

ターミナルケアと自己決定

谷 荘吉*

On self-decision making for the behavior of the dying patient in the terminal care

Shokichi Tani

Needs and the importance of the terminal care for the advanced terminally ill patients in the hospital practice are discussed on the view point of the Health Behavioral Science. And also, self decision of the patient is very important for selecting the receiving care on the terminal care situation.

One of the most important factors of the possibility for self decision of the patient is a informed consent. That is a acceptance of death on the prognosis of the patient. Generally, death of the patient is denied by the medical staff. This is miserable for the dying patients.

In this paper, philosophy of the self decision is discussed on the stand point of setting on the identity of the patient. This is very difficult to discuss historical review of the philosophy of self decision.

It is not so easy to decide the menu of the terminal care for the patient with only him-self.

Certain situation, it is necessary for self decision of the patient to use the counseling and / or interventional technic by the care givers.

Recently in general practice, paternalism is neglected on practice of the informed consent. But, I emphasize here on conclusion that important role of paternalism is remained in terminal care on aspect of humaniy to live with the dying patients.

*小松病院

キーワード

ターミナルケア terminal care

自己決定 self-decision

死の受容 acceptance of death

インフォームドコンセント informed consent

I ターミナルケアの必要性と重要性

最近約20年間における、現代医療の発展は、きわめて著しい成果を上げている。特に、救急救命と延命の技術面では、隔世の進歩が認められる。

しかし一方で、いかなる最先端の医療を投入しても、生命を救うことのできない病態が存在する。

そうした場面を、私は、絶体絶命の病状と判断して、特別のアプローチをすべきであると提唱してきた。それは、ケアを主体にした医療である。

そうした臨床場面の医療におけるケアは、ターミナルケアと呼ばれている。

そこで、ターミナルケアの必要性について検討してみたい。

①死を目前にしている臨死患者には、死の恐怖などの危機的状況、限界状況などの特別な心理過程が存在するが、一般医療の現場では、そうした患者心理には配慮が行き届かない。ターミナルケアの視点が必要である。

②臨死患者の苦痛に対して、医学的治療のみに依存し、その苦痛の背後にある精神的背景に関して、一般医療のなかではまったく無関心である。ターミナルケアの視点が必要である。

③臨死患者に対する医療に関しては、特殊なアプローチが必要である。その視点がターミナルケアである。

すなわち、一般医療の現場では、救命・延命医療のみがパターンリズムの観点から優先されており、患者さんやそのご家族の立場から、何が最も重要な医療ニーズなのかが、十分に理解されていないのが現状なのだ。

また別の観点から、ターミナルケアがなにゆえ重要なのかを検討すると、一般病院における臨死患者の末期が悲惨な状況を迎えている理由は何かということになる。すなわち、次のような問題点を指摘することができよう。

①致命的病状を認めず、医療者も患者も家族もすべて、死を否定し、臨死状態を自覚しないこと。

②一般医療では、苦痛緩和、症状緩和の医学・医療の臨床が遅れていること。

③末期の臨死患者に対して、対症療法（ケア）によって対応すべきであるという認識が不足していること。

④末期の臨死患者が、余命をいかに過ごすのが、患者とその家族にとって幸いなのかという観点から、患者の生活内容（QOL）に関する配慮が不足しているということ。

⑤患者家族の予期悲嘆に関する配慮、すなわち、差し迫っている悲哀・離別・哀悼などに対する配慮が不足しているということ、などである。

こうした問題点を踏まえて、臨床場面を変革するには、今までのように主治医の医師が1人で対応するのではなく、患者を取り巻く多くの職種の医療者がチームを組んで、チーム医療を実践することになる。

しかし、実際には、一般の医療現場では、医療法の制約などの限界があり、ターミナルケアの取組みは必ずしも容易ではない。

しかも最近の世界的な傾向として、そうした医療場面では、いわゆるインフォームドコンセントの重要性が指摘されており、日本においてもその実施が推進されている。その根本問題は、患者の自己決定権である。

II ターミナルケアにおける自己決定とは

かつてのパターナリズム批判から、インフォームドコンセントを重視した患者中心の医療への転換の過程では、医療を受けるのは患者自身であり、いかなる医療を受けたいのかは、患者自身が決定するのだという考え方が主流となってきた。

そこで、今回のテーマであるターミナルケアにおける自己決定の問題を検討するとき、最も重要な課題は、「自己決定とは」という難問である。

一般には、「自己決定」なる概念をいささか安易に考えているのではないかと、私は危惧しているのである。

この問題に関して、私がここで指摘しておきたいことは、まず、「自己」とは何かという、哲学的な概念追求なのだ。

「私」は「私」であるという、自明のことが、少し踏み込んで、哲学的な思索をしてみると、2000年以上の人間存在の歴史をひもとかなければならなくなる。そして、その結論を先取りすると、現代哲学や宗教思想の「実存思想」がかかわってくる。

「実存とは」という難解な問題に直面するのである。そうした課題に対してここでは、私の分際では、即答は困難である。

「自己決定」と簡単に表現されているが、その内容は、よく考えてみると、非常に難しい。すなわち、行動科学的な観点からも、意思決定の過程は複雑な心理的要因を含んでいると考えなければならない。

簡単に言えば、「自分のことは、自分で決める」ということになる。しかし、その内容を詳細に検討すると、前述のように、「自己とは何か」「意思決定とは何か」といった問題として、行動科学的観点の問題点が明らかになってくる。

医療現場において、臨死状態のなかで、多くの選択肢に関して、インフォームドコンセントの視点から、「自己決定」を尊重するといっても、上記の観点からすれば、患者が「自己決定」することは至難の技であるといえるのではないかと、私は考えている。

自己決定の概念認識を、たとえば、「自分の判断で、自分の意思を明確にして、多数の選択肢のなかから、あるいは無限の可能性のなかから、1つの行動を選択することに意思決定した」ことだと理解するならば、そうした自己決定は簡単ではないということに気づくのではなからうか。

ここで私が強調しておきたいことは、「自己決定」という用語について、現在医療界では、あまりにも安易に使われ過ぎているのではないかとということであ

る。もっと、哲学的に、宗教学的に深く追求すべきではないかと思うのである。

III 自己決定を支える医療者の役割

いささか抽象的な記述をしてきたが、ターミナルケアの現場では、患者の自己決定の場面で医療者のかかわりが重要な役割を果たしていることは自明のことである。

まず、患者が自己の医療に関して、どのような選択肢を選ぶかの意思決定をするには、「告知」の問題が最も重要である。

「告知」という用語は、医療界ではごく一般的に使用されているが、あまり好感のもてる言葉ではないと私は考えている。その理由の1つは、告知とは、告げ知らせるという一方通行的なニュアンスがあるからである。

患者に関する医療情報は、一体誰のものかを考えたとき、短絡的に、医師(医療者)が収集したものであるから、当然医療者側に、そのオリジナリティがあるという見解がある。

しかし、そうではない、自分の医療情報は、患者自身がそれを知る権利があると主張する立場が存在する。

観点を変えると、「自分の医療情報は自分で知りたい」という患者と、「よくない医療情報はあえて知りたくない」という患者とがある。いずれも、それなりの理由がある。ターミナルケアの観点からは、患者自身が、本人の病名を知り、その深刻な病状を知り、さらにその先行きの運命(予後)を知り、それにどう対応するのかを、「自己決定」することが、基本的に非常に大切なのだが、事柄はそう簡単ではない。

日本の「ことわざ」にあるように、「知らぬが仏」という考え方もある。自己の医療情報をくまなく知ることが、すべてその本人にとって、幸いなことだと言いきれない部分もあるのは事実である。

かといって、「嘘」の情報提供が正しいとはいえない。また、「嘘」の情報提供は、人道上、絶対に許されないという主張も存在する。

末期の進行癌で余命推定が短いにもかかわらず、家族の要望により本人には癌ではない、死ぬような病気ではないから、安心してほしい、といった真つ赤な「嘘」の説明をすることは、現時点では許されない情報提供であると私は考えている。

告知という一方通行的な表現ではなく、情報提供という考え方で、患者にとってはよくない情報であっても、その情報を、何らかの手段で伝えるのは医療者の義務である。

そこに、患者の自己決定を支える医療者の役割があるのだと思う。

患者にまつわる医療情報は、医療者だけのものではなく、また、患者自身だけのものでもなく、両者の共有情報であり、その情報をいかに患者の医療ニーズに役立てるかを考慮することが重要なのである。

患者が自己の医療情報を提供されたとき、どう対処してよいか、自己決定できない場面は少なくないと思われる。その際に患者の立場に立って助言を与えることは、ターミナルケアに従事している医療者の役割であろう。

Ⅳ ターミナルケアに必要な介入の技術

ターミナルケアの現場では、最近特にインフォームドコンセントの実践が問題になっている。このインフォームドコンセントの概念に、私はかなりの疑問を感じているのが現状である。それは、「愚かなる選択」を認める立場の人々の主張に関するものである。

自己決定を尊重する考え方から、インフォームドコンセントによる選択の結論が、たとえば、前述の「愚かなる選択」であったとしても、それは本人の選択であるから医療者の立場から、それがいかに「愚か」に見えても仕方がないと諦める考え方がある。

その考え方には多くの問題点が存在すると思うのである。

その点に関しては、パターンリズムを否定する思想とのかかわりがある。

具体的な症例について考えれば、事柄の重要性が理解できるのではなからう

か。

たとえば、健康診断で肺癌の疑いの所見が発見されることがある。私のホスピス医としての事例だが、その肺癌について、発見された時点でがんセンターの医師から手術をした場合の救命率や、不成功の場合の余命の推定など、詳しい説明を受けた。そしていかなる医療をも拒否し、私のホスピス病棟に来られた。そして、2か月という短期間に死亡された。

何もしない（近代医学・医療の恩恵は一切受けない）という自己決定がはたして、本当に正しかったかの反省をしたとき、多くの疑問が残されているのである。

その際、何もしないという「自己決定」に対して、本人の自己選択なのだから、それでよかったのだという意見がある。

そうした風潮が主流を占めつつあるので、私は釈然としないのである。

すなわちターミナルケアにおける介入という課題から考えると、「愚かと思える意思決定」に対する「介入」についてももう少し深く検討する必要があると思う。

それには、カウンセリング技術が必要であろう。あるいは、アサーション・テクニックが役立つであろう。

「介入」の一部は、パターンリズムに関係がある。

手術をすれば全治またはかなりの延命が期待できるのに、「愚かなる自己決定」によって、期待値よりもはるかに短命な運命を迎えることになった事例をどのように解釈するかが問題なのである。

そこで、医療者の介入の問題が浮き彫りになる。

よけいな介入をするなという意見もある。この問題の結論は、「愚かなる自己決定」に対して、いかなる介入をすべきかの考え方をどのように考慮するかの哲学に帰することができる。そして、行動科学的観点から、この介入問題はもっと詳細に研究されるべき分野であると思われる。

V ターミナルケアをめぐる現状と問題点

一般病院におけるターミナルケアの現状はいまだに悲惨といえよう。

その最大の要因は、現状の医療法の制約にあるのではなからうか。

看護面でいえば、「基準看護」なる健康保険診療報酬制度上の医療法が厳然と存在している。厚生省が認めている「緩和ケア病棟」におけるホスピスケアの臨床場面では可能なアプローチが、一般病院では常識的にはとても考えられないような法規制のために、患者とその家族の「自由」が奪われているのである。簡単な例をあげれば、ホスピス病棟では24時間面会が可能だが、一般病院では面会時間の制限のために患者の面会に限界がある。家族がベッドサイドに泊り込むことも不自由である。家族が食事介助することも許されない。

一般病院で死を迎えることは、死をみとる立場の家族にとっては非常に不適切である。「別れ」の時点で、家族は排除される傾向にある。家族は延命治療の処置の妨げになると考えられているのである。したがって、へたをすると、患者の臨終にそのご家族が立ち会えないことも少なくない。

医学・医療が役立たない臨床場面では、患者の死をみとる主役は近親のご家族なのである。死の瞬間にはもはや医師・看護婦は関係がないと言っても過言ではなからう。

患者の死を納得し、受容するのは患者を取り巻く家族であり、友人・知人である。医師の義務は最終的に死亡確認をするだけでよいのではないだろうか。

主治医が、「最期の脈をとる」という過去の市民意識はもはや通用しない時代になっている。

死をみとる場面での医療者側の意識改革が必要である。

かかる観点からターミナルケアにおける終極の臨終時に、医療者がどのような態度でご家族（その時点から遺族になったご家族）に接するかによって、患者さんの死後、遺族の悲嘆に著しい影響を与えることが知られている。

私は、かねてから、「死をみとる医療」の設定を提唱しているが、一般医療で

はなかなか進展していかないのである。

医学生・看護学生、その他の死にかかわりのある医療従事者の教育において、専門的なターミナルケア教育がさらに充実することを期待したい。さらに、医療現場での、「死のみとり」に関する臨床教育が重要ではないかと痛感している。

そうした視点からの行動科学的研究が、発展することを切望している。
