終末期医療に関する報告書

２０１０年１１月

日　本　弁　護　士　連　合　会

高齢者・障害者の権利に関する委員会

目　　次

はじめに

◆　基調報告
1　医療制度の変遷と高齢者の医療を受ける権利
2　これまでの日弁連高齢者・障害者の権利に関する委員会の取組み
3　厚生労働省「終末期医療に関するガイドライン」と日弁連の対応
4　看取り介護と終末期医療の問題点

◆　８月２９日シンポジウム報告
1　シンポジウム「必要な医療がほしい！－看取り介護と終末期医療－」報告

2　シンポジウム当日配布資料
（１－２）○○○※1における看取りに関する指針
（１－３）ターミナルケアについての指針
（２）「成年後見人の医療同意に関するアンケート」（集計）
（３）看取り介護の現状と課題－特別養護老人ホームの場合－（前田優二氏）
（４）看取り介護と終末期医療（箕岡真子氏）
（５）在宅終末期医療において，事前指示書「私の四つのお願い」の記入を支援して見えてきたもの（小野幸代氏）
（６）終末期の医療と看取り介護の法的問題点について（赤沼康弘氏）

（※１）介護老人保健施設・病院が特定されるため，施設名を伏せています。

はじめに

成年後見人をしていると，しばしば医療の問題に関わることになる。医師から被後見人の症状の説明を受けたり，手術の同意を求められたりする。時には退院を求められ，次の入院先病院への紹介状を貰って入院申込をしたりする。さらに，終末期医療について同意書を求められ，実際に終末期になった時点で医療の選択をせまられたりもする。弁護士は専門外の医療のことに立往生する。成年後見人には医療の同意権はないというのが通説の見解であり，裁判所もそのように言っている。しかし，それですむという状況ではないことは,実際に成年後見人としてそのような場面に遭遇すれば誰しもが感ずることだと思う。それでも家族がいれば，家族と相談し，あるいは家族に同意してもらうこともできる。しかし，家族とて医療同意権の法的根拠があるわけではない。新しい成年後見制度が発足する前から議論され，発足後１０年経過しようとする今日まで日々問題となりながら解決がついていないのがこの医療同意の問題である。

医療同意の前提には，現在の医療の現実があり，あるべき医療とは何か，という問題がある。当委員会はこれまで，医療に関するいくつかのシンポジウムを行い，意見表明を行ってきたが，さらにこの議論を深め，法的整備を目指していきたいと考えて本シンポジウムを企画した。医療崩壊という言葉が普通に使われる今日，現状を踏まえたあるべき医療について問題提起する意義はさらに大きいと思う。

本シンポジウムは，終末期医療を中心に，医療と介護の連携，看取り介護などについてテーマにし，あわせて医療同意に関する法整備についての問題提起を行った。本書はその報告書である。多数の方々の参考にしていただくと共に，法整備に向けたご意見もいただきたいと考えている。なお，法整備に向けては，その後,「医療同意能力がない者の医療同意に関する法律大綱（案）」として当連合会において検討中である。

日本弁護士連合会
２００９年度高齢者・障害者の権利に関する委員会
委員長　錦　織　正　二

第１　医療制度の変遷と高齢者の医療を受ける権利

１

(1) 医療制度（医療費抑制策）の変遷の中で，自己負担の引き上げと年金の引き下げによる実質的な負担の増加で高齢者の医療を受ける権利は後退している

１９７３年　老人医療費の無料化

１９８３年　70 歳以上を対象に定額負担を求める老人保険制度導入

２００２年　老人保健制度の対象年齢引き上げ開始，5 年かけて 75 歳以上に
医療費の自己負担引き上げ（高齢者の 1 割負担等），診療報酬引き下げ

２００３年　医療費の自己負担引き上げ（健保本人の 3 割負担等），年金等物価スライド理由引き下げ，介護報酬引き下げ

２００４年　年金等物価スライド理由引き下げ，診療報酬引き下げ

２００５年　介護保険の自己負担引き上げ（食費・ホテルコスト）

２００６年　医療制度改革関連法が成立，医療費の自己負担引き上げ（高齢者の負担，食費・ホテルコスト）年金等の物価スライド理由引き下げ，介護報酬引き下げ，診療報酬引き下げ

２００８年　4 月後期高齢者医療制度スタート
6 月低所得者の保険料 9 割軽減や保険料納付方法の改善

(2) 後期高齢者医療制度は医療費抑制策が盛り込まれている。
70 歳から 74 歳の窓口負担が 1 割負担から 2 割負担になる。
保険料未納者に対する短期保険証の公布から，保険証の取り上げ（資格証明書交付）
外来の後期高齢者診療料は月額 6,000 円を出ない仕組み等。

(3) 以上のように，保険料，窓口負担，入院におけるホテルコスト負担，など，医療を受ける機会が多くなる高齢者にとって，高負担は医療抑制につながり，医療が受けられない結果となる。

２　地域医療の崩壊，有床診療所の減少により，受け入れの病院がなくなるという医療アクセスの問題により，高齢者が地域で安心して医療を受けながら暮らすことができなくなっている。

① 構造改革路線と地域医療崩壊，
② 診療報酬抑制による医療機関の経営困難，有床診療所の減少
③ 医師不足

（日野秀逸『地域医療はなぜ危機的状況に陥ったのか』日本の科学者 2008・11VOL 43）

「60 床の民間病院の院長ですが，医療費の圧縮，医師不足，看護師不足からついに経営不振となり，診療所として生きていくことになりました。全て政府の医療費削減が原因です。病人が急変したら，どこかの病院に搬送するしかありませんが，どこの病院もベッド削減・医師不足ですぐに対応してくれるとは限りません。政府

の医療軽視の責任は重大です。」（医師，埼玉県，朝日新聞 2009･5･1）

３　医療難民・介護難民の増加

(1) 医療費削減を図るため，国は 38 万床あった療養病床を 2011 年までに 15 万床にまで削減することとし，残りの 23 万床は介護老人保健施設等の施設サービスや，有料老人ホーム，ケアハウス等の居宅サービスに回ることになった。ただし，療養病床削減は大きな反対を受け，医療保険対応の療養病床 25 万床は現状維持となったが，介護保険対応の療養病床 13 万床は 2011 年までに廃止されることになった。

　つまり，医療依存度の高い高齢者が，在宅や介護の現場に流れ込んでいくことにより，様々な問題が生じることになる。

(2) 医療依存度が高い高齢者というのは，以下のような医療を必要としている高齢者のことをいう。以下の分類は，施行される医療の内容から分類した場合である。

①「医療依存度が特に高い高齢者」とは，「中心静脈栄養法，24 時間持続点滴，人工呼吸管理，ドレーン法，胸・腹腔洗浄，発熱を伴う気管切開，気管内挿管，酸素療法，感染管理室ケアなどを受けている高齢者」をいう。

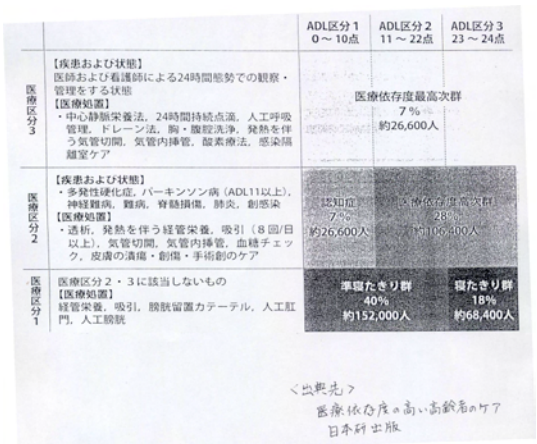
②「医療依存度の高い高齢者」とは，「透析，発熱を伴う経管栄養，一日 8 回を超える吸引，気管切開，気管内挿管，血糖チェック，皮膚の潰瘍・創傷，手術創のケアなどを受けている高齢者」をいう。

③「認知症・寝たきりで医療を受けている高齢者」とは，「経管栄養，吸引，膀胱留置カテーテル，人工肛門，人工膀胱などの管理が必要な高齢者」をいう。

（『医療依存度の高い高齢者のケア』日総研出版）
（『新介護保険で現場はこう変わる』ぱる出版）

医療依存度の高い高齢者とは

・図 3



		ADL区分 1 0～10点	ADL区分 2 11～22点	ADL区分 3 23～24点
医療区分3	【疾患および状態】 医師および看護師による24時間態勢での観察・管理をする状態 【医療処置】 ・中心静脈栄養法，24時間持続点滴，人工呼吸管理，ドレーン法，胸・腹腔洗浄，発熱を伴う気管切開，気管内挿管，酸素療法，感染隔離室ケア	医療依存度最高次群 7％ 約26,600人		
医療区分2	【疾患および状態】 ・多発性硬化症，パーキンソン病（ADL11以上），神経難病，難病，脊髄損傷，肺炎，創感染 【医療処置】 ・透析，発熱を伴う経管栄養，吸引（8回/日以上），気管切開，気管内挿管，血糖チェック，皮膚の潰瘍・創傷・手術創のケア	認知症 7％ 約26,600人	医療依存度高次群 28％ 約106,400人	
医療区分1	医療区分2・3に該当しないもの 【医療処置】 経管栄養，吸引，膀胱留置カテーテル，人工肛門，人工膀胱	準寝たきり群 40％ 約152,000人		寝たきり群 18％ 約68,400人

<出典先>
医療依存度の高い高齢者のケア
日本評出版

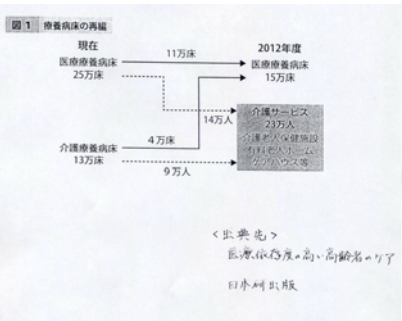
(3) 以上の医療依存度の高い高齢者が，療養病床の削減後，在宅や，介護老人保健施設等の介護サービスに移行することになる。

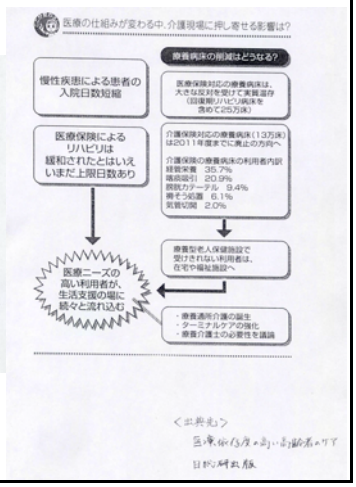
ところが，他方，介護老人保健施設での医療的措置の現状は，まだまだ低水準である。

（『介護保険サービスの内容・料金早わかりガイド』日本実業出版社）

療養病床の再編による影響

・図1，2





その結果，医療依存度の高い高齢者は，療養病床の廃止により，医療を受けられない介護施設に，あるいは在宅に移行せざるをえなくなり，介護施設では，それまでに受けていた医療を受けることができなくなる。まさに，医療を受ける権利が侵害されることになる。

第３　高齢者のターミナルケアにおける看取り同意の問題について

１　はじめに

療養型病床が大幅に減少するのに対応し，医療依存度の高い高齢者が介護に流入し，かつ，介護老人保健施設，特別養護老人ホーム，グループホームの利用者の重度化，長期化が進んでおり，「終の棲家」と称される機能から，利用者の「看取り」への対応も必要になっている。いまや看取りの場は，病院から在宅や介護の現場へと移っている。介護の現場で看取りを行うことを「看取り介護」という。

介護で看取りをおこなう場合は，一定の要件を満たした場合に対する「重度化対応加算」「看取り加算」「ターミナル（終末期）ケア加算」が認められるようになった。

例えば，特別養護老人ホームにも「常勤」の医師や看護師を配置することで加算が付き，常勤看護師１名以上の配置の他，看取りに関する指針を定め，入居の際に入居者または家族に説明し同意を得ていることなどを条件に看取りの介護加算が認められている。老人保健施設においても「ターミナル（終末期）ケア加算」が設けられた。厚生労働省の終末期医療のガイドラインでは，「医療・ケアチームによって，可能な

限り疼痛その他の不快な症状を緩和し，患者・家族の精神的・社会的援助を行う」とされているが，看取りを介護の場でおこなうことは，看取りの同意があれば，疼痛その他の不快な症状を緩和する医療さえ受けられないことになるのではないか。介護の現場での医療行為の現状，看取り介護の問題と課題，ひいては，看取り同意の意味するもの，を検討し問題提起としたい。

２　介護現場での看取りに関する指針

(1) 介護老人保健施設での例

①看取りに関する考え方

・医師の診断のもと，心身機能の障害が回復不能な状態にあり，近い将来死に至ることが予想される状態の利用者を対象。

・本人の意思を最大限に尊重する。

・苦痛の緩和・減衰する生命活動に沿った医療，介護，看護を含む統合的な援助。

②終末期の経過に対する考え方

・利用者に対し利用開始時および利用中に終末期に関する意思確認を行う。

・終末期に関する本人または代理人への説明は，当該施設の管理医師が行う。その際は看護師・介護士・支援相談員が同席する。

・意思確認は本人に行う。本人の意思が表示できない時は，本人の意思を代理する者より行う。最終の意思確認は同意書で行う。

③看取りの体制

・常勤の管理医師１名。看護師は365日24時間体制で夜間も常駐し看取りを行う。

・「看取り委員会」を設け，利用者の権利と意思を守り，尊厳を遵守した看取りを行う。ケアの内容を検討して計画を立て，本人・代理人や家族と協議の上看取りを行う。看取り委員会は医師・看護師・介護士・支援相談員を含む４人以上で構成する。

・看取りのための個室，家族の宿泊可能。

・自宅での看取りを希望する利用者への支援。

④看取りに際して行う医療行為の内容

イ　酸素吸入（医療保険を使った在宅酸素療法）

ロ　点滴（穿刺により１日500～1000㎖程度）

ハ　痰吸引

二　病状の監視

(2) 特別養護老人ホーム，グループホーム等の例

①入居者及び家族への説明と同意

イ　入居者の状態が回復可能か否かの判断を，主治医にお願いする。

ロ　主治医によるご家族への病状説明には，ホーム看護師・介護支援専門員・介護士が同席する。

ハ　ご本人ご家族のターミナルに対する希望の確認を記録する。

ニ　グループホームでの看取りを希望された場合「看取りの同意書」に記入する。

②ターミナルケアの準備
イ　ケアプランの作成
ロ　かかわる職員のミーティングを行い意思統一を図る
③ターミナルケアの実際
イ　安楽な体位の工夫（エアマットの準備等）
ロ　清潔の保持
ハ　バイタルサインの把握（血圧・体温・呼吸など）
ニ　本人の状態について家族に説明する
ホ　本人の状態を主治医に報告する
④急変時の対応
イ　看護師，介護士は的確に状態を把握し，家族と主治医に連絡（24 時間体制）。
ロ　緊急連絡体制に従って連絡する。
ハ　死後の処置の準備をする。
⑤死後のケア
⑥お見送り

３　具体例

(1) Ａさんの場合：グループホームで看取り

心不全による肺水腫で呼吸困難。主治医の紹介で呼吸器専門医を受診するも，老衰ということで呼吸器疾患を認められなかった。このため在宅酸素の適用が認められず，グループホーム負担で１日 4.5 リットルの酸素を投与し本人の苦痛を緩和した。１日あたり 9,450 円グループホームの負担となった。

(2) Ｂさんの場合：グループホームで看取り

主治医の判断で在宅酸素は保険適用となったが，入院中は褥瘡の治療のために使用されていた高額な軟膏や滅菌ガーゼなどの使用が，主治医の往診料は“まるめ”で決められているため使用できず，軟膏は主治医が高額な軟膏と同様な成分を調合して作り，滅菌ガーゼもガーゼをグループホームで切り分け滅菌装置を借りて滅菌ガーゼを作るなどの対応をした。

訪問看護の利用も負担が高額となり利用できない利用者もいる。グループホームでの看取りを実施する場合，医療との連携は必至であり，病院で受けられる医療と同質の医療が在宅や施設でも受けられるよう制度を見直すべきである。

(3) Ｃさんの場合；老人保健施設での医療

医療費は１ヶ月 5,000 円の“まるめ”で，医療行為ができる状況ではない。従って，看取り介護においても，加算があるが，医療行為は殆どできないのが実情。

第２　これまでの日弁連高齢者・障害者の権利に関する委員会での取組み

１　第 38 回人権擁護大会（於：高知，1995 年）

当連合会では，1995 年 10 月 20 日，高知県で行われた人権擁護大会で，高齢者の尊厳にみちた生存の権利を求める決議を宣言した。これは，寝かせきりの在宅介護やベッドへ拘束する施設介護など高齢者に対する虐待の現状をふまえて，高齢者が，真に敬愛され，生きがいのもてる健全で安らかな生活が保障される社会の実現を目指そうとしたものである。決議の主な内容は，国及び自治体に対し，医療と保健・福祉の総合的な実施及びそのための財源の確立，高齢者の実情に合ったサービス実現のための高齢者保健福祉計画の見直し及び各地方自治体への充分な財源保障，国の「公的介護保険」構想に関する情報公開及び国民からの意見聴取を求めるとともに，すみやかに自己決定権を尊重する成年後見制度の立法化を図り，高齢者の諸権利の保障のために，可能な限りの条件を整備することを求めた。

２　第 48 回人権擁護大会（於：鳥取，2005 年）

第 38 回人権擁護大会の後，国の高齢者・障がい者に対する福祉施策は，「ノーマライゼーション」と「自己決定・自己選択」を理念とした社会福祉基礎構造改革のもと，2000 年の介護保険制度，2003 年の支援費制度の導入などにより大きな変革期を迎えた。「地域福祉」と「利用者本位のサービス提供」の実現が謳われ，入所施設や病院の中ではなく，地域の中で自分らしく生きることを支援する施策への転換が打ち出されたのである。

しかしながら，地域での生活を実現するためには，福祉サービスの充実のみならず，医療的ケアなど生活全般についての支援施策とともに，地域住民や家族の理解と支援が不可欠であるが，いずれも極めて不十分であった。また，「当事者の安全と保護のため」という発想のために，結果として，高齢者・障害者の地域での生活は断念させられてきた。

そこで，当事者自らがニーズを主張し，生活のあり方を決めるという「当事者主権」の視点に立ち，地域で自分らしく安心して暮らす権利は，誰にとってもかけがえのない基本的人権であることを改めて確認し，これを保障する必要がある。そこで，当連合会では，2005 年 11 月 11 日に鳥取県で行われた人権大会において，高齢者・障がいのある人の地域で暮らす権利の確立された地域社会の実現を求めて，国及び地方自治体に対し，次の宣言を決議した。

(1) 生活全般について，地域の特性と当事者のニーズに応じた支援策，体制整備，人材養成を抜本的に強化し，これに必要な財源上の措置を講じること

(2) 地域での生活を，総合的・継続的に支援することのできる公的な相談・支援機関を，当事者組織，福祉・保健・医療・教育・法律の専門職，地域住民とのネットワークのなかで構築すること

とくに，終末期医療に関しては，ターミナルケア，在宅精神医療を含む在宅医療の抜本的整備のため，福祉との包括的なケアを可能とする制度整備や人材の養成及び診療報酬上の必要な措置を講ずるとともに，在宅医療行為に関する福祉従事者の役割分

担について明確な基準確立と法整備を行うことを具体的支援策として明記した。

３　成年後見制度に関する改善提言（2005 年）

また，当連合会は，同年 5 月 6 日には，法改正から 5 年を経過した成年後見制度に関し，改善提言をまとめ，その中で医療同意と後見人の職務について一項目を設け，次のとおり提言した。

(1) 判断能力の喪失した者に関しては，第三者の医療同意に関する法の整備に早急に着手すべきである。

(2) 制度の内容としては，成年後見人に対し，医療行為についての同意権を与え，死亡の恐れや重大かつ長期に及ぶ障害の発生するおそれのある医療行為については別途の機関による許可事項とすべきである。

その背景には，現行制度上成年後見人には医療同意権はないという公的見解と，医療同意権がなければ成年後見人の療養看護の職務を果たせないという現場のジレンマがあった。現実の問題点としても，医療を必要とする者が，同意する者がいないために医療を受けられないという事態は，絶対に放置できないという危機意識，また判例上医療同意の重要性が指摘されながらもその権限の所在が不明確あることによる医療現場の混乱，他方，過度の濃密医療など判断能力減退者の人権を無視した医療行為が行われる恐れなどが指摘された。そこで，中間まとめにおける提案（成年後見人には軽微な医療行為の同意権を与え，それを超えるものは審査機関の許可事項とするとのシステム）に対する意見をふまえ，他国の法制度等も参考としながら，議論を重ねて上記の提言に至った。

４　成年後見人の医療同意に関するアンケートの実施（2008 年）

当委員会では，上記の成年後見制度の改善提言で指摘したとおり，同意能力のない者は医療行為が必要であるにもかかわらず，同意する者がいないがために，適切な医療を受ける権利が侵害されることになる，という問題意識から，同意能力がない者が医療行為を必要とする場合において，その必要性の程度に応じ，本人に代わって同意を代行する制度を設けること，すなわち第三者の医療同意に関する法の整備が必要であると考え，その大綱案の作成に取り組むこととした。

そこで，第三者の医療同意に関する大綱案を検討するに当たり，医療現場において，具体的にいかなる場合に医療同意が求められているのか，適切な同意を行うためにはいかなる制度が必要であるのかを検討するためには，当連合会会員が有する成年後見事例を通して，医療行為を受けるための同意についての実態を把握する必要があったことから，別紙のとおり 2008 年 10 月から 12 月にかけて成年後見人の医療同意に関するアンケートを実施した。具体的には，各弁護士会の高齢者・障害者の権利に関する委員会を通じて成年後見業務を行っている可能性の高い弁護士を対象として行った。回答内容の詳細は別紙のとおりあるが，概要は以下のとおりである。なお，回答者総数は 284 名であるが，質問により無回答や複数回答もあったので，回答総数は必ずしも回答者総数と一致していない。

アンケートの結果によれば，成年後見人に就任した人の約 6 割が成年被後見人の医療について医療同意を求められたこと，あるいは，同意について相談を受けたことがあった（質問 2）。そして，そのうち医療同意を自ら行ったことがある人は約半数であった（質問 7）。全体としても約 4 割の弁護士が医療同意を行った経験があることになり，法的に権限がないにもかかわらず，成年後見の現場で苦慮した弁護士がやむなく対応している様子が伺える。他方，医療同意に関する法整備の必要性については，7 割近い弁護士が肯定しており（質問 10），その理由としては本人の医療を受ける権利を守るとするものが最も多かった（質問 11）。また，第三者機関の設置についても 7 割以上の弁護士が必要性を肯定した。

5　医療同意に関する要綱案の検討（2007 年）

当委員会医療部会（第 5 部会）では，2005 年の成年後見制度に関する改善提言を受けて，成年後見人の医療同意について，上記のアンケートを含む調査および検討を進めてきた。現在,「医療同意能力がない者の医療同意に関する法律大綱」を作成中である。

第３　厚生労働省「終末期医療に関するガイドライン」

１　厚生労働省は，2006 年 9 月 15 日，回復の見込みのない末期状態の患者に対する医療内容の決定手続きや，患者の意思の確認方法などに関する「終末期医療に関するガイドライン（たたき台）」を公表して，これに対する意見を募集し，2007 年 5 月 21 日，同ガイドラインを策定した。なお，このガイドラインは延命医療の中止については対象としていない。

当連合会高齢者・障害者の権利に関する委員会医療部会（第 5 部会）でも，このガイドラインについて，検討し，以下のようないくつかの問題点を指摘した。

このガイドラインでは，医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ，それに基づいて患者本人による決定を基本としたうえで，終末期医療を進めることが最も重要な原則であるとし，自己決定権を重視している。

また，終末期医療及びケアの方針決定に関しても，患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い，患者が意思決定を行い，その合意内容を文書にまとめ，時間の経過，病状の変化，医学的評価の変更に応じて，また患者の意思が変化するものであることに留意して，その都度説明し意思確認を行うことを求める。これらの指針は相当なものとして評価できる。

しかし，終末期医療に関する指針であるから，その対象とする終末期の定義を明確にしなければならないはずであるが，ガイドラインは，その解説編において，「どのような状態が終末期かは，患者の状態を踏まえて，医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき事柄です」とするだけで，明確な基準は設けていない。

また，終末期における最大の課題は，患者の意思が確認できない場合に，医療はどう対処するかという点である。この点について，ガイドラインは，医療・ケアチームが患者にとって最善の治療方針をとることとし，さらに判断が困難な場合は，複数の専門家からなる委員会を設置して治療方針等についての検討及び助言を受けることとする。

これは，医師が単独で判断せず，医療従事者の複数の意見にしたがって治療を進めるべきであるとするもので，ともすれば独善的になりがちな傾向に対し警鐘をならすものである。

しかし，なにが「患者にとって最善の治療方針」となるのかについては，その判断の指標的なものが示されず，その医療・ケアチームについても，「医療機関の規模や人員によって変わり得るもの」とし，「一般には担当医師と看護師及びそれ以外の医療従事者というのが基本」であるとする（解説編）。そのため，自ら，その問題点として，結局，強い医師の考えを追認するだけのものになるという懸念があるとしている。すなわちその判断の客観性を担保するしくみがない。

このため，「特に刑事責任や医療従事者間の法的責任のあり方などの法的側面については引き続き検討していく必要があるとしている。

このガイドラインは，現状の医療の現場で先進的に行われていることをふまえて，コンセンサスが得られるであろう対処方法を指針としてまとめたものであり，法的責任に関する指標的意味合いを示すものではない。しかし，その範囲のものとしてであっても，混乱している医療の現場に対し，指針を示した意味はあると評価できるであ

ろう。

2　臨死状態における延命措置の中止等に関する法律案要綱

超党派の国会議員で組織する「尊厳死の法制化を考える議員連盟」（会長・中山太郎衆議院議員（当時））が，2007 年 5 月 31 日，臨死状態における延命措置の中止等に関する法律案要綱を発表した。これは，患者が事前に臨死状態に於ける延命医療の中止等を希望する意思を書面で表示し，家族が反対しないときは，延命医療の中止を認めるというものである。

当連合会は，人間の病や生死に関わる立法について，医科学的根拠や医療現場での生命倫理のみならず，社会的理解・合意の重要性を強調する一方，通常診療のみならず，いわゆる脳死臓器移植などの先端医療についても，患者および被験者の権利擁護の立場から，インフォームド・コンセントに焦点を当てた患者の権利宣言をし，患者の権利法，被験者保護法の制定などを提案してきた。

そこで，「尊厳死の法制化を考える議員連盟」から要綱（案）に関する見解を求められたことを受け，意見書を取りまとめた上，2009 年 9 月 3 日に同議員連盟に提出した。

意見の趣旨は，以下のとおりである。

いわゆる「尊厳死」については，個々人の価値観に基づき様々な考え方があり，それらの考え方自体は尊重されるべきである。しかしながら，「尊厳死」の法制化は，人間の生死に関わるものであることに加えて，単に医療の一分野を規律するに止まらず，医療全体，社会全体，ひいては文化に及ぼす影響も，非常に重大である。したがって，「尊厳死」の法制化の前提となる立法事実並びに人間の尊厳およびこれに由来する人権の観点から，極めて慎重かつ十分な検討が必要である。

また，患者の権利が制度上も実態としても十分に保障されていない現状に鑑みれば，「尊厳死」法制化の制度設計の前に，適切な医療を受ける権利やインフォームド・コンセント原則など患者の権利を保障する法律を制定し，現在の医療・福祉・介護の諸制度の不備や問題点を改善して，真に患者のための医療が実現されるよう，制度と環境が確保されなければならないし，緩和医療，在宅医療・介護，救急医療等を充実させなければならない。

したがって，まず，厚生労働省作成の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」や各医療機関・学会作成のガイドライン等を踏まえたいわゆる「終末期医療」の実態調査を行い，その問題点や課題を分析して公開し，市民からの意見を聴取するなどして，「尊厳死」が認められる条件を検討し，その法制化の是非から議論を始めるべきであり，現段階で「尊厳死」の法制　化に賛成することはできない。

第４　看取り介護と終末期医療の問題点

１　看取り介護は認知症高齢者の医療を受ける権利を侵害する可能性がある。

看取りの同意は，介護施設での最期を選択するのであれば医療行為は望まない，という「医療差し控えの同意」を意味する。

認知症高齢者や家族が，病院ではなく住み慣れた場所で最期を迎えたいとの決断をしても，穏やかな死を迎えるために必要な医療行為は「人間の尊厳」を守るために必要不可欠である。

医療は救命や延命のための医療だけではない。「苦痛を緩和し，穏やかな死を迎えるための医療を受ける権利」も医療を受ける権利である。

苦痛を緩和し，尊厳ある死を迎えるための医療行為まで差し控える同意を迫られることがあってはならない。苦痛を緩和するために必要と考えられる酸素吸入，点滴，痰の吸引，導尿（経静脈栄養や経管栄養や人工呼吸器などの選択肢も場合によっては考えられる）等を介護施設で受けられるのであろうか。特養や，グループホームは介護や看護の範囲に限られ，老人保健施設では決められた内容の医療行為に限られることになる。

グループホームでは，主治医による往診や訪問看護師による訪問看護は受けられるが，いわゆる医療行為といわれている，摘便，浣腸，インスリン注射，口腔内吸引なども介護職員はできないとされている。結果，看取りの同意は，介護施設での看取りに際しては，苦痛を緩和する医療行為を受けることを諦めることを意味することになる。

過剰な延命治療も「人間の尊厳」を侵害することになるが，必要な医療が施されなくても「人間の尊厳」を侵害することになる。

２　介護の現場で前記苦痛を取り除く為の必要な各医療行為については，原則看護師に限られ，介護士には認められていない。しかし，介護士が，入所者の為にやむなく医療行為を行っているのが現状である。

喀痰吸引や経鼻経管栄養の管理，胃ろうの管理のほか，インシュリン注射など本人や家族ができることを介護職員ができないということであれば，介護施設での医療行為は困難で，入所自体できないことになる。

インシュリン注射にしても，注射という表現ではあるが，医療機器の進歩で，安全で，家族が簡単にできるようになっている。法律は，医療の必要な人たちが介護施設にいる状況を想定しておらず，現実に対応できていない。早急な法的な整備や見直しが必要である。

介護職員への教育，医療行為に関する資格の付与，待遇の改善，看護職の２４時間常駐体制の確保などの人員配置を条件に，介護職においてできる医療行為を正面から認めるべきである。家族はできるが介護職はできないという矛盾を黙認すべきではない。

看取りの場が，在宅や介護の現場へと移っている以上，安全な医療の確保と介護職にそのために必要な医療行為を認めることは矛盾するものではない。

勿論，医療と介護の連携，地域医療のネットワーク化なども含め，在宅，医療，介

護の境界のない，機能的な関係が求められている。

看取り介護において，「尊厳ある死を迎えるための医療を受ける権利」が保障されるための人的，物的，制度的，経済的手当てが是非とも必要である。

（介護老人福祉施設における医療的措置の現状）

- 介護老人福祉施設における医療的措置の現状
- 図8

■介護老人福祉施設入所者への処置の状況

処置		割合（%）	処置	割合（%）
服薬管理（麻薬の管理を除く）		74.6	創傷処置	4.6
			浣腸	3.7
胃ろう・経鼻経管栄養	胃ろうによる栄養管理 7.7%	9.9	摘便	3.7
	経鼻経管栄養 2.2%		褥瘡の処置（Ⅰ度・Ⅱ度）	2.7
吸引	咽頭手前までの口腔内 *4.4%	5.3	膀胱（留置カテーテル）の管理	2.7
	鼻腔 *2.6%		インスリン注射	1.3
	咽頭より奥又は気切 *1.6%		疼痛管理（麻薬の使用なし）	1.1

＜出典先＞
介護保険のサービス内容・料金早わかりガイド
日本実業出版社

（看護職員と介護職員の連携によるケアの実施にかかわる厚生労働省案）

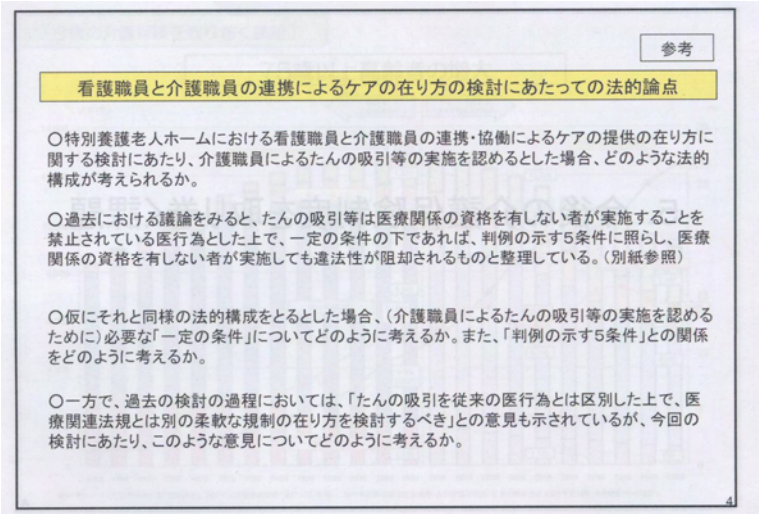
- 図9

看護職員と介護職員の連携によるケアの実施に係る厚生労働省案

	口腔内の吸引	経管栄養	実施者
1回目	介護職員が行うことができる状態かどうかの判断		医師
	毎朝、あるいは当該日の1回目の行為の実施		看護師
2回目以降および緊急時	介護職員が行える利用者かどうかの判断		医師看護師
	各行為に必要な物品の準備		介護職員
	吸引行為（処置・実施）		介護職員
		経管栄養の処置・実施	看護職員
	吸引終了後の観察		介護職員
		注入中の定期的な観察	介護職員
		注入終了後の白湯又はお茶の注入や姿勢保持	介護職員
		注入終了後の観察	介護職員
	使用物の片付け		介護職員
	記　録		介護職員

＜出典先＞
地方自治職員研修 2009 8

（看護職員と介護職員の連携によるケアのあり方の検討にあたっての法的論点）



参考

看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方の検討にあたっての法的論点

○特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携・協働によるケアの提供の在り方に関する検討にあたり、介護職員によるたんの吸引等の実施を認めるとした場合、どのような法的構成が考えられるか。

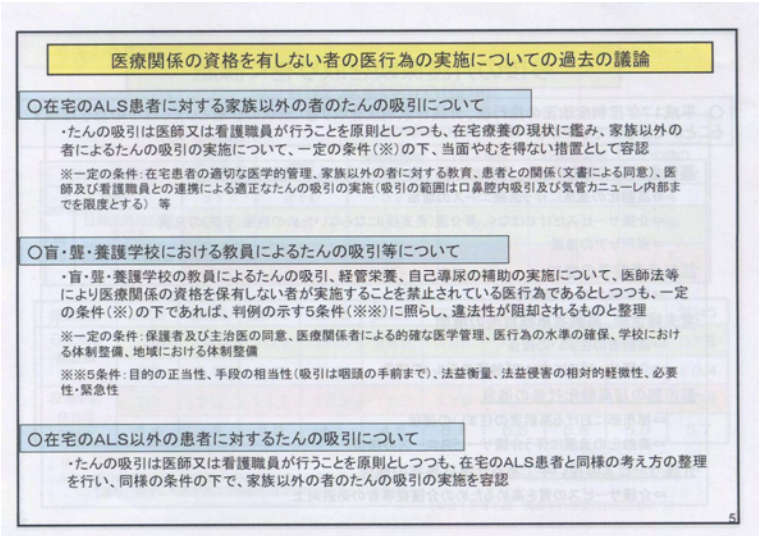
○過去における議論をみると、たんの吸引等は医療関係の資格を有しない者が実施することを禁止されている医行為とした上で、一定の条件の下であれば、判例の示す5条件に照らし、医療関係の資格を有しない者が実施しても違法性が阻却されるものと整理している。（別紙参照）

○仮にそれと同様の法的構成をとるとした場合、（介護職員によるたんの吸引等の実施を認めるために）必要な「一定の条件」についてどのように考えるか。また、「判例の示す5条件」との関係をどのように考えるか。

○一方で、過去の検討の過程においては、「たんの吸引を従来の医行為とは区別した上で、医療関連法規とは別の柔軟な規制の在り方を検討するべき」との意見も示されているが、今回の検討にあたり、このような意見についてどのように考えるか。

4

（医療関係の資格を有しない者の医行為の実施についての過去の議論）



医療関係の資格を有しない者の医行為の実施についての過去の議論

○在宅のALS患者に対する家族以外の者のたんの吸引について

・たんの吸引は医師又は看護職員が行うことを原則としつつも、在宅療養の現状に鑑み、家族以外の者によるたんの吸引の実施について、一定の条件（※）の下、当面やむを得ない措置として容認

※一定の条件：在宅患者の適切な医学的管理、家族以外の者に対する教育、患者との関係（文書による同意）、医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引の実施（吸引の範囲は口鼻腔内吸引及び気管カニューレ内部までを限度とする） 等

○盲・聾・養護学校における教員によるたんの吸引等について

・盲・聾・養護学校の教員によるたんの吸引、経管栄養、自己導尿の補助の実施について、医師法等により医療関係の資格を保有しない者が実施することを禁止されている医行為であるとしつつも、一定の条件（※）の下であれば、判例の示す5条件（※※）に照らし、違法性が阻却されるものと整理

※一定の条件：保護者及び主治医の同意、医療関係者による的確な医学管理、医行為の水準の確保、学校における体制整備、地域における体制整備

※※5条件：目的の正当性、手段の相当性（吸引は咽頭の手前まで）、法益衡量、法益侵害の相対的軽微性、必要性・緊急性

○在宅のALS以外の患者に対するたんの吸引について

・たんの吸引は医師又は看護職員が行うことを原則としつつも、在宅のALS患者と同様の考え方の整理を行い、同様の条件の下で、家族以外の者のたんの吸引の実施を容認

5

3　看取り介護における「看取り同意」は，終末期医療のガイドラインによる患者本人の意思決定の尊重にてらしても，問題ではないか。

(1) 終末期の判断

認知症高齢者においては「終末期」が長期間に及び，終末期の定義も困難である。上記の看取りに関する指針等では，単独の医師が，近い将来死に至ることが予想される状態の診断をすることになっている。

ガイドラインでは，「医療・ケアチームが判断する」となっているが，介護老人保健施設では常勤医師，グループホームでは主治医という単独の医師が終末期の判断をす

ることになる。終末期の判断は，個々のケースごとに判断せざるを得ないが，医師単独での判断は問題がある。

(2) 患者の意思表示の存在

治療中止の3要件のⅱに照らした時，認知症の患者に対する治療中止・差し控えが合法的にできるか疑問が残る。

（繰り返しになるが）看取りの同意というのは，介護施設での最期を選択するのであれば一切の医療行為は望まないという，「医療差し控え」の同意である。

＊治療中止の3要件（東海大学積極的安楽死事件横浜地裁判決中）

①患者の回復見込みなく死が避けられない末期状態にあること

②治療行為の中止を求める患者の意思表示が存在し，変更がないこと

③治療の中止の対象は疾病を治療するための治療措置，対症療法，および生命維持のための治療措置全てが対象となる

(3) 本人が経口摂取ができなくなったとき経管・経静脈栄養を実施すべきか。終末期医療で最も重要且つ現実的な医学的・倫理的問題となる人工的水分栄養補給が「医療差し控え」の対象となるかどうかの点が，看取り同意に関して曖昧なままであり，現場での混乱が予想される。少なくとも下記の議論があることは，本人や代行判断する家族にあらかじめ認識させることが必要である。

☆本人が，経口摂取ができなくなったとき経管・経静脈栄養を実施すべきか？

▽経管･経静脈栄養を実施すべきと考える理由

・実施しなければ餓死させることになる。

・水分･栄養補給は医療ではなく日常ケアの対象，つまり食事である。

・差し控えはできるが中止はできない。なぜなら中止すれば直接死因になる。

・差し控えは虐待につながる。

▽経管･経静脈栄養を差し控えてよいと考える理由

・死までの時間を引き延ばすに過ぎない。

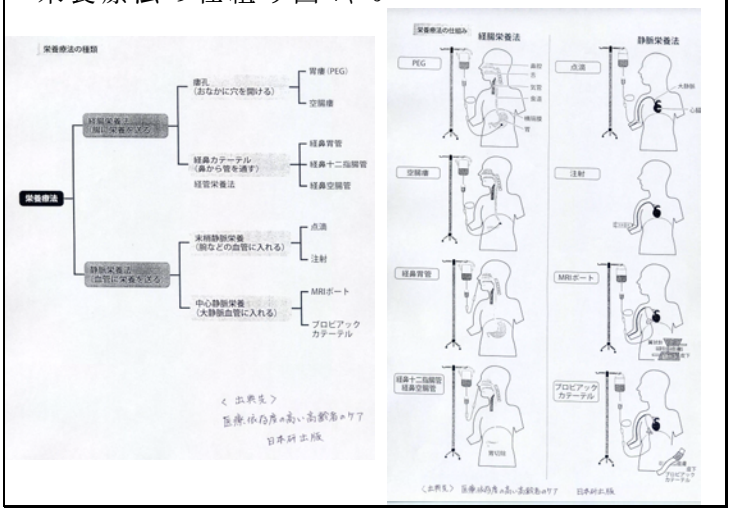
・水分･栄養補給の差し控え･中止は患者に苦痛を与えていない。むしろ，悪心･嘔吐･浮腫･喀痰･分泌物･失禁も減る。このような場合，口腔内ケア及び呼吸困難に対する緩和ケアがなされるべきである。

・医療であり，日常的ケアではない。

（箕岡真子氏の論文より）

（参考　　経管・経静脈栄養とはどのようなものか）

栄養療法の仕組み図4、5



(4) 本人の意思の最大限尊重とは

ガイドラインでは「本人の意思を最大限尊重し，本人に対し，利用開始時や利用中に終末期に関する意思確認をする」としている。認知症がある場合でも全てが自己決定不可能というわけではないが，選択結果の重大性に応じて要求される能力も変わると考えられる。

イ　事前意思を表明した時に，その意思内容が十分に意味を理解してのことか，

ロ　終末期になってもその意思が持続していると考えられるか

ハ　客観的に見て本人の最善の利益に合致しているか

が問題となる。

(5) 事前指示の重要性

本人に意思能力がない場合，代行判断の前に本人の事前指示があれば事前指示が尊重される。本人の事前指示は，本人の自己決定権を守り「尊厳」を守るという点から，また，家族を含める代理人の苦悩を和らげるという点からも普及が望まれるところである。

事前指示書には，終末期医療の内容的指示を書面にしたリビングウィルと，患者自身の意思決定能力がなくなる場合に備えて医療に関する任意代理人を指示する DPA と言われているものがある。

ただし，事前指示は，治療の内容・治療に伴うメリット・デメリット，その後の経過について十分に想定・理解していることが前提になる。その点から考えると，看取り同意の事前指示も，終末期の医療の内容が十分に理解されたうえでの同意でなければならないことは当然である。

事前指示書は，作成の過程での，本人や家族，介護や医療で関与するもののコミュニケーションを図る上でも重要なツールになりうる。

(6) 代行判断

ガイドラインでは「本人の意思ができないときは代理する者より行う」とある。「代行判断」については，誰が代行者になるかが重要である。

家族は家族の利益で判断し，必ずしも本人の「最善の利益」に基づかない場合がある。

家族の中で意思一致がない場合は優先順位を決める必要がある。誰が代行者となっても個人の価値観が入り込むので，代行者を決める手続のプロセスだけでも公平性を確保する必要がある。

そもそも「看取りの同意」は「医療差し控えの同意」であり，家族の意思だけで足りるのか疑問である。患者の尊厳を守るためには，単独での代行判断は危険である。認知症高齢者の終末期においては時間的な余裕がないわけではない。本人を取り巻く関係者間において，本人の最善の利益を中心にすえた議論を経た結論が望ましい。

(7) 代行者がいない時

代行者がいない時は主治医や施設が判断することになるのか。ちなみに，ガイドラインでは医療ケアチームが判断することになっている。医療ケアチームであっても，医療を施す側のみで最終判断することはパターナリズムを生み，医療はいくらでも恣意的になる可能性をもっており，認めるべきではない。

(8) 成年後見人には代行権がない

確かに，一般の医療同意に関しては，成年後見人に対する権限の拡大による同意権を認めるシステムが考えられる。しかし，ターミナルに関する代行まで後見人の権限を拡大すべきではないのではないか。ただし，事前指示の尊重の観点から，任意後見契約でターミナルにおける看取りの同意権の付与が認められるのではないか。

(9) 介護施設への入所のためにやむを得ず看取りの同意書にサインしているというのであれば，看取り同意の強制になりかねない。医療費削減のための療養型病床削減により医療へのアクセス権を失った高齢者が，さらに介護施設で看取り同意の名の下に尊厳ある死を迎える為に必要な医療の差し控えを余儀なくされることがあってはならない。

4　おわりに

看取り介護において，本人の意思が不明な場合でも，本人の最善の利益を考えた時，病院ではなく住みなれた場所で最期を迎えたい，だから，（病院で管理が必要な）延命の為だけの医療は望まないが，苦痛は取り除いて欲しいというのが推測される意思であろう。

実際の介護現場における「看取り」と言われているものは，無駄な治療をせず自然の経過で死を迎えさせることである。「延命治療の中止・差し控え」と同義であると言える。にもかかわらず，「自然の看取り」という平穏で安らかな言葉のイメージから，必要な医療行為により苦痛を除去できるにもかかわらず，適切な医学的判断もされず

に一切の治療をしないことが「自然の看取り」という言葉にすりかえられ，終末期における安易な看取りがなされているのでないだろうか。

看取り介護において本人の意思を尊重する為には，１つには，介護を下支えする医療はどうしても必要である。医療従事者は，終末期における個々の医療行為の有益性と本人の負担，QOL などについて医学的エビデンスを患者や家族に説明し，その上で，患者を中心に据えた介護と医療の連携，地域医療のネットワーク，介護職と看護職による医療行為の連携が必要である。

２つ目は，家族を中心に関係者の間で正確な情報の上にコミュニケーションがはかられるというプロセスが実現できてこそ，本人の最善の利益により叶うものであり，本当の意味で「納得できる死」が迎えられ，生が全うできると確信する。

シンポジウム「必要な医療がほしい！－看取り介護と終末期医療－」報告

２００９年８月２９日（土）
弁護士会館講堂クレオ

（荒中・日弁連副会長）　日本弁護士連合会で高齢者・障害者委員会を担当しております荒と申します。本日はよろしくお願いいたします。今日は，私どもがシンポジウムを開催するということで皆様方にお声掛けをさせていただいたところ，本当に多数の方々にお集まりをいただきました。ありがとうございます。主催者側を代表し心から御礼を申し上げたいと思います。

さて，私たちは，高齢者や障害者の権利擁護に関わる問題についてこれまで活動し，いろいろ皆様方とともにいろいろな提言をさせていただきましたけれども，この高齢者や障害者，特に高齢者については平成 20 年現在で 2,800 万人を超えたと言われています。障害者についても 600 万人を超えたと言われています。高齢者だけの世帯も 400 万人を超えた。ご夫婦で暮らしておられる高齢者の世帯というのも 500 万人前後あると言われています。人生が 80 年，あるいは 90 年生きるということが当たり前の時代になったという中で，私たちにとっては，医療の持つ意味がますます大きくなったというふうに思われます。

そういう中で私たちは，日弁連というところは毎年人権擁護大会というものを行い，そこで３年後，５年後，10 年後のどうあるべき姿，諸問題についてのあるべき姿というものを世に問う作業を行ってまいりましたけれども，この高齢者や障害者のある方々の問題についても，これまで平成７年，平成 13 年，平成 17 年の３回にわたって私たちは調査・研究を行い，その時点での認識した諸課題というものを世に問う作業を行ってきました。

とりわけ平成 17 年，鳥取で開催された人権擁護大会シンポジウムにおいて，私たち弁護士・弁護士会は，高齢者や障害のある方々が地域で暮らすというのは，極めて大切な人権なんだということをわれわれは世に問いかけました。そして，地域で暮らすための仕組み・仕掛けというものを，これから基盤整備の中できちっとしていくということが大事なのではないかということで様々な提言をさせていただきました。

その中の必須なものとして，われわれが位置付けたものの一つが医療でございます。人間が，これから市民が 80 年，90 年の人生を全うしていくというときには，24 時間，365 日，必要にして十分な医療サービスの提供が受けられると，そういう世の中をつくっていくということが大事なんだということをわれわれは世に問いかけ，そして３年後，５年後，10 年後，その基盤整備すべき量の内容というものは何なのかということをその場でいろいろわれわれは主張させていただきました。

その折りに，私たちは高齢者や障害のある方々，特に最後の段階，ターミナルケアというものをどう考えていくべきなのか，介護と医療というものの折り合いをどうつけていけばいいのかというようなことも，その場でいろいろ検討させていただき，可能な限りの提

言をさせていただきました。

その後，今日まで日弁連の高齢者・障害者委員会では，委員会の中に医療部会というものを設けてこのテーマについて調査・研究を行い，必要に応じて提言もしてまいりました。

本日は，この医療部会を中心にして行ってきた調査・研究の到達点というものを皆様方にご報告をさせていただき，一緒に考えるという機会になっております。とりわけ，後半のところでは，弁護士だけではなくて，各界・各層の方々からいろいろご意見をいただいて，われわれが意識した医療と介護をめぐる諸問題についていろいろなところに光を当てていただいて，皆さんとともに考えると，そういう機会を持つということになっております。

本日は，土曜日の午後という中でこんなにたくさんの方に来ていただいて，こういう会合を催すことができる。皆様がたには，ぜひとも医療と介護をめぐる諸問題について，今日考える機会を持っていただいて，明日からの活動の糧にしていただければと思います。簡単ではございますが，主催者側を代表し挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございます。

（後藤真紀子・総合司会）　ありがとうございました。それでは，早速基調報告のほうに移らせていただきたいと思います。

まず，本シンポジウムの基調報告といたしまして，日弁連高齢者・障害者の権利に関する委員会の委員より基調報告をいたします。まず「看取り介護と終末期医療に関する問題提起」と題しまして，熊本県弁護士会の田尻和子さんより，ご自身の経験も踏まえお話しいただきます。

それから，昨年日弁連におきまして「成年後見人の医療同意に関するアンケート」というものを行っておりますので，そちらの結果に関しまして，横浜弁護士会の姜文江さんよりご報告をいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

（田尻和子・熊本県弁護士会）熊本県弁護士会の田尻と申します。よろしくお願いいたします。

この写真は，私の母です。明治 43 年生まれで現在 98 歳と９か月になります。元気のいいときの写真を載せたらいいんですけれども，これが今の現状です。認知症が出てきましたのは，80 歳を超えたころからでした。介護保険が始まったころからグループホームのお世話になっています。現在は，食事はミキサー食で，水分も嚥下ができるようにゼリー状のものに変わって，１日 1,400CC 入るのがやっとの状況です。１回の食事に１時間ほどかかります。

８月の 23 日には，グループホームの職員さん全員によるカンファレンスがあり，私も参加しました。食事が入らなくなった場合の対応の話でした。既に，私は２年前に看取りの同意書というものにサインをしています。主治医にも食事が入らなくなった場合を覚悟しておくようにと話があっています。

これは，地元の新聞で，つい先月載った記事なんです。写真は母が住んでいますグルー

プホームの「カムさぁ」というところです。終末期の看取りも既に３件ほどあっています。母のことが３段目ぐらいのところに書いてあります。母はいつもテッチャンという私の子どもの名前を付けたお人形を側に置いています。仕事が忙しい私に代わり，孫の面倒をみてきたので，母はずっと認知症になってもテッチャンの人形を離しません。寒ければ，自分の服でテッチャンをくるんで大事にしています。

記憶障害は，認知症の中の中核症状なんですけれども，多くの記憶をなくしていっても，大事な思い出だけは深い部分に残っているのかなと思っております。グループホームでの生活も４年ほどになって，職員の方々も本当に家族のように母に接してくれます。

ただ，終末期をホームでみるには，特に医療的な支援の面からも制度的な課題が多いと職員の方も訴えられます。

それで，今日のテーマなんですが，私自身，母の食事が入らなくなった場合の対応をどうしたらいいのか，大変迷っていました。また，私は老健に入所されている全く身寄りのない方の後見もやっています。先日，老健から看取りの同意書を書いてほしいというような話がありました。私が後見人として看取りの同意書が書けるんだろうかという疑問もありまして，本日のシンポジウムは，「必要な医療がほしい！看取り介護と終末期医療」というテーマなんですが，母が私にくれた最後の課題だと思って今日はここに登りました。皆さん，どうか一緒に考えていただきたいと思います。

まず，医療制度の変遷なんですけれども，高齢者の方は皆さん一昔前に比べると医療費が上がってきたと，窓口での負担が１割とか３割とかいう場合があります。そうすれば窓口での支払というのは負担になってきます。検査があれば１万円が財布に入っていないと不安だというようなことを聞きます。入院も部屋代とか食事代，いわゆるホテルコストがかかります。

特に悪名高い後期高齢者医療制度というのは，露骨に 75 歳以上の高齢者を差別化しています。すでに見直されましたが，後期高齢者終末期相談支援料という制度が設けられていました。ドクターが終末期であることを告知することで，終末期の医療を結果的に控えるということになれば，医療費の抑制につながるということで，告知をするドクターには 2,000 円という支援料が払われる制度でした。まさに尊厳死や安楽死の議論がないまま，消極的安楽死が進められることにつながるものです。

他方，医師不足というのも皆さんご存じのとおり深刻で，自治体病院は診療科の閉鎖とか，病院自体の閉鎖に追い込まれています。車も乗れない高齢者にとっては，近くに病院がなくては，地方には住むことはできません。

また，有床診療所も診療報酬の抑制によりベッドの維持ができないということで閉鎖を余儀なくされます。そうすると地域での入院先もなくなるという現状です。

しかし，高齢者の医療を受ける権利で一番問題だと私が思いますのは，療養型病床の廃止ではないでしょうか。高くつく高齢者の医療を抑制するということには，なりふり構わないという制度が次から次に打ち出されているという現状です。

療養病床の再編ということはご存じでしょうか。これは従来，医療保険による医療療養病床というもの，これは今少し数が変わっていますが，25 万床ありまして，また介護保険による療養病床というのが 13 万床ありました。あわせて 38 万床が，これが療養病床を大幅に減らすということによって再編が考えられています。特に，医療保険対応の療養病床というのは大きな反対がありましたので，実質温存ということで，25 万床はそのまま残るんですが，介護保険対応の療養病床 13 万床は，2011 年度までに廃止の方向になると決まっています。

その結果，介護保険対応の療養病床では，例えば経管栄養，それから吸引，膀胱のカテーテル，気管切開，褥瘡措置とかいうことを行われているんですけれども，そういう医療的措置を行われている方が，療養病床から出なければなりません。それの受け皿としては，介護や在宅へということになります。

その結果，医療ニーズの高い利用者が，生活支援の場に続々と流れ込むということになります。しかし，一方では介護の施設もそんなに多くはつくっていけませんので，結果としては医療難民，あるいは介護難民と言われるような状況で，医療を受けることが非常に難しくなってまいります。

医療依存度という言葉を使いました。医療依存度が高いというのは，医療行為の必要性が高いという意味に私は考えております。例えば，どういう方が医療依存度が高いかといいますと，一番左上の図によりますと，医療依存度最高次群といわれる人たち，それは医師及び看護師による 24 時間態勢での観察，管理をする状態ということで，例えば，IVH それから 24 時間の持続点滴とか，人工呼吸管理等々をやっておられる方たちです。

それから，その次の医療依存度高次群と，認知症の方については，その次の段に書いてあります。例えばパーキンソン病の方とか，肺炎とか，神経難病の方で透析を必要とされるとか，１日８回以上の吸引を必要とする方，気管切開をしている方等々です。

それから一番下のところが寝たきりの方，あるいは準寝たきり群と書いてありますが，経管栄養，吸引，膀胱留置カテーテル，人工肛門，人工膀胱を受けている方，こういう方たちを医療依存度の高い高齢者というふうに呼んでいます。

具体的にどのような医療依存度なのか説明します。

例えば，経管栄養という言葉をよく耳にしますが，水分・栄養の補給方法は大きく分けて経腸栄養法と経脈栄養法とあります。経腸栄養法には胃や腸に穴を開ける，いわゆる PEG というようなものとか，経鼻カテーテルというような鼻から栄養を送る方法があります。それから，静脈栄養法という中に点滴や注射はよくわかりますが，IVH といいまして中心静脈栄養で大静脈血管に直接栄養を入れるという栄養の仕方があります。

ですから，一言で水分や栄養の管理といってもこのようにたくさんの方法があります。具体的な水分や栄養管理のイラストの図がありましたので見て下さい。その他に，呼吸困難で，たくさん痰が出ていつも吸引が必要な方の場合は，気管に穴を開けましてそこから痰を吸引したり，そこから空気を入れたりというような気管切開の場合ですね。これは膀

胱留置カテーテル，尿が出にくくなる場合に，このような形でカテーテルを挿入するというような方法です。

いずれにしましても，このような医療的措置を介護の現場において，十分に行えるんだろうかという疑問が起こります。介護における医療的措置というのは，まだまだ低い水準だと言わざるを得ないと思います。

この表に書かれているのは，介護老人福祉施設，特養の場合にどのぐらいの医療的措置が行われているかという結果なんですが，例えば薬は 74.6%とありますが，胃ろうとか経鼻経管栄養の場合は 9.9%，１割にも満たない状況です。それから吸引が 5.3%，それから浣腸とか摘便も数%にすぎません。インスリンの注射，糖尿病の方多いと思いますが，1.3%になっています。

このようにまだまだ介護施設での医療的措置の現状は低い水準であると言わざるを得ないんですが，その結果，医療依存度の高い高齢者が，これまで受けていた医療を受けることができないということであれば，医療を受ける権利が侵害されるということになろうかと思います。

日弁連の高齢者・障害者委員会ではこれまでも高齢者の医療に関するテーマを取り扱ってきております。高知の人権大会から高齢者の人権の中に，医療・福祉が必要であるということを提言し，鳥取の人権大会では，高齢者が在宅やグループホームで終末期の医療を受けることが必要であるということを指摘しました。そのためには，地域医療の体制整備や医療と福祉との連携の必要性を訴えたわけです。住み慣れた場所で最期を迎えたいという望みは至極当然なことであるとして，その下支えである医療との連携がとても必要であるということをお訴えしたわけです。

次に，同意無能力者の医療同意に関する法制化の提言の準備についてです。この点に関しましては，同意能力のない人の医療行為について，医療の同意が必要な医療行為については，家族や施設，それから知人と定まった順番でもないんですけれども同意を取るようにしていますし，また同意が取れないとして，骨折などの治療が必要にもかかわらず，そのままになって歩けなくなった事例というのも聞いております。

そこで，これまでは成年後見人には，未成年後見人に認められるような医療同意権はないということでされていましたけれども，成年後見人に医療同意権を与えれば，高齢者の医療を受ける権利が確保できるのではないかというような観点から，まず医療同意に関する調査アンケートをとりました。アンケートの結果につきましては，姜先生お願いします。

（姜文江・横浜弁護士会）　では，ここから医療同意に関するアンケートについて，ご報告させていただきたいと思います。こちらの資料集の 23 ページ，資料２のほうに詳しい質問と回答結果が載っていますので，詳しくはこちらをご覧いただきたいと思いますが，基本的にこのアンケートの中からいくつか，今日ここで結果を発表して分析させていただきたいと思っております。

こちらのアンケートは，調査期間が 2008 年，昨年の 11 月から 12 月にかけて行われまし

て，対象は主に弁護士となっております。基本的にここに書いてありますように，成年後見人業務に携わっている日弁連会員をということで，各単位会にお願いしておりますので，比較的後見業務に馴染みのある弁護士を主に対象としております。

その回答総数の結果は 284 通なんですが，回答の中には複数回答があったり，あるいはなかったりというバラツキがあるので，必ずしも合計数は一致しておりませんのでご了承ください。

内容に入りますけれども，このような弁護士，後見業務に関係ある弁護士を対象としておりますので，成年後見人等になったことがある経験のある方が比較的多い人という，これはある意味当然のことなんですが，その中で医療同意を求められたこと，同意について相談を受けられたことがあるかということに対しては 126 人ということで，約６割の人が被後見人等の医療について関わりを持つように求められています。

その医療同意に関する経験の内容についての結果ですけれども，医療同意を求められたのは後見が割合的には多かったです。その中で医療同意に関する相談を受けた 299 件のうち，近親者が存在していないというケースは 52 件，約４分の３は近親者が一応いるというケースだったんですけれども，その中で医療同意に関する協議を行ったかどうかということで，協議したケースが約半数ありました。

そのうち結果として，親族等が同意したというのが，この問い５の③のほうの回答になりますけれども，約４分の３が本人，あるいは親族等の等というのは福祉関係者なども含んでいるんですけれども，そういった方の同意が得られて協議が終了しております。

ただ，先ほどの近親者が存在しているというのは全部で 190 件，近親者が存在していたんですけれども，そのうち医療行為について同意したのは結局 74 件ということで，４割弱しか近親者は同意をしておりません。したがって，その６割以上の事例で医療行為の同意について，問題が生じていたということが伺えます。

また，問い５の④の小問では，協議を行うにあたり，苦慮したことを尋ねているんですけれども，そこの回答数が少ないために拒否をした理由はわかりませんが，後見人にとって本人に最善と思われる医療行為であっても，本人が拒否した事例が４件ありましたし，親族や福祉担当者が拒否した事例が２件ありまして，後見人に医療同意権が認められていないために，後見人が苦慮したというあとが認められています。

次に，具体的に弁護士の後見人がどのような医療行為について同意を求められ，または相談を受けたかということですけれども，こちらにありますように予防接種が約半数，その他胃ろうですとか，骨折手術，そういったことについて，その他の手術というのも結構多いので，比較的いろいろな医療行為について相談を受けております。

その中で，医療同意を自ら行ったことがあるかという問いに対しては，約 40%，後見人には医療同意に関する権限はないんですけれども，約 40%の後見人が同意をしています。

では，実際にどういう医療行為について同意をしたかということですけれども，こちらを見ると先ほどの割合より若干予防接種が上がっているんですけれども，この問い８の小

問①と先ほどの問い６を比較しますと，いくらかバラツキがあるんですが，３割から５割の確率で医療行為について同意が行われていると言えます。

このように，医療行為の内容と同意がなされる確立には関連性があまりなくて，軽微な医療だけでなく比較的重大な医療行為についても同意がされているということがわかります。これは被後見人に高度の医療の必要性があって，医療を受けさせる必要上やむを得ず後見人が医療について同意をしてしまっているという実情が出ていると言えるかと思います。

次に，どのような方法で医療同意をしたかということについては，書面押印が約４分の３ですけれども，口頭での同意もかなりありました。また，医療同意を行っていない場合，どのような結果になったかということですけれども，約半数は医師の判断により医療行為が行われています。

また他方，結果として医療行為が行われなかったのは，この４件となっているんですけれども，ただ他の質問の，例えば問い６と問い８の小問①の合計数を比較しますと 185 件について相談がなされたけれども，同意をしていないという件数があるということが読み取れます。

これら一連の質問の仕方にもよっているので，一律には言えないんですけれども，弁護士が相談を受けた中で，後見人には医療同意権がないと最初に断ってしまったために，以後本人の医療についての相談を受けなくなって，結果として同意がなく医療が行われていないというケースも相当数あるというふうに伺われます。

次に，法整備の必要性に関するアンケートも行いました。まず医療同意に関する法整備の必要性はあるかということで，７割以上の人があるという回答をしておりますけれども，その主な理由としは，本人の医療を受ける権利を守るという回答が一番多かったです。

これは本人に家族がいない場合，あるいは家族がいても意見がまとまらない場合など，このままでは本人に必要な医療が受けられなくなってしまうということに危機感を感じている人が一番多いと言えるかと思います。

他方，医療同意に関する法整備の必要性がないという方もいらっしゃいまして，その理由としては，こちらにありますように，後見人等の責任の範囲を超えているというものが比較的多かったです。

また自由記載欄の中にも，法整備の必要性は感じつつも，医療という専門分野の判断が後見人に馴染まないとか，あるいは弁護士は職業的に第３者後見人として関わることが多いかと思うんですけれども，就任時，既に本人とコミュニケーションがとれなくなっているという状況から出発しますので，本人の最善の利益をどこにあるか判断するのが困難であるという背景もあるかと思います。

また，そういったことの他に医療同意について判断できる被後見人もいると，あるいは親族がいるといった理由で，法整備の必要がないという意見も見られました。

あとは，回答を割合的にこちらでまとめているんですけれども，こちらざっと見ていた

だきまして，詳しくはまた資料の２のほうを読んでいただきたいと思います。ここで，また田尻弁護士のほうに移したいと思います。

（田尻和子氏）この冊子の一番最後のほうに確定前につき取扱注意というものが入っております。これは医療同意に関する法制化の提言の準備の段階的ですが，医療同意に関する要綱案です。

医療を受ける権利の確保のために同意代行者を認める制度の必要性があるということで，医療同意代行者をどのような範囲で認めるのか，後見人にも認めるのか，あるいは代行者が複数考えられるときは，代行順位をどのようにするのか。

単独で同意代行をすることが不適切な場合はどのような場合で，そのチェックシステムはどうするかなどに関して，立法提言の準備をしているということを一応ご紹介をさせていただきます。

次は，日弁連の活動の一環として，終末期医療「医療と法律の対話」2007 熊本ということで，熊本でシンポジウムを実施しました。患者が自己の意思に基づく延命措置の中止等，法制化が馴染むかどうか賛成論，慎重論に分かれ非常に激論がありました。それをちょっとご紹介をさせていただきます。

要するに，人工呼吸器の中止に躊躇するという医療の今の状況の中で，患者の真の自己決定尊重のための法制化をすべきだというご意見もあれば，そういう適切な医療を受ける権利とか，医療と福祉の連携の保障がないまま，自己決定を重視するということは，むしろ「安上がりの死」や「前倒しの死」を現実化するのではないかという対局の意見があったということです。

これは，皆さんご承知だと思いますが，終末期医療に関する厚労省のガイドラインで 2007 年に出たものです。ガイドラインにとどめられているんですが，プロセスのガイドラインと，終末期医療のケアのあり方に関するガイドラインということに分かれています。医師と患者，それから家族との話し合いで終末期の医療をどう考えるかということで，あくまでも患者本人の意思決定を尊重するということ。でもそれができない場合は，家族が患者の意思を推定して判断する。

また，家族がいないときは，医療ケアチームが判断をすると，それから上記の補完として複数の専門家からなる委員会の設置。プロセスを重視したところにガイドラインに特徴があるかと思っています。

本題に入るんですが，高齢者のターミナルにおける看取り介護ということで，ちょっと問題点をいくつか出してみました。看取りの場が，先ほど申し上げたように病院から在宅や介護の現場にかなり移ってきているという現状があります。

それから，介護の現場で看取りを行うこと看取り介護というんですが，そこには看取り加算とかターミナル加算ということが認められるためには，老健やグループホーム，特養などにおいては，看取りに関する指針というものをつくらなければいけませんし，また看取りの同意書ということを作成しなければ加算ができないということになっています。

介護の現場が，療養病床の大幅な減少に伴いまして，利用者が重度化，長期化しております。介護職員においては，医療行為というものを本来ならば医療従事者がやることを，介護職員のほうでやらざるを得ない状況になってきております。言葉を変えれば，特養のベッドはすでに病院のベッドと同じですというような表現が使われております。そうしますと，一面からすれば安全な医療を受ける権利という意味での問題点をご指摘したいと思います。

厚労省もそういう実態に即して，介護職員と看護職員によるケアということで検討会が行われていまして，口腔内の吸引とか，経管栄養については，医師と看護師と，それから介護士においてどういう分担をするかという非常に複雑な分担を，厚労省案として出ているようであります。

介護現場における看取りに関する指針というものをご紹介したいと思いますが，これはあくまで今日資料で付けておりますのは，私が具体的に知っているところの老健施設の指針，これはお手元の資料集の中に後でゆっくり見ていただければいいんですが，資料の１－２と１－３で付けております。

例えば，資料の１－２の一番最後のページ５ページを見て下さい。看取りにおける医療についての同意書と言われているものです。「私は，看取りについての説明を受け，施設の看取り計画，看取り内容を理解しました。それに沿った医療・看護・介護が行われ，安らかな死に至ることを望みます。今後心身機能の障害が著明で死期が迫っており回復不可能となった場合に」，云々ということでチェックをするようになっております。

老健施設で，看取り介護に際しての医療行為は何ができるかということに関しましては，その前の２ページの，看取りに際して行う医療行為の内容という選択肢というのがありますが，ここに「当施設において看取りに際して提供可能な医療行為」を以下に示します。

１，酸素吸入，それから２が点滴（１日 500～1000 程度），３，吸痰吸引，４病状の観察とあります。これだけしか医療行為はできません。その説明を受けて，それで結構ですというのが先ほどの同意書になります。

ですから，ここには PEG だとか IVH とかそういうものは入っておりません。基本的には，栄養に関しては輸液，それから呼吸に関しては酸素吸入ということに限られるという内容になっています。

それから，グループホームでの例は１－３を見てください。ターミナルケアについての指針というのがあります。そして，その４ページ目が看取りの同意書になります。「私の父・母○○は，終末の状態と判断されましたので，延命の処置（心臓マッサージや気管内挿管）は一切お断りし，苦痛があればできるだけ取り除いてください。ホームで可能な看護と介護で結構です。ホームでの生活を可能な限り望みます」と。これがグループホームでの看取りの同意書です。

介護施設での看取りと医療に関する具体例ということで，これはこの資料集のはじめのほうですね。私のレジュメの中に書いてありますが，６ページをちょっと開けていただけ

ますか。

Ａさん，グループホームでの看取り，心不全による肺水腫で呼吸困難。主治医の紹介で呼吸器専門医を受診するも，老衰ということで呼吸器疾患とは認められなかった。このため在宅酸素の適用が認められず，グループホーム負担で１日 4.5 リットルの酸素を投与し，本人の苦痛を緩和した。１日あたり 9,450 円がグループホームの負担となったという，要するに呼吸困難で，酸素の投与が十分でなかったという場合の対応でした。

それからＢさんの場合，これもグループホームでの看取りです。主治医の判断で在宅酸素は保険適用になったけれども，入院中は褥そうの治療のために使用されていた高額な軟膏，２万いくらかだったと思いますが，また病院では滅菌ガーゼは自由に使い放題だったんですが，グループホームでは，主治医の往診料はマルメで決められているため使用できず，軟膏は主治医が高額な軟膏と同様な成分を調合してつくってくれ，滅菌ガーゼも反物１反で買ったガーゼをグループホームの職員で切り分けて，滅菌装置を借りて滅菌ガーゼをつくるなどの対応をしたというようなことでした。

それからこのＢさんの場合ではないんですが，訪問看護の利用も負担が高額となり利用できない利用者もおります。グループホームでの看取りを実施する場合，ガーゼ一つをとっても病院と同質の医療が施設でも受けられるという状態ではないと聞きました。

それからＣさんは，老健施設での医療ということで，看取りではないんですが，医療費という金額はいくらで決められているかというのは，私も驚いたんですが，月に 5,000 円だそうです。そうすると，看取りの場合はもちろん加算されるわけですが，5,000 円の医療費ではパーキンソンのお薬１錠分ぐらいですよね。それが今の現状だと聞きました。

したがって，看取り介護というのにおいても加算はあるけれども，医療行為においては非常に限定的な医療行為しかできないというのが現状だと思います。

そこで，看取り介護と終末期医療の問題ということでまとめてみました。

看取りの同意ということが，認知症高齢者の医療を受ける権利を侵害する可能性があるという点です。看取りの同意というのが，自然の死を迎えるということで，今ご紹介しましたように，医療を受けないという同意になりますが，一切の医療行為を差し控えるという意味であれば，苦痛を緩和して尊厳ある死を迎えるための医療というものも，差し控える事になり，医療を受ける権利を奪うことになるのではないかということです。

例えば酸素の投与や，点滴，痰の吸引，導尿など。延命の医療はいらないんだけども，苦痛を緩和して尊厳ある死を迎えるための医療として，必要な医療はほしい。

それから介護の現場では，介護職員による医療行為を認めなければ医療行為を施設で行うことは事実上困難となります。

また，病院で終末期において受けられていた苦痛の緩和や不快な症状を緩和する同質の医療が介護の場では受けられていないのではないかと。例えば，ガーゼや軟膏のような点をとっても，結果，安上がりな終末期医療というのを現実化しているという指摘をしたいと思います。

看取りの同意という，今度は同意に関しての問題なんです。終末期医療のプロセスのガイドライン，先ほど簡単にプロセスということを中心にご説明をしました。それに照らした問題はないかということです。

終末期の判断は，終末期医療のガイドラインでは，医療ケアチームというのが判断をすることになっていますが，この看取り介護の場合は老健では常勤医１人ですね。それからグループホームなどでは，主治医ということで，１人の医師が終末期の判断をすることになります。

第２点，看取りの同意は医療差し控えの同意であると。治療中止の３要件の関係から問題ではないかということで，つまり看取りの同意は医療をしないという，つまり差し控えの同意と考えられます。そうしますと，認知症患者の差し控えの同意ということが，合法的にできるかという疑問があるという点です。

それから３番目の人工的水分栄養補給が，医療差し控えの対象となるかと，この点現場の混乱が予想されると書きました。これはどういうことかといいますと，これは私のレジュメのほうを見ていただきたいと思うんですが，私もこの点が一番悩みでした。つまり，母が食事がとれなくなった場合に，先ほど言った PEG とか，IVH とかいうもので水分や栄養補給をしてあげることが大事なんじゃないかと迷いがあったわけです。水とか栄養は医療ではなく，食事だと，実施しなければ餓死させることになるじゃないかと。差し控えは虐待につながるのではないかというご意見があると聞いています。

他方，これは経管とか経静脈栄養というのは医療だということで，死までの時間を引き延ばすに過ぎない。水分，栄養補給の差し控え中止は，患者に苦痛を与えてはいないと。むしろそういうことをやるのが，苦痛につながる場合があるということで，医療であって，差し控えの対象になるんだという考え方があるそうです。

それで，やはり現場でもこういう水分と栄養補給をどうするかというところで，混乱が予想されると思います。やはり，こういう議論が多くされていないと，本当にその場になったときに，家族の判断を混乱させるし，現場も混乱することになるのではないかと思います。

それから，本人の意思の重要性というのは，これは一番大事な点なんですけれども，認知症の場合の意思能力が，介護の現場に入ったときからない場合があります。そうすると，事前意思とか，意思の持続の要求というのは，はなはだ困難であるというのが現実だと思います。

それから第６番目が，代行判断については誰が代行者となるのかという問題です。家族は，１日でも長く生きてほしい，医療をやはり受けさせたいとの思いがあります。そうすると，本人はどう思っているのかという点と，必ずしも一致しないかもしれません。ですから，家族は必ずしも本人の最善の利益とは一致しない。代行者決定のプロセスの立法的解決というのは必要なのではないかということです。

それから代行者がいないとき，これはガイドラインでは，医療ケアチームが判断するこ

とになっていますが，主治医や施設の判断とすることは，これは恣意的になりやすいという問題があります。

８番目に，例えば先ほど医療の同意については，成年後見人の代行権が認められるかということで，積極的な考え方があると思いますが，この看取りの同意に関して，代行権が認められるんだろうか。あるいは，任意後見契約にターミナルの代行権付与が認められるんだろうかという問題があります。

最後に９番目に書いたのは，今のような介護や医療の現場から，家族も本人も看取りの同意を余儀なくされるということがあるのではないか。そうすれば，最終的にどういう結果になってしても，やむを得ずそういうことをしたとすれば，家族にも心理的負担を強いることになるし，本当に家族が心理的負担を覚えると，亡くなってからも悩まなければいけないということになろうかと思います。

最後です。これはうちの母が今お世話になっているグループホームの職員さん全員で撮った写真です。私は，母が百歳近い高齢でもあるし，本人も望んでいないと，延命治療は必要がないとの考え方で，２年ほど前に看取り同意書にサインをしました。しかし，現実に食事が入らなくなって，看取りの時期が迫りますと，本当に PEG だとか IVH だとかいうことが頭に出てきて，必要ないと言い切れるか迷いが生じました。水分，栄養補給の種類とか，方法も知らず，それが食事なのか医療なのかという議論さえも知りませんでした。

おそらくこのテーマを与えられなかったら，私自身やはり混乱をし，いずれの結論に至っても，後悔と苦しみが残ったと思います。グループホームで，職員全員の各々の考えや思いを聞きました。そして主治医の意見を聞きました。私なりに PEG や IVH 等の医学的な意味が理解ができ，何より母の明治生まれの尊厳を守ってやるという，大切な結論に近づけたような気持ちです。

あんまりまとまってはいないんですが，患者本人の本当に意思の尊重というものが，看取りの場においても大事だということ，そしてケアの重要性ということ，最後は本当に声をかけ，家族や施設の人たちと一緒に看取り，手を握ったりして見送れたなと思っています。それをするにも，やはり医療の下支えが必要です。介護の場での看取りを望んでも，苦痛を緩和し，苦痛を取り除く医療は必要です。

そのために介護と医療の連携，地域医療の連携，介護職の医療行為の問題点などの課題も見えてきました。最後まで，人間としての尊厳ある医療やケアが受けられ，納得できる死が迎えられ，生きるという生が全うできるということを望んで，私の報告とさせていただきます。どうもありがとうございました。

（総合司会）　ありがとうございました。それでは今の問題提起，基調報告を踏まえまして，後半ではパネルディスカッションのほうをさせていただきたいと思いますが，ここで一旦休憩をとらせていただきます。短い時間ではありますが，２時 40 分から後半の部を開催したいと思いますので，それまでにご着席ください。

それで，前半で申し上げましたが，配付資料のほうお席にお配りいたしましたが，もし

まだお手元に届いていないという方がいらっしゃいましたら，受付のほうまでおっしゃっていただければと思います。質問用紙がない方も同じように受付まで，来ていただければお渡しいたしますので，お手数ですが，ご協力お願いいたします。

（　休　憩　）
（　再　開　）

（池田徳博・山形県弁護士会）　そろそろよろしいでしょうかね。それではスタートさせていきましょう。皆さんこんにちは，日弁連の高齢者・障害者の権利に関する委員会の医療部会の弁護士の池田と申します。

これから,「シンポジウム必要な医療がほしい！看取り介護と終末期医療」と題しまして，シンポジウムを進めさせていただきたいと思います。まず，今日のパネリストの方々ご紹介させていただきます。私の横からいきますね。

箕岡真子さんで，東京大学大学院医学系研究科医療倫理学分野の客員研究員でお医者さんです。今日お話しいただくということでお越しいただいています。お隣が，福祉フォーラムジャパン副会長，明治大学法学部兼任講師をされています，新田國夫先生でございます。お医者さんでございます。そのお隣が，前田優二さん，社会福祉法人神戸福生会，高齢者ケアセンター甲南の施設長さんでございます。どうぞ，お願いいたします。そのお隣が，小野幸代さんで緩和ケア認定看護師さんでございまして，福岡県看護協会訪問看護ステーション「くるめ」に所属されております。よろしくどうぞお願いします。そのお隣が，われわれの仲間でございますが，赤沼康弘さんでございまして，医療部会の弁護士でございます。一つ皆さんよろしくお願いいたします。

（総合司会）　１点だけ，ご注意させていただきたいんですが，本日は記録のためにカメラで撮影のほう行っておりますけれども，会場のほうの方のお顔が入るような形の撮影は，今回ちょっとおやめいただくようにお願いしております。もしお写真を撮られるということがあれば，後方から壇上のパネリストの方のみが映るような形で，撮影していただくような形になりますので，ご了承いただきたいと思います。ご協力よろしくお願いいたします。申し訳ございませんでした。

（池田コーディネーター）　それではよろしいでしょうか。時々映像が入るかもしれませんが，ちゃんと隠すそうでございますので，それでは，それぞれの皆さんから，所属の団体，立場からこのテーマ，ここでこういうことを話してみたい，こういう問題意識を持っているということをお話しいただこうかなと思います。

まず最初に，弁護士の赤沼さんのほうから，弁護士としての法的視点からこういう問題点があるんだよと，こんなふうに考えているという点ご指摘いただければ，よろしくお願いします。

（赤沼康弘氏・東京弁護士会）赤沼です。最初のところでもありますので，課題の中の細

かい問題点についてふれるということではなく，キーワード的なことだけ申し上げたいと思います。

弁護士の立場からいいますと，医療における自己決定権をどのように保障するかということです。自由な自己決定に基づいて医療を受ける。あるいは，同時にそれは医療を受けないという権利もあるんだろうと思うんですが，その自由な意思決定，自己決定権をどのような形で保障するかという，そういう観点でこの問題を取り組みたい。あるいは問題意識を持っているということを申し上げたいと思います。以上です。

（池田コーディネーター）　どうもありがとうございました。今自己の意思決定というお話が出ましたが，その点について，こういう方法でどうだろうかという問題意識を多分お持ちだろうと思います。箕岡さん，どうでしょうか。

（箕岡真子氏・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）　私は，バイオエシックス生命倫理という学問分野の研究をしております。先ほど，基調報告でご指摘がありましたように，終末期におきましては不十分な過少医療は当然人としての尊厳に反しますが，反対に不必要と思われる過剰医療も尊厳に反すると言わざるを得ないのではないかと，倫理的視点からも考えられます。

特に認知症，特にアルツハイマー病の終末期には嚥下困難が出ますけれども，その嚥下困難に対する延命治療である人工的水分栄養補給，経管栄養，PEG というものですが，時に死の経過を長引かせるだけの過剰な医療になってしまうことがあると思います。

しかし，医師は PEG という技術がある以上，実施しなければ餓死させたと訴えられるかもしれないと危惧して，やらざるを得ない状況にあるわけです。そこで，患者さん本人が延命治療を望まないのであれば，事前指示アドバンス・ディレクティブというものですが，それを前もって書いておく必要があります。

したがいまして，事前指示普及が今後終末期医療や看取りにおいて，大変重要なことになってくると倫理的には考えております。

（池田コーディネーター）　今，事前指示書という言葉が出ましたが，アドバンス・ディレクティブ。今入口のところ窓口に，実は四つのお願いという，これは一つ例として箕岡さんが，編集といいますか，作成されたものなんですが，40 部だけございます。ご興味のある方は，お取りください。

それでは，さらに医療現場からということになるのでしょうかね。問題意識としてどのような観点お持ちでしょうか。新田さん，お願いします。

（新田國夫氏：新田クリニック）　新田と申します。はじめまして，私自身は外科医，あるいは救命救急センターで多くの死を見，そして今現在，在宅で，大体およそ 1,000 例以上の死を看取っております。

本日のシンポジウムは現代的な課題であると同時に，2025 年に向けていわゆる多死の時代，人はどこでどのように死ぬのかという重要な課題があるだろうなと思っております。

今私は地域医療をしているわけですが，地域で先ほど荒先生が 24 時間体制，365 日 24

時間体制，安心した体制をどうつくるかを言われましたがこれは重要な課題です。24 時間体制を私たちがどのようにつくって地域高齢者が地域で暮らし，安心してそこで死を迎えることをどのように我々医療者が守るのかということがあります。

それと同時に，在宅医療というのは究極のインフォームドコンセントアンドチョイスであります。自宅で死ぬか病院で死ぬかの選択がありますが，在宅死は 20% です。今後，厚労省の考えている在宅死は 40%です。そうした中での究極のそれぞれの価値観，死への価値観が地域でどのようにつくられるか，あるいは文化ということといってもいいのですが，そのようなものがつくられるかによって，さらに法律がどう支援するか。これが今課題だろうと思っております。そんなことを今日話せればなと思います。よろしくお願いいたします。

（池田コーディネーター）　ありがとうございました。現状では，先ほど田尻さんからのお話がありましたが，医療施設，医療型の施設から一般の老健施設，特養，それからグループホームの方へ向いていっているということが指摘されていますが，その点で問題意識，ご指摘いただけると思いますが，現場からということで，今箕岡さんがおっしゃった事前指示書，これを具体的に適用して，こんなカンファレンスができたという体験を多分お持ちかなと思います。小野さん，どうでしょうかね。

（小野幸代氏・緩和ケア認定看護師（福岡県看護協会訪問看護ステーション「くるめ」））
私は，在宅のケアを主に行っておりますけれども，訪問看護とケアマネージャーの資格を持って仕事をしております。看護の中では，特に緩和ケアという認定の資格を取り，終末期の方々を主に訪問しております。その現場では，倫理的問題が多いと感じているのですが，どれだけの専門職の方々がそれを感じているか，非常に疑問に思うところです。

本人の意向を尊重するケアとは，どんなことでしょうか。自宅での看取りを多く行っている当ステーションでは，本人の意向を尊重して，それを支える家族を支援するケアとは，どのようなケアなのかということを考えております。

その中で，事前指示書の作成支援を行っておりますので，それを今日はご紹介したいと思っております。

（池田コーディネーター）　では，よろしくお願いいたします。さて，われわれが一番知りにくい，施設の現場で，どのような看取りが行われているのか，その辺の問題意識について，前田さん，お願いいたします。

（前田優二氏・社会福祉法人社会福祉法人神戸福生会　高齢者ケアセンター甲南施設長）
私のほうからは，主に特別養護老人ホームの中で看取りケアということを実践しているわけですけれども，最初の報告にもありましたように，療養病床の再編に伴いまして，医療依存度の高い方がかなり施設のほうに入居しているということと，あまりにも医療依存度が高くて，入居を断らざるを得ない実態というものも中にはあります。

それと，私の施設であれば入居時点でアルツハイマー認知症という方が 80%から 90%いるわけですけれども，その方々を施設で看取るわけですけれども，果たしてそれが本人の

希望だったのかどうかということを，いつも葛藤するところがあります。今日は，そういった現場の実態について報告させていただきたいと思っております。

（池田コーディネーター）どうもありがとうございました。それぞれの方々の問題意識を提示され，また，皆さんに投げかけたいテーマも出てきました。それでは，順番に，これらのテーマについてのご意見をお聞きしたいと思います。まずトップバッターとして，前田さんということになりますので，私のそばに来ていただけませんか。パソコンの操作をさせていただきます。

やはり皆さん死を迎えていくわけですが，この中で医療と自分自身個性ある死，あるいは自主的にどう死を選ぶか，そのようなことで常に葛藤しているわけです。医療が進めば，今までの自然死，在宅死ということが，ちょっと後ろに行く。しかし人間とすれば医療が進めばもう少し生きてみたいという延命治療のほうへ向く。この狭間の中でわれわれ揺れているわけですが，その点で今施設で何が起こっているか，本当に看取りというのが行われているのかどうか。その具体的な内容等を前田さんからお話しいただいて，皆さんとご一緒に，その点からも少し考えてみたいなと思うのです。

後で，会場の皆さんからの質問，あるいはご意見等をお伺いしますので，今お話を聞いていただきながら，いろいろ思いをめぐらしてみてください。それでは前田さん，お願いいたします。

（前田氏）　お手元にあります資料のほうには，レジュメのような形で資料を添付しておりますが，あちらのパワーポイントのほうを見てお話を聞いていただければと思います。

看取り介護の現状と課題ということで，特別養護老人ホームの場合と書いてありますが，私の所属している施設の実態ということで報告をさせていただきます。まず，私どもの施設，三つ建物があるんですけれども，高齢者ケアセンター甲南という特別養護老人ホーム，介護型ケアハウス，住宅型有料老人ホームというものがありまして，それ以外に，ショートステイ，小規模多機能型居宅型介護サービス，それと高齢者ケアセンター甲南診療所を併設しておりまして，ドクターのほうは，有料老人ホームのほうに住まいながら 24 時間待機していただいているというような状況でございます。

なぜ，この施設の紹介をしたかといいますと，介護型ケアハウス，この特別養護老人ホームのほうは，先ほどもご説明させていただきましたとおり，入居時点で 80%から 90% の方が認知症です。私どもの場合は，入居時点で看取りの同意は取りませんですけれども，意向確認をさせていただいております。

一方，この住宅型有料老人ホームのほうは，入居時自立の方ですから，認知症の方がほとんどいないということで，このケアハウス，特養のほうは，本人の意思というよりは家族の看取りの意思が反映されやすい，一方でこの有料老人ホームのほうは，ご自身の意思が反映さえやすいということでございます。

そういった中で，私自身もいろいろ葛藤があるわけですけれども，今日は，この特別養護老人ホームのほうの実態についてお話をさせていただきます。

まず入居者の状況ということですが，平均年齢が 85 歳ぐらい，まだ開園して３年ですから，まだまだ若い施設でございます。全国の平均が大体 87 歳から 88 歳ぐらいだと思います。平均要介護度が 3.7%で，私どもの施設の特徴としては，自宅から入居する方が 18 名，老健から３名，５名ということで，自宅から入居する方が非常に多いということでございます。これは地域性ということも強くあるのですけれども，自宅からの入居が多いということでございます。

後ほど申し上げますが，特養の配置医師制度，嘱託医というものが制度上位置付けられているわけですけれども，特養に入居した時点で，その時点で，それまでの主治医と関係を切って特養に配置している配置医師が主治医として機能するということになるわけですが，その辺は医療制度上の課題もあってそのようになっているとは思うのですけれども，そこも一つ特養の医療ということでの課題かなと思っております。あと待機者の方が 70 名，今現在おられます。

先ほど言いましたように，施設の特徴としましては，自宅からの入居者数が大変多いということですけれども，同一法人内の他の施設の状況を見てみますと，療養病床などの医療施設からの入居者が年々増加傾向にあります。増加傾向にあるというのは，これはかつてからそのような傾向がありましたが，医療依存度の高い方がやはり増加傾向にあるということと，これも先日ありましたが，リハビリ病院に入院されている方が，回復期の段階で 90 日制限ということで，回復期の段階でリハビリを終えて施設に入居してくるということで，となると施設のほうでは PTOT，私どもの施設の場合は不在なのでなかなかしっかりとしたリハビリテーションを提供するということができにくい状況になっているということ。

あとこれは在宅の場合ですけれども，病院の都合で退院して，病院の都合というのは病床閉鎖とか，そういった都合で退院し，その後ショートステイ利用後入所するという方が多くなってきているのですけれども，そのときに病院からの入院患者の入所に対するアプローチが増加しているということ。これは MSW であるからとかのアプローチというのは従来からありますけれども，病院の経営者からのアプローチがどんどんどんどん増加してきて，何とか入所を優先的にしてほしいというようなアプローチが増えてきております。

私どもの周辺の病院についても，やはり療養病床の削減に伴って病院の病棟閉鎖や縮小，または改編が増加傾向にありまして，一方で先ほど言いましたように，あまりにも医療依存度が高すぎて，施設のほうでも入居お受けできない，そして病院も入院できないということで，行き場のない高齢者の方も年々増えてきているのではないかと思います。

待機者の状況ですけれども，当施設の待機者今 70 名ということで，施設が地域密着型サービスということなので，神戸市の方しか入居できないということもあって 70 名しかいないということですが，同一の法人内の施設では 100 名から 200 名，最近増え方がかなり急激に増えてきているというところでございます。

私が以前いた職場や知人の施設では，やはり 700 名から 800 名も待機者がいるというよ

うな施設もございます。その中で，やはり先ほども言いましたように，やむを得ず退院する方もいるということで，かなり医療依存度の高い方をショートステイで受けたり，または在宅で終末ケアをしている方を，介護者の介護負担を軽減ということでショートステイでお受けしていると。当然その場合，ショートステイを利用中に亡くなるということもあり得るわけで，そういったときには様々な同意をしつつ受け入れているということでございます。

それと病院からやむを得ず退院せざるを得ないという状況の中で，昨日もご家族の方ともお話しましたが，87 歳のご主人が 84 歳のおばあちゃんを病院から引き取って，やむを得ずですね。しかも，奥様の状況は要介護５という状況の中で在宅ケアを始めなければいけないというような方も増加傾向にあるといえます。

看取り介護の現状ということですけれども，現在この３年間までに退所された方が 11 名おられますが，退所理由につきましてはいずれもお亡くなりになられたということですが，その中で看取りケア，加算を対象とした方は５名で 45.5%です。これが多いのか少ないのか，何とも言い難いところですけれども，施設としてはご本人，ご家族，医師，施設で協議をして，施設での看取りをご希望する場合には，積極的に受け入れているということでございます。

報告にもありましたように，看取り介護指針，またはマニュアル，または同意書などを作成し同意を得ていますが，同意については入居時に意思確認をしつつ，そして看取りの段階になったときに同意書はいただくのですけれども，状態が変化する都度，その都度いただくようにしております。

看取り介護の課題ということですけれども，冒頭言いましたように，入居者本人の同意確認が困難になってきているということです。施設入居時のやはり 90%の方がアルツハイマー等の認知症によって判断能力が低下した方ですので，やはり本人の意思というよりはご家族の意思ということが，現場としては優先されているということでございます。

そのときに，私が常々思っていることは，病院で亡くなるよりは施設のほうがいいんだと。その選択する理由は一体何なんだと。やはりご本人にしてみると自宅を希望しているはずなんじゃないかなと思っております。先日も入居者のご家族の方から，自分の母親が施設で看取られるということについて，意思表示をしているので前田さんも一緒に立ち会って一筆書いてほしいということがありました。私がサインしようとしているときに，息子さんが部屋からトイレのほうに行かれたので，私が本人に，本当は自宅でしょう，本当の気持ちはどうですかと言いましたら，本当はやはり自宅で亡くなりたいということをおっしゃられていました。じゃあどうしてと聞きますと，やはり息子たちには迷惑をかけられないということですね。それと，お金の問題もあるということでしたけれども，やはり本人の希望というのは自宅ではないのかなと思います。

そういったこともあって，私どもの施設，小規模多機能型居宅介護サービスといって月額固定のサービスがありますので，先日もお一人在宅でこの小規模多機能サービスを利用

しながら看取らせていただくということをしましたが，これからもご本人たちの希望があれば特養で看取る段階で，小規模多機能サービスに切り換えて在宅で生活を復帰していただきながら在宅で看取るということの支援をしていかなければいけないと思います。

あと医療行為については，看護師が 24 時間不在のため吸引をどうしても介護職員がせざるを得ない状況は，報告にもありましたように実態としてあります。これは，私が介護の現場に入った 20 年前から実はこの問題はありました。最近つとに強調されていますが，やはり現場の実態としては看護師が 24 時間いない，人数も少ないという状況の中で，特に看取り介護をしなければいけないような状況にありますと，吸引等をしなければいけないというようなことがどうしてもあります。

最後になりますが，特養の現状と課題ということで，医療制度ということについて言いますと，冒頭言いましたように配置医師，特養には配置医師，嘱託医というものがおりますけれども，それによって施設入所によりこれまでとの主治医との関係がとぎれてしまうという問題があります。

施設入所，特に入所時というのは，いろいろ社会の調査でもいろいろ明らかになっていますが，やはり一番ストレスフルな出来事であって，様々な心身機能に支障を来すということになったときに，また新たなところに転居しなければいけないというご本人が様々な不安を抱えるときに，これまでずっと支えていただいていた主治医の先生との関係もとぎれてしまうというのは，やはり大きな問題ではないかと思っています。

現状では，嘱託医がメインで治療をするということになっていますが，できれば主治医がメインとなり，それを嘱託医師がサポートするような仕組みが必要ではないかと思っております。

といいますのは，ケアハウスのほうは在宅，自宅という扱いですので，診療報酬請求所も自宅と同じ請求ができるわけですけれども，特養のほうは初診料，再診料が請求できないということで，ドクターのほうも熱心に来てくれる先生もいれば，来てくれない先生もいるということでやむを得ず嘱託医という仕組みができているのだと思いますが，やはり特養，ケアハウス，特養も実態としてはホテルコスト取っているわけですから，制度上は同一にすべきではないかと思っております。

あと，医療依存度の高い入居者の入所及び看取り介護を適切に実施するためにも，早く介護職員の医療行為について整備が必要だと思っています。様々な試行的な取り組みも行われているようですけれども，これはいち早くしていただきたいと思っております。

それと在宅で看取ることの体制整備ということで，かつての日本の一つ文化であった家で看取るということまでにはいかないにしても，やはりご本人が希望すればできるだけそれを支えることができるサービス体系を整備する必要もあるのではないかと思っております。多少時間をオーバーしてしまいましたが，以上で終わります。

（池田コーディネーター） どうもありがとうございました。拍手ありがとうございます。次に，新田さんにお願いすることにいたします。今，医療依存度の高い高齢者が施設のほ

うに移ってきていると。それによって介護職員と看護職員の連携の問題が重視されること，さらに嘱託医，主治医との関係が重要とのご指摘がありました。

現在，在宅で死にたいという希望の方は約８割いるのですが，実際は施設か病院で亡くなっているという現状があります。そのようなことを踏まえて，今病院でのターミナルケアがどうなっているか，これについて新田さんからのお話をいただければと思います。

（新田氏）　先ほどの中で少し全体像，総論的なことも含めてちょっと話したいと思います。この表は多くの方が目にしているかわかりませんが，1955 年のときの病院死は 20%で，在宅は 80%あったということを示しております。そして戦後の高度成長期，家族介護の崩壊等によって，現在在宅死が 12%，病院死が 80%以上であります。厚労省は 1980 年以降在宅医療の診療報酬を掲げたにもかかわらず，この数字はそれほど変わっておりません。

これは世界で見た病院死と在宅死の割合で，日本が一番上ですね。病院死の多い割合が 80%占めていると，その次がカナダですか。そしてアイルランド，オーストラリア，デンマークと，韓国は病院死は 20%です。日本は世界に比しても病院死の時代を今現在迎えているわけです。

その中で，病院での医療現場の終末医療はどうなのかということなのですが，病状が在宅で悪化した場合，本人の苦痛が在宅で困難になるということで病院に運ばれるわけですが，病院に運ばれると病院医療の中で苦痛を除去することはある程度可能だということですが，しかしながら３つの問題点があります。

第１に，病院の終末期医療というのは診療報酬点数が低いということです。第２に，病院で死を看とることが，病院の医者のアクティビティ，あるいは看護婦さんのアクティビティの低下につながる。さらに，他の入院患者の影響，当然入ってきた人が次々と死んでいく中で医療を行うという，そうした大変な影響があるということを含めて，病院での終末医療は現状では非常に困難だと思っております。

そして，しかしながら確実に病院死が求めるわけですので，都内でいうと十か所ぐらいは，少し頑張っているというところがあるのですが，多くの病院は片手間になります。片手間で行っている終末期医療，それが実態だと思ってください。

さらにホスピスとなると，病院併設型ホスピスと併設でないホスピスとでは，医療依存度は非常に違います。病院併設型は医療が確保される。病院併設型ではない，あるホスピスでは，医療が保障されない，といった実態もあることは事実であります。

さらに病院での看取りということは，医療ではないと，多くの病院の医師は考えております。病院の医師が医療と考える場合は，呼吸が止まってはじめて医療と考えるわけですね。呼吸が止まったとたんに心肺蘇生を行う，これからは医療行為ですね。結果として当然死があるわけで，病院の看取りというのは，それほど病院の医師にとっては医療行為の概念からはずれていることになります。

今後看取りについて考えた時，長寿から天寿への発想の転換の中でおそらくいわゆる医療のキュアからケアへと発想の転換が必要です。医療におけるパラダイム変換が基本的な

ところで必要になると思っております。

これは，昨年の東京都の在宅の現状です。トップは高齢で脳血管障害，認知症，そして運動障害，そして肺葉症候群，悪性心性，これが今在宅で行われている患者 1,826 ほとんど東京都の統計であります。

そして，各地域の診療所です。医療機関がどのように行っているか。917 という数字の診療所ですが，在宅医療を多くの診療所がされていまして，１人から４人の看取りを行っている医療機関が 75%，10 人以上 12%です。在宅医療を行う医療機関の東京都における現状があります。

これは入院が必要になったケース，その在宅の緊急入院の内訳というのは，重篤な状態への急変がった場合が，もちろん 74%と多いんですが，一時的な発熱があって 49%が入院している，これはよく理解ができない話で，このぐらいの医療というのは当然できるわけで，私自身の在宅でも現在末期患者が大体７，８名いて，たえず何かが必要。そして酸素吸入，あるいは吸引，毎日点滴が必要な人が大体７，８人います。そういう中で，重度化した症例も多くあり，在宅というのは医療の重度ではなく介護の問題です。医療的重度はあまり関係なく，在宅で可能です。と思っていただければと思います。

そして在宅の現況というのは，東京都の高齢化の問題ですね。65 歳の単独世帯というのは，12 年度 38 万 8,000 からせいぜい 38 年度には 78 万世帯，そして 65 歳以上の夫婦のみ世帯は 37 万から 58 万世帯とこういった介護のない状態が，これから起こってくる。そうしたときに，在宅を果たしてどのように可能にするかということが課題だろうと思います。

長期療養が必要になった場合に困難がある。これもアンケートですね。これは東京都のアンケートで，多くの方は，在宅にはいたいけれども家族に負担をかけるからと，それで難しいというのが 83%です。療養できる部屋やトイレなど住宅環境が整っていない。急に症状が変わったときの対応が不安だから 40%，そしてお金がかかるから，往診してくれる医師がいないから，訪問看護体制が不十分だから，介護してくれる家族がいないからと，そのような順番になっております。

現在の課題として，こうした高齢，大都市の東京は特に高齢化します。現状の医療制度のこういった状況でどのような，身近な場所で適時適切な在宅医療受ける仕組みが必要ということで，昨年から東京都も事業を始めております。さらに 365 日，24 時間体制をつくることをどうするか。そして地域連携をどうするかということが重要な課題だろうと思っております。

そして，ちょっと総論的な話をしますと，ターミナルという言葉を使うのですが，2006 年４月に実施された診療報酬改定で，はじめて保険診療の中でターミナルという言葉を使っております。また，ここでも書いてありますように，終末期とかターミナルとか，非常に言葉の矛盾が多いんですね。ターミナルというのは，基本的にはアメリカのホスピスケアから出てきて，死が予測される６か月以内の方をターミナルというのが基本だろうと思います。ただし，それではちょっときついので，エンドオブライフという言葉があると思

いますが，エンドオフライフというのは，死が予測されない場合，高齢者などは特にそうですよね。その場合は，エンドオブライフでもいいだろうし，それを日本語訳すると終末期医療でもいいだろうなと私自身思っております。

日本で最初こういった言葉が出たのは，皆さんご存じだと思いますが，エリザベスキュウプラロスの「死の瞬間，死にゆく人々の対話」というのが，1971 年でおそらく日本で出版されていると思いますが，このときはじめて全人的包括ケアということを日本で始めております。

その後，われわれ日本の中でホスピス，ターミナルの考え方がだんだん進んできたと考えておりますが，ただ，ホスピスというのはもともと死にゆく人々に対して，何も治療しない，見守るというケア，優しく見守るということがホスピスであって，苦痛を解消するための医療が必要となり，緩和医療です。緩和医療には医療が必要なんです。究極の本来のホスピスというのは，医療を必要としない医療というふうにそこも分けられて考えられたらいいかなと思っております。

私は，終末期の認知症の患者さんにも緩和医療が必要，先ほど言われた吸引とか，必要であれば最低の水分補給，これは重要だと思っております。

それで，基本的な考え方が今言ったようなことなのですが，なぜ問題なのかと，癌とかエイズとか，明らかに６か月以内に予測される死はよろしいのですが，今の究極の問題点は，高齢者です。あるいは認知症，こうした高齢者が，死が予測されないために，どういったコンセンサスを持っていくかということがなかなか一致しない。

先週，デンマークへ行って高齢医療の実態を調査する機会がありましたが，デンマークで経管栄養をしている人はどこも見たことがないんですね。カナダでは経管栄養は多いです。アメリカも多いですね。スウェーデンも何か所かあります。ただ，デンマークは１人も経管栄養はいません。世界各国違いを見せる上で日本的な終末期をどうするのかということは，これから大きな課題だろうなと思っています。

こういった医療を私自身は，マスローの欲求段階説というのがありまして，そのような観点から終末ケアをするのが一番基本かなと思っております。基本的としては，生理的欲求という例えば肉体的苦痛ですよね。これを基本的になおさない限りは，次の安全とか，愛情とか，あるいは自己実現ということはあり得ないだろうと思っております。

ただし，これは癌に関してです。認知症になるとこれは逆だろうなと，認知症の方というのはあまり苦痛とかそういうのがないので，多くは自己実現の世界をいかにつくってあげるか，終末においても，このような考え方，癌の場合と逆転するのではないかなと思っていて，その自己実現のために私たちはどうすればいいのかというふうに思っております。

QOL の問題になります。QOL の問題は，これは法律論的な問題もあるのです。QOL，クオリティオブライフをどう訳すか。生命の質と訳すと，生命の質には差があるのかという問題になります。例えば認知症重度の人たちの生命の質と，普通の高齢者の生命の質，あるいは重度知的障害者の子どもの生命の質と普通の子どもの質はどうなのかと。それに

よって例えば対応する医療はどうするのかという話であります。

だから，ここがとても難しい話で生命の質と，それに関わる最善の医療の問題，これがおそらく川崎幸事件でもそうなのですが，たえずわれわれが求められるのが最善の医療は何かということを法律的な考えを含めながら，私たち医療者は対応していかなければいけないなというふうに思っていて，ちょっと僕の発表ではなくて提案になってしまったのですが，どうも申し訳ありません。

（池田コーディネーター）　どうもありがとうございました。新田さんの著書に「家で死ぬための医療とケア」という，医歯薬出版社から出ている著書がございますので，ご購入してみてください。

新田さんからは，フィロソフィー，哲学的な視点，キュアからケアに移行するにあたって，さまざまな視点が指摘されました。そこで，先ほどから事前指示書というお話も出していますので，生命倫理の観点からこのターミナルケアについて，事前指示書からは，どう考えるかというお話をしていただきたいと思います。この点，箕岡さんに，お願いしたいと思います。

ところで，これからは，これまでのお話とちょっと違いまして，生命倫理という哲学的な分野が入っていきます。「人間の尊厳」ということが言われます。これについては，その人のあるべき姿と説明され，それはどうゆうことなのか，そこをさらに考えていこうという視点も必要のようです。そして，これが事前指示書というものが，ご本人，医療，ケア関係者，家族，それから代行者，その方々との間のいろいろな意思疎通が図れる，そのような一つの道具といいますか，介在するものになりうるのではないかという方向の話になるかなと思います。では，お願いいたします。

（箕岡氏）　先ほど申し上げましたように，バイオエシックス，生命倫理という分野の研究をしております東京大学医療倫理学分野の箕岡と申します。

本日は，法律家の先生の基調報告を受けまして，生命倫理の視点からのレスポンスという形でお話をさせていただきます。29 ページからレジュメがあると思いますので，ご参照ください。

まず，同意無能力者の医療同意の問題についてです。医療同意，自己決定をするためには，意思能力というものが必要です。まず，１番目に意思能力があるのかないのかの問題，そして意思能力の評価基準の問題，そして誰が判定するのかという問題がございます。

そして，意思能力がないと判断された場合の代理判断の手順の問題，これには１番目に事前指示の尊重，２番目に代行判断，３番目に最善の利益判断というものがございます。そして３番目に，誰が代理判断者になるのかというような問題があります。

意思能力，コンピテンスと申しますが，コンピテンスの構成要素といたしましては，まず１番目に，自己の決定の結果を，選択の結果を表明できること。そして２番目に，情報を理解できること。そして３番目に，状況の認識ができること。そして４番目に論理的思考ができること。そして選択した結果が合理的であることが必要です。

ここで言う医療同意に関する意思能力，コンピテンスは，必ずしも成年後見法における能力，すなわち事理弁識能力と言われているものと同じものを指しているわけではありません。例えば介護保険契約は，契約ですから本人に事理弁識能力があることが必要ですが，医療同意能力に関しましては，ただ，医療やケアの内容を理解して決定ができるか，できないかの能力についてのものと考えていただいてよろしいかと思います。

例えば，今後増加が予想される認知症高齢者の意思能力についてですが，認知症患者すべてが自己決定が不可能とは言えないわけです。医療同意に関する意思能力は，具体的医療行為ごと，そしてその都度に判断しなければなりません。意思能力は特定の課題ごと，そして経時的に，そして選択結果の重大性に応じて変わると言われています。

したがいまして，意思能力を固定的に考えてはいけませんし，また残存能力を引き出す努力を惜しんではいけないわけです。また，その医療侵襲の大きさによって，意思能力の評価基準をスライド尺度化するということも言われております。したがいまして，必ずしも医療に関する同意能力・意思能力と法的能力は相関していない場合があります。

患者本人に意思能力がない場合，代理判断というものが行われるわけですが，１番目に事前指示，２番目に代行判断，３番目に最善の利益判断が行われることになります。この３つの順番は倫理学的視点からも大切です。

それはこの図にありますように，事前指示が患者本人の意思を最も多く反映し，代行判断，そして最善の利益判断にいくほど患者本人の意思にかわって，代理判断者の意思が反映されやすくなるからです。

まず１番目の事前指示，アドバンス・ディレクティブは，意思能力が現在正常な人が将来判断能力を失った場合に備えて，治療に関する指示を事前に与えておくことです。その内容は１番目に，望む医療処置と望まない医療処置について。これを書面に表したものがアメリカのリビングウィルです。そして２番目に，医療に関する代理判断者を指名すること。これはアメリカにおける DPA と言われるものです。そして DPA 医療任意代理人になれない代表が，その患者に医療を提供する人であるということは，ぜひ記憶にとどめておいてほしいと思います。

事前指示の次に実施されるものが代行判断で，現在意思能力がない患者が，もし当該状況において意思能力があるとしたら，行ったであろう決定を代理判断者がすることです。

そして事前指示がなく，代行判断もできない場合には，この最善の利益判断に基づいて，本人にとってもっともよいと思われる決定を代理判断者がします。　すなわち，治療による患者さんの利益が，本当に患者さんの負担を上回っているのかどうかを考えることが最も重要なことになります。

医療に関する代理判断をする人は，患者によって指名された代理人，これはプロキシー proxy といいますが，意思能力を失っている患者に代わって判断する人，一般を指すサロゲート Surrogate があります。日本には，このような概念的区別，言葉の上での区別はありませんが，このように言葉の上で区別いたしますと，大変わかりやすいと思いますので，

そのような意味合いで今日は用いさせていただきたいと思います。

患者本人の意思で指名するヘルスケアプロキシーHealth Care Proxy は，患者のAutonomy，つまり自己決定権を尊重するものといえます。しかし，ヘルスケアプロキシーに実効性を与えるためには，やはり事前指示，アドバンス・ディレクティブの普及が欠かせません。また，患者自身が，ヘルスケアプロキシーを指名しなかった場合には，手続的公正性を確保する意味においてもサロゲートを決める必要があります。そうでなければ，家族・親族の中で，ただ強く意見を述べる者の考えが押しつけられてしまうことになりますし，また家族の中で意見の不一致があった場合には，判断に迷うことになります。

では，サロゲートはどのように決定するのか，優先順位をつけるのかにつきましては，１番目に，関係者間で話し合って決めるという方法。そして２番目に，法律で優先順位を決めるという立法的な解決。そして３番目には，アメリカのペンシルバニア州で行っている方法ですが，医療ケアチームが観察をして，誰が最も代理判断者として相応しいのかを決めるなどの方法が考えられると思います。

繰り返しになりますが，以前の厚労省の終末期ガイドラインのたたき台にありましたような医療ケアチームが最終的な代理判断者になるというシステムは，患者の自己決定権が名ばかりのお題目にすぎなくなってしまい，形骸化してしまう可能性がありますので，やはりパターナリズムへの逆行と言わざるを得ないと思います。

家族による患者意思の推定が許される場合が，平成７年の東海大学事件判決で示されております。一般的には患者自身の意思表示がない場合，あるいは不明な場合は，延命治療の中止差し控えはしないで，標準的治療が実施されるのが原則だといえます。しかし，すべての患者さんが自分自身の終末期について，それを予測して考えているわけではないという現実がありますので，事前指示がなければすべての延命処置を望んでいると推測するのも実際的ではない場合が現実には多々あります。

傍から見て明らかに過剰な医療であり，患者個人の最善の利益に一致しているとは思えない，あるいは患者の尊厳に配慮していると思えない，でも訴追されたくないから延命治療は実施するという場合があるわけです。

したがいまして，「患者自身の事前指示が不明な場合，家族の意思だけで足りるのか？」という問題につきましては，患者と家族の関係がよくなかったり，あるいは利益相反がある場合には，患者さんを害することにもなりますし，難しい問題でして，もし認めるとしても手続的公正性など厳格に考えていかなければならないのではないかと思っております。

したがいまして，手続的公正性確保のためのシステムづくりが必要となります。１番目に代理判断者，サロゲート決定の過程において。２番目に治療方針決定の過程において。そして３番目に決定内容の適切性の審査において，それぞれの過程において関係者間のコミュニケーションが十分にとれるシステムをつくること。中立的第三者の意見を聴取することのできるシステム，そして透明性が確保できるシステムということになります。

中立性，透明性などを確保するために，このような倫理コンサルテーション，内容は後

で読んでいただけるとよろしいと思いますが，あるいは倫理委員会というシステムを利用していただくのも，一つの方法ではないかと思います。

海外では病院だけではなく，介護施設にもナーシングホームエシックスコミッティ Ethics Committee として既に普及しておりまして，先ほど基調報告でご提案がありました看取り委員会に相当するものではないかと思います。

終末期医療における合意形成には，十分なコミュニケーションが重要です。すなわち，意見の不一致やコンフリクトがある場合には，独断はしない，１人で決めないことが大切です。もし事前指示で，医療に関する代理判断者 proxy が指名されている場合には，そのプロキシーがコミュニケーションの中心となり，関係者間の意見調整，コミュニケーションの中心的役割を担います。プロキシーが指名されていない場合には，関係者の中で surrogate を決め，surrogate が関係者間の意見調整，コミュニケーションの中心的役割を果たします。

医療ケアチームは医療専門家の立場から，家族や本人が明らかに間違った選択肢をとらないように，適切かつ十分な医学的アドバイスをする役目をいたします。そして，それを受けて，患者あるいは代理判断者サイドが意思表示をいたします。

実際，医療ケアチームの意見が採用されることが多いのは事実ではありますが，医療ケアチームは，形式的には最終決定者であるべきではなく，医学的アドバイスをする役割であって，あくまで最終決定者は本人，あるいはその代理判断者サイドであるべきだということです。

このように代理判断者は，関係者間の意見の調整の中心となり，これは法律用語では同輩中の主席というのだそうですが，コミュニケーションの中心としての役割を担うことになります。これにより，代理判断者，家族，医師など，それぞれの個別責任の過度の重さが緩和されることになりますし，独断に陥る危険も減ります。

そして，患者サイドと医療ケアチームの間で意見調整ができない場合には。このように倫理コンサルテーションや倫理委員会がアドバイスをするというシステムです。

次は，認知症高齢者におけるターミナルケアに対するレスポンスです。看取りという言葉には，平穏な死とか自然な死など，あたかも人間の尊厳が守れるやさしいイメージがありまして，何も問題がないのではないかというようなイメージがありますが，‘看取り’を厳格に定義いたしますと，「無益な延命治療をせずに，自然の経過で死を迎えさせること」ですので，医学的問題だけではなく倫理的問題，そして法的問題が内在しているということになります。

私たちは，現在認知症の中でもアルツハイマー病を中心に終末期の問題を考えております。なぜなら，アルツハイマー病は，進行性・不可逆性であり，その病気の経過がある程度一定で予後が予測しやすいからです。つまり，終末期がいつからかがある程度はっきりしているということです。

そして，アルツハイマー病の FAST 分類７になりますと，嚥下困難が出現し，PEG など

の延命治療，すなわち人工的水分栄養補給の問題が出てまいります。

そこで，ここで大変大切な倫理的論点，『患者意思によって延命治療しないこと』と，それから『安楽死』とは異なる概念であると倫理的には考えられているということを確認しておきたいと思います。

『患者意思によって延命治療をしないこと。』これは患者が‘最期の瞬間（とき）’まで尊厳を持って生きるために，本人の「延命治療をやめて，病状支援の経過に戻す」という意思を尊重することです。

それに対しまして，積極的安楽死は患者の命を終わらせる目的で「何かをする」ことであり，消極的安楽死は患者の命を終わらせる目的で「何かをしない」ということです。倫理的には，積極的安楽死はいかなる理由があっても，禁止されていると考えられますが，この『患者の自己意思によって延命治療をしないこと』は，患者の価値観や自己決定権を尊重することになり，倫理的にも許容されます。

‘Cure Sometimes－Comfort Always’，日本語に訳しますと，「時に治療，常に快適なケア」という終末期緩和ケアのスローガン。これは本人の事前指示に従って延命治療をしないということ，すなわち‘看取り’に入るということは，必要な治療やケアをしないことではないということです。

本人の要望，事前指示により‘無益な延命治療’，あるいは‘苦痛や死の経過を長引かせるだけの延命治療’をしないことは，倫理的に許容されることだと思います。しかし，これは‘必要な治療やケア’をしないことではないということです。

緩和ケアとは，延命治療を差し控える，あるいは中止して，患者の身体的，精神的苦痛を緩和することを目的とするものです。今までは主に癌末期の患者さんにおいて実施されてきましたが，在宅や介護施設などの看取りにおいても，緩和ケアの概念の重要性が次第に認識されてきております。

実際，海外では，終末期認知症患者に対して「緩和ケア」，「ホスピスケア」の手法を取り入れた取り組みが既に始まっております。「延命治療をやめて看取りに入る」ということは，言い換えますと，「介護における緩和ケア，ホスピスケア」を実践するということになります。

ここでアルツハイマー病において，ターミナルケアから End-of Life Care へ，という提案をしたいと思います。ターミナルという死亡診断をする短い時間ではなくて，End-of-Life, End-of-Life Care，エンドオブライフケア，すなわち尊厳に対して配慮するのに必要なもう少し長い十分な時間，期間を考えるということです。

もし，本人が延命治療を望んでいないのであれば，ぎりぎりの時点まで過剰な延命治療を実施することは，尊厳に配慮した end-of-Life，終末期ケアとはいえないということです。本人が望む平穏な終末期の「治療のゴール」や，QOL を配慮し，エンドオフライフと判断されたのであれば，時宜を逸しない緩和ケアが実施されるべきであるということです。

また，終末期認知症患者における延命治療である人工的水分栄養補給，経管栄養につき

ましては，海外では有効ではないという医学的データ，エビデンスが出ております。

簡単に要約いたしますと，PEG は経口摂取→誤飲→肺炎のサイクルを断ち切ることができない。そして経口摂取患者群と PEG 実施患者群において，生存率に実は差はなかったんだと。したがって PEG は終末期認知症患者の標準的治療手技とすべきではない。まず，PEG ではなくて，経口摂取の努力が第一とされるべきであると，この論文は結論づけています。

しかし，このような終末期認知症患者にとって，延命治療である人工的水分栄養補給が有効ではないという医学的エビデンスがあっても，本人の事前指示がなければ，医師は PEG という技術がある以上，実施しなければ餓死させたと訴えられるかもしれないと危惧しまして，やらざるを得ない状況にあるわけです。

それでは最後に，「事前指示アドバンス・ディレクティブ」について，少しお話をさせていただきたいと思います。

『50 歳になったら考えよう！』これはオーストラリアにおける事前指示普及キャンペーンのパンフレットの表紙です。50 歳なら，まだ自分自身のことを自分で決めることができ，それを周りの他の人々に伝えることができます。実際，介護施設入所の際に看取りの意思確認を行おうといたしましても，施設入所の８割以上は認知症ですし，既に意思能力がない場合が多いわけですから，本人は事前指示をすることができず，結局家族が，あるいは周りの人が何でも決めてしまうことになるわけです。

現在，アメリカでは事前指示が大変重要であると考えられているわけですが，このようなコンセンサスは，一朝一夕にできあがったわけではありません。様々な事件や判例を通じて，国民的議論がなされまして，はじめて臨床現場のコンセンサスが形成されてきたわけです。アメリカの 1990 年のナンシー・クルーザン裁判によって，事前指示の重要性が認識されまして，『患者自己決定権法』が制定され，また代理判断者を指名する，『医療に関する任意代理人制度 DPA』に関する法律が制定されるようになりました。

多くの終末期ガイドラインの１番目には，このように「患者の意思・事前指示の尊重」がきます。しかし，実際は，特に日本におきましては，事前指示の普及は進んでおりません。事前指示が普及していない状況では，たとえいくらよい終末期のガイドラインが作成されても，その実効性は形骸化してしまうわけです。

事前指示が有用な理由として，患者さんの価値観や自己決定権の権利を尊重することになる。あるいは，家族が憶測することに対する心理的苦痛を軽減することになるなどがありますが，本日特に強調いたしたい点は，事前指示は有用なコミュニケーションツールとなり得るということです。事前指示を作成するプロセスそのものが，医療ケア専門家と，患者さんや家族とのコミュニケーションを促進させて，信頼関係をさらに深くすることになるということです。

本日は，この事前指示書，『私の四つのお願い』を使いまして，次のシンポリストである小野さんが，事前指示書作成における対話のプロセス，コミュニケーションのプロセスが重要だということを，実践を通じて，皆様にお伝えしていただけると思います。

この『私の四つのお願い』という事前指示書は，延命治療を受けたくないという望みだけではなく，延命治療を受けたいという望みを記入することもできるようになっております。

私の生命倫理の立場からのコメントは以上です。終末期医療，看取りという難しい問題に対して，もちろん生命倫理が回答を出すことはできませんが，皆様がご自分自身で考えていただく際の一つのツールにしていただければありがたく思います。ご清聴ありがとうございました。

（池田コーディネーター）　どうもありがとうございました。現在，厚労省のアンケートでもリビングウィル，事前指示については，全体としては６割以上の方々が必要だという回答をしていますね。ただ法制化については，まだ４割程度の認識にとどまっているんですね。この点も含めて，今箕岡さんからお話がありましたが，今度は，小野さんから，この四つのお願いという事前指示書を使った，終末期医療についての，実践のお話をいただきたいと思います。

今の四つのお願いについては，先ほど申し上げましたが，40 部窓口に置いてあります。またダウンロードもできます。また，「高齢者ケアにおける介護倫理」という医歯薬出版社からでている，稲葉さんと箕岡さんの共著の書籍がございまして，その中に，ホームページのアドレスが出ておりますので，ご活用いただければと思います。それでは小野さん，お願いいたします。

（小野幸代氏）　「50 歳になったら考えよう事前指示書」ということで，私今年で 50 になるので，だからここに呼ばれたのかなと思いながら，今お話を聞いていたのですけれども，事前指示書の実践の場面を少し皆さんたちに具体的にわかっていただきたく，今日スライドをつくってきました。

はじめに，在宅での看取りを積極的にしている中で，倫理的問題に触れることが多いと感じています。病状の進行に伴い意思能力が低下し，終末期ケアについて自己決定ができない状況でも，最後までケアは続けられます。そこで最後の瞬間まで，本人の意向を尊重したケアをするために，事前指示書作成の支援を看護ケアとして取り入れてみました。

その結果，事前指示書は作成するプロセスに意義があり，コミュニケーションツールとして活用でき，関係者間の信頼関係が深まることがわかりました。レジュメはそこにお渡ししている部分で，51 ページからなんですけれども，スライドのほうを見ていただいたほうがわかりやすいかと思います。

事前指示書の「私の四つのお願い」を選びました理由は，死をイメージしやすく，家族とともに考えられる内容であり，医療行為の是非や心のあり方を問う内容になっているからです。

私の四つのお願いは，四つの項目からなっています。重い病気にかかり，自分の意思を伝えることができなくなったとき，１から４の項目を明確にすることができます。

１，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を明確

にする項目。２，あなたが望む医療処置，望まない医療処置を明確にする項目。３，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どのようにしてほしいのかを明確にする項目。４，あなたの愛する人々に伝えたい内容を示す項目です。このスライドは，３番目の項目の内容の一部です。残された人生を快適に過ごすために，様々な日常的ケアについての質問があります。

私どものステーションで，実際にこの事前指示書の作成支援をした事例を３例ご紹介します。事例１，60 代女性，神経難病の方，病状の進行によりコミュニケーションがとれなくなり，代理人がいずれ必要になると予測されました。また，本人とご家族の意向の相違がありました。

事例の２，60 代の男性の末期癌，過去に父親の治療方針において家族間の意見の相違があり，今回も同様のトラブルが予測されました。

事例３，80 代男性，末期癌，キーパーソンが明確ではなく，病状の進行により症状管理が困難となる可能性が高く，鎮静剤導入が予測されました。

それでは，事例をもう少し詳しくお話しします。事例１は，２年半の関わりの中で死亡前２か月半に身体症状が顕著に悪化したころ，お互いの意見，考えを理解し話し合うという目的で，事前指示書の作成支援を行いました。夫と娘夫婦，孫娘の５人家族で，家族内の会話は普段から少なく，夫は治療を拒否している本人の考えを受け入れることができずにいました。本人は，自分の命は自分のもの，胃ろう，気管切開はしない，このまま何もせずに死にたい。気管切開を拒否するのはわがままではなく，それほどに今生きている状態は心が辛いのだと語られました。夫は，少しでも楽に長く生きてほしいとの意向でした。

このような意見の相違の中，事前指示書作成によってお互いの思いを知ることができ，家族内の意思疎通の改善が見られました。

退院後の約２か月の関わりで訪問開始し，２週間で事前指示書作成支援を行いました。消化器癌のため化学療法を受けられていましたけれども，病状の進行，体力の低下，QOL の低下があり，抗ガン剤治療を中止したいと本人は希望されました。治療を中止するのはいいけれど，他の家族が何というかと妻は不安を抱かれました。本人，妻が悩む中，事前指示書の説明をすると，躊躇なくそれを今すぐにでも書きたいと希望されました。

その後，末期癌でありながら脳梗塞を発症し，コミュニケーションが困難となりました。第１代理人に指名された妻は，代理決定者とはいえ１人では最終決定に不安を抱かれた場面もありましたが，その他の家族が，事前指示書に記入した本人の意向を尊重しようと妻を支えられました。遠方に住む弟さんも事前指示書に納得され，ご家族での暖かな看取りができました。

この事例２は，直接私が支援した事例です。事前指示書作成支援をする前は，私自身変化する気持ちを書面にする意味の戸惑いや，自分の思いを書面にして他者に見せるという不快感がないか，あるいはどこまで効力があるかなど，介入の抵抗感が私自身にありました。しかし，事前指示書の話しをしたとき，妻も本人も大変興味を示されたことに対して

私は驚きました。

このスライドは，事例２の方の療養中の様子を訪問看護の状況を示したものです。横の軸が時間の流れです。０時から 24 時，縦の軸が月の初めから末日になります。退院されまして，この黄色の部分が訪問看護に伺った時間です。ほぼ毎日のように訪問看護をしておりますけれども，この方は退院直後に腸閉塞症状が出現しました。症状コントロールのために毎日の訪問になりましたけれども，退院後２週間で事前指示書を作成されました。そのときの様子です。

その後，脳梗塞をここで発症されて，この時点から不全麻痺から完全麻痺，言語障害が出現し理解力も低下されました。自己決定も困難となり，事前指示書に示された内容に沿いケアを展開し，最期は自宅で家族の見守りの中で安らかに旅立たれました。

事前指示書作成に立ち会ったことで本人・家族の理解を促し，その場の雰囲気を和やかにし，家族間の感情的な対立を避けることにも役に立つと感じました。本人や家族の表情や声のトーン，表現の仕方，その場の雰囲気で微妙な心理面での変化がわかり，ケアを進めていく上で参考になりました。

事例３，認知症の妻と２人暮らしで，訪問看護は約１年の関わりの方です。ご本人は最期まで住み慣れた我が家で過ごしたいと希望されました。黄疸も顕著となり強い倦怠感が出現しました。病状の進行により，今後意思疎通が困難になることを本人とご家族へ伝えました。その後，事前指示書の説明をすると，ご家族は本人が死を意識し，辛い思いをするのではないかとやや困惑されました。

しかし，本人の意向を尊重したケアを再度説明したことにより，ご本人・ご家族は記入を希望されました。そして，娘の前で第１代理人を指名されました。事前指示書を作成した夜は，本人は娘たちに感謝の言葉を繰り返し述べられたそうです。

娘たちは，本人の意向を尊重したケアを展開され，この３人姉妹と認知症の妻を含めてご家族の絆が深まり，事前指示書を記入し 20 日後に一昨日亡くなられました。

これらの支援から，事前指示書はご本人・ご家族のコミュニケーションを促進し，本人は具体的なケアへのイメージができ，家族もそれを認識し，日常のケアの参加がスムーズに行えることがわかりました。また，患者が指名した第一代理人である家族の心理的負担が軽減され，安心感につながりました。

事前指示書作成支援で考えたこととして，延命治療を受ける・受けないなどの結果だけを見るのではなく，それまでに至る思いを知ることが大切であること。本人が正しい情報を知り，自己決定できる環境を整えること。関係性の中での自己決定が多い日本の家族関係では，本人を取り巻く家族の思いにも耳を傾け，本人の意向を尊重できるような家族支援も重要だということです。

終わりに，事前指示書作成支援を通して，事前指示書は本人の自己決定を支えるとともに，家族間のコミュニケーションを促進することがわかりました。この事前指示書作成支援において，導入のタイミングを見計らうことも必要であり，作成後も症状の変化に伴い

その都度記入内容を確認することが重要です。患者の自己決定を支えるために，末期癌や難病の方だけではなく，増え続ける認知症の方々への事前指示書の作成支援も検討していきたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

（池田コーディネーター）　小野さん，どうもありがとうございました。ただいまの発表によりますと，事前指示書というものが，インフォームドコンセントとリンクとなって，ご本人と家族による理解と選択を助けることになると，また，カンファレンスの重要なツールになっているというふうに，お話を聞けたと思います。

さてここで，今まではケアの現場，それから医療の現場，それから実践の結果などのお話を聞いて来たわけですけれども，今度は，法的観点から，このテーマについての問題点について，赤沼さんからお話しいただこうかなと思います。よろしくどうぞお願いします。

（赤沼・東京弁護士会）　私だけパワーポイントありません。法律家は，なかなか新しいこういう機械を使えないということの典型かもしれないのですが，最初のお二人は見事にパワーポイント使いこなしておりましたけれども，これだけパワーポイントが続きましたので，話だけというのもまた趣向が変わっていいのかもしれないと思っています。

最初に，少し問題を整理する意味で医療の同意ということは何なのかということを少し説明させていただこうかと思います。医療を受けるについては，同意を得なければいけないのだということですね。

他方で，なぜ専門家，医療については医師が専門家であり一番よく知っているわけだから，この人たちに任せられないのかと。あるいは医療の必要性については，医師が判断すればいいではないかという考え方もあります。

かつては，こういった問題は専門家に任せておけと，素人が口を出すな，余計なことは言うなという，そういった考え方もかなり強かったんですね。しかし，今はそうではありません。自分の人生は自分で決めるんだという考え方が非常に浸透してきていますね。医療を受けることも，自分の人生を決めることである。これは自分で決めるんだ。自己決定権であると。これは憲法にある幸福追求の権利に基づくものであって，憲法上もそれが裏付けられる権利であるということが，かなり認識されるようになってきた。

そういったことから，自己決定権に基づいて医療を受けるか受けないかも決めるんだといった考え方が広まってきたわけです。この医療を受けるについての同意をするということ，これについて，それではこれは一般の契約をするときの問題と同じなのか違うのかということも，また次の問題として出てくるんですね。

さて，それでは医療を受けるときにはどういう手順を踏むかというと，病院へ行って医療を受けたい，診療を受けたいということで契約をするわけですね。だけれど，それだけでは医療は受けられない。実は，例えば一番わかりやすいのは手術を受けるときですね。手術を受けるときは，直前に手術の同意書というのを取られますね。病院へ行って医療を受けますよと言っているのだから，手術の同意書などはいらないのではないかというふうにも考えられがちなのですが，具体的にどんな医療行為が行われるのか。つまり，身体に

傷をつけるわけですね。これ医的侵襲という言葉を使うのですが，身体を切り刻むということになるわけで，これについては，その行為について個別に同意が必要なんだということなんです。

だから，医療を受けたいということで病院の窓口を叩いて保険証を提示した。ここで医療受診の契約ができるということになるのですが，それだけでは不足であって，さらに個別の注射を受ける，あるいは手術を受ける，そういったことについての同意が必要だということになるんですね。これが医療についての同意なんです。最初の契約をするところの承諾，契約をする行為ではなくて，個別の医療を受けるについてのそのときの同意を医療に関する同意と言っているわけです。

これは刑法で言いますと，実は身体を切るということ，手術をするというのは身体を切るわけですから，これは端的に傷害になるんですね。刑法上の犯罪ともなる傷害行為です。医師が行ったとしても同じことなんです。もちろん，医療行為という目的的な正当性というのはあるのですけれども，しかし，仮に本人が拒否しているのにそういったことを行えば，やはり傷害罪になるわけですね。その傷害罪にならないのは，本人が同意するからなんです。ということで，この医療の同意というのは違法性をなくすための行為でもあるというふうに言われているわけです。

そして，医療を受けるについて同意をするということになると，当然それについては能力が必要なわけですね。判断脳力がきちんとしていれば，常に自分で自己決定をするということでいいわけです。特に問題はないだろうと思うんですね。問題は，その場合でも自由な意思に基づく自己決定がなされたのかどうかということが，ちょっと課題として出てきますが，そうではなくて，その判断能力がなかったらどうなるのかということが，次の問題です。

先ほど来，パネラーの方々がお話しされていた中に出てきていたと思うのですが，この医療を受けるについて同意をする能力というのは，そのときに受ける医療行為の中身によって違ってくるわけですね。簡単な医療行為であれば，ある程度判断能力は低くてもわかる。しかし，高度な医療行為になると相当程度理解力がなければわからないということになるので，この医療の同意をする能力というのは，それぞれの医療行為によって判断能力の程度が違ってくるということになります。

先ほど来，医療の同意能力と言っているんですが，能力についてはいろいろな表現の仕方がありまして，契約における意思能力というのと，それから成年後見における事理弁識能力というのと，それから医療における医療の同意能力という能力があるんですね。

この辺も少し３つの能力の概念があるということは，ちょっと頭の隅に入れておいていただければわかりやすいと思うのですが，そういう能力についての考え方がある中で，今ここで問題にしているのは，医療についての同意する能力ということになります。

先ほどのように同意をしなければ医療を受けられない。逆に言うと，同意がなければ医療をしてはいけないということになると，認知症などで判断能力がなくて同意ができない

ということになると，医療行為ができないということになってしまうんですね。もちろん緊急行為，本当に緊急な場合というのは，これは緊急な場合に必要性があって，本人の命や身体等の状況を救済するために必要な場合には，緊急行為として違法性はないという考え方があるので，緊急の場合は別なんですが，そうでない一般の場合には，医療を受けるにはやはり同意が必要だということになりますから，例えば大腿骨骨折などで歩けなくなった，この場合に手術をすれば歩けるようになる可能性があるとしても，手術についての同意がないと手術ができない。そのために保存療法しかできないということになる。そうすると，ベッドでずっと終日寝たきりのままになってしまうということが起こりうるわけですね。

これでは，あまりにこういった状態における医療が保障されていないのではないかということで，誰かが代行することができておかしくないんじゃないかということになるわけです。一般には，こういう場合には家族が代行すればいいんだというふうになっていますね。本人に同意能力がない場合に，家族が同意すればいいと言われているのですが，実は家族が同意するというけれども，それについて法律上の制度はないんですね。どこにも書いてないです。家族が同意すれば医療は受けもいいんですよと。あるいは医療行為を行ってもいいんですよということは，どんな法律にも書いてありません。

これまで裁判例の中で，本人の状況をよく知っている家族であればそういった場合に同意ができるんだということで。その場合には違法性がないから医療行為を行っても問題はないと言われてきていたわけです。

ただ，家族というけれども，どの範囲の家族が同意すればいいのかということがかなり問題になります。４親等内，６親等，さらに遠い家族でもいいのかということが問題になってくるので，ただ単に親族であればいいというわけにもいかないだろうと思うんです。この点については，全く未整備な状況です。

そのため医療の現場でも，相当混乱も起きていると聞いています。先ほど，箕岡さんの紹介された中で，どんな家族であれば代行できるのかという判例の引用がありました。しかし，ああいった本人の情報をよく知っているとか，本人と密接な関係にあるとか，こういったことを誰が判断するのか。医療の現場で判断できるのかということも，問題になるでしょう。そうなると，やはりこの点についても整備が必要だと思います。

次に，家族がいなかったら誰が同意するんだということになりますね。家族がいなければ同意する人がいないわけです。そこでこういうときに，成年後見人がそれに変わって代行してもいいんじゃないか。その本人の状況をよく知っている成年後見人であれば，代行することは可能ではないかということが，問題として上がってきているわけです。

そこで最初の基調報告の際にも紹介しましたが，日弁連では同意代行についての法を何とか検討すべきではないかということで今検討している最中です。この今日の資料の中でも最後のところに，第三者の医療同意に関する代行の要綱案というものを紹介しております。まだ，これは検討中で確定案ではありませんが，皆さん，ぜひこれを読んでいただい

てご意見もお聞かせいただければと思います。その中でよりよいものをつくって提示していきたい，早い時期にそういった判断能力のない人たちの医療が放置されないようにするために進めていきたいと思っています。

これは，今申し上げたのは一般的な医療の問題ですね。終末期はさらに同意，あるいは同意の能力，こういったものが厳格な意味で問題になります。特に終末期になりますと，本人の判断能力というのは曖昧になってきますし，また家族との兼ね合い，いろいろな相克などが出てきていて，本当に自由な意思に基づいて判断できているのだろうか。自己決定されているのだろうかという疑問が出てくるわけですね。

そのために終末期における，この自由な意思によると自己決定をどのように保障するかというのは非常に大きな，また難しい課題です。ですから，もちろん終末期，不必要な延命医療のもとに生かされる。ただ機械で生かされているというような状況は，望ましくないという意見もあり得ることですし，そういった考え方も尊重すべきだと思うんです。

その場合に，しかしどうやって自己決定それが自由な意思に基づいているということを保障するか，確認するかということがまだまだハードルが高いのではないか，超えられていないのではないかという感じがしています。

そこで，先ほど出た事前の指示です。事前の指示によって，つまり判断能力がしっかりしているときに，終末期になった本当の切迫した状態のときに医療をどのように受けるかということを事前に指示をしておくということが考えられているわけです。

事前指示書ということで少しずつ広まりつつありますね。また，実は尊厳死宣言公正証書というのも，最近はかなり使われるようになってきました。尊厳死宣言を公正証書にするんですね。公証人役場に行けば，モデル文例があります。この尊厳死宣言公正証書，あるいは事前指示書を医師に示せば，医師はそれを尊重するようになってきています。

ただ，その事前指示書や尊厳死宣言公正証書なるものが，どの時点でつくられたのか。それから，それがつくられた後，その意思が問題になった時期まで，間違いなくそのとおり継続しているのか。ここをどうやって確認するかが難しいんですね。そのためには，やはり常日頃から医療機関なり，そういった指示書を受け取った者が，常時その本人の意思を確認していく，コミュニケートがきっちりとできているということが必要で，先ほど，小野さんから説明されたんですが，このようなことができれば，こういった事前指示書が生きてくると思うんですが，果たしてそれがどこまでできるか。また，それを制度的に保障しないことには，かなり混乱も出てくるでしょうし，大きな問題になりかねないということがあると思います。

そして，看取り介護です。看取り介護を，一定の医療を受けないことについての意思表明というふうに考えると，やはり今これまで述べてきた医療の同意の問題と同じ問題があるわけですね。医療を受けないことについての意思表明ということになるわけですから，当然その能力も必要ですし，自由な意思に基づいてそれが行われているのかどうかということの確認も必要になります。しかも，それが本人ができない場合には，第三者が行える

のかどうかということも問題になると思うんです。

今日の資料の中にもあります。看取り介護の同意書というものがありましたね。この資料でいうと１５ページ，１６ページにあるのですが，これは本人が判断できない場合については，本人の意思を代理するものが回答してくださいとか，家族がこれを署名をするとなっているんですね。

先ほど言ったように，医療を受けないことの同意と考えると，まさに本人の自己決定が極めて重要で，なおかつ本人の意思ということが追求される場面です。それを代理できるのだろうか。誰が代理できるんだということについては，まだ全く整備がされていないんですね。そのような状況の中で，「本人の意思を代理するものが回答する」ということができるんだろうかということがあります。

実は，できないだろうと思うんですね。家族は医療について，本人が意思表明できないときには代行できるんだという考え方がありますから，そこから押していけば，あるいはその医療行為を受ける局面において，そのときに家族が判断することだったら可能だと思うのですが，しかし，このように包括的に家族が事前に同意するということが法律的に意味があるのだろうか，ここに効果があるんだろうかと考えると，これは非常に疑問があると思います。

ましてや，本人の状況をよく知らない第三者が代行するということは，現在の制度の下では認められないだろうと思うんですね。そう考えると，この点しかしかなり問題のある運用がされつつあるんだということにはなるのですが，しかしそういったことについての必要性も他方であるということになると，やはりこの点も早い時期に法整備によってきちんとした運用を行ってもらうということが必要なのではないかと思うんです。

ということで，現状のこの終末期医療も含めて，医療の同意に関する整備は非常に遅れている。早い時期にこれを整備して，現場の混乱を防ぐということが必要なのですが，ただ非常に重い課題ですし難しい課題です。日弁連でも，まだ検討中としか言いようのない状況なので，これについてはさらに継続して考えていきたいと思っています。以上です。

（池田コーディネーター）　どうもありがとうございました。最初にパワーポイントを使えない言い訳と強がりが出まして，私も同族でございますので何とも言えないところですが，赤沼さんからは法的な観点からの分析をいただきました。よく整理されていてわかりやすかったなと感じます。

さて，皆さんはどうでしたでしょう，ちょっと休憩を入れますね。

（　休　憩　）

（　再　開　）

（池田コーディネーター）　20 分をちょっと過ぎてしまいました。今日は，弁護士でない方が多いので非常にうれしく思っております。主催者側としてはどのくらいの方々が集ま

るのかしらと不安に思っていました。先ほど質問が少ないかなというので休憩をとったのですが，次から次と質問がきまして，時間間に合うかどうか，急いで進めてみたいと思います。

さて，先ほどは，ケアの場面と医療の場面，それから法的な場面からと，いろいろなお話がありました。そこで，質問も出ていますので，それにあわせてお話もいただくということにいたしましょうかね。ちょうど前田さんに質問がありましたので，それについてのお答えという方法でお話しをお願いできますか。では，どうぞ。

（前田氏）　いただきました質問についてなんですが，施設として看取りケアを行う際，説明は誰が行っているのかということが１点と，その同意を得るご家族の選定はどうされているのかと。特にご家族の方がたくさんいる場合はどうされているのかということのご質問です。

まず，私どもの施設の場合は，施設で看取りケアを行う際の説明は，ドクターです。先生と施設のケアマネージャー，生活相談員，看護師，それと介護職の主任の者，必要に応じて私も立ち会って説明をしております。

先ほど説明をさせていただいたときも言いましたように，同意をとるときは，１回だけではなくて，状態が変わるたびにその都度そういったカンファレンスを開きながらご説明をし，同意をいただいているということです。

あと，同意を得るご家族の選定についてですけれども，基本的には特にその方に多く関わっている方ということになるのですけれども，ただここで気をつけなければいけないのは，例えば介護者が次男の方のお嫁さんであるとかといった場合，例えばご長男さんが遠方におられる場合ですね。介護されている方，またはそのご主人については日頃からずっと在宅でも見ておられましたので，もう悔いのないという状況の中で施設で看取りをお願いしますということになるのですが，遠方に住まわれている長男さんであるとかが，どうして勝手に決めたんだということでトラブルになります。

ですから，施設としては看取りケアの意思表示があった際に，ご兄弟の方とよく相談されましたかと，特に介護者の方はその場で判断してしまう場合が多いですから，逆に施設のほうから一言，他のご家族の方とよく相談されましたかと，よろしければ一度持ち帰っていただいて，必要に応じて他の方も施設のほうにお越しいただいて，ご説明させていただきますということで対応をしております。

ですから，特定のご家族の方に説明をして了解を得るというよりは，その説明した方を通じてご家族全員で協議をしていただいて判断をいただくというような形で対応をしております。

（池田コーディネーター）　今前田さんからお答えしていただきました。さらに質問が出ています。またさらにご質問があれば挙手の上，マイク係が参りますので，ご質問ください。

それでは小野さん，２件ほどありましたね，お願いいたします。

（小野氏）　手元に３つほどあります。先ほどの前田さん説明された２番に，看取りケアや四つのお願いを現場で実際に使う場合，事前に説明の練習など職場内での勉強会などの機会はありますかということで，事前にある程度練習はしますけれども，３番目の事例でお話しした方は，結構若いスタッフがやって，彼女の感想としてはやっぱりロールプレイをしないとこれはだめですよと，私は叱られてしまいましたので，ぜひ職場で練習をされるのであればロールプレイをお勧めします。

それと事前指示書の大切さはわかりました。どんな書き方をすれば有効なのか，コンサルタント指導が受けられますか。ぜひ作成したいと思いますということで，ここら辺は箕岡先生のほうがお詳しいのではないかなと思いますけれど。

（池田コーディネーター）　ではそうしましょうか。それは保留にしていただいて，もう一つ何か質問ありましたか。

（小野氏）　もう一つ，いつ自分の意思が病によって失われるかは不明です。事前指示書を苦心して作成することができても，これは有効期限が過ぎていますとなっては無意味ですから，毎年書けば安心でしょうかということで。

人の考えというのは，やはり少しずつ年が経てばまた変わっていくものだと私は思っていますので，毎年というふうには思わず，私は状況が変わるときに書き換えればそれでいいかとは思っております。

それともう一つ会社員の方，60 代の方ですけれども，事前指示書にいろいろ教えられました。即認知症を病んでいる親から，なるべく本人の意思に近い事前指示書を書かせる方法についてコメントをお願いしますということで。非常に難しいのですけれども，やはり例えば四つのお願いを書いていただくとするのであれば，まずその内容をぜひこの息子さんにあたられる方よく読んでいただいて，もっとわかりやすい言葉でお母様に話さないとちょっと難しいかなと思いますので，ぜひわかりやすい言葉でかみ砕いてお話しされたほうがいいかなと思います。

もう一つ，40 代の看護師さんです。日常業務で終末期の利用者さん，最近は現在独居の方と関わることも増えてきました。事前指示書の必要性を実感しますが，対象者はもちろん関わるスタッフもその存在についてよくわかっていないのが現実です。現場のサポーターである私たち，事前指示書の推進について，どのような手順や方法を踏まえていくことが望ましいでしょうかということで，私は，研究会で箕岡先生や新田先生を知って，それからいろいろと研究会に出たり，あるいはネットでいろいろな事前指示書を調べながら，このホームなどにたどり着きました。なので，ぜひ実践をやっている身近な方々と何かそういう研究会で，お互いの意見を公開しながら勉強をされたほうがいいのかなと思っております。以上です。

（池田コーディネーター）　どうもありがとうございました。今，質問が集中しております，「私の四つのお願い」ですが，40 部準備したのですが，もうなくなったそうです。先ほどお話ししましたホームページに，アクセスしてダウンロードしてください。無料でござ

います。

箕岡さんのほうに質問が集中しておりますので，ちょっと時間をいただきましょう。その間，時間稼ぎでもないのですが，法的な難しい質問も出ていましたので，赤沼さん，お願いしますか？

（赤沼氏）　こちらに出てきた質問は，老健の施設の職員の方だと思うのですが，看取りの同意書では，入居者の氏名，家族の氏名とそれから判子を押すようになっていると。自筆でのサインはあっても，判子まで必要なのでしょうかということが一つ。

それから抑制についての同意，これについて認知症の場合，家族から同意をもらうのですが，氏名と押印とあるのですが，両方とも必要でしょうかという質問です。

まず一つ，看取りの同意書でサインと判子と両方必要でしょうかということなのですが，一般的に契約等については，本人の意思が間違いなければそれでいいわけですから，本人の意思がそのとおりだということであればサインだけでも問題はないことになります。別に様式が決まっているわけではないんですね。ただ，間違いなく本人が同意をしたかどうかを証明するものが，この同意書という書類です。

時に，自分は納得していなかったということを残したいがために，サインだけにして判子を押さなかったということを言う人もいるんですね。だから，本人あるいは家族が間違いなく同意したんだということを保証するという意味では，署名して判子まで押してもらうほうが，より堅実なやり方ではあると思います。

同時に看取りの同意書，看取り介護については，都道府県のほうからのいろいろなチェックなども入りますから，そういうときに判子がないとやはりこれは正当なものではありませんよという指導を受ける可能性がありますよね。ただ，法的には本人の意思が間違いなければ，それで効力はあるということにはなるんです。もちろん，それは先ほど申し上げた医療の同意ということでの問題は別の問題としてあるんですけれどね。

抑制についても同じです。一般的に同意書という面では同じ問題があるのですが，ただ，抑制の同意というのは，これは法的には意味がないと法律家は解釈しています。というのは，その同意があったからといって，不必要な抑制をした場合には，これはやはり違法です。

したがって，本人を保護するために本当に万やむを得ない場合の抑制ということが行われたのであれば，それは有効だということになります。したがって，この抑制の同意というのは基本的には，親族・家族が抑制があっても文句は言いませんよということを表明しているという意味を持つものでしかないというふうに考えたらいいかと思うんです。

ただ，都道府県のチェックが入るときにそういった同意書に判子がないと，それは不備であるという指摘を受けるというのはあるのでしょう。だから，そういう意味でいえば判は押しておいてもらうほうが，より堅実なやり方なのだろうと思いますが，法的には以上のような整理になると思います。

（池田コーディネーター）　どうもありがとうございました。皆さんから，どんどん質問

が出ていますね。

新田さんにも，ご質問があったようですね。お願いします。

（新田氏）　事前指示の質問がまず一つあって，アメリカにおいても普及していないことが多くの調査からも報告されていると。なぜそうなのかということは，先のことは考えてもわからないとか，家族が決めてくれればよいとか，あるいは重篤な慢性疾患患者においても死と向き合うのはなるべく避けたいとか，あるいは一方で現状は医師が，事前指示を優先することはあまり思わないことがあります。事前指示の作成を促すのは難しいために，医師あるいは看護師がカルテに本人の意思を書いていくことが法律的に許されるかどうかでしょうかという話ですね。

私自身は，一方の難しさはあると思っております。例えば，人工呼吸器は嫌だ等々の事前指示があったと仮定します。ただし，一方で人工呼吸器を経ないと治癒しない病気もあることも事実ですね。人工呼吸器というのは，一方的に長期にやるのはそれはいやだろうと思います。ただ，人工呼吸器をすることによって一時的な治療は可能で，その後外して，また元の状態に戻るという医療状態は，かなり多く存在するわけですね。

となると，事前指示によって私はそういうことは嫌だと言ったとたんに，その人は自ら死を選ぶわけですよね。とういうことが，どこまで事前指示に反応するかということにおいて，とても難しいかなと一方では思っております。

もう一つ，介護保険対応の，療養型病床の 13 万床が廃止されますが，受け皿はどのようになるのか。日本弁護士協会の田尻さんからの話がありましたが，療養型病床群というのは一体何なんだろうか。皆さん，見たことありますでしょうか。

生活に根ざしたいい療養型病床もあるのですが，多くの療養型病床は人間化していないような状況で，いることが本当にいいのかどうかということをもう一度考える必要があります。そこで単に経管栄養とか，そういうことで生き延びることが果たしてどうかとなると，それよりももっといい場所を求めたらどうかというのも，一方にあることは事実です。

ただ，厚労省が進める医療制度改革という，財源を中心としたこういったものは，僕はやはり同意はしません。本来の医療とは何かと求める医療制度が必要です。一方では私たちは本来どこにいるべきか。居場所は在宅とは限りません。高齢者施設でも，あるいは高齢者住宅でもどこでもいいと思います。こういった居場所を医療ではない生活の場の居場所を私たちはつくっていくべきだろうと思います。

そして，特に認知症に関してはそうですね。認知症は，最後まで自宅でいることは可能ですが，もし不可能になった場合は，自宅で一番近いところの小規模，現在グループホーム，デンマークではグループホームという言葉はないのですが，そういったところで豊かに最後まで暮らすことは可能ですので，そういった場所を地域につくるということが僕は必要だと思っております。

医療行為は，先ほど言いましたけれども，医療行為の重度さは在宅医療，病院医療全く関係ありません。在宅においても，重度な医療行為はいくらでもできると思っております。

（池田コーディネーター）　ありがとうございました。事前指示。私の四つのお願いなのですが，この内容は，いつでも変えられます。駄目ならば破ってくださいということも書いてあります。赤沼さんのほうからもご指摘ありましたけれども，ご本人の意思が変わるじゃないか，どうするんだと，それが本当の意思なのかどうかということに関して，最善利益という考え方もありますね。質問にもありましたので，箕岡さん，その辺にも触れながらお答えいただけますか。

（箕岡氏）　いくつか質問がありますので，それを最後に答えさせていただくということで，まず基本的に，このような倫理の言葉をはじめて聞かれた方もおられると思いますので，質問の中に，「これまでよく聞いていたリビングウィルと事前指示書は同じですか」という質問がございましたので，まずこれについて答えさせていただきたいと思います。

リビングウィルというのは，日本語に訳しますと生前遺言です。ですから，死なないのに，（今まで遺言は死んでから効力を発するわけですけれども，）生きているうちに効力を発する遺言というふうに考えてください。

リビングウィルというのは，アメリカでもそうなんですけれども，最後に自分のサインが必要なんですね。つまり，自分がしっかり意思能力がなければ，この効力は発しないわけです。そうしますと，最後に意思能力がないと，自分はリビングウィル書いたのに尊重されなくなってしまうわけですね，意思能力がなければ。そうしますと，その方の大事な自分の願望とか，価値観というのが，尊重されなくなって困ってしまいますので，そういう場合には，ではどうしたらいいかというと，自分の気持ちをよく理解してくれている自分の代理判断者を指名しておけばいいわけです。そうすると，自分の意思がはっきりしなくても，意識がなくなっても，その方が自分の代わりに判断をしてくれるわけです。

そのような自分の代理判断者を指名するものと，リビングウィルをあわせまして，事前指示書と考えていただければ，簡単に考えていただければわかりやすいかと思います。

それから，「事前指示書の大切さがわかりました」ということで，77 歳の女性の方から質問があります。どんな書き方をすれば有効なのか。指導が受けられますかということなんですが，一番大事なことは，自分の現在の状況を一番よく知っていてくださっている主治医の先生とか，あるいはご家族の方とよく相談しながら書かれるとよろしいかと思います。

先ほど，配付が終了してなくなってしまったということだったですけれども，もし後で私にご住所を教えていただければ，原本の「私の四つのお願い」という事前指示書を送らせていただきますので，後でどうぞお声をかけてください。

それから，事前指示書はやはり定期的な再評価がすごく大事なことです。人間はやはりそのときの病状とか，あるいは周りの方の，例えば家族の関係とかでいろいろと気持ちが変わりますので，定期的な再評価あるいは病状が変わったときの再評価，あるいは自分の心構えが変わったときの再評価など，ぜひしていただければいいと思います。

それからもう一つは，「合意形成の過程で医療ケアチームと，それから患者さんとか，代理判断者の方との医療に対する情報とか知識に大きなギャップがあるので，本当に対等に

話し合えるのか」というようなご質問がございました。

医療者とそれから患者さんの側とは，やはり情報の量とか知識は当然違うことは確かです。ただ，われわれは，昔にはなかったインフォームドコンセントというのをやらなければいけない時代になってきています。昔は，医者が何でも決めてしまって，患者さんはまな板の上の鯉であればよかったわけですけれども，やはり患者さんの権利を考えますと，やはりそういうことでは今いけないわけで，インフォームドコンセントというのがだんだんと浸透してきているわけです。

したがいまして，医療者というのはこのインフォームドコンセントをやるときと同じような，例えば予後について，その治療を選択したときの予後とか，危険率とか，あるいはその他の選択肢，代替療法とか，そういうことについてすべて説明しなければいけないということになっていますので，インフォームドコンセントをやるときと同じような気持ちで患者さんのサイドに理解をしていただくような形で説明をされるとよろしいのかなと。

確かに知識の違いのギャップはあるということは認めますが，できる限りわかっていただけるというような姿勢をとることしかないのかなと思っております。

それから，大変難しい質問なんですけれども，「事前指示の気持ちが変わった場合にはどうしたらいいか」ということなのですが，もちろん定期的な再評価が必要なのですけれども，事前指示というのは，先ほどの資料の 44 番目のパワーポイント，一番最後のパワーポイントを見ていただければよろしいかと思いますけれども，『以前自分が書いた事前指示』と『現在の最善の利益』が一致していればそんなにいいことはないわけです。そうすれば，それは以前の事前指示に従ってやれば，何も問題はありません。ところが，それが『以前の自己決定した事前指示』と『現在の最善の利益』が違った場合に，ではどうしたらいいかというような問題が，やはり必ず出てくると思います。

これには，二つの立場がありまして，以前の自己決定を尊重すべきだという立場，最善の利益よりも事前の本人が決めたのだから，本人の自己決定を尊重すべきだという立場と，それから以前の自己決定ではなくて現在の最善の利益，みんながそう考えるような最善の利益を尊重すべきだという立場と両方あると思います。

ではどっちがいいかという二者択一で決めるのではなくて，ここに書いてありますように，「以前のその方本人，then-self」と，それから「現在のその方 now-self」のアイデンティティー，その方の気持ちとか価値観を考慮しながら『事前指示』と『現在の最善の利益』をフレキシブルに解釈するということで，どちらか一方という考えではなくて，フレキシブルに解釈するという立場をとられればよろしいのかなと考えております。

（池田コーディネーター）　どうもありがとうございました。今これで，ご質問に一通りお答えはしたのですが，なお質問，どうでしょう。あるいは，認知症の家族の会の方がお出でになっていればご質問いただければなと思いますが，他にご質問はありませんか？はい，どうぞお願いします。

（会場）　その書面の書くことは，自筆でなければいけないんですか。例えばワープロと

か，そういうことは。

（箕岡氏）　まだ法的に有効とか，そういうような法的なものが決まっておりませんので，私はその方が書いたということがわかればワープロでも何でもかまわないと思っておりますが，将来もしこれに法的有効性が付加された場合には，多分法律的に詳細なことは決められると思います。

しかし，現時点ではその方が書いた，その方が他人に強要されたのではなくて，自分の意思で書いたということがわかれば，私は現時点では何でもよろしいのかなと考えております。

（池田コーディネーター）　この点どうでしょう。赤沼さん，法制はまだなっていませんね。

（赤沼氏）　今の点ですか。要は，後でその書類を見たときに，その人の意思に基づくものだということがわかるかどうかなんですよ。ワープロでは，誰がつくったかわかりませんよね。その点で疑問が差しはさまれると，それは本人の意思に基づくものではないというふうに言われるおそれがあります。ですから，やはり基本的には自筆であることが望ましいということだと思います。

（会場）　実印でなければいけないんですか。

（赤沼氏）　判子は，別に実印でなければいけないということではないのですが，より本人の意思が明確であるということを示すということで，より厳格ないろいろな要件を付加するということはあると思うんですね。だから，実印で印鑑証明まで付ければ，それはより一層本人の意思がはっきりしていたということを裏付けることになるわけです。

だから，先ほど紹介した尊厳死宣言公正証書というものまでできてくるわけですね。公証人の前で，ここまで言ったのだから，その意思ははっきりしているだろうということで，要件をどんどんどんどん重くしていくわけですね。それによって意思がはっきりしているということを証明するわけですが，しかし，それは何回も繰り返しますが，それはそのときの意思であって，半年後，１年後の意思だというふうにいえるかどうかという問題は，また別にあるということは頭に入れておかなければいけないんです。

（会場）　それでは，確定日付とか何とか，そういうものも必要になってくるんですか。

（赤沼氏）　だから確定日付を入れれば，そのときの意思ということははっきりしますね。そういう意味では。ただ，それが半年後もそのままその意思が続いていたかどうかというのは，わからないわけですよね。だから，その意思が間違いなく続いていたということを確認する意味で，その都度その都度確認をした人，あるいは確認をした人たちが，そこに間違いないということを書き込んでいくということはあり得るかと思います。

そういうことが行われれば，医療を行う者は，それを尊重するということにはなるんだと思うんですね。

（池田コーディネーター）　今のところ法制化されていませんので，証明の問題です。ですから，周りの人が争わない程度にはっきりしていればいい，というふうに理解していた

だけませんか。

それでは，また追加で質問が出ましたので，新田さん，お願いします。

（新田氏）　とても貴重な質問をいただきましたので，老衰の診断はどうなされるのでしょうか。現在病気もなく元気ですが，いずれ死を迎えるとき老衰であれば医療は必要ないのではと，自身の問題として思いました。とても貴重な質問ですよね。

死亡診断書に，老衰死ということが書きたいことがいっぱいあります。ただし，現在のわれわれの一般医療では，必ず病理学的死があるとされていますので，多くは例えば気管支肺炎とか，心不全とか，心不全というのは実はいい加減な病名なのですが，何でも死ねば心不全ということになっておりまして，やはり天寿という，私はこれから天寿という中で老衰死はあるかなと思っております。

ただ，ここは弁護士会の主催ですので言いますが，医師法 21 条で異常死の届け出の義務というのがあります。では，異常死と正常死というのはどう違うのかということですね。非常に難しい話です。明らかな外傷とか明らかなものというのは，それは病的な死ですが，突然死というのがあるわけですね。突然で，私たちが 24 時間以内に見ていない死をではどうするのか。これすべて異常死にしたら，皆さん全部を死亡解剖ないしは警察が入るわけですね。現在もそうです。

私たちが 24 時間以内見ているのは，突然救急車を皆さん呼ばれたとしましょうか。先ほどの事前指示がありました。それにもかかわらず他の親戚が来て，こんなのほっといてと心停止の状態で病院に運ばれます。これは警察が呼ばれます。異常死として扱うからです。そして検視されます。本人はいかに自然死を望んだとしても，検視の対象になります。そういったものをいかに避けるかということも，この中で貴重な課題を与えていただけると思っております。

（池田コーディネーター）　いろいろ質問ありがとうございました。もっと受けたいのですが，委員長さんのご挨拶も考えなくてはいけないのですね。しかし，もう少しだけ時間あります。

それでは，この質問を最後にしましょうね。どうぞ。

（会場）　すみません。視覚障害者の場合なんですけれども，署名捺印と本人の字ですかという質問があったと思うんですけれども，自分の字が見られない，あるいは昔普通の文字を使っていたから，普通の文字書けても書けているかどうかわからない。点字だったら誰か読める人，他にいるかどうか心配だ，そういう場合は。あと，テープか何か今だったら MD に入れておくとか，そういうこともできるかなと，いろいろなことを考えてみたのですけれども，その辺は

（池田コーディネーター）　わかりました。ちょっと待ってくださいね。赤沼さんから，お答えいただきましょう。

（赤沼氏）　今の点も，まだ法律でこうでなければいけないと決められているわけではありませんので，その本人の意思が後で確認できる方法であれば何でもいいと思うんですね。

例えば，遺言をつくるときには，目の見えない人についての遺言をどのようにつくるかという制度があります。そういったものを参考にするとか，あるいは点字用で書いて，点字を読める人が，そこで間違いなく本人がこのように書きましたという署名をして，本人の意思が間違いないことを証明するとか，ともかく本人がそこで間違いなく意思を表明したことを後々記録で残せるような方法であれば何でもいいと思います。

（池田コーディネーター）　障害お持ちの方を差別をしないようにしましょうという，そういうことを禁止する条約も批准の方向ですか，批准されたんですかな。その点については，法制化される場合には配慮されると思いますね。

さて，それではそろそろよろしいですか。まだ続けたいのですけれども，時間がなくなりました。それでは皆さん方もよろしいですね。それでは，ちょっとだけまとめさせてください。

ずっとお話聞いていまして，事前指示書による鋭くかつ重要な示唆がありました。また病院・施設・在宅などのターミナルケアの実態もかいま見た，あるいは見えたような気もします．医療同意の問題，それから看取り介護の対応について，われわれは法制化に向けて具体的に働きかけていきたいというのが，われわれ委員会の考え方でございます。

簡単にまとめさせていただきましたが，パネリストの皆さん，本当にお疲れ様でございました。いろいろな意見ありがとうございました。会場の皆さん，またご協力ありがとうございました。失礼いたします。

（総合司会）　パネリストの先生方，ありがとうございました。それでは，閉会の時間も差し迫ってまいりましたが，最後に日弁連高齢者・障害者の権利に関する委員会の委員長であります錦織正二より，ご挨拶を申し上げます。

（錦織・高齢者・障害者の権利に関する委員会委員長）　日弁連の高齢者・障害者の権利に関する委員会の委員長の錦織でございます。

私，島根県の出雲にいるのですが，島根県というのは高齢化が非常に進んでいて，過疎化が進んでいる地域です。その地域のまたさらに過疎化の進んだある地域で，去年 12 月に病院が倒産破産宣告を受けました。病院と老健施設と訪問看護施設，要するにその地域の医療と介護をすべて担っている中核病院が破産宣告を受けるという事態がありました。

こういうふうにかなり地域医療は危機的状況にあるだろうというふうに思います。ここについては，私がたまたま破産管財人になりまして，３か月半ぐらい経営をそのまま続けて，多数の入院患者，施設入所者を抱えながらやり続けて，地域の行政と地域の人たちが出資した医療法人にすべてをつなげまして，今ようやく続けております。綱渡りの状況で地域医療は進んでいるのではないかと思っております。

そういう意味では，ここにあるような必要な医療がほしいというのは，質とともに，その地域に必要な数も必要だというふうに思っております。そういう意味で，弁護士会も意見を言っていきたいなと思っています。

それからもう一つ，やはり今日のテーマは医療同意についてです。私も後見人を何件か

やっておりますけれども，しばしば医療の同意を求められるんですね。終末医療の同意も求められまして，署名したこともあります。また，私の周りにいます社会福祉やいろいろな職の人が後見人を引き受けておりまして，いろいろな形で医療の問題が起きております。

ついこの前ありました社会福祉士が後見人を引き受けている県では，緊急入院した主治医といろいろな意見の対立がありまして，逆に社会福祉士のほうが医療の手術をしてほしい，主治医はいや必要ない，ちゃんとした医療をやってくれない，それで私のところへ相談に来ました。

いろいろ主治医に意見を聞いてみますと，主治医にもそれなりの意見がありまして，逆に後見人は医療同意がないと言っているのに，どうしてこの後見人はこんなに意見を言うのか。もっともではあるのですが，私は必要なことだと思うんですね。私が第三者の成年後見人を引き受けてきて，後見人は医療同意がありませんということだけでは，問題はすまないのではないかと私個人は思っております。

日弁連の委員会でも，そういう視点で医療同意の法案について検討してきたわけです。今日は，単なるたたき台的な形ですが，要綱案を提起しております。まだこれから多数の弁護士の同意を取り付けながら，基本的にはいろいろな学会からの意見を取りまとめて，要綱にしていきたいというのが今の段階でございます。

今日の議論を踏まえて，日弁連の委員会としても医療・介護，こういうものにさらによくしていくように努力していきたいと思っておりますので，皆さんのご意見，ご協力をぜひお願いしたいと思っております。本日は，ありがとうございました。

（総合司会）　ありがとうございました。それでは，本日のシンポジウムのほうを終了いたします。土曜日の午後長時間，ご清聴ありがとうございました。日弁連の今後の動きにも注目していただきたいたいと思います。今後ともよろしくお願いいたします。（了）

資料 1-2

○○○ における看取りに関する指針

介護老人保健施設

＜「看取り」に関する考え方＞

介護老人保健施設○○○では、医師の診断のもと、心身機能の障害が回復不能な状態にあり、近い将来死に至る事が予想される利用者に対し「看取り」を行います。「看取り」においては本人の意思を最大限に尊重しながら、死に至るまでの期間、尊厳を保ち、苦痛を緩和し、減衰する生命活動に沿った医療・看護・介護を含む統合的な援助を行います。

＜終末期の経過に対する考え方＞

①当施設では、当施設を利用される全ての利用者に対し、利用開始時および利用中に心身障害の著しい変化があった場合に、終末期に関する意思確認を行います。

②終末期に関する本人またはその代理人への説明は、当施設の管理医師が責任を持って行います。

③意思確認は本人に対して行います。本人が意思を表示できない場合には、本人の意思を代理する者（代理人）に対して行います。

④最終的な意思確認は同意書をもって行います。

⑤終末期の診断は当施設の管理医師が行います。

⑥終末期と診断された場合、意思確認の同意書に基づき、真心のこもった適切な終末期の医療・看護・介護を行います。

⑦看取りは「看取り委員会」が責任をもって実施し、本人・家族への相談、支援を行います。

＜看取りを行う○○○が整備する基本的事項＞

①すべての利用者の利用開始時および心身機能障害に著しい変化がおこった場合に意思確認を行います。

②本人の意思表示を前提とします。

③本人が意思表示できない場合は、本人の意思を代理すると思われる代理人に対して意思確認を行います。配偶者や家族が代理人となることもあり、成年後見人や、本人が特に指定したものが代理人となる場合もあります。

④説明は管理医師が行い、看護師・介護士・支援相談員が同席するものとします。

⑤最終的な意思は同意書によるものとします。

⑥同意書は本人（または代理人）と施設において診療録とともに保存します。

＜看取りの体制＞

○○○においては、看取りに際して適切な終末期の医療・看護・介護を実施するために、以下の体制を設けています。

①常勤の管理医師が1名おり、主としてこの医師が終末期医療を担当します。しかし、夜間･休日等管理医師不在の場合には、併設医療機関○○○病院の医師が、終末期医療を代行致します。

②看護職については、365日24時間体制で夜間も常駐しており、看取りを行います。

③利用者の権利と意思を守り、尊厳を遵守した看取りを行うために、「看取り委員会」を設け、ケアの内容を検討して計画を立て、本人及び代理人や家族と協議の上で看取りを実施します。
④施設内には看取りの為の個室を設け、利用者の尊厳とプライバシーを守るとともに、家族とともに看取りを行うことができるよう、家族の宿泊も可能となっております。
⑤自宅での看取りを希望される利用者や病院への移送を希望される利用者には相談に応じて地域の医療機関や、訪問看護ステーション等の在宅支援機関との連携協力をいたします。

＜看取り委員会の設置＞

○○○ においては、「看取り委員会」を設置し、看取りに関する総合的な援助を行います
①看取り委員会は医師・看護師・介護士・支援相談員を含む４人以上によって構成されます。
②看取り委員会は施設内において、看取りを希望する利用者の意思を尊重します。
③施設長が適任者を看取り委員として任命します。
④医師による看取りの説明の際には、医師以外の看取り委員は説明内容の確認および説明記録の作成を行います。
⑤看取り委員会は、利用者の意思又は利用者の代理人の意思内容を確認します。
⑥看取り委員会は、看取りにおける医療についての同意書を診療録とともに保存します。
⑦看取り委員会は、利用者の家族の看取りに関する相談･支援を行います。
⑧看取り委員会は看取りについて各職種の分担業務、連携、協力法について計画を立てます。

＜看取りに際して行う医療行為の内容＞（選択肢）

当施設において看取りに際して提供可能な医療行為を以下に示します
①酸素吸入（医療保険を使った在宅酸素療法）
②点滴（穿刺により１日 500～1000ｍｌ程度）
③吸痰吸引
④病状の監視

＜看取りに際して提供される設備およびケアの内容＞

当施設において看取りに際して提供可能な設備を以下に示します。
①看取り専用の部屋の用意はありませんが、看取りに際しては個室を用意させていただきます。
②家族の宿泊設備もご準備しております。

施設において提供可能な看護および介護サービスについて以下に示します。

①本人･家族に対する援助

・食事、排尿、排便等日常生活についての援助および支援

・身体の全体、局所および衣服・身の回りの清潔維持

・体位交換等身体に対する援助および支援

・精神的、心理的援助

・家族の相談、援助

②居室の整備

③死後の処置と各種手続きの相談または援助

＜職員に対する教育及び研修＞

当施設において利用者の立場に立った適切な終末期の医療と介護を行うため、医師をはじめ施設内の職員の看取りに関する教育と研修を行います。

現状と今後の医療・看護・介護方針について

今後、当施設管理医師により、心身機能の障害および衰弱が著しく、死期が迫っており回復不可能であると診断された利用者について、その後の医療・看護・介護方針についての意思について確認したいと思います。なお、本人が判断できない場合については、本人の意思を代理する者が解答してください。

A.　死期が迫った場合

1、自宅での死亡を希望
2、○○○ 内での看取りを希望
3、病院・診療所等への移送を希望

B.　経口摂取が不可能になった場合

1、胃ろう
2、IVH（中心静脈栄養）
3、輸液（IVH を除く）
4、その他

C.　呼吸機能が低下した場合

1、酸素吸入
2、人工呼吸器
3、気道切開
4、その他

D.　終末期に心機能が低下した場合

1、除細動器
2、心肺蘇生術
3、昇圧剤（強心剤）
4、その他

E.　死期が迫った場合における苦痛や疼痛に対する投薬

1、経口薬
2、注射薬
3、筋注薬

F.　感染症の場合

1、経口抗生剤
2、点滴抗生剤

G.　不安・せん妄等精神症状の場合

1、経口の安定剤使用
（抗不安薬・抗精神薬）
2、点滴による安定剤の使用

H.　その他の希望

なお、上記の希望については、診療録等に記載するとともに、今後、医師・看護師・職員からなる看取り委員会が保管します。内容に変更があれば、いつでも訂正・撤回することができます。

看取りにおける医療についての同意書

施設長　　殿

平成　　年　　月　　日

私　　は看取りについての説明を受け、施設の看取り計画、看取り内容を理解しました。それに沿った医療・看護・介護が行われ、安らかなる死に至ることを望みます。
今後心身機能の障害が著明で死期が迫っており回復不可能となった場合に、
1、自宅
2、○○○ 内
3、病院･診療所等（　　）
4、その他（　　）
における看取り希望します。

○○○ において希望する医療内容に対してチェックを入れてください。

＜経口摂取が不可能になった場合＞
□輸液（IVH を除く）
□その他

＜呼吸機能が低下した場合＞
□酸素吸入

＜苦痛や疼痛に対する投薬＞
□座薬

＜感染症の場合＞
□経口抗生剤
□点滴抗生剤

＜終末期に心機能が低下した場合＞
□心肺蘇生術

＜不安・せん妄等精神症状の場合＞
□経口の安定剤使用（抗不安薬・抗精神薬）

＜その他特に希望する医療等の内容＞
（　　）

日付　　平成　　年　　月　　日

署名　本人　　代理人　　印

医師　　看護師

介護士　　支援相談員

資料 1-3

ターミナルケアについての指針

社会福祉法人　　記念老人ホーム

総合生活支援センター

ターミナルケアについて

ご入居された皆様におきましては、末永くお元気で過ごされることを一番に願い、日々の介護に努めております。しかし、体調を崩された場合、通院や入院を繰り返されると思われます。そこで、最終的に延命のための病院での治療を望まれない場合、当ホームにおいて余生を全うされるように心をこめて看取りを行なう所存です。

その際は、改めて、ご家族の方々をはじめ、主治医、代表者（所長）、看護師・介護士と話し合いを持ちます。また、看取りの同意書を書いて頂くことになります。

できるだけ、ご本人やご家族のお気持ちに沿えるように　　職員一同、最期の時間を大切に過ごすことができますよう努めてまいります。

○施設において準備できる事

・ご家族の部屋、食事、入浴

○看護師は２４時間、連絡体制を確保します。

総合生活支援センター　　におけるターミナルケアの指針

入居者の高齢化、重度化が進み、施設でのターミナルケアがますます重要になっています。この度、平成１８年度より介護保険制度において医療連携体制加算の導入がなされます。当ホームでも、開設当初、介護度が平均３．０であったのが、現在では３．４となり、重度化しています。

私達は、入居者に対し、人としての尊厳が維持され、安全で安楽な生活環境と、信頼出来る質の高いサービスの提供の実践が重要であると考えます。介護の方法により残された時間が満足の得られる良質なものになるか、否か、大切な時間を過ごしていただく重要な役割を担っていると思っています。

ご本人、ご家族が、ホームでの生活を最期まで望まれるならば、住み慣れたホームで生活が継続できるように、ご本人、ご家族のニーズを充分聞きながら、ケアを行っていきたいと思います。

ご入居者およびご家族への説明と同意

① 主治医に入居者の状態が回復可能か否かの判断をお願します。
② 主治医よりご家族へ病態説明の際、ホーム看護師・介護支援専門員・介護士も同席いたします。
③ ご本人およびご家族のターミナルケアに対する、希望を確認し記録します。
④ 当ホームで看取りをご希望された場合「看取りの同意書」に記入していただきます。

ターミナルケアの準備

① ご家族とホーム職員で、残された人生を有意義に過ごして頂くためにはどういうことができるか話し合う。
② ケアプランを作成する。
③ かかわる職員のミーティングを行い、意思の統一をはかる。
④ ご家族にはご親族に状態を連絡していただき、できるだけ来所をお願いする。

ターミナルケアの実際

① 安楽な体位の工夫（エアマットの準備）
② 清潔の保持
③ バイタルサインの把握（血圧・体温・呼吸など）
④ ご家族へ状態の説明
⑤ 主治医への状態報告

急変時の対応

① 看護師、介護士は急変時的確に状態を把握しご家族及び主治医へ連絡する。（２４時間体制）
② 緊急連絡体制に従って連絡する。
③ 死後の処置の準備をする。

死後のケア

① 主治医によって死亡が確認されたら死亡時間を記録する。また死亡診断書の記入。
② 故人と家族に追悼の意を込め深く一礼する。
③ 使用中の酸素、輸液等をはずし、遺体の目を閉じさせ、義歯を正しく入れ、枕を高くして下顎を押し上げ口を閉じさせる。
④ ご家族を残ししばらく退室。遺体に着せる着物、葬儀社への連絡のことなどを聞く。
⑤ ５～１０分後故人の指輪などの貴重品を家族に渡し家族に退室してもらう。
⑥ 看護師はエンゼルセットを運び処置をする。
⑦ 全身清拭は、下腹部を圧迫し尿と便を出してから、故人のタオルを用いて微温湯で行なう。
⑧ 鼻・耳・口・肛門の順に綿花を割り箸でつめる。
⑨ 紙オムツをあてる。
⑩ ペースメーカーをはずす。
⑪ 浴衣を着せる。（左前に合わせ帯は立て結び）
⑫ ひげを剃り、薄化粧をして髪を整える。
⑬ 白布を顔に当て顔を覆う。

お見送り

① できるだけ多くの職員でお見送りをする。
② 死亡診断書をご家族に渡す。通夜・告別式の日時を連絡いただくよう依頼する。
③ 総括会議を行なう。

看取りの同意書

私の父・母（　　）は、終末の状態と判断されましたので、延命の処置（心臓マッサージや気管内挿管）を一切お断りし、苦痛があればできるだけ取り除いて下さい。

ホームで可能な看護と介護で結構です。

ホームでの生活を可能な限り望みます。

日付＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿　月＿＿＿＿日

入居者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

家族氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿電話＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿

主治医＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

総合生活支援センター
代表者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

管理者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
立会人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
立会人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
立会人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

資料2

「成年後見人の医療同意に関するアンケート」(集計)

Ⅰ　成年後見人等としての経験について

1 成年後見･保佐･補助人(以下、「後見人等」といいます)となったことはありますか。また、その件数は何件ですか(現在も含む)。

①　あります　　222人(675件)
②　ありません　　51人

2 成年後見･保佐･補助事務を行う中で、医療同意を求められたこと、同意について相談を受けたことはありますか。

①　はい　　126人(299件)
②　いいえ　　76人

Ⅱ　以下の質問は上記2で「はい」と回答された方にお聞きします(複数ある場合にはその件数もご回答下さい)。

3 どの類型の場合ですか。

①　後見　　287件
②　保佐　　29件
③　補助　　4件

4　ご本人には家族等近親者は存在していましたか(経験なさった例毎にあてはまるものに○をつけてお答え〈ださい)。

①　はい　　合計190件

ア 配偶者　　16件
イ 成年の子　　62件
ウ 親　　9件
エ 兄弟姉妹　　59件
オ その他　　44件

②　いいえ　　52件

5　ご本人、家族等との協議について(経験なさった例毎にあてはまるものに○をつけてお答え〈ださい)。

①　ご本人、親族等と協議を行いましたか

ア 協議した　　107件
イ 協議はできなかった　　104件
ウ その他

②　誰と協議を行いましたか。

ア 本人と話ができた　　14件
イ 本人に日常的に関わる親族等と協議をした
a 配偶者　　2件
b 成年の子　　36件
c 親　　4件

d 兄弟姉妹　23件
e 福祉施設担当者　10件
f その他　20件
ウ 本人と関わりが薄い親族等と協議した　11件
エ 協議はできなかった　65件
オ その他

③　協議の結果どうなりましたか。

ア 本人が同意した　8件
イ 親族等が同意した
a 配偶者　2件
b 成年の子　27件
c 親　4件
d 兄弟姉妹　19件
e 福祉施設担当者　8件
f その他　14件
ウ 協議がまとまらず、同意しなかった　8件
エ 後見人等の同意を求められた　46件
オ その他

④　協議を行うにあたり、苦慮したことなどありましたか。

ア 本人に最善と思われる医療行為を本人が拒否した　4件
イ 親族間あるいは親族と福祉施設担当者間で意見が分かれた　7件
ウ 本人に最善と思われる医療行為を親族・福祉施設担当者が反対した　2件
エ その他

6　具体的にどのような医療行為について同意を求められ、又は相談を受けましたか。

ア 予防接種　179件
イ 胃ろう手術　50件
ウ 経管栄養　14件
エ 骨折手術　24件
オ 侵襲性のある検査（造影検査・内視鏡検査等）　15件
カ 透析　0件
キ 心臓ペースメーカー埋め込み手術　4件
ク 難治性てんかんの手術　2件
ケ その他の手術　24件
コ その他　33件

7 医療同意を自ら行ったことはありますか。

ア はい　63人（161件）
イ いいえ　81人

8 上記7で「はい」と回答された方にお聞きします。
①　具体的にどのような医療行為について、同意をしましたか。

ア 予防接種　97件
イ 胃ろう手術　19件

ウ 経管栄養　3件
エ 骨折手術　11件
オ 侵襲性のある検査（造影検査・内視鏡検査等）　8件
カ 透析　1件
キ 心臓ペースメーカー埋め込み手術　2件
ク 難治性てんかんの手術　0件
ケ その他の手術　8件
コ その他　11件

② どのような方法で医療同意をしましたか。

ア 同意書に後見人等として署名、押印した　126件
イ 署名押印はしなかったが、口頭で了解した　38件
ウ その他　4件

9 上記7で「いいえ」と回答された方にお聞きします。
医療同意を行わなかった際、どのような結果となりましたか。

ア 同意の対象であった医療行為は行われなかった　4件
イ 医師の判断により医療行為が行われた　33件
ウ その他　28件

Ⅲ 以下の質問は、いずれの方もご回答下さい。

10 後見人に第1順位の同意代行権を付与し、事情により同意代行者（後見人を含む配偶者等）間の順位を変更することを可能とする内容の医療同意に関する法律の整備を検討しています。同法律の整備は必要であると考えますか。

ア はい　171人
イ いいえ　30人
ウ どちらでもない　47人
エ その他　6人

11 上記10で「はい」と回答された方にお聞きします。
上記内容の法整備が必要と考える理由は何ですか。（複数回答可）

ア 医療同意を要請された経験があるから　54人
イ 医療同意を今後求められることもあるから　70人
ウ 本人の適切な医療を受ける権利を守るため　121人
エ その他　3人

12 上記10で「いいえ」「どちらでもない」と回答された方にお聞きします。
その理由は何ですか。（複数回答可）
ア 求められたことがないから　8人
イ 後見人等の責任の範囲を超えているから　51人
ウ 医師による判断で足りるから　26人
エ その他　12人

13 法整備を行う場合、同意代行者が単独で行うことができる同意の対象となる医療行為の範囲はどこまでと考えますか。（複数回答可）
なお、生命に及ぼす危険性の高い手術、終末期医療は除きます。

ア 病的症状の医学的解明に必要な最小限の医的侵襲行為　89人

(触診、レントゲン、血液検査等)
イ 侵襲性のある検査(造影検査･内視鏡検査等) 64人
ウ 当該診療契約から当然予測される、危険性の少ない軽微な身体的 93人
(熱冷ましの注射、一般的な投薬、骨折の治療等)
エ 生命に対する危険性が少なく、生命維持に要する手術 95人
(胃ろう手術、経管栄養等)
オ すべて 66人
カ その他 13人

14 法整備を行う場合、同意代行者の同意について許可し、あるいは代わって同意を行う第三者機関の設置は必要と考えますか(なお、緊急性の高い場合は緊急避難的行為になると想定されるため、ここでは同機関の対象とならないと考えるものとします)。

ア はい 173人
イ いいえ 46人
ウ どちらでもない 17人
エ その他 7人

15 上記14で「はい」と回答された方にお聞きします。

① 第三者機関の設置が必要な理由は何ですか。(複数回答可)
ア 後見人等に医療同意権を認めることは危険であるから 47人
イ 本人に死亡のおそれや重大かつ長期に及び障害の発生する 139人
おそれのある医療行為の場合には判断が困難であるから
ウ 家族の調整が困難な場合があるから 61人
エ その他 11人

② どのような内容の第三者機関が望ましいですか。
ア 医療関係者のみ 24人
イ 医療関係者、弁護士等の法曹関係者を含む機関 51人
ウ 医療関係者、弁護士等の法曹関係者、その他専門家 97人
エ その他 2人

16 上記14で「いいえ」「どちらでもない」と回答された方にお聞きします。
その理由は何ですか。
ア 後見人等がすべて同意権をもてばよい 12人
イ 手続きに時間を要する 32人
ウ 医師による判断で処置すべきである 31人
エ その他 5人

17 自由記載欄～ご自身の経験等、医療同意について思うところを自由に記載してください。

質問は以上です。ご協力誠にありがとうございました。

資料3

看取り介護の現状と課題　－　特別養護老人ホームの場合　－

１．特別養護老人ホームの看取りの現状（高齢者ケアセンター甲南の場合）

２．認知症高齢者の看取り介護の現状

３．特別養護老人ホーム入居者の現状と看取り介護の今後の課題について

日弁連シンポジウム
2009年8月29日

ー看取り介護と終末期医療ー

箕岡　真子
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

1

バイオエシックス（生命倫理）の視点からのレスポンス

2

レスポンス

第2－2
同意無能力者の
医療同意の問題

3

医療同意（自己決定）における問題点

①意思能力（Competence）

＊意思能力の有無
＊意思能力の評価基準
＊誰が意思能力を判定するか

②代理判断の手順

＊事前指示 ⇒ 代行判断 ⇒ 最善の利益判断

③誰が代理判断者になるのか？

4

意思能力（Competence）

自己決定には**意思能力**(Competence)が必要

①選択の表明
②情報の理解
③状況の認識
④論理的思考
（⑤選択した結果の合理性）

＊医療に関する意思能力は、必ずしも法的判断能力とは一致しない。

5

意思判断能力

①医療に関する判断能力　＝『**意思能力**』

異なる

②生活･財産･診療契約･介護保険契約に関する判断能力　＝『**事理弁識能力**』

⇒成年後見法

（成年後見人は“医療に関する判断”をすることができない）

6

認知症高齢者の意思判断能力

- すべてが自己決定不可能とはいえない
- 意思判断能力は「特定の課題ごと」「経時的に」「選択の結果の重大性」に応じて変わる

↓

意思能力を固定的に考えてはいけない
残存能力を引き出す努力を惜しまない
意思能力評価基準のスライド尺度化（相対化）
Gillick Competence

7

代理判断の手順

意思能力（Competence）がない場合

①アドバンス・ディレクティブ事前指示

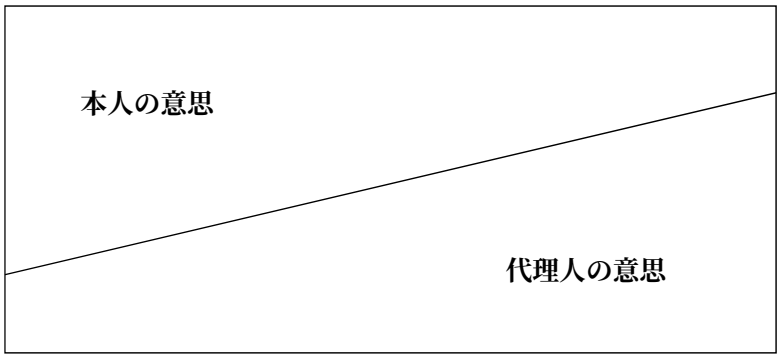
⇒②代行判断Substituted Judgment

⇒③最善の利益(Best Interests)判断

8

事前指示･代行判断･最善の利益判断の関係

事前指示　　代行判断　　最善の利益判断



9

事前指示Advance Directive

＜定義＞意思能力が正常な人が、将来、判断能力を失った場合に備えて、治療に関する指示を、事前に与えておくこと

(1) 望む医療処置、望まない医療処置
＝リビングウィル(書面)
(2) 医療に関する代理判断者を指名＝DPA
(3) その他

終末期ガイドライン;「患者の事前指示があれば尊重すること」
⇒事前指示の重要性

10

リビングウィル

万一自分が末期状態になった場合、延命治療を中止･差控える旨、医師にあらかじめ指示する書面

･(例) カリフォルニア州

Natural Death Act 1976

･内容 (抗生剤治療･水分栄養分補給中止) は州により異なる

･AD終末期は対象とならない

11

医療に関する代理判断者の指名「DPA」

＜持続的代理決定委任状＞

Durable Power of Attorney (DPA)

医療に関する任意代理人を指名

患者に代わって医療に関する判断をする

本人が意思決定能力を喪失した場合、および末期状態のとき適用できる

12

代行判断Substituted Judgment

<定義>現在意思能力がない患者が、もし当該状況において意思能力があるとしたら行ったであろう決定を代理人がすること

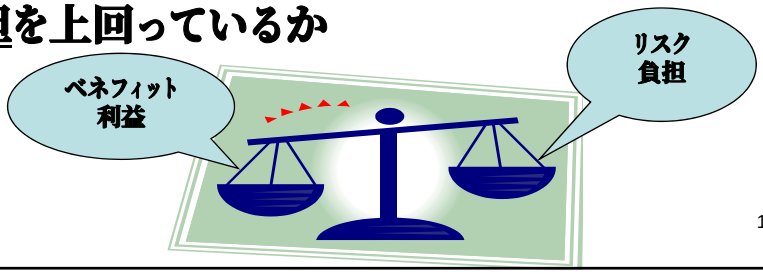
・ 患者自身の価値観･人生観などを考慮し、それと矛盾がない判断を、代理人が本人に代わってなす

13

最善の利益判断

<定義>本人にとって最も良いと思われる決定 (最善の利益 Best Interests)を代理判断者がすること

･治療による患者の利益が、本当に患者の負担を上回っているか



14

誰が代理判断者となるか？

「関係性の中での自己決定」
（⇔欧米；個の自己決定）

＊誰が代理判断者となるのか
＊ 家族は代理判断者として適切か
＊ 家族の意思だけで足りるのか
＊成年後見人の医療に関する同意権

15

代理判断者

Health Care Proxy
⇒患者本人によって指名された代理人
⇒事前指示の普及が欠かせない

Surrogate
⇒意思能力を失っている患者に代わって判断する人

優先順位は？⇒ （関係者皆で話し合う/法律で優先順位を決める/医療ケアチームが判断する）

＊医療を提供する人は事前指示書における「代理判断者」にはなるべきではない→パターナリズムへの逆行

16

誰が代理人になるのか

家族による患者意思の推定が許される場合

（東海大学事件判決；平成7年）

①家族が、患者の性格・価値観・人生観等について十分に知り、その意思を的確に推定しうる立場にある

②家族が、患者の病状・治療内容・予後等について、十分な情報と正確な認識をもっていること

③家族の意思表示が、患者の立場に立った上で、真摯な考慮に基づいたものであること

④医師が、患者又は家族をよく認識し理解する立場にあること

17

手続き的公正性

手続き的公正性確保のためのシステム作り

＊関係者間のコミュニケーション

＊中立的第三者の意見

＊透明性の確保

①代理人（Surrogate）決定　②治療方針決定過程　③決定内容の適切性の審査

18

倫理コンサルテーション

患者･家族･代理人･医療従事者･介護提供者などに対して、医療･介護に関する日常業務の中で生じた‘倫理的価値に関する問題’についての不安や対立を解消するのを助ける、個人やグループによるコンサルティング（助言）。倫理委員会と比べ、少人数のため（1～2名）、より迅速に対応でき、倫理的専門知識も豊富であるが、助言者個人の価値観･偏見が入り込みやすいという欠点もある。

19

倫理委員会

Interdisciplinary ethics committee

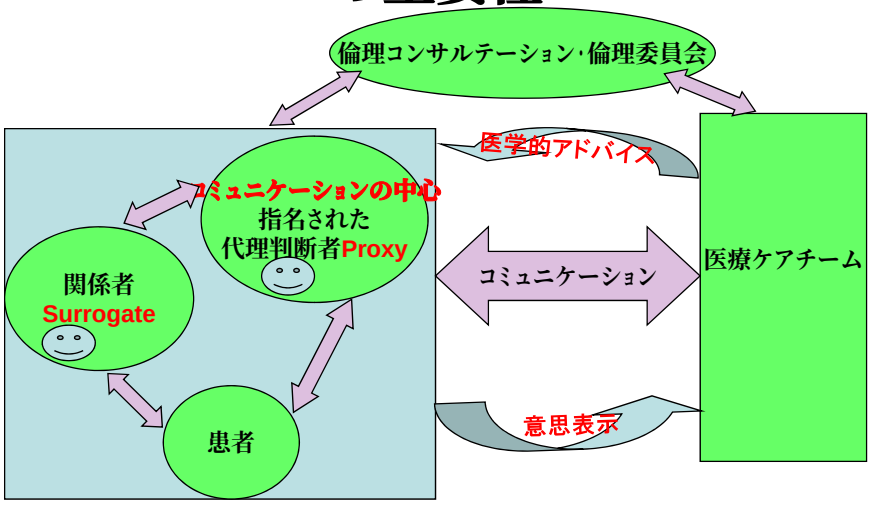
多職種からの構成メンバーによって、日常臨床ケースや臨床研究に関する‘倫理的価値に関する問題’について助言を与える委員会。構成メンバーとしては、医師･看護師･ソーシャルワーカー･法律関係者･一般市民･（宗教関係者）などが想定される。緊急時の遅滞や責任の分散、集団思考などの問題点が指摘されている。

Interdisciplinary⇒

医療ケア専門家だけの多職種ではないことに注意！

20

合意形成（コミュニケーション）の重要性



21

レスポンス

第3－2

認知症高齢者における
ターミナルケア

22

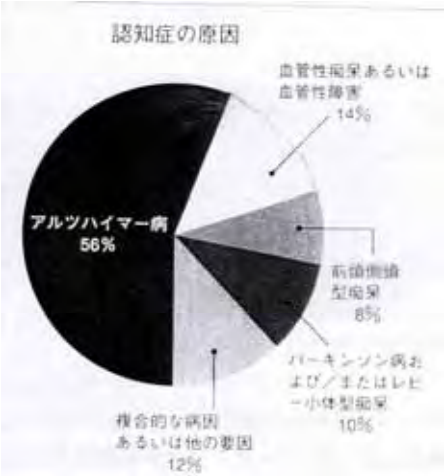
“看取り”の定義

- “看取り”のイメージ
  「平穏な死」「自然の死」「お迎えがきた」
  →人間の尊厳を守れる
  →いったいどこが問題なの？

・厳密な定義；無益な延命治療をせずに、
自然の経過で死を迎えさせる
＝「延命治療の差し控え・中止」
⇒法的・倫理的問題が内在している

事前指示はあるか　末期か？　治療の無益性　治療義務の限界？

アルツハイマー病は進行性・不可逆性



24

アルツハイマー病終末期

- 進行性･不可逆性
- 経過がある程度、決まっている
- FAST分類7になると嚥下困難
- 人工的水分栄養補給などの延命治療の問題

（ＰＥＧなどの経管栄養）

25

『患者の意思によって延命治療をしないこと』 と 『安楽死』のちがい

①『患者の意思によって延命治療をしないこと』

最期の瞬間ときまで尊厳をもって生きるため、本人の「延命治療をやめて、病状を自然の経過に戻す」という意思を尊重

②積極的安楽死

患者の命を終わらせる目的で「何かをする」

③消極的安楽死

患者の命を終わらせる目的で「何かをしない」

26

Cure sometimes – Comfort Always

時に“治療”—常に“快適なケア”

緩和ケア

＊無益な延命治療の差し控え･中止

＊自然な「看取り」⇒

必要な‘治療’や‘ケア’をやめることではない

27

ターミナルケアから End-of Life Careへ

- 尊厳に対して配慮するのに、十分な時間を考える
- もし、本人が延命治療を望んでいないのであれば、ギリギリの時点まで過剰な延命治療を実施することは、尊厳に配慮した終末期ケアとはいえない
- 本人が望む平穏な終末期のQOLを考慮
- エンドオブライフと判断されたのなら、時宜を逸しない緩和ケアが開始される必要がある

28

終末期認知症患者にとって PEGは有益か？；医学的エビデンス

Rethinking the role of Tube Feeding in patients with Advanced Dementia

<The New England Journal of medicine,Jan.2006>

＊PEGは経口摂取→誤飲→肺炎のサイクルを断ち切ることができない

＊経口摂取患者群とPEG実施群において、生存率に差はない

＊PEGによって「Comfort」を増すことはできない、苦痛を軽減できない（気道分泌物の増加・拘束・孤独）

⇒当該患者のQOLに基づき判断すべき（リスク⇔ベネフィット）

⇒PEGは、終末期認知症患者の標準的治療とすべきでない

⇒まずPEGではなく、経口摂取が第一とされるべき

29

終末期認知症患者にとって PEGは有益か？；医学的エビデンス

Tube Feeding in Patients with Advanced Dementia –A Review of the Evidence

<JAMA, October13,1999>

＊30年間分(1966年～1999年3月）MEDLINE

①誤嚥性肺炎を予防できるか？⇒No! ②寿命を延長できるか？⇒No! ③褥創や感染リスクを減らせるか？⇒No! ④身体機能を改善できるか？⇒No! ⑤緩和に役立つか？⇒No!

30

事前指示
アドバンスディレクィブ

31

50歳になったら考えよう！

A Guide for the Over 50s
-Your Future Starts Now

50歳を過ぎたら、将来のこと、終末期医療について考えておこう！！！

まだ、自分自身のことを、自分で決めることができるうちに、考えておこう。（意思能力）

・オーストラリアのキャンペーン

・3点セット

遺言　任意後見人　終末期医療 事前指示書

33

アドバンス・ディレクティブの重要性の認識

『医療に関する任意代理人制度(DPA)に関する法律』

『Patient Self Determination Act
患者自己決定権法』

ナンシー・クルーザン裁判（米・1990）

PVSのクルーザンに胃ろうが造設されたが「植物状態で生き続けたくない」という本人の願望をかなえるため、両親が経管栄養の中止を要請した（連邦最高裁）

34

終末期医療に関するガイドライン

①患者の意思･事前意思が確認できる場合はそれを尊重し……⇒事前指示

②（確認できない場合）患者の意思が家族等の話より推定できる場合は、その推定意思を尊重し……
⇒代行判断

③（推定できない場合）患者にとっての最善の利益になる医療を選択する……
⇒最善の利益判断

⇒患者の意思･事前指示の尊重

⇒でも実際は….　⇒事前指示は普及していない

⇒いくら良い終末期ガイドラインができても、
その実効性は形骸化する

35

事前指示の重要性

①患者；自己決定の権利の尊重

②家族；心理的苦悩･感情的苦痛の軽減

③医療介護従事者；法的責任の回避

④事前指示はコミュニケーションツールである

事前指示を作成するプロセスそのものが

→医療関係者と患者さん･家族とのコミュニケーションを促進させることになる

⇒信頼関係を高めることになる

⇒ただ事前指示書の用紙を渡すだけではダメ！！

⇒対話のプロセスが大切！

36

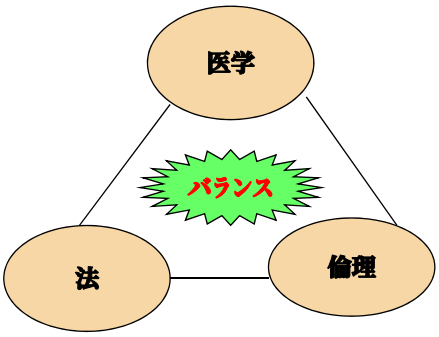
私の四つのお願い

①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
②あなたが望む医療処置･望まない医療処置について
③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
④あなたの愛する人々に伝えたいこと

http://www1.ocn.ne.jp/~mbt

37

医学･法･倫理
ーバランスのとれた思考ー



38

付録資料

39

海外（米）の判例（1990）
ナンシー・クルーザン裁判

ＰＶＳのクルーザンに胃ろうが造設されたが「植物状態で生き続けたくない」という本人の願望をかなえるため、両親が経管栄養の中止を要請した（連邦最高裁）

多数意見５；本人が延命拒否したという明確で厳格な証拠が必要（ミズーリ州は口頭事前指示不可）

少数意見４；望まない治療からの自由は憲法上の基本的人権であり、判断能力がある患者だけでなく、判断能力がない患者にも適用され、人工輸液や栄養の拒否もこの範囲に含まれる

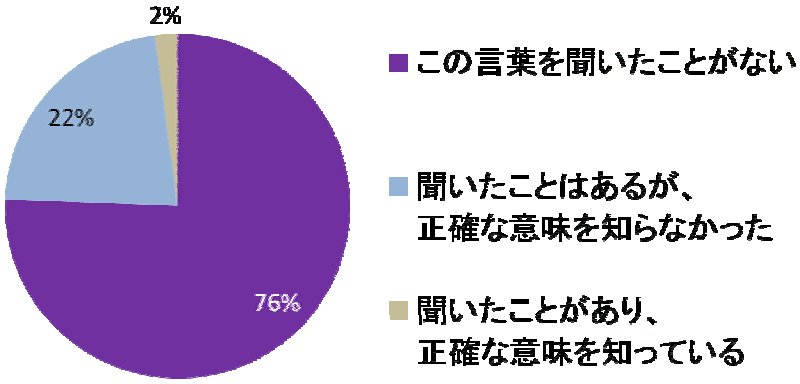
⇒アドバンス・ディレクティブの重要性の認識

『医療に関する任意代理人制度に関する法律』

『Patient Self Determination Act 患者自己決定法』

40

「事前指示」アドバンス・ディレクティブについて



41

認知症終末期ガイドライン
(Arcandら)

Comfort Care

at the End of Life
for Persons with Alzheimer's Disease
or other
Degenerative Diseases of the Brain

A Guide for Caregivers

42

オーストラリア終末期ガイドライン

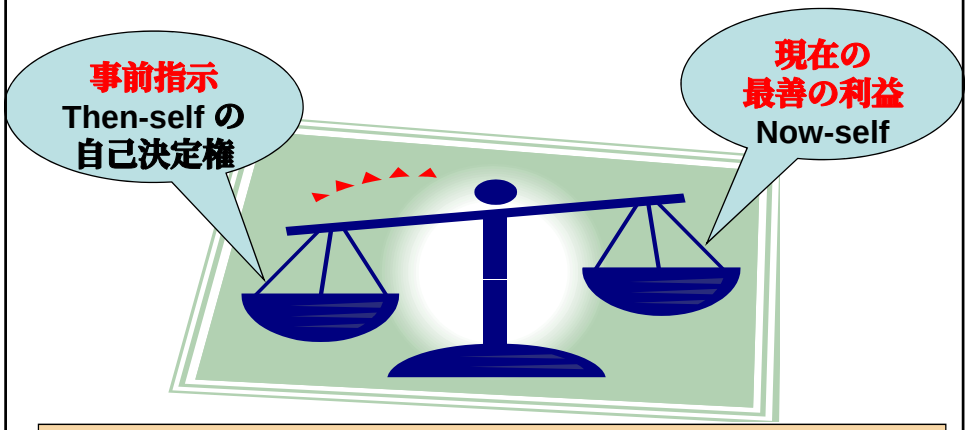
Appropriate withholding and withdrawal of life-sustaining treatment；

適切な延命治療の「差し控え」と「中止」

適切なend-of-life careとは、「その患者さんにとって」「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。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、死に逝く患者さんの「最善の利益」のために許されることであるといえます。

43

『事前指示then-self』と『現在の最善の利益now-self』



Then-self とNow-self のアイデンティティーを考慮しながら、「事前指示」 と 「現在の最善の利益」 をフレキシブルに解釈する

在宅終末期医療において、事前指示書「私の四つのお願い」の記入を支援して見えてきたもの

福岡県看護協会　訪問看護ステーション「くるめ」
小野幸代

在宅での看取りを積極的にしている中で、倫理的問題に触れることが多いと感じている。最後まで意思表示が可能な方、訪問の経過の中で意思表示ができなくなる方、訪問開始の時から既に意思表示ができないあるいは困難な方など様々なケースがある。最後まで自分の意向を自らの言葉で伝えられる方はそう多くはない。このような中で、「私の四つのお願い」という事前指示書を知ることになった。

一切の医療的処置を拒否する難病の方、抗癌剤治療中止の意思表示をした末期がんの方に対して事前指示書「私の四つのお願い」の作成支援を試みた。「私の四つのお願い」を選んだ理由は、死をイメージしやすい構成、家族とともに考えられる項目内容、医療行為の是非や心のあり方を問う内容であったためである。

「私の四つのお願い」は①～④の項目を明確にできる構成となっている。

① 私の代わりに医療やケアに関する判断・決定をして欲しい人
② 私が望む医療処置、望まない医療処置
③ 私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望むこと
④ 私の愛する人々に伝えたいこと

難病の方は 2 年半の関わりで、身体状況が顕著に低下した最後の 2 か月半に、事前指示書の作成支援を行った。末期がんの方は 2 か月の関わりの中、抗がん剤治療中止を判断された時（訪問看護開始 2 週目）に事前指示書の作成支援を行った。事前指示書の記入支援からもたらされた結果は次の通りである。

1） 事前指示書作成において患者の自己決定を支えることができ、患者が意思表示出来なくなった際、事前指示書に沿い医療やケアを展開できた。
2） 事前指示書作成過程において、看護師の関わりは家族間の対立する思いを緩衝した。お互いの思いに寄り添えるように患者・家族に介入し、それぞれの思いに寄り添うことができた。
3） 事前指示書記入支援を行ったことで、意思判断不能となった時に受けるケア内容の中でイメージできていないケアを患者自身が具体的に理解することができた。
4） 過去の身内の療養生活において、意見の統一が困難だったことがある家族に対して、事前指示書記入支援は、第一代理人として選定された家族の負担を軽減できた。

これらの結果より、事前指示書の記入支援は以下のことが考えられる。

①看護師が緩衝役として関わる事で患者・家族のコミュニケーションを促進できる
本人の変わらない意思を、そのまま紙面に残すことではなく、なぜ治療やケアを受

けたくないのか、家族は受けて欲しいのか、お互いの感情を含めたコミュニケーションを図ることが重要だと思われた。家族といえども他者の命に直接関与する事項の決定には大きなストレスがかかり、後々心の負担にもなると思われる。患者の自己決定を尊重するには、家族間での認知、承諾が必要であると考える。患者の自己決定プロセスに事前指示書の作成支援として看護師が緩衝役として関わったことで、関係の中で自己決定を支援できたと考える。

②詳細なケア内容を認識することにより、具体的な希望の確認が可能

「私の四つのお願い」では、意思判断を失ってからの日常のケア内容が詳細に書かれていることと、事前指示書記入の際に文章の内容を具体的に分かりやすく患者・家族へ看護師が説明できるため、患者がイメージできていないケアへの具体的な希望を確認できたと考える。そして、家族もそれを認識し、日常のケアへの参加がスムーズに行われていったと考える。

③家族の心理的負担の軽減

日常のケアを一緒に行う看護師が事前指示書の記入支援をしたことで、患者が指名された第一代理人である家族の心理的負担が軽減され、安心感に繋がったと考える。また、同居家族以外の親族に対しても、自己決定のプロセスを看護師が主介護者である家族と共に説明できることで更に負担は軽減されたと考える。家族をアセスメントする中で、過去に身内の死亡の際に治療に関して意見の統一が難しかったケースや死亡後に家族関係のしこりを残した事象が分かったケースに関しては、日常のケアを一緒に行う看護師が事前指示書の記入支援をすることは、第一代理人の心理的サポートにおいて極めて有用だと考える。

事前指示書記入の支援を通して、本人の自己決定を支えるとともに、家族間のコミュニケーションを促進し、精神的負担の軽減を図れていることが分かった。事前指示書の意義を考えた時に、記入されたそのものより、それを作成するプロセスに意義があるという感触を得た。

事前指示書作成支援において、導入のタイミングを見計らうことも必要であり、症状の変化に伴い患者・家族の気持ちの変化も生じるため、事前指示書記入後もその都度意思の確認をすることが重要である。

＊ＭＢＴバイオエシックス研究所：事前指示書『私の四つのお願い』説明書

（http：//www1.ocn.ne.jp/~mbt）

事前指示の重要性

①患者;自己決定の権利の尊重
②家族;心理的苦悩･感情的苦痛の軽減
③医療介護従事者;法的責任の回避
④事前指示はコミュニケーションツールである
事前指示を作成するプロセスそのものが
→医療関係者と患者さん･家族とのコミュニケーションを促進させることになる
⇒信頼関係を高めることになる
⇒ただ事前指示書の用紙を渡すだけではダメ！！
⇒対話のプロセスが大切！

終末期の医療と看取り介護の法的問題点について

弁護士　赤沼　康弘（東京弁護士会）

1　判断能力喪失者の医療をいかに保障するか

(1)　医療契約と医療同意の違い

医療同意は、医的侵襲に対する同意であり、違法性の問題

(2)　本人が同意できない場合に同意をする者

①　家族の同意が必要とされる。

ただし、その根拠や範囲は明確ではない。

しばしば、家族の利益と本人の利益は対立することになる。

厚労省の「終末期の患者を支える」という定義はひとつのヒントにはなりそうだが、曖昧の感はぬぐえない。

②　家族がいない場合はどういうことになるか。

(3)　通常の医療行為と重大な医療行為の違いは明確か。

(4)　法整備の必要性

2　終末期における医療と個人の尊厳

(1)　終末期の定義

日本医師会は、最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎えると判断される時期とし、臨死状態を狭義の終末期とする。

(2)　終末期であっても、医療を受けるかどうかは個人の自己決定権にかかる。

1981 年世界医師会総会で採択されたリスボン宣言では、患者が医療を拒否する権利も明確化。

同意がない限り、医療を行うことはできない。

ただし、緊急行為は同意不要。

開始した医療の中止はどうか。

(3)　厚生労働省　　終末期医療に関するガイドライン

①　終末期における医療行為の開始、不開始、変更、中止を対象とする。

②　生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、対象としない。

③　患者の意思の確認方法

客観性をいかに担保するか。

④　患者の意思が確認できない場合

イ　推定

ロ　推定できない場合は、家族、家族がいない場合は、医療・ケアチーム

家族については、患者が信頼を寄せ、終末期の患者を支える存在とし、法的な親族関係を意味せず、より広い範囲の人を含むとする。

何故にこのような者の同意を得れば法的に問題がないことになるか。

(4)　延命医療の中止の法制化について

横浜地裁平１７．３．２５判決（川崎協同病院事件・判時 1909.130）

①回復の見込みがなく、②死期が切迫しており、③それを患者が正確に理解し判断する能力を保持していること、④患者に十分な情報が提供され、説明がなされ、患者の任意かつ真意に基づいた意思表明がなされていることとする。

横浜地裁平７．３．２８判決（東海大安楽死事件・判時 1530.28）

これに、患者に耐え難い苦痛があること、患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くして他に代替手段がないことを加える。

自らの身体的状況では生存が不可能となり、回復があり得ず、死期が切迫しているにもかかわらず、器械等により強制的に生かされるということに対し忌避する者も多く、生命の質を重視したいという要請も強くなっている。もとより、このような状況下にあっても最後まで生を追及するということが生命体としての自然なあり方であろう。しかし、生の質を重視するという意識を持つこともまた人間の自然の感情といえる。このような自己決定については、条件により認めても良いのではないか。

しかしながら、このように判例上も、学説上も未だ基準とその意思の確認方法が確立しているとはいいがたい状況にあり、慎重な検討が必要である。

３　看取り介護と医療の保障

(1)　看取り介護の要件

①　「終末期」の定義の困難性

②　看取り介護同意の法的意味

看取り介護の同意は、不必要な医療行為を望まないという同意、事前の指示に等しい。そこには医療の同意におけると同じ問題がある。

しかし、看取り介護により、どのような医療を受け、どのような医療を忌避しようというのか、本人が理解しているかどうか疑問がある。

知らないうちに、「苦痛を緩和し、穏やかな死を迎えるための最低限の医療を受ける権利」をも放棄したことになっていないか。

③　誰が同意するか。

家族に同意をする権限があるか。

(2)　看取り介護の内容と同意プロセスの見直しが必要。

以　　上