

長寿社会グローバル・インフォメーション  
ジャーナル

volume  
17

WINTER 2012

special number

のぞましい生と死を考える

新しい哲学の創造、新しい価値観の創出



国際長寿センター  
ILC-Japan

国際長寿センター (International Longevity Center=ILC) は、少子高齢化に伴う諸問題を国際的・学際的な視点で調査研究し、広く広報・啓発及び政策提言を行うために誕生しました。

アメリカ、フランス、イギリス、ドミニカ共和国、インド、南アフリカ、アルゼンチン、オランダ、イスラエル、シンガポール、チェコ共和国、ブラジル、中国、日本の世界14カ国に設立された各センターは、「ILC Global Alliance」として共同事業を進めつつ、自国内でのそれぞれの活動に精力的に取り組んでいます。

「ILC Global Alliance」は、老年学の世界的権威である故ロバート・N・バトラー博士によって提唱されました。日本ではその志に賛同した民間企業の思いを受け止めた厚生省 (当時) の指導の下、3年間の準備期間を経て1990年11月に設立されました。以来、少子高齢社会における政策提言や問題提起を行い、調査・分析結果を広く情報提供・広報するなど、活発な活動を続けてきました。

また、日本の人口高齢化に関する問題点とそれに対する制度、状況などを海外に知らせることも、日本センターの重要な任務と考えています。

国際長寿センターは、すべての世代が支え合い、いきいきと生活できる豊かな高齢社会実現のために取り組んでいます。

## ILC Global Alliance

名誉理事長	<b>森岡茂夫</b> (ILC-Japan) 山之内製薬 (現アステラス製薬) 株式会社 元会長
共同理事長	<b>Sally Greengross, OBE</b> (ILC-UK) 英国上院議員
共同理事長	<b>Monica Ferreira, Ph.D.</b> (ILC-South Africa) 国連高齢化問題研究所理事

ILC-USA	代表者: <b>Linda Freid, Ph.D.</b> コロンビア大学公衆衛生学部長
---------	--

ILC-France	代表者: <b>Françoise Forette, M.D.</b> 医師 パリ市議会議員
------------	--

ILC-Dominican Republic	代表者: <b>Rosy Pereyra, M.D.</b> 医師
------------------------	--------------------------------------

ILC-India	代表者: <b>R.A. Mashelkar, Ph.D.</b> 化学工学者 インド国立化学研究所特別会員
-----------	--

ILC-Argentina	代表者: <b>Lia Daichman, M.D.</b> 医師
---------------	--------------------------------------

ILC-Netherlands	代表者: <b>Guus Wouters</b> 企業年金基金理事長
-----------------	---------------------------------------

ILC-Israel	代表者: <b>Sara Carmel, Ph.D.</b> ベン・ガリオン大学教授
------------	---

ILC-Singapore	代表者: <b>Mary Ann Tsao, Ph.D.</b> 医師 Tsao財団理事長
---------------	---

ILC-Czech Republic	代表者: <b>Iva Holmeroca, Ph.D.</b> ブラハ老年学センター設立理事長
--------------------	---

ILC-Brazil	代表者: <b>Alexandre Kalache, M.D. Ph.D.</b> リオデジャネイロ州立大学名誉研究員
------------	--

ILC-China	代表者: <b>Du Peng, Ph.D.</b> 人民大学老年学研究所所長
-----------	--

職業・グローバル・インフォメーション  
ジャーナル

17

WINTER 2012

contents

special number **のぞましい生と死を考える**  
新しい哲学の創造、新しい価値観の創出

- general remarks ●総論 **尊厳あるいのちの終わりと  
バイオエシックス** ● 2  
木村利人  
恵泉女学園大学学長

- seminar ●ILCセミナー **生と死** ● 4  
いのちの終わりを考える  
国際比較の中から

- 1-1 **日本における  
終末期ケア“看取り”の問題点** ● 6  
在宅のケースから学ぶ  
箕岡真子  
東京大学大学院客員研究員

- 1-2 **アメリカの終末期ケア  
概要と政策課題** ●12  
マイケル・ガズマノ  
ヘイスティングスセンター研究員

- review ●ILCレビュー **認知症の看取り**  
2-1 **認知症の人の看取りに関する  
課題と展望** ●18  
長谷川 和夫  
認知症介護研究・研修東京センター 名誉センター長  
聖マリアンナ医科大学 名誉教授

- 2-2 **米国における認知症を伴う  
生活と死を探る** ●21  
ピーター・ホワイトハウス  
ケース・メディカルセンター大学病院医師  
ケース・ウェスタン・リザーブ大学教授  
インタージェネレーション・スクール理事長

- chronology ●生と死に関する年表 ●24

### I. バイオエシックスの由来

バイオエシックス(Bioethics)という用語は、ギリシャ語のビオス(いのち、生き物)とエシコス(倫理、習俗)に由来する合成語である。この「バイオエシックス」という新しい学問がアメリカで形成された背景には、1950年代からの生命医科学技術の急速な発展をふまえた様々な「いのちの質」をめぐる価値観の大きな変動があった。

「生と死」の問題をめぐる、医療における患者・医師間の誠実で平等な人間関係に基づき、医療・健康情報を患者が正確に知り、納得する権利としての「インフォームドコンセント」の考え方が実践され、患者の権利運動が幅広く展開された。差別反対、環境保全・反公害、高齢者のケア、女性の解放とリプロダクティブの権利運動など、ごく普通の市民による地域社会での「いのちを守り、育てる」草の根の活動がこの「バイオエシックス」の基盤にあった。

つまり、「いのちの終わり」の問題を、医療・看護専門家にのみ任せないで、地域コミュニティの中でお互いのいのちと暮らしを支え合うホーム・ケアや在宅ホスピスケアへと拡げていった。

このようないのちの尊厳を尊び、それを守り育てるバイオエシックス運動は、1970年代にかけて、人々の意思を正しく反映しない政治権力や既成の社会秩序の変革をめざして、自分の生きる権利をまもるための「いのちの人権運動」として展開され、やがて「反戦・ベトナム」へとグローバルに展開されていく。

私自身も、1970年にベトナム・サイゴン大学で教鞭をとっていた時に、枯葉剤(ダイオキシンを含有し遺伝子に傷害を与える)による悲惨な障害児の出生を目の当たりにし、「ジェノサイド」(ベトナム民族の大量虐殺)と生物化学兵器の意図的悪用に大きなショックを受け、人間のいのちの尊厳とその基本的人権の確立をめざして、その後欧米諸国の同僚たちとともに「バイオエシックス」という名のもとに「超学際」的な学問分野を構築するための直接的な契機を与えられた。

自分たちのいのちを守り、人としての尊厳を持って豊

かに生きるためには、医療を含め、自分自身が情報を持ち、相互に協力し合い、自分たちで世の中を変えていかなければならないと多くの人々が気づき、権威主義的な専門家中心の社会システムへの異議申し立てを積極的に行ってきた。

それらが制度的にも定着し、政府関連の健康・医療関連審議会も公開が前提とされ、病院・倫理委員会などの設置も法的に義務付けられるなど、保健・医療の分野でバイオエシックスの基本となっている考え方である「自己決定の原理」や「公共政策」をふまえたWHO(世界保健機関)、CIOMS(国際医科学団体協議会)等の国際機関によるさまざまな具体的提案や試みや立法が、現在、欧米諸国をはじめ世界の多くの国々で実現している。

### II. アメリカにおける尊厳あるいのちの終わり

「尊厳死」をめぐる、3件の判決(1976年のカレン・アン・クインラン事件<sup>\*1</sup>、1990年のナンシー・クルーザン<sup>\*2</sup>事件、2005年のテリー・シャイボ事件<sup>\*3</sup>)から、アメリカでのいのちの終わりの尊厳をめぐる社会的動向を見ることができ。それは、ターミナルケアにおいては、適正な判断能力を持ち、自立している個人の「自己決定権」を家族も親族も原則的に尊重しなければならないということである。そのため、「事前の意思表示(Advance Directives)」の確認と尊重という社会的合意や法的整備が必要となる。

オレゴン州では、1994年の州民投票により「尊厳死法(Oregon Death with Dignity Act)」が成立したが、その後、宗教団体や米国医師会(AMA)の反対、連邦政府の介入などの紆余曲折を経て1997年から施行されている。内容的には、医師の末期患者への自殺介助(Physician-Assisted Suicide、略称PAS)を適法とし、医師が処方した致死量の薬物を患者が自ら服用し、死に至ることを許容している。薬物の処方にあたっては、患者は少なくとも口頭で2回、書面で1回の主治医への要請が必要であり、処方の対象となる患者の適格性や記録・報告義務、待機期間など詳しい条件による規定がなされているが、そ

【\*1】ニュージャージー州に住む当時21歳のカレン・アン・クインランが、長時間の呼吸不全に陥ったため脳に損傷を受け、その後人工呼吸器を装着された。回復が見込めず、両親は人工呼吸器の取り外しを望んだが、病院側はこれを拒否。クインランの家族が裁判所に訴え、ニュージャージー最高裁はこの訴えを認めた。

【\*2】ミズーリ州で交通事故を起こした25歳のナンシー・クルーザンは、心肺停止状態に陥り、植物状態となった。その状態が4年半続いた後、両親が経管栄養の中止を申し入れたが病院側は拒否。両親の訴訟に対し、延命

措置を望まないという「ナンシー本人の意思」の確固たる証拠がないとして、連邦最高裁で一旦これを否決した。しかしその後、ナンシーの元同僚の証言により、栄養補給の中止が認められた。

【\*3】フロリダ州に住むテリー・シャイボは、26歳のときに心臓発作から植物状態となった。「本人は延命を望んでいなかった」とし、経管栄養を外してほしいとする夫とそれに反対する両親との間で裁判が起こった。裁判は7年に及んだが、最終的には連邦最高裁が両親の訴えを退け、経管栄養は外された。

【\*4】脳溢血が元で全身不随の寝たきりとなった父親を見かねた息子が、事情を知らない母を介して毒入りの牛乳を飲ませて安楽死させた「名古屋安楽死事件」において、名古屋高裁がくだした判決。

【\*5】入院中の末期ガン患者に対し、家族の強い要請に応じ、担当医が塩化カリウムを投与して死に至らした事件。医師の有罪が確定。

【\*6】自発呼吸のできない患者の気管チューブを、家族の要請に基づき脱管。患者が苦しんだため、筋弛緩剤を投与し、死に至らした事件。

の条件を満たせば、患者自身による自分の命の終わりについての自己決定権が確保される。PASにより、多くの医師が終末期における患者の要求に耳を傾けることになった。また、医師の使命感に反するともいえる致死薬の処方回避のために、かえって終末期医療が充実し、末期患者のホスピスケア登録率が8割前後になった。これは他州の平均の約2割に比べて、かなり高い水準にある。

### III. 日本における尊厳あるいのちの終わり

日本では、病気という弱い立場にある患者の心理的依存心や、いわゆる「甘え」の心情が、頼り甲斐のある医師にすべてをまかせるという状況をつくりだしてきた。臨床現場でのインフォームドコンセントも家族を交えてなされることも多く、こうした中で「自己決定の原則」や「患者の権利」が尊重されることは困難であった。

しかし、日本においても、従来の“延命至上主義”への批判や健康の回復が期待できない患者への医師の対応は、その自己決定の尊重をふまえて、末期の患者のいのちを安らかに終わらせることにあるとの見解もある。

周知のごとく、1962年の名古屋高裁の判例<sup>\*4</sup>において、「安楽死」として違法性を問われない次のような六つの要件が示された。

- (1) 不治の病で死期が目前に迫っている
- (2) 苦痛が甚だしく、何人も真にこれを見るに忍びない程度
- (3) 病者の死苦の緩和の目的でなされる
- (4) 病者の意識がなお明瞭であって、意思を表明出来る場合には本人の真摯な嘱託または承諾のあること
- (5) 医師の手によることが本則で、その他の特別の止むを得ない事情
- (6) その方法が倫理的に妥当で認容し得る

1991年の東海大学病院事件<sup>\*5</sup>では、患者が昏睡状態に陥っていて同意がなかったことから、家族の懇願要請があっても、本人の意思が推定できないのに医師が法律上許容されない治療中止を行なったことから、1995年に横浜地裁は刑法上医師に責任があるとした。更に、医師による安楽死として殺人の罪に問われた1998年の川崎協同病院事件<sup>\*6</sup>についての二審の東京高裁判決(2005年)においては、「尊厳死の問題を抜本的に解決するためには、尊厳死法の制定ないしこれに代わり得るガイドラインの策定が必要」であり、国を挙げた議論・検討が課題であると指摘した点は注目に値する。この事件の最終審である最高裁小法廷判決(2009年)においては、医師の行為につき患者の意思に基づいていたと認めることも、治療義務が限界に達していたと認めることもできないと判断し、医師を有罪とした。

### IV. 尊厳あるいのちの終わりを迎えるために

いのちの終わりの問題を、「尊厳あるいのちの終わりへの人間の基本的権利」として捉える時代が到来した。バイオエシックスの視座から、尊厳あるいのちの終わりの時を迎えるためには、予め表明された患者自身の「自己決定」に反して家族や医療専門家に「生命操作」されることなく、いのちの質を充実させ、尊厳あるいのちを豊かに最後まで全う出来るよう自ら備えるべき課題に、私たちは直面している。この場合、大事なことは、わたくしたちが、常日頃から家族や親族、医療・看護従事者、かかりつけ医との間での、自らのいのちについての決断・考え方をめぐって緊密な「バイオエシックス的コミュニケーション」をしておくべきことなのである。そして、できればそれらの内容を自ら「エンディング・ノート」などの文書に記録しておくことが望ましい。



講師

**木村利人** *Ribito kimura*

恵泉女学園大学学長

早稲田大学大学院法学研究科博士課程修了、博士(人間科学)。ジョージタウンケネディ倫理研究所国際バイオエシックス研究部長、早稲田大学人間科学部教授を経て、2006年より現職。厚生科学審議会委員、医師国家試験委員、東京都病院倫理委員会委員長を歴任。著書に「バイオエシックスハンドブックー生命倫理を超えて」(法研)、「自分のいのちは自分で決める」(集英社)等がある。



ILC seminar

ILC セミナー

## 生と死 いのちの終わりを考える 国際比較の中から

日時 2011年11月18日

場所 霞が関東海大学校友会館 霞の間

講師 木村利人 恵泉女学園大学学長

箕岡真子 東京大学大学院客員研究員

マイケル・ガズマノ ヘイスティングスセンター研究員

ILC日本の調査で、我が国においては理想の看取りと、実際に行われている看取りとのギャップが非常に高い、との調査結果が示された。

看取りのあるべき姿とはどのようなものか。

終末期の緩和ケアはどのように行われているのか。

死を迎えつつある本人の意思を尊重し、やすらかな最期を迎えてもらうために

私たちがしなければならないこととは何か。

木村利人先生を座長とし、バイオエシックスに真正面から取り組む医師の箕岡真子先生と、ヘイスティングスセンター研究員で各国の医療格差比較を行っているマイケル・ガズマノ先生をスピーカーとして招き、セミナーを開催した。

1

(写真: 湊 雅博)



## 箕岡真子 Masako Minooka

東京大学大学院医学系研究科医療倫理学分野客員研究員・箕岡医院内科医師

浜松医科大学医学部卒業、早稲田大学大学院バイオエシックス専攻卒業。主な研究はバイオエシックス、介護と生命倫理、終末期医療の倫理。著書に『「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）、『認知症ケアの倫理』（ワールドプランニング）等がある。



## マイケル・ガズマノ Michael K. Gusmano

ヘイスティングスセンター研究員

ニューヨーク医科大学医療政策・管理学准教授、コロンビア大学・エール大学非常勤講師。メリーランド大学政治学博士号取得。主な研究は、各国における健康と医療の格差調査、ガン患者ケアの倫理的側面と政策的側面など。ILCで2000年より行ってきた「World City Project」では共同ディレクターを務める。共著に『Healthy Voices/Unhealthy Silence: Advocating for Poor People's Health』（Georgetown University Press）等がある。

このセミナーは、長い間日本ではタブートピックとなっていた「いのちの終わり」の問題に、正面からぶつかるという点で非常に画期的だ。

今回はバイオエシックスの観点から終末期の問題点を取り上げるにふさわしい素晴らしいスピーカーを、日米両国からお二方招いている。

木村利人



# 1-1

## 日本における終末期ケア“看取り”の問題点

在宅のケースから学ぶ

箕岡真子 東京大学大学院客員研究員

### ■ 日本の現状

日本における死亡者数が増え、今後、ますます在宅における看取りの重要性が増すことが予想される。しかし、実際には、在宅における看取りを阻む幾つかの要因があり、患者・家族、及び医療ケア関係者ともに満足感を覚える在宅看取りを困難にしている。最近、たいへん理想的な在宅の看取りを経験したので、このケースを通じて在宅終末期ケアの問題点を探ってみたいと思う。

なぜ在宅の看取りは難しいのだろうか。

日本は、今世界一の長寿、高齢化社会になってきており、65歳以上の人口が22.2%に達している。アメリカでは12.8%だ。他の国々は、日本がどのようにこの困難な状況を乗り切っていくのか注目している。

総死亡者数は、1,084,450人で、亡くなった場所は、1960年には病院での死亡が18.2%、自宅が70.7%だったが、2006年には、病院での死亡が79.7%、自宅が12.2%と完全に逆転している。ただし、日本政府が在宅の看取り、終末期ケアを増やす政策を取り始めたため、2007年は、2006年に比べ、在宅での死亡は若干増えている。

#### 日本は世界一の長寿・高齢化社会 世界中がその動向を注目している

Japan 人口;1.27億、65歳以上;22.2%、寿命;82.1歳  
US :3.07億、 ;12.8% ;78.1歳

	総死亡数 1084450人			
	1960	1996	2006	2007
病院	18.2%	74.1%	79.7%	79.4%
自宅	70.7%	18.3%	12.2%	12.3%
老人ホーム (老健含む)		1.5%	3.1%	3.3%

Copy Right; Masako Minoaka

3

また、認知症の人数も急速に増えてきている。介護保険の要介護・要支援認定者数約500万人のうちの半分、約250万人が認知症を患っている。20年後には、この数は350万人以上、30年後には、430万人になると見込まれている。

認知症が進行すると、嚥下困難により、飲んだり食べたりすることが難しくなるため、私たちは慎重に、人工的水分栄養補給に関する問題について考えなければならない。

### ■ 「看取り」の定義と現状

「看取り」という言葉は、日本語独特の表現である。平穏な死、もしくは「お迎えが来た」といったソフトな別れのイメージがある。しかし、「看取り」の厳密な定義は「無益な延命治療をせずに、自然の過程で死にゆく高齢者を見守るケアをすること」である。つまり、慢性疾患を有する高齢者の終末期において、緩和ケアを実践するということを意味する。「看取り」という言葉が持つソフトなイメージが、問題の本質を覆い隠してしまっているかもしれない。

日本人はこの「看取り」という言葉を、日常、気軽に用いているが、実際、医学的・倫理的・法的問題が内在している。具体的には、事前指示があるか、末期なのか、この治療は本当に無益なのか、あるいは治療義務の限界はどこなのかなどといった問題だ。

現在、日本における「看取り」は、倫理的な熟慮なしに漠然と実践されていることがある。例えば、介護施設などでは、十分な医学的考慮なく、延命治療が差し控えられ、過少医療になっていることがある。

一方で、病院では訴訟を恐れるあまり、過剰で不必要な治療が行われていることもある。医師は、一旦、入院させてしまうと、飲んだり食べたりできない患者を退院させることができなくなってしまう。また、政府は、入院期間を短縮化する方針だ。そのため、結局は、経管栄養で水分・栄養を摂る人が増えてしまうことになる。

多くの日本人は、自宅で亡くなりたいと思っている。しかし残念ながらそれを阻む要因がいくつかある。これをもう少し詳しく見ていきたいと思う。

ここで最近経験した在宅看取りのケースを紹介する。この理想的なケースを通じて、在宅の看取りがなぜ難しいのか、問題点を明らかにしたいと思う。

## case 最近経験した理想的な「看取り」

79歳、女性、胃ガン

家庭ですべての家事をこなし、5月には九州旅行にも行くほど元気だったが、6月中旬食欲不振のため受診。家庭医受診の際に腹部超音波検査で腹水が大量にたまっていることがわかり、紹介された大学病院で進行胃ガンと診断された。さらに腹腔内のリンパ節転移が多数見つかかり、担当医師は積極的治療の適応がないと告げ、緩和ケアを勧めた。

●  
本人と家族は在宅での看取りを希望し、家族の協力が得られる状態だったため、家庭医も快諾。

●  
看護師の娘さんは、介護保険を利用してベッドを設置し、療養環境を整えた。娘さんは休職して連日患者に付き添い、看護・介護にあたった。医師は週に3回往診した。

●  
経口摂取量は次第に減少していき、2週間目には数口しか食べられなくなった。その後腹部膨満感、血性嘔吐などの症状が出てきたが意識ははっきりしていた。

「この夏は越せないと思う。でも私は家でこのような療養ができて幸せ」と語っていた。

●  
連日訪問する家族や親戚に礼を述べていた。

●  
7月14日、「ありがとう、ありがとう」と繰り返し、訪問した医師に「ありがとうございます。これで安心した」と告げ亡くなる。

このケースは、理想的な看取りで、家族のみならず、医療チームも満足を覚えたケースである。しかし、現実はなかなかこうはいかない。理想的な看取りができないような要因が存在しているためだ。ここで、その10の要因についてご説明したいと思う。

## ■ 在宅でのよい看取りを阻む要因

### でも、現実には…… 在宅でのよい看取りを阻む要因

- 1) 告知
  - ・本人に告知しない⇒病状、予後や経過の理解ができず、死ぬ運命を知らない
  - ・告知の方法の問題
- 2) 死の概念のとらえ方
- 3) 本人における問題点
  - ・本人が死を受け入れることができない⇒無益な延命治療を望む
  - ・事前指示の普及が不十分
- 4) 家族における問題点
  - ・家族の揺れ動く気持ち、代理判断の問題など
- 5) コミュニケーションの不足
- 6) 家族関係・家族の介護力の不足
- 7) 家庭における療養環境が整わない
- 8) 医療者・看護師・介護との関係⇒医師が協力しない・連携がうまくいかない
- 9) 不十分な緩和ケア⇒疼痛管理・精神的ケア(本人・家族)
- 10) 人工的水分栄養補給のとらえ方⇒食事と考える

Copy Right: Masako Minooka

10

1つずつ説明していきたい。

### 1 告知における問題点

医師は家族にのみ告知し、本人には知らせないことがよくある。医師は告知によって病状が悪化したり、鬱状態になることを恐れているのだ。本人は告知を受けないため、自分の病気や今後のことがわからず、終末期ケアのプランを立てることができない。これは、プライバシー権の侵害といえる。

告知の方法も1つの問題である。思いやりのない、心ない告知、例えば「もうできることは何もない」といった言い方だと、失望するし、心が傷つくことになる。

### 2 死の概念のとらえ方の問題点

死というのは避けるべきもの、最悪の結果であるという考え方がある。一方で、死は必然的に起こるものだという考え方もある。前者の考え方の場合、治らない病気でも効果のない治療が続けられ、患者や家族は淡い望みを持ち続ける。そのため、病状が急変するとパニックになり、救急車を呼ぶことになる。つまり、死を受け入れられないのだ。

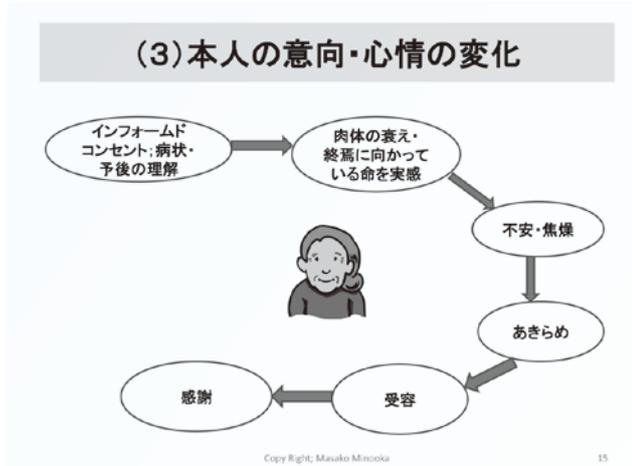
後者の考え方の中では、この患者さんに、この時点で、この状況で何が一番良いQOLなのかということを考えるように



なる。何が望ましい最期なのかということ話し合えるため、平穏な死を迎えることができる。

死は避けるべきもの、人生は長ければ長いほどいいという考え方においては、治療のゴールは「完治」ということになる。この目標を、完治から、快適ケア、あるいは平穏な最期というふうに変えることができれば、死は避けられないことなのだ認識できるようになり、不安や苦しみにから逃れることができる。一番重要なのは、死を受け入れることを無理強いするのではなく、病状の変化とともに自然に受け入れられるのを待つということなのであろう。

今回のケースの場合、患者さんの心情はこのように変化していった。



まずインフォームド Consentがあり、本人、家族が病気について、また予後について理解した。そして患者さんが徐々に肉体の衰えを感じ、終焉に向かって いる命を実感した。

その後不安や焦燥感を感じ、あきらめの境地に至った後、自分の運命を受容した。そして最終的に平穏な気持ちで、みんなに感謝できた。治療目標が完治から平穏な終末期と変わるとともに、患者さんの気持ちも変わっていったのだ。

### 3 本人における問題点

本人の意思決定における問題点である。5点あげて順に紹介していく。

#### ①適切なインフォームド Consentがなされていない

この結果、本人は自分が人生の最期にいて、残された時間が限られているということ知らされていないことになる。

#### ②命が限りあるものであるということ、死を受け入れることができない

結果として、治療目標の変更ができず、無益な延命治療を望むという事態が起こる。

#### ③感情的に不安定になる

不安・焦燥があるため、感情的に安定しなくなる。その結果、平穏な終末期を過ごすことができなくなる。

#### ④家族に迷惑をかけたくない

とりわけ日本では、この考え方が強い。そして自分の意向よりも家族の意向を重要視する傾向にある。

#### ⑤事前指示が普及していない

日本では、事前指示が普及していないため、最期の生き方を自分で決めることができることを十分に知らない。その結果、終末期ケアで、本人の価値観を反映できないという事態が起こってしまう。

これは「私の四つのお願い」という日本の事前指示書である。

4つのお願いの中身はこうだ。

1番目は、「あなたに代わって、あなたの医療やケアに関する判断・決定をしてほしい人」これはアメリカのDPA (Durable Power of Attorney)、いわゆる持続的委任状と同じものになる。

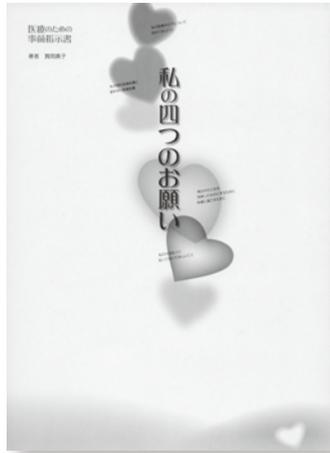
2番目は、「あなたが望む医療処置・望まない医療処置について」。

3番目は、「あなたの残された人生を快適に過ごし、充実したものにするためには、どのようにしてほしいか」。

4番目は、「あなたの大切な人々に伝えたいこと」。

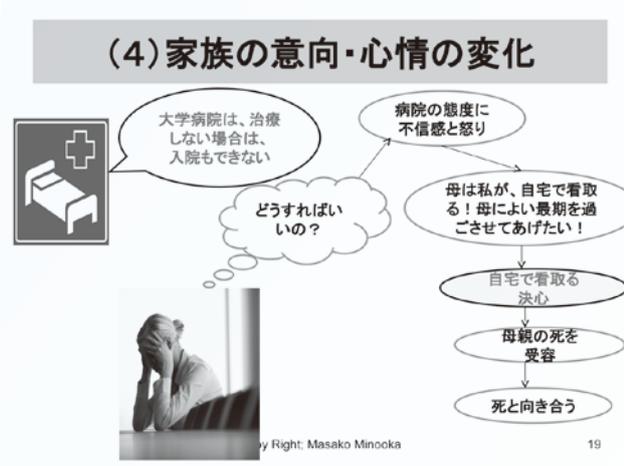
アメリカのFive Wishesを参考にして、日本の実状に合わせて作っている。

# 理想的な“看取り”を阻む要因は何か



## 4 家族における問題点

このケースでは、家族の意向がこのように変わっていった。



まず、大学病院でお母さんは胃ガンの終末期と診断され、病院では治療しないと伝えられた。娘さんはどこで終末期を過ごさせるべきかと悩み、最初は病院の態度に不信感や怒りを感じたが、看護師だったため自分で面倒をみようと思決心。母に良い最期を過ごさせてあげたいと考えた。

その後、治療を断念して死を受け入れるという段階に入っていく、最終的には、具体的に死と向き合うという段階に至った。

家族によって意思決定をするということに対する問題点は、4つあげられる。

### ①インフォームドコンセントに関する問題

家族が十分に経過・病状・予後の理解をしない結果、必要以上に完治に対する期待を抱いてしまう場合がある。

### ②感情的・心情的問題

家族の死を感情的に受け入れることができず、その結果として、死に行く人を見ていかなければならない苦悩、不安、焦燥を抱く。「ただ死を待っているだけでいいのだろうか」との感情的動揺・ゆらぎが起きる。

### ③代理判断の問題

誰が最も適切な代理判断者なのか。どのようにして事前指示や本人の価値観を尊重するかという問題。

家族とは、どこまでの範囲なのか、日本においてははっきりしていない。慣習として法的根拠なく決定することになっている。

### ④本人と家族、あるいは家族内における意見の不一致の問題

意見の不一致があると、問題の解決が難しくなる。日本では、倫理コンサルテーション、もしくは倫理委員会といったものが十分整備されていないことも問題点として挙げられる。

## 5 コミュニケーション不足という問題点

終末期ケアにおいては、医療ケア専門家と、本人・家族との「コミュニケーション」が重要だが、現状は十分になされていないといえない。

予想される今後の病気の経過・予後の共通の理解、治療法の選択肢とそれぞれのメリット・デメリット、さらには、治療の無益性などについてのコミュニケーションが十分なされていない。

また意思決定のプロセスにおけるコミュニケーションが十分でない。

さらに言えば死の準備教育が十分ではないということがある。つまり、本人・家族は、「命とは限りあるものである」とい

う認識を受け入れることによって初めて、不安・恐怖・悲しみの時間が、平穏で感謝に満ちた時間へと転換されるからである。

また、最期の瞬間、いわゆる死が切迫したときの兆候について専門家が家族に話しておけば、不安、動揺を軽減することができる。

## 6 家族関係・家族の介護力の不足という問題点

8つほど問題点がある。

最初に、日本におけるいわゆる老老介護の問題だ。それに加え核家族化しているということから、患者家族はさらに孤立し、地域のコミュニティとの連携もないといった問題が出てきている。そのため少ない家族のうちの誰かが介護することになる。

2番目として、主たる介護者がいない点。患者の気持ちを理解し、患者が信頼する主たる介護者がいることが、適切な看取りには必要である。

3番目として、家族の介護力に依存し過ぎていることがあげられる。家庭における終末期ケアとなると、食事介助、清拭、排泄の世話、服薬管理、体位交換、痰の吸引等があり、介護者には負担がかかる。

4番目は、介護をする家族の人に対して、あまりにも期待が高いということだ。例えば理想的な看取りとはこういうことだと、医療者側が価値観を押しつけていってはいけない。

5番目として、意思決定の代理判断者の問題。この代理判断者が主たる介護者と一致しない場合には、終末期のケアに関する適切な意思決定ができなくなることがある。

6番目の問題点として、家族内におけるコミュニケーション不足。終末期ケアや死に関して話し合う機会が少ない。

7番目は、日常生活とのバランスの問題。在宅介護においては、家族のみんなの日常生活のペースが乱れてしまうことがある。患者本人も、そういった事態を避けたいと考えて、遠慮がちになる。

最後は、利益相反である。本人と家族との間に利益の相

反がある場合、適切な意思決定が難しくなる。

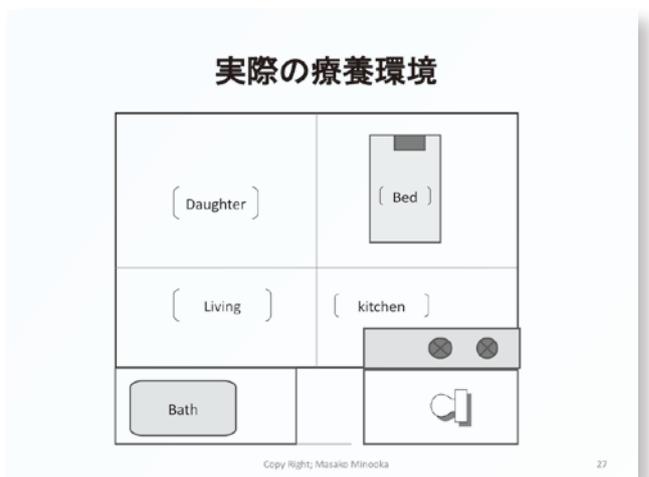
## 7 家庭における療養環境が整わないという問題点

適切な看取り、緩和ケアをするためには、適切な療養環境が必須だ。

日本における問題は、狭い家が多く、個別の病室を作ることができないといった点にある。そのため、患者は家族の迷惑になるのではないかと遠慮する。家族の日常生活もペースを乱されることがある。

介護力が不足すると、身体や身の回り・部屋を清潔に保つことが難しくなってくる。そのため、より良い在宅介護の環境を保持するためには、まずは心構え、それからインセンティブ、やる気、協力、経済力も必要となることがある。

これが今回のケースの方の実際の療養環境である。



## 8 医療者・看護師・介護との関係

在宅での良い看取りをするためには、医療者、看護師、介護との人たちとの連携が非常に大切な要素となる。日本のヘルスケアのシステムでは、医師いわゆる開業医、訪問看護師、ホームヘルパー、ケアワーカー、ケアプランを作るマネージャーといった人たちが、在宅のケアに関わってくる。医師との信頼関係を築き協力が得られるか、看護師の支援が受け

られるかどうかで在宅看取りの可否が決まる。

もちろん家族には、病状への理解と十分なやる気も必要となってくる。

そして患者の周りにいる人たちのチームワークが必要となる。本人、家族と、医療ケアチームとの間のチームワークである。医療ケアチームが24時間いつでも訪問可能であれば、安心感も与えられる。起こる可能性のある症状に関する情報を事前に与えることにより、緊急時に家族がどのような対応をするべきか知らせておくことも大切だ。また、必要となりそうな薬剤を家に置いておくことも役に立つ。

医師のQWL (Quality of Working Life) も考えなければならない。医師は24時間365日の対応を余儀なくされる。こうした在宅の看取りに対する情熱と、その意思を継続するためには、医師のQWLは常に念頭に置いておかななくてはならない問題だ。

## 9 不十分な緩和ケア

認知症などを含めた、高齢者の慢性疾患における緩和ケアは大変重要である。しかし、ガンの緩和ケアと異なり、その重要性の認識はまだ十分ではない。

緩和ケアに関する問題点としてまずあげられるのは、治療の無益性がまだ十分に理解されていない点だ。

また、緩和ケアの開始が遅いことも問題だ。終末期であることを認識していないため、ずっと病気と闘い続ける結果、緩和ケアが実施されず、平穏な最期が保証されなくなってしまっている。

“Cure sometimes, comfort always.”というスローガンは大変重要となる。これは、無益な延命治療をやめても、必要な治療や快適ケア (comfort care) は実施されるべきことを意味している。疼痛管理・嘔気や呼吸困難などの不快な症状の管理・精神的苦痛の除去などの十分な緩和ケアをする。これがまだなされていない。

在宅緩和ケアは、実際はまだ十分普及していない。患者、そして家族に対して、疼痛管理、緩和ケアは病院だけでなく、

自宅でもできることを伝える必要がある。家族に対しても、モルヒネなどの副作用 (例えば便秘など) を説明し、そして必要なときには、無理に我慢する必要もないことを説明しておくとい。実際に不安がなく、安定した気持ちでいると、使用する麻薬の量が減るという事実もある。

## 10 「人工的水分栄養補給」の捉え方

最後に、人工的水分栄養補給の問題点についてお話しする。

まず、はたして、経管栄養は医療なのか、食事なのかという問題である。

2番目としては、日本で“胃ろう”が多いことがあげられる。現在約40万人おり、非常に急速に増えている。

3番目は、認知症の終末期で、嚥下困難に対処するための経管栄養が、はたして有益かどうかという問題。苦痛を伴った終末期をほんの数か月延長するだけだという批判もある。治癒にはつながらないし、患者のQOLの改善にも役立たない。

4番目として、残念ながら日本においては、認知症終末期における経管栄養に関する客観的な医学的エビデンスが不十分であること。はたして生存率を改善するのか、それとも誤嚥性肺炎を予防するのか。こうしたデータは十分にはない。

以上、適切な看取りを阻害する要因につき、述べさせていただいた。

# 1-2

## アメリカの終末期ケア 概要と政策課題

マイケル・ガズマノ ヘイスティングスセンター研究員

### 1 良質な終末期ケアの倫理目標とは

“アメリカでは死ぬのが難しい”

これは生命倫理学者のナンシー・デュブラの言葉なのだが、本当にアメリカで死ぬのは難しい。

終末期ケアについて、日本の問題点を箕岡先生が指摘されたが、アメリカでもかなり大きな問題がある。これから私の申し上げることは、アメリカにしか当てはまらないものもあるかもしれないが、日本に共通することも多くあるのではないかと思う。

アメリカでは、老人ホーム入所者のうちホスピス給付を選ぶ人は6%にすぎない。アメリカも緩和ケアを行っているのだが、本当に病気で老人ホームにいる人たちですら、ホスピスのメディケアの給付を選んでいない\*1。

良質な終末期ケアの倫理目標について、私はこう考えている。

- 苦しみを和らげる。
- 生と死の両方を尊重する。そして、死も人生の一環なのだといいことを受け入れる。
- ウェルビーイングを促進する。
- 人間を尊重する。生命倫理の中では、「自立」を語るが、自立はフィクションだ。完全に自立的ではいられない。アメリカでも、患者が本当に自立しているとは言っても、家族、その他の人たち、ソーシャルネットワークなど、周囲の人間が意思決定に携わっている。そして、患者は家族に、自分のために意思決定してほしいと思っているかもしれない。
- 尊厳を尊重する。
- 関係性を尊重する。
- 違いを尊重する。
- 公平性を尊重する。
- 専門職の倫理的整合性を維持する。
- 良質なケアや倫理実践を支援するために組織システムを活用する。良いシステム、良い方針は重要だ。

### 2 終末期ケアの目標とギャップ

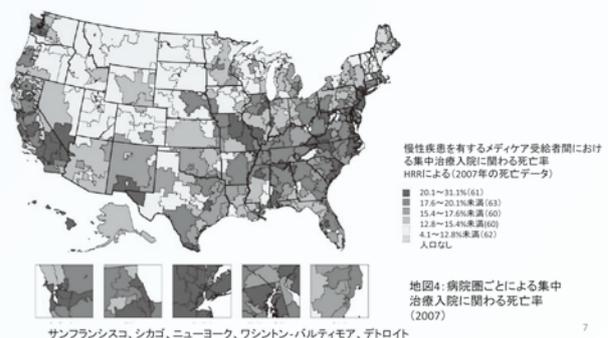
アメリカでは、終末期ケアの理想と現実との間にかなりのギャップがある。1995年の調査だと、医師は患者と終末期ケアの選択肢についてほとんど話をしていないことがわかっている。また、患者が心肺蘇生をしてほしくなかったということを知っていた医師が、半数に満たなかったという報告もある。

1998年の調査では、どこで死にたいかを479人の患者に聞いたところ、391人は、病院ではなく自宅で死にたいと回答している。自宅で死にたいという考えにおいては、日米共通しているようだ。しかし、そのうち216人は、結局は病院で亡くなっている。これも日本と同様のトレンドだ\*2。

ただし、いいニュースもある。2007年にメディケアの受給者が病院で過ごした終末期の日数は、2003年よりも減ってきている。そしてまた、病院で死亡するケースは、2003年に比べると、2007年のほうが低かった。これは少し楽観してもよい傾向かもしれない。

### 3 医療システム、介護システムのばらつき

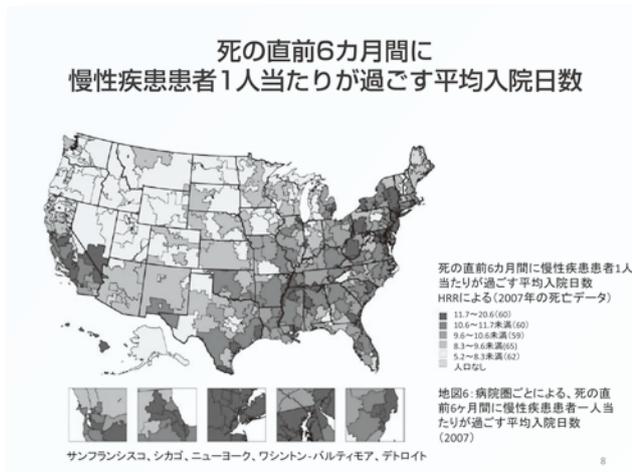
慢性疾患を有するメディケア受給者間における  
集中治療入院に関わる死亡率



この地図は、ダートマス大学による保険アトラスである。「慢性疾患を有するメディケア受給者間における集中治療入院に関わる死亡率」の割合が、地域ごとに色分けしてあるのだが、かなりばらついていることがわかる。4%程度の人たちしか集中治療室で死んでいないという地域もあれば、

- 【\*1】 Berlinger, Jennings, and Wolf, Ethics Guidelines for Decision-making About Life-Sustaining Treatment and Care near the End of Life (2012出版予定)。
- 【\*2】 SUPPRT Principal Investigators. 1995 JAMA; Pritchard RS et al.
- 【\*3】 Hospital Characteristics Associated With Feeding Tube Placement in Nursing Home Residents With Advanced Cognitive Impairment, 2010 JAMA; Joan M. Teno et al.

30%以上の人たちが集中治療入院で亡くなっているという地域もあり、非常に地域格差が大きいということがわかる。これを念頭に置けば、アメリカを一般化して考えるというよりも、やはり私たちの医療システム、介護のシステムには、かなりばらつきがあるという認識が必要だ。



次の地図でも、やはり同じようにばらつきがあるということがわかる。これは「死の直前6か月間に慢性疾患患者1人当たりが過ごす平均入院日数」だが、5日未満というところもあれば、21日間病院で過ごしているところもある。一般的に言うと、日本よりもアメリカのほうが相当短いかもしれないが、21日というのはアメリカのスタンダードからすると、かなり長い日数になる。

#### 4 40年前から進まない終末期ケアの議論

ヘイスティングスセンターの創立者である、ダニエル・キャラハンとウィル・ゲイリンが最近一緒に論文を発表した。このテーマは、なぜ終末期ケアのディベートが、ずっと同じ内容なのかということだ。フラストレーションがたまっているのだ。

40年前に終末期ケアについて、3つの対策が取られている。

1つ目は、終末期における選択肢を拡大すること。例えば様々な法的なりビングウィル、あるいは代理人の指名などによって選択肢を広げることだ。

2つ目は医師への研修の改善。

そして3つ目はホスピスや緩和ケア。

こうした対策を立てて40年間行ってきたが、成果はわずかである。

#### 5 事前指示書から持続的委任状へ

事前指示書というのは効果的だろうか。ヘイスティングスセンターでも調査を行ったが、事前指示書の問題として、まずは曖昧すぎるという点がある。例えば、「もし死期が近づいたら」では漠然としすぎていて役に立たない。逆に細か過ぎる、具体的過ぎる場合もある。専門的、医学的な状況のことを言っても、自分の病状が違った方向に進むかもしれない。2005年に大統領生命倫理評議会が出した報告書の中でも、やはり事前指示書の効果に懸念が表明されている。

そうはいつても、ジョン・ティーノ等の調査では、事前指示書の中で蘇生禁止指示、あるいは人工水分栄養補給差し控えの指示を行っている場合には、経管栄養が減っているということも判明している。法的な手段には懸念はあるが、効果は少なくとも少しはあるということだ<sup>\*3</sup>。

こうした事前指示書の問題点に対して、医療のための持続的委任状が救いの手になるのではないかと考えている。医療のための持続的委任状は、アメリカの法曹協会の高齢者法律問題委員会及び大統領生命倫理委員会が、その利用を通じて代理人を活用することを提案し、推奨しているものだ。ただ医療のための持続的委任状を手配しているのは、アメリカ人の15%に過ぎない。これは生前遺言(リビングウィル)の約半数で、活用の率は少ないと言える。

#### 6 ホスピスの展開

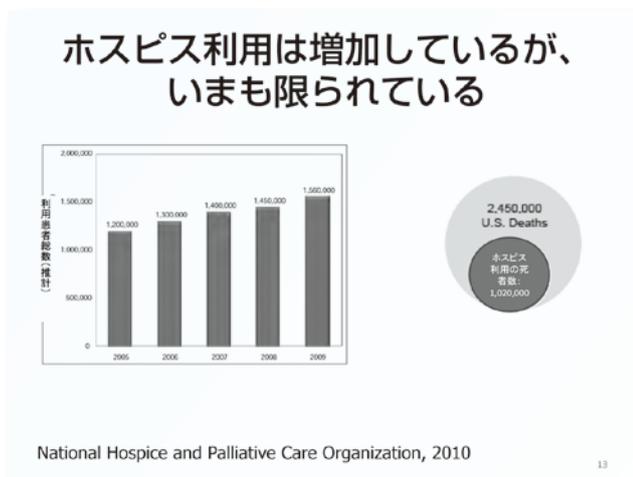
ホスピスは、非常に重要だ。1967年にロンドンでシシリー・ソンダーズが作ったものだが、ニューヨークでもこれを元に行っている。1960年代以降にだんだん主流となり、受け入れられるようになった。また、ホスピスが死の質を上げ、コストを下げるのが指摘されている。

アメリカでは、ホスピスの利用が増加している。これはい



い傾向だが、その一方で、増えてはいるが、まだまだ利用が限られているということがある。

日本ではホスピスはほとんど施設で行われているということだが、アメリカでは事情が若干違う。



#### ■アメリカのホスピスケアはどこで提供されている?

死を迎えた場所	2009	2008
患者の住まい	68.6%	68.8%
内訳		
自宅	40.1%	40.7%
ナーシングホーム	18.9%	22.0%
居住型施設	9.6%	6.1%
ホスピス(施設)	21.2%	21.0%
急性期病院	10.1%	10.1%

National Hospice and Palliative Care Organization, 2010

アメリカでは、68%以上のホスピスケアの利用者は、自分が暮らしているところでホスピスケアを受けている。亡くなる時は老人ホーム、ナーシングホームなど、その他の居住型施設で住んでいるということがよくあるため、68.6%の方々が暮らしているところで受けていると言っても、それらがすべて自宅ということではない。ホスピスのケアを受けているということで、急性期の病院に行かなくていいという意味である。

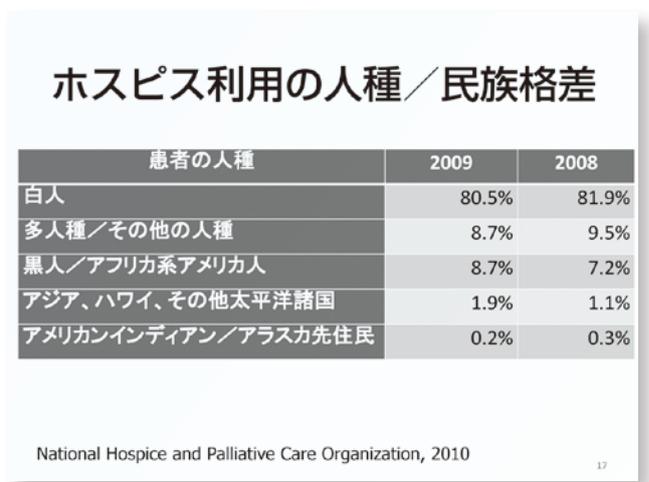
## 7 ホスピスケアは“Too Little ,Too Late”

多くの方がホスピスケアを受けるようになってきてはいるが、ホスピスケアの期間が短すぎるし、提供が遅すぎる(Too Little ,Too Late) ことが問題だ。これはメディケアの法律とも関係している。ホスピスのケアを受けるためには、余命6か月未満という診断を受けることが必要だからだ。

理論的にはホスピスというものは、何か月も受けるべきものである。しかし、ホスピスケアの平均的な日数は、69日に過ぎない。中央値は21日だ。つまり半分以下の方々が3週間未満のホスピスケアとなっている。

もともとホスピスというのは、ガン患者を念頭において作られたもので、ホスピス利用者の大半がガン患者だ。それなのに、3週間前まで終末期であることを医師が知らないなどということもあり得ない。

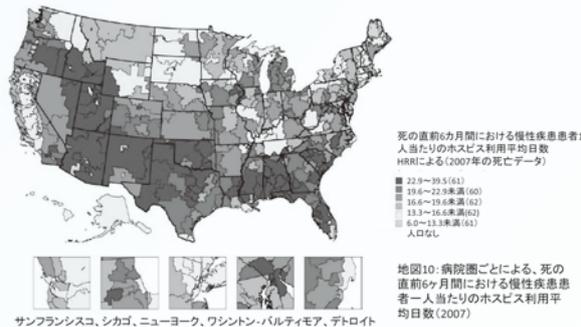
アメリカのサービスのばらつきに関しては、民族、それから人種のことも考えなければいけない。ホスピスの給付はいろいろな人に行われてはいるが、80%以上のホスピスの利用者は白人である。多人種、黒人、アジア、ハワイ、アメリカンインディアンの方々の利用率はかなり低いことがこの表からもわかる。



地域によっても、ホスピスの利用にはかなりばらつきがある。

# アメリカで死ぬのは本当に難しい

## 死の直前6カ月で慢性疾患患者がホスピスサービスを受けた平均日数



「死の直前6か月で慢性疾患患者がホスピスサービスを受けた平均日数」は6日～39.5日までバラバラだ。ホスピスが提供されているところであっても、利用がまだまだ少ないことがわかる。

## 8 緩和ケアはコストを削減できるか

アメリカでは、緩和ケアとホスピスが混同されているところがある。箕岡先生もおっしゃっていたが、緩和ケアは非常に早い段階で、継続的なケアの一部として行うことができる。疼痛管理ができるし、カウンセリングを家族、患者にすることもできる。緩和ケアはプロセスの早い段階で行って、その後ホスピスでの緩和ケアに移行するのが理想的だ。

最近、転移性非小細胞肺ガンの患者対象の緩和ケアが、コスト削減につながったというニューイングランド・ジャーナルの記事が出たが、ちょっと誤解がある点がある。コスト削減につながったのは、このような患者が、効果のほとんどない毒性の強い治療を受けるのをやめたからである。ただ、在宅ケアで行うと、単に患者のQOLを上げるのみならず、政策としてコストを下げるができる。それは確かだ。

## 9 緩和ケア拡大の財政的なバリア

ただし、そうは言っても、財政的なバリアというのはあって、緩和ケアについては、患者との利益相反が病院にはある。病院は、終末期の集中ケアで収入を上げているのが実情だ

からだ。

5年前、「医師と病院が、一番収益を上げることができるのは、患者が治癒することではなく、早めに病気になって、それが慢性化し継続的に維持するケースだ」という一連の記事が『ニューヨークタイムズ』に掲載された。例えば慢性の腎炎の人に透析をすると非常に長期的になり、それによって病院側は継続的に収益を上げられる。ただし、最初に糖尿病の予防をしてしまうと、収益が上がらないといったからくりだ。

ホスピススペース以外の緩和ケアに関しては、メディケアの場合、特定の報酬カテゴリーがないことが問題として上げられている。慢性の、例えばガンといった、外来で多くの治療を受けなければならないといった人にとっては、とりわけ様々なケアが受けられない状況にある。

また、ホスピスの給付の対象となるためには、例えば6か月以下の余命でなければならないというふうに考えられてしまうことも問題だ。6か月以上の余命があったとしても、緩和ケアを受けることはもちろんできるのだが、医師のほうは患者に緩和ケアを与えるために、余命の診断6か月以下とするのをためらってしまうケースがある。患者は患者で、すべての治療をあきらめて、ホスピスの給付のみを受けるとことに同意しなければならないということへのためらいがある。

組織的な問題もある。患者の大半は病院かナーシングホームで死亡するために、ホスピス・プログラムは施設の医療専門職と調整を図らなければいけないが、これが非常に難しい場合がある。

さらにナーシングホームに関してもっと問題になってくるのは、金銭的なペナルティを課されることだ。患者を緩和ケアに移行しなければならないため、ナーシングホームの保険対象分の手当が少なくなってしまうからである。また、ナーシングホームは患者を緩和ケアに移行させることによって、クオリティに関する評価の指標が悪くなるということがあるため、移行を実践しにくくしている。

アメリカでは、以前ガンと診断されたガン生存者というのが非常に増えていて、1,200万人近くいる。その中には早期ガンの治療を受けて再発していない人、長期にわたる慢性的

なガンで治療を受け続けている人、また、ガンが再発しやすい人、関連した慢性腫瘍となる人もいる。

ホスピス以外の緩和ケアは、入院での診察サービスは多いが、退院して外来になると、そうしたアクセスが難しくなってくる。急性期の病院やナーシングホームのホスピスといったところでは緩和ケアがあるのだが、慢性のガン患者として、長年外来で診察を受けている人たちにとっては、緩和ケアを受ける財政的な仕組みや組織的なメカニズムがないことが問題となっている。

## 10 モラルと終末期ケア

終末期におけるモラル、とりわけ宗教の役割についてお話ししたい。

すでにいろいろなケースがある。テリー・シャイボのケースというのは、心臓の発作が原因で酸欠と植物状態になったフロリダ州の女性の事例だ。彼女の夫のマイケルは、彼女の人工呼吸器を外したい、それが彼女の希望でもあったと主張したが、彼女の両親が反対して訴訟になった。するとここに宗教の権力者たちが露骨な干渉をしてきた。当時のブッシュ知事のもと、人工呼吸器を取り外してはいけないという判決が出たが、最終的には医師は人工呼吸器を取っても良いということになった。

また、2010年、オクラホマのタルサの患者のケースでは、いわゆる終末期において、「死に至る病であるとわかったときには、自分に対して人工栄養を出さないでくれ」という事前指示があったにもかかわらず、患者の兄がカトリック教会の考え方に違反するというので、カトリック教会の専門家を巻き込んで、患者の事前指示書を無視した。

さらに緩和ケア、そして「事前ケア計画協議」\*4が提案された後に、これは政府がいわゆる安楽死を促進する方法で、それによってコストを節減するためであると主張する人たちがいた。これはまったく真実ではないのだが、政権はこういった法律に関して、非常にセンシティブな条項は除外しなければならないと主張する政治家もいる。

## 11 難しい医師のコンサルテーション

以上のように、アメリカにおいては、医師の協議に関して、法的にも、倫理的にも、難しい問題がある。

1つの点として、ケアの差し控えvs中止といった問題だ。これは法的にも、倫理的にも区別されていない。ケアを実施しないという点では、どちらも同じで、より良い緩和ケアを提供し、また患者自身が望むのであれば、ケアを中止することが、少なくとも倫理的には問題はないと法律では認められているのだが、こうしたコンセンサスがあるにもかかわらず、なおもまだこういった意思決定をするときにためらいがある。

病院、それから医師、専門職はケアを中止する決定に違和感があるが、それは、治療を差し控えることによって訴訟を起こされるのではないかという懸念からだ。決定しにくいからといって、患者の要望に反することを行うのは、倫理的ではない。ただ、やはりこういった感情的な問題というのは依然として残っている。

## 12 死との勝利なき闘い

一番の問題点は、やはり我々が、死というものを受け入れていないことではないか。

我々としては、やはり死が人間の状態の一部であることを受け入れることが必要だ。いわゆる医療専門職も家族も医療業界もそうでなければならない。

しかしながら、死は敵であって、私たちはそれに対して闘わなければいけないという考え方も頭のどこかに常にある。

1970年、ガンとの戦いと称して、リチャード・ニクソン大統領が、NIH（National Institutes of Health：アメリカ国立衛生研究所）の研究予算を急増したが、このことが、今まさにある種の障壁になっている。

つまり、ガンとは治すものであり、治せるようにするための研究に莫大な予算が使われている。そして、病気を治すために、人生の最後までその努力を惜しまないことが当たり前だと、多くのアメリカ人が思っている。

これからは財政的な、そして組織的なバリアを取り除き、その患者の意思に沿っていくことが何より重要だと思う。

セミナーの最後に、スピーカーの共通理解として

「生と死——いのちの終わりを考える」ステートメントが提案された。

このステートメントは暫定版であり、今後さらに「在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究」研究委員会、また国際長寿センター企画運営委員会の討議を経て最終的な文言を確定させていく予定である。

国際長寿センター セミナー  
「生と死——いのちの終わりを考える」  
ステートメント(暫定)

- 1 人生には、自分自身ではどうすることもできない病気・死などの苦難・苦しみがあります。
- 2 終末期の尊厳を守り、残された日々を平穏で充実したものにするために、人生の最期のステージをよく生きることを大切にすべきです。
- 3 「本人意思によって延命治療をしないこと」は、倫理的に安楽死とは全く異なる概念です。
- 4 適切な終末期ケア(end-of-life care)とは、「本人自身にとって」「その時に」「もっとも相応しい」医療・ケアを提供することです。
- 5 もし、治療目標を「完治」から「快適さ」「尊厳への配慮」に変更しなければならない時期がきたと適切に判断された場合には、延命治療を差し控えたり中止したりすることは、死にゆく本人の「最善の利益」のために許されることです。
- 6 人はひとりで生きているわけではありません。家族をはじめ、たくさんの人々に囲まれて生活しています。本人の真意を理解するために、何より大切なことは、(まだ意思能力があるうちに)本人とその親しい人々が、十分なコミュニケーション(およびディスカッション)を行うということです。
- 7 終末期における延命治療について、それを受けるのか、あるいは拒絶するのかを自分自身で決める権利があります。そして、事前指示においては、本人は、かつて意思能力が正常だった時に、その代理判断者を自分自身の最善の利益のために信頼して選んでいるという事実を忘れてはなりません。
- 8 医療に関する事前指示に法的強制力がない場合でも、医師をはじめとする医療従事者や介護従事者は、本人の願望がどのようなものであったとしても、それらに耳を傾けなければなりません。
- 9 すべての人には、平穏な終末期を保障されるために、緩和ケアを受ける権利があります。終末期と判断されたのなら、時宜を逸さない緩和ケアが開始される必要があります。
- 10 日常的にケアを実践している家族介護者の身体的・精神的・経済的支援、そして家族介護者の終末期医療に関わる意思決定を最大限支援することは重要です。同様に終末期ケアに携わる専門職のQWL (Quality of Working Life) についても配慮が必要です。

2011年11月18日 於：東京

長谷川 和夫

認知症介護研究・研修東京センター 名誉センター長  
聖マリアンナ医科大学 名誉教授

## ILC review

ILCレビュー

一般的に終末期とは、およそ6か月以内の余命を予測することが多いが、認知症高齢者の場合にはどこから「終末期」とするか判断が難しく、6か月以上、場合によっては数年に及ぶことがある。

認知症の人の終末期を尊厳あるものとするために、どのように意思を尊重し、ケアを行っていくべきか、その実態と課題・展望を報告する。

## 2

認知症の看取り

## ■ 認知症看取りケアの課題

認知症ケアの主流は、英国の心理学者であり、牧師でもあるTom Kitwood (1997)<sup>\*1</sup>によって提唱された理念に基づいている。彼は名著「認知症の再検討、Dementia Reconsidered」の副題として“人が最初にあるperson comes first”をかかげている。そしてパーソンフッド (personhood) という言葉を用いている。邦訳すると“その人らしさ”となるが、実はもっと深い意味がある。パーソンフッドには、神の肖像として創られたというキリスト教に根ざした尊厳性が内包されている。旧約聖書の創世記第1章第1節、「始めに神は天地を創造された。… 神は言われた『光あれ。』 こうして光があった」。そして大空と海、植物と鳥、魚、家畜などの生物を7日かけて全て言葉によって創出される。ところが人間は神の姿をかたどって神の手によって創られた。被造物のなかでも人間は特別の存在として描かれているのである。邦訳された“その人らしさ”では、外見上の差異、性格、あるいは生活史や環境の違い等比較的把握し易いものと理解される。実はそれだけではなくて、その人がもっている個を特徴づけている尊厳性をもつ精神性がその根源にある。

ところでパーソン・センタード・ケアは介護の現場では、認知症の本人の視点にたったケアを意味し、介護者や事業所の視点で行うケアではない。その人のニーズに答えるケアであり、その人の物語りを傾聴することから始まるケアである<sup>\*2</sup>。その人のありのままの言動を受け入れる姿勢が求められる。しかもこのケア理念は、認知症の軽症から重症度そして看取りのステージに至るまで一貫して堅持されること、換言すれば認知症の人と出遭ったその日から一貫した理念で終末期の死を迎えるまで看取ることが期待される。認知症が高度になると何もかも分からなくなって、植物的存在になるという考えも疑問視されている。寄り添われていることの気配は認知症の人によって感知される可能性があるかも知れないのである。ことに語りかけたり、音楽をかけたり、身体的接触を合わせて行くと認知症の人の感性に届く可能性を否定できな

## 長谷川 和夫 Kazuo Hasegawa

東京慈恵会医科大学卒業後、同大学助教授、聖マリアンナ医科大学学長、理事長等を経て現職。74年長谷川式簡易知能評価スケール開発、89年に国際老年精神医学会を主催。著書に「認知症ケアの心 めくもりの絆を創る」(中央法規出版)、「認知症診療の進め方—その基本と実践」(永井書店)等がある。

【\*1】 Kitwood, T: Dementia reconsidered: The person comes first, Open University Press Maidenhead, 1997

【\*2】 長谷川和夫: 痴呆ケアの新しい道。日本痴呆ケア学会誌1. P37-44, 2002

【\*3】 Edvardsson, D, Winblad, B, Sandman, PO: Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward, 362-367 Lancet Neurol. 7, 2008

【\*4】 柳田邦夫: 犠牲 サクリファイス わが息子 脳死の11日。樹文芸春秋, 1995

【\*5】 座談会(辻彼南雄, ジョン キャンベル, 高見澤たか子):

「看取りの文化」を考える。P2-9, 長寿社会グローバルインフォメーションジャーナル14, 国際長寿センター (ILC JAPAN), 2010

【\*6】 長谷川和夫, 本間昭: 老年期の精神障害。P15, 新興医学出版, 1981

【\*7】 岩田誠: 死の受容。岩田誠, 河村満 編: ノンバーバルコミュニケーションと脳—自己と他者をつなぐもの—。P106, 医学書院, 2010

い。このことは今後、客観性をもつevidenceをさぐる必要があるだろう。

最近、D. Edvardsson<sup>\*3</sup>らは、重度のアルツハイマー型認知症の人が、自らの状況についてははっきり認識しているかたちで不意に話しだすと、または行動する時期があることを述べている。また、共に暮らしている介護家族からもごく短時間ではあるが、はっきりした意思表示をして“普通”に戻った体験を聞くことがある。これらにより、アルツハイマー型認知症の人の個別性が失われた (lost) というよりも、むしろ隠されている (concealed) と考えられる。またこのような意識の明晰さの一過性エピソードは、介護スタッフが認知症の本人を受け入れ、ものの見方に寄り添い、過剰なおしつけや訂正する行為をさける場合にみられると報告されている。

### ■ 家族や介護者へのケア

看取りにかかわる家族や身近な人、さらに介護者は長期にわたる場合には、著しいストレス状況に陥ることになる。一口に家族といっても、配偶者であったり、親であったり、兄弟姉妹であったり、それまでの関係性から様々な気持ちでいることが予想される。まず施設での長期にわたる看取りの場合には、家族のプライバシーが保護されるような場所の確保が必要になる。在宅の場合には、家族が一時的にも休息を必要とするような時には、適切なホスピスのサービスが可能な医療施設などからショートステイとして提供することも望ましい。家族のなかには「自分がいない間に亡くなったらどうしよう」という不安からベッドから離れようとしたくない人もいる。そのため介護家族は不眠や疲労が重なり、うつ状態になる事もおこりかねない。患者の状態や経過を適宜知らせず、いたわりの配慮を家族にしていく必要がある。

柳田邦夫<sup>\*4</sup>は、『犠牲(サクリファイス)—わが息子・脳死の11日』のなかで家族や身内の死は、2人称の死であって長く生活を共有したもの、長く“いのち”を共有したものの体験する悲痛さがあると述べ、医療職や介護専門職にとっていか

に熱心な治療を試みた患者であってもやはり3人称の死であることを訴え、家族の視点に立った対応に近づくことを示唆されていた。またその後の論考で3人称の医療は科学の知に基づく普遍性、論理性そして客観性が柱であるが、看取りの医療ではそれらを超越したところ、ご本人の物語りを理解する努力が必要であり、2.5人称の対応であることを提示されていたと思う。ご本人の内的体験を理解しようとする視点、3人称から離れて2人称に近づこうとする努力の医療である。私はこれはまさにパーソン・センタード・ケアの視点に近似するものと思うのである。

### ■ 看取りの文化的背景

認知症の看取りのあり方には、その地域や国の文化あるいは社会背景の視点が重要と考えられる。この事は「平成22年 在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究報告書」(国際長寿センター)の国際調査でも明らかにされているが、最近の「長寿社会グローバル・インフォメーションジャーナル(14号)」にも「看取りの文化を考える」と題して有識者らによる座談会を掲載し、注目されている<sup>\*5</sup>。

実は老いること自体に対する知覚は、私たちには備えられていないのである。人が老いを自覚するのは毛髪の変化、皮膚のしわ、視力の低下、難聴、体力の減退等の身体的徴候と職業からの引退、子女の成長や孫の出生、配偶者や近親者との死別等の社会的状況によって「老い」を自覚させられるのである<sup>\*6</sup>。

また「老い」の果てにある「死」についても私たちにとっては未知の領域で、自分自身で体験したことはない事実といえる。岩田誠は、死には三つの相があると指摘する<sup>\*7</sup>。すなわち災害や事故というニュースで語られる事実としての死、家族や親しい人が亡くなったという悲しみとしての死、そして己の死、見たり聞いたり体験できない怖れの死である。己の死は繰り返して経験できるものではないし、また他者から教えて貰うこともできない。自分の心に思い描いてみることはでき

【\*8】 深沢七郎：檜山節考. 新潮文庫, P34-94, 新潮社, 1964

【\*9】 山崎章郎：病院で死ぬということ. 文春文庫, 1996

るが、それが真実の死の姿なのかへの答えはないのである。そこには永遠に和らげられることのない怖れが存在する。老いること、そして死することについては、考えたり向き合うことと自体を避ける無意識的な姿勢が通常はみられると思う。

ところで「老い」と「死」は、ことに高齢者の看取りのあり方と文化を考える過程で深沢七郎氏の「檜山節考」が連想される\*8「檜山節考」は、信州の山間部の貧しい村に伝承された棄老伝説をテーマとした小説である。主人公の“おりん”という女性は貧困による食不足を解決する風習である姥捨に自分から進んで行こうとする型破りの女性であった。まず村の盆踊りの唄がその年齢に該当する老人の住む家の近くでそれとなく歌われるという習慣が記述されるくんだり、まさに社会が老い、そして死の準備を知らせることであった。彼女は檜山参りと称する儀式で先達として檜山に棄老した数人の経験者を前夜に招宴し、段取りの申し送りを受け盃をかわすことから始まる。そして当日、おちつきはらって、まだ暗い早朝、ためらう息子辰平の背中に負われて檜ばかりの林の山道や谷間を通して山の頂上につく。すっと立って経を唱えながら死を迎えるおりんの凄絶な姿に感動する。ところがもう一人の老人、源爺さんは檜山に連れて行かれる事を拒み、無理やり彼の息子の背にくくりつけられ、やがて山に行く途中で崖から落とされてしまう。

おりんにとって、死は決して閉ざされた門ではなく、開かれた門であった。死を越えてかなたの世界へと歩みを進めていく態度である。これに反して源爺さんにとっては、死は未来の全くない閉ざされた扉であった。二人の老人の死への態度を象徴的に表現してあますところがない。死を受容することは、生を受容することに通じるのであろうか。

巻末に日沼倫太郎は解説を加えている。この物語のなかで息子の辰平は母であるおりんを捨てなければならないことが村の掟であることを知りながらも口には出さずに最初に出てくる盆踊りの唄も黙って聞いている姿をおりんも見ているのだ。そして辰平は妻ともども出来ればいつまでも家にとど

まっついて貰いたいと願っている。その息子夫婦の心のやさしさを十分に知っているのが、またおりんであった。辰平は、はりさけんばかりの心で神の棲む檜山におりんを捨てていく。こういう残酷な行動と、それと全く背馳した肉親間の美しい愛情とが奇妙にまざり合わされて、物語全体として、不思議な悲慘とも明るさともつかぬイメージを与えている。また死への怖れを乗り越えようとする温かい人の絆を象徴するかの如き印象を与えていると思うのである。

看取りの文化の背景には、このような死に対する深奥な人の想い、そして寄り添うような他者の絆が込められているのであろう。

近年、終末期の医療とケアは施設中心、ことに病院中心になってきたことが注目される。かつては自宅で家族に見守られて死を迎えたことが自然と受け入れられたものである。かかりつけ医師が往診して死亡を確認し、診断書を書くというプロセスであった。しかし昨今の約30年の間に看取りは多く病院で行うことが通常になった。老人ホーム等のケア施設でも最終の看取りの場所は病院になってきた。このような医療文化の変化は、看取りの状態に著しい影響を与えた。山崎章郎\*9は自らの外科医からホスピス医に転身した経緯を詳細に記述したうえで、臨死の患者に人として向き合う姿勢をもちながら10数例の事例報告を行っている。そのなかで死を迎えるという人生の最重要イベントのなかでくらしを共にしてきた家族にかこまれ、温かい絆のなかでの在宅看取り医療こそが本来の姿であることを詳細に述べている。

最近、自らのクリニックを中心に、チームを作り看取りケアを実践し、看取りについて市民への啓発活動の重要性を指摘しているが、これからの在宅看取り医療を示す卓見であろう。

ピーター・ホワイトハウス

ケース・メディカルセンター大学病院医師  
 ケース・ウェスタン・リザーブ大学教授  
 インタージェネレーショナル・スクール理事長

## 序

有史上、おそらく文字が発明される前から人類が関心を寄せてきた「理想の死」を探求することは、人生の意義とは何かを考えることにほかならない。しかし、現実には、急性混迷状態、幻覚症状、進行性認知症末期等々、認知的障害を抱えて死を迎えることは少なくない。ある調査によると、ベビーブーマーは、死そのものよりも認知症にかかる方が嫌だと考えている。

米国において認知障害を持つ人の理想的なターミナルケアを追究するには、あらゆる関連事項と概念を検証する必要がある。理想の死の重要なポイントになるのは、個人の自立、家族と職員の関係、意思決定プロセスなどの問題だ。米国は多文化国であり、市民間の宗教的、民族的、経済的相違は著しい。そしてまた個人の自立、医療や死などのプロセスにおいて自らの意思決定が称賛される国でもある。

多くの有識者が、「死は避けられないものだ」ということを受け入れるべきだと指摘している。そのため、終末期には緩和ケアが適切であるとする場合、患者中心であること、痛みを改善すること、あらゆるヘルスケア提供者が家族・地域へのオリエンテーションを行うこと等、数多くのホスピスケアの理念や実践が存在する。



「食べる」ことは、生まれてから死ぬまで私たちに関わっている。食物との関わりは、地域、文化的信仰と同様に、個人の健康やある意味での価値感にもつながっている。認知症患者にとって、食事は介護者との絆につながり、感情面の支えとなる。従って、終末期において、食べることはケアの重要な側面となる。

認知症後期の患者にどのように食事を与えるかを決定するには、科学的な証拠が役立つ。例えば、経管栄養はQOLの改善や体重の維持に、ほとんど役立たないことが実証されている。しかし、補助的食事が推奨されるかどうかは、個人の文化的、宗教的慣習によって決まってくる場合もある。

本論文では、食事摂取が難しい認知症患者及びその家族の、介護職員への要求にどう対応するかについて考えてみたい。中心となるのは認知症の患者だが、関係するすべての人の生活に関わってくる問題である。

### ケースカンファレンスの事例

認知症後期でパーキンソン病を患う母親を持つ2人の娘が、食事を与えるのを止めるように看護師に依頼した。看護師によると、その母親は快活で話し好きであり、食欲も十分あるが、震えのために食べ物を口に運ぶことができないという。7人兄弟姉妹のうちのこの2人は、食べ物は与えてほしいが、もし母親が自分自身で食べられなくなった場合は介助してほしいと考えている。「代理権」は、別の娘が所有している。(カンファレンスへの出席を要請したが欠席)。食事を与えるのを止めるよう要請した2人の子どもたちは、食物を与えないでいると死期が早まることは分かっているが、「母親はこのような形で生きていたくはないだろう」と主張する。看護職員は、空腹を訴えている時に食物を与えるのを拒絶したくないが、家族の希望に反する行為ではないかと懸念し、葛藤している。

一般的に看護師は、自ら食べることを止めてしまった患者を助けるために「どんなことでもする」ように、家族から求められることが多い。これは、他国と比べて米国の現代文化には「死の受容の欠如」(死を受容しにくい傾向)が深く浸透しているからかもしれない。その1つの結果が、無益な栄養チューブの多用だ。

しかしこの事例では、正反対のことが要請されている。この家族—少なくとも7人の子どもの中で2人—は、母親を助けるために「どんなことでもする」ように看護師に求めてはならず、母親が自分自身で話したり、自立した人間として認識されたりすることも望んでいない。認知症によって母親の人格

ピーター・ホワイトハウス  
Peter Whitehouse

加齢の過程やアルツハイマー病に見られる、記憶や注意力低下の病理学的作用因子についての研究者。クリーブランド大学病院臨床老年神経学者。米国神経医学界などの中心メンバーで、ILC米国センター諮問委員会委員も務める。世代間交流コミュニティースクールの理事長でもある。アメリカ・ナロバ大学でチベット仏教を学んだ。

が大きく変わり、認知症に支配されてしまった時点で、彼女らが愛した「母親」は「死んだ」ように感じており、自分で空腹を訴えたり、トイレに行きたいと言ったりできる人とは見ていないのである。

電話で話すケースも含め、職員が家族と面談することが、この問題への対応の第一段階である。家族の文化的・宗教的背景についてよく知ることが、子どもたちの考え方や母親との関係について理解を深めるのに役立つ。母親の病気が進行する過程で何が起きていると家族が考えているかを知ることもまた、この問題を解決する上で重要だ。

しかしながら、子ども全員の同意を得ようとするならば、この事例は認知症ケアの重要な問題を提起している。

食物や空腹感について、認知症患者は何を理解し、何を理解していないのか？

介護施設では、どのように食事を与えるかについて、誰が決定するのか？

財政的に苦しい施設で、大変な労力を要する食事介助についての決定に、経済的側面が関与すべきかどうか？

食物は生命の真髄である。多くの高齢者にとって、食事をやる時間は、単なる栄養補給の時ではなく、食卓をともにする人や食事を補佐する介護者と積極的に交流する時間でもある。

食欲の喪失や拒食は死への自然進行を促すものであると考えられる。歯痛や欠損歯、脳梗塞による嚥下障害などの身体的障害がこれを助長するケースもみられる。さらに、鬱などの精神的疾患も食欲不振を引き起こすことがある。

認知症は、高齢者の食事提供の問題に、別のジレンマを加えてもいる。

認知症でしばしば起こる栄養不良と消耗を起こすメカニズムはどのようなものか？

重度認知症患者はどの程度空腹やどのの渴きを感じるの

だろうか？

栄養不良に陥るのは空腹を感じないからなのか？

患者の食欲不振は、認知症の自然の成り行きか、鬱などの合併症によるものか、それとも単に食べることを忘れてしまったのか？

この事例においては、医療看護職員に対して、医学的には正当と認められていないこと（例えば、空腹である患者に食べ物を与えない、食事介助をしないなど）を家族が（仮に代理権を持っていても）強要することはできないことを知らせるべきである。

食べ物を与えることは、医学的には治療ではなく「快感ケア」と捉えられる。食べ物がなくて飢餓状態になり、患者に苦痛をもたらすという事実を、分かりやすい言葉で家族に説明することが重要である。その知識を持つと家族の結論も変わってくるかもしれない。

と同時に終末期の患者が食物を拒絶することはよくあり、死への過程では飢餓のような苦痛を体験しないで済むこともあるので、この事実を理解することも重要である。そうすれば、家族が栄養チューブや食事介助を強要することもないだろう。

基本的に、空腹を訴えている患者に食物を与えないこと、食事の介助をしないことは、生命倫理の「害を与えない原則」に反する。しかし、吸引を行っていたり、肺炎にかかっている場合など、食物を与えることが患者に害を与えるケースもあることを理解し、個別の対応をすることが求められる。

この事例では、食事は患者に害を与えるものでなく、実際、依然として患者にとって楽しみのものである点に留意することが重要である。

視点を変えると、代理権は個人の自立を低下させる法的プロセスであるとも言える。患者は、医療処置について重大な決定をすることができなくなるだろう。しかし、食物の摂取について意思を示せる間は、その決定権を患者に残しておくことは重要なことである。医学的な決定をする能力がない

患者でも、マッシュポテトとベーグドポテトのどちらが食べたいかを決めることはできる。事実、もし患者が食べたり、トイレを使用する必要があったり、痛み止めを飲む場合、たとえ法的書類に署名する能力がなくても患者が決定できる。

法的資格による決定に関わらず、患者の自立を促すのは医療従事者の役割である。患者が必要とすること、患者が行えるあるいは決定できる能力を支え、自立の手段を維持できるように手助けする。もし歩行が困難な患者がいたら、医療従事者は1日中じっと座ったままにはせず、歩行器を与えるだろう。摂食についても同様である。

世界的にみて、終末期認知症患者の「食べること」は、今後も大きなテーマとなるだろう。生命倫理的立場からは、家族の要求の有無にかかわらず、食事を望む患者を介助するのが適切だ。一方、回復の見込みがない場合は、たとえ家族が「どんなことでもやる」ように求めても、経管栄養を与えないのが正しい。



将来、環境の変化に伴い、状況はいっそう複雑になると予想される。食糧の供給が制限される自然災害時など、認知症高齢者よりも子どもへの食糧提供が優先されるようになると、空腹の人に食糧を与えるという基本的な前提さえも考え直されることになるであろう。

しかし、ホームで暮らすこの1人の女性にとっては、職員が食事の介助を継続することが重要である。母親の自立性を受容しつつ苦悩している家族との意思疎通をはかり、支援を続けるべきである。

## 結論

終末期のターミナルケアは、地球上の命の存在のほんの一部を成すに過ぎない。将来私たちは、どのようなサービスを誰に提供できるかについて、経済的に制限を受ける現実と向き合うことになるだろう。

子ども達が適切な予防接種が受けられないときに、高額

な終末期ケアを与えることが妥当だろうか？

子どもや認知症の人等の弱者が最も危険な状況におかれるおそれのある放射能や地球の気候の変化に対して、どのように対処できるだろうか？

ベビーブーマーが高齢期を迎えると、まちがいなく認知症患者数は増加するだろう。我々は、人々が家族と話し合い、終末期ケアが個人の希望に沿ったものになるように事前の指示を文書にするように勧めるべきである。

介護提供者（家族、専門職のいずれでも）と認知症患者との関係は、すべてのケアの中心である。自分で食べ物を口に運べなくても食べたい気持ちを表わしたこの母親は、食事を摂る楽しみと同じくらい、介助する看護師との交流や心遣いを楽しみ、味わったかもしれないのである。

このような心癒される関係は、薬物療法や科学技術などの通常の方法と同程度、あるいはそれ以上に認知症の人にとって有益である。

質の高い死を体験するためには、実は人生の意味や目的の理解を深めることしかない。それは、人間の一生をかけて行う、最も価値のある取り組みになるだろう。

## ■ 生と死に関する年表

年	アメリカ	日本
1937	アメリカ「安楽死協会」設立	
1962		名古屋安楽死事件（息子による父親の有機リン中毒死）有罪判決（名古屋高裁、安楽死についての6要件示す）
1967	アメリカ「安楽死教育評議会」設立	
1969	キューブラー・ロス『死ぬ瞬間』刊行	
1973	アメリカ病院協会が「患者の権利章典」制定（インフォームドコンセントと患者の知る権利確立）	
1974	アメリカ最初のホスピス「コネチカット・ホスピス」設立 「安楽死協会」、「死の権利協会」に改称	
1976	カレン・アン・クインラン裁判、ニュージャージー州最高裁判決（人工呼吸器の取り外しを認める）	「安楽死協会」設立
1977	カリフォルニア州で世界最初の「自然死法」制定（リビングウィルに法的効力）	淀川キリスト教病院で最初のホスピスケアが誕生 「日本死の臨床研究会」発足
1978		「安楽死法制化を阻止する会」発足
1980	カリフォルニア州にヘムロック協会設立（末期患者の積極的自発的安楽死の権利）	
1981		聖隷三方ヶ原病院に日本初の院内独立型ホスピスが誕生
1982	メディケアによるホスピスケア給付導入	
1983		「安楽死協会」、「日本尊厳死協会」に改称
1986		
1987		日本初の国立ホスピスが国立療養所松戸病院に開設
1989		内閣府政府広報室「医療における倫理に関する世論調査」 厚生省「末期医療に関するケアの在り方の検討会」、「がん緩和ケアに関するマニュアル」公表
1990	ナンシー・クルーザン裁判、連邦最高裁判決（本人意思により栄養補給中止認める）	緩和ケア病棟入院科導入
1991	連邦「患者の自己決定権法」制定	「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」発足
1992		日本医師会「末期医療に臨む医師の在り方」についての報告
1993		日本初の完全独立型のホスピス、ピースハウス病院設立
1994	オレゴン州「尊厳死法」制定	日本学術会議「死と医療特別委員会」最終報告書 在宅末期医療総合診療科導入
1995		リビング・ウィル受容協力医師制度誕生 東海大病院事件（塩化カリウム注射）の医師有罪判決（横浜地裁、治療中止の4要件示す）
1996		日本緩和ケア医療学会発足
1997	オレゴン州「自殺介助法（PAS）」施行	
2001		東京都立病院倫理委員会（委員長：木村利人氏）が全国の地方自治体で最初の「患者の権利章典」を策定
2002		緩和ケア診療加算導入
2004		厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について—」 尊厳死法制化を考える議員連盟発足
2005	テリー・シャイボ裁判 連邦最高裁判決（本人指示による栄養分の補給停止認める）	「安楽死・尊厳死法制化を阻止する会」設立
2006	連邦最高裁、オレゴン州の尊厳死法は米国薬事法に違反しないと判断	日本医師会「平成16・17年度『ふたたび終末期医療について』の報告」 介護保険、介護老人福祉施設にターミナル加算導入 在宅療養支援診療所の創設 富山県射水市民病院事件（人工呼吸器外し）が社会問題に（ガイドラインの策定が活発化） 北海道羽幌病院事件（人工呼吸器外し）の医師不起訴（旭川地検）
2007		厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」 日本救急医学会「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）」
2008		日本学術会議「対外報告 終末期医療のあり方について—亜急性型の終末期について—」 厚生労働省「『終末期医療に関する調査』結果」 厚生労働省 終末期医療のあり方に関する懇談会 日本医師会「終末期医療に関するガイドラインについて」
2009	ワシントン州「尊厳死法」施行	全日本病院協会「終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～」 介護保険、グループホーム、介護老人保健施設にもターミナル加算導入 富山県射水市民病院事件の医師不起訴（富山地検） 川崎協同病院事件（気管内チューブ抜去及び筋弛緩剤投与）の医師有罪判決（最高裁、治療中止をめぐる医師の殺人罪に関する初の最高裁による判決）

## 世界

シシリー・ソンドースにより聖クリストファーホスピス設立  
(近代ホスピス設立 (英))

世界医師会リスボン宣言「患者の権利」(尊厳のうちに死ぬ  
権利)

「死の権利協会世界連合」結成

WHO ガン疼痛治療について提唱

世界医師会マドリッド宣言、積極的安楽死を否定

「死の権利協会世界連合」国際会議京都で開催

オーストラリア「終末期患者の権利法」施行

オーストラリア「安楽死法」施行→「終末期患者の権利法」無効に  
オランダ「安楽死法」成立

ベルギー「安楽死合法化法」成立

イギリス「意思決定能力法」

フランス「レオネッティ法(尊厳死法)」施行

イスラエル「末期患者法」施行

フランス「緩和ケア推進プログラム」

イギリス「終末期ケア戦略」

オランダ「緩和ケア計画」

長寿社会グローバル・インフォメーション  
ジャーナル

Volume 17 Winter 2012

2012年3月10日発行

発行：国際長寿センター (ILC-Japan)

〒105-8446

東京都港区虎ノ門3-8-21

虎ノ門33森ビル8F

TEL 03-5470-6767

FAX 03-5470-6768

E-mail [ilcjapan@mba.sphere.ne.jp](mailto:ilcjapan@mba.sphere.ne.jp)

URL <http://www.ilcjapan.org>

編集：株式会社青丹社

印刷：大日本印刷株式会社

本誌掲載の記事・写真・図表等の無断複写(コピー)・複製・  
転載を禁じます。

Cover Photo: 津久井桂子氏1910年生/写真提供: 小野庄一氏

(老人保健健康増進等事業による研究報告書)



International  
Longevity  
Center-Japan