

「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」2012

■はじめに

日本老年医学会が、「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する「立場表明」を公表してから10年が経過した。その間、わが国では、医療における患者の権利についての認識が深まり、医師主導の医療から患者中心の医療へと移行してきている。当時、死や終末期について議論することはタブー視する傾向が強かったが、最近ではそうしたことをテーマにする学会や研究会での議論や書物も増え、マスコミで取り上げられることも多くなった。人びとの間にも、いたずらに命を引き延ばすよりも、尊厳という言葉の定義に問題が残るにせよ、その人らしい尊厳のある終末期を迎えたいという考えが強まっている。また、2000年に介護保険制度が発足して以来、在宅介護サービスや介護保険施設が増加し、今日では、医療施設から在宅や介護施設へと看取りの場が広がられつつある。

しかし、その一方で、増大する医療費を抑制するための早期退院への圧力はますます強まっており、高齢患者やその家族の意思を十分に確認することなく治療方針が決定される傾向もある。

2005年以降、年間の死亡数が出生数を上回るようになったが、団塊の世代がすべて75歳以上の後期高齢者層に属するようになる2025年頃には、死亡数が出生数の2倍に達すると予測されている。死亡者に占める高齢者の割合はさらに増大し、高齢者の終末期医療およびケアの重要性はますます高まるものと思われる。

この10年間の高齢者の終末期医療およびケアに関する実態と意識の変化を踏まえ、日本老年医学会倫理委員会では、より実情に即した「立場表明」に改訂することにした。この「立場表明」が、現場においてさまざまな困難に直面している医療者に対する指針となるだけでなく、終末期を迎えつつある高齢者に最善の医療およびケアを提供し、その家族の心の平安を保障するうえでの指針となることを願っている。

■基本的立場

人の「老化」と「死」は生殖、発生、誕生、

成長といった生命現象の一過程であるが、特有の意味を持つ重要な局面である。生命科学はこのような「老化」あるいは「死」を含めた生命現象を扱いながら、自然科学だけでなく、人文科学や社会科学の発展とともに進歩してきた。人の「老化」と「死」に向かい合う高齢者医療は、人文・社会・自然科学で得られた幅広い成果に基づく生命科学を基盤にした、「生命倫理」を重視した全人的医療であるべきであると考え。国連の提唱する「高齢者のための五原則」（国連総会、1991年）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。

■「立場表明」を出す目的

すべての人は、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・信条・信仰を十分に尊重した「最善の医療およびケア」を受ける権利を有する。日本老年医学会はすべての人がこの権利を有すると考え、この権利を擁護・推進する目的で「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」を行う。

■「立場表明」における用語の定義

「立場表明」における「終末期」とは、「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても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となった状態」とする。

【論拠】高齢者は複数の疾病や障害を併せ持つことが多く、また心理・社会的影響も受けやすいために、その「終末期」の経過はきわめて多様である。そのため臨死期に至るまでは余命の予測が困難であることから、「終末期」の定義に具体的な期間の規定を設けなかった。

「立場表明」における「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・技術のみではなく、他の自然科学や人文科学、社会科学を含めた、すべての知的・文化的成果を還元した、適切な医療およびケア」とする。

【論拠】「最善の医療およびケア」とは、必ずしも最新もしくは高度の医療やケアの技術の

すべてを注ぎ込むことを意味するものではない。とくに高齢者においては、個人差が大きいこと、臓器の潜在的な機能不全が存在すること、薬物に対する反応が一般成人とは異なることなどの高齢者の特性に配慮した、過少でも過剰でもない適切な医療、および残された期間の生活の質(QOL)を大切にする医療およびケアが「最善の医療およびケア」であると考えられる。科学的根拠に基づいて、高齢者に相応しい「最善の医療およびケア」のあり方を明らかにすることは、日本老年医学会のもっとも重要な責務のひとつである。

「立場表明」における「ケア」とは、「フォーマルかインフォーマルかを問わず、患者とその家族を対象として行われる介護・看護・医療・その他の支援」とする。

【論拠】高齢者の終末期には多職種の協働に基づく包括的なケアが必要である。なお、英語の“care”には「医療」も含まれるが、わが国では「ケア」という用語が「介護」の意味に限定して用いられる傾向があるので、意味が重複することを承知の上で「医療およびケア」という表現を使用することとした。

「立場表明」において「QOL」の高い状態とは、主観的な幸福感や満足感が高く、身体的に快適な(苦痛が少ない)状態とする。

なお、加齢にともなう心身の変化はきわめて個別性が高いことから、年齢による規定は不適切だと思われるので、「高齢者」に関して暦年齢による規定は行わないこととした。

■立場-1 年齢による差別(エイジズム)に反対する

いかなる要介護状態や認知症であっても、高齢者には、本人にとって「最善の医療およびケア」を受ける権利がある。

【論拠】すべての人にとって、「最善の医療およびケア」を受ける権利は基本的人権のひとつである。どのような療養環境にあっても、たとえ高齢で重い障害があっても、「最善の医療およびケア」が保障されなくてはならない。したがって、胃瘻造設を含む経管栄養や、気管切開、人工呼吸器装着などの適応は、慎重に検討されるべきである。すなわち、何らかの治療が、患者本人の尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする可能性があるときには、治療の差し控えや治療からの撤退も選択肢と

して考慮する必要がある。

■立場-2 個と文化を尊重する医療およびケア

高齢者の終末期の医療およびケアは、わが国特有の家族観や倫理観に十分配慮しつつ、患者個々の死生観、価値観および思想・信条・信仰を十分に尊重しておこなわなければならない。

【論拠】病名や病態に関する情報開示が、高齢者であることや、患者個々の死生観や価値観、思想・信条・信仰などの故に、不十分であってはならない。考えられる予後や「終末期の医療やケア」に伴って起こりうる病状経過についての話し合いと合意が必要である。話し合いでは患者が希望することを尊重すべきである。ただし、高齢患者は意見が不安定かつ流動的で、自己表現を十分になしえないこともあることに留意すべきである。認知機能低下や意識障害などのために患者の意思の確認が困難な場合であっても、以前の患者の言動などを家族などからよく聴取し、家族などとの十分な話し合いの下に、患者自身の意思を可能な限り推定し、それを尊重することが重要である。この際、医師は家族自身の希望と患者の意向の代弁とを明確に区別する必要がある。患者の意思をより明確にするために、事前指示書などの導入も検討すべきである。

一方、わが国には、専門家を信頼してすべてを委ねるといった考え方や、何事も運命として受け入れるという考え方など、「自律性」を最重要視する欧米文化とは異なる「死生観」を生み出した文化的背景がある。高齢者では、本人に対して情報が開示されることを家族が拒絶する場合もあり、それが許容されてきた。このような背景を無視し、十分な援助の準備もない予後の告知は単に死の通告に他ならない。医療者には、自己表出が不得手な患者に対して、真の希望を話すことを促す援助や、真に希望することを洞察する能力が要求される。

■立場-3 本人の満足を物差しに

高齢者の終末期の医療およびケアにおいては、苦痛の緩和とQOLの維持・向上に最大限の配慮がなされるべきである

【論拠】患者の苦痛を緩和し、死への恐れを軽減し、残された期間のQOLを維持・向上さ

せるための医療とケアが、終末期の医療およびケアの主体となるべきである。終末期の医療およびケアとは、「痛みやその他の身体的症状を和らげるのみならず、患者の心理的・精神的な要求を真摯に受けとめ、援助し、患者のQOLを維持・向上させる医療およびケアである」と考える。

■立場-4 家族もケアの対象に

高齢者の終末期の医療およびケアには、患者本人だけでなく家族などのケアも含まれる。

【論拠】終末期の医療およびケアにおいて、患者の家族は重要な役割を担う。家族の要望と患者の同意がある場合、患者の病状を家族に説明するとともに、そのことにより生じた家族の悲しみを和らげるなど、医療者は家族に対しても積極的に支援する必要がある。家族あるいは患者に心をよせる者への援助は、患者への援助につながるからである。また、患者が死にゆく過程にあることを家族が受け容れるための支援や、患者の死後における家族のグリーフケアも忘れてはならない。なお、ここで述べる「家族など」とは、家族のほか、患者の友人や介護者など患者の終末期に関わる人たちのことをいう。

■立場-5 チームによる医療とケアが必須

高齢者の終末期における医療およびケアは、医学のみならず看護、介護、リハビリテーションなど、幅広い領域を含む学際的な医療およびケアである。

【論拠】死にゆく患者を対象とした医療およびケアは、チームアプローチによって実施されることが望ましい。そのチームのメンバーには、医師のみならず、看護職、ソーシャルワーカー、介護職、リハビリテーション担当者、薬剤師、心理士、ボランティア、家族などが含まれる。チームのメンバーは、持ち得る知識と技術のすべてを患者の必要に応じて提供すべきである。医師には医療チームの一員として中心的な役割を果たすために、多職種による総合的なケアに関する広範な知識と熟練と配慮が要求される。終末期医療およびケアのチームにおいては、カンファレンスや研修会などを通じて、普段から具体的な意見交換を行うことが望ましい。さらに家族や本人と多職種の関係者が話し合いを行うことで、

質の高い終末期の支援が可能となり、よりよい成果が期待できる。

■立場-6 死の教育を必修に

終末期患者に最善の医療およびケアを提供するために、医療・介護・福祉従事者など終末期の医療およびケアに携わる者は、死の教育ならびに終末期医療およびケアについての実践的な教育を受けるべきである。さらに、全人的医療の立場から実施する、終末期における最善の医療およびケアについて、国民にひろく理解を得るための啓発活動が必要である。

【論拠】わが国の多くの医療・介護・福祉従事者など終末期の医療およびケアに携わる者は、終末期医療およびケアについて特別な教育を受けていない。卒前教育や卒後研修中に、日本人の死生観や死の受容過程など、いわゆる「死の教育」を必修科目として位置づけるとともに、終末期患者の症候の管理、看護・介護技術、患者とのコミュニケーション技術等についても実践的な教育がなされるべきである。

医師の教育に関しては、各大学の老年医学講座や日本老年医学会は、モデルカリキュラムの作成などを通して日本の終末期医療およびケアの教育の標準化に努めるべきである。

さらに、国民に対する「終末期の医療およびケア」についての周知および「死の教育」により、「終末期の医療およびケア」が終末期患者の尊厳を保障し、QOLの維持・向上に資するものであることが理解されるであろう。日本老年医学会はそのことを社会に対して発信する責任を負っている。

■立場-7 医療機関や施設での継続的な議論が必要

医療機関や施設は、高齢者や家族の意思決定の支援と「最善の医療およびケア」の実現のために、終末期の医療やケアについて議論する倫理委員会またはそれに相当する委員会を設置すべきである。

【論拠】倫理委員会は、倫理指針の作成とその公表を行うべきである。倫理委員会は多職種の委員で構成し、施設外の第三者を加えることが望ましい。また、倫理委員会の適正な運用について定期的に第三者評価を受けるシステムが整備されるべきである。倫理指針の

公表は、高齢者の終末期医療やケアにかかわる国民への説明責任を果たし、国民の批判的議論の継続は、国民的合意につながると考えられる。活発かつ適正な議論のために、国民の死生観の醸成をはかること、さらに終末期医療およびケアに対する関心や理解を深めるための教育の機会を提供する必要もある。これにより、国民が終末期に受けたい最善の医療やケアの選択および意思決定ができる力を高めることにつながると考えられる。

■立場-8 不断の進歩を反映させる

すべての終末期の医療およびケアに関する考え方、決定のプロセス、方法あるいは技術などについて、それらが患者の QOL の維持・向上に有益であるという「科学的根拠」の確立や「標準化」を目指す努力や研究活動が継続されるべきであり、そのために十分な資金の拠出が必要である。

【論拠】「鎮痛」などのように、終末期に施行される様々な医療処置やケアの中には、そのガイドラインが利用可能なものがいくつかある。すべての医療処置やケアに関して、患者の QOL の維持・向上に有益であることが証明されることが望ましい。さらに、高齢患者の「自律性」を重んじた終末期の医療およびケア実現の方策、終末期における QOL の評価法、医療機関以外の施設や在宅における終末期医療およびケアなどに関する研究が必要である。また、日本人の「死生観」に根差した、人文科学や社会科学などをも含めた学際的研究も必要である。しかし、現状では、これらの分野に興味を示す研究者が増加しているにもかかわらず、研究環境の整備や研究資金の投入は未だに不十分である。

これらの研究に基づく「科学的根拠」や「標準化」は医師の「恣意性」を排除し、患者の「自律性」を保障することにつながることが期待される。

■立場-9 緩和医療およびケアの普及

高齢者のあらゆる終末期において、緩和医療およびケアの技術がひろく用いられるべきである。

【論拠】高齢者には、認知症、心不全、呼吸不全などの非がん疾患をみることも多い。死に至る原因疾患は異なっているにもかかわらず、死の最終局面においてはかなり共通したプロセスをた

どることが多く、非がん疾患の場合もがん疾患と同じような苦痛を伴うことが少なくない。近年、終末期における苦痛のメカニズムに関する医学的研究がすすみ、緩和医療およびケアの技術には大きな進歩が認められる。こうした最新の技術が、高齢者のあらゆる終末期においてひろく適用されることが望まれる。

■立場-10 医療・福祉制度のさらなる拡充を

あるべき「終末期の医療およびケア」の実現のためには、制度的・経済的支援が不可欠である。

【論拠】過去 30 年余にわたり、高齢者の医療や介護にかかわる制度および診療あるいは介護報酬体系は目まぐるしく変転を続け、高齢者医療や介護の現場はそれらの変化への対応に追われ続けてきた。高齢者に相応しい、終末期の医療およびケアの実現のためには、それらを可能とする安定した持続性のある制度による裏付けが不可欠である。高齢者が落ち着いて終末期を過ごすことができる環境と人手の確保、終末期の医療およびケアの質の保証、緩和医療およびケア（ホスピスプログラム）の非がん患者への適応拡大などが可能となる制度が確立されることが望まれる。

■立場-11 日本老年医学会の役割

高齢者の終末期医療およびケアについて、今後も科学的検証を進めて、広く国民もまじえた議論を続ける必要がある。

【論拠】前回の立場表明からほぼ 10 年が経過して、介護保険制度も定着し、高齢者の終末期医療およびケアを取り巻く環境は大きく変化した。国民やマスコミを含めた社会の中でも、高齢者の終末期医療およびケアについての認識は以前より高まってきた。しかしこれらの問題についての科学的データの蓄積は少なく、その議論もまだ充分とは言えない。単に外国の高齢者福祉政策を模倣するだけではなく、日本人の人生観や死生観、そして家庭環境にも配慮した議論が必要である。国の政策に対しても積極的に意見を述べ働きかけることによって、より良い高齢者の終末期医療とケアを実現していくことが我々日本老年医学会の責務である。