

- Med. 342:206-210.
- Grenvik A. (1983) "Terminal weaning"; discontinuance of life-support therapy in the terminally ill patient. *Crit Care Med.* 11:394-395.
- The Hastings Center. (1987) *Guidelines on the termination of life-sustaining treatment and the care of the dying.* Bloomington: Indiana University Press.
- Murphy LM, Lipman TO. (2003) Percutaneous endoscopic gastrostomy does not prolong survival in patients with dementia. *Arch Intern Med.* 163:1351-1353.
- Post SG. (2001) Tube feeding and advanced progressive dementia. *Hastings Cent Rep.* 31:36-42.
- Prendergast TJ, Luce JM. (1997) Increasing incidences of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *Am J Respir Crit Care Med.* 155:15-20.
- Printz LA. (1988) Is withholding hydration a valid comfort measure in the terminally ill? *Geriatrics.* 43:84-88.
- Society for Critical Care Medicine (SCCM) Ethics Tasks Force. (1990) Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatment in the critically ill. *Crit Care Med.* 18:1435-1439.
- Strauss A, Corbin J. (1998) *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing Grounded Theory*, 2nd edition. Thousand Oaks, CA: Sage.
- The SUPPORT principal investigators. (1995) A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. *JAMA.* 274:1591-1598.
- Truog RD, Cist AFM, Brackett SE, et al. (2001) Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med.* 29:2332- 2348.
- Veatch RM. (2003) *The basics of bioethics*, 2nd edition. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc; p.97.
- 会田薫子. (2008) 脳死患者における人工呼吸器の中止:救急医に対する質的研究. *生命倫理.* 19:in press.
- 秋葉悦子. (1997) 臓器移植法の成立. *法学教室.* 205:46.
- 植村和正. (2000) 高齢者の終末期医療の特徴. *これからの老年学* (井口昭久編). 名古屋:名古屋大学出版会;p. 302-305.
- 甲斐克則. (2003) *安楽死と刑法.* 東京:成文堂.
- 金基玉. (2004) 韓国の終末期医療と医療倫理指針. 林謙治編 平成 16 年度 厚生労働科学特別研究事業報告書「終末期における望ましい医療の内容に関するガイドラインの策定に関する研究」. p.159-168.
- 厚生省. (1997) 保健医療局長通知.「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針. 健医発第 1329 号.平成 9 年 10 月 8 日.
- 厚生労働省. (2007) 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン.

- 厚生労働省. (2004) 終末期医療に関する調査等検討会報告書 - 今後の終末期医療の在り方について. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>.
- 国立社会保障・人口問題研究所. (2006)「日本の将来推計人口」(平成 18 年 12 月推計)の死亡中位仮定による推計.
- 斉田菜穂子、佐々木美和、岡手京子ら. (2006) 臓器移植と「人の死」に関する人々の認識 — 死生観に対する宗教的要因尺度を用いて. 日本看護学会論文集:看護総合. 37:427-429.
- 島崎修次、田中秀治. (2002) 法的脳死判定の課題—臓器提供施設の立場から. 日本脳死・脳蘇生学会誌. 14:26-27.
- 内閣府. (2007) 平成 19 年版『高齢社会白書』.
- 中村仁志夫、森本美恵、山田淑子、他. (2006) 脳死と臓器移植に関する学生の認識(2) 脳死は「ひと」の死か?について. 医学教育.37:45.
- 中山研一. (2000) 安楽死と尊厳死 — その展開状況を追って. 刑事法研究第 8 巻. 東京:成文堂.
- 日本医師会第 X 次生命倫理懇談会. (2007) 終末期医療に関するガイドライン.平成 19 年 8 月.
- 日本医師会第 III 次生命倫理懇談会. (1992) 「末期医療に臨む医師の在り方」についての報告.平成 4 年 3 月 9 日.
- 日本救急医学会 救急医療における終末期医療のあり方に関する特別委員会. (2007) 救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン).2007 年 11 月 16 日.
- 日本集中治療医学会. (2006) 集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告..平成 18 年 8 月 28 日.
- 平野龍一. (1997) 三方一両損的解決 - ソフト・ランディングのための暫定的措置.ジュリスト. 1121:30-38.
- 町野朔. (2004) 臓器移植法をめぐる論争.町野朔、長井圓、山本輝之編.臓器移植法改正の論点. 東京:信山社;p.291-297.

成年後見と医療同意権

安藤 淳子

1. はじめに

周知のように、日本は先進国の中でも最も高齢化が進んでいる国である。欧米工業国の高齢化速度¹はフランスが114年、スウェーデン82年、米国69年、イギリス46年、そしてドイツが42年であった。これに対し、日本では高齢化率が1970年に7%に達した後、1994年には既に14%を上回り、僅か24年で高齢社会の仲間入りをした。さらに、2007年には早くも21%に達し、日本は人口の5人に1人が65歳以上の超高齢社会になった。推計では、日本の高齢者人口は2042年の3,863万人でピークを迎え、その後は減少し始める。しかし、その間に少子化が進み、総人口が一億人を下回るため、2055年には高齢者の割合が40.5%となり、2.5人に1人が65歳以上の社会になると予想されている。

この少子高齢化社会を支える仕組みの一つとして、2000年4月に介護保険と同時に成年後見制度が導入された。これは明治31年(1898年)に施行された民法の禁治産・準禁治産の制度を改正したものである。制度改正にあたっては、欧米諸国の成年後見法が調査・検討されており、法定後見制度についてはドイツの世話法が、そして任意後見制度についてはイギリスの持続的代理権授与法が参考にされている。

本稿ではまず現行の成年後見制度を紹介した上で、成年後見と医療同意に関する代表的な見解を概観する。また、ドイツの世話法と比較しながら成年後見の実務から見た医療同意権の問題点に言及する。

2. 成年後見制度の概要

成年後見制度の基本理念は「自己決定の尊重」、「残存能力の活用」、「ノーマライゼーション」の三つの柱からなる。本人(制度の対象者)の意思を尊重し、また本人の心身の状態及び生活の状況に配慮しながら(民法第858条)、本人にとって最善の利益を財産管理及び身上監護を通して追求することを目的としている。成年後見制度は下記の三つの制度から成る。

(1) 法定成年後見制度

法定後見は知的障害、精神障害、認知症などにより事理弁識能力(判断能力)が不十分な成年を対象とする。成年後見には本人の判断能力に応じて、「補助」(判断能力が不十分)、「保佐」(判断能力が著しく不十分)、「後見」(判断能力を欠く)の三つの類型がある。

¹ 高齢化速度は、高齢化率(65歳以上の高齢者が人口に占める割合)が7%から14%に達するまでの年数で表される。国連の定義では、7%を上回ると「高齢化社会」、14%を越えると「高齢社会」、さらに21%以上では「超高齢社会」という。

法定後見開始の手続き 本人または申立権者が家庭裁判所に対し後見開始、保佐開始あるいは補助開始の審判を申し立てる。家庭裁判所は提出された申立書類（本人の財産状況、申立ての趣旨、申立ての実情、成年後見人等の候補者、診断書など）、さらには鑑定書（後見類型と保佐類型の場合）、調査官による報告などを審査した上で、相当とする後見類型及び成年後見人等²を選任する。申立て側が選択した後見類型及び提示した成年後見人等の候補者には拘束されない。複数後見、法人後見もあり得る。類型の変更及び審判に対する不服申立ては可能である。法定後見は法定後見の開始の審判の取り消し、成年被後見人等の死亡により終了する。また、成年後見人等が任務に適さない場合、家庭裁判所は職権あるいは成年被後見人等、成年被後見人等の親族、成年後見人等、同監督人、検察官の請求により成年後見人等を解任することができる。

成年後見人等の職務は本人の財産管理（銀行取引、不動産管理、税金の申告・支払い等）と身上監護（日常生活の見守り）からなるが、職務の範囲は類型によって異なり、さらに保佐と補助の場合は同じ類型でも個々のケースによって同意権・取消権あるいは代理権の範囲（特定の法律行為）が異なる。また、成年後見制度における身上監護は、本人の意思並びに心身状態及び生活の状況に配慮した介護や福祉サービス契約、施設入退所契約及び医療契約の締結など本人の生活環境のコーディネートを意味し、成年後見人等による直接的な介護や家事援助などは想定されていない。

図1 法定後見制度の概要

		補助	保佐	後見
要件	対象者	精神上の障害（知的障害・精神障害・認知症等）により事理弁識能力が不十分な者	精神上の障害（知的障害・精神障害・認知症等）により事理弁識能力が著しく不十分な者	精神上の障害（知的障害・精神障害・認知症等）により事理弁識能力を欠く者
開始 手続	申立権者	本人、配偶者、四親等内の親族、区市町村長、他の類型の援助者、監督人、任意後見受任者、任意後見人、任意後見人監督人、検察官		
	本人の同意	必要	不要	不要
	申立費用	申立手数料 約1～2万円＋鑑定費用（保佐・後見のみ）5～10万円		
機 関 の 名 称	本人	被補助人	被保佐人	成年被後見人
	援助者	補助人	保佐人	成年後見人
	監督人	補助監督人	保佐監督人	成年後見監督人
同 取 消 権	同意権付与の対象	申立て範囲内で家庭裁判所が定める特定の法律行為	民法13条1項に列挙されている行為	日常生活に関する行為以外の行為
	取消権者	本人、補助人	本人、保佐人	本人、成年後見人
代 理 権	付与の対象	申立ての範囲内で家庭裁判所が定める特定の法律行為	申立ての範囲内で家庭裁判所が定める特定の法律行為	財産に関する全ての法律行為
	本人の同意	必要	必要	不要
援助者の責務		本人の意思の尊重及び身上の配慮		

後見は旧制度の禁治産宣告に相当し、成年後見人には包括的な財産管理権及び代理権が付

² 以下「成年後見人等」とは補助人、保佐人、成年後見人をさす。

与され、本人がした行為を取り消すことができる。ただし、新制度では例え後見類型であっても、旧制度のように被後見人の行為を全面的に取り消す権限はなく、本人による「日常生活に関する行為」（食料品、衣料品の購入）を成年後見人が取り消すことはできない（民法第9条）。また、遺言、婚姻、養子縁組等の身分行為や医的侵襲への同意などについても、その一身専属性により、成年後見人等には一切同意権限がない。

後見類型で特に留意すべき点は、成年後見開始の審判が下ると、成年被後見人は選挙権を喪失することである（公職選挙法第11条第1項）。さらに、印鑑登録の抹消や職業(弁護士、医師など)、社会活動（会社役員など）の資格制限もある。

保佐は旧制度の準禁治産宣告に相当する。保佐人は民法13条1項に列挙されている行為（不動産の売買、贈与、訴訟等）について同意権・取消権を有する。しかし、代理権は特に付与されていない。本人または申立権者は、必要に応じ特定の法律行為に関する代理権付与の審判を家庭裁判所に申し立てることができる。旧制度では「浪費者」も保佐の対象であったが、新制度では対象から外された。ただし、浪費が精神上的障害に起因する場合は保佐または補助の対象になる。保佐類型では選挙権を失うことも印鑑登録の抹消もないが、資格制限はある。

補助は新設された類型で、保佐類型よりも軽度の精神障害者を対象としたものである。補助の場合は後見や保佐類型とは異なり、法定後見開始と同時に効力を生ずる同意権・取消権あるいは代理権の対象となる具体的な法律行為は定められていない。従って、補助の場合には、補助開始の審判を申し立てる際に、本人または申立権者が本人の同意を得て、少なくとも同意権（取消権は付随する）か代理権の一方の対象となる法律行為を申し立てなければ補助人の権限の範囲が確定せず、補助開始も成立しない。³ 家庭裁判所の審判を前提とはするが、補助は成年後見人等の職務権限に関しては、最も本人の意思が反映される類型である。

成年後見監督人等 家庭裁判所は、成年後見人等に定期的に財産管理及び身上監護に関する報告を提出させ、後見事務を監督・指導をする。法的には、家庭裁判所は成年後見人等に対しいつでも事務報告及び財産目録の提出を求めることができる。

家庭裁判所は、成年後見人等の職務の支援あるいは監督（権限乱用の防止等）を必要と認めた場合、監督人を選任することができる。

成年後見人等の資格・報酬は特に定められていない。日本では現在、本人と成年後見人等の関係は、親族あるいは主に弁護士、司法書士、社会福祉士等の専門職後見人等からなる第三者という構図になっている。このうち、親族は約80%、第三者は約20%を占めている。過去7年間の統計（最高裁判所事務総局家庭局）によると、親族の減少に反比例して専門職が増加している傾向がある。また、専門職以外の第三者後見人として「市民後見人」の養成が数年前から全国各地で始まっている。

成年後見人等の報酬は、成年後見人等が家庭裁判所に報酬付与の審判の申立てを行わなければ支給されない。報酬額は、本人の資力、成年後見人等の職務内容、本人との関係などを考慮した上で、裁判所の裁量で決定する。報酬は本人の財産の中から支払われ、一般的な月額額は3～5万円といわれている。親族後見人も報酬付与を申し立てることはできる。

³ 同意権の付与は民法13条1項に定められている行為の一部に限られる。

(2) 任意後見制度

法定後見制度は、判断能力が不十分で、日常生活で支援が必要な人を対象者としている。これに対して、任意後見制度は、本人(委任者)がまだ健常な時点で、将来自分の判断能力が低下した場合に後見人になる人(任意後見受任者)と、その人に代理権を付与する生活、療養看護及び財産管理に関する法律行為の範囲を全面的に自分の意思で決定できる制度である。任意後見制度の場合、法定後見制度と異なり、任意後見受任者の選択、代理権授与の範囲及び報酬額の設定に家庭裁判所は一切関与しない。複数後見・法人後見も可能である。委任者と任意後見受任者は、公正証書によって任意後見契約を結び、本人の判断能力が低下したときには、本人、配偶者、四親等内の親族または任意後見受任者の申立てにより家庭裁判所が任意後見監督人を選任する。この選任を以って代理権の効力が生じ、任意後見受任者が任意後見人になる。任意後見人が任務に適しない事由がある場合、家庭裁判所は任意後見監督人、本人、その親族及び検察官の申立てで任意後見人を解任することができる。

任意後見契約には次の三つの類型がある：

将来型：任意後見契約を締結した後、本人の判断能力が低下した時点で、任意後見監督人選任の申立てをして、任意後見受任者が任意後見人になる。

移行型：任意後見契約と並行して任意後見受任者と民法上の委任契約を結ぶ。これにより、本人の判断能力が十分な間は、任意後見受任者が任意代理人として事務を引き受ける。その後、本人の判断能力が低下したら、任意後見監督人選任の申立てをして、任意代理人、すなわち、任意後見受任者が任意後見人になる。移行型は、本人の判断能力が十分な間は、本人自身が任意代理人の事務をチェックすることを前提としている。

即効型：任意後見契約締結時点で本人の判断力が低下し始めており、契約と同時に任意後見監督人選任を申し立て、任意後見受任者が任意後見人になる。

家庭裁判所による任意後見人の仕事のチェック及び指導は全て任意後見監督人を介して行われる。任意後見契約と民法上の委任契約との違いは、任意後見制度に任意後見人の事務のチェック機能(代理権濫用の防止)がある点である。しかし、現在の制度では、移行型の場合などで、本人の判断能力が低下しても申立権者が家庭裁判所に任意後見監督人の選任を請求しなければ家庭裁判所による任意後見人の監督が機能しないため、対策が求められている。

(3) 後見登録制度

成年後見制度では、旧制度で行われていた禁治産・準禁治産の戸籍記載を廃止し、東京法務局で管理される成年後見登記制度を導入した。法定後見及び任意後見の開始と終了に関する情報、担当裁判所、利用者(本人)、成年後見人等や成年後見監督人等の住所、氏名、成年後見人等の権限の範囲などが登録される。個々の登記ファイルは法定後見または任意後見が終了すると閉鎖される。プライバシーの保護のため、登記事項証明書または閉鎖登記事項証明書の請求権は本人、配偶者、四親等内の親族、成年後見人等などに限られている。自分自身が「登記されていないことの証明」は誰でも申請できる。

図2 年度別申立件数と開始件数

	補助		保佐		後見		任意後見監督人選任		申立総数
	申立件数	補助開始	申立件数	保佐開始	申立件数	後見開始	申立件数	監督人選任	
12年度	621	272	884	240	7,451	2,980	51	20	9,007
13年度	645 (+4%)	472	1,043 (+18%)	713	9,297 (+25%)	6,630	103 (+102%)	67	11,088 (+23%)
14年度	737 (+14%)	550	1,521 (+46%)	962	12,746 (+37%)	8,966	147 (+43%)	83	15,151 (+37%)
15年度	805 (+9%)	670	1,627 (+7%)	1,316	14,462 (+13%)	12,023	192 (+31%)	147	17,086 (+13%)
16年度	784 (-3%)	684	1,687 (+4%)	1,271	14,532 (+0.05%)	12,309	243 (+27%)	150	17,246 (+1%)
17年度	945 (+21%)	853	1,968 (+17%)	1,806	17,910 (+23%)	14,498	291 (+20%)	201	21,114 (+22%)
18年度	859 (-9%)	799	2,030 (+3%)	1,932	29,380 (+64%)	27,558	360 (+24%)	260	32,629 (+55%)

* 開始件数には、前年度に申立書が提出され、当年度に入ってから開始の審判で終局したもの含まれる。

** カッコは対前年比(四捨五入)

出所：最高裁判所事務総局家庭局 「成年後見関係事件の概況」より

3. 医療同意権

後見人の医療同意権は、欧米諸国の後見法では概ね規定されているが、日本の成年後見法には該当規定がない。成年後見法制定の際、「成年後見の場面における医的侵襲に関する決定・同意という問題は (...) それら一般の場合における決定・同意権者、決定・同意の根拠・限界等について社会一般のコンセンサスが得られているとは到底いい難い現在の状況下で (...) 今回の民法改正に際して成年後見の場面についてのみ医的侵襲に関する決定権・同意権に関する規定を導入することは、時期尚早といわざるを得ない」(法務省民事局参事官室1998:43) という立法担当官の見解により見送られたのである。その結果、現行の成年後見法では、医療に関する成年後見人の権限を「病院・医師との医療契約(診療・入院契約)の締結」と「医的侵襲(検査、投薬、注射、手術などの医療行為)への同意」とに区別し、各々について成年後見人等の権限が判断されている。前者については、成年後見人等の身上配慮義務を根拠として、成年後見人等の代理権⁴が認められているが、後者に関しては成年後見人等の代行決定権は認められていない。すなわち、成年後見人等は、成年被後見人等を受診・入院させることはできるが(ただし、強制はできない)、その後の治療法については、本人に代わり決定も同意もできない。

成年被後見人等に自分自身に対する医療行為について同意または反対する意思表示能力があれば、通常、本人の意思が尊重される。本人が医者嫌いなどの不条理な理由で必要な医療行為を拒否した場合、成年後見人等ができることは、本人を説得することだけである。成年被後見人等が同意能力も意思表示能力も欠く場合は、成年後見人等は「社会通念」に従い、

⁴ 保佐人と補助人の場合は、医療契約に関する代理権が付与されていることを前提とする。

本人の家族や近親者に医療同意を求めるのが一般的である。法的には、家族や近親者といえども医療行為への代行決定権は認められていないが、病院・医師側にとっては、家族による同意書へのサインは、後日の損害賠償責任を回避する意味でも有用である。

問題になるのは、同意能力も意思表示能力も欠く成年被後見人等で、家族・近親者がいない或いは家族・近親者が協力を拒むケースである。緊急性がある時は、緊急避難・緊急事務管理行為としての対処が考えられるが、そうではない場合、治療への同意がないと、病院側は積極的治療を行わず、消極的な治療にとどめる傾向があるという(上山 2006:47)。成年後見活動の現場では、成年後見人等は、病院側に同意を求められた場合、その権限がないことを説明することになっているが、インフォームド・チョイスの観点から、同意書にサインした例も少なくない。

成年後見人等の医的侵襲行為に関する代理権・同意権については、上記のような状況を考慮して、法制化を肯定すべきとの見解がある(新井 2007)。

上山泰(2006、2007)は、成年後見人等の医療同意権は、成年後見人等に付与された医療契約締結における代理権から帰結するが、医的侵襲は、本人の生命・身体に関わる行為である以上、一定の法的制限が不可欠であるとしている。すなわち、代行決定権の行使は、本人に同意能力がないことを前提として、医療同意権が及ぶ医療の範囲が「病的症状の医学的解明に必要な最小限の医的侵襲行為」(重大な手術に匹敵するような危険性のある検査を除く健康診断及び各種診断)と、「当該医療契約から当然予測される危険性の少ない軽微な身体的侵襲」

(施設等で実施されるインフルエンザの予防注射等)とに限定されるとしている。また、「成年後見人等による医療同意権行使の正当性の評価基準」として、「患者の主体的価値観体系に従った適切な代弁が遂行されていること」と、「専門医学的観点からみて当該医療行為が客観的正当性を有すること」とを重視すべきとしている。「専門医学的観点からみた当該医療行為の客観的正当性」において、上山は、成年後見人等に求められる医学知識は、一般的に患者が医療行為を受けるとき調べる程度のレベルを想定している。また、成年後見人等の代行決定権の対象外とする重大な医療行為については、ドイツ世話法が裁判所の許可の取得を義務付けているように、医療同意権の濫用を防止する監督機関の必要性を指摘している。

床谷文雄(2006)は、成年後見人等による医療同意権の行使は、本人の意思と、本人の心身の状態・生活の状況とを顧慮した判断に基づくべきであるとしているが、判断能力が低下した成年被後見人の意思の尊重に関しては、上山と著しく異なる見解を示している。本人が医師嫌い、検査嫌いなどの理由で、客観的に必要と思われる医療行為を否定する場合、床谷は、それが本人に相当程度を越える苦痛をもたらすようなことがない限り、本人の意思や感情に反しても成年後見人等の判断で受診させ、通院・入院治療・リハビリを継続すること容認すべきとしている。また、セカンド・オピニオンを求め、成年後見人の判断で、医師による過剰診療・服薬を止めることもできるとしている。医療同意権の範囲に含まれるのは、健康維持のための定期的な健康診断、日常生活の中で通常生じうる疾病・けが(風邪・骨折・歯痛など)である。予防接種も必要に応じ同意権の対象になるが、重大な身体や生命のリスクを伴う医療行為は成年後見人等の権限外である。

能見善久は、上山と同様に、成年後見人等の医療同意権を治療・手術の意味について判断

能力がない成年被後見人に限定すべきとしている。医療同意の範囲は、ドイツの世話法に準じ、「通常の治療」と「重大な治療」に分け、後者については裁判所の許可が必要であるとされている。

須永醇は、成年被後見人に意思能力がない場合は、「本人の医療行為についての同意、代行・代諾は成年後見人の任務（権能）の中に含まれる」としている。また、この場合には、成年後見人の同意権が重大な医療行為にまで及ぶので、その同意の適正さのセーフガードとして、後見監督人制度の活用を提唱している。すなわち、ドイツ世話法では裁判所が担当している重大医療行為への同意に関する機能を、家庭裁判所が選任する複数の成年後見監督人、本人の担当医以外の医師1名、そして成年後見制度をよく理解している第三者1名から構成されたチームに担当させるとの構想を示している。延命装置の撤去や臓器の提供などは成年後見人等の権限外であり、不妊手術については、ドイツ世話法と同じく再度妊娠可能な処置を優先するとしている。

ちなみに、ドイツの世話制度には、世話人の類型はなく、それぞれの職務の範囲は、個々の被世話人が必要としている支援内容によって決まる。世話人による医療同意は、本人に同意能力がないことを前提としており、本人が治療を拒否する場合は、自己決定権に基づく「病気になる自由」として尊重されなくてはならない。本人の意思に反する治療は、本人の意思形成能力が重度の障害により妨げられており、本人の意思表示が本人自身による真の決定とは言えないときにのみ可能である。そうでなければ、客観的に必要と思われる診療・治療であっても強制することはできないとされている。

4. 結び

日本では、現在すでに日常生活上で何らかの支援を必要とする、すなわち、成年後見制度の対象となり得る人が500万人を超すといわれている（認知症高齢者 約180万人、知的障害者 約46万人、精神障害者 約260万人、高次脳機能障害者 約30万人）（大貫2006:62）。急速な高齢化に伴い、僅か20年余り先の2030年には、認知症高齢者数だけでも350万人を上回り、65歳以上の人口の10.2%を占めるようになると予想されている。さらに、最新の「日本の世帯数の将来推計」（国立社会保障・人口問題研究所2008）によると、総世帯数に占める、世帯主が65歳以上の一般世帯数の割合は、2005年の27.6%（1,354万世帯）から2030年には39.0%（1,903万世帯）に増加し、中でも2005年には29%（386万世帯）だった「独居世帯」が2030年には37.7%（717万世帯）を占めるようになる。世帯主が65歳以上の世帯に占める世帯主が75歳以上の世帯の割合も、2005年の40.9%（554万世帯）から2030年の58.3%（1,110万世帯）に増大し、独居率は38.6%（429万世帯）に及ぶ。

ドイツでは、世話件数が約123万件（人口 約8,230万人）に達している。施行（1992年）が8年早かったとはいえ、日本の約12万件（平成18年度）に比べ10倍普及している。しかし、日本でも2005年に発覚した認知症高齢者の姉妹のリフォーム詐欺事件を契機に、成年後見制度の周知度が高まり、図2に示すように、申立件数が急増している。

先にも触れたように、成年後見活動の現場では、成年後見人等による医療行為への同意が避けられない場面が少なくない。社会の超高齢化に伴い、家族に支援を求められない成年被

後見人の数も増えるなか、自治体、社協、NPO 法人などは、既に数年前から近い将来における専門職後見人等の不足を見越して、第三者後見人等としての市民後見人の養成を始めている。しかし、それらの講習では、診療契約を締結した場合、通常行われる危険性の少ない治療に関する同意については、見解が必ずしも統一されていない。また、家庭裁判所でも柔軟に対応しているケースもある(新井 2007:14)。成年後見制度が導入されて来年で 10 年になる。今までの経験を生かして、成年被後見人等を適切に支えられるよう、成年後見人等の医療同意権に関する法整備が求められる。

参考文献：

新井誠, 赤沼康弘 大貫正雄(2006)「成年後見制度 法の理論と実務」有斐閣

新井誠(2007)「成年後見と医療行為」日本評論社

上山泰(2006)「医療同意をめぐる解釈論の現状と立法課題」『実践 成年後見 No.16』 pp.43-52

上山泰(2007)「医療行為に関する成年後見人等の権限と機能」新井誠, 赤沼康弘, 大貫正雄『成年後見と医療行為』 pp.85-106

大貫正雄(2006)「市民後見を考える」『実践 成年後見 No.18』 pp.61-70

国立社会保障・人口問題研究所(2008)「日本の世帯数の将来推計」

最高裁判所事務局家庭局「成年後見関係事件の概況」平成 12 年度～平成 18 年度

<http://www.courts.go.jp/about/siryu/kouken.html>

床谷文雄(2006)「医療同意シポジウムから考えるわが国の医療同意の方向」『実践 成年後見 No.16』 pp.65-74

日本成年後見法学会(2006)「成年後見法研究 第 3 号」民事法研究会

法務省民事局参事官室(1998)「成年後見制度の改正に関する要綱試案の解説—要綱試案・概要・補足説明—」社団法人 金融財政事情研究会

民事法研究会発行(2006)「実践 成年後見」No.16 特集：医療行為と成年後見

Horst Böhm, Herbert Lerch, Annemarie Röslmeier et al., *Betreuungsrecht Betreuungspraxis Ausgabe 2008*, Regensburg: Walhalla Fachverlag 2008

Jürgen Seichter, *Einführung in das Betreuungsrecht*, 3. aktualisierte und überarbeitete Auflage, Berlin Heidelberg NewYork: Springer 2006

看取りの意義と動向

浅野昌彦

1. はじめに

ネアンデルタール人は、死者の埋葬に花を捧げ、死者を弔う気持ちを持っていたとされる。あるネアンデルタール人の遺骸から、そこに存在しない大量の花粉が検出されたことからそのように推察されている。死者を悼むことが始まったのは、ネアンデルタール人であり、これをもって「動物」と「人間」を分かち分岐点とも言われる。むしろ、死者を悼むことと、看取ることは同義ではない。だが、死者を看取ることは死者を悼むことを動機としているはずである。この死者への感情を有することが、看取りの第一歩だろう。ソウ考えると、死に対する何らかの感情が、他者と共有されたのは大分以前のことであり、人間の持つ本来的な感情に基づく尊い行為であると言えよう。

ところで、近年、「死」の在り方について様々な議論がかわされている。1つには、自分にとって自分の「死」はどうあってほしいかという部分である。これは、PPK(ピンピンコロリ)などと言われるように、他者迷惑をかけずに死を迎えたいとか、自宅で死にたいなどの死のかたちへの願望である。また、葬式の形式などについても昨今では生前に遺言を残しておく人も多く、死後のことも含めた自身の死のあり方への関心は高いと言えるだろう。

そして、もう一点は、他者の死といかに接するかという点である。これが本稿で掲げる「看取り」の部分である。当然ことながら、「看取り」という語義は生存する誰かが、死にゆく誰かの死を看取るという意味であり、その意味では、死にゆく人にとっての死への想いについては捨象されている。だからこそ、第一の点を踏まえたうえでの「看取り」が重要ともいえる。

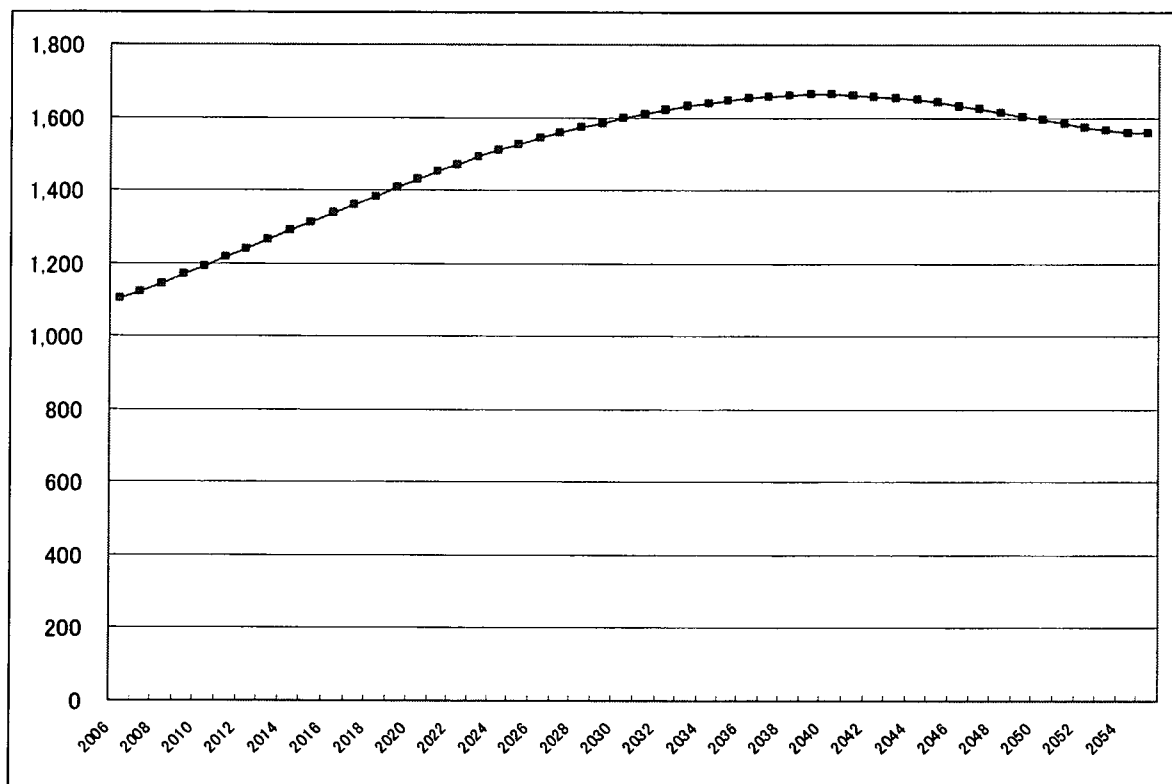
ところで、このような死への関心の高まり、末期がん患者の増加などによって、現代医療の中で看取りの位置づけは、替わりつつあると思われる。以前は、看取りとは一種の治療放棄を意味する、消極的な結果としての行為だったと言えるだろう。医師は冷たく、死を告げ、家族は慟哭する…。それが意味では典型的な「死の現場」であり、医師の職業的冷徹さを揶揄する意図も含めて語られていた。だが、医師は治療に関する教育しか受けていないのであり、それはいたし方のないことでもあった。しかし、かつての急性の症状での死ではなく、末期がん患者に代表されるように、自分の死期がある程度の正確性をもって事前に知る致命的疾患が死因として増加している現在では、死のあり方を選択する時代になっているように思われる。ここでは、「看取り」というものが、個々人の人生の充

実度を大きく左右し、なおかつ医療にとっても、新しい課題として浮き彫りになってくることだろう。また、これらと臓器移植に伴う脳死に関する定義の議論、そしていわゆる生命倫理への急速な関心の高まりも、死のあり方を問うものである。この動向も、最後の場としての看取りという行為のあり方に影響を与えている。

以下ではまず、数字の上から現在の「死」を量的にとらえていき、課題を浮き彫りにしたいと思う。続いて、それらの課題を踏まえたうえで、「看取り」がどうあるべきかを考えるために、「看取り」の現状について様々な分野から概観していきたいと思う。

2. 「死」の現在

図表1 死亡者数の推移(2006-2055)

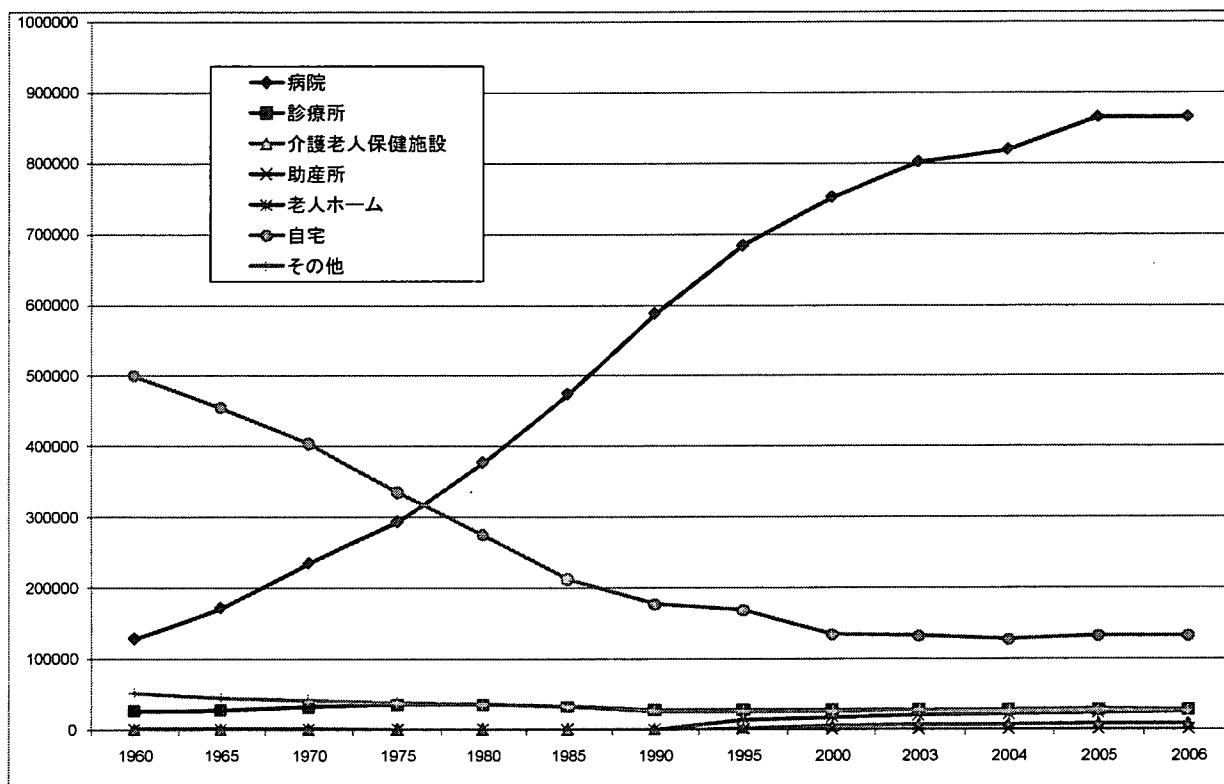


出所：社会保障人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」

日本における死をめぐる現状、様相は大きく替わりつつある。まずグラフで示したように、今後の社会は「増加する死」を内包していかざるをえなくなっている。現在は約100万人が年間死を迎えているが、これが2030年以降には160万人前後に激増する。現在よりも約1.5倍の多さである。人口動態では、出生数の減少と高齢者の増加ばかりが指摘さ

れているが、この死者の増加についても、ある種の政策的な課題として取り締まれる必要があるだろう。これらの人々にいかに安らかな最後を迎えてもらうか、これは大きな課題であり、最後の生の到達点であるこの死のあり方こそ、ある意味では究極の「QOL」とすらいえるのではないだろうか。確かに、これは政策的争点にはなりにくいだろう。なぜならば、先の出生数の減少は生産労働人口の減少という意味で経済的関心を呼び、高齢者の増加は、社会保障の財政的圧迫が増すという意味でそれぞれ現役世代にとっても、大きな関心事となるゆえに、政治的な問題として日程に上がることは実際多い。いわば、どのように死ぬかは、究極の福祉であり、個人にとっては「奢侈財」とすらいえる。

図表2 死亡した場所の推移



出所：平成 18 年度人口動態統計

さて、上のグラフで示したように、日本人の「死に場所」は大きく変わっている。以前は自宅で死を迎える人がほとんどであったが、1970年代の中頃から病院での死亡数が自宅での死亡数を上回ると、以降激増を続け、現在では実に約6倍もの差がある。助産所(乳幼児の死にかかわるため必然的に少ないのだろう)、福祉施設での死は一貫して少なく、日本人の大多数は、病院の中で死んでいく。問題は、これを「課題」として是正すべき現象としてみなすか否かである。昨今の政策的動向、目的は、これを問題視し、在宅死をあるべき姿としてみなそうとする傾向にあることは間違いない。確かに、慣れ親しんだ場所であ

る「家」で最後を迎えたいという人は多いだろう。だが、果たして「死に場所」だけが重要なのだろうか。問題は、どのように看取られる方、看取る方にとって、満足できる看取りが遂げられるか否かなのではないだろうか。

次には現在の看取りの動向や意義について様々な角度から概観する。

3. 「看取り」の現在

「病院での死」を文学的に表現するならば、典型的には「冷たい建物の中で、白衣の医師、看護師が事務的に死を告げる」といった、無機質的な空間での死と多くの人には認識されているように思われる。このようなステレオタイプを理解がいいか悪いかは別としても、住み慣れた自宅で死を迎えたいという欲求はそれなりに多いことも事実であり、そのことがひとつ、病院での死から在宅での死へと転換させようという風潮の動機の一つとなっていると思われる。ただ、現実的には、そういった事情以上に医療費、医療システムの効率的運用という問題と大きく関連していると思われる。政府は、近年の医療制度改革で、病院から福祉施設あるいは在宅での介護、看護へと治療の場のシフトをさせようとしている。ターミナルケアについても、診療報酬制度を見直すべきという声もある。

さて、現在、看取ることの重要性は巷間言われているものの、その理由や、満足した看取りにとって重要なことは何かなどをまずは知っておく必要があるだろう。ここで、もう現在の看取りを巡る状況について、一度整理しておく必要があるだろう。

①心理学と看取り

看取りは、一般的には疾患が致命的なものとなり医療的な措置が延命に際して何ら有効性を持たない場合、あるいは医療行為による延命の効果はあるものの、患者自身の負担感とその延命の効果と比較衡量して場合に負担感が大きく患者自身も治療の停止を望む場合に求められてくる。この時、患者の心の中では様々な葛藤があるはずであり、身体的なケアだけではなく、心理的なケアも同時に重要となってくる。

精神科医であるキューブラー・ロスによれば、死を避け難い状況になっている患者が、死を受け入れるにはいくつかの心理的な段階を経るという。まず、致命的疾患の自覚後、衝撃を受け、患者はその現状を否認しようとする。次にはなぜ自分がという怒りに変わる。そして、取引といわれる段階に移る。これは、どうにかして死を避けるための方法を模索する段階である。その後、抑うつ状態に陥るが、最終的にはその事実を受け入れる受容の段階へと至る。臨死患者のケアに際しては、これらの段階をふまえた(とはいえ、全ての人がこのような段階を経るとは限らないだろうが)ケアの在り方を考えなくてはならないだろう。

心理学の分野でも、昨今看取りに際しての、患者に対するケアのあり方、そして家族をはじめとした看取る側へのケアのあり方が議論され始めているところである。

②宗教と看取り

医学的知見が乏しかった時代においては、看取りそのものが治療の意味をも含んでいた。すなわち、天国へと死者を送り出すための宗教的な意義をもつ儀式としてあった。西洋医学はアラビアにおけるイスラム諸国での医学的知見の深化を俟たねばならない水準であり、患者の生命を救うための技術は甚だ未熟であった。このため、「気休め」に僧侶が祈祷を捧げる等も頻繁に行われていた。中世以降、特に感染症の爆発的な被害のあった時代では特に顕著であった。医療的努力は宗教的儀式により取って替えられた。ここでは、当時の西洋医学に基づいた治療が「役に立たない」ことが前提とされており、むしろ、死を迎えた後の天国での救済のための儀式として、看取りが行われていた。

以上は主に西洋、それもキリスト教圏での看取りについての言及であった。では、日本においてはどのような展開がみられているのだろうか。わが国の多くの人々は無宗教と言われ、また神という存在に対する信仰も薄いと種々の世論調査を通じて言われている。その中で、仏教は歴史の長いわが国でも根付いている宗教と言えるだろう。この仏教の観点から、看取りについて取り組もうという動向がある。

一般的にイギリスで始められた末期がん患者の看取りのための施設は「ホスピス」といわれるが、仏教では「ビハーラ」と言われる。これは1980年代に田宮仁という人が提唱した仏教の死生観に基づいたケアを行い、見取りを行うための施設である。「ビハーラ」という言葉は、サンスクリット語で「安息」という意味である。

さて、キリスト教的な看取りとされるホスピスとビハーラの違いは何か。和歌山県立高等看護学院・看護学科講師の嶺博晃は以下のように述べている。

(<http://www002.upp.so-net.ne.jp/orthomolecular/vihara.html> より)

「これは何を意味するかというと、キリスト教の信仰に基礎を置くホスピスでは「あちらでお会いしましょう」という言葉を交わしてターミナルの現場で患者さんとお別れしてもよいが、我々仏教徒は釈尊の否定した輪廻や死後の世界を前提に、ターミナルのメンタルおよびスピリチュアルケアは本来的にはできぬはずだということである。」「苟も仏教を名乗る以上、仏陀ご自身の死生観に基づいて患者をケアし、病みつつ死に向かう患者に、その現状を契機に仏教の根本精神に自然に触れ理解される中で死の恐怖を克服してもらえようであるべきだろう。それを「説教」ではなく行えるような人師の育成が仏教看護の理想でなければなるまい。」

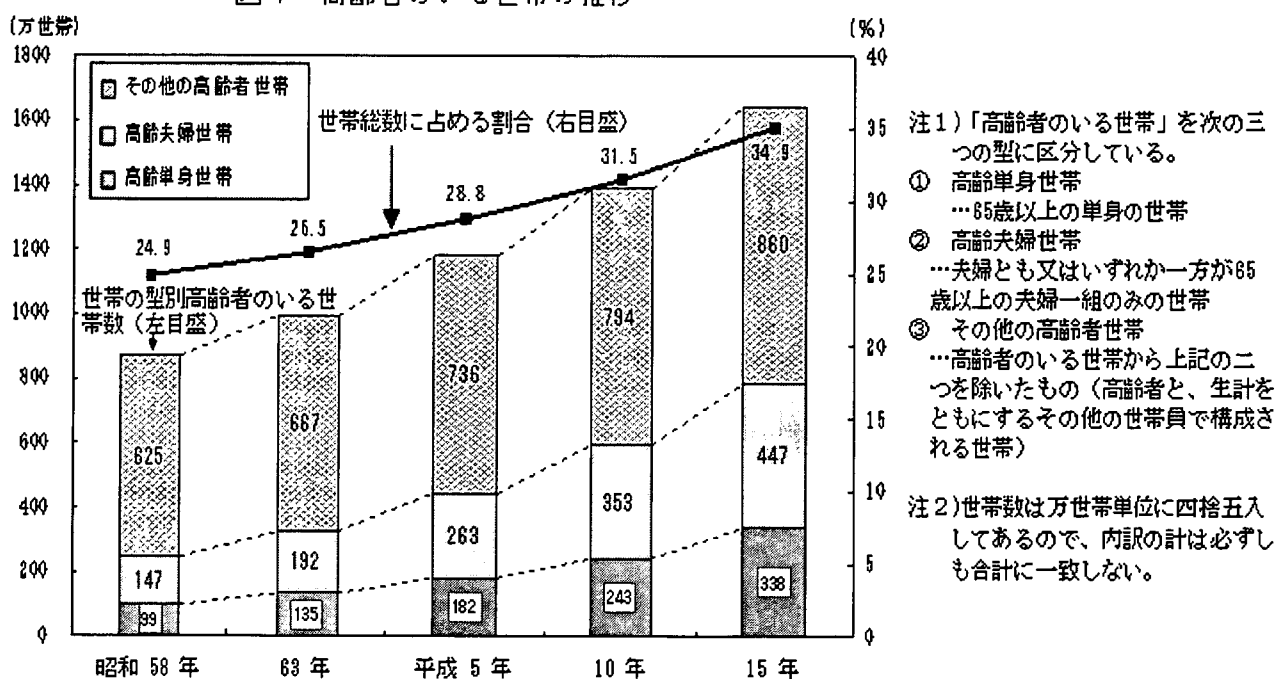
宗派の違いもあろうが、いわゆる死後の世界の存在によって、死の恐怖を克服してもらおうとするのがキリスト教であり、ビハーラにおいては釈尊が輪廻、死後の世界を否定している以上、そうではない方法で死の恐怖を患者に克服してもらうことが重要であるとい

うことだろう。

宗教は言うまでもなく、心にやすらぎを与え、死に際した人々の不安を和らげるものであろう。キリスト教的な死後の世界観だけではなく、オルタナティブとして仏教その他の死生観は、これらの人々にとって大きな心の支えとなるだろう。先の項目で、キューブラー・ロスによる死を受容する過程を示したが、この中で宗教も非常に重要な意味をもつだろう。

③福祉と看取り

図1 高齢者のいる世帯の推移



資料：「平成15年住宅・土地統計調査」

統計局 HP(<http://www.stat.go.jp/data/topics/topi141.htm>)より

さて、以上では安らかな死を迎えるにあたっての心理学、宗教の果たしうる役割が大事であることを示唆したが、実際の死の現場で、看取りを行う人たち、そして死にゆく方々を巡る周辺はどのような状況にあるだろうか。一言で言えば、今後の日本社会は死者が増加する社会である。今後数多くの死者が「生まれる」我が国の将来においては、看取りはサービスとならざるをえない。これは、在宅での死と言っても、その看取りを担うことが期待されている家族機能が弱体化しているためである。

周知のように、戦後日本は地方から就職のために大都市圏への若年層の移住が見られ、さらに、それらの人々が大都市周辺で家庭を持つことで、いわゆる核家族が大幅に増加した。現在では、さらに状況は進展し、核家族化だけではなく、世帯構成の「単身化」が急

速に増えている。そして、この単身世帯の多くは、高齢者である。

一人暮らしのお年寄りは現在よりもさらに増えていくだろう。特に、千葉、埼玉など首都圏では特に増えていくと予想されており。深刻な問題となるだろう。この時、生活機能が弱体化するという意味だけではなく、単身化は看取りにも影響を与える。単身化とは家族がいないということであり、当然のことながら、看取りをする人がいないということである。

前頁のグラフは、総務省統計局の作成グラフである。高齢者だけの「高齢単身世帯」は2003年で338万世帯と増加の一途であり、夫婦ともに高齢者である、「高齢夫婦世帯」も447万世帯と増加し続けている。高齢者のいる世帯全体でも1,600万世帯を超え世帯全体に占める割合では約35%となっている。実に、3世帯に1世帯が高齢者のいる世帯となっている。

「老老介護」といわれるように、家族機能だけでは看取りは担うことは難しくなっている。必然、看取りは社会化されざるを得ない。そして、事実されつつある。家族、コミュニティが担っていた機能が次々に社会化されている。介護もそうである。この社会化は、社会で共に助け合う、共助を行うという意味である。しかし、実際にはこれらが「サービス」と名づけられた時点で、既に市場化されているとも言い換えられよう。介護だけではなく、様々な本来は家族、コミュニティが担うべきと考えられてきた役割がサービスとして社会、それも企業も含めた広い主体によって担われることとなっている。

介護は極めて労働集約的なサービスであり、また見ず知らずの人間同士が、肌と肌を触れざるを得ないという点で特殊なサービスであるといえる。この点で、看取る側には高度な専門的知識と同時に、人と人との触れ合いの点で「人間としての素養」が看取りを担う人々には、求められることとなるだろう。しかし、現在の介護分野では、社会的に問題となっているように、非常に低賃金でなかなか人材が集まらない。NPOなどでも看取りを行うホスピスを運営しているところもあることはあるが、やはり、これからの需要、効率性を考えると、人々の善意に頼るだけではなく、市場原理の中で提供されるサービスの1つとならざるを得ない。この時、どれだけの人材を惹きつけられるか。これが、今後の「看取り」のあり方を左右することとなるだろう。

④家族と看取り

さて、とはいえ家族にとっての看取りも重要であることに違いはない。家族の見取りの意義として、鈴木信夫は以下の6点を挙げている。

(1)人の死を看取る作業は同時に残される人に対して、「人はどのように生きるべきか」を考えさせてくれる。

→死の教育

(2)死にゆく人を看取る作業は同時に残される人の癒しの作業でもある。深い悲しみの中にあっても、「やれるだけのことはやった」という満足感が得られることが多い。

→家族の満足感

(3)死に向かう人は、「死」そのものが怖いというよりも、「死」に至る過程で、孤独感、喪失感に囚われることの恐怖が大きい。それを援助し克服するためには「共に生きる」という関わりが大切である。

→死の恐怖の除去

(4)死に向かう人は残される人たちに新たな出会いをもたらし、その人たちの絆をさらに強めてくれる。

→家族、知人、医療関係者の新たな絆

(5)死にゆく人は子どもに対して、人の死を映像化して記憶にとどめる。それが将来「人間としていかにあるべきか」ということを考え人生観を築くときにとっても大切な基準に導く。

→死生観の教育

(6)家での看取りは死にゆく人にとっても、看取る人にとっても、生活の中でともに過ごせる(病院は生活する場所ではない)。

→よりよい環境の中での死

医療法人社団鈴木医院院長鈴木信行「(家での)看取りの意義について」より

家族にとっては、看取りは辛い行為に違いない。愛する家族との、最後の別れの場面であるが、そこに様々な意義を見出そうとすることで、積極的に「看取り」を評価付けようとするのが鈴木の本質である。

4. まとめ

以上、現在における看取りの動向などを概観してきた。客観的な状況としては、死者の増加、看取り手の減少があり、そして看取りの社会化が課題とされるようになっている。社会的に看取りを積極的に位置づけるためには、そこに何らかの積極的な意義を整理する必要があるのだろう。

現在、在宅医療の充実が昨今主張されているが、それを実現するためにはマンパワーの問題、医療に対する安心感などの課題が山積している。ただ単に、医療費云々という観点から、家で死ぬことを奨励するのではなく、場所はどこであろうと、それぞれの患者が満

足できる死を得られることが何よりも重要である。そのためには、ここで掲げた様々な分野が強調をして、キューブラー・ロスの提示した受容の過程を踏まえたうえでのケアが必要となってくるのではないだろうか。同時に、医学的見地からも患者の苦しみをできるだけ緩和することが重要である。使い古された感のある言葉だが、「心と体のケア」が、より良い看取りの重要な姿勢となるだろう。そして、看取りを社会で担うには、家族だけではなく看取る人たちが、そこに何らかの意義を見出せるようにすることも必要である。鈴木のように看取りの意義を広く啓発することも、また併せて肝要であろう。

参考文献

加藤正明他・編『精神医学事典』弘文堂,2001.

Kübler-Ross E., *On Death & Dying*, Simon & Schuster/Touchstone,1969.

(『死ぬ瞬間』川口正吉訳 読売新聞社 1971年)

高島学司・編『医療とバイオエシックスの展開』法律文化社,1994.

我が国の都市構造・コンパクトシティとまちづくり事例

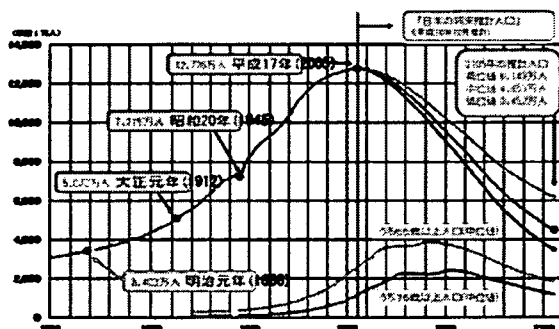
山崎 敏

1. 変化していくコミュニティ

(1) 現況

わが国は 2005 年を境に人口が減少している。約 1 億 2700 万人が 2050 年に 1 億人、2100 年には 6400 万人と半減すると推計されている。この傾向は全国レベルで進行するが、とくに大都市圏は人口流入する一方、過疎地など村落が減少していく。人口減少により既存のコミュニティは変化していくことになる。

わが国の総人口の実績と将来推計



(2) 村落の消滅

下表は我が国の市町村で将来消滅が予想されている値である。平成 20 年 3 月 6 日現在、市町村合併後の数は、かつて約 3300 あった市町村は 1800 となったが、今後はさらに淘汰されていくことが予想されている。

消滅の可能性のある集落数 1

	10 年以内に消滅	いずれ消滅	集落数計
北海道	23 (0.6)	187 (4.7)	3,998
東北圏	65 (0.5)	340 (2.7)	12,727
首都圏	13 (0.5)	123 (4.9)	2,511
北陸圏	21 (1.3)	52 (3.1)	1,673
中部圏	59 (1.5)	213 (5.5)	3,903
近畿圏	26 (0.9)	155 (5.6)	2,749