

Aging エイジングアンドヘルス & Health

秋

No.87
2018年
第27巻第3号



特集

高齢者の エンドオブ ライフ・ケア

対談

日本人の長寿の秘密は 日本食にあり

武庫川女子大学国際健康開発研究所所長

公益財団法人兵庫県健康財団会長 家森幸男

公益財団法人長寿科学振興財団理事長 祖父江逸郎

シリーズ

インタビュー

いつも元気、 いまま現役

理容師 箱石シツイ

ルポ

地域の鼓動

東京都小平市 ケアタウン小平



公益財団法人
長寿科学振興財団

目次

エッセイ

画鬼・河鍋暁斎—幕末明治を生きた天才絵師—

第3回 生命を宿した絵 2

蕨眼科院長
公益財団法人河鍋暁斎記念美術館理事長・館長 河鍋楠美

巻頭言

高齢者の延命措置— QOL と SOL の狭間で— 4

淀川キリスト教病院グループ理事長 柏木哲夫

特集

高齢者のエンドオブライフ・ケア —最期まで自分らしく生きるために—

高齢者のエンドオブライフ・ケアの現況 6

国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長 三浦久幸

「人生の最終段階における医療・ケアの
決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について 10

厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室長補佐 堤 翼

エンドオブライフケアチーム活動の実際 14

国立長寿医療研究センター
エンドオブライフケアチーム/老人看護専門看護師 高梨早苗

アドバンス・ケア・プランニング
—人生の最終段階における医療とケアの意思決定支援— 18

東京大学大学院人文社会系研究科
死生学・応用倫理センター上廣講座特任教授 会田薫子

認知症の人のエンドオブライフ・ケア 22

東京ふれあい医療生活協同組合副理事長・梶原診療所所長
オレンジほっとクリニック地域連携型疾患医療センター長 平原佐斗司

対談 シリーズ第24回 生き生きとした心豊かな長寿社会の構築をめざして

日本人の長寿の秘密は日本食にあり 26

武庫川女子大学国際健康開発研究所所長
公益財団法人兵庫県健康財団会長 家森幸男
公益財団法人長寿科学振興財団理事長 祖父江逸郎

最新研究情報 31

インタビュー

いつも元気、いまも現役

気がつけば 101 歳
ハサミも椅子も古いけど、私と同じ 32

理容師 箱石シツイ

ルポ

地域の鼓動

住み慣れた地域で在宅ホスピスケアを 36

東京都小平市 ケアタウン小平

エッセイ

訪問看護師から「老い」をみると

第3回 猫を通して学んだ老いと死 40

看護師・東京女子医科大学大学院看護職生涯発達学分野非常勤講師 宮子あずさ

News & Topics 42



<表紙>

理容師
箱石シツイさん

(撮影/丹羽 諭)



淀川キリスト教病院グループ
理事長

柏木哲夫

柏木哲夫 かしわぎてつお

1939年生まれ
 1965年 大阪大学医学部卒業
 1972年 淀川キリスト教病院精神神経科入職、同病院内科医研修を経て精神神経科部長、医務部長、副院長、ホスピス長
 1993年 淀川キリスト教病院退職、大阪大学人間科学部教授
 2000年 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団理事長
 2003年 大阪大学退官、名誉教授
 2004年 金城学院大学学長
 2007年 金城学院学院長
 2013年より現職
 専門分野：精神神経科、緩和医療内科・ホスピス。医学博士

高齢者の延命措置 —QOLとSOLの狭間で—

私たちの生命が維持されているのは、日々食べ物を食べているからである。食べられなくなると、私たちは餓死する。適温状態で安静にして水分を適切に摂取した場合、餓死するには1か月以上要するが、それ以上生き延びることはできない。

食べられなくなると、命の問題になるということは誰もが知っている。医学が発達していなかった頃は、病気のために食べられなくなると、生命は終焉を迎えていた。しかし、現在では口から食べられなくなっても、点滴や胃ろうで生命をつなぐことができるようになった。それはありがたいことなのであるが、一方で、大きな悩みにもなっている。

たとえば、高齢で脳卒中になり、嚥下障害があり、口から食べると誤嚥のため、何度も肺炎を起こすような人の場合、胃ろうを造るかどうかはむずかしい判断である。

胃ろうを造って栄養を摂っている国内の患者数は、40万人以上ともいわれており、高齢化に伴い、年々増え続ける一方である。そういった実態を踏まえて、日本老年医学会が、高齢者の終末期医療における胃ろうなどの人工的な水分・栄養補給について、2012年に10年ぶりに改訂し、「治療の差し控えや撤退も選択肢」との見解を出した。胃ろうは体力の回復などに効果を上げる反面、欧米や日本でも認知症末期の寝たきり患者などにも広く使用されているため、「人間の尊厳」という観点からその是非が取り沙汰されている。

日本は世界一の「胃ろう大国」といわれており、しかも「胃ろうアパート」と呼ばれる高齢者専用の賃貸住宅があるという。その胃ろうアパートでは、狭い部屋のベッドに終末期の高齢者が並べられて胃ろうから水分・栄養を注入され、ただただ無感情で天井を向いて毎日を過ごしているという。

上述した日本老年医学会の見解をはじめとし、速やかな法の改正により、事前の患者の意思を尊重した最善の終末期医療が待ち望まれる。人間の生と死について、基本的なことを教えるのが死の教育だと私は理解している。その基本は、SOL (Sanctity of Life 生命の神聖さ) とQOL (Quality of Life 生命の質) のバランスをどう取るかに集約される。生命は神聖であるがゆえに、どんなに苦痛があっても延命すべきであるという考えは極端であろうと思う。同時に、苦痛が激しければQOLが損なわれるので、すぐに延命の手段を中止するというのも極端であろう。むずかしいことではあるが、基本はSOLを十分に尊重しながら、QOLを重視した医療を進めるべきであろう。

そのためにもACP (Advance Care Planning アドバンス・ケア・プランニング) は今後の日本における高齢者の延命措置のうえで、非常に重要な役割を果たすものであろう。特に高齢になり、さまざまな理由で食事の摂取が困難になったときに胃ろうを造設するかどうかは、あらかじめ考え、文章に残しておくことを勧めることが重要と思う。

特集

高齢者のエンドオブライフ・ケア —最期まで自分らしく生きるために—



超高齢社会において、住み慣れた地域で安心して自分らしく最期を迎えられる社会のあり方が求められている。多くの人が長寿を手に入れた今日、人生の最終段階を支える「エンドオブライフ・ケア」が重要視されるようになってきた。

エンドオブライフ・ケアは、主な対象ががん患者の「緩和ケア」に加えて、非がんや慢性疾患、認知症などの高齢者疾患も含めた医療・ケアをいう。大切なのは、本人が症状や治療法を理解し、本人・家族の意思や生活に焦点を当てたケアによって穏やかな最期を迎えられるよう支援することである。

そこで今号特集では、エンドオブライフ・ケアをめぐる最新の論考を各先生方に執筆いただいた。

(編集部)

高齢者の エンドオブライフ・ケアの現況



みうらひさゆき
三浦久幸

国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長

【略歴】 1990年：ドイツゲッティンゲン大学研究員、1993年：名古屋大学大学院医学研究科修了、1994年：岡崎国立共同研究機構生理学研究所助手、1995年：名古屋大学医学部老年科医員、2006年：国立長寿医療センター外来診療部外来総合診療科医長、2012年より現職

【専門分野】 老年医学、臨床倫理学、在宅医学。医学博士

はじめに

エンドオブライフ・ケアの日本語にあたる「人生の最終段階の医療」という言葉が、この4、5年、公的に使用されるようになってきているが、以前は「終末期医療」と呼ばれた言葉を変更したものである。

「終末期」は生物学的生命 (biological life) の終わりを指す一方で、「人生の最終段階」は物語られる人生 (biographical life) の最終段階を指す言葉であり、単に余命何か月という「死」に照準を合わせた「終末期」に対して、人としての生き様に照準を合わせた言葉が「人生の最終段階」である。これは単に「終末期」の暗いイメージを払拭することを目的とした変更ではなく、「人生を生き切る」ことを支える医療・ケアを重視するパラダイムシフトをめざした言葉であるといえる。

ではなぜ、このような「死」から「生」を重視する流れが起きたか、という背景を考える必要がある。1つには日本は世界に類をみない超高齢社会が到来しているということがある。2025年には後期高齢者が3000万人以上に達するが、この中にはADLが低下するなど、自立した生活が困難となり、介護を必要とする人も増加する。

さらには「多死社会」とも呼ばれ、2040年には年間死亡数がピークを迎え、およそ167万人が1年間に死亡するとされる。この事実は、超高齢者における老化を基盤とした疾患や老年症候群は完全には治癒するものが少ないため、病気や病態とつきあいながら人生の最期を過ごす人が今後増えてくることを意味する。

この一方で、完全治癒が望めない慢性疾患などに対して1人ひとりが希望する医療・介護の内容や、療養先の希望

は多様化しており、本人の希望を最大限尊重した医療・ケアをいかに実践するかがこれからのテーマとなる。

このように「治す医療」から「治し支える医療」への転換が求められている。「支える」という言葉は単に身体的対応のみでなく、本人の希望を支える、つまり意思決定支援が超高齢社会におけるこれからの中心的役割となることを意味している。

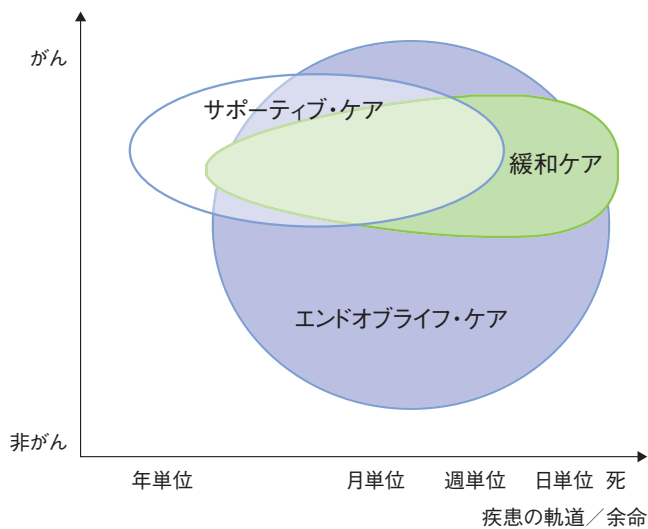
エンドオブライフ・ケアの定義

2002年に発表されたWHO (World Health Organization : 世界保健機関) の緩和ケアの定義(2002)によると、「緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである」としている。従来、緩和ケアは、英国ホスピスの創始者であるシシリー・ソングースに代表される、がん患者を中心とした疼痛・苦痛の緩和が主体であったが、今回の定義では、がんのみならず、すべての生命を脅かす病を対象としている。

国内の緩和ケアは、診療報酬上の面から長期間がん疾患を中心に発展したため、非がん疾患患者のケアは遅れをとってきたともいえる。しかし、最近になり、進行期の非がん疾患のケアへの関心が高まり、がんも非がんもなく全疾患を対象とした人生の最終段階のケア、すなわちエンドオブライフ・ケアに関する学会が立ち上がるなど注目を集めている。

一方、世界的にみても、このエンドオブライフ・ケアの定

図1 緩和ケア、サポーターティブ・ケア、エンドオブライフ・ケア(広義)の概念 (文献3より引用、筆者訳)



義ははまだ確立しているとはいえず、国内ではIzumiら¹⁾²⁾が看護学的視点から「健康状態、疾患名、年齢にかかわらず差し迫った死あるいは、いつかは来る死について考える人が最期まで最善の生を生きることができるよう支援すること」と定義している。エンドオブライフ・ケアとは、患者とその家族と専門職との合意形成のプロセスであることを付記している。

海外ではヨーロッパ緩和ケア協会³⁾が図1のように緩和ケア、サポーターティブ・ケア、エンドオブライフ・ケアそれぞれの対象疾患および対象時期の違いを示しているが、海外においても緩和ケアはがん疾患中心で、エンドオブライフ・ケアが広く非がんを含めた概念として捉えられていることがわかる。

しかしながら、前述のように緩和ケアそのものの対象が、非がんを包括しようとしている流れを考慮すると、両者の違いは、がんと非がんのどちらに力点を置くかの違いのみとも考えられる。高齢者の人生の最終段階においては、割合として非がん疾患が多く、現時点ではがん、非がん双方を対象とした「エンドオブライフ・ケア」の言葉のほうがなじみやすいといえる。

非がん疾患のエンドオブライフ・ケアのエビデンスについて

現在、当センターと東京大学の共同により非がん疾患のエンドオブライフ・ケアの系統的レビューを行っており、これまでのエビデンスについて考察する。この研究では1990～2017年の英文もしくは和文の文献についてのMedline、医中誌、Cochraneのデータベースを系統的に

サーチしている。

疾患別に主なエビデンスを紹介すると、人生の最終段階にある認知症患者の苦痛症状には、摂食嚥下に関わる問題、疼痛、呼吸困難、Agitation(不安、興奮、混乱)が多くみられるという報告がある⁴⁾。穏やかな死を阻害する症状としては、不快、不穏や最期の1か月の抑うつ、最期の1週間の恐怖や不安などの報告がある⁵⁾。重度の慢性閉塞性肺疾患(COPD)の末期の苦痛症状として、呼吸困難、痰、喘鳴、咳、食欲不振、発熱、不安⁶⁾、重度の慢性心不全患者の末期の苦痛症状として、呼吸困難、末梢の浮腫、認知機能低下、不安、睡眠障害、せん妄、衰弱、慢性疼痛、食量低下⁷⁾が報告されており、各非がん疾患の末期において、疼痛や呼吸困難、不安・興奮・混乱の症状は共通してみられている。

COPDの息切れへのオピオイドの効果については、メタアナリシスで有効性が認められ、慢性心不全の息切れへのモルヒネの効果についても有効性がみられたという報告⁸⁾がある。また、難治性の息切れのある患者への包括的なケアサービスにより、「病気につきあっていけると感じられるようになった」という報告⁹⁾がある。この場合の包括的ケアサービスとは、通常のケアに呼吸理学療法、作業療法、緩和ケアを集約した多専門職によるサービスを、窓口を1点にして提供するものとしている。さらに、慢性心不全患者への包括的なケアサービスにより、健康関連QOLが改善したという報告もある¹⁰⁾。

アドバンス・ケア・プランニング(以下ACP)については、患者の意思に沿ったケア、延命治療の抑制、ホスピス・緩和ケア病棟への入院、入院率、QOL、ケアの質、満足度、患者家族の症状などに関して有効性を示す多くの報告がある¹¹⁾。

このように非がん疾患末期の苦痛症状、オピオイド、包括的なケアサービスの効果、ACPの有効性などの報告があるとはいえるが、対象が疾患の末期患者ということもあり、国内外通じて対象数の多いランダム化比較試験は少なく、また、ほとんどが国外からの報告で、国内からの報告は極めて少ない状況にある。国内でのエンドオブライフ・ケアのあるべき姿を求めていくためには、さらなる国内のエビデンスが必要な状況にある。

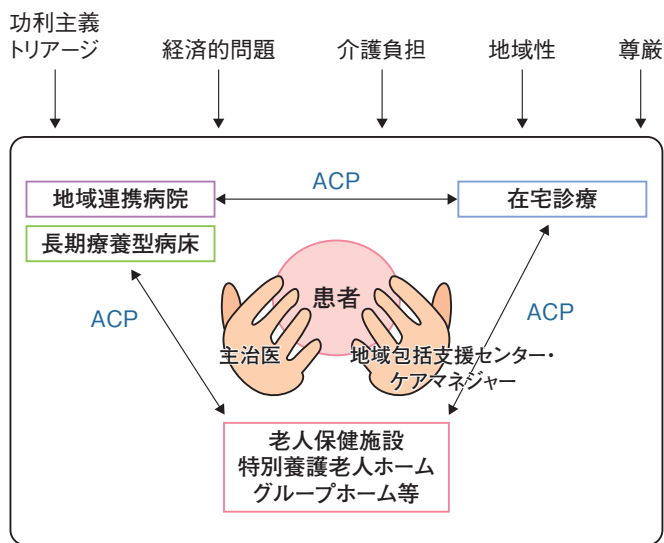
高齢者における緩和ケア、エンドオブライフ・ケア推進に向けて

WHO Europeは、2011年に高齢者を対象とした質の高い緩和ケアをめざしたThe Solids Facts : Palliative Care for Older people : Better Practice¹²⁾を公表している。この中で、

よりよい緩和ケア推進のための構成要素として、①病院、施設、在宅を含む地域全体での包括的なケア体制の構築、②患者に対する事前の意思決定支援(アドバンス・ケア・プランニング)、③がん以外の(特に高齢者)の研究知見集積の重要性を示している²⁾¹²⁾。

①に述べられているように、現在、日本全国で推し進められている地域包括ケアの流れの中で、エンドオブライフ・ケアの実践を行うという形が望まれる。図2は患者本人の意思を尊重した地域連携モデルを示している。患者に

図2 患者本人の意思を尊重した地域連携モデル
—地域での倫理ジレンマへの対応—



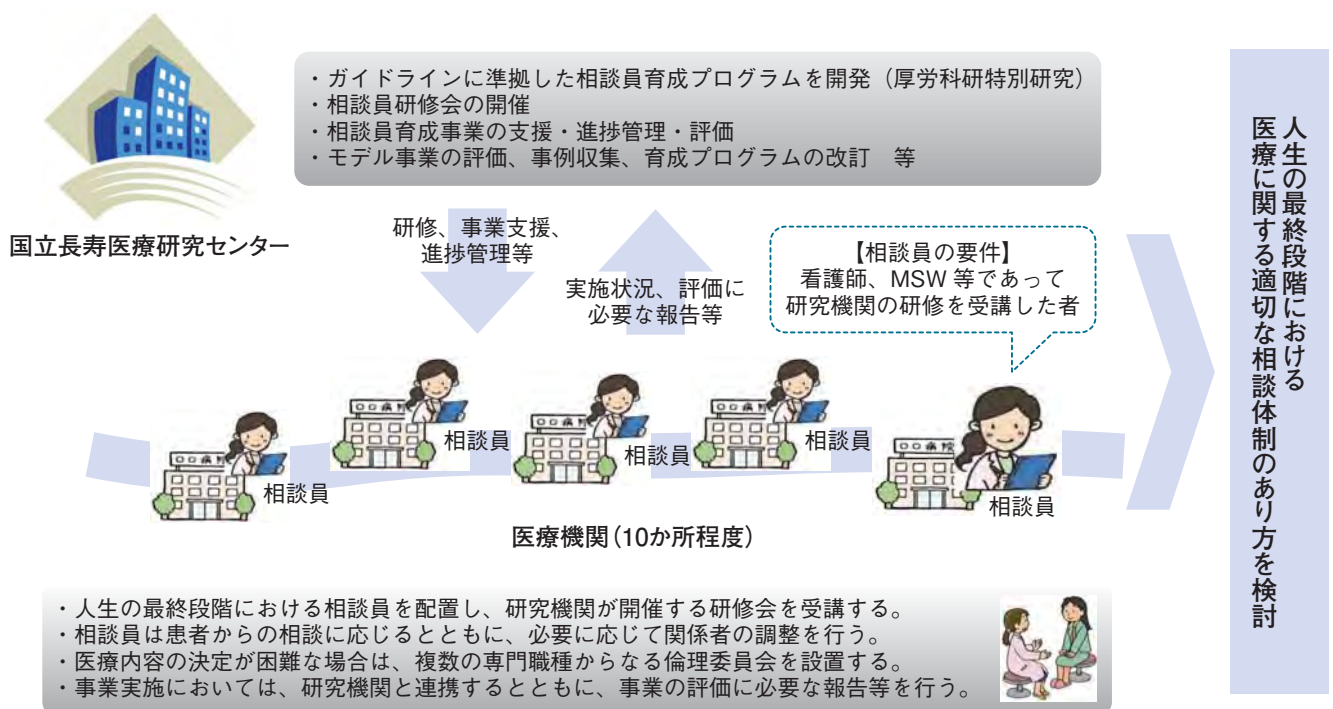
一番近い存在である、主治医(かかりつけ医)やケアマネジャーが患者の思いに寄り添い、在宅にいても、入院中であっても、施設に入所しても患者の思いがにつながるような連携が望まれる。

この中心的な活動が②に書かれている患者に対する事前の意思決定支援、すなわちACPであり、地域包括ケアの仕組みを進めても、患者の意思を引き継がない連携では、「仏つくって魂入れず」の状態であり、本当の意味での連携は進まないように思われる。

図3のように、厚生労働省では2014年度から、患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けた取り組みとして、「人生の最終段階における医療体制整備事業」を開始している。当センターが評価医療機関として、相談員の研修テキスト作成、事業の進捗管理に携わった。

2014年度のモデル事業の時のアンケート調査結果(図4)では、「相談員」が意思決定支援を行った患者へのアンケートで、「患者(自分)の希望がより尊重されたと思う」と回答した人が89%に達していた。次に多かったのは、「家族の希望がより尊重されたと思う」(86%)と「今までわからなかったことを理解することができた」(86%)で、本人の不安軽減や家族間の話し合いにも役に立ったことが示された。一方、「不安や心配がかえって強くなった」という人を10%に認め、より侵襲の少ないコミュニケーションスキルが必要と思われる結果であった。

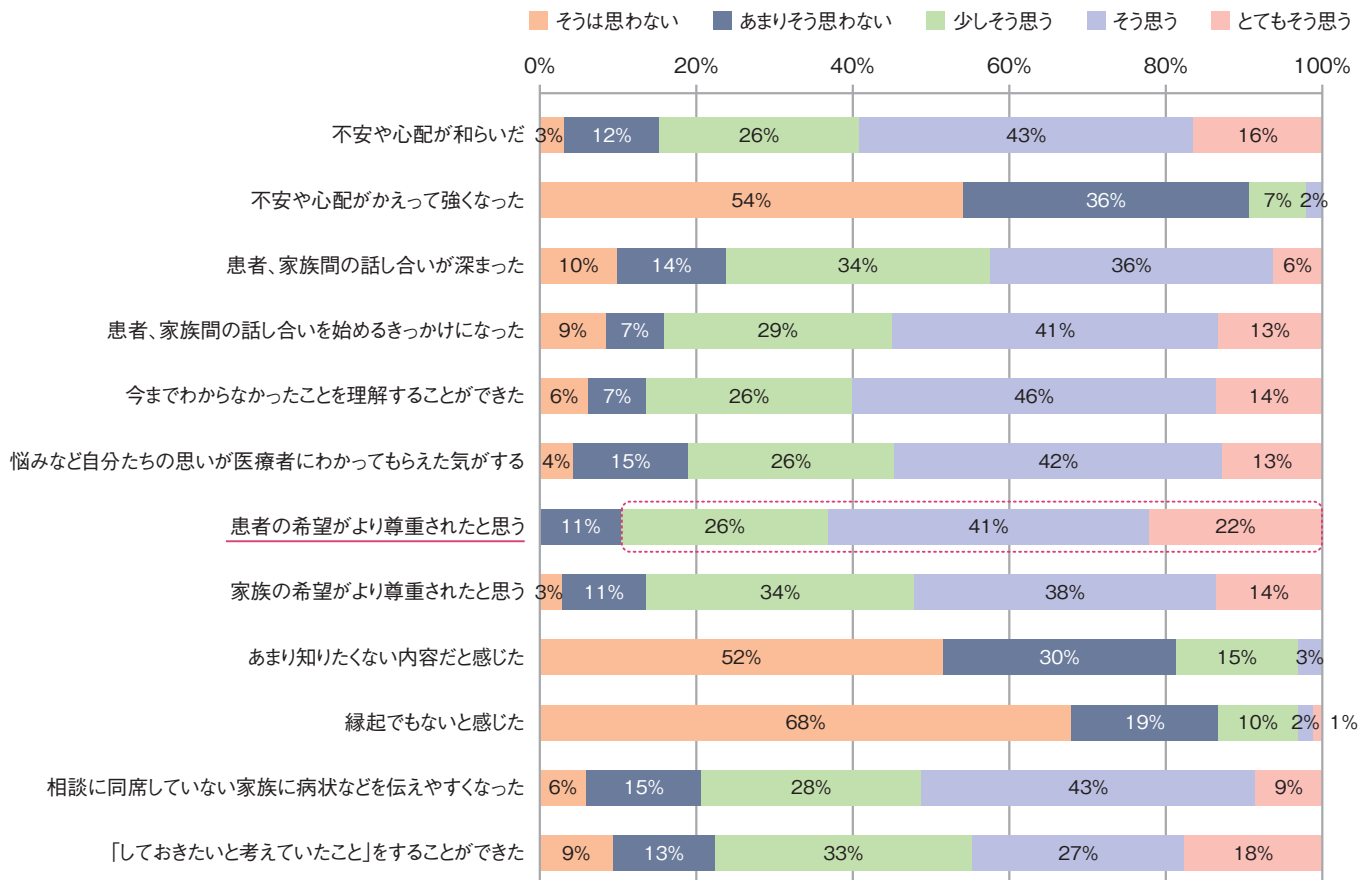
図3 平成26年度厚生労働省「人生の最終段階における医療体制整備事業」



厚生労働省ホームページ「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ついて」資料から一部引用

図4 人生の最終段階における医療にかかる相談に対する患者の満足度

【相談に関するアンケート調査結果(回答率26.7%:106人/397人中)】



平成26年度 人生の最終段階における医療体制整備事業 アンケート調査結果

本事業の一定の成果を受けて、現在も厚労省事業として、全国で人生の最終段階における医療体制整備事業が進められている。

おわりに

WHO Europeによる高齢者を対象とした質の高い緩和ケ

アをめざした指針は、国内でも十分に応用できると考えられる。非がん疾患のエンドオブライフ・ケアについてのエビデンスが少なく、国内での研究の積み重ねが必要である。また、地域全体で患者さんを支えるためには、国内で進められている地域包括ケアやACPの流れと歩調を合わせて、エンドオブライフ・ケアを促進する必要がある。

参考文献

- Izumi S, Nagae H, Sakurai C, Imamura E. Defining end-of-life care from perspectives of nursing ethics. *Nursing Ethics*. 2012;19: 608-618.
- 長江 弘子. 【保健医療社会学の研究動向と展望】 エンド・オブ・ライフケアの概念とわが国における研究課題. 保健医療社会学論集. 2014;25: 17-23.
- European Association for Palliative Care: White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care* 16(6):278-289, 2009.
- Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, et al. The Clinical Course of Advanced Dementia. *New England Journal of Medicine*. 2009;361: 1529-1538.
- De Roo ML, Albers G, Deliens L, et al. Physical and Psychological Distress Are Related to Dying Peacefully in Residents With Dementia in Long-Term Care Facilities. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2015;50: 1-8.
- 有田 健, 梶原 俊, 三戸 晶, 新田 朋, 栗屋 浩, 山崎 正. 在宅酸素療法を施行したCOPD(肺気腫型)における終末期の病態と緩和医療に関する検討. *日本胸部臨床*. 2009;68: 856-866.
- Martin-Pfitzenmeyer I, Gauthier S, Bailly M, et al. Prognostic Factors in Stage D Heart Failure in the Very Elderly. *Gerontology*. 2009;55: 719-726.
- Johnson MJ, McDonagh TA, Harkness A, McKay SE, Dargie HJ. Morphine for the relief of breathlessness in patients with chronic heart failure - a pilot study. *European Journal of Heart Failure*. 2002;4: 753-756.
- Higginson IJ, Bausewein C, Reilly CC, et al. An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial. *Lancet Respiratory Medicine*. 2014;2: 979-987.
- Brannstrom M, Boman K. Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care. PREFER: a randomized controlled study. *European Journal of Heart Failure*. 2014;16: 1142-1151.
- Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JAC, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliative Medicine*. 2014;28: 1000-1025.
- WHO Europe. The Solid Facts: Palliative Care The solids facts: Palliative Care for Older people: Better Practice, 2011. (accessed 24 July 2018, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf)

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について

つつみつばさ
堤 翼

厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室長補佐

【略歴】 2009年：久留米大学医学部卒、自治医科大学付属病院初期臨床研修、2011年：久留米大学消化器内科、2017年より現職

はじめに

わが国においては、少子高齢社会の進行に伴い、医療ニーズが悪性新生物(がん)等を原因とする慢性疾患を中心とするものに変化しており、年間の死亡者数は増加することが予測されている。このような中、人生の最終段階を過ごされる方々をどのように支えていくのかについて、医療・介護従事者の果たす役割は、今後ますます大きなものになってくると考えられる。

平成19年度の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(以下：ガイドライン)(平成26年度に「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」に改称)の策定から約11年が経過し、今回、平成29年度「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」において、わが国の現状と今後の在り方を踏まえたガイドラインの見直しの必要性が提起され、「本人の尊厳を追求し、自分らしく最期まで生きる」ことの重要性を軸に、ガイドラインの改訂を行った。

平成19年版ガイドラインの概要

厚生労働省では、昭和62年度から概ね5年ごとに「人生の最終段階における医療」に関する検討会を開催し、平成4年度からは国民の意識調査をあわせて実施している。平成19年の検討会では、人工呼吸器の取り外し事件の報道を発端に「尊厳死」のルール化の議論が活発化するという事態を背景に、患者に対する意思確認の方法や医療内容の決定手続き等についての標準的な考え方を整理し、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定した。

ガイドラインには、人生の最終段階における医療および

ケアの在り方について、

- ・患者本人による決定を基本として進めること
- ・人生の最終段階における医療の内容は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すること
- ・可能な限り、疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和すること

が示された。

また、人生の最終段階における医療およびケアの方針の決定の手続きについて、

- ・患者の意思が確認できる場合には、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行った上で、その内容を文書にまとめておくこと
- ・説明は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じてその都度行うこと
- ・患者の意思が確認できない場合には、家族が患者の意思を推定できる場合にはその推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とすること
- ・患者・医療従事者間で妥当で適切な医療内容について合意が得られない場合等には、複数の専門家からなる委員会を設置し、治療方針の検討及び助言を行うことが必要であること

が示された(表1)。

今回のガイドライン改訂の経緯

平成29年8月に、国民に対する情報提供や普及・啓発のあり方等について検討することを目的に、「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」を

表1 「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」(平成19年版)

策定の背景
<ul style="list-style-type: none"> ○平成18年3月に富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件が報道され、「尊厳死」のルール化の議論が活発化。 ○平成19年、厚生労働省に、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」を設置し、回復の見込みのない末期状態の患者に対する意思確認の方法や医療内容の決定手続きなどについての標準的な考え方を整理することとした。 ○パブリックコメントや、検討会での議論を踏まえ、平成19年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」をとりまとめた。 ※平成26年度に「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」に改称。
ガイドラインの概要
<p>1. 人生の最終段階における医療及びケアの在り方</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として終末期医療を進めることが重要。 ○人生の最終段階における医療の内容は、多専門職種からなる医療・ケアチームにより、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。 <p>2. 人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続</p> <ul style="list-style-type: none"> ○患者の意思が確認できる場合には、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その内容を文書にまとめておく。説明は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じてその都度行う。 ○患者の意思が確認できない場合には、家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。 ○患者・医療従事者間で妥当で適切な医療内容について合意が得られない場合等には、複数の専門家からなる委員会を設置し、治療方針の検討及び助言を行うことが必要。

設置し、平成30年3月までに計6回の議論を経て、報告書¹⁾が取りまとめられた。

ガイドラインの改訂については、本検討会の議論の過程で、人生の最終段階における医療・ケアについては、患者本人のこれまでの人生観や価値観等をできる限り把握し、繰り返し話し合い、家族や医療従事者等で共有することが重要である

人生の最終段階における医療・ケアにおける意思決定支援については、病院だけではなく、在宅の現場や介護施設等においても、さらに推進する必要がある

という課題や、

・ガイドラインは平成19年の策定以降、内容の見直しがされていないこと

・診療報酬と介護報酬の同時改定のタイミングに「看取り」が大きなテーマとして取り上げられていた

ことも重なり、

・高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとする必要があること

・英米諸国を中心として、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念を踏まえた研究・取り組みが普及してきている

といった現状を踏まえ、見直しについての議論の必要性が提起された。

なお、ACPは、アメリカ、イギリス、オーストラリアなど諸外国において普及してきた取り組みで、人生の最終段階を迎えるにあたり、本人の望む形で“生をまっとう”していただくために、医療・ケアチームが本人の意思をあらか

じめ繰り返し話し合って確認し、そのプロセスを共有していくというものである。このようなACPに関する取り組みについて、検討会では今後のわが国においても求められる内容であると確認された。

主な改訂のポイント

ガイドライン²⁾および解説編³⁾は、人生の最終段階における医療・ケアに従事する医療・介護従事者が、人生の最終段階を迎える本人や家族等を支えるために活用していただくものと考えている。

前述した平成19年版のガイドラインの基本的な内容は残しつつ、今回の改訂においては、主に以下のような見直しや追加を行った。詳しくはご一読いただきたいが、特に今回の改訂では、本人の意思は変化し得るものであることや、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることを踏まえ、家族等の信頼できる者を前もって定め、繰り返し話し合い、その内容を記録し、共有することの重要性を記載した(表2、図)。

- ①病院だけでなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、
- ・名称を「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に変更
 - ・患者・家族と話し合う医療・ケアチームに「介護従事者が含まれる」ことを明確化

1つ目のポイントとして、今後、地域包括ケアの中で、在宅や介護の現場でもガイドラインを活用していただくため、表題や本文において「医療・ケア」に変更を行った。

表2 「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」の改訂について（平成30年3月14日公表）

見直しの必要性
○富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、平成19年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成27年に「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」に名称変更）は、その策定から約10年が経過しており、 ・高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとする必要があること ・英米諸国を中心として、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていることを踏まえ、ガイドラインの見直しを行う必要がある。
主な見直しの概要
①病院における延命治療への対応を想定した内容だけでなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施 ・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更 ・医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化 ②心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと（＝ACPの取組）の重要性を強調 ③本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載 ④今後、単身世帯が増えることを踏まえ、③の信頼できる者の対象を、家族から家族等（親しい友人等）に拡大 ⑤繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載

また、同様の理由から、「患者」という言葉も、すべて「本人」という表現に変更した。

②心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化し得るため、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと（ACPの取組）の重要性を強調した。

2つ目のポイントとして、本人の意思はさまざまな状況によって変化し得るため、あらかじめ繰り返し話し合っていたきたいということを示した。

③本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載した。

3つ目のポイントとして、本人が意思を伝えられなくなる場合を想定して、本人の意思を推定してくれる人を見つけることが望ましい、ということを示している。

④単身世帯が増えることを踏まえ、家族だけでなく親しい友人等を含めた「家族等」が、本人の意思推定者であることを示した。

4つ目のポイントとして、親族以外の方も、本人の意思を推定できる方となり得ることを記載した。現在、単身世帯が増えてきているということもあり、今後は自分の意思を推定してくれる人に近隣の親しい友人等も含み得ると示すことで、より本人の意思を生かせる場面も出てくるであろうことを見越し、「家族等（親しい友人等）」とした。

⑤繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめ、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性を記載した。

5つ目のポイントとして、話し合った内容は、文章にまとめ、

皆で共有することで、認識のズレを起こさないようにしていきますという内容が記されている。文章は決まった様式があるというわけではなく、本人の意思や希望、本人が家族等や医療・ケアチームと話し合った内容を、皆が確認できる場所にまとめておき、かつ最新の内容がどれであるのか、わかる形にしておくことも大切なことだと考えている。

本ガイドラインの活用について

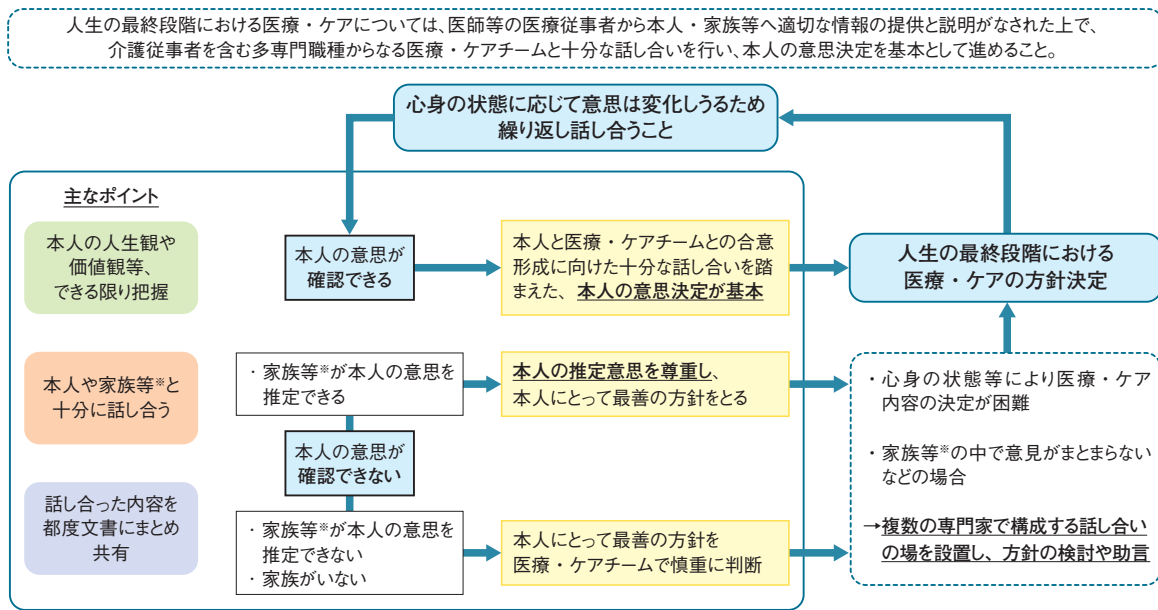
今後、高齢多死社会を迎えるにあたって、医療・介護従事者の方々には、本ガイドラインや、その他学会の公表しているガイドラインなどを参考に、本人の意思が尊重される医療・ケアを実施していただきたいと考えている。

ただし、本人が「死にまつわるようなことについては考えたくない」というような意思やサインを示される場合は、無理に話し合いを行うことは好ましいとはいえないと思われる。

また、ACPについては、「当院では1週間に1度、30分間行う」など、ルーティン化して行うことは、ACPの本来の趣旨を損ないかねないため、留意が必要である。

また、検討会では構成員より、「ACPという言葉は、最近、英米諸国から入ってきたものであるため、名称の認知度は低いかもしれないが、たとえば介護の現場で働く方に、『介護施設に入所している利用者の方に対して、本人の希望を何か聞くようなことを繰り返し行っていますか』と尋ねると、多くの場合、そうしていると答えられる。すなわち、ACPの中身については、これまですでに医療や介護の現場で、人生の最終段階に至る前の段階から、価値観・人生観も含めた十分なコミュニケーションを踏まえて医療・

図 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」
意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)(平成30年版)



※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。

ケアの内容が決定されてきた実態の延長線上にあるのではないか」との認識が示され、共有された。

その他、「ACPという新しい言葉が用いられるといっても、これまでの取り組みをひとつの言葉で表現して、それが表に出ていくだけのことであり、それほどハードルは高くなく、労力もかからない。むしろ、これまでやってきたことが認められるようなシステムである」との話も共有された。

加えて、話し合いの時期についても、「人生の最終段階に至ってからというよりも、『今をどのようにしていこう』『その先はどうしていこう』という話し合いの延長線上に、最期のときの話になっていくのが自然ではないか」というような考えについても示され、共有された。

ACPがわが国で、国民1人ひとりの生活の中に十分に浸透するまでには、長い年月が必要になるかもしれない。このため厚生労働省としては、医療・介護従事者や国民への周知活動を継続的に行っていくことで、日本の医療・ケアの現場や生活の場で、人生の最終段階における医療・ケアについての方針やどのような生き方を望むか等を、本人と家族等や医療・ケアチームが事前に繰り返し話し合っている環境をつくっていきたいと考えている。

おわりに

今回の検討会では、ガイドラインおよび解説編を改訂するにあたり、本人の尊厳を追求し、自分らしく最期まで生き、よりよい最期を迎えるため、人生の最終段階における

医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合いを進めていくことが重要であるということを確認した。単に、延命治療をするかしないかという意思決定を迫る話し合いや、その決定結果を残すことだけでは、心身の状態の変化に応じて、本人や家族等の意思や気持ちの変化に対応することができないのではないかと、という考えが共有された。

厚生労働省は、人生の最終段階における医療・ケアについて、ACP等の概念を盛り込んだ意思決定およびその支援の取り組みの重要性の一層の普及・啓発に取り組んでいきたいと考えている¹⁾。

医療・ケアチームの一員の皆さまにおかれては、平成30年版ガイドラインの趣旨をご理解いただき、日常的に話し合える環境づくりや、本人・家族等と事前に繰り返し話し合う中での意思決定へのご支援をお願いしたい。

参考文献

- 1) 厚生労働省 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会：「人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書」(閲覧確認：平成30年7月)
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-lseikyoku-Soumuka/0000200748.pdf>
- 2) 厚生労働省 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会：「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(閲覧確認：平成30年7月)
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-lseikyoku/0000197721.pdf>
- 3) 厚生労働省 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会：「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」解説編。(閲覧確認：平成30年7月)
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-lseikyoku-Soumuka/0000198999.pdf>

認知症の人の エンドオブライフ・ケア



ひらはら さ と し
平原佐斗司

東京ふれあい医療生活協同組合副理事長・梶原診療所所長
オレンジほっとクリニック地域連携型疾患医療センター長

【略歴】 1987年：島根医科大学医学部卒業、島根医科大学第二内科、1988年：六日市病院、
1989年：平田市立病院、1991年：島根医科大学第二内科、帝京大学医学部第二内科、
1992年：東京ふれあい医療生活協同組合梶原診療所、2018年より現職

【専門分野】 内科

はじめに

認知症とは、一度獲得した知能が、後天的に脳や身体疾患を原因として慢性的に低下を来とし、社会生活や家庭生活に影響を及ぼす疾患群である。その基礎疾患は70以上に及ぶ。その経過は基礎疾患などによって異なるが、認知症の約5%を占めるtreatable dementia (治療可能な認知症)を除いて、ほとんどの認知症は慢性的に進行し、やがて死に至る疾患である。

アルツハイマー型認知症(AD)は認知症の過半数を占め、病態や自然経過、治療やケアの方法が最も解明されている疾患である。ADはスロープを下りるように緩やかに進行し、発症から約10年で死に至る変性疾患である。

認知症高齢者の予後と死亡原因

英国の5つの地域で14年間(1991～2003年)にわたって行われた前向き調査では、認知症患者は診断後平均4.5年で死亡している¹⁾。また、米国のアルツハイマー病(AD) 521例の追跡調査では、AD診断後の生存期間は男性4.2年、女性5.7年であり、ADの予後に影響を与える因子としては、年齢、性別に加えて精神機能(診断時の重症度など)、身体機能(転倒の既往、歩行障害、身体機能レベルの重症化、錐体外路徴候など)、合併症の存在を指摘している²⁾。

認知症患者の死亡率は全ステージを通じて一般高齢者に比して高く、重度のADでは肺炎での死亡が多く、軽度のADでは心疾患や脳卒中などの循環器疾患による死亡が多いことが指摘されている³⁾。これは、認知症高齢者は、症

状を伝えたり、受診行動をとることができないため、適切な医療につながりにくく、深刻な合併症が見過されやすい³⁾ことが要因であろうと推定されている。

重度認知症になると、転倒・骨折、嚥下障害、肺炎など身体合併症の頻度が増加する。Mitchellらは、米国の22か所のナーシングホームで、進行期認知症323人(男性47、女性276、AD234、VD〈血管性認知症〉55、その他41)を18か月間追跡したところ、18か月間に54.8%が死亡し、平均生存期間が478日であったと報告⁴⁾している。また、重度認知症患者が半年以内に死亡する確率は24.7%であり、肺炎、発熱、摂食障害を起こした患者の半年以内の死亡率は、それぞれ46.7%、44.5%、36.8%と高く、重度認知症患者は、進行がんや重症心不全を患う患者と同様、予後不良な状態であることを認識する必要性を指摘している。

認知症の死亡原因としては感染症が最大71%を占めると報告⁵⁾されているが、特に認知症の死因では肺炎が最も多いと考えられている。lund大学で認知症の診断で病理解剖を実施した524例(女性55.3%、平均年齢80歳、1974～2004年)の調査では、気管支肺炎が38.4%、虚血性心疾患が23.1%、悪性新生物が3.8%であり、認知症患者の主な死因は呼吸器感染、次いで循環器疾患の合併と考えられている。

末期認知症の半年の予後については、ある程度予測が可能と考えられている。例えば、2002年に全米のナーシングホームに入居した重度認知症患者222,405人を対象に、大規模な後向きコホート研究を行い、MRIの限界を修正した重度認知症患者の生存予測スコアである、Advanced Dementia Prognostic Tool (ADEPT)を作成⁶⁾した。ADEPTは、適度

な精度 (AUROC 0.68) でナーシングホーム入所中の重度認知症患者の6か月の生存を予測できた。

認知症高齢者の苦痛と評価

1. 認知症高齢者の苦痛

いくつかの研究で、多くの末期認知症患者が緩和すべき苦痛をもっていること、それらは末期がんや他の非がん疾患にみられる苦痛とは異なることが明らかになっている。

米国ナーシングホームでの認知症の症状についての研究をみると、末期認知症にみられる症状としては、嚥下障害や肺炎による発熱や息切れ、精神症状などは死亡前18か月から1週間前まで全経過を通じてみられており、褥瘡は死期が近づくほど増加傾向にある⁷⁾。

われわれが関東近郊の7施設で行った242例の非がん患者の緩和ケアに関する後ろ向き研究⁸⁾では、緩和すべき症状のあった末期認知症29例において、主治医が終末期に緩和すべきと考えた症状は、呼吸困難 (27.6%) と嚥下障害 (27.6%) が最も多く、また最期の1週間に出現した19の症状の有無についての調査では、嚥下障害 (75.9%)、発熱 (65.5%)、むくみ (62.1%)、食思不振 (62.1%)、咳嗽 (55.2%)、褥瘡 (51.7%)、喀痰 (51.7%) などが多くみられた。

つまり、末期認知症患者の苦痛は、食思不振と嚥下障害、肺炎からくる呼吸困難や咳嗽・喀痰などの呼吸器症状を中心に、長期臥床に伴う褥瘡などが主であると考えられる。

2. 苦痛の評価

緩和ケアにおける苦痛評価の基本は主観的評価であり、本人が辛いと言ったらそれを信じるところから緩和ケアは始まる。しかし、重度認知症では、苦痛を言葉で伝えられなくなるので、認知症の緩和ケアにおいては重度認知症患者の苦痛をどのように評価するかが問題となる。

重度認知症患者の苦痛を評価するために、海外ではいくつかの客観的評価スケールが用いられている。具体的には、DOLOPLUS 2、Échelle Comportementale pour Personnes Agées (ECPA)、Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)、Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)⁹⁾、Abbey pain scaleなど¹⁰⁾が知られている。

これらは、息づかい、表情、発声、体の硬直、落ち着かない、怒りっぽいなどの状態を客観的に観察し、評価する内容になっている。わが国の認知症ケアの現場においても、緩和ケアの考え方の普及や教育のためにも、これらの客観的評価法の積極的活用が必要であろう。

一方、苦痛の客観的評価法は、環境からの外的刺激を含

めた痛み以外の刺激を反映することがあるため、最適な療養環境が提供されていることが前提となることに留意すべきである。また、苦痛の客観的評価法の理論的根拠は、痛みが特定の徴候や特有の行動をもたらすという前提であるが、これを裏づけるエビデンスはない。痛みの客観的評価法は痛みに対して高い偽陽性率を持ち、痛み以外の苦痛や不快のサインを拾い上げている可能性を常に念頭においておく必要がある¹¹⁾。

苦痛の存在に気づいたら、苦痛の種類や増悪因子、苦痛を訴える時間や部位などについてチームで十分な観察を行うとともに、緩和的で忍容性のある検査法を選択して原因を推定し、対策の選択オプションをチームで議論し、患者の状態と好みに応じた介入計画を立て、治療とケア・リハビリを統合したアプローチを実施する。そして、苦痛のモニタリングを行い、対応法を修正していくことが重要である。

認知症高齢者の苦痛へのアプローチ

1. 肺炎に伴う苦痛

認知症の死因としては肺炎が最も多く、肺炎の発症は呼吸困難などの苦痛を増大させる。Respiratory Distress Observation Scale (RDOS)¹²⁾などの呼吸困難の客観的評価法を積極的に用いて、認知症患者の呼吸困難に気づくことがまず大切である。

また、末期認知症患者が肺炎を発症すると、呼吸困難や喀痰、さらに頻回の吸引によって苦痛が増大するため、経口摂取ができなくなっても日々丁寧な口腔ケアを続けるなど予防的な緩和ケアが重要である。

認知症末期の肺炎への抗菌薬の使用については賛否両論ある。重度の認知症高齢者に対して抗菌薬治療を行っても生存日数は有意に延長せず、発熱による不快感を早く取り除けないこと¹³⁾から、すべての発熱患者で抗菌薬を自動的に投与すべきでないという意見がある一方、抗菌薬で治療した末期認知症患者が未治療例より長く生存¹⁴⁾するという報告や、抗菌薬を投与しないことが不快感のレベルを上昇させるという報告¹⁵⁾もある。肺炎を併発した末期認知症患者の喀痰吸引による苦痛を減らし、呼吸困難を改善するために、緩和ケアの観点から期間を限定した抗菌薬投与 (time limited trial) は否定されるものではない。

肺炎急性期の強い呼吸困難を緩和し、睡眠を確保し体力を温存するために、モルヒネの持続皮下注 (CSI) の実施を考慮する。排痰には肺理学療法や体位ドレナージを実施し、吸引時の苦痛を最小限するために事前にPCA (自己調節鎮痛法) を使用し、効率のよい吸引を心がける。

2. 食べられないこととComfort feeding

重度認知症高齢者はさまざまな合併症により容易に食べられなくなる。医師は食べられない原因が治療可能なものか、末期の自然経過なのかを見極めなければならない。

(1) 合併症による食思不振

高齢者ではどのような合併症でも、食べられない、立ち上がれない、せん妄や失禁など非典型的な症状が出現する。重度認知症高齢者では、さらに典型的な症状は出現しにくく、急性疾患などの合併時にはしばしば食べられなくなる。重度認知症高齢者に起こりやすい合併症としては、肺炎、尿路感染などの感染症、義歯不適合、口内炎、カンジダなどの口内感染症などの口腔内トラブル、便秘・下痢、脳卒中やがんの合併、薬の副作用、電解質異常、せん妄やうつ状態、心理的な反応、心不全などが挙げられる。これらの原因を的確にアセスメントし、迅速に治療とケアに結びつけることが重要である。

原因のアセスメントのためには、排便や投薬の状況の確認、体温、口腔内の観察も含めた身体診察を行い、今までの急性期のエピソードを参考にして臨床推論を立てる。同時に採血、尿、レントゲンや超音波など低侵襲の検査を上手く組み合わせ、効率よくアセスメントする。感染症や痛みが原因と推定される場合、診断が確定しなくても、抗菌薬や鎮痛剤の治療を行い、症状が緩和するかを観察する場合もある。

(2) 認知症の中核症状の進行によるもの

重度認知症患者は、認知症の中核症状(失認、失行など)の進行により食べられなくなる。目の前に出された食事を自分で食べるという単純な行為さえ、「食べ物を見て、食べ物と認識する⇒手を出して、スプーン(箸)を持つ⇒食べ物をすくって口に運ぶ⇒咀嚼し、食塊形成をする⇒咽頭に送り込む」という一連の動作の組み合わせから成り立っている。重度認知症患者では、視覚の衰えにより、目の前の食事が食べ物に見えない(失認)。仮に食べ物であるということが認識できたとしても、どのようにして食べたらいのか分からない場合もある(失行)。見当識障害や近時記憶・即時記憶の障害、注意の障害などによって、食べている途中で食べる行為が中断することもある。認知症高齢者が食事に集中できないようなざわついた環境になっていないか食事環境をチェックすることも重要である。

重度認知症患者では、口の中に食べ物を入れた後、食べ物を咀嚼して舌奥に送り込むという行為がみられず、食事を口の中に入れてままとする状態(口腔顔面失行)も観察される。口腔ケアが行き届かず、舌苔が厚くなり、味覚が低

下すると起こりやすい。血管性認知症や神経難病を基礎に持つ患者では口腔期の問題により食塊形成がうまくいかない場合もある。

(3) 嚥下機能の低下

肺炎の急性期には、異化亢進により嚥下に関わる筋群が急速に委縮する。そのため、認知症が末期でなくても、極度に嚥下反射が低下し、経口摂取が困難となる。炎症が改善したら積極的な栄養管理を行い、嚥下機能の改善に取り組む必要がある。

一方、レビー小体型認知症(DLB)では中等度の時期から嚥下障害が出現する。DLBではL-DOPAなど薬剤によって、嚥下障害が改善する場合がある。

ADでは重度の時期から嚥下反射が低下し、最終的には嚥下反射が消失する。長期の経過がモニタリングされている患者で、食べられない原因が合併症によるものでないことが確認され、なおかつ十分な食支援がなされ、何らかの客観的評価法で嚥下反射が低下、消失していることを確認されたら、末期である可能性が高い。

食べさせることを栄養補給の目的とするのではなく、本人の楽しみを目的とする考えに立つComfort feeding only (CFO)が提唱されている¹⁶⁾。胃ろうを含む経管栄養は肺炎を防止できないこと、食べられないことが本人の苦痛にはなっていないということがCFOを推奨する根拠となっている。質の高い口腔ケアを行い、本人にとって心地よい環境をつくりつつ、本人の機能に合わせた“skilled feeding”や“careful hand feeding”を行うことが、患者の人や社会とのつながりを維持し、高いQOLを保つことにつながるという考え方である。

3. 終末期の褥瘡 Kennedy Terminal Ulcers

認知症が臨死期に近づけば近づくほど、褥瘡の発生率は増加する傾向にある。1983年にKaren Lou Kennedyは終末期の循環不全を背景とした特徴的な褥瘡をKennedy Terminal Ulcers (KTU)として報告し、1989年にはNational Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)によりKTUの存在が取り上げられた。KTUに対しては、治癒を目的とした創傷治療とは異なるpalliative wound care(緩和的創傷ケア)が必要と考えられている¹⁷⁾。

4. ロンリネスとコミュニケーション

認知症患者の57%は孤独を感じている¹⁸⁾。認知症の緩和ケアとして、認知症患者が孤独の中に放置されている苦痛に注目し、「最期まで1人にしない」ためコミュニケーションを重視したケアが大切になる。認知症高齢者は、中等度の時期から失語が進行し、重度となると意味のある会話が

困難となる。重度まで比較的保たれる非言語的コミュニケーションを活用したり、バリテーションやタクティールケア、ユマニチュードなど、さまざまな方法を参考にコミュニケーションを継続することが重要となる。

認知症における意思表示と選択の支援

近年多くの慢性疾患においてアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の有効性が証明されている。しかし、認知症の方へのACPはほとんど実践されておらず、認知症の人に対してのACPが有効か否かは不明である。

認知症では自律が進行性に障害されるため、意思表示可能なのは軽度までの時期に限られる。認知症におけるACP実践の困難さは、他の慢性疾患のように、疾患の軌道の中で、本人を中心とした集団の意思を構築するというACPのプロセスをとることが困難であること、また、ACPの研究において約半数の人は積極的治療に関する初期の意向を変えている事実から軽度の時期の意向が絶対的なものではなく、軽度の時期に今後のあらゆる事態を想定した準備は事

実上不可能であることによる。さらに、経過が長い認知症では家族が代理人として機能しないことも少なくない。

認知症のACPを進めていくためには、早期の診断と早期からの意思決定の支援、家族・介護者によるサポート、そして医療者の適切な関わりが欠かせない。また、認知症のACPに推奨されるポイントとしては、①熟練したインタビュー、②適正な時期の診断と診断後の支持的プロセス、③静かな、混乱のない恐怖心のない適正な場、④家族を巻き込むこと、⑤十分な時間をとること、⑥臨床場面の描写絵、ケアのビデオのシナリオ、⑦ライフストーリーの活用——などが挙げられている¹⁹⁾。

われわれのクリニックのデイケア「LIFE PACE」では、初期に認知症の診断を受けた後、患者と家族が認知症について学ぶ場を提供し、旅の準備としてライフレビューをとるにつくり、患者と家族はこれを携え、われわれのクリニックをメディカルホームとして、認知症の旅に出る。このような取り組みが、認知症があっても自分らしい生き方が貫かれる意思決定を支援することとなると考えている。

参考文献

- 1) Jing Xie, Carol Brayne, Fiona E. Survival times in people with dementia : analysis from population based cohort study with 14 year follow-up. *BMJ* 2008;336:258-262
- 2) Eric B.Larson, Marie-Florence Shadlen, Li Wang, et al.Survival after Initial Diagnosis of Alzheimer Disease. *Annals of Internal Medicine* 6 April 2004 vol.140 (7):501-509
- 3) Kukull WA, Brenner DE, Speck CE, et al.Causes of death associated with Alzheimer disease:variation by level of cognitive impairment before death. *J Am Geriatr Soc* 1994 Jul;42(7):723-6.
- 4) Susan L.Mitchell, et al.The Clinical course of Advanced Dementia. *N ENGL J MED* OCT 15 2009
- 5) Burns A, Jacoby R, Luthert P, et al.Cause of death in Alzheimer's disease. *Age Ageing* 1990;19:341-4.
- 6) Mitchell SL, Miller SC, Teno JM, et al. Prediction of 6-Month Survival of Nursing Home Residents With Advanced Dementia Using ADEPT vs Hospice Eligibility Guidelines. *JAMA*. 2010; 304(17):1929-1935
- 7) Sampson EL. Palliative care for people with dementia. *British Medical Bulletin* 2010; 96: 159-174.
- 8) 平原佐斗司他、「非がん疾患の在宅ホスピス・緩和ケアに関する多施設共同研究」2006年度在宅医療女性勇美記念財団研究
- 9) Sanda MG Zwakhalen , Jan PH Hamers, Huda Huijjer Abu-Saad, et al . Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools ,*BMC Geriatrics* 2006 ; 6:3 doi:10.1186/1471-2318-6-3
- 10) Abbey J, Piller N , De Bellis A ,et al . The abbey pain scale : a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *Int J Palliat Nurs* 2004 Jan;10(1):6-13
- 11) Regnard C, Mathews D, Gibson L ,et al. Difficulties in identifying distress and its causes in people with severe communication problems. *Int J Palliat Nurs* 2003;9:173-6
- 12) Campbell ML, Templin T, Walch J ,A Respiratory Distress Observation Scale for Patients Unable To Self-Report Dyspnea ; *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE* p285-289 Vol 13, N 3, 2010
- 13) Fabiszewski KJ, Volicer B, Volicer L. Effect of antibiotic treatment on outcome of fevers in institutionalized Alzheimer patients. *J Am Med Assoc* 1990;263:3168-72.
- 14) van der Steen JT, Ooms ME, Ader HJ ,et al. Withholding antibiotic treatment in pneumonia patients with dementia: a quantitative observational study. *Arch Int Med* 2002 ;162:1753-1760.
- 15) van der Steen JT, Pasman HR, Ribbe MW ,et al. Discomfort in dementia patients dying from pneumonia and its relief by antibiotics. *Scand J Infect Dis* 2009;41:143-51
- 16) Palecek EJ, Teno JM, Casarett DJ ,et al . Comfort Feeding Only: A Proposal to Bring Clarity to Decision - Making Regarding Difficulty with Eating for Persons with Advanced Dementia. *J Am Geriatr Soc*. 11 Mar 2010; 58(3): 580-584
- 17) Joy E. Schank, Kennedy Terminal Ulcer: the "Ah-Ha!" Moment and Diagnosis. *OSTOMY WOUND MANAGEMENT* 2009 sep p40-44
- 18) Dementia and Loneliness. ALZHEIMER'S AUSTRALIA REPORT 2016. Alzheimer's Australia September 2016. <https://www.dementia.org.au/files/NATIONAL/documents/Dementia-and-Loneliness.pdf>
- 19) Conroy S, Advance care planning for people with dementia. National Council for Palliative Care . Out of the Shadows: End of Life Care for People with Dementia. NCPC

日本人の長寿の秘密は日本食にあり

わが国がこれから超長寿社会を迎えるに当たり、長寿科学はどのような視点で進んでいくことが重要であるかについて考える、シリーズ「生き生きとした心豊かな長寿社会の構築をめざして」と題した各界のキーパーソンと祖父江逸郎・公益財団法人長寿科学振興財団理事長との対談の第24回は、家森幸男・武庫川女子大学国際健康開発研究所所長、公益財団法人兵庫県健康財団会長をお招きしました。



家森幸男

武庫川女子大学国際健康開発研究所所長
公益財団法人兵庫県健康財団会長



祖父江逸郎

公益財団法人長寿科学振興財団理事長

大豆と魚の摂取が日本食の栄養的特長

祖父江：家森先生は世界25か国61地域を訪れて、長年にわたり栄養と健康の関係を研究されています。日本は世界に先駆けて長寿国となりました。よりよい長寿社会を築くために先生の栄養の研究が重要です。先生は京都大学を退官後、武庫川女子大学や兵庫県健康財団で食の健康運動に携わっておられます。兵庫に移られてもう何年になりますか。

家森：2001年から兵庫県で食の健康運動を始めて18年目になります。WHO（世界保健機関）の協力を得て行った「世界調査」の結果を用いて、兵庫県を健康長寿の地域にしたいと活動しています。ありがたいことに長年の研究からようやくひとつの結論が出まして、昨年、国際的な学術雑誌『PLOS ONE』に発表することができました¹⁾。

祖父江：それはすばらしいですね。日本食特有のたんぱく質と健康長寿の関連についての研究でしたね。

家森：はい。大豆と魚の両方を食べている日本人は心筋梗塞などの死亡率が少なく、これが日本人の平均寿命が長い要因であるという結論です。WHOの世界調査で集めた24時間尿のデータで世界の60を超える地域と日本人とを比較分析して明らかにすることができました。

最初に脳卒中モデルラットで調べて、大豆や魚が血管の

病気の発症を抑えることがわかっていました。それを人ではどうかを調べるために、世界中の50代前半、合計1万4000人の尿を採取して、大豆と魚のマーカーを測りました。大豆は「イソフラボン」という女性ホルモンに似た成分、魚は「タウリン」というアミノ酸です。

世界中の人びとを、大豆と魚の摂取量で25グループに分けました。大豆の摂取が一番少ない人から多い人まで5分割、魚も5分割で合計25グループです。その中で大豆も魚も一番多いグループの日本人の割合は、なんと9割にのぼるのです。そして、大豆も魚も一番少ないグループに日本人はゼロという結果でした。大豆と魚を摂っていることが、まさに日本食の栄養的特長だとわかったのです(図)。

祖父江：大豆と魚をよく食べる日本人が多いことに驚きました。日本の伝統食は心筋梗塞などの心臓死を予防する大切な料理ということですね。

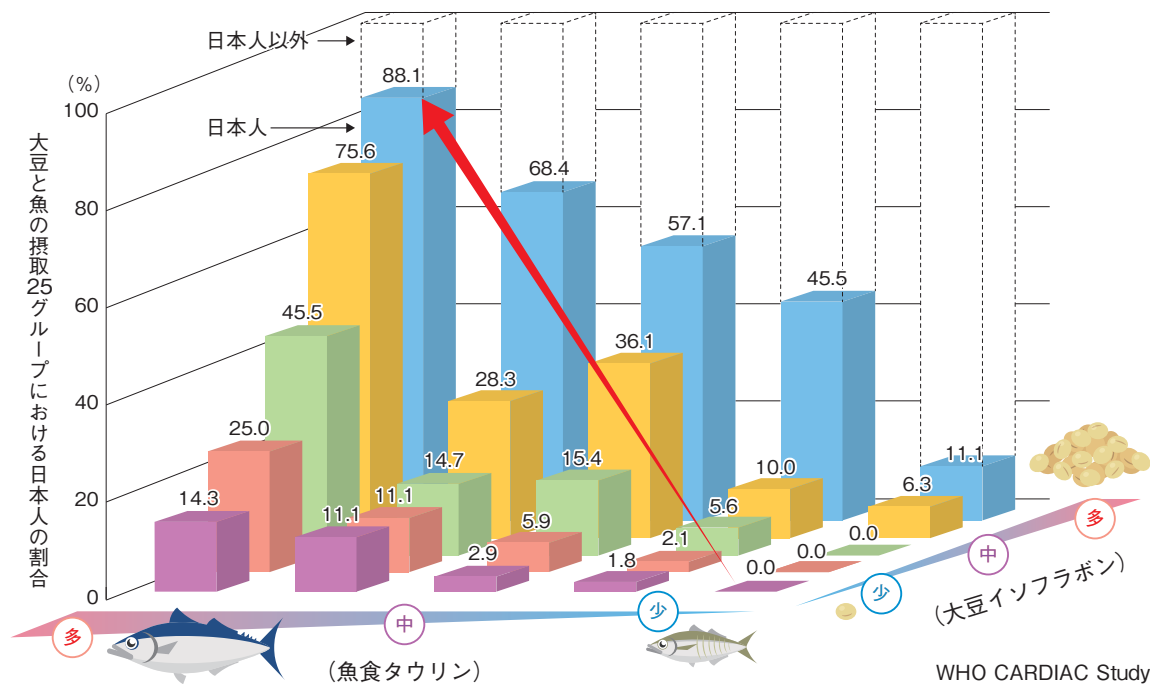
家森：心臓死は大豆と魚の摂取量と密接に関係しています。血管の病気には大きく心臓死と脳卒中の2つがあります。脳卒中は高齢期に発症しやすく、心臓死は比較的若い年齢で起きるため、心臓死が多い地域ほど短命になります。日本人が長寿なのは心臓死が少ないからで、それは大豆と魚の両方を摂っているからです。

しかし、問題なのは「大豆と魚を摂っている人は、食塩

家森幸男 (やもりゆきお)

1937年京都生まれ。67年京都大学大学院医学研究科博士課程修了。病理学専攻。米国国立医学研究所客員研究員、京都大学医学部助教授、島根医科大学教授、京都大学大学院人間・環境学研究科教授などを経て現職。京都大学名誉教授。NPO法人世界健康フロンティア研究会理事長。上原賞・岡本賞・日本高血圧学会特別功労賞受賞、瑞宝中綬章受章。科学技術庁長官賞、日本脳卒中学会賞、米国心臓学会高血圧賞、日本循環器学会賞、ベルツ賞、杉田玄白賞、紫綬褒章受賞。著書に『世界一長寿な都市はどこにある？』（岩波書店）、『健康長寿の食べ方 早死にする食べ方』（海竜社）など多数。

図 世界調査でわかった和食の特色



の摂取量も多い」ということです。納豆には醤油をかけて、魚も塩魚を食べるので塩分過剰になります。大豆と魚を食べ心臓死が少なく寿命は長いのですが、塩分過剰で高血圧になり脳卒中につながります。脳卒中は認知症や寝たきりの大きな原因です。そこで、健康寿命を延ばすためには「減塩・適塩で大豆や魚など日本の伝統食を食べることがいい」という結論を出しました。

祖父江：健康寿命の延伸は今盛んに叫ばれていますね。

家森：健康寿命は平均寿命よりも10年ほど短く、不自由な時期があります。寝たきりや認知症の問題を抱えるその10年をどうするかが問題です。日本人は心筋梗塞は少なく世界一の平均寿命である。ところが脳卒中はいまだに多い。

祖父江：脳卒中は肺炎に次いで死因の第4位ですから、ますます予防が重要になりますね。

大豆と魚が生活習慣病・認知症の予防効果

家森：昨年発表した論文では、兵庫県下で600人を対象にした24時間尿検査の結果も発表しました。魚を食べている人は、動脈硬化を防ぐHDL（善玉）コレステロールの割合が明らかに高かったのです。女性は男性よりもHDLコレステロールが1割ほど高い傾向にありますが、魚を食べている人と食べていない人の差は、その男女のHDLコレステロールの差くらいあるのです。ですから動脈硬化指数が高く早く亡くなっている男性も、HDLコレステロールを女性並みに高めて、LDL（悪玉）コレステロールを下げ

れば、女性と同じくらい長生きできるということです。

祖父江：男性の寿命が女性並みに延びて、女性もさらに長生きできるということですね。

家森：もうひとつ大事なことは、大豆には糖尿病の予防効果があることです。兵庫県のデータでは、大豆を摂っている人と摂っていない人で3分割すると、大豆をよく摂っている人は、空腹時の血糖値が低く正常値の人が多く、一方、大豆を摂っていない人では、空腹時の血糖値の高い人が大豆をよく摂っている人の3倍ほど多い。つまり大豆を摂っている人はインスリンの感受性が高いということです。

祖父江：インスリンの感受性が高いということは、糖尿病になりにくいということですね。

家森：おっしゃるとおりです。今、糖尿病患者は予備軍を入れると2000万人いるといえます。糖尿病患者が増え続けたら、日本の医療は破綻しますので、なんとかしなくてはなりません。

祖父江：糖尿病の人はアルツハイマー病や脳血管性認知症になりやすいといえますから、糖尿病予防も非常に大切になりますね。

家森：認知症に関していえば、大豆と魚を食べることで認知症の予防効果も期待できるという結果も出ました。兵庫県のデータでは、大豆と魚をたくさん摂っている人は摂っていない人に比べて、ビタミンの一種である葉酸値が際立って高い。

認知症と葉酸の関係性を調べた外国の研究では、葉酸やビタミンB₆を2年ほど与えたところ、脳の萎縮する範囲が小



さくなくなったという成果があります。年を取ると脳がどんどん萎縮する傾向にありますが、葉酸やビタミンB₆を摂っていると脳の萎縮の程度が抑えられることがわかっています。大豆や魚を摂って、脳の血管がやられないように適塩を心がけることが、認知症の予防になると期待されています。

祖父江：2025年には認知症の人が700万人に達するという話もありますので、これは貴重な結果です。

死因第1位の脳卒中を栄養で予防

祖父江：家森先生は京都大学医学部を卒業後、病理学へ進まれたのですね。

家森：私が大学を卒業した1960年代は、結核に代わって脳卒中が一番の死因でした。その脳卒中をどうにかしなければという思いで研究を始めました。祖父江先生が「お国のため」と軍医になられたのと同じ気持ちだと思います。先生は当時、脳卒中をよく診られたのではないですか。

祖父江：当時のことはよく覚えています。毎日のように脳卒中の患者さんを診ていました。脳出血がほとんどでしたね。

家森：今は梗塞が多いですが、当時はほとんどが脳出血でした。脳卒中の研究にはモデルが必要なので、京大の恩師の岡本耕造先生が開発した高血圧ラットを使い、脳卒中ラットをつくらうとしました。ところが重症の高血圧ラット同士をかけ合わせると、子どもを産む前に亡くなってしまいます。そのうちに家系が大事だと気がついて、脳卒中を発症した子孫だけを残し続け、世界で初めて遺伝的に脳卒

中を100%起こすラットをつくることができました。

祖父江：その脳卒中モデルラットが、その後の脳卒中の病理の解明に役に立っていくわけですね。

家森：いち早く貢献したのは血圧を下げる降圧剤の開発で、世界中でこのモデルラットが使われました。しかし、私たちは薬でなく栄養で脳卒中をどうにかしたいと考えたのです。戦後、栄養に恵まれなかった時代で、たんぱく質不足が脳卒中の原因ではないかと考えて、脳卒中ラットで実験を始めました。コレステロールがよくないことがわかっていたので、肉ではなく大豆や魚のたんぱく質を脳卒中ラットに与えたところ、見事に脳卒中が減りました。さらに1%の食塩水を与えると1か月ほどで脳卒中で倒れます。ところが大豆や魚のたんぱく質を与えると、脳卒中の発症が遅れてくるのです。

祖父江：脳卒中が減った理由は何でしょうか。

家森：大豆や魚のたんぱく質が食塩の害を打ち消すのではないかと思いました。「大豆や魚が脳卒中を予防する」と病理学会で発表したところ、「それはネズミの話で人間とは違う」と言われましたね。脳卒中を予防するという考えがなかった時代ですから、研究を進めるのがとても困難でした。

世界中の栄養を24時間尿で調査

家森：1970年代に入ると、無医村地域をなくすために47都道府県すべてに医大をつくる政策が取られ、島根医科大学ができました。島根県は東北地方に次いで脳卒中が多い地域です。私は脳卒中の研究をするために島根医科大学へ移りました。

祖父江：それで京大から島根へ行かれたのですね。島根といえば、魚を食べる人が多い地域ではないですか。

家森：そのとおりです。魚の効果が最初にわかったのは隠岐の島です。隠岐の島は島根県の中で脳卒中が少ない地域です。一方、少し山の中に入ると脳卒中が多い。それで食塩の摂り方が違うのではないかと考えました。魚がよくとれる島根でも山の中に入ると塩漬けした魚を食べるので、塩分過剰になります。しかし、隠岐の島の人でも塩を摂っているのです。それでは、なぜ隠岐の島は脳卒中が少ないのか？ それは魚をより多く食べているからです。

それを証明できたのは、丸1日分の尿を調べたからです。魚由来で尿に出てくるアミノ酸といえば「タウリン」です。そこでタウリンを測ったら、隠岐の島の人には見事にタウリンが多い。一方、山の中は少ない。どうもタウリンが脳卒中に関係しそうだ、島根県下で24時間尿を集めて回りました。

祖父江：1日分の尿を集めるのは大変だったでしょう。

家森：本当に大変でした。2リットルのプラスチック容器を持って協力をお願いしたところ、ありがたいことに皆さんが快く協力してくれました。採血と並んで、24時間尿は客観性のある世界共通の栄養評価に役に立ちます。尿を調べれば食塩の摂取量もわかるし、たんぱく質は尿素・窒素を測ればいい。そこで世界中の人を対象に24時間尿を集めれば、世界中の栄養が調べられると考えたわけです。

そして、WHOの専門委員会で脳卒中予防のために世界中の栄養を調べたいと提案し、1983年に承認をもらうことができました。日本から提案し、研究費を民間から集めてWHOに寄付して、世界規模で実施した唯一の研究です。

そこで栄養を調べる方法として、24時間尿を集める島根の方式を採ったわけです。世界中で簡単に尿を集められるように装置に工夫をこらしました。二重底のプラスチックのコップをつくり、ワンタッチで押すと毎回1/40の尿だけが下に溜まるという装置です。

祖父江：島根での研究がWHOの国際研究の原点になったのですね。

塩の害を打ち消すマグネシウムの効果

祖父江：世界調査でわかったことを教えていただきたいと思います。日本では昔から海藻を食べてきましたが、海藻は健康食としていかがでしょうか。日本は海に囲まれた海洋国で、魚を毎日のように食していますが、魚と同じように昆布などの海藻類も摂っています。海藻に含まれるヨード類には血液をサラサラにする効果があるのではないかと以前から指摘されていますね。

家森：海藻も大豆や魚とともに日本の長寿を支えていることがわかりました。海藻は日本人しか食べません。韓国でも海苔を食べますが、日本ほどではありませんね。日本人はワカメ入りの味噌汁を飲むなどして、1日1人平均5グラムも摂っています。

残念ながら、私どもはヨードの計測はしていませんが、海藻に多く含まれるのは「マグネシウム」ということがわかりました。特に乾燥した海藻にはマグネシウムが多く入っています。世界調査では、マグネシウム摂取が多い人と少ない人を5分割しました。マグネシウムが少ない人は肥満が明らかに多く、血圧が高く、脂質異常症も多い。

祖父江：マグネシウムが摂れていたらメタボが少ないということですね。

家森：世界中で栄養を調べると、マグネシウム摂取がかなり低いです。特にファストフードはマグネシウムの抜け殻



です。アフリカでも都心に住むとマグネシウムが急に減ってしまいます。

祖父江：都市の食事には何を食べても保存のために塩が入っているのも気になりますね。

家森：都市の食事はナトリウムが多くなる一方、マグネシウムが少ないですね。海藻に多く含まれるマグネシウムにはナトリウムの害を打ち消す効果がありますから、ぜひ世界の人にも海藻を食べていただきたいです。しかし外国では海藻を食べることに抵抗があるようで、磯の匂いを嫌いますね。

ハワイの日系人 食塩摂取量は日本人の半分

祖父江：ハワイに暮らす日系人の生活様式・食生活は、日本とはだいぶ違うものでしょうか。

家森：実は、最初に世界一長寿になった日本人は、ハワイに住む日系人です。1980年で当時の日本人の平均寿命を上回りました。世界一長寿の日本人を調べようと、1995年から何度もハワイに行っています。ハワイの日系人が長寿になった理由のひとつは、「塩が少ない食事」にあります。1995年の調査では、日本人が塩を1日12グラム摂っていたころ、ハワイの日系人は6グラムでした。

祖父江：なぜそんなにも塩の摂取が少ないのでしょうか。

家森：ポリネシアの調理法の「蒸し料理」に特長があります。ポリネシア人は野菜や肉をタロイモの葉に包んで、地面に埋めて焚き火をして蒸し焼きにします。そのポリネシアの伝統的な食べ方を日系人が取り入れて、地面には埋めませ

んが、二重底の蒸し器で野菜や肉をタロイモの葉に包んで蒸します。この「ラウラウ」という蒸し料理が日常的に食卓に並びます。蒸すことで塩分はそれほど必要ないのです。

祖父江：最近では家庭料理の機会がずいぶん減っており、日本人の食生活の内容にも大きな変化があると思います。以前は日本では蒸し料理がかなり行われていましたが、最近ではほとんどなくなったようですね。

家森：おっしゃるとおり、日本人が減塩が下手なのは、蒸し方を知らないからです。「蒸し料理」は世界一おいしい食べ方で、食材の味がすべて味わえます。ハワイの人は蒸すことによって減塩に成功しました。さらにポリネシアでは海藻も食べます。蒸し料理の中にお肉と野菜と一緒に「オゴ」という海藻も入れます。マグネシウムも摂れるので、肥満も脂質異常症も少なく、血圧も高くない。

祖父江：やはり減塩がポイントになるようですね。長寿食といえはもうひとつ、先生が推奨しているカスピ海ヨーグルトがありますね。

家森：WHOの世界調査の際、コーカサスの食事調査で集めた食材の中のヨーグルトを分析のため日本に持ち帰ってきたものが、カスピ海ヨーグルトとして手渡しで日本中に広まりました。これは、粘り気が多いので高齢者も誤飲もなく飲みやすいです。

ヨーグルトを飲むと血中のアルブミンの値が高くなりやすいことがわかっています。京都府下の網野町で7年間在宅の高齢者をフォローしました。7年後の健診結果では、血液中のアルブミンが高い人は認知機能がよかった。乳製品を摂っている人は認知機能が高いという外国のデータもあります。乳製品は吸収しやすいのでアルブミンを高めやすい。ですから、お年を召した方には「和食+乳製品」が認知症予防のために非常にいいと思います。

祖父江：日本では九州大学の久山町研究が有名ですね。伝統食の大豆、魚、野菜、海藻と乳製品を摂るグループは認知症の発症が半分にまで抑えられるといいますね。

ヨーグルトはたくさん種類が出回っていて、日本人のヨーグルトの摂取量はかなり高くなっていると思います。どの種類のヨーグルトも効果があるのでしょうか。

家森：カスピ海ヨーグルトは簡単に自宅で作れるのでお勧めします。なぜ自家製がよいかというと、市販のものは加糖されたものが多いです。自家製だったら砂糖なしのプレーンで食べられます。ヨーグルトにきなこを入れる食べ方をお勧めします。

祖父江：きなこは大豆ですから、ヨーグルトと大豆と一緒に摂れて効果があるわけですね。きなこは最近注目されて

いて、食生活によく取り入れられているようですね。

「まごはやさしいよ」が健康長寿の秘訣

祖父江：私は小学校からの食育が大事だと思います。大家族と一緒に調理して食べるのが食育につながります。しかし今は三世同居が減って、おじいさん、おばあさんの食生活が孫に伝わっていきませんね。

家森：今は子どもが孤食で好きなものばかり食べていますね。学校の給食でも積極的に和食を取り入れてほしいと思います。和食を減塩・適塩で大豆や魚、海藻をしっかり食べていただきたいです。

祖父江：食生活は積み重ねです。子どもの食育は未来につながりますからね。

家森：祖父江先生がおっしゃっていましたね。「人は子孫をつくって40年も長生きして何もしないのは罪だ。あとの40年は人のためにある」と。私の場合、世界中の人を食で健康にするためにある。毎日の食事が一番大事であることを世界中に広めていきたいです。

昔から日本でよく食べられてきた伝統的な食材の頭文字をとったのが、「ま・ご・は・や・さ・し・い」です。私はそれに「よ」を足して、「まごはやさしいよ」と言っています。「ま」は豆、「ご」はゴマ、「は」はワカメ（海藻）、「や」は野菜、「さ」は魚、「し」はシイタケ（きのこ）、「い」は芋、「よ」はヨーグルトです。「まごはやさしい」までは和食の長寿食、「よ」は西洋の長寿食です。

「まごはやさしいよ」と言いながら、東洋と西洋の長寿食を食べると、バランスのいい食事ができます。お年を召した方にも健康長寿の秘訣を簡単に覚えてもらえます。西と東の長寿食の融合ができるのは日本だけです。

祖父江：日本人が世界一長生きなのは日本の伝統食のおかげ。「健康長寿は一日にしてならず」ですね。

先生が世界的視野から日常の食生活と健康との関連を分析されたことは大変すばらしいことで、これまでのひとかたならぬご努力に心から敬意を捧げます。疫学的見地からの食生活と長寿の関連についての成果は先生のお話でよくわかりました。これからは食生活の内容が健康長寿にどのようにつながるかといった科学的な解析に入る時代かと思っています。先生の研究のご発展を心からお祈りいたします。大変貴重な話をありがとうございました。

文献

- 1) Yamori Y, Sagara M, Arai Y, Kobayashi H, Kishimoto K, Matsuno I, Mori H, Mori M. Soy and fish as features of the Japanese diet and cardiovascular disease risks. *PLoS One*. 2017 Apr 21;12(4):e0176039. doi: 10.1371/journal.pone.0176039. eCollection 2017.

国内外の長寿科学研究に関する新しい研究発表を紹介します。今回の情報は、東京大学大学院医学系研究科教授 岩坪威、長崎大学医学部第一解剖教授 森望、東京都健康長寿医療センター研究所副所長 新開省二、国立障害者リハビリテーションセンター研究所福祉機器開発部長 井上剛伸、国際医療福祉大学医学部糖尿病・代謝・内分泌内科主任教授 竹本稔の各先生からご提供いただきました。

高齢期の生活機能の加齢変化パターンは4つに類型化される！

東京都健康長寿医療センターのグループが、12年間の草津町研究で得られた2,675名のべ10,609件の繰り返し測定データを用いて、高齢期の高次生活機能の加齢変化パターンを4分類し、それぞれのパターンとのちの健康アウトカム(総死亡、死因別死亡および社会保障給付費)との関連を明らかにした。今後、各パターンの背景要因が明らかになれば、介護予防の戦略づくりに大きく貢献すると期待される(Taniguchi Y, et al. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2018. doi : 10. 1093/gerona/gly024. [Epub ahead of print])。 (新開)

ゴルフは認知症予防に効果的か？

国立長寿医療研究センターは大学等多施設と共同して、ゴルフを基本とした運動介入が地域在住高齢者の認知機能に与える影響を無作為化比較対照試験(RCT)により調べた。その結果、論理的記憶は改善したが、MMSEなど他の認知機能検査には有意な変化はみられなかった。身近なゴルフ運動が、地域在住高齢者のある種の記憶機能に好影響をもたらすことを実証した国内外で初めての研究である(Shimada H, et al. *J Epidemiol Community Health* 2018. doi : 10. 1136/jech-2017-210052. [Epub ahead of print])。 (新開)

ALSに対する次世代型ASOによる核酸医薬治療の有効性

近年、神経変性疾患に対する核酸医薬治療の試みが注目されている。家族性の筋萎縮性側索硬化症(ALS)の約2割に遺伝子変異がみられるSOD1に対し、次世代型のアンチセンス核酸(ASO)による発現抑制を行うと、ALSモデルマウスの運動機能改善ならびに寿命延長が認められた。このASOは、カニクイ

ザルの中枢神経系におけるSOD1発現も抑制した。これらの結果を受け、現在ALS患者に対する第I相試験が開始されている。(McCampbell A, et al. *J Clin Invest* 2018 ; 128 : 3558-3567)。

(若林・岩坪)

骨格内内皮細胞は骨量減少を軽減するための新たな標的である

骨芽細胞特異的に $Shn3$ を欠損したマウスは骨形成が顕著に上昇する。コーネル大学のXuらはこのマウスを解析し、 $Shn3$ の欠損に伴い、骨芽細胞から血管新生促進因子SLIT3が分泌され、受容体ROBO1を介して骨格内CD31^{hi}endomucin^{hi}血管内皮細胞の増加により骨量が増加することを明らかとした。今後、骨格内内皮細胞は骨折や骨粗鬆症の新たな治療標的となることが示された(Xu R, et al. *Nature Medicine* 2018 ; 24 : 823-833)。(竹本)

オートファジー亢進で健康長寿

ハエや線虫など下等な生物でオートファジーを活性化すると長寿になることがわかっている。より高等な生物ではどうだろうか？ 今回、米国テキサス大学のグループが基礎的なオートファジーを恒常的に促進する遺伝子変異を導入したマウスを作成したところ、雌雄とも寿命が延び、腎機能や心機能も亢進、健康長寿を具現化できたとしている。これはBCL2という細胞死抑制蛋白質と結合するベクリン1という分子に変異を導入したものだ。その部分変異でこの蛋白質間の結合を阻害するとオートファジーが進んで健康長寿となる。しかも興味深いことに、短命で知られたクロトー変異マウスにこのベクリン1の変異を導入すると、なんと延命した。クロトー変異で障害されるリン酸カルシウム代謝までもが細胞の自浄作用の影響を受けるらしい。今後オートファジーの亢進化薬剤も健康長寿へのカギ

になるのかもしれない(Fernandez AF, et al. *Nature* 2018 ; 558 : 136-140)。(森)

認知能改善へ

新たな148候補遺伝子領域

英国エジンバラ大学のグループが高齢期の脳機能改善、特に認知能に關係する新たな遺伝子領域を特定している。16歳から102歳までの広範な年齢層、30万人以上のデータについて、認知能と遺伝子要素に関するデータ分析、いわゆるGWAS(ジーバス)という手法での調査研究結果である。神経変性疾患や神経発達障害、精神障害や脳構造に関わる700余りの遺伝子座を特定し、そのうち148か所に認知レベルと強い相関があると指摘。その中には視覚認識や高血圧、寿命制御に關係する遺伝子も含まれる。共著者総数221人の大規模かつ精緻な調査研究である(Davies G, et al. *Nat Commun* 2018 May 29 ; 9(1) : 2098)。(森)

WHOの議論に基づき福祉用具分野へのシステム思考導入の重要性が示される

近年WHOで福祉用具分野の議論が活発になされている。その議論を基に当該分野にシステム思考導入の重要性を示した論文が発表された。この論文では、重要な10P(People, Policy, Products, Personnel, Provision, Procurement, Place, Pace, Promotion, Partnership)を選定し、それらをシステムとしてとらえ、全体としてのパフォーマンスを向上することにより、先進国、新興国を問わず、より公平で弾力性があり持続可能な福祉用具の利用が促進されると結論づけている。WHOの動きは影響力もあり、今後もその動向に注目である(MacLachlan M, Scherer MJ. *Disabil Rehabil Assist Technol* 2018 ; 13 : 492-496)。(井上)

インタビュー

いつも元気、 いまも現役

理容師
箱石シツイさん

101歳



箱石シツイ (はこいししつゐ)

(栃木県那須郡那珂川町 理容師)

(PROFILE)

1916年(大正5年)11月10日、栃木県那須郡大内村で農家の5人兄弟の4人目として生まれる。16歳で上京し、理髪店で働きながら理容師資格を取得。23歳のときに結婚して2児をもうけ、東京・下落合に新居と理髪店を開業。夫の二郎さんは1944年に召集され、旧満州で戦死。理髪店も1945年3月に実家に疎開した翌日の東京大空襲で焼失した。その後、2人の子どもを抱え故郷の栃木県那須郡那珂川町に戻り、1953年に「理容ハコイシ」を開店、65年間、営業を続けている。1人住まいで身の回りのことはすべて自分でこなす。常連のお客さんが来れば今でも店に出る。

気がつけば ハサミも

和裁から理容の修行へ 行く先々で人気者に

「シツイさん」というお名前はめずらしいですねと尋ねると、75歳になった息子さんの英政さんひでまさの説明はこうだ。「どうも最初は静枝しずえで出生届を出すつもりが、親の訛りがひどくて『シツイ』と言ってしまい、役場のほうも訛っていて『シツイ』と書いてしまったようです。ずいぶん大雑把な時代ですね」

箱石シツイさんは1916年(大正5年)11月10日、栃木県那須郡大内村(現・那須郡那珂川町、栃木県東北部)の農家に5人兄弟の4番目として生まれた。この村には小学校しかなく、5~6キロ先に中学校があったが、自転車に乗れないうえに体は小さくて通うのはとても無理。ある朝、親が「何か手に職をつけな



生後32日目に母(中央)に抱かれるシツイさん

101歳

椅子も古いけど、私と同じ

いと」と話している声が聞こえてきた。子どもだから「そんなものか」と思っていた。

やがて近くに住む村長さんの御新造さん（奥さん）が和裁を教えてくれることになった。そこで5年も和裁を習えば「手に職がつく」と思っていた。御新造さんにはとても可愛がってもらった。1年ほど経ったころ、近所の人から「東京に行って床屋さんの修行をしてみないか」と親に持ちかけてきた。そのころ、和裁といっても毎日、着物の糸をほどいて、洗って、板に伸ばして乾かすことの繰り返し。いつになったら和裁らしいことをさせてもらえるのかと感じていた。親がそれでいいというなら東京に行こうかと決心した。16歳のときだった。

修行先は東京・向島区^{あづままち}吾嬬町（現在の墨田区東部）の「オリオン」という店だった。店には床屋見習いに小学校の同級生の妹のサクちゃんがいる、「よくうちに来てくれた」と大歓迎された。先生は花王石鹸に勤める旦那の奥さん。弟子が4人もいた。年季は5年でお礼奉公が1年の計6年。そばが6銭の時代に月30銭のこづかいをくれて、とても可愛がられた。

当時、理容業の所管は警察署。年に2回ほど衛生検査に来る。西洋カミソリを使う以前は日本刀を使っていたためだった。

18歳になった1934年に理容師試験に合格した。当時、共同水道にご近所同士が集まって水を汲んだり洗濯していた。そこで知り合った3人兄弟の1人が「カミソリの真ん中を掘ると刃がよく砥げるんだ。あんた真面目だからやってあげる」と真ん中を掘ってくれた。そこで当時、木製だった電信柱に傷をつけてカミソリを砥いだ。もちろん電信柱に傷をつければ叱られるが、秋田出身のシゲちゃん、トミちゃんもみんな「齊藤



ハサミは砥いで使い込むと大きさがずいぶん違ってくる

（シツイさんの旧姓）さん」と慕ってきたので、みんなの分のカミソリも砥いであげた。シツイさんは人気者だったのだ。

四谷見附の理容室が縁で結婚 2児を授かる

四谷見附の「ライオン」という店に移っても、シツイさんは相も変わらない人気者だった。「シツイさんが来てくれてから、最初は旦那、次に奥さん、そして子どもと、お客さんが増えた」と店も喜んだ。

そんなあるとき、常連のご隠居さんから「今度、私のうちに出張してくれないかしら」と頼まれた。店のマスターに聞いてみると「ああいいですよ」という返事。ご隠居さんの家に何度か出張しているうちに、「うちの甥っ子が床屋をやっているの。一度会ってくれませんか」と言われた。

そのころ、シツイさんは開業のために貯金に励んでいた。開業には300円かかるが、なんとか200円まで



メガネなしで手速くハサミと櫛を動かす

貯めた。結婚の意思はまだなかった。

そんなある日、出張に行ったご隠居さんの家に突然2つ年上の箱石二郎さんが現れた。第一印象は「常識もあり、丁寧な人」というもの。ご隠居さんから「本人も気に入ったようです。どうですか」と念を押された。シツイさんは「私のようなものでよいのなら」と結婚を承諾。二郎さん26歳、シツイさん24歳のときだった。

新居兼理髪店は新宿・下落合。6か月間は2人で店を切り盛りした。やがて女性の弟子も入り、店が繁盛し出したころ、長女が麻疹にかかり、次に小児麻痺で40度の熱に見舞われた。その後遺症はいまだに消え

ていない。

理髪店は兵隊さんからは絶対にお金を受け取らない方針を貫いた。「お国のために明日はどのようなかわからないのにお金をいただくわけにはいきません」と言うと、兵隊さんは丁寧にお礼を言って去っていった。兵隊さん後ろ姿をじっと目で追った。

夫に召集令状 2日後の面会が最後に

1943年（昭和18年）8月に長男・英政が誕生した直後の10月、二郎さんに召集令状が届いた。千葉・柏の東部38部隊に入隊となった。入隊翌日、面会のために殺人的に混んだ電車で揺られて柏まで行った。二郎さんは「子どもに会いたかった。のどがカラカラ」と訴えた。そこで近くの農家からまだ青いトマトを分けてもらい、それを夫に与えた。それが最後の別れとなった。

その翌日、二郎さんは満州虎頭県へ向けて出征した。戦局はますます厳しいものとなり、日本国内も度重なる空襲にさらされ、箱石親子3人は故郷の栃木県那須郡那珂川への疎開を決めた。疎開の翌日、3月20日の東京大空襲で下落合の家は焼け落ちてしまった。まさに九死に一生を得た。

1953年（昭和28年）に那珂川町に「理容ハコイシ」を開店。村の人口が今の倍以上あったので、理髪店は大いに繁盛した。まだ小さかった英政さんがつくる昼食をシツイさんは大急ぎでかき入れて仕事に舞い戻る生活が続いた。

二郎さんの戦死が伝えられたのは、理容店を開店した同じ年のこと。ポツダム宣言を日本が受け入れて無条件降伏をした後、満州に侵攻してきたソ連軍か地元の住民によって殺害されたとみられるが、実際のところよくわからない。

それよりも家族にとってつらかったのは、終戦後、「今日帰ってくるのでは」と待ちわびた8年間の長さだ。旧厚生省から渡された白い布に包まれた箱の“遺骨”を持って英政さんは車に乗った。カーブでよろめいたとき、箱の中からかすかに聞こえてきたのは、遺骨ではなく木片の音だった。

仕事着に袖を通した途端 背筋はピン、動きも3倍速

「実際に散髪しているところを写真に撮りたい」という申し出に、シツイさんは「いいですよ」と言って、仕事場近くの居間の端に吊るしてあったクリーニング戻りの2枚のビニールがけの仕事着の1つを選んで袖を通した。すると不思議なことに背筋がピンと伸び、動作も急に速く2倍速、3倍速。

ハサミを持つ右手と櫛を入れる左手が正確に裾の毛を切っていく。箱石さんの息遣いが首筋に伝わってくる。「右と左の毛の生え方が向かい合っているから、変わっていますね。私もそうだけど」と毛の生え方まで見ている。

次に裾にカミソリを入れる。暖かい左手でしっかり頭をつかみ、右手でカミソリをあてる。すると英政さんがほうきと塵取りを持って手際よく落ちた毛を片づける。もう何十年と続けてきた自然な仕草だとわかる。

座る椅子は右側のスプリングが弱くなって少し傾くが、十分機能は果たしている。床屋の椅子メーカーの人が来て、「もううちにはこんなに古い椅子はありません」と言ったとか。「椅子もハサミも鏡も、みんな私と同じで古いの」とシツイさん。

朝6時半に起き、まずは自己流の体操を30分。「ここを30回押して、こっちも30回」。自己流とはいえ、なかなか理にかなった軽快な動きだ。椅子に座っていてちょっと足をテーブルに乗せる軽やかな柔らかさに



「ちょっと失礼!」とテーブルに足をヒョイと上げて自己流体操



母(シツイさん)と息子(英政さん)の関係はいくつになっても変わらない

は驚く。「ちょっと失礼!」と足三里^{あしさんり}のツボを押す。

朝食は食パン8つに切って、ピーナツバター、きなこ、ヨーグルト、ココア、牛乳、コーヒー、昼食に野菜の煮物、ハム、ちくわ。お昼の残りをまた夕食に食べる。サラダ菜、トマトは隣の家庭農園で採れる。

帰りに宇都宮の駅まで1時間以上かけて車で送ってくれた英政さんがこうつぶやいた。

「101歳のおふくろと障がい者の姉が順番どおりにあの世に逝ってくれたらいいけれど、パーキンソン病を患った75歳の私が先に逝ってしまったら……。それだけが気がかりですね」

「英ちゃん」とシツイさんが息子の英政さんに話しかけると、英政さんはぶっきらぼうではなく、適度な距離感を持った言い方で応える。そうするとシツイさんは「ああ、そうかね」という。この繰り返しだ。いくつになっても母と子の関係は変わらない。

●写真／丹羽諭 ●文／編集部



住み慣れた地域で在宅ホスピスケアを

東京都小平市 ケアタウン小平

多彩な地域活動の芽を宿した 地域の中のホスピスケア拠点

東京・新宿からJR中央線で約20分の武蔵小金井駅。そこから都立小金井公園へ向かってバスで約10分、玉川上水を背に北へ300メートル入った小金井カントリー倶楽部に接する緑豊かな住宅地の一角に「ケアタウン小平」がある。ケヤキの大木に囲まれた閑静な敷地は2,645m²（約800坪）、ここに地上3階の建物921.54m²（約278坪）、延床面積2,117.82m²（約640坪）が建つ（写真1、図）。

この中には、クリニック、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、デイサービス、賃貸住宅などがあり、「地域の中のホスピスケアの拠点」として機能して

いる。しかしそれだけではない。心理相談、子育て支援、文化スポーツ倶楽部、地域ボランティア育成——と多彩な地域活動の芽を宿している。

この活動の軸になっているのは、「NPO法人コミュニティケアリンク東京」である。訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、デイサービスのほか、地域活動の主軸はこの法人が運営している。

クリニックは、訪問診療専門の「ケアタウン小平クリニック」。在宅ホスピスのパイオニア・山崎章郎さん（写真2）の個人開業のクリニックだ。現在3人の医師で24時間の地域の在宅ホスピスケアを担っている。

同じ建物の2、3階にはアパート「いつぶく荘」がある。ここは高齢であったり、障害やがんなどの病気を抱えながらも1人暮らしが可能な賃貸住宅で、ケアタウン小平の大家にあたる「(株) 暁記念交流基金」が運営している。1階にあるクリニックや訪問看護、訪問介護、デイサービスを利用し、外部からヘルパーを利用しながら、子どもたちやボランティアが行き来するコミュニティの中で安心して最期のときまで暮らすことができる。

給食・配食サービスを行う「(株) みゆき亭」は、ケアタウン小平の食のサービスを一手に担う。

NPO法人コミュニティケアリンク東京の事務局長の中川稔進さんは「ケアを提供していく中で、やはり専門家だけでは限界があります。ここにボランティアで地域の方に入っていただくことによって、社会的な雰囲気を提供できています。ボランティアさんがケアタウンを支



写真1：ケヤキに囲まれた広大な敷地にあるケアタウン小平

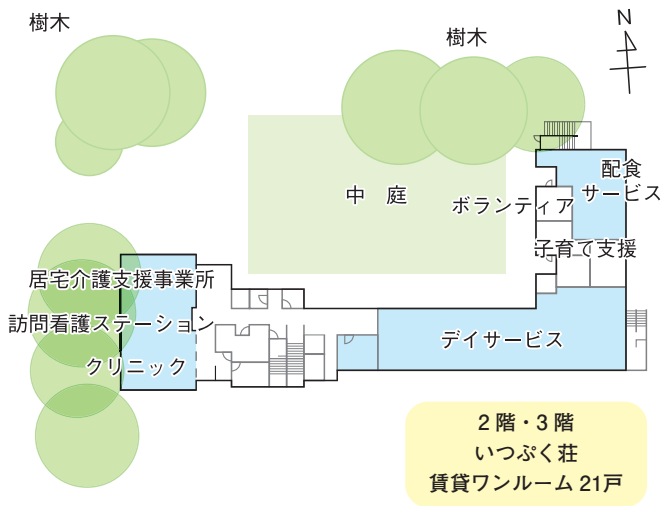


図 ケアタウン小平の1階平面図。中庭は地域の子もたちに開放される。ボランティア室、子育て支援として「こども文庫」など“地域との呼吸”の仕掛けが工夫されている

えてくれる。私たちはケアを通じて地域を応援する。こは相互応援、相互交流の場所でもあります」と話す。

山崎章郎さんのホスピスケア 進化とともに形態を変えてきた

NPO法人コミュニティケアリンク東京の理事長であり、在宅緩和ケア充実診療所ケアタウン小平クリニック院長の山崎章郎さんは在宅ホスピスのパイオニアとして全国に名が知られている（写真2）。

山崎さんは、国保八日市場（現・匝瑳）市民病院消化器医長を務めた。このときの経験をもとに書いた『病院で死ぬということ』（主婦の友社、文春文庫）がベストセラーとなり、映画にもなった。

その後、91年に東京・小平市にある聖ヨハネ会桜町病院ホスピス科部長、97年に聖ヨハネホスピスケア研究所



写真2：ケアタウン小平クリニック院長の山崎章郎さん

所長を兼任した。そして2005年にケアタウン小平を立ち上げることとなった。この経緯は、近著『「在宅ホスピス」という仕組み』（新潮選書）に詳しい（写真3）。

「聖ヨハネホスピスで仕事をする中で、『地域の中にホスピスが必要だ』と感じていました。ホスピスケアは制度上、どうしても末期がんの患者さんが中心になります。しかし、ホスピスケアはがんの方だけでなく、人生が終わりかけた人たちが共通に直面する課題で、患者さんと家族に対して普遍性のあるケアであると気づき始めました」

そこで、山崎さんは聖ヨハネホスピスの勤務10年を機に1年休職し、秋田県の全室個室の介護老人保健施設「ケアタウンたかのす」やデンマークの福祉などを訪れた。

ケアタウンたかのすでは、日本一の福祉と呼ばれる施設であっても、がんの末期になると病院に移ることを余儀なくされ、施設で最期を迎えられない現実をみた。医療と介護を適切に結びつけて「生活の継続性」を担保することの大切さを再確認した。

それと同時にひとつ大きなヒントを得た。ケアタウンたかのすの敷地内に高齢者1人暮らし用のアパートがあった。独立した個々のスペースと食堂といった共用スペースがうまく機能していた。この1人暮らし用アパートは、のちにケアタウン小平のアパート「いつぶく荘」として実現されることになる。

デンマークでは、25%という高い消費税に支えられた手厚い福祉によって、認知症の人や重度の障がい者であっても、自分でヘルパーを雇用し、「自立と尊厳」を保ちながら生活を続けている現状を目の当たりにした。

そこである月刊誌に「都市型ケアタウン構想」という論文を発表した。この構想の目的は、「がん・非がんを問わず、本人が望めば、『住み慣れた町で、最期まで生きて、逝く』ことができるように、在宅でホスピスケアを提供することであり、それを可能にする地域をつくる」ことである。



写真3：『「在宅ホスピス」という仕組み』（山崎章郎著、新潮選書）

これにいち早く賛同したのが、聖ヨハネホスピスでコーディネーターをしていた長谷方人さんだった。長谷さんはさっそく、不動産会社(株)暁記念交流基金を立ち上げた。聖ヨハネホスピスから2キロの場所にある、銀行の運動場だった土地の一部を見つけ、ケアタウン小平の敷地を確保した。

2005年6月、訪問看護ステーションやデイサービスなどを運営するNPO法人コミュニティケアリンク東京を設立。NPO法人であればボランティアの参加を得られやすいと考え、この法人形態を選んだ。聖ヨハネホスピスでのケアでボランティアの存在の大切さを実感していたからだ。そして同年10月、聖ヨハネホスピスの仲間を中心に20名ほどでケアタウン小平を立ち上げた。

その中でも、訪問看護ステーション所長の蛭田みどりさん、デイサービスセンター管理者の錦織薫さん、中川稔進さんらは、現在もケアタウン小平のキーパーソンである。(株)暁記念交流基金の代表は、長谷方人さんから代わりして息子の長谷公人さんが務める。

“家で最期を迎える”を可能にするには

ケアタウン小平の多職種チームは、半径4キロ前後の範囲で在宅ホスピスケアを提供している。多職種がチームを組む際に大切になるのは、密度の濃い切れ目のないケアだ。そこで、クリニック、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所を隣接した部屋のつくりにしてある(図)。いつもチームが顔を合わせて相談し合える関係性をつくることによって、ホスピス病棟と変わらないホスピスケアを在宅で提供している。

「在宅で亡くなることは、本人の『在宅で最期を』という希望を叶えられるし、看取りに関わった家族は『家族として役割を果たせた』という思いもある。亡くなるプロセスに家族が参加できたという経験がとても大きい」

ケアタウン小平チームは年間約80人の看取りをしている。9割はがんの患者で、残りの1割は非がんの人だ。そのうち約85%の人は在宅で看取りができているが、15%の人は介護の限界があって病院で亡くなるという。

「その15%の人のほとんどが病状の悪化ではなく、家族の介護疲弊です。今は老老介護も多い。終末期の2～3週間の家族の疲弊をサポートする仕組みがあれば、また独居であっても、ほとんどの場合は家で看取りができるでしょう。しかし今の介護保険制度ではカバーしきれないので、そのすき間をどう埋めるかが課題です。

それをどうカバーしていくのか？ 1つの可能性は『地域ボランティアの育成』です。ただ、個別訪問のボランティアはよほどの倫理性が必要なのですぐにはむずかしいですが、ケアタウン小平にはその芽ができています。

2つ目は『終末期の費用、介護保険のすき間を埋める費用を自力で用意すること』。がんの終末期は1か月ほどですから、夜間にヘルパーを雇って家族の負担を減らせば、また独居であっても自宅で最期を迎えることができます。

もう1つの可能性は、『ホームホスピス』。一軒屋の平屋などの家族的な雰囲気の中で、医療や介護は外部から入れて、制度で拾いきれない人たちに対して少人数のケアを提供する取り組みです。条件が整えば、がんであれ、非がんであれ、多くの場合は独居でも、最期まで自宅で過ごせます」と穏やかに語る山崎さんの言葉に力が入る。

ケアタウン小平の力を底上げする ボランティア・遺族の存在

ケアタウン小平のケアの力を底上げしているのが、現在100名に及ぶ地域ボランティアの存在だ。ボランティアは完全無償で、週1回4時間と決まっている。その活動は、ケアタウン内の庭の手入れ、デイサービスでのサポート、アパート「いつぶく荘」の入居者への配膳や傾聴など、さまざまだ(写真4、5、6)

ボランティアの多くは近隣の住民で、そのうち2割はケアタウン小平チームが看取りをした患者の遺族たちだ。ケアタウン小平には在宅遺族会「ケアの木」がある。聖



写真4：朝のデイサービスの送迎車から利用者が降りるのをボランティアさんが迎える



写真5：ボランティア室で和気あいあいと話を聞かせてくれたボランティアさんたち



写真6：アパート「いつぶく荘」の食堂。傾聴や配膳など、ボランティアさんたちの活躍の場

ヨハネホスピスにあった遺族会にならい、在宅でも体験者同士の分かち合いが大切だと考え、遺族会を設立した。

「遺族の方は大変な時間を共有した戦友のようなもの。以前は遺族がこちらに『ありがとうございます』と言っていたのが、今はこちらが『(ボランティアをしてくれて)ありがとうございます』と言う関係性です」と山崎さん。在宅で看取することでその関係は終わらず、新たなつながりが生まれている。

ボランティアの方に話をうかがうと、「僕はマンション住まい。友人は一戸建てで『庭の掃除に2時間もかかったよ』と話すのがうらやましくて。それでここの広大な敷地の掃除をしています。15年前にかみさんが聖ヨハネホスピスでボランティアをしていて、『自分が死ぬときには山崎先生に診てもらいたい』と言っていました。その後、ケアタウンができて、山崎先生に訪問診療に来てもらって、かみさんはこの間亡くなりました」

遺族がボランティアとしてここにつながっている。

「報酬がないことでかえって気軽に活動ができています。いい人たちに出会えて充実感があります。お金では得られない“報酬”があります。ここへ来てから、介護や看取りのニュースに目が行くようになり、自分がどんな最期を迎えるかを考えるようになりました」と話すのは、デイサービスの送迎車に同乗するボランティアの女性。

アパート「いつぶく荘」で配膳と傾聴のボランティアをする女性は、「配膳はもちろんですが、傾聴やコミュニケーションが大切になります。ずっとお1人でお部屋にいらっしゃるので、食堂でおしゃべりするだけでも気分がよくなるようです。『外の空気を入れること』が私たちの役目。うまくいかないこともあります。自分を成長させることができるのが傾聴です」と目を輝かせる。

誰もが“家”で最期を迎えられる ホームホスピスという取り組み

終末期のがんの人や認知症などで1人暮らしがむずかしくなった人5人ほどが「終の棲家」として共同生活する取り組み「ホームホスピス」が、1990年代後半に宮崎市の「かあさんの家」から始まり、全国30数か所に広まっている。少人数にしている理由は、家族の単位は5人くらいがちょうどよいからだ。住み慣れた地域の中のホームで、最期まで暮らせることをめざす取り組みである。ホームホスピスが一般の介護施設と異なるのは、看取りを前提に「尊厳ある生と死」の実現を目的にしている点だ。

2014年、小平市に「ホームホスピス^{ゆずりは}樑」が誕生した。聖ヨハネホスピスで看取りをした患者の遺族が始めた取り組みである。ケアタウン小平チームが医療・看護を支え、すでに14人の方が暖かなホームの中で旅立っていった。

山崎さんの印象的な言葉があった。

「超高齢社会を迎える今、いずれ亡くなる人が増える多死時代が来ます。死ぬということは、死ぬまで生きるということ。『死ぬまで生きる』にはどうするのか？ がん、認知症、老化・老衰になったとき、どういう医療が待ち受けているのかを知ることが大切です。もし改善がむずかしいのであれば、必ずしも医療を受けなくてもいいかもしれません。『治療だけが人生の選択ではない』ことがみえてきます。治療の限界を確認することはあきらめることではなく、限界が来ても生き方がある。誰かとの関わりの中で生きているその時間を大事にしたいと思います」

在宅ホスピス、ホームホスピスという取り組みが、住み慣れた地域の中で、地域の人との関係性の中で“生き切る”選択肢を与えてくれている。

●編集部

訪問看護師から「老い」をみると

第3回 猫を通して学んだ老いと死

宮子あずさ 看護師・東京女子医科大学大学院看護職生涯発達学分野非常勤講師

長寿猫との暮らし

私は猫が好き。親元にいる頃から猫と暮らしてきた。23歳で親の家を出てからはしばらくひとりだったが、母の家ではほかの猫との折り合いが悪い猫をもらい受けた。多いとき母の家には8匹の猫がいて、家を出たり入ったりしていたのである。

私のアパートに来た猫はすでに大人だった。なぜか「ミルク」と名をつけたが、体はまったく白いところのないサビ猫。しばらくして結婚したあとは、夫婦で溺愛した。

結婚したのが1990年で、ミルクは2001年まで生きた。来たとき大人だったので正確な年はわからないが、おそらく20歳は超えて生きたと思う。

かねてから夫婦で相談していたとおり、見送ってひと月くらいで子猫をもらい受けた。いわゆる動物愛護団体が保護した保護猫。あまり人気のないサビ猫を希望したので、すぐにもらうことができた。

サビ猫は女の子しか出ない、三毛猫と同じ範疇の柄。サビ猫を選んだのは、先代のミルクが賢くて丈夫だったので、よいイメージを持っていたからだ。

この猫は「ぐう」と名づけ、語呂のよさから今は「ぐう吉」と呼んでいる。小さい頃から病弱で、6歳頃から腎臓が悪くなった。7歳になる頃から家で皮下補液をしている。回数は獣医師の指示で、今は毎日になった。

短命を覚悟したが、すでに18歳を超える。猫の年齢は、「 $24 + (\text{猫の年齢} - 2) \times 4$ 」なので、人間の88歳にあたる。

のんびり寝てばかりの長寿猫との暮らしは、温かく穏やかな、極上の日々。ぐう吉の長寿は、まさに医療の進歩のおかげと感謝している。

猫は老いを怖れない？

人間と猫の年齢計算に従えば、約2年で大人になり、以後は4歳ずつ年を取るのが、猫の加齢である。3か月で人間の1年分を生きるわけで、加齢の速度は非常に速い。先代のミルクを見送り、子猫のぐう吉をもらい受けて18年。ぐう吉は着実に老いてきた。

周囲の家具に足をかけ、高い棚の上に飛び乗っていたのは5年ほど前までだろうか。人見知りの強いぐう吉は来客が大嫌い。客の気配がすると棚の上で身をひそめ、決して降りてこなかった。

しかし、あるとき足を踏み外して飛び乗りにも失敗してから、棚に興味を示さなくなった。以後は低い位置にお気に入りの場所を見つけ、身を隠したいときには布団にもぐる。それで気が済んでいるようだ。

棚に上がれなくなったことを、ぐう吉はどう感じているのか、知りたいと思う。「身を隠せなくなった不安」はないのだろうか。あるいは、「高いところに乗れなくなったことへの無念」はどうだろう。

つつい人間の気持ちに照らして考えるのだが、ぐう吉に、過去を振り返って嘆く思考回路はないようにみえる。体が緩んだとか、毛並みが悪くなったとか、歯が抜けても



ぐう吉、18歳♀。長寿猫の域に達してきました。皮下補液を始めて10年。手塩にかけてかわいがっています

のが噛みにくいか……。猫は決して考えないだろう。

決して無理せず、できることをしていく。そのひょうひょうとした姿も、猫の魅力。人間は、知恵がある分、失ったものを思い、嘆かねばならない。これはこれで人の定めではあるのだが、嘆いたところで何かが戻るわけではない。

以前お話をうかがった著名な獣医さんは、「猫には老いや死への恐怖はないでしょう」と言いきっていた。すでに苦勞のない国にいるミルクの最期や、ぐう吉の老い方を思うとき、この言葉は確からしく聞こえるのだ。

猫を通した老いと死のレッスン

猫の医療がいくら進歩しても、人間に比べれば取れる手立てに限界がある。ミルクも年を重ねて腎不全になり、死ぬ前にはまったく食べられなくなってしまった。

どんどん衰えていく姿を見て、悲しみに暮れる私に、なじみの獣医さんはこのような声をかけてくれた。「こんなに腎臓が悪くなるまで、長く生きてきたんですよ」

この言葉は、私にとって、まさに発想の転換を促す言葉となった。長く生きたからこそ、出てくるさまざまな不具合。それは、それだけ長く生きた証左でもあるはずだ。

私は安心を求める患者さんから、何を言っても満足してもらえないとき、「魔法の言葉はないのにな」と思う。しかし、獣医さんのこの言葉は、私にとってまさしく、気持ちをぐっと楽にする「魔法の言葉」であった。

先日、七回忌を終えた亡き母は、持病の膠原病と肺気

腫を患いながら、大腸がんと白血病にも見舞われた。2つのがんをしのいだものの、最終的には元からの持病で亡くなった。

80歳を迎えて急速に弱っていく母を見ながら、「こんなに衰えるまで長く生きてくれたのだなあ」と思った。生き切ったと見える母の死に、私は悲しみと同時に満足感を抱いていた。

親のものと思っていた老いは、もはや自分の問題になった。55歳になった私にしても、刻一刻と老いており、かつ、いつどのように病むかはまったくわから

ないのである。

この不確定な未来を自分が果たしてちゃんと生きていけるのか、不安になることもある。そんなとき、猫たちの老いや死が、私に教えてくれたものの大きさを思う。

「動物は死ぬから飼いたくない」という人もいて、気持ちにはよくわかる。だが、短い生を持つ動物だからこそ、老いて死ぬことの全体像が見える。その体験は、想像以上に意味深い。

宮子あずさ (みやこあずさ)

1963年生まれ。1983年、明治大学文学部中退。1987年、東京厚生年金看護専門学校卒業。1987～2009年、東京厚生年金病院勤務（内科、精神科、緩和ケア）。看護師長歴7年。

在職中から大学通信教育で学び、短期大学1校、大学2校、大学院1校を卒業。経営情報学士（産能大学）、造形学士（武蔵野美術大学）、教育学修士（明星大学）を取得。2013年、東京女子医科大学大学院看護学研究科博士後期課程修了。博士（看護学）。

井之頭病院訪問看護室（精神科病院）で働きつつ、文筆活動、講演のほか、大学・大学院での学習支援を行う。

著書『宮子式シンプル思考—主任看護師の役割・判断・行動1,600人の悩み解決の指針』（日総研）、『両親の送り方—死にゆく親とどうつきあうか』（さくら舎）など多数。ホームページ：ほんわか博士生活 <http://miyako.life.cocacn.jp/>



●平成30年度 長寿科学関連国際学会派遣事業 募集案内

長寿科学に携わり優れた研究成果をあげた若手研究者を、海外で開催される関連国際学会に研究成果発表のために派遣し、長寿科学研究の国際協力・国際交流を図るとともに、研究者育成に寄与する事業です。

ただ今、第3期の派遣について募集しています。当財団のホームページより申請書をダウンロードのうえ、ぜひご応募ください。

募集締切：平成30年10月31日（水）

派遣対象学会：平成30年12月1日～平成31年3月31日までに海外で開催される国際学会

対象者および申請資格：3年前までの間に長寿科学の研究に携わった若手研究者（派遣時に原則として40歳未満である者）であること。また、派遣時に日本国内の研究機関に所属していること

支給経費：航空運賃、宿泊料など（最大40万円まで）を助成します

その他：詳細については当財団のホームページをご参照ください



QRコードから簡単に
アクセスできます



公益財団法人長寿科学振興財団

【沿革】

政府は、平成元年12月に「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」を打ち出し、かねてより昭和天皇御長寿御在位60年慶祝事業の一環として検討されていた「国立長寿医療研究センター」の設置および「長寿科学振興財団」の設立推進の方針を決定。同年、当財団が設立。

平成23年4月より公益財団法人へ移行。

【事業内容】

以下の3分野の公益事業（全9事業）を実施しています。

公益1『長寿科学研究等支援事業』

長寿科学に携わる研究者に対して、その研究費などを財政面から支援します。

- ①長寿科学研究者支援事業
- ②長寿科学関連国際学会派遣事業

③若手研究者表彰事業

公益2『情報提供事業』

明るく活力ある長寿社会を構築するために寄与することを目的に、長寿科学研究の成果や健康長寿に関する情報を広く国民に提供します。

- ①研究業績集の発行事業
- ②機関誌の発行事業
- ③健康長寿ネット事業
- ④長寿たすけ愛講演会開催事業
- ⑤長寿科学研究普及事業

公益3『調査研究事業』

高齢者特有の疾病、高齢者の社会的・心理的問題など長寿科学に関する調査研究を行います。

- ①アテンプト2研究事業

【長寿科学振興財団機関誌 編集委員会委員名簿】

平成30年10月現在

■委員長

- 柳澤 信夫 関東労災病院 名誉院長
一般財団法人全日本労働福祉協会 会長

■委員

- 井藤 英喜 東京都健康長寿医療センター 理事長
- 折茂 肇 公益財団法人骨粗鬆症財団 理事長
- 草刈 淳子 愛知県立大学 名誉教授
愛知県立看護大学 元学長

- 鈴木 隆雄 桜美林大学老年学総合研究所 所長
国立長寿医療研究センター 理事長特任補佐

- 袖井 孝子 お茶の水女子大学 名誉教授
東京家政学院大学 客員教授

- 高橋 清久 公益財団法人神経研究所 精神神経科学センター センター長

- 鳥羽 研二 国立長寿医療研究センター 理事長

長寿科学振興財団 役員名簿

● 評議員

大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院 教授
河合 忠一	京都大学 名誉教授
伍藤 忠春	日本製薬工業協会 理事長
下田 智久	公益財団法人日本健康・栄養食品協会 理事長
袖井 孝子	お茶の水女子大学 名誉教授 東京家政学院大学 客員教授
多田 宏	前公益財団法人中国残留孤児援護基金 理事長
鳥羽 研二	国立長寿医療研究センター 理事長
柵木 充明	公益社団法人愛知県医師会 会長
森岡 恭彦	日本赤十字社医療センター 名誉院長

● 役員

会長	渡辺 捷昭	公益財団法人長寿科学振興財団 会長
理事長	祖父江 逸郎	名古屋大学 名誉教授 愛知医科大学 名誉教授
理事	井口 昭久	愛知淑徳大学健康医療科学部 教授
理事	井藤 英喜	東京都健康長寿医療センター 理事長
理事	江澤 和彦	公益社団法人日本医師会 常任理事
理事	大内 尉義	国家公務員共済組合連合会虎の門病院 院長
理事	大島 伸一	国立長寿医療研究センター 名誉総長
理事	折茂 肇	公益財団法人骨粗鬆症財団 理事長
理事	加賀美 幸子	千葉市男女共同参画センター 名誉館長
理事	小林 修平	人間総合科学大学人間科学部 名誉教授・ 学術顧問、公益社団法人日本栄養士会 顧問
理事	齋藤 英彦	国立病院機構名古屋医療センター 名誉院長
理事	柴田 博	桜美林大学 名誉教授・招聘教授
理事	田邊 穰	学校法人協栄学園 伊勢志摩リハビリテーション専門学校 校長
理事	戸川 達男	早稲田大学人間総合研究センター 招聘研究員
理事	林 泰史	原宿リハビリテーション病院 名誉院長
理事	増田 寛次郎	東京大学 名誉教授 公益財団法人日本失明予防協会 理事長
理事	柳澤 信夫	関東労災病院 名誉院長 一般財団法人全日本労働福祉協会 会長
監事	遠島 敏行	公認会計士・税理士
監事	村上 隆男	サッポロホールディングス(株) 名誉顧問

ご覧いただいている機関誌『Aging&Health』は、当財団のホームページでも閲覧することができます。

URL <https://www.tyojyu.or.jp>

または「長寿科学振興財団 機関誌」で検索下さい。

長寿科学研究を助長奨励するための基金造成に、皆様のご協力をお願いいたします。

財団は皆様からのご寄付を基金に積み立て、さまざまな事業活動を行っています。平成30年6月から平成30年8月までの間でご寄付者芳名を記して感謝の意を表します。

寄付者芳名

愛知県 倉橋健二 様
愛知県 祖父江逸郎 様
愛知県 遠島敏行 様
兵庫県 山根順一 様

寄付金についての税法上の取り扱い

当財団は、所得税法（所得税関係）、法人税法（法人税関係）および租税特別措置法（相続税関係）上の「特定公益増進法人」ですので、当財団に対する寄付金は、次の通り、寄付金控除、損金算入等についての税法上の特典が受けられます。

【個人の場合】

(1) 所得税

寄付金控除額 = (寄付金 - 2千円あるいは年間所得の40%のいずれか低いほう)

※「寄付金」には国・地方公共団体、他の特定公益増進等への寄付金額を含みます。

(2) 相続税

相続や遺贈によって取得した財産を寄付した場合は相続税の対象とならない。

【法人の場合】

以下の額を限度として損金算入できる。

A (所得金額 × 6.25 / 100 + 資本金等の額 × 当期月数 / 12 × 3.75 / 1,000) × 1 / 2

上記限度額に損金算入されなかった部分については、他の寄付金(国・地方向け寄付金、指定寄付金、特定公益増進法人及び認定NPO向け寄付金以外の寄付金)と合わせて下記限度額まで損金算入が可能

B (所得金額 × 2.5 / 100 + 資本金等の額 × 当期月数 / 12 × 2.5 / 1,000) × 1 / 4

※お払い込みいただく場合は、別紙「払込取扱票」(振込手数料不要)にてご送金下さいませようお願いいたします。

読者の皆様の声、お寄せ下さい

今後のよりよい誌面づくりのため、本誌へのご意見、ご感想、ご要望等をお寄せ下さい。同封の読者アンケートをFAXもしくは同内容をE-mailにてお送り下さいますようお願い申し上げます。

長寿科学振興財団機関誌

Aging & Health エイジングアンドヘルス

2018年秋号 No.87 第27巻第3号

平成30年10月発行

編集発行人 祖父江逸郎

発行所 公益財団法人長寿科学振興財団

〒470-2101 愛知県知多郡東浦町大字森岡字源吾山1-1

あいち健康の森健康科学総合センター 4階

TEL. 0562-84-5411 FAX. 0562-84-5414

URL <https://www.tyojyu.or.jp>

E-mail: soumu@tyojyu.or.jp

制作 株式会社厚生科学研究所 TEL. 03-3400-6070



公益財団法人 **長寿科学振興財団**

当財団のマークの由来

長寿科学振興財団の設立は、昭和天皇御長寿御在位 60 年記念慶祝事業の一環として検討されました。また、昭和天皇の一周年祭に当たり、天皇・皇后両陛下から、長寿科学研究推進に資する思し召しにより、昭和天皇のご遺産から本財団に対して御下賜金が賜与されました。

こうした経緯がありまして、昭和天皇の宮中での御印が「若竹」でありましたことに因み、いつまでもみずみずしさと若々しさの心を象徴する若竹を当財団のシンボルマークとしました。