

身寄りがない認知症高齢者における終末期医療の問題と対応について



たてクリニック
楯 英毅

我が国はこれから本格的な高齢化社会と多死社会を迎えようとしています。それに伴い終末期医療に関する議論が活発になってきています。

以前のように「何が何でも延命治療」ではなく、本人や家族の希望、生命観などを尊重し、機械的な延命治療は行わず、最期までよりよく、自分らしく過ごすことに重点が置かれるようになってきました。

厚生労働省、各学会もガイドラインを発表し、これからの終末期医療の目指すべき方向性を示しています。

しかし、それらのガイドラインでは本人に判断能力がある、あるいは家族等の親族の存在が前提になっています。それでは身寄りがなく、判断能力をなくしてしまった認知症高齢者の方が、よりよい終末期医療を受けるためにはどのようにすればよいのでしょうか

身寄りがなく判断能力を失ってしまった高齢者の数は今後増加していくことが予想されています。この方々の終末期に対して我々はどうか向かい合っていく必要があるのかを考えてみたいと思います。

「身寄りがない」とは

- ① 家族、配偶者、親族が全くいない場合
- ② 配偶者、親族はいるが、その方も判断能力に問題がある場合
- ③ 家族、親族はいるが、連絡を取れない、あるいは関わりを拒否している場合

まず「身寄りがない」状態にも様々なケースが考えられます。

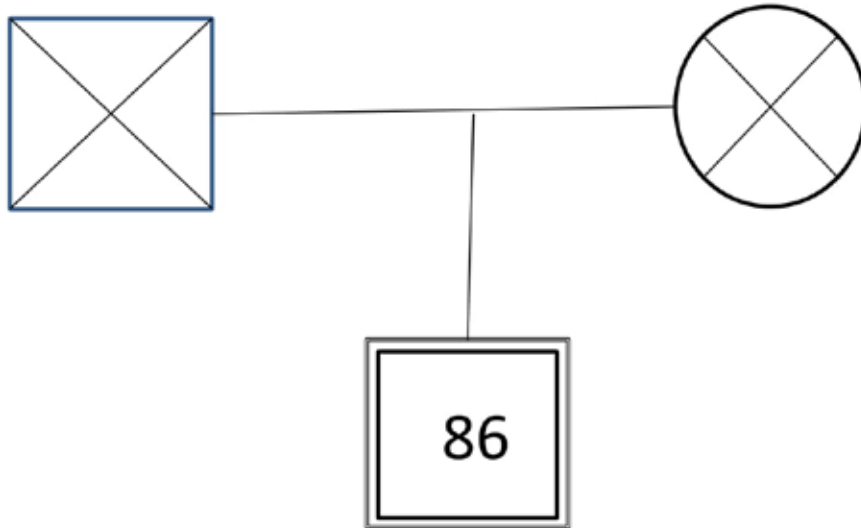
①、②、③。

少子高齢化、未婚率上昇などでは①や②のようなケース、あるいは、個人情報保護法により、音信不通の親族を探すのが困難な場合、あるいは家族、親族がいても関わりを拒否されてしまうような場合が③のケースに当てはまると思います。

それではこの3つのケースについて具体的事例を挙げて、それぞれの方が人生の最終段階に入ったときに、自分らしくよりよい終末期医療を受けていただくためにはどうすればいいのかを皆様と一緒に考えていきたいと思えます。

事例1

86歳男性、認知症、肺気腫、フレイル



86歳男性。

認知症、長年の喫煙による肺気腫で治療中の方です。

ご両親の介護をしながら、仕事をされ、65歳まで働いていました。

ご両親を見送った後は、自宅で一人暮らしをされ、自由に過ごしておられました。

認知症が進行し、足腰が弱くなり、息切れも強くなり、通院困難となり、

6か月前から訪問診療、訪問介護を受けるようになりました。食事摂取量が減ってきて、
痩せてきています。それ以外では自宅で穏やかに過ごしておられます。

しかしこのまま食事摂取量が減ってしまえば衰弱死する可能性が出てきました。

ご本人は認知症があり、自身の今後について判断することができないレベルです。

点滴、高カロリー輸液、あるいは経管栄養を行うため病院に紹介して入院させますか？

あるいはこのまま自宅で最後まで穏やかに過ごせるように、見守ってあげますか？

事例2

92歳女性、慢性関節リウマチ、認知症



92歳女性。

慢性関節リウマチ、甲状腺機能亢進症などいろいろとご病気をお持ちでしたが、夫と二人で支えあいながら暮らしていました。

子供はおらず、夫は認知症のため、妻の治療方針を判断することはできません。

経口摂取不良、るい瘦が進んだため入院し点滴などでいったん症状は改善しました。

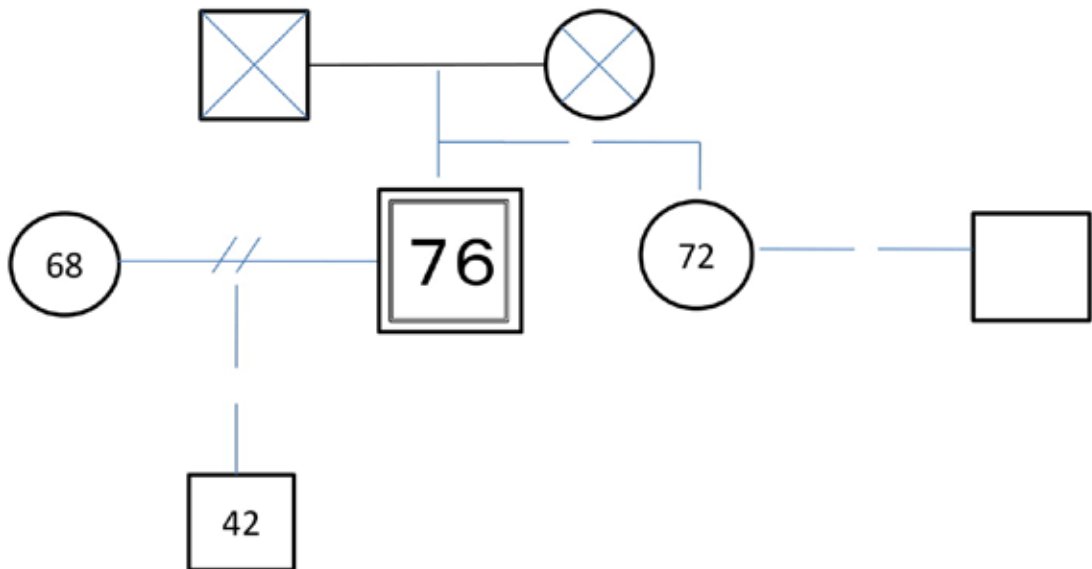
ご本人の意思で経管栄養は実施していません。その後意識レベルの低下、呼吸が緩やかに弱くなってきてきました。

このままでは1～2週間後に自然に呼吸停止してしまう可能性が高くなっています。

呼吸器の装着を行いますが、あるいは呼吸器の装着をせず、このまま見守りますか？

事例3

76歳男性、アルコール性肝硬変、慢性腎不全、高血圧



76歳男性。

アルコール性肝硬変、慢性腎不全、高血圧で加療中。

慢性腎不全が進行してクレアチニンが6台に上昇。大量飲酒による認知症、軽度の肝性脳症などあり、判断力が低下しています。今後半年以内に透析導入が必要になる可能性が高いと判断され、シャント作成などの準備もそろそろ必要になってきている。

本人は日ごろから、「好きなように生きて好きなように死にたい、透析は受けない」と周りには言っています。

妻とは若いころ離婚。実子あり。妻、子とも音信不通。遠方にいる妹が唯一連絡を取れる親族であるが、関わりを拒否している。

透析導入を進めますか、透析導入せず、このまま様子を見ますか？

あなたならどう考えますか？

- ①延命治療が本人の希望に沿っているのか？
⇒Advanced Care Plan(ACP)
- ②延命治療が本人にとって利益があるのかどうか？
⇒各種学会のガイドライン
- ③延命治療を行わない方針をだれがどう決めるのか？⇒ガイドラインの紹介
- ④方針を決めるに際しての問題点。⇒法律的問題、倫理的問題

これらの方々に対してどのようにしてあげるのがよいのでしょうか？

なかなか難しい問題だと思います。

まず考えるべきことは、

①延命治療が本人の希望に沿っているのかどうかということです。判断能力があるうちに事前指示書やACP(Advanced Care Planning)を作成しておくのが理想ですが、現段階ではまだ一般的ではありません。続いて、

②延命治療が本人にとって利益があるのかどうかの判断です。利益があるかどうかの判断基準は各学会も方針を示しています。例えば透析医学会は「安全に透析を実施できない場合」、「全身状態が極めて不良な場合」などは透析導入を行わないようガイドラインに明記しています。

では、③利益がないと判断した場合に延命治療を行わないことをだれがどう決めるのかという問題です。この問題については次のスライドで紹介します。

そして④延命治療を行わないと決定した場合に発生する様々な問題(法理的、倫理的)に対してどう対応すべきか?これらは欧米の制度を参考に読み解いていこうと思います。

終末期の意思決定に関する ガイドラインの紹介

- ① 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン
(平30年3月改定厚生労働省)
- ② 身寄りがない人の入院および医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン(案)、(平30年度厚生労働省)

延命治療を行わない方針を誰がどう決めるかについてのガイドラインです。①②. これらのガイドラインには、本人の意思の確認が困難で、家族等がない場合について次のように記載されています。1つ「本人にとって最善の方針をとることを基本とする」、2つ「人生の最終段階における医療の方針を決定する場合医師の独断ではなく多職種から成る医療ケアチームを編成して意思決定を行う」とあります。

いかがですか？

ここにおられる皆さんは多職種の一員になる可能性のある方ばかりです。

認知症などのために自分自身で判断できない患者さんに代わって、延命治療の開始／不開始の意思決定を求められるようになります。先ほどのケースで経管栄養はやめましょう、人工呼吸器の装着はやめましょう、透析導入はやめましょうと言えますか？

法的問題

- ① ドイツ 「世話法」
- ② アメリカ 「統一医療ケア決定法」
- ③ イギリス 「意思能力法」
- ④ 医療同意能力がないものの医療同意代行に関する法律大綱(平成23年日本弁護士会)

意思決定の代理を求められた場合に、困ることは法的問題と、倫理的問題だと考えます。

すなわち、「訴えられたらどうしよう」、

あるいは「自分は正しいことをしているのだろうか」といった問題です。まずは法的問題からみていきましょう。

欧米では医療行為の同意の代行に関して法整備が進んでいます。

例えばドイツでは①により世話人(代理人)に医療行為の同意代行権が与えられています。アメリカでは②により延命医療の停止を含めた医療に関する決定権を代理人に与えています。そして手続きに則って決定したことによる結果は免責されることも明記されています。イギリスでも③があり、同様の対応が可能です。イギリスの意思能力法については次のスライドで紹介합니다。

これに対し日本では家庭裁判所が任命する成年後見制度がありますが、後見人はあくまで財産の管理、契約の締結や解除のみを行うだけのものです。医療行為に同意あるいは拒否する役割は請けおっていません。後見人の役割を広げるため、平成23年に弁護士会が発表した法律大綱④には「成年後見人に対して医療行為の同意代行権を付与すべき」との提言がなされていますが、いまだ実現していません。日本では医療同意を代行したひとを、守るための法律は現時点ではありません。

イギリス意思能力法

同意能力が無い方については医師の判断で医療行為を実施できる。その際には「必然性の原則」に従う必要が要求される。

すなわち

- ① 行動する何らかの必然性、
- ② 本人の最善の利益とならなければならない
- ③ 最善の利益とは最善の医療利益にとどまらず、より広い感情的、社会的、かつ福祉的な配慮を含む

イギリスの意思能力法。・・・

このように欧米では医療行為の決定代行者の立場を法律的に規定し、法律的な責任が及ばないような制度が確立しています。

日本でもこれらの問題をあいまいにせずしっかり制度化する必要があると思います。

我々が目指すべき方向性 「本人の最善の利益になるようにする」

- ①本人の意思、希望、生命観を推定する
そのために関係者(医療ケアチーム、友人)に話を聞く
- ②延命治療を施すか否かの方針を決定する。
誰が? どのような手続きで?

⇒対応策は? あくまでの私見ですが...

意思決定をする上でのもう一つの問題点、倫理的問題点について考えてみます。

法律的に免責されても、やはり倫理的問題はたちはだかります。自分の判断が本当に正しく、本人の最善の利益に適っているのかどうか不安になります。できればしたくない決定です。しかし誰かがやらなければなりません。この問題を解決するためにどうしたらいいでしょうか。

①は非常に大事なことであり、皆さんの納得されると思います。

では②です。医療チームのメンバー一人ひとりに治療の開始あるいは不開始をきめてもらい、多数決をとりますか? 多数決で決めるような事柄ではないと思います。また人の生死を自分が決めることに対して心理的ストレスは相当かかりますが、それに耐えられますか?

どうしたらいいでしょうか?

ここでわたくしの考えを述べさせていただきたいと思います。

インフォームドコンセントと パターナリズム(父権主義)

- ①インフォームドコンセントとパターナリズム
- ②権威的パターナリズム
(主治医の独断的意思決定)
- ③共感的パターナリズム
(相手の気持ちを慮って、最善と思われる決定を行う)

医療行為の決定はすべてインフォームドコンセントが前提になっています。

しかしこれまで見てきたように社会の急激な変化により、インフォームドコンセントでは最善の対応をしてあげられない人たちが今後増えてくることが予想されます。

どうすればよいのでしょうか？

本人が判断できない場合には、最後には医師主導の意思決定が必要と考えます。

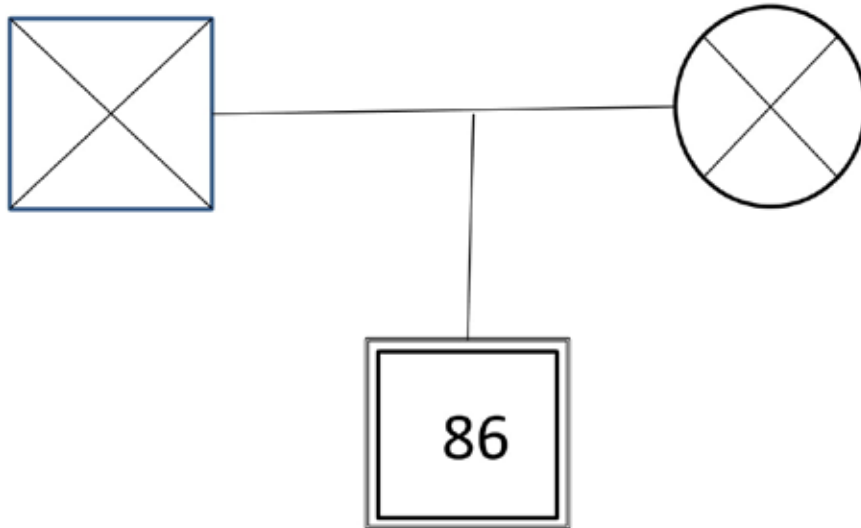
すなわちパターナリズム的思考です。パターナリズムとはもちろん過去にあった「権威的パターナリズム」的な方法ではありません。関係者から話に耳を傾け、その方がどういった人生を歩んできて、どういった人柄で、病気や死に対してどう考えていたのかを知り、その方の人生に共感し、敬意をもって、本人に成り代わり主治医が決定する。共感的パターナリズムといわれる、この方法が最善ではないかと思えます。

そのためには主治医の、生命観、共感力、経験、覚悟などの資質を備えておく必要があります。

では先ほどの事例に戻ります。

事例1

86歳男性、認知症、肺気腫、フレイル



看護師さんからの情報では、ご本人は延命に対する意思表示は全くしておられないとのことでした。もともと食べる量も少なく、それで体を維持してこられていました。ケアマネの情報ではご両親も無理な延命を行わず、自宅でご本人が看取ったとのことでした。

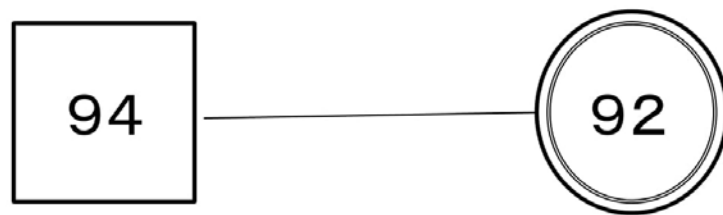
これらの情報から、ご本人にとって人工的栄養補給を受けて延命することは本意ではないと考え、これらは行わない方針としました。

しかし、経口摂取の介助、見守りが必要と判断し、看取りを行うグループホームに入所してもらい、できるところまで経口摂取を続けることにしました。

経口摂取で水分と栄養を補給しながら、グループホームのスタッフに見守られながら3か月ほどすごされ、穏やかに亡くられました。

事例2

92歳女性、慢性関節リウマチ、認知症

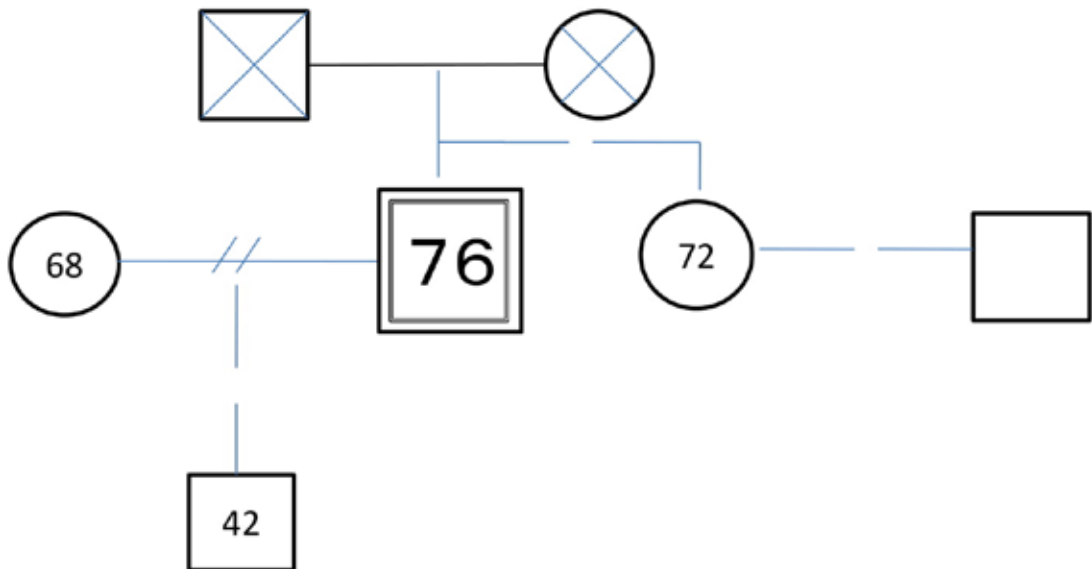


意識レベルの低下、呼吸が緩やかに弱くなってきているのは
老衰の最終段階に入っているものと判断しました。

呼吸器の装着による寿命の延長も1～2週間と判断しました。

呼吸器装着による延命のメリットと、老衰という不可避の状態に対し単純な延命だけを目的とした呼吸器装着はご本人にとっても不本意であると考え、主治医の判断で人工呼吸器は装着せず、自然な経過に任せました。3日ほどで自然な形で息を引き取られました。

事例3



ヘルパーさんや訪問看護師の方からの情報では、普段はいつ死んでもいいのだと言っているが、言葉の端々に、子供に対する想いが、垣間見えることがあるとのことでした。

主治医としても判断力低下の原因の一つである肝性脳症をしっかり治療したうえで、再度本人の意思確認をする必要性を感じていました。子供に対する想いを重要視し、スタッフが協力して、本人に肝硬変の治療をしっかり受けるよう説得しました。

その結果、肝硬変の治療薬もきちんと服用され、アルコールを減らす取り組みなど始めました。肝性脳症も改善傾向になり、治療に対する判断もできるようになってきた。本心は生きることには未練があり、子供にもう一度あいたいとの意思表示をされました。スタッフ含めて皆で治療に透析導入を働きかけ、ご本人も納得し透析導入の準備を進めることになりました。

ご清聴いただきありがとうございました

自分で判断できなくなった身寄りのない認知症高齢者の方々の意思決定の代理人としてどうあるべきかについては、これからの議論していかなければならない重要な課題だと思います。