

日本老年医学会事業（平成 22 年度厚労省老健局老人保健健康増進等事業）

【課題名】

「認知症末期患者に対する人工的な栄養・水分補給法の導入・差し控え・中止に関するガイドライン作成へ向けた検討」

社団法人 日本老年医学会

<目 次>

本事業の概要

本事業の趣旨	3
日本老年医学会事業	4
主要事業	6
シンポジウムプログラム	11

教育啓発シンポジウム

開会の辞・事業の趣旨説明／大内 尉義.....	37
-------------------------	----

第1部 基調講演および調査報告

1. 基調講演	
「認知症高齢者の終末期の医療およびケアをめぐる諸問題」／飯島 節	41
2. 今年度研究事業の調査報告	
① 患者家族対象面接調査／西村美智代.....	53
② 看護師対象量的調査／諏訪さゆり.....	56
③ 医師対象量的調査／会田薫子.....	62

第2部 パネルディスカッション

1. 発 言	
① 食べられない、誤嚥との見極めも必要／鳥羽研二.....	71
② 認知症終末期の食生活看護援助の課題／太田喜久子.....	75
③ 意思決定プロセスと死生の評価／清水哲郎.....	79
④ 終末期医療と法／樋口範雄.....	85
2. ディスカッション.....	91
司会進行：大内尉義、甲斐一郎	
パネリスト：鳥羽研二、太田喜久子、清水哲郎、樋口範雄 西村美智代、会田薫子	
閉会の辞 太田喜久子.....	110

参考資料

アンケート集計結果.....	113
新聞記事等.....	149

本事業の概要

本事業の趣旨

終末期医療をめぐる諸問題には、歴史的文化的な背景による価値判断の相違や個人の死生観が影響するため、臨床上の意思決定には慎重な配慮が必要と考えられる。

終末期医療の諸問題のなかでも、特に、経口摂取が困難となつてからの人工的な水分・栄養補給（AHN: artificial hydration and nutrition）は、治療ではなく食事の代替と認識されることが多いため、その差し控えや中止は医学的にも倫理的にも法的にも受け入れ困難と、日本では一般的に考えられてきた。そのため、摂食困難な場合は、標準的に、経管栄養法あるいは静脈栄養法が施行されてきた。また、近年、経皮内視鏡的胃ろう造設術（PEG）によって比較的容易に胃ろうが造設可能となつてからは、「食べられなくなったら胃ろうへ」が一般的な選択となつてきている。

しかし、認知症の終末期においては、AHNによる生存期間の延長効果もQOL改善効果も非常に限定的で、総合的には患者の不利益と帰することが多いとする研究論文も発表されている。患者本人にとって最も苦痛の少ない最期を実現するためには、AHNは不要であると報告している研究もある。また、緩和ケアの進展やその考え方の一般市民への浸透のなか、生存期間の延長よりもQOLを重視する患者も増えつつあり、AHNなしで自然の経過に委ねたいと声をあげる市民・家族も増えつつある。一方、何らかの可能性がある限り、医療行為はすべて行ってほしいと考える患者家族もいる。

そこで、医学の伝統である延命最重視の考え方から多様な価値判断を許容する考え方へ発想を転換し、延命重視から自然な看取りまで、臨床現場において多様な選択肢を可能とするため、日本老年医学会など国内7つの老年関係学会で構成する日本老年学会は、認知症の終末期におけるAHNについて、考え方の道筋となるものをまとめたいたいと考えるに至り、今回の事業を実施することとした。長期的な目標をガイドライン策定として、今年度はその基礎資料として、臨床現場の実態を把握し医療者の意識を探るため、日本老年医学会医師会員を対象とする量的調査、日本老年看護学会看護師会員を対象とする量的調査、臨床現場の看護師を対象とする量的調査、患者家族を対象とする面接調査を実施した。

また、摂食・嚥下困難という状態となつた場合に患者側が主体的に臨床上の選択肢を検討することを可能にするため、患者本人と家族の意思決定を支援する『意思決定プロセスノート』の開発にも着手した。

本事業では、学会外から、コミュニケーション・プロセスを重視する意思決定に関して日本を代表する樋口範雄氏（法学）と清水哲郎氏（哲学・臨床倫理学）に参画頂いている。お二人からご指導を得て、欧米からの翻訳学習では対応困難な終末期医療問題への日本的なアプローチの道筋を示し、それによって、法的・社会的な問題のみならず、日本人の死生観や倫理感を踏まえた問題への対応の道も探ってまいりたいと考えている。

日本老年学会・日本老年医学会理事長 大内尉義

日本老年医学会事業

(平成 22 年度厚労省老健局老人保健健康増進等事業)

■検討委員

大内 尉義	日本老年会・日本老年医学会理事長、東京大学大学院医学系研究科教授
鳥羽 研二	国立長寿医療研究センター病院長
甲斐 一郎	日本老年社会学会前理事長、東京大学大学院医学系研究科教授
太田喜久子	日本老年看護学会理事長、慶應義塾大学看護医療学部長、教授
清水 哲郎	東京大学大学院人文社会系研究科教授
樋口 範雄	東京大学大学院法学政治学研究科教授
会田 薫子	東京大学グローバルCOE「死生学の展開と組織化」特任研究員

■ワーキング・グループ (WG) メンバー

甲斐 一郎	日本老年社会学会前理事長、東京大学大学院医学系研究科教授
飯島 節	日本老年医学会倫理委員会委員長、筑波大学大学院人間総合科学研究科教授
清水 哲郎	東京大学大学院人文社会系研究科教授
会田 薫子	東京大学グローバルCOE「死生学の展開と組織化」特任研究員
諏訪さゆり	日本老年看護学会理事、千葉大学大学院看護学研究科教授
佐伯 恭子	首都大学東京健康福祉学部看護学科助教
西村美智代	社会福祉法人サン理事長、NPO法人生活介護ネットワーク代表
結城 拓也	社会福祉法人サン 介護支援専門員、社会福祉士
二宮 英温	NPO 法人 CIM ネット 理事
森田 茂生	年友企画代表取締役
大山 均	年友企画執行役員

□ワーキング・グループ (WG) 会合日程

<準備会合>

- ・2010年7月1日(木) 於：東京大学甲斐研究室

<全体会合>

- ・2010年8月25日(水) 於：東京大学医学部3号館N307室
- ・2010年9月22日(水) 於：東京大学医学部3号館N307室
- ・2010年11月4日(木) 於：東京大学医学部3号館N307室
- ・2011年3月22日(火) 於：東京大学医学部3号館N307室

<医師対象調査部会>

委員：甲斐一郎、飯島節、会田薫子

- ・2010年8月3日(火) 於：筑波大学飯島研究室
- ・2010年9月7日(火) 於：筑波大学飯島研究室

<看護師対象調査部会>

委員：諏訪さゆり、佐伯恭子

- ・2010年8月30日（月） 於：千葉大学諏訪研究室
- ・2010年9月13日（月） 於：千葉大学諏訪研究室

<患者家族対象調査部会>

委員：西村美智代、結城拓也、会田薫子

- ・2010年9月6日（月） 於：東京大学医学部3号館N307会議室
- ・2010年2月3日（木） 於：社会福祉法人サン会議室

<3調査合同部会>

- ・2011年2月14日（月） 於：東京大学医学部3号館N307室
- ・2011年2月24日（木） 於：東大法文2号館第三会議室

<シンポ企画・運営部会>

委員：甲斐一郎、会田薫子、二宮英温、森田茂生、大山均

- ・2010年7月29日（木） 於：東京大学甲斐研究室
- ・2010年11月12日（金） 於：年友企画会議室
- ・2010年11月19日（金） 於：東京大学医学部3号館106会議室
- ・2011年2月7日（月） 於：東京大学医学部3号館N307室

<『意思決定プロセスノート（臨床倫理支援ツール）』作成部会>

委員：清水哲郎、会田薫子

- ・2010年12月2日（金） 於：東京大学法文2号館上廣死生学講座研究室
- ・2010年12月8日（水） 於：東京大学法文2号館上廣死生学講座研究室
- ・2010年12月9日（金） 於：東京大学法文2号館上廣死生学講座研究室
- ・2010年12月17日（木） 於：東京大学法文2号館上廣死生学講座研究室
- ・2010年12月22日（水） 於：東京大学法文2号館上廣死生学講座研究室
- ・2011年1月12日（水） 於：東京大学法文2号館上廣死生学講座研究室
- ・2011年1月14日（金） 於：東京大学法文2号館上廣死生学講座研究室
- ・2011年1月15日（土） 於：東京大学法文2号館上廣死生学講座研究室
- ・2011年1月19日（水） 於：東京大学法文2号館上廣死生学講座研究室
- ・2011年1月20日（木） 於：東京大学法文2号館上廣死生学講座研究室
- ・2011年1月27日（木） 於：東京大学東大老年病科会議室
- ・2011年2月3日（木） 於：東京大学法文2号館上廣死生学講座研究室
- ・2011年2月4日（金） 於：東京大学法文2号館上廣死生学講座研究室
- ・2011年2月11日（金） 於：東京大学法文2号館上廣死生学講座研究室

□検討委員会・ワーキング・グループ合同会合

- ・2011年2月27日（日） 於：東京大学医学部教育研究棟第7セミナー室

主要事業

1. 医師を対象とする調査（調査の詳細は『調査報告書』参照）

<調査目的>

- ① 認知症末期患者が経口摂取困難となったとき、患者とその家族に対し、医師がどのような選択肢を提示しているか、明らかにすること。
- ② ANH導入の方針決定の際に医師が感じている困難感とその要因を把握すること。
- ③ ANH中止の経験とその理由を明らかにすること。
- ④ 認知症末期で経口摂取困難な患者のシナリオを示し、ANHの施行や差し控えに関する問題意識や、倫理・法律問題に対する意識を探索すること。

- ・対象：日本老年医学会医師会員（4,506名）
- ・方法：郵送無記名自記式質問紙調査
- ・調査時期：2010年10～11月
- ・倫理審査：東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会（No.3173）

2. 看護師を対象とする調査（調査の詳細は『調査報告書』参照）

<調査目的>

- ① 摂食困難となった認知症患者のANHの導入や経口摂取再開に関して、看護師としての経験の有無や判断の根拠を明らかにすること。
- ② 認知症患者への食事と口腔ケアに関するチームケアの状況を明らかにすること。
- ③ 認知症末期患者のANHに関する看護学における基礎教育の状況を明らかにすること。
- ④ 認知症末期で経口摂取困難な患者のシナリオを示し、ANHの施行や差し控えに関する問題意識や、倫理・法律問題に対する意識を探索すること。

- ・対象：日本老年医学会医師会員（1,104名）
臨床現場の看護師（995名）
内訳：WAM - NET「高齢者の入院施設」の看護師長 779名
認知症介護研究・研修東京センターにおける認知症介護指導者養成研修修了者 216名
- ・方法：郵送無記名自記式質問紙調査
- ・調査時期：2010年12月～2011年1月
- ・倫理審査：東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会（No.3220）

3. 患者家族を対象とする調査（調査の詳細は『シンポジウム調査報告書』参照）

<調査目的>

- ① 認知症の摂食嚥下困難な患者に対する人工栄養・水分補給法の施行実態に関する諸問題を明らかにすること。
- ② 認知症患者の人工栄養・水分補給法の意味決定について、介護家族の困難さなどの実態を明らかにすること
- ③ 認知症患者家族への認知症、摂食嚥下困難、人工栄養・水分補給法などについての説明の実態を明らかにすること
- ④ 認知症の摂食嚥下困難な患者及び介護家族に必要とされる支援を明らかにすること

- ・対象：認知症を有し、胃瘻造設した患者の家族介護者（キーパーソン）（35名）
埼玉県認知症グループホーム・小規模多機能協議会、NPO 法人生活介護ネットワークを通じてリクルート
- ・方法：半構造化面接調査
- ・調査時期：2010年10～11月
- ・倫理審査：東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会（No.3196）

4. 『意思決定プロセスノート』開発

（『食べられなくなったらどうしますか——本人と家族のための意思決定プロセスノート』
（試作版）参照）

<目的>

- ・摂食嚥下困難という事態に際し、あるいはそのような予後予測に際し、ANHの選択肢について患者側が知識を得ることによって、患者本人にとって最善で、家族も納得できる選択に患者側主体で至る意思決定を支援するため、ANHの各選択肢の利益と不利益、意思決定の際に重視すべきこと及び意思決定プロセスの道筋を提示すること。
- ・患者側の意向を十分尊重した意思決定に至るために、医療側が考慮すべき倫理的な問題について解説すること。

5. 教育啓発シンポジウムの開催

<目的>

- ・上記の事業趣旨を踏まえ、主要事業の成果を公表し、同事業課題について広く社会に問い、さらにすそ野の広い議論を展開し、日本老年学会・日本老年医学会の社会的役割を果たしつつ、社会的合意形成に資するため。

- ・日時：2011年2月27日（日）
- ・会場：東京大学本郷キャンパス医学部教育研究棟鉄門記念講堂およびサテライト会場

食べられなくなったらどうしますか？ —— 認知症のターミナルケアを考える ——



〈プログラムおよび登壇者のご紹介〉

- 日時：2011年2月27日（日） 13：00～17：30
- 会場：東京大学鉄門記念講堂（東京大学医学部教育研究棟 14F）
- 主催：日本老年医学会
共催：日本老年社会学会
日本老年看護学会
日本老年学会

協賛：東京大学グローバル COE「死生学の展開と組織化」

*このシンポジウムは、厚生労働省老健局の国庫補助事業に基づく実施事業です。

シンポジウム・プログラム

開会の辞・事業の趣旨説明

日本老年学会・日本老年医学会理事長、東京大学大学院医学系研究科教授 大内 尉義

第1部 基調講演および調査報告

1. 基調講演

「認知症高齢者の終末期の医療およびケアをめぐる諸問題」

日本老年医学会倫理委員会委員長、筑波大学大学院人間総合科学研究科教授 飯島 節

2. 今年度研究事業の調査報告

① 患者家族対象面接調査

社会福祉法人サン理事長、NPO法人生活介護ネットワーク代表 西村美智代

② 看護師対象量的調査

日本老年看護学会理事、千葉大学大学院看護学研究科教授 諏訪さゆり

③ 医師対象量的調査

東京大学グローバルCOE「死生学の展開と組織化」特任研究員 会田 薫子

<休憩 15分>

第2部 パネルディスカッション

司会：日本老年学会・日本老年医学会理事長、東京大学大学院医学系研究科教授 大内 尉義

日本老年社会科学会前理事長、東京大学大学院医学系研究科教授 甲斐 一郎

1. 発言：

国立長寿医療研究センター病院長 鳥羽 研二

日本老年看護学会理事長、慶應義塾大学看護医療学部長、教授 太田喜久子

東京大学大学院人文社会系研究科教授 清水 哲郎

東京大学大学院法学政治学研究科教授 樋口 範雄

2. ディスカッション

パネリスト：

国立長寿医療研究センター病院長 鳥羽 研二

日本老年看護学会理事長、慶應義塾大学看護医療学部長、教授 太田喜久子

東京大学大学院人文社会系研究科教授 清水 哲郎

東京大学大学院法学政治学研究科教授 樋口 範雄

社会福祉法人サン理事長、NPO法人生活介護ネットワーク代表 西村美 智代

東京大学グローバルCOE「死生学の展開と組織化」特任研究員 会田 薫子

3. まとめ：

日本老年社会科学会前理事長、東京大学大学院医学系研究科教授 甲斐 一郎

閉会の辞

日本老年看護学会理事長、慶應義塾大学看護医療学部長、教授 太田喜久子

大内 尉義 (おおうち やすよし)

■略歴

昭和 48 年 9 月 30 日	東京大学医学部医学科卒業
昭和 48 年 11 月 29 日	東京大学医学部附属病院内科研修医
昭和 51 年 2 月 1 日	東京大学医学部第 3 内科入局
昭和 51 年 4 月 1 日	社会福祉法人三井記念病院内科医員
昭和 54 年 5 月 1 日	東京大学医学部第 3 内科医員
昭和 59 年 7 月 1 日	東京大学医学部第 3 内科助手
昭和 60 年 1 月 1 日	米国テネシー大学医学部生理学教室 Visiting Assistant Professor
昭和 61 年 11 月 16 日	東京大学医学部老年病学教室講師
平成 7 年 8 月 1 日	現職
平成 17 年 4 月 1 日	東京大学医学部附属病院内科部門長 (～平成 19 年 3 月) 地域医療連携部長 (兼任)
平成 18 年 4 月 1 日	東京大学医学部附属病院副院長 (兼任)
平成 22 年 8 月 1 日	東京大学医学部附属病院救命救急センター長 (兼任) Rio Grande Catholic University (Brazil) 客員教授

■所属学会

日本老年医学会 (理事長). 日本老年学会 (理事長). 日本動脈硬化学会 (理事).
日本認知症学会 (理事). 日本骨粗鬆症学会 (理事) など

■専門領域

老年医学. 動脈硬化. 高血圧. 骨粗鬆症. 認知症 に関する基礎的・臨床的研究.

■著書

1. 大内尉義編集、浦上克哉監修：老年医学の基礎と臨床 第 1 巻. ワールドプランニング, 東京、2008.
2. 野中博、大内尉義 編：明日の在宅医療 第 4 巻・高齢者ケアと在宅医療. 中央法規出版, 東京、2008
3. 大内尉義編：標準理学療法学・作業療法学：専門基礎分野 老年学 第 3 版. 医学書院, 東京、2009.
4. 大内尉義、秋山弘子 編：新老年学 第 3 版. 東京大学出版会, 東京、2010.

日本老年医学会事業（平成 22 年度厚労省老健局老人保健健康増進等事業）

【課題名】「認知症末期患者に対する人工的な栄養・水分補給法の導入・差し控え・中止に関するガイドライン作成へ向けた検討」

＜本事業の趣旨について＞

終末期医療をめぐる諸問題には、歴史的文化的な背景による価値判断の相違や個人の死生観が影響するため、臨床上の意思決定には慎重な配慮が必要と考えられます。

終末期医療の諸問題のなかでも、特に、経口摂取が困難となつてからの人工的な水分・栄養補給（AHN: artificial hydration and nutrition）は、治療ではなく食事の代替と認識されることが多いため、その差し控えや中止は医学的にも倫理的にも法的にも受け入れ困難と、日本では一般的に考えられてきました。そのため、摂食困難な場合は、標準的に、経管栄養法あるいは静脈栄養法が施行されてきました。また、近年、経皮内視鏡的胃ろう造設術（PEG）によって簡単に胃ろうが造設可能となつてからは、「食べられなくなったら胃ろうへ」が一般的な選択となつてきております。

しかし、認知症の終末期においては、AHN による生存期間の延長効果も QOL 改善効果も非常に限定的で、総合的には患者の不利益と帰することが多いとする研究論文も発表されております。患者本人にとって最も苦痛の少ない最期を実現するためには、AHN は不要であると報告している研究もあります。また、緩和ケアの進展やその考え方の一般市民への浸透のなか、生存期間の延長よりも QOL を重視する患者も増えつつあり、AHN なしで自然の経過に委ねたいと声をあげる市民・家族も増えつつあります。一方、何らかの可能性がある限り、医療行為はすべて行ってほしいと考える患者家族もいます。

そこで、医学の伝統である延命最重視の考え方から多様な価値判断を許容する考え方へ発想を転換し、延命重視から自然な看取りまで、臨床現場において多様な選択肢を可能とするため、日本老年医学会など国内 7 つの老年関係学会で構成する日本老年学会は、認知症の終末期における AHN について、考え方の道筋となるものをまとめたいたいと考えるに至り、今回の事業を実施しております。長期的な目標をガイドライン策定として、今年度はその基礎資料として、臨床現場の実態を把握し医療者の意識を探るため、日本老年医学会医師会員を対象とする量的調査（n=4500）、日本老年看護学会看護師会員を対象とする量的調査、患者家族を対象とする質的調査を実施いたしました。

本事業では、学会外から、コミュニケーション・プロセスを重視する意思決定に関して日本を代表する樋口範雄先生（法学）と清水哲郎先生（哲学・臨床倫理学）にご参画頂いております。お二人からご指導を得て、欧米からの翻訳学習では対応困難な終末期医療問題への日本的なアプローチの道筋を示し、それによって、法的・社会的な問題のみならず、日本人の死生観や倫理感を踏まえた問題への対応の道も探ってまいりたいと考えております。

本日のシンポジウムでは、この問題に深いご関心をお持ちの皆様と意見交換させていただき、裾野の広い議論を展開していく契機とさせていただければ幸いです。

日本老年学会・日本老年医学会理事長 大内尉義

飯島 節 (いじま せつ)

■略歴

1977年3月	京都大学医学部医学科卒業
1986年7月	京都大学大学院医学研究科修了
1977年6月～78年6月	京都大学医学部附属病院老年科（研修医）
1978年7月～79年6月	彦根市立病院内科（医員）
1979年7月～81年3月	東京都養育院附属病院神経内科（医員）
1985年4月～87年3月	滋賀県立成人病センター附属病院神経内科（副医長）
1987年4月～94年3月	東京大学医学部老年病学教室（文部教官助手）
1991年4月～92年6月	米国国立老化研究所 National Institute on Aging（客員研究員）
1994年4月～00年3月	医療法人社団平成記念会老人保健施設マロニエ苑（施設長）
1994年4月～98年6月	同マロニエ医院（院長）
1995年4月～00年3月	国際医療福祉大学保健学部理学療法学科（教授）
1998年7月～00年3月	国際医療福祉病院（副院長）
2000年4月～04年3月	筑波大学心身障害学系（教授）
2004年4月～	国立大学法人筑波大学大学院人間総合科学研究科（教授）

■資格・学会活動等

京都大学医学博士
日本老年医学会代議員、専門医、倫理委員会委員（委員長）、利益相反委員会委員（委員長）
日本リハビリテーション連携科学学会常任理事、研究誌編集委員会委員（委員長）
日本老年精神医学会評議員、専門医
日本神経学会会員、専門医
日本脳卒中学会評議員
日本内科学会会員、認定内科医
日本リハビリテーション医学会会員、専門医
千代田区介護保険運営協議会委員（副会長） など

基調講演「認知症高齢者の終末期の医療およびケアをめぐる諸問題」

筑波大学大学院人間総合科学研究科生涯発達科学専攻

飯島 節

昭和 22 年には男性 50 歳、女性 53 歳に過ぎなかったわが国の平均寿命は、戦後の高度成長期を通じて上昇し続け、平成 22 年には女性 86.44 歳、男性 79.59 歳に達した。平成 21 年の簡易生命表によれば、75 歳まで生存する確率は女性で 86.5%、男性で 71.9%であり、ほとんどの日本人は後期高齢者を体験できる状況になっている。同時に、死亡数のピークも上昇し、女性ではすでに 90 歳に達した。すなわち、現在のわが国の女性の平均的な晩年は、後期高齢者としての生活を経て 90 歳前後で亡くなるという状況にあり、いわゆる天寿を全うすると言うイメージにごく近いものになっている。

一方、わが国全体でみると、年間の総死亡数は、終戦直後には 100 万人以上であったが、その後急速に減少し、高度成長期を通じて 70 万人前後で推移した。その間の乳幼児死亡率の低下とそれに続く高齢者死亡率の低下が、わが国の平均寿命の著しい上昇をもたらしたことは先に述べた通りである。しかし、死亡率はいくら低下しても死がなくなるわけではなく、その後の高齢化の進展とともに総死亡数は再び増加し始め、2003 年に 50 数年ぶりに 100 万人の大台を超えた。死亡数の増加は今後も続き、国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、平成 50 年（2038 年）頃には 170 万人に達するとされている。そこで、この増加し続ける死を、総人口が減少するなかで、どこで誰がどのように看取るのかということが大きな課題になっている。日本人の死亡場所は、かつては 8 割以上が自宅であったのに対して、今では 8 割以上が自宅以外の場所（そのほとんどが医療機関）となっている。これに対して、在宅死の割合を増やそうとするさまざまな取り組みが行われているが、すでに高齢者のいる世帯の過半数が独居もしくは夫婦のみとなっていることなどから、在宅のみでは到底対応しきれないことは明らかであり、むしろ、いわゆる孤独死対策が急がれる状況である。

さて、死亡年齢の上昇とともに、死を前にした終末期の様相もかつてとは大きく変化している。戦後、結核が激減した後の約 30 年間は、脳血管疾患（しばしば脳溢血とよばれた）が日本人の死因の第 1 位を占める時代が続いたが、その当時は、比較的健康そうに見えた人が急に倒れて、意識を回復しないまま短期間のうちに亡くなるというのが、よくみられるパターンであった。しかし、高齢化とともに死に至るパターンは多様化し、なかでも認知症などにより自立度が低下した状態で長い期間を過ごした後で亡くなるという例が増加している。この高齢者における自立度の低下の中には、自力では十分な栄養摂取が困難に

なるということも含まれる。かつては栄養摂取が困難になることはそのまま寿命が尽きることを意味していたが、今日では医療技術の進歩によってさまざまな選択肢が提供されるようになっている。しかし、絶対適応（必ず行うべき最適な治療や処置）といえるものは少なく、また治療や処置を行った場合の予後についてのデータの蓄積も十分ではないために、医療従事者の間でも評価が分かれる場合が多い。さらに肝心のインフォームドコンセントも認知症高齢者本人からは得にくいという問題もあり、治療方針の決定をどのように行うべきかが大きな課題となっている。その一方で国家財政の逼迫により、高齢者医療の現場はさまざまな制度的な制約をうけるようになっており、それが治療方針を左右する場合があることも否定できない。

本講演では、高齢者の終末期が苦痛のない尊厳のあるものとなることを願って、高齢者終末期の医療およびケアのあり方を、高齢者の医学的特性やわが国特有の価値観を踏まえて検討したい。

西村 美智代 (にしむら みちよ)

■略歴

明治薬科大学卒業後、都立駒込病院・都立府中病院勤務
1978年～1995年 自宅を開放して「風の子文庫」「かぜのこぶんこう」
1977年～1995年 フジヤ産業株式会社にて管理薬剤師、企画部長
1990年 介護用品「タベラック」開発
1991年 生活介護ネットワーク発足、同代表
1995年 認知症ディサービス「陽だまりの家」開所
1997年 「チーム医療を進める会」発足、同代表
1998年 グループホーム「たのし家(や)」開所
1999年 グループホーム「うれし家(や)」開所
2000年 NPO 法人生活介護ネットワーク「たのし家」「うれし家」介護保険事業所開所
2001年 社会福祉法人「サン」設立、グループホーム「ぬくみ」「くるみ」開所
2003年 NPO 法人痴呆ケア人材育成ネットワーク「紡屋本舗」発足、同代表

■現在

社会福祉法人「サン」理事長
NPO 法人「生活介護ネットワーク」代表
埼玉県認知症グループホーム・小規模多機能協議会会長
NPO 法人「さいたま NPO センター」理事
NPO 法人 CIM ネット理事
医療法人「久幸会」理事
新宿区社会福祉協議会理事
埼玉県立大学短期大学部非常勤講師などを経て、現在、愛国学園介護福祉士専攻科非常勤講師

■著書

「転ばぬ先の介護探検」(ユック舎)、「家庭介護のくすり」(日本医療企画)、「グループホームは老いをつつむ心の縁側」(近代出版)、「おぼけさま」(東京新聞)【共著】「介護に役立つ薬の本」(年友企画)、「小規模多機能ホームの開設ケアシステム」(総合ユニコム)、「上手に選ぼう介護保険施設」(一橋出版) 他

■連載

「ぼけても普通に生きられる...医療と福祉の連携を求めて」(薬業時報社)
「薬剤師が見たヨーロッパの福祉と薬局」(薬業時報社)
「生と死の間(あわい)にかかわって」(調剤と情報)
「知っているようで知らないクスリの話」(婦人生活社・リフレクラブ)
「グループホーム日誌」(埼玉新聞)
「こころの縁側」(南日本新聞)
「「ぼけたって...幸せです」(東京新聞)
「ぼけても明るく陽がのぼる」(介護保険情報)
「縁に花咲く」(朝日新聞)
『「おぼけさま」とともに生きられるまちづくり」(総合ユニコム)
「介護現場でよく使われる薬剤の基礎知識」(日総研・高齢者ケア)
「認知症をどうケアするか」(月刊ケアマネジメント)

■活動

調査(埼玉県)
「痴呆老人の介護状況調査」(埼玉県版)
「大宮市の福祉サービス実態調査」
「痴呆老人の介護状況調査」(大宮市版)

「埼玉県老人福祉計画の実態調査」(共同調査)
「痴呆性高齢者の介護状況調査」(埼玉県版)
報告集
「ぼけても普通に生きられる パートⅠ～Ⅴ」
調査(東京都)
「高田馬場周辺地域における在宅認知症ケアの実態調査」(新宿区)

諏訪 さゆり (すわ さゆり)

■現職

千葉大学大学院看護学研究科訪問看護学教育研究分野教授。

■学会

日本老年看護学会理事、日本認知症ケア学会理事、認知症ケア事例ジャーナル編集委員長
日本老年精神医学会評議員、日本看護科学学会、日本在宅ケア学会、日本保健医療福祉連携
教育学会、日本精神保健看護学会

■略歴

千葉大学看護学部卒業。看護師、保健師免許取得。

千葉大学大学院看護学研究科修士課程修了。看護学修士。

看護師として勤務した後、東京大学大学院医学系研究科後期博士課程修了。博士（保健学）。
東京医科歯科大学保健衛生学科、東京女子医科大学看護学部の教員（成人看護学、老年看護
学を担当）を経て、認知症介護研究・研修東京センターにおいて主任研修主幹として認知症
介護実践者研修と実践リーダー研修を企画・運営する人材を育成する「認知症介護指導者養
成研修」を担当。

2010年4月より現職。

■著書

『ICFの視点を活かしたケアプラン実践ガイド』（日総研出版）

『ICFの視点に基づく施設・居宅ケアプラン事例展開集』（日総研出版）

『認知症ケア研修ブック』（全国社会福祉協議会出版部）

『高齢者の生活機能再獲得のためのケアプロトコール—連携と協働のために—』（日本看護
協会出版会）

自立支援と自律尊重の認知症ケアをはぐくむ倫理的気づき. 認知症ケア事例ジャーナル,
3(1), 78-83, 2010.

認知症ケアにおける多職種連携と学際的な取り組みが看護にもたらしたもの.

日看科会誌, 30(2), 106-107, 2010.

ICF (国際生活機能分類) の基本的考え方 在宅ケアへの普及のために. 訪問看護と介護,
15 (12), 948-953, 2010.

認知症者の尊厳は守られているか 認知症のケア提供者に対する教育の現状と課題.

老年精神医学雑誌, 21 (1), 60 - 70, 2010.

認知症をめぐる教育の現状と課題 認知症介護研究・研修東京センターにおける教育の現状
と課題. 老年精神医学雑誌, 21 (10), 1095 - 1107, 2010.

など。

会田 薫子 (あいた かおるこ)

■現職

東京大学大学院人文社会系研究科 グローバル COE「死生学の展開と組織化」特任研究員。

■略歴

2008年 東京大学大学院医学系研究科健康科学専攻博士課程修了（保健学博士）。

専門：医療倫理学、医療社会学、死生学。

研究分野：終末期医療、延命医療、高齢者医療、脳死、臓器移植。

■著書・論文

『延命医療と臨床現場：胃瘻と人工呼吸器の医療倫理学』東京大学出版会（単著、近刊）

『病院倫理委員会と倫理コンサルテーション』勁草書房（共訳、2009）

『死生学シリーズ5 医と法をめぐる生死の境界』東京大学出版会（共著、2008）

『日米の医療－制度と倫理』大阪大学出版会（共著、2008）

『事例から学ぶ－はじめての質的研究法 医療・看護編』東京図書（共編著、2007）

『高齢社会を生きる 老いる人 / 看取るシステム』東信堂（共著、2007）

「胃ろう栄養法の適応と終末期の栄養摂取の考え方」『診療研究』462:38-45,2010

「改正臓器移植法の意味と課題」『看護管理』19:869-873, 2009

「末期患者における人工呼吸器の中止：救急医に対する質的研究」『日本救急医学会雑誌』20:16-30, 2009

「脳死患者における人工呼吸器の中止：救急医に対する質的研究」『生命倫理』18:11-21, 2008

「延命治療の差し控えと中止－患者の利益と医師の心理的負担の視点から」『医学のあゆみ』226:809-814, 2008

「高齢者医療の問題点 － 多死社会における集中治療の役割」『ICU と CCU』31:711-719, 2007

“New organ transplant policies in Japan, including the family-oriented priority donation clause.” *Transplantation* (in press)

“Physicians’ psychosocial barriers to different modes of withdrawal of life support in critical care: A qualitative study in Japan,” *Social Science & Medicine* 70:616-622,2010.

“Japan approves brain death to increase donors, but will it work?” *Lancet* 374:1403-1404, 2009.

“Japanese physicians’ practice of withholding and withdrawing mechanical ventilation and artificial nutrition and hydration from older adults with very severe stroke,” *Arch Gerontol Geriatr*, 46(3), 263-272, 2008

“The logic and emotion of brain death.” *International Herald Tribune*. 2009/09/08

“Physicians’ attitudes about artificial feeding in older patients with severe cognitive impairment in Japan: A qualitative study,” *BMC Geriatr*, 7(1), 2007

“Withdrawal of care in Japan.” *Lancet* 368:12-14, 2006.

鳥羽 研二 (とば けんじ)

■略歴

昭和 53 年 3 月 28 日 東京大学医学部医学科卒業
昭和 59 年 東京大学医学部助手、
昭和 63 年 テネシー大学生理学研究員
平成 8 年 フリンダース大学老年医学研究員
平成 8 年 東京大学医学部助教授
平成 12 年 杏林大学医学部高齢医学主任教授
平成 18 年 杏林大学病院もの忘れセンター長 (兼任)
平成 22 年 国立長寿医療研究センター病院長・もの忘れセンター長 (併任)

■学会等

日本老年医学会認定医・指導医、理事、老人医療委員会委員長
日本老年学会 理事、日本応用老年学会理事、日本メンズヘルス医学会理事、
全国老人保健施設協会 理事、日本内科学会認定医・指導医
日本動脈硬化学会 評議員、日本骨粗鬆症学会 評議員、日本認知症学会 評議員
日本未病システム学会 評議員
高齢者介護看護医療フォーラム 世話人
新しい老年医学を考える会 世話人
認知症を語る会 世話人
学会会議連携会員
厚生労働省長寿科学 転倒の予測と予防介入研究班 班長 H18~
厚生労働省 認知症の包括的ケア研究班 班長 H22~
Canadian initiative on frail older persons, 国際共同研究員
Geriatrics and Gerontology International, Associate Editor

■著書

まちがいだらけのアンチエイジング
認知症安心生活読本 主婦と生活社
高齢者総合的機能評価 ガイドライン 監修執筆 メディカルビュー社
介護予防ガイドライン 監修執筆 メディカルビュー社
高齢者の安全な薬物療法ガイドライン メディカルビュー社
エンドオブライフケア 監修翻訳 医学書院
高齢者介護のすべて「おとしよりとくらす」 編集執筆 文光堂
高齢者を知る事典 編集執筆 厚生科学出版
老年看護学 監修執筆 医学書院
老年学テキスト 監修執筆 南江堂
高齢者診療 ポケットメモ 編集執筆 南江堂
誤診しやすい老人の非定型的徴候 メディカルビュー社

痴呆臨床のアプローチ 監修執筆 ライフサイエンス出版
老年症候群 編集執筆 メディカルビュー社
認知症短期集中リハビリテーションプログラムガイド 監修 ベルタス・クレオ
両さんの人体大探検 監修 集英社

食べられない、誤嚥との見極めも必要

鳥羽 研二

病院や在宅においては、医療行為と環境 QOL に関する重みは異なっている可能性が強く、特別養護老人ホームでは、当然ながら医療行為はより限られたものに成らざるを得ない。逆に急性期病院では、延命のため、点滴や胃婁など医療行為に偏重した終末期医療が優勢であろう。この意味で生活の場によって「どのような終末期医療を果たすか」が一部すでに選択されているといっても過言ではなく、医療が過重になって「特に精神的な緩和ケアを妨げている状態」にも注意を払う必要がある。摂食障害と胃婁の論点は表に示した。

この 10 年前の調査で在宅死への橋渡しが極めて低く、今後病院死は多数を占める可能性が大と予測したが、現実の深刻な問題と化している。70%以上が「住み慣れた家で死にたい」とする総務庁による、要介護前の意識調査と、80%が在宅以外で死亡しているギャップを直視し、死に行く場所の選択権について、本人の意志に沿う努力が求められると思われる。このため、死の教育を学童レベルから開始し、自然死教育を医療関係者の必須教育事項とし、さらに終末期に見られる症状の一般緩和方法について、看護師を中心とした再教育を行う必要がある。国立長寿医療研究センターでは、これらのニーズに正面から答えるため、多様なケアについて、終末期に普遍的にみられる状態、疾患特異的な症状、家族不安に結びつきやすい症状への対応などに類型化し、実地の在宅医療管理の場に必要となる医療看護技術上のノウハウを還元する。ノウハウの還元は、テキストレベルで行うのみでは無効であり、疾患、重症度、症状別に、気づき、見極め、対応など、慢性的医療管理の場で必要となる看護について多面的かつ包括的な実地研修を通じて、真の実践能力として習得する必要がある。

高齢者における在宅医療、在宅でのエンドオブライフケアを「比較的短期間で画期的に進展させる」ための新たな看護研修プログラムを平成 23 年度から 1 年間の教育コースとして実施することになっている。

エンドオブライフケアを翻訳して 7 年以上が経過した。終末期に緩和すべき、吐き気、呼吸苦などの症状の緩和のため、看護技術や薬物療法の特異性を紹介してきた。胃婁も長い目でみれば、終末期の呼吸と栄養の両者に配慮した、医療技術の一つにすぎない。このような時期に、輸液にせよ、胃婁にせよ一つの技術の適否のみ関心を集中することは危険であろう。肝心なことは、技術でなく「死に行く人の心をわかる」の一点に尽きると考える。

高齢者に特化した死への精神的アプローチを重視した議論が必要である。

表：摂食障害と胃婁の論点

胃婁の問題点

胃婁の予後；欧米 1年生存 40%
日本 1年生存 66% 増設後ケアの違い？

胃婁抜去 7%
経口摂取再開 10%

製造者は救急経由、急性期医師が多い
慢性期は、介護保険施設、在宅がケアの受け皿

PEG後の、皮膚のただれ、もれ、潰瘍、PEGでも誤嚥などの
終末期像は製造者は見ることが少ない

胃婁は年5万、既に30万以上とも言われている
医療福祉の社会問題のうちに、解決すべき課題
保険適応の是非の論議も将来可能性がある

太田 喜久子（おおた きくこ）

■現職

慶應義塾大学看護医療学部長・教授。

■略歴

聖路加看護大学大学院看護学研究科看護学専攻博士後期課程修了（博士（看護学））。

関東逋信病院、聖路加看護大学、宮城大学を経て現職。

■学会活動

日本老年看護学会理事長

日本学会議連携会員

日本看護系学会協議会会長

■著書

認知症高齢者の看護（医歯薬出版）

せん妄ーすぐに見つけて，すぐに対応（照林社）

など

看護の立場から

太田喜久子

認知症高齢者は、一人の人として誰でも当たり前にもっている生きていくための権利を自ら守り、主張していくことができなくなり、身近にいる周囲の者の理解と協力と支援が不可欠となる存在である。

認知症高齢者の終末期の食に関わる難しく答えの出にくいテーマだが、看護の立場から次の点に触れながら述べたいと思う。

- ・ 認知症高齢者の食べる・栄養をとるに関わる総合的な状態把握
- ・ 食べる・栄養をとることへの選択肢と可能性
- ・ 認知症高齢者の生活の質、生命の重み
- ・ 認知症高齢者の尊厳と権利の擁護
- ・ 家族への支援
- ・ 看護者の抱えるジレンマ

清水 哲郎（しみず てつろう）

■現職

東京大学大学院人文社会系研究科次世代人文学開発センター上廣（うえひろ）死生学講座特任教授。

■略歴

1947 年生まれ。東京大学理学部天文学科卒業（1969）後、哲学を志し東京都立大学へ（博士課程退学 1977、文学博士 1990）。都立大学助手（1977）、北海道大学講師（1980）、助教授（1982）、東北大学助教授（1993）、教授（1996）を経て、2007 年度より現職。

■学会

日本医学哲学・倫理学会会長（2008 年～）、第 15 回日本臨床死生学会大会長（2009 年）をはじめ、日本生命倫理学会、緩和医療学会、日本哲学会、日本倫理学会、中世哲学会で、理事等を歴任。

■著書

専門分野は、元々は中世哲学（言語と論理の哲学を中心に）・キリスト教思想史であった。著書に、『オッカムの言語哲学』（勁草書房）、『パウロの言語哲学』（岩波書店）、『世界を語るということ―「言葉と物」の系譜学』（双書 哲学塾 岩波書店）等。

加えて、80 年代後半から、医療の専門家と対話しつつ進める〈医療現場に臨む哲学〉を試み、現在は臨床倫理学と臨床死生学の交差する領域で実践的研究を進め、また、医療から介護へとフィールドを広げつつある。著書に『医療現場に臨む哲学』、『医療現場に臨む哲学 2 ことばに与(あずか)る私たち』（勁草書房）。『高齢社会を生きる―老いる人／看取るシステム』（編著 東信堂）、『生命と環境の倫理』（編著 放送大学教育振興会）、『ケア従事者のための死生学』（島菌と共編著、ヌーベルヒロカワ）など。

ホームページ URL : <http://www.l.u-tokyo.ac.jp/~shimizu/index.html>

意思決定プロセスと死生の評価

人工的水分・栄養補給の導入をめぐる

清水哲郎

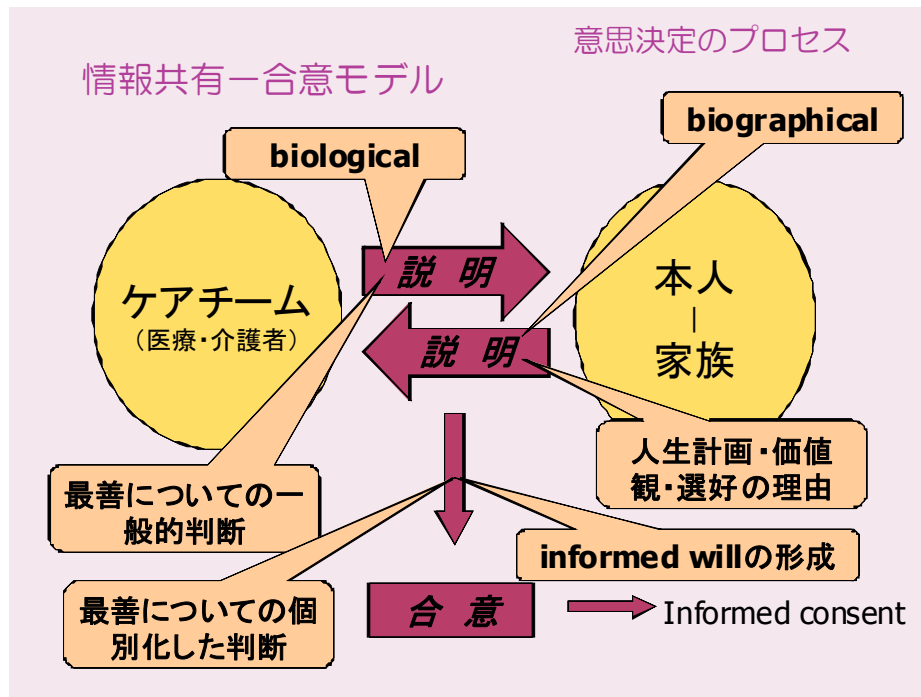
本事業の「『臨床倫理支援ツール』作成ワーキンググループ」の活動として、《本人と家族のための意思決定プロセスノート（AHN 版¹）》（試作版）を作成した（会田薫子氏と共著）。これは、医療・介護従事者が現場で、本人（患者・利用者）および家族と向き合い、また寄り添いつつ、ケアを進めていく際に、どのようにすべきかと検討する臨床倫理の営みを整備するという実践的研究を背景に作ったものである。これを紹介しつつ、目下のテーマをめぐる意思決定プロセスのあり方および人の死生をどう評価するかをめぐる、倫理的視点からの提言をする。

1. すでに、医療・介護従事者の臨床倫理検討を支援し、その意思決定・選択プロセスを適切にたどれるようにするツールとして、《臨床倫理検討シート》を公表しており、実際に使っていたきながら、改訂を重ねてきている。これに対し、今回作成したものは、本人・家族が医療・介護上の選択・意思決定を主体的に進めていき、状況をよくわかった上で（=informed）、自分らしい（=自ら創りつつ歩んでいる人生の物語りにふさわしい）選択ができるようにと、支援するツールである。いろいろな場面に使える《汎用版》を基にして、本《AHN 版》は、高齢者ケアのプロセスで、本人が経口摂取ができなくなった時にどうするかという選択問題に特化したものになっている（なお、さまざまな医療・介護現場でよく起きるタイプの選択問題に特化した版を、その現場の専門家・実践家と共同で各種作成していこうとしている）。これについて考え方を提示し、皆さまのご助言・ご指導を得て、今回の《試作版》を叩き台に改訂を重ねて、実用に耐え、本人・家族の《物語られるいのち》を、ないしは Well-being を支えられるものに仕上げていきたい。

2. 本ツールは、意思決定プロセスについて、《情報共有から合意へ》という意思決定プロセス（別図参照）の理解に基づいている。これは《説明と同意》という意思決定プロセス把握を批判しながら提示しているものであるが、医療・介護者と本人・家族が信頼関係を築きつつ、コミュニケーションを通して合意を目指すプロセスを通して、どうするかを共同で決定するという考え方である。

この考え方は、倫理的には《相手を人として尊重しつつ=P1》、《できるだけ益になることを目指し=P2》、《社会的視点でも適切であるように=P3》という医療従事者の倫理的姿勢と相応するものである。

¹ 本ワーキンググループの検討過程で、最近の欧文ジャーナルにおける表記の傾向を考慮し、目下の問題を「人工的水分・栄養補給／artificial hydration and nutrition（=AHN）」と表記するのが、今後の日本における議論にとって適当であるという結論に達した。



3. 《情報共有から合意へ》という意思決定プロセスの把握は、厚労省の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（2007年5月/座長 樋口範雄教授）と親和的であり、これを倫理的視点で支えるものである。すなわち、同ガイドラインは、医師が単独でことにあたるのではなく、医療ケアチーム（医師・看護師・MSW）として対応すべきこと、本人・家族とコミュニケーションを通して合意を目指すというプロセスを提示し、かつ、「何はして良い・何は悪い」というような仕方で事の是非を判別するのではなく、適切な決定プロセスを辿って選択に到ることこそが肝要であるとしている。これらは画期的であり、単に終末期医療にとどまらず、本人の生き方にかかわるような医療上の決定プロセスにも妥当するものである。

ここであえて言えば、そういう重要なガイドラインだけに、次の点について改訂を提案したい。すなわち、この中では、本人・家族との話し合いについて、次のようにしている。

①本人の意思確認ができる時には、本人と話し合っ、合意を目指す

②本人の意思確認ができない時は家族と、本人の意思と最善について話し合い、合意を目指す

だが、これを基本にするとしても、次の2点を加えたほうが、倫理的にも、実践的にもよいと考える。

③本人の意思確認ができる時も、家族の当事者性の程度に応じて、家族にも参加していただく。また、意思確認ができるうちから家族も参加していただき、本人の意思確認ができなくなった時のバトンタッチがスムーズにできるようにする

④本人の意思確認ができなくなっても、本人の対応する力に応じて、本人にも説明し、またその気持ちを大事にする

③は、本人の物語られるいのちに大きく関わるような意思決定プロセスにおいては、家族はほとんどの場合、当事者だからである。本人の罹患は家族の人生にも影響し（したがって、緩和ケアにおいては、家族は本人と共にケアの対象となる）、その療養に際して家族はケアの担い手となることが期待されている。本人の意思確認ができる状況でも、家族はこのようなあり方

で当事者である以上、決定に参加していただくのが妥当である。ただし、家族がそのような立場にない場合（つまり当事者性が低い場合）は、この限りではない。

また、④については、例えば認知症が進んで、理性的に自らの将来を見通しつつ、選択をすることはできなくなっている方も、不快なことは嫌であるといった気持は残っている。それを無視して、家族とだけ話し合えばよいというものではないだろう。また、かつて、責任ある選択ができた時に、意思表示をしていたとしても、認知が進んだ段階で、それと両立しない振舞いをすることもある。その場合に、かつての理性的な判断に従えばよいというものでもない。本人の現在の気持ちをも尊重すべきなのである。

本人の意思の推定だけに依拠する決定は危険である。そうではなく、これと本人にとっての最善についての家族およびケア提供者たちの判断との双方で、決定を支えていく必要がある。ここで、何が最善かは、単に本人ひとりで決めるものではない。というのは、私たちの文化には、各自は相互に独立してばらばらに生きており、したがって何がよいかは本人が決めるという考え方（＝異の倫理）と、皆が支え合って共に生きている、したがって何がよいかについての共通理解が成り立つという考え方（＝同の倫理）とが並存しており、後者が北米より強いからである。

4. 先に示した図中の、**biological** は、身体に注目する時にみている「生物学的生命」、**biographical** は、人として生きるあり方に注目する時にみている「物語られるいのち」を示している。通常、医学的介入は生物学的生命に対してなされるが、介入が適切であるのは、物語られるいのちにとって不都合な事態を改善できる限りにおいてである。物語られるいのちは、生物学的生命を土台として、その上に成り立っていますが、物語られるいのちは生物学的生命の価値の源である。ここから、身体的生命への医学的介入の適否は、物語られるいのちにとってそれが益となるかどうかにかかっていることがわかる。

このことは目下の AHN に関わる選択に関しても妥当する。すなわち、何らか AHN をしたほうが生物学的生命が維持されるからという理由だけで、それを選択するのではなく、物語られるいのちに対する益の見込み・益のなさ・害のおそれのアセスメントに基づいて、選択すべきである。したがって、たとえば、いのちが若干延びる見込みがあるとしても、本人に苦痛となるような AHN は（もし、そういう状況があるとすればであるが）、選択すべきではない。

本人の物語られるいのちは、共に生きている人たちの物語られるいのちと重なり合い、浸透しあっている。だから、支え合って生活してきた人たちの間での、「そろそろ終わりかな」というような感覚は、個別の意思決定プロセスにあっては、妥当であることが多いのではないだろうか。

5. WHO の緩和ケアの定義（1990、2002）には、「緩和ケアは生を肯定し、かつ、死に到る最終のプロセスをノーマルなものとして看做す」という一節がある。死が避けがたいものとなり、だんだん衰えていく際に、それを「状態が悪くなったのだから、何か医学的に介入することがあるだろう」と考える人が多い。だが、高齢者ケアにあっては、多くの場合、「このような経過でだんだん衰えていくのは、医学的介入の必要がないノーマルなこと（＝自然なこと）」であり、そういう場合には、医療者の役割はその経過を見守り、「医学的介入の必要はありません」と語

って、素人である家族を安心させてくれることであるのではないか。もちろん、医学的に介入したほうが、本人のつらさが和らげられるという判断をすることもあろう。が、いつもそうなのではない。「死はいかなる場合にも、ぎりぎりまで避けるべき悪である」という思い込みから、医学の専門家も、素人の市民たちも解放される必要がある。

6. 上述の医学的介入をしたほうが本人にとってベターなのか、それともかえって本人に害となるかの区別の問題は、目下のテーマにおいては、まさに AHN 導入の是非の問題である。高齢者が経口摂取できなくなった時の選択プロセスでは、次のどの場合であるかが分かれ目であるが、各々のケースがどの場合になるのかを判別することは、医学的にはできないのだろうか？できる見込みは？専門家にうかがいたいところである。

《AHN 導入の益と害の区分と、選択・推奨の程度》

本人の生物学的生命および物語られるいのちに益をもたらすか。	家族や医療者にとっての益・害	選択および推奨の程度
吸収も代謝も低下しているので、生命維持に役立たず、QOL を改善もしないばかりか、本人のつらさを増す。	本人のために何かをしているという誤解に基づく気休めになるかも。	するべきでない。 周囲の者の気休めになるとしても、本人にとって百害あって一益ないことをしてよいものか？
生命維持の効果が若干はあるかもしれないが、生物学的生命を延ばしても、本人のつらさを増し、物語られるいのちにとって益にならない。	本人のために何かをしているという誤解に基づき、気休めになるかも。	しないことを推奨。 ただし、周囲の者の気休めのために、最小限の AHN 導入は許容？
明らかに生命維持の効果があるが、物語られるいのちにとって益になるかどうか、確言できない。	本人と家族との関係において、物語られるいのちについての評価は変わる。 このタイプでやらないことは、医療者には義務違反との懸念があるかも。	一番問題が多い区分である。 医療者としては、物語られるいのちに関する本人・家族の考えを聞き、整合的であり、また安定している限りは、やることもやらないことも許容する。
明らかに生命維持の効果があり、物語られるいのちにとって、明らかに益になる。	家族によっては、高齢だからもう終わりにすると考えるケースもあるかも。 しかし、やらないことは、医療者としては義務違反であろう。	することを推奨。ここでやらない選択にはそれなりの理由が求められる。 ただし、嚥下機能の一時的低下という場合、体力がもつならば、AHN をしないで、リハビリをするほうが、効果的な場合、あるいは人生観にあっている場合があるかも。

*経腸か、中心静脈か、末梢静脈ないし持続皮下注かという区別を上の方の分類に入れ込むと、さらに複雑になるので、ここでは割愛した。

樋口 範雄 (ひぐち のりお)

■略歴

昭和 49 年東京大学法学部卒業、法学部助手（専攻英米法：指導教官伊藤正己教授）、昭和 53 年学習院大学法学部専任講師、その後、同助教授、同教授をへて、平成 4 年東京大学大学院法学政治学研究科教授。

法科大学院・法学部で、英米法・医事法・信託法等を教える。

■著書等

親子と法——日米比較の試み（1988 年、弘文堂）〔日米友好基金賞〕

アメリカ契約法（1994 年、弘文堂、第 2 版 2008 年）

フィデューシャリー〔信託〕の時代（1999 年、有斐閣）

アメリカ信託法ノート I・II（2000 年・2003 年、弘文堂）

アメリカ代理法（2002 年、弘文堂）

現代アメリカ信託法（共編著、2002 年、有信堂）

医療の個人情報とセキュリティ（開原成允氏と共編、第 1 版 2003 年、第 2 版 2005 年、有斐閣）

生命倫理と法ケーススタディ（編著、2004 年、有斐閣）

生命倫理と法（共編著、2005 年、弘文堂）

医療と法を考える——救急車と正義（2007 年、有斐閣）

入門・信託と信託法（2007 年、弘文堂）

生命倫理と法 Part II（共編著、2007 年、弘文堂）

医療の法律相談（共編著、2008 年、有斐閣）

続・医療と法を考える——終末期医療ガイドライン（2008 年、有斐閣）

アメリカ不法行為法（2009 年、弘文堂）

はじめてのアメリカ法（2010 年、有斐閣）

終末期医療と法

樋口範雄

1. 終末期医療と法—何が問われているか。

実は、わが国の法のあり方が問われています。その偏った役割とイメージをあぶり出し、今後の方向性を考えてみます。

2. そのための1つの作業として、今年の「生命倫理と法」の授業では、アメリカの医師国家試験模擬問題（医療倫理の部分）を取り上げました。日本と同じように、多肢選択式問題です。言い換えれば、医療倫理の問題ではあるが、アメリカでは明らかな正解があるということです。たとえば、この問題を素材に、わが国の医療倫理と法のあり方を考えてみます。ここでは、2つだけ例示します。

- 1) 75歳の男性が心筋梗塞および発作で入院し、彼は遷延性植物状態 (PGS, persistent vegetative state) となった。彼はやもめであり、医療代理人を指定していなかった。そして、彼の希望を自書した書面も残されていなかった。彼の甥と娘は、人工栄養や水分の補給などのすべての治療の継続を希望した。彼の息子と患者の兄弟は、すべての中止を希望した。いずれの当事者も、自分たちは患者の希望を知っていると信じていた。あなたはどうすべきか？
- 家族の間での話し合いを勧める。
 - 医師であるあなたが、患者の最善の利益を考えて判断する。
 - すべての治療を中止する。
 - 裁判所から後見人選任の命令を得る。

- 2) 多くの病気を抱えたある高齢の患者が緊急入院し、集中治療室であなたの手当を受けている。その患者は無酸素性脳症のためにすでに遷延性植物状態にあり、今や敗血症、低血圧、消化管出血、呼吸不全で人工呼吸を必要とする段階にまで進んでいた。脳に重度のダメージがあり、回復は全く期待できない。腎不全は透析を必要とする程度まで進んでいたが、あなたは、透析は意味がないと考えている。しかし、家族は透析をしてくれという。この場合、最も適切な処置は以下のうちのいずれか？
- 血液透析
 - 腹膜透析
 - 腎臓移植
 - アルブミン投与
 - 透析を行わないよう勧告する。

(樋口範雄 nhiguchi@j.u-tokyo.ac.jp)

教育啓発シンポジウム

開会の辞・事業の趣旨説明

大内 尉義

皆様、こんにちは。私はただいま司会の方からご紹介を頂きました、日本老年学会・日本老年医学会の理事長を仰せつかっております大内と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

本日は、平成 22 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業のシンポジウム、「食べられなくなったらどうしますか? ～認知症のターミナルケアを考える～」に、非常にたくさんの方々にお集まりいただきまして、主催者として大変感謝申し上げます。ありがとうございます。

本シンポジウムは、平成 22 年度の厚生労働省老健局の研究助成事業がございまして、それに日本老年医学会、それから日本老年学会として、研究助成の申請をいたしまして、それが採択され、この 1 年間、きょう発表されますいろいろな調査等を行ってまいりましたが、本事業の総まとめのシンポジウムということでございます。

その前に、日本老年医学会、老年学会について、少しご説明させていただきますと、日本老年医学会は、高齢者の方の医学、医療をどういうふうに進めていったらいいかということを中心に、50 年以上前に設立された学会でございまして、同時に設立されました老年社会学会、これは社会学を中心テーマとする学会と二つ合わさって日本老年学会を形成いたしました。

その後、基礎老化学会、それから老年精神医学会、老年歯科医学会、それからケアマネジメント学会、そして老年看護学会と、現在では 7 学会が集まって、一つの大きな日本老年学会というものを形成しております。

皆様方はもうご存じでありますように、現在は 75 歳以上の後期高齢者と呼ばれる方々が、日本全国では 1,100 万人おられますが、これから 20 年、2030 年になりますと、これが倍の 2,200 万人になる、本当の超高齢社会をもう間もなく日本が迎えようとしております。

これは世界のどの国も今まで経験したことのない社会でありまして、世界の各国は日本がこのような超高齢化にどのように対処するかということ、注目して見ているわけでありまして。

このような超高齢社会を迎えて、やはり、高齢者の方々に健康で長生きをしていただきたい、これはもう国民の皆様一人一人がお持ちの願いだと思っておりますが、それをどのようにしていったら実現できるかということ、この老年学会、老年医学会が研究テーマにしているわけでありまして。

皆様お一人お一人が健康で長生きしていただきたいというわけでありまして、現実には必ずしもそうでもありませんで、いわゆる老年疾患、認知症、動脈硬化、あるいは骨粗しょう

う症といったような老年疾患にかかれる方もたくさんおられますし、それが原因で寝たきりになる方もたくさんおられます。

このような現実がございますし、また、人間が生物である以上、寿命をいつか迎えるのはこれまた致し方ない、天命でもございます。

このような、いわゆる終末期と呼ばれる時期をどのように過ごすべきなのか、あるいは、それをどのように今は支援していくべきか、いわゆるこれが終末期医療、あるいはその終末期医療に関するいろいろな分野の支援がございますけれども、日本ではこれを終末期というのが、ある意味でタブー視されているという面がございますして、なかなか今まで議論が進んできませんでした。また、国民的なコンセンサスも得られているとは、言い難い状況であります。

日本老年医学会では、このような高齢者の終末期をどのように医療側がとらえて、どのように実践したらいいかということすでに、もう10年以上前に立場表明として表明してございますが、やはり、それでもなかなか議論がそれ以上進化しなかったということがあります。

そこで、今回、厚生労働省の研究助成の事業に応募いたしまして、それが採択されました。それで、いろいろ研究活動をしてまいりました。先ほど申しましたように、このシンポジウムはこの1年間のまとめのシンポジウムでございますして、このようないろいろな立場の方々にお集まりいただきまして、終末期、特に認知症になられた方々の終末期のケアをどういうふうにしていったらいいか、特に胃瘻等の人工的な栄養法の問題に焦点を当てて、議論してまいりたいと思います。

本研究事業は、これからさらに発展をしまして、現在も非常に医療現場で混乱していません胃瘻造設等の作成のガイドラインをぜひつくりたいと考えておりまして、きょうはその一里塚になるシンポジウムだというふうにとらえております。

本日は日曜日の午後いっぱい、長い時間でございますけれども、ぜひ、いろいろな立場の方々から、いろいろな立場のご意見を頂いて、この問題が日本でもっともっと進化していくように、その一里塚になれば幸せというふうに考えております。

本日はどうも、よろしく願いいたします。ありがとうございました。

第 1 部 基調講演および調査報告

1. 基調講演

「認知症高齢者の終末期の医療およびケアをめぐる諸問題」

飯島 節

皆さん、こんにちは。ただいま、ご紹介にあずかりました、筑波大学の飯島と申します。本日は、「認知症高齢者の終末期医療およびケアをめぐる諸問題」ということで、ただいま大内理事長から、いろいろな背景のご説明がありましたけれども、超高齢社会において、高齢者のターミナルケア、特に認知症のある高齢者のターミナルケアをどういうふうと考えていったらいいかという議論の土台になるような背景の説明を、お話をしていきたいと思えます。

話の内容としては、超高齢社会における人の寿命をどう考えるか、あるいは経済的課題、高齢者の終末期とは、認知症とはといった、背景説明と、最後の方に、食べられないとは、胃瘻をめぐる課題といったように具体的な話をしてみたいと思えます。

超高齢社会において、人の寿命をどういうふうに考えるかということですが、ご承知のように、我が国の平均寿命は、戦後 50 年の間におよそ 30 年も延びたというわけです。昭和 22 年には男性 50 歳、女性 53 歳ということで、文字通り人生 50 年だったわけですが、今では男性が約 80 歳、女性が 86 歳ということで、非常に延びてきているということです。

そこで、初めに高齢者というのをどういうふうに定義するかということですが、我が国では古来、60 歳を還暦と申しまして、60 歳を過ぎると、もう文字通りご隠居さん、ご老人というふうに思われていたかと思えますが、今では 60 歳というとまだまだ現役ということで、いったい何歳からが高齢者なのだろうかというような話題がしばしば出てまいります。

一般的には 65 歳以上を高齢者というふうに見なすというのが、世界的なコンセンサスとなっておりますので、そういう前提で話を進めてまいりたいと思えます。

ところが、65 歳以上ということになりますと、例えば、95 歳の人も同じ高齢者ということになってしまいます。65 歳と 95 歳では 30 歳も年が違って、完全に一世代違うわけですので、それを全部一括りにして高齢者と言うのも、なかなか問題が明らかにならないということで、現在では 75 歳を境にして前期と後期に分けるというふうなことが行われていて、75 歳未満を前期高齢者、75 歳以上を後期高齢者という言い方が一般的となっております。

後期高齢者という言葉は、後期高齢者医療制度の創設とともに急に世間に広まりまして、何か、後期高齢者を差別するような言葉であるというふうな誤解を受けてしまいましたけれども、本当に高齢化の問題が顕在化してくるのは後期高齢者になってからでございますので、高齢者の問題を考える上で、後期高齢者という考え方は非常に大切で、これは世界的にもコンセンサスを得られているものだと思います。

そこで、前期高齢者、後期高齢者が我が国でどのように増えてきているかということですが、これは横軸の一番左が 1950 年、一番右が 2050 年ということになっておりまして、過去 50 年間の実績と、これから 50 年間の予測を示したものです。縦軸が高齢者人口と総人口に対する割合ということで、棒グラフの方が人口を表しております。

棒グラフも二段重ねになっておりまして、上の色の濃い方が後期高齢者、下の色の薄い方が前期高齢者ということになっています。1950年、昭和25年のところを見てみますと、実数で500万人以下、しかも、そのほとんどが前期高齢者だということがわかります。

ところが、もう今では高齢者全体が3,000万人近くになっておりまして、そのおよそ半数が後期高齢者になっているというわけです。この折れ線グラフの方は、赤い方が65歳以上の人口の割合ということで、これはいわゆる高齢化率と呼ばれるものです。

ご承知のように、高齢化率が7%になると、高齢化社会と呼びまして、14%を超えると高齢社会というふうに呼ぶようになります。これを見ますと2010年には、ちょっと見にくくて恐縮ですけれども、もうすでに23%を超えているということで、5人に1人が高齢者という時代になっています。昭和25年には、それが5%以下というわけでしたから、非常に少なかったということがわかります。

高齢者の実数の方はそろそろ頭打ちになってきますけれども、ご承知のように、総人口はすでに減り始めておりますので、分母の方が減っていく結果、高齢化率はどんどん、今後も上昇していきます。2050年になりますと、ここに39.5%というふうに書いてありますが、およそ4割が高齢者。さらに後期高齢者だけで25%前後、4人に1人が後期高齢者という時代になっていくということです。これから特に増えてくるのが、この後期高齢者であるということがわかります。

これは、生命表上の特定の年齢まで生存するものの割合ということですが、生まれてから65歳に達するまで、何割の人が生き延びるかというふうなことを表しているわけですが、昭和22年には65歳までなれる人が、男性ではわずか4割しかいなかった。女性でもたった半分でした。

ところが、今では男性でも86%、女性では93%ということで、ほとんどが高齢者を当たり前を経験するようになってきています。

さらに、先ほどの75歳、後期高齢者というところで見えますと、男性でも71.9%、女性では86.5%ということで、後期高齢者というのは文字通り、すべての人にとって現実的な問題であるということがわかります。

さらに、90歳まで見てみますと、かつては、男性で90歳まで生きるのは1%以下、100人に1人以下、女性でも50人に1人ということで、超エリートだったわけですが、今では男性でも2割以上の方が90歳まで生きますし、女性ですと46.4%と、およそ半数の方が90歳まで生きるのが当たり前になってきているということです。

これは似たようなデータなのですが、寿命の中位数と申しまして、これは、100人の子どもが生まれたとして、順番に亡くなっていく、ちょうど50番目の方が何歳で亡くなるかということを示したものです。

昭和22年には、これは、平均寿命よりちょっと長くなるという特徴がありまして、昭和22年にはおよそ男性で60歳、女性で64.5歳でしたけれども、今では男性でも82.6歳、女性では89.2歳ということで、ほとんど90歳で、ちょうど、自分は全体の真ん中辺だと思っている方が90歳まで生きるということです。

それをグラフで表してみますと、これは横軸が年齢で、0歳から一番右が110歳というふうになっています。それぞれの年齢で何人ぐらいの人が亡くなっているかということを表しておりまして、これは昭和22年のデータから平成17年のデータまでが重ね合わされています。

ちょっと細かいグラフで見にくいかと思いますが、昭和 22 年のところを見てみますと、まず、0 歳から 5 歳までの乳幼児期の死亡率が非常に高かった、亡くなる子どもが非常に多かったということがわかります。

さらに、20 歳から 30 歳、40 歳、そういう青壮年期にも、ちょうど大陸棚のように丘がありまして、こういう若い年齢で亡くなる方がいたというわけですね。それをうまく乗り越えた方が、だいたい 75 歳ぐらいで、高齢者というのは亡くなるのが普通だったというわけです。

ところが、今では、子どもの時代、あるいは、青年期に亡くなる方は非常に少なくなって、だいたい中年を過ぎてから少しずつ亡くなる方が増えていって、一番多いのは 90 歳ということですね。

そういうことで、そもそも、この 90 歳でみんな一緒に亡くなる、こういう死と、子どものころ、あるいは青壮年期に迎える死というものには、おのずから意味の違いがあるのではないかというふうに思われます。

国全体で、どれくらいの方が亡くなっているかを示しているのがこのグラフですけれども、これも一番左が 1950 年、一番右が 2050 年ということで、およそ過去 50 年間の実績と、これから 50 年間の予想を示したものです。

この全体が、1 年間に日本全体で亡くなる人の数ということで、昭和 20 年代初めごろには、まだ年間 100 万人以上の方が亡くなっていました。ところが、高度成長期になるに従って死亡率が急速に低下して、だいたい、60 年代、70 年代は 70 万人ぐらいで推移しておりました。

ところが高齢化が進むに従って、徐々に総死亡数は増えてまいりまして、2003 年に再び 100 万人の大台を超えて、今後もこれはどんどん上昇、増加し続けることが予測されています。2040 年には 166 万人ということで、今の 1.5 倍ぐらいの方が亡くなるというふうに予測されています。

問題はその内訳ですけれども、ここで見ますとまず、このブルーの部分ですね、端っこにありますけれども、これが 0 歳から 14 歳ということで、かつて、昭和 20 年代、30 年代初めには、子どもがたくさん亡くなっていたということがわかります。

それから、この赤い部分が 15 歳から 64 歳ですので、一般の成人が亡くなる数ということで、昭和 20 年代には亡くなる人の半数以上が 65 歳未満の方だったということがわかります。

この 15 歳から 64 歳の一般成人の死亡数は、だいたい横ばいですが、将来的には徐々に減っていく。それから、この黄色い部分が 65 歳から 74 歳、前期高齢者に当たりますけれども、これもだいたい横ばいです。それに対して、これからは 75 歳以上の後期高齢者の死亡が爆発的に増えてくるということになります。

これはただいまの死亡数のグラフと同じものですが、一番左が 1951 年で、右側が 2055 年、この間、我が国で一番変わったことは、亡くなる人がどこで亡くなるかという死亡場所です。

かつては、8 割以上の方がご自宅でお亡くなりになっていましたが、今では 8 割の方が病院で亡くなるようになっていました。この先、160 万人の方々をいったいどこでみとるのが問題です。一般には在宅死を増やしましょうというふうな政策が盛んにとられているわけですが、これから増える 60 万人の人を全部在宅でみとるということは、どう考えても不可能だということがこの図からわかるかと思えます。

一方病院の方は病院の本来の機能、病院は疾患を治療する場所であるということから、高齢者をみとるといような機能からはなるべく離れようとしています。さらに、国は療養型病床を全

廃するというふうな政策もっておりますので、この先、後期高齢者はどこでみとられていくのかというのが大きな問題になるかと思えます。

おそらく、ここに少し細い線で見えているのが、老人ホームとか、老人保健施設とかいったものですが、今後は自宅でもない、病院でもない、第三のそういうみとりの場所というのを確保していかななくてはいけないのではないかというふうに考えられます。

この間、もう一つ変わってきたのは、65歳以上の高齢者のいる世帯の構造です。これは一番左が1980年で、一番右が2005年ですが、過去およそ25年間の間の推移ということですが、1980年には、まだ三世代世帯というのが過半数を占めておりました。

ところが、その後急速に変わって行って、今では三世代世帯というのは少数派になっていて、代わりに増えてきているのが単独世帯、すなわち高齢者の一人暮らし、および夫婦のみの世帯、つまり高齢者の夫婦だけの世帯で、この両者を合わせるとすでに過半数になっています。

したがって、こういう高齢者だけで生活しているところで、在宅で介護をする、あるいはみとりをするということには、おのずから限界があるということがわかるかと思えます。

そこで、日本人は自分の自宅で亡くなりたいと誰もが思っているというふうに一般に言われているわけです。この図は、「あなたの人生を最後にどこでみとられたいですか」という質問に対して、平均75歳の方々が答えられているわけですが、全体で見るとまだ自宅でと望まれる方が多くて、とくに男性は奥さんにみとってもらえるだろうと、甘い考えをまだ持っているようですが、女性よりは現実を知っているようで、自宅でという方が半分以下になっています。少しずつ国民の意識が変わってきているということがわかります。

ということで、これからの一つの課題として、高齢者をどこで誰がみとるのか、高齢者が安心して最期を過ごせる場所を確保するということが、非常に重大な課題であるということがわかるかと思えます。

今日では国の財政のひっ迫によって、何でもかんでも経済的な課題を突き付けられています。我が国では高齢者の無駄な延命治療、終末期医療に多額の医療費が費やされており、終末期の過剰な医療を抑制すれば、医療費が大幅に削減できるという意見がありまして、こういった意見が、高齢者の終末期のあり方に影響を与えることがあって良いのだろうかという問題があります。

実際に高齢者の終末期医療費が本当に高額なのかということ、日本福祉大学の二木先生がお調べになったところ、死亡前の1年間の医療費は老人医療費の1割にすぎない、1年間という非常に長いスパンで終末期を考えたとしても1割にすぎないそうです。

さらに、もう少し絞って、死亡前1カ月間というふうにしてみますと、国民医療費のわずか3%にすぎない。高齢者、特に後期高齢者の1人当たり終末期医療費は若年者より低額であるということです。しばしば、老人医療費が膨らんで困る、困るといいますが、1人当たりに直すと、実は若い方よりも高齢者の医療費の方が少ない、そういう事実をご理解いただきたいと思えます。

ところで、現在では医療費の抑制というのが、まるで国是のようになっていますが、そもそも我が国の医療費は多過ぎるのかということですが、これはOECD諸国の医療費の対GDP比率を表したものです。OECDというのは30カ国あって、一応先進国といわれているような国々です。左側に国名が30並んでいます。

圧倒的に多くの医療費を使っているのがアメリカですね。GDPの16%を使っているというこ

とです。それに対して、フランスとかドイツとかいったところが、11%、10%ぐらいを使っています。日本はどうかというと、ここにありますが、わずか8.1%です。

医療費というのは、高齢化に非常に強くリンクしているということが広く知られているわけですが、日本はアメリカよりも高齢化がずっと進んでいる。それから、日本の医療制度というのはフリーアクセス、好きなときに、好きな医者にかかれる、が広く保障されている。非常に優れた制度であるといわれていますが、にもかかわらず、GDP比で見るとアメリカの半分にすぎないということで、海外からは、「どうして日本の医療費はそんなに安く済んでいるのか、高齢化はあんなに進んでいるのに」というふうに、むしろ不思議がられています。

ですが、ご承知のように、医療費の抑制策があまりにも進み過ぎてしまって、いろいろな面で破たんしかかっているというのはご承知のとおりで、おそらく、フランスとかドイツ並みの10%ぐらいは医療費に使わなくてはいけないのではないかとということが考えられます。

それから、社会保障制度をどうするかということは、今の国家の最も大きな課題であります。社会保障給付費の全体を見ると、これは平成元年から20年まで、過去20年間の実績ですけれども、合計で見ると、この平成に入ってからだけで、社会保障給付費は倍に増えています。だいたい50兆円から100兆円近くまで増えて、今後もどんどん増え続けていくだろうといわれています。

ただ、この上昇分の最も多くを占めているのは年金なのですね、結局、年金受給者が増えているために、年金のための費用がものすごく増えている。それに対して医療費は高齢化が進んでいるにもかかわらず、むしろ抑制されていると、この社会保障給付費の中では比較的抑制されているということがわかるかと思えます。

そういうことで、高齢者の過剰な延命治療のために医療費が増大しているわけではないというご認識を頂きたいと思えます。

そこで、そもそも高齢者の終末期はということを次に考えてみたいと思えますが、高齢者の終末期に関しては、実際には非常に多様で、どこからが本当に終末期なのかを予測することが非常に難しいというのが現実であります。

先ほど、大内理事長から日本老年医学会が立場表明を出したということをご紹介いただきましたけれども、その中では終末期を、「病状が不可逆的、かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により、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」というふうに、少々抽象的に定義しておりまして、特に期限を区切っておりません。

実際、高齢者の終末期がどうなってくるか、ちょっと、その細いスライドで見にくくて恐縮ですが、これは亡くなるまで、この時点で亡くなるわけですね。さかのぼって12カ月間、亡くなるまでの1年の間、生活機能はどういうふうに変化したかというのを見たものです。

縦軸がADL、日常生活動作にどれくらい障害を来しているかということを示しています。日常生活動作というのは、例えば、お風呂に入るとか、立って歩くとか、そういうふうなことですけれども、上に行くほど、そういう日常生活動作の制限が大きい、障害が大きいという意味です。

これで見ますと1年以上前からずっとそういう機能障害が続いている、いわゆる要介護状態、あるいは寝たきりというふうな方、それから、それが徐々に悪化していく方、それから、途中から加速されている方、それから、ほんの最後の1~2カ月だけ、そういう状態になる方、さらに、本当に最後の最後まで、全く機能障害を来さずに、突然亡くなる方、大きく分けて、こういうふ

うに五つに分けられるというふうなことがいわれています。

そこで、特定の疾患で特定のパターンをとるのが検討されていますが、それが意外とそうでもないのです。これは疾患ごとに、ただいまの五つのパターン、どのパターンをとるかというふうなことを調べたものですが、一番上ががん、2番目が進行した認知症、それから、臓器障害ですね、心不全とか腎不全とか。それから、フレイルティー(frailty)、これは、老年医学の領域ではよく使われている言葉ですが、虚弱状態、日本でいえば、要支援状態と言ってもいいかもしれません。

それから、最後はサドンデス、突然死、さらに、その他ということですがけれども、比較的パターンがはっきりしているのは、進行した認知症ですね、その場合には1年以上前から機能障害が続いて、最後お亡くなりになる。あとは突然死、突然死の場合は最後の最後まで機能が維持されている。

ところが、その残りの場合は、がんであったり、臓器障害であったり、虚弱であったり、そういう場合にはさまざまなパターンを取り得るので、実際、どういうふうな終末期が訪れるのかを予測することは非常に困難だということがわかります。

つぎに、高齢者は実際にどのように亡くなるかということですがけれども、これは死因別死亡確率というのを0歳の時点と90歳の時点で比較したものです。ご承知のように悪性新生物、心疾患、脳血管疾患というのが我が国では3大死因というふうな言われておまして、0歳で見ると、確かに悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の順番で、特に男性の3割、女性の2割は悪性疾患、がんで亡くなるということになっています。

ところが90歳になりますと、悪性新生物、がんで亡くなる方は、男性で15%、女性で10%ということですから、半分になってしまいます。それでは何が増えてくるかということ、肺炎で亡くなる方が増えてくるのです。90歳の男性では2割が肺炎で亡くなるということで、90歳の時点で見ますと、肺炎が死因の1位になるということがわかります。

「肺炎は老人の友である」というふうなことを100年以上前に、ウィリアム・オスラーという大変有名な医学者が指摘したそうですが、今でも実はそれは変わっていないのです。これは老年医学会の前理事長の佐々木英忠先生がいつも必ずおっしゃることです。そういうわけで、典型的な高齢者の終末期というのは、1年以上にわたって、食事を含む生活機能が徐々に低下して、90歳前後で肺炎によって亡くなるというものです。それが、高齢者には最も普通、自然と言ってもいいかもしれませんが、高齢者最期の迎え方であるというイメージで、終末期を考えていただければと考えます。

そこで、本日のテーマは認知症の終末期ということですので、認知症のことをちょっとだけ触れたいと思います。認知症は通常、慢性、あるいは進行性の脳疾患によって生じ、記憶、思考、見当識、理解、計算、学習、言語など、多数の高次大脳機能の障害からなる症候群であるというふうな定義されています。

この症候群ということは、実際には認知症という単一の疾患があるわけではなくて、認知症という状態を来すたくさん疾患があるということで、普通はこの表くらいの数の鑑別診断をしなければいけないということになっています。

この中で最も有名なのがアルツハイマー病、それから、血管性認知症、最近では、レビー小体型認知症というのかなり重要視されているようになってきています。

これがアルツハイマー型認知症、アルツハイマー病の診断基準というわけです。これは複雑ですので、これを理解していただく必要はないのですけれども、一つは、「Aによる認知障害は以下のものにはよらない」、あるいは、「この障害はせん妄の間に生じるということはない」ということで、要するに、他の疾患、他の原因を除外して、残ったものをアルツハイマー病と診断しましょうという診断基準になっていますね。

それから、血管性認知症の場合には、逆に局所性の神経徴候と症状で、いろいろな脳血管障害を示唆する検査所見、これはCTとか、MRIとかで、脳梗塞とか脳出血の跡が見つかるとか、そういった意味ですけれども、そういう他の神経症候があることによって診断していきましょうというふうなことになっています。

いずれにしても、代表的な認知症疾患であるアルツハイマー病も、血管性認知症も、診断基準ということで見ると意外にあやふやなものであるということがわかるかと思います。認知症は末期には摂食嚥下障害、食べられなくなるということはしばしば起こるわけですが、アルツハイマー型認知症では、普通は末期まで、摂食嚥下機能は保たれる、むしろ食べ過ぎて困るとか、さっき食べたのに、それを忘れてまた食べたがると、そういうふうなことがしばしばあります。

末期に食べなくなる場合には、むしろ、食べることを忘れてしまう、食べることに興味を失ってしまうというふうな形で食べられなくなるという経過をとります。血管性認知症の場合には逆に早期から摂食嚥下機能が障害されることが多くて、特に、多発性脳梗塞で、偽性球麻痺と呼ばれるような状態になると、しばしば言葉のもつれと嚥下障害を来す、比較的、認知症そのものの状態は軽いのに嚥下障害を来すということがしばしばあります。

本日のテーマは、「食べられなくなったらどうしますか」ということですが、そもそも、食べられなくなるというのはどういうことなのかということが問題で、実際には食べられなくなるというのにもさまざまな理由があります。

一つは高度の嚥下機能障害のために、物理的、あるいは機械的と言ってもいいかもしれませんが、摂食不能となる場合。これは脳血管障害で、ちょうど手足が麻痺するのと同じようにのどの筋肉が麻痺してしまう結果起こる嚥下障害ですね。

それから、ちょっと特殊な疾患ですが、筋萎縮性側索硬化症という、全身の骨格筋が失われていく病気があります。ALSという病気ですね。こういう病気では認知機能は比較的保たれているにもかかわらず、嚥下機能が選択的に障害されて、本当に飲み込めなくなってしまうということが起こります。

それから、逆に本人が食べる意欲を失ってしまう、あるいは食べることに興味を失ってしまう場合というのがあって、これはアルツハイマー病の末期などにしばしば見られます。

それから、本人が食べることを拒否する場合、口を閉じてしまっ、もう食べるのを嫌がってしまう場合、これは実はうつ病などによる場合があります。そういうことを鑑別しなくてはなりません。

それから、誤飲性肺炎を繰り返すので、再発の予防のために食べない方がいいとか、あるいは、脱水、低栄養、あるいは食事に時間がかかり過ぎるなどのために、経口摂取は実用的でないとの判断によって中止される場合など、いろいろな場合があります。

問題は、本人は口から食べたがっているのに、例えば、肺炎を起こす危険があるとか、経口摂取だけでは脱水になってしまうからとか、そういったような理由で、食事が食べられないという

ふうに決め付けられてしまって、経管栄養にされてしまうという場合があるということです。

嚥下障害を来しやすい病態、状態についてはただいまご紹介しましたが、非常にたくさん可能性があります。神経疾患、悪性疾患、それからいろいろな薬ですね、高齢者では薬のために、いろいろな不都合なことがたくさん起こってきます。あるいは歯科口腔疾患、それから、胃・食道疾患、それから、加齢そのものによる機能低下というのもございます。

さらに、食物の形態がだ液の少ない高齢者にあまり適切でなかったりする、そういう場合もあります。本来はこういう嚥下機能の障害をきちんと、ここにあるようないろいろな方法を使って評価して、それに合わせて対策を考えていくという必要がありますが、実際には、高齢で飲み込みの悪い人に対してきちんとした検査が、あるいは原因の検索が行われていることは少ないと思います。

それから、食べるということは栄養を維持するというのが一番大きな目的なわけで、そのために栄養アセスメントというのが行われるようになってきています。それには身体計測、特に体重が急に減ってきていないか、それから、いろいろな血液検査、特に、血液の中のたんぱく質の指標でありますアルブミンの値、この辺りが非常に重視されます。それから臨床診断、食事の摂取状況、社会、経済的要因、そういう環境まで含めてアセスメントして対策を考えるということが必要とされています。

さらに、さっきもちょっと申しましたけれども、うつ状態とか認知症とか、そういうことに対しても十分なアセスメントを行った上で、栄養ケアプランを行っていく。とにかく、これは原則として、口から食べることによって、食べる内容を変化させたり、飲み込みやすくしたりして栄養を維持していく、そういうためのプランです。ですが、これがうまくいかないと栄養が足りないから、では、経管栄養が必要であるというふうな結論に導かれてしまう、かえってそういうふうに導かれてしまう場合もあります。

本当は、誰でも口から食べるのが自然だと思っているわけですがけれども、実際にはなかなか食べさせてもらえないという実態があります。では、どういう理由があるかということ、誤嚥性肺炎、窒息のリスクがある、あるいは医療訴訟のおそれがある、これは医師の側からの都合でありますけれども、食べてもいいよと許可しておいて、その方が誤嚥して肺炎を起こして亡くなってしまったりすると、医師が訴えられるのではないかというおそれです。実際そういう訴訟もあるようです。

その場合、どうして胃瘻にしなかったのかというふうなことが、訴えの材料になっております。

さらに、それが刑事訴追にまで及ぶのではないかと、この辺りは、後で樋口先生がお話ししてくださるのではないかと思います。あとは、経口摂取を続けさせるのが実際には一番人手がかかり、しかもお金にならない。介護施設などで、嚥下障害があつたり、あるいは食べることに興味を失っていらっしゃるような方に、口から食べさせようとする非常に手間暇がかかってしまって、1人のお昼ご飯の介助に1時間もかかるというようなことが珍しくありません。しかも、それに対する報酬というのは全くないわけですね。

介護現場における人手不足、それから、情報の非対称もあります。情報の非対称というのは、一般に、依頼人と代理人の間の情報の非対称ということで、依頼人というのはこの場合、高齢者、患者さんということになりまして、代理人の方は医療従事者ということになります。一般に医療の現場では圧倒的に専門的な知識を医療従事者側が持っていて、それを押し付けるような形にな

ってしまう。そういう情報の非対称性があるわけですね。

それに対して、依頼人のニーズ、患者さんのニーズ、どれくらい食べたいのか、中にはもう死んでもいいから食べたいというふうなことをおっしゃる方もいらっしゃるわけですが、その食べたいという欲求が本当にどれくらい切実なものなのかということは、医療者側にはわからないわけですね。

そういう意味での逆の非対称性もあって、良かれと、あなたのために、あなたが肺炎になったら、あなたが苦しむんだから、だから食べさせないんですよというふうな、いわゆるパターンリズムによる医療が行われてしまうということになります。

そこで、もう食べられないと決め付けるまでに、まだ成すべきことが本当はたくさんある、胃瘻にすべきかどうかということを考える前に、本当はもっとそういうことを検討していただきたいということです。

次に胃瘻をめぐる問題について少しお話をしていきたいと思います。現在、胃瘻と言われているものは、経皮内視鏡的胃瘻造設術、英語で、**Percutaneous Endoscopic Gastrostomy** といって、それを略してPEG、ペグというふうに言われる方法です。

この胃瘻自体は胃壁につくられた穴のことで、胃瘻の造設自体は19世紀から行われていて、これは食道に通過障害があるような場合に、胃の手術をするのと同じように開腹手術をして、胃瘻をつくっていたのですね。それはそれで医療処置として必要なものだった、そういう歴史があります。

現在、胃瘻を内視鏡を用いて開腹せずに造設する方法としてペグが普及してきました。ペグは侵襲が少なく、高齢者でも容易に短時間で施行できる。さらに、鼻から管を入れて経鼻経管栄養をやるよりも、後の管理が容易であるというふうなことで、この技術が開発されてから、短時間のうちに普及したということでもあります。

胃瘻は鼻から管を入れるのに比べて、胃壁から直接胃内にチューブを挿入するため、患者自身の苦痛が少ないというふう考えられています。それから、胃瘻をやりながら経口摂取をしたいという場合にも妨げになりにくいいため、急性期に胃瘻をつくって、その後、嚥下リハビリテーションを行って再び口から食べられるようになる場合、この間、リハビリテーションを行っている間、体力を維持する上で、胃瘻というのは非常に有効な方法であります。

さらに、胃瘻からの栄養と経口摂取との併用も可能ですので、食べたいだけ口から食べて、不足している分は胃瘻から補うという方法で、QOLの高い生活をしておられる方もいらっしゃいます。

では、高齢者における胃瘻は実際どういうふうな経緯でつくられているかと申しますと、ほとんどが急性期病院でつくられる。急性期病院では肺炎になって入院すると、その前後のことはあまり考えずに、「とにかく、もう食べられないし、栄養も悪くなってしまふから、胃瘻をつくらなとだめですよ」という医療者側の判断でペグが施行されます。もちろん、医療者側の判断といっても、ちゃんとインフォームド・コンセントはとられているはずなのですが、事実上は医師が「やらなければだめ」「やった方がいいですよ」と言われれば、その場では患者さん、ご家族の方はほとんどと断れないというのが現実だと思います。

さらに病院の機能分化が進んで、急性期病院の特に若い医師は、胃瘻造設後の経過、その後どうなっていくかということをはほとんど知らずに、本当に患者さんのためだと心から思って胃瘻を

つくっている、そういうふうな現実があります。

さらに、転院先を確保するために、現在、急性期病院はとにかく平均在院数を短くして、早く転院させないといけないということになっています。そうすると、例えば、施設に退院させたいというような場合に、施設の側から、「食べられないのだったら、胃瘻をつくってもらわなくては受け入れられません」、というふうなことが言われたりする、そういう事実もあるわけですね。

重度認知症患者への経管栄養に関して、果たしてそれが効果があるのかどうかということに関しては、これまでたくさんの研究があります。中でも有名なのは 1999 年にフィヌケイン (Finucane) という方が書いた論文が非常に有名です。

重度認知症患者の経管栄養が有用であるかについて、それまでに行われたたくさんの研究を全部集めて、もう一回解析し直したというわけですね。その結果、経管栄養には褥瘡を防ぐ、誤嚥性肺炎を減らす、他の感染症の危険性を減少させる、栄養障害を予防する、生存期間を延長する、身体認知機能を改善する、患者の自覚症状を改善するといったエビデンスは認められませんでした。こういうことを期待して実際は経管栄養が行われるわけですが、本当にそれが効いているというエビデンスはないという結論でした。

こういったものを背景にして、昨年、日本神経学会が中心になって、老年医学会もそれに関係しておりますけれども、関係する 6 学会もが参加して、認知症治療ガイドラインというものを合同で作成しました。

それは Q & A 方式になっています。栄養障害の治療はどのように行うかという Q に対して、「重度認知症者の栄養障害治療のための経管栄養には、栄養改善、褥瘡予防、誤嚥性肺炎を減らす、生存期間を延長する等のエビデンスはない。そのようなことがあって、まずは介護者による経口摂取の可能性を追求すべきである」という答えになっております。

ただこの答えは、グレード C1 というふうになっています。ガイドラインでは推奨の度合いによって A B C D と 4 段階に分かれておりまして、A はこれは絶対にやった方がいい、D というのは絶対やってはだめというグレードです。C1 というのはエビデンスはないけれども、どちらかといったらこの意見に従った方がいいですよというグレードで、残念ながら、そういうレベルにすぎないというわけですね。

現在では胃瘻をつくった認知症患者さんの終末期が必ずしも好ましいものではない。むしろ、人としての尊厳を損なうのではないかというふうな意見もあって、胃瘻をつくらずに差し控えるべきではないかというふうな意見もだんだん増えてきています。

問題は、差し控えによって、先ほども申しましたように、胃瘻によって恩恵を受ける可能性のある人の機会を奪ってしまう危険がないかどうかということですね。胃瘻はつからない方がいいということになりますと、それが拡大解釈されて、胃瘻によって、もしかしたら高い QOL を得られるかもしれない人までやめさせられてしまうかもしれない。

それから、本人や家族が胃瘻についての言葉による説明だけで本当に理解できるか、短時間の説明でこうなりますよと言っても、結局は医療者側の誘導で意見が決まってしまうのではないかという心配があります。それから、差し控えますと、家族は本当にやらなくて良かったのか、いつまでも悩み続ける、そういう可能性があります。

一方、経管栄養は、今のところ、医療従事者の間では、一度始めたら勝手にやめてはいけないというのが常識のようになっていきますので、それが大きな問題になっています。果たして本当に

中止できないのかというわけですが、経管栄養を中止することは餓死させることではない、まして、殺人ではない。もともとの自然経過に戻すだけのことであるという考えにもとづいて、欧米のガイドラインでは、アメリカでは、生命維持装置を中止するというような裁判がたびたび行われていて、人工呼吸器を含めた生命維持装置、経管栄養もそうですけれども、それを途中で中止しても良いというのがだいたいコンセンサスになっています。

それは殺すことではなくて、単にもともとのナチュラルコースに戻すだけだと、そういう立場に立っているわけですね。

いずれにしても、そういったことに関しては、ご本人の意思に従って行うということは最も大事なことです。できれば事前にご本人の意思を確認しておきたいというわけですがけれども、認知症の場合には、それを正しくお聞きするためには、認知症という病気の告知を早期にしておかなくてはいけないというふうに考えられます。

終末期についての医療とケアのあり方については本人の意思を尊重すべきである。認知症終末期の医療とケアについての本人の希望を確認するためには、認知症であることの告知が不可欠であると思います。一般的に、寝たきりになったらどうしますかと聞いても、やはり、リアリティがないと本当には考えられない。具体的に、あなたはアルツハイマー病で将来こうなります。そのときどうしたいですかと聞かないと、本当のことはやはり聞けないだろうと思います。

ところが、我が国では認知症の告知は、ほとんど行われていないというのが現状ではないかと思えます。

国立長寿医療センターの荒井由美子先生のグループが中心になって、将来自分が認知症になった場合、知らせてほしいかどうかというふうなアンケート調査を行っております。知らせてほしいの回答が 81%、知らせてほしくないは 19%にすぎなかったということで、知らせるべきだという、知らせる方向に傾いているとは思えます。けれども、一つの問題点は、20代では 85%、30代では 89%の方が告知を希望しているのに対して、70代では 69%と低くなっているということで、現在の高齢者に今すぐ告知をすることが適切なのかどうかという問題はあるかと思えます。

それから、何のために告知をするかですが、告知のメリットといえば、告知することによって患者が自分の将来に備えて、残された期間を計画的に有意義に生きることができるという前向きの考え方です。

それから、将来の治療方針についての希望を述べる機会を与えることができる。さらに治療に前向きに参加できるというふうなことで、これはがんの告知などのときに一般によく言われていることかと思えます。

逆に、デメリットとしては、強いショックを受けるかもしれない、将来を悲観して自死を選ぶ危険がある、好ましくない未来のことを知らずに過ごしたいという人生観を持つ人もいる。それから、悪い知らせは聞かずにいる、知らずにいる権利というのもあり得るだろう。それから、今のところ、認知症告知後のサポートがまだ十分とはいえない。がんの場合も、告知の後のサポートが特に重要だというふうに言われています。

認知症の告知に対して、がんとの違いを考えてみますと、先ほどもちょっと申しましたとおり、認知症の診断はがんの場合ほど確実なものではないということがあります。がんの場合にはどんなに早期であっても、細胞や組織を調べれば、100パーセントがんだというふうに自信を持って診断することができるのですが、認知症の場合はアルツハイマー病といっても、実際に亡くなった

後で調べてみると、8割ぐらいしか当たってないのですね。

そういうことで、自信を持ってアルツハイマー病と診断する前に、普通は半年ぐらい経過を見るのが一般的です。そういう意味で、そういう不確かなことを、ちょっと告知しにくいというのは、医療者側の都合です。

それから、がんでは、終末期まで患者の意思決定が可能でありますけれども、認知症では不可能になるという問題があります。がんの方は比較的末期まで機能が保たれていて、自分の最後をコントロールできる、あるいはコントロールしたいという意思を持っている方が多いわけですね。

さらに、がんで死ぬことはほとんどの人が納得していますが、認知症が死に至る病だという認識は、今のところ、まだ一般的ではないように思います。日本では死因統計の中に認知症というのはほとんど出てこないのですね、アメリカの場合にはアルツハイマー病という死因の統計があります。

最後に、私の話のまとめですけれども、90歳前後で食べることを含む機能を維持できなくなって迎える死というのは、ごく自然、ごく普通のことだという認識を、まず共有していただきたいと思います。

それから、経口摂取を続ける努力こそが評価されるべきであるということで、特に人手の分、その報酬の面で、あるいは、そういう価値観を共有していただきたいということです。

一方、胃瘻をするかしないかというふうな段階に立った場合、経管栄養の適否を未経験者が短時間で、医師から説明を聞いただけで適切に判断するという事はかなり難しいだろうと思います。やったとしても、やらなかったとしても、後に後悔が残ってしまうので、いったん開始した後でも中止できるという選択肢がぜひ必要ではないかというふうに考えております。

ちょうど時間になりましたので、ここまでにしたいと思います。どうもご清聴をありがとうございました。

2. 今年度研究事業の調査報告

① 患者家族対象面接調査

西村 美智代

皆さん、こんにちは。社会福祉法人サン理事長の西村と申します、よろしくお願いいたします。

初めに、私は認知症患者、家族への面接調査を報告いたします。初めに、この調査にご協力いただきましたご家族の方々、そして、調査員の皆様に対し、この調査により少しでも、より良い社会環境につながることを念じながら、感謝の気持ちを込めて報告することをお伝えしたいと思います。どうぞ、よろしくお願いいたします。

まず、初めに、今回の調査研修事業は、日本老年学会が平成13年に発表した、高齢者の終末期の医療およびケアに関する立場表明において、今後取り組むべき事項とした、経管および経静脈的栄養のガイドラインの作成を長期の目標とし、必要な基礎的実態調査、医療者の意識調査と資料収集として、医師、看護師を対称とした医療的調査、認知症患者の家族を対象とした面接調査を実施いたしました。

目的です。認知症の摂食、嚥下困難な患者に対する人工栄養、水分補給法の施行実態に関する諸問題を明らかにすること。2、認知症患者の人工栄養、水分補給法の意味決定について、介護家族の困難さの実態を明らかにすること。3、認知症患者家族への認知症、摂食、嚥下困難、人工栄養、水分補給法の説明の実態を明らかにすること、最後に、認知症の摂食、嚥下困難な患者および介護家族に必要とされる支援を明らかにすること、を目的に発表させていただきます。

対象と方法です。調査対象、認知症の胃瘻施行患者家族35名です。東京都、埼玉県在住です。調査期間、2010年10月から11月。調査方法、半構造化面接法。調査者の概要、7名、社会福祉士、薬剤師、元介護家族です。

有効回答数35件中33件でした。認知症ではない2件を除外しています。倫理的配慮、研究目的、取得データの取り扱い、研究協力の任意性と撤回の自由など、説明を行いまして、書面にて同意を得ております。

結果、対象者の属性から発表いたします。先ほど、飯島先生からご講義いただきました内容を頭に置いていただきながら効いていただければ、もっと深く読み取ることができると思いますので、よろしくお願いいたします。

対象者の属性です。年齢、50歳から69歳で、6割になっております。それから性別です、50代以上の人で、圧倒的に女性が多いというふうに出ております。職業です。無職、半数は働いていない人、無職ですね。それから、居住地ですが、先ほど申しあげました東京、埼玉なんですけども、東京15人、埼玉が18人となっております。

時間の関係上、非常に早口でお話ししますが、皆さんの能力に頼るところが大きいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

次です、被介護者との関係です。被介護者との関係、1と3の配偶者と子どもで、60.6%です。また、女性が半数以上、ほぼ女性となっております。下の方に、6、7では、めい、母、おのこの

1名でした。ここのところがまた1名ずつなのですけれども、現状としては非常に深刻な状況になっております。

認知症、診断時年齢です。3、4の65歳から84歳までの65歳以上が圧倒的に多いというデータが出ております。それから、性別ですが、男女比が半々になっています。現在の年齢、まず、存命中です、存命中の人は75.8%、他界された人は24.2%でした。

認知症の原因です。アルツハイマー型前頭側頭型、それから、下の方に書いてあります、レビー小体型、1、2、5、脳変性疾患は39.3%になっています。

それから、3、4の脳血管性認知症、48.5%で約半分です。1から4で大半を示しております。

認知症の説明を誰から受けたかということです。説明を受けた山5割です。主治医は41.9%になっております。では、2番目の説明を受けていないは半数を超えました。これについては、また、いろいろな方面から読み取っていただければと思います。

「やがて、食べられなくなるという説明は受けたか」ということです。説明を受けたというのが8.3%です。次がかなり衝撃的な数字なのですけれども、説明を受けていないというのは9割以上の人は受けていないという回答をされています。その説明を受けていないというのは、聞いていないを含めてのことにしてください。

「嚥下困難となったのはいつごろのことですか」ということに対して、ここは有効回答は31ですけれども、3、4の75歳から94歳で7割です。

4の2、摂食困難となったときの被介護者の身体状況です。2、3でほぼ9割が、何らかの介助を必要としている状態にあります。有効回答数が29ですね。

次、「摂食、嚥下困難について、どのような説明を受けましたか」。病状の説明と同時に2についても説明していることがいえます。1、2、病状の説明と同時に2についても説明することがいえます。10、有効回答数28です。

次は、「摂食、嚥下困難の説明を受けたときはどう思ったか」ということです。1、理解できた、安心した、30.3%。驚いた、悩んだ、6人。不安だった、6人。不満感が11人になっています。2、4で7割の方が、何らかの戸惑いや不安などを抱えていらっしゃいます。

では、「摂食、嚥下困難への対応として示された選択肢の数」です。1、選択肢は示されなかった、0。この3人の方は緊急に搬入されて説明する時間がなかった方です。2の1、18人、54.5%、1種類ですね。これは主に胃瘻栄養法の1種類です。

下段のインタビューの中で示した選択肢、1、2、3、4、5とありますけれども、その5と6は0ではありませんでした、この表にはありません、1種類、2種類、3種類、4種類のところまでは数字が出ております。

「決定の決め手や影響が大きかったもの」。家族の状況、これは5人です。やはり、4の医師の意見が影響しているというふうに思います。

その次に、2の、「長生きしてほしい」というのが多くありました。また、「(4) その他、医師の意見や説明」というところにあります。この医師の説明の内容について、補足をさせていただきたいと思います。現在の被介護者の状態説明、被介護者本人の負担軽減、栄養補給法の説明、胃瘻を造設することで経口摂取の可能性が出る。管理のしやすさ、転院のため、選択肢も示さず、医師の言うとおりにするしかなかった、説明はあまりないなどが、この医師の意見や説明に含まれております。

それでは、次に参ります、4の8。「意思決定の際に、本人の意向を生かしたか」ということです。1、生かされなかった、63.3%で、これは全体の3分の2になっております。生かされた、これは1、2はあくまでも家族の主観なんですけども、生かされたが36.7%、この1、2はあくまでも家族の主観であります。

次に参ります。「意思決定の際に、最も知りたかった情報」。1、本人の情報、栄養補給法、13人、知りたかった人は多かったように思います。それから5に参ります。5、「情報以外のことを考える時間が欲しかった」は、その他ということですよ。決断としての意味であります。

では4の11、「意思決定の際に悩んだことは何か」、緩和のための支援ということですね。1、悩んだこと、18人、このような数字が挙がりました。1から11、このようなことが挙がっています。困ったことはないが8人という数字で出ております。

では、一連の意思決定についての今の考え、「本人にとって最善とは何か」、本人ですね、ここは、本人ということをお頭に置いておいてください。「その実現のために必要なことは何か」ということです。33人中16名が有効回答数になっています。33人中16人しかお答えいただけていないなど、言語にできない苦悩があるように思います。質問に答えるのも難しいようでした。1、2の内容は以下のとおりになっておりますのでご覧ください。

次に参ります。「家族にとって最善とは何か、その実現のために必要なことは何か」の、今度は家族です。家族にとって最善、12人、家族にとっての最善は、本人のために何かのいい方法はないか、ということを考えているということがここから出てまいります。

そして、2番目は、「実現のために必要なこと」、これは16人です。家族であったり、専門家などのサポートをやはり必要としております。

まとめとしてお話をしたいと思います。この調査を受けて下さったある男性介護者の方からご意見を頂いた調査後の声です。お聞きいただきたいと思っております。

「母との別れを受け入れるために、必要な時間を胃瘻によってもらうことができました。アイスクリームを食べられました。いったん食べられなくなっても、嚥下の能力が戻る事が決してないわけではないので、本人の意思がわからない場合は重い判断が迫られると思います。課題の部分が世の中に伝えられなければ意味がありません」。これはコミュニケーションが非常に大切だということをお暗に言っていました。

私が今回調査を行いまして思ったことは、救命が延命になることを考えていかなければならない。また、死にも意味があるということです。昨年、埼玉県で胃瘻についての講演や講義を行い、アンケートが300人から集まりました。その300人の中にはケアマネ、特養、老健、グループホーム、病院、そしてご家族の方々です。

私たちはそのアンケートをもって、社会がどのようにその本人にとって、ご家族にとってのサポートにつながっていくのかということ、皆で考えていきたいと思っております。

それから、お医者さんの方々も非常によく頑張っているということは重々承知です。でも、アンケートの中にはこのような回答が出ているということ、私たちは真摯（しんし）に受け止めて、ともに学んでいきたいと思っております。

ご参加の皆さんも、自分の問題として考えていただければありがたいと思っております。

本日はどうもありがとうございました。

② 看護師対象量の調査

諏訪 さゆり

千葉大学大学院看護学研究科で、訪問看護学教育研究分野に属しております諏訪と申します。きょうは、どうぞ、よろしく願いいたします。

私は日本老年看護学会に所属する看護師資格を有する会員を対象にして行った調査の結果について、ここでご報告させていただきます。

日本老年看護学会の会員の特徴ですが、大学等の教育研究機関に勤務している者がおよそ8割、また、病院や介護施設等で臨床現場に所属する者が約2割という、そういう特徴のある構成になっているということを最初、ご紹介したいと思います。

では、この調査の目的です。スライドに示しましたように、摂食困難となった認知症末期患者のANHの導入や経口摂取再開に関して、看護師としての経験の有無や判断の根拠を明らかにすること。

また、認知症患者への食事と、口腔ケアに関するチームケアの状況を明らかにすること。認知症末期患者のANHに関する看護学における基礎教育の状況を明らかにすること、そして、認知症末期で経口摂取困難な患者のシナリオを示しまして、ANHの施行や差し控えに関する問題意識や、倫理、法律問題に関する意識を探索すること、この4点を調査の目的といたしました。調査方法についてはスライドをご覧ください。

先に行きたいと思います。結果です。調査対象者 1,104 名のうち、363 名から調査票が返送され、有効回答率は 32.8%でした。この有効回答率は看護師対象の調査としては決して悪くない数字だというふうにとらえております。対象者の基本属性については、スライドをご覧ください。

用語の定義につきましても、先ほどの飯島先生のお話にもありましたので、特にここでは読み上げないで先に進めたいというふうに思います。

それでは、調査の具体的な結果についてご報告いたします。まず、回答者、363 名の現在の所属機関ですけれども、大学等の教育研究機関に所属する者が 65%と圧倒的に多く、療養型病床のない病院に勤務する者が 53 名、15%、また、療養型病床のある病院に勤務する者が 23 名、6%という結果になっておりました。

現時点で長期に入院、入所できる病院の病棟やグループホーム、老人保健施設、また、特別養護老人ホームのいずれかに勤務している回答者 97 名に、ペグを造設する場合に自分の施設内で行うか、あるいは、他の施設に依頼するかを尋ねましたところ、施設内でペグを行うと回答した方が 57 名、69%、ペグはほかの施設に依頼してつくと答えた方が、37 名、38%というふうになっておりました。

老人保健施設や特別養護老人ホームでは、同じ法人内の病院でペグを造設することはあったとしても、自施設内で造設することはないということになりますので、病院に勤務してする今回の

回答者 76 名の所属先でも、ペグの増設を行っていないところもあるということが明らかになりました。

グループホーム、老人保健施設、特別養護老人ホーム、また、病院のいずれかに勤務する回答者 97 名に、過去 1 年間に誤嚥性肺炎に罹患した認知症患者の延べ人数を質問いたしました。その結果、1 名から 5 名の方が肺炎に罹患したと回答した方が最も多く、33%ということになっておりました。

次は、認知症末期患者に看護師としてかかわった経験を尋ねましたところ、経験のないという者が最も多く 31%、21 症例以上の経験があると答えた者が 26%、1 から 10 症例の経験があると答えた者が 25%というふうな回答になっておりました。

次は、認知症末期患者を看護師として看護した経験のある対象者 225 名のうち、認知症末期患者に ANH を導入するかどうかの意思決定に、看護師としてかかわった経験があるかどうかを尋ねました。

そうしましたところ、1～10 症例の認知症末期患者に関して、ANH を導入するかどうかの意思決定に看護師としてかかわった経験のある者が最も多く、44%という回答になっておりました。

その認知症末期患者を看護師として看護した経験のある 225 名のうち、ANH を導入しないという選択をしたケースに看護師としてかかわった経験のある者の方が多くて、51%ということになっておりました。

その認知症末期患者で摂食困難となった者に ANH を導入しないという選択をしたケースの具体ですけれども、その具体についてはこのスライドに示したとおりです。まとめますと、回答者は本人、あるいはご家族の言葉や動作から、ご本人の口から食べたいという意思があるということとを解釈しているということが読み取れると思います。

その次は、認知症末期患者を看護師として看護した経験のある 225 名のうち、認知症末期患者で摂食困難となり ANH を導入した後、経口摂取できるようになり、ANH を使用しなくなったケースに看護師としてかかわった経験のある方はいますかということで質問しましたところ、58%の方がそういった経験があるという回答がございました。

それらのケースの具体ですけれども、食べることへの意欲がご本人に見られたり、口から食べるためのさまざまな身体状態が整うように、看護師をはじめとしてチームでケアをし、また、口から食べるためのさまざまな身体状態が整いつつあるという経過を看護師がていねいに観察しているということが読み取れます。

家族やケアスタッフが熱心にケアを継続していたということも述べられていました。

これらの結果から、認知症末期というよりも、一時的に身体機能が低下している状態で ANH が導入されているという状況や、回答者の認知症末期というとらえ方、判断の幅も広いのではないかと見えてくると思います。

次は認知症末期患者を看護師として看護した経験のある 225 名のうち、ANH を導入した後にその ANH を中止し、経口摂取も積極的に進めなかったケースの経験のある方はいますかということで質問しましたところ、そういった経験のある方は 76%に上っておりました。

それらのケースの具体をスライドに幾つか示しました。そのときのご本人の状態が落ち着いているので、それ以上変えたくないという判断をされたご家族がいらっしまったということや、認知症の方本人の苦痛表情を、家族や関係者が見かねて中止したというもの、その後も経口摂取も

勧めなかったというもの、また、状態の悪化、そして、家族の思いがそれぞれに異なり、合意に至らなかったなどということが述べられておりました。

さて、次です、次は回答者が自分自身の家族について、要するに、看護師としてではなくて、家族として、自分の家族のANHを導入するかどうかの意思決定にかかわったことがあるかどうか、という経験について尋ねた結果をお示しします。

ANHを導入するかどうかの意思決定に、回答者が家族としてかかわった経験のある者が72%を占めておりました。これは非常に多い数字かなというふうに、個人的にはそういった印象を持っております。

さて、次です。ここからは、看護師の資格を持つ回答者である、その臨床判断について、結果を述べていきたいなというふうに思います。

摂食困難となった認知症患者について、ANHの導入を検討する要因です。それぞれの回答者から優先順位の高い要因を五つ選んで選択して回答してもらいました。その結果、「むせが多い」「発熱を繰り返す」「食事摂取量が低下している」「体重が減ってきた」の順で、上位を占めておりました。

次に、「口を開かない、開口しない」ということが挙げられていました。もちろん、口を開かないと口から食べることはできませんけれども、認知症の方の場合、先ほど、飯島先生のお話にもありましたけれども、「食べられるものであることがわからないので口を開けない」とか、そもそも「おなかがすいていないので口を開けない」。あるいは、「ケアする者のかかわり方に認知症の方が違和感を覚えて口を開けない」「口内炎による痛みがあったり義歯が合わない」などのさまざまな理由が挙げられますので、摂食困難となった認知症患者にANHを導入するかどうかを判断するということは、とても難しいということがこの結果からも読み取れると思います。

また、重度の認知症であるということを挙げたものは、その他を除くと、この中では上位8番目となっております。認知症のレベルや経過が重要視されていないか、あるいは、認知症の重度、終末期よりもっと前の早い段階でANHの導入が検討され、つくられているということもこの結果から読み取れるのではないかなというふうに考えております。

このスライドですけれども、これは359名の回答者から得られた、摂食困難となった認知症患者について、経口摂取を中止してANHを導入した後、経口摂取を再び始める、開始するということを検討する、そのときの要因です。それぞれの回答者から、やはり優先順位の高い要因を五つ選んで回答してもらいました。

そうしましたところ、「だ液をご本人が飲み込める」「食べる意欲がある」「十分な咳ができる」という三つの要因がダントツで一番高くなっておりました。

さて、次のグラフです、次はこのグラフですけれども、病院の病棟やグループホーム、老人保健施設、特別養護老人ホームのいずれかに勤務する回答者97名に対して、認知症患者の食事や口腔ケアにかかわるチームが、ご自身の職場でどのように構成されているか、どんなメンバーでチームが構成されているのかということ、複数回答で答えていただいた結果となっております。

97名のうち、病院で勤務している看護師が76名と圧倒的に病院勤務の方が多いので当然の結果かなというふうにも思いますけれども、看護師、栄養士、管理栄養士、また言語聴覚士、医師からなるチームで、認知症患者の食事や口腔ケアにかかわっているという結果でした。介護福祉士は5番目という結果になっておりました。

これらのチームで困難なく実施できている食事の援助や口腔ケアの具体ですけれども、最も実施率が高いものが「一人一人に合った食事の形態を決める」というものでしたが、この食事の形態を決めるということ「困難なく実施できている」というふうに回答した者は 64.9%に実はとどまっています。それ以外で 50%以上は、「困難なく実施できている」と答えていたケアの内容は、「一人一人に合った食事の量を決める」「食事のとき、覚せいしていることができるようにかかわる」のみにとどまっています。

その次です、その次のスライドは、一方、チームであまり実施できていない食事の援助や口腔ケアの具体を挙げています。「だいぶ分泌量を低下させる作用がある薬の服用状況を確認する」を始め、認知症患者が服用している薬が、食べることにどのように影響しているかが、十分に把握されていない傾向があるということが明らかになったと思います。

「食事の前には空腹を感じられるようにかかわる」「一人一人に合った食事時間を設定する」「認知症患者の好みの食べ物を提供する」ということも実施率は低いという結果となっております。

その次に参ります。その次は、今回の調査は教育研究機関で勤務する者が大変多ございましたので、ここでは回答者に、教育研究機関に所属する 236 名に対して、「自分が担当する講義、演習に、認知症末期患者の ANH を学習内容に含めているかどうか」を示したグラフとなっております。

実は、このグラフ、皆さんのお手元の配布資料とちょっと計算の仕方を変えておまして、皆さんのお手元の資料が、N が 363 になっているかと思いますが、このスライドでは分母を教育研究機関に勤めている教育者の中でというふうに示しましたので、こんなグラフとなっております。

その 236 名に、「ご自身が担当する講義、演習に、認知症末期患者の ANH を学習内容に含めているか」ということを聞きましたところ、「含めている」というふうに回答した方は 30%にとどまっているという状況が見えてまいりました。

さらに、「ご自身が担当する実習におきまして、認知症末期患者の ANH を学習内容に含めているかどうか」を尋ねております。「含めている」と回答した者は 12%で、「含めていない」と回答した方は 25%でしたが、「学習内容に含めていないけれども、学生によっては学ぶ機会がある」、すなわち、これはどういうことかと申しますと、学生が受け持った患者が認知症末期患者で、ANH を実施しているということがあるということです。これが 54%に上っていたということになります。

ここからは認知症末期で、経口摂取がもはや困難であると医療チームで判断されているシナリオケースの A さんについて、回答者 177 名がどのような判断をするのか、ということをしていただかということ報告したいと思います。

N が 177 となっておりますが、ほかの 186 名の回答者は、まだ経口摂取の可能性のあるケースについての判断をしてもらっておりますので、N が 177 はそのような状況だということでご理解いただければというふうに思います。

このような、認知症末期で、もう食べることができなくなっている、このような A さんに対して、「抹消点滴を継続し、その他の ANH は施行せず、自然経過に委ねるのが適切である」というふう答えた方が 54%で最も多くなってまいりました。「すべての ANH を差し控えて、自然経過に委ねるのが適切である」と答えた方は 19%というふうとなっております。

その「抹消点滴を継続し、その他の ANH は施行せずに自然経過に委ねるのが適切である」と

回答した方に対して、Aさんに抹消点滴を行うことの意味を尋ねてみました。そうしますと、「すべてのANHを差し控える場合に比べて、家族の心理的負担が軽くなる」というものが46%、「患者にとって医学的に必要なものである」と答えた方が44%、そして、「すべてのANHを差し控える場合に比べて、医療スタッフの心理的負担が軽くなる」と答えた方が35.8%というふうになっておりました。

この後報告される会田先生の方から詳しい報告がありますが、認知症末期患者の抹消点滴について、これまでの研究ではあまり積極的なポジティブな効果というのは研究では確認されておられません。そのため、患者にとって、医学的に必要なものであるということは、少し理解をまだまだ深めていかなければいけないことだというふうにとらえます。

すなわち、患者や医療スタッフの心理的負担の軽減のために、A氏にとっては不利益になる抹消点滴が勧められやすいということが、この結果から言えるのではないかなというふうに思いました。

次は、このAさんについて、回答者ご自身がAさんの状態になったらどうしますか、何を望みますかということを探りました。その結果は、先ほどと順序は異なっております。そして、「すべてのANHを差し控えることを望む」という方が31%というふうになっておりました。

さて、これらの結果より見えてきた今後の課題を幾つか述べていきたいと思えます。まず、認知症末期患者のANHの導入の意思決定に家族としてかかわっている教育者が7割以上もいて、社会でも認知症末期患者の医療ケアが重要な課題となっている中で、看護学基礎教育において十分に教育がなされていない、それにもかかわらず、実習では、そういったANHを導入している認知症末期患者と接していたり、看護しているということが明らかになりました。

これは一つ大きな課題であるというふうに思えます。認知症患者と家族の意思決定の尊重、認知症患者の心理状態のアセスメントの仕方、認知症患者が安全に、また、満足して食事を楽しめるということを支えるケアのあり方、認知症末期患者におけるANHにどのようなエビデンスがあるのかということ基礎教育で、また、さらには現認教育で学習できるように、看護師が家族、患者の意思決定を適切に支援できるように、教育が役割を果たしていく必要があるというふうに思いました。

また、摂食困難な認知症患者にANHを導入するかどうかの判断に、むせや発熱などの身体状況が主に考慮されていましてけれども、口を開かないということや、また、なぜ、口を開かないのかということ、そして、認知症のレベルはそういった身体状況に比べるとあまり重要視されていないという傾向が、この結果から、今回の調査から示唆されました。

繰り返しになりますが、認知症患者のレベルや身体状態を適切にアセスメントをし、認知症があることによって、今後どのような経過をたどるのか、病院で胃瘻をつくった後は、どこで療養し、誰が介護するのか、介護力はどうか、そもそも、ご本人はどんな意思があり、また、ご本人にとって何が一番より望ましいのかということ関係者で話し合っていくということの大事さというものを伝えていく必要があるというふうに思えます。

そして、今後の課題の2番目のスライドになります。認知症高齢者の食べる機能の維持、回復、そして、誤嚥や誤嚥性肺炎の予防のために、チームで食事の援助や口腔ケアを確実に実施していくことは重要です。

その重要性は十分認識されているはずですが、チームでのケアの実施率は実際は低いと言わざ

るを得ない状況でした。確実にアセスメントとケアを行い、効果や改善点をチームで確認するための、ケア管理のシステムや人材育成のシステムの重要性が、これからますます重要になっていくと思います。

そして、最後に、認知症末期患者にANHを施行することで、家族や医療スタッフは心理的負担を軽減しようとするということが明らかになりました。この心理的負担の軽減とは、広い意味で、患者のために自分は何をしてあげることができるだろうかと考えることではないかと思えます。

しかし、認知症末期患者が最後まで尊厳を保つために、家族や医療スタッフができることはANHのほかにもたくさんあると思えますが、ペグを実施することによって、介護者と認知症の方のスキンシップにかかわる時間が減少するという点も、これまでの研究で明らかになっています。

ANHをしてもしていなくても、認知症患者さんの、例えば、手を握る、さする、呼びかける、洗髪をするなど、さまざまなケアを行うことで、認知症末期患者も安心、安楽、そして、周りの方との信頼感を得て、またご家族医療スタッフも納得し、満足できるケアが実施できるようになるのではないのでしょうか。終末期のケアの力に、私たちは今一度気付く必要があるというふうに思えます。

以上で発表を終わりにしたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

③ 医師対象量の調査

会田 薫子

東京大学グローバルCOE「死生学の展開と組織化」の会田と申します。医師を対象に実施させていただきました調査について報告させていただきます、よろしくお願いいたします。

調査の名称が、「認知症末期患者に対する人工的栄養水分補給法の施行実態と、その関連要因に関する調査」と申します。用語の定義ですが、先ほどご発表いただいた諏訪先生が中心にお進めになった看護師調査と同じ用語の定義を用いております。

ANHというのが何度か出てまいりましたけれども、人工的な栄養水分補給法のことを、その英語の頭文字でANHと略させて報告させていただいております。

調査の目的ですが、認知症末期患者が経口摂取困難となったとき、患者とその家族に対し、医師がどのような選択肢を提示しているのか明らかにすること、ANH導入の方針決定の際に医師が感じている困難感とその要因を把握すること、ANH中止の経験とその理由を明らかにすること、認知症末期で経口摂取困難な患者のシナリオをお示ししまして、ANHの施行や差し控えに関する問題意識、倫理、法律問題に関する意識を探索すること、などを目的として行いました。

対象は日本老年医学会の医師会員全員でいらっしゃる4,506名の方です。この方たちに郵送で、無記名の自記式質問紙調査に、昨年10月から11月にかけてご協力をお願いいたしました。

調査内容は臨床実践を明らかにすることと、シナリオをお示しして意識をお伺いすることです。

分析対象は有効回答の1,554票、有効回答率34.7%でした。これは医師を対象として実施した調査の回答率としては比較的良い方ではないか考えております。

回答者は男性が84%、回答者の平均年齢53.8歳、臨床経験年数が平均で27.2年でした。

専門とする診療科は、一般内科、老年科、循環器内科、神経内科、総合診療の順になっておりました。

現在の主たる勤務先ですが、一般病院が32%、大学病院が18%、診療所が17%、療養病床が10%、老健が6%でした。

認知症末期患者とのかかわりについて最初にお伺いいたしました。そうしましたところ、回答くださったのは1,554名中の45%が「日常的に認知症末期の方とかかわっている」と回答され、36%の方が「かかわるときもある」と回答されました。そのようなわけで、この調査の対象集団として妥当であったというふうに考えております。

対象者に、ANH導入の可否についての意思決定にかかわった経験についてお伺いしましたところ、経験ありという方が68%でした。1,554人の中の68%ですので1,058人ですが、この1,058人の方にANH導入の方針決定の際に、どの程度の困難を感じましたかということをお伺いしましたところ、非常に大きな困難を感じたという方が16%、ある程度の困難を感じたという方が46%、困難を感じなかったという方は6%しかおりませんでした。

そして、その感じた困難の内容を複数回答でお伺いしておりますが、まず、「本人意思が不明であるということ」が73%、そして経口摂取の継続をしていただきたいと思うのですけれど、それをさせていただくことによって「誤嚥して肺炎を起こし、生命に危険が及ぶ」、また「窒息で生命に危険が及ぶ」、このようなことを心配していらっしゃる医師がかなり多く61%見られました。また、56%の医師が「家族の意思が不統一である」ということに困難を感じておられました。

そして、次を見ていただきたいのですけれども、もう食べられない患者さんだろうと思っても、「ANHの差し控えについては倫理的問題がある」と感じている医師が51%おりました。一方、そうは言うものの「ANHを行うことについても倫理的な問題がある」と感じている医師も33%おりました。そして、「どのような段階でANHに移行してよいのか、その判断基準がわからず困っている」という方が半数近くおられました。今回の調査の対象には老年医学の専門家が多いわけですが、その専門家の中でこのような困難感をお持ちの方が多いということは、非常に重要な結果であろうというふうに思います。

また、法律問題のご心配、刑事の問題は約4分の1の方、また、民事の問題は14%の方が感じておられました。

次の質問ですが、認知症の進行により次第に食事が取れなくなっている患者さんへの第一選択をお伺いしました。これは認知症末期とは限りませんで、だんだん食べられなくなってきている方に対して、第一選択として考えているものは何ですか、という質問です。

そうしましたところ、回答をくださった1,058名の中で、可能な限り食べさせ続けるというのが第一選択だという方が最も多く4割おられました。その次が胃瘻という回答で17%、その次が末梢点滴で12%でした。

次は、認知症末期で摂食困難な患者さんを前にした場合に、ご家族に、これからどうしようかというお話をするとき、どういう選択肢を提示しているかという質問ですが、そういう患者さんのご家族には、「胃瘻という選択肢をほとんど常に示す」という医師は53%、「末梢点滴という選択肢をほとんど常に示している」という医師も53%と、同じだけいらっしゃいました。

それに続きまして、「経鼻経管栄養法という選択肢をほとんど常に提示している」、「可能な限り経口摂取していただき、ANHは行わないという選択肢をほとんど常に提示している」という医師は3分の1ぐらいおられました。

さて、次に、ANH導入後の中止経験についてお伺いしましたところ、「ANH導入後に中止した経験あり」という方は44%いらっしゃいました。1,058人の中の44%で、461名の方に、その導入後の中止理由についてお伺いしました。

皆様のお手元の配布資料で、この数字が若干違っておりますが、ここは461でお願いいたします。この461名の68%の方が、ANH導入後の中止理由として、「下痢や肺炎などの医学的理由」を挙げておられました。下痢や肺炎になったりしたときには経管栄養などはいったん中止いたします。そのことについてのお答えが68%でした。

また、461名の方の43%は、医学的理由ということではなく、患者の家族がANHの中止を強く望んだので中止した経験があると回答しております。

また、医師として、あるいは医療チームとして、ANHの継続は患者の苦痛を長引かせると判断したので中止したという回答がそれぞれ2割以上ございました。また、医師として、あるいは医療チームとして、ANHの継続は患者の尊厳を侵害すると判断したので中止したという回答が、

それぞれ 13～14%ございました。

しかし、「いったん導入した ANH を中止することについては、倫理的な問題があるだろう」と考えておられる医師は 21% おられました。また、それについては「法的な問題もあるだろう」と思っておられる医師は 29% おられました。そして、「ANH をいったん導入した後で中止することについては「マスコミが騒ぐだろう」ということを心配しておられる医師は、約 3 分の 1 おられました。

ここからシナリオ調査の結果に入りますけれども、これは、このようなシナリオをお示ししまして、この方について、医師としてどういう判断をなさいますかということをお伺いしたものです。「現在の臨床実践と若干異なっている、医師としてどのようにお考えになるか」ということをお伺いしましたので、このシナリオの設定では選択肢についての「家族の意向は不明です」というふうに設定してあります。これは意図してこのようなシナリオを設定しております。

なぜかといいますと、終末期医療に当たっておられる医療者の皆様は、患者さんのご家族がこうしてほしい、ああしてほしいと具体的におっしゃいますと、それを尊重する方向で意思決定をなさることが多いので、このシナリオではあえて、「ご家族の意向は不明です」ということで、「先生は医師としてどういう判断をなさいますか」ということをお伺いいたしました。シナリオの A さんは 85 歳女性で、アルツハイマーのファーストの 7 (e) という、末期という設定でございます。

それで、今までできる限りの食事介助をしてもらってきました。何回か誤嚥性肺炎を起こしました。今回も先週、誤嚥性肺炎を起こして、肺炎は治ったのですが、経口摂取の再開はもう無理であるというそういう設定になっております。ですから、できる限りの食事介助を今までしてきました。そして、経口摂取は本当に不可能で、そして終末期です、という設定です。

このシナリオの A さんへの ANH の第一選択なのですが、それでも、「点滴を継続して自然の経過へ」と回答した医師は半数以上、51% でした。次に多かったのが、「A さんには胃瘻である」という回答が 21%、「A さんには経鼻経管である」という回答が 13%、「A さんの場合は、すべて差し控えて自然の経過に委ねるべきである」という回答は 10% でした。

A さんについて、末梢点滴を継続してということをお伺いした方が半数以上おられて、これが回答としては一番多かったのですが、この場合に A さんに末梢点滴を継続することの意味についてお伺いしました。A さんに「末梢点滴の継続」ということを選んだ医師に、なぜ、点滴をするのですかということをお伺いしました。

そうしましたら、「すべての ANH を差し控える」場合に比べて、「患者さんの家族の心理的な負担が軽くなる」という回答が最も多くて 7 割くらい、「医療スタッフの心理的負担が軽くなる」という回答も 6 割近くあり、「患者さん自身にとって、医学的に必要だから点滴をする」という回答は 4 割弱でございました。

ということで、A さんに末梢点滴を継続することの意味なのですが、それでも、「何もせずに看取るのは看取る側の心が痛むから、点滴ボトルを下げておきたい」と、そのようなことであろうというふうに解釈されました。

その他の理由としまして、幾つか出てきておりましたが、「家族に納得していただくための時間を提供するためである」、「ご家族の方針が二転三転するときもある。だから、家族の方針がきちんと決まるまで点滴で粘っていく」、「末梢点滴というのは低侵襲なので、このくらいだったら A

さんに我慢してもらってもいいだろうとも思う」などでした。

また、「何もしないということが法的に問題となる懸念があるから、点滴ぐらいはする。点滴も行わないということは倫理的に許されるのかどうか疑問である」という回答もありました。

また、終末期医療はがんの分野で進んでおりますけれども、「がんのターミナルケアの指針に準じて、この場合は点滴でしょうというふうに考えました」というお答えも見られました。

回答者である医師の方に、「先生ご自身がAさんの状態でしたらどれを選びますか」とお伺いしました。そうしましたところ、「点滴だけで自然の経過に委ねてもらうのがよい」という方が一番多くて 31%、「自分の場合だったら、すべて差し控えて看取ってください」という方が 27%で、2番目に多い答えでした。また、その次に多い回答は、「自分だったら死んでもいいから経口摂取を継続したい」というものでした。ご自分の場合でも「胃瘻を選ぶ」という方は 13%でした。

Aさんの状態、つまり、アルツハイマー末期の状態についてお考えをお伺いしました。そうしましたら、「ANHを差し控えて枯れるように死ぬことは自然なことである」というお考えの方が、「そう思う」と「どちらかといえば、そう思う」を合わせると 65%近くで、調査対象医師の3分の2が「ANHを差し控えて、枯れるように亡くなるのは自然なことである」とお考えであることが示されました。

とは言うものの、「病院という場面ではANHはやらざるを得ないものだ」というふうに考えている医師も7割弱おられることが示されました。

また、Aさんの場合に、「本人意思が不明な場合に胃瘻栄養法を導入することは非倫理的である」と考える医師が約4割おられましたが、「ANHの差し控えには患者の親類が反対するだろう」とお考えの方も45%おられました。また、「ANHの差し控えにはほかの医療スタッフが反対するだろう、差し控えについては医療スタッフの同意を得られない」と考えている医師が3割程度おられることが示されました。

そして、「少しでも延命の可能性があるのならば、ANHを行うべきである」と考えている医師も3割弱おられることが示されました。

また、「ANHを差し控えると、法的な責任を問われる恐れがある」と考えていらっしゃる医師は約45%おられました。また、「Aさんについて、ANHを差し控えることはAさんを餓死させることと同じだ」というふうに思っている医師は約4割おられました。また、「ANHを差し控えると、マスコミが騒ぐだろう」とお考えの医師が、やはり4割程度おられました。

しかし、「医療スタッフと家族が十分話し合った結果であれば、点滴だけを行って自然の経過に委ねることは可能である」と考える医師は約9割おられました。「本人の意思が不明でも、家族が望めばANHを差し控えることは可能である」と思っている医師も8割以上、83%おられました。

そして、「医療スタッフと家族が十分話し合った結果であれば、ANHを差し控えても法的責任を問われる恐れはない、法律上の心配はないだろう」と思っておられる医師は75%おられました。

「Aさんについて、ANHを差し控えることはAさんを餓死させることと同じだと思いますか」という質問について、「そう思う」と医師、「どちらかといえば、そう思う」という医師を合わせると約4割いらっしゃるのですが、ここから考察に入ってまいります。Aさんのような終末期の方でANHを差し控えることは、Aさんを餓死させることなのでしょうか？ 基調講演の中で飯島先生からもお話がございました。これは餓死ということとは無縁なことでございます。

医学文献によりますと、苦痛の少ない最期を実現するためには、ANHは不要であり、差し控

えや中止は倫理的に妥当であるというふうに報告されております。このような記述は西洋の文献に多いのですが、名古屋大学の老年医学の植村先生が書かれたご論文のなかでもこのような記述がございます。名古屋大学が 2000 年に初版、2007 年に改訂版を出した老年学の教科書、『これからの老年学』の中にこの記述がございます。

というわけで、終末期のANHの差し控えは、餓死させることなどではなく、実は緩和ケアであるということが、医学文献上は言えると思います。ANHの差し控えが苦痛を減少させる理由としまして、以下のものが挙げられております。まず、気道内分泌物の減少、これによって気道閉塞のリスクが低下し、吸引回数が減ります。また、脳内モルヒネと呼ばれておりますβエンドルフィンや、ケトン体が増加します。これによって鎮痛鎮静作用が出て参ります。

というわけで、ANHを施行せず看取るという選択肢は、シナリオのAさんにとっては医学的には妥当なものです。とは言うものの、今回の調査でこれを選んだ医師は 10%でございました。そして回答者の 45%はANHを行わずに看取った場合の法律上の問題を心配なさっておられます。

さらに、回答者の3分の1は、Aさんに経管栄養を選択されました。その内訳は、21%はAさんにはPEGを施行して胃瘻栄養法を導入するという、13%は経鼻経管栄養法を導入するということでした。

これは、先ほどの飯島先生の基調講演でもございましたけれども、数多くの医学論文が否定していることです。Aさんの状態での経管栄養法の導入には否定的な結論が出されております。患者に不利益をもたらすので行わないと結論されております。

先ほど、飯島先生は1999年のフィヌケイン先生のご論文を引用なさって重度認知症は経管栄養法の適応ではないというお話をなさいましたが、その後に出ました2006年の総説論文も、同様のことを結論しております。それによりますと、重度認知症患者に医師がPEGを行って胃瘻栄養法を導入する場合、医師が意図しているのは、①栄養状態を改善しよう、②褥瘡を予防しよう、③誤嚥性肺炎を予防しよう、④QOLを改善しよう、⑤機能状態や生命予後を改善しよう、ということなのですが、この総説論文は、これらすべてについて根拠がありませんと結論しております。

さて、Aさんには経管栄養法はよろしくないということですが、Aさんのような状態の場合、9割の医師が、これならば大丈夫だろうとお考えになったのがこういう方法です。「医療スタッフと家族が十分話し合った結果であれば、点滴だけを行いながら自然経過に委ねる」。この方法だったら大丈夫だろうと、今回の調査対象医師のほとんどが思っておりました。

この場合の末梢点滴の意味なのですけれども、ご本人のための医学的目的というよりも、患者家族とスタッフの心理的負担を軽減する、つまり、何もせずに看取るのは看取る側の心がつらいので点滴ボトルを下げておくと。そうすると、家族と医療介護スタッフが、それで何となく心が穏やかになると、そのような効果でございます。これは、私どもが甲斐先生のご指導の下に行った先行研究の知見を支持するものでございました。

しかし、この点滴をしながら看取るという方法にも実は問題がございます。この方法は、**dying process** と呼ばれる最後の期間を延長いたします。月単位で延長いたします。西洋の倫理基準に照らしますと、これは患者本人に不利益を為すこととして、倫理原則に反することとされております。つまり、そういうことはやってはならないと。患者本人のためにならないことを周囲の者の

ためにするという事は、医の倫理に反するということが、イギリスや、アメリカや、オーストラリアの医師会のガイドラインでは書かれております。

しかし、日本の医療現場では、今のところ、つまりここに過渡的と書きましたけれども、今のところは、この方法であれば、まあ、何とかやっていけるのではないかと多くの医療者が感じているわけなのですが、この場合の本人にとっての利益や不利益、本人の苦痛の程度などについて、これからもっと考えていかなければいけないのではないかと思います。日本では現在と今後しばらくは、この方法で看取りとするということであっても、同時に、これはいったい何なのか、誰のために何をしているのかということ、この場合の医学的目的とは何なのか、家族まで含めたところを医的介入の目的として良いのかどうか、ということを考えていく必要があるかというふうに思います。

さて、今回の調査なのですが、ご回答くださった 1,554 名の方のうち、543 名という非常に多くの方、回答者全体の 35%の方から、自由記述欄にご記入頂きました。これは、非常に高い記入割合でございまして、今回の課題についての老年医学の医師の関心が非常に高いということが反映されていると考えます。

幾つか、自由記述をご紹介します。まず、ANH を行うこと、ANH を継続することについての問題について、非常に記述が多く見られました。「老衰で死ぬ権利」が奪われていると思います。現状では挿管や人工呼吸器装着と同様、いったん始めた PEG や I V H を、医師の判断のみで中止することには、倫理的、法的問題が残るでしょう。終末期に何も行わないという選択肢が市民権を得る社会となってほしいです」、53 歳、女性医師。

一方、ANH は必須である、人間として当たり前に行うことである、差し控えや中止は許されないという記述もある程度見られました。幾つかご紹介いたします。

「食を断れば餓死することを認識していて、栄養を断つことは殺人にも近い行為である。医の倫理から考えるべきと思う」、72 歳、男性医師。「医療者はもちろん、家族も生命維持への最善策を追求すべきと思う。死はすべての可能性を無にする」、65 歳、男性医師。

また、終末期医療については、「何よりもコミュニケーションをよくよくとっていくことが重要である」という記述もたくさん見られました。57 歳、女性医師の方からは、「超高齢社会に突入し、認知症の患者さんが増えています。まさに毎日、この問題と向き合っているところです。一人一人いつも悩みながら、その患者さんと家族が納得できる栄養法を選択していくしかないと考えております」。

また、「介護施設の終末期ケアは、介護スタッフが十分経験を積んでいる場合、家族と何度も話し合いが持たれると、ほとんどが自然な看取りとなります」、61 歳、男性医師。

また、今回の調査では、やはり胃瘻の問題について書かれた医師がたくさんおられました。幾つかご紹介いたします。「安易な胃瘻造設はやめるべきである。主治医は、胃瘻造設が本当にその患者にとってベストなものかどうか、真剣に考えるべきである」、53 歳、男性医師。「胃瘻は大変良いツール、道具であるが、現時点では経口摂取回復の一時的な道具というよりは、介護施設に送るための道具になっている」、30 歳、男性医師。

また、きょうのシンポジウムのテーマは、認知症のターミナルケアということで、終末期にフォーカスしておりますので、そのような方であれば胃瘻栄養法の適応というのは、はなはだ疑問視されるということを申し上げておりますが、しかし、胃瘻栄養法という方法が、人工的に水分

や栄養を補給する方法として優れた方法であるということは、これは間違いのないことであるわけです。ですから、適応患者を選んでいただけましたらば、胃瘻栄養法は大変良い栄養法になるわけです。

今日、ここにお出でになった皆様に誤解していただきたくないのは、胃瘻栄養法を否定しているわけではもちろんないということで、適応を考えていただきたいということです。そして、それを心配しましたこの48歳の女性医師から、このような記述を頂きました。

「意識があり、意思表示も可能だけれども、嚥下障害を有する神経難病の患者さんには、PEGによるANHは有用な手段と思います。また、多発性脳梗塞の=仮性球麻痺=で、中程度の嚥下障害のある患者さんに、ANHと経口を併用することでQOLの向上につながるというケースを多く経験しています。本人がリビング・ウィルなどで明らかに拒否している場合や植物状態などを除きましたら、PEGというのは昨今言われているほど非人道的なものとは思えません。」

ということで、どの患者さんに適するのを選んでいただければ、もちろん、胃瘻栄養法は良い方法であるということ、ここでもう一度強調して申し上げたいと思います。

また、今回の調査につきましては、やはりガイドラインの策定を長期的に目指しておりますということをお願いしておりますので、これについての期待を縷々書き込んで頂きました。

幾つかご紹介します。「日本全体での、ある程度のコンセンサス、緩やかなガイドラインができるといいなと思います。家族も外部からの意見などに左右されて悩んでいます」、48歳、女性医師。「早急にガイドラインの策定を望みます。学会のみでなく、市民、マスコミ、経験者の家族、法律家らの参加する場で、議論を経て決めてほしい」、51歳、男性医師。「画一的なガイドラインはよくありません。患者個々に、医学的、社会的背景が異なります。死の迎え方の多様性を一般社会に浸透させる活動を学会に望みます」、47歳、男性医師。

そして、また、延命治療の中止を行った際の、やはり法律問題についての記述も幾つか見られました。「つねに不当逮捕の不安がつきまとうので、延命治療に関するガイドラインには法的な裏付けが欲しいです」、43歳、男性医師。

法律問題につきましては、この後、樋口先生からご講演、ご発言いただけると思います。

さて、最後になりましたが、毎日のお忙しい業務の中で、今回の調査にお答えくださった医師の皆様、看護師の皆様、そして、貴重なご経験をお話くださった家族介護者の皆様に、心から御礼申し上げます。誠にありがとうございました。

第2部 パネルディスカッション

1. 発 言

① 食べられない、誤嚥との見極めも必要

鳥羽 研二

皆さん、こんにちは、基調講演で飯島先生がお話しになったことと少し重複しているところがありますので、そこはごく簡単にして、症例などを入れながら、要点を考えていきたいと思えます。

食べられないといったことのもう一度、復習になるわけですがけれども、終末期、死周期、これは数週から数日以内の衰弱ですね、あるいは、慢性疾患で寝たきりで衰弱して意欲が低下する場合もあります。急性疾患で入院後の回復が不十分な場合のものもありますので、この辺の見極めは少し難しいところがあります。

一方、高齢者の場合には、発熱あるいはせん妄、意識障害と興奮ですがけれども、意識障害のために認知症と間違われやすいケースも多く、で、食べられないといったこともございます。

そして、一番多い理由は、嚥下障害でありまして、嚥下障害といったものを認知症と同時に共有する場合とそうでない場合があるということに注意していく必要があります。

全人的にさまざまな職種で多方面からアプローチするといった場合には、この生命維持、本当に終末期といった左端のバイタルサインの低下だけではなくて、知覚認知といったもので専門や意識障害、重度の認知症といったもの、さらに、その人の生活の自立度で、最も最後にまで残されるものは寝返りとか食事ですが、それが全介助になる。そして、同時に、気分や意欲といったものがございます。

このように、すべてのベクトルが一番下まで来まして、整った状態というか、それがすべて同じ状態であると、比較的判断しやすいところですがけれども、医学的には、これらが定義としてはできても、一人一人によって全くばらばらのことが多いために、このような対象だけということになりますと、ほとんど、私は杏林大学におりまして、毎週のように、胃瘻の判断を局員がやるのを見ていまして、このような、本当の下にそろったような段階で胃瘻をつくったといったことは、それほど多くないのであります。

この食事などを含めた日常生活の自立といったものでも、確かに食事は移動能力と同時に最後まで保存されるものでありまして、確かに地域におきまして、食べられなくなるといったものは、歩行と同様に3倍くらいの死亡率といったものがありますので、ある程度長期的に療養している方でも、食べられなくなると死亡の頻度が3倍くらいになるということがあります。

もう一つ、慢性療養の中で、認知症が最近進行して食べられなくなってきたというふうに言うんですけども、実際、最近弱ってきた人の直前のエピソードというものを600人くらいで調べてみますと、確かに認知症の進行というものがあるんですけども、それと同時に、先ほど言った、意識障害で興奮するようなせん妄もあります。

注意すべきは、やはり発熱といったものが非常に多いわけですね。平熱だと言うんですが、その人の基礎体温がお年寄りの場合は34度台の人も多くいるわけで、37度くらいじゃなくて、

6度5分くらいだと思うのですね、私たちの38度ぐらゐに相当することが往々にしてあるわけですね。したがって、この発熱によって弱ってきて食べられない人もあるということがあります。

また、多くの痛みを訴えられない方が、その痛みを隠して弱ってきたということもありますので、診察で訴えられないからといって、さまざまなところをよく見てあげるといったことが、老年科の専門医には求められているところです。

ファーストというのはアルツハイマーの日常生活の分類でありまして、これは脳血管障害の日常生活の分類ではございません。ファーストの7といったものが出て、先ほどの7の着座障害、表情消失、混迷とありまして、年齢といたしましては、赤ん坊でいえば6カ月以内といったところに当たるものでございます。

そして、このような方がどのくらいの期間見るかといいますと、私はいろいろ療養型とかで、見てきたのですが、本当のファーストの7というところまで生きられる方はごく少数で、その前にさまざまな肺炎や合併症などで亡くなってしまうことが多いわけですね。

したがって、ファーストの7の方に胃瘻をつくるといったことは、ほとんど私、経験が、残念ながらないのであります。

一方、この死の数日前の症状というのは、亡くなる方の4割から7割が共通の症状といったことが、文献的にさまざま知られておりまして、これらは衰弱、寝たきり、全介助、顔色不良、傾眠、注意力障害、口を開けても、呼びかけにも協力困難、時間場所の見当識障害、食事、飲水減少、そして、経口薬物の嚥下困難ということになります。

これは死の数日前の症状でありまして、このようなものがそろったときに胃瘻をつくる医者がいるでしょうかということになりますと、いないと思いますが、これが見分けられない場合が先ほど言ったようにあるわけですね。さまざまな慢性の症状などで、似たような症状がそろってきたときに、この人に胃瘻をつくって数日間で死んでしまうのか、あるいは胃瘻をやって少し回復して、数カ月生きるのかという判断が難しいケースがゼロとは言いません。

そして、この誤嚥といったものは脳の病気でありまして、ちょっと面倒くさいのですけれども、球麻痺という延髄のところがやられたり、そこに及んでいく脳の上位の神経がやられた場合の仮性球麻痺というものがありますけれども、皮質がやられるというのは非常に最後でございますので、または、その皮質の下、そして、より脳を中心部に強いところといったものがやられることによって、この嚥下困難が起きてくるわけですが、アルツハイマーは脳の一番外側の病気ですので、嚥下障害は本当に末期まで来ませんが、それに比べて、後からちょっと説明しますが、ビンスワングーという脳の血管性のものですね、あるいは脳梗塞、パーキンソンといったような病気は、より早期に嚥下障害が来ます。

これらは認知症が軽度、中等度の段階から嚥下障害が来ますので、これらの胃瘻の適用については、慎重にアルツハイマーの末期とは別に考えていく必要がありますし、最近ではこの嚥下をよくしたり、さまざまな物質がわかってきていますので、医学的にも、さまざまな嚥下をよくするような治療法をケアの方と協力して工夫していく医療が相当進んできているというふうに思っています。

ビンスワングーといって、これは脳のMRIという機械で、頭を平面で切ったものですが、中央に白く見えるところが小さな脳梗塞だったり、脳の血のめぐりが悪いところです。歩きにくかったり、尿失禁をしたり、意欲が低下したり、嚥下障害などが早期から出てくる病気で

す。

このような方は誤嚥性肺炎といいまして、上の写真では見にくいんですが、右側のCTで見ますと、白く見えるところに、両側に肺炎があります。ただでさえ、痰が行っても苦しいのに、食べ物の物とかが入りますと、それはそれは苦しいですね。常時吸引をしなければいけませんし、また、体力もものすごく消耗するわけです。誤嚥性肺炎が起きてもいいと、それでも食べさせるといったことは、それは相当、やはりその苦しさを本人が言えない状態であったら、それをやっていかということになりますと、医療関係者はそれは避けたいという気持ちになるのは当然だと思います。

同時に、また、誤嚥というものは、単に食べ物と関係なく、夜寝ているときにも起きるわけですね。したがって、微熱が続いてぼんやりして、急に認知症が進んだように見えることもあります。

これらのときによく観察しないで無理に食べさせると、誤嚥を起こしてさらに重症化するということがあります。正しく診断して、絶食、輸液、それから嚥下、お薬、そして、リハビリといった、多職種協同によって、意識もはっきりして、食事が取れる人も少なくないわけですね。

食べられない認知症の進行で同時に起きたときに、ほかに調べることは、先ほど、飯島先生からありましたお薬だけですけれども、血圧が夜間、下がり過ぎていないかとか、低血糖がないか、特に、点滴している場合にナトリウムが下がって意識が悪くなるのもありますので、点滴だけしていればいいというものではなくて、中身も重要ということがあります。

そして、最後に胃瘻の問題ですけれども、欧米に比べて日本の胃瘻の生存率は非常に高い、すなわち、胃瘻をつくった後のケアが優れているのではないかというふうに、私は考えています。

また、胃瘻を抜去したり、経口を再開できる方も1割いるといった形で、この1割の人をどういうふうに考えるかといったことも重要なことになってきます。

ただし、ご指摘があるように、胃瘻をつくるのは急性期の医師が多くて、胃瘻の長期による皮膚のただれ、漏れ、潰瘍（かいよう）、胃瘻をつくっても誤嚥するといったことに関して、胃瘻をつくられたことは見ることは少ないというふうに思います。

現在、年間5万の胃瘻が出ていまして、すでに30万を超えていると。前はアメリカより少なかったのですが、アメリカを抜いたことは間違いないだろうとも言われています。

医療福祉の社会問題のうちで解決する課題で、胃瘻を保険適用から外すといったような議論が出る前に、もう少し冷静なことを考えていく必要があると思います。

では、その胃瘻がない社会はいい社会かというわけですが、先ほど言いましたように、中程度の認知症で嚥下障害の患者、生きる意欲のある患者さんもいらっしゃいます。本人は延命は要らんということで、胃瘻を行わずに食事を続けた場合、誤嚥によるむせ、咳、痰、呼吸困難はひどいと、そのようなのを繰り返したときに、こんなに苦しむならばという形で胃瘻を考えざるを得ないケースは少なくありません。

ただ、その胃瘻をつくった後、十分なケアの選択肢が日本に用意されているかということに関しては、まだ若干疑問があります。

「病院で勤務している医師は、自然死を見る機会が多いと思いますか」という問いに対して、私は、病院勤務の医者は自然死を見る機会は多くないというふうに答えます。

今、盛んに地域で見られる在宅のお医者さんは、非常に見る機会が多いと思いますが、こ

れは私のご家族の希望によって医療行為をやめて、自然死を選択した後、割合長く生きられた超高齢者の一例ですので、皆さんと一緒に考えていただきたい。

91歳の女性ですけれども、脳梗塞がある、脳血管性の認知症があつて、生活の活動度が落ちたために入院されました。ある程度ご飯が食べられておりましたけれども、動脈瘤とか、腫瘍なども見つかって、そのまま保存的に見ていたのですが、だんだん、おなかの動きや腸の動きが悪くなってきました。そして、吐いて誤嚥性を起こして、肺炎を起こして意識障害になると。1日1,500ccの輸液を行っていましたが、だんだん具合が悪くなり、ご家族の希望により、もう一切の医療行為をやめてくれという形で、点滴も何もしないで様子を見ることになりました。

これが経過ですけれども、SBPというのは血圧ですね、緑です。赤いのが体温です。意識障害は皮肉なことに、点滴をやめて約1週間後にむしろ良くなりまして、少し返事をするようになりました。むくみはすごく減りました。

しかしながら、治療中止後、三、四週間後に顔色不良、低体温、嘔吐といった、本当の末期に出る症状がそろいまして、そして、血圧も体温も下がって亡くなったということでもあります。

これは、医療の中には、医療を続けるといったことが生命を、苦しみを長らえるといったことも一般的にはあるかもしれませんが、逆に、治療をやめていることが、この末期の状態を長らうこともあるといったことで、その前に行われた治療によって、一様ではないということを示しますし、この治療をやめたときの末期の症候といった、比較的、先ほど示されたようなご家族が集まって声をかけたりする、耳が聞こえる時期があるといったことを知る必要があるのではないかと思います。

いずれにいたしましても、私たちはなかなか自然死、あるいは身近な者の死を見る機会が少なくなってくる中での、このような認知症の終末期の医療の議論ですから、なるべく多くの医療技術者が、自分の近くの自然な死について、より多くのケースを語っていただくことを期待しております。

以上です、どうもご清聴ありがとうございました。

② 認知症終末期の食生活看護援助の課題

太田喜久子

太田でございます。よろしくお願いいたします。

私は看護の立場からということで、本テーマがシンポジウムテーマで、認知症の終末期における食べるということ、非常に深刻な問題が定義されております。看護の立場、そして、日本老年看護学会として最近行っております研究活動を通して、少しお話をさせていただきたいと思っております。

このテーマに関連して、このところ、老年看護学会として、食べることに向けた、もうすでに、例えば胃瘻などが入っていらっしゃる方に、それを離脱しながら、食べることに向けてケアプロトコルがどうあったらいいのかというような検討、開発を行ってきています。

そのことと、それから、みとりのケアの実態も含めた特別養護老人ホームにおけるケアの管理というのはどのような実態なのかということ。それから、認知症高齢者を私たちはどのようにとらえてかかわっていけばいいのか、また、看護者として認知症高齢者にかかわるときのその方の尊厳、そして、それを、権利を擁護するということでの課題は何かというようなことについて、大きくは3点からお話をさせていただきたいと思っております。

まず、平成19年と20年、厚労省の老人保健健康増進事業で助成金を頂きまして、高齢者の方がかなり胃瘻が増加してきているということの中で、もうすでに、これはつくられなければ、もちろん当然、つくられないで済むに越したことはないのだけれども、つくられてしまってからでも、それを中断する、あるいは一時的な中断だけではなくて、それをやめるということのケアのプロトコルを開発していく、それをしていこうということです。

このいろいろな研究班を学会としてつくって、熱心にそのワーキングのグループの皆さんが動いて、で、今はその胃瘻だけではなく、さらにその研究班の動きが、口から食べることを目指して、経口摂取再開を目指した食べる機能の再獲得に向けたケアのプランということで、最近、日本看護協会出版会の方から、『高齢者の生活機能再獲得のためのケアプロトコル』ということで本が出ました。

このような活動を通して、それぞれの食べるということにかかわる看護者としての状態把握、観察のポイント、そして判断力、また、それに対応した対策ですね、それがどのようにあったらいいのか、あるいは実際にどのようになされているのかということで、少し皆様にも中間報告からご紹介をしたいと思います。

経口摂取ができるかどうかの、その開始のある程度のやはり基準を持ってそれを判断していくときの一つの見極めとして、その方の意識の状態、昏睡スケールからいったときにどうであるのかというふうなことで、全身の状態として、例えば、心肺の合併症がないとか、精神状態が安定しているかどうか、それから、いろいろな脳血管の病変、障害がないかだとか、廃用症候群の症状がないかというようなことの状態把握。

それから、全身状態もこのように食べるということに、行為に関係すると同時に嚥下機能

そのものにもだ液がスムーズに飲めるのかとか、水飲みテストによる嚥下の反射、十分な咳ができるのか、しゃがれ声がないかだとか、だ液の貯留が著しくないとか、それから、十分に口腔ケアがされているだとか、このような一人一人の状態において、摂取ができるかできないかということの判断がなされていく必要があるのではないかということなのです。

そのような判断があった上で、その状態の把握と、それから、どのような、さらに細かいところの共通したアセスメントのポイント、それから、食べ物を食べるに当たって必要な観察ポイント、それから、口の中で、この準備期という、いかに食べ物を口の中で飲み込みやすく固めて、それを飲み込むという、こういう段階に応じたポイントと、それに応じたケアの方向性というようなものの全体像を示していきたいというような取り組みをしています。

その中の一部、ちょっとご紹介しますと、全体に共通するものとしては、意識や覚せいの状態、活動の、例えば、呼吸、脈拍だとか、体力などの活動の状態、それから、姿勢ですとか体位の状態というようなことがありますし、食べようとするときに、ご自分が食べたいという意欲はどうかかなとか、食事のその人自身の食事にかかわる生活史、それから感覚ですね、目で見る、あるいはにおいをかぐ、あるいは触ってみるだとかということの感覚の状態。それから、食物という認知ができるのかだとか、食事動作が、選択と行動のコントロールができるだとか、上肢など四肢の運動の状態はどうかというようなことが、この状態で必要な観察の状態になります。

そして、かみ砕いて、飲み込むための塊をつくるということで、さまざまな神経の麻痺がないか、その前にこの口唇の開閉の状態、そしゃくの運動、舌の運動だとか、だ液の分泌、口腔状態、味覚の機能はどうかというようなことがありますし、飲み込むということでは、だいたい一口どのぐらいの時間をかけて飲み込んでいるんだろうかとか、舌そのものの運動の状態ですね、前後、上下、左右、どうやって運動、どのぐらいの運動があるんだろうかとか、高温度機能だとか、知覚の状態など、このような、一つ嚥下といっても、食べ物を食べるといっても、幾つかの段階に応じたきめ細かな観察と、その状態の判断というのが必要になってきます。

それを対応としていくため、機能を維持していくための、ここに書いてあるような、観察は、ここは栄養状態を把握し、それを追跡したり、生活機能のリハビリを続けたり、それから、口腔ケアだとか、リラクゼーションを図って、そしてさらに環境として摂食動作ができるように、しやすく、また、使える道具だとか生活、ちゃんと睡眠と覚せいのリズムがちゃんと整えられているかだとか、それから、姿勢の調整だとか、一口の量はどうしたらいいかだとかといったものを、補助具も含めて、このようにならかなり幅広い、トータルな、それぞれの方の状態に応じたケアをしていくということになります。

こういうようなことから、食事を取るということへの、全体としてケアのプロトコルを開発をしていくという中で、さまざまな段階での今、少しお話もありましたけども、その方が持っているもともとの病気の状態も含めた、先ほど話した共通項目の対応、そして、食事を始めるに当たって必要な評価、それから、口の中で食べ物の塊をつくるのに必要な評価、そして、それを飲み込むのに必要な時期の評価だとかという、各期の評価を踏まえた、それに対する対応、訓練をしていきながら、誤嚥の状態の判断もしていくと。

何か異常があれば専門家ですね、医師あるいはさまざまな関連、リハビリの専門職種の人たちとの連携の中で行って行って、栄養状態、摂取の状況を、栄養状態の評価をして行って、そして、では、それができるかどうかということ、繰り返しの観察と対策の中で、チームとしてその判

断をしていくという、このような流れが必要ではないかということを検討をしております。

これが一つ、今さらに進んで、このプロトコールの検証ということもしていかなければいけない段階にあるかなというふうに思っているところです。

もう一つの取り組みとして、介護施設、これは主に特別養護老人ホームなんですけれども、ケアの管理がどのように行われているかの実態を明らかにしたいということで、全国 700 の特別養護老人ホームにご協力を頂きまして、特に看護職、あるいは介護職の方のケアの実態を見ていきました。

その前に、どのような施設であったかということでは、ここに書いてあるような、だいたい協力いただいたところは、全国の特別養護老人ホームに入居していらっしゃる方の構成とあまり大きく変化はないかと思いますが、介護度が上がるに従って、認知症を患っている方の割合がどんどん高くなっているということがはっきりわかっています。

みとりということの実態ということでいきますと、介護職のリーダーとなっていていらっしゃる方の経験年数と、それから、施設の中でみとるとするのか、あるいは医療施設に委ねようとするのかというようなことで、その傾向を見てみましたが、このように、この調査ではやはり経験年数の多いベテランのリーダーがいるところでは、その施設で見ようという傾向も出てきているのではないかなというようなことがあります。

また、そのみとりということにおける看護職の関与も、何をしているかということなので、実にさまざまで、必要な、これは一番長いところが医療処置ですね、それから、死亡後のケアだとか、その死亡にかかわる状況の確認だとかがあります。

今回のテーマの食事との、日常生活の身の回りの世話ということも、もちろん行いながらみとりのケアを行っているんですが、全体としてやはり、その方の必要な医療処置にかかわる働きをしていることが多いという実態が読み取れます。

施設の中において、そのみとりのケアもスタッフ、介護職の人と一緒にしているというような状況もこれを見てわかりますし、特に、施設における高齢者の方の、食事に関して、安定しているときというのは、かなり介護職が中心にその方にかかわっているんですが、これのように自力摂取が低下している、あるいはここにありますように自力摂取がもう困難な状態、栄養不良、あるいは脱水などがもう起こっている重篤な状態の場合になるほど、これは判断についてなんですが、看護職がより主体的にかかわりながら、もちろん、介護職の人と一緒に連携をとってケアがなされているということです。

このような実態と、それから、きょうのテーマであります認知症高齢者の1人の、いろいろな病気からのとらえ方もあるかと思いますが、どのような方々なのかということで、お一人の、誰でも当たり前を持っていらっしゃる、生きていくための権利を自ら守って、あるいは主張していくことができなくなって、それを周囲の人に支援をしてもらう必要が出てきている人。

非常に高齢者自身の中に、自分のそもそも生きてきた人生観、死生観というものを本来持っていた人が、それを表出できないということの大きなギャップと、それを回りに理解してもらえないという、また、大きなギャップと二重の困難性を抱えていらっしゃる方ではないかというふうに思います。

このような高齢者の意思決定というのにかかわっていくときに、ちょっと、少し時間の関係で、老人のケアにおいては、本人の個性をどういうふうに尊重するのかだとか、できるだけ、より良

いということを行いながら自己決定を尊重してケアを行うことが良しとされています。

これは看護においても、ご本人の知る権利、自己決定の権利を尊重することの大事さというのは、このような倫理綱領などにも行動指針としてあるわけなんですけれども、その理解度だとか意向を確認しながら、いかにわかりやすく説明して、意思表示しやすい場づくりや調整を行う。もし、それが十分にできない場合は、本人の代わりに代弁者として機能して権利の擁護をする必要があるのではないかと。この辺りが認知症高齢者とその看護の役割として、非常に重要になってくるものではないかなということを思っています。

それをサラ・フライという人が、その権利擁護の必要性のことで、それを主張しているというようにもございます。

認知症高齢者の終末期のケア現場の看護職は、先ほどの実態調査などにも多くありましたけれども、非常に、例えば胃瘻をするだとか、さまざまな処置の選択がされていくプロセスの中で、医師がどちらかというと一方的にその処置、あるいは対応を決めていく。そのとき、ご本人はもちろんのこと、家族への説明が十分になされない。十分に説明されたとしても非常に専門用語が使われて、それが伝わっていないとか。それから、医療者間での話し合いの欠如というようなことを日ごろの現場の中で感じている人が多くあるのかなというふうに思います。

また、もう一方、看護師自身にも、やはりいろいろあります。例えば、状態把握、先ほどの今の例でいいますと、食事行動だとか、嚥下の機能そのものの状態把握力、それから、その判断力が、自分は果たして、確かにできているのかどうかということの不確かさ。それから、仲介できなかったこと、高齢者と家族、そして、例えば医師の間を取り持つことができなかったということで、あれで良かったんだろうかという心残りを考えながら、非常にジレンマを経験しているというようなことが見られます。

そういう権利擁護をするということは、もうそれだけ、専門職としての自分の意思の力、主張する力、そして、連携をしている職種とのネットワークだとか、それぞれの専門性を尊重しながら、自分の立場を主張し、もちろん高齢者の立場に立った、特に、認知症の高齢者の立場に立った理解をしていくということの、この辺の非常にアドボケートする力の大切さ、その必要性もあるのではないかなというふうに思っています。

最後に、認知症高齢者終末期、食生活看護援助での課題として、当然その食生活が始まりケアが始まるのではなく、それまでのかかわりの中からご本人の生活史、ご本人の価値観、心情をよく理解し、それを知ろうとし、尊重することが大切です、日常生活の延長にある、生涯を全うするその人にふさわしい死というものはどうやったらいいのか、終末期があるときから突然ではなく、生活の延長から徐々に機能が衰退していく過程の中で、全うできる死というものです。

そういう意味では、やはり生活機能全般を、食も当然含む状態の把握だとか変化を予測した看護者としての判断力だとか、異常のサインを速やかに見定め、それに対する対応する力をかなり鍛えておく必要もあるでしょうし、家族、ご本人をチーム全体としていかに支援するか、また、先ほどお話した権利擁護する自分の、看護者として、特に一番高齢者の身近にいる者としての、ご本人の言いたいことを代弁する力、あるいは調整する力、こういうものを鍛えていくことが大変重要なのではないかなというふうに思っております。

以上です、どうもご清聴ありがとうございました。

③ 意思決定プロセスと死生の評価

清水哲郎

清水です。私はもともと高齢者に関する医学も看護学も、あるいは社会学も専門ではございませんが、だいぶ以前から臨床倫理に取り組んできました。それから、今日のシンポジウムに東京大学グローバルCOE「死生学の展開と組織化」が協賛しておりますが、私はその一員として、臨床倫理と死生学という観点からものを考えております。今日は、そういう立場で参加させていただきました。

老年医学会の事業で今、目指しておりますのは、今回のテーマに関するガイドラインを作ろうということで、私は倫理面からガイドライン作りに参画させて頂くことになっております。ガイドライン作りといいますと、私は今まで、例えば、緩和医療学会ではセデーションに関するガイドライン、それから終末期の輸液に関するガイドラインの倫理面を担当してきましたので、そういう面からも考えて行きたいと思っております。

今日、私がこれから申し上げることは、皆様のお手元にあります配布資料の17ページから書いてございます。15分ではどうも話しきれないと思ひまして、あらかじめ言いたいことをここに書き並べました。

一応、六つのポイントといいますか、中には相当連関しているものもありますけど、六つのポイントについて個条書きで申し上げたいと思ひます。

もう一つは、皆様の資料の中に、『食べられなくなったどうしますかー 本人と家族のための意思決定プロセスノート（試作版）』というのがございます。これは、この事業の臨床倫理・意思決定支援ツール作成ワーキンググループとして作ったもので、今日はこのご紹介も兼ねております。

私は、今、申しましたように、臨床倫理について考えておりますが、臨床倫理を考えるというときは、医療者あるいは介護従事者が、ご本人やご家族と向き合いながら、あるいはご本人やご家族に寄り添いながら、これからどのように治療やケアを進めていこうかというようなことを考える、そして、コミュニケーションを通して合意に至るといいますか、一緒に決めていくということが臨床倫理の営みの中心になっております。

私はこれまで現場の医療者とご一緒に、臨床倫理検討シートというものの開発に取り組んできました。これは、医療や介護に従事しておられる方が、ご本人やご家族とのコミュニケーションを通して、意思決定に関して合意に至るプロセスを支援するためのツール、つまり、道具です。そして、その使い方などについての研修会を日本各地で実施してきました。

今日、皆様にお配りした『本人と家族のための意思決定プロセスノート』は、意思決定のプロセスをご本人やご家族の側から見て、ご本人やご家族がそのプロセスをどうたどっていったらよいのか、それを支援するように作られたものです。

このプロセスノートには、汎用版というものがございまして、これが基礎になって、今回のプ

ロセスノートも作られております。汎用版は、資料の後ろの方に少し出ていると思いますが、いろいろな場面で使えるように、具体的な個別の選択上で必要となる情報などは入っていません。

お配りしたプロセスノートは、高齢者の方が食べられなくなったときに、どういうふうに人工的な水分栄養補給を導入するのか、あるいは、導入しないのか、そのことを考えるためのツールとしてつくったものです。これは先ほど発表した会田さんと一緒につくったものですが、まだ試作版でありまして、かつ、この事業として皆様に提供するものではなく、ワーキンググループの中間的な産物であり、たたき台ですので、皆様はこれをご覧になって、どうぞいろいろとご意見をくださればと思います。特に、人工的な水分栄養補給法については、医学の専門家の方からチェックをして頂いて、いろいろなご示唆を受けなければならないと思っていますので、どうぞよろしくお願い致します。

この背景にありますのは、臨床倫理についての私どもの考え方です。西洋から入ってきた倫理をそのまま踏襲するのではなく、我々日本人の生活のセンスといいますか、あるいは、文化、生き方、自分たちの生身の体に合った倫理というものを考えたいと思っております、そういう立場でつくられているものです。

用語について1点だけ申します。私は人工的な水分栄養補給法というふうな言い方を、今、いたしました。英語で言うと、**artificial hydration and nutrition** で、今までご報告にありましたANHとは逆にAHNとなります。これは私どものワーキンググループで会田さんが調べたのですが、最近の海外学術誌では、AHNというふうに、**nutrition** よりも **hydration** の方が先に来る言い方がだいたい主流になってきておりますので、これから日本で略語を使うときには、その主流に合わせた方がいいのではないかという理由で、私の発言の部分ではAHNというふうに言わせていただきたいと思っております。今日のシンポの第一部の調査報告では、ANHと呼ばれていたもので、両者は同じものです。実際に用語をどうするかは、事業の検討委員会などでお考え頂ければと思っています次第です。

また、このノートは「特化版」であり、つまり、高齢者の方が食べられなくなったときの意思決定プロセスノートですけれども、これとは別に、ALSの患者さんが人工呼吸器を付けるか付けないか、あるいは付けた呼吸器を外すか、外さないかということに特化したノートも、現在、作りつつありまして、今後、他にもいろいろと作っていきますと、お互いにバージョンアップしていくことになると思います。このノートもすでに、この部分はこう改訂しようかと思っていることがございますので、やがてより良いものに、皆様のお力添えとご協力で仕上げていきたいと思っています。

さて、背景にあります意思決定プロセスについての考えを申します。よく、医療現場では、説明と同意という言葉が医療関係者の方から出てきますけれども、説明と同意というふうに意思決定プロセスをとらえることには、いろいろな問題があると思っています。今日は時間の関係で「説明—同意モデル」については省略しますが、私はむしろ、皆様のお手元の資料にもございます「情報共有—合意モデル」と私が呼んでおりますもののほうが適切ではないかと思っております。

これは、医療チームと患者家族が、お互いに話し合い、説明し合う方法です。医療チームからご本人とご家族に対して、その方の疾患や治療法についてのバイオロジカルな説明がなされます。それに対して、ご本人とご家族側からは、自分たちの人生の中で、その治療法をどのように考え

るのか、それで受けるのか、受けないのか、今お医者さんから説明された事態を、どのように自分たちの人生の中に組み込んでいくのか、それでどの治療法を選んでいったらいいのか、ということを考え、医療チーム側に説明するという方法です。こういうことを医療側は知らなくていいのかといったら、知らなくていいというわけにはいかないのではないか、それを知らなかったら、この患者さんにとって何が本当に最善なのかということを医療者は考えられなくなるのではないかと、という考え方が、このモデルの基礎にあります。

「説明—同意モデル」では、通常、医療側は「一般的にはこれが最善です、あとはどうぞ、患者さん、お考えください」ということになってしまいますね。

しかし、患者さんの側の「私たちにはこういう事情があります。私はこういう価値観を持っています」という説明を医療側が聞いたら、「ああ、そういうような生き方をなさっている方だったら、こうですね」というふうに、医療側も考えられるようになると思うのです。そういう意味で、エビデンスに基づく一般的な判断から、個別のこの患者さん、この人生を生きてきて、今後、こういうふうに生きていこうとしているこの患者さんにとっての個別化した判断、何が最善かについての判断へと医療側も進む必要があるだろう、等々のことがあります、このような「情報共有—合意モデル」というのを以前から提案しております。このモデルに基づいて、具体的な意思決定プロセスの進め方について、臨床倫理検討シートを作っているというわけです。

今、ここで、医療チームと患者家族といたしました。これは「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」に倣っているといえますか、それに沿ったものです。厚労省のガイドラインは、2007年に出されましたが、今日、私の後でご発言になります樋口先生が座長をなさって、お作りになったものです。

それから、この「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の思想といえますか、倫理的な背景というものは、今、私がお見せした「情報共有—合意モデル」でよく説明できるのではないかと考えております。そのようなわけで、厚労省のガイドラインには大変な親近感を持っております。

もう一つは、このガイドラインは、「終末期医療の決定プロセス」と言っておりますけれども、必ずしも終末期医療の決定プロセスだけではなくて、もっと汎用性があると思っています。特に、治療上の意思決定というのは、医学的な見解だけで決めることができないものであり、ご本人の生活、ご本人の人生というものを考えなかったら、ご本人にとって何が最善なのかがわからないような、それは非常に多くの場面がそうだと思いますけれども、そういうところで、このガイドラインは基本的な決定プロセスの線を提供していると思います。

それだけに、このガイドラインでは、読み方によってですけれども、本人の意思確認ができるときは本人との合意を目指す、本人の意思確認ができないときは、家族と医療者が話し合っ、本人の意思と最善について合意を目指すというふうに書かれてあるように読めますし、そのように解説している論文などもあちらこちらで見受けられます。

しかし、私は本人の意思確認ができるときは本人との合意を目指すといっても、では、家族のことはそのとき放っておいていいのか、と思うわけです。例えば、今日のテーマである高齢者ケアの問題を考えましたら、本人の意思確認ができるときでも、家族が当事者であるという度合いに応じて、そして、高齢者ケアにおいて、家族が当事者であるということは、非常に多くの場合そうだと思いますが、そのときには、その度合いに応じて、やはりご本人だけではなく家族も意

思決定に参加しているのが本当だろうと思います。家族は当事者である以上、意思決定に参加するのは当たり前というふうに、私には思えます。

それから、家族が意思決定に参加することが必要であるもう一つの理由として、いずれご本人が意思決定できず、それをご家族にバトンタッチしなければならなくなる時がある、ということだと思います。ですから、やがてバトンタッチするためにも、家族はバトンタッチ以前から意思決定に参加して頂いた方がいいと思います。

終末期医療の臨床倫理の事例検討会というのを、私はあちらこちらでやってきているのですが、そういうところで検討される事例でも、例えば、「ずうっとうちのお父さんは自分で決めてきた」、というのがあります。それで、そのお父さんが自分で決められなくなってしまったから、そこで途端にご家族にバトンがタッチされて、「さあ、これからはご家族が決めてください」となるのですが、これではご家族は相当困るのですね。

困るだけではなくて、勝手なことをし出すことがあります。それまでのいきさつなどとは関係なしに、ですね。そういうことがないようにするためにも、やはり、家族がご本人の意思確認ができるときにも意思決定に参加していること、それも、家族は当事者なのだから当然だと思います。

それから、「本人の意思確認ができなくなったら家族」と書いてありますが、本人の意思確認ができなくなっても、本人には、例えば、認知症などの場合は、気持ちはあるわけですね。「どうしますか」と言って、理性的に自分の将来を見通して、右に行きます、左に行きますとは言えなくても、「痛いのは嫌だ」とか、「おなかがすいたから食べたい」とか、そういう気持ちはあります。そういう気持ちは尊重しなくていいのかといたら、そんなことはないでしょう。

昔、確かにああ言っていたけど、今、目の前のこの方はこう言っている。その昔の元気なときに言っていたことだけ尊重すればいいわけではないということがあると思います。

先ほど、ちょっと樋口先生に申し上げたら、「プロセスガイドラインの解釈はこれでよろしい」と。あるいは、「そもそもこのガイドラインは、そういうことも含めてつくったつもりである」というふうに、賛同のお言葉を頂きました。

さて、次に参ります。バイオリジカルとバイオグラフィカルについてですが、医療側からの説明が生物学的な一般的なものでバイオリジカルなものです。ご本人とご家族側からのお話はバイオグラフィカルなものです。バイオロジーは生物学です。バイオグラフィというのは伝記ですが、やはり、バイオですからビオス、つまり、いのちについてのグラフ、物語りなのですね。グラフというのは書かれたものという意味です。ですから、いのちについて書かれたものというのがバイオグラフィカルということの意味で、私は人生の物語りと言っております。

人間は、自分の人生の物語りを作りながら生きています。今まで、どういうふうな物語りを歩んできたかということについて意識し、これからどういう物語りを作ろうか、それを考えながら道を選ぶということが、自分の物語りを作ることに繋がります。

そういう意味で、生物学的な生命と、物語られるいのちという二つの層を分けなければならないだろうと、私は思っています。

確かに、医学はこの生物学的な生命にかかわっております。しかし、その医学のかかわっている生物学的な生命を土台にして、私たちは物語られるいのちという人生を歩んでいるわけです。そして、その物語られるいのちのレベルでは、私たちは家族と、あるいは親しい人と、あるいは遠い人には遠い人なりに、私たちのいのちがその人たちのいのちと重なり合い、浸透し合ってい

ます。

生物学的な生命として見たら、みんなばらばらかもしれませんが、物語られるいのちはつながっている。ですから、先ほど申しました、ご家族とご本人とのいのちのつながりというものは無視できないというか、大事なことになってきます。

もう一つ、今、申しましたように、生物学的な生命は、確かに物語られるいのちを支える土台ですが、その生物学的な生命のレベルで、医学的にこういう介入をした方が良い、あるいは、こういう介入をする必要がないという評価の基準は、物語られるいのちの方の価値評価になっていると思います。

私たちの人生にとって都合がいい、あるいは都合が悪いということが、医学的なレベルで、あるいは身体レベルでの生命に対して、どういうふうなことをした方がいいのか、しない方がいいのかということの価値の基準を与えているものだと思います。

ですから、治療の決定、例えば今回のテーマに関してならば、AHNを導入するのか、導入するとしてどの方法を選ぶのか、あるいはAHNを行わずに自然に委ねるという道に行くのか、これはご本人の物語られるいのちというものをよく考えた上で決めていく必要があるだろうということです。

それで、このプロセスノートの 31、32 ページをご覧ください。ここは書きやすくするために折り込み式になっております。31 ページは、ご本人の生き方や生活、価値観や人柄について書いて頂くところです。そして、32 ページは、その前までのページで説明してある、AHNのさまざまな方法について、益になる場合と益にならない場合を見ながら、ご自分たちで理解しながら書きこんで頂く方式にしました。そのために折り込みになっています。

これはご本人が書くということを基準にしておりますが、事柄によっては、ご家族が、ご本人のことに思いを致しながら書いて頂くこととなります。ああ、お父さんはこういう人だったとか、これまでの生き方を考え合わせなかったら、今ここで食べられなくなったから、誤嚥するようになったから、さあ、どうしますか、ここだけ考えればよいという形で意思決定プロセスを提示したのでは、ご本人たちは困ってしまいますよね。私はそうやって、ご本人の人生を考えながら決めましょうという提案として、こういうノートをつくりました。ほかにもいろいろな工夫してあります。

5 番目として、緩和ケアでいうダイイング(dying)について話します。これは「死へと向かう進行」と訳されています。緩和ケアでは、これをノーマルな過程だと見做すという言い方をしています。いのちは肯定するのです。生きられる、それはいいことだ、でも、死の最後のプロセスですね、生き終わる、そのダイイングというのは死に行くというよりは、生の最後のいのちというふうに見た方がいいと思いますが、そのダイイングのプロセスというのはノーマルなものだと言っているわけです。だから、死を早めることも先延ばしにすることも意図的にはしない、というふうにはWHOは緩和ケアを定義しております。

この考え方は、今回のテーマでも有効だと思います。だんだん衰えて死に近づいていくということ。確かに、現代、一般市民は、何か医学にできることがあるはずだと思うことが多いです。それで、こんなに悪くなっているのに、お医者さんは何もしてくれないのかとか、こんなに悪くなっているのに入院もしないのかとか、入院させないのかとか、そういうことをおっしゃる方が非常に多いと思います。

ご家族も、何もしないことを非常に嫌だと思うというか、落ち着かないわけですね。先ほど、会田さんの発表の中にもありましたように、まさに、何かを気休めに行う、点滴のボトルがぶら下がっている光景で安心するというようなところがあります。

しかし、何もしないことが、本人にとって本当はいいことなのだ、あるいは、これはノーマルな過程をたどっているのだから、医学的に介入する必要はないのだということを、医療者の方に言っていただきたい。もし、そうであれば、本当にそうであれば、それを言っていただきたい。そう言われると、家族は安心します。

私の家族の場合はまさにそうでした。理屈でわかっていることと、年寄りが、肉親がどんどん衰えて行ってやせ細っていくのを見ていることとは違います。見ていてつらいなと思っても、「これが一番、本人にとって楽な過ごし方なのです。ノーマルな過程なのです」と医療者に言われると、家族は安心します。私の家族の場合はまさにそうでした。そういうことが増えていったら、先ほどの、気休めとしての点滴などを当面の経過処置として行うということなどは、しなくて済むようになるのではないのでしょうか。そういう意識改革というものも、私は自分の課題としていきたいと思っております。

最後に、皆様のお手元の資料をご覧ください。いろいろな区分が書いてあります。そして、このように区分して、こういう場合だったらAHNをやらない方がいいのではないかと、こういう場合だったらやった方がいいのではないかと。それから、真ん中にグレーゾーンがございますけれども、このようなことを医療の専門家の方と、それから一般市民の方、あるいは倫理をやっている私ども、あるいは法学の樋口先生などで、考えていけたらいいのではないかというふうに思っている次第です。

ご清聴ありがとうございました。

④ 終末期医療と法

樋口 範雄

こんにちは。ただいまご紹介にあずかりました、私、樋口と申します。私に与えられている時間は15分ということですが、打ち合わせの会で求められたことは、「法律的な問題でいろいろな危ぐがあって現場は心配している、そこに問題があるから、ぜひとも、一言大丈夫と書いてくれ」というふうに言われているわけです。

それで、「もちろん大丈夫」というだけでやめますと1分で終わりますね。ところが、私、大したスライドではないのですけれども、48枚もつくってきましてね、このまま普通にしゃべると1時間半、しゃべり続けることになります。

1分でやめるのも、1時間半しゃべり続けるのも、いずれも極端ですね。それはやはり、どちらもおかしい。やはり、私もできるかどうかわかりませんが、中庸の道を探りたい。中庸の道というのは、きょうの話題でいえば、自然なみとりということだと思います。どれだけうまくしゃべれるかちょっとやってみましょう。

私は、終末期医療に、もちろん関心はあるんですが、法学部に属しているんで、この問題についても、法との関係が重要だと思っています。実は日本においては、この場面でも法のあり方がやはり問題となっている。つまり、医学的に見ても、あるいは倫理的に見ても、死に方だっているいろいろな形から、いろいろな形の対処法があって、医学的な判断では、例えば、さっそく清水さんに倣って言えば、AHNをいったん始めたんだけどやめるという選択肢だってあっていいというのに、それをじゃましているやつがいるということです。幾つかの悪役がいるわけですね。

その中にどうも法律も入っている。それはやはり、日本の法のあり方が間違っているか、アンド、オアですけれども、法に対する見方が間違っているか。たぶんその両方なのですね。それをやはり直していく必要がある。この場面だけではないのかもしれないけれども。

法律的にみて大丈夫だというのは、本当は明らかかなのです、きょうのお話でも、諏訪さんは、79%の看護師がAHNの中止を経験したことがある。それから、会田さんの報告では44%の医師が同様である。ところが誰も逮捕されてないではないですか。ねえ。それどころか、さっきここに上がってこられた鳥羽先生は、鳥羽さんとはとにかく、91歳の女性に対してAHNを中止した事例を自白されましたよね。

だから、もし本当に法律が心配なら、ここを出られるときに鳥羽さんは逮捕されてもしかるべきなのです。でも、それはないのですよ、でも、杞憂（きゆう）なのだけれども杞憂と言えないところがある。それはやはり日本の法のあり方、言い換えれば、本当に法というのは役に立つものではなくてむしろ怖いものだという、そういう話になっているのではないかとということですね。

それで、ちょっと、初めに言いましたね、15分というのですが、私の時計で37分までしゃべらせていただきますが、ちょっと一言だけ申し訳ないんですが、私の時計なので、もしかしたら、2、3分遅れるかもしれません。私の時計で15分だけちょっと付き合ってください。

それで、厚労省に終末期医療のあり方に関する懇談会というのが、つい、この前までありました。ここでも、在宅で、できるだけ過ごしたいのだという人が相当数に上っているというような調査結果が出ております。

しかし、それはやはり、できないことなのではないだろうかと普通の人は思っていて、それに比べれば医療者の方はずっと、できるのではないのと思っているわけですよ。そういうやはり情報の格差みたいなものがあって、そういう自然なみとりを阻んでいるということがある。どこで最後まで暮らせるだろうかという問題もあるし、それから、他人、家族を含めてですが、負担にはなりたくないという、気持ちも普通の人だったらありますしね、しかし、それほどの負担でないのなら自然に死にたいという気持ちがある。それを阻むその壁の中に情報格差とか、負担の問題とかいうものだけではなくて、どうも法というものも一部にあるらしいということですね。

ところが、この法というのが、これは私の考えなのですけれども、日本の法が、あるいは日本の法律家が終末期医療に関係して関心を持つのは主として次の二つだけなのです。ものすごく狭いのです。一つは告知です。これはがん告知で典型的なのですが、きょうのご報告の中ではやはり、認知症の告知だって非常に重要な問題で、あるいは終末期であるということの告知だってしにくいですよ、お医者さんだって。

しかし、やはり、あるときにはやらないといけないというようなことも法律上もあり得ると思うのですが、それしか関心がない。それだと何の意味もないですよ。

法律家は、例えば告知の義務を課してというだけで、「さよなら」と言って出ていだけなのですよ。

でも、その後がまさに問題ではないのですか、その後だってまだ生き続けているのだし、家族と一緒に闘っているのだし、医療者もそうです。そこになぜ法律家は関心を持たないのだろうかというふうに考えるようになってきたのです。これは最高裁判決でどうのこうのと述べているのもそれしか記していないところに疑問を持ったということです。だから、時間の関係で説明は全部省きますけれども、そういうところにしか法律家が関心がないのでは、何だか寂しいという感じですね。告知の有無や是非という点の議論だけに集中していて、やはり、この終末期という、だから1点ではない、ある期間を持った問題ということに対する関心がない。

もう一つが殺人罪です。とにかく、「途中でやめるか何かしたら殺人罪だよ」という、そういうことを言う人がいっぱいいて、中川さんというのは、札幌の終末期医療を担当している病院の院長さんですけれども、「やはり、法律の方がもう少しはっきりしてくれないと困るではないですか」というふうに懇談会でもおっしゃっていました。

これはつまり、刑事法が介入しないようにということを考えておられるわけですよ、願っておられる。しかも、そのときの法は、もっぱら刑事法で、ものすごく怖いもので、とりわけ殺人罪ですから。しかも、終わった後でやってくるわけです。とにかく何か終わった後で、事後的にやってくるという。

やってくるかどうかともわからないけれども、やってくるかもしれないという、そういう恐ろしいものなのです。だから、それがやはり怖い、本当に困っているからという現場は。それはそうなのです、本当に。

これはALS患者さんの例で、ここでも板倉さんという刑事法の有名な先生ですけれども、「嘱託殺人に当たる可能性あり」と発言しておられます。これは千葉の病院で、倫理委員会で、AL

Sの患者さんが問題となりました。NHK等で取り上げられて有名な人ですけれども、その人が真摯（しんし）に家族も含めて、それから倫理委員会で1年議論を重ねて、この人の場合は人工呼吸器を外すこともやむを得ないという話にしたのですが、やはり病院長は「やれない」と言っているわけです。やはり「警察が来るかもしれないから」という話で、板倉教授はそれを裏付けているわけですね。

いまだに、これは何年たっても、これが倫理委員会の結論から3年経過しましたが、まだ、この患者さんは何とか元気でいらっしやいます、ついこの前の朝日新聞に載っていたんですけどもね。しかし、状況は同じです。3年の間に、法律家は何かできなかったものでしょうか。

私はNHKの記者に幾つかのことを申し上げたのですが、一つは、一番まっとうなのは、その方に、今の段階で訴えてもらって、後でどうのこうのではなくてね、こうやって人工呼吸器を取り外しても、裁判所がとにかく、それは少なくとも違法ではないということを確認してくれる、そういう先例が一つでもできればそれはご本人のためばかりでなく、社会にとっても大きなことになるのではないかと申しました。このような問題について、法律をつくろうと言っている人もいますけれども、それはなかなか大変なのですよ。でも、医師と、それから、ある患者さんが協力できれば、裁判所を巻き込めば、具体的な法をつくることができます。それは一つ先例になって、それが一つあったら、ものすごく大きな話にたぶんなるのです。

殺人罪とかいう話ではない、そういう穏やかな法や裁判の使い方もありますよと伝えてもらったのですが、この患者さんは、日本人だからわからないでもないのですが、そうやって何か「裁判を起こすなどというおこがましいことはできない」という、そういうことで、それはなしという話なのです。

しかし、どなたかがそういう先例をつくってくれれば、本当はみんなのためにもなる、本人のためだけではないと思うのですが。

日本における法の関心というか、法律家の関心は、だから、こういう話だけに限られているということですよ。

これは私が翻訳に携わっていたわけではないのですが、ジョージ・アナスという、昔から有名なアメリカの学者がいて、『患者の権利』という本があります。日本でもこうやって翻訳が出ました。

このジョージ・アナスは何と言っているかということ、医療については、アメリカにおいてですけれども、日本だって同じなわけですね。幾つかの比喩で語られてきた。伝統的な比喩は戦争の比喩です。何と闘っているかということ、死と病と闘うのが医療だということ。

それがだんだんそうではなくなって、今アメリカで最も盛んなのはマーケットの比喩です。そこでは患者は消費者である。医者は医療提供のサービス者、あるいは売り主なんですね。その中の自己決定とか、情報提供というような話になってきているのですけれども、ジョージ・アナスは三つ目のエコロジーの比喩でやっていくのが本当はいいのではないかとっているのです。

これがやはり日本なんかではもっとはっきり自然なみとりということにふさわしいのではないかとっているのですが、ところが、さっきからの法律家、あるいは法に対する危ぐというのは、我が国において、今でも戦争の比喩でやっているということですね。だから、最後まで闘えということなのです。だから、死ぬまで闘えということ。

しかし、闘っているのは、指揮官は医者なのですから、闘っているのは患者です。それか

ら、戦場は患者の体です。だから、徹底的に闘えというのがいまだにそうやって行われているというのが、やはり問題で、戦争の比喩と法への誤解、あるいは、法のあり方を正さない限りは、やはりまっとうな医療、あるいは医療倫理に基づくところへ行かないのではないかということです。

アメリカのケースブックを一つだけ紹介します。これはロースクールという弁護士を養成するところの授業で使われている、**Bioethics and the Law** という、『生命倫理と法』の1ページ目の部分だけです、ここはね。

それで、こういう話が一番初めに載っているということなのですが、これはがん患者で、それで末期なのです。その人は心臓ペースメーカーも装着されているんですが、余命は1カ月ぐらいたと言われていたという話になっていますが、その患者さんが、意識はしっかりしていて、化学療法もやめて、ペースメーカーも取り外してくれと、何度も何度も冷静な口調で言うというわけです。うつ病になっているわけでもなくて、どうしたらいいかといって、お医者さんは弁護士のところへ電話をかけているのです。

日本の弁護士に電話をかけるとどうなるかという、わかりますよね、「もしかして、それは今、外してしまうのは、これは嘱託殺人罪になるおそれがあります」とか、「可能性ががあります」とか、これは法律家、しかも凡庸な法律家が大好きな言葉なのです、本当に。

だって、それで外してしまっ、何かあって、警察まで出てきたら、それは弁護士の責任だとなるでしょう。だから、これは事なかれ主義では一番そういうのがいいのですよ。

だから、そういう話に、ではアメリカでなっているかという、その下の方ですけれども、この弁護士は、それは倫理委員会があるでしょう、そこへ相談しなさいと助言するのです。普通、この場合は倫理委員会、もう一回、本人の意向も全部、あるいは家族の意向も聞いた上で、取り外していいという話になれば取り外すことにそれはなります。

それで、この本は後でどう書いてあるかという、「このお医者さんは、こういう有能な弁護士を知り合いに持っていて」というのか、「知っていて」、英語では、**fortunate** つまり「幸運であった」と書いてあるのです。

その幸運であったのは医者だけではないです。やはりこの患者さんも幸運であつたらうという趣旨です。だって、患者は不幸で医者だけが幸運であつたというのは医療ではないですから、だからそう意味なのです。それが、アメリカでこうやって実現しているのに……。

ただ、アメリカでも、1970年代から裁判が実はあつたわけです、いくつかの有名な裁判があつて今はもう裁判も法も関係なくさっきのような助言で十分とされているのです。でも、アメリカのかつての裁判は、そのときの裁判も、殺人罪がどうのこうのではないです。実際に治療の中止が行われる前に、こういうことで取り外しても違法ではありませんねという確認訴訟を一つ、二つ、三つ、その先例があつて、もう今ではそういう問題になっていないわけです。それが今、日本では、何十年も同じ状態を繰り返しているということなのです。

法律をつくれという話がありますけれども、そんなものをつくらなくたって大丈夫なのですが、とにかく。次の資料は、アメリカの医師国家試験問題というのは、これは倫理に関するものですが、もう法律ではなくて、医療倫理のところでは一定の解決がなされているということなのですが、それを全部飛ばしまして、申し訳ないのですが……。

だから、アメリカの医療倫理では、アメリカのとは限らないと思いますが、人工呼吸器であれ、

きょうの話のAHNであれ、取り外す話と、いったん始めて途中でやめる話と、初めからそれを差し控えるというのは倫理的には同義、同じことだということになっているわけです。

それで、あとは、倫理的には問題がないので、この患者さんにとっては何がいかという話で、医療上、あるいは家族とも話し合っただけで何らかの結論を出していくという話になるわけですね。それが医療倫理だという話になっているわけですが、日本ではそこへ行かないということですよ、あるいは実際には行っているのだけれども、何か恐る恐るという話になって、それはやはり異常です、日本では。

この終末期と法の役割でも、いろいろな事件が時々マスコミに出てきますよね。射水市民病院の事件でも、実際にはどうなったかという、これ、7人の人の人工呼吸器を外したということになっている、大変なことになります、もしもこれが殺人罪であったら、これは殺人鬼ですよ、7人もどんどん殺しているわけですから。

しかし、どうなったかという、県警は「厳重な処罰を求めるものではない」という意見付きで地検に送っているわけです。そんなのだったら送るなよという感じですよ、そして検察。そのまま検察で不起訴になっています、もちろんね。だから、そういう話なのです。

そうすると、実際にはAHNであれ、人工呼吸器であれ、それだけを外して、それで、つまり起訴された例はないです、問題になった例はあります。問題になった例は、やはりお医者さんが1人でやっていて、内部告発や何かがあって、しかし、最後は不起訴という、そういう事例なのです。

医師が訴追されたのは二つだけ事件はありますがけれども、これはいずれも筋弛緩剤まで投与して、それで患者が死んでしまっているというケースなので、それはもう、やはり別の話なのです。

それで、これは樋口だけでは絶対信用できないでしょうから、ここの資料に出てきている名前の方は、日本の刑法学会を代表する先生方です。井田さんという人は慶応の教授ですがけれども、少なくとも、刑法上の評価に当たっては、治療行為を初めからしないということと、いったん始めたものを中止することは、「これは同じことだ」と井田さんが言って、それから、佐伯さんも、「全くそうですね」と続けている。

それで、このプロセス・ガイドラインというのがありますけれども、とにかく、「ていねいなプロセスを尽くしてやったことについて、警察が介入するなどということは考えられないのではないか」と言っている。

山口さんは私の同僚ですから、佐伯さんとともに、東大の刑法の教授ですがけれども、「私も全く同感です」。現場の方を代表する原田さんという裁判官も、「こういう問題は刑事事件ではないですよ」と言っているわけです。だから、これを信用してくださいという感じなんです、本当に。

プロセス。ガイドラインというのも、そういう意図でできたので、内容は3点なのです。医者であっても1人だけで決めるのは危ないですよ。医者の中にもひどい人がたまにいますから、本当に。だから、1人だけの判断だったら怪しいですから、やはりチームで判断してもらいたい、そういうことも、ちゃんとした判断だったら、医療者であればできるでしょう。

二つ目に、では、患者側の方も、本人の意思の尊重がもちろん大事だけれど、しかし、家族も、本人が言うから「はいはい」と言うわけにはいかない。やはり、家族の意見だってありますからね。だから、その人たちがみんな納得した上で、ここまでやれば十分ではないですか、だって、

どの道人は死ぬのですから、ええ、それはだって逃げられない、どんな人間だって。そういう納得があれば、中止も仕方ないでしょうということです。

だから、どうやってと、どこまでやるかという話ですから、中庸、あるいは自然なというところで、やはり妥協をせざるを得ないわけです、妥協というのかな。

三つ目が、緩和ケアの重視で、これはつまり苦痛です、ここでは主として肉体的なものを考えていますが、本当は精神的なものもあるかもしれない。とにかく、患者本人がいろいろな形で苦しんでいるのは、本人が辛い、見ている家族はもっと辛いです、あるいは同じように辛いんです。だから、それを何とかするような医療体制というのを、サポートの態勢をつくるということが重要ではないでしょうかということを書き込んでもらったのです。

終末期もさまざまで、こうなったら外していいですよというような、画一的、教条的、硬直的なルールをつくるのだったらやめた方がいいです。

そうではなくて、こういうことも医療上、倫理的にも医学的にもあっていいよというガイドラインをつくれれば、裁判所は必ず尊重します。専門家の意見を退けるような裁判官というのはいないのですから。だから、そういうものが目に見える形で出てくるのが本当は大事。プロセスガイドラインについては批判はいろいろありましたが、実際には明確なメッセージが本当は出ていると私は思うのです。法を過剰に恐れる必要はないのです。

それで、千葉の病院の事件でも、やはり本当は何とかなったのではないかと。法の役割ですけれども、やはり、法ももう少し明確化するのだったら、事前に法を使って、裁判所を使って、これが本当のあるべき姿ですよという先例を1人、ある病院とある患者さんとが共同してつくってくれたら、ずいぶんやはり日本の社会のあり方が変わっていくのではないかと思います。

それは、その終末期を迎えた患者さんにとって、それは千葉の患者さんだってそうだと思います。ある種の生きがいになるのではないだろうか。自分が大きなことを最後にしでかすことができるわけですから。

そういうような法の使い方、法というのが上からやってきて怖いもので、警察と一緒にとにかく捕まえに来るのだというのではない、我々のための法の使い方というのを今後は考えていく必要があるのではないかなというふうに考えています。

どうも、私の時計では2分超過してしまいましたが、どうもご清聴をありがとうございました。

2. ディスカッション

◆司会進行：大内尉義、甲斐一郎

◆パネリスト：鳥羽研二、太田喜久子、清水哲郎、樋口範雄、西村美智代、会田薫子

大内： それでは、パネルディスカッションの後半、ディスカッションを始めたいと思いますが、当初の予定では、パネリストの6人の方々から、いろいろ相互にご意見を40分頂いて、あとは、フロアの皆様方から25分、いろいろご意見を頂く予定にしておりましたが、時間が、現在のところ約30分遅れておりますので、最初のディスカッションを30分、それから、フロアの方々からご意見を頂く時間を30分、5時45分には終了したいと思いますので、よろしくお願いいたします。

それでは、まず、いろいろ議論の進め方があろうかと思いますが、まず簡単に、きょうのパネリストの6人の方々から、それぞれの立場で、きょうのテーマであります、ご自分が認知症にかかって、かなり重度の認知症に発展して、それでターミナルで食事も食べられなくなったような状況があった場合に、どういうふうにしてもらいたいですか、あるいはどういうふうにしたらいいですか。それを一言ずつおっしゃっていただいて、まずこのディスカッションを始めたいと思います。

それでは、この書いてある順番に、鳥羽先生からお願いします。

鳥羽： 重度の認知症で、先ほど言った、もう食べられない状態というのは、本当に、もうそんなに長く生きられない状態ですから、自然死にさせていただきたいと思います、何もしないで。

大内： 太田先生はいかがでしょう。

太田： はい、私も理解ある周り、それは必ずしも家族ではないかもしれませんが、何らかのケアを提供してくれる人に囲まれて、無理なことはせず、自然に最後を迎えたいと思います。

大内： それでは、清水先生ですね。

清水： 今の条件の下では、やはり私も何もしないで、そのまま死なせてほしいというか、それが一番楽だろうと思います。

ただ、それに至る前のところで、よく人によっては家族の世話になりたくないとか、社会の世話になりたくないとかというようなことで、世話になって生きることについて躊躇するようなご発言もありますけれども、私は自分にケアが必要になったら、ケアのサービスを大いに使って、社会資源をフルに使って、それで、家族の負担は減らして、家族と幸せに暮らせるようにして行って、その結果、今のようなことになったら、もうそれでやめてほしいと、そういう立場です。

そういうふうにケアをフルに使うということが、やはりこの社会を、そういう状態になったらみんなで支えるという、そういう社会にしていくために必要だと思っております。余計なことを付け加えました。

大内：はい、ありがとうございました。

樋口先生はいかがでしょう。

樋口：そうですね、思いもかけない質問で、本当は困っているんですが。私は本当は自分のことを決めることができない人間なので、できれば家族とお医者さんと決めてくださいという立場です。

大内：西村先生。

西村：先ほど、先生に、うちの顧問になってくださいとお願いしましたよね。そうしたら、自分が認知症になって裁判所に行って、自分が闘うとおっしゃっていましたが。

私は、認知症対応の現場を二十年運営している経験の中で、重度の認知症と言われても、そのままは信じないと思いますね。ですから、自分が認知症になったとき、重度になる前に、書ける段階で、こういうものを食べたいので食べさせて下さいということ記録しておくと思います。

そのことを今も訓練しています。ターミナルと言われて、胃瘻にするとされた方で、認知症ではなかった方がいらっしゃいます。いわゆる、ぼけだった人が認知症と診断されて、重度になって、胃瘻をされたということです。自分を守るためにどうするか。本当に食べなくなったときには、食べるのが好きなので、私らしい死に方をさせてくださいということも書いておこうかなというふうに思います。

会田：私の場合も西村先生と同じですけれども、やはり、食べるのが大好きなので、それができなくなったときはどうしたいかということ、今からでも少しずつ考えて、何か書くものに残しておきたいというふうに思っております。

今も少しは、事前指示のようなものを書いているのですけれども、これから、折々書き直して行って、どういうふうにしたいかということ、自分は認知症にならないとは思いませんので、やはり長生きすれば、それだけなる可能性があることですので、折々考えて書いておきたいなというふうに、それで医療者の方や介護スタッフの方などの、無用のお悩みを減らすことに少しでもつながって、自分らしく生き終わることができればいいなというふうに思います。

大内：司会者も意見を表示しないと不公平ですので、甲斐先生はどうでしょう。

甲斐：私自身は認知症になったとき、どういうふうに自分が感じるかということ、今からちょっと予測することはできないので、難しい問題だと思いますけれども、私は昔医者だったころに、30年ぐらい前の話ですが、結局その当時は今みたいなANHがなくて、食べられなくなっただいたい1カ月ぐらいで、高齢の方は皆さん、亡くなったのですよね。

なので、その時代に戻る方がいいというふうには申しませんが、でも、私としてはそういうのが、自分自身にとっては自然な死に方であるというふうには、今は考えております。

大内：私自身も、自然に成り行きに任せる、もともとの性格が成り行きに任せるという安易な性格ですが（笑）、やはり終末もそういうふうにしたいと思います。

ただ、私は老年医学の専門家ですので、一番冒頭に申し上げましたが、老年医学の究極の目標というのは健康長寿ということなんですね。直角型人生といいますか、高齢までQOLを保って、最期の期間を長くせずにポンと逝くという、こういう人生を目指す

ような医学、医療、あるいは社会のあり方へというのを、さらに追求したいと思います。

清水先生は、死生学という、死に、生きの学問と書く、何か難しそうなご専門なのですが、今の皆さんのお答えは、それぞれの死生観が非常によく出ていると思うのですけれども、清水先生ご自身は「医療資源をいっぱい使って死んでやるんだ」とおっしゃいましたけれども、死生学のお立場から、どういうふうにお感じになりますでしょうか。

清水：また難しい問題だなと思いますが、死生学というのは、皆さん、ご存知かと思いますが、東京大学の場合は、人文社会系研究科やその他のいろいろな分野で、死生についてこれまでに研究されてきたものを持ち寄って、それを見通してみると、死生について新しい見方がでてくるのではないかと、ということで学際的に取り組んでおります。つまり、人類が今まで、誰にでも訪れる死というものについて考えてきたことや悩んできたこと、嫌だと思ってきたこと、それらについてある高い境地に達したこととか、そういった精神的な遺産をまとめて、そして、それを前提にしながら、これからどう考えるべきか、ということを構想しています。死生学を一言で言う場合の大きな見通しは、こういうところです。

そして、実際には、例えば私なんかは、今日のような場や医療・介護の現場で死生学の知をどういうふうに活かしていったらいいか、あるいはそこで働いていらっしゃる皆さんが、どういうふうに人の死生を考えたり評価したりすればいいかということについて、現場の方たちと一緒に考えて、良い知恵を見いだしていけたらいいなど、それが死生学の臨床の場での役割だと思っております。

私が先ほどの発言の際に言いましたことを繰り返すようではありますが、医療というものが非常に市民の中で大きな位置を持ってきて、何かいつでも、なるべく長く生かしてもらえらるはずだ、あるいは、状態が悪かったらよくしてもらえらるはずだというような思いが、市民の中に浸透してしまっているということがあると思うのですね。

そういう思いで医療の方を見ますから、医療の側でも、死は敗北だとか、なるべく長く生かさなければいけないのではないかと、という圧力が市民の方からかかっているというようなことがあったと思います。しかし、最近、市民の側もだんだん変わってきて、いたずらに延命されたくない、最期はなるべく楽に逝きたい、そのために、いのちを延ばすことより苦痛の少なさを優先したいという方たちも増えてきて、これはある意味、死生観の変化とすることができるだろうと思います。それを受けて、医療の側もだんだん変わっていくと。

今回のテーマのことについても、そういう意味で、国民の一般的な意識といいますか、あるいは理解というものが変わってきて、それとちょうどうまく対応して、医療の側の対応も変わっていくというようなことが、死生学の視点からは望ましいことなのではないかと思っております。

甲斐：確かに実態を一般の方によく理解していただいて、それに基づいて判断していただくということは非常に重要だろうと思います。

おそらく、これは幾つかレベルがある話だと思うので、まず、今、清水先生が最初にお話しになった、割と患者さんとしての立場というのでしょうか、患者さんがどういうふうを考えているのかと、そういうレベルからちょっと。

あと、おそらくもう一つは、医療者とか、あるいは福祉の従事者がどういうふうにかえ

るかという話が、たぶん後で出てくると思うんですが、まず、ちょっと、患者さんとしての死生観も含めて、そういう話からちょっと最初に進めたいと思いますが、会田さんはいかがですか。

会田：患者側の死生観といますか、認知症の終末期の話ですと、やはりご家族の方だと思うのですが、ご家族の一般的な、ごく普通の要望として、医療者を前にしたとき、「できるだけのことをしてください」と言うだろうと思うのですね。そういう気持ちになるのは自然ですし、言葉として、できるだけのことをお願いしますというふう実際に表現なさると思うのですね。

そうやって、「できるだけのことを」と言われたときに、医療者は、「ああ、では、この患者さんにはまだ胃瘻を作っていないからそれをして、胃瘻栄養法の流動食が消化吸収できなくなったら、その後は点滴をして、点滴の針が入らなくなったら中心静脈栄養」と、これは実際に私が面接調査で聞いた話なのですけれども、できることがあるのならやってみてほしいと言われて、そういうふうにした医師がいるのですね。

ですが、終末期の患者さんにこれを全部やってくださっていることが、果たして本当に患者さんのためになっているのか、果たして本当にご家族が要望していることなのか、疑問ですね。家族の「できることは全部してください」という要望を受けて、「では、メニューは全部やりましょう」ということでよいのかどうか。

家族側の普通の素人の感情としては、できることがあればしてほしいと思いますし、そのように言いますが、医療側としては、この患者さんには、「これこれのことをするのはご本人様のためになりませんからしません」、と言ってくださることも、やはり、医療のプロとしてのお仕事なのではないかと、私は自分の調査を通して感じています。

甲斐：西村さんは現場でいろいろな事例をご覧になっていると思うのですが、

西村：先日、親友をみとってまいりました。その方は全部医療拒否で、全く何もしない、死を認めないで、生にずっと執着していて、最後まで、痛い、苦しいと言いながら亡くなりました。周囲もとても辛かったです。

まず、自分の施設のことですが、やはり、死生観が曖昧です。今、日本ではまだ、位置付けられていないというか、生活の中で意識していないと思います。本当は先人から学ぶということは非常に大事なことですけれども。そんな中で、自分の家族が認知症の終末期になった際に、ご家族の皆さんに来ていただき、医療やケアについておたずねすると、皆さんが、「尊厳ある死をお願いします」とか、そういう曖昧な言葉で答えられます。

では、「尊厳ある死とは何ですか」と言われると、みんな答えられないのですよ。具体的に、今までどういう暮らしをされていて、ご本人はどうしたいのでしょうかということを、本人のそれまでのプロセスを説明しながらお聞きします。そして、終末期について、死にも意味があるのですよということをきちんと伝えながら、お話をします。やはり医療との関係はどうしても外すことができません。その医療者側が、曖昧な言葉を使ったりすると家族はもっと迷います。

「では、ターミナルなので胃瘻にしましょう」と言われましたが、胃瘻にしないで病院から帰ってこられました。その人は、大好きな息子がそばに居てくれたことで心が動き食べられるようになりました。これまで3回、その人はターミナルと先生に言われましたが、

104歳のいま、「私はまだ生きるのよ」という姿勢を示して生きていらっしやいます。

そういうときに何が大事かというところ、医者にとっても、家族にとっても、本人の「いま」の気持ちを守るところでは、まさに死生観が意識されなければならないと思います。

医療は管理ですのでデータで動いているわけですけども、ケアのところは暮らしの中でずっとその本人を見てきていますので、その本人がどうしたいのか現場からその声をきちんと家族も医療側も受け止めたうえで、その人の自己決定を私たちが担っていくというプロセスが大切です。

甲斐：はい、ありがとうございました。先ほど、清水先生の物語でしたか、そういうのと結びつくお話ですね。

それでは、だんだん時間がなくなってきたそうで、非常におもしろい……。

大内：ちょっと今の……。

甲斐：はい、どうぞ。

大内：鳥羽先生に伺いたいのですが、私はさきほど、西村先生のご発表を伺って非常にびっくりしたのですが、患者さんのご家族は、お医者さんから、例えば胃瘻の必要性とか、それから、今後、胃瘻をした場合にどうなるか、しなかった場合にどうなるかなどの説明を、7割から8割ぐらいの方が受けていないというふうにおっしゃったそうです。これは非常に衝撃的でした。普通の医療現場の常識からいうと、そういう重大な決定をするときに医師がご家族に話さないはずはないのですね。これはもう、私も断言できます、私の経験上。

しかし、受け手であるご家族はそう思っていないという。このギャップはどこにあるとお考えですか、鳥羽先生。

鳥羽：やはり、十分、わかりやすく説明されていないのではないですかね、現在の状態でどうして胃瘻が必要であって、これ、胃瘻をやると、今のところ、こういういいことがあって、将来にわたってのことがある程度省略されてしまっていると。

2週間ぐらいのあれでばたばた救急で胃瘻をつくって3週間ぐらいで退院していきますので、たしか胃瘻をつくる時に説明あったけれども、退院した後、転院のときに、それがプラスになったり、マイナスになったりということまではよく説明されていなかったとか、半年後に合併症が出たときのことはよく説明されていなかったとか、されていないことが次々と起きてくる中で、やはり、十分説明されていなかったというふうに思うのではないかと思うのですが、絶対一通りの説明はしていると思います。

大内：太田先生、看護師の立場からはいかがお考えでしょうか。

太田：やはり、医療者の、説明していると思っていることと、使う言葉だとか、それが本当にわかる、わかってもらえるような時間までかけて、いつでも何かあったら質問してもいいですよというような繰り返しですね、やはり、何かある点で一回説明したら、それで終わりではなく、何かも後から後からさまざま起こってくる疑問だとか、不安に対してフォローしていく。

だから、そういう意味では、医師が説明する部分と、看護者も、どのように医師が説明して、では、あと、どういうふうになればその人がわかるのかという、そういう何なのか、チームでやはりご本人と、先ほどの先生のお言葉だと情報共有で、それをしていきながら、何か全体で支えていくという仕組みがすごく大切なのではないかなというふう

思います。

大内：それから、もう一点は、先ほど先生が発表された中に、看護教育の問題がありますが、講義実習の8割方で終末期が扱われていないというご発表がありましたけれども、医学教育でも同じことで、おそらく、医学教育の中ではもっとパーセントは低いと思うのですね。

皆様方に申し上げたいのは、今、日本の大学の医学部は80校あるのですが、その中に高齢者医療の専門家を置いているのは、実は24しかないのです。24も数え方によっては21とする方もおられますし、つまり、7割から8割ぐらいの医科大学で、老年医学の教育が行われていないというのが現状です。

鳥羽先生、それから太田先生、そういった教育の面というのはどうでしょうか。

鳥羽：大変重要な指摘だと思います。ちょっと先ほどのエピソードの方でそれに絡めてお話しさせていただきますと、点滴1瓶をやっておくと、お医者さん、あるいは看護師さんが、患者さんが見捨てられたと思わないような感じで、安心して終末期の風景としていいという話がありましたけれども、そうしますと、尊厳のない死というのがスパゲティ症候群みたいだと、要するに、その数を減らしたと。本質的なものは全然変わっていないのではないかというふうに思うわけですね。

そのエンドオブ・ライフケアの場合には、救命救急の延長のようなものが終末期まで続くのではなくて、死周期のケアに関しては、口腔ケアですとか、それから、むしろドライサイドに持って行って痰を減らすとか、さまざまな看護技術があるわけですね。

ですから、それは医者の方でも同じで、終末期に特有な医療サービスは、胃瘻や点滴ではなくていっぱいあるのだと、そこがあるのにもかかわらず、そういう点滴だの、注射だの、薬だのというものしか、結ぶコミュニケーションの技術がないところに悲劇があって、ですから、医療も、医学教育の中で、看護教育の中で、そういうことを、なるべく早い学年からしっかり教えていく必要があるというふうに思います。

太田：私、何というのか、特に高齢者、だけでも最後は死というのを迎えるわけなんですけれども、例えば、がんのような疾患で、がんの方がどう死を迎えるのか、それに伴ってくる緩和ケアとか、やはり看護教育でも、疾患の対応というところの中での死を迎えるということのケアの教育が、どちらかというところ重視され、生活の中にある自然な人生を全うしていくというときの高齢者の死ということですね、そういうことへの考え方、具体的な対応、どうすればいいのかというところは、もっとちゃんと力を入れていかなければいけないのではないかなというふうに思います。

甲斐：ありがとうございました。

西村先生、こういう問題については、福祉の方ではどういうふうな教育というのをされているのでしょうか。

西村：国が福祉に対しては甘く見ていると思います。お金は、どこにかけるかという計算ばかりしていますので、教育をするというところの視点が希薄です。人材育成の必要性に対して声をあげているのですが、具体的にされていません。

現場で資格のない人が多く働いていますが、コミュニケーションが一番大事なことなのですが、言語能力不足によって、思考が通じないのですね。先生が言ったことと、それから受け手の間にずれが出てしまっているということも非常にある中で、みとり、ター

ミナルという言葉を使ってほしくないのはそこにもあります。

いわゆるがんの末期で出てきたターミナルという言葉ケアの中で使ったら安易に「ターミナルです」と言ってしまいます。事例検討で出たのですが、肺炎の人で、まだ助かるのに、みとっていたとか、ターミナル加算が付いているのでみとりをどんどんやっていますとかという言葉が出てくるくらいですので。先生たちが考えていらっしゃるような、自然な死をグループホームで迎えてほしいと考えていらっしゃるとしたら、厳しい現実があると考えていただきたいと思います。医療との連携と言葉にはしますが、ご本人にとって納得できる連携はできません。ぜひ、皆さんも、現場のことを的確に把握してほしいと思います。

私たちが医療側の方たちとコミュニケーションをとるべく、10年前にチーム医療を進める会を発足し、取り組みましたが、うまくいかず2年で中止しました。今、また取り組もうかなと思っています。

甲斐：医療、看護を含めてですが、それとやはり福祉とかは、そういう従事者のプロフェッショナルな中でもやはり、コミュニケーション能力とは非常に重要だろうと思うのですね。チーム医療のお話も出てきましたし、そういう意味では、あと、もちろん、患者さんの方とコミュニケーションをするということも非常に重要なわけで、そういう問題というのは、教育としてやはり取り上げていく必要があるだろうということですね。

それで、解決方法の方に行きたいのですが、解決方法ということになると、先ほどから出ております、コミュニケーションを促進するような、緩い形のガイドラインみたいな話とか、それから、あるいは法律的な問題をどういうふうに扱うとか、解決するのかとか、現在の日本でこの問題を解決するに当たってどういうふうにしたらいいのか、というような話が出てくると思うのですが、樋口先生、ちょっとご意見をお願いしたいのですが。

樋口：そうですね、ちょっと司会者の希望にうまく沿えるかどうかちょっとわからないですが、二つだけ。

一つは、今チーム医療という話も出てきて、それから、いわゆるプロセスガイドラインのところでも、お医者さんが1人で決めないで、医療ケアチームという言葉にしましたけれども、何であれ、チーム医療ということですよ。

チーム医療がうまくいくためにはどうすればいいのかという話があって、この前、ある会議に出たときに、私が発言したのではないのですけれども、それには四つの条件が要るのだという話でした。その最初の条件は、何しろ、誰でもいいから、私みたいに何も知らない人間が入ってチームだよというのでは、これはだめだというわけですよ。やはりプロフェッショナルが、チームだから専門は異にしていいわけですがけれども、いろいろな専門の人が入ってくる。もちろん、医療者だけではなくて介護の人も。

だから、もう少し広くガイドラインではソーシャルワーカーみたいな話、つまり、終末期医療の患者と家族が抱えるであろうところの問題に広く対応できるようなという、欲張りな話ではあるのですがけれども、そういうチームを、つまり、プロフェッショナルが集まってつくる必要がある、これが一つ。

それから、そのプロフェッショナルはただ烏合の衆ではしようがないので、情報の共有をしないといけない、これが2つめの条件です。この患者さんはこういう状態であってと

というのが、いろいろな見方で、専門家はやはり、いろいろな、見方が違うらしくて、それを集約するという情報の共有があって、その情報の共有の一環なのでしょうけれども、三つ目にはやはりカンファレンスというのか、だから、この患者さんについてみんなで相談するのですね。

どこまでを目標として、あるいはどういうような、プランニングなんですけれども、そんなうまくいくかどうかは、だから、患者さんの状態を見ながら、1回だけではなくて、おのずからどんどんまた変えていくわけですよ。

そういうようなカンファレンスをやって、しかし、そういうことをやるためには、四つ目にリーダーが必要だということです。チームだからというので、はいはい、好きなようにというわけにはいかないの、やはりリーダーというのをはっきりさせて何とかするということです。

これが医療の側で、こういう対応をしていますよということが、患者あるいは家族に伝わると、やはり本当に自分のことを大切に思ってくださっているということがわかると思うのですけれども。

だから、例えば、私が終末期になったときに、終末期の定義は難しいかもしれませんが、とにかく、そうなった、こういう医療ケアチームというのができて、樋口チームはこうですよというようなことを言うてくださるといいと思うのですけれども、それはやはり、現場を知らない人間がそう思っているだけでしょうか。

とにかく、大変に忙しい医療の現場で、一人一人について、こういう特別チームみたいなのが、だから、できるようなことを望むというのは、本当に、余りにも現実を知らないようなことなのかということ、ちょっと、こういう専門家のところで聞いてみたかったのです。

すみません、法律的な質問でも何でもなくて、申し訳ないのですけれども、もう一つあるのですけれども、これはもう長くなったので、とりあえず一つだけ、そんなことは無理だよというのか、やはりそれは何とかなるのだよということなのか、ちょっとお聞きしたいと思っていますのですが。

甲斐：鳥羽先生、どうですか。

鳥羽：つい先日、がんの緩和ケアについての大変いいお話を聞いたのですが、がんの方ではほとんど、先生が今おっしゃられたような希望が実現しているような病棟がたくさんあるのですね。

ただ、それはやはり、一定期間が短いというところで、患者さんの数とサービスがうまくマッチしているのですが、認知症にしても、お年寄りにしても、非常に数多くて、先生の希望をあれするためには相当数のケアの方を外国から輸入するか、あるいは非常に短い期間のサービスに限定するかの二つしかないと思います。

ただ、やはり、これからこういう高齢社会ですから、そういうものが重視されて、チームでお年寄りのケアになるような形になっていくべきだと私も思いますけれども、なかなか現状では難しいということですね。

甲斐：太田先生、どうぞ。

太田：今のことに関連すると思うので、きょういろいろな、とても刺激にあふれ、私もとても勉

強になったのですが、特に調査を、本当に皆さん、それぞれの立場の声を聴いてくださったことがとても、なるほどと思って勉強になって、それぞれ、例えばそれを家族、患者の立場、そして看護の立場、そして医師の立場で、実は、その間のいかに壁があるのかという状況を、何かきょうの調査ですごく見せてくれたなと思っています。

ナースはナースで、自分たちにはわからないところでいろいろなことが決まってくると思い、医師は医師で実は悩んでいたという、それがすごくとても何か明らかになって、いかにもっと自分たちの心を開いて、例えば、ある人についてちょっと話し合おうとかという、普段の中での話し合い、もちろん関係性があるの上の築いていくということの大切さもあると思うのですが、何か、そうするとすごくわかり合える、自分たちもすごく、医療者として、専門家として、ストレスを自分で抱え込まないで、そのことというのが結局は、ご本人とご家族にも非常に優しく対応できるという環境が整っていくことになるのではないかなというふうに思ったりしました。

甲斐：意思決定が困難な問題というのは臨床上で、この問題に限らずいっぱいあるわけですが、清水先生はどうでしょうかね、そういうのはずっといろいろな問題で扱われてきていたでしょうが。

清水：先生が言われた問いに答えることになるかどうかわかりませんが、今、お話をうかがっていて、幾つか感想がありまして、一つは先ほどの、困難な問題についての患者さんへの説明をめぐることですが、なぜ私たちが、このプロセスノートの 32 ページに、こういう比較表を出して、ご本人たちに書き込んでもらうようにしているか、ということなんです。ここに我々を書いてしまったって良かったわけですが、そうせずに、患者さん側に自分たちで書いてもらうようにした。

どうしてそうなのかというと、ご本人たちが読んだ、あるいは説明を聞いてわかった中で、自分にとって大事だと思うことを書いていただく。そうすると、医療側がそれを一緒に見ていると、ああ、説明がちゃんとわかっていらっしやったのか、それともどうなのかということがわかるわけですね。

つまり、医療側はそこで説明をしました、ちゃんと説明した、どんなにいい説明をしたって、ご本人がわかっているかどうかというフィードバックがなかったら、先に進まないというかね。臨床倫理のいろいろな検討で、医療側は何度も説明しているのに本人は聞いていないというか、理解されていないということは幾らでもあるわけですね。

でも、それはやはり、しょうがないのですよ。その当事者の、あるときにはパニック状態になっているとか、医療側が説明していることではなくて、ほかのことを気にしているとか、説明されたことなかで自分が聞きたいことだけを選んで聞いているとか。

このノートがこういうふうになっているのは、そういうところを気にしなければいけないと思うからです。ご本人あるいはご家族の方に書いて頂いて、医療側と一緒にこれをツールとして使って頂く、そうすると、理解の程度や、ご本人やご家族が気にしておられる点や、もう少しプッシュすべき点などがわかるのではないかと思うのです。

次に、カンファレンスということについて申しますと、私は介護の世界では、ケアマネさんがリーダーを取って、例えば在宅ケアでしたら、お医者さんも来る、訪問看護師さんも来る、それからヘルパーさん、ベッドなど福祉用具の担当者など、みんな来てカンフ

ァレンスをやりますよね。

そこで、例えば、医師は医師の立場でいろいろなことをおっしゃり、かつ、家族もカンファレンスに入っているわけです。ご本人が入っていることだってあるかもしれません。つまり、ケアに当たっているチームで意思統一を時々するということができていくわけですから、逆にだから、それに学んで、医療の中でもそういうことをみんなのできるようにしていくというのがいいのではないかと思います。

私は臨床倫理の営みというか、臨床倫理検討シートを使って、病棟の中で、あるいは在宅だったら在宅の場で、そういうチームの中で、カンファレンスをするときにどういうふうに考えていったらいいかということを示しているつもりなのですね。以上です。

甲斐：ここまで非常に有意義な議論だったと思うのですが、ちょっと、フロアの方からもご意見をうかがいたいと思いますので、左右にマイクが一つずつございます。なので、挙手していただいでご発言ください。

〔以下、会場との質疑応答〕

小沢：小沢と申しますけれども、老年医学会の名誉会員ですけれども、ずいぶん、もう半世紀老年医学会をやっているのですけれども、どうも今まで聞いていると、何となく隔靴搔痒の感を免れません。私もあと2週間で82歳なるのですが、年を取ると、考えがだんだん変わってきますよ。今、この壇上で偉そうなことを言ってもだんだん考えが変わってきて(笑)、ちょっと病気でもなったら、これは大変だと思いますけれどもね。

だから、やはり、これはもうどんどん、先ほど飯島先生の言われたように、高齢者がどんどん、どんどん、ものすごい勢いで増えてくるのだから、それは発想を変えないとだめですよ。

だって、生老病死というのはみんな人間というのはそうなっているのだから。私の同級生とか、同窓会をやると、健康な人なんかいないですよ、みんな何かしら持っていますよ。だから、年寄り健康ということは普通ではないわけで、健康と病気という概念を二つ並べるといって、それ自体がおかしいのですよね。

それから、エイジングということは、これは加齢ではないのですよ、これは老化なのですよ。老化というのは劣化ではないのですよ、これは変化なのですよ。変化なのだから、これは別に悪いことと考えない、悪いことではないので、これはいいことなのですよ。

私なんかは本当に毎年、毎年、年を取っていくのは非常にうれしくてしょうがない。だから、最後に死ぬという、死ぬということも喜びでないといけないと、私は思うのですよね。私どもも戦争中は陸軍幼年学校に行き、卒業したらお国のために死のうと思っていた。そのころにもうすでに死生観というのはあったわけで、終戦でがらっと変わった。

生老病死というものをナチュラルなものとして考えること、それは非常に大事であるわけですよ。死なない人間というのはいないんですから。

だから、先ほどの会田先生が発表されたあの調査の、老年医学会の医者というのはいずいぶん腰が引けているなと思ったのですよね。もう少し、きちんとした死生観というのを持って、それで患者とか、ナースとかと対等な立場でもって話し合わないといふのだと思うの

ですよ。

アメリカの老年医学会雑誌によると、医療の目的は三つあるのですよ。一つが **health** ですよ、2番目が **independence** ですよ、自立ですよ、3番目が **QOL** ですよ。だから、**QOL** というのはものすごく大事なだけけれども、先ほどから、あまり **QOL** のことは何も出てきませんね。我々は生きて病気になって最後に死ぬまで、満足して生き満足して死にたいと。死ぬときには、ああ、良かったな、うれしいなというように、私はそういうような死に方をしたいと思っているわけです。

だけれど、これはコミュニティーの問題であり、一人一人の問題だけではないですよ。だから地域社会でどういう意識を持つかを考えることが大切です。その点で重要なのが救急医療ですよ。例えば認知症でも何でも、急に倒れると、さあ、大変だといって救急へ運ぶでしょう。そうして救急に運んだが最後、何とかして助けようと医療が行われるのですよ、救急医療というのはそういうものですから。

だから、どこでもって過剰な医療を食い止めるかということですね。救急医療のところでもって胃瘻を入れられるわけですよ。救急医にとって胃瘻は暫定的なもので、それでケア病棟に移すと。それで、そのままになってしまうと。

大内: 小沢先生、ほかの方のご意見も伺いたいので、もうそろそろにさせていただきたいのですが。先生がおっしゃるように、要するに、「私は死ぬのが喜びである」と、そういうことをするためには何をしたらいいかというのを考えるシンポジウムですから。そのためには、やはり、いろいろなプロセスが必要なのですよ、先生が行くように、ぱっとはいかないのですよ。では、後ろの方、どうぞ。

阿部: 健康生きがいアドバイザーとか、いろいろなことをやっております、今、清水先生のところまで死生学の勉強もしている阿部と申します。

私の父は 91 で、横浜の介護施設にありまして、認知症がかなり進んでいまして、3年前ですか、施設長がお医者さんなのですが、うちの父がもう坂道を下っているので、家族の考えを聞いておきたいということで、呼ばれました。そのときにやはり、父は認知症ですから判断できないので、家族が判断をとということなのですが、やはり、何といたのですか、結構判断に苦しみましたね。やはり、父が本当に望んでいることとか、そういうことを。家族で相当苦しい思いをしました。

でも、最終的には、私は延命措置は望みませんと、あと、予防介護を望みますと。施設では、結構、骨折などのリスクが伴いますものですから、それこそ裁判沙汰とか、ですから、そういうことの責任は全部私が負いますということで、お願いをして。

私はエンディング研究会というのを2年半ぐらいやっていろいろまとめたのですが、そのまとめの成果としてエンディングノートというのをつくって、いろいろ皆さんにお配りしているのですね。

私も例えば、胃瘻を望むとか望まないとか、あと、経鼻経管というよくわからないからスパゲティ状態を望まないとか、そういうふうを書くのも今度は付け加えようかなと、今、思っているのですけれども、ちょっとお聞きしたいのは、そういう事前指示を書いておくと、医療現場で拘束力はありますか？また、法的にはいかがでしょうか。例えば、裁

判では効力があるのかどうか、その辺をお聞きしたいです。

甲斐：まず、鳥羽先生にお願いできますか。

鳥羽：実情をそういうふうにかかれていて実現された方が3分の1もないという事実、それは医療の側でちょっと無視されてしまったり、それからご家族が変えたりするということがあります。

それから、あと、そのようなものを書かれても、小沢先生のように本当に根性の座っている方以外の方は、90になっても、あと10年生きさせてくれとか、痛いから何とかしてくださいと、どんどん気持ちが変わるのですね。

ですから、毎日書き換えるような書式にしておかないと、なかなか厳しいという現場の実情はあります。

甲斐：樋口先生はいかがですか、法律の方のお立場から言うと。例えば、あれですね、欧米でいうとアドバンス・ディレクティブみたいな、ああいうような。

樋口：だから、意味はあるんです、それは、裁判の場では、意味がないということは絶対ないですから。日本では自由心証主義と言っているのですけれども、あらゆる証拠を持ち込めるのですね。

だから、そういうものがあれば、裁判官がそれを頼りにしようと思う場合には、何もなくてこうだと言にくいですから、これはこういう書面もあるではないのと言いやすくなるので、裁判官にとってはありがたいのではないのでしょうか。

清水：ちょっと、いいですか。

甲斐：どうぞ。

清水：今のお話で、例えば、今日このお話を聞かれて、付け加えて、胃瘻はどうしますというとかというような項目で、「しないでください」と書くなどというのは、やめたほうがよいと思うのですね。つまり、胃瘻を付けた方がいい場合もあるし、付けない方がいい場合もあるし、それを、例えば、「延命治療はやめてください」とか、そういうふうにかかれてしまうと、現場の先生たちは困ることがあると思うのですよ。そういう意味で、書く場合は本当にいろいろな状況で、担当者が困らないような書き方といいますか、本当に本人の益になる書き方があると思うのです。アドバンス・ディレクティブ、事前指示は、アメリカなどでは非常に発達していますけれども、まだ日本的ではないので、それはご研究ください。

樋口：今、清水さんがおっしゃったことのちょっと補足なのですけれどもね、それから、そうか、きょうはもう、私は、とにかく飛ばしてしまったのだけれども、アメリカの医師国家試験のところで、何度も Health care proxy というのが出てくるのですよ。それは患者のための医療の代理人なのです。

一番初めに司会の方が言われたと思いますが、日本では成年後見制度ができましたけれども、やはり医療に関しては、その人が1人で判断することはできないと思われるわけですね。それは無理がないところがあって、「私は後見人です」と言って、お医者さんに、私が判断しますと言ったときに、家族も普通いますから、家族は「ちょっと待ってくれ」と言われたときに、医者としては、「これは成年後見人の言うことだから、はいはい」と言うわけにはなかなかいかないだろうということなのですね。だから、医療はちょっと特別なので外してしまったのですが、外してしまったらでは、いいのかというと、また、それ

はそれで非常に困っているのですね。

だから、一般的な成年後見ではなくて、本当はアメリカみたいに、何か書いているときに、つまり、自分はもう認知症であれ、意識不明であれ、つまり、医者と相談できない状態になっているときに、しかも、そのときの病状においてどうだかという話が一番大事だということですよね。10年も前とか1年も前に書いておいたことで、延命治療は嫌ですというのが、本当にこの場合には当てはまるのかどうかというのは、その時点で判断してもらわないといけないので、だから、そういう医療代理人みたいなものを家族にも言うておいて、とにかく、この人にそのときの判断を医者と相談してやってもらうように頼んであるからねというようなことは、考えられるのではないかと思っているのですけれども。

甲斐：なるほどね。医療現場というか、福祉の現場でも困っているみたいで、ご家族のいない方の医療同意を後見人が求められることがあるのだそうですね。

だから、結局この人に胃瘻をつくっていいかどうかということ、医療の側は後見人に聞いてくる、そういうちょっと矛盾というか、問題があるということ聞いております。

それではいかがでしょうか、どうぞ後ろの方。

竹澤：埼玉から参りました竹澤と申します。在宅ケアの看護師をしております。先ほど、胃瘻の件が出ましたけれども、説明の不十分さというところで、現場の人間から、今日は一般市民の方もいらっしゃるんで、一言申し上げたいんですが、胃瘻を勧めるお医者さんには、心ある方もたくさんいらっしゃるんですけども、やはり、診療報酬というものがかなり大きく影響していると思います。胃瘻造設の点数が高いのですね。

それで、胃瘻導入が病院の経営的に良いという部分が現実にあるものですから、胃瘻を付けましょうか、付けてもすぐ外せないと、医師の皆さんは言われます。でも、本当に外した人って、私は見たこともないのですね。胃瘻造設の必要がない人にも造設されている場合も本当にあるのです。それで、すぐ外せると言われるので、家族はすぐ外せるのかと思って造設して自宅に連れて帰るのですけれども、造設してからの生活はとても悲惨なのです、本当に大変なのです。

介護保険のなかで、いくら在宅系のサービスが入っても、主たる介護者である家族への重荷というのは、それは非常に大変なものです。でも、病院の中の医師は患者と家族の生活を知らないわけです。胃瘻を造設することだけに終始してしまって、造設後の生活、その人の人生、それから、その人を取り巻く家族の人生がどうなっていくかということを知らないのですね。だから、そこら辺をよく踏まえてほしいと思います。

それと、こういうシンポジウムには医療従事者だけでなく、やはり一般の人も広く参加してほしいと思います。それで市民の方が本当に賢くなって、私どもに、「看護師さん、そうは言うけれども、自分たちはこう思う」と、はっきり言っていただきたい、それで全然構わないんです。そういう話合いができれば一番の意思確認になるし、プロセスを踏めます。医療・介護の従事者が集まって患者さんのために一生懸命にやる、そういう自分たちの一生懸命さを麗しいと思うのもいいけれど、その人の人生はその人のものなのだという事を、私たちは忘れてはいけないということをいつも思っています。

甲斐：今のは非常にあれですね、患者学というのを最近よく提唱されていますけれども、やはり、

もちろん医療者の方も当然、患者さんに情報を提供するというのはとても重要だと思いますが、同時にやはり患者さんの方も、一般の方もやはり、そういう医療の実情、また、あるいは介護の実情みたいなのを理解していただくというのは、とても重要だろうと思いますね。

いかかですか、パネルの先生方は、何か、今のご意見に対して、特には。

鳥羽：大変もったいなお話で、急性期病院が短い間に患者さんに退院してもらわないと、医療費の点でも、非常に不利なわけですね。それから、退院支援とか、そのようなものには非常に安い医療費しか付いていないために、そのサービスは非常に貧弱なわけです。

ですから、本来、回復期に自然に治って食べられるような人まで胃瘻が付いているのではないかという疑いは十分あるところですし、急性期の病院だけではなくて、その急性期の方が、生活に戻っていくために、余裕のあるような医療システムを、本当に私も必要だと思いますし、皆さんも救急、救急と、そればかり取り上げられるのがおかしいというふうに、その先に、家に生活に帰るところの医療を充実するように、皆さんも声を上げていただければ、非常にありがたい。

でも、それこそが、お年寄りの老年医学の真髄ですので、老年医学を応援していただくことにも実はなるといふふうに思っています。

甲斐：はい、ありがとうございます。

だんだん、残り時間が少なくなってまいりましたが、ぜひ、もしおられたら一般の方にちょっとご意見をうかがいたいのですが、よろしいでしょうか、いかがでしょうか。

女性1：私は98歳の認知症の母を6年間介護しております。父親から始まって、兄ががんで倒れて、両方在宅で、兄は緩和ケアへ入って亡くなりましたが、今日、私はこのチラシを見て、すぐの思いで来ました。聖路加看護大の「るかなび」で健康ボランティアをしておりましたので、この情報を得ることができました。

先ほど、樋口先生がおっしゃったように、在宅のお医者さんの中で、患者も含めて、家族と患者と、それから、周りの一緒になってチームを組んで、取り囲んで見てくださるという方を、先生を見つけるのに3人かかりました。最近2人目の先生が面倒を見たくないから他を探してくれと言われて、1月から2月にかけて、やっと救急救命で対応していらした先生でお父さんの跡を継がれたクリニックの先生を探しました。そこで、先生に私たちが思っていること、家族や患者が思っていること、それから、どういうことを往診してやっていただけるのか、どこまで面倒を見ていただけるのか聞きました。訪問看護師さんとケアマネージャーと一緒に考えて、同じ情報を持って、こちらは思っているのですが、ケアマネージャーさんは、私たちが勉強してきたこういうことを質問すると、ケアマネいじめではないかとか・・・今のところ助かっているのは、訪問看護師さんが私たちのいろいろな質問を先生につないでくれるということです。

いろいろ疑問を持っていることを自分から調べるといふのはすごくエネルギーも要りません。これまで私は3人、夫の両親を入れると5人看ましたので、いろいろなことが積み重なっているのです。自分から調べようとか、勉強をしようと思ってやっていますけれど、時間がないと自分の身を削ることになります。一昨年入院して手術をしたくらいです。いろ

いろな施設でも、そういうことがわかってくださる施設と、そうでないところがあります。

夫の妹で、認知症の入たちの施設で、施設内で事故があつて骨折したりして入院すると、あとはみられないから出ていってくれといわれたとか、そういうようなことが埼玉でもありました。

地域でということ、だんだんお医者さんも変わってくるかと思ひます。こちらからもやはり勇気を出して言う必要があるな、それは自分の老後にもつながるなと思つてやっております。ぜひ、こういうシンポジウムを、一般の方にもわかるように広報していただいて、市民も参加できるようにしてほしいと思ひます。このシンポに仲間が申し込みしたら、もういっばいと断られました。ぜひ、大勢の方が参加できるように、何度も開いていただきたいと思ひますので、よろしくお願ひします。

甲斐：はい、ありがとうございました。

今年、また、年末にもう一回、実はやるつもりなので、そのときはぜひ、もっと大きな会場で、たくさんの方においでいただくように準備いたします。

今のご意見は、西村さん、どうです、いかがでしょうか。

西村：私も同じように、この4年間で家族3人、友人1人みとつたんですけれども、一番大事なことは、その人を知っている周囲の人の意識が必要だと思ひます。家族も他者であるという意識を持つこと、いわゆる自分以外の人というお互いの立場でその人を知る緊張感が重要です。今までの生活の中で、その人のことをわかっているということが大切です。医者が胃瘻をやりますという、がんの末期で宣告されていなかった姉の場合、「胃瘻をやめてください」ということを伝えました。やはり勇気と覚悟はどこの場でも必要なんですね。現場ではみんなで勉強会も開いていますが、今、国が覚悟しなければいけないのは、そのお金をどこに付けるかなのですよ。やはり、医療とか、介護とかにお金をきちんと付けていかなければ、この医療の問題だって整理できないと思ひます。

安易に胃瘻をやることは、このような背景の上にあるというふうに思ひています。やはり、胃瘻も救命なのか、それとも延命なのかということをはっきりと医者が説明をしなければいけないと思ひます。救命のときに助からない場合もありますし、延命のときに、あ、延命だったのかと思ひ人もいらっしやいます。コミュニケーションというところが、医学の中でなかなか教育がなされていないなということと、多忙な中で、医者になったら医者同士だけで人間関係が多いと思ひます。なかなかコミュニティーの場に出られないということはあると思ひます。

私は、埼玉県のグループホーム、小規模多機能協議会の会長をやつて9年目ですが、今何を勉強しなければいけないのかと常々考へています。医者と平等に話ができるような、言語能力をつけるように、ずっと研修をやつてつづけています。成年後見人についてもそうですし、裁判の事例についても学んでいます。胃瘻については去年、もう800人参加し、研修をやりました。

全員の参加者にアンケートを取り、今まとめています。アンケートをまとめて、厚労省に要望書を持っていきます。県が今度動いてくれまして、研修会をいろいろな形で開催してくれるということになりました。私の母は今98歳で認知症なつています。九州で一人暮らしという中で、非常に重い問題を抱えています。人の問題だけにはしない、自分のこと

として、どう考え行動すればいいかと皆で考えていかなければならないと思います。あなたも私もです。

ただ、批判しているだけでは何も変わっていきません。やはり、きちんとした形で整理をして訴えていくということではやらなければいけないことがたくさんあります。私の事業所では、スタッフを教育すること、育てること、そして、その本人と家族をサポートすることということに徹しています。一つ大きい柱は、理念です。

やはり理念がなければ、病院、介護の現場もバラバラの取組みになります。共に一緒につくっていくという仲間である会場の皆様に、きょうはお会いできて良かったです。どうもありがとうございました。

甲斐：ありがとうございました。

女性2：貴重なご意見、ありがとうございました。私は韓国から看護大学を卒業して、日本に住んでいる外国人に向けて、英文で医療記事を書いております。

その中で、私は日本の政策の3分診察問題とか、医療言語の国際間のこれからの課題とか、それで、きょう聞いた話で、樋口先生からの法と医療との関係で、私も気付いたことは、日本の多くの弁護士の方は医療に関心がほとんどないこと。それが今の日本の医療に、何らかの影響になるのではないかと思ひまして、今現在多くの弁護士に向けて、医療の勉強会に参加を呼びかけておりますが、日本での医療鑑定人の制度に私は疑問を持っておりますが、今現在、日本での医療鑑定人制度についてご意見を聞きたいのですが、欧米との違いと、今の日本での医療鑑定人、これから、もし、医療鑑定人がちゃんと裁判所で指定されている医師ではなくて、第三者の中で医療鑑定人が出てきたら、もっと医療問題もよりスムーズになるのではないかと思ひまして、それらのことについておうかがいしたいのですが。

樋口：私はうまく答えられるかどうかちょっとわからないけれども、そうそう、法科大学院ができて弁護士さんが増えて、医療に興味を持っている弁護士さんは増えています。ただ、その大半はやはり医療事故が起きたときに、自分が代理人になって訴訟を起こすことを主として考えている。やはり医療の中で、それももちろん重要なのですけれども、医療事故、医療安全の問題も重要なだけけれども、非常に一部のところだけしか、やはり考えていない弁護士さんがまだ多くて、だから、それがやはり一つ問題です。

そういう訴訟になったときに、実際には鑑定人が必要ですね。法律家だけで決めることはできないので、それで、鑑定人については、私が聞いている話では相当変化があって、あるいは進歩があって、例えば日本では、東京地裁でも、ほかの幾つかの裁判所でもそうなのですけれども、医療集中部というのをつくっているのですね。医療に詳しい裁判官をつくって、かつ、裁判官が幾ら詳しくなったって、わからないのはわからないから、鑑定人という人をちゃんとその裁判に持ってくるというので、裁判所と医学会、日本の医者の学会ですけれども、が協力して鑑定人の名簿をつくり上げているのです。

だから、そういうところでは客観的でかなりちゃんとした鑑定が行われているのではないかというふうに考えておりますけれども、ついこの10年ぐらいの話なのですけれどもね。

甲斐：それでは、時間も来ましたので、残念ですが、ここら辺でちょっと、打ち切らせていただ

きます。

いろいろな論点が出てまいりましたが、一つは、患者さんとしての選択ということですよ。実際、個々の患者さんがどういう死生観を持って、それから、先ほど、患者学の話が出てまいりましたが、実際の医療の現場について、よく実態を知っていただいて、その上でやはり選択する、判断するということをしていただきたいというようなことがあるだろうと思います。

それから、当然のことですが、2番目に、医療とか福祉とかの従事者にとってみれば、これもいろいろな論点が出てまいりましたが、例えば、一つはやはりコミュニケーションが非常に重要であるということからすると、そのコミュニケーションをやはりよくするような教育というのですか、システムトレーニングというのは、ツールも非常に重要だと思うのですが、そういうのが重要であると。

たぶん、老年医学というのは、特にそういう、看護学もそうですが、そういう老年を扱う方というのはやはり、普通の医療従事者以上に、そういうことがやはり求められるだろうというふうに思います。

それから医療従事者についていうと、例えば末期という言葉が盛んに出てきたのですが、末期というのをどういうふうに判定するのかというようなことも非常に重要だと。これもたぶん、トレーニングにかかわってくると思うのですが、そういうこともできる老年病の専門家というのがやはり必要だろうと。

それから、チーム医療の話も出てきましたので、これも非常に、医者だけではもちろんできません。看護師も重要ですし、社会福祉の関係の方、いろいろな方とも共同をしないと、この問題は、やはり解決できないと思うので、そういうことが非常に重要であると。

それから、3番目に、どういう解決をするかということですが、これは先ほど出てきました、コミュニケーションを促進するようなガイドラインを使うというようなこと、あるいは法律の問題について、もうちょっと明確にすることがやはり、必要なのではないかとこのように思います。

ということで、先ほど申しましたが、12月にもう一回シンポジウムを開催したいと思いますので、その節はどうぞおいでください、もう少し広い会場にしたいと思いますので、多数の方がおいでいただけるようにしたいと思います。

では。

大内：この厚労省の事業は、認知症のターミナルケアで人工的な栄養をどうするかという、ガイドラインをつくらうというのが最終的な目標です。

このガイドラインはやはり、今までほとんど手つかずの状態に来ていまして、お金の話から医療倫理までいろいろな問題が絡みます。当然、医療関係者だけではつくれませんので、先ほどの方もおっしゃいましたけれども、ぜひ、介護の経験のある方にもご参加いただいて、やはり国民的なコンセンサスをつくらなければ、いくらガイドラインをつくっても絵に描いた餅になる可能性がありますので、そうならないようなガイドラインを目指して、ぜひ、今後も活動が続けたいと思っておりますので、どうぞ、よろしく願いいたします。

それでは、以上で、このパネルディスカッションを終わりにしたいと思います。

どうもご協力をありがとうございました。

閉会の辞

太田喜久子

皆様、本当に、本日は長時間にわたりまして、最後まで熱心にご出席いただきまして、本当にありがとうございます。最初にこのシンポジウム、1,000 人を超える方から申し込みが実はございまして、残念ながら 400 人の方だけが本日ご出席ということでした。大変、そのことについては申し訳ございませんでした。

今もお話がありましたように、次回は会場を広く、もっと多くの皆様にご参加いただくように開催する予定です。

最初、大内先生の方から、この大きなテーマでのきょうのシンポが一里塚になればということをお話がありましたけれども、その目的は達成できたのではないかなと思っています。

この本日のシンポを糧にして、また、専門家、さまざまな立場の人々、また一般の皆様一体になって、このテーマについて取り組んでいきたいと思っています。

本日は本当にどうもありがとうございました。

参考資料 1

平成22年度厚労省老人保健健康増進等事業シンポジウム 食べられなくなったらどうしますか？～認知症のターミナルケアを考える～

アンケート集計結果



開催: 2011年2月27日(日)13:00~17:30 東京大学本郷キャンパス 鉄門記念講堂

参加者: 480名超

基調講演: 飯島節(日本老年医学会倫理委員会委員長、筑波大学大学院人間総合科学研究科教授)

調査報告: 西村美智代(社会福祉法人サン理事長、NPO法人 生活介護ネットワーク代表)
諏訪さゆり(日本老年看護学会理事、千葉大学大学院看護学研究科教授)
会田薫子(東京大学グローバルCOE「死生学の展開と組織化」特任研究員)

パネリスト: 鳥羽研二(国立長寿医療研究センター病院長)
太田喜久子(日本老年看護学会理事長、慶應義塾大学看護医療学部長、教授)
清水哲郎(東京大学大学院人文社会系研究科教授)
樋口範雄(東京大学大学院法学政治学研究科教授)
西村美智代
会田薫子

座長: 大内尉義(日本老年学会・日本老年医学会理事長、東京大学大学院医学系研究科教授)
甲斐一郎(日本老年社会科学会前理事長、東京大学大学院医学系研究科教授)

「食べられなくなったらどうしますか？認知症のターミナルケアを考えるアンケート」記述集計表

1. シンポジウムの内容について【ご意見・ご感想】

- 病院で働いてまだ7年ですが、多くの「食べたいのに食べられない」逆に「食べたくないのに食べさせられている」方を見てきました。また、家族の協力が得られない方など色々いますが、今後どんどん増えて、よりどうして行けばよいのか迷うケースが多くなっていくのだと感じました。「食べる」という人間の行為が「嫌な処置」という様にならないために、今後どうしたいかもっと考えていきたいと思いました。
(看護師)
- 内容はとても良かった。
(その他)
- 今回、日本老年医学会の講座を初めて聞かせて頂き、種々と勉強になりました。
(一般)
- 事実に基づき抽象的な部分までデータを出した所。
(看護師)
- 日頃悩んでいる問題に焦点があたっていた内容であり、大いに参考になりました。
(看護師)
- 老人ホームではご家族の判断が第一となりますが、話し合いがもてれば、さまざまな意見交換が出来ると思います。
(その他)
- このようなテーマのシンポを多職種で開催したことに価値があると思いました。
(看護師)
- 病院で突然判断を迫られる(胃ろうにするしかないか) 家族が多いのが現実です。医療側が明確な説明をしてくれたり医師等の死生観も支えになります。家族も含めてもっと終末期の勉強をしておくべきだと感じました。チーム支援が確立して欲しい。
(家族介護者)
- 「終末期医療と法」が興味深かった。もっと詳しく聞きたかった。
(看護師)
- 諏訪先生が言われたように、認知症の終末期の嚥下力低下の理解を深めなければならぬと思いました。また。
(看護師)
- 大変啓蒙的な内容でした。ありがとうございました。ぜひとも国民にこの結果が浸透することを切に願います。
(一般)
- とても参考になりました。やっと点滴もしない、何もしないことが問われ出してきたことは嬉しいです。アンケートで本人のためでなく、介護者医療側のためにせめて行う。
(看護師)
- 日本の文化と終末期医療のかかわりを感じました。それに即したガイドラインが作られれば素晴らしいと思います。
(一般)
- 本当に目の前の患者様にとっても必要なのか考えさせられます。
(看護師)
- 食べることは一番深く関わる事なので勉強になった。本人の意思確認が困難な時には生活背景等も大事になってくるのが大切だと感じた。
(看護師)
- 内容は深く良かったが、時間が短く考える時間がなかった。
(介護職)
- 家族介護者の立場です。興味深い内容でしたので理解しようと頑張りましたが、スピードになかなか頭が付いていきませんでした。
(家族介護者)

- 西村先生が良かった。(学生)
- 色々な専門分野の先生からの講義が聞いてよかった。そろそろ食事摂取が難しくなった認知症の人のケアにとっても役立ちました。(看護師)
- 内容が全て良かった。特に樋口先生の話がおもしろかった。(一般)
- 毎日、終末期の患者さんを看ています。なぜか亡くなったときに「ホッ」としてしまいます。「苦しかっただろうなあ」と感じていました。自然な看取りがもっと広がると良いと思っています。(介護職)
- 当院は820床ほどを占める療養病院です。終末期の医療方針を決める際、家族の意見を第一とする傾向があり、患者の立場という点からも考えるべきだと思っていました。当院のガイドラインが2006年に出来て以来、誰も手をつけず、患者の視点から考えようとしません。私は初めて当院から緩和ケア認定Nsとして資格を得たのを機に、看護部長よりガイドラインの見直しを命じられました。PEG造設が本当に妥当なのか、それをPaの意見ではなく家族中心でいいのか、そしてどこから終末期とすべきか悩みこのシンポジウムに参加しました。(看護師)
- 死生観が大きく影響する現場で日常の仕事をしているので、大いに良い刺激をいただきました。(看護師)
- 施設、教育現場、医師、法律の方面からのお話が同じテーマで議論され、とても興味深かったです。(その他)
- 各分野の専門家の意見を興味深く聞くことが出来た。看護の分野での発表が何が言いたいのか良く分からなかった。各先生方の持ち時間が少ない、もっとじっくり聞きたかった。パワーポイント（パネルディスカッションの）も欲しかったです。(看護師)
- ディスカッションはより具体的で勉強になった。終末期の現状を知る機会が持てた。実際関わっている施設以外のことが知れてよかった。(その他)
- 色々な立場の人の現状が分かった。(一般)
- 終末期に食べられなくなったら、どんな手段を選ぶか、という所の話が多かったが、食べられなくなった時、どのようにして口から食べてもらうか、という所の話も聞いてみたいと思った。(看護師)
- テーマが大きくて広がってしまっている感がありました。(看護師)
- PEGが医療的に辛らつのないというケースがそんなに多いのかということにびっくりしました。(その他)
- 医、法、実践から発言があり、多角的に意見が聞けたことが良かった。(介護職)
- 色々な分野の専門家の話が伺えたのは良かったが、時間が足りないと思います。一回のシンポジウムで的を絞り、何回かに分けて行って欲しいと思います。とは言うものの、専門家同士がそれぞれの視点で話を広げていかれたことを興味深く思います。(その他)
- このようなテーマが取り上げられ、しかも自然な形が良いのだというコンセンサスが得られているのは、良い流れだと思います。(医師)

- 調査報告の内容が極めて質が悪い。スライドと配布資料が違う。データを読み込んでおらず、考察が偏っている。事実の羅列のみ。非常につかり。
(看護師)
- 会田、清水、樋口先生の話が分かりやすく、聞きやすかった。
(看護師)
- 認知症のターミナルケアについて、本人、家族とじっくりと話をすることが大切、医師は先々まで考えて胃ろうを作してほしい。その人にとって何か一番大切かを大切にしてほしい。
(看護師)
- 胃ろうをつけたら、受入施設がなくなったり、病院では時間を掛けて食事介助や嚥下訓練が出来なかったり、制度の不備がある。もっと具体的な内容が聞きたかった。
(看護師)
- 短時間での講演、シンポジウムのパネリストの方々に期待持てそう。
(看護師)
- 非常に参考になりました。今後の臨床に生かせそうです。
(医師)
- テーマは興味深かったが、内容は目新しいものはなかった。法律の話が一番ためになりました。もう少し内容を考えて欲しい。残念だったと思います。
(看護師)
- 日々の業務の中で、常に考え悩んでいることなので、ガイドライン、法の問題等聞けてよかったです。
(看護師)
- 療養型病床併設の病院の口腔ケアに行っています。そこで入院している方々が延命はしたくないとお話をしていました。理想と現実のギャップを感じていたので、今日はとても良かったです。生き方、死に方の自己責任を感じました。
(その他)
- ターミナルケアについて、医師、看護師、患者の立場からの意見が聞けてよかったです。
(医師)
- この問題がシンポジウムで取り上げられるようになってきたことを大変心強く感じました。
(医師)
- 老人が体調を崩し、入院するとHPではすぐPEGをいれてしまう、ことに疑問を持っていた。私たちはこれから、自分たちの死を考えて生きたいと思う。
(看護師)
- 認知症のターミナルにPEGをするか否かも大きな問題と思いますが、それ以外にもPEGを使っている人も多いと思います。その違いは本人の合意だけでしょうか？
(無回答)
- 法律についてなど、また医師も看護もみんな悩んでいることが分かりよかったです。
(その他)
- 興味深いテーマだった。
(一般)
- 大変勉強になった（西村氏からやや不穏当な発言があり残念でした）。
(一般)
- 治療のいらぬ“死の看取り”を広めて欲しい。
(家族介護者)

- 貴重な調査結果、資料により高齢社会でのニーズや、現状を見つめること、把握することが出来て、視野を広げることが出来ました。
QOLはいったい何であるのかと考えさせられました。
医療スタッフ自身も認知症終末期に対して心理的不負が緩和ケア導入への判断を混乱させているように思う。(看護師)
- こういうテーマに真正面から取り組んだことは素晴らしいと思う。(その他)
- 現場で行っている老人のターミナルケアの妥当性をとって感じました。バンザイ！(看護師)
- 日頃の考えていることの裏付けが出来た。(看護師)
- とても難しいことではあるが、これから考えていかななくてはならないことだと痛切に感じている。(看護師)
- 医療従事者として参加したが、倫理や法的見解が聴けたのが有益であった。(医師)
- 短時間の持ち時間内で、先生方がさまざまな視点からお話していただき、ポイントで大事なことを知ることが出来ました。(学生)
- テーマの持つ深さと広さの故か、焦点が絞り込めなかった印象はありましたが、有意義でした。(その他)
- 踏み込んだ内容で、遅れている同分野について力強く考えていらっしゃる方が多くいっしょることを、心強く感じました。(医師)
- 想像していたものとは異なる内容でしたが、後半は興味深いものでした。(無回答)
- 医師、看護に関わる方々の思い等々知ることが出来ました。(介護職)
- 「認知症ターミナルの告知」について、本人告知は難しいのでは？寝たきり、認知症、意思疎通不可の患者へPEGは、本人に苦痛を与えているため、PEG造設は安直に行うべきではない。(介護職)
- 多方面からの意見、調査報告を聞いて大変有意義な内容だった。(医師)
- 認知症のターミナルケア、(食べる)ということの再確認が出来た。(一般)
- 医師たちが意識改革をする、マスコミが適切な報道をするべきだと思った。(介護職)
- 現場の抱えている課題を多くの視点から眺めさせていただいた。自分の死生観を改めて見つめなおしたいと感じた。私も両親の看取りの時「できるだけことはしたい」と主治医に伝えていた。家族の自己満足でしたね。(介護職)
- 法律の専門家のお話を聴けたのが良かったです。(その他)
- 胃ろうについて、延命etc.のエビデンスがないというのはビックリしました。(一般)
- 医科、看護からの、認知症の「食べる」ことについての課題を聴けてよかったです。(その他)
- 内容がボリュームがあるため、早口だった。(医師)

- もっと長く聴きたいですが、議論が途中な感じでした。残念でした。(その他)
- 保健施設で、看護介護の業務をしている中で、胃ろうについていつも疑問に思っていて、この人は今の状態をどう感じているか考えながらいました。今回の内容は大変興味があり参加を希望しました。(看護師)
- 日頃悩んでいることが課題になって、参考になりました。(看護師)
- 多分野の報告討議となったのが、進歩と思います。(医師)
- 日々臨床で自分たちが実践していることは、間違いではないことが確認できました。(看護師)
- 無料でこのようなお話が聞け、大変良かったです。(看護師)
- 職場が療養型医療施設なのでAHNの選択にはいつも説明の側で迷います。さまざまな専門家の意見が聞けてよかった。(看護師)
- 在宅ターミナルケアのチームアプローチの場面で、チームの意思決定に大きな影響力を持つのが医師の判断ですが、その判断に決定的な影響を与えるのが家族の意向です。本人中心のチームアプローチのあり方を模索する実践の蓄積を要します。(その他)
- PEG造設について臨床の事例を振り返る機会になった。(看護師)
- 医療側だけではなく、患者・家族側の視点が強調されていたのが、とても良かった。(医師)
- タブー視されていた高齢者の終末期に関して待ちに待った議論がようやく始まった！感動しました。(医師)
- モニター室での参加であったが、映像（文字ピンボケ）音声とも改善の余地はあり。内容は多様な視点からの発表などで大変参考になりました。(一般)
- 日々現場で迷っているテーマで、大変今日は参考となる学びができました。今後に生かして本人や家族に接していきたいと思います。(看護師)
- 毎日患者様のご様子を見ながら必ずやって来る「食べられなくなったとき」にと、ご家族様へゆっくりと説明を行っているが、直面していないことや情報のなさにより、選択ができない。容易な胃ろうへの移行が現実。胃ろうより経口の占める率は10%などない。すぐに胃ろうに戻ってしまう。そして発音もなく植物人間のようにベッドに横たわって、ただ「生きている」だけ。こんな現実であること。Drはもっとその人の生き方をみて欲しい。物ではない。(介護職)
- 内容が盛りだくさんで、もっとゆっくり聞きたいとも思いました。ありがとうございました。(無回答)
- 濃い内容のわりに時間が少なく、お忙しい皆様でしょうが、二日間くらいのシンポジウムにして頂ければと思いました。(介護職)
- 普段聞く医療看護学の話だけでなく、死生学や法律の話も聞けて、自分の視野の広がったように思います。モニタールームだったのが残念。(看護師)
- そもそも死生観をいつ学ぶかに根本にあると思います。教育の中に入れていく必要がありますし、現在生きる人に対してもプロセスノートなど自己実現できるよう動き出すべきだと思います。(看護師)

- 在宅での看取りに際し、ご家族は分からない事ばかりで、(言われたことを全て理解できない。想像を超えた状況についていけない)で、結局医師の意見が強く言いなりになってしまったケースもありました。後になって「あの時、あぁすれば・・・」という話も聞きます。本人や家族の医師を聞くことが出来る立場(Dr、Ns、ケアマネージャーetc)がしっかりと気持ちを受け止め伝えていくことが出来るチームケアを目指したいと思いました。(介護職)
- 現場で対応時にも生かしていきたい。(介護職)
- アンケートに回答していたので、内容について知ることが出来て今後の自分の仕事にも役に立つ。(看護師)
- 清水先生のお話をもっと深く聞きたかったです。(介護職)
- 医療職からの意見や感想が聞けてよかったが、欧米と比較して日本の死生観を踏まえた提言のようなものを期待していたので少し残念でした。(一般)
- 超一流の専門の先生方から講義を拝聴することができました。ありがとうございました。自分がそうならどうだろうと思いつつ聞いておりました。家族を家で看取りましたが、認知症ではなく他の疾患で、まったく食べられなくなり、何も選択することができず亡くなったことを思い出しておりました。(介護職)
- とても勉強になりました。特に私が超高齢者のため。(一般)
- 各種報道の情報から、どう考えていくべきかが揺れていて、総合的に、各分野からの話を聞いて、自分の立ち位置から、自分の生き様、死に様から光を見出したいと参加しましたのでとても良かったです。(一般)
- 画面の表示が見ずらく(二重になっており、ぼやけて焦点が合わない)モニター室で受講したものへの配慮をして欲しかった。(看護師)
- 医師対象調査報告—質問内容等、的を得たものであったと思う。(その他)
- 日頃の疑問に明確な答えを見つけることは困難ですが、職場、家族に持ち帰り、話し合い、その人にとって家族にとって良い選択が出来る方法を考えていきたいです。そのためのヒントが沢山ありました。(その他)
- バイアスの少ない調査結果の提示をして欲しい。調査の倫理配慮に疑問がある。(看護師)
- 目新しい方法は無かった。ただ現在の状況の改善が必要であるということは良く分かった。(看護師)
- ターミナルケアについて、色々な考えを知ることができた。(看護師)
- ターミナルケアについて考える場で、介護職からの意見、コメントがあったほうが良いのでないかと思う。(看護師)
- 今、まさにAHNを施行するか、否の選択を迫られている利用者さんのご家族がいます。漠然としていた自身のANHへの考え方が明確になりました。(看護師)
- 時間的に長すぎる。(家族介護者)
- ガイドラインの策定と周知(運用)が早期に一般化される為に、今シンポジウムは大変意義があったとの印象です。(無回答)

- 各職種の方々のこまめな調査に感心しました。(その他)
- 認知症という言葉は、知られてきても、それが進行するという事までは知られているか。先に診断をされる医師、告知する医師への役割がかなり重要視されます。そのことをふまえ、今後の栄養経路の選択があるのだと思われました。(看護師)
- 医療の視点が強い。在宅の現実を知っているものにはやや物足りない。(看護師)
- ANH中止の法的根拠に関して興味深く聞かせて頂きました。同時に認知症の方とともにある周囲の倫理観が重要でないかと感じました。(看護師)
- 医療者、介護のプロの方たちが何を考え、悩んでおられるかを、興味深く受け取ることができました。良かったに丸を付けたいと思いますが、全てに時間が短くて、消化不良をおこしそうでした。ゆっくりと思いついて実のあるものになりたいと思います。(家族介護者)
- それぞれの時間が短く、もう少し各先生方のお話を聞いてみたいと思いました。(その他)
- 会田先生、清水先生にはいつも大変お世話になっております。今回は認知症にフォーカスした内容でしたが、意思能力がある終末期の場合の倫理実践や家族の意識、現場の状況も知りたいと思いました。(無回答)
- 多職種の意見が聞けて、良かったです。(医師)
- 認知症、ターミナル、臨床で本当に悩ましいです。参考になりました。(看護師)
- 個人の生前からのかわりの必要性を感じました。(その他)
- 自然の見取りが当たり前の世界だったはずですよ。ちなみに祖父（104歳）父（94歳）とも、家族思いの老衰でした。(その他)
- 各先生方の率直なご意見を聞き、同意できる点がとても多く、あーそうなんだと納得できる点が多かった。(その他)
- 胃ろうについては、神経難病や、遷延性意識障害など様々なケースが混同されていて、議論がかみ合わないことも多いが、今回認知症のターミナルに限定したことで、前向きな議論になったと思う。(医師)
- 生活の中にある人生を全うしていく高齢者の死という大きな人生の物語として捉え、ケアを考えていきたいと再確認しました。(看護師)
- ディスカッションがとても良かったです。(その他)
- 98歳の母の介護中。（7年になる）夫の両親や実父は病院での最期だったが、兄は在宅で脳疾患と癌の介護。今回のタイトルの内容は知りたいことである。(家族介護者)
- 現場で漠然と感じていることが調査結果で明らかにしていただけてよかった。プロセスノートも大変参考になった。(看護師)
- 認知症のターミナルケアを考えるときに、法律、高齢化に対する国の施策など、多岐にわたり検討しなくてはならないと改めて認識した。(看護師)

- とても勉強になり、有意義な時間が過ごせたと思います。これからも本日学んだことについて考えていき、また同時に自分自身を成長させたいと思います。本当にありがとうございました。
(介護職)
- 日本は認知症の誤診が多いと思います。
(家族介護者)
- ご家族がご本人と向き合うことが大前提だと思いますが、家族がいないか方が増えてきている現実があるのだと思います。やはりガイドラインが必要なのでは？
(その他)
- 日々、とても悩んでいる問題であり、興味深かったので参加した。福祉職のため病院などの医療職の方々と接する際、考え方の違いに戸惑うことや疑問に感ずることがよくあるが、医師のアンケートなど普段あまり触れることのない思いに触れられて良かった。
(その他)
- 「何もしない」という表現は、問題を感じます。人一人を看取るとき、患者の物語、家族の思いを理解し、毎日話しかけ診察し、カルテに記録する。この行為が「何もしない」にはあたりません。グループホームでの看取りを医師として経験しています。当然、点滴は行いませんでした。最近まで食べられる日は食べて最期を迎えられました。もっとこの状況をマスコミ等も自然な死として受け止めていただきたいと思いました
(医師)
- 特養でターミナルケア中です。大変参考になりました。しかしまだまだ途中で難しい問題ですね！
(その他)
- 調査報告（介護家族、Ns、Dr）それぞれの思い、考え方の違いがあり参考になった。
(介護職)
- 意見討議が有意義でした
(看護師)
- 対象者が自宅療養者、病院、特養ホームなのか区別が分かりにくかった。画面がぼけて見辛かった。
(看護師)
- 実地医療について非常に参考になり、明日から診療に役立つと思っております。
(医師)
- 父が亡くなるときも、医師に枯れるように・・・と言われましたが、一般の母や妹が理解するにはずいぶん難しかったです。
(その他)
- 各調査により視界が広がった。
(看護師)
- 全体の構成が多面的で、気づきの多い場でした。
(一般)
- 重度認知症患者への胃ろう造設が効果的であることのエビデンスがないという研究結果に対して、国際医療福祉大学の鈴木教授がどのような私見を示されるか、知りたくなりました。
(その他)
- 老人福祉施設で仕事をしているため、「自然に」という方向で進んでいくことがわかった。
(看護師)
- 会場が狭く、メインルームに入室できなかつた。もっと大きなホールで行って欲しいです。
(医師)
- 多くの医師、医療者及び在宅の環境整備していくように、私自身も今後には検討、老年学会の人スタッフと葛藤していくよう努力します。
(看護師)

- 認知症のターミナルについて、最期の看取りについて考えさせられた。
自然な死に方が一番いいと感じた。(看護師)
- 最期までなぜ「食べられなくなったらどうしますか？」の対象が認知症のターミナル患者に限定されているのか分からなかった。そもそも認知症のターミナルがどのような状態なのか、シンポジウムを通して一貫して定義されていたとも思えない。最初の飯島先生の発表でターミナルの定義はなかなか難しいと話されていたと思うのだが、正直に言って、「食べられなくなったらどうするか？」ということの対象を認知症患者に限定するのは彼らへの差別だと思う。会田先生は認知症ターミナル患者に胃ろうして、栄養状態も改善せず、褥瘡も予防できず、誤嚥も予防できないのが、多くの論文で証明されているといていたが、私はにわかには信じられない。文献を示して欲しかった。なぜ彼らには胃ろうのメリットがないのか、その理由も示してほしかった。会田先生の説が正しいのなら、シンポジウムをすることなく、認知症末期患者に胃ろうはしないとのガイドラインが成立するのではないか。本当に現場はターミナルではなく、認知症ではあるが会話も成立するレベルの方が胃ろうするようになってどうするか迷っていることが多いのだと思う。(看護師)
- 認知症の方の最期がその方の望む、その人らしいものであるために、本人の思い、家族の思いを汲み取りケアしていきたい。その際のICの重要性を再認識した。ケアしていくにあたって、その人にとっての”食べること”の意味をよく考え、観察、アセスメント、判断、見極めて行きたいと感じた。また、全てのスタッフが統一したケア、医療を提供していくことが大切だと感じた。(看護師)
- 口から食べることで死や看取りを考えての色々なかかわりを、それぞれの専門分野から研究調査がされ、発表が興味深かった。口腔領域の専門職として、チームの中に入り研究調査にかかわって行きたいと思った。(その他)
- 多くの統計により、様々な立場による考え方が目に見え、理解できた。今後の支援時の判断材料になりそうです。(その他)
- 在宅での看取りがすすめられていますが、様々な法の壁を毎回感じております。私は高専賃に関係するケアマネージャーです。高専賃でも重度化しているので、看取りが求められ、受け入れたいと考えていますが、医師から無理といわれ、入院することが多く困っております。本日パネリストとして発表された方々はとても正直に各分野の現状を語ってくださったと思いました。介護の現場で日タイライラ悶々としていた自分としてはホッとするような内容でした。(介護職)
- 今日のシンポジウムをTVでやってほしい。VTRが欲しい。(看護師)
- 講演中にスタッフが映像の前を何度も横切るのはいかがなものか。多少距離があっても後ろを回るのがマナーです。調査報告の会田先生以外の先生方、話し方を再考されてはいかがでしょう？(その他)
- 理解しやすい流れがあり、考えやすかったです。(家族介護者)
- 様々な職種（看護師、医師、介護職）などの意見が聞かれた。(看護師)
- 認知症である方とのかかわりについて。どんな状態であっても本人を中心に考えることを改めて考えさせられた。(学生)
- 倫理的な考え方が理解できた。生きることのナラティブさを感じた。(看護師)

- 私は医療関係者ではなく、福祉関係者ですので直接のケアに対する内容はなかったが、日常連携する医療関係者の考えや方針を知ることが出来てよかった。 (介護職)
- 日頃考えていることを、様々な方面から考えるきっかけになった。 (無回答)
- 最後の医師（会場）から話されたように、もう少しQOLへの配慮が必要と思った。医療からケアへの転換。 (その他)
- 医療従事者から、いかに死ぬかという提言が以前より必要と思っていた。 (その他)
- ANHについて、一個人、一団体として「かくあるべき」という講演が多い中、多くの医師、看護師等の認識・理解度をある程度客観的に、平等に示すものは少なく、本シンポジウムはそのデータを提示した点のみを取っても非常に意義のあるものと思います。 (介護職)
- 胃ろうと診療報酬の問題、よくぞ言ってくださったと思います。理屈の世界と現実の差は広いです。 (その他)
- 常に考えていた内容だったので、今後ターミナルケアに関わる専門職として指針となった（家族への説明ができる）。 (その他)
- いろいろな角度と視点がテーマを掘り下げていて、問題の全体像を捉えることが出来ました。 (その他)
- 「胃ろう」で統一しませんか？胃瘻ではなく。ここから始めるべきかと思えます。 (その他)
- 日頃一番困っている内容がテーマとなっており、本日はいろんなことが分かり、これから何を考えて仕事に取り組んでいくか整理したいと思う。職場の仲間にも伝えて行きたい。 (看護師)

2. シンポジウムで興味深く感じた点がありましたら、お聞かせ下さい。

- 医療費（高齢者医療）は、高いというイメージがありましたが、グラフにすると少ないのだと分かりました。また、認知症を告知すること、本人の意思の尊重と当然の様に言ってきたけれど、家族を巻き込んでの本人の意思、予後のすごし方をもっと考えていきたいです。
(看護師)
- 介護が必要になる前に、家族で日々話し合っているにもかかわらずその場にならないと分からないことが多いということを感じた。“本人の為”と“家族・介護者の為”がイコールにならないこともある。倫理観、死生観は人それぞれ。
(その他)
- 終末期医療と法：マスコミ、法からの制限のために医療に携わる方々もご苦労されていることが理解できました。
(一般)
- この会の主旨をもっと広げていけば現場（医療）の混乱が減るのでは？
(看護師)
- 終末期医療と法について。
(看護師)
- AHNが終末を自然に迎えさせてくれないことが確認できた。
(介護職)
- 末期を迎えられたご家族の気持ちと、ご本人の思いを大切に考えてみたいと思う。コミュニケーションの重要性を強く感じた。先生方の共通した考えを知ることができた。
(その他)
- 意思決定のプロセスと死生の評価-物語られるいのち、こういう考えを多くの医療関係者が再確認してほしい。鳥羽先生の死期前のエピソード→発熱36.5度でも38度の発熱と同じ状況→介護家族がみな経験しているが、医師からの説明を聞いたのは初めて。
(家族介護者)
- すべてです。特に、清水先生、樋口先生の講義。厚労省の終末期医療ガイドラインを文面で見ている感じと印象が変わり、聞いてよかったです。
(看護師)
- 自分の死生観ははっきりしていますが、相手の死生観を聞き出していくこと、そういう場を家族として作っていく重要性を西村先生の調査結果より感じました。
(一般)
- マスコミを恐れていること、法的に不安を感じている医師。自然な死。
(看護師)
- 聞き取り調査で患者の家族や医療従事者の方の意見がわかり、とても興味深かったです。
(一般)
- 医師の心配していることと、看護師がおもっていることの違いが分かった。
(看護師)
- ナース、医師、家族の考え方や、感じ方の違い。
(看護師)
- 「法」について
(介護職)
- 「食べられなくなったらどうするか？」ということに家族も介護士・医師などさまざまな立場で悩んでいること。
(家族介護者)
- 医師の説明不足にともなうPEG導入が多いことに驚きました。説明を本当にしていないのか、説明をしても家族の理解が十分でないのか詳細を知りたいと思います。
(医師)

- ①医師対象量的調査②終末期医療と法、興味深く聞かせて頂きました。(その他)
- 日常的にD r、介護、看護、P S Wなどのチームワーク（コミュニケーション）の不十分さを強く感じているので、樋口先生の提言が良くうな
ずけました。(看護師)
- いろんなシンポジウムを聞いたが、このシンポジウムは一本筋が通って
いて良かった。司会の方の進め方も上手だったと思う。(一般)
- 医療スタッフ側の死生観が違うことと、法的に問題意識があるという医
療現場の実態。(介護職)
- 海外ではANHの問題をどうとらえているのか、又日本でもアンケート
結果から、どのような結果が出ているのか知ることができました。最近
当院では皮下輸液をするしないの意見も出始め、看護手順も作成し始め
ています。でも、それは何のためなのか・・疑問に思っていた答えが見
えませんでした。そこを充分理解したうえで、皮下輸液をすることを提案し
たいと思います。(看護師)
- 各々の先生方からの発表が良かったです。(看護師)
- 医師の立場での認知症ターミナルケアへのアンケートがとても興味深
かったです。(その他)
- 「意思決定プロセスノート」に込められている想いに、涙が出そうにな
りました。病床の二割が経管栄養、二割がT P Nの状況です。このノー
トをゆっくり拝見したいと思います。(看護師)
- 家族が死に向かって行く過程を黙ってみていることが自然な看取りであ
ると気づき、早くこのシンポジウムを聞きたかった。家族が亡くなった
病院のスタッフは皆訴えられることを恐れていたのだと分かりました。(その他)
- 法のあり方、先例を作ることの大切さ、大変さ、でも必要なこと。倫理
の捉え方。(看護師)
- 終末期の医療の選択と法について。(その他)
- 医師で自然死を選択する人が少ないこと、複雑な背景を感じました。(一般)
- 胃ろうの問題がこのように出てきたことがとても嬉しく思います。現場
で仕事をしていても、本当に胃ろうにしても良いの？と思うことが多々
あります。もっと医師と患者家族等の話し合いが必要と感じます。(看護師)
- N s、D r、それぞれから取った調査報告(看護師)
- 医療現場、特に在宅現場の人が沢山来てくださっていて、びっくりしま
したが、在宅での問題も関心が高まっているのだなぁと思いました。ど
んな場でもコミュニケーションは大切だなぁとも思いました。(その他)
- 教育場面で、老年医学がまだまだ学びが少ないことを知った。(介護職)
- 法学部で勉強してきましたので、樋口先生の”患者とD rで事前の判例
をひとつ作るとよい”話を興味深く聞くことが出来ました。(その他)
- 療養型病院で働いています。終末期に対応する基準が間違っていないこ
とを確認いたした。(医師)

- 現在、療養型病院に勤務していますが、AHNについては、いつも悩んでいます。不要な医療はしないという方針で当院は行っていますが、食べられなくなったとき、どうするかは興味深い内容だった。(看護師)
- 認知症終末期と胃ろうについて、医師の意見を知ることが出来てよかった。(看護師)
- チームケア、医療に前向き（意外でした）。(看護師)
- 調査報告で、NsとDrの意識の違いについて。比較考察していただけたら。（シナリオ例）(医師)
- 医師対象の調査結果が興味深く、医師によってまだ考え方がこれだけ分かれるので、臨床で意思統一するのは難しい。(看護師)
- 樋口先生の法的考え方、清水先生の倫理的アプローチが参考になりました。(医師)
- 会田さんのご講演を始め、かなり突っ込んだ内容が数多くあり大変興味深く拝聴いたしました。(医師)
- 今回、プロセスノートはとても興味深いものでした。本人やFaにとってPEGを選択する手段としてとても良いとおもいました。(看護師)
- 家族のためにも、本人の意思をきちんと伝えることの大切さ。(無回答)
- 各調査記録はとても良かった。パネルディスカッションも為になりました。本日はありがとうございました。(その他)
- 胃ろうが外せるということ！(その他)
- ①認知症についての説明を家族にもしていない現状、特に摂食困難については、生命に直結する経過であるにも伝えていない現実が明らかになったこと。
②看取り場→新たに確保していく必要性を深く感じました(看護師)
- 胃ろうの問題は、大きなテーマだとは思いますが、鳥羽先生の仰るような一つの医療技術として捉えることが大切だと思った。(その他)
- そうだろうと思っていたケア、治療の裏付け、エビデンスがなかった。大変関心がありました。(看護師)
- 看護の側と、Faがどう感じているかと各分野での意見をまとめたところ(看護師)
- ①臨床倫理の日常診療やAHN導入、中断決定にかんする普及
②市民への「自然死」に関する啓発活動及び認知症への予後についての情報提供の必要性(医師)
- 人生計画の中の死(人生の物語の中の死)と意思決定プロセスの考え方の話が興味深く感じました。(看護師)
- 情報の共有の必要性、大切さ(医師)
- 自分のことを自分で決める、ということはいよいよ「死に方」にも思いめぐらし学び、事前指示書などしておくことで、終末期のケアの皆様へのサポートになるという死に方をしたい。(学生)

- 機器等の装着に関するもので、最初からつけないのも途中で外すのも同義というところは、脱目すべきものでした。(その他)
- 意識調査はなかなか興味深い！もっと踏み込んでほしかった。点滴を有用と考える人のいかに多いことか、文献をちゃんと読んでいるのか疑問。(医師)
- 清水先生、樋口先生の話は参考になりました。(無回答)
- AHNに対し、偏った考えを持っていました。人と状態によることを考えてみようと感じました。(介護職)
- 医療従事者は法律に敏感になっているため、本日の樋口先生の話は参考になったのでは？「樋口先生」の講演は面白く、興味深く楽しかった。(介護職)
- 関心が高く、普段から経験もある医療従事者が、正しい知識を持っていないことに、愕然とした。(医師)
- 老年学、死生観等、今後もっと勉強していきたい(一般)
- 樋口先生が話された内容は、印象的であり、興味深かった。(介護職)
- データ分析含め、大変興味深かった。日米の違いも“やはりそうか”と実感。すぐ「胃ろう」と指示される先生もまだ多い。今後の息を踏まえたリスク十分説明して欲しい。(介護職)
- 認知症でない方も、認知症と診断される事があること、多いこと(その他)
- 人工呼吸器の取り外しだけでは、起訴されたケースはないということ。(一般)
- 呼吸器を外しても法的には罰せられないこと。AHNを選択するか否か、そのほかの行き方を考えるには本人、Fa、多職種のコミュニケーションが大事。(その他)
- 法律と終末期の関わり、自然な死に方の尊重。医学の発展に伴い、「死に方」が選べるのだと感じた。(医師)
- 認知症の原因疾患によって“食べられる機能”とそのステージとそのほかの認知運動機能、ADLがすごく違うのに全て一緒にしている感じがありました。せめてADとVaDを分けて考えたい。(その他)
- 法の面からの考え方は思いも付かないことでした。(看護師)
- ANHは家族の理解力にもよる。(看護師)
- PEGに対する反省、食べさせるケア（太田喜久子先生）(医師)
- 医師への調査報告、家族への調査報告、樋口先生の講演内容(看護師)
- 西村氏の調査結果が非常に興味深かった。家族あるいは患者のそばにいる人たちは様々な説明のとき、選択のときに、悩んでいるのだと感じた。(看護師)
- 臨床倫理、法学の立場から学際的なディスカッションを展開された点。様々な立場から、現場の悩みを共有することの心強さを感じた。(その他)
- 終末期の点滴について、医療者や家族の心理的負担を軽減するために実施しているという調査が興味深く、今後議論していく必要があると感じた。(看護師)

- 法学からの樋口先生の見解が初めて聴くものだったので、大変興味深くもって聴きたかった。(医師)
- 患者のものがたりに耳を傾ける姿勢の重要性(その他)
- PEG、ANHなどの手段ツールのメリット、デメリットの多面的アンケート結果に興味を持った。(一般)
- 調査結果の報告は興味を持った。それぞれの立場で悩み多きことと思った。(一般)
- いったん開始したANHをやめることも選択肢としてある、ということは興味深く感じました。“多様な死”を認める社会に動きそうな、時代が移っていくことを感じます。経口摂取への取り組みに評価が必要ということにも興味深く拝聴しました。ナースとして明日からの実践に、また新たな気持ちで本人や家族とかかわって行きたいと思います。(看護師)
- 清水哲郎先生のお話「ノーマルなこと」「医学的介入の必要なし」このような言葉をDrから言ってほしい。法律をお話された樋口先生のように怖がらずに社会全体で考え、言えるようになってほしいと思う(介護職)
- 家族、看護師、医師等それぞれの立場、個人としての考え方いろいろで、日本人としてどう考えるかも含めて指針はまとまるに時間がかかると思います。が、看護現場でも考えていきたいと思います。日々動いていますから。(介護職)
- Dr 対象調査報告。清水先生と樋口先生のお話がとても良かったです。(介護職)
- 死生学について、文献なども読み、自分にとっての死生観を確立していきたい。(介護職)
- 人権について改めて考えさせられた。意思決定が出来ない方の命にかかわる仕事の重み、責任を感じた。(看護師)
- 誰を安心させるための終末期医療なのかに対する疑問が調査結果から伺えたこと。医学も“こんな感じ”“雰囲気”みたいな不確定なものに影響されていること(一般)
- 最期に樋口先生から「法」についてのお話がありましたが、現場のDrが「法」の下で、それ程お悩みであったとは、知りませんでした。(介護職)
- 法律の樋口先生のお話がとても分かりやすかったです。(看護師)
- これも大変勉強になりました。私自身医者に掛かりながらあまり考えなかったことを反省しています。(一般)
- 調査内容報告で、各分野の専門職のご意見と、たとえば自分の家族の終末ケアを考えたときと、同じ気持ちであることに改めて安心いたしました。その中で最終意思を示すキーパーソンになったら・・・私は成年後見人として三名の認知症の方を受任しているので、常にその時がきたらどうしようか・・・と思っていますので、今日のシンポジウムを聞きながら、その時決意できるように、更に受任者と寄り添って行きたいと思いました。(一般)
- 家族への面接件数が他の調査に比べてあまりにも少ない。このことは当事者の立場で考えるという態度がおろそかにされているということではないか。(看護師)

- 倫理問題と自然終末 (その他)
- 患者さんのため・・・と思いつつ、家族や医療者もつい自分のための選択をしてしまっている。
法に対する不安は不要らしい。 (その他)
- 医療者は食べられなくなる→何もしないという選択をする人が多いのに、現在の社会はそうではないという矛盾 (看護師)
- 認知症患者の家族のアンケート結果 (看護師)
- 清水先生、樋口先生の話。 (その他)
- ANH施行することが、終末期に不要という医学文献からの一文。また、それが医師でさえ多く知らないという現実には驚いた。 (看護師)
- 認知症の終末期にANHを実施しないで、自然な見取りを良いと考える医師が65%いる一方、実際ANHを実施する医師が70%いること。 (その他)
- 医師も看護師もプロである前に一人の人間。守られるものが無いことで”死”へ導いたと取られればいわゆる”安全”を求めてしまいます。マスコミの過剰さや、一般人への分かりにくさで、”プロ”が”嘘のプロ”になってしまいがちになるのでしょうか。本来の医師、看護師の役割を表示していくことが大切な点でもあるのかと思われました。 (看護師)
- 樋口先生の講演が分かりやすかった。 (看護師)
- 清水先生の話をもっと詳しく説明してほしかった。 (看護師)
- 全て。 (家族介護者)
- 法的なことは自分が親を看取ったときに、全て拒否した経緯もあり興味深く拝聴させていただきました。 (その他)
- 私は法学的視点から終末期の研究をしていますが、延命治療を差し控え、中止しても法的責任は問われないという原則をもっと確立、周知しなければならぬと感じました。そのためにはマスコミも大きな責任があると思っております。 (無回答)
- 調査報告で、特に医師の部門の報告が興味深かった。
ターミナルのガイドライン作成にあたっての調査や、考えであったが、今後の自分の考え、施設の運営方針の基本的考えにもあると思います。参考になりました。 (その他)
- 樋口先生の重要なことは三つが、深く感銘を受けました。 (看護師)
- プロセスノートは大変興味深く、訪問時には活用を考えられると思います。自然死は本人事前の話し合いが必要と強く考えました。 (その他)
- 本人の意志が反映されないことが多いらしい。 (その他)
- 看護、介護の各専門分野の担当部分と各プロとしての対応は何か大変勉強になりました。 (その他)
- 「意志決定プロセスノート」がとても興味深かった。全関係者に広めたい。今回のシンポジウムを一般の人にもそのまま見てほしいと感じた。 (医師)

- 在宅医療で看取りに関わっていますが、対象者が高齢になるほど”取り合えずDIVを”と点滴を導入するのが現状ですが、医療者側の自己納得とともに、介護者、家族が覚悟をする期間として重要ではないかと感じます。(看護師)
- 法学部の先生からの話が大変参考になった。(医師)
- 調査や実態のお話が参考になった。訪問看護やケアマネの対応のあり方に格差があるので、家族としても良い勉強になった。(家族介護者)
- 今、自分は何をすべきか、考える機会となった。システムやガイドラインも必要であるが、それをいかに有効に使うのか、それは一人ひとりの患者や家族の背景を踏まえながらチームとして考えていくことが必要であることを再認識した。(看護師)
- 会田先生がご報告された医師調査の結果。終末期のANHの中止について現場の医師がかなりの戸惑いと、医学的妥当性に対する誤解を抱いていることが分かった。まずは一般国民の啓発はもちろんだが、まずは早急に、医療従事者でのコンセンサスを図る必要があると思いました。(その他)
- 鳥羽先生のお話しで、アルツハイマーの誤診についてのお話しがありました。8割も誤診は異常です。(家族介護者)
- ガイドラインの作成が良いのかは正直良く分からない。それよりも、もっと根本的な部分、問題を社会全体で考えるべきという気持ちが強い。その人や家族が、一番納得できる方法を、選択肢をきちんと提示し、考えられる方法を考えたいと思った。医師(医療職)中心に進むことに疑問を感じる。(その他)
- 意思決定プロセスノートが役に立ちそうだと思います。必要になってから初めて聞かされるのではなく、事前の知識として理解してもらえるツールが必要とっていました。(その他)
- 清水先生のお話しとても分かりやすく参考になりました。(その他)
- 法的な解釈について、漠然とした思い込みや迷いがあったので、情報が有益でした。(看護師)
- チーム医療、チームケアの重要性、死生学について。法について。医療、Dr側の話しを聞くことができ勉強になった。プロセスノートについて、ケアマネージメントしていく上で是非参考にしたいと思う。(介護職)
- 自身が終末期になったら・・・みんなが考えられるようになれば良いと思う。(介護職)
- 医療倫理(看護師)
- 法的にはANHの差し控えは問題ないということ、このような場で発言いただいたことは有意義だったと思う。(看護師)
- ANHを導入しても年齢により消化吸収がどれだけなされるかも考えないと、だめなのではないでしょうか。家族の負担を少なくしたい、自然死を迎えたいと思います。(看護師)
- 看護師や医師が自分の立ち場だったらと言う意見が聞かれよかった。(その他)
- 今後ターミナルに向かうとき考えさせられることが多いにあった。(看護師)

- 樋口先生の資料に興味があります。法的な問題。現場の声 (一般)
- 諏訪教授の報告の「シナリオケースAさん」39頁に対する医療従事者の立場と、患者Aさんの立場に立った場合、おなじ母集団で結果が大きく異なった点に興味深く感じました。
樋口教授の話が機知に富んでいて分かりやすく、興味深かったです。 (その他)
- 家族・市民の参加を可能にする医療という点で、清水先生のプロセスノートのご提案に興味深かったです。フロアからの発言にも通じていたと思います。 (その他)
- 調査のシナリオが、摂食嚥下障害に対し、真剣に取り組んでいるようには見えない。現場はもっと積極的に嚥下リハ行っています。もっと発表を嚥下リハに関与して向上しているようにして発表してください。 (医師)
- 法的に整理し、患者のニーズに合った適応力が持てる社会になるべきと考えます。 (看護師)
- Faが、医師から十分な説明が受けられていないと答えた人が多いことにびっくりした。 (看護師)
- PEG造設のガイドライン作成について。ANH中止についての倫理的問題について。 (看護師)
- 臨床倫理死生学と終末期医療と法は興味深く関心を持ちました。 (その他)
- 情報の非対称について。情報社会でありながら、知っておきたい基礎知識については一般に伝わっていない偏った情報の問題について。医療側にも生活面が見えないということ。 (その他)
- ANHによる改善がエビデンスがないと、はっきり示されて嬉しく思いました。介護の世界に医療が近づいてきてくれていると感じました。 (介護職)
- 死を「その人にとって・・・」と考えるのではなく、マスコミが騒ぐとか医療者の心理的負担とかその人以外のことを考えている。自分の立場しか考えていないことが分かった。法的に責任を問われるのが怖くて死に行く人を苦しめていることが分かった。自然に看取ることの大切さをマスコミに訴えるべき。 (看護師)
- 清水先生のお話しは興味深く共感し、もっと深く考えたいと思います。 (その他)
- 終末期医療、看護を検討、研究を進める上で、法との共通認識、理解はとても重要だと感じました。又まだまだ家族(患者)の立場や選択等の研究は低いかなと。 (家族介護者)
- 医師の調査結果が聞けた。老年看護学会の調査結果とはまた違う結果が出ていたので興味深かった。 (看護師)
- 樋口先生の話が一番良かったです。法律の必要性について何でも法を動かして動くという日本の形態があるが、そうでないということを先生の話聞いて分かったがやはり本人中心に考えるべきということが改めて感じた。 (学生)
- 介護は医療行為は実施できないので、ANHに関してはDrやNsに依頼します。しかし、介護方法を一緒に考えたりする機会は少なく残念であったが、経口摂取に対する考え方を知ることができたので、経口摂取の具体的方法や検査方法に期待を持った。 (介護職)

- 清水先生の意思決定のプロセス。 (無回答)
- 胃ろうに疑問をもっと医師が沢山いて、幸せな死を考えることが患者の利益であると思われているのは良いこと。 (その他)
- ANHに対する医師へのアンケートで、実際に行っているものの、倫理的、医療適正度において疑問を持ちつつ行っている実態を興味深く拝見しました。結局、インフォームドコンセントが現在の日本の医療には大きく欠けているということでしょうか・・・ (介護職)
- 倫理、法的な部分の見方まで含まれていて良かった。プロセスノートが示されて良かったです。 (その他)
- 意思決定がナラティブやプロセスを重視して進められていくという点。 (その他)
- 個々の問題を一般化するのは難しい。ツールを作って個々に当てはまるのだろうか。介護の現場にはモンスターペアレンツならぬ、モンスターチルドレンが増加している。 (その他)
- 法（樋口先生の講演）、インフォームドコンセントの難しさ。 (その他)
- 清水先生のbiologicalとbiographicalの二つの視点には感銘した。 (医師)
- 医療者側の実感（治療の必要性）と患者側の認識のズレを強く感じました。 (その他)
- 清水先生、樋口先生の話が面白かった。法律的な見地は絶対必要だと思う。 (その他)

3. シンポジウムでもっと詳しく知りたかった点や深く議論したかった点がありましたら、お聞かせ下さい。

- 「食べることを拒否する方、「食べたいのに訓練してもえん下が改善されず、禁食の方」の対応を詳しく（事例なども含め）聞きたかったです。 (看護師)
- 専門職が関わる上で、職種によって求められるニーズが多少変化してくると思うので、ご本人、家族の職種の考えている（予測している）ニーズの違いなども知りたかった。 (その他)
- 法的な部分。 (看護師)
- 高齢者の今後の受入体制等の考えを知りたいと思った。 (その他)
- 事前指示、リビングウィルはNsが聞いても良いか、Nsがそれを交えて本人の死生観や生への延長としての死に向かう現在。心情を支える立場としてはとても重要と思うので聞き取りしたい。 (看護師)
- 患者家族・看護師・医師それぞれの現状をもっと掘り下げ、コミュニケーションを取り合っていく場を作っていただくとありがたいです。 (一般)
- アンケートだけでなく、ご家族の本音の気持ちを、もっとはっきりと聞く必要があります。 (看護師)
- 海外と比べて日本の倫理委員会の役割はかなり違っているのか、どのように機能しているかという点についてもう少し知りたかったです。 (一般)
- 今回のシンポジウムに一般の人、厚生労働省の人も加えていただき、最終的にガイドラインを是非出してもらいたいと思います。そのためには、まずたたき台を出してもらいたいです。 (医師)
- 法律の話。 (看護師)
- 医療側の話が中心で興味あったが、時間を拡大して、介護場面も入れてほしい。 (介護職)
- ANHの是非。 (家族介護者)
- 認知症の変性疾患としての理解が十分でないように思う。「もの忘れが起こる病気」以上の身体機能低下が起こることを知らないご家族が多いように思う。終末期のあり方は、病気の理解が十分でないとコンセンサスを得られないのではないかと。 (医師)
- 意思決定プロセスノートをもっと詳しく伺いたかった。 (その他)
- Drは胃ろうを勧めるが、「介護しやすい」といっているが、嘘ではないか。 (学生)
- 終末期の捉え方、生命倫理について、深く知りたいと思った。 (看護師)
- 死生学についてもっと詳しく知りたいと思いました。 (介護職)
- あれも、これも加えないと・・・という考えでガイドラインを作ろうとしていましたが、樋口先生の「こういう方向でいい」というガイドラインでいいとの話を聞き、少し方向性が見えました。ありがとうございました。北海道から来た甲斐がありました。 (看護師)
- 死生学について、更に勉強したい。 (看護師)

- 法的な事象の解釈をもっとお聞きしたかったです。(看護師)
- 病院では、DrもNsもその他のスタッフも、自然な看取りについて、話をしてくれた人はいなかった。それがなぜか少し分かりました。情報の差の原因は？(その他)
- 看護師対象のアンケートの結果で、65%が教育機関の方であったのは、どうなのかと、実際に現場で働いている看護師の思いを分析して欲しかった。(看護師)
- どのようなシステムができれば、自然死を実現できるか？(一般)
- PEGを一時的でも使用するという事に意味のある、可能性のあるケースがどれ位あるのかと、その取り外しをどのようにするのかということについて。(その他)
- 調査報告は、せっかくの調査にもかかわらず時間不足で発表者が十分に発表できず、残念でした。(その他)
- もう少し法律の話をお聞きしたかったと思います。(医師)
- 認知症のターミナルとは？をある程度定義して、何をどのように取り組むべき課題としているのかを、明らかにすべき。ともかく独りよがりの寄せ集めという印象。(看護師)
- 病院の中の死と、生活の中の死（在宅と施設）ではかなり違うと思う。今回はその追及がなかった。(看護師)
- 現場の事例、取り組み。(看護師)
- 嚥下控次評価の手段と診断についての、コンセンサスが取れているのか、そのガイドラインが欲しいです。(医師)
- 倫理的な問題、法的な問題、経済的な問題についてももう少し詳しく知りたいと思いました。(医師)
- PEGを選択しないことでのFaの苦悩などを知りたかった。(看護師)
- どう死に至るかということが、やっと語られるようになりました。死生観を家族なり援助者とどう共有するのか？(無回答)
- なぜ日本の医教育の中で、老年医療が遅れているのか？シンポテーマには無かったのですが、モルヒネの使用量が日本は少ないこと。(その他)
- ①胃ろう造設の問題点、恩恵について
②胃ろう造設後の中止の判断を今後考える必要もあると思われます。造設後の余命などデーター調査を知りたいです。(看護師)
- 認知症の進行(中等度→重度)と、食べる能力の低下の関係。(その他)
- 十分分かりやすくよかったです。(看護師)
- 参加されている方々は、各人各々にディスカッションをしたかったのではないのでしょうか？もう少し平場でのディスカッションでも良いのでは？(医師)
- 具体的事例の検討。(医師)

- 法的に大丈夫、といいながら医師の理解はまだ少ない。これを具体的に
変革していくには？ (学生)
- 療養型医療機関や、急性期病院等の現場のスタッフ及び家族の生の声を
聞きたかったです。 (その他)
- 誰がどのような形で、一般市民に教育をしていけばよいか、医療スタッ
フの卒前教育をどうするか。 (医師)
- 認知症の方(本人)やご家族は、食べられなくなったら、ターミナルケ
アについてどうお考えなのか、現場のスタッフは、ターミナルケアをど
う捉えているか、もっと詳しく知りたかった。 (一般)
- 日本人の持っている家族観も“死の選択”に影響している。なかなか
「個」の権利が必ずしも優先し尊重されてはいない。託された家族にとっ
ても残された人生をきく課題となる。生きている間に家族で十分話し
合っておきたい。 (介護職)
- PEGをしたら後で取れるということは理想で、実際は外せないほうが多い
のは保険点数等によるのかどうか。 (その他)
- 清水先生の哲学の話、とても興味ありますが、今日はさわりだけだった
ので、もっと詳しく知りたいです。 (一般)
- 認知症の「食べられない」という評価の方法。 (その他)
- 摂食の嚥下医療を行っているとなかなか「食べるの難しいですね」と引
導を渡さざるを得ない場面があります。この議論に経口摂取に努力して
いる人間も参加して頂きたいと思う。 (その他)
- このテーマを如何にして一般国民に広げていくか。 (医師)
- AHNの選択に関しての実際の事例をもっと知りたいと思った。
患者の権利について。 (看護師)
- 樋口先生のお話をもう少し聴きたかったです。 (看護師)
- 食べられる食べられないAHN以外にも、終末期をどう捉えて老人をどう生
かすかということが問題であり、実際の現場が介護にすべて動いている
という、この二つの問題をもっと知るべきだ。 (無回答)
- 医師、看護師、福祉職が“自然死の看取り”を経験することが必要。
専門職、病院から死を、生活の中に取り戻していく運動の仕方。 (その他)
- PEG造設のインフォームドコンセントの実態について。 (看護師)
- 樋口先生の話。 (医師)
- 終末期の治療目標が「延命」から「苦痛の少ない最期」に切り替わること
のコンセンサスが得られていないような気がします。(ANHの差し控えは
飢餓と考えるDrが40%くらいいる) (医師)
- 各種のガイドラインがあることを知りました。各種のガイドラインの検
討リストの紹介があると良かった。出来れば本日のプレゼンテーション
資料など公開してもらえると有難いです。 (一般)

- 家族と医療者とのコミュニケーションの不足をどうすれば足るものになるのか、多忙な医師に任せている現場もあるのではないかと思うと、どのような職種や資格を有するスタッフが望ましいかなど聞いてみたいと思いました。最近、CNS、CN、特定Nsなど専門分野を持つNsが登場していると思うので、活動している内容を聞いてみたいと思いました。(看護師)
- 樋口先生のお話。死生観。(介護職)
- 樋口先生の話をもう少しゆっくり聞きたかった。(看護師)
- ターミナルケアと死生観について、「日本人の死生観」について社会的に議論を広めて欲しい。(介護職)
- 高齢者の数が増える＝死者の数が増えるという視点が新鮮でしたが、その場合、想定される必要な不全資源、現場像について、もっと具体的に想像しておく必要があるかなと思いました。(一般)
- つい1～2日前の朝日新聞で、実母が延命措置になるから胃ろうはしないと病院で言われたので、病院を代えたとの記事がありました。うろ覚えですが、延命措置になるような胃ろうはして欲しくないと思いながら読んでいました。(介護職)
- 法的トラブルの懸念が何度か出されていましたが、刑事と民事の面でどう争えるのかを簡単に出して（項目だけでも）出していただけると良いのかと思えました。大岡越前の裁き位が、一番人間的かと。(一般)
- とても関心のあるテーマであり、興味深く拝聴しました。社会や老年関係以外の医療従事者に対してもこれらの結果を広く知らしめることが大切だと思います。胃ろうの造設に対しても、私自身も母のときに拒否しましたが、結局受け入れざるを得ないことになりました。社会的、歴史的文化的な視点から十分に論じある必要はあると思いますが、エビデンスについてはもっと広く知らせる必要があると考えます。(看護師)
- 死生観について。(看護師)
- 現場の看護師の認知症ターミナルケア。(看護師)
- “認知症”であることについて、あまり触れられていなかったのではないかと思います。(看護師)
- 点滴、胃ろう造設中止への倫理的な解釈。(看護師)
- 高齢者を考えての終末期のようで、若年性の認知症をもっと深く掘り下げていただきたい。(家族介護者)
- 自然死、尊厳死に関する法律の改正、国民の意識の改革のこと。(その他)
- 患者、家族の大病院志向において、機能の違う病院から伝えられる栄養経路の変更はどう捉えているか。在宅死がすすめられている今、＝（イコール）自然死なのか。
プロセスノート（試作版）は読みきれない。
福祉を利用して・・・すでにそれを整備する時点で、家族や医療者・介護者に負担がかかっている！日本の受入が遅れている！(看護師)
- 在宅でおきている混乱、人生の変化、Faの負担。PFG造設をしない患者が誤嚥を繰り返して救急搬送すると病院側から「もう診ない」「病院（主治医）を代えてくれ」といわれる現状があります。(看護師)

- 医師の独断的態度や、パターナリズム的姿勢の見直しが無いなら、欧米との比較や模倣もできない。(看護師)
- 法についてもっと聞きたかった。(看護師)
- 自分がそうになったらと言う想像力を持ちたいと思いました。(その他)
- 樋口先生のお話大変興味深く拝聴いたしました。ただ、東海大事件と川崎協同病院事件の事実は少し違うような気もしました。特に川崎協同病院事件は筋弛緩剤の投与ではなく、呼吸器の取り外しの是非が焦点とされていたように思うのですが。(無回答)
- どこで看取るか、看取られるか？現状で病院、老人施設、在宅であるが、それを支える体制、制度、報酬。(その他)
- 臨床的などころをもっと詳しく聞きたかった。(看護師)
- 法律の話や本の紹介をもう少し話して欲しいと思います。医師を頂点とするピラミッド医療が現在も行われていることをもっと一般に知らせることと変化を行うという必要を話し合っしてほしい。(その他)
- 樋口先生のお話をもっと聞きたかったです。(その他)
- 実力がないとチームアプローチは出来ないという言葉を聴き、私ももっと実力をつけたいと感じた。(その他)
- 「人工栄養を選択しない」ときの、その後の受け皿（居場所や、医療者の経験・技術ふくめ）の不足について。(医師)
- ターミナルケアの担い手の一員として、歯科衛生士も参加させていただきたいと思います。その為には私達歯科衛生士も教育が必要だと感じています。(その他)
- チーム医療について。(医師)
- 太田先生の講演内容のケアはもっと資料に入れて欲しい。今必要としているので！シンポの中の太田先生の意見に同感です。Dr 一人で決定して患者家族の意見を聞かない現場が今の世の中です。(家族介護者)
- 現場でどのように活用していけばよいのか。考え方。省略されてしまった先生方のお話をもっと聞きたかった。また、多くの事例のお話を聞きたかった。(看護師)
- それぞれの場所（病院、施設、在宅）での考え方とポイント。(看護師)
- 私は「高齢者」とは程遠いまだ20代の者ですが、もうどうにも止められない高齢化の現状を見て、将来どうなっていくのか、不安でたまりません。日本の有能な方々が早急な対策、actionを起こしてくださるよう、切に願っています。そのために、今の若者を巻き込む早期からの教育も重要であると考えます。(その他)
- 認知症の人が心を閉じるのは介護医療関係者の本人への対応時に問題あると思います。(家族介護者)

- ANHをしない最期の迎え方を選択肢として掲示できるようにならないといけなと感じました。特養の経験ではまったく食べられなくなって、何もしなくても一週間程度の時間は確保でき、その間のケアについて議論の必要を感じました。(その他)
- ガイドライン (PEG、ANHについて) の状況、医学部での死生学、end of lifeでの行為。
。end of lifeで、点滴やPEGしか思いつかないことが、DrとしてPoorであるということを実感するべきであり、今後の医学教育にもこの点を取り入れていただきたい。鳥羽先生の意見に同感です。(医師)
- 経口摂取はどこまで可能なか？私の施設では反応のない利用者にシリンジでOS-1を補給していて (Ns)、施設内でも賛否分かれることがあります。誤嚥ありです。(その他)
- 市民議論の時間に重点が置かれる方法で、シンポジウムが進むと良いと思います。(看護師)
- 「死生学」についてももう少し学んでみたいと思う。(介護職)
- 終末期における・・・一般的ではなく認知症について深い部分で議論が進むと良かった。(介護職)
- 老年学に関するもっと多くの専門家からの議論を期待。食に関連して歯科関係者や栄養学薬学の考え方も知りたい。(看護師)
- 法の問題をもっと話しをして裁判に行かないようになってほしい。自分の意思をしっかりと家族に伝えるよう書いておきたいと思う。(看護師)
- 胃ろうを造設する際に家族にも年齢的、身体的機能に限界があることが理解できるようなビデオが欲しい。(その他)
- 本人が認知症などがあり事前指示的なことが出来ない場合。家族のあり方、ケア医療側のあり方。(看護師)
- メディアを活用してこれをTV放映することか、一般市民とのディスカッションをすることがもっと国民全体で死生観を話し合う場が欲しい。(看護師)
- 本日のシンポジウムでは患者本人と患者家族との人間関係が比較的良好的なことが暗黙の前提とされていたように感じました。実際には、支援困難ケースでは、キーパーソンとなる家族が不在だったり、長年の家庭内の確執で患者本人の最善の利益を代弁者足り得なかったり、利益相反の関係にあたりすることは稀ではないと思うので、このてんについて深めたかったと思いました。(その他)
- 高齢者の終末期の定義。(医師)
- 医療報酬の問題点。(その他)
- 本人と周囲の人々との家計はどのようにしたらよいか、死生観の違いがネックになったりする。(看護師)
- 欧米の医療倫理と日本の死生観について。(医師)
- 死生観はほとんどの人たちが同感できていると思われる。(看護師)

- 法を使って法を作ることが出来る。一つの病院と一つの患者が大きな影響を与えることができます。もっと詳しく知りたいと思った。(その他)
- 医療チームから説明があり、biographical life、家族からも説明が必要だという話しが実に嬉しく感じました。医療サイドがそういう方向に動いてくださるのはとても良いことだとおもいます。早く全てのDrに伝わるといいと思います。(介護職)
- エンディングノートを書くことによって医療者が困るから書かないで欲しい、についてももう少し知りたかった。(看護師)
- 樋口先生のお話しをもっと聞きたいです。先生の著書「生命倫理と法」を読みたいです。(その他)
- 家族ケアの立場でもっと。(家族介護者)
- 老年看護学会の調査結果は教員をしている方が多かった。臨床Nsの意見を聞きたかった。(看護師)
- 事例をもっと詳しくやっていただきたかったです。(学生)
- 訴訟と患者・利用者のニーズの充足、相対する状況をどのように捉えて実施するための具体的方策。(介護職)
- 樋口先生の話をもっと長く聞きたかった。(無回答)
- これは第一歩のシンポジウムだと思います。医療的視点から、人生の充実へとどのように持っていくか医療が変わらないと日本の高齢社会は良くならないと思います。しかし色々参考になる点がありました。在宅医が入るべきシンポジウム。(その他)
- 日本人の死生観について、これから必要なことについて議論を進めてほしい。(その他)
- 自然死、延命治療を経ての死、いずれにしてもどのような状態変化が起きるのか、一般的なガイドラインが少なく、現場レベルでは正直良く分からない。その辺りはもう少し多くの症例を示し説明して欲しかったと思います。(介護職)
- 病院以外の場所での看取りを今後は拡大していく必要が出てくると思われるが、その際の合意や同意にいたるプロセスについて。鳥羽先生の臨床的なお話しをもっとお聞きしたかった。(その他)
- 死生学。
癌は女性三人に一人、男性二人に一人、認知症も五人に一人、という時代。元気なときに考えることが必要。会田先生が発表していたこと。たびたび書き直す。または変化を見る。高齢者の自然な死。尊厳死の法律について知りたい。(その他)
- 伝わったことが伝えたこと、医療人と患者が共通に集える”場”、そしてお互いによく理解できる”言葉”をどうしたら手に入れることができるのでしょうか。(その他)
- 認知症のターミナルの定義（癌とは違う）
医師や研究職、介護職だけでなく家族の意見をもっと聞きたい。やはり温度差を感じてしまう。(その他)

4. 次回のシンポジウムのテーマとして、どのようなものを希望されますか。

- 認知症のターミナルケア、特に“食”という基本的欲求ができなくなったら、どうするか興味があったのでとても勉強になりました。本日はありがとうございました。
(看護師)
- 死生学と法律。
(その他)
- 食べられなくなる前にできること。医療・看護・介護チームが支援できること。
(家族介護者)
- 清水先生の講義を聞いて・・・現在私はハンセン病療養所に勤め、平均年齢82歳の超高齢で、認知症も多く、療養所の歴史的背景として医療同意を家族以外の契約した方にしてもらっている。意思確認できている人は少数です。ですので事前指示の必要性和コミュニケーションツールとして本人の死生観、人生観を繰り返し聞き取るツールが必要と強く感じています。が、どのようなことを聞き取ればいいのか、プロセスノートのようなツールを作成するときどのような記載内容が必要なのかと探っているところです。もし何かアドバイスがありましたらお願いします。
(看護師)
- ①今回のシンポジウムの続編、発展した内容でお願いいたします。②死生学コミュニケーションにポイントを置いてください。③西村先生の話ももっと聞きたいです。
(一般)
- 終末期の医療、看護、介護、本人、家族の思いを知る。認知症の方、食べられなくなったらは時間をかけていられなく、早急に判断しなければならぬ。
(看護師)
- 自己決定権について。
(一般)
- 病院と特養を結びついて、医療と介護を共々考えてほしい。
(学生)
- 本人や家族がやさしい自然な死を迎えるには。
(介護職)
- もっとこのテーマを東京だけではなく、地域にも広げてほしいと思います。当院の医師はあまり終末期、緩和ケアに興味を持ちません。色々な学会で訴えてほしいと思います。最期は必ず輸液につながれ、最悪にはカテコラミンまでポンプで行っています。そんな病院が地方にあることにも、目を向けてください。医者は法的なことを怖がり誰も責任を負いたくないようです。
(看護師)
- 看取りの場所。
(一般)
- テーマではありませんが、会場のスクリーンが見ずらく感じました。文字や線が二重にダブっていたので改善していただけたらと思います。
(看護師)
- 同じテーマ(終末期はどのような選択をするか?)で良いと思います。
(医師)
- 認知症でも、ADとVDに分類して、HP、在宅などの課題について。
(看護師)
- ターミナルケアの決定、高齢者にとっての緩和ケア。
(看護師)
- 高齢者の看取りに対するテーマ。
(看護師)
- 終末期医療と法について。海外ではターミナルケアについてどうなっているのか。
(医師)

- 超高齢在宅患者で救急車を呼びますか呼びませんか？(医師)
- どのようにチームケアを行っていったらよいのか？成功例として聞いてみたい。Drの意見など。(看護師)
- 介護する側（単身者）が家族ではないケースも増えてくる中で、本人の合意・決定のプロセスに、後見人がどう関わっていくのか？いかにして在宅で死を迎えられるのか。(無回答)
- QOLについてもぜひお願いします。(その他)
- 同テーマでも良いですので、第二回目を開催して欲しい。(一般)
- ①認知症の告知について。
②高齢者の終末期医療ケアのチーム連携、チームスタッフの教育。
③終末期ケア、高齢者ケアにおける死生観について。(看護師)
- 認知症の早期発見。(その他)
- 全ての“死”を考える。(医師)
- 認知症のターミナルケアに関する事例検討。多職種の見点、臨床倫理的問題解決プロセス、法の立場からのコメントを含んで。(医師)
- PDNなど胃ろうをはじめとしてAHNを実際に行っている医療者との合同シンポジウム、双方の意見が聞きたい。(医師)
- 一ヶ月に4回しか口腔ケアに入れない現実、ターミナルに入った方には、もっと多くケアに入り、最期を気持ちよくすごして欲しいと思っていますので、歯科的立場の充実について宜しくお願いします。(その他)
- 本テーマで、老年歯科とのシンポジウム。(その他)
- PEGをつけたあとの再評価をするシステムを議論してほしい。経口摂取に向けた努力に関して倫理的な話を聴きたい。無理に経口させるのは暴力ですか？(その他)
- ①本人や家族など当事者性をもつ方と専門職とのケアをめぐる対話
②「倫理的ジレンマ」の折り合いをつける過程で新しい価値を作り出す意表。(その他)
- 認知症の意思決定に関すること、Nsのアドボカシーの役割について。認知症の薬物療法と非薬物療法、生活リズム障害について。(看護師)
- 死生観に関すること。医療の限界について。(医師)
- 医療者のコミュニケーションについて。(看護師)
- 認知症の方々の権利擁護。成年後見人制度の実際→後見人となる人への行政の風当たりの強さ。これにより後見人を降りてしまう人が多い。もっと後見人として安心して立ち会えるようになったら。(介護職)
- 自然死の具体像（一日一週間のケア内容などを具体的に）知りたい。死者が増える事で私達の社会はどう変わるのか？課題は何か？マクロ的な視点。(一般)

- 在宅在宅といわれるが、どこまで在宅が可能なのか。現場をお解かりで
しょうか。老老介護、要介護5、IVH、お金があればどんなことも叶うで
しょうが、現実には厳しいです。(介護職)
- 人工呼吸器の取り外しについて。本人が希望したときに外せるのであれ
ば、呼吸機能が低下しているが、他の機能が残存しているレベルのALS等
の患者さんが、装着を選択し有意義な日々を延長できることもあるので
は・・・。(その他)
- 認知症患者における尊厳とは。(看護師)
- コミュニケーション教育の必要性。(その他)
- 医療と法。生命倫理。(看護師)
- 食べることなので、口腔の問題が語られないのが少々物足りなさを感じ
ました。(その他)
- 意思決定能力がある人の終末期について。終末期におけるnarrative、本
人のintegrityやdignity、社会的コンテキストにおける終末期などにつ
いて感心があります。この文脈で千葉大の広井先生のお話を伺いたいと思
いました。(無回答)
- どこで看取るか、看取られるかの討議。その時の課題、体制。(その他)
- もっと摂食嚥下をやっていて、認知症にかかわる方の意見を聞きたかつ
た。(看護師)
- 食べる機能に必要な口腔のことや、ケアの内容をお願いします。食べる
ことと、排便の関係をもっと知りたい。(その他)
- 緩和ケアについて。(その他)
- 認知症の方の最期をもっと深く知りたいと思います。(その他)
- 医学教育、看護教育における認知症のターミナルケア。(看護師)
- 介護度の認定、介護費用の限界、老々介護の場合、毎日生活をするため
のヘルパー費用だけで介護に当てられる費用を使ってほしい。肝心な医
療に必要な費用まで当てられない。(看護師)
- 認知症のターミナルケアの具体的な症例を取り上げて欲しいと思いま
す。(その他)
- ターミナルケアが非常に重要だと思います。繰り返し議論や勉強の場を
提供してほしい。(看護師)
- 一般市民の合意形成に向けた、市民社会のシンポジウムが必要だと思
います。(看護師)
- 看取る時の、医師の医療行為とは？（ANHは必要ない！）(医師)
- 認知症の薬物投与、どこまで良いのか？(その他)
- 高齢者の転倒防止、抑制との関係について。
医科と薬科の連携、multidisciplinary approach について。(看護師)
- 緩和医療、在宅医療の現状と今後。(医師)

- 人はいつか死ぬこと。 (その他)
- ケアと法律。 (看護師)
- 胃ろう造設者の死亡するまでのプロセス
老年医学、看護や死生観をもっと一般市民に広げるにはどうしたらよいか？
医師と家族のICや話し合いの場をもっと設けられるにはどうしたらよいか？ (看護師)
- 現場のジレンマ。 (一般)
- ①アリセプトの特許切れ（2012年）に伴う、ドネペジル後発薬の代替選択処方と、老人保健施設での後発薬の保険適用処方について。
②アリセプト3mg未満（1mg、0.75mg）のドネペジル後発薬の開発と薬剤過敏症を特徴とするレビー小体病、認知症への適応について。
③後見人による不正事例の増加を背景とした「後見人制度支援信託（日本H23年4月～）とアメリカにおける私的成年後見について。
④成年後見の申立て時における診断書作成と申立て後の鑑別診断のあり方ー現状と課題についてー被後見人が選挙権を一律に失権させられることに対する違憲訴訟の提起を契機として。 (その他)
- 施設ケア、体系（最期を過ごすために）先に看取り有きではなく。 (医師)
- 患者自身の希望、苦痛が軽減できるシステム作りについて、情報が得られるように。 (看護師)
- 「日本人の死の迎え方」本人、家族の望みはどうすればかなえられるのか、在宅の場合、施設の場合に活用できる社会資源について。 (その他)
- 今回、コミュニケーションは大事だということが出ました。コミュニケーションスキルを上げるようなテーマは如何でしょうか。 (介護職)
- 一般の方のお話しと専門職を対話させるセミナー。 (介護職)
- 生命倫理（臓器移植など）臨床倫理など。 (その他)
- 医療における患者の自己決定について行って欲しいです。 (学生)
- 老年学をどう捉えるかですが、今回は医療からのアプローチ、これを変えないと日本は変わりません。老年学は老年医療ではない。アカデミックな学会でもっと市民に近い視点が必要では。 (その他)
- 幸せに死ぬということ。 (その他)
- 介護、医療の現場に関わる法制度について、分かりやすく解説するようなシンポジウムを希望。 (介護職)
- このテーマは、日本の社会全体に広げる必要がありますので、何回でも行ってください。 (その他)
- ケアを拒否する人への対応、周囲の考え方、尊厳を守るという事の意味。 (その他)
- ガイドライン（医師が作るのではなく、当事者や家族が作るガイドライン）。 (その他)
- 樋口先生の講演をもっと時間を取ってやっていただきたい。 (看護師)

5 職種【その他】にチェックされた方、職種をお聞かせ下さい。

- 歯科衛生士
- ケアマネージャー
- ソーシャルワーカー
- 管理栄養士
- メディア
- 社会福祉士
- グリーフ・セラピスト
- コーチ
- ライター
- 医療事業者
- 介護福祉士の教員
- 高齢者施設
- 作業療法士
- 相談員
- 福祉職
- 有料老人ホームの生活相談員
- 理学療法士
- 臨床心理士

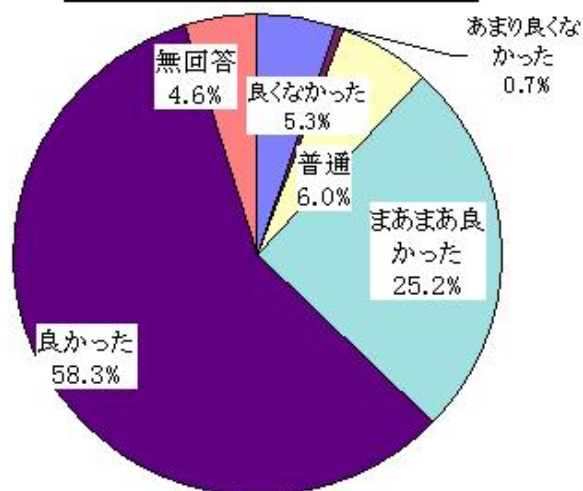
6 専門分野【その他】にチェックされた医師の方、専門分野をお聞かせ下さい。

- 歯科
- 外科
- 緩和医療
- 公衆衛生
- 呼吸器科

1. シンポジウムの内容について

選択項目	人数	構成比
良くなかった	11	4.9%
あまり良くなかった	2	0.9%
普通	13	5.8%
まあまあ良かった	59	26.3%
良かった	131	58.5%
無回答	8	3.6%
合計	224	100.0%

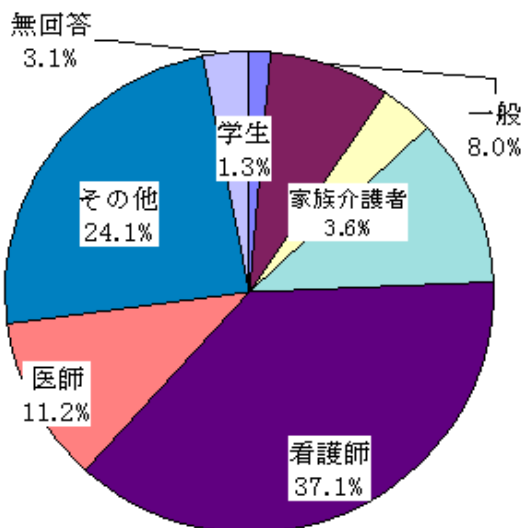
A-1 シンポジウムの内容について



5. 職種をお聞かせ下さい

選択項目	人数	構成比
学生	3	1.3%
一般	18	8.0%
家族介護者	8	3.6%
介護職	26	11.6%
看護師	83	37.1%
医師	25	11.2%
その他	54	24.1%
無回答	7	3.1%
合計	224	100.0%

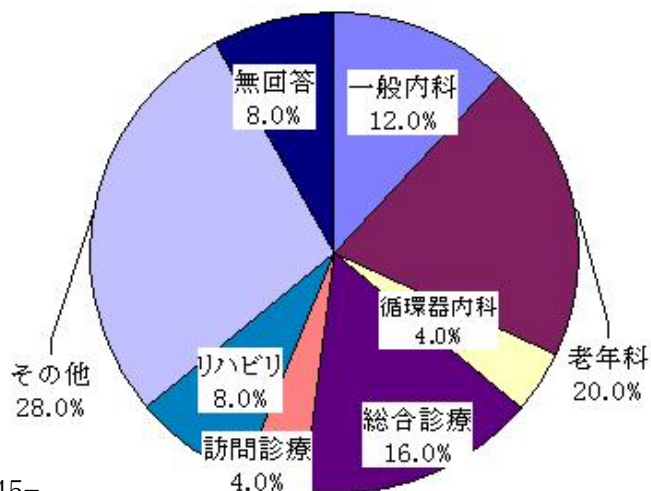
5 職種をお聞かせ下さい。



6. 医師にチェックされた方、専門分野をお聞かせ下さい

選択項目	人数	構成比
一般内科	3	12.0%
老年科	5	20.0%
循環器内科	1	4.0%
神経内科	0	0.0%
総合診療	4	16.0%
訪問診療	1	4.0%
リハビリ	2	8.0%
その他	7	28.0%
無回答	2	8.0%
合計	25	100.0%

6 上記の質問で医師にチェックされた方、専門分野をお聞かせ下さい。



参考資料 2

人工栄養 医師4割中止

導入経験1058人回答 手続き指針作りへ

口から食べるのが難しくなった認知症末期の高齢者に導入した人工的な栄養補給法について、4割の医師が中止を経験していることが、会田麻子東京大特任研究員(死生学)の調査で分かった。医学的理由のほか「家族の希望」「苦痛を長引かせる」との判断によるものだった。日本老年医学



胃ろう

内視鏡を使って胃ろうをつくる方法は1979年に子供患者用に米国で開発。日本では2000年代に広まり、現在、難病患者も含め、導入している人は推定40万人ともいわれる。高齢者への胃ろうなどは、体に負担や苦痛を伴い、人工的な延命につながりかねないとの指摘がある。

会など7学会は、人工栄養法の導入や中止の基準、手続きの指針作りの検討を始めた。調査は、同学会の医師会員に郵送でアンケートした。有効回答は1554人。回答者の7割にあたる1058人が、自分の意思を明確に伝えられない認知症末期の患者が口から食べたり、飲んだりするのが難しくなった際に、管で水分や栄養を補給する人工栄養法を導入した経験があった。患者のおなかの表面から穴を開け管を通して胃に直接、栄養剤などを入れる「胃ろう」や、高力ローリ輸液を点滴する「中心静脈栄養法」などだ。胃ろうでは、年単位で生き続けることもある。

経験した医師の44%が、いったん胃ろうなどの人工栄養法にした後、中止した経験があると回答した。中止の理由(複数回答)は下痢や肺炎など「医学的理由」が最多で68%。「患者家族の希望」43%、医師として「苦痛を長引かせる」と判断「23%、「尊厳を侵害する」14%だった。

中止した後は、基本的に可能な範囲で口から水分補給をしたり、口を湿らせたがり、苦痛・苦しみを和らげながら「自然な経過」で看取ることになる。人工栄養法にする際にも、9割の医師が深く悩んだり、困ったりした経験があった。その理由(複数回答)で最も多かったのは「(認知症患者)本人の意思が不明」の73%だった。

学会は現在、認知症末期の高齢者について、人工栄養法の導入にあたって患者・家族らに説明すべき内容や手続き、導入後に中断・中止を判断する手続きなどについて指針作りに向け検討を始めている。

(寺崎省子)

日本老年医学会など老年関連の7学会でつくる日本老年

認知症末期

栄養の補給停止 「家族が要望」43%

人工的な栄養・水分補給を受けている認知症末期の患者に対し、その補給を中止した経験を持つ医師のうち、43%が「家族の強い要望」を理由に挙げていること

が、日本老年医学会の調査で分かった。27日、東京・本郷で開いた同学会のシンポジウムで発表された。

認知症患者の延命をめぐる医療者や家族の葛藤がうかがわれる数字だ。

調査は、昨年10～11月、同会の医師会員4506人にアンケートを送付して実施。認知症末期の患者への栄養補給の実施状況や考え方を尋ねた。有効回答数は1554人。

それによると、補給の実施経験がある医師のうち、44%は中止経験もあった。中止の理由は、「肺炎や下痢などの医学的理由」(68%)がトップで、「患者家

族の強い要望」(43%)、「苦痛が長引く」(23%)が続いた。

また、いったん導入した補給措置を中止することについて、29%の医師が「法

的に問題がある」と回答。医師らが厳しい判断を迫られている現実が浮き彫りになった。

調査を担当した会田薫子・東大特任研究員は「がんも認知症も、終末期は水すら与えない方が本人の苦痛が減る。それを医師が知らず、家族の意向に任せている傾向がある」と話している。

症給 知補 認養 期工 末人

医師の9割「判断困難」

終末医療現場の困惑映す

口で食べられない認知症末期患者の高齢者らに対し、腹部にあけた穴から管で胃に栄養分を送る「胃ろう」など人工的な栄養・水分補給を行うかどうか判断する際、約9割の医師が難しいと感じていることが27日、日本老年医学会の調査で分かった。終末医療のあり方を巡る医療現場の困惑が浮かび上がった。

調査は昨年10～11月、同学会の医師約4500人に郵送で実施。1554人から回答を得た。日本の医療現場では、人工的な栄養・水分補給法(ANH)として、胃ろうのほか、点滴や、鼻から通した管で胃に栄養分を送る方法などが実施されている。

調査では、認知症末期患者に人工的補給を行うかどうか判断した経験があると答えた1058人のうち、16%が「非常に大きな困難を感じた」、46%が「ある程度の困難を感じた」と回答。27%が「少し困った」としており、約9割が抵抗を感じていた。困難を感じた理由(複数回答)は、4分の3が「本人意思が不明」、半数以上が「家族の意思が不統一」と回答、患者本人

の意向が分からない中で苦しむ医師が多い。補給を控えた場合の「倫理的問題」を指摘する人が半数、刑事罰に問われるなど「法的问题」への回答も2割に達し、延命重視を伝統とする日本の医療文化を反映した。補給を中止した経験のある医師は44%。うち7割が「医学的理由」を挙げた一方、「患者家族の強い要望」が4割、「患者の苦痛を長引かせる」「患者の尊厳を侵害する」はいずれも2割前後。同学会は調査結果を基に指針を作成する方針。

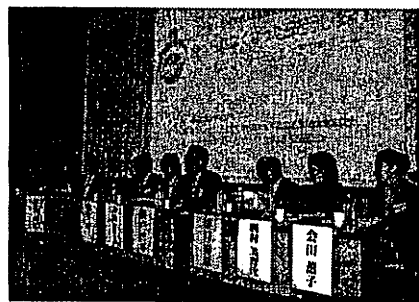
認知症末期患者への胃ろう導入

医師の7割 本人意思不明で困難

老年医学会、指針作成へ

日本老年医学会は3月27日、認知症高齢者の終末期医療やケアを考えるシンポジウムを開催した(写真)。認知症末期の高齢者は「本人の意思が不明」なため、胃ろうなどを行うかどうかの判断が困難だと感じている医師が7割に上ったことが、同学会などが行った調査結果から分かった。実際には末梢点滴や胃ろうを実施するケースが多く、同学会は「延命措置」「辺側の日本の終末期医療に」「自然な看取り」も含めた多様な選択肢を用意したいとしている。今後、認知症末期の高齢者に対する胃ろうなどの適用に関するガイドラインを作成する方針だ。

胃ろうも末梢点滴も人工栄養、日本老年看護学会などという医療を受けるかを決めるための水分・栄養補給法と老年関係7学会は、「確定するまでの道筋をまとめ(以下、人工栄養法)の適切な末期患者に対する人工的な栄養・水分補給法の導入が大きな課題となっている。末期患者にとっては延命医療になり、苦痛を増やすガイドライン作成へ向け、進捗状況などを報告した。このことによる指摘もあるためだ。特に、認知症で末期の場合は本人がこうした医療を望むか否かを確認できなため、判断に悩む医師も少なくないという。胃ろうも少なからずある。胃ろう導入を躊躇する医師を調査して、日本老年医学会や日本老年



人工栄養法は行わない」は3分の1にとどまった。一旦開始した人工栄養法を中止した経験のある医師も4割いた。一方、中止することには「倫理的(法的)に問題がある」との考えも3割あった。会田研究員は、「終末期の人工栄養法の差し控えは、餓死ではなく、緩和ケアとして、本人意思が不明(73%)が最も多く、差し控えに関する倫理的問題(51%)や「移行する際の判断基準がない(45%)」など法や倫理の問題を挙げた人もいた。実際に、患者家族に不選肢として最も多かったのは、「胃ろう」と「末梢点滴」がそれぞれ5割。もせすに看取るのが辛い」という心理的負担軽減のた

困難を感じたという医師がほとんどだった。その理由としては、「本人意思が不明(73%)が最も多く、差し控えに関する倫理的問題(51%)や「移行する際の判断基準がない(45%)」など法や倫理の問題を挙げた人もいた。実際に、患者家族に不選肢として最も多かったのは、「胃ろう」と「末梢点滴」がそれぞれ5割。もせすに看取るのが辛い」という心理的負担軽減のた

9割が「決断難しい」 栄養補給、中止経験も4割 認知症の末期患者で医師

2011年2月28日 共同通信社

認知症の末期で食事を取れなくなったお年寄りに対し、胃に穴を開ける「胃ろう」や点滴で水分と栄養を補給することについて、医師の約9割が取り組むかどうかの決断に難しさを感じ、始めた後も4割以上が途中でやめた経験があることが27日、日本老年医学会の調査で分かった。

調査を担当した東大大学院の会田薫子(あいた・かおるこ)特任研究員(死生学)は「栄養補給の手段がありながら実施しないことに抵抗を覚えるのは自然な感情。補給するとかえって患者の苦痛が増したり、家族から『自然にみとりたい』と懇願されたりすることもある。どちらを選ぶか医師は悩んでいる」と分析している。

今回の調査対象は、認知症末期患者への胃ろうや点滴による水分と栄養の補給。「方針を決める際にどの程度の困難を感じたか」の問いに「非常に感じた」が16%、「ある程度感じた」が46%、「少し困った」は27%で、約9割が何らかの抵抗を感じていた。「感じなかった」は6%。

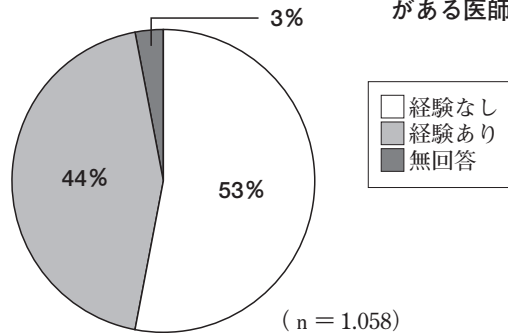
補給を始めた後、中止した経験は「なし」が53%、「あり」は44%。

補給するかどうかの決定が困難な理由(複数回答)は「本人の意思が不明」(73%)が最も多く、「口から食べさせることによる肺炎や窒息の危険」(61%)、「家族の意思が統一されていない」(56%)の順。「補給を控えることの倫理的問題」(51%)、「補給に踏み切る判断基準」(45%)、「補給することに関する倫理的問題」(33%)のほか、「刑事面での問題」(23%)、「民事訴訟の懸念」(14%)と法的な問題を挙げた人もいた。

中止を決めた理由(複数回答)は「下痢や肺炎を起こすなど医学的理由」(68%)に続き、「家族が中止を強く望んだ」(43%)、「継続は患者の苦痛を長引かせると判断した」(23%)など。

昨年10～11月、学会の会員医師4506人に調査用紙を郵送し、1554人から有効回答を得た。医師の勤務先は病院や療養型医療施設、老人保健施設など。

図表1 人工的な栄養補給法導入後の中止経験がある医師



図表2 人工的な栄養補給法導入後の中止理由

(n = 479)

- ・下痢や肺炎などの医学的理由……………68%
- ・患者家族が中止を強く望んだ……………43%
- ・医師として、人工的な栄養補給法の継続は患者の苦痛を長引かせると判断……………23%
- ・医療チームとして、人工的な栄養補給法の継続は患者の苦痛を長引かせると判断……………21%
- ・医師として、人工的な栄養補給法の継続は患者の尊厳を侵害すると判断……………14%
- ・医療チームとして、人工的な栄養補給法の継続は患者の尊厳を侵害すると判断……………13%

法を中止することについて、「マスキが騒ぐ」(33%)、「法的に問題がある」(29%)、「倫理的に問題がある」(21%)と考えていることもわかった。

人工的な栄養補給法の差し控えについても、医師の44・9%が「法的責任を問われる恐れがある」と考え、38・9%が「患者を餓死させることと同じ」と考えていることも明らかとなった。

医師向けの調査を担当した東京大学特任研究員の会田薫子氏(死生学)は、「人工的な栄養補給法の差し控えや中止は倫理的な問題もあるため、特に高齢の慢性疾患患者に対する栄養補給は最期まで、という考えが根強い。ただ、患者が本当に望んでいるのかも含め、胃ろうの適応を考える必要がある」と指摘した。

◎患者意思を確認する方策

筑波大学大学院の飯島節教授(老年病学)はシンポジウムの基調講演で、「胃ろう造設の手術は患者への侵襲が少なく、比較的容易にできる。造設した後も嘔下りハビリなどで再び口から食べられるようになったり、経口摂取と併

用することも可能」と胃ろうのメリットを示しつつも、「急性期病院では医療者側の判断で胃ろうが造設されている例が多いが、病院の機能分化で、医師は造設後の経過を知らない。一方で、転院先を確保するために胃ろうを選択する例もある」と述べ、医療者側などの都合が優先されている点を問題視し、患者本人の意思を尊重できるようにする必要があると説明。

それには、「認知症を患者本人に告知し、早期に意思を確認できるようにすることも大切だ」と指摘した。

また、できるだけ経口摂取できるように努めるとともに、胃ろうを導入した場合でも、途中で中止できる選択肢が必要であるという考えを示した。

◎終末期医療の指針作成へ

東京大学大学院の清水哲郎特任教授(死生学)は、「近年は日本人の死生観にも変化が見られ、いたずらに延命されるよりも、安楽を優先したいと考える人が増えている。医療者側も死を敗北と捉えず、こうした考えに対応して姿勢を変えていくことが期待される」

と述べた。

また、今回の調査で「今後の経過について(医師から)説明を受けていない」と回答した認知症の患者家族が76・9%に上ったことを踏まえ、「たとえ医師が丁寧に説明したとしても、患者や家族には聞きたいことしか耳に入らないこともある。単に説明した、というだけでなく、きちんと理解しているかどうかを重視すべきだ」(清水教授)と話した。

当日は清水教授らが作成した「食べられなくなったらどうしますか」(食べられなくなったための意思決定プロセスノート(試作版))が配布されたが、「医療者もこれを活用して患者や家族の理解度を把握してもらいたい」(同)と、医療現場での利用を提案した。

日本老年医学会の大内尉義理事長は、「胃ろうの是非など終末期医療をどうすべきか課題となっているが、わが国では終末期の話は長らくタブー視され、議論が進まなかった。今回の調査を機に、認知症末期の患者に対する人工的な栄養補給法の適否や中断などの判断基準を定めたガイドラインを作成したい」と抱負を述べた。

潮流

認知症末期の人工栄養
老年医学会が指針作りに向け実態調査

日本老年医学会は2月27日、シンポジウム「食べられなくなったからどうしますか？ 認知症のターミナルケアを考える」を開催し、認知症末期の患者への対応について医師を対象に行ったアンケート調査の結果を公表した。それによると、口から食べられなくなった認知症末期の患者に対し、胃ろうや点滴などの人工的な栄養補給法を導入した後に、医師の約4割が途中で中止した経験があることがわかった。



また、一旦導入した栄養補給を中止することについて、法的な責任を問われる恐れがあると考えている医師が4割以上に上ることもわかり、同学会では認知症末期の患者に対する人工的な栄養補給法の導入や中止に関する判断基準などのガイドラインを作成する考えだ。

◎栄養補給法の導入に医師も困惑

近年、認知症や脳血管疾患などで口から食べられなくなったり、飲み込みが困難になったりすると、腹部に開けた穴から管で栄養を補給する「胃ろう患者」が増えている。食べ物などが誤って気管に入る誤嚥性肺炎の予防策としても使われる。

ただ、必ずしも導入後の予後に改善がみられるとは限らず、結果的に誤嚥性肺炎で亡くなる例も少なくない。患者のQOL（生活の質）の観点からも、その効果を疑問視する指摘もある。調査は、心身機能の改善が見込

みにくい認知症末期の患者が口から食べられなくなった時の、医師の対応や課題を明らかにするのが目的。厚生労働省の老人保健健康増進等事業による補助金を得て、昨年10～11月に同学会の会員医師を対象にアンケート用紙を郵送。1554人から回答を得た。

回答者のうち、認知症末期の患者への人工的な栄養補給法の導入に関わった経験がある医師は1058人。「発熱を繰り返す」「むせが多い」「栄養摂取量の低下」などを導入の検討要因として挙げた。

また、その対処法として患者家族に提示している内容（複数回答）は、「胃ろう」と「末梢点滴」がそれぞれ53%と最も多く、「経鼻経管栄養」が44%。「可能な限り経口摂取し、人工的な栄養補給法は行わない」は34%だった。

一方、医師の約9割が人工的な栄養補給法の導入に困難を感じており、その理由（複数回答）として、「本人の意思が不明」（73%）、「肺炎や窒息など経口摂取継続に伴う危険」（61%）、「家族の意思が不統一」（56%）などを挙げて

◎栄養補給中断への懸念

同学会では胃ろうを造設した認知症患者の家族33人に対する調査もあわせて実施したが、「本人の意向を生かされたか」との問いに、63・3%が「生かせなかった」と回答。本人が判断できる状態でないことが大きな要因となっていた。さらに、「胃ろうを造設したことの結果的によかったと思うか」という問いに対して、6割の家族は「よかった」と回答したが、「よかったか、よくなかったか判断に迷う」が26・7%、「よくなかった」が13・3%と、医師も家族も患者本人の意思がわからないために人工的な栄養補給法の導入について、困難さや迷いを感じていることが浮き彫りとなった。

また、一旦導入した人工的な栄養補給法を途中で中止した経験がある医師は44%（図表1参照）。その理由（複数回答）は、「下痢や肺炎などの医学的理由」が68%、「家族が中止を強く望んだ」が43%、「医師として継続は患者の苦痛を長引かせると判断」が23%だった（図表2参照）。その一方で、人工的な栄養補給

ホーム > トピックス > 2011年のトピックス > 平成22年度老人保健健康増進等事業シンポジウム 食べられなくなったらどうしますか？—認知症のターミナルケアを考える—

[TOPIC] 平成22年度老人保健健康増進等事業シンポジウム 食べられなくなったらどうしますか？—認知症のターミナルケアを考える—

2011年2月27日、東京大学鉄門記念講堂において、シンポジウムが開催された(PDF)。これは、「認知症末期患者に対する人工的な栄養・水分補給法の導入・差し控え・中止に関するガイドライン作成へ向けた検討」を課題とした、日本老年医学会事業(平成22年度厚生労働省老健局老人保健健康増進等事業)の一環である。第1部が基調講演および調査報告、第2部がパネルディスカッションという2部構成で、登壇者は医師、看護師、社会福祉法人代表者、人文社会系研究者、弁護士など、多職種にわたった。また、同事業の『臨床倫理・意思決定支援ツール』作成ワーキング・グループ(東京大学大学院人文社会系研究科教授・清水哲郎氏ほか)がつくった『本人と家族のための意思決定プロセスノート(試作版)』が配付された。ここでは、医師に焦点をあてレポートした。(編集部)



医療行為に偏重した終末期医療とEnd of Life Care(終末期介護)

基調講演「認知症高齢者の終末期の医療およびケアをめぐる諸問題」を行った飯島節氏(筑波大学大学院人間総合科学研究科生涯発達科学専攻教授)は、昨今の医療費抑制を求める動きに対し、日本の医療費が欧米諸国と比べ低いことを指摘した。また、約100兆円へと急増した社会保障給付費の内訳で大きく関与したのは年金であり、医療費はほぼ横ばい状態であることを強調した。医療費全体で終末期医療の占める割合が高いと問われている現状については、終末期医療のなかで高齢者の寄与は少ないと述べ、高齢者の終末期においては適切な医療行為が行われていることを示唆した。

わが国では、摂食困難な場合、標準的に経管栄養法あるいは静脈栄養法が施行されてきたが、経皮内視鏡的胃瘻造設術(PEG)が進歩し胃瘻造設が容易になって以降、「食べられなくなったら胃瘻へ」が一般的な選択となっている(日本老年学会・日本老年医学会理事長・大内尉義氏)。胃瘻造設は年に約10万件、受療者はすでに30万人以上ともいわれ、保険適応の是非が将来問われる可能性も指摘された(後述、鳥羽氏)。

認知症の主な原因にはアルツハイマー病と脳血管性障害がある。摂食障害が問題となるのは、障害が比較的早期に現れる後者の脳血管性障害である。

国立長寿医療研究センター病院長・鳥羽研二氏が述べたPEGの問題点は、胃瘻造設を行った医師が、その患者の終末期を知らないため、無用な治療が行われる可能性のあることである。なぜなら、胃瘻造設を行うのは救急医などの急性期を担当する医師で、その後のケアは介護施設や在宅で行われていて、終末期は慢性期を専門とする医師が診ているからである。PEG造設後の、皮膚のただれ、もれ、潰瘍をはじめ、誤嚥などの終末期像に接する機会が、救急医にはほとんどない。そのため、全身の衰弱から全介助が必要となる死の数日前に、「食べられないから」と胃瘻を造る医師はいないはずであるが、若い医師らがこのキューブラ・ロスがEnd of Life Careが必要だとする末期を見分けられない可能性も懸念されている。

PEG造設以降の予後として、1年生存率は、欧米では40%に対し、日本では66%と高い。予後の相違は、造設後のケアの違いと考えられ、わが国のケアが適切になされていることがうかがわれるという(鳥羽氏)。看護や福祉の担当者からは、PEGについて、家族や介護者の負担が造設後に増大し支障が出ることを理由に、医師によるインフォームドコンセントへの疑問が多く述べられた。これは、『本人と家族のための意思決定プロセスノート』の必要性を強く裏付けている。

患者家族と医療スタッフの心理的負担を軽減している末梢点滴

会田薫子氏(東京大学グローバルCOE「死生学の展開と組織化」)らは、日本老年医学会の医師会員(N=4506)に郵送によるアンケート調査を行い、1554票(有効回答率34.7%)を分析した。回答者の94%が、人工的水分・栄養補給法(artificial nutrition and hydration: ANH)導入の方針決定に際し困難さを多少なりとも感じていた。その内容(複数回答)は、「本人意思が不明」が73%、「経口摂取継続に伴う危険(肺炎・窒息)」

検索

サイト内検索

powered by Google

海外学会レポート

AHA2010 **NEW**

ESC2010

ACC2010

国内学会レポート

JSH2010 **NEW**日本心電学会2010 **NEW**

JCS2010

What's New

< 2011.3.22 > [トピックス]

[平成22年度老人保健健康増進等事業シンポジウム 食べられなくなったらどうしますか？—認知症のターミナルケアを考える—](#) **NEW**

< 2011.3.22 > [ニュースリリース]

[No.24-国立循環器病研究センターが大震災にともなう患者の受け入れ対応に関するニュースリリースを発表](#) **NEW**

< 2011.3.18 > [トピックス]

[米国医学図書館-被災地向けに医学文献へのフリーアクセスを提供](#) **NEW**

< 2011.3.10 > [トピックス]

[ACC/AHA/ESC心房細動管理アップデート包括ガイドライン](#) **NEW**

< 2011.3.10 > [トピックス]

[RA系阻害薬による心房細動治療のターゲットはどこにあるか](#) **NEW**

[>> 過去の記事を見る]

が61%、「家族の意思が不統一」が56%、「ANH差し控えに関する倫理的問題」が51%、「ANHに移行する判断基準」が45%、「ANHを行うことに関する倫理的問題」が33%、「ANH差し控えの法的問題(刑事)」が23%、「民事訴訟の懸念」が14%であった。

ANH導入後の中止経験を44%の医師がもっていた。中止理由(N=479, 複数回答)は、「下痢や肺炎などの医学的理由」が68%、「患者家族がANHの中止を強く望んだ」が43%、「医師として、ANHの継続は患者の苦痛を長引かせると判断」が23%、「医療チームとして、ANHの継続は患者の苦痛を長引かせると判断」が21%などであった。いったん導入したANHを中止することに関し、全体では、「倫理的に問題がある」が21%、「法的に問題がある」が29%、「マスコミが騒ぐ」が33%という回答であった。ANHの差し控えは摂食困難な患者を餓死させることと同じかという質問には、約40%が肯定した。

アンケート結果の報告は、点滴しながら自然に委ねる末梢点滴の意味にも言及している。点滴ボトルのさがった風景が家族と医療、介護スタッフの情緒をケアし、患者家族とスタッフの心理的負担を軽減していることがうかがえるという。すべてのANHを差し控える場合に比べて、「家族の心理的負担軽減」が69%、「医療スタッフの心理的負担軽減」が57%、「患者にとって医学的に必要」が38%、との結果(複数回答)であった。イギリス、米国、オーストラリア医師会の倫理基準では、末梢点滴は最期までの期間を延長するため、患者本人に不利益をなすとされ、倫理原則に反するとみなされている。パネルディスカッションで鳥羽氏は、末梢点滴はスパゲッティ症候群の本数を減らしただけで、終末期に適切なケアは点滴ではないと発言した。

今回のシンポジウムでは、終末期に臨み、患者や家族のみならず、医療スタッフ・介護スタッフにもとまどい・混乱があり、各職種がそれぞれに模索していることが確認された。また、認知症末期患者は、がん末期患者や急性疾患末期患者とは異なる問題点があることが示された。わが国における終末期医療・終末期ケアの確立に向けて、「認知症末期患者に対する人工的な栄養・水分補給法の導入・差し控え・中止に関するガイドライン」の作成は重要な第一歩となる。作成過程には、パブリックコメントの募集も含まれている。一般の人も含めて、多くの意見が寄せられ、国民全体の議論となることが期待される。

[▲このページの上へもどる](#)

■ 関連記事

この事業は、厚生労働省の平成 22 年度老人保健健康増進等事業により実施したものです。

日本老年医学会（平成 22 年度老人保健健康増進等事業）

**「認知症末期患者に対する人工的な栄養・水分補給法の導入・差し控え・
中止に関するガイドライン作成へ向けた検討」事業実績報告書**

平成 23 年 3 月 30 日

〒113-0034 東京都文京区湯島 4 丁目 2 番 1 号 杏林ビル 702

社団法人日本老年医学会

TEL : 03-3814-8104 FAX : 03-3814-8604

E-mail : jgs@blue.ocn.ne.jp
