

## 1. 高齢者終末期の医療とケア

三浦 久幸

**要約** 欧米の先進国では、日本と異なり、主治医制、医療倫理委員会、法制度など終末期の医療現場のインフォームド・コンセントを支えるシステムがあり、この体系の中で終末期の決定が行われている。イギリスはがん患者への緩和ケアを非がん患者に拡大した End of Life Care (EoLC) プロジェクトを展開している。このような中、世界一の長寿国日本が今後どのような終末期医療・ケアを目指すのかが問われている。

**Key words** : 高齢者, 終末期, 国際比較, 意思決定, Advance Care Planning

(日老医誌 2011; 48: 211-215)

## はじめに

2006年3月に富山県の射水市民病院における、終末期患者に対する「呼吸器はずし」問題を契機に、特に延命処置をするかしないかの決定に、ルールが必要ではないかという声が高まった。臨床の現場から特に要望が多かったのは、延命処置の中止に関わる法律上の免責であった。つまり、延命処置の中止を行う度に警察による事情聴取や書類送検を受け、殺人であるかどうかを問われるという事態を何とかして欲しいという要望である。一方、医療倫理の専門家や患者の人権擁護の立場に立つ人々は、一人の医師の独断により、人工呼吸器の中止という、死に直接結びつくはずの行為が行われたことを最も重視した。このような事態に対応するために、2007年5月に厚生労働省から「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が発表された。患者本人の意思尊重や、重要な決定は医療・ケアチームで行うことなど極めて重要な要件が示された一方、延命処置の中止という行為への免責の要件についての言及は回避された。その後2年ほどの間に、日本医師会、日本学術会議、日本救急医学会など五つ以上の関係学会・団体から次々と終末期医療についてのガイドラインが発表されている。このうち、日本救急医学会は生命維持処置の中止に関わる具体的な要件を提示している。最近では認知症患者の胃瘻栄養の是非についての議論が盛んに国内で行われはじめて

いる。本章では、このように現在日本で問題となっている終末期の決定プロセスについての国際比較を行うとともに、終末期の現場でおこなわれるケアについて比較・考察した。

## 国内の死亡場所の推移と海外との比較

(図1, 表1)

厚生労働省の人口動態統計(図1)によると、1955年には、死亡者の76.9%が自宅死亡であり、病院で死を看取られる割合は、わずか、12.3%にすぎなかった。21年後の1976年より、自宅死亡と病院での死亡割合が逆転し、2009年には自宅死亡が12.4%、病院での死亡は78.4%に達している。

日本、アメリカ、オランダにおける死亡場所の構成比を表1に示した。海外との比較のため日本のデータは2003年度のものを採用している。日本では病院での死亡が82.4%に対し、アメリカ、オランダではそれぞれ約40%とより低い割合であり、自宅等での死亡は、日本の12.2%に対し、アメリカ、オランダでは約3割の方が自宅で死を迎えている。高齢者施設における死亡の割合は日本の3%に対し、アメリカ、オランダではそれぞれ22.33%とより高い割合である。がんの病院死亡の割合は日本では91%であるが、アメリカ、オランダではそれぞれ37%、28%と海外での在宅ホスピスの充実を示している。

国外の終末期の決定プロセスの現状<sup>1)</sup>(表2, 図2)

a) 主治医制度

表2に示したようにドイツ、オランダ、アメリカとも

Medicine and care in end-of-life of elderly  
Hisayuki Miura: 独立行政法人国立長寿医療研究センター病院在宅医療支援診療部

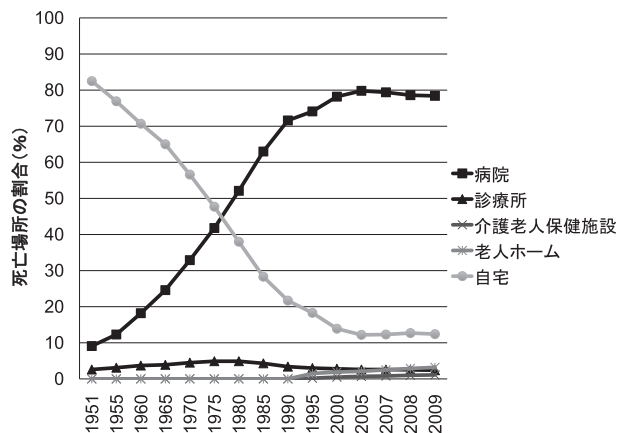


図1 国内の死亡場所の推移  
厚生労働省人口動態統計年報より

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、そこで最期を迎える人が多い要因となっていると考えられる。また、国内の病院の外来では、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。アメリカではまた、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治療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。

b) リビングウィル、事前指示書の利用・法制化、法定代理人（表2）

アメリカ、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、連邦通常裁判所が2003年の決定で、同意能力を失った患者があらかじめ表明していた意思に拘束力を認めるとともに、立法措置の必要性を指摘して以来、立法化に向けた努力が重ねられてきた。この結果、2009年7月に自己が同意能力を喪失した場合に備え、特定の医療行為を受け入れるか否かについて患者があらかじめ行った指示（リビング・ウィル）に法的拘束力を認めることなどを内容とする民法及び家事事件・非訟事件手続法の改正法（「世話法の第3次改正法」、通称「患者の指示法」）が公布された<sup>2)</sup>。2009

年9月1日に施行される。この様に、日本以外の三国は、リビングウィル、事前指示書の利用・法制化及び法定代理人あるいは世話人の制度があり、本人の意思尊重が法律で保証されているとともに、本人の意思表示ができなくなった際の「本人意思を尊重した」医療決定に関するいわゆる法的な責任者が明確となっている。一方、国内では、延命処置等、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。今後の日本には、リビングウィルや事前指示書等により本人の意思表示を確認する体制と意識がなくなったときの本人意思の代弁者としての世話人、代理人制度の確立は、今後、国内の医療現場の倫理ジレンマの回避のために必要とされている。

c) 延命処置の中止

人工呼吸、人工栄養の中止についてはアメリカ、オランダでは認められている。ドイツでもかなり慎重ではあるが、一定の要件下に認められている。

d) 安楽死法

オランダは2002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、アメリカ（オレゴン州を除く）とは異なる状況下にある。オランダ以外では、ベルギー、スイスで安楽死が認められている。ヨーロッパではフランスなど他の国でも安楽死の是非についての国民的議論が行われている。

e) 治療判断に関する倫理委員会

治療判断に関する倫理委員会は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。

f) ホスピスの対象疾患

アメリカ、オランダでは、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が、国内では悪性腫瘍、エイズのみで非がん患者のホスピス（緩和ケア病棟）利用は認められていない。

### 意思決定を支える構造の比較（図2、図3）

現場の患者の意思決定やインフォームド・コンセント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（アメリカ）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

表1 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：2003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1998年のデータ.  
 「高齢者等施設」はナーシングホームで高齢者以外も含まれる  
 オランダ：統計局(CBS)のKoderisitsch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. ガンの病  
 院死亡割合は, Francke AL & Willems DL (2000) より

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	アメリカ
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	あり	あり
リビングウィル, 事前指示書法制化	なし	あり	あり	あり
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
人工呼吸, 人工栄養の停止	不可	可だが慎重	可	可
安楽死法	なし	なし	あり	なし(一部の州で施行)
治療判断に関する「倫理委員会」	ごく一部の病院のみ	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	全疾患

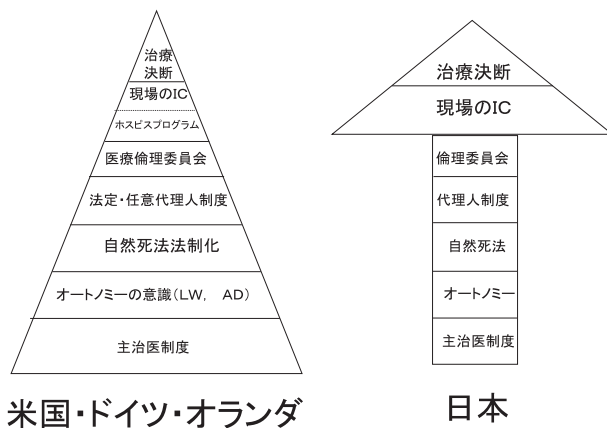


図2 終末期における医師の治療判断の構造 — 米国・ドイツ・オランダと日本の相違 —

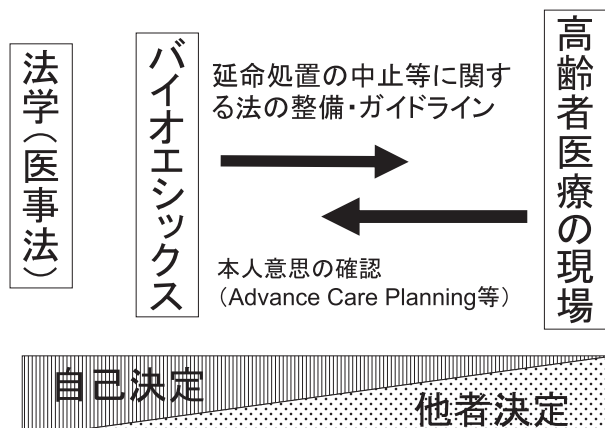


図3 高齢者終末期の自己, 他者決定の構造

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を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。

イギリスの終末期医療・ケアの動き

これまで主に述べた国以外で、イギリスにおける最近の終末期医療・ケアについての医療政策は、今後の世界の終末期医療・ケアに影響を及ぼす可能性がある。

イギリスは近代的ホスピスの発祥の地でもあるが、イギリスの緩和ケアチームでは、医師はメインというよりは、リソースであり、コンサルタントである。メインはあくまでもナースであり、クリニカル・ナース・スペシャリスト (CNS) が中心となって、家庭医 (GP) や緩和ケアができる訪問看護師と連絡をとっている。イギリスでは病院あるいはホスピスで亡くなる患者が60%で、在宅死亡は20% (2003年) であるが、国は今後在宅死を増やしたいとしている。イギリスのホスピスは充実しているが、ホスピスの資金としては英国保健省の傘下機関である国民保健機関 (NHS) だけでは運用できず、寄付金 (財団) で成り立っている。患者が最期を迎えるときは、財団がナースを派遣し、24時間ケアを提供する。シシリーソンダース女史が1967年に建てたセントクリストファーホスピスでは、患者の48%が自宅で死亡し、30%がホスピス、20%が病院で死亡しているが、コミュニティとの連絡を構築するため600人のボランティアが関わっている。このように英国のホスピスは寄付やボランティアに支えられているという側面がある。

イギリスの緩和ケアチームはがん患者以外にも、腎不全、心不全、認知症、HIVなどの非がん患者にも活動を広げている。NHSは2006年にEnd of Life Care (EoLC) Programmeを発表し、これまでのがんを中心とした緩和ケアの体系をさらに非がんに拡大し、EoLCとして全疾患に適応しようとするプロジェクトを始めている。このプログラムの基盤をなすのが、Advance care planning (ACP) である。このACPは介護を受けたい場所、急変時の対応などについての本人の意思を尊重した (最期までの) ケアを方向付けるプロセスを指すが、これに加えて、医療スタッフへの研修会を組織的に行い、包括的にとりくむプロジェクトである。このACPの活動はイギリス以外の欧米、オーストラリアに広がっており、最近になり、オーストラリアのオースチン病院におけるRCT研究<sup>3)</sup>により、この有効性が報告されている。

このように日本ではようやくがんの緩和ケア対策が本格的に始まったが、イギリスではすでに緩和ケアや、意思決定を支える体制が整いつつあり、今や非がんも含めた対応 (EoLC) に取り組んでいる状況にある。

### おわりに

本章の前半は、ドイツ、オランダ、アメリカの特に意思決定について、後半はイギリスの在宅ケア、緩和ケアの動向を記した。文化も経済も違う外国の終末期を調査して、何の参考になるのかという批判があるが、終末期

の決定プロセス上の問題の多くは、文化や経済の違いを越えた、人と人との間の死生観の対立や、ナラティブ (語り) として表出される、その人の根源的な思いに関わる共通の倫理的プロセスであると考えられる。一方、緩和ケア先進国イギリスのEoLCに代表される国家的プロジェクトの行方は、日本のこれからの終末期のありかたを考えるに十分参考にすべきものと考えられる。世界一の長寿国日本が今後どのような終末期医療・ケアを目指すのか、Japan syndromeとも表され、世界的な注目が集まっている。

### 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—. 日本老年医学会雑誌 2007; 44: 162-164.
- 2) 外国の立法 (2009.8) 国立国会図書館調査及び立法考査局 <http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/legis/24002/02400205.pdf>
- 3) Detering K, et al: The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. BMJ 2010; 340: c1345.

### 理解を助ける問題

問題1. 国内・海外での死亡場所について正しいものはどれか

- a 日本の自宅死亡割合 (2009年) は20%以上である
- b 日本ではホームなど施設内死亡割合 (2009年) は自宅死亡割合を超えている
- c 2003年には日本のがんの病院死亡割合は90%を超えていた
- d アメリカの自宅死亡割合 (1998年) は、病院死亡割合より高い
- e アメリカ、オランダ (いずれも1998年) ともに施設死亡割合が20%以上である

問題2. 国内の終末期医療と法律・ガイドラインについて正しいのはどれか

- a 延命措置の本人拒否は法律で認められている
- b 胃瘻栄養の中止は厚生労働省ガイドラインで認められている
- c 医療についての患者の自己決定は法律では認められている
- d 成年後見制度は財産管理についてのみ法律で認められている
- e 延命措置の中止は脳死状態であれば法律で認められている

問題3. アメリカの終末期医療について誤っているものはどれか

- a 延命措置の本人拒否はほとんどの州が法律で認めている
- b 終末期の延命措置は、無益な治療と医師が判断すれば家族の同意のもと中止できる
- c リビングウィル、事前指示書に基づく医療判断は法律で認められている
- d 医療決定に関する代理人は法律で認められている
- e ホスピスの対象疾患はがんとエイズである

問題4. 国内の終末期の医療判断について正しいものはどれか

- a 認知症患者の胃瘻中止は家族の同意があれば、医学的判断のみでおこなってよい
- b 延命措置の不開始と中止は、医療倫理上は、特別に異なるものとして扱わない
- c リビングウィルと事前指示書は、いずれも家族同意を必要とする
- d リビングウィルでは、意識がなくなった場合の代理人（世話人）記載が必須である
- e 終末期のインフォームド・コンセントでは基本的に家族の意向を確認する

問題5. イギリスの終末期医療について誤っているものはどれか

- a 緩和ケアの役割の中心はナースである
- b ホスピスの多くは寄付金が重要な資金源となっている
- c End of Life Care programme は全ての疾患の終末期を対象としている
- d Advance Care Planning は患者の意思尊重のためのプロセスである
- e Advance Care Planning によるエビデンスは未だ得られていない