

認知症の終末期ケアを考える

■■■ 死生観を見つめて ■■■



〈プログラムおよび登壇者のご紹介〉

- 日時：2011年 12月4日（日） 13：00～17：00
- 会場：東京大学安田講堂
- 主催：日本老年医学会
- 共催：日本老年社会科学会
日本老年看護学会
日本老年歯科医学会
日本老年学会
東京大学死生学・応用倫理センター

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>

大内 尉義	東京大学大学院医学系研究科教授、日本老年学会・日本老年医学会理事長
鳥羽 研二	国立長寿医療研究センター病院長、日本老年医学会理事
太田喜久子	慶応義塾大学看護医療学部学部長・教授、日本老年看護学会理事長
甲斐 一郎	東京大学大学院医学系研究科教授、日本老年社会学会前理事長
清水 哲郎	東京大学大学院人文社会系研究科教授（哲学、臨床倫理学・死生学）
島 蘭 進	東京大学大学院人文社会系研究科教授（宗教学、死生学）
樋口 範雄	東京大学大学院法学政治学研究科教授（法学）

<ワーキング・グループ委員>

甲斐 一郎	東京大学大学院医学系研究科教授、日本老年社会学会前理事長
清水 哲郎	東京大学大学院人文社会系研究科教授
飯島 節	筑波大学大学院人間総合科学研究科教授、日本老年医学会倫理委員会委員長
諏訪さゆり	千葉大学大学院看護学研究科教授、日本老年看護学会理事
西村美智代	埼玉県認知症グループホーム・小規模多機能協議会会長 NPO 生活介護ネットワーク代表理事
二宮 英温	NPO CIM ネット理事長
結城 拓也	社会福祉法人サン 社会福祉士・介護支援専門員
会田 薫子	東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター特任研究員

シンポジウム・プログラム

開会の辞 13:00～(5分)

東京大学教授、日本老年社会科学会前理事長、本事業ワーキンググループ代表 甲斐 一郎

第1部 シンポジウム 13:00～15:15

座長挨拶 (5分)、講演1～4 (各20分)、指定発言 (10分)、質疑 (35分)

「人工栄養法と看取り医療」

座長： 国立長寿医療研究センター病院長、日本老年医学会理事 鳥羽 研二
東京大学教授、日本老年社会科学会前理事長 甲斐 一郎

講演1： 東京医科歯科大学教授、日本老年歯科医学会理事 下山 和弘

講演2： 佐久大学教授、日本老年看護学会副理事長 堀内 ふき

講演3： 国際医療福祉大学教授、PEG ドクターズネットワーク理事長 鈴木 裕

講演4： 東京大学教授、厚労省「終末期医療の決定プロセスガイドライン」座長 樋口 範雄

指定発言： 筑波大学教授、日本老年医学会倫理委員会委員長 飯島 節

<休憩 (15分)>

第2部 鼎談 15:30～16:50 鼎談 (60分)、質疑 (20分)

「ひとりの生活者として生老病死を思うとき」

東京大学老年医学教授 大内 尉義
東京大学宗教学教授 島菌 進
東京大学死生学特任教授 清水 哲郎

モデレーター： 東京大学死生学・応用倫理センター特任研究員 会田 薫子

閉会の辞 (10分)

東京大学教授、日本老年学会・日本老年医学会理事長 大内 尉義

総合司会： 埼玉県認知症グループホーム・小規模多機能協議会会長 西村美智代
社会福祉法人サン 社会福祉士・介護支援専門員 結城 拓也

第1部 シンポジウム

「人工栄養法と看取り医療」

座長：鳥羽 研二
甲斐 一郎

講演1：下山 和弘

講演2：堀内 ふき

講演3：鈴木 裕

講演4：樋口 範雄

指定発言：飯島 節

座長

鳥羽 研二 (とば けんじ)

現職：独立行政法人 国立長寿医療研究センター 病院長

略歴：

昭和 53 年 東京大学医学部医学科卒業
昭和 59 年 東京大学医学部助手
昭和 63 年 テネシー大学生理学研究員
平成 8 年 フリンダース大学老年医学研究員
平成 8 年 東京大学医学部 助教授
平成 12 年 杏林大学医学部高齢医学 主任教授
平成 18 年 杏林大学病院 もの忘れセンター長 (兼任)
平成 22 年 国立長寿医療研究センター病院長、もの忘れセンター長 (併任)

専門：老年医学

主要著作：

『まちがいだらけのアンチエイジング』 朝日新書
『認知症安心生活読本』 主婦と生活社
『高齢者総合的機能評価ガイドライン』(監修執筆) メディカルビュー社
『介護予防ガイドライン』(監修執筆) メディカルビュー社
『高齢者の安全な薬物療法ガイドライン』 メディカルビュー社
『エンドオブライフケア』(監修翻訳) 医学書院
『高齢者を知る事典』(編集執筆) 厚生科学出版
『老年看護学』(監修執筆) 医学書院
『老年学テキスト』(監修執筆) 南江堂
『高齢者診療 ポケットメモ』(編集執筆) 南江堂
『誤診しやすい老人の非定型的徴候』 メディカルビュー社
『老年症候群』(編集執筆) メディカルビュー社
『ウィズ・エイジング』 グリーン・プレス
『誤嚥性肺炎』(編著) 医歯薬出版、他多数

ホームページ URL : <http://www.ncgg.go.jp/>

甲斐 一郎 (かい いちろう)

現職：東京大学大学院医学系研究科教授

略歴：1977 年東京大学医学部卒業、1997 年より現職

専門：社会老年学

主要著作：

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.* 70(4):616-622, 2010

ホームページ URL : <http://square.umin.ac.jp/sg/>

高齢者の終末期における口腔のケア

下山和弘

QOLと口腔の健康(口腔機能)と間には密接な関連があることはよく知られています。認知症と口腔との関連も報告されています。たとえば、アルツハイマー病の危険因子として歯の喪失をあげている研究があります。口腔・全身の健康の維持のためには「口腔ケアが大切である」と保健・医療・福祉などの分野で指摘されています。口腔ケアとは狭義には口腔清掃(汚れの除去)ですが、広義には口腔に関するケアすべてといわれています。現在は口腔機能の維持・向上が強調されるようになってきています。口腔ケアは口腔の健康のみならず全身の健康や日常生活にとって不可欠のものといえます。

認知症の方は口の中が痛い食事や歯磨きを嫌がることがあります。食べる楽しみの喪失はQOLに大きな影響を与えます。しかし、認知症になると、食べるのが徐々に難しくなってきます。食べる機能を維持できるように、たとえ一口でも食べる楽しみが維持できるように口腔ケアを実施していくことが大切です。口腔ケアはセルフケアが基本ですが、家族・介護者によるケア、歯科医師・歯科衛生士が行う専門的なケアにより、たとえ終末期になっても高齢者の口腔の状況を維持・改善していくことが大切です。

下山 和弘 (しもやま かずひろ)

現職: 東京医科歯科大学歯学部口腔保健学科生涯口腔保健衛生学講座高齢者口腔保健衛生学分野教授

略歴:

昭和 54 年 東京医科歯科大学歯学部歯学科卒業

昭和 58 年 東京医科歯科大学大学院歯学研究科修了 (歯学博士)

平成 8 年 日本老年歯科医学会理事

平成 16 年 東京医科歯科大学歯学部口腔保健学科高齢者口腔保健衛生学分野 教授

専門: 高齢者歯科学、歯科補綴学

主要著作:

下山和弘: 改訂第 3 版老年医学テキスト. 社団法人日本老年医学会編集, 575-579, メジカルビュー社, 東京, 2008.

下山和弘: 日本老年歯科医学会監修口腔ケアガイドブック. 41-43, 60-62, 94-100, 103-107, 120-125, 138-139, 178-182, 下山和弘・米山武義・那須郁夫編集, 口腔保健協会, 東京, 2008.

下山和弘: 日本老年歯科医学会監修高齢者歯科診療ガイドブック. 下山和弘・櫻井 薫・深山治久・米山武義編集, 23-26, 27-34, 52-55, 170-171, 192-194, 口腔保健協会, 東京, 2010.

認知症の人への終末期看護・看取り看護について

堀内ふき

私たちは、老年期を迎え、少しずつ加齢変化を自覚し、親の亡くなった時の年齢に近づいてきますと、それまで以上に、自分はどう死を迎えるのだろうか、意識するようになります。そして、寿命が延びるということは、認知症になる確率も高くなるということであり、がんによる終末期の課題とは違う、認知症の終末期の在り方が課題になってきます。

私は、在宅で看取りを果たした家族と病院で看取りをした家族への調査や、特別養護老人ホームでの看取りに関する調査、さらには認知症高齢者に対するケアの在り方、両親の死などを通して、終末期ケア・看取り看護などについていろいろ考える機会を得てきました。

胃ろうなどによる人工的な水分・栄養補給をどのように考えるか、本人や家族の意思をどう支えていくのか、また、それらを行う・行わないに関わらず、看護職としての役割・技術は何なのかについて考えてみたいと思います。なかなか食事が進まない、あるいは食べられない人への関わりを、経口かそれ以外かという二者択一ではなく、その人の生活を全体的にとらえることが重要です。この人にとって何が幸せなのか、どう関わることでその人の生きる意欲を引き出せるのか、食べることを楽しみとできるのかなど、看護職はどのような看護を実践しているのか、できているのかについて、例を挙げて考えてみたいと思います。そして、医療処置等によって高齢者の体やこころが苦痛を伴うことがないような看護ケアの在り方を考えてみたいと思います。

堀内 ふき (ほりうち ふき)

現職：佐久大学看護学部看護学科教授

略歴：1972年3月に聖路加看護大学卒業。1975年神経研究所附属晴和病院勤務等を経て、1980年より東京都老人総合研究所看護学部門助手・研究員。1992年日本女子大学大学院研究科修了（修士（社会福祉学））。1995年から茨城県立医療大学助教授、2000年より教授。2010年より現職。

日本老年看護学会副理事長、日本老年社会科学会理事、日本認知症ケア学会理事・他、**専門：**老年看護学（終末期ケア、施設ケア、認知症ケアなど）

主要著作：『認知症ケア標準テキスト—認知症ケアの実際Ⅰ総論、Ⅱ各論』（ワールドプランニング 2007）、『高齢者の健康と障害』編集・執筆（メディカ出版 2011）、『高齢者看護の実践』編集・執筆（メディカ出版 2011）、『在宅看護論』（放送大学教育振興会 2011）、『看護学事典』責任編集・執筆（看護協会出版会 2011）、『老年医学の基礎と臨床Ⅰ』（ワールドプランニング 2008）、『人間理解のためのアプローチ』（医学書院 2001）、『老年者の生活と看護』編集・執筆（中央法規出版 1996） など

胃ろう栄養法の是非を問う ― 見直し、中止は日本に馴染むか

鈴木 裕

1994年に私は静岡県にある富士中央病院ではじめてPEGを行った。夜11時過ぎの救急外来の前で、経鼻胃管が抜けないように鼻に針糸でチューブと連結されている患者を見かけた。主治医は後輩の内科医。「牛じゃあないのだから鼻を縫うのは可哀相じゃないの」と僕が言うと、「先生、2週間に一度の夜中の外来でチューブを入れ替えるんですよ。僕の身にもなって下さいよ。」「確かにそれは辛いけれど、患者はチューブが嫌だから抜くんじゃないの」考えて見ればそれがPEGとの真の意味での出会いだった。

翌日、PEGを行い、嘘のように患者は元気になり家族からは感謝。内科の後輩からもこれは良いとの賞賛。PEGの依頼は、医者よりも患者家族の方が圧倒的に多く、外来も紹介状なしでの直来。1年間に約200例のPEG。その年は全国で500例の施行件数からすると異常な数。患者家族会も発足し、地域で患者さんを支える体制も少しずつ整う。静岡の研究会では、看護師、訪問看護師、耳鼻科医、外科医、内科医、患者、患者家族がPEG医療についてのパネルディスカッション開催。10数年前にこのシステムは驚き。静岡はいきなりPEGの先進地域に変貌。私個人としては、患者や家族、また訪問看護師からは、在宅医療はなんぞやといった現場を学ぶ。

その時、私はPEGは間違いなく医療改革と確信。こんなに簡単な手術が、これだけの結果をもたらすのは見たことがない。PEGは、まず患者さんの苦痛を和らげる、そして家族の負担も軽減、医療費も削減、患者さんのリハビリにも有効、さらには住み慣れた家にも帰れる。こんなに素晴らしいものを日本に普及させなければならぬと真剣に思う。

それから10数年が経過。確かにPEGの医療としてのポテンシャルティーは相当のもの。ただ、そのポテンシャルティーの高さがいくつかの弊害を招いている？ひとが死ねない。ひとが長らえてしまうのである。従来の医療の目標は、生存期間を延長させること、それが未曾有の高齢社会を向かえた日本には、再考の余地あり。日本の現状は、医療の本質を変える決断を迫られているのかもしれない。死をもって医療の敗北とするならば、今まで医療は一度も勝ったことがない、全線全敗である。日本の高齢者医療は、前例のない状況に突入している。予てより日本は欧米の医療をいち早く吸収してきた。それが、今回ばかりは欧米の模倣が難しい。なぜならば、欧米では、高齢者や嚥下障害患者のPEGによる延命効果は少ない。それに対して、日本はPEGによって明らかに寿命が延びている。これは平成22年度の厚労省の科研費事業で明らかになっている。

日本におけるPEGを整理すると、

- 1 欧米に比べて明らかに生命予後を向上させる
- 2 元気が出て再び食べられるようになるひとがいる
- 3 中心静脈栄養や経鼻胃管からの経腸栄養と比べて在宅や施設に移りやすい
- 4 中心静脈栄養より医療費が圧倒的に少ない

けれども病気が進行すれば意識がなく長らえる患者も出ている。このような患者さんが今後急増することは確実。

本日は日本のデータをもとに日本人の高齢者医療を議論しようではありませんか。

鈴木 裕 (すずき ゆたか)

現職：国際医療福祉大学教授・外科上席部長

NPO 法人 PDN 代表理事

略歴：

1987 年東京慈恵会医科大学卒 2000 年同大学外科学講座講師 2005 年同大学外科医局長
2008 年国際医療福祉大学外科教授 2001 年 NPO 法人 PDN 設立、代表理事。

日本外科学会専門医・指導医 日本消化器外科学会専門医 日本消化器内視鏡学会専門医

専門：消化器外科、内視鏡外科、緩和医療

主要著作：『おなかに小さな口』 PDN、『外科医のための術後疼痛管理』 総合医学社

『緩和内視鏡治療』 医学書院

主要論文：

Suzuki Y et al Bisphosphonate Incadronate Prevents Total Gastrectomy-induced Osteopenia in Rats. BONE 2004;35:1346-1352.

Suzuki Y et al Alendronate improves vitamin d-resistant osteopenia triggered by gastrectomy in patients with gastric cancer followed long term. J Gastrointest Surg 2005;9(7):955-60.

Suzuki Y et al Hand-assisted laparoscopic and thoracoscopic surgery (HALTS) in radical esophagectomy with three-field lymphadenectomy for thoracic esophageal cancer. Eur J Surg Oncol 2005;31(10):1166-74.

Suzuki Y, et al A Survey of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy in 202 Japanese Medical Institutions. JMAJ 2006;9(3):94-105.

Suzuki Y et al Covering the Percutaneous Endoscopic Gastrostomy(PEG)Tube Prevents Peristomal Infection. World J Surg 2006 Jul 21;30:1459-1467

Suzuki et al A Case of Stage IV Gastric Cancer: Long-term remission achieved with S-1 mono-chemotherapy. JMAM 2006 May/Jun;49(5・6):219-223

Suzuki Y et al The sky blue method as a screening test to detect misplacement of percutaneous endoscopic gastrostomy tube at exchange Inter med 2009;48(24):2077-81.

Suzuki Y et al Total Enteral Nutrition Facilitates Wound Healing Though Preventing Intestinal Atrophy, Keeping Protein Anabolism and Suppressing Inflammation Gastro Res 2009; 2(4): 224-231

Suzuki Y et al Survival of geriatric patients after percutaneous endoscopic gastrostomy in Japan. World J Gastroenterol 16(40): 5084-5091. 2010

ホームページ URL : <http://www.peg.or.jp/index.html>

終末期医療と法の利用

樋口 範雄

終末期医療において、法の存在ゆえに、本来あるべき医療が実現されないケースがあるといわれます。具体的には、終末期医療を受けている患者とその家族、さらに医療者が、一定の処置（例としては人工呼吸器・胃ろう）に意味がないと考えても、それを中止することができない、あるいは中止をためらわせる状況があるというのです。しかも、その理由が医療的問題や倫理的葛藤にあるのならまだしも、そうではなく、法によって禁止されているから、嘱託殺人罪や殺人罪の疑いがかけられるからというのです。

この状況は、患者・家族・医療者にとって不幸なことです。安らかな死を妨げられている患者・家族ばかりでなく、「法のおそれ」は不作為の場合にはそれほどの感じられないとして、本来ならすべき治療をためらわせることになっている可能性すらあります（その場合は、法が患者を殺していると言っても過言ではありません）。そして、このような状況は法にとっても不幸というほかありません。本来、法はこれらの人たちを支援するために存在するものだからです。

しかし、わが国における法の利用は、ほとんどの場合、事後的かつ威嚇的なものです。そうではなく、事前にもっと穏やかな形で法を利用することができないものでしょうか。

本報告では、そのような利用法が可能であるとの提言を行います。一例だけ示すと、次のような前提条件が満たされた場合、

- ・延命治療としてすでに十分な治療を行ったが、回復は不可能なこと。
- ・問題となっている処置が、患者にとっては利益となっていないこと。
- ・延命治療の中止について、患者・家族に明確な判断があること。
- ・医療上の判断が、繰り返し複数の医療者によって行われていること。
- ・場合によってはすでに倫理委員会でも中止が容認されていることなど。

次のようなことを試みる人がいてもいいのではないかということなのです。

原告は患者・家族、被告は医師・病院として、債務確認訴訟を提起します。この場合の債務確認とは、医療処置中止を約束する文書を取り交わしておいて、それが有効であることの確認です。裁判所の是認が事前に得られるようなら、問題は、あらためて純粋に医療と家族に帰ってくることになり、そうであるべきだという法のあり方です。

樋口 範雄

現職：東京大学大学院法学政治学研究科教授

略歴：1951年生まれ

専門：アメリカ法、医事法、信託法

主要著作：『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

「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」 (改訂案) について

飯島 節

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」を受ける権利を有しています。日本老年医学会は、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2001年に発表いたしました。当時は、まだ死や終末期について議論することをタブー視する傾向がありましたが、最近ではそうしたことをテーマにする書物も増え、マスコミで取り上げられることも多くなってきました。人びとの間にも、いたずらに命を引き延ばすよりも、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ます。また、2000年に介護保険制度が発足して以来、居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広げられつつあります。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、胃瘻に象徴されるように、高齢患者やその家族の意思を十分に確認することなく医療処置が行われる傾向もあります。そこで、日本老年医学会倫理委員会では、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、より実情に即した「立場表明」に改訂することにしました。本日は、その改訂案を紹介させていただきます。

飯島 節 (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

略歴：

1977年京都大学医学部医学科卒業、京都大学医学部附属病院老年科研修医、1978年彦根市立病院内科医員、1979年東京都養育院附属病院神経内科医員、1981年京都大学大学院医学研究科、1985年滋賀県立成人病センター附属病院神経内科副医長、1987年東京大学医学部老年病学教室助手、1991年米国国立老化研究所客員研究員、1994年老人保健施設マロニエ苑施設長、1995年国際医療福祉大学保健学部教授、1998年国際医療福祉病院副院長、2000年4月より現職

専門：高齢者の認知症、脳卒中、リハビリテーションなど

主要著作：

『老年学テキスト』(南江堂)、『神経内科学テキスト』(南江堂)、『老年医学テキスト』(メジカルレビュー社)、『認知症高齢者の心にふれるテクニックとエビデンス』(紫峰図書)、『最近ぼけてきた』(読売新聞社)など(以上すべて共著)

第2部 鼎談

「ひとりの生活者として生老病死を
思うとき」

大内 尉義

島 蘭 進

清水 哲郎

モデレーター：会田 薫子

医師としての人生と、人間の生と死

大内尉義

大学に入って上京したのは昭和 42 年のこと。昭和 48 年に医学部を卒業して医師となった後、当然のことですが、職業として直接人間の生と死にかかわるようになり、これまで大勢の方を治療し、また看取ってきました。医師の使命はもちろん人間の生を保つことです。したがって、患者さんの死は医学の敗北であり、自分の無力さと医学の限界を嘆いたものでした。しかし、昭和 61 年に内科から老人科（現・老年病科）に移り、老年医学に携わるようになった後、必然的に「老化とは？」という問題に直面し、また高齢者医療の現場を経験するようになってから、これまで生きてきた人生の総決算としての「死」をいかにお手伝いするかが、医師のもう一つの使命としても大変重要であることに今更ながら気づいた次第です。

人間の「生」と「死」に対する今までの私の目線はこのように常に職業的なものでした。今まで自分の死というものをまともに考えたことはなかった私も 62 歳の半ばを過ぎ、ようやく残りの人生とその終末を意識するようになりました。自分が生きてきた証をどのように残していけるかが、実は「死」が永遠の「生」につながるポイントと考えるこの頃です。死と生について深く哲学的な考察をしたことのない私にこの鼎談が務まるのか大変不安ですが、日頃感じていることを素直に述べたいと思います。

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、東京大学保健・健康推進本部長

略歴：昭和 48 年、東京大学医学部卒業。研修医を経て、昭和 51 年第三内科に入局した後、三井記念病院に出向し、内科、特に循環器の臨床を研鑽。昭和 54 年帰局し、高血圧の研究に従事した後、昭和 60 年よりテネシー大学医学部生理学教室に留学し、高血圧の性差に関する研究を行った。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も兼任している。また、日本老年医学会理事長として、わが国における老年医学のさらなる発展に向け努力している。

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）、『病気予防百科』（日本医療企画）、『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）、『老年医学の基礎と臨床 2 認知症学とマネジメント』（ワールドプランニング）、『新老年学 第 3 版』（東京大学出版会）

近代日本人の死生観と自分

島 蘭 進

宗教学を学んで来ましたが特定宗教に身を置くことがありませんでしたし、長く宗教実践を続けることもありませんでした。死後のことや死者との交流についても頭で学ぶことはありますが、身についた思想はありませんでした。両親が亡くなって死はだいぶ身近なものとなりました。そして自ずから死生観らしきものも形を整えてきたように感じています。死に直面して堅固な信念で向き合えるとはどうてい思えません。ですが、死に面して生きた先人たちに接し、あるいは死についての言葉を残した人たちについて、親しみをもって記憶することが増え、ストックができたようです。必要なのは考えるネタでありイメージではないでしょうか。しっかりとした信念ができればそれに越したことはないでしょうが、多くの人たちが死者をめぐって繰り広げてきた思考や実践が次々に浮かんでくるようなら、寂しさがまぎれるのではないのでしょうか。というわけで 50 歳を過ぎて死生学に取り組むようになったのは、周囲の人々には忙しくなってえらい災難だと言ってきましたが、実はたいへん幸運だったようにも思います。

島 蘭 進 (しまぞの すずむ)

現職：東京大学大学院人文社会系研究科・教授

略歴：

最終学歴——東京大学大学院人文科学研究科博士課程単位取得退学。

職歴——筑波大学哲学思想学系研究員、東京外国語大学助手・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。カリフォルニア大学バークレイ校留学（1984－85 年）。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・カフォスカリ大学客員教授。

専門：宗教学、近代日本宗教史

主要著作：

『現代救済宗教論』（青弓社、1992）、『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、1997）、『時代のなかの新宗教』（弘文堂、1999）、『ポストモダンの新宗教』（東京堂出版、2001）、『〈癒す知〉の系譜』（吉川弘文館、2003）、*From Salvation to Spirituality* (Trans Pacific Press, 2004)、『いのちの始まりの生命倫理』（春秋社、2006）、『宗教学キーワード』（共編著、2006）、『スピリチュアリティの興隆』（岩波書店、2007）、『宗教学の名著 30』（筑摩書房、2008）、『国家神道と日本人』（岩波書店、2010）

ホームページ URL：<http://shimazono.spinavi.net/>

生活者としての実感を、実践的研究につなげる

清水哲郎

中学生のころ、父方の祖母が認知症で寝たきりとなったのを覚えています。母は仕事をしていたので、大変でした。祖母にとってもつらい日々だったと思います。最期の夜は私のベッドに寝かせて看取ったことを覚えています。あの頃と比べると、昨今は環境が随分よくなりました。昨年秋に、妻の母を看取りました。認知症が発症して、独りで暮らせなくなってから10年あまりでした。最後の3年間が大変でした。介護保険をフルに使っても、家族に相当な負担がかかりました。家計にも大きく響きました。でも、終わってみると、本人にとっても家族にとっても、人間としてよい時間だったと思います。自分の終りについても、それなりに考えました。私たち生活者が、人の最期の生き方について、どう理解したらよいか、身をもってケーススタディしたようなものです。だんだん食べなく／食べられなくなるという問題も、もちろん起きました。——鼎談では、こういったことを思い返しつつ、私自身の場合をお話ししたいと思っています。今、私は高齢者ケアにおける意思決定プロセスについて、食べられなくなったらどうするかということを中心にガイドラインをつくる作業をしておりますが、それにはこういう生活者としての実感が背景にあるのです。

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（うえひろ）
死生学講座 特任教授

略歴：

東京大学理学部天文学科卒業後、哲学を志し東京都立大学へ（文学博士）。都立大学助手、北海道大学助教授、東北大学教授を経て、2007年度より現職。

日本医学哲学・倫理学会会長（2008年～）、第15回日本臨床死生学会大会長（2009年）をはじめ、日本生命倫理学会、緩和医療学会、日本哲学会、日本倫理学会、中世哲学会で、理事等を歴任。

専門：臨床倫理学、臨床死生学、中世哲学、キリスト教思想史

主要著書：

『医療現場に臨む哲学』、『医療現場に臨む哲学 2 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）、『生命と環境の倫理』（編著、放送大学教育振興会）、『ケア従事者のための死生学』（島菌と共編著、ヌーベルヒロカワ）、『オッカムの言語哲学』（勁草書房）、『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）等。

ホームページ URL：<http://www.l.u-tokyo.ac.jp/~shimizu/index.html>

鼎談の趣旨について

会田薫子

本シンポジウムのテーマの副題に、「死生観を見つめて」とあります。ですが、「あなたの死生観は？」と問われて、すぐに返事ができる人は多くないと思います。一言で「死生観」といっても、文脈や時代によって、その言葉の意味や射程は実に多様であるように思われます。自分自身の死生観を見つめようとするとき、私たちは何をどう考えようとするのでしょうか。今日は、みなさん自身の死生観を探る手始めとして、死生に関する身近で具体的な問題について、ご一緒に考えてみたいと思います。

この鼎談では、三人の教授に、一人の生活者としての日常のなかで、自分や家族の死生に関する問題に向き合ったときに何を思ったかを語り合ってください。各々の分野においてトップレベルの学識経験者であるこの三人にも、ひとりの生活者としての日常があります。親を看取ること、やがて自分や配偶者も高齢になること、認知症になったり、寝たきりになる場合もあることに、何を思っておられるのでしょうか。学識経験はどのように影響しているのでしょうか。ひとりの生活者として、生老病死をどうお考えのでしょうか。超高齢社会に生きる高齢者にとって希望とは何でしょうか。死生に関する率直な語りとその相互作用によって、何が見えてくるのでしょうか。そして、あなたは何を思うのでしょうか。

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 特任研究員

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 フェローを経て現職

専門：医療倫理学、臨床死生学、医療社会学

主要著作：

『延命医療と臨床現場 —人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学』東大出版会（単著、2011）

『死生学シリーズ5 医と法をめぐる生死の境界』東京大学出版会（共著、2008）

『日米の医療—制度と倫理』大阪大学出版会（共著、2008）

『事例から学ぶ — はじめての質的研究法 医療・看護編』東京図書（共編著、2007）

『高齢社会を生きる 老いる人／看取るシステム』東信堂（共著、2007）

“New organ transplant policies in Japan, including the family-oriented priority donation clause.” *Transplantation* 91:489-491,2011.

“Physicians’ psychosocial barriers to different modes of withdrawal of life support in critical care: A qualitative study in Japan,” *Social Science & Medicine* 70:616-622,2010.

“Japan approves brain death to increase donors, but will it work?” *Lancet* 374:1403-1404, 2009. 他

ホームページ URL：<http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/ahn/aita.html>

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 (ワーキング・グループ試案)

本ガイドライン試案について

現在、社団法人日本老年医学会が実施主体となって、厚生労働省平成 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」を行いつつあります。高齢者ケアにおいて、食べられなくなった時に人工的水分・栄養補給法を導入するかどうか、導入するとすれば、どのようなやり方にするかは、臨床現場において迷い・悩みの多い問題です。これをどう考えたらよいかについて、関係者たちの共通理解を形成していくことは、喫緊の課題です。本事業は、同じく日本老年医学会を実施主体とする平成 22 年度老人保健健康増進等事業において、そうした問題の実情の調査を行いました。それを受けて、本年度はガイドライン案を作成し、それを日本老年医学会への提言とすることを目指しています。

そこで、本事業のワーキング・グループは、これまで同グループ内で練り上げてきたガイドライン試案を、ここに公開することとしました。したがって、これは本ワーキング・グループによる試案段階のものであり、本事業としての結論ではありません。このようなものをこの段階で公開するのは、広くみなさまのご意見をいただき、ガイドライン案をよりよいものへと練り上げていくためです。そして、本事業の検討委員会の審議を経て、本事業としての結論を出すことを目指しています。その成果は、日本老年医学会に本事業からの提言として答申する予定です。

このようなわけで、皆さまには、本試案をご検討いただき、忌憚のないところをコメントとしてお寄せいただきたく、ここにお願いする次第です。

平成 23 年 12 月 4 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

○大内 尉義
鳥羽 研二
太田 喜久子
甲斐 一郎
清水 哲郎
島藺 進
樋口 範雄

ワーキンググループ

○甲斐 一郎
清水 哲郎 (ガイドライン担当)
飯島 節
諏訪 さゆり
西村 美智代
二宮 英温
結城 拓也
会田 薫子

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（artificial hydration and nutrition／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よいと思われるだろう。だが、人工的栄養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、認知症終末期の患者への AHN 導入について、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ている¹⁾。困惑の原因としては、医学的妥当性がはっきりし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。

【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い場合、適切な意思決定プロセスを辿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歩一歩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辿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ることはないとも考える。

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、本人が高齢であるために生じる特徴的な事情があり、また、AHN 導入に特徴的な事情もあり、これによって高齢者ケアにおいて、また 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、①高齢者の場合に配慮しつつ、医療・介護における意思決定プロセス一般についての指針を示し、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、③AHN 導入（と撤退*）をめぐる選択における留意点を挙げる。

* 「撤退」とここで仮に呼んだのは、一般に「中止」と呼ばれること(withdrawal)であるが、中止という語が一般市民に誤解を与えるおそれがあることから、別の表現を使っている。

〔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・介護従事者は、患者本人およびその家族とのコミュニケーションを通して、関係者（当事者）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、身体的生命が不可侵の価値をもつからではなく、本人の人生が生きがいのある、前向きに生きられる状況である限り、より長く続いたほうが良いという価値観が私たちの文化において支配的であるからにほかならない。医療・介護従事者は、このような価値観に基づいて、本人にとって真に益となる途を、個別事例ごとに見極める努力をする。

3. AHN 導入に関する意思決定プロセスにおける留意点

AHN 導入をめぐる、何もしないことを含め候補となる選択肢を挙げて、公平に比較検討し、医療ケアチームと本人・家族の双方が納得して合意できる点を求めて、コミュニケーションを続け、医学的に妥当であり得ることは当然のことながら、なにより本人の意向（推定も含め）と人生にとっての益・害および家族の負担や気持ち、また可能な生活環境の設定等を考え併せて、個々の事例ごとに最善の選択肢を見出す。

1. 医療・介護における意思決定プロセス

☆ 医療・介護従事者は、患者本人およびその家族とのコミュニケーションを通して、関係者（当事者）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。

「医療・介護従事者」とは、社会的な職務として本人および家族へのケアを提供している医師、看護師、MSWをはじめとする医療従事者、ケアマネージャー、介護福祉士等の介護従事者を指し、問題となっている選択への関わり方の程度（＝当事者性の度合い）に応じ、またそれぞれの専門性ないし職務に応じて、決定プロセスへの関わり方の適切なあり方も決まる。

例えば、ある治療をするかどうかを考えている場合、その治療に実際に関与する医師、看護師ら医療チームは当事者であるが、後方支援の薬剤師までが本人・家族との話し合いに参加しなければならないわけではない。他方、病院内緩和ケアチームの薬剤師は、疼痛コントロールに携わる際に、どのような薬剤の使い方をするかについての意思決定に深く関わることになる。

「家族」とは、本人の人生と深く関わり、生活を共にするなど、支え合いつつ生きている人々を指すのであって、単に戸籍上のつながり、ないし血縁関係があるという形式上のことだけで決まるものではない。とはいえ、家族以外の親族は、いずれ本人に代って法的権利を行使する可能性がある立場であることもあり、また、現在は疎遠であっても、当人たちは深いつながりを感じているということもあるため、本人および家族との実際上の関係の深さ、および当人たちが意思決定プロセスにどれほど積極的に関わろうとしているかの程度に応じて、「家族」に準じて遇することが現実的である。

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に努めつつ、本人・家族とのコミュニケーションを進める。

1.1.1 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、その段階で直ちに本人・家族との話し合いを始めるとは限らない。たとえば、その段階で直ちに話を持ち出しても、本人・家族が考え難いと思われる場合、当初は医療・介護の専門家として、チーム内でプロセスの進め方について確認するにとどめておく。他方、本人の事前指示が望ましい場合や、今後の人生・生活の見通しを立てつつ、どのようなケアを受けたいかを本人・家族と話し合いながら考えて行く（advance care planning）際にテーマとなるような問題であれば、早くから本人・家族との当該問題をめぐる話し合いを開始する。

1.2 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（＝問題となっている選択が当の家族の人生・生活に影響を及ぼす程度）に相対的である。

家族の生活を大きく左右するような決定については、たとえ患者本人の治療方針についての選択であっても、家族も参加している必要がある。例えば、在宅で過ごしたいと本人が希望しても、それが家族に介護負担をかける以上は、家族との合意が必要であって、担当の医療従事者と本人だけで決定するわけにはいかない。反対に、家族にほとんど影響しないような決定については、本人の意思確認ができる限り、家族が参加していなくても、決定できる。ここから、生死に関わるような決定は、たとえ家族に介護負担等の現実的な影響を及ぼさなくても、家族の人生の物語りに大きく影響するため、家族との合意が求められることになる。

1.3 患者本人は、合意を目指すコミュニケーションに、いつも責任ある一つの主体として参加できる（＝意思確認ができる）とは限らない。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て、合意を目指す。

② 家族の当事者性の程度**に依りて、家族にも参加していただく。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依りて、本人にも説明し、またその気持ちを大事にする***。

* 本ガイドラインが提示する意思決定プロセスは、厚労省の「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/座長 樋口範雄教授）の主張を、次の点で踏襲している。すなわち、①医師（主治医等）が単独で決定をするのではなく、医療ケアチーム（医師・看護師・MSW）として対応すべきだとする、②本人・家族とコミュニケーションを通して合意を目指すというプロセスを提示する、そして③「何はして良い・何は悪い」というような仕方でもの是非を判断するのではなく、適切な決定プロセスを辿って選択に到ることこそが肝要であるとする、といった諸点である。これらは単に終末期医療にとどまらず、本人の生き方にかかわるような医療上の決定プロセスにも妥当する。

本ガイドラインは、上記ガイドラインの方向をさらに推し進めるべく、若干の改訂（ないし、表現上の曖昧さに対する推敲）を加えている。その一つがこの部分、すなわち、本人の意思確認ができるかどうかで、本人と話し合うか、家族と話し合うかを確然と区別するのではなく、両者が可能な限り一緒に意思決定プロセスのための話し合いの席につくようにした点である。

** 本人の物語られるのち（以下の2を参照）に大きく関わるような意思決定プロセスにおいては、家族はほとんどの場合、次のような意味で当事者である。すなわち、①本人の罹患は家族の人生にも影響し、時に家族へのケアが必要となる（例えば、「緩和ケア」においては、家族は本人と共にケアの対象とされている）、②その療養に際して家族はケアの担い手となることが期待されている、③多くの場合、家族は本人の生き方、好みをよく知っていると考えられており、本人の代弁者として期待される。本人の意思確認ができる状況でも、家族はこのようなあり方で当事者である以上、決定に参加していただくのが妥当である。ただし、家族がそのような立場にない場合（つまり当事者性が低い場合）は、この限りではない。

*** 例えば認知症が進んで、理性的に自らの将来を見通しつつ、選択をすることはできなくなっている方も、不快なことは嫌であるといった気持は残っている。それを無視して、家族とだけ話し合えば良いというものではないだろう。また、かつて責任ある選択ができた時に一定の意思表示をしていたとしても、認知が進んだ段階で、それと両立しない振舞いをすることもある。その場合に、かつての理性的な判断に従えば良いというものでもない。本人の現在の気持ちをも尊重すべきなのである。

1.4 本人の意思ないしその推定のみには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についての家族およびケア提供者たちの判断との双方で、決定を支えていく必要がある。また、本人の最善に加えて、家族の負担や本人に対する思いなども考慮に入れる。

1.4.1 家族は一般に本人のことを良く知っており、本人の意思を代理するのに適していると考えられているが、実情は必ずしもそうでない。したがって、家族の発言だけで本人の意思を推定することは慎重にする。

1.4.2 何が最善かは、単に本人独りで決めるものではない。というのは、私たちの文化には、各自は相互に独立してばらばらに生きており、したがって何が良いかは当の本人がきめるという考え方や、皆が支え合って共に生きている、したがって何が良いかについての共通理解が成り立つという考え方が並存しており、両者を適当なバランスをとって兼ね合わせるのが倫理的適切さには不可欠だからである。ことに、本人についての選択であっても、それが家族等、周囲の人々の人生に影響を及ぼす場合、この点に配慮が必要である。

1.4.3 本人の最善だけでなく、家族にとっての益や害も考慮すべきである。本人の最善のためなら、家族に過重な負担をかけていいというものではない。本人と家族を併せ考え、その最善を目指すのが適切である。もちろん、だからといって、家族の幸せな生活のために、本人のよい生を犠牲にするといったことがあってはならない。

1.4.4 本人の死後、できるだけ家族に悔いや心の傷が残らないようにするという観点を、現在の意思決定プロセスに入れることも、終末期ケアにおいては、死後悲嘆を見越した家族ケアとして位置づけられる。

1.5 医療・ケアチームは、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、本人・家族との合意を目指す。

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、本人の個別の人生の事情を考慮にいった、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、自らの人生の物語りに組み込み、必要な場合には人生の物語りを書き直し、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。

1.5.1 医療・ケアチームは、自らが持っている情報のうち、本人・家族が目下の選択を行うにあたって考慮に入れる必要があると思われる情報を、本人・家族に分るように、本人・家族の視点に立って丁寧に示す。

1.5.2 また、本人・家族の人生についての情報（人生計画、決定に際して本人たちが配慮している人生の事情、価値観など）を、目下の選択について本人・家族にとっての最善を考える上で必要な限りにおいて、得るよう努める。つまり、医療者側は、説明するだけでなく、傾聴する。このことを通して、また、本人・家族の思いを理解し、その適切な意思決定をどのように支えるかを考えもする。

1.6 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。

例えば、いくら本人・家族にとって最善の選択肢であっても、それが周囲の人々に大きな害を与えるおそれがある場合、社会的視点では、それを選ぶことは容認されないであろう。

1.7 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、相手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。また、相手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。

1.7.1 相手の最善を目指すことと、相手を自分たちの支配下でない独立した存在として尊重することと、双方の姿勢をもって対応する以上、相手にとってよかれと思うことを行いたい、相手が嫌がっている場合など、ジレンマがしばしば起きる。医療ケアチームはジレンマを通常のことと受け止め、どちらを優先するという問題解決ではなく、両立できるように、粘り強いコミュニケーションが望まれる。

1.7.2 医療情報は理性的なものであり、説明もまた理性的な仕方で行われる。だが、本人・家族は単に理性的であるわけではなく、むしろ大いに情を備え、情によって左右される存在でもある。したがって、相手の自律を尊重しさえすれば良いわけではなく、相手の気持ち——悲しみやつらさ、希望を見出したいという思いなど——を受け容れ、ケア的姿勢で対応する。また、相手の意向は確定したものとは限らないため、継続的なコミュニケーションを保つ。

1.8 医学的エビデンスがない場合、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標準的なものであっても、それをあたかも確実なものであるかのように本人・家族に提示してはならない。また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てはならない*。

*この点は、医学的エビデンスがどのようにして得られたかを考えれば明らかである。すなわち、それは、人々の個々の人生の事情は考慮から外して、その生物学的特徴にのみ注目してあるタイプの被験者を選び、無作為にグループ分けして行う比較対照試験（RCT）を通して得られたものである。したがって、エビデンスに基づいて、ある選択肢がもっとも益が大きく害が少ないと判断したとしても、その判断は個々の人生の事情を考慮に入れたならば、動く可能性があるからである。

1.8.1 本人にとっての最善は、医学的視点でいつも明確であるとは限らない。むしろ、多くの場合、エビデンスがなく、また、結果の予測は確率の問題で不確定であるため、これが最善であると、確定的には言えないことに留意すべきである。また、複数の選択肢が益と害のアセスメントの結果、同程度のものとして並ぶこともある。

1.9 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相手が嫌がることを強行することはできない

②相手がやってほしいと希望することであっても、相手ないし第三者*に許容限度を超えた害を及ぼすおそれがある場合は、相手の意向であるからといって応じなければならぬわけではない—ないし応じないことが適切である**。

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）。

* 本人と、第三者とでは、害の許容限度は異なる。本人は自分に害が及ぶことを承知の上で希望しているが、第三者は通常なんらかの害を受けることを了承していないからである。

** 「応じなければならないわけではない」と「応じないのが適切」と併記したことも「許容限度」の超え方に相対的である。例えば「私を殺してくれ」という希望には応じるべきではない。他方、「絶対無輸血で手術してくれ」という希望には、応じなければならないわけではないが、応じるという対応も許容範囲内であることがある。

1.10 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**。

*意思決定プロセスを進めて、一定の決定をするに至ったとしても、それで終わりとは限らない。決定にしたがった医学的介入を始めてからも、とりやめるということは珍しいことではない。例えば、胃ろうを造設しても、その後本人の身体機能・精神機能の向上により、本人が食べる意思を言語的、非言語的に示し、また家族も希望し、口から食べることへの挑戦がはじまるということもあれば、胃ろうを造設後、下痢や嘔吐、誤嚥性肺炎などのトラブルが起こり、胃ろう栄養法を中止するという場合もある。医療・介護従事者は、本人・家族に一旦決めて始めたことを取りやめたり、変更したりすることがあってもおかしくないということを態度でしめし、本人・家族が一旦達した決定に縛られないよう配慮する。

** 本人・家族が選択に関して揺れ動くことは当然のことである。最善を求めるからこそ、またある選択肢を選んだらどうなるかは多かれ少なかれ不確定であるからこそ、選択が定まらないのである。このように迷い、揺れ動いたということが、後になって本人・家族が「できるだけのことにはした」と思える結果になることもあり、医療・介護従事者は、そういう人間の心の動きを受容し、「それでいいのです」と認めつつ、ことを進める。

2. いのちについてどう考えるか

☆生き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、身体的生命が不可侵の価値をもつからではなく、本人の人生が生きがいのある、前向きに生きられる状況である(=それなりのQOLが保たれている*)限り、より長く続いたほうが良いという価値観が私たちの文化において支配的であるからにほかならない**。医療・介護従事者は、このような価値観に基づいて、本人にとって真に益となる途を、個別事例ごとに見極める努力をする。

*「本人の人生が生きがいのある、前向きに生きられる状況」であるかどうかは、QOL (Quality of life 生の質) 評価に連関する。評価尺度を設定して行うような場合のQOLは、一般的に人はどのような状態であれば自らの生を肯定するかについての知見に基づいて評価されるが(例えば、いろいろなことができる状態であれば評価は高くなる)、個々人のQOLを個別に問題にする場合には、こうした客観的な評価にとどまらず、本人が自分の生をどう評価するかという観点で評価される。

** 医学は生物学的視点で人の身体に注目して、生物学的生命の状態を把握し、評価しているように見えるが、実はその価値評価は、人の一般的な人生(いのちの物語り)にとって益となるかどうかに基づいているのである。このことを忘れて、ただ生物学的生命の存続に価値があるように誤解することが、しばしば、生死に関わる選択で誤る原因となっている。

人々は健康や寿命をめぐる望みを「元気で長生き!」と言い慣わしてきたのであって、ただ「長生き!」と言ってきたわけではない。医療・介護は「元気で長生き」という価値観を受けて活動する立場であるが、医学技術の高度の発達のゆえに、医療従事者も市民もいつからか「どういう状態であれ長生き」という価値観があたかも従来からある正当なものであるかのように思いこんでしまった。最近では、緩和ケアの考え方の浸透とともに、がんの終末期などにおいては「徒な延命」をよしとしない価値観が市民権を得てきているが、臨床現場によっては延命絶対視が根強いところもある。

2.1 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限りは、一般には避けることが本人の益になる。

だが、もはやそうした生が快復できず、本人にとって辛い、ないしは意識の非常に低い生が続くだけで、やがて死に至ることが避けられず、生命維持を目的とした医学的介入は、効果があったとしても死への最期のプロセスを引き延ばすだけだと看做される状況になった場合は、死に至る生の最期のプロセスは、そうした医学的介入の必要がない、ノーマルなものである*と看做すべきである。

* WHOによる緩和ケアの定義(1990、2002²)には、「緩和ケアは生を肯定し、かつ、死に到る最期の生(dying)をノーマルなプロセスと看做す」という一節がある。死が避けがたいものとなり、だんだん衰えていく際に、それを「状態が悪くなったのだから、何か医学的に介入できることがあるだろう」と考える人が多い。だが、医学的介入は死をしばらくの間先送りすることはできても、人としてのよい日々を送ることができるようにすることはできなくなった場合、「死に向かうプロセス自体はノーマルである(=医学的介入の必要がない自然なこと)と看做す」というのである。この場合、医療者の役割はその経過を見守り、「医学的介入の必要はありません」と素人である家族を安心させることであり、医学的介入は本人の苦痛の予防および緩和目的のものに限られる。「死はいかなる場合にも、ぎりぎりまで避けるべき悪である」という思い込みから、医学の専門家も、素人の市民たちも解放される必要がある。

2.1.1 医学的介入によって死を避けること、およびそれなりの QOL の保持・向上が可能であり、本人の人生の中でまだ終りの段階*ではない状況で、**本人の人生の物語りについて考慮しても医療者はその医学的介入が本人にとって最善だと考え続ける**ような場合、本人がその医学的介入を拒否していて、コミュニケーションを通してどうしても合意に達しない場合は、1.9 の考え方にしたがって選択をする。

* 「人生の中で終りの段階」とここで呼ぶ時期は、「終末期 (end of life)」より広い範囲を指している。つまり、今は死は差し迫っていないが、そこに向かって身体の機能が衰えるなどして、今後も下降線をたどる一方だと把握され、本人の人生の物語り全体をいくつかの時期に分けた場合、その終りの時期であると本人や親しい者たちが認めるようになっている時期である。したがって、人生の終りの段階であるかどうかは、確定的に判別されるものではない。本項は、まだそういう段階でない場合を扱っており、次項は、終りの段階の場合を扱っているが、その間は連続的である。

2.1.2 医学的介入によって死を当面は避けることができ、本人が前向きに生きることを支えるほどの QOL を保つことが見込まれるとしても、**本人の人生全体を見渡した場合に現在は終りの段階であると看做される場合**、本人の人生の物語りとして整合的であれば、その医学的介入をしないことを許容する。

* 医学的には根治的手術が可能であり、リスクはあるものの手術をしたほうが本人の今後の QOL にもよいと判断されるが、本人が高齢を理由に「もう手術を受けるというようなことはしないで、静かに余生を過ごしたい」などと言う場合、その理由は整合的と認められることが多いであろう。ただし、このような表に出た理由の裏に、周囲の都合（介護負担が面倒だというような）が隠れている場合がある。医療・介護従事者は、本人・家族と進める意思決定プロセスにおいて、本人の人生という観点での本人の利益を常に念頭におく必要がある。これは家族の都合を全く考えないということではなく、本人の生き死にと比べて適切な重みをつけつつ考えるという意味である。

2.1.3 医学的介入によって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としても、その**見込まれる QOL は本人が前向きに生きることを支えるほど高いかどうか疑わしく**、かつ、支えると確言できるほどの高さに快復することなく、疑わしい状態が続き、徐々に最期のプロセスへとつながると見込まれる場合、ここでその医学的介入をするかどうかは、本人の人生全体の把握（周囲の人々と共に創るいのちの物語り）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。

*例えば、経口摂取だけでは栄養状態が維持できなくなったときに、人工的栄養補給をするかどうかを考える場面がある。人工的栄養補給が本人の生命維持に有効であると思われるが、認知症の進行状態からして、本人は延びたいのちを本人らしく過ごせるかどうか、周囲の者は考えた上で、人工的栄養補給の導入について選択をすべきである。疑わしい場合、本人の人生全体を振り返り、現在の状況をその中でどう位置付けるかを、医療・介護従事者と家族で考える。その人生全体は、本人のいのちの物語りであり、周囲の人々と共に織りなすものであるから、本人に近い人々の思いをも反映しており、通常「もっと生きていて欲しい」、「このままだんだん衰えて最期にいたるのが、この人らしく、静かで、楽だろう」といった判断は、本人の人生を表している。

とはいえ、時に、親しい者の一方的で勝手な思い、勝手な物語りを本人に押し付けて、本人らしくない日々を強要する結果となることもあるため、医療・介護従事者は家族と進める意思決定プロセスにおいて、そうしたことにならないよう、本人の人生という観点でみた、本人の利益を常に念頭におく必要がある。

2.1.4 死へと至る最期のプロセスにおいて、死を先送りしようとする医学的介入は、本人を人間として苦しめること、弄ぶことであって、その尊厳に反しており、本人に対する虐待ともいえよう。

ただし、このような状況にあっても、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は必要である。これらは、《緩和ケア》の考え方であり*、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、本人ができるだけ楽に過ごせることを目指す——すなわち延命ではなく QOL を優先する。

* WHO による緩和ケアの定義（1990、2002²）は、「生命を脅かす疾患」に由来して、患者本人および家族に起っている諸問題を予防し、また緩和するという仕方で、「本人および家族の QOL を保ちあるいは改善する」ことを目指すという趣旨のことを謳っている。高齢者が加齢に伴って衰えて行くことは、確かに「生命を脅かす」事態であり、必ずしも「疾患」として括ることは適切ではないかもしれないが、ここで言われる緩和ケアの定義が該当するであろう。

同定義は緩和ケアの活動内容を枚挙してもいるが、そのリスト中で、上述の死への過程はノーマルだという理解に続けて「死を早めることも先延ばしにすることも意図しない」としている。つまり、積極的に死なそうとも、延命しようともしないということである。つまり、緩和ケアは QOL に注目するが、余命の長さは度外視するということである。ただし、このことは、QOL を保持し、あるいは高めようという介入によって、死期が早まったり、先延ばしになったりすることまでを否定しているわけではない。

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。すなわち、以下の諸点に留意する。

☆AHN 導入をめぐる、何もしないことを含め候補となる選択肢を挙げて、公平に比較検討し、医療ケアチームと本人・家族の双方が納得して合意できる点を求めて、コミュニケーションを続け、医学的に妥当であり得ることは当然のことながら、なにより本人の意向（推定も含め）と人生にとっての益・害を考え、家族の負担や気持ち、また可能な生活環境の設定等をも考え併せて、個々の事例ごとに最善の選択肢を見出す。

3.1. 本人と家族が、現状および AHN 導入に関して、何も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・家族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、なにより本人の人生のあり方に照らしつつ、さらに本人・家族の共に生きる人生の物語りに配慮しつつ、最善の道を選ぶことができるように支援する。

3.1.1 本人の利害が最優先に考慮すべきことであるが、家族の利害も考慮し、家族が耐え得ないような負担を負わされることのないように、また、逆に家族の利害のために、本人の生がないがしろにされることのないように、調整する。

3.2 AHN 導入をめぐる当該事例において候補となっている各選択肢が、当該事例においては何を指すものであるか——生命維持により、本人のよい人生が当面さらに続くことを目指す／本人ができるだけ快適に過ごせることを目指す／益のない AHN により本人の人生を歪めないことを目指す——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をまず考える。

3.2.1 栄養状態の維持、ひいては生命維持を目的とする AHN 導入は、それが有効に身体的生命の延長をもたらすというだけで本人にとって益になると判断するのではなく、生命が維持された場合の、本人の生活の今後の推移についての予想を行い、それが本人の人生にとってよりよいかどうかを、人生全体の物語りを眺めつつ判断する。

3.2.2 AHN が本人の益になると判断された場合、AHN の候補となる各方途の益と害のアセスメントに基づき、最適の方途を選択する。

3.2.3 人工的水分補給（プラス若干の栄養補給）は、主として、本人の苦痛を避けるという快適さを目的とする選択となろう。だが、現時点では、家族や医療チームの心理的負担を軽減することを目的にした選択も（推奨はされないが）許容される場合がある。

3.2.4 AHN が本人の益にならない（生命維持の効果がない場合だけでなく、生命維持はできても苦痛を与えるだけで、本人の人生の物語りにとって益とならない場合も含む）と判断される場合、AHN は開始しない。

3.2.5 AHN に延命効果があると見込まれるが、それが本人の人生にとって益となるかどうか疑わしいないし不確定な場合、合意を目指すコミュニケーションにおいては、本人の人生全体を見通しつつ、現在本人が辿っている人生の終わりのプロセスをどう把握するかが判断のポイントとなる。延命が人生の完結のために有益である限りにおいて、AHN 導入は妥当である。

例えば、苦痛なく、次第に衰えて現在に至っており、食べたり飲んだりできなくなっていることに本人がとくに不満を持っていないように見える場合、死へのノーマルなプロセスを辿っていると見ることができよう。加えて、そのように家族も見ているならば、AHN を行わないことは、人生の最期を自然に送るために有益であると、通常看做される。

あるいは、AHN を導入することによって、単に栄養状態が改善されるだけでなく、本人の残存能力を改善し、よりよい生活が実現する見込みがある場合、かつ家族も本人の人生がもう少し延びることが本人の人生にとってよいと考えている場合、AHN 導入が適切と考えられよう。

3.2.6 AHN 導入後も、継続的に本人の人生にとっての益を評価し、益となくなったりなくなった場合（3.2.4 で言及した状況）、益となるかどうか疑わしくなった場合（3.2.5 で言及した状況）、AHN の撤退（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）なら、それを選択する。

3.2.7 AHN を導入しないで「自然に委ねる」場合、本人にとって快適さや満足をもたらす限りにおいて、ごく少量の水分・食物を経口で摂るように、工夫する。AHN を導入する他の選択肢の場合にも、AHN の形態から可能である場合は、嚥下が可能な限りにおいて経口摂取を併用することは、とくにそれを妨げる医学的理由がない限り、本人にとって好ましいことである。

3.3 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でできるかぎり本人の最善と家族が許容できる負担内で納める道を探す努力をする。

3.3.1 AHN 導入の是非は、家族の本人に対する思いに相関的なところが確かにある。だが、家族は必ずしも本人の人生にとって益となるかという観点で判断しているとは限らない。介護に疲れ、早く終わらせたいたいと考える場合もあり、逆に、本人が活着していることによる経済的利得（年金など）のために、できるだけ死を先延ばしにしたいと考えることもある。確かに、本人にとっての益だけを考えるのではなく、家族の益や負担を考えるべきではあるが*、家族の都合によって本人の生を延ばすかどうかを決めるのは不適切であり**、家族都合で AHN 導入如何が左右されないように、配慮する。

* 介護負担が家族を疲弊させている場合は、その負担を軽減する方途を考える。

** 年金収入などの益が家族をして本人の延命を望ませている場合にもいくつかの場合を区別する必要がある。親の介護をするために仕事を続けられなくなった場合、親の年金収入で、家族ともども生活しているが、親の死後、職から離れた家族がふたたび社会の中で収入の道を見出すのは難しい。社会的サポートが必要である。他方、介護施設に親を全面的に預けている場合、年金から介護費用を支払った残りを、子が勝手に使うということがままある。それはそもそもが年金の目的からして不適切な使用というべきだろう。

3.3.2 入居中、入居予定、あるいは入居先の候補となっている介護施設が、AHN を導入しているかどうか、また、どういう種類の AHN かといったことを入居の条件にしていることがある。こうしたことは、ケア従事者の配置といった管理上・経営上の都合によることが多いが、本来適切なことではない*。とはいえ、当面の事例については、現実的な対応を迫られるので、できるだけ本人の最善を達成できるような、生活環境を探すことに協力する**。

* 本ガイドラインの扱う範囲ではないが、高齢者の介護施設はその社会的責務からして、入居者の AHN のあり方について条件をつけることは、本来不適切なことであり、どのような状態であろうと対応するように整備されるべきであろう。このことについて、高齢者の最善を求める医療・介護従事者は、社会的資源が適切に整えられるよう、行政等に働きかける努力をしたい。

** 例えば、病院（地域連携室等）は、地域の介護施設・事業所が AHN や経口摂取についてどのような考え方をし、いかなるケアを提供できているのかの情報を収集しておくことが、退院後のよい生活場所を確保するためだけでなく、「こういうところがあるから、胃ろうを造設しなくても、できるかぎりの経口摂取に協力してくれるので、大丈夫」というように、AHN 導入如何をめぐる意思決定に役立つこともある。

*本ガイドライン案についてのご意見をお寄せください。

ワーキング・グループ事務局宛て： email: clinical.ethics.jp@gmail.com

なお、本案についてのコメントを記入して送付していただくための様式が次のところからダウンロードできます。よろしければ、これをお使いください。

<http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/guideline/index.html>

日本老年医学会平成 23 年度老人保健健康増進等事業シンポジウム
「認知症の終末期ケアを考える ― 死生観を見つめて」

発行日 平成 23 年 12 月 4 日
発行者 社団法人 日本老年医学会
東京都文京区湯島 4 丁目 2 番 1 号

*このパンフレットについてのお問い合わせ先： e-mail:clinical.ethics.jp@gmail.com

