

4. 高齢者ケア—日本老年医学会の3つの指針

清水 哲郎*

(*東京大学大学院 人文社会系研究科 死生学・応用倫理センター 上廣講座)

高齢者ケアの領域における緩和ケアへの取り組みとしては、日本老年医学会が『立場表明 2012』(2012年1月)、『高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として』(2012年6月)、そして『高齢者に対する適切な医療提供の指針』(2013年3月)と、次々とガイドラインないしこれに類する文書を公表して、積極的な姿勢を示している。

以下、これらの文書を、ガイドラインを中心に緩和ケアという観点を念頭におきつつ概観する。

『「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明 2012」』^{1, 2)}

これは日本老年医学会が2001年6月に発表した『「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」』を、10年経って見直し、改訂したものであり、簡略には、日本老年医学会『立場表明 2012』と称される。

全体は同学会の「立場」を11項目にまとめて提示しているが、そのいくつかを次に挙げておく——「年齢による差別(エイジズム)に反対する(1)」「個と文化を尊重する医療およびケア(2)」「本人の満足を物差しに(3)」「家族もケアの対象に(4)」「チームによる医療とケアが必須(5)」「緩和医療およびケアの普及(9)」。

以上のうち、特に第3, 4, 9項は明確に緩和ケアの考え方を示しており、第3項では「苦痛の緩和とQOLの維持・向上に最大限の配慮」が、第4項では、「家族の悲しみを和らげる」「患者が死にゆく過程にあることを家族が受け容れるための支援や、患者の死後における家族のグリーフケア」に言及されるが、これらの項目に限らず、随所にQOLを重視

する考え方が提示されている。

このことと連動して、「最善の医療およびケア」を「単に…(略)医学的な知識・技術のみではなく、他の自然科学や人文科学、社会科学を含めた、すべての知的・文化的成果を還元した、適切な医療およびケア」とし、人文・社会科学の知見も結集することをうたっている。また、上述の第2項では、「わが国特有の家族観や倫理観に十分配慮しつつ、患者個々の死生観、価値観および思想・信条・信仰を十分に尊重して」というように、最善の医療・ケアのためには、個々人の生き方・考え方を考慮に入れる必要があるとする。

総じて、医療を人の生物学的ないし身体的生命に注目する医学の領域のみを視野に入れて行うあり方を脱して、人文・社会科学が対象とするような人の人生・生活を視野に入れ、そこでの個々人とその家族にとっての良いあり方を目指すことを訴えたものとなっている。

このような文脈で緩和ケアを高齢者ケアの領域に導入するということは、単に緩和ケアの医学技術的な面に注目し、人の身体的問題に取り組むのではなく、心理的、社会的、さらには精神的(スピリチュアル)問題にも取り組むという意味で、緩和ケアの全体を理解しつつ、それに学ぶ姿勢を示したものであることができる。

『「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として」』^{2, 3)}

ここ何年かにわたって、メディアは高齢者が食べられなくなった時に人工的な栄養補給をどうするかをめぐる問題をたびたび取り上げ、胃ろうにして良かったケースと良くなかったケースを報道

した。提起された問題の本質は、「人工的な栄養補給をして生命維持をすることが、ある場合にはかえって本人にとってつらい人生の最期になってしまう」ということであった。だが、それが「胃ろう」問題として流布した結果、多くの市民が「胃ろうは良くないらしい」という印象をもち、そのために経鼻経管を選ぶといったおかしなことが生じてしまっている。

そのような中で、日本老年医学会を含む6学会からなる日本老年学会理事会の合意に基づいて、複数の学会から出た委員に、倫理学・死生学、宗教学、法学の専門家、介護・福祉関係者、一般市民を加えたワーキング・グループおよび検討委員会がつくられ、2010年度に関係者の意識調査を行ったうえで、2011年度にガイドライン原案を作成した(2012年3月公表)。これを受けて、日本老年医学会理事会は2012年6月に、ほぼ原案通りに同学会のガイドライン(以下、本ガイドライン)として承認するに到ったのである。

本ガイドラインは、「意思決定プロセス」に関するものであり、厚生労働省から出された『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)の系譜に属している。本ガイドラインが提示するような意思決定プロセスを経て決定・選択することにより結果の倫理的適切さが担保されるので、本ガイドラインに沿って選択したことについては法的に責を問われることはないとしている。実際、この見解を支持する元最高裁判事5名を含む法律家29名のリストも附されている。

本ガイドラインは、①医療・介護の意思決定プロセス、②いのちについてどう考えるか、③AHN(人工的水分・栄養補給)導入に関する意思決定プロセスをめぐる留意点、の3部から成っている。このうち、①と②は医療・介護全般にわたる一般的な指針であり、それを高齢者ケアにおけるAHN問題に適用したものが③である。

① 皆で一緒に決める

第1部「医療・介護の意思決定プロセス」では、「医療・介護・福祉従事者は、患者本人およびその家族や代理人とのコミュニケーションを通

して、皆が共に納得できる合意形成とそれに基づく選択・決定を目指す」(第1部概要)というように、関係者がコミュニケーションを通して、相互の情報のやりとりおよび話し合うプロセスを通して合意を目指すことを提示している。ここには、「医療者は選択肢を提示し、説明するが、決めるのは本人(ないしはその代理としての家族)である」といった考え方になりがちであったわが国の医療現場に対して、医療・介護従事者は、どれを選ぶかに到るまで本人・家族と共に考え、一緒に決めるというあり方を推奨したという特徴がある。

「本人が決める」ことに違いはない。しかし「本人だけで決める」のではなく、「皆で決める」のである。こういうことが成り立つためには、関係者の相互信頼関係が前提となる。したがって、そういう関係を築きながら意思決定プロセスを進めるという倫理的あり方も示唆されていることになる。もちろん、いつもこのような仕方でも円満に合意に達するとは限らないので、合意できない場合にどうするかについての指針もついている(1.10—本ガイドライン本文に付された番号。以下、同様)。

「皆で決める」という考え方は、本人の意思確認ができる場合・できない場合の対処にも現れている(1.4)。本人の意思確認ができる時であっても、そこで選択されることが家族の生活に影響するかぎり(1.3)、家族も当事者として参加する——他方、意思確認ができない場合でも本人がなんらかの意思表示できる場合は、本人に残っている力に応じて説明し、本人の気持ちを大事にするといった対応がふさわしい。また、こうしたプロセスで「本人だけが決める」のではないという考え方は、「本人の意思ないし意思の推定」だけに基づいて決めるのではなく、これと「本人にとっての最善」についての関係者の判断との双方で決定を支えることを奨めている(1.5)。

② 人生のために生命を支える

次に、第2部「いのちについてどう考えるか」では、「人生」と「生命」を区別し、「本人の人生をより豊かにしうる限り、生命はより長く続いたほうが良い」とする(第2部概要)。「生命」は医

学的介入によって働きかける対象であり、本人の人生を支える土台である。「人生」は、本人が周囲の人々と関係しながら、「これまでかく生きてきた」——「これからかく生きたい」と自ら物語りを創りつつ生きるものである。そこで、ガイドラインは、その人生が「より豊かになる」ことが見込まれるなら、生命がより長く続くように、またQOLがより良くなるようにと、生命に働きかける医学的介入が妥当となる、とする。言い換えると、「人工的栄養補給をすれば、生命が延びる」ということだけでは、それを選択する理由にはならないのであって、それによって延びた人生が「良い」と評価されるかどうかによって、選択するかどうかに分かれるのである。

ある治療が当該の本人に適切なものであるかどうかは、医学的には、延命効果と本人の一般的QOL（一般的価値観を物差しとした評価）の見込みによって判断される。これを基礎としつつも、本人の人生にとって最善かどうか（より豊かにしうるかどうか）を考えるためには、本人の人生の事情、人生観や、個人的QOL（個人的価値観を物差しとした）の見込みを考えなければならない。意思決定プロセスにおいては、この点を考えつつ、本人と周囲の者との合意を目指すことになり、生命維持効果が見込まれる医学的介入について、こうした要素を組み合わせた、意思決定プロセスの流れが示されている（2.1, 2.2, 2.3）。

③ 人工的水分・栄養補給（AHN）への適用

最後に、第3部で、以上の考え方をAHNに適用しつつ、AHNに特徴的なポイントを付加して、意思決定プロセスを進めるうえで考慮すべき点を挙げている。

特に、「見直し」が重要である（3.3）。検討のプロセスをたどった結果、胃ろう造設を選択したとする。それによって相当の期間、良い人生を続けることができたが、やがて身体全体が衰えてきて、もう一度プロセスをたどり直したところ、「残された時間を快適に過ごす」ことだけを目指すのが最善となった。このような場合、「人生の延長」は目的ではなく、胃ろうによる栄養補給は終了することになる。これが報道されている

「胃ろうの中止」の意味である。これは決して「死の選択」でも、「餓死させる」ことでもなく、本人（の人生）にとって最善の道を選んだというだけのことなのである。

最後に、高齢者のAHN選択をめぐるのは、家族の都合、受け入れ施設の条件といった要素の故に、本人の人生にとっての最善が実現しにくい状況がしばしばある。本ガイドラインは、そういう現実を無視した建前を語るのでも、現実に流されるのでもない道を次のように（ガイドラインらしくない語り方で）示している：「現在の環境の許容範囲内のできるかぎり本人の最善を目指し、また家族の負担を許容できる程度に抑える道を探す努力をする」（3.4）——そういう道はみつからないかもしれないが、努力はしてみましようよ、というわけである。

④ 緩和ケア

以上のことから推察されるように、本ガイドラインも『立場表明2012』と同様、緩和ケアを理解し、これを導入する内容をもっている。本文2.2, 2.3が明示的に言及し、これに対する解説34では、WHO（世界保健機関）による緩和ケアの定義の解説まで行って、生命を延ばすこととQOL保持との間で、後者を優先する考え方を提示している。

ただし、歴史的にはがん患者の人生最期の段階をモデルにして形成された緩和ケアの考え方は、あっさりとした高齢者ケアの場面に導入された（完了形）わけではない。がんの場合、終末期になったら「徒な延命」はしないということは比較的分かりやすい選択である。たとえ「徒な延命」をしたとしても、そう長くは死を先延ばしにできないのである。これに対して、非がんの1つの典型である、高齢者の老衰（frailty）の場合、人生の最終段階（end of life careの時期）かどうかについては「人工的栄養補給をすればまだしばらくは生きられます。2年くらいかもしれません。水分補給だけだと1月半くらいでしょう」と、選択により違いが出てくる。

論理としてはWHOの緩和ケアの考え方は高齢者ケアに確かに妥当するのだが、現場感覚として

当たり前に感じられるようになるには、それなりのディスカッションと時間が必要といえるかもしれない。今まさにそのことがなされ、あるいは起きつつある。

『高齢者に対する適切な医療提供の指針』⁴⁾

最後に2013年3月に公表された『高齢者に対する適切な医療提供の指針』は、厚生労働省の「長寿科学総合研究事業」の研究班(H22-長寿-指定-009, 代表: 秋下雅弘)によるものであり、日本老年医学会のwebサイトで公開されている。同指針には「緩和ケア」という用語は1回しか使われていないが、内容的には緩和ケアの考え方が貫かれている。指針は7項目から構成されているが、その表題を見るだけで緩和ケアの考え方だと分かるものが第2, 3, 6項と3項目ある。

まず、第2項の表題は「QOL維持・向上を目指したケア」であり、その下に附せられた要旨は「生活機能の保持、症状緩和などによりQOLの維持・向上を目指す」である。次の第3項は「生活の場に即した医療提供」であり、要旨として「患者のQOL維持に生活の場の問題は重要であり…」と、「生活の場に即した医療提供」ということが、QOL維持という目標のもとでいわれていることが分かる。また、第6項は「家族などの介護者もケアの対象に」とあり、内容を見てみると、高齢者ケアにおける介護者の負担への配慮がその眼目となっているが、そのことを「家族もケアの対象だ」というまとめ方をしている点で、緩和ケアの定義に(少なくとも結果として)沿った理解を示している。

そのほか、必ずしも緩和ケアに固有の特徴ではないが、第5項「患者の意思決定を支援」(要旨は「意思決定支援の重要性を理解し、医療提供の方針に関して合意形成に努める」)、また第7項「患者本人の視点に立ったチーム医療」(要旨に

「患者もチームの一員であることを理解し…」の表現あり)と、前出の『高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的・水分栄養補給の導入を中心として』が示した、関係者が共同で意思決定プロセスを進め、合意を目指すという考え方が踏襲されている。このようなコミュニケーションを通して進める意思決定のプロセスを重視するあり方も、緩和ケアが他の医療の領域に先立って採ってきたものである。

おわりに

以上のように、高齢者ケア・医療の領域において、緩和ケアの考え方が積極的に導入され、日本老年学会のリーダーたちの間では、高齢者ケア全体が、非がん患者に対する緩和ケアの1つの大きな領域といっても過言ではない状況になりつつある(末端にまで浸透するにはまだしばらく時間がかかるであろう)。このことは、わが国が今や超高齢社会になっていることを考慮に入れば、緩和ケアが医療全体の中で占める重要性が非常に高くなっていることを意味するのである。

文 献

- 1) 日本老年医学会:「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012, 2012 [http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs-tachiba2012.pdf]
- 2) 日本老年医学会 編: 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として, 2012年版, 医学と看護社, 2012
- 3) 日本老年医学会 編: 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として, 2012年版, 2012 [http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf]
- 4) 高齢者に対する適切な医療提供に関する研究(H22-長寿-指定-009) 研究班: 高齢者に対する適切な医療提供の指針, 2010 [http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/geriatric_care_GL.pdf]