

特集：高齢者に有終の美を一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。

0387-1088/06/500/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

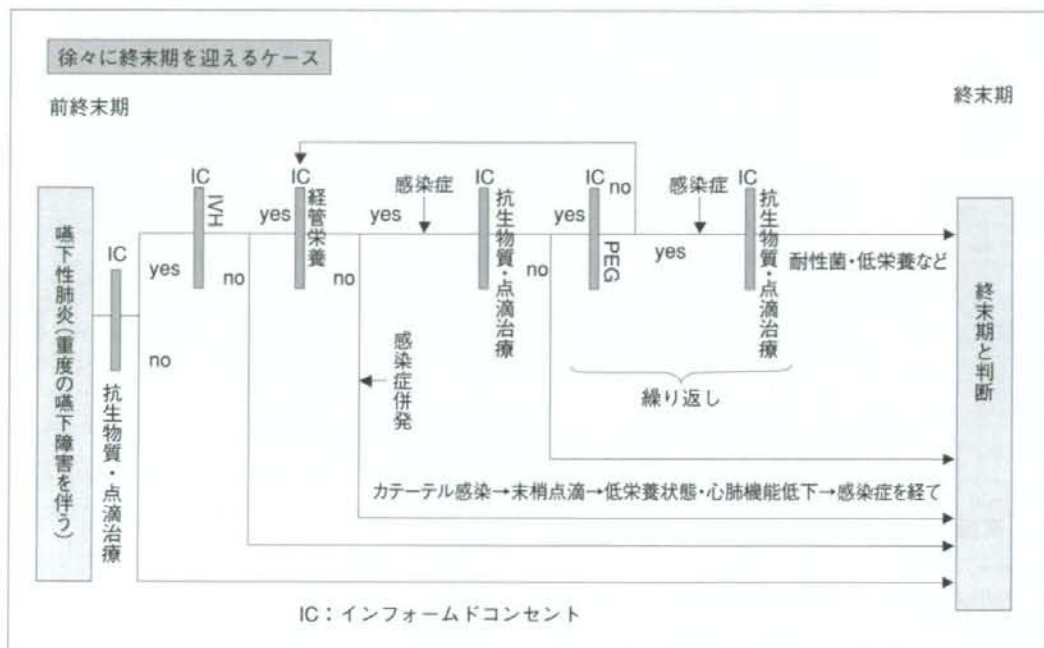


図1 終末期のケース別経過図

## ■ 病院における終末期に関する調査研究<sup>1)</sup>

### 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いますが、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  
ない  
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」高齢者にあつての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<sup>2)</sup>

(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。

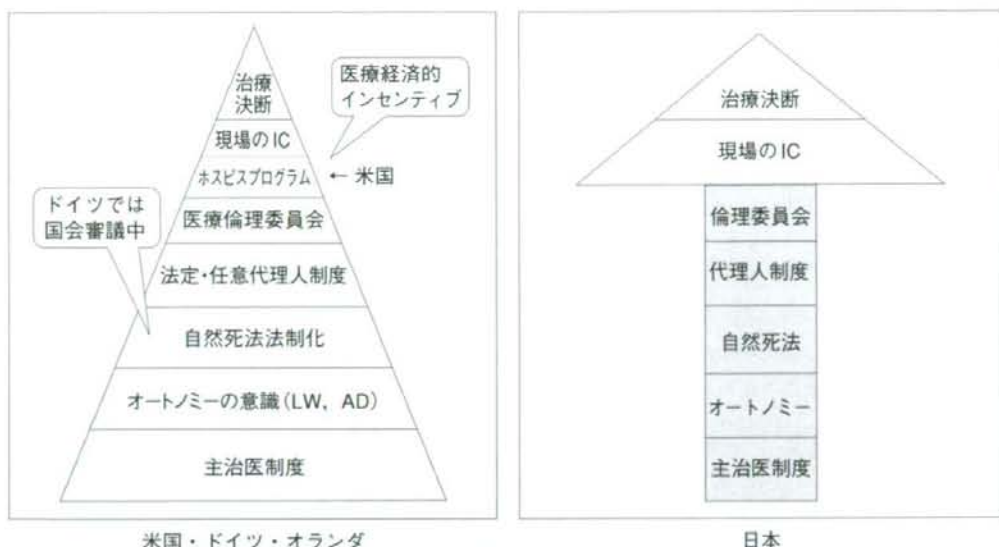


図2 終末期における医師の治療決断の構造—米国・ドイツ・オランダと日本の相違—

### ■ 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・ディシジョン(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

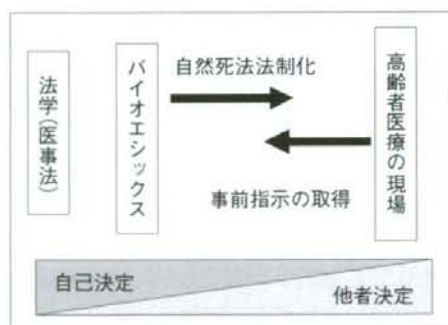


図3 高齢者終末期の自己、他者決定の構造

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、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、最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する。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。