

第15回日本在宅医学会

終末期の医療・ケアはどうあるべきか

終末期の医療・ケアはどうあるべきか。白熱した議論が続いている。ガイドラインが日本老年医学会、全日本病院協会、日本医師会、厚生労働省などから発表されているが、現場でどのように活用すればよいか、戸惑う声も聞かれる。松山市で開かれた第15回日本在宅医学会[大会長=医療法人ゆの森(愛媛県)・永井康徳理事長]では、日本在宅医学会、日本緩和医療学会、日本老年医学会の合同シンポジウム「終末期ガイドラインを在宅現場でどう活かす?～先延ばしの医療から本人の生き方に向き合う医療へ～」[座長=長尾クリニック(兵庫県)・長尾和宏院長、仙台往診クリニック(宮城県)・川島孝一郎院長]が持たれ、終末期の医療・ケアの在り方をめぐり、さまざまな意見が出された。

～日本老年医学会の考え方～

ガイドラインに基づけば法的に問われない

日本老年医学会は2012年に高齢者の終末期の医療・ケアに関する「立場表明」を行い、さらに人工的水分・栄養補給(AHN)の導入に関するガイドラインを発表した。同学会を代表して、東京都健康長寿医療センターの井藤英喜センター長は、ガイドラインに基づいて「関係者が適切な意思決定プロセスを経て決定・選択されたことについては法的にも責を問われるべきではない」と述べた。

倫理的妥当性を確保するもの

井藤センター長はまず、日本老年医学会の基本的な立場について「全ての人(中略)『最善の医療およびケア』を受ける権利を有する」と説明。「『最善の医療およびケア』とは、「単に診断・治療のための医学的な知識・技術だけでなく(中略)、全ての知

的・文化的成果を還元した、適切な医療およびケア」を意味し「高齢者の特性に配慮した、過小でも過剰でもない適切な医療、および残された時間のQOLを大切にす医療およびケア」だとした。

こうした「立場表明」の下で示されたAHN導入に関するガイドラインは、医学的妥当性というよりも「倫理的妥当性を確保するもの」。倫理的妥当性は「関係者が適切な意思決定プロセスをたどることによって確保され」、「適切な意思決定プロセスを経て決定・選択されたことについては、法的にも責を問われるべきではない」とした。またAHNの導入または継続、減量、中止に際しては「本人の人生をより豊かにするか、少なくとも悪くしないという立場から判断すべきである」と強調した。

～緩和医療医の立場から～

代理決定する家族の精神的重圧も配慮

日本緩和医療学会の理事で帝京大学緩和ケア内科の有賀悦子教授は、医療者は、患者が治療を自己決定できない状況下で「患者に代わって治療を決定する家族の重荷にも配慮すべき」と訴えた。

自己決定以上に大きいストレス

有賀教授は、高齢者終末期の医療・ケアは、さまざまなジレンマを感じながら行っていかなければならないとした。例えば「人の脆弱性を最小限にする努力をしながらも、それが生活、人生の一部として受け入れる努力を行わなくてはならない」。食べることに限っては「死へのプロセスの中で、食べられなくなること、食べられなくなったら死に至ることも自然の摂理であるが、その一方でGFTT(geriatric failure to thrive,

老衰に相当)であっても可逆的な状態である場合もある」。また「延命的処置や中止が道徳的(倫理的)に正しい選択であるか、慎重な判断が求められるが、そのときに医療者の満足や悲しさの補完のための選択ではないことを常に意識していなければならぬ」。

さらに、認知症などで患者本人が治療を自己決定できない場合に「患者に代わって治療を決定する家族は、患者の生死に関わる大変大きな決断を迫られ、その精神的なストレスは自己決定以上に、比較できないほど大きいといわれている」とし、医療者はそうした「家族の重荷にも配慮すべき」であり、「この保証があって、本人、家族は真に望む道を選択し、より良く生きていくことができ」と述べた。

～事前指示書の意義～

良い医療につながると思っているはいけない

終末期の医療・ケアで自分の希望を明示する事前指示書。わが国で関

心が高まっているが、国立病院機構新潟病院の中島孝副院長は「事前指

示書をつくるのが良い医療につながると思っはならない。患者と医療者の対話のツールとして用いるべきだ」とした。

「死を自己決定する必要はない」

中島副院長によると、現代医療はEBMが基本。エビデンスに基づき最短、安全で効率的な医療が良しとされ、治癒を目指せない領域の医療は無駄とする議論が起こってくる。「健康状態とは身体的、精神のおよび社会的に完全に良好であること(well-being)」(世界保健機関:WHO, 1948年)とする近代の健康概念に立脚しているからだ。この健康概念の下では、超高齢化社会あるいは難病治療、緩和ケアに対応できず、「死を選ぶ」か「延命治療を選ぶ」かを自己決定させ、自己決定していないと医療者は患者を看取れないと思ってしまう。

しかし「人は本来、死を自己決定する必要はない。事前指示書をつくるのが良い医療につながると思っ



てはならない。患者と医療者の対話のツールとして用いるべきだ」と同副院長。英国では、治療中止に関するガイドラインが2010年に撤回され、事前指示書を用いない風潮が欧州全体で強まっているという。

同副院長は、治癒しない疾患群に対応できる健康概念には、「医療は患者の主観的評価(PRO)を高めるために行う」という理解が必要だと指摘。従来の健康概念に基づく客観指標のみによる医療ではなく、Huberが2011年に提唱した「社会的、身体的、感情的な問題に挑戦する際の適応能力や自己管理能力という考えで健康状態を捉えようとする健康概念に基づいた医療が求められる」とした。

～医療者の在り方～

終末期医療の問題の多くは医師が原因

座長の川島院長は、終末期医療は「障害者論」から考えていくべきだとする一方、終末期医療で生じている問題の多くは医師に原因があるとの見方を示した。

説明責任の重要性を認識すべき

WHOは2001年に国際生活機能分類(ICF)を提唱し、ICFに基づいた医療、介護、福祉の一体的提供を提言した。川島院長は、生活機能とは「生きること全体」であり、ICFの考え方は乙武洋匡さんの「五体不満足でよい」、あるいはヘレン・ケラーの「障害は不都合である。しかし不幸ではない」という思想に通じると指摘。終末期医療の議論は、こうした「障

害者論」から考えていかなければならないと述べた。

一方で、「終末期医療で生じている問題の多くは、医師自身が原因だ」と訴えた。「患者や家族と信頼関係を築けない、相手の気持ちをおもんばかって行動できない、実体と構成概念(解釈や意味付け)を説明できない、『生活機能=生きること全体』を説明できない医師が問題を引き起こしている」と同院長。「不十分な説明で誘導された意思決定は既に不完全なものだ」とも。医師は、終末期医療に関する法制化やマニュアルづくりよりも、説明責任を果たすことの重要性を認識すべきだと強調した。

終末期の医療と介護に関する松山宣言

本シンポジウムを締めくくるに当たり、永井大会長から「終末期の医療と介護に関する松山宣言」が発表された。「多死社会を迎え、避けられない死から目を背けず、患者にとっての幸せや生き方に向き合う医療と介護を提供しよう」を基本スローガンとし、次の5つの提言を行った。

①住み慣れた自宅や施設で最期を自然に迎える選択肢があることを提案しよう②治すことができない病や死にゆく病に、本人や家

族が向き合える医療と介護を提供しよう③本人や家族が生き抜く道筋を自由に選び、自分らしく生きるために、苦しさを緩和し、心地良さを維持できるよう、多面的な医療と介護を提供しよう④最期まで、本人が自分らしく生きることができるよう適切な医療と介護を提供し、本人や家族とともに歩んでいこう⑤周囲の意見だけで選択肢を決定せず、本人の生き方や希望にしっかりと向き合っ今後の方針を選択しよう。