

# 長寿時代の死生学

## 〈プログラム〉

- 日 時：2012年**10**月**21**日(日) 13:00～17:00
- 会 場：東京大学安田講堂
- 共同主催：国立長寿医療研究センター  
東京大学死生学・応用倫理センター



# シンポジウム・プログラム

開会の辞 13:00

国立長寿医療研究センター総長 大島 伸一

## 第1部 基調講演

「日本人の死生観を読む」 東京大学大学院 人文社会系研究科教授 島蘭 進

座長： 東京大学大学院 医学系研究科 大内 尉義

対談：「死生観と人工栄養をめぐって」

東京大学大学院 人文社会系研究科教授 島蘭 進  
東京大学大学院 人文社会系研究科特任教授 清水 哲郎

<休憩 (15分)>

## 第2部 シンポジウム 14:50

「最期まで自分らしく生きるために：終末期および看取りの医療とケアの実際」  
アドバンス・ケア・プランニングや End of Life ケアから看取りケアに関する臨床実践について

座長： 東京大学 名誉教授 甲斐 一郎  
国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部長 三浦 久幸

「緩和ケアからエンド・オブ・ライフケアへ ～End-of-Life Care Team の誕生の意味～」

国立長寿医療研究センター 緩和ケア診療部医師 西川 満則

「その人にとっての最善の医療とは？ ～エンド・オブ・ライフケアチームの意思決定支援の実際～」

国立長寿医療研究センター End of Life ケアチームリーダー 横江由理子

「豊かないのちの看取り ～生活の中のケア～」

青梅慶友病院 看護介護開発室長 桑田美代子

「いのちと生活を支える在宅医療 ～人生の終盤をどう過ごすか～」

あおぞら診療所院長 川越 正平

指定発言： 東京大学大学院 法政治学研究科教授 樋口 範雄

日本老年医学会倫理委員会委員長、筑波大学教授 飯島 節

閉会の辞 16:50

日本老年学会・日本老年医学会理事長 大内 尉義

総合司会： 東京大学大学院 人文社会系研究科特任准教授 会田 薫子



---

## 第1部 基調講演

---

「日本人の死生観を読む」

講演：島菌 進

座長：大内 尉義

対談：「死生観と人工栄養をめぐる」

島菌 進

清水 哲郎

日本人の死生観を読む  
——「浮き世」の思想——

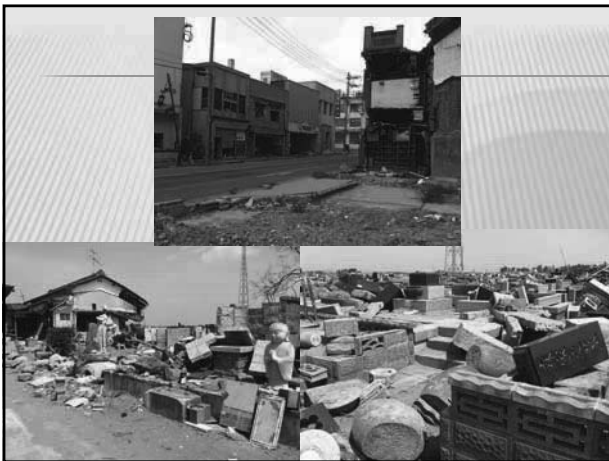
長寿時代の死生学

2012年10月21日

東京大学大学院人文社会系研究科・教授  
島 蘭 進

I. 無常とうき世

- ◇宗教の力の源泉の一つ。仏教においてとくに。  
——喪失と悲しみを受け入れること。
- ◇無常を知り、自らの心を見つめて悟りに向かう。  
だが、そこからともに生きることの意義を見直す。
- ◇悲しみに暮れつつ、この世の愛欲と楽しみに戻る。
  - ◎大乘仏教・とくに日本の在家志向的な仏教。
  - ◎もともと悲しみは愛の挫折と深い関連。
- ◇中世→近世
  - ◎現世により肯定的になる=うき世（憂き世・浮き世）



- ◇無常を楽しむ文化
  - ◎お花見←和歌・文芸・芸能の中の無常
  - ◎日本仏教の特質を反映しているのではないか？

- ◇「聖（ひじり）」の仏教
  - ◎遁世僧。「俗聖」。
  - 五来重『増補 高野聖』  
角川書店、1965、1975年
  - ◎勸進、唱導。



◇美学的な無常感（←→無常観）

「苦」とか「無常」とかをいふ場合に、格別に美文調になるといふことは、変なことである、奇妙といつてもよい。その変で奇妙なことが、ふりかへってみれば、日本ではむしろ當り前のこととなつてゐる。「はかなし」「はかなき」「はかなびたる」といふ王朝女流文芸に頻々と出てくる言葉も、横か裏から見れば、「はかなきものは美しきかな」といふやふな、美的理念とさへ思はれる場合が多い。」

唐木順三『無常』筑摩書房、1965.

- ◎「それは「あはれ」の場合と同様に、日本人の心情の深いところに関連してゐることである。無常の場合も、古くから「無常美感」などといわれてゐるやうに、無常をいふとき、日本人の心の琴線は、かなしくもあやしき音を立てる。」（唐木順三『無常』続）

- ◎「はかなし共同体」——情緒的、詠嘆的な「無常」



◎橋本峰雄『「うき世」の思想』講談社現代新書、1975年

◎「うき世」観の転換

☆憂世から浮世へ——室町時代から江戸時代へ

☆浮世主義の庶民化

◎「たゞ何事もかごと、ゆめまぼろしや水のあわ、さゝの葉にをく露のまに、あぢきなやの世や／夢幻(ゆめまぼろし)や、南無三宝／くすむ人は見られぬ、ゆめの／＼世を、うつゝがほして／なにせうぞ、くすんで、一期は夢よ、たゞ狂へ」(閑吟集、1518)



## Ⅱ. 一茶と悲しみをたたえたしたたかさ

◇小林一茶(1763-1827)

◎悲しみにたえて生きる  
うき世の生を歌った俳人。

◎北信、柏原の農家に生れる。

◎2歳で母が死亡。継母に男の子。

14歳で祖母が死ぬ。

15歳で江戸へ。



小林一茶の肖像 西村村松画

◎母を失って生きていかなく  
てはならない悲しみ

☆しょんぼりと雀にさへも  
まま子哉

☆なでしこや  
まゝはゝ木々の日陰花

☆我と来て遊べや

親のない雀

☆亡母(なきはは)や

海見る度に見る度に



白洲園/雀の雛やぼろちこつてしるから 一茶詩

◇俳諧師としての厳しい生活

◎人間の冷たさ、罪深さ。悪を避けられない人間という意識。

☆春立つや四十三年人の飯

耕さぬ罪もいくばく年の暮れ

☆ころから信濃の雪に降られけり

故郷や寄るもさはるも茨(ばら)の花

古郷は蠅すら人をさしにけり

老が身の直(ね)ぶみをさるゝけさの春

花のかげ寝まじ未来が恐ろしき

☆(参)友人、谷中の本行寺、一瓢。

用のない人と言はれて夜寒かな

☆貧しさ、たくましさ、素朴な生の美しさ

うつくしやせうじの穴の天川

連れて来て飯を食する女猫哉

春雨や喰れ残りの鴨が鳴く

鳩の恋鳥の恋や春の雨

☆桜=死のリアリティと快楽にふける人間の対照

活て居る人をかぞへて花見哉

咲ちるやけふも昔にならんずる

死支度致せ致せと桜哉

いざさらば死ゲイコせん花の陰

世の中は地獄の上の花見哉

◇近代人としての小林一茶

春雨や喰はれ残りの鴨が鳴

初雪や今に煮らるゝ豚遊ぶ

◇宗左近『小林一茶』集英社新書、2000年

「それにしても、「喰はれ残りの鴨」

にしる「今に煮らるゝ豚」にしる、

むろん、それらがそのままが身だという自覚があつてのことです。その自覚のあつた文学者は、江戸の文化文政までに、むろん数多くいたに違いありません。しかし、それを表現したのは、おそらく一茶が初めてです。」



◇「なぜか、たぶん、その酷たらしさに耐えがたかったからです。そのため、禁忌（タブー）を破らないわけにいかなかったのです。その時代の俳人や有識者の多くは眉をしかめたことでしょう。だが、あえて一茶は書きました。そのために作品が非芸術だと非難されようと、告発しないわけにはいかなかったのです。鴨や豚の殺人者（？）であると同じに、鴨や豚にほかならぬ被害者であるおのれを、そして、そのおのれの二重性を。

こういう一茶に、わたしはまぎれもない近代人の誕生を見ます。芭蕉や蕪村に見ることができなかった特性です。」

### Ⅲ. 弱さ・罪深さの自覚と共鳴する力

◇「父の終焉日記」（小林一茶『父の終焉日記・おらが春他一篇』岩波文庫、1992年）

◎4月29日に、父が財産相続を指示する。

「廿九日、父は病の重り給ふにつけて、孤の我身の行来を案じ給ひてんや、いさゝかの所領、はらからと二つ分にして与んとて、くるしき息の下より指図なし給ふに、「先中島てふ田と河原てふ所の田を弟に附属せん。」とありけるに、仙六心に染ざりけん、父の仰せにそぶく。其日、父と仙六といさかひして、事止ぬ。皆、貪欲・邪智・詭曲に眼くらみて、かゝる息巻はおこりけり。」

「いかなれば親の養を顧みず、任他五濁悪世の人間界(にんかい)、浅ましき事たりき。二日、変起りて、いとくるしび給ふに、母、例のあらがひに見もしむきもせず。弟は、分地此かた、父の中よろしからず。いかに腹がはりなりとも、かく浅ましくいどみあふとは、いはゆる過去敵(がたき)どしとも思(おも)はれ侍る。

註：「任他」はどうにでもあれという気分。

「父は一茶の夜の目も寝ざるをいとほしみ給ひて、「昼寝しつかれを補へ。」「出(いで)て気はらせ。」などゝ、和(やわら)かきこと葉をかけ給ふにつけても、母は父へあたりつれなく、父の一寸のゆがみをとがめて、三従の戒(いましめ)をわすれたり。是てふも、母にうとまるゝおのれが、枕元につき添ゆゑに、母は父に迄うきめを見する事の本意なさやと思へども、かゝる有様を見捨て、いづちへかそぶきはつべき。」

◇『宝物集』（平康頼、鹿ヶ谷事件で鬼界ヶ島に流された人物の仏教説話物語、遠島中に出家）からの書き込み。

◇「兄弟二人、親の病氣申来りければ、道近かればはやく立けれども、日ぐれたれば前後も見えず、道に塚穴ありければ、かゞみ居て明るを待けるに、一人は道遠くして、迹から来りけるに、其穴に落けるに、

「先に入たる子は、鬼来りて我くはんとすらんとふせぎ、迹から来る児は、穴に鬼ありて我をあやむると、互ひに掴みあひけるに、夜明て見れば兄弟也。生死の闇に迷ひぬれば、皆無明の鬼なるべし。(中略)万法空也と観ずれば、罪もなし、功德もなし。地獄もなく、極楽もなし。此観いたりぬれば、無始生死の罪ことごとく消えて、つひに菩提の岸にいたる也。」



◇何もないが心安さよ涼しさよ

『おらが春』の結び

問ていはく、いか様に心得たらん  
には、御流儀に叶ひ侍りなん。

答ていはく、別に小むつかしき子細は不存候。たゞ自  
力他力、何のかのいふ芥もくたを、さらりとちくらが沖  
へ流して、さて後生の一大事は、其身を如来の御前に  
投出して、地獄なりとも極楽なりとも、あなた様の御は  
からひ次第あそばされくださりませと、御頼み申ばかり  
也。(中略)是即、当流の安心とは申也。穴かしこ。

ともかくもあなた任せのとしの暮 五十七歳 一茶



☆悲しみの人生。ニヒリズムに接する境地。

しかし……

蝶とぶや此世に望みないやうに  
日が長い長いとむだな此世哉  
永き日に身もだへするぞもつたいな  
永き日や嬉涙にほろほると

☆悟りの境地？

何もないが心安さよ涼しさよ  
涼風はあなた任せぞ墓の松  
是がまあつひの栖か雪五尺



---

## 第2部 シンポジウム

---

「最期まで自分らしく生きるために：  
終末期および看取りの医療とケアの実際」

座長：甲斐 一郎  
三浦 久幸

講演1：西川 満則

講演2：横江由理子

講演3：桑田美代子

講演4：川越 正平

指定発言：樋口 範雄  
飯島 節

## 緩和ケアからエンド・オブ・ライフケアへ ～End-of-Life Care Team の誕生の意味～

国立長寿医療研究センター緩和ケア診療部医師 西川満則

### はじめに

高齢長寿時代の死生観を語る時、緩和ケアは重要である。なぜなら、高齢者医療では、認知機能の低下、日常生活動作の低下などの高齢者個々の問題のみならず、人工栄養・人工呼吸器を行うか否かといった法律的倫理的視点が必要な多くの諸問題が存在する。これらの問題に関連して難しい医療判断を強いられる時、意思決定における「苦痛」が生じやすい。そのため、「苦痛」を明らかにし「緩和」し「生命の質」を向上させるアプローチである緩和ケアが必然的に重要になる。

身体的苦痛も早急に緩和すべき重要な苦痛であるが、自分の意思が尊重されないことに起因する苦痛の緩和も重要である。医療者がどのように関われば患者の意思を尊重し、患者と家族の満足につながり、その人生の集大成を支援するような医療判断ができるのか明らかにされていないのが現状だ。

この問題に対峙するため、緩和ケアとエンド・オブ・ライフケアをキーワードに論じてみたい。

### 緩和ケアとは

緩和ケアとは、世界保健機構（World Health Organization : WHO）の定義にもあるように、「苦痛」を明らかにし、様々な介入により苦痛を「緩和」し「生命の質」を向上させるアプローチである。対象疾患としては、がんを中心に諸外国で広まり、次第に非がん疾患や高齢者の認知機能低下や虚弱状態も含まれるようになった。しかし、日本ではまだまだがん患者が中心になっている現状がある。最期まで自分らしく生きるために、終末期の看取りの医療とケアには緩和ケアが欠かせない。

### エンド・オブ・ライフケアとは

エンド・オブ・ライフケアには、世界的にみても明確な定義はない。いまだ、その概念の揺れは存在している。エンド・オブ・ライフケアとは、文字どおり人生の終焉を迎える時期のケアである。また、日本におけるエンド・オブ・ライフケアの意味を考えてみたい。加速する高齢化を背景に慢性疾患や認知症や要介護状態の高齢者が増えている。それに伴って、非がん疾患や認知機能低下や虚弱状態を含めた支援体制構築の必要性が高まっている。対象をがんだけに限らないエンド・オブ・ライフケアへとシフトさせる時期に来ていると考える。

エンド・オブ・ライフケアは、本質的に緩和ケアと同じアプローチを行うのだが、「緩

和ケア」という名前が、苦痛を「緩和」するというアプローチ方法を表しているのに対して、「エンド・オブ・ライフケア」という名前は、「エンド・オブ・ライフ」という時期を表している。この時期についても、①脳死のように心臓死が間近にせまった時期、②余命が約6ヶ月と予想される時期、③がんの診断時のような診断早期の時期、④慢性呼吸不全や慢性心不全や認知症など人生の終焉を迎えている印象はあるが予後が明らかではない時期など、エンド・オブ・ライフケアが必要とされる時期が、どの時期をさすかについても概念の揺れが存在するように思う。私は、早期介入が有用だという立場なので、①から④の全ての時期を含めて「エンド・オブ・ライフ」または「エンド・オブ・ライフケア」という言葉を用いている。

さらに、非がん疾患を考える時、難しい問題がある。非がん疾患では「エンド・オブ・ライフ」の時期が特定しにくいのである。予後予測が難しいのである。例えば米国では、複数の医療者が統一した予後予測指標を用いて余命6カ月を予測している。さらに、これら予後予測の不完全性を補完するために余命6ヶ月の認定を再認定するシステムを用いている。日本における高齢者の「エンド・オブ・ライフケア」を考える時、時期を定義するこういった考え方は重要であると考え。

### End-Of-Life Care Team の誕生の意味～

2011年10月1日、国立長寿医療研究センターにEnd-Of-Life Care Teamが稼働を始めた。日本において徐々に広がりを見せている緩和ケアチームの機能に、非がん疾患や高齢者ケアの要素を加えたモデルになることを願って、国の公的研究資金の援助を受けて始まったチームである。冒頭にも述べたが、チームの基本機能は緩和ケアである。「苦痛」を明らかにし、様々な介入により苦痛を「緩和」し「生命の質」を向上させるアプローチをとる緩和ケアである。より、慢性呼吸不全、慢性心不全、認知症などの非がん疾患を含むことを明確にするため、緩和ケアチームに加えて、End-Of-Life Care Team という名称を用いている。

End-Of-Life Care Team を稼働させてはや1年が過ぎようとしているが、よかったと思うことが2つある。まず、1つ目だが、がんの患者さんにも非がん要因が多く併存しているのである。従来のがんの緩和ケアが依頼件数の約60%を占めている。がんが約60%、非がんが約40%というのは諸外国の緩和ケアチームと同じ傾向である。約60%のうち、高齢者の依頼が主体で当然ながら非がん疾患や認知機能低下や虚弱な状態も併存していることが多い。がんだけでなく、非がん疾患や高齢者ケアも含んだEnd-Of-Life Care Team の有用性を日々実感している。次に2つ目だが、非がん疾患、特に高齢者で認知機能の低下した患者さんで経口摂取ができなくなった時の意思決定にもEnd-Of-Life Care Team は機能できると感じている。(図1:3本の柱戦略参照) ご家族は、もちろん本人もだが、胃瘻等の人工栄養を差し控えること、実施すること、撤退することいずれの場合においても、これら難しい医療判断の意思決定において大きな「苦痛」を感じている。この「苦痛」を

和らげるため End-Of-Life Care Team の意思決定支援は有用だろうと考えている。近年、人工栄養等のガイドラインが発表されているが、それらを医療介護の現場で運用実践していく役割も果たせると考えている。また、非がん疾患のうち慢性呼吸不全や慢性心不全の緩和ケアについては近い将来重要性が増してくるだろうと考えている。

### End-Of-Life Care Team の普及に向けて

この専門チームの普及を考える時、緩和ケアチームにも増して End-Of-Life Care Team という名前が分かりにくいという問題がある。そこで、我々は、End-Of-Life Care Team の愛称を Smile Team と名づけた。終末期のいろいろな問題に関わるチームであることに変わりがないが、最終的には名前の示す通り、本人・ご家族を笑顔にしたいと名づけられた。

「Smile」の個々の頭文字に注目してみる。「S」は Symptom management で苦痛症状緩和、「M」は Making a decision で意思決定支援、「I」は Intervention by End-Of-Life Care Team で専門チームの介入、「L」は Legal problem で法的問題、「E」は Ethical (Medico-ethical) issues で倫理的問題と、End-Of-Life Care Team にとって重要な言葉で構成されていることに気がつく。

個々の対応としては、意思決定支援を含めた苦痛緩和を行う介入をし、法的問題や倫理的問題にも配慮をするが、全体の対応としては、文字通り患者さん家族の笑顔のために役立ちたいと活動している。

### おわりに（シンポジウムに内容について）

エンド・オブ・ライフケアの推進は高齢者の権利の擁護にもつながると感じている。また、エンド・オブ・ライフには、高齢者の終末期に生じやすい医療介後問題、倫理的問題、法律的問題の混在した問題がある。意思決定能力が低下してもどこまで患者の自律を尊重できるか、欧米で広く認められている自然死の概念がどこまで日本で浸透するか、倫理的法的問題に関して医師の免責がどこまで保証されるかなど懸念材料は多い。End-Of-Life Care Team には、倫理や法律の専門家とも連携して、こういった絡んだ糸を解きほぐす役割が期待されていると日々感じている。

2012年10月22日シンポジウム当日は、End-Of-Life Care Team の院内での活動についてチームリーダーの横江由理子看護師が、院外で意思決定支援のサポートをしている特別養護老人ホームでの活動について西川満則が、実例もまじえて発表する予定である。当日は、会場の皆さまと共に日本の終末期医療とケアに資するような議論ができることを期待している。

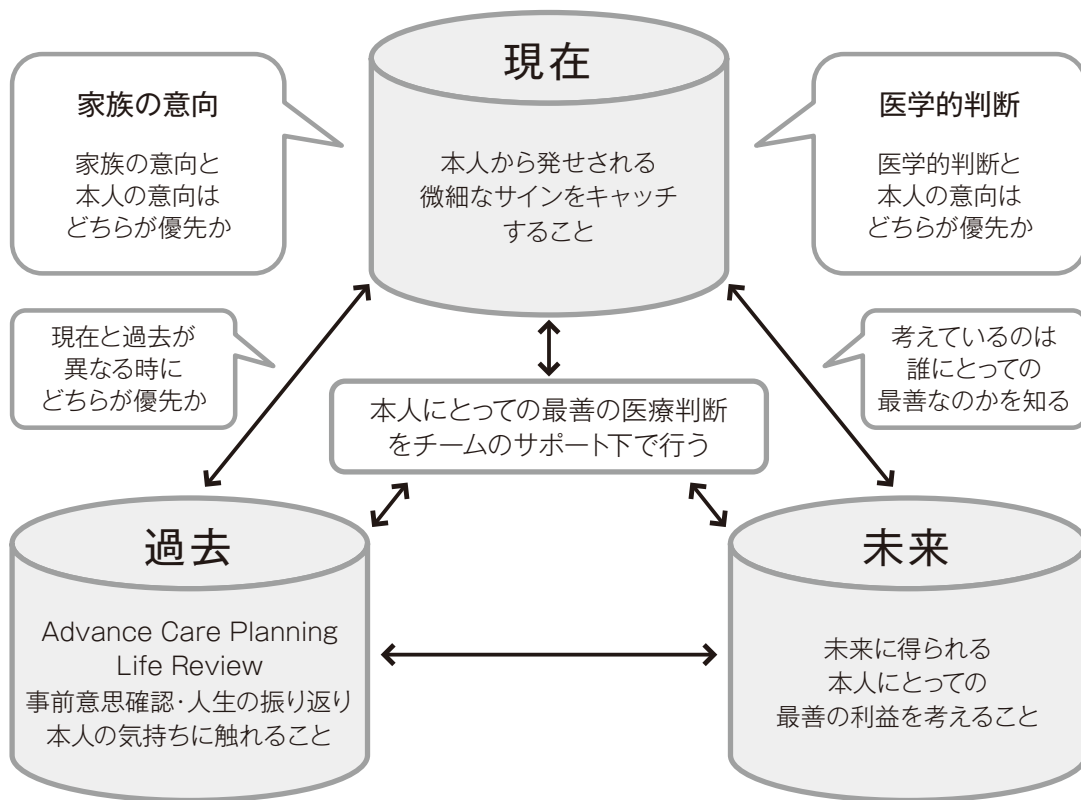


図1 意思決定能力が低下した患者に対する「現在」「過去」「未来」の3本の柱戦略の概念図

## その人にとっての最善の医療とは？ ～エンド・オブ・ライフケアチームの意思決定支援の実際～

End of Life ケアチームリーダー 横江由理子  
国立長寿医療研究センター

### はじめに

わが国では、高齢化率が24.1%と過去最高となり、平均寿命は女性85.90歳、男性79.44歳となった。世界に例をみない速度で急速に高齢化が進行するのに伴って、社会では高齢化によるさまざまな影響が出てきている。その中には、高齢社会を心から喜べるものばかりでなく、むしろ今後の不安を大きくするような事件や現象が確実に増加している。医療界も同様であり、高齢者の終末期に関するさまざまな倫理的問題が起きている。

### 自己決定における4つの支援

エンド・オブ・ライフケアの目標は、患者と家族にとっての最良のQOLを目指すことである。しかし、人生の終末期の過程では、生命の長さやその後の生活に大きく影響する意思決定をしなければならず、そこではさまざまな倫理的問題が起ころう。

たとえば、これまで経験した事例には、家族の意向で患者本人に正確なインフォームドコンセントがなされなかったために、「最期は家に帰りたい」という希望を持ちながらも、予後が期待できないなかでひたすら治ることを信じ続け、結局自宅に帰ることができないまま病院で最期を迎えた事例や、患者本人が人工呼吸器の使用を固く拒絶する一方で、家族としては「もう少し生きていて欲しい」と延命治療を望んだため、本人の希望が叶えられないまま人工呼吸器を着けられて、身体的・精神的に苦しみながら最期を迎えた事例など、本当にその人にとっての最善の医療だったのか？と悩む事例があった。そこには、「患者が病状や治療について正しく理解しないまま意思決定をしていたこと」「患者の意思が尊重されずに治療が進められていたこと」などの倫理的な問題があったと思われる。

このような経験から、エンド・オブ・ライフにおいて医療判断をするときには、患者の自己決定を第一とし、それを尊重しながら家族を支援していくことが大切であると考えている。具体的には次の4つの支援を基本としている。

1. 患者自身が自分の病状や治療について正しく理解した上で自己決定できるようサポートすること
  2. その上で表明された患者の意思は最大限尊重すること
  3. 家族も患者の表明した意思を尊重しながら患者を支えていく姿勢を持てるよう働きかけること
  4. 闘病中・闘病後の家族の気持ちに配慮し、寄り添い支えること
- 常に患者を中心として考えることを忘れず、患者だけではなく家族にも寄り添い支えてい



くことが、本当の意味で「その人にとっての最善の医療」につながるものと考えている。

### エンド・オブ・ライフケアに携わる看護師の役割

私は、多くの終末期患者と出会い看護するなかで、病気と闘いながらも最期まで患者がその人らしく生きることができるよう支援する重要性を感じてきた。エンド・オブ・ライフケアに携わる看護師は、病気についての正しい知識と症状マネジメント技術を併せ持つだけでなく、患者や家族をきちんと理解するためのコミュニケーション能力を身に着けていることが求められる。患者や家族の立場に立って共に考える姿勢がなくては、エンド・オブ・ライフケアは成り立たないからである。

エンド・オブ・ライフケアに携わる看護師としては、まず患者が病状や治療について正しく認識していないまま意思決定をしようとしているようならば、病状や治療に関する情報を正しく理解するための支援をしていかなければならない。インフォームドコンセントを得るときには看護師も同席し、難しい医療専門用語に患者や家族が困惑し、理解するのが難しいようであれば、医師の説明をわかりやすい言葉で説明し、正しく理解できるようサポートすることも大切な役割である。同席できなかつたときでも、医師の説明の内容をどのように理解したのか事後に聞き取りをして、患者の希望や家族の気持ちをきちんと把握して意思決定支援をしていくよう努めなければならない。

患者の意思が尊重されずに治療が進められている場合があれば、できるだけ早くそのギャップに気づき、その原因をアセスメントし対処する必要がある。患者や家族が医師に遠慮して言いたくても言えない思いを抱いているようであれば、私たち看護師がそれを医師に伝える代弁者としての役割を果たすことも求められる。また、患者と家族の希望が異なる場合には、患者の真の願いを家族に伝え、家族の気持ちに配慮しながら調整を図ることが大切である。このように、医師、患者、家族の橋渡しをしながら、合意形成を支援していくことも重要な役割と考えている。

### エンド・オブ・ライフケアチームの意思決定支援の実際

当院では、平成23年10月1日にエンド・オブ・ライフケアチームを立ち上げて活動を開始した。終末期の苦痛症状の緩和に加えて、治療に関するインフォームドコンセントや意思決定の支援を中心に活動している。意思決定支援の内容としては、終末期における延命処置に関する「差し控え」や「実施」を決める際の支援が多く、しばしば倫理的にも簡単に結論を出すことが難しい事例もある。認知力の低下や意識レベルの低下により、患者自身の意思確認が困難なことも少なからずあり、従来ならば医療者や家族の考えが優先されがちであったが、患者の立場に立ち「その人にとっての最善の医療」を家族と共に考えて支援していくことが、エンド・オブ・ライフケアチームに求められている。

我々のチームは、意思決定支援の三本の柱（過去・現在・未来）を軸に「その人にとっての最善の医療」とはなにかを考えるようにしている。

『過去』：事前の意思表示（リビングウィル、ACP など）はあるのか？ 事前の意思表示がない場合には、患者・家族の人生の物語を傾聴する中で、ライフレビューから本人の意思を推定する。

『現在』：手を握り返す、うなずく、目を背ける、などの微弱なサインも見落とさず、あらゆる手段で患者の今の気持ちをキャッチする。

『未来』：その患者にとっての Best benefit（最善の利益）は何かについて家族を交えて話し合う。具体的に、延命した場合の生活は？ 療養の場所は？ 家族の生活は？ などについてじっくり話し合う。

命の長さだけに重点を置くのではなく、意思決定支援の三本の柱（過去・現在・未来）から導き出された患者の意思を最大限尊重しながら最善の医療判断をする支援活動を行っている。

## おわりに

患者の思いを代弁し、その権利を擁護する看護師をアドボケイトナースという。高齢化の進む日本においては、がんの患者だけではなく、認知症や虚弱高齢者など、人生の終末期を迎える患者の終末期ケアを充実させていかなければならない。患者自身の意思確認が困難なことも多いなかで、その人の権利を擁護すること、支援活動や代弁活動を行うことが求められている。人生の終末期にある患者の「その人にとっての最善の医療」とはどんな医療なのかを患者・家族とともに考え、揺れ動く心に寄り添いながら、その意思を支えていくエンド・オブ・ライフケアにおいてこそ、アドボケイトナースの働きがますます重要になってきたと実感している。

シンポジウム当日は、事例をもとにエンド・オブ・ライフケアチームの意思決定支援の実際について紹介したい。

## 豊かないのちの看取り ～生活の中のケア～

医療法人社団慶成会青梅慶友病院  
看護介護開発室長／老人看護専門看護師 桑田美代子

### 青梅慶友病院の概要

青梅慶友病院（以下、当院）は、入院患者数 687 名（男性：22.3%、女性：77.7%）、平均在院期間 3 年 4 ヶ月、入院患者の平均年齢 88.1 歳（100 歳以上 22 名：最高齢 108 歳）、中等度～重度認知症 89%、約 90%が死亡退院する“終の住処”の役割を担った療養病床である。1979 年 2 月開院以来、2012 年 8 月末までに 5482 名の高齢者を看取ってきた。

「老後の安心と輝きを創造する」を理念に掲げ、「自分の親及び自分を安心して預けられる施設」を目標に、①高齢者にふさわしい医療の展開、②残存能力の活用による生活の再構築、③質の高い豊かな生活、④大往生の実現、⑤社会への提言、を当院の機能とし、多職種チームで模索しながら様々な取り組みを実践している。

当院では大往生を、①自分の持てる能力を使いきり、周囲の人にも覚悟ができること。②家族をはじめ周囲に惜しまれて、見送られること。③最期が穏やかで静かであること。少なくとも惨めな姿でないこと。④見送ったあと、関わったすべての人々に“良い余韻”があること、と考えている。“関わったすべての人々”とは、家族だけでなくケアスタッフも含めると私は捉えている。その理由は、日々の丁寧なケアを提供しているスタッフの役割は大きく、その積み重ねこそが良い死につながると考えているからである。だからこそ、スタッフにも“良い余韻”を感じてほしいと思っている。

### 尊厳の保持 —惨めでない、苦痛がない、大切にしてもらえている—

当院では、“惨めでない”“苦痛がない”“大切にしてもらえている”、この 3 つが揃って「尊厳の保持」と考えている。“自分や自分の親がされて嫌なことはしない”、このように考えて対応するようスタッフには伝えている。

高齢者を人生の先輩として敬意を持って対応する。無視しない。全介助状態となり、言葉で意思を伝えることが難しい状態になっても、人格のある人として関わること。ケアの前には声かけをし、ケアの終了時には心地良さを確認することを忘れず行うよう指導している。これは当たり前のことではあるが、スタッフ全員が継続しケアを遂行することは容易いことではない。しかし、当たり前のことこそが、ケアされる側になった時、何よりも重要なことと実感するのではないかと考えている。

ケアする側は、一日 3 回ある食事介助、一日数回行なう排泄ケアなど、マンネリ化してしまうこともある。しかし、日々繰り返し行なわれるケアこそ価値があり、それを丁寧に行うことこそが尊厳の保持につながると考えている。

### 高齢者を“生活者”として見る ―しあわせの範囲を広げる視点―

医療機関であるため“病”を持った人が入院してくるのは当然である。しかし、高齢者の場合、“病”なのか“老い”による機能低下なのか見極めが難しい。これまでの経験から、高齢者の場合は“病を持った人”として見るのではなく、“生活している人”として対応することが、生活の質の向上につながるように思う。例えば、年を重ねると、日常生活の中でも老化に伴う影響が出てくるのは当然である。だが、病や加齢に伴う機能低下にだけ目を向けるのではなく、現在、残されている能力を活用することで生活範囲が広がることも多い。高齢になれば筋力やバランス機能の低下により転びやすくなる。そのリスクだけに目を向け、安静を強いるのではなく、転んでもよい環境を作る逆転の思考も重要である。

当院では、昼と夜のメリハリをつけるために昼間の洋服に更衣をする。一日中ベッドで過ごすのではなく、離床している。高齢者を生活者としてケアし、リスクはあっても尊厳は保つこと。そして、生活範囲を縮めるのではなく、高齢者の“しあわせの範囲を広げる視点”を持つようにしている。

### より人間らしい姿に ―スタッフ側の安易なチューブケアは行わない―

当院では約50%の方が、他の医療機関から転入院してくる。チューブを複数本留置され転入院してくるケースもめずらしくない。“スタッフ側の安易な理由からチューブケアは行わない”という考えのもと、生活を不自由にする不要なチューブ類は早期に抜くという視点で見極めを行い、自然な姿で過ごせるよう対応している。

2000年頃より、胃ろうをつけて転入院してくるケースが増加した。年間約230名前後の入院を受け入れているが、約15%前後の方が経管栄養をしている。その中には「経口摂取は困難」と紹介されてくるケースも少なくない。

“食べる”ことは、生命を維持することだけが目的ではなく、人生の楽しみの一つである。当院では食事の援助を“五感を生かす”と考えており、“見て・嚙んで・香りで味わうもの”、一口でも美味しく、楽しみとなる食事を目指してきた。先にも述べたように、超高齢者の場合、加齢に伴う心身の機能低下や疾患の後遺症が複雑に絡んでいる。食べられない理由も“老い”か“病”の見極めは難しい。しかし、「経口摂取困難」と紹介されていたケースも、ケアを通し舌の動きや唾液の飲みこみの状態を見て、“食べられるかもしれない”とスタッフがキャッチし、徐々に経口摂取が可能になったのである。当院の場合、ご本人の意思を言語的に確認するのが難しい状況で入院してくるケースが殆どである。だからこそ、ケアを通し、高齢者の能力や意思を読み解く努力が必要である。言葉で意思を伝えることが困難で、介助を必要とする高齢者の場合、身体から発するサインも微弱である。しかし、その微弱なサインを汲み取る能力、察する能力を私達ケアする側にも求められる。

当院では、胃ろう造設を積極的には行ってはいない。老衰の終末期、超高齢者の能力以上の医療を提供することは本人にとっても苦痛であり、その予測ができるならば、経管栄養を勧めないということである。だが、それは胃ろうを含む経管栄養を否定しているわけ

ではない。経管栄養を行うことで、その後、その人らしい生活を再び送ることができる可能性がある、と判断したならば行うべきと考えている。

### 高齢者・家族の代弁者 ―ケアの最高責任者である病棟師長―

最近では、一般の方達が「看取り」の体験をすることは、めったにないことである。そして、高齢者に多量の点滴を行うとどのような状態になるのか等、家族には想像もつかない非日常のことである。一般の方達から考えると、多量の点滴を行なうことは良いことのように考えるのではないだろうか。

当院ではこれまでの経験を通し、“この治療は高齢者に苦痛を与える”“このままではご家族も心残りとなる”と考えられる場合、高齢者・家族の代弁者として発言するようにしている。それが医師であったとしても伝えるのである。また、ご家族が良かれと思って希望することが、高齢者に苦痛を与える場合も同様である。その伝える役割を担っているのは病棟師長である。それはその人を批判するのではない。チームの一員として共に考え、共に良い看取りをするためである。

### <事例紹介>

#### ●事例1：―“笑顔を失いたくない”家族の思い―

M氏 80歳後半 女性 アルツハイマー型認知症 脳梗塞

在宅ケアが困難な状態になり入院。徐々に入院環境に慣れ表情も穏やかになる。

入院数か月後、脳梗塞を起こし一時的に意識レベル低下。その後、意識は戻るが、それを機に意欲低下、食事を食べなくなる。当初、嚥下機能の低下と考え対応していたが、唾液は飲み込み、時には水分も数口、むせなく嚥下する。そのため、梗塞後のうつ病の可能性も考え、抗うつ剤を投与したが効果は見られなかった。

家族は当初、経管栄養を希望していた。しかし、病棟スタッフは経管栄養にすることが、Mさんにとって最善と、その時点では考えられなかった。そのため、病棟師長が家族に説明し、合意の上でしばらく間、経口摂取を試みることにした。その理由は、Mさんの笑顔である。“食べる”以外のケア時、Mさんはとても素敵な笑顔を見せるのである。

ある日、綿菓子ならばMさんは食べられるのではないかとスタッフが考え持参した。その綿菓子を全部、むせもなく食べたのである。その時、スタッフ達は大変喜び、家族にも伝えた。しかし、その後も摂取量は増えず、家族と今後の方針について面談を行った。主治医は「経過から考えて老衰である」と説明した。家族は「母の笑顔を失いたくないので経管栄養はしたくない。自然に委ねたい」と希望されたのである。話し合いの結果、家族の希望に添うことにした。

病棟師長は「あの笑顔を見ていると、もしかして、何かしたら…と考えてしまう。水を

飲みたそうにしているので、さりげなく吸い飲みを置くとご自身で一口美味しそうに飲む。二口目はゆっくり、三口目は嫌々。介助しようとする“無理はしない”という。それもMさんの意思ですね」と話していた。

その後も状態を見て、Mさんの嗜好にあったものを無理強いしない程度すすめた。食べること以外の褥瘡や拘縮予防、口腔ケアなどの援助の充足にも心がけた。住み慣れた地域の祭りに参加するために外出をし、風呂好きのMさんのためにイベント入浴も企画し、家族と共に楽しむ機会も設けた。食事は増えなかったが、笑顔は絶えなかった。家族にはその都度、師長から状態を説明し、心の準備をしてもらったのである。

Mさんの最期は、酸素も点滴もせず、家族から手足をさすられながら旅立たれた。褥瘡もできず、きれいな寝姿であった。スタッフは「本当にきれいな顔でした。見てほしかった。私達もMさんの笑顔に癒されてました」と話していたのが印象的だった。

## ●事例2：一怒っても“ありがとう”

A氏 80歳代 女性 アルツハイマー型認知症  
独身で、近隣に甥が住んでいる。

X年前に腰痛にて近医入院。ケア拒否や暴力行為あり、当院へ転入院となる。転入院後も引掻く、叩く、唾を吐く、便をつかむ、物を投げつけるなど、対応に苦慮する。何とか穏やかに、Aさんらしい良い表情で過ごして欲しいと考え対応策を検討した。どんな時に良い表情をするのか、拒否をするのかを観察しながら、Aさんの生活史（どんな職業、趣味など）に着目し、Aさんにとっての心地よいケアを見つけ出していった。

例えば、刺し子や包帯巻きをしている時、Aさんが穏やかに居られる時間であった。刺し子は出来上がった品を、甥やスタッフにプレゼントしていた。包帯巻きはAさんが「一番好き」と言い、その理由は「人の役に立っているから」と話されていた。しかし、一方では、他患者が近づくと大声を出し追い払ったりするため、病棟内の環境調整に苦労したりもした。ご自身で自由気ままに動くのが好きであり、スタンダード車椅子での自操が困難になった時も、本人の望みを叶えるためにティルト車椅子を活用し、自操できるようリハスタッフと検討した。このようなAさんではあるが、スタッフを怒鳴っても、必ず最後に「ありがとう」という一言を添える人でもあった。

亡くなる1ヶ月程前から食べなくなる。何とか食べられるものを考え介助するが、吐き出してしまう。Aさんからは苦痛の訴えも表情も全くなかった。しかし、点滴（500ml）だけは、拒否なく実施させてくれた。この間も入浴はおこなっていた。亡くなる30分前まで単語ではあるが発語もあり、穏やかであった。

主治医は「Aさんが負担にならない検査は行ったが、結果としてはっきりとした食欲不振の原因及び死因は不明であったが、もともと快・不快の意思表示ははっきりしており、嫌なことは絶対に我慢したくなかったAさんらしい最後を支える関わりができたと言って

良いと思う。自分として一つ心残りをあげるとすれば、最後の安らかな顔を見ることができなかつたことである」と語っていた。病棟師長は「本人が嫌なら点滴はしないとご家族とも話していたが、Aさんが良いと言っていたので続けていた。しかし、最後まで必要だったか見極める必要があった。眠るように亡くなり、とてもきれいで穏やかな顔だったことは家族にとっても何よりであった」と話していた。スタッフ達も「最後のお顔がきれいだった」「怒っても必ず最後に“ありがとう”と言ってくれた。それが忘れられない」と、デスカンファレンス時に語っていた。

### 退院（死亡）ケースカンファレンスの開催 — 医師と病棟師長の共通認識を得る場 —

超高齢者に相応しい医療の質・ケアの質の向上を図ることを目的に、月1回、医師と病棟師長のみで、死亡退院したケースカンファレンスを2010年8月より開催している。

死亡退院されたケースは、医師と病棟側から死亡状況アンケートを実施し、相違の有無を確認している。それらの結果を確認し、毎月2ケースを選定しカンファレンスを行っている。A氏のケースも主治医から「はっきりした原因が不明であったが、もっと検討すべきであったのではないかと問題提起があり、ディスカッションを行った。

高齢者を日々ケアし看取っているが、私達には80歳90歳の“古い”の経験がない。“古い”の延長線上の死を看取る私達だからこそ、自分達が提供したケアは本当に高齢者にとって心地良さを与えるものであったのか。苦痛を増す医療ではなく、苦痛を緩和する医療であったのか等、真摯に自分達の行動を振り返る機会を持つことが重要であると考えている。

### 家族と死を語る — 家族の死の準備教育 —

暦年齢から考えると当院に入院されている高齢者は、長生きの方達が大半である。しかし、高齢者であっても元気であると、“死”はどこか遠い存在のように思っているご家族は少なくない。そのために、ご家族に恐怖心を与える伝え方ではなく、少しずつ心の準備ができるように、死を語る必要がある。

先にも述べたが、当院ではご家族の特徴を把握している病棟師長が窓口になっている。ご高齢であっても、“死”を言葉にして伝えるのは、容易いことではない。わが国の中では、まだ死をタブー視する文化があることも事実である。だが、それを言葉にして語ることで、家族も心構えができる。“古い”の延長線上の死は、ゴールを迎えた瞬間に「自分達は本当によくやった。こんな亡くなり方をしたい」と思ってもらえることが重要ではないだろうか。いつゴールが来るかわからない状況の中で、家族も走り続けている。自分達の経験知から、その家族にあった言葉で、今後起こり得ることを伝えることこそが家族教育であり、将来、自分自身にも訪れることでもある。

また、「点滴」を「食事」という思いで考えているご家族も少なくない。「点滴の一本く

らいは…」と思うご家族が多いのは事実である。残された家族の思い、心残りを考え実際行なっているケースもある。今後、その考えは変わる時期が来るのではないかと思う。そのためにも、ご家族と死を語る必要性を感じている。

#### より良い旅立ちに向けたコーディネーター

“老い”による死は、生活の延長線上の死である。しかし、いつ訪れるかわからない。そのため、一日一日の積み重ねが大切であり、毎日繰り返されるケアこそが最も価値がある。介護・看護職は日々のケアを丁寧に行い、リハビリスタッフは残された機能を維持し、レクワーカーや生活活性化員は余暇支援を行なう。管理栄養士・調理士は、一口でも美味しい、楽しみの食事を提供する。事務職員は、高齢者・家族を第一線でケアするスタッフをバックアップしてくれている。スタッフ一人ひとりが、看取りに向けたコーディネーターの役割を担っている。難しいことではなく、それこそが生活の中のケアであり、「豊かないのちの看取り」ではないかと考えている。

#### 老人看護専門看護師の取り組み — ELNEC-J 高齢者カリキュラムの開発 —

専門看護師とは、日本看護協会が認定している「専門看護師制度」であり、専門看護分野は11あり、2012年4月現在、795名の専門看護師がいる。老人看護専門看護師（以下老人看護CNS）は41名活動している。

老人看護CNSの有志で昨年より、「ELNEC-Japan 高齢者カリキュラム看護師教育プログラム」の開発を行っている。ELNECとは、End-of-Life Nursing Education Consortiumの略であり、米国で開発されたエンド・オブ・ライフ・ケアを提供する看護師に必要な知識を教育するための系統的・包括的なプログラムである。わが国では、ELNEC-Japan コアカリキュラムの指導者育成を日本緩和医療学会で行われている。

「ELNEC-Japan 高齢者カリキュラム看護師教育プログラム」は、まだ試行の段階ではあるが、スタッフの能力の向上と質の高い看取りに寄与できるよう努力していきたい。



## いのちと生活を支える在宅医療 ～人生の終盤をどう過ごすか～

長寿時代の死生学シンポジウム  
「最期まで自分らしく生きるために」  
2012年10月21日  
あおぞら診療所 川越 正平

1

## End of Life ケアの視点を有する 在宅医療の基本スタンス

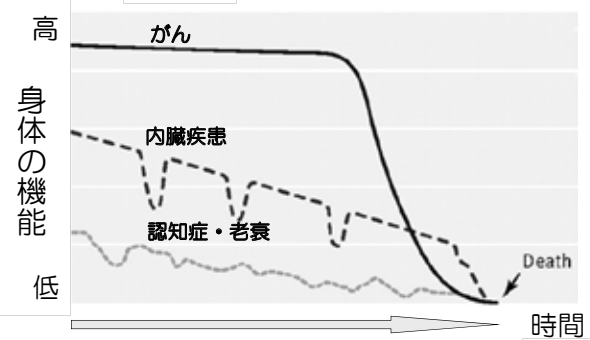
老年医学・緩和医療・多職種協働等に  
基づく“軌道学”

### 在宅療養者が有する背景

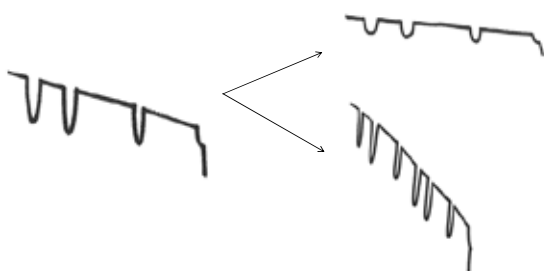
- 平均年齢80才超
- 複数の合併症を有する
- 認知症の合併率が高い
- 介護者もしばしば高齢
- 回復困難で終末期であることも

3

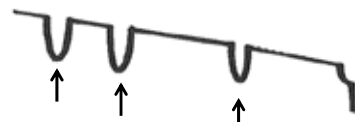
### 死に至る病いとその“軌道”



### 軌道の低下を招く“くぼみ”や“傾き”



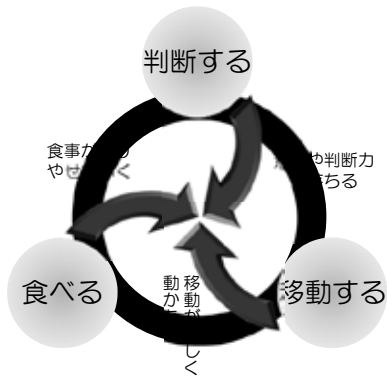
### “くぼみ”を構成する病態



- 急性合併症（肺炎や脱水など）
- 転倒等の事故（骨折を含む）
- 原疾患の再発（脳梗塞など）
- 合併症の急性増悪（心不全や腎不全など）

未然に防ぐ関わりが在宅医の真骨頂

## “傾き”を決定づける要素



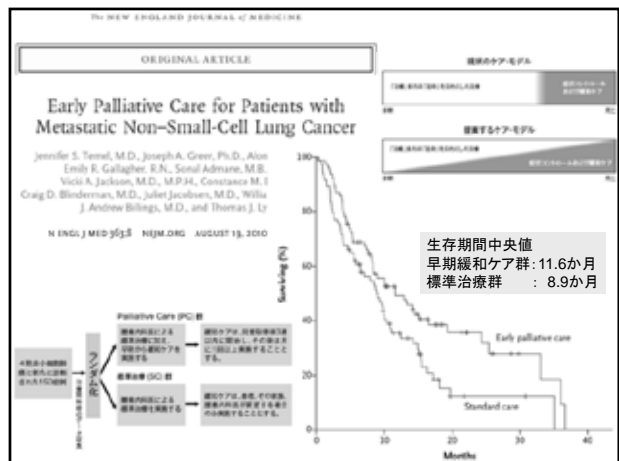
## 回復可能な病態を見逃さない ～集学的在宅ケアの威力～

- 多薬剤併用（ポリファーマシー）の弊害除去
  - 継続的な口腔ケア
  - 栄養、食形態、味など食全般への介入
  - 時機に一致したリハビリの投入
  - 尊厳を保つ“役割”
  - 生活不活発を防ぐ“感動”
- .....
- 治癒や改善が困難であったとしても生活の質維持向上や症状緩和を目指す。

## 病態やステージに応じて 適切な医療ケアを提供する

がんと認知症を例に

9

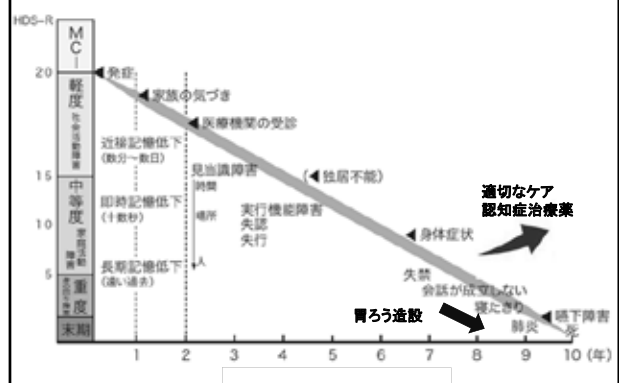


## 早期緩和ケア群の特徴

- カルテに蘇生時の希望が明記されていることが多かった
  - 入院や救急受診の頻度が少なかった
  - 亡くなる前の60日間で静注化学療法を受けた割合が有意に低かった
  - 最後の静注化学療法から亡くなるまでの期間が有意に長かった
- 必要な治療はきちんとなされ、適切でない治療はなされなかった

11

## 認知症のステージアプローチ

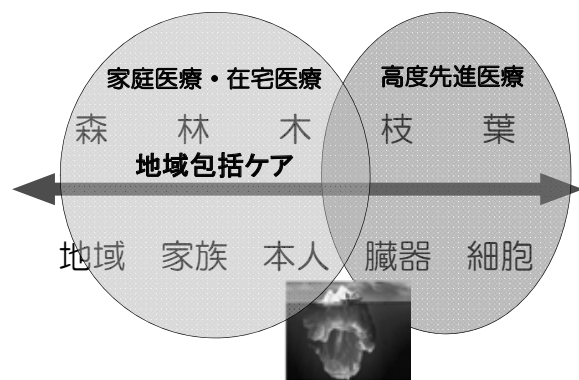


## “生”を支え続けた結果 看取りに至るということ

## なぜ今、在宅医療が必要とされるのか

- 医療提供にあたり、エビデンスに基づいて方針決定できる場面は限られている
- 全人的アプローチが必要とされているのは在宅医療の対象者だけではない
- 病院でみる患者の姿は本人のごく一部
- 病院での医療にはそのような限界があるという“謙虚さ”を肝に銘じるべき
- 非効率で決して低コストではない在宅医療を推進するのは医療費削減が目的ではない

## 人を取り巻く要素と医療ケアの対象範囲



## 在宅医療が有する優位性

- 在宅では住環境や家族関係、経済面などの生活背景が目飛び込んでくる
- 医療者にとっての“アウェー”は患者にとって居心地の良い“ホーム”
- 病気を治療するために生きているのではなく、よりよく生きるために医療がある
- 在宅だから差し控えや中止ができるのではなく、患者にとって益・無益を検討するための材料を豊富に入手可能な点が優位

## 在宅で看取るとということ

- 望む場所で最期まで過ごすのが最も生活の質が高いのは自明
- 多くの人が人生の終盤に受けることになるEnd of Lifeケアは疾患や年齢、居場所を問わず国民に提供されるべき大切なケア
- 意味のある治療やケアは当然検討され、QOLや苦痛緩和に寄与しない医療の適応は慎重に考慮する
- “生”を支え続ければ最後に看取りに至る

## 地域で看取るとということ

- 少子高齢社会では“家族力”が弱体化する
- 自宅のみならず、地域の様々な居場所が対象となる（“集住”がキーワード）
- ホスピスケアを提供すればそこがホスピスになる
- 高齢多死社会では、家族や住民がそれぞれ誰かの“ケアラー”として機能するような新たな関係性構築、地域への関与を通じて“地域力”を高めなければ乗り切れない

## 適切な医療ケアを選び取る

～『主治医』や 家族会議～

## 適切な医療ケアを選び取るには

- 病気の難しい説明をされても正確に理解することは難しい（レストランのメニューのように選び取ることはできない）
- 代理意思決定者が全てを決めることも困難

- 和食か洋食か
- 肉か魚か
- 量重視か味重視か

- 『主治医』や訪問看護師なら本人の人生観を踏まえた上で相談に乗ってくれる

20

## 『主治医』の見つけ方

- 自分や家族と相性がよさそう
- 忙しさをささず、時に世間話もしてくれる
- 患者としての自分だけでなく、家族の健康について相談に乗ってくれる
- 急病の折、時間外でも電話相談に乗ってくれる
- かかりつけ患者が通院できなくなったら往診してくれる
- 自分の専門外のことについてはきちんと他の医師を紹介してくれる
- 「最善」という以上に「納得」の医療を提供

21

## “人生の終盤”をどう過ごすか

残された人生を

- どこに住まい
- だれと一緒に暮らし
- どのように生活するのか

死に方の問題は生き方の問題

今夜、ご家族で話し合ってください！

22

## ま と め

- End of Lifeケアの視点を有する在宅医療  
老年医学・緩和医療・IPWに基づく“軌道学”
- 病態やステージ、個別性に応じて  
医療やケアを提供する / 提供しない
- “生”を支え続けた結果、地域での看取り  
に至る地域包括ケアが重要
- 適切な医療ケアを選び取るためには  
『主治医』や家族会議が必要不可欠

23

## 問い合わせ先

あおぞら診療所

〒271-0074 千葉県松戸市緑ヶ丘2-357

TEL 047-369-1248 FAX 047-369-1247

あおぞら診療所HP <http://aozora-clinic.or.jp>

川越正平 [kawagoe@aozora-clinic.org](mailto:kawagoe@aozora-clinic.org)

24

## 法律家の視点から

東京大学大学院法学政治学研究科教授

樋口範雄

終末期医療についてわが国で問題となっている状況として、法の過剰な介入がある。厚労省はじめ各種の世論調査では、延命医療を望むかという問いに対し、延命医療に消極的な回答（「どちらか」と望まない、「望まない」）をした者の割合が多医ことが示されている。それも7割から8割以上という高率である。

それなら延命治療を中止しても、少なくとも法的に問題にならないはずである。なぜなら、通常の法は多数決民主主義の下で多数の意思によって決められるからである。ところが、一部の法律家や医師は、「法」が中止を許さない、それは殺人罪だと考えているようだ。「法」で定まっているので、患者の自己決定も無視される。

それはどのような状態になっても「生命を維持していること」だけに価値があるとみなす考え方であり、医学技術の発展によって生じた難問である。昔なら死亡した状態で心臓だけは動かして続けることができるようになったからである。それに対し、それはおかしいし、むしろ患者の尊厳をおかしているという議論が出てきた。

このような変な状況を改める1つの手段は法律の制定である。現に、超党派の国会議員による「尊厳死法制化を考える議員連盟」が議員立法として法案を提出すると報じられている。しかし、法律というものが画一的に適用されるものだとすると、かえって医療の現場や患者の状況にそぐわない結果になるおそれもある。その法律の要件に合わなければ尊厳死は認められず、逆に要件にあったからというので自動的に中止ということになるおそれもある。

そこで近年注目されているのがソフト・ローによる対処である。ソフト・ローとは、通常の法律を「ハード・ロー」（固い法）と呼んで、それに対比する概念です。通常の法は、まさにそれに違反すれば制裁があります（刑事罰や損害賠償責任などです）。

しかし、現実には、社会規範はすべてハードな法によっているわけではなく、さまざまなガイドラインや指針で実務が行われている。これらのソフト・ローには、ハード・ローにはない長所がある。最大の眼目は、法律はいったん制定されると実際には改訂が難しく、また適用が画一的で柔軟性を欠くのに対し、ソフト・ローはまさに柔軟な性格のものであって、しかも改訂も容易だとされているところである。その作成には、その領域の専門家が関与するのが普通であり、まさに現場を知る人たちがルールを作る。広くパブリック・コメントをとって、一般の人の意見も聞く工夫などもなされている。

老年医学会が2012年に策定した「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」はまさにその一例である。このガイドラインの趣旨は、終末期医療について、患者本人の意思を尊重し、家族とも十分に相談し、医療サイドは医療ケア・チームを作って、1人の（勝手な）判断によらずに、医療や介護のあり方を考慮したうえで、方針を決めようということである。そのうえでなら中止もありえる。このガイドラインには有力な法律家も賛成しており（元最高裁裁判官が4名も含まれている）、このように穏やかで柔軟な法と法律家の関わり方も今後考えていく必要がある。

同時に、自分の死に方について、何らかの意思表示が必要な時代になったことを多くの人が認識し、それを確認する方法を工夫することも必要であろう。



---

## 資 料

---

- 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する  
日本老年医学会の「立場表明」2012
- 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

## 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012

### ■はじめに

日本老年医学会が、「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する「立場表明」を発表してから10年が経過した。その間、わが国では、医療における患者の権利についての認識が深まり、医師主導の医療から患者中心の医療へと移行してきている。当時、死や終末期について議論することはタブー視する傾向が強かったが、最近ではそうしたことをテーマにする学会や研究会での議論や書物も増え、マスコミで取り上げられることも多くなった。人びとの間にも、いたずらに命を引き延ばすよりも、尊厳という言葉の定義に問題が残るにせよ、その人らしい尊厳のある終末期を迎えたいという考えが強まっている。また、2000年に介護保険制度が発足して以来、在宅介護サービスや介護保険施設が増加し、今日では、医療施設から在宅や介護施設へと看取りの場が拡げられつつある。

しかし、その一方で、増大する医療費を抑制するための早期退院への圧力はますます強まっており、高齢患者やその家族の意思を十分に確認することなく治療方針が決定される傾向もある。

2005年以降、年間の死亡数が出生数を上回るようになったが、団塊の世代がすべて75歳以上の後期高齢者層に属するようになる2025年頃には、死亡数が出生数の2倍に達すると予測されている。死亡者に占める高齢者の割合はさらに増大し、高齢者の終末期医療およびケアの重要性はますます高まるものと思われる。

この10年間の高齢者の終末期医療およびケアに関する実態と意識の変化を踏まえ、日本老年医学会倫理委員会では、より実情に即した「立場表明」に改訂することにした。この「立場表明」が、現場においてさまざまな困難に直面している医療者に対する指針となるだけでなく、終末期を迎えつつある高齢者に最善の医療およびケアを提供し、その家族の心の平安を保障するうえでの指針となることを願っている。

### ■基本的立場

人の「老化」と「死」は生殖、発生、誕生、成長といった生命現象の一過程であるが、特有の意味を持つ重要な局面である。生命科学はこのような「老化」あるいは「死」を含めた生命現象を扱いながら、自然科学だけでなく、人文科学や社会科学の発展とともに進歩してきた。人の「老化」と「死」に向かい合う高齢者医療は、人文・社会・自然科学で得られた幅広い成果に基づく生命科学を基盤にした、「生命倫理」を重視した全人的医療であるべきであると考え。国連の提唱する「高齢者のための五原則」（国連総会、1991年）である「自立」、「参加」、「ケア」、「自己実現」、「尊厳」は、日本老年医学会の基本的立場でもある。

### ■「立場表明」を出す目的

すべての人は、人生の最終局面である「死」を迎える際に、個々の価値観や思想・信条・信仰を十分に尊重した「最善の医療およびケア」を受ける権利を有する。日本老年医学会はすべての人がこの権利を有すると考え、この権利を擁護・推進する目的で「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」を行う。

### ■「立場表明」における用語の定義

「立場表明」における「終末期」とは、「病状が不可逆かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」とする。

【論拠】高齢者は複数の疾病や障害を併せ持つことが多く、また心理・社会的影響も受けやすいために、その「終末期」の経過はきわめて多様である。そのため臨死期に至るまでは余命の予測が困難であることから、「終末期」の定義に具体的な期間の規定を設けなかった。

「立場表明」における「最善の医療およびケア」とは、「単に診断・治療のための医学的な知識・技術のみで



はなく、他の自然科学や人文科学、社会科学を含めた、すべての知的・文化的成果を還元した、適切な医療およびケア」とする。

**【論拠】**「最善の医療およびケア」とは、必ずしも最新もしくは高度の医療やケアの技術のすべてを注ぎ込むことを意味するものではない。とくに高齢者においては、個人差が大きいこと、臓器の潜在的な機能不全が存在すること、薬物に対する反応が一般成人とは異なることなどの高齢者の特性に配慮した、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生活の質（QOL）を大切にす医療およびケアが「最善の医療およびケア」であると考えられる。科学的根拠に基づいて、高齢者に相応しい「最善の医療およびケア」のあり方を明らかにすることは、日本老年医学会のもっとも重要な責務のひとつである。

「立場表明」における「ケア」とは、「フォーマルかインフォーマルかを問わず、患者とその家族を対象として行われる介護・看護・医療・その他の支援」とする。

**【論拠】**高齢者の終末期には多職種の協働に基づく包括的なケアが必要である。なお、英語の“care”には「医療」も含まれるが、わが国では「ケア」という用語が「介護」の意味に限定して用いられる傾向があるので、意味が重複することを承知の上で「医療およびケア」という表現を使用することとした。

「立場表明」において「QOL」の高い状態とは、主観的な幸福感や満足感が高く、身体的に快適な（苦痛が少ない）状態とする。なお、加齢にともなう心身の変化はきわめて個別性が高いことから、年齢による規定は不適切だと思われるので、「高齢者」に関して暦年令による規定は行わないこととした。

### ■ 立場－1 年齢による差別（エイジズム）に反対する

いかなる要介護状態や認知症であっても、高齢者には、本人にとって「最善の医療およびケア」を受ける権利がある。

**【論拠】**すべての人にとって、「最善の医療およびケア」を受ける権利は基本的人権のひとつである。どのような療養環境にあっても、たとえ高齢で重い障害があっても、「最善の医療およびケア」が保障されなくてはならない。したがって、胃瘻造設を含む経管栄養や、気管切開、人工呼吸器装着などの適応は、慎重に検討されるべきである。すなわち、何らかの治療が、患者本人の尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする可能性があるときには、治療の差し控えや治療からの撤退も選択肢として考慮する必要がある。

### ■ 立場－2 個と文化を尊重する医療およびケア

高齢者の終末期の医療およびケアは、わが国特有の家族観や倫理観に十分配慮しつつ、患者個々の死生観、価値観および思想・信条・信仰を十分に尊重しておこなわなければならない。

**【論拠】**病名や病態に関する情報開示が、高齢者であることや、患者個々の死生観や価値観、思想・信条・信仰などの故に、不十分であってはならない。考えられる予後や「終末期の医療やケア」に伴って起こりうる病状経過についての話し合いと合意が必要である。話し合いでは患者が希望することを尊重すべきである。ただし、高齢患者は意見が不安定かつ流動的で、自己表現を十分になしえないこともあることに留意すべきである。認知機能低下や意識障害などのために患者の意思の確認が困難な場合であっても、以前の患者の言動などを家族などからよく聴取し、家族などとの十分な話し合いの下に、患者自身の意思を可能な限り推定し、それを尊重することが重要である。この際、医師は家族自身の希望と患者の意向の代弁とを明確に区別する必要がある。患者の意思をより明確にするために、事前指示書などの導入も検討すべきである。

一方、わが国には、専門家を信頼してすべてを委ねるという考え方や、何事も運命として受け入れるという考え方など、「自律性」を最重要視する欧米文化とは異なる「死生観」を生み出した文化的背景がある。高齢者では、本人に対して情報が開示されることを家族が拒絶する場合もあり、それが許容されてきた。このような背景を無視し、十分な援助の準備もない予後の告知は単に死の通告に他ならない。医療者には、自己表出が不得手な患者に対して、真の希望を話すことを促す援助や、真に希望することを洞察する能力が要求される。

### ■ 立場－3 本人の満足を物差しに

高齢者の終末期の医療およびケアにおいては、苦痛の緩和と QOL の維持・向上に最大限の配慮がなされるべきである

**【論拠】** 患者の苦痛を緩和し、死への恐れを軽減し、残された期間のQOLを維持・向上させるための医療とケアが、終末期の医療およびケアの主体となるべきである。終末期の医療およびケアとは、「痛みやその他の身体的症状を和らげるのみならず、患者の心理的・精神的な要求を真摯に受けとめ、援助し、患者のQOLを維持・向上させる医療およびケアである」と考える。

#### ■立場－4 家族もケアの対象に

高齢者の終末期の医療およびケアには、患者本人だけでなく家族などのケアも含まれる。

**【論拠】** 終末期の医療およびケアにおいて、患者の家族は重要な役割を担う。家族の要望と患者の同意がある場合、患者の病状を家族に説明するとともに、そのことにより生じた家族の悲しみを和らげるなど、医療者は家族に対しても積極的に支援する必要がある。家族あるいは患者に心をよせる者への援助は、患者への援助につながるからである。また、患者が死にゆく過程にあることを家族が受け容れるための支援や、患者の死後における家族のグリーフケアも忘れてはならない。なお、ここで述べる「家族など」とは、家族のほか、患者の友人や介護者など患者の終末期に関わる人たちのことをいう。

#### ■立場－5 チームによる医療とケアが必須

高齢者の終末期における医療およびケアは、医学のみならず看護、介護、リハビリテーションなど、幅広い領域を含む学際的な医療およびケアである。

**【論拠】** 死にゆく患者を対象とした医療およびケアは、チームアプローチによって実施されることが望ましい。そのチームのメンバーには、医師のみならず、看護職、ソーシャルワーカー、介護職、リハビリテーション担当者、薬剤師、心理士、ボランティア、家族などが含まれる。チームのメンバーは、持ち得る知識と技術のすべてを患者の必要に応じて提供すべきである。医師には医療チームの一員として中心的な役割を果たすために、多職種による総合的なケアに関する広範な知識と熟練と配慮が要求される。終末期医療およびケアのチームにおいては、カンファレンスや研修会などを通じて、普段から具体的な意見交換を行うことが望ましい。さらに家族や本人と多職種の関係者が話し合いを行うことで、質の高い終末期の支援が可能となり、よりよい成果が期待できる。

#### ■立場－6 死の教育を必修に

終末期患者に最善の医療およびケアを提供するために、医療・介護・福祉従事者など終末期の医療およびケアに携わる者は、死の教育ならびに終末期医療およびケアについての実践的な教育を受けるべきである。さらに、全人的医療の立場から実施する、終末期における最善の医療およびケアについて、国民にひろく理解を得るための啓発活動が必要である。

**【論拠】** わが国の多くの医療・介護・福祉従事者など終末期の医療およびケアに携わる者は、終末期医療およびケアについて特別な教育を受けていない。卒前教育や卒後研修中に、日本人の死生観や死の受容過程など、いわゆる「死の教育」を必修科目として位置づけるとともに、終末期患者の症候の管理、看護・介護技術、患者とのコミュニケーション技術等についても実践的な教育がなされるべきである。

医師の教育に関しては、各大学の老年医学講座や日本老年医学会は、モデルカリキュラムの作成などを通して日本の終末期医療およびケアの教育の標準化に努めるべきである。

さらに、国民に対する「終末期の医療およびケア」についての周知および「死の教育」により、「終末期の医療およびケア」が終末期患者の尊厳を保障し、QOLの維持・向上に資するものであることが理解されるであろう。日本老年医学会はそのことを社会に対して発信する責任を負っている。

#### ■立場－7 医療機関や施設での継続的な議論が必要

医療機関や施設は、高齢者や家族の意思決定の支援と「最善の医療およびケア」の実現のために、終末期の医療やケアについて議論する倫理委員会またはそれに相当する委員会を設置すべきである。

**【論拠】** 倫理委員会は、倫理指針の作成とその公表を行うべきである。倫理委員会は多職種の委員で構成し、施設外の第三者を加えることが望ましい。また、倫理委員会の適正な運用について定期的に第三者評価を受け

るシステムが整備されるべきである。倫理指針の公表は、高齢者の終末期医療やケアにかかわる国民への説明責任を果たし、国民の批判的議論の継続は、国民的合意につながると考えられる。活発かつ適正な議論のために、国民の死生観の醸成をはかること、さらに終末期医療およびケアに対する関心や理解を深めるための教育の機会を提供する必要もある。これにより、国民が終末期に受けたい最善の医療やケアの選択および意思決定ができる力を高めることにつながると考えられる。

#### ■立場－8 不断の進歩を反映させる

すべての終末期の医療およびケアに関する考え方、決定のプロセス、方法あるいは技術などについて、それらが患者のQOLの維持・向上に有益であるという「科学的根拠」の確立や「標準化」を目指す努力や研究活動が継続されるべきであり、そのために十分な資金の拠出が必要である。

**【論拠】**「鎮痛」などのように、終末期に施行される様々な医療処置やケアの中には、そのガイドラインが利用可能なものがある。すべての医療処置やケアに関して、患者のQOLの維持・向上に有益であることが証明されることが望ましい。さらに、高齢患者の「自律性」を重んじた終末期の医療およびケア実現の方策、終末期におけるQOLの評価法、医療機関以外の施設や在宅における終末期医療およびケアなどに関する研究が必要である。また、日本人の「死生観」に根差した、人文科学や社会科学などをも含めた学際的研究も必要である。しかし、現状では、これらの分野に興味を示す研究者が増加しているにもかかわらず、研究環境の整備や研究資金の投入は未だに不十分である。

これらの研究に基づく「科学的根拠」や「標準化」は医師の「恣意性」を排除し、患者の「自律性」を保障することにつながることが期待される。

#### ■立場－9 緩和医療およびケアの普及

高齢者のあらゆる終末期において、緩和医療およびケアの技術がひろく用いられるべきである。

**【論拠】**高齢者には、認知症、心不全、呼吸不全などの非がん疾患をみることも多い。死に至る原因疾患は異なっても、死の最終局面においてはかなり共通したプロセスをたどることが多く、非がん疾患の場合もがん疾患と同じような苦痛を伴うことが少なくない。近年、終末期における苦痛のメカニズムに関する医学的研究がすすみ、緩和医療およびケアの技術には大きな進歩が認められる。こうした最新の技術が、高齢者のあらゆる終末期においてひろく適用されることが望まれる。

#### ■立場－10 医療・福祉制度のさらなる拡充を

あるべき「終末期の医療およびケア」の実現のためには、制度的・経済的支援が不可欠である。

**【論拠】**過去30年余にわたり、高齢者の医療や介護にかかわる制度および診療あるいは介護報酬体系は目まぐるしく変転を続け、高齢者医療や介護の現場はそれらの変化への対応に追われ続けてきた。高齢者に相応しい、終末期の医療およびケアの実現のためには、それらを可能とする安定した持続性のある制度による裏付けが不可欠である。高齢者が落ち着いて終末期を過ごすことができる環境と人手の確保、終末期の医療およびケアの質の保証、緩和医療およびケア（ホスピスプログラム）の非がん患者への適応拡大などが可能となる制度が確立されることが望まれる。

#### ■立場－11 日本老年医学会の役割

高齢者の終末期医療およびケアについて、今後も科学的検証を進めて、広く国民もまじえた議論を続ける必要がある。

**【論拠】**前回の立場表明からほぼ10年が経過して、介護保険制度も定着し、高齢者の終末期医療およびケアを取り巻く環境は大きく変化した。国民やマスコミを含めた社会の中でも、高齢者の終末期医療およびケアについての認識は以前より高まってきた。しかしこれらの問題についての科学的データの蓄積は少なく、その議論もまだ充分とは言えない。単に外国の高齢者福祉政策を模倣するだけでなく、日本人の人生観や死生観、そして家庭環境にも配慮した議論が必要である。国の政策に対しても積極的に意見を述べ働きかけることによって、より良い高齢者の終末期医療とケアを実現していくことが我々日本老年医学会の責務である。



社団法人 日本老年医学会

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

平成 24 年 6 月 27 日

目次

本ガイドラインについて（日本老年医学会平成 23 年度老人保健健康増進等 事業報告書より）	36
はじめに	37
本ガイドラインの概要	39
1. 医療・介護における意思決定プロセス	40
2. いのちについてどう考えるか	42
3. AHN 導入に関する意思決定プロセスにおける留意点	43
解説	略
Appendix	
1. 人工的水分・栄養補給の導入に関する意思決定プロセスのフローチャート	略
2. 本ガイドラインの主張に賛同する法律家	略

\* 以上で「略」と記した、「解説」以下の項は、本冊子には掲載しておりません。ご覧になりたい方は、次の日本老年医学会ウェブサイトにて全文がアップされていますので、そちらをご参照ください。

<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/>

## 本ガイドラインについて

- 日本老年医学会平成 23 年度老人保健健康増進等事業「高齢者の摂食嚥下障害に対する人工的な水分・栄養補給法の導入をめぐる意思決定プロセスの整備とガイドライン作成」は、事業名が示すガイドライン作成に取り組み、ガイドライン作成ワーキンググループが立案し、ワーキンググループ全体会議の審議、および本事業の検討委員会の審議を経て、改訂を重ね、改訂第三版をもって本事業としての結論に至ったので、ここにそれを発表する。
- 検討の過程では、12月4日開催の本事業主催のシンポジウム席上、およびウェブサイト上で、ガイドライン案に対する意見を公募し、それに応じていただいた多くの方のご意見を参考にさせていただいた。ここにご意見を寄せられたみなさまに感謝の意を表したい。
- 2012年1月以来、老年医学会老人医療委員会および倫理委員会の合同委員会（二回開催）において、その時点での本ガイドライン最新案が審議され、その結果を改訂に反映することができた。ここに、貴重な時間を割いて案の検討と審議をしていただいた委員各位に感謝の意を表したい。
- 本事業としてここに発表するガイドラインは、本事業の実施主体である日本老年医学会をはじめ、本事業を行うことを決めた日本老年学会とそれに属する各学会に報告することになる。老年医学会は上記合同委員会により、本ガイドラインを学会としてどう扱うか、さらに検討することとなろう。その結果次第では、学会理事会の審議事項となるであろう。
- 本事業としては、本ガイドラインないしはこれに近いものが、日本老年医学会、さらには、日本老年学会等において公に認められることを期待するものである。

平成 24 年 3 月 12 日

日本老年医学会平成 23 年度老人保健健康増進等事業「高齢者の摂食嚥下障害に対する人工的な水分・栄養補給法の導入をめぐる意思決定プロセスの整備とガイドライン作成」

検討委員	ワーキンググループ	ガイドライン作成 ワーキンググループ
○大内 尉義	○甲斐 一郎	○清水 哲郎
鳥羽 研二	清水 哲郎	飯島 節
太田 喜久子	飯島 節	諏訪 さゆり
甲斐 一郎	諏訪 さゆり	会田 薫子
清水 哲郎	西村 美智代	
樋口 範雄	二宮 英温	
島藺 進	会田 薫子	

## はじめに

**【ガイドラインの必要性】** 高齢者ケアの現場において、関係者たちを悩ませる典型的な問題の一つに、何らかの理由で飲食できなくなった時に、人工的水分・栄養補給法（以下 AHN と略記する\*）を導入するかどうかというものがある。加齢に伴って漸進的に衰えてきたとみれば、人工的なことはしないほうがいいと思われるかもしれない。だが、人工的营养補給を行えばなおしばらくの生が見込まれるのであれば、それを導入すべきだと思われるかもしれない。こうした事情が、例えば、認知症終末期の患者への AHN について、多くの医療者が「導入しないことに倫理的な問題を感じ」ているが、また「導入することに倫理的な問題を感じ」てもいるというような困惑を、臨床現場にもたらしめている\*\*。困惑の原因としては、医学的妥当性が明確でないという点も確かにあるが、むしろ、高齢者の最期の生がどうあるのがよいかについて、例えば、長く生きられれば生きられるほうがよいと無条件に言えるかといったことについての共通理解が定まっていないという点が大きいように思われる。

そこで、このような状況において、現場の医療・介護従事者が AHN 導入をめぐる適切な対応ができるように支援することを目的として、ここにガイドラインを策定する。

\* 人工的水分・栄養補給法とは、経口による自然な摂取以外の仕方水分・栄養を補給する方法の総称で、次のようなものがある：経腸栄養法（胃ろう栄養法、経鼻経管栄養法、間欠的口腔食道経管栄養法）、非経腸栄養法（中心静脈栄養法、末梢静脈栄養法、持続皮下注射）。

AHN は、対応する英語表現“artificial hydration and nutrition”の略記。

\*\* 平成 22 年度に日本老年医学会が学会所属の医師会員に対して実施した調査において、認知症末期患者への AHN 導入の可否の意思決定に関わった経験を有する医師に、AHN 導入の意思決定に関して困難を感じたかどうか質問したところ、1058 名の約 9 割が困難を感じたと回答した。それらの回答者に困難感の内容を質問したところ、「AHN の差し控えには倫理的に問題がある」と感じている医師が 51%、「AHN を行うことについて倫理的な問題がある」と感じている医師が 33%、「経口摂取から AHN へ移行する判断基準が難しい」と回答した医師が 45%であった（複数回答）。

**【本ガイドラインの使い方】** 本ガイドラインは、臨床現場において、医療・介護従事者たちが、高齢者ケアのプロセスにおいて、本人・家族とのコミュニケーションを通して、AHN 導入をめぐる選択をしなければならなくなった場合に、適切な意思決定プロセスをたどることができるように、ガイド（道案内）するものである。そこで、これを使う際には、あくまでも医療・介護従事者が個別の事例についてよく考えながら一步一步進むことが肝要であって、本ガイドラインはその歩みを束縛する規則としてではなく、歩みを支援する道案内として、使っていただきたい。

**〔本ガイドラインの性格と構成〕** AHN 導入に関するガイドラインとしては、医学的妥当性を確保するためのものも考えられるが、ここで提示するのはそういう性格のものではなく、倫理的妥当性を確保するためのものである。そして、倫理的妥当性は、関係者が適切な意思決定プロセスをたどることによって確保される。加えて、適切な意思決定プロセスを経て決定・選択されたことについては、法的にも責を問われべきではない\*\*\*。この点について、本ガイドライン作成の過程で、法律の専門家たちに意見を求め、本ガイドラインが示すような意思決定プロセスを適切に進めて到達した選択を実行した場合、それは法的な介入がされるようなものではないとの回答を得ている（Appendix2「本ガイドラインの主張に賛同する法律家」参照）。

高齢者ケアにおける AHN 導入をめぐる意思決定プロセスが適切であるためには、まず、それが医療・介護における一般的な意思決定プロセスとして適切である必要がある。加えて、高齢者に特有の疾患や障害などのために生じる特有の事情があり、また、AHN 導入に特有の事情もある。これによって高齢者ケアにおける AHN 導入をめぐる特に配慮すべき点が生じる。そこで、以下では、高齢者ケア・AHN 導入の場合を主たる場面として想定しつつ、①医療・介護における意思決定プロセスのあり方、②死生に関わる意思決定プロセスにおいて、いのちとその価値についてどう考えるかを示した上で、③高齢者に対する AHN 導入と減量・中止をめぐる選択における留意点を挙げる。

なお、高齢者ケアに関する社会通念の変化や医療技術の進歩ならびに医療福祉制度の改正などに合わせて、本ガイドラインは一定期間ごとに見直すものとする。

\*\*\* 生命維持につながる医学的介入の差し控えおよび中止については、確かに現場の医療者に倫理的および法的問題になるのではないかと懸念がある。他方で、患者の状態によっては生命維持をすることに倫理的問題を感じてもいるのが現状である。しかし、これまで日本において、生命維持（人工呼吸器など）中止を医療者が医療行為としてしたことに対して有罪判決が出た場合、その理由は「（中止等が妥当となる）要件を満たしていない」というものであって、「生命維持をやめることは生命を意図的に終わりにすることであるから違法である」といった理由ではないのである。

「中止の要件を満たしていない」という理由で有罪であるというのだから、中止が妥当となる要件が想定されていることになる。その要件は、法的に定めるというよりは、現在の社会的通念と専門家たちの知見によって決まるものであり、ガイドライン等のかたちで明確化するのが相応しい。

また、これまでの調査によっても、ここで示すガイドラインに結果として沿った意思決定プロセスを、患者本人・家族と十分コミュニケーションを重ねながら辿っている現場では、医療者たちは法的にも倫理的にも不安や懸念をもたずに、ことをスムーズに進めていることが明らかになっている。



## 本ガイドラインの概要

### 1. 医療・介護における意思決定プロセス

医療・介護・福祉従事者は、患者本人およびその家族や代理人とのコミュニケーションを通して、皆が共に納得できる合意形成とそれに基づく選択・決定を目指す。

### 2. いのちについてどう考えるか

生きていることは良いことであり、多くの場合本人の益になる——このように評価するのは、本人の人生をより豊かにし得る限り、生命はより長く続いたほうが良いからである。医療・介護・福祉従事者は、このような価値観に基づいて、個別事例ごとに、本人の人生をより豊かにすること、少なくともより悪くしないことを目指して、本人のQOLの保持・向上および生命維持のために、どのような介入をする、あるいはしないのがよいかを判断する。

### 3. AHN 導入に関する意思決定プロセスにおける留意点

AHN 導入および導入後の減量・中止についても、以上の意思決定プロセスおよびいのちの考え方についての指針を基本として考える。ことに次の諸点に配慮する。

- ① 経口摂取の可能性を適切に評価し、AHN 導入の必要性を確認する
- ② AHN 導入に関する諸選択肢（導入しないことも含む）を、本人の人生にとっての益と害という観点で評価し、目的を明確にしつつ、最善のものを見出す。
- ③ 本人の人生にとっての最善を達成するという観点で、家族の事情や生活環境についても配慮する。

## 1. 医療・介護における意思決定プロセス

ここでは、医療・介護において、どのようなケアをするかについて意思決定をする際のプロセスについて一般的な指針を示す。したがって、ここに提示することは AHN 導入・減量と中止にも、高齢者ケアにも限定されず、汎用性があるが、これらを念頭においた記述を心がけてはいる。

☆医療・介護・福祉従事者<sup>1</sup>は、患者本人およびその家族<sup>2</sup>や代理人<sup>3</sup>とのコミュニケーションを通して、皆<sup>4</sup>が共に納得できる合意形成とそれに基づく選択・決定を目指す。

- 1.1 医療・介護側の関係者は、医療・ケアチームとして対応し、チーム内の合意形成と、本人・家族との合意形成を併せ進める<sup>5</sup>。患者の〈インフォームド・コンセント〉は、両者の合意において患者側がしていること、および、この合意に基づいて患者側が行う同意書への署名等の行為に該当する<sup>6</sup>。
- 1.2 ある問題をめぐる意思決定プロセスは、その問題が起きることが予想された段階で、開始する。だが、直ちに本人・家族との話し合いを始めるとは限らない。本人・家族の気持ちや姿勢、また、将来どうするかについて予め意向を形成したほうがいいかどうかといったことに配慮する<sup>7</sup>。
- 1.3 当該の意思決定プロセスにおける家族の関与がどの程度必要であるかは、当の家族の当事者性の度合い（＝その家族が本人の日常生活および療養生活にどの程度関わっているか、および問題となっている選択がその家族の人生・生活にどの程度影響を及ぼすか）に相対的である<sup>8</sup>。
- 1.4 患者本人は、合意を目指すコミュニケーションに、いつも自発的に理解し、選択する主体として参加できる（＝意思確認ができる）とは限らない<sup>9</sup>。そこで：
  - 本人の意思確認ができる時
    - ①本人を中心に話し合っ、合意を目指す。
    - ②家族の当事者性の程度に応じて、家族にも参加していただく<sup>10</sup>。また、近い将来本人の意思確認ができなくなる事態が予想される場合はとくに、意思確認ができるうちから家族も参加していただき、本人の意思確認ができなくなった時のバトンタッチがスムーズにできるようにする。
  - 本人の意思確認ができない時
    - ③家族と共に、本人の意思と最善について検討し、家族の事情も考え併せながら、合意を目指す。
    - ④本人の意思確認ができなくなっても、本人の対応する力に応じて、本人と話し合い、またその気持ちを大事にする<sup>11</sup>。
- 1.5 本人の表明された意思ないし意思の推定のみを依拠する決定は危険である。そこで、これと本人にとっての最善<sup>12</sup>についての判断との双方で、決定を支えるようにする<sup>13</sup>。また、あくまでも本人にとっての最善を核としつつ、これに加えて、家族の負担や本人に対する思いなども考慮に入れる<sup>14</sup>。
- 1.6 医療・ケアチームは、本人・家族との双方向のコミュニケーションを通して、次の諸点を実行しつつ、合意を目指す。
  - ①それぞれの持っている情報を関係者が共有する。
  - ②本人の身体を診察して得られた情報と、医学的知見に基づく本人にとっての最善に関する一般的判断から出発して<sup>15</sup>、本人側から得た本人の個別の事情（本人が人生をどう把握しているか）<sup>16</sup>を

考慮にいった、本人の最善についての個別化した判断を形成する。

③本人・家族が、医療・介護側から得た情報を、自らの人生の事情と考え合わせ、必要な場合には自らの人生計画を書き直し、目下の問題に適切に対処するための、状況を分った上での意向を形成できるよう支援する<sup>17</sup>。

\* どのような意思決定プロセスを辿って決定にいたったかについては、記録を残しておくことも、医療・介護側として必要である。

1.7 医療・ケアチームは、合意形成のプロセスにおいて、選択しようとしている方針が、社会的視点でも適切であるかどうかをもチェックする<sup>18</sup>。

1.8 医療・ケアチームは、本人・家族にとって最善と思うところが明確であれば、それを勧めることは適切である。が、同時に、本人・家族は独立した存在であるのだから、それを押し付けてはならない<sup>19</sup>。合意を目指して、ぎりぎりまでコミュニケーションを続ける努力をする。

また、本人・家族は理だけで動くのではなく、情も兼ね備えているのだから、その気持ちに寄り添う対応が望まれる<sup>20</sup>。

1.9 低いレベルの医学的エビデンスしかない場合、医療・介護側は選択肢の医学的評価について、自分たちの判断がたとえ實際上標準的であっても、それをあたかも確実なものであるかのように本人・家族に提示しない。また高いレベルのエビデンスがある場合でも、それに基づく選択肢についての判断を本人・家族の人生の事情に優先するものとして押し付けない<sup>21</sup>。

また、結果の予測には、何らかの不確定さが伴うことにも留意する。

1.10 ぎりぎりまで解決できない場合は、次のような考え方で対応する：

①本人が嫌がる医療・介護行為を強行することはできない—ただし、そのことにより第三者に許容限度を超えた害がおよぶ恐れがある場合は別である<sup>22</sup>。

②本人が希望する医療・介護行為であっても、医学的観点でも人生全体を評価する観点でも無益であると判断される場合<sup>23</sup>、もしくは益をもたらす可能性もあるが、重大な害をもたらすことを余儀なくされるというリスクもある場合、相手の意向であるからといって応じなければならないわけではない。

③本人が希望する医療・介護行為であっても、それが本人に益とのバランスを欠いた害を加える行為である場合、ないし第三者に許容限度を超えた害を及ぼすおそれがある場合は、応じるべきではない<sup>24</sup>。

\* これらの場合において、どの程度までなら「許容限度」内かは、文化に相対的である（社会通念がどうであるかによって決まる）。

1.11 合意を目指すコミュニケーションにより一旦は関係者の合意に達しても、本人・家族は迷いが生じて再度考え始めるといったことがある。また、合意に基づいて選択した方針を実行し始めてから、やはりそれは適切ではなかったのではないかと思いなおすこともあろう。そうしたことを含め、本人・家族がよく考えて納得できる道を進むことが肝要であって、医療・介護従事者はそうした本人・家族の在り方を受け容れ、そうした揺れを当然のことと認めて対応し、フォローアップしていく<sup>25</sup>。

## 2. いのちについてどう考えるか

前項で提示した意思決定プロセスのあり方と並んで、医療・介護上の選択について重要なこととして、「いのちをどう考え・どう評価するか」という点がある。このことについて、医療・介護を公的な職務として行う場合には、共通理解をし、医療・介護者従事者の間で価値観を共有しておく必要がある。本章では、この点について一般的に示している。したがって、前章と同様、高齢者ケア、AHNの導入・撤退という場面に限定されないが、そういう場面を念頭においた説明になってはいる。

☆生きていくことは良いことであり、多くの場合本人の益になる——このように評価するのは、本人の人生<sup>26</sup>をより豊かにし得る限り、生命はより長く続いたほうが良いからである<sup>27</sup>。医療・介護・福祉従事者は、このような価値観に基づいて<sup>28</sup>、個別事例ごとに、本人の人生をより豊かにすること、少なくともより悪くしないことを目指して、本人のQOL<sup>29</sup>の保持・向上および生命維持のために、どのような介入をする、あるいはしないのがよいかを判断する。

2.1 ある医学的介入を行うならば、死を当面は避けることができ、一定のQOLを保った生の保持ないし快復が可能である場合は、一般にはその医学的介入を行うことが本人の益になる（＝人生をより豊かにする可能性がある）。しかし、当の本人の場合に最善かどうかを判断するためには、個別の人生の事情（についての本人の理解）を考慮に入れて、個別化した評価を行う必要がある。

A. 本人の人生の事情を考慮しても、当該の医学的介入により、延命とQOLの向上・保持を図ることが本人にとって最善だと考えられる場合：

本人がその医学的介入を拒否していても、医療ケアチームはその医学的介入をしたほうがよいと考え続け、コミュニケーションを通して本人との合意を目指す。それでも合意に達しない場合は、1.10の考え方にしかなかった選択をする<sup>30</sup>。

B. 自らの人生についての本人の理解を考慮した場合には、その医学的介入を行うことは本人の人生にとって益になるとは言えない（あるいは、行わないほうが、本人の人生にとってより良いと見込まれる）場合<sup>31</sup>：

本人が自らの人生の理解に基づいて、その医学的介入を受けない意思を持続的・安定的に持ち続けており、周囲の人々への配慮や孤独感などの故に本意でないにもかかわらずそのような意思表示をしているわけではないことを慎重に確認した上で、その医学的介入をしないことを許容ないし同意する<sup>32</sup>。

2.2 ある医学的介入によって死を当面は避けることができるが、見込まれるQOLは、本人の人生をより豊かにするという結果をもたらすほどの効果があるかどうか疑わしい場合、ここでその医学的介入をするかどうかは、本人の人生全体についての本人および周囲の近い人々による把握からして、どちらが本人にとってより益となるか（ないし害が少ないか）による<sup>33</sup>。

このような時期には、多くの場合本人の苦痛を緩和し、快適に保つことを目的とした医学的介入をはじめとする全人的視点に立った《緩和ケア》の考え方が有効である。

2.3 生命維持を目指す医学的介入をしても、ほとんど死を先送りする効果がない場合、また、たとえわずかに先送りできたとしても、その間、本人の人生をより豊かにできず（よい日々だと言えず）、かえって辛い時期をもたらすだけだという場合には、《緩和ケア》のみを行う<sup>34</sup>。このように、本人の予後を見通して、全体として延命がQOL保持と両立しない場合には、医学的介入は延命ではなくQOLを優先する。

### 3. AHN 導入に関する意思決定プロセスにおける留意点

高齢者ケアにおいて、本人の食が細くなった、嚥下機能の障害により経口摂取ができなくなった等の理由により、生命維持に必要な栄養補給ができなくなった場合に、人工的な水分・栄養補給法（＝AHN）を導入するかどうか、するとしたら、どの方法にするかの選択に際しても、以上の意思決定プロセスについてのあり方およびいのちの評価についての一般的指針が妥当する。以下では、AHN 導入・減量と中止に関して特に留意する点を追記する。

☆ AHN 導入および導入後の減量・中止についても、以上の意思決定プロセスおよびいのちの考え方についての指針を基本として考える。ことに次の諸点に配慮する。

- ①経口摂取の可能性を適切に評価し、AHN 導入の必要性を確認する
- ② AHN 導入に関する諸選択肢（いずれも導入しないことも含む）を、本人の人生にとっての益と害という観点で評価し、目的を明確にしつつ、最善のものを見出す。
- ③本人の人生にとっての最善を達成するという観点で、家族の事情や生活環境についても配慮する。

3.1 AHN 導入を検討する際には、まず、経口摂取による水分・栄養摂取の身体機能面での可能性とそれを可能にするケアの実施可能性を十分検討し、追求した上で、導入を検討する必要性があることを確認する。その上で、意思決定プロセスにおいては、本人・家族が AHN を導入しないことを含め候補となる選択肢を示され、各選択肢が本人の生活にもたらす益と害について知らされ、理解した上で、本人の意思（推定を含め）と人生についての理解に照らして最善の道を考えられるようにする<sup>35</sup>。

3.2 AHN 導入をめぐる候補となっている選択肢が、当該事例に関して何を指すものであるか――

- ①生命維持により、本人のよい人生が当面続くことを目指す<sup>36</sup>
- ②本人が残された時間をできるだけ快適に過ごせることを目指す<sup>37</sup>

――を明確にし、選択にあたっては、本人が残りの人生をどのように生きることが望ましいかという観点で、何を指すかと AHN のどの選択肢かとを組にして考える。

なお、AHN 導入が、①と②のいずれをも達成する見込みがない場合には、AHN はかえって本人にとって害となり、人生の最期を歪めることになる<sup>38</sup>。

(A) ある AHN を導入すればそれなりの QOL を伴う延命が見込まれる場合、①と②が両立するので、一般には導入が適当であると考えられるが、本人の人生にとって最善かどうかを個別に確認する<sup>39</sup>。その結果、本人が人生をどう理解し、かつ AHN についてどういう意思をもっているかによっては、AHN 導入をしないほうがよいと看做されることもあり得る<sup>40</sup>。

(B) ある AHN を導入すれば延命効果は見込まれるが、本人のよい人生を支え得るほどの QOL を回復ないし保持できるかどうか（すなわち①達成は）疑わしい場合、現在本人が辿っている人生の終わりの時期を本人や家族がどう理解するかに応じて、本人の人生にとって何が最善か（＝何を指し、どれを選ぶか）を判断する<sup>41</sup>。

(C) 医学的に言って、AHN に延命効果があるとは言えない場合、ないしは疑わしく、効果があったとしても本人の人生にとって益となるとは言えない (=①達成はできない) 場合、本人ができるだけ快適に過ごすこと (=②) を目指すことが通常妥当であろう。だが、こういう場合であっても、本人の人生に注目して、どうするのが最善かを、家族など周囲の近しい人々との話し合いを通して確認しつつ、ケアが目指すところを選ぶ<sup>42</sup>。

3.3 AHN 導入後も、継続的にその効果と本人の人生にとっての益を評価し、

(1) 経口摂取が可能となったので、AHN 離脱可能である場合、

または、

(2) 全身状態の悪化により延命効果が見込まれない、ないしは必要な QOL が保てなくなるなどの理由で、本人にとって益となくなってしまう場合、益となるかどうか疑わしくなった場合、

AHN の中止ないし減量を検討し、それが従来のやり方を継続するよりも本人の人生にとってより益となる (ましである) と見込まれる場合は、中止ないし減量を選択する<sup>43</sup>。本人・家族から中止等の申し出があった時にも、本人の意思 (の推定) と人生にとっての益という観点で判断をする。いずれにしても、本ガイドラインが推奨する意思決定プロセスをたどって選択を行うことはもちろんである。

3.4 AHN 導入をめぐる意思決定プロセスにおいて、家族の気持ち・都合や、居宅介護の条件、入居先の介護施設の方針といった環境の故に、選択が左右されることがしばしばある。現在の環境の許容範囲内のできるかぎり本人の最善を目指し、また家族の負担を許容できる程度に抑える道を探す努力をする<sup>44</sup>。

[以下、解説および Appendix は略]

## 登壇者略歴（登壇順）

### ◆大島 伸一（おおしま しんいち）

現職：独立行政法人国立長寿医療研究センター理事長・総長

略歴：昭和45年名古屋大学卒業。社会保険中京病院泌尿器科。平成4年同病院副院長。平成9年名古屋大学医学部泌尿器科学講座教授。平成14年名古屋大学医学部附属病院長。平成16年国立長寿医療研究センター総長。平成22年4月、独立行政法人化に伴い現職。

社会保障審議会介護給付費分科会 分科会長代理、医道審議会医道分科会委員、公益財団法人長寿科学振興財団理事等も務める。平成23年10月から日本学術会議会員。

### ◆大内 尉義（おおうち やすよし）

現職：東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座教授、東京大学医学部附属病院副院長、日本老年学会・日本老年医学会理事長

略歴：東京大学医学部卒業。米国テネシー大学留学。昭和61年、東京大学老年病学教室講師、平成7年同教授に就任。平成18年からは東大病院副院長を兼任。

専門：老年医学、特に動脈硬化、高血圧、骨粗鬆症、認知症

主要著書：『日常診療に活かす老年病ガイドブックシリーズ（Vol. 1～8）』（メジカルビュー社）、『実地医家のための高齢者診療ガイド』（同人社）、『老年医学の基礎と臨床1 認知症を理解するための基礎知識』（ワールドプランニング）、『高齢者ケアと在宅医療＜明日の在宅医療 第4巻＞』（中央法規出版）、『新老年学 第3版』（東京大学出版会）等。

### ◆島菌 進（しまどの すずむ）

現職：東京大学大学院人文社会系研究科教授

略歴：東京大学大学院人文科学研究科博士課程単位取得退学。筑波大学哲学思想学系研究員、東京外国語大学助教授を経て、東京大学文学部（大学院人文社会系研究科）宗教学宗教史学科教授。1996年、シカゴ大学客員教授、1997年、フランス社会科学高等研究院（Ecole des Hautes Etudes en Science Sociales）招聘教授、2000年、チュービンゲン大学の客員教授、2006年、カイロ大学客員教授、2010年カリフォルニア大学バークレー校フェルスター講義、2011年ベネチア・カフオスカリ大学客員教授。

専門：宗教学、近代日本宗教史、死生学

主要著書：『現代救済宗教論』（青弓社）、『精神世界のゆくえ』（東京堂出版、1996、秋山書店、2007）、『現代宗教の可能性』（岩波書店）、『時代のなかの新宗教』（弘文堂）、『ポストモダンの新宗教』（東京堂出版）、『〈癒す知〉の系譜』（吉川弘文館）、*From Salvation to Spirituality*（Trans Pacific Press）、『いのちの始まりの生命倫理』（春秋社）、『宗教学キーワード』（共編著）、『スピリチュアリティの興隆』（岩波書店）、『宗教学の名著30』（筑摩書房）、『国家神道と日本人』（岩波書店）、『日本人の死生観を読む』（朝日新聞出版）等。

◆清水 哲郎（しみず てつろう）

現職：東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座特任教授、日本医学哲学・倫理学会会長

略歴：東京大学理学部天文学科卒業。東京都立大学大学院人文科学研究科博士課程修了。北海道大学助教授、東北大学教授等を経て、平成19年から現職。

専門：哲学、臨床倫理学、臨床死生学。

主要著書：『パウロの言語哲学』（岩波書店）、『世界を語るということ―「言葉と物」の系譜学』（岩波書店）、『医療現場に臨む哲学』、『医療現場に臨む哲学Ⅱことばに与（あずか）る私たち』（勁草書房）、『高齢社会を生きる―老いる人／看取るシステム』（編著東信堂）、『ケア従事者のための死生学』（共編著、ヌーベルヒロカワ）、『臨床倫理ベーシックレッスン』（共編著、日本看護協会出版会）等。

◆甲斐 一郎（かい いちろう）

現職：東京大学名誉教授

略歴：東京大学医学部卒業。帝京大学医学部講師、東京大学大学院医学系研究科助教授を経て、1997年、東京大学大学院医学系研究科教授。2012年から現職。2006年、日本老年社会科学会理事長（～2010年）、日本老年学会理事。

専門：社会老年学

主要論文：Kai I, Ohi G, Yano E, et al. "Communication between patients and physicians about terminal care —A survey in Japan." *Soc. Sci. & Med.* 36(9): 1151-1159, 1993 Miyata H, Takahashi M, Saito T, et al. "Disclosure preferences regarding cancer diagnosis and prognosis —To tell or not to tell?" *J. Med. Ethics* 31(8): 447-451, 2005 Aita K, Kai I. "Withdrawal of care in Japan." *Lancet* 368:12-14, 2006. Aita K, Kai I. "Physicians' psychological barriers to different modes of withdrawal of life support in critical care —A qualitative study in Japan." *Soc. Sci. & Med.*

◆三浦 久幸（みうら ひさゆき）

現職：独立行政法人国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長

略歴：名古屋大学大学院医学研究科修了。ドイツゲッティンゲン大学留学。平成16年国立長寿医療センター外来診療部外来総合診療科医長、平成24年4月1日から現職。

専門：老年医学及び在宅医療

主要著書：『統計データでみる高齢は医療』（文光堂）、『これからの高齢者医療』（南江堂）、『これからの老年学〔第二版〕—サイエンスから介護まで—』（名古屋大学出版会）等。



◆西川 満則（にしかわ みつのり）

現職：国立長寿医療研究センター緩和ケア診療部医師、内科総合診療部（呼吸機能診療科）医師、在宅連携医療部医師、End-Of-Life Care Team のメンバー、特別養護老人ホームさわやかなの郷配置医

略歴：島根医科大学卒業、平成 11 年愛知県最初のホスピス病棟のオープンに参加、平成 12 年から現国立長寿医療研究センターに赴任、平成 23 年から現職。

専門：緩和ケア、呼吸器疾患領域、老年病領域

主要著書：『非がん疾患の緩和ケア』（南山堂、共著）等。

◆横江 由理子（よこえ ゆりこ）

現職：国立長寿医療研究センター End Of Life ケアチームリーダー

略歴：1988 年愛知県立総合看護専門学校卒業、1998 年に現国立長寿医療研究センターに就職、呼吸器内科病棟、在宅医療支援病棟で看護を実践、2007 年呼吸療法認定士取得、2011 年緩和ケア認定看護師となる。2011 年から現職。

専門：緩和ケア、高齢者看護、呼吸器疾患看護

主な学会発表：2008 年、死の臨床研究会「自己決定」と「家族の思い」～NIPPV の着脱を繰り返した事例を通して～、2012 年、日本緩和医療学会 非がん患者の緩和ケア～END・OF・LIFE・CARE・TEAM の活動から見えてくるもの～、

2012 年 3rd ACPEL conference 2012 in Chicago

Advance care planning needs, which is expected to end of life care teams in Japan.

マスコミ報道：朝日新聞（2012. 5. 10 掲載）『エンド・オブ・ライフケア導入の動き』、NHK クローズアップ現代（2012.5.17 放送）『人生の最期 どう迎える？ ～岐路に立つ延命医療～』、中日新聞（2012. 8. 28 掲載）『癌以外の患者も緩和ケア』

◆桑田 美代子（くわた みよこ）

現職：医療法人社団慶成会青梅慶友病院 看護介護開発室長

略歴：看護師資格取得後、急性期病院、看護教員、認知症疾患治療病棟勤務を経て、1994 年青梅慶友病院入職。2000 年千葉大学大学院看護学研究科博士前期課程修了。2003 年日本看護協会認定「老人看護専門看護師」取得。

専門：老年看護学、End of Life Care

主要著書：『老年症候群への緩和ケアの実際、チャレンジ！ 非がん疾患の緩和ケア』（南山堂、共著）『尊厳ある看取り、看護学テキスト NiCE 老年看護学概論「老いを生きる」を支えることとは』（南江堂、共著）『認知症高齢者の看護援助 3. 認知症高齢者のケアマネジメント 終末期における諸問題』（医歯薬出版、共著）等。

◆川越 正平 (かわごえ しょうへい)

現職：医療法人財団千葉健愛会理事長、あおぞら診療所院長、東京医科歯科大学臨床教授、東京大学高齢社会総合研究機構客員研究員、日本在宅医学会理事

略歴：東京医科歯科大学医学部卒業、同年虎の門病院内科レジデント。平成8年虎の門病院血液科医員。平成11年医師3名によるグループ診療の形態であおぞら診療所を開設。

専門：内科、血液内科、在宅医学

主要著書：『在宅医療 はじめの一步』（日本医事新報社、企画編集責任者として連載継続中）、『在宅緩和ケアガイドブック』（青海社）、『在宅医療テキスト』（勇美記念財団）、『君はどんな医師になりたいのか』（医学書院）等。

◆樋口 範雄 (ひぐち のりお)

現職：東京大学大学院法学政治学研究科教授

略歴：東大法学部卒業。1992年から現職。法学部と法科大学院で医事法関連科目を講義。

専門：アメリカ法、医事法、信託法

主要著書：『医療と法を考える — 救急車と正義』（有斐閣）、『続 医療と法を考える — 終末期医療ガイドライン』（有斐閣）、『ケーススタディ 生命倫理と法 第2版』（有斐閣）他、多数。

◆飯島 節 (いいじま せつ)

現職：筑波大学大学院人間総合科学研究科生涯発達科学専攻教授、日本老年医学会倫理委員会委員長

略歴：京都大学医学部卒業、同附属病院老年科、彦根市立病院内科、東京都養育院附属病院（現・健康長寿医療センター）神経内科、滋賀県立成人病センター附属病院神経内科、東京大学医学部老年病学教室助手、米国国立老化研究所客員研究員、老人保健施設マロニエ苑施設長、国際医療福祉大学保健学部教授、国際医療福祉病院副院長などを経て、2000年より筑波大学教授。

専門：老年医学、神経内科学、リハビリテーション医学、とくに認知症、脳血管障害

主要著書：『老年学テキスト』（南江堂）、『神経内科学テキスト』（南江堂）、『リハビリテーション連携論：ユニバーサル社会実現への理論と実践』（三輪書店）等。

◆会田 薫子 (あいた かおるこ)

現職：東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座特任准教授

略歴：東京大学大学院医学系研究科健康科学専攻博士課程修了（保健学博士）。ハーバード大学メディカル・スクール医療倫理プログラムフェロー、東京大学グローバルCOE死生学研究員を経て、現職。

専門：医療倫理学、臨床死生学（終末期医療、延命医療、高齢者医療、脳死、臓器移植）

主要著書：『延命医療と臨床現場：人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学』（東京大学出版会）、『シリーズ生命倫理学第3巻 脳死・臓器移植』（丸善出版、共著）、『シリーズ死生学第5巻 医と法をめぐる生死の境界』（東京大学出版会、共著）等。

\*\*\*\*\*

シンポジウム 「長寿時代の死生学」

発行日 平成 24 年 10 月 21 日

発行者 国立長寿医療研究センター

〒 474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 35

東京大学大学院人文社会系研究科

死生学・応用倫理センター

〒 113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1

\*\*\*\*\*

