

# 終末期の意思決定に向けて —アドバンス・ディレクティブを例に—

ニューヨーク州立大学 アルバニー校 公衆衛生学部 客員講師 中島 民恵子

## 1. 終末期をどこでどのように迎えるか

日本では、最期を「自宅」で迎えたいと希望する人の割合が54.6%<sup>1)</sup>であるにも関わらず、実際には77.8%<sup>2)</sup>の人が医療機関で死亡しています。このギャップは、医療介護体制や家族の状況からも影響を受けると考えられますが、終末期に向けた自分の意向をいかに示し、伝えているかが関係しているのではないのでしょうか。また、2025年には約700万人、65歳以上の高齢者の5人に1人が認知症になると見込まれており<sup>3)</sup>、認知症になれば、終末期において自分の意向を伝えることが難しくなっていきます。本稿では、終末期の医療に関する意向を事前に周囲に伝えるための1つの方法である、「アドバンス・ディレクティブ (Advance Directives, 事前指示)」について紹介いたします。

## 2. アドバンス・ディレクティブとは

アドバンス・ディレクティブとは、「意思決定能力を喪失した場合の治療に関する意向を、前もって口頭または書面で意思表示したものと定義されています<sup>4)</sup>。本人の意向の確認が難しくなる場合に備え、本人の意思決定能力の低下や喪失の前に、本人が終末期に希望する治療などについて明確化しておくことが、本人の意向に沿った最期を迎えるために必要と考えられるようになってきました。

アドバンス・ディレクティブには代理人指示 (Proxy directives) と内容的指示 (Instructional directives) の2種類があります<sup>4)</sup>。代理人指示とは、事前指示を行う本人が意思表示ができなくなった場合に、決定を行う医療代理人 (Medical Power of Attorney / Health Care Proxy) を指名しておくものです。内容的指示とは、治療についての本人の望みを記録した事前指示であり、本人が望んだり拒

否したりする治療、もしくは、代理人が医療の内容を決定する際に指針となる基準を指定しておくものです。例えば、心肺停止時に心肺蘇生術を希望するか拒否するかといった、どの範囲までの処置や治療を希望／拒否するかが記載されます。

アドバンス・ディレクティブの有用性については、以下4点があげられています (表1)。

表1 アドバンス・ディレクティブの有用性<sup>5)</sup>

- ①患者の自己決定権を尊重することになる
- ②家族が、患者本人の意思を根拠なく憶測することの心理的感情的苦悩を避けることができる
- ③医療介護従事者が法的責任追及を免れることができる
- ④事前指示書作成のプロセスそのものが、患者・家族・医療介護関係者とのコミュニケーションを促し、信頼関係を深めることになる

## 3. アメリカにおけるアドバンス・ディレクティブの動向

アメリカにおいて終末期医療に関する意思決定の問題は、長期間にわたり議論されてきています。1970年代半ばからアドバンス・ディレクティブの法整備が州法により始まりました。その後、終末期医療における生命維持治療の拒否権を含む本人の自己決定権を保障するため、州法に留まらず、連邦法においても法整備が進められています。しかし、アドバンス・ディレクティブの作成率は期待していたよりも低く推移していることが指摘されており、アドバンス・ディレクティブの実施割合を高めるための改善が取り組まれています<sup>6)</sup>。主な内容としては表2の4点があげられています。

では、実際にアドバンス・ディレクティブは有効に活用されているのでしょうか。筆者らの研究グループでは、ニューヨーク州の介護施設 (Nursing Home) にてアドバンス・ディレクティブの1つである入院拒否の意向 (Do-

表2 アドバンス・ディレクティブ実施のための改善策<sup>6)</sup>

- ①患者、家族、医療者が話し合いをする上で、意思決定を共有する努力をすること
- ②話し合いは、治療選択に限定したものとせず、患者の関心事や懸念、ケアの目標、価値観を明確にすること、また何度もフォローアップして更新すること
- ③アドバンス・ディレクティブの記載内容は、意思決定を行う場合の推論や解釈をするための基礎情報として柔軟に扱うこと
- ④将来の意思決定に合意するために、変更可能でプロセスを重視する方法論を採用すること

Not-Hospitalize Orders : DNH orders) が実際の入院回数に反映されているかについて分析しました<sup>7)</sup>。その結果、DNH orders を持つ入所者は、持たない入所者に比べて入院回数が少ないことが明らかとなりました。また、認知症の入居者においても同様の結果が得られました。ここから、入居者本人の終末期において、アドバンス・ディレクティブは尊重され、活用されていると評価できます。一方で、36%の入居者はアドバンス・ディレクティブを全く提示していない状況であることも分かりました。アメリカでは早い時期からアドバンス・ディレクティブへの取り組みが進められていますが、より一層の普及にはまだ時間がかかりそうと言えるでしょう。

#### 4. 日本の状況と今後に向けて

日本では、1990年代から政府や学会等において、終末期医療に関する指針が作成されてきています。近年、世間一般においても「終末期」への関心は広がりつつあり、「終活」と称した書籍やセミナーなどに関心を向ける人が増えてきています。その一方で、日本の高齢者急性期病院の外来通院者に対して実施された調査では、9割近くの通院者が「延命医療を希望していない」と回答している一方で、その希望を周囲に対して「会話・記録両方あり」と回答した通院者は1割のみであったという状況が報告されています<sup>8)</sup>。

日本ではアドバンス・ディレクティブは法制化されていないため、一定の様式が決まっていません。アドバン

ス・ディレクティブについて考え、作成する際の参考例としては、国立長寿医療研究センターの『私の医療に対する希望（終末期になったとき）』<sup>9)</sup> やアメリカの多くの州で法的に認められている『Five Wishes』を参考に作成された『私の四つのお願い』<sup>10)</sup> 等があります。一度作成したアドバンス・ディレクティブは内容を変更することができます。アドバンス・ディレクティブを作成し家族や医療関係者と共有していくことを、まずは誰もが前向きに捉えていくことが求められるのではないのでしょうか。日本において「死」について家族と話し合ったり、アドバンス・ディレクティブを作成することはまだ普及していませんが、「死」について考えることは、どのように「生」きたいかを考え、その意思を家族を含め周りの人たちに尊重してもらうために大切なことであると思います。

#### 【参考文献】

- 1) 内閣府(2013)「平成24年高齢者の健康に関する意識調査」<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/zentai/index.html> (2017.5.18)
- 2) 厚生労働省(2013)平成25年人口動態統計。
- 3) 二宮利治(2015)「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」
- 4) Gary S. Fischer., James A. Tulsky., Robert M. Arnold. (2003) Advance Directives and Advance Care Planning. Encyclopedia of Bioethics 3rd ed. Ed. Bruce Jennings, 74-79
- 5) 箕岡真子(2010)「認知症ケアの倫理」ワールドプランニング, 123-124
- 6) 足立智孝, 鶴若麻理(2015)「アドバンス・ケア・プランニングに関する一考察 -米国のアドバンス・ディレクティブに関する取組みを通して-」『生命倫理』25(1), 69-77
- 7) Taeko Nakashima, Yuchi Young, Wan-Hsiang Hsu. (2017) Are Hospital/ED Transfers Less Likely Among Nursing Home Residents With Do-Not-Hospitalize Orders? Journal of the American Medical Directors Association. 18(5) 438-441
- 8) 島田千穂, 中里和弘, 荒井和子他(2015)「終末期医療に関する事前の希望伝達の実態とその背景」『日本老年医学会雑誌』52(1), 79-85
- 9) 国立長寿医療研究センターホームページ<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/eol/ad/1jizenshijisho.pdf> (2017.5.28)
- 10) 箕岡真子(2011)「『私の四つのお願い』の書き方-医療のための事前指示書」ワールドプランニング



◇ PROFILE 中島 民恵子 (なかしま・たえこ)

Visiting Assistant Professor, State University of New York at Albany School of Public Health. 博士(政策・メディア)。慶應義塾大学大学院政策・メディア研究科後期博士課程単位取得退学。医療経済研究機構主任研究員などを経て2016年から現職。専門は社会福祉学、老年学。主に、認知症の人への個別、コミュニティ、政策といった多面的な支援のあり方、終末期における支援のあり方を研究テーマとして取り組んでいる。