症状との関わり等を理解している人が74%、又、PCUという病棟がどういう病棟であるかも、70%程度の患者は理解を持っている。しかし予後については医師による説明の不足のために40%足らずが理解しているにすぎない。

この様な形でPCUに入院しても約50%の患者は週1～2週のうちに死亡する。いわば臨死期の入院である。月単位の入院で死亡するものが30%、入院して、症状が良くなって、一応自宅療養という形を取るものが20%である。

がんセンター病院からの入院はほぼ20%で、過去4年間殆ど変わらず、他の病院からの転院はむしろ減少

の傾向があり、自宅からの直接の入院の割合が年々増加している。自宅で療養している患者で、がんが進行して、症状コントロールが必要となる患者、あるいは、最後の終末期のケアを必要としている患者のための病棟といえる。

実際に入院してくる患者の症状は、痛み、食欲不振、嘔気、嘔吐、倦怠感、呼吸困難が多い。痛みが強い状態には、WHOの疼痛治療を原則とする。少なくとも疼痛はこれで大部分の患者において著明に改善する。改善に要する日数は、3～4日である。そして、やがて臨死期にいたるわけである。この様なPCUにあって、がんの告知、インフォームドコンセントは前述のように、理解が充分出来ていない患者が少なからずいて、実際には色々な困難が伴う。

臨死期における告知、インフォームドコンセント

患者がPCUに入ってくる、およそ死亡前の1カ月前後という時期に、患者に“がん”を伝え、病態の説明をすることは難しいことである。特に、終末期に辿り着くまでの経過をよく把握しないで伝えることは、至難のことである。終末期に至るまでに、何をどのように語られ、どう対処してきたかをよく知っていて、終末期のがん告知をし、インフォームドコンセントをうることが必要である。

終末期にがんを知らせ、病態を説明することは、これからまもなく訪れる死の問題と切り離して考えるわけにはいかない。そして、患者が死をどのように受けとめるかという事への理解も又、必要不可欠のことである。

表2 癌患者に見られる心理反応

	反応型	症 状	期 間
【第1相】	初期反応	衝撃 信じない 否定する 絶望する	1週間以内
【第2相】	不安定	心配・不安 うつ気分 食欲不振 不眠 集中できない 注意力散漫	およそ1～2週間 個人差有り
【第3相】	適応	新しい事態へ順応する 問題に立ち向かう 楽観的な理由を見つける 行動する（新しい治療など）	2週間以内に はじまる

告知（悪い知らせ）後の患者の心理

患者、家族にとって、がんという診断、がんの再発や転移（病態）、治療の可能性の少ないこと（予後）をつたえられることは、当然“悪い知らせ”である。医師があえて“悪い知らせ”を患者の先行きの不安を少なくし、患者や家族が、これから起こってくる事態に対処できるように心の準備をさせることが目的である。単に治療をやりやすくするために行うわけではない。患者がいたずらに不安や恐怖を募らせたり、混乱状態に陥ることがないように配慮する必要がある。そのためには（表2）に示すように、“悪い知らせ”を聞いたあとの患者の心理状態の基本の型をよく理解することが不可欠である。このような心の動きは、家族の心の動きにも共通するところがある。

“悪い知らせ”を聞いた後に、いわゆる初期反応の時期がある。患者も家族も最初に強い衝撃を受ける。口が渇く、脈が速くなる、手が汗ばむ、頭の中が真っ白になる等のショックを受ける時期である。衝撃に続く初期反応は“自分だけが何故”といった怒り、“これは何かの間違いに違いない”と言った否認反応である。怒り、否認を押さえつけずに受けとめ、聞くことが重要である。

このような初期反応に続いて、不安定な動揺する時期が来る、“不安定期”がある。現実に適応するためのエネルギーを貯えるための重要な時期であるとされている。強い葛藤やうつが病的な状態に陥らないように注意深く見守り、要すれば、抗不安薬の使用や、精神科医に対する相談依頼も考慮する。

そして、“適応の時期”にはいる。病的な心理反応、せん妄、強いうつに移行しない限り、全経過を通して1カ月くらいで患者は立ち直り、新しい事態に適応するようになる。

初期、不安定期をへて適応期に進む心理的プロセスは短くとも1カ月前後を必要とするので、終末期の患者は、何時、何を、どう伝えるかを考えなければならない¹⁾。

死に直面する人が感情的に苦しむことは正常なことである。その心理過程において、様々な感情を呼び起こし、その感情のひとつひとつが、それぞれの反応を引き起こす。

キューブラロス²⁾は、死への経過を1. 否認、2. 怒り、3. 取引（神や運命に何かの契約を結んでそれを守ることによって死を逃れたいとする）、4. 抑うつ、5. 受容。

という段階に分けたが、この死に行く人々の心理過程の捉え方は、死に直面する人の感情を洞察する指針として有用である。

終末期における“悪い知らせ”の進め方

不安、恐怖、混乱等を避けるために、“悪い知らせ”を知らせて心の準備をさせることが目的であるから、上述のような変化、プロセス、結果等について、患者の基本状態をよく理解することが根幹となる。

1. 特別に時間をとって、プライバシーと静けさを確保する。

2. まず質問をして、相手の知りたいことを掴み、必要な情報を判断する。“一番心配なことは何ですか？”“病気のことをもっと詳しく知りたいですか？”

3. 段階的に情報を伝える。（検査や治療の前後に順を追って伝える。）それによって心理的な準備ができていく時間を与えることが重要である。

4. 共感を伝え、成情面のサポートを与える。“ご心配はよくわかります。”“つらい気持ちになるのは当たり前です。”等のように。

5. 説明には専門用語を避ける。これは末期だけのことではないが、紙に書いて説明するのも大切である。

6. いつでも疑問に答えるから、逡巡しないで話にくるように伝える。

臨死期と家族の問題

わが国では、一般に先述の“悪い知らせ”はまず家族に伝え、多くは患者に伝えられなかった。近年このやり方はよくない面が多いことが指摘されるようになった。本当のことを患者と話し合うようになると、家族にも当惑や混乱をまねくのではないかと恐れる。そのために、医師に対して“悪い知らせ”は言わないでほしいと、口裏あわせを求めるようになる。口裏あわせは長く続かないこと、患者を孤独にしてみることが、信頼関係が壊れてしまうことを率直に指摘する必要がある。家族間で解決の出来ないこと等は医師、看護婦も相談に乗ることを伝えておく。

おわりに

がんというような難治性の病気にかかると、社会や生活への適応、病気への挑戦、そして、病気に負けてはいけなさと焦って、ストレスを背負う。このようなストレス、悩みを効果的に対処し、解決できれば、心の安定を得ることが出来る。これに負けると、中には、

病的な症状（せん妄やうつ）を示すことがある告知された者は10%程に見られるがこれを予測することは難しく、精神科的な治療を要する。

終末期であるからといって、特別な告知の仕方、インフォームドコンセントを得る方法があるわけではない。医師は患者に対する一貫した誠実さを失わず、何時、何を、どう話していくかについて慎重な配慮を持つことが大切である。仁。

文 献

- 1) 志真泰夫：終末期において、“これからの癌告知をどうするか” 末舛恵一監修，医薬ジャーナル社，1994.
- 2) Kübler-Ross E: On death and dying, Macmillan Company, 1969. (川口正吉訳；死ぬ瞬間，読売新聞社，1981)

4. 高齢者の終末期医療とは何か

—京都老人のターミナルケア研究会の活動を中心に—

村井 淳志¹⁾ 川合 一良²⁾ 塩 榮夫³⁾

Key words : 高齢者, 終末期医療, ターミナルケア, 尊厳性, 自己決定

(Jpn J Geriatr 1997 ; 34 : 12—16)

I. 緒 言

高齢者のターミナルケアとは何か, 老年医学の成書には簡単な記述はみられるものの抽象的な一般論であり, その核心が何であるのか納得できるものはない^{1)~5)}. 世界一の長寿国になった日本では, 国民は天寿またはそれに近い年齢まで生きようになったが, 高齢者の終末期には何が問題になるのであろうか.

十数年前著者はある老人病院にかかわる機会があった. そこには家族からも社会からも捨てられた老人が入院しており, ケアもリハビリテーションもないまま寝たきりとなって死亡して行く姿を多数みた. それは誠に無残な死であり, およそ人権も人間の尊厳性もQOLも無視したものであった. その後老人の医療制度の改革が進められ, 介護力強化病院も生まれた. 老人医療の内容は随分改善されたように思われる. しかし今年発刊されたあるルポルタージュを読むと, 現在でもなお本質的に問題は解決されていないように思われる⁶⁾.

このような流れの中で著者らは1990年に京都老人のターミナルケア研究会を作り, 活動が続けてきた. 今回その成果を報告する. また著者の1人が勤務する高知愛和病院における老人の終末期医療の実態を併せ報告する.

II. 京都老人のターミナルケア研究会の活動

1990年老人医療福祉の関係者が集まり研究会を作った. その趣意書に「老人の終末期は一般に疎外され軽んじられる傾向にあり, 人間らしく生き人間としての

尊厳性を保つことはとても難しくなります. それだからこそ関係者がこれを支援しなければならないのです. 寝たきりや失禁状態はどれほど非人間的なことか, 痴呆老人を人間的に処遇するとはどういうことかなど, 解決しなければならない問題は山積しています⁷⁾.」という部分があるように, 少なからぬ老人が人間としての尊厳性すら守られないまま死を迎えている現状の改善を目指すものであった. これまで一年に2回の割合で研究集会を開き, 表1に示したテーマにつき研究してきた. 会員は医師, 看護婦, その他のメディカル, 福祉関係者, 市民など約160名である.

研究会が発足して5年が経過したので, 会員の意識を知るためにアンケート調査を行った. 163名の会員に送付, 88名 (55.3%) から回答をえた. その結果を以下に述べる.

1) 回答者のプロフィール

男36名に対して女52名と女が多く, 年齢は50歳代が35名と最も多く, ついで40歳代25名, 60歳代16名, 30歳代と70歳代が5名ずつ, 20歳代と80歳代は1名ずつであった. 職種としては看護婦が26名と最も多く, ついで医師が21名, その他の医療関係者が10名, 福祉関係者が7名, その他であった. 介護を体験した者は男33名女41名で, 大多数が介護を体験していた.

2) 関心をもつようになった動機

職場で老人をみてが56名 (64%) と最も多く, 老人医療福祉の関係者が多いためと考えられた. ついで自分自身の問題としてが45名 (51%), 現状に問題があるからが44名 (50%), 身内で体験をしたからが38名 (43%), 生死を考察してが37名 (42%) であった.

3) ターミナルケアの対象とテーマ

老人のターミナルケアとは何かを考える際に参考になるのは, その対象とテーマであろう. 結果を表2に示した. 対象として挙げられた中で最も多かったのは

What is Terminal Care of the Elderly?

1) A. Murai : 高知愛和病院

2) I. Kawai : 老人保健施設ぬくもりの里

3) H. Shio : 滋賀県立成人病センター

表1 京都老人のターミナルケア研究会の歩み (1990—1996)

第1回	老人の人権 老人のターミナルケアについて一看護婦、そして自分自身の問題として	西光 義敏 細井 恵美子
第2回	特別養護老人ホーム「原谷こぶしの里」でのターミナルケア 病院医療と老人のターミナルケア 痴呆性老人のターミナルケア	杉原 優子ほか 福岡 誠之 金子 仁郎
第3回	老人のターミナルケアとその問題点 在宅における高齢者のターミナルケア	村井 淳志 藤永 睦美
第4回	『家族にとってのターミナルケア』 事例1 脳卒中の養父母を在宅で看取って 事例2 高齢の養母を抱えながら脊損の夫を在宅で看取って	玉川 和子 野村 俊江
第5回	『高齢者の死生観』 施設入所者の面接調査から 加齢とともに変わる死への意識 死に立ち向かう高齢者の立場から	井上 学ほか 橋本 篤孝 奈倉 道隆
第6回	『尊厳死』 尊厳死の考え方—尊厳死協会 患者は医師と共に歩く	永田 勝太郎 夏地 弥栄子
第7回	『在宅のターミナルケア』 在宅死—12例の検討 無床診療所での在宅のターミナルケア	秋山 正子ほか 雨森 正記
第8回	『施設におけるターミナルケア』 特別養護老人ホーム「宇治明星園」のとりくみ 特別養護老人ホーム「健光園」のとりくみ	松島 慈児 青木 信雄ほか
第9回	『病院におけるターミナルケア』 一般病院—京都南病院 老人病院—高知愛和病院	葉賀 育子 村井 淳志ほか
第10回	『痴呆老人のターミナルケア』 私の介護経験—家族の会 痴呆老人のターミナルケアについての問題点	徳広 三木子 三宅 貴夫
第11回	『老人の人権』 老人の人権—社会学の立場から 老人の人権—弁護士の立場から	西光 義敏 久保井 一翁
第12回	『痴呆老人の人権について』 人権擁護システムについて 治療現場から	小池 清康 森 俊夫

種々の病気の終末期で、これは当然の結果である。注目すべきは痴呆老人、植物状態、超高齢の虚弱老人が上位を占め、がん老人は下位にあったことである。老人のターミナルケアという場合、こういう状態の老人を対象と考えていることが分る。テーマとしては人間としての尊厳性が74名(84%)と圧倒的多数であったことは注目に値する。ついでQOLや老人の人権であり、会員の関心がどこにあるかを物語っている。

4) ターミナルケアの定義

老人の場合、定義はいまだ確立されていない。ターミナルケアの基本あるいは不可欠の要件として、(a) 高齢になり身体や精神が老化し虚弱になった、(b) 治

療しても回復を期待できず死を待つだけの状態、(c) 延命処置が意味なく、かえって尊厳性を傷付けるのですべきではない、(d) 全生活が他者依存となり、QOLが低くなったの4項目を挙げ順位をつけた複数回答を求めた。大多数の会員は(c)ついで(b)を選んでおり、会員がターミナルケアの原点に忠実だということが明らかとなった。しかし痴呆や植物状態では、がんの場合のように6カ月以内に限ることは無理であるという点につき賛否を求めたところ、大多数の賛成がえられた。

5) 痴呆・寝たきりのターミナルケア

老人のターミナルケアを抽象的でなく具体的に考え

表2 ターミナルケアの対象とテーマ(複数回答)

対象		テーマ	
1) 種々の病気の終末期	65(74%)	1) 人間としての尊厳性	74(84%)
2) 痴呆老人	60(68%)	2) QOL(生活生命の質)	58(66%)
3) 植物状態	48(55%)	3) 老人の人権	50(57%)
4) 超高齢の虚弱老人	46(52%)	4) 苦痛対策	49(56%)
5) 寝たきり老人	43(49%)	4) 尊厳死または自然死	49(56%)
6) チューブを挿入された老人	41(47%)	6) 家族の問題	48(55%)
7) がん老人	33(38%)	7) リビングウイル	36(41%)
8) 治療を拒否する老人	27(31%)	8) 死の受容	35(40%)
9) その他	2(2%)	9) 死生観	33(38%)
		10) チューブ挿入の問題	32(36%)
		11) 生きがい	30(34%)
		12) 安楽死	22(25%)
		13) 年齢による違い	13(15%)
		14) その他	7(8%)

(京都老人のターミナルケア研究会アンケート調査 1996年2月)

るために、痴呆と寝たきりについて質問した。痴呆を軽度、中等度、高度、最高度、植物状態の5段階に分け、どの段階からターミナルケアを始めるべきかを問うたところ、最高度が22名(25%)と最多であったが、ついで植物状態18名、高度15名、中等度11名、軽度7名と結果は分散した。これは痴呆の段階分類がまだまだよく理解されていないこと、痴呆の受け止め方が人によって異なることなどによると考えられる。

単なる寝たきり状態はターミナルケアの対象ではないと多くの会員が答えている。若い頸髄損傷患者を想像すれば、容易に理解できる。それでは寝たきり以外にどのような条件が揃えば対象になりうるかについて問うたが、意見は一致しなかった。

6) 具体的な医療内容について

ターミナルケアでは無意味な延命治療はしないことに異論はないが、実際の場面でどこまで治療をするのか具体的に線を引くことは大変に難しい。今回は終末期にしばしばおこる肺炎について、検査治療を具体的に列記し回答を求めた。内容が専門的であるため23名が記入しなかった(表3)。レントゲン検査や血液検査など基本的検査、解熱剤や咳止めや喀痰吸引など苦痛を取除くための簡単な治療処置が上位にあり、一方輸血や気管切開などの濃厚なあるいは侵襲的な治療処置が下位にくるのは予想通りであった。しかし抗生剤の点滴注射については半数が認め、半数が認めず各人の考える内容には広がりのあることがうかがわれた。

7) 栄養の維持

老人は経口摂取できなくなることが多い。この場合

表3 例えば肺炎になった時どこまで検査治療すべきか(複数回答、23人が回答せず、括弧内は88/65人に対する%を示す)

1) レントゲン検査	47(53/72%)
2) 血液検査	40(45/62%)
3) 生化学検査	30(34/46%)
4) 喀痰検査	28(32/43%)
5) 解熱剤	53(60/82%)
6) 咳止め	48(55/74%)
7) 抗生剤内服	39(44/60%)
8) 抗生剤点滴注射	33(38/51%)
9) 水分補給の点滴注射	48(55/74%)
10) アルブミン注射	9(10/14%)
11) 輸血	5(6/8%)
12) ガンマーグロブリン注射	6(7/9%)
13) 酸素吸入	44(50/68%)
14) 喀痰吸引	48(55/74%)
15) 気管切開	5(6/8%)
16) 挿管	5(6/8%)
17) レスビレーター装着	4(5/6%)
18) その他	3(3/5%)

(京都老人のターミナルケア研究会アンケート調査 1996年2月)

どこまで栄養の維持を行うかも大きな問題である。この設問では経口摂取に努力し駄目なら諦めるが45名(51%)と最多であり、ついで単なる水分補給のための点滴注射が40名、中止の見込みなければしならないが30名と多くの意見がこの方向にあることが分った。一方経鼻胃チューブ栄養は8名、中心静脈栄養と胃瘻は7名と少数に止まった。

8) 老人のがん

がんの告知は成人と同じように行うが37名、死の受容は成人と同じが36名と最多であり、常識的な結果であった。痛みなどの苦痛は成人と同じが32名、成人より軽い31名とほぼ同数で、老人の苦痛は軽いと考える者が少なからずいることが分った。

9) 尊厳死

リビングウィルはよい方法と思う者は69名(78%)と圧倒的に多く、もっと細かく具体的に書く方がよいと答えた者は回答者の過半数であった。尊厳死協会の員は3名であった。

10) 安楽死

積極的安楽死に賛成は9名(10%)であったが、反対は51名(58%)と多く、とくに医師は全員が反対であった。間接的安楽死は賛成39名反対25名、消極的安楽死は賛成62名反対8名、もっと消極的安楽死は賛成47名反対14名と、消極的安楽死は概ね認められているようである。

11) 家族の気持ち

近親者のターミナルではとことん延命を求めるにもかかわらず、自分自身はそうされたくないという者が少なくない。この矛盾した心理について質問した。最も多いのは家族に迷惑をかけたくないで64名(73%)、ついで無意味で無駄だから49名、惨めに生かされたくないが40名であった。この矛盾への対応につき問うたところ、老人本位に考えるべき63名(72%)、人間が本来もつ矛盾である30名、家族の気が済めばよい18名という回答であった。

12) 老人のターミナルケアで一番大切なこと

自由に記述された内容を整理分類した。最も多かったのは本人の意志を尊重する自己決定の考え方で、23名もあった。これに、元気なうちに自分の終末を決めておくという啓蒙教育などを含めると29名に達した。つぎに老人の人権、尊厳性、人間性を挙げた者は15名であった。安らかな死やQOLは12名、心のこもった援助7名で、老人本人ではなく家族を含めて周囲の関係者の在り方を挙げた者は合計34名と最も多かった。その他家族への援助などの意見が6名であった。

以上アンケートに示された、(1) 自己決定の尊重と、(2) どんな状態になろうとも老人を1個の人格としてケアするの2点は、老人のターミナルケアの基本であろう。しかし残念ながら日本の老人に自己決定を求めても無理なことが多く、啓蒙教育が望まれる。一方(2)の立場はいつでも実行可能であり、関係者のいっそう

の努力が期待されている。

III. 老人病院の実態—高知愛和病院の場合

老人医療における矛盾が最も集中する老人病院でターミナルケアはどうなっているのか。著者の1人が勤務する高知愛和病院を例にとり、この問題を考察する。

高知愛和病院は255床の介護力強化病院で、看護介護要員は最高のランクにある。医療、看護介護、リハビリテーションを充実させることにより、老人にとって人生の終着駅ではなく病気を治し障害を克服して地域社会に復帰するための施設になるよう努力してきた。その結果かなりの数の老人が自宅あるいは老人ホームに復帰するようになった。このような病院における5年間のデータを以下に示す。

死亡者の総数は207名で平平均41.4名であり、平均年齢は83.6歳であった。基礎疾患は脳卒中、痴呆、がん、腎不全、慢性閉塞性肺疾患の順で、それぞれ61、44、34、16、8名であった。また直接死因は肺炎86名、心疾患38名、がん25名その他となっていた。入院患者の痴呆合併率は約60%であるが、死亡者全体の痴呆合併率は66.7%とこれよりも高く、反対にがん死亡者38名の痴呆合併率は42.1%とこれよりも低かった。しかし平均寿命に有意差はなかった。強い痛みを訴えて死亡したがん患者は5名いたが、骨転移はあるものの痴呆はなかった。

老人医療の終末期にはしばしば摂食障害がおこり、中心静脈栄養や経鼻胃チューブ挿入や胃瘻造設が行なわれる。ケアがよくなりこれらの例は何年でも生き続けて老人病院に集められる。その姿は異様であり、人間性の冒瀆ではないかとさえ思われる。わが国ではこれらの処置が安易に行なわれ、経口摂取の努力が十分ではない。高知愛和病院では挿入されていた経鼻胃チューブを抜去する、あるいは挿入しないよう努力を重ねてきた。現在の挿入例は9例である(表4)。2例は6年間、3例は5年間も生き続けているが、最近の挿入例は少なくなっている。

経鼻胃チューブを挿入せず経口摂取を貫くことは大変に努力を要することである。医師、看護婦、言語療法士、栄養士などが協力し工夫し、根気よく経口摂取への努力を続けねばならない。しかしそうすれば、ほとんどの例で成功するものである。誤嚥性肺炎は少なからずおこり、治療せねばならない。そうしても嚥下機能がすっかり衰えてしまった老人は再発を繰り返す。

表 4 現在経鼻胃チューブが挿入されている 9 症例の特徴

	年齢 性	基礎疾患	精神状態	ADL	期間	
S. Y.	75 F	脳出血	植物状態	寝たきり	6 年	ターミナル
S. I.	23 F	脳幹梗塞	正常	嚥下障害	6 年	胃瘻の予定
T. W.	92 F	脳梗塞	植物状態	寝たきり	5 年	ターミナル
S. K.	87 F	脳梗塞	高度痴呆	寝たきり	5 年	
M. Y.	74 F	脳梗塞	植物状態	寝たきり	5 年	ターミナル
M. T.	85 F	脳梗塞	失外套	寝たきり	3 年	ターミナル
H. H.	81 F	脳出血	高度痴呆	全介助	2 年	
A. Y.	69 F	脳梗塞	失外套	寝たきり	3 月	ターミナル
M. F.	74 M	脳梗塞	痴呆	嚥下障害	2 月	一時的

(高知愛和病院, 1996 年 6 月)

こうして最も原始的な機能である嚥下運動すら失ってしまった老人の寿命は、限界に達したと実感されるのである。経鼻胃チューブ挿入が生存のための当然の処置であるのか、それとも過剰な延命処置であるのか大いに議論せねばならない。

種々の疾患についてターミナルケアが考えられる。では末期がんを除いて、6 カ月以内の死亡という基準でターミナルケアの対象を考えてみるとどうなるか。ターミナルであるという判断は死後振返ると容易であるが、死亡前には困難である。がん以外に 6 カ月以内の死亡を予測できるのは、高知愛和病院の死亡例を検討してみると腎不全、閉塞性肺疾患くらいであった。現在ターミナルケアの対象と考えている症例は、表 4 の 5 例のほか高度の精神機能の低下のため寝たきりとなっている 2 例の合計 7 例である。

こうして老人医療の現場でターミナルケアを考えると、6 カ月という期限をつけられない植物状態や痴呆の末期が対象になるようである。これまで老人病院の終末期には、寝たきりとなって褥瘡を作った老人が敗血症を繰返して死亡したものであった。しかし今後は様相が変わり、先述したような老人が対象になると思われる。

IV. ま と め

死を間近にした終末期には種々の困難に遭遇して援助、つまりターミナルケアが必要になることが少なくない。とくに社会的弱者となった老人は援助を必要

とする場合が多いと考えられる。しかしわが国の老人の終末期の実態や必要なケアのあり方などは明らかにされていない。老人の状態が一般の人々の眼にふれる機会の少なかったこと、また関係者の問題提起の少なかったことによるのであろう。

今回のアンケート調査によって対象となる老人、取上げるべきテーマ、ケアの基本などが明らかになった。また老人病院のデータから対象とするべき老人の具体的な姿が浮かび上り、今後の解決の方向を示すことができたと考える。

文 献

- 1) Marshall JR: The dying patient. In: Clinical Aspects of Aging, Reichel W (ed), The Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1978, p515—519.
- 2) Bigot A, Munnichs JMA: Psychology of aging, long-term illness and care of the older person. In: Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology, Brocklehurst JC (ed), Churchill Livingstone, Edinburgh London and New York, 1978, p791—806.
- 3) Kastenbaum R, Kastenbaum B: The changing role of the physician with the terminally ill elderly person. In: Clinical Geriatrics, Rossman I (ed), JB Lippincott Company, Philadelphia London Mexico City New York St. Louis Sao Paulo Sydney, 1986, p618—626.
- 4) Hall MRP, MacLennan WJ, Lye MDW: Terminal care. In: Medical Care of the Elderly, John Wiley & Sons, Chichester New York Brisbane Toronto Singapore, 1986, p180—187.
- 5) 日本医師会生命倫理懇談会: 「末期医療に臨む医師の在り方」についての報告. 日医会誌 1992; 107: 1209—1217.
- 6) 生井久美子: 付き添って一明日はわが身の老人介護. 朝日新聞社, 東京, 1996.
- 7) 村井淳志, 川合一良, 奈良道隆, 西光義敏, 細井恵美子, 塩 榮夫ほか: 京都「老人のターミナルケア」研究会結成のご挨拶. 京都老人のターミナルケア研究会誌 1991; 1: 1.

第38回日本老年医学会学術集会記録

＜シンポジウムⅠ：高齢者の終末医療＞

5. 在宅ターミナル・ケア

鈴木 荘一

Key words：ターミナル・ケア，在宅医療，プライマリ・ケア，地域医療，近接性

1. はじめに

私の老年医療そして終末医療への歩みは，昭和38年に設立された，人間の医学を旗印にした「実地医家のための会」に源泉がある。創設者・永井友二郎によれば，

実地医家は人間を部分としてでなく全体として，生物としてでなく社会生活をいとなむ人間としてみてゆかねばならない立場であり，疾病について常に診断と治療指針の説明を求められる立場にある。

この現状から脱出するために，大学の先生が教えてくれるのを待っているのではなく，自分達の問題は自分達で解決してゆこう，とある。

昭和36年実地医家になった私は，医療の対象は人間であることに気付き，43年，そのための会に入り，多くの真摯な臨床医に出会っていたが，昭和45年，義弟を肺がんでわずか4カ月で失った。病院の終末医療には考えさせられた。ところが間もなく，ための会の春日豊和先生が胃がんの手術を受けられ，術後再発の身ながら，昭和51年安楽死公開討論会を開かれた¹⁾。フロアから発言された「私は心の植物状態です」という叫びは，私の心に深く残った。そして昭和52年4月30日，私たち実地医家5名が日本人医師として初めて，ロンドン郊外にある聖クリストファー・ホスピスを訪ねた。医療の分野にもこのような世界があったという驚きと，末期患者のケアについて，歴史と文化，そして宗教と精神風土の相違を感じながらも，人間の死を大切に取扱うことに感動を覚えた。その際，ホスピスが入院ケアのみならず，地域GPと組んで，在宅ターミナル・ケアを進めていることを聴かされた。帰国後私は，わが国にホスピス・ケアを伝えるとともに²⁾，自からターミナル・ケア（入院と在宅）を思い立った³⁾。

一方，昭和50年頃より，実地医家と専門医による老人医療をめぐる座談会が医学雑誌「治療」で継続され，私は末席を汚しつつ，来るべき高齢化社会の医学を学び，それが56年の大森医師会編「健やかに老いる」発刊⁴⁾として実った。高齢者医療は，まさに地域医療の大きな核心と促えた。

2. 当院の終末医療19年（1977～1995）

1) 19年間の成果

私は，内科診療所（5床）で，プライマリ・ケアの外来・訪問診療を行いながら，この課題に取り組み始めた。丁度その翌年に実地医家のための会有志が集まり，プライマリ・ケア学会が発会した⁵⁾。私はプライマリ・ケアの広大な分野の中で，在宅医療を実践課題とした。

さて，当院は都内大田区（人口64万，高齢化率14%）の中にあり，外来と在宅が主であって，入院はごくわずかである。ここに19年間の実績を示す（表1）。この間の在宅死211人，入院死82人，計293人，これに本年度現在までの在宅死9人を加えると，計302人となる。全死に対する在宅死比率は何と73%である。死因第1位はともに，悪性新生物である。在宅死では，ついで脳卒中，心臓病，呼吸器病と続く。この19年間の在宅医療への傾斜は，悪性腫瘍による疼痛対策の普及，薬剤の開発，投与方法の改善，在宅酸素療法のシステム化，栄養補給の各種改善，そして医療費の在宅重視などによるものと考えられる。

次に，表2に示すのが在宅死患者の年齢階層である。219人中207人（94%）が65歳以上であり，さらに180人（82%）が75歳以上の後期老人である。まさに在宅終末医療は，高齢者が対象である。

次に，当院と患者宅との距離を調査すると，在宅死219人中211人（96.3%）が2km内に居住していた。この近接性が極めて重要である（表3）。この距離であれば，外来診療時間の谷間である午後1時から3時の間に，計画的に訪問することができる。しかし末期とも

S. Suzuki：鈴木内科医院院長，日本プライマリ・ケア学会常務理事

表 1 死亡時の受療場所と死因 (19年間) 【1977年～1995】

	(昭和・平成)	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	(H1) 64	H2	H3	H4	H5	H6	H7	
在宅	脳卒中	2	5	8	1	6	3	6	2	5	1	2	3	0	2	3	2	4	0	1	56
	悪性新生物	3	4	2	4	2	3	1	4	1	0	2	4	2	5	6	3	4	6	3	59
	心臓病	2	2	2	1	0	0	2	3	2	3	3	6	2	3	1	0	2	1	1	36
	呼吸器病	2	0	0	0	2	1	2	2	0	1	1	2	1	3	2	2	1	2	4	28
	腎臓病	1	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	10
	パーキンソン病	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
	その他	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	3	1	2	0	0	1	3	1	2	17
	小計	11	12	14	7	11	8	12	11	12	5	12	17	8	13	13	8	14	11	12	211
当院入院	脳卒中	0	1	0	2	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	10
	悪性新生物	1	3	3	3	0	1	5	4	2	5	7	1	1	5	1	1	1	1	3	48
	心臓病	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	4	3	0	0	1	0	0	0	0	11
	呼吸器病	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	1	2	1	0	0	0	2	10
	その他	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
	小計	1	4	4	5	1	5	8	5	5	5	12	5	2	7	3	2	1	1	6	82
総 計		12	16	18	12	12	13	20	16	17	10	24	22	10	20	16	10	15	12	18	293

なれば、休日、夜間、深夜、さらには年末年始や旧盆の時期に遭遇することもある。平成 6 年から70歳以上の高齢者には、365日24時間連携システムが診療報酬上評価されるようになり、私は 2 つの診療所と当院非常勤医と双方向の連携をとっている。

この訪問距離には地域差が予想され、交通渋滞の激しい当地区と過疎の地方とは明らかに異なり、2km は 10、30 となるかも知れない。郊外都市八王子市西部をモデルにして調査研究された杏林大学北島 勉⁹⁾によれば、高齢者のかかりつけ医の往診を期待する受療者は、病院の医師をかかりつけ医とした者は皆無であったという。従って、高齢者の在宅医療、とくに終末医療の担い手は、近接性に優れた、地域でプライマリ・ケアを扱う診療所医師が主役となるであろう。

ここに高齢先進国である英国の GP 生涯教育シリーズを見れば参考になる。その10冊目は GP である Roy Spilling 編集による Terminal Care at Home⁷⁾である。すなわち、在宅ターミナル・ケアは GP の役割であることを示している。

2) 3 年 4 カ月 (1993 年以降) の在宅介護

在宅の終末医療成立の条件には、往診医や訪問看護婦の確保も不可欠であるが、同時に介護家族やその代替人の存在も絶対必要である。在宅介護の主役は彼らである。そこで、訪問看護ステーションや在宅介護支

援センターなど社会システムの構築が進められている 1993 年から現在までの、65 歳以上の在宅死亡者について療養環境を調べてみた (n=41)

’93 年 (n=13) 家族のみ 9 人 (69%)
’94 (n=9) ” 5 人 (56%)
’95 (n=11) ” 5 人 (45%)
’96 (n=9) ” 5 人 (56%)

これらの数字は、家族のみのケアから、公的かつ民間のヘルパーが加わる趨勢を窺わせると思う。

3. 症 例

次に 2 つのケースを紹介する。

(1) W.D. 女。85 歳。胃がん。

この患者は、近医のレントゲン検査から、胃がんの疑いがあるといわれ、7 年 6 月 16 日訪ねてきた。早速、胃内視鏡検査から腺がんであることが分った。生検の結果を私は、「残念ながら悪性だったよ」と告げたところ、「がんですか」と問い返されたので、静かに「そうですよ」と頷いた。すると患者は「手術は嫌です」と主張してきた。私は内視鏡所見や高齢であることも考えて、患者の撰択に任せて、7 月 24 日より O 病院に入院させ、レーザー治療を受けさせたが、成功しなかった。10 月 14 日退院したが、すでに腹水が溜まっていた。やがて 11 月 1 日より、寝たきり老人末期診療として、

表2 在宅死（1977～1996, 3）

年齢階層		64歳以下		65～74		75歳以上	
年代	総数	男	女	男	女	男	女
1977	11	2	0	2	0	6	1
78	11	1	1	2	2	2	3
79	14	1	0	1	1	3	8
80	7	1	0	1	1	1	3
81	11	0	0	0	0	3	8
82	8	0	0	0	0	4	4
83	12	0	0	0	0	7	5
84	11	0	0	1	0	5	5
85	12	0	0	1	2	5	4
86	5	0	0	0	2	2	1
87	13	0	0	0	1	5	7
88	17	0	0	0	1	9	7
89	8	0	0	1	1	2	4
90	13	0	0	1	0	8	4
91	13	0	1	0	1	5	6
92	8	0	1	0	1	4	2
93	14	0	1	0	0	5	8
94	11	0	2	0	0	2	7
95	12	1	0	1	1	4	5
96	8	0	0	1	1	3	3
小 計	219	6	6	12	15	85	95
総 計		12(6%)		27(12%)		180(82%)	

表3 当院と患者宅との距離

距離	2 km 以内		16 km 以内		16 km 以上		計
区分 年度	自宅	当院	自宅	当院	自宅	当院	
'77	10	1	1				12
'78	12	4					16
'79	14	4					18
'80	7	5					12
'81	11	1					12
'82	8	5					13
'83	12	8					20
'84	10	4			1	1	16
'85	11	4	1			1	17
'86	5	4				1	10
'87	10	7	2	3		2	24
'88	16	5			1		22
'89	8	2					10
'90	13	5				2	20
'91	13	1		1		1	16
'92	7	1	1	1			10
'93	13	1	1				15
'94	11			1			12
'95	12	4		2			18
'96	8						8
計	211	66	6	8	2	8	301

私が往診するか、看護婦を訪問させた。この患者と同居している息子夫婦や別居の娘夫婦が最後までよく介護につくした。

11月4日より呼吸不全が出現し、パルスオキシメーターでSpO₂ 88% (PaO₂ 55mmHg) となったので、在宅酸素療法を導入した。さらに11月11日より、飲むことも不十分となり、輸液を毎日行うようになった。一方私は3人の連携医に診療情報をFAXし、365日24時間体制を布いた。

11月18日（土）朝、私は京都で開かれている「死の臨床研究会」に参加するため新幹線に乗った。その日の午後、その患者は、当院非常勤医、看護婦、そして家族に看とられながら、息を引きとった。（11月分保険点数30,065点）

（2）S.K. 女。84歳。膵がん。

本年1月9日、大森保健所の訪問看護婦が私にがん

の末期患者をみてほしいといって訪ねてきた。その看護婦とPTA 仲間のお母さんだという。そこで11日、家族が病院の診療情報をもって来院し、経過が分った。患者は7年11月末まで元気だったが、12月になって背腰痛と疲労感を訴え、E病院にて検査を受けたところ、膵がんそれも末期であることが判明し、自宅で臥せているという。

そして1月12日、患者宅を訪ねた。患者は青畳の和室中央に家族に囲まれながら臥せていた。上腹部に手拳大の腫瘍をふれる。疼痛は背部から上腹部におよんでいるので、レペタン坐薬を使用させ、家族に介護法など当院看護婦が指導した。病状の進行は意外に速く、1月14日（日）夜8時、大量の下血があったと慌立たく呼ばれた。そこで当院看護婦とともに急行すると、顔面蒼白、脈膊微弱、血圧はやっと測れて76/70mmHgであった。とにかく強心剤を注射し、血圧を上げ、静

脈を確保した。その日は休日だったので、11人の家族が容態を見守っていた。その日から毎日の往診を始め、点滴が続けたが、意識は薄らいで行った。17日介護夫婦を当院に招き、小さなデス・エデュケーションを行った。自著「死を抱きしめる」⁹⁾やキューブラー・ロス著「死ぬ瞬間」¹⁰⁾を渡し、「家族の皆さんが坐って見守ってくださることが、点滴だけよりもオーバーチンを安心させるのですよ」と話し、受入れていただくことができた。翌18日早朝6時に、息切れしましたという電話で私は起こされ、直ちに駆けつけた。そこには11人の家族の顔があった。みんな涙にくれていたが、看とりきった満足の表情も読むことができた。往診開始から1週間であった(1月分保険点数11,725点)。

4. 厚生省「平成7年度高齢者死亡」統計

これは、平成7年4月1日から10日までの65歳以上死者4,755名の面接調査である。

その調査結果から抜粋する。

(1) 65歳以上の死亡者の7割が「子や孫と同居」していた。

これを年齢階級別にみると、「夫婦のみ」は死亡者の年齢階級が高くなるに従って低下しているのに対し、「子や孫と同居」は上昇している。

(2) 死亡1カ月前で半数が寝たきりとなる。

(3) 生前の生活場所を死亡3年前からの各時期別にみると、「3年前」においては「自宅」の87.1%に対し、「病院」は7.8%となっているが、その後、「病院」は次第に上昇して、「1カ月前」には「自宅」の46.3%に対し、「病院」は48.5%となって逆転し、「死亡時」には「自宅」26.8%、「病院」69.1%となっている。

(4) 死亡者が生前、死亡場所について希望していたかどうかをみると、「希望あり」が31.0%、「希望なし」が57.1%となっている。「希望あり」の割合を年齢階級別にみると、年齢階級が高くなるほど増加している。

次に、「希望あり」と回答した者の希望していた死亡場所の種別をみると、「自宅」が89.1%、「病院・診療所」8.2%、「その他」2.6%となっている。

また、希望していた死亡場所と実際の死亡場所との関連をみると、「自宅」を希望していた者のうち、実際に「自宅」で死亡した者は33.1%となっている。

(5) 主な介護者は7割が世帯員である。

(6) 「世帯員」または「世帯員以外の親族」であった主な介護者について、介護の支えになったことの内容をみると、「家族・親族の協力が得られ、きずなが強

まった」が45.2%、「かかりつけの医師のいる病院・診療所が近くにある心強かった」38.0%、「医師・看護婦等から病状や見通しについての十分な説明があり、納得できた」36.2%となっている。

5. 英国の終末医療

1) 死亡場所

わが国の死亡場所は、平成5年度で全死の7割が病院などの施設で、3割が自宅であるが、がん死では、自宅は6.9%にすぎない。一方英国のそれは、前述のR. Spillingの著からみると、全死の32%が自宅で、しかもがん死も同じ32%である(1983)。

2) ホスピス形態の変化

Palliative Medicine⁹⁾に掲載された、1990年の英国およびアイルランドにおけるホスピス(計428)の現状報告によると、その形態は、施設ケア156、在宅ケア321、デイケア151で、在宅型が増えている。

6. 考 按

以上の報告から、私の考えを述べる前にかの司馬遼太郎氏の1983年の言葉を引用したい¹⁰⁾。

「医学というものが進んできて、科学になった。科学は科学そのものが目的なので、独り歩きする。そうすると医者とは人間から離れるおそれがある。人間の幸せを目的にしていたのが医療という技術である。という原点が忘れられるかもしれない」

さて、世界一の長寿化社会を迎え、この高齢者の終末医療を考察するに、人間の幸せとは何かが問われている。人間はかぎりなく健康な生命を求める存在であるが、生理的にはいつかは老い、やがて死を迎えねばならない。そして多くの人々は、安らかに死を迎えたいと願っている。この医療の第一は、患者の意思、QOL(生命の質)尊重にあると思う。第二は十分なコミュニケーションである。それもバーバルとノンバーバルの全人的な対話¹¹⁾である。1980年私は、心身医学会においてコミュニケーションの有用性について報告した¹²⁾。当時翻訳されたイヴァン・イリッチ著「脱病院化社会」¹³⁾にも啓発され、在宅と入院の比較を行った(表4)。すなわち在宅では、患者は24時間自由であるが、病院では管理の下に置かれている。次に空間は、在宅ならば狭い家であっても、自己の脳に記録された空間であるのに、病室の視界は、ハード面が一床当たり4.8m²から6.4m²に広がったとしても、見しらぬ世界、自己の生活歴をとどめていない場所である。食事自宅の

表4 在宅と入院の比較

	空間	時間	衣・食	医療対応	中心点
在宅	広い	自由	自由	Care	人間中心 患者中心
入院	狭い	制限	制限	Cure	医学中心 医師中心

方が、ほしい時に、好む物を飲み食いできる。従って在宅はケア主体、人間中心、患者中心である。一方入院は、治療主体、臓器医学、医師中心となる。そこでは、人間を個体と環境から把握する方法を失わせ、死を社会から隔絶させてしまう。

それでは、地域における高齢者の終末医療の基本理念は何か。それには1978年米国科学アカデミーがプライマリ・ケアの定義として上げた5つの要件¹⁴⁾が、終末医療にもよく一致するのではないかと思う。

- (1) 近接性 Accessibility
- (2) 包括性 Comprehensiveness
- (3) 協調性 Coordination
- (4) 継続性 Continuity
- (5) 責任性 Accountability

近接性は、当院の在宅終末医療から実証されたと思う。臨死期にも患者に早くかけつけ、死をみとることができる。包括性については、高齢者はいくつもの疾患を抱えているので、臓器別志向でなく、総合的に対

応しなければならない。協調性とは、医師と看護婦のみならず、保健・福祉職との連携も大切である。また病診連携も必要となろう。それは自己完結型でなく、365日24時間連携システムのとれる地域医療体制とすべきである(表5)。

継続性と責任性については、改めていうまでもないが、継続とは、健康時からの医師・患者関係こそ望ましい。

7. 結 語 (10項目)

- (1) 死をタブー視せず、死の送り方を学ぶ。
- (2) 死の対応には、年齢による差別はないが、高齢者には、とくに人間中心の考えに立つ。
- (3) 患者の意思・QOLを第一に考える。
- (4) 臓器別ではなく、全人的に対応する。
- (5) 親しいコミュニケーションが、終末医療の基本である。
- (6) 医師はクスリのみでなく、その全人格を処方し投与せよ。
- (7) 患者・家族に少しでも、デス・エデュケーションを行う。
- (8) 地域の中に、点としてでなく、面としての在宅医療連携体制を確立する。
- (9) 高齢者の在宅ターミナル・ケアは、地域の近接性を優先させる。
- (10) 高齢者の最期は、介護力さえあれば、在宅こそ

表5 地域の在宅ターミナル・ケア

望ましい。

最後に、わが国の鎌倉時代、武士から僧侶になった
西行法師 (1118~90) の歌で終りたい。

願はくば花の下にて春死なむ
その如月^{きさらぎ}の望月のころ

(終)

文 献

- 1) 西田一彦ほか：安楽死公開討論会。人間の医学
1976 ; 75 : 6—34.
- 2) 鈴木荘一：がん末期患者のケアに新時代を拓く。
病院 1978 ; 37(8) : 633—639.
- 3) 鈴木荘一：死を抱きしめる。人間と歴史社, 1985.
- 4) 大森医師会編：健やかに老いる。人間と歴史社,
1981.
- 5) 渡辺 淳：あいさつ。日 PC 誌 1953 ; 1 : 1—3.
- 6) 北島 勉：高齢者のかかりつけ医の有無に関連す
る患者側の要因。日 PC 誌 1994 ; 17(3) : 213—
221.
- 7) Spilling R 編：Terminal Care at Home, Oxford-

d University Press, 1986.

- 8) キューブラー・ロス著, 川口正吉 訳：死ぬ瞬間。
読売新聞社, 1971.
- 9) Smith AM, Eve A, Sykes NP : Palliative care
services in Britain and Ireland 1990—An over-
view. Palliative Medicine 1992 ; 6 : 277—291.
- 10) 司馬遼太郎, 山村雄一：人間について。平凡社,
1983.
- 11) 鈴木荘一：言語的コミュニケーションと非言語的
コミュニケーション。医療とことば(永井友二郎,
阿部正和 編), 中外医学社, 1988, p141—159.
- 12) 鈴木荘一：在宅ケアにおける心身医学的アプロ
ーチの有用性について。心身医誌 1980 ; 20 : 489—
496.
- 13) イヴァン・イリッチ著, 金子嗣郎 訳：脱病院化社
会。晶文社.
- 14) Harver Estes E, et al : A Manpower Policy for
Primary Health Care, National Academy of
Sciences, 1978.

Abstract

Terminal Care at Home of Aged

Shouichi Suzuki

Between my return from a visit to hospices in England in 1977 and April 1996, our home care program has included 219 patients. Those aged at least 65 years have accounted for 94% and those aged at least 75 years 82%. Almost all (96.8%) live within 2 kilometers of the clinic. My experience has led me to the following conclusions.

1. We should not regard death as taboo, but should learn how to accept death in pace.
2. We should not discriminate by age, and should emphasize humane treatment, particularly in the elderly.
3. We should respect the patient's will and try to improve his or her quality of life.
4. We should see patients holistically, and should not attend to their diseased organs alone.
5. Terminal care must be based on communication.

6. Physicians should not only prescribe medicine but should also devote themselves to the care of patients.

7. Physicians should teach patients and their family members about death.

8. An organic community network for care at home should be established.

9. Access to care should be a community priority.

10. Elderly persons should be allowed to die at home if caregivers are available.

Lastly, I should like to quote a poem by Saigyô, a poet-priest of the 12th century. We should remember that many people share his wish of dying naturally under a flowering tree.

How I long to die in spring
under cherry blossoms

Looking up at a full moon in February

Key words: Terminal care, Home visit, Primary care, Community medicine, Accessibility

(Jpn J Geriatr 1997; 34: 17—22.)

Director of Suzuki Internal Clinic

Director of Japanese Association of Primary Care