

# 高齢者多死社会の看取り ーリビングウィルの勧めー

平成30年6月13日(水) 15:00~17:00

日比谷コンベンションホール

主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



## 講師

岩尾 総一郎

(いわお そういちろう)

一般財団法人 日本尊厳死協会 理事長

### 講師略歴

#### ■ 略歴

- ・1973年 慶應義塾大学 医学部 卒業
- ・1977年 慶應義塾大学大学院にて医学博士取得
- ・1978年~1980年 テキサス大学留学
- ・1981年~1985年 産業医科大学 助教授
- ・1986年 厚生省入省
- ・1988年~1990年 佐賀県出向(保健環境部長)
- ・1991年~2000年 厚生省に戻り環境庁室長、疾病対策課長、研究開発振興課長、科学課長等6つの課長を歴任
- ・2001年 環境省環境保健部長
- ・2002年 自然環境局長
- ・2003年 厚生労働省 医政局長
- ・2005年 退官
- ・2006年~2007年 WHO 健康開発センター長
- ・2008年~2011年 国際医療福祉大学 副学長
- ・2006年~ 慶應義塾大学 客員教授
- ・日本尊厳死協会へは2006年 入会、2008年 常任理事、2010年 副理事長、2012年より第6代 日本尊厳死協会 理事長となり現在に至る。

#### ■ 学会活動

- ・日本衛生学会(1973年6月~2012年3月)
- ・日本産業衛生学会(1973年6月~2012年3月)
- ・日本公衆衛生学会(1980年9月~2016年6月)

#### ■ 主な著作(共著)

- ・『シンプル衛生公衆衛生学』南江堂
- ・『産業保健マニュアル』南山堂
- ・『テクノストレスとメンタルヘルス』通産資料調査会
- ・『TEXT 公衆衛生・予防医学』南山堂ほか

## 自己紹介

ただ今、ご紹介いただきました日本尊厳死協会理事長の岩尾です。今日は暑い中、お集りいただき、またこの医療関連サービス振興会のセミナーにお呼びいただき、誠にありがとうございました。

今の経歴、ご紹介にもありましたが、私の最後が医政局というところでした。医療政策全般をやる元締めでした。自分が行政でやり残したことがいくつかあったと思っています。そのうちの1つが、実は終末期医療です。後ほどお話ししますが、これから先増えていく高齢者は不老不死ではないわけですから、いずれは亡くなります。そういうときに、今の医学、医療の在り方でいいのだろうかということが、自分の中では非常に大きな関心事でした。そんなことから退官後に、尊厳死協会というところに入って、現在まで活動をしているわけです。自分なりに今までの活動、特に終末期の問題を考える中で、種々皆さん方にお伝えできることがあればと思っています。(資料1)



## 日野原重明先生—最期の言葉—

昨年、105歳で日野原先生がお亡くなりになりました。これはNHKの画面を取った部分ですが、生きること、そして死ぬこととは何かということをおっしゃっていた先生だろうと思っています。

最期に言った言葉ということで聞いていますのは、「最期がよければいい」です。最期を本当に静かに、感謝して、人生の最期の言葉が「ありがとう」、みんなに「ありがとう」と言ってお亡くなりになったと聞いています。理想かどうかということは別にしても、非常に素晴らしいというか、私も見習いたいような最期であったと思います。

今、発売されている『文芸春秋』なのですが、「理想の介護と最期」ということで、医療というよりも、むしろ介護の現場でどのような形で最期を看取るか、あるいは最期を過ごすかということがいくつかの事例とともに出ています。もうご覧になった方がおられるかと思いますが、この中の1つに書いてあったこ



とです。人間はおぎゃあと行って泣いて生まれますが、最期は笑って死にたい。お亡くなりになった方を前にして、ご家族、ご遺族の方々が集まって、ピースのサインをし、写真に写って、皆さんが笑っている。つまりいかによかった、いい一生だったという最期を迎えられるか、これがまさに理想の最期なのではないかと思っています。別に『芸芸春秋』を宣伝しても仕方がないのですが、そう思います。

私は、これを読んでいて、おぎゃあと泣いて生まれて、最期はみんな悲しんで泣いて死ぬのかと思っただけども、泣いて生まれて、笑って死ぬというのも1つなのだというのは、今回この本でちょっと学ばせていただいたことです。(資料2)

## 本日のお話

今日のお話は、まず私の協会が尊厳死協会という名前ですが、死という言葉にいろいろなものがありますから、その説明をしながら、日本の高齢社会の現状、人が死ぬということ、今日、副題になっているリビングウィル(LW)について、「おわりに」という形で80分ほど、お話をさせていただければと思っています。(資料3)

**本日のお話**

- はじめに-尊厳死、平穏死、・・・安楽死、
- 高齢社会、日本の現状
- 終末期-人の死
- 事前指示書(リビングウィル)について
- おわりに-健やかに生き、安らかに逝く

資料 3
 一般財団法人 日本尊厳死協会

## ■ はじめに—尊厳死、平穏死、……安楽死

私どもの日本尊厳死協会ですが、『私が決める尊厳死』という本も出しています。その他に最近では『平穏死』のすすめ』とか、『平穏死 10の条件』という言葉、それから『満足死』という名前の本もあります。『自立死』という本、『自然死』それから後で「老衰死」という言葉も出てきます。

そのような言葉と、それからよくわれわれが聞く「安楽死」という言葉があります。「安楽死」だけ少し色を変えています。やはり他の死に関する言葉とは、大きくニュアンスが違います。(資料4)

尊厳死

平穏死

満足死

自立死

自然死

安楽死

老衰死

?

資料 4
 一般財団法人 日本尊厳死協会



## 橋田壽賀子「私は安楽死で逝きたい」

これも『文芸春秋』なのですが、橋田壽賀子さんの文章です。『おしん』、『渡る世間は鬼ばかり』のシナリオライターです。彼女が一昨年辺り、この『文芸春秋』に、「私は安楽死で逝きたい」という原稿を出しました。

これが実は『文芸春秋』の読者賞を取り、昨年、『安楽死で死なせてください』という新書が出ました。このときに彼女が「安楽死」という言葉を使って、尊厳死とは違うということをここでも書いています。後でそれは説明します。

線を引いてあるところに何が書いてあるかという、スイスでは安楽死が認められているという文章が出てきます。(資料5)



## スイス「看取りの家」

スイスで安楽死というのはどういうふうに行っているのかというと、私も行ったことがあるのですが、チューリッヒ郊外に「看取りの家」というものがあります。スイスは唯一自国の人間ではない、国籍が異なる人でも、要件を満たしていれば、迎え入れて、安楽死をすることができる国です。

そういう団体があるのですが、その団体の方に案内してもらって建物を見に行きました。外観はごく普通で、中は1LDKになっていて、1階と2階が全く同じで2家族入れるところですよ。

どういうアプローチをするかという、どうしても不治、かつ末期で、痛みが耐えがたい、だからもう自分は自分で命を絶ちたいということが、医者のドキュメントも含めてはっきりと証明できるというものがないと受け入れてはくれません。

それが全部整って、OKになった時点で、スイスにやってきます。そうするとこの団体の人たちが出迎えてくれて、初日は「ご苦労さまでした」といって、ここで休みます。

翌日2日目になると、地元の先生が診察をします。確かにもう治らない、痛みが耐え難い、死を選択する以外に、自分の尊厳を保つ道がないということになると、3日目に内省の日として、もう1日、あなた、





考えなさいとその日にちを与えられます。

4日目に、今度は別の医者にインタビューを受けます。そしてその先生も同じ判断であると、そこで処方箋が出され、ここの団体の人が、これはチューリッヒですが、チューリッヒに1軒だけあるそういうものを売っているところに行って、薬を買ってきます。

その日の晩は、大体もう最後になるというので、家族、親戚、友達を集めて、最期の晩餐をするということがあります。私たちがここに行った、ちょうどその少し前に、イスラエルから来ている方がいたそうです。団体の方が、「その前の日は、30人ぐらい集めてどんちゃん騒ぎでした」と言っていました。そして翌日の朝、「もう自分はいい」とその薬を飲みます。

しばらくすると、この団体の人が来て、「死んでいる」と言って、警察と検視官を呼ぶわけです。遺体安置所で、「確かに自殺です。誰も手伝いませんでした」ということが証明されると、いわゆる自殺として処理されるというのがスイスのルールです。

庭もありましたし、大変きれいなところですが、看板は1つありません。やはりスイスでも反対する方々が大勢いて、こういう施設が焼き討ちに遭う可能性もあるので、看板は出していません。このようなところでは。(資料6)

## 米29歳女性をめぐる「安楽死」「尊厳死」大論争

もう4年前になります。アメリカで29歳の新婚6カ月の方が、自分のブログの中で、「私は治らない脳腫瘍になったので、自分の人格が破壊される前に、自分で死にたい」と言って、このブリタニー・メイナードさんという方がお亡くなりました。

当時、彼女はカリフォルニアに住んでいたのですが、その時代のカリフォルニア州は、医者が自殺薬を処方することは認めていませんでした。それで自分でオレゴン州に行き、オレゴン州の州民になり、そこで薬をもらって亡くなったというケースです。

亡くなったのが、そこにありますように2014年11月1日なのですが、時差の関係で、日本は11月3日、文化の日の午後7時、NHKニュースのトップで報道されました。NHKは、「アメリカで29歳の女性が安楽死」と報道しています。(資料7)

**米29歳女性をめぐる「安楽死」「尊厳死」大論争**

**CNN 14 OCT 2014**

My right to death with dignity at 29  
By Brittany Maynard  
October 14, 2014 - Updated 2:37 PM (05:17)



ブリタニー・メイナードさん、29歳。今年の初め、末期の脳腫瘍のため、医師に余命が6カ月以内と告知されました。彼女は自分の病気の予後や終末期医療などについて慎重に考慮して、自宅のあるカリフォルニア州サンフランシスコ湾岸地域から、オレゴン州に転居することを決断しました。なぜなら、オレゴン州は、米国で尊厳死が合法化されている5つの州(ワシントン、モンタナ、バーモントとニューメキシコ)の1つであるためです。

**CNN 1 NOV 2014**

**Brittany Maynard, advocate for 'death with dignity,' dies November 1, 2014**  
CNN-- Brittany Maynard, the 29-year-old who said she had terminal brain cancer, took medication to end her life under Oregon's "Death with Dignity Act," advocacy group Compassion & Choices said Sunday.

**資料7**

一般財団法人 日本尊厳死協会

## 米女性、「尊厳死」宣言

ところが、新聞で、「安楽死」と書いたのは、朝日新聞だけで、あとの新聞は全部「尊厳死」と書いていたのです。これは「尊厳死」と書いているところをよく見ると、共同通信社のロサンゼルス発なのです。なぜかと言うと、このオレゴンのDeath with Dignity Act、つまり尊厳死法という法律に基づいて死んだといっているものですから、そっくり訳して、「尊厳死」と書いてきているのです。

これは日本で言うと、少し意味が異なります。日本ではこれは安楽死です。NHKの人は放送の後に、私のところに連絡してきましたし、朝日新聞は出稿の前に電話をしてきました。「岩尾さん、これは安楽死ですよ」ということで違うタイトルになっているのです。(資料8)



## 日本の安楽死報道

安楽死の事件というのは、大昔、1991年、日本でもありました。東海大学で末期のがん患者でしたか。その人に塩化カリウムを投与して亡くなったというケースがあります。薬物投与で死なせたということがありました。(資料9)



## 安楽死の類型

こういうセンセーショナルな話題になったのですが、このときに横浜地裁では、安楽死というのを3つに分けています。1つは、消極的安楽死、もう1つが、間接的安楽死、そして積極的安楽死の3つです。

消極的安楽死というのは、患者が苦しむのを長引かせないために、延命治療を中止するというものです。間接的安楽死というのは、苦痛の除去・緩和を主目的とする医学的な治療行為なのだけれども、結果として生命の短縮を生じるものです。積極的安楽死というのは、意図的に医療的措置を講じて、患者を死に至らしめるという分類をしています。

日本では、積極的かどうかということに注目し、スライドの上の2つ、つまり前2者を尊厳死、後ろを安楽死と呼んでいます。(資料10)

## (財)日本尊厳死協会の考え方

私たち、日本尊厳死協会も、「自分が不治かつ末期の病態になった時、自分の意思により無意味な延命措置を中止し、人間としての尊厳を保ちながら死を迎える」、これを尊厳死と呼んでいます。先ほどのスライドの自然死、満足死、平穏死というものと一緒だけれども、積極的な方法で死期を早める安楽死とは違うということを明確にしています。(資料11)

### 東海大安楽死事件横浜地裁判決(1995年3月28日) 安楽死の類型

- 消極的安楽死: 患者が苦しむのを長引かせないために、延命治療を中止して死期を早めること
- 間接的安楽死: 苦痛の除去・緩和を主目的とする医学的適正性を持った治療行為であるが、同時に、生命の短縮が結果として生じること
- 積極的安楽死: 苦痛から患者を解放するために意図的・積極的に死を招く医療的措置を講ずること

⇒日本では死なせるという積極性において大きな違いがあることから、前二者を尊厳死、後者を安楽死と呼んでいる

資料 10

一般財団法人 日本尊厳死協会

### (財)日本尊厳死協会の考え方

- (財)日本尊厳死協会は尊厳死を「自分が不治かつ末期の病態になった時、自分の意思により無意味な延命措置を中止し、人間としての尊厳を保ちながら死を迎えること」と定義しています。
- したがって、尊厳死は自然死や満足死と同義で、積極的な方法で死期を早める安楽死とは根本的に異なります。

資料 11

一般財団法人 日本尊厳死協会



## 人の死(1)

一体、こういうものは、どの程度社会で受け入れられているのでしょうか、現在、医学教育で使われているモデルコアカリキュラムというのは、医者になるために医学部で教えるべき内容を網羅しています。28年度改訂版のモデルコアカリキュラムの項目Eに「人の死」というところが出てきます。

この「人の死」というのを、もう少し細かく分けてみると、生物学的な死と社会的な死というのがあります。学ばなければいけない目標として、①から⑩まであります。「①死の概念」、「②植物状態と脳死の違い」など、医者になるために必要なことを全部、文科省のカリキュラムで定めているわけです。(資料12)

**E-9. 人の死**

**E-9-1)生物学的死と社会的死**  
ねらい: 個体の死を理解する  
学修目標:

- ①死の概念と定義や生物学的な個体の死を説明できる。
- ②植物状態と脳死の違いを説明できる。
- ③内因死と外因死について違いと内容を説明できる。
- ④突然死の定義を説明でき、突然死を来しうる疾患(乳幼児突然死症候群<SIDS>を含む)を列挙できる。
- ⑤診療関連死を説明できる。
- ⑥死に至る身体と心の過程を説明できる。その個別性にも共感配慮できる。

資料 12

## 人の死(2)

「⑥死に至る身体と心の過程を説明できる。その個別性にも共感配慮できる」、「⑦人生の最終段階における医療」、つまり終末期での「患者とのコミュニケーション、頻度の高い苦痛とその対処法」、また輸液の問題もあります。「⑨本人の意思決定、事前指示、延命治療、DNAR、尊厳死と安楽死、治療の中止と差し控えの概念を説明できる」ということも今の医学教育で必要なことになっています。そしてこれが22年版と変わったところですが、⑩グリーフ・ケアについても医者は学ぶ必要があることになっています。(資料13)

**E-9. 人の死**

- ⑦人生の最終段階における医療(エンド・オブ・ライフ・ケア)での患者とのコミュニケーション、頻度の高い苦痛とその対処法・ケアを説明できる。
- ⑧水・補液、栄養管理を含む人生の最終段階における医療(エンド・オブ・ライフ・ケア)と小児の特殊性を説明できる。
- ⑨人生の最終段階における医療(エンド・オブ・ライフ・ケア)での本人の意思決定、事前指示、延命治療、DNAR(Do not attempt resuscitation)、尊厳死と安楽死、治療の中止と差し控えの概念を説明できる。
- ⑩患者の死後の家族ケア(悲嘆のケア(グリーフケア))を説明できる。

資料 13

## ■ 高齢社会、日本の現状

次に日本の高齢社会の現状についてお話しします。日本の人口構成について、昔は人口ピラミッドと言っていたのが、今はピラミッドではなく、ビア樽型になり、マッシュルーム型になっているということは、皆さんはもうご存じだろうと思います。従って、高齢者が増えている、超高齢社会になっているということもご存じだろうと思います。(資料14)

### 本日のお話

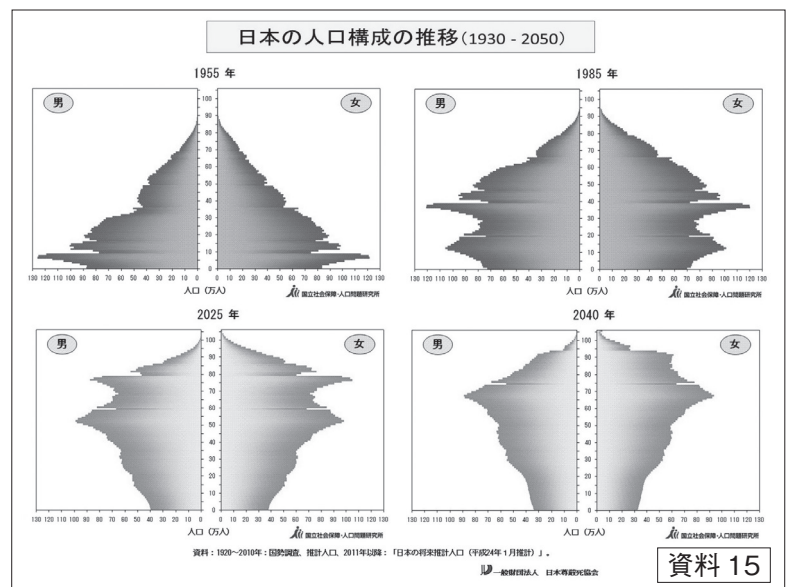
- はじめに-尊厳死、平穏死、…安楽死、
- **高齢社会、日本の現状**
- 終末期-人の死
- 事前指示書(リビングウィル)について
- おわりに-健やかに生き、安らかに逝く

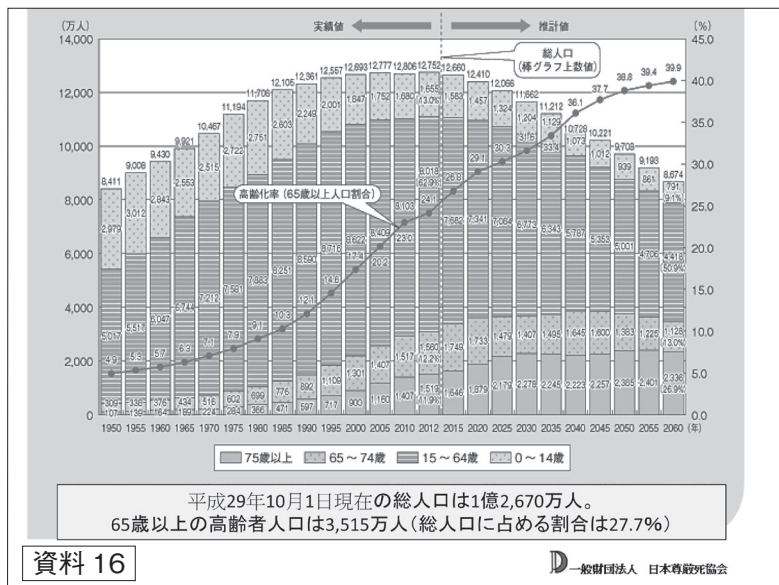
資料 14一般財団法人 日本尊厳死協会

## 日本の人口構成の推移(1930-2050)

去年10月現在で、総人口が1億2,670万ですが、65歳以上の高齢者人口というのが、27.7%です、もう総人口に高齢者が占める割合がそこまでできています。28%近いというのは、実は高齢化という言葉にもつながるのですが、60歳以上の人口が全体の7%になったとき、1970年、日本は高齢化社会に入ったと言われました。

そして14%になった94年に、高齢社会に入りました。21%になったのが、2000何年だったか忘れてましたが、その辺はもう超高齢社会なのではないでしょうか。そうすると7の4倍、28%にもうすぐ達しますが、これは超超高齢社会ということになるわけです。(資料15, 16)





平成29年10月1日現在の総人口は1億2,670万人。  
65歳以上の高齢者人口は3,515万人(総人口に占める割合は27.7%)

## 人口高齢化の速度(国際比較)

西欧諸国と違い、この高齢化のスピードが速いというのはご存じだと思います。実はお隣の国々も非常に速いスピードで高齢化しているという現状があります。日本が先を行っているわけですから、従って、日本の高齢者施策について、お隣の国々も非常に興味を持っています。(資料17)

### 人口高齢化の速度 (国際比較)

国名	65歳以上人口比率の到達年次		所要年数
	7%	14%	
日本	1970年	1994年	24年
アメリカ	1942年	2013年	71年
イギリス	1929年	1976年	47年
ドイツ	1932年	1972年	40年
フランス	1864年	1979年	115年
スウェーデン	1887年	1972年	85年
中国	2001年	2026年	25年
韓国	2000年	2017年	17年

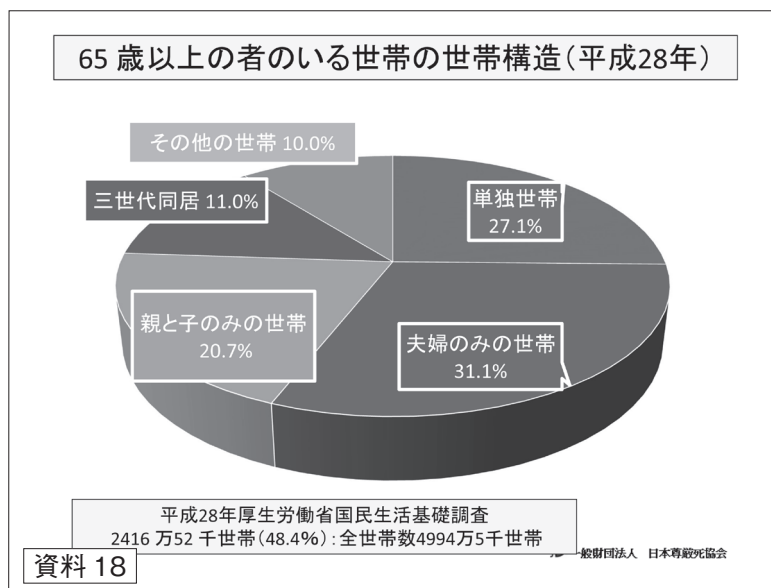
資料 17

一般財団法人 日本高齢学協会



## 65歳以上の者のいる世帯の世帯構造(平成28年)

次に高齢者ですが、65歳のいる世帯の世帯構成がどうなっているかを見えます。年寄りがお一人さまで住んでいるのが27%、年寄り夫婦だけで住んでいるのが約3割、親と結婚しない子どもといるのが2割、昔ながらの美しい家族と言いますか、3世帯同居をしているのが11%というのが直近の厚生労働省の調査で出ています。(資料18)



## 高齢者の世帯形態の将来推計

日本人の総世帯は約5,300万世帯あるとして、2015年に、65歳に占めるお一人さま世帯が、31%で、ご夫婦で暮らしている世帯が33%と一番多かったのです。2015年から2025年まで10年経過する間に、どちらが先に死ぬかという、男の人、つまりご夫婦でいれば旦那が死にます。したがって、65歳以上の単独世帯というのはおばあさんの単独世帯が圧倒的に増えてくるということになります。(資料19)

高齢者の世帯形態の将来推計  
(万世帯)

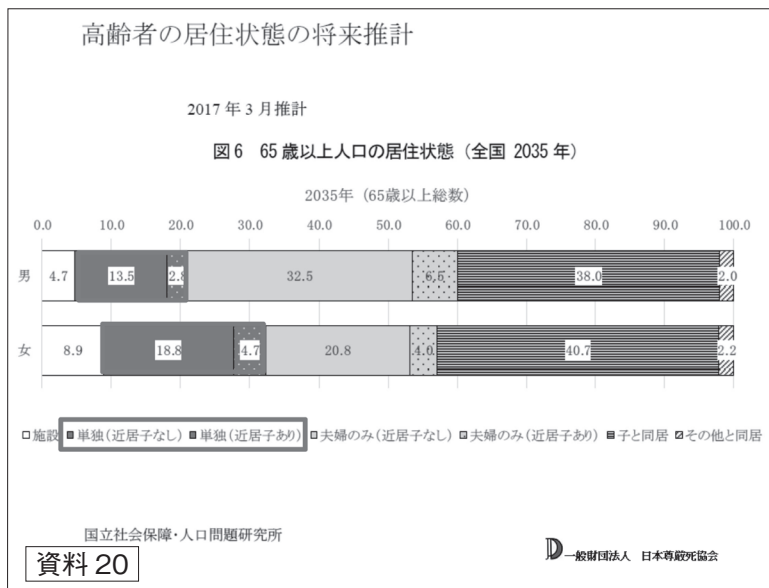
	2005年(実数)	2015年	2025年
一般世帯【A】	4,906	5,290	5,244
世帯主が65歳以上【B】 (【A】に占める割合)	1,355 (27.6%)	1,889 (35.7%)	2,015 (38.4%)
65歳以上の単独世帯 (【B】に占める割合)	387 (28.5%)	601 (31.8%)	701 (34.8%)
世帯主が65歳以上の夫婦のみ世帯 (【B】に占める割合)	465 (34.3%)	621 (32.9%)	645 (32.0%)

国立社会保障・人口問題研究所(2013年1月推計)

資料19 一般財団法人 日本尊厳死協会

## 高齢者の居住状態の将来推計

これは国立社会保障・人口問題研究所で調べた最新の推計です。2035年の高齢者の居住形態推計ですが、単独世帯については、近所に子どもがいるかいないかで。男で16%、女性で23%。17-8年先には、やはり女性のほうが圧倒的に1人で住むことになるというのが分かります。(資料20)



## 認知症高齢者数の増加予測

次に高齢者の認知症者数の予測です。2000年に介護保険制度がスタートしたのはご存じだと思います。そのときの予測です。2003年に高齢者介護研究会で、高齢者の中で認知症の人がどのくらいいるかということを調べました。その当時、約150万人、65歳以上人口に占める割合で、6.3%でした。従って、これを将来予測してみると、2015年には250万人、2025年で323万人ではないかという予測を当時しました。

それから10年たって、新認知症5ヵ年計画のときに調べてみると、2012年にもうすでに10人に1人、65歳以上人口に占める割合が9.9%だということが分かりました。これを推測していくと、2015年に10人に1人、2025年には12.9%、7人に1人が認知症になるのではないかという予測をこのときしたわけです。(資料21)

認知症高齢者数の増加予測

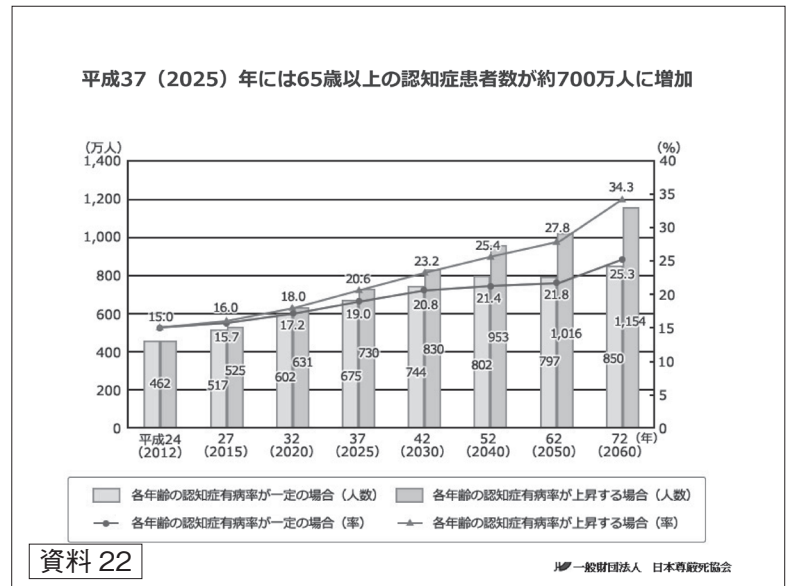
高齢者介護研究会 報告書(2003年)	2002 年	2015 年	2025年
認知症高齢者数 (万人)	149	250	323
65歳以上人口に占 める割合(%)	6.3	7.6	9.3

新・認知症5ヵ年計 画 (2012年)	2012年	2015年	2025年
認知症高齢者 数(万人)	305	345	470
65歳以上人口 に占める割合 (%)	9.9	10.2	12.9

資料21

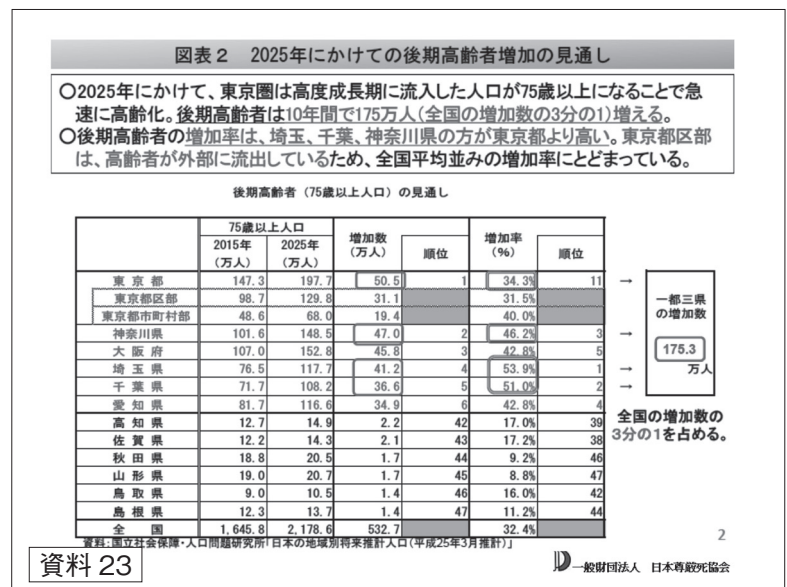
しかし、一昨年、九州大学久山町研究のデータから認知症の高齢者はもっと多くなるという結果が出ました。65歳以上の認知症患者は、2025年には700万人に達するという予測をしています。予測よりも早く認知症患者、認知症高齢者が増えています。(資料22)



## 2025年にかけての後期高齢者増加の見通し

もう1つ、これは日本創生会議が後期高齢者は今後どの地域に分布をするかということ予測したものです。都市部、結局は都会に住んでいる人たちが自分の親を地方から呼び寄せるといったことがあるのかもしれませんが、都会に流入する後期高齢者が増えてくるであろうという予測をしています。

高齢者の人口増加率のうちの3分の1ほどが、おおよそ首都圏、あるいは大都市圏になるというデータです。(資料23)



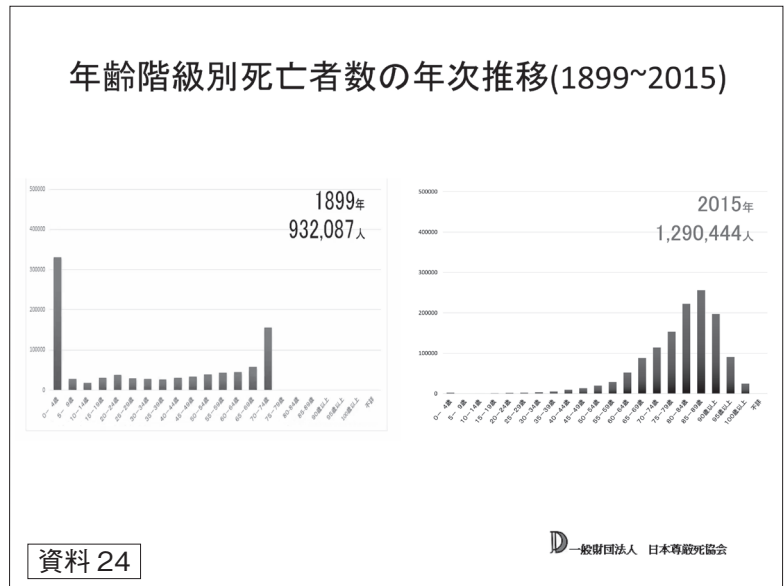
## 年齢階級別死亡者数の年次推移(1899~2015)

そして最後に死亡者数の話です。この年齢別の死亡統計を見ると、日清・日露、第1次大戦、第2次大戦ぐらいまでというのは、5歳以下の子どもはたくさん生まれ、たくさん死にました。東京オリンピックのころから、衛生状態はどんどんよくなり、最終的には、子どもがほとんど死なない時代になってきました。これが現代です。従って、現代死ぬのは、これを見てお分かりのように、お年寄りばかりなのです。

このスライドはどこに注目してほしいかというと、20世紀初頭から戦前にかけては、一定の割合で、各年齢層の人が死んでいます。もちろん5歳以下の乳幼児も数多く亡くなっています。しかし現代になってくると、若い世代、あるいは働き盛りの死亡者は少なくなってきています。これは、まさに医療の進歩



です。だから最終的には、こういうお年寄りばかりが死ぬという時代になっているわけです。(資料24)



## 2025年の高齢社会像

今まで述べたことをまとめてみますと、2025年、今から8年後ですが、どのようになっているのでしょうか。まず、高齢者人口がピーク3,500万人、人口の3分の1が65歳以上の高齢者になります。ベビーブームの世代が75歳を超え後期高齢者になる。私は昭和22年生まれ亥年です。去年、70歳になりました。私の世代は268万人生まれたのです。2016年の年間出生数は98万人。この年に私たちはまだ216万人生きています。だからお互い手をつないでいくと、私の世代が半分以上余ってしまうのです。それほど人口構成というのは劇的に違ってきているわけです。

認知症高齢者が700万人、5人に1人です。10人に1人、7人に1人ではないかと予測していたのが、5人に1人になります。

それから高齢者の一人暮らし世帯が高齢者世帯のうちの約3分の1に達します。お一人さまで人知れず亡くなるという方も増えてきます。

首都圏の後期高齢者の増加率というのは、全国の3分の1を占めます。

東京は、仕事がいろいろあるなど、年寄りがどんどん増えていきます。

そして高齢者がたくさん死ぬ時代になるということです。去年、亡くなる方が130万人を超えました。どんどん増えてきて、8年後には、160万人になるでしょう。(資料25)

### 2025年の高齢社会像

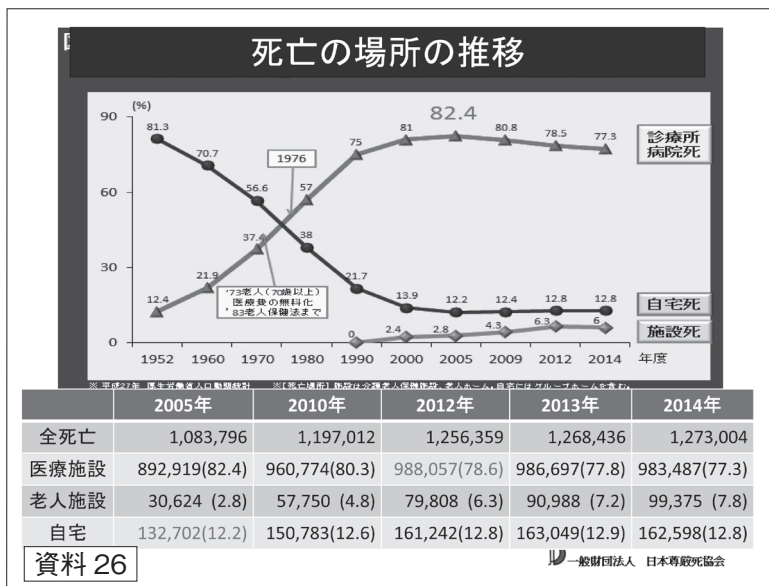
- 高齢者人口のピーク「3500万人」へ  
→2015年には「ベビーブーム世代」が前期高齢者(65~74歳)に到達し、その10年後には高齢者人口がピーク(約3500万人)を迎える。
- 認知症高齢者が「700万人」へ  
→認知症高齢者の割合が想定(約305万人)を上回り、2015年に462万人(13%)、2025年には高齢者の5人に1人(20%)と推計される。
- 高齢者の一人暮らし世帯が「680万世帯」へ  
→2025年には、高齢世帯は約2,000万世帯(全世帯数の約4割)に増加。そのうち一人暮らし世帯は約700万世帯(約3分の1)に達する。
- 首都圏の後期高齢者の増加が全国の「1/3」を占める  
→今後急速に高齢化するのは都市圏。75歳以上の後期高齢者が1645万人(2015年から2025年には2178万人)へ。特に首都圏の増加(175万人)は全国の増加数(532万人)の3分の1に。
- 高齢者多死時代「160万人」へ  
→2005年に出生数(106万3千人)と死亡数(108万4千人)が逆転、年間死亡者数は今後急増し、2015年には約130万人、2025年には約160万人に達し、死亡者の9割が65歳以上に。

資料 25

一般財団法人 日本高齢死協会

## 死亡の場所の推移

どこで死ぬかです。1976年に自宅で死ぬ人と病院で死ぬ人の数が逆転します。それまでは自宅で看取りをしていました。私も往診に何回か行った記憶があります。大広間におじいちゃんが寝かされて、家族がみんな枕の周りを囲んでいて、いつ「臨終です」という言葉を言うかというのをみんなが待っているわけです。私は卒業したてで、免許は持ちましたが、ほとんど臨床はやっていなかったときでした。行ってごらんと言われ現場に行ったのですが、まさに一種の儀式なわけです。

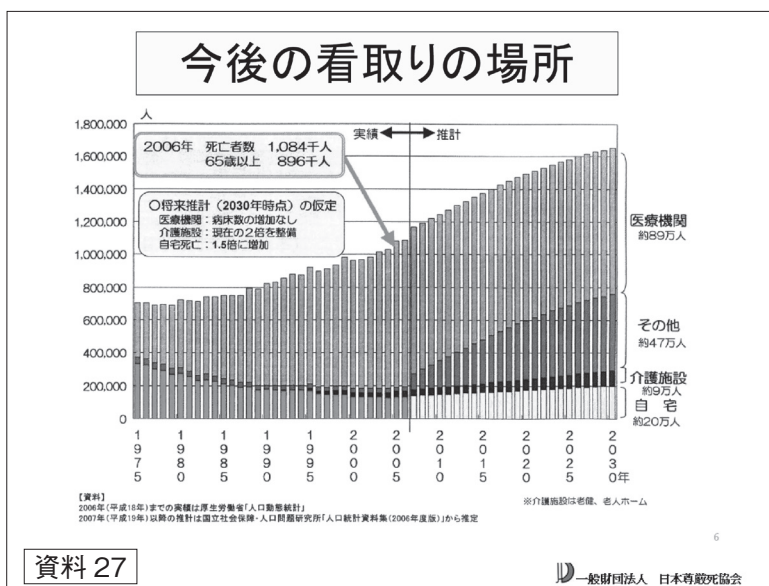


脳卒中で大きないびきをかいているような状態の方でした。金だらいで手を洗って、一応それなりのことをしました。「ご臨終です」と言おうと思うと、最期に「かあ」と下あごで大きないびきをしました。クスマウルの大呼吸と言いますが、こちら新米医師は慌て、ボスミンを打つなどやらなくてもいいことをいろいろやるのですが。それから30分ぐらいして、「ご臨終です」と言うと、ご家族の方々が「おじいちゃん」と遺体に押し寄せる、そういうことがごく普通にありました。

そういう自宅で亡くなるという方が、人数ではなく割合で一番少なかったのが2005年。最近では、自宅で死ぬのも少し増えています。何が何でも病院でと、病院のピークだったのが2012年ごろ。数で言うと、一番多かったときです。あとはだんだん病院で死ぬということが減ってきました。その代わりに、施設で死ぬというケースが増えてきています。(資料26)

## 今後の看取りの場所

今後、日本の病院ベッドはこれ以上増えないわけですから、病院で死ぬ数が一定だとすると、死ぬ人が増えた場合、この人たちは一体どこで死ぬのかということになります。(資料27)



## NHKスペシャル 「老衰死 穏やかな最期を迎えるには」

NHKスペシャルで『老衰死 穏やかな最期を迎えるには』という番組がありました。このとき初めて、「老衰死」という言葉が出てきました。私の先輩で芦花ホームの施設長、石飛幸三先生から、次のようなメールをいただきました。

「ちょうどお彼岸入りの夜9時、NHKスペシャルで当ホームの看取りが放映されます。振り返ってみると98年1月26日、教育テレビで北海道の老人ホーム「とよころ荘」の看取りの様子が放映されました。するとこれに対して医療を受けさせれば助かったものを、助けな

かった『みなし末期』だとの批判があり、衆議院の厚生委員会でも取り上げられました。その背景には、高齢社会の到来を受けて、死は医療のものかと主張する社会学者に対して、延命治療に固執する人たちの反論がありました。とよころ荘の相談員は挫折感に見舞われて、現場を去りました。

あれから20年の歳月が流れました。今や世間の空気は大きく変わりつつあります。いずれ来る老衰、そして死を受容し、1回しかない自分の人生を真剣に生きる考え方が国民の間に広がっています。この変わりざまを見ると、隔世の感を禁じ得ません。ぜひ見てください」。

もう2年前の話なので、お忘れになった方もいるかもしれません。私はこの番組を見ました。NHKスペシャルですから、夜9時です。食事が終わってくつろいでいる時間に、83歳と85歳のおばあさんでしたか、死ぬ分前までカメラが入っていました。よくご家族が許したと思いますが、そのような場面をずっと放映していました。

果たして最期を自宅で、あるいは施設で、病院に行かないで看取るということがどういうことなのか、皆さん、考える事自体が少なくなっています。昔は、私も自宅の座敷で生まれたほうですし、病気になるたら家に往診をしてもらっていました。年を取っても別に施設に行くことなく、死ぬときもさっき言ったような、大広間で大往生ということが昔はごく一般的でした。要するに「生老病死」の場面というのは、常に生活の身近な場にありました。

今は生まれるときも、病むときも、そして老いても、そして死ぬときにおいても、病院とか施設に入っているから、子どもたち、あるいは親戚の人たちが、最期の人の生きざま、変わりざまというのを認識できない状況にあるわけです。(資料28)





## 『週刊東洋経済』 「納得のいく死に方」

それでいいのかということですが、上野千鶴子さんは『東洋経済』の特集号で「納得のいく死に方」という小文を書かれています。

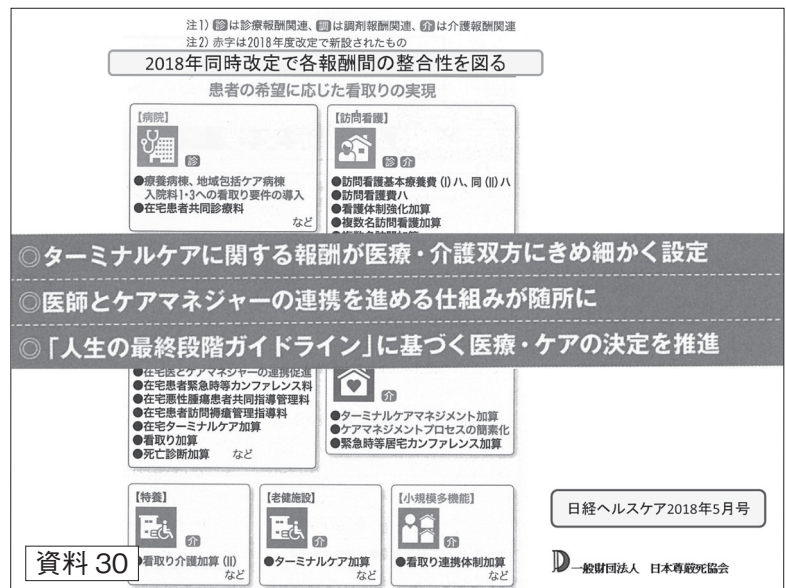
年寄りは家が一番いいのだから、家族に反対されても、絶対自宅で死にたいと言いなさいということをおっしゃっています。お年寄りが最後一人でいるのは大変だから息子さん、娘さんが引き取ることが確かにあります。しかし、一方ではお年寄りの、生活環境が大きく変わると認知症のトリガーになるという話も皆さんご存じだろうと思います。(資料29)



## 2018年同時改定 「人生の最終段階ガイドライン」に基づく医療・ケアの決定を推進

2018年度の診療報酬・介護報酬の改定は、同時改定で、1つは在宅、それから施設、その他で、いろいろと点数上の配慮をしたという話をご存じだろうと思います。特にターミナルケアに関する報酬が医療・介護双方にきめ細かく設定されました。医師とケアマネジャーの連携を進める仕組みが、随所に設けられ、そのためには、厚労省で出している終末期のガイドラインに基づく医療ケアの決定ということをベースにしているという話になっています。これは後でまた少し付け加えます。

診療報酬や介護報酬でもキュアよりもケアに重点を置き始めたことは、医療サイド、あるいは介護の方々もより患者に近いところ、より患者の家族に近いところで最期を看取するという流れになっているのだらうと思います。(資料30)



## ■ 終末期 一人の死

### 本日のお話

- はじめに-尊厳死、平穏死、…安楽死、
- 高齢社会、日本の現状
- 終末期-人の死
- 事前指示書(リビングウィル)について
- おわりに-健やかに生き、安らかに逝く

資料 31

一般財団法人 日本尊厳死協会

## 終末期の身体の変化

人間の最期はどうなるのでしょうか。医学的に言えば、おしっこが少なくなると、出ない分だけ体がむくんでいきます。ものを食べないからうんこの量も減ってきます。酸素飽和濃度が減ってきて、心拍数も増えたり減ったり変化が激しくなります。それから先ほど言いました努力呼吸である、下顎呼吸といって、筋肉が落ちてくるので、下顎だけで呼吸するようになります。こうなるともう臨終ということになります。(資料32)

### 終末期の身体の変化

1. 尿量減少
2. 浮腫
3. 排便の減少
4. 酸素飽和度の低下
5. 心拍数の急激な増減
6. 努力呼吸・下顎呼吸



資料 32

一般財団法人 日本尊厳死協会

## 医療チームによる「患者への支援／患者家族への支援」

先ほど言いましたように、こういうことは昔はみんな肌で感じていました。自分のおじいちゃん、あるいはおばあちゃんが自分の家で亡くなるということがあったからです。しかし今の人たちはこういうことが分かりません。

看護協会は、今やもうチーム医療だという時代になっていますから、医療チームとして、患者への支援、家族への支援をそれぞれしていきましょうという流れになっています。患者に対しては、終末期を迎える前から、終末期の過ごし方や、最期の迎え方について、患者と話し

合う、揺れ動く患者の感情というものをちゃんと受け止めるということを言っています。家族に対しては、最期の時間を家族が有意義に患者と過ごすことができるよう支援するということを言っています。

(資料33)

医療チームによる	
患者への支援	患者家族への支援
<ul style="list-style-type: none"><li>終末期を迎える前から、終末期の過ごし方や最期の迎え方などについて患者と話し合う</li><li>その時々に応じて揺れ動く患者の感情を受け止めながら、患者の意思決定を支える。</li><li>患者のアドボケーター(代弁者)として患者の終末期に寄り添う。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>患者の家族が患者に死が迫っていることを受け入れ、最期の時間を有意義に患者と過ごすことができるように支援する。</li><li>患者の死後も、家族がそれを乗り越え、安穩に過ごすことができるよう支援する。</li></ul>

資料 33

日本看護協会「看護実践情報」 一般財団法人 日本尊厳死協会

## 終末期の看取り

では終末期に看取られる、つまり死に逝く人の立場で考えてみましょう。私も死んだことはないのですが、死に逝く人たちが一体、どういう状況に陥るかということ。 (資料34)

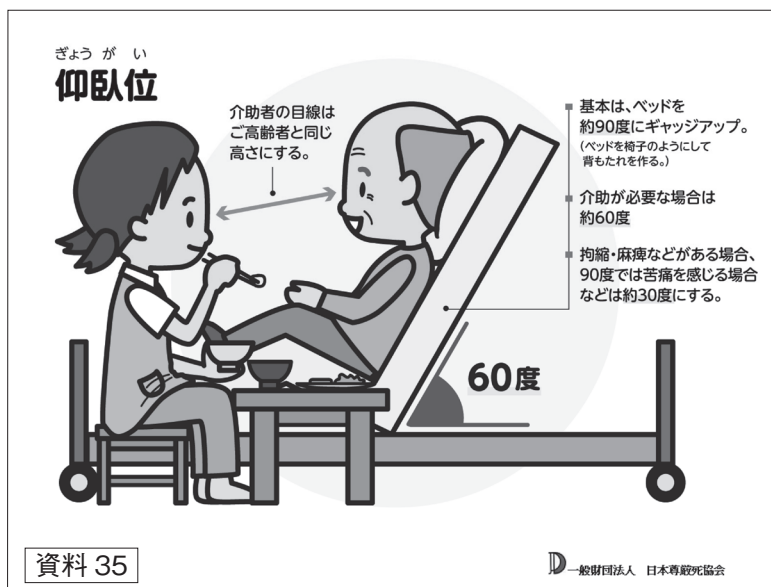
終末期の看取り
<ul style="list-style-type: none"><li>食欲</li><li>恐れ・不安</li><li>体の不自由</li><li>痛み</li><li>睡眠</li><li>グリーフケア</li></ul>

資料 34

一般財団法人 日本尊厳死協会

まず食欲がなくなります。食べられなくなると、みんなはやれ食べろと言いますが、きちんとした姿勢でないと誤嚥することもあります。そのためには、ここにあるように、介助者の視線、やはり患者とフェイス・トゥ・フェイスで顔を見ていくとか、いろいろな対患者との接触というのも非常に必要なわけです。

最期の最期になると、もうとにかく何をやっても食べないということが多いだろうと思います。そのときにどうするのでしょうか。人間、1日に千数百キロカロリーが必要だと言われますが、亡くなられた日野原先生も1,200キロカロリーも食べていたかないかです。要するに必要な分だけ取ればいいということで、年齢に応じて、あるいは自分の状態に応じてということになってきます。最期は、まさに自分の筋肉であれ、脂肪であれ、全てのものを使い果たして枯れるように死んでいくのが理想だとするならば、無理に外からエネルギーを与える必要もないのでしょうか。(資料35)

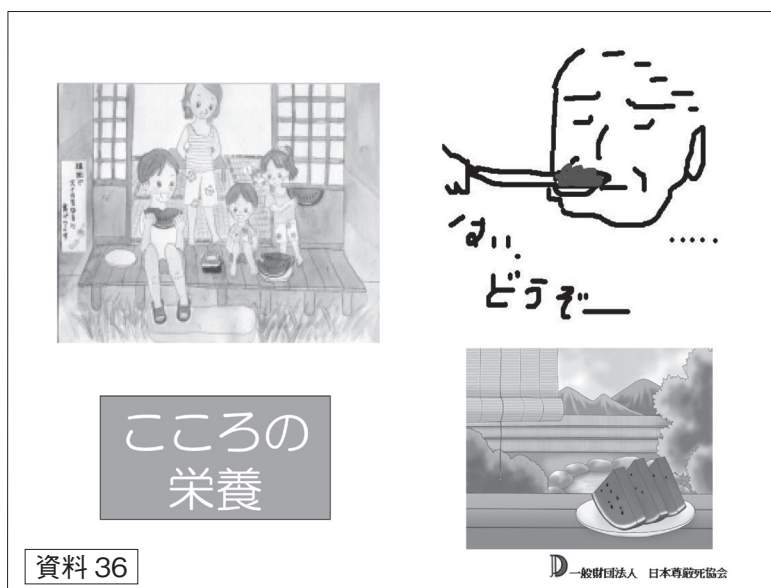


資料35

## こころの栄養

そうしますと最後に残るのは何かというと、嗅覚なのです。脳神経は12本ありますが、一番上位から出ているのが嗅神経、匂いを感じる神経です。その次は視神経です。どんどんぼけてくる中でも最期まで保存されるのがそういう脳の深いところから出ている感覚器の神経です。匂いというのは、多分死ぬ前まで残るのだらうと思います。

そうすると、例えばくちびるにスイカを少しガーゼや何かで湿らせてくちびるに持っていくと、水分が入るか入らないかは別にしても、少なくともスイカの匂いは鼻から入っていきますから、本人はスイカを食べた、あるいは食べているという意識は残るので、自分が好きだったものならば、なおのこと喜ぶでしょう。こういうことはやはり介護すべき立場としては知っておく必要があると思います。(資料36)

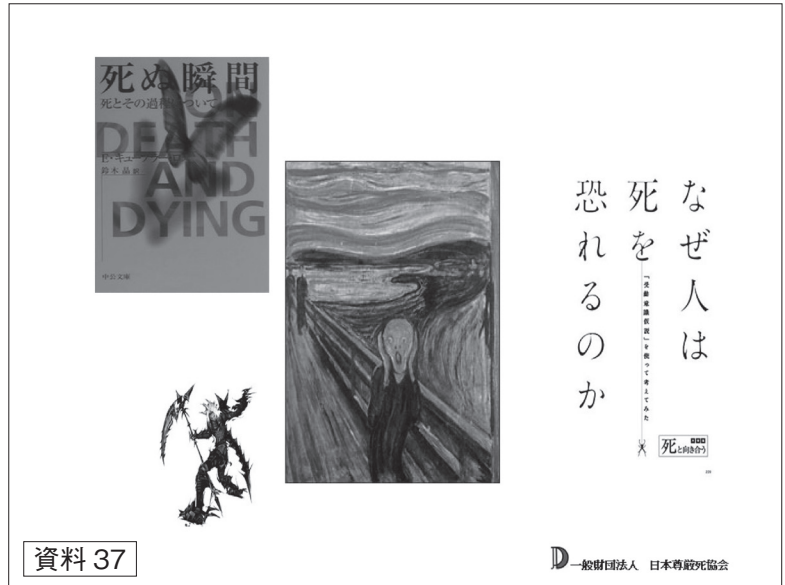


資料36



## なぜ人は死を恐れるのか

死についてですが、これは誰も死んだことはありません。よく死の淵からの生還とか、三途の川を渡りそこなったりとかいろいろな話があります。そういう方の話も事実なのかもしれません。我々は、知らないから恐れるわけです。(資料37)



そういうときに介護する人ができることというのは、共感できるかどうかです。本人の手を握って、怖い状況であれば、私もそばについているからという安心感を与えることが必要なのだらうと思います。

ですから、日常の場面でも、いつも手を握って、「おばあちゃんひとりではないよ、私たちがいますよ」という。スキンタッチとか、ボディタッチとか、そういうものは、意識がなくなっていく過程で最後に残る原始的な感覚でしょう。そういうものを頼って、本人に理解させるということが必要なのだらうと思います。(資料38)



## ユマニチュードの対応

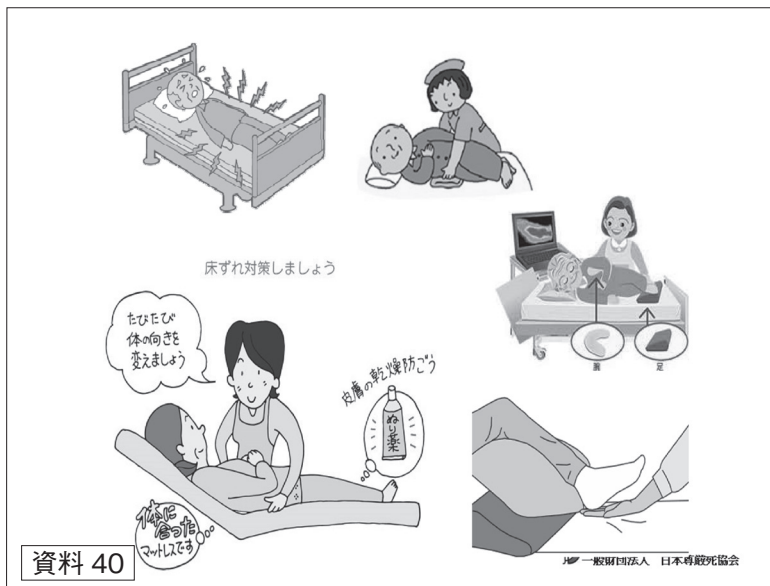
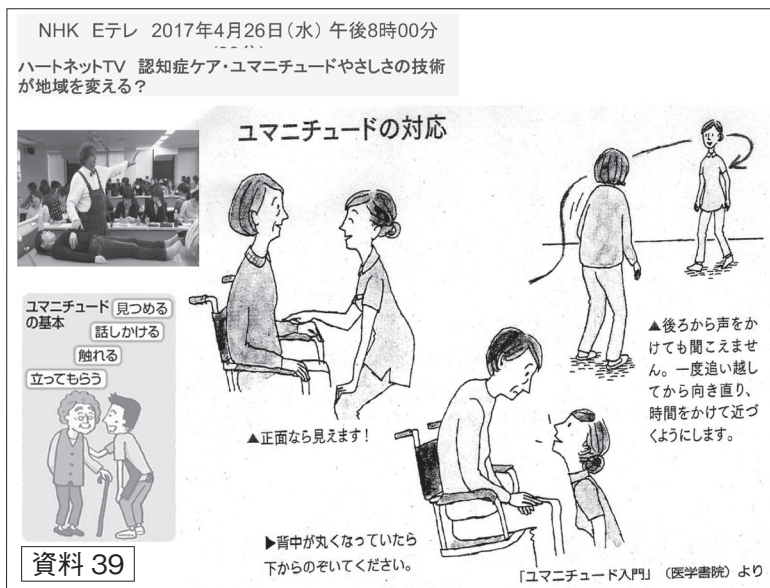
先ほど紹介した今発売中の文芸春秋にも出てきますが、本田美和子先生という東京医療センターの総合内科の医長がいます。彼女はEテレでもやっていますが、ユマニチュードというフランスの介護・看護の概念を日本に持ちこんで、さかんに啓発普及をしています。日本でもいくつかの施設でそれをやっているというのが出ていました。

この文芸春秋に「フランス発 奇跡の認知症ケア技術」という項目がありますが、ここで自分がさかんに勧めているユマニチュードに取り組んでいる施設が日本全国にこれだけあるということも書いてありました。

ユマニチュードの基本というのは、要するに患者に、ちゃんと私があなたのことを構っていますということに分からせる、そのためには見つめる、話し掛ける、振れ合う、立って歩いてもらう、こういうようなことをきちんとさせるということが、認知症の場合ですが、やはり必要なことなのでしょう。(資料39)

施設に入っていれば、床ずれ、褥瘡ができたり、血の巡りが悪くなったりして、足が弱ってきます。足の先、フットケアの重要性というのはよく言われます。透析などをやっても、フットケアをきちんとやってくださいということで、これにも診療報酬点数が付くようになりました。このような時代になってきたわけです。

従って、患者が徐々に弱っていく中で、ただ放っておくというわけではなく、きちんと最大限自分たちが、あなたのそばにいますということをやったり見せる必要があるのでしょうか。(資料40)



## 痛み

がん末期の痛みは大変ということがよく聞きます。ただ本人が痛いと言っているとき、肉体的な痛みは鎮痛薬、あるいは麻薬で何とかなるのかもしれませんが。本人が精神的な痛み、あるいは社会と縁が切れることによる痛みを抱えているとき、なかなかその人のそのような状況を汲み取ってあげるというのは難しいかもしれません。

それ以上に、魂の痛みというものがあります。(資料41)

### 痛み

- ①肉体的痛み・・・通常の身体の痛みや日常生活の支障を言います。
- ②精神的痛み・・・不安や恐怖、怒り、鬱などこころの痛みです。
- ③社会的痛み・・・病気のために仕事を失い経済的に苦しくなったり、社会や友人と縁が切れたりすることによる痛みです。
- ④魂の痛み・・・精神的痛みよりも深いところから来る、人生の意味の問い、死生観に対する悩みです。



資料 41

一般財団法人

## 魂の痛み

「自分は何のために生きてきたのか教えてください」と言われても、なかなか付き添っている人たちに答えが出るわけでもありません。「生きている価値があったのだろうか」、「この苦しみにはどういう意味があるのだろうか」、そのようなときに、結局そばにいる人間としては、例えば手をしっかり握ってあげる、あるいは体をさすってあげることによって、あなたは1人ではないということをつからせる、あるいは分かってもらうようなケアの仕方というのは大切なのだと思います。(資料42)

### 魂の痛み

- 「自分は何のために生きてきたのか」
- 「自分は生きた価値があったのだろうか」
- 「この苦しみにはどういう意味があるのだろうか」
- 「神様がいたら自分は救われるのだろうか」




資料 42

一般財団法人


## 臨終

いよいよという時になると、先ほどの下顎呼吸が出てきます。それで脈が弱くなり、顔が白くなります。目がとろんとしているだけではなく、涙が出たり、鼻水が出たり、いろいろな最期があります。私の経験でも、眼球がぐるぐる回って最期を迎えた人がいました。それで先生の「ご臨終です」という話になります。(資料43)



### 臨終

- 呼吸が止まる状態が頻繁になり、顎で呼吸するような状態になる。
- 脈拍が弱くなり、顔面蒼白となる
- 目がとろんとしたり、半開きの状態、涙がでたりする



資料 43
一般財団法人 日本尊厳死協会

## 「終末期の看取り／グリーフ・ケア」

今まで看取られるサイドの話をしてきましたが、介護をしている立場からすると、臨終の後、では残された人に対してどうするのかという話になります。(資料44)

### 終末期の看取り

- 食欲
- 恐れ・不安
- 体の不自由
- 痛み
- 睡眠
- 臨終
- **グリーフ・ケア**

資料 44
一般財団法人 日本尊厳死協会

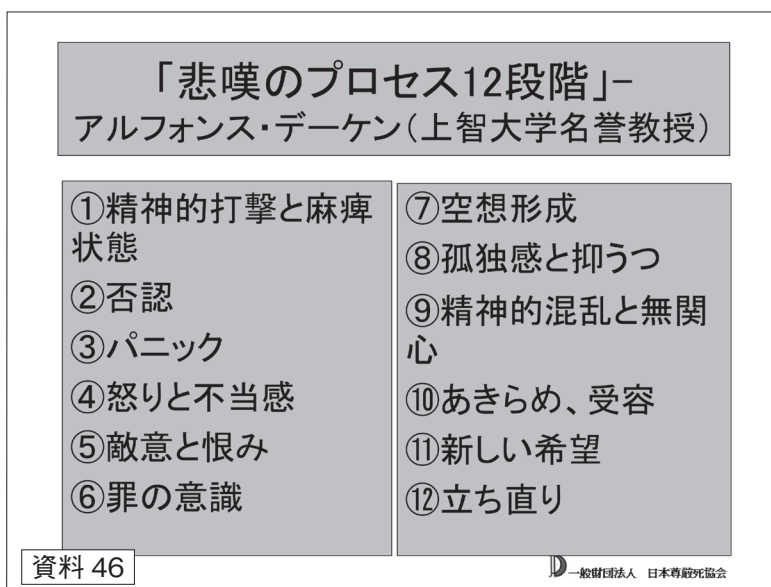


このグリーフ・ケアというのは、医学教育でもカリキュラムに加えられたように、残された家族のケアという面で非常に重要なことです。(資料45)



アルフォンス・デーケン先生は、悲しみのプロセスには12段階あるということを言っています。何かあったときに精神的な打撃、麻痺(まひ)状態、それからそんなはずはないという否認、どうしてこんなことになってしまったのかというパニック、例えばもし突然、死というものが訪れて身内の人が間に合わなかったというとき、その怒りというのは当然、ミリに対応した先生、介護をしている人たちに跳ね返ってきます。

本人からすると「どうして私の親が」という話になるわけです。それによる敵意と恨みがあります。それが少し進むと、なぜあんなことをしてしまったのかという罪の意識から、心がうつろになり、孤独感にさいなまれ、精神的な混乱と無関心という時期を経て、あきらめ、あるいは受容、そして新しい希望を持って立ち直るといふプロセスがある、とデーケン先生は説明をしています。(資料46)



従って、当事者として、そういう臨終の場に、私たちが医療関係者として立ち合っているときに、家族との関係で残された人のグリーフ・ケアを考えていく中で、この人が今、どういうステージにあるかということを考えないと、ただ単に話をしても難しいところがあります。

例えば亡くなる直前に下顎呼吸をします。さっき言ったように非常に苦しそうです。そうすると、「患者が苦しんでいます。何かをしてください」と言うけれども、「いや、これは死ぬ前のプロセスなのです」と言っても、その人が長いこと看病をしていたのか、突然駆け付けた家族なのかで、対応が異なるわけです。今まで手当てをしてきたこちらの立場からすれば、亡くなった時点で、「眠るように旅立たれたよう

です」とか、「辛さはなかったのではない  
でしょうか」とか、患者のつらさ、死に  
ゆく人のつらさというのは私たちが代  
弁できます。(資料47)

## 死亡診断後のプロセス グリーフケア(1)

### 1. 患者の辛さ

☞ 家族は亡くなる直前の下顎呼吸から苦しそ  
うだった感じる人が多いが、患者本人は苦し  
くはないということを十分に説明する。

- 「眠るように旅立たれたようですね」
- 「辛さはなかったと思います」
- 「穏やかなお顔ですね」

資料 47

一般財団法人 日本尊厳死協会

そして患者に対して、「非常によく頑  
張った。立派な人でした」という尊敬の  
気持ちをこちらから家族の方々に伝え、  
家族に対しても「皆さん、立派でした。  
なかなかできることではありません」と  
いうことを言うと、患者の家族が今まで  
長いこと看護・介護でストレスになっ  
ていたのか、あるいは突然来た状況なの  
か、いろいろな状況があると思いますが、  
こういうことを医療サイドの人たちが  
言うことによって、家族が感情を吐き  
出しやすくなるのです。そのような状況  
を作ってあげます。

医療関係者によっては、ルーチンで、  
こういうことをやっている方はもちろ  
んおられますが、長いように見えるけれ  
ども、ほんの数分のことです。しかし、  
家族にとっては一生に一度のことなの  
です。そういうことをわきまえて、やは  
り医療を提供していくということが必  
要なのではないでしょうか。

(資料48, 49)

## 死亡診断後のプロセス グリーフケア(2)

### 2. 患者への尊敬の気持ちを表現

- 「よくがんばりましたね」
- 「長い闘病お疲れさまでした」
- 「とっても立派な方でした」
- 「いつも私たちにやさしい言葉をかけてくれまし  
た」
- 「とてもユーモアのある方でした」
- 「私たちは〇〇さんから大切なことをいくつも教  
えていただきました」

資料 48

一般財団法人 日本尊厳死協会

## 死亡診断後のプロセス グリーフケア(3)

### 3. 家族へのねぎらい

- 「ご家族の皆様もよく頑張りましたね」
  - 「ご家族の皆様もとても立派でした」
  - 「なかなかできることではありません」
  - 「〇〇さんは幸せだったでしょうね」
- ☞ このような声掛けで家族は感情を表出しやす  
くなる。
- ☞ 医師にとっては長い時間のように思われるが、  
ほんの数分のこと。

資料 49

一般財団法人 日本尊厳死協会

# 看取りの際の連携に関する主な医療・介護報酬

高齢者多死社会になり、看取りの重要性が理解され、その結果、今度の診療報酬・介護報酬改正で、病院の診療、あるいは訪問看護の場合、それぞれにターミナルケアをどのようにやっていくとどういう点数になっていくのか、いろいろなところが出てきています。そのまとめが『日経ヘルスケア』に出ています。

(資料50)

図1 看取り期の連携に関する主な診療・介護報酬 (編集部作成)

【病院・診療所】	【訪問看護】	【介護事業者・施設】
<b>【病院】</b> ●療養病棟、地域包括ケア病棟入院料1-3の看取り要件の導入 「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」等の内容を踏まえ、看取りの指針を策定 ●在宅患者共同診療料 (最初の算定日から1年以内に患者1人/回限) 1500点 往診1500点、訪問診療 (同一建物居住者以外) 1000点、同 (同一建物居住者) 240点 在宅を担う医療機関の求めで、在宅療養後方支援病院が往診・訪問診療を提供した場合は、診療報酬を算定可能 <b>【診療所】</b> ●機能強化型在宅・在宅・訪問看護ステーションの看取り実績の算定 患者・家族の意向に基づいて、7日以内の入院中に死亡した場合も看取り実績に含めることを選択 ●緊急往診加算 (325~850点)の対象拡大 医学的に終末期の患者も対象に ●在宅医とケアマネジャーの連携促進 末期患者については、在宅医とケアマネジャーに事後や今後想定される病状の変化などを連携情報提供することを在宅医と在宅がん医療総合診療科の要件に追加 ●在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点 (月/回限) 200点 在宅医が、歯科医、薬剤師、訪問看護師等、ケアマネジャーなどと共同でカンファレンスを行い、療養上必要な指導をした場合	<b>【訪問看護】</b> ●訪問看護基本療養費 (Ⅰ) Ⅷ (Ⅱ) Ⅷ 1万2850円/月 (月/回限) 緩和、褥瘡、人工肛門、人工膀胱のケアの専門看護師が他の訪問看護ステーションの看護師等と同一で共同して患者に訪問看護を行った場合 ●訪問看護費Ⅷ 2935単位/回 定期巡回・随時対応型訪問看護事業所に通じて訪問看護を行った場合 ●看護体制強化加算 6月間で「緊急時訪問看護加算の算定者割合50%以上」「特別管理加算の算定者割合30%以上」の要件を満たす場合、医療機関と連携の上、看護職員の出勤や研修派遣などの相互人材交流を通じて在宅療養支援能力の向上を支援し、地域の訪問看護人材の確保・育成に寄与する取り組みを実施していることが認められ ●ターミナルケア加算の算定者が5人以上 (12月間)の要件を満たす場合 ●在宅患者連携指導加算 5000円/月 在宅医療機関、訪問看護機関や薬局と文書等により情報を共有し、療養上必要な指導をした場合 ●在宅患者緊急時等カンファレンス加算 2000円 (月/回限) 2000円 在宅医の求めで、歯科医、薬剤師、ケアマネジャーなどと共同でカンファレンスを行い、療養上必要な指導をした場合 ●看護・介護職員連携強化加算 2500円 (月/回限) 2500円 訪問介護スタッフなどに研修吸引等の必要な支援をした場合	<b>【介護事業者・施設】</b> ●在宅介護支援 ●ターミナルケアマネジメント加算 200単位/回 (月/回限) 200単位 医療機関の求めで、当該医療機関の医師または看護師等と利用者宅を訪問してカンファレンスを開き、介護サービスの調整を行った場合 ●ターミナルケアマネジメント加算 400単位/月 在宅で死亡した末期の利用者が対象。死亡日および死亡前14日以内に2日以上在宅を訪問し、主治医等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス需要の必要性的把握、利用者への支援を実施した場合。把握した利用者の心身状況などの情報を記録し、主治医や在宅サービス事業者に提供 ●ケアマネジメントプロセスの簡素化 着しい状態変化を伴う末期の利用者については、主治医の助言を導くことを前提に、サービス担当者会議の招集をせずにケアプランの変更が可能に <b>【短期入所】</b> ●在宅中重度者受入加算 413~425単位/日 (看護体制加算の算定状況により単位数に差) 利用者を利用して訪問看護事業所に健康上の管理を行なった場合 ●緊急時対応加算 80単位/月 入居者の確保状況が月1日以上提供した場合は、日経ヘルスケア2018年5月号 <b>資料 50</b>

この表を下にずらしますと、緊急時の対応というのがありますが、それ以外に在宅ターミナル、つまり自宅で看取るといふことに対して、「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」等の内容を踏まえ、患者・家族の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応」と書いてあります。このようなことをきちんとやると加算するというのが今度の点数改正のルールです。(資料51)

図2 看取り期の連携に関する主な診療・介護報酬 (編集部作成)

●在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点 (月/回限) 200点 在宅医が、歯科医、薬剤師、訪問看護師等、ケアマネジャーなどと共同でカンファレンスを行い、療養上必要な指導をした場合 ●在宅患者連携指導加算 5000円/月 在宅医療機関と連携して、患者の病状や病歴などの有無で点数に差、2018年度でアップ ●在宅患者訪問看護管理指導料 750点 (初回カンファレンスから6月以内、2回限) 750点 医師、管理栄養士、看護師または連携医療機関等の看護師が共同して指導管理の計画の指導管理を行った場合 ●在宅ターミナルケア加算 (在宅患者訪問診療料の加算) 3500~6500点 (在宅・在宅の届け出や病床などの有無で点数に差、2018年度でアップ) 在宅での死亡患者に対し、死亡日および死亡前14日以内に2回以上の往診・訪問診療を受けた場合 「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」等の内容を踏まえ、患者・家族の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応 (患者・家族の意向に基づいて、7日以内の入院中に死亡した場合も看取り実績に含めることを選択)と「それ以外、在宅・在宅」の区分け ・特が看取り介護加算 (Ⅰ)を算定しているも、訪問診療料、在宅ターミナルケア加算の算定が可能に ●看取り加算 3000点 往診または訪問診療をして在宅で患者を看取った場合 ●死亡診断加算 200点 死亡診断を行った場合、在宅患者訪問診療料を算定する場合のみ、看取り加算との併算不可 注1) Ⅰは診療報酬開通、Ⅱは介護報酬開通 注2) 赤字は2018年度改定で新設・見直しされたもの	●在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点 (月/回限) 200点 在宅医の求めで、歯科医、薬剤師、ケアマネジャーなどと共同でカンファレンスを行い、療養上必要な指導をした場合 ●看護・介護職員連携強化加算 2500円 (月/回限) 2500円 訪問介護スタッフなどに研修吸引等の必要な支援をした場合 <b>【訪問看護】</b> ●訪問看護ターミナルケア療養費 療養費1万2850円 在宅での死亡患者に対し、死亡日および死亡前14日以内に2回以上訪問看護療養費等を算定し、訪問看護のターミナルケア支援体制を整備した場合は、在宅で死亡した患者に「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」等の内容を踏まえ、患者・家族の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応 ・特が看取り介護加算の算定状況に応じて2区分に設定。特が看取り介護加算を未算定の場合は療養費1、算定時は療養費2を算定 <b>【訪問看護】</b> 【定期巡回】 【看護小規模】 ●ターミナルケア加算 2000単位/回 在宅での死亡患者に対し、死亡日および死亡前14日以内に2回以上訪問看護ターミナルケアを行った場合 ・「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」等の内容を踏まえ、患者・家族の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応 ・ターミナルケアの実施に当たっては居宅介護支援事業者等と十分な連携を図る	●看取り介護加算 死亡日以前4日以上30日未満 144単位/日 死亡前日、前々日 680単位/日 看取り指針を定め、多職種協働などとした場合 <b>【特設】</b> ●看取り介護加算 (Ⅰ) (Ⅱ) 以外の場合 (Ⅰ) 死亡前4日以上30日未満 144単位/日 死亡前日、前々日 680単位/日 (Ⅱ) 24時間の医療対応体制、施設内で看取り死亡日以前4日以上30日未満 144単位/日 死亡前日、前々日 780単位/日 死亡日 1880単位/日 看取り指針を定め、多職種協働などとした場合 <b>【老健施設】</b> ●ターミナルケア加算 (カッコンは介護療養型老健の場合) 64単位/日 死亡日以前4日以上30日未満 160(同)単位/日 死亡前日、前々日 820(850)単位/日 死亡日 1650(1700)単位/日 <b>【小規模多機能】</b> ●看取り連携体制加算 死亡日および死亡前30日以下 64単位/日 看護職員配置加算 (Ⅰ)を算定する事業所、多職種の協働で看取り指針を定め、利用者・家族に説明
---	--	---



# 「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」とは？

「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」ですが、これは厚生省のホームページを見れば出てきます。患者の意思が確認できる場合と確認できない場合があります。確認できないとみんなでいろいろなことを議論しなければいけません、確認できるということが医療チームにとっては一番やりやすい。ですから自分で最期はこうしたいという意思を明確にしておくということが、いざというときに必要になってきます。(資料52)

**「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」とは？**

人生の最終段階を迎えた患者や家族と、医師をはじめとする医療従事者が、患者にとって最善の医療とケアを作り上げるためのプロセスを示すガイドラインです。

▶人生の最終段階における医療とケアのあり方

- ①医師など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て、人生の最終段階における医療を進めることが最も重要な原則である。
- ②「人生の最終段階における医療」における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止などは、多専門職種の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。
- ③医療・ケアチームにより可能な限り痛みやその他の不快な症状を十分に緩和し、患者や家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療とケアを行うことが必要である。

▶人生の最終段階における医療とケアの話し合いのプロセス

◆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）  
及びこのリーフレットは厚生労働省のホームページに掲載しています。  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryou/iryuu/saisyu\\_iryuu/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryuu/saisyu_iryuu/index.html)

**資料 52**

## 終末期の医療 延命を望みますか

これは『週刊ダイヤモンド』の特集です。最期はどうするかということで、いろいろなアンケートを取っています。延命を望むかということ、望まない。何が安楽死かということはここでは深く定義していませんが、安楽死希望が多くあります。これらのデータを見る限り、皆さんは延命治療には否定的だということがわかります。(資料53)

**終末期の医療 延命を望みますか**

天寿の私たちは人それぞれ 延命治療を断るといふこと

死生学のススム 生きますか 逝きますか

介護、墓、葬式…終活本では分からない死への心構え

週刊ダイヤモンド 2016年8月6日 710円 8/6

死生学1万人大調査 死ぬ準備していますか 葬式は必要ですか

仕事に当たる最上層 働き方を考えませんが 死生観が生む3つの力

**6割が「安楽死希望」**

延命治療を望むか？

希望する	望まない
62.7%	37.3%

**延命制限に5割が「納得」**

延命制限が1年以上ある場合、延命治療を望むか？

納得できる	納得できない
53.2%	46.8%

**「延命希望しない」が7割**

難しい病状で延命治療を望まない場合、延命治療を希望するか？

希望する	希望しない
14.1%	85.9%

**資料 53**

週刊ダイヤモンド 2016/08/06 02 一般財団法人 日本葬院死協



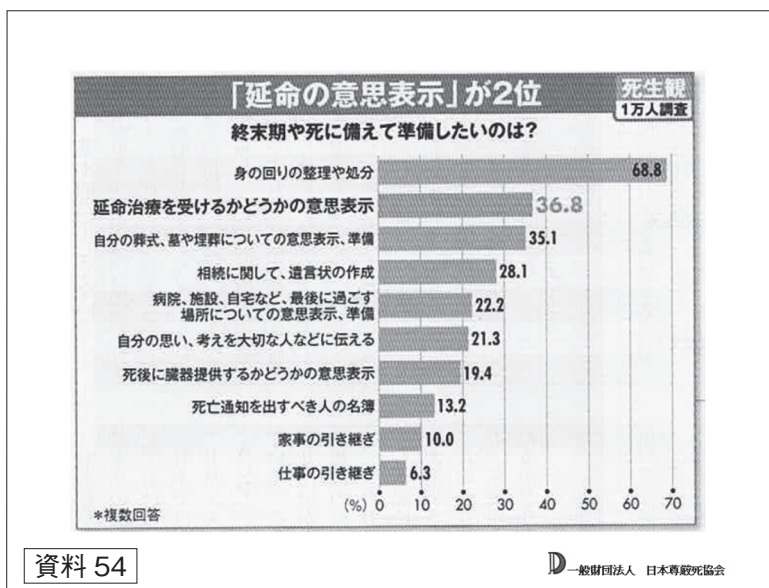
## 「延命の意思表示」

この特集では終末期や死に備えて何を準備したいかと聞いていますが、「身の回りの整理や処分」というのが一番多く、その次は「延命治療を受けるかどうかの意思表示」だと言っています。

ですから今度の診療報酬もそうですが、この意思表示ということが皆さん大事だと言っているのであれば、そういうものをきちんと整備したらいいのではないかということになります。

そこでその終末期における意思表示についてお話をしたいと思います。

(資料54)



## ■ 事前指示書(リビングウィル)について

### 本日のお話

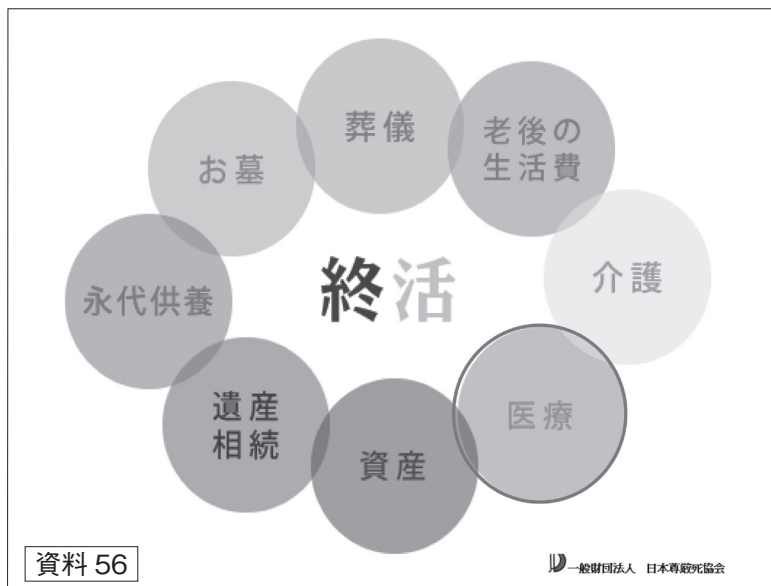
- はじめに- 尊厳死、平穏死、・・・安楽死、
- 高齢社会、日本の現状
- 終末期- 人の死
- 事前指示書(リビングウィル)について
- おわりに- 健やかに生き、安らかに逝く

資料 55

一般財団法人 日本尊厳死協会

## 終活(医療)

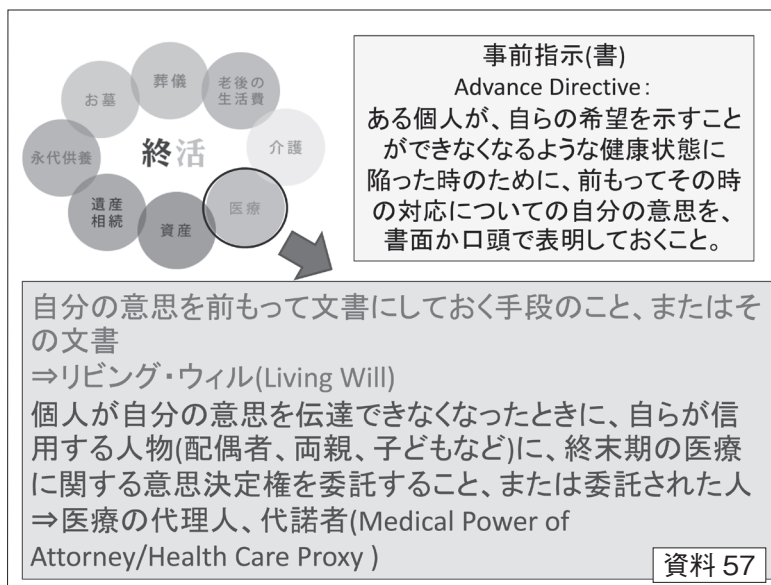
終活という言葉があります。いよいよ最期が近づいたとき、やらなければいけないことがあります。「俺が死んだらどういふ葬式をしる」という話から、お墓の話、もちろん遺産相続も大事ですし、さまざまなことがあります。(資料56)



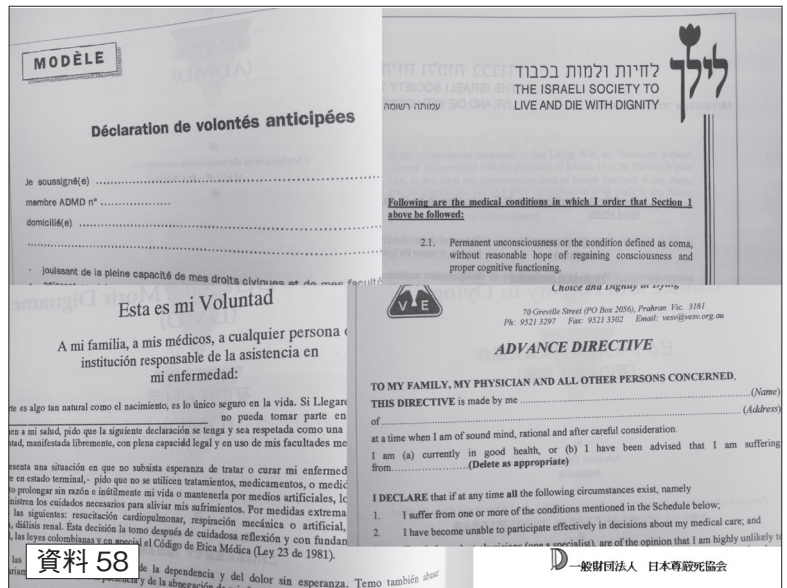
## 事前指示(書)／リビングウィル(Living Will=LW)

この中の医療の部分を取り出します。「自らの希望を示すことができなくなるような健康状態に陥った時のために、前もってその時の対応についての自分の意思を、書面か口頭で表明しておくこと」、これを事前指示、Advance Directiveといます。

この手段として、書面で残すものをLW、誰か第三者に託すこと、これが医療の代理人、代諾者というようなものです。(資料57)



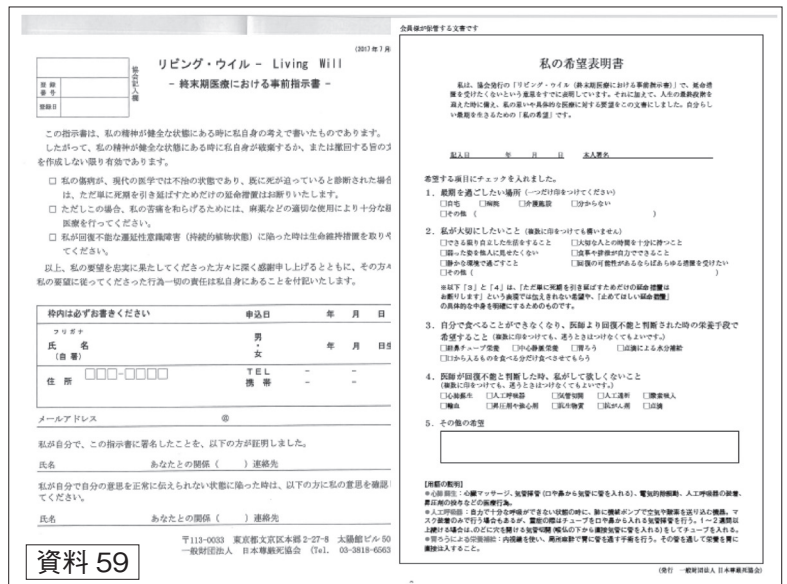
世界中どこでも自分の国で、LWの書類があり、ごく当たり前のようにみんなが書いています。(資料58)



資料 58

私たちは、このLWを私たちの協会に登録したらいかがですかということ、LWの普及活動を行っている団体です。このような事前指示書があります。「私の傷病が、現代の医学では不治の状態であり」うんぬんと、3項目あるのですが、こういう状態だったらもう何もしないでくださいというものがあります。

去年から時代に合わせて変えたのですが、代理人というか、立会人という方の署名を入れました。これは本人に代わって勝手に誰かが書いたのではないかとすることがないようにしたほうが良いということです。



資料 59

私たちのLWは生前の元気な時に書くものですが、厚生労働省では、普段持つと同時に、いざというときはその処置で病院が困るのだから、どういう治療をしてほしいかということをもう少しきちんと医療チームと話し合っ、最期の看取りに役に立つようにしようと、ACP、アドバンス・ケア・プランニングの普及を今、進めています。

例えばこうものです。協会の作った「私の希望表明書」ですが、「こういう場合はこういう治療はしてください(しないでください)」というものを全部書いて、一緒に持っていただいています。(資料59)

ここで少し協会の説明をさせていただきます。協会は1976年に創立されました。ちょうど病院で死ぬ人と、自宅で死ぬ人が逆転した年です。今お話ししたLWを私たちに登録いただき、協会は個人番号を割り当て、私たちはその番号で生存、死亡情報を管理しています。

ちよくちよく電話がかかってくるのが、救急車で運ばれているときで、救急隊員の方から、「お宅のカードを持っていますが、お宅の会員ですか」という問い合わせです。カードに番号が付いていますから、「番号か名前を言ってください」というと、「何々さんですね」、「そうです」と言って電話が切れます。救急隊の人はではそこで「そうですか」と挿管していたら、それを抜くとか、あるいはマッサージをやっているときにそれをやめるということはしません。彼らは救急隊員ですから、要するに救急車を呼んだということは、救命をしてくれということと呼んだということが大前提です。

したがって、LWを持っていても、救急車を呼べば搬送されます。結果として、向こうに着いて、どの程度の救命措置をするかというのは医者判断になります。そのときにLWがあれば、医師はそれを参考にして、本人の意思を尊重すると思います。

私の前任の理事長は、井形昭弘先生という国立長寿医療センターの前身の国立療養所中部病院長、その前は鹿児島大学の学長をやられていた方です。亡くなるときに、私たちは救急車を呼ばないでかかりつけ医を呼びましょうという運動もしているのですが、本人は具合が悪くなって救急車を呼んだのです。そして病院に担ぎ込まれる前に、「私は尊厳死協会の人間です」と言って、カードを見せたのですが、病院に着いて、もちろんお年でしたし、これ以上無理なことはしないと行って、病院でももちろん救命室にいたのですが、やはりご家族が来るまでは存命させるということはやられていました。そういう意味で、LWを持っているということは結構役に立つのではないかと考えています。

協会はこのような活動をしています。(資料60)

## 日本尊厳死協会の活動

リビング・ウィルの保管、支援と普及  
生と死に関する啓発活動  
尊厳死法制化運動

2005年 14万名の署名を添えて国会請願  
尊厳死法制化を考える議員連盟発足

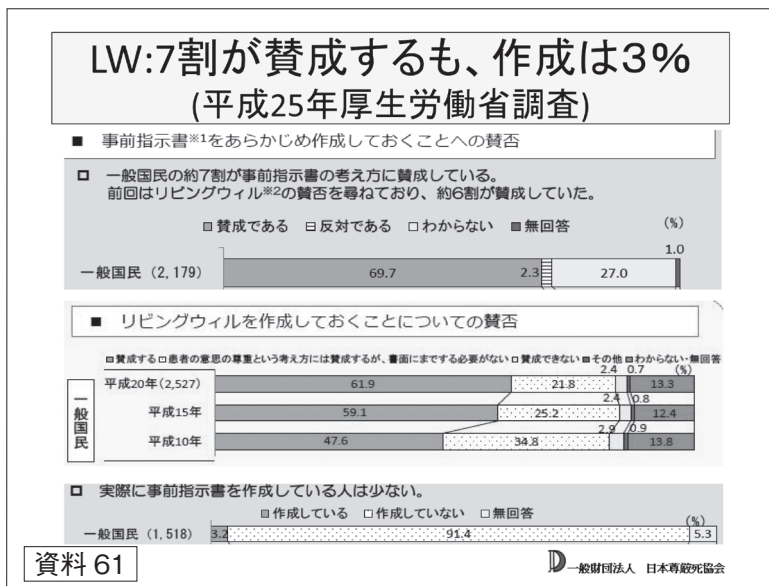
医学教育へ提案「生と死の教育を」  
国際団体との連携・国際会議の主催  
生と死に関する理論的研究  
地区活動・広報活動

資料 60

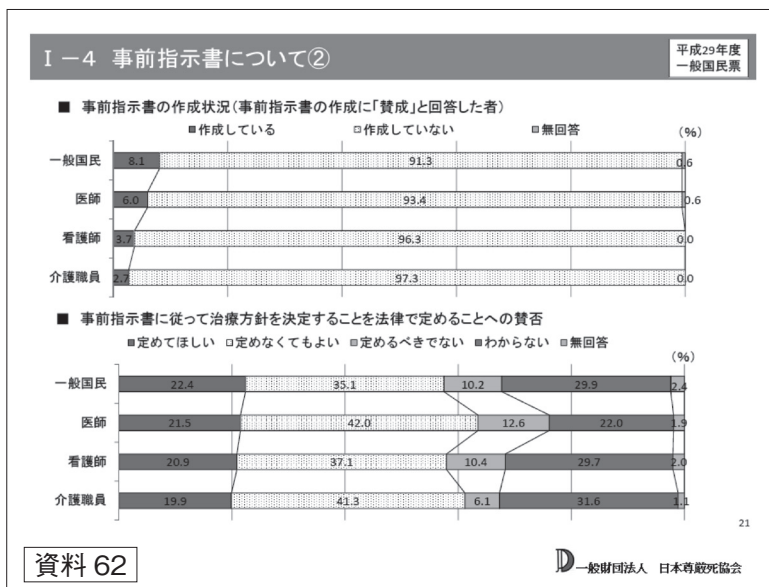


## LW：7割が賛成するも、作成は3%

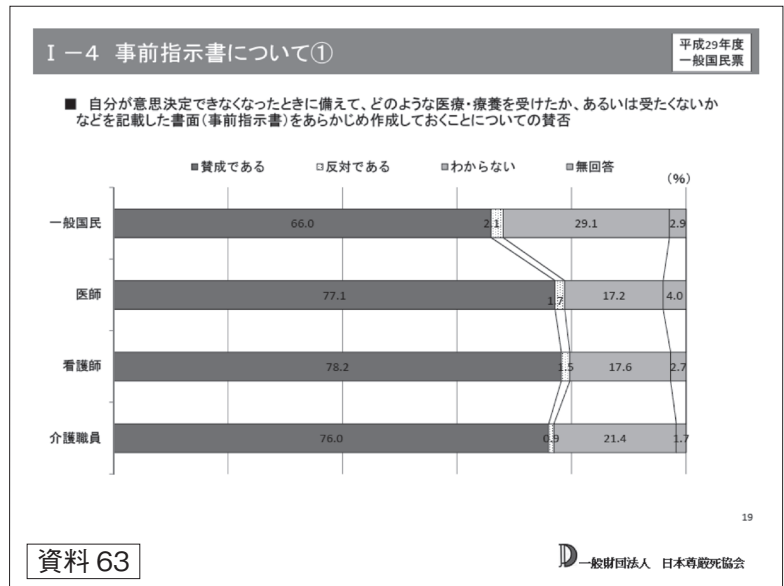
厚生労働省は終末期の医療に関する国民の意識調査を5年おきに実施しているのですが、その結果を見ますと、こういうカードを作成しておくほうがいいと答える人は年々増えています。これは5年前の結果ですが、約7割の人がLWを持っていたほうがいいのではないかと答えています。では、持っているかと聞くと3.2%でした。(資料61)



これが去年の調査データです。事前指示書を作成していると言っていた人が、一般国民で8.1でした。母集団がどうなっているかは分かりませんが、医療・介護関係の人よりも、一般の人のほうが持っているというのもなかなか興味深いものだと思います。(資料62)

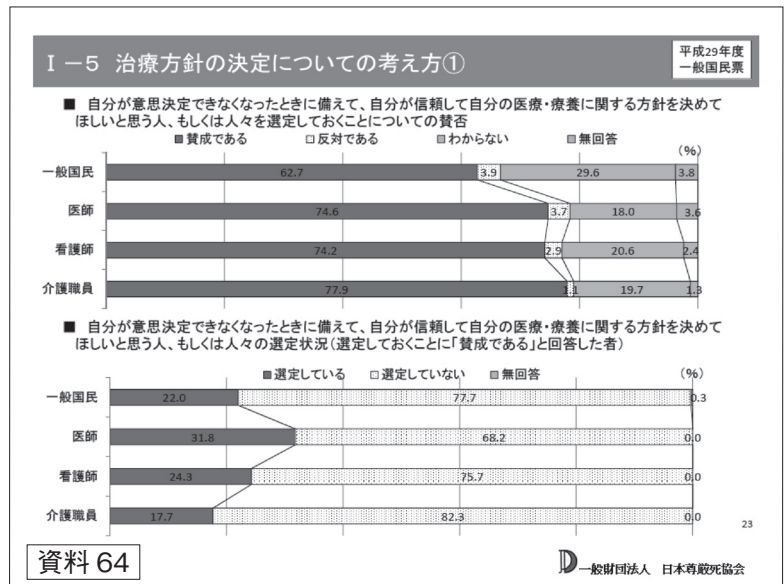


5年前の調査結果では、LWのような事前指示書を持つことに賛成した方が7割でしたが、今回は7割5分までに増えてきています。一般国民は少し低いのですが、全体で言うと、7割5分ぐらいまで進んできているのが現状です。従って、こういうカードを持つというのがごくごく当たり前になってきました。(資料63)



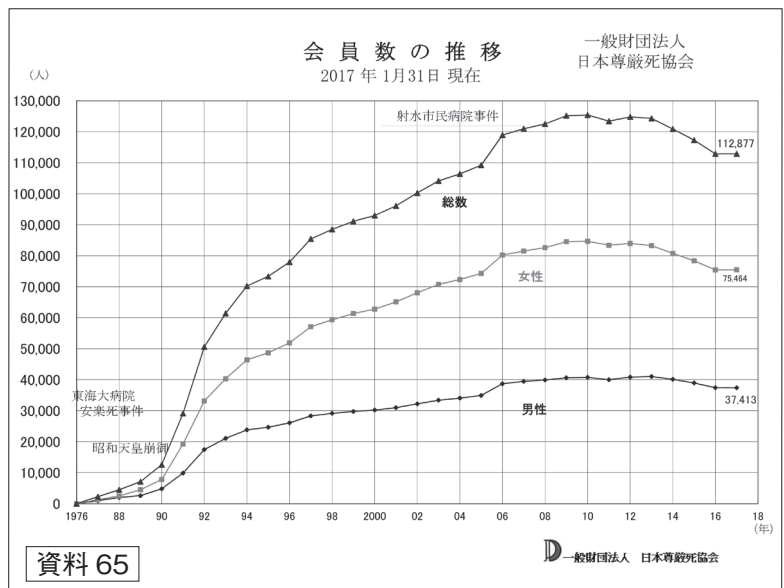
これは今回の厚労省調査に加えられた新しい設問項目です。医療代理人という言葉があるかないかは別ですが、代理人の選定です。自分の意思決定が無理なときに、誰か自分の代わりに自分の意思を伝えてくれる人を置いておいたほうがいいのではないかと、やはり決めておいたほうが良いと答えています。

しかし今の日本のルールでは、成年後見制度はこの医療判断は除外することになっています。だから誰もできない状況にはあります。従って私たちのカードで、私たちに限っては、ちゃんと誰それぞれさんに聞いてほしいと、もちろん書き換えることができますから、そういうこともできるとお伝えしています。(資料64)



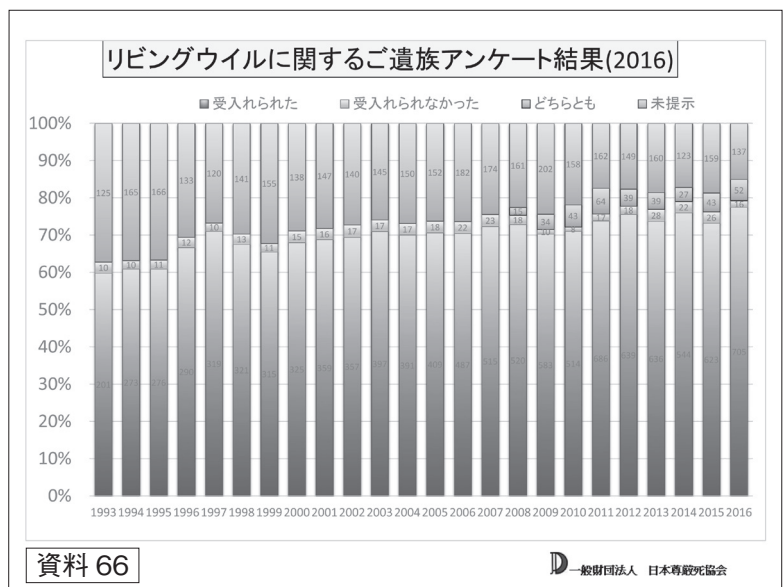
## 一般財団法人 日本尊厳死協会の会員数の推移

会員の推移ですが、ここのところ減っています。昭和天皇が亡くなってからの間はどっと増えたのです。この時期に入っている人たちの入会者の平均年齢が57～58、63、68というふうにどんどん上がってきて、今入ってくる人たちの平均年齢が72歳です。減っているということは、昔入った人たちがそろそろ死んでいるということです。今、大体5,000人が入会してくれますが、1,500から2,000人が減っているのです、それ以上の会員がなくなっていることになります。したがって、もう少し会員を増やす方策を私たちとしては考えなければいけないと思っています。(資料65)

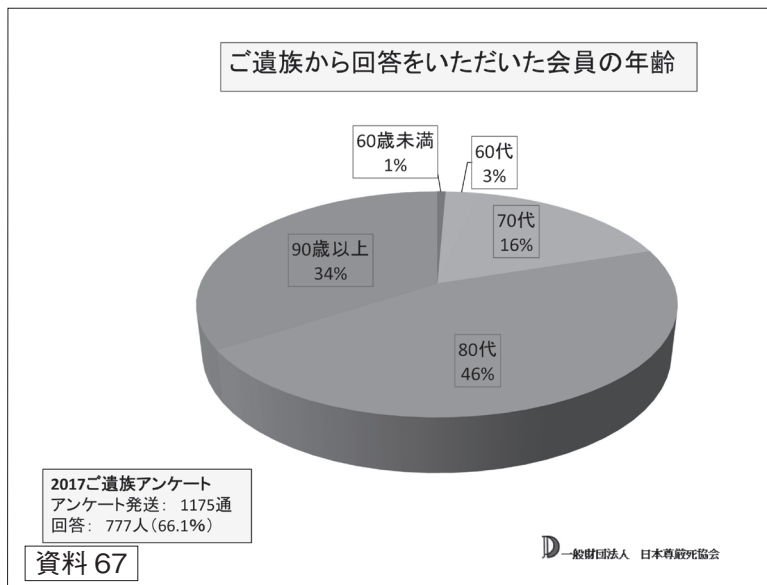


## リビングウィルに関するご遺族アンケート結果(2016)

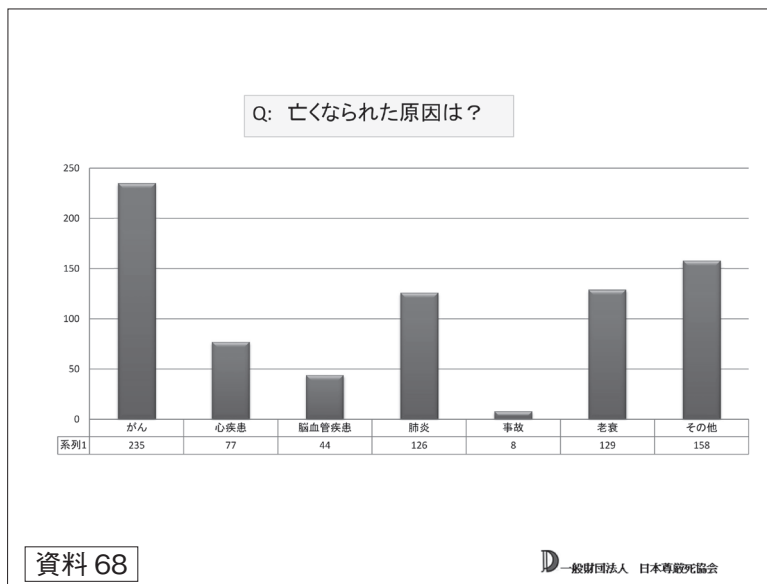
亡くなった方々のご遺族に、私たちのLWは役に立ちましたかというアンケートを取っています。そうすると、主治医の先生はじめ医療関係者に理解いただいたという数が年々増えています。かつては提示しても無視する先生もいましたが、現在では圧倒的に受け入れられる時代になってきました。(資料66)



これは、去年亡くなられたご遺族にアンケートを送信して答えていただいたデータです。亡くなる方の年代の8割は80代、90代と皆さん、ご長命です。  
(資料67)

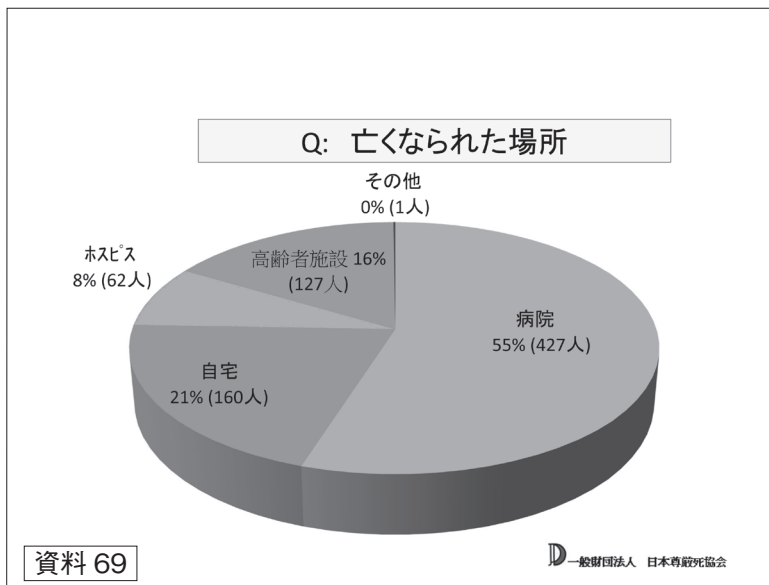


亡くなられた原因は、やはりがんが多いです。あと誤嚥性肺炎という診断名、老衰という診断もそこそこあります。  
(資料68)



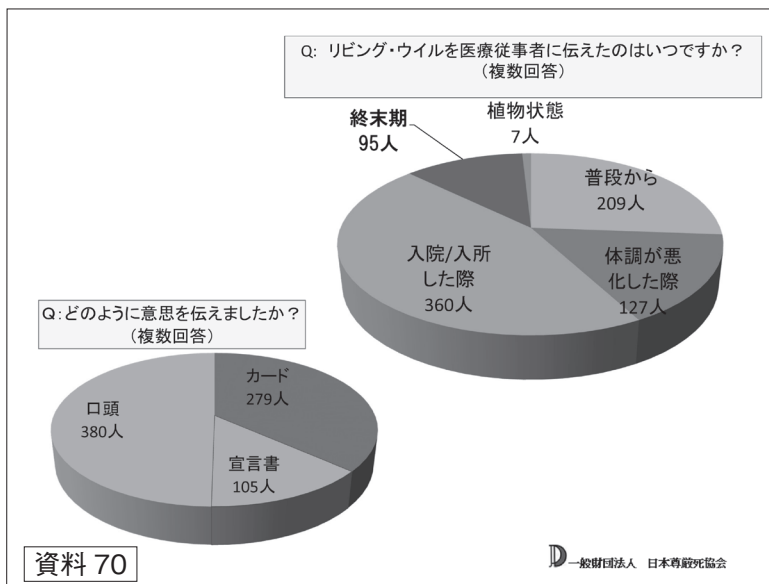


どこで亡くなられたかというところ、病院が55%で、自宅が21%です。日本のデータが今、77%ぐらいが病院で、自宅が12%というものから比べるとだいぶ違います。だから私たちの会員は、自身の死に関する意識が高い、意思表示の通りに最期を迎えることができているのだと思います。(資料69)



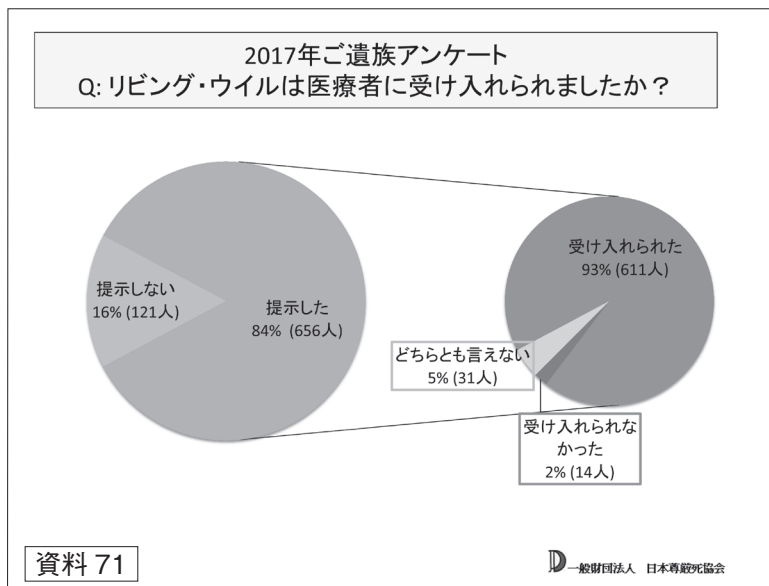
アンケートで、どうやって自分が会員だということを医療者側に伝えましたかと聞くと、口頭で、もしくは宣言書を見せるという人がありました。またどういふ場所でというところ、入院したとき、これが一番理想なのですが、普段から見せているというものがありました。

やはりかかりつけ医の先生と家族ぐるみというか、いい関係を持っておくということが必要なのですが、東京のような都会ですと、開業医の先生も専門分化しているとか、年寄りはいくつもの病気を持っていますので、病院に行けば一度に見てもらえると思って行ってしまうという傾向があります。本当は昔、何でも往診をしてくれたようなゲートキーパー的な医者をおかかりつけ医として持つておくことが必要なのではないかと思います。(資料70)

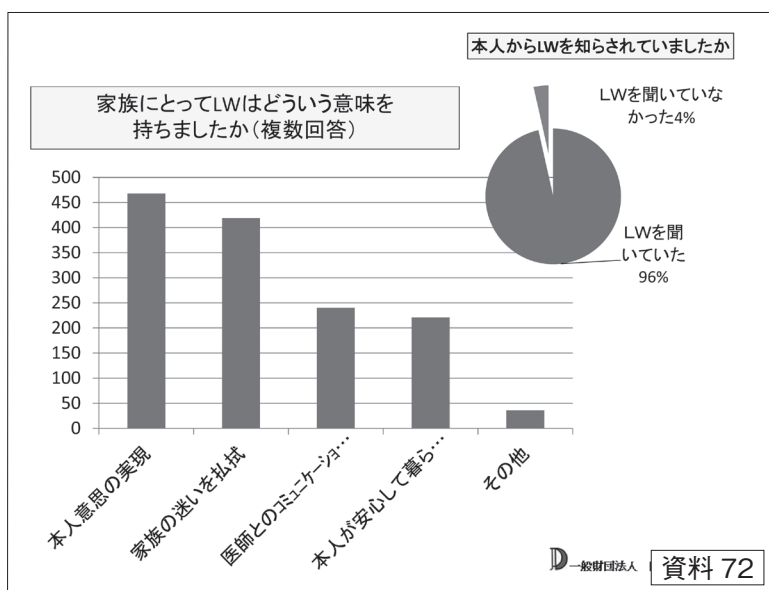


## 2017年ご遺族アンケート

LWを提示して受け入れられたという人がこれだけいるということです。  
(資料71)



これも今年新しく遺族の方に聞いてみたのですが、このLWは家族にとってどういう意味があったかということです。「本人の意思が実現できた」ということに加え、「家族の迷いが払しょくできた」という答えがありました。つまりご家族も本人がいざ死に向かっている、いろいろと体調が変わっていく中で、果たしてこのまま放っておいていいのかという葛藤がものすごくあるわけです。そういう中で、「いや、本人が、最期は治らなかつたら何もしないでくれと言っているのだから」というのは大きな判断材料になります。私たちはLWを持つというをご家族に知らせる上でも、重要なことではないかと思っています。



「LWを持っている」ということを多くの人から聞いています。しかし、たんすの中にしまっけても困るわけです。だから今、よく申し上げるのは、お正月とか、お盆とか、家族が一堂に会したときに、私はこういうものを持っているからということ、家族にはきちんと話し、理解してもらうことの必要性をお話しています。(資料72)

## ■ おわりに一健やかに生き、安らかに逝く

### 本日のお話

- はじめに-尊厳死、平穏死、…安楽死、
- 高齢社会、日本の現状
- 終末期-人の死
- 事前指示書(リビングウィル)について
- おわりに-健やかに生き、安らかに逝く

資料 73

一般財団法人 日本尊厳死協会

## 社会保障制度改革国民会議

いよいよ最後です。5年前、社会保障制度改革国民会議で、超高齢社会をどう生きるかということが議論されました。報告書には「超高齢社会に見合った「地域全体で、治し・支える医療」の射程には、そのときが来たらより納得し満足のできる最期を迎えることのできるように支援すること—すなわち、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた「QOD(クオリティ・オブ・デス)を高める医療」—も入ってこよう」と書かれています。(資料74)

### 社会保障制度改革国民会議

(平成25年8月6日提出)

医療の在り方については、医療提供者の側だけでなく、医療を受ける国民の側がどう考え、何を求めるかが大きな要素となっている。



超高齢社会に見合った「地域全体で、治し・支える医療」の射程には、そのときが来たらより納得し満足のできる最期を迎えることのできるように支援すること—すなわち、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた「QOD(クオリティ・オブ・デス)を高める医療」—も入ってこよう。

一般財団法人 資料 74

## ‘quality of death’

このQODという言葉ですが、これは Stars and Stripes という米軍の新聞で、報道したのはブルームバーグの記者です。記者のおばあちゃんが具合が悪いというので駆け付けいたら、いつの間にか胃に穴をあけられて胃瘻をしていたそうです。本人の意思も分からないのに、こういうフィーディング・チューブを入れるものだから、日本ではこのQODというのを複雑にしているという記事を書いています。このときのタイトルが「Compelled to survive」、無理やり生かされているというものです。

記者はこの6ヵ月後にこの方が亡くなったということで、後追い記事をこれについて書いていますが、結局、死すべき運命にある人のQOD、本人はどういうふうに逝きたかったのかということをお聞きせずに無理やりフィーディング・チューブを入れてしまうということがいいのかという問題提起の文章なわけですね。(資料75)

### 無理やり生かされている

# Compelled to survive

## Feeding tubes complicate ‘quality of death’ in Japan

BY KANOKO MATSUYAMA  
Bloomberg News

**TOKYO**—A quarter of a million bedbound elderly people are kept alive in Japan, often for years by feeding tubes surgically inserted into their stomachs. A few months ago, my 96-year-old grandmother became one of them.

Feeding tubes are so common in Japan that my family initially wasn't consulted about the procedure, which is effectively irreversible. When my mother walked into Grandma's room the next morning and saw a tube, she dropped to her knees by the bedside and stayed there for hours, crying.

"I am sorry. I didn't mean to do this to you," my mom repeated.

When my grandmother, Hisako Miyake, was born in 1916, life expectancy in Japan was about 43 years. Now it is 83, the longest in the world.

the world of life and death through Shintoism and Buddhism," Hiroi said. Focus on economic growth after the war prevented Japanese from accepting aging and death, he said.

**The tube is inserted**

Grandma's mind started to fail. Then, nine days before her 96th birthday, Mom texted me to say Grandma had been rushed to the hospital with a temperature of 104 degrees.

Grandma developed aspiration pneumonia and had a urinary tract infection that had caused a kidney complication called pyelonephritis, but would recover in time, the doctor said.

One afternoon while Grandma slept peacefully, my parents cut short their visit. When Mom returned the next morning, she was shocked to see a

Hisako Miyake sits amid flowers in 2009 in Nara, Japan.

was the dominant rice wholesaler in historic Nara, Japan's capital 1,300 years ago.

hospitalized for three months. Her decline hastened after that.

She entered nursing. Mom began

資料 75

## 地域包括ケアシステム

厚生労働省がこの報告書を踏まえて、地域包括ケアシステムを構築しようとしています。結局、地域に住まうお年寄り、いずれ亡くなっていく高齢者が増えていく中、病院にしろ、施設にしろ、生活にしろ、みんなで地域で支えていくということをきちんと考えていく必要があるのだらうということです。先ほど診療報酬改定の話を出しましたが、医療・介護保険上も、さまざまな手当ををして、地域で支えるシステムを応援する形になってきています。(資料76)

### 地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が概ね75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。

地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。

#### 地域包括ケアシステムの姿

資料 76



## 対談 横倉義武日医会長 岩尾總一郎日本尊厳死協会理事長

去年、医師会長と対談させていただきましたが、終末期の医療というのは、あなたの選択ですということで、医師会としては、とにかくかかりつけ医をきちんと選んでくださいという話は従来から言っていました。

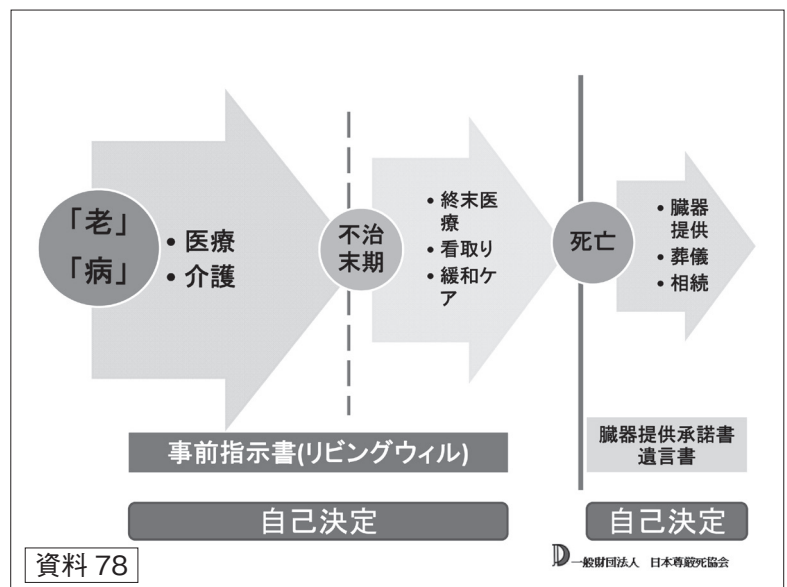
これは一般向けに書いて、もう少し細かい中身については、その2ヵ月後の日医ニュースにも書かせていただきましたが、医師会も含めてこういうものは必要だろうと会員に向け伝えています。

医師会と私たちと少し考え方が違うのは、私たちはこういうことを広めるためには法律が必要なのではないかという話です。一方、医師会側は、このごろは以前のように安楽死の話で刑事事件になることもないし、むしろ法律は要らなくて、医療制度としてきちんと誘導していく手立てが必要だろう。だから診療報酬というのは1つの手段である。先生方が終末期に対してきちんと関心を持ってくれば、国民、社会もそちらの方向に動いていくということも事実なので、その点を踏まえ、日本医師会も岩尾さんのところの普及啓発事業を応援しましょうということになり、このような対談をさせていただきました。(資料77)



人間は生まれてからずっと死に向かって歩んでいるという言い方をしても過言ではありません。私たちは、不老長寿、不死ではないわけですから、いつかの時点で亡くなります。

亡くなる前に生前の遺言とか、臓器提供をする意思ということを自己決定して書きます。その少し前の時点、いわゆる病を得て、あるいは年を取って、なかなか自立が難しくなってくる、そして、もう治らない、要するにポイント・オブ・ノーリターン、この時期を過ぎたときには、どういう終末期を過ごすかということについてやはり自分できちんとした意思表示しておく。そのためにはLWというのが重要な役割を果たすと私たちは考えています。(資料78)



LWを『いのちの遺言状』ということで、もう少し知らしめる必要があるのだからと活動していますので、ぜひご理解いただけたら、入会いただきたいと思います。私の今日の発表はここまでにさせていただきます。ご清聴をありがとうございました。(資料79)



意外に知られていない

## 『いのちの遺言状』

### リビング・ウィル

「生前意思」とも訳せばいいのでしょうか  
「自分の病が不治かつ末期になれば、  
延命措置を施さないでほしい」と  
元気なうちに宣言し、記しておく。  
私たちは「リビング・ウィル」と呼んでいます。

まずはお問い合わせください  
TEL.03-3818-6563  
FAX.03-3818-6562

リビング・ウィル 検索  
<http://www.songenshi-kyokai.com/>

一般社団法人  
**日本尊厳死協会**  
JAPAN SOCIETY FOR DYING WITH DIGNITY

(注)日本尊厳死協会は、リビング・ウィルの普及と啓蒙を目的として活動しています。



一般財団法人  
**日本尊厳死協会**  
JAPAN SOCIETY FOR DYING WITH DIGNITY

☎03-3818-6563

<http://www.songenshi-kyokai.com/>

〒113-0033 東京都文京区  
本郷2-27-8 太陽館ビル501

一般財団法人 資料 79

月例セミナー  
 (岩尾講師)