

## 高齢者終末期における意思決定の諸問題

佐藤伸彦\*

超高齢化社会をむかえる中で、医療現場は少しずつその様相が変化してきている。当院は100床の療養型病床であるが、その平均年齢は83歳、平均要介護度は4.1であり年々高齢化、重症化している。その多くの方が一般病院での急性期を経て、後遺症・合併症を抱えながら家族に連れられて転院して来られる。しかも、脳血管障害後遺症やアルツハイマー型

痴呆症で意思の疎通が出来ないと思われる方が7割から8割を占める。自分自身では目の前の風景を変える事の出来ない寝たきりの、家に帰ることも施設に移ることも出来ない高齢者が増えている。当院での取り組みの中から、高齢者の終末期に関する、特に治療方針などの意思決定に関する諸問題を提起し今後の新しい取り組みについても考えてみたい。

### 事例 1

臨床倫理検討シート

日付 [            ]

シート 0

#### 0-1 患者プロフィール

80歳 女性 主疾患名：脳出血後遺症、痴呆症

患者本人は3人兄弟の長女で第2人は病気あるも在宅療養中 夫とは死別 子供は娘が2人(既婚) 入院までは長女夫婦と同居、娘姉妹の関係は良好でしばしば電話で話をする。代理決定は長女がこれまではしてきた。

#### 0-2 経過

平成元年頃から糖尿病を指摘されていたが放置。

平成12年8月28日発症の脳出血(左視床) 保存的療法で経過観察後

平成12年11月13日当院転院。転院時は意識清明だが長谷川式3点と脳血管性痴呆あり。右補聴器使用。右片麻痺と両下肢の廃用性の筋力低下あり立位困難であるが車椅子座位保持可能。排泄はオムツ。移乗、入浴は半介助。食事は自立。

平成14年4月初旬から、食事時に頻回にむせるようになりミキサー食に変更。4月下旬から誤嚥性肺炎を繰り返し抗生剤の投与が必要となる。ただし、本人の「食べたい」という欲求は強く、常に食事を希望された。

一応抗生剤も効果あり誤嚥性肺炎は治癒したと考えられた4月15日長女に対して現状と今後の方針について面談を行った。

\* 砺波サンシャイン病院

## I 情報の整理と共有

シート 1tp

<b>A 医学的情報と判断</b>	
<p><b>1A-1 治療方針の枚挙およびそのメリット・デメリット（一般論）</b>          &lt;水分・栄養補給の問題&gt;</p> <p>①経鼻経管栄養          : すぐにも開始可能、特に難しい処置は不要          x : 本人の苦痛、咽頭分泌物の増加、チューブ自己抜去の危険性</p> <p>②胃瘻造設          : 1度造設すれば本人の経鼻による苦痛、美観の問題は解決、経口摂取も可能、閉じようと思えば数時間で閉じることが出切る          x : 転院必要（10日程）造設時の危険性（腹膜炎など）</p> <p>③点滴のみ（高カロリー輸液 IVH）          : 消化吸収を考えず水分・栄養の補給が可能          x : カテーテル感染症、抜去の危険、注射薬以外は投与できない、長期にわたる輸液管理は限界あり</p> <p>④出来るだけの経口摂取と若干の点滴による水分補給。誤嚥がひどければ無理に食事は与えない          （水分・栄養補給は最低必要限度の権利という考えからの倫理的反発など判断には迷うことが予想される）          : 本人の希望を最優先できる          x : 誤嚥性肺炎の高い危険性が継続、栄養状態の悪化、窒息死の可能性</p>	<p><b>1A-2 社会的視点から</b></p> <p>②          ・転院する間、ベットを空けて待つとの病院側としては収入減となる</p> <p>③          ・IVH挿入、高カロリー輸液はいわゆる「まるめ」の中では費用を維持できない          ・IVH管理における医師・看護師のマンパワーの問題（知識・技術）</p>
<p><b>1A-4 説明</b>          患者本人には説明せず。</p>	<p>上記①から④までを 1A-3 も含めて、長女に説明を行なう。（5月14日）</p>
<b>B 患者・家族の意思と生活</b>	
<p><b>1B-1 患者の理解と意向</b>          説明はしていない。          痴呆高度で、現状の理解、今後の処遇の判断能力はまずない。          ただし、ベットの柵を手で叩きながら「ご飯ちょうだい」「何か食べさせて」と訴える。</p>	<p><b>1B-2 家族の理解と意向</b>          母親が「食べたい」と望んでいる限り、それを最大限に尊重したい。          鼻から管を入れたり、胃に穴を開けたりと今更つらい思いをさせたくない。          食べられなくなれば、それはそれで自然な形だと思う。</p>
<p><b>1B-3 患者の生活全般に関する特記事項</b></p> <p>長女の母親像          終戦後兄弟3人でがんばってきた話をよく聞いた。気丈な母親であったと思う。死生観はよくわからない。</p> <p>長女の価値観          自分なら、食べられなくなったらそれでいいと思う。管を入れられて栄養剤をいれてまで（食事とは言えないと思う）生きるのは望まない。</p>	

## II 検討とオリエンテーション

## シート 2MD

問題点の抽出	
<p><b>2-1 最善の方針：医療側の個別化した判断</b></p> <p>候補 1 . 1A-1②を前提として、短期的に①または③を行い総合病院への転院による胃瘻造設を行なう。転院の間、空床のままベットは空けて待つ。 (根拠) 現状で経口摂取開始すれば、誤嚥の可能性はきわめて高いことは十分に予想される。胃瘻を造設したからといって、経口摂取の道が全く閉ざされたわけではなく、胃瘻という確実な水分・栄養の投与方法に、いつでも変更できるという選択肢を増やすことは患者の利益になる。</p> <p>候補 2. 1A-1④ 家族の意向次第で、この選択もありえる。</p>	<p><b>2-2 当事者等の間的一致・不一致</b></p> <p>家族は悩んだ上で候補 2 を選択。どのように悩んだかは詳細は話してもらえなかったが、候補 1 を選択しなかった要因</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・やはり、患者さん自身が「食べたい」「ご飯ちょうだい」と言っている限り少しでも食べさせてあげたいという娘としての気持。</li> <li>・食べられなくなったら動物は最期。</li> <li>・自然な経過で見たい。</li> <li>・もしかしたら、また、食べられるようになるかもしれない。</li> <li>・体に穴を開けたくない。</li> <li>・転院するのは大変。</li> </ul> <p>病院スタッフとしては候補 1：候補 2 が約 6：4。</p>
対応の検討	
<p><b>2-3 問題点の検討（不一致の要因と解消の可能性）</b></p> <p>&lt; 家族との問題点 &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・胃瘻造設に対する恐怖・不安感 胃瘻造設 = 手術 = 体力が持たない = 死 胃瘻造設の有用性、危険性につき再度説明する</li> <li>・胃瘻を作ったら二度と口から食べられない</li> <li>・自然な形という意味 食べられなくなる 次第に意識がなくなる 眠ったように死が訪れる、苦しむことはない 実際には、誤嚥による窒息死、肺炎による呼吸不全など上記のようになかなかいかない事が多いことを再度説明 何もせず、「見守る」ことの精神的ストレスは非常に大きい事の説明（何かをしている方が楽なことも多い）</li> </ul> <p>&lt; 病院スタッフ間の問題点 &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・候補 2 の状態でのケアの方法がわからない 頻回の訪室と声掛け、ベットサイドで手をにぎること、それだけでも十分なケアであることの説明で解消できる 高齢者の end of life のケアについて考える機会を設ける</li> </ul>	<p><b>2-4 患者側とのコミュニケーションの方針</b></p> <p>家族に再度、2-3 事項について説明を行ない、候補 1 についての補足を行なっていく。しかし、最終的には家族の意向を尊重する。</p>

## III 合意を目指すコミュニケーション

シート 3

<p><b>3-1 患者・家族との話し合い</b>          家族と再度面談し説明を行なう。          どちらを選択しても、当院としてはその選択を尊重するつもりであること、今後の経過の中で考えが変わったとしても何ら問題ないことを付け加えて家族の決定に委ねることになる。</p>	<p><b>3-2 社会面の対応</b>          高齢者の end of life の概念の確立とその care の重要性の認識、例の蓄積と考察が必要。そして社会への提起。          ・病院として EOL (end of life) カンファレンス、D (death) カンファレンスの実施          ・水分・栄養補給に対するコンセンサスの確立</p>
<p><b>3-3 最終結果</b>          家族の希望で候補 2 (1A-1 の④) を選択。</p>	<p><b>3-4 フォローアップ留意事項</b>          ・食べられなくなり衰弱していくのを何もせず見ていくことの精神的ストレスに対する配慮 (決定変更を担保)          ・むやみな量の点滴は行なわない (せいぜい 500-1000ml 程度)          ・苦しみ等の除去 (緩和療法) を最優先</p>

\* 以上、臨床倫理検討シートを使用した。

このようにして、胃瘻造設はせず、「出来るだけの経口摂取と若干の点滴による水分補給。誤嚥がひどければ無理に食事は与えない」という方針を一旦は採用したのだが、その後次のような経過を辿ることとなった。

## その後の経過

全粥、きざみ食からミキサー食に変更。食事終了後は必ず吸引をおこない、食後の酸素飽和度の確認をする。

食事時のムセは相変わらずあり。3 月には 39Kg あった体重が 5 月には 37Kg となる。5 月 1 日から 39 度の発熱。酸素投与行なうも本人自ら嫌がって取ってしまう。一旦下熱するも 5 月 14 日から再度発熱し食べた物がほとんど誤嚥されるため経口摂取を一時中止して点滴 (末梢) のみとする。

「食べたい」「水みたい」という訴えは相変わらず。この時点ではベット上で寝たきりの状態となる。

〔以上の経過における関係者の反応〕

## a. 医療関係者 (問題点の指摘)

- ・ 家族の希望とはいえ、このままでいいのか (少なくとも自分なら他の方法を選ぶだろう): 介護
- ・ 本人の「食べたい」という言葉は痴呆があると尊重されないのか: 看護
- ・ 「食べたい」というのを何とかするののも一種の緩和療法ではないのか: 看護

以上の意見はカンファレンスという場でははっきりと主張する人はおらず、立ち話的な会話の中で聞かれてきたことであった。表面上は最終決定に真っ向から反論することはなかった。

## b. 家族 (事実)

- ・ 毎日夕方には来院され、ベットサイドで手を握ったり、胸をさすったりする長女の姿があった。
- ・ 血液検査、レントゲン検査、酸素飽和度など常に情報と説明を希望された。
- ・ 「何とか食べさせられませんか?」「何ともなりませんよね」という言葉が随所で聞かれた。(面談中)

ただし、合意した方針（1A-1④）について、ここまでの経過の中では特に家族からは反論は無かった。

〔決定した方針の見直し〕

家族側から胃瘻造設をお願いしたいと主治医に面談の申し入れあり。（5月16日）

（理由）「食べたい」「のみたい」と言い続ける母をじっと見ているのがつらい。胃瘻で食べ物や水が取れれば、お腹がすいたり、咽が渴いたりということがなくなって楽になるのではないかと考えた。

そこで家族との話し合いをしたところ、家族は胃瘻造設を希望された。

医療者側としては、その選択は当初出していた（2-1）の候補1に合致するため、胃瘻造設の方針ですんなりと合意した。

なお、医療側では転院の間、空床のまま待つことの経済的問題があり、院長の判断を仰ぐ。了承こうして、総合病院転院で胃瘻造設し、再入院するというように、方針を変更した。

〔新方針選択以後の経過〕

6月3日総合病院転院、6月19日胃瘻造設、7月1日再入院。

（当初は10日程の入院の予定であったが、一回目の胃瘻造設で術日に自己抜去されて、再手術となったため約1ヶ月の入院となった。）

転院時体重は27.7Kgと痩せ著しい。胃瘻から経管栄養開始したが、時に嘔吐あり。また便秘と下痢を繰り返していた。発熱も月に2回程度あり。レントゲン上は肺炎像あり抗生剤の使用を余儀なくされる。

10月には喀痰培養からMRSA検出。

11月に入り、吐物に血液が混入するようになり、下血も出現。経管栄養を一時中止し点滴（末梢）に切り替える。肺炎は軽快増悪を繰り返していた。末梢からの輸液も漏れるため、CVライン挿入が必要となる。この状態でもベット柵を叩きながら「何か食べさせて」「水飲みたい」と叫んでいた。

その後次第に意識レベル低下し、平成14年12月23日永眠された。

## 事例 2

臨床倫理検討シート

日付 [            ]

シート 0

0-1 患者プロフィール 95歳 女性 夫とは死別、子供は男3人 長男家族と9人家族  
89歳の時肺炎で入院するまで大きな病気はなし かかりつけ医なし

### 0-2 経過

平成9年(90歳)に左手首骨折し近医入院。この時まではADLは自立していた。

退院後から尿失禁、歩行障害が徐々に出現し施設のショートステイを利用するようになる。

平成12年3月老人保健施設に入所。同年9月20日脳梗塞発症し左不全片麻痺となり一般病院へ入院し保存的に治療を行い10月には老健再入所。食事は全粥、ミキサー食、更衣、入浴、移乗、移動（車椅子）全介助、排泄はオムツの状態。

平成14年1月頃から痴呆症状進行（記銘力の低下、コミュニケーションが取れないなど、HDS-R 9点/30点）

6月上旬から食欲低下、嚥下障害が出現し、連日点滴を併用するような状態のため老健での対応困難となり、平成14年7月16日当院入院となる。

入院後、嚥下の評価をおこなった後摂食訓練を開始した。意欲の低下もあるため塩酸アマンタジン（シンメトレル）を併用。7月下旬には主食・副食とも7割から9割食べられるようになり、10月にはほとんど全量をスプーン使用し自力摂取可能となった。平行してリハビリを行い車椅子自操可能までになった。

平成15年5月頃から食事に時間がかかるようになり、介助が必要になる。7月に入ってムセが多くなり、時に誤嚥性肺炎を起こし抗生剤の投与が必要となる。

## I 情報の整理と共有

シート 1tp

A 医学的情報と判断	
<p><b>1A-1 治療方針の枚挙およびそのメリット・デメリット（一般論）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・主疾患名：脳梗塞後遺症、痴呆症</li> </ul> <p>&lt;水分・栄養補給の問題&gt;</p> <p>① 経鼻経管栄養</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>：すぐにも開始可能、特に難しい処置は不要</li> <li>×：本人の苦痛、咽頭分泌物の増加、チューブ自己抜去の危険性</li> </ul> <p>② 胃瘻造設</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>：1度造設すれば本人の経鼻による苦痛、美観的問題は解決、経口摂取も可能、閉鎖することは非常に容易に可能</li> <li>×：転院必要（10日程）造設時の危険性（腹膜炎など）</li> </ul> <p>③ 点滴のみ（高カロリー輸液 IVH）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>：消化吸收を考えず水分・栄養の補給が可能</li> <li>×：カテーテル感染症、抜去の危険、注射薬以外は投与できない、長期にわたる輸液管理は限界あり</li> </ul> <p>④ 出来るだけの経口摂取と若干の点滴による水分補給。誤嚥がひどければ無理に食事は与えない</p> <p>（水分・栄養補給は最低必要限度の権利という考えからの倫理的反発など判断には迷うことが予想される）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>：自然な形といえば自然な形？</li> <li>×：誤嚥性肺炎の高い危険性が継続、栄養状態の悪化、抹消からの点滴は漏れて内出血など起こしやすい、倫理的な問題（死の予見）</li> </ul>	<p><b>1A-2 社会的視点から</b></p> <p>②</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・転院する間、ベットを空けて待つと病院側としては収入減となる</li> </ul> <p>③</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・IVH 挿入、高カロリー輸液はいわゆる「まるめ」の中では費用を維持できない</li> <li>・IVH 管理における医師・看護師のマンパワーの問題（知識・技術）</li> </ul>
<p><b>1A-4 説明</b></p> <p>患者本人には説明せず。</p>	<p>上記①から④までを 1A-3 も含めて、長男に説明を行なう。（8月8日、14日）</p>
B 患者・家族の意思と生活	
<p><b>1B-1 患者の理解と意向</b></p> <p>食べますか？の問いに弱々しくうなずいたり首を振ったりすることはあるが、胃瘻造設などの内容は理解できないようであった。</p>	<p><b>1B-2 家族の理解と意向</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・長男：年齢も 94 歳だが、その歳までよく来れたと思う反面高齢だからという理由でいろいろなことを決めたくない。私個人としては、出来るだけ口から食べて、食べられなくなればそれはそれでいいのかも・・・と思っているのも事実。だんだん衰弱する様子を見ているのも忍びないと思うのも事実。</li> <li>・弟 2 人：（長男からの話からだけで）胃瘻造設に賛成</li> <li>・患者実家の当主：胃瘻造設した人を知っているが、胃瘻からの漏れがひどく皮膚炎で痛がっていた。胃瘻を作っても全部が全部うまく行かないし、そこまでして、という気持ちはある。</li> </ul>
<p><b>1B-3 患者の生活全般に関する特記事項</b></p> <p>長男の母親像：母は 90 歳近くまでほとんど医者にかかったことがなかった。医者嫌いでもあった。</p>	

## II 検討とオリエンテーション

## シート 2MD

問題点の抽出	
<p><b>2-1 最善の方針：医療側の個別化した判断</b></p> <p>候補 1 . 1A-1②を前提として、短期的に③を行い総合病院への転院による胃瘻造設を行なう。転院の間、空床のままベットは空けて待つ。 (根拠)現状で経口摂取開始すれば、誤嚥の可能性はきわめて高いことは十分に予想される。胃瘻を造設したからといって、経口摂取の道が全く閉ざされたわけではなく、胃瘻という確実な水分・栄養の投与方法に、いつでも変更できるという選択肢を増やすことは患者の利益になる。</p> <p>候補 2. 1A-1④ 家族の意向次第で、この選択もありえる。</p>	<p><b>2-2 当事者等の間的一致・不一致</b></p> <p>不一致 患者側が決定できない状態にある。</p>
対応の検討	
<p><b>2-3 問題点の検討（不一致の要因と解消の可能性）</b></p> <p>&lt;胃瘻造設について&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・手術自体も、その後のこともどのようになるのか予想もつかない。</li> <li>・高齢で手術に耐えられるのか実際多くの症例を経験している総合病院の消化器科にセカンドオピニオンを求める</li> </ul> <p>&lt;自然な形という意味&gt;</p> <p>食べられなくなる 次第に意識がなくなる 眠ったように死が訪れる、苦しむことはない</p> <p>実際には、誤嚥による窒息死、肺炎による呼吸不全など上記のようにはなかなかいかない事が多いことを再度説明</p> <p>何もせず、「見守る」ことの精神的ストレスは非常に大きい事の説明（何かをしている方が楽なことも多い）</p> <p>&lt;病院スタッフ間の問題点&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・候補 2 の状態でのケアの方法がわからない</li> <li>頻回の訪室と声掛け、ベットサイドで手をにぎること、それだけでも十分なケアであることへの理解</li> <li>高齢者の end of life のケアについて考える機会を設ける</li> </ul>	<p><b>2-4 患者側とのコミュニケーションの方針</b></p>

## III 合意を目指すコミュニケーション

シート 3

<p><b>3-1 患者・家族との話し合い</b> 息子3人と実家の当主計4人と面談(8月21日) (息子たちは初めて全員顔を合わせて話をすること) セカンドオピニオンとして得た造設時の偶発症をかなり心配していた。どちらを選択しても、当院としてはその選択を尊重するつもりであること、今後の経過の中で考えが変わったとしても何ら問題ないことを付け加えて、家族の決定に委ねることになる。</p>	<p><b>3-2 社会面の対応</b> 高齢者の end of life の概念の確立とその care の重要性の認識、例の蓄積と考察が必要。そして社会への提起。 ・病院として EOL (end of life) カンファレンス、D (death) カンファレンスの実施 ・水分・栄養補給に対するコンセンサスの確立</p>
<p><b>3-3 最終確認・決定</b> 子供3人で夜遅くまで話をした。その結果、 ・95歳という高齢で、もともと医者嫌いであった母はおそらく胃瘻を作ることを望まないだろう。 ・兄弟全員、胃瘻を作る時に何かあったらきっと後悔する。 ・昨日母の顔を見て決めたことである。このままの状態で見たい。 というような理由で、1A-1④を選択される</p>	<p><b>3-4 フォローアップ留意事項</b> ・食べられなくなり衰弱していくのを何もせず見ていくことの精神的ストレスに対する配慮(決定変更を担保) ・むやみな量の点滴は行なわない(せいぜい500-1000ml程度) ・苦しみ等の除去(緩和療法)を最優先</p>

## その後の経過

末梢からの点滴が漏れやすくなってきたため、8月26日 CV ライン挿入。

本人が「食べる」といった時のみ、ムースを介助で経口摂取。ムセることなく誤嚥しており、吸引をするとそのままムースが引けてくることも多い。時に酸素投与、抗生剤の投与をおこなうことが繰り返された。9月にはいると経口摂取は本人が望まず。その後9月7日にタール便あり、9月8日血小板が5万台に低下し、口唇からの出血あり、DIC が疑われた(DICスコア6点)

9月16日から昏睡状態となり、9月19日午前5時50分家族に見守られながら永眠された。

## 高齢者の終末期における意思決定についての考察

患者さんが亡くなられて病院を去られた後に、「これでよかったのだろうか」というわだかまりがいつも残っている。今回は2事例とも亡くなられた後の

数ヵ月後、事例1の方は病院にわざわざご足労いただき、事例2の方には電話にて、お話を伺うことが出来た。終末期の経過や亡くなられた後の気持ちなど、率直なご意見をいただいた。どちらのご家族にも共通していたのは

1. 家族全員が非常に悩んで、何度も話し合いをした
2. 最期の経過については残念ではあったが後悔はしていない
3. 先生の説明は頭ではなんとなくわかるが実際どうなっていくのかは不安だった。
4. 4人部屋で、他の患者さんに迷惑をかけたのではないかと心配した

という点である。この視点は非常に示唆に富むものである。

経過を通じて、1と2については医師だけでなく、看護、介護の医療スタッフもまた同様の印象を受けている。つまり、家族が、患者さん(親)を中心に一体化した印象を受けていた。それは、子供が生まれ

たときに稚児を中心に家族が家族としてまとまった感じがするのに似てはいないだろうか。何十年という年月を経て、人生の最終章を迎えようとしている親を中心に再度家族がまとまっていく、まるで、親としての最後の役目をはたすかのようである。ご兄弟が何年ぶりに顔を合わせた、という言葉が印象的にそれを物語っている。

また、親の死は、やはりどんな状態であっても悲しいことであり、残念なことである。臨終の場で納得できる最期などない。しかし、その後の時間の流れの中で、穏やかに、その死を受け止めていくことが出来たということが「後悔してはいない」という言葉に表れているのではないか。残されたものはいつもの、「死」をどう受け止めていくかという宿命を背負っている。自分で意思決定できない、多くは親、配偶者の気持ちをいかに代弁できたか、それを考える家族各人の時間が非常に大事である。

3については、医療側として注意すべき点であろう。当院では年間20-30名の方が亡くなられていく。ある意味で病院にとって、「死」はさほど非日常的な出来事ではない。しかし、家族にとって、その人の「死」は唯一、それ一回だけである。医療側としては当たり前のことが、家族にとっては非常に不安であることは往々にしてあることで、家族の意思決定に大きな影響を及ぼす要因であることを忘れてならない。

2事例とも胃ろう造設についてどうするかが大きな問題となった。「高齢者の水分・栄養補給の問題」と考えてもよいだろう。「水分・栄養補給は人間の義務であり基本的なケアである」と言われることがある。ある「ケア」がただそれだけで価値があるという考えは、この事例からはあたらぬのではないだろうか。どちらのご家族も、一般的な概念としては「水分・栄養ぐらいは最期まで」と思っておられたのも事実である。しかし、いざ自分の母親がここにこうして最期をむかえようとしている、まさにその現実の中では、「水分・栄養補給の基本的価値」は「それをしないことにも十分価値がある」という考えに明らかに変容している。事例1ではそれもま

た変わっている。そのことから「基本的なケアは、ただそれだけで行う価値がある」という概念も、「高齢者の終末期に水分・栄養は必要ではない」という概念も普遍的な判断ではない。医療サイドがこれは価値があることだと考えても、本人や家族がそれを「価値」として認めないことは十分ありえることであり、それは医学という分野を超えたより人間の本質に近い領域の問題になる。

この事例ばかりではなく、胃ろうを造設し、その後とトラブルなく療養生活を送っている事例もある。それを考えるとますます一般論では語れない難しさがある。

4については、今後終末期を診ていく中で大変重要な指摘である。日本人は他人に気を使う。親でさえ子供に気をつけて家には帰らず入院、入所している例は非常に多い。自分の親が亡くなるという場でさえ、周りの患者さんに気を遣っている。当院ではできるだけ終末期は個室対応を心がけてはいるが、常に個室が空いている訳でもなく、個室料金の経済的負担も見逃せない。しかし、4人部屋で各々のベットがカーテンで仕切られ、狭いスペースでの最期の看取りは出来れば避けたい光景である。死亡確認をする医師でさえ、周りに変な気をつけてしまう。終末期を病院、施設でむかえるにあたって考えねばならないことである。これは、医療制度の問題でもある。この点については医療システムとも関連し別の機会を考えてみたいと思うが病院や施設ではない、しかし在宅でもない、病院の安心感と在宅の自由さを兼ね備えた高齢者の終末期医療を担う新しいシステムの存在が絶対に必要である。

以上、高齢者、特に自分で意思決定ができない方の終末期を決定していく過程には、多くの問題点がある。代理決定の問題、水分・栄養補給の問題、医療システム全体の問題、医療サイドの取り組み方の問題、どれをとってもそれだけで議論が尽きない問題である。しかし、現場で関わる患者、家族、医療スタッフにとって、「尊厳を持って、人ととして扱え」というような抽象的な正論だけを突きつけられることがもっともつらい。どんな残酷な殺人事件が

あっても、それが自分に関係のない遠くの話であれば、私たちはそれをテレビでみながら食事が出来る。しかし自分の子供がそんな事件に巻き込まれればそんなわけにはいかない。

「まさに、今、この患者をどうすればいいのか」、事例事例で考えながら、答えを模索していくことが、まさに臨床倫理ではないのだろうか。