

2016 年度後期早稲田大学 2 月合宿研究レジュメ
研究会「自律」

『歩幅』

早稲田大学商学部一年 堀川友良

「君達には自分らしい
歩き方を見つけて欲しい。」

——ジョン・キーティング（ロビン・ウィリアムズ）——

『映画：いまを生きる』

1. 社会認識
2. 理想社会像・問題意識
3. 現状分析
 - 3-0. 安楽死の区分と緩和ケアについて
 - 3-1. 延命治療について
 - 3-1-1. 尊厳死をする可能性がある人の数
 - 3-2. 尊厳死について
 - 3-2-1. 尊厳死の要件
 - 3-2-2. 尊厳死法案について
 - 3-2-3. 諸外国の尊厳死法案成立状況について
 - 3-3. 医師による尊厳死の忌避
 - 3-3-1. 法的側面
 - 3-3-2. 精神的側面
4. 原因分析
 - 4-1. 日本人の死生観
 - 4-1-1. 近代以前
 - 4-1-2. 明治から昭和まで
 - 4-1-3. 尊厳死反対団体
 - 4-2. グレーゾーンな尊厳死体制
 - 4-2-1. 意思が不確かである点
 - 4-3. 看取りによる医師の精神的負担
 - 4-3-1. 在宅での看取り医療
5. 政策
 - 5-1. 尊厳死法案
 - 5-2. 尊厳死の圧力の回避
 - 5-2-1. かかりつけ医制度
 - 5-3. 意思確認制度
 - 5-3-1. 医師による意思確認制度
 - 5-3-2. 健康診断における意思確認制度
 - 5-4. 医師の心のケア
 - 5-5. 医療機関提携による包括化

1. 社会認識

現代は効率化社会である。効率化社会とは、資源の効用を最大化するために、効率を重視している社会である。人口が増加していた間は限られた資源を用いて増加する人間の生活水準の維持向上するために効率化が求められ、人口減少が始まった現代においても非生産年齢人口の増加に対して生産年齢人口が減少しているために人的資源に対する効率化も含めた広い範囲にわたる効率化が行われている。

実際に社会は効率化を行ってきた。近世の徒弟制度や職人に代わり、近代では会社制度、特に株式会社制度や工員が台頭し、現代では工員がロボットに置き換わりつつある。

しかし効率化は会社制度の中でのみ行われてきたわけではない。効率化は軍隊や教育現場、医療施設のような組織でも行われてきたのだ。

特に戦後の大きな効率化の波の中にあっただのは医療現場である。1950年代に在宅で死を迎える人の割合はおよそ7割であったのに対して2000年代に入ってから自宅で死を迎えた人の割合はおよそ2割にまで減っている。これは病院医療の普及と関係がある。戦後すぐに医師法や保健婦助産婦看護法、医療法が成立し、医療専門職に関する規定がなされた。そして、1950年代から1960年代にかけては経済成長や人口増加の影響により病院の建設ラッシュが起こり、病院数は1950年の3408施設から1970年には7974施設へと倍増している。ここにおける病院の建設ラッシュは医療に対する効率化である。小規模であった診療所を比較的大規模な病院施設へと集約したのである。そのようにすることで患者と医療専門職員を集積できたため限られた医療専門職員で増大する患者に対処する体制を構築できたのである。換言すると患者に対して十分な治療を与えるためには患者や医療専門職員を一か所に集積する必要があったということである。その結果として、在宅での医療が軽視されることとなり、患者は専門的な治療が必要になった場合には病院で入院することを余儀なくされたのである。

また、病院の普及によって日本人の平均寿命の長さは大幅に延びた。1950年には61歳であった男女の平均寿命は2015年時点で84歳となっている。これは病院の普及によって日本人の生活の中に医療が入り込むとともに公衆衛生の概念が醸成されたことが大きな理由であると考えられる。そして、その医療の中でも特に平均寿命の長さに寄与してきたのは延命治療技術である。日本において寝たきりの高齢者は1993年には90万人であったのが2000年には120万人にも達しており、他の先進諸国と比較しても高い値となっている。また、経口による栄養摂取が困難である場合には胃瘻を、自発的な呼吸が困難である場合には人工呼吸器を取り付けることを推奨してきた。それは医療の目的である、患者の生命をわずかでも引き延ばそうとする西洋のキリスト教的概念が存在していたからである。しかし、その一方で効率的な組織運営の結果であったとする側面も無視することができない。生産手段の効率化においては人材だけではなく設備の効率的な活用が求められる。この点において慢性的にベッド等の設備を使用する延命治療者の存在は病院にとって効率的な経営に必要だったのである。同時に、経営の観点から考えるとリスクを回避する戦略でもあ

った。本人の同意があっても現在の日本では延命治療を行わないことが適法になる確証がない。そのため、訴訟のリスクを回避するために延命治療は比較的積極的に行われてきた。2015 年から医療事故の刑事事件としての捜査介入が行われるようになったこともこの傾向に拍車をかけると予想される。

一方で、1970 年代から物理的な豊かさだけではなく精神面の豊かさも含めた生活全体の豊かさを表す概念であるクオリティーオブライフ（以下、QOL）が提唱された。QOL の概念の発見は効率化社会への反発として必然の結果であった。いかなる効率化を行おうとも成長には限界が存在している。人々はその限界から逃れるために人々の主眼が物質的な充足から精神的な充足へと移行した。その結果として QOL という概念は見つけだされたのである。QOL の注目によって医療提供者側は当然ながら医療受容者側にも延命治療以外の考え方が熟成されるようになった。また前述の通り平均寿命が大幅に増加したために、病院での治療を必要とする高齢者も必然的に増加した。

そうして、自分の QOL を高めようと考えようになった患者が自らの意思に反して病院において延命治療を受けさせられる現状が、「終末医療問題」である。寝たきりの高齢者の数は今後も増加するものと考えられており、2010 年には 170 万人、2025 年には 230 万人になると推測されている。しかし、現状で国民の 8 割は延命治療を望んでいない。その一方で現在、延命治療を行わない際に適法になる明確な基準は存在していない。それどころか日本医師協会など、約 10 の団体で異なる基準を設けたマニュアルを作成しているために現場での混乱の種となっている。また、刑法的な問題だけではなく、家族からの民法上の訴えが起こるリスクは家族の意思や患者本人の明確な意思を確認しない限りは常に存在している。

2. 理想社会像・問題意識

私の理想社会像は「安心できる社会」である。

ここで、安心できるとは、将来にわたって自らの人生を自らのものとして死に至るまで継続できると確信しつつ生きていく状態である。

すなわち、自己の在り方に関する主体的決定権を行使できることを確信している状態である。

以上より、私の問題意識は終末医療問題である。

終末医療問題において当事者は自己の在り方に関する主体的決定権を行使できていない。また、この決定は生死に関するものであり、最も不可逆性の高い決定である。したがって自らが自らの人生を継続できていない。また、当事者でなくとも当事者の現状を知ることによって自己の在り方に関する主体的決定を行えないことを知ることによって自らが自らの人生を死に至るまで継続できると確信できていない。よって、終末医療問題において人々は安心できていない。

3. 現状分析

3-0 安楽死の区分と緩和ケアについて

安楽死の種別	内容
尊厳死（消極的安楽死）	延命措置を取らない安楽死
間接的安楽死	延命治療を行わず、緩和ケアを行った結果寿命が縮む安楽死
積極的安楽死	薬物投与によって死期を迎えさせる安楽死

表 1

・安楽死の種類

以上表 1 によって安楽死は大別される。国内では消極的安楽死は尊厳死と呼称されることが一般的である。

・緩和ケア

末期ガン等に伴う肉体的、精神的苦痛を和らげることを目指す医療手法の一つである。延命よりも苦痛の除去に主眼を置いている点で旧来の医療とは一線を画している。

表中には間接的安楽死にのみ緩和ケアの記述が登場するが、尊厳死においても緩和ケアを必要とする。

3-1. 延命治療について

延命治療とは一般に以下三つの療法に分類されることが多い。

延命治療方法	内容
人工呼吸器の設置	自発呼吸が不可能な患者に対しての療法。人工呼吸器を用いて呼吸を促す。近時では脳死における議論の際に議論を呼んだ療法であるが ALS においても人工呼吸器を用いることが多い。
胃瘻の造設	経口による栄養摂取が困難な患者に対しての療法。胃に直接穴を開け、栄養を摂取できる状態にする。
人工透析の実施	腎臓機能が著しく衰えた患者に対しての療法。特に糖尿病患者において用いられることが多い療法である。

この他にもガンの抗がん剤投与も延命治療の範疇に含める場合もある。すなわち、全回復もしくは日常生活に支障の出ない段階までの回復を主眼に置くのではなく、手術までのつなぎであったり、ただ長く生かすために施術が行われる場合を指すのである。

主に延命治療や尊厳死の議論が起こる場合は「人工透析の実施」以外の療法、すなわち「人工呼吸器の設置」「胃瘻の造設」の療法の場合である。これは人工呼吸器の設置や胃

瘻の実施が身体的な自由を大きく阻害するものというイメージが存在するためである。実際、胃瘻患者や人工呼吸器設置患者に比べて人工透析患者は人工透析を行う時間以外は自由に動けるという事実も存在する。また、人工透析が週に1〜2回という頻度であることも両者の違いが大きいと認識される理由の一つである。しかし実際には人工呼吸器の設置は人工呼吸器の軽量化により、より多くの使用者が生まれた。そのため、その使用頻度には同じ人工呼吸器設置者の中でも多少の差が存在している。

3-1-1. 尊厳死可能性者の数

延命治療者の数を表した明確なデータは調査、発表されていない。しかし、胃瘻の造設数については試算値ではあるが公表されている。

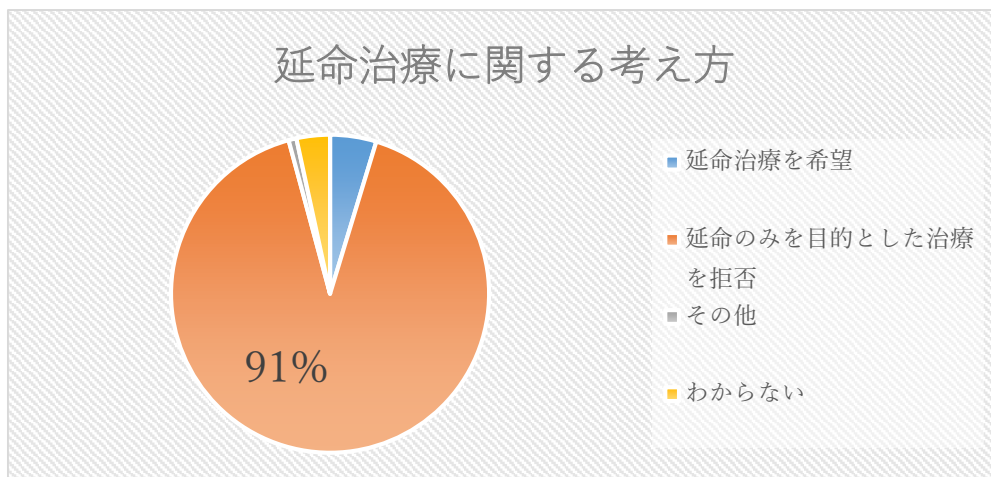
その造設数は2008年時点で60万件であり、また年間20万件の増設が行われている。この値は今後の高齢化傾向によってさらに増えていくものと推測される。多くの団塊世代が現在の平均寿命を全うする2030年には単純計算でこの1.5倍の設置数になると予測することができる。

また、人工呼吸器については詳細なデータは把握が困難であるため、厚生労働省は正確な把握は困難であると結論付けているが重度な神経症（主にALS）による人工呼吸器設置者の数はおよそ1万人であると国会答弁の中ではその見積もりを公表している。しかし、もちろんALS等の重度の神経症を有する患者以外にも当然人工呼吸器を使用しているものはいはすなので、実際はさらに多い可能性もある。さらに、寝たきりの中でも大きい原因を占めるのは脳卒中である。脳卒中は130万人以上の患者が継続的な治療を受けている。全てが寝たきりというわけではないが延命治療を受けている可能性は十分に考え得る。

広義の延命治療には悪性新生物、すなわちガンに対する治療も含まれる。ガンは日本国民の死因第一位であり、年間35万人がガンによって命を落としている。そしてその割合は30.7%にもものぼる。この数字は高齢化の影響でさらに増えることが予想されており、国民病としておそれられるガンも尊厳死を患者にさせる可能性があるのである。

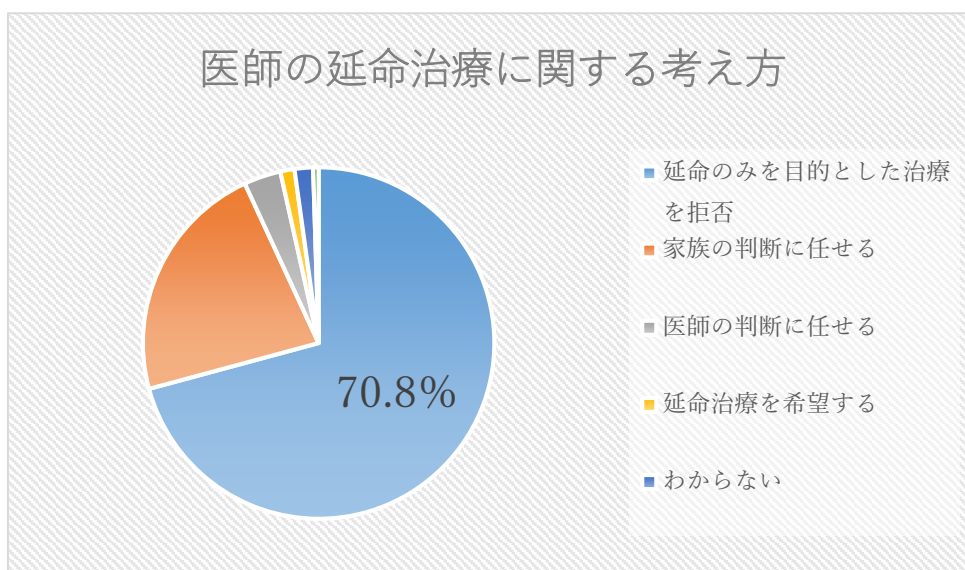
3-2. 尊厳死について

この項では尊厳死について述べる。3-0 にもある通り、尊厳死とは消極的安楽死のことを指す。尊厳死に関しては生命倫理に関する問題の中でも近年議論が起り始めている分野である。日本国内では国民の QOL 意識の高まりのために延命治療のみを目的とした療法そのものが問題視されつつある。以下の円グラフは内閣府が国民の終末期に関して行ったアンケートの結果である。



このアンケートから国民の約 90%が延命のみを目的とした治療を受けることを拒んでいることがわかる。実際に終末期を迎えているわけではないため、長期的に考えるとこの考えが変容する可能性も考えられる。しかし、この値が国民にとって延命治療を拒否しようとする傾向が高いということを表していると否定することはできない。ただし、当然 90% 以上の人々が延命治療を拒否したい、すなわち延命治療に恐れを抱いていないしは不安に感じているとも考えられる。

また、以下のグラフは延命治療について医師本人の実施に関するアンケートである。



医師の中で延命のみを目的とした治療を拒否すると答えた割合は約 70%にものぼる。国民に対するアンケートと比較するとその割合は減っている。しかし、特に日本では現代医学が「命をつなぐもの」として扱われ、医師を目指す者にもそのような思考を持っている者が多いと考えるとむしろこの割合は高いとさえ言える。「家族の判断に任せる」や「医師の判断に任せる」と延命治療に積極的でないものと合わせれば国民の延命目的のみでの延命治療を拒否する割合とほぼ同じになる。しかし、実際には尊厳死法案はいまだに国会に提出されていない。

3-2-1. 尊厳死の要件

現在、裁判所が示している尊厳死を適法化する要件は

【1】 患者が治癒不可能な病気に冒され、回復の見込みがなく、死が避けられない末期状態にある。

【2】 治癒行為の中止を求める患者の意思表示か、家族による患者の意思の推定がある。

【3】 「自然の死」を迎えさせる目的に沿った決定である。

この 3 要件を示した事件は 1991 年東海大学安楽死事件において下された判断である。

以下、この事件の概要を記述する。

<事件の概要>

東海大学医学部の助手である被告人は、同大学の付属病院の勤務医として五カ月前から多発性骨髄腫(1)の確定診断を受け同病院に再入院していた男性患者 A（当時五八歳）を担当していた。被告人は事件が発生した同月に同病院での勤務を始めたばかりであり、実質的な治療を始めたのは、A の病状が急変し末期状態になった後、即ち、事件が起きる六日前のことであった。A の長男である B の要請で、患者である A にも患者の妻である C にも本当の病名は知られていなかったが、後で C がそれを知るようになった。

担当医である被告人は、A が苦しそうな呼吸をしている様子を見かねた C と B から、「やるだけのことはやったから早く家に連れて帰りたい。苦しみから解放して楽にしてやってほしい」と再三にわたって迫られた。そこで、被告人は、①点滴やフォーリーカテーテルを外すなどを試みた。ところが、外してから数時間しても苦しそうな呼吸がおさまらなかった。更に B は、「楽にしてやって下さい。早く家に連れて帰りたい」と被告人に強く要請した。被告人は、②死期を早める可能性があることを認識しつつも、通常の量を越えた呼吸抑制作用のある鎮痛剤および抗精神薬を通常を越える速度で続けて静脈注射した。

しかし、それでも、A は苦しいそうに呼吸をしていた。すると、それに腹を立てた B は、すぐに息を引き取らせてほしいと被告人に強く要請した。それを聞き入れた被告人は、③殺意を持って、一過性心停止などの副作用のある不整脈治療剤である塩酸ベラパミル製剤（商品名「ワソラン」注射液）を通常の二倍の使用量をもって A の左腕に静脈注射をした。その際、A

の脈拍などに何の変化も起こらなかったのに、心臓伝導障害の副作用があり、しかも、希釈せずに使用すると心臓停止を引き起こす作用がある塩化カリウム製剤（商品名「KCL」注射液）を、希釈しないでAの左腕静脈注射した。

その間、看護婦が心電図モニターでAの状態の異常に気付きモニターをAの病室まで運んできた。看護婦は「心室細動が出ています」と声を掛けたが、被告人はそれを無視して注射を続けた。その後、心電図モニターで心停止するのを確認した上で、心音、脈拍、瞳孔などを調べ、長男のBに「ご臨終です」と告げた。

この事件で特筆すべきなのは下線部の三つの点である。下線部①では消極的安楽死が、②では間接的安楽死が、③では積極的安楽死が短い間隔で連続して行われている。実際にこの事件においては患者の意思の推定が不十分であるとして有罪となったがそれぞれ①②③については裁判所の司法判断のレベルでは適法化することが示唆されている。

この事件では尊厳死に必要な3要件を示した。

また、この事件においては尊厳死のみならず、安楽死を適法化するための4つの要件についても言及されている。

【1】患者が耐え難い肉体的苦痛に苦しんでいる。

【2】死が避けられず、死期が迫っている。

【3】肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし、ほかに代替手段がない。

【4】生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示がある

すなわち、司法レベルでは尊厳死だけではなく安楽死までも適法化しているのである。

3-2-2. 尊厳死法案について

国民の延命治療に対する性向に対応するかのように尊厳死法案についての議論が盛り上がるようになった。以下の表に議案について重要と考えられる部分を抜粋した。

議案内の尊厳死法案	内容
終末期の定義	回復の見込みがなく、死期が間近と判断された状態
終末期の判定方法	二人以上の医師が医学的見地から判断
免責について	医師は適切な処置においてあらゆる法的責任を負わない
意思表示	患者が書面で意思を示す
対象の行為	延命措置の不開始と中断

また、ここにおいて問題となるのは終末期の定義である。実際尊厳死法案の草案においては「回復の見込みがなく、死期が間近と判断された状態」と至って簡易的に規定している。そこで尊厳死推進団体で最も大きく影響を有するとされる尊厳死協会の定義についてみてみたい。

(引用開始)

不治とは「回復を目的とした治療に効果が全く期待できなくなり、かつ死への進行が止められなくなった状態」と考えます。末期とは「そうした不治の状態になった時から臨死期を含み、死までの時」と考えます。（中略）社会一般では、糖尿病やリウマチなどは完全には治癒しないと思われ、「不治の病」といった表現が使われることがあります。しかし、協会はそれらを尊厳死の要件の「不治」とは考えず、あくまで「治療効果が期待できず、死への進行が止められなくなった状態」が「不治」にあたると考えます

(引用終了)

実際に読んでみると二者に大きな違いはないものと考えられるが、そうではない。ここでの不治とは現状の科学技術や生物の寿命的な理由で回復できないことである。その上で死に至るまでの間が末期状態なのである。ここにおいて、他の社会問題と大きな差異が存在する。尊厳死を選択したいと考えている人は強い不可逆性を帯びているのである。資産や権力がいかにあろうともこの不治かつ末期の状態から健康状態に根治することは基本的にわずかな例外を除いて現代では不可能である。そもそも生命自体、不可逆性が最も高いものである。なぜなら生命は一度失ってしまえば二度と戻らないものであり、いわゆる「やり直し」がきかない分野なのである。実際に厚生労働省のアンケートでとりかえしのつかないこととして「命」を挙げた人は最も多かった。それは同時にその命が終わる瞬間である死については取り返しのつかない事象であると言える。そしてあらゆる人にも回避できず、また、あらゆる人が陥りうる事象なのである。

その他の問題として尊厳死法案における意思表示は書面のみとなっており家族による推定を除いて友人や医師への口頭での意思表示はおよそ意味をなさないものであるかのような記述である。また、延命措置の中断に関しては尊厳死法案であるためにただ延命措置を行わないようにするだけである。すなわち、人工呼吸器設置患者であれば窒息死、胃瘻であれば餓死が死因となることが容易に予想できる。しかし、国民に対する受け入れられやすさを優先してかこの部分のみの限定的な積極的安楽死すら許容範囲として認めていない。

3-2-3. 諸外国の尊厳死法案成立状況について

次ページ上の表は諸外国の尊厳死法案の成立状況を表している。諸外国（主に先進国中心に欧米地域）では積極的安楽死は議論のただなかにあるが、消極的安楽死は自然死と呼称し、多くの国で法制化されている。諸外国が法制化しているから日本も法制化すべきであるとは毛頭思わないが日本で議論が進展していないという側面があることは事実だろう。特に重要な要素は多くの国において尊厳死や積極的安楽死について議論を呼んだ事件があり、その必要によって法律が制定・施行されてきたという事実である。日本においてもいくつかの議論を呼んだ事件が存在しており、前述の通り尊厳死を求める声も根強く存在す

る一方でなぜ日本においては尊厳死法案が未だ制定されていないのか。この点については日本人の死生観を探るための死生学の知見を借りて原因分析の項で検証することとする。

国名	消極的安楽死法案	積極的安楽死
ベルギー	○	○2002 年施行
オランダ	○	○2002 年施行
ルクセンブルク	○	○2009 年施行
オーストラリア	○	△北部準州で制定 1996 年施行
カナダ	○	△ケベック州で制定
アメリカ	○1977 年にカリフォルニア 州で成立。その後ほとんどの 州に波及	△1997 年にオレゴン州で 成立。その後ワシントン州 バーモント州でも成立。
シンガポール	○1996 年施行	×
台湾	○2000 年に施行	×
フランス	○2005 年に施行	×
ドイツ	○2009 年に施行	×
スイス	○	安楽死や利己的な動機による 自殺ほう助は解釈により 可能

3-3. 医師による尊厳死の忌避

国民が延命治療を拒否し、司法判断では尊厳死の要件が示されている一方で医師は尊厳死を実行できていない。

そこには、第一に医師が法的なグレーゾーンである尊厳死のリスクを回避しようとするという法的側面、第二に医療が醸造してきた患者の死に対する態度から尊厳死を忌避する精神的側面の二面が存在する。

3-3-1 法的側面

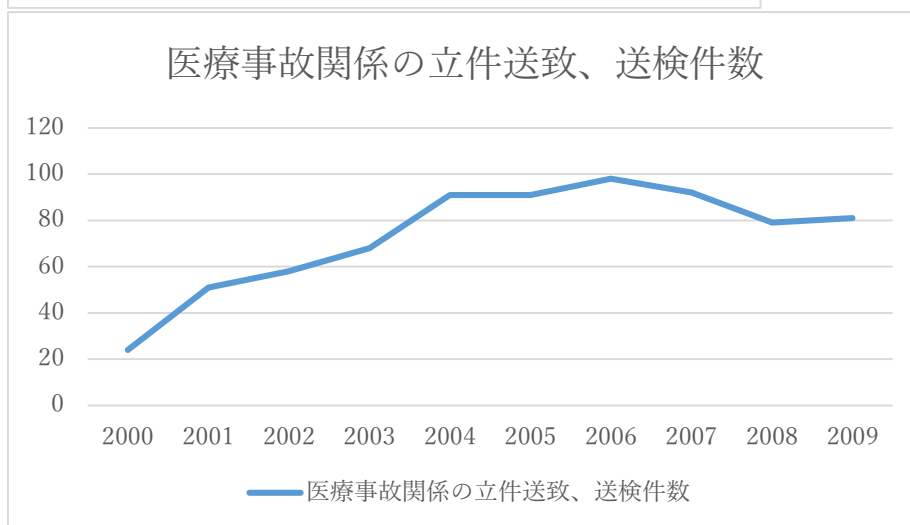
法的側面とはすなわち医師によるリスク回避を表している。以下のグラフは医療関連訴訟の件数に関するグラフである。

グラフから、医療関連訴訟が近年 900 件前後存在していることがわかる。この値は今後も大きく変化しないものと考えられる。医療関連訴訟は民事に関する事柄であるので現状が変わり得るのは行政ではなく法律の変化によるものであり、現状そのような法律の大きな



変化は起こっていないからである。むしろ、高齢化の波を考えれば増える可能性すら存在している。

また、以下のグラフは医療事故関係の立件送致、送検件数を表している。



医療事故関係の立件送致、送検件数は増加傾向にある。このような刑事的な立件可能性の増加は一般に法的な「グレーゾーン」とされる尊厳死を医師に委縮させる要素であることは否めない。また、医療機関も患者が来なければ廃業の可能性があることを考慮すれば実際に立件されなくてもその影響は大変大きいと考えられる。

以上のように、民事であれ刑事であれ法的な手段に訴えられる可能性があることが医師の延命治療拒否の決断をさせづらくなっている原因の一つの側面であると考えられる。

実際に、現場の医師の87%が尊厳死について明確な基準が必要であると回答している。すなわち、尊厳死自体が適法になる基準を定めてほしいと考えているのである。同時に患者の明確な意思表示が必要であるとする医師も多い。さらにそこから発展して患者の家族にも承諾を取り付けることを望む医療機関も存在する。これは、民事訴訟の場合においては民事訴訟を引き起こす家族からの承諾も得られていなければならないと考えるのは自然な流れである。

3-3-2. 精神的側面

近代西洋医学では「死」に対して否定的な捉え方が主流であった。その捉え方の根底にある概念の一つが Quantity of life（命の長さ）である。Quantity of life は1分1秒でも患者含め人間が長生きすることを良しとする考え方である。この概念は16世紀の学術革命によって見出されたものであり、医療、特に近代西洋医療が尊厳死を忌避することになった理由である。すなわち、Quantity of life により、命をつなげること、命を長らえさせることが医療では積極的に行われてきたのである。

この概念が広まっていった背景には西洋の合理主義がある。合理主義とは事象を科学的、合理的に分析し、判断することが「善」であるとする考え方である。合理主義も学術革命によって生まれたものであり、医学にも大きな影響を与えた。西洋近代医学をずっと支配してきたメディカルモデルである。これは、ある症状が体に現れた際の一連のプロセスを指す。具体的には「病気の原因を探り ➡ その原因を確定 ➡ その原因を取り除く」という段階を踏む。さらに簡略化したものが以下の図である。



メディカルモデルにおいては人の症状は「病気」が原因であり、また、「根治」が可能であることを前提としている。

すなわち、病気は治せるものであり、その治療を行わない選択をとることはできないと近代西洋医学では考えるのである。

以上、Quantity of life とメディカルモデルの二つの概念が医療から尊厳死を遠ざける原因の一つであると考えられる。

4. 原因分析

4-1. 日本人の死生観

この項では現状尊厳死法案がなぜ未整備であるかを日本人の死生観について述べる。また、その手法について死生学的見地から近代以前、明治から昭和までの二つの時代区分から死生観の変遷をたどる。

4-1-1. 近代以前

日本人の死生観の根本が形成された時期であると言える。しかし、日本人の死生観に関する書類や資料の大半は明治以降の近代に関するものに限られる。時代をさかのぼるにつれて情報は急速に少なくなる。そこで、近代以前の日本の歴史や背景、自然条件からいくつかの要因を取り上げ、分析を行う。

日本人の宗教的背景

日本人に影響を与えたと考えられる宗教は仏教、神道である。まずは仏教について述べる。6世紀に日本に伝えられた仏教は最初鎮護国家のために朝廷に厚く保護されたが、次第に国民の精神に大きな影響を与えるようになった。11世紀に末法思想が喧伝された時代に藤原道長が法成寺阿弥陀堂本尊前に病床を設けたことは有名である。栄華を極めた道長が仏にすぎること死後の安寧を願ったということが日本人に仏教が大きな影響を与えた一例とできよう。

仏教の死
輪廻転生の次のステップへの 通過点

仏教の特異な点は輪廻転生の概念である。仏教の目的はこの輪廻の輪からの脱出（解脱）であるが、そのためには諸行無常（万事は変化する）、諸法無我（万事は不変の個性、実体を有さない）の概念を正しく理解し、欲や執着を捨てることを説いた。すなわち、仏教における死は最終地点ではなく輪廻転生の次のステップへの通過点に過ぎないと考えられている。生死の執着を捨て去り解脱することが苦悩から解放される道であるということは死は苦しみであっても大仰なものとしては捉えられていなかった。

神道については日本固有の宗教である。また、自然宗教であり、明確な教義、教典を持たない。神道は日本人の生活の一部として取り入れられており、ことさら宗教と意識されることは少ない。明確な教義、教典を有さない一方で古事記から死生観を見て取ることができる。古事記の特徴の一つとして世界観が自然発生的であることが挙げられる。全宇宙を創造神の意思と計画によって「創られた」とする聖書との対比から考えると分かりやすい。古事記においては神々自身が自然発生的に「成った」とされる。

古事記の世界観	聖書の世界観
自然に「成った」	神に「創られた」

そして、古事記からは他にも死んだイザナミを呼び戻そうと黄泉の国に向かうイザナギの話から日本人の死生観を一部読み取ることができる。

この話の大まかな概要は以下の通りである。

妻のイザナミは、それぞれの島を治める神様を生みました。それに続いて、石や土の神様、家の神様、風の神様、川や海の神様、山の神様と、たくさんの神様が生まれてきましたが、火の神様を生んだとき、イザナミは大やけどをしてしまいました。

大やけどに苦しみながら、イザナミはなおも、粘土（ねんど）の神様や、水の神様、鉱山（こうざん）の神様などを生みました。無理を重ねたイザナミの体は、みるみるうちに弱ってゆきます。イザナギはけんめいに看病（かんびょう）をしましたが、そのかいもなく、イザナミはとうとう亡くなってしまいました。

（中略）

そう言われて、イザナギはじっと待っていましたが、いつまでたっても妻からは返事がありません。とうとう待ちくたびれたイザナギは、小さな火をともし、妻を探すために黄泉の国へと入っていったのです。

（中略）

けれどもイザナミは、まだ恐ろしい顔でせまってきます。ついにイザナギは、黄泉平坂に、千人がかりでないと動かせないような大岩を引っ張ってきて、それで黄泉の国と地上の世界の間をふさいでしまったのです。

追いかけてきたイザナミは、岩の向こうから大声でさけびました。

「これからは、あなたの国の人を、一日に千人ずつ殺しますからね」

「それならば、地上では一日に千五百人ずつ子供が生まれるようにするよ」

イザナギは答えました。

さて、この物語からは日本人の死生観がうかがえる。日本人にとって死は「罪に対する報い」としての意味付けを行われていないということであり、一貫して一つの自然現象（ここでは出産という営みにつきものの災難）として理解されている。そして、古事記の生と死の捉え方は一貫して自然発生的なものであり、これに素直に身を任せることが人の道であることを示唆していると放送大学教授であり精神科医である石丸昌彦は分析している。ところが神道の死の捉え方では死を超越し、克服するという姿勢にはつながりにくい。古事記に表れるこの考え方は生への執着を捨てて諸行無常の現実を受け入れる仏教と折り合いが良く、それが神仏習合を可能にした一因であると考えられる。

自然条件

日本の国土はモンスーン地方にあり、台風をはじめとした多くの自然災害に苛まれる危険を常にはらんでいた。天災と突然対峙し、大きな爪痕を残す一方短時間で過ぎ去っていく、その後は何もなかったようにのどかな日々が戻ってくる。それは日本人に自然の慈愛と恐ろしさを感じさせるに充分であっただろう。

このようにきまぐれな自然災害の危険に絶えずさらされることによって日本人は運命としての災害を甘受すること、過ぎたことは過ぎたことと水に流せるあきらめの良さを身につけた。これは地震や火事の直後の対応の速さに通ずるものがある。実際、日本社会が防災的な面を有するとされている。また、自然災害に対する人間の無力感は『方丈記』にみられる無常観や現世忌避や末法思想にみられるような来世期待を促すものとして作用したと言える。

武士道（士道）

日本人が死生観と聞いて想起しやすいのは武士道であろう。切腹や自己犠牲の精神は想起しやすい。武士道の根幹は儒学である。より正確には儒学を基礎とした朱子学である。朱子学の大義名分論は士農工商の徳目、支配階級である武士のモラルを裏付けた。階層の固定化、役割を明確に説く朱子学は日本社会の一律の統制に大いに役に立った。また、特に重要なのは武士の徳目である。武士は勇氣、名誉、忠義などの徳目を果たすためには自己犠牲をいとわないとする武士の覚悟があった。これは武士の心に儒教が永遠のすみかを見出していったとも表現される。

武士道に関連して葉隠について述べる。葉隠は江戸中期に山本常朝が口述し、武士道を説いた書物である。葉隠の冒頭「武士道といふは、死ぬことと見つけたり」という言葉は有名である。この言葉は死への賛美ととられることが多いが実際には死が身近にあることをわきまえて日々備えることように勤めていると捉えることもできる。武士は戦場での死を覚悟していたのは言うまでもないが平時であつても何らかの出来事の責任を問われれば即切腹させられることもある。これを戒めるためのものであつたとも考えられる。武士道に関しては身分制度の中で武士のモラルを説いたものであつたが明治維新後に身分制度が解体された後も、軍人に代表される日本人の多くは天皇を主君に置き換えて武士道を継承した。

4-1-2. 明治から昭和まで

江戸時代末期の日本人の死生観は仏教、神道が日本人の心に根付き、武士には武士道が課されていたためある意味で安定状態であったと考えられる。江戸時代末期は断続的に飢饉や天災、疫病に我慢強く生きていたことは想像に難くない。

さて、明治維新以降の近代化において特筆すべきなのは外来思想の流入であろう。具体的にはキリスト教と自然科学を基礎とする近代合理主義である。

キリスト教は日本で大きく広まったわけではなかったが、その思想は日本人に一定の影響を与えた。キリスト教は仏教、神道のような自然発生的な死ではなく、罪としての死という考え方、神に与えられるものとしての命という考え方を有していた。

一方で近代的な技術科学とともに産み出した合理主義的なものの見方が導入され、人権思想や政治思想、無政府主義や共産主義、無神論的な世界観が同時に流入することによって従来の日本の伝統や文化、思想の再発見、再評価する動きも起きた。こうして、海外から流入した価値観とすりあわされて日本人の死生観は多面的に捉えられるようになった。しかし、それが大きな発展を見せたというわけでもなかった。

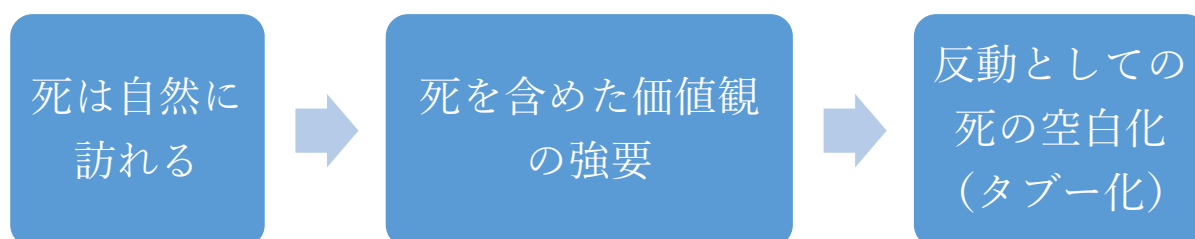
戦時色が高まるにつれて死生観は特定の方向に収斂されていく。1925年の治安維持法のように反政府的な特定の思想、宗教を弾圧する動きをみせる。人々の内心を政府が制限するようになったのである。具体的には「国民は国家のために進んで一身をささげるべきである」という考え方が支配するようになった。また、戦時下には武士道の概念は死を身近に捉える人生訓ではなく、戦地に兵士を送り出すために活発に利用された。国策を妨げることは非国民とされ、天皇を現人神とする国家神道が公式のイデオロギーとされた。価値観が強要されることで必然的に死生観も外部から強要されるものとなったのである。この時の死生観は主に天皇を中心とする国家のために命をささげることは善であるというものであった。

第二次世界大戦は日本人の国土と精神に大きな傷を与えた。戦後GHQによって②の項にある価値観の押しつけや内面の禁圧のような軍国主義の復活につながるとみなされたものは排除された。本来的には精神の自由が保持され、死生観含めた価値観を自由な立場から改めて考えられそうに思われるが、死について考えることや死生観について論じることを忌避する傾向を見せるようになった。現代日本の制度を作った連合国は民主主義国家であり、その諸制度も民主主義的なものであった。この民主主義の根底にはキリスト教的宗教理念を有していたが、実際にキリスト教の死生観まで受け入れるものは多くはなかった。結果として死生観に関していえば空白状態が生じたのである。

心理学者の河合隼人は「戦時中は死ぬことばかり考える悪い時代の典型でだった。戦後はその反動で生きる方へ振れた。（中略）死を考えない珍しい時代が続いた。高度経済成長の中で育ち支えた団塊世代は「死とは要するに『無』であり、それ以上あれこれ考えても意味のないことで、とにかく生の充実を図ることが重要なのだ」という意識を持つ人が比較的多かったと言われている。しかし、団塊の世代に実施されたアンケートでも多くが尊

厳死を肯定している。死が近づいてくることを実感したときにはこの考え方は反転する可能性もあると考えられる。また、心理学の躁的防衛であるとも言われている。また初等教育でも若者の凶悪犯罪が発生した際にその死生観的視点の欠如が指摘されている。

以上、本項目から日本人の死生観について以下に簡易的に表す。



以上から、日本人は死に関して積極的に議論することがなくなり、一種のタブー化現象が発生したと考えられる。

4-1-3. 尊厳死反対団体

多くの日本人が死に関する議論を避ける一方、個々人では尊厳死に関して肯定的な態度を見せているのは現状分析で述べた通りである。一方で尊厳死に関して否定的な態度をとる団体も存在する。その団体は大きく二つに区別することができる。第一に難病支援団体、第二に宗教団体である。

第一の難病支援団体の中でも特に強い反発を示しているのは ASL（筋萎縮性側索硬化症）の団体である。ASL は次第に筋肉の硬直が起こり、次第に体が動かせなくなり、経口による食物摂取も困難になる難病である。そのため、末期には胃瘻や人工呼吸器を設置することが多い。そこで、尊厳死が法制化された場合に尊厳死の圧力を感じる可能性があるとしている。

第二の宗教団体ではその多くが積極的なコメントを表明していない。しかし、その控えめなコメントの中でも積極的に尊厳死を肯定している団体は少ない。以下の表は尊厳死の法制化についての各団体の態度を表している。

法制化、尊厳死に対する態度	団体
法制化に反対	大本、臨済宗妙心寺派、崇教真光
法制化には否定的だが尊厳死自体は容認	浄土宗
法制化には見解を出さず、尊厳死には反対	天理教
法制化には見解を出さず、尊厳死は容認	カトリック中央協議会、幸福の科学
法制化に賛成	なし
法制化については個人の判断	真言宗豊山派、曹洞宗、日本基督教団

尊厳死の法制化に反対、または消極的否定を示している団体がほとんどである。しかし、尊厳死自体を否定している団体は実は多くない。特に日本においてはカトリックでさえも

尊厳死をことさらに否定せず、個人の裁量に任されるべきであるという見解を出している。そして、尊厳死への反対、尊厳死法制化への反対意見のほとんどは社会的弱者が感じる尊厳死への圧力である。一般的には多くの宗教団体は教義の死の概念から尊厳死を語っている。宗教の機能に社会的弱者の救済という側面があることは完全に否定できないことであり、命が不当に奪われてしまうと考えるのならばことさらに命に注ぎ込むことの多い日本の宗教を考えればこの主張は十分に考えられることである。

以上の分析から国民の多くが死生観についてタブー化する中で尊厳死を望む声が大きくなりづらい中で反対団体の主張があるために尊厳死法案はその賛成の多さに比して未だ制定されていないのである。

4-2. グレーゾーンな尊厳死体制

そもそも尊厳死とは法的な問題に問われる可能性もあるグレーゾーンの行為である。尊厳死が合法化されていないことは既に述べたが、これは一つの要因である。しかし、それだけではない法律をさらに運用していく段階において必要なガイドラインについても統一された見解が記されていないのである。そもそも、現在ガイドラインは厚生労働省が作成したものの他に医師会が作成したガイドラインなど法律がない現段階でも複数存在している。この事実から医療現場に混乱をもたらしているということを推測することは容易である。

ガイドラインを必要であるとする医療機関の割合はおよそ7割を占めていた。現状作成されているガイドラインに関しては除外しているのである。実際にガイドラインを利用していない機関は多い。病院の67%はガイドラインを使用していなかった。これはどのガイドラインにも法的な妥当性が存在していないこととガイドラインの多さによって結果的に独自のガイドラインの作成や病院内の倫理委員会の決定に頼る等の要因が既存の医師会や厚生労働省のガイドラインの使用を妨げているのである。

4-2-1. 意思が不確かである点

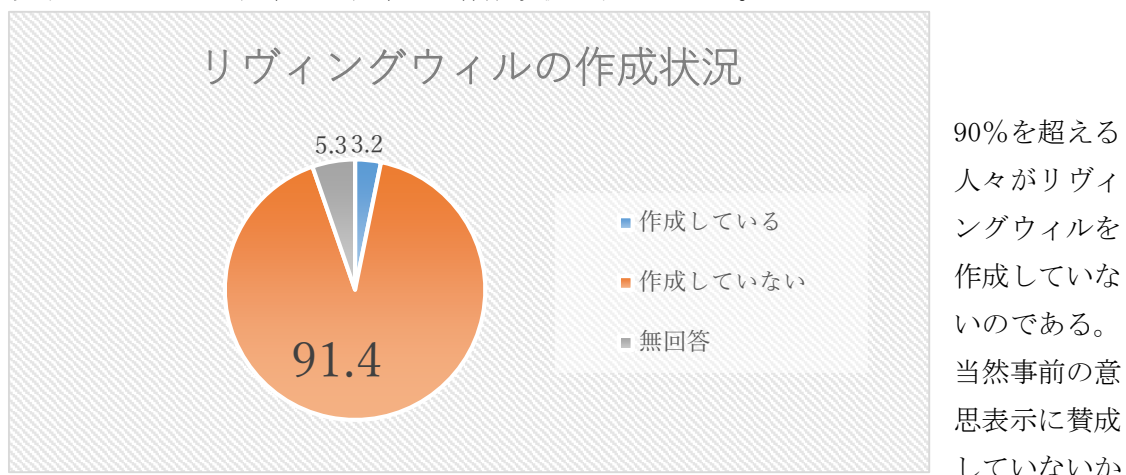
意思が確かでない場合、尊厳死を実行することができない。実際には家族の意思の推定によってなされることもあるが、少なくとも救急においては本人の意思がわからない場合、延命治療を望まない人間に対しても延命治療せざるを得ない。実際、都立墨東病院の救急医の渡辺氏も意思の確認ができない場合は延命治療をせざるを得ないと語る。現状分析でも記述した通り医師は患者の意思が負確認の場合、尊厳死を忌避する傾向にある。また、家族の死の推定がない場合にはそもそもその選択をとることもできない。

では、実際患者の意思確認のためにはどのような手段がとられているのか。一般的に患者の意思はリビングウィルという形で表明される。リビングウィルとは狭義には意識を表明できなくなった後の自らの治療方法についての意思表示のことである。広義には自ら

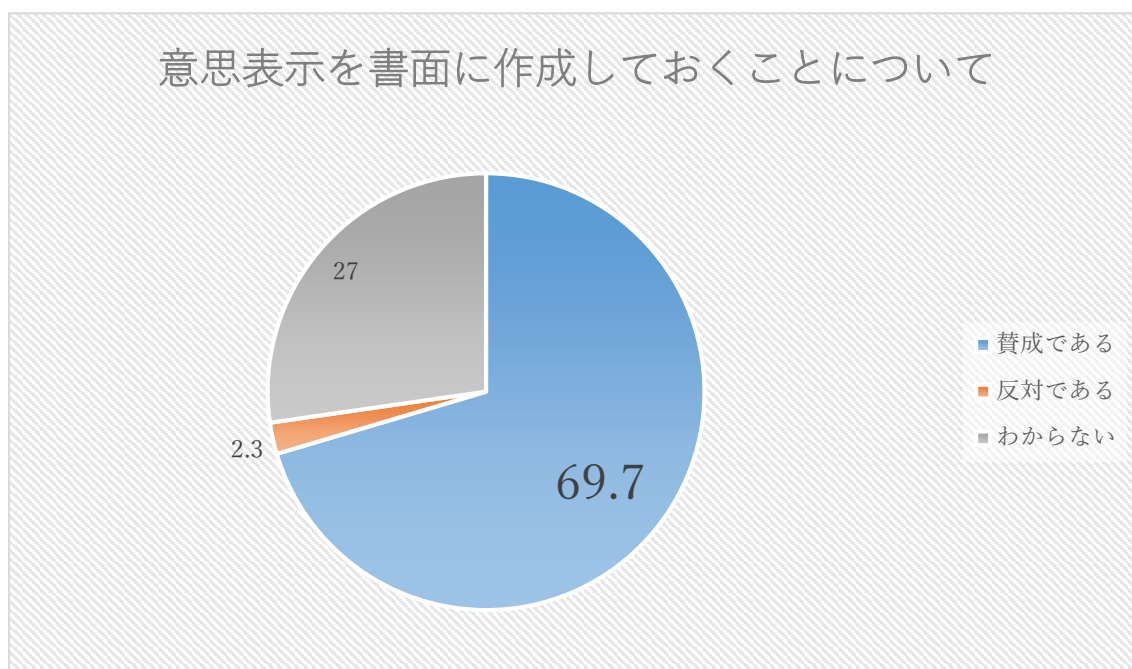
の生に関しての考え方のことである。また、往々にしてこれを記した書類のことをリビングウィルと呼称することもある。

そんななかで、実際にリビングウィルを作成している人の割合はどの程度なのだろうか。

以下のグラフはリビングウィルの作成状況を表している。

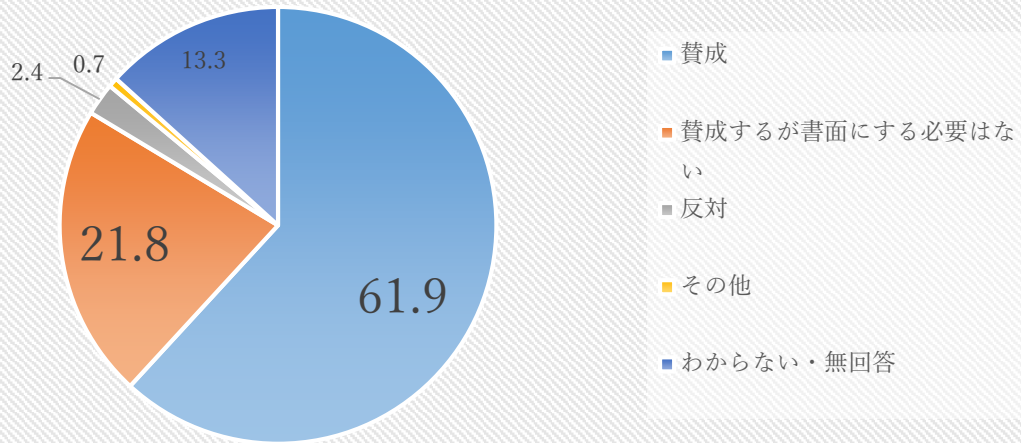


ら作成していないという可能性も存在しているが、実際はその多くが賛成している。以下のグラフはリビングウィルの作成に関する賛否を表すグラフである。



69.7%が賛成としており、かつ明確に反対しているのはわずかに2.3%である。さらに、この反対の中には書面に残さずとも良いという消極的な否定も含まれている可能性もある。上のグラフでは「賛成、反対、わからない」が選択肢であったが、そのひとつ前の調査での選択肢は「賛成、書面の作成の必要はなし、反対、その他、わからない」であった。次ページ上のグラフはその結果を表したものである。

リビングウィルを作成しておくことについて

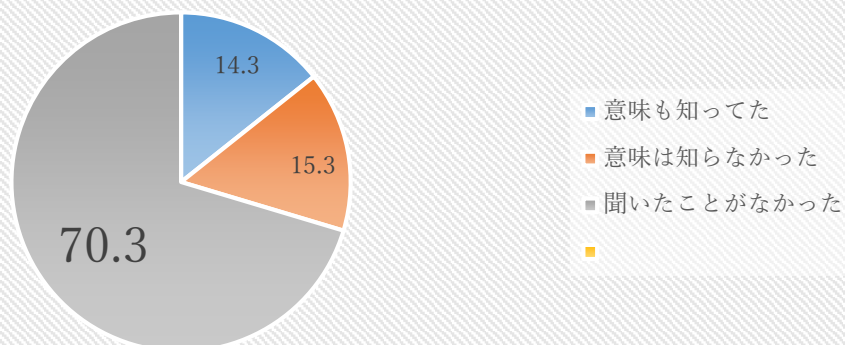


平成 20 年のデータであるが、リビングウィル自体を肯定しているのは約 80%である。その一方でリビングウィルを作成していないのである。これは死についてを明確に考えることのない日本人の死生観が表れていることは想像に難くない。

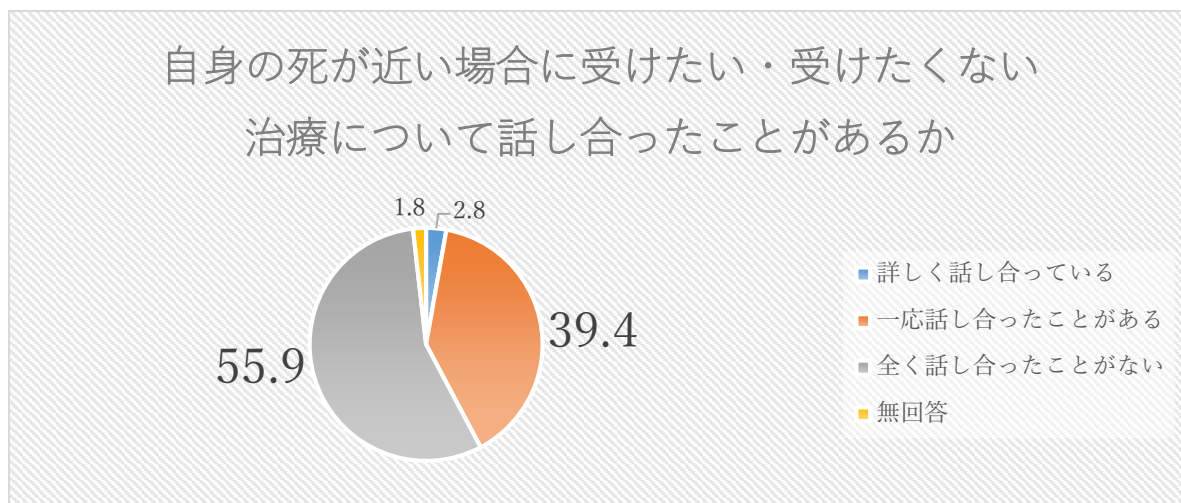
さらに、意思の確認を書面以外で行うことも現状難しい。リビングウィルを託される対象は当然家族であることが多い。では、その家族はどれほどリビングウィルについて知っているのか。

以下のグラフは病院において患者の家族のリビングウィルに対する認知度を表したものである。

病院患者家族のリビングウィルの認知度



リビングウィル自体認知していないということは、もちろん患者のリビングウィルについて知らないということである。知らないということは不可避免的に作成に関与していない、もしくは患者とそのようなことを話したことがないとも受け取ることができる。また、以下のグラフは患者の側がどれだけ意思を家族に話しているかを表している。



過半数が自身の治療方法について話し合ったことがないのである。これも日本人の死生観として死について話すことを忌避する結果であると考えられる。上記の通り話し合う機会も多くはないため、話し合う機会を提供することも必要であると考えられる。

4-3. 看取りによる医師の精神的負担

尊厳死を社会的に容認することで看取り、すなわち尊厳死を実行する医師には精神的な負担が多くなることが想定される。それは現状分析で述べた医療の性質によるものである。以下の文章は死を看取ることによる医師の精神的な負担である。

インタビューの中で「現場に出て謙虚になった」「患者と苦しみを共にしてやっと変わってきた」(A, 外科医, 50)という発言があったが、医療に携わる中で、患者の苦しむ姿と自分自身の無力さに直面することは医師自身が自分を深く省みると同時に、看取りの医学の必要性を認識する大きなきっかけになるものと思われる。医師を仕事として割り切って苦しみから目を背けてしまうのではなく、豊かな感性で人の苦しみを感じ、患者と共に悩み苦しみながら進んでいく過程が大切なのである。人間性豊かな医師ほど辛く苦しむことは多いだろう。それだけ人の苦しみ痛みに共感することができるのだから。そしてその“苦しみの中に留まれる力”こそ、現代の医療の中に求められているのかもしれない。医療者として患者と多くの苦しみを共にするという経験を重ねる中で、いかに自分自身の限界と医療の限界に向き合い、既存の価値の転換をはかってこられたかが問われるのである。しかし、医師にとって限界状況における苦悩は、決して肯定的とはいえない死観を形成する可能性があることも示唆された。色んな患者の色んな死を看取することで、現実的に自分を苦しめるような死観を有している医師が非常に多かったのである。

(医療を支える死生観——医師へのインタビュー調査を通じて—— 橘 尚美 2004)

しかし、このインタビューではただ、死を看取ることが苦痛となり、医師を苦しめているわけではないと述べている。

医師にとって、患者の死を看取ることが辛く悲しい体験なのではなく、患者の辛く悲しい死に方に関わるからこそ医師にとって辛く悲しいことであり、非常に大きなストレスになっていた。

(医療を支える死生観——医師へのインタビュー調査を通じて—— 橘 尚美 2004)

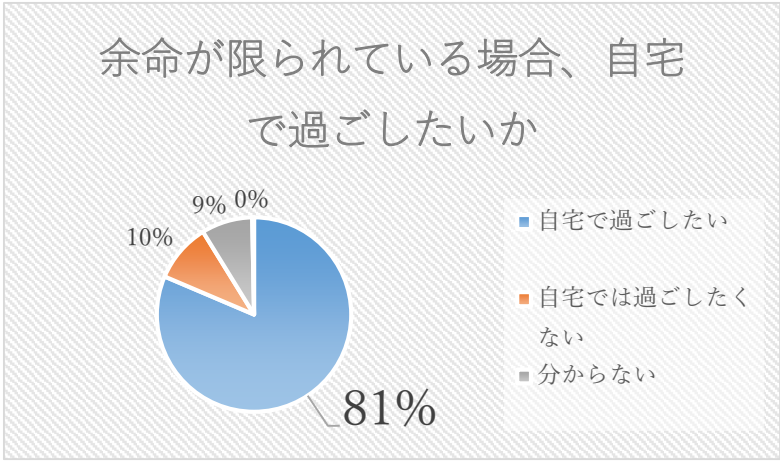
すなわち、医師の精神的不安は患者が辛く苦しい死に方をしているからであって、患者の求める看取りの医療が行われることで医師の精神的負担が和らぐのである。

では、患者の求める医療とは何なのか。次項において述べる。

4-3-1. 在宅での看取り医療

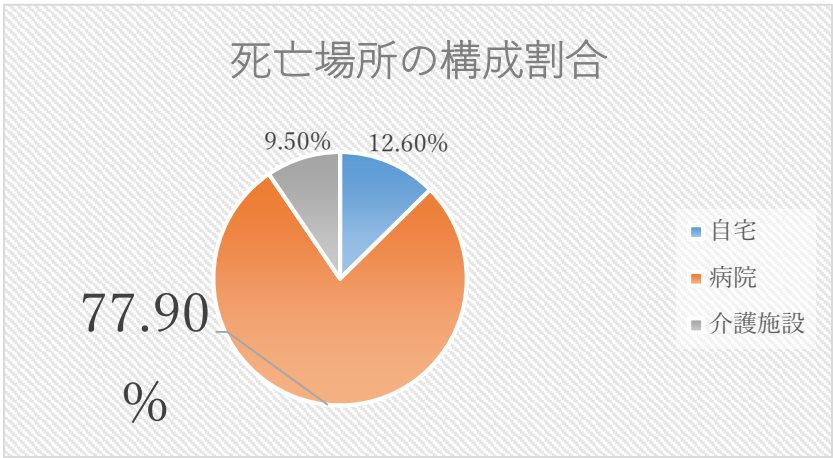
在宅での看取りを患者の多くは求めている。

以下のグラフは余命が限られている場合に自宅で過ごしたいと考える人間の割合である。



国民の80%が自宅で最期のときを過ごしたいと考えているのである。患者が望む終末の医療の形の一つとして在宅での看取りの医療が必要なのである。では実際はどの程度の人間が最期を自宅で過ごせているのだろうか。以下のグラフは死亡場所

の構成割合を表している。



グラフを見てわかるように自宅で最期を迎えるという希望を叶えることができたのは極めて少数である。そしてその理由は現在の医療は在宅での医療を受けにくい環境になっている

からである。それは、訪問医療を行う医師、看護師が不足していることを表している。

政府が団塊の世代の後期高齢者になる 2025 年に備えた対策が実を結び **2025 年には医師の数は OECD 諸国並みになると予測されており、現状看護師は多くの地方で充足率が 100%を超えており、最も充足率の低い岩手県でも 95%程度**である。その一方で訪問看護、訪問医師の不足傾向を見せている。現在ではかろうじて均衡しているが今後はこの均衡が崩れる可能性が高い。訪問看護ステーションは全国に 5500 箇所あるとされるが、2009 年度には全国で 323 カ所が休・廃止になったと報告されている。そして、そのうち **152 カ所の休・廃止の理由が人員不足であったとされている**。また、訪問看護に携わっている看護師は 50 人に 1 人といわれ、全体のわずか 2%しか従事していない。医師に関しては**届け出診療所の 72.4%は担当医が一人しかいない状態**である。すなわち、在宅医が足りていないため診療所を開業できない現状がある。

5. 政策

5-1. 尊厳死法

制定する尊厳死法については現在議論の俎上にあがっている尊厳死法案を参考にする。

(1) 行いうるすべての適切な医療上の措置（栄養補給の処置その他の生命を維持するための措置を含む。）を受けた場合であっても、回復の可能性がなく、かつ、死期が間近であると判定された患者について、(2) 患者本人が尊厳死を希望するという意思を文書で表示している場合に、(3) 医師は、単に当該患者の生存期間の延長を目的とする医療上の措置、すなわち延命治療を中止したり、新たな延命措置をしないことができる。(4) この法律に基づいて延命措置の中止などをした場合は、民事上、刑事上の責任を問えない。以上の内容が現在の尊厳死法案のおおまかな内容である。

この尊厳死法案では文書化された意思表示のみを意思表示としてとらえているが、厚労省のガイドラインでは本人の意思表示や家族による意思の推定も含みうるとしている。よって、以下の5-2で述べる意思確認制度における意思表示も一定の法的効力を持たせることとする。そうすることによって意思というものがより広範に用いられることになる。また、尊厳死の形の一つである延命治療中断に関しては、昏睡を促す睡眠薬のロヒプノールや不整脈剤、イソフルラン等の薬剤を投与し、苦しまずに済むようにするものとする。加えて、医師のインフォームドコンセントを努力義務から義務へと引き上げる。こうすることによって尊厳死をそもそも選択しうる状況であった場合に患者がより自らの希望に沿った形になると予想される。自らの病気の症状や今後の展望等、自らの心身の状態を含めた医療的な情報を得られない限り、医療の素人で情報もない状態で尊厳死の選択をしなければならないからである。

また、殊に重要であるのは厚生労働省が作成したガイドラインに従う場合には尊厳死を適法化するという内容を盛り込むことである。そうすることによって原因分析で述べた通り、どのガイドラインを使用すべきかが明確化するため、現場での混乱はある程度収まると考えられる。ガイドラインはそれぞれがそれぞれ大きな齟齬は存在していない。そこで、基本的には現在、厚労省が出しているガイドラインを基礎としそこに対する批判等によって再検討することを目指す。ただし、明確に付け加えなければならない部分も存在する。尊厳死の中止についてである。尊厳死の中止については今現在のガイドラインには記載されていない。そこで、先述の薬物投与によって意識を奪い、苦しみなく逝けるように計らうようにする。そうすることによってグレーゾーンをなくし、尊厳死を選ぶことができるようになるのである。ここで、重要なのは現場医師の選択の可変性を極力奪わないことである。現在のガイドラインについても可変性を奪わないように配慮がなされている。そのなかでも、基本的な適法条件はしっかり示しており、医療の現場に適していると考えられる。特に医師にとって可変性があるのは患者家族との協議のなかで、患者の最善の選択を模索すること等であり、重要な視座である。

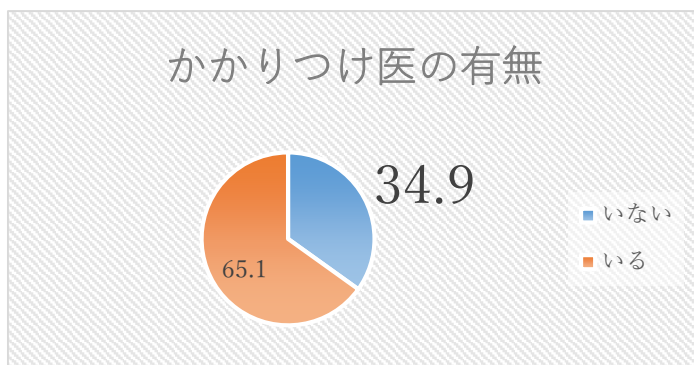
5-2. 尊厳死の圧力の回避

尊厳死の社会的弱者への圧力は実際には大きく働かない可能性もある。アグネス・ヴァン・デル・ハイデが行った検証によれば安楽死容認国家において、社会的弱者により多くの安楽死が行われることはなかったという。また、オレゴン州においても有意な上昇は確認できなかった。さらに踏み込むと日本においては保険制度の充実から経済的な圧力を感じにくい点、日本の家族の連帯感が強い点を考慮すればむしろ死を選ぼうとする患者を逆に生きるように説得するのではないかとの見解も存在する。

しかし、個別には社会的弱者が尊厳死の圧力を受けることは十分に予想される。したがって、これに関しても尊厳死法案をより受け入れられやすいものとするために、政策を講じる必要がある。社会的弱者とはここにおいては難病の保持者や障がい者を指すが、医師と患者の距離をより近いものとする事で患者に対する説明がより詳しくなることが予想され、それが結果として圧力の回避につながるのではないだろうか。そこで、医師と患者の距離が近くなるような政策が必要なのではないだろうか。

5-2-1. かかりつけ医制度

日本には公的なかかりつけ医制度は存在しない。しかし、かかりつけ医自体は比較的多くの人間が利用している。その中でもおよそ 35%がかかりつけ医を持っていない。



また、かかりつけ医自体を登録したり定められているわけではないのでかかりつけ医がいると答えてもその関係は希薄化している可能性がある。そこで、かかりつけ医を登録し、関係をより強固にすべきである。ここで、かかりつけ医の登録は簡易

的なものとし、いつでも変更可能とする。一見関係性は強くなったように思われなくても、医師からすれば簡易的ではあれ登録されていることで優良な顧客を一定数確保できるためより親身に活動すると思われ、より医師と患者の関係性が強固になり、社会的弱者が尊厳死のプレッシャーから逃れられるようになることが予想される。実際に、日本脳卒中協会では、シンポジウムにおいて脳卒中の後遺症に親身になってくれるかかりつけ医との関係の重要性を強調している。家庭の背景や環境づくりなどの相談もより詳しくすることができるという点においてかかりつけ医をもつことが有意なのである。

5-3. 意思確認制度

意思が確認しづらい状況であることを解決するために意思を確認する制度を目指す。第一に死亡者が大きく増えはじめる 45 歳以上の人々を対象とする政策、第二に 45 歳未満の人間に対する意思確認の政策を実施する。また、方法として前者に関しては医師による意思確認制度を創出し、医師が詳細な希望について聞き取る。後者に関しては副次的な政策として健康診断における意思の確認を政策として掲げる。

5-3-1. 医師による意思確認制度

原因分析でも述べた通り、尊厳死を行うときには患者本人の意思、もしくは患者の家族の推定が必要である。しかし、実際には患者が意思の表明を行うことはわずかである。すなわち、患者の意思が確認できない。また、家族もその意思を知らないためにその決断がしづらいことが推測できる。加えて、医師が民事訴訟をされる可能性や悪評を流される危険を回避するために尊厳死を行いにくなっている。

そこで、病院にやって来た 45 歳以上の患者の医療希望についての確認を行う。そして受診する毎に希望の確認を行う。また、入院する際には家族に署名を求める。これは患者とその家族に対話の機会を求めるものでもあるので必要条件ではない。それと同時に回診等で患者との会話を行う際にはその都度不断に問い直す必要がある。また、その希望を電子化し、希望確認した病院ではない病院、特養等の介護施設や在宅医療でも利用できるようにする。電子カルテの普及率は大規模病院で 70%程度であるために完全な網ではないが、行政への報告義務を有することとし、電子カルテから漏れる範囲は情報の開示をより容易にすることで解消する。また、場合によって代理人を立てられるようにするために代理人希望についても項目を設ける。

現在、医師による何らかの意思確認制度を設けている病院は 44%存在している。この数値とリビングウィルを作成している 3.4%という数値を考えると現状意思確認ができている人が算出できる。自宅で亡くなる人は基本的に過度な延命治療を施されていないことが想定される。すると、概算で国民の 38%程度が現在または未来において意思が確認できる可能性がある。それがこの政策を実施することによって全高齢者の 93%の意思を確認することができる。以下の表は高齢者の医療機関への受診の実態を表している。

高齢者の属性	割合
一か月の間に一度は医療機関に掛かっている	86%
通院で医療機関に掛かっている	81%
入院している	7%

一か月に一度は医療機関に掛かっている人数と入院している人数を合わせれば少なくとも 93%程度の意思が確認できるものと考えられる。しかし、もちろん年に 1 回だったり、少ない頻度では病院に行っていることは十分に考えられるため、それ以上の政策効果が期待される。

5-3-2. 健康診断における意思確認制度

45 歳以上になると比較的死やそこに至るまでの医療についての考え方が熟成していくものと考えられる。しかし、45～60 歳で実際に寝たきりになっている人数は約 6 万人前後しか存在していない。200 万人以上の寝たきり状態の人間がいる中では小さい数値であると言えるだろう。この状況を鑑みると 45 歳未満ではより数は減ると予想される。それは自己有用感や自己健康感が高いことや死亡者数が少ないことなどからもわかる。しかし、わずかながらでもその可能性が存在することや自らの死に関する観念が深まっていれば 45 歳以上になった時により自分の思い描く選択ができる可能性が高いことを考えれば早い段階での意思確認制度自体は有意なものである。そこで、健康診断において意思確認を書類で行う。健康診断は雇入時に一回、定期健康診断で年に一度行われるため、ある程度の継続性を有している。また、原因分析でも述べた通りリビングウィルの知名度は低く、患者の家族という特殊な立場にあっても 20%弱しかその内容を理解していなかった。そもそもこの政策を実施することによってリビングウィルに関する知識を得られるのである。そこで知識を得て、家族等自らの周囲の人間と自らの意思について話し合う可能性も高まるため、リビングウィルという概念自体もまた一種の潮流を経て常識となり得る。そうして社会的潮流が広まることで結果として人々のリビングウィルを含めた自らの死生観の認識がさらに深まっていくことも予想される。雇い入れ時の健康診断においては少なくとも一回は健康診断を受けており、そこにおいて、健康診断はほぼ 100%の実施率となる。この場合、一度でも就職すれば少なくとも一回は意思を確認することができる。ただし、これはリビングウィルの認知を高めたりすること等に寄与する側面が大きいため、ここにおける決定は家族などの近しい人間の推定に優越することはない。また、意思が変化することを考えれば一回だけの決定では意思を明確に表すことは難しい。そこで定期健康診断でも意思確認を行うのである。健康診断は法的には一定以上の時間勤務している労働者全てに雇い主が受けさせなければならない。実際に 300 人以上の事業所ではその実施率は 100%である。しかし、全ての事業所となると実施している事業所は実際には約 9 割である。すなわち健康診断によって少なくとも労働者の約 9 割の意思はある程度継続して確認でき、全員の意思も少なくとも一度は確認ができるのである。さらにそこからリビングウィルが一般的なものになればその効果が波及する可能性も存在する。

5-4. 医師の心のケア

医師の中でも特にケアを必要とすることが想定されるのはホスピス医である。また、広義に患者に関わる医師である。医師が精神的にダメージを負った場合、実は精神科医、臨床心理士に掛かることは少ない。その原因で主となるものは医師であることによるプライドがあるからである。そこで、緩和ケアチーム（以下、ホスピスチーム）を各病院で組むように促す。ホスピスチームとは医師、看護師、ソーシャルワーカー、栄養管理士、リハビリ専門職、カウンセラー（臨床心理士）、薬剤師で構築される組織である。これを組むことは実際には困難な医療施設も存在することが予想されるが、それについては後述する医療機関の提携で解消される。また、ここでホスピスチームは構成員を可変的に選べるようにする。そのためにホスピスチームの組織とは医師、看護師、カウンセラーの三者を要件とし、そのほかは構成員を自由とする。このようなホスピスチームを組織することでそもそもその仕事量の削減やストレスの軽減、またカウンセラーとの連携によって医師のメンタルケアが行えるようになるのである。同時に5-2-1、かかりつけ医制度や後述する5-5の政策によって一次的なストレスは緩和される可能性が高い。

5-5. 医療機関連携による包括化

医療機関連携の人材提携を義務化する。具体的には「地域の病院、支援診療所、訪問看護ステーションの人材提携を義務付ける。提携することで病院と支援診療所、訪問看護ステーションとの間で人材を相互に融通できる。大学病院がある地域にはその大学病院を中心として連携を行う。大学病院が存在しない地方に関しては協議にて決めることとするが、がん診療連携拠点病院を基本とする。大学病院を中心とするのは研修を行いやすくするためである。そして、前述の通り、医師や看護師の絶対数は必要数に達するため、在宅医療における人手不足が解消される。1997年から看護学校では訪問看護実習がなされているため看護師の側からも受け入れやすいと考えられる。また、この政策を推進するにあたり、持ち株会社法人制度を促進する。これは、人材の融通以外でも業務の重複を防いだり、5-3の項で説明した、電子データの取り扱いも行いやすくするためである。また、一つの法人に統一することで給与の支払いをスムーズにできること、病床の過不足も調整できることも想定される。しかし、現行の持ち株会社制度では大学病院は参入することができない。基本的にその参入条件は非営利であることのみであり、大学病院も非営利法人である。ところが、大学付属病院は国の大学設置基準により大学からの分離を禁じられているため、参入が困難なのである。そのため、現行参画に限って参入を認めるように文部科学省令を改正する。また、その推進のために持ち株会社の設備拡張時の貸付金を拡張する。このインセンティブは介護事業の貸付金庫が存在した際も有効に機能し、設備の拡張が容易になる点など、病院側も求めているものである。

参考資料

http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/zenbun/s1_2_3_04.html 内閣府

<http://bizmakoto.jp/makoto/articles/1212/05/news063.html> ビジネスオンライン

<http://www.asahi.com/apital/articles/SDI201512175439.html> 朝日新聞

<https://www.m3.com/open/clinical/news/article/190384/> 国立国際医療研究センター

http://jamcf.jp/enquete/100827eiyou_report.pdf 日本慢性期医療協会

https://www.youtube.com/watch?v=3iCncf_jfzU 国会厚生労働委員会

<http://www.hyogo-c.ed.jp/~rekihaku-bo/historystation/legend2/html/010/st14.html>

「ひょうご歴史ステーション ひょうご伝説紀行文 一神と仏ー イザナギとイザナミの国造り」

http://www.ajha.or.jp/voice/pdf/other/120412_1.pdf 老人保健健康増進等事業

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/h260425-02.pdf> 終末期医療に関する意識調査等検討会

http://www.kwansei.ac.jp/s_sociology/attached/5290_44325_ref.pdf 医師の倫理

<http://www.hospat.org/research-302.html> 公益財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団

<http://www.cc-sauxillanges.com/shortage.html> 訪問看護師求人探しナビ

http://www.innervision.co.jp/feature/interview/201308_it28 innavi.net

http://www.nikkei.com/article/DGXLASDG18H06_Y4A011C1CR8000/ 日本経済新聞

<http://www.j-cast.com/tv/2013/04/05172485.html?p=all> クローズアップ現代

<http://www.izai.net/2015/12/post-427.html> 医療経営財務協会

<http://www.circam.jp/reports/02/detail/id=4959> 宗教情報センター

<http://www.medsafe.net/contents/recent/122utsuubyoubou.html> 医療安全推進者ネットワーク

<http://dl.med.or.jp/dl-med/kinmu/kshien28.pdf> 日本医師会

<http://www.kanwacare.net/kanwacare/point03.php> 緩和ケア.net

http://www.seiun-jyuku.com/img/ippan_saiyuusyuu_sakuma.pdf 東京大学

http://www.songenshi-kyokai.com/question_and_answer.html 日本尊厳死協会 不治かつ末期

http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/12/dl/h24_gaiyou.pdf 厚生労働省

<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/dl/130422-01.pdf> 厚生労働省

http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/gaiyou/s1_2_3.html 厚生労働省

[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/0/0cb442b001c03490492572ab00164d8e/\\$FILE/20070327_5shiryoul~3.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/0/0cb442b001c03490492572ab00164d8e/$FILE/20070327_5shiryoul~3.pdf) 厚生労働省

http://www.nikkei.com/article/DGXNASDG1104V_W2A510C1CR8000/ 日本経済新聞
<http://www.jsa-web.org/sympo/2014/p3.html> 日本脳卒中協会
<http://www.seikatsusyukanbyo.com/statistics/2009/003482.php> 日本生活習慣病予防協会

参考書籍

内山雄一編集監事 大井健一、岡本天晴、尾崎恭一、加藤直隆、大阪昌知、黒須三恵、長島隆 編集委員 (2002) 資料集 | 生命倫理と法 太陽出版
石丸昌彦 編集者 山崎浩司、中山健夫、井出訓、井上洋士、高橋祥友 分担執筆者 (2014) 死生学入門
アグネス・ヴァン・デル・ハイデ著、甲斐克則＝福山好典訳 (2013) 「オランダとベルギーにおける安楽死と医師による自殺幫助」『比較法学 47 巻 2 号』早稲田大学比較法研究所