

## 論 説

## 自然死か人工的延命か

—胃ろう問題から見た高齢者の終末期対応の日欧比較と、  
わが国での自己決定権確立に向けて—

葛原 茂樹

鈴鹿医療科学大学 保健衛生学部 医療福祉学科

## 緒 言

日本は世界に類を見ない速度で胃ろう（胃瘻：口からの摂食が不可能または困難な患者に対し、人為的に皮膚と胃の間にトンネルを作ってチューブを留置し、食物や水分などを流入させ投与するための処置）が普及している。特に、1979年に米国で開腹手術をせずに内視鏡的に胃ろうを造設する経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）が開発され、日本では1990年以降に急速に普及し、PEGは胃ろうの代名詞のようになった。PEGキット販売数から推定された近年の新規胃ろう造設件数は年間10万件を超え、胃ろう造設患者数は50万人以上と推定されている<sup>1)2)</sup>。胃ろう造設者の大部分は障害を持つ脳疾患患者か終末期高齢者で、目的は延命である。日本とは対照的に、欧米では終末期の高齢者や認知症末期の患者は胃ろう造設の適用外であり、殆どの高齢者が延命処置を拒否して自然死を選ぶ。

日本では、生存期間延長と長寿が医学の使命という伝統的な考えと、生存権擁護の精神から、延命処置の是非を議論することは長い間タブー視されてきた。しかし、患者の権利とインフォームドコンセントの普及啓発の中で、本人の同意を得ない延命処置の是非が議論の俎上に上がり、2000年には世界保健機構（WHO）が健康寿命という概念を提唱して、長寿の質<sup>3)</sup>が問われるようになった。このような変化を背景に、2012年1月、日

本老年医学会は高齢者の終末期医療について、「高齢者の尊厳を護るものであることが、第三者の判断も含めて是認される場合には、終末期医療における延命治療の差し控え、あるいは撤退も選択肢の一つになる」という新しい立場表明を公表した<sup>4)</sup>。日本の高齢者の終末期医療のあり方を巡っては、今後、様々な議論が行われ、新しい試行錯誤が始まると予想される。このような時に当たり、高齢者の終末期医療と最期の迎え方についての日本の現況と欧州での実態を示し、その社会的、医学的、倫理的背景を考察すると共に、今後のあるべき方向を考えてみたい。なお、本論文の性格上、考察は各テーマごとに行う。

## 1. 胃ろう造設の適応

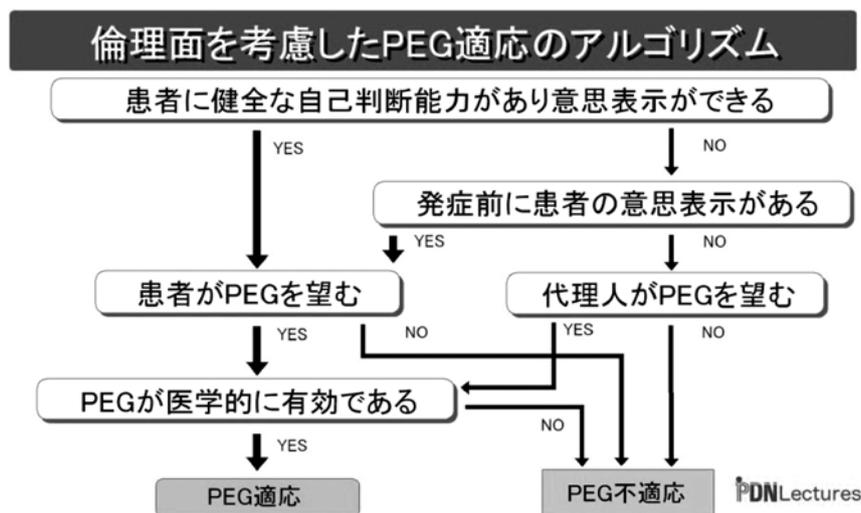
日本消化器内視鏡学会は2006年のガイドライン<sup>5)</sup>で、PEGの適応（表1）と絶対的禁忌と相対的禁忌を示した。これに関連してPEG普及の第一人者である鈴木 裕<sup>6)</sup>は、このような医学的側面だけでなく、倫理的側面が極めて重要であるとして図1のようなアルゴリズムを併せて提唱し、考慮すべき条件として、表2に示す3項目を満たす事が必要であることを強調した。①に関して、「実際にPEGの適応を決めるにあたって、治療を選択する能力がない状況の患者が多いが、本人の判断能力があった時の意思表示に従う。突然の外傷や脳血管障害

表1 PEGの適応<sup>5)</sup>

1. 嚥下・摂食障害
・脳血管障害、認知症などのため、自発的に摂食できない
・神経・筋疾患などのため、摂食不能または困難
・頭部、顔面外傷のため摂食困難
・喉咽頭、食道、胃噴門部狭窄
・食道穿孔
2. 繰り返す誤嚥性肺炎
・摂食できるが誤嚥を繰り返す
・経鼻胃管留置に伴う誤嚥
3. 炎症性腸疾患
・長期経腸栄養を必要とする炎症性腸疾患、とくにクローン病患者
4. 減圧治療
・幽門狭窄
・上部小腸閉塞
5. その他の特殊治療

表2 PEG適用の3条件（鈴木<sup>6)</sup>より筆者抜粋）

① 患者が意思表示できるか？患者が健全な自己判断能力があるかどうか？ ない場合には、発症前に本人の意思表示があったかどうかで決定する。
② 患者がPEGを希望するか？ 医学的に有効か否かに関わらず、患者がPEGを望まない場合には、PEGは適応にならない。仮にどんなに医学的な安全性と有用性が期待できてもPEGの適応とすべきではない。なぜならばいかなる場合であっても患者の自己決定権が尊重されるべきだからである。
③ PEGが医学的に有効か？

図1 倫理面を考慮したPEG適応のアルゴリズム（鈴木<sup>6)</sup>より引用）

などの予測できないアクシデントの場合には、患者の意思を確認することは極めて難しくなる。通常、このような場合には家族もしくは肉親の判断に委ねられることが多い。しかし、これは治療を自己決定する原則から外れていることを常に念頭に入れるべきである、としている（註。下線は著者挿入）。②に関して、「例外として、病気を患うことによって精神的な鬱状態に陥り、正当な判断能力が失われていることには常に留意すべきで、とりわけ医学的な安全性と有効性が期待できる場合には適切な情報提供が要求される」、としている。

なお、栄養補給の維持と中止に関しては、「PEGにより嚥下障害患者の長期管理が容易になり、患者に多くの恩恵を与える一方、長期間にわたり病状が改善せず、回復の見込みがなく寝たきりで介護を必要とされる状況で、PEGによる栄養補給で生き続けることの是非については極めてデリケートな問題である。栄養補給が医学的な行為なのか、人間にとって基本的な生命維持行為なのかの根本的な見解は少なくとも本邦にはない。この問題に関しては、医学界や法曹界のみならず、国民的な問題として審議していく必要がある」と述べ、国民的な

審議を求めている。

欧米での適用については、仲口<sup>7)</sup>の論文に消化器関連学会だけでなく、認知症や老年関係学会の見解も紹介されている。これまでの研究では病態改善の根拠は示されていないことから、「認知症患者は適用外」とされている。最近のCochrane Database Syst Rev<sup>8)</sup>においても、胃ろうは膨大な数の進行期のアルツハイマー病患者に造設されているにもかかわらず、生存期間を改善する根拠を示した成績はなく、QOLの研究はなされておらず、現時点では有益であるという知見はなかったと結論している。なお、欧米の緩和医療の観点からは、認知症以外の高齢者や慢性神経疾患の終末期において、いかなる働きかけにも応じることなく、患者自身が経口摂取や、人工的な点滴やチューブ栄養を拒否する場合には、医師の都合ではなくて患者の意向を優先し、苦痛を除く緩和医療を施すのが医師の義務であるとしている<sup>9)</sup>。その根拠になっているのは、患者の自己決定権の優先の思想と、適切な緩和医療を実施している終末期患者は、拒食による飢えや苦痛を感じることなく永眠していくという知見と経験である。

日本においては鈴木を代表として「認知症患者の胃ろうガイドラインの作成—原疾患、重症度別の適応・不適応、見直し、中止に関する調査研究—」が、1353人の胃瘻造設認知症患者を対象に実施され、生存期間とQOL（生命と生活の質<sup>いのち</sup>）に改善が見られたとしている<sup>10)</sup>。しかしこれは、対照のない疫学的調査であり、「生活の質」とされている項目を見ると、生活自立度、経口摂取、肺炎の改善であって、むしろ身体症状に属するもので、患者自身のQOLに関するものではないこと、胃ろう以外の薬物治療やリハビリテーション、非薬物療法に関する調査は行われていないので、改善効果があったと結論づけるには根拠が弱いと思われる。

## 2. 我が国における高齢者の胃ろう造設の実態

日本の胃ろう造設者の実態を調査した研究として、平成22年度老人保健事業推進費等補助金を受けて実施された全日本病院協会による「胃ろう造設高齢者の実態把握及び介護施設・住宅における管理等のあり方の

調査研究<sup>9)</sup>は、施設が全国規模で選定され、急性期病院から特養、訪問看護ステーションまでを網羅しており、質問内容も詳細であるので、現状を知る上で適切な資料と考えられる。この研究の調査方法は、胃ろう造設している患者の家族と施設の職員を対象に実施したアンケート調査であり、対象となった施設は、病院（急性期・慢性期・ケアミックス）が2,100施設、介護老人福祉施設（特養）が1,200施設、介護老人保健施設（老健）が800施設、介護療養型老人保健施設が83施設、訪問看護ステーションが1,200事業所で、回収されたアンケート票は、職員が8025件、家族が5449件という大掛かりな調査であった（表3）。入院患者総数（訪問看護ステーションでは総利用者数）に占める胃ろう造設者数の割合は、慢性期病院と老健、特養においては30%近い高率であり、急性期病院においても7%を占めた。訪問看護ステーションを利用する在宅ケア患者においても、10%強は胃ろう造設者であった（表4）。この結

表3 胃ろうに関するアンケート調査対象<sup>10)</sup>

<回収状況>

区分	調査客体数	回収数	回収率
病院	2,100件	620件	29.5%
介護老人福祉施設	1,200件	468件	39.0%
介護老人保健施設	800件	293件	36.6%
介護療養型保健施設	83件	31件	37.3%
訪問看護ステーション	1,200件	463件	38.6%
合計	5,383件	1,875件	34.8%

	調査票数	回収数	回収率
職員票	26,915件	8,025件	29.8%
家族票	26,915件	5,449件	20.2%

表4 施設区分別の胃ろう造設者の割合<sup>10)</sup>

	施設数	総病床数	総入院患者数	総胃瘻造設者数	胃瘻割合
急性期病院	131施設	21,076床	16,903人	1,212人	7.2%
慢性期病院	210施設	23,858床	22,530人	6,668人	29.6%
ケアミックス病院	194施設	28,956床	24,564人	5,181人	21.1%
	施設数	総定員数	総入所者数	総胃瘻造設者数	胃瘻割合
介護老人福祉施設	387施設	26,895人	26,576人	2,333人	8.8%
介護老人保健施設	251施設	22,909人	21,467人	1,542人	7.2%
介護療養型老人保健施設	28施設	1,490人	1,410人	389人	27.6%
	事業所数	—	総利用者数	総胃瘻造設者数	胃瘻割合
訪問看護ステーション	451施設	—	25,882人	2,642人	10.2%

果から推定された全国の医療造設者数は、256,555人になり、緒言で引用したPEGキット販売数から推定された数<sup>1) 2)</sup>よりは少なかった。

急性期での胃ろう造設の目的(図2)は、生命維持(39.8%)、栄養状態改善(32.0%)、誤嚥防止(26.1%)の受動的内容の3項目が目立って高かったのに対して、患者にとって積極的項目であるQOL維持や効果的嚥下リハは1%台に過ぎず、5年を過ぎると1%未満に低下していた。施設区分別の胃ろう造設者における年齢階級別の構成では、特養と老健では75歳以上の高齢者が

約90%を占め、85歳以上が50%を超えていた(図3)。急性期病院と訪問看護ステーションでは、75歳未満の患者が約40%を占めていたのとは対照的で、特養と老健の入居者が非常に高齢化していることが分かる。新規の胃ろう造設についての適用基準の有無では、急性期病院の67%が「あり」なのに対して、高齢寝たきり患者を多く収容している慢性期病院の90%において「なし」であった(図4)。

では、胃ろう造設を決めるのは誰であろうか? 言い出すのは医師であり(図5)、決定するのはほとんどが家族

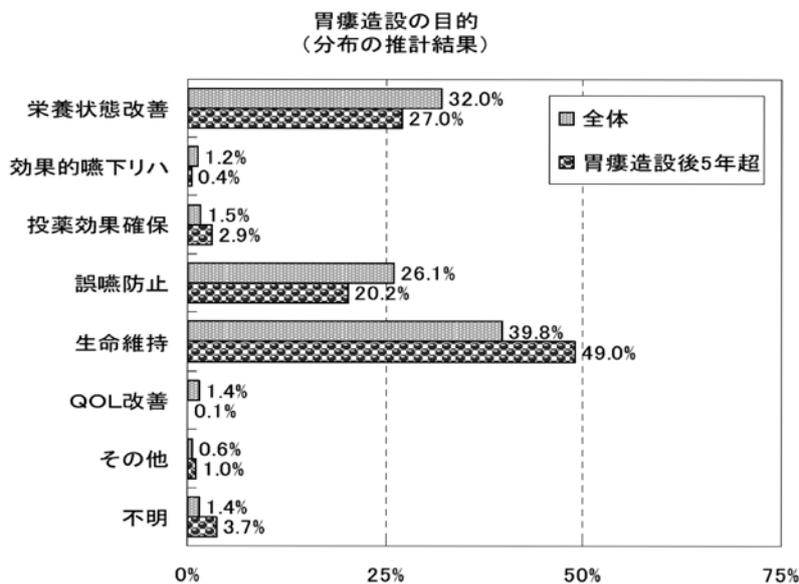


図2 胃ろう造設目的別の患者数(推計)<sup>10)</sup>

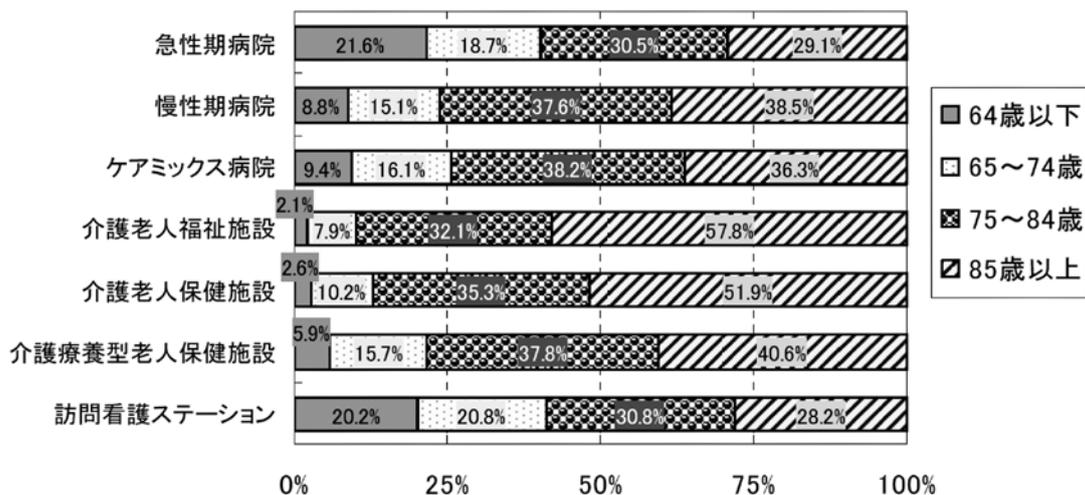


図3 施設区分別の胃ろう造設者における年齢階級別の構成比<sup>10)</sup>

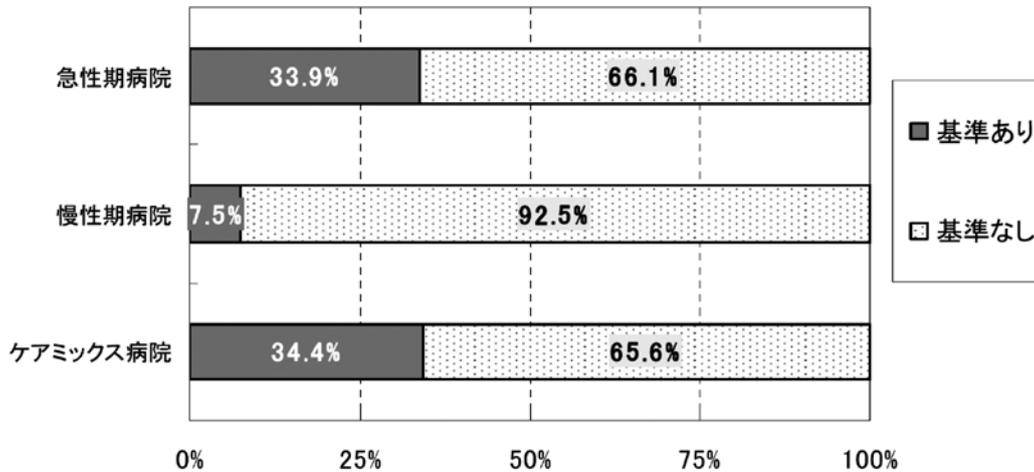


図4 新規の胃ろう造設についての適用基準の有無<sup>10)</sup>

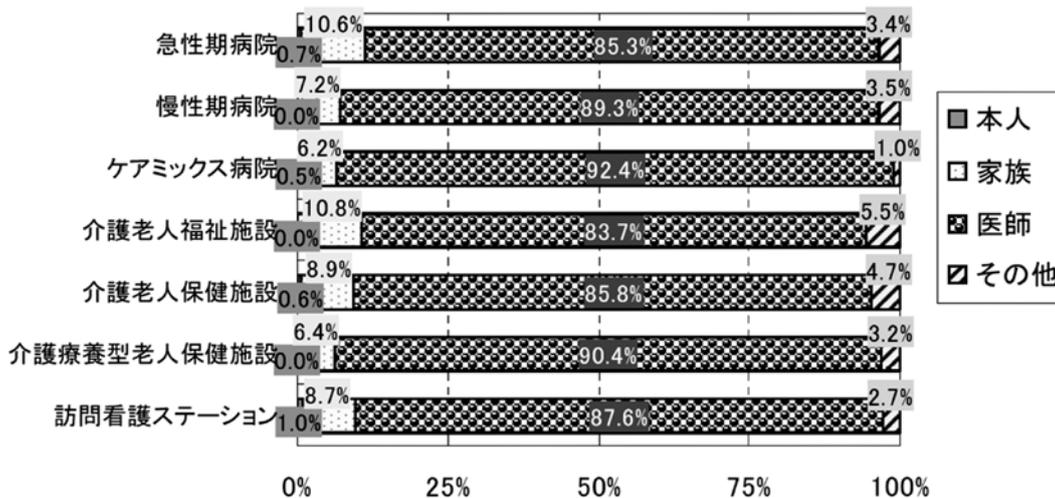


図5 胃ろうを作ろうことを誰が言い出したか(胃ろう造設時)<sup>10)</sup>

(図6) であって、本人が決定したのは訪問看護ステーションの13.5%以外は数%以下であった。訪問看護ステーションで本人の割合が施設区分中で最高であるのは、利用者が比較的状态のよい在宅療養者であるので、決定能力を有する者の割合が他のグループよりも高かったためと推定される。なお、報告書では、インフォームドコンセントや同意書は100%近い達成率になっていたが、実施されたのは家族に対してであって、本人に対しては実施されなかった(あるいは判断能力などで実施できなかった)ということになる。患者に対して胃ろう造設を決定した家族自身が胃ろう造設を希望するかどうか

という質問に対しては、「して欲しい」は10%台で、20%台の「して欲しくない」の約半分であった(図7)。

本来胃ろうは経口摂取が不可能な期間だけの一時的な処置であるが、胃ろうを離脱し、経口での食物摂取となる見込み(図8)は、最も高い急性期病院においてすら4.5%で、他の施設では3%台であった。経口摂取できる見込みがないままに、とりあえずの延命処置として胃ろう造設を行い、その後は単なる延命のために持続している実態を反映していた。胃ろう造設によって改善したのは、栄養状態、嚥下性肺炎防止、確実な与薬など、介護する側の都合に関するものであり、患者本人

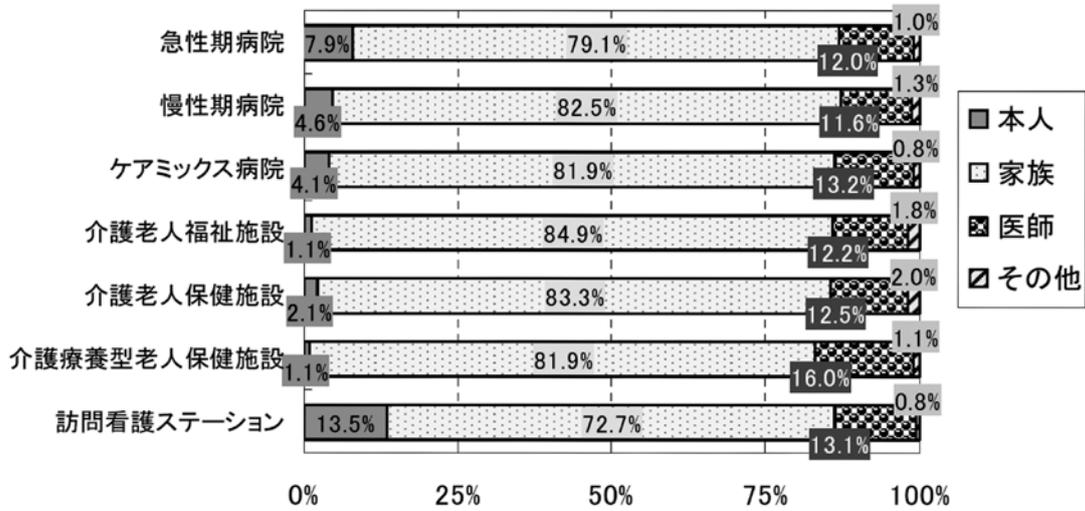


図6 胃ろうを作らることを誰が決定したか(胃ろう造設時)<sup>10)</sup>

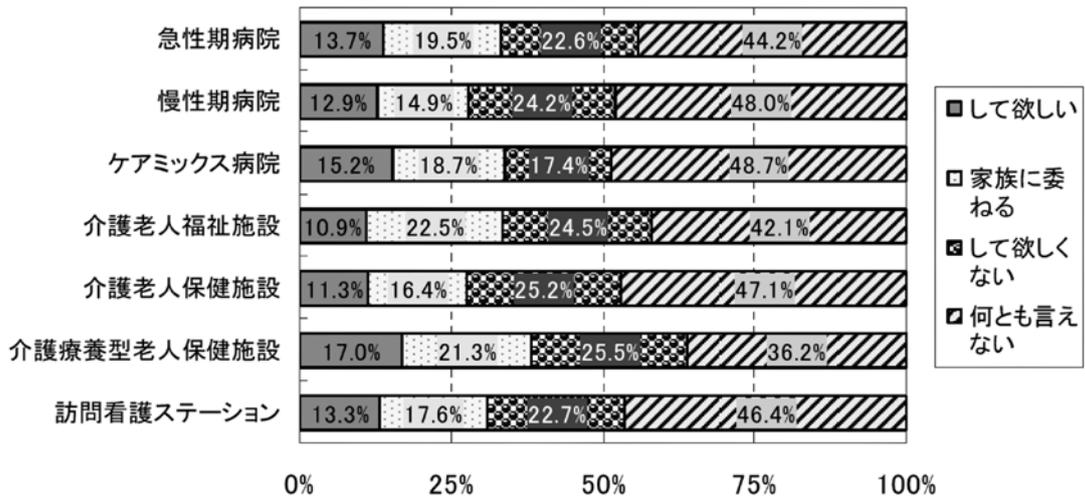


図7 家族への質問(あなたが傾向栄養摂取できなくなった時に、胃ろうを造設して欲しいですか)<sup>10)</sup>

にとつての改善である嚥下能力の改善や QOL 改善はほとんどない結果であった (図9)。

この調査結果から見えて来るのは、胃ろうを造設されている高齢者のほとんどが、医学的適応となる嚥下・摂食障害(脳血管障害や認知症)は満たしているが、鈴木<sup>6)</sup>が強調している PEG 適用の3条件(表2)の①と②の両方とも欠いていることである。「①患者が意思表示できるか? 患者が健全な自己判断能力があるかどうか? ない場合には、発症前に本人の意思表示があったかどうか? ②患者が PEG を希望するか? 医学的に有効か否かに関わらず、患者が PEG を望まない場合には、

PEG は適応にならない。仮にどんなに医学的な安全性と有用性が期待できても PEG の適応とすべきではない。なぜならばいかなる場合であっても患者の自己決定権が尊重されるべきだからである。」という倫理的必要条件には、もっと考慮が払われるべきであるし、これらを含んだ適用基準を作成し、造設の適否を倫理委員会などで判断するべきであろうと考える。

### 3. 胃ろうの医療倫理学 —会田薫子氏の研究報告より

このような延命のためだけに胃ろうを造設された高齢

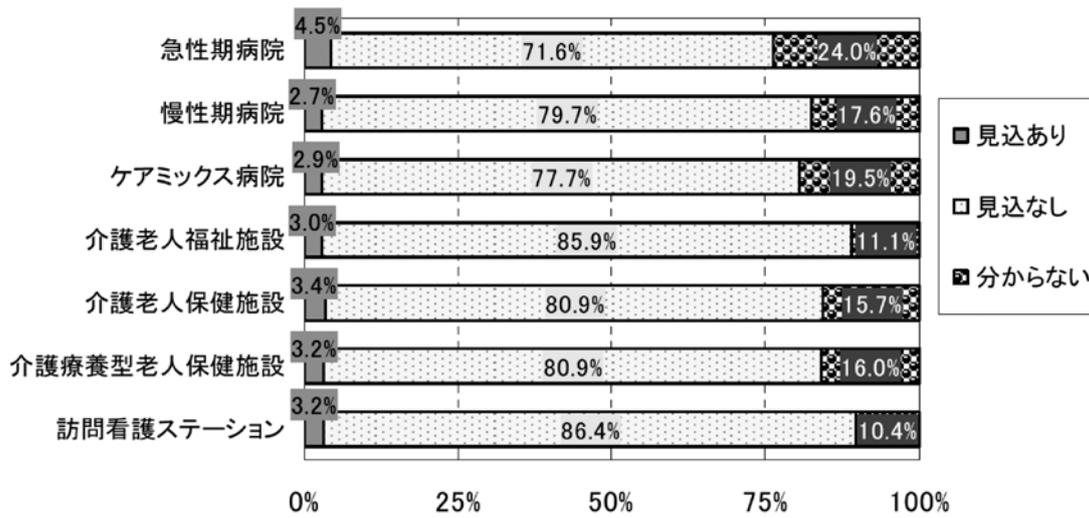


図8 胃ろうを離脱し、経口での食物摂取となる見込み<sup>10)</sup>

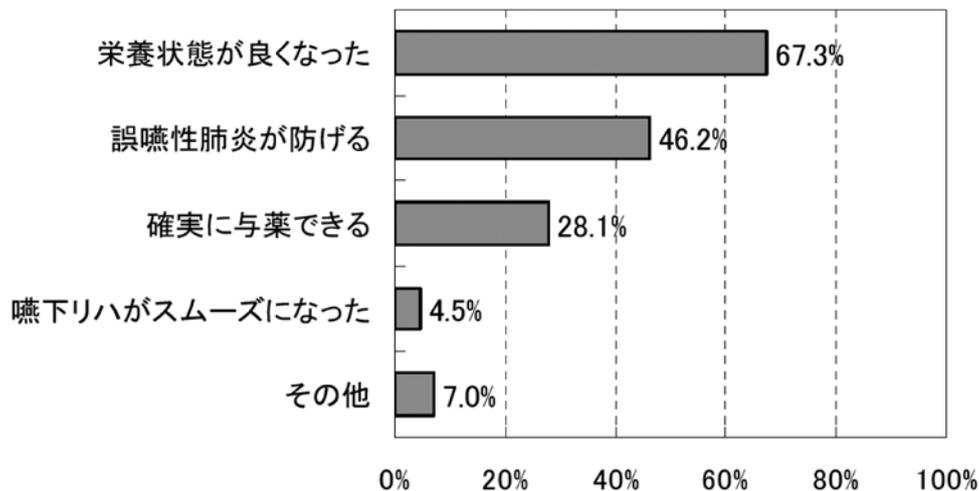


図9 胃ろうにより改善したと思われること(介護老人福祉施設)<sup>10)</sup>

者が、慢性病院や特養、老健の入院患者の多数を占める現状の医療倫理学について、急性期病院から特養までの諸施設で胃ろう患者の対応をしている30名の医師への探索的構造的インタビューに基づいた詳細な研究報告が、会田によってなされた<sup>2)</sup>。これは、従来の数値化された実態調査とは異なり、胃ろう問題を生命倫理という視点から焦点を当てた初めての研究である。その中で医師の言葉として語られる、寝たきりや認知症の高齢者に胃ろうをつくる家族や医師の本音は、これまでの研究報告には欠けていたもので、わが国ではタブー視されていた延命処置の陰の部分にまで踏み込んだ内容が

含まれている。

インタビューを通じて得られた胃ろうの意味は、一言にまとめれば「本人の利益にならない延命処置であっても、家族の心の問題に対処するために行う。」ということであり、「点滴ボトルや胃ろうの栄養チューブが下がった風景が、家族や医療スタッフ、介護スタッフなど、患者の周りの人たちの心をケアする。」という現実であった。家族にとっては、「親に生きていてほしい」「親に何かしてやりたい」という能動的な肯定と共に、「何もしないことに堪えられない」「親を餓死させるのではという不安」「見殺し感」「延命処置手控え決断による死の責任」「遠

くの親戚や、近所の目と非難」を回避したいという受動的な理由が、胃ろう造設によって回避されて心理的安寧を得ることができる。親の年金収入が死亡により途切れると困るという本音で延命を続けることも少なくない事も語られている（これは、親の介護のために子供が仕事を止めざるを得ず、胃ろうを付けた寝たきりの親の年金が子供の唯一の収入源という、日本の貧しい福祉事情の反映であろう）。

延命処置の手控えや中止を決断することによって、死の責任を問われることを恐れる家族から、「お任せします」とか「できるだけの治療をしてやって下さい」と、判断と責任を医師に押し付けることが常態化している。医師は、医療処置不実施による死の責任や、マスコミや司法による触法の追及を危惧して、回復の見込みがなく医学的には無意味と分かっている、胃ろう造設に踏み切らざるを得ないという、日本の高齢者の終末期医療の実態が、赤裸々に語られている。

胃ろう造設の対象となる「患者自身の意向」はどこにも出てこないのは、先の全日本病院協会の調査研究報告書の内容<sup>10)</sup>と共通している。会田は、英米の方法—患者の利益を患者本人だけのものとして限定的に捉え、患者本人への利益だけに注目して医療行為の是非を検討する—が日本でも同様に適切であるかどうかは疑問としながらも、「患者にとって不利益となる恐れがある医療行為を、家族が希望するから実施する」ことが許容されるとは考え難いとする立場から、延命処置の実施に当たっては、「家族の意向は尊重されなければならないが、本人の利益に十分配慮したものでなければならない」と結論している。この主張は、先の鈴木<sup>6)</sup>の倫理的2条件（表2）や欧米の緩和医療の患者の自己決定権重視の立場<sup>9)</sup>と共通のものである。

また、日本では終末期医療と医療経済を関連させて議論することが、長年にわたって憚られてきたことを指摘して、高齢患者の終末期の過剰診療を誘導した一因が、保険診療—特に高齢者の医療費自己負担ゼロという政策であった—という指摘にも触れている。厚生省は、2011年度の医療費が37.8兆円となり、9年連続で過去最高を記録したこと、70歳以上の人にかかった医療費

は、17.0兆円と、全体の44.9%を占めたことを発表した<sup>11)</sup>。この額は、2009年度の税込38.7兆円にほぼ匹敵する（2011年度は42.8兆円）<sup>11)</sup>事を考えると、高齢者の医療の質の点検が必要であることは論を待たない。今国会では消費増税を柱とする社会保障・税一体改革関連法が成立し（2012年8月10日）、現行5%の消費税率は平成26年4月に8%、27年10月に10%へ2段階で引き上げられ、引き上げ分はほとんどが高齢者の医療費と介護費の自然増に充てられる見込である。本人が望まない延命処置や本人の利益に合致しない医療から、本人の人生観や意向に沿った医療への転換は、倫理的にも財政的にも必要かつ有用な事だと思われる。

#### 4. 欧州の高齢者介護と終末期医療

次に北欧に代表されるヨーロッパにおける高齢者の終末期の介護と医療の実態を、日本人による報告から検討する。1990年発行の大熊由紀子<sup>12)</sup>のルポ『寝たきり老人』のいる国いない国—真の豊かさへの挑戦』は、わが国の医療福祉の世界に大きなセンセーションを惹き起した。当時、急速な高齢化に直面して医療と福祉が追い付かない状況にあったわが国にとって、既に高齢化率が14%を超えて高齢化社会に突入していた北欧諸国は、わが国の高齢化対策のモデルと考えられていた。寝たきりとおむつが常態化していた日本の施設内老人とは対照的に、「寝たきり老人がいない」「おむつをしていてもお洒落ができる」「ホームヘルパーが朝昼晩現れる」という北欧の高齢者の生き様は、日本の医療福祉介護関係者には別世界のように感じられた。

それから15年経った2005年に発行された松岡洋子<sup>13)</sup>の「デンマークの高齢者福祉と地域居住—最期まで住み切る住宅力・ケア力・地域力」に書かれている高齢者の地域ケアは、生活の場所が施設から地域住居に移ってはいるが、大熊<sup>12)</sup>が描いた姿と基本線では変わらない。介護介助は地方自治体の責任で24時間サービスが提供される制度、終末期と死は生から連続する終着駅として受け入れる死生観、最期は入院や延命処置を退けて自宅で家族や知人に囲まれて住み慣れた場所

で死を迎える社会が実現されている。

人生の最期に近づいて一番難しいのは、食べられなくなった時にどうするかという判断である。「自然な死」とも関連して重要な課題である。このような終末期と最期の在り様を選択したデンマーク人の死生観について、「リヴィングウイルと社会的支援」の章でセントフテ病院の医師の言葉が紹介されている。

“延命？日本人は『イエス』というでしょうが、デンマーク人は『ノー！』と言います。もう最後だと分かっている場合、栄養の点滴は本人や家族が希望すればしますが、そんな人間的でないことは一般的ではありませんね。……「日本では寿命だと分かっているでも先ず点滴ありきの風潮があるが、改善できないか」という質問に対して、日本の医師の反応は、「家族が許しませんよ。……1分1秒でも長く生きてほしいというのは家族の自然な心情であるし、また『もう点滴は止めようよ』と提案した娘や息子は、兄弟姉妹、親戚一同から『人非人』扱いをされるというのが現状である」と言います。”

つまり、ヨーロッパでは高齢者本人が延命処置を拒否する結果、食べられなくなったら自然死が訪れるので、胃ろうを付けた寝たきり老人にはならないわけである。

## 5. ジュネーブの特別養護老人ホームでの体験

北欧の高齢者福祉と医療の紹介本を読んで感じた素朴な疑問は、日本と北欧という、同じように成熟した先進国であるにもかかわらず、高齢者の終末期と最期が、どうしてこんなに違うのか、ということであった。特に疑問であったのは、本当に口から食べられなくなった時に延命処置をしないのか、寝たきりはしないのか、という2点であった。そこで、実際に高齢者施設を見学したいと思っていたが、その機会は2010年9月に訪れた。スイスのジュネーブで国際学会委員会が開催される機会を利用して、市内の標準的ナーシングホームを訪問したい旨を世界保健機構（WHO）に勤務していた知人に伝え、候補を当たってもらった結果、ジュネーブ市シャトレヌ地区医療ナーシングホーム（EMS la Châteline

）を訪問できることになった。施設のホームページを見てまず気付いたのは、“87 chambres individuelles aux habitants：居住用個室（87室）であった。さしずめ日本なら「87床」とするところであろうが、「ベッド数」ではなくて「個室数」であった。

施設長のシュミード女史、医療責任者のバッハヘーゲル医師とも中年の快活な女性で、バッハヘーゲル医師の案内でまず施設見学をした。彼女の専門は家庭医療と緩和医療で、ジュネーブ地区緩和医療医師協会会長を務めるベテランであった。建物は市内住宅街の閑静な一角にあり、1階はレストラン兼カフェがあり、庭にもテーブルとイスが並んでいた。屋上も解放されており、屋外パーティなどに使用するとのことであった。5階建の建物の廊下を挟んで、南側に居室が、北側に訓練室／談話室、手芸室などが並んでいた。居室は小奇麗に整った居間兼寝室と洗面・トイレ・シャワー室と物置を兼ねたかなり広い2室で構成されており、居住者が持ち込んだ私物の家具が置かれ、家族の写真や趣味の品々が飾られていて、日本の看護介護付きマンションという趣であった。印象的であったのは、どの部屋にも臥床している者はおらず、全員が小ざっぱりした服装で、杖や車いすで1階の食堂やカフェ、あるいは訓練室などに出ていることであった。1階には定員8名のアルツハイマー病患者用閉鎖棟があったが、やはり全員が談話室に出ている。スタッフルームは開放的で、処置室は小さくて、内服薬とインスリンなどの注射、薬品用の冷蔵庫があるだけで、日本の特養には必ずある経管食セットや点滴セットはなかった。美容室、理容室、エステが店を開いているのが目を引いた。

施設見学の後、約2時間にわたって、バッハヘーゲル医師に日頃の疑問をぶつけて、意見交換をした。

Q:「寝たきりの人はいますか？」

A:「否！」

Q:「経管栄養（PEG、鼻管）を付けた人は？」

A:「否！全員が経口摂取だ。」

Q:「点滴をしている人は？」

A:「否！急性疾患の時には実施することはある。」「点

滴、PEG や経管栄養は、スイスでは老人や認知症患者のような慢性疾患や老人医療では適用外で、脳卒中や肺炎のような急性疾患では一時的に使用することがあるが、継続的な使用はしない。「いずれであっても、回復し次第、経口摂取訓練を開始し、外すことを目標としているので、つけっ放しにはしない。」

Q:「経口摂取できなくなったらどうするか？」

A:「元気な時から、終末期をどのように迎えるかの準備をする。ナーシングホームに入所の時に、本人、家族、医師、看護師、医療ソーシャルワーカーなどで話し合う。その後も、定期的に話し合い、本人の意思確認を繰り返して、それを本人、家族、職員で共有しておく。将来、自己判断できなくなった場合に備えて、本人の意思を書類で確認しておくこともある。最期まで経口摂取を徹底して努力し、安易に点滴や経管栄養は実施しない。」

Q:「それでも摂食できなくなったら？」

A:「ほぼ 100% の高齢者が、自然死を選ぶ。食べなくなった高齢者には、飢餓感や苦痛はない。数日で眠るように息を引き取る。高齢者と認知症の終末期医療では、延命処置は実施しないのが、本人、家族、医療従事者のコンセンサスである。」

Q:「輸液がどうしても必要な時はどうするか？」

A:「看護師が 1 リットル／日の輸液を皮下注射で行う。静脈からの点滴はしない。」

Q:「胃ろう造設を行うことはあるのか？」

A:「胃ろうの持続使用は若くて社会活動をしている患者が対象で、喉頭・食道疾患などで経口摂取できないが、胃ろうによって社会活動を維持できる人に用いる。高齢者は、一時的な場合を除いて適用外である。(Contraindication= 禁忌という言葉を使用した)」

Q:「筋萎縮性側索硬化症 (ALS) では？」

A:「本人が希望すれば、経管栄養の適用になるが、例外的である。ALS で全身マヒがあっても「I am hungry」と合図して、食欲と食べる意思表示した患者には、経鼻的経管栄養を行ったことがある。人

工呼吸器は、陽圧式マスク呼吸まで行う。気管切開と人工呼吸器までつけるのは例外的である。」

Q:「脳卒中で急に嚥下不能になった場合は？」

A:「急性期には経管栄養を行うことがあるが、積極的に嚥下訓練をして 3 カ月程度で回復させて抜く。」

Q:「高齢者は、最期をどこで迎えるか？ 病院に入院しないのか？」

A:「今住んでいる場所で、家族や親しい人に囲まれて最期を迎えたいという希望が多い。元気な間に、どこで最期を迎えるかを決めておく。認知症者も高齢者と同じ扱いであるが、自己判断能力がないと判断された場合には後見人の判断が参考にされる。病院に入院中の患者も、いよいよ最期という時には、退院して自宅で家族、友人、神父などの聖職者に看取られながら死を迎える人もいる。不自然な延命処置は一切しない。「病院は回復する見込みがある病気の時に行く場所であって、回復の見込みがない終末期の高齢者が行く場所ではない。」

Q:「ナースステーションに通常の医療機器、注射薬や点滴用具、経管栄養バッグなどが見られないが、このナーシングホームが謳っている医療とは何か？」

A:「高齢者の医療は若い人とは質が異なる。入居者は在宅ケアが困難となった高齢者なので、医療は在宅医療の継続であり、慢性疾患の服薬管理、注射、食事療法などと、高齢者用の筋力訓練、日常生活維持のリハビリ、マッサージ、足のケア、作業療法、手芸、絵画、ペットセラピーなどである。」

Q:「胃ろうによる延命処置が常態化している日本の高齢者終末期医療をどう思うか？」

A:「本人が同意していないのに、医師の判断や家族の同意だけで胃ろうを造るということは、スイスでは法的に認められない。また、本人が希望しない無益な処置に税金を浪費するのは、公益に反していると考える。」

質問を通じて明らかになったのは、スイスでも北欧や欧米<sup>9)</sup>と同じで、徐々に衰弱していく高齢者では自然死が当然のこととして受け入れられており、延命処置の適用対象ではなく、終末期に食べようとしなくなった高齢

者は、苦痛緩和医療だけが施され、数日で眠るように息を引き取るということであった。従って、日本のように強制的に延命処置を施されて、寝たきりで生かされているだけという高齢者は発生しない。その結果、在宅ケア困難な入居者と言えども、日本の介護度を当てはめれば、「要支援」「軽度要介護レベル」が大部分のように見えた。医療の内容も、高齢者の機能維持とQOL向上のための医療サービスであって、回復を目的とする急性疾患医療と、回復が期待できない慢性疾患医療や高齢者終末期医療は明確に区別されていた。従って、日本の高齢者介護で問題になっている胃ろう、吸痰、人工呼吸器のような救命・延命医療や侵襲的医療は、スイスの終末期高齢者の選択肢には含まれていないことが理解できた。

## 6. 本人本位の高齢者医療確立と延命処置見直しへの新たな動き

高齢者本人の意向よりも、家族や医療者側の都合を優先して実施されてきたわが国の延命処置については、医学における延命至上主義からの脱却とQOL重視への転換や、患者の権利と本人へのインフォームドコンセントの徹底が重視される中で、次第に見直され、適応のない高齢者や本人の意向に反する延命処置は行わない医師が徐々に増加している<sup>14) 15) 16)</sup>。このような動きを背景に、2012年1月に公表された日本老年医学会の立場表明<sup>4)</sup>には、若年者と差をつけない医療の保障という従来の立場は堅持しつつも、「高齢者の尊厳を護るものであることが、第三者の判断も含めて是認される場合には、終末期医療における延命治療の差し控え、あるいは撤退も選択肢の一つになる」という見解が盛り込まれた。更に、「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、医師は患者自身の希望と家族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。」として、患者の意向が家族の希望や都合と混同されないように注意を促している。更に踏み込んで、事前指示書の導入など、高齢者が判断能力がある時から終末期の準備をしておくことを勧めている。このように、新しい立場表明は従来の立場から一步前に踏み出した画期的な内容となっている。この理念を今後は医療と介護の現場で具体化し深化していくことが重要であろう。

我が国では、日常の社会生活においても医学医療の分野においても、人の死に正面から向き合い、議論し、自らの死の迎え方について意思表示するという習慣に乏しいだけでなく、意識的に避けられてきた面があった。その背景にあるのは、日本人の宗教や死生観が、一神教世界の欧米人と大きく異なることにあると思われる<sup>17) - 20)</sup>が、それを論じることで物事は解決しない。重要なことは、高齢者にとって死は避けて通れないものであることを前提にして、自らの最期の迎え方の意向を意思表示しておくことで、それが、最期を看取る家族と医師に最も確実な判断の拠り所を与えることを認識することである。本人の意向が分からないので延命処置を選ばざるを得ないことを念頭において、自己判断能力がある間に事前指示書やリビングウイル<sup>21) 22)</sup>を書面として作成することも一法であろう。現在、国会では尊厳死の法制化を目指す議員連盟が中心になって、終末期における患者の自己決定権を尊重する法案が準備されていると聞けが、法案の行方を案ずる前に、まず「自分の最期は自分で決める」行動こそが、問題解決の第一歩ではなからうか。

## 結 語

患者の自己決定権の観点から、高齢者の終末期における延命処置の是非について、わが国で広く行われている胃ろうを例に、わが国の実態とヨーロッパの現状について比較した。欧米では高齢者自らが自然死を選択するのに対して、わが国では本人の意向が不明な事が多く、家族も医師も延命処置を選択せざるを得ないことが少なくない。欧米とは死生観も異なるので、自然死

が受け入れられるかどうかは今後の課題であるが、いずれにしても自らの最期の迎え方の意向を事前指示書などで明示することが、問題解決の第一歩であるという見解を述べた。

## 文 献

- 1) 特定非営利活動法人 PEG ドクターズネットワーク (理事長鈴木 裕). 平成 22 年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分)「認知症患者の胃ろうガイドラインの作成—原疾患, 重症度別の適応・不適応, 見直し, 中止に関する調査研究—」調査研究事業報告書, 平成 23 年 3 月 (2011)
- 2) 会田薫子: 延命医療と臨床現場. 人口呼吸器と胃ろうの医療倫理学. 東京大学出版会, 東京, 2011.
- 3) Murray CJL, Salomon JA, Mathers C: Critical Examination of Summary Measures of Population Health Bulletin of the World Health Organization 2000, p1-25
- 4) 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「立場表明」(2012 年 1 月 28 日理事会承認)
- 5) 日本消化器内視鏡学会監修, 日本消化器内視鏡学会卒後教育委員会責任編集「消化器内視鏡ガイドライン第 3 版」医学書院. 2006.10.01.p311.
- 6) 鈴木 裕: PDN レクチャー Chapter1 PEG. 2: 適応と禁忌, NPO 法人 PEG ドクターズネットワーク, 2011
- 7) 仲口路子: PEG (胃ろう) 問題—認知症高齢者への PEG の適応について—. Core Ethics Vol. 8291-303, 2012
- 8) Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2009 15;(2):CD007209.
- 9) Bernat JL: Refusal and withdrawal of treatment. In Palliative care in neurology, ed by Voltz R, Bernat JL, Borasio GD, et al, Oxford University Press, Oxford, 2004, p363-371
- 10) 社団法人 全日本病院協会: 平成 22 年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分) 胃ろう造設高齢者の実態把握及び介護施設・住宅における管理等のあり方の調査研究報告書 (平成 23 年 3 月), 2011
- 11) 朝日新聞 2012 年 8 月 17 日朝刊.
- 12) 大熊由紀子: 「寝たきり老人」のいる国 いない国, 第 9 版. ぶどう社, 東京, 1991.
- 13) 松岡洋子: デンマークの高齢者福祉と地域居住—最期まで住み切る住宅力・ケア力・地域力—, 初版第 3 刷, 新評論, 東京, 2009.
- 14) 石飛幸三: 老人医療に無駄なチューブはいらない. 文芸春秋 88 巻第 13 号 (平成 22 年 11 月号)180-186, 2010.
- 15) 中村仁一: 大往生したけりゃ医療とかかわるな. 「自然死」のすすめ. 幻冬舎, 2012
- 16) 長尾和宏: 在宅医が教える看取りの常識, 非常識. 「自分の最期は自分で決める」自宅で穏やかな死を迎える方法, 教えます. 文藝春秋 90 巻第 12 号 (9 月特別号) p200-208, 2012
- 17) 佐藤正英: 日本における死の観念. 有馬朗人 著者代表, 東京大学公開講座「生と死」p29-54, 東京大学出版会, 東京, 1992.
- 18) 神野志隆光: 日本神話にみられる生と死. 有馬朗人 著者代表, 東京大学公開講座「生と死」p55-78, 東京大学出版会, 東京, 1992.
- 19) カール・ベッカー: 『死と終末期にどう向き合うか』. 第 14 回精神医学史学会: 講演録. 精神医学史研究 15:18-28, 2011.
- 20) 葛原茂樹: 高齢者の終末期の迎え方, 死生観, 生命倫理—日本と西洋の違いについて (シンポジウム—主題「生命科学・倫理・キリスト教」)—日本の神学 51:238-248, 2012
- 21) 浅井 篤, 服部健司, 大西基喜, 他: 医療倫理, 勁草書房, 東京, 2004, p141-181
- 22) 葛原茂樹, 大西和子 監訳: 神経内科の緩和ケア—神経筋疾患への包括的緩和アプローチの導入—. メディカルレビュー社, 東京, 2007, p185-200

## 略 歴

**葛原 茂樹** 学校法人 鈴鹿医療科学大学保健衛生学部医療福祉学科特任教授  
三重大学名誉教授、三重大学客員教授

## 学 歴：

1970年 東京大学医学部医学科卒業  
1982年 医学博士（東京大学）

## 職歴・研究歴：

東京大学医学部附属病院で神経内科研修後、1975年東京大学教務職員、1977年筑波大学講師、1979-1981年米国留学、1983年東京都立老人医療センター神経内科医長、1990年三重大学神経内科教授、2001年三重大学医学部附属病院長、2007年国立精神・神経センター病院長、2010年より現職

## 専門領域：

神経内科学、神経変性疾患、認知症、老年医学、終末期医療  
主要研究テーマ：紀伊半島と西太平洋地域の神経難病研究

## 専門医など：

神経内科学、神経変性疾患、認知症、老年医学、終末期医療

## 所属学会：

日本神経学会前理事長・名誉会員・監事、日本認知症学会名誉会員、日本内科学会功労会員、日本神経治療学会名誉会員、日本末梢神経学会名誉会員、日本老年医学会評議員等、American Academy of Neurology 会員

## 学会主催など

日本神経学会学術大会長、日本痴呆学会（現・認知症学会）学術大会長、日本神経治療学会学術大会長、日本神経感染症学会学術大会長

厚生労働省神経変性疾患調査研究班主任研究者

## 社会活動：

日本学術会議連携会員、独立行政法人日本学術振興会審査・評価委員、文部科学省研究事業「疾患特異的 iPS 細胞を活用した難病研究」プログラムディレクター、厚生労働省：医師国家試験委員、言語聴覚療法士国家試験委員、難治性疾患克服研究推進事業委員会委員長、身体障害認定委員会委員長、難病対策委員会委員、介護保険部会委員、三重県：身体拘束廃止推進協議会会長、痴呆性高齢者ケア協議会委員長、寝たきりゼロ推進本部委員、保健医療計画検討委員、世界神経学会連合日本代表など歴任

