

# 对老年人临终医疗的思考 长寿时代的临终前护理

## 第二章 从医疗伦理的视角思考

东京大学生死学·应用伦理中心 上广讲座特任准教授 会田薰子

### 1. 老年人临终阶段的情景

与老年人的临终医疗密切相关的问题之一是“自己无法进食时怎么办？”

在上世纪 90 年代的日本，患者无法自己进食时，主流的治疗方法是采用管饲营养。曾经发生过这样一件事。有家医院对老年痴呆症晚期，无法自己进食的老年患者采取了“既然无法进食就静待自然死亡”的方针。然而社会上却认为这家医院的做法有问题。他们的想法是“明明使用管饲可以延长生命，这家医院却实施了消极的安乐死”。而这家医院也因此受到了谴责。



东京大学生死学·应用伦理中心  
上广讲座特任准教授 会田薰子

经过了近 20 年，近几年，对给临终阶段的老年患者实施胃造瘘等人工营养的做法，越来越多的媒体表现出与上世纪 90 年代新闻上完全相反的论调。大家认为，（通过实施延命医疗）即使还活着，但人的尊严何在？

特别是胃造瘘，由于其在人工营养的方法中优点最多而得以广泛使用，据说 2008 年到 2010 年间，日本使用胃造瘘的患者数量居世界第一。

而这也与医生的意识有很大的关系。为什么要对临终阶段的老年患者实施人工营养呢？关于这个问题可能会有很多理由。比如“社会上对自然死亡没有共识”，“存在法律层面的问题”，“这是家属的希望”，“这是患者远亲的意见”。而实际上，认为“不实施人工营养就等于将患者饿死”这种医生的意识才是最重要的原因。

不对临终阶段的老年患者实施人工营养真的等同于让患者饿死吗？实际上，不实施人工营养不仅不是让病人饿死，反而是一种缓和护理。为什么这么说呢？因为食道内的分泌物减少了，食道梗塞的风险就会降低，这样一来引流的次数也会减少。另外随着  $\beta$  内啡肽和酮体的增加，还能带来自然镇痛和镇静的效果。

现在日本 80% 的人都是在医院度过生命的最后时期的。而患者临终时，医院都会实施末梢输液的治疗。这当然是一种医疗行为，但实施医疗行为时应该有医疗需求。临终阶段的末梢输液与其说是医疗需求，不如说是为了减轻家属及医疗·护理人员心理负担而实施的。吊着输液瓶的情景对家属和医护人员是一种情绪上的安慰。

这样的情景在日本很常见，但这种做法是否有利于患者本人呢，到了该考虑这个问题的阶段了。

患者的身体里插着针管。末梢输液的针头不是仅扎一次，而要反复扎多次。为此不少老年患者的两条胳膊都被扎成了黑色。

这到底是为了什么呢？我们向医疗工作人员呼吁停止为了制造风景的末梢输液。

## 2. 各国的指导方针

医学·生理学文献指出，“为了让患者本人临终时的痛苦较少，人工营养是不恰当的。暂缓或中断人工营养从医学及伦理上来讲都是恰当的”。这样的文献过去只在欧美才有，从2000年左右开始在日本也出现了。

在欧美，各国都总结了有关临终医疗的指导方针。例如澳大利亚政府总结的指导方针《老年人护理设施中的缓和医疗指导方针》在《老年痴呆护理程序》中规定，对阿尔茨海默症晚期患者不实施管饲营养和输液等治疗。

参照欧美各国的做法，日本神经学会于2010年制定了《老年性痴呆治疗指导方针》，方针指出，对于重度老年痴呆的治疗，管饲营养的做法欠佳，应该尽可能寻求从口腔摄食的可能性。

美国老年医学会在指导方针中指出，到了临终阶段，进行恰当的口腔护理尤为重要。如果要补充水分，最好给病人服用小块的冰块。利用人工方法提供营养，几乎不利用所有病患的患者。因为据说临终的患者不会感到空腹或口渴。

## 3. 从“临终医疗”到“生命终点护理”

在老年医疗的基层，这样的时刻总让人难以抉择。即，从医学角度讲还未到临终阶段，但从人生角度来讲无疑已经走到了最后。例如，如果实施人工营养，就可以将生存时间延长好几年，但如果这样的治疗会增加本人的痛苦，损害本人的尊严，那我们该作何考虑呢。

过去，人们都认为，如果有办法延长生命周期，当然应该选择延长。不延长就是轻视人的生命。然而在科技发达的现代，人们认为，比起延长生命，如何完成符合本人风格的人生集大成更为重要。也就是说，从患者本人的人生这个角度来思考。

从“临终医疗”到“生命终点护理”，也就是说，是否可以将过去的说法转变成“人生最后阶段的医疗与护理”。厚生劳动省最近也在使用后一种说法。

在“临终医疗”中，决策的主要是医生。医生都受过重视生命预后的教育和训练，所以以医生的视角为中心来考虑问题，患者本人的人生就难以进入视野。与其这样，不如使用“生命终点护理”这个说法，在人生最后阶段的护理中，大家都试着转换思维，以患者本人为中心来考虑问题不是更好吗？

## 4. 本人风格的实现

如何实现本人的风格呢？首先需要仔细考虑本人的生活方式，价值观和生死观。从对患者本人的人生来说重要的事、想法、患者希望如何度过最后的时光，生活品质（QOL）等视角出发，提供不多不少，正好合适的医疗服务。也就是说，要承认对不同的人需要采取不同的方法。

本人的意愿不清楚时怎么办？这种情况下就需要家属和工作人员在交流过程中，找出对患者本人最好的护理方法。

日本老年医学会就临终医疗和护理表达了以下观点，临终阶段应该以本人的满意为衡量标准。此外，学会还指出，每个人都有接受最恰当的医疗及护理的权利。有可能增加本人的痛苦或有可能损害本人的尊严时，应该存在暂缓或终止治疗的选项。

## 5. 伦理层面的合理性和司法问题

家属和工作人员在交流中，共同探讨对患者本人来说最恰当的治疗，这件事本身就可以成为医疗决策在伦理层面具有合理性的担保。

如果在各个医疗基层，多名医疗工作者和家属们共同探讨怎样做才有利于患者，探讨后再达成共识的话，就不会出现法律问题。这就是厚生劳动省《有关人生最终阶段医疗决策方面的指导方针》（2007年）的主旨。

厚生劳动省的指导方针有3个要点：

- ① 医生不应单独决策而应由医护小组集体决策
- ② 应在尊重本人意愿，本人、家属与医疗人员达成彻底一致的前提下进行决策
- ③ 进一步充实缓和护理

这是日本唯一的国家层面的指导方针。

现在，超党派议员正在讨论尊严死法案。这部法案有以下3个要点：

- ① 本人的意愿通过书面或其他形式明确表达
- ② 被2名以上的医生确诊为“没有恢复的可能，死期将近”
- ③ 在这种情况下，即使暂缓或终止延命医疗，医生也不会被追究法律责任。

法制化变得有必要是有相关背景的。例如，在东海大学附属医院事件等事件中，过去曾有过医生被追究法律责任的现实例子。如果患者本人意图死亡，而医生对其实施了终止生命的医疗行为，就是杀人罪。终止了对患者本人来说不必要的治疗（中断延命医疗）而导致患者死亡的话，医生将不会被起诉。

当年，不起诉的情况出现时，由于这个问题在日本还处于过渡期，所以警察对医生进行了调查。今后只要根据厚生劳动省和各学会的指导方针进行决策，应该不会产生司法问题。

厚生劳动省的指导方针和被全世界瞩目的预定临终照顾计划（Advance Care Planning）有融合性。在医疗决策上，预定临终照顾计划推荐患者本人、家属及医疗工作者进行密切沟通。预定临终照顾计划中包含“生前意愿”等事前指示（Advance Directives），但并不意味着写完文件就结束，而非常重视沟通和对话的过程。无论是医疗信息还是有关本人人生的信息，都应在患者方和医疗方共享，在加深理解的过程中共同推进治疗计划。

[译自《对老年人临终医疗的思考～长寿时代的临终前护理》2015年6月刊，本文经日本创成会议同意翻译转载。]

---

## 会田薰子

东京大学生死学·应用伦理中心 上广讲座特任准教授

---