

# 高齢者の終末介護期における生命倫理問題

——自己決定のあり方——

伊 東 眞理子

## 1. はじめに

我が国の高齢化は、他国に類例を見ないようなスピードとスケールとをもって進展してきた。今後のわが国の高齢化の現状を見渡すと、その高齢化の進行は前倒しとなって、当初の予想より10年早く、2015年には人口4人に1人が高齢者（28%超える）となり、またその7年後の2022年には3人に1人が高齢者となるようだ。そういった寿命の延長について、保健・医療・福祉の発展が果たしてきた役割の大きさは明らかである。

しかしながら、世界一となった超長寿国の我が国のその保健・医療・福祉の現状を眺めると、必ずしも諸手を挙げて肯定できることばかりではない。解決されなければならないことが山積されているのである。

そういう状況の中で、高齢者の終末介護期に関する問題は、誰にでも訪れるという「普遍性」と共に、高齢者それ自身における「個別性」や「多様性」「特殊性」が存在する。それは、医療分野の先行研究に見られるように、真に哲学的考察も伴うような深遠なテーマである。

つまり、この問題は要介護者である高齢者それ自身に関わる問題としてだけでなく、主たる介護者となる家族を巻き込んだ倫理的側面を抱えているのだ。

これまで、高齢者の生命倫理問題と言うと、痴呆性老人への虐待や、や

むを得ない場合の緊縛等が声高に取り上げられていたが、それよりも深刻で広汎な範囲に渡る重大な問題が横たわっていることに気づき、国民的コンセンサスを早急に形成していかねばならない。その議論のきっかけとして、ここに高齢者保健・医療・福祉の現場において見られる終末介護期における代表的な事例を挙げて問題提議をしたい。

尚、この論文は、2001年10月27、28の両日に渡って本学で開催された第13回生命倫理学会のワークショップ5：高齢者医療と介護の生命倫理「高齢者医療・介護における自己決定のあり方について」における筆者の研究報告に、修正・加筆したものである。

## 2. 高齢者の終末介護期における生命倫理に拘わる問題事例

先ず、終末介護期における問題事例と考えられる代表的なものを五つ簡潔に列挙し、解説を加えたい。

事例Ⅰ 81歳女性 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム入所中）

病歴：不明。

要介護度5：2年前から全くの寝たきり状態、経口摂取も不可能となり経鼻胃経管栄養によって栄養補給がなされている。脳血管障害後遺症により、四肢に重度の麻痺及び筋力低下が認められる。重ねて四肢に強い拘縮があり、完全「くの字状態」。意識は全くない。上肢・下肢共に機能として全く動かず、もちろん寝返りも自ら打てない。尿意・便意も無く、目も見えず聴覚反応もない。

事例Ⅱ 77歳女性 介護療養型医療施設入所中・

病歴：昭和47年10月脳梗塞後遺症、昭和59年4月脳血管性痴呆

要介護度5：筋力低下が著しく自力では殆ど動き得ない。首の拘縮も強く前後左右全く動かない。口腔内の荒れ激しく口臭もかなり強い。声かけ刺激にも反応なく、意思疎通は全く見られない。鼻腔より経管栄養。1年前の要介護認定と比べても変化なく、完全寝たきり状態であり、意思疎通も全く不可能。

事例Ⅲ 85歳女性 介護老人福祉施設

病歴：93年脳梗塞発症、その後ねたきりとなり、鼻腔より経管栄養

要介護度5：3年前に肺炎を起こした際は治療したが、回復後、本人が「長く生きすぎた」と周囲に漏らしていた為、今回の肺炎時は人工栄養は続けていたが、抗生物質や解熱剤の投与は行わなかった。彼女は、5日間39度前後の高熱が続いた後、死亡した。

このことに対し、主たる介護者である長男は、こう語った。「本人である母親が『長く生きすぎた、もう充分だ』と、一人息子である自分はずっと聞かされ続けていたので、生ける屍に等しい母に、『もうこれ以上、延命治療はしないでくれ』とお願いした」。そして、「こういったのは、母を思っていたことです。3年前は、冷たいという世間体を恐れて言い出せず、丸太のように母を生かし続けて来たが、それは悲劇でした。死よりも酷い運命。結局、家族が決めるしかなかったのです」。

事例Ⅳ 88歳男性 介護保険施設以外の施設

病歴：不祥であるが、老衰、人工肛門、肺炎、全身筋力低下、脱水症、完全無意識状態\*

要介護度5：調査記録によれば、廃用性症候群による寝たきり状態でADL全般に渡り、全介助。主治医による意見書の特記事項によれば、2001年9月8日付で「摂取量が9月初旬より急低下、胃ろう造設の適応となる模様」とされていた。

事例Ⅴ 89歳男性 介護保険施設以外の病院

病 歴：2000年1月右脳出血発症。全失語、無反応。167cm、37kg

要介護度5：

(2001年9月15日認定) 右半身マヒ、無反応、植物状態を8か月と2週間続けている。意思疎通できず、判断不能。調査員記載は、「物忘れ、無関心などは、起こる可能性すらない」とされている。気管切開、人工呼吸器装着内、経管栄養。主治医による意見書の特記事項欄には、「現時点、及び将来的にも退院の予定なし」と記されている状態。

ところが、主たる介護者である一人娘は、毎日付き添いをしに病院に通い、既にヘルパー資格まで取得し、退院しての在宅介護を望んでいる。

\*この事例のみ、身長・体重が調査されているが、元来すべての患者に渡って計測されるべきである。これが、介護認定における主治医の意見書の一大欠陥と指摘したい。終末介護期には、身長と体重の割合によっても、その状態を予測することが可能なのである。

以上、生命倫理の根本的問題を内包していると考えられる事例を列挙した(尚、プライバシーを考慮し、本筋をそれぬ程度に修正を加え、介護認定審査会資料は省いた)。筆者は現在、N市の介護認定審査会委員、及びO市介護保険推進会議委員を務めさせていただいているが、毎回平均35ケース中、約2ケースは、このような意識も反応も全くない、いわば、永久的無意識、全認識消失状態というにも拘わらず経管栄養摂取により生かされているという状態である。介護保険がスタートとして1年と7か月、厚生労働省が標榜する21世紀の高齢者保健・医療・福祉の要諦は、自己決定、自己責任、自己負担である。

しかしながら、前述の事例の何処に、それらが存在していたであろうか。とりわけ、今回のテーマである自己決定は、その香りすら伝わってこない。

そこで、ここに列挙した事例に解説を加えるならば、以下の通りである。

事例Ⅰ、Ⅱは、現在における我が国の典型的な終末介護事例である。

事例Ⅲは、現在のところ「消極的尊厳死」<sup>註1</sup> といって過言ではない希少

例であろう。

事例Ⅳについては、実は介護認定審査会の当日、開催前に保健・医療・福祉の専門家であるメンバー同士で、「果たして、このケースに胃ろう<sup>注2</sup>造設は必要か否か」と、話し合っていた事例であった。ところが、開会と同時に、行政からの説明で、「このケースは、10月6日付で死亡致しましたので、今回の認定から外して下さい」とのことであった。認定審査会メンバーの誰からともなく、安堵の溜息が漏れたように感じた。

事例Ⅴは、本人はともかく、唯一の家族である娘さんの強い意思が、親一人子一人の強い家族の絆が、色濃く存在している事例である。但し、非常に残念だが、これだけ医療機器が付いていると、中々引き受け手が無いのが現状である。

そして、過去におけるこのような事例の終末を整理すると、一部の例外は別として家族の反応は以下ようになる。

在宅で要介護度5の老親を看取った場合

————— 「行ってきて、やれやれ」（悲しみというよりも安堵）

施設に預けたままで老親が看取られた場合

————— ほとんど全てを施設側に任せっきりで、淡々と親の死を受け入れるのみ。

施設で看てもらっていて年金だけ取りに行っていた場合

————— 「なぜ殺した、看護・介護が悪かったのではないかと家族は言ってくる。このような場合、生前中より、職員からは非難の声が出ているが、高齢者本人は満足している場合が多い。

以上、家族は高齢者の「死」や「自己決定」に対し、徹底的に無関心であり、高齢者本人の自己決定は、何処にも見つけることができない現状である。

### 3. 終末介護期における延命処置のあり方

長寿科学振興財団による全国7千人を上回る各年代の人々への調査「老年者のQOLおよびターミナルケアに関する研究」によれば、単なる延命処置を望む者は、自分自身で約9%、配偶者・両親で20%超である。つまり、約70%以上の者は、延命処置<sup>注3</sup>を望んではいないという結果が出ているのである。

これらの結果からも、症例によっては月100万円以上もの医療費を費やしている老年者の延命処置のあり方について、国民全体の話題として可及的速やかに取り組むべきだと考える。

また、事例に挙げた特養や老健に入所中であれば、介護保険の負担は1割であり、自己負担はさほど大きくはないが、介護保険といっても、既にその財政には5割の税が投入されているのだ。更に、より具体的にいえば、厚生労働省は1999年度の国保医療費と老人保健医療のマップを公表したが、一人当たり老人医療費は、全国平均83万2千円で、国保一般の一人当たり医療費の平均18万7千円と比較すると、約4.5倍の格差がある。今日、わが国の医療費に使われているのはGDP（国内総生産）の7.6%に過ぎないが、17%に満たない高齢者層が、国民医療費の約3割強を使ってしまっているという現状に目を向けなければならない。その上、政府管掌健康保険をはじめ、各種保険団体が、膨大な赤字を抱えている。老人保健への拠出金の負担が増大し、これら各医療保険者の財政運営を圧迫しているのである。

### 4. おわりに——自己決定のあり方

この問題についての提言としては、今後は65歳になったならば、自らの年金と老人健康保健を受給する際に、将来、自分がベジタブル（植物人

間)<sup>註4</sup>になったときの対処の仕方について、本人の延命処置希望の有無、つまり高齢者自らの意識・信条を自己決定し、記しておくシステムを導入すべきではなからうか。つまり、高齢者の特権を受ける者は、この際、リビング・ウィルを文章で示しておくことを条件とするのだ。

尊厳死に拘るこの問題は、「個人の生命は、その個人の私すべき範疇を超えた、より大きな価値＝神に委ねられたものである」という命題と「個人の意思は、他に迷惑をかけぬ限り、最大限に尊重されるべきものである」とする命題の対立<sup>註5</sup>にかかわる。確かに、法の下に、積極的尊厳死<sup>註6</sup>を認めるべきではない。それは、家族や社会への気遣いから、高齢患者に「死ぬ義務」や「死への無言の重圧」を感じさせてはならないからである。しかしながら、消極的尊厳死については、我が国も、国民全体で決断を下すときが来た。

それはつまり、福祉の現場においても、次の7つの条件<sup>註7</sup>が揃った場合の身の処し方について、自己決定したおくシステムの導入を意味する。

- (1) 自力で移動できない
- (2) 自力で食物を摂取できない
- (3) 糞尿失禁状態である
- (4) 目は物を追うが認識できない
- (5) 「物を握れ」、「口を開け」等、簡単な命令に応ずることもあるが、それ以上の意思の疎通はできない
- (6) 声は出すが、意味の有る発語はできない
- (7) 痛み並びに苦痛が激しく、それを抑えるための薬の副作用で、意識を失ったり、死を早めたりすることを本人も家族も了承している場合

尚、その延命処置の判断は、本人自らいつでも変更可能とし、また、本人と主治医のみならず少なくともあと2名程度のモニター医によって決定するとし、延命処置決定それ以降からは保健から外し、全額自己負担とするのが筋であろう。

しかしながら、これを実行に移すと、低所得者の選択の自由が奪われることとなる。従って、医療改革等の諸事情を勘案すると、3割自己負担程度が妥当ではなかろうか。

従来、倫理とは、人として守らねばならないこと、人間行為の善悪の標準を示すものであり、それを研究する学問であり、また、道徳、良心等々、人間の正しいあり方を究明する哲学とされて来たが、経済的側面については、触れることさえ敬遠され、いわば、タブー視されて来た。

しかしながら、生命倫理が、人間としての正しい生命のあり方を追求するのであるならば、国民の血税や瀕死の状況にある保険財政を、あたら無駄使いしてはならない。日本経済が右上がりの上昇曲線を描いていたときは看過され勝ちであったが、当分の間、不況から抜け出せない状況にある現在の我が国においては、これも重要な倫理事項ではなかろうか。

日本医師会は、高齢者の保健・医療・福祉の更なる目標を、単なる寿命の延長ではなく、健康寿命を伸ばす為の病気予防であるとしているが、終末介護の現場においても、行きすぎた延命について熟考を加えるときが来た。

その他、高齢者の保健・医療・福祉の現場における生命倫理、人権という問題に立ち返ったとき、拘束や抑制を排除し人権を守る教育を厳しく行うことや、医療エイジズムと言えば過少医療が取り上げられてきたが、忘れてはならないことにアルツハイマー型痴呆高齢者への告知問題がある。患者が老人だからという理由だけで、先ず家族に告知され、家族の考えで本人への伝達が決定されるという現状は理不尽極まりなく、医療エイジズムと言っても過言ではない。繰り返すが、この問題に限らず、21世紀の高齢者保健・医療・福祉のキーワードが自己責任、自己決定、自己負担を標榜するのであるならば、以上の問題について早急に論議を深めていかなくてはならない。

最後に、QOLと言うと、生活の質、生命の質と約され、最近、重視されるようになったが、今後はその上に SOL (Sanctity of life) つまり、



生命の神聖さも加味されるべきであろう。

注及び引用・参考文献

- (1) これは、積極的尊厳死が、本人もしくは家族の要請を受けて、毒物を与えて死に至らしめることに対して、延命に必要な人工栄養・呼吸等を中止して、死を迎えさせることである。伊東眞理子（1995）『たのしく学ぶ高齢者福祉』pp. 253-264。
- (2) 多くの老年医学の専門医は、人工栄養の方法として、鼻から胃にチューブを通す「経鼻栄養」より、この腹部に穴を開ける「胃ろう」の方が優れているとしている。また、アメリカにおいても普及している。その理由は、鼻にチューブを通す不快感がないので、患者がチューブを引き抜くトラブルが減るからである。胃ろうケアについては、読売新聞 2001 年 10 月 21 日版「やさしい介護学」を参照。
- (3) これに関して、読売新聞社が去る 2001 年 12 月 15、16 日に行った医療に関する全国世論調査（21 世紀 日本人の意識——対象者＝全国の有権者 3000 人（250 地点、層下二段無作為抽出法）、実施方法＝個別訪問面接聴取法、有効回収数＝1899 人（回収率 63.3%）——によれば、回復の見込みの無い末期患者に、ただ命を延ばす為の医療を続けるよりも、寿命のまま人間らしい死に方を願ういわゆる尊厳死の考えについて、「認める」と「どちらかといえば」の合計が 85%を占めている。
- (4) 正式には、遷延性植物症と呼ばれる。何時からか医師の間で「植物人間」と隠語的に使われていたが、1972 年から社会医学的用語（socio-medical term）として採用されて以来、市民権を得た。
- (5) 伊東眞理子「死の復権——看取りの復活」『たのしく学ぶ高齢者福祉』pp.266、267。
- (6) Derek Humphry, *Dying With Dignity*, A Birch Lane Press, New York, 1992, pp.20-29. 尚、氏はこの著書で積極的尊厳死を認める立場を貫いているが、筆者の立場はそうではない。
- (7) 厚生省認定の遷延性植物症判断基準の 6 条件を基に、筆者の見解で(7)を加えた。この場合、筆者とは尊厳死に関する見解は異なるが、「脳卒中、頭部外傷、またアルツハイマー、さらに一過性の心停止や一酸化炭素中毒のように、進行性ではない障害により、重篤な脳損傷を受けた患者が、生死の境をさまよった後

伊 東 眞理子

に生き残ったが、患者は自己も周囲のことも認識できず、知的・精神的機能を完全またはほとんど完全に喪失してしまった状態」を言う。太田富雄「尊厳死をこう見る——遷延性植物症患者の主治医の立場から」ジュリスト (No.1061)  
1995.2.15