第 19 回 シンポジウム

「よりよいエンド・オブ・ライフのための医療・介護の連携に向けて

－胃ろう調査のデータも見ながら－ 」

記　録　集

平成 25 年 9 月 18 日(水)

開場：12 時 30 分　開会：13 時 00 分

於：ニッショーホール

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構

《 目　　次 》

1. 第 19 回シンポジウム次第　・・・・1

2. 出演者紹介　・・・・3

3. 開会のご挨拶　・・・・11

4. 基調講演　・・・・15

5. 調査結果紹介　・・・・43

6. パネルディスカッション
　　ショートレクチャー　・・・・73
　　総合討論　・・・・141

第 19 回 シンポジウム 次第

13：00 ～ 13：10 （10 分）

○ 開会のご挨拶

一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会
理事長　近藤　純五郎

○ 本日の進行スケジュール

13：10 ～ 13：50 （40 分）

○ 基調講演　：『 終末期における医療と介護 』

上智大学生命倫理研究所　教授　町野　朔　氏

13：50 ～ 14：15 （25 分）

○ 調査結果紹介　：『 胃ろう造設及び造設後の転帰等に関する調査 』

医療経済研究機構　研究部

14：15 ～ 14：30 （15 分）　～ 休　憩 ～

14：30 ～ 16：45 （135 分：休憩 5 分）

○ パネルディスカッション

座　長　：　国立障害者リハビリテーションセンター　自立支援局長
飯島　節　氏

パネリスト　：　あおぞら診療所　理事長／院長　川越　正平　氏
訪問看護ステーションみけ　代表取締役／所長　椎名　美恵子　氏
高齢者総合福祉施設　サンライフ彦坂　理事長／施設長
豊田　雅孝　氏
介護老人保健施設　いこいの森　理事長／施設長　東　憲太郎　氏
読売新聞東京本社　編集局次長兼医療部長　南　砂　氏

（発表順）

出 演 者 紹 介

町野　朔（まちの さく）氏

【 現 職 】

上智大学生命倫理研究所　教授

※現在の公職

・内閣府総合科学技術会議専門委員

・文部科学省厚生科学・学術審議会研究計画・評価分科会／学術分科会脳科学委員会委員

・厚生労働省厚生科学審議会科学技術部会委員

など

【 学歴および職歴 】

1943 年 9 月 17 日、東京都に生まれる。

1966 年に東京大学法学部を卒業してから、上智大学法学部、同法科大学院で、刑法の教鞭を取りながら、環境刑法、生命倫理、臓器移植法、精神医療、児童虐待防止の研究を行っている。

現在、上智大学生命倫理研究所教授。

【 生命倫理に関する著作 】

最近のものとして、

『生命倫理の希望―開かれた「パンドラの箱」の 30 年』（上智大学出版、2013 年）

『安楽死・尊厳死・末期医療』（信山社）

『脳死と臓器移植』［第 3 版］（信山社）

『臓器移植法改正の論点』（信山社）

『今後の終末期医療の在り方』（中央法規出版）

『法システム I 生命・医療・安全衛生と法』（放送大学振興教育会）

『ヒト由来試料の研究利用』（上智大学出版）

『バイオバンク構想の法的・倫理的検討』（上智大学出版）

『生殖医療と法』（信山社）

『医科学研究の自由と規制―研究倫理指針のあり方』（上智大学出版）

『脳科学に何が期待できるか？―脳と倫理―』（上智大学出版）

など

出 演 者 紹 介

飯島　節（いいじま せつ）氏

【 現 職 】

国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局長

【 学歴および職歴 】

1953 年 2 月生まれ
1977 年 3 月　京都大学医学部医学科卒業
1986 年 7 月　京都大学大学院医学研究科修了

1977 年 6 月　京都大学医学部附属病院老年科研修医
1978 年 7 月　彦根市立病院内科医員
1979 年 7 月　東京都養育院付属病院神経内科医員（～81 年 3 月）
1985 年 4 月　滋賀県立成人病センター付属病院神経内科副医長
1987 年 4 月　東京大学医学部老年病学教室助手（～94 年 3 月）
1991 年 4 月　米国国立老化研究所 NIA 客員研究員（～92 年 6 月）
1994 年 4 月　老人保健施設マロニエ苑施設長（～2000 年 3 月），マロニエ医院院長（～98 年 6 月）
1995 年 4 月　国際医療福祉大学保健学部理学療法学科教授（～2000 年 3 月）
1998 年 7 月　国際医療福祉病院副院長（～2000 年 3 月）
2000 年 4 月　筑波大学大学院人間総合科学研究科教授
2013 年 4 月～ 国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局長（現在に至る）
2013 年 4 月　筑波大学名誉教授

【 資格・学会活動等 】

医学博士，日本老年医学会専門医・倫理委員会委員（前委員長），日本老年精神医学会専門医，日本認知症学会専門医，千代田区介護保険運営協議会副会長・地域密着型サービス運営委員会委員長，新宿区高齢者保健福祉推進協議会副会長　ほか

（2013 年 4 月 1 日現在）

出 演 者 紹 介

川越　正平（かわごえ しょうへい）氏

【 現 職 】

医療法人財団千葉健愛会　あおぞら診療所　理事長／院長

・東京医科歯科大学　臨床教授　　・東京大学高齢社会総合研究機構　客員研究員

・日本在宅医学会　理事（大会運営委員会委員長）

・日本在宅医療学会　評議員　　・日本プライマリ・ケア連合学会　代議員

・全国在宅療養支援診療所連絡会　全国世話人

・厚生労働省モデル事業　在宅医療連携拠点事業　受託機関（平成 23、24 年度）

・虎の門病院　がんサポートチーム　　・第 1 回杉浦地域医療振興賞受賞（2012 年）

・地域包括ケア研究会（2013）委員

・日本内科学会　総合内科専門医　　・日本在宅医学会　在宅医療認定専門医

・日本緩和医療学会　暫定指導医

【 学歴および職歴 】

・1991 年　東京医科歯科大学医学部卒業

・同年　　虎の門病院内科レジデント（前期 2 年、後期 3 年）

・1996 年　虎の門病院血液科医員

・1999 年　医師 3 名によるグループ診療の形態であおぞら診療所を開設

・2004 年　あおぞら診療所院長

・2012 年　医療法人財団千葉健愛会理事長

【 著 書 】

「初期プライマリケア研修」（1994、医学書院、共著）

「学生のためのプライマリケア病院実習」（1995、医学書院、共著）

「レジデント臨床基本技能イラストレイテッド」（1998、医学書院、編集）

「君はどんな医師になりたいのか」（2002、医学書院、共著）

「在宅医療・介護基本手技マニュアル改訂第 2 版」（2005、永井書店、分担執筆）

「プライマリ・ケア救急」（2007、プリメド社、編集）

「明日の在宅医療　第 2 巻在宅医療の諸相と方法」（2008、中央法規、分担執筆）

「案ずるより任せるが吉　在宅医療」（2008、厚生労働科学研究成果物）

「在宅緩和ケアのための地域連携ガイド」（2008、青海社、分担執筆）

「在宅緩和ケアのための実践ガイド」（2009、青海社、分担執筆）

「在宅医療テキスト」（2009、勇美記念財団、編集）

「在宅緩和ケアガイドブック」（2010、青海社、分担執筆）

「在宅医療　はじめの一歩」（2011～、日本医事新報、連載企画編集責任）

出 演 者 紹 介

椎名　美恵子（しいな みえこ）氏

【 現 職 】

有限会社ふれすか　代表取締役　／訪問看護ステーションみけ　所長

・日本在宅看護学会理事
・全国訪問看護事業協会研修委員及び電話相談委員
・東京訪問看護ステーション協議会副会長
・墨田区訪問看護ステーション連絡会代表
・墨田区男女共同参画推進委員
・台東区介護保険認定審査会議長
・ＮＰＯ法人プライマリヘルスケア研究所　副代表理事
・ＮＰＯ法人がん患者サポート研究所「きぼうの虹」　代表理事　　など

【 学歴および職歴 】

母校である東京医科歯科大学付属病院にて臨床経験後、保健所勤務を経て、
医師会立訪問看護ステーション管理者となる。
２００３年；墨田区に「有限会社ふれすか」を創設し、訪問看護ステーションみけを開業。
介護支援専門員・日本心理学会認定心理士・知的財産修士

【 著 書 】

・訪問看護実務相談 Q&A(中央法規）
・コミュニティケア 2013 年 6 月臨時増刊号「在宅ケアの未来を拓く　訪問看護の羅針盤」
・最新介護経営 介護ビジョン 2013 年 3 月号「利用者の QOL 向上を図る　"自立支援"ケアのススメ」
・コミュニティケア 2011 年 12 月臨時増刊号「多剤服用からの脱却！高齢者ケアのための
"くすり"の知識」

など

出 演 者 紹 介

豊田　雅孝（とよた まさたか）氏

【 現 職 】

社会福祉法人豊寿会　理事長／高齢者総合福祉施設　サンライフ彦坂　施設長

・岐阜県老人福祉施設協議会副会長・岐阜支部長
・日本福祉施設士会副会長

【 学歴および職歴 】

1963 年（昭和 38 年）生まれ、朝日大学歯学部卒業。歯科医師、介護支援専門員。
歯科医師としての勤務を経て、1996 年（平成 8 年）特別養護老人ホームサンライフ彦坂施設長に就任。2001 年（平成 13 年）社会福祉法人豊寿会理事長に就任し、現在に至る。

出 演 者 紹 介

東　憲太郎（ひがし けんたろう）氏

【 現 職 】

医療法人緑の風 理事長／介護老人保健施設いこいの森 施設長

公益社団法人全国老人保健施設協会　副会長

・三重県老人保健施設協会 会長

・全国老人保健施設協会 東海・北陸ブロック ブロック長

・三重大学医学部臨床講師

・高知大学非常勤講師

※主な役職

・厚生労働省 平成 24 年度「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」構成員

・厚生労働省 平成 24 年度「認知症ライフサポートモデルの具体的な検討と多種職協働の基盤づくりに関する研究事業」研究委員

・厚生労働省 平成 25 年度「認知症の早期診断、早期対応につながる初期集中支援サービスモデルの開発に関する調査研究事業」委員

・厚生労働省 平成 25 年度「認知症非薬物療法の普及促進による介護負担の軽減を目指した地域包括的ケア研究」分担研究者

・厚生労働省 社会保障審議会介護給付費分科会 委員

・三重県 みえ地域ケア体制整備調査研究事業 委員

・津市介護保険事業等検討委員会 委員

【 学歴および職歴 】

1980 年（昭和 55 年）、三重大学医学部卒。同年、三重大学医学部附属病院胸部外科に入局。1989 年（平成元年）に有床診療所千里クリニックを開業。1991 年（平成 3 年）医療法人緑の風が設立され、理事長に就任。1997 年（平成 9 年）には介護老人保健施設「いこいの森」開設で施設長を務める。2000 年（平成 12 年）、グループホーム「くつろぎの家」、訪問看護ステーション「虹」居宅介護支援事業所「虹」をそれぞれ開設。

【 著 書 】

「これからの老人保健施設の役割」2003 年 医療経営最前線 経営実践編 産労総合研究所

「Vision と戦略」2007 年 保健・医療・福祉サービス研究会

「病院経営」2007 年 産労総合研究所　　など

出 演 者 紹 介

南　砂（みなみ まさご）氏

【 現 職 】

読売新聞東京本社編集局次長兼医療部長

【 学歴および職歴 】

日本医科大学医学部卒業、ベルギー国立ゲント大学研究員、日本医科大学助手を経て１９８５年読売新聞社入社。同社編集局解説部、電波報道部記者を経て２００７年東京本社編集委員、２０１１年編集局医療情報部長、２０１２年編集局次長兼務、２０１３年4月より現職（医療部への改組に伴う名称変更）。１９８９～９１年、ＮＴＶ系「読売新聞ニュース」、２０００～０１年、「読売社会保障ニュース」、２０１１～１２年日本テレビ系ＣＳＧ＋「医療ルネサンス」のキャスターを務めた。現在、名古屋大学、東京女子医科大学などの非常勤講師を務める。

※主な公職歴

1997～2000	旧厚生省医療審議会委員
2001～2010	厚生労働省厚生科学審議会委員
2001～2004	内閣府総合技術科学会議専門委員
2003～2004	内閣府男女共同参画会議専門委員
2004～2006	文部科学省中央教育審議会専門委員
2004～2007	法務省法制審議会臨時委員
2007～	総務省年金記録確認中央第三者委員会委員
2008～2009	社会保障国民会議委員（内閣官房）
2008～	内閣府自殺防止対策会議委員

【 著 書 】

・「ゴルバチョフのソビエト」
・「超高齢時代」全４巻
・「今後の終末期医療の在り方」
・「司法精神医学第２巻・刑事事件と精神鑑定」
（すべて共著）

開会のご挨拶

一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会

理事長 近藤 純五郎

本日は、医療経済研究機構主催の第 19 回シンポジウムにご参加をいただきまして、誠にありがとうございます。

医療経済研究機構は、我が国における医療経済、医療政策に関する研究を促進することを目的とした研究機関でございまして、今からちょうど 20 年前の平成 5 年に設立されております。当機構は、調査研究事業、研究助成事業など、さまざまな事業を行っておりますが、医療経済、医療政策をめぐる議論の活発化を促すことを目的に、専門分野の有識者の方々をお招きいたしまして、広く一般の方にも参加を呼び掛けまして、機構成立の翌年でございます平成 6 年から、毎年 1 回、シンポジウムの開催を続けております。

このシンポジウムのテーマにつきましては、その時々において我が国社会が直面してまいりました重要な政策課題を取り上げてきたものでございますが、本年のシンポジウムのテーマは、「よりよいエンド・オブ・ライフのための医療・介護の連携に向けて」ということでございます。健康寿命が男性でも 80 歳近くになり、女性では 86 歳、こういう状況になっているわけでございます。認知症のある方も大変増加をしておりますし、今後は都市部におきまして、急速な人口の高齢化が見込まれているわけでございます。「平穏死」という言葉がございますが、多くの高齢者が、穏やかな終末期をいかにして迎えるかということが、高齢社会の大きなテーマになっているわけでございます。

こうした状況の下で、昨年度当機構の研究部が実施いたしました胃ろう調査のデータを見ながら、いかにして終末期に至る高齢者を、医療と介護が連携をして、いわゆる地域包括ケアシステム、こういったもので支えていくことができるかについて、有識者の先生方にご議論いただくことにいたしております。

それぞれの方の人生観や死生観に関わる問題でございます。大変重い問題でございます。限られた時間の中ではございますけれども、本日のシンポジウムが、この問題へのお考えを深められる契機になれば幸いでございますし、またご参集の皆様方のなかで、広く医療・介護の連携を促進していただく、ネットワークづくりの契機の一つになっていくことも祈念いたしまして、開会のご挨拶とさせていただきます。ご静聴、よろしくお願い申し上げます。

基 調 講 演

『　終末期における医療と介護　』

上智大学生命倫理研究所　教授
町野　朔　氏

基調講演　　『 終末期における医療と介護 』

上智大学生命倫理研究所　教授　町野　朔　氏

ご紹介をいただきました町野です。今日はお招きいただき、話す機会をいただいたことを、非常にうれしく思っております。本日は三つのことを中心にお話をさせていただきたいと思います。

（スライド２ページ）写真にありますのは、フランス医師会の玄関口にあるプレートです。後からも述べたいと思いますが、フランス医師会は国家機関でございまして、日本の医師会とはかなり違っております。立法機能も持っているというところに特色があります。

（スライド４ページ）ところで、私は法律の研究者でありますので、その観点から問題を見ざるを得ないということになります。これから私は、終末期医療の法律論を述べるということになります。なんのために法律論をいうのかが、第１の問題です。それは当事者の利益、権利を守るためです。

法律論は権利・利益の調整作業です。終末期医療につきましても、それぞれの立場からいろいろなことを言われることがあります。患者本人の生きる権利、死ぬ権利というものをどうしてくれるのか、家族の負担などといったことを考えてもらわなければ困る、医療者の側からも法的な安定性といいますか、警察が入ってきて医療を行うこと自体に支障をきたすということは避けてもらわなければいけない。いろいろな利益、それぞれ正当な利益というものがあるわけです。一つの利益だけが正当で、ほかのものがそうではないという話ではないのです。

これを全部そのままにしておきますと、最後はバトルロイヤルでということになります。しかし、強いものが勝つ、あるいは声の大きい人が勝つというものでもなく、それぞれの正当な利益を、それぞれ擁護しながら調整を図るというのが、法律の作業です。

（スライド５ページ）今回の大きな問題になった発端は、刑事手法が終末期医療に介入したことから始まる話です。さらにその淵源がどこにあるかといいますと、「東海大学病院事件」とそれに対する裁判所の判断です。その事件では三つの類型の行為が行われていたのです。フォーリーカテーテルや点滴をお医者さんが撤去した。これは家族から頼まれて行ったわけです。それでも患者さんは亡くならないということで、次にホリゾンという薬を注射した。これは鎮痛の作用があると同時に、死期を早める可能性があるものです。そ

れでも患者さんは亡くならないということで、最後に筋弛緩剤を注射して、結局殺してしまったという事件です。

これは法律の観点から見ますと、一番目は消極的な行為で、これは医療行為の中止ということで、尊厳死の議論というのは主にこちらでおこなわれてきたところであります。二番目は、古くからある間接的安楽死といわれているもので、古典的な例ですが、モルヒネを使うと少し死期を早める可能性があるけれども、鎮痛の作用がある。二重の効果があるといったとき、どこまでこれが許されるかという議論。これが間接的安楽死です。最後は積極的な行為によって、死を惹起するということで、積極的安楽死というものです。この三つの行為が行われました。

その中で実際に起訴されたのは最後の一つの行為だけだったのです。ということは、検察官としては、前の二つの行為は、医療の中で通常行われているようなものであろうと。もちろん当不当の問題はあるかもしれないけれど、これは法律の問題とする必要はないと考え、最後の一つだけ、積極的安楽死だけを起訴したということになります。

しかしながら、横浜地方裁判所は、最後の部分の有罪判決を言ったと同時に、前の二つの行為、それも許されないのだということを、言ったのです。これが実はことの始まりだったのです。

私はこの判決を読んだとき、「もしかしたらこれは、将来大変なことが起こるかもしれない」と思った記憶があります。しかしながら、医療関係者などは、最後のところだけを見ますから、このような行為が許されないのは明らかである。ですから前の二つのことが何であろうと、あまり問題にする必要はないと考えていたかもしれない。しかし、裁判所が、フォーリーカテーテルの撤去や点滴の撤去、そういう行為も違法な行為である、これも殺人行為の一つであるということを言ったわけですから、結局、検察官に対して、「なぜ起訴しないのか」ということを言ったのに等しいわけです。案の定、その後に問題が起こり始めます。

その中で非常に大きな波紋を投げかけたのは「道立羽幌病院事件」です。これは延命医療の中止、人工呼吸器の撤去等が問題とされ、その当時は臓器移植問題、脳死問題と、終末期医療の問題が混在し、マスコミも大混乱して、どうも読むに耐えないような記事がたくさん出ました。大変な騒ぎになってしまったわけです。この事件は、後に、結局不起訴処分になっております。

この事件が報道されたのが 2004 年 2 月 14 日のことです。その当時、終末期医療の調査

検討会というものが進んでおりました。これは 1 期から始まって、現在第 5 期ですが、2002 年の 10 月から 2004 年 6 月まで行われた第 3 期終了間際の 6 月に、この道立羽幌病院事件というものが報道されました。そこから、この検討会の中での議論も、この問題をどうしたらいいのだろうかということが中心となりました。つまり、これでマスコミが大騒ぎするし、警察が介入してくる。すべての人が、「病院の機能も停止するし、医療現場において何をしたらいいのか、延命医療をちょっとでも止めたら処罰されるのではないか、警察が来るのではないか」と大騒ぎになったので、これを避けるためには立法したらどうかという議論があり、これは前から、実は患者の権利の観点から、尊厳死協会等が主張していた立法なのですが、今度は医療者の保護の観点ということから立法すべきではないかという議論が出てきたわけです。しかし立法するということは、かなり大変な労力が必要でございまして、いろいろなことを議論しなければいけない。そう簡単にいく話ではない。それではガイドラインではどうだろうか。そういう議論が出てきたのが、この第 3 期の終末期医療の調査検討会のところです。

その少し後ぐらいの、2005 年 3 月 25 日に「川崎協同病院事件」が起こり、その判決がこの時期にでました。この事件は、延命医療の中止として「抜管」を行い、それで死ななかった患者さんに最後に注射をして殺したというものですが、今度は抜管行為も併せて起訴された初めての事件です。そして、延命医療の中止である抜管も違法な殺人行為の一部だとした第一審判決が出ました。しかし、医療関係者の反応は今度も鈍かった。つまり、もう最後は殺しているから、これでもう許されないのだから、いちいち言わなくていいのではないかという発想が、やはりあっただろうと思います。

しかし、羽幌病院事件については、抜管行為や延命医療の中止をしただけで違法性が問題にされたわけです。ですから、後の川崎協同病院事件については、実際に殺しているけれども、前の行為も無視できないということになりました。おそらく、東海大学病院事件以前には、このようなケースは起訴しなかったのですが、今回は起訴することにした。ということは、次に本当に注射をして、最後に殺さなくても、前の行為だけをとらえて殺人未遂、あるいは殺人として起訴することは十分あり得たという話です。

その後、さらに「射水市民病院事件」の報道がされました。2006 年 3 月 25 日でのことです。これも後に不起訴処分になっております。この道立羽幌病院事件も、射水の市民病院事件も、因果関係がないという、そういう理屈で、不起訴処分になっております。とにかく不起訴処分にはなりましたけれど、警察が入ってきて大変なことになったというわけ

です。

これを受けて、当時の厚生労働大臣が、「終末期についての基準づくりが必要」ということを言ったわけです。最初に厚生労働省の研究班がスタートいたします。これは実は第3期の終末期医療調査検討会が終了したその直後から、実研究が始まるわけです。しかしガイドラインづくりの作業がなかなか進まず、もう1期続けることになり、報告書の最後の結論が「立法が必要である」と言ったので、これは大変だということになった。次に、今度は厚生労働省の側が、「終末期医療の決定プロセスのあり方に対する検討会」という独立の班を組織して、このプロセスガイドラインを作ったわけです。

考えてみると、「国の側がこういう終末期医療のガイドラインを作るというのは適切か」というのは、かなり議論がありうる話だと思います。私は、この問題は、医療の現場でゆっくりやらなければいけない問題だと思っておりますので、もし作るとしたら学会ガイドラインで行うのが適切ではないかと考えておりました。しかし、これがなかなかまとまらないということで、このようなかたちになった。しかしそうなると、今度は学会のほうのガイドラインがワッと出てくる、「世の中ガイドライン時代」というようなことになったわけです。

（スライド6ページ）さてここで、どうして終末期医療に法律問題が起こるのかという出発点に戻ります。このような「刑法の基礎」を議論するのは皆様方には退屈だろうとは思いますが、しばらくお付き合いただきたいと思います。

まず、警察が介入してくるのは、犯罪がありうるからです。犯罪があり得ないところに入って来ることはない。どのような犯罪かといえば、殺人罪です。殺人罪については、二つの条文があります。上のほうが普通の殺人罪です。下のほうが、本人が同意して殺したような場合です。いずれの殺人罪についても、成立要件は共通でございまして、要するに殺したことが必要です。殺したということは、つまり、「死期を早めた」ということです。人間はいずれ死ぬものです。当たり前ですが、例えば私もいずれは死にますが、いま私の命を絶つということは死期を早めたということですから、終末期医療の場合について、延命医療を中止したり、あるいは注射をして殺してしまうということは、「死期を早めた」ということになります。ですからこれは殺人の成立要件の一つを満たすということです。

そして、例えば抜管という行為から死期が早まったのであれば、抜管と死との間に因果関係があるということになります。羽幌病院事件、射水市民病院事件の不起訴理由は、新聞報道ではこの因果関係の証明が出来ないということであったと聞いております。そして、

行為者側の主観的な要件として、今の点を認識している。つまり自分の行為によって、患者の死が早まるだろうことを認識していれば殺人の行為がある、ということになります。逆にその認識がなければ、殺人の故意がないということになります。

このように、殺人罪の成否は主観と客観と両方で決まるという話です。ここで刑法学独自の議論のなかで、一般的に現場にも影響を与えている問題というのは、「作為」と「不作為」という問題であります。作為というのは、例えば子どもを水の中に投げ込んで殺した。これが「作為による殺人」です。これに対して、子どもが溺れているのを助けなかった。そのために子どもが死亡した。これが「不作為による殺人」ということです。これは一般的に承認されていることですが、作為というのは原則的に処罰されます。しかし不作為はそうではない。作為義務を持っている者だけが処罰されるということになります。

そうすると、例えば胃ろうを着ける、あるいは人工呼吸器を着ける、着けないということは、着けないことによって死亡するということがあったとすると、これは不作為による殺人です。しかし、このような不作為を処罰するのは、着けるべき法律的な義務がある場合に限られる。例えば本人が「着けないでほしい」と言った場合には、やはり着けるべき義務はないだろうということになる。これに対して、一度着けた装置を取り外すということは、これは作為であるから、直ちに殺人が成立するということになる。今のような議論がどこまで通用するかというのは、次にまた触れることにいたします。以上が一般論です。

（スライド 7 ページ）次の問題は、死期を早める行為があったとしても、これが常に処罰されるとは限らないという話です。これは何が許されるかという問題なのですが、非常に変な言葉で、殺人の「違法阻却」という具合に言います。つまり生命を短縮させる行為というのは、基本的には違法です。しかしながら、なんらかの理由があれば許されることはあります。その理由というのは合法性を獲得させる理由です。例えば人を殺すのは殺人ですが、死刑の執行として行われたのであれば、それは合法です。あるいは正当防衛も同様です。ですからこのような違法阻却というものは、終末期医療の現場で、どの範囲で許されるのかという話になるわけです。

一応我が国の状況だけを申し上げておきますと、「積極的安楽死」、つまり注射をして殺すというようなことは違法となっております。判例は、合法もしくはある部分には合法であるということを言っておりますが、判例として、積極的安楽死を合法、無罪としたものは一例もございません。判例は非常に厳しいハードルを設けていて、ほとんどこれはリップサービスに等しいという具合にいわれます。

それに対して、尊厳死や治療行為の中止については合法となる余地があることは、一般に認められております。これは横浜地裁の東海大学病院事件の判決のとき詳細に述べられたことでもそうですし、最高裁の川崎協同病院事件も、このことを前提とした議論です。

（スライド 8 ページ）終末期医療についての日本の法律論には、かなり昔に第一のパラダイムの転換がありました。

かつて、小野清一郎という先生がおりまして、この方が書いた「安楽死の問題」という論文、これは昭和 25 年ぐらいに書かれたものなのですが、これが非常に大きな影響を持っておりました。後の 6 要件といわれる判例を導いたものです。

この先生の考え方というのは、要するに「惻隠の情」が核心なのだと。安楽死もこれによって許されるという、人道主義だという考え方です。外国でも、日本でも初期の段階では、その考え方がかなり優位を占めていたのですが、ある時期から患者の自己決定権中心に変わっていきます。これが第一のパラダイムの転換です。私はこれは正しい方向であっただろうと思います。

小野清一郎先生は、私の先生の先生にあたる方なのですが、これはやはり時代的制約を免れないところがありました。小野先生が参考にされたのは、ビンディングというドイツの刑法学者で、彼は『生きる価値のない生命の抹殺』という小冊子を書いております。小野先生は、その議論を人道主義として非常に高く評価されて、こういうような議論をされたのです。しかし、我々は「これは殺す側の理屈であって、殺される側の理屈ではない」と思ったわけです。

以上のような法律家の考え方の転換に従って、横浜地裁の東海大学病院事件判決は、司法として初めて、今のような自己決定権中心の違法阻却論をとり、許容される行為の範囲を定めるということになったわけです。積極的安楽死の場合は現実的な被殺者、患者の意思が必要である。ですから意識不明の患者に対して、注射を打って殺すということは絶対許されないということを言ったと同時に、2 番目に間接的安楽死である医療行為の中止といわれるものについても、現実的意思はいらないけれども、推定的意思が必要だという具合にして、患者の自己決定権中心に完全に組み立てられたというものです。

私は今のような考え方に、実は全面的に賛成ではありません。しかし、ここでは大きな考え方の転換というものがあったわけです。

今のような転換が起こったのが、第一のパラダイム転換とすると、2 番目に大きい第二のパラダイムの転換がその後で起こってきた、あるいは起こりつつあるということだろう

と思います。

どういうことかといいますと、法律家の頭の中にある、従来の伝統的な考え方は、死期を早めるということですから、これは生命をある範囲で犠牲にすることです。それを犠牲にするのに引き合うか、それ以上の価値をその行為が持っているかという、比較考量で考えるということです。かつての積極的安楽死では、苦痛を除去するという利益、安楽に死ねるという利益と、生命を短縮することの不利益、そのプラスとマイナスを比較考量して行為の合法性、違法阻却を考えようとしたのです。生命に対する比較考量は許せないと言ったらこれはできないのですが、比較考量して許される場合はあるのではないかというような議論をしたわけです。尊厳死では、今のような生命の短縮と尊厳ある死を迎えさせること、その二つを比較考量するという比較考量論が頭の中で駆け回っていたというのが、法律家の議論であったわけです。

このようなことを前提にしていたのが、生命の短縮がどの範囲で許されるかということですから、死期が間近に迫っていることが、当然要請されざるを得ないということになります。

ところがその後徐々に、「医療として許される行為は何か」ということから考えるべきではないだろうかという議論が出て来ました。そうすると、あとで触れますが、死期が間近に差し迫っていることは必ずしも決定的ではないということになるわけです。完全にまだピンピンしている人間にどこまでできるかという問題はもちろんあります。しかし死期が間近に差し迫っていることは必要でないという議論になってまいります。

（スライド９ページ）さてここで、川崎協同病院事件に目を転じてみます。この最高裁判決というものは、今のような中では最高裁の判決としてはかなり大きなものだったわけです。積極的安楽死については、もちろん最高裁として初めて関与した事件であると同時に、医療行為の中止について判断を下した最高裁の判決ですから、これはかなり重要なものです。法律家の立場から見ますと、地裁、高裁の判決より、最高裁の判決というのは、立法と同じような意味を持っている。もっと議論しなければいけない問題だろうと思います。

川崎協同病院事件は、二つの事実関係があります。被害者の回復をあきらめた家族からの要請に基づいて、被害者が死亡することを認識しながら、まず挿入されたチューブを抜き取る行為をおこなった。しかし、亡くならないばかりか、非常に苦しそうに苦悶の表情を示したということで、筋弛緩剤であるミオブロックを注射して殺したというものです。

もちろん弁護士側、被告人側としては、この事実を最後まで争いました。「殺したのは自分ではない」という話ではなく、一度に多量を注射したわけではなく、ただ鎮痛のために少しずつ入れたにもかかわらず、殺意を持って入れたという具合に認定されたということです。被告人側としては、これは非常に不本意だということであったわけですが、その点が認められないまま、結局このような事実関係の下で判断されたという話です。検察官は1と2の行為を併せて殺人行為として起訴したわけです。

先ほど言いましたとおり、横浜地裁の東海大学事件判決以前であれば、おそらく2番目しか起訴しなかったと思われますが、今度は1も起訴したというわけです。裁判所は1も殺人行為といえるかを問題にしなければなりません。つまり2の行為で、「これは殺人が成立しているから、1のことは別に言わなくてもいいではないか」ということは言いません。検察官が1と2を両方明示的に起訴した以上は、必ずそれに対して返事をするというのが日本の裁判所のやり方です。「そんな小さなことを言わないで」などということは言わないわけです。やはり重要な問題ですからこれは議論するという話です。

（スライド10ページ）川崎協同病院事件の最高裁判決は、この二つのことを言っております。結局結論としては違法とするわけです。しかし、まず一つは適切な診断をせずに、このような行為をしてしまったという点をとらえて、これがよくない。もう一点は、被害者、この場合患者ですが、推定的意思に基づくかどうか明らかでない。家族の意思表示、「やってください」と頼んだのは家族なのですが、それについても十分今のような状況を説明せずに、そのような承諾がなされているのだから、家族の意思というものは、病人の意思を推定させる要素ではあるけれど、これも使えないというようなことから、両方が欠けるということで、これで違法としたわけです。

（スライド11ページ）この判決は、一、二審の判決の判断の仕方から、かなり離れている考え方であります。一、二審も、結局、「死期が切迫していなかったから違法」という言い方をしており、これもその意味では比較考量論であったわけです。

ところが最高裁は、医療の適切さを基礎とした違法阻却論を展開したということになります。行為が許されない理由として、死期が迫っていなかったということは一言も言っておりません。ただ死期を確定するために適切な診断がされていなかったという、「どれだけ余命があるか」の診断がされたかという問題です。それから家族のインフォームド・コンセントを、かなり重要視しております。

今の結論について、この事件で最高裁が前提としているような事実関係の下で抜管行為

をするということ、これを違法としたのは最高裁の判例ですから、抜管行為だけで少なくとも殺人未遂は成立するというのが最高裁の判断なのですが、私は常日頃から、終末期医療の現場にいるお医者さんとしては、これは妥当と思われるのかということを、直接聞かせていただきたいと思っているところです。

（スライド 13 ページ）ここから医療の枠内で終末期医療を考えるということにします。

前提として、患者の状態に合わせた適切な医療であれば、生命を短縮し、あるいはその危険のある行為も許容されるということです。医療の指導原理は、患者の最善の利益です。そして生存期間、生命の質というのは、患者の最善の利益を判断するための要素だということになります。さらに患者の選択を考慮して、最善の利益を決定する。患者の最善の利益というものは、完全に客観的に決められるものではなく、患者本人の意向も考慮したうえで、その患者の最善の利益を決めなければいけないということになります。それが患者の自己決定権、インフォームドコンセントの考え方です。

（スライド 14 ページ）ただ、今のように、医療の問題として考えるときについて、よくお医者さんから教えていただくのは、この Lynn 先生という方の「三つの終末期の類型」というものです。法律家は、終末期の類型などというものは全然考えもせずに、比較考量論だけで議論しておりましたから、このような考え方が入ってくる余地はなかったのですが、今の議論ですと、これが非常にスムーズに入ってくることになるのです。

Lynn 先生の論文によりますと、高齢者の病気が持続的に進行し、死に至るプロセスには 3 種類ある。それぞれの軌跡に合わせて、プライオリティを有する医療・介護を提供するべきであるとして、いちばん上にあるのが「Short period of evident decline で、がんなどの場合。2 番目が臓器不全、3 番目が dementia で、認知症などであります。長期低下の軌跡を描く認知症の高齢者などには、例えばこのようなものが適合的である。つまり終末期の患者に対して、どのような医療が適合的かというところから、やはりそれぞれ類型において違うという議論をおこなったわけです。これは医療的な判断です。これからはこの枠内で、これからの終末期医療ということを考えるということになるだろうと思います。

（スライド 15 ページ）先ほどから何回も繰り返しておりますが、死期の切迫性を要件とすることは、おそらく妥当でないだろうと思います。しかも、死期を確定することは、医学的に非常に困難です。これを要件とすることは、事実上延命医療の中止を認めないことになります。そして逆に死期が差し迫っていたら、これが許されるという命題を立てる

といたしますと、疑わしきは被告人の利益で、死期が差し迫っていなかったことを、検察官が逆に立証しなければいけない。おそらくこれは検察官としても「使えない」法律論と言うことになるでしょう。最高裁は、「死期の切迫性」ということを直接挙げておりません。今のように「きちんと診断しなかった」ということを言っているに過ぎないわけです。

（スライド 16 ページ）多くの外国の尊厳死法も死期の切迫性を要件とはしておりません。アメリカの尊厳死法についてはよく知られておりますし、最近作られたフランスの尊厳死法もそうです。これは 2005 年ですが、病因の如何を問わず、深刻かつ不治の病の進行した状態、または末期状態。つまり進行している状態、または末期状態の前にこういうものも前提となっている。カッコ中にありますのは、原語のフランス語です。

（スライド 17 ページ）医療行為として考えるときについては、胃ろうや人工呼吸器を着ける行為をやめてしまう、つまり差し控えることと、それから着けたものを取るという中止との関係はどうかということは、現場で問題にされております。医療現場ではこのように、「一回着けたら外せない」という考え方が強いようです。他方では、一部の刑法理論の側では、「取り外しは外見上作為だけれども、治療を継続しないという消極的な行為なのだから、不作為と同じに扱うべきである」という議論があり、同一視論のようなものがあります。この議論もそこで終わるわけではなく、「だから両方とも処罰しよう」という議論になったり、あるいは「両方とも処罰しない」という議論になったりします。

しかし、医療の中止を医療行為の内容と理解するときには、差し控えとの連続性は同じ医療行為のなかで括られますから、連続性はある範囲で肯定できます。しかし、これは倫理的な問題として、放っておいたら助からない人間に器具を着けるという問題と、今のように一回着けた器具を取り外す行為とはかなり違います。これは心理的に違うだけではないと私は思います。しかしながら、その後連続的に考えることはこれからできるだろう、従来の、作為、不作為のような、オール・オア・ナッシングのような議論ではないものができるということになるだろうと思います。

（スライド 18 ページ）もう一つ重要なのは、終末期医療も医療だといたしますと、医療の裁量性の原則がある範囲で妥当いたします。「医療の裁量性」は、消費者団体、あるいは患者団体から、非常に評判の悪いものです。医療者たちはこの医療の裁量性のなかに逃げ込んで、自分たちの責任を免れようとしていると受け取られております。

医療の裁量性が基本的にどのようなものかといいますと、医療界で支持されている考え方であれば、法律は介入しないという考え方です。例えば、典型が乳癌の場合の乳房温存

療法、あるいは切除という対立です。どちらが正しいかということについてはいろいろな議論がありますが、医学のなかで複数の流れがあるときに、裁判所が、片方が正しいと判断する。「温存療法が正しいので、切るのは誤りだ。だから切ったお医者さんは医療過誤だ」と言えば、医療の内部での切磋琢磨などということに、法律の側が切って入ることになりますから、これは妥当ではない。なぜ妥当ではないかというと、何がいい医療かを目指すのは、医療者集団の中のプロフェッショナルの問題であり、これを外から介入してしまうことは、最終的に医療の進歩を妨げ、ひいては患者の利益にもならない、国民の利益にもならないということです。

私は、医療の裁量性の原則は維持すべきだろうと思います。そしてこの中で、今の延命医療中止の問題も、この裁量性の枠内で考えられるということはあるだろうと思います。しかしながら、医療の裁量性を隠れ蓑にすることはできないのであって、医療プロフェッションというものは説明責任を負わなければならない。今までは「阿吽の呼吸でやりました」ということで済んでいたのですが、これからはそれでは済まないことは明らかです。その限りではプロセスガイドラインというものは、担当医一人の決定にしないということと、決定の透明性を確保しようというような点で妥当だったのだろうと思います。

現在、終末期医療は広がっています。今までのように死期を短縮するかどうかだけではなく、患者の尊厳を保つための医療的措置、排泄行為の世話など、そういうものは古くからの問題であって、おこなわなかったから直ちに刑事責任を生じさせるものではない。また、「スピリチュアルケア」というものが言われております。そして「ケアリングの倫理」というものは看護の現場で主張されています。これも終末期医療のあり方を考えるときには考慮しなければならない問題です。しかし、生命の短縮・その危険を伴わない終末期医療、従って生命の短縮の危険がないときについては殺人罪にはあたりませんから、これはもうすでに法律の問題ではないわけです。そして、生命の短縮を伴う、あるいはその危険のある終末期医療については、医療の裁量性として許される医療行為の内容として考えなければいけない。

（スライド 20 ページ）最後に胃ろう問題ですが、ここのところが本日のかなり大きなところだろうと思います。

高齢の認知症患者に胃ろうを造設することの問題というものは、かねてから言われております。本人の意思の確認が非常に困難であるのと当時に、胃ろうの適応性が、かなり大

きな問題だろうと思います。多くの場合本人の意思は不明確ですが、本人の最善の利益にあたっているときは、おそらくこれは本人も了承するであろうということは言えます。患者本人の推定的意思には合致するというのが通例ということです。ですから、本人の最善の利益になるかどうかということが問題なのです。高齢者の胃ろうが日本では過剰使用されているのではないかということが、いろいろ言われているわけです。

（スライド 21 ページ）胃ろうの適用性を判断することについて、2 段階の判断をすることになります。それは胃ろうの目的として、どの範囲まで認めるかということです。最初の目的は、もう一度口で食べられるようになるまでのつなぎであるということ。それから誤飲、誤嚥を回避することが、これに伴ってあったようでした。そして現在問題なのは、延命のためだけに使うということも許されるのかということです。これらのレベルで、何が適応かということを、まず決めなければいけない。それから、その患者に対して適応が認められるかという第 2 の個別的な問題に入ります。

（スライド 22 ページ）日本老年医学会では、延命効果も胃ろうの適用の一つであることを前提にしたうえで、議論しております。従って、この中で中止ということも、場合によってはあり得るといっています。私もこれは「そうだろうな」という具合に思います。

（スライド 23 ページ）「高齢者の胃ろうの中止について」という、今のようなガイドラインの範囲内であれば、それは医療、つまり医療の裁量性の範囲内であり、法律的な責任を発生させないと解すべきだろうと思います。胃ろう中止の条件については、なお医学界での議論に委ねられるべきだろうと思います。要するに問題は、医療者のほうに問題を投げ返されているので、「法律ではどうなっているのか」と聞かれても、「それはあなたたちが決められる範囲にありますから、医療者の側で決めてください」ということになるだろうと思います。

しかしながら、老年医学会のガイドラインについて、法学者に対してアンケートが来ました。ガイドラインの内容に関して賛成しますか、賛成するなら名前を出していいですかという内容です。その中に次のことがあります。「本ガイドライン案にのっとって、関係者が意思決定プロセスを進めた結果としての選択と、その実行について司法が介入することは、実際上はあり得ず、あるとすれば極めて不適切である。」

私にはこのようなことはわからない。つまり、問題が起こったと考えれば、警察は動くし、検察官だって動くでしょう。ですから、このときに、動くなということは言える話ではないということです。そのように返答いたしました。

ご清聴、どうもありがとうございました。

終末期における医療と介護

医療経済研究機構　第19回シンポジウム
よりよいエンド・オブ・ライフのための医療・介護の連携に向けて
―胃ろう調査のデータも見ながら―
2013年9月18日(水)　ニッショーホール

町野朔
（上智大学生命倫理研究所）

1

課題

I.　終末期医療の法律論
II.　パラダイムの転換
III.　胃ろう問題と終末期医療

2

Ⅰ　終末期医療の法律論

- 「終末期医療の法律論」は誰のためにあるのか
- 刑事司法の介入
- 違法阻却
- パラダイムの転換

3

法律家（私）が「基調講演」をする意味

- 「終末期医療の法律論」は何のためにあるのか。
  - 当事者（患者・家族・医療者）の利益・権利を守るため
- それは、権利・利益の調整作業であり、一つの利益だけを守るものではない。
  - 患者本人の生きる権利・死を選ぶ権利
  - 家族の看取り、負担
  - 医療者の法的安定性
  - その他
- 刑法の理論、概念は、諸権利・諸利益を調整するための道具

4

刑事司法の介入と医療者の法的安定性

- 東海大学病院事件横浜地方裁判所判決（1995年7年3月28日）
  - 起訴されていない行為も違法と断定
    - 点滴、フォーリーカテーテルの撤去、エアウェイの撤去＜治療行為の中止＞
    - 多量のホリゾン（鎮静剤）の注射＜間接的安楽死＞
    - 塩酸ペラパミル製剤（ワソラン）、塩化カリウム製剤(KCL)の注射＜積極的安楽死＞
- 道立羽幌病院事件（ 2004年2月14日。2006年6月不起訴）
- 第3期終末期医療調査検討会（ 2002年10月－2004年6月）での議論
  - 立法か、ガイドラインか
- 川崎協同病院事件第1審判決（2005年3月25日。2009年12月7日の最高裁上告棄却決定により有罪判決確定）
- 射水市民病院事件の報道（2006年3月25日。2006年11月不起訴処分）
- 厚生労働大臣（川崎二郎）：基準作りの必要性（2006年3月28日）
- 林謙治「終末期における望ましい医療の内容に関するガイドラインの策定に関する研究」（平成16[2004]年）、同「終末期医療の質の向上に関する研究」（平成17-19[2005-07]年）
  - 第3期終末期医療調査検討会の後にスタート
  - しかし、“立法が必要”という結論
- 終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会（2006年）医政局総務課/樋口範雄（座長）
  - 終末期医療のプロセスに関するガイドライン（2007年）
- ガイドライン時代の到来
  - 日本救急医学会：救急医療における終末期医療に関する提言(2007年)
  - 日本医師会第Ⅸ次生命倫理懇談会：ふたたび終末期医療に関するガイドラインについて(2008年)
  - 全日本病院協会：終末期医療に関するガイドライン(2009年)
  - 日本老年医学会：高齢者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)

5

殺人罪が問題―刑法の基礎(1)

- 刑法の条文
  - 199条（殺人） 人を殺した者は、死刑又は無期若しくは5年以上の懲役に処する。
    - 未遂・予備も処罰される（203条・201条）
  - 202条（自殺関与及び同意殺人） 人を教唆し若しくは幇助して自殺させ、又は人をその嘱託を受け若しくはその承諾を得て殺した者は、6月以上7年以下の懲役又は禁錮に処する。
    - 殺人の減軽規定
    - しかし、意識不明あるいは意思能力に問題があるため、有効な「死ぬ意思」を表明できない病者の場合には、これが適用されることはない。
- 殺人罪の成立要件
  - 「死期を早める」こと＝「殺す」こと
  - 因果関係の証明ができないときには殺人既遂ではなく、未遂が成立する。
  - その認識と認容があれば、殺意（殺人の故意）がある。
  - 自分の行為が患者の死期を早めるものだという認識がなければ、殺人の故意がないことになる。
- 作為犯と不作為犯
  - 作為は原則処罰、不作為は法的作為義務があるときだけ処罰
  - 中止と不開始
  - 積極的行為と消極的行為

6

何が許されるのか—刑法の基礎(2)

- 殺人の「違法阻却」
  - 生命の短縮（死の惹起）は合法か。
- 刑法学説の現状
  - 積極的安楽死は違法
    - 判例は合法な場合があるというが。
  - 尊厳死／治療行為の中止は合法となる余地がある。
    - 横浜地裁東海大学事件判決、最高裁川崎協同病院事件決定
- 患者の自己決定が基礎
  - 「惻隠の情」（小野清一郎）からの決別
  - 横浜地裁東海大学病院事件判決
    - 積極的安楽死には本人の意思表示
    - 間接的安楽死／治療行為の中止には本人の推定的意思
      - 家族の意思表示は本人の意思を推定させる要素（最高裁川崎協同病院事件決定もこのように考えているように見える）

7

医療行為としての終末期医療

- 同情心から本人の自己決定へ—第1のパラダイム転換
  - 本人の意思に反する行為は許されない。
- 比較考量論から医療行為論へ—第2のパラダイム転換
- 比較考量論
  - 死期を早めるというマイナスを上回るプラスがあるか。
    - 安楽死では苦痛の除去
    - 尊厳死では尊厳ある死を迎えさせること
  - 死期が間近に迫っていることが必要である。
- 医療行為論
  - 医療として許される行為は何か。
  - 死期が間近に迫っていることは必ずしも必要ではない。

8

川崎協同病院事件

① 被害者の回復をあきらめた家族からの要請に基づき、被害者が死亡することを認識しながら、気道確保のために鼻から気管内に挿入されていたチューブを抜き取るとともに、呼吸確保の措置も採らなかった。

② 筋し緩剤であるミオブロックをICUのナースステーションから入手した上、同日午後7時ころ、准看護婦に指示して被害者に対しミオブロック3アンプルを静脈注射の方法により投与した。被害者の呼吸は、午後7時3分ころに停止し、午後7時11分ころに心臓が停止した。

●検察官は、①と②の行為を合わせて殺人行為として起訴。
- 横浜地裁東海大学事件判決（1995年）以前にはありえなかった実務。

●裁判所も、①も殺人行為といえるかを問題とする。
- “②をやっちゃっているのだから殺人罪で処罰されるのは当然。だから議論する必要はない”とはいわない日本の裁判所。

9

最高裁川崎協同病院事件決定

（最決平21・12・7刑集63巻11号1899頁）

- 被害者が気管支ぜん息の重積発作を起こして入院した後、本件抜管時までに、同人の余命等を判断するために必要とされる脳波等の検査は実施されておらず、発症からいまだ2週間の時点でもあり、その回復可能性や余命について的確な判断を下せる状況にはなかったものと認められる。
  - 【適切な診断】
- そして、被害者は、本件時、こん睡状態にあったものであるところ、本件気管内チューブの抜管は、被害者の回復をあきらめた家族からの要請に基づき行われたものであるが、その要請は上記の状況から認められるとおり被害者の病状等について適切な情報が伝えられた上でされたものではなく、上記抜管行為が被害者の推定的意思に基づくということもできない。
  - 【被害者の推定的意思＋家族へのインフォームド・コンセント】
- 以上によれば、上記抜管行為は、法律上許容される治療中止には当たらないというべきである。

10

最高裁のパラダイム転換

- 1・2審の考え方は伝統的な刑法理論
  - 死期の切迫性を前提とした比較考量論
  - 正当化要素
    - 患者の自己決定
    - 医師の治療義務
- 最高裁の医療の適切さを基礎とした違法阻却論
  - 適切な診断の必要性
    - 行為が許されない理由として、1・2審のように死期が切迫していなかったことではなく、余命等の診断が適切にされていなかったことをあげている。
  - 家族のインフォームド・コンセントが必要
    - 本人の推定的意思との合致が必要、家族の意思はそれを推定させるもの、従って、家族への正確な説明が必要、という論理。
- 本件の抜管行為を違法としたことは、現在の医療の実際からは妥当であるのか。

11

Ⅱ　パラダイムの転換

- □ 終末期の類型と医療
- □ 死期の切迫性
- □ 医療の差し控えと中止

12

医療の枠内で終末期医療を考える

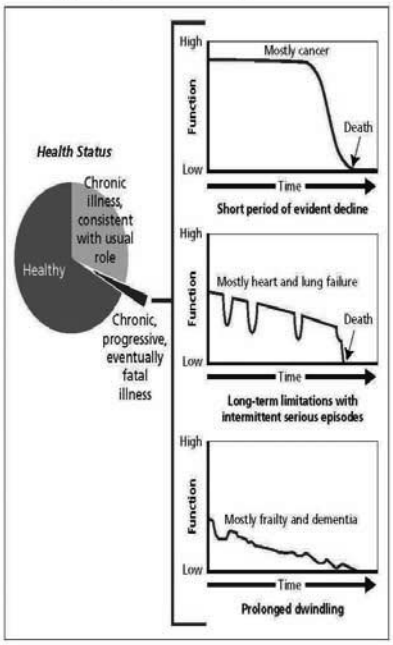
- 患者の状態に合わせた適切な医療であれば、生命を短縮し、あるいはその危険のある行為も許容される。
- その指導原理は患者の最善の利益（best interest）である。
- 生存期間、生命の質は患者の最善の利益を判断するための要素である。
- 患者の選択（現実的/推定的意思）を考慮して、最善の利益を決定すべきである。

13

J. Lynn & D. M. Adamson, Living Well at the End of Life: Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age (RAND Whitepaper, 2003)

- 高齢者の病気が持続的に進行し死に至るプロセスには3種類あり、それぞれの軌跡に合わせて、プライオリティを有する医療・介護を提供すべきである。
  - Short period of evident decline—typical of cancer
  - Long-term limitations with intermittent exacerbations and sudden dying—typical of organ system failure
  - Prolonged dwindling—typical of dementia, disabling stroke, and frailty
- 長期低下の軌跡を描く認知症の高齢者などには、自宅での車椅子での食事、ヘルパーによる介護、その後での長期療養施設内でのケアが中心となるべきである。

Figure 1
Chronic, Progressive, Eventually Fatal Illness in the Elderly Typically Follows Three Trajectories



14

「死期の切迫性」を要件とすることは妥当でない

- 川崎協同病院事件1･2審判決は、抜管が許されない決定的理由を死期が切迫していなかったことに求めていた。
- しかし、死期を確定することは医学的に困難。これを要件とすることは、事実上延命医療の中止を認めないということになる。
- 逆に、死期が差し迫っていなかったことの立証も困難。「疑わしきは被告人の利益に」により、すべての延命医療の中止を無罪としなければならない。
- 最高裁:「本件抜管時までに、同人の余命等を判断するために必要とされる脳波等の検査は実施されておらず、発症からいまだ2週間の時点でもあり、その回復可能性や余命について的確な判断を下せる状況にはなかったものと認められる。」
  - 死期の切迫性ではなく、余命などの診断がなされていなかったことが問題という考え方。
- 外国の尊厳死法も死期の切迫を要件とはしていない。
  - アメリカ尊厳死法、フランス尊厳死法

15

フランスの尊厳死法（2005年）6条

病因のいかんを問わず、深刻かつ不治の病の進行した状態または末期状態にある（en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable）者が、すべての治療を制限または中止することを決定した場合には、医師は、当該患者の選択がもたらす結果を説明した上で、その意思を尊重するものとする。患者の決定は、カルテに記録するものとする。

医師は、前条に定める医療を施すことによって、死に瀕している患者の尊厳を守り、当該患者の生命の質を確保しなければならない。

✹意思を表明できない患者については、家族等の承諾、事前指示書を考慮して、治療の中止・制限、間接的安楽死を行うことができる。（2条、7条～9条）

16

差し控えと中止との連続性

- “人工呼吸器、胃ろうを着けるか・着けないかは、当事者の意思に従うことができる。しかし、いったん着けた以上、当事者が取り外しを希望しても、それに従うことはできない。それをすると殺人になる。”（医療現場）
- “取り外しは外見上「作為」だが、治療を継続しないという消極的行為なのだから「不作為」と同じに扱うべきである。”（一部の刑法理論）
  - 両方とも処罰。
  - 両方とも処罰しない。
- 医療の中止を医療行為の内容と理解するときには、差し控えとの連続性を肯定することができる。

17

終末期医療も医療だとすること

- 医療の裁量性の原則が妥当する。
  - 医療界で支持されている考え方であれば、法律は介入しない。
    - 医学・医療の進歩を制約しないため。
  - しかし、医療プロフェッションは説明責任を負う。「阿吽の呼吸でやりました」ではすまない。
  - プロセス・ガイドラインの意義
    - 担当医一人の決定にしない。
    - 決定の透明性を確保
- 生命の短縮・その危険を伴わない終末期医療、従って法的責任の生じない医療行為も、同じ視点で考える。（むしろ、考え方は逆方向から来ていたのだが。）
  - 終末期医療の広がり
    - 患者の尊厳を保つための医療的措置（身体の清拭、排泄行為の世話など）
    - スピリチュアルケア、ケアリングの倫理

18

Ⅲ　胃ろう問題と終末期医療

- 高齢者の胃ろう問題
- 胃ろうの適応性
- 日本老年医学会
- 医療としての胃ろう

19

高齢者の胃ろう

- 患者に身体的苦痛を与えることの少ない、優れた栄養補給法
  - AHN (artificial hydration and nutrition) > PEG (percutaneous endoscopic gastrostomy)
- 高齢の認知症患者に胃ろうを造設することの問題
  - 本人の意思の確認が困難
  - 胃ろうの適応か
- 近時は「適応」が中心的な問題
  - 高齢者の胃ろうは過剰使用で、そのQOLを侵害しているのではないか？
- 医療経済機構「胃ろう造設及び造設後の転帰等に関する調査研究事業　報告書」（2013年）　＜調査対象は高齢者に限られてはいない。＞：
  - 胃ろうの造設前に摂食・嚥下機能評価をしていない場合がかなり多い。
  - 誤嚥リスクのある患者には経口摂取を継続させず、すぐ胃ろうを造設する場合が見られる。

20

胃ろうの適応性

✹適応性の判断は2段階

① 胃ろうの目的としてどの範囲まで認めるか。

- 経口摂取を可能にすること
- 誤飲・誤嚥を回避すること
- 延命

② その患者に対して、適応が認められるか。

21

日本老年医学会：延命効果も胃ろうの適応のひとつであることを前提とする。

- 日本老年医学会「立場表明2012」
  - 高齢者の特性に配慮した、過少でも過剰でもない適切な医療、および残された期間の生活の質（QOL）を大切にする医療およびケアが「最善の医療およびケア」であると考えられる。
- 日本老年医学会「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）
  - AHN 導入後も、継続的にその効果と本人の人生にとっての益を評価し、(1) 経口摂取が可能となったので、AHN 離脱可能である場合、または、(2) 全身状態の悪化により延命効果が見込まれない、ないしは必要なQOL が保てなくなるなどの理由で、本人にとって益とならなくなった場合、益となるかどうか疑わしくなった場合、AHN の中止ないし減量を検討し、それが従来のやり方を継続するよりも本人の人生にとってより益となる（ましである）と見込まれる場合は、中止ないし減量を選択する。

22

医療としての胃ろう

- 高齢者の胃ろうの中止については、たとえば、老年医学会のガイドラインの範囲であれば、それは医療であり、法律的な責任を発生させないと解すべきであろう。
- 胃ろう中止の条件については、さらに医学会での議論に委ねられるべきである。
- 「ガイドライン時代」のいま、問題は医療の方に投げ返されたということである。
- しかし、次のようなことはいえない。

  法学者が賛成するか聞かれた命題:「本ガイドライン案に則って、関係者が意思決定プロセスを進めた結果としての選択とその実行について、司法が介入することは、実際上はあり得ず、あるとすれば極めて不適切である。」

23

24

調査結果紹介

『　胃ろう造設及び造設後の
転帰等に関する調査　』

医療経済研究機構　研究部

「胃ろう造設及び造設後の転帰等に関する調査研究」

医療経済研究機構　研究部

ご来場の皆様、本日はご多忙のなか、このシンポジウムにお越しいただきまして、誠にありがとうございます。私は、本シンポジウムの主催者であります医療経済研究機構、研究部の服部と申します。皆様には、ただいま町野先生の法律的な観点から見た終末期医療という、大変興味深いご講演をお聞きいただきました。このあとパネルディスカッションまでの間、少しお時間を頂戴いたしまして、シンポジウム主催者からの情報提供ということで、胃ろうに関する調査結果をご紹介させていただきます。

最初に、なぜこのような時間をいただいたかということなのですが、今回のシンポジウムのテーマ「よりよいエンド・オブ・ライフのための医療・介護の連携に向けて」というテーマが、少々幅広い内容を含んでおりますので、各先生のご講演、ご議論のなかで、具体的な例を示したほうがわかりやすい場合は、胃ろうについて取り上げていただいて、私どものこの調査結果を利用していただきたいということで、このような構成といたしました。

もう一つ、本日ご来場の皆様方は、おそらく医療・介護の分野の方が多いと思うのですが、法律的な分野の方もいらっしゃると思いますので、そのような多様なバックグラウンドの皆様、私ども、パネリストの先生方で、胃ろうに限定した話ではありますが、現状を共有し把握しておくことは、パネルディスカッションを聞くにあたって、非常に有意義であると考えたためです。

（スライド２ページ）それでは説明に入らせていただきますが、まず自己紹介を簡単にさせていただきます。医療経済研究機構は、社会保険制度、及び医療経済、医療政策に関する研究を促進することを目的とした研究機関でございます。

業務内容としては、ヘルスケア領域の調査研究事業、今回のようなシンポジウムの開催、また学術的な観点からの研究助成などを行っております。

（スライド３ページ）調査研究領域は、医療・介護等、ここにありますようなヘルスケア全般についての調査研究を行っております。これらの報告書については、会員の皆様には無償でご提供、またはホームページで見ていただくことができるようになっておりますが、今回の胃ろうの調査については、財源元の規定によりまして、会員の方だけではなく、すべての方が弊機構のホームページからご覧いただけるようになっております。

（スライド 4 ページ）それでは、早速ですが、胃ろう調査の概要についてご説明させていただきます。この調査は、厚生労働省老健局の補助金を受け、医療経済研究機構が実施したものでございます。

調査をするにあたりまして、3 つの学会、4 つの団体の先生方にお越しいただいて、議論を進めました。この中で、ともに議論していただいた先生方の何人かは、このあとのパネルディスカッションのパネリストとして、ご登壇いただくことになっております。

（スライド 5 ページ）この調査の目的でございますが、病院での胃ろう造設から、退院後自宅に戻る、介護施設に入るという一連のプロセスのなかで、その実態と課題を中立的に把握するということを目的としております。

主にポイントは 4 つございまして、まずいちばん左、「胃ろう造設前に、摂食・嚥下機能に関する評価が行われているか」ということです。その人がどうして食べられないのかという、摂食・嚥下の機能に関する評価を十分行って、それから胃ろう造設を決定するというプロセスが望ましいのですが、それが果たして行われているのかどうかということを調査するのが第 1 点のポイントです。

次に、造設を検討するときに、「本人・家族に対して、予後に対する十分な説明が行われているのか」。本人・家族が胃ろう造設を決めるときに、何か課題はあるのかという、意思決定プロセスについての調査をするというのが第 2 点のポイント。

第 3 点目として、胃ろう造設後、必要な人に摂食・嚥下の訓練が行われているかということです。理想的には、先ほど町野先生のお話にもありましたとおり、胃ろうを造設して、そこから栄養を入れて、口から食べられるようになる訓練をして、口から食べられるようになって、胃ろうを閉じるというプロセスが望ましい姿です。そのような経緯をたどれない方も多くいらっしゃると思うのですが、少なくとも必要な人には、確実に訓練が行われているかということがポイントです。

最後は、造設後、退院した後の受け入れ体制についてです。「胃ろうを作ると介護施設に入りにくい」という話は聞くのですが、最近は「胃ろうを造設していないと介護施設に入れない」という話も聞きますので、そのへんの実態、あるいは介護施設が直面している課題などについて、調査することを目的としました。

（スライド 6 ページ）この調査では、アンケート調査を実施しております。胃ろう造設を行う病院、退院後に入る施設、具体的には介護保険 3 施設の特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養病床、それから自宅に帰った方の状況も調べたかったので、訪問

看護ステーション、これらの施設・事業所に調査票を送りました。また、この 3 施設と訪問看護ステーションからは、利用者の家族の方に調査票を渡していただいて、家族の方の調査も実施しました。これらを全て 1 カ月強ぐらいの期間で実施しましたので、この調査は、造設した人が退院してからどうなったかということを追った調査ではない、ということはご了解ください。

（スライド 7 ページ）アンケート調査の回収数ですが、施設数で見ますと 26～29%ぐらいの回収率となりました。

（スライド 8 ページ）ここからは結果のご紹介になりますが、先ほど申しました「訓練をしたか」等の 4 つのポイントの前に、まずどのような患者さんが胃ろうを作っているのかという実態をご説明させていただきます。この調査は調査対象 65 歳以上で実施したものですが、65 歳以上の患者のうち 85 歳以上が 37%と、高齢の方が少なくない割合を占めていました。

入院の理由として、胃ろう造設だけのために入院した、最初から胃ろうを作ることを決めていて、そのために入院したという人が 21%いらっしゃいました。

（スライド 9 ページ）次に、造設のときに期待された胃ろうの効果ですが、胃ろうを作ることによって、「QOL、生活の回復・保持が期待できた」のが 45%、逆に「回復・保持が期待できない。ただ、延命効果だけが期待できた」というのが 44%と、同じくらいの割合を占めました。また、造設のときに「経口摂取に戻る可能性があった」というのが 24%となっております。

（スライド 10 ページ）胃ろう造設の原因となった疾患ですが、「誤嚥性肺炎」と、「脳血管疾患発症後 1 カ月以降」が多いという結果でした。

造設した人の中で、どの程度の人が認知症だったかということですが、程度の差はありますが、「介護が必要」、それから「専門医療が必要」を併せると、73%という結果になっています。

（スライド 11 ページ）造設時の意識レベルです。覚醒していない、呼びかけによって目覚めるなども含めて、常に意識レベルが覚醒しているわけではない方が 41%。

障害の程度として、座った姿勢を保てないで、一日中ベッドで過ごす人が 71%ということなので、比較的高齢で活動レベルの低い方が、胃ろうを造設されているということがわかると思います。

（スライド 12 ページ）ここまでが、病院で造設したときの患者さんの状態像なのです

が、このページは過去に胃ろうを造設して、現在介護施設や自宅で療養中の人について調べたものです。左側が要介護度です。要介護度 4、5 が大半になっております。

右側の意思疎通の状況です。家族の人に、「ご本人と意思疎通が常に図れますか」という質問をしたところ、「常に図ることができる」という回答が、いちばん低い特別養護老人ホームで 7%、いちばん高い在宅でも 20%でした。なかなか本人と意思疎通が図れないケースが多いという、本人を見守る家族の苦悩の背景が推測できる結果でした。

（スライド 13 ページ）続きまして、先ほどご説明した調査のポイントの 1 番目、「造設前に摂食嚥下機能の評価を実施したか」ということです。これは実際には造設する病院に入る前に、別の病院で評価するケースもあったりして、造設病院が入院前のことを知らないといった事例もあるので、すべての事例についてはっきりさせることはできなかったのですが、少なくとも「入院前後いずれでも実施していない」というものが 23%ありました。どうして実施していないのかという理由についてですが、「検査しなくても判断できる」、「胃ろう以外の選択肢は考えられない」といった選択肢が多く選ばれていました。

また右側は、病院の方針として、「病院として摂食・嚥下機能評価を実施しますか」ということですが、「実施しない事例が多い」という病院が 22%ありました。

（スライド 14 ページ）このように、評価を実施していない事例があるということはわかったのですが、それでは「どのような人に実施していないのか」ということについて、患者の意識レベル別に見たのが左側です。下に下がるに従って意識レベルが低いということなのですが、黒い部分が実施している割合なので、当然かもしれませんが、意識レベルが低いほど実施している割合がどんどん下がっていくという傾向がありました。

また、右側のグラフは病院に対する質問です。先ほど胃ろうを作るためだけに入院した人が 20%というご説明をしましたが、造設だけを依頼されたケースについて、「摂食・嚥下機能評価をやっていますか」という質問を病院にしたところ、「当院での評価は実施しないことが多い」というのが 55%を占めました。ほかの質問の回答と併せての推測ですが、胃ろうの造設だけを依頼されたケースでは、評価がおろそかになっている可能性もあるのではないかということが考えられます。

（スライド 15 ページ）続きまして、先ほどのポイントの 2 番目ですが、意思決定プロセスについてです。これは「病院の医師が、造設のときにどのような説明をしたか」ということを聞いたものですが、項目は抜粋してありますけれども、グラフの白い部分は医師が「説明する」と回答したところです。大半は「増設する場合、しない場合、いずれにつ

いても説明する」という回答が多くなっております。

この調査は昨年の 12 月と今年 1 月にかけて実施しておりますが、その前に日本老年医学会の「高齢者の終末期の医療、及びケアに関する立場表明」が改定されていまして、その中で「経管栄養などの治療が、本人の尊厳を損なう場合などは、差し控え、または撤退も視野に入れるべきである」という提言がされております。実際医療の現場で、それがどのように説明されたり、実施されたりしているかということを確認したかったのですが、ここで「期待どおりの効果がなかった場合、胃ろう中止できる」ということを医師が説明しているのは 44%ということで、比較的説明している医師が多いという印象を受けました。

それから、下の表は、医師が相談に応じた結果、最終的にご本人、ご家族が、「造設するのをやめる」と考えた割合なのですが、「造設するのをやめる」事例は結構あったということがこれでわかったかと思います。

（スライド 16 ページ）意思決定プロセスの本人・家族の状況として、「造設を決めるときに本人が胃ろう造設を理解していたか」ですが、「理解していた」というのが 23%でした。その「理解していた本人に同意を取ったか」ということについて、わずかですが「同意をとらなかった」という回答があったのは問題かと思いますが、大半は「口頭で同意をとった」「書面で同意をとった」という結果になっています。家族についてはほとんど書面で同意を取っております。

（スライド 17 ページ）これは家族に対し、「胃ろう検討時を振り返って困っていたこと、知りたかったこと」などを聞いております。圧倒的に多い回答が、「本人の気持ちがわからなかった」ということで 55%。そのあとに「じっくり検討する時間的な余裕がなかった」「再び口から食べられるかどうかについて、もっと情報が欲しかった」というものが並んでおります。

「じっくり検討する時間的余裕がなかった」ということについて、どれくらい余裕がなかったかということなのですが、まず「病院に入ってから胃ろう造設を検討した」というのが 71%。その中で「病院で提案されてから 3 日以内に造設を決めた」が 29%。これも含めて「1 週間以内に決めた」が 52%ということなので、仮になんの心づもりもなく入院してしまった場合は、かなり急いで決めたといいますか、時間的に余裕がなかったという印象なのではないかと思われます。

（スライド 18 ページ）ここでは先ほどのポイントの 3 番目、「造設後に摂食・嚥下の訓練を実施しているかどうか」について調査しました。上の左側の円グラフは、造設をした

病院で摂食・嚥下訓練を実施したかどうかです。「実施した」と、「実施していない」「予定がない」が、ほぼ半々になっています。

ただ、この中には、おそらく経口摂取に戻る可能性がない人が入っているので、ここから経口摂取に戻る可能性があった人だけを抽出してみたのが上の右のグラフです。そうすると実施した割合は左側のグラフより多くなっていますが、それでも「実施していない」「予定がない」という人が 24%ぐらいを占めていました。

下のグラフは、かつて胃ろうを造設して、現在介護保険施設や、訪問介護を利用している方の摂食・嚥下訓練の実施状況ですが、造設からかなり時間がたっていることもあり、上のグラフと比べると「実施していない」の割合が増えているという状況です。

（スライド 19 ページ）介護保険施設、自宅での摂食・嚥下訓練の実施状況はこれまで見たような感じですが、この介護保険施設や自宅で、どのように摂食・嚥下訓練、あるいは経口摂取への取り組みがされているかということを調べました。ここでは胃ろうを作った人に限らないのですが、口から食べることが難しくなった人に対して、どのような経口摂取、口から食べるための取り組みをしているのかというのを聞いております。このアンケートに回答してくださった施設では、例えば定期的に外部の歯科医師等の協力を受けている、あるいは職員が摂食・嚥下訓練の研修会に参加しているというところが 6 割以上を占めていたので、「積極的に訓練のための取り組みをしている」施設が比較的多いという状況はわかりました。

（スライド 20 ページ）一方で、ここでは「摂食・嚥下訓練の実施にあたって困難を感じていること」を聞いております。「訓練の方法がわからない」「誤嚥が発生するリスクがあり対応する自信がない」「外部の歯科医師などの協力を得ることが難しい」「時間的、財政的な理由で、摂食・嚥下訓練の体制を作ることが難しい」という回答が、3 割ぐらいの施設から選択されていました。介護療養病床については、「特に困難を感じることがない」という割合が高い傾向がありました。

（スライド 21 ページ）続いて、先ほどのポイントの 4 番目ですが、胃ろうを造設した後、退院後に受け入れる施設の状況についてです。このスライドでは介護保険施設の回答を載せております。訪問看護ステーションは、「胃ろうを作ったから受け入れられない」というようなことは、ほとんどありませんので、ここでは集計から除外しておりますが、上から特養、老健、介護療養病床となります。胃ろう利用者の新規受け入れの方針について、黒い部分が原則として受け入れるですが、介護療養病床は比較的積極的に受け入れている

という状況かと思います。

下のグラフは、これは胃ろうを作る前の段階ですけれども、「利用者が食べられなくなったときに、どのように対応しているか」に対する回答です。「なるべく経口摂取を維持する」というのが、これは施設類型に関係なく 6 割弱ほど。そのほか「施設の方針は特にない」というのが 35%弱ぐらいになっておりました。

（スライド 22 ページ）こちらは、病院から退院するときに、病院から退院先にどの程度の情報が提供されているかということです。上の白いグラフが、病院が訪問看護ステーションや施設に提供した情報です。栄養剤の種類、カテーテルの管理方法などは当然多く情報提供されているのですが、摂食・嚥下機能に関する検査結果、「今後摂食・嚥下訓練が必要かどうか」ということ等は、提供されている割合がかなり低くなっておりました。これについては本調査の委員会の中では、「実際に経口摂取に戻れる人は少ないからではないか」、「介護保険施設で病院並みの摂食・嚥下訓練をすることが難しいからではないか」といったようなご意見が出ておりました。また、これらの情報については、受け入れる施設や訪問看護ステーションが「情報が不足している」と考えている割合も高くなっていました。

（スライド 23 ページ）このスライドでは下のグラフだけご説明しますが、病院から見た介護施設の受け入れについて、病院に選択肢を選んでいただきました。「介護施設の中には、摂食・嚥下が難しくなると、すぐに胃ろうを勧めるところがある」というところを選択した病院が 43.7%、「胃ろうを作ると介護施設への入所が難しくなる」を選択した病院が 33.1%ということで、あとは選択肢にはありませんけれども、「中心静脈栄養や経鼻の、鼻からのチューブでは受け入れられないけれども、胃ろうだったら受け入れられる」という施設もかなりあるようなので、現在施設の受け入れ体制というのは、地域や施設によって様々なのではないかと思われます。

（スライド 24 ページ）続いて、ここからはご参考の情報ですが、医師の意見、これは医師個人に対して聞いたものから抜粋してあります。医師は所属別に、上から白い部分が造設病院、その下に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養病床、黒い部分が在宅の医師ということになっております。

まず「誤嚥リスクについて」ですが、「誤嚥リスクがあったならば、すぐに経口摂取は中止しなければならない」と考えている割合が上のグラフでございます。誤嚥リスクといっても、様々な程度がありますので、これは必ずしも正確ではないかもしれませんが、経口

摂取を中止してなんらかの人工的な水分栄養を補給すべきというのがこの棒グラフの割合で、在宅医の方がそのように考えている割合が低いという傾向がありました。また、「本人の希望があれば、人工的な水分・栄養の補給をせずに、経口摂取を継続させることがありうる」など、経口摂取の継続もありうると考えているのは、やはり在宅医の方、そして造設病院の医師の方が多いという傾向がありました。

胃ろうの中止についてですが、中止といっても「患者さんのいろいろな状態像等を勘案して、ベストの選択としての中止」ということだと思いますけれども、「家族と相談して、家族が望むところであれば、中止することがありうる」といったようなことは、造設病院の医師と在宅医に肯定的な意見が多いという状況でした。また、「中止に関わる法的なリスクについての不安が払拭されていない」というものが、すべての施設類型において 4 割程度選択されていました。

（スライド 25 ページ）次は家族の意見について紹介いたします。家族に対して、「胃ろうにしてよかった」「するべきでなかった」「どちらともいえない」という三択で選んでいただいたのですが、上のグラフのような状況になっておりまして、どう解釈するかはちょっと難しいですが、「するべきでなかった」というものは、非常に少ない状況でした。

それから、胃ろうにして「よかったこと、よくなかったこと」をそれぞれ聞いておりますが、多いものが「生きていてくれることがうれしい」が 62.6%。一方で、「本人にとってこれが幸せなのかがわからない」58.7%ということですので、これは両方選択している方も結構いらっしゃいましたので、家族の複雑な思いというものが、ここで見えてきたかと思います。

（スライド 26 ページ）最後にもう少し時間がありますので、自由回答からいくつか参考になりそうなものを、ご紹介させていただきます。最初は病院からいただいた意見ですが、「急性期疾患では、例えば中心静脈栄養をするときに、インフォームド・コンセントが不十分で、その間絶食をするので、適切な訓練が行われなくて、その間に摂食障害になってしまっている」、「急性期病院では、退院目的の胃ろう造設が多く、急かすような形で胃ろうを決めてもらうことになる」等といったことがありました。それから「胃ろうを選択しない場合、「何もせず看取ること」に大変な覚悟を必要とするし、胃ろうを選択しない場合、行き先がない」という指摘は、病院の方からかなり多くいただいていたところです。それから「誤嚥で運ばれれば治療はしてしまう。最期までかかりつけ医がみてもよいのではないか」、「胃ろうをつくらなければ、誤嚥性肺炎の高齢者で病院はいっぱいになってし

まう」というような意見もありました。

次に介護保険施設、訪問看護ステーションからのご意見ですが、「常に誤嚥リスクが伴う利用者をケアすることの難しさ」を述べていらっしゃる方、また「安全面も確保しながら、口から食べさせ続けるのは相当な困難である」という意見、「胃ろうを造設してしまうと、胃ろうに頼ってしまい、経口摂取可能な方でも、嚥下訓練が重要視されない」という指摘もありました。

（スライド 27 ページ）それから、医師の意見ですが、「胃ろうは価値中立的な医療技術なので、現在悪いイメージで語られる風潮に危惧を抱く」というご意見、それから「明確な適応基準、中止基準、法的根拠ができれば、これほど胃ろうの患者はいないだろう」という意見、あとは先ほどもありましたが、「病院で何もせずに見守ることは難しい」「そういうケースの受け皿が欲しい」「誤嚥が明白なのに、経口摂取を続けるのも難しい」というご意見。それから「胃ろうという手段がありながら、しない選択をすることに勇気がいる」という意見などがありました。また、「栄養がとれないことは、老いの最期の段階であるということが理解できない家族が多い」という意見もありました。

あとは家族の意見ですが、例えば「家族としては延命を望んでいないけれども、病院で看てもらっている立場なので従うしかなかった」「回復を見込めない病状で、一定期間を経たのち、治療や栄養の中止を選択できるシステムを作って欲しい」という意見などがありました。

このほか、「施設入所のための苦渋の選択」「口から食べるリハビリをしてくれる機関がとても少ない」、あるいは「鼻チューブを入れるときには承諾はなかったので、その後胃ろうにしたけれども、チューブを入れる栄養方法をした以上、抜く考え方はどうしてもできなかった」といった意見がありました。

（スライド 28、29 ページ）最後にまとめをつけましたが、これは後ほどご参考にしていただければと思います。

（スライド 30 ページ）この調査の内容は最初申しましたように、私どものホームページで見ていただくことができます。

主催者からの情報提供は以上でございます。ご清聴、ありがとうございました。

シンポジウム主催者からの情報提供

胃ろうに関する調査結果のご紹介

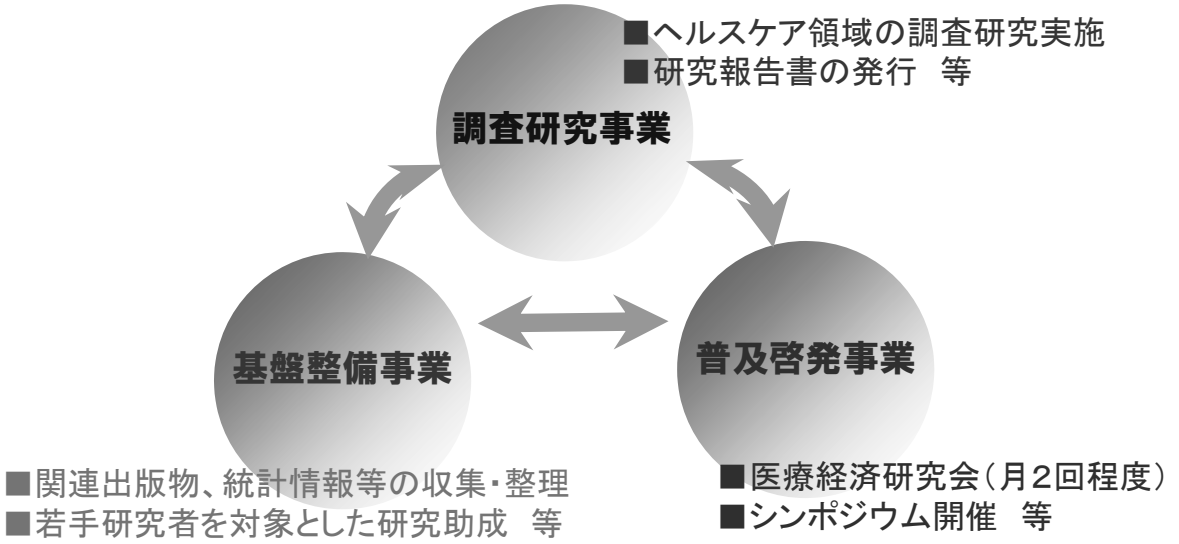
平成24年度　老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業
「胃ろう造設及び造設後の転帰等に関する調査研究」

医療経済研究機構　第19回シンポジウム
（平成25年9月18日）
「よりよいエンド・オブ・ライフのための医療・介護の連携に向けて
－胃ろう調査のデータも見ながら－」

一般財団法人　医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構
Institute for Health Economics and Policy

1. 医療経済研究機構について

- 医療経済研究機構の概要
  - 社会保険制度および医療経済・医療政策に関する研究を促進することを目的とした研究機関（平成5年設立）



1. 医療経済研究機構について

- 調査研究領域

・・・医療・介護・健康増進・疾病予防の「ヘルスケア」全般

（例）

- 医療費・介護費に関する研究
  - OECDのSHA手法に基づく保健医療支出の推計等
- 診療報酬・介護報酬に関する研究
  - 各種レセプトデータを用いた研究等
- 医療・介護サービス提供体制・提供施設に関する研究
  - 地域包括ケア、ユニットケア、医療・介護施設等に関する研究等
- ヘルスケア産業に関する研究
  - 産業連関分析、禁煙政策のあり方に関する研究等
- 諸外国のヘルスケアに関する研究
  - 先進諸国、新興国の医療保障制度に関する調査研究等

2. 胃ろう調査の概要

- 調査実施主体

厚生労働省老健局の補助金を受けて、医療経済研究機構が実施
（老人保健健康増進等事業）

- 調査検討体制

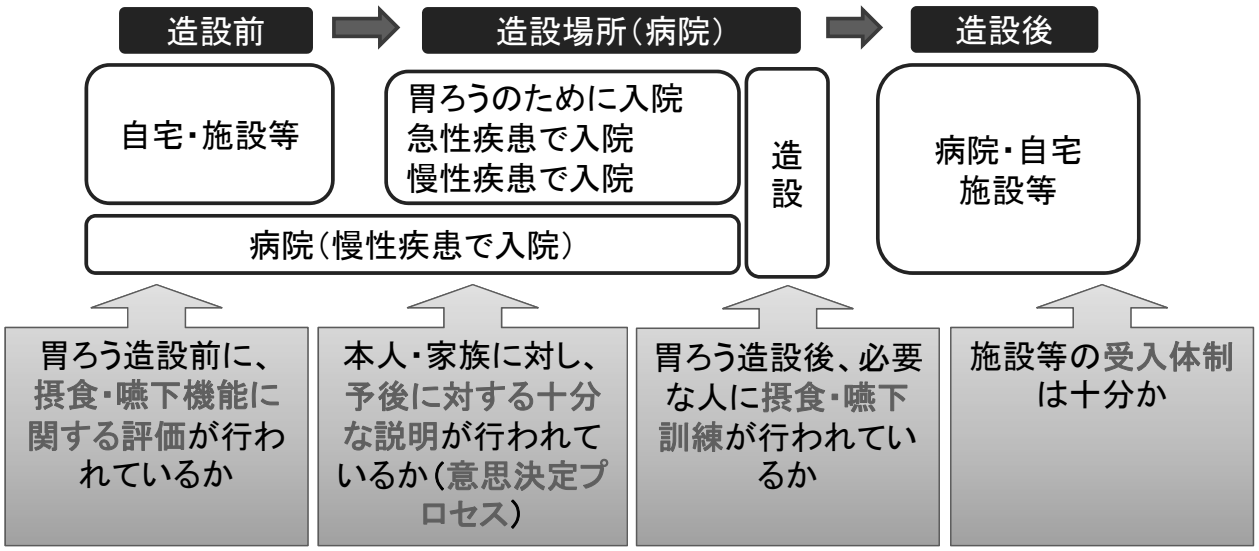
胃ろう、摂食嚥下の関連の学会、施設・事業所経営者の委員と議論

・日本老年医学会
・日本消化器内視鏡学会
・日本摂食・嚥下リハビリテーション学会
・全国老人福祉施設協議会
・全国老人保健施設協会
・日本慢性期医療協会
・全国訪問看護事業協会

2. 胃ろう調査の概要

- 調査の目的

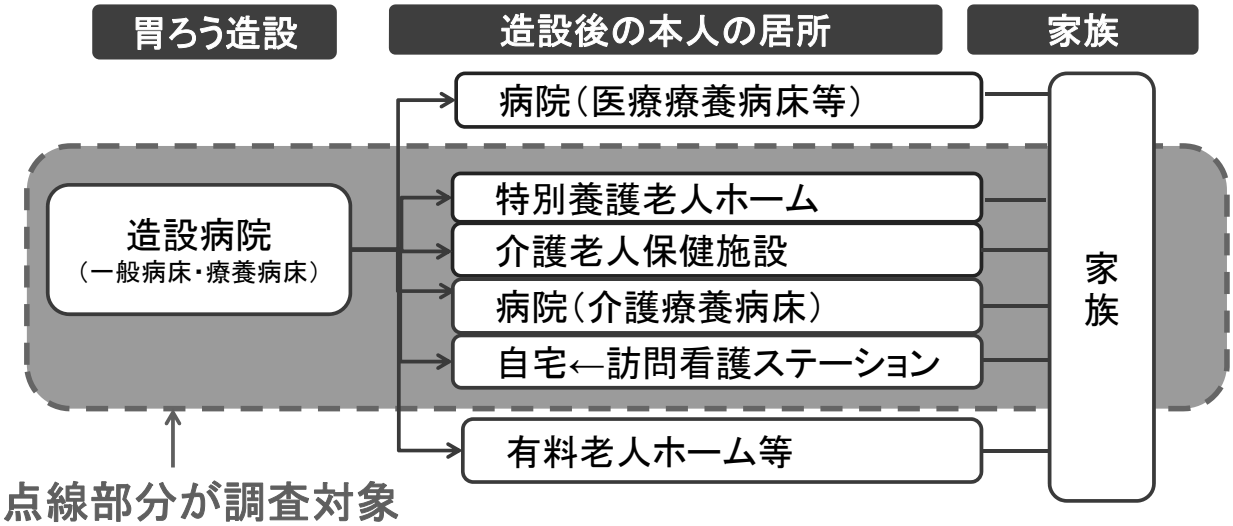
病院での胃ろう造設のプロセス～造設後のケアの実態、胃ろうに係る課題を明らかにする



中立的に実態を把握

3. 調査の方法

- 造設病院、退院後受入施設等に対するアンケート調査

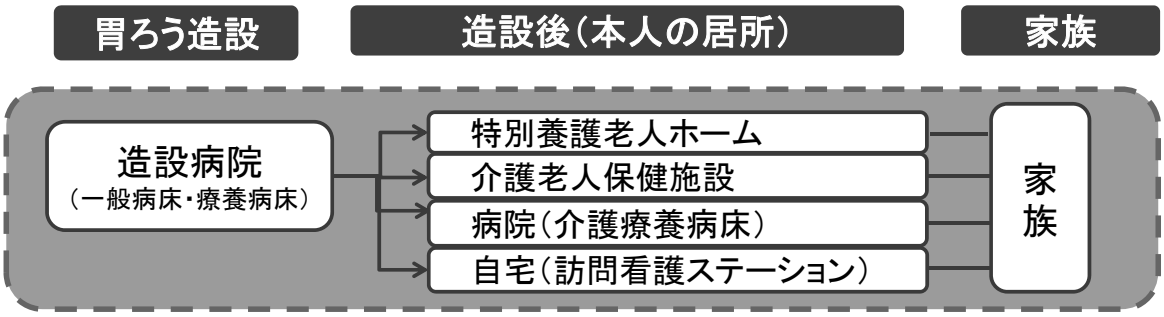


- アンケート調査実施時期

平成24年12月～平成25年1月

4. 調査結果（1）回収状況

■ アンケート調査回収数



病院調査

・病院：802病院
　うち造設病院：414病院
（有効回答率：26.7%）
・造設患者：1,467人
・医師：1,028人

退院後調査

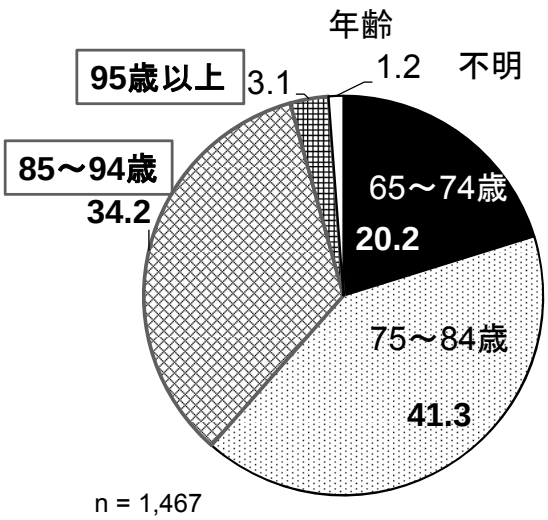
・施設・事業所：1,358ヶ所
（有効回答率：29.2%）
・胃ろう造設利用者：2,771人
・医師：979人
　(介護保険施設の医師、在宅医）

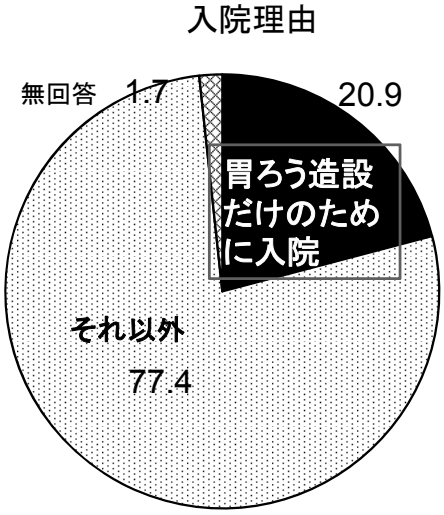
家族調査

・胃ろう造設患者の家族：2,005人

4. 調査結果（2）胃ろうを造設した患者（病院）

■ 胃ろうを造設した患者（調査対象65歳以上）

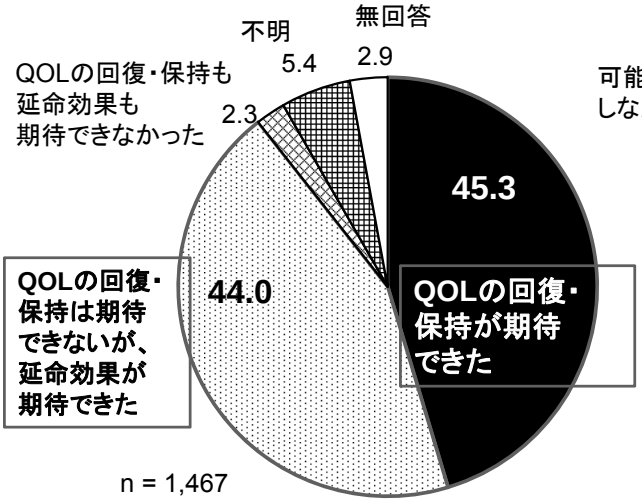




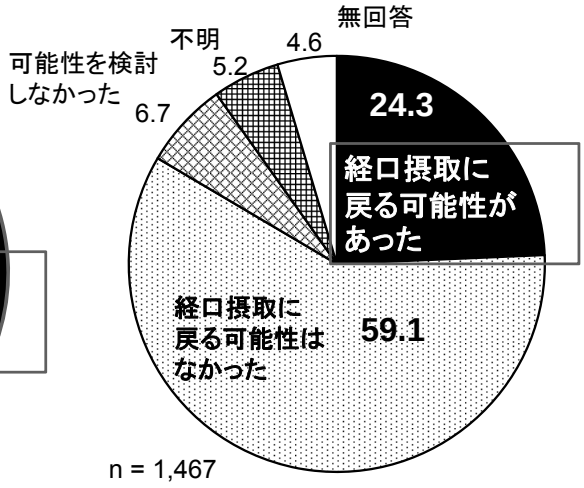
◆ 65歳以上造設患者のうち、85歳以上・・・37%
◆ 胃ろう造設だけのために入院・・・21%

4. 調査結果（2）胃ろうを造設した患者（病院）

期待された胃ろうの効果



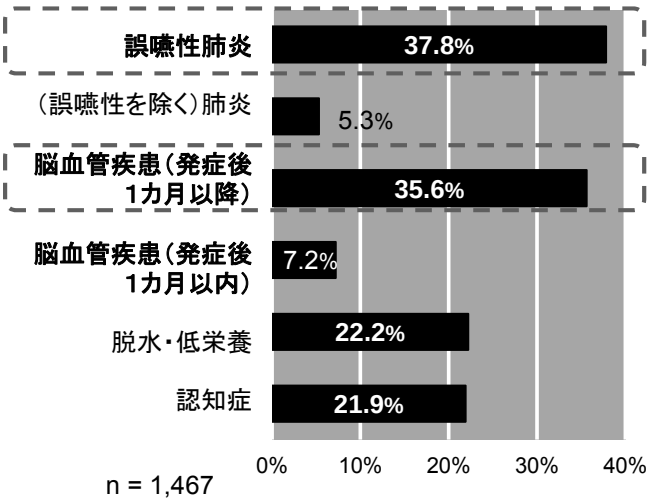
経口摂取に戻る可能性



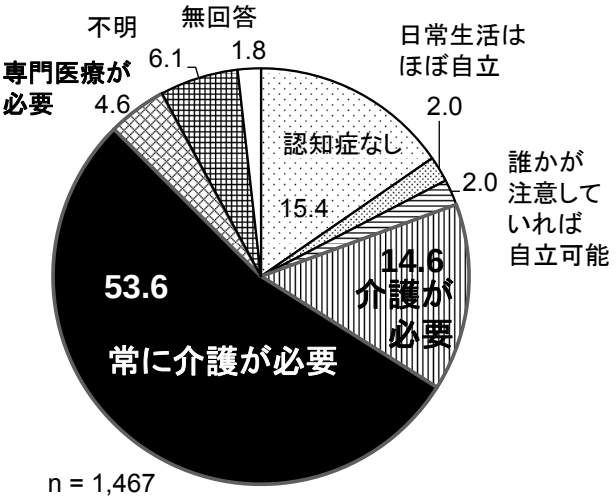
- ◆ 胃ろうにより「QOLの回復・保持が期待できた」45%、「QOLの回復・保持は期待できないが、延命効果が期待できた」44%
- ◆ 「経口摂取に戻る可能性があった」・・・24%

4. 調査結果（2）胃ろうを造設した患者（病院）

胃ろう造設の原因となった疾患【複数回答可】



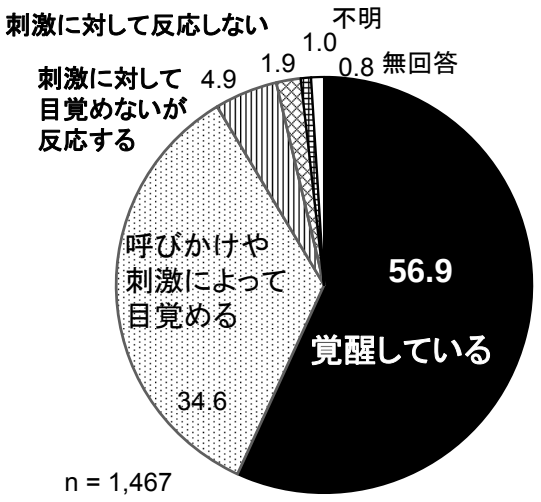
認知症の有無・程度



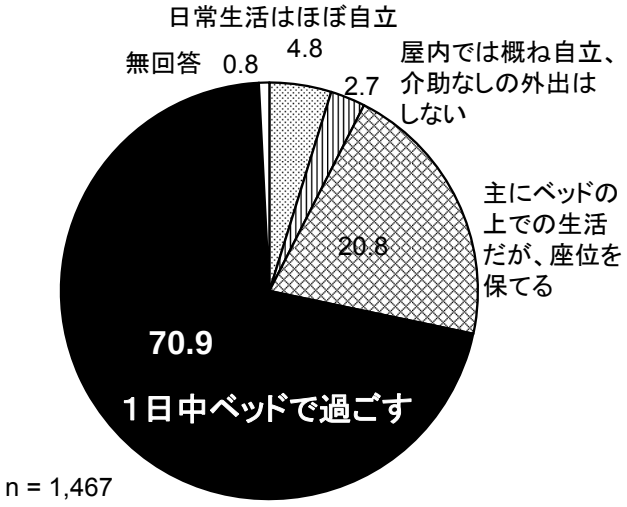
- ◆ 「脳血管疾患（発症後1カ月以降）」「誤嚥性肺炎」が多い
- ◆ 認知症により「（常に）介護」＋「専門医療」が必要・・・73%

4. 調査結果（2）胃ろうを造設した患者（病院）

意識レベル



障害の程度

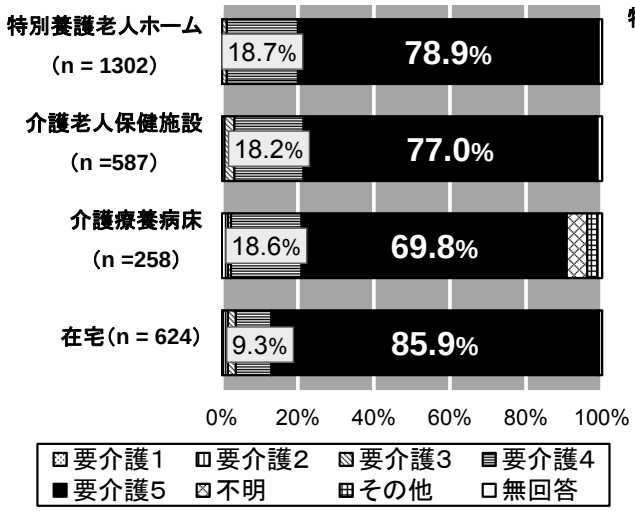


- ◆ 意識レベルが覚醒していない（刺激により「目覚める・反応する」＋「反応しない」）・・・41%
- ◆ 「1日中ベッドで過ごす」・・・71%

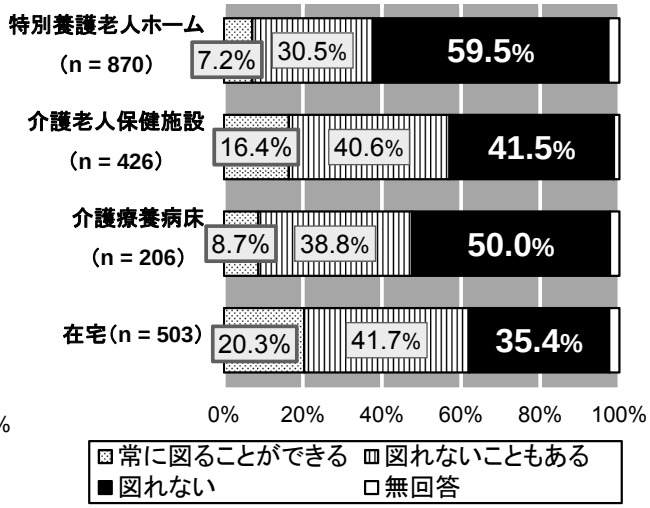
4. 調査結果（2）胃ろうを造設した患者（退院後）

- 胃ろうを造設後、現在介護保険施設や自宅で療養中の人（調査対象65歳以上）

要介護度（施設の回答）



意思疎通の状況（家族の回答）

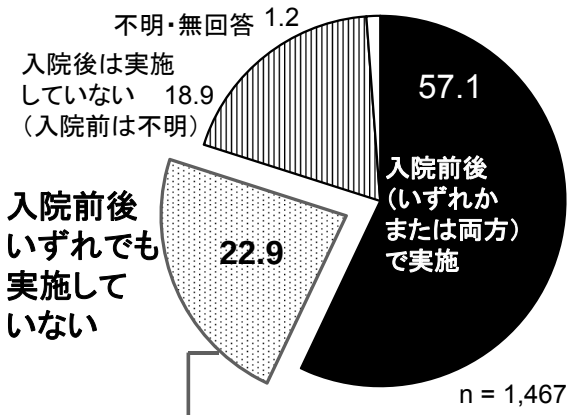


- ◆ 要介護4＋要介護5が大半
- ◆ 常に意思疎通を図れるのは、7%（特養）～20%（在宅）

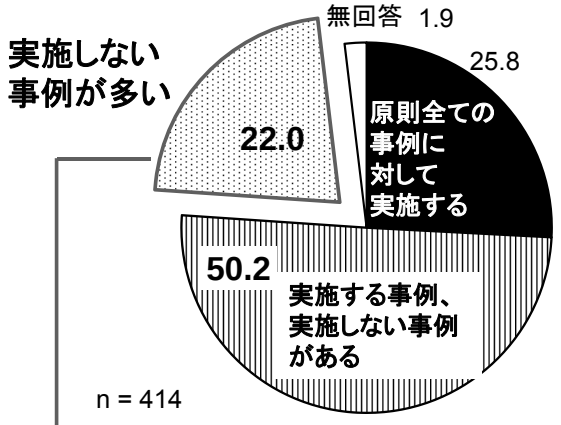
4. 調査結果(3)摂食・嚥下機能の評価

■ 造設前に機能評価を実施したか

摂食・嚥下機能評価の実施状況(患者単位)



摂食・嚥下機能評価の実施状況(病院の方針)

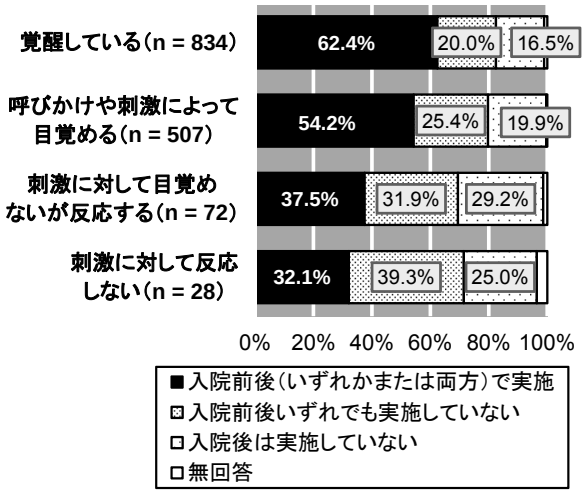


「入院前後いずれも実施していない」(22.9%)
理由:
- 検査しなくても判断できる:33.0%
- 胃ろう以外の選択肢は考えられない:20.5%
- 意識レベル、体力的に耐えられない:14.9%

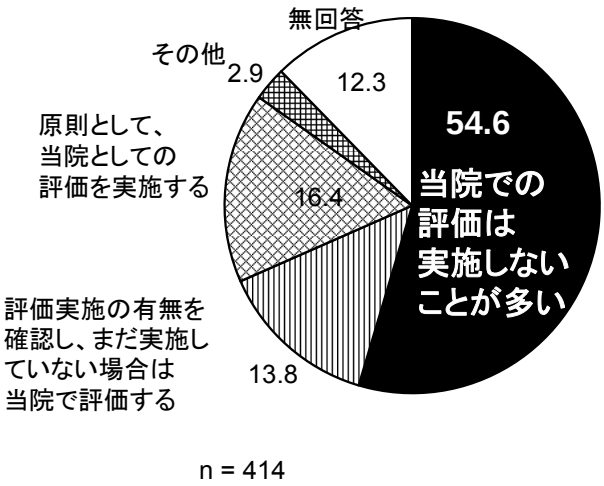
「実施しない事例が多い」病院(22.0%)
理由:
- 検査しなくても判断できる:63.7%
- 胃ろう以外の選択肢は考えられない:41.8%
- 検査・評価の人材不足:41.8%

4. 調査結果(3)摂食・嚥下機能の評価

患者の意識レベル別 摂食・嚥下機能評価



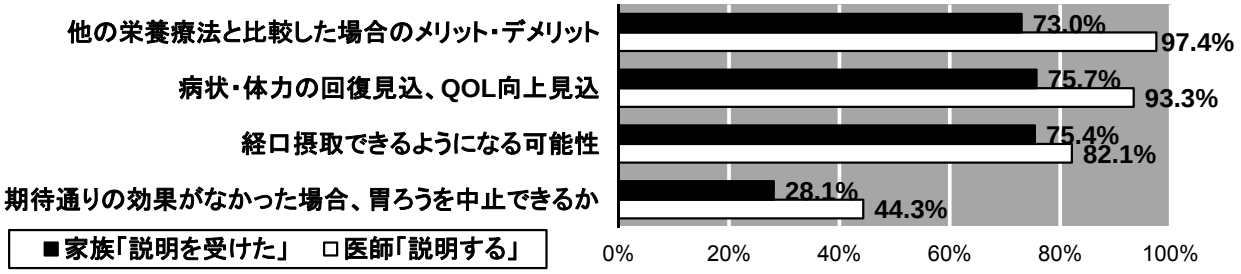
造設だけを依頼されたケースの摂食・嚥下機能評価



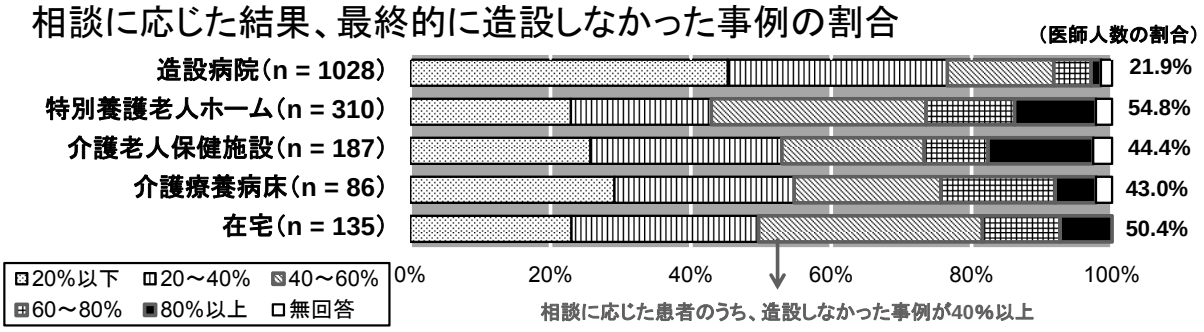
◆ 意識レベルが低い人は、摂食・嚥下訓練を実施する割合が低い
◆「胃ろうの造設だけを依頼されたケース」では、評価をしないことが多い

4. 調査結果(4)意思決定プロセス

- 胃ろう造設検討時の病院の説明



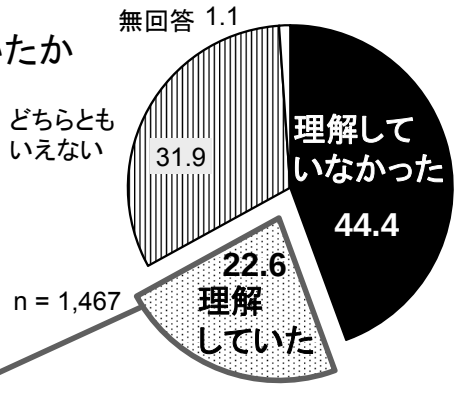
- 相談に応じた結果、最終的に造設しなかった事例の割合



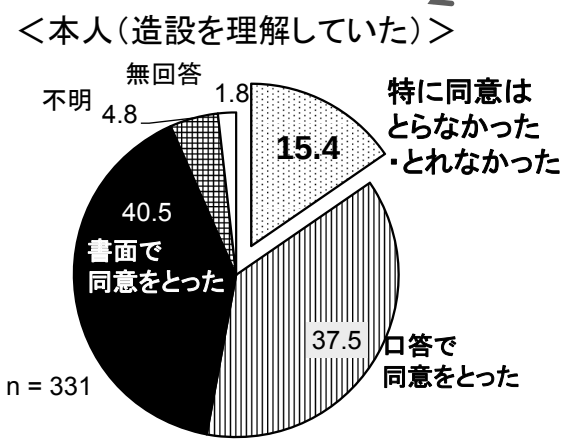
◆ 胃ろうの中止について説明している医師は44%
◆ 検討の結果、胃ろうを造らなかった事例も一定程度ある

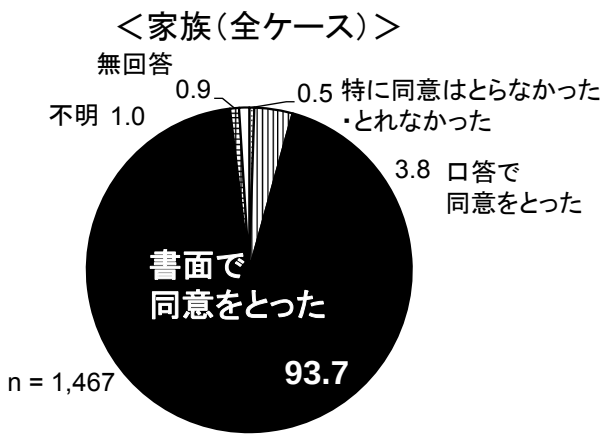
4. 調査結果(4)意思決定プロセス

- 本人は胃ろう造設を理解していたか



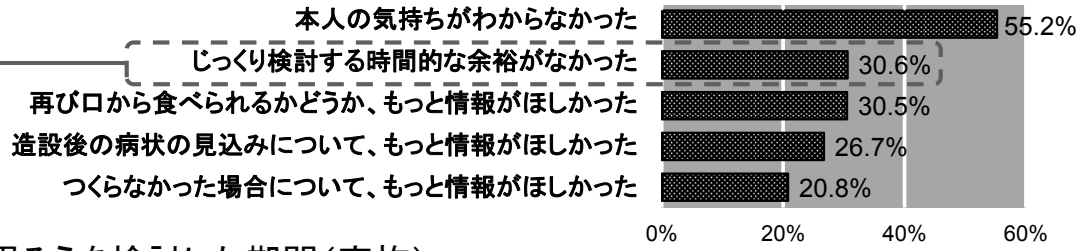
- 同意の取得状況



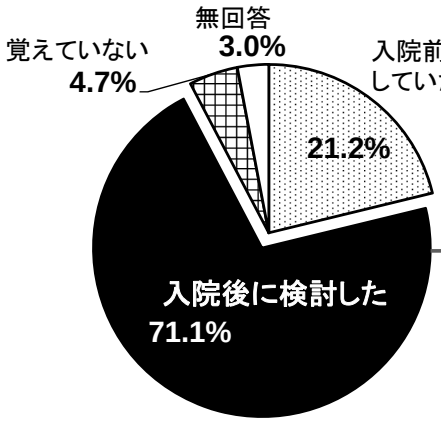


4. 調査結果(4)意思決定プロセス

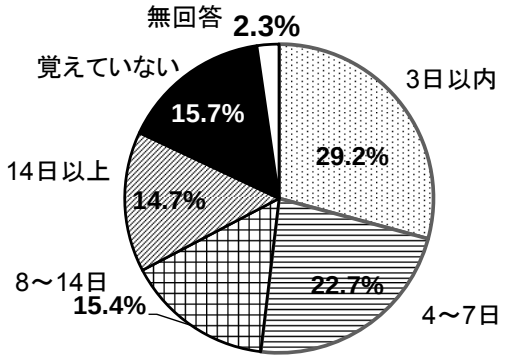
- 胃ろう検討時を振り返って困っていたこと、知りたかったこと(家族)



- 胃ろうを検討した期間(家族)



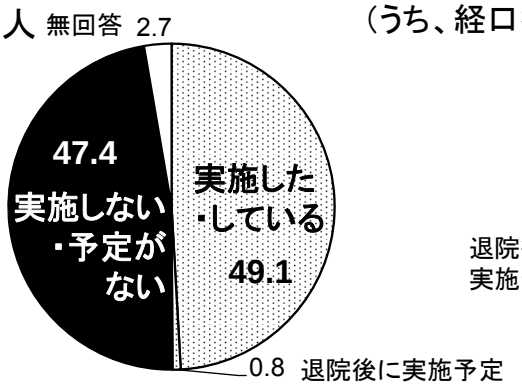
病院で提案されてから、手術を受けることを決めるまでの期間



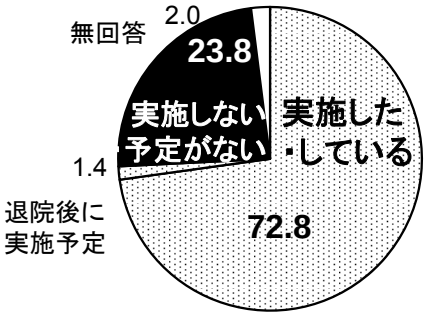
◆ 入院後に検討した人のうち、1週間以内に決めた・・・52%

4. 調査結果(5)造設後の摂食・嚥下訓練

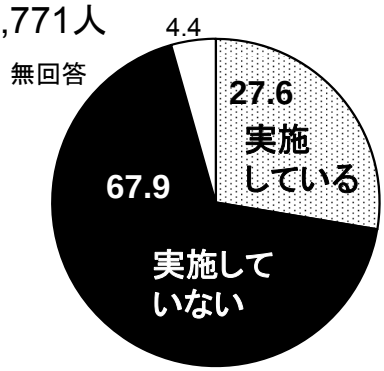
造設患者1,467人



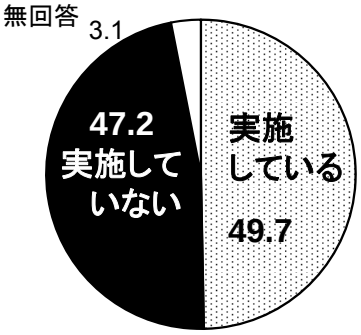
(うち、経口摂取に戻る可能性があった357人)



胃ろう造設した介護保険施設、訪看利用者2,771人

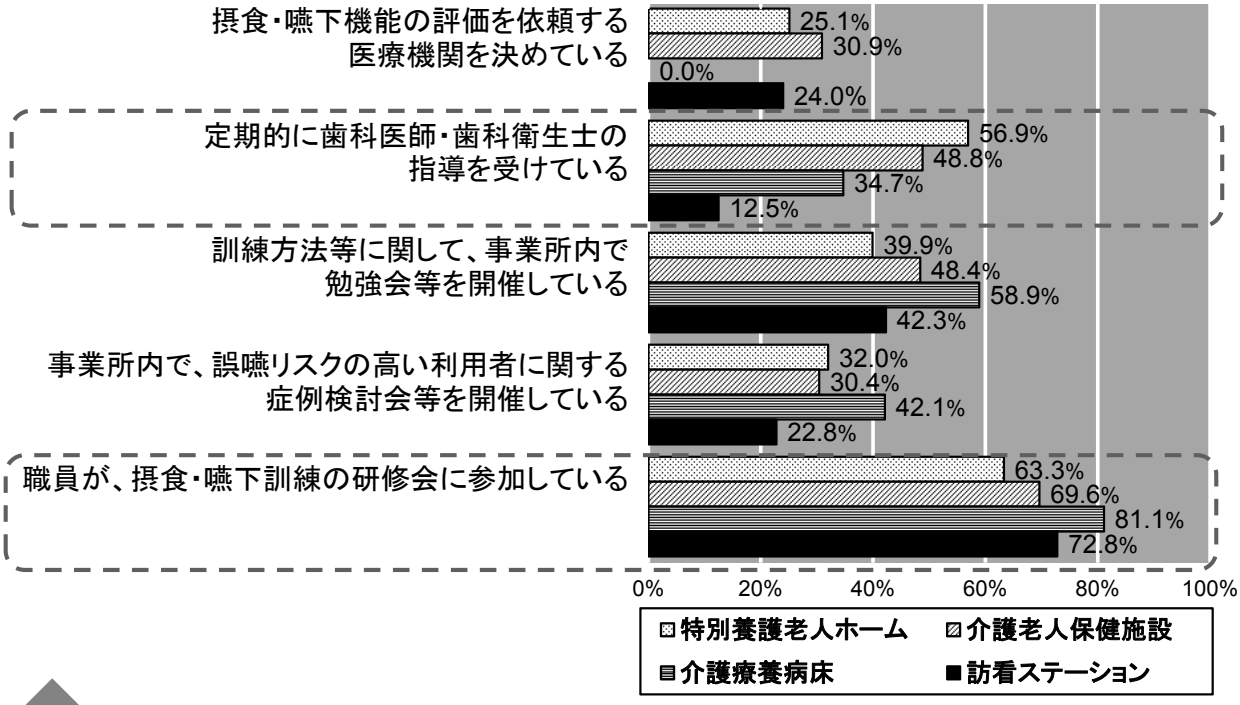


(うち、経口摂取に戻る可能性があった545人)



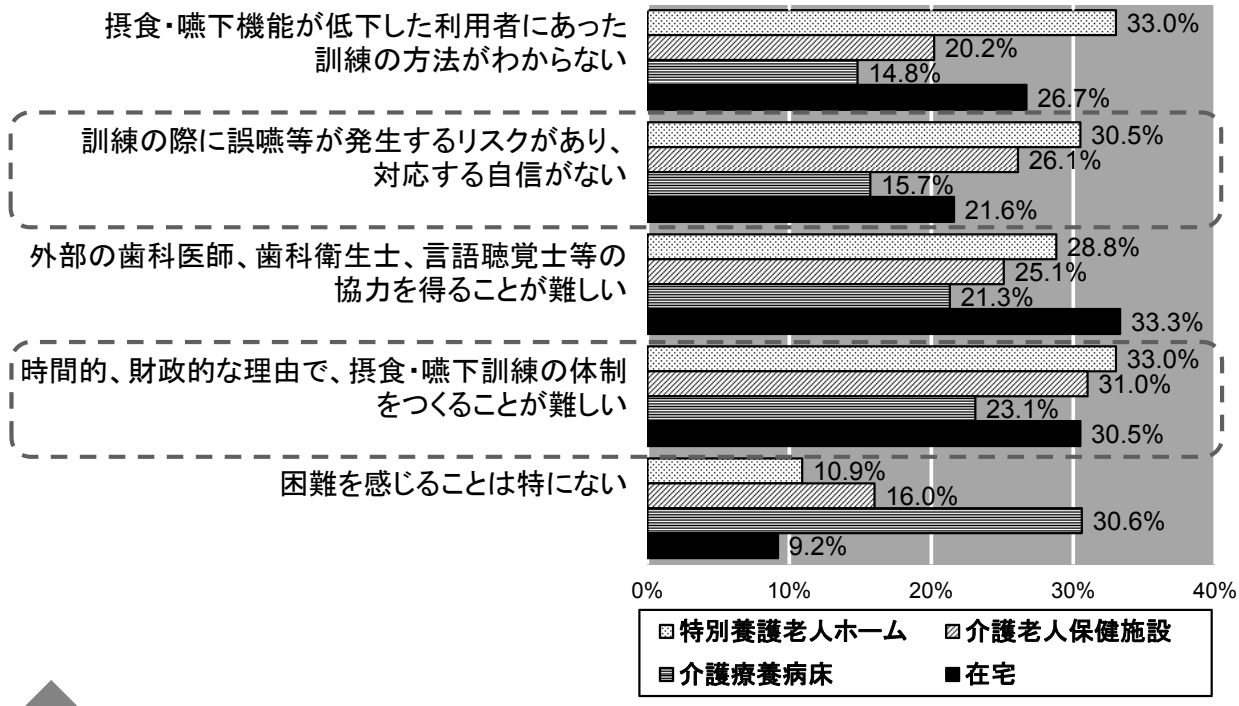
4. 調査結果（5）造設後の摂食・嚥下訓練

■ 施設・訪看ステーションとしての経口摂取の取組状況 【複数回答可】



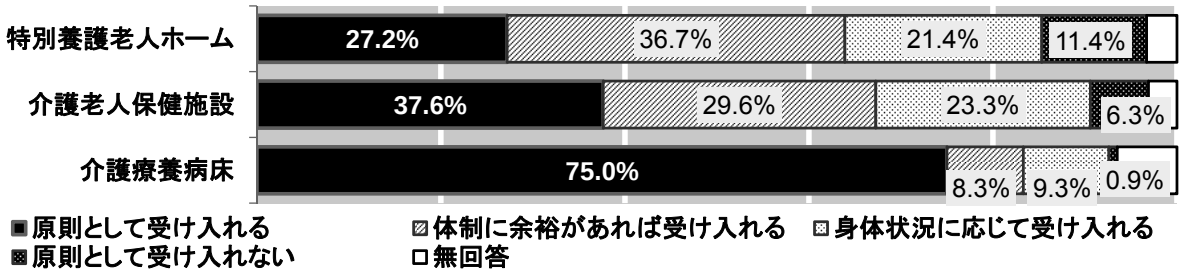
4. 調査結果（5）造設後の摂食・嚥下訓練

■ 摂食・嚥下訓練の実施にあたって困難を感じていること 【複数回答可】

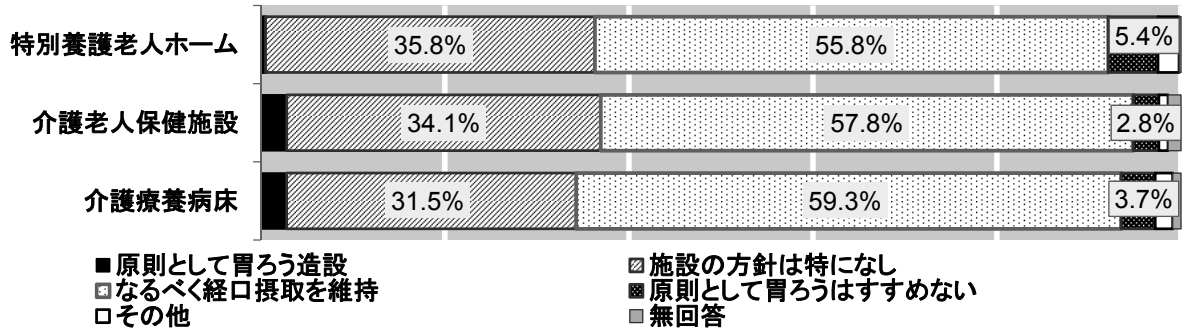


4. 調査結果(6)胃ろう造設患者の受入

■ 胃ろう利用者の新規受入方針(介護保険施設)

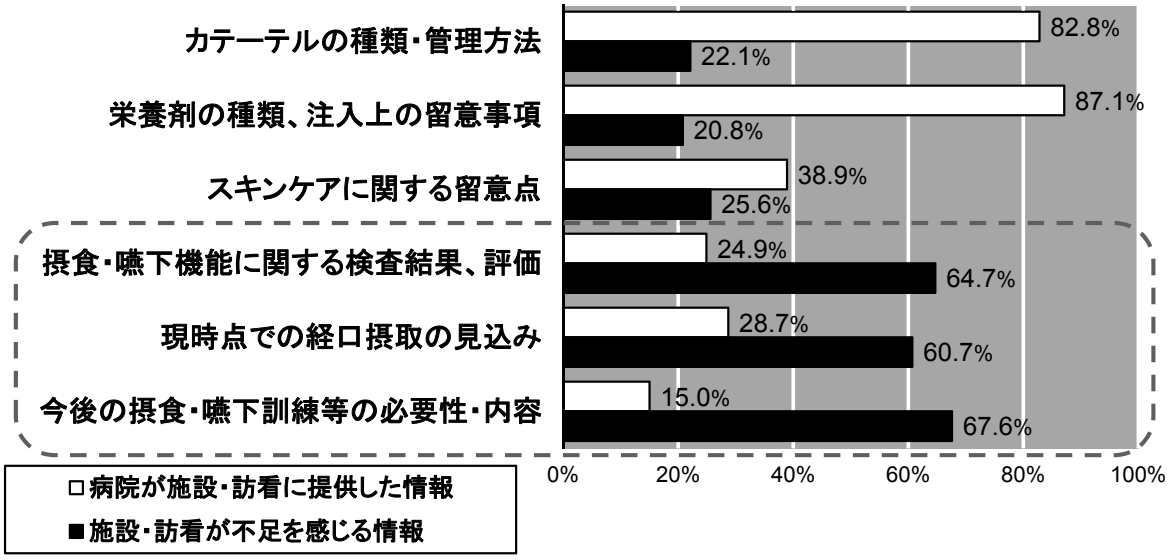


■ 食べられなくなった利用者への対応(介護保険施設)



4. 調査結果(6)胃ろう造設患者の受入

■ 病院から退院先(施設・訪看)への情報提供【複数回答可】

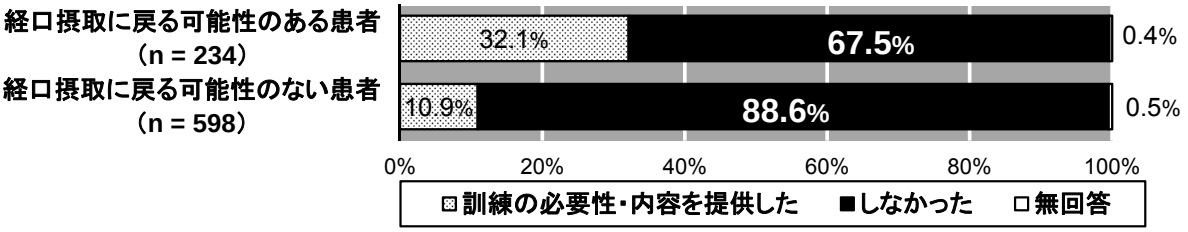


◆ 摂食・嚥下機能や摂食・嚥下訓練については、病院から退院先に情報提供されている割合は低い

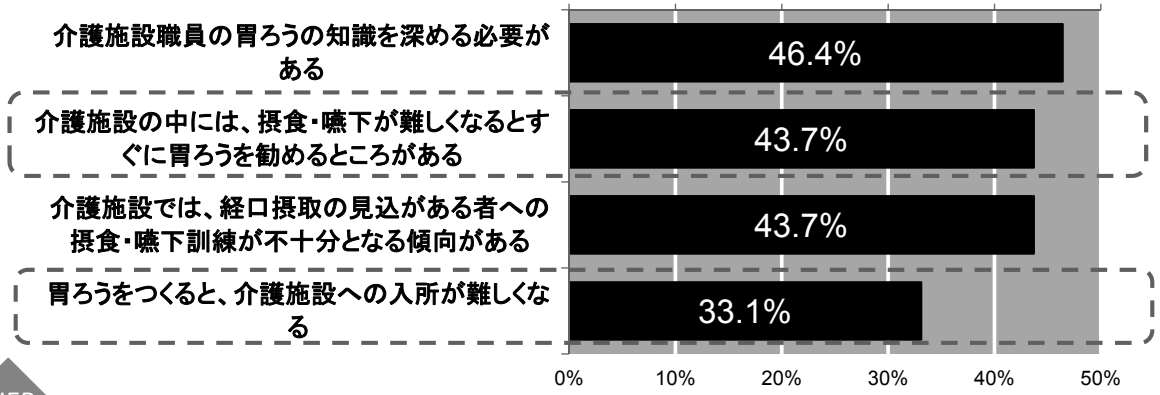
◆ 退院先の施設・訪看も、これらの情報の不足を感じている

4. 調査結果(6)胃ろう造設患者の受入

■ 病院から退院先への情報提供(今後の摂食・嚥下訓練の必要性・内容)

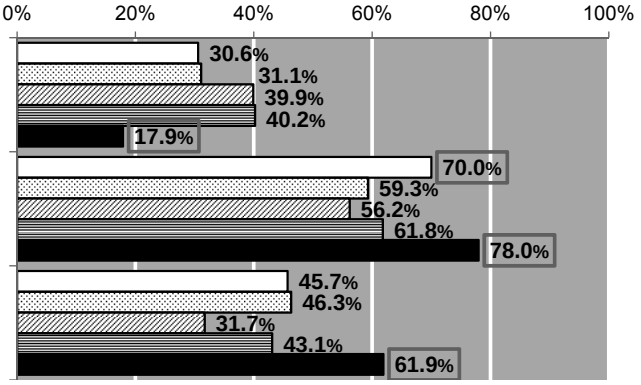


■ 病院からみた介護施設の受入【複数回答可】

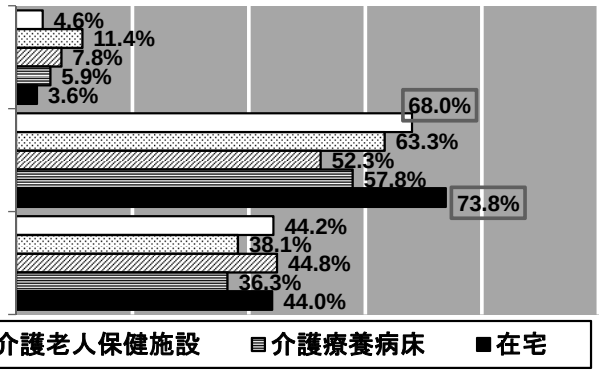


4. 調査結果(7)医師の意見

■ 誤嚥リスクについて【複数回答可】

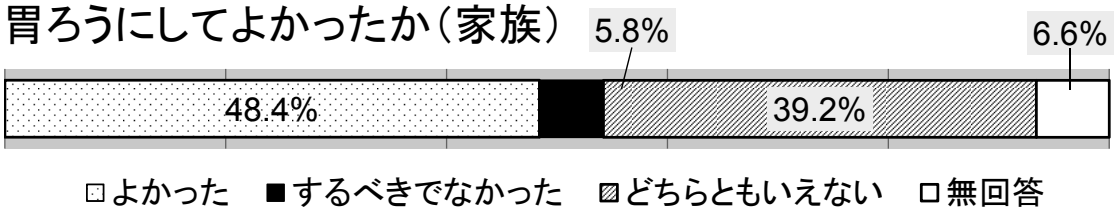


■ 胃ろうの中止について【複数回答可】

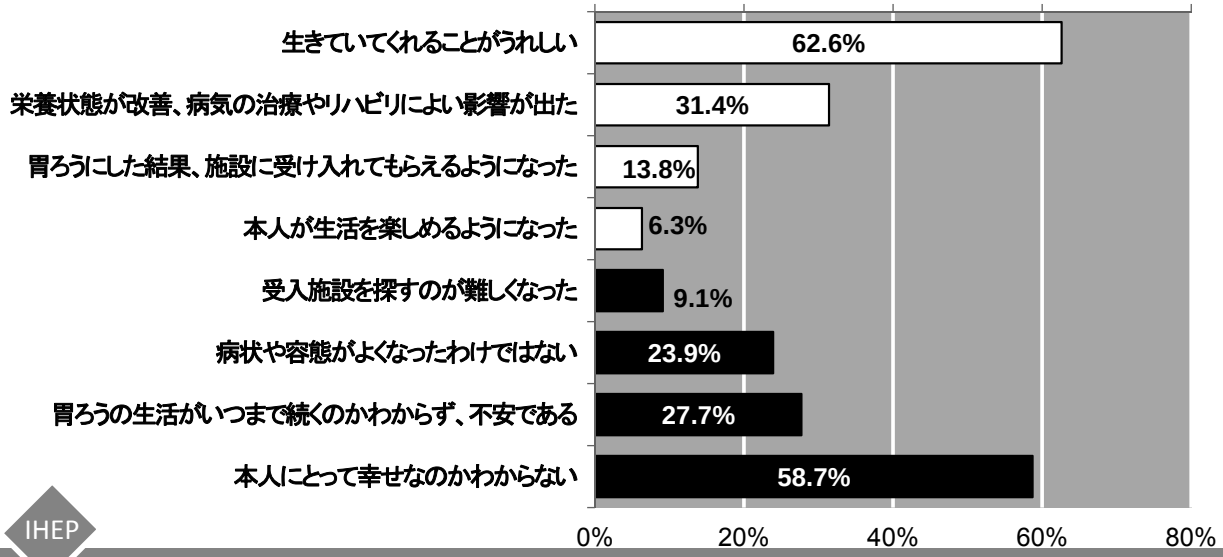


4. 調査結果（8）家族の意見

■ 胃ろうにしてよかったか（家族）



■ よかったこと、よくなかったこと（家族）【複数回答可】



4. 調査結果（9）自由回答より

■ 病院（職種を問わず回答）

- 急性期疾患ではインフォームド・コンセント不十分なまま中心静脈栄養が行われ、その絶食期間中に適切な訓練が行われず、結果的に摂食障害をつくりだしている。
- 急性期病院では、退院目的の胃ろう造設が多い。家族が意思決定で悩み時間がかかるため、急かすような形になる。
- 胃ろうを選択しない場合、「何もせず看取る」ことに大変な覚悟を必要とする。また、胃ろうを選択しない場合、行先がない。
- 誤嚥、熱発で救急車で運ばれれば、病院は治療する。病院に運ばず、最期までかかりつけ医がみてもよいのではないか。
- 今後、現在の６０才台などは自分の意志を子供に伝えておけるようになるのでは。

■ 介護保険施設・訪看ステーション（職種問わず回答）

- 常に（誤嚥）リスクが伴う利用者をケアすることの難しさを感じる。（特養）
- 高齢で嚥下の危うい入所者が多い中、薄い看護体制でどこまで対応できるか。安全面も確保しながら口から食べさせ続けるのは、相当な困難。（老健）
- 一般病院は、救命、退院が第一目標なので仕方ないが、「どうやって生かすか」という努力も「どうやって人間らしい最期を迎えさせるか」という努力も、同等に必要。（介護療養）
- 胃ろうを造設してしまうと胃ろうに頼ってしまい、経口摂取可能性のある利用者への嚥下訓練等が重要視されないのは現状の問題。（訪看）

4. 調査結果（9）自由回答より

- 医師（造設病院、介護保険施設、在宅医）
  - 胃ろうは価値中立的な医療技術であり、胃ろうを延命処置のように悪いイメージで語られる最近の風潮に危惧を抱く（在宅）。
  - 明確な適応基準、中止基準、法的根拠ができれば、これほど胃ろう患者はいない（介護療養）
  - 経口摂取もできない方を病院で何もせず見守ることは難しく、そういうケースの受け皿がほしい。誤嚥が明白なのに経口摂取を続けるのも難しい。（病院）
  - 胃ろうという手段がありながら「しない」選択をすることはとても勇気がいる。（特養）
  - 栄養がとれないことが老いの最期の段階であり、栄養・水分をとらない選択肢があること、自宅・施設でみとるということを理解できない人がほとんど。（病院）
- 家族
  - 家族としては延命を望んでいないが、病院から胃ろうを決断してほしいと言われ、看てもらっている立場なので従うしかなかった。回復を見込めない病状で一定期間を経たのち、治療や栄養の中止を選択できるシステムをつくってほしい。
  - 施設入所のための苦渋の選択。自宅ではみることができない。
  - 口から食べるリハビリをしてくれる機関がとても少ない。
  - 鼻チューブを入れる時の承諾はなく、その後胃ろうにしたが、チューブを入れる栄養方法をした以上、抜く考えはどうしてもできなかった。

5.おわりに

- 造設の現状
  - 経口摂取に戻る可能性があったのは24%、本人が胃ろう造設を理解していたのは23%
  - 造設前の摂食・嚥下機能評価、造設後の摂食・嚥下訓練が実施されていない例もある
  - 一方で、意識レベルが低い等、評価や訓練が難しい患者が多いのも事実
  - 本人の意思確認ができない中で、造設する病院、ケアをする施設・事業所、家族が戸惑いを抱えている現状
- 退院後の現状
  - 摂食・嚥下機能や訓練の必要性については、造設病院から退院先に対して情報提供される割合は低い
  - 病院からみると「介護施設の中には、すぐに胃ろうを勧めるところがある」（44%）、「胃ろうをつくると、介護施設への入所が難しくなる」（33%）
  - 受入先では、外部の専門家（歯科医師等）との連携、摂食・嚥下訓練の研修会参加等に取り組んでいるが、訓練の困難さも感じている
  - 病院から、造設しない場合の代替案、受け皿の必要性の指摘

5.おわりに

- 医師の意見
  - 経口摂取の継続、胃ろうの中止については、造設病院の医師、在宅患者を診る医師に、肯定的な意見が多い
  - 自由回答には、「経口摂取に戻る可能性のない高齢者の胃ろう造設」に否定的な意見、適応のガイドライン、差し控え・中止に関する法的整備を求めるものが多い

- 家族の意見
  - 「胃ろうによって、生きていてくれることがうれしい」(63%)、「胃ろうで生きていることが本人にとって幸せなのかわからない」(59%)
  - 自由回答には、本人の意思が確認できない中で「重要な決断をした」精神的な負担が記載されたものが多い

5.おわりに

（参考）本調査の報告書は、医療経済研究機構のホームページでご覧いただけます。

ここをクリック

ご清聴ありがとうございました

パネルディスカッション

パネルディスカッション

ショートレクチャー

国立障害者リハビリテーションセンター
自立支援局長
飯島　節　氏

パネリスト　ショートレクチャー

国立障害者リハビリテーションセンター　自立支援局長

飯島　節　氏

皆さん、こんにちは。それでは最初にパネルディスカッションの前座といたしまして、自己紹介を兼ねて、私の現状認識について少し話をさせていただきます。

（スライド 2 ページ）私自身はどんなことをやってきたかということですが、抗認知症薬、かつては抗痴呆薬といっておりましたけれども、そういった薬が開発できればという研究をやっておりまして、留学中に Phenserine という薬で特許を取りました。これはフェーズ 3 の入口ぐらいのところまで行ったのですが、残念ながらそこで開発が中止になってしまいまして、そうでなければ億万長者になっているはずだったのですが、そのようなことをやっておりました。

大学病院では、認知症高齢者の診療をずっとおこなっていたわけですが、残念ながら進行すると通院できなくなってしまい、それぞれの患者さんに対して老人病院を探して入院していただくという形になっていましたが、残念ながら安心して紹介できる病院が、当時はまったくございませんでした。

（スライド 3 ページ）その頃、老人保健施設という制度が新しくできたわけですが、栃木県で老人保健施設の施設長と、併設の有床診療所の院長という仕事がありまして、そちらに 1994 年から移りました。そこには特養も併設されておりまして、老健としては結構大きく 200 床ありまして、有床診療所 19 床、特養 50 床というようなところで 6 年間過ごしました。

（スライド 4～5 ページ）老健というところは、それまでは寝たきりばかりの老人病院しかなかったわけですが、それに比べますと、クリスマス会のような楽しいこともあって、高齢者が過ごす場所としては、ずいぶん改善されたというふうに認識いたしました。

（スライド 6 ページ）ところが実際に携わってみると、老健という施設は中間施設ということで、リハビリをやって、自立していただいて、ご自宅に帰っていただくという施設なわけですが、実際には家庭復帰できる方はほとんどいなくて、無理をして帰すと、家で寝たきりになって、床ずれを作って逆に戻ってくるということがあるということに気づきました。

そういう意味で、よくなって自宅へ復帰されるという方がほとんどいないという現実で、

ではその代わり何をおこなっていたかというと、全体で 200 床以上のベッドがありますので、年間 4、50 人の方をお看取りする。実際には老健から診療所のほうに最後は移っていただいて、診療所のほうで死亡確認するということがほとんどでしたけれども、この頃から「老健のいちばん重要な役割は、自立して帰っていただくことよりも、むしろ看取りなのではないか」というふうに考えるようになりました。

（スライド 7 ページ）なぜ、なかなか帰せないのかということですが、これはある日の入所者のリストです。毎日、何号室にどなたが入っているというリストを作るわけですが、その本物のリストです。実際にいま現在生きている実のお子さんが何人いるのか数えてもらいました。平均 3.5 人でした。3.5 人も実の子供が生きていても、やはり一人一人検討していくと、それぞれ事情があって、なかなか在宅での介護は難しい。仮に実の子と同居していたとしても、昼間は一人ぼっちになってしまうというような、そういう状況のためになかなか帰せないということがわかりました。

これは合計特殊出生率が 1.29 といちばん下がったときに作ったスライドですが、現在は 1.4 ぐらいで、少し回復してきたといわれていますが、今後どんどん子供の数が減っていくなかで、在宅での介護、あるいは看取りというのは、非常に難しいのではないかと考えるようになりました。

（スライド 8 ページ）これは 1980 年～2010 年にかけての、65 歳以上の高齢者のいる世帯構成の推移です。かつては我が国では三世代同居、おじいさんと、息子と、その孫が一緒にいるというような世帯で、介護や看取りが想定されていたわけですが、1980 年の時点でまだかろうじて 50%あるのですが、最近ではもう 20%以下になって、一人暮らしと高齢者の夫婦のみという世帯が、すでに過半数を占めるようになってきています。そういうなかで、「なかなか家庭復帰、在宅介護というのは難しい」という認識を持つようになりました。

（スライド 9 ページ）1997 年に日本老年医学会で倫理委員会というのが設置されまして、当時からずっと関わっておりました。最初から「終末期における経管栄養の是非」というものが一つのテーマになっておりまして、立場表明、あるいは先ほど町野先生からもご紹介をいただきました AHN ガイドライン、経管栄養のガイドラインなどの作成に携わってまいりました。

（スライド 10 ページ）これは現在の認識ということですが、ある時点で 10 万人の赤ん坊が生まれたとして、その時点における各年齢別の死亡率をそのまま適用したときに、何

歳で亡くなるだろうかというか、そういう死亡の分布を表したもので、いちばん左が 0 歳、いちばん右が 110 歳ということになっております。昭和 22 年と平成 22 年の二つのカーブがございます。昭和 22 年のところを見ると、なんといっても乳幼児の死亡率がものすごく高くて、20 代、30 代の若いときに、結核で亡くなる方がたくさんいた。さらに中年を過ぎると脳溢血、かつては脳卒中で亡くなっている方がいて、75 歳ぐらいで亡くなるのは高齢者のピークだったわけですが、今では若くして亡くなる方はほとんどいなくて、確率的に女性の場合ですと、すでに 91 歳で亡くなるのがいちばん普通の年齢ということになっています。

死というものは、だれにとっても決してありがたいことではありませんけれども、幼くして、あるいは若くして亡くなる死と、90 歳を過ぎて亡くなる死とでは、当然意味合いが違ってくるのではないかというふうに考えています。こういう若い人の死は、なんとしても防がなくてはいけませんが、人はいつかは必ず死ぬことになりますので、90 歳を中心にした死に対して、これからどういうふうに対応していくのかというのが、問われているのではないかと思います。

（スライド 11 ページ）これは死亡場所ということですが、ご承知のように死亡数が近年非常に増加してきている。いちばん左が 1951 年、いちばん右が 2050 年ということで、過去 60 年の実績と、今後 40 年の見通しということになりますが、その間、戦後 60 年のあいだに、亡くなる場所が自宅から病院へと、大きく転換したというわけです。今後さらに死亡数が増加するわけですが、それをどこで看取っていくのかというのが大きな課題ではないかと思われます。

このなかで、自宅での看取りを倍にしたとしてもまだ足りない。結局病院でもなく、自宅でもない、この第三の場所、ここに老人ホームや老健などが実はあるのですが、こういう場所での看取りというものを、今後考えていかなくてはいけないのではないかというふうに考えます。

（スライド 12 ページ）これは東京都区部における孤独死数のグラフです。東京都監察医務院が 23 区内の異状死を取り扱ったものですが、年間 5000 人近くの孤独死が実はあるのです。男性と女性で、実はこのパターンがまったく違いまして、男性の場合は 65 歳ぐらいがピーク、中高年で一人暮らしというのが非常に危ないわけです。それに対して女性は生命力が強くて、若いうちは一人でも頑張っていかれるのですが、やはり 80 歳、90 歳になっていくと一人で亡くなってしまうということで、これから超高齢者の一人暮らしと

いうのが増えていくわけですが、そういう方の看取りが、今後の大きな課題になるのではないかと思います。

（スライド 13 ページ）最近考えていることですが、あらゆる高齢者の終末期における緩和医療とケアの普及が望まれる。あとは食べられなくなるということが一つ問題なわけですが、認知症で食べられなくなる場合には、そこに至るまで認知症が発症してから 10 年以上の期間があるわけです。その 10 年間をどうするかということが大事で、最終的に食べられなくなったり、肺炎になったりするのは、むしろ認知症の結果として起こってくるものであります。ですから本当の死の原因は、むしろ認知症なのだというような認識が必要ではないかと考えています。

今後独居高齢者が増える、そこで、病院でも自宅でもない、医療と介護が同時に提供できる第三の場所、今日のテーマが「医療と介護の連携」ということになっておりますが、そういうことが今後の課題であるというふうに認識しております。以上です。ご清聴ありがとうございました。

医療経済研究機構第19回シンポジウム

「終末期に至る高齢者を支える医療と介護の連携のあり方」

2013年9月18日

国立障害者リハビリテーションセンター
自立支援局
飯島　節

1

～1994年3月

- 抗認知症薬の開発　Phenserineで特許
- 大学病院で認知症高齢者の診療
- 進行すると通院できなくなる
- 安心して紹介できる病院や施設がない

2

1994年4月～2000年3月

- 老人保健施設施設長　200床
- 有床診療所院長　19床
- 特別養護老人ホーム嘱託医　50床

3

有床診療所　老人保健施設

4

老人保健施設　クリスマス会

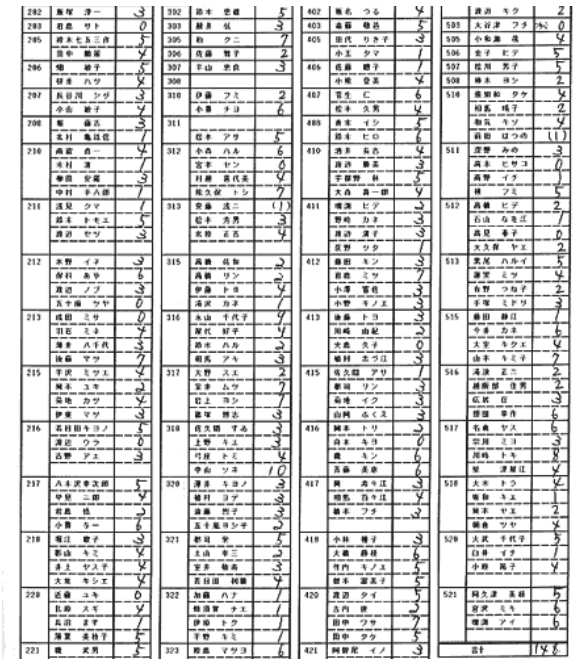
5

1994年4月～2000年3月

- 家庭復帰できる人はほとんどいない
- 老健から自宅へ退所するとADLが低下する
- 年間40人～50人死亡→看取りこそが老健の役割？

6

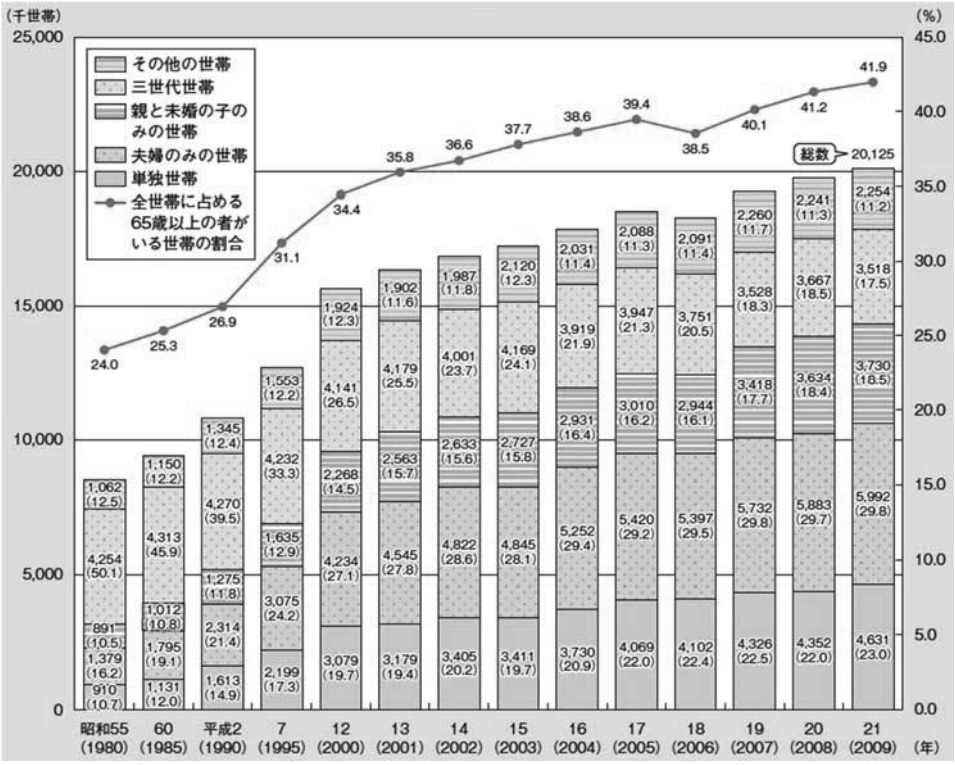
家族はいても在宅介護はできない



- 老人保健施設M苑入所者191人の現存する実子数（平成9年）**3.5±2.1人**
- 合計特殊出生率（平成16年）**1.29**

7

65 歳以上の者のいる世帯数及び構成割合（世帯構造別）と全世帯に占める65 歳以上の者がいる世帯の割合



8

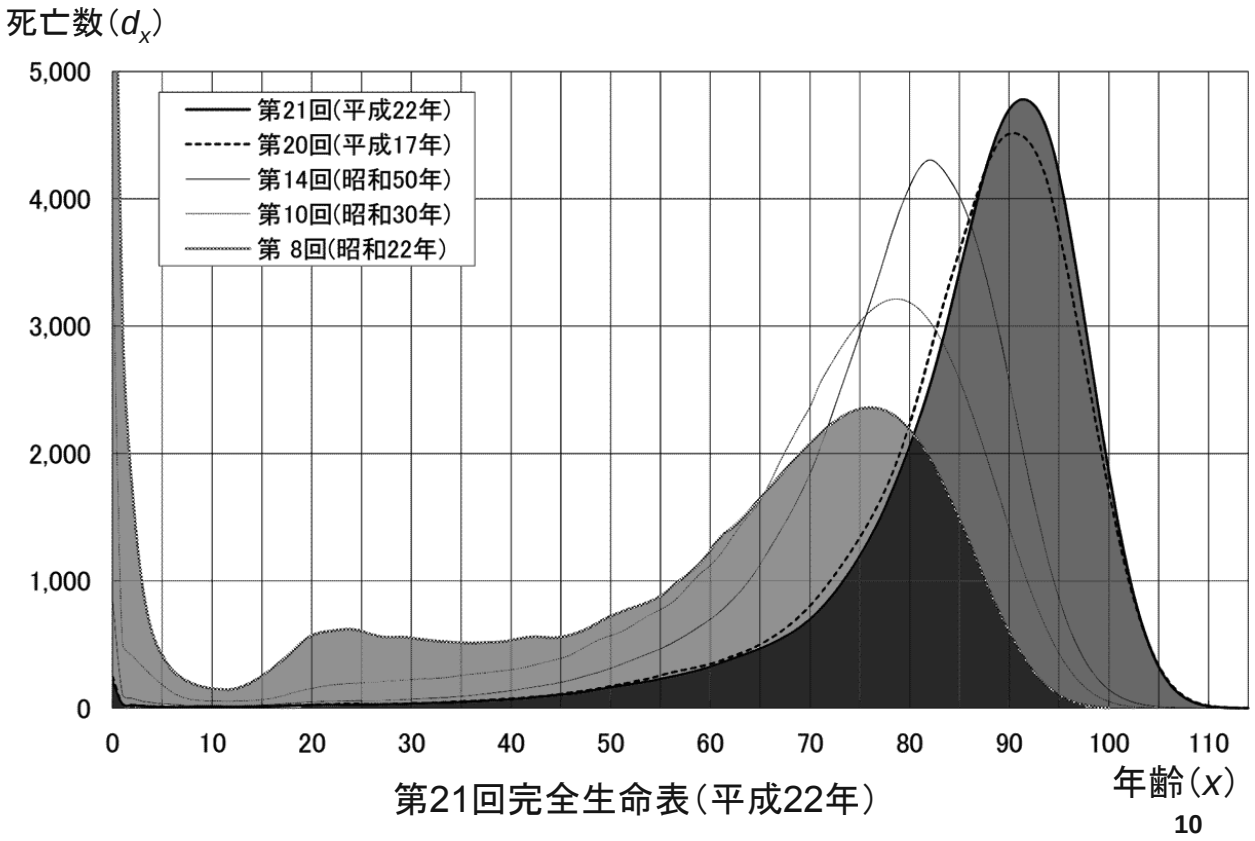
平成23年度版高齢社会白書： 昭和60年以前は厚生省「厚生行政基礎調査」，昭和61年以降は厚生労働省「国民生活基礎調査」

日本老年医学会　1997年～

- 倫理委員会において高齢者の終末期医療のあり方について検討　当初から終末期における経管栄養の是非をテーマとした
- 2001年　日本老年医学会の立場表明
- 2012年　立場表明2012
- 2012年　AHNガイドライン

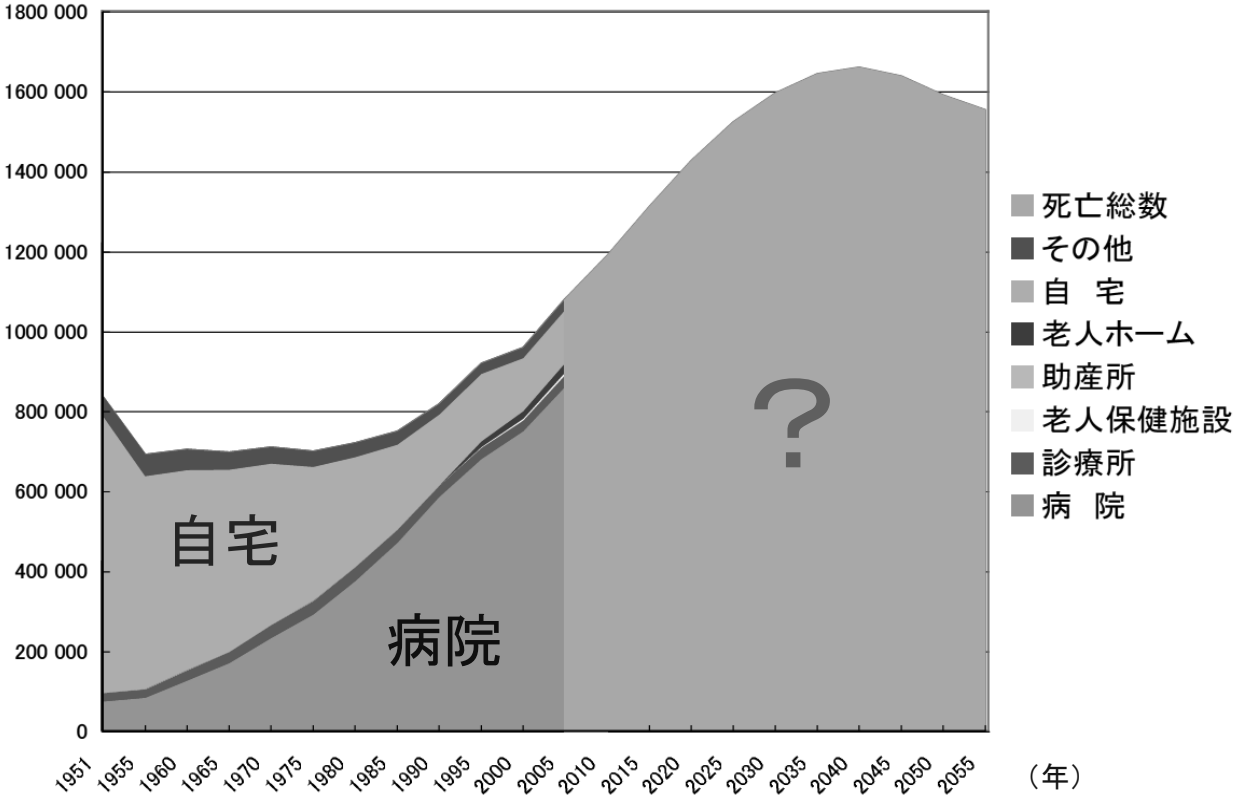
9

死亡数の推移（女性）



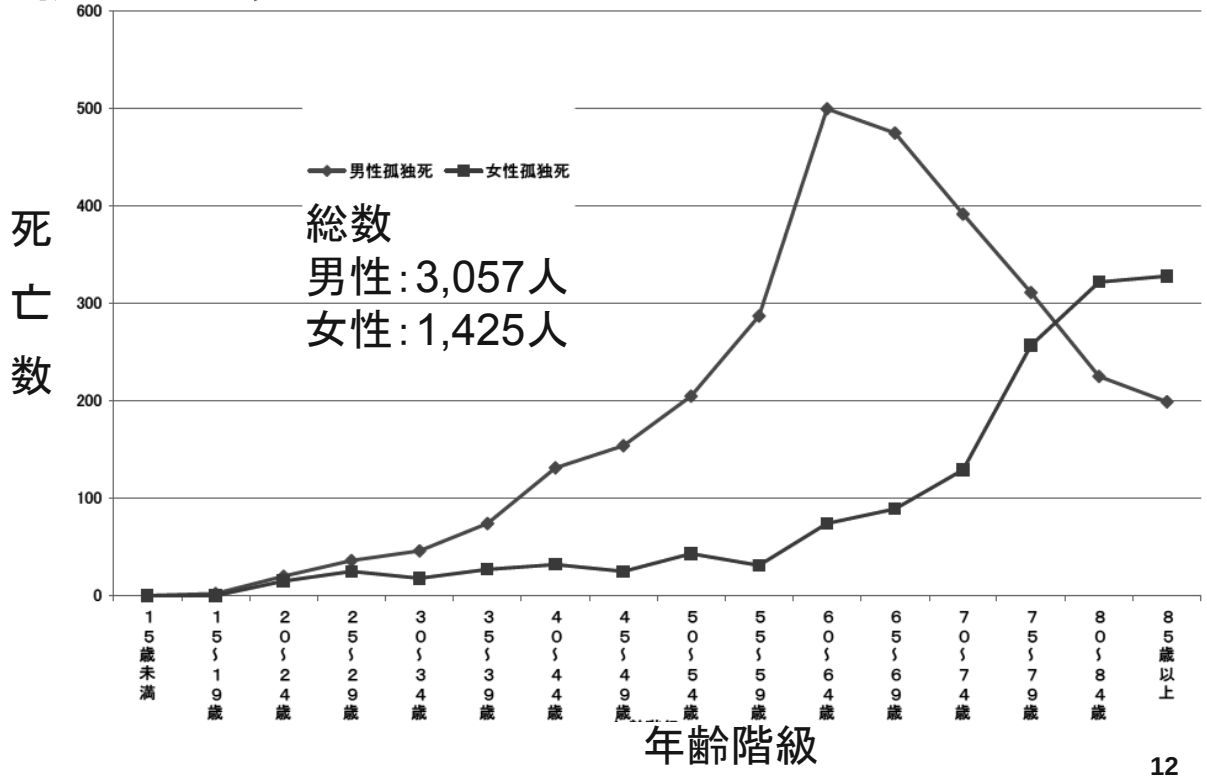
10

年間総死亡数と死亡場所の推移



2005年までは実績（人口動態統計），2010年以降は推計（国立社会保障・人口問題研究所）

東京都区部における性・年齢階級別の孤独死数 （東京都監察医務院，平成24年）



2000年4月～

- あらゆる高齢者終末期における緩和医療とケアの普及が望まれる
- 「認知症は死にいたる病である」という認識が必要である→食べられなくなるまでの10年間のケアが大切
- 独居高齢者の増加への対策が課題である
- 病院でも自宅でもない，医療と介護が同時に提供できる，第3の場所の確保が求められる

パネルディスカッション

ショートレクチャー

あおぞら診療所　理事長／院長
川越　正平　氏

パネリスト　ショートレクチャー

あおぞら診療所　理事長／院長

川越　正平　氏

あおぞら診療所の川越と申します。在宅医療を主におこなう診療所で仕事をしております。本日は「医療と介護の統合と在宅における意思決定支援」というタイトルでお話をさせていただきます。

（スライド２ページ）お手元の資料には、三つの話題をスライドとしてご用意してありますけれども、今日は、三つ目の「本人同意のない意思決定プロセスの支援」というところに限定してお話をさせていただきたいと思います。

実際に在宅医療の現場で、どのように意思決定支援を行っているかということについて、本人同意を確認できず、胃ろう造設を検討する場合を例に挙げさせていただき、在宅医療の現場における意思決定支援の手順化を試みました。

キーワードとしまして、現在の状態ということだけではなく、過去のことや、未来のこと、そういう時間軸を意識して考えるということを、一つ挙げさせていただきたいと思います。それからこのタイトルにも挙げました、医療と介護の内容が統合されていないといけない、ということを示させていただきます。

（スライド７ページ）それでは、７枚目のスライドからお話しをさせていただきます。現状の胃ろう造設の決定プロセスはいったいどうなっているかを改めて考えてみますと、例えば誤嚥性肺炎を生じてしまった、もしくは経口摂取、すなわち食事がしっかりと摂れなくて、困難な状態に陥っているという医学的な状態にあります。それから胃ろう造設について不適応ではないということ。これは具体的に言いますと、例えば過去に胃切除術が行われているため胃ろう造設ができないというような場合や、腸閉塞という病態があり、経腸栄養自体が適応になりませんというようなことがない限り、医学的に不適応ではないということも可能だと思います。

そして、しばしばありますが、本人の意思確認ということは難しいけれども、ご家族になんらか説明をしたら同意が得られたという、これら三つのことが満たされさえすれば胃ろう造設を施行するというようなことに、現場ではなっているのではないかと憂慮します。

ただ、話はそんなに簡単ではありません。実際に在宅の現場では、もっと複雑な手順を踏んで、実際にどうするのがいちばんこの方にとってよかろうかということを、関係する

人たちで話し合うということを行っております。ディスカッションのための材料として、二つの事例をここでお示ししたいと思います。

（スライド 8 ページ）例えば、「乳房切除術を拒否する進行乳癌の 30 歳女性」という方がもしいらっしゃったと仮定して考えていただければと思います。この方は本当に乳房切除術をおこなうと、5 年生存率がこのような成績です、化学療法や放射線療法を併用すると、もっといい成績があります、手術をしない場合は非常に数字が悪いです、そのようなご説明をするかと思います。それでも、どうしても本人が同意をなさらないという場合に、この方に無理やり全身麻酔をかけて手術をするということは、許容されるはずがありません。

（スライド 9 ページ）もう一つの例を挙げさせていただきます。「遷延性意識障害の女性に生じた進行乳癌の手術の適否」ということであります。例えば頭部外傷のため遷延性の意識障害になっている方に、見つかったときにはすでに自壊していて、出血や浸出液がかなり出ているような乳癌が見出されるということは、実際にあり得ることかと思います。そういう場合に、もちろん本人同意は確認できないわけですが、その乳癌に対して手術をしたほうがよいかどうかというのは、非常に悩ましいのではないかと思います。

実際の臨床現場で、もしそのようなことが起きた場合には、例えばその病院の倫理委員会に図られて、たくさんの議論がなされた結果として、「手術をしましょう」、または、「手術を控えましょう」ということが結論づけられるのではないかと想像します。

（スライド 10 ページ）これは米国内科学会が 1999 年に示した、コンセンサス・ベースド・アプローチというものです。本人同意が確認できない場合に、どうやって意思決定をするかというようなことが示された論文です。

簡単に申し上げますと、まず意思決定に参加する人を集めること。そして現在の病態、どうしてこういう状態になったかということを評価する。それから今後どんな経過が予測されるかということを伝える。そして本人の QOL や尊厳を代弁する。そのような手順を踏んで、最終的に関係者でコンセンサスを作り上げていく、そのような手順が重要だという提言です。ただし、今日の我が国にこの方法を応用するためには、より高齢者多死社会が進行しているわけですし、病気だけではなく、要介護状態、認知症などの様々な問題が合併している場合が、多数にのぼっていることから、医療と介護の統合という観点が必要不可欠だということを指摘しておきたいと思います。

（スライド 11 ページ）それでは、実際に在宅医療の現場でどのように意思決定を支援

しているか、ということをご説明したいと思います。まず一つ目の段階です。病院の医療従事者の方が、肺炎の状態が治った直後ぐらいに、胃ろう造設の検討をなさるかもしれません。しかしそのときは肺炎が治ったけれども食べられないという、現在の状態から得られる情報だけに基づいて検討をすることになりかねませんが、それだけでは現実は不十分かと思います。ですから、ご家族はもちろんですが、加えて生活背景についてこれまでの経過を把握している在宅医、訪問看護師、そしてケアマネジャーをはじめとする介護職の方に、なんらかの形で関わっていただくことが、非常に大切になってくるかと思います。

次に、現場では、「肺炎を繰り返していることは重大な事態ですよ」、「このまま食べられなければ死に至りますよ。だから胃ろうを作る以外に選択肢がありません」というような説明になりかねません。ただ、この説明では、やはり術前評価としては十分ではないと言えます。例えばどのような形態のお食事を召し上がっていたのか。そして座位のとり方、介助するときのひとさじひとさじの量、速度、そのようなことでも嚥下の状態は変わってくるかと思います。そして、適切な嚥下リハビリテーションの介入を試みたけれども、それでも食べられないのかどうか。そしてきちんとした、先ほどの調査報告にもありましたけれども、術前の嚥下評価が必ずしも行われていないというようなことも、実際に伺っております。そのような医療ケア介入をきちんと実施したうえで、胃ろう造設に適応があるということを確認する必要があると思います。

（スライド 12 ページ）三つ目ですが、仮に胃ろうを造設したとして、介入後の全身状態がいったいどうなるのか。どんな生活を送ることにになるのかということを、あらかじめ説明する必要があると思います。例えば術後の 1 年後、3 年後に生存している可能性がどのぐらいあるのかというようなことを、乳癌の例の場合数字でお示しすると思います。全身状態が胃ろうを造設すると改善する可能性があるのか、嚥下機能が改善する可能性がどのぐらい見込まれるのだろうか、そのようなことを本来はきちんとご説明するべきだと思います。

そして、実際に経管栄養管理というケアを継続しておこなう必要があるため、それをだれがやることになるのか、どこの場所で療養するのか。さらに、造設後も継続して摂食・嚥下リハビリテーションが必要なはずなのですが、それが実行可能なのか。そういうことまでの情報を総合して、療養場所を考えたり、その方の生活の質がそのような条件の下でご本人がどのように感じられるだろうかということを吟味するという手順が必要だと思います。

さらに4つ目としまして、過去に発せられた言葉やその方の人生観、また近親者の方の疾病や死に際しての言動等が非常に重要な手掛かりになるかと思います。もし、特に身内の方が亡くなったような場合に、葬儀の場面で「つらい思いをされたらしい」などという話があって、「そんなことは自分ならやってほしくないね」などとおっしゃっていたという情報がもしあったら、貴重な手掛かりとなると思います。このような、「受けたくない医療行為」を類推できるような情報は意思決定支援において極めて貴重だということができます。このように考えてきますと、患者さんにとって、苦痛を伴う医療行為を、ご家族が同意しただけで実施が許容されるというように短絡することはできないと改めて感じます。

（スライド13ページ）以上まとめますと、家族だけでなく、関与する医療・介護職が参加し、ケア介入や嚥下機能について評価をおこない、介入後の状態像、そして療養場所やQOLを吟味する。その方の好みや人生観、これまでの言動などを手掛かりとする。病院では非常に刹那的な情報で対応せざるを得ない、在宅医療自体にも密室性という問題点がございます。そういうことを克服するために、そして本人同意がないわけですので、このような丁寧な手順を踏まなければいけないと思っております。

（スライド14ページ～）まとめのスライドです。現在、肺炎がある、食べられないという状態がある、医学的に不適応ではない、家族の同意がある、これのみをもって胃ろう造設をするというようなことが、しばしば行われているかと思います。しかし、そこで家族が同意するというのも、やはりこのような状態で「造設が適応です」という説明をされると、ご家族は本当の意味での造設の適応はよくわからないかもしれませんし、その後の療養経過は想像がつかないかもしれませんが、「よろしくお願いいたします」と医師に言われるがままに同意してしまうことになりかねないと思います。

在宅医療の現場では、もっと細かくご相談をしています。事前にケアによる回復可能性を評価をしておりますし、過去のこれまでの従事者の感触、過去のご本人の言動を情報として集約する。そして未来にどのような状態で過ごすことになるのか、療養場所はどこになるのかというようなことを踏まえて、現在・過去・未来という時間軸、そして医療と介護の情報を統合するということではじめて、意思決定を支援することができるのではないかと考え、実践しています。以上、ご清聴ありがとうございました。

医療経済研究機構 第19回シンポジウム

医療と介護の統合
と
在宅における意思決定支援

パネルディスカッション

「終末期に至る高齢者を支える医療と介護の連携のあり方」

2013年9月18日　ニッショーホール

あおぞら診療所　川越　正平

1

医療と介護の統合と意思決定支援

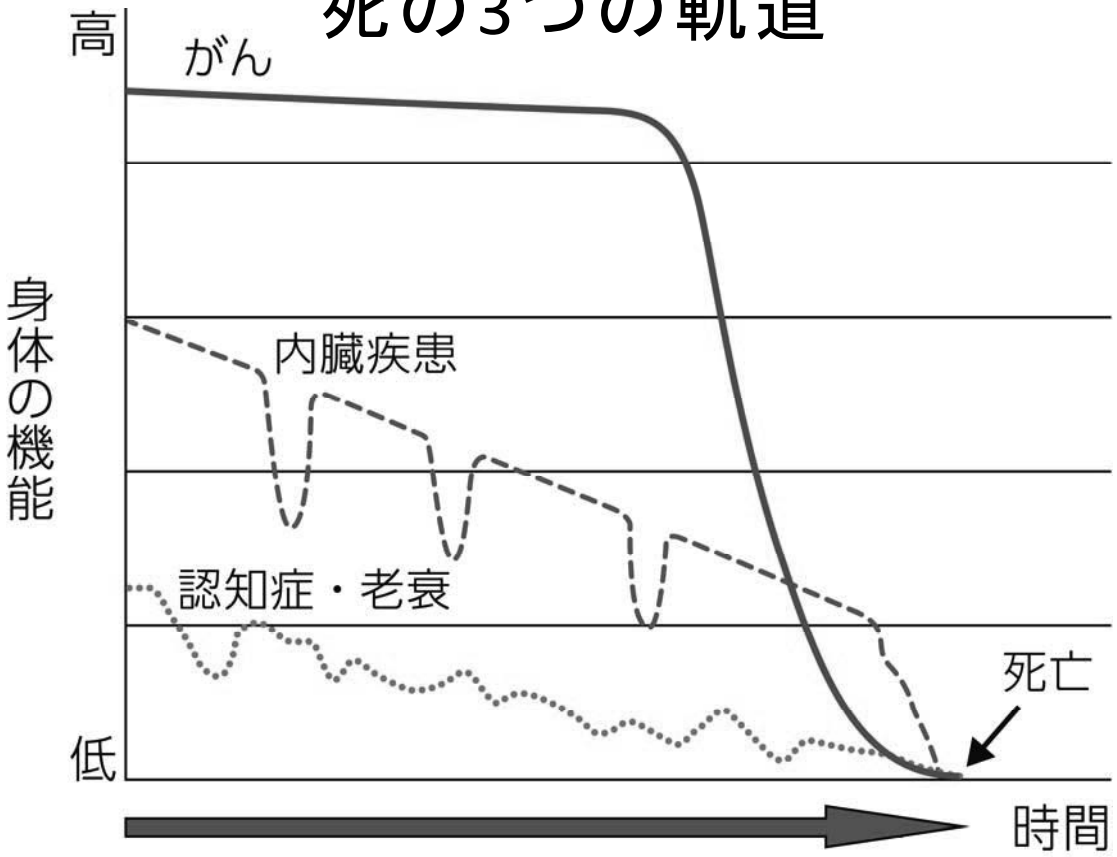
- 終末期に至る高齢者を支える多職種協働
  - ≫ “軌道”の低下を防ぐ地域立脚型統合ケア
- 医療と介護を統合する意義
  - ≫ 認知症のステージアプローチを例に
- 本人同意のない意思決定プロセスの支援
  - ≫ 本人同意を確認できず胃ろう造設を検討する場合を例に、在宅医療の現場における実践手順化の試み

    “ファイブ・ステップ・アプローチ”

    キーワード：「時間軸」「医療と介護の統合」

2

死の3つの軌道



Lynn J. Serving patients who may die soon and their families. JAMA 285(7), 2001

“医療と介護の統合”とは

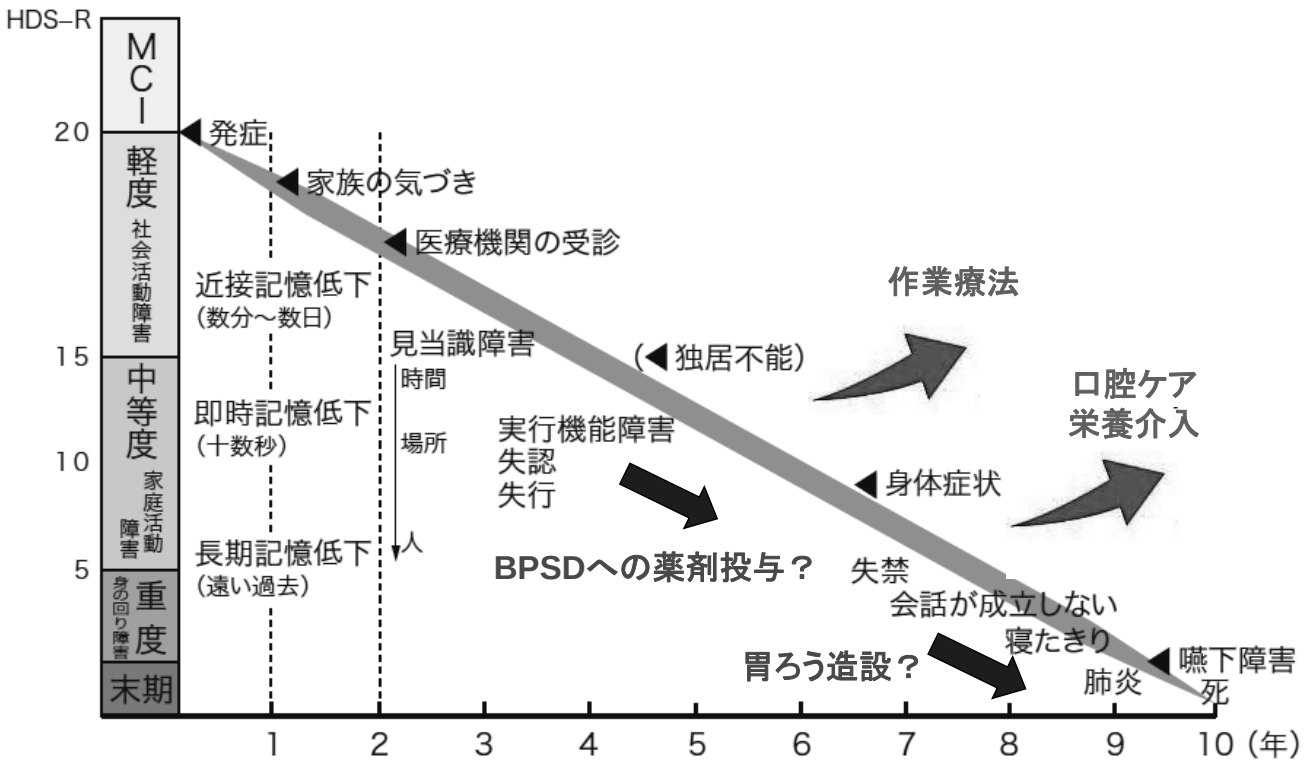
医療は、介護が把握している膨大な生活情報をリアルタイムに医療介入へ反映させる

尿失禁や食事中のむせ、夜間せん妄など必ずしも診察時に観察できない生活情報を介護から得ることによって、例えば薬剤の副作用に由来すると判断しうる

介護は、医療が未来予測を提示することによって提供すべきケアの方向性をつかむ

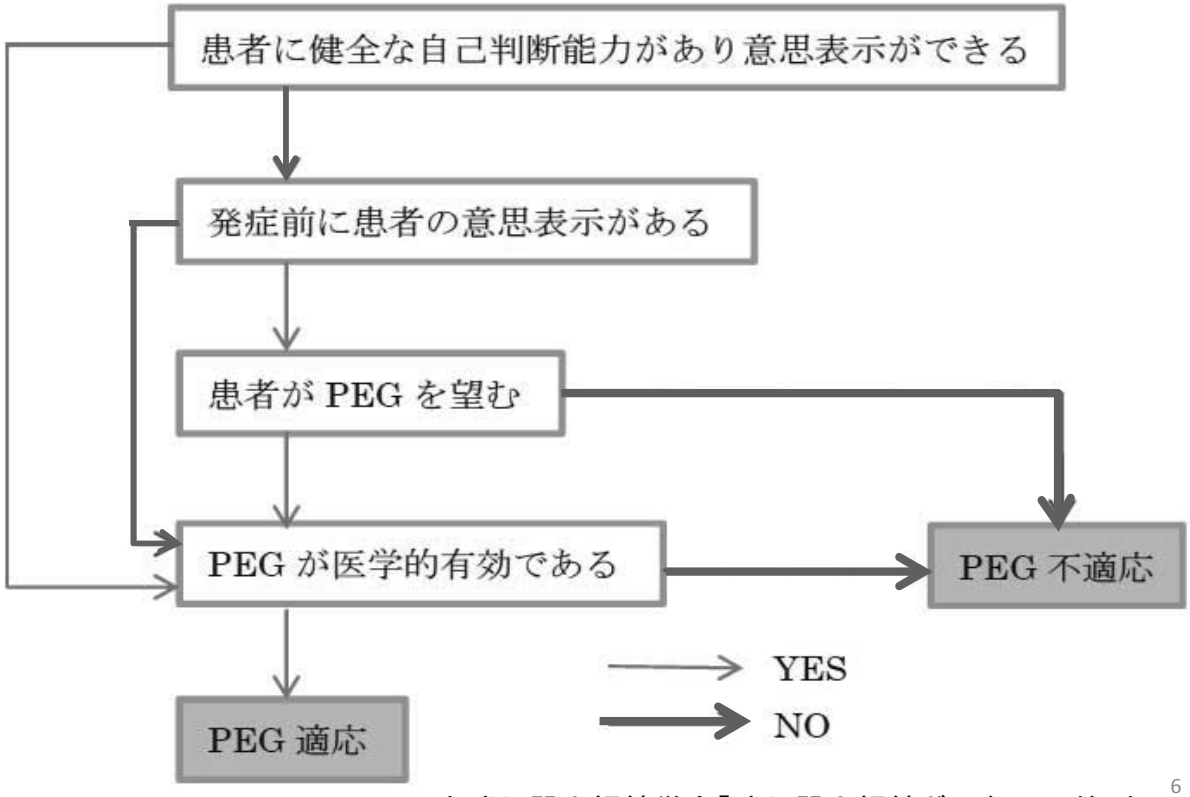
病態がもはや回復不能であり終末期が近づいたという医療の判断をもとに、栄養やリハビリの介入、介助方法などについて緩和ケアの観点から再構築する

（例）認知症のステージアプローチ



PEG適応のアルゴリズム

～PEG不適応と判断されなければ造設する？～



日本消化器内視鏡学会「消化器内視鏡ガイドライン第3版」（2006）

現状の胃ろう造設決定プロセスは三段論法？

誤嚥性肺炎 or 経口摂取困難

↓

医学的に不適応ではない

↓

（本人の意思確認は困難だけれども）

↓

家族の同意が得られた

↓

胃ろう造設術を施行する

7

本人同意が得られない場合の臨床対応の例

乳房切除術を拒否する
進行乳癌の30才女性

8

本人同意が確認できない場合の臨床対応の例

遷延性意識障害の30才女性に生じた進行乳癌手術の適否

9

本人同意が確認できない場合の意思決定支援

（コンセンサス・ベースド・アプローチ：米国内科学会 1999年）

意思決定に参加する関係者の決定

↓

臨床経過の把握と現在の病態評価

↓

今後予想される臨床経過を伝える

↓

患者の生活の質や尊厳を代弁する

↓

関係者によるコンセンサスの形成

＊今日の我が国に応用するには「医療と介護の統合」という観点が必要不可欠

本人同意がなく胃ろう造設を検討する場合

① 家族に加えて、生活背景やこれまでの経過を把握している医療職や介護職の関与が必要

≫病院の医療従事者による「現在の状態像から得られる情報」だけに基づく検討では不十分

＊代理意思決定者として真にふさわしいのは「患者の意向を最も代弁してくれる人」

② 食形態・介助方法・嚥下リハビリなどケア介入の効果判定や嚥下機能の評価判定を行う

≫「肺炎を繰り返していることは重大な事態」
≫「このまま食べられなければ死に至る」という説明に止まらないｱｾｽﾒﾝﾄや介入が不可欠

11

本人同意がなく胃ろう造設を検討する場合

③ 介入後の全身状態（嚥下機能を含む）や生活状況、想定される療養場所やQOLを吟味する

≫術後生存率や全身状態の改善可能性を検討
≫ケアの継続やリハビリの実行可能性を検討

＊数字の高低を造設の適否に短絡するのではない
＊医療が療養場所の決定に大きな影響を及ぼす

④ 過去に発せられた言葉や人生観、近親者の疾病や死に際しての言動等が手がかりとなる

≫“受けたくない医療行為”を類推できる情報

＊患者にとって苦痛を伴う医療行為を「家族が同意したから実施が許容される」とは短絡できない

12

本人同意のない胃ろう造設に関する意思決定支援

家族と関与する医療介護職が参加する

ケア介入や嚥下機能について評価する

介入後の状態像や療養場所を吟味する

好みや言動が有力な手がかりとなる

外部の医師等が確認する手順を踏む

＊「在宅の密室性」や「病院の刹那性」を考慮した手順を踏む必要がある

13

本人同意のない意思決定プロセスへの提案

⑤ 意思決定記録文書にこれらのプロセスを記載し第三者の医師等が確認する形式的手順を踏む

≫在宅医療に従事する医師や看護師等が適任

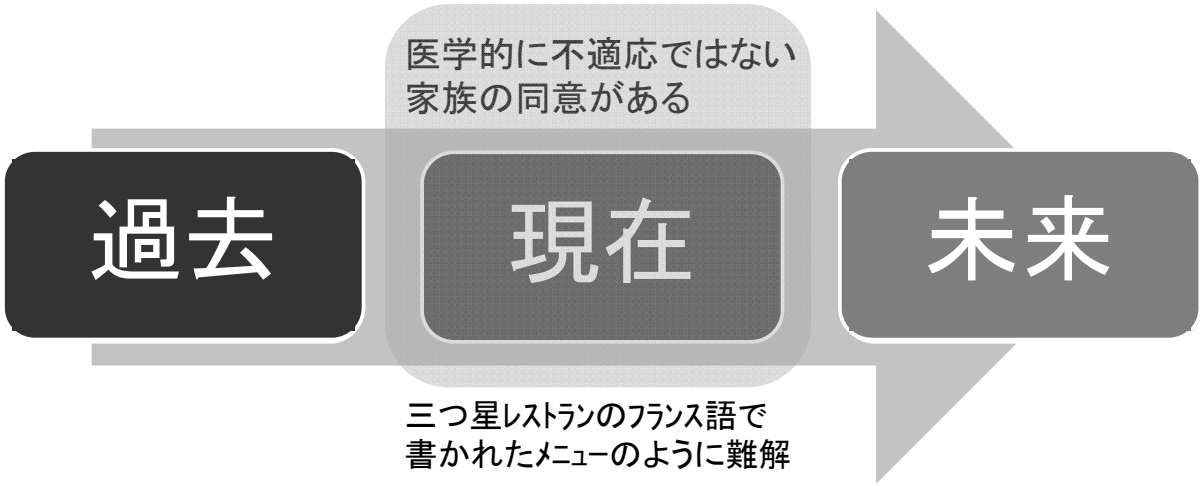
≫在宅医療拠点や地域ケア会議、地区医師会や訪問看護ステーション協議会等の協力を想定

≫老人保健施設や有床診療所も受け皿となり得る

＊決定プロセスを書類上で形式的に確認する手順により、現場に過剰な負担をかけることなく、健全性・透明性が担保されることを期待（介護認定審査会がよい先例となりうる）

14

「時間軸」と「医療と介護の統合」を重視する意思決定プロセス



① 関与する医療介護職が参加

② 医学的評価にケア介入の評価を加味する

③ 介入後の状態像や療養場所等を吟味する

④ 好みや言動が手がかりとなる

15

本人同意のない意思決定にまつわる課題

- 基礎疾患ごとの治療成績や全身状態の予測等についてエビデンスの集積がいまだ不十分
- 食形態の工夫、口腔ケア、嚥下リハビリ等に要する人材や資源が病院でも地域でも不足がち
- 退院後の療養場所の選択肢が実際には限られる
- 限られた時間の中で決断を求められる家族の苦悩
- 丁寧な手順を踏むことによって入院期間の延長を招き、病床利用や経営に支障を来たしかねない
- 呼吸不全の急速な進行など、時間的猶予がない病態への応用には限界がある

16

パネルディスカッション

ショートレクチャー

訪問看護ステーションみけ
代表取締役／所長
椎名　美恵子　氏

パネリスト　ショートレクチャー

訪問看護ステーションみけ　代表取締役／所長

椎名　美恵子　氏

皆さん、こんにちは。ご紹介いただきました訪問看護ステーションみけの椎名です。昨年度いろいろな研究に参加させていただいたのですが、普段は普通に訪問看護師をしておりますので、本日は「終末期に至る高齢者を支える」を、訪問看護ステーションの立場から見ていきたいと思います。

（スライド 2 ページ）私どもの施設「訪問看護ステーションみけ」ですが、2003 年に開業し、看護師 14 名、理学療法士が 7 名、残念ながらＳＴさんはおりません。事務 3 名で、利用者数が 200 名、訪問件数がひと月 1250～1350 ぐらいで稼働している、スカイツリーのすぐ麓にあるステーションです。

（スライド 3～4 ページ）2011 年の訪問看護利用者の要介護度ですが、要介護 3、4、5 で半数の方を占めているのが全国的な平均です。私のステーションの場合は、なるべく介護予防、重症化予防、あとは健康維持で訪問看護を利用していただいて、「なるべくお元気な状態で長生きをしましょう」ということを推奨しておりまして、要支援から要介護 2 までの方が半数以上いるようなステーションです。

（スライド 5 ページ）私としてはいつも「赤ちゃんから高齢者まで自律支援の強化型訪問看護ステーション」、この「自律」は、「心も体も自律している」という意味で、「自律」というふうに自称しています。よく介護雑誌や、看護雑誌などで、「自立支援型ステーション」というように取材を受けたりするのですが、実際のところ、在宅のターミナルケアが平均年 45 人ぐらいで、軽快終了はその 5 分の 1 以下のような状態でおります。

（スライド 6 ページ）胃ろうの受け入れと現状につきましては、毎年平均どれくらい胃ろうを造設されている方がいらっしゃるかということで、新規の方が 25 名いるわけではないのですが、だいたい常時 25 人程度いらっしゃいます。その中で、胃ろう造設前に嚥下の訓練をされた方というのが年に 22～3 名、また、胃ろう造設後、嚥下訓練により経口摂取に移行できた方が、年に 1 人か 2 人しかおりませんので、私のステーションは研究結果よりも少々、機能訓練といったところに弱いというふうに感じております。

（スライド 7 ページ）胃ろう造設の問題点として、利用者さんの立場から 4 つ整理しました。胃ろうの造設前は、在宅での嚥下訓練の機会がほとんどないというような状況が、

とても問題だと思っております。

胃ろう造設時の問題としては、調査結果の中でもお話しされたのですが、胃ろう造設時、本人の意思がわからずに、ご家族が造設することを判断しなくてはいけないというところは、本当にご家族にとっての悩みどころだと思います。

胃ろう造設後については、介護者の負担が大きいという印象です。しかし、「時間をかけて誤嚥させないように経口摂取させるよりは楽」というような意見もありますので、ここのところはちょっとなんとも言えないところです。

最後に終末期なのですが、やはり胃ろうから栄養を注入することによって、逆に生体侵襲があるような場合があります。そういう方に、「栄養を入れるのをやめて、水分だけにしよう」、「水分をもう少し減らしていこう」、そういう意向を判断していくことが、とてもご利用者さん、ご家族の立場からは難しいところだと思います。

（スライド 8 ページ）問題点の二つ目として、訪問看護ステーションの立場からみると、在院日数がすごく減ってきているということについてです。短い期間で退院されるのは、ADL も認知機能も低下しないうちに帰ってこられるという点ではいいと思うのですが、受け入れるご家族の環境、家族構成なども変わっていますので、土日でないとご家族が胃ろうの注入指導に行けないケースなどがあり、1、2 回しか胃ろうの注入指導を受けない状態で退院してきている方などが、どんどん増えています。在宅に戻ってきたときに、ステーションの看護師が毎日毎日、1 日 3 回程度訪問しながら、やっと在宅で栄養が正しく注入できるような状態になったりしています。

また、昨年から介護職員等による、痰の吸引や胃ろうの注入ができるように一部法が改正されていますけれども、そこで医療と介護職の連携が、今はまだなかなか難しく、連携のことについては、このあとのパネルディスカッションでお話が出ると思いますので、そこで詳しくお話しできればと思います。

（スライド 9～10 ページ）終末期に至る高齢者を支えるにあたって、訪問看護ステーションの課題としては、本当に地域包括ケアということを考えて、24 時間 365 日対応の訪問看護体制と、定期的にご家族、介護者がレスパイトできるような施設、例えば複合型の訪問看護ステーションという形のものでもいいと思うのですが、そういった施設があれば、ある程度最期まで在宅で看取ることは、可能ではないかと思います。

いま、入院からの退院移行支援のようなことがよく言われているのですが、私が思っているのは入院からではなく、外来通院中から在宅での生活の支援を、きちんと多職種で考

えていくべきではないかと思っています。あとは介護保険制度と、障害者自立支援制度と、医療保険という、複数の制度にまたがるサービスの調整というのがなかなか難しく、そのへんについては課題だと思っております。

それからいちばんの課題は、実は訪問看護ステーションの看護師が全然増えないというところだと思っています。

（スライド 11 ページ）最後に、「超高齢期の医療・介護は、何を目的に行われるべきか」というお題をいただいたのですが、これは川越先生もお話しされていたように、ご利用者さんの自己意思決定を支えるということだと思うのですが、要介護 5 ぐらいになり、胃ろうを造設するか、しないかという状態、もしくは胃ろうを造設してからの状態で、急に「訪問看護をお願いします」と言われても、なかなかご利用者さんの自己意思決定を支えることができないのです。

ですから、私たちはなるべく重度の介護状態になる前から、訪問看護等を利用していただき、生活、高齢化に伴い様々な生活の変化が一つずつの場面で訪れるのですが、その一つ一つの場面を、ご利用者さん、ご家族と、丁寧に意思決定を支えていくことによって、最後にご本人が意思表示困難になったときには、ご家族の気持ちは当然揺れるのですが、「でもお母さんはああいうふうに、病院にもう行きたくなかったですよね」と私たちは言うことができ、それによって在宅でずっとお過ごしすることもできるので、ぜひ一押ししてくれるような方を、そばに置いていただけるといいのではないかなというふうに思います。ご清聴、ありがとうございました。

終末期に至る高齢者を支える

～訪問看護ステーションの立場から～

訪問看護ステーションみけ
椎名美恵子

COPYRIGHT © 2013 MIEKO SHIINA ALL RIGHTS RESERVED.

ステーションみけの概要（2003年開業）

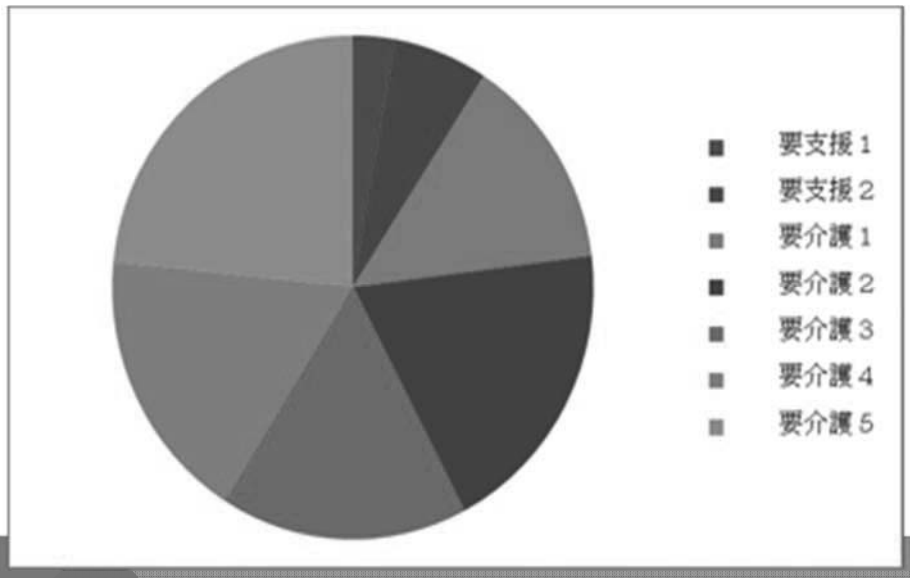
看護師14名
理学療法士7名
事務3名

利用者数約200名/月

訪問件数約1250件/月

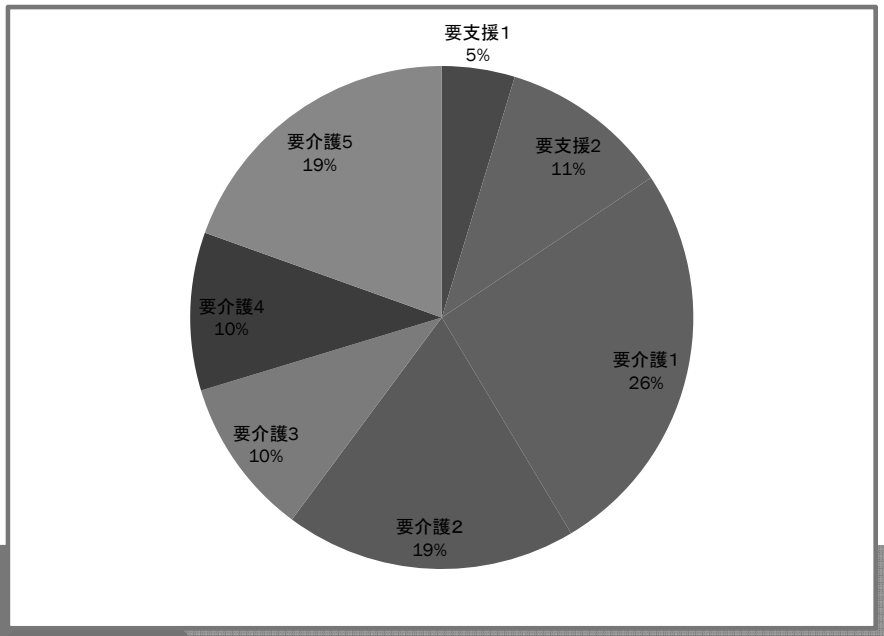
COPYRIGHT © 2013 MIEKO SHIINA ALL RIGHTS RESERVED.

＜図１＞　訪問看護利用者　要介護（支援）度
2011年 総務省 統計局



COPYRIGHT © 2013 MIEKO SHIINA ALL RIGHTS RESERVED.

＜図２＞訪問看護ステーションみけ
2011年度利用者要介護（支援）度



COPYRIGHT © 2013 MIEKO SHIINA ALL RIGHTS RESERVED.

自説；赤ちゃんから高齢者までを自律支援強化型訪問看護ステーションだが・・・

現状は・・・

・在宅ターミナルケア； 平均 45人/年

・軽快終了； 平均 8人/年

COPYRIGHT © 2013 MIEKO SHIINA ALL RIGHTS RESERVED.

胃ろう造設者の受け入れと現状

・胃ろう造設者 ； 平均25人/年

・胃ろう造設前の嚥下訓練実施 ；
平均2～3人/年

・胃ろう造設後の嚥下訓練により経口摂取への移行 ； 平均1～2人/年

COPYRIGHT © 2013 MIEKO SHIINA ALL RIGHTS RESERVED.

胃ろう造設の問題点①利用者さんの立場から

①胃ろう造設前；在宅での嚥下訓練機会の少なさ

②胃ろう造設時；本人の意志がわからず家族が判断

③胃ろう造設後；介護者の負担

④終末期；移行支援の困難さ

COPYRIGHT © 2013 MIEKO SHIINA ALL RIGHTS RESERVED.

胃ろう造設の問題点②
訪問看護ステーションの立場から

①在院日数の削減や家族環境により、充分に胃ろう管理指導を受けない状態での退院増加

②介護職員等による喀痰吸引等の実施及び医療連携の難しさ

COPYRIGHT © 2013 MIEKO SHIINA ALL RIGHTS RESERVED.

終末期に至る高齢者を支える訪問看護ステーションの課題

1．夜間・緊急時を含め、24時間365日対応可能な訪問看護の体制 等（定期巡回型を含む）

2．家族・本人に負担のない長期的な在宅療養の継続と在宅での終末期を支える機能

・家族のレスパイトに利用できるような、医療依存度の高い利用者にも対応可能なショートステイやデイサービスの整備

・終末期のケアを提供可能な施設や居住系施設等の整備 等

→複合型訪問看護ステーション等

COPYRIGHT © 2013 MIEKO SHIINA ALL RIGHTS RESERVED.

3．入院中、または外来通院中から円滑な在宅移行を支援するための退院調整の多職種協働による整備、外来通院・退院支援機能の強化

4．介護保険制度、障害者自立支援法など、複数の制度にまたがるサービスの調整機能の確保 等

5．訪問看護ステーションに関わるマンパワーの育成・確保

COPYRIGHT © 2013 MIEKO SHIINA ALL RIGHTS RESERVED.

終わりに・・超高齢期の医療・介護は、何を目的に行われるべきか？

・ご利用者さんの自己意思決定を支える

→重度介護状態になる前から訪問看護を利用して戴き、様々な生活場面の意思決定をご利用者さん・ご家族と共にひとつひとつ丁寧におこなっていくことで、意思表示が困難な終末期もご本人の意思を支えることができるのではないか

COPYRIGHT © 2013 MIEKO SHIINA ALL RIGHTS RESERVED.

ご清聴有り難うございました

COPYRIGHT © 2013 MIEKO SHIINA ALL RIGHTS RESERVED.

パネルディスカッション

ショートレクチャー

高齢者総合福祉施設　サンライフ彦坂
理事長／施設長
豊田　雅孝　氏

パネリスト　ショートレクチャー

高齢者総合福祉施設　サンライフ彦坂　理事長／施設長

豊田　雅孝　氏

皆さん、こんにちは。岐阜市からまいりました豊田と申します。

（スライド 2 ページ）私は特別養護老人ホームを平成 8 年に開設いたしました。私どもの施設の規模でございますが、岐阜市が中核市になるときの第 1 号として、当時の新ゴールドプランによる特養、ケアハウスからデイサービス、在宅介護支援センター、この 4 点セットで始めた施設でございます。当時としては 50 床が基本でございましたが、100 床ということで始めさせていただきました。

（スライド 3 ページ）現在特養は、国が示す「自立した生活を支援する体制」の中において、その地域の拠点として「科学的介護の実践」ということを、我々施設、そして我々の施設が所属しております全国老人福祉施設協議会というのがございますが、そこでもそういった取り組みをしておりまして、地域の皆様方に、いろいろな情報を発信しております。

（スライド 4 ページ）この「科学的介護」の実践として、高品質な介護サービスのために、おむつゼロ、骨折ゼロ、胃ろうゼロ、拘束ゼロ、褥瘡ゼロと、これをすべてゼロに近づけるような取り組みをしております。

それから、一人ひとりの介護状態に応じた 4 つの支援として、認知症ケア、リハビリテーション、口腔ケア、看取りケアということをおこなっております。

（スライド 5 ページ）具体的に、このサンライフ彦坂での取り組みの一つ目として、個別ケア、その人の「やりたいことを発見し、やりたいことを作り出す」ということで、年々その人が老いていくときに、自分らしく老いていってもらえるのが、いちばんの理想でございますので、自分のやりたいことを発見し、それをアクティビティとして提供していく。それをまたケアプランにも反映させていきます。そして、特に認知症ケアも私たちの現場では、行動別に 6 つに分けてございます。例えば認知障害型、身体不調型、環境不適応型、葛藤型、遊離型、乖離型というような症状別に分けて、その人に合った認知症のケアに取り組んでおります。

（スライド 6 ページ）二つ目として、排泄改善におきまして、入所者の方には、基本的に 1 日に 1500cc 以上の水分を摂っていただくようにしております。そして必ず朝起きた

ときには、お水を飲んでいただき、少し歩いていただき、食事をしたあとに、またちょっと歩いていただく。自然にいろいろな生理学的なことが反射を促し、便座に座っていただきまして、排便をもよおすという取り組みをしております。また、立位、歩行ということに関して、必ず離床していただき、積極的に足腰を使うということもさせていただいております。

（スライド７ページ）三つ目として、口腔ケアと常食化ということでございますが、確かに施設におきましては、だいたい１割ほど胃ろうの方がいらっしゃいます。しかし、ご家族、そして嘱託医の協力の下、また関係歯科医師の協力の下、どうしてもお口からものを食べさせてあげたいという家族の思いがあり、歯科医師による嚥下内視鏡の検査を施設内で行い、その検査によって少しでも口から食べることができるということがあれば、胃ろうを外していくという取り組みをしております。

また、食事のことでございますが、従来の刻み食というのは、かえってものがばらけて誤嚥しやすいというリスクがございますので、とろみをつけた感じの「とろみ食」、それから、すぐ咀嚼いたしますと、くだけて食塊が作りやすくなるような「やわらか食」というものを、栄養士と厨房の現場と協力いたしまして作っております。それにより、歯科医師、嘱託医とも連携して、誤嚥性肺炎を、なるべくゼロに近づけていくという取り組みをしております。

（スライド８ページ）最後になりますが、尊厳の保持と自立支援ということを、冒頭に申しましたが、できることを活かしながら、その人らしく、自分らしく老いていく。そして生きていくことを支援し、そのために各種私どもの協会の研修会や、いろいろな関連の研修会に参加することで、専門性を高め、介護にあたっている次第でございます。

以上でございます。ご清聴、ありがとうございました。

その人らしく生きる自立支援の取り組み

社会福祉法人　豊寿会
特別養護老人ホームサンライフ彦坂
理事長・施設長　豊田　雅孝

1

サンライフ彦坂の紹介

- 所在地　岐阜県岐阜市彦坂川北230番地
- 構造･規模　鉄筋コンクリート造4階建て
- 延べ面積　6,159.20平方メートル
- 総事業費　15億5,189万円
- 開設年月日　1996年（平成8年）4月1日
- 実施する事業
  - 介護老人福祉施設（入所100人）
  - ケアハウス（入居15人）
  - 短期入所事業（入所18人）
  - 通所介護事業（通所30人）、居宅介護支援

2

地域を支える拠点施設として

地域における介護を必要とする方々に、24時間365日、安心と満足の介護サービスを届け、「自立した生活を支援する体制」を介護保険制度として構築するためには、施設がその専門性と機能を地域包括ケアの中核として発揮しなければならない。

科学的介護の実践！

3

科学的介護の実践とは？

高品質介護サービスのための5つのゼロ

- おむつゼロ
- 骨折ゼロ
- 胃ろうゼロ
- 拘束ゼロ
- 褥瘡ゼロ

一人ひとりの介護状態に応じた4つの支援

- 認知症ケア
- リハビリテーション
- 口腔ケア
- 看取りケア

4

サンライフ彦坂の取り組み
（1）個別ケア

- ✓ やりたいことを発見、やりたいことを作り出す
- ✓ 個別ニーズからケアプランへの反映
- ✓ 認知症ケア、リハビリテーション

5

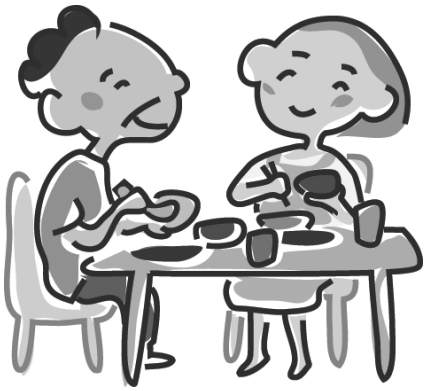
サンライフ彦坂の取り組み
（2）排泄改善

- ✓ おむつゼロでトイレ誘導、適量の水分摂取
- ✓ 立位、歩行から積極的な日常生活へ

6

サンライフ彦坂の取り組み
（3）口腔ケア、常食化

- ✓歯科医師、歯科衛生士と他職種連携による口腔ケア、摂食嚥下機能の検査
- ✓刻み食、ペースト食から普通食（常食）へ
- ✓誤嚥性肺炎ゼロ



7

尊厳の保持と、自立支援

できることを活かしながら、
その人らしく最期まで生きていくことを支援

そのために

介護力向上講習会への参加、
全国大会へ事例発表による介護職員の資質、専門性の向上

8

パネルディスカッション

ショートレクチャー

介護老人保健施設　いこいの森
理事長／施設長
東　憲太郎　氏

パネリスト　ショートレクチャー

介護老人保健施設　いこいの森　理事長／施設長

東　憲太郎　氏

皆さん、こんにちは。三重県からまいりました東でございます。いま飯島先生をはじめ、シンポジストの皆さんのお話を聞いていますと、やはり老人保健施設がもっと頑張らなければいけないのだなということを、痛切に感じた次第でございます。

私も全国老人保健施設協会の副会長を務めておりますが、今日は私自身も老健の一施設長であり、また、在宅医療に25年ほど携わっておりますので、その立場から、「この終末期に至る高齢者を支える医療と介護のあり方」ということを、少し皆さまにご提示したいと思います。

（スライド2ページ）老健という施設は先生方がおっしゃったように、医療と介護の連携という意味では、すべての職種がそろっている施設でございます。そういう意味でも、一つの典型的な終末期を支える施設になり得るのではないかと思っております。

私どもの施設、老人保健施設を中心に置きましたけれども、ここに有床診療所がございまして、これは平成元年に始めまして、24時間365日の在宅の看取りをやっております。それから周りにはもちろん急性期病院、回復期、慢性期、有料老人ホーム、特養等もありますが、グループホームも併設をしております。

（スライド3～4ページ）平成元年から開業しておりましたが、平成元年から6年までのデータがありませんでしたものですから、これは平成7年からのデータです。2年前までのデータで申し訳ないのですが、この約17年間で1000例ほど、だいたい年間80～100例の看取りをおこなっております。

（スライド5ページ）その看取りの場所ですが、クリニックで看取っているものが約半数、在宅が約20%、老健、特養、その他となっておりますが、実はこれを前半の7年～17年、後半の18年～23年に分けますと、顕著な差がございます。前半はクリニックで亡くなる方が大変多かったのですが、後半はクリニックがかなり減りまして、老健や特養でお看取りをする方が増えております。それから老人ホーム、いわゆるサ高住、有料老人ホームでお看取りをする方も増えているという状況があります。在宅で看取っている方はずっと20%ぐらいで変わっておりません。

（スライド6ページ）それから、私ども老健ですが、実はいま非常に厳しい状況にさら

されております。全国的なサ高住の急増もございまして、いわゆる終生入所、「一生入れてください」という特養待機の方の入所がかなり減っております。今からは、やはり在宅からこういう形でいろいろなニーズを受け入れる。それから医療機関からもいろいろなニーズで受け入れるということが、これからの老健には求められているのではないかと思っております。事実、私どもの老健の場合は、本当にいろいろなニーズで利用者が入ってまいります。

（スライド 7～8 ページ）その中でも在宅からの看取りのニーズ、それから医療機関からダイレクトに「看取りをお願いします」というニーズも、最近はずいぶん増えております。在宅からの看取りは、在宅で往診をしていたけれども、在宅での最期を望まずに、「老健での最期を」というような方のニーズも入っております。これは全国的な傾向ですが、平成 16 年、20 年、22 年と、老健施設での看取り、老健で看取りをおこなっている施設が年々増えているということがわかると思います。約半数の老健が、今は看取りを行っているというふうになっています。これは私どもの老健施設「いこいの森」の看取り件数ですが、これもやはり右肩上がりにだんだんと増えておりまして、年間約 20 例が老健でお亡くなりになっています。

（スライド 9 ページ）それから、看取り症例の医療機関からの割合がどれぐらいあるのかと思い、ちょっと調べてみました。波はあるのですがだんだん右肩上がりに、医療機関からの紹介割合が増えているのがわかると思います。

（スライド 10 ページ）また、医療機関から紹介された場合に、だいたいどれくらいの期間でお亡くなりになっているのかというものですが、1 カ月以内の死亡というものが、だんだん増えておりまして、長くいらっしゃって亡くなる方が、最近は少々減っているという傾向です。これは最近よく急性期病院からも、認知症の末期、それからいろいろな疾患の末期で、「PEG はご家族、もしくは本人が望まれないエンドステージだけれども、看ていただけますか」というようなニーズがあって、受け入れて 1 カ月以内で亡くなられる方が、結構多いということでございます。

（スライド 11 ページ）どこでターミナルケアを行うかという議論はあるのですが、私はやはりファーストチョイスは在宅だと思っております。川越先生もずっと在宅でおやりになられておりますし、私どももですが、やはりファーストチョイスは在宅。ただ、飯島先生もおっしゃいましたけれども、セカンドチョイスとして、病院ではなく老健、特養、グループホーム、今後はここに有料老人ホーム等が入ってくるのではないかと思っていま

す。

（スライド 12 ページ）終末期の類型は、もちろん皆さんご存じのように、悪性疾患、心臓、肺、肝臓の慢性の臓器疾患、それから 3 番目に挙げました老衰、認知症、脳卒中の後遺症、いわゆるいま私たちが問題として抱えております、障害高齢者の終末期というものが、大変大きな問題でございます。それは急激ではない機能低下ということでありますが、おそらくその中で、胃ろうの問題等が議論されているのではないかというふうに考えております。

（スライド 13 ページ）老健でターミナルケアを行うメリットですが、私も専門は胸部外科医でございまして、まさしく病院で看取りというか、死亡診断もおこなっていたのですが、病院は大変あわただしいなかで、バタバタとしたなかでお看取りをしております。それに比べますと老健の場合は、在宅まではいきませんけれども、在宅に近い状況でお看取りができる。いわゆる看護という立場でいきますと、身体看護だけではなく、精神看護みたいなものも、老健では提供できるのではないかと思いますし、コストもずいぶん老健の場合は低いのではないかと思っております。

（スライド 14 ページ）私どもの施設では、個室のターミナルルームがございますし、それから先ほども食事の話がありましたけれども、私どもの場合も、胃ろうはできるだけ避けるようにしております。無理のない、できる限りの経口摂取、これは食事形態を約 7 段階ぐらいに設定をしておりまして、食事形態の工夫によって、ギリギリまでお食事を口から摂るようにしていただいております。また、医療的なものは酸素吸入、それから 1 日 1 回の点滴といったもので、ごくごく少ない医療の割合で、むしろ QOL を考慮した対応、ケアプランを充実するように心がけております。

（スライド 15 ページ）最後になりますが、全国老人保健施設協会でも、何年か前にこの「看取りにおける医療についての同意書」というものを作成いたしました。ご本人が意思表示できなくなってから「どうですか？」と聞いてもしょうがないわけです。ですから、ご本人さんがある程度意思表示ができる、自分の意思が表出できるような、例えば通所に通っている段階、在宅にいらっしゃる段階で、こういった同意書をいただいて、もちろんご本人の気持ちは変わるわけですから、「1 年ごとというような形で、ここで意思を確認しておいたらどうだろうか」ということが始まりになっております。ここにも「経口摂取が不可能になった場合、胃ろうを選択されますか」等の質問がございますし、例えば「中心静脈栄養を希望しますか」といった項目も入っております。

しかし、実はその当時、厚生労働省にこれをお聞きしましたところ、「これはあまり使わないで欲しい」というお話がありました。といいますのは、実はこの当時、早朝の情報番組のなかで、民主党のある議員さんと終末期医療を徹底的に叩きまして、大変な社会問題となり、「老人は死ねと言うのか」ということになりました。そういうことがありまして、これが日の目を見ることはございませんでした。

しかし現在は、もうそういう時代でもございませんので、こういうものが今後老健で看取りをする場合にも、ある程度本人の意思があるあいだに、胃ろう等の意思を確認しておくということも必要になってくるのではないかと思いまして、ご提示をさせていただきました。

最後に、私も老人保健施設の施設長をしておりますが、さっき申し上げた 7 段階の食事でも、「嚥下機能がもう無理だ。誤嚥性肺炎を何度も起こす」という場合に、ご本人にまずは確認をします。その場合はご家族をそばに置き、ご本人に確認をして、ご本人が「胃ろうはいやだ」ということが、はっきり意思表示ができれば、その時点で胃ろうなしのターミナルケアに移るようにしております。ご本人の意思が表出できない場合は、先ほど川越先生がおっしゃったような手続きが必要になるのではないかと考えております。ご清聴ありがとうございました。

医療経済研究機構第19回シンポジウム
(2013.9.18)

パネルディスカッション

「終末期に至る高齢者を支える医療と介護のあり方」

介護老人保健施設 いこいの森
理事長・施設長 東 憲太郎
（全国老人保健施設協会 副会長）

1

急性期病院

千里クリニック（有床診療所）
〔在宅療養支援診療所〕

介護老人保健施設

特 養

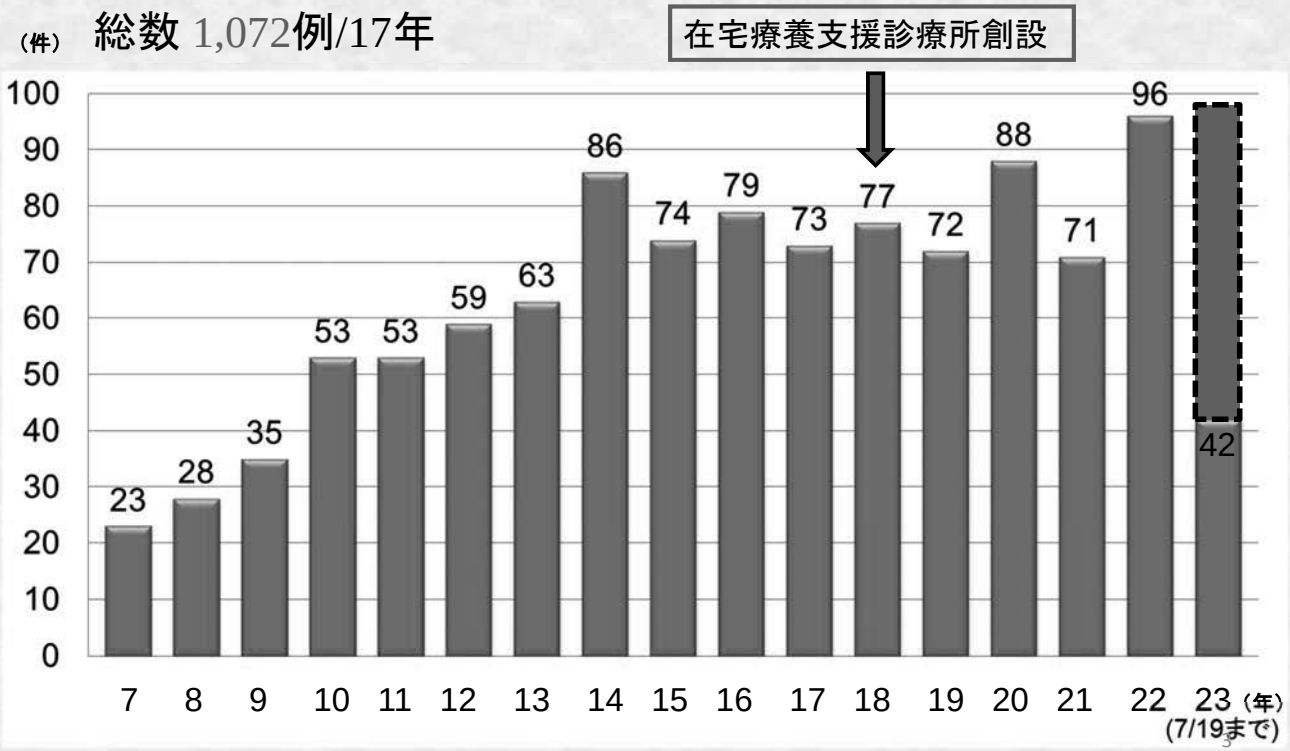
慢性期病院
（療養病床含む）

グループホーム

有料老人ホーム等

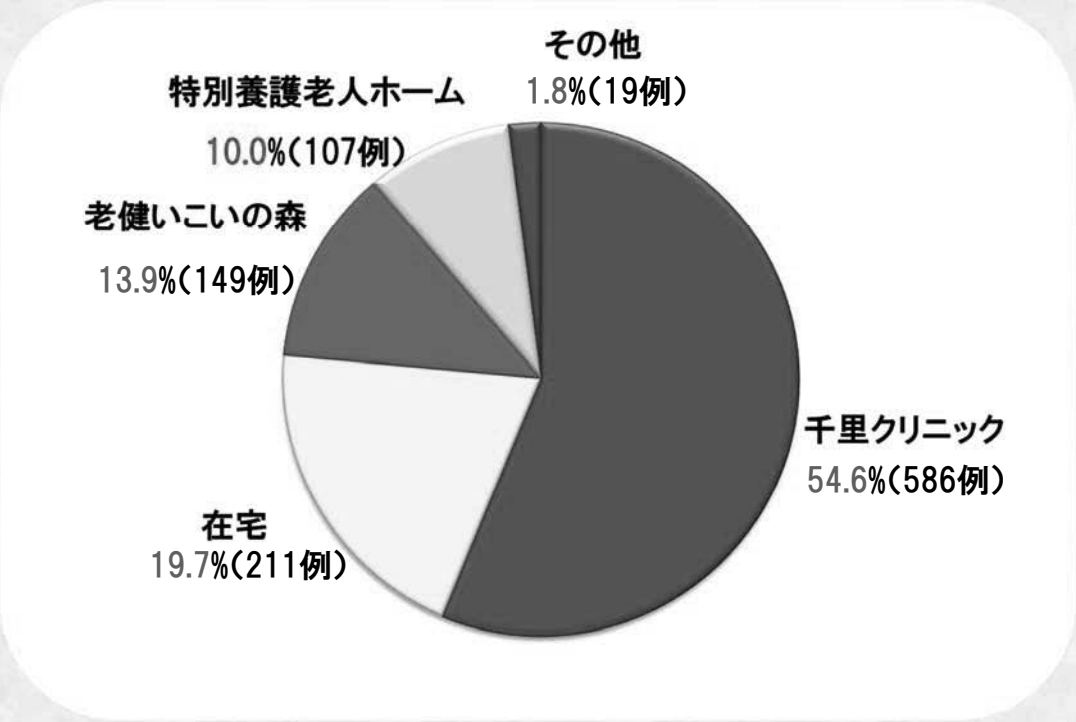
2

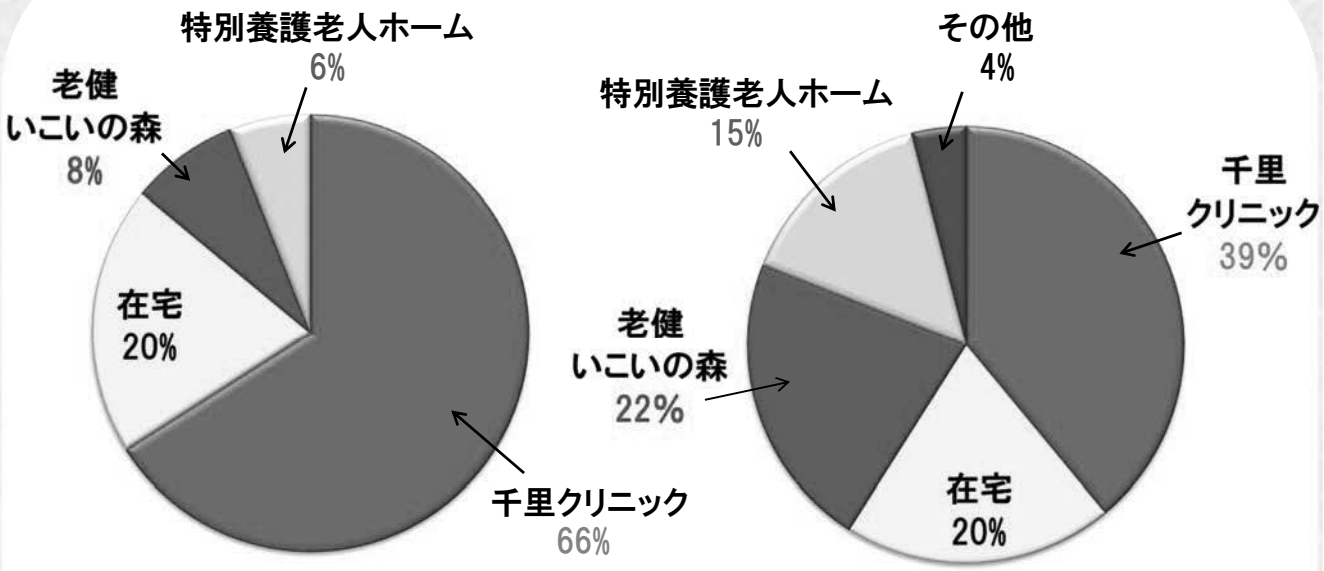
H7年~H23年の17年間における看取り症例



H7年~H23年の17年間における看取り例の内訳

（総1,072例）





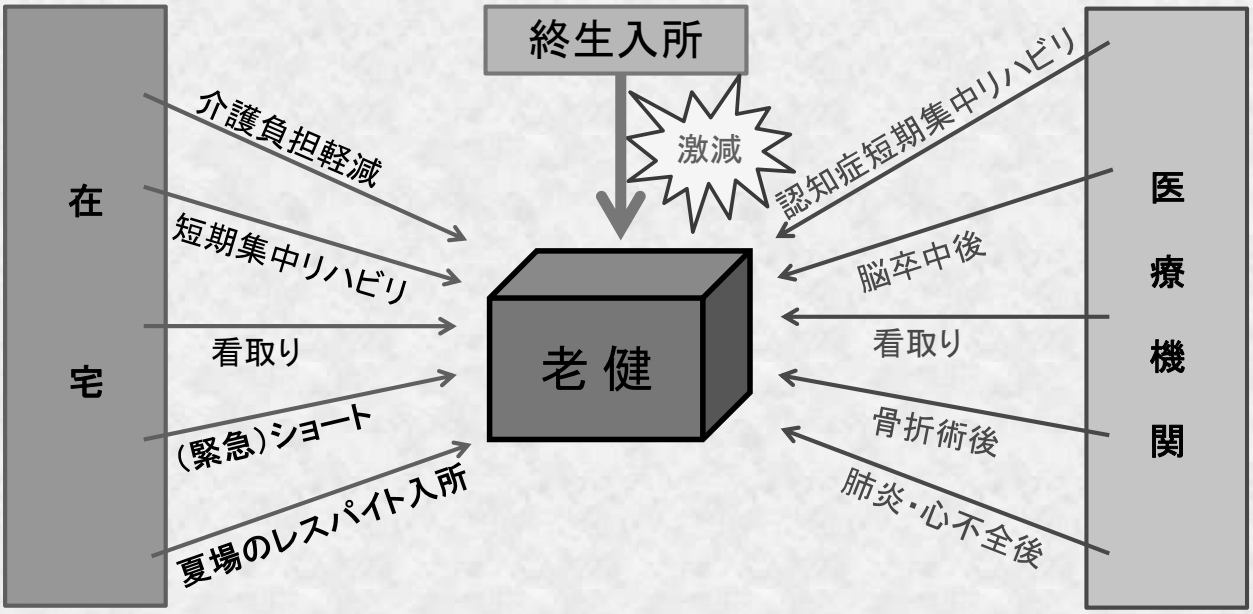
（H7年～H17年）
【 626例 】

（H18年～H23年）
【 446例 】

5

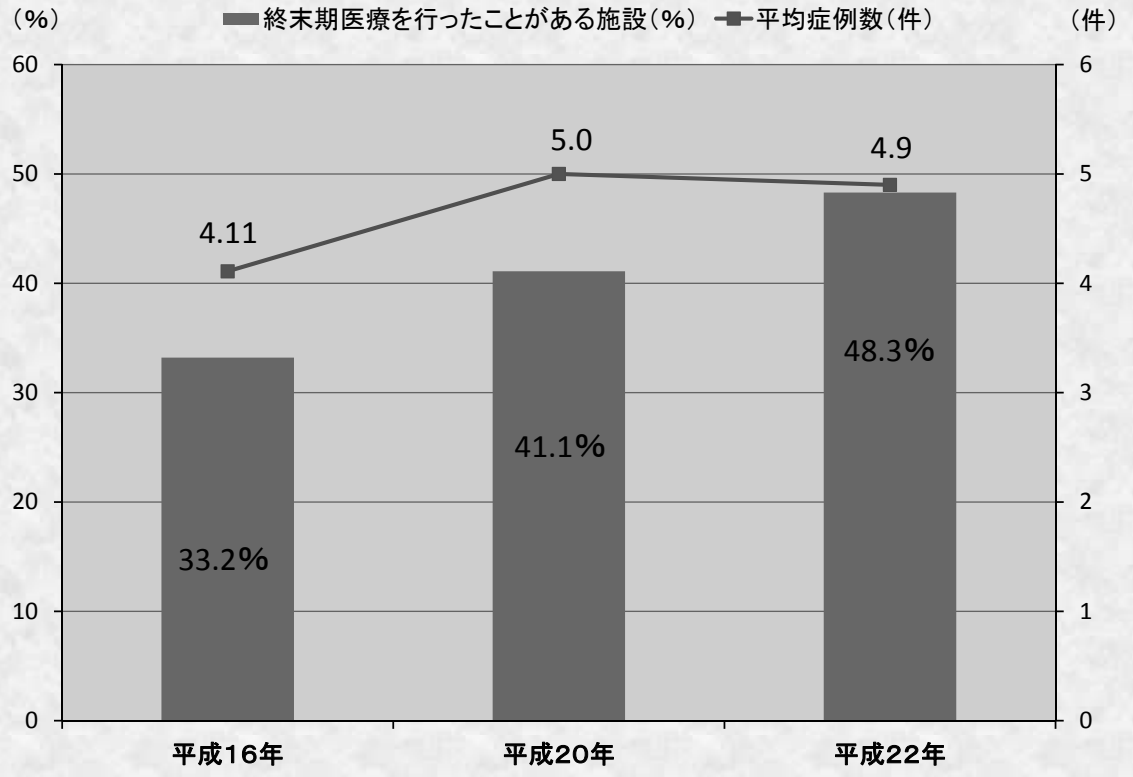
老健利用目的の多様性

☆ 全国的なサ高住の急増
☆ 老健への終生入所希望者の激減
☆ 老健のベッド稼働率の低下 → 経営悪化



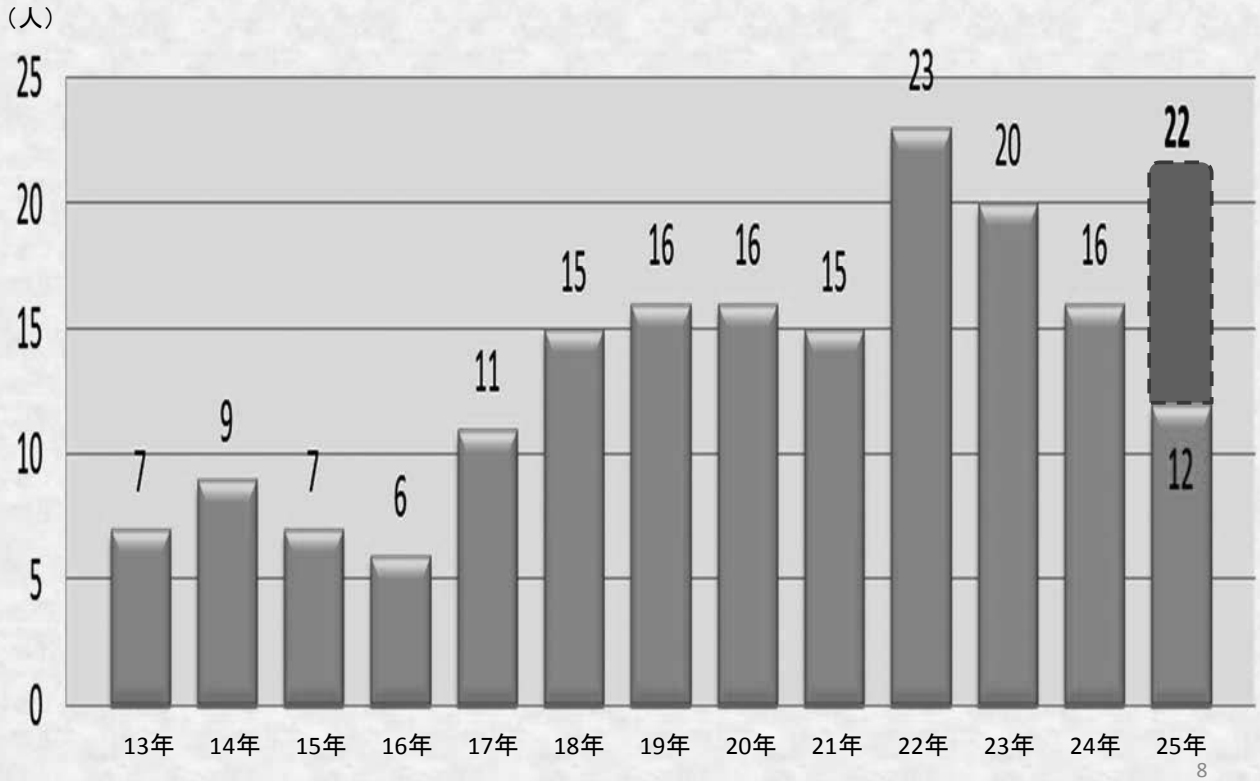
6

老人保健施設における終末期医療の実施と施設内死亡件数



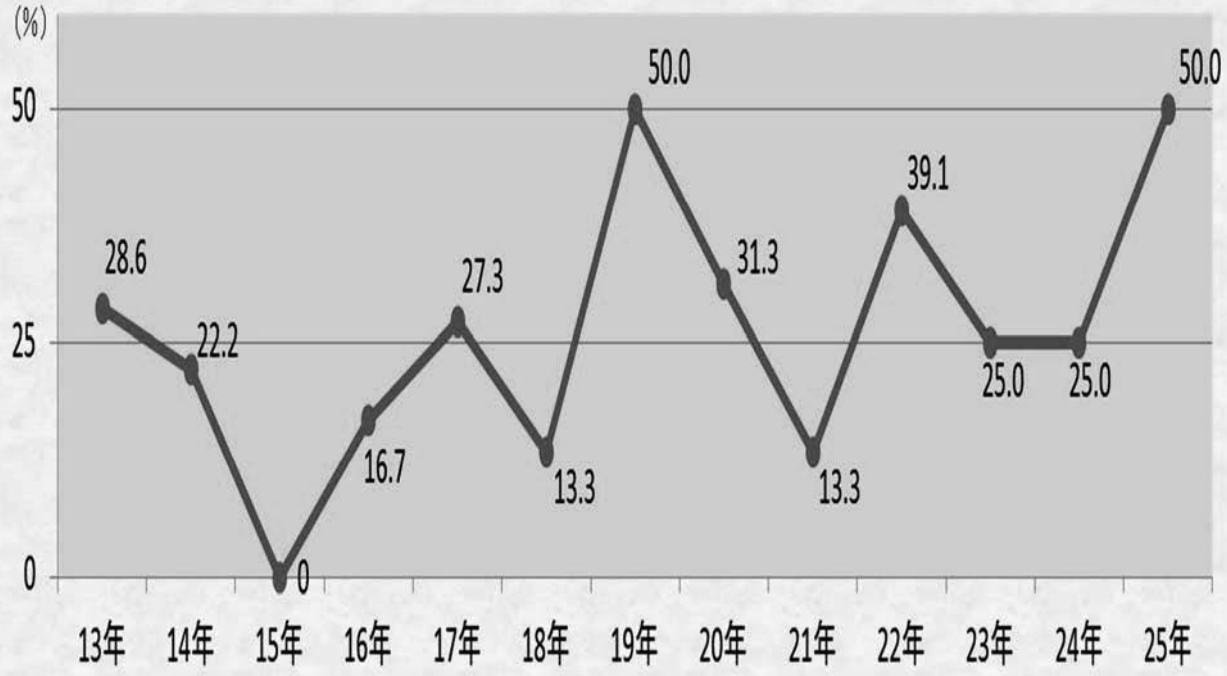
7

老健いこいの森における「看取り件数」



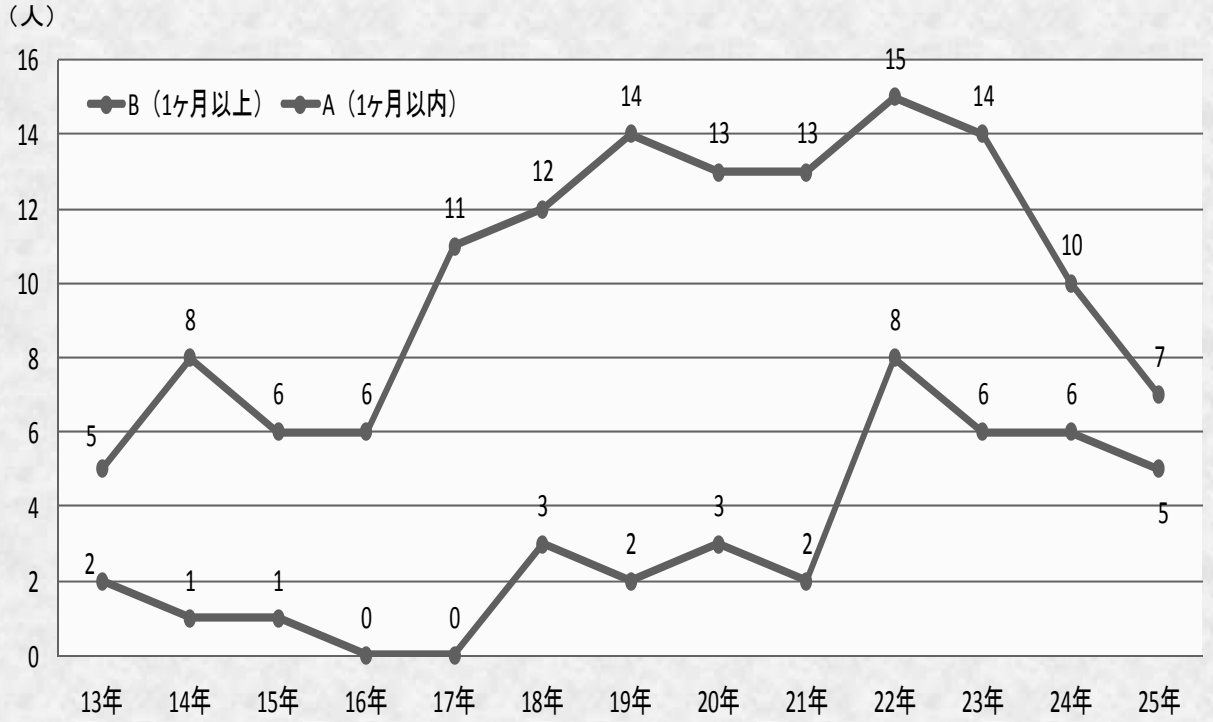
8

看取り症例の医療機関からの紹介割合



9

ターミナルケアを行った期間



10

《 どこでターミナルケアを行うか？ 》

① First choice ⇒ 在宅

・24時間看取りが可能なかかりつけ医
・訪問看護ステーション
・ヘルパーステーション
・その他

との連携が必要

② Second choice ⇒ 老健・特養・G.H.等

③ Third choice ⇒ 病院

11

《 終末期の類型（プロセス別）》

① 癌

（ホスピスケア・緩和ケアの対象 ： 癌、AIDS）

② 心臓・肺・肝臓等の慢性の臓器疾患

③ 老衰・認知症・脳卒中後遺症

（急激ではない機能低下）

12

老健でターミナルケアを行うメリット

（病院と比較して）

① 病院での看取りは、あわただしい中で、時には各種のチューブにつながれたまま行われることが多い。それに比べると施設では、より自然な環境の中で、なじみの関係にある職員や家族に見守られながら、看取られることが可能である。

② 音楽、レクレーション、行事、会話等々、本人のQOLを考慮したケアが可能である。

③ 病院と比較し身体介護・精神看護がより手厚く提供できる可能性がある。

④ 老健における看取りは、病院に比べ低コストになる可能性が大きい。

13

《 いこいの森におけるターミナルケアの実際 》

① ターミナルルーム
（個室・家族用ソファーベッドあり）

② 無理のない、しかしできる限りの経口摂取
（食事形態に工夫）

③ 酸素吸入

④ 1日1回の点滴（穿刺）

⑤ QOLを考慮した対応
- 周囲に家族の写真を飾る
- 花を飾る ・ 音楽を流す
- アロマテラピー
- セラピューテックタッチ

14

（文書案②）　看取りにおける医療についての同意書

施設長　　殿　　平成　年　月　日

私_____は看取りについての説明を受け、施設の看取り計画、看取り内容を理解しました。それに沿った医療・看護・介護が行われ、安らかなる死に至ることを望みます。今後心身機能の障害が著明で死期が迫っており回復不能となった場合に、

1. 自宅
2. 老人保健施設内
3. 病院・診療所等（　　）
4. その他（　　）　における看取りを希望します。

老人保健施設において希望する医療内容に対してチェックを入れてください。

A.　経口摂取が不可能になった場合
- □胃ろう
- □IVH（中心静脈栄養）
- □輸液（IVHを除く）
- □その他

B.　呼吸機能が低下した場合
- □酸素吸入
- □人工呼吸器
- □気道切開
- □その他

C.　終末期に心機能が低下した場合
- □除細動器
- □心肺蘇生術
- □昇圧剤（強心剤）
- □その他

D.　その他特に希望する医療等の内容
（　　）

なお当施設にて提供できない医療手技をご希望される場合は他医療機関等に紹介をさせていただきます。

日付　　年　月　日

署名　本人　　代理人　　印
医師　　看護師
介護士　　支援相談員
介護支援専門員

15

パネルディスカッション

ショートレクチャー

読売新聞東京本社
編集局次長兼医療部長
南　砂　氏

パネリスト　ショートレクチャー

読売新聞東京本社　編集局次長兼医療部長

南　砂　氏

皆さん、こんにちは。読売新聞の南でございます。全国紙の記者として、医療と健康の情報を、長年発信してまいりました。その立場から、と申し上げたいのですが、実は今日のような「終末期に至る高齢者を支える医療と介護の連携のあり方」というテーマの場合、多分に私自身の私見が強く出た話になるかと思います。そう言う意味では、読売新聞社の意見ということではないことを、最初におことわりしておきたいと思います。

最初からお聞きの方は、町野先生が終末期医療について、法律的なことが問題になってきた経緯を、非常にわかりよくお話しいただいたのでご理解いただけたと思います。私は現在、町野先生を座長とする「終末期医療のあり方の検討会」、これは正確な題名ではなく、町野先生もご紹介になっておりましたが、1987 年から、ほぼ 5 年に 1 回ごとに厚生労働省の下に開かれている会議です。終末期の医療のあり方を、非常に大規模な意識調査の結果に基づいて検討し、報告をまとめるというもので、先生が「第 5 次」と言われたとおり、現在が第 5 回目の会議で、そこに私も参加させていただいております。

私は今回を含めて 3 回目ではないかと思うのですが、この 3 回だけを振り返っても、日本人の死生観といいますか、「終末期に自分はどんな医療を受けたいか、また家族の場合はどうか」ということは、少しずつながら変わってきていることを実感しております。

申し上げるまでもなく、87 年、最初にこの会合が開かれたときからということであれば、かれこれ四半世紀たっておりますので、経済的、社会的な背景も、非常に大きく変わってきておりますし、それより以前から 87 年までのあいだに、日本は十分豊かになりまして、非常に高度の医療が、国民皆保険の下で、国民にあまねく提供されるようになりました。そして現在問題となっているような胃ろうにしましても、人工呼吸の装置にしましても、皆保険の下で受けることができるようになっております。

そういうなかで、日本人が必ずしも終末期のあり方、終末期の医療のあり方に満足をしなくなったことの裏返しが、この「終末期医療のあり方」委員会の設けられた背景であると私は思います。「スパゲティ症候群」というような、たくさんの管につながれて、自分の意思も満足に表明できないような亡くなり方はいやだ、植物状態と呼ばれるような状態で、長いこと生き永らえることはいやだ、といったようなことが言われるようになり、皆様よ

くご存じの「健康寿命」という言葉が叫ばれて、「寝付いたり、認知症になったりしない、健康寿命こそが非常に大事だ」と言われるようになったわけです。

そういう中で2000年に介護保険制度ができ、世界に冠たる、世界の最先端を走る、と申し上げたらいいでしょうか、「超高齢社会」が始まったのです。超高齢社会というのは、高齢化率が21%を超える社会をそう呼んでいるわけで、これはもう国連でも定義はないわけです。高齢化率7%、14%というところに線を引いて、高齢化社会、高齢社会と呼ぶという定義がありますが、そのさらに倍である21%を日本はとうに超えてしまったわけなのです。このような中、高齢期から終末期に至る医療をどうしたらいいのかということは、もういまや国民を挙げての大問題であるわけで、今回このようなシンポジウムが開かれているゆえんも、ここにお集まりの方々はよくご存じのとおりだと思います。

私自身は、この「終末期に至る高齢者を支える医療と介護のあり方」というきょうのテーマを伺ったとき、最初に思い出されたのは、介護保険制度ができるときに交わされた、大変な激論のことでした。それは医療と介護のあり方、相互の関係ですね。医療と介護はどういう関係なのか。連携なのか、統合なのか、はたまたシームレスに続くものなのか、なんなのかと。医療と介護は、医療保険制度と介護保険制度という別の制度なわけです。しかし、受ける方はお一人の人間で、切ることのできないもの。こういう現状なわけです。

当時介護保険制度ができた背景には、あまりにも多くの、いわゆる「社会的入院」がありました。本来の医療ではない、社会的な事情のために入院施設に入れられている患者さんのことです。こういう方々には、本来必要なのは医療ではないのだから、生活の場に戻し、そして介護で支えましょうという大きな哲学があったわけです。しかし、それは同時に医療費、介護費という財政の問題でもありました。今日主催していらっしゃるところは、医療経済研究機構という、「経済」という名前のつく組織ですけれども、私たちが避けては通れない経済の問題が、背景には大きくあったわけでございます。

限られた時間ですので、私の考えを最後に申し上げます。その当時の議論のなかで、医療と介護はどういう関係であるべきなのかという議論に、きちんとした結論は当然のことながら出ないままに制度が始まりました。そして瞬く間に介護保険の利用者が増え、「要支援者」までも保険財政で支えることはとても難しい事態になった。要支援は支援の対象にはしないようにしていこうと、だんだん介護保険の対象が、狭められていく現状にあるわけです。しかし、年を重ねていく多くの方々に必要なのは、「医療か介護か」ではなく、「医療も介護も」であるというのが現実です。それは、身をもって実感している方がたくさん

いらっしゃると思います。2000年に制度ができる前には、相互の関係といってもあまりよくわからなかった方も多かったと思うのですが、現在では「医療も介護も、必要に応じて使えるようにして欲しい」という意見が、多くの方の生の叫びであるわけです。

私自身の帰属先である新聞という立場から申し上げますと、終末期について語るとき、いわゆる理想的な亡くなり方として、「ぴんぴんころり」という言葉がよく使われるのですが、現実には高齢者の終末期に、「ぴんぴんころり」という形で一生を終えることができる方はどの程度いるとお考えでしょうか。これについて、数字はいろいろございますが、極めてわずか、一割以下であることは間違いがないようです。とにかく非常にまれにしか、「ぴんぴんころり」というような亡くなり方はできない。救急搬送されたうえで、何日か以内に亡くなるという方を含めても、極めてわずかの数だと、今期の終末期医療のあり方検討会でも、在宅医療の先生からご指摘がありました。

「健康寿命」あるいは、「ぴんぴんころり」という言葉、こういった言葉がメディアを通じて理想的なことのように発信をされていく。理想として掲げ、そういう姿を目指して、介護予防に努めようという動きはもちろん大事です。しかし、「ぴんぴんころり」や、「健康寿命」が、「ねばならない」ということにならないように、それはあくまで理想であって、たとえ健康寿命が尽きても、そのときにこそ良質な医療や介護があるという、そういう社会を作らないといけないと思うのです。

最後に申し上げるのは、私個人の体験からつくづく感じることなのですが、今までの先生方のお話にもありましたように、本人の意思、その人らしい生き方を尊重した終末期のあり方、というのは、もちろん大事です。どうしたらそれらを実現できるのか、議論を深めていかなければいけないことはもちろんでございます。しかしながら、現実は、思うようにはいかないことが少なくないということを、各人が十分に考えておくことが必要だということです。各人の意思を元気なうちに聞いておくことは大事でしょうが、人間の気持ちというのは刻々と変わるものだと思います。私自身も老いていく親の様子を見ていて、「元気なときはああ言っていたのに」と思うことがたくさんあります。しかし、「元気なときはああ言っていたのだから……」といって、その通りにすることはとてもできない、という状況に、日々直面いたします。ですから、終末期に各人が望む安心とはなんなのかを考えると、やはりそれは、日常生活のなかで、言葉を交わした隣人や家族、あるいはかかりつけ医など、どういう方でもいいと思うのですが、自分の価値観を日頃から伝えていた人に、安心して委ねられるような、関係性、絆を結んでおくということが、非常に大事な

ことなのではないかと思うのです。

　とりとめのない話を致しました。この後、パネル討論のなかでもお話しさせていただきたいと思います。どうもありがとうございました。

パネルディスカッション

総合討議

パネルディスカッション

（飯島座長）

ただいまより、「終末期に至る高齢者を支える医療と介護の連携のあり方」ということで、予定では4時45分まで、およそ70分間のパネルディスカッションを始めさせていただきます。

ただいま先生方からのレクチャーの中にもございましたように、日本は高齢化社会をとおの昔に過ぎ、高齢社会も過ぎて、超高齢社会にすでに至っているわけですが、これは定義されていないということを、先ほど南先生からご指摘いただきました。現在は、高齢化率は24%を超えております。

すでに我が国の総人口は減り始めているわけですが、一方で総死亡数というものは年々増えており、現在で120万人を超えております。いずれは160万人を超えるだろうといわれています。しかも、そのほとんどが後期高齢者の死で占められているわけですが、そういうなかで、より高齢の高齢者の亡くなり方、お年を取ってからどういうふうに亡くなるのかということについて、国民全体の関心が非常に高まっているということかと思います。

ただいまそれぞれの先生方に10分間ずつ短くレクチャーをしていただいたわけですが、パネルディスカッション開始にあたり、最初にもう一度総括といいますか、レクチャーのなかでお話ししきれなかったようなことについて、順番に簡単にお話しいただけたらと思います。

（川越　氏）

スライドでまったくご説明できなかったものがありますので、少しだけ触れたいと思います。

医療と介護の統合が重要だということを、中味としては少しお話しさせていただいたのですが、「では実際に何をすればいいのか」というのは、いろいろな例をみても医学の評価だけで方針を決めるということは、非常に難しいと言えます。その方が生きている限りにおいて、生活をしているわけですので、生活がどのように支えられているのか、行われているのかということの上に病気や疾患が乗ってきます。ですから、医学の評価というのはもちろん必要なわけですが、その方の生活がどのように成り立っているのかということと併せて考えるためには、実際に生活や介護がどのように提供されているのかということを

知ったうえで、医療も判断をしていくということだと思います。

４枚目のスライドに「医療と介護の統合とは」ということを書かせていただいているのですが、例えば介護職の方は、「その方がどんな食形態のものを召し上がっているか」、「どのぐらいむせがあるか」、「尿失禁があるか」、「夜間のせん妄があるか」など、たくさんの生活情報といいますか、その方のことを熟知しておられると思います。そういうことを、ぜひ医療の側に伝えていただけると、医療の側は、「どうも最近身のこなしが悪くなってきたのは、薬の副作用ではないか」というようなことに気づくことができ、「では処方変更しよう」という展開が期待されます。そういう情報が十分に伝わっていないと、診察の５分や10分という間だけでは気づくことのできない病態も多々あろうかと思います。

逆に、介護の方々は、例えば「老衰が進みつつあるけれども、この方に頑張ってお食事を食べさせて、なんとか弱らないようにしたほうがいい」という考え方もあるでしょうし、一方で「いや、もうこの方はだいぶ弱ってきたから、もう無理に食べさせるのも酷だから、味をみさせてあげるようなことに重きを置いたほうがいいのではないか」という考え方もありうるかと思います。

この二つのどちらが正しくて、どちらかが間違っているということを、介護の現場だけで方針を決めるということは、やはり難しいと思います。そうではなくて、やはりそこは医療としてちゃんとアセスメントして、「この方はまだ回復の可能性があるから、もうちょっと頑張って食支援をしてみよう」という方向を医療側が決める。他方では、例えば進行癌の場合ですと、「悪液質がかなり進行した状態では不可逆だ」と判断されたなら、そういう場合にはむしろ味を楽しめるような食支援のほうがいいだろうというように医療では判断します。

ですから、医療がそのような方向を明確に示し、介護の側はそれにのっとって適切なケアを提供する。そのようなノウハウが、医療と介護の統合として大切だと思います。

（飯島座長）

ありがとうございました。椎名先生、続けてお願いいたします。

（椎名　氏）

私は、昨年度から介護職員等による吸引や胃ろうの注入が実施できるようになって１年半という状況で、今までも介護職の方と医療者の連携というものは大切だったのですが、今まで以上にそういう機会が増えているために、いろいろな書類や手続きなどが複雑化してしまっていて、少々現場が混乱していると感じています。また、大変残念なとらえ方を

されてしまうことがありまして、介護支援専門員の方などが、「ヘルパーさんが胃ろうを入れられるようになったのだから、胃ろうを着けて帰ってくればいいじゃない」というような話をされてしまうことが現場ではありまして、私たちは本来のことをきちんと伝えていかなくてはいけない。その中で連携を密にとっていかなくてはいけないというふうに感じています。

（飯島座長）

豊田先生、お願いいたします。

（豊田　氏）

特養でございますので、介護保険制度ができてから、特にその施設においての専門性というものが問われる時代になってきました。

その中でも、先ほど個別個別の方のニーズ、特に食べることに関して追求しますと、中には全介助でしか食事を摂れないという方でも、本当にその人が若いとき、そして自分の手で、口で食べられるときに大好きだったもの、例えばまぐろのにぎり寿司とか、そういったものを目の当たりにすると、おいしいという記憶が働いて、普段は全介助でしか食べられないけれども、手が出て食べてしまうということがございます。

そういったことを考えると、やはり食ということで、従来の入れ歯や虫歯の治療とは別に、嚥下の機能を、いわゆる嚥下内視鏡で見るという協力歯科医専門機関の方に訪問していただいて、少しでもお口から食べられそうな方に関しては、診ていただきながら、また施設におきましても、栄養士がそのようなことを勉強する機会も非常に増え、栄養士も認識を高めておりますので、連携して看護師、現場とともに、なるべく胃ろうが外れるように、また嚥下障害の方に対してのリハビリなどもおこなうというようなことが、徐々に増えてまいりました。何か一つでも改善できるような介護への取り組みというのも、現場の職員がやり甲斐を感じ、取り組んでいる時代になってきたなという気がいたします。

（飯島座長）

ありがとうございます。東先生、お願いいたします。

（東　氏）

私からは二つお話をしたいと思います。一つは老人保健施設の特性なのですが、さきほど川越先生から医療と介護の統合というお話がありましたし、「医療と介護の多職種連携」という言葉が使われておりますけれども、老人保健施設というのは、私も医師で施設長をしておりますが、看護師、リハ職、ＳＴ、それから今お話がありました栄養士、最大のマ

ンパワーである介護職がいるわけです。いま老人保健施設というのは、「R4 システム」という新しいケアマネジメントシステムを導入しておりまして、そのなかにあらゆる職種が、平等に協働してケアマネジメントを行うところがございます。

実は私の施設でも導入したのですが、導入し始めてからおもしろいことが起こっております。例えば私も認知症の患者さんに、向精神薬などを投与することもあるのですが、介護職の方から、「最近午前中傾眠がよく見られるので、先生、薬をちょっと調節していただけませんか」というようなオーダーがあるわけです。私としては大変ありがたいことで、実際に見に行くと確かにそういう傾向があるので、夜の眠剤や、夕方のグラマリールのようなお薬を少し減らすと、本当にはっきり覚醒をしたりする。そういうことを介護職の方が医師に啓発をする。それから例えば糖尿病の方でも、私が「1200 カロリーの制限食で、おやつはだめ」という対応をしていると、「先生、もうだいぶ体重も減りましたし、おやつぐらいいいんじゃないでしょうか」というように指摘をされて、データを見ますと、確かにヘモグロビン A1c もちょっと改善してきているので、「食べる楽しみがあるので、じゃあ解除しようか」ということもあります。老人保健施設というのはそういうことができるという、非常におもしろい施設だということを、皆さんに一つお知らせしたいということです。

もう 1 点は、それでは老人保健施設に入所していらっしゃる方だけにサービスを提供しているのかというと、実はそうではなく、私の施設の場合、1 カ月の入退所者数は約 250 人いらっしゃいます。ということは、100 床のベッドを、ショートステイや入所で次から次へとそれぞれのニーズをもって利用されている方がいらっしゃるわけです。そのニーズの一つが「看取り」であったり、「回復期から来たリハビリで、在宅復帰」であったり、例えば「稲刈りの時期だけ預かってほしい」であったり、「夏に熱中症になって、ちょっと弱ってしまったからリハビリして欲しい」など、それぞれのニーズに合わせて、先ほど申し上げた老健独自の「多職種協働」という方法で、そのニーズを実現するために頑張る。先ほど椎名先生、川越先生もおっしゃっていた、在宅で何かあったときの受け入れ先として、今後老健が期待されるのではないかというふうに思っています。

（飯島座長）

ありがとうございました。それでは、南先生、お願いいたします。

（南　氏）

私はさきほど申し上げ切れなかったことを補いたいと思います。いわゆる「ぴんぴんこ

ろり」が、多くの国民がいちばん望む亡くなり方ではあるとされますが、大多数の方は半介助、さらに全介助となり、要介護状態を経て亡くなるのが現実であるということを、私ども日本人がまずきちんと認識をする必要があるということ。これは現在開かれている「終末期医療のあり方検討会」でも、在宅医療の先生が強調されたことでした。つまり、高齢者の終末期医療は介護の問題、障害者の問題なのだと指摘されたのですが、本当にそのとおりなんだと思います。どんなに理想的な死に方を望んでも、現実はそうなっていないということを、まずは私たちが直視しなければいけないということです。

それから、お金の話というのは、命や生活のことを語るときに、だれでも避けたい話なのですが、国の財政や医療・介護の保険財政を考えるとき、等しく多くの人がその恩恵を享受できる、そうしたお金の使い方というものをみんなが考えないといけない時期に来ているということです。町野先生が最初に、「法律も一人の人の特定の利益を尊重するということはない」と言われました。「なるべく多くの人に、多くの利益があるという方向に向かって法律も考える」ということを、いみじくもおっしゃいました。もちろん多数決の原理ではありませんが、経済・財政的にも、多くの方が納得できる終末期医療というもののあり方を、きちんと考えていく必要があると思います。

そのためには正しい情報が必要です。先ほど舞台裏でお話ししていたときにある先生から、「メディアが発信する情報、胃ろうとか、ぴんぴんころり、などに国民がものすごく大きな影響を受ける」というご指摘をいただきました。いい影響もあると思います。知っていただくためには、いい影響もあると思いますが、例えば胃ろうというものは、結局のところ道具であり、技術です。これ自体が良い悪いということはない、すばらしい技術だと思います。しかし、どう使うかが私たちに問われているのだということを、あらためて考える必要があるということだと思います。また、近年日本では、国民の多くが志向することのキーワードとして、「安心」と「安全」があります。しかし絶対的な「安全」というものがあるのか、まして「安心」は各人の心の持ちようだということです。客観的な安全に手を尽くすことはあると思います。しかし「100%の安心」、「100%の安全」というものは、人間の終末期ということについてあるのかどうかを考えて頂きたいと思います。

（飯島座長）

どうもありがとうございました。ただいまパネリストの先生方から、追加でお話しいただいたわけですが、一つは胃ろう云々を言う前に、口から食べる可能性を、もっといろいろな角度から追求すべきではないかというようなことが、一つあったかと思います。それ

から、高齢者の終末期には、医療と介護が両方必要であると。双方で情報のやり取りをすることが、非常に大切であるというようなお話があったかと思います。

最後はぴんぴんころりの話もございましたが、私自身はもう最初から「ぴんぴんころりはけしからん」と実は思っておりまして、仮に自分の受け持っている患者さんが、ある日ぴんぴんころりと亡くなってしまったら、それは医師としてはとても耐えられない。何か重大な病気を見逃していたということになります。ぴんぴんころりという場合、たいてい循環器疾患の場合が多いと思いますけれども、大動脈瘤が破裂する、急性心筋梗塞、脳動脈瘤が破裂するというようなことになると思います。それを見逃していることになりますから、医師がぴんぴんころりが望ましいというのは大変けしからんと、以前から思っておりました。

それからぴんぴんころりですと、やはり残された方は非常に悲しむことになります。決してぴんぴんころりというのは、本当の意味で幸せな死に方ではないのではないかと思っております。

最後、年を取り亡くなるためには、その前に必ず介護が必要になる、そういう時期が多かれ少なかれ来るということが大切かと思いますけれども、その場合にぜひ国民の共通認識として必要ではないかと思うことは、年を取って要介護状態になり、最後亡くなるということは、ノーマルな出来事であるということ。そういう共通認識がないと、やはりいろいろな齟齬が生じてしまうのではないかというふうに、私自身は考えています。

本日のテーマは、「医療と介護の連携」ということで、すでに何人かの先生から触れていただきましたが、あらためて医療機関と介護ケア提供者等との連携は、何を共通目的として構築するべきかというようなことについて、少しご議論をいただきたいと思います。

「連携とは、そもそもなんなのか」ということが常に問題になりますが、一人では解決できないことを、他者と協力して解決する。あるいは実行するというようなことが連携の第一歩、基本構造だと思いますけれども、そのために何をするか、そういう共通の目的がなければ、連携とはあり得ないわけです。ところが実際には、連携、連携と言いながら、単なる情報交換で終わっている、あるいは医療機関から在宅へ帰すという場合ですと、医療機関側は、「地域のケア提供者と連携する」と称して、実はとにかく早く退院させるという目的、一方地域の側は、「地域で新しい生活場所を確保するために、医療の情報が必要である。あるいは医療の協力が必要である。それで連携したい」と言っているわけですが、

一方はとにかく早く退院してくれればいい。一方はいろいろな情報が欲しい。あるいは手立てが欲しいというふうに、そもそも目的が共通していないということがあるかと思います。

そういう中で、特に終末期にあって、医療と介護がどのような共通目的で連携していけばいいかということについて、椎名先生は「自己決定を支援することである」ということをおっしゃったかと思います。あらためて、まず川越先生から、「連携の共通目的のあり方について」お話しいただけないでしょうか。

（川越　氏）

先ほども「医療と介護の統合」という言い方をさせていただきました。実は個人的には、「医療と介護の連携」という言い方はもう卒業したほうがいいのではないかと思っています。飯島先生もおっしゃったように、例えば訪問看護指示書というものを、医師が訪問看護師に出したら、それは連携と言えるでしょうか？訪問看護指示書は報酬請求のための紙切れにすぎないわけで、本来はきちんと顔を合わせて、一緒に、ある患者さんのことについて「この人に相応しい医療ケアはなんだろうか」と喧喧諤諤議論をして、それで初めてチームとして一緒に仕事ができるはずです。紙切れを書いた、送った、受け取った、だけでは連携とはいえないと思います。そのような「連絡」レベルのことではなく、実際に一緒に仕事をするとは「顔の見える関係」という言葉も、若干一人歩きしているというか、わかりにくいですけれども、「実際にチームとはなんなのか」ということをもっと深めていくためには、お互いが持っている情報を、ICT で共有するだけでもまだ不十分だと思います。それを実際にやり取りして統合された方向性を決める、一緒にどんな医療ケアを提供するのか、それぞれの専門性を提供していくという必要があると思います。

ただ、もう一点、在宅医療の場合ですが、もう少し難しいことがあります。先ほどの東先生のお話など、すごくいいお話なのですが、老健の場合は施設のなかにすべてのチームメンバーがおられて、いつも同じメンバーで、同じ入居者の方に対してサービスを提供することができると思います。しかし、在宅の場合は、例えば在宅医が 10 人いて、訪問看護ステーションは 10 カ所あり、ケアマネ事業所が 10 カ所あった場合、下手をすると 1000 通りの組み合わせができてしまうという現実があります。ですから、チームというけれども、三つの組み合わせが患者さんごとに全部違うということで、一見チームとしておこなっているようだけれども、蓄積性が乏しいということになりかねません。どうしても自由

主義社会では患者さんに選ぶ権利があるわけですし、それ自体間違いではないのですが、そこが非常に難しいところだと思っています。ですから、実際に顔を合わせたり、議論をしたり、そのような形で一緒に仕事をして、同じ患者さんを一緒に診たという経験、蓄積を、3 人、5 人、10 人と増やしていかないと、本当の意味での意思の疎通、いい仕事にはなっていかないと思います。そのことも含めて、医療と介護が統合されていくことを目指したいと思います。

（飯島座長）

椎名先生、お願いいたします。

（椎名　氏）

お医者さんという立場と、看護師という立場というところが違うぐらいで、まったく同じような仕事をしているので、ほとんど思っているところは同じだと思うのですが、この連携という言葉だけが先歩きしてしまっていると思っています。私などは毎日のように「なんとか連携会議」に出ている、会議を開く、連携ツールを作成する、書類のやり取りをする、そういうことが目的になってしまっていたりするので、「それはそもそも違うよね」、「ご利用者さんのことを考えてやろうよね」ということを、いつもケアマネジャーさんやヘルパーさんと一緒に、そういう方向に進んでしまったときには、そもそものところの本質論のところに戻るというような作業をしています。

川越先生が言われたように、同じペアでいつも仕事ができるわけではなく、やはりケアマネジャーさんやヘルパーさん、それぞれいろいろな方がいらっしゃるので、私たちはその方々にきちんと自分たちの専門性を理解していただかないといけないと思うのです。私たちはご利用者さんの代弁者のような役割もするのですが、ある意味ヘルパーさん、介護職の方たちの思いを、お医者さんに伝える代弁者でもあるのではないかと思っております。東先生の施設では、職員の方が直接先生に糖尿病の方のことが言えたりするのですが、やはりなかなか先生の敷居というものが高く、ヘルパーさんやケアマネジャーさんたちは、思いはすごくあるのですが、お医者さんになかなか言えないところもあります。そういうところでは橋渡しのような役割も、訪問看護師は担っているのかなというふうに感じております。

（飯島座長）

ありがとうございます。やはり特定の先生と相性がいい、悪い、そういうことはあるわ

けですか？

（椎名　氏）

私は特にないのですが、おそらく介護職の方たちにとっては、先生にお話しをすること自体が、とても敷居の高いことだと思います。ですから、「先生、そろそろお薬を減らしてもいいんじゃないですか」などということは、一般的にはなかなか言えない環境にあると思います。

（飯島座長）

ありがとうございます。目的の共有と、情報の共有ということが、連携の基本かと思いますが、医師はなんでも知っているような顔をして、実は何も知らないということを知っていれば、ご家族、あるいはケアワーカー、介護の方などから情報を得るということを、当然のこととしておこなうはずだと思うのですが、そういう意味で情報共有、情報の交換というものがスムーズに行くようになるということが、一つのポイントかと思います。

それでは豊田先生、お願いいたします。

（豊田　氏）

医療と介護の連携ですと、私は特養でございますので、施設におきましては必ず嘱託医という方がおります。ですから、嘱託医との関係がどういうふうにあるかということがいちばん重要になってきますが、例えば病院を持っている嘱託医の方と、診療所を持っている嘱託医の方のときに、嘱託医が「これは入院したほうがいい」という判断をされた場合、病院を持っている方の場合は、すぐにその病院に入院できますけれども、持っていない場合は紹介していただいて、またそちらの外来を経て入院、もしくは嘱託医は入院と判断しているが、そちらの外来では「入院は必要ない」といったケースも出てくるものですから、ちょっと困ってしまうケースもあります。基本的に施設では、例えば忘年会など一緒にコミュニケーションを取る場を設けて、嘱託の医師の先生、そして協力歯科医の先生、顧問弁護士の方々と、なるべく敷居なく接することができるような努力はしております。先生によっては忙しく、なかなか参加ができない方もおりますので、まちまちかと思いますが、そのような現状だと思います。

（飯島座長）

ありがとうございます。「まずはコミュニケーション」ということなのですが、特に施設内で看取りをするかどうかという場合に、嘱託医の考え方一つで左右されてしまうというようなところもあるかと思います。以前に特養での看取りのことを調べたことがあるので

すが、嘱託医が「最期までここで看ましょう」ということをあらかじめ了解していないと、なかなか難しいというようなことがありました。そのあたりはどうでしょうか。嘱託医の考え方、食べられなくなったとき、一回でも肺炎を起こしたら胃ろうにしなくてはいけないという医師も結構いるかと思いますし、あるいは肺炎になったら、必ず救急車を呼んで、病院に入院させなくてはいけないというような考え方の医師もいたりすると思うのですが、特養の場合、嘱託医が決まってしまうと、どうしてもその嘱託医一人に左右されてしまうのかなということを、ちょっと懸念するのですが。

（豊田　氏）

座長がおっしゃるとおりでございます。例えば冒頭に私が申しました「科学的介護の実践」という、例えば認知症ケアにおきましての１日の水分の摂取量ということに関しまして、我々は会の研修会で、あるドクターの下でやっていることを習い、それを実践しようとしても、嘱託医の方の中には、「そこまで水分量摂取は必要ない」ということで、実践できないという状況もございます。そういったときに我々としても、理解していただける嘱託医の先生を探すということも一つですし、それから我々の協会の研修会におきましても、嘱託医の先生が参加していただける研修なども最近は設けられております。私どもの嘱託医の先生は非常に協力的でございますので、そういった研修会に年１回は出ていただいております。そういった状況でございます。

（飯島座長）

ありがとうございました。その点老健はなかなか上手くいっているというお話でしたけれども、先ほど「R4 システム」という、私は知らなかったのですが、そのようなご紹介もございましたが、何かご追加でのご発言はございますか。

（東　氏）

いまお話を聞いていて思ったことは、私もかつて大学の胸部外科で、心臓と肺の手術をしていたものですからわかるのですが、大学病院や急性期病院というのは、医師が頂点にいて、その下に看護師がいて、医師の診療計画等で看護師が動いて、その下にリハ職の方、パラメディカルといった方がいるピラミッド構造のようになっております。ですから、なかなかパラメディカルの方やナースから、「こういう薬はどうでしょうか」などという話はできない構造の中で、医者は働いているわけです。

ところが、私も開業してから思ったのですが、「R4 システム」というものは、医師も含めてすべての職種がドーナツ型の共同体になっております。横一列ともいえると思います。

なかなかドーナツ型のチームワークに慣れない医師や看護師がおりまして、私も最初はそうでしたし、私どもの施設のナースでも、「なぜ、ナースの私が、介護職からそんなこと言われなきゃいけないの」というようなことがありまして、最初はなかなか難しかったのですが、上手くいくようになると、非常に意思疎通がとれるようになる。在宅医、開業医、さきほどお話のあった嘱託医、それから老健の管理医師など、在宅医療をしていらっしゃるお医者さんというのは、まずそういうピラミッド型の構造ではない、在宅の多職種とのつながりは、あくまでドーナツ型なのだということを医者が理解しないと、これは始まらないのではないかと思った次第です。

それから、飯島先生が言われた共通目的についてですが、私は、大事なのは本人の QOL だけではなく、ご家族の QOL を忘れては在宅は成り立たないと思っています。例えば老老介護の例などとても多いのですが、ご本人の QOL ばかりを重視するあまり、介護者が倒れてしまったり、介護者の言い分ばっかり聞いていると、ご本人がかわいそうな状態になってしまったりということがありますので、やはりご本人とご家族の QOL を、両方バランス良く考えて連携をするのが、医療と介護の連携のコツではないかなというふうに思っております。

（飯島座長）

ありがとうございました。では南先生、お願いいたします。

（南　氏）

近年、ものごとをどう上手く調整して動かしていくかを議論するときに、ほとんどキーワードのように「連携」、「第三者機関」という言葉が出てくるのですが、実際は、言うほど簡単ではありません。連携という言葉などは典型的で、従来からの縦社会というあり方は、お役所だけではなく、どこの組織でも全部縦割りです。日本だけではないかもしれませんが、横断的に繋がるという意味での連携というのは、どこであっても難しいことだと思います。やはり試行錯誤の中で成功体験を積み重ね、どういう方法がいいのかを考えていかないといけないのですが、確かにいま東先生からご指摘がありましたように、一人ひとりの意識が変わらないと全体の意識も変わらないし、同時に特養にしても、老健にしても、患者さんやご家族の意識も、国民全体の意識が変わらないと、やはりだめなのだろうと思います。

最後に東先生がおっしゃったことにはまったく同感で、「本人の意思」、「自己決定」ということがよく言われるのですが、私はあえて、満足な人生の終わり方が強調されるのと同

じくらい、「満足な見送り方」というものも尊重されていいのではないかと思います。両方が同じくらい大事にされていいのではないかと思います。

（飯島座長）

ありがとうございます。ご家族との関係というものも、非常に大事かと思いますが、今の日本の高齢者に終末期のことについて伺うと、いちばん最初に出てくるのが「とにかく家族に迷惑をかけたくない」ということなのです。自分がどうして欲しいかということよりも、「家族に迷惑をかけたくない」ということをいちばんおっしゃるように思います。

それはそれで尊重しなくてはいけないわけですが、一方で、ご家族とだけ相談して、本人は無視してというようなことは、かつては結構あったかと思います。例えば癌が見つかった場合にも、本人には知らせずに、家族とだけ相談して決めてしまうようなことがあったかと思います。その反省から、とにかく本人にすべてを知らせて、自己決定を促す、尊重するというふうに変わってきたのかと思います。

その一方で、特に先ほど私は「認知症というのは死に至る病だ」と申し上げたのですが、認知症と診断されてから、実際食べられなくなる、終末期を迎えるまで、10 年以上の経過があるわけですが、本当は流れのなかで最後は食べられなくなるということも受け止めるべきだと。その一連の、認知症の一つの症状として食べられなくなる、あるいは肺炎を合併するということが起こるというふうに理解すべきだと考えているわけですが、その場合一つ問題になることは、「それでは認知症のときに本人にそれを告知するのかどうか」ということです。癌の告知はいまほとんど行われるようになりましたが、「あなたはアルツハイマー病です。3 年たったら家族の顔もわからなくなります」というような告知は、まだ行われていないように思います。すべて本人に決めさせるということであれば、おそらくそこまで踏み込まないと、すべて本人に決めさせるということにはならないと思いますし、日本の場合、必ずしもそれはみんなが望んでいることではないように思いますので、本人の自己決定がすべてということではなく、やはり周りの方と一緒に、家族も一緒に幸せになれるように探っていくということが、必要なのではないかと思います。

手前味噌ですが、老年医学会で作った AHN ガイドラインでは、「本人の人生にとっての最善を達成するという観点で、家族の事情や生活環境についても配慮する」ということを謳っておりまして、ご家族も幸せでないと、ご本人も幸せになれないだろうというようなものが、日本のあり方ではないかと思います。そもそも個人のあり方、あるいは個人と家族の関係などというものが、必ずしも神と個人との契約で成り立っているというような西

洋の社会のあり方とは、多少違うところがあると思いますので、日本独自のあり方というものが、これから問われていくのではないかというふうに思います。

それでは続きまして、終末期医療における人工栄養が今日の一つのテーマですが、それを中止するということがなかなか難しい。中止してよいのかどうかということが問題になっているわけですが、今日、町野先生から、法律的な事柄について、非常に明快にお話をいただきました。今回の調査結果の中でも、医師の 7 割は家族と相談したり、あるいは医療チームの中で検討したりすることによって、「中止することがあってもよい」と答えています。

その一方で、4 割以上が「法的な問題が引っかかる」というふうに答えているわけですが、これについて一言ずつご意見をいただけますでしょうか。いったん始めたものをやめるということについて。川越先生からお願いできますでしょうか。

（川越　氏）

最初の 10 分間のプレゼンテーションのときに、在宅の現場でどのように意思決定を支援しているかということは、お話しをさせていただきました。どのような医療介入をするときにも、そのような手順を、多かれ少なかれ踏んでやらせていただいていると思いますので、中止ということだけをことさら切り分けて議論するということは、あまり必要性を感じないのですが、実際には在宅という生活の場で医療を行うこと自体が、もともと非日常です。例えば病院であれば点滴をおこなうということは、ごく日常的な行為かもしれませんけれども、在宅では決してそうではありませんので、たった 1 本の点滴をするときにも、その必要性を説明し、それをご納得いただいて、はじめて実際におこなうことができます。ご本人がそれを判断できない場合には、もちろんご家族の方と話し合ってからおこなわせていただくことになります。

そして例えば別な例を申し上げますと、尿道カテーテルというおしっこを取るための管を入れるという処置があります。どうしてもおしっこが出ない場合に、そういう処置をしなければいけないということがありますけれども、例えば認知症の方にそれをいくら説明しても、その意味をご理解いただけなくて、「医学的には必要だから」ということで入れさせていただきます。しかしご本人があとで引っこ抜いてしまうなど、実際にそういうことも経験をします。ですから、医学的には仮に適応があったとしても実施できないというこ

とも生じえます。

それから、中止ということの例として申し上げますと、胃ろう栄養をおこなっていたけれども、すごく下痢をするようになってきたという例を実際に経験することがあります。それから嘔吐してしまう頻度が増えてしまった、これは例えば消化吸収の機能がだいぶ落ちて、今までと同じ濃度の経腸栄養剤を入れていると、腸が消化しきれない、どうしても胃の中に貯留している時間が長くなり、嘔吐してしまうことが増えてしまうというような場合です。中には、腸管に悪性腫瘍ができて、通りが悪くなっていて、その病態が起きているというような例も混ざっている場合があります。原因がどれであれ、同じ栄養を投与していたら、それが継続できないような症状が実際に起こって来て、それがご本人にとって苦痛であるならば、当然のことながらそれを減らしたり、薄くしたり、控えたりしなければ、かえって苦痛を与えてしまうということになります。ですから、それぞれの医療行為が、本当にその人にとって益になるならば、当然続けることはありですし、その反対も当然ありだという意味では、中止することもあろうかと思います。

（椎名　氏）

私も10分間のプレゼンテーションのなかで、少しお話しをさせていただいたのですが、やはりご利用者さんのお体に侵襲がある場合、胃ろうを入れることのほうが、ご本人様にとっては苦しい状態になるということが、在宅でも多々ありますので、そのような状況のときには、まず栄養剤を入れることをやめ、水分を入れることをやめ、というようなことを、主治医の先生やご家族と話し合いをしながら進めていくようなことがあります。胃ろうを入れていても、すごく元気で顔色も良く、デイサービス週3回通っていて、人生それで楽しんでいる人に対して中止をするかといえば、それは当然しないわけですし、中止をするかどうかということの論議というよりも、その人その人の病状などに合った選択をしていくのが良いのではないかと思います。

（飯島座長）

ありがとうございます。豊田先生、いかがですか。

（豊田　氏）

いろいろなケースがあると思いますが、あくまでも嘱託医の先生と、我々現場の主任と、看護師の主任と、相談の上での判断ということになりますので、一概には言えないところでございます。

（飯島座長）

東先生、何かございますか。

（東　氏）

難しいですね。おそらく飯島先生がおっしゃっている「人工栄養の中止をどうされますか」というケースは、例えばPEGを入れたものの3年4年寝たきりで、ご家族が「見ていられない、かわいそうだからもう抜いてほしい。やめてほしい」と言ったときに「どうしますか？」というようなご質問だと思いますので、私もそういう経験があるのですが、基本的にご家族が「じゃあやめてほしい」と言ったからといって、「抜きましょう」とか、「中止しましょう」という完全中止は、やはりその時点ではできないですね。

しかし、中途半端な中止というのでしょうか、実は私の叔父もそうだったのですが、中心静脈カテーテルから入れるものを、濃厚栄養ではなく水分だけにした。経管栄養でも栄養のカロリーを本当に薄めにして、水分メインで、わずかなカロリーだけにするようなことをおこなっている先生はいらっしゃると思います。ですから、完全中止なのか、レベルダウンなのかというお話があるかと思います。

最後に一点、私もこれは7、8年前に、PEGをご家族の希望で入れた患者さんなのですが、そのあと閉塞性動脈硬化症で両足切断になってしまい、麻痺も加わってしまったり、本当にかわいそうな状態になられたおじいちゃんがおりまして、回診のたびに私の顔をものすごく恨めしそうな顔で見るんですね。「なんでこんなになってまで生かしてくれるんだ、おまえは」みたいな顔で見られたので、いま思えばそういう方にも、「もう経管栄養の中止をしましょうか」という問いかけをして、もし反応が得られれば中止をすべきだった症例なのかとも思いますが、中止というのは、現時点ではなかなか難しい……。

（飯島座長）

ありがとうございます。南先生、何かこれに関してございますか。

（南　氏）

「医療の中止はどうですか」と聞かれて、「まあいいんじゃないですか」というふうに、簡単には答えられる話ではないということだけは、間違いないと思います。

終末期医療については、医療提供側はご家族にかなり丁寧に説明をしているつもりでも、ご家族は「そうだとは思わなかった」というような話が大変多い。両者の意識が乖離していることが少なくないようです。例えば臨終が迫ったときに、「いわゆる延命的な治療は望みません」というような、確認書のような紙を家族が施設との間で取り交わすことがありますね。そのときによく聞くのは、延命治療は望みません、ただ、選択肢のなかで、「点滴

ぐらいはしていただきたい」というところにみんなマルをする、というのです。ここで、この「点滴くらい」というのはどういう意味なのか、医療側のとらえ方と、ご家族の思っていることが、まったく違ったりしているというのです。要するにまだまだ知識も意識も成熟していない、といえばそれまでかもしれないのですが、一般の国民の意識は、乱暴な言い方をすれば、「スパゲティ状態はいや」、ただし、「飢え死にもいや」というような認識であるというような現実をよく感じます。

ですから、「抜管したらどういういうことが起こるのか」について、それはもう神のみぞ知るという部分もあると思いますが、「カレンさんの事件」のように、呼吸器を外してから9年も生きたという例もあるわけですから、そういうことも含めての共通の認識を広げて行くために情報というものがやはり必要なのだと思います。

（飯島座長）

ありがとうございます。ちょっと質問の仕方が悪くて申し訳ありませんでした。結局はケースバイケースで、やめるにしてもスパンとやめるということではなく、だんだん絞っていく。あるいはちょっと肺炎を起こしたとき、下痢を起こしたときをきっかけにしてやめる、減らすというような対応が現実的ではないかと思います。町野先生のお話では、「差し控えと中止は、法律的には同等である」というお話でしたが、倫理的にはそうではないというようなお話だったので、倫理的にそうではないというところが、私は十分には理解できていないのですが、私自身は差し控えのほうがむしろ問題があるのではないかと思っていて、胃ろうをする前には、必ずインフォームド・コンセントということで、inform、十分な情報を提供するわけですが、実際に経験してみるまでは、完全に情報を理解したことにはなりません。いくら医師が丁寧な説明をしたとしても、完全には理解できたことにならないと思います。説明によって差し控えたご家族の多くは、「本当にあれでよかったんだろうか」ということを、のちのちまで悩まれる場合があります。

私自身は、「迷ったら試しにおこなってみてもいいのではないか」という考えを持っていて、もともと医療行為というものは、すべて非常に不確実性が高いもので、「これをおこなうと必ずこうなる」などということは、先ほど川越先生が「やってみたら下痢してしまった」、「やっても肺炎を起こしてしまった」など、そういう話をされましたけれども、実は医師だって完全には結果を知っているわけではないわけです。おこなってみたら案外上手くいき、元気になってまた食べられるという場合もあるかもしれませんし、元気になると思っておこなったけれど、少しもよくならないで、しかも肺炎を起こしてしまうというふ

うな場合もある。それは本当に「やってみないとわからないこと」というものはあるので、それを差し控え、差し控えという方向に持っていってしまうと、かえってよくなるチャンスがある人のチャンスも奪ってしまう危険もありますし、あるいはご家族に悔いを残す危険もあるので、中止が非常に難しい問題であるのと同じように、差し控えのほうも同じように難しい問題ではないかというふうに考えています。

そういう中では、やはり経験を国民のなかで共有していくということが大事で、いままでは多くの場合、胃ろうの話というのは、病院に入院して初めて突然聞くわけです。ところが最近は「おじいさんのときに胃ろうをしたらこうだったから、おばあさんのときは今度はこうしたい」というふうに、経験に基づいて判断される。最近は両親でなくても、「親戚のだれかが胃ろうをしたらこうだった」というような、そういう情報がある場合が多いと思うのです。そういうものを共有して、それに基づいて国民が判断できるようになれば、悔いを残すこともないし、あるいは過剰な胃ろうも防げるのではないかと、私自身は考えております。

いろいろご意見をいただきましたが、事前にいくつかの質問をいただいておりますので、それについて少しパネラーの先生方にお答えいただこうかと思います。

１番目のご質問は、胃ろう造設後の自宅以外の受け皿についての実情。老健、特養は狭き門で、医療行為がある。施設は難しかったり、逆に先ほどの調査では、胃ろうを作らないと入れてもらえない。作ったら入れてもらうことができたというような、いろいろな話があるわけですが、この実情について、東先生、いかがでしょうか。

（東　氏）

飯島先生がおっしゃったように、「胃ろうがあると受け入れない」という施設は、老健、特養に限らずあると思いますし、逆に「胃ろうにしてくれなければ困る」という老健、特養もあるのは事実だと思います。特養というのは、ご存じのように待機者が多く、入所するのは難しいということもありますので、胃ろうの有無で選択をされる場合もあります。特養の場合は、入所基準というものを国がずいぶん厳しく規定しておりますし、各都道府県や各特養さんで入所基準を持っていらっしゃいます。しかし老健の場合、そういう国の指導による入所基準がまったくございません。ですから、老健の管理者、経営者、施設長のさじ加減で、胃ろうの人を受け入れたり、断ったりということが、日常茶飯事に起こっているわけです。

先ほど言いましたように医者もいる、看護師も手厚い老健ですから、胃ろうの方でも本当は受け入れるべきなのですが、残念ながらなかなか全国 4000 近い老健が、一律の機能を持っているわけではございませんので、ここからは一施設長というよりは、全国老人保健施設協会の役員としましては、ぜひ胃ろう造設している方、していない方にかかわらず、老健で積極的に受け入れて、なるべく在宅にお返しをして、在宅に帰ったら川越先生のような先生に診ていただきながら、胃ろうでも在宅でいい生活ができるというような時代になればいいと思っておりますし、私ども老健も努力をしてまいります。

（飯島座長）

ありがとうございます。豊田先生、特養のお立場から、いかがでしょうか。

（豊田　氏）

これは全国的にもそうだと思いますけれども、岐阜県内においては、だいたい特養の定員の 1 割が胃ろうの方でございます。

（飯島座長）

ありがとうございます。そのような実情であるわけですが、施設に入れる、入れないということが、胃ろうを造設するかどうかの決定因子になってしまうということは、できれば避けられればよいのではないかというふうに感じます。

次に、高齢者が最後まで自宅で過ごすことを望んでいて、それが実現される場合とはどのようなものでしょうか。ご本人が希望していても、いろいろな事情で病院に行くこともあるのではないでしょうか。病院に行くことになるのはどのような場合でしょうかということですが、川越先生、いかがでしょうか。

（川越　氏）

例えば在宅医療をやっている立場から、自分たちが担当した患者さんについてということでご説明をさせていただきますと、例えば私どものクリニックの場合には、在宅の看取り率という言い方をしますと、だいたい 7 割～8 割ぐらいの方を在宅で看取っております。逆に言いますと、2 割～3 割ぐらいの方が、病院等に移動されて、そこで最終的に亡くなられるということになります。

その方たちが、なぜ入院することになったかという理由を、以前調査したことがございます。例えば私どものクリニックの場合、肺炎を生じてもその治療を在宅でおこなうことも日常的にありますし、癌の末期の方は、いくら具合が悪くても、家で看取ることを希望

しておられるのでしたら、家で最期までお看取りをするということになるわけですので、病態の軽重で入院かどうかを決定しているわけではそもそもないわけなのですが、2、3割の、病院で最終的に亡くなられた方を振り返って調べてみますと、そのなかのわずか3割ぐらいが医療をうける目的で入院をされたという結果でした。例えばそれは、入院での肺炎治療を希望されたけれど、入院した結果、そこで亡くなられたというもの、癌を抱えておられて、癌治療の継続を希望しておられて、抗がん剤治療の目的で入院をされたけれども、そのまま病院を退院できずに全身状態が悪化して亡くなられたというような方が含まれています。

残りの7割の方は、医学、治療以外の理由で病院に行かれたという方であります。それは、例えば独居の方は生活すること自体が簡単でなくなっていくということは、だれが考えても想像はしやすいと思いますし、日中独居になるという方も、それ相応の困難を抱えます。近年では老老世帯も増えているわけですし、認認世帯といわれるような状況も、少なからず生じています。そしてご家族が同居しておられたとしても、関係性、経済事情、様々な理由で、最後まで支えることはできませんというようなことも、この世の中に現実あるわけです。

そのような結果、もちろん何も病気がないのに「入院させてください」というわけにはいきませんけれども、ご高齢の方が多いですし当然何らかの病気はありますので、それを理由に、病院に受け止めていただいている場合は少なくないと思います。

実際問題、国の施策としても、そして当事者のためを考えても、どちらの意味でもあまりそれが望ましいことだとは思えませんが、ご家族の事情や希望によって、入院するしないが決まっているという現実が実際にあります。

ただし、今日のお話のなかでも、そのような純粋治療以外の必要性があり、ケア面や介護面の大変さなどの必要性もあって、居を移すということであれば、その移す先が、例えば有床診療所というところもその受け皿となりうるでしょうし、老人保健施設がそういう受け皿になりうるというのはもちろんあるでしょう。そのような役割を報酬上高く評価していただくということも、これからの流れではないかと期待いたしますし、それ以外にも有料老人ホームではどこまでできるのだろうかなど、様々な医療職が配置されている居場所はほかにもあるわけです。先ほどの質問でも、例えば「吸引があると無理だ」という話もありましたけれども、確かに有料老人ホームで看護師が配置されているのは日勤だけで、夜に吸引が必要になるような人は受けられませんという話にもなりがちかもしれませんが、

実際に地域を見渡して、グループホームではどこまできるのか、特養ではどこまでできるのか、有料老人ホームはどうなのか、そうやって地域の総力を挙げて、一人ひとりの方を支えていけるようになったらいいなと思っています。

（飯島座長）

ありがとうございました。椎名先生、いかがでしょうか。

（椎名　氏）

ご利用者さんが最期まで自宅で過ごすことを望んでいらっしゃる場合には、ほとんど問題はありません。いちばん困るのは、ご利用者さんの意思が確認できないときに、ご家族が最期まで自宅で看取るか、病院に行くかを判断しなくてはいけない場合などで、そういうときによく登場するのが、今までそばにいなかった親戚などが、「こんな状態になってもまだ家にいさせるなんて、病院に行かせなさい」と言われて、病院に行かされてしまうなど、「それで本当によかったのかな」というような思いをよくいたします。

ですから、ご本人自身が、自宅で最期まで過ごされたいというような場合には、最近では、ドラッグデリバリーなどがすごく良くなっており、訪問する人が多くなくても、自宅でペインコントロールなどいろいろな対応ができるようになっておりますので、そんなに大変なことはないと思っています。

（飯島座長）

ありがとうございます。本人も納得していて、ご家族もその気になっていながら、そこに新たな要素が入ってくると、それが上手くいかなくなってしまうということかと思います。

最近見たアメリカの調査では、アメリカでもナーシングホームで最期まで看取るばかりではなく、なかには最期だけエマージェンシールームに連れていってしまうというようなケースがあるようです。どういうケースかというと、ヘルスケアプロキシーという代理人がアメリカの場合はいるわけですが、その人が高齢者の終末期がどのようなものなのかということを正しく理解しているかどうか。最期はだんだん食べられなくなって、肺炎になって亡くなるというようなことを理解しているかどうかが、一つの鍵だということがありました。最期、急に状態が変わってくると、あわてて救急車を呼んでしまうということもあるかと思います。

最後の質問といたしますが、近頃の本や新聞記事などでは、「胃ろうは絶対すべきではな

い」、「造設しないと施設が受け入れない」といった極端なものが目立ち、患者や家族もその影響を受け、選択肢を狭くしている印象を受けます。さまざまな選択を行うために役立つ情報がもっと発信されるべきではないでしょうか、というような質問がありますが、新聞記事ということなので、南先生、一言お願いいたします。

（南　氏）

私どもの立場では、少なくとも「胃ろうは絶対すべきでない」というような一方的な情報の出し方はしないようにしているつもりです。一般的に、雑誌その他も含めてすべての情報に関して申し上げれば、「もっと選択肢が増えるような、役立つ情報をたくさん出してほしい」と多くの方がおっしゃるのですが、情報というものは、一つの同じ情報でも、受け止める人の持っている知識などにより、まったく違うものに受け止められることがあるのです。このことを肝に銘じて頂きたい。情報とはそういうものであるということを、大量情報時代に生きる者として、きちんと承知をしておく必要があると思います。

それをメディアリテラシーというような言葉で言いますけれども、実は自らが患者になるなど、何か問題や困ったことを抱えている人は、だれでも自分が困っていることに対して、救ってくれる情報を求めていく傾向があるのです。なかなか冷静さを持てないとは思うのですが、情報というものは、「だれが、だれに向けて発信しているか」ということによって、まったくメッセージの意味は違ったものになる。このことを、私たちは知っていないといけないと思います。

例えば本屋さんに行けば、さまざまな題名の本がありますね。先ほど「平穏死」という言葉がありましたが、「平穏に死にたければ、あまり医療に近寄ってはいけない」というようなメッセージもあるわけです。これは一面の事実だと思います。しかし、このタイトルを、医療や病気について知識がない方が目にしたらどうなるか。「医療に近寄ってはいけない」と短絡的にとらえた場合、全然違う意味になってしまう可能性もあるわけです。癌の治療についても、さまざまな考え方があるのはご存じの通りです。どれも一つの事実ではあるのでしょうが、すべての人にふさわしい、適正な情報かどうか、ということが問題なのです。情報というのはそういうものだということを、冷静に理解していただきたいと思います。

（飯島座長）

どうもありがとうございました。情報の伝え方というものは、我々が患者さんにいろいろな説明をする場合にも、常に難しいと感じていることです。いくつかの可能性を並列で

お話したつもりでも、やはりその中で、いちばん自分が聞きたいことだけを聞き、記憶に残して、ほかの話は全部忘れてしまうというようなことは、しばしば経験いたします。

しかし、一方で、マスコミというものはすぐに白黒をはっきりつけたがって、黒にするともう徹底的に痛めつけるとか、そういうふうにマスメディアに対して思っている人たちもいるというのも一方で事実ではないかと思います。そのあたりをマスメディアの側も、それからそれを受ける側の我々もよく注意して、情報というものを有効に活用していくということが、大切なのではないかと思います。

本日は「胃ろう造設及び造設後の転帰等に関わる調査」に基づきまして、パネルディスカッションを行ってまいりました。

とてもまとめができるような、そういう簡単なテーマではありませんけれども、パネラーの先生方に共通していたことは、やはり食べ続けさせる努力を、可能性を探って、そういう努力をチームで、いろいろな職種が集まって、協力してもっと進めていかなくてはいけないということではないかと思います。

そして、「そもそも医師が変わらなくてはいけない」ということが一つのキーワードになるかと思いますが、ご高齢者の終末期は医療だけで解決できるものではなく、介護、あるいは福祉といったものが両輪になって進めていかないと、よい終末期にならないということかと思います。

大変つたないまとめになってしまいましたが、これをもちまして本日のパネルディスカッションを閉じたいと思います。

パネラーの先生方、どうもありがとうございました。また本日最後までご清聴いただきました皆様方、本当にどうもありがとうございました。これをもちまして、終了とさせていただきます。

第 19 回 シンポジウム記録集
平成 25 年 9 月 18 日 開催

平成 26 年 1 月

発行：一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構
〒105-0003 東京都港区西新橋 1-5-11 11 東洋海事ビル
TEL：03-3506-8529
FAX：03-3506-8528

本記録集の記載内容を引用・転載される際は、事前に医療経済研究機構 企画渉外部までご一報ください。