

9 かかりつけ医に求められる 看取り・ターミナルケア機能

近年、医学の進歩によって生存年数は延び、長寿社会は実現したが、個々の人間の「生きる」ことの質に貢献できたかどうかは論議があろう。人間が自らものごとを判断し、食物をとり、活動し、生活の質や幸福を追及し、究極的には人生の終末において、自らの死期を自己決定することも含めて、それぞれの人生にどれだけ寄り添ってこられたかということである。

医療は、健常な人に対してその状態を維持したり、病に陥った人を健常な状態に戻したり、障害を乗り越えて暮らすことを支えたりした場合に評価される。

しかし、在宅療養や介護施設の現場では、すでに意思を示すこともできず、食べることも排泄することもできなくなった人が、チューブから栄養が送り込まれる状態で「生かされて」いる現実もある。医師は延命治療を維持しながら、「尊厳ある生と死」の狭間で患者や家族の心に寄り添えず、立ち止まっているのではないか。私たちはどのように考えたらよいのだろうか。

● End of Life への貢献 一高齢者の看取りと、がんなどのターミナルケア一

高齢時代は多死の時代でもある。現在、後期高齢者の増大する中、多臓器の障害を抱えている高齢者が多く認められ、従来の各種臓器別医療では、対応することが不可能になっている。End of Life は日本語では終末期と訳されるが、高齢者の終末期を簡単に定義することは困難である。アルツハイマー型認知症では終末期の概念があてはまるが、脳血管性認知症は定義が困難となる。肝不全、腎不全、COPD（慢性閉塞性呼吸器疾患）などを持った後期高齢者の終末期像はさらに定義が困難となる。しかも、脳血管障害にこうした病気が合併していることが多い。終末期と定義することは、一方では医療停止、あるいは延命治療の中止の問題に繋がる。それゆえにまた、高齢者の多様な終末期像に応じた最善の医療とは何かが明確にされる必要がある。このことは、単に一人の医師のパターンリズムによるべきではない。地域のかかりつけ医は在宅、施設、グループホームなどに

関与しているため、今後は多くの問題を抱えながらも高齢者の看取りを行わなければならない。高齢者の看取りが、がんの看取りと違いを見せるのは、余命の予測が困難な中で最善の医療を行いながら、結果としての看取りになるからである。アルツハイマー型認知症の終末期には摂食困難に陥る。その状態下、PEG（胃ろう）は当然の医療として行われるべきなのかどうか。もちろん脳血管障害、神経難病、パーキンソン病などの摂食困難期には必要性がある。終末期のPEGは現在、意見の分かれるところではあるが今後、事前意思の確認作業が明確になるにしたがって、医療行為にも違いが出てくることになるであろう。

がんの場合には末期という表現があてはまる。ターミナルと末期は同意語であり、死の直前6か月を意味する。前述のその他の状態像においては、終末期は6か月と定義することは困難である（末期という言葉は心理的影響が強いため、診療上、必要なときのみ使用することが望ましい）。アメリカにおける保険制度の中で、ホスピスケアが6か月と定義されたことがそのまま日本に導入されたが、これはあくまで保険の支払いのための定義であった。がんの末期には治療の優先よりは、疼痛、がんの浸潤によってもたらされる諸症状の緩和（ケア）が、何よりも大切であることはいうまでもなく、がんの末期を見る医師は、こうした治療に習熟しないと、患者に苦痛を与える結果になりかねない。

● 延命治療の差し控えと中止について

今、いわゆる人生の終末期に対する治療のあり方が問われている。それは回復の見込みがなく、耐えがたい苦痛の中で死期の迫っている患者には、延命のための治療よりも、QOLを尊重したケアを重視し、自己選択の幅を広げようというものである。

このことは、一般的には延命治療の差し控えや中止、すなわち消極的安楽死や尊厳死と呼ばれる問題につながる。1970年代に、いわゆる「安楽死」の許容について国民的議論があったが、死の迎え方に関する自己決定権の是非や意思確認の方法論などにおいて、また障害や疾病を抱えても懸命に生きる人々の権利を侵害しかねないとの議論もあり、国民的合意に至らなかった。

現在、わが国に人の死期を早めることを許容する法律や規則はない。あるのは、「延命治療の中止が許容される要件」を示した判例である。

1991（平成3）年、末期がん患者に対し、塩化カリウムを注射したとして、担当医が殺人罪に問われた「東海大学事件」の横浜地裁における判決で、下記の要件が示された。

- （1）患者が治療不可能な病気に冒され、回復の見込みがなく、死が避けられない末期状態にあるもの
- （2）中止を求める患者の意思表示が、中止を行う時点で存在すること
- （3）中止の対象となる措置は、薬物投与、化学療法、人工透析、人工呼吸器、輸血、栄養・水分補給など、すべてが含まれる

実際、この要件を満たさないとされる事件は、その後も発生している。

1998（平成10）年の「川崎協同病院事件」では、医師が気管支喘息の患者の気管内チューブを抜去し、延命治療を中止するとともに、筋弛緩剤を投与して死なせたとして、殺人罪に問われた。

また、2006（平成18）年に富山県の射水（いみず）市民病院で、医師が高齢で終末期医療を受けていた7人の人工呼吸器を取り外す延命治療の中止を行った事例が、適切な要件を満たしたものであったかについて、大きく報道されたことは記憶に新しい。

医療は、患者や家族と医師との良好な人間関係と信頼に基づく共同行為であり、その行為が患者の苦悩や苦痛、家族の心情を理解して共感することによって全うし得るとすれば、医師である以上、「尊厳ある死」の選択の意思に向き合わねばならないときは、いつ来るか判らない。

死期の予測や耐え難い苦痛の判断、本人の意思の確認の妥当性など、現実的には医師と家族に、極めて重い責任と選択を帰することになっている。その判断を誤れば、殺人、自殺幇助、保護責任者遺棄致死、高齢者虐待など、さまざまな刑罰の対象となりかねない。

こうした問題の国民的合意が得られず、硬直した状況が放置されて、医師が刑罰を恐れて思考を停止し、現場が萎縮することになっては、結果として国民の利益にはならない。

幸い緩和ケアの普及や進歩により、耐え難い苦痛を回避する技術が向上したことから、安楽死を許容するオランダなどでも、薬物を用いて死期を

早めるような「積極的安楽死」の必要性は薄れている。可能な限り苦痛を緩和して死の選択を回避し、生きることを支援する医療の実践と制度があつてこそ、尊厳ある死の選択という自己決定も尊重されよう。患者が経済的理由や家族の事情などで、死期を早める選択に追い込まれるようなことがあつてはならないからだ。

● 国における終末期医療のガイドライン策定を踏まえて

高齢化の進行やがん死の増加により、終末期のあり方の自己決定やQOLの尊重について、患者や家族、医療現場から、何らかの指針を求める切実な声が高まり、これを受けて厚生労働省は、延命治療の中止も含めた「終末期医療に関するガイドライン」を呈示した。

このガイドラインでは、「積極的安楽死」を医療行為として認めないことを前提に、終末期医療やケアの方針決定は多職種専門職のチームであたり、患者の意思が確認できる場合は合意内容を文書化し、変化に応じて常に説明と再確認を行う。意思が確認できない場合は、家族による意思の推定や助言を得るか、もし得られぬ場合は、チームとして患者にとって最善の治療方針をとる。上記でも医療内容の合意が得られぬ場合は、別途委員会を設置して検討・助言を行うとしている。

終末期医療に関するガイドライン

1 終末期医療及びケアのあり方

- ① 終末期における医療内容の開始、変更、中止等は、医学的妥当性と適切性を基に患者の意思決定を踏まえて、多専門職種 of 医療従事者から構成される医療・ケアチームによって慎重に判断すべきである。
- ② 可能な限り疼痛やその他の不快な症状を緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。
- ③ どのような場合であっても、「積極的安楽死」や自殺幫助等の死を目的とした行為は医療としては認められない。

2 終末期医療及びケアの方針の決定手続

終末期医療及びケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 患者の意思の確認ができる場合

- ① 専門的な医学的検討を踏まえた上でインフォームドコンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種 of 医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。
- ② 治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくものとする。

上記の場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、その都度説明し患者の意思の再確認を行うことが必要である。

(2) 患者の意思の確認ができない場合

患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族等の話等から患者の意思が推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

- ② 患者の意思が推定できない場合には、家族等の助言を参考にして、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ③ 家族や家族に準ずる者がいない場合、家族等が判断を示さない場合、家族等の中で意見がまとまらない場合等には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

(3) 多専門職種からなる委員会の設置

上記(1)、(2)の場合において、治療方針の決定に際し、

- ・ 医療・ケアチームの中で病態等により医療内容の決定が困難な場合
- ・ 患者と医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合

等については、医療・ケアチームと同様の複数の専門職からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討・助言を行うことが必要である。

(厚生労働省「第5回社会保障審議会 後期高齢者医療の在り方に関する特別部会
平成18年12月12日 資料1 終末医療のあり方について」より)

● ターミナルケアの期間に看取りの準備を

「看取り」という厳粛な別れの儀式には、家族やかかりつけ医など関係者の参加が望ましいことはいうまでもない。

しかし、臨床の現場、特に在宅療養の現場では、必ずしもそううまくとは運ばない。予測されない急な死や、十分に予測されていても、かかりつけ医が駆けつけられない諸事情などがあったりして、関係者にいくつかの不满を残すことも少なくない。たとえば、家族など関係者が慌てて救急車を呼び、移送された医療機関で、死亡診断書または死体検案書の作成を拒否されることもある。

このような事態に至らないようにするためには、ターミナルケアの期間に、本人を含めた関係者に十分な説明をして了解を得るなど、一定の準備を整えておく必要がある。それと同時に、法的な裏づけのある対応方法を備えておくべきであろう（「10. 地域ケアにおける看取り・死に関する医師法の解釈」130頁参照）。

● グリーフケア（深い苦しみや死別の悲嘆へのケア）とボランティア活動

親、配偶者、子ども、友人など、身近な人との死別の悲嘆は、人生の中で最も強いストレスであり、さまざまな心身的、社会的ストレスが襲い、症状があらわれる。遺族が死別の悲嘆を乗り越え、自らの人生を回復するには、数か月から数年におよぶ期間を必要とする。

こうしたことは人間として自然なことであり、医療者は死別の悲嘆の極みにある遺族に、単に善意の慰めや励ましを差し伸べるのではなく、悲嘆を受け止め、人間として真摯な共感をもって寄り添うことが必要である。

ブラウン&スタウデマイヤーやロバート・バックマンらは、悲嘆のプロセスを3段階で表現している。

急性期は、強いショックに対する自然な心の防御として、現実感を喪失した精神的空白の段階で、1～2週間程度続く。安易な励ましや忠告は馴染まない。

中期は、死者に心がとらわれ続け、自責の念や罪責感に悩まされたり、恨みや怒り、孤独感や不当感にさいなまれたりする段階で、数週間～1年、

長い場合は数年におよぶこともあるとされる。医療機関での治療のあり方に疑問を抱いたり、医療提供者を恨んだりする感情が生じる時期でもある。多くの遺族が、こうした感情に一時期でも陥りやすいことを理解し、冷静な対応や丁寧な説明をいとわぬ心がけが必要になる。まして延命治療の中止の決断などについては、その選択が正しかったのか、別のもっと良い選択があったのではないかなど、遺族が後悔にさいなまれたり、心の傷を負ったりすることは想像に難くない。ともに看取りに寄り添った医療者でさえ、判断や支援が妥当で最善のものであったかを悩むこともあろう。そこに、延命治療の差し控えなどについて、第三者の委員会や相談機関を設置する意義もある。

回復期は、激しい感情を伴わずに、故人について客観的に考えられるようになる時期で、遺族も自分自身の人生が継続していることを認識し、あらためて周囲や社会に目を向け、死別の悲嘆からの自立を果たす最終段階となる。

医療提供者が患者の死後も、遺族の死別の悲嘆へ寄り添う、グリーフケアの活動が広まりつつある。また、死別の悲嘆から回復した遺族がその経験を踏まえて、看取りに臨む他の家族を支えるボランティア活動の輪も広がりつつある。オランダなど尊厳死を認める国においても、ボランティア活動の主体はこうした経験をもつ人々であるという。

● 地域包括がん医療 ー 地域がん診療連携拠点病院と、かかりつけ医の連携による在宅緩和ケアー

がんによる死亡者が、年間 30 万人を超える時代となった。国は 2007 (平成 19) 年 4 月に、がん対策基本法を施行し、がん予防の推進、がん健診の質の向上による早期発見の推進、医療従事者の育成や医療機関の整備によるがん医療の均てん化の促進、がん患者の療養生活の質の維持・向上を達成目標に掲げた。

がん医療の充実施策としては、一般財源化で低迷するがん健診の充実、地域がん診療連携拠点病院と連携した、かかりつけ医や訪問看護師などによる在宅緩和ケア、ターミナルケアの充実、24 時間対応型地域ケア連携の推進、がん患者の療養生活の質を維持するための、家族介護者やボラン

ティアの育成などが挙げられよう。

近年のがん医療の技術的進歩は、個別の細かい治療計画に基づいた、通院による化学療法や放射線療法を可能とし、緩和ケアによる全人的苦痛への対応の進歩とともに、治癒の困難な場合でも、暮らしの場においてがんの進行を抑制する治療を継続しながら、生きることを支える「地域包括がん医療」が一般化されつつある（図 21）。

こうしたがん医療では、患者や家族、地域がん診療連携拠点病院などのがん治療の専門医や緩和ケアチーム、緩和ケア病棟（ホスピス）、かかりつけ医や訪問看護師の連携が必須となる。

緩和ケア病棟は全国で 3,000 床余りしか整備されておらず、緩和ケアの導入や調整、リコンディショニング、レスパイトケアとしての短期利用など、在宅療養の支援病床としての役割が期待され、多くは在宅緩和ケアの普及に期待せざるを得ない。

全人的苦痛（total pain）とは、

- (1) がんや衰弱による疼痛や、日常生活動作の支障による「身体的苦痛」
- (2) 不安、いらだち、恐れ、うつ、怒りなどの「精神的苦痛」
- (3) 人生の意味や価値観の変化、死の恐怖、死生観などへの悩みなどの「霊的（スピリチャルな）苦痛」
- (4) 職業的、経済的、家族的問題などの「社会的苦痛」

をいい、WHO はこれらの苦痛への包括的な対処による QOL の改善へのアプローチを、緩和ケアと定義している。

したがって、緩和ケアは単なる疼痛の緩和ではなく、身体的苦痛の伴わない早期の段階でも、がんの告知に際しての精神的苦痛の緩和から始まっているといつてよい。

すでに東京都と東京都医師会では協力して、国が指定する地域がん診療連携拠点病院を中心とした地域包括がん医療の基盤整備事業を、ターミナルケア人材育成研修などを中心に進めてきたが、さらに平成 20 年度からは、東京都独自の「東京都認定がん診療病院」が指定され、地域包括がん医療の充実が期待されている。図 22 に示すとおり、圏域ごとの地域がん診療連携拠点病院整備と地域医師会、かかりつけ医や訪問看護事業所との連携ネットワークの構築が進みつつある。

図 21 包括がん医療における緩和ケアとターミナルケアの概念

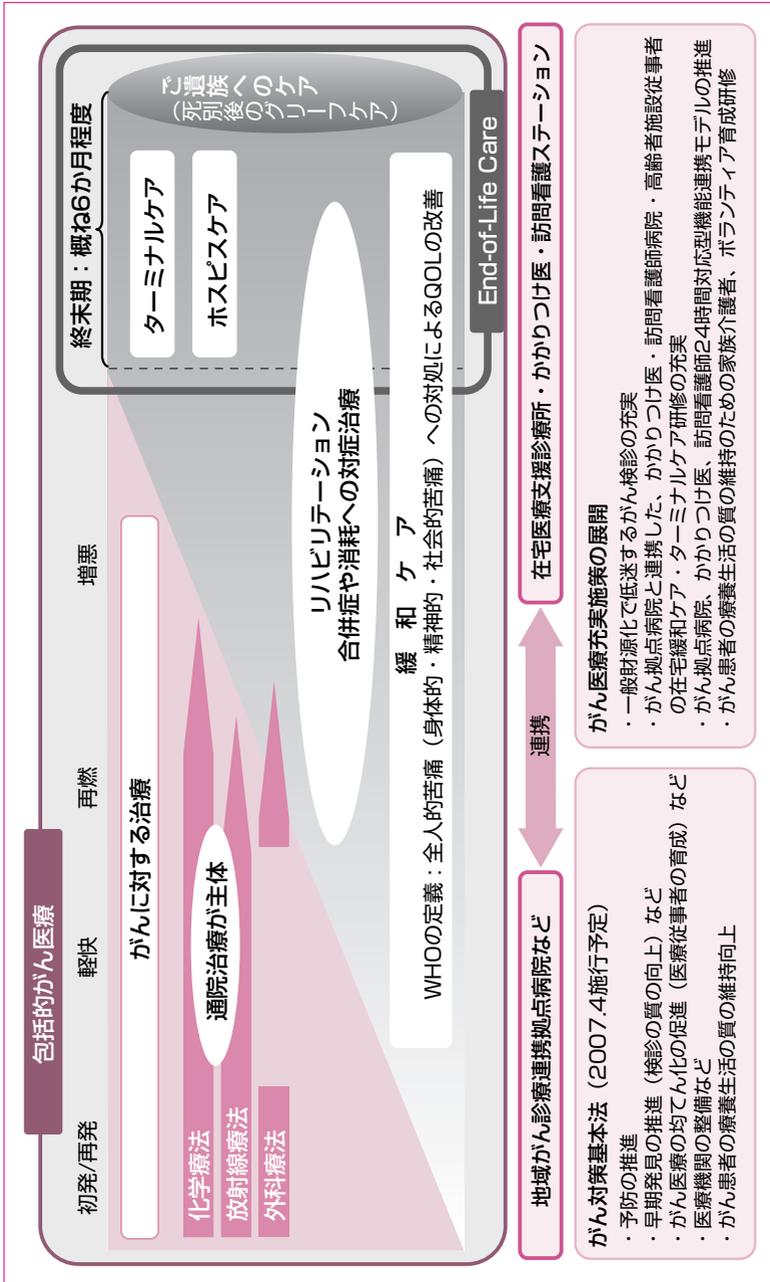
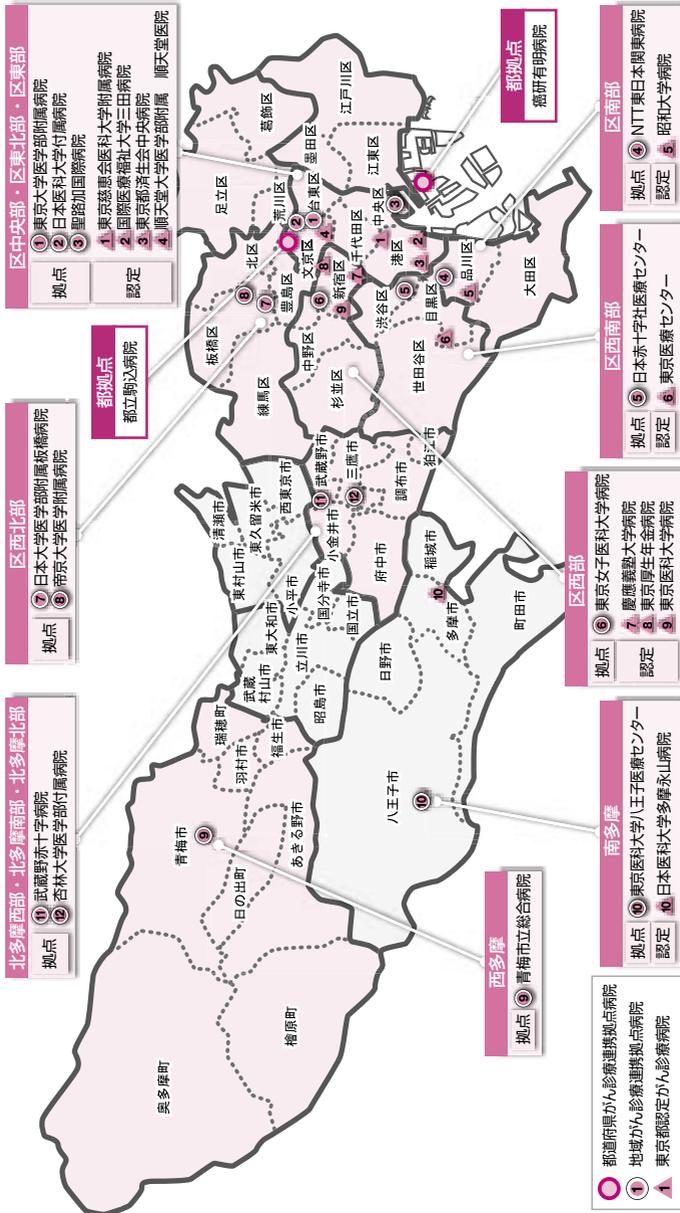


図 22 東京都におけるがん診療連携拠点病院及び東京都認定がん診療病院整備状況

(平成 21 年 4 月 1 日現在)



東京都がん診療連携拠点病院一覧

地域における連携を図りつつ、質の高いがん医療をうけることができる体制を確保するため、厚生労働省が定めた整備指針に基づき、都道府県がん診療連携拠点病院は都道府県に概ね 1 か所、地域がん診療連携拠点病院は二次保健医療圏に 1 か所程度、都道府県が推薦する病院を国が指定する。

東京都には、2 か所の都道府県がん診療連携拠点病院と 12 か所の地域がん診療連携拠点病院がある。

都道府県がん診療連携拠点病院（2 か所）

施設名	役割
東京都立駒込病院	地域連携の中心
財団法人癌研究会有明病院	がん医療に係る人材育成の中心

地域がん診療連携拠点病院（12 か所）

施設名	担当圏域（※）	構成区市町村
東京大学医学部附属病院	区中央部	千代田・中央・港・文京・台東
日本医科大学付属病院	区東北部	荒川・足立・葛飾
聖路加国際病院	区東部	墨田・江東・江戸川
N T T 東日本関東病院	区南部	品川・大田
日本赤十字社医療センター	区西南部	目黒・世田谷・渋谷
東京女子医科大学病院	区西部	新宿・中野・杉並
日本大学医学部附属板橋病院	区西北部	豊島・北・板橋・練馬
帝京大学医学部附属病院		
青梅市立総合病院	西多摩	青梅・福生・羽村・あきる野・瑞穂・日の出・檜原・奥多摩
東京医科大学八王子医療センター	南多摩	八王子・町田・日野・多摩・稲城
杏林大学医学部付属病院	北多摩西部	立川・昭島・国分寺・国立・東大和・武蔵村山
	北多摩南部	武蔵野・三鷹・府中・調布・小金井・狛江
武蔵野赤十字病院	北多摩北部	小平・東村山・西東京・清瀬・東久留米

※担当圏域については、拠点病院としての役割を決めたものであり、実際には担当圏域を超えて連携が行われることがある。

東京都認定がん診療病院

都民に高度な、がん医療を提供するため、国が指定する、がん診療連携拠点病院と同等の高度な診療機能を有する病院を「東京都認定がん診療病院」として、東京都が独自に認定するもので、平成20年4月に10か所を認定した。

東京都認定がん診療病院一覧（10か所）

施設名	所在圏域
東京慈恵会医科大学附属病院	区中央部
国際医療福祉大学 三田病院	区中央部
東京都済生会中央病院	区中央部
順天堂大学医学部附属 順天堂医院	区中央部
昭和大学病院	区南部
国立病院機構 東京医療センター	区西南部
慶應義塾大学病院	区西部
東京厚生年金病院	区西部
東京医科大学病院	区西部
日本医科大学 多摩永山病院	南多摩

東京都における在宅療養・ターミナルケアの基盤強化のための研修など

研修名	研修の趣旨（対象）など	テーマおよび講師
在宅ターミナルケア従事者研修（導入・初級編）	①在宅ターミナルケアに必要な理念や技術を、診療所および訪問看護ステーションの医師、看護職員などに普及する。 ②訪問看護ステーションなどが実際に取り組んでいる在宅ターミナルケアの実践例などを紹介する。	「在宅ターミナルケアの実際」 地域の実践医師など。 地域の訪問看護など。
病院・施設などターミナルケア従事者研修（導入・初級編）	一般病院においても役に立つようなターミナルケアに関する基本的な理念や知識を、病院の医師、看護職員など医療従事者に対して普及する。	「緩和医療、疼痛コントロールについて」 地域の緩和ケア病床長など。 「緩和ケアのチーム医療について」 地域の緩和ケア病床看護部長など。
在宅におけるがん終末期医療推進のための実地研修（実践・中級編）	ターミナルケアを実践していく上で必要な理念や技術を、医師および看護職員など医療従事者に習得させる。	圏域ごとの地域がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院の専門医と、地域医師会、実践医師が協力して実施。連携構築の基礎とする。
緩和ケア病棟派遣研修（指導者養成・上級編）	希望する医療従事者を専門機関に派遣（当初、医師1名、看護師2名）。	地域のホスピス病棟。
ターミナルケア講演会（ボランティア育成）	①都民に対して、ターミナルケアの基本的な理念などについて普及する。 ②都民に対して、ターミナルケアの場におけるボランティアの基本的な理念や、ボランティア活動の事例を紹介する。	「ホスピスから学ぶ苦しむ人への援助」 ホスピス病棟長 「ホスピス・ボランティアの実際」 ホスピス病棟ボランティアコーディネーター
神経難病などの家族介護者の喀痰吸引に関する研修会	神経難病などの家族介護者の喀痰吸引に関する研修会を開催し、在宅主治医、訪問看護師の包括的管理責任を補完する。	介護施設など、暮らしの場で行われているさまざまな医療類似行為の安全性を確保するための教育機会を、段階的に対象を広げ実施していく。