

第49回日本老年医学会学術集会記録

〈シンポジウムⅢ：高齢者終末期医療：高齢者は何処へ行くのか〉

#### 4. 高齢者終末期医療と倫理

三浦 久幸

日本老年医学会雑誌 第45巻 第4号 別刷

## 4. 高齢者終末期医療と倫理

三浦 久幸

Key words: 高齢者, 終末期医療, 事前指示書

(日老医誌 2008; 45: 395-397)

## 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など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。このような状況の中、H18年3月に富山県の射水市民病院で、終末期患者に対する「呼吸器はずし」問題が起これ、これに対しH19年5月に厚生労働省から「終末期の決定プロセスに関するガイドライン」が発表された。また、H19年4月に日本尊厳死協会による疾病ごとの治療中止基準の発表、同年5月に国会の有志議員連による「臨死状態における延命措置の中止等に関する法律案要綱」公表されるという大きな動きがあった。これらのガイドラインの中で、患者の意思尊重、チームでの医療決定等重要な要件が示されたが、「終末期」の定義、治療の縮小・中止の要件、「家族」の規定、免責の要件など依然、現場での問題は山積しており、より具体的要件提示の必要性が生じている。

## 日本と海外における終末期の医療決定の構造上の違い

国内の高齢者医療では、国民全体での autonomy (自律) が醸成されていないことや意思決定能力の低下等で、本人の意思の確認は極めて困難な状況にある。また、主

治医制度がなく、特に救急医療の現場では患者の人となりの確認が困難な状況にある。さらに、家族の意見が一致しない等、倫理的問題を相談できる医療倫理委員会が機能しない等により、結局は現場でのインフォームド・コンセントのみに極端に依存していることで、結果として最終決定ができないジレンマに陥りやすく、また、「言った、言わない」の問題が生じやすい状況にある<sup>1)</sup>。

この一方、米国、英国、ドイツ等欧米先進国の多くでは、主治医(家庭医)制度があり、比較的長い経過で患者との人間関係を構築することができ、患者の人生史などを通じ、そのひとの人となりや考え方が把握しやすい状況にある。また、高齢者の意思決定能力の低下等で本人の意思確認ができない場合には、法定医療代理人の制度により、家族間の意見の相違への対応や、本人の意思の揺らぎが生じた時に、ジレンマが回避できる状況にある。さらに、治療判断に関する医療倫理委員会も米国、ドイツ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。この医療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。米国、オランダでは延命治療としての人工呼吸、人工栄養の中止については認められており、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。しかしながら、日本と海外の先進国では医療決定に関する構造が大きく異なることを念頭に議論されるべきである。特に主治医制度の有無は患者・医師関係の有り様について、根本的に異なる状況を作っている。

## 高齢者医療における自己決定・他者決定

われわれのこれまでの高齢者死亡症例の実態調査では、高齢者終末期では自己決定能力がない症例に対して判断のよりどころなく苦悩している現場の医師の状況が

End-of-life care and ethics in the elderly patients  
Hisayuki Miura: 国立長寿医療センター病院第一外来総合診療科

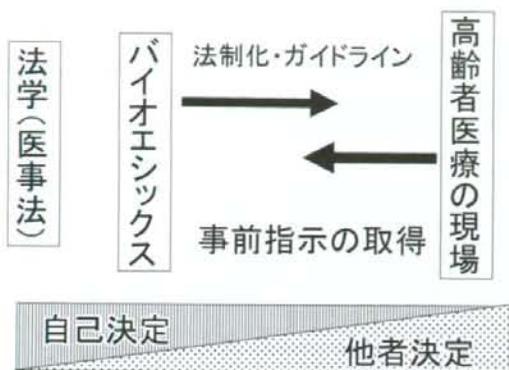


図1 高齢者終末期の自己、他者決定の構造

明らかであった<sup>12)</sup>。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、実際の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、自己決定を中心とする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1）。このような現状が高齢者医療の現場での医療決定を困難としていると考えられるが、この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国内外で実際に用いられている事前指示書を参考として、高齢者での使用に耐えうる独自の事前指示書を作成し、実際の運用を開始した（図2）。対象は当面、意思決定能力の確認がしやすい、外来の継続通院患者を対象としている。事前指示書は「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。米国におけるこれまでの報告ではリビングウィル単独より医療代理人の指名の併用が臨床上有用とされていることを考慮したものである。終末期に近づくにつれて当然きたすと思われる心の揺らぎを医療代理人が支えてゆくという構成となっている。この事前指示書は当センター病院の倫理委員会の承認を得た後に開始しているが、本人確認、自身の意思であることの確認や自己決定能力の

確認、各項目の理解の確認等を経て受け取る体制になっている。また、事前指示書使用の際は主治医単独ではなく医療チームで判断する等、アルゴリズムを作成し、使用の手順を明らかとしている。これはこの「事前指示書」が一人歩きしないための方策であり、ここにかかれた内容は決定事項ではなく、あくまで家族や代理人との終末期における話し合いを充実させるためのものであることを医療スタッフに明示するものである。この事前指示書は、高齢者自身に、事前に自分の生死について考える機会を与えるものであり、また、これを手に、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する。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具体的ガイドラインと並行し施行されるべきと考えられる。

### 倫理からみた今後の高齢者終末期医療のあり方

倫理ジレンマへの対応を考慮した場合、多くの高齢者では様々な疾患に罹患することで、自宅、病院、施設と場所を変え療養することになるが、このような状況の中で、単に家族の都合での決定ではなく、本人の意となしや意思が継続し尊重されるためには、寄り添うような主治医の存在が必要であると考え（図3）。さらにどの療養環境でも対応できるような地域連携が必要である。地域連携の中で事前指示書をどのように用いていくかあるいは医療代理人の役割等これからの課題であるが、「その方に今、その治療対応をすべきかどうか」の問題は単に医学的問題ではなく、その人のおかれる地域の社会的状況や介護状況が強く影響するため、さまざまな倫理ジレンマに対し、図3のように地域で連携を基に解決していく体制作りが必要であると考えられる。

### 結 語

高齢者の倫理でもっとも根本的で重要な問題は、終末期における本人の尊厳を守るためには、本人の意思確認が必須であるにもかかわらず、これがほとんど行われていない現状である。治療中止等の議論の前に、これからの本人の意思確認のあり方、医療代理人の必要性、患者・医師関係の有り様等、議論すべき課題が山積している。終末期医療の現場は医学的、法的、倫理的に未だ整理されているとはいえ、医療・介護現場のジレンマは続いている。「人間らしい、その人らしい死に方とは」は、極めて現代的な、かつ緊急の課題であると思われる。

受付番号 \_\_\_\_\_

**私の医療に対する希望（終末期になったとき）**

終末期とは生命維持処置を行わずに、比較的短期間で死に至るであろう、平穏で回復不能の状態です。

患者様が終末期になったときの受けられる医療に対する希望を貴者様ご本人が記載してください。  
 患者様ご自身で判断できなくなったとき、主にご家族・主治医の参考になると思われます。  
 この希望はいつでも修正・撤回できます。  
 法的な意味はありません。

**1. 基本的な希望**（希望の項目をチェック(✓)してください）

①痛みや苦痛について  できるだけ抑えて欲しい(□ 必要なら鎮静剤を使ってもよい)  
 自然のままが良い

②終末期を迎える場所について  病院  自宅  施設  病院に応じて  
 ③その他の基本的な希望（自由にご記載ください）  
 \_\_\_\_\_

**2. 終末期になったときの希望**（希望の項目をチェック(✓)してください）

①心臓マッサージなどの心肺蘇生  して欲しい  して欲しくない  
 ②延命のための人工呼吸器  つけて欲しい  つけて欲しくない  
 ③抗生剤の強力な使用  使って欲しい  使って欲しくない  
 ④寝るうによる栄養補給  して欲しい  して欲しくない  
 「寝るうによる栄養補給とは、流動食と液体から固形食まで変化したチューブで送ることで、  
 栄養チューブによる栄養補給  して欲しい  して欲しくない  
 ⑤点滴による水分の補給  して欲しい  して欲しくない  
 ⑦その他の希望（自由にご記載ください）  
 \_\_\_\_\_

**3. ご自分で希望する医療が判断できなくなったとき、主治医が相談すべき人はどなたですか。（お書きいただかなくても結構です）**  
 お名前（ ） ご関係（ ）  
 \_\_\_\_\_

貴者様のお名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 年 月 日  
 ご住所 \_\_\_\_\_  
 診療参加者 \_\_\_\_\_ 記載年月日 年 月 日

リビングウィル  
 +  
 代理人の指名  
 ↓  
 事前指示書

図2 事前指示書の例（国立長寿医療センター使用文書）

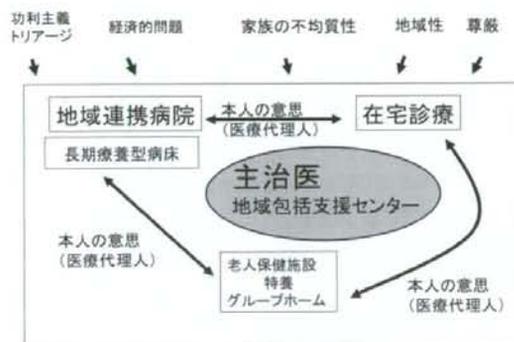


図3 自己決定を尊重した地域連携モデル  
 —地域での倫理ジレンマへの対応—

文 献

- 1) 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—. 日老医誌 2007; 44: 162-164.
- 2) 三浦久幸, 酒井陽子, 太田壽城: 特集: 高齢者に有終の美を一終末期ケアと緩和ケア 施設別に診た終末期ケアの現状と課題 1) 病院. Geriatric Medicine 2006; 44: 1533-1538.

## 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<sup>1)</sup> 太田 壽城<sup>2)</sup>

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しない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) Toshiaki 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	あるが資産に関するのみ	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

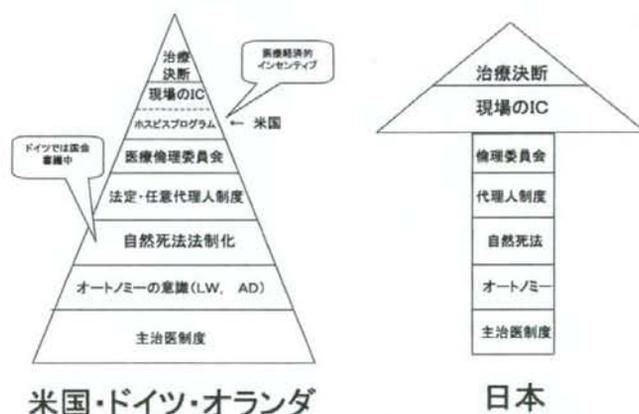


図1 終末期における医師の治療判断の構造—米国・ドイツ・オランダと日本の相違—

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

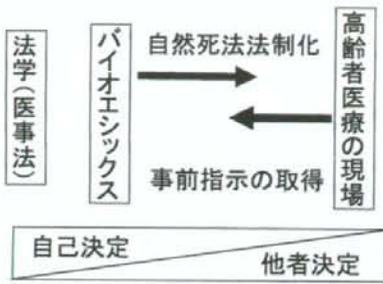


図2 高齢者終末期の自己、他者決定の構造

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取捨がつかず、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する。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。

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/N500/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



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。

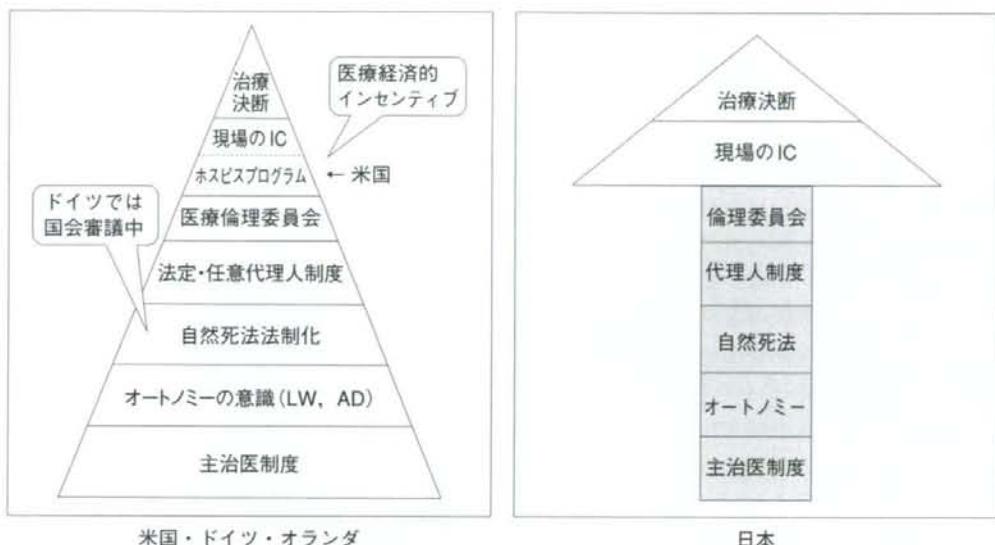


図2 終末期における医師の治療決断の構造—米国・ドイツ・オランダと日本の相違—

### ■ 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

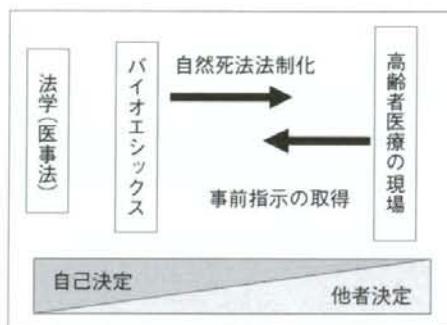


図3 高齢者終末期の自己、他者決定の構造

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Ⅳ次生命倫理想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、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と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。

【添付資料】研究成果発表会抄録集

長寿科学総合研究・研究成果発表会 兼市民公開講座

# これからの高齢者の 終末期医療を考える

平成20年度 厚生労働科学研究費・研究成果等普及啓発事業

主催：国立長寿医療センター 三浦 久幸

共催：財団法人長寿科学振興財団

## 抄録集

日時：平成20年12月20日（土）

13：00～17：00

場所：あいち健康プラザホール

〒470-2101

愛知県知多郡東浦町大字森岡

字源吾山1番地の1

\*本抄録集の全部または一部を無断で複写・複製することを禁じます。

## プログラム

13:00 開会の挨拶

**特別講演 座長：大島 伸一**

13:10 「満足死とは」

疋田 善平 くぼかわ病院 地域ケア科・満足死の会主宰

**教育講演 座長：丸口 ミサエ**

14:00 「終末期医療のありかたについて」

勝又 義直 名古屋医専学校長・名古屋大学大学院名誉教授

14:30～14:40 休憩

**研究成果発表会**

14:40 「終末期医療に対する国立長寿医療センターの試み」

三浦 久幸 国立長寿医療センター 第一外来総合診療科医長

15:00 「呼吸器疾患と終末期について」

中島 一光 国立長寿医療センター 包括第三内科医長

15:20 「高齢者終末期医療における看護の役割」

林 尚子 国立長寿医療センター 副看護部長

15:40～15:50 休憩

15:50 「施設における終末期の現状」

井上 豊子 介護老人保健施設ルミナス大府 看護介護部長

16:10 「在宅終末期医療について」

畑 恒土 医療法人あいち診療会 理事長

**パネルディスカッション 座長：勝又 義直**

16:30 パネリスト 三浦 久幸

中島 一光

林 尚子

井上 豊子

畑 恒土

17:00 閉会の挨拶

\*時間・内容等、変更の場合あり。ご了承下さい。

## 【特別講演】講演者略歴

疋田善平（ひきたよしひら）

1921年 滋賀県彦根市生まれ

1944年 大阪高等医学専門学校卒業

1945年 陸軍軍医学校卒業

国立京都病院にて結核診療にかかわる。

佐賀町国保 拳ノ川診療所にて36年間地域医療に取り組む。

① 広域総合病院形式

② 全村病院構想

③ 住宅ホスピス

④ 「パッケージ・ケア」（テーラー医療）で150歳の天寿を全うする

「満足死」を提唱し、「満足死の会」を主宰。

\* 現在、くぼかわ病院 地域ケア科勤務

<受賞歴>

1988年及び1995年 厚生大臣表彰

2001年 若月賞受賞

2008年 瑞宝双光章

満足死の会	設立	1993年1月
会 長	山本 洋	大正町立診療所長
顧問弁護士	田村 裕	
事 務 局	高知県高岡郡四万十町見付902-1	
	医療法人川村会くぼかわ病院	
	地域在宅ケアセンターくぼかわ内	(TEL 0880-22-1111)
支 部	北海道・東京都・長野・愛媛・神奈川	

## 『満足死とは（満足死しませんか!!）』

くぼかわ病院

疋田善平

### [I] 生い立ち

私、琵琶湖畔の酒・魚屋の九人兄弟の末子で、父からは近江商人の三方よし理念を佛教信徒の母からは殺生して生活させてもらっているのだから供養して人助けよと、お金より社会奉仕をし、人の幸せを祈れと教えられた。

### [II] 国立京都病院での27年間に

終戦后帰還傷病兵士は重症マラリア、極度の栄養失調に結核症で兵舎に敷き詰めた、毛布の上でお母さん・・・と一人寂しく呻き淋しく死ぬのを見て、薬より故郷や家族が必要と思い、特に治療法の無い結核症からは予防に勝る治療なしを学び家庭を病院に持ち込めと快想療法の経験から心の癒しを体験する。

### [III] 高知の僻地医療で満足死に出会う

50歳を期に予防的PPCに取り組み、京都での悲しい涙のお通夜でなく、本人・家族は勿論のこと医療チームや住民もが満足する症例を担当し、満足死を提唱。以来、病院を家庭に持ち込めと全村病院構想から在宅ホスピスへと発展し、一人暮らしの肝がん女性患者が汚物にまみれながらも母の墓の傍で在宅死した。彼女は非尊厳より満足死を選んだ、満足死は自らが望む死であり一人称の死に対し尊厳死は他人は尊厳というから二人称、三人称の死です、故に不満足の尊厳死より非尊厳でも満足死がよい。

### [IV] 臨床経験から満足死の条件は

- ①家族の絆が強い      ②宗教心があり      ③仕事熱中人    e t c

老人の願望は

イ、家庭円満    ロ、子供に迷惑をかけない    ハ、延命お断り    ニ、出来たら家で    e t c

故に自らの願望をバネに①②③に努めれば満足死出来るし、出生直后から生得的反応や新生児反射を模倣・学習し相互扶助を保ちつつ結晶的能力高揚に努めれば必ず満足死出来る

### [まとめ]

要は死ぬまで働け、若い時は金のため、老いては自分の健康のために、出来たら人の喜ぶ働きは自分の心の健康になり満足死出来ますよ。

## 【教育講演】

### 『終末期医療のあり方について』

名古屋医専校長  
勝又義直

わが国では、終末期における「安楽死」、すなわち塩化カリウムや筋弛緩剤などを投与する事件の裁判では、情状酌量はあってもいずれの事件でも有罪とされてきた。一方、医療の差し控え、あるいは中止をおこなう「尊厳死」は、医療としては法廷で正面から争われた例はなく、法的な取扱いが定まっていない。しかしながら、最近になって、人工呼吸器を中止したケースで、医師が書類送検された例が相次いでいる。現在までのところ、起訴され法廷で争われた例はないが、現場の戸惑いが大きくなっている。なお、高齢者の終末期では患者本人の意思が明確でないことが多く、現場の悩みを深めている。実は、医療の現場では、小児、意識不明、認知症あるいは緊急時など本人の意思が確認しにくい場合が少なくない。そのような場合でも、できるかぎり適切な医療を進める必要があるのは明らかである。終末期の医療も、例外ではない。わが国では、欧米の多くの国での「自然死法」に見られる本人意思の優先性も確立されておらず、本人意思を代弁すべき医療判断の代理人指定制度もなく、日常の診療行為について助言する倫理委員会も未整備である。わが国では、このような状況下で終末期医療における医療判断が行われているのである。ここでは、厚生労働省の終末期医療に関するガイドライン、日本学術会議の終末期医療のあり方についての対外報告を手がかりに、わが国の終末期医療のあり方を考えてみたい。

#### <略歴>

- 1969年 名古屋大学医学部卒
  - 1972年～1974年 米国スタンフォード大学に留学
  - 1976年 医学博士(名古屋大学)
  - 1986年～2006年 名古屋大学教授(法医学)
  - 1999年～2003年 名古屋大学医学部長
  - 2003年～2006年 日本法医学会理事
  - 2006年 科学警察研究所長
  - 2008年 名古屋医専校長
- 専門：DNA鑑定、生命倫理学、法医病理学、法医中毒学  
その他：・司法解剖882体、その他の鑑定約50件(DNA鑑定、書類鑑定など)。  
・1999年まで8年間名古屋大学医学部倫理委員会委員長を務める。