

特集：高齢者に有終の美を—終末期ケアと緩和ケア

施設別にみた終末期ケアの現状と課題

1) 病院

三浦 久幸 酒井 陽子 太田 壽城

株式会社 ライフ・サイエンス

施設別にみた終末期ケアの現状と課題

1) 病院

三浦 久幸*

酒井 陽子**

太田 壽城***

KEY WORD

終末期
病院
自己決定
倫理委員会
事前指示書

POINT

- 高齢者終末期においては、患者自身の意思表示が治療決定に反映されることが少ない。
- 国内では現場のインフォームド・コンセントを支える下部構造が実質上存在しない。
- 事前指示書など、患者の意思確認の体制作りが急務である。

0387-1088/06/4500/論文/JCLS

はじめに

高齢者の終末期ケアは高齢者医療で極めて重要であるが、高齢者に限らず日本では、自らの終末期医療に対してどのような医療を望むかについての、いわゆる事前指示書を用意している例は乏しい。まして高齢者では認知症の頻度も高く、またそうでなくても判断力が低下している場合が多く、終末期に近づいた段階で自らの意思を表明できないことが多い。したがって、終末期で容態が急変した場合、人工呼吸器を装着するなどの救命処置を行うかどうかの判断に迷う例が多い。また、終末期においては、人工呼吸器による呼吸管理に限らず、栄養補給や水分補給、あるいは抗生物質の投与などの生命維持を中止ないしレベルダウンすることの是非や、苦痛を取り除くための強力な薬剤の持続的投与

の是非などについて患者本人の意思が不明な例がほとんどであり、医療現場の苦悩は深い。一方、日本における終末期は、介護保険制度の導入によって介護の比重が高まっている。しかしながら、在宅や介護施設で死を迎える場合には、本来必要な医療をしなかったのではないかとの不安や非難があり得るので、結局は病院へ搬送され病院で死を迎える例が少なくないのが実情である。ただ、高齢者の医療と福祉の現場における実証的な研究は乏しいのが実情である。高齢者終末期医療は重要な問題であるにもかかわらず、倫理的問題、介護問題、医療経済的な問題が混在し、いまだ科学的根拠に乏しい状況にある。

これまで、高齢者の医療と福祉の現場における実証的な研究は乏しい状況にあるが、われわれは、これまで日本における終末期の実態の実証的調査と海外の終末期医療の実態調査を踏まえて、適切な終末期のあり方と、医療と福祉の連携を図っていく方策を検討している。

*みうら ひさゆき：国立長寿医療センター病院第1外来総合診療科

**さかい ようこ：同看護部

***おおた としき：同院長

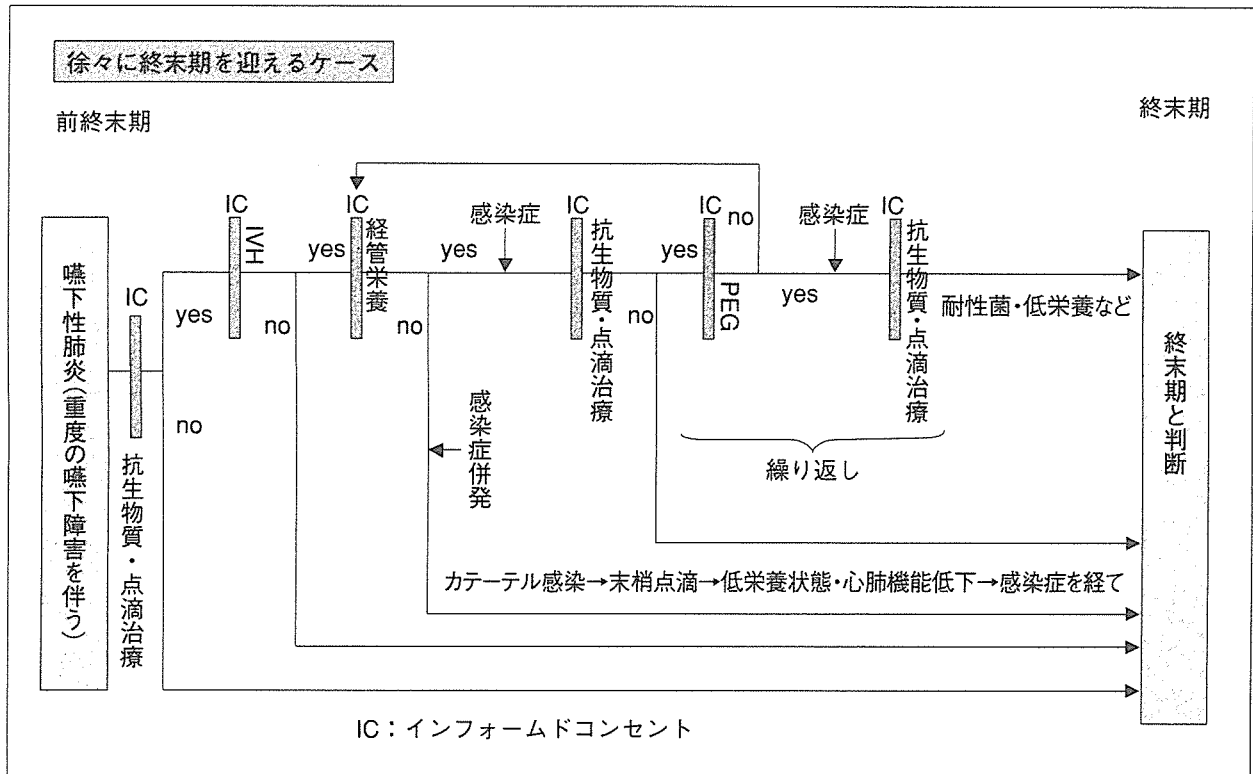


図1 終末期のケース別経過図

■ 病院における終末期に関する調査研究¹⁾

1. 国立長寿医療センター病院内死亡症例の検討(図1)

国立長寿医療センター内での死亡症例に対し、図1のように高齢者終末期で通常経験する個々の病態に対して、インフォームド・コンセントの結果を踏まえた決断分岐図を作成し、レトロスペクティブ研究により検討している。最終的に終末期における個々の治療・ケアの効果(効用値)を検討し、現在行われている終末期医療における医療判断の分析やケアの有用性、問題点を明らかとすることを目的としている。現在は調査の過程にあるが、これまでの実態調査では、高齢者の臨死において患者本人の意思表示の確認が少なく、蘇生の有無を患者家族と主治医の判断のみで行っている症例が多い実態が明らかとなっている。また、疾患の違いにより終末期の迎え方が異なることや、インフォームド・コンセントにおける内容や質の違いが、その後の家族の反応、治療の縮小の有無、蘇生の希望

に影響する実態が認められている。さらに救急患者においては事前にDNARの意思表示があった患者に対しても、救急隊による蘇生が行われた後、死亡している症例を複数認めている。このように、特に高齢患者は事前に自分の意思表示を残しているケースが少なく、加えて現場の患者・医師の意思決定を支えるシステムが欠如しているために、インフォームド・コンセントの役割そのものも脆弱となり、救急医療の現場に至っては、医師、本人・家族との間での延命をしない話し合いをしても、その決定内容が実際の医療に反映される機会が少ない現状が明らかとなりつつある。以上のように、終末期医療の現場では医師の判断のよりどころがなく、やむなく延命を余儀なくされている状況がある。

一方、この実態調査では、特に後期高齢者の終末期において、本人の事前の意思が明確でない場合でも、主治医と自然な死を望む家族との間で蘇生をしないことが同意され、呼吸が停止した場合も、人工呼吸器を取り付けずに自然な看取りの中でなくなっているケースが多く認

表1 入院高齢患者の「自らの生死」に対するイメージの実態

1. 家族に負担がかからないことが優先
自分の介護が入ることで家族が不幸になるという認識 など
2. 今後の自分を予想しようとし
情報がなくては自分に起きることがわからない など
3. 死について語れる場の探索
家族が死について語ることに消極的な態度を示す など
4. 病院ができる医療への期待感
苦痛をとるためには病院の世話になるしかない など

対象・方法：入院中の75歳以上の高齢者
(平均年齢=83.0歳, 男:女=3:8)
質的研究・因子探索研究

められた。

2. 高齢入院患者の死生観についての面接調査

(表1)

共同筆者の酒井らは、質的研究(因子探索型研究)を目的として、入院中の認知障害のない後期高齢患者に対し、30分程度の面接により自らの生死に対するイメージの聞き取りを行った。面接の内容から逐語録を作成し、コード化を通して意味内容の類似性に基づきカテゴリーとして抽出された内容を表1に示した。この表のように4つのカテゴリーが抽出され、①家族に負担がかからないことが優先、②今後の自分を予想しようとし、③死について語れる場所を求める、④病院の医療への期待感であった。このように本人の意思の確認を行おうとしても、その思いは「家族中心」であり、また、自分の生死を(敢えて?)考えようとせず、思いを伝えようとしても伝えるチャンスがなく、さらに、病院はあくまで病気を治す場であり、自らの死を語る場がないという高齢者の「思い」が浮かび上がってくる。後述するが、高齢者医療の現場では今後、本人の事前の意思表示をどのようにとらえていくかが重要なテーマと考えられるが、このように「語ろうとしない」高齢者にある意思確認の作業をどのように進めていくべきかという問題ともいえる。

■ 国外の終末期に関する調査研究²⁾

(表2, 図2)

筆者らは平成16, 17年度にドイツ, オランダ, 米国の終末期医療・ケア関連施設や研究者への訪問を通じ、高齢者終末期医療における意思決定の過程や尊厳死・自然死の法制化の下での現状把握や課題の分析を行い、日本の終末期医療のシステムとの比較を行った。これらの現地調査による結果を表2にまとめた。海外でもオランダは平成14年に安楽死法が可決され、積極的安楽死が一定の要件下に認められており、ドイツ, 米国とは異なる状況下にあるが、ドイツ, オランダ, 米国とも主治医制度があり、医師・患者関係の基礎を形成していた。オランダではことに医師・患者関係が緊密であり、これが安楽死法成立の基礎を成していたとされる。これに比べ日本では主治医制度がなく、全身状態の悪化に伴い病院に入院し、そこで最期を迎える人が多い要因となっていると考えられた。また、病院の外来では、多くの患者を短時間に診察する体制の病院が多く、密な医師・患者関係の構築は他国よりも困難な状況にあると考えられる。米国では受け持ちの患者が入院したときに、主治医(アテンディング・フィジシャン)と病院医(レジデント)が治療方針についての密な議論(ピアレビュー)を行い、通常の治療において立場の違う複数の医師により治療方針が決定されるシステムとなっているが、日本では、外来主治医が入院患者の方針に意見することは

表2 尊厳死など治療判断に関する各国比較

	日本	ドイツ	オランダ	米国
主治医(家庭医)制度	なし	あり	あり	あり
リビングウィル, 事前指示書の利用	尊厳死協会会員など一部	あり(一部)	あり	あり
リビングウィル, 事前指示書法制化	なし(国会提出中)	なし(国会提出中)	あり	あり
安楽死法	なし	なし	あり	なし(一部で施行)
人工呼吸, 人工栄養の停止	不可	可だが慎重	可	可
法定代理人(後見人)制度	あるが資産に関してのみ	あり	あり	あり
治療判断に関する「倫理委員会」	なし	あり	あり	あり
ホスピス	悪性腫瘍, エイズのみ	悪性腫瘍		全疾患

ほとんどなく、入院患者に対しては病院の主治医が単独で決定する状況にある。

米国、オランダではリビングウィルや事前指示書(アドバンスディレクティブ)を容認し、また、法制化され保障されている。ドイツでは法制化は国会審議中であるが、一部の地域ではリビングウィルや事前指示書が実際に運用されている。日本以外の3国は、法定代理人の制度があり、本人の意思表示ができなくなった際のキーパーソンが明確となっている。国内では延命治療など、終末期医療の現場で家族の意見が一致しないなどにより、最終決定ができないジレンマに陥りやすい状況にあるが、3国では法定代理人の制度により、このようなジレンマが回避できる状況にある。また治療判断に関する倫理委員会も、日本以外の3国では整備される状況にあり、倫理的問題に精通した病院のスタッフが、要請により迅速に医療上の倫理的問題を検討し、主治医や家族をサポートしている。この倫理委員会は、セカンドオピニオンとしての機能も併せ持っている。延命治療としての人工呼吸、人工栄養の中止については、米国、オランダでは認められている。ドイツでもかなり慎重

にはあるが、一定の要件下に認められている。米国ではまた、ホスピスプログラムを悪性腫瘍以外のすべての終末期の方に適応としている。

現場の治療決定を支える構造の違いを図2に示した。海外では主治医制度、オートノミー(自律)の確立、自然(尊厳)死法の法制化、代理人制度の確立、医療倫理委員会の実質的な活動、ホスピスプログラム(米国)に支えられる形での現場のインフォームド・コンセント(IC)が行われている。これに対し、日本では実質的に終末期の医療判断を支えるシステムがなく、現場の医師と患者・家族の話し合いだけで治療方針が決定する状況となっており、最終決定する上で医師、患者・家族の精神的な負担が大きくなっている。また、このように現場のICのみに頼る体制は、医師の独断をも許容する状況にあり、医師の話し方一つで治療の方向性が変わってしまう状況を許している。また、家族の意見が分かれた際の收拾がつかず、これがトラブルの要因ともなっている。

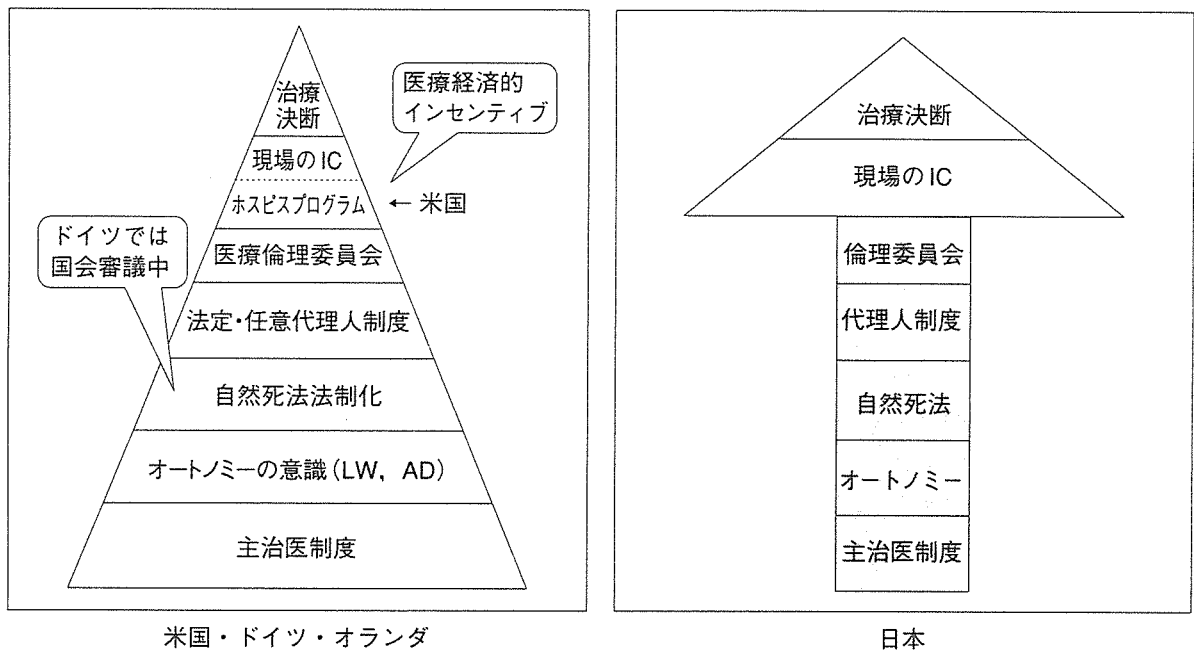


図2 終末期における医師の治療決断の構造—米国・ドイツ・オランダと日本の相違—

国内外の意思決定のプロセスの比較

米国における意思決定の手順としては、①その治療は「無益な治療」に該当するかどうかの評価、②患者に適切な意思決定能力があるか、患者に意思決定がある場合、③患者に意思決定能力がある場合、インフォームド・デシジョン(説明を受けた上での意思決定)は何か、④患者に判断能力がない場合、アドバンス・ディレクティブ(事前指示書)はあるか、⑤患者が具体的に何をしてほしいかについてあらかじめ明確にしていなかった場合は、誰が代理人として判断を下すべきかについて手順を追っていき、臨床判断を行っている。日本では事前指示書や任意代理人の制度がなく、また、多くの場合、患者本人の意思表示がないために、医師と患者家族が、患者の最善の利益に基づいて判断を下さなければならない、この状況が終末期の現場の医師、家族ともに苦悩をもたらしていると考えられる。

今後の高齢者終末期医療のあり方について

自然死(尊厳死)法の法制化については、日本

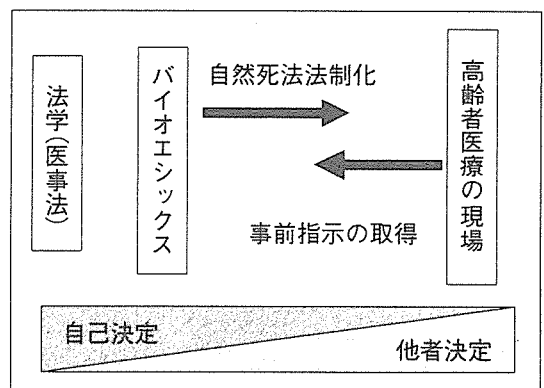


図3 高齢者終末期の自己、他者決定の構造

学会会議や厚生労働省が行ったアンケート調査でも慎重な意見が多いが、終末期医療については法的にはあくまで「自己決定権」やインフォームド・コンセントの原理に基づき判断される。この「自己決定権」については、医療現場でこれまで以上に叫ばれるようになっている現状があるが、前述のように、本人が意思表示を拒否するケースも含め本人の意思表示を把握し、本人の意思を実際の医療に反映させることは非常に困難な状況にある。このように自己決定、他者決定を軸に高齢者の終末期医療をとらえると、自己決定を中心にそのあり方とする法律学、倫理学と他者決定を中心とした高齢者終末期の現

場の実情とは大きな乖離がある(図3)。

現在、多くの病院から法制化を望まないまでもガイドラインの制定を強く望む声が出ている。しかしながら、図3のような現状がこのガイドラインの作成を困難としている。このような状況の打開のためには、終末期医療における患者の意思を反映した医療の実現と、その基軸となるシステムの構築が不可欠である。この試みとしてわれわれは、米国の事前指示書を参考として、名古屋大学と共同で独自の事前指示書を作成した。これは「リビングウィル」と「医療代理人の指名」により構成されている。日本医師会の第八次生命倫理懇談会ではリビングウィル使用に当たり、患者本人の心の揺らぎを考慮すべきであるとし、患者という弱者に対する過少医療にならないよう注意を促している。米国では、リビングウィルより医療代理人の指名が臨床上有益とされている。事前指示書を手にも信頼の置ける家族と今後の治療について話す機会が増えるだけでも、状況的な変化を作り出せるものと考えられる。この使用に当たっては病をもつ方、すなわち弱者の切り捨てにならないよ

うなガイドライン化と並行し施行されるべきと考えられる。

結語

終末期医療の現場は医学的、法的、倫理的に整理されておらず、このため、現場の医師の悩みは深い状況にある。今後、患者の意思表示を把握することを基軸とした事前指示書とこれに連動したガイドライン作成が緊急に必要と考えられる。

文 献

- 1) 厚生労働省研究費補助金 長寿科学総合研究事業：高齢者の終末期ケアと医療と福祉の分担と連携に関する研究，平成17年度 総括・分担研究報告書及び平成16年度，17年度総合研究報告書。
- 2) 厚生労働省研究費補助金 長寿科学総合研究事業(国際共同研究事業)：高齢者の終末期ケアと医療と福祉の分担と連携に関する国際共同(国際比較)研究，平成17年度 総括・分担研究報告書及び平成16年度，17年度総合研究報告書。

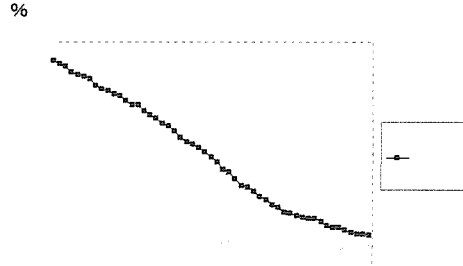
シンポジウム2「終末期医療」

国立長寿医療センター医師の立場から

国立長寿医療センター 第1外来総合診療科医長

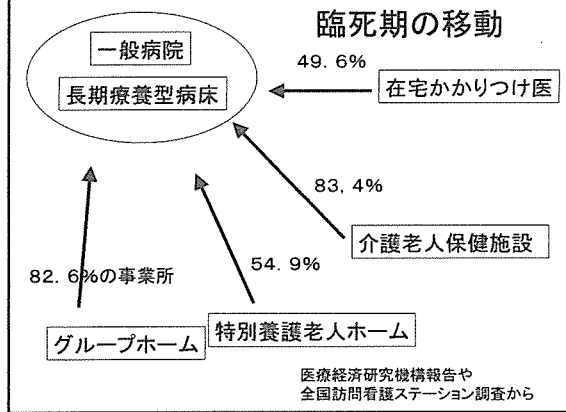
三浦久幸

日本における死亡場所の年次推移



H15年人口動態調査

臨死期の移動



死亡場所の構成比 — 日本、アメリカ、オランダの比較

	病院	高齢者等施設	自宅等	がんの病院死亡割合
日本	81%	3%	16%	91%
アメリカ	41%	22%	31%	37%
オランダ	35%	33%	31%	28%

日本:平成15年人口動態調査。「高齢者等施設」とは特養と老健の合計
 アメリカ:Flory他, Health Affairs 23 (2004)より1996年のデータ。「高齢者等施設」は
 オランダ:統計局(CBS)のKoderitschより入手した1998年のデータ。「高齢者等施設」は
 ナーシングホームと高齢者ホームの合計。がんの病院死亡割合は、Francke AL& Willems DL(2000)
 より

ドイツにおける現地調査、インタビュー

University of Heidelberg, Central Institute of Mental Health

Dr. F.A. Henn, Director

Professor Dr. Lutz Fröhlich The Division of Geriatric Psychiatry,

Dr. Georg Adler, Gerontologist

St. Vincenz Hospice in Mannheim

University of Frankfurt

Professor Dr. Johannes Pantel, the Geriatric Psychiatrist,

Professor Dr. Gisela Bockenheimer, Department of Ethics/History of Medicine

Professor Maurer, the head of department of Psychiatry, Frankfurt University

オランダにおける現地調査、インタビュー

安楽死評価委員会

Dr. Henk-Maaten Laane

オランダ安楽死協会NVVE

Dr. Rob Jonquiere, CEO

Ms. Karren Knottienbelt, 安楽死を受けた方の家族

英国における現地調査、インタビュー

Johns Hopkins University, ElderPlus

Professor Dr. Thomas Finucane

UCSF

Professor Dr. Bernar Lo

カナダからの専門家の招請

Professor David Weisstub

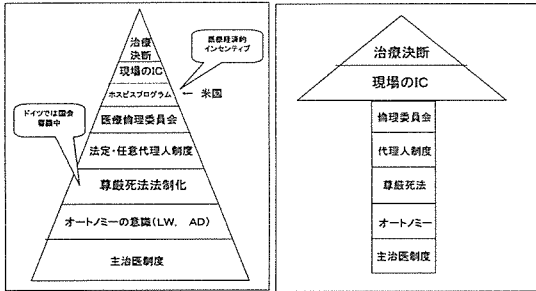
尊厳死など治療判断に関する各国比較

	日本	ドイツ	オランダ	米国
主治医(家庭医)制度	なし	あり	あり	あり
リビングウィル、事前指示書の利用	尊厳死協会会員など一部	あり(一部)	あり	あり
リビングウィル、事前指示書法制化	なし(国会提出中)	なし(国会提出中)	あり	あり
安楽死法	なし	なし	あり	なし(一部で施行)
人工呼吸、人工栄養の停止	不可	可だが慎重	可	可
法定代理人(後見人)制度	あるが資産に関するのみ	あり	あり	あり
治療判断に関する「倫理委員会」	なし	あり	あり	あり
ホスピス	悪性腫瘍、エイズのみ	悪性腫瘍		全疾患

終末期における医師の治療決断の構造 —米国・ドイツ・オランダと日本の相違—

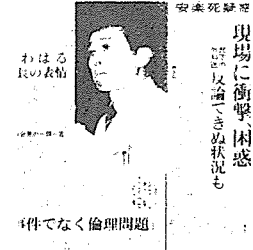
米国・ドイツ・オランダ

日本

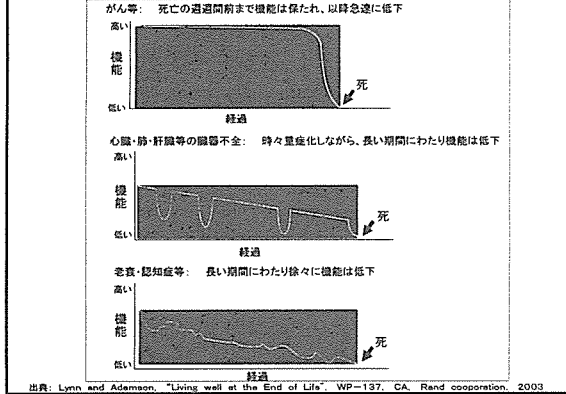


高齢者の終末期の問題

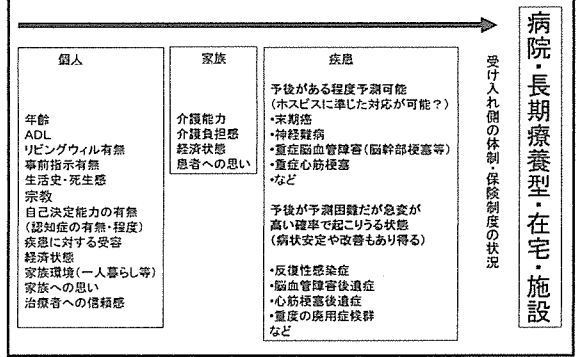
希望厚い医師 なせ



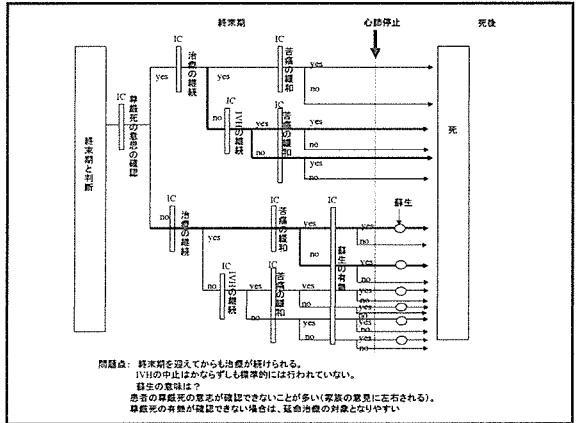
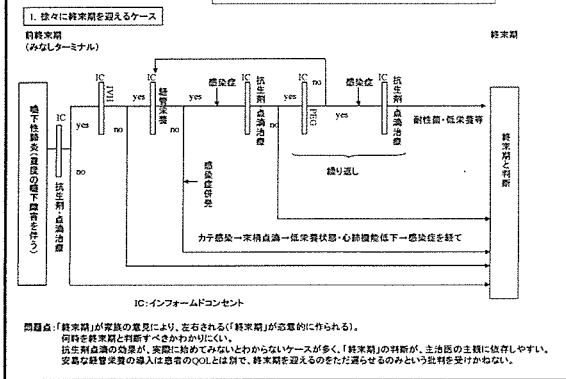
死に至る三つのパターン

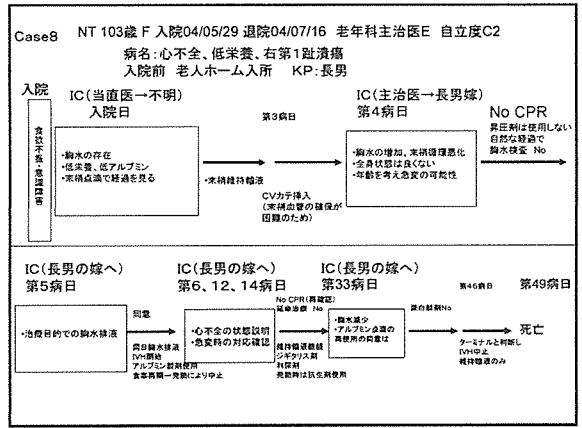
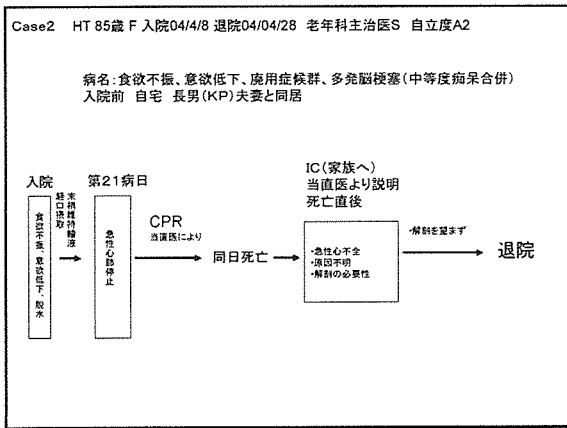


終末期の治療内容や場所の決定に影響を与える要因



終末期のケース別経過図

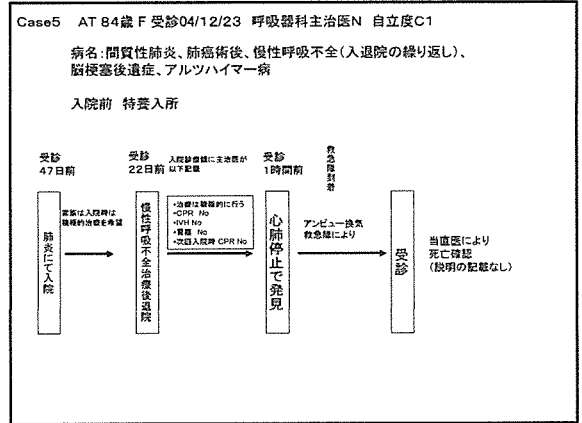




これまでの高齢者の死亡症例の実態調査要旨
—国立長寿医療センター内症例での検討—

入院症例

- 終末期において自己決定能力のない症例が多い
- このような症例に於いては家族の同意により治療方針が決定される
- 家族との同意の場面で本人の事前の意志の確認がとられるケースはまれである
- 「急変が起こりやすい状態」から、明らかな「終末期」の存在がなく死に至る症例がある
- 予後の判定が比較的可能な悪性腫瘍のケースに加えて予後の判定が不能な症例が多い
- 終末期に至る前の段階(「前」終末期)におけるICや治療決断がより重要となるケースが多い
- 同様の病態でも意思の説明の仕方によりその後の治療方針が異なる
- 文書によるリビングウィルが提示された症例は中間報告の時点では認めなかった



これまでの高齢者の死亡症例の実態調査要旨
—国立長寿医療センター内症例での検討—

心肺停止による救急受診後に死亡

- 全症例で救急隊によりすでにCPRが行われている
- 事前にCPRを行わずという話し合いがっていたケースでもCPRが施行されていた
- 「CPR不要」とカルテに記載されたケースがあったが、参考とはされていなかった。
- 文書によるリビングウィル, 事前指示症例はなかった(本人の口頭での意思確認は1例のみ)

↓

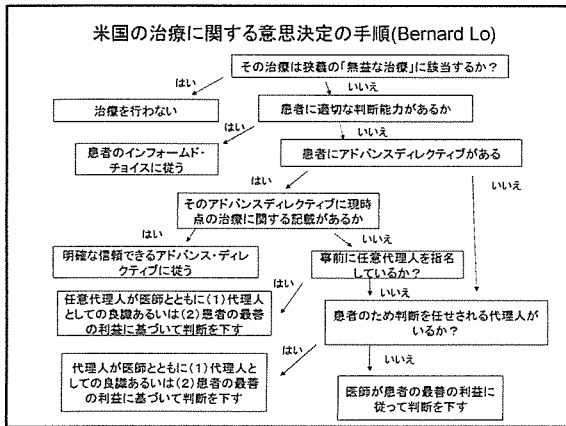
事前指示の試験的運用を通じた介入が必要か

入院高齢患者の「自らの生死」に対するイメージの実態

対象・方法: 入院中の75歳以上の高齢者
(平均年齢=83.5歳, 男:女=3:5)
質的研究・因子探索研究

1. 家族に負担がかからないことが優先
自分の介護が入ることで家族が不幸になるという認識 等
2. 今後の自分を予想しようとしていない
情報がなくては自分に起きることがわからない 等
3. 死について語れる場の探索
家族が死について語ることに消極的な態度を示す 等
4. 病院ができる医療への期待感
苦痛をとるためには病院の世話になるしかない 等

国立長寿医療センター中5階病棟研究より



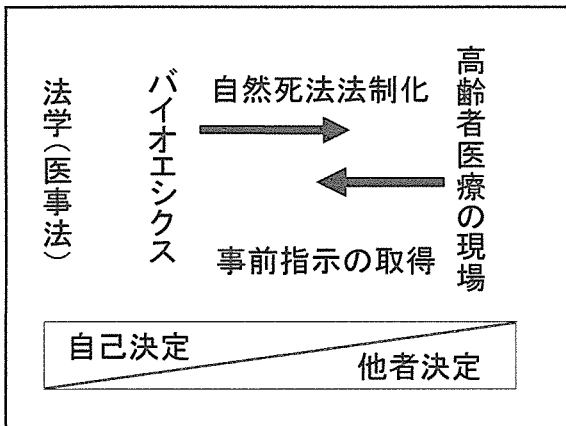
医師による積極的安楽死と治療行為中止の一般的許容要件を提示した判決
1995横濱地裁判決

1. 治療行為の中止の要件について

- ①患者が治癒不可能な病気に冒され、回復の見込みがなく死が避けられない末期状態にあることがまず必要である
- ②治療行為の中止を求める患者の意思表示が存在し、それは治療行為の中止を行う時点で存在することが必要である
- ③治療行為の中止の対象となる措置は、薬物投与、化学療法、人工透析、人工呼吸器、輸血、栄養・水分補給など、疾病を治療するための治療措置および、あるいは生命維持のための治療措置など、全てが対象となつてよいと考ふる

2. 安楽死の要件について

- ①まず、患者に耐え難い激しい肉体的苦痛が存在することが必要である
- ②次に、患者について死が避けられず、かつ死期が迫っていることが必要である
- ③さらに、患者の意思表示が必要である
- ④生命の短縮を承諾する患者の明示的意思表示がある



事前指示書(項目)

パート1 医療についての判断ができなくなった場合に、私に代わって判断してもらう人(医療代理人)について

1. 医療代理人選定についての前提
2. 医療代理人は、以下の二つが両方とも届いた場合に、私に代わって私への医療について判断します。
3. 私の医療代理人についての情報
4. 医療代理人に委嘱する範囲
5. 適切な医療代理人を選定するための注意

パート2 私の希望する医療について

1. 私の希望する医療の記入の前提
2. 私の医療や介護についての基本的な希望(該当するものを口とします)
3. 私の医療についての希望(該当するものを口とします)
4. 医師や医療を受ける機関についての希望は以下のとおりです。この私の希望を参考にしていただければ幸いです。

パート3 この文書が有効であることの証明

1. 私の確認の署名
2. この書類の有効性を証明できる人

これからの国内の終末期医療のありかたについて

自然死(尊厳死)の法制化については、日本学術会議や厚生労働省が行ったアンケート調査でも慎重な意見が多いが、終末期医療については法的にはあくまで「自己決定権」やインフォームド・コンセントの原理にもとづき判断される。この「自己決定権」については医療現場でこれまで以上に叫ばれるようになっていく現状があるが、前述のように、本人が意思表示を拒否するケースも含め本人の意思表示を把握し、本人の意思を実際の医療に反映させることは非常に困難な状況にある。このため、現在の終末期に関わる法と医療の現場の実情はかなり乖離している。

現在、多くの病院から法制化を望まないまでもガイドラインの制定を強く望む声が出ている。しかしながら、現状のままでは法的、倫理的にも整理が困難であり、このことがガイドラインの作成を困難としている。現在このような状況を打開するために、終末期医療において患者の意思を反映した医療の実現のために、基軸と成るシステムの構築が必要である。

この試みとして我々は米国の事前指示書を参考として、名古屋大学と共同で独自の事前指示書を作成した。これは「リビングウィル」と「医療代理人の指名」により構成されている。日本医師会の第VIII次生命倫理懇談会ではリビングウィル使用に当たり、患者本人のこころのゆらぎを考慮すべきであると、これが錦の御旗のように使われて、患者という弱者に対する過少医療にならないよう注意を促している。米国ではリビングウィルより医療代理人の指名が臨床に有益とされている。事前指示書を手にもっとも信頼の置ける家族と今後の治療について話す機会が増えるだけでも状況的な変化が作れるものと考え、この使用にあたっては病を持つ方、すなわち弱者の切り捨てにならないようなガイドライン化と並行し施行されるべきと考えられる。

高齢者の慢性閉塞性呼吸不全の終末期ケアに関する研究

分担研究者 中島一光

国立長寿医療センター 包括第三内科医長

研究要旨

高齢の呼吸器疾患患者は、人工呼吸器の装着が必要となっても希望されないことが多い。その場合には非侵襲性人工呼吸器(NIPPV)を勧めているが、当院では約4年間で48名の患者にNIPPV装着を試み、92%で導入に成功した。そのうちの4%の患者が離脱して退院し、40%がNIPPVをしながら退院した。NIPPVの最大の特長は自分で施行するか否かを決めることができることであるが、患者と家族の意見が一致しないまま続行した症例があったので概要を提示し、自己決定権や自然死についての考察を試みた。

A. 研究目的

これまでの研究において、当院呼吸器科に入院した高齢患者の大多数が、終末期に人工呼吸器の装着を望んでいなかったことを報告したが、それには非侵襲性人工呼吸器 NIPPV (Non Invasive Positive Pressure Ventilation) の存在が大きく影響していると思われる。NIPPV は気管内挿管を必要とせず、鼻もしくは鼻と口の両方を覆うような密着型マスクを使って陽圧換気を行うものであり、その最大の特徴は自分の意思でマスクの脱着ができることである。

今回我々は当院呼吸器科において、慢性閉塞性肺疾患に加え、より広く呼吸器疾患の急性期に NIPPV を施行した患者の状況を調べ、高齢呼吸不全患者の終末期医療における NIPPV の現状と問題点を報告する。

B. 方法

当院呼吸器科に入院した患者のうち、2003年4月から2007年2月までの間にNIPPVを装着した患者について、年齢、性

別、基礎疾患、導入の成否、転帰について調べ、さらに特にインフォームドコンセント上問題となったケースを取り上げて倫理上の問題点を検討する。

C. 結果

2003年4月からの3年10ヶ月間に、合計48名の患者にNIPPVの導入を試みた。平均年齢は75歳(57歳から89歳)で、性別としては圧倒的に男性が多く、男性37名(77%)に対して女性は11名(23%)であった。基礎疾患は、COPDが18名、肺結核後遺症が15名、非定型抗酸菌症が4名、間質性肺炎が4名、肺炎が2名、肺癌が2名、その他が3名であった。NIPPVの導入に成功したのは44名(92%)であったが、4名(8%)で本人が拒否したため導入を断念した。NIPPV装着後、2名(4%)が急性期を乗り切って離脱したが、19名(40%)は離脱せず、NIPPVを付けたまま退院となった。また27名(56%)はNIPPVの導入にも関わらず死の転帰をとった。

死亡した中には、患者本人が明確に NIPPV の装着を拒否したにもかかわらず、家族の意向で装着し、最後まで患者の意思が無視されたまま死を迎えたケースがあった。インフォームドコンセントや自己決定権についての現場の苦悩が現れたケースであったためその概略を提示する。

症例 60 歳代 女性 肺非定型抗酸菌症

本患者は咳嗽を主訴に当院呼吸器科を訪れた。喀痰からは繰り返し非定型抗酸菌を検出され、臨床経過を吟味して、肺の非定型抗酸菌症と診断した。初診時からすでに“るいそう”が顕著であった。同疾患治療開始のために入院したが、治療開始早々、薬剤によると思われる皮疹が出現した。食欲低下と全身倦怠感も著しく進行したため、薬物療法を断念せざるを得なくなった。薬剤の中止によって体調は一旦持ち直したため退院したが、その後再び咳や痰に加え、微熱もみられるようになってきた。本人がもう一度薬物療法に挑戦してみたいと希望されたため再び入院することとなったが、すでに微熱と食欲不振、体力の衰えが進行していたため、今回は点滴による高カロリー輸液も必要であった。再治療に挑戦するのは体力的にも精神的にも次第に困難な状態となり、呼吸状態も少しずつ悪化して二酸化炭素の蓄積傾向が認められるようになってきた。そこで、このまま二酸化炭素がたまっていくと、意識障害から呼吸停止に至る恐れがあり、早晚人工呼吸器の装着が必要となるだろうとの見通しを本人に告げたが、「人工呼吸器の装着だけは絶対にしないで欲しい」と、口頭ながらも明確に意思

表示をされた。これには夫も否定することはなかった。その後、徐々に二酸化炭素の蓄積が進んでナルコーシスの状態に入りかけたため、二酸化炭素の吐き出しをねらって呼吸促進剤の点滴投与を開始した。意識が比較的はっきりした時をみて、NIPPV 療法について説明したが、本人は、「もはや肺を治すことが難しく、こんなに辛い毎日なので、無理に延命しないで自然に任せたい」と NIPPV の装着をきっぱりと拒否した。しかし、一度はやってみてから決めましようと言われ、何とか NIPPV 開始の同意を得ることができた。NIPPV はそれなりに有効に働き、ナルコーシスは改善したが、意識が清明になればなるほど、マスク装着時の呼吸を苦痛に感じ、患者は「もう装着しない」と明確に拒絶するようになった。夫は「頑張るしかないだろう」と再三説得したが、本人は頑として聞き入れようとはしなかった。息子は「奇跡を信じている父親の気持ちもわかるから」と患者の希望よりも夫の気持ちを優先した。その結果、ナルコーシスで意識レベルが下がり拒否しなくなった時にマスクを装着し、意識が改善すると外す、ということを毎日繰り返すことになった。患者は来る日も来る日も NIPPV マスクの装着を泣いて嫌がり、何度も家族やスタッフに対して怒りをあらわにした。一時諦めの境地に入ったようにもみえたが、意思確認できる最後の最後まで装着については拒否的であった。その後全身状態の悪化とともにナルコーシスの改善も悪くなり、意識が戻らないまま NIPPV を装着した状態で最期を迎えた。装着開始後 31 日目であった。

D. 考察

高齢者の場合には、呼吸器疾患の悪化によって呼吸不全が進行すると、たとえそれが癌ではなくても死の転帰をとることが少なくない。このような終末期として死を覚悟したときに、人工呼吸器の装着を希望しないひが増えている。人工呼吸器をつけても原病は回復せず、苦しむ期間を延ばすだけなら、延命治療はお断りということであろう。人工呼吸器の装着には苦痛の大きい気管内挿管が必要で、長期化すれば気管切開術で喉に穴を開けて呼吸器をつなぐことになる。寝たきりになって、食事は出来ず、声も出せない状況を想像すれば、誰でも尻込みしたくなることは十分理解できる。しかし、場合によっては人工呼吸療法によって、死に直結した危機的な状況を乗り切ることが可能であることから、我々は非侵襲性の人工呼吸療法 NIPPV を勧めてきた。NIPPV では気管内挿管の代わりに鼻マスクを用いるため、いつでも自分で装着したり取り外したりが可能である。すわなち毎回患者自身が人工呼吸療法の続行や中止を決めているのである。ただし、鼻にくる圧力や、陽圧呼吸の違和感を受け入れて続行していくためには、導入時に患者にも医療スタッフにもそれなりの努力と忍耐が求められる。当院の呼吸器科では導入成功率は9割以上であった。さらにその約4割がNIPPVを続けながら退院可能であった。したがって、従来からの人工呼吸器の装着を望まない患者にも、一度は試してみるべき治療法といえよう。

しかし今回 NIPPV の現状を調べるなかで、マスクの装着を泣いて嫌がる患者に対して、家族の希望を汲んで死を迎えるまで

NIPPV を続行した症例があった。この症例では、患者の自己決定権や自然死について、深く考えさせられたので問題点を検討する。

自己決定権

病気が進行して、回復の見込みが乏しいがために死を意識するようになったとき、どのような最期を迎えるのかを自分で決めたいと望むひが増えている。終末期に限らず、治療に関する重要な決定は患者自身が下すべきであるという自己決定権の考え方は、欧米先進国ではすでに定着しており、我が国でも治療におけるインフォームドコンセントとして今や常識となりつつある。本人の同意がなければ、いかに患者を治そうという善意にみちた治療行為であっても、患者に苦痛を与えることは傷害である、という考え方が基本となっている。

しかし欧米と違って、日本では伝統的に家族の大黒柱である父親は家族のものであると考えたり、また年金受給者が生きるか死ぬかはその年金をあてにしている家族に多大な影響を与えるなど、現実には個人よりも家族の立場の方が優先されることも多い。家族の為の自己犠牲や苦痛に耐える忍耐が美德とされるような風潮も手伝って、自己決定権の行使が困難となる場面も少なくない。また、医学上の重大な決定が後々好ましくない結果に結びつくことを恐れ、患者も家族も、すべてを医師の判断に委ねたいという、いわゆる医師のパターナリズムに依存する傾向も依然として高い。

今回提示した症例においては、いつでも外せるからとマスクの装着を説得したのにもかかわらず、外して欲しいと懇願する患者の意思を無視したことは、インフォーム

ドコンセント上問題があろう。さらに自己決定権の考え方からすると、泣いて嫌がる患者に苦痛を伴うマスクを装着することは、傷害であり人権侵害とさえ言われるかもしれない。患者が死んでもいやだと拒否することを、仕方がない、奇跡を信じよう、と無理やり押し付けることは、家族を含めた医療側の集団的なパターンリズムではないか、よく考える必要がある。

自然死と人工呼吸器

それでは今回の症例において、患者の意思を優先して NIPPV をしなかったらどうなったのであろうか。間違いなく数日でナルコーシスから呼吸停止となったであろう。そもそも NIPPV は肺の換気を改善しようとするものであって、肺の疾病を治す治療法ではない。従来の人工呼吸器でも同じことである。自然に任せれば死が避けられない状況を何とか先に延ばそうという試みであって、ある意味延命治療のひとつといえよう。本人が延命治療をはっきりと拒否する一方で、家族は延命している間に状態が奇跡的に改善することを期待したのである。

そのままにすれば自然に死が訪れることを自然死という。人工呼吸器による延命治療をやめれば当然延命するより死期が早まるけれども、そのように自然死を迎えることは死期を早めることとは根本的に区別するのが欧米の基本的な考え方である。日本ではその区別がしっかりと理解されないまま、死期を早める安楽死と混同されている。

肺疾患の進行により呼吸状態が悪化したとき、人工呼吸器を装着するか否かは、大変重大な判断である。特に高齢者の場合には、たとえ癌でなくでも回復の見込みが乏

しいため、いくら人工呼吸器で肺の換気をしてみても、結局死を避けられないことが多い。多くの高齢者が終末期に人工呼吸器の装着を希望しないのは、一度人工呼吸を始めたらず本意でも止められない現状に差し控えの気持ちが生じるからとの指摘もある。その点 NIPPV は自分で装着中止が可能であり、受け入れはよりスムーズとなる。それでも患者や家族が治療の継続を拒否した場合に、いかに対処するかはとても難しい問題である。人工呼吸を止めれば死期は早まるであろう。しかし、それは自然死を迎えるということであって、安楽死とは根本的に異なることを皆が明確に理解していなければならない。

E. 結論

これまでは、死期が迫っていることを本人に伝えるのはタブーとされ、家族にだけ告知してできる限りの延命策を施すのが常識のようにされてきた。しかし、癌の告知も当然のこととなった今、終末期の治療のあり方を、患者と共に悩み、考え、サポートしていくことが医療従事者の重要な仕事となってきた。いまやパターンリズムと延命至上主義を見直し、患者の自己決定を支え、患者本人の尊厳を保つ努力が患者を取り巻く家族と医療者側に求められている。

F. 研究発表

高齢呼吸不全患者の終末期における人工呼吸器治療のありかた；2006年日本老年医学会総会

【研究協力者】

千田一嘉 国立長寿医療センター呼吸器科

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

（分担）研究報告書

痴呆症、神経内科疾患患者の終末期ケアに関する研究

（分担）研究者 武田章敬 国立長寿医療センター

第一アルツハイマー型認知症科 医長

研究要旨

当院神経内科に入院され、死の転帰をとった4症例について終末期の医療の方針決定と実際に提供されたケアの内容を調査した。特に問題となった症例においては事前指示の有効性の問題、終末期と判断してよいかどうかの問題、本人の意思表示が可能かどうかの判断が困難であるという問題を含んでいた。特に終末期と判断してよいかどうかは現場を悩ませる問題であり、今後、終末期の明確な定義と判断の手続きの確立が必要であることが示された。

A. 研究目的

高齢者の終末期ケアの方針決定に関する明確な指針は存在せず、医療や福祉の現場に混乱を招いている。昨年度までの本研究において、当院神経内科に入院され、死の転帰をとった症例につき調査を行い、高齢の症例では事前指示のある症例が一例もなく、御家族の意向で方針が決定されていたこと、筋萎縮性側索硬化症の患者においては事前指示が有効に機能していたこと、終末期の方針決定に関して、御家族の意向、医療側の葛藤、施設入所の条件などが影響し、複雑な問題があることを報告した。

本年度の研究においても引き続き、現在行われている終末期ケアの方針決定と実際に提供されたケアの現状を調査し、問題点を明らかにして、指針構築のための基礎的なデータを提供することを目的とする。

B. 研究方法

平成18年度に当院神経内科に入院し、死の転帰をとった患者を対象として、終末期の医療に関する方針決定の状態と実際に行われた医療について、診療録および主治医へのインタビューをもとに検討を行った。

C. 研究結果

対象となった4症例の中で特に問題となった症例を提示する。

症例（85歳、女性）

40年前に結節性多発動脈炎と診断され、治療を受けていた。平成7年に「尊厳死宣言書」を書き「結節性動脈周囲炎が悪化して病状が進み、且つ死が迫っている場合には徒に死期を引き延ばす様な延命措置は取らないでください。」と記している。平成15年に転倒し頭蓋底骨折、髄膜炎を来し、嚥下障害のため胃瘻造設した。その後、経口摂取可能となり胃瘻チューブを抜去した。この際、「次回胃瘻を

作る必要が生じても作らない」という考えを本人と家族で確認していたとのことである。平成 18 年 6 月 10 日から食事量が低下し、自力で立てなくなった。6 月末からムセがひどくなり、鼻からもれるようになった。7 月 10 日に当院にて嚥下造影を行い、球麻痺と診断され、7 月 11 日入院となった。入院後、脳梗塞急性期、重症筋無力症、髄膜炎、内分泌疾患、胸腹部疾患を考え、精査を行ったが、異常を認めなかった。2 ヶ月間経過を観察しても嚥下機能の改善はみられず、今後の栄養補給について御家族と相談したところ、胃瘻、経鼻胃管、中心静脈栄養のいずれも希望されなかった。当院の他の医師数名、社会復帰支援室の看護師、訪問診療を担当する医師、訪問看護ステーションとも協議を重ねて、今後の方針について検討した。患者本人に名前等は正しく答えられることを確認した後に、「もっと長生きしたいですか？」と問うと首を横に振り「もう十分」という答えであった。この応答は日を変えて行っても同様の結果であった。「点滴を減らせば 1-2 週間で亡くなります」と説明したが「よくわからない」という返事であった。10 月 4 日自宅退院となり、1 日 500ml のみのカロリーの低い輸液のみ行い、数日後死亡された。

その他の 3 症例はいずれも患者本人が意思疎通困難な状態で、事前指示もない症例であった。2 症例は御家族が心肺蘇生を希望されず、施行しなかった。1 症例は急変であったため心肺蘇生が施行された。

D. 考察

提示した症例には終末期医療のいくつかの問題点が含まれている。11 年前の尊厳死宣言が何らかの意味を持つか否かといった問題、経口摂取困難である病態が明らかではなく、治療が可能であるか否か、病態が非可逆なものであるか否かが明らかでないという問題、本人の意思確認が困難ではあった点である。我々を最も悩ませた点が「この症例が終末期にあると言って良いのかどうか」という点であった。終末期は「生命維持処置を行わなければ、比較的短期間で死に至るであろう、不治で回復不能の状態」と定義されることが多いが、特に高齢の患者において、悪性腫瘍や一部の神経疾患を除けば「不治で回復不能」と判断することは困難な場合が多いと考えられる。実際に嚥下不能と判断され、胃瘻造設してから経口可能となる症例は本症例を含め臨床に携わるものが少なからず経験することである。現在の終末期の定義においてはある症例を終末期と判断するかどうかの点で医師間で異なる判断がされる可能性が十分に考えられ、終末期の明確な定義と判断の手続きが確立されなければ臨床現場に大きな混乱を招く恐れがあると考える。

E. 結論

高齢の症例において自分の意思を事前に表明した症例は少なく、ほとんどの症例において御家族の意向が方針の決定に重要な役割を果たしていた。特に問題となった症例においては 11 年前の事前指示書が有効であるか否か、終末期と判断しても良いかどうか、本人の意思表示がど

の程度信頼できるものか否かといった問題を含んでいた。今後、終末期の定義の明確化と終末期と判断する手続きの確立が必要と考えられた。

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

（分担）研究報告書

—在宅終末期医療・ケアにおける病院とホームドクターの連携についての研究—

（分担）研究者 山本 楯 山本医院

研究要旨

H18年度分担研究では在宅終末期診療の事例検討を踏まえ、在宅診療におけるインフォームドコンセントの必要性評価や、事前指示の必要性評価を行った。在宅終末期においては、医学的状况に加え、入院するかどうか、在宅で終末期を迎えるかの判断に本人・家族の意思が大きな影響を及ぼすことが明らかであり、今後在宅終末期診療を進める上で、事前指示書など、本人の意思を反映した診療体系の構築が必要であると考えられた。

A. 研究目的

本研究班はH16、17年度の長寿科学総合研究事業において、高齢者の終末期の実態調査を行い、その結果、自己決定、医療倫理委員会、尊厳死の法制化、介護・福祉施設のハード・ソフト面など高齢者の終末期の地域連携を進めるに際し、課題が山積していることを明らかとしている。本研究班のH18年度以降の研究では、厚生労働省の「終末期医療における決定プロセスのガイドライン」をもとにして、高齢者終末期ガイドラインの作成を試みると共に、同センターを地域の基幹病院とする終末期の地域連携の確立を目的としている。本分担研究では終末期の地域連携を検討する上での、かかりつけ医の役割のや在宅終末期医療を進める上での問題点や今後のあり方の検討を行う。今回、在宅終末期におけるインフォームドコンセントの充実、リビングウィルや事前指示(advanced directive)に基づくご本人の意思に基づく終末期の医療判断、心肺蘇生拒否の指示(Do not attempt resuscitate order: DNAR)の臨床現場での実施の可能性や問題点等検討を行った。

B. 研究方法

平成18年度分担研究では、国立長寿医療センターでの実証的調査研究のデータをもとに、在宅終末期診療の実態把握（事例検討）を行った。さらにこれまでの在宅終末期に関する報告を踏まえ、在宅終末期診療を進める上での問題点を検討した。

倫理面への配慮

本研究は倫理問題を扱うため、研究実施機関の倫理委員会の承認を経て、本人・家族の同意書入手して、無記名でかつ、個人データを特定できないようナンバーリングしたものとのみ扱うことで研究に倫理的配慮を行った。

C. 研究結果

平成18年度の分担研究では、国立長寿医療センターでの実証的調査研究のデータをもとに、在宅終末期診療における事例検討を軸に、事前指示の必要性評価を行った。国立長寿医療センターでは、高齢者の臨死において患者本人の意思表示の確認がなく、蘇生の有無を患者家族と主治医の判断のみで行っている実態が明らかとなりつつある。

このため、在宅医療における患者の意思表示の確認の現状評価を並行して行う必要性を認めた。今回、在宅終末期における事例検討では、脳軟化症、心不全でかかりつけ医受診中の99歳の肺炎患者で、家族が入院を希望せず在宅で死に至った症例と、高血圧、陳旧性心筋梗塞で通院中の患者が、今後心筋梗塞の再発があっても入院拒否の意思表示がある症例を検討した。いずれも在宅終末期においては、医学的状況に加え、入院するかどうか、在宅で終末期を迎えるかの判断に本人・家族の意思が大きな影響を及ぼすことが明らかであった。

D. 考察

国立長寿医療センターのこれまでの高齢者を対象とした現状調査では、患者の意思表示の確認のない状態での最終的な医療判断が行われている症例の多い実態が明らかとなり、在宅診療においても同様の状況が認められる可能性が示された。一方、過去に行われた在宅高齢者終末期に関する調査(参考資料)では、かかりつけ医に受診中であっても最終的に40.2%が病院に入院し死亡していると報告されている。また、同調査では本人が在宅死希望であるかどうかの調査を主介護者と訪問看護師に行ったところ、かなりのずれがあることが判明している。このため、意思表示ができる時点での事前の本人への確認がより重要であることを報告している。また、今回報告した在宅診療での2症例のいずれも、在宅終末期においては、医学的状況に加え、入院するかどうか、在宅で終末期を迎えるかの判断

に本人・家族の意思が大きな影響を及ぼすことが明らかであった。このため、今後在宅終末期診療を進める上で、事前指示書など本人の意思を反映した診療体型の構築が必要であると考えられた。

E. 結論

在宅終末期においては、医学的状況に加え、入院するかどうか、在宅で終末期を迎えるかの判断に本人・家族の意思が大きな影響を及ぼすことが明らかであり、今後在宅終末期診療を進める上で、事前指示書など、本人の意思を反映した診療体系の構築が必要であると考えられた。

F. 研究発表

1. 山本楯 シンポジウム2 「終末期医療」
診療所医師の立場から 第17回 日本老年
医学会東海地方会(シンポジスト)名古屋,
2006, 9月9日

(参考資料)

宮田和明、近藤克則、樋口京子編：在宅高齢者の終末期ケア 全国訪問看護ステーション調査に学ぶ。 中央法規 2005, 東京