

終末期医療に関わる課題と共生

水谷 浩志

1. 研究の目的

日本における終末期医療には、様々な課題が指摘されており、その課題解決のために活発な議論がなされている。本稿では、この終末期医療が抱える課題の解決策の中に共生の理念がどう反映されているかを検証することを研究の目的とする。そのために、特に終末期医療における尊厳死の問題を取り上げ、それを明らかにしていきたい。そこで、まずはじめに尊厳死の何が問題になっているか、終末期医療を取り巻く現状、特に尊厳死法制化議論の背景を考察することから始めることとする。

2. 尊厳死とは

1981年に世界医師会が「尊厳を保ち、かつ安楽に死を迎えるための権利」などをうたった「リスボン宣言」を採択したことなどから、尊厳死という言葉が使われるようになったが、当初は、尊厳死という言葉はなく、安楽死の分類の一つとされていた。その安楽死とは、「回復の見込みのない病に罹り激しい苦痛に悩まされている患者に対して生命を絶つことによりその苦痛を取り去る行為」ⁱを意味し、以下の三つに分類する考え方が主流であった。

- 1) 消極的安楽死（延命治療を中止して死期を早めること）
- 2) 間接的安楽死（苦痛を取り除くための措置が死を早めること）
- 3) 積極的安楽死（積極的に死を招く措置を執ること）

しかし、安楽死（積極的安楽死）という言葉に「人を死に至らしめる行為＝殺人」という負のイメージがあるので、安楽死とは別のものとして、尊厳死が使われるようになった。日本尊厳死協会は、尊厳死を「人の不治かつ末期に際して、自己決定をして自分の死に方、延命措置の不開始または中止を求めた自然死のこと」ⁱⁱと定義し、日本学術会議では、2008年にまとめた報告書で、尊厳死とは、「過剰な

医療を避け尊厳を持って自然な死を迎えさせること」ⁱⁱⁱとし、過剰な医療を中止・不開始した結果に起きる死を「自然死」としている。但し、米国オレゴン州などの「尊厳死法（Death with Dignity Act）」が示す尊厳死とは、日本とは異なり、医師に処方された致死薬を飲んで自殺する「医師による自殺幫助（Physician Assisted Suicide）」を指す場合もあるので、本稿で尊厳死という場合は、このような積極的安楽死の場合は含めず、日本で定着している尊厳死の定義を用いる。

3. 日本における尊厳死法制化議論の歴史

今に通じる尊厳死法制化議論のきっかけは、米国のカレン裁判である。1975年に植物状態に陥ったカレン・アン・クインランさんの両親が、娘の人工呼吸器の取り外しを求めて提訴し、1976年にニュージャージー州最高裁が訴えを認めたのであるが、この訴訟は他国でも議論を巻き起こすこととなった。日本でも同年に、産婦人科医で、国会議員でもあった故太田典礼氏を中心に医師や法律家、学者、政治家などが集まって、消極的安楽死を求める日本安楽死協会（1983年に前述の事情で日本尊厳死協会と改称）が発足した。同協会は、1979年に「末期医療の特別措置法」案を発表するなど尊厳死法制化を訴える一方、「尊厳死の宣言書（リビング・ウイル Living Will）」の普及を行っている。日本尊厳死協会が提案するリビング・ウイルの内容は、以下のものとなっている。

- ①私の傷病が、現代の医学では不治の状態であり、既に死が迫っていると診断された場合には、ただ単に死期を引き延ばすための延命措置はお断りいたします。
- ②ただしこの場合、私の苦痛を和らげるためには、麻薬などの適切な使用により十分な緩和医療を行ってください。
- ③私が回復不能な遷延性意識障害（持続的植物状態）に陥った時は、生命維持措置を取りやめてください。

以上、私の宣言による要望を忠実に果たしてくださった方々に深く感謝申し上げますとともに、その方々が私の要望に従ってくださった行為一切の責任は私自身にあることを付記いたします。

（年月日 自署）

この協会は、2005年には、14万人の署名をもとに尊厳死法制化を国会に請願し、それを受けて超党派議員による「尊厳死法制化を考える議員連盟」が発足した。議員連盟は、まず2005年に「尊厳死の法制化に関する要綱骨子案」、さらに2007年には「臨死状態における延命措置の中止等に関する法律案要綱（案）」を提示した。その後、後述する川崎協同病院事件の判決確定を受けて、2011年、「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案（仮称）」骨子をまとめ、翌年、同法律案について、新たな延命措置の不開始のみを認める条件を定めた「第1案」と、同措置の中止も認める条件を定めた「第2案」を公表した。いずれも、15歳以上の終末期患者が、文書で延命措置を希望しない意思表示をしていた場合、医師は患者の意向に従っても法的責任を問われなくとするものである。議員連盟では、この2案を基にさらに検討を重ね、法案の提出を目指したが、その後の政局等の事情で、2015年末現在、法案提出は未だ行われていない。こうした尊厳死法制化の議論を推し進めたのは、安楽死や尊厳死を取り巻く問題が司法の場で争われ、社会的な関心を集めたからである。

4. 司法の場での尊厳死問題

川崎協同病院で、1998年に医師が家族の要請に基づいて患者の気管内チューブを抜いたところ、予想に反して苦しみ始めたため、筋弛緩剤を投与して死なせた事件が起きている。2002年になってから同僚の麻酔科医による内部告発で発覚し、医師は患者の家族の要請と同意を得た上での行為と認識していたが、事件が公表されると遺族は、「同意はなかった」と主張し、司法の場で争われることとなった。2009年の最高裁判決は、終末期を巡る初の判断と注目されたが、尊厳死の基準は示されず、判決では医師の措置は家族の要請に基づくことと認めた上で、家族に適切な情報が伝えられておらず、患者本人の意思も明らかでなかったなどとして上告を棄却し、殺人罪を認めた2審判決（懲役1年6月、執行猶予3年）が確定した。この裁判は、尊厳死の是非について、あらためて社会に訴えかける契機になった。川崎協同病院事件における医師の行為が問題とされ逮捕にまで至ったのは、2001年秋から2002年末にかけてのことだったが、その前後にも、医師が延命措置の中止または安楽死を行ったとして、刑事事件になった例が相次いだ。このよ

うに終末期医療に関わる相次ぐ立件例に危機感を覚えた国は、2007年、厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」で、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を公表した。司法の示した方向性と同じく、患者の自己決定権を尊重し、治療方針等をチームで判断するなど終末期医療の在り方や手続きが定められたが、終末期の定義も、延命治療を中止しても刑事責任を問われない基準も示されなかった。そこで、終末期医療を巡って医師が殺人容疑で書類送検される事件が相次いだことに対する医師側の不安に対処するため、日本医師会においても、医療現場での実践により即したガイドライン策定が必要との判断から、生命倫理懇談会において、2007年、「グランドデザイン2007 - 各論」において、「終末期医療のガイドライン」を提示した。このガイドラインおよび2008年に公表した第X次生命倫理懇談会答申「終末期医療に関するガイドラインについて」を踏まえ、あらためて日本医師会としての「終末期医療のガイドライン2009」を提示するといったように検討を重ねて来ている。しかし、ここでも終末期の定義は「症例により多様」と示されず、医師の免責については、「このガイドラインに則った行為については、民事上及び刑事上の責任が問われない体制整備が必要」と医師側の立場から言及したに過ぎない。厚労省や日本医師会のガイドライン以降、日本学術会議、日本老年医学会等が、それぞれの分野でガイドラインを示している。^{iv} これらはすべて、延命措置の中止または不開始が許される条件を具体的に示したのではなく、現場での方針決定の原則と手続きを示すに留まった内容となっているのが現状であるが、これらのガイドライン発表以降は、延命措置中止をめぐる大きな事件は起きていないので、終末期医療の適正化ないし標準化に一定の効果はあったと評価できる。

5. この問題に関する海外の事情

海外のこの事情に言及すると、尊厳死だけでなく、医師による自殺幇助や安楽死を認めている国や地域もある一方で、イタリアのように尊厳死法がない国もある。また、オランダとベルギーのように安楽死が合法化された国もあり、オランダでは2012年には年間死亡者数の約3%に当たる約4200人が安楽死している現状が報告されているが、その背景には、かかりつけの医師をもつホームドクター

制度が浸透し、患者と医師の密接な信頼関係と、徹底したインフォームド・コンセント（告知と同意）が機能していることが指摘されているので、単純に日本の状況と比較することはできない。^v

6. 尊厳死法制化に賛成する主張

リビング・ウィルの普及を図る日本尊厳死協会の岩尾総一郎理事長は、「自分の命だから自分で最期の姿を決めるべきで、自己決定権は憲法に保障されている」^{vi}とし、リビング・ウィルを担保するためにも、リビング・ウィルに従った医師を免責する法律が必要と主張する。この主張から法制化への主な賛成理由として、「自己決定権の尊重」が読み取れる。また、リビング・ウィルを書いている人々は、「生命至上主義」とも言うべき終末期患者に施される延命措置への疑問を表明している。延命措置とは、人工栄養（口から食べられなくなった人に栄養を送る胃瘻くわろう）や人工呼吸、人工透析などである。「スパゲティ症候群」とも揶揄されているが、体中に管が繋がれた患者を見て嫌悪感を覚え、自分は、あななりたくないといった思いがあるのである。無闇な延命治療は、医療経済の観点からも論じられるべきとする主張もある。例えば、胃瘻の問題が起きるのは、世界で日本だけという指摘である。先進国では延命治療中止、尊厳死に関する法律が存在し、そのため人工栄養を施さない国が多いが、日本では国民健康保険制度が整備されているため、経費を考えず安易に胃瘻が作られるというのである。^{vii}確かに医療費削減は国家的課題となっている。75歳以上の後期高齢者は約1500万人（2012年）から2025年には約2200万人に増加し、これに伴い後期高齢者の医療費は、現在の国民医療費の約3分の1から半分弱を占めるまでになると予測されている。厚労省は2003年に、終末期医療費を死亡前1カ月の入院医療費として年間9000億円と推計し、在宅医療を充実させて自宅での死亡率を2割増の4割にすることで2025年度に、約5000億円減の「医療費適正化」効果があると試算した。^{viii}また最期の3カ月に日本人が一生の間に使う医療保険の費用の半分が使われるとも言われており、その有効性にも疑問が投げかけられているといった現状からこの問題を取り上げているのである。

7. 尊厳死法制化に反対する主張

一方、さまざまな団体が反対主張を述べている。まず、日本医師会は、個別性の高い終末期医療を法制化することに対し、より慎重であるべきとし、日本医師会を含む関係機関が作成した適切な公的ガイドラインに従うことで、現場の医師が免責を受けられることが望ましく、まず患者の意思を尊重した終末期医療の体制整備やガイドラインの実施の努力をすべきと表明している。^{ix} 法制化賛成派が主張する「自己決定権の尊重」に関して、日弁連は「厳格な自己決定権の保障」を唱え、患者が経済的負担や家族の介護負担に配慮せずに決定することができないのではとの懸念を示している。また、リビング・ウィルは、事前の意思表示に過ぎず、その状態になったときに考え方も変わりうるので、その時点での意思の推認について検討が必要だと述べている。^x 経済的負担を気にしてリビング・ウィルを作成しておくことと、経済的理由からの自殺は同じことで、自殺を減らそうとするならば死の意思表示は認められないとする主張もある。医療経済の観点から、「終末期患者に高額の治療費を使うのは疑問」というような声に対して、「患者が最善の治療を受ける権利が優先すべき」との反論もある。尊厳死法案には、障がい者団体からの反対表明に配慮して、「適用に当たっては、生命を維持するための措置を必要とする障がい者等の尊厳を害することのないように」との留意事項も記されたが、団体側は、法制化推進派の背景に「重い障がいが残るなら治療せずともいい」という障がいに対する偏見がある以上、認められないと主張している。また、「あのようになってまで生きていたくない」という尊厳死を望む人々の決まり文句に対して、反対派は「生きている人の状態を『あのように』とみる、自らのうちにひそむ選別の思想こそ、振り返る必要がある」と差別意識を指摘している。^{xi} このほか、終末期の定義が不明確で、回復の可能性がないという医学的判断への疑問等、反対意見は様々である。

8. 医療界の現状

日本医師会は、尊厳死法制化反対の意見表明の中で、終末期医療におけるガイドライン実施の努力や体制整備を優先させるべきであると述べているが、現状はどうか。厚労省が2013年に実施した「人生の最終段階における医療に

関する意識調査報告書」によると、厚労省策定のガイドラインを参考にしている医師の割合は約2割と低く、ガイドラインそのものを知らない医師も34%に達しており、この実施のための努力不足は否めない。また、施設の職員に対する、人生の最終段階における医療に関する教育・研修が行われているのは、介護老人福祉施設で約60%、病院で約30%、診療所は10%未満であり、十分とはいえない現状であり、終末期医療を支える人材の資質向上といった体制整備の観点からも、まだまだ不十分であることがわかる。

9. 国民の意識

では、国民は、この問題についてどう考えているのだろうか。前述の「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」によれば、人生の最終段階における医療に関する家族との話し合いの実施状況については、一般国民では全く話し合ったことがない者の割合が過半数を超えており、人生の最終段階における医療への関心が十分高いとは言い難い。意思表示の書面、事前指示書、リビング・ウィル、アドバンスケアプランニング^{xii}等について意思表示の書面をあらかじめ作成しておくという考え方に69.7%の人が賛成している一方、実際に書面を作成している人は3.2%であり、事前指示書等に関心はあっても実際に作成するという行動を起こすのは、かなり強く関心を持った人であることが分かる。この調査結果から、この問題に関して、関心はあるが自分の問題として捉えきれていない人々の現状が分析される。その理由として、日本人が死に向き合う機会が減少したため、自分の問題としてリアリティを持つことができないことが考えられる。日本の高齢者が最期を迎える場所は、昭和50年代以降医療機関が自宅を上回るようになり、今では医療機関での死亡が全体の8割近くとなっている。^{xiii} 自宅以外で迎える死が一般化したことにより、日本人は、人の死や死にゆく過程にゆっくり向き合う経験が少なくなった。それに伴い、日頃から自分の人生の終末の過ごし方や最期の迎え方などについて考えをめぐらし、また家族等の身近な人と話し合う機会も減少したのである。尊厳死法制化についての問いともいえる「意思表示の書面に従った治療を行うことを法律で定めることについて」は、「定めなくてもよい」という回答が一般国民でも医師でも4~5割と最も多い。「定めるべき

でない」と合わせると、一般国民の5割強、医師の7割強が法制化に否定的である。尊厳死法制化を望む人は、一般国民で22.2%、医師で16.3%と少数派である。リビング・ウィル作成に賛成と答えた人に絞っても、尊厳死法制化を望む人は、一般国民で28.1%、医師でも20.4%に留まっている。国民の意識の点からは、法制化賛成派は、少数派と言わざるを得ない。それでは、法制化賛成が、その大きな理由の一つに挙げている、「自己決定権の尊重」という視点から見て、日本の状況はどうなっているだろうか。平成18年度厚生労働科学研究費補助金医療安全・医療技術評価総合研究事業「終末期医療全国調査」によると、がんの治療方針や急変時の延命処置などを決定する際に一般病院で最も頻繁に行われている対応は、「患者とは別に、必ず家族の意向も確認している」(48.7%)であり、次に僅差で「先に家族に状況を説明してから、患者に意思確認するかどうか判断する」(46.9%)が続き、「患者の意思決定だけで十分と考え、家族の意向を確認していない」(0.7%)が最も低いことが分かった。このことから、ほぼすべての病院が患者の他に家族の意向を確認しており、場合によっては、患者よりも先に家族の意向を確認しているということが明らかになった。「家族の意向を確認していない」を選択した病院が1割に満たないことは、一般的に個人そのものより家族の関係性を重視する日本の文化的背景を如実に表していると言することができるだろう。また、患者が意思決定できると思われる場合においても、家族の意向を重視する理由(複数回答)は、「患者の意思決定だけで判断すると、家族から不満を言われる可能性がある」(70.6%)が最も多く、続いて「家族に『本人に話さないで下さい』と言われればそうせざるを得ない」(64.7%)、「患者に告知しないケースでは、家族の意向を聞かざるを得ない」(59.8%)、「家族とのトラブルを避けるため」(54.1%)等の回答が上位を占めた。このことから、欧米のように患者本人に意思確認することが前提の医療と比較すると、日本では患者の家族への配慮が大きく、本人の自己決定権の尊重が実現していない実態を伺うことができる。

10. リビングウィルという手段の限界

穏やかな最期を迎えたいというのは、すべてのひとに共通する願いである。しかし、リビングウィルを書けば、自分の思い通りの最期を迎えられるというのは

幻想に過ぎない。何故なら、「終末期医療に関する調査等検討会報告書－今後の終末期医療の在り方について－（平成16年）」によれば、日本人には、自分が患者である場合は、早く苦痛から解放して欲しいが、自分の家族に対しては、延命治療の継続を希望する傾向がある。また、前述の調査からも分かるように、患者が自らの意思を表明できる段階でも、患者本人よりも家族の意向を尊重する医療界の現状では、日本における終末期の自己決定権が確立しているとは言えず、リビング・ウィルの有効性にも疑問を感じるからである。また、尊厳ある死を求めるリビング・ウィルには、『③私が回復不能な遷延性意識障害（持続的植物状態）に陥った時は生命維持措置を取りやめてください。』とあるように植物状態を無意味な生とし、スパゲッティ症候群には尊厳がないという特定の生命観が潜んでいるのも問題であると言わざるを得ない。このように、リビング・ウィルは、終末期に関する問題の最終解決手段とはなり得ず、患者の意思を伝えるためのコミュニケーションツールのひとつに過ぎないという位置付けが、適切なのではないだろうか。では、一体、他にどのような解決策が検討されているのだろうか。次に日本医師会の提言を見てみたい。

11. 日本医師会の提言

これら医療界の現状や国民の意識を調査した上で、日本医師会が次のような提言を行っているのは、この問題の解決策を考える上で、注目に値する。日本医師会の生命倫理懇談会「今日の医療をめぐる生命倫理」（26年3月）は、次のように提言している。

漠然としたイメージで「事前指示書/リビング・ウィルがあったらいい」と考える人が大半だと思われるので、今後は具体的なイメージにつながる情報提供が不可欠である。

国民が、意思表示の書面（事前指示書/リビング・ウィル）を作成するには、人生の最終段階における医療や療養の方法に関する選択肢の情報や具体的な人生の最終段階の療養がイメージできなければ困難であろう。まずは、人生の最終段階の療養方法が選択できるよう十分な情報提供を行なうとともに、健康なうちから人々が生老病死について考える風土の醸成と、例えば子供の頃から生死

に関する教育を行う等の議論が必要である。

高齢者の終末期ケアを考えるとときには、高齢者の終末期の意味、死の受容など個人的で根源的な価値観や態度が求められる。この領域について、社会の変化や社会的価値観も取り入れた早期からの死の準備教育（Death Education）の充実や、尊厳死を考える機会の推奨など教育的な支援体制が必要であろう。

また、自己決定権の場面で、患者本人よりも家族の意向を尊重する日本の医療の現状を踏まえた上で、終末期医療における、人と人とのつながりを重視して、「人は理想の死を迎えられるとは限らず、死に方によって個人の尊厳が決定されるのではない」ことや、「患者の尊厳は、医師と患者、患者と家族との思いやりに満ちたつながりのなかで育まれる」と提言している。

12. 終末期に関する議論の歴史

医師会の提言では、自身の人生の最終段階における療養が、どんなものになるか、人々が具体的にイメージできるよう、もっと情報提供できるようにすることが重要であると述べられているが、これは、医療側（療養を施す側）の努力に依るところが大きい。一方、「死の準備教育」の充実（これには、当然尊厳死を考える機会も含まれる）については、医療側の教育的な支援も当然期待されるが、医療を施される側の自助努力が十分可能な領域と言える。ただ、「死の準備教育」という考え方が提唱されて、既にかかなりの年数がたっており、果たして、この問題を解決するのに現在でも有効な概念と言えるのか、検討を加えたい。そのためには、まず、日本で行われてきた終末期に関する議論の歴史を振り返ってみる必要がある。終末期に関する議論の歴史は、大きく3つの時期に分類できる。第1期は、1970年から80年代にかけて、欧米からホスピス制度が導入されると共に、がん患者へのターミナルケアとその家族に対するケアの必要性から生じた「死の準備教育」の重要性の提唱である。一定の社会的関心を呼ぶが、がん患者とその家族といった限られた関係者の中での議論が行われていた時期である。第2期は、90年代から2000年代前半にかけて、高齢者の介護問題が大きく浮上し、それが政策的・制度的にも展開し、高齢者のターミナルケアをめぐる問題が意識されるようになった時期である。第3期の2000年代後半から現在にかけては、終末期

に関する議論がより普遍的・社会的な広がりを見せてきている。コミュニティや地域社会の人間関係の希薄化や、単身世帯の増加等の社会的変化によって、死に場所や死に方を中心とする議論が活発になってきた。この大きな背景として、団塊世代が退職期、すなわち老後の時期を迎える「2007年問題」（「2012年問題」とも呼ばれる）も指摘できる。このように、時代の変遷と共に社会状況も変化してきたが、死への関心と、それにどう関わるかということは、より広がりを見せてきており、終末期に関する議論を代表する「死の準備教育」という考え方は、その問題への能動的な関わりを持つとする姿勢としても、有効で有り続けて行くであろう。

13. 死の準備教育としての終活の位置づけ

終末期に関する議論の第3期に登場する「終活」という社会現象も、この流れの中で捉えることができる。終活とは、2009年に学生の就職活動を意味する就活になぞらえ、週刊朝日が造った言葉で、「人生の終わりのための活動」の略であり、当初は葬儀や墓などの実際的な事前準備のことを言ったが、現在では、人生の終焉に向けて行すべきことを総括した言葉となっており、多くの終活本の出版にも現れているように、人々の関心を引く社会現象となっている。自分の死について考えるという意味で、死の準備教育という考え方の範疇の中に位置づけることができ、この社会現象を、一過性のブームとして終わらせず、死の準備教育の充実のための自助努力の絶好の機会とすべきである。では、具体的にこの終活ブームを利用して、どのように死の準備教育の充実を図ることができるのか、次に考えてみたい。

14. 終活におけるエンディングノートの意義と課題

終活ブームを代表する取り組みであると言っても良い「エンディングノート」というツールを取り上げ、これが死の準備教育の充実にどう資するか、また、その場合の課題について検討を加えたい。エンディングノートとは、自身が死亡した時や、判断力・意思疎通能力の喪失を伴う病気にかかった時に備えて、自身の希望を書き留めておくためのノートのことである。ノートを残すことによって、

記述者の存命中や死後に本人の意思が確認出来ないことで生ずる家族の負担を減らすことを目的としており、遺言とは異なり、法的効力を有する文書ではない。書かれる事柄は特に決まっているわけではなく任意であるが、主に病気になったときの延命措置の希望の有無や介護の際に希望する療法、葬儀・相続に対する希望、自身に関する情報（財産、履歴、自分史、家系図）などがある。終活ブームの到来とともに登場し、多くの書籍や文具として販売されている。入手可能なものだけで、既に百種類以上を数え上げ、巷にあふれていると言っても過言ではない。それだけ世間の関心が高いことを物語っていると言える。エンディングノートを書くという行為は、自分の死について正面から向き合わねばならず、日常生活では、なかなか機会のない死の準備教育の時間を持つこととなるので、これは、死の準備教育に適したツールとなり得る。しかし、問題が無いわけではない。論者は、所属する浄土宗総合研究所において、『縁（えにし）の手帖—つながりのなかにある生と死』^{xiv} というエンディングノートの制作と編集に関わった経験を持つが、その際、世に出ている数多くのエンディングノートを調査していて、それらが抱える共通の問題点を知る機会を得た。その問題を事前に防ぐため、これらのエンディングノートが、書き手に対して、喚起している主な留意点を集約すると以下ようになる。

- 1) エンディングノートは、自分の将来の介護、葬式などの希望を述べる項目も用意されているが、これはあくまでも書く者の希望であって、家族の立場では社会的な制約もあり、実現不可能なことも多く、その場合、それが家族に精神的な負担をかけることになるので、家族の立場にも十分な配慮をして作成することが重要である。
- 2) エンディングノートに自分のこと、自分の希望を書いておけば事足りると考えず、家族の協力を得ずして、自分ひとりで人生の幕を下ろすことはできないことを自覚し、家族に自分の考えを伝えるとともに、家族の意見をよく聞くことが、エンディングノートの落とし穴を避けるいちばんの対策である。つまり、よく話し合い、意思の疎通を図っておくことが重要で、これがうまくいっている家庭であれば、エンディングノートのほとんどの部分はいらなくなるのである。

このように、家族とのつながりなくしては、エンディングノートの目的が果たせないことが、警告されているのである。論者の関わった『縁の手帖』も、書き方の手引き書の冒頭に、「本書は、つながりの中にある生と死をキーワードに、記述者が自己の生老病死と向き合い、周囲の方々と話し合い、相互理解をはかりながら、自分らしいたびだちの迎え方の準備を進めていくことをめざすものです。」と明記されており、ひとりで自分の思い通りに書くのではなく、家族のような周囲の人々との対話を前提として作られている。エンディングノートは、死の準備教育の教材としての有効性に期待が持てる一方、書き手の在り方によって、その内容が自己中心的な独りよがりのもとなり、このツールの意義を見出せないものになってしまう危険が潜んでいる。エンディングノートのもつ課題について検討することで、終活という死の準備教育を実践する中でも、「他者とのつながり」が、重要な意味を持つことが明らかとなった。

15. 他者とのつながりの重視にみる共生の理念の反映

死とはきわめて個人的な現象であるが、社会から孤立して起きるのではない。それ故、終末期に起きる問題も周囲との関係を前提として、解決を試みる必要がある。前述したように、日本医師会は、終末期の課題の解決策として、死の準備教育の充実とともに、他者とのつながりの重視を提言しているが、死の準備教育のツールとしてのエンディングノートを書く場合にも、同様のことが指摘できることが明らかとなった。この終末期とそれを想定して準備を行う段階の二つの段階で生ずる課題解決のために「他者とのつながりの重視」が重要であるという主張こそ、共生の理念を反映させた考え方と言えるのではないだろうか。

16. 本稿で用いる共生の理念の定義とその実現

終末期における他者とのつながりの重視こそ、共生の理念を反映させた考え方であると述べたが、ここで、この場合に用いている共生という言葉の定義をしておかなければならない。なぜなら、共生という言葉は、既に広く認められているように多義的であり、論考に具体性を持たせるためには、その言葉の意味を確定しておく必要があるからである。本稿で用いる共生とは、「自らと他者の尊厳に

対する深い理解と敬意に基づき、多様で異なる価値観（特にここでは、死生観を意味する）を有する人々が、互いを高め合う姿勢」と定義しておく。そこで、この共生の定義に基づき、他者とのつながりの重視を具体的にどうやって実現していくかについて、考えてみたい。

17. 共生による死の準備教育の充実

他者とのつながりを重視する姿勢の中に共生の理念の反映を見だし、その理念をいっそう具現化していくためには、以下のような自覚が各自に必要である。他者とのつながり、すなわち人間の関係は、決して固定的なものではなく、むしろ状況や環境に応じてダイナミックに変化する可能性を秘めているものであり、その関係の力によって、はじめて自己の変革と成長が可能となるという自覚である。この自覚を、死の準備教育の実践の基本に据えれば、現代の終活に代表される死の準備教育が、常に他者とのつながりを保ちながら行われるべきもので、個人単独で実践したのでは、不十分なものになってしまうことに気付かされる。「自分の命だから自分で最期の姿を決めるべきだ」というような尊厳死法制化賛成論には、こうした他者とのつながりを保ちながら、自らの死生観においても、自己変革と成長を遂げていこうという自覚が欠けている。死の準備教育を充実させるために、エンディングノートを書くということは、自らの死生観を構築していく絶好の機会となり、自分にとって何が尊厳を保って最期を迎えることになるのかを、事前に充分に考えておくことができるので、いつ終末期を迎えた場合でも、自分や家族が動揺することなく、その状況に応じた療法を選択するのに役立つ。これを書く過程で、リビング・ウィルの必要性を感じることもあるであろう。しかし、この場合、他者との関係を常に持ち続けて、その充実を図ることが重要である。エンディングノートを書く際の留意事項として、家族との対話が不可欠であることは、既に指摘したが、これは、エンディングノートを書き終えることによって終了する関係ではない。時間とともに社会情勢の変化や個人的事情に影響されて、終末期に対する考え方も変わりうるので、エンディングノートの内容の見直しの機会を、意図的かつ定期的につくり出し、その度に家族との対話を繰り返すといった継続的努力が欠かせない。今後は、ノートの体裁にもそうしたことが可

能な工夫が望まれる。このノートを媒介として、周囲との対話をしつつ、可能な限り人生の終末期までノートを更新し続けていくような継続的な努力こそ、自身に新たな自己変革と成長を常にもたらし、それが充実した死の準備教育となり、終末期において悔いのない最期を迎えることができるのではないだろうか。他者とのつながりの重視は、こういった継続的努力を意図的に行ってはじめて実現するのであり、そのことによって、共生の理念が反映された死の準備教育が、終末期にかかわる課題解決の手段として重要な意味を持つてくるのである。

-
- i 日本医師会『医師の職業倫理指針〔改訂〕版』2008年
 - ii 一般社団法人日本尊厳死協会編著・発行『新・私が決める尊厳死』2013年
 - iii 日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会『対外報告 終末期医療のあり方について－亜急性型の終末期について－』2008年
 - iv 日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会『対外報告 終末期医療のあり方について－亜急性型の終末期について－』2008年・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』2012年
 - v 鈴木尊紘「フランスにおける尊厳死法制」『外国の立法 235』国立国会図書館調査及び立法考査局 2008年
 - vi 『新潟日報』2012年10月27日
 - vii 長尾和宏『「平穏死」10の条件』ブックマン社 2012年
 - viii 厚生労働省告示第524号「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」2012年
 - ix 日本医師会 第XⅢ次 生命倫理想談会「平成24・25年度生命倫理想談会答申 今日の治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
 - x 日本弁護士連合会会長宇都宮健児「『終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案（仮称）』に対する会長声明」2012年4月4日
日本弁護士連合会『『臨死状態における延命措置の中止等に関する法律案要綱（案）』に関する意見書』2007年8月23日
 - xi 安楽死・尊厳死法制化を阻止する会発足集会参加者一同「声明」2005年6月25日「安楽死・尊厳死法制化を阻止する会」
 - xii アドバンスディレクティブ（事前指示）の文書を作成することにより、意思決定能力低下に備えての対応プロセス全体を指す。患者の価値をはっきりさせ、個々の治療の選択だけでなく、全体的な目標をはっきりさせることを目標にしたケアの取り組み全体

共生文化研究 創刊号

をさす。

xiii 平成 15 年高齢者介護研究会報告書「2015 年の高齢者介護」

xiv 浄土宗総合研究所『縁の手帖－つながりの中にある生と死』浄土宗出版室 2014

キーワード：終末期医療、共生、リビングウィル、終活、エンディングノート
(みずたに ひろし 共生文化研究所 研究員)