

【第2回 リビングウイル研究会】

テーマ「認知症とリビングウイル」

日 時： 2013年11月23日（土）13:00～
会 場： 政策研究大学院大学 「想海樓ホール」



【第1部】 講演 「認知症—それぞれの立場から」

座長 鈴木裕也（埼玉社会保険病院 名誉院長、尊厳死協会副理事長）

■ 認知症の基礎知識とその周辺課題

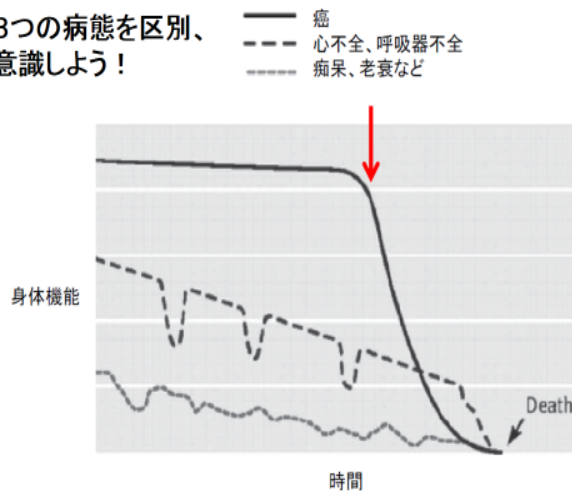
長尾 和宏（研究会副代表幹事・長尾クリニック院長、尊厳死協会副理事長）

私たちは今、がんと認知症の時代にきています。2人に1人ががんになり、3人に1人ががんで亡くなる。認知症もそれと同じくらい身近な病態になっています。がんと認知症は共通の生活習慣病、とくに糖尿病との関連が指摘されています。糖尿病になると目がやられたり腎臓がやられたりするが、私の立場からすると認知症がもっとも心配です。社会生活に支障をきたすのが認知症なので、ケアの病気だと思います。460万人が認知症で、MCIと呼ばれる予備軍が400万人。高齢者の4人に1人が認知症ということになります。長谷川和夫さん（聖マリアンナ医科大名誉教授）は近い将来、高齢者の6割が認知症になると言っています。がんよりも多くなる時代になるのです。

認知症にはさまざまな種類があります。脳みその外側に血がたまる慢性硬膜下血腫や甲状腺機能低下症、あるいはうつ病との合併もあります。最近では、男性ホルモン、テストステロン低下によるLHO症候群とのオーバーラップも問題になっているなど、認知症の診断は意外と難しいのです。アルツハイマー型、脳血管性、レビー小体型、前頭側頭型（ピック病）などがあり、アルツハイマー病が6割くらいで、脳血管性が3割くらい、レビー小体型は1割くらい。あまり注目されていませんがピック病は5%くらい。それに3万8000人といわれる若年性認知症もあります。萎縮する脳の部分や、やられる脳の場所によって症状も違う。

認知症になっても笑って、在宅で生活なさっています。認知症の本質は、私は不安だと思っています。その不安をしっかりカバーしてあげることが大切です。いまのことはわかるが、昨日のことはわからない。それが本人にとっても不安なんです。怯えたような状態になる。そこをしっかりカバーしてあげることが大事だなと。あるいは「嫁が財布を取った」と言います。これは完全に上下関係ができてしまっているのも、なんとか逆転したいという思いがあるからです。被害者になることで関係性の逆転を起こしたいのだと思います。そういう意味では認知症は関係性障害だとも言えます。

3つの病態を区別、意識しよう！



実はがんという病気は、最後までQOLがいい。在宅に戻ったら平均余命が1・5ヵ月なんですけど、亡くなる直前までご飯食べたり、自分でトイレに行ったりできる。介護ベッドに寝るのは1週間、3日、3時間という方もいらっしゃいました。対して認知症は5年とか10年という介護期間があります。つまりピンピンコロリできる人はたった5%です。認知症は食べられなくなる病

気だといわれています。そのため多くは胃ろうを勧められています。胃ろうは優れた人工栄養だとも思います。それを選択したら、再び食べれるようになったら外すとか、半分口から食べて、半分を胃ろうで摂るようなことを目指そうと、私は提唱しています。認知症になったら食べれないと思う人が多いが、私の経験で言えば、意思疎通ができなくなっても食べられるんですね。胃ろうというのは元々、ALSなどの神経難病などのために開発されたのですが、日本では老衰や認知症の方に使われ、この10年間で10倍に増え、現在40万人の方がつけています。LWで本人が胃ろうを望まないと表明していた場合でも、なかなか止められません。これがアンハッピーなこと。ここが問題の本質なんです。胃ろうに良い悪いはありません。使うなら上手に使いましょう。そして、やらないという選択も十分に尊重されなければならないのです。

昨年6月に開かれた日本老年医学会が、胃ろうを中止しても構わないことをガイドラインとして表明しました。透析医学会が本人の意思があれば、透析の継続を止めても構わないとの提言をまとめるなど、日本の終末期医療は大きな曲がり角に来ていると思います。

認知症に必要なのは「安心」です。安心が安定を生む。そして快適になる。介護者も快適になるのです。病院施設から地域へという流れを是非ともつくりたいと思っています。認知症はよくなれないというが、亡くなるまでQOLはいい。尊厳死をぶち壊すのは家族なんです。とくに遠くの長男なんです。

欧米では本人の意思は絶対だが、日本では家族の意思が優先される間違っただ親子の文化があります。遺言は法的に有効ですが、LWというのは法的に有効ではない。だから家族の意思が優先されるのです。胃ろうも家族の意思でつくられることが少なくありません。LWも法的に有効にしましょうというのが尊厳死協会が8年間続けている運動です。

LWは当初、末期がんを想定して作られました。だが現在は、認知症が大きい

な課題となってきました。そのためには、代理人が必要なのではないか。そしてLWと代理人をあわせた事前指示書の重要性が増しているのだと思います。

■ 医学的見地からの認知症

野元 正弘（医師・愛媛大学大学院薬物療法・神経内科 教授）

認知症と尊厳死というテーマであります。本人が認知症になったら尊厳死を希望するよと言われても、認知症には幅があります。病気の種類も程度もあります。どこを認知症としようかという基準の問題があります。もうひとつは、認知症になって尊厳死を希望したばあい、どの時点であれば判断力や理解ができていくかという2つの点が大きな課題になるかだと思います。

つまり、判断力はどれくらいか。予後はどうか。治療でよくなる可能性はないのか。最新治療でどれくらい期待できるか。いまは難しいが、将来的にどのような治療が可能か。そういうことが課題となります。

判断力についてですが、まずはテストをします。長谷川式とかMMSE、CIBICとか、いろんなテストがありますが、いずれも記憶力が基準になっております。ですから判断力をみるには少しズレがあるかだと思います。またCTやMRIなどの画像で判断できないか。あるいは髄液のタウ蛋白などを調べると、程度がわかることがございます。だとしても、尊厳死を判断できるかどうかの目安になるかは、また別の問題になります。判断力は自分の希望を表現できる能力があるかどうか的大事なので、テストの点数で測ることは、やはり難しだろうと。ご本人を見て評価することが必要だと考えます。

認知症というのは、記憶力の問題です。同じことを何回も言う、認知症ではないかと疑われます。長谷川式のテストでは、「お歳はいくつですか」「今日は何年、何月ですか」という簡単な質問から、後半になると少し頭をひねる質問も出てきますが、だいたい30点満点中、21点あればいいだろうという基準があります。20点以下だと認知症が出ているということになります。いま課題にしておりますのは、正常でも認知症とも言えな21～26点をどうするか。ここで治療すれば認知症にならなくてもすむのではないかとすることで一生懸命、取り組んでおります。

歳を取ればだんだん記憶というものは落ちてきます。認知症になりますと、そのスピードが速くなってしまうが、これにも個人差はあります。それからうつとか、甲状腺が悪い方とかは、その治療をしたらよくなるという場合もございます。脳血管障害も認知症を現しますが、しっかりとした予防をすると、あ

る程度よくなって進まなくなることもあります。脳卒中をいっぱい起こした場合、理解ができなくなる場合もあります。

ぼくらの神経細胞は、だんだんと減るようにできています。運動を司るドーパミン細胞、記憶はアセチルコリン細胞、筋力は前角細胞などで、なぜ減るようにできているのか。子どもが飛び跳ねたり、沢山歩いたり。ぼくらが70歳になってもああやって飛び跳ねたりしたら、腰もひざももたないです。だから飛び跳ねられないようになっている。低下するのは、いい人生を送るためのものなのかもしれません。記憶が落ちていくのも、新しいことを覚えていかないといけないのは、しんどいからなのかなあとと思います。

どうして細胞が減るのかというと、神経細胞のたんぱく質のなかに不良品ができます。半分くらいは不良品だろうと思います。それを溶かして細胞の外に出してしまうのですが、うまく溶けずに不要たんぱく質として残ってしまう。そうすると細胞はアポトーシスと言いますが、死んでしまう。神経細胞が死んでしまうことが大きな理由だろうと思っています。この死ぬ細胞を減らせないかというのが大きな課題となっています。

記憶というのは、脳の「海馬」というところに2～3時間、せいぜい2～3日間の短期記憶があり、それ以上となると大脳皮質に蓄積されます。アルツハイマーの方の脳は海馬の部分が強くやせます。そのために短期の記憶、さっき言ったことが思い出せないということが起こってきます。脳の全部がやせるかというと、そうでもなく、小脳はやせません。ですから記憶力が落ちてきても、歩くことや自転車に乗ることなど小脳が担当しているところは保たれます。

記憶力というのはシナプスという細胞の伝達によって保たれています。頭を使うとシナプスはどんどん増えて記憶が保たれます。だから 認知症というのは、たくさん勉強した人ほどなりにくいのです。逆に使わないと減っていく。頭を使わないとシナプスが切れます。使うほど電気が通りやすくなって記憶が保たれます。繰り返し使うことでシナプスはでき、記憶になりますし、運動すると半分くらい増えると言われています。また、糖尿病も関係がありますが、血管が痛むと脳に十分な栄養がいかないので、壊れてしまう。赤ワインがいいと言われていますが、アルコール自体は、実は脳萎縮と相関があります。だから飲酒は程度にもよります。

認知症の中で最も多いのはアルツハイマーで、薬で少しだけよくなる。レビー小体型は薬が比較的効きやすい。妄想、幻覚が出るというのが特徴で、割合としては1割くらい。

治療でどれくらいよくなるかというと、ちょっとは良くなるんですね。今の薬だったら、1年間くらいです。今日から治療を始めたら、1年間くらいは今の状態、またはそれ以上にもっていける。ただ進展そのものを予防できるかと

言うと、学会のガイドラインでも、「進展予防にはなっていない」とされています。

それから介護者による心理的介入でよくなることがある。逆に冷たくされると悪くなるんですね。話しかけていただくとか、いい環境に置かれるとよくなると言われます。薬より環境を整えてあげることが非常に大事でございます。

最新治療としては、脳内のアセチルコリンを増やす薬があります。ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミンなどで、ほかにも脳を元気にするメマンチン。それからアマンタジンも脳を元気にする薬ですね。

将来の治療の可能性について、アミロイドβを減らすという薬がいま開発中です。脳内にアミロイドという物質がたまって悪さをいたしますので、それを取り除くことが進展予防になると考えられています。ワクチンもありますが、あまりうまくいっていない。うまくいっているのは抗体療法です。北米のイーライリリーという会社が開発していますが、日本も含めて8ヵ所で試験が行われて、2年後くらいにはFDAに認可されるのではないかと予想しています。もうひとつ、セレクターゼ阻害剤を武田薬品が開発して東大病院が研究を行っております。脳内にゴミがたまるのを防ごうという薬ですが、まだ数年かかると思います。たくさん効くというより進行を少し遅らせる。期待の薬もあるが、今時点で言えば、特効薬はないということです。

■ 認知症患者の家族からの意見

天野 武城（これからの福祉と医療を実践する会副理事長）

パンフレットでは看取ったということになっているんですが、認知症だった私の母は、行方不明になって亡くなったんです。LWは一言で言うと、死に方、つまり生き方かなと思います。

幼いころから、お母ちゃんと呼んでいたもので、今日も「お母ちゃんと」呼ばせていただきます。生前、お母ちゃんによく「スパゲティは嫌だ」と言っていました。チューブでつながれず、きれいに死にたい。葬儀はやるな。骨は海にまいてくれというお母ちゃんでした。

2001年に大腸がんで手術をして、その後、お母ちゃんは埼玉県川口市内で独り暮らしをしていました。私の自宅から15分くらいのマンション。私の母は再婚していて、その夫は交通事故で3ヶ月間寝たきりで亡くなりました。このときに「スパゲティ状態は嫌いだ」と言い出した。鼻にチューブでいろんな機械につながれて、亡くなったときは全く別人のような顔でした。

お母ちゃんは術後、いたって順調でした。でも、翌年の02年ごろから物忘

れが出てきました。お金が盗まれるなどの妄想が出てきた。一番ショックだったのは、「武城ね、今までできたことが、できなくなってきたんだよ。私、おかしくなっちゃったね」と言った時でした。自分の意思が消えていく不安、恐怖、これは残酷な病だと思います。やがて徘徊するようになりました。施設をいろいろ見て回ったが、入るのはいやだと言うんです。介護認定をしてもらおうと要介護3でした。ケアサービスの掃除を依頼したら、ヘルパーさんとキャッキヤと言いながら楽しそうにしている。私が訪ねると、そのヘルパーさんが急に立ち上がって「申し訳ありません」と言って掃除を始める。実は彼女はおにぎりを自分で作ってきて、お母ちゃんと一緒に食べていたんですね。でも、ヘルパーさんは、掃除に来ている訳だから、一緒におにぎりを食べているところを見つかってしまって「申し訳ありません」と言っていたんです。でも、私からすると、楽しそうに一緒に食事をしてくれたほうがいいわけですよ。「事業所に言わないから、これからも続けてください」とお願いしました。その人が来たときは物凄く機嫌がいい。正常なんですよ。

やがて頻繁に徘徊するようになって、近くの商店街の人たちにも迷惑をかける。仕方ないので写真を撮って商店街の人に配って回りました。着ている服に連絡先を縫い付けました。靴にも連絡先を書いて。でも、その靴を絶対に履いていかない。(笑) 認知症って、わかっているんだか、わかっていないんだか。やがてヨチヨチ歩くようになってきました。レビー小体型の認知症の特徴らしいです。

2006年3月18日、私といざこざになったことがありました。寒い夜でした。私が家に帰って心配だったので電話を掛けると、出ないんです。心配になって取って返して家に入ると、いないんです。家の電気もつけっぱなし。付近を捜しても見つからない。翌19日に川口警察署に捜索願を出した。仲間がチラシを作って配布してくれました。川口だけでなく蕨とか西川口とかです。3月20日、東京都監察医務院から連絡がありました。遺体の特徴を尋ねるので、大腸がんの手術痕はありますか？と尋ねたのですが、「ありません」とのことでした。

6月中旬、私がゴルフに行っていたとき、警察から連絡があって、3月20日に荒川の土手で見つかった人が、どうもお母さんらしいというんです。すぐに行くと、写真を見せてくれました。すでに見つかってだいぶ経っていたので、遺体はありません。1週間か、2週間で火葬してしまうらしいんです。遺留品のメガネを受け取りました。お母ちゃんが行方不明になる3ヶ月ほど前、メガネを新調しているんですね。その店に行って台帳と照らし合わせてもらおうと、お母ちゃんのものでした。

認知症は国民全体の問題で、街全体で見て行かなければならないと思うんです。本人にも認知症であることを知らせないといけない。地域包括ケアというでかい単位ではダメです。本当に長屋ごとの地域ごとの理解と助け合いが必要

その後・・・

- 99.99%、間違いはないと思うが・・・
- 葬儀はいとこのお寺で密葬に
- 墓は、いとこのお寺に
- でも、まだ、遺骨は、海に撒けていない

<体験からの結語>

認知症は、国民全体が理解し、街全体の支援が肝要！

そのためには、自分の家族が認知症だという事を知らせ、街全体での協力・支援を切に願う！

認知症患者への対応には、「話をよく聞いて、受け入れ、そして、同調すること」が大切！

天野社中 13

です。認知症患者への対応で一番大事なのは、話を聞いて受け入れてあげることなんです。

最後ですが、お母ちゃん言葉です。

死ぬということは気品あること。気品ある死に方というのは、気品ある生き方である。これは会津魂ということですが、それを実践していたお母ちゃんでした。

鈴木座長

認知症は、話をよく聞く、受け入れる、同調する。これは実は、心療内科の診察でも一番大切なことなんです。医師である私は役に立っているのかなあと自信がなくなることがあるんです。何年も通ってくるから。何年も通うということは私が治していないということでもあるんですが。（笑）大変なご苦労で、そしてお疲れな状態だったと思いますが、天野さんのユーモアを交えて話していただきました。

■ 認知症と法

青木 仁子（弁護士・なかむら公園前法律事務所、尊厳死協会副理事長）

皆さんに考えてもらいたい重要なテーマがあります。私の命は誰のものでしょうか。あなたの命は誰のものでしょうか。私の命は私のものです。あなたの命は、あなたのものです。このことをしっかりおさえて聞いてください。

尊厳死とは基本的人権を定めた憲法13条の幸福追求権のひとつであると考えられています。元々持っていたものを憲法が認めたもので、どのように生きるかを、自己決定できます。終末期においても同じです。法の世界が認めている尊厳死はどうなっているのか。自分の傷病が不治かつ末期になったとき、延命治療の不開始、あるいはすでになされている延命治療の中止を自己決定して、

自然な形で死を向かえること。これは法的に許される死の迎え方なんです。具体的法律はありませんが認められます。そういう裁判例があります。

法的に許される要件のまず1つ目は、自己決定のあることです。よくある誤解ですが、本人に代わって親族が決定できるのか。親族も医師も成年後見人も、決定できなません。それをすると、殺人行為で有罪判決を受けることになります。2つ目の要件は、不治かつ末期であること。医者には、それまで治療義務がある。医者に聞くと、不治かつ末期の判断は難しいが、死から前を遡ってみると、このころすでに不治かつ末期であるという時期があるはずだと言います。3つ目は、自己決定の意思表示は延命治療の不開始、中止をする時点で必要だということです。ただし現実的な医療現場では明確な意思表示が存在しない場合は、患者の推定的意思でもよい。それに変わり得るものとしてLWがあります。それを文書にしておくことをお勧めします。

5. 日本で尊厳死が検討された裁判事例(いずれも殺人罪の判決)

- ・東海大事件 平成4年(ワ)1172号殺人被告事件
横浜地方裁判所平成7年3月28日判決(自己決定がない)
殺人罪(懲役2年、執行猶予2年)
- ・川崎協同病院事件 平成14年(ワ)3802号殺人被告事件
横浜地方裁判所平成17年3月25日判決(自己決定・不治かつ末期何れもない)
殺人罪(懲役3年、執行猶予5年)
- ・上記控訴事件
東京高等裁判所平成19年2月28日判決(自己決定・不治かつ末期何れもない)
殺人罪(懲役1年6月、執行猶予3年)
- ・上記上告事件
最高裁判所平成21年12月7日判決
上告棄却したがって、東京高裁判決確定

日本で尊厳死が検討された事例は2つあります。最初の事例は平成3年、東海大学付属病院で、多発性骨髄腫で入院中の男性患者に若い男性のお医者さんが、患者の息子に「早く楽にしてあげて欲しい」と頼まれて、断われずに点滴を外しました。それでも患者が苦しむ状

態が変わらないので、息子さんがまた苦しみを取り除いて欲しいと懇願するので、お医者さんは塩化カリウムを注射していわゆる安楽死、殺したということになりました。裁判所は、この患者の状態が不治かつ末期であったとの判断はしているが、尊厳死に当たらないと判断しました。なぜなら、本人の自己決定がないからです。この裁判は、有罪判決が確定しています。

次の事件は、平成10年、川崎協同病院で気管支喘息のために低酸素脳症に陥った患者の家族が、父親の苦しい状態を見かねて、医師が看護師に筋弛緩剤を静脈注射させて窒息死させた。横浜地裁では、自己決定がないうえ不治かつ末期でもないとして懲役3年、執行猶予5年の判決が下されました。東京高裁でも、自己決定がなく不治かつ末期でもないとして、量刑は軽くなったが有罪判決を受けています。最高裁では棄却され、高裁判決は確定しました。

認知症の特徴ですが、意思能力がなくなる。大きな波の場合も小さな波もある。認知症は認知機能の衰えで、不治とは言えても、それだけで末期とは言え

ない。この病気の末期とは、認知症を基礎疾患として肺炎などを併発するなど悪化する身体症状で判断すべきだとしています。徘徊とか大小便を垂れ流すというのが、すなわち末期ではありません。

認知症は意思能力を考えるうえで問題があるとき、自己決定はできるのでしょうか。認知症は意思能力がある状態のときもあるし、ないときもあるなど症状に波があるんです。自己決定には意思能力が必要です。意思能力とは、行為結果を弁識（判断）する精神的能力を言います。意思能力のあるなしは、個々の具体的な法律、行為ごとに個人差や状況をふまえての実質的、個別的な判断で、一律にはいきません。なんらかの画一的、形式的な基準によるものではないんです。したがって、問題になっている法律行為であるかによって、それを理解し判断するだけの意思能力があるかないかを判断することになります。尊厳死については、延命治療を開始しない、あるいは途中で止めることによってなにが起きるかなどを理解でき、そのうえで判断できる能力ということになります。

自己決定のできない人を無能力者と言うが、子ども、遷延性意識障害の方が該当します。この認知症の人は幅が広いので個別的な判断を必要とします。そのほかに精神障害者の方。この方々も個別的判断が必要です。

認知症の患者さんに自己決定能力があれば、書かれたLWは有効ですが、自己決定能力がない場合は、有効ではない。

最後に私の願いでもあるが、85歳以上は4人に1人が認知症というが、尊厳死を希望する人しない人も含めてみんなが大切にされる社会があって初めて、誰もが幸せな終末期を迎えることができると考えています。

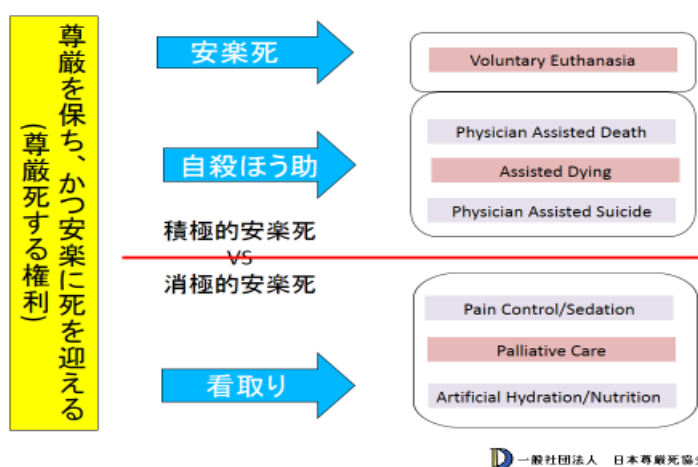
■ 認知症とリビングウィル 海外の事情

岩尾 總一郎（研究会代表幹事・死の権利協会世界連合理事）

死の権利協会世界連合の理事を兼ねているという事情で、認知症を絡めた海外の事情を話します。ある個人が自らの希望を示すことができなくなった健康状態に陥ったときに、前もってそのときの対応について自分の意思を書面あるいは口頭で示す、これをアドバンスディレクティブと言いますが、そのひとつがLWであります。そのほかに、自分の意思が伝達できなくなったときに信頼する第三者に、医療に関する意思決定権を委託するという方法があります。これが医療の代諾者です。

1981年に世界医師会がリスボン宣言というものをしています。そこに患者は尊厳を持って死ぬ権利があるという項目があります。95年、インドネ

シアで開かれた世界医師会で改訂されて、尊厳に対する権利のなかで、「患者は人間的な終末期医療を受ける権利を有し、またできる限り尊厳を保ち、かつ安楽的に死を迎えるためのあらゆる可能な努力を与えられる権利を有する」とされています。その原文ですが、「死を迎える」を「making dying」とされています。ただの「dying」ではない。使役動詞の「make」を使って「死なせる」ということになります。そういうことから、尊厳を保ちかつ安楽に死を迎える。尊厳死に対する権利を、いわゆる「安楽死」、あるいは「自殺幫助」、それから我々は「看取り」と言っているが、そのような終末期を迎える考え方がいくつかあります。



日本では積極的な安楽死と位置づけられる「自殺幫助」の安楽死を法定化している国があります。米国のいくつかの州でも法定化しています。そういうものを認めずに、「看取り」を法定化している国もあります。

オランダ、ベルギー、ルクセンブルクは、お医

者さんが介助して自殺幫助を認めている国々であります。判断能力があった時点での宣言書がある場合は、お医者さんが注射を打って患者を死に至らしめることを認めております。この安楽死は、ホームドクターとは別に、独立したお医者さんの判断が必要です。とくに認知症などのケースでは、何人かの人と話し合いをしたうえで、死の監察院のようなところで審査を受け、さらに国の設けている委員会に報告することになっています。当然、人の命を止めるわけですから、検察で訴追される可能性もあります。向こうの人に聞きますと、こういう認知症の人の扱いは頭の痛い問題だと話しています。LWを元気なときに作って、それを家族やホームドクターとしっかり確認していくことが大切です。

私の知り合いに、日本での状況を説明して聞きましたら、11月8日に返事が参りました。「認知症はオランダでも大きな問題です。過去7年間、認知症の初期の患者に対して安楽死の申請・報告がなされて、毎年40件ほど、国の委員会がOKを出すケースが増えています。大きな問題というのは、事前指示書が法的効力を持っているか、いないかではなく、本当の問題は安楽死を執行するお医者さんにあります。そのお医者さんが、患者の目を見ながら『これは本当に、あなたがやって欲しいということなのですか』という質問が認知症患者

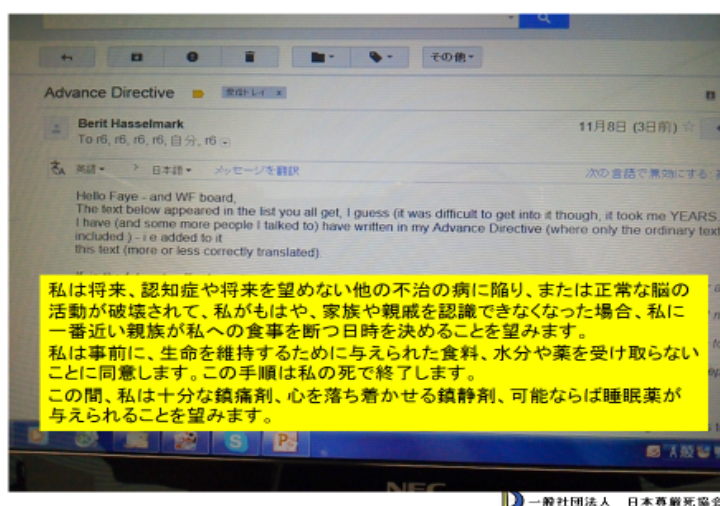
になされて、その患者からの返事にどんな価値があるんでしょうか」。これがその人の私たちに対する答えなんですね。

隣のフランスでは、02年に同じ様な法律ができたんですが、03年に同じ様な事件がありました。それで05年に患者の権利及び生の終末に関する法律ができまして、フランスでは積極的な安楽死は認めませんということになりました。その代わり、「看取り」を行うためのいくつかの要件を作っております。意識がなくて終末が近いという場合に、延命措置は差し控えるけれども、条件として患者の事前指示書があって、信頼できる代理人からそのような趣旨の話があて、最後は医療チームの合議があれば延命措置は差し控えますということになっている。いまのフランス・オランダという大統領がかねて積極的安楽死の合法化を掲げて当選なさったんですが、当選してみると反対派も強くてこの法律を出しづらいという状況のようです。

イギリスは05年に精神能力評価法という法律ができました。その24条に、「当該治療の開始もしくは継続が問題になった時点で同意を与えもしくは拒否する能力を喪失していても、かかる事前の決定が有効かつ適用可能であれば、治療は開始もしくは継続されない」。

つまりLWというものがあれば、あなたの意識がない、あるいは判断できないとしても、それを有効と認めるという法律であります。「あなたは将来の医療について拒否する権利があります」ということです。従いまして、イギリスのアルツハイマー協会は、この法律を全面に出して「あなた方は、この法律で守られています」と宣伝している。

ドイツも09年に「リビングウイル法」ができました。この法律は尊厳をもって死にたいという患者の願いと、法的保護が欲しいという医者との間における微妙なバランスをうまくついていると言えます。この法律は6年の議論を経て、317対238で可決したと。900万人といわれるLWを持つドイツ人が法的担保を与えられた。



米国も70年代からLWに法的担保を与えるものが出てきている。米国のひとつのケースですが、「認知症になったときのために」という項目がある。スウェーデンにいる私の知人からの

連絡では、「私は将来、認知症や将来を望めない他の不治の病に陥り、または正常な脳の活動が破壊されて、私がもはや家族や親戚を認識できなくなった場合、私に一番近い親族が、私の食事を断つ日時を決めることを望みます」といった内容のLWを作れないだろうかという議論が出てきていて、来年の9月、米国のシカゴで開かれる死の権利協会世界連合の大会で、認知症に関する議論をしようと言っている。世界中で、法律に裏打ちされている、されていないの違いはあるが、認知症の人たちのことをどう考えるべきなのかが課題になっている。

私どものLW宣言書では、「私の精神が健全な状態にあるときに書いた」ということのみしか書かれておらず、なったらどうするということには触れられていない。

【まとめ】

鈴木座長 前頭葉がやられる場合、側頭葉がやられる場合などで、障害が違いますし、日によって症状も変わりますね。「今日はまともなことを言っているな」など、症状がまだらな場合、どこをもって認知の障害があると判断するのか。いいときにLWを書いたらどうなるのか。

また認知症の重い軽いの重症度のレベルが決められていないという印象をお持ちになられたと思います。他の病気、たとえば糖尿病だったら腎臓が悪くなってタンパク尿が出ているとか、尿毒症がわかるなどレベルがわかるんですが、認知症ではこれが十分ではない。青木さんが仰ってましたが、認知症だけで末期というのはないというが、あるとすれば老衰かなと思いますが。ただ、認知症がひどくなると歩けなくなったり、骨を折ったり、寝たきりになったり、それによって床ずれがおきて感染症になったり。尿の失禁があると尿路感染症。呑み込めなくなってくると、嚥下障害、肺炎などが起こる。そうやって症状が重くなって不治かつ末期に陥る。それが認知症の不治かつ末期で見極めなければならない。海外の事情については、先進国では法律ができているところがほとんどで、むしろ安楽死がどうなのかということが主に議論されているというのが現状であろう。

尊厳死については、世界医師会のリスボン宣言があって、これに基づいて日本医師会も何度も尊厳死を尊重しなさいという声明を出しているんですが、残念なのは、それが医療現場にしっかりと伝わっていないことで皆さんが苦勞なさっている。その辺は、文部科学省や厚生労働省などの役割も大きく、医師の教育も重要な分野であると思います。

【第2部】 ワークショップ & ディベート

「認知症の人はリビングウィルを表明することができるのか」

座長 長尾和宏

登壇者 第1部の天野さん、青木さんに加えて
佐藤眞一（大阪大学大学院人間科学研究科教授）
信友浩一（医師・九州大学名誉教授）

- テーマ①「認知症の患者はLWを表明できるのか」
②「家族が認知症の患者さんの意思を代弁できるのか」
③「事前指示書は効果的か」
④「医療代理人制度は必要なのか」

長尾 冒頭、みなさんに見ていただきたいビデオがございます。尼崎で町医者をしていますと、いろんな認知症の患者さんがおられます。実はいままで、お年寄り本人に終末期について尋ねたことがありませんでした。今日の研究会のために、在宅の方、施設に入っている方20人くらい聞いてきました。いろんな答えがありました。LWが表明できないと言われていますが、どのように解釈すればいいのか、さまざまな問題が浮かび上がっています。なお、ビデオに出てくる本人、あるいは連絡がつく家族には、ここで見ていただくことへの承諾を得ております。

【ビデオで放映された主なやり取り】

（詳細は尊厳死協会ホームページのリビングウィル研究会ビデオ報告参照）

長尾 いま、いくつくらいかな？

女性 50。（本当はもっとご高齢）、いや60か。

長尾 80、90歳になってな、食事がとられへんようになったらな、どうしてほしい？

女性 なんにもせん。自然に。

長男 点滴とかはしない？

女性 うん。

長尾 胃ろうというて、ここに穴を開けて。

女性 いやいや、いやや。しない。

長尾 でも、病院に入って、何も食べられないようになったら、個々に穴を開けられてな。

女性 帰る。

(別の女性)

長尾 病院行って、栄養を入れるためにここに穴を開けるのはどう？

女性 やりたい。

長尾 長生きしたい？

女性 できる限り。

(別の女性)

長尾 病院に行くのはどう？

女性 病院なんか行くのはいや。

長尾 栄養をここから入れると言ったら、どうする？

女性 調べて、そのようにしてもらいます。

(別の男性)

長尾 お父さん、食べてる？

男性 食べてます。

長尾 何歳まで頑張る？ 百歳までいくか？

男性 いきたいですな。

長尾 栄養失調になったら、病院に入りたい？

男性 入りたいですなあ。

長尾 栄養を胃袋に直接入れんねんけどな。やってほしい？

男性 それはえらいな。

長尾 最期のときは病院がいいの？ ここ（自宅）がいいの？

男性 ここがいい。

長尾 自然にまかせてほしいという希望はない？

男性 ないなあ。

長尾 管を入れてもかまへん？

男性 ああ。

長尾 呼吸ができなくなったら、人工呼吸とかやってほしい？

男性 ああ。

(別の女性)

長尾 栄養を管を入れてな。

女性 そんな、やりとうない。

長尾 ちゃんと言っておかないと、病院に入ったら、すぐにチューブ入れてな。

女性 そんなんやったら、病院に入らない。

長尾 もしものときにな、お母さん、どう考えているか聞きにきたん。

女性 今聞かれても、言われへん。

長尾 ちゃんと意思表示できるな。

女性 できますよ。まだアホになってへん。

(別の男性)

長尾 もう食べられへんようになったらどうする？

男性 南無阿弥陀仏じゃ。

(別の男性)

長尾 ここに管を入れるのは、絶対にいやか？

男性 絶対ということはない。

長尾 お医者さんがやろうと言ったら、やる？

男性 はい。医者任せなしゃあないんとちがいまつか。

(別の男性)

長尾 管を入れて栄養を入れるんは？

男性 いややな。

長尾 絶対にいや？

男性 いややな。

(別の男性)

長尾 胃ろう、栄養剤入れるか？

男性 ええん方法あったら、やって欲しい。

長尾 (男性の息子さんに) 胃ろうは、やると言っていたけど。

息子さん 後で聞くと、内容はほとんどわかっていない。

長尾 質問の意味がわからないんやな。

息子さん わけわからないんで、取り繕う。

■ 繰り返し一定なら意思とみなせる？

長尾 新しく登壇されたお2人に5分ずつ、自己紹介をお願いします。

佐藤 高齢者の行動を実験や調査あるいは観察して心理学的な手法で研究しています。認知症で言えば、記憶力は低下するが、そもそも記憶の低下とはどういうことなのか。介護施設で認知症の方々に対して、どういう介護が必要なのかを研究しています。がんの末期の患者さんを想定してつくられてきた看取りの方法では、解決しない問題が認知症にはあります。アルツハイマー病でした

ら、平均の病気の期間が10年とされています。なかには20年くらいの方もいらっしゃる。介護の中で本人の意思を読み取っていく力が大事だと思います。

認知症になることへの不安をみなさん持っておられる。精神的に荒廃することへの不安なんだろうと思うんですね。自分らしくなくなってしまうという。そのことが死んでしまいたいという尊厳死とかLWの問題に結びついていくとしたら、それは別の議論で、安楽死の問題になってしまいます。

信友 臨床は呼吸器内科をしています。呼吸器を見ると、この人がその社会階層で、どういう生活をされてきたかが良く見えるんです。ターミナルの患者さんが多いので、年間に4、5人の患者さんが残念ですが亡くなります。私の患者さんは、亡くなると必ず病理解剖を受けてくれます。大事なのは患者さんと家族とのコミュニケーション。病理解剖は、そこに信頼関係、安心関係がないとできない。大事なのは、症状を訴えてくる患者さんは、不安を抱えているということです。それを察して安心感に変えることが大事です。

そもそも事前に意思を表明することが、日本文化になじんでいるかどうか。日本では子育てのときに、「〇〇ちゃん、そういうことをしたらダメだよ」という否定から入ります。でも、LW先進国である欧米では、「〇〇ちゃん、今日はなにを食べたいの？」という選択から入るんです。これがリビングウィルの「ウ



イル」ですよね。そして成長していくにしたがって「お母さんも、したいことがあるの」って、それを聞かせる。自分のしたいことが言えるようになるし、相手の要望を聞けるようになる。悪く言えば、日本人は功利的な民族です。勝ち馬に乗ろう。自分が選択したことによる責任を負わされてしまう。だからお

任せする。逃げる。ずるいんじゃないかと思うんです。このずるさが日本の社会を作っている源かもしれません。「ウイル」が尊重されない子育ての中で大人になっている。最近「死に方を忘れた日本人」「死なせ方を忘れた日本人」と言われていますが、選ぶということができないんです。そこで私は退職して「信友村」、居心地のいい、居場所のあるところで当事者と家族と医者の中に入って、医療のあるべき姿を追い求めています。

長尾 さきほどお見せしたビデオについて感想をいただけますか。

天野 第一印象は、みなさん元気で、本当に認知症なの？ と思いました。ひ

よっとして、うちのお袋、物凄く悪かったのかなと。

青木 LWつまり、延命治療は嫌だよとか、あるいは受け入れたいという角度からの意思能力のある方が何人かいらっしゃる。意思能力は個別的だとお話ししましたが、どういう問題をテーマにして、どういう生育歴で、質問者がどれだけなじんでいる人か、それによって意思能力が正しく出てくるか違いがあるんじゃないかという風に思いました。

佐藤 認知症の方の変化のプロセスは、人によっても病気の種類によっても異なりますが、最重度になってくると、ほとんど寝たきりに近い状態にまでいきます。ビデオの方々が、どれくらいの重度なのかは、ビデオだけでは難しかったかなと思います。ただ、あのように発言をしているので、ケアの行き届いた方ではないのかなあとって見ていました。研究者として言うならば、あのような発言が繰り返し一定しているとしたら大きな判断基準になると思います。

信友 認知症の本質は記憶障害で、そのことによる不安ですよ。それを察する感性が自分にあるかどうか。沖縄の人の認知症の人の予後と、杉並区の認知症の人の予後とを調査した人がいるが、沖縄では、歳を取るとボケますからみんなで気をつけましょと、家の中に閉じ込めないでいます。杉並の方は、出ると交通事故に遭う。だから閉じ込めてしまうんですね。医療の問題ではなくて生活レベルの問題として考えています。それには地域包括ケアは地域が大きすぎると思います。せめて小学校校区くらいでやる発想が必要でしょう。それから記憶障害ですが、最後まで残る記憶って何か。玄関です。そこを入れれば自分の空間がある。人格崩壊が起きないケアが必要だ。それは我々の側の問題だと思います。

【テーマ】①「認知症の患者はLWを表明できるのか」

長尾 今日のテーマのひとつ、「認知症の患者さんは、LWを表明できるのか」について議論したいと思います。

信友 佐藤さんの研究で、お年寄りがLWを表明したいかどうかの調査をしたことありますか？ だれか罪びとになりたくないから押し付けているんじゃない？

長尾 この一番目のテーマそのものが、押し付けだということですね。

信友 当事者だけでなく、家族、医療者、それに私を含めたみんなでコンセンサスをつくっていく。当事者だけに責任を負わせるのではなく第三者が入る必要があると思うんです。

青木 私のいる尊厳死協会の東海支部の事務所に、「父は認知症だが入会できる

かとの問い合わせがあります。名前は書けるが」と。そのとき私は、娘さんが使った認知症という言葉の意味が、5人いたとしたら5人とも違うと思うんですね。歳も間違えているし、さっき食べたご飯も忘れちゃうし。程度もみんな違うが、「尊厳死の意味を丁寧に説明して、理解できれば入会できますよ」とお答えしております。医者診断書があるのかもしれないが、私はそういう風に答えています。

天野 私は聞く相手によって変わると思います。その人の話を聞いてくれるのかどうか。誘導ではなくて、どんどん聞き出していく。だったら、認知症でも可能ではないかと思います。

佐藤 私たちの研究領域で「メタ記憶」という言葉があります。自分の記憶が良いか悪いかの自覚のことです。メタ記憶のパラドックスが知られています。つまり認知機能の低下で記憶力が悪くなると、逆に自分の記憶は良いと思う人



が増える。つまり忘れたことを忘れるんですね。その変化を見ていくと、どのへんでメタ記憶の異常が起きてきたかがわかります。それをLWに広げていき、「ウイル」の変化を追っていくことが大事だと思います。ウイルというのは「セルフルール」つまり自分のルールに従うということです。そのことを自分を律するオートノミー（自律）

という言葉に置き換えていきます。自分のルールに従うことによって行われるのが自己決定です。自分のルールに従うことができるのか重要な問題になってきます。そのことをどう判断するのか。信友さんがおっしゃったことだと思います。家族、医療従事者、介護の方々が日常のケアのなかで感じ取っていくものではないかと思います。青木さんはさきほど、医療現場の推定意思でも良いとおっしゃいました。この推定意思をどうやって確認するかがLWで非常に大事だと思います。

【テーマ】②「家族が認知症の意思を代弁できるのか」

長尾 「家族が認知症の患者さんの意思を代弁できるのか」というテーマに移ります。

信友 家族の中にがん患者がいて、家族のがんに罹るリスクは2倍高いと言われています。その家族とは2親等以内なんです。だから2親等以内の家族と話し合う。あうんの呼吸と言いますが、そうした推定が理解される信頼醸成装置がある社会であってほしいと思います。

長尾 青木さんね、さきほど聞いていて、どこまでも自己決定でいくんだ。家族は関係ないという風に聞こえたんですが、どうでしょう。

青木 民法の場合、親族と言いますので、ここで言う家族とはもっと狭い範囲のことだと思います。その家族が年々、みなさんがイメージしている家族と食い違ってきてしまっているのではないかと。年金問題も大きな問題。両親とも寝込んでしまって、介護でもうヘトヘトだという家族もおられます。いつまでも長生きして欲しいという家族は、現実的には少なくなっているような気がします。さきほど、安楽死の判例を紹介しましたが、「家族に『死なせてやってください』」と請われ、お医者さんがその言葉に負けて死なせてしまったことが全部殺人罪に問われています。それは尊厳死という考え方に自己決定が、いかに大事かということなんです。これをよく理解していただきたいと思います。ただし、患者が「延命治療を止めて欲しい」という自己決定をしている場合で、具体的にどうしたらよいのかわからないとき、親族に「細かいことは、お願いね」というのは、これは代理ではないと思っているんです。尊厳死をする、しないという根幹的なことを決めるのは、家族を含めた第三者にはできない、と法律の世界は考えています。

天野 私は1人っ子ですから私が代弁するしかないんですね。お袋は江戸っ子で、自分の始末は自分でしなさいという親でした。潔い思いを持っているのだとしたら、それを叶えてあげたい。でも、これが紙に書かなきゃいかんとか、なにしなきゃいかんというのが、あるんですよね。でも、ぼくは、それがどうなのかなあと疑問に思うんです。

佐藤 家族と患者の間での話し合いを証拠として残しておく。家族の意思は、あくまで家族の意思だと思います。本人の意思であることを示す根拠は必要で、記録として書き残していくことなのだと思います。そのプロセスがきちんと整備されないと、この問題というのは判断できないと思います。

長尾 会場のみなさんでご意見や質問など、ありますでしょうか。

会場A（医師） 北海道の摩周湖のふもとで医者をやっていますが、とくに2番目の問題で悩むんです。青木さんがおっしゃった治療の中断か継続かは、その時点での自己決定ということになるのですが、実際には難しいのは、推定意思がOKであっても家族の方だけではダメだとなると、本人が意思表示ができない状態の中で家族としかやり取りができない。推定意思として代理の意思で治療を変更することは可能なのでしょうか。

青木 文書があれば一番良いのですが、ない場合でも、親族の口から、本当に患者本人が元気なときに延命治療の中断、不開始を決めていたことが垣間見られると医師が判断できれば、推定意思として尊厳死に協力なされてもなんら問題はないと思われます。ただ、法廷に出た場合に、そういう言った、言わないは、なかなか難しいとは思いますが。

会場A それから長尾さんが撮られたさきほどのビデオですが、ふだんからあして撮っておくと、文書と同じ様なLWかなと感じました。

■ 認知症を患って意思が変わった？

長尾 これだけ認知症の患者さんと接していて、ああいうことをやっていなかったんだということに気がつきました。ありがとうございました。

会場B 私の母が認知症ということでだんだん進んでいきました。10年間の末に看取ったんですが、天野さんと同じように下町のシャキッとした性格で、元気なときは、私たち4人兄弟に「尊厳死協会に入ったから、あなたたちも入りなさい」と勧めてくれて、嫁さん含めて8人とも入ったんです。認知症を患って、医師との面会するとき、尊厳死協会に入っていることを伝えたとき、正常な意思ではないのか「生きたい、生きたい」と言ったり、こちらの質問に、なにを言っても「はい」と返事をしたりするようになってしまった。親族8人が集まったときに「母は正常な状態ではありません。正常なときの意思を我々8人は尊重したい」と医師に伝えました。先生は「よろしい」と延命治療を始めなかったんです。それが、今テーマとして話し合っている「家族が認知症の患者さんの意思を代弁できるのか」に当たるのではないかと思います。それから最初のテーマ「認知症の患者はLWを表明できるのか」について、私は無理だと思う。というのは正常なときに母のイメージ、それと認知症になってからの意思は、違っちゃっているんじゃないかと思います。どっちに従うべきか。私たちは前者に従いました。



青木 お母さんの意思が、途中から「長生きしたい」に代わり、お子さんたちには正常な判断とは思えなかったというこ

とであれば、正常でないという前提ならば、「長生きしたい」という意思表示は意思能力がない段階でなされたものであるから、何の意味もないと考えます。つまり「長生きしたい」という意思表示はないのと同じになります。しかし、そう簡単ではない。お子さん方から見れば、180度違う判断をお母さんがするようになった。しかし、少しでも意思能力があって、心変わりされたとしたら、それは撤回として認めなければならないことになります。質問の仕方によっても全然違ってくるので難しいので、できるだけお母さんと一緒にいる方、真意を汲み取ることができる方が判断してもらいたいと思います。

長尾 けっして会場の方と矛盾はしないですね。

会場C 神奈川県から来ました。母が胃ろうして十数年間ですね。胃ろうをすると長いです。この8月に亡くなりました。一番の問題は、認知症になってもLWを表明できるとしたら、認知症になる前に書いたLWの撤回もできるということになります。法制化してもらって、LWを表明できるのは元気なときとする法制化をしてもらわないと困ります。

【テーマ】③「事前指示書は効果的か」

④「医療代理人制度は必要なのか」

長尾 それでは3番目に移っていきませんが、4番目と関連しているので、「事前指示書は効果的か」、「医療代理人制度は必要なのか」を一緒に議論していきますね。事前指示書というのはLWだけでなく、代理人みたいなものを付ける。外国ではよくやられている。実は台湾でも法制化がなされています。代理人も第1、第2、第3と順番に親等の範囲が定められています。日本ではLWさえも法制化されていないんですが、昨今、病院とか施設で一般化されてきています。代理人も手術の承諾とか、認知症の人の胃が破裂するとか、がんになって、いまだったら治せるんだけど、というようなときに、本人に判断能力がない場合、医療代理人が必要なのかもしれませんね。

信友 LW、こうしたというのは魂の叫び声ですね。それを本人が表明した場合にどのように回りがサポートするかが大切です。こうしたソーシャル・サポート・システムがないんだと思います。それでも多くのドクターが踏みとどまっているのは、罪人になりたくないからなんですね。そのためには法制化が必要だと思います。

長尾 代理人とセットでなければ、現実的にはかなり難しいのではないかと思います。

う声もありますが。

信友 インフォームドコンセントという概念がいつの間にか定着しましたね。あれは医者がかうしたいということに患者が同意するか。反対に患者がかうしたいというときに、医者が同意するのをLWとすれば、ダブルスタンダードを文化として考えていくべきなんじゃないかと思います。

青木 事前指示書は大いに効果的です。ただ、医療代理人制度というのは、なにを代理するのでしょうか。

長尾 手術とか。

青木 それは私は必要だと思っております。ただ尊厳死という生死にかかわることですから、簡単には認められない。

長尾 青木さんに質問ですが、事前指示書を青木さん自身、持っておられますか？

青木 尊厳死協会の会員ですから持っております。

長尾 医療代理人？

青木 持っておりません。

長尾 作らなければならないと思ったことはありませんか。

青木 延命治療をどうするか意思決定をした後の、もっと細かい意思表示をしてもらわないと、延命治療の不開始、中止ができないというのであれば、どんな治療の方法をとるかを決めるのであれば、「代理」という言葉には抵抗があるが、お願いしたいと思います。

長尾 例えば代理人を書くときに、親族はあてにならないから、親友のAさんを代理人にした場合、法的にはどうなんですかね。

青木 親族でなくてもです。

会場D 愛媛県の大学病院でがんの治療をしています。がんの治療は急速に進歩していて、延命効果が上がっている。とくに血液がんは全身に広がっていても治ることがあるんです。そういう方が認知症でこられた場合、がんの治療に伴って副作用も出ますんで、そこで患者さんが「生きたい」と意志表示をされない場合、どうしてもご家族の意見を聞かないといけない。そのときに、「この治療をした場合に治るんですか」とよく聞かれるんです。本人の意思を尊重せずに治療することが我々にとって負担になっている。家族の意思を尊重することが多々あるんです。文書で表すのは難しいかもしれませんが、ぜひ、元気なうちに意思表示をしていただきたい。

それからもうひとつ。ここにおられる方々は私より年上がほとんどで、30年経ったらほとんどの方がいらっしゃらないのではないかと思います。こういう議論が、もっと若い人に浸透していつてもらいたいと思っています。あちこちの生命倫理委員会に行くと、若い人がもっと来ている。きっと尊厳死協会

という名前が悪いんじゃないかな。もっと若い人たちを巻き込んで欲しいです。
長尾 厚生労働省在宅医療推進室長の佐々木昌弘さんが会場にいらしゃいますので。

■ 国民的議論が大事

佐々木 認知症の方はLWを表明できるのかというと、最低限、最大限の尊重をすべきものであろうし、かりにそれが表明できていないのであれば、そのことをなにを以って判断するのかをほかの人が証明しないことには、言っていることがおかしいと言えないと思います。それに推定材料というのはいくらでもあるんです。今まで何を仰ってきたのかだとか、それを知っているから、意思を代弁できるのでしょう。事前指示書は効果的か、というのは効果的でないはずはないと私は思う。自分が考えていることを事前に伝えているわけですから。最後の医療代理人制度は必要なのかというと、個々のケースによって異なるという答えになるのですが、代理人がいないと困るという場合も当然あるかと思いますが。それを制度化する必要があるか。もともと法律というのは、いろんな規範の中のきわめて限定的なもので、国民が広く納得できる社会規範があるうちは、別に法律などなくてもよいし、逆にそれが崩れてきている社会においては法規範がないと、いつどこで訴えられるかわからないから、患者さん、ご家族、医療側との関係がギクシャクしてくるわけですから、時とともに変わってくるべききものだと思っています。

厚生労働省は積極的に終末期とターミナルにおいて、できるだけご本人の意思を尊重するような施策をとっています。平成19年には医療従事者等のガイドラインを策定しましたし、日本医師会も平成20年にガイドラインを作りました。今年度は国民のみなさんが何を考えていらっしゃるかを5年に1度の調査をやっております。調査というのは個々のケースに設問、会話のやり方をしないと、答えが本当に本人の意思を反映しているのか変わってきますので、今の国民の意識を、今回の設問の範囲内での調査結果をまとめようとしております。来年度には、より具体的に、まずは10の医療機関を選んで、より国民のみなさんの意思を反映した形での人生の最終段階での医療での対話が進むような方法を考えています。

長尾 時間が迫ってきましたので、4人の方、どなたでも結構ですので、これだけは言いたいということがありましたら。

信友 米国の老齢内科学会が出した統計ですが、アメリカ人がもっとも恐れている病気はがんや脳卒中じゃないんです。認知症なんですね。人格崩壊がくる

からです。人格崩壊がくるということで、認知症の末期とみなすという認識を国民が出してもいいんじゃないですかね。

青木 国民的な議論をしなければいけないと思うんですね。それには高齢者だけで議論していても始まりませんので、高齢者でない方を巻き込んで議論の場を作ることを考えていかねばならないと肝に銘じております。

天野 安心して死ねる街。これを作りたいんです。そのためには大きな単位ではなく、長屋クラスでやっていきましょうよ。そこで顔の見える本当の意味で会話のできるネットワーク作りをしていって、その中でいろんなことが解決できていくんじゃないかなと思っています。それを国に頼らないで、我々で作しましょうよ。私が今一般社団法人で「これからの福祉と医療を実践する会」をやっていますが、全国140くらいの医療・介護施設が入っているんです。診療報酬も、必要なら自分たちで厚労省を動かせばいいじゃないですか。介護保険も我々が受けるわけじゃないですか。必要なものはもちろん必要ですし、必要ではないものは返せばいい。

佐藤 私の手元に、厚労省が今年発表した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」というのがございます。この中で、認知症が進行して身の回りの手助けが必要になった場合、どこで医療を受けたいですかという質問があります。このデータを見て、非常に驚きました。最も多かったのが介護施設で、6割と書いてある。自宅と答える人が多いのかなと思ったんですが、介護施設なんです。医師の65%、これも、やはり介護施設なんです。自宅は23%、病院は9・6%しかありません。ところが、現在日本で介護施設で看取っているのは、3~4%しかありません。私の研究テーマのひとつ、日本の介護施設でいかに看取るか。看取り加算というのがありますが、あまり使われない状況です。みなさんにもお考えになっていただきたいテーマです。

長尾 最後に第1部で座長を務められた鈴木さんに、まとめていただきます。

鈴木 認知症の人のLWができるかどうか。または変更ができるかできないか。私が考えたのは、個々に考えたらどうでしょうかという印象を受けました。そのなかに家族とともに医師も加わる。なぜこのLWというものが必要になってしまったのか。現在の医療の現場で、安心して臨終を任せられない医療がはびこってきているというのが、そもそもの出発点だと思っています。これは教育の問題ですが。患者との信頼関係がないと、成り立たない。看取りの教育の不在というのがあります。医学部の教育は文部科学省、卒業して医師国家資格を取ると、そこからの教育は厚労省の担当となります。この両者のカリキュラムのなかに、看取りの医学・教育というものが十分になされていない。これが永遠と何十年も続いた歴史がございます。そこはなんとしてでも変えていかねばならない。

それから法制化ですが、日本医師会は「必要ない」という結論を出すようですが、リスボン宣言以降、尊厳死は大切であり尊重しよう、LWがあればそれに従いましょうと生命倫理懇談会の報告書にも書いてあるんですね。問題はその報告書を日医の医師のみなさんがご存知かということです。残念ながらそれは広まっていないと私は感じております。私も尊厳死協会の役員になって初めて知りました。学会でも声明を出していますが、やはり法律でないと広まらない。

法制化すれば、尊厳死協会のLWも、いろいろと変えていかなければならないでしょう。代理人の問題その他を。でも、医療現場での医師と患者の信頼関係がないと最後はうまくいかないんじゃないかと思うんです。厚労省、文科省、それから地域の教育指定病院がすべて一丸になって国民が安心して命を任せられる、預けられる、そういった医療を作ることが最終的な目標ではないかと思えます。今日はディベートということですが、基礎的な意見が我々成熟していないと思いますが、ディベートができるくらいまでいけばいいかなと思っています。

《解説》 個別判断しかないのか認知症のLW

尊厳死協会が尊厳死を法制化する運動と同時に進めていかなければならない問題のひとつに、認知症の問題があります。元気なときにLWを表明しても、不治かつ末期の状態になったときに認知症を患っていたとしたら、最終的な確認ができません。人の気持ちは移ろいやすく、かつて表明したLWでも、末期になってそれを覆したいと願う人もいるかもしれません。

今日の議論のなかでも、まさにこんな質問が飛び出しました。

「母親が認知症を患って、医師との面会の際に尊厳死協会に入っていることを伝えたが、正常な意思ではないのか『生きたい、生きたい』と言ったり、こちらの質問に、なにを言っても『はい』と返事をしたりするようになってしまった」

これに対する答えは、「ケース・バイ・ケース」で考えていくしかないのが現状です。その方の認知症の程度がどれくらいなのかによっても変わるでしょうし、それを尋ねる人によっても答えが変わってくるかもしれません。尊厳死協会のなかでも、必ずしも見解が統一されているわけではありません。弁護士の青木さんは、「意思が、途中から『長生きしたい』に代わり、お子さんたちには正常な判断とは思えなかったということであれば、『長生きした』という意思表示は、何の意味もないと考えます」としながらも、「しかし、そう簡単

ではない」として以下のように意見を述べています。

「少しでも意思能力があって、心変わりされたとしたら、それは撤回として認めなければならないことになります」

では、「本当に心変わりしたのか」あるいは、「認知症による意思能力の欠如」なのかを、だれがどのように判断するのか。非常に難しい問題ですが、国民的な議論を活性化させたうえで、LWの重要性を認識する社会に意識変革しなければ、共通の土俵で議論することはできません。

尊厳死の問題は、本人の意思の問題です。その意思能力に問題が生じたとき、根源的な問題にぶち当たることになります。「医療代理人」についても同じことが言えます。本人に判断能力がなくなったとき、医療側は医療の方針について誰に相談すればよいのか。この場合、ほとんどが家族と言うことになるでしょうが、本人の意思を理解していない家族でも、声が大きければその家族の方針に医師は従わざるを得なくなります。だとすると、本人の意思はどうなるのか。元気なときに、医療代理人を指名しておくことは、それなりに大切なのですが、こういった制度も日本ではあまり紹介されていませんし、議論も深まっていません。第1回リビングウイル研究会で、特別講演をした松尾幸郎さんが、日米の体験から医療代理人制度の必要性を語ってくれました。一方では、「代理」が本当に本人意思を汲んだものなのかどうか。尊厳死協会のなかでも議論が続いています。