

H19. 5. 16

「私の医療に対する希望
(終末期になったとき)」
調査票説明マニュアル
第1版

A. 希望調査票の主旨について(同意書の理解の確認)

・これまで、多くの高齢者の方々は最後の瞬間(とき)にどうして欲しいのかの希望を残しておられませんでした。そのため、特に終末期の治療方針について、医療スタッフやご家族が判断に困り苦悩する場合がございます。

・この「私の医療に対する希望(終末期になったとき)」調査票では、将来ご本人が終末期を迎えた時に、どのような医療を希望されるかを記載・提出していただきます。その内容を当センターのソーシャルワーカーが確認し、保管します。終末期になって、ご自身で治療方針を判断できなくなったとき、この調査票をご家族や担当医師に見せます。なお、この調査票は法律的な意味はありませんし、強制力也没有。また、この調査票にお答えいただかない場合もなんら不利益を被ることはありませんし、お答え頂いた内容はいつでも修正・撤回できます。修正を希望される場合は、新たに調査票を記載提出してください。撤回される場合は、ソーシャルワーカーにご連絡いただき、所定の用紙を記載提出ください。希望調査票を提出された1年後に、書かれた内容について再確認をさせていただきます。

・提出いただいた希望調査票の内容とご本人のカルテ情報とを照合し、集計して、この調査票の改善点等の検討を行います。ご本人が将来、亡くなられた場合は、この調査票を実際に参考にされたかどうかを、ご家族と担当の医療スタッフに問い合わせをさせていただきます。この研究以外の目的には使用しません。これらの集計結果を学会等で発表させていただく場合がありますが、その場合は集計した数値のみを扱いますので、個人の情報について公表されることは一切ありません。

注意事項

・通院中の方に限ります。

・あくまでこの病院内での使用に限ります。ご本人が重篤な病気で当院に入院され、ご自分の意思表示ができなくなったときに使用します。他の病院・診療所での使用には当面对応しません。

B. 希望調査票の「終末期の定義」の説明

1)「終末期」とは

終末期は一般には「人の死の差し迫った状態」を指します。

この定義については、日本医師会や日本学術会議など様々な専門団体・組織が提唱していますが、医療現場ではどのような病気の、どういう状態を終末期とするかについては未だに意見が一致していません。

この調査票では、「終末期」を現時点で最も適切に表現していると思われる「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」という定義を採用しています。これは米国の法律で用いられている定義を引用、改訂したものです。

2)「生命維持処置」とは

一般的な生命維持装置は生命を維持する機能が低下したり停止した場合、その機能の代わりを行う装置を指します。

この調査票での生命維持処置は、「2. 終末期になったときの希望」の各項目を指します。

終末期に心臓が止まったとき、自分で呼吸ができなくなったときや食事がとれなくなったときに心臓の動きや呼吸や栄養補給を補助する処置を指します。具体的には

①死が迫ったときの心肺蘇生といわれるもの(心臓マッサージ、気管挿管、気管切開、人工呼吸器の装着、昇圧剤等)

②胃ろうや鼻チューブによる栄養補給

③点滴による水分補給、高カロリー輸液による栄養補給です。

2. の項目の中に、抗生剤の項目が入っています。肺炎など感染症にかかった時に、終末期においても、苦痛症状を和らげるために抗生剤治療は通常に行われています。このように、一般的には抗生剤治療は延命処置に含みませんが、終末期の疾患で抵抗力が低下し、感染症が悪化し、抗生剤治療により治癒が見込めない場合でも、家族などの希望で、抗生剤治療を開始したり継続することがあります。このような状況の使用を、この希望調査票では生命維持処置に準じて項目にあげています。

3)「比較的短期間で死に至るであろう」

「比較的短期間」は、終末期にかかっている疾患により異なります。一般的には「数週間～数ヶ月」ですが、ゆっくり症状が進行する癌の場合などで、予想よりも結果的に長い生命予後の場合もあります。

今後、各疾患の予後推定についての研究がさらに進めばより、はっきりとした期間を数値で示すことも可能となりますが、現時点では多くの疾患で予後判定が困難な事が多いため、具体的数値を敢えて示していません。

4)「不治で回復不能の状態」

現在の医療水準では、対象の疾患や病態の治療方法がなく、徐々に進行し、これ以上の回復が見込めない状態を指します。

注意:

・重度の認知症や寝たきり状態は、それだけでは死の差し迫った状態ではかならずしもありませんので、生命を脅かすような合併症がない限り、終末期には含みません。

・このように終末期の一応の定義をしていますが、終末期かどうかは、現時点では担当医師や医療チームにより総合的に判断されます。

・実際の医療現場では、極めて重症で急に心臓や呼吸停止がくるような恐れがある時でも、終末期かどうか判断に困る場合があります。このようなとき、終末期に準じてご本人や家族の意向の確認が行われることがあります。このため、急変で亡くなられる恐れが極めて高いときに、終末期かどうかの判断が困難であっても、担当医師の判断によりこの希望調査票を、終末期に準じてご本人の意向確認のための参考とする場合があります。

1. 基本的な希望

① 痛みや苦痛について

- ・ 強い鎮痛薬(麻薬系鎮痛薬等)で痛みを抑えると意識が低下するが多い。

ただ麻薬系鎮痛剤を使う場合も、この使用法の改善が進んでおり、意識が低下せずに痛みや苦痛だけ和らげることも次第に可能な状況となりつつあります。麻薬系鎮痛薬では、また、使用量により副作用で呼吸が抑えられる事もあります。

- ・ 苦痛が強いつきに鎮痛剤に加え、鎮静剤を使う場合があります。鎮静剤の多くでは意識は低下します。また、副作用で呼吸が抑えられることが多い。
- ・ 「自然のままでもいい」とはできるだけ自然な状態で死を迎えたい、したがって、ある程度痛みがあっても、強い薬で意識レベルを低下させることは避けてくださいという希望です。意識をできるだけ保つような対応をして欲しいという希望です。

② 終末期を迎える場所について

それぞれ希望の場所にチェックをしてください。「病状に応じて」は必ずしも1カ所にはこだわらず、治療や介護状況に応じ対応して欲しいという希望です。

2. 終末期になったときの希望について(記載者用説明書の理解の確認)

① 心臓マッサージなどの心肺蘇生

・ 心肺蘇生とは、死が迫ったときに行われる、心臓マッサージ、気管挿管、気管切開、人工呼吸器の装着、昇圧剤の投与等の医療行為をいいます。

・ 心臓マッサージをすると、心臓が一時的に動き出すことがあります。

・ 気管挿管の場合、必ずしもすぐに人工呼吸器を装着する訳ではなく、多くの場合、手動のバック(アンビューバック)を連結して医療スタッフが呼吸補助をします。この行為により、一時的に呼吸が戻ることがあります。

② 延命のための人工呼吸器の装着

終末期の疾患の違いにより、装着後、死亡するまでの期間は異なります。

③ 抗生物質の強力な使用

感染症の合併があり、通常の抗生剤治療で改善しない場合、さらに強力に抗生物質を使用するかどうかの希望です。

④ 胃ろうによる栄養補給

事前に内視鏡と若干の器具を用い、局所麻酔下に開腹することなく栄養補給のための胃ろうを作る手術(経皮内視鏡的胃ろう造設術)を受ける必要があります。鼻チューブよりも一般的に管理しやすい方法です。

⑤ 鼻チューブによる栄養補給

胃ろうや鼻チューブでは、つねに栄養補給ができます。しかし、終末期の状態では供給された栄養を十分に体内に取り入れることができないため、徐々に低栄養になります。また、栄養剤が食道から口の中に逆流して肺炎を合併することがあります。

⑥ 点滴による水分補給

すぐに重度の脱水にならないようにできます。栄養はほとんどなく次第に低栄養が進行します。

このほかに太い静脈に点滴チューブを通し、より多くの栄養を持続的に入れる高カロリー輸液(IVH)という方法がありますが、胃ろう・鼻チューブでの栄養補給の時と同様、終末期では徐々に低栄養になります。また、点滴チューブを介した感染症を起こすことがあります。

3. 主治医が相談すべき人

家族以外でも結構です。最もご自分の治療方針や延命の有無など、ご自分に代わり判断をお願いしたい方をご記載ください。この欄は、財産をまかせる成年後見人とは別のものです。本希望調査票の本来の目的に適うために、できるだけして記載ください。

* 患者様の記載欄はかならず自筆でお願いします。

C. 希望調査票受け取り時の職員確認事項

1) 本人確認

姓名、生年月日、性別、住所、連絡先、診察券番号、本人確認(保険証等)

2) 通院状況 確認

長寿医療センターになって通院歴があればOK

3) 調査票の主旨の理解 本マニュアルA. が理解できている。

4) 調査票各項目の理解 本マニュアルB. が理解できている。

5) 意思決定能力ありと本人ご自身の意思

意思決定能力ありとは病気・治療の一般的理解ができ、それに対する意見とその理由を述べることのできる状態。理由の整合性は問わない。

評価・判定の方法 (「重症疾患の診療倫理指針」p27-30に準ずる)

① 記載者が、医療従事者や家族の強制でなく、自分自身で選択している

② 記載者が、自分の意思決定の内容を担当者(ソーシャルワーカー)に伝えることができる

③ 希望調査票の疼痛・苦痛についての対応や生命維持処置の内容について一般的理解ができる

④ 選択した、生命維持処置等をとらない場合、どのような結果になる可能性が高いかをおおよそ推論できる

⑤ 妄想や幻覚、うつ状態に基づいていない。

⑦ 但し、精神疾患や認知症それ自体は意思決定能力がないことを意味しない。

⑧ 意思決定能力の備考欄にはうつ状態、妄想、幻覚状態が疑われる場合など記載する。

過去にうつ病と判断されていても薬物コントロールされている場合もあり、病名のみで除外せず、「うつ状態が疑われる」等備考欄記載に留める。

6) 家族との相談、家族と相談している場合その内容、提出についての相談、項目についての相談、提出時の家族同席、有りの場合同席者のご関係を順次記載する。

「提出についての相談」は、提出するかしないかの相談を家族としたかどうか

「項目についての相談」は、提出することは自分の意思で決めていたが、各項目についての相談をしたかどうか

7) 受取り時、署名をし、カルテに赤字で(希)のマーキング、調査票へ受付番号記載する。

8) 2枚複写の2枚目を記載者に渡し、1枚目を所定のバインダーにとじる。

D. 記載者死亡後の問い合わせ時

担当医師、家族よりの依頼に応じ、本人の「希望調査票」と「受け取り時職員確認事項」を複写し、主治医及び家族に提出する。

E. 1年後の再提出

郵送は厚労省研究班で行いますが、受け取りは初回同様、社会復帰支援室で行います。1回目ほどの詳細な説明は不要ですが、職員確認事項のチェックは必要です。

F. 撤回申請書の確認

撤回希望の問い合わせがあった場合、確認予約に準じて、社会復帰支援室に来て頂きます。所定の用紙に記載頂き、職員確認欄も併せて記載します。
外来カルテのマーキングを削除してください。

事前指示書取得状況

1. 基本的な希望

痛みを抑えて欲しい

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
希望無	12	26.1	26.1	26.1
希望有	34	73.9	73.9	100.0
合計	46	100.0	100.0	

鎮静剤あり

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
希望無	16	34.8	34.8	34.8
希望有	30	65.2	65.2	100.0
合計	46	100.0	100.0	

自然のまま

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
希望無	39	84.8	84.8	84.8
希望有	7	15.2	15.2	100.0
合計	46	100.0	100.0	

終末期を迎える場所

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
自宅	3	6.5	6.5	6.5
病院	24	52.2	52.2	58.7
病状に応じて	18	39.1	39.1	97.8
未記載	1	2.2	2.2	100.0
合計	46	100.0	100.0	

2. 終末期になったときの希望

心肺蘇生

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
未記載	1	2.2	2.2	2.2
希望無	41	89.1	89.1	91.3
希望有	4	8.7	8.7	100.0
合計	46	100.0	100.0	

人工呼吸器

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
未記載	1	2.2	2.2	2.2
希望無	42	91.3	91.3	93.5
希望有	3	6.5	6.5	100.0
合計	46	100.0	100.0	

抗生物質

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
希望無	43	93.5	93.5	93.5
希望有	3	6.5	6.5	100.0
合計	46	100.0	100.0	

胃瘻

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
未記載	1	2.2	2.2	2.2
希望無	42	91.3	91.3	93.5
希望有	3	6.5	6.5	100.0
合計	46	100.0	100.0	

鼻チューブ

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
未記載	1	2.2	2.2	2.2
希望無	42	91.3	91.3	93.5
希望有	3	6.5	6.5	100.0
合計	46	100.0	100.0	

点滴

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
未記載	2	4.3	4.3	4.3
希望無	28	60.9	60.9	65.2
希望有	16	34.8	34.8	100.0
合計	46	100.0	100.0	

3. 医療代理人の指名

代理人の有無

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
あり	44	95.7	95.7	95.7
なし	2	4.3	4.3	100.0
合計	46	100.0	100.0	

代理人の人数

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
0人	2	4.3	4.3	4.3
1人	19	41.3	41.3	45.7
2人	24	52.2	52.2	97.8
3人	1	2.2	2.2	100.0
合計	46	100.0	100.0	

代理人1の関係

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
次女	1	2.2	2.2	2.2
主治医	1	2.2	2.2	4.3
孫	1	2.2	2.2	6.5
長女	2	4.3	4.3	10.9
長男	8	17.4	17.4	28.3
弟	1	2.2	2.2	30.4
配偶者	27	58.7	58.7	89.1
妹	1	2.2	2.2	91.3
未記載	2	4.3	4.3	95.7
姪	2	4.3	4.3	100.0
合計	46	100.0	100.0	

代理人2の関係

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
義弟	1	2.2	2.2	2.2
次女	2	4.3	4.3	6.5
次男	1	2.2	2.2	8.7
孫	1	2.2	2.2	10.9
長女	3	6.5	6.5	17.4
長男	14	30.4	30.4	47.8
配偶者	1	2.2	2.2	50.0
未記載	21	45.7	45.7	95.7
娘	2	4.3	4.3	100.0
合計	46	100.0	100.0	

II. 研 究 分 担 報 告

高齢者の終末期医療・ケアの地域連携モデルの構築と終末期ガイドライン作成
(病態別決断分岐図を用いた高齢者の標準的終末期ケアの確立に関する研究)

研究分担者 三浦久幸 国立長寿医療センター第一外来総合診療科

研究要旨

H18、19年度研究により、癌、心・呼吸器疾患、神経難病（ALS）、認知症・老衰（廃用症候群）のそれぞれでは終末期に至る経過や、医療決定のプロセスは大きく異なっていることが明らかであった。終末期の判定と対応をより適切に行うためには、非がんの疾患で予後不良の因子を明らかとし、具体的予後判定基準を示すべきであると考えられた。H20年度は、疾患別の生命維持処置の効用値検出を試みる。

A. 研究目的

本研究班ではこれまでの研究で、高齢者の終末期の実態調査を行ったが、その結果、本人の意思決定、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が明らかとなった。これまで、実証的な終末期医療の実態調査が少なく、このため、具体的な臨床上的問題点が明らかにはするのは困難な状況である。研究者らはこれまで、より実証的な調査を行うことを目的として、国立長寿医療センターの高齢死亡症例を対象に決断分岐図を用いた実態調査を行ってきた。具体的には終末期の高齢者に特徴的な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ふ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、現在行われているターミナルケア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た。H16年及びH17年度に行った研究ではレトロスペクティブなデータに基づいて、決断分岐図を作成し、国立長寿医療センターの

死亡症例に対して疾患、インフォームド・コンセント、リビングウィル、蘇生の有無についての実態調査を行った。

本研究班は国立長寿医療センター内での使用に耐えうる、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。H18年度の本分担研究は現在進めている決断分岐図を用いた同センター内死亡症例の実態調査をさらに進め、疾患・病態別のターミナルの実態をより明らかとする。これをガイドライン作成の基礎データとして用いる。

B. 研究方法

H18年度においては個々の死亡症例に対する終末期医療の決断分岐図を作成し、レトロスペクティブ研究によりその有用性・問題点を明らかとし、今後の標準的終末期ケアの方向性を検討した。H19年度の本分担研究は現在進めている決断分岐図を用いた同センター内死亡症例の実態調査をさらに進め、疾患・病態別のターミナルの実態を引き続き検討した。

倫理面への配慮

本研究は死亡患者のカルテから情報収集を行うレトロスペクティブな研究であり、倫理問題を扱うため、厚生労働省の臨床研究の倫理指針に従い個人情報保護を徹底する。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のみ扱うことで研究に倫理的配慮を行うこととする。

C. 研究結果

H18年度までの決断分岐図を用いた、国立長寿医療センターにおける実態調査では、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現状が明らかとなっている。H19年度研究では、疾患の違いによる終末期の治療判断の違いをさらに検討した。H18年度に引き続き、癌、心・呼吸器疾患、神経難病（ALS）、認知症・老衰（廃用症候群）のそれぞれでは、終末期に至る経過や、医療決定のプロセスは大きく異なっていた。疾患別では後期高齢者の終末期の死因として約4割が悪性腫瘍によるものであったが他は非がんによるものであった。悪性腫瘍の場合、予後判定は比較的可能であるが、非がんでは終末期の判定、予後判定が極めて難しく、悪性疾患に比べ終末期の対応に苦慮している現状が明らかとなった。

D. 考察

後期高齢者では悪性腫瘍に比べ、非がんでは終末期の判定、予後判定がより困難であることが明らかであった。終末期の判定と対応をより適切に行うためには、非がんの疾患で予後不良の因子を明らかとし、具体的予後判定基準を示すべきであると考えられた。

E. 結論

H18、19年度研究により、癌、心・呼吸器疾患、神経難病（ALS）、認知症・老衰（廃用症候群）のそれぞれでは、終末期に至る経過や、医療決定のプロセスは大きく異なっていることが明らかであった。終末期の判定と対応をより適切に行うためには、非がんの疾患で予後不良の因子を明らかとし、具体的予後判定基準を示すべきであると考えられた。H20年度は最終年度であり、疾患別の生命維持処置の効用値検出を試みる。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 三浦久幸 高齢者終末期医療と倫理 日本老年医学会雑誌・2008・in press.
- 2) 三浦久幸、太田壽城 高齢者の終末期医療 ―倫理ジレンマを乗り越えるために― 日本老年医学会雑誌・2007・44(162-164).

2. 学会発表

- 1) 三浦久幸
高齢者終末期医療と倫理
第49回 日本老年医学会学術集会・総会
札幌、2007、6月22日

G. 知的財産権の出願・登録状況
なし

高齢者の終末期医療—倫理ジレンマを乗り越えるために—

三浦 久幸¹⁾ 太田 壽城²⁾

Key words : 高齢者, 終末期医療, 倫理ジレンマ, 事前指示書

(日老医誌 2007; 44:162-164)

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不安や非難がありうる。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、我々は、H16年及び17

年度厚生労働省・長寿科学総合研究事業および長寿科学振興財団・国際共同研究事業から研究費補助を受け、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はかってゆく方策を研究している。今回海外の終末期の現状調査を通じた国際比較に基づき考察した。

海外との比較にみる日本の終末期医療のシステム (表1, 図1)

国際共同研究での現地調査による結果を表1にまとめた。海外でもオランダはH14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。オランダでは殊に医師・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、そこで最後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

End-of-life care in the elderly patients—Resolving ethical dilemmas in Japan—

1) Hisayuki Miura : 国立長寿医療センター病院 第1外来総合診療科

2) Toshiki Ota : 国立長寿医療センター病院院長

表1 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」	あるがごく稀	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

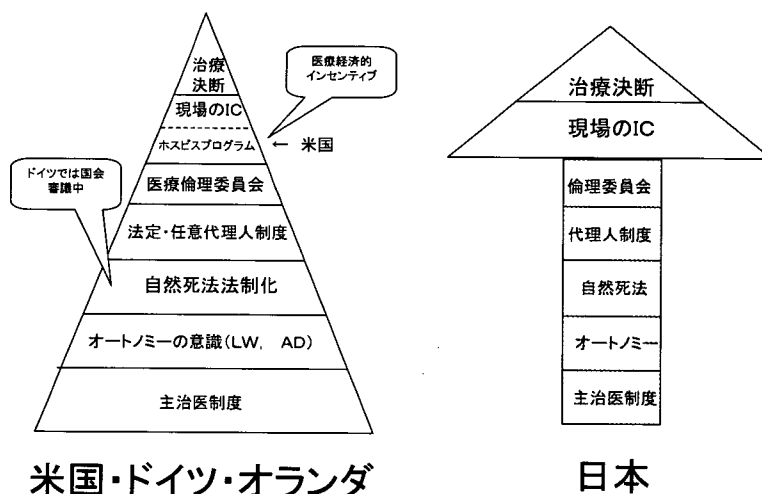


図1 終末期における医師の治療判断の構造—米国・ドイツ・オランダと日本の相違—

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。日本以外の三国は、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、延命治療等、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、三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三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全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1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

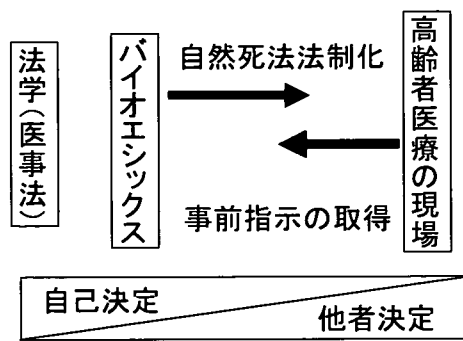


図2 高齢者終末期の自己, 他者決定の構造

となっており, 最終決定する上での医師, 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。

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・ディシジョン(説明を受けた上での意思決定)はなにか, 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, だれ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ず, 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)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き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, 実際のいる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捉えると, 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2)。

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2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。このような状況を打開するためには, 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成るシステムの構築が不可欠である。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られる。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。

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。

