

超高齢社会における法と倫理—高齢者の自己決定支援のための方策を探る

岩田 太

上智大学 法学部国際関係法学科 教授

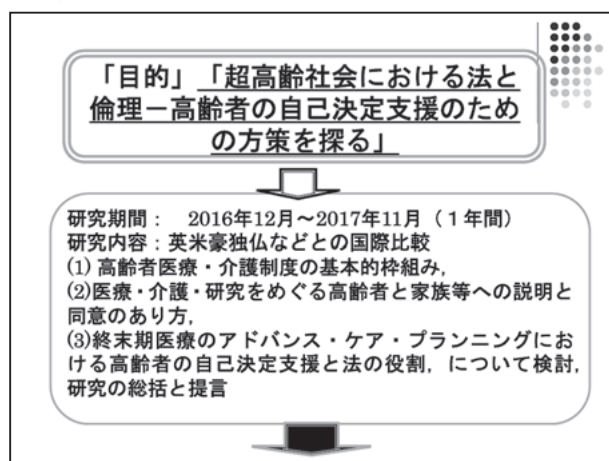
私は法学部に所属しておりますので、医療とかケアについては全くの門外漢で、しかもこの分野では大家である甲斐先生の前で報告させていただくのは、本当に光栄だと思っております。

タイトルとしては『超高齢社会における法と倫理—高齢者の自己決定支援のための方策を探る』ということで研究をさせていただきました。

【ポスター1】

基本的にはここに書いてあるようなことですが、各国における医療とか介護の基本的枠組みを押さえた上で、医療ケアの場面における高齢者自身や家族への説明や同意の在り方とか、さらに最近日本でも推進されていますAdvance Care Planningにおける自己決定支援とか、その分野における法の役割ということについて検討してきました。

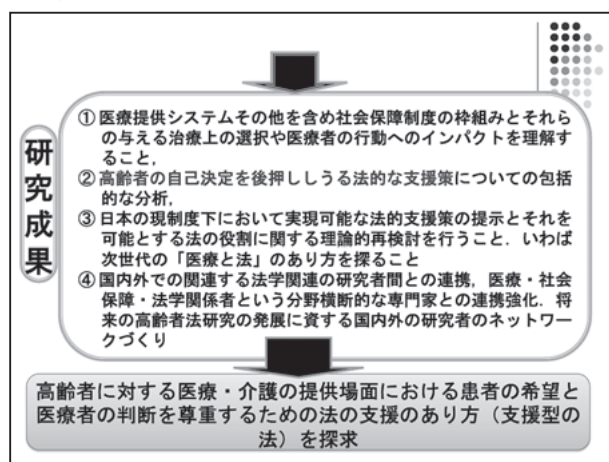
ポスター1



【ポスター2】

各国における現状認識が一番大きな分野ですが、その現状認識を通じて高齢者の医療介護における…何と…患者の希望を尊重するとか、お医者さんの判断を尊重するための法の支援の在り方みたいなことを探求しようということで検討しました。

ポスター2



【ポスター3】

対象はここに書いてあるように、日、米、英、アイルランド、オーストラリア、韓国、フランス、ドイツということで8カ国あるので、とても私だけではできませんので、ここに挙げてある先生方…ほとんどが法学の先生ですが、社会保障法

とか医療政策とか英米法の研究者に入っただいて、一緒にやらせていただきました。

最後の部分に挙げてありますけれども、6月に行われた法学系の学会で報告して、そこでの報告に基づいた論文がもうすぐ発刊される状態になっています。

全ての国について報告することはできませんので、私が担当したオーストラリアについていくつかお知らせしたいと思います。

【ポスター4】

オーストラリアにおける高齢者の医療とかケアで最大の問題は、何といても安らかに亡くなるということがやはり難しいという状況にあることです。オーストラリアの場合、大体6、7割が自宅で亡くなりたいと言っているにもかかわらず、他の欧米諸国に比べても施設で亡くなる割合が高い状況になっています。

アメリカ同様、判例とか制定法で患者の治療中止の権利は既に認めています。ですので、Living Willというようなものを含む事前指示書とか、その医療同意のための代理人の任命と、その判断に法的に拘束力を認めています。さらに支援センターみたいなものもある。だから、自己決定権を認めるような法的な体制はあるのだけれども、必ずしもうまく機能していない。多くの人たちが自己決定をしていない。Living Willを残していない。これは、いろいろなところで言われていることです。

仮に自己決定して、Living Willが残っていたとしても、現実にかかる場面はさまざまなので、それどおりにうまくできないというか、やったとしても本人のためにならないようなことが起こっています。

【ポスター5】

オーストラリアも連邦制をとっていますので、全てのところを見るのは難しいのですが、例えばということで、ビクトリア州ではこういう問題を解決するために、2016年に改正法ができました。あまり詳しくは言えませんが、簡単に言うと法の形式面での簡潔化と内容面での現代化と説明しています。

ポスター 3

研究班メンバー: 社会保障法 & 英米法 研究者 & 焦点: 日米英ア豪・韓・仏 独における医療+介護

- 樋口 範雄 (武蔵野大学): 企画責任者・日本
- 関 ふ佐子 (横浜国立大学): アメリカ
- 小館 尚文 (アイルランド国立大学): イギリス・アイルランド
- 洪 性珉 (ホンソンミン)(韓国法制研究院): 韓国
- 柴田洋二郎(中京大学): フランス
- 川久保 寛(神奈川県立保健福祉大学): ドイツ
- 岩田 太 (上智大学): オーストラリア

▶比較法学会第81回 総会シンポジウム「高齢者医療・介護と法」(関西大学において、2018年6月3日(日))(比較法研究第80号(近刊))

ポスター 4

豪州の例: 抱える問題一米と共通

- 死の現実: ①自宅での死の希望者が6-7割にもかかわらず、他の欧米諸国に比べ施設で亡くなる率が高い(86%が施設(病院54%、老人施設32%)); ②慢性疾患でなるなる場合が多く終末期が長くなる傾向
 - 判例ないし制定法で患者の治療中止の権利を承認
 - 患者の意思を尊重するために、Living Willを含む事前指示書(Advance Directives)や医療同意のための代理人の任命にそれぞれ別個の法律によって法的効果を認めるあり方+支援の枠組み(支援センター&審判所)
- ←必ずしもうまく機能せず=いわゆる自己決定の限界の問題
- ① 自己決定しないという限界(できない人の存在+多くの人が望まない(Living Will(LW), ADを作成せず)).
 - ② 自己決定しても機能しないという限界(LWやADの具体的な事例への適用の難しさ)

形式面の話は、いろいろな法にちりばめられていた関連する規定を一つの法律にまとめたというのが一番大きな点です。

内容面ではここに4つのことを書いてありますけれども、従来医師の裁量を重視していた在り方から、「患者の価値観がやはり一番重要なんだ」ということを再度宣言することをしていて、オーストラリアではパラダイム・シフトだと言われて大きな評価を受けています。日本同様 Advance

Care Planningを推進するということで、人工呼吸器を付けるかどうか・外すかどうかみたいな最期の点だけではなくて、もう少し広いケアの在り方全体を改善しようということで取り組んでいる。さらに、緩和ケアをもっと充実させようということで、がん以外の疾患にもなるべく早期に使うようにということが推進されている。あと、自発的助死法という、患者が自殺するときに医師が手伝ったときに医師の免責を認めるというような法律も、昨年できている状況です。

【ポスター6】

ちょっと話は変わりますが、オーストラリアのビクトリア州ではなく、クイーンズランド州というところで少し面白い現象があるのでご紹介したいと思います。

クイーンズランド州ではビクトリア州と同様、Living Willとか Advance Directivesとか、医療代理人の法的判断に拘束力を認めるというようなことは、全て同じように認められているのですが、その法的な手続きから離れて、法的に認められていない『Statement of Choice』という簡易版の Advance Directivesみたいなものをお医者さん

たちが考えて、その利用が広がっています。あえて法の手続きから離れるというような現象が起こっているのです。なぜかという、先ほどの自己決定の限界と一緒に、正式な Advance Directivesは表紙も含めて24ページ。この簡易版のほうは5ページ。患者の自分の思いだけを伝える部分は1、2ページなので、簡単に言うと、あまり重い手続きをしかりやろうとすると誰もやりたがらないので、もう少し軽い方向で、ということです。

この部分で面白かったのは、法律関係者は一貫して、こういう新たなお医者さんたちが考えたものを否定的に評価しています。だから、法律家は…自分で言うのも変ですが、ケ

ポスター 5

豪州の例： 対応策(例, Victoria州の2016年改正法一法の簡潔化・現代化)

- 患者の価値観最重視の宣言 (Value & Preference of patients): 患者の思いを最重視しつつ支援する手法へのパラダイム・シフト
- Advance Care Planning (事前ケア計画, 患者の意思決定支援計画)へ(点からケア全体・プロセスへ)
- 緩和ケア充実に向けた全面的見直し
- + 自発的助死法 (医師免責法)

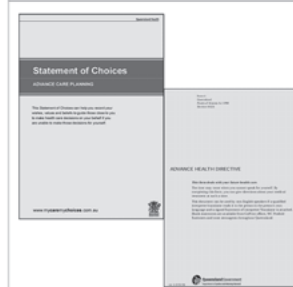
5

ポスター 6

豪州の例： 制定法枠組みからの離反：簡易版ADの利用増加： Queensland 州公立病院での動き

- Statement of Choice (最終段階の医療・介護についての宣言)(5頁)ー医療者発案で利用増加
 - 法的効果が与えられていないー法律家には不評
- ←法の複雑化への疑問 (制定法上の事前指示書(24頁)の詳細さ, 重たさ

簡易版(5頁), 正式AD(24頁)



アの質みたいなのにあまり関心がなくて、形式的な部分を重視しているような状況かと思いました。

【ポスター7】


まとめに行きます。

先ほど申し上げたように、多くの高齢者が自分の希望を示していないので、その思いをいかにくみ取るかというのが各国共通した課題である。

それに加えて、一部の国に限られていると考えられていた積極的安楽死法、また自殺を認めるような尊厳死法みたいなものも、一部広がっているような動きがある。

そういう動きを見ると、やはりどこの国が成功しているというようなことはなくて、各国でも模索が続いている状況かなと感じています。

ポスター7



全体:成果

- 多くの高齢者が事前指示書などによって自らの希望を表示しておらず、いかに高齢者の意思をくみ取るのが先進国に共通する課題
- 終末期の患者に対する医師による自殺ほう助の免責や積極的安楽死は、従来オランダ・ベルギーなどのEUの小国と、合衆国などの一部に限定的なものだが、世界的なうねりに
- 人口最大州のカリフォルニアで尊厳死法(2016)が成立(全人口の相当数に対し医師による尊厳死が可能)
- 医師による自発的介助死:カナダの2016年法、豪州Victoria州の2017年法
- 台湾、韓国: 延命治療中止法の制定
- 諸外国でも人生の最終段階の医療・ケアのあり方の向上のための模索が続いていることも判明

【ポスター8】


全体でお知らせすることは、先ほど申し上げたことの繰り返しになりますが、法律で自己決定権を認めて、何とか高齢者の医療とかケアの質の向上しようと思ってきたのですが、必ずしもうまくいっていないということかと思えます。

そんな中で、やはり患者の判断を尊重するという方向は動かさないで、それを尊重していかに安らかな死を迎えさせるかということで、各国共通したいろいろな模索をしていて、日本でもガイドラインが改正されたり、先ほど申し上げたように、オーストラリアなどでは法だけではなくて医療者発案で対策をとるようなことをしている。

そういったときに法的な機能を考えると、必ずしも単純な積極面だけではなくて限界を表しているような状況が見えたということで、まとめとさせていただきます。

大変つたない報告ですけれども、ありがとうございました。

ポスター8



全体:考察

- ◆ 諸外国においても単に患者の自己決定を権利として認めるだけでは、終末期における医療・ケアの向上が必ずしも十分改善されてこなかった
- ◆ 治療の中止か、医師による介助死までかには違いがあるが、人生の最終段階を迎える高齢者などに対し、その尊厳を維持するために患者の事前の判断を尊重し、安らかな死を迎えさせようとする点で共通
- ◆ 日本では、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定(2018年3月)。
- ◆ 豪州では、医療者によって制定法上の周知な事前指示の手続きを外れる動き⇒患者の意思に即した医療・ケアの提供を後押しする法機能が、必ずしも単純な積極面だけではなく、その限界も示す&日本のガイドラインに基づく規制と近接し興味深い現象

【ポスター9】

ポスター 9

成果の一部

比較法学会第1回 総会シンポジウム
「高齢者医療・介護と法」
9:30~16:30 定602
(2018年9月30日(日))

企画責任者・司会樋口純雄(武蔵野大学)
午前の部 9:30~12:00
9:30~10:00 「総論(企業経営)・日本の現況」
樋口 純雄(武蔵野大学)
10:00~10:30 「アメリカ」
堀 ふた子(横浜国立大学)
10:30~11:00 「イギリス&アイルランド」
小籠 真文(アイルランド国立大学)
11:00~11:30 「オーストラリア」
岩田 太(上智大学)
11:30~12:00 「韓 国」
洪 性璽(ケン ソンソル)(韓国法制研究院)

午後の部 14:00~16:30
14:00~14:30 「フランス」
柴田淳二郎(中京大学)
14:30~15:00 「ドイツ」
川久保 寛(神奈川立保健福祉大学)

シンポジウム
高齢者の医療・介護と法

比較法研究80号(近刊)

目次

1. アメリカの終末期ケア・ホスピスケアと人生の意思決定
2. イギリスとアイルランドにおける高齢者の意思決定支援システム
3. 韓国の高齢者医療・ケアにおける意思決定について
4. 韓国における高齢者医療・介護と法
5. フランスにおける高齢者の意思決定支援に関する法制
6. ドイツにおける高齢者の意思決定支援

岩田 太

柴田 淳二郎

川久保 寛

岩田 太

柴田 淳二郎

川久保 寛

質疑応答

座長： どうもありがとうございました。岩田先生はアメリカ法を中心に、オーストラリアにも以前調査に行かれて、この種の問題に非常に造詣の深い方です。貴重なご報告と思います。

会場： 安楽死と尊厳死は意味合いが全然違うと思うのです。先月NHKで、『人生100年の時代』という番組で、95歳で認知症の人を透析しているわけです。1人500万円かかるのですよ。こういうことは、果たして本当に社会保障の点でいいのか。こちら辺はもっとはっきりしておかないと…。近隣の国ではみんな尊厳死法が法律でできているわけです。日本だけが、ずっと国会で審議すると言いながら、ほとんどちゃんとした審議ができていない。やはり1日でも早く尊厳死法を決めると、だいぶ解決するのではないかなと思うのですが。

岩田： なかなか難しい問題だと思います。ご質問に直接答えるような形にはならないのですが、今の点で少し。今の事例とは違いますが、例えば透析治療などをやっているときに、実は患者さんももうやめたいと思っている。ただそれがうまくやめられないような状況がある。私がクイーンズランドのお医者さんに話を聞いたとき面白いと思ったのは、結構、患者さんが、「家族やお医者さんたちがこんなに頑張ってくれているんだからやめない」「続ける」と、家族とかお医者さんのために言われるそうなんですよね。クイーンズランドでは、そういう事例を見て何とか出口を見つけようということで、いかに「やめる」と言わせてあげるか、そして、言われた後にどういったサポートをするかというプログラムを組んでいる

ようなのです。だから、治療費の観点からやめろというのはなかなか難しいと思いますので、そういう、患者さんのためというところで、いかに中止をするかみたいなことはすごく重要なテーマだと思っています。

会場： 私は認知症ケアのプログラム開発に従事しておりますので、非常に興味深く聞いておりました。ご発表の中にも表れているなと思ったのですが、どのようなタイミングでなら人は自己決定するのかというのが恐らく難しく、選択肢を用意しても、また、制度を用意しても、結局使われないということを示していただいたと思っています。

それで、日本だとどういうことをしたら自己決定ができるようになるのかなと考えていたのですが、でも、介護保険を使い始めるときにこういうのを書きましょうと言うと、自己決定を強制するという時点で既に自己決定ではないなと思ってしまいました。岩田先生なりに、何か、こういうタイミングでとか、こういうところでなら自己決定をする機会をうまく提示できるのではないかというものがありましたら、教えていただけるとありがたいです。

岩田： いや、その問題はきっと全世界中の人たちが苦しんでいる話なので、私に良いアイデアなどないのですが、ビクトリア州がこの改正をしたときに、広報をしなければいけないということでいろいろな努力をされています。行政庁がやることは当然ですし、医療機関とか支援センターみたいなところが広報活動をしているのですが、それだけではなくて、マーケティングの専門家とか…つまり医療や法とは関係ない人たちを取り込んで、まさに商品売るみたいな形を採り入れて積極的な努力をしていました。Facebookを使って調査をしたり、そこにはいろいろな人たちが自分の親を看取った経験などを自由に言うようなことがあって、従来やられていた方法より少し変えるようなことが必要なのかなということを感じた次第です。きちんとしたお答えにはならないですが…。

会場： いえ。ありがとうございます。