第 53 回日本老年医学会学術集会記録

〈シンポジウム 4：高齢者の終末期の医療およびケア：「立場表明」10 周年にあたって〉

1. “立場表明” 後の 10 年を振り返って

井藤 英喜

Key words：日本老年医学会，立場表明，終末期医療，終末期ケア

(日老医誌 2012；49：63-66)

はじめに

日本老年医学会は、2001 年 6 月に「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する「立場表明」を公表¹⁾した。その後 10 年が経過し、終末期医療に関する状況や考え方も変化してきており、日本老年医学会では「立場表明」の改訂を行うこととした。

そこで、本稿では、2001 年に日本老年医学会が「立場表明」を行った背景をまず述べ、次いでその後の 10 年の状況の変化を述べ、「立場表明」の改訂版において検討すべき課題を考察することとしたい。

2001 年に「立場表明」を公表した背景

2001 年当時、終末期医療という問題は、もっぱら癌医療の分野において議論が行われていた。しかし、高齢者医療では死を看取ることが多く、しかも高齢者の場合癌のみでなく、重症の認知症、脳血管障害、呼吸不全、心不全などの終末期医療のあり方が問題となることが多い。すなわち、これらの疾患を持つ高齢者へ、誰が、どこで、どのような方法で、どこまで治療を行うのかなどが問題となりつつあった。

さらに、介護保険制度が 2000 年 4 月に創設され、介護保険施設でも終末期のケアを行うのか、介護施設で終末期のケアを行うとすると、誰が、どのようにして本人・家族の意思確認をするのか、介護施設での終末期ケアのあり方はどうあるべきか、医療施設とどのように連携すべきか、介護施設職員に対する終末期ケアに関する教育や技術指導をどのように行うかなどといったことが、新

たな問題として浮かび上がってきていた。

また、日本老年医学会が「立場表明」を公表した 2001 年前後は、1991 年 1 月に発生した横浜市立大学病院での患者取り違え事件（心臓手術予定患者と肺手術予定患者が取り違えられ、それぞれに不必要な手術が実施された）、1999 年 2 月に発生した都立広尾病院事件（消毒液を血液凝固阻止剤と間違えて点滴し 58 歳女性が死亡した。事故隠し、警察への事故報告の遅れなどが問題となった）、2001 年 3 月に発生した東京女子医大事件（心臓手術中の人工心肺装置の不具合により 12 歳の患者が死亡した。カルテ改竄、人工心肺装置の不具合の原因などが問題となった）などにより、医療不信が大きく広がった時期でもあった。このような医療不信の広がりは、終末期医療の論議にも大きな影響を与えた。まず、終末期医療では、終末期であることの判断や終末期において医療ができること、できないことを、本人あるいは家族に伝えることが必要であるが、患者と医師、医療チームとの間の強固な信頼関係がなければ、患者や家族が、それらを受け入れ、納得し、終末期をこころ安らかに過ごすことは困難であろう。終末期の医療やケアでは安全かつ確実な手段はないのであるが、医療不信が強いと、死に向かう自然経過の中で生じた事象も事故とみなされ大きなトラブルとなり得るのである。例えば、終末期において食事を口から摂取することは誤嚥性肺炎や窒息の、また歩行は転倒や骨折のリスクとなり、喀痰が多い場合は、喀痰の吸引も限界があり 100% 窒息を防ぐことは困難である。しかし、医療不信が昂じると、これらの偶発的な事故も含め、すべてが医療側あるいは介護施設のミスとしておおきな紛争の原因となり得るのであり、事実いくつかの事例が訴訟となった。

これらの時代背景を基に、「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する「立場表明」が公表されたのである。終末期医療に関する学会からの「立場表明」は、我が国

Ten year retrospection after the position statement
2001 for terminal care in the elderly by Japan Geriatrics
Society

Hideki Ito：地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

表1 2001年「立場表明」前後および、その後の10年で社会問題となった終末期医療に関する事件

1) 1991年	東海大学病院の塩化カリウム投与による安楽死事件 (1995年横浜地裁で有罪に、判決に際し積極的安楽死が許容される4要件が示され、その一つとして「患者の明示の意思表示」があげられた)
2) 1996年	京都国保京北病院の筋弛緩剤投与による安楽死事件 (送検されるも不起訴)
3) 1998年	川崎協同病院の人工呼吸器・気管チューブ抜去・筋弛緩剤投与による安楽死事件 (2002年殺人罪で起訴、2009年最高裁で有罪確定)
4) 2004年	北海道立羽幌病院の人工呼吸器中止による安楽死事件 (送検されるも不起訴)
5) 2006年	富山県射水市民病院の複数患者における人工呼吸器中止による安楽死事件 (未送検)
6) 2007年	岐阜県立多治見病院事件 (本人の意思表示、倫理委員会の決定があるにも拘わらず、院長が反対し延命治療の中止が実行されなかった)
7) 2007年	和歌山県立医大病院における人工呼吸器中止による安楽死事件 (送検されるも不起訴)

では日本老年医学会のものが初めてであった。

2001年「立場表明」の基本的考え方について

2001年に公表した「立場表明」の基本的考え方は、以下の3つにまとめられる。

(1) 人の「老化」と「死」に向かい合う老人医療は、生命科学で得られた成果を基盤とした「生命倫理」を重視した全人的医療であるべきである

(2) 国連の提唱する「高齢者のための5原則」である「自立」、「参加」、「ケア」、「自己実現」、「尊厳」は、日本老年医学会の基本的立場でもある

(3) 人生の最終局面である「死」を迎える際に、個々の価値観や思想・信仰を十分に尊重した最善の医療を受ける権利を有する。

また、2001年に公表した「立場表明」における終末期の定義は、「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避になった状態」というものであった。

上記の基本的立場は、改訂版においても尊重されるべきと著者は考えている。

2001年前後および、その後の10年で社会問題となった終末期医療に関する事件について

2001年前後および、その後の10年で社会問題となった終末期医療に関する事件を表1にまとめた。

近年、我が国において終末期医療に関し社会的に関心と呼んだ最初の事件は、1991年に生じた塩化カリウム投与により積極的安楽死を遂行した東海大学安楽死事件である。1995年、この事件の判決に際し横浜地裁は、積極的安楽死を許容しうるのは、(1) 患者が耐え難い激しい肉体的苦痛に苦しんでいること、(2) 患者は死が避けられず、その死期が迫っていること、(3) 患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽し、ほかに代替手段がないこと、(4) 生命の短縮を承諾する患者の明

示の意思表示があるという4要件を満たした場合であるという判断を示した。

このような地裁の判断が示されたものの、我が国の法律では積極的安楽死のみならず延命治療中止や延命治療の差し控えにおける医師の免責は明示されておらず、殺人罪、自殺関与罪、嘱託殺人罪あるいは保護責任遺棄罪に問われる可能性があることが指摘されている²⁾。こういったことから、多治見病院では、本人の意思表示や病院倫理委員会の決定があるにも拘わらず、院長が延命治療の中止を拒否するという事件も生じた。

しかし、表1をみると社会的事件となった事例のうち有罪となったのは、塩化カリウムや筋弛緩剤投与による積極的安楽死のみであることに注目する必要がある。東海大学安楽死事件では、延命治療中止は起訴事実ともならず、多くの延命治療の中止事件では送検されても不起訴となっていること、射水市民病院事件では複数の患者の延命中止があったにも拘らず未送検である。法律上の可能性はあるとはいっても実際は、上記のような罪に問われたことはないというのが我が国の現状である。

また、表1に示した多くの事件では、患者や家族の明確な意思表示を確認することなく、延命医療の中止が一人の医師の判断によりなされていることが問題となった。このような事件を受けて、どのようなプロセスで、延命中止や治療の差し控えを行うべきかという問題が種々論議され、次節で示すように多くのガイドラインが公表されることとなった。

2001年以降公表された「終末期医療」に関するガイドライン・勧告・指針について

表2は、最近公表された終末期医療に関するガイドライン、勧告あるいは指針を時系列で示したものである。それらは個々に、どのような項目に重点をおいているか、どのように表現するかなどにより、多少の違いはあるが、全体としては同じような趣旨のことが書かれている。そこで、これらのガイドライン等に一貫して流れている考

表2 最近公表された終末期医療に関する勧告・ガイドライン・指針

1) 2001年	日本老年医学会「高齢者の終末期の医療及びケアに関する立場表明」
2) 2006年	日本集中医療学会「集中医療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告」
3) 2007年	厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」
4) 2007年	日本救急医療学会「救急医療における終末期の医療に関するガイドライン」
5) 2007年	全日本病院協会「終末期医療の指針」
6) 2008年	日本医師会生命倫理想談会答申「終末期医療に関するガイドライン」
7) 2008年	日本学術会議「終末期医療のあり方について—重急性型の終末期について—」

表3 最近公表された終末期医療に関するガイドライン・勧告・指針のまとめ

- 1) 終末期医療・ケアのあり方
 - ① 疼痛、苦痛、不快、倦怠感等の症状の緩和が十分になされるべき
 - ② 患者のみならず家族に対しても精神的、社会的支援を含む包括的ケアがなされるべき
- 2) 終末期医療・ケアの方針、方法の決定プロセス
 - ① 医療従事者（医師など）からの適切な情報の提供と説明
 - ② ①に基づき、患者と医療従事者とが話し合う
 - ③ ②に基づき、患者本人が自身が望む方針、方法を示す
 - ④ ③を尊重し、最終的な方針、方法を多専門職種からなる医療・ケアチームが決定し実施する
 - ⑤ 治療の差し控え（不開始）、開始、中止（撤退）等は多専門職種からなる医療・ケアチームが慎重に判断し、患者本人の意思を確認し、文書にまとめ実施する
 - ⑥ 現場の多専門職種からなる医療・ケアチームが判断に迷う場合は、多専門職種からなる医療機関を代表する委員会で話し合い、決定する
- 3) 終末期の方針、方法に関し患者本人の意思確認ができない場合
 - ① 家族による患者意思の推定を尊重する
 - ② 家族が患者意思の推定ができない場合は、よく話し合った上での家族の意思を尊重する
 - ③ 家族がいない場合は、多専門職種からなる医療・ケアチームが決定

え方を表3にまとめた。

表3に示すごとく、終末期医療のあり方に関しては、症状の緩和をはかるべきこと、患者本人ばかりでなく家族もケアすべき対象であるとするものが多い。

終末期医療の方針、方法の決定や治療の差し控えや中止に関しては、患者本人の意思を確認し尊重することおよび最終的な決定は多専門職種からなる医療・ケアチームでなすべきとするガイドラインが多い。これは、一人の医者が独断ですべてを決定することの危険性をさけるためであることは論を待たない。

また、認知症などで患者本人の意思が確認できない場合は、家族の意思を尊重し、最終的には多専門職種からなる医療・ケアチームで決定すべきとするガイドラインが多い。

近年における終末期医療の考え方の変化

終末期医療における緩和ケアチームの早期介入の有効性を明らかにした成績が増加しつつある³⁾。このことは、終末期の捉え方が、死の直前という捉え方から、治療が難しいと判断した時期へと大きく変わりつつある。成功する可能性はないとはいえないものの、成功しない確率

の高い治療を行いつつ終末期医療、すなわち症状緩和や精神的支援を実施するという、治療と同時並行的な終末期医療を実施するという考え方が大きな流れとなりつつある。

また、治療の方針や方法の選択における、患者本人意思の尊重、それができない場合の家族意思の尊重が、近年重視されるようになってきている。本人意思の尊重は当然として、家族意思の尊重については1994年（平成6年）に公表された日本学術会議「死と医療特別委員会報告」で、「患者の意思が不明であるときは、延命医療の中止は認めるべきではなく、それゆえ、近親者等が本人の意思を代行するという考えはとるべきではない」としていたことを考えると、終末期医療のあり方を誰が決定すべきかとする考え方に大きな変化が生じつつあることが実感できるであろう。また、医師が独断で終末期医療の方針や方法を決定するという医療から、多専門職種から医療・ケアチームが決定する医療へ急速に変化しつつある。

さらに、終末期医療の内容については、身体的症状のケアから心のケアを含めた全人的ケアに、患者本人のケアから本人および家族のケアに、癌性疾患の緩和ケアか

ら非癌性疾患への緩和ケアへ、入院での緩和ケアから在宅、介護施設のケアへと、終末期医療の概念の拡大が急速に生じつつある。

おわりに

最近では、在院日数短縮への圧力の増大や栄養サポートチームの活動の活発化などを背景に、急速に胃瘻を設ける高齢者患者が増え、種々の論議が生じている。このような問題も含めて、高齢者の終末期医療のあり方に関しては、論議すべきことは多い。

日本老年医学会の終末期医療に関する「立場表明」の改訂に関しては、近年の種々のガイドラインの中にみられる終末期医療に関する考え方の変化を、よく吟味し、

とりいれるべきことはとりいれたものであるべきと考えている。

文 献

- 1) 日本老年医学会：「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」．日老医誌 2001; 38: 582-583.
- 2) 会田薫子：高齢者と延命治療—「寝たきり老人」と個人の選択をめぐって．死生学5「死と法をめぐる生死の境界」(高橋 都，一ノ瀬正樹編)，東京大学出版会，2008，p57-80.
- 3) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al.: Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 2010; 363: 733-742.