# 人生の最期をどこで迎えるか？

名古屋大学大学院医学系研究科
老年科学教室

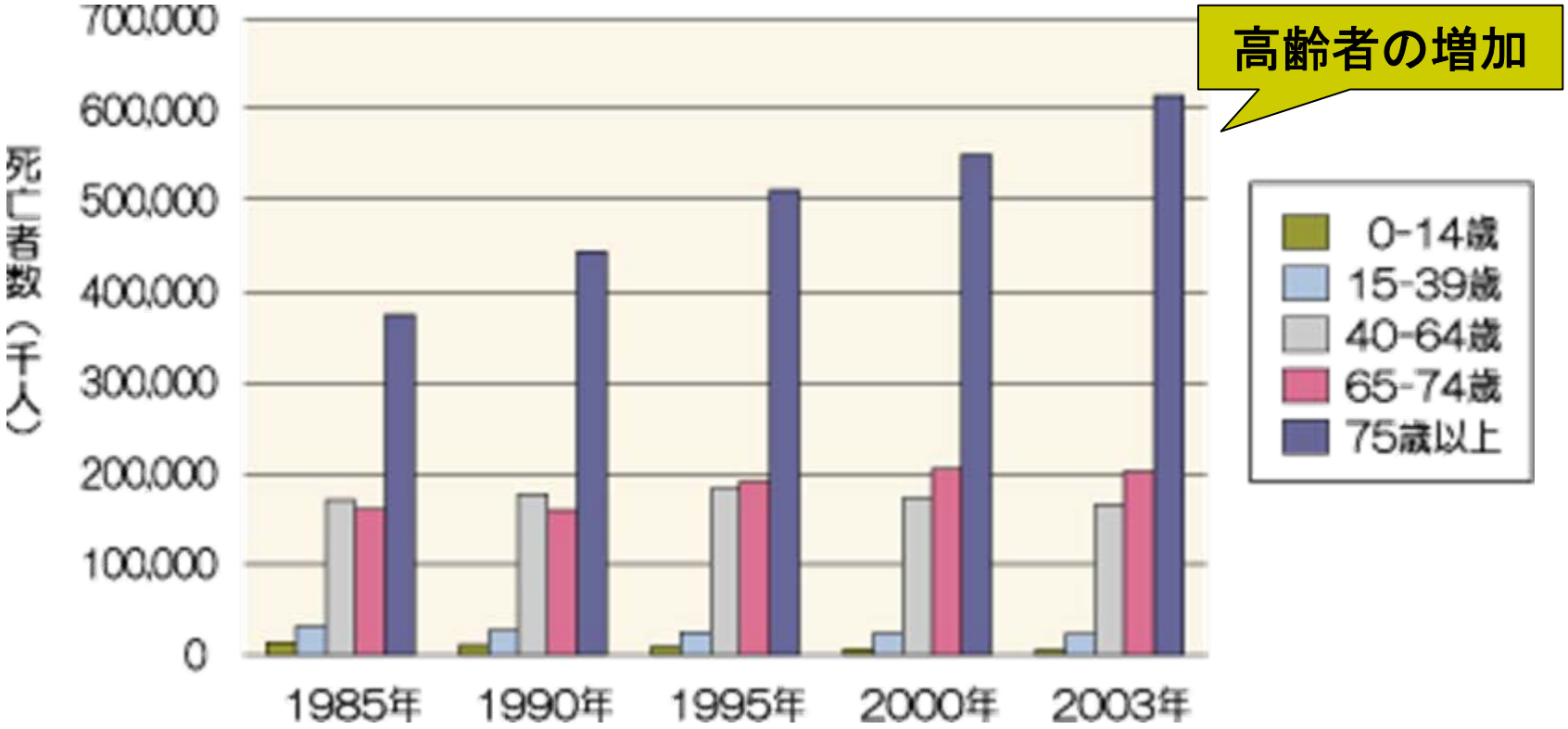
平川　仁尚

# 今日の講演の目標

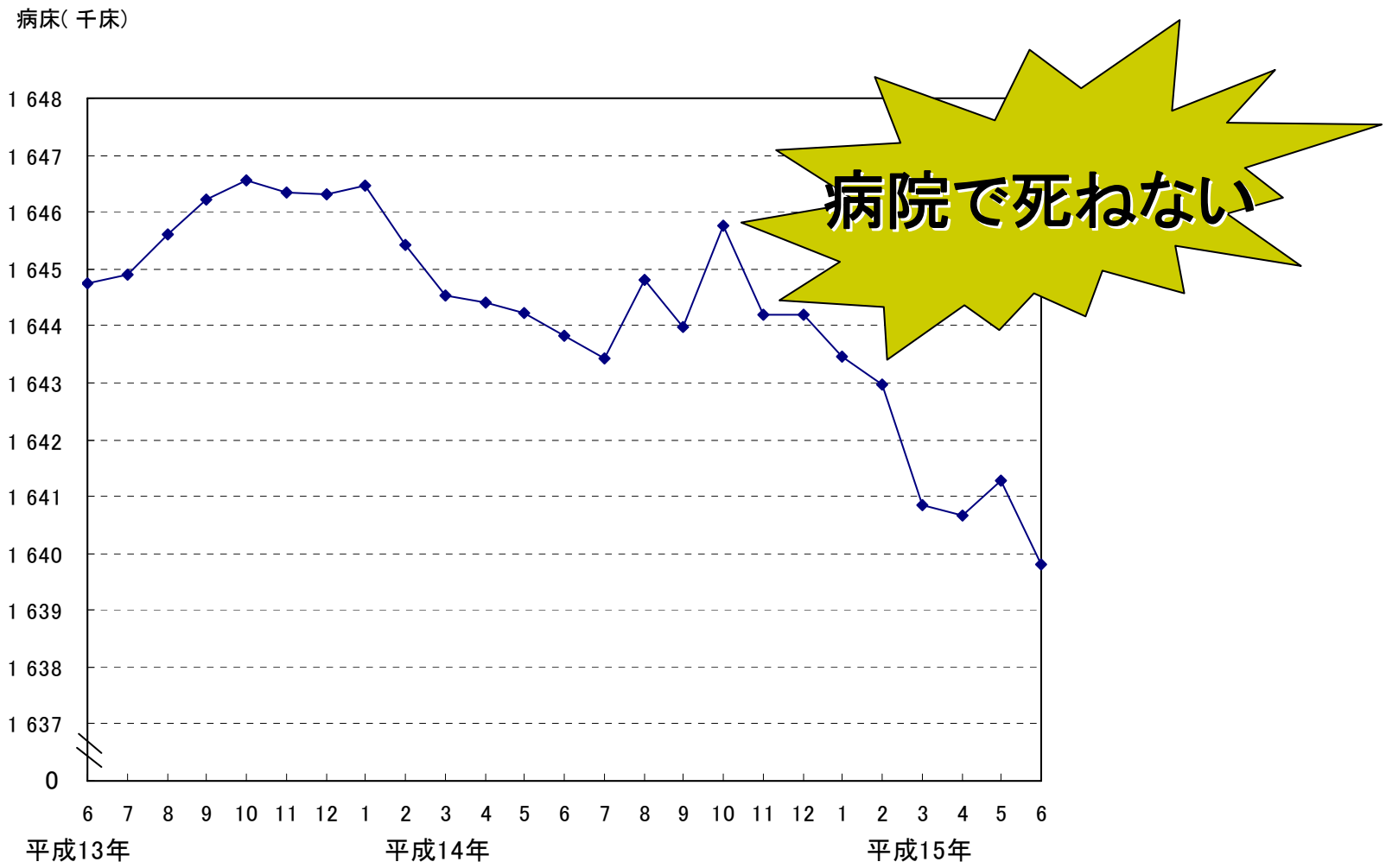
- 療養場所により、受けられる医療が違うことが分かる
- 高齢者の最期は多様性に富んでいることが分かる
- 安楽死と尊厳死の違いが分かる

⇒自分の理想の死に方について考えることができる

# 年間死亡者数の変化


高齢者の増加
死亡者数（千人）
700,000
600,000
500,000
400,000
300,000
200,000
100,000
0
1985年
1990年
1995年
2000年
2003年
0-14歳
15-39歳
40-64歳
65-74歳
75歳以上

# 一般病床数の推移


病床( 千床)
1 648
1 647
1 646
1 645
1 644
1 643
1 642
1 641
1 640
1 639
1 638
1 637
0
6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6
平成13年
平成14年
平成15年
病院で死ねない

# 希望する最期の場所

ほとんどの人は、「自宅で死にたい」という

ほとんどの人は、病院で死亡する

これはなぜか？　　制約があるのか？

# 自宅から病院へ

- 大家族から核家族へ
- 大病院志向
- 看取り経験のない家族の増加

# 死亡場所の移り変わり

患者の希望

医療費の高騰

病院　⇒⇒⇒　施設　在宅　グループホーム

# 病院以外で死ねるのか？

# 死亡場所その1
# 一　般　病　院

- 急性期を優先
- 長い入院はお断り
- たらい回し

# 死亡場所その2
# 施設･住宅

- 療養型病床群
- 介護老人保健施設
- 特別養護老人ホーム
- 民間の施設
- グループホーム
- 宅老所

  など

# 高齢者施設の制約

- 長い入所待ち
- 様々な入所の条件
- 看取りに不慣れ

# 介護保険施設の違い

介護保険施設

| 療養型病床群 | 介護老人保健施設 | 特別養護老人ホーム |
|---|---|---|
| 医学的管理 | リハビリや看護・介護 | 介護 |
| 医師（常勤） 3人 | 医師（常勤） 1人 | 医師（非常勤可） 1人 |
| 看護師 17人 | 看護師 9人 | 看護師 3人 |
| 介護師 17人 | 介護師 25人 | 介護師 31人 |

# 高齢者施設における
# 入所受け入れ条件に関する調査

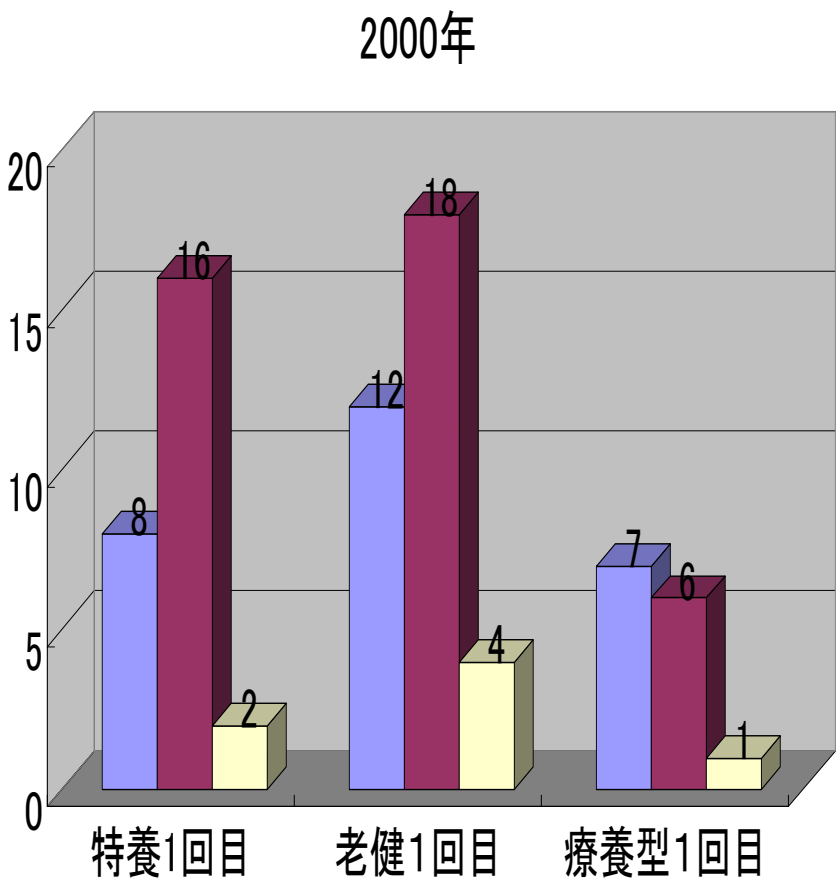
# 調査票

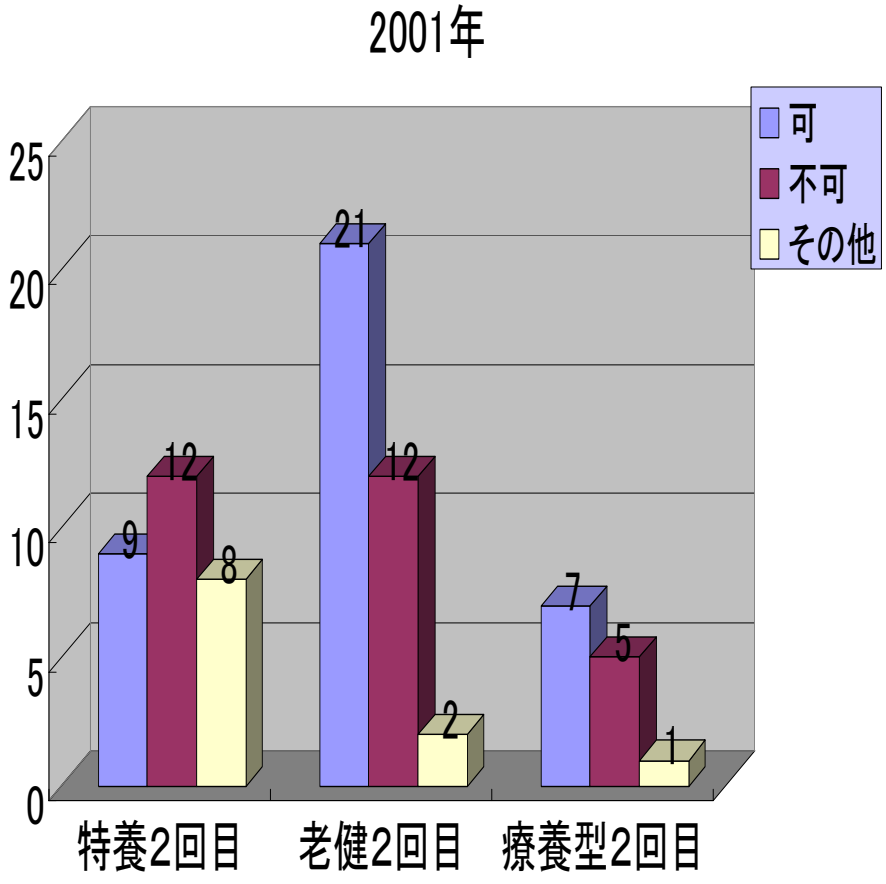
- MRSA
- 緑膿菌

- 経鼻チューブ
- 胃ろうチューブ

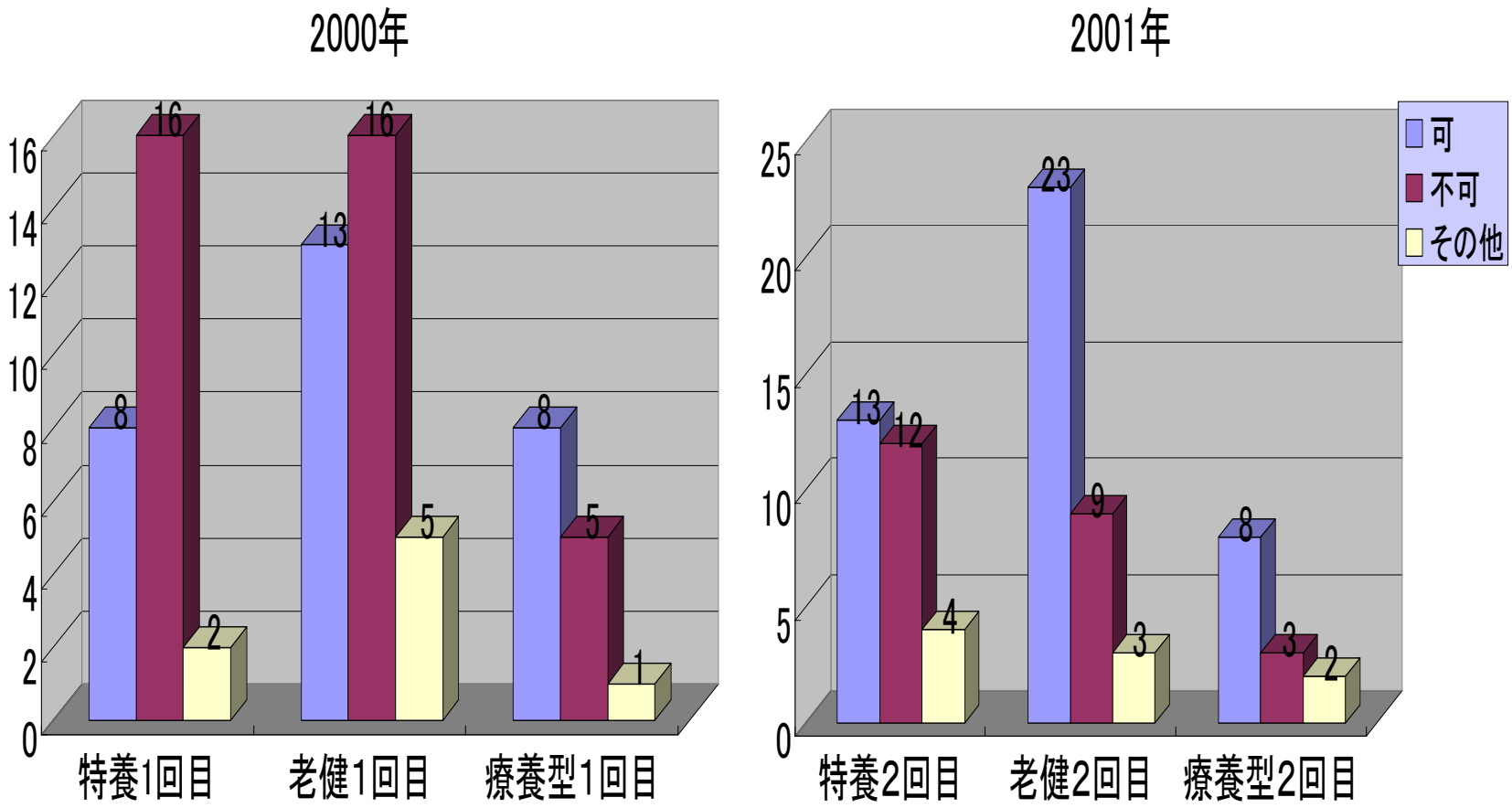
- 留置尿道カテーテル
- 間欠導尿

# MRSAの受け入れ状況

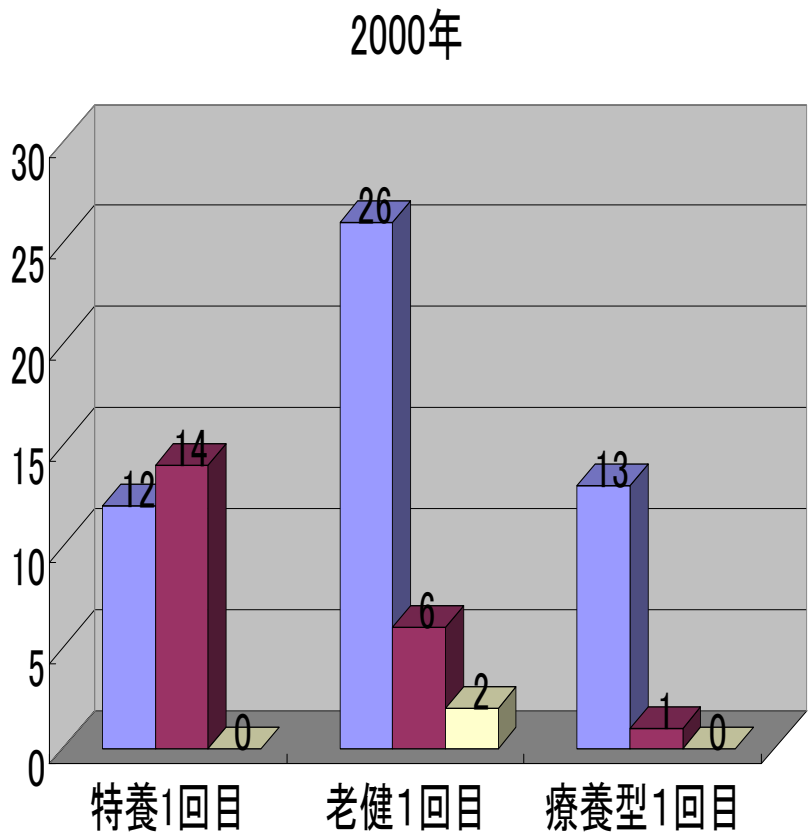


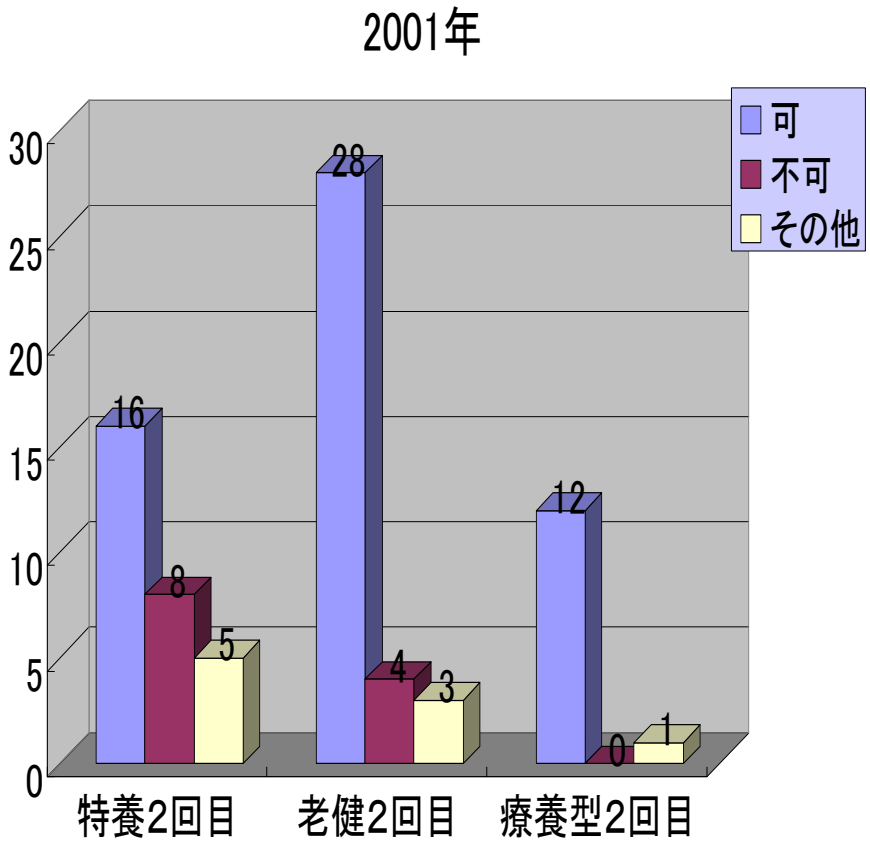



# 緑膿菌の受け入れ状況

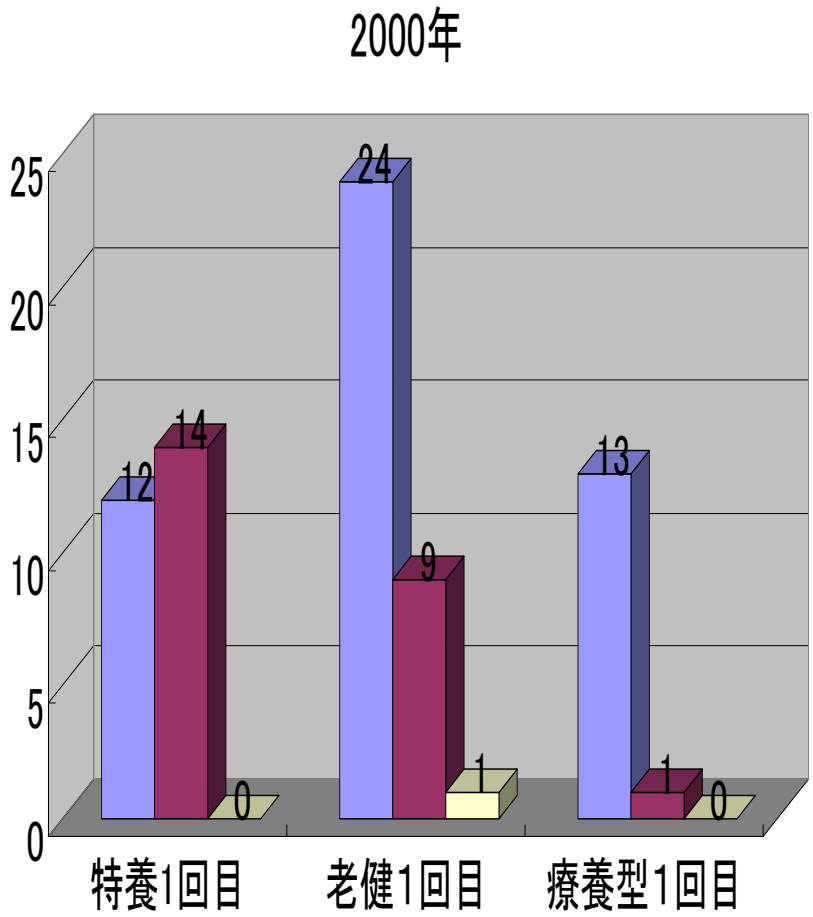

2000年
2001年
16
14
12
10
8
6
4
2
0
8
16
2
13
16
5
8
5
1
25
20
15
10
5
0
13
12
4
23
9
3
8
3
2
可
不可
その他
特養1回目
老健1回目
療養型1回目
特養2回目
老健2回目
療養型2回目

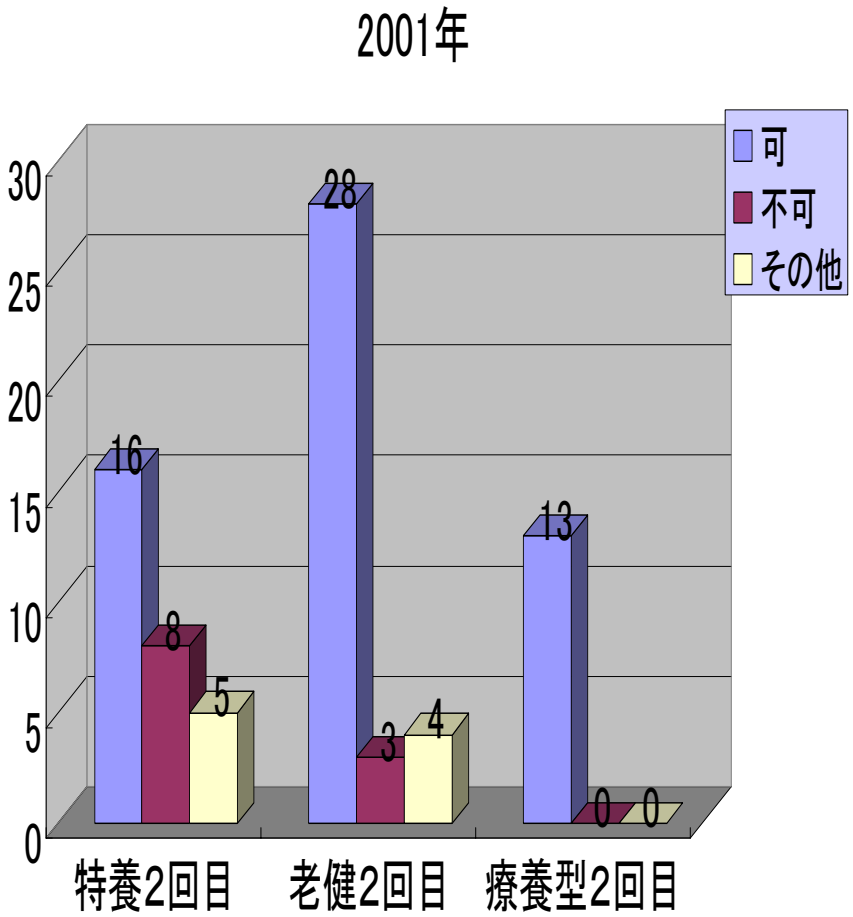
# 経鼻チューブの受け入れ状況



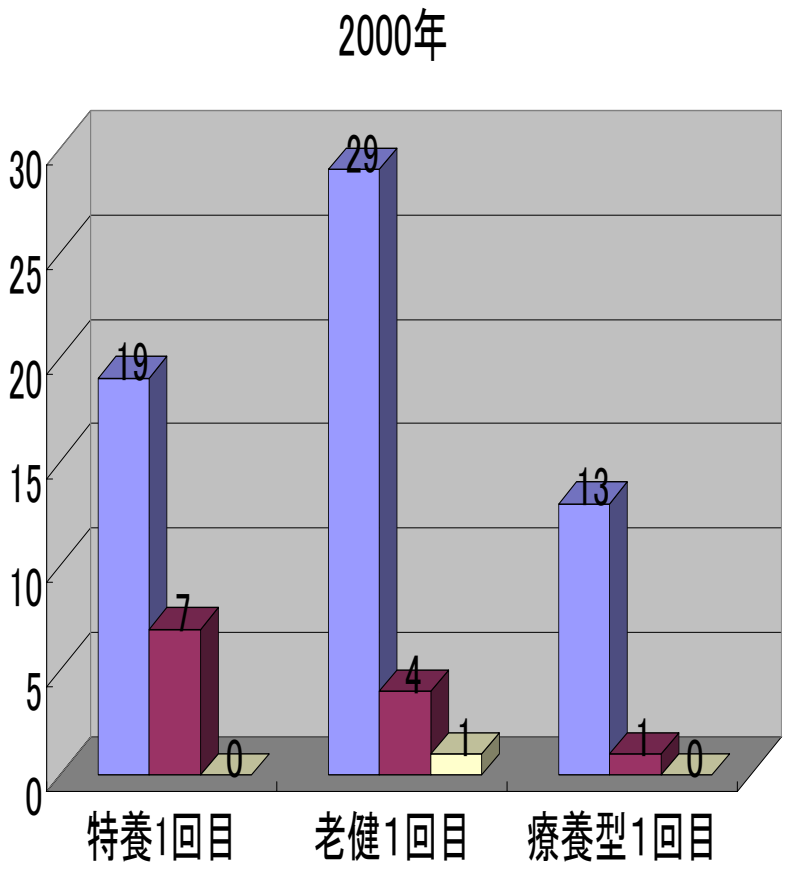



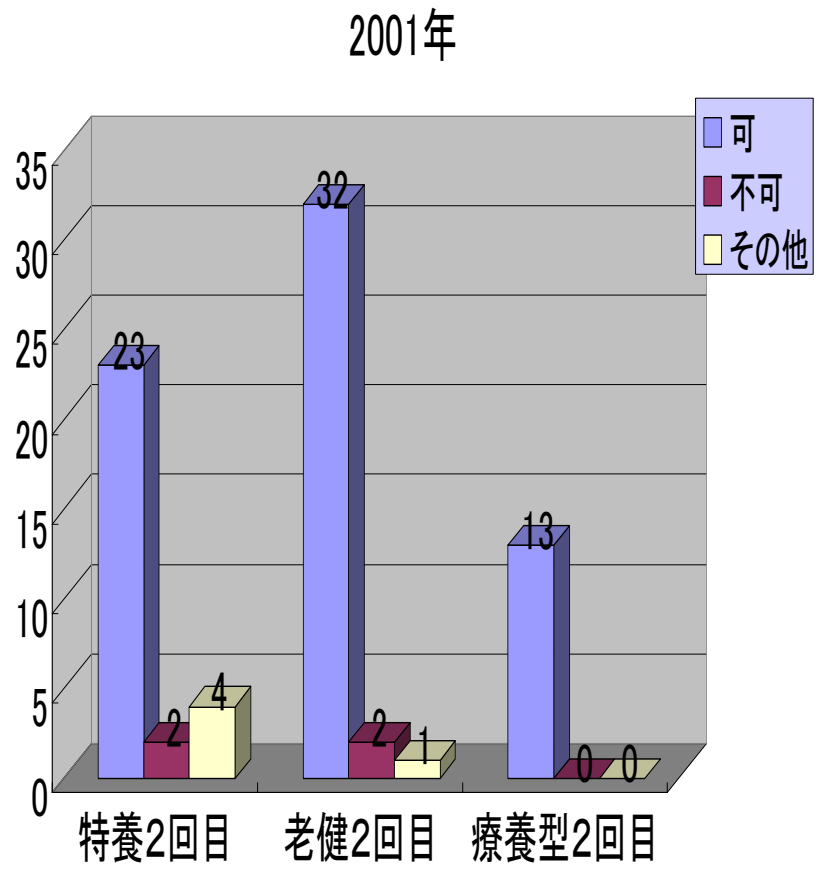
# 胃瘻チューブの受け入れ状況



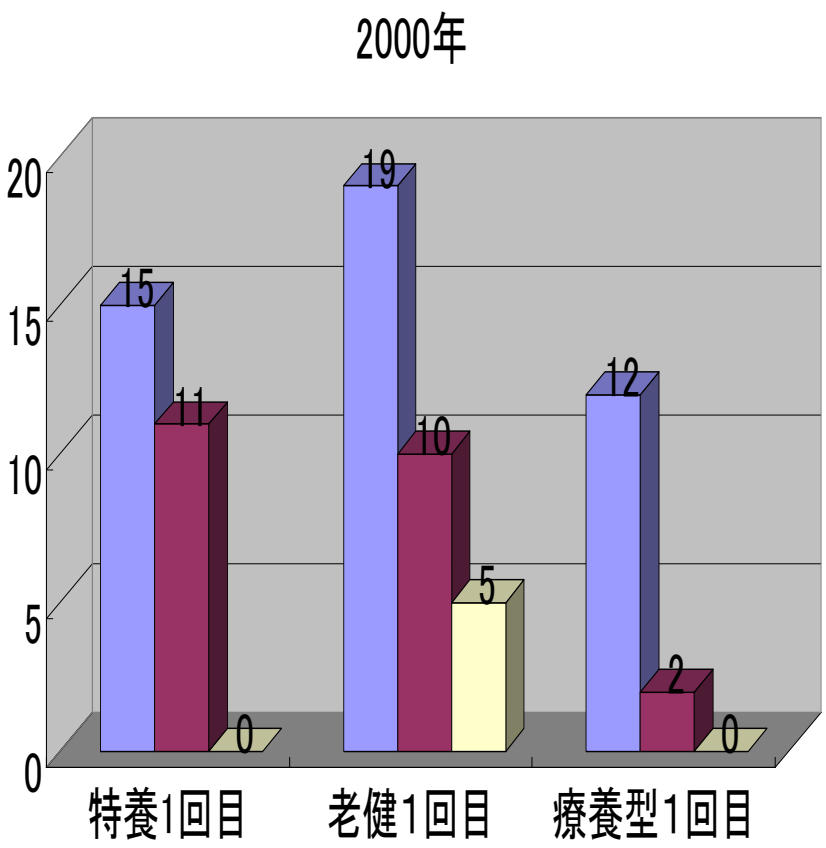



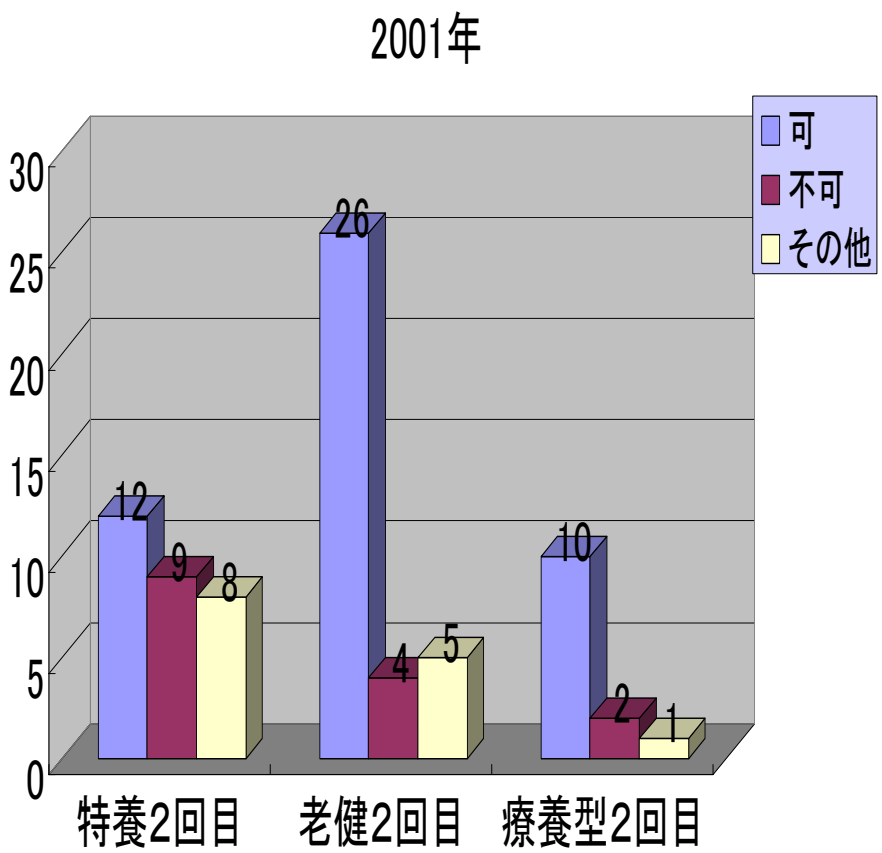
# 尿道カテーテルの受け入れ状況



# 間欠導尿の受け入れ状況



# そのほかの入所条件

- 要介護認定
- 認知症の認定
- 暴力行為が無い
- 期間限定
- お金

- ちょっとしたコネ

# 介護老人保健施設の

# 終末期ケアに関する全国調査

# 対　象

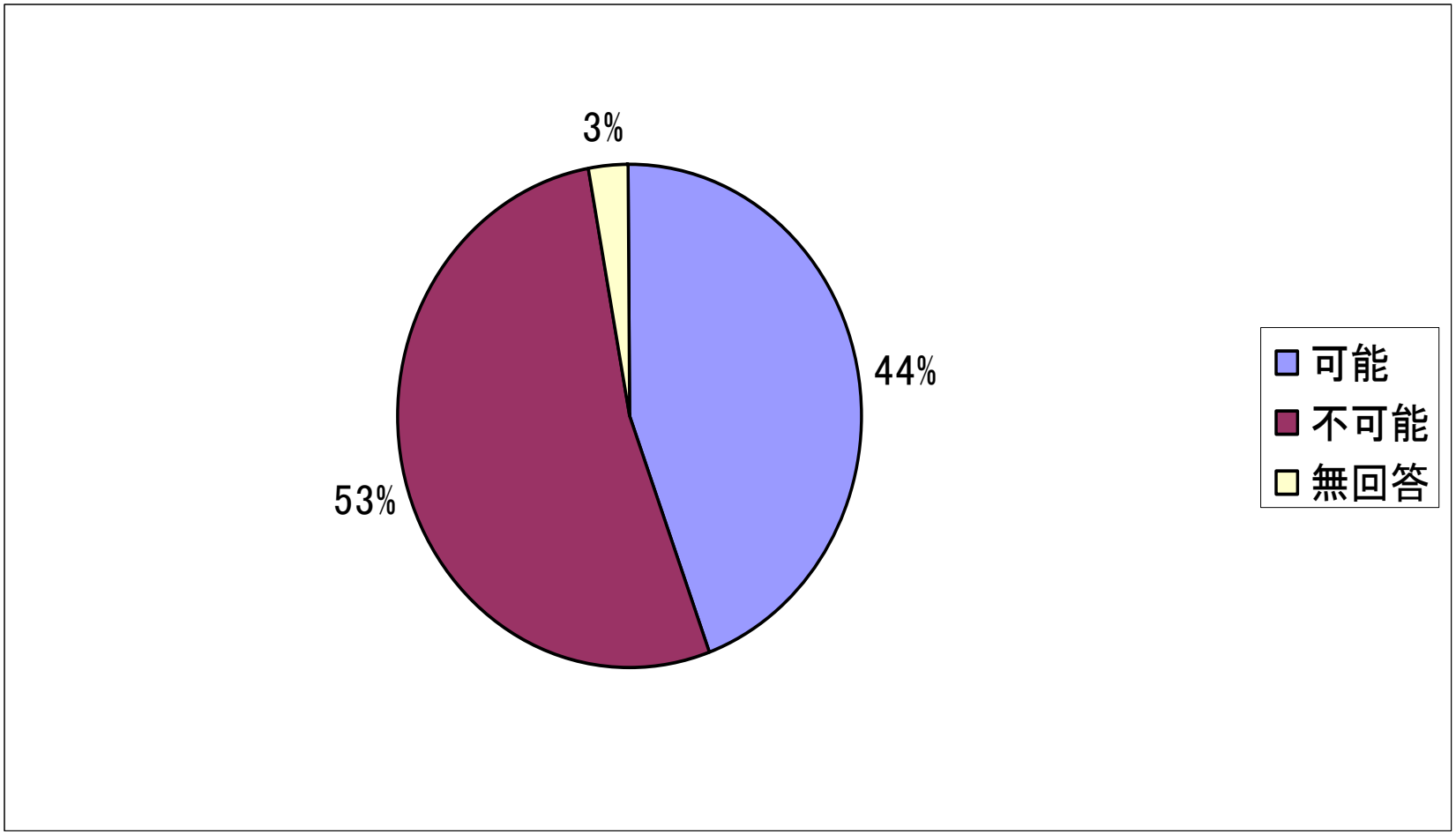
１．研究対象

平成15年9月現在、全国老人保健施設協会に所属している老健2876施設

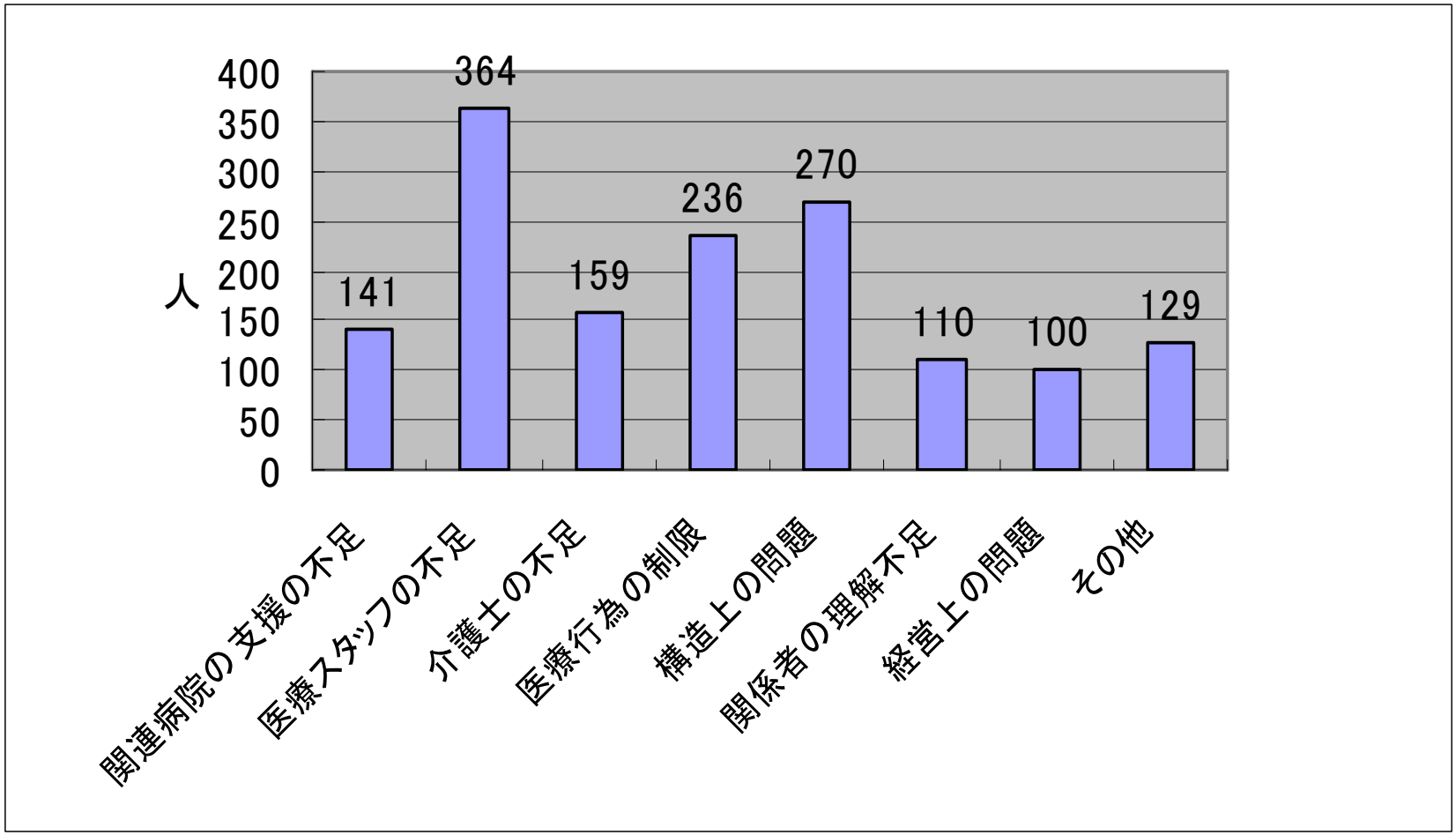
２．研究期間

平成15年11月～平成16年1月

# 終末期ケアは可能か？



# 終末期ケアが不可能な理由（不可能と回答した612施設）



# 痴呆性高齢者グループホームの

# 終末期ケアに関する全国調査

# 対　象

１．研究対象

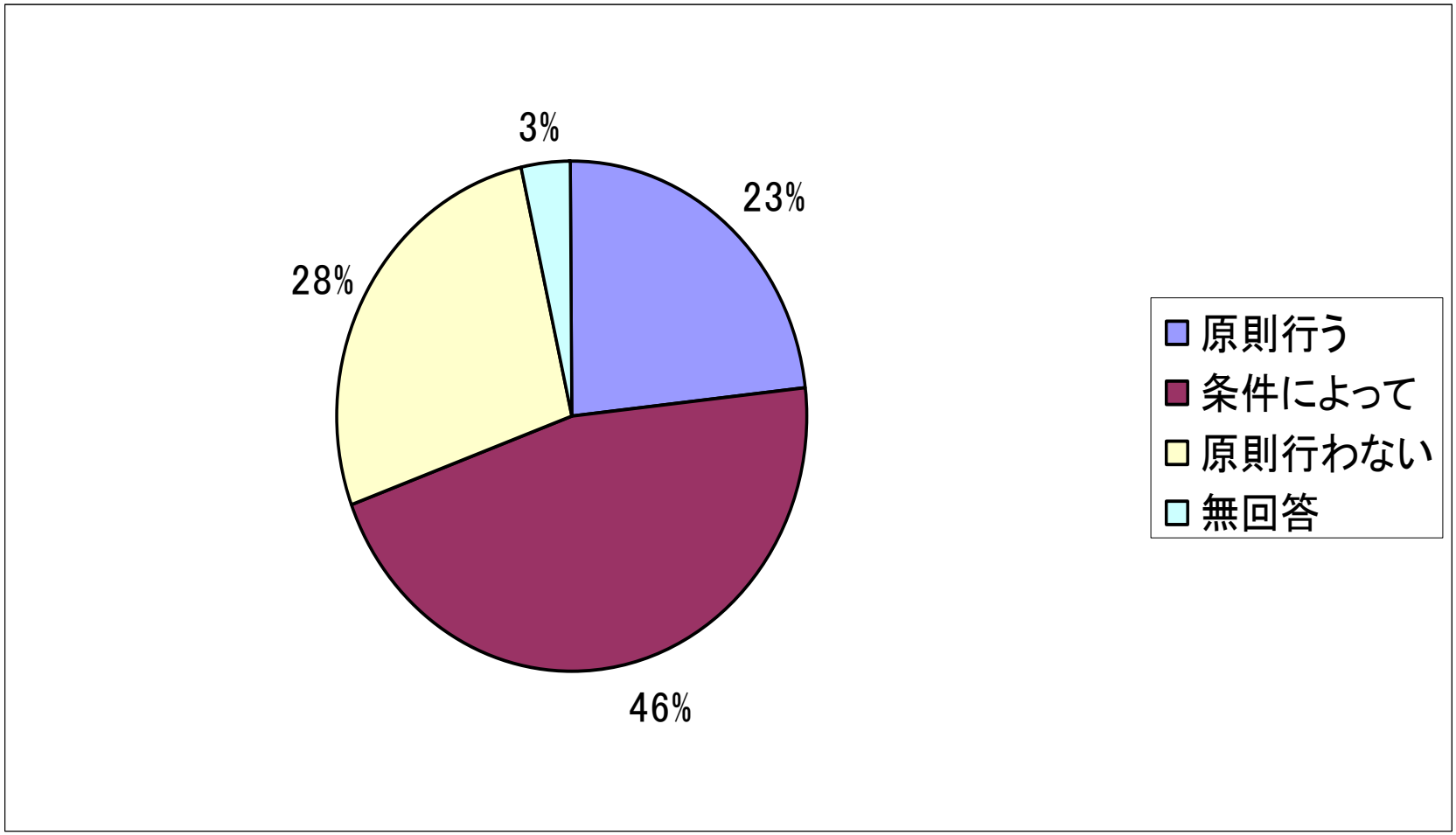
平成15年9月現在「福祉保健医療情報ネットワーク（WAM NET）」に登録されている

痴呆性高齢者グループホーム　3701ヶ所

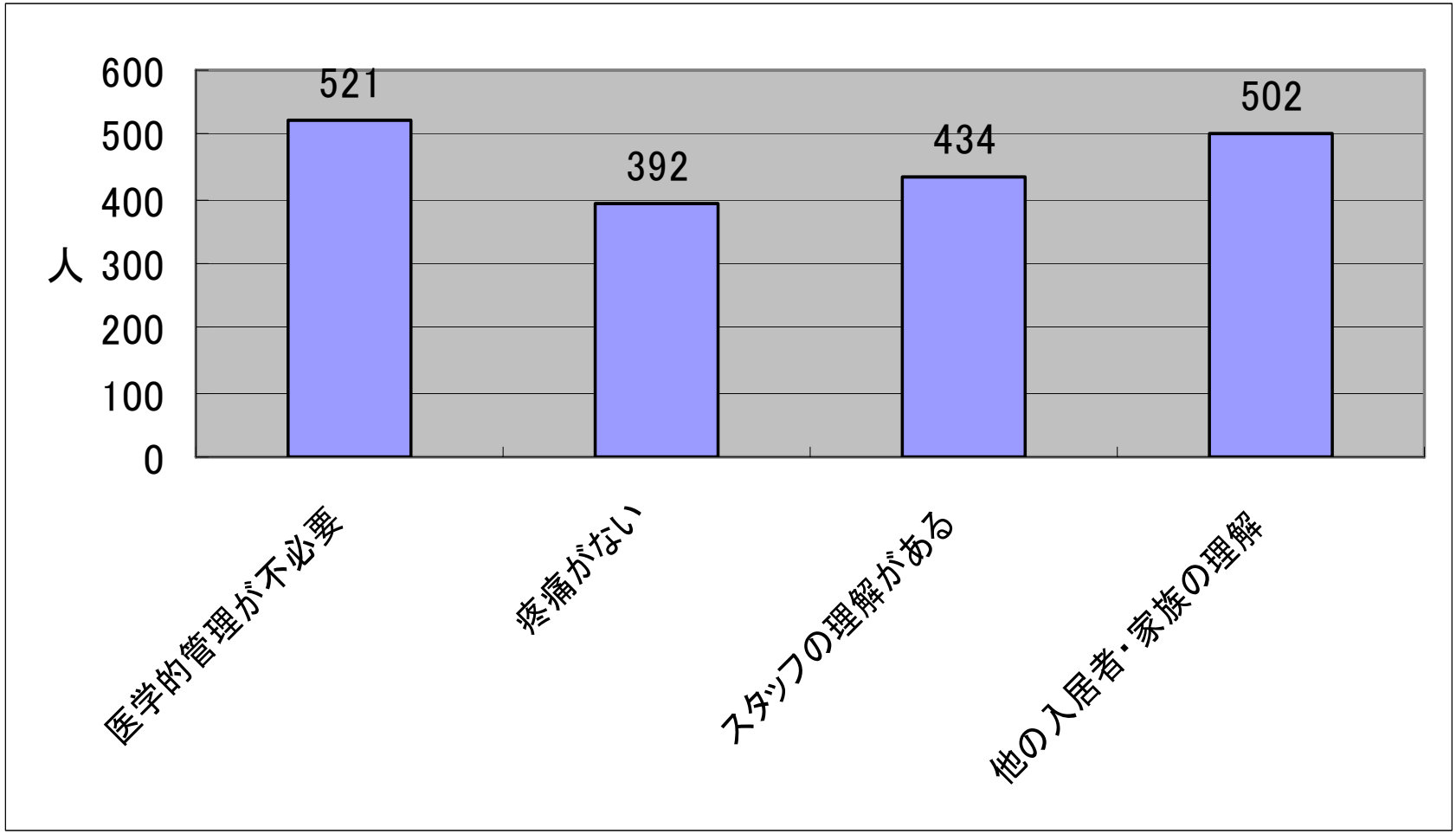
２．研究期間

平成15年12月～平成16年2月

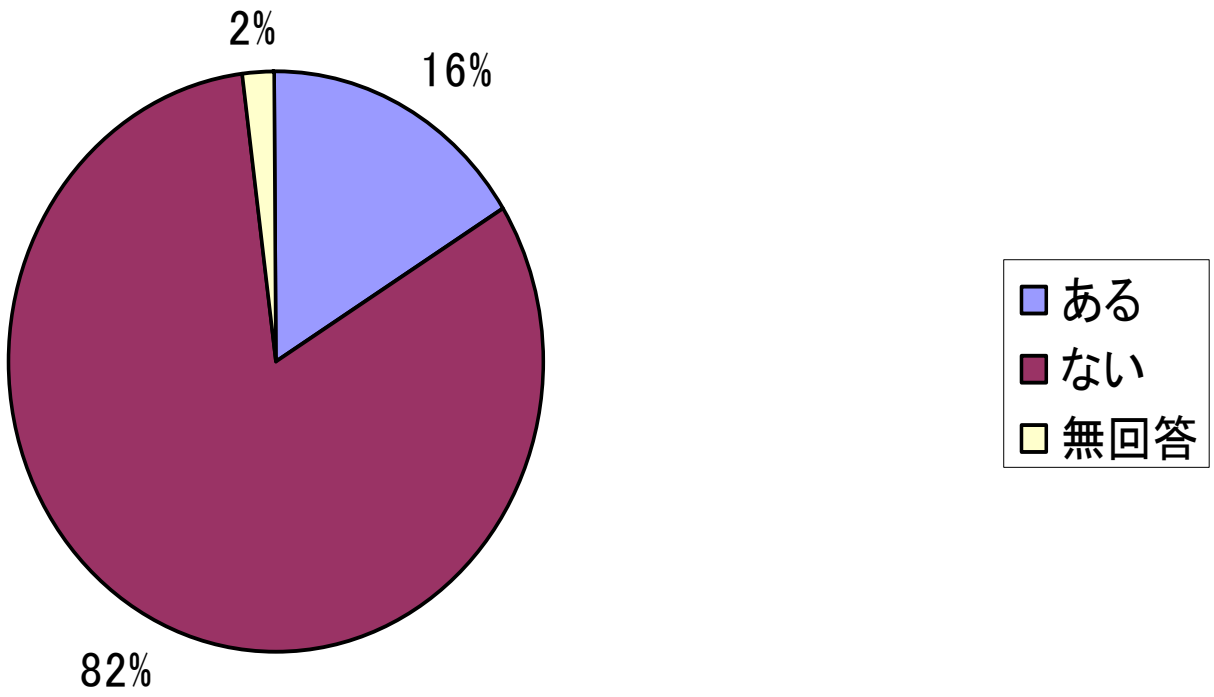
# 終末期ケアに関する方針



# 終末期ケアを行う条件
# （731ヶ所中）



# 終末期ケアの経験



# 死亡場所その3
# 在宅（自宅）

- 出入り自由（一部を除いて）
- 介護の不足（老老介護）
- 医療行為の制限
- 終末期医療・ケアに慣れている医師が少ない
- 負担が多く、熱心な医師・看護師の献身的医療により行われている
- 家族は看取りに慣れていない

# 蘇生・延命治療が弱い在宅

| | 一般病院 | 療養型病床群 | 介護老人保健施設 | 特別養護老人ホーム | 在宅 |
|---|---|---|---|---|---|
| **積極的医療** | | | | | |
| 人工呼吸器 | ○ | △ | × | × | × |
| 心臓マッサージ | ○ | ○ | ○ | ○ | × |
| 点滴 | ○ | ○ | ○ | △ | △ |
| 抗生物質 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 昇圧剤 | ○ | ○ | × | × | × |
| **緩和医療** | | | | | |
| 麻薬性鎮痛薬 | ○ | ○ | × | × | ○ |
| 経管栄養 | ○ | ○ | ○ | ○△ | ○ |
| 酸素吸入 | ○ | ○ | ○ | ？ | △ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ | 可能 | | |
| △ | 制限有り | もしくは | 施設による |
| × | 不可能 | | |

# 人生の最期の場所として、本当に

# 病院は在宅より優れているのか？

人生の最期は、苦しみがないのがよい
（と多くの人は考える）

# 蘇生の成功率の低い患者（癌の末期、老衰、救命の可能性の無い時）に対する蘇生

蘇生の現場でなにが起こるかを考えてみよう

患者の望まない治療（心肺蘇生）
かえって患者に苦痛を与えるだけという危険
患者のQOLが保たれない危険
最後の時を家族が患者と共に過ごせない無念
あとに残された高額の医療請求

## 身体的な痛み

痛　み
他の身体症状
日常生活活動の支障

## 精神的な痛み

不　安
いらだち
孤独感
おそれ
うつ状態
怒　り

## 全人的な痛み
（total pain）

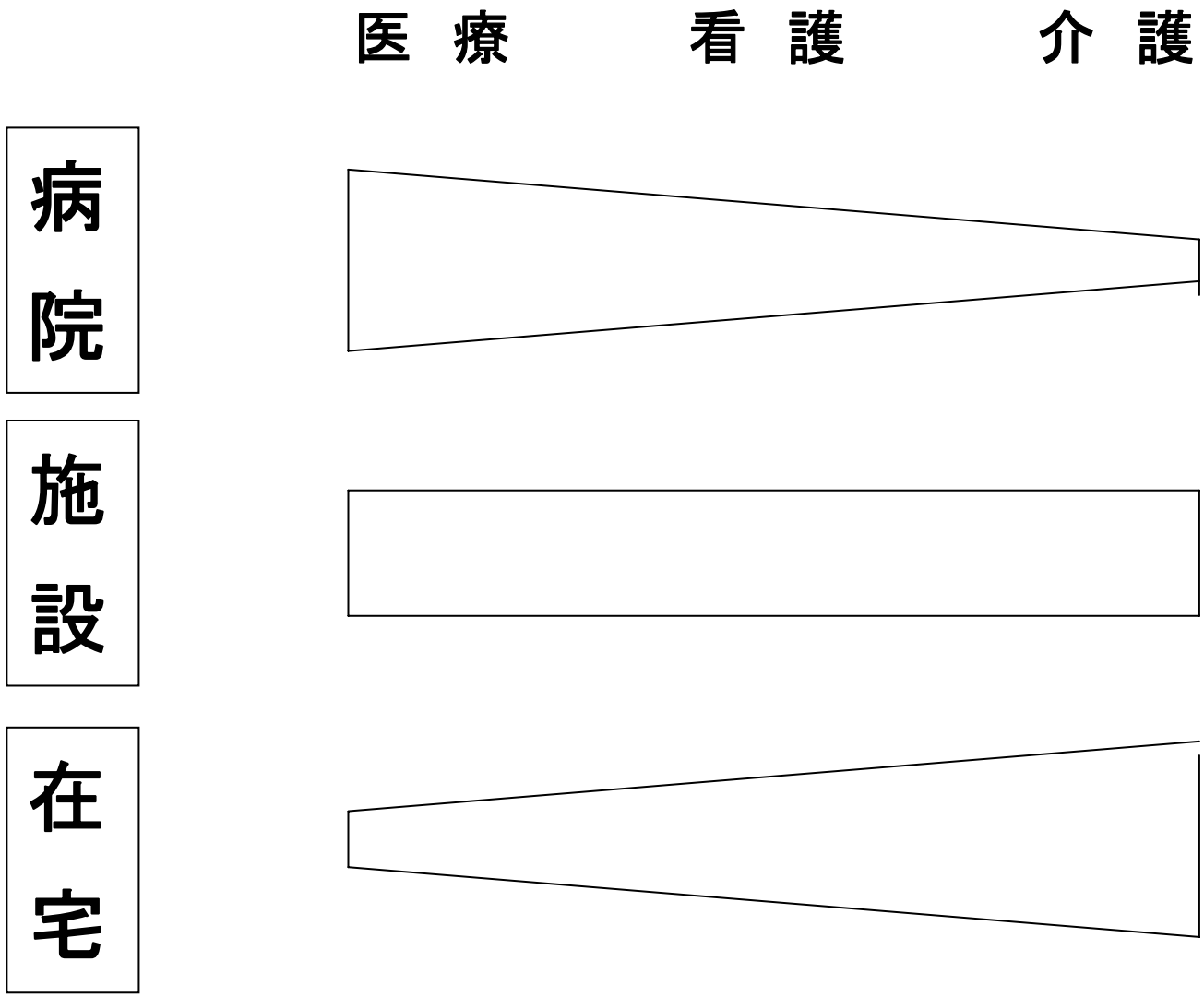
## 社会的な痛み

仕事上の問題
経済上の問題
家庭内の問題
人間関係
遺産相続

## スピリチュアルペイン

人生の意味への問い
価値体系の変化
苦しみの意味
罪の意識
死の恐怖
神の存在への追求
死生観に対する悩み

# 場所による終末期ケアの違い（イメージ）



# 限定的治療とは？

- DNH（病院への転院を希望しない）
- 範囲を限って出来る限りの治療を行う。

  侵襲性の低い検査、抗生剤点滴、輸血、酸素などの投与など
- その場所でできうる治療すべて

本当にそうかは、今後の研究が必要

# ここまでのまとめ

- 療養場所には、さまざまな制約がある。
- 出方も病気や状態によりさまざま。
- 必ずしも希望通りにはいかない。

では、どうしたらよいか？

# 「先生にお任せします」の意味

- 医師の考えは一様ではない
- 信頼できる医師なら問題は無いが・・・
- 任せられる医師かどうかは判断が難しい

# 「できるだけ」の意味

- 患者・家族は、「悔いの無いように」の意味だろうが・・・・

- 医師は、「すべての積極的医療」の意味と考える

  一般の医師にとって、患者の死は“医療の敗北”

- 人工呼吸器、心臓マッサージなど苦痛は大きいが延命効果は高くない治療を受けることになる

# 家族の言葉どおりにすると･･･

# 東海大学医学部付属病院での安楽死事件

事件の概要

１９９１年、東海大学医学部付属病院において
症状が悪化した57歳の意識不明の多発性骨髄腫瘍の
患者に対して、医師が家族からの要請を受けて**塩化カリウム**を投与し、患者は死亡した
医師の処置に疑問を持った看護師よりの報告を受けて
事件が明らかとなった

# 安楽死事件：他にすべきことは無かったか

- 意識障害の状態であれば患者の苦痛は無い
- 癌末期であればゆくゆくは命はついえる
- 家族の経済的負担はどうだったか
  ･･･MSWに相談するなど医療サイドは関ったか
- 家族の精神的負担はどうだったか
  ･･･家族のケアをしたか

→　塩化カリ投与はどうしても必要だったか？

# 東海大学付属病院の安楽死事件の経過

司法の場では安楽死とは認められず
医師は執行猶予付きの懲役刑と判決された

このとき横浜地裁より安楽死と許容されるための
4要件が示された

1　耐え難い肉体的苦痛がある
2　死期が迫っている
3　苦痛を除く代替手段が無い
4　患者本人の明らかな意思表示

# “安楽死” と “安楽な死”

- *安楽死*とは、苦しい生ないし意味のない生から患者を解放するという目的のもとに、意図的に達成された死、ないしその目的を達成するために意図的に行われる「死なせる」行為

- **安楽死には、積極的安楽死**〈死なせること〉と**消極的安楽死**〈死ぬに任せること〉がある

- *安楽な死*とは、緩和医療により苦痛がないように楽に死を迎えること

# 大事なのは尊厳死

- 人間としての尊厳を保って死に至ること、つまり、単に「生きた物」としてではなく、「人間として」遇されて、「人間として」死に到ること、ないしそのようにして達成された死を指す。
- こう理解するなら、「尊厳死は倫理的に許されるか」と問う必要はなく、定義からいって尊厳死は目指されるべきこととなる。

⇒⇒⇒全ての死の目標（議論の余地がない）

では、尊厳死を実現するには？

⇒そうだ、尊厳死を宣言しよう！！！

# 尊厳死の宣言書（リビングウィル）

- 私の傷病が、現代の医学では不治の状態であり、既に死期が迫っていると診断された場合には徒に死期を引き延ばすための延命措置は一切お断りいたします。
- 但しこの場合、私の苦痛を和らげる処置は最大限に実施してください。そのため、麻薬などの副作用により死期が早まっても、一向に構いません。
- 私が数ヶ月に渉って、いわゆる植物状態に陥ったときには、一切の生命維持装置を取り止めてください

# もう少し具体的な例として・・・

# 5つの希望

1. 治療の決定ができないときに代わりに決定してほしい人

2. して欲しい医療行為、して欲しくない医療行為

3. どのくらいの苦しみなら耐えられるか

4. 誰に治療をして欲しいか

5. 愛する人に知っていて欲しいこと

## ３　個人用医療チャート

この表は、私が自分で物事を決定できなくなったり、そのための意志の疎通（コミュニケーション）ができなくなった場合のみ利用してください。

私の選択は下のそれぞれの欄に記入してあります。

| | 命に関わる病気 | | 栄養補給 | | 心停止 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 状態が | | 状態が | | 状態が | |
| | 回復可能 | 回復不可能 | 回復可能 | 回復不可能 | 回復可能 | 回復不可能 |
| | 緩和ケア<br>限定治療<br>外科的治療<br>集中治療 | 緩和ケア<br>限定治療<br>外科的治療<br>集中治療 | 基本栄養<br>補足栄養<br>経静脈栄養<br>経管栄養 | 基本栄養<br>補足栄養<br>経静脈栄養<br>経管栄養 | ＣＰＲなし<br>ＣＰＲ | ＣＰＲなし<br>ＣＰＲ |
| 選択 | | | | | | |
| 日付<br>署名 | 日付 | 氏名：　第１代理人：　第２代理人：<br>かかりつけ医： | | | | |
| | この文書は、一年に一回、病気になった時、あるいは健康に変化のあった時に見直して下さい。変更があれば以下に記して下さい。 | | | | | |
| 選択 | | | | | | |
| | 日付 | 氏名：　第１代理人：　第２代理人：<br>かかりつけ医： | | | | |
| 選択 | | | | | | |
| | 日付 | 氏名：　第１代理人：　第２代理人：<br>かかりつけ医： | | | | |

# 書面による生前の意思表示の問題点 その1

- 家族や医師が終末期であることを言わない

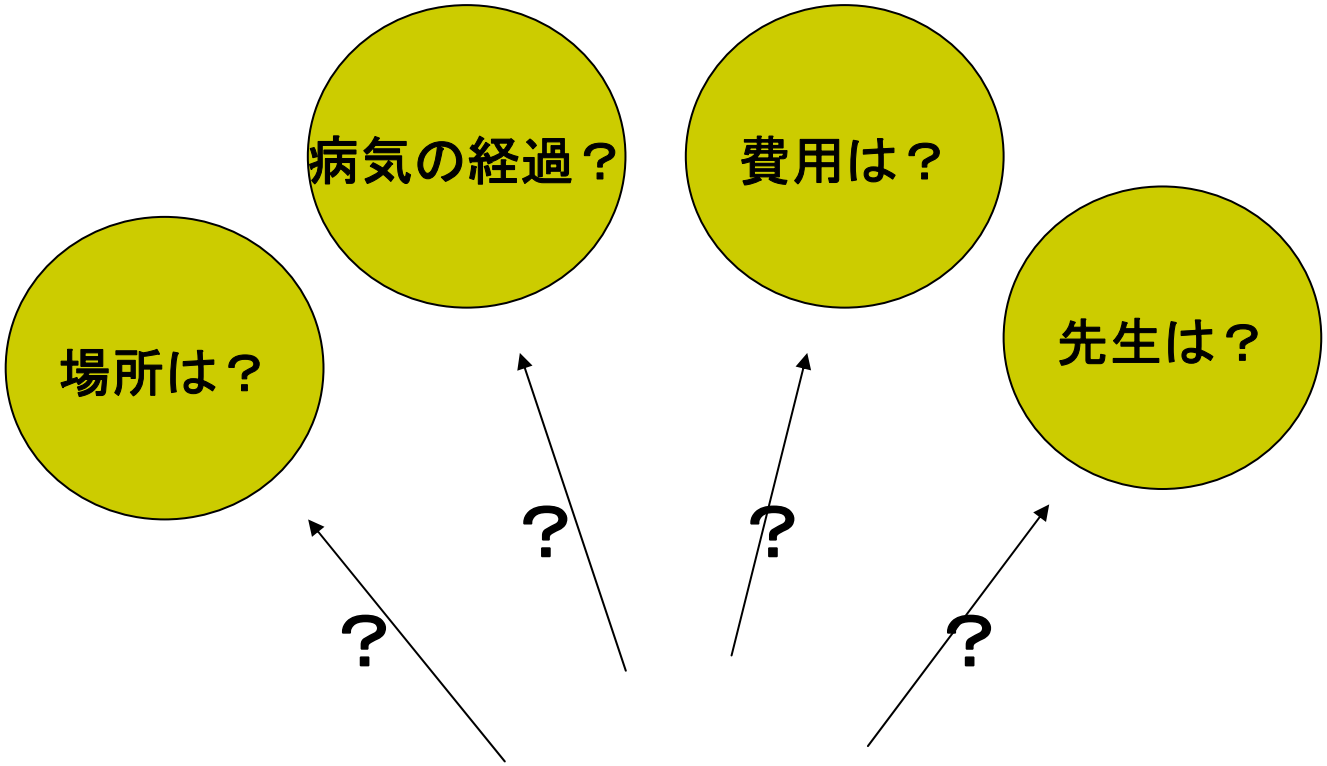
  自分には知らせてほしいが家族には言わない

- 家族の意向を無視できない文化的背景
  - 個人の意思決定が家族の意思により覆される
  - 口頭での指示が仲の良い家族において最良の方法だと考えられている
- 法的根拠が無い

# 書面による生前の意思表示の問題点その2

- 治療に対する希望は、変化し得る
- 医療行為は複雑で完全に理解するのは不可能
- 提示しても、医師に無視される

# 終末期ケア計画の立案




大変複雑！！！

# 希望に沿った方針を立てるには？

- 医療に詳しい人（コーディネーター）を交えながら
- 家族とも話し合いをもち
- 具体的過ぎない終末期ケア計画を（枠組みを考える）

# 方針を実行に移すには？
# 以下のことを自己学習しておく！

- 充分に意思を伝えておく（書面など）
- 代わりに意思決定をしてくれる人を決めておく
- シュミレーションをしておく