

死生学の可能性―第Ⅱ部 「人生会議」としてのACP 各論

山田有希子・堀 強・村松 英男・中谷 竹代・趙 曉辰・児玉 博利

宇都宮大学共同教育学部教育実践紀要 第9号 別刷

2022年8月31日

死生学の可能性—第Ⅱ部 「人生会議」としてのACP 各論[†]

山田有希子*・堀 強**・村松 英男**
中谷 竹代***・趙 曉辰**・児玉 博利**

宇都宮大学共同教育学部*
宇都宮大学大学院地域創生科学研究科先端融合科学専攻**
宇都宮大学UUカレッジ生***

キーワード：死生学、人生会議、ACP

本稿は、死生学の可能性 — 第Ⅰ部「人生会議」としてのACP 総論 に続く、第Ⅱ部各論である。引き続き、メインテーマとして「死生学」という学問の可能性について考えながら、第Ⅱ部 各論(第3章～6章)では、サブテーマである「アドバンス・ケア・プランニング(Advance care planning)」に焦点をあてる。なお、本稿は宇都宮大学大学院地域創生研究科 博士後期課程の2021年度前期 死生学特論の参加者6名による共著論文であり、第Ⅰ部(別稿)と同様に、全体の責任は山田にあるが、第Ⅱ部にあたる本稿の構成と各章の主な担当は以下の通りである。

第Ⅱ部(各論)

第3章 (山田有希子) 日本におけるACP(Advance Care Planning)の特徴と課題

第4章 (中谷竹代)「傍らにあること」の意味とは何か—「担い手」と「受け手」の相互理解を求めて—

第5章 (趙曉辰) 医療従事者の心理的負荷—ACPによる負荷軽減の可能性について

第6章 (児玉博利) 自己決定権と安楽死

おわりに(全員) 人生会議(ACP)としての死生学

第3章 日本におけるACP(Advance Care Planning)の特徴と課題

本章では、次章以降(第4～6章)に通底するキーコンセプトACP(Advance Care Planning、以下ACP)を取り上げる。ACPとは、まず日本医師会の定義によれば「将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのこと」¹であり、いわゆる「もしもの時」の事前の話し合いを意味する。ただし、「事前の話し合い」といっても、一律に定められた開始時期や方法があるわけではない²。今後、日本で実施が目指されるACPの特徴を3点に整理しながら(3. 2)、ACPと同様、終末期における患者の意思決定に関わる「事前指示」やリヴィング・ウィルとの違いとは何かを考察し、最後にその課題について考察する(3. 3)。

3. 1 日本におけるACPの導入

ACPは、厚生労働省と日本医師会による啓発活動により(また2019年、有名人を起用したポスター

[†] Yukiko YAMADA*, Tsuyoshi HORI**, Hideo MURAMATSU**, Takeyo NAKAYA***, ZHAO Xiaochen**, Hiroto KODAMA**, Potentials through Death & Life Studies / Thanatology II ACP as a Jinsei-Kaigi : some particulars
Keywords: Death & Life Study, thanatology, Jinsei-Kaigi, ACP

* Cooperative Faculty of Education, Utsunomiya University

** Graduate School of Regional Development and Creativity, Utsunomiya University

*** Utsunomiya University UU college
(連絡先: yamadaya@cc.utsunomiya-u.ac.jp)

¹ 日本医師会パンフレット「終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング(ACP) から考える」、2018年、https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html (2022年3月31日参照)。下線の強調は山田による。

² 石井浩二「人生会議 日本式のアドバンス・ケア・プランニング」『日本臨床麻酔学会誌』第41巻7号、2021年、p.586。

の炎上問題によって) 一般にも知られる言葉となった。しかし、同じ医療現場に関わる用語でも、たとえば、インフォームド・コンセント、リビング・ウィル、セカンド・オピニオン等よりも一般にはまだ認知度が低く、また、医療現場においてさえも、その意味は曖昧なまま、多様に理解されている状況がある³。

日本でACPの理念が本格的に提唱されたのは、2018年3月、厚労省によるEOL (End of Life) に関するガイドライン、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」改訂の際であり、この改訂の主軸の一つとなったのがACPの推進であった⁴。

改訂の背景には、本稿 第1部 第1章(堀)でも言及されたように、20世紀後半以降、日本で超高齢化が加速し、また、医療技術の発展により、医療現場において数多くの命が救われるようになったと同時に「人生の最終段階における治療の開始・不開始及び中止等の医療のあり方」⁵に関する倫理的・法的

問題が長く議論されてきたことがあげられる。その後、2006年に報道された富山県の射水市民病院の人工呼吸器とりはずし問題を大きな契機とし、2007年には「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」がまとめられた。ここでの「終末期医療」という表現は、2015年3月の改訂の際に「人生の最終段階における医療」へと改められた。その理由として「ガイドライン・解説編」には「最期まで本人の生き方(=人生)を尊重し、医療・ケアの提供について検討することが重要であること」⁶が挙げられている。すなわち、死を連想させ、一般に恐怖心を与える語感をもち、それについて直接語ることがタブー視されがちな「終末期」という言葉から、「生き方」「人生」という全体的、積極的な印象をもつ言葉が選ばれたことが推察される。さらに、最初の策定から約10年度の2018年3月には「病院だけでなく介護施設・在宅の現場も想定」⁷し、「医療の決定プロセス」ではなく、「医療・ケアの決定プロセス」に関するガイドラインとして再改訂され、この二度目の改訂において強調されたのがACPであった。厚労省によるガイドラインは、主として医療・介護者を対象としたものであるが、ACPを、一般市民にも普及させるため、公募によりACPの愛称が「人生会議」として選ばれた。

なお「終末期」改め「人生の最終段階」がいつであるかについては、同ガイドライン「解説編」に「がんの末期のように、予後が数日から長くとも2-3ヶ月と予測が出来る場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合」があることが指摘され、やはり、その期間や時期は一律に定義できず、「どのような状態が人生の最終段階かは、本人の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき事柄」⁸とされている。ACPとしての話し合いは、それゆえ、その開始時期についても一人ひとりの患者(あるいは)個人の人生に特有のものであることが分かる。

さて、事前指示(Advance Directive)やリビング・ウィルも、ACPと同様、主に「終末期(人生の最

³ 「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」(厚生労働省 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会 平成30年3月)によれば、「一般国民」「医師」「看護師」「介護職員」を対象に「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)について、知っていますか」という調査を実施したところ、「よく知っている」「聞いたことはあるがよく知らない」「知らない」「無回答」という回答候補のうち、すべての対象において最も多かったのが「知らない」であった。とくに、「一般国民」は「知らない」が「75.5%」と最も多く、「よく知っている」はわずか3.3%にとどまった。医師においても「良く知っている」は22.4%、看護師は19.7%、介護職員は7.6%となった(同 報告書 p.47参照)。厚労省 人生の最終段階における医療に関する意識調査: 調査の結果 https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf (2022年3月27日参照)。

⁴ 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」の改訂について」では、「主な改訂のポイント」が5つあげられ、2点目のポイントとして「ACPの取組」の重要性が強調されている。 <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>

⁵ 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 解説編」【平成19年版ガイドライン作成の経緯】2018年、p.1。 <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf> (2022年3月31日参照)。

⁶ 厚生労働省「同ガイドライン解説編」【平成30年版ガイドライン改訂の経緯】、2018年、p.1。

⁷ 厚生労働省「同ガイドライン解説編」【平成30年版ガイドライン改訂の経緯】、2018年、p.1。

⁸ 厚生労働省「同ガイドライン解説編」【平成30年版ガイドライン改訂の経緯】、2018年、p.3。

終段階)」における患者の意向や意思決定に関わる仕組みではある。事前指示とは、たとえば、心肺停止時に蘇生術を望むか否か（DNR）、輸血や輸液など、どのような治療を希望するか拒否するか等の内容が記載された「書面（事前指示書）」で表明されるものであり、アメリカでは20世紀後半より、事前指示をとりつけることが病院や介護施設で法制化され推奨された。しかし、その実際の運用には、さまざまな問題があることが認識され⁹、その問題を克服し、事前指示にかわって導入されたのがACPと言える。いや、事前指示にかわって、というより、むしろ事前指示のそもそもの目的である、患者本人の意思や意向を最大限尊重することを実現すべく、事前指示の制度を補完する仕組みとして、事前指示がすでに法制化されていたアメリカを中心としてカナダ、オーストラリアなど主に英語圏でACPが推し進められて来た。

こうしてアメリカで展開され日本へも導入が目指されているACPは、今後、日本においてどのように具体的に実施・普及されるべきか。日本型ACPについては、先行研究そして医療現場の声をもとにすると、とくに患者の主体性あるいは自律性をいかに捉えるかに関して、英語圏型ACP¹⁰と比較し、以下の3点の特徴をもつべきものと言える。

⁹ 会田は、英語圏における事前指示制度について、その問題点が簡潔にまとめられたものとして下記を引用している。「事前指示はローテクでお金もかからず、一見、簡単で、役に立ちそうに思える。しかし、個別の医療行為に関する事前指示をすべての状況を予測して準備することは不可能であり、逆に、詳細に書こうとすればするほど、柔軟性が失われて実際の現場では適用が難しくなる。また、代理人の制度にも問題がある。これまでに行われた数多くの実証研究によって、代理人の選択は本人の選択と異なる場合が少なくないことが明らかにされている。」会田 薫子「人生の物語りと advance care planning」『日本在宅救急医学会誌』第4巻 第1号、2020年、p.33。また、石井もアメリカにおける事前指示取得制度の効果を検証する研究を根拠に、「ADの取得のみでは、終末期の臨床現場で起こる複雑な問題に対する意思決定には不十分であることが判明した。」としている。石井 前掲論文 p.586。

¹⁰ 以下、英語圏のACPと日本型ACPの比較については、会田薫子「Advance Care Planningに関する日本老年医学会「提言」の意義」『北海道生命倫理研究』第9巻、2021年、pp.3-6を参照。

3. 2 ACPの特徴

3. 2. 1 特徴① 意思決定が単独的ではなく共同的

ACPでは、医療・ケアについて、患者が一人で、いわば自己完結的・孤立的に「自己決定」を下すというよりも——もちろん患者がそれを望み、また可能な場合は、その決定内容・意思が尊重されるが——患者が、その家族や近しい人¹¹と共に、さらには、医療従事者と共に、「自己決定」ではなく、「共同意思決定」（SDM: shared decision-making）をめざすという点が第一の特徴として挙げられる。「共同意思決定」とは、日本における生命倫理学、死生学研究を牽引してきた、清水、会田の概念整理¹²による。本稿第4章（中谷）でも言及されるように、会田は日本における人生の最終段階における医療・ケアの意思決定のあり方を①医師のパターナリズム時代から、②患者の自己決定の時代へ、さらに、③医療チームと患者の共同意思決定の時代へ>という三つのモデル変遷において整理している¹³。

なお、ここで患者（および家族）と「共同意思決定」する「医療従事者」とは、主治医（医師）のみでなく、「看護師やソーシャルワーカー、介護専門等の介護従事者などの、医療・ケアチーム」¹⁴であり、他にも、薬剤師、ケアマネジャー、作業療法士、社会福祉士等々からなる「多職種チーム」とされる。こうした多職種が、あくまで患者を主体に、共同で合意形成をめざす仕組みがACPである。

3. 2. 2 特徴② 患者の意思や意向の変容が前提、反復のプロセスが重視

ACPは、特徴①のような「共同意思決定」を十

¹¹ 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』の改訂について」では、5つの「主な改訂のポイント」があげられているが、3点目に「本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性」が指摘された上で、その「家族等の信頼できる者」に関連し、4点目に「今後、単身世帯が増えることを踏まえ、[3]の信頼できる者の対象を、家族から家族等（親しい友人等）に拡大」するという点が挙げられている。<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>（2022年3月31日参照）。

¹² 会田 前掲論文 2020年、p.33参照。

¹³ 会田 前掲論文 2020年、pp.32—34参照。

¹⁴ 厚生労働省「同ガイドライン解説編」【基本的な考え方】2018年、p.2。

分にめざすため、一度きりの話し合いではなく、繰り返し話し合いが行われること、すなわち、意思決定の「結果」よりも、その話し合いの反復のプロセス（過程）が重視されている。ここで＜共同意思決定をめざす＞といっても、厚生労働省あるいは国が、患者個人やあるいはその家族、また医療者に対し、特定の意思決定のあり方を制度的にトップダウン的におしつけるという形で提唱されているのではない。患者の意思や意向は、とくに最終段階においては、たびたび変容することが当然という現状をふまえ、これまでの終末期医療現場においてすでに認識されていた、人間の「弱さ」という現実には照らし、むしろ、ボトム・アップ的に練り上げられた、現状により即した制度であると言える¹⁵。

もちろん、事前指示やリビング・ウィルにおいても、患者の意向が変容した際、その内容をその都度書き換えられる仕組みにはなっている。それは、終末期とは異なり、治る見込みのある、通常医療におけるインフォームド・コンセント（説明と同意）において、患者が、その同意後、いつでも、なんらの強制もなく、同意撤回できるという仕組みと同様であり、患者の自己決定権およびその内容を重視したものである。ただし、その際、その前提には＜患者が自律的に自己決定し、その決定内容を自己実現していく＞といった、いわば「強い個人」としての患者モデルや人間理解——一般に、西洋近代哲学において確立されたとされる理性的・自律的主体としての人間モデル——があると考えられる。

対して、とりわけ終末期（人生の最終段階）に関

わるACP（人生会議）においては、患者の意向や思いについて、それが、患者一人で、一度に決めたり、明確にしたりできるものではないということ、終末期における自己決定という概念や理念は、むしろ現実にはあまり機能しえない場合が少なくないことが前提とされている。この前提を欠くならば、「自己決定権の尊重」という名のもとに、むしろ、患者に強い個人像をおしつけ、本来尊重されるべき患者の意向や思いが明確に共有されず、場合によっては、患者を心身ともに追い詰めることにもなりかねない。患者の意向や思いは、身体状況によって変容することは当然のこととして、現実の自らの「死」に関する不安や恐怖を前にして揺れ動き、それであっても、家族関係、社会関係、経済的な問題等さまざまな要因によって変容しうるものであるという現状、人間理解から出発しているのがACPである。したがって、自己決定できる自律的「強い個人」ではなく、共同意思決定で支えられてしかるべき「弱い個人」という人間理解がACP導入の背景にあり、事前指示書やリビング・ウィルの仕組みにはなかった大きな違いと言える。

会田は、この点に関連し、英語圏のACPにおいては、なお患者の自律性（autonomy）が重んじられており、Rebecca Sudore主導の研究チームが2017年に合意形成した定義をあげながら、そこでは「医療・ケアを受ける本人に対して自分でよく考えて理解することを求め、さらに、それらについて本人が自分で他者と共有することを支援するというアプローチ」¹⁶（下線は筆者による）がとられていると分析している。実際、たとえば積極的安楽死制度があるオランダではそうした自律的人間モデルが踏襲されていることが、本稿第6章（児玉）においても考察される。対して、会田は、自身も設立にかかわった日本老年医学会提唱のACP¹⁷を日本型ACPとして、その人間理解および患者と医療者との関係について、autonomy に対する概念として、relational autonomyという概念をあげ、両者の差別化をはかっている。さらに、同じ日本国内のACPでも、日本医師会や厚生労働省のガイドラインと

¹⁵ 厚生労働省「同ガイドライン解説編」【基本的な考え方】2018年、p.2。昭和62年以来4回の検討会が開催され、平成19年（2007年）のガイドライン「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が作成された。その後さらに6回にわたり「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」が開催され、同ガイドライン（2018年）が作成されている。その項目の6）において「本人、家族等、医療・ケアチームが合意に至るなら、それはその本人にとって最もよい人生の最終段階における医療・ケアだと考えられます。医療・ケアチームは、合意にもとづく医療・ケアを実施しつつも、合意の根拠となった事実や状態の変化に応じて、本人の意思が変化しうるものであることを踏まえて、柔軟な姿勢で人生の最終段階における医療・ケアを継続すべきです。」とある（下線は、筆者による）。

¹⁶ 会田 前掲論文 2021年、p.3

¹⁷ 「日本老年医学会 ACP推進に関する提言」2019年、<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/acp.html>（2022年3月31日参照）。

は異なり、日本老年医学会提唱のACPにおいては、日本固有の文化的・歴史的文脈をふまえ、患者と医療者の間でその都度合意された内容は、事前指示書的に「文書」でとりつけることが「必須ではない」¹⁸とされている点を指摘する。つまり、明白な事前指示のみならず、非言語コミュニケーションを通じた、患者の意向の汲み取り方や、それを根拠とした合意形成のありかたを重視することが日本型ACPの固有性として主張されている。

たしかに、筆者が2020年に実施した反構造インタビュー（緩和ケアに携わる看護師対象）¹⁹や参加を許された定例カンファレンスでの症例報告においても、患者と医療者の関係において、患者の自律性を尊重するためにこそ、むしろ、relational autonomy 的関わりが有効であることが報告されている。たとえば、終末期における患者の意向を汲み取る手だてとして、予め日時や場所が決められた主治医との面談による、まさに面と向かった「対話」やその記録の「文書」としての言葉よりも、患者が普段から信頼をよせる看護師による日常の身体ケア（たとえば、がんのむくみのマッサージ施術）の際、いままで誰にも話さなかったような、ふとつぶやいた患者の言葉をひろい、その真意を汲むというケア実践がたびたび報告されている。そうした、一見、何気ない日常の身体ケアや関わりを通じて培われた信頼関係やコミュニケーションのプロセスにおいて、患者は、信頼を寄せる医療者と共に、医療・ケアの在り方の今後のありかたについて、その意向を共に紡ぎ出すという方法が実践されているケースがみられる。

¹⁸ 会田 前掲論文 2021年、p.6。なお日本医師会ACPにおいては「話し合いの内容は、その都度、文書にまとめておくことが大切」とある。日本医師会パンフレット「終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング (ACP) から考える」、2018年、https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html (2022年3月31日参照)。また、厚労省「同ガイドライン」では、「話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする」としている。<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html> (2022年3月31日参照)。

¹⁹ 本インタビューは、栃木医療センターの「倫理委員会」および宇都宮大学の「ヒトを対象とした研究に関する倫理審査」の承認をうけ（2019年）実施している。

そうした relational autonomy に基づいた医療・ケアの関わりこそが、患者や家族にとって、質の高い医療・ケア実践として評価も高く、また、医療者にとっても、後に心残りや反省の比較的小さい達成感がえられた医療ケア実践としてデス・カンファレンスでも報告されている。

3. 2. 3 特徴③ 四つの「痛み」ケアを通じた全人的ケア

「人生会議」の愛称をもつACPにおいては、特徴①②と関わり、三点目の特徴として、医療チームメンバーが——その全員ではないにしても——患者個人（また、多くの場合、その家族）に対し、いわゆるかなりプライベートな側面、文字通り人生そのものに深く関与することになるという点があげられる。同ガイドラインでは、医療・ケアチームに対して、患者「本人の意思を尊重するため、本人のこれまでの人生観や価値観、どのような生き方を望むかを含め、できる限り把握することが必要」であると述べられ、日本医師会からは「ACPで何を話し合うべきか」という項目において、身体・病気の状況に加え、「患者の患者さんが大切にしたいこと（人生観や価値観、希望など）」を掲げ、以下のような具体的内容をリスト・アップしている。

- ・これまでの暮らしで大切にしてきたことは何ですか？
- ・今の暮らしで、気になっていることはありますか？
- ・これからどのように生きていきたいですか？
- ・これから経験してみたいことはありますか？
- ・家族等の大切な人に伝えておきたいことは何ですか？（会っておきたい人、最期に食べたいもの、葬儀、お墓、財産など）
- ・最期の時間をどこで、誰と、どのように過ごしたいですか？
- ・意思決定のプロセスに参加してほしい人は誰ですか？

緩和ケアの母ソンダースの分析²⁰にしたがえば、

²⁰ 四つの痛み代表される「トータルペイン」は、ソンダースが、自身が創設したホスピスにおける臨床経験をふまえ、1964年に提唱した概念とされている（『シシリー・ソンダース初期論文集1958-1966—トータルペイン 緩和ケアの源流をもとめて』シシリー・ソンダース著 小森康永編訳 北大路書房 2017年、訳者「解説」p.174参照）。四つの痛みについてソンダースが明示的に示した文

終末期患者は、がんの疼痛や肉体の不調といった「身体」的痛みのみならず、「心理的」「社会的」「スピリチュアル」な痛みという四つに代表される複合的・重層的痛み、トータルペインを経験しており、医療者はこうした「痛み」に対する総合的対応、トータルケアが求められている。ACPにおいても、医療チームメンバーには、死を前にした患者に対し、医療・ケアの専門的知識や技術を持って、その「身体」面に関わる医療・ケア実践にプロとして徹するという3人称的関係にとどまらず、患者への「全人的ケア」が求められている。すなわち、患者一人一人の人格の尊重、個の尊厳のため、いわゆる2人称的関わり、もしくは、2.5人称的関わり²¹が求められているとも言える。

3. 3 日本におけるACPに関する考察のまとめと課題

以上3点(3.1～3.3)の特徴は、ACPに関する「理念」の特徴であり、ACPが厚労省のガイドラインとして示されながらも、「現実」には、日本において制度化されて実施されている病院・施設はいまだ少ない。他方、表立ってACP制度の導入や仕組みがない場合であっても、すでにその理念が十二分に実現されている医療ケアの取り組みもある。それゆえ、そうしたすでに実現されていた全人的ケ

章としては、下記が代表的なものである。ただし、サunders自身は、図式的に4つに分割した理解を提示していない点が注目される。「ある患者は自分の痛みを表現しようとして、単にこう言った。『それは背中から始まったのですが、いまでは私のすべてが悪いようです。』この種の『トータル』ペインには、身体的、精神的、社会的、そしてスピリチュアルな要素がある。患者はその言葉において、そして私たち医療従事者はそのアプローチと治療において、どちらも、これらのひとつふたつを別々に取り扱うことはできないのである。」Saunders, C. 'The Last Frontier'. Frontier, Autumn pp.183-186 (前掲翻訳書 第8章および 訳書「解説」p.177参照)。

²¹ 「2人称的」あるいは「2.5人称的」関わりについては、本稿 第1部(別稿)「死生学の可能性 ―「人生会議」としてのACP 総論」、第1章(堀)、注37、および、山田有希子、村上恵理『「死生学」教育の試み―終末期医療およびがん診療の事例に基づいて―』『宇都宮大学教育学部紀要』第1部70巻、2020年、pp.153-166を参照。

アや共同意思決定にもとづく医療を、制度的に広く実現し普及を目指したのが当ガイドラインであり、ACPの仕組みであると言える。

最後に、ACPに関する日本における今後の課題として、医療チーム側(担い手側)にとつての課題、患者(受け手側)にとつての課題を、やはり、死生学特論の対話そして筆者のこれまでの反構造インタビュー結果をもとに指摘し、次章への布石としたい。

まず、医療チーム(担い手側)にとっては、以上のような全人的ケアをめざしたACPにおける患者との関わりが、たしかに、一つの理念や理想として掲げられつつも、さらなる心身の負担が増える可能性が想定・懸念される。多忙を極める医療現場において、さらに目下コロナ対応の医療現場において、医療ケア者の負担の問題が解決されなければならない。患者の意向が最大限尊重されるためにこそ、むしろそれより優先して、医療ケア者へのケアこそが重大な課題として認識されなければならない。本稿第6章(趙)の論稿では、この点に関連し、終末期医療に携わる医療者の負担に関する心理学的考察が展開される。

他方、患者やその家族(受け手側)にとつての課題としては、ACPにおける全人的ケア、あるいは2人称的、親密な関わりが、場合によっては、抵抗を覚えたり、「他人」に委ねられられたりすることではないとして、むしろ、淡々と医療・介護ケアに徹した3人称的関わりこそを望む場合も想定されよう。関連して、症例報告やデス・カンファレンスにおける情報共有においても、たとえば、対象患者の家族構成や私的な情報(離婚歴、離職歴、子供達との関係、家庭内不和の情報等々)が、多くの医療関係者に共有されるという状況がある。もちろん、当然ことながら、それは厳格な守秘義務の元での情報共有であり、適切な医療・ケア方針の決定にとって必要な情報共有であることもたしかにあるが、患者や家族によっては(また、共有する医療者側にとつても)、どこまで、また、いかにしてそうした私的な介入や情報共有をすべきかという問題がある。

本稿では、以下、第4章(中谷)において「医療・ケア」のあり方について「受け手」と「担い手」という切り口から、また、哲学・思想的観点から、主に「受け手」の立場から考察される。また、第5章(趙)では、終末期医療・ケアに携わる医療者(担い手)側の負担について心理学的観点から論じられ

る。最後に、第6章（児玉）では、終末期医療におけるもっとも深刻な問題の一つである安楽死問題について、患者の自己決定権が法学的観点から論じられ、その上で、安楽死問題におけるACPの可能性が言及される。

第4章「傍らにあること」の意味とは何か

一「担い手」と「受け手」の相互理解を求めて一

中谷 竹代²²

『死生学入門』で石丸昌彦は「死生学とは、死にまつわる現象に照準し、その考察や説明を通して生を捉えなおす学問」²³としている。死生学とは何か。この大きな問いの追究において筆者は、死生学の問題の一つとされる、医療と介護現場の支援者のさまざまなあり方を考察の対象とする。

これら臨床（それも人生の最終段階における臨床）の場では、構造的に医療・ケアの「担い手」と「受け手」の二者が生じる。本章では、その関係はどうあるべきかを問題とする。ここで、「担い手」とは医療や介護の場で支援をする医師、看護師、介護者、家族等であり、「受け手」とは、支援される患者、要介護者、またその家族等が主に想定される。

また、本章で「傍らにあること」の概念とは、石垣靖子（北海道医療大学教授）の次の言にしたがう。石垣は「アドボケート・アドボカシーとは、ラテン語の『Advocatus』が語源で『（傍らへと）よび出された者』という意味である」ことから、看護師を「傍らに在ることを許された者」²⁴としている。

以下、本章では、「担い手」は「受け手」の「傍らにある」存在であり、また「担い手」による「受け手」の理解のみならず、両者の相互理解のあり方について考えたい。そう考える理由は、両者の相互理解が達成することによって「傍らにある」支援者の存在意義が深まると考えるからだ。

病いのベッドや老いのベッド、そして車イス等の人びとの「傍らにあること」の「担い手」は、どのように「受け手」を理解しているだろうか。また「受け手」は「担い手」にどのように理解されるのを望

んでいるだろうか。はたしてそもそも相互理解は可能なのだろうか。可能だとしたらそれはどのように可能なのであろうか。

近年、日本において、医療・ケアの「担い手」による「受け手」についての理解アプローチに、共同意思決定を基盤とするACPの潮流がある（ACPについては、本稿の第3章を参照）。このACPを推進する第一人者、会田薫子（臨床倫理学・死生学専門）の論を参考に、臨床の場における「担い手」と「受け手」のあるべき関係について考察する。その際、両者の「相互理解」を可能にする手立てとして、本章では、以下4点（4. 1～4. 4）に基づいて「傍らにあること」の意味を問い直したい。

4. 1 ACPの可能性と「もしバナ」体験

厚生省は、ACPを『人生会議』と愛称づけて、それを広める取り組みをしている。²⁵ACPの理念とは「患者の意思が一番大事」「繰り返し話し合う」「多職種の協働」（日本医師会）とされる。会田は、これまでの臨床における意思決定のあり方の変遷を、父権主義から患者の自己決定へ、さらに患者・医療者の共同意思決定の時代へと整理している。

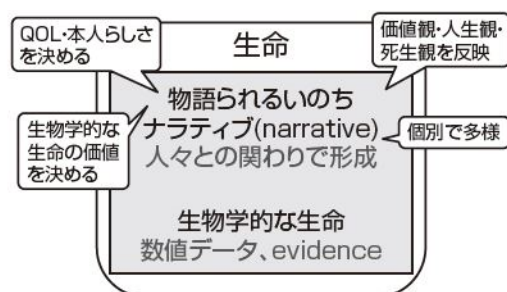


図1 「生命の二重の見方」理論

また、その根底に、狭義の自己決定を超える「生命の二重の見方」理論（図1参照）²⁶を提唱する。すなわち、患者「受け手」をたんに「生物学的な生命」とみなすか、あるいは同時に「物語られるいのち」とみなすか、焦点の区別化により、患者「本人の生

²² 宇都宮大学UUカレッジ生

²³ 石丸昌彦編著『死生学入門』放送大学教育振興、2014年、p.18。

²⁴ 石垣靖子『日本看護倫理学会誌』VOL.9、NO.1、2017年、p.66。

²⁵ 日本医師会/ACPとは？ https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612/.html (2022年1月22日参照)。

²⁶ 会田薫子「人生の物語りとadvance care planning」『日本在宅救急医学会誌』第4巻第1号、2020年、p.34の「図2」を参照。

活と人生において、医療行為の意味を捉え直す」²⁷ ことになるとした。

ACPを普及させる取り組みとして、「あなたが命わずかの想定で自らの価値を考え、皆で話しあう」と仮定した『もしバナ』というゲームがある。36枚のカードがあり、そこには、「重病のときや死の間際に『大事なこと』として人がよく口にする言葉」が書いてある。例えば、カードには「家族と一緒に過ごすこと」「痛みがないこと」「代弁者がいること」などである。それらのカードに「わたしにとってとても重要」「ある程度重要」「重要でない」といった優先順位をつける。そして、順位をつけた理由を言語化し、グループで話し合うというゲームである²⁸。筆者は、2019年に、この『もしバナ』ゲーム発案者の蔵本浩一（亀田総合病院疼痛緩和ケア科医長）による実演と講演を受講した。その講演における蔵本氏の次の言葉が印象的である。「何度ゲームプレイしても自分の答えは固まらない。プレイするグループのメンバーが変わる度、自分が選ぶカードも変わる。自分の模索過程をコミュニケーションすることで、メンバー同士の信頼関係が形作られる。一緒にプレイする人の言葉に真摯に耳を傾けることは、カードでなく、選んだ相手に興味をいまくことである」と。また、「大切なことを大切に扱われる場で意向や意思が「揺らぐ経過」²⁹を話せる世界が、当たり前となることを蔵本氏は推奨していた。ほとんどの日本人は「もしもの時」を事前に話し合っていない現状があり、『もしバナ』ゲームはその現状打破のための取り組みとされる。

会田は「生命の有限性を意識しつつ、本人の人生の物語りに沿って治療とケアの意思決定を支援するプロセスはその性質と役割においてACPそのものといえる」³⁰と述べる。『もしバナ』ゲームへの参加は、プレイする相手と共に、対話を通じて、少しずつ相互に信頼関係を築きながら、「もしもの時」における自分の意向や答えに、自ら向き合い、それを再構築していく営みであり、それはまさにACP

の擬似体験、いやむしろACPにはほかならないと考えられる。ACPは、なにも患者になり、医療や介護の「受け手」になってから、はじめて行うべきものではなく、それ以前に行うべきものと考えられるからである。

4. 2 相互変容がもたらすもの

さて、「傍らにあること」において、通常「担い手」は、「受け手」を支援している側であるが、ときには逆に支援され、また、「受け手」は通常支援されている側であるが、逆に支援しているという相互反転の関係がある。一方から他方への、単なる一方向的行為ではない双方向の働きや関係に着目してみたい。

例えば、医療の場で苦しむ「受け手」のさまざまな呼びかけに「担い手」が応えることを、ACPで考えてみよう。ACPは、第3章でも言及されたように、単に「担い手」主導（たとえば、医師主導）ではなく、「担い手」と「受け手」の両者の共同行為を目指すものである。医師のみならず、チームとして、また、一度のみならず、何回も相談を重ねることにより、さらには、両者の相互変容が生じ、支援体制がその都度変わっていくこともあろう。一人ひとりの「人生の最終段階」についての合意形成の過程は、その都度文書にまとめられることが望ましく、また、チームに参画する多専門職種のメンバーにも共有される。「相互変容」を経て、「受け手」の痛みを分かち合う合意に近づくなら、「受け手」は揺らぎつつも、孤立することなく安心して逝けると考える。会田は、両者の「対話によるダイナミズムが発生し、医療者も患者も考え方や意思が変化する」という共同意思決定のあり方を「相互触媒」³¹という言葉で表現し、推奨する。

例えば、介護の場では、普段は「受け手」側である要介護者が、反対になんらかの「担い手」側になる機会があることが、本人「受け手」の持つ可能性を発揮することにつながると考えられている。「受け手」は、なにもできないわけではなく、「受け手」ができることを「担い手」が探すのである。例えば、ある高齢者施設では、要介護者「受け手」が自分で洗濯ものを畳む、洗った食器を拭く、などの実践例を通じて、「受け手」の持つ力の回復や強化が目指

²⁷ 会田 前掲論文 2020年、p.34。

²⁸ iACP/「もしバナ」のある世界へ https://www.i_acp.org 2022年1月4日参照

²⁹ 市民公開講座/芳賀郡市医師会 終活セミナー/2019年3月20日実施

³⁰ 清水哲郎/会田薫子[編]『医療・介護のための死生学入門』東京大学出版、2017年、p.102。

³¹ 会田薫子 清水・会田編 第3章「意思決定を支援する」前掲書、p.82。

されている。

ここで、介護の相互関係を、マルティン・ブーバーの論に依拠して考察してみよう。マルティン・ブーバーは、世界は人間のとり態度により「我とそれ」と「我と汝」のふたつになるとした。「我とそれ」の世界では、「我」は世界（それ）を欲しいままに支配しているが、「我と汝」の世界では、両者が「関係との相互性応答できる精神」³²のなかに生きるととらえられた。医療・ケア関係にひきつけて、また、自分自身の経験に照らして考えれば、前者の支配する関係とは、医療・ケアの「担い手」が「受け手」に対して優越することで始まると考える。たとえば、極端な場合、重症だから相手は何もわからない、すこしも役にたたないからしょうがない、厄介をかけて煩わしい等々と、要介護者を無意識に軽んじ侮ることで、自分は「優」と思い違いしてしまうという場合である。こうした場合、担い手は、無意識に優劣関係を自分側の意味づけと都合に基づき評価してしまっている。もちろん、そうしたケースはレア・ケースではあるが、ときに深刻な事件や事故につながる場合もある。こうした優劣関係や一方関係を克服して、関係する他者に「それ」でなく「汝」として関わることで、「担い手」と「受け手」の相互変容が可能となると考える。

4. 3 ナラティブを求めてーEBM（根拠に基づく医療）からNBM（ナラティブ・物語に基づく医療）へ

高山義浩（沖縄県地域ケア医）は「訪問診療で何う高齢者の日常の狭間から、ふと、こぼれ落ちるのが本音。現代ではエビデンスよりそばにいる医療やナラティブに耳を傾ける医療が必要」³³と語る。このようなエビデンスアプローチ（EBA）からナラティブアプローチ（NBA）への転換が求められる今日、終末期医療における地域包括ケアの拡大も求められている。また、そのことを山崎浩司は「共感都市理論」において、「同じコミュニティに住む、人々の苦境や悲しみに共感すること」のできるまちづくりの必要性とともに、「人々が健康的に逝ける、看

取れる、悲しめるコミュニティの実現」³⁴として展望している。

「受け手」の真意は、ナラティブな語りの中にこめられている。それは弱い小さな声であるが、どう生きたいかと問うとき、その声はどう死にたいかの応えになると考えられる。「受け手」にとって最善の聞き手になることを求められる「担い手」は、「受け手」のナラティブな物語をたんに聞くだけでなく、「受け手」と共にその人生の物語を紡ぐ者となる。

「緩和ケアの母」とよばれ、現象学の立場から看護ケアの意味を考えるシシリー・ソンドース（医師兼看護師）は、次のように「傍らにあること」の意味を解く。「死に瀕する人とケアをする人との間には、苦痛を取り除くこともできなければ、理解することすらできない絶対的な隔絶がある。その隔絶を前にして『そこにいること』こそが求められるのである。[…] ケアをする人が新たな意味を与えるのではない。[…] お互いに意味を探究する者として傍らにいて、患者が『それが私なんです、それでいいのです』と言える場所を見つけられるよう援助することが不可欠なのである。」³⁵筆者はソンドースの一文“you matter because you are you”に感銘する。

また、ヴァージニア・ヘンダーソン（エール大学准教授・看護研究）は、「看護師にできるのはただ、看護師自身が考えている意味ではなく、看護を受けるその人にとっての意味における健康、その人にとっての意味における病気からの回復、その人にとっての意味におけるよき死、に資するようにその人が行動するのを助けることである」³⁶として、看護の意味を強調する。「担い手」である看護師には、「受け手」である患者「その人にとっての意味」を傾聴するナラティブアプローチがやはり重要であると言える。そして、「受け手」の人生物語を「担い手」と「受け手」が共有し合うとき、他者理解がさらに相互理解がより深まるのではないだろうか。会田

³⁴ 山崎浩司 石丸編著 前掲書 第15章 「死生学の理論と展望」、pp.249-251。

³⁵ 奥山敏雄「近代ホスピスの形成とシシリー・ソンドースの位置」『社会学ジャーナル』、2018、pp.14-15。

³⁶ ヴァージニア・ヘンダーソン 湯楨ます・小玉香津子訳『看護の基本となるもの』日本看護協会出版会、1961年、p.18。訳語中、「看護婦」を「看護師」へと改めている。

³² マルティン・ブーバー 植田重雄訳『我と汝・対話』岩波文庫、1979年、pp.45-65。

³³ 高山義浩『読売新聞（朝刊）』＜広角多角＞2022年1月30日発行

も「担い手」に必須な能力を「患者の語りに耳を傾ける」ことであるとし、「アメリカの医学教育プロジェクトによる、物語り能力を育てる実践」³⁷を紹介している。

以上述べたように、医療現場では、ACPにおけるナラティブアプローチを基礎に、「担い手」は「受け手」の伴走者となること、また、介護現場では、本人中心主義「パーソン・センタード・ケア」³⁸を基礎にしつつも、その人らしさを、やはりナラティブアプローチをもとに引き出すことで、「受け手」の自己実現の可能性が広がると考えられる。

4. 4 合意形成における対等

今日の医療倫理の原則として、しばしば「自律尊重・与益・無危害・正義」(by Beachamp, Tom L. Childress, James F.) が挙げられる。会田は「1979年米国で医療倫理の4原則が基本原則として確立され、最高原理を『自律尊重』とした。」³⁹とその背景を語る。すなわち4原則のうち、その主軸は「自律尊重」であり、それは、患者「受け手」を人間として尊重することを意味するが、その際「傍らにあること」の実際はどうあるべきであろうか。

例えば、医療では、とすると医療者は「受け手」の身体ばかりを医学的・科学的観点からのみ診てしまう傾向があると言われる。会田をはじめ、しばしば言及されるように、クラインマンは「医師は疾患 disease を診る。患者は病い illness を経験する」⁴⁰と看破する。また、前述の高山も「医師は患者の話を『聞く』よりも自分の話を『聞かせる』ことが仕事であると考えようになっていった。」⁴¹と評している。ここで、先のブーバーの論を再び援用するなら、医療・ケアの「担い手」は、「受け手」に対して、不特定多数の「彼ら」あるいはそのうちの一人にすぎない匿名の「彼」「彼女」ではなく、固有名の代

理不可能な「あなた」として関わるのが望ましいと考えられる。

他方、介護の現場でも、ケアの「担い手」は、専門家として「受け手」の「自律尊重」に基づく、「受け手」との対等の価値認識が求められている。「担い手」は、自分がとするとコントロール力という権限をもつ、強い立場にあることを自覚することが重要であると考えられる。そうした反省から、上下でなく水平関係に基づく、イヴ・ジネスト考案の「ユマニチュード」技法にいま注目が集まっている。ユマニチュードとはフランス語で「人間らしさ」という意味であり、ユマニチュード理念の技法は「人間性を取り戻す為の哲学」である。イヴ・ジネストによると「ケアは相手を認めることで、また相手から認められることで、人間は互いにとって贈り物である」。すなわち、「受け手」に対して「見る・話す・触れる・立つ」を多用することで、「受け手」の要介護者が「自分は尊重され、大切にされていると実感できるように」⁴² 敬いのある「傍らにあること」を目指すという技法であり、日本でも広がりつつある。

まとめ

以上述べたように、臨床の場の「担い手」と「受け手」の相互理解は可能かという問いに対して、「ACP」「相互変容」「ナラティブ」「対等」の4つの具体化をめざすことで、相互理解の可能性が開かれると考える。ひいてはこれらの相互理解が深まることによって「傍らにあること」の本来の意味が実現すると考えられる。

共同意思決定をめざすACPは、「担い手」と「受け手」の両者がお互いに、関心を寄せ尊敬し合いながら、問答する対話力の醸成の過程でもあろう。ACPの可能性が広まる時、良き生の「生の尊厳」とともに良き死の「死の尊厳」をも見いだせると考える。

³⁷ 会田 前掲論文、2020年、p.35。

³⁸ 認知症介護情報ネットワーク <https://www.dcnnet.gr.jp> 2022年2月4日参照

³⁹ 会田 前掲書、2017年、pp.77-79。

⁴⁰ 会田 前掲書、2017年、p.87。(原書出典 Kleinman Arthur 1988年『病いの語り:慢性の病いをめぐる臨床人類学』bridging the gap between patient and doctor)

⁴¹ 高山義浩「保健師ジャーナル」『医学書院』、2015年、Vol.71。

⁴² イヴ・ジネスト、ロゼット・マレスコッティ共著 本田美和子訳『ユマニチュードという革命』誠文堂新光社、2016年、pp.6-9。

第5章 医療従事者の心理的負荷—ACPによる負荷軽減の可能性について

趙曉辰⁴³

本稿では、第4章（中谷）と異なる視点で、すなわち、主に医療従事者側の視点からACP（Advance Care Planning）が医療現場へもたらす新たな可能性を論じたい。具体的には、ACP⁴⁴の介入により、患者のみならず、医療現場における医療従事者の心理的負荷の軽減に関する心理学的な考察を展開する。

5. 1 医療従事者の共感疲労について

「共感疲労」の概念規定について、今・菊池は以下のように述べている。

『「共感疲労（compassion fatigue）」という用語は、看護師のバーンアウトについて述べたのが最初であるとされ…患者への共感や思いやりそのものが看護師を疲弊させてしまうことであった。』⁴⁵

ここで共感（compassion）⁴⁶の概念規定について、今・菊池ではフィグレーの解釈を引用し、「不幸や苦痛によって打ちのめされた他人に対する深い共感（empathy）と同情（sympathy）の感覚であって、痛みを和らげたり、その原因を取り除こうとする強い願望とともにある」としている。また「共感疲労」

とは、「人の痛みを自分のごとく感じる」⁴⁷ことが看護教育などで求められる医療従事者においては、しばしば、次第に患者への共感や同情の意欲が低下してしまい、ストレスと精神的消耗感が生じ、通常の対人援助の活動が妨げられて職務の遂行が難しくなる状態として報告されている⁴⁸。そのことによって、対人関係が不十分になり、次第に患者との間に有効なコミュニケーションが取れなくなり、加えて患者側からの医療不信が生じることもあり、極端な場合にはそれが医療訴訟に通じる例も近年多く報告されている⁴⁹。

しかし、なぜ「共感疲労」は医療従事者に発生しやすいのか。その原因の一つは、まず医療現場における医師と看護師は、頻繁に患者と接触し、その関係性次第で、他人の不安や苦痛に常に共感しているからと考えられる。他者の苦痛に対する共感について、柳澤・阿部は、近年の神経科学における「共感」の研究を概観し、以下のようにまとめている。

「…最近の神経科学の研究成果を統合的に考えると、少なくとも他者の痛みに対する共感、痛みそれ自体の共有経験というよりはむしろ、メンタライジング等の認知的処理を支える脳機能により形成されていると考えられる。」⁵⁰

すなわち、他者の苦痛を目撃した個人は、脳内にその痛みの共有経験を自動的に反映するというよりも、心の理論（Theory of Mind）やメンタライジングによってそれを認知することが主となり、その

⁴³ 宇都宮大学大学院地域創生科学研究科先端融合科学専攻博士後期課程1年

⁴⁴ ACP（Advance Care Planning）については、本稿第Ⅰ部 はじめに および第Ⅱ部 第3章を参照。また日本医師会の規定では「将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援するプロセスのこと」とある。日本医師会パンフレット「終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える」、2018年、https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html（2022年3月14日参照）。

⁴⁵ 今洋子・菊池章夫「共感疲労関連尺度の作成」『岩手県立大学社会福祉学部紀要』第9巻1/2号、2007年、pp.23-29。

⁴⁶ 今・菊池 前掲論文 p.23。この共感（compassion）について、「あわれみ」と訳す場合があり、それまで議論されてきた「empathy（共感）」や「sympathy（同情）」と異なる。

⁴⁷ 岸本久美子・瀬戸口・香月毅史「看護師の共感疲労と共感満足に関する文献レビュー」『秀明大学看護学部紀要』第1巻1号、2019年、pp.1-9。

⁴⁸ 今・菊池 前掲論文 p.23。

⁴⁹ 伊藤まゆみ・金子多喜子・大場良子・藤塚未奈子「終末期ケアに携わる看護師のストレスに起因したポジティブな変化がバーンアウトに及ぼす影響」『共立女子大学看護学雑誌』第3巻、2016年、pp.1-10。西垣悦代・浅井篤・大西基喜・福井次矢「日本人の医療に対する信頼と不信の構造：医師患者関係を中心に」『対人社会心理学研究』第4巻、2004年、pp.11-20。

⁵⁰ 柳澤邦昭・阿部修士「感情の脳科学」中村真他編『感情心理学ハンドブック』所収 北大路書房、2019年、pp.187-189。

際、必ずしも直接の共有経験をするわけではない。ここでメンタライジングとは、感情などの種々の心の状態について有している直感的な理論や知識を適用して、他者の心を推論すること⁵¹である。つまり、他者の痛みに共感する際には、経験や知識によって他者の心理状態を推論し、トップダウン的な認知的処理がなされていると考えられている。言い換えれば、医療従事者は、患者の不安や苦痛に直面するとき、それに対して共感する際、メタライジングによる推論をへて、必ずしも直接的に「共感しない」という場合があると言える。

5. 2 共感疲労がもたらすもの

今・菊池は、「共感疲労」と「共感的苦痛（他者の痛みに共感することによって、相手が現実苦しんでいるのを見ることで同じような苦痛を感じられること）」などの関係について調査した。その結果、「共感疲労」と「共感的苦痛」の間には、強い負の相関が示された⁵²。つまり、「共感疲労」が強いほど、相手の不安や苦痛に共感して自ら苦痛を感じる程度は逆に低くなる。さらに、藤森は、医者と患者の共感的コミュニケーションに着目し、医者の脳機能について以下のようにまとめた。

「医師の共感反応について、身体的な痛みへの脳機能に着目した研究が報告されている。…医師は健常者よりも情動的共感調整過程を大きく下方制御していること、痛み刺激課題に対する痛みと不快感を低く評価することを示している。…治療中に患者が経験する痛みで代表されるような苦痛に、医師が繰り返し直面することにより、情動が疲弊し、本来有している他者の苦痛に責任をもって治療にあたることへの関心が減退してしまうため、対人的な感受性を低く調整することを学習しており、その結果として痛みを共有する感情を抑制している。」⁵³

すなわち、この結果によれば、医師や看護師など

の医療従事者は、常に患者の苦痛に直面することで共感疲労が生じ、情緒が長期に疲弊し、それゆえに、脳機能が防衛的に働くよう変化していると考えられる。共感疲労は医療従事者に頻発するが、それによって、患者への共感や同情の意欲が低下し、ストレスと精神的消耗感による対人援助の活動が妨げられ、対人関係が不十分になるなど様々なリスクがもたらされる。こうして、患者側からは、先に述べたように、医療不信の訴えが起こされる場合もある。さて、こうした状況に対し、われわれは、医療従事者側に、さらなる配慮や共感、また、円滑なコミュニケーション能力等を、いわば職業倫理的な要求をする前に、医療従事者の立場にたち、医療現場において医療従事者が「他人の苦痛を常を感じる」ことの現状とそのリスクについて、もっと適切に理解する必要があるのではないだろうか。

5. 3 ACP、そしてACPによる医療従事者の心理的負荷の軽減可能性

5. 3. 1 緩和ケアの現状とACPについて

日本医師会は、ACPについての概念規定で、その目的を「患者さんの意思を尊重した医療及びケアを提供し、尊厳ある生き方を実現する」⁵⁴こととしている。その実施にあたり、とくに終末期医療従事者に求められるものについて、いくつかの留意点があげられている。

終末期医療を受ける患者の身体状況次第では、その意思決定が難しいことから数多くの問題が生まれている。最も中心的な問題は、患者が自分の意思で望む医療およびケアを受けることがいつでも可能であるわけではないということである。そのことで、患者自身と家族に大きな苦痛がもたらされてしまう。終末期医療の全過程において、患者が望んだ通りの選択と判断ができ、周囲も患者の意思を尊重し、さらに、残された家族にとっても最善となるように、医療従事者が患者および家族とともに、終末期医療の早期段階から前向きにこれからの生き方について考え、最後の時の医療・ケアの方針までプランニングするのがACPである。

患者の意思尊重が第一のため、その意思を確認できなくなった状況を予防的に対処できるように、ACPの主体が患者本人であることを前提としなが

⁵¹ 鈴木敦命「人間関係における感情——感情認知の神経基盤」中村真他編『感情心理学ハンドブック』所収 北大路書房、2019年、p.271。

⁵² 今・菊池 前掲論文 p.26。

⁵³ 藤森麻衣子「がん告知と共感的コミュニケーション」『総合病院精神医学』第27巻1号、2015年、p.15。

⁵⁴ 注44を参照。

らも、その家族、医療従事者など多数の参与によるプランニングにおいて、患者の意思を繰り返し確認することが求められる。さらに、話し合いの内容を文書にまとめる必要があるとされる。

また、現代の医療技術の限界から、とくに安楽死に関する自己決定権の問題について、法的・倫理的問題が残る日本では、第6章（児玉）でも言及されるように、今後、ACPの介入がいくつかの点で大変期待されると考えられる。ただし、医療従事者にとって、ACPはどのような意味をもつであろうか。繰り返し話し合っ

て患者の意思を常に共有することが基本であるACPは、通常の医療現場におけるように、あるいはそれ以上に医療従事者に対してさらなる共感疲労や、心理的負荷をもたらす恐れはないであろうか。

大河内・山崎・村嶋によると、緩和ケア看護職を対象とした研究のレビューでは、欧米を中心に、緩和病棟では、一般病棟よりバーンアウトやストレスが比較的に少ないことが報告されている。しかし、他方、治る見込みのない患者をケアしたり、死の看取りを担当したりすることは、患者の死や死の過程と緊密にかかわることになり、それによる不安・ストレスがあることも報告されている⁵⁵。

伊藤他によると、終末期ケアに携わる看護師は、死に近く患者の機能喪失に関連したネガティブな感情や、鎮静に関連した倫理的問題に直面する機会が多く、ケアに関連した不安、葛藤、無力感や限界感などの苦悩を体験している。その際、うまくその状況に対処できなければ、ネガティブな感情による反芻で、ストレス障害やバーンアウトに陥る可能性があることが示唆されている。したがって、一般病棟よりも、緩和ケア、終末期ケアにかかわる医療従事者は、明らかに、一定のストレス、あるいはそのリスクを抱えていると考えられる。患者の苦痛を予防し、和らげるための緩和ケアでは、如何にしても患者の死およびその過程に関与せざるをえない。がん患者によっては、がんの進行による複数の症状が出現することもある。その中で、最後まで可能な限り患者の意識を保つことを目的とした緩和ケアにおいては、あらゆる方法を実施しても取りきれない苦

痛が残る場合もある⁵⁶。そこで、緩和ケアの医療従事者には、患者の苦痛を取り除くべきという責任感や願望と、他方、現実には緩和できない痛み、鎮静の実施をやむを得ず行わざるをえないという状況において、下記に述べるところの「認知的不協和」が生じる可能性がある。

5. 3. 2 認知的不協和理論からみるACPの可能性

認知的不協和理論 (cognitive dissonance theory)⁵⁷は、フェスティンガーによって提唱された理論である。すなわち、人は客観的事実に反する信念や態度を自分が持っていることを意識すると、まるで不協和音を聞くかのような不快感を覚えるとされている。また、認知的不協和による不快感は、「行動の正当化」により、解消することがありうるという。例えば、喫煙者が「喫煙はがんの原因になりうる」という事実とそれに反する「喫煙をやめられない」という自らの態度との間の認知的不協和から生じる不快感を抱いているとしよう。その際、不協和と不快感を解消するために、「がんの原因は喫煙だけではない」として自らの態度の後づけをして、「行動を正当化」するということがある。

緩和ケアの現場に認知的不協和理論を当てはめると、たとえば、医療従事者が患者の苦痛を取り除きたいという願望を持ちながら、それと矛盾し、その苦痛を和らげることができないという事実がある場合、医療従事者が、不安、葛藤、無力感や限界感などを覚えてしまうという事態が挙げられるであろう。そこで、選択された行動（たとえば、鎮静措置など）を正当化するように調整すれば、その不快感を解消することが可能であろう。ただし、うまく対処できない場合、認知的不協和によるさらなるストレス障害にかかるリスクも無視できない。

そこで、本章では、最後にACPの仕組みを導入することにより、従来の緩和ケアによる認知的不協和の問題がある程度改善されることが期待できるの

⁵⁵ 大河内彩子・山崎喜比古・村嶋幸代「ホスピス・緩和ケア看護職のストレスに関する研究の課題」『保健医療社会学論集』第12巻、2001年、pp. 152-158。

⁵⁶ 伊藤美由紀、高橋隆恵、佐藤しのぶ、中野弘枝、早川陽子、石上節子、中保利通「ホスピス・緩和ケア病棟の看護師が鎮静に関わる現状と抱える問題やストレス」『東北大学医学部保健学科紀要』第17巻1号、2008年、pp.59-70。

⁵⁷ レオン・フェスティンガー著、末永俊郎訳、『認知的不協和の理論—社会心理学序説』誠信書房、1965（1957）年。

ではないかと展望する。なぜなら、患者や家族と繰り返し話し合っ、共に、意思を共有することで、患者の意思を尊重でき、仮に、患者の苦痛を和らげることができない場合や、やむを得ず鎮静を実施する場合でも、あるいはさらに患者の意思を直ちに確認することが不可能である場合であっても、患者とその家族に繰り返し確認した事前指示等によって、患者の意思に従うことが保証され、ACPの主体である患者の意思を尊重することがかなうと考えられるからである。

ただし、ACPにおいては、先に確認したように、医療現場にいる医療従事者には、意思の共有のために、患者とその家族とともに「これから」について「繰り返し」話し合うことが要求される。このような患者との頻繁な意思の共有、加えてその苦痛や死が話題の中心になり、それによって共感疲労を喚起するリスクがあるかもしれない。それについては、改めて評価する必要がある。しかし、この問題に関連して、岸本・瀬戸口・香月によれば、共感疲労の介入プログラムによる実験的研究に対する文献レビューでは、共感疲労の予防と回復に関する認知的教育プログラムの介入で共感満足が有意に増加し、二次的外傷性ストレスとバーンアウトの低下が示されているという。ここで「共感満足 (compassion satisfaction)」とは、共感疲労の対となるポジティブな概念で、对人的援助における仕事への喜びであるとされ、たとえ、共感疲労が高くても「共感満足」が高ければ、バーンアウトの予防が可能であることが示唆されており、共感疲労の予防と回復に対して、認知的教育プログラムの介入が有効であると考えられる⁵⁸。

以上のように、ACPの重要な機能として想定されるのは、医療従事者が患者の意思決定において、積極的に関与することにより、患者とその家族に対して重要な役割を果たすのみならず、認知的な意味合いで、医療従事者自身にもプラスの影響を及ぼさうということである。さらに、ACPでは、「多職種が協働し、地域で支える」ことが求められ、医療従事者は、異なる職種からの視点と患者の立場で、早期の段階から、患者の余生についてプランニングする。それによって、その過程は、医療従事者自らが自身の死生観について改めて考える機会ともな

る。以上のように、ACPが医療現場における医療従事者の共感疲労を代表とした心理的負荷にどのような影響を与えるか、また、その結果を受け、どのような具体的なACPが実施されるべきであるかが、これからの実証的研究で期待されるだろう。

第6章 自己決定権と安楽死

児玉博利⁵⁹

患者が病に伏し、激しい苦痛にさいなまれている場合、患者自身が「死んで早く楽になりたい」と思うことは多くの場合に見られる。また、例えば、患者が遷延性意識障害に陥り、人工呼吸器・点滴等により生命が維持されている場合に、その家族が患者の尊厳を守るために、その治療を中止してほしいと願うこともしばしば報告されている。これらは、いわゆる安楽死に関わり、長らく議論されている問題である。一般に、安楽死とは、「回復が望めない患者の苦痛を取り除く目的で、第三者の手によって時期尚早の死をもたらすこと」⁶⁰とされる。そして、例えば医師が、致死量の薬物を患者に注射することによって、意図的に死をもたらすことは「積極的安楽死」、人工呼吸器や点滴を外すことによって結果的に自然死を早めることは「消極的安楽死」と定義される⁶¹。本章においても「安楽死」は以上の意味規定で論じることとする。

第三者（主に、医師）が安楽死を施すことは、外見上刑法199条（殺人罪）および202条（囑託殺人罪）の構成要件を満たす行為であり、その適法性が問題となる。安楽死を施した者が被告人となった裁判例は日本において9件あり、そのすべてで有罪判決が下されている。ここで問題となるのは、安楽死・尊厳死を望む人が少なからず存在する現状に対して、現行法の解釈が適切であるとはいいきれないことである。安楽死をどこまで許容し、どこから禁すべきかを改めて検討することで、一定の範囲で安楽死を合法化する解釈が明確化されることが求めら

⁵⁹ 宇都宮大学大学院地域創生科学研究科先端融合科学専攻博士前期課程2年

⁶⁰ 石丸昌彦『死生学入門』（一般社団法人放送大学教育振興会、2017年）224頁。

⁶¹ 消極的安楽死には、明らかに治療を行うことにより救命の可能性が高いにもかかわらず、リビングウィル等の存在により治療を差し控え、結果として死に至ったケースを含む。

⁵⁸ 岸本・瀬戸口・香月 前掲論文 pp.2-6。

れている。本章では、以下、安楽死の問題を、まず患者の自己決定権と死ぬ権利の問題から論じ（6. 1～6. 3）、次に、オランダにおける安楽死法の状況を概観し（6. 4. 1）、最後に、日本における安楽死の問題をACP制度により解決しようかという問題について一つの展望を示したい（6. 4. 2）。

6. 1 自己決定権と「死ぬ権利」

6. 1. 1 「自己決定権」の根拠

自己決定権とは、個人がどのような人生をどのように生きるかに関する基本的に重要な決定を自由になしうる権利をいう⁶²。この権利は、一般に幸福追求権から導き出されると考えられている。憲法13条は、「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。」と、いわゆる幸福追求権を定めている。幸福追求権とは、つねに新しい人権を生み出していく母胎的な役割を果たす概念として設定されている。自己決定権は憲法に明記された権利ではないものの、本条より導き出されるものである。しかしながら、自己決定権の核心部分はその内容が比較的明確であるものの、周辺部分においてどこまでが含まれるかが明確に定式化されていない段階にあり、判例もはっきりと認めるには至っていない⁶³。

6. 1. 2 死を選択する自己決定権の是非

安楽死を選択する行為は、言い換えると死を選択する自己決定権の行使といえることができる。日本の刑法においては、自らの意思で死を選択する行為すなわち自殺は「犯罪」とされていないため、自殺が刑法上違法であるかという議論が行われることはない。しかしながら、法哲学を頂点とした法体系全体を通して「自殺は違法であるか」という論点については、以下のような議論が展開されている。

6. 2 自殺は違法であるか

6. 2. 1 自殺の違法性を否定する見解

まず、自殺の違法性を否定する【自殺は違法では

ないという】見解、もしくは自殺は法の放任行為【自殺についてそもそも法は関与しない】とする見解がある。香川は、自殺の違法性を否定できる根拠として「自殺とは、意識的になされる自己の生命の断絶であり、自己法益の自己処分だからであり、専属的法益である自己法益の自己処分は、違法性を欠くとしなければならない」⁶⁴とし、また町野も同様の見解をとっている⁶⁵。これらの見解は、いずれも生命は自己法益であり、その処分は違法ではないという立場に立脚している。一方平野は、「自殺は法的には放任された行為であり、違法な行為ではないというべきであろう。」⁶⁶と述べ、そもそも自殺に対して法は関与しないという立場をとっている。さらに谷は、「法秩序が自殺を違法として評価することは、法益主体本人に対しても自らの生命という法益を侵害してはならないと命令することにほかならない。それはつまり、国家が個人に対して『生命の継続義務』を課すことを認めることとなるから、法は自殺を違法としてこれを禁止し得ない」と指摘している⁶⁷。

6. 2. 2 自殺を違法ととらえる見解

これに対し、自殺を違法ととらえる見解もある。それらは主に自己決定権に優越するもの【たとえば、生命】が明らかに存在するという点に基盤を置いている。たとえば、橋本は、「生命は自律的自己決定を可能ならしめている生物学的基礎であり、自己決定との関係でいえば、自己決定は生命という基盤の上にしか成り立ちえない。その意味で自己決定権は、究極的には生命の支配下にある。そのような性質上自己決定によって生命を処分することはできず、法益処分の観点から違法性を否定することはできない」⁶⁸と述べ、自己決定権を行使する基礎である生命を消滅させることの矛盾を指摘している。

また甲斐は、「一人の人間は、単に個として孤立

⁶⁴ 香川達夫『刑法講義〔各論〕第三版』（成文堂、1996年）370頁

⁶⁵ 町野朔『犯罪各論の現在』（1996年、有斐閣、）13頁

⁶⁶ 平野龍一『刑法概説』（1977年、東京大学出版会）158頁

⁶⁷ 谷直之「自殺関与罪に関する一考察」同志社法学44巻6号（1994年）182頁

⁶⁸ 橋本正博「自殺は違法か」一橋法学2巻1号（2003年）45頁以下

⁶² 高橋和之『立憲主義と日本国憲法第4版』（有斐閣、2017年）144頁

⁶³ 高橋・前掲注(1)153頁

的に存在するものではなく同時に社会的存在であり、個的存在と社会的存在とは不可分の関係にある。それゆえ法は、社会の根幹を形成する個々の人間の生命の放棄を許容してはいない。それゆえ自殺の権利あるいは死にたい患者を殺害してよいということを正面から認めるわけにはいかない。また、憲法上生きる権利は存在しても、死ぬ権利は存在しない。自己決定権は重要だが、万能ではないことを自覚する必要がある」と述べ、社会的存在としての個人の重要性の立場から自己決定権により死を選ぶ権利の妥当性を否定している⁶⁹。

このように、死を選択する権利についての違法性については、議論が分かれている。

6. 3 自己決定権の限界

ここで、安楽死を自殺の一形態ととらえた場合、自殺を違法ではないと考える論者がすべての安楽死を合法ととらえているわけではなく、また、自殺を違法と考える論者も、安楽死をすべて違法と考えているわけではない。また、安楽死の場合、自殺の違法性の問題以外に、自殺幫助、囑託殺人の要素があり、その違法性の問題も生じる。本章で、その議論を詳細に論証する余白はないが、判例によれば、たとえば、積極的安楽死の正当化には、医学的判断に基づく治療義務の限界や、緊急避難（刑法37条）といった要件がまず必要であり、さらに、その前提として安楽死を受けるといふ患者本人の真摯な自己決定が必要であるとされている⁷⁰。すなわち、たしかに、患者の自己決定権のみを理由に積極的安楽死を容認することは難しいが、条件次第で適法とされる余地もあり、いずれにしても、少なくとも自己決定権は必要条件であることになる。

以下、本章で注目すべきは、たしかに自己決定権は重要な権利であるが、ただし、死を選択するという自己決定権は、法的議論を離れて、直観的にも無条件に認めることは困難ではないかという問題である。まず、患者が自己決定を行った時の状況の問題である。人は病気になったとき弱気になり、将来を悲観しがちである。そのような精神状態で行った自己決定がどれだけ有効であるのかという素朴な疑問が生じる。また、人が一度下した意思決定が変化する

ことはしばしばある。これは、病者に限らずだれにでも起こることである。さらに、自己決定を一人で行うことも多く、その決定内容を家族が承知していないケースも想定しうる。このような状況のもと、実際、日本では、死を選ぶ権利としての自己決定権を医療者が全面的に肯定することは難しく、たとえば医療現場において医療者がリビングウィルを全面的に重視することがためられるケースが報告されている⁷¹。死を選択するという自己決定権のこうした問題をどのように捉えればよいであろうか。以下、積極的安楽死が認められているオランダを手掛かりに考えてみよう。

6. 4 自己決定権の明確化のためACP

6. 4. 1 オランダにおける安楽死制度

オランダでは、1971年の「ポストマ医師安楽死事件」⁷²をきっかけに、国民を巻き込んだ安楽死合法化に関する議論を経て、2001年に「要請に基づく生命の終焉ならびに自殺幫助法（以下安楽死法）」が制定された。この法律は、世界で初めての安楽死法であるとともに、患者が安楽死を選択する理由として、肉体的苦痛のみならず精神的苦痛をも認めたものである。この立法は、オランダ人の個人の自己決定権を認め合う強い意思と自分自身の自己決定権の主張の強さの表れとも言える。オランダでは、各人が自己の尊厳を守り、死を前にしても患者自身が自尊心を持ち続けようとする努力を断念せずに、そ

⁷¹ （公社）日本看護協会では、その看護実践情報中で、リビングウィルを所持している患者に対する対応方法について説明している。その中では、患者本人および家族のリビングウィルに対する意思確認を慎重に行うとともに、治療の可能性について説明する等の働きかけが重要であると述べられている。また、同時に、医療関係者のジレンマについても言及している。https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/text/case/jirei_03.html

⁷² ポストマ事件は、女医であるポストマが半身麻痺の母親の求めに応じ、致死量のモルヒネを投与し死に至らしめたものである。この事件を受け、国立オランダ医師会は、患者が不治の状態にあり、本人が自発的に要請した場合には、生命を縮める可能性があってもモルヒネ等の苦痛緩和剤を投与することを容認した。このようにポストマ事件は、オランダにおける安楽死合法化運動のきっかけとなったものである。

⁶⁹ 甲斐克則『安楽死と刑法』（2003年、成文堂）5頁。

⁷⁰ 横浜地判平成7年3月28日判決判時1530号28頁。

れまで刑法で禁じられていた安楽死を求めてすら、尊厳のうちに死を迎える道を選ぶのだと思われる。そのような場合、患者の家族も、本人の意思を尊重して、本人が求める死の迎え方ができるように支援する。たとえば、家族同士で、いかに死に至るかについてオープンな議論を積極的に行い、リビングウィルの実現に向け、臨死期に本人の意思が全うされるよう医療関係者と話し合う。さらに、伝統的な「かかりつけ医制度」がつくりあげてきた、医師と患者の十分なコミュニケーションを通じた信頼関係がその自己決定権を支えていると言える⁷³。

6. 4. 2 自己決定権の明確化のためACP

以上、本章では、日本において、死を選ぶ自己決定権が認められることの難しさについて、法解釈の議論と医療現場の状況から考察し(6. 1から6. 3)、また、対照的に、オランダにおいて安楽死が許容される状況について概観した(6. 4. 1)。もちろん、日本人とオランダ人の自己決定権観は異なり、また、それぞれ文化的・歴史的背景も違うものであるため、両者を単純に比較することはできない。しかし、オランダにおける「かかりつけ医制度」は、日本の終末期の医療現場における自己決定権の信ぴょう性を保証するための一つの手立てになるのではないだろうか。すなわち、オランダ人が医療に関する自己決定を行う際には、常に医師がその「傍ら」におり、継続的な相談・議論を行いながら進めている。他方、日本においては、かかりつけ医はほとんどの場合、単に病気になったときにその治療に行く存在にすぎず、人生をかける決断を行うときの相談相手とは言えない。ここで重要な点は、自己決定の「プロセス」である。オランダではかかりつけ医と常にコミュニケーションをとる環境があり、その決定には一定の説得力がある。しかしながら、日本ではそうした環境が乏しく、それゆえ、とくに死を選択する自己決定の内容の信ぴょう性に問題があることが想定される。そして、現場の医師も患者のリビングウィル等に触れたときに、即座に納得のいく判断ができないことがあるのは当然であると考えられる。

そこで、今後、日本においては、本稿第3章でも論じられたACP制度が、死を選択する自己決定と

いう重大な内容の信ぴょう性の問題を解決する可能性をもつのではないかと展望する。すなわち、今後、日本においてACPの一定の手続きを経ることは、本人・家族・医療関係者相互の十分なコミュニケーションと対話のプロセスの結果として(さらに理想としては、そのプロセスと結果を各関係者の署名等の認証があるリビングウィル等の「文書」として残すことで)、医療現場等における患者の自己決定を確認する手立てとなりうるのではないだろうか。本章の締めくくりに、以上のように、今後の日本における安楽死問題を解決する手立てとして、ACP制度の可能性⁷⁴を展望し、ひとまず議論を閉じたい。

おわりに 人生会議(ACP)としての死生学

以上、本稿第Ⅱ部では、ACP(人生会議)という、日本ではまだ新しい概念を一つの共通テーマとしながら、第Ⅰ部総論(別稿)に続き、第Ⅱ部各論(第3～6章)が展開された。ACPは、日本では「ACP」という表記で、あるいは、訳語がふされず、アドヴァンス・ケア・プランニングとカタカナ表記のままで語られることが多い。かつて、板井(2011年)は、ACPを「事前ケア計画」⁷⁵という訳語において紹介し、さらにそれが『ALP(Advance Life Planning: 事前の人生設計)』といった、ACPをより包括する概念の一部であると論じている。また、「人生設計(Life Planning)」という表現を引き合いにだし、ACPが「個人の資産運用や金融に関する経済的な『生活設計』という意味合いの『ファイナンシャル・プラン』といった、経済生活をベースにした人生設計に限定されず、・・・『いかに生きるか』という人

⁷⁴ ACPを推奨する厚労省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」は、ただしその「解説編」において「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」としている。ただし、本稿の立場としては、今後ACPがもちろん丁寧な慎重な条件のもとに、安楽死を選ぶ自己決定を一定程度許容しうる制度となりうると展望する。<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197722.pdf>

⁷⁵ 板井孝彦「ACP(事前ケア計画)としての事前指示―「共有プロセス」を支える臨床倫理」『人間と医療』1(1)、2011年、p.23。

⁷³ 星野一正「オランダで、安楽死の容認はなぜ可能なのか」時の法令1650号(2001年、雅粒社)。

生そのもののあり方を包含する」⁷⁶ものとしている点が興味深い。さて、本稿に先行する第Ⅰ部（別稿）「はじめに」でも触れたように、ここで第Ⅰ部・第Ⅱ部全体のメインテーマである「死生学」の探究が、「いかに生きるか」という「実存的」「実践的特徴」をもつものとして、＜「死の現象」の学的考察から、改めて「生」を考えるという営み＞であったことを想起すると、ACPは死生学の探求の営みと同じ目的を有すると言える。

実際、少なくともこの死生学特論における「死生学」においては、参加メンバーが、知らず知らずのうちに、みずからの死について ひるがえって、自らの生について考える機会となり、文字通り、ある種のACPの疑似体験、もっといえばACP（人生会議）の先取りの意味を持ちうる場であったとふりかえる。

ただし、第3章および各論で言及されたACP（医療現場におけるACP）との大きな違いは、その対話が、家族や医療者と共にではなく、初対面どうしの、また、まだ健康な人間同士の「人生会議」的「対話」であった点にある。すなわち、それは、一見したところ、会田の整理における日本型ACP（relational autonomy型）ではなく、英語圏のACP（autonomy型）と重なる対話ではあった。しかし、「対話」の実際は、死生「学」として客観的・普遍的な対話にとどまらず、同時に、それぞれの「私がいかに生きるか」という主観的・個人的・実存的観点において、第4章（中谷）で言及されたような、「相互変容」の過程となったことがしばしば実感された。たしかに、英語圏ACPでは、ACPは病気になってから、終末期に、ではなく、健康なうちに実施される場合もある。つまり自律的ないわゆる「強い個人」のうちに、自らの意思や意向を自覚し、「もしもの時」に備え、家族あるいは病院と事前に共有し、いわば、いかに死を迎えるかという覚悟を決めるという自律的人間理解ACPが想定されてもいる。しかし、そもそも「対話」とは何かという問題ともつながるが、この死生学特論の対話では、まだ健康で、「強い」はずの参加メンバーのほとんどが、しばしば揺らぎ、自らの価値観が必ずしも一枚岩ではないこと、そして、改めて潜在的患者、死すべき存在としての自らの有限性や弱さを自覚する過程と

なった。

最後に編集後記もかねて、共著者それぞれによる死生学の可能性についてのコメントとともに、死生学の可能性を展望し、ひとまず筆をおく。

【死生学特論をふりかえって】

【堀強（第1章担当）】昨今、在宅死（介護施設等での死亡を含む。）が漸増し、病院死が漸減する傾向にあり、また後期高齢者が急増する中で、介護施設や在宅介護における人生会議（ACP）の必要性の高まりに気付かされるとともに、外国人介護人材を含む介護人材にとって死生観が重要な課題であると認識しました。

【村松英男（第2章担当）】「人生会議」：人生会議のエッセンスは「自己対話」にあると考えています。人生会議を触媒として、会議のメンバー全員が「自己対話」（＝自分の死と向き合う時間）を持ちます。そこでは、死は最早、他人事ではなく、自分の死の準備演習となり、その後の「生」を紡ぐ糧となります。

【中谷竹代（第4章担当）】対話の意義：山田先生と皆さまとの対話経験は、はからずも私のテーマ「相互理解」を獲得する習練となりました。「自己発見」を超えて「他者発見」できました時、自己の閉ざされた世界（思い込みと無知）から解放されるのだと、思い至りました。私は、決して孤立していないと、温かなものを感じました。「生」への希望を、「死」を見つめたこの一年があることで、考えることができました。

【趙曉辰（第5章担当）】共著論文や議論を通して、異なる立場と考え方を持つ人々を協働させるためには、大きな共通している目標から動機づけをもらうことが必要だと思いました。学際的な研究も、ACPも、妥協しながら前進するためには、根本的なものを改めて考えることが大事であると感じました。

【児玉博利（第6章担当）】私は刑法学専攻で安楽死の合法化要件について研究している。刑法的に人の死を考える場合、人の生命を無機質なものとして取り扱ってしまう傾向がある。本年度「死生学特論」のゼミ受講は、生命の尊厳および重要性につき改めて考えるよい機会となった。

令和4年4月1日 受理

⁷⁶ 坂井 前掲論文 p.23。

Potentials through Death & Life Studies / Thanatology II

ACP as a Jinsei-Kaigi : some particulars

Yukiko YAMADA, Tsuyoshi HORI, Hideo MURAMATSU, Takeyo NAKAYA,
ZHAO Xiaochen, Hirotoishi KODAMA