

佳作

家族と延命治療について

佐藤蘭美

(神奈川県／湘南白百合学園高等学校二年)

1. はじめに

平成三十年七月十三日、母方の祖父が享年八十八歳で亡くなった。祖父とは昨年まで四年間同居していたこともあり、私にとっては、人生で初めて、身近な親類が亡くなった経験であり、かなり動揺した。祖父は以前から前立腺がんを患っており何年も自宅で療養していた。容体が悪化し、藤沢市にあるT病院に入院してから二週間ほどで、それこそ、ぼっくりと夜中に亡くなった。血小板も減少しており、何らかの突然の出血が直接的な要因の一つと思われるとのことだったが、T病院から車で十分ほどのところに住んでいる祖母や親せきも、最期の時には間に合わず、残念ながら、藤沢から一時間ほど離れていた母と私が病院に

到着した午前三時には、祖父は既に安らかに息を引き取っていた。

私は、将来、看護職を希望しているが、いまは医学的な専門知識の乏しい為、残念ながら祖父の詳細な病状や治療については、よくわからない。しかし、あまりにも祖父があっけなく亡くなった事実を受け入れられなかった。祖父は意識もすっかりしており、亡くなる前日には翌日の食事は何か、と私達に確認していたのだ。少なくとも、祖父はこれほど突然に最期を迎えるとは思っていなかったはずだ。T病院は市内でも大きな病院であり、病院や医師の判断を信頼しているが、もつと長生きさせる何らかの治療はできなかったのか。釈然としない気持ちだけが残った。

しかし、最近になり、母から意外なこと

を聞いた。祖父はT病院に入院した際、意識もはっきりとしており、病状が末期で体力的にも抗がん剤治療等も難しいことを理解し、自らの意思で、延命治療や蘇生処置はしないで欲しい、との希望を家族や病院側に伝えていたこと、延命治療等で苦しむこともなかった祖父の最期は八十八歳という年齢からも、「正しい」判断であったと思う、と。

私は、そもそも延命治療とは何であるのかを調べる中で、私のように、延命治療を含めて出来る限りの治療をしてあげたいと考える「(本人以外の)家族」も多い一方で、現実的には延命治療を巡る問題があり、「正しい」「間違った」判断という単純な話ではなく、家族のあり方も含む非常に難しい判断ではないかと、認識を改めるに至った。本論文では、延命治療に関する問題を俯瞰し、その後、延命治療の問題は家族の在り方と密接であり、超高齢化社会を迎えている我が国において、家族で積極的に議論されるべきものであることを提言したい。

2. 延命治療とは

週刊東洋経済(二〇一八、八、四)の記事「親の看取り方」によれば、「延命治療」と

は、病気の治る見込みがなく、最期が迫ったときに行う医療処置のことであり、さまざまな治療法がある中、「三大延命治療」とされているのが、①人工栄養、②人工呼吸、③人工透析である。

祖父の場合、食事は介助も必要なく自力でとっており、人工呼吸器もつけておらず、人工透析もしていなかったので、上記の定義に基づけば、延命治療は行っていないことになる。しかし、七月十三日の夜中に容体が悪化した際に、もし何らかの手術等を行った場合、それら延命治療を行うことになったかもしれない。大好きな祖父の命を救って欲しかった、一分一秒でも長く生きていて欲しかった、という強い気持ちと同時に、その医療行為の結果、一命をとりとめても意識もなく、人工栄養や人工呼吸器に繋がれているだけなのであれば、一体、何が「正解」なのか、わからなくなる。そこで、延命治療に関する「ガイドライン」なるものが存在しているので、次に説明したい。

3. 延命治療に関するガイドライン

『医療・介護のための死生学入門』（二〇一七）によれば、どの治療法が良いかとい

うことは医学的情報のみに基づいては決まらない。何を目標とするのか。患者を生物としての生命維持を目標にした場合、一分一秒でも長く生かす、延命治療は不可欠になるだろうが、患者本人の意思が、苦痛の少ないより自然な死を求めているのであれば、治療法の選択は変わってくるはずだ。

こうした流れをうけて、日本老年医学会は二〇一二年六月に「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」を公表しており、その中で、人工的な水分、栄養補給を導入しないことを含む選択肢について、それらのメリット、デメリットを理解した上で、本人の意思や人生を念頭に置き考えることを、家族や医療ケアチームによるコミュニケーションの重要なポイントとしており、①生命維持により、本人のよい人生が当面続くことを目指す、②本人が残された時間をできるだけ快適に過ごせることを目指す、のいずれも達成する見込みがない場合は、かえって本人にとって害となり、人生の最期を歪めることになる、としている。

また、厚生労働省は、今年三月に「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」を策定してい

る。厚生労働省が示したガイドラインであり、日本における延命治療を考える上で重要であるので、以下に内容を一部抜粋したい。

①本人の意思の確認ができる場合

(a)方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされる必要がある。その上で、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。

(b)時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。

②本人の意思の確認ができない場合

(a)家族等が本人の意思を推定できる場合に

は、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。

(b) 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等にに応じて、このプロセスを繰り返し行う。

(c) 家族等がない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。

すでに立派なガイドラインが作成されており、これらに従えば、延命治療についての問題は解決できるように思えるが、果たしてそうなのだろうか。ガイドラインで期待されているように、私たち家族は患者本人の意思を正しく把握している、正しい代弁者たりえるのだろうか。『見る力』(二〇一八)では、アメリカでは「ドクター・フロム・カリフォルニア・シンドローム」という話が紹介されており、たまにカリフォルニアから帰ってきた娘が、(患者である親のことを思って)治療を行っている病院に

ケチをつけて、自分が知っているもつと良き病院へ転院させようとしたり、セカンドオピニオンを取るべきだと、よかれと思つて新しい意見を入れたがるが、毎日面倒を見てくれる人間からすると、たまに帰つてきて勝手なことを言うな、と家族間でもめるらしい。まさに、これは日本でも起きる話ではないかと思われる。実際、私の母は、祖父の治療方針等につき、よかれと思つてインターネット等で調べた情報で、いろいろと口出ししていた。まさに、ドクター・フロム・トーキョー、である。また、同書では、夫婦ともに医師で、いわゆる看取り医として患者本人の意思、尊厳を尊重していたが、夫がすい臓がんになり、自分が看取つてきた患者同様に、延命措置を望まなかったにもかかわらず、医師である妻は自分の夫が死ぬということを受け入れられず、延命治療で一日でも死期を先延ばしさせようとした例もあげられていた。医師でも自分の身内となれば、ガイドラインに関係なく感情が先に立つ場合もあり得るだろう。果たして、家族は、冷静にガイドラインに沿つて対応できるだろうか。その為にはどうすべきだろうか。

4. 延命治療に関する他国の考え方

(1) 誰の為の延命治療か―欧州の考え方
週刊東洋経済(二〇一八・八・四)によれば、この二十一三十年の間に欧米では終末期の延命治療は控えるようになり、高齢者は人生の終わりが近づき食べなくなると、日本のように無理に食べさせることはない。医療関係者は、リビングウィル、事前指示書等に基づき患者の意思を尊重しており、欧州社会ではすでに高齢者への延命措置は倫理的でないという共通認識が確立されている。例えば、オーストリアの医師は、食べないことも高齢者の権利と述べ、スウェーデンでも、ある医師は、二十年前は高齢者が食べなくなると点滴や経管栄養をしていたが今はしていない、ベッドの上で点滴で生きている人生に何の意味があるのか、とコメントしている。

(2) 米国の取り組み

しかし、『医療介護のための死生学入門』(二〇一七)によれば、そのようなリビングウィルや事前指示書は必ずしも有効とはいえず、米国においては、事前指示書を作成している場合でも、それが必要な場面が生じた時点で文書がどこにあるかわからない、適用するには指示が曖昧すぎる等で、現実には事前指示書が家族や医師により無

視されるケースも少なくないという。それを補完する新たな工夫として、生命維持治療のための医師による指示（POLST）が考えられた。心肺蘇生、脈拍・呼吸が微弱で死にそうなどときの積極的治療、抗生剤投与、人工栄養について患者と医師が事前に話し合い、患者の希望を医師が記載して医療関係者に指示するものだ。従来の事前指示書が（医療的な専門知識のない）患者本人の作成であるのに対し、POLSTは、医療従事者（主に医師）の署名がなされるカルテ上の指示であり、具体的な患者の病状に応じた医師の指示なので、他の医療者がみても指示が明確である。無論、医師からの一方的な指示ではなく、患者や家族と話し合いをもった内容が反映される。POLSTは患者が携帯可能となっており、他の医療機関でも利用が可能であり、米国では急速に普及している。一方で、POLSTも万能ではなく、他の医療機関に運び込まれた場合、POLSTに従う義務があるのか、そもそもPOLSTの法的位置づけは何か（POLSTに従って措置を行った場合に家族に訴えられないか）等の問題が起きている。『医療・介護のための死生学入門』（二〇一七）によれば、POLSTが問題となった最初の裁判例では、

二〇一一年にカルフォルニア州で、長く脳腫瘍を患っていた女性の母が医師とPOLSTを作成し気管挿管しないことを明確にしていたが、救急車で運ばれた別の病院の救急の医師はPOLSTの内容を知りながら、患者を救命するために気管挿管した。その後、娘が死亡した後、POLSTに従わなかった医師と病院を母親が訴えた事件が起きている（その後和解し法的な結論は出ず）。また、POLSTを偽造するケースも散見され、ミネソタ州の事例では、延命治療を明確に拒否するPOLSTを夫が作成していたが、妻がそれを書き換えて延命治療を求めた例もある。

（3）日本人の延命治療に対する意識

欧米ともに、患者本人の意思を尊重し、患者の意思に反する延命治療は行わない積極的な取り組みがみられる。他方、日本でも上記のようなガイドラインもできてはいるが、週刊東洋経済（二〇一八・八・四）でも指摘があるように、ある外国人の医師が日本の病院を見学したとき、「日本人には物言わぬ寝たきり老人がたくさんいる」と驚いたそうだが、家族はどんな姿であっても親を生かして欲しいと願い、医師は少しでも長く生かすのが使命と思うため、治療を

続けることが多いのではないかと。

厚生労働省では、五年おきに一般国民および医師等医療従事者の人生の最終段階における医療に対する意識を把握するための調査を実施している。最新版の調査資料、「平成二十九年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果」によれば、アンケート対象の一般国民の約六割が人生の最終段階における自分の医療につき考えたことがあり、四割が家族等と話し合ったことがあった。また、自分が意思決定できなくなったときに備えてどのような医療・療養を受けたいか、受けたくないか等を記載した事前指示書をあらかじめ作成しておくことについては、一般国民の六六％が賛成する一方で、作成すべきと回答した者のうち、実際に事前指示書を作成している人は八％にすぎなかった。事前指示書に従って治療方針を決定することを法律で定めることの賛否では、定めるべきとした人は一般国民の二二％にすぎず、医師の五割以上は、法制化に消極的であった。事前指示書作成を勧めているかとの問いについて、医師の七割が、患者・家族から相談があれば、あるいは、そもそも指示書等書面は用いていないと回答しており、積極的に勧奨しては

いない。上記でみた学会や役所のガイドラインの利用状況についても、医師の二五％はガイドラインを知らないと答え、割合は少ないものの、七％はガイドラインを参考にするつもりはないと回答。この調査をみる限り、日本では、延命治療を含む終末期の医療方針について、多くの人は必要だと思いう一方で、事前指示書のような具体的な書面を作成している人は少ない。医療の現場でも積極的に利用しているとはいえない状況がみえてくるが、これは、事前指示書で拘束されるよりも、目の前の患者の命を救う為に実際の病状をみた上で医療方針を決めたいという医師の思いがあるのだろう。

5. 家族と延命治療の問題に対する提言

上記でみてきたように、延命治療には、①延命治療の目的は何か、そもそも、延命治療はすべきか否か、②延命治療方針は、事前指示書であれPOLSTであれ、誰が決め、どこまで拘束力があるのか、という問題がある。日本老年医学会のガイドラインでは、推定を含む本人の意思を尊重、家族や医療ケアチームによるコミュニケーション、患者本人の尊厳、という観点が具体的に示されており、厚生労働省のガイドライ

ンでも、患者本人の意思が確認できるかどうか、また患者本人の意思は時間とともに変わりうるものだととして、場合分けしたうえで、指針を示している。いずれのガイドラインでも、本人の意思、医療チームに加えて、家族、の重要性が説明されている。しかし、同居することも少なくなった現代の日本の家族は、果たして、患者である親の生命を左右する判断を「正しく」行えるのか。そこで、家族と延命治療につき、三つの提言を行いたい。

（１）延命治療の実態やガイドラインの存在等、終末期の医療に関する啓蒙

厚生労働省の調査でも、事前指示書を作成している人は少なく、医師であっても二五％がガイドラインの存在を知らない。家族は、心理的な抵抗もあり、患者となる自分の両親等と、終末期医療方針につき話す機会すらないはずだ。そこで、国民の啓蒙、話しやすい環境を整えるために、①厚生労働省等政府自治体が、「終末期医療を考える日」を制定し、わかりやすいパンフレットで、親子で話すことを促してはどうか。テレビ等メディアでも取り上げられやすい。②学校教育の保健等の授業の中で、終

末期医療のあり方につき取り上げてはどうか。若いうちから親と自然に話すきっかけとなるのではないかと。

（２）地域医療ネットワークの拡充

患者、家族、医療従事者で相互に方針を議論して合意していくプロセス、とは言っても、病院での延命治療を選択しない場合、基本的には自宅等での療養となるが、家族には医学的な知識が乏しく、容体の変化等の判断がつかない。祖父の場合は、入院する前に病院のかかりつけ医に相談できたからよかったが、米国の例でみたように、容体が悪化した場合、救急車を呼び、救急医が患者本人の意思に関係なく、医師として「正しい」救命、延命措置を行う可能性が高い。一度、延命措置をとってしまったと、それを止めるという判断は、極めて難しく、家族にそれができるとも思えない。そこで、①訪問医師あるいは、訪問看護師の拡充を行ってはどうか。自宅で終末期療養を行っている患者を自治体が登録、把握し、定期的に患者宅を訪問、あるいはいつでも呼べる体制をつくる。②スカイプ等のオンラインで、家族が患者の状況を画像でリアルタイムで映しながら、医師に相談できる体制の構築、である。

(3) 家族の絆を普段から深める仕組み

厚生労働省のガイドラインでも、患者の意思をよく知る存在として家族が挙げられている。血縁関係として一番近い存在であり、長い間一緒に暮らしたはずである家族が、患者である親が意思を伝えられない場合、患者を代弁する立場として一番適切であるのは当然ではある。しかし、核家族化、さらに親元を離れて暮らす人が多い現代社会では、必ずしも老年期の親にとって一番近い存在でないかもしれない。忙しい子供世代では、遠い親元を訪れることも難しいかもしれない。どのような病気で、本人がどのような治療を受けたのか、よく知らない人が多いのも当然で、親が入院してから判断を求められても困るのが現実だろう。その場合、家族は、ガイドラインにおける、患者の意思をよく知る存在ではない。そこで、①親の病気、治療状況について、あらかじめ登録した家族は、その状況をオンラインで共有できるような仕組みを自治体で作れないか。親といえども病気の状況は個人情報であり、セキュリティ上難しい面もあるかもしれないが、米国では、POSTをデータベース化しオンラインで共有するシステムを施行している州もある

ようだ。②ある一定年齢、例えば六十五歳以上には、自治体がスカイプ等のオンラインで家族と通信できるよう研修を行う、家族との通信時間等にに応じて補助金を出す、という仕組みが有用ではないか。先にみたように、普段連絡もとらずに、何か起きた後で思い付きの言動を行う、ドクター・フロム・カリフォルニアが家族として、患者を代弁することであってはならない。

6. おわりに

私は、日本は世界でもトップクラスの長寿国であると信じてきた。その事実が変わりはないが、多くのお年寄りが、自分の意思に反して、延命治療により生きながらえているとしたら、果たして、それは世界に胸をはって誇れることなのだろうか。がん細胞等、医学の進歩は早く、生きていれば奇跡が起こるかもしれない、という期待があるのかもしれない。ただ、患者本人が苦しむような、望まないような措置を行うべきかどうか。延命措置は誰の為なのか、出来る限りの手は尽くしたという、家族の自己満足の為ではないか。患者である親の幸せが一番ではないか。何が親の希望なのかを深く理解すること。その為には家族の在

り方が一層大切になるはずだ。

〈参考文献〉

- 週刊東洋経済、二〇一八年八月四日号、「親の看取り方」、一六―四九頁
阿川佐和子、大塚宣夫『看る力』文春新書、二〇一八年、五八頁、九四―九九頁
清水哲郎、会田薫子編『医療・介護のための死生学入門』、東京大学出版会、二〇一七年、五一―七二頁、一九七―二一八頁

日本老年医学会ホームページ「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」

厚生労働省ホームページ「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」、「平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果（確定版）」