

認知症ケアの倫理

認知症人口の増加に伴い、認知症の日常ケアに関する倫理的諸問題や、終末期ケアに関する倫理的問題は、今後、避けて通ることのできないものである。特に、アルツハイマー病終末期の嚥下困難に起因する終末期延命治療の問題は、倫理的にも法的にも国民的コンセンサスを要する問題であるといえる。認知症終末期の人工的水分栄養補給（経管栄養）に関しては、オーストラリアでは既にガイドラインが出され、またカナダの Sherbrooke 大学の Arcand らによるガイドラインはヨーロッパなど数カ国で採用されている。しかし、終末期延命治療に関する問題は、医学だけでなく、法・倫理などにまたがる複雑かつ困難な問題であり、今後の熟考と国民的コンセンサスが求められる。

『認知症ケアの倫理』には、以下の論点がある。①日常ケアにおける‘倫理的気づき’と倫理的ジレンマ ②真実告知 ③認知症本人の QOL, および家族の QOLs ④家族介護者と介護専門職の QWL (Quality of Working Life) ⑤人格と尊厳の意義 ⑥倫理的ケアあるいはパーソンセンタードケア ⑦意思決定・医療同意に関する問題（自己決定と意思能力の判定・代理判断） ⑧終末期ケア（“看取り”）・延命治療の差し控えおよび中止 ⑨成年後見人による医療代諾 ⑩事前指示アドバンスディレクティブ ⑪自殺企図・自殺幫助・安楽死 ⑫研究倫理 ⑬薬物治療 ⑭遺伝子診断 ⑮行動コントロールの倫理 ⑯翻訳（解釈）の倫理 ⑰利益相反 ⑱公共政策と公正な資源配分 ⑲自立 Independence と、自律 Autonomy および Shared Decision Making 自己決定の支援 ⑳虐待と守秘義務, など多岐にわたる。

今回は、1. 日本における新しい認知症ケアの倫理が目指すもの 2. 尊厳とパーソン（人格） 3. 終末期ケアの倫理 4. その他, について、紙面の関係で、その項目および導入部分のみとならざるを得ないが、概説をしてみたい。

(中略)

(3) 『本人意思により延命治療をしないこと』と『(消極的) 安楽死』のちがい

認知症終末期に“看取り”を実施するためには、『本人意思により延命治療をしないこと』と『(消極的) 安楽死』は、概念的に全く異なるものであることを明確にしておく必要がある。

患者の命を終わらせる目的で「何かをすること」は積極的安楽死であり、患者の命を終わらせる目的で「何かをしないこと」が消極的安楽死である。それに対して『本人意思（あるいは事前意思）により延命治療を受けないこと』は、死期が間近に迫り、延命治療がもはや無益と判断された場合、患者が最期の瞬

間ときまで尊厳をもって生きるために、「延命治療を差し控える」「延命治療をやめて病状を自然の状態に戻す」という本人意思を尊重することである。患者の‘命’を終わらせる目的ではないので、安楽死とは異なる概念である。そして無益な延命治療は中止したり差し控えたりするが、その患者が生きている限りは、緩和ケアのコンセプトの下に、十分な心のこもった快適ケアや、疼痛緩和のための必要な治療は提供される。

(中略)

(8) 事前指示アドバンスディレクティブ

事前指示の尊重は、たいてい各国の終末期ガイドラインの第一番目に述べられている。事前指示は、then-self（認知機能が正常であった以前のその人）の自己決定 Autonomy の権利を担保することになる。その主な内容は①望む医療処置、望まない医療処置について ②代理判断者の指名、からなる。事前指示が有用な理由として、i) 患者の自己決定権を尊重することになる ii) 家族が、患者本人の意思を根拠無く憶測することの心理的感情的苦悩を避けることができる iii) 医療介護従事者が法的責任追求を免れることができる iv) 事前指示書作成のプロセスそのものが、患者・家族・医療介護関係者とのコミュニケーションを促進し、信頼関係を深めることになる、などがある。

事前指示書の書式には様々なものがあるが、米国で既に百万人以上の人々が利用している『Five Wishes』を参考にして、日本の実情に合わせて作成された『私の四つのお願い』を今回紹介させていただく。

『私の四つのお願い』：<http://www1.ocn.ne.jp/~mbt/>

東京大学大学院医学系研究科医療倫理学分野・箕岡真子
(Dementia Japan 24 : 169-176, 2010)

私の感想

終末期医療を考えるうえで、非常に参考になりました。

私も今、「終末期医療」の問題に取り組んでおりますが、『事前指示書作成のプロセスそのものが、患者・家族・医療介護関係者とのコミュニケーションを促進し、信頼関係を深めることになる』という部分において、やはり非常に有用である！という感触を得ております。

また、『家族が、患者本人の意思を根拠無く憶測することの心理的感情的苦悩を避けることができる』という記述には、強いインパクトを受けました。実際に今、「終末期の意向」を家族からアンケート調査していますが、なかなか皆さん、アンケート（終末期の意向調査）に対する返事を頂けないんですよね・・・。本人の意識が清明ではなく（脳卒中、認知症などで）、本人の意志が確

認できない場合に、家族から意向を聞こうと思っても、ご家族も返事に困るケースが実際に多いのだと思います。だからこそ、本人の「事前指定書」が存在するという事は意義が大きいのだと再確認できました。

なかなか日本人は、「事前指定書」の記載には積極的ではありませんが、是非とも、『私の四つのお願い』を読んで下さい。非常に使い勝手が良いなあ・と感じております。

最後になりますが、『医療介護従事者が法的責任追求を免れることができる』の部分は、機会があれば是非とも、箕岡真子先生ご本人あるいは法律関係者の方にお聞きしたい部分ですね。

質問したい点：

本人の「事前指定書」がない場合に、家族の意向調査をして、それに基づき「延命治療を差し控えた」場合も、法的責任を追求されることは絶対はないのか？という部分です。

キーパーソンは「延命治療はしないで下さい」と意向を示していたので、その意向を尊重して終末期を送ったのに、死後、別のご家族から、「人工呼吸器もつけて少しでも長く生きていて欲しかった」というような話しが出てくるといふケースは多々あります。

このような場合も、法的責任を追求されることはいっさいないのか？という疑問です。本人による「事前指定書」がない場合がほとんどですので、上記の問題点に関する法的整備がきちんとされないと、担当医師が、川崎協同病院の二の舞になりはしないかと懸念し、本人が本来望んでいなかった「延命治療」が継続されるケースは今後も減っていかないのだと思います。

川崎協同病院事件の詳細：

<http://www.arsvi.com/d/et-2002k.htm>

須田セツ子医師の著書「私がしたことは殺人ですか？」
(<http://www.hmv.co.jp/product/detail/3814475>) 読んでみたくなってきました。

新聞社の、関連サイト

中日新聞「介護社会・アナザーストーリー」

<http://blog.livedoor.jp/kaigoshakai/>

朝日新聞・アピタル「し過ぎ？の医療、あつて良かった医療」

<https://aspara.asahi.com/blog/katarikizuki/entry/97AAfkSesZ>