

・死亡場所：自宅→病院

わが国は、この五十年間で死亡原因も大きく変わったが、死亡場所についてもまた大きな変化があった。すなわち自宅での死亡が大幅に減少し、かわって病院での死亡が大幅に増加したことである。

実際のデータを見てみよう。

	【一九五一年】	【二〇〇五年】
自宅（居宅）死亡	八二・五パーセント	一二・二パーセント
病院死亡	一七・五パーセント	八七・八パーセント

まさに完全な逆転現象が生じたのである。自宅死亡が激減し、病院死亡が著しく増加した原因はさまざまであるが、少なくとも今日では日本人の文化として「死ぬときは病院で」という状況が作り上げられた。

・高齢期の3つの障害

歩くことはヒトのもっとも基本的で特徴的な動作であるが、「老化は足から」ともいわれるように、高齢期では加齢とともに歩行能力が衰えていく。あとでくわしく述べることになるが、一般に高齢期では、その生活や生命にとって節目と考えられる障害が三つ出現する。その最初の障害が**歩行能力の喪失**なのである。次が**排泄障害**、そして**摂食障害**となるのであるが、最初に出現する歩行能力の喪失によってヒトは生活機能の基本的な要素を失うとともに、他者からの支援が必要となる。つまり現在の介護保険の枠組みのなかで、「要支援・要介護状態」となるのである。

・女性は、筋骨格系の老化が進む

女性では一般に、筋骨格系の老化が非常に速く進む。女性では閉経以降、骨代謝にかかわる女性ホルモン（エストロゲン）が枯渇してくることから骨粗鬆症が発生するが、この病気は女性に圧倒的に多いことはよく知られている。

女性ホルモンの枯渇は骨の老化だけではなく、筋肉の老化、すなわち加齢とともに筋肉の量と力（パワー）が失われる状態（加齢性筋肉量減少症あるいは**サルコペニア**といわれる。第四章3節参照）もまた女性に多く発生する。

もともと男性に比べて女性は筋肉量が少ない。さらに**後期高齢期**の女性では、日常生活での活動量や食事量が減少したり、屋外での日光照射量が減少したりすることによって血液中のビタミンD濃度が低下するために、**筋力を生み出す能力が減弱し生活機能を失い、要介護状態へと移行していくことが最大の特徴であり問題となっているのである。**

・高齢者の四区分

少なくとも高齢者を性（男性と女性）と年齢階級（前期と後期）の**四区分**に分けてそれぞれの健康特性から保健・医療・福祉のありかたや効果的に実施する対策を提示してゆくことが、今後ますます重要となるであろう。

・男性は脳卒中に注意

実際に介護保険のサービス受給のデータから見て、**男性の前期高齢者**での要介護状態のもっとも多い原因は**脳卒中**なのである。これは女性のそれとは際立った対照的なデータとなっている（四八ページ図2-5参照）。先述のように女性の妻介護状態となる原因の多くは、**後期高齢女性**において転倒・骨折、老化にともなう身体の衰え、そして認知症などであり、男性と際立った違いを示している。

	前期：65-74 歳	後期：75 歳～
男性	脳卒中	
女性		転倒・骨折、老化にともなう身体の衰え、そして認知症

・老年症候群

老年症候群、なかでもまだ比較的元気に自立して生活を営んでいる高齢者に忍び寄る、危険な老化はさまざまである。とくに現在、国が進めている介護予防の施策のなかで、**転倒、低栄養、口腔機能の低下、認知機能の低下をはじめ、尿失禁、筋肉の衰弱、あるいは老化にともなう足の変形と歩行障害**など、いずれも高齢期の生活に負の影響をもち、容易に要介護状態へと移行しやすい症状なのである。これらのサインをいかに早く発見し、いかに早く予防対策を取るかによって、高齢期の生活の自立や生活の質（QOL）が大きく変わってくるのである。

・転倒

たとえ外傷はなくとも転倒を経験すること自体が高齢者にまた転ぶのではないかと、いう恐怖心を植えつけ、そのために日常の外出を控えたり、友人・知人との接触が少なくなったりするなど、「**転倒後症候群**」と呼ばれるような生活空間の狭小化やQOLの低下を引き起こしてしまう

低栄養：「食べこぼし」と「むせ」

さらに低栄養と密接に関連しているのが口腔機能である。

口腔機能は食物を口のなかに入れて、十分に噛む（咀嚼）、適切に飲みこむ（嚥下）という主として二つの大切な機能からなっている。若い人びとにはまったく理解しがたいことかもしれないが、**加齢にともなってこの口腔機能が明らかに低下する。**

その兆候はいくつかあるが、たとえば食事の「食べこぼし」や「むせ」が増えることなどである。とくに危険なのが**夜間・睡眠中の無意識の状態が発生する「むせ」**である。この無意識での「むせ」や「咳きこみ」は、口腔に湧き出たつばを本来であれば食道へと飲みこむべきところを、**嚥下反射の低下によって気道へと誤って飲みこむことがその原因**なのである。

「むせ」ということは嚥下機能の老化にほかならない。これは高齢者に頻発し死亡原因の第四位ともなっている肺炎、なかでも誤飲性、誤嚥性肺炎の直接の原因となる現象であり、早急な対応が求められるものである。誤嚥性肺炎は嚥下をコントロールしている喉の筋力や反応性などの機能低下によってもたらされるものであり、たとえば舌の運動など歯科医や歯科衛生士らの適切な機能回復指導により十分予防が可能なのである。

・尿失禁、足の変形

さらによく遭遇する老年症候群として、尿失禁や、足部の扁平足や外反母趾といった変形による痛みや歩行障害などがある。これらはまた高齢期の閉じこもりと密接に関連する。

尿失禁については軽度のものを含めると高齢女性の三～四割に出現する。尿失禁によって友人と会うなどの社会活動性の制限が見られ、自信の喪失や失禁不安によって日常の外出を控え、閉じこもり状態へと移行する。

また、足の変形による歩行の困難性も多発するものである。**女性で七十歳を過ぎると、かなりの頻度で「土踏まず」を形成する足のアーチ（骨格）が低下し、扁平足そして開張足になりやすい。**その結果として外反母趾・内反小母趾(ないはんしょうし)が発生し歩行時に足が痛む状態とな

る。日常の買い物などの外出すら困難となり、閉じこもりがちになる。このような高齢期の足部変形については、適切な素材を用いたインソールの調整による靴の改良によっても改善が見られることが少なくない。

・転倒：三分の一が、一年間に一回以上転倒する

たとえば高齢期では（若いときにはけっしてなかった）「転ぶ」、すなわち転倒が頻繁に起きてくる。とくに高齢の女性に転倒は多く発生する。これまでの多くの研究から、**六十五歳以上の高齢者ではそのおよそ三分の一が、一年間に一回以上転倒することが明らか**となっ

ている。

・尿失禁：四つのタイプ

一言で尿失禁といっても、多様な要因によって発生し、また症状も異なっている。そのため、予防対策や治療方法も異なっているが、高齢者には主に次の四つのタイプがある。

- ①**腹圧性尿失禁**……下腹部の膀胱、子宮、腸などの骨盤内臓器を支えている骨盤底筋と呼ばれるハンモックのような形の筋肉が妊娠・出産や加齢、肥満などで脆弱化し、臓器を支える力や尿道（排尿）をコントロールする力が弱まることで、クシャミなどによって腹圧が上昇したときに尿漏れが発生するタイプ。高齢女性にもっともよく見られるタイプの尿失禁である。
- ②**切迫性尿失禁**……脳血管障害やパーキンソン病などの疾患による中枢神経の障害により、脳からの排尿抑制指示が不調となって発生するタイプ。強い尿意によりトイレに間に合わないケースが多い。
- ③**溢流性尿失禁**……膀胱の収縮力の低下などにより、膀胱に尿が充満し、慢性的にだらだらと尿が漏れるタイプ。
- ④**機能性尿失禁**……尿排泄器官そのものに障害はないが、排尿に関連した動作や判断に障害があるために発生する尿失禁で、高齢期での虚弱が進行したり、認知機能低下によって尿失禁をきたす。

これらのさまざまなタイプの尿失禁のなかで、高齢者にもっとも多いのは腹圧性尿失禁、次いで切迫性尿失禁であるが、これらが組み合わさった混合型の尿失禁も少なくない。とくに後期高齢者では機能性尿失禁が増加しているが、このタイプは介護者に負担のかかる尿失禁である。

・高齢者の歩行：スリ足歩行

正常な歩行というのは、まずふくらはぎの筋肉（下腿三頭筋）の収縮とつま先の蹴出しによって踵部分が高く上がり、その後高く上がった踵から振り子のように足が前方へスイングし、したがってつま先も高く上がり、踵が着地して、一歩が完成する。

それが加齢ともなう筋肉量の減少（第四章参照）などによってふくらはぎの筋肉が衰えると、まず踵の上がりが弱く（低く）なり、スイング（股関節角度）が小さくなり、その結果つま先も上がらない状態、すなわち全体として歩幅が小さくなりスリ足歩行になってしまうのである。

虚弱化の進んだ高齢者の歩行は、まさにスリ足歩行でヨチヨチ歩きとなっていることは、読者もよくと存じと思う。

・ピンピンコロリ：たかだか三～四パーセント

PPKが、いわゆる（それまで元気だった者が）救急車で病院搬送され、急病によって死亡することだと仮に定義すれば、人口動態統計などからでは、六十五歳以上の（高齢者）総死者数に占める急死者の割合はたかだか三～四パーセントなのである。

・人生の晩年

もっとも重要な問題は、宝クジに当たるようなPPKを望むのではなく、人生の晩年において、自立した生活に向けて努力し、自分が納得した介護を受け容れ、**障害をもったとしてもいかに幸福な人生と感じ、満足して死ぬことができるか**ということである。

そのためにも、どうしても、やはり介護予防における自助努力、歩行能力の維持、排泄障害時のリハビリ、そして摂食障害時の胃瘻か、自然死か、など自己選択について考えておくことは避けて通れない。これらの問題に正面から向き合って考えなければならない時代なのである。

・胃瘻造設となる原因：脳卒中後遺症と末期の認知症患者

このような人生終末期における延命のための胃瘻造設と寝たきりのまま、時に植物状態

でその後を生きてゆかねばならないことは、いわば私たちの死のありかたにかかわる根源的かつ象徴的な問題を提起している。

わが国で高齢者での**胃瘻造設**となる原因は、**脳卒中後遺症と末期の認知症患者であることが圧倒的に多い**。脳卒中の場合、急性期の病院で治療が終わると、摂食（嚥下）障害のある患者には（本人または家族の同意のもと）胃瘻を造設し、療養施設への早期退院をうながす。これは急性期病院として経営上、在院日数を減らすことが最大の目的だからである。

しかし、いったん始められた胃瘻は（感染症を起こした場合は別として）、医師を含めそれを中止することの判断は非常に困難となる。その結果、介護療養病床で意識も薄れた状態で寝たきりとなり、回復の見こみもないままに胃瘻からの栄養補給で延命措置が延々と施されてゆく。「**胃瘻アパート**」とも揶揄される、胃瘻を造設した高齢者ばかりを集約的に管理する施設も存在しているのが現状である。

・胃瘻造設を巡る事情

たとえば「療養病床入院中の八十五歳女性で回復の望めない経口摂食障害のある重度アルツハイマー型認知症患者にたいする対応」というモデルケースについて。七百八十九名の医師の回答のうち、「**胃瘻も含めて人工的栄養・水分補給法（これを ANH と略す）を差し控え、枯れるように死ぬことは自然だ**」と答えた割合は六四・三パーセント。そうは思わないとする割合の三一・九パーセントのほぼ二倍になっている。

しかし、その一方で「病院では ANH を施行せざるをえない」と答えた割合は六七・九パーセントにのぼっている。その理由としては、

- (1)法的責任を問われる恐れ……………四四・九パーセント
- (2)患者を餓死させることと同じ……………三八・九パーセント
- (3)マスコミが騒ぐ……………三七・〇パーセント

などとなっている。

少なくとも介護療養型医療に携わった経験のある**医師や看護師の多くは、終末期医療において安易な胃瘻を造設することにけっして賛成をしていない**。にもかかわらず、必ずしも患者本人の尊厳や意思とはまた別の要因によって、悩みながらも胃瘻を施行せざるをえない現実も一方で存在する。

・リビング・ウィル

リビング・ウィルとは、「治る見こみがなく、死期が近いときには、延命治療を拒否することをあらかじめ書面に記しておく」もので、本人が事前に自分の最期について指示する方法のひとつである。

・「いつ、どこで、どのように、死を迎えるか？」

さて、これまで述べてきた胃瘻、在宅ケア・医療、そして延命治療とリビング・ウィル、これらはすべて根幹ではひとつのテーマに帰結する。

すなわち、「いつ、どこで、どのように、死を迎えるか？」ということである。これは超高齢社会に生きることになる私たち一人ひとりが、真剣に向き合わなければならない必須の「問い」となっている。みずから考え、みずから**答えを出す必要がある**。

・ノーマライゼーション

ノーマライゼーションとは、障害者と健常者がお互い特別に区別することなく「できるだけノーマル（ふつう）に近い生活を提供すること」をめざした取り組みであるが、「ノーマルに近い生活」とは障害者であれ高齢者であれ、まさに住み慣れたわが家や地域で暮らしつづけることそのものといえる。

日本語の「生きがい」に相当する最適な英語はないという。

Self-actualization（自己実現）

Purpose in life（人生の目的）

Subjective well-being（主観的幸福論）

どれも、微妙に違う。

- ・ひとり暮らしを楽しめる高齢者もいる

たしかに後期高齢者にあっても往々に認められることであるが、サルコペニアなどによって身体機能が低下しているにもかかわらず、日常生活において十分にひとり暮らしを楽しめる高齢者は少なくない。こういった高齢者のもついわば不思議な能力や老いにたいする適応性のよさは、(若者にはない) これまで築いてきた自立生活への揺るぎない自信や日々を生活すること自体への生きがいといったものに裏打ちされたものなのかもしれない。

歩行者信号は、1分間 60m を標準に青信号が設定されている。