

6. 連続講座「いのちを考える」

実施事業の概要

- 1 共同公開講座の名称：連続公開講座「いのちを考える」
第1回『死をめぐる生命倫理』
- 2 開催日時：平成27年11月14日（土）
- 3 開催場所：静岡県男女共同参画センター「あざれあ」4階第1研修室
- 4 事業の概要と成果：
 - ・事業の概要
育児放棄、虐待、いじめ、医療現場での痛ましい事件が氾濫し、身近な「いのち」に対する倫理観の欠如、希薄化が問題となっている。
この講座を通して家庭、教育、介護・医療の現場における「いのち」の倫理を考える。
 - ・成果
講師：松田 純 氏
(静岡大学大学院人文社会科学研究所 特任教授)
参加人数：35名
要旨：死ぬ権利、安楽死、尊厳死、緩和医療リビング・ウエルなどの死をめぐる倫理問題を取り上げ、「いのち」を考える。
世界と日本の死に関する法、裁判、実情などについて
尊厳死、延命措置について など
成果：在宅での最期と看取りの体制をどう整備するのか、最期まで適切な医療や介護を受けられるためにはどうしたらいいのか、各人が考えるきっかけとなった。

第1回 「死をめぐる生命倫理」

松田 純（静岡大学特任教授・放送大学客員教授）

はじめに

「終末期医療」と言われる。しかし、「終末期」は定義不可能→「人生の最終段階」(End of Life)という言い方がされるようになった。

- 自分や家族の最期をどう迎えたらいいのでしょうか？
- 医療を受ける側の目線で
- 介護をされる側、する側の立場から考える。

医療の世界にはさまざまな誤解がまんえんしている

「延命措置」、「無益な治療」、「治療から緩和へのギアチェンジ」、「緩和」、QOL (quality of life : 生活の質, 生命の質)

I 死の方についての法制化 世界と日本の状況

用語の整理（安楽死，自殺幫助，尊厳死）については，安藤泰至，『尊厳死』議論の手前で問われるべきこと，学術ジャーナルSYNODOS（シノドス）

<http://synodos.jp/welfare/14486> 参照

「死の自己決定」、「死ぬ権利」

- 米国：1975年ころから始まる，治療停止をめぐる数多くの裁判のなかで登場。
- しかし，患者は意思決定できる状態ではなかった。
- 治療を中止して「自然な死を」という家族の希望と病院の方針との対立

米国：治療中止をめぐる主な裁判

1975-76年	カレン・クインラン事件
1982年	ベビー・ドゥ事件 ダウン症の新生児への手術に産科医が反対←レーガン大統領の介入：障害新生児への医学的差別は違法という「ベビー・ドゥ規則」を通過
1983-1990年	ナンシー・クルーザン事件 永続的植物状態。「末期」ではない
1998-2005年	テリ・シャイボ事件 永続的植物状態。後見人の座をめぐるテリの夫とテリの両親が対立。ブッシュ大統領まで介入

これらの裁判のなかで「患者には尊厳をもって死ぬ権利 (right to die with dignity)がある」、「尊厳ある死」(Death with Dignity) という言い方がなされた。

米国での法制化

- ・ 1976年 カリフォルニア州で自然死法 (The Natural Death Act) が成立。
リビングウイル, 事前指示書の法制化。その後, すべての州に広がる。
- ・ 1990年, 連邦が「患者の自己決定権法」制定。患者が治療を拒否する権利を含む

米国での自殺幫助の法制化

- ・ オレゴン州: 1994年 11月 尊厳死法 方法は自殺幫助
 - ・ ワシントン州: 尊厳死法 2009年 7月施行
 - ・ 5つの州で自殺幫助が合法化されている: オレゴン, ワシントン, モンタナ, バーモント, ニューメキシコ
- 自殺幫助なのに「尊厳死法」と呼んでいる

安楽死を合法化している国

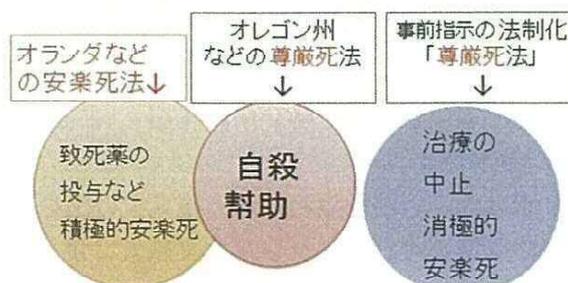
- ・ オランダ: 安楽死法 2001年 4月成立
 - ・ ベルギー: 安楽死法 2002年 5月成立
 - ・ ルクセンベルク: 安楽死法 2008年 2月成立
- 生命を終結させる安楽死。方法: 致死薬の投与 (毒殺)
積極的安楽死 Active Euthanasia という。自殺幫助も。

日本では, 積極的安楽死の法制化は当面のテーマではない

- ・ 治療中止についての規定の明確化が焦点 → 尊厳死法の制定をめざす動き
- ・ 治療を中止して「尊厳ある死」を=死ぬにまかせる
消極的安楽死 (passive euthanasia) という。

Euthanasia ← eu- 良い + thanatos 死 古典ギリシャ語 εὐθανασία
もともとの意味: 苦痛のない死, 安楽な死, 平穏な死

言葉の境界が曖昧



オランダ：安楽死法 2001年制定，2002年施行

「要請による生命終結と自死幫助の際の検査，および刑法ならびに死体の取り扱いと埋葬制度に関する法の改正」

第2条 入念に検討すべき項目 1. 医師は

- a. 患者が自由意思で十分熟慮したあとで死への介助を頼んだという確信に達していること
- b. 患者の状態に〔治癒の〕望みがなく，患者の苦しみ（Leiden）が耐えがたかったという確信に達していること
- c. 患者の病状とその見込みについて，患者に知らせていたということ
- d. 患者の現在の段階には他に適切な解決がないという確信に患者とともに達していること
- e. 少なくとももう一人の独立した医師に立会いを求め，その医師に患者を診察してもらい，その医師から，上記aからdの点検項目に関する所見をもらっていること
- f. 生を終わらせる（人生を閉じる）ことを医学的に慎重に遂行したこと

オランダ：安楽死の実情

- 2002年：1882件
- 2011年：3695件（全死亡の3%）
- 国民の95%が安楽死合法化を支持
- 要件の1つ 「患者の状態に〔治癒の〕望みがなく，患者の苦しみが耐えがたかったという確信に，医師が達していること」

実例：特に持病はないが，75歳ころから耳が遠くなり，視力も衰えてきた女性。

手探りで物を探す。人生で一番の楽しみだった読書もできなくなった。「もうこれ以上，このような形で生きたくない」→2010年3月安楽死

（2013.4.18朝日新聞）児玉真美『死の自己決定権のゆくえ』2013年参照

実情：安楽死請負人チームが活動開始

オランダでは以前から，安楽死を希望しているのに応じてくれる医師（ホームドクター）が見つからないという不満から，「法律上必要な手続きまでひとつのクリニックですべて行われるように」安楽死に特化した医療施設を求める声があった。

2012年3月「生命の終焉クリニック」という安楽死クリニックがついにアムステルダムにオープン。「安楽死ワンストップ」チームとして活動開始。

希望者は主として，終末期の人，慢性的な精神障害のある人，初期の認知症の人。

医師と看護師のチームが車で自宅までやってきて，無料で安楽死させてくれる。6チームの車が稼働し，オランダ国内ならどこへでも行く。安楽死宅配便制度。オランダ医師会：そのように安楽死を専門とする医師では，患者との関係が希薄で正しいアセスメントができない，との懸念も。

開始10か月で約600件の要請があり，81人が安楽死（2013年4月18日の朝

日新聞)

ベルギー：安楽死の実情

- ・ 2002年、安楽死を認める法律を制定
- ・ 2011年には1,133件の安楽死。86%が60歳以上で、72%ががん患者
- ・ 2012年、1,432人が安楽死を選択。同年に死亡した人の2%にあたる。前年より25%多い。
- ・ 2013年、最多の1807人

実例1：北部アントワープに住む耳の不自由な双子の兄弟（45）が、視覚にも障害を患うようになった。2人は生まれつき耳が聞こえず、一緒に暮らしながら靴職人として働いてきたが、近いうちに視力まで失うことが分かった。2人は「お互いの顔を見られなくなってしまうのは耐えられない」として、ブリュッセル市内の医師に安楽死を要望。医師は双子の求めに応じ、安楽死の措置を行った。2012年12月14日

終末期でもなければ耐え難い苦痛があったわけでもない障害者に安楽死が行われたこのケースは、ベルギーおよびヨーロッパで、安楽死の是非をめぐる議論を再燃させた。

ベルギーで、安楽死が認められる要件

- ・ 肉体的または精神的苦痛
- ・ 末期に限定しない
- ・ 希望者が「自発的に、熟考のうえ、繰り返し」安楽死を求めており、
- ・ それを決断する法的能力があり、
- ・ 意識があること

などの厳格な条件があるが、「肉体的な苦痛は制御できても、存在、自律の喪失、特に尊厳の喪失という問題が存在する」という言い方がされ、精神的苦痛で安楽死を認めることを正当化。

ベルギー、子どもの安楽死を合法化 2014年2月13日

- ・ ベルギー連邦議会：末期症状の子どもにも死を選ぶ権利を認める法案を可決
- ・ 賛成86, 反対44, 棄権12
- ・ 年齢制限を完全になくしたのは世界初

実例2：強姦殺人などで26年間収監の受刑者に安楽死を認める 2014年9月16日 ブリュッセル/ベルギー

- ・ 複数の強姦罪と強姦殺人罪1件で有罪判決を受けている受刑者ブリーケンは、30年にわたり収監されている。
- ・ 同受刑者は自らを社会への脅威と考えており、早期の仮釈放を辞退してきた。だが、収監されている状況は非人間的で耐え難いと主張し、オランダにある精神医療センターでの治療を求め、それが認められない場合には安楽死を望むと

していた。

- ブリーケン受刑者 「私は人間だ。過去に何をしたとしても、人間だ。だから、安楽死を認めてほしい」(VRT テレビ)。
- 彼の弁護士： 同受刑者は激しい性衝動を抑制することができないため「耐えられない」精神的苦痛を受け続けているとして、国に対し自殺ほう助を何年にもわたって要請していた。同受刑者はこうした法的条件を全て満たしており、過去 4 年間にわたって「これ以上、この状況下で生きることには耐えられない。もうこの痛みを受け入れられない」と感じてきた。
- 2014 年 9 月に、この希望を医師らが承認。
- 同受刑者が 2015 年 1 月 11 日にブリュージュの刑務所内で、本人の自発的意思により薬物注射で安楽死すると新聞報道(1月3日)。
- この報道に人権活動家らが反発。ベルギーは国としてこのような事例に対し適切な治療を行うことを怠り、自ら安楽死法に違反しているという指摘が寄せられた。
- 2015 年 1 月 7 日ギーンズ法相が声明で、安楽死の中止と、医療施設へ移送を発表。

激しい性衝動を抑制することができない受刑者が、「耐えられない」精神的苦痛を受け続けているとして、安楽死がいったんは承認されたという事実注目。

スイス：自殺幫助団体 EXISIT, DIGNITAS などの活動：外国人を多く受け入れ。「安楽死ツアー」

- チューリッヒ大学の研究者の調査：2008 年～2012 年：31 カ国、611 人が、安楽死のためにスイスの主にチューリッヒ州に渡航
 - 2008 年 123 人→ 2012 年 172 人 39.8%増
- 自殺ツーリスト、スイスに大挙。5年で600人(朝日新聞 2014 年 8 月 24 日)
- ドイツ人 268 人、英国人 126 人、フランス人 66 人、イタリア人 44 人、米国人 21 人、オーストリア人 14 人で、日本人は 0。
 - 自殺方法は、鎮静作用のある麻酔薬のペントバルビタール・ナトリウムの投与がほとんどを占めた。

欧米の実情から

- 安楽死を法制化した国では、闇の安楽死が減り、「厳格な法規制に基づいて実施」されている、という建前
- しかし、明らかに「すべり坂」が生じ、なしくずし的に適用が合法的に拡大している

日本では事件化

1991 年 東海大学 安楽死事件	1995 年横浜地裁判決：積極的安楽死が許容されるための 4 要件
----------------------	-----------------------------------

1996年 京都府 京北病院事件	「安楽死」や「慈悲殺」ではなく自然死だったと判断され、「容疑なし」で不起訴処分
1998年川崎協同 病院事件	2007.2.28 東京高裁：「法的に許されず，殺人罪が成立する」懲役1年6月，執行猶予3年→判決を不服として上告 2009年12月7日最高裁，上告棄却。殺人罪確定

いずれも筋弛緩剤，塩化カリウムなどを投与した 「積極的安楽死」

射水市民病院呼吸器取り外し事件 2006年3月発覚：治療中止の「事件」
2009年12月21日富山地検 不起訴処分

日本では，積極的安楽死の法制化は当面のテーマではない。治療中止についての規定を明確にして，法制化 → 尊厳死法の制定をめざす動き。治療を中止して「尊厳ある死」を。死ぬにまかせる。消極的安楽死

歴史的背景

1976年 「日本安楽死協会」設立

1978年 同協会が「末期医療の特別措置法案」を公表

1983年 「日本尊厳死協会」に改名

2004年 「尊厳死法制化を考える議員連盟」結成。自民，民主，日本維新の会，公明，みんなの党など与野党の国会議員約140人で構成。

2012年6月6日 議員連盟「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）」第2案（未定稿）を公表。日本尊厳死協会の要望に応え，治療中止を中心にまとめ直した

- ・ この尊厳死法＝事前指示の法制化という意味をもつ
- ・ 尊厳死法は尊厳ある死を保障できるか？
- ・ 最期の医療について希望を紙に書いておけば安心か？

事前指示は自己決定を実現する道具になりうるか？

II 事前指示と尊厳死法

事前指示につまとう難問

- (1) 事前指示書の執筆は自己決定できるが，事前指示書の執行は自己決定できない（代行解釈）
- (2) 執筆時の意思と執行時の意思（時間間隔の問題）人間の心は変わりやすい
- (3) 指示内容の曖昧さ
- (4) いざという時そこにはない
- (5) 社会的プレッシャー

(2) 執筆時の意思と執行時の意思（時間間隔の問題）人間の心は変わりやすい
上野千鶴子『おひとりさまの老後』元気の時に書いた「事前指示書」などあてにならない。

「わたし（上野）が尊厳死に疑問をもつのは、自分が元気なときに書いた日付入りの延命拒否の意思など、その場になってみれば、どう変わるか分からない。人間は弱い。動揺する。昨日考えたことを今日になって翻すこともある。過去の日付入りの意思を貫徹することが、尊いことだとも、りっぱだとも思わない」。

(3) 指示内容の曖昧さ、(4) いざという時そこにはない
米国やドイツなど、事前指示を法制化した国においても、事前指示が定着し有効に機能しているという状況にはない。

こうした状況を補完すべく、事前ケア計画（Advance Care Planning）というさまざまなアプローチがなされている。



（厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業「特定疾患患者の自立支援体制の確立に関する研究」班 研究代表者：今井尚志）

国立長寿医療研究センター 対話を通じて治療内容や最期の迎え方まで決める取り組み

- ・ 患者が家族、医療関係者と話合って最期の迎え方を決め、それに沿った治療内容やケアを行う仕組みを導入
- ・ 年齢や病状の重さにかかわらず、全ての入院・通院患者の希望者を対象
- ・ 社会復帰支援室内でソーシャルワーカーが 30 分程度説明
- ・ 延命治療について：心肺蘇生法、人工呼吸器、胃瘻などの人工栄養などについて、希望するかどうか三つの選択肢から選んでもらう。
- ・ 本人が判断できなくなった時、決定をゆだねる家族などの代理人を決めておくこともできる。
- ・ 強制力なし、いつでも修正・撤回可能、1年後に希望の再調査、法律的な意味はない。

厚生労働省 平成 26, 27 年度予算：“モデル医療機関”で患者の意思を尊重した人生の

最終段階での医療を実現するための体制整備：モデル医療機関に相談員を配置し、患者の相談支援や関係者の調整を行うことで、課題の検証や問題点の改善を図る事業

「人生の最終段階」にある患者の意思を尊重した医療

- ・ 医療者は患者や患者家族などによく話し合っ、治療方針を決めてゆく
- ・ コミュニケーション重視
- ・ 単に紙1, 2枚の問題ではない
- ・ 医療者側からの簡単な説明や短時間での一掃りの聞き取りだけでは、患者側が医療やケアの全体について十分理解できるとは思えない。
- ・ 医療者側も患者側の思いを十分にくみ取れないであろう。
- ・ 患者の病状もたえず変化していく
- ・ 事前ケア計画が、わずか1, 2頁の書類を埋める形式的な作業に終わる場合には、患者側と医療者とで十分なコミュニケーションをつうじて練り上げる事前ケア計画とは言い難い。

事前ケア計画はインフォームド・コンセントのプロセスそのもの

事前ケア計画をめぐる話合いは内容的には、医療のなかですで行われている

- ・ とくに在宅医療では、ケアマネジャーや在宅医や訪問看護師が患者に寄り添い「どんな過ごし方をお望みですか？」と尋ねる
- ・ こうしたコミュニケーションを自覚的に制度として取り組むのが事前ケア計画

(「高齢社会に求められる医療やケア～認知症・老衰の緩和ケアを中心に～」清水哲郎・会田 薫子・石飛 幸三ほか、ランナップ Vol.8 No.3 通巻 31 号, 2012)

日本尊厳死協会 「尊厳死の宣言書」2011年改定

「私は、私の傷病が不治であり、かつ死が迫っていたり、生命維持措置無しでは生存できない状態に陥った場合に備えて、私の家族、縁者ならびに私の医療に携わっている方々に次の要望を宣言いたします。……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」。

医療において患者の意思がほとんど顧みられなかった時代の雰囲気をはきずっている。対話の視点が欠落。

中間まとめ

- ・ 事前指示：自己決定を実現する道具
- ・ しかし、さまざまな限界がある
- ・ 事前指示は患者の要望を知る手掛かりにはなるが、常に解釈を必要とする。解釈は他者によって代行される
- ・ 専門家との対話なしでの事前指示書作成→事前指示書の実効性？

事前指示を事前ケア計画で補完する必要がある

- ・ 事前ケア計画についての話合いがなされていれば、患者の価値観を念頭におい

- て、その解釈がしやすくなる →治療上の決定をやりやすくする
- ・ ただし事前ケア計画が強制にならないようにする
 - ・ 各国の経験から、対話・コミュニケーションの重要性が浮かびあがる
 - ・ 対話を行うファシリテーターの研修・資格の確立

事前ケア計画とは、苦悩する患者に寄り添い、事前ケアに関するたえず繰り返される協議であり、インフォームド・コンセントのプロセスそのものと言える
事前指示書や事前ケア計画書が、そのためのコミュニケーションを促すツールとして活用されるなら、それなりの意味がある。

法制化は必要か？——日本の社会，文化，医療・介護の体制等々の現状のなかで，尊厳死法が制定されたら，どうなる？ （5）社会的プレッシャー

麻生太郎副総理兼財務相，2013年1月21日の社会保障制度改革国民会議で
残存生命期間が何カ月かと，それにかかる金が月に一千何百万円だという現実を，厚労省も一番よく知っているはずだ。

私は少なくとも遺書を書いて，そういうことをしてもらわない必要ない，さっさと死ぬからと書いて渡しているが，そういうことができないと死ねない。死にたいときに死なせてもらわないと困ってしまう。

いいかげん死にたいと思っても「生きられますから」と生かされたらかなわない。しかも政府の金でやってもらっていると，ますます寝覚めが悪い。さっさと死ぬるようにしてもらおうとかいろいろ考えないと，この種の話は解決しない。

社会保障制度改革国民会議とは

社会保障制度改革推進法（平成24年制定）に基づき，社会保障制度改革を行うために必要な事項を審議するため，内閣に設置された。

社会保障制度改革推進法（目的）

第一条 この法律は，近年の急速な少子高齢化の進展等による社会保障給付に要する費用の増大及び生産年齢人口の減少に伴い，社会保険料に係る国民の負担が増大するとともに，国及び地方公共団体の財政状況が社会保障制度に係る負担の増大により悪化していること等に鑑み，所得税法等の一部を改正する法律（平成二十一年法律第十三号）附則第四百四条の規定の趣旨を踏まえて安定した財源を確保しつつ受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため，社会保障制度改革について，その基本的な考え方その他の基本となる事項を定めるとともに，社会保障制度改革国民会議を設置すること等により，これを総合的かつ集中的に推進することを目的とする。

この目的を達成するため，責任ある大臣として，麻生氏は「残存生命期間が何カ月かと，それにかかる金が月に一千何百万円だという現実を，厚労省も一番よく知っているはずだ」と厚生労働省を叱責。

麻生太郎の個人的発言なら，個人的な価値観，死生観として受けとめる。しかし，副

総理兼財務相の社会保障制度改革国民会議での発言だ。

尊厳死法はこうした現代日本の文脈を抜きに「患者の治療を拒否する権利」として議論することはできない。

橋本みさおさんの声明（NPO 法人ALS/MNDサポートセンターさくら会代表）

「ALS等の難病患者が家族に遠慮することなく、治療を受けたい、生きていきたいという気持ちを自由に表明できる環境はないに等しく、家族の同意なしには呼吸器の装着が叶えられず、医師にも社会にも見捨てられ、無念のうちに亡くなる患者は後を絶ちません。

もし、治療を断るための事前指示書やリビングウィルの作成が法的に効力を持つようなことになれば、ますますこれらの患者たちは、事前指示書の作成を強いられ、のちに治療を望む気持ちになっても書き換えはことごとく阻止され、生存を断念する方向に向けた無言の指導（圧力）を受け続けることが予想できます」（2012年1月31日）。

日本弁護士連合会の見解

- 生きて行く自己決定は保証されているか。？の状況のなかで「死に逝く自己決定」を保証する法律をつくるとは？
- 日本弁護士連合会の立場：終末期の医療に関する自己決定に関しては、これが真に患者本人の自由な意思に基づくものであることを保障する手続や基盤の整備が必要。
- 患者の権利が制度上も実態としても十分に保障されていない現状に鑑みれば、「尊厳死」法制化の制度設計の前に、適切な医療を受ける権利やインフォームド・コンセント原則など患者の権利を保障する法律を制定し、現在の医療・福祉・介護の諸制度の不備や問題点を改善して、真に患者のための医療が実現されるよう、制度と環境が確保されなければならないし、緩和医療、在宅医療・介護、救急医療等を充実させなければならない（「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（宇都宮 健児）声明 2012.4.4)
- 「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（2007.8.23）。
- 「患者の権利に関する法律の制定を求める決議」を採択。2011年10月の第54回人権擁護大会

尊厳死法に代わる対案は？

- 治療不開始や治療中止については法の制定ではなく、ガイドラインに基づく経験の積み上げが必要
- 厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」2007年、2014年改訂
「① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたう

えて、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。

- ②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 of 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」。

治療中止で事件化したものは、すべて主治医の独断。ひとりで決めない！

プロセス・ガイドラインの内容は3点

- 1 医療ケアチームで検討
- 2 徹底した合意主義。本人の意思の尊重。 家族も
- 3 緩和ケアの重視・充実の必要性

こうした合意のプロセスを丁寧に積み上げていけば、事件にならず、法律は不要

樋口範雄（東京大学大学院特任教授）：ためらいや悩み・迷いがあるって当然なので、それを不要にする法律ならかえって危険だ。いかに死ぬか、いかに生きるかの問題は、法律ではなく、医療倫理と個人の問題意識のあり方（それは変化するもの）による。

佐伯仁志教授（刑法）：プロセス・ガイドラインに従って判断がなされれば、そこに警察が介入することは考えられない。

原田國男（元）裁判官：本来ですと刑事事件になるべきでない分野のように思います。終末期医療のあり方を法によって定めるのは不適切である。終末期医療の支援、その充実のためには、合意形成のための適正なプロセスを踏めるようにする。そこに法的な役割もある。

法制化するとしたら

樋口案 人生の最終段階における自己決定尊重法

第1条 終末期医療については、医療者は、独断ではなく、医療ケアチームによる判断をするものとする。

第2条 終末期医療については、患者の意思を尊重しなければならない。

2 患者の意思を尊重する手段としては、患者自身が判断できない状況において、患者が信頼する代理人（家族など）に判断を委ねることを含む。

第3条 医療ケアチームは、患者の意思を確認するため、繰り返しそれが何かを確かめる努力をしなければならない。

2 医療ケアチームは、緩和ケアの充実に努めなければならない。

第4条 この法律を実施するにあたり必要な事項は、厚生労働省令で定める。

最期をどう迎えるか？ 最後にどんな医療を受けるか受けないか。これは自分で決めたい！ そのためには、
家族や自分の最期はどんなものに？ 家族でよく話しておく。

事前指示や事前ケア計画の活用

Ⅲ. 考え方の転換

延命措置とは（日本尊厳死協会）

- ・ リヴィングウィルに書かれている「延命措置」とは、回復の見込みがないと診断された患者で、かつ死期が近づいているにもかかわらず、人工呼吸器や透析、胃ろうなどによって生命を維持するための措置です。
- ・ 意識があっても人工呼吸器を着けていれば話すことができませんし、原疾患による苦痛とも闘わねばなりません。
- ・ 人工呼吸器、胃ろうをつけて、寝たきりなら「延命」か？
- ・ 生まれながらにして難病をかかえている人、人生の途上で難病を発症する人
- ・ そうした患者への医療措置（例えば、人工呼吸器、胃瘻など）はすべて延命治療か？

スティーヴン・ホーキング(1942-)

- ・ 21歳のとき、ALSと診断された。余命数ヶ月。現在73歳
- ・ 「私は成人期の全てにおいて、事実、運動ニューロン疾患と共に暮らしてきました。でも、だからといって、そのことは私に愛する家族を持ち、仕事の上でも成功するということの妨げにはなりませんでした。
- ・ このことに関して、妻や子供たち、多くの人々や組織からの援助に感謝しなければなりません。私は他の同じ病気の方々より進行がかなり遅かったことで、幸運だったこともあるのでしょうか。
でも、同時に、このことは、誰でも望みを失う必要はないということを表わしているのではないのでしょうか。

Q：「ALSという病気と、どのように付き合っているのですか。」

A：「答えは簡単です。出来るだけ普通に生活し、今の私の状況をくよくよせず、あまり多くはありませんが、この病気によって出来なかったことを後悔しないようにつとめています。」（ホーキング博士ホームページ：田原邦明翻訳編集より
<http://www2u.biglobe.ne.jp/~tahara/Hawking.htm>）

鎌田竹司さん（日本ALS宮城県支部・元支部長）

- ・ 平成5年12月にドクターよりALSと告知
- ・ その年より取り組んだ米の無農薬栽培あいがも農法に生きがいを求めた。
- ・ 1997（平成9）年10月27日人工呼吸器装着。11月5日家族に感謝しての在宅療養が始まる。
- ・ 2003年5月25日逝去
- ・ 日々進行するALSという病と闘いながら、組合を組織し、合鴨の肉処理場施設を作り、第7回全国合鴨フォーラムをも開き、この地域の有機農業の礎を築いた。
- ・ 「体は不自由になったが日本の米作りがどうなっていくのかをしっかりと見

つめて生きたい」と唇でキーボードを操ってメール

- 亡くなる2か月前「重篤な患者に見えるかもしれませんが、僕はいたって元気ですよ」とメール
- ALS筋萎縮性側索硬化症という病気だけれども、「僕は元気だ」
- 病気／健康という二分法を超える

人工呼吸器，胃瘻など＝治癒のためのものではない。これらは「無益な治療」だ，という論→「無益な余計な医療」とされ，なすべき医療ケアがなされなければ，過少医療となる。すでに価値評価が入っている。「生きていても意味がない」「生きるに値しない命」

優生思想：生産性を基準に

- 元気で稼げる人は「生きるに値し」
- 病気で他者の世話になり負担をかけている人は「生きるに値しない」人

ナチスによる障がい者安楽死作戦 T4 作戦を想起

- 1939年10月から1941年8月にかけて7万数千人以上（ナチス公式記録，実際は20万人以上）の障がい者が「生きるに値しない生命」として，抹殺された
- 「治癒不能な病人，身体障がい者（極度の近視を含む）」，「労働能力の欠如」，「反社会的分子」など

T4 作戦を許可したヒトラーの書簡 1939.9.1

- 障がい者：治癒不可能 →無益な治療
- →無価値な患者・生命，「ごくつぶし」。こうゆう優生思想が当時のドイツに幅広くあった。

尊厳死法の制定の根底に優生思想があるなら，適切な医療を最期まで受けることが危うくなるのではないか？

- 巨額の債務をかかえたなかで超高齢社会を迎えるわが国
- 1053兆円。国民1人あたり約792万円の借金
- 27年度新たに170兆円の国債発行。26年度税収は54兆円
- 26年度の医療費40兆円超
- 2025年には認知症700万人，約20兆円の費用。

人の生死に完全な自己決定は困難

看取り・看取られるというケアの文化なしに，わたしたちの最期を考えることはできない。心安らかな終わりを迎えるために，在宅での最期と看取りの体制をどう整備するのか。国家の存亡がかかった課題のなかで，最期まで，適切な医療や介護を受けられるためにどうしたらよいか？ 真剣に考える必要がある。

実施事業の概要

- 1 共同公開講座の名称：連続公開講座「いのちを考える」
第2回『いのちの食文化』
- 2 開催日時：平成27年11月22日（日）
- 3 開催場所：静岡県男女共同参画センター「あざれあ」5階501会議室
- 4 事業の概要と成果：
 - ・事業の概要
育児放棄、虐待、いじめ、医療現場での痛ましい事件が氾濫し、身近な「いのち」に対する倫理観の欠如、希薄化が問題となっている。
この講座を通して家庭、教育、介護・医療の現場における「いのち」の倫理を考える。
 - ・成果
講師：森 誠 氏
(静岡大学 名誉教授)
参加人数：23名
要旨：他の生き物の命を人間は食材として頂いているが、一部のホ乳類に対しての批判がある。食文化の違いから「いのち」を考える。
食文化との関わり、食用生物の分類について
動物愛護法について など
成果：人は動植物のいのちを頂くことで生きている。「いただきます」という作法をとおして人の生活が生き物に依存していることを忘れてはいけないということを改めて考えさせられた。

第2回 「いのちの食文化」

森 誠 (放送大学客員教授・静岡大学名誉教授)

ヒトは何を食べたらよいのか？—食文化との関わり—

ヒトと生き物の間の線引きを如何に考え、夫々の食文化を築いてきたのかという観点から「いのち」を考えてみよう。

インドのジャイナ教ではアヒンサー（不殺生／非暴力）の原理に基づき厳格な菜食主義をとり、その教義はマハトマガンジーにも強く影響を及ぼしている。同様に、仏教、イスラム教、ヒンズー教など、宗教の教義が食文化の形成に深く影響を及ぼしている。

日本における鳥獣に対する対応について

農業分野における近年の鳥獣被害は甚大で、イノシシ・シカ害だけでも全国で10万Ha、年間200億円に上っている。この増加は、戦前までの乱獲による鳥獣数の低密度安定状態を改善する目的で雌鹿の狩猟禁止（S22年～）、オス鹿の捕獲頭数制限（S53年～）が制定されたことに因るが、現在では増えすぎ生息密度が高まっている。平成18年より国勢調査が実施され、適正個体数の管理に向けて対策が講じられている。サル害についても同様である。

本邦では、古くは天武天皇の時代に「殺生禁断の詔」が下り、牛、馬、犬、猿、鶏の肉食を禁じているが、その期間を限定している（4月1日～9月30日）。その後もたびたび殺生禁断の詔が宣下されている。仏教の普及に伴い、肉食禁止の思想は浸透していったものの、現実とは異なるようである。例えば、親鸞の肉食妻帯、富士の巻狩り（曾我兄弟の仇討ちで有名、大量の猪・鹿狩り）や諏訪大社に伝わる御頭祭（諏訪の勘文；鹿食之免）など、理由をつけて肉食が普及していたと思われる。明治に入り天皇も肉食が御膳に上がっている。

食用生物の分類

家畜と野生動物：家畜とは「人間が利用するために野生動物から遺伝的に改良した動物」である。

食用生物の分類学：プリント参照

飼育・栽培と野生、天然物と養殖物

家畜化の歴史：野生動物に遺伝的改良技術（自然淘汰→人為淘汰→後代検定→ゲノム育種）、人工繁殖技術（周年繁殖→人工授精→排卵誘起→受精卵移植→人工孵化）、人工飼育技術（接近→捕獲→適応→飼育→馴致→調教）を駆使して家畜化を図る。ミツバチは家畜化の初期、牛は高度に家畜化、鶏は究極の家畜に近いといえる。

動物・家畜のいのち（動物愛護法）

ヒトが動物、家畜を支配する場合にはルールが必要である。

「動物の保護及び管理に関する法律」が平成 48 年 10 月に制定され、その後見直しが繰り返され、直近の「動物の愛護及び管理に関する法律」（平成 25 年 6 月）第二条では、「動物が命あるものであることにかんがみ、何人も、動物をみだりに殺し、傷つけ、又は苦しめることのないようにするのみでなく、人と動物の共生に配慮しつつ、その習性を考慮して適正に取り扱うようにしなければならない。」と定めている。

何を食えばいいのか！ 各国でこれまで育まれていた独自の食文化を継承することが大切であるが、国民性の違いにより多くの軋轢が生じてくる。例えば、フランス人のフォアグラ、韓国・中国の犬肉、日本での馬肉・クジラ・イルカなどが矢面になっている。

人は動植物のいのちを頂いている

動物の供養を願う石仏や石造物を造立するのは江戸時代後期から盛んになり、現在も動物の命を生産、加工、消費するそれぞれの立場で様々な動物慰霊碑が作られている。各種家畜、魚類、鳥獣、昆虫に至るまで、数多くの慰霊碑を作り、また供養する民族は世界でも少ないだろう。

食品リサイクル法の制定：大量消費、大量廃棄型社会から循環型社会への転換が急がれるなか、平成 12 年に食品廃棄物の発生抑制、減量化と飼料、肥料等への原材料としての再利用を進めるために制定された。

個人が食事のたびに口にする「いただきます」という作法をとおして私たちの生活が動物、生き物に依存していることを忘れないようにしたいものである。

実施事業の概要

- 1 共同公開講座の名称：連続公開講座「いのちを考える」
第3回『こどものいのちを活かす』
- 2 開催日時：平成28年1月10日（日）
- 3 開催場所：静岡県男女共同参画センター「あざれあ」4階第1研修室
- 4 事業の概要と成果：
 - ・事業の概要
育児放棄、虐待、いじめ、医療現場での痛ましい事件が氾濫し、身近な「いのち」に対する倫理観の欠如、希薄化が問題となっている。
この講座を通して家庭、教育、介護・医療の現場における「いのち」の倫理を考える。
 - ・成果
講師：柴田 俊一 氏
(常葉大学健康プロデュース学部 准教授)
参加人数：26名
要旨：児童虐待、いじめ等、子育てのゆがみが深刻である。
愛着の問題、世代間連鎖の問題を取り上げ、こどもの「いのち」を考える。
愛着障害について、日本人の子育ての歴史、児童虐待、子育て支援の今後について など
成果：事例紹介やビデオ映像でより具体的な解説を頂いた。子どもが犠牲となる事件が増加している今日、よりよい親子関係連鎖をつくり、さらにこの連鎖を次世代につなげていくことが重要であると実感できた。

第3回 「子どものいのちを活かす」—児童虐待・愛着障害の視点から—

柴田 俊一 (常葉大学健康プロデュース学部准教授
・放送大学静岡学習センター客員准教授)

はじめに

親による虐待に因って死亡する幼児、児童は、近年、年間約90人を数え、児童虐待の相談件数も89000件と急速に増加している。これらは表面に上ってきたものであるが隠れたものも数多いと思われる。また、虐待を受けた世代が親になり加害者になるという世代間連鎖が発生しているという問題が生じている。

愛着障害とは

児童虐待の加害者、被害者には愛着障害が深く関わってくる。愛着とは「ある特定の他者との間に形成される情緒的な絆であり、人生早期に限らず、生涯にわたる人間発達において重要な心理的意味を持つ関係性」である。

愛着障害の徴候

愛着障害の徴候として、①衝動のコントロールの欠如、②自己破壊、③器物の破損、④他者への攻撃、⑤一貫した責任感の欠如、⑥不適切な要求やしがみつきの、⑦盗みなどがチェックリストとなる。これらの徴候と周りとの関係が負の連鎖となっていくので、どこかで対処してこの連鎖を断ち切ることが重要である。

思春期・成人に表れる問題

愛着障害が思春期・成人にあらわれる問題としては、リストカット・自殺企図、PTSD、人格障害、性的な行動化・非行、解離症状(二重人格)、不眠・睡眠障害、攻撃性・暴力性の更新などと結びつく。

日本人の子育て

江戸時代より市井に広く普及していた育児書「小児養育金礎(こがねのいしずえ)」(市井の薬屋により薬の能書書と共に無償配布されていた)には、赤子養育の心得として「赤子とは、生児一歳より二歳までをいう。この時、養育をよくせざれば、遂に一生の害を生ずることあり。」と述べられており、早期の養育の重要性を説いている。また、優れた古人の金言や教えが編纂された子育て指南書「養育往来」からは江戸時代の子育て論が読み取れる。このような日本人の子育てを明治になって初めて見た外国人は、母国での子育てとは大きく異なり、「これほど自分の子どもをかわいがる人々を見たことがない」など驚くとともに大いに感心している。

太平洋戦後の子育て

戦後になると、一変して欧米の子育てが指導され、広まっていった。そのバイブルとされたスポック博士の育児書にもとづき、「一人で寝かせましょう」、「抱き癖がつくから抱かないように」など、親と子どもの愛着形成に支障をきたすような指導がなされてきた。

親支援プログラムの導入

世界各国で児童虐待の問題が深刻となり、2000年ごろより各国で親の再教育が必要と認

識され、各種親支援プログラムの導入が図られている。さらには次世代の親の準備教育も導入されている。

愛着障害の克服 — 「愛情の器」モデル（米澤理論） —

愛着障害の場合、愛情を受け取る器（愛情の器）を子どもが作れておらず、いくら愛情を注ぎ込んでもダダ漏れで愛情をためられない。不満を受け入れる器は口も容器も自然に作られしっかりある状態であり、それが切れる行動や攻撃行動の原因となるが、愛情を受け入れる器は親がしっかり意識して作らないと作られなくなってきた。

スキンシップとオキシトシン

視床下部で産生するオキシトシンは、従来言われていた子宮の収縮を促すだけでなく、愛情増進を促し、他者との関係を促進する効果があり「安らぎの物質」と位置づけられる。動物実験では、急に母性行動、つがいの形成、個体間の接触増、不安が減り好奇心が増すなどの変化が見られる。

人間関係においても スキンシップ（タッチ、マッサージ）によって①オキシトシンの放出をひきおこし、②オキシトシンの放出は、人と人の関係、母と子の間に感情的な絆を形成する。また③良好な人間関係は、直接的なタッチだけでなく支えあっていることや温もりや愛を感じることによって、安らぎと結びつきのシステムを活性化する。

今後の子育て支援の方向性として

- 〈目標〉「乳児期初期の安定した愛着を形成する」
- 〈指標〉生後4ヶ月 「社会的微笑」あやすと笑う
生後7ヶ月 「人見知り」母以外をいやがる
- 〈ポイント〉
 - 望まれた妊娠・よいお産・精神的健康度
 - 安定した産褥期・3ヶ月・夫婦関係
- （人見知りする子は健康な子育ての証である）

より良い親子関係連鎖をつくる

- 結婚～妊娠： 直接的な親準備教育（親としての心理・スキル）
 - 「母親学級」
 - 出産～育児： 育児しながら親になっていく教育（親支援プログラム NP/MYTREE）
 - 「子育てひろば」「育児サークル」
 - 義務教育～就労： 将来親になるための教育
 - 「赤ちゃん体験学習」「セカンド・ステップ」「CAP」
- これらの教育を通じて次世代へのより良き連鎖を形成する

これらの内容を、実際に遭遇した事例の紹介やビデオ映像を交えて、より具体的に解説して頂いた。