

2011年11月18日ワークショップ東京  
国際長寿センター & Hasting Center

**国際比較の視点からみた  
終末期ケア“看取り”の  
現状・課題と今後の展望**

# 日本における 終末期ケア“看取り”の問題点 —在宅のケースから学ぶ—

**箕岡真子**

東京大学大学院医学系研究科

医療倫理学分野 客員研究員

箕岡医院 内科医師

# 日本は世界一の長寿・高齢化社会 世界中がその動向を注目している

Japan 人口 ; 1.27億、65歳以上 ; 22.2%、寿命 ; 82.1歳  
US : 3.07億、 ; 12.8% ; 78.1歳

総死亡数 1084450人				
	1960	1996	2006	2007
病院	18.2%	74.1%	79.7%	79.4%
自宅	70.7%	18.3%	12.2%	12.3%
老人ホーム (老健含む)		1.5%	3.1%	3.3%

# 認知症の人の数は増加傾向にある

- ・ 介護保険を受ける500万人のうち、250万人が認知症。
- ・ 施設入所者の8割が認知症合併
- ・ 20年後 ; 350万人以上
- ・ 30年後 ; 430万人

# “看取り”の定義

- “看取り”のイメージ
  - 「平穏な死」「自然の死」「お迎えがきた」
  - 人間の尊厳を守れる
  - いったいどこが問題なの？
- 厳密な定義；

**無益な延命治療をせずに、自然の経過で死にゆく高齢者を見守るケアをすること**

＝「延命治療の差し控え・中止」

⇒法的・倫理的問題が内在している

事前指示はあるか

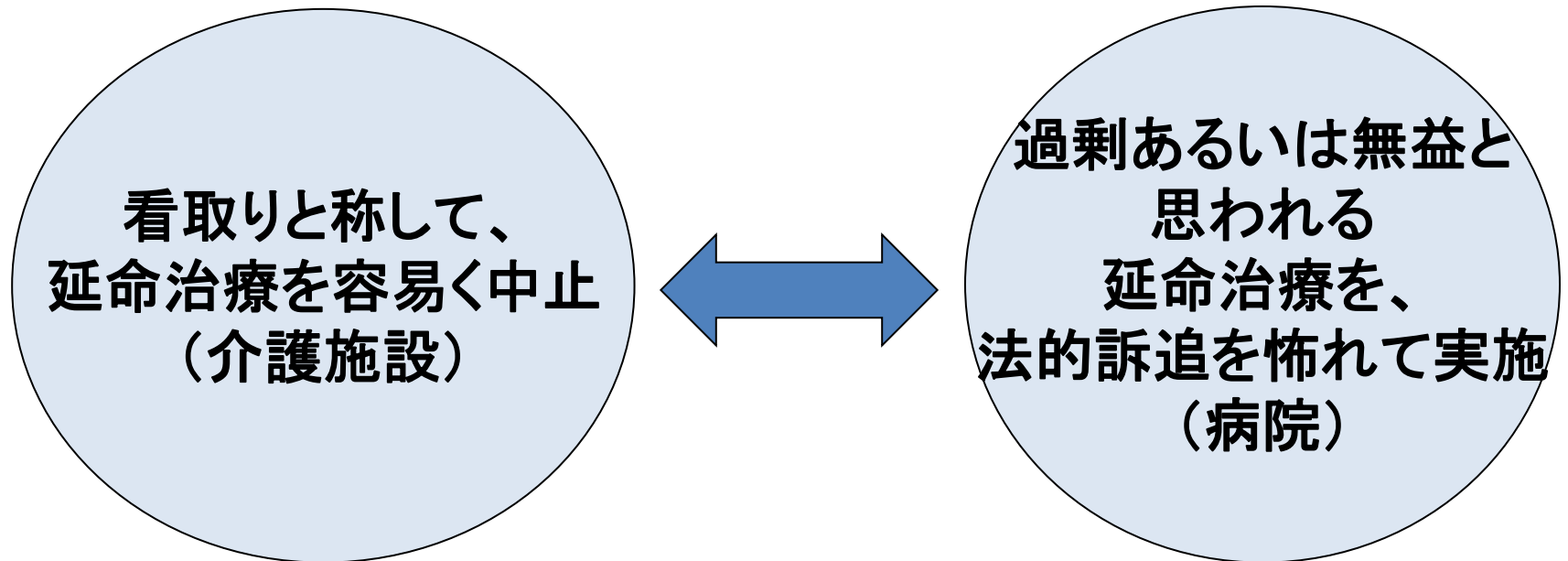
末期か？

治療の無益性

治療義務の限界？

# “看取り”の現状

1) “看取り”は倫理的な熟慮なしに、漫然と実践されている。



2) 多くの患者は、在宅での看取りを望んでいるが...

# 最近経験した理想的な“看取り”

＜ケース＞79歳、女性、胃がん（BorrmanⅣ）

家庭ですべての家事をこなし、5月には九州旅行も行った。6月中旬食欲不振のため受診。初診の際に腹部超音波検査で多量の腹水を認め、癌性腹膜炎の疑いで大学病院に紹介となる。GFにてBorrmannⅣ型胃がん（スキルス）、CTにて腹腔内リンパ節転移多数。担当医は、本人および家族に積極的治療の適応ないことを告げ、緩和ケアを勧めた。

本人・家族は、在宅での看取りを希望。在宅緩和ケアの依頼があり、家族の協力が得られる状況だったため快諾。

介護保険を利用し、患者の療養する部屋にベッド設置し、療養環境を整える。看護師の娘は、休職し連日付き添い看護・介護にあたる。往診は週3回実施。

経口摂取量は次第に減少していき、2週間目には、数口食べるのみ。疼痛は非麻薬性オピオイドで管理可能。意識清明。

腹水は増加し、腹部膨満感および嘔気・血性嘔吐あり。麻薬フェンタニル貼付での疼痛管理となる。「この夏は越せないと思う。私は家でこのような療養ができて幸せ」。医師にも、毎回感謝を伝える。

連日、家族や親戚が訪問し、皆に御礼を述べる。

7月14日、「ありがとう、ありがとう」を繰り返し、「先生が来たよ」の声に「安心した」と言い、チェーンストークス呼吸になり、意識なくなり、永眠する。

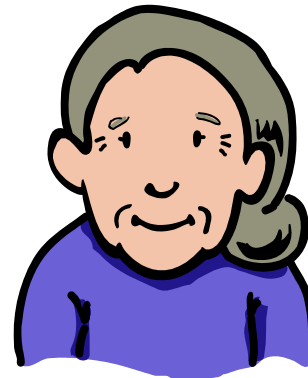


# 79歳胃がん終末期の女性

☆娘が看護師。毎日介護にあたる  
・☆整った療養環境  
☆定期的な医師の往診・緊急時の体制

本人および家族の、病状・予後について  
の理解と受容

☆疼痛管理  
☆腹水による腹部膨満感・嘔気・  
発熱・口腔内カンジダの管理  
☆快適ケア



私は夏は越せない。  
でも、自宅で皆に  
見守られ幸せ。

死ぬときは苦しく  
ないのかしら？

ありがとう。あり  
がとう…

# でも、現実には・・・

## 在宅でのよい看取りを阻む要因

### 1)告知

- ・本人に告知しない⇒病状、予後や経過の理解ができず、死ぬ運命を知らない
- ・告知の方法の問題

### 2)死の概念のとらえ方

### 3)本人における問題点

- ・本人が死を受け入れることができない⇒無益な延命治療を望む
- ・事前指示の普及が不十分

### 4)家族における問題点

- ・家族の揺れ動く気持ち、代理判断の問題など

### 5)コミュニケーションの不足

### 6)家族関係・家族の介護力の不足

### 7)家庭における療養環境が整わない

### 8)医療者・看護師・介護との関係⇒医師が協力しない・連携がうまくいかない

### 9)不十分な緩和ケア⇒疼痛管理・精神的ケア(本人・家族)

### 10)人工的水分栄養補給のとらえ方⇒食事と考える

# 告知における問題点

私は  
告知をして  
欲しいわ

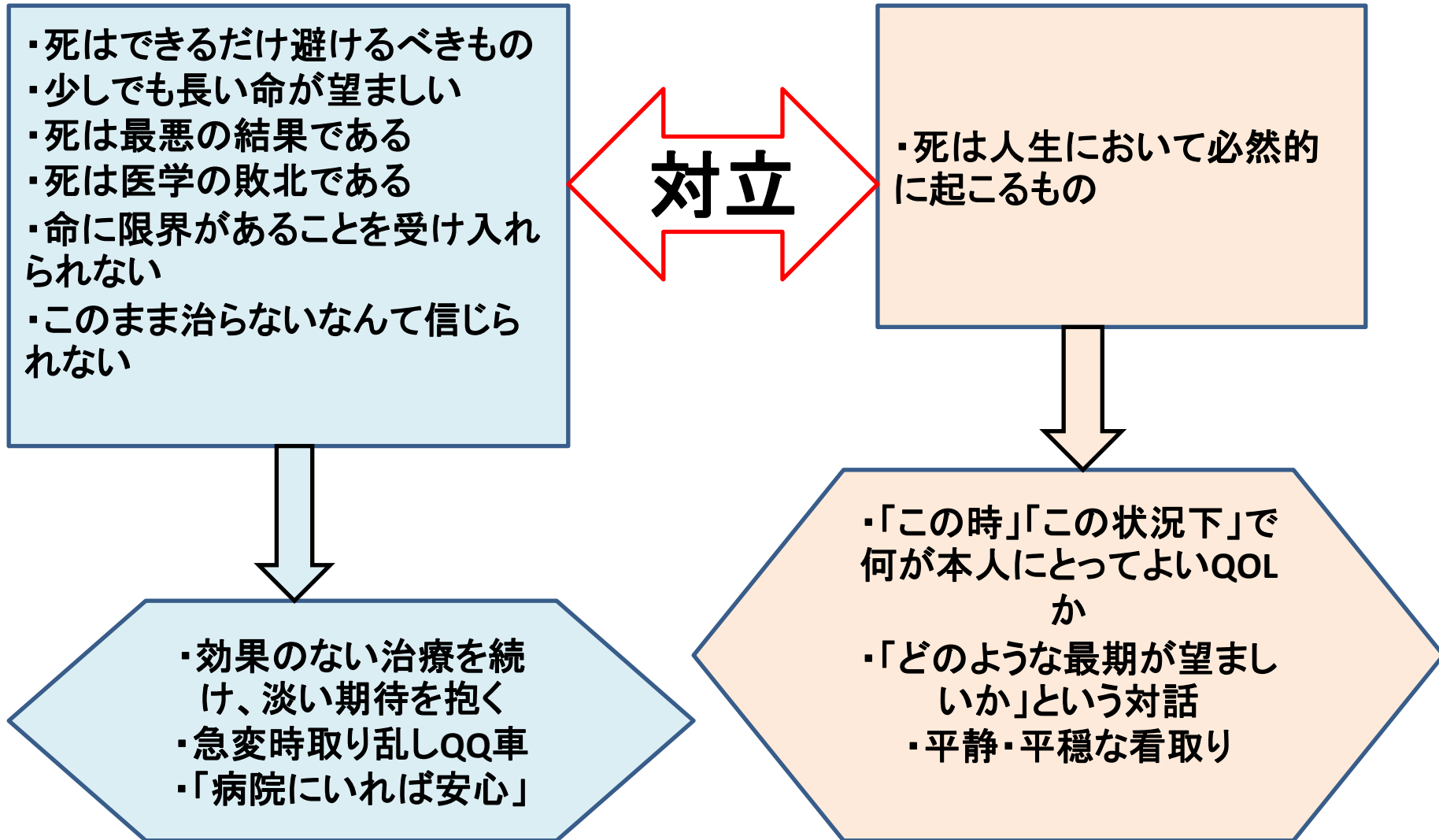
お母さんには知らせた  
くないわ

告知によって、弱者  
である患者は、うつ状  
態になり、病状も悪  
化する

# (1)「告知」における問題点

- ①本人に告知しない(嘘をいう)・家族のみに告知
  - ⇒医師は、告知によりうつ状態・病状悪化を懸念
  - ⇒本人が、病状・予後や経過を知ることができない
  - ⇒本人が死ぬ運命を知らない
  - (究極のプライバシー権の侵害)
- ②告知の方法の問題
  - ⇒共感をもった方法で告知がなされない
  - 『できることは何もない』
  - ⇒失望・苦悩
    - ・残された時間を有意義に過ごすという意欲の低下
    - ・望む終末期ケアを自分で決めることができない

## (2)「死の概念のとらえ方」における問題点



## (2)「死の概念のとらえ方」における問題点 —治療のゴールの変更—

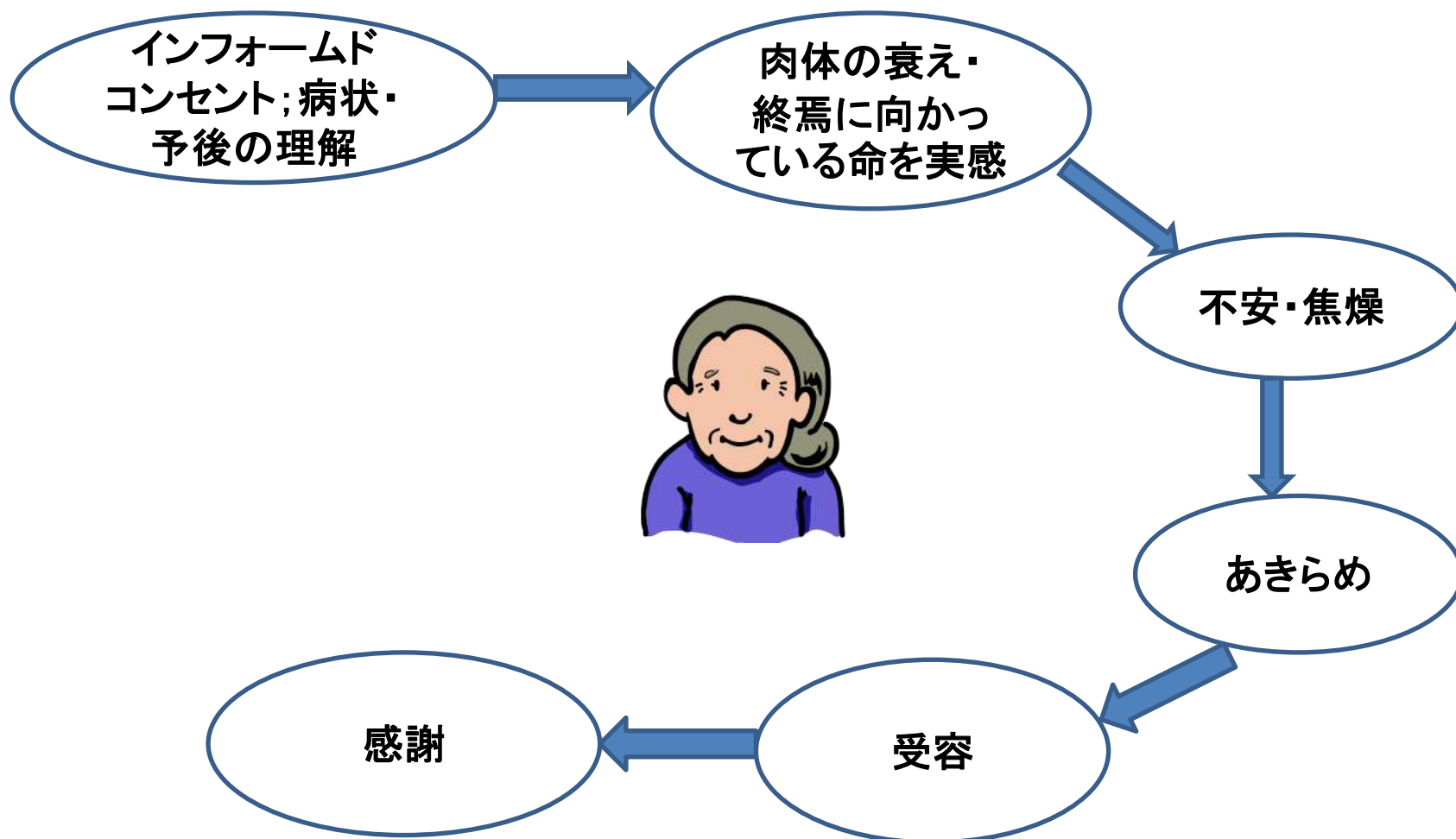
- ・死はできるだけ避けるべきもの
  - ・少しでも長い命が望ましい
  - ・死は最悪の結果である
- 治療のゴール; 完治**

移行

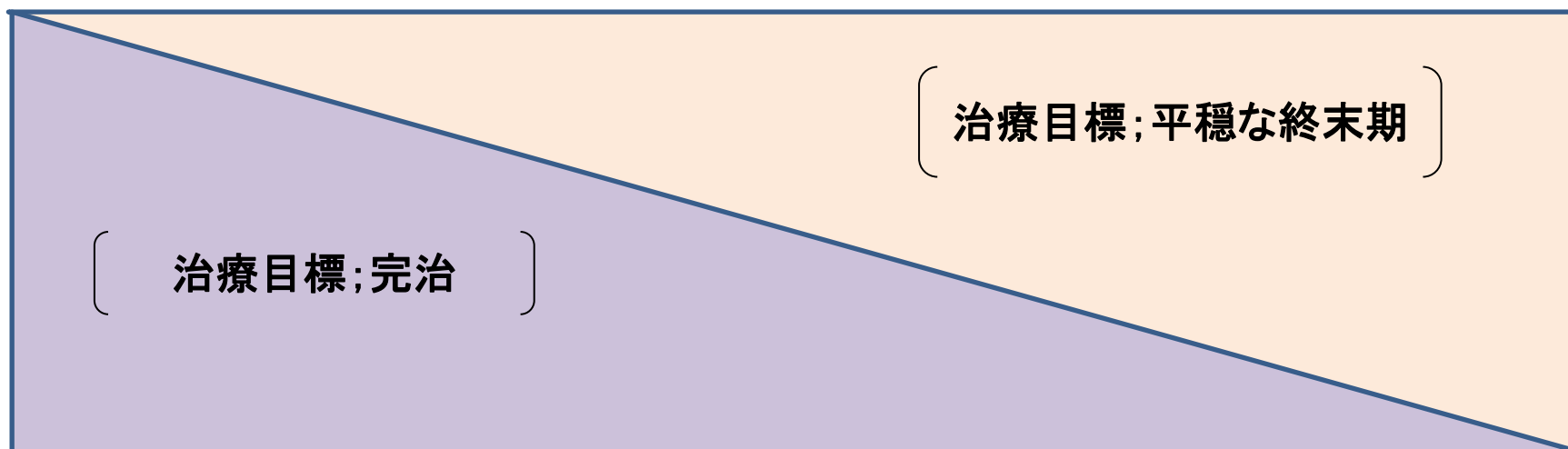
- ・死は人生において必然的に起こるもの
- 治療のゴール;  
快適ケア  
平穏な最期**

\* 死の受容を強要するのではなく、病状の変化を共有するプロセスにおいて、自然に受容されるのを待つ。

# (3) 本人の意向・心情の変化



# (3)「本人の意向」治療目標の変更



インフォームド  
コンセント

肉体の衰え・終焉  
に近づぐ命を実感

不安・焦燥

あきらめ

受容

感謝



### (3)「本人の意思決定」に関する問題点

①適切なインフォームドコンセントがなされていない

⇒終末期であること・残された時間が限られたものであることを知らされていない

②命が限りあるものであること・死を受け入れることができない⇒治療目標の変更ができない・無益な延命治療を望む

③感情的不安定(不安・焦燥)⇒平穏な終末期を過ごせない

④家族に迷惑をかけたくない;日本では「関係性の中での自己決定」・自分の意向<家族の意向

⑤事前指示が普及していない⇒自分の最期の生き方を自分で決めることができることが周知されていない

⇒本人の価値観を、反映できない

# 日本の事前指示書

あなたに代わって、  
あなたの医療やケアに  
関する判断・決定をして  
ほしい人

あなたが望む医療  
処置・望まない医療  
処置について

あなたの残された  
人生を快適に過ご  
し、充実したものに  
するために

あなたの大切な人々  
に伝えたいこと

Copy Right; Masako Minooka

# (4) 家族の意向・心情の変化



大学病院は、治療  
しない場合は、  
入院もできない

どうすればいいの？

病院の態度に  
不信感と怒り

母は私が、自宅で看  
取る！母によい最期を  
過ごさせてあげたい！

自宅で看取る  
決心

母親の死を  
受容

死と向き合う



# (4) 家族の意思決定における問題点

- ① インフォームドコンセントに関する問題
  - ・経過・病状・予後の理解が十分でない
- ② 感情・心情的問題
  - ・家族の死を感情的にも受け入れることができない
    - ⇒限られた時間であることの理解ができない
  - ・死に逝く人を身近で見守ることの苦悩不安・焦燥
  - ・感情的動揺・揺らぎが起こる(焦燥⇔あきらめ)
    - 「ただ死を待っているだけでいいのだろうか」
- ③ 代理判断の問題
  - ・誰が適切な代理判断者か？
  - ・どのようにして事前指示や本人の価値観を尊重するか？
- ④ 本人と家族、あるいは家族内における意見の不一致の問題

# 認知症終末期ガイドライン

## 認知症の人のターミナル医療・ケア研究会

★ご本人が平穏な最期を過ごすためには、家族も冷静で平穏な心をもつことが必要です

患者さんの病状および今後の経過についての情報を得て、何が有益で、何が無益な治療ケアなのかをよく理解してください。そのためには医療ケアチームとコミュニケーションを十分はかって、「その患者さんにとって」「その時に」「その状況において」何が最も適切な医療・ケアであるのかを、皆で共感を持って考えることが大切です。

★終末期ケアについて、十分な時間をかけて話し合いをし、時間をかけて考え、心の整理をします

★「人の命は限りあるものである」という事実を受け入れることも大切です

# (5)「コミュニケーション」に関する問題点

## ①(死に向かっの)病気の経過・予後の共通の理解

- ・現在の状況・今後予想される予後
- ・治療法の選択肢とそれぞれの利点欠点など
- ・治療の無益性

## ②意思決定のプロセス

## ③死の準備教育

- ・「命とは限りあるものである」
- ・不安・恐怖・悲しみの時間

⇒平穩で感謝にみちた時間への転換

## ④最期の瞬間

- ・死が切迫した時の徴候
- ・実際に死が訪れたときの徴候
- ・死亡時の対応

# 認知症終末期ガイドライン

認知症の人のターミナル医療・ケア研究会

## 最期の瞬間はどうなりますか？

死に逝く人が、緩和ケアに沿った快適なケアを受けているのであれば、死は、通常、平穏なものとなるでしょう。呼吸は次第に浅く、不規則になってきます。そして最後に1～2回の深い大きな呼吸(チェインストークス呼吸)をします。そこに居合わせた人は、その人に触れたり、手を握ってあげるとよいでしょう。家族は、最期の日々に、患者さんがたった一人にならないようにしてあげることが大切です。介護施設でも、家族がその人に寄り添えるように、宿泊などができるようになってきています。このように自分の大切な人の死が平穏であれば、最期まで寄り添ってきた家族は皆、‘看取り’の満足感を感じることでしょう。

# 認知症終末期ガイドライン

認知症の人のターミナル医療・ケア研究会

喉からの分泌物が増えたときはどうすればいいですか？

次第に分泌物の量が増え、粘性を増してきた場合、ゼイゼイという喘鳴が聞こえてきます。ご家族にとっては、この喘鳴音はたいへんつらそうに聞こえますが、患者さんの意識レベルが低かったり、昏睡状態の場合には、ご本人は自分の呼吸状態を自覚していないことが多いといえます。



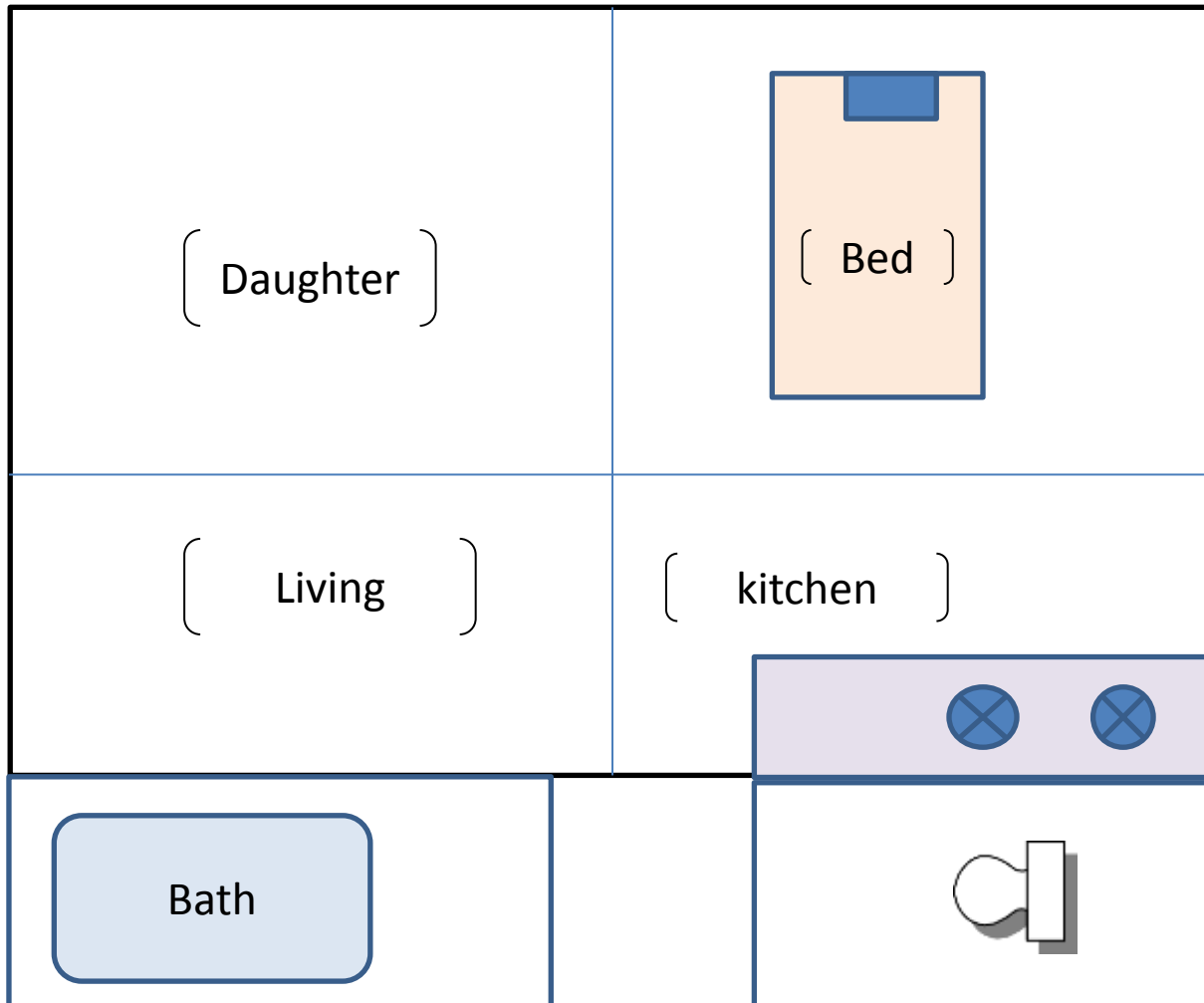
# (6)「家族関係・家族の介護力」 に関する問題点

- ①現代では核家族化、老一老介護・地域コミュニティでの連携もない
- ②主介護者がいない
  - ・患者の気持ちを理解し患者が信頼する主介護者は必要
- ③家族の介護力に依存
  - ・家族が、食事介助・清拭・排泄の世話・服薬管理・体位交換・痰の吸引などをするようになる。
- ④家族介護者への過度の期待
  - ・医療介護専門家の価値観を押し付けない(家族ごと理想像は異なる)
- ⑤意思決定の代理判断者Surrogate又はProxy
  - ・時に主介護者と一致しない
- ⑥コミュニケーション不足; 終末期ケアについて話し合ったことがない
- ⑦日常生活とのバランス
- ⑧利益相反

## (7)「家庭における療養環境」における問題点

- 日本では狭い家が多い・家族構成の問題
- 個別の病室をつくることができない
- 家族の日常生活のペースを乱す
- 本人が‘家族の迷惑になる’と遠慮する
- 家族の介護力がないと清潔の保持が困難
- 家族の心構えやる気と協力・経済力が影響

# 実際の療養環境



# (8) 医療者・看護師・介護との関係

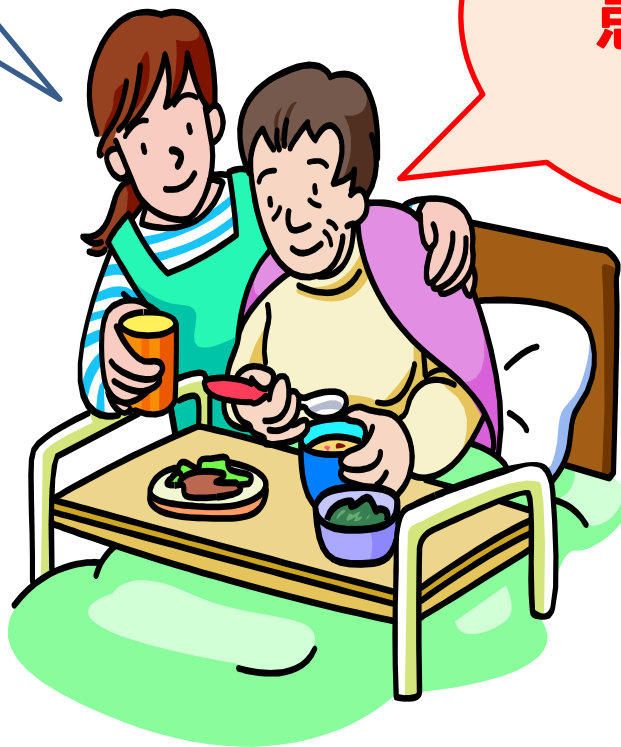
## 介護

ホームヘルパー  
ケアマネージャー

患者と家族

訪問看護師

医師



## (8) 医療者・看護師・介護との関係

① 医師との信頼関係があるかないかで、在宅看取りの可否が決まる

医師の協力・訪問看護師の支援

② 家族の病状理解と意欲・協力は必須

③ 本人・家族と医療ケアチーム【医師、訪問看護師、介護(ケアマネージャー、ホームヘルパー)】との連携が重要

\* 連絡の取れる体制; 必要があれば

いつでも訪問可能であることを伝え、安心を与える

\* 起こりうる可能性のある症状・連絡が必要な症状を前もって伝えておく

\* 必要となりそうな薬剤を置いておく

④ 医師のQWL(Quality of Working Life); 24時間、365日の対応

# (9) 緩和ケアに関する問題点

## ① 治療の無益性が認識されていない

- ・無益な延命治療はやめても、必要な治療や快適ケアは必要  
(Cure sometimes, comfort Always)

## ② 開始が遅い緩和ケア

- ・終末期であると認識していない→ずっと病気と闘い続ける  
→平穏な最期が保障されない

## ③ 不十分な緩和ケア

- ・疼痛管理・鎮静・不快な諸症状(呼吸困難・嘔気等)の管理
- ・精神的苦痛の除去・安心の提供

## ④ 在宅緩和ケア

- ・自宅でも、疼痛管理可能なことを伝える
- ・家族にモルヒネなどの副作用(例えば便秘)を説明するとともに、無理に使用を我慢する必要もないことを説明
- ・不安がなく、安定した気持ちでいると、使用する麻薬の量が減る

## (10)「人工的水分栄養補給」に関する問題点

- ①経管栄養(胃ろう)は“医療”か?“食事”か?
- ②実際に、日本では胃ろうが多い;約40万人
- ③特に認知症終末期の経管栄養
  - ⇒苦痛の多い終末期を少し延長するだけである
  - ⇒QOLの改善に役立たない
- ④日本における認知症終末期における経管栄養の有効性についてのデータが不十分
  - (例)生存率を改善するか?
  - 誤嚥性肺炎を予防するか?

# 在宅看取りの将来的展望(参考資料)

非医療機関(自宅・施設など)における  
看取り率の目標

**⇒25%**(5年間)

(在宅医療推進会議)

⇒達成困難の予測



# 参考資料；日本の判例 東海大学事件1995年

主論ではなく、傍論 (obiter dictum) として]

## 治療行為の中止・差控えの3要件

- ①患者が治癒不可能な病気に冒され、回復の見込みがなく、死が避けられない末期状態にある
- ②治療行為の中止を求める患者の意思表示が存在し、それは治療行為の中止を行う時点で存在すること

# 日本の判例；東海大学事件1995年

## ③治療行為の中止の対象となる措置；薬物投与、化学療法、人工透析、人工呼吸器、輸血、栄養水分の補給など

- \* 死期の切迫の程度、当該処置の中止による死期への影響の程度などを考慮し、適切に無益性を判断し、自然の死を迎えさせるという目的に沿うように。
- \* ②の意思表示は家族による患者の意思の推定が許される（医学的情報、患者の価値観人生観の理解認識、患者の立場にたった真摯な考慮）

# 参考資料；日本の判例； 川崎協同病院事件2005年

## 治療中止の要件

- ①回復の見込みがなく死期が迫っている（治療や検査を尽くし、他の医師の意見を聞く）
- ②十分な情報提供・説明。患者は任意かつ真意に基づく意思を表明する。

本人が意思の表明できない場合；できるだけ真意の探求。リビングウィル・親しい人による意思の推定

真意が確認できない場合；疑わしきは生命の利益に。医師は患者の生命保護を優先させ適切な医学的処置を実施。医師があるべき死の迎え方を助言できるが、患者に代わって判断するべきではない。

# 参考資料；日本の判例； 川崎協同病院事件控訴審2007年

☆家族は患者の自己決定の代行⇒不可

☆家族は患者の意思推定⇒フィクション？

家族の意思を重視することは必要だが、家族の経済的・精神的負担の回避という思惑が入る危険がある。

自己決定権という権利行使により治療中止を適法とするのであれば、このような事情の介入は、患者による自己決定ではなく、家族による自己決定となるので否定せざるを得ない。