

第 XV 次 生命倫理懇談会 答申

超高齢社会と終末期医療

平成 29 年 1 1 月

日本医師会 生命倫理懇談会

平成 29 年 11 月

日本医師会
会長 横倉義武 殿

第 XV 次生命倫理懇談会
座長 高久史磨

答 申

生命倫理懇談会は、平成 28 年 11 月 2 日開催の第 1 回懇談会において、貴職より「超高齢社会と終末期医療」との諮問を受けました。

これを受けて本懇談会では、1 年間にわたり鋭意検討を重ね、ここにその結果を取り纏めましたので、ご報告申し上げます。

日本医師会 第XV次 生命倫理懇談会

座長	高久史磨	前 日本医学会会長
副座長	大中正光	福井県医師会会長
委員	安里哲好	沖縄県医師会会長
〃	岩尾總一郎	日本尊厳死協会理事長
〃	川本利恵子	日本看護協会常任理事 (平成29年6月26日まで)
〃	熊谷雅美	日本看護協会常任理事 (平成29年6月27日から)
〃	久米川 啓	香川県医師会会長
〃	権丈善一	慶應義塾大学商学部教授
〃	齊藤 勝	青森県医師会会長
〃	清水哲郎	岩手保健医療大学学長
〃	須藤英仁	群馬県医師会会長
〃	田中秀一	読売新聞東京本社調査研究本部主任研究員
〃	徳永正靱	山形県医師会会長
〃	鍋島直樹	龍谷大学大学院実践真宗学研究科教授
〃	樋口範雄	武蔵野大学法学部特任教授
〃	平松 恵一	広島県医師会会長
〃	町野 朔	上智大学名誉教授
〃	横田裕行	日本医科大学大学院医学研究科外科系 救急医学分野教授
〃	渡邊芳樹	元 駐スウェーデン日本国特命全権大使
(委員：五十音順)		
専門委員	畔柳達雄	弁護士・日本医師会参与
〃	奥平哲彦	弁護士・日本医師会参与
〃	手塚一男	弁護士・日本医師会参与
オブザーバー	澤 倫太郎	日医総研研究部長
〃	水谷 涉	日医総研主任研究員
〃	村田真一	弁護士

目 次

はじめに	1
I 超高齢社会における終末期医療の現状と課題	2
1. 終末期医療と日本医師会	
－これまでの生命倫理懇談会の議論の大きな流れ	2
2. わが国の社会の現状と終末期医療	7
3. 現在における課題	11
II 本人の意思決定とその支援	12
1. 原則となる考え方	12
2. 事前指示書の普及と課題	12
3. 高齢者の意思決定支援	15
4. 意思決定支援についての最近の行政、学会の動向	17
5. 意思決定支援における“かかりつけ医”の役割	18
III 終末期医療におけるケアの質	21
1. 超高齢社会における終末期のケアの質	21
2. 本人の意思に基づくケア	21
3. 緩和ケアの考え方と実践	21
4. スピリチュアル・ケア	
－心理・社会的問題と医学以外のアプローチ	27
5. 在宅での生活および看取り	30
おわりに	32
用語について	33

はじめに

日本医師会生命倫理懇談会は、これまで5回にわたって、終末期医療に関して議論し答申を行ってきた。なかでも、1992年（第Ⅲ次）、2006年（第Ⅸ次）、2008年（第Ⅹ次）、2014年（第ⅩⅢ次）の内容は注目すべきものがあり、本答申ではまずその概要を確認し、これまでの議論を振り返る作業を行った。今期（第ⅩⅤ次）の諮問は、「超高齢社会と終末期医療」である。超高齢社会を想定以上に早期に迎えたわが国において、終末期医療の課題はまさに喫緊の課題となっている。

そのため、本答申においては、日本医師会における従来の議論に沿いながら、現在の課題とそれに対応する具体策を提示するよう努めた。特に、①患者の意思決定による終末期の生き方や平穏な死を実現するための意思決定支援の仕組みの工夫と、望まない医療を防ぐための具体的な方策が重要であること、そのためのプロセスの充実をどう図るかを考察した。さらに、②終末期医療の質の向上を図るための取り組みを挙げ、尊厳ある死（すなわち尊厳ある生）を実現するとはどのようなことかを検討した。

その意味で、本答申が医療の現場の医師にとって極めて有用なものとなることを強く期待している。

I 超高齢社会における終末期医療の現状と課題

1. 終末期医療と日本医師会

－これまでの生命倫理懇談会の議論の大きな流れ

日本医師会は、終末期医療について注目すべき報告書を公表している。特に、1992年、2006年、2008年、そして2014年の報告書が重要である。以下、この四つの報告書の概要を簡潔に振り返り、これまでどのような議論がなされてきたかを確認する。

(1) 「末期医療に臨む医師の在り方」についての報告（1992年）

日本医師会第Ⅲ次生命倫理懇談会は「『末期医療に臨む医師の在り方』についての報告」を公表した。その末尾には、わが国において死を口にすることが一種のタブーのようになっており、終末期医療についても議論が十分でないこと、しかし、現実には差し迫った問題となっているので、曖昧なままに放置しておくことはできないとの決意が表明された。

報告書では、一方で終末期医療の課題は高齢化が進む社会の産物であると指摘し、他方で医療・医学の進展により、かつてはできなかった延命措置が可能になった状況に基づくこと、その解決のためには従来の医療に対する考え方では対処できず、自己決定やリビングウィル、生命の質あるいは尊厳死といった新たな考え方や工夫が必要だという認識が簡明に述べられている。

その上で、終末期の患者を前にした医師の在り方として、末期の告知（告知後の支援態勢の構築を含む）、在宅医療の推進、苦痛の緩和とホスピスの整備など具体的施策を提案する。

(2) 「ふたたび終末期医療について」の報告（2006年）

日本医師会第Ⅸ次生命倫理懇談会は、「ふたたび終末期医療について」と題する報告書を公表した。終末期医療の課題について、より具体的かつ丁寧に論ずるものとなっている。

まず、終末期医療を広く捉え、「死に至るまでの時間が限られていることを考慮に入れる必要性のある状況下における医療」すべてを含むとする。終末期といっても、がんによる死亡や高齢者の老衰死、小児の難病、神経難病、さらには救急医療の場面など多様な状況が存在するためである。その中で、患者にとって延命よりもどれだけの QOL (Quality of Life) を保つかが大切だとして、医療の目的を「cure も care も」大事だとするよう発想の転換を促す。そして、QOL の評価は患者の価値観によるとして、患者の意思の尊重こそ重要だとしながらも、患者を取り巻く家族の存在の重要性にも言及している。

次に、緩和医療については、わが国におけるホスピスや緩和ケア病棟 (Palliative Care Unit ; PCU) が増加しつつあるものの、英米に比べて在宅ケアがまだ普及していないこと、今後の対応として、在宅ケアの経済的負担と家族の負担への配慮が求められるとした。さらに、新生児・小児の終末期について特に必要とされる点に頁を割いている。

尊厳死と題する章では、人工呼吸器や経管栄養などによる延命がかえって患者に苦痛を強制し、尊厳を損なう事態を生んでいるとして、むしろ「安らかな死」を実現する工夫が必要だとする。

具体的には、まず本人の意思を最優先する態勢づくりが求められるとし、特に、医師に対し尊厳死への理解が必要だとする。

また、「認知症と尊厳死」の問題が取り上げられたことは特筆すべきである。

さらに、安楽死については、1962 年の名古屋高裁判決と 1995 年の東海大学事件横浜地裁判決で示された基準に触れた後、2001 年にオランダ議会での安楽死法成立後、ヨーロッパ各国で法制化の動きが活発になったことを、オランダ、ベルギー、フランス、イギリス、ドイツ、スイスについて叙述している。

報告書はアメリカの状況にも触れ、全米各州で自然死法や尊厳死法が制定され、1990 年の連邦議会による「患者自己決定法」を経て、1997 年にはオレゴン州で、医師が助けて死亡させること (Physician Assisted Suicide ; PAS) を認める法律が施行されたことや、PAS の内

容と法律施行後の影響などを紹介している。

報告書は、次に「終末期患者の急性期・救命医療」という課題を取り上げる。2004年の日本医師会医事法関係検討委員会答申で、短期間で死亡することが必至の患者には、一定の条件のもとで、延命措置の中止を法的に可能と明記したことを紹介しつつ、他方で、実際に患者の症状が急変するなどの「急性期」においては救命医療を行うのは当然とし、終末期医療についても個別の事態は千差万別であり、1人の医師による判断を避けること、様々な終末期に対応する各論的なガイドラインの充実が求められるとした。

最後に、報告書は終末期医療のコストという課題を取り上げ、医療費適正化の観点から終末期医療を論ずることを「医療倫理に悖る」と結論づけた。

（3）終末期医療に関するガイドラインについて（2008年）

日本医師会は、第X次生命倫理懇談会の答申という形で「終末期医療に関するガイドラインについて」を公表した。

ここでは、終末期医療の差し控えや中止の要件と考え方の順序が示されている。

要件としては、①患者が治療不可能な病気に冒され、回復の見込みもなく死が避けられない終末期状態にあること（これは1人の医師ではなく、多職種によって構成される医療・ケアチームで判断する）と、②差し控えや中止を求める患者の意思表示がその時点で存在することが必要とされる。

前者については、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を緩和し、患者・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療およびケアを行うことと、積極的安楽死や自殺幫助等の行為は行わないことが明示された。

後者については、患者の意思が確認できる場合にも繰り返しそれを確認して慎重な判断が求められること、患者が拒まない限り、患者の家族等を交えた話し合いが重要とする。

次いで、患者の意思が確認できない場合について、患者自身の事前の意思表示書があれば家族等に示した上で、医療・ケアチームがそれを判断する。意思表示書がない場合でも、家族等の話などから患者の意思が推定できる場合には、原則としてその推定意思を尊重した治療方針をとる。患者の意思がまったく推定できない場合には、原則として家族等の判断を参考にして、患者にとって最善の治療方針をとることになる。

これらの場合に合意が得られない時は、複数の専門職からなる委員会を別途設置し、その委員会が治療方針等についての検討・助言を行う。

このガイドラインは、前年（2007年）に出された厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（現在は、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」と同様の趣旨を述べており、医療の現場に少なからぬ影響を与えたと思われる。

（４）今日の医療をめぐる生命倫理

－特に終末期医療と遺伝子診断・治療について－（2014年）

日本医師会が終末期医療に関し公表した最新の報告書は、第XIII次生命倫理懇談会による「今日の医療をめぐる生命倫理－特に終末期医療と遺伝子診断・治療について－」と題するものである。その前半部分で、尊厳死法制化、高齢者の終末期のケア、宗教からみた終末期医療という三つの課題を取り上げた。

まず、尊厳死法を制定すべきか否かについては、2012年に超党派の議員連盟が尊厳死法案をまとめたことを背景として、法制化の意義、そのメリットとデメリットを論じ、結論として、日本医師会としては法制化に慎重な立場をとること、むしろ日本医師会を含む関係機関が作成した終末期医療をめぐるガイドラインを遵守することで法的な免責も受けられることが望ましいと明言した。

高齢者の終末期ケアについては、日本老年医学会が2012年に公表したガイドラインの意義を強調した。人工的水分・栄養補給法（Artificial Hydration and Nutrition；AHN）や胃ろうを含めた延命

措置が、むしろ患者の負担になり、尊厳をも損なう場合が少なくないこと、特に高齢者においては、「過少でも過剰でもない適切な医療、および残された期間の QOL を大切にす医療およびケアが最善の医療およびケアである」との部分引用した。また、医療経済の観点についても、「終末期医療における医療資源の分配の問題は避けて通れない問題」だとした。

さらに、本人の意思を尊重した終末期ケアについての現在の課題として、「死の教育」の不十分さがあるとして、尊厳死を考える機会の推奨など教育的な支援体制の構築が望まれるとした。

最後に、2014年の報告書で特筆すべきは、宗教からみた終末期医療という課題を取り上げて論じた点である。死に直面している患者の希望が何かを把握すること、同時に患者を看取る人々のグリーフ・ケアも重要であるとして、いずれにも広い意味での宗教的な支援が必要だとした。

(5) これまでの議論の整理

日本医師会において、終末期医療についてこれまでなされてきた議論を振り返ると、次のような点を指摘することができる。

第1に、形式的に「いのち」を捉えて延命を図ることを過剰な医療とし、従来の延命至上主義からの脱却を繰り返し主張している。それは何よりも患者の尊厳ある死（あるいは尊厳ある生）を侵し、患者の意思にも最善の利益にも反している場合があるという認識に基づく。

第2に、そうはいっても何が過剰で何が過少な医療かは難しい判断である。一方で、医療側では多職種による医療・ケアチームによる判断を、他方で患者の意思を尊重することが何より重要だが、実際には家族の理解も同じように重要であり、これら関係者の合意を目指す努力とプロセスが重要だとする。

第3に、以上のような基本の上で、報告書には様々な点での進化・深化がみられる。終末期といっても多様であることの重要な例として、小児難病のケースを取り上げたことや、患者のスピリチュアル・ペイ

ンへの配慮から宗教的な関与について検討するなどである。

第4に、尊厳死法の法制化については、そのメリットを十分に認識しつつも、日本医師会としては、法制化に伴うデメリット（法律への過剰な対応のおそれと濫用の危惧）が大きいとして、医師会自体を含む関係機関によるガイドラインによることで、法的な免責も得られる状況が望ましいとした。

2. わが国の社会の現状と終末期医療

（1）わが国が思いがけないスピードで超高齢社会になったこと

終末期医療を論ずるにあたり、わが国の社会の変化を再確認する必要がある。高齢化の度合いに応じて社会の呼称を分類する基準によると、2007年に日本は65歳以上の全人口に対する割合が21%を超えて超高齢社会となった。1970年に7%を超えた後、急速に高齢化の歩みを速め、1994年に14%、2007年に21%を超えた後も進行の度合いを早めてきた。2016年10月時点では27.3%¹になり、世界一の高齢社会となっている。

その結果、高齢者の高齢化が進んで、2030年には75歳以上の高齢者が20%となり、老老介護と呼ばれる現象の増加と、他方で同じ年（2030年）に高齢者世帯に占める独居高齢者の割合が36.2%になると推計されている²。また、2025年には年間死亡者の数が150万人を超えて高齢多死社会を迎える²。その中で相当数が、孤立死、孤独死のおそれがある。しかも認知症患者の増加も著しく、現在すでに600万人に近いとされる。

（2）発想の転換の遅れ

形だけの延命はむしろ患者の尊厳を損なうとして、発想の転換が叫ばれてきたものの、医学教育の不十分さから、医療とはcureだけが目的であり、それができなければ延命をすることが医療だと信じている

¹ 内閣府：平成29年版高齢社会白書。2017。

http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/29pdf_index.html

² 東京大学高齢社会総合研究機構：東大がつくった高齢社会の教科書。東京大学出版会、2017。

医療者もいる。また、尊厳死法がないために、自らのリスクを回避するという考え方も一部の医療者にある。

家族も自らが終末期を迎えた経験がなく、人が死ぬことへの準備教育もないために、患者のためといいながら、実際には、患者の尊厳を損ない患者の身体にも負担となるような医療を要求する場面も見受けられる。患者の意思が明確に示されていない場合、家族は重要な役割を担うが、それは患者に代わって患者の意思を伝える役割だという点を強調する必要がある。

医療資源もまた限られた資源である以上、患者の尊厳を損なう医療に資源を費やすのではなく、患者の望む医療に資源を振り向ける努力が必要である。

(3) 終末期に関する法とガイドライン

わが国においては、欧米を中心に、アジアの一部等でも制定されている尊厳死法（あるいは自然死法）が制定されていない。2012年に超党派の議員連盟が尊厳死法案を作成したものの、国会への提出に至っていない。法案が作成された背景には、医療現場で医療者が人工呼吸器を外すなどの行為をしたとして捜査が開始され、大きなニュースとなった事例が多発したことがある。しかし、現状では尊厳死法が制定される見込みは少ない。

それに代わって、2007年、厚生労働省は「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（現在は、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」）を作成し公表した。医療者が1人で判断せず、多職種による医療・ケアチームによって終末期医療について判断すること、患者の意思を尊重するとともに家族とも十分に話し合いを重ねて合意を得ること、緩和ケアの充実を図ることをその内容とする。

その後、医療の関連学会・専門家団体による同様のガイドラインが多数作成・公表されるに至った。日本医師会が公表した2008年のガイドラインもその一つである。また、2014年に日本救急医学会、日本

集中治療医学会、日本循環器学会から公表された「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン ～3学会からの提言～」は終末期の定義や、そのように判断した時の対応方法が具体的に記載され、家族の意思決定支援や後の検証のための記録の重要性を強調している。さらに、2017年に日本臨床救急医学会「人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言」では人生の最終段階にある傷病者が心肺蘇生等を希望していない場合は119番通報をしないのが望ましいが、119番通報によって出動した救急隊が、現場ではじめて傷病者が心肺蘇生等を希望していないことを伝えられる事例が発生している現状を踏まえ、そのような場合の基本的な対応手順等を示し、指針として取りまとめている。

このように法律ではなくガイドラインで終末期医療について一定のルールを定めるのがわが国の大きな特色となっている。現状としては、日本医師会生命倫理懇談会の2014年報告書で述べられたように、「法制化に慎重な立場をとり、むしろ日本医師会を含む関係機関が作成した終末期医療をめぐるガイドラインを遵守することで法的な免責も受けられることが望ましい」という状況が実現しているともいえる。

なぜなら、第1に、2007年以降、射水市民病院事件のような事案をメディアが大きく取り上げる事態は生まれていないこと、第2に、2016年や2017年にNHKで十分なプロセスを経て人工呼吸器を外す場面が堂々と放映されても、関係者に対し捜査の動きもないこと、第3に、この問題で唯一の最高裁判決となった川崎協同病院事件判決（2009年）でも、抜管行為（延命治療の中止行為）が違法となるのは、終末期であるとの医療的判断に慎重さを欠き、病状・予後について十分な診察をしていないことと、結果的に家族の同意（患者の意思を推定したもの）も十分なインフォームドコンセントといえなかった場合であると明言されたことがある（逆にいえば、それらが備わった延命治療中止は適法となるということになる）。

(4) 医療現場での現状

先に見たように、わが国は高齢者が今までにないほどの数で死亡することが予想される状況にある。平穏で適切な死に至ることを個々の高齢者について実現することは、現在最も重要で喫緊の課題である。

厚生労働省は、患者本人の意思に基づく人生の最終段階における医療を実現するべく意思決定支援のための仕組みづくりに努めている。国民の間でも、少なくともリビングウィルやエンディングノートの意義についての理解は徐々に広がっていると考えられる。諸外国でいわれている ACP (Advance Care Planning ; 将来の意思決定能力の低下に備えて、患者や家族等とケア全体の目標や具体的な治療・療養について話し合うプロセス) の重要性にも気づき始めている。

現在では、病院ではなく、在宅医療での看取りや高齢者施設での看取りのあり方をどのように考えるか、救急体制と終末期医療の適切な関係はどのようなものであるか、さらに終末期に限らない緩和ケアの実現などが重要な課題として意識されるようになってきた。

(5) 海外での新たな動き

終末期医療は人類普遍の課題であるから、わが国で問題となっていることの大半は他の国々にも当てはまる課題である。しかしながら、それらの中で、近年、わが国ではまだ問題となっていない事態が生じている。それが PAS または PAD (Physician Assisted Dying) の合法化の動きである。すでに、オランダ、ベルギー、スイスなどのヨーロッパ諸国や、アメリカの 6 つの州 (オレゴン、ワシントン、バーモント、モンタナ、カリフォルニア、コロラド) と首都ワシントン、さらにカナダにおいて、医師が一定の要件を満たす患者に対し致死薬を提供し、患者がそれを飲むか否かを定めることが法律上許されている。ヨーロッパではそれを認めない国から患者がスイスへ移動したり、アメリカでもオレゴン州へ移動したりするなどの動きもある。

現在、わが国では、このような海外の動きに追随するのではなく、終末期医療の質の向上を図る方向で対応が進められている。倫理的な

対応であると考えられ、本懇談会としても異論のないところである。

3. 現在における課題

以上の記述から、わが国の終末期医療に関する現在の課題は次のように整理できる。

第1に、患者の意思決定による終末期の生き方と平穏な死を実現するための意思決定支援の仕組みをどのように工夫するか。そして、在宅・施設・病院で、望まない医療を防ぐための具体的な方策は何か。言い換えれば、どのような仕組みやプロセスを用意するか。

第2に、終末期医療の質の向上を図るためには、どのような取り組みが必要か。その場合の質の向上とは何か。

いずれも困難な課題であるが、まさに超高齢社会の域を超えた高齢化が進むわが国において避けては通れない課題である。

それぞれの課題に対する本懇談会の見解を、第2章および第3章で示す。

Ⅱ 本人の意思決定とその支援

1. 原則となる考え方

従来の議論をもとに考えると、本人の意思決定とその支援について基本となる考え方は次の3つの順序になる。

まず、最も判断が困難な場合は、本人の意思が分からず、医療の現場で、どのような対応をすべきかの判断に困る場合である。今後、家族もいない独居高齢者が増加すると、本人の意思を補足すべき家族もおらず、何の方策もとらないと対処困難事例の増加が予想される。実際には、医療倫理上、このようなケースでは患者の最善の利益を基準に、医療・ケアチームで判断する他はない。しかし、このようなケースを増加させないための方策が考えられるべきである。

同様に本人の意思が明確でないものの家族等が存在して、その意思を推定させる情報を提供してくれる場合は一定の意義があるが、次善の策というべきであり、患者本人の意思決定支援の努力がなされるべきである。家族等で見解が一致しない場合や、様々な社会的背景のもとで、家族等が本当に本人の意思を実現しようとしていない場合があり得るからである。

したがって、本人による意思決定支援を行うことが本来であると考えられる。それには、従来からリビングウィルなどいくつかの方策があるが、わが国の現状は、まだほとんどの患者についてその実現ができていない。それをどのように支援して最善の選択肢がとられるケースを増やすかが、まさに現代の課題である。

2. 事前指示書の普及と課題

(1) リビングウィル：日本の現状

延命治療をどこまで行うかについて本人が文書で明示的に示しておくためのリビングウィルは、日本尊厳死協会等の努力にもかかわらず、欧米に比べわが国で広まっているといえない。

世界各国の事前指示書の普及率は、オランダで12%と報告されてい

る³。他の国では、アメリカ（40歳以上）で47%（ナースিংホーム入居者で55%）⁴、イギリスで10%未満^{5,6}、ドイツで12%⁷と推定される。2014年に公表された厚生労働省の意識調査⁸では、リビングウィルのような事前指示書の作成に関し、約7割の人たちが賛成しているが、実際に作成している人はそのうち3.2%というデータがある。リビングウィルの普及啓発を推進している日本尊厳死協会の会員数は延べ25万人で、2017年3月末日の現存会員数は約11万3,000人であるから、普及率は国民の0.1%に過ぎない。

ただし、リビングウィルが何か、それがいかなる有用性を持つかなどについて、国民や医療者の間での理解は進んできたと考えられる。問題は理解が実践につながらない点である。

（2）終末期に関する国民、患者の意識

先の厚生労働省の意識調査⁸によれば、「人生の最終段階における医療について家族と話し合ったことがあるか」という質問に対し、一般国民の55.9%が「家族と話し合いをしたことが全くない」と回答している。同省が2010年に公表した調査結果でも約半数（50.6%）の国民が全く話し合いをしていない。一方、前述のように、約7割が事前指示書の作成に賛成しているという回答もあり、終末期の医療に関し、その重要性の認識は一定程度存在する。

この調査から浮かび上がる点は、国民は終末期における事前の意思表示は必要と考えているが、実際に「その時」がいつなのかが分からないので用意しない、また、「死」を意識して事前準備することがはば

³ Onwuteaka-Philipsen B, *et al*: *Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. ZonMw, Denn Haag, 2017; 85.
<https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2017/05/23/derde-evaluatie-wet-toetsing-levensbeëindiging-op-verzoek-en-hulp-bij-zelfdoding/derde-evaluatie-wet-toetsing-levensbeëindiging-op-verzoek-en-hulp-bij-zelfdoding.pdf>

⁴ United States Government Accountability Office: *ADVANCE DIRECTIVES*. April 2015.
<https://www.gao.gov/products/GAO-15-416>

⁵ Natcen: *British Social Attitudes 30 Dying*. 2013.
http://www.bsa.natcen.ac.uk/media/38850/bsa_30_dying.pdf

⁶ Aw D, Hayhoe B, Smajdor A, *et al*: *Advance care planning and the older patient*. *QJM*. 2012; 105(3): 225-230.

⁷ SPIEGEL ONLINE international: *Living Will Law 'Strikes a Successful Balance'*. June 19, 2009.
<http://www.spiegel.de/international/germany/the-world-from-berlin-living-will-law-strikes-a-successful-balance-a-631447.html>

⁸ 厚生労働省 終末期医療に関する意識調査等検討会：人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書。2014。
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000042775.pdf>

かられる雰囲気があるので、先送りしているということである。

医療機関や介護施設では、リビングウィルを配布するなど普及活動に注力しているところがある。このような努力は一つの方策であるが、1990年以來、ほとんどすべての医療機関等に同様の義務づけをしているアメリカにおいても、リビングウィルの普及率は5割前後（ナースィングホーム入居者）⁴で推移している。

（3）リビングウィルが考慮すべき要件

意思表示の書面をあらかじめ作成しておくことには約7割の人が賛成しているのに、実際にはそのうち3.2%しか作っていないのは、どう理解すればよいのか。一つには、リビングウィルは自発的意思表示書であり、まさに自分で決断する必要がある。先に述べたように、多くの人はそのような決断は先送りできるものなら先送りする傾向がある。また、日本の場合、法的効果が明確でないこと、臓器提供意思表示カードのような統一した書式がないことなど、様々な意見がある。

リビングウィルの作成時点で、作成者がどれだけ十分な情報を得て、理解した上で作成したかが問われる上に、そもそもそれが現実の問題となる場面の情報（病状）は作成時点とは異なるという根本的課題もある。

（4）ACP／POLSTの活用

したがって、むしろ医療者がイニシアティブをとって、終末期の対応に関する希望を聞き、それをカルテに記録する動きが広まってきた。アメリカの相当数の州では、実際の病状を踏まえて主治医と患者が相談し、POLST（Physician Orders for Life Sustaining Treatment）と呼ばれる医師の指示を作成する動きが広まりつつある。半数の州ではそれを支援する法律もできている^{9,10}。これは電子カルテに記載されるので、主治医がいない場面でも「生命維持治療にあたる」医師や看護

⁹ National POLST Paradigm : STATE PROGRAMS
<http://polst.org/programs-in-your-state/>

¹⁰ National POLST Paradigm : POLST Program Legislative Comparison. 2016
<http://polst.org/wp-content/uploads/2016/09/2016.08-POLST-Legislative-Comparison-Chart.pdf>

師への指示として有効とされる。患者も参加して作成した指示書が、救急医療の場などでもより確実に生かされるシステムである。

このような POLST を含む ACP の重要性が日本でも認識されつつある。何しろ高齢者と呼ばれるようになってから死亡するまでに 20 年から 30 年はある時代である。長い高齢期についてのプランニングは必須である。

たとえば、広島県では広島大学、県・市行政、県医師会の四者を中心に、県内多数の関係団体の参画を得る中で、地域保健対策協議会を設置しており、『豊かな人生とともに… ～私の心づもり～』という ACP の手引きを発行するなど、「もしものための話し合い」を実践する試みがすでに行われている。後述する厚生労働省の意思決定支援の事業も、ACP を円滑に行うための試みである。

3. 高齢者の意思決定支援

(1) 独居生活者の意思決定支援

独居の高齢者の増加について、ケア提供側は、高齢者それぞれの人生や価値観について、できる限り情報収集をすることが必須である。一定の意思決定能力があるうちに何らかの意思決定支援の仕組みに取り込む必要がある。しかし、すでに独居の高齢者自身が意思決定能力を失っている場合はどうするか。そのような場合には、次善の策として、それまで当該高齢者に関わってきた人たちに、高齢者がどのような生き方を望んできたかを尋ねる努力をすべきである。本当に何も情報が得られない場合は、患者の最善の利益を基準とすることになるが、それは少なくとも、従来のように本人の意思が分からない場合は生命保存的選択をするということではない。

なお、イギリスの意思能力法 2005 に規定されている IMCA (Independent Mental Capacity Advocate) は、意思能力がなく、家族などの身寄りもない人の利益を独立の権利擁護者が代弁することによって、最善の利益の判断の客観性を担保する制度である。当局や国民保健サービス (National Health Service ; NHS) 組織から独立し

た民間団体によって提供されているという点が特徴的である。

わが国における、認知症や独居生活者の意思決定支援の一つのあり方として参考になる部分がある。

（２）在宅での意思決定支援

わが国の多数の人は在宅での生活を望んでおり、長期の入院をよしとしているわけではない。亡くなる時も在宅でという回答が多い。2007年の厚生労働省ガイドラインは、射水市民病院等の事案を契機に作成され、当時は、主に病院の場合を対象として議論された経緯があるため、在宅での意思決定にうまく対応していない難点があった。

しかしながら、介護保険制度が作られた日本では、在宅患者についても医療・介護連携が不可能ではない。すでにかかりつけ医として高齢者宅への往診をする医師も増えており、在宅ホスピスでの緩和ケアの実践例もある。在宅医療に医師が関与する中で、医師や訪問看護師、介護職など多職種の関係者が連携し、その中で、本人の意思決定支援を行うことが重要となる。介護に大きな役割を果たす家族がいる場合はその人を含めてACPが繰り返しなされることが、高齢者の尊厳ある死（尊厳ある生）を実現する方策となる。独居の高齢者の場合は、早期にACPが開始される必要がある。少なくとも本人の信頼する人が誰かを決めてもらっておけば、ACPを繰り返し行う場面で、本人に意思決定能力がなくなっても対応が可能となる。

いずれにせよ、その際には地域包括ケアシステムの中核となるべきかかりつけ医の役割が重要になる。国も意思決定支援を推進するために、医療保険・介護保険の両方で、ACPに対し一定の配慮をするなど支援策を具体化すべきである。

（３）成年後見制度とその問題点

意思決定能力の低下した人でも、安心して生活できるように支援するための法制度が成年後見制度である。しかし、わが国では、そもそも成年後見人が医療的判断をする権限がないとされており、終末期医

療の場合にも役立たない。

2000年の法律施行後、意識不明で運ばれた独居高齢者について医療上の決定を行う際に誰も同意権者がいない場合が頻発し、近年、成年後見制度を改革して、もっと利用しやすいものにしようとする流れがある。その中には、成年後見人に医療上の決定にも参加してもらい、医療者側だけが困惑する事態を改善したいとする意見もある。

これに対し、成年後見制度は他のすべての支援制度が失敗した場合の最後の手段に過ぎないとの考えもある。任意後見契約を結んでいる場合を除いて、本人の意思によるのではなく、裁判所によって成年後見人が任命されるため、少なくとも意思決定支援の方策ではないことは確かである。諸外国では、ACPなどのプランニングこそが重要とされている。

わが国での高齢化の進展と認知症患者の増加を見ると、成年後見制度の改善が仮に適切な方策だとしても圧倒的な数の不足に対応できるかという課題がある。本答申で目指している高齢者の意思決定支援を何とか実現して、成年後見制度に頼る必要を少なくすることが重要である。

4. 意思決定支援についての最近の行政、学会の動向

(1) 厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」普及へ向けての取り組み

厚生労働省では、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」が医療現場と国民に理解されるよう努めている。

さらに、ACPの実践のためには、それぞれの患者が死の準備について考える機会をどのようにして設けるかが必要であり、そのために医療従事者の中で専門的な人材を養成する事業を開始した。

2016年度は、同事業で開発された資料、「意思決定支援教育プログラム (Education For Implementing End-of-Life Discussion ; E-FIELD)」を用いて、全国12カ所で「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会」が開催され、1開催あたり約20施設、50名程度

の医療関係者が受講した。2017年度も、引き続き同事業を継続することとしている。

（２）日本集中治療医学会「DNAR 指示のあり方についての勧告」

日本集中治療医学会は、2016年12月、「Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) 指示のあり方についての勧告」を発表した。その前文で「この十数年間で終末期医療（人生の最終段階における医療）のあり方に関する理解が深まり、患者の尊厳を無視した延命医療の継続は大きく減少していると私どもは信じている」としながらも、DNAR 指示が広がる中で、その適用範囲（心肺蘇生措置をしないという指示）を超えて適用される例があるとして、適切な DNAR の実践の指針を明らかにした。

DNAR という処置に限った勧告ではあるものの、DNAR の指示についても繰り返し患者と医療・ケアチームで見直すべきものだとしている。

5. 意思決定支援における“かかりつけ医”の役割

患者の意思によって延命治療をしない場合、本人の覚悟と家族、介護者の覚悟が必要である。さもないと、なかなか本人の希望する治療が受けられないという問題がある。そこで、かかりつけ医の機能が非常に重要となる。何かあった時に救急車を呼ぶのではなくて、まずは、かかりつけ医とどうやって連絡をとるか。かかりつけ医に連絡がとれなかった時に、どうするのかというシステムづくりをしておけば、患者の意思に沿った治療ができる（表1、図1）。

自分で決められない人もいるが、その場合は信頼できる人を選任する、医療代理人のような制度があれば、それも一つの方法である。それに家族の見解と多職種チームの見解が合わさった上で、最善の意思決定をすることが重要である。それには対話に基づく話し合いの繰り返しが必要である。現時点では、終末期医療に関するガイドラインを参照し、個別のケースごとに、現場で話し合うことが現状に即した方

法といえる。

また、意思決定能力を失った独居高齢者については、その本当の気持ちを探るための努力を重ねることも重要である。かかりつけ医となる医師が、その人の人生観なども意識しながら、これまでの「治療の選択の歴史」を遡って調べる

(trace back) ことで、

その人の医療に対する本当の希望が見えてくるはずであり、それは、かかりつけ医に期待される本質的な行為である。

これから先、85歳以上が全死亡の50%を超えるというような時代に入っていった時、2013年の『社会保障制度改革国民会議報告書』で記されたように、死すべき運命

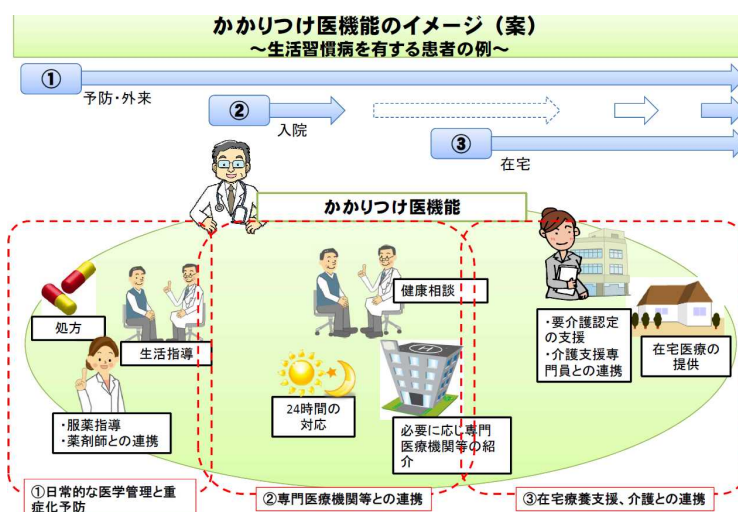
にある人間の尊厳ある死を視野に入れた QOD (Quality of Death) の実現、すなわち、死に向かう患者への医療の質を高めることにより、患者の満足を実現する仕組みづくりが重要である。高齢者には「私の

表1 かかりつけ医の定義

<p>「かかりつけ医」とは(定義)</p> <p>なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時に専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。</p> <p>「かかりつけ医機能」</p> <ul style="list-style-type: none"> ● かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。 ● かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。 ● かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する。 ● 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。
--

「医療提供体制のあり方」日本医師会・四病院団体協議会合同提言より
(2013年8月8日)

図1 かかりつけ医機能のイメージ



中央社会保険医療協議会は、生活習慣病を有する患者の例として、かかりつけ医機能のイメージ(案)を提出している。そのなかで、「かかりつけ医機能」は、①日常的な医学管理と重症化予防、②専門医療機関等との連携、③在宅療養支援、介護との連携から構成されている。

中央社会保険医療協議会資料より(2017年2月22日)

心づもり」などの作成に対する啓発と相談に乗る体制が必要だと思われる。

併せて、高齢者が、今後の問題や周りの支援体制等も含めて、ライフプランニングを行い、継続的に見直していくことが望ましい。たとえば、一種の第二成人式のようなものを設けたり、65歳、70歳の健診時に、リビングウィルを含めたACPの啓発を行うことなども考えられる。

さらに、臨床や介護の現場で意思決定支援に関わる機会が多い医師、保健師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーはむろんのこと、高齢多死社会での量的対応を迫られる中で、地域で関わる生活相談員や老人会役員などが、まとめ役（基本的な素養と経験、最低限の受講期間で終末期医療に関する知識を身につけた人）として活躍することが求められる。これらの研修に際しては、地域医師会が指導的役割を果たすことが期待される。

どのような最期を迎えるかは本人のみならず、残された家族の問題でもある。“あの時ああしておけばよかった”という思いをしないためにも、高齢者が気軽に相談できる仕組みが必要である。終末期を心安らかに過ごす上でも、今後、かかりつけ医の役割がより重要になってくるであろう。

Ⅲ 終末期医療におけるケアの質

1. 超高齢社会における終末期のケアの質

超高齢社会において、高齢者と呼ばれる時期が長期化するとしても、最終的には終末期を迎える。その際に、それぞれがどのような高齢期を生きるかがこれまで以上に重要な課題となる。個々人に合わせたプランニングが必要となり、ACP もその一部となる。

介護保険制度を作り上げた日本では、終末期における医療はむろんだが介護を含めたケアの質をどのようにして向上させるかが大きな課題である。本答申では、ケアの質の向上とは何かを問題にする際に、まず、本人の意思に反するケアは質の良いケアといえないという基本を確認した上で、緩和ケアの充実と、在宅での生活および看取りをいかにして可能にするかを論ずる。

2. 本人の意思に基づくケア

第2章で述べたように、終末期医療について意思決定支援が重要であることが理解され、その具体策の促進が進められつつある。同じことは、介護についても当てはまる。介護保険制度が措置ではなく保険制度として成立したことも、このような方向性に合致する。要するに本人が必要とする介護だけが求められ、提供されるのである。

ただし、どのような介護が可能かなど、高齢者に分からないことも多い。ACP が広がるにつれて、介護保険制度のもとで、高齢者の生活をより生きやすくするためにどのようなサービスが利用可能かを情報提供する機会が増加し、本人の意思に基づき、かつ本人の人生にとっての最善となるケアが現在以上に実現することが望まれる。

3. 緩和ケアの考え方と実践

(1) 基本的な考え方

1) 緩和ケアが取り組む諸問題

WHO は 1990 年と 2002 年に緩和ケアの定義を提示している。いず

れもがん疾患をモデルにして提示されたものである。すでに 1990 年の定義において、緩和ケアは終末期のみならず、より早い時期から有効・有意義であると付加されていたが、基本的な定義には、がん疾患に対する積極的な医学的介入に対してがん疾患が反応しなくなった状況において、なお有効かつ必要なものであるケアとして説明されていた。2002 年の定義においては、時期についてのこのような規定が消え、生命を脅かす疾患ゆえの諸問題に直面している患者本人とその家族をケアの対象とし、診断・初期対応から最期に至るまで時期を問わず、本人・家族が直面する諸問題に対応すること、さらには諸問題が大きくならないうちに早期発見して予防することも含めて、QOL を高めること、ないしよく保つことを目指すケアとされた。

緩和ケアが取り組む「諸問題」とは、単に辛い症状をはじめとする身体的（医学的）問題だけではなく、「心理・社会的およびスピリチュアルな問題」も視野に入っていた。

また、家族も一貫して緩和ケアの対象とされており、遺族となつてからのグリーフ・ケアもまた緩和ケアの範囲に含めて考えられている。

2) エンドオブライフ・ケア (End-of-Life Care ; EOLC)

がん治療の領域では、EOLC とターミナル・ケア（終末期ケア）とは同じ内容で、用語を換えただけのように見える。しかし、非がんの場合、身体の状態が同様であっても、本人の生き方の選択により、EOLC の時期かどうか分かれる場合がある。たとえば、筋萎縮性側索硬化症（Amyotrophic Lateral Sclerosis ; ALS）の場合、呼吸機能が落ちてきたからといって、医学的には「終末期」ではない。他方、本人にどのようなケアが必要かという視点からいえば、人工呼吸器をつけない選択をした場合には EOLC の時期である。だが、人工呼吸器をつける選択をした患者は、現在の年齢にもよるが、今後数十年生きるつもりで選択をしており、EOLC には該当しない。このように、EOLC の時期と、医学的な終末期とは必ずしも一致しない。

3) 「尊厳をもって死に至る」という目標設定

厚生労働省は、これまで「終末期医療」としてきたことを、2015年から「人生の最終段階における医療」と呼び変えるようになっている。これにならって「人生の最終段階におけるケア」を EOLC に対応する日本語とすると、日本における EOLC は、医学的に判断される身体的生命が終わりに近づいているという「ターミナル期」に比して、「人生」の終りに近づいているという個々人の人生に注目する概念とするのが適当であろう。

イギリスの NHS は、EOLC の定義を「人生の最後の数カ月ないし数年を生きている人々へのサポートである」と定義した上で、その活動を「死に至るまでできる限りよく生きるように、また尊厳をもって死に至るように (to die with dignity) 支援する」としており、人生の最終段階の時期におけるケアという理解と親和的である。

本人が最期まで自らの生を肯定し、自分らしく生き終わるというケアの目標が、with dignity と謳われている。尊厳ある死（尊厳ある生）を実現するために、様々な苦痛が本人にある場合には、終末期であるか否かを問わず、緩和ケアの充実が必要である。

(2) 緩和ケアを巡る状況

1) 緩和ケアの実際

がん性疼痛を中心とした身体的苦痛に対しては、「深い持続的鎮静」が一番強い対応ということになる。しかし、それについては、臨床現場で必ずしも意見の一致に達していない点がある。

現行の日本緩和医療学会ガイドラインは「持続的」を「死に至るまで継続して行う」とは解さず、「中止する時期をあらかじめ定めずに、意識の低下を継続して維持する」と定義しているが、こういう点まで理解が浸透していない、ないしは臨床上の事実としては、「深い持続的鎮静」を開始することは「本人の人生を終わりにすることになる」という理解があり、実行に抵抗を感じる医療者もいる。

また、適切な疼痛コントロールを行えば、持続的な鎮静までしなけ

ればならないケースは非常に少なくなるはずだという見解により、鎮静に対して消極的ないし批判的な見解を持つ医療者がいる一方で、家族の精神的安心のために安易に深い持続的鎮静をする傾向の医療者もいるといわれる。

このように、医療者の間でなお様々な論議がなされている現状に加えて、終末期医療も本人の意思を尊重して行わなければならないという基本的観点を踏まえると、「深い持続的鎮静」についても患者本人の意思は尊重されるべきであり、少なくとも患者本人がその実施に反対の意思を有している場合には、たとえ家族が望んでいる場合においても、原則として差し控えるのが適切というべきである。

心理・社会的およびスピリチュアルな苦痛に関しては、身体的な苦痛以外の苦痛は、生命を脅かす疾患にかかった本人（ないし家族）の認識および身体的な辛い症状に由来して生じていることが多い。心理的な苦痛に対しては、向精神薬等による医学的介入とともに、本人の気持ちに共感的に対応するコミュニケーションや、社会の中における自分の生活を現状に応じてどう組み立てるか考えることをサポートする試みが、医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker ; MSW）や看護師により行われている。この問題に対しては、全人的対応の必要性が専門家の間では常識となっている。

一方、非がんの疾患に関する緩和ケアについての議論も進みつつある。非がん疾患患者も、がん患者と同様に受け入れている総合病院などでは、がんの緩和ケアの経験のある緩和ケアチーム等が非がん疾患患者の QOL 改善にも取り組むようになり始めている。オピオイドによる疼痛等の緩和について、がん疾患の場合よりずっと少量で効果が出るといったことを実践的に確かめつつ、それを進める医療機関が現れつつある。

2) 緩和ケアの浸透を妨げる事情

緩和ケア病棟に入る条件は、終末期であり、かつ本人がそれを知っていることおよび、症状コントロール等に問題があることを謳ってい

る医療機関が多い。ここから、「緩和ケア病棟」は終末期の人が入る場所という国民の理解があり、緩和ケア＝終末期に実施することというイメージを定着させ、「緩和ケアを平行して受けませんか」といわれた時の抵抗を大きくしている。

患者のメインの疾患（がんなど）の主治医も、緩和ケアチームが入ることを望まず、「まだ積極的治療ができる」として、チームに依頼することを先延ばしにする傾向もあるという。

がん疾患について緩和ケアが見出してきたことの多くは、非がんにも適用可能であり、そうした意識の浸透を図ることが重要である。

3) 高齢者ケアにおける緩和ケアの考え方の導入

患者の QOL をターゲットにする緩和ケアの考え方が、非がんの場合も多く含む高齢者ケアにおいても採用されている。

日本老年医学会は 2012 年に「高齢者の終末期の医療およびケアに関する『立場表明』」を公表し、その中で高齢者ケアは緩和ケアの考え方により行うこと、延命することよりむしろ患者の満足を目的とするという理解を提示している。この考え方は、同学会の「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として」（2012 年 6 月）に、より具体的な指針として提示されている。

4) 高齢者ケアにおけるフレイルという考え方の導入

フレイルの進行を考慮に入れた治療を進めることは、QOL を主たるターゲットにする緩和ケアと親和的である。

高齢者特有の問題は老いの進行による身体面・認知面の衰え（フレイル）であり、その進行を抑える試みが「健康寿命の延伸」というスローガンのもとで進められている。これは重要な活動であるが、フレイルの進行を抑えることは際限なくできるわけではない。他の疾患にかかることなく年を重ねても、遅い早い個人差は大きいにせよ、いつかフレイルが進行し、死に至る。

フレイルの進行に伴い、強い治療が患者にとってストレスナーになって、辛い状況をもたらし、あるいは死期を早める結果となる場合があることが、医学的に認められるようになってきている。こうした知見からも、本人が快適に過ごせるようにすることを目指す緩和ケア的対応が、高齢者にとって最善である可能性を考慮に入れつつ治療・ケアを選択することが適切である。

(3) 今後の緩和ケアのあり方

1) 包括的がん治療の考え方を非がん疾患にも広げる

「緩和ケアは疾患の全時期を通じて必要に応じてなされるべきだ」という考え方は、「包括的がん治療 (comprehensive cancer care)」すなわち、積極的治療と緩和ケア (支持的治療) を併せ包括的に対応するべきだという提言へと展開してきた。言い換えると「どこで緩和ケアを導入するかを見定める」のではなく、「はじめから緩和ケアを導入し、疾患への対応と、QOL をターゲットとするケアを併せて行う」のである。

これは、がん疾患についていえば、はじめから患者の治療を包括的に行っていく、すなわち緩和ケア専門医がいる医療機関にあっては、たとえば、はじめから医療チームに緩和ケア専門医をはじめとする緩和ケアチームメンバーが加わって、包括的な治療を実現することを意味する。

あるいは、がん専門医が緩和ケアについての基礎的理解と技術を、がん治療に必要な知識・技術として持つようになることが望ましいと提唱されてもいる。

逆に、化学療法等が進歩して、死が近くなっても有効な化学療法があるかもしれない以上、緩和ケアにあたるチームも積極的な治療について知る、あるいはがん治療の専門家を交えながらケアを進める必要が出てきている。

2) 包括的がん治療と ACP

超高齢社会における終末期のケアの質を考えることは、その時期にそれぞれの高齢者がどのように生きるかを支援することである。高齢者ががんにかかった場合でも、がん治療を今後どのように進めていくかという直近の治療選択に関する検討プロセスは、ACP のプロセスと別々ではなく、双方を「包括的」に進めるべきだということになる。

直近の治療選択がそもそも医学的判断だけで決まるのではなく、それをベースにしつつも、本人の今後の人生にとっての最善を目指すという見地で決まるのである。したがって、ACP は単に AD (Advance Directive) や POLST を作成するためのプロセスではなく、今後の治療とケア全体をカバーするものとなっていくべきである。

4. スピリチュアル・ケアー心理・社会的問題と医学以外のアプローチ

(1) 「スピリチュアル・ケア」とは

すでに、EOLC が目指すものは「よく生きることと、尊厳をもって死に至ること」であり、to die with dignity とは、最期まで自己の生を肯定しつつ前向きに生きることだということの本答申では述べたが、これはまさにスピリチュアル・ケアが目指すことに他ならない。

WHO の 1990 年の緩和ケアについての報告¹¹を見ても、「(人生の)意味や目的」に関する領域が「スピリチュアル」という用語で指している事柄の中心にあるということを出発点とすべきであり、その領域については、次のような把握が適切である。

「『スピリチュアル』は、『人がその生きる世界をどのように根本的に、ないしは包括的に理解しており、その理解と連動するどのような根本的な姿勢で生きているか』に関わっている。」

(2) スピリチュアル・ケアの現状

1) 宗教的アプローチ以外のスピリチュアル・ケア

現在、スピリチュアル・ケアは、宗教家が行うもの、ないし宗教的

¹¹ WHO Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care : Cancer Pain Relief and Palliative Care. ed WHO, In *Technical Report Series*. No804, WHO 1990 / 世界保健機関編, 武田文和訳 : がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア. 金原出版 1993.

信念がベースにあってなされるものと一般に思われる傾向がある。

しかし、人生について哲学的な思考を通して意義を見出したとか、痛みのコントロールをきちんとしたために「人生まだまだ捨てたものではない」と思い返したといったことも、大いにスピリチュアルな領域に関わることである。また、身体への医学的介入がスピリチュアル面のケアに効果があったということも大いにあり、宗教的アプローチは様々なアプローチの一つだというべきである。

死生に関し、あるいは人生に関する哲学的な思索を通して、自らが死に近づきつつある現在の状況を理解し、受け入れ、前向きに生きようといういわば「悟り」に至るならば、それは「尊厳をもって死に至る」ことのその人なりの実践であり、スピリチュアルな次元におけるできごとである。そのような道を辿ることを支援する哲学的対話がなされるならば、それもまたスピリチュアル・ケアと呼ばれるに相応しい。アメリカ起源のディグニティ・セラピーなどは、このような部類に属するものといえよう。

2) 宗教者によるスピリチュアル・ケアと宗教的ケアの区別

現在、日本スピリチュアルケア学会は、スピリチュアル・ケアと宗教的ケアを区別し、前者は特定の宗教を前提せずに、ケアの相手にアプローチするものだとしている。これは公共の場で行うことが認められているケアである以上、特定の宗教の宣伝や押しつけになってはならないという自己コントロールを自覚的に行おうとするものである。日本臨床宗教師会も、「スピリチュアル・ケア」という用語は表立って使っていないが、同趣旨のことを同会の倫理綱領等で謳っている。

しかし一方で、ケアを進める者の意識によっては、スピリチュアル・ケアと宗教的ケアの区別が曖昧である場合も散見される。

(3) 宗教的ケア

1) 宗教の特質

人々が宗教に求めるものは、人生の困難に際して究極的な解決が指

し示されることである。レリジョン (religion) の原語は、反復して自己を吟味する、儀礼、神と人との再結合を表し、涅槃の原意は、苦しみの消滅、平和を意味する。宗教は、死や罪という人間の究極的な問題に対して、生きる意味を示す羅針盤であり、死を超えた救いのぬくもりを届けてくれる。宗教は本来、愛と慈しみを育み、心の平安と世界の安穩を祈り願うものである。

2) 患者の願い

死に直面している患者の願いとは何か。第1に、自分の孤独さを理解してくれる人がいることである。ケアの源泉に、“Not doing, but being.”という言葉がある。絶望的な状況に置かれている人に何もできなくても、看取る者が話を聞くだけで支えになる。さらに、患者が話をできなくても、看取る者が患者のそばにたたくだけで、患者が心強く感じることもある。第2に、誰しも最期まで、終わりのない夢や願いを抱いている。人は自らの愛情や願いが、看取る家族縁者、医師や看護師に受け止められると安堵できる。第3に、患者に湧き起ってくる希望は、死を超えた彼岸に生まれ、愛する人々と再会することである。キリスト教では、死は終わりではなく、神の愛に迎えられ天に召されると教える。仏教経典には「俱会一處」と記され、愛する人と死別しても、極楽浄土で必ずまた会えると説き、亡き人は仏となって残された人々の心を導いてくれると教えている。

3) 臨床宗教師の誕生と役割

わが国では1980年代前半にキリスト教を母体とする聖霊三方原病院や淀川キリスト教病院等にホスピスが、また、1990年代前半には長岡西病院に仏教を背景とした緩和ケア病棟（ビハーラと呼ばれる）が開設される等、宗教者が医療者とチームを組んで患者の悩みに寄り添ってきた。さらに、2011年の東日本大震災における宗教者の災害復興支援活動などが、人々に生きる希望を与える社会貢献として認められ、2012年に、臨床宗教師養成研修が東北大学大学院実践宗教学寄附講座

で始められた。臨床宗教師（interfaith chaplain）は、日本版チャプレンであり、「死という暗闇に降りていく人への道しるべ」となるように願い、医師によって提唱された。臨床宗教師とは、伝統ある教団に認定された聖職者を指す。宗教宗派を超えた協力（interfaith partnership）を基調とし、病院、社会福祉施設、被災地などの公共空間で、布教や宗教勧誘を行わず、相手の価値観、人生観、信仰を尊重し、医療・福祉機関の専門職とチームを組んで、人々の悲しみに寄り添い、生きる力を育む宗教者であり、「スピリチュアル・ケア」と「宗教的ケア」を行う。

スピリチュアル・ケアは、未解決な問題を解決し、自己の支えとなるものとのつながりを再確認して、生きる力を育む援助である。スピリチュアル・ケアの担い手には、宗教者も医療・社会福祉の従事者もなり得る。スピリチュアル・ペインに対しては、宗教伝統の力を活かした宗教的ケアができるとともに、個人の人生観に寄り添って、多職種連携によるスピリチュアル・ケアもできる。

宗教的ケアとは、不条理な現実直面した人の悲しみに宗教者が向き合うことであり、不合理な経験にも意味があることを相手とともに考える姿勢である。その人の人生の悩みを聞き、死生観をともに育み、解決を目指して接することである。こうした宗教的ケアの基本に、宗教儀礼がある。宗教儀礼は、忙しい日常の中で自己を振り返り、大切なものに気づく時となる。私が何者であり、何のために生きるのかを映してくれる鏡、それが宗教の役割である。

日本においては、緩和ケアを論ずる際にも、身体的苦痛が中心になる場合が多かったが、今後は、事が生死に関わる問題である以上、宗教的ケアおよびスピリチュアル・ケアの重要性も増すことが予想される。

5. 在宅での生活および看取り

終末期におけるケアの質の問題を考慮するにあたり、ケアがどこで行われるかという問題も重要である。多くの人は在宅での生活の継続

と、そこでの平穏な死を希望している。

緩和ケアの充実や、介護保険制度の助力を含めた、地域包括ケアシステムが適切に機能すれば、高齢者が高齢化してフレイルが進んでも在宅での生活が可能になる。すでに在宅ホスピスの試みも行われており、他の場所で死亡するよりも満足度が高いとされる。

高齢化が進んで社会保障費の増加が社会問題となっているが、在宅での生活支援のシステムが広がることで直ちに社会保障費の減少につながるかには異論もある。倫理的視点からいえば、意思決定支援の結果として本人の希望であり、その人生の最善となると見込まれる限りは、住み慣れた環境でできるだけ生活続けることを可能にするよう努めるのが適切である。

そのためには、地域包括ケアシステムの中核となって個々の患者に接するかかりつけ医や介護職その他の関係者が、本人がどのような生活を送りたいかを尋ね、そのために利用可能なサービスを情報提供し、継続的に一緒に考えていく ACP が重要となる。

おわりに

第 XV 次生命倫理懇談会は、2016 年 11 月 2 日の第 1 回を皮切りに 2017 年 10 月 18 日まで 6 回の会合を重ね、樋口範雄委員、渡邊芳樹委員、厚生労働省医政局地域医療計画課、岩尾總一郎委員、島田宗洋氏（救世軍清瀬病院名誉院長）、新田國夫氏（日本臨床倫理学会理事長）、秋山正子氏（㈱ケアーズ 白十字訪問看護ステーション代表取締役・統括所長 兼 暮らしの保健室室長）、平松恵一委員、横田裕行委員、鍋島直樹委員、清水哲郎委員、児玉聡氏（京都大学大学院文学研究科准教授）、権丈善一委員からヒアリングを行った。

講師としてご講義くださり、本報告書の作成にご貢献くださった方々に、この場をお借りして深甚の謝意を表する次第である。

用語について

ACP (Advance Care Planning)

将来のケアについてあらかじめ考え、計画するプロセスないしそのプロセスにおける患者の意思決定を支援する活動を指す。一般的には、患者本人、患者の家族、医療・ケア提供者の「話し合いのプロセス」と解釈されており、患者の希望や価値観に沿った、将来の医療・ケアを具体化することを目標にしている。

AD (Advance Directive)

事前指示。人々が意思決定能力を失った場合の治療に関する選好を表明する口頭または書面の意思表示。

DNAR (Do Not Attempt Resuscitation)

心肺停止になった場合に、心肺蘇生（法）を試みることをしないという医師の指示。

PAS (Physician Assisted Suicide)

医師による自殺幫助。自殺のための知識か手段のどちらか、またはその両方を、それを承知の上で意図的に提供することをいう。これには、薬物の致死量についての相談、そのような致死量の薬物の処方、またはその薬物の提供が含まれる。本答申においては、PAD (Physician Assisted Dying) も同様の意味で使用している。

POLST (Physician Orders for Life Sustaining Treatment)

生命維持治療に関する医師による指示書のこと。