HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	長期入院型医療制度を問う：高齢者の終末期医療から
Author(s)	高波, 千代子
Citation	年報 公共政策学, 7, 291-307
Issue Date	2013-05-17
Doc URL	http://hdl.handle.net/2115/53311
Type	bulletin (other)
File Information	APPS7_016.pdf

Instructions for use

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

長期入院型医療制度を問う
―高齢者の終末期医療から―

高波 千代子*

1. はじめに

わが国の医療制度は、全ての国民が公的な医療保険制度に加入し、いつでも必要な医療を受けることのできる皆保険制度を採用し、フリーアクセス診療を実現している。こうした医療体制は、世界最高水準の平均寿命の維持や、高い保健医療水準を確保する上で大いに貢献してきた（厚生労働省編，2005；p17）。そして国際的にも評価の高いこの医療制度の特筆すべき特徴の一つが、患者の入院期間の長さである。わが国の平均在院日数は、他の先進諸国と比較して極めて長い。平均在院日数の定義は各国によって異なり単純な数字の比較は困難であるものの、例えばイギリスの平均在院日数は7.8日（2009）、フランス12.8日（2009）、デンマークに至っては4.3日（2010）[1]でありながら、日本の平均在院日数は33.2日（2009）である[2]。日本人は他国の人々に比べ3倍近くの期間、病院で入院治療を受けている。

このような違いはなぜ生じるのか。要因の一つには、慢性期の患者が入院する日本特有の「療養病床」の存在がある[3]。療養病床に入院する患者は、家族や馴染んだ自宅から一人離れ、治療効率を優先して設計された無機質な病室で、出かけることもなく一日中病衣を纏い、ベッド上で天井を見上げる生活を余儀なくされる。見舞い客が来ない日は、看護師と交わした会話が患者にとって唯一の言葉を発する機会となろう。患者はこのような非日常的な生活を数カ月以上、長ければ数年も過ごすのである。

そして長期間のベッド上での生活は、自立生活がもはや許されないほど、他の身体の諸機能を衰弱させる。それが廃用症候群の問題である。その上、廃用症候群からの離脱のためには、廃用におちいった期間よりもさらに長期間のリハビリテーション医療や看護を必要とする場合が多い。よって、廃用症候群の増加は必然的に入院の長期化をもたらすと推測されるのである（佐鹿他，2011；p1）。医療のための限られた人的資源・財源は、より一層、高齢患者へ偏在することになり、超高齢社会を目前に控

---

* 医療法人渓仁会 手稲渓仁会病院 hp104214@hops.hokudai.ac.jp

1) OECD Health DATA 2011 [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT] 参照。

2) 平均在院日数は、全病床［精神病床、感染症病床、結核病床、一般病床、療養病床及び介護療養病床］の数値である（OECD Health DATA 2011 及び厚生労働省.「平成22年医療施設動態調査・病院報告の概況」22頁参照）。

3) 療養病床の平均在院日数は176.4日、介護療養病床は300.2日である（厚生労働省.「平成22年医療施設動態調査・病院報告の概況」22頁参照）。

えた我が国にとっても大きな課題である。

本論では、これら長期入院が患者に対して及ぼす弊害を確認し、長期入院の弊害の具体的な例として、昨今、新聞紙面上等でも大きく取り上げられることの多い[4]胃瘻（ろう）を取り巻く問題について取り上げる。そこでは胃瘻が増加する背景や医療制度に内在する要因を検討し、諸外国における高齢者の終末期医療に対する取組み等も参考にしながら、今後の高齢化社会を見据えた医療政策のあるべき方向性を提示してみたい。

2. 長期入院の弊害

これまで長期入院制度の弊害は、医療の必要性の低い高齢患者が病院に長期に入院をする、いわゆる「社会的入院」の問題として取り上げられてきた。つまり、高度の医療を必要としない患者の入院の長期化は、医療費や医療資源の不効率な配分であるとの指摘から、その改善の必要性が唱えられてきたのである（印南，2009；p79）。もちろん長期入院による医療費の拡大が財政へ与える影響は、高齢化が急速に進む日本社会にとって喫緊の課題であることに疑いの余地はない。ただし、ここで見落としてならないのは、医療財政の問題が長期入院の弊害の一面でしかないという点である。長期化する入院の問題を考えるにあたっては、財政面のみならず入院患者自身、つまりは私たち自身の身体にもたらされる影響を忘れてはならない。平均在院日数の数字が短縮していたとしても、患者への弊害に対する改善なくして長期入院の本質的な解決とはなりえないのである。

2.1 廃用症候群

そこでまず、長期入院によって高齢患者へもたらされることの多い廃用症候群について、その概念や徴候について確認する。

私たちの生体の骨、関節、靭帯、筋肉等には、絶えず重力、加（荷）重、運動という負荷が掛かり、その機能を保っている。麻痺やギプスの固定により運動が行えず、或いは寝たきり等によって加重が掛からない期間が長く続くと、骨には萎縮や骨粗鬆化（廃用症候性骨粗鬆症）が起こり、軟部には萎縮や拘縮が起こることがある。これらを総称して廃用症候群と呼ぶ[5]。健康人であったとしても、筋肉は活用しなければ萎縮し、関節の拘縮も意外に早く進行する。不適切な「安静」が長期化すれば、たとえ約１週間の安静であっても廃用症候群は発症する。急性期病院に入院した高齢者で、

---

4)　例えば、朝日新聞. 平成23年11月30日夕刊『食べる幸せ いつまでも』、朝日新聞. 平成23年12月14日朝刊『胃ろう 長短話し合って』、朝日新聞. 平成24年１月13日朝刊『患者思い 揺れる家族（胃ろう体験談）』、朝日新聞. 平成24年１月26日朝刊『胃ろうつけた後も大事』等がある。

5)　南山堂.（1998）『南山堂 医学大辞典 第18版』の「廃用症候群」を参照。

入院 2 週間前まで歩行可能であった患者のうち、入院により新たに16.8%が介助歩行となったという報告もある（Mahoney et al. 1998；p307）。

高齢者、特に女性は元々の筋肉の量も男性に比較して少なく、尚更その衰弱の進行は早い。脳卒中等により足首の関節が足底のほうへ屈曲し、寝たきりの状態が長く続くことによって、つま先が伸びた状態のまま固まる尖足が生じると、もはや二度と自分の足で立ち上がることはできなくなることもある。

これら廃用症候群は、筋肉や関節だけではなく様々な臓器にも生じる。身体を横にした状態から立ち上がる際に血圧が下がり、脳貧血症状を起こして歩行が不安定となり、転倒の原因となる起立性低血圧も誘発される。長時間同じ姿勢で横になるため、関節等の骨が突出している箇所が寝具とこすれ、摩擦を起こし、皮膚がただれ褥瘡（床ずれ）になることもある。身体を動かさないことから不眠や食欲不振となることもあり、認知症を誘発し、またその症状の進行を早めることもある。

2.2　廃用症候群と長期入院の関係性

欧米諸国では早くから、長期の安静によって患者に廃用症候群がもたらされるため、できる限り早期に患者をベッド上の安静から離脱させる必要があるとされてきた（Kottke, 1965；p437）。特に高齢患者について、褥瘡等の医原性疾患（iatrogenesis）のリスクを高める主たる要因の一つは、入院期間の長期化であると認識されており（Szleif et al. 2008；p337）、16～44歳の若年層の患者に比べ、65歳以上の高齢患者では、その入院期間中の発症リスクが 2 倍程度高まると報告されてもいる（Brennan, 1991；p370）。

わが国においても、リハビリテーション医学領域では、廃用症候群の概念及び個々の徴候が明らかにされてきた。しかし、廃用症候群の診断の面では、確固たる診断基準が開発されておらず、医師の臨床経験に基づいた主観的診断に頼らざるを得ない状

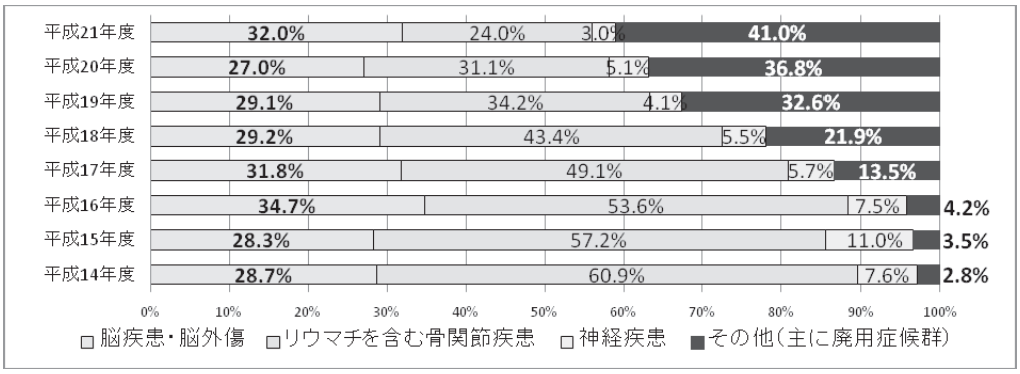

図１．　疾患別入院割合の推移

（出典）NTT 東日本関東病院 HP [http://www.ntt-east.co.jp/kmc/sinryo/22rihabiri.html] を参考に筆者作成

況にある（佐鹿他，2010 b；p167）。従って、その患者数を正確に把握することは難しいものの、NTT 東日本関東病院（665床）が一定の診断基準のもとで行った調査結果によるとリハビリテーション病棟における疾患別入院割合における廃用症候群の割合は、この 7 年で2.8％から41％にまで上昇している（図 1 ）。

また、横浜市立大学付属病院及び同付属市民総合医療センターで入院中の患者のうち、リハビリテーション医療を必要とする主な機能障害が「廃用性障害」である患者は、入院患者の20～30％に達しているという報告もある（佐鹿他，2010 a；p 3）。

これらの結果を全体として推察すると、わが国では近年、急速に廃用症候群が増加しているということができる。つまり、療養病床での長期の入院において患者は廃用症候群に陥り、寝たきりの状態から回復困難となって入院がより長期化するという状況が増加しているといえる。

3.　胃瘻

このように廃用症候群は、長期入院がもたらす高齢患者への直接的な弊害の一つである。その廃用症候群、いわゆる寝たきりの状態となった高齢患者を取り巻く問題に、胃瘻がある。

胃瘻とは、腹壁と胃腔の間に造られた穴にチューブを通して、直接胃の中へ栄養を注入する方法である。我が国では、経口での栄養摂取が困難なケースにおいて、患者に胃瘻を造設して栄養摂取を行うことが広く普及しており、内視鏡による経皮内視鏡的胃瘻造設術（Percutaneous Endoscopic Gastronomy; PEG）の発達によって、患者の苦痛や介護者の負担が軽減されたことから、近年急速に普及してきた。PEG キットの販売数をみると、1993年に約6,500本であったところ、2001年には造設用キット販売数は45,000本、2003年にはその約 2 倍の84,300本へと急激に増え、2005年には10万本を突破している（会田，2011；p151）。今後の高齢化の比率と同等に算出すると、全国の胃瘻造設者数は2025年頃までに100万人にも上るとの予測もある（藤本，2009；p56）。

PEG は、外科的な胃瘻造設術に比べ侵襲性も少なく、鼻から管を通す経鼻栄養法に比べ患者の不快感も少ない等のメリットも多いと評価されている（蟹江，1998；p543、蟹江，2000；p13、赤澤，2001；p42）。では、その胃瘻造設の何が今、問題となっているのか。全日本病院協会が全国の医療施設や介護施設等を対象に行った「胃瘻造設高齢者の実態把握及び介護施設・住宅における管理等の在り方の調査研究」の報告書（以下、全日本病院協会報告書）を基に分析する。

3.1　胃瘻と廃用症候群の関係性

まず、推定26万人に上ると推測される胃瘻造設高齢者には、その実に 9 割が寝たきりの状態にあるという、廃用症候群との強い関係性がある。寝たままの状態では人は

誰でも誤嚥しやすい。誤嚥を避けるために胃瘻を利用すれば、嚥下機能は活用されることなく、より一層衰弱していく。また12%の胃瘻造設高齢者は造設後5年以上を経過しており、その内の5割は「生命維持」のみを目的に装着しているという実態も見過ごせない。また、慢性期病院の3割もの患者が胃瘻を造設している。経口併用で栄養摂取を行っている胃瘻造設者は、わずか1～2割に留まり、胃瘻を離脱し経口での食物摂取に戻る見込みのある胃瘻造設者は、わずか2～3割と報告されている。これらの点からも、わが国では、寝たきりの患者に延命目的で胃瘻が造設され、一度造られた胃瘻は中止されることなく、長期間継続されていることが推測できる。

また、「認知症」が胃瘻造設の原疾患となっているケースが、介護老人保健施設では16%にも及び、その他の医療機関でも6～8%も存在するという報告も、大きな問題を抱えている可能性がある。そもそも認知症の原疾患には、大きく「アルツハイマー病」と「脳血管障害」に分けられる。そして後者の脳血管障害型認知症患者の場合、嚥下機能の麻痺によって経口摂取が困難となっているようなケースには、一時的にPEGによる胃瘻栄養法を活用し、嚥下訓練を並行して実施することに何ら疑問はない。しかしながら、一方のアルツハイマー型認知症の場合、問題はより複雑となる。この患者群は、嚥下の機能障害というよりも、認知症の症状として意欲や食欲が低下し、拒食している場合もあるからである。この点、後述するように、欧米のアルツハイマー病協会等は、アルツハイマー病が進行して摂食困難となった場合には、胃瘻の栄養法はもはや適応とならず、むしろ患者にとって不利益をもたらすのみとなるため、胃瘻を造設しないように勧告しているほどである。前述の「認知症」を原疾患として胃瘻を造設しているわが国の16%の患者に対し、摂食拒否しているから即PEG、という答えが出されているのだとしたら、これは大きな問題となり得るのである。

3.2　胃瘻増加の背景

それでは、このような問題をはらむ胃瘻がなぜ増え続けるのか。ここでは、医療制度がもたらす誘因という視点から、胃瘻造設の原因疾患の半数以上[6)]を占める「脳血管疾患患者」の嚥下障害を例に考察する。

嚥下障害が高頻度に発症する脳血管障害には、大きく「仮性球麻痺」と「球麻痺」のレベルに分けることができる。仮性球麻痺の特徴は、嚥下反射は残存するものの、飲み込む筋力の低下、協調性の低下、また失語、失念、認知機能障害等の高次機能障害等が併発する。それゆえ、これらの患者群には、嚥下訓練による回復の可能性は潜在しているものの、訓練を実施すること自体が難しいケースが想定される。一方の球麻痺には、嚥下反射が残存せずに、経口摂取が全く不可能となる症例が多い。すなわち、脳血管疾患による嚥下障害にも、仮性球麻痺のようにリハビリによって回復でき

6)　前掲の全日本病院協会報告書によると、慢性期病院では59.7%に上る。

るものと、球麻痺のように回復できないものがあるのである。従って、胃瘻造設の判断においては、リハビリが不十分だったのか、そもそも回復不可能な麻痺であったのか、慎重に判断されなければならない。それにも関わらず、わが国では、胃瘻の適応基準に関する公的なガイドラインが整備されていない。前掲の全日本病院協会報告書によると、新規胃瘻造設の基準を設けている医療機関は、急性期病院で3割強にとどまり、慢性期病院に至っては7.5%にしか至らない。つまり多くの医療機関では、各医師のそれぞれの判断によって胃瘻造設の決定が下されているのである。

また、そもそも胃瘻造設の決定には、その前の段階で適切に嚥下訓練を実施し、その回復の可否を慎重に判断することが不可欠である。それにも関わらず、言語聴覚士等による嚥下訓練に対する診療報酬上の評価は、ごく僅かなものでしかない（摂食機能療法185点）[7]。その反面、PEG 手技料の保険点数は、ここ数年で上昇している（2011年時点で9,460点）[8]。日数をかけて誤嚥のリスクを負いながら患者に嚥下訓練を実施したとしても、医療機関の直接的な収入増にはつながらず、一度 PEG を造設しさえすれば、チューブ交換時等にも収入が定期的に入ることになる。

その上、療養病床における包括支払制度、つまり定額制のシステムは、コスト抑制のインセンティブを生む。つまり、収入が一定額に抑えられている場合、できる限りコストを抑えると考えるのは必然である。この点、胃瘻の管理は食事介助に要する人件費よりも安価に済み、その上、管理自体も簡便であって時間も節約できる。

そして胃瘻造設の増加の背景には、平均在院日数の短縮化政策が、急性期・慢性期区分による転院圧力を高めていることもあげられる。急性期病院では、診療報酬上の在院日数の規定があるため、入院が長期化すれば、その医療機関の収入減に直結する。そのため、急性期病院には、ゆっくりリハビリに向き合っている時間的余裕はない。しかし、病院では何か処置しなければならない、という意識が働き、必要な処置として胃瘻が選択されることもある（会田，2011；p174）。このように、わが国の医療制度は、胃瘻が選択されやすいインセンティブにあふれているのである。

そして前述のとおり、一度造設した胃瘻は長期化することが多い。自ら経口摂取できるようにならない限り、胃瘻による栄養法を中止することは稀である（会田，2011；p192）。胃瘻の継続に関する意思確認を患者に対して行ったことはないという医療機関も多い[9]。患者の症状によっては、リハビリを丹念に実施することで胃瘻を離脱する可能性が残されてはいる。とはいうものの、医療機関が経口摂取のリハビリ

---

7)　摂食機能障害を有する患者に対して摂食機能療法を30分以上行った場合、治療開始日から起算して3カ月以内は、毎日185点を算定することができる。ただし、それ以降は、1月に4回を限度として算定できる（平成20年診療報酬点数表参照）。

8)　1999年時点で6,400点だったものが、2000年の改正時に7,570点となり、現行では9,460点となっている。

9)　全日本病院協会.（2011）『胃瘻造設高齢者の実態把握及び介護施設・住宅における管理等のあり方の調査研究報告書』207、218、221頁参照。

を担う人材（言語聴覚士等）を雇用しようにも、嚥下訓練に対する診療報酬上の評価は低く、人件費一人分にもならないのが現状である。

3.3　胃瘻と自己決定

このように胃瘻造設は、侵襲性の伴う医療行為であり、その後の生活や生命にも関わる重大なものである。しかも一度造設すると中断は難しい。そのような治療であれば、自らの意思で決断したいと望むのは当然である。そもそも医療は、医師が患者に対して、考えられ得る治療の選択肢、それらの効果、リスク、予後、費用等を説明し、その上で当該治療を受けることに患者が同意すること、すなわちインフォームドコンセントが前提となる。しかしながら、現状では、本人自ら胃瘻の造設を決断できているケースは極めて少ない。患者の代わりにその家族が決定している場合が８割前後というのが実情である[10)]。胃瘻を造るか否かの時点においては、もはや患者本人は重度の認知症、或いは昏睡状態にある等の要因から、自ら決断することができない状況におかれているのである。

８割もの人が、自分自身ではなく家族の意向によって胃瘻を造設されている。これは、もはや意識のない患者本人のためというよりも、傍にいる家族や近親者のために胃瘻を造設しているようなものである。

また、インフォームドコンセントの内容にも偏りがあるという指摘もある。胃瘻の必要性や有用性に関する説明はするものの、胃瘻を造らないという選択肢を提示することは稀というのである（会田，2011；p174）。これでは、全ての選択肢が提示されているとはいえない。この点からも、施術ありき慣行による医療機関の姿勢も伺える。また、インフォームドコンセントの実施の仕方にも、標準化されていないわが国の医療の現状が垣間見える。

4.　諸外国の取組み

ところで、高齢化が進み、高齢患者の増加や高齢者の終末期医療、そして延命治療の在り方が医療制度の根幹的な課題となっているのは、他の先進諸国でも同様である。欧米諸国においてはこれら高齢者を取り巻く医療の問題をどのように取り扱っているのか確認し、わが国への示唆を見出してみたい。

4.1　医療倫理重視

まず欧州では、伝統的に人格主義生命倫理が発展してきたといわれる。医療の問題に対する決定に際しては、専門職である医師が主導的な役割を果たし、医師の職業倫理に基づいて治療の差し控えや中止を判断する。人格主義生命倫理学の最高原理は

10）全日本病院協会.（2011）前掲159頁参照。

「人間の尊厳」原則であり、「執拗な治療」は人間の尊厳を侵害することになるので実施しない、という考え方である。例えば欧州17カ国が参加した The ETHICUS Study によれば、延命医療の制限の意思決定に際し医師が考慮した点として挙げたのは、「良質の医療（good medical practice）」が66％と最も多く、「患者の最善の利益（best interest of patients）」が28.5％とこれに続く（Sprung et al. 2008；p274）。これらは、共に医師の判断であり、合わせて 9 割を超える。患者や家族の申出（2 ％）やリビング・ウィル（0.9％）による決定は前者に比較して明らかに少ない。

また医師という専門職の判断を尊重するということは、職能団体が自らの責任の下でガイドラインを作成し、それに則って医療を提供するということでもある。例えば、前述の脳血管疾患患者に対する胃瘻造設に対し、英国スコットランドでは「脳血管疾患診療ガイドライン；嚥下障害の診断と治療（公式診療ガイドライン）[11]」が設けられている。そこには胃瘻の適応基準や決定から造設までの手順が詳細に掲載され、それに従って胃瘻の判断が行われている。では、本人の意思が不明な場合に家族が更なる治療を要望した場合、医師が医学的にその必要はないと判断した際にはどうなるのか。英国では、法廷の判断によるとされ、現在の傾向としては後者の医療職の判断に重きが置かれているといわれている（会田，2011；p15）。

また、欧米では、高齢者の終末期医療において、経口摂取ができなければ自動的に胃瘻を造設することに対して、そもそも批判的な文献が数多くみられる。前述のとおり、特に重度の認知症患者に対しては、胃瘻は臨床的に良い結果をもたらさないという研究結果を基に胃瘻造設を推奨しないことが欧米のガイドラインに明記されている。例えば、米国のアルツハイマー協会のガイドラインは「アルツハイマー末期で嚥下困難になった患者に対する最も適切なアプローチは、死へのプロセスを苦痛のないものにすることであ」り、「経管栄養法がこの患者群に利益をもたらすという医学的証拠はない」と明記している。またオーストラリア政府が2006年に策定した「高齢者介護施設における緩和ケアガイドライン」では、「（胃瘻等による）経管栄養法は認知症により嚥下困難となっている患者に対してむしろ害が大きい」としている[12]。

4.2　患者の自己決定権重視

その一方で、高齢者のみならず医療を受ける全ての患者は原則として自ら決定する権利を有しており、その自己決定権が最大限、重視されなければならないとの考え方もある。特に米国は、個人主義生命倫理を重視し、最高原理は個人の自己決定権とす

11）Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2004) *Management of patients with stroke; Identification and management of dysphagia (A national clinical guideline)* 参照。

12）Australian Government National Health and Medical Research Council, 2006 *Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged Care. Enhanced version - May 2006* [http://www.pallcare.asn.au/pdf/membership/guidelines_pa.pdf] p91 参照。

る立場にあり、患者の自己決定権は、権威保持者である医師に対して患者自らが対抗（意思表示）するために形成された概念として、治療方針は患者が自分自身で決定し、その結果についての責任も自分でとるという主張に支えられている。1990年に制定された米国連邦の「患者の自己決定法（Patient Self-Determination Act）」は、全ての医療機関に対して、医療の承諾或いは拒否に関する権利を患者に保障することを義務付け、延命医療の拒否は患者の権利であることを明示している。また、Living Will の法制化を実現しているのも米国である。患者が入院する際には必ず、自らの延命治療に対する意思を表明し、その患者のカルテの第一頁目に添付することが医療機関に義務付けられている。

また、イギリスでは治療拒否事前決定制度（Advance decision to refuse treatment）が意思決定能力法に規定されている[13)]。これは、特定の治療に対し、その治療が必要となったときには自分の意思決定能力を欠きその治療に対する意思を表明できなくなった場合のために、事前に治療の拒否或いは中止の意思を示しておく制度である。また、同じ意思決定能力法において、自ら意思決定できない状況にあると認められた人々に代わって決定に関与する権限を有している者に対し、遵守すべき原則が明記されている。それは、「本人の最善の利益（best interest）を実現するように行わなければならない」という「最善の利益」原則である。具体的には、「本人の年齢や外見、状態、ふるまいによって最善の利益の判断が左右されてはならない」等、その判断にあたっての細かなチェック項目が記されている。これは、本人の客観的状況を決定権者が外部者の視点で観察した結果、良いと考えたに過ぎないものを「最善の利益」と捉えてはならないと示しているのである（菅，2010；p36）。つまり、家族の意思のみによって判断されることは厳格に否定し、あくまでも患者が主体であることが示されているといえる。

4.3　緩和ケア概念の拡大

では、胃瘻等の延命治療を選択しなかった、或いは選択されなかった患者の終末期はどうなるのか。この点、欧州では、高齢者の終末期医療における緩和ケアの概念の導入の必要性が説かれている（WHO Europe，2004 a；p14）。高齢化に伴い、高齢者の終末期も多様化し、身体的、精神的、そして社会的に多くの課題を終末期医療が抱えるようになった。そこで今後の医療制度は、それらの課題を本質的に解決する方法を提示しなければならないとの問題意識を出発点に、ペインコントロールや症状管理を含め、これまでは癌の末期患者に専ら提供されてきた「緩和ケア」の知識・技術を導入すべきだとしているのである。つまり、限りなく安らかに最期の時を迎えられる体制を、全ての高齢者の終末期医療にも取り入れていくべきであるという考え方であ

13）「意思決定能力法（The Mental Capacity Act 2005 Chapter 9; 24）」に規定されている。

る。これは病院のみならず、むしろ終末期の療養を支える訪問医や訪問看護師が対象となる。そのため、それらの専門職に対する緩和ケアの知識や技能の取得が期待されている。

5. わが国の政策の方向性

それでは、日本における胃瘻の問題はどのような方向性に進んでいくべきか。

医療行為としての治療の選択においては、まずは医師の臨床的判断が前提となることは疑いようもない。ただし、各医療職にその決定を全て委ねるのではなく、標準化されたガイドラインに基づいて判断されるべきである。前述のとおり脳血管疾患患者や認知症患者に対する胃瘻は、適応の判断が難しい。それに加えて、前述のとおり、わが国の医療制度には、胃瘻造設を選択する方向に傾き易い制度上のインセンティブも豊富に存在する。そのような中で安易に胃瘻が造設される可能性を減らしていくためには、どの疾患のどのような病態の患者に胃瘻が適応となるのか、という標準化された臨床的基準が必要である。そしてその基準は、胃瘻を造設した後の生活がどのように変化するのか、胃瘻はその患者の生の質の向上に寄与するのか等の全人格的視点からの要素も考慮しなければならない。その上で、その臨床的判断を前提に、患者本人の同意を得るためのできる限りの努力がなされるべきである。つまり、胃瘻を造設するか否かを決定においては、その判断に至るプロセスを重視する必要があり、一定の判断基準と判断過程を標準化したガイドラインが有効である。

これまで高齢の患者には胃瘻を造る選択肢しかなかった。そのため、医療職と患者の意思が相反することは稀であったが、今後は、上記の臨床的判断と本人の意思が対立することも想定し得る。そのような事態への対策も必要となるだろう。以下では、それらの点を詳しく考察する。

5.1　治療ガイドラインの整備

まずは、治療のガイドラインを適切に整備する必要がある。特定非営利活動法人PEG ドクターズネットワークが実施した平成22年度老人保健事業推進費補助金「認知症患者の胃ろうガイドラインの作成—原疾患、重症度別の適応・不適応、見直し、中止に関する調査研究—調査研究事業報告書（平成23年 3 月）」では、認知症患者への胃瘻造設による若干の治療効果（生活自立度の改善、経口摂取機能の改善、QOLの改善等）が示されたものの、原疾患別、重症度別等の詳細な検討はなく、不適応や中止の必要性が検討されるべきケース等にはふれられていない。

そもそも慢性疾患は、癌等とは異なり、時間を尺度として予後を予測することが難しい。そのため、終末期を定義すること自体、一般に困難とされており、終末期に関

する研究も進まない現状にある[14)]。厚生労働省は、平成19年に初めて「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を作成したが、あくまでも手続上の指針に留まり、どのような患者の病態が終末期にあたるか、という具体的な定義を示したものではない。

しかし、医療を担う職能団体には、必要最低限のガイドラインを作成する責任がある。特に医師には、検査の要否・時期、治療の要否・時期・方法の選択などの決定において裁量が与えられ[15)]、社会的地位も確立し、医療保険財源から相応の報酬も得ている、これらのことからも、医療を司る者として医学的妥当性を追求する責務があるといえよう。医療界の中で見解が分かれているからと曖昧な表現を羅列した指針では、その責任を全うできているとは言えない。限られた医療財源を公平に配分するべく、明確に医療の基準を提示し、それに則って標準化された医療が行われるべきであり、その最低限の保障として適切なガイドラインを作成すべきだと考える[16)]。

5.2　患者の自己決定を支える仕組み

治療のガイドラインが整備され、標準的な医療が提供される体制が整ったとしても、もちろん治療を受ける本人の意思を尊重することは忘れてはならない。患者の意思を尊重するにも、まずは、患者自身が自分の疾病を把握できていることが前提となる。例えば、認知症の初期段階の患者に対しては、主治医が将来的な症状の進行について説明を行い、今後の生活や治療に対する自らの心構えを確立し、事前に意思を表明しておくように促す。もちろんこれらの説明は、医師のみで行うのは負担が大きい。従って、「ものわすれ外来」等の機能を強化し、臨床心理士及び社会福祉士の活用を促

---

14)　日本老年医学会は、2001年、終末期の医療とケアに関する『学会の立場表明』のなかで老年の終末期から時間の概念を省略し、「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」と定義した。しかし、認知症の終末期の定義は示されていない。

15)　仙台高裁1994年12月15日判決。また、札幌地裁1998年３月13日判決では「医師に対し、現在の医学において認められている可能な診断方法をすべて講ずるよう要求することは不可能であり、診断方法の選択については、いわゆる医師の裁量を否定することができない」とされ、岡山地裁1994年４月22日判決においても「医師は診療にあたり、いかなる療法を用いるかを選択する裁量権を有する」とされている。

16)　現在、社団法人日本老年医学会が実施主体となり、厚生労働省平成23年度老人保健健康増進等事業「高齢者の摂食嚥下障害に対する人工的な水分・栄養補給法の導入をめぐる意思決定プロセスの整備とガイドライン作成」を行っている。この中で、人工的な栄養法が生命維持に対して効果が少なく患者に苦痛があるだけの場合、導入せず自然な死を迎える選択肢もあることを患者本人や家族に示し、導入後に中止や減量ができることも盛り込んだ指針案を同年12月に発表した。今後の進展が期待されるが、一方でこの指針案にも、その性質上、「倫理的妥当性を確保するため」のものであり、「医学的妥当性を確保するためのものではな」いと明記されており、後者の医学的妥当性のガイドラインが適切に作成されることが望まれるものである。

進し、きめ細やかな診療を実施していくことが望まれる。

また、事前に患者が意思を表明するためには、自分の意思決定代理人を事前に指示しておく「高齢者事前指示制度」の導入も有効であろう。厚生労働省の終末期医療のあり方に関する懇談会の報告書（2010年10月）には、リビング・ウィルについての立法に関し医師の54%が賛成したとされており、臨床現場においても望む声が多い事実もある。今後、高齢化が進み、認知症患者が増加すると見込まれるわが国では、早急に法制化に向けて検討すべきであり、応諾可能な近親者の範囲を定めるなど、事前指示制度を活用したい人がいれば、その意思が最大限尊重されるような体制を整えるべきであろう。

この点、意思決定代理人に関する規定には、あくまでも本人の意思を推測し、本人の利益のために決定を代理するものと明記すべきである。意思決定代理人は、患者が自らの判断を将来的に委ねる相手ではなく、あくまでも患者本人の最善の利益を追求する役割を担う者として規定すべきである。つまり、患者がたとえ自分自身に対する治療について、自分で決定することが困難な状況になったとしても、あくまでも患者本人が自律的存在であり、その前提が覆されることはないとすべきである。

では、医療職の判断と患者の意思が逆行したときはどうするか。その場合には第三者機関に判断を委ね、例えば家庭裁判所に決定を求める手続きを導入する等の手段が考えられるが、この点はより深い検討と考察が求められる。

5.3　緩和ケアへの取組み

このように患者本人の意思が尊重される枠組みが整備されたなら、今後の高齢者に対する終末期医療のあり方も変容していくことだろう。これまで当たり前に施されてきた胃瘻等の延命治療を拒む患者が増えることも予想できる。そもそも高齢化が進めば、亡くなる高齢者も増加する。超高齢化社会を目前に、高齢者の最期のそのときに、医療がどのように関わるべきか。わが国の医療は、大きな課題が突き付けられている。

この点、欧州の緩和ケア概念の拡大への取組みは、わが国に対する示唆に富んでいる。わが国の療養病床や高齢者施設、或いは在宅においても、高齢者終末期患者に対する緩和ケアを実践していくべきである。そして、生活の質や生命を大きく左右する胃瘻に頼らざるを得ない状況に陥らないように努力すべきである。そのためには、嚥下機能訓練に対する言語聴覚士、看護師、介護職の職域の枠を柔軟に外していくことも求められる。もちろん誤嚥の可能性のある患者に嚥下訓練を実施することは、決して容易なことではなく、生命の危機に晒す恐れもある。ただ、嚥下障害を有する患者は、認知症の症状として、単に意欲が低下し食事が進まない場合も決して少なくない。そのような患者に対して経口による食事を如何に勧めるかは、介護職も学ぶことはできる。現在、高齢の胃瘻患者の増加を見込んで胃瘻のケアを介護職も実施できるように規制緩和が進み、介護職を対象にした研修が平成24年以降、数多く開催される予定

となっている[17]。しかし、私たちが望むべきは、胃瘻の手技をこなす介護職ではなく、患者が最期まで食事の楽しみを味わえるように、嚥下訓練を実施しながら患者の経口摂取を支えることのできる介護職ではないだろうか。

また緩和ケアは、患者本人の苦痛緩和や精神的ケア、家族への心理的配慮を重点に置くため、医療職と患者との意思疎通を担う、看護師の役割が増大する。現行の療養病床や高齢者施設の看護師の配置基準では、対応しきれないだろう。その一方で、治癒を前提とした治療に対する医師の役割は、少なくなる。従って、緩和ケアにあっては、医師の配置要件を緩和し、その人件費分を看護師増員に充て、きめ細やかな終末期ケアを提供する体制を整えるべきである。さらには、緩和ケアに従事する専門職への専門教育以外に、一般医師・看護師に対しても認識向上に向けた緩和ケアの医学教育の充実も求められる。

また、死を見据えた医療は医師等の精神的負担になりうる。その軽減を担うべく、患者本人や家族の精神的ケアを拡充させるためにも、医療社会福祉士（Medical Social Worker; MSW）の活用も望まれる。現在は主として退院調整に従事している MSW の役割を拡大し、診療報酬上においても配置人数等を評価し普及していく必要がある。

高齢化が進むわが国では、このようにして全ての高齢者の終末期医療の現場で、それが病院や施設或いは自宅であろうとも、患者が限りなく安らかに最期の時を迎えられるように体制を築き、患者の希望に配慮して、残された人生を少しでも豊かに過ごせるような医療を提供すべきである。

6. 結語

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」の第 2 条 4 項には、高齢者虐待について、以下のとおり定義している。

「高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置（・・・）等養護を著しく怠ること」（傍点筆者）。

現在の療養病床で行われている医療が、上記に該当しないと自信をもっていえる人はどれだけいるだろうか。病院の入院期間中、廃用症候群になった患者の中には、その症状を防ぎ得た患者が少なからずいるはずである。日本の医療制度下でなければ、再び自らの足で立って歩けた患者がいたはずである。胃瘻に頼らなければ、再び自分の口から食事を取れるようになった患者がいたはずである。私たちがこれまで「致し方ない」と目をつぶってきたものの中には、防ぎ得たものも含まれているかもしれないのである。

私たちは皆、年を重ね高齢者と呼ばれる段階に入る。加齢は全ての人に平等に訪れ

17) 平成23年 6 月22日に公布された「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成23年法律第72号）」により、平成24年 4 月 1 日から、一定の研修を受けた介護職員等が、たんの吸引や胃瘻による経管栄養等を実施できることとなる。

る。すなわち、高齢者医療の課題は、全ての者が直面する問題である。高齢患者一人ひとりの「人生最期の生活をいかに生きるか」という根本的な希望を支える制度設計が、高齢者医療には必要であり、そのための抜本的な制度改革が望まれる。

引 用 文 献

［和文文献］

会田薫子.（2011）『延命医療と臨床現場 人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学』東京大学出版会.

赤澤寿美、梶原円、山口武子他.（2001）「脳血管障害患者の嚥下障害に対する胃瘻造設の評価：看護側からみた有用性と介護者への影響」『広島大学保健学ジャーナル』1（1）；42-48.

印南一路.（2009）『「社会的入院」の研究　高齢者医療最大の病理にいかに対処すべきか』東洋経済新報社.

蟹江治朗、河野和彦、山本孝之他.（1998）「老人病院における経皮内視鏡的胃瘻造設術の問題と有用性」『日本老年医学会誌』35（7）；543-547.

蟹江治朗、河野勉、大澤雅子他.（2000）「経皮内視鏡的胃瘻造設術術後、経管栄養を離脱し得た症例に対しての検討」『在宅治療と内視鏡治療』4；13-17.

川渕孝一.（2003）『大腿骨頸部骨折の医療ケア標準化における費用対効果 厚生労働科学研究 研究費補助金政策科学推進研究事業 平成15年度研究成果報告書』

菅富美枝.（2010）「自己決定を支援する法制度　支援者を支援する法制度―イギリス2005年意思決定能力法からの示唆」『大原社会問題研究所雑誌』622；33-49.

黒川陽子、城戸研二他.（2005）「回復期リハビリテーション病棟における大腿骨頸部骨折の訓練効果」『日本職業・災害医学会会誌』53（1）；45-48.

厚生労働省 終末期医療に関する調査等検討会（2004）『終末期医療に関する調査等検討会報告書　―今後の終末期医療の在り方について―』

厚生労働省編.（2005）『厚生労働白書（平成17年版）』ぎょうせい.

厚生労働省編.（2007）『厚生労働白書（平成19年版）』ぎょうせい.

小沼敦.（2007）「療養病床の再編」『調査と情報』第590号.

佐鹿博信、水落和也.（2010 a）『リハビリテーション医療における廃用症候群の診断基準を開発するための臨床研究報告書（文部科学省科学研究費補助金：基盤研究（C）2007年度-2009年度）』

佐鹿博信、水落和也、菊池直久、若林秀隆.（2010 b）「リハビリテーション医療における廃用リスクスコアの開発に関する臨床研究」『Japan Journal of Rehabilitation Medicine』47（3）；166-175.

全日本病院協会.（2011）『胃瘻造設高齢者の実態把握及び介護施設・住宅における管理等のあり方の調査研究報告書』

PEG ドクターズネットワーク．（2011）『認知症患者の胃ろうガイドラインの作成―原疾患、重症度別の適応・不適応、見直し、中止に関する調査研究―調査研究事業報告書』

藤田博暁、土田典子他．（2002）「高齢者の大腿骨頸部骨折患者に対する理学療法」『理学療法科学』17（3）；149-156.

藤本啓子．（2009）「胃瘻増設を巡って―To Peg or Not To PEG―」『医療・生命と倫理・社会』8（1-2）；56-73.

［欧文文献］

Australian Government National Health and Medical Research Council (2006) *Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged Care. Enhanced version - May 2006* [http://www.pallcare.asn.au/pdf/membership/guidelines_pa.pdf]

Brennan, T.A., Leape, L.L., Laird, N.M., Hebert, L., Localio, A.R., et al. (1991) *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. the New England Journal of Medicine* 324(6); 370-376.

British Medical Association (2007) *Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment; Guidance for decision making. London BMJ Books.*

Crotty, M., Whitehead, C.H., et al. (2002) *Early discharge and home rehabilitation after hip fracture achieves functional improvements: a randomized controlled trial. Clinical Rehabilitation* 16; 406-413.

Kondo, A., Zierler, B.K., Hagino, H. (2010) *Relationship between the length of hospital stay after hip fracture surgery and ambulatory ability or mortality after discharge in Japan. Japan Journal of Nursing Science* 7; 96-107.

Kottke, F.J. (1965) *Deterioration of the Bedfast Patient: Causes and Effects. Public Health Reports* 80(5); 437-447.

Mahoney, J.E., Sager, M.A., Jalaluddin, M. (1998) *New walking dependence associated with hospitalization for acute medical illness: incidence and significance. Journal of Gerontology. Medical Sciences* 53A (4); 307-312.

OECD Health Data 2011 [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT]

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2004) *Management of patients with stroke: Identification and management of dysphagia (A national clinical guideline)*

Sprung, C.L., Woodcock, T. Sjokvist, P. et al. (2008) *Reasons, considerations, difficulties and documentation of end-of-life decisions in European intensive care units: the ETHICUS Study. Intensive Care Medicine* 34; 271-277.

Szlejf, C., Farfel, J.M., Saporetti, L.A., Jacob-Filho, W., Curiati, J.A. (2008) *Factors related to the occurrence of iatrogenesis in elderly patients hospitalized in a geriatric ward: a prospective study. Einstein Journal of Biology and Medicine* 6(3); 337-342.

World Health Organization Europe (2004a) *Better Palliative Care for Older People.*

World Health Organization Europe (2004b) *Palliative Care. The Solid Facts.*

Ziden, L., Frandin, K. Kreuter, M. (2008) *Home rehabilitation after hip fracture. A randomized controlled study on balance confidence, physical function and everyday activities. Clinical Rehabilitation 22;* 1019-1033.

Terminal Care for the Elderly in Japan

TAKANAMI Chiyoko

Abstract

People in Japan can benefit from the healthcare based on a universal public insurance system, while the average length of hospital stay is the longest in advanced countries. Most patients in the long-term care hospitals are the bedridden elderly living on tube feedings. Not only do the majority of the elderly have dementia; they generally have little chance of expressing their own words when they are offered life-prolonging treatments. The elderly may require a terminal care with a palliative approach when they are dying due to the ageing process, that is, not only as a consequence of an incurable disease.

Keywords

long-term care, tube feeding, dementia, terminal care, palliative approach