

The Substance of Legalisation of Advance Directives in Germany : An Attempt to Make Compatible of Autonomy and Dependence

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2016-05-13 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 浜渦, 辰二 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.14945/00009408

ドイツにおける事前指示書の法制化の内実

——自律と依存を両立させる試み

浜 渦 辰 二

はじめに

医療化 (medicalization) と世俗化 (secularization) の進行とともに、欧州諸国において看取りのあり方が変化している。そうした変化を象徴するものの一つが、終末期医療をめぐる問題であり、もう一つが、スピリチュアル・ケアをめぐる問題である。本稿では、前者に焦点を当て、ドイツにおける「事前医療指示書」(Patientenverfügung) の法制化の動きに、そのような看取りのあり方の変化を見ることにしたい。ドイツでは二〇〇九年に「事前医療指示書」が法制化されたが、その内実は、日本で尊厳死法を法制化しようとする動きとはまったく異なるものである。ドイツの法制化の内実を論ずる前に、日本の法制化の動きを簡単に紹介し、それとの対比でドイツの話に入っていくことにする。

一 日本での法制化の動き

近年になって終末期医療の問題をめぐる議論が再燃し、尊厳死についての議論が広まるきっかけになったのは、二〇〇六年三月、富山県の射水市民病院で、がんなどの末期患者七人の人工呼吸器が外されたことが発表された出来事である。それがきっかけになった議論で、翌二〇〇七年から、厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(同年五月)から始まって、さまざまな機関・学会・団体からさまざまなガイドラインや指針などが発表された。同ガイドラインには、「終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである」とあり、要するに、そこで示されたようにきちんとした決定プロセスを踏みさえすれば、医療行為の不開始や中止も選択肢としてありうる、という姿勢が示されたことになる。

しかし、ガイドラインは必ずしも法的拘束力をもつものではないため、「尊厳死法制化」という動きが出て来た。「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)」の、「不開始」を趣旨とする「第一案」⁴と「中止」を趣旨とする「第二案」⁵(二〇一二年六月)が発表された。法律案の名称は「終末期の医療における患者の意思の尊重」となっているが、本文は、「患者の意思に基づく延命措置の中止等及びこれに係る免責」を趣旨とするものであり、やはり「尊厳死の法制化」を目指すものと言わざるをえないだろう。その際、「患者が延命措置の中止等を希望する旨の意思を書面その他の厚生労働省令で定める方法により表示している」とあり、その書面として何が使われるのかが問題となるが、はたして、この案を後押ししている日本尊厳死協会の「尊厳死の宣言書(リビングウィル)」⁶が適切なものであるのかどうか、疑問が残る。

「尊厳死の宣言書（リビング・ウィル）」は、二〇一一年に改訂されたものの、基本的なスタンスは変わっていない。患者の自己決定権という考えが基にあるため、「宣言」という形式をとり、家族や代理人などのコミュニケーションは前提しておらず、郵送で登録されることになる。医師とのコミュニケーションも前提されておらず、場合によってはその文面に出て来る「延命措置」「緩和医療」「遷延性意識障害（持続的植物状態）」といった医学用語について誤解に基づいている可能性もあり、「精神が健全な状態」で書いたものと言われてもそれは自己申告でしかない。「十分な緩和医療をおこなってください」とあるものの、基本的なスタンスは主文の「延命措置はお断りします」というところに焦点があたっており、一つの選択肢しか示されないで、それに署名するかどうかという形式となっている。

他方、日本弁護士会を中心にそれに反対する動きもあり、延命治療の中止という問題は、ホスピス・緩和ケアを含めた終末期医療の充実と、患者が良質の医療を受ける権利（日本には「患者の権利」法はない）という文脈のなかに位置づけられるべきであり、このこと抜きにそれだけ取り出して決める問題ではない、と主張している。また、障害者団体を中心に反対する動きもあり、延命治療と捉えられがちな人工呼吸器や人工栄養によって生存を続けている難病患者や障害者がかんりの数いるが、尊厳死が法制化されれば、終末期という呼び方が次第にすべり坂を下って来て、そのような補助手段で生きている人たちの生存が脅かされることにならないか、と主張している。

今年（二〇一四年）になって、日本医師会第Ⅷ次生命倫理懇談会答申「今日の医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」¹⁰（三月）、および、厚生労働省・終末期医療に関する意識調査検討会「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」¹¹（三月）が発表された。「答申」では、尊厳死の法制化についての賛否両論が紹介され、「報告書」では、前述の厚生労働省のガイドラインの周知と臨床現場の現状が報告されている。

このような状況のさなか、筆者はドイツに滞在する機会があり、そこで得た情報をもとに、ドイツで行われた尊厳

死法制化の実態を確認し、それを日本の状況と比較しつつ考察することにした。

なお、海外とくにヨーロッパの同様な動きと比較する前に、あらかじめ注意をしておくべきなのは、日本では「安楽死 (euthanasia)」と「尊厳死 (death with dignity)」を区別しているが、両者を区別する国と区別しない国があることである。日本では、医師が患者の意思に従って患者に致死量の薬を投与すること (積極的安楽死) と、同様に患者に致死量の薬を処方してそれを服用するかどうかは患者に任せる (医師による自殺補助、PAS: Physician Assisted Suicide) をともに「安楽死」と呼び、前述の厚生労働省「ガイドライン」でも、冒頭で、「生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない」として、考察対象外にしている。日本では、それらと区別して「消極的安楽死」ともよばれる「延命治療の中止」を「尊厳死」と呼んでいる (オランダや、米国オレゴン州などでは、「積極的安楽死」も「尊厳死」と呼ぶので注意を要する)。以下では、日本でもつばら問題とされている「延命治療の不開始・中止」としての「尊厳死」に焦点を当てる。

二 ドイツでの法制化

ドイツでは二〇〇九年に、「事前医療指示書」が法制化され、同年九月から施行されている。『事前医療指示書——苦しみに病い——死ぬこと 私が決定能力を失った時、どんな医療が行われるかを、私はどのように指示するのか』¹²という、ドイツ法務省から発行されている冊子はウェブサイトでダウンロードすることができる。簡易版の書式は、市役所の世話局 (Betreuungsbehörde) などで、「事前代理委任書」「世話人指示書」「事前医療指示書」が三点セットでホルダーに入って配布されている。¹³以下、日本の事情と対比させるのに分かりやすいよう、「世話 (Betreuung)」は

すべて「(成年)後見」と訳し、「世話局」は「成年後見局」、「世話人」は「後見人」と訳すことにする。」

この「事前医療指示書」では、「尊厳死(延命治療の不開始ないし中止)」だけを意思表示するのではなく、延命治療をするかしないかも含めて、意思決定能力を失った時にどんな医療を希望するかをあらかじめ記述式で意思表示できるようになっていいる。前記冊子『事前医療指示書』は、(1)事前医療指示書(とは何か、という解説)、(2)事前医療指示書の構成要素、(3)(二つの)サンプルという三部から成っており、一つのサンプル(Lieselotte Beispiel)は、脳の損傷によって判断能力・決定能力が不可逆的に失われたり、自分で自然な仕方でも水分・栄養を摂取できなくなったら、あらゆる生命維持の措置を中止して欲しい、というもの。もう一つのサンプル(Max Beispiel)は、自分の生命を維持し、苦痛を和らげるために可能なすべての医療措置を望み、生命が長らえるなら、人工呼吸も人工的な水分・栄養補給も望む、というもの。つまり、両極端のサンプルを示し、その間にさまざまな中間段階があることを示唆して、一方向に誘導しないように配慮している。

ただし、構成要素として、部分的には互いに排除しあうような可能性(「または」によって示された)を含んでいる。しかし、構成要素として挙げられた医療措置に従うことは、殺人を求めることや、自殺を助けることを含んではいない、とされている。その点で、この「事前医療指示」は、積極的安楽死や医師による自殺幫助を初めから排除している。あくまでも、「Sterbehilfe」(死の援助)ではなく、「Lebenshilfe」(生の援助)だ、とも言われる。

「事前医療指示書」の構成要素としては、(1)冒頭の言葉、(2)事前医療指示書が有効となるべき状況例、(3)特定の医療処置の開始、その範囲、その終了の決定(そのなかには、①延命のための医療措置、②苦痛と症状に対する処置、③人工栄養補給、④人工水分補給、⑤蘇生処置、⑥人工呼吸、⑦人工透析、⑧抗生物質、⑨血液について、が含まれる)、(4)医療処置をする場所と立会人、(5)事前医療指示書の拘束力、解釈のされ方、実施のされ方および撤回についての言

明、(6)他に事前に指示した書類があればそれに言及、(7)この事前医療指示書に添える説明があればこれに言及、(8)臓器移植について、(9)結びの語句、(10)情報または助言、(11)医者による説明／本人の承認能力の認証、(12)更新、が挙げられている。ただし、これらはあくまでも考えるためのヒントや助言を与えるものにすぎない。

できるだけ詳細に書く事が推奨され、単純に「尊厳をもって死にたい」とか「人工的な延命措置はしないでほしい」といった漠然とした希望は、混乱を招くと考えられている。個人的な価値観や死生観や宗教観を書いておく事も、事前医療指示書の補完と解釈の助けとして役立つ。例えば、これまでの人生、これからの人生、自分の苦悩に満ちた経験、他の人々との関係、他の人々の苦しみや障害や死の体験、自分の人生のなかでの宗教の役割、などである。自分の価値観を書面で残すことは、事前医療指示書の真剣さを強調することができる。

他方、すべての医療措置を中止することにはならないとされている。十分な看護ケア、人間的な気遣い、空腹や渇きを満たす事、鎮痛剤の十分な供給は、絶えず確保される。それ以上の医療措置を断念する事は、決して医療措置そのものの完全な停止ではない。それは治療の削減であって、特定の措置、輸血、薬物、蘇生などの断念である。その時、このような対策は、もはや治療を目的としたものではなく、患者にとってできるだけよいQOLを目指すものである。

なかでも重要なのは、患者の事前指示は、基本的には、自己決定権を実現する道具としてみられているが、自己決定だけでは済まないと考えられている(つまり、患者が自分の希望を事前指示書に記したとしても、いつの時点で、事前指示書をどう扱うのかについて、患者はもはや自己決定できない)ということである。事前指示書がどの時点で有効になるのかは代理人による代行解釈を必要とすること、そこで重要になるのが代理人指示であり、その点で事前指示書が置かれている文脈を考慮しなければならないということである。したがって、事前指示書は代理人指示書とセットにされねばならないと考えられている。つまり、ドイツにおける事前指示の法制化は、既存の民法の一つであ

る成年後見法 (Betreuungsgesetz)¹⁴ という、意思決定能力が失われた／弱くなった成年者を支援するための民法を改正する形でなされた。¹⁵

成年後見法は、「後見人」とは区別された「任意代理人」をも定めている。「後見人は、本人が援助を必要とし、かつ親族や知人、社会サービスなどの援助が不可能な場合に、命じられる」のであって、「本人が、信頼できる人に事前代理権を授与していた場合〔それが任意代理人となる〕には、後見人は不要」となる。逆に、信頼できる任意代理人を指定しておかなければ、裁判所の選任した法定後見人に決定を任せることになる。したがって、代理人を指定することが重要で、自己決定を主張し守るためにも、代理人という他者の支えを頼りにしなければならないのである。事前医療指示書を書くにあたって、あらかじめ代理人と話し合っておく必要も生じる。それだけでなく、パートナー、親族、友人とも話し合っておくことが推奨されている。そこには、言わば、自律と依存とを両立させようとする試みを読み取ることもできよう。

ドイツではカトリックとプロテスタントがほぼ拮抗する状態にあり、そのあいだでバランスを取る必要があったという事情も考えられるが、代理人は、家族であつてもいいし、家族でなくてもいい、と考えられており、また、家族であつても、そのなかに順位をつけることができる。¹⁶ この制度の背景にある思想は、「伝統的家族構成の解体」を現状として捉え、こうした「社会の様変わり」を背景として、「以前なら、まだ広く意見の一致を見ていた事柄を、書面で確定する限りで、そうした事前指示が有意義である」というものである。

また、事前医療指示書が法制化されるまでの議論の過程では、医師との相談を義務づける案もあつたが、それは不採択となつた(その点では、自己決定権の方が重視された形になつた)。しかし、法務局発行の『事前医療指示書』でも、それを執筆する前に、医師(とりわけホームドクター)やその他の専門家(場合によっては、緩和ケア医)や組

織（ホスピス、教会関係、弁護士、公証人など）と相談することがくり返し推奨されている（単独で自己決定権を主張する形にならないようにしている）。例えば、一方では、できるだけ長く生きたいと思いつつながら、他方では、特定の生命維持措置は避けたいというような、矛盾した表現を避けるのに、専門家の助言が役立つことがあるとされている。さらに、「身体的、心理的、社会的そしてスピリチュアルな要求の充実を包囲する（死に寄り添うこと（Sterbebegleitung）」というもつと先に進んだ問題は、多くの事前指示によつては捉えきれない」とも言われ、単に事前指示のルールを提示するだけでなく、それを広い文脈で位置づけようとしており、決定的なことは、死にゆく人に寄り添う姿勢を改善し、緩和医療とホスピス制度を充実させることであり、事前指示の問題は、常にこの脈絡のなかに埋め込まれねばならない、と考えられている。¹⁷

また、一方で、「自己決定への権利は、基本的な人権である」ことを確認しながら、他方で、「事前指示は、個人の自由、人間の福利、医師や看護師の義務、患者権利に基づく諸権利、医療効果といった全体的連関のなかに定め置かれる」とも述べている。

「成年後見法」というのは、判断能力が失われた／弱くなった成人が支援を受けながら生きて行くための、「生きる権利」を保障するための法律であり、「誤解を招きかねない」「死ぬ権利」と呼ばれるようなものも、あくまでも「生きる権利」の文脈のなかに位置づけていることになる。そこには、言わば、自律と依存とを両立させようとする試みを読み取れることもできよう。

いま、ドイツでは、国民の十人に一人が、この事前医療指示書を書いていると言われている。¹⁸ また、インターネット上に「事前準備データバンク」¹⁹が作られ、担当の医師のみが事前医療指示書がどこにあるかをすぐに検索できるような仕組みもできているという。一昨年（二〇一二年）末、南ドイツで或るドイツ人臨床医（がん科）に個人的に尋

ねたところ、「統計があるわけではないが、事前医療指示書は広まってきており、患者が事前医療指示書をもっている」と医師としては助かる。さもないと、家族の意向を聞かざるをえず、といって、それにただ従うという訳にも行かず、また、訴えられることを怖れてできるだけ多くの医療措置をしようとするにもなりかねず、医療スタッフとして難しい判断を迫られるからです」と言っていた。

このようなドイツの事前指示の法制化は、実は、それに先立つ二〇〇七年に、英国で、終末期の権利（事前に治療を拒否する決定を含め）が意思決定能力法（Mental Capacity Act: 二〇〇五年発効の新・成年後見法²⁰）のもとに有効とされるようになった（つまり、法制化された）のと類似した法制化の手法と言える。そこで比較のために、英国での法制化も簡単に見ておきたい。

三 英国での法制化

英国の事情について筆者は、「Voluntary Euthanasia Society England and Wales (VES chooses, dignity)」（英国自発的安楽死協会「選択、尊厳」）の作成した「Living Will」があり、それが「判例法として法的拘束力をもっている」ということは知っていた。²¹ 昨年（二〇一三年）九月、英国で参加したある学会（DDD: Death, Dying and Disposal²²）で、英国（England, Walesのみ）では、「end-of-life rights」（終末期の権利）が、「Mental Capacity Act」（意思決定能力法、二〇〇五年発効の新・成年後見法）のもとに二〇〇七年から有効とされるようになってい（言わば、法制化された）ということを知った。

法制化された翌年二〇〇八年から、この「終末期の権利」の考えを国民に浸透させ、疑問に答え、支援するための

多くの民間の自主的団体 (Initiative) が生まれたが、その一つに “Compassion in Dying – Supporting your Choices” という団体がある。この “Compassion in Dying” は、もう一つの団体 (前述の「英国自発的安楽死協会」が名称変更したもの) である “Dignity in Dying”²⁴ と、共同歩調を取りながらも、或る点では後者とは一線を画そうとしている。というのも、後者は「終末期の権利」を「死ぬことの援助 (assisted dying)」（自殺幫助）にも拡大しようとしているが、前者は「死ぬことの援助を合法化しようとするキャンペーンには関わろうとしない」からである。

“Compassion in Dying” によると、「終末期の権利」として、たとえその結果として死に至ることになるとしても、治療を拒否することができる。そのために、自分が意思決定能力 (mental capacity) をもっていることを示す必要がある。患者が意思決定能力をもった大人であれば、事前に治療を拒否する決定をすることができ、この決定は拘束力をもつ。もしその人が意思決定能力ないしコミュニケーション能力を喪失したら (例えば、重篤な認知症や昏睡状態)、その決定は有効となる。患者が自分の意思を尊重してもらうために取ることのできる方法は、二つあり、一つは「事前決定 (Advance Decision)」の作成、もう一つは、「永続的代理人 (Lasting Power of Attorney)」の指名である。「事前決定」や「永続的代理人」を延命治療を拒否するために使うことはできるが、自分の生を終わらせるのを依頼するために使うことはできない。患者の要求に応じて医療的に生命を終わらせることは、死を支援すること、支援された自殺 (assisted suicide)²⁵ あるいは、自発的安楽死 (voluntary euthanasia) と呼ばれるべきもので、それは法的に許されてはいない。“Compassion in Dying” は、自らの命を終わらせる方法についての情報を提供するものではない。

他方、医療機関などは、「終末期ケアプラン (End-of-life care plan)」（「事前ケアプラン (Advance Care Plan)」とも呼ばれる) が、患者のケアと治療についての意思を記録するために使われている。それは通常、患者が終末期に入った時に作成されるという点で、いつでも作成されうる (“Compassion in Dying” の言う) 「事前決定」や「永続的

代理人指名」とは異なる。また、このケアプランも法的な拘束力を持たないが、医療スタッフが患者にとって何が大切かを知ることができるのは悪くないことで、医師は可能な限り、患者の意思に従う努力をすべきであるとされている。そこに記されるのは、例えば、次のようなことである。あなたはどこでケアを受けたいか、あなたはどこで最後を迎えたいか、あなたは最後を誰とともにいたいのか、宗教的な信念や食事についての希望のような価値、「事前決定」や「永続的代理人指名」をしているかどうか、と。

その一つとして広まっているのが、「リバプール・ケア・パスウェイ (The Liverpool Care Pathway : Promoting best practice for care of the dying)²⁵」である。近年、疼痛緩和の最善のホスピス・プラクティスと感情的支援のために、「リバプール・ケア・パスウェイ」と呼ばれるケア・プランを使って、病院などのホスピス以外の環境にも導入されてきた。これは、ケアを受ける場所がどこであれ、ホスピスのスタイルのケアを受けることができる、ということの意味している。これは、終末期にある患者のためにケアを提供する病院スタッフを支援するケアの専門的なプログラムである。これは、医療スタッフが身体的、感情的、スピリチュアルなニーズを考慮すべきであることを意味し、また、患者の関係者や愛する人をも支援することを意味する。²⁶

これについては、昨年、リバプール・ケア・パスウェイ (LCP) に関する調査報告書 MORE CARE, LESS PATHWAY A REVIEW OF THE LIVERPOOL CARE PATHWAY (二〇一三年八月) という報告書が発表された。そこでは、「LCPが適切に用いられた場合には患者は穏やかで尊厳のある死を遂げているが、LCPの実施が劣悪なケアと関連していることが少なくない」と指摘されている。また、この報告書に言及しながら、児玉真美氏はLCPについて、次のように論評している。「最初は臨死期での無益な過剰医療への反省に立って作られたLCPも、広く普及していくうちに、少なくとも一部の医療現場で本来の理念から離れて形骸化し、患者や家族をなおざりにして医

療サイドがすべてを一方的に決め、機械的に進める死への手順と化していった」、また、そのため、「現在、日本では終末期の過剰医療への批判が繰り返されている。そして、その批判は「いかに終末期医療を受けずに死ぬか・死なせるか」という議論に短絡し、さらに尊厳死の法制化に向かう議論へとなだれ込んでいこうとしているように見える」と。

民間団体の自主的団体が進めていることと、医療機関側で作っている「リバブル・ケア・パスウェイ」との間には、「終末期の権利」をどう考えるかについて、パースペクティヴの違いがあるように思われる。²⁸

おわりに

以上のように、二〇〇九年六月ドイツでは、事前医療指示書が世話法のうちに組み込まれるという形で法制化された。英国では、それに先立って二〇〇七年に、Advance Decision (事前決定) が、end-of-life rights (終末期の権利) として、Mental Capacity Act (意思決定能力法、新・成年後見法) のもとに法制化されていた。ともに、日本で国会に提案されようとしている「尊厳死法案」(単独での法制化) とは、まったく異なる仕方での法制化である。

ヨーロッパのなかには、一方に、安楽死(積極的安楽死および/ないし医師による自殺補助)を法制化している(ないしは、違法性阻却により認めている) ベネルクス三国やスイスと、他方で、安楽死は認めないが尊厳死(延命治療の不開始・中止)を法制化したドイツ、英国などの国々がある。しかし、後者の国々といえども、尊厳死のみをやみくもに法制化したわけではなく、世話法・意思決定能力法など、弱者(意思決定能力を喪失した人)が最後まで尊厳をもって生きて行くための法律のなかに尊厳死という選択も位置づけるといふ仕方で法制化したものである。

シンポジウムでは、日本との比較は脇に置きつつ、他の二人の提題者によるフランスとイタリアの事情についての

発表と対比させながら、あらためてドイツの事前指示書の法制化の内実を検討することにした。

参考文献

児玉聡・田中美穂「英国における終末期医療の議論と課題」〔理想〕No.692、特集「終末期の意思決定―死の質の良さを求めて―」、五二〜六五頁

児玉真美「死の自己決定権のゆくえ…尊厳死・「無益な治療」論・臓器移植」二〇一三年八月

松田純「事前医療指示の法制化は患者の自立に役立つか？―ドイツや米国などの経験から―」(前掲「理想」、七八〜九六頁)

山本達監訳「人間らしい死と自己決定―終末期における事前医療指示」(知泉書館、二〇〇六年)

注

¹ 本稿は、二〇一四年十一月三日静岡大学にて開催された静岡大学哲学会第三七回大会のシンポジウム「欧州における看取りと自己決定」において提題者の一人として発表した原稿を活字にしたものであり、本文はシンポジウムでの発表内容をできるだけ残すようにし、その後書き加えたものは、できるだけ注としている。シンポジウムの趣旨は、「医療化 (medicalization)」と世俗化 (secularization) の進行とともに、欧州諸国において看取りのあり方が変化している。本シンポジウムでは、欧州諸国のうちでも、特にドイツ、フランス、イタリアに照準を合わせ、また「自己決定」の現状と課題に注目しながら、「欧州における看取りと自己決定」の多様性とその背景に迫りたい。討論においては、日本の現状も視野に入れ、多様な専門的背景をもつ参加者の皆さんと活発な討議を展開したい」というものであった。このシンポジウムは、科学研究費基盤研究 (B) による共同研究「世俗化する欧州社会における看取りの思想的な拠り所の究明」(代表・竹之内裕文・静岡大学、二〇一二年度〜二〇一四年度) の共同研究者のメンバーの一部によって企画されたものであり、本稿もその成果の一部である。また、本稿をその後、大幅に加筆した拙稿「尊厳死を法制化するとは何をする事なのか? ―日本とヨーロッパ3国の比較考察―」(大阪大学大学院文学研究科哲学講座編「メタフュシカ」第四五号、二〇一四年十二月) を発表した。本稿は、同拙稿と一部重複するところがあることをお断

りするとともに、本稿の内容について詳しくは、同拙稿を参照いただければ、幸いである。また、以下の注で言及したウェブサイトをすべて、二〇一五年七月現在で最終アクセスをしたものである。

² <http://www.mhlw.go.jp/shingij/2007/05/dj/50521-11a.pdf>

³ 初めは主に人工呼吸器の問題が想定されて議論されていたが、やがて、高齢者の終末期の問題として、人工栄養の問題も問われるようになり、二〇一二年には、日本老年医学会が「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」(同年六月)を発表して「AHN(人工的水分・栄養補給)の中止ないし減量を検討し、それが従来のやり方を継続するよりも本人の人生にとってより益となる(ましである)と見込まれる場合は、中止ないし減量を選択する」という選択肢もありうる、という姿勢が示された。その後、さらに、日本透析医学会血液透析療法ガイドライン作成ワーキンググループ/透析非導入と継続中止を検討するサブグループ「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」(二〇一四年五月)が発表され、人工呼吸器から始まり人工栄養に広まった動きがいまや人工透析にまで広がって来ている。

⁴ <http://www.bakubaku.org/120525-songenshi1.pdf>

⁵ <http://www.bakubaku.org/120525-songenshi2.pdf>

⁶ http://www.songenshi-kyokai.com/iving_will.html

⁷ 筆者はここ数年、神戸を中心に活動している「患者のウエル・リビングを考える会」(代表 藤本啓子)が行っている「リビングウイルプロジェクト」作成会の試み」の支援をしている。これは、「市民の、市民による、市民のための、リビングウイル」を目指して始まり、『ファミリール・リビングウイル』大切なあなたに伝えておきたいこと」という冊子(本編と解説編)として昨年(二〇一四年)十月に完成した。それは、「リビングウイル」に「ファミリール」という語を付けているように、自分一人だけの「自己決定」としてではなく、「ファミリール」(広い意味での家族)と話し合いながら、一緒に書いて行く、もつと言えば、書いてしまった結果よりも、一緒に考え話し合いながら書いて行くプロセスを大切にしようとしているものである。その特徴を、藤本氏は、次のように表現している。(1)一方的に自分の希望を宣言するものではなく、家族や医療・介護者と対話をしながら作成する。(2)死ぬことを考えるために書くのではなく、生きることを考えるために作成する。(3)書いたもの(結果)ではなく、作成に至るプロセスを大切に作る。内容としては、①心肺停止のとき、②呼吸不全を起こしたとき、③脳死とされうる状態になったとき、④植物状態になったとき、⑤口から飲んだり食べたりすることができなくなったとき、⑥腎不全になったとき、⑦がんになっ

たとき、^⑧そのほかに希望する「ト」をいった具体的に、終末期医療の個々のケースに即して考えるようになってくる。次のウェ
ブサイトも参照。 http://www.geocities.jp/well_living_cafe/

⁸ http://www.nichibenren.or.jp/activity/document/statement/year/2012/120404_3.html

⁹ <http://www.bakubaku.org/songenshi-houseika-hantai-seimeij20120712.html>

¹⁰ http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20140402_3.pdf

¹¹ http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryou/zairaku/dl/h260425_02.pdf

¹² “Patientenverfügung, Leiden – Krankheit – Sterben. Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, wenn ich
entscheidungsunfähig bin?“, in: Bundesministerin der Justiz und für Verbraucherschutz. ([http://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/DE/Patientenverfuegung.pdf?](http://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/DE/Patientenverfuegung.pdf?__blob=publicationFile))

¹³ <http://www.heidelberg.de/hdl/De/HD/Rathaus/Verfahrensbeschreibung.html?vbid=105275&vbnid=0> また、次も参照。“Vorsorgevollmacht,
Betreuungsverfügung, Patientenverfügung“, in: Portgiese & Partner, Rechtsanwältin (<http://www.pottgiesser.de/index.html>)

¹⁴ <http://www.bunstifte-ev.de/gesetz.htm>

¹⁵ この「成年後見法」は、一九九二年の改正によって生まれたもので、ベーム、レルヒ、レーースルマイヤー、ヴァイス（社）日本
社会福祉会・編訳『ドイツ成年後見ハンドブック——ドイツ世話法の概説』（勁草書房、二〇〇〇年）の解題の筆者である上山泰
氏によると、その「背景に、いわゆるノーマライゼーション原理の社会への浸透という理念的要素があったことは間違いない」と
いう。それ以前のドイツ民法によると、成年後見制度は、「行為能力剥奪・制限の宣告（Entmündigung）」「後見（Vormundschaft）」
「障害保護（Gebrechlichkeitspflegschaft）」という三つの要素から構築されていた。それがこの改正によって生まれ変わったこと
になるが、その背景には、「被保護成年者に対する不当な差別を撤廃するとともに、適切な支援体制を充実させること」によって、
彼らの社会参加を促進し、社会への統合を図ろうという大きな理想が存在していた」、つまり、「世話法の基盤には、ノーマライ
ゼーションの理念と自己決定権尊重の理念が潜在していたのである」という。ここでノーマライゼーションとは、「障害をノーマ
ルにするということではなく、障害者の住居・教育・労働・余暇などの生活の条件を可能な限り障害のない人の生活条件と同じ
ようにすること」（ペンクト・ニリエ、河東田博ほか訳編『ノーマライゼーションの原理——普遍化と社会改革を求めて——』
現代書館、一九九八年）とし、日本でも新制度改正の基本理念として、「自己決定（自律）の尊重」「残存能力の活用」「ノーマラ

イゼイション」の三つを挙げています。ノーマリゼーションという理念について詳しくは、科学研究費基盤研究（B）による共同研究「北欧の在宅・地域ケアに繋がる生活世界アプローチの思想的基盤の解明」（代表：浜渦辰二、二〇一三年度～二〇一五年度）において取り組んでいる。

16 この辺りの議論については、近年注目されているクヴァンテの「人格」に関する議論を含めて検討する必要があるが、今後の課題としたい。ミヒヤエル・クヴァンテ『人格——応用倫理学の基礎概念』（知泉書館、二〇一三年）、同『ドイツ医療倫理学の最前線——人格の生と人間の生』（リベルタス出版二〇一五年）、同『人間の尊厳と人格の自由——生命科学と民主主義的価値』（法政大学出版会、二〇一五年）参照。

17 ドイツにおけるスピリチュアル・ケアの問題については、前記科研の共同研究では、浅見洋氏（石川県立看護大学）が担当し、同科研の公開シンポジウム（上智大学四ツ谷キャンパス、二〇一五年三月二八日）において、「ホスピス・緩和ケアの世俗化と医療化——ドイツ連邦共和国の場合——」を発表している。私自身の研究としては、少し古いが拙稿「魂のケアについて——仏独・ホスピスとスピリチュアル・ケア研修報告——」（静岡大学人文学部『人文論集』第五六号の二、二〇〇六年一月、一～二三頁）を参照されたい。

18 Medicine-Aspekte, 2013/01 : <http://www.medin-aspekte.de>
 19 Deutsche Vorsorgedatenbank AG: <https://www.deutschesvorsorgedatenbank.de>
 20 <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>

21 日本尊厳死協会編『世界のリビング・ウィル』二〇〇五年十一月、一三二～一四七頁。

22 <http://www.deathandsociety.org/pages/ddd11-conference.php>

23 <http://compassionindying.org.uk>

24 <http://www.dignityindying.org.uk>

25 http://endoflifecycle.co.uk/journal/0101_lcp.pdf LCPの日本語版も広がっていることについては、次のサイトを参照。<http://www.lcp.uminn.jp>

26

「終末期にある患者のためのLCP」（The Liverpool Care Pathway for the Dying Patient）は、終末期にあるのためのケアを改善し標準化するためにデザインされた多職種のためのツールである。それは、NHSのライフ・ケア・プログラムによって支持され、

すべての人のためのエンド・オブ・ライフ・ケアを改善することを目的とした国民的プログラムである」という。

²⁷ https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212450/Liverpool_Care_Pathway.pdf

児玉真美「どうせ高齢者」意識が終末期ケアにもたらすもの——英国のLCP調査報告書を読む」(SYNODOS, 2014.01.10):

<http://synodos.jp/welfare/6606>

²⁹ 前述の学会(DDD)のワークショップでも、「Compassion in Dying」の活動についての報告と「リハビリ・ケア・パスウェイ」についての報告は、それぞれ別々に行われていて、互いに議論し合うという雰囲気ではなかった。

(はまうず しんじ 大阪大学教授)