

Advance directive と living will

1. アドバンス・ディレクティブとリビング・ウィル（総論）

Advance directive & living will—the general principle—

植村 和正

要約

アドバンス・ディレクティブとは、「ある患者あるいは健常人が、将来自らが判断能力を失った際に自分に行われる医療行為に対する意向を前もって意思表示すること」と定義される。我が国では文化的背景も理由にアドバンス・ディレクティブが定着しているとは言えず、高齢者においては特にその普及は困難である。このような状況にあって、現在、いわゆる「尊厳死」の法制化が問題になっているが、あえて法制化を行うことの意味自体をもっと社会的に深く議論する必要があると思う。

Key words アドバンス・ディレクティブ, リビング・ウィル, 医療倫理の四原則, 自律尊重原則, 「尊厳死」の法制化

(日老医誌 2015; 52: 207-210)

アドバンス・ディレクティブとリビング・ウィルとは

アドバンス・ディレクティブとは、事前指示書と邦訳され、「ある患者あるいは健常人が、将来自らが判断能力を失った際に自分に行われる医療行為に対する意向を前もって意思表示すること」と定義される。つまり、同意能力のない患者からインフォームド・コンセントを得る方法といえる。アドバンス・ディレクティブには代理人指示 (proxy directive) と内容的指示 (substantive directive) がある。代理人指示とは、事前指示を行う者が意思を表示できなくなった場合に、決定を行う代理人を指名しておく事前指示である。内容的指示とは、治療についての患者の望みを記録した事前指示で、当人が望んだり拒否したりする治療、ないし、代諾者が医療の内容を決定する際に指針となる

基準を指定しておくものである¹⁾。リビング・ウィルとは内容的指示のひとつで書面により残された指示を指す。例えば、心肺停止時に心肺蘇生術を希望するか拒否するか、人工呼吸器の装着を希望するか拒否するか、輸血や輸液など、どこまでの治療は希望するがこれこれの治療は拒否する、といったことが記載された書面である。

日本尊厳死協会では「尊厳死の宣言書」をリビング・ウィルとし、「自分の命が不治かつ末期であれば、延命措置を施さないでほしい」と宣言するものであるとしている²⁾。たしかにそれも内容的事前指示、リビング・ウィルのひとつではあるが、本来の意味はもっと広いものである。それが冒頭に述べた、「アドバンス・ディレクティブとは、同意能力のない患者からインフォームド・コンセントを得る方法である」の意味である。

アドバンス・ディレクティブの臨床倫理的背景

医療倫理の四原則は、「自律的な患者の意思決定を尊重せよ」という自律尊重原則、「患者に危害が及ぶのを避けよ」という無危害原則、「患者に利益をもたらせよ」という善行原則、「利益と負担を公平に配分せよ」という正義原則からなる³⁾が、アドバンス・ディレクティブの倫理的基盤は自律尊重原則である。本来これら四原則は互いに患者の権利や利益を守るために相互補完的に機能する。例えば、自身に危害が加わる可能性を避けるために自律的な決定が尊重されるのだし、その結果、自身の利益が増大する結果をもたらす、といった具合である。

もちろん例外はあり得る。いくつかの国で認められている安楽死を例に挙げると、自律尊重原則からは本人の希望を叶えるべく安楽死を補助することは倫理的であるとされ得るが、その時点ではほぼ正常な生活を営む患者に死をもたらすことは無危害原則に違うことといえる。どちらの原則をより上位のものとするかは、その国民や民族の文化や歴史によるのだろうが、欧米では自律尊重原則をより重視しているように思える。日本では生命尊重の観点から、無危害原則、つまり、患者の意思よりも生命を尊重する志向が強いと感じる。とはいえ、これはある意味の例外であって、医療倫理の四原則は通常齟齬を起こすことはないといえるだろう。

しかしながら、アドバンス・ディレクティブの場合は事情が異なる。次章でアドバンス・ディレクティブの問題点をこれら倫理原則の観点から述べる。

アドバンス・ディレクティブ（リビング・ウィル）の問題点と課題

リビング・ウィルに、「呼吸停止時には人工呼吸器の装着等、補助呼吸を拒否する」とされていた場合を想定してみよう。それが不治の病の終末期を前提にしたものであったとしても、例えば、喀痰の誤嚥で窒息状態となり一旦呼吸が停止したのなら、それは可逆的なものであり、吸引等の処置と一時的な補助呼吸でその

イベント発生時点と同じ状態に回復可能である。このとき、リビング・ウィルに従うことは、明らかに善行原則あるいは無危害原則に違うことである。

つまり、自律尊重原則は、自己決定を行う時点での諸状況が本人にしっかりと理解されたときに意味をもつものであり、事前に将来自分に起こることを想定した指示の場合、時には適切な自己決定とみなせないことがある。これは原理的な問題点、課題であって、どんなに詳細に具体的に起こることが想定されることごと決めておいたとしても発生する医療倫理原則間の齟齬である。

また、現代の医療の発展は目覚ましい。医療技術の進歩によって、リビング・ウィル作成時には不治の病であったものがそうでなくなったとき、そして、その時点の患者の意思確認ができないとき、リビング・ウィルに従うことが善行原則あるいは無危害原則に違うことになり得る。

以上は、臨床倫理の原則からアドバンス・ディレクティブ（リビング・ウィル）の問題点あるいは課題を検討したが、日本の現状で起きうる問題として、事前指示をしたものとその家族の意向が異なるとき、主治医はどう対応するかという課題がある。前述したように、国民や民族の文化や歴史が自律尊重を上位に置く欧米諸国とは異なるので、医療行為の決定はそれほど容易ではないはずである。

また、我々が高齢者 30 名（平均年齢 78.3 歳）に対して半構造化面接を行い、質的研究法により終末期に関する希望のモデルを構築したところ⁴⁾、高齢患者の終末期の希望は家族、身体的状況、医療者との関係、経験などの因子により影響を受け、容易に変容することが明らかとなった。つまり、高齢患者は意見が不安定で流動的なのである。

アドバンス・ディレクティブとリビング・ウィルの現状と法制化の動き

10 年ほど前になるが、240 名の在宅で死亡した高齢患者（平均年齢 78.6 歳）を対象に我々が行った前向き研究では、リビング・ウィルを所有していた患者はわずかに 15% であった⁵⁾。現在では状況が異なるかも

しれないが、少なくとも我が国ではアドバンス・ディレクティブが定着しているとは言えず、高齢者においては特にその普及は困難であろう。

このような状況にあって、現在、超党派の国会議員連名による「尊厳死法案（正式には、「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案（仮称）」）が問題になっている⁶⁾。基本的理念として、

1) 終末期の医療は、延命措置を行うか否かに関する患者の意思を十分に尊重し、医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と患者及びその家族との信頼関係に基づいて行われなければならない。

2) 終末期の医療に関する患者の意思決定は、任意にされたものでなければならない。

3) 終末期にあるすべての患者は、基本的人権を享有する個人としてその尊厳が重んぜられなければならない。

とある。つまり、自律尊重原則に基づいて、患者の基本的人権のひとつとして「死を選ぶ」権利を法律で保障しようとするものである。背景には、患者本人の意思が確認されぬまま、生活や人生の質を低下させているかのような延命治療が続けられている現場の声があることは間違いない。しかしながら、一見合理的に見えるこの法案には様々な反対意見が寄せられている⁶⁾。各意見の観点も様々なので、個々に紹介しないが、重要なことは、いわゆる「尊厳死」の是非やそれへの賛否とは別に、「法制化」がどのような社会的な意味や効果を持つか、という点である。

法案の第十一条に、「国及び地方公共団体は、国民があらゆる機会を通じて終末期の医療に対する理解を深めることができるよう、延命措置の不開始を希望する旨の意思の有無を運転免許証及び医療保険の被保険者証等に記載することができることとする等、終末期の医療に関する啓発及び知識の普及に必要な施策を講ずるものとする。」とある。これは「延命措置の不開始を希望する旨の意思の有無」とあるとおり、価値中立ではなく、真の意味のリビング・ウィル普及を目指すものではない。行政を通して国民を「延命措置の不開始を希望する」方向へ洗脳するかのようである。人工呼吸器などの措置により生命を長らえている方達に、社会的圧力により尊厳死を選択させる、いわば「強制

された自由意志」によって死を選ぶ人が増えないか、危惧を拭えない。

一方で、第十三条の2に、「この法律の規定は、この法律の規定によらないで延命措置の不開始をすること及び終末期にある患者に対し現に行われている延命措置を中止することを禁止するものではない」とあるが、法律の持つ効力として、無意識のうちにこの法案に定める「延命措置の中止」の要件を満たさない場合、いかなる医療措置も中止できない、という医療者の姿勢が広がる可能性がある。終末期医療、就中、高齢者のそれは極めて個別性の高いものであり、患者本人だけでなく、その家族や近親者、医療スタッフなどが繰り返し意見交換を行いながら合意の道を探っていくのが望ましい。そこにはとてつもなく大きな苦悩があるのであるが、それを避けるために法律が線引きの役割を發揮していくことは想像に難くない。安易な線引きは本来個別性の高い終末期医療及びケアを画一化していくだけであろう。

繰り返すが、いわゆる「尊厳死」を望む者たちの意向や考えへの賛否を述べているのではない。あえて法制化を行うことの意味自体をもっと社会的に深く議論する必要があると思う。

著者のCOI (Conflict of Interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文献

- 1) 赤林 朗編：第9章。入門・医療倫理Ⅰ，勁草書房，東京，2005，p161。
- 2) 一般法人日本尊厳死協会ホームページ：http://www.songenshi-kyokai.com/living_will.html
- 3) 赤林 朗編：第3章。入門・医療倫理Ⅰ，勁草書房，東京，2005，p53。
- 4) Hattori A, Masuda Y, Uemura K, et al: A Qualitative exploration of elderly patients' preferences for end-of-life care. JMAJ 2005; 48: 388-397.
- 5) 平川仁尚，益田雄一郎，植村和正ほか：高齢者の在宅終末期に関する前向き研究。ホスピスと在宅ケア 2005; 13: 220-224.
- 6) 尊厳死の法制化を認めない市民の会：<http://mitomenai.org/bill>

理解を深める問題

問題 1

医療倫理の四原則に当てはまらないものはどれか、1つ選べ。

- a 自律尊重原則
- b 善行原則
- c 正義原則
- d 功利原則
- e 無危害原則

問題 2

以下の選択肢のうち正しいものはどれか、2つ選べ。

- a アドバンス・ディレクティブには代理人指示 (proxy directive) と内容的指示 (substantive directive) がある。
- b リビング・ウィルとは代理人指示のひとつである。
- c 患者がアドバンス・ディレクティブを残さずに同意能力を失った場合、主治医が医療内容を決定するのが多くの場合正しい。
- d 患者がアドバンス・ディレクティブを残さずに同意能力を失った場合、親族以外は代諾者にならない。
- e 患者の家族間の意見が対立した場合、米国では、調停の最後の手段として裁判所が関与することがある。

問題 3

以下の選択肢のうち正しいものはどれか、3つ選べ。

- a 医療原則間で対立をきたすような事態においては、文化や歴史の違いにより、より重視する原則が異なる場合がある。
- b 我が国においては、高齢者の終末期の希望は流動的で変容しやすいという特徴がある。
- c 我が国では、過去の判例等に基づいて、いわゆる尊厳死を認める法律が制定されている。
- d 我が国においては、リビング・ウィル等、何らかのアドバンス・ディレクティブを用意している高齢者は過半数に及ぶ。
- e 医療技術の進歩等を考えると、リビング・ウィルを作成する時点で自らの終末期を正確に予想することは困難である。