



上手に老い、
最期まで自分らしく生きるための

心積りノート〔改訂版〕

K O K O R O Z U M O R I N o t e

〔 考え方・書き方 編 〕

臨床倫理プロジェクト 編

目 次

はじめに	4
心積りノートの使い方	6
考 え 方 よい人生のための心積り	8
心積りをしておきたいわけ	8
人生にとっての最善を目指して、生命を整える	11
皆で話し合って合意形成	14
〔コラム〕 本人の視点／家族の視点	15
ステップ1 これまでの人生と今後の生き方	18
1-1 プロフィール：これまでの人生と現状の確認	18
1-2 人生：生き方と価値観	20
ステップ2 今後の暮らしと活動についての心積り	22
2-1 加齢と《フレイル》	22
臨床フレイル・スケール	24
2-2 発達段階に沿った「暮らし」について	28
〔コラム〕 他人の世話にならないように生きるのがよい	30
2-3 発達段階に応じた今後の活動	31
ステップ3 今後の治療・ケアについての心積り	33
3-1 積極的な治療について	33
3-1-1 効果と後遺症	33
3-1-2 効果と治療時の辛さ	38
3-2 生命維持	40
3-2-1 生命維持 水分と栄養	40
3-2-2 生命維持 人工呼吸器	45
3-2-3 生命維持 人工透析	46
〔コラム〕 できるだけことはしてください？	48
3-3 快適さを目指すケア	50
3-4 急変した時	53
3-4-1 救急車を呼ぶかどうか	53
3-4-2 蘇生	55
おわりに 心積りノートを作ってから	57
〔コラム〕 看取る家族の不安と希望	58
参考資料	60
本冊子の成り立ち／参考文献	61

は じ め に

本冊子には「心積りノート 考え方・書き方編」というタイトルがついていて、どこかに「心積りノート 記入編」というごく薄い冊子が挟み込まれているはずです。「記入編」はご自分の「心積り」を記入するようになっていきます。その記入に際して、どういうことを考え、どのように書いたらよいかを説明しているのが「考え方・書き方編」です。

本冊子の「心積り」は、高齢期にさしかかっている方、高齢期になったがまだまだお元気な方、また、少し衰えてきたかなとお感じの方が、今後の人生について「上手に老い、最期まで自分らしく生きる」ことを目指して、どう暮らし、またどのような活動をしようかと、また、医療のお世話になる際にどういう治療なら受けようか、受けないでおうかと、心積りする場面を想定しています。心積りしたことをメモしておき、時々見直して、考えが変わったら書き直せるように、ノートにしました。これが「記入編」で、そのガイドブックにあたるのが「考え方・書き方編」です。

高齢になっても元気で自立して暮らす時期、つまり「健康寿命」を延ばすことが目指され、適度な運動がすすめられるなどしています。しかし、元気な時期をできるだけ延ばしたとして、その先には衰えて、短時間であっても周囲の人たちの、また社会のお世話になる時期を通らざるを得ません。元気な時期をどう過ごし、弱ってきたらどうするかを、今から考えて、準備しておきませんか。心積りはそういう準備の核になります。本冊子がお勧めする心積りは、老いてなおもう一花咲かせるためのものなのです。

このような趣旨で心積りノートを作りましたが、内容的には、もっと老いが進んで、周囲の方のお世話が必要になった方とその家族が、今後の人生の見通しを立てる場面で、医療・介護にあたる方たちと話し合う際に使うのにも適しています。

壮年期、あるいはもっと若い世代の方で、人生の終りの時期のことを考えたいとか、高齢になった家族の人生について考えたい場合にも適しています。



「メモ」は「備忘録」ともいわれるように、自分が考えたことを忘れても、これを見れば思い出せるように記録しておくものです。しかしまた、ご本人が倒れて、一時的にであれ「どうしたい、どうして欲しい」と言えなくなった場合に、周囲の人がこれを見ればご本人の希望が分かるので、それに沿った医療・お世話ができるという使い方もできます。そこで「心積りノート 記入編」は、ご本人の意向をご家族や医療・介護にあたる方たちに伝える役割も果たせるように作ってあります。

このようなわけで、心積りをしようとなさる方が、現在お元気なら、お一人で使っていただくことができます。

また、家族と話し合い、皆で合意をしながら心積りをし、ノートに記入しておく、ご本人の心積りが実際に活かされ易くなります。

すでに介護を受けていたり、持続的に治療を受けている場合でしたら、ケアを提供する医療・介護の担当者や相談員とご本人・家族の話し合いの場で使っていただくのが有効でしょう。

本人が自分で記入できればそれに越したことはありません。が、それが難しい場合は、相談員や家族が代わりに記入し、本人に確認するというやり方がよいでしょう。

心積りノートは一回書いたらそれで終わりというものではありません。お考えが変わった時、また人生の節目に見直すとか、定期的に毎年見直すのがよいかと思います。「記入編」は書き直したい時にはウェブから電子ファイルをダウンロードし、印刷して使えるようにもしてあります。

どうぞ、これを有効に使って、「上手に老い、最期まで自分らしく暮らす」を実現してください。

(2015年10月1日 著者代表)

心積りノートの • 使い方 •

この冊子は「考え方・書き方編」と付録の「記入編」の2冊に分かれています。

「記入編」は「考え方・書き方編」のまん中あたりに挟んであります。



考え方・書き方編



記入編

「考え方・書き方編」を読み進んでいくと、ご自身もしくはご家族などが記入する項目がいくつかあります。

- ① 「考え方・書き方編」に記入する欄が設けてある項目については、
そのままご記入ください。
- ② それ以外の、たとえばプロフィールやこれからどうしたいか、
といったご自身の情報やご家族などに伝えておきたい項目については、
「記入編」にご記入ください。

該当項目には、「記入編」の記入ページを示してあります。また、図に矢印などを書き入れるところは、「考え方・書き方編」の記入例を参考になさってください。

(例)

考え方・書き方編

The diagram illustrates the relationship between two sections of a health survey form. On the left, the 'Thought and Writing Guide' (考え方・書き方編) provides detailed instructions and examples for various sections. On the right, the 'Entry Guide' (記入編) shows the actual form layout with a blue box highlighting the 'My Profile' (私のプロフィール) section. A blue arrow points from the 'Entry Guide' back to the 'Thought and Writing Guide', indicating that users should refer to the guide for instructions on how to fill out the form. A blue pencil icon is shown writing on the 'My Profile' section of the form.

記入編

1-1 私のプロフィール

お名前: 東京 太郎 性別: 男

生年月日: 1940 年 2 月 29 日 [年齢 75 歳]

家族構成: 妻と二人暮らし。近くに長男一家(妻と孫1男1女)が住んでいる。長女は他県に嫁いでいる(夫の両親と2世代住宅で暮らす。1女あり)。

本人はどういう方ですか、今どのように暮らしておられますか

公務員(事務職)として定年まで勤め、その後数年間遠征会社で働いた。その後は、悠々自適の生活で、庭の手入れを趣味に静かに生きてきた。郊外の住宅地に一戸建て住宅に定年直前に入り、周辺の武蔵野の庭の緑を楽しむ。長男と妻はしほは様子をみにきて、手伝いや必要なことをやって遊ぶにいく。長女はよく電話をかけてくる。兄弟仲はよく、話し合っ夫妻のことも対応している。

健康状態について

●健康状態はご自分の判断では
[] すこぶる良好 [x] 良好 [] なんとかいえない [] あまりよくない [] 非常に

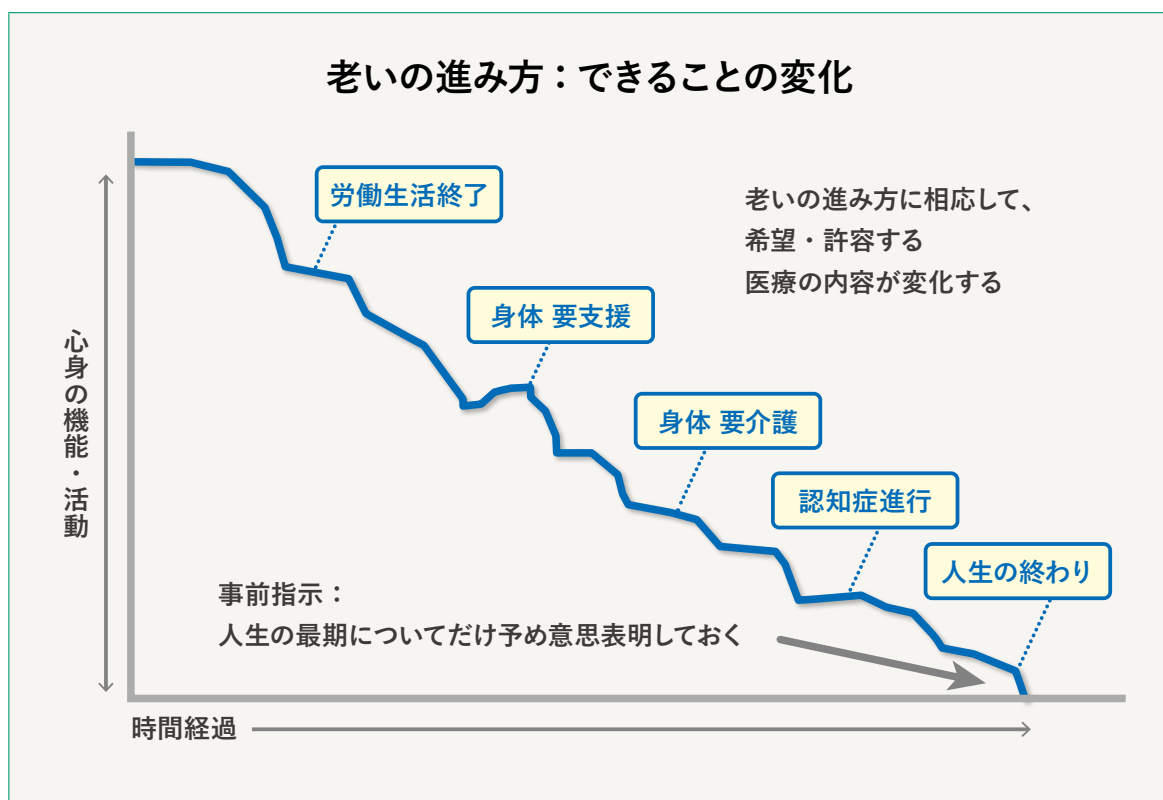
●かかっている医療機関と治療の内容
近所の内科医院 若干高血圧、尿酸値高いことへの対応
同 歯科医院 歯周病 3か月には一回定期健診と歯石対応

●特に記しておいたほうが良い健康上の状況・問題があれば、その経過など
とくになし

よい人生のための心積り

心積りをしておきたいわけ

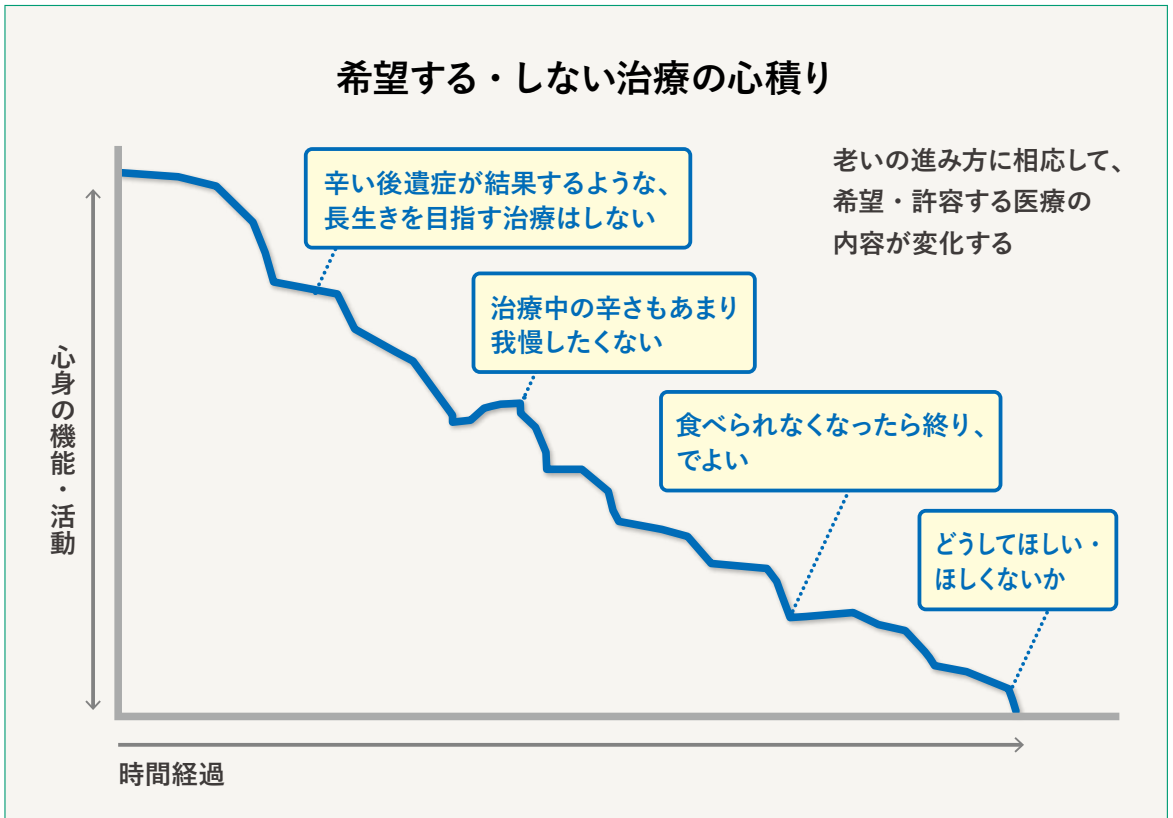
下の図は、人が高齢によりだんだん衰えていく道筋をイメージで表したものです。私たちは自分が今後、生命に関わるような疾患にかからずにすむとしても、だんだん衰えていくことは免れないと予想しており、そういう人生の終りの時期をどう生きようかと考えています。ことに健康という点では、衰えはじめてから厳しい疾患にかかったらどこまで治療を希望しようか、といったことが気になるのではないのでしょうか。



ですが、現在、医療の場で求められているのは、最期の短い時期について、どうして欲しいかを予め意思表示することなのです——「事前指示」と呼ばれています。これについて、「延命をしてほしいですか」、「心肺停止になった時に蘇生を試みてほしいですか」などと聞かれても、「今から死ぬことなんて考えたく

ないよ」と多くの方が思うのは当然でしょう。

本冊子がみなさまに「心積り」をおすすめしているのは、最期の時のことではありません。**今から最期に到るまで私たちが生きて行く経過**を見通して、**老いが進むにつれて、どこで誰と暮らすかや、受けた治療・やってほしいお世話が変っていくことについて心積り**をしておこうというものです。



上の図は、老いていくにしたがって、私たちの治療についての希望が変わっていく例を示したものです。壮年期には、厳しい病気になっても、治療の間の辛いことや、いろいろな後遺症を我慢して、積極的な治療を受けたいと思うのが普通でしょう。しかし、老いによって心身の力が衰えて行くにつれ、「もう面倒なこと、辛いことはできるだけ避けたい」と思うようになるのではないのでしょうか。でも、どうするのが一番辛くなく、快適に生きられるかは、よく考えないと間違えるかもしれません。

上手に老い、人生の最後の期間を充実して生きるためには、こういったことを、少々面倒でも予め考えて、知恵をつけておくことが肝腎ではないでしょうか。

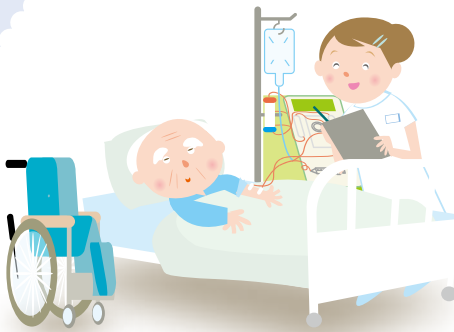


では、一緒に考えていきましょう！



心積りのために：考え方の二つの要

さて、これからの人生(後半部分)について、生き方と健康管理の心積りをしていく上で、
基本となる考え方を2点にわたって解説します。

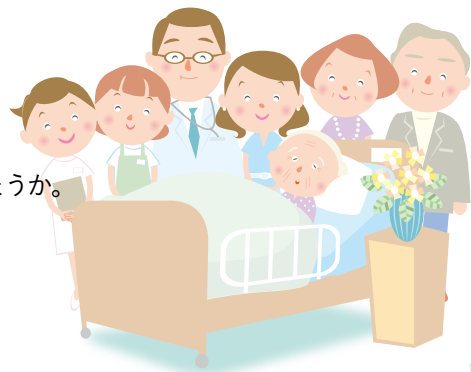


生命は人生のために

「生命を延ばせるものなら延ばすべきだ」
と言われることがありますが、
どう思われますか？ 例えば、老いが進んで、
自力でできることがずいぶん少なくなっても、
「生命は延ばせるなら延ばせ」でしょうか。

家族やケア提供者との合意

あなたの人生の主人公はあなたご自身です。
でも、だからといってご自分だけで
「かく生きたい」と心積りすればよいのでしょうか。
ご家族や、医療・介護関係者が、
あなたのご希望を理解し、
それに沿った対応をしようとしなければ、
あなたの希望は実現しないでしょう。
では、どうすればよいでしょうか



人生にとっての最善を目指して、生命を整える

考え方

ステップ 1

ステップ 2

ステップ 3

おわりに

まず、ここで「人生」と「生命」という区別について確認しておきましょう。

下の図をご覧ください。《生命》とは、身体的ないし生物学的な生命のことです。例えば、医療は聴診器を当てたり、レントゲンをとったり、血液検査をしたりして身体を調べます。《生命》の状態を調べているのですが、不正常だとなると、身体に対して、つまり生命に対して、手術や投薬といった「医学的介入」をします。この時、医療者が働きかけている対象が《生命》です。身体の状態が不正常であると、多くの場合私たちは、「具合が悪い（頭、おなか、腰などが痛い、吐き気がする等）」と感じます。

人のいのちの二重の見方

医療は、人生の展開のために土台である生命を整える



人生

物語られるいのち



生命

生物学的生命

私たちは皆、身体の《生命》に支えられて、《人生》を送っています。私たちは自分の人生を「これまでどのように生きてきたか」「今何をしているか」、そして「これからどうしたいか」という物語りとして理解しています。私はそのように語られた人生を生きつつある者として、周囲の人から見られます。また、人生の物語りは自分ひとりで創るものではなく、周囲の人々の物語りと交叉し、それらに支えられつつ形成されていきます。

《人生》の展開のために、医療は土台である《生命》を整える

《人生》は、《生命》を土台として、その上に成り立っています。この身体が《生命》を持続けるからこそ、私は人生の物語りを紡ぎつつ、生きることができます。私の人生(の物語り)がより豊かになり、より広がっていくことに価値があるからこそ、《生命》が続くことはよいことだと評価されるのです。そこで、医療は《人生》をよりよくすることを目指して、《生命》を調べ、《生命》に手術や投薬という形で働きかけるのです。

こう考えると、ただ《生命》を延ばせばよいというものではなく、延ばせば《人生》がよりよく展開するかどうかによって、延ばすのがよいかが決まるということになります。

では、人生のよさはどのように評価できるでしょうか。量と質の両面から考えましょう。量としては「長いほうがよい」とみなさん考えておられるのではないのでしょうか。では、長ければ中身はどうでもいいですか？

「辛いだけの日々だったら、長くても仕方ないねえ」・・・おっしゃる通りですね。ですから質として「日々快適に過ごせる」ということを挙げておきましょう。そうすると、次の図のようになりますね。

人生のよさを成り立たせているもの

- ① 人生がより長く続くこと
- ② 人生の内容である日々の生活が快適であること
 - a. 苦痛がなく、楽に過ごせる
 - b. 残っている能力を発揮する機会がある

ここで「快適」かどうかについては、ただ「苦痛がなく、楽に過ごせる」状態というだけではなく、「残っている能力を発揮する機会があるかどうか」を評価に加えています。例えば、少しは口から食べて、味わう能力が残っているのに、胃ろうにしたから栄養補給は足りているとして、口から食べるケアをしなかったら、味わう能力を発揮する機会がないのです。それでは味けのない日々になってしまいますよね。

以上のことから、医療・ケアは上の図中の①と②を目指しているのだとわかります。

高齢によりそれなりに老いが進んだ場合でしたら、上の①と②を考え、

①と②の双方を目指せるか / ②だけ目指すほうがよいか

と考えることができるでしょう。

まだ老いによる衰えが進んでいない方や壮年以下の方について、一般にある治療をするかどうかを考える場合には、その治療を実施することによって、

① 人生はより長くなるが、② 快適さは低下する

① 人生の延長により人生の可能性が広がるという益

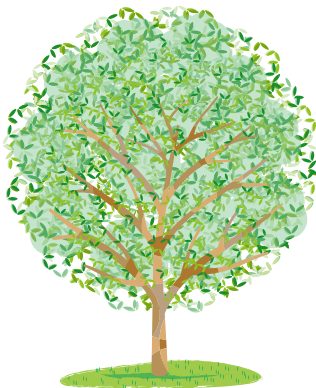
② 快適でないことが生じる（後遺症が辛いなど）という害

の2点に関して、益と害を考え併せる必要がでできます。

この場合、ただ①と②を比べて、どうするか決める、ということではなく、「ある治療をする」という選択肢と並ぶ他の選択肢を挙げて、それぞれについての①と②を枚挙し、比較検討するのがよいでしょう。例えば、「その治療をしない」、「別のかくかくの治療をする」といった選択肢です。

①プラスと、②のマイナスを比べ、自らの人生の状況を考え合わせた結果、例えば次のような仕方、現在の自分に対する治療・ケアについての意向が決まることもあり、これが大事なポイントになります。

- 辛い後遺症が伴うような、人生の延長を目指す治療はしない
- いくら人生が延びるといっても、治療中にあまり辛いのは我慢したくない
- 「食べられなくなったら終わり」 でよい



皆で話し合って合意形成（意思決定プロセスの進め方）

これからの人生について予め心積りをする際になによりも大事なものは、おひとりおひとりがどのような人生を希望なさるかです。とはいえ、みなさまは、周囲の人たちと繋がりながら生きています。多くの場合支え合いながら生活しているご家族があり、また仕事上の関係者、趣味仲間、昔からの友達・・・などなどの繋がりががあります。そういう人間関係の中で生きている以上は、ただ「私はこのようにしたいので、そうします」といっても、直ちにそのようにできるとは限らないこともあるでしょう。以下では、そのような間柄の相手の代表として、ご家族の場合と医療・介護従事者の場合とを取り上げます。

ご家族との話し合い

例えば、あなたが「相当衰えたら、いろいろなことを無理にしないで、静かに最期の時間を過ごしたい」と思っておられるとしても、家族は「できるだけ長く生きてほしいから、できるだけことはしたい」と考えておられることがよくあります。もし、そうだとすると、今から話し合って、あなたの希望する生き方を理解していただき、またあなたもご家族の気持ちを理解したうえで、「どこまで治療を受けるか」といったことについて合意しておく必要があります。ご家族・ご親族を見渡して、ご自分の希望を実現するためには誰と誰に理解しておいてもらうことが必要かを考えて、機会をとらえて話し合っておくとよいでしょう。この心積りノートを使うと、話し合いのきっかけになり易いのではないのでしょうか。

他人同士と一緒に何かをしようとする場合、一方が他方の意向を聞かずに勝手にことを進めてしまうとトラブルになるので、多くの場合、相手の意向を聞きながら、話を進めます。しかし、家族の中では「相手の意向を聞きながら進める」という点が落ちてしまうことがよくあります。親しい、慣れ合った仲ですので、相手のことは分かっていると思い、相手のことも勝手に決めて押し付けるといことになりがちではないのでしょうか。ことに、家族の一員が病気になったり、老いたりして、衰えたり、周囲の助けが必要になったりすると、家族の他のメンバーは当人を護ろうとして、かえって当人のその人らしい生き方を妨げる結果となることもよくあります。

加えて、ご本人とご家族の間には、考え方の違いがいわば宿命のようにつきまとっていますから、それを自覚して対応する必要があります。次ページのコラム「ご本人の視点／家族の視点」をご参考になさってください。

Column [コラム]

本人の視点／家族の視点

家族といってもいろいろですから、一概にどうとは言えませんが、次のようなことがよくあります。

- 本人は、「家族の世話になることは、迷惑をかけることだから、できるだけ避けたい」と思って、「して欲しいこと」を自分の本心よりも控え目に表明する。
- 家族は、「家族なのだから、本人にできるだけのことをしてあげないとならない」と思い、ことに「親の長生きを願い、そのように動かない」という方向で、治療やお世話について考える。ただし、これにはしばしば「世間の目、親族の目を気にする」ということが伴っている。中には、「生活が大変で、今でも目一杯忙しいのだから、親といえども世話はできない」と率直に表明する家族もある。

互いに、始めから本音だけで話し合うと、うまく行かないこともあります。はじめは、例えば、「老いて衰えてきたら、いろいろしないでいいんだよ。若いあなたたちの生活を大事にしておくれ」

「お母さん、そんなこと言わないで、長生きして頂戴。お母さんが困らないように、私たちがちゃんと世話をするからね。」

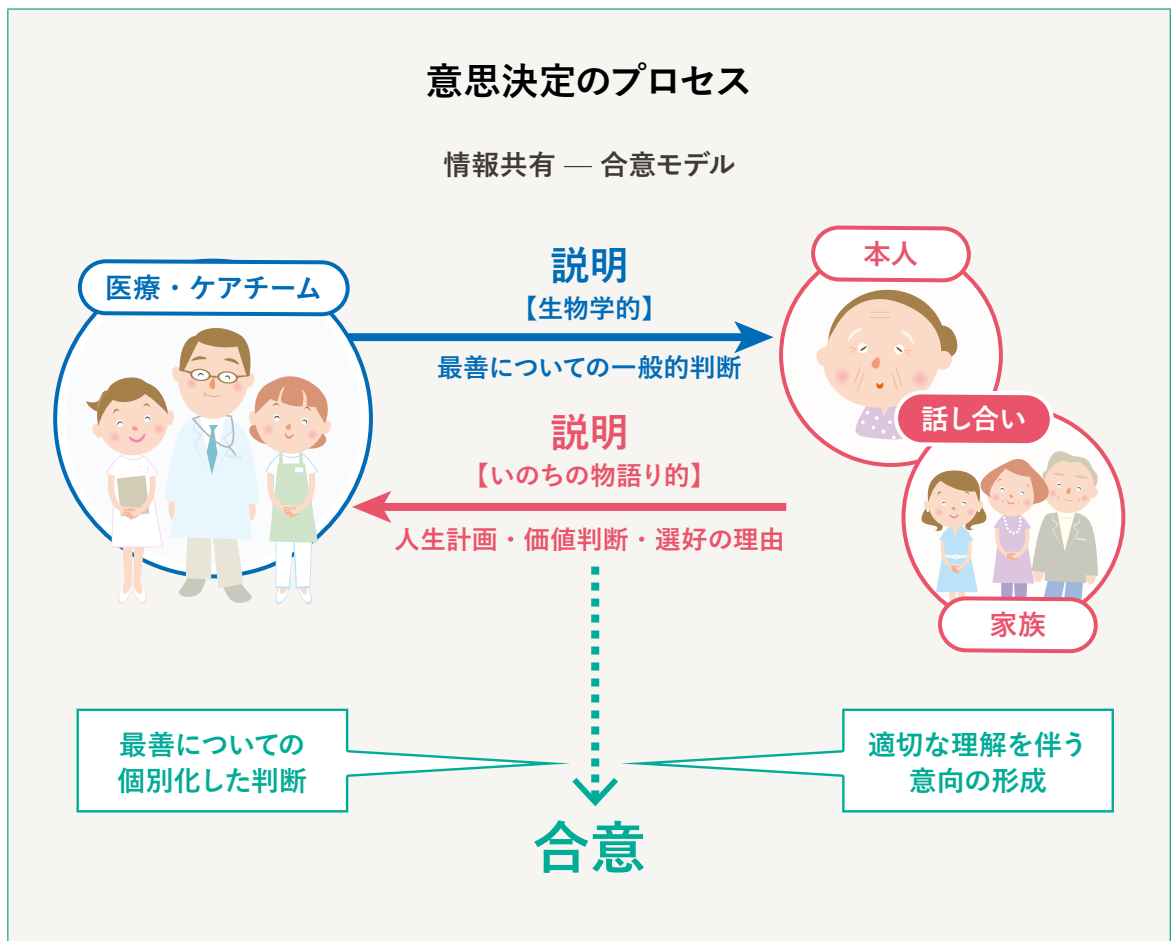
というような、いわば挨拶のやりとりをすることから始まって、だんだん本音を出し合い、お互いに納得できるところを見出す、というような流れが、スムーズに進めるためによいことが多いようです。家族が、ご本人の表明している希望が本音なのだと分かり、それに沿った対応をすると安心して言えるように、話し合いを重ねましょう。

また、一緒に暮らしているご家族は、ご本人の老い方の経過を知っていますので、必要以上に「できるだけのことをして欲しい」とは言わないことが多いのです。他方、離れて暮らしている親族は、「できるだけのことをするのが良いことだ」という建前で注文をつけることが多いです。この場合、ご本人ではなく、お子さん等、主に世話をしている方への圧力となりますので、予めご本人からそうなりそうな方に説明をしておいてくださると、世話をなさっている方たちを守ることになります。ご本人の兄弟姉妹や、嫁に出た娘、遠くで働いている長男さん、といったところが目立ちます（コラム「できるだけことはしてください？」も参照）。

医療・介護従事者との話し合い

医療や介護をしていただく方たちにも、あなたの生き方、考え方を理解していただき、治療やケアについて今後選ばなければならないことになる可能性があることについて、お互いに納得がいく合意をしておくことが大事です。まだまだ^{かくしゃく}豊饒としておられ、話し合う相手である医療者や介護従事者がいないという方は、以下の点は将来のための心積りの一部として心に留めておいてください。

「どのような治療を受ける・受けない」をどのように決めていくか、という例で考えましょう。次の図をご覧ください。



この図は、

- ご本人・家族と医療側が、お互いが持っている情報を伝え合い（情報共有）、
 - 話し合うことによって、
 - どちらも納得でき、考えが一致する（合意）ような治療方針を目指しましょう
- ということを、表しています。

このような《情報共有—合意モデル》と呼ばれる進め方は、「本人が決める」ことを大事にしています。ただし、「本人だけで決める」ということではありません。本人を中心にして「皆で決める」のです。これは、「あなたが決めなさい!」と本人を突き放すのではなく、本人が納得し、安心して自分で決められるように、周囲の者たちで支える、ということです。

また、本人のかけがえのない、一回限りの人生にとって何が良いかを、本人の生き方や価値観に基づいて考え、皆が一致することを目指しています。そのためにも、「本人の意向」と「本人の人生にとっての最善」の双方で選択を支えることが大事です。

このような考え方で決めるためには、ご本人がご自分の生き方や希望をご家族やケア提供側と話し合うことが大事になります。

このような考え方は、今どういう治療を受けようかという場合だけでなく、今後を見通して、人生の終りの時期をどう暮らそうかという心積みをする際にも有効です。「こういう時期になったら、こうしてほしい」と話して、家族に納得してもらい、ケア提供者がさっと動けるように伝えておく、「心積み」を記したノートがどこにあるかを伝えておく、といったことも含めて、ご本人を中心に皆で話し合っ、ご本人の「心積み」について合意に至っていることが、ご本人の思いが実現するために大事なポイントになります。



ステップ

1

これまでの人生と 今後の生き方

私たちは、今、それぞれのこれからの人生をよりよくするためにどうしたらよいか考えて、心積りしておこうとしています。そのためには、まず、ご自分のこれまでの人生・事情・今後の計画・価値観について理解することが大事です。そこで、次に挙げる諸点について整理しておきましょう。

答えられるもの、答えないものだけ答えてください。また、問いは気にしないで、余白に自由に書いてくださってもかまいません。

1-1 プロフィール：これまでの人生と現状の確認

次頁の記入欄と記入例を参考にしてください。何を記入するかについては、次のようにお考えください。

● **家族構成**：どなたと暮らしておられますか、あるいは独居ですか。（配偶者が亡くなっている場合、離別している場合、別居している親族もお書きください）

● **本人はどういう方ですか／今はどのように暮らしておられますか**：以前の職業、社会的立場、現在の主な活動・趣味など（例、元会社員、園芸を趣味にしている、等）

● **健康状態**：記入欄の案内に従って記入してください。

● **社会が提供するサービスを利用しているか**：記入欄の案内にしたがって記入してください。

● 関係者・後見人等

○ ご本人に関わる意思決定プロセスに参加する方：ご家族・特に関係の深い友人や知り合い・医療介護従事者など、精神的であれ、具体的にであれ、ご本人に関わる意思決定の影響を受ける方、意思決定に参加することが適切であると考えられる方をリストアップしてください。「お名前（本人との関係）」を記入するとよいでしょう。またご意向により、連絡先を記入しておくとも便利かもしれません。

○ 記入者 この欄および以下の記入をどなたがなさっているかを記してください。場所によって記入者が異なる時には、本欄以外にも適宜ノートに「（この項XXX記）」などを書いておくと、分かり易いでしょう。

記入欄・記入例

→記入編 P2 にご記入ください

氏名	性別
東京 太郎	男 ・ 女
生年月日	
1940 年 2 月 29 日 [年齢 75 歳]	
家族構成	
妻と二人暮らし。近くに長男一家（妻と孫1男1女）が住んでいる。長女は他県に嫁いでいる（夫の両親と2世代住宅で暮らす。1女あり）。	
簡単な自己紹介（何をしていたか／どのように暮らしているか）	
公務員（事務職）として定年まで勤め、その後数年関連会社で働いた。その後は、悠々自適の生活で、庭の手入れを趣味に静かに生きてきた。 郊外の住宅地に一戸建て住宅に定年直前に入り、周辺の武蔵野の面影や庭の緑を楽しむ。 長男とその妻はしおしお様子をみにきて、手伝いが必要なことをやっていく。孫も遊びにくる。長女はよく電話をかけてくる。兄弟仲はよく、話し合って私たち老夫妻のことにも対応している。	
健康状態	
● 健康状態はご自分の判断では [すこぶる良好 ・ 良好 ・ なんともない ・ あまりよくない ・ 非常に悪い] ● かかっている医療機関と治療の内容 近所の内科医院 若干高血圧、尿酸値高いことへの対応 同 歯科医院 歯周病 3か月に一回定期健診と歯石対応 ● 特に記しておいたほうが良い健康上の状況・問題があれば、その経過など とくになし	

考え方

ステップ1

ステップ2

ステップ3

おわりに

社会が提供するサービスを利用しているか

- 現在の要介護度・利用しているサービス・施設・関係者

要介護度 [なし ・ あり 程度：]

利用しているサービス：

なし

- 暮らしと健康をめぐって利用しているサービス [なし ・ あり]

内容：

地域の「歩く会」に最近入り、月2回、週末に歩いている。

関係者・後見人等

- 私の医療と介護についての話し合いに参加する方のリスト

妻、長男、その妻、長女、かかりつけ内科医

- この欄の記入者 [本人 ・ 本人以外：]

1-2 人生：生き方と価値観

次頁の記入欄と記入例を参考にしてください。以下にそれぞれの記入欄に記していただきたいことを挙げますが、これはあくまでも例です。ご自分の姿勢・希望を自由に表現してください。また、記入欄は広めにとってありますが、長く書くも、短く書くも、お気持ちに合うようになさってください。

- **これまでの人生**：こう生きてきた／こういうことを心がけてきた／大事にしてきたもの・こと／誇りに思うこと／気になっている人や悔いが残っていること、等

- **今の暮らしの居心地**：現在の生活をどう評価していますか（「のびのび」生きています・まあまあ、こんなものでしょう・満足しています・ここがもう少しよくなるといいんだけど、等）

- **これからどう生きたいか**：

- 生き方・暮らし方・活動：「こういうことがしたい」（仕事や趣味）／「ゆったりと」「精一杯」等／どこで、だれと一緒に過ごしたい 等々
- 今後の人生全体について：できるだけ長く生きていたい／長くなくてもいいから、できるだけ快適・楽に過ごしたい／自然のままだいい、平穩に／など、人生の長さや中身についてのおおまかな希望
- 「やりたいことがあれば今のうちに」と言われたら： 医師などあなたの身体のことをよく知ってい

る専門家にこう言われたら、「もう先はあまり長くないな」と思うでしょう。その時、今のうちに何をしたいと思いますか？やり残したこと、行きたいところ、会いたい人、食べたいものなど、なんでもお書きください。

記入欄・記入例

→記入編 P4-P5 にご記入ください

これまでの人生

若いころから、生真面目に生きて来たと思う。庭の手入れと山野草栽培が好きで、毎日これが楽しみ。子供たちの仲がよいことが、自慢といってもいいくらい、嬉しい。妻もよくやってくれている。

今の暮らし（生きがい、居心地、気になっていること等）

自分の人生、何も不足はない。お迎えがいつ来ても悔いはない。子供たちもそれぞれ幸せに暮らしてくれているので、心配ない。

妻を残して先に逝くことになったとしても、長男夫妻が近くにいるから安心だ。希望といっても、もうこうしたい、こうありたいと望む必要ない。

これからどう生きたいか

● 生き方・暮らし方・活動

今の生活を最期まで続けられるといい。妻が元気で、まあ、できたら、前後して世を去れると、皆に迷惑にならないから、最高だね。

● 今後の人生全体について

「できるだけ長く生きていたい」と「長くなくてもいいから、できるだけ快適・楽に過ごしたい」の両方だね。つまり、元氣な限り長く生きて、元氣じゃなくなったら、長さにはこだわらずに、快適であることを重視する、という意味ね

● 「やりたいことがあれば今のうちに」と言われたら、やりたいこと（あれば）

今のうちにと言われたら、まずは鉢の山野草の貰い手を探しておくことぐらい。これは今からでも探しておかないと鉢の草たちが可哀想だ。水やりを継いでくれる人がいないから。

いよいよ、最期だとなったら、往生際は悪くないようにしたいね。みなさん、余計なことをしないように、頼みますよ。

ステップ

2

今後の暮らしと活動についての心積り

現在は医療が進歩して、健康保持、疾病予防がよくなるようになって、多くの人は超高齢になるまで生きられるようになりました。ですから、あなたが現在壮年期を過ぎて高齢期になっているとして、まあまあ健康でおられるなら、90歳頃まで生きる可能性が大きいと言えるでしょう。そこで、ここでは、そういう道をたどると仮定して、これから先の暮らしと、どこかで病気になったり、老いによって衰えたりした時の治療やケアについて心積りしておきましょう。

2-1 加齢と《フレイル》

「老いていく」というのは、これまでできていたことがだんだんできなくなっていくことです。少しずつできなくなっていくのですが、私たちはこれから先のことを考える場合に、老いて、いろいろなことが若い時のようにはできなくなっていくのに応じて、暮らし方を変えたり、働き方や趣味を変えたり、疾患にかかった場合にどのような治療やケアを受けるかについての希望を変えたりして行きます。本書冒頭の8-9頁でも、そのことに触れました。

私たちは、老いが進んで、変っていく自分の状態・備えている心身の力に合わせて、快適に・前向きに生きるために、状況に合った暮らし方・生き方をしようとしているのです。そこで老いが進むにしたがって、暮らしや活動を変えていく心積りをするわけですが、その際には、「どのくらい老いたか」を区分して、「かくかくの段階になったら、しかじかのように暮らそう」などと考えることになります。そこで、老いの進み方を測る物差しが必要になります。

その物差しとして、本冊子では「臨床フレイル・スケール」をベースにすることにしました。この尺度は国際的に認められているもので、専門家たちはこれを物差しにして、例えば「老いがかくかくの段階になったら、もうしかじかの治療はしないほうがよい」といった医学的な判断ができるようにしたいと研究を始めています。「フレイル」というのは、これまで「老い」と呼んできたことに相当する医学的な用語です。次にこれについて説明します。

《フレイル》とは

昔から「年をとるとからだが衰える」と考えられていました。そこで、「もう年だから、・・・は要らない」というように、年齢で「老いているかどうか」を判断する傾向があります。けれども、年齢が同じでも、元気な方もいれば、老いが進んで心身が弱っている方もおられます。そこで、その方の年齢を物差しにするのではなく、実際の「老い（老化）」の程度（衰え方・弱り方）を物差しにして考えなければなりません。現在日本の医療の現場では、「老いによって心身が弱る」というあり方を「フレイル」と呼んでいます。そこで、医療や介護関係者は、「高齢になってもできるだけフレイルにならないように予防しよう」と呼びかけています。

フレイルが医療に関係する点がもう一つあります。疾患に対する積極的な治療は、壮健な人にとっては益が多いですが、フレイルが進むと、「治療をした結果かえって害になった」ということが起きることがあると分かってきています。そこで、「フレイルがどのくらい進んでいるかによって、ある治療をするほうが良いか、しないほうが良いかを判定できないだろうか」という研究が始まっているのです。

このようなわけで、フレイルになっているかどうか、なっている場合どのくらい進んでいるかを測る物差しが必要になります。本冊子がベースにしようとしている「臨床フレイル・スケール」はこのような物差し・尺度として開発されたものです。

臨床フレイル・スケール

臨床フレイル・スケールは、高齢になってもまだまだ元気に生活している段階から、フレイルが進んで人生の終りが近くなるまでを9段階に分けています。各段階についての詳しい説明は次頁以下にあります。各段階間の移行は連続的ですから、明確に線引きできるものではありません。

臨床フレイル・スケールは私たちの心身の力が弱っていく程度を、どの程度周囲からの支援・介護が必要かによって区別しています。ですから次頁の説明で「支援が必要」等といっているのは、病気やケガのために一時的に支援が必要になっていることは含みません。個人差はありますが、あくまでも加齢に伴って衰えていく程度を測るものです。ですから、寝たきりになっている状態を見ただけで、「フレイルが相当進んでいる」と判断するのは適切ではありません。疾患や精神的状態、また事故のためにそうなっているのかもしれないからです。

フレイルは進み方が軽度の場合、努力すればフレイル以前の状態まで戻ることもあると言われていますが、老いという衰え方ですので、さらに進んだ状態から「治る」（フレイルのない状態に戻る）ことはありません。

臨床フレイル・スケール

1. 壮健 (very fit)

頑強で活動的であり、精力的で意欲的。一般に定期的に運動し、同世代のなかでは最も健康状態がよい。

2. 健常 (well)

疾患の症状が出ているわけではないが、1ほど壮健ではない。時には(例えば、季節によって)運動をしたり、非常に活発な活動をする場合も少なくない。

3. 健康管理しつつ元気な状態を維持 (managing well)

医学的な問題はよくコントロールされている。運動の習慣は、せいぜいウォーキング程度である。

〔以上、1-3 はまだフレイルが始まっていない状態です〕



4. 脆弱 (vulnerable)

日常生活においては支援を要しないが、症状によって活動が制限されることがよくある。本人が「動作が遅くなった」とか「日中に疲れやすい」などと訴えることが多い。

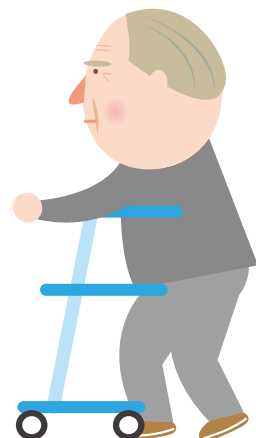
〔4はまだフレイルではないとはいえ、なりかかっている状態で、「プレフレイル」と言われることもあります〕



5. 軽度のフレイル (mildly frail)

より明らかに動作が緩慢になることが多く、手段的日常生活動作*のうち難易度の高い動作(金銭管理、交通機関の利用、負担の重い家事、服薬管理)に支援を要する。一般には、軽度のフレイルになると、次第に買い物、単独での外出、食事の準備や家事ができなくなっていく。

*手段的日常生活動作 (IADL) は、自力で動いたり、食事をしたりする(基本的)日常生活動作 (BADL/ADLと呼ぶこともある) より複雑で、生活を自立的に営むために必要な動作(買い物をする、食事を作るなど)のことを言います。



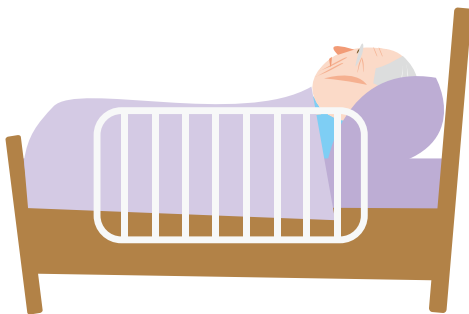


6. 中等度のフレイル (moderately frail)

屋外での活動全般および家事において支援を要する。屋内では、階段の昇降が困難になり、入浴に介助を要することが多い。更衣に関して最小限の支援（合図、見守りなど）が必要な場合もある。

7. 重度のフレイル (severely frail)

身体面の衰えによるにせよ、認知面の衰えによるにせよ、生活全般において全介助を要する。しかし、身体状態は安定していて、（半年以内の）死亡リスクは高くない。



8. 非常に重度のフレイル (very severely frail)

全介助であり、死期が近づいている。一般には、軽度の疾患でも回復しない。

9. 疾患の終末期 (terminally ill)

死期が近づいている。生命予後は半年未満だが、それ以外では明らかにフレイルとはいえない。

〔9は、フレイルが原因で最期が近くなったのではなく、ガンなどの疾患が原因で最期が近づいている場合のことです。〕

本スケールは、Rockwood2005(⇒p61 文献7)をベースに、John E Morley 2013 (⇒p61 文献6)に掲載されたものの会田薫子訳(⇒p61 文献2)を一般市民向けに平易に改訂したものです。

前頁までに紹介した「臨床フレイル・スケール」は、身体が弱っていく面に主に注目した尺度です。同スケールは24-25頁の各段階の説明から分かるように、身体が弱っていく程度を、結果として周囲からの援助がどのくらい必要かによって測っています。そこで、本冊子では臨床フレイル・スケールをベースにして、一般市民が心積りする際にイメージを浮かべ易いように、各段階を自立一介助の程度によって名付けて、自分や家族の老いの程度を区別するために使うことにしましょう。以下ではこれを「老いの進み方：自立一介助の程度」と呼ぶことにします。

老いの進み方：自立～介助の程度

The graph illustrates the decline of physical function and activity as one ages. The vertical axis is labeled '心身の機能・活動' (Physical Function and Activity) and the horizontal axis is '時間経過' (Time Progression). A blue line shows a step-wise decline through eight stages:

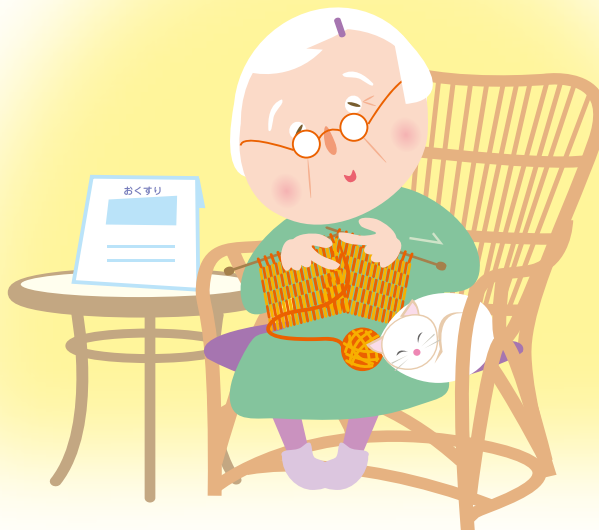
- 1-3. 壮健** まだまだ元気 (Healthy) - Icon: Person walking.
- 4. 脆弱** 自立～自立揺らぐ (Fragile) - Icon: Person with a cane.
- 5. 要支援～軽度の介助** (Need support / Light assistance) - Icon: Person sitting at a table.
- 6. 中度の介助** (Moderate assistance) - Icon: Two people, one standing and one sitting.
- 7. 全介助** (Full assistance) - Icon: Person in a wheelchair.
- 8. 全介助&老衰** (Full assistance & Senility) - Icon: Person in bed.

以上の限りでは、《臨床ブレイル・スケール》には、したがって《老いの進み方：自立－介助の程度》にも、認知症によって弱っていく面は考慮に入っていません。しかし、私たちが老いていくプロセスを見通して心積りする際には、認知症になる可能性も考えなければと思う方は多いと思います。では、どのように考えたらよいでしょうか。

26

くらい必要かによって測るという考え方があり、臨床フレイル・スケールと併せてそのような尺度が提示されています（⇒本冊子60頁参考資料2）。これは、程度を軽度－中等度－重度と3段階に分けており、それぞれの段階の自立－介助の程度は、「老いの進み方」の5（軽度介助）、6（中度の介助）、7-8（全介助）にほぼ対応しています。

身体的老いの進み方と認知症の進み方は並行しているとは限りません。また認知症をフレイルとどう考え合わせるかについては専門家の間で見解が未だ一致していません。ですから、本冊子では、まず身体的な老いの進み方について考えた上で、認知症も心積りに入れたい場合は、「身体的老いの進み方はかくかくの程度で、認知症がしかじかの程度の場合、私はこのような暮らし方、疾患になった場合の治療の受け方にしよう」というように心積りしてはいかがでしょうか。



2-2 発達段階に沿った「暮らし」について

以下では、いくつかのトピックについて、どのように暮らしたいか、どういう医療・ケアを受けたいか、受けたくないかを考えていきます。



まずは、暮らし方について考えましょう

以下の点について検討して、次頁の記入欄・記入例を参考に、「記入編」P6に記入してみましょう。

① どこで、誰と暮らしましょうか

● 現在の暮らし 今はどこで、誰と暮らしていますか

*記入例1 一戸建住宅 妻と二人暮らし

*記入例2 賃貸マンション 夫と息子(35歳)と

現状のままで暮らす範囲について、次頁の記入欄の例のように、現在の暮らしを続ける予定の時期を⇒を記入して示してください。いろいろな時期があれば、その⇒の右に⇨で示すなど自由に工夫してください。

● 将来の暮らし 現在の暮らしができなくなったら、どこで、誰と暮らしますか

*記入例1 ・どちらかが壮健の間は現在のまま

・妻と私のどちらかが《中度の介助》以上になり、もう一方が《要支援～軽度の介助》になったら、二人で入れる施設に入る。

*記入例2 ・どちらかが壮健の間は現在のまま

・息子が結婚して、自分たち夫妻と一緒に暮らしてもいいという場合、二世帯住宅を建てる(頭金にあたる相当額をこちらがもつ)。その場合、周辺の介護に関するサービス等の状況を予め調査し、要介護状態になっても、社会的ケアを受けられるように準備しておく。

・息子夫妻と一緒に暮らすことが難しい場合、・・・

将来は現在とは別の暮らし方になると予想している場合は、次頁の記入欄の例のように、現在の暮らしを続ける⇒の部分の右側に、将来の暮らし方の部分を⇨などと記入してください。

② 支援が必要になったら

● **家族の援助の可能性**：〔ある / 期待できない / ない〕←該当するものに○をつけてください。また、コメント欄には、誰からどの程度の援助を受けることが期待できる／期待できないを、具体的に記入してください。

● **暮らす予定の場所の周囲の社会資源**：〔豊富にあるので安心／あまり期待できる内容ではない／分からない〕←該当するものに○をつけてください。また、コメント欄には、具体的に書くことがあったら、

自由に記入してください。ここで「社会資源」としては、デイサービス・ショートステイ・ヘルパーなど、老いが進んでも暮らし易さを支える各種サービスを考えます（この部分は下の記入例では省略しています）。



あなたは今「老いの進み方」のどの段階でしょうか？また「今後の暮らし」の心積りは？

次の記入例を参考にして、「記入編」P6の2-1の図の、「私はこのあたりかな」と思うところに○を付けてみてください。また、今後の暮らしについて考えましょう。

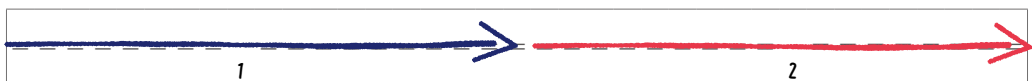
記入欄・記入例

→記入編 P6 にご記入ください

2-1 私の発達段階



2-2 発達段階に沿った暮らし



①どこで誰と暮らすか

●現在の暮らし¹ 郊外の一戸建てで、妻と二人暮らし 近所に長男夫妻が住む

●将来の暮らし² グループホームで楽しく暮らす看取ってもらえるところを探す

②支援が必要になったら

●家族の援助の可能性 ☒ 有 / 期待できない / ない

長男夫妻が援助してくれると言っているが、同居するというのは互いに気づまりだ。グループホームで基本的な世話をしてもらい、ときどき息子たちが来て、ドライブに連れ出してくれるとか、食事を一緒にするといったことが一番快適なのだと予想。

他人の世話にならないように生きるのがよい

以前は、「子が親の世話をするのは当たり前だ」と言われ、そういう社会通念を背景に、家族ないし親族単位で、子たちは協力しあって、または誰かが代表して、親の世話をしました。時に、子がいるのに親の世話をしないため、住居の周辺の人たちがある程度の世話をするというようなことがあると、「子（息子・娘・嫁）は何をしているのか」と非難されたのでした。「他人の世話になる」ことに対する否定的な気持ちは、このような状況に由来するものだと思います。

こうしたことを巡る事情がその頃から現在大きく変わったのですが、その核にあるのは、「家族」の規模が小さくなり（核家族化）、上記のような昔からのやり方では、子にかかる負担が個人では負いきれないようになってきたことです。また、親族がばらばらに暮らすようになり、仕事の関係で、子の一家は親の暮らすところから遠く離れて暮らしているということも普通になってきています。こういう中で、「子の世話になる＝子に迷惑をかける」ことに対する否定的な思いが（これは親の情として以前からあったのでしょうか）、親に当たる側の発言としてよく聞かれるようになったと思われます。また、団塊の世代の少し上の世代から「自分たちは親の面倒はみたが、子に見てもらえるとは思わない」といった発言がなされるようになったのではないのでしょうか。

介護保険制度は、家族単位で高齢者の世話をするというあり方が崩れた現代の状況に対応するために導入されたものです。ですから、この制度全体が、国民同士の助け合いであって、この制度を利用して、社会資源をつかって、老後の生活を支えることは、一方的に「他人の世話になる」わけではなく、「協力し合う」あり方です。ですが、いまだに多くの地域で、介護保険等により社会資源を使うことに対する否定的な感情が続いていて、それを使うことを考える際に「ご近所の目があるから」と躊躇する原因になっているようです。

しかし、皆がご近所の目を気にして社会資源を使わないでいると、社会全体の状況は改善せず、かえって悪化してしまいます。使わないことが標準になってしまうからです。ですから、高齢と共に衰えてきて支援・介護が必要になったら、社会資源を率先して使うことが、社会を住みやすくすることになります。つまり、社会資源を使うことで社会をよくすることに貢献しているのです。

ただし、だからといって社会資源はいくらでも自分が希望するだけ使ってよいというわけでもありません。社会全体として提供できる社会資源（つまりパイの大きさ）には限りがあります。それを理解して、一人一人が「これくらいなら使っていいたろう」と考える時代になっているように思います。つまり、「それぞれが思い思いに生きる」ことと、「協力し合って生きる」こととのバランスをとる必要があるわけです。

2-3 発達段階に応じた今後の活動

以下の点について検討して、次頁の記入欄・記入例を参考に、「記入編」P7に記入してみましょう。

- **今後の活動** 現在取り組んでいる主な活動を挙げてください。どのような活動をどのくらいやっているでしょうか。次のような活動を参考に考えてみてください。

- ・収入が伴う労働（種類や1日あたりの平均労働時間）
- ・家事労働（食事全般・掃除・洗濯といった内容と1日あたりの時間）
- ・社会活動・ボランティア（町内会役員・被災地支援ボラ等の内容と1週間あたりの時間数）
- ・体育系の趣味（ダンス・水泳・ハイキング等の内容と、1週間あたりの時間数）
- ・技術や創造系の趣味（陶芸・園芸・書画等の内容と、1週間あたりの時間数）
- ・その他

また、今後やってみたい活動を挙げてください。活動の内容については上記に挙げた分類や内容、時間数を参考にして記入してください。

- 以上で挙げた諸活動のうち、今取り組んでいる活動については今後どこまで続けるか、どうなったら終わりにする、あるいは活動の形態を変えるかを、帯状の部分に➡などを入れながら、記入してください。

また、今後始めてみたい活動については、どこから始めるか等、今後の見通しを図に記入します。

例えば、次頁の記入例を書いた林野さんは次のように心積りをしました。

林野さんの心積り

私は現在ある中企業の会社役員として働いています。現在は仕事が忙しいので、趣味は自宅の庭に棚をつくって、山野草を育てているくらいです。

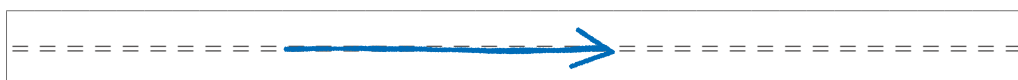
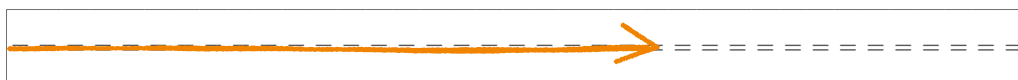
最近やや衰えを感じて、近い将来、役員を退こうかなと考えはじめました。仕事から退いたら、昔からやりたかった陶芸をやって、自作の鉢で手のかかる山野草を育てたいと思っています。家事も少しは手伝おうと思っています。もっとも、妻はかえって手間が増えるなどと言っていますが、園芸も陶芸も老いが進むといずれ自分で作業はできなくなり、他人が作ったものを鑑賞して楽しむようになるんだろうな、とも思います。

記入例

林野さんは次のように記入しました。



2-3 今後の活動



ご自分の場合を記入してみましょう

→記入編 P7にご記入ください

よろしければ下のほうの空欄に、林野さんのような追加説明を記入してみてください。

**ステップ
3****今後の治療・ケアについての
心積り**

- ここでは、今後選択をしなければならなくなることが多い治療等（医学的介入）をテーマにして、心積りをしていきます。
- 以下のそれぞれのトピックについて、「社会の平均的な人生観・価値観に基づいて医学的に判断する限りでは、受けたほうがよい／受けないほうがよい」という推奨が書いてあります。これを参考にしながら、あくまでもあなたご自身がどう希望されるか、心積りされるかを検討して、記入していただきます。
- できるだけ、ご家族も交えて、話し合いながら、考えていくことをおすすめします。話し合いを通して、ご家族とも共通理解しておくことが、いざとなった時にあなたご自身の希望に配慮した対応をご家族がしやすくなるからです。
- また、医療・介護を受けている状況でしたら、その関係者で相談にのってくださる方と相談しながら、考えて行くことが大事です。専門家は多くのケースを知っているので、いろいろな面に目配りしながら、あなたご自身の考えを聞いて、あなたの人生観・価値観に沿った最適の選択ができるように、サポートするはずです。

3-1 積極的な治療について**3-1-1 効果と後遺症**

まずは、「病気になったときに、治癒ないしいのちを延ばすことを目指す治療をどこまでやるか」について考えます。はじめに次のような例について考えてみましょう。

【事例1】

春山さんは、89歳 男性 独り暮らしです。子は3人いて、いずれも近くに住んでいます。グランドゴルフが楽しみで、今の暮らしをできるだけ続けたいそうです。

最近嚙声（かすれ声）が強くなり、調べたところ、喉にがん性の腫瘍が見つかりました。治療法について主治医は次のように説明してくれました。

治療法① 手術

がんはまだあまり広がっていません。手術（声帯をとる、永久気管孔）と放射線によって、がんをほぼ徹底的に取り除くことが可能です。

- 少なくとも相当長い間、生き延びることが可能になります。最期まで再発しないで済むかもしれません。
- ✕ ただし、発声ができなくなります（訓練すれば、別の声の出し方ができるようになるかも）。また、鼻・口ではなく、首に開けた穴で呼吸することになりますから、鼻をかめないとか、そばをすすって食べられないといった生活上の不便が生じて、慣れるのに時間がかかるかもしれません。
- △ 身体が高齢で弱ってくると、手術に耐えられるかどうか、また、回復が遅くなり、老化の進行もあって、術後どれだけよい生活ができるかなど、よく考えましょう。

治療法② 放射線治療

- 放射線治療だけだと、治療の副作用があるかもしれませんが、その後はこれまでと同様に暮らすことができます。
- ✕ ただし、がん腫瘍を全くなすことは難しいので、やがて大きくなって、呼吸困難などの症状が出るおそれがあります。
- △ 治療法①より余命が短くなるかもしれません（ただし、高齢で衰えが進んでいると、①が必ずしも余命を長持ちさせるとは限らないため、②のほうが長生きになるかもしれません）。

治療法③ 緩和的対応

緩和的対応のみで、辛い症状を和らげるだけにすることもあります。

- 治療による辛さがなく、しばらくはこれまで通り暮せるでしょう。
- ✕ ただし、がんが広がってくるので、嚥声の進行、呼吸困難感が出てくるでしょう。
- △ 辛くないようにすることは可能ですが、①がうまくいった場合に比べると、余命が短くなる可能性が高くなります（ただし、高齢で衰えが進んでいると、①が必ずしも余命を長くするとは限らないため、③のほうが長生きになるかもしれません）。

➡ 春山さんは子たちも交え、よく話し合った結果、声を失い、辛いことがいろいろ生じる生活に慣れるのは無理だと判断し、「残りの人生はできるだけ快適に過ごしたい」という目標を選んで、手術はしないことにしました。

【事例2】

秋川さんは55歳の男性です。妻と次女の3人暮らし。自営業です。秋川さんも事例1の春山さんと同じような症状で診察を受け、医師から同様の説明を受けました。

- 秋川さん本人は最初、手術について「声を失い、永久気管孔の生活になったら、生きていても面白いことがない」と、②だけにしたいと希望を表明しました。
- ところが、妻と娘は「お父さんはまだ若いんだから、最初は辛くても慣れる。なんといっても生き延びられるほうがいいでしょ。私たちも、お父さんにまだまだ一緒にいてほしい」と、手術を受けるよう秋山さんを説得しました。

→秋川さんは、それなりに「生きていてよかった」と思える生活が可能なのでは?と思い直して、①を選びました。



春山さん、秋川さんの選択について、考えてみましょう

あなたは、春山さん、秋川さんの選択について、どう思いますか？

.....

.....

もし、自分だったら、失声や気管孔を覚悟して手術を選ぶか、選ばないかの境目は？
(春山さんと秋川さんの場合を参考に)

- 今のご自分だったら、選びますか？ また、それはなぜですか？

.....

.....

- 今なら選ぶという場合、今後どういう状態になったら選ばないことにしますか？

.....

解 説

壮年期までは、何らかの生命にかかわるような疾患にかかったり、事故に遭ったりした時に、可能な限り回復を目指します。その際、**快適な人生ができるだけ長持ちすることを目指した積極的な治療**を選択しようと思いますが、長持ちのために、**快適さがある程度下がることはやむを得ない**と考えてもいます。例えば、上記の例のように、声帯を切除し、声が出せなくなっても、がんの再発をできるだけ防ぎ、人生が長持ちするほうがよいと考えるわけです。

高齢になっても、まだ元気なうちは壮年期と同様の治療を受けるのがよい、と周囲の者は思うでしょう。本人も、積極的な治療がもたらす後遺症等を恐れて、最初は嫌がるとしても、よく考えて「仕方がない」と思うようになるのが一般的ではないでしょうか。ただし、いくら元気でも、非常に高齢になっておられる方は、「もうこの歳になってそんな辛い生活を送りたくない。十分生きたし、あとは静かに余生を過ごせば十分です」と考える場合もあるでしょう。

老化のために身体全体が衰えてくると、**治療がもたらすプラスの効果とマイナスの効果を比べ**、かつ、**人生の残り時間の見込みや、マイナス面の影響を考え**、「そういう辛い結果が残る治療はもうなくていい」と思うケースが増えるでしょう。

さらに老いが進むと（「老いの進み方」の全介助以上）、医学の専門家のほうが、「この治療は益よりも害のほうが大きいから、おすすめできません」と判断することが多くなります。

プラスとマイナスを考え合わせることはいつも必要です。上の例で春山さんは手術を避けましたが、もし手術をしなかった場合に、首の周辺の腫瘍が大きくなり、崩れて、喉のあたりが辛い状態になり、臭いもあって苦痛が大きくなるおそれがあるとしたら（つまりマイナス面が大きい）、選択は今回とは違って来たかもしれません。



ご自分の場合を考えてみましょう

以下では、大まかな心積りをします。実際に積極的な医療をするかどうかを考えなければならない状況になった場合には、改めて治療がもたらす益と害をより具体的に考えた上で、決めてください。例えば、身体の衰え、治療の効果、後に残る辛さとその対策等について、担当の医師に相談し、また医療・ケアチームと話し合う中で、ご自分の判断を提示して、意見を求めることをおすすめします。ご家族とも話し合ってみてください。

高齢による身体の衰えの影響についての、これまでの説明を参考にした上で、ご自身の生き方や価値観、人生の事情を考えながら、どこまで受けるかをお考えください。



次のページの図を見ながら以下の説明を読んで、「記入編」P8にご自分の心積りを記入してみてください。

〔記入の仕方〕

① 次頁の記入例中、手書きの矢印が描かれている帯状の部分は、上のグラフの「壮健」から「全介助&

老衰」までの段階に対応しています。ここに、ご自分だったら、このあたりまでは受けるという範囲を「➡」で示してください。

- ② 治療後の辛さといってもいろいろあるので、一概に「この時期までなら我慢する」と言えないことが多いでしょう。ですから、➡を記入する際に考えた「辛いこと」の内容を「○相当な辛さの内容」の欄に記入してください。

また、➡を書く時に基準にした辛さとは別の辛さを考えると、どこまでやるかの時期が違ってくる場合、そのことを簡略に記し、帯状の図に別の➡を加えて記します。記入例を参考にしてください。

- ③ ご自分の心積りが、周囲の方たちの考えと違うことがあっても、おかしくはありません。ただ、そのような考えを周囲の方たちに理解していただかないとご自分の意思の通りには実行されませんので、そうお考えになった理由を「○メモ」欄に記してください。また、記すだけでなく、ご家族や医療・ケアの関係者と話し合い、合意を目指しましょう。

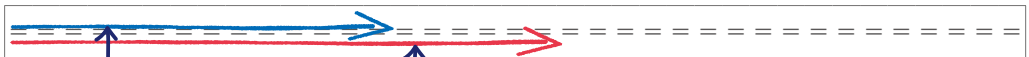
記入欄・記入例

➡記入編 P8 にご記入ください



3-1-1 相当な辛さが残る積極的な治療

・相当な辛さが残る積極的な治療・・・①



・「相当な辛さ」の内容・・・②

失声 失明 ・ 四肢の一部切断 その他 (首から上が飲食・会話等に差障る場合)

・メモ・・・③

中度の介助になったら、失明や四肢の一部切断も、それによって辛さがよほど減じる場合を除き、「相当な辛さが遺る」ので、私としてはもう受けないでよい。

3-1-2 効果と治療時の辛さ

前項では、治療後に辛さが残る積極的治療について考えました。ここでは、治療中に「辛い・嫌だ」と本人が感じる場合について考えます。例えば、ある手術を受ければ治癒が見込まれ、しばらくはこれまでとほぼ同様の生活を続けられますが、手術前後の期間を含め、高齢者には痛かったり、苦しかったりする辛い時期が予想されるとしたら、どうしますか。心身があるところまで衰えた時のことを予想すると、「ここまで衰えたら、もう治療中の辛さも避けたい」と思う方が多いのではないのでしょうか。



ある高齢者の事例を考えましょう

【事例3】

キミさんは、90歳を過ぎていて、中度から重度要介護の女性です。認知症も進んでいますが、家族は見分けられます。会話はあまりしなくなり、簡単な言葉しか出てきません。

さて、このところ便にときどき血が混じるようになり、また、血が見えない時も「タール便」といって、体内の出血が便に混じったことによると考えられる状態の黒い便になっています。医療者は大腸がんを疑っています。

このような場合、壮年期までの患者であれば、下部消化管の内視鏡検査をすることになります。しかし、内視鏡を挿入される辛さに、キミさんは耐えられないのではないかと判断されました。認知症が進んでいるので、我慢しなければならない理由が理解できないと思われました。実際、血液検査程度でさえも、説明すると、「痛いのは嫌だ」と答えていたのです。

では、そういうご本人の気持ちがあっても、検査をぜひともしなければならない理由はあるのでしょうか。例えば大腸がんだと分かり、その位置や大きさが分かったらそれに対する積極的治療を選択するでしょうか。否、手術だの抗がん剤だのという積極的な治療は、この方が壮年期であれば、大いに有益であった可能性が高いですが、心身の衰えが進んでいるこの方には適切とはいえないでしょう。



キミさんの場合について、あなたはどのように考えますか？

ご家族と話し合ってみませんか。



以下の説明を読んで、ご自分の場合を「記入編」P8に記入してみてください

治療中の辛さを我慢して積極的治療を受けるかどうかについて、ご自分の考えを図に記入してみてください。次の記入例を参考にしてください。

記入の仕方は前項の場合とほぼ同様です。次の説明も参考にしながら、お考えください。

- ①「治療がこんなに辛いのなら受けたくない」とする場合の「辛さ」にはいろいろあります。あなたが考え易い辛さを選んでください。
- ② ①で選んだ辛さを念頭に、帯状の図に「この辺までなら我慢できる」というところまで➡を記入します。
- ③ 帯状の図の部分に➡を記し、辛さの内容を選んだだけでは、あなたが伝えたいことを十分表現できていないとお感じになるかもしれません。そういうことがある場合は「メモ」欄に自由に追加して説明してください。

記入欄・記入例 ➡記入編 P8にご記入ください

3-1-2 治療中相当に辛い積極的な治療



・治療中相当に辛い積極的な治療・・・②



・「相当な辛さ」の内容・・・①

痛み、気持ち悪さ、じっとしていなければならないこと、その他()

・メモ・・・③

認知症が進んでいる場合、上の➡よりももっと早く いろいろガマンできなくなるかもしれない。治療の効果にもよるが、できるだけガマンしないでいいようにして欲しい。

3-2 生命維持

3-2-1 生命維持 水分と栄養

生命維持を行って生き続けられるなら、やらねばならないか？

本項と次項では、生命を長持ちさせる手段のうち、医学的な介入としてなされるもの（生命維持治療）について考えます。生命維持治療としては、人工呼吸器により呼吸を助ける、人工的に水分や栄養を補給する等の方法があり、前項までに考えた積極的治療に伴ってしばしば行われます。そういう場合は積極的治療の一部ですから、積極的治療をすることになったら、それに伴って実施することになります。また、この場合は治療が功を奏して身体が回復してきた場合には、自力で呼吸したり、飲食したりできるようになるでしょうから、生命維持を終了することになります。

ここでいう生命維持は、そういう積極的治療に伴う場合ではなく、身体が衰えてきて、自力では十分な呼吸ができなくなった、十分飲食ができなくなった場合に、それを補うことによって、生命を長持ちさせようとすることです。

本項では、まず、飲食ができなくなってきた場合を考えます。

例で考えましょう

高齢になって、口から食べたり飲んだりすると、誤って気管支のほうに行ってしまうようになりました。むせることがよくあります。熱が出て辛くなり、受診すると、誤嚥性肺炎だと言われます。

さて、ある高齢者は、病院で診察を受けたところ「嚥下機能（ごっくんと飲み込む働き）に問題が起きています。それで食べたものが、食道から胃に行くべきなのに、気管支から肺のほうに行ってしまうんですね。さしあたっては口から飲んだり食べたりするのは危険です」とのことで、「人工的に栄養補給をするかどうかを考えましょう」と医師から言われました。

人工的水分・栄養補給法には、いくつかのやり方がありますが、比較的長期間必要だという場合、《胃ろう》といって、お腹から胃にごく小さな穴をあけて、そこにチューブを通す器具を取り付ける方法があります。そのチューブを通して水分や栄養を人工的に栄養補給して生命を保つ方法が、まずは候補になります。この他、「経鼻経管栄養法」といって、鼻から喉・食道を通して胃にいたるチューブを入れ、それを通して水分・栄養補給をするとか、「中心静脈栄養法」という胸の鎖骨の近くから太い静脈に経路を作って、高カロリーの輸液をする方法があります。

本人・家族にとっては、こうした人工的水分・栄養補給の具体的方法を考えるに先立って、「人工的に栄養補給をするかどうか」が先決問題です。

以下では、人工的营养補給をするかどうかを考えた例を3つみてみましょう。3例とも、以上に説明した人工的营养補給をするかどうかを考える状況は共通しています。

【事例4】

山下さんは、「脳梗塞の後遺症で嚥下機能が麻痺していますが、やがて回復する可能性があります」と言われました。認知症もないし、飲み込みの問題以外は、まだかくしゃくとしています。

➡ 山下さんの選択

自分で選んで、胃ろうを造設して、元気に生活を続けています。

【事例5】

川辺さんは 上の山辺さんとほぼ同じ状況で、同じことを言われました。

➡ 川辺さんの選択

「カクシャクとしているといっても、年齢には勝てない。だんだん衰えていることは分かってる。口から食べられなくなったのも、その流れの中でおきたこと。だから、人工栄養は要らないよ」と言って、ごく少量、口から食べたり、飲んだりできる範囲で水分・栄養を摂るだけでした。

【事例6】

野中さんは、自分では寝たり起きたりができません。認知症も進んでいて、息子、娘のことも分らなくなっています。誤嚥を繰り返すようになり、診察した医師から次の説明がありました。

「嚥下機能が回復することは難しいでしょうね。でも、胃ろうを作って人工栄養にすれば、まだしばらくは生きることができます。こういう状態で、2年くらい生きる人も結構いますよ。人工的に栄養を補給しないで、水分だけの補給だと、予後は1ヵ月半くらいでしょう」と言われました。

➡ 野中さんのご家族の選択

家族は胃ろうを選びました。周りのことが分らないようですし、楽しい・悲しいということもないようですが、生き続けることができています。



さて、これらの選択について、あなたはどのように考えますか

山下、川辺、野中さんについての選択をどう思いますか？

あなた自身のことだったら、またはご家族（伴侶、親）がこういうことになったら、どう考えますか？

人工的水分・栄養補給を選択するかどうかの境界はどんなところにあるでしょうか？

解説

Aさんは高齢により身体全体が衰えてきています。認知症も進んできました。身体にいろいろな問題が起き、毎日の生活には周囲のサポートが必要です。

上述の野中さんの場合もそうでしたが、こうした状況でしばしば

「人工的水分・栄養補給をしていけば、こういう状態でも2年、あるいはそれ以上生きておられる方も結構いますよ。人工的な栄養補給をしないと、水分補給だけでは1ヵ月半くらいで終わりになるでしょうね。」と説明されることがあります。

こう説明されると、多くのご家族は、「**2年とか、それ以上とか生き続けられる方法があるのに、それをしない手はないだろう**」と思うことでしょう。

でも、ちょっと待ってください

「あとどれくらい生きられるか」という長さだけを理由にして選ぶと、後で悔やむことになるかもしれません。栄養補給をしてよかったと満足しておられる家族もたくさんいますが、「本人にかわいそうなことをした、こんな状態で無理やり生かすようなやり方は本人に何の益にもならない」と悔やんでいる家族も多いのです。

医師に、余命の長さだけでなく、どういう生活になる見込みかも説明してもらいましょう。

心積りの留意点

「かくかくの治療をすれば、余命を延ばせます」というだけで、どうするかを決めるのはやめましょう。本人の人生にとってどうすることが最善かを考えるためには、残りの長さだけではなく、内容も予想する必要があります。

大事なのは、長さだけではなく、中身です。「本人らしく最期まで生きる」ことを実現するためには、ここが考えどころです。

人工的水分・栄養補給のほかに、人工呼吸器をつけるかどうか、腎不全に対して透析をするかどうか、肺炎に対して抗生剤を投与するかどうか、等々、同様に考えられることがいろいろあります。人工的な栄養補給については、客観的には、《軽度の介助》あたりまでは、他に問題が起きているわけではなく、口から飲食できないという問題だけであれば、人工的な栄養補給をすれば、まだ楽しいこと、生きていてよかったと思えるような人生をしばらくは続けられると見込まれます。また、《全介助》以降は、通常害あって益なしと考えられます。この二つの間の部分は、本人の人生観・価値観によって違った選択があるだろうと、考えられます。もちろん、客観的には実施したほうがよいのではというおすすめがある時期でも、ご本人を中心に、関係者が話し合った結果、ご本人の人生にとってはやらないほうがよいという結論になる場合もあるでしょう。

人工的な水分補給については、栄養補給をすると決めたら、通常は水分補給もします。栄養補給をしないと決めた時期については、水分補給をどうするか考えます。客観的には、一律に「する」「しない」ではなく、本人にどちらが快適か、負担が少ないかを専門家に医学的に判断していただき、快適・負担が少ないほうを選ぶ、というのがおすすめです。

なお、人工的な水分栄養補給について、より詳しく説明した冊子もありますので、必要がある方、ご関心のある方はご参照ください（⇒p61 参考文献4）。



ご自分の場合を考えてみましょう

次頁の記入欄・記入例をご覧ください。記入の仕方は、前項までのやり方と同様です。加えて

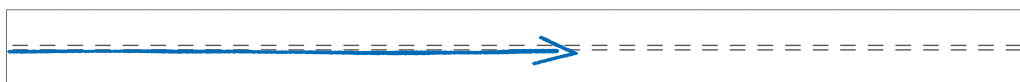
- ① ここでは、栄養補給はしない時期（図に記入した➡の右側の時期）に、水分補給はどうするか的心積りを記入します。ご自分の考えに近い項目の□にチェックを入れてください（⇒☑）。「その他」を選んだ場合は、ご自分なりの心積りを記入してください。
- ② 心積りがおすすめとかなり違う場合はその理由を、また付け加えたい条件や補足事項があれば記入してください。

次の記入例を参考にして、「記入編」P9にご自分の場合を記入してみてください。



3-2-1 生命維持 水分と栄養

・口から食べられなくなった時の人工的な栄養補給



・人工的な栄養補給はしないことにした時期の水分補給：

- ☒ 基本的にはしないが、したほうが辛さが軽減されたり、より快適になると見込まれる場合はして欲しい。
- ☐ 水分補給は最期までして欲しい。ただし、やめたほうが辛さが軽減されとか、より快適になると見込まれる場合は、やめる。
- ☐ その他（ ）

・メモ

少し前に、「胃瘻はよくない」と誰かから聞いて、そういうものかと思っていました。そういうわけではないのですね。まずは人工的な栄養補給をするかどうかを考えると、それをした場合の残りのいのちの長さだけでなく、どういう生活になるかと、中身を考えるということが重要だと理解しました。

3-2-2 生命維持 人工呼吸器

生命維持について一般的な考え方は前項で説明しました。本項は、自力で呼吸ができなくなった場合の人工呼吸器をとりあげます。

〔人工呼吸器〕

人工呼吸器は一般市民もよく知っている機器です。自力では生命を保つのに十分な酸素を呼吸によって取り入れることができない場合に、これを着けて酸素を補給します。非侵襲的なもの（口・鼻にマスクのようにつけて、空気を送り込む）と、侵襲的なもの（首に穴をあける気管切開をしてそこに管を着けるか、喉に挿管するかして、空気を送りこむ）とがありますが、ここではより厳しい状況でも効果がある後者を念頭において考えます。

侵襲的人工呼吸器が使われる場合、神経難病で自力呼吸はできなくなったが、意識は保たれているといった場合もありますが、多くの場合は呼吸困難だけではなく、他の辛い症状も伴っています。意識が混濁していたり、意識不明になっていたたりすることも多いでしょう。高齢で衰えてきているところで、人工呼吸器を着けないと生命が保てないという場合、回復の可能性がどうなのかが、大事なチェックポイントになります。

老いの程度が《全介助》以上になっている場合、回復は難しいことが多く、また、呼吸器により回復したとしても、本人の人生にとって益になるほどの回復は一般に無理ですから、本人の人生によかれという目標設定で考えたら、多くの場合人工呼吸器はおすすめできません。自力呼吸が落ちてきたところで、「寿命だ」と考えるのが、「人生を全うする」という観点ではよりよいと思われます。

しかし、ここを乗り切れば、回復が可能であり、その先には「生きててよかった」と評価できる日々が望める状況でしたら、人工呼吸器は本人の人生を支えるよい手段となるでしょう。ですから、こうした場合には呼吸器を着けることがおすすめとなります。

おすすめできない場合とおすすめする場合との間に、本人の人生観・価値観によって対応が異なってくるであろう場合があります。本人を中心に、家族や医療者でよく話し合っ、本人の人生に相応しい心積りを目指してください。



ご自分の場合を考えてみましょう

次の記入欄・記入例をご覧ください。記入の仕方は、前項までのやり方と同様です。

なお、「○メモ」欄に書くことは前項までと同様ですが、非侵襲的な呼吸器と侵襲的な呼吸器を区別して記入したい場合なども「○メモ」欄にどうぞ。

記入欄・記入例

→記入編 P9 にご記入ください



3-2-2 生命維持 人工呼吸器



○メモ

この➡の意味は、お医者さんがやらないほうが良いとおっしゃるような状況なら、やらないけれど、とくにやらないほうが良いとおっしゃらない場合には、人工呼吸器を着けてください、ということです。私はまだ生きることには未練があるのでしょね。

3-2-3 生命維持 人工透析

腎臓の働きが弱くなって、血液中の余計な水分や老廃物を尿にして排出する働きが衰える慢性腎不全が進み、血液中の水分や老廃物を人工的に取り除く「透析」と呼ばれる治療を定期的にしないと、生命を維持できない状態になった時にどうするかということについての心積りです。これは、今、この心積りノートを作っているすべての方に心積りしておいていただく、ということではありません。

すでに腎機能が低下し始めている方、糖尿病等で将来、腎不全になるおそれがある方などには大事

なところですので、お世話になっている医療機関でご相談になり、心積りをしてください。なお、本心積りノート作成グループと同系列の研究グループから、ご本人・ご家族の選択をサポートする冊子が刊行されていますので、必要でしたらそちらもご参照ください（⇒P61 参考文献5）。

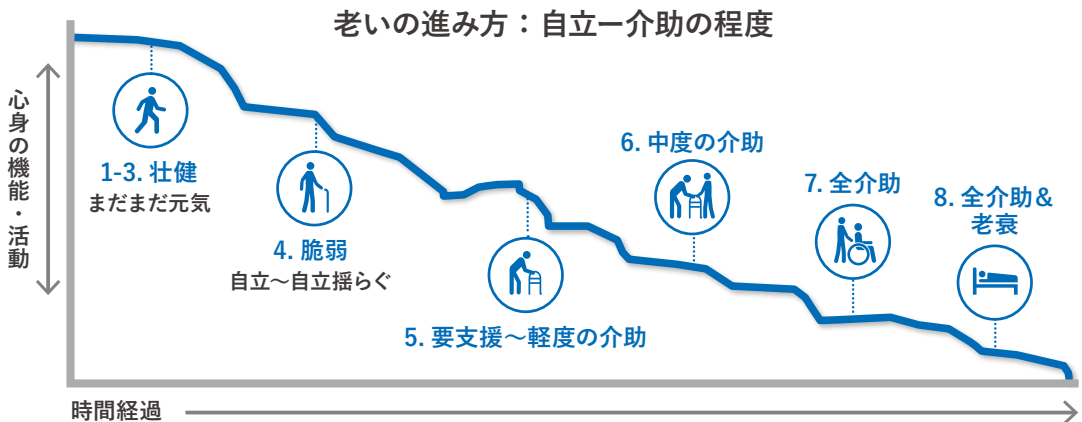


ご自分の場合を考えてみましょう

次の記入欄・記入例を参考にして、「記入編」P8に記入してみてください。記入の仕方は前項の場合と同様です。なお、「○メモ欄」も同様ですが、透析関係では、血液透析と腹膜透析を区別して記したい場合などにもご利用できます。

記入欄・記入例

→記入編 P9 にご記入ください



3-2-3 生命維持 人工透析（必要・ご希望に応じて記入）

→

○ メモ

糖尿病からの腎不全が進んでいて、近く透析療法を考える時がくると、医師に言われている。わしは糖尿だと言われても、平気で無茶してきたので、そのつけが回ってくるんだと思ってる。さんざん無茶した結果だから、透析せにゃ生きられんと言われた時に、さようでございますかと透析を受けるのは筋がとおらん。上の➡は、今後はいつだろうが透析は要らんという意味。

できるだけことはしてください？

医療の場で、時々患者本人あるいはむしろそのご家族が、医師に向かって「できるだけのことをしてください」とお願いするというのがしばしば見られます。

患者さんご本人に重篤な疾患があることが分かって、積極的な治療を考える場面で語られることもあるでしょう。が、積極的な治療はもう効果的でなくなった、死が近いことが予感されるような状況で、よく聞かれます。この場合は、「できるだけのこと**は**してください」になるでしょう。もう回復は望めません。死を避けられないのが事実かもしれません。でも、少しでも長持ちさせて、本人の日々が延びるように、家族と一緒にいられるように、「できるだけことはしてください」と訴えるのです。本人はもう意思表示ができない状況になっていて、家族が医師に向ってこう訴える場面が多いでしょう。

「できるだけのこと」というと、

(a) **現在の医学の知識・技術を使って可能なこと・効果がありそうなことはすべてやってください**

という意味でしょうね。 こういう場合の「効果」は、「生命を延ばす効果」であることがほとんどです。でも、それが本人の人生にどう益になるのかを考えてみましょう。治療には益もありますが、害も伴います。ですから、

(b) **現在の医学の知識・技術を使って可能なこと・効果がありそうなことのうち、本人の人生をより良くする見込みがあることをやってください**

あるいは、

本人の人生にとって益になることなら、できる限りやってください

と言っではいかがでしょうか。

医療側は「できるだけのこと」と言われると、(a)の意味で理解しますので、ご家族の気持ちに添えて、本人の人生にとって益になるとはいえないことでも、生命を延ばす見込みが少しでもあれば、やろうとする傾向があります。ですから、(b)のようなご希望であるならば、ご本人・ご家族側で何を希望しているかを誤解されないように伝える必要があります。

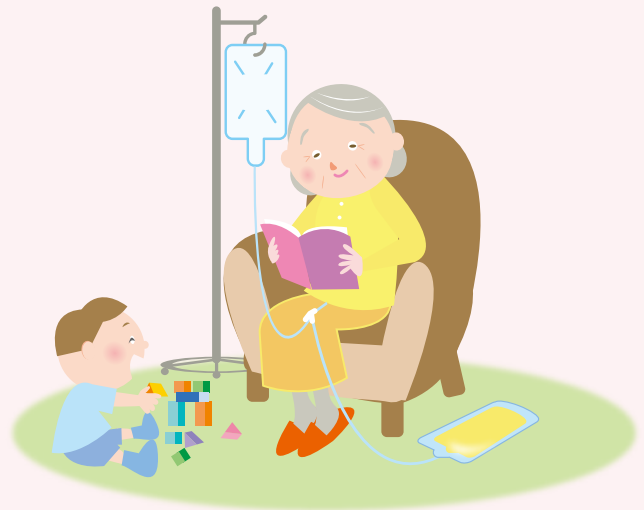
このことは、心身の老いが進むにしたがって、積極的治療や生命維持についての私たちの意向が変わるということにも大いに関連します。

☆「できるだけことはして欲しい」と同様の思いは、次のような発言となることがあります。

- 生命維持をして生き続けられるなら、やらねばならない
- 急変時には救急車を呼べば安心だ
- 最期は病院で手厚く（できることは全部やる）
- こんなに悪い状態なのに、入院させないでおくのか？点滴してもらわないのか？

これらは、「できるだけことはしてください」と並んで、医療に対する大きな期待を示すことばです。しかしながら、本ノートのこれまでの説明にもありましたが、医学を基礎にした積極的な治療は、いつでもしたほうが良いとは限らないこと、医療側で「ここまで衰えてきている場合は、やるとかえって本人を辛くすることになりますよ」と思っている場合もあることを、ここで今一度確認しましょう。

付記すると、人間関係の経緯にもよりますが、本人が受ける治療について口出しできる立場であり、事情が許せば自分も本人の世話をする立場だと思っている人で、遠くにいるとか仕事が忙しいといったことで協力できないことに内心痛みを覚えているような人ほど、「できるだけことはしてください」と主張する傾向があるように思われます。これは「本人にとって最善のことは、できるだけのことをするのだ」という誤解に基づくもので、こう主張することで、本人にとって最善のことをするに自分も助力したと思いたい場合が多いように思われます。そういう立場にご自身がたった場合に、**本人にとって最善のこと ≠ できるだけのことをする**という点を肝に銘じて振舞うことが望まれます。



3-3 快適さを目指すケア

本冊子P12～13で説明しましたが、医療が目指すことは、①生命を長く保つことと、②日々快適に過ごせることの2つからなっています。

昔から「元気で長生きがいい」と一般市民の希望が語られてきましたが、長生きと元気とはちょうど①と②に対応します。

また、②がいうところの「快適」は、「辛くなく過ごせる」ことだけでなく、「自分が持っている能力(残っている力)を発揮する機会がある」ことも含んでいます。

治療といわれるものは、大体が①と②の両方を目指すものなのですが、中には②つまり快適だけを目指すものもあります。緩和ケアはまさにそのような対応なのです。

[緩和ケア]

緩和ケアは、疾患にかかり身体的健康が損なわれることに由来して生じる、辛いと感じられる身体的な諸症状(痛み、はきけ、けだるさ等々)を始めとして、健康が損なわれることによる心理的な辛さ、社会において自分が占める位置や人間関係に関わる辛さ、そして、今の自分には生きている意味がないといった人間存在の根本に関わるような辛さにも対応して、いろいろなアプローチで、患者さん本人およびそのご家族の快適さを保ち、あるいは回復しようとしています。身体症状に対しては医学的な働きかけが中心になります。心理的な辛さも一部は向精神薬などの医学的対応ができるところもあるでしょう。しかし、それ以外は、医学以外の働きかけが中心になります。

緩和ケアは、昔は死が近くなった人生の最終段階でなされるものと理解されてきましたが、今では、疾患が見つかった時から最期まで、いつでも必要に応じてなされるものだとして理解されるようになってきました。そこで、本冊子P52の「記入編・記入例」の図中の「3-3 快適さを目指すケア(緩和ケア)」では、客観的・医学的には、全期間にわたって必要に応じて受けることをおすすめします。皆さんにこれを確認し、右端まで延びた矢印を描いていただくことを期待していますが、もちろん、個人的なお考えがあるかもしれません。

また、これと関連して、医療側から緩和ケアを受けることをすすめられた時に、「もうすぐ死ぬのだ」とか「そんな私がすぐ死ぬと宣言するようなことは言わないでください、まだ緩和ケアなんて早いです」と思わないでください。そうとは限らないからです。

ただし、現行の制度では、緩和ケア病棟(PCU)に入るという場合は、死が近づいているということでもある場合が多いでしょう。一時的に入院して症状コントロールがうまく行ったら退院して自宅等で過ごすというようなPCUの使い方がされることもあるでしょうが、PCUの制度が始まった時期は、「緩和ケアは終末期になされるもの」という定義がされていたので、そのような使い方が現在も主流です。し

かし、本ノートでは、緩和ケアというのは人生の終りの時期に限らず、どの時期であれ、人のいろいろな面における苦痛を和らげようとする活動を指すことばとして使っています。

[麻薬-モルヒネ／鎮静]

身体のあちこちが痛い場合、**通常の鎮痛薬**で痛みを緩和できるうちはそれをやりますが、通常の鎮痛薬では痛みがとれなくなってくると、**麻薬系の鎮痛薬**（モルヒネ、オピオイドなど）が選択肢になります。80年代半ばに、これを使って痛みを有効に抑える方法が開発され、その後も副作用ができるだけ出ないように投与の仕方が改善されてきています。ですから、通常は、余命が縮まるとか、常習になるとか、精神に異常が起きるといった心配は不要です。よく、モルヒネを使うと生命が短くなると思って嫌がる方がおられますが、それは誤解です。

また、余命が短くなるような副作用の可能性があったら、よほど人生の終りが近づいて、身体全体が衰弱している場合です。こういう場合に、余命が多少短くなることを嫌って、痛みの辛さを我慢する／我慢させるのは、本人にとっての最善からいうと、本末転倒です。我慢せよというのは、本人を痛みのうちに放置するわけですから、虐待に等しいことです。

次に、**鎮静（セデーション）**というのは、辛さを感じる意識を下げることによって（眠ったような状態、あるいは手術で全身麻酔をかけた状態に似ています）、辛く感じなくさせる方法です。モルヒネのような強い鎮痛剤でもやわらげられないような痛み等の苦痛でも、それを感じる意識を下げてしまうので、緩和が可能です。ただし、辛さがとれたからといって、何かできるようになるわけではありません。快適さについて、苦痛がないことと残っている力が発揮できるということを挙げましたが、この後者をできなくしてしまいます。言い換えると、鎮静には人間的な生活ができなくなるという重大な欠点があります（鎮静の度合いにもよりますが）。ですから、他に緩和する方法がない場合にやむを得ず実施するものとお考えください。

鎮静を適切に用いれば、生命を縮める効果はほとんどありません。生命が縮まるおそれがある場合については、上述のモルヒネの場合と同様に考えることができます。

[生命維持を終了する場合]

前項までに説明した生命維持（人工的栄養補給、人工呼吸器、人工透析）については、それぞれ「こうなったらもう選択しない」というポイントを考えていただきました。それぞれの図に記入した➡の右端を越えたら生命維持はしないのでしたね。ということは、それより左の時点で始めたとしても、➡の右端の時点になったら終了することになります。

加えて、生命維持を続けることが、かえて本人の身体に負担になり、快適さを減じてしまい、結局本人の人生にとって益とならなくなったら終了する、ということが、緩和ケアの考え方からいえます。



ご自分の場合を考えてみましょう

次の記入欄・記入例を参考にして、「記入編」P10に記入してみてください。記入の仕方は前項の場合と同様です。なお、「○メモ欄」も同様ですが、次のようなことを念頭において、ご希望を記すとよいと思います。

☆ 特に気をつけてほしいこと（特に心配で、ぜひコントロールしてほしい辛さがある等）

☆ おすすめの手段なのでよく考えたけれど、受けたくないこと（麻薬系鎮痛剤や鎮静等）、しないのが通常だそうだが、ぜひやってほしい緩和のための手段など

記入欄・記入例

→記入編 P10 にご記入ください



3-3 快適さを目指すケア（緩和ケア）



○ メモ

最期まで快適に過ごせるのが、最期の望みです。これはやらなくていい、などということはありません。いのちを無駄に延ばす必要はさらさらなし。快適に!大賛成。

3-4 急変した時

3-4-1 救急車を呼ぶかどうか



「急変時には救急車を呼べば安心」？

突然倒れて意識がなくなり、一緒にいた人（ご家族など）が救急車を呼ぼうかと考える時、かかりつけの医師がいる場合や訪問看護が入っている場合には、そういった専門家に電話をして容体を説明し、どうしようか相談できます。そこで「救急車を呼んだほうがいい」と言われたら、そうすることができません。相談されたほうも、ご本人の人生観や価値観を理解していないと、判断しにくい場合がありますから、あらかじめ本心積りノートを作る時に相談しながら作っている、といったことがあると有利です。また、急変時にはまず相談するということで了解をもらっておくとよいでしょう。

身体は老いに伴って相当衰えてきているが、これといった疾患はないので、これまで医療の世話になったことがない、という元気な方の場合、突然倒れると、かえって困ったことになりかねません。というのは、かかりつけのお医者さんがいないので、どこにも相談できませんし、ご家族がそのままにしておくのがよいと判断できるわけではないので（もちろん、緊急に手当てをすれば、また元気になるかもしれません）、あわてて救急車を呼びます。

呼ばれた救急車は救急救命が任務ですから、例えば心肺停止になっていれば、蘇生を始めます。それで命をとりとめ、回復に向えばよいですが、老いが進んでいると、回復しないことが多いのです。かつ蘇生自体が本人にダメージを与える場合が少なくありません（次項で詳しく説明します）。かつ、家族の目の前で倒れた場合は、すぐに救急車を呼んでいるからまだしも、倒れた状態で見つかったので、いつ倒れたか分からないという場合、回復の可能性は非常に低いのです。

しかし、「そういうことならば、救急車を呼ばない」とした場合に、かかりつけ医に定期的に診ていただいていると、そのかかりつけ医が死亡診断をしてくさるでしょう。しかし、日ごろ元気だと、かかりつけ医がいないことがあり、倒れたままで最期になると、死因がわからないので司法解剖が必要になるおそれがあります。このことはご家族が望まない顛末といえましょう。

それは人それぞれに定まった運命かもしれませんが、できるだけ、そういう事態は避けるように、元気うちから備えをしておいてはいかがでしょうか。

【おすすめの心積り】

- 老いの進み方の程度が軽い時期までは、壮年期と同様に必要と思った時には救急車を呼ぶ。
- 介助がある程度必要になったら、在宅の場合、それに対応できる医師に定期的に健診を受け、介護度申請の折りにも所見を書いてもらうようにし、かつ、急変時に救急車を呼ぶ前に相談することの了承を得ておく。この場合、本人の身体の状態に応じて、医師は「当分は急変時にはすぐ救急車を呼ぶほうがいい」などと、すすめるかもしれません。その他、細かい相談ができればベターです。

- 少なくとも《全介助》の時期、またその少し前の時期から、救急車は呼ばないで、かかりつけ医なり、訪問看護なりに連絡する。(以上は在宅で過ごしている場合を想定しています。施設で過ごす場合はこれに準じて、施設で動くよう依頼することになるでしょう)。



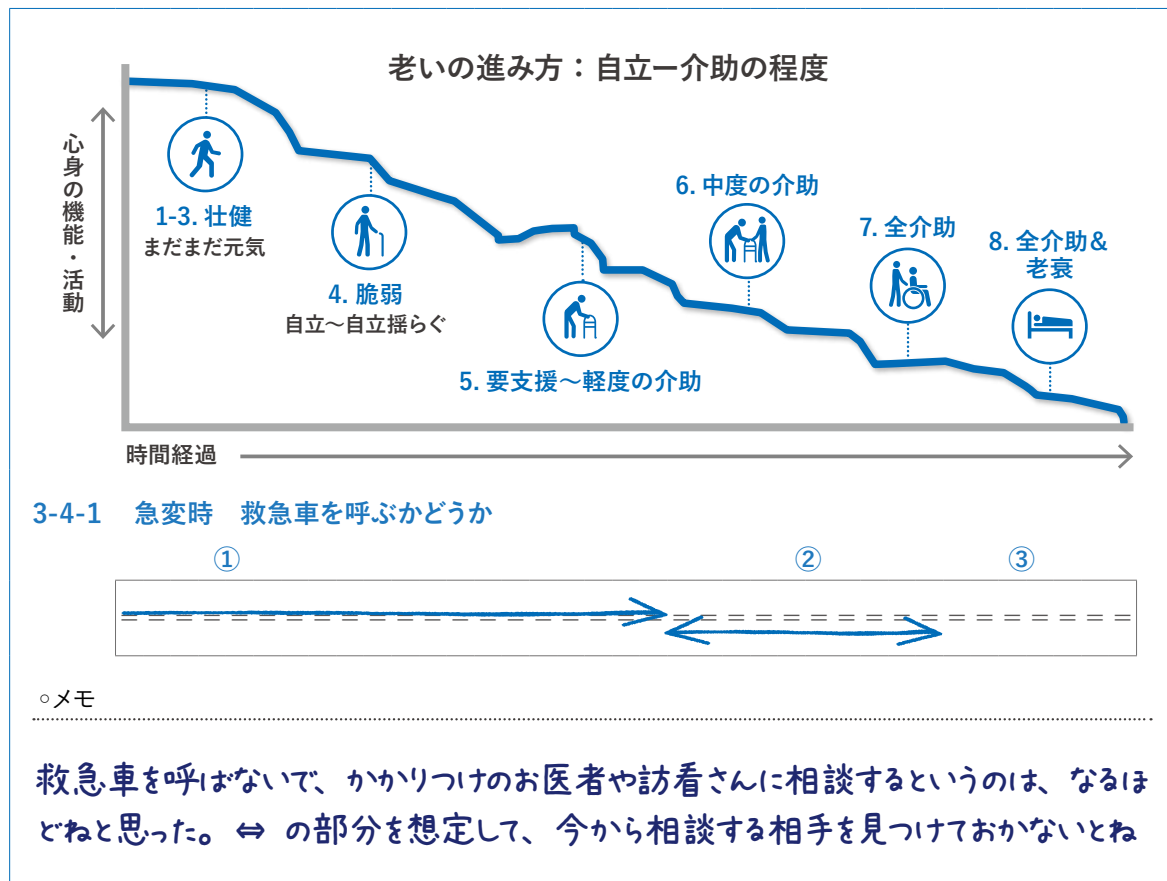
ご自分の場合を考えてみましょう

次の記入欄・記入例を参考にして、「記入編」P10に記入してください。記入の仕方は前項の場合と同様ですが、次の点が本項の場合に付け加わっています。

- ① 救急車を呼ぶかどうかの図の左から、若い頃と同様に、急変時には即呼ぶことにする時期の点線部に「➡」を記します。
- ② かかりつけ医(在宅医)にまず相談して、呼ぶかどうかを判断する時期を ①で書いた「➡」の右側に「⇄」と記入します。
- ③ 救急車はもう呼ばないで、かかりつけ医ないし訪問看護に連絡をする時期は、通常上の「⇄」の右側にありますが、ここは何も記入しません(図中の点線は点線のまま)。

記入欄・記入例

➡記入編 P10 にご記入ください



3-4-2 蘇生



心肺停止したら、蘇生を試みない？

蘇生というのは、人工呼吸に加えて、胸骨圧迫をするのが通常です。胸骨圧迫は、日本では心臓マッサージと呼ぶことが多く、ソフトに聞こえますが、胸骨を繰り返し強く圧迫することです。つまり、心臓の上あたりの胸の骨をぐんぐん押すことで心臓のポンプとしての役割を回復させようとする方法です。身体が柔軟であれば、胸骨を繰り返し押しても弾力があるので、大丈夫ですが、高齢により固く、もろくなっていると骨折しやすく、また折れた骨の破片が肺を傷つけることもあり、決して安易な方法ではありません。救命を優先して、そういうリスクを覚悟して行うのです。

心肺停止になった時、蘇生を試みなければ、人生は終わります。

試みた場合の結果は大雑把に分けると以下の4つになります。

- ① 蘇生はうまくいかず、終わりを迎える。
- ② 一旦は蘇生が成功し、人工呼吸器等生命維持をしながら、回復を目指すか、結局心肺停止に至ってしまう。
- ③ 蘇生が成功し、人工呼吸器等生命維持をしながら回復を目指すか、意識が戻らない状態が続く。
- ④ 蘇生が成功し、人工呼吸器等生命維持をしながら回復を目指し、回復に至る。高齢で衰えが進んでいると、結局①②、生命が持ったとしても③になることが大半だと言われています。

上記④の可能性がある場合、回復した後どういう生活が見込まれるかを考えましょう。3-2で生命維持をするかどうかを考えた時、やれば暫くは人生が続くけれど、その中身を考えると、本人に益がないのに無理やり生かしているようだ、と思われる場合は、おすすめできませんでした。それと同様に考えてみてください。



ご自分の場合を考えてみましょう

次頁の記入欄・記入例を参考にして、「記入編」P10に記入してみてください。記入の仕方は前項の場合と同様です。ただ、次の点が他の項目と違う点ですので、注意してください。

記入に際しては、《壮健》の時期から老いの進み方の程度が軽い時期までは、見つかった状況によりませんが、蘇生がうまくいく可能性があり、一般的価値観によれば、回復後に生きていて良かったと思える人生が可能な場合もある時期です。ですから、心肺停止にいたった経過にもよりますが、専門医が医学的判断により、まず蘇生を試み、その結果を評価して、次にどうするかを考えるのが一般的な順序となるでしょう。

他方、《全介助》以降の時期は、前ページの蘇生を試みた結果の1から3になる見込みが高く、1だとしてもその後の生活が快適なものにはなり難いと判断されるので、一般的には蘇生を試みないことをおすすめする時期です。

両者の間は、本人の人生観・価値観により、選択が違ってくると考えられる時期です。もちろん老いがあまり進んでいない時期だけれど、蘇生は受けたくないとか、老いが相当進んでいる時期だけれど、小さな見込みでも可能性があるなら、あるいは、生きてさえいればどんなに辛くても、意味がないと思われる、いいのだ、といったお考えで、蘇生を試みる方向を選びたいというお考えの方もおられるでしょう。担当のケア従事者やご家族と話し合っ、納得できる心積りにしていってください。

記入欄・記入例

→記入編 P10 にご記入ください



3-4-2 急変時 心肺停止時の蘇生



○メモ

一応→を記入したけれど、確かなことはわかりません。心肺停止といったって、いろいろな場合があるんでしょ？ 一概にこうだとはいえないんじゃないの？ ただ、救急救命するほうとしては、だからこそまずはやってみるわけだね。となると、まあ、ある程度衰えが進んだ場合でもやってみて、その先、積極的治療をどこまで受けるかどうか、のところで考え直したらどうか。

おわりに

心積りノートを作ってから

さて、いかがでしょうか。「心積りノート 記入編」に大体記入しましたか。

「もちろん、やりましたよ」という方もおられるでしょうが、「なかなか書くまではねえ」とか、「書けるところは書いたけど、空欄がおい」という方もおられるでしょう。それぞれのお考え、お好みにしたがって利用していただければ、と思います。

ただ、「まだまだ先のことから」と先延ばしにしていると、いつのまにか目の前に問題が起きて来て、本冊子で「心積り」といっていたことを、現実を選ばなければならなくなるかもしれません。

本冊子をお読みくださってれば、そういう時にも役に立つと思います。読んだだけでも心積りがある程度できているからです。でも、もっと安心なのは、今でなくてもいいですから、近いうちに心積りをし、周囲の方との合意をしつつ記入しておくことです。ご自分が倒れて意思表示できないという場合にも書いたものは使えるからです。

一旦、心積りノートを作成しても、老いが進んでいくと、考えが変わるかもしれません。まだまだ壮健である時期に記入した考えが、だんだん弱っていくうちに変わっていくのは自然なことです。書き直しは何度でもできます。書き直す際にも、ケア提供側（相談員）およびご家族と話し合っ合意しておくことが、実際に心積りしておいた事態が起きた時に、周囲の人たちがご本人の希望にかなった動き方を実行するためには大事です。

「心積りノート 記入編」には、ご本人のほか、ご本人が心積りノートを作成する際に話し合った方たちがコメントと共に署名をする場所もあります。ここにご家族や、相談相手になった医師、看護師、ソーシャルワーカー、介護従事者等が書き込んでくださると、これを初めてみる医療・介護者も、作成の状況が良く分り、これに則った対応がしやすくなります。

また、心積りノートは、本人がご自分のケアにかかわる意思決定プロセスに参加できなくなった時のために遺しておくものとして作られているわけではありませんが、そういう時に、本人の希望を理解するために使うことができます。その点も「記入編」の冒頭に記してあります。

どうぞ、上手にお使いください。

看取る家族の不安と希望

親兄弟を看取る立場になった家族の気持ちを考えましょう。

医学が人の生死に介入し、一定の成果を挙げるようになって、私たちは人の最期に際しても、医療が介入することを期待するようになりました。かつては自宅で最期を迎えるのが通常だったのが、だんだん病院で亡くなる場合が増え、私たちは自宅で家族の一員が最期を迎えるのを看取るという経験をしなくなりました。そのため、現在、在宅で最期を迎える選択肢が見直され、すすめられるようになっていますが、看取る立場の家族が、そのような経験をしたことがないので、不安で怖いと感じ、及び腰になっています。つまり、

「家で看取することはできない」

と考える家族が多いのです。

他方、家族の臨終には立ち会えないとならないという思いもあります。

「・・・すると、親の死に目に会えない」

という表現は、親よりも先に死んでしまうので、死に目に会えないのだというのが本来の意味だという解説もありますが、現在では實際上、「臨終に立ち会えない」という意味で使っている人が多くおり、「死に目に会う」ことを重要視しています。かつ、そのことを重要視するあまり、病院で「息子がくるまで生かしておいてください」といった要望がだされ、人工呼吸器等、本人の益にならないような医学的対応が続けられることがあると聞きます。

あるいは、親族一同が死に向う人の枕元に集って、最期の別れをすることが、本人があのに旅立つことを見送ることになり、本人も安心して逝けるという考えが背景にあるのでしょうか。そうだとすると、そのために、本人を無理やり生かし続けるというのはどうかなと思います。

また、「親から常々歌舞伎役者である以上、親の死に目に会えると思うな、と言われていた」と言っていたのですが、昔と違い、日本全国に親族が散らばっていることが珍しくなく、歌舞伎役者に限らず、仕事で遠くにいることがよくある職業は多いでしょう。「死に目に会えない」ことにこだわらない文化が形成されることが必要な時代ではないでしょうか。

「看取る」というのは、臨終の一点で傍にどうかではなく、死に到る人生の最終段階の経

過を通して、できるだけ傍にいて、交流することなのではないでしょうか。日頃からそのようなしている家族は、臨終に立ち会ったかどうかによりこだわらず、そうでない親族のほうが、「死に目に見会う」ことへのこだわりが強いように思われます。



参考資料

フレイルの説明について、より詳しく、または正確に知りたい読者のために、以下に引用しておきます。

1. フレイルについて

本冊子22-23頁でフレイルについて説明しましたが、フレイルの定義等について、医学の専門用語を使わないと正確に記述することが難しいのです。そこで正確に知りたい方のために、本文の説明を補う説明を引用します。

フレイルとは「高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態で、筋力の低下により動作の俊敏性が失われて転倒しやすくなるような身体的問題のみならず、認知機能障害やうつなどの精神・心理的問題、独居や経済的困窮などの社会的問題を含む概念」である。身体的フレイルは老化・老衰の科学といえるだろう。

フレイルは、従来、年齢で判断されがちであった老年に特徴的な諸問題に関して、年齢とは独立した予測因子となることが次第に明らかにされ、注目されている。

フレイルの有無と程度に関しては個人差が大きいと、何歳からそれが顕著になると一概にはいえないが、加齢によってリスクは増大し、80歳以上で顕著になると報告されている。

2013年に発表された国際的なフレイル・コンセンサス会議の報告によると、フレイルは身体的または心理的あるいはその統合型であり、時間の経過に伴い悪化するが、一部改善もありうる動的な状態である。今後の高齢者医療とケアにとって重要な概念になると考えられており、世界中で盛んに研究が進められている。

(会田薫子2015より⇒p61参考文献3)

2. 認知症が伴う場合のフレイルのスケール

本冊子26頁に、認知症が伴う場合のフレイルの程度をどう考えるかを説明した際に引用した文書の当該箇所を次に訳出しておきます。26頁で説明したように、学界の評価が定まっていないので、あくまでも参考にとどめてください。

認知症がある場合、フレイルの程度は通常認知症の程度に対応する

- **軽度の認知症 mild dementia** 最近の出来事をおおまかには記憶しているが、細部について忘れている。
同じ質問や話を繰り返す。社会的つながりから離れてしまう。
- **中等度の認知症 moderate dementia** 最近の記憶は相当壊れているが、昔のことはよく覚えているように見える。指示してもらえば、自分の身の周りの世話ができる。
- **重度の認知症 severe dementia** 助けなしには、自分の身の周りの世話ができない。

(John E Morley et al 2013, Fig.1. ⇒p61文献6)

本冊子の成り立ち

本冊子は、研究開発プロジェクト《高齢者ケアにおける意思決定を支える文化の創成》*（プロジェクトリーダー 清水哲郎）の研究成果物です。

*同プロジェクトは次の研究開発プログラムの下で活動した研究開発プロジェクトの一つです。国立研究開発法人科学技術振興機構（JST）社会技術開発センター（RISTEX）研究開発領域「コミュニティで創る新しい高齢社会のデザイン」（領域総括 秋山弘子）

本冊子は、これをベースに、科学研究費基盤A「臨床倫理検討システムの哲学的見直しと臨床現場・教育現場における展開」（2015～2018 研究代表 清水）の研究として改訂を行ったものです。

本冊子は、1990年代から継続的になされてきた臨床倫理プロジェクトの思想と諸研究成果に基づくものです（本冊子P10～17、下記参考文献1）。加えて、同プロジェクトは、本人と家族の治療・ケアの選択を支援する《意思決定プロセスノート》を、高齢者の人工的水分・栄養補給の導入および透析療法の導入をめぐる研究開発し、既に刊行しています（文献3, 4）。これらは、現在治療・ケアの導入をめぐる選択をしなければならない本人・家族のサポートを念頭においたものです。これに対して、本冊子は、将来選択をしなければならない状況が起きる可能性があるさまざまな治療・ケアについて、予め心積りするプロセスの支援をするものです。ことに高齢期には「老いが進む」につれて、最善の治療も変わります。この点を「フレイル」に関する最近の研究成果を参照しつつ意思決定支援に役立てようとした点に特徴があります（本冊子P23-26、参考文献2）。

今回の改訂に際しては、本プロジェクト・メンバーの会田薫子を中心になって「フレイル」とその尺度およびそれを意思決定支援にどう組み込むかに関して見直しをおこない、その結果を含め、清水が全体の改訂を行いました。

高齢者ご本人、ご家族、ケアに当たられる医療・介護従事者の皆さまのご感想・ご意見をいただき、さらによりよいものとしていきたいと思っています。皆さまには、ご協力いただきたく、どうぞよろしくお願いいたします。

参考文献

1. 清水哲郎、事前指示を人生の最終段階に関する意思決定プロセスに活かすために、日本老年医学会雑誌，2015年52巻3号(224-232)，（本冊子 p61）
2. 会田薫子，超高齢社会のエンドオブライフ・ケアの動向—フレイルとエンドオブライフ・ケア，Geriatric Medicine, 2015年53巻1号(73-76)，（p24-25、p61）
3. 会田薫子，老衰のエンドオブライフ・ケアに必要な「医療とケアの倫理」—「適切な医学的判断」と「人生の物語り」のある終末期ケアのために、『訪問看護と介護』、医学書院、2015年 第20巻第10号(839-845)，（p60）
4. 清水哲郎・会田薫子、『高齢者ケアと人工栄養を考える—本人・家族のための意思決定プロセスノート』、医学と看護社、2013年（p43、p61）
5. 清水哲郎監修、会田薫子編集、大賀由花・斎藤 凡・三浦靖彦他著『高齢者ケアと人工栄養を考える—本人・家族のための意思決定プロセスノート』、医学と看護社、2013年（p47、P61）
6. John E Morley et al: Frailty Consensus: A Call to Action. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(6):392-397 (p24-25, p60)
7. Rockwood et al: A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173:489-495(p24-25)
8. 秋山弘子，長寿時代の科学と社会の構想、『科学』岩波書店、2010

「心積りノート」のウェブサイト

<http://clinicaethics.ne.jp/cleth-prj/pa/>

（「心積りノート」でウェブ検索すると、上のページに行けるはずです。もし、うまく行かない場合は、「臨床倫理ネットワーク日本」で検索して、同ネットワークのトップページに行き、そこから「本人・家族の意思決定支援」を訪れてください。）

- 心積りノートについての最新の情報がでています。旧版のeブックもアップされています。
- ここから、本冊子《記入編》のpdf ファイルをダウンロードできます。本冊子についている記入編を書き直したくなった時、家族がそれぞれ書きたい時など、ご利用ください

臨床倫理プロジェクト 編

上手に老い、最期まで自分らしく生きるための

心積りノート [改訂版]

第一版 2015 年 11 月 1 日

改訂版 2018 年 3 月 30 日

発行者 臨床倫理プロジェクト（代表 清水哲郎）

020-0045 岩手県盛岡市盛岡駅西通 1-6-30

岩手保健医療大学

© 2018 臨床倫理プロジェクト

