

『人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン』の 現状と課題

THE CURRENT STATE AND PROBLEMS OF “THE PRACTICE GUIDELINES FOR PROCESS OF DECISION MAKING REGARDING TREATMENT IN THE END OF LIFE CARE”

田中 武士*
Takeshi TANAKA

Keywords : *End of life, Decision making support, Advance care planning*
人生の最終段階, 意思決定支援, アドバンス・ケア・プランニング

1. はじめに

日本の65歳以上の人口は約3506万1千人(平成29年8月1日現在)で、今後さらに高齢化が進むことが予想されている¹⁾。この推計によれば、2025年には団塊の世代すべてが前年末までに後期高齢者に達することになる。またその過程ではさまざまな疾病リスクも高まることになるが、現代の医療機関など臨床現場では次のような事例がすでに多数存在している。

【事例】

入院中の85歳の男性患者。脳梗塞の再発、肺炎について急性期治療は終え、退院可能な身体状態となった。しかし、脳梗塞後遺症による重度の麻痺や筋力低下で寝たきり。嚥下障害のため肺炎を繰り返す可能性が高く、生命に関わることも予想される。また、認知症のため意思疎通が困難な場面も多い。今後の退院・療養方針について検討が必要である。しかし、男性は単身者であり身寄りもない。また、経済的にも困窮している様子である。今後の治療方針や生活に対する男性の明確な意思や考えを確認するのは困難な状況である。

上記のような事例において、患者の人権が尊重されるためにはどのような対応が求められるのであろうか。医療やケアの現場においては本人らしい生活のあり方、そのための意思決定に関する課題に日々遭遇している。そして、経済的困窮や社会的交流を失い孤立化する高齢者が増加し深刻化する現実の中でその課題への対応が一層求められている。

2. 研究の背景と目的

平成19年5月、厚生労働省は『人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン』を作成した(以下、『ガイドライン』)²⁾。このガイドラインは人生の最終段階を迎えた患者や家族と、医師をはじめとする医療従事者が、患者にとって最善の医療とケアを作り上げるためのプロセスを示すものとしている。(図1)同省は従来「終末期医療」と表記していたものを最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した医療を目指すことが重要だとして「人生の最終段階における医療」の表記に変更している。ガイドラインに示されている医療及びケアのあり方は次のようなものである。

(1) 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療を進めることが最も重要

*津市立三重短期大学 生活科学科 生活科学専攻 生活福祉・心理コース
非常勤講師

Life and Environmental Science at Tsu City College

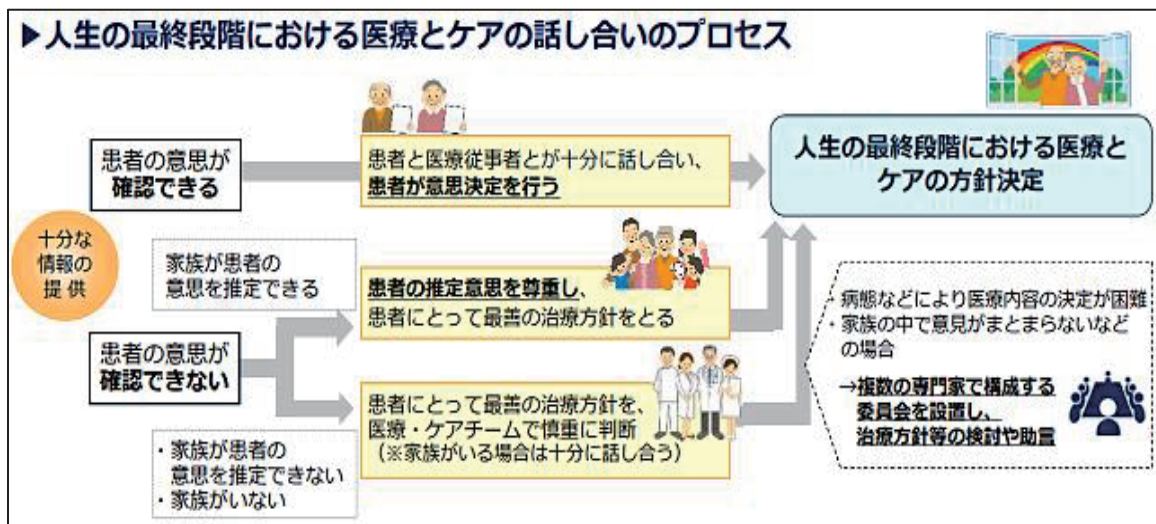


図1 厚生労働省リーフレット『“人生の最終段階における医療”の決定プロセスに関するガイドライン」をご存知ですか?』³⁾

な原則である。

(2) 人生の最終段階における医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。

(3) 医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。

(4) 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

そして同省は、「近年の高齢多死社会の進行に伴う在宅や施設における療養や看取りの需要の増大を背景に、地域包括ケアシステムの構築が進められており、人生の最終段階における医療での意思決定支援については、病院だけではなく、在宅の現場や介護施設等においても、更に推進することが必要ではないか」として、平成30年3月にはガイドラインの改訂を予定している⁴⁾。ここでは医療だけに限らず介護などケアも視野に入れ、「人生の最終段階における医療及びケア」という記述がなされている。

本研究では、ガイドラインの作成から改訂に至るまでの動向を関連法律などと共に確認した上で、人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援の今後の課題について検討することを目的とする。

3. ガイドラインに関連する法律や報告書などの動向

人生の最終段階における医療・ケアのあり方については老年医学や医療倫理学、死生学などの分野で研究が重ねられてきている。また、日本老年医学会（平成24年）や日本救急医学会（平成26年）などからは、現実的な現場での葛藤や具体的な対応の必要性があり、独自のガイドラインの策定・提言がなされている。そして更にこれら整備の必要性について下記の法律や報告書などの中でも触れられている。

(1) 社会保障制度改革推進法⁵⁾

「医療の在り方については、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるような必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること。」

(2) 社会保障制度改革国民会議報告書⁶⁾

『病院完結型』の医療から『地域完結型』の医療へと転換する中で、人生の最終段階における医療の在り方について、国民的な合意を形成していくことが重要であり、そのためにも、高齢者が病院外で診療や介護を受けることができる体制を整備していく必要がある。」

(3) 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律⁷⁾

「政府は、前項の医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備を行うよう努めるものとする。」

(4) 経済財政運営と改革の基本方針 2016

「人生の最終段階の医療の在り方については、その実態把握を行うとともに、国民的な議論を踏まえながら、地域包括ケアシステムの体制整備を進めつつ、医療従事者の育成研修の全国的な実施や国民への情報提供等により、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として人生の最終段階における医療を進めるプロセスの普及を図る。」

(5) 経済財政運営と改革の基本方針 2017

「人生の最終段階における医療について、国民全体で議論を深め、普段から考える機会や本人の意思を表明する環境の整備、本人の意思の関係者間での共有等を進めるため、住民向けの普及啓発の推進や、関係者の連携、適切に相談できる人材の育成を図るとともに、参考となる先進事例の全国展開を進める。」

このように法律や各報告書などで、主に社会保障制度改革に関連して「人生の最終段階における医療」のあり方が論じられている。そして、その各文面は慎重な表現ではあるものの、全体として経済効率性や生産性の向上などのテーマの中にある。

4. 考察

(1) 最期を迎える場所

厚生労働省は、自身の最期を迎える場所として「自宅」を希望する人が5割を超えているデータを示し、本人の希望と現実とに大きな隔たりがあることを指摘している⁸⁾。しかし、別の調査では「どこで最期を迎えたいかを考える際に、重要だと思うこと」の問いに対して、7割を超える人が「家族等の負担にならないこと」を回答した結果もある⁹⁾。たしかに日本における死亡場所の統計をみると、病院で死亡する割合は今およそ8割である¹⁰⁾。このことは国民の入院医療に対する安心感や継続した治療への希望、個々の死生観などさまざまな要因の結果だと思われるが、そのなかでも現実的に自宅で最期を迎えるまでの心身状態の変化や家族負担などの不安感から病院という場所が選択されているとも推察される。また逆に自宅を選択したケースのなかには経済的困窮のために入院医療費の支払いが困難であり、消極的に在宅生活を選択する場合もある。このようなケースでは介護保険制度におけるサービス利用はやはり経済的要因により抑制されることが多い。

果たしてこのような状況で人生の最終段階を人間らしく尊厳をもって過ごすことができるのであろうか。さらに疾病や精神障がいなどにより心身機能が低下す

るなかで、自分の意思を明確に表示することが困難な状態も出現してくる。このような状態の患者にとって自分の最期の場所を自分の意思で選択するということが一層困難なことである。

(2) 社会保障制度、介護保険制度の縮小

最期を迎えるまでの在宅生活では介護保険など公的制度の利用することがほとんどであるが、そのサービス内容は社会保障制度改革の中で縮小され続けており、家族間での介護が前提とされている現状である。つまり、家族の介護負担があつてこそ成り立つ在宅療養生活であるといえる。その現実への具体的対応なくして最期の場所としての「自宅」を希望し実現することは困難であると考えられる。実際、同居する介護者の介護時間は要介護者の要介護認定が重くなるほど長くなり、要介護3以上では介護時間が「ほとんど終日」となる¹¹⁾。また、介護疲れや将来を悲観したことを理由とする殺人や心中事件が続く現代である。介護する家族への公的支援はほとんどなく、在宅が困難だとして施設系サービスを選択するにしても重い費用負担が生じる。

このような社会保障や社会福祉に関連する施策の状況や国民の生活実態を把握した上で、「人生の最終段階における医療及びケア」は議論していく必要があり、今後の重要な課題のひとつであると考えられる。表面上の自己決定や自己選択、意思尊重という名のもとに、人生の最終段階のあり方が自己責任であるかのように理解されることがあつてはならない。

(3) 意思決定支援

このような経済面や家族面、制度面など現実的かつ社会的制約がある中で本人の意思決定が真に本人の意思を尊重したものといえるのかについては慎重な検討が求められる。ガイドラインでは本人の意思決定への支援の必要性が指摘されているが、厳密な医学的判断とともに家族の介護負担や経済的不安などの要因ができる限り払拭された中で行われる必要がある。そしてそのためには、意思決定のための「支援」自体を目的とした面接技術や対応の向上だけが強調されるのではなく、本人の自由意思に基づく決定が保障されるための生活・社会環境整備が必要なのではないだろうか。しかし現在これら生命に関わる議論が経済・財政一体改革、社会保障制度改革など効率性や合理性の枠組みの中で扱われている。このことについては医療経済面での議論も含め留意する必要があると思われる。

ここ数年、本人の意思を尊重するためのアドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning: 以下、ACPという)とよばれる実践が各現場での取り組みが開始されてきている¹²⁾。その定義は未だ一致したものはないが次のような意味が含まれている。すなわち、「将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・ケア、生活に

ついて、本人・家族など大切な人そして医療者が話し合うプロセスである。話し合う内容は、現在の病状と今後の見通しのみならず本人の価値観や希望、人生や生活の意向も含む。それらの内容は心身状態の悪化など病状が進行する中で変化することを前提として、「さまざまな局面で繰り返し行われるものである」というものである¹³⁾。このような目的をもった ACP はまさに患者の人権に関わるものであるといえ重要な取り組みである。そして ACP がその役割を発揮するためにはその土台となる現代の社会環境の把握が欠かせない。さらに意思決定支援にあたりとされる医療や福祉の専門職などがそのことに自覚的であるために教育、研修体制の充実も求められる。

5. 今後の課題

2018年3月に予定されているガイドラインの改訂案からすると、人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援は医療機関のみならず、今後は介護施設や在宅現場での普及をめざす方向となる可能性が高い。確かに患者本人の意思決定を尊重することは最も重要なことのひとつに違いなく、その価値を揺るがしてはならない。人生の最終段階においては様々な疾病や精神障がいなどの症状により自身の意思決定・表示が困難な場合も少なくないが、そうであっても意思尊重の重要性は当然に変わらない。

このような場合における本人の意思決定支援のあり方については、家族以外の人との関わり（ガイドライン改訂案では本人の意思を推定する家族がいない患者なども想定して、「家族」ではなく「家族等」に変更する案を示している）や成年後見制度など権利擁護の分野でも慎重な検討が求められるであろう。そしてまたこれら意思決定支援とよばれるものが医療やケアの分野のみならず、財政や社会保障に関連する議論の中にも位置づけられていることについて、他施策との関連を総合的に把握していく必要がある。このことは「本人の意思決定」という陰に隠された葛藤や苦悩を見逃さないために極めて重要なことだと思われる。

参考文献

- ・ NHKスペシャル取材班（2015）『老後破産 長寿という悪夢』、新潮社。
- ・ 岡崎祐司・福祉国家構想研究会編（2017）『老後不安社会からの転換 介護保険から高齢者ケア保障へ』、大月書店。
- ・ 厚生労働省（2016）『人生の最終段階の医療における厚生労働省の取組』
<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wg1/281027/shiryou1-1.pdf>
- ・ 児玉真美（2013）『死の自己決定権のゆくえ 尊厳死・「無益な治療」論・臓器移植』、大月書店。
- ・ 清水哲郎、会田薫子編（2017）『医療・介護のための死生学入門』、東京大学出版会。
- ・ 日本弁護士連合会 人権擁護委員会編（2013）『提言 患者の権利法大綱案 いのちと人間の尊厳を守る医療のために』、明石書店。
- ・ 毎日新聞大阪社会部取材班（2016）『介護殺人 追いつめられた家族の告白』新潮社。
- ・ 三菱UFJリサーチ&コンサルティング（2016）地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書『＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムと地域マネジメント』平成27年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進事業。

注

- 1) 総務省統計局（2018年2月1日閲覧）。
<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/new.htm>
- 2) 厚生労働省『人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン』（2018年1月30日閲覧）。
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000078981.pdf>
- 3) 厚生労働省リーフレット『“人生の最終段階における医療”の決定プロセスに関するガイドライン」をご存知ですか？』（2018年1月30日閲覧）。
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000079905.pdf>
- 4) 厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂のポイント（2018年1月30日閲覧）。
<http://search.e-gov.go.jp/servlet/PcmFileDownload?seqNo=0000169272>
- 5) 社会保障制度改革推進法（平成24年8月22日）第二章 社会保障制度改革の基本方針（医療保険制度）、第六条三
- 6) 社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月6日）II-2-(6)。
- 7) 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（平成25年12月13日）第二章 講ずべき社会保障制度改革の措置等（医療制度）第四条5。
- 8) 内閣府「平成24年度 高齢者の健康に関する意識調査」

前掲 厚生労働省リーフレット『「人生の最終段階における医療」の決定プロセスに関するガイドライン」をご存知ですか?』

- 9) 第4回 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会資料「人生の最終段階における医療に関する意識調査集計結果（速報）の概要」（平成30年1月17日）
- 10) 厚生労働省大臣官房統計情報局「人口動態統計」
- 11) 厚生労働省「平成28年 国民生活基礎調査 IV介護の状況」
- 12) 平成28年度 厚生労働省委託事業 人生の最終段階における医療体制整備事業 神戸大学
- 13) 西川満則，長江弘子，横江由理子編（2017）『本人の意思を尊重する意思決定支援 事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング』，南山堂 P3.