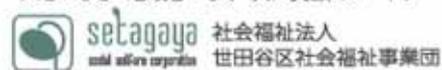


人をつなぎ 地域をつなぐ 共に笑顔のパートナー



Symposium 2010

看取りシンポジウム

～家族とともに高齢者の安らかな旅立ちを看取りたい～

開催記録

2010年3月

社会福祉法人世田谷区社会福祉事業団
世田谷区立特別養護老人ホーム 芦花ホーム

目 次

開催概要	1
プログラム	1
講演記録	
1．開 会・あいさつ	2
2．講演 「高齢者医療医療・終末期医療 ーメディアから見た課題ー」 出河雅彦氏	3
3．パネルディスカッション	15
パネリスト紹介	36



開催概要

看取りシンポジウム 2010

～ 家族とともに高齢者の安らかな旅立ちを看取りたい～

日 時：2009（平成22）年2月13日（土） 15：00～17：30

会 場：世田谷区立烏山区民会館ホール

主 催：社会福祉法人世田谷区社会福祉事業団

世田谷区立特別養護老人ホーム 芦花ホーム

共 催：世田谷区

参加人数：約200人

プログラム

1．開会・あいさつ

社会福祉法人世田谷区社会福祉事業団

世田谷区立特別養護老人ホーム芦花ホーム 施設長 四元 秀夫

2．講演

「高齢者医療・終末期医療－メディアから見た課題－」

朝日新聞編集委員 出河 雅彦氏

3．パネルディスカッション

小原 信氏 （青山学院大学名誉教授）

黒田 和夫氏 （横浜ランドマーク法律事務所 弁護士）

出河 雅彦氏 （朝日新聞編集委員）

川崎 千鶴子氏 （特別養護老人ホームみずべの苑施設長）

石飛 幸三氏 （特別養護老人ホーム芦花ホーム 医師）

4．閉会

開催記録

1. 開会・あいさつ

社会福祉法人世田谷区社会福祉事業団

世田谷区立特別養護老人ホーム芦花ホーム 施設長 四元秀夫

皆さん、こんにちは。芦花ホーム施設長の四元でございます。

本日は休日にもかかわらず、かつ寒い中、このように大勢の方々にお集まりいただきまして、まことにありがとうございます。

この看取りシンポジウム、副題といたしまして「家族とともに高齢者の安らかな旅立ちを看取りたい」とさせていただきます。

だれもが高齢になれば自然に衰えてまいります。そして最後には死を迎えます。ですから、この副題は終のすみかとなっております芦花ホームの当たり前の願いを表したわけでございますけれども、現実にはそこにさまざまな課題や疑問がございます。

これらの課題や疑問を社会の多くの方々と共有し、皆で考える契機になればとの思いから、このシンポジウムに思い至りました。

幸い、各界からそうそうたる方々をお招きすることができました。これからそのテーマについて掘り下げていただきます。その後、会場の皆さんから質問あるいはご意見をお受けしたいと思っております。閉会は5時ごろを予定しておりますけれども、最後までおつき合いますようお願い申し上げます。簡単ではございますが開会のあいさつとさせていただきます。

本日はどうもありがとうございました。



2 . 講演

「高齢者医療・終末期医療ーメディアから見た課題ー」

朝日新聞編集委員 出河 雅彦氏

皆さん、こんにちは。ご紹介いただきました出河といいます。今日はこの後、高齢者医療の現場を支えていらっしゃる専門の先生方のお話がありますので、私は前座として取材者の立場から、高齢者医療・終末期医療についてどんな問題があるのかということを紹介したいと思えます。

まず医療保険と介護保険の改革と高齢者医療の関係について簡単に触れてみたいと思えます。

四元さんからもお話がありましたように、今日は特別養護老人ホームにおける看取りがテーマです。それとは直接関係ないのではありませんが、法制度などがきちんと整備されていないために終末期医療を巡る「事件」が過去に幾つか起きていますので、それらの事件で何が問われたかをご紹介することでこの後の議論の参考になればと思えます。

そして最後に世論調査の結果などもお示しながら、今後どういうところに目を向けていく必要があるかということをお話ししてみたいと思えます。



【医療・介護制度改革と高齢者医療】

私も国民の1人ですが、取材をしていても終末期医療の問題はなかなか一般の人たちに理解しにくいところがあると思えます。私自身の話をさせていただくと、私の祖父母は自宅で亡くなったのですけれども、ちょうど祖父が亡くなったのが今から40年前で、私はまだ小学校を卒業するかどうかというときでした。当時は自宅で亡くなるのは当たり前でしたが、その後、家族の死がだんだん見えないところに追いやられてきたのではないかと思えます。

終末期とは一体どんな状態なのか、高齢者の終末期にはどんな特徴があるのか、について専門の先生方からこの後お話しただけと思えますけれども、例えば終末期はちゃんと診断できるのか、あるいは今の医療と介護にどんなことが期待できるのか、自分や家族はどんな備えをしたらいいのか、そのようなことに答えを示していただきたいと思えます。

ここで、平均寿命の推移を示したグラフを紹介したいと思えます。2004年の数字ですから少し古いのですけれども、男性が78歳、女性は85歳を超えています。今から40年前は70歳前後だったんですね。それだけ高齢化が進んでいるわけです。次に高齢者世帯の家族構成を示します。いまは65歳以上の方が世帯主である高齢者世帯の数は1,500万ですが、一人暮らしが30%、夫婦のみが35%。合わせて7割近くが高齢者1人もしくは2人という状況です。

医療保険制度改革の基本的考え方

- ・ 安定的で持続可能な医療保険制度の構築

経済・財政とも均衡のとれた、安定的で持続可能な医療保険制度を構築し、将来にわたり国民皆保険制度を堅持する

- ・ 給付の平等・負担の公平

保険者の自律性・自主性を尊重した上で、医療保険制度を通じた給付の平等、負担の公平を図り、医療保険制度の一元化を目指す

- ・ 良質かつ効率的な医療の確保

保険者、医療機関、地方公共団体等の関係者が連携して、地域の住民に対して質の高い効率的な医療を提供できるような取り組みを推進する

〔2003年3月28日閣議決定「医療保険制度及び診療報酬体系に関する基本方針」〕

今年介護保険制度ができてちょうど10年です。この制度がどういう理由でできたかというのは今さら申し上げるまでもないのかもしれませんが、高齢化に伴って介護する期間が長期化したこと。そして介護する家族も高齢化が進み、核家族化も進んだこと。そのような社会情勢の変化を背景に、

介護を社会全体で支え合う仕組みをつくらざるを得なくなったわけです。

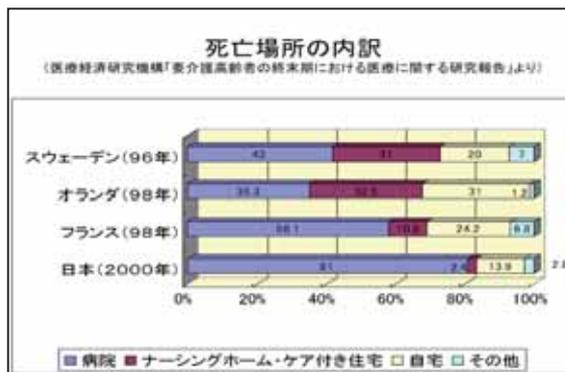
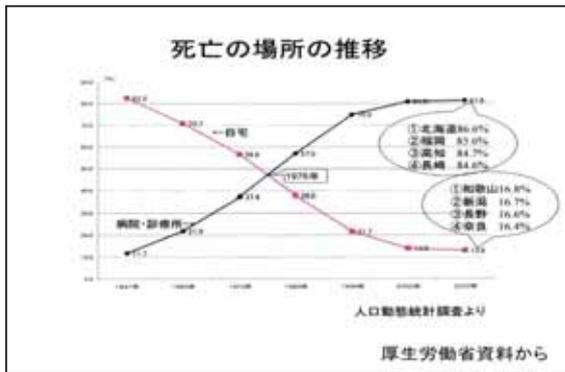
終末期医療の話に進む前に、医療保険と介護保険の関係について簡単に触れてみたいと思います。介護サービスがきちんと整備されていない時代は、いわゆる老人病院が介護の受け皿でした。普通、病院というのは治療をする場所ですが、治療が終わっても介護を必要とする高齢者が生活する場所がないので、そのまま入院せざるを得ない。そうした「社会的入院」のコストを医療保険でカバーするのは無駄ではないか、という問題意識も介護保険創設の背景にあったわけです。

当時も老人病院の他に、老人保健施設とか特別養護老人ホームという、高齢者の介護を支える施設があったのですが、導入された経緯や職員の配置基準などはそれぞれ違います。介護と医療の両方が必要な高齢者が増えていった時にどういう機能を持った施設が望ましいか。それぞれの施設の役割分担はどうしたらいいか。そのようなことが必ずしも十分に検討されないまま、既存の施設をそのまま介護保険のサービスに組み込んで制度をスタートさせたわけです。

医療費の総額は高齢化に伴って増えていまして、費用の伸びを抑制するための改革が時々行われるわけですが、2008年度に「後期高齢者医療制度」が導入されました。持続可能な保険制度をつくっていかねばいけない、そのためには高齢者の方にも応分の負担をしてもらおうではないか、ということでできた制度です。75歳以上を後期高齢者という名称にしたために、非常に評判が悪かったのですが、75歳以上の方、全員に保険料を払っていただく。財源構成は半分が税金、4割が現役世代からの支援金、そして1割は後期高齢者の保険料でまかなうという制度です。

先ほど死亡場所の話をしました。かつては自宅で亡くなる方が圧倒的に多かったわけですが、1976年を境に医療機関で亡くなる方が増えていって、今は80%以上が医療機関で亡くなっています。後期高齢者医療制度をつくるにあたって厚生労働省は、高齢者の方も望んでいるし、また医療保険制度を存続させるためにも、医療機関で亡くなる割合を少しでも低くしたいという考え方を打ち出したわけです。自宅あるいは介護施設で亡くなる方を増やすということが、この医療制度改革の一つの目的であったわけです。

新しい高齢者医療制度をつくるにあたって議論したことをまとめた文書の一つに、「終末期医療のあり方について合意形成を得て」という文言が盛り込ま



れました。これだけではよく意味がわからないのですけれども、終末期医療にお金がかかり過ぎている、あるいは病院で亡くなる方が多いので、自宅や介護施設に移ってもらい、そこで亡くなってもらえば、保険制度の維持のために効果が期待できるのではないかという思惑がみてとれます。そのために日常的なお医者さんの管理から看取りまで一貫した体制を整備すべきではないか、という目標を掲げているわけです。

これは死亡場所の内訳について調べたある研究機関のデータです。スウェーデン、オランダ、フランス、日本と出ていますが、日本は圧倒的に病院が多いわけですが、他の国は、ナーシングホームとかケアつき住宅で亡くなる割合が多い。日本でもこの辺をもうちょっとふくらませていかないと、病院で亡くなる方を減らすことはできないことがわかります。

後期高齢者医療制度の評判が悪かったことは、昨年の衆院選挙で民主党が勝利し、政権をとる一つの要因にもなったと思います。「なぜ75歳以上だけ独立した保険にするのだ」という反発が非常に強かったわけです。とりわけ評判が悪かったのが後期高齢者終末期相談支援料という診療報酬点数の導入でした。皆さん、診療報酬をご存じかと思いますが、医療機関で行われるいろいろな治療行為の値段は一つ一つ点数で決められています。例えば初診料はいくら、再診料はいくら、処方箋を書いたらいくらといった具合です。その点数に基づき、医療機関が医療保険を運営する保険者に請求し、一部は医療機関の窓口で患者さんが払うわけです。

後期高齢者終末期相談支援料はどういうものかということ、医師が終末期と判断した患者について、終末期にどんな治療をするかを患者及び家族と十分に話し合っ、文書に書いておいたら、患者1人1回に限り2,000円算定できる。医療機関が保険者に2,000円請求できるということですね。これが「厚生労働省はお年寄りに早く死んでもらおうと思ってやっているのではないか」と評判が悪かったわけです。

なぜ反発を受けたかということ、75歳未満で亡くなる人がいるにもかかわらず、この相談支援料が後期高齢者だけを対象にしたものだったからです。もうひとつはお金が絡んだことです。こういう文書をまとめておくとお医者さんの収入になる、ということで批判的になったわけです。それで、これはすぐ凍結されました。こういう文書の必要性はもちろんありますが、今年の4月から

は、点数そのものが廃止されることになりました。

では、終末期の医療費はそんなにたくさんかかっているのか。これはある大学の先生の論文からの引用ですが、死亡する1カ月半の医療費を後で遡って調べると、高齢になるに従って治療行為を行うことがなかなか難しくなりますから、実際は高齢になるほど医療費は少なくなっていくと思います。それから、終末期の医療費の高騰が老人医療費全体に与える影響はそんなに大きくないという、別の研究データもあります。民主党政権になって後期高齢者医療制度の見直し作業が始まっていますが、あまり大きく変わることはないのではないかと思います。ただ、病院から施設へ、病院から在宅へ、という大きな政策の流れがあることをご理解いただけたらと思います。

【終末期医療をめぐる事件が問いかけたもの】

次に、終末期医療を巡る事件について触れてみたいと思います。

最初は川崎の病院で、気管に入った管を抜いたうえに筋弛緩剤を投与して患者さんを死亡させたという事件です。最終的に最高裁で殺人罪に問われた医師の有罪が確定しました。患者さんは高齢の方ではないのですが、喘息の発作で

川崎協同病院事件の概要

1998年11月、気管支喘息発作で意識不明となり、2週間前から川崎協同病院に入院していた男性患者(当時58歳)の呼吸を確保するため気管内に挿入されていたチューブを主治医(同44歳)が家族の面前で抜いた。

抜管によって死亡するのを待ったが、男性が苦しうに見える呼吸を繰り返し、鎮静剤を多量に投与しても鎮めることができなかったことから、主治医は看護職員に命じて筋弛緩剤を静脈注射させ、抜管から1時間余り後に死亡させた。

(2004年3月 横浜地裁判決が認定した事実)

意識不明になり、心臓が1回とまって救命措置で心肺停止から脱したのですが、意識は戻らなかった。その2週間後くらいに主治医が気管に入っていた管を抜いた。そうしたら男性が非常に苦しそうな呼吸を繰り返したので鎮静剤などを投与したけれども、なかなか鎮めることができなかった。最終的に筋弛緩剤という、人工呼吸器をつけなければ使えないような薬を投与して死亡させたという事件です。この事件で何が問われたかということ、患者さんの死期は迫っていたのか、患者さんの家族から治療中止の要請はあったのか、医師はちゃんと説明をしていたのか、といったことです。

事件の焦点

- ・ 患者の死期は迫っていたのか。
- ・ 家族から治療中止(抜管)の要請はあったのか。
- ・ 主治医は病状について適切な説明をしたのか。
- ・ 筋弛緩剤は何を目的にどう投与されたのか。

↓

主治医の行為は東海大学安楽死事件判決(1995年3月、横浜地裁)で示された治療中止の要件を満たしていたのか？

かつて東海大学病院の安楽死事件というものがありました。細かくは触れませんが、その事件の刑事裁判で裁判所が治療の中止をしていい条件を示しました。患者の意思表示があるとか、死が避けられない末期にあるとかです。これに合致しているかという観点から川崎の病院の事件も判断されたわけです。最大のポイントは回復可能で死期が迫っていたかどうか、でした。これについては、医師の意見などから「死期が切迫しているとは言えない」ということになりました。もう一つのポイントは患者の家族への説明内容でしたが、これも「家

東海大学安楽死事件判決が示した 治療中止の要件

- ・ 患者が回復の見込みがなく死が避けられない末期状態にある。
- ・ 治療の中止を求める患者の意思表示がある。
- ・ 患者の意思表示がないときでも家族の意思表示から患者の意思を推定することが許される。
- ・ 意思表示をする家族が患者の性格、価値観、人生観について十分に知り、その意思を的確に推定する立場にあることが必要である。
- ・ 医師側も、患者自身の病気や治療方針に関する考えや態度および患者と家族の関係の程度や密接さなどについて情報を集めることが必要で、患者の意思の推定においては「疑わしきは生命の維持を利益に」との考えを優先させる。

東京高等裁判所の判決 (2007年2月)

- ・ 懲役3年執行猶予5年(求刑懲役5年)とした一審の横浜地裁判決を破棄。懲役1年6カ月執行猶予3年の有罪判決
- ・ 死因が筋弛緩剤とする一審の判断は踏襲したが、「家族からの要請がなかったと認定するのは合理的な疑いが残る」とした。
- ・ 「他の医師にも相談すべきで、独断で抜管を決断したのは結果的に患者を軽視したと言われても致し方ない」
- ・ 「法律の制定やガイドラインの策定が必要。国民的な合意を図るべきで、司法が抜本的な解決をする問題ではない」と述べ、尊厳死の要件を裁判所が示すことに否定的な見解を述べた。

事件が問いかけたもの

- ・ 生命尊重の原則の再確認
- ・ 医療従事者と患者・家族の対話の重要性
- ・ 院内の倫理審査体制整備の必要性
- ・ リビング・ウィル(文書による事前の意思表示)の普及の必要性
- ・ 終末期に関する国民への情報提供の必要性
- ・ 終末期医療をめぐる公的な指針、法的ルールの整備に向けた議論の必要性
- ・ 意識障害患者に対する介護問題の深刻さ

族への説明を十分していなかった」、「家族が治療中止を了解している」と(主治医が)誤って信じていた」と判断され、手続きに不備があったと指摘されました。

横浜地裁の一審判決は、医療技術が進んで延命可能な場合が生じて、過剰医療の批判もあるのだから、延命治療が必ずしもいいわけではないが、それを中止するに当たっては慎重な手続きが必要であると言っています。要するに、疑わしい時は患者の生命保護を優先させるべきであるということです。

次の東京高等裁判所の二審判決では、家族から(治療中止の)要請がなかったと言い切るには疑いが残ると判断され、少し医師の刑が軽くなりました。しかし、有罪判決でした。

この判決は、こういうことを裁判所に持ち込まれてもなかなか判断しにくい面があるから、法律の制定とか何らかのガイドラインをつくる必要があるのではないか、そして国民的な合意

を図る必要がある、と言及しています。

最高裁の決定が出たのは昨年暮れでした。お医者さんは「犯罪と思わない」と言っているけれども、説明不足もあったし、必要な手続きを逸脱して、一線を越えたと判断され、最終的に有罪になりました。

この事件が問いかけたものを私なりにまとめてみました。まず、生命尊重の原則が再確認されたということ。次に医療従事者と患者側との対話の重要性。また、リビングウィルといって、「終末期になったらどうしてほしい」、「どうすることはしてほしくない」ということを事前に文書で本人がまとめておく、そういうものを広めていかなければいけないのではないかとということ。それから、終末期というのはどういうものかについて、一般の人はもう少し知る必要があるのではないかとということ。裁判所も言っていますが、公的な指針とか法整備も必要なのではないかと思います。

同じく昨年の暮れに結論が出た別の事件があります。富山県の病院の医師が人工呼吸器を外して7人の方が亡くなったという、かなりショッキングな事例です。警察が殺人容疑で医師を書類送検しましたが、検察庁は殺人罪に当たら

ないと判断しました。いずれの患者も死が切迫しており、看取りの時間をつくった後に呼吸器を外したので、医師に殺意はなかったという判断です。

3つ目の事例は、事件と言えるようなものではないのですが、2007年1月に明らかになったケースです。回復不能の患者さんの延命治療について病院の倫理委員会は「やめていい」と決定したのですが、病院長は「そんなことをしたら警察沙汰になるかもしれない」と心配し、治療を続けさせたという事例です。患者さんが事前に求めていた延命治療の中止が認められなかったわけです。

「延命治療中止」の本人意思が
活かされなかった事例

- ・ 岐阜県立多治見病院で、患者が事前に求めていた「延命治療の中止」が最終的に認められなかった事例が2007年1月に明らかになった。
- ・ 男性は2006年10月、食べ物をのどに詰まらせ、心肺停止状態で救急搬送され、救命治療で心拍が再開した。人工呼吸器を付け、強心剤投与などを受けたが、回復の見込みがないと診断された。

訴追を恐れた病院幹部が治療続行指示

- ・ 院長は、2006年3月に富山県の射水市民病院で人工呼吸器を外された末期患者が死亡し問題化したことを考慮、県に相談したうえで、「国の指針などが明確でなく、現段階では医師だけが責任を問われかねない」として、倫理委の決定を認めず、治療続行を指示した。
- ・ 男性は入院3日目、「蘇生後心不全、蘇生後脳症」で死亡した。
- ・ 岐阜県知事は「延命治療の中止は、刑事訴追を受ける可能性がある。法律の整備やガイドラインの策定がなされるべきだ」と求めた。

この人は80歳を過ぎていました。食べ物を喉に詰まらせて心肺停止状態になり救急車で運ばれました。救命治療で心拍は再開し、人工呼吸器をつけて強心剤などの投与を受けましたが、回復の見込みがないと診断されました。この男性はさかのぼること10年前、「重病になって将来再起の可能性がないとすれば延命処置はしないほしい」という文書を家族に託していました。

この病院ではこうしたケースを想定してマニュアルを作っていて、院外の方にも参加してもらって倫理委員会を設置しました。その委員会は、「この男性の治療に関係していない2人の医師が診断をして、回復の見込みがない」、「この文書も本人が直筆で書いていて家族が勝手にでっち上げたものでもない」、「だから、もう外してもいい」という判断をしたのです。ところが、この当時、先ほど紹介した富山県の人工呼吸器を外した問題を警察が捜査している最中だったので、病院長は「警察が捜査中なのにここで治療を中止したらこっちも問題にされかねない」、「国の指針が明確でないから医師が責任を問われかねない」と考え、倫理委員会の決定があったにもかかわらず治療の続行を指示したのです。患者さんは3日後に亡くなったのですが、その後、岐阜県知事が「法律の整備や、ガイドラインをつくってほしい」と国に求めました。

今、医療現場では刑事訴追を恐れて治療を継続する傾向にあります。終末期医療に関するガイドラインや法律を作ろうという機運はなかなか出てこないのです。しかし、いろいろな問題が表面化したため、厚生労働省も放っておけなくなり、終末期医療においてどういう手続きをしたらいいかという、決定プロセスに関するガイドラインを作りました。これは行政がつくったガイドラインで、国会で審議したわけではありませんので法的な根拠はありません。内容は、「専門家を呼んでいろいろな意見を聞く」、「医療行為の中止についてはい

終末期医療の決定プロセスに関する ガイドライン(2007年5月、厚生労働省)

- ・ 終末期医療における医療行為の中止等は、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性をもとに慎重に判断すべきである。
- ・ 治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、その合意内容を文書にまとめる。
- ・ 家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善かについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

救急医療における終末期医療に関する提言(2007年10月、日本救急医学会)

終末期の定義

- ・ 突然発症した重篤な疾病や不慮の事故などに対し適切な医療の提供にもかかわらず死が間近に迫っている状態
- ・ 具体的には下記の4つの場合
 - ①脳死
 - ②生命が人工呼吸器などに依存。生命維持に必須の臓器の機能不全が不可逆的
 - ③現状に治療を継続しても数日以内に死亡することが予測
 - ④悪性疾患や回復不可能な疾病の末期であることが、積極的な治療開始後に判明

救急医療における終末期医療に関する提言(2007年10月、日本救急医学会)

延命措置への対応

- ・ 家族らが①治療を希望②延命措置中止を受け入れる③意思が明らかでない、もしくは判断できない④本人の意思が不明で、身元不詳などの理由により家族らと接触できない⑤の4パターンに分け、①以外について人工呼吸器の取り外しや薬剤投与の中止手続きを決めた。
- ・ 家族が判断できない場合に主治医を含む「医療チーム」が判断できる。医療チームで判断できない場合は院内の倫理委員会で検討する。

るような専門職種の人から構成されるチームで慎重に判断すべきだ」、「患者側と十分な話し合いをして、その合意内容を文書にまとめておく」といった内容が盛り込まれています。

このガイドラインについて医療界からは「法的な根拠はないし、終末期も定義していないので、使えない」、「警察に責任を問われる恐れは解消しない」という声が上がりました。不安はなくなっていないのです。

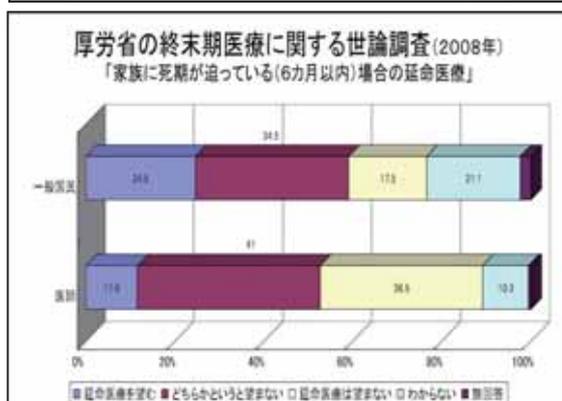
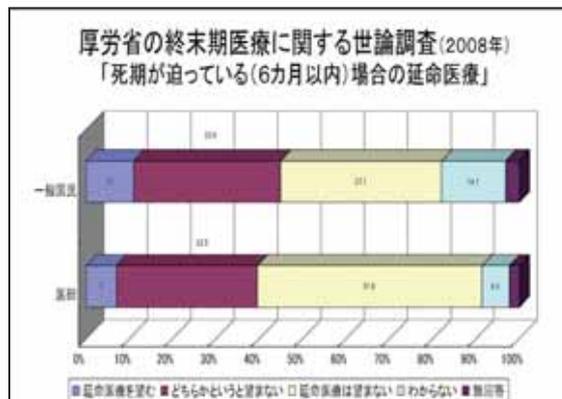
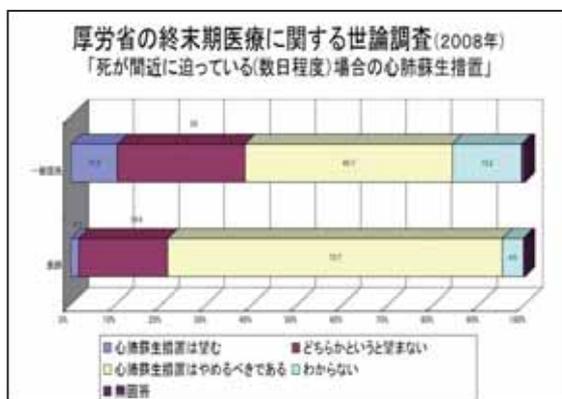
このような問題と日々向き合うことが多いのは、一般の病院では救急部門です。救命救急医療を担当する部門の方々にとっては日常的な問題なのです。そこで、自分たちで終末期医療のあり方について一つの考えをまとめようということになり、3年前に日本救急医学会が提言をまとめました。終末期については、「突然発症した重篤な疾病や不慮の事故で死が間近に迫っている状態である」と定義しました。今日のシンポジウムのテーマとは少しずれるかもしれませんが、この提言につ

いて紹介します。終末期の具体例としては、脳死、人工呼吸器がなければ生きていられない状態、数日以内に死亡することが予測される、回復不能な疾患である、といったケースを挙げています。この中で脳死というのは、人工呼吸器をつけた状態でなければ起きませんし、診断には厳格な検査が必要ですから、高度な医療技術を持っている病院に限られるのですが、こうしたケースをまず終末期と定義したわけです。

次に、終末期における対応ですが、患者側がどういう意思を持っているかに応じて4つのケースに分類しています。「とにかく治療してほしい」と意思表示していない限り、人工呼吸器の取り外しや薬剤投与を減らしていくなどしていい、という考え方を示したのです。そして家族が判断できない場合、あるいは本人の意思が不明で身元がわからないとか家族と接触できないとか、そのような場合であっても、一定の手続きを踏めば可能にしたらどうかという考えです。これはあくまで一つの学会の提言ですから、法的な根拠を持つわけではないのですが、医療現場が抱えている非常に大きな問題を何とかしたいという思いから、まとめているわけです。

【今後の議論のために】

最後に世論調査の結果などを紹介して皆さんにお考えいただきたいと思えます。厚生労働省は終末期医療について定期的に世論調査をしています。だいたい5年おきで、直近では2008年に行っています。その結果をいくつか紹介します。



一般国民と医療従事者に分けて質問していますが、まず「死が間近に迫っている。数日以内くらいに亡くなりそうだが、そのときに心肺蘇生を望みますか」という質問に対しては、一般国民の1割くらいは「心肺蘇生を望む」と答えています。お医者さんはもっと少ないのですが、大ざっぱに言えば「こういうものは望まない」という方が圧倒的に多いという結果です。

次は、「死期が迫っている。だけど6カ月以内」の場合はどうかという設問です。この質問では、「心肺蘇生」とは言わず「延命医療」と言っています。延命医療の中身はさまざまな種類が考えられますが、答えの選択肢はさきほどと同じです。この質問に対しては、一般国民の方も「望む」という方は1割くらいです。医師はもっと少ないです。

これに対し、「あなたの家族の場合はどうしますか」と質問をすると、少し回答が変わってきます。一般国民では「延命を望む」という方が増えるのです。「自分はそんなに望んでいないが、家族がそうになったらやってもらいたいな」という人が4人に1人くらいになっていくということです。しかし、医師の方は10人に1人ですからそんなに多くはないですね。

今日はこの後、特養ホームで医師をされている石飛先生からもいろいろなお話が聞けると思うのですが、実はかつて終末期ケアに関して大きな論争がありました。私もその時に取材をしましたが、今日の本題である特別養護老人ホームのようなところで、入所されている非常に虚弱で介護が必要な方、あるいは痴呆になった方がだんだん弱っていった時に、その医療をどうしたらいいのかというテーマをめくり、今から13年前に繰り広げられた論争です。

終末期ケアに関する報告書

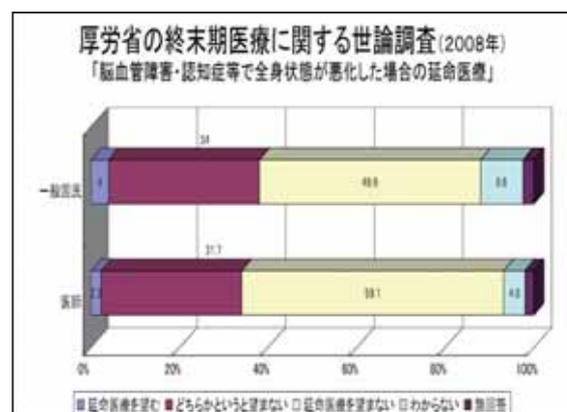
- 1997年、財団法人・長寿社会開発センターから医師、医療経済学者、福祉関係者らがまとめた「福祉のターミナルケアに関する調査報告書」という報告書が出版された。
- 終末期には「できるだけ医療を控えて自然な死を」という意見が尊重されるべきなのに、本人の意向とは無関係に「過剰」とも言える医療が提供されているというのが基本的な立場。
- 施設での高齢者の看取りを積極的に行っている特別養護老人ホームの事例を紹介しながら、「福祉的なケア」の充実を求め、特養ホームの夜間看護体制など人員配置の充実、家族が看取る居室の整備、在宅ターミナルケアへの診療報酬上の評価の拡充を提案した。

る」とあります。そのようなお金があるのならば、もう少し積極的に高齢者の看取りをやっている特別養護老人ホームに夜勤の看護師を配置したり、家族が看取る部屋を整備したり、ターミナルケアにきちんとお金をかけるべきだ、という提言をしているのです。「できるだけ医療を控えた方がいいのだ」という考え方に主に医療関係者が反応しました。

「そもそも終末期は簡単に診断できない」、「診断できるのはがんのような病気である」、「虚弱な高齢者が急性疾患、例えば肺炎や脱水になった場合、治療してみないと治るかどうかわからない」、「簡単に『死期が迫っている』などと言えない」、「意思表示ができない認知症の高齢者に対して、治療したら治るのに『無意味な延命措置』とか『過剰医療』と言って医療をなくしてしまったら人権侵害になるのではないか」という批判が出たのです。

どちらが正しいかは複雑な問題があるので簡単には言えないのですが、こうした論争が展開されるまでは先ほどの厚生省の世論調査はかなり粗い質問でしたが、もう少し終末期の実態を踏まえてきめ細かく国民の意見を聞いていかなければならないのではないかとということになり、軌道修正が図られていきます。

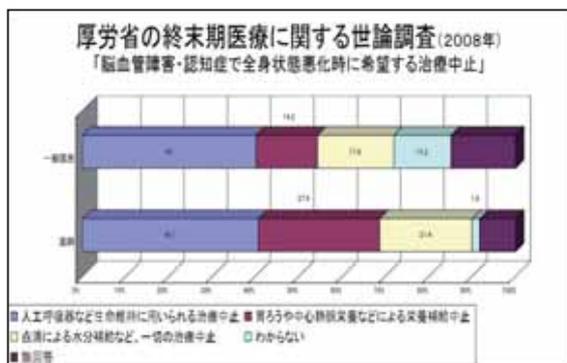
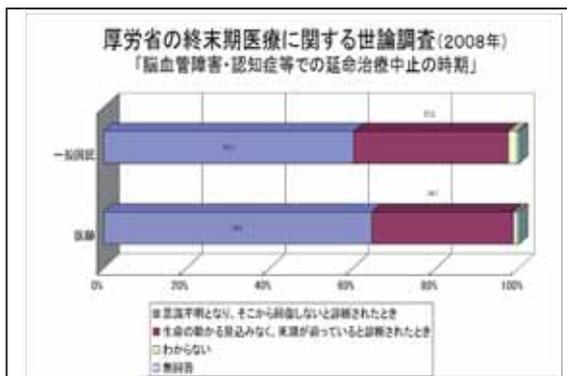
2008年の世論調査では、「脳血管障害とか認知症になって全身状態が悪化した場合に延命医療を望みますか」という質問が新しく登場しました。終末期とは書いていません。「全身状態が悪化」というのはやや曖昧ですが、この質問に対して「望む」という人はあまりいない。「どちらかという望まない」と「望まない」という回答が圧倒的に多くなるわけです。この時の世論調査できめ細かく聞いたのはなぜかという、終末期について詳しい情報提供をしたうえで、



私はかなり意義のある論争だったのではないかと考えています。当時の厚生省の外郭団体の財団法人が福祉のターミナルケアに関する調査報告書というものをまとめたのがきっかけでした。この報告書には「できるだけ医療を控えて自然な死が尊重されるべきなのに、本人の意向とは無関係に過剰とも言える医療が終末期に行われている」とあります。

「どういふものをやめてもらいたい」とか「いつやめてもらいたい」ということまで聞いていかないと、国民も判断できないという問題意識があったと思います。

次に、脳血管障害とか認知症で「延命治療を中止してほしい」とか「できれば中止してほしい」という人を対象に、中止してほしい時期を聞いていま



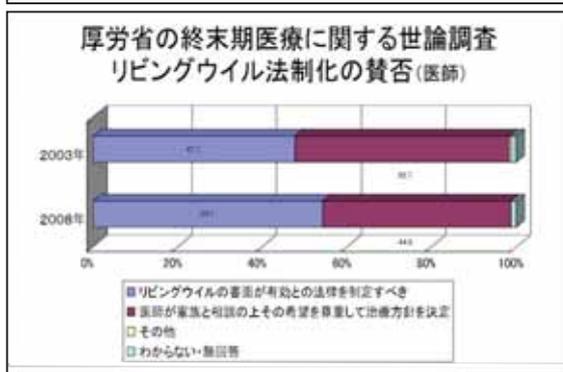
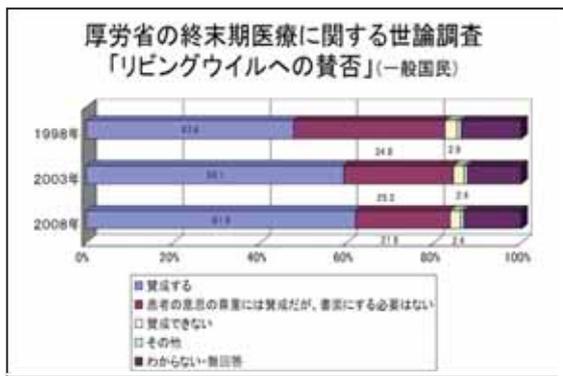
す。時期について用意された選択肢は、「意識不明になってそこから回復しないと診断されたとき」と、「命が助かる見込みがなくて死期が迫っていると診断されたとき」です。この2つは大分違いますね。意識不明になったからといってすぐに亡くなるわけではないので、「意識不明になったらやめてもらいたい」と考える人と、「とにかく命が助かりそうもない、死が迫っているということになって初めてやめてもらいたい」という人は意見が違うわけです。これをみると、一般国民も医師もあまり違いがない。「意識不明で回復し

ないと診断されたら、もうやめてもらっていい」という人と、「命が助かる見込みがないと判断された時に、やめてもらいたい」という人に分かれているわけです。

では何をやめてもらいたいのか。延命治療といってもいろいろあるので、次にそれを聞いているわけです。まず一つは、人工呼吸器など生命維持に用いられる治療の中止。人工呼吸器に頼っているとしたら、とったらそのまま亡くなってしまいかもしれない。それを先ほどの「意識がなくなったら」あるいは「命がなくなりそうだと診断されたときにやめてもらいたい」という質問ですが、40%くらいが「人工呼吸器はいらない」と回答しています。

もう一つは、この後先生方からお話があると思いますけれども、胃ろうです。お年寄りが食べ物を飲み込む力がなくなっていき、気管の方に入って肺炎を起こしたりするので、それを防ぐために胃に直接管を入れて、そこから栄養を注ぎ込むための処置を胃ろうと言います。それとは別に、中心静脈栄養といって、太い静脈に針を刺して栄養を補給する方法もあります。「人工呼吸器はつけておいてもらいたいけれども、胃ろうや中心静脈栄養、栄養補給はやめてもらいたい」という意味の質問だと思うのですが、その回答が14%と27%。もう一つは点滴です。太い静脈ではなく腕の点滴などだと思うのですが、その質問に対しては一般国民で17%、医師で21%です。

先ほど話したリビングウィルについては調査のたびに聞いています。1998年、2003年、2008年と5年おきに変化を見ています。終末期になったらどういうふうにしてもらいたい、こういうことはしてほしくない、ということを書き留めておくことについて、「賛成」、「わざわざ書面にまでする必要はない」、「賛成できない」などの選択肢を示して聞いているわけですが、一般国民の場合、



賛成の意見が50%弱から、直近の調査では60%を超えています。だんだんと必要性が認識されるようになってきたのかなと感じます。

医師ではどうか。医師はもともとリビングウィルが普及してほしいと考えている方が多いわけです。事件になってしまうかもしれないという心配があるからです。こうした文書に賛成する意見が8割を占めています。

では、リビングウィルを法律で整備して、法的な根拠を持たせる必要があるかどうか。役所としてはそういうものを国会に提出するかどうかの一つの判断材料にしたいから聞いていると思うのですが、一般国民では意外に少ないのです。「法律で制定すべき」という意見は3割くらいしかいない。この理由は私にはよくわからないのですが、実態としてこのような結果が出ています。一方、医師は「法律で制定すべき」という方が半分以上います。

さて、これで私の話は終わりなのですがけれども、最初にお話ししました医療制度改革の目的は、後期高齢者にも応分の医療費負担をしてもらい、医療費の伸びの抑制を図ることにあつたのですが、75歳以上をターゲットにしたような制度が非常な不信を招き、政権交代にまでつなげたわけです。

この制度改革の中で、医療費の抑制の観点から、「病院で亡くなる人を減らして在宅で亡くなる方をふやそう」という考え方が前面に出てきました。家で亡くなることは多くの方の希望だとは思いますが、単に医療費の抑制効果ばかり考えていると、家族や、あるいは介護サービスを担っている方に大きなしわよせがいくという面があります。家族や患者が安心できる体制をつくる必要があります。また、病院で亡くなるときの医療費を減らしたからといって介護の

費用は別にかかるわけですから、医療費を減らす手段として在宅死を誘導しようとしても社会保障全体のコストが大幅に減るか疑問です。

今日の主たるテーマである終末期医療に関しては、「無理な延命を望まない」という方が圧倒的に多いわけです。けれども「何をやめてもらいたい」、「いつやめてもらいたい」ということについては、細かく聞いていくと個々人でいろいろ希望が違うのです。高齢者にとって安らかな最期というのは個々人で微妙に違うかもしれません。高齢者の終末期の実像を知ればまた考えも変わってくるかもしれません。ですから、皆さんが情報を共有して、それぞれの価値観に沿った最期を迎えるためにはどうしたらいいのか、それを支援する仕組みや制度をどう整えていけばよいか、みんなで考えていかなければならないと思っています。

私のお話は以上です。ご清聴ありがとうございました。



3 . パネルディスカッション

パネリスト 小原 信氏（青山学院大学名誉教授）：進行役
 黒田 和夫氏（横浜ランドマーク法律事務所 弁護士）
 出河 雅彦氏（朝日新聞編集委員）
 川崎 千鶴子氏（特別養護老人ホームみずべの苑施設長）
 石飛 幸三氏（特別養護老人ホーム芦花ホーム 医師）
 説明者 田中（芦花ホーム看護主任）
 日高（芦花ホーム相談員主任）

司会 それでは、これからの進行は小原様にお願いいたします。

小原 それでは、看取りシンポジウムの後半に入りたいと思います。4時くらいになりましたのでちょっと時間が延びておりますけれども、何とかなるだろうと思います。



ただいまから、先ほど基調講演をしていたいただきました出河様のほかに、私、小原、黒田弁護士、川崎看護師、石飛医師の4人で、まずそれぞれ10分くらいずつお話をさせていただきます。その後出河様を含めて5名の意見交換をしたいと思います。最初に私からお話をさせていただきます。



私は状況倫理、情報倫理、生命倫理など、これまでの難しい倫理学、あるいは学問的で庶民と縁が遠く難解だと思われる向きが多かった「倫理学」を、アメリカに留学した経験もございまして、なるべく人間の人間らしい現実に即した生き方を考えるものだとして、私の大先輩である和辻哲郎先生の「人間の学としての倫理学」ということばも

ありますが、そういう意味で現代的な状況はどうなっているのか、また必要な情報をどのように我々は操作しとらえていくのか、その際に<いのち>の問題をどう考えるのか、というようなことを大学で40年近くやってまいりました。

パネリスト紹介にも書いてございますように、福祉関係でいいますと、ちくま新書から『ホスピス』、中央公論から『ビューティフル・デス』という本を書いております。ロンドン大学に滞在してホスピス取材したり、国際学会に出てあちこちのホスピスで現場の取材をさせていただいたりしました。そのあいだには、石飛先生ご夫妻とご一緒にイギリスのホスピスを訪ねさせていただいたこともございます。

私は哲学・倫理学をやりながら<いのち>の問題を考えている者として発言させていただきますが、第一に考えておきたいことは、介護あるいは看取りに

つきまとう重苦しさです。これは継続する作業であるということです。会社の仕事や学校の勉強にはすべて終わりがあります。目標を決めて、明確な目標に向かってまっしぐらに進んでいく。それは効果が上がる。以前、「丁寧に看護すればなかなか死んでくれまへんからな」、「放っておけば死んでくれるんだけど、丁寧に扱えば死んでくれまへん」という変なことを言う人がいましたが、介護の問題には継続性という前提があるのです。そして、そこにハイテク医療が加わると、かつてならば終わりになった疾病、さまざまな症状が改善されると、やっかいな問題が生じるという逆説的な効果が生まれる可能性があるのです。私たちは医学が進歩すればするほどますます大変なケアを担うことになるだろうということです。これは人類が歴史上初めて直面する問題だと思います。

日本は明治以来、西洋のまねをしてきました。北欧の福祉がいいとか何か言っていましたけれど、デンマークなどでは若いサラリーマンが半分以上税金でとられているのです。大学の授業料は無料、歯医者さんも無料です。でも、無料になったらあまり努力しませんから、歯医者さんの治療は日本から見ると非常に程度が低い。何でもタダなんです。だけど、タダだと感謝がない。うれしくもない。私が「収入の3分の2近くをとられて、それでハッピーか」と聞いてみたら、「アンハッピー」だということです。北欧の福祉がいいと言っているけれども、その人たちの本音はどうもそうではないようです。

私たちは今、文明先進国の中で第1の高齢社会です。先ほどのお話にもありましたように、男の寿命は79歳近く、女性は86歳近くです。ところがスポーツ選手は30代で引退でしょう。ケアするということは、私に言わせれば30歳代から86歳まで考えてあげることを含んでいるわけです。先ほどのご説明は高齢者の末期を中心としたものでしたけれども、人間として考える時に、自分のすぐ近くに未婚の人がたくさんいますよね。高学歴晩婚化ということは、40年後に未婚男性、未婚女性が大変な数で増えてくることになります。まだ統計の上で出ておりませんから私たちはあまり本気で想像しておりませんが、看取りとかケアについてはそういう将来の人口も考えておく必要があるでしょう。これが最初のポイントです。

死にそうで死なないという問題だけではありません。朝青龍はまだ30歳になっていないんですよ。水泳の選手は20代前半で引退しますね。30近くから80近くまでの50年くらいを、哲学・倫理学だけではなく、医学だけでもなく、すべての分野で私たちは考えていかなければいけない。そういう大変な時代に突入しつつあるのです。今、結婚しないと言っている30代、40代の男性・女性が多いのですが、この人たちは大変な重荷になると思います。

それから第2。これは非常に誤解が多いと思いますが、病むということ、ケアを受けるということは自然現象であるということです。少なくともその人の欠陥ではない。そういうことを堂々と言える社会にしなければいけないと思います。たまたま健康であるからといって、その人が威張れることではない。私はたまたま歯が丈夫でほとんど自分の歯ですけども、それは自慢にも何もな

らない。歯が悪いのは歯が悪く生まれただけだと考えます。特別不摂生をしたのでない限り、病むということ自体はマイナスではない。体が弱るということは、私たちがいつか近づく自然の道です。少し早目に到達する人、ゆっくり到達する人がいるということであって、その人の欠陥・欠点であるというふうにとらえないようにしたいと思います。それが家族や友人のまなざしであり、プロのまなざしである、ということになっていけば、もう少し落ち着いてケアを受けられるのではないかと思います。

例えば、日本では地下鉄とか電車の中で平気で眠りますよね。外国では絶対に電車の中での居眠りというのはないのですよ。私がニューヨークで居眠りしていたら、近くの人から「ウェイクアップ！ウェイクアップ！」と背中をたたかれまして、「ディス・イズ・ニューヨーク」とか言われました。日本社会というのは本当にカンファタブルなところがあるのです。だから、まず「病気になってもいいんだよ」と言ってくれる人が周りにいるような社会にしなければいけない。病気になった、たまたま血圧が高い、そして若いけれども体が不自由になった人を、あまりアンハッピーにしない社会にしなければいけない。

それから第3は、これは哲学・倫理学の世界で絶対言っておかなければいけないことです。それは人間は人間だから死ぬ、ということです。病気だから死ぬと思っている人がいる。病気でも死にますが、病気でなくても死ぬんです。では、死ななければいいか。医学が進歩してありがたいのですが、もし死ななければどうなるか。不老不死という言葉がありますが、もし歳をとらない、そして死なないということになったら大変なことになります。新陳代謝は必要ですし、古い人が引退することも必要です。『ガリヴァー旅行記』に死なない人の国というのが出てきて、何を食べても味がわからない、だれと会っても何も覚えてない、ただダラダラダラダラ、何となく食べて、何となく会って、何となく生きているという、実におぞましい、醜い老いを描いたところがあります。私たちは今、そういうことを願っているのではなくて、時期が来たら死ぬ覚悟、死を受け入れる覚悟をしなければいけない。そういうふうに私は思っております。

それから4つ目は、ケアをしていただく人に「燃え尽き症候群」が起きないように、ケアに注文をし過ぎないことが必要だと思っています。私自身、家内が脳梗塞で倒れて2002年から主夫をやっています。実感を込めて申し上げますが、病院は完璧ではありません。施設も完璧ではありません。だからといってだめだというのではなく、これだけやってもらっていても改善しないことはいろいろあります。イギリスのホスピス取材して『ホスピス』という本を書きましたが、「これは本に書かないでくれ」と言われて知り得た情報があります。例えばイギリスのホスピスでは1年間に500人も亡くなるのです。あと2週間という時にだけ入所を許可しますから、私の出会ったある牧師さんは葬式を1年に500回もやった。これは書かないでくれ、と言われましたが、「だれにも言っていないけれど、もうクタクタだ」、「暑い最中、週末に5～6人続けて亡くなっ

て、続けて5～6回葬式をやるともうフラフラだ」とおっしゃるのですね。

これは師長さんもナースの方もヘルパーさんもお経験がおありだろうと思います。確かに至らないところはいろいろあるでしょうが、ぎりぎりではかできないことがあるのがケアだということも意識して、将来、日本の医療関係の世界では、ローテーションでお休みがとれる制度も充実させていただきたいと提案したいと思います。イギリスではバーンアウトしてやめていく若いナースがいるようです。公表されておりませんが、疲れている人には休みをとってもらっているとおっしゃっていました。

そういうことを含めて、ナースの方にも師長さんにもお休みいただいて、ドクターにもお休みいただく。私の弟は脳外科医で、甥っ子にも医学部出身が3人いますが、率直に聞くと、「休みの日に家にいたらやばいから在宅しないようにしている人がいる」と言うのですね。救急医療で飛び込まれたら休みにならない。これは正直な告白だと思いますが、ドクターたちの救命医療のシステムも、もう少しお互いにローテーションしていただかないと、もうぎりぎりのところに来ているのではないかと思います。以上です。

小原 それでは、次に弁護士の黒田先生をお願いいたします。

黒田 ご紹介いただきました黒田です。よろしくお願いいたします。

今日のシンポジウムですが、ある時、石飛先生から「胃ろうをしている患者さんの治療をやめた場合にどうなるか」、「医師の方たちが殺人罪に問われるのではないか」、「その辺の法的なやり方とかを検討してもらえないか」という話をいただいたことが参加するきっかけになりました。これは非常に難しい問題なのですが、僕は法律家の立場として少しでも協力できることはないかと思ひまして、いくつか検討した次第であります。



その検討内容を簡単に申し上げますと、若干ですけれども前提として刑法の理論がどういうものかということ申し上げます。日本の刑法学というのは構成要件論という考え方をしてしています。構成要件というのは何かといいますと、例えば刑法 199 条を見ますと「人を殺したる者は死刑、または無期もしくは3年以上の懲役」と書いてあるわけですが、この条文に書いてあることを構成要件と言うわけです。したがって、人を殺した人は殺人罪になるというわけです。

ところが、構成要件に該当するだけですべて殺人罪になるかということではなくて、例えば正当防衛で人を殺した場合、構成要件には該当するけれども違法性がない、違法性がないから殺人罪が成立しないということで、2番目のハードルとして違法性という概念が出てきます。

さらにもう一つハードルがありまして、これは責任という概念です。例えば

幼稚園児が隣の幼稚園児にけがをさせた場合、人を傷つけているわけですから傷害罪の構成要件に当たるわけですね。なおかつ違法であることは間違いないのだけれども、幼稚園児ということで責任無能力ですから、刑事責任に問えないということで犯罪は成立しないということです。

簡単に言うと、構成要件該当性と違法性と責任、この3つの要件を順繰りにクリアして初めて犯罪が成立するということです。

石飛先生から「医者が胃ろうを外す行為が殺人罪に問われるのではないか」「非常に躊躇している」「二の足を踏んでいる」というお話がありましたので、これを刑法理論のどこで処理したらいいかということを考えてわけです。構成要件の段階で処理するのと違法性の段階で処理するのはどこが違うかといいますと、違法性の段階で処理するのは、犯罪が起きた当時の具体的な状況を個々に検討して違法だったかどうかということを検討することになるんです。逆に言うと、やってみないと違法だったかどうかわからないというのが違法性の問題です。とりあえず何かやってみなさい、後で判断してあげると。それでは行為をしようという人にとって予測可能性がないわけですから、躊躇することは避けられないわけですね。そうするとやはり、「条文に書いてないから大丈夫だ」というように、第1の構成要件の段階で理論的に防げるようなことを考えないと、お医者さんが二の足を踏むことはとまらないだろうという発想になったわけですね。

そういう発想ですが、過去にもいくつか例があります。かなり前ですけども、心臓移植で脳死ということが問題になったのですけれども、刑法の発想と申しますか、そちらから見るとどういう問題だったかということ、199条では「人を殺したる者は」ということになっているのですが、殺人行為、死期を早めているかどうかという問題について、脳死の場合は議論の余地がないんですね。なぜかということ、死というものを前提に考えていけばいいわけですが、客体が生きている、生きている者を殺すのが殺人なのですけれども、死んでいる者を殺すのは殺人ではないということです。「人を殺したる」という概念の中に「死体を殺したる」ということは入らないわけですから、死という結果のところでは処理しているという発想が脳死なんですね。あれもやはり構成要件の段階で処理しようという考えです。

199条の「人を殺したる」というのはどういう意味か。「自然の死期に先立って他人の生命を断絶する行為」、これが殺人の定義です。すると、自然の死期というのは一体何だということなんですね。これは私個人の考えですけども、医学あるいは科学が進歩して個体の持つ死期が客観的に明らかになるのであればおのずと自然の死期がわかるわけですから、それよりも死期を早めたかどうかということ、殺人になるかどうかというのは理論的には可能だと思うのですが、現時点ではそれは無理なわけですね。

そうすると、構成要件の段階で処理するのですから、法律家としては自然の死期との関係で何が殺人になるかということを検討しなければいけないわけ

す。その場合、予測可能性ということがないとお医者さんは困るわけですから、予測可能性を持たせるために個々の事例を「こういうケースは大丈夫」「こういうケースはだめ」ということで類型化して、類型化したものを明示することによって予測可能性を持たせるということしかないと思うんです。

そういうことで言うと、今日お配りした資料に「平穏死の概念について」というものがありますね。「平穏死」は、石飛先生とお話していて「自然死というのは動物の死みたいなので平穏死という概念がいいんじゃないですか」と僕が言った概念です。よく死の概念で言われている安楽死とか尊厳死ですが、石飛先生あるいはお医者さんが考えられている死、つまり胃ろうを外す、今後胃ろうをしないという行為は、安楽死あるいは尊厳死とは重ならないということがわかりまして、そうするとやはりもう一つ概念が必要になります。概念をつくると概念が一人歩きして説得力を持つというのは通例ですから、そういう意味で「平穏死」という概念がいいのではないかとということで作りました。

どこが違うかということ、死期が迫っているという点は一緒なのですが、平穏死の場合には安楽死の場合と違って、苦痛をやわらげるというところが果たして要件になっているかどうか、という問題があります。安楽死の場合にも2つあって、尊厳死というのは人工的な生命維持装置を外すだけ、要するに延命行為をしないという不作為のことなのですが、狭義の安楽死というのはモルヒネなどを投与して甚だひどい苦痛を終わらせるという積極的な死。先ほど川崎共同病院の事件が出ていましたけれども、あれは狭義の安楽死に該当する案件だろうと思います。そうすると、2番目の苦痛をやわらげるという要件では、安楽死と平穏死は違うのではないかと考えられます。

それから3番目の要件として、どうしても自己決定権との関係で本人の意思が求められるのですが、平穏死として考えられているのは本人の意識がないという状態のもとですから、本人の意思表示をどう議論するかということだろうと思います。確かにリビングウィルがあれば本人の意思ということになるかもしれませんが、ただ、刑法的に言うところのリビングウィルがあっても承諾殺人が成立するだけなんです。要するに本人が同意していても殺せば殺人で、これは承諾殺ということで犯罪になってしまうという問題があるわけです。ただ、本人の意思をどうするかということを経験する上で、やはり安楽死と平穏死は違うということです。

それから4番目に行方様態ということが書いてあるのですが、安楽死のうちの尊厳死の方は何もしないという意味で不作為、それに対してもう一つの狭義の安楽死の方はモルヒネを投与する行為があるという違いがあります。この違いが事件などは違法性というところに結びついてきます。

それから5と6が平穏死独特の要件ではないかと思っています。やはり対象者が一定の高齢者ということ。6番目としては、石飛先生から「こういうケース」と言われたのでぎりぎりのケースを入れたのですが、場合によっては6番目の要件については広がりがあるのかもしれませんが、嚥下機能障害によっ

平穏死の概念について

事例・条件	概念		平	穏	死
	安	楽			
	(広義)安楽死＝尊厳死	(狭義)安楽死			
事例	末期患者から人工的な生命維持装置を外す。 →法的には延命行為をしないという意味で不作為と考える(反対説あり)。	死期の迫った患者の甚だしい苦痛を和らげるためにモルヒネ等を投与。 →法的には積極的に死期を早めるため、この投与行為は作為と考える。			加齢により老衰・認知症となり、中枢機能障害から嚥下機能障害を起して口から物が食べられない状態で回復が望めず、栄養補給をしても長く生きられなく、本人の意識がない場合に、家族が延命を望まないケース。
条件					
① 死期が迫っていること	○	○	○		
② 苦痛を和らげること	○	○			△(議論対象)
③ 甚だしい苦痛を和らげること			○		
④ 本人の意思表示	○		○		△(議論対象)
④ 行為態様(不作為)	○				○
④ 行為態様(作為)					
⑤ 一定の高齢者					○
⑥ 嚥下機能障害により胃瘻をしないと生存できないこと					○

黒田和夫氏資料より

て胃ろうをしないと生存できない場合どうするかということです。

現場の方たちから具体例をいただいて、この辺を一つ一つ法律家として検討していかねばいけないのではないかと考えています。ただ、この点に関する法律家の議論、あるいは勉強、研究というのは著しく進んでいないというのが実情だろうと思いますので、今後とも頑張らなければいけないと考えています。以上です。

小原 ありがとうございます。それでは川崎さんをお願いいたします。

川崎 川崎です。どうぞよろしくをお願いいたします。

私は施設でお仕事をして今年で丸9年になります。現場でやってきたことを皆さんに少しお伝えしていきたいと考えております。

私どもの施設は入居者の方が53名と非常にこぢんまりとしています。開設当時から自然な最期を迎えていただきたいということは思っておりました。看取りとかターミナルという言葉が出てくる前から「当たり前ことは自然にやろうよ」ということでやってまいりまして、先日ちょっと確認をしましたら、私どもの施設では自然な形で看取らせていただいた方が開設から32名おられました。



実は5年目に少し振り返りをしまして、ご家族の方に後からアンケート調査をしました。皆さんもきっとご興味があるかと思うのですが、ご家族を亡くされるわけですから当然しばらくは寂しい、喪失感もあります。「施設でこのように静かに一緒に最期を迎えたということはいかがでしょうか。後悔はありますか」ということを伺いまして、大方、8割の方は「こういう死の迎え方はよかった」、2割の方は「いまだに自分では心残りだ」というようなお答えがありました。

そんなことを見ながら、今、私どものところでは自然な死ということにこだわってお世話をさせていただいております。先ほど小原先生から「ケアにも限界がある」というお話がありましたけれども、人は最後に必ず幕を閉じるわけです。私どもは常にそこを考えながら、最初からのおつき合いをさせていただいております。

では、一体自分はどこでどんな格好になったらいいか。最初にすべて聞いておくという話ではないのですけれども、やはりどなたも「苦しいことは嫌だよ」「自然に逝けたらいいな」というようなことはおっしゃることがありますね。それから施設にお入りになっている方は認知症が進んでおられることが多いので、具体的にこうしてほしい、ということはあまりおっしゃらないけれども、普段の中で「こういうことだけは」ということは行動であらわしてくださいますので、それをご家族と一緒に共有して看取っていくということをやっております。

実際にはどのようなになっているかといいますと、大体半年くらい前から最後の幕引きはどこになるかということを考えながら進んでいきます。前にお話し

しましたけれども、自然に人が幕を閉じる。先ほど基調講演でお話があったように、以前、人は自宅で最期を迎えていたわけですね。食べられなくなって、動けなくなって、老衰で静かに亡くなっていくということが本来あった。それができるところでありたいと思っておりますけれども、何ができるか。何もできないんです。一緒にいること、食べられなくなったら食べられない中で一緒に過ごすということが大事だと思っております。

ハイテク医療というお話がありました。開設当初から私どもは医療的なものが普通の歳を重ねていかれる方にとって負担になることが多いと思っておりますので、できるだけそこにいかないことをやってきました。それが最後まで口から食べていくことであるし、食べられなくなった時に無理に食べていただかないということが大事だと今も思っております。口から食べるということは、食べたくない、つらいときには口を閉じます。それが一番わかりやすいことですから、それを大事にしております。

胃ろうというお話が出てきているのですが、今、私どものところでも高齢化が進んでおります。それから重度化も進んでおります。だんだん飲み込む力が落ちてくる、黒田先生がおっしゃった嚥下の問題です。うまく飲めないと熱が出る、肺炎になるということも起こってきます。それは予防できることだけではありませんけれども、でも人は口から食べることが普通だというふうに思いながら、多少誤嚥をしても、むせても、熱が出るようなことがあっても、できる限り口からということをやりたいと思っております。

その中でも、どうしても胃ろうが必要な方は出てきます。私どもはいつもとても悩んでおります。口から食べる方たちは、嫌だと思ったら口をつぐみます。首を横に振ります。食べるということをやめてくださる。ところが、胃ろうというのはそのサインがわからないんです。それをどうやって第三者、周りで介助をしている現場の職員が感じ取るか。これはとても大変なことなんです。職員としては一生懸命やっていますけれども、非常に悩むところです。これはそろそろ最後の店じまいになるぞということ、準備をしているところから読み取らなければならない。それを一緒に過ごしていかなければならないということが、私どもにとって大変に大きな課題だと思っております。

医療というのは大変いいものですし、私も看護職ですからそこに頼らなければならないこともありますけれども、ときにはご本人様にとって決して楽なことではないとも思っております。そういう意味で、静かな看取り、自然な旅立ちを私どもの施設では目指しております。お口から食べること、トイレで排泄すること、これができるようにするというのを日々やっております。それを何とか続けていきたい。途中でとまることもありますけれども、続けていく。それに、じっと寄り添うというのが、目立たないことなのですけれども大事なケアだと思っております。

ですから、私どもの施設にどんな特徴があるかといいますと、何も特徴はないんです。「おトイレにきちんと入っていただきたいと思います」「お口から食

べていただきたいと思います」ということを申し上げていきます。ご家族と一緒に「食べられなくなっちゃった。どうしようか」ということを考えます。決してこれは正解が一つということはないと思いますし、本当にこの判断でよかったかということは、いつもいつも行ったり来たりで迷います。私の友人でこういう気持ちの揺れを「共揺れ」と表現をした方がありますけれども、ご家族も揺れます、一緒に診てくださるドクターも揺れます、私どもも揺れます。いつも同じではない。それが一緒に生活をしていて、最後まで看取ること、寄り添っていくというふうに思っています。

私どものところで看取りをやっている中で、「そろそろ幕引きの時が来るな」という様子は突然にはあらわれません。よく見ていきますと、少しずつ食べる量が減ります。体はだんだん余分なものをなくしていきますから痩せていきます。それは「痩せちゃったらいけない。たくさん食べてもらわなきゃ」というだけではないと考えます。そのようなことをしながら、大体6カ月とか、中には2年間、一緒に過ごした方もいますが、それが人の最期の迎え方ではないかと思ったり、介護する私たちにもそのように人間が終わるということをしたというふうに思いながら、日々過ごしております。職員もそういう高齢者の方の姿を見させていただいて、先ほど先生から「人だから死ぬ」というお話がありましたけれども、「人間はこうやって死ぬんだ」ということを見せていただいているように思います。

一つつけ加えなのですが、私は訪問看護をやっておりました。それまで病院の医療のところでは、やはり自然な最期の迎え方、幕の閉じ方というのを知りませんでした。私自身も家族の中で看取ったという経験がありませんでしたので、今、在宅でも、それから施設でも、本当に100歳になれるような方が人生をきちんと生きられて、最後、ご自分で閉じられるということを見せていただいて、本当に毎日毎日教えられているなというふうに思います。こういうことが大事ではないかと思ったり、自然というものをちゃんと受けとめなければいけないなと思っております。

日常の平易なお話ですけれども、このようなことをお話しさせていただきました。ありがとうございます。

小原 ありがとうございます。それでは石飛ドクターにお願いいたします。

石飛 芦花ホーム医師の石飛でございます。先ほどからたびたび名前を出していただいて恐縮なのですが、もう私が言いたいこと、本当に肝心なことを皆さんにおっしゃっていただいた思いです。

出河さんが講演の中でおっしゃった老衰の末期の実情、実像といいますが、川崎さんが今、長い間かかってだんだんそこへいく、そういう実態のものだという意味のことをおっしゃったと思います。ここにもご家族を介護なさっている方がたくさんいらっしゃると思うのですが、そういう方にとって一番よくわかる感覚ではないでしょうか。

高齢化、核家族化社会です。高齢になりますと認知症がふえます。日本では今、

85歳を超えると4人に1人が認知症で、200万人の認知症患者がいるそうですが、何でも30年後にはそれが倍の400万になる勢いだ。認知症の方の問題は、よく言われる徘徊だとか下のことだとか、あるいは暴言を吐くとか、そういう問題行動だけではなく、結局は脳の機能が衰えていく結果ですから、最終的には口から食べられなくなるんですね。口から食べるためには、食べたものがちゃんと食道に入って胃や腸にいかなければいけません、間違えて気道に入ってしまうわけです。誤嚥ですね。ほとんどの問題の一番の終点は誤嚥なんです。誤嚥して肺炎を起こす。もちろんご家族もそのまま放っておくこともできません。もちろん施設は責任上そのままにできません。肺炎は苦しいですから治療の対象になります。治療しなければいけないので病院に運びます。



しかし、病院では肺炎の治療はできますが、もう食べられなくなった、坂道を下って終点に近くなった状態自体は変えることができないわけです。とりあえず肺炎を治して、場合によっては一度施設に帰ってきます。施設でまた何とか食べさせようとみんな努力します。これはもう何とも言えず涙ぐましいといえますか、ご家族にしても何とか口から食べて生きてほしい、介護される人たちも自分たちの一つの責任として何とか安全に食べさせたいと努力しますが、もうその機能が失われてきている状態ですから、また誤嚥をします。また肺炎を起こして病院へ行きます。2～3度やると、ご家族の方ももう限界に來ますが、本人はとっくに限界に來ているわけです。

そこで病院の医師も「もうお口から食べるのは無理ですよ。胃ろうをつくりましょう」と。先ほどの小原先生の話ではありませんが、ハイテク医療の一つの産物ですね。これは考えるとちょっと複雑な思いです。私は40数年、外科の医者として延命にも邁進してまいりました。4年前から芦花ホームでこういう状態の方を診させていただいているわけですが、延命の治療を長年やってきた者にしても、いよいよ人間として終点に近づいて、そこでまた胃に穴を開けて、そうして人工栄養を入れなければならないのかなということには、はっきり言って違和感を覚えます。しかし、現実にはご家族の気持ちも複雑なものがあるわけですね。先ほどから縷々紹介されていますから私が繰り返すのもどうかと思いますが、このまま見殺しにしているのか、それは無責任なことになるのではないかと、ましてや世界に1人しかいない自分の母親をこのまま死なせていいのか、もし胃ろうによってこれから生きられるのであれば、何としてでもとにかくこの世にいてほしい。それもまた自然な思いですね。その2つが今、問題になっているわけです。

皆さん、実際にいろいろ体験なさっている方がほとんどでしょうからよくわかると思うのですが、多少理屈っぽくなりますが、ほとんど認知症でしかも実

際に胃ろうまでつけられている方は、胃ろうでは本人が食べたいとか食べたくないとかいうことの意識がほとんどありません。寝たきりで体は拘縮して、もう自分で何の意思表示もできない方がほとんどです。そういう方にどれだけの量が本当に適切なのか。これははかりようがない。実際に何が起きているかという、そういう方が亡くなる場合、6割は嘔吐されて窒息して亡くなっているという形なんですね。

だんだんお口から食べられなくなって、ついに食べられなくなって、そして数日で自然に息を引き取られる場合、亡くなる時期というのはほとんど予測できますから、8割以上の方がご家族に前もっているいろいろお話しして、いつごろからホームにつめていただき、そばにいていただくかとか、人によっては賛美歌のCDが静かに流れているようにとか、好きな演歌が流れているようにします。そういう形で、恐らく亡くなった本人もほっとされただろうし、ご家族もほっとされただろうし、我々職員もほっとするという場面があります。

芦花ホームでは、何が何でもたくさん食べて、胃ろうにしてでも十分なカロリーをあげようと、そういう妙な強迫感を取り除こうという形に切りかえて以来、ここ3年の間に約6割の方をホームで看取ることができています。それは何よりも我々が本音でご家族と話をする、ご家族の方が「先生、本人のためにも静かに最期を迎えさせてやりたいと思います」と、ほとんどがそういう形で、あとはできるだけご本人が苦しまないような、誤ってもう一口あげてまた肺炎を起こして病院騒ぎにならないように、体が幕を引こうとしているのに経管のときにカロリーを重視して入れ過ぎて窒息死させないように、という努力をした結果です。この勢いでいくと、21年度はもっと高率の方をホームで看取ることができるのではないだろうかと思っております。

ちょっと長くなりましたが以上でございます。

小原 ありがとうございます。4人の方々からお話を伺いましたが、出河さん、ちょっと補足していただくとしたらいかがでしょうか。

出河 老衰の末期の実像というのは、体験された方はご存じであるけれど、なかなかわからない部分があって、川崎さんと石飛先生からお話がありましたが、胃ろうをつけていても肺炎が起きないわけではないし、それから栄養補給を本人が嫌がっているかどうかもわからない、機械的に入れてしまうようなこともあるということです。

今、本人が苦しみにいるためにはどのようなことがよろしいのかということ、何年かのご経験から貴重な情報としてお話しいただいたと思うんですね。そういうことは医療関係者や介護施設職員の方はご存じかもしれませんが、一般の人には理解が難しいところがあって、まずそこから情報共有ができればと思います。さっき黒田先生がおっしゃった、違法性を問われないための制度も必要かもしれませんが、老衰の末期に本人、家族、ケアする立場の方にとって何が望ましいかを判断する上で、その実像をお話しいただいたのは非常によかったのではないかと思います。

小原 ありがとうございます。黒田先生から予測可能性という問題が出てきて、石飛先生からは自然な形で息を引き取る場合には予測可能で、家族にも話ができると言われました。それが川崎さんの自然な死とも結びつくかと思うのですが、石飛先生、あえて胃ろうをせず自然のままにしてよいと現場でご判断なさるときに、ためられる要素と、ここで決断したいと思われるところがありだと思っておりますが、たしか前に「何もしないで水だけで生きる場合もある」というような話を伺ったことがあると思いますが、そのあたりをちょっとご披露いただけますか。

石飛 やはり胃ろうをつけるべきではないかと悩むのは、多少でもぎりぎり意識がおりかなという場合ですね。もし本人の意識が確認できるのであれば、ご家族の方も希望なさいますし、胃ろうをつけるわけですが、しかしぎりぎり意識がある場合は一番迷いますね。

ご家族の方にしてみても悩みは一緒です。我々医者が、あるいは職員だから、家族だからとか、もうそんな現場ではありません。実際に入所者がだんだん下り坂を下っていく過程で人間関係はできています。中には入所者の昔のいろいろな様子もお話に出たりして、双方で問題を共有しているので、最終的にどうしようかということでの話し合いをしているわけです。

一番迷った例を挙げさせていただくと、もともと明るいお母さんで、娘さんが2人いて、にぎやかな人たちでしたが、徐々に食べられなくなって、何とか食事介助していたのですが肺炎を起こされた。そして病院へ行って、肺炎は治ったけれども、「もうこれ以上はだめですよ」という病院の判断で胃ろうをつけようという話が出ました。娘さんたちは前から考えていたので、「あんな割り切った母親だから絶対それは結構です。我々はしませんから」ということになった。しかし、先ほどから問題が出ていますように、病院としてはそれこそ不作為のところがめを受けかねないという心配もあって、なかなか胃ろうをつけずにそのままというのは承知してもらえなくて、結局、胃ろうにはせず鼻から管を入れた経鼻胃管という形でホームへ帰ってこられた。

娘さんたちはまだ「お母さん、何とか口から食べられるんじゃないか」という希望を捨て切れず、我々に「テストしてくれ」と。鼻の管を抜いて、その次の日に、もうおなかもすいているだろうしということで口から試してみました。もうみんな注目しています。職員何人もで、関係者、ギャラリーがいっぱいです。お茶ゼリーをそれこそゴックンとやって、もちろん娘さんは喜んで、我々も

「おっ」というところですね。それから、チョコレート味のものが好きだということで、チョコレート味のエンジョイゼリーがありますけれども、今度はそれをあげたら、飲み込んだ後に「甘い」と言って喜んだんですね。ほとんど意識も薄れているように思っていたので、そう言ったとき娘さんたちは泣き出すし、我々も本当にびっくりしました。



しかし、職員の方が大変努力しましたがけれども、結局お口から入った量はわずかなものでした。次の日、もう一度努力しました。もっと少なかった。3日目は体力自体が落ちてきた。仕方がない。「お母さんをそのまま逝かすわけにはいかない」と意志を固めていたと思われた娘さんたちも、それを見て結局「病院に送ってください」ということで、病院へ送って胃ろうをつけて、1週間後には帰ってきました。今、胃ろうをつけて、なるべく多過ぎて事故のないようにして、現在もホームで生活されていますが、もうほとんど寝たきりです。それまで何度か来ていた娘さんたちも、お仕事もいろいろ事情があって来にくい方たちですけれども、足を運ばれることはだんだん少なくなっています。いろいろな思いがあるのだらうと思います。

小原 ありがとうございます。ご本人の意思を確認することが難しい場合があると思いますが、私がニューヨーク市内のホスピスで見ておもしろいと思ったのは、英語ができない中国人の高齢者のために、英語と中国語でカードが書いてあって、「おしっこがしたい」、「水が飲みたい」、「おむつをかえてほしい」という部分を指差すようになっていました。認知症ではないのでしょうか、川崎さんのところでは受信装置はおありかもしれないけれど、発信ができない場合に何か工夫していらっしゃることはおありですか。

もう一つは黒田先生。NHKのBSでデーケン先生とも一緒に番組をやった時に問題になったのは、本人が臓器移植をオーケーしていて、同居している家族もオーケーを出していたけれど、最後の最後に、田舎のおばあちゃんが出てきて「私の息子に何をするんだ。死んだばかりなのに」と、言われてご破算になったという例があります。ご本人の意思の判定が難しいとき、田舎のおばあちゃんに優先権をあげるのか、同居している息子のお嫁さんとするのか、どなたの意思を尊重するのが違法性のない立場になるのか。いかがでしょうか。

川崎 私どものところで生活される方はほとんどやりとりができない方です。どうやって確認をするかというのは、相手の表情ですとか、嫌なものははっきりと首を横に向けたり、それから動かなくなってしまうとか、非常にわかりやすいんですね。いいとかうれしいとかいうことは非常にわずかな反応をされますので、そこは本当によく見ていただけたと思います。言葉で確認しようとしても無理ですので、日ごろから「この間もこういう顔をしたから間違いはないな」という形で受け取っていきます。そして、これはご家族の方々とも共有することになります。「こういうふうに反応されるのですが、こうじゃないでしょうか」というところで、多数決ではないですけれども、皆さんがある程度「その線だな」というところに持っていくということがあると思います。

小原 石飛先生は、患者さんが認知症に近くても、いい悪いだけではなく、うれしいとき、悔しいとき、恥ずかしいとき、表情に変化があるというふうにお考えだと伺ったことがあります。いかがですか。

石飛 ちょっと話が広がり過ぎるかもしれませんが、芦花ホームは約100人の入所者がいらっしゃいますが、脳血管障害によるものも含めて9割が認知症

の方です。その方たちはいろいろ見当違いとか、普通の人の尺度からすればずれているところは当然あるわけですが、4年も一緒にいますと別に特別な方ではないんですね。私だってひどいもので、どこに物をやったか、あれはどうなったかなどというのがわからなくなりますし、75に近くなりましたからうちでも見当違いで叱られてばかりですし、もともと友達から「変わった奴だ」と言われていましたから、変わった者同士、毎朝必ず顔を合わせながら大きな声で「おはよう」などと手を握ったりしていると何の違和感もないですね。

徘徊したり、自分がだれだかわからないとか、いろいろありますけれども、ちゃんとした誇りはありますし、何よりも自尊心が強いです。お互いにそれを大事にしなければならない。人間同士でのつき合いがまずベースにきちんとなければいけない。ここにはいろいろな形でボランティアとして来られている方がいらっしゃるでしょうから、そういう方はもっとよくわかりだと思っているので私が偉そうに言う話ではないかもしれませんが、認知症という言葉そのものが何年か前に始まったのですけれども、昔は、年寄りにはぼけるもので、ぼけて当たり前で、それを含めて年寄りは大事にされてきた日本だったと思うんです。儒教の国はみんな、韓国などはもっとすごいかもしれません。そういう感覚をぜひ取り戻すべきだと思います。

小原先生から発言の機会をいただいたので、そちらの方へ話を持ってきてしまいました。

小原 ありがとうございます。黒田先生と出河さんにお伺いしたいのですが、リビングウィルが大切だというのはわかりますし、アメリカなどでもインフォームドコンセントとってご本人の意思がはっきりしていないとだめですね。私の友人などを見ていてわかりますが、アメリカは倫理学の教授も離婚・再婚・別居しているのですよ。ニューヨークのリバーサイド教会という大きなところへ行ったとき、友人の牧師さんの愛についての話があまりにおかしいから、「あなたは何であんな話をしたのだ」と聞きますと、「この教会のメンバーの3分の2は離婚・再婚経験者だ」と言うのです。



ですから、アメリカという社会では家族が曖昧なんです。家族というのは誰か、と決められないところがあるのです。日本では、同居はしていないけれど息子夫婦、娘夫婦、あるいは田舎のおばあちゃんなどという方がいらっしゃる。黒田先生、出河さんに伺いたいのですが、ご本人の意思があいまいな場合、日本社会では家族のどなたの意思を尊重することが違法性のない判断ということになるのでしょうか。

黒田 まず違法性というものをどう考えるかということなのですが、例えば刑法のレベルで見ると、やくざの指切りというのがありますね。小指を詰めると。詰められる方が同意して切るのですが、あれが違法かどうかという問題があ

るわけです。あるいは同意をしていて殴られたという場合に違法かどうかという問題。一般的に、やくざの指切りというのは違法だと言われています。それに対して「殴っていいよ」と言われて殴るのは違法ではないと言われています。どちらも本人が本当に殴っていい、あるいは指を落としていいと言っているのですけれども、どこが違うか。行為態様が違うということで違法性が違ってくるということです。

それをさらに発展すると、さっき言いました殺人の問題なのですが、刑法上、同意傷害という犯罪はないのだけれども同意殺人はある。つまり、どういう同意であっても人を殺したら殺人罪、承諾殺人罪になるということなのです。アメリカは純客観的に「法益侵害がないから即違法じゃない」と、つまり本人が全部処分権を持っていて、自分の体の一部をどう処分してもいいじゃないかと、どこが悪いのかという考えだと思います。それに対して、行為態様が悪ければ処罰するというのが日本の発想です。ですから、恐らく日本の同意殺人が違法だという考えの背景には、突き詰めれば自殺は違法だという発想があると思うんです。自殺が違法でなくて同意殺人が違法だというのは成り立たないと思うんですね。

ちょっと横道にそれますけれども、なぜ自殺が違法かと考えますと、僕は違法だと思っていませんけれども、やはり国民の命というのは天子様の命という戦前の発想がどこかに残っているのではないかと。本人が処分してはいけない命ということがあると。そういう違法性に関して、結果的な法益侵害というところだけでとらえないで、行為態様とかいろいろ倫理的なものをとらえているのが日本の違法だということになる。

そういう前提で、先ほどご質問のあった遠いところのおばあちゃんがどうかという話になるわけですが、この辺は例えば法的な優先順位として「何親等の人間が優先する」ということはありません。ただ、本人の意思表示ができない時に、親族の意思表示をもって代えるという場合、親族という範囲は特に限定がないわけですから、親族という一つの協議体で協議していただいて、親族全体として同意をするという努力をしていただくしかないと思います。答えになっているかどうか分かりませんが。

小原 ありがとうございます。出河さん、補足していただけますか。

出河 リビングウィルも万能かどうか分かりませんが、先ほど岐阜の病院の話の中で、10年前に書いていた文書があったということを紹介しましたが、状況が変われば人の意思も変わる可能性もあるので、定期的の確認をする必要があるかもしれません。体が弱くなっていくと、生への執着が強まることもあると聞きます。健康なときに考えていたことと、老いが進んだときに考えることは違うかもしれない。リビングウィルの普及は必要と思いますが、今のお話は「ない場合にどうなのか」ということですね。

これはあまり突き詰めて考えられていないというのが実情で、医療機関とか介護施設の方々は、同居かどうかはともかく、家族・親族の意向をくみながら

やっています。同居している家族は本人の意向や医療者、あるいは介護者との関係もよく見ているので大体状況がわかっているわけです。ところが、同居していない兄弟が突然来て、それまであまり親孝行していなかったという後ろめたさがあるのかもしれないけれども、「ちゃんと医療をするように」などと言って、医療機関側とトラブルになることがあるとよく医療関係者からうかがいます。

臓器移植に関しても、本人が処分権を持っているというアメリカのお話がありましたけれども、日本の場合は本人の意思表示があっただけではだめなんです。家族の同意が必要です。その家族の範囲をどうするかというのは法案審議の過程でいろいろあったのですけれども、本人が何か示していれば絶対そのとおりに行くとは限らないということです。

もう一つ申し上げますと、成年後見という制度があります。介護保険と同じ時にできました。これは本人が財産の処分や金銭の管理ができなくなったとき、本人に代わって後見人が行うという制度です。ところが、この制度はもっぱら財産処分に関して規定していて、医療行為の承諾などは全く対象にしていないんですね。そのことはこの制度の欠陥として導入時から言われていましたが、その後もほとんど検討されていない。

意思能力がない人に、胃ろうをつけるとか、入院させるとか、点滴注射をするとか、本来だったらそういう医療行為は本人に説明してからやるわけですが、成年後見人がついているケースでの対応は曖昧にされたままです。ただ、これは今後問題になる可能性もあると思うので、医療行為の同意のあり方に関しては議論を進める必要があるのではないかと考えています。

小原 ありがとうございます。いろいろご意見がおありだと思います。ちょっと補足していただきたいと思いますのは、東北で「せんだんの杜」というのをやっているグループがあり、逆デイケアといいますか、普段施設に入っている人がたまに民家を借りた施設に行って、庭いじりをしたり台所をやったりすると元気になるということをやっているグループがあって、この間資料を大量に送っていただいてびっくりしました。

石飛先生や川崎さんのお話を伺っていると、終わりになりそうな人のお話を中心に、目的が看取りだけという印象を与えてしまうと残念な気がします。そこにいく前の段階で、例えばかつて現役だった人が何らかの形で元気を取り戻す方法として、こういうことによってケアが拡大して認知症になるのを防げるという方向で何かサジェスト（助言）いただけることはございますか。「胃ろうをつけなくても見殺しではないんだよ」というのが今日の結論になるのでは、ちょっと寂しいと思うので、積極的な面として何かお教えいただければと思います。

川崎 あまりいいお話はできないのですが、やはり石飛先生がおっしゃったように脳の指令はだんだん後退していきますので、「どんどん元気に」というのは非常に早い段階なんです。私どものところで生活してくださるようになっ

てくると、なかなかその力の残っていらっしゃる方は多くないのですが、活動性は非常に小さくなってきますけれども、例えば1年に一度くらいキラッと光るときがある。そのようなことを見出すことがご本人らしさだと思っております。

どういふことかといいますと、あまりピンと来ないかもしれないのですが、ある方が「どじょうを食いてえ。どじょうを食いてえ」といつもおっしゃっていました。その方は大きなものを噛めないんです。非常にやわらかいものしか食べられないのですが、たまたまご近所のそば屋さんが「どじょう入ったよ」と教えてくださったので、どじょうを食べてみることになりました。ひっかかるかもしれないなと思いましたが、「食べる？」と言ったら「食べる」とおっしゃるから、お豆腐とみそ仕立てか何かで作っていただいて、骨も相当ありそうな立派などじょうだったのですが、召し上がりました。それからしばらく「どじょう食いてえ」はなくなりました。

そのように、日々の中で「本当にこれだけは欲しい、欲しい、欲しい」ということを探しながらやると、ちょっとキラッともう一回光っていただけかなと思います。

反対に体の具合が悪くてじっとしていただかなければいけないというと、お顔つき、表情が乏しくなります。職員が入院した方を見にいきますと吹っ飛んで帰ってきて、「早く連れて帰りましょうよ」と言います。日々皆さんと一緒に、会話をするわけではないけれども、それこそ「どじょう食いてえ」だったり、そのようなことがちょっとずつあるのと違い、病院で我慢してじっとしていなければいけないというのは何より苦痛なんですね。そうしますと表情がなくなってくるし、能面のような顔になっているから、「早く帰りましょう」というようなことを時々職員が言うことがあります。やはりそれほど光るところを探すことが大事だと思っています。



小原 石飛先生、いかがですか。その人の光るところを探すために。さっき讃美歌とか演歌が流れるとおっしゃいましたけれども。

石飛 私よりも後ろにいる看護主任とか相談員の方がよく知っていると思います。よほどのことでなければ振るなと言われていますが。

たとえば、革細工がよくできていたということでほめてあげたとか、「俳句をつくったよ」と言われて、「いやあ、いい俳句だ」「ホームの中の冊子に載るんだ」という話になった時の張り切りように、「この認知症の人どなた？」と思うようなことはありました。

小原 では、田中さんからお願いします。

田中 事業団で出している冊子がありまして、そこに、その当時99歳の方の写真が載りました。それを、他の利用者さんが見たことで、「自分も載りたいな」という思いもあったかもしれませんが、しばしその辺りの話題になったことがあ

りました。

それから趣味とかいろいろ得意なことは、いろいろなクラブがありますので、それに参加することを楽しみにされている方もいらっしゃるし、そこで先ほどお話がありましたようにキラリと光るとてもすてきな文字を書かれたり、革細工でもそれぞれ仕上がりがほかの人と違うというのを見せていただいて、それを職員の方たち、介護の方たちが「すごいね」とほめて、その方の本当に得意になれるすてきな時間を持つことができるといいといつも思っています。

もうひとつは、家族の方たちがとても協力的で、エレクトーンの上手な娘さんが定期的に来てくださって、いろいろなフロアの方たちを呼んで歌を歌ったり、本当に毎日のように来て歌を歌うだけではなく職員の方と一緒に体操したり、という日々の積み重ねの中で、先ほどお話があったように脳も活性化して、それこそ寝たきりの予防につながっているのではないかとこのことを日々実感しております。

小原 ありがとうございます。あと出河さんと黒田さんに伺いたいのですが、先ほどのデータのご紹介の中で、ドクターは比較的冷めておられてあまり延命治療を望まない方が多い。それに対して国民一般の場合は少しまだ希望されると。一般国民と医師の間における治療方法について意識の乖離のあるデータが出ていたように思うのですが、その距離は縮まらないままでもよろしいのでしょうか。あるいは情報を伝えて、なるべく接近することによって、例えば「医者はその言うけども反対だ」と言わずに、「先生がおっしゃるからそうしましょう」というふうにスムーズに行くのがいいのか。その距離の短縮の仕方は法的にどうなるのか。お二人にお教えいただければと思います。

出河 医療は医師だけで何をするか決められるわけではなく協同作業ですよ。ですからあまり基本認識に乖離があるとうまくいかないの、認識のベースとなる実態や事実はどう共有するかということだろうと思います。

先ほどお示ししたデータの中では、その差はあまり大きくないようです。ただ、この世論調査ではたくさんの質問をしまして、その乖離がもっと大きいものもあるんですね。例えば、「リビングウィルを用意していた場合、そのとおりに医師がやってくれると思うかどうか」という質問に対して、一般国民はかなり否定的なんですね。たしか半分くらいだったと思います。理由はよくわからないのですが、医師に対して「一生懸命救命治療をやる」というイメージを持っているのかもしれない。一方、医師のほうは「リビングウィルがあればそのとおりやりますよ」という答えが圧倒的に多かった。

ただ、老衰の最期については、栄養を入れるばかりがいいわけでもないとか、だからといって胃ろうを全否定もできないと、悩み苦しみながらやっていらっしゃる現場の実態を、一般の人はあまり知らない。医療関係者であっても、病院に勤めている方は知らないかもしれません。ですから、高齢者の最期がどういふものかを皆さんが知ることが、意思決定をスムーズに行っていく前提になるのではないかと考えています。

小原 ありがとうございます。では、黒田先生。

黒田 大変難しい質問だと思うのですがけれども、お医者さんと患者さんの認識に隔たりがあるということが法的にどういう意味を持つかという発想でものを見てしまいますと、例えば世論調査というのがありますね。世論調査というのは法的にどういう意味があるかということを見ると、立法作業についてはある程度の力を持っているだろうとは思いますが、現実には我々が扱っている法律というのは、法解釈学といいまして、できた法律をどうやって当てはめたり運用したりするかということなんですね。

そうすると、世論調査がダイレクトに跳ね返るということはあまりなくて、例えば嘆願書をいっぱいもらったからといって、実は刑事事件に出してもあまり意味がなくて、法廷で裁判長が受け取ってそのまま弁護士に返すというようなことがいくらかもあるわけです。つまり、僕らは解釈学でやる部分で生きているわけです。そうすると世論調査それ自体にそんなに影響がない、と言ってしまう言い過ぎかもしれませんが、患者さんとお医者さんの意識を近づけるということについて極めて限られた範囲でものを申し上げてしまうと、我々の世界から言うとそれはあまり影響力がないのではないかなという気はします。

小原 ありがとうございます。20分遅れで始まりましたので、そろそろ締めなければいけません。フロアから質問をしたいとおっしゃる方がいらっしゃいましたら手を挙げていただけますか。よろしいですか。

それでは締めに入りたいと思います。私が感じたことを補足的に申し上げます。例えばイギリスのホスピスで私がびっくりしたのは、あと2～3日で亡くなるという末期の肺がんの方がいらっしゃいまして、スタッフの会合のとき「この方はいよいよ終わりだ」「ボランティアを受け入れますね」という話がありました。後で巡回したときに喫煙室を見ましたら、あと1日か2日で亡くなるという人と一緒に葉巻を吸ってあげるボランティアが来ていました。葉巻が大好きな人と一緒ににこにこしながら、その小さな部屋でモクモクと煙を上げて葉巻を吸っておられたのです。「あんたは弱ってるんだからもう酒飲んじゃだめだよ」とか「たばこやめなさい」と言うのもひとつですが、「思い切り好きな葉巻を最後に吸ってもいいよ」と言う。それだけではなく一緒に吸ってあげる人がボランティアにいる。「こんなボランティアがあるのか」と私はびっくりしたのです。幅があるのですね。

それから、知り合いの大学教授がぼけてこられて老人ホームに行きますと、書道はあまりお上手ではなかったのですが、習字をなさいまして、廊下に貼る人と貼らない人があるのです。その方のものは書道の先生に花丸をつけてもらって貼ってありました。「君、見ましたか。僕の字があそこに貼ってあるだろう」と。かつての先生からは想像できないようなお話ですが、「自分はほめられている」「おれはやっぱ偉いんだな」というようなことをおっしゃる。廊下に貼ってあるただのお習字なのですが、そういうものによって雰囲気をやわらげることがあるのだなと改めてびっくりさせられたことを思い出しました。

もうひとつ、今日はお話に出ませんでした、ぜひ今後の対策として考えていただきたいと思っております。それは、ペインコントロールというのはホスピスでもやっていて、モルヒネを扱っているようですが、痺れがある、うずいているという人の場合です。これはMRIでもCTでも計測できないようですが、整形外科の先生がお手上げだとおっしゃる強烈な痺れ。ただの痛みではなく、全身に来るうずきとか痺れを、会話ができる程度に薬を使いながらやわらげるやり方をもっと工夫していただきたいのです。ペインコントロールというと単なる痛みだと思っている方がいらっしゃるようですが、トータルな苦しみコントロールはもっと必要です。聞いてみると、正座した後の痺れが残ったような状態をさらに倍増したような、ワニに食われているような状態をどの先生も聞いてくださらない、とおっしゃるおばあさんがいらっしゃいます。これは今後、看取りの前のケアの段階で、ぜひ何とか改善していただきたいと思えます。

今日は芦花ホームからお二人の方に来ていただいて、田中さんに発言していただいたことも、よかったですと思います。まだたくさん問題があると思います。私が哲学・倫理学をやっている者として看取りの最後の段階で考えたいと思っておりますのは、年寄りにはぼけが来て、そして何もわかっていないと思っていると人にもいるのですが、彼らのなかには、それまで生きてきた自分史の他に、また別の世界も見えているのではないかとということです。作家の丹羽文雄さんはアルツハイマーになられまして、「丹羽文雄」とサインなさることはできましたが、ご自分のお嬢さんを前にして「あなたはどなたですか。いつもお世話になります」とおっしゃった。自分史を生きながら別の世界に生きていらっしゃる。そういう方のケアをされているのが特養ホームの先生方、ヘルパーさんたちだと思います。そういう2つの次元が存在している高齢者の世界の解明は、心理学も哲学も医学もまだ手つかずの問題がいろいろあると思えます。

日本は文明先進国の高齢社会のトップランナーですので、ぜひ皆様方のご意見も踏まえて、高齢者のケア、あるいは高齢以前の方のケアを考えながら、そしてそれが最後にすばらしい看取りにつながるよう、多くの人の英知を集めて集大成にしていくことができれば、日本は北欧の福祉国家以上にすばらしい国になることができるのではないかと考えております。

いろいろいたらない進行ぶりでしたが、貴重なご発言をいただきました先生方に感謝をして、このシンポジウムを終わらせていただきたいと思えます。どうもありがとうございました。



パネリスト紹介

青山学院大学名誉教授

小原 信氏(おはら しん)



Ohara Shin

神戸市生まれ。国際基督教大、東大大学院を経て、Yale大学より、キルケゴール研究による哲学博士号(Ph.D)取得。
和辻哲郎賞受賞。現在、青山学院大学名誉教授。

状況倫理、情報倫理、生命倫理など、既存の倫理学の枠から自由に、より人間的な現実に即した、実存的な「倫理学」を模索してきた。著書に『iモード社会のくわれとわれわれ』(中公叢書);『ファンタジーの発想』、『シングル・ルームの行き方』(新潮選書);『人間の人間らしさ』、『いのちの継承』(新教新書);『倫理私想』、『あかさたな:哲学的散文詩』、『あなたはひとりではない』(以文社)。『自分史心得帖』(教文館)が最近刊。「看取り」関連では、『ホスピス』(ちくま新書)『ビューティフル・デス』(中公叢書);『日本の福祉』、『日本社会と生命倫理』(編著、以文社)、『死生観と生命倫理』(共著、東大出版会)があり、日本各地、NY、ロンドン、ドイツ、スイス、香港での取材と講演を集約。春の青学大オープンカレッジで、「愉しく年をかさねる:自分史最終章」と3連続講演(3/6、3/13、3/20)を予定。

横浜ランドマーク法律事務所 弁護士

黒田 和夫氏(くろだ かずお)



Kuroda Kazuo

私は、昭和59年に司法試験に合格し2年の修習後、昭和62年に弁護士になりました。平成2年4月に横浜で「かもめ総合法律事務所」を、平成14年4月に「横浜ランドマーク法律事務所」を設立し現在に至っています。

当事務所は、横浜ランドマークタワー38階にある市民弁護士事務所です。私は代表弁護士をしています。詳細はHPをご覧ください。私には、専門分野はなく民事・刑事・家事をすべての事件を扱っています。

今回、石飛幸三先生から、「看取り」に関する法的な検討を云われましたのがきっかけで、シンポに参加させて頂くことになりました。法的な点からみますと、焦点は延命治療の停止が殺人罪に該当するか否かということですが、ハードルの高い問題であります。

しかし、看取りの実態を踏まえ、法律家としてこのハードルを超える努力をしなければならぬと考えています。

朝日新聞編集委員

出河 雅彦氏(いでがわ まさひこ)



Idegawa Masahiko

1992年 朝日新聞社入社。
社会部、暮らし編集部、科学部で医療制度改革や介護保険制度、医療事故、薬害エイズ問題、有料老人ホーム問題などの取材に当たる。
著書「ルポ 医療事故」(朝日新聞出版)で「科学ジャーナリスト賞2009」受賞。

死が間近に迫る終末期になったときに延命のみを目的とした医療行為は受けたくない。漠然とそう思っている人は多いと思います。しかし、年を重ねていった先にある「終末期」とはいったいどのような状態なのか、そのとき医療はどんな役割を果たしてくれるのか、といったことを理解している人は少ないのではないのでしょうか。

苦痛を長引かせずに死を迎えてもらう目的で治療を止めた行為や、逆に治療を続けたことの妥当性が後になって問われるような「事件」が何度か表面化し、そのたびに「終末期医療のあり方」をめぐる議論が繰り返されてきましたが、一つの結論を得るまでには至っていません。私たち自身が高齢者の終末期像や、医療・介護現場が日々直面している問題について正しく認識することが重要だと思います。今回のシンポジウムがそのような機会となることを切に願っています。

特別養護老人ホームみずべの苑 施設長

川崎 千鶴子氏(かわさき ちずこ)



Kawasaki Chizuko

循環器専門病院にてICU婦長、教育婦長を経験 16年勤務
訪問看護ステーションで訪問看護を5年経験、介護保険初年度の
ケアマネジャーを経験。

2001年より社会福祉法人うららでみずべの苑開設副施設長として
勤務。

2002年6月より施設長として現在に至る。

高齢者の介護現場で職員と共に生活の中の自然な看取りをしています。みずべの苑の看取りはとても静かに長い時間を確実に過ごしなが訪れることが多いと思っています。ご家族も、職員も一緒になって大事な時間を寄り添おうという思いで営まれている生活の場面ではないかと感じさせられます。

施設は、人生の大先輩が、人生とはこの様に過ごしこの様に最期を閉じるものなのだと、後に続く未経験の私たちに教えてくださる貴重な仕事場だと感じています。毎日毎日の人との出会いやそのご縁はなんて素敵なものかと実感します。

特別養護老人ホーム芦花ホーム 医師

石飛 幸三氏(いしとび こうぞう)



1935年広島県生まれ 1961年慶応義塾大学医学部卒業
外科医として40数年、病院で延命治療に専念して来ました。
4年前から、特別養護老人ホーム芦花ホームの常勤配置医として勤務。

Ishitobi Kouzo

老衰は病気か ―延命治療に戸惑う人々―

特養ホームに勤めて知ったことは、医療技術が進歩した今日、人々が寿命だと思っても医療をしなくてよいのかと迷い、多くの方が病院で最期を迎えていることです。しかし医療は老衰を止めることはできません。私は医療者としての責任を痛感し、特養のあり方を見直すべく努力しました。その結果、特養で47名の方を看取って来ました。私はまず老衰の終末期の状態を、次いで我々がどのようにかかわったかを述べ、最後に医師の役割の重要性を指摘して皆様のご意見を仰ぎたいと思います。

看取りシンポジウム
～家族とともに高齢者の安らかな旅立ちを看取りたい～
開催記録

2010年3月

発行：社会福祉法人世田谷区社会福祉事業団
世田谷区立特別養護老人ホーム芦花ホーム
世田谷区粕谷 2-23-1 電話 5317-1094 FAX5317-1090
編集：場所づくり研究所（有）プレイス

