

| | |
|--------------|---|
| Title | アドヴァンス・ディレクティヴの倫理問題 |
| Author(s) | 服部, 俊子 |
| Citation | 医療・生命と倫理・社会. 2005, 4(1-2), p. a1-a10 |
| Version Type | VoR |
| URL | https://doi.org/10.18910/11097 |
| rights | |
| Note | |

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

アドヴァンス・ディレクティブの倫理問題

服部俊子

(大阪大学大学院医学系研究科博士課程、医の倫理学)

はじめに

アドヴァンス・ディレクティブ (advance directives、事前指示、以下 ADs と略記) とは、意志決定能力を失った際に希望する、あるいは拒否する生命維持治療を、意志決定する能力がある時期に前もって指示しておくことである。指示の表明は口頭でも文書でも有効であり、指示内容を尊重して実行してもらうための代理人を指示することもできる。ADs の実行の難しさは、死に直結する治療の中止 / 差し控えを実行してもいいか、その時点で当人に確認できないことにある。治療拒否を表明しているのは意志決定能力のない時点での意志ではなく、意志決定能力のある時点の意志である。その時点での患者は、指示した事前の意志とは異なり治療続行を希望しているかもしれず、代理人は、事前の意志を尊重すると死をもたらすことになるのでその決定を躊躇するかもしれない。現在、米国では、ADs は生命維持治療における「患者の自己決定権」の具象化であると認められている。しかし、その権利を主張し表明する者が少なく、ADs を利用する率は低いのが実態のようだ。このことが、実践上の困難さの実状を示している。

そこで本稿では、まず ADs が抱えるこのような実践的課題を、米国におけるその法制化の流れをたどりながら整理しつつ、そこから明らかになった法的課題をまとめる。次に、ADs の概念を支える患者本人の「自律性」と代理人による「自律性の尊重」が内包する倫理的課題を、とりわけ患者の事前および現在の自律性と代理人の自律性のうち、どの自律性を尊重するのかという問いへのさまざまな応答を吟味することにより明らかにする。それらを踏まえて ADs の正当化可能性をめぐる議論を検討し、ADs の新たな可能性を探ってみたい。

1 ADs の法制化の歩み

1-1 ADs の二つの型

ADs には、「内容指示型 (an instruction directive)」と「代理人指示型 (a proxy directive)」の二つの型がある。内容指示型は、生命維持治療の中止 / 差し控えと終末期に希望する治療を指示するもので、いわゆるリビング・ウイル (living will) である。代理人指示型は、自己に代わって意志決定 / 代行するための代理人を指示するものである。現在では、アメリカ全州政府が両方の指示型を公式文書のフォームとして採用している。

1-2 内容指示型の確立

1914 年、アメリカでおきたシュレンドルフ事件の判決で判事は「成人に達し健全な精神

をもつすべての人間は、自分の身体に何がなされるべきかを決定する権利をもつ。そこで患者の同意なしに手術する外科医は暴行の損害の責任を負う」と宣言した。ここではじめて、患者は自分の身体について自己決定権をもつことと、患者の同意がなければ治療行為は暴行にあたるということが司法の場で示された。1957年、サルゴ事件の判決で判事は「提案された治療に対して患者が理性的な同意を行う際その基礎として必要な事実の開示を差し控える場合、医師は患者への義務に背馳している」と述べた。そして、患者の同意なく医療行為を専断的に行ってはならない、患者の同意には医療情報の開示と説明が不可欠である、という二大要素を含んだ概念が「インフォームド・コンセント」と名付けられたのである⁽¹⁾。こうして、自己決定は権利として保障されたのだが、そこには無視できない問題点がすでに内包されている。それは、治療には「生命維持をする義務」が含まれないこと、「健全な精神をもつ全ての人間」あるいは「理性的な同意をする患者」と「そうではない者」が選別されること、換言すれば意志決定能力のある／なしで患者が分類されること、これらのことが社会的に容認されたことにある。これにより、意志決定能力のある者が拒否できる治療に生命維持治療も含まれるという新たな事態にいたったのである。

さて、1950年代後半に誕生した人工的な生命維持装置による治療は、新たに重症の意識障害という「非人格的な生」の状態を生み出した。1967年、アメリカの死ぬ権利を擁護する団体で活躍する弁護士のリイス・カットナーが、「患者が重症の意識障害にあり、本人の精神的、身体的能力を取り戻すことができないならば医学的治療をやめるべき」を指示するための文書としてリビング・ウイルを提案した。カットナー自身にとっては、終末期医療における生命維持治療は患者が希望していないこともあることを医師に勧告するのが目的だったようだ。その背景には、患者はすでに「自己決定権」として希望しない治療を拒否する権利を保障されていたにもかかわらず、生命維持治療の場合、医師が専断的に行っていたことがある。それに抗する手段として誕生したリビング・ウイルは、ADsの起源とされている。

1976年、カレン・クインラン事件のニュージャージー州最高裁判所で下された判決は、植物状態患者の生命維持装置の撤去による「自然な死」を世界で初めて認めたことで一躍有名になった。この判決が出された1976年内にカリフォルニア州は、リビング・ウイルに法的効力を認めた「自然死法 (the Natural Death Act)」を世界で一早く制定した。この制定で、内容指示型ADs (リビング・ウイル) は法的権限を与えられて確立したのである。

1-3 代理人指示型の確立

リビング・ウイルの発効は、意志疎通できない患者の意志を患者にかわって実行する代理人を必要とする。そこでカリフォルニア州は、1983年「持続的委任状法 (Durable Power of Attorney for Health Care)」を、従来の「検認法」(遺言に関する法律)内に制定した。その内容は、代理人がリビング・ウイルを行使する権利と、リビング・ウイルをもたない患者でも代理人を指定しておけば、その代理人が延命治療の拒否の決定に関する権利を患者から移譲されたことを認めるものだ。この制定によってカリフォルニア州は、内容指示型と代理人指示型ADsを法制化したのである。しかし、ADsは各州で公的に認めたとしてもその州内でしか利用できない。そこで、州間を統一するための基準が早急に必要

だと判断した統一州法全米会議（National Conference of Commissioners Uniform State Laws）は、1985年に「統一末期病者権利法（Uniform Rights of the Terminally Ill Act）」を制定し、各州指定のADsの他州での利用を可能にした。続いて1989年には1985年の法律を改正し、代行決定や代行意志決定を行う代理人指示の項目を付加した。こうしてADsは、人生の終結に関する医療行為に対して単に忠告するだけの力の弱い存在から、「患者の自己決定権」という法的な権限を備えた力の強い存在へと変わっていった。

2 ADsの実効性を目指す法整備

2-1 患者の自己決定権の保障

1990年6月、ナンシー・クルーザン事件で連邦最高裁判所は、ADsを表明していない場合、それに相当する「明確で説得力のある証拠（clear and convincing evidence）」がない限り生命維持治療の拒否は認められない、という判決を下した。この判決と同年に連邦政府は「患者の自己決定権法（Patient Self-Determination Act）」を制定し、「患者の自己決定権」としてのADsを普及させるための義務を明確にした。医療および健康管理機関は、ADsに関する情報の提供や説明、教育、また個人が医療機関にかかった時には、ADsの有無の確認や利用記録の記載等の義務を課せられたのである。

2-2 ADsの実施率の低迷

しかしながら、連邦政府の予想や介入に反し多くの人々はADsの作成も実行もしなかったのである。1989年から1994年までの連邦政府による「治療の結果とリスクにおける予測と選好に関する調査（Study to Understand Prognoses and Preference for Outcomes and Risks of Treatments: SUPPORT）」が、重症患者9100人を対象に、予算2800万ドルをかけて多施設間のランダム調査として実施された。第一層調査（Phase Ⅰ）は、1989年から1991年にかけて行われたADsの実態調査である。それによると、ADsの文書の所持率は入院患者の21%であり、そのうちの7%が内容指示型だけを、9%が代理人指示型だけを、5%が双方の指示型を所持していた。また、医師や看護師が患者のカルテにADs所持を記載したケースは、所持していた735人中45人だけであり、医療者側のADsに対する認識の不十分さも浮き彫りになった⁽²⁾。第二層調査（Phase Ⅱ）は、1992年から1994年に行われ、医療者と患者のコミュニケーションとADsの文書の所持率の相関を調査した。調査は、訓練された看護師中心の医療チームがADsの情報提供や指導等を増やすことでADs文書の所持率や実行率に変化があるかどうかを調べたものである。その結果、ADsを文書化する率は78%と予想通り増加するものの、意識が消失する前に医師が話し合いをもった患者は12%、ADsが実行された割合は25%であった⁽³⁾。

2-3 ADsの実効性を高める法制化

連邦政府は1993年、「ヘルスケア意志決定統一法（Uniform Health-Care Decision Act: UHCD）」を制定した。この法律は、全州にわたる情報システムの構築と管理の強化、ADsの煩雑な手続きの簡略化を進めるものであった。さらにADsの指示を代理人が無効にすることを禁止し、ADsがない時の代行意志決定を認めた。この法律は、「患者の自己決定権法」より一層ADsの実践に則したものであり、連邦政府基準を州に明示したものである。

これを受けて、カリフォルニア州では 1994 年に「自然死法」と「持続的委任状法」の改正を行った。そこでは「末期」に加え「植物状態」でも「自然死」を容認し、統一法をこえる大胆な改革を示した。さらに 1999 年にはカリフォルニア州「新ヘルスケア意志決定法 (the New Health Care Decision Law)」を制定し、「自然死法」と「持続的委任状法」を一本化させた。従来の各法律にはそれぞれの ADs の文書フォームがあったが、それらを「新アドバンス・ヘルスケア・ディレクティブ (The Advance Health Care Directive: AHCD)」にまとめたのである。また代理人として、近親者や友人、検認裁判所後見人だけでなく医療従事者も指示できるようになった。これは、ホームドクターやナーシングホームの医療従事者等と事前に話し合いをもつことを薦めたものだと言えよう。

2-4 実践上の困難さと法的課題

だが、SUPPORT 以降も ADs の利用率が低迷している。その要因⁽⁴⁾は制度上の問題として、ADs に関する情報を取得する機会が少ないこと、情報取得 (提供) や作成に時間やコストがかかること、ADs の管理システムの未整備 (緊急対応ができない)、等が挙げられる。また実行上の問題として、死の話のタブー視による話し合いの欠如や患者自身の死に関わる重大な決定への躊躇、医学の不確実性、発効する際の状況判断の難しさ、ADs の意志と家族や医療者の意志との衝突、代理人としての適性基準のなさ、代理人権限のあいまいさ、等があるとされている。「患者の自己決定権法」以降、それを基に自治体レベルでの取り組みは徐々に実施されており、実践上の困難さの要因は新たな対策の中で処理されていくであろう。その内容を踏まえて実践上の法的レベルの課題を挙げてみる。

第一に、ADs に関わる法的権限に関して治療拒否の意志を明確にするための介入をどこまで認めるのか、代理人や医療者が ADs を尊重する義務の程度や代理人の代理意志決定権をどこまで認めるのか、等。第二に、ADs の制度上の整備に関して ADs に関わる手間の簡略化のためには何が必要か、ADs 管理の整備にはどういったものが必要か、等。第三に、ADs の指導や教育に関して各自治体やコミュニティでの指導、教育実施義務や指導内容の方法 (シミュレーション利用) はどこまで認められるのか、等があるとえよう。

3 ADs の倫理的課題⁽⁵⁾

3-1 ADs の概念と二つの段階

ADs の概念は、患者の「自律性」と代理人による「自律性の尊重」という原則を基軸にしており、その点でインフォームド・コンセントの概念と共通する。ADs が患者の自律性の具象化である限り、自律の尊重原則により事前の意志は保障されなければならない。

ADs の実践は、患者によって作成された指示を代理人が実行するというプロセスをたどる。しかし、このプロセスは回復可能な時期のインフォームド・コンセントのそれとは異なり、時間差によって区別され、指示の作成と指示の実行という二つの段階を経なければならない。さらにこの二つの段階に連続性はない。このことから、ADs の概念には、インフォームド・コンセントの概念に、ある一つの条件が加えられなければならない。それは、患者の自律性は自律的行為ができなくなった未来までを想定した上での自律性であり、そうである限り、代理人は患者の事前の意志をその自律性として尊重を実行しなければな

らない、という条件である。

3-2 二つの段階と倫理的な問い

ここで、二つの段階に則した倫理的な問いをまとめておく。

< 指示の作成 > ADs の指導や教育は、終末期治療の選択に関する情報操作にならないか。ADs の指導や教育は、終末期のあり方や考え方に対する強制として働かないか。指示の簡略化は、熟慮しない一時的な判断としての自己決定にならないか。

< 指示の実行 > 指示を実行する時、それは ADs を発効する状況として適当であるかどうか。ADs は医療者や家族、また患者自身をも拘束していないか。ADs が、現在の患者（意志決定能力がない状況かあるいは表明できない状況）の自律を妨害していないだろうか。代理人の利益が優先され、社会的弱者への殺人にならないか。代理人の意志決定においては、代理人による利益の判定が優先されはしないか。

これらの問いは、何れも「自律性」とは何かという根本的な問題を提示している。指示の作成段階の問いには、作成者の自律性がどこまで保障されているのかという問題を示している。あるコミュニティの人々に ADs の指導や教育が行われ、その結果、幅広い年齢層の者が ADs の文書化をした場合、それは当人の自律性だと言えるのだろうか、という問題が含まれる。指示の実行段階の問いから二つの問題が浮上してくる。第一に、指示の実行段階において、目の前の意識障害の状態にある患者の意志は本当に事前の意志と同じだと言えるだろうか、ということ。第二に、代理人が最終決定の指示をする際、代理人自身の意志が患者の意志と衝突する可能性がある、ということである。ADs の概念からすると、患者の事前の意志は自律性に基づく選択であり、その自律性はそれが実行される未来の時点にまで延長されるものである。このことは、たとえ実行される時点で患者の意志が、事前に示された意志とは異なる可能性があるとしても、すでに自律性に基づく選択をした後なので、その時点での患者の意志が考慮される必要はないということの意味する。また、代理人による「自律性の尊重」とは、患者の事前の意志を、それが実行される時点での意志と看做して尊重し、それを実行に移すということである。だが、そもそも自律性は未来にまで延長することができるのか。また、代理人への委任と代理人による最終決定は、自律性の尊重と看做せるものなのだろうか。こうして実践の段階に則した問いは、概念上の問いへと移行する。

3-3 概念上の問いと応答

概念上の問いとは次のような問いである。[A]そもそも患者の「自律性」は未来にまで延長することができるのか。[B]また、代理人への委任と代理人による最終決定は、患者の「自律性の尊重」と看做せるものなのか。

この二つの問いへの応答には、次の論点が含まれる。それは、患者の事前の意志と意志決定能力のない、あるいは表明できない状況での意志の関係をどのように考えるのかという点、そして、代理人の意志と患者のその時点、あるいは事前の意志との関係をどのように考えるのかという点である。

[1] [A] [B]ともに肯定する立場⁽⁶⁾、すなわち ADs を積極的に推進しようとする見解が掲げる論拠は以下のようなものである。意志決定能力のない者はパーソン（人格的な生）

ではなくノンパーソン（非人格的な生）である。パーソンの意志が尊重されるのは当然であり、事前の意志を表明する ADs は人々に必要なものである。自律性も自律の尊重にも正当化理由があるのではなく、ただ最善の利益という点で正しい。人は、自分の自律性において終末期を考えたなら、良い死（自己意識をもたない人生を閉じること）を望むものであり、その時期と方法を考えるものである。意志決定能力がないという事態は、心理的継続性（psychological continuity）としての人格の同一性⁽⁷⁾の観点から見ると、同一人物の人生における違った段階、と判断できる。意志決定できない状況の意志には、以前の選好や価値観、信念が継続されていると想定される。よって以前の自己決定をそのままその時点の状況に適用しても構わない。

[2] これに対して、[A][B]ともに否定する見解によって提示される論拠⁽⁸⁾には以下のものがある。そこでは、患者の事前の意志が発効する時点の意志と異なること、さらに代理人の意志と患者のその時点の意志は異なっていることが前提とされる。未来を想定するといっても、意志決定能力のない死に近い状況を想定することは困難である。意識回復可能性や進行度等といった医学的な診断や予測は、いかなるときも不確実性からは逃れられない。ADs を発効する状況の判断は、人々がおかれている立場や背景によって異なるので曖昧さがつきまとうものである。ADs は以前の指示に従わされるもので、自律性の反映にならない。意志決定能力のない者はすでに自律性を失っており、以前の最善の利益は適用できない。代理人が実行の決定をするので、代理人が患者の最善の利益を考えることだけが必要である。

さて、これらを概観すると、まず[1]の見解は患者の自律性を重視する立場である。またを除いては、ADs には道徳的な権威（moral authority）があるので代理人が尊重するのを当然としたものである。つづいて[2]の見解、とりわけは、最終決定者は代理人だという実践上の事実から、代理人の「代理決定」に焦点を絞ったものになっている。そもそも代理人は、終末期の決定に際しての曖昧さや不確実性の中、その状況に直面し解決を求められ、代理決定を下さなければならない。代理人には、診断も予測も不確実な状況で ADs の指示を実行する責任が、道徳的あるいは政策的な強い根拠をもとに課されるのである。だが、自律性の尊重原則は、本来、人々が強制やそれに近い妨害からの自由および独立性を持たなければならないということの意味している。すなわち、代理人は、ADs の指示そのものを尊重することを強く要求されながらも、それを一旦括弧にいれて状況を眺めた後に、その要求を乗り越えることが求められる。ADs には患者だけでなく、代理人の自律性も重要であり、両者の関係をどのように捉えるかが重要なポイントになる。

4 ADs の正当化可能性をめぐって

4-1 ADs の積極的推進と消極的容認

以上で確認した二つの立場は、それぞれ ADs の積極的推進論と消極的容認論とに対応する。両者の見解をまとめておこう。最初に、ADs を積極的に推進するべきだとする見解から見る。第一に、人格的な生をパーソン、非人格的な生をノンパーソンとし、非人格的な生は ADs を発効する対象になる、という見解がある。これは、自己意識をもつ人格を生命権の主体におき、自己意識を持たないような人格には生命権がないことを主張するパーソン

ン論に依拠するものである。その見解では、植物状態患者、重度痴呆患者、重度精神疾患患者、等には、身体的に末期状態ではなくても ADs を発効してもよいことになる。現にこのような非人格的な生を ADs の対象とすることも法的に認められつつある。第二に、意志決定能力は第三者による客観的な尺度によって評価できるという見解を挙げることができる。これは、ADs の状況判断の曖昧さをできるだけ排除しようとするものである。第三に、事前の意志は個人が最善の利益で判断したものならばそれを無条件に尊重すればよい、という見解がある。これは、最善の利益という基準で生の状態を測ることを認めるものである。これらに共通するのは、ADs の内容は個人が選択すればよく、たとえまだ生きることができる状態であっても、その指示が「早すぎる死」を招くと他者が懸念しても、当人の自律性に基づくものである限り死の選択も認められるべきだ、という考え方である。

次に消極的容認の見解を示す。第一に、患者は事前の意志表示をした時と意志決定能力のない時と同じ意志、同じ人格であるとは必ずしも言えない。そうであるならば、「新しい人格をもった者」⁽⁹⁾として家族も医療者も州も、皆が代理人となりその者の権利と利益を擁護すればよい、とする見解である。第二には、最終決定するのは代理人であり、代理決定する代理人の信念、選好、利益等をできるだけ排除する一つの方法として、代理人や医療者も事前の意志決定プロセスから参加するというやり方が考えられる、という見解である。これは、代理人の資格や権限等の条件が曖昧だったことを踏まえ、事前の意志決定プロセスへの参加がない者は代理人としての資格が認められない、という条件を提示する。

これら二つの立場の布置状況は、医療をあつかう生命倫理の問題で指摘されるような、自己決定を重んじる立場と生命や共同体に価値をおく立場との対立構図に似ていると言える。前者は、たとえ個人の選択が他者からみて非合理的し不適切であっても、他者に明確な危害を与えない限りはその個人の「自律性」は尊重されるべきだ、とする立場である。この場合、ADs には強い「道徳的な権威」が認められ、代理人に ADs の尊重を義務として要求する。それに対し後者は、患者の自己決定という個人の選択を代理人や医療者といった他者との関わりの中からうまれるものとして捉える。患者が未来の自分の植物状態を「生きるに値しない生」の状態と判断し生命維持治療を拒否するためには、代理人の同意も必要とされる。しかも、患者が生活する共同体を支える「生命の価値」に明らかに反するような選択ならば却下されることもありうる。これは前者と異なり、ADs での選択における「道徳的な権威」をそれほど認めないものである。

4-2 積極的推進論の批判的検討

ADs を支えるのは、主として生命維持治療の拒否を指示する「自己決定権」である。それを積極的に推進する立場は、その選択が自律的なものならば他者に妨げられないことを主張する。この主張は、「ある状態になったら自然死を希望する」の「ある状態」の判断は個人の選択に委ねられるものだとする。個人が自然死を希望する心情は、裏を返せば、「ある状態」のままでは生きていたくないので治療はいらないということであろう。その「ある状態」には、人工的な生命維持装置の補助で生きる状態から、意志決定能力がないと判定された状態、あるいは自己意識がない状態までが含まれる。さらに、その判断が、個人の信念や価値、責任に基づいた「自律性」であるならば、無条件に認められるべきだと主張するのが、推進論の見解だ。その見解に従えば、自己意識のない非人格的な生が「生

きるに値しない生」であるとする個人の価値評価はもちろん、第三者による客観的尺度で「価値のない生」と判断することも、事前の自律性の選択がある状態になったときの自分は家族や周囲の者に対して損害を与える（介護や経済的負担をかける）だけである、という判断も、ADsの患者の自律性として認められるのである。しかし、それらが一定の生の状態を「生きるに値しない劣悪な生」として評価していることは明らかであろう。だが、積極的推進論の示す見解は法的にも社会的にも認められる傾向にある。具体的には、前述のように、ADsの発効可能な対象を拡大するとともにADsが誰でも利用できるように情報提供や指導の無料化、手続きの簡略化等である。そしてその推進論を支えているのが、生を価値づけることが自分自身だけに完結した問題であると捉えてしまう個人の心情と、そのような心情が蔓延する社会なのかもしれない。このような生を価値づけることも単なる個人の選択の問題にすぎない、とするそのような主張をただちに認めることができない。なぜなら、本来、社会の問題としてあるはずの生の価値の序列化や選別を、個人の自律性という名目の下で社会そのものが押し進めてしまう可能性があるからだ。そのためには、消極的容認が示す見解にあるように、自律性を患者個人のレベルの問題に閉じ込めるのではなく、代理人や家族を交えた問題、さらに家族以外の周囲の者、コミュニティ等のもっと多くの者にかかれた問題として、捉え直すことが必要であると思われる。

4-3 自律性の新たな捉え直しとADsの可能性に向けて

では、ADsにおける自律性をどのようなものとして捉えればよいのだろうか。最後に消極的容認論の論拠や見解が示唆する点について検討し、新たなADsの可能性を探る。

一点目は、事前に意志表示した人格と意志決定能力のない時点の人格は異なるものだとして、「新たな人格存在」としての患者の自律性に目を向けようとしたものである。だが、意志決定能力のない時点の患者の自律性を確認することができないため、新たな人格存在を擁護する代理人には州や家族がなるべきだ、とする。この観点は、生命に価値をおき、意志決定能力のない者は「価値のない生」であるという判断に抗するものだと言える。しかし、これによって以前の人格が指示したADsは、道徳的権威を完全に消失してしまうことになるのかというと、そうはならない。これは単に、以前の人格におけるADsは道徳的権威をもつものであるが、それを実行時点の人格には適用できないだけのことなのである。たしかに、未来の（意志決定能力を喪失した）時点にまでおよぶ「強い道徳的権威」は認められないものの、その時点での自律性はなお効力をもっており、その担い手たる「生命」それ自体が尊重されるべきだ、というのは納得できる。しかしこれでは、意志決定能力のない人の自律性そのものの可能性は、依然として明確に位置づけられてはいない。

二点目は、代理人の指示が最終的な決定である以上、その決定が患者の意志にいかにか忠実であるかに焦点を絞ったことである。これはいかなるADsも代理人が決定を下すのであり、その代理決定する自律性に焦点を移し変えたものだと言えよう。ここで捉えられるADsは、積極的推進論のような強い「道徳的権威」をもつものではなく、あくまでも代理人の自律性の観点を中心とするものである。だが、もしこの代理人の自律性が推進論の提示するような自律性であり、意志決定できない患者との関係性を代理人自身による損益規準や生の価値判断をもとに代理決定がなされるなら、その決定は対象となる患者の生命を容易に奪うかもしれず、これは断じて避けなければならない。ADsが個人の選好や価値判

断に依拠する自律的選択にとどまる限り、患者の自律性から代理人の自律性に観点を変えただけでは不十分であると言わねばならない。言い換えれば、ADs で尊重されなければならない自律性が患者か代理人かという点だけに目が向けられると、自律性（自己決定）が当事者個人の私的な事柄に閉じこめられるか、それとも代理人である家族や共同体によって規定されるものかのいずれかになってしまう。そこでは、ADs において尊重すべき自律性と自律性の尊重は依然として不明確なままである。

そもそも回復可能な時期の医療における患者の自己決定は、ADs におけるそれと基軸に据える原則が同じであった。前者の自己決定は、患者本人が家族や医療者と話し合いをしながら双方の自律性を見据えつつ、患者本人の自律性と周囲の者たちによるその自律性の尊重というプロセスをたどることができるものである。このことは、本来、インフォームド・コンセントというものが患者の自己決定にいたるまでの協同的な作業であり、自律性が徐々に高められていくダイナミックなプロセスであることと深く関連している。おそらく ADs における自律性も、このような協同作業ないしプロセスとして捉えることができるのではないだろうか。言い換えると、自律性は単に個人の私的な選好や価値判断ではなく、かといって家族や共同体によって規定されるものでもなく、事前の意志表示の段階からそれを実行するかどうかの決定にいたるまで、そのつど当事者を交えて設定される協同的な意志決定プロセスとして捉えることが求められているのではないだろうか。

おわりに

ADs をめぐる倫理問題は、意志決定能力を失った患者の自律性をどのように考えるのか、そして意志決定の代行者として患者の権利・利益を守るべき代理人による患者の自律性の尊重と、代理人自身の自律性の関係をどのように捉えるのか、という点にその基本的課題がある。本稿では、当事者の自律性を個人の私的なレベルにとどまるものとしてでもなく、また家族や共同体によって規定されるものでもなく、事前の意志表示の段階からそれを実行するかどうかの決定にいたるまで、当事者を交えて設定される協同的な意志決定プロセスとして捉えることが重要ではないか、ということを示した。たしかに周囲の者も交えることで当事者の意志が表明されづらくなったり患者の自律性が軽んじられることになるのではないかと、という点は憂慮されるかもしれない。しかし、あくまでも患者の自律性とその尊重が基本原則であることに変わりはない。だからこそ、終末期において意志表示ができなくなった時点での「患者の自律性」をいかに尊重するのか、そのために周囲の者に何ができるのかが問われているのである。

注

- (1) 服部健司「インフォームド・コンセント」、『医療倫理』、勁草書房、2002年、59頁
- (2) J. Lynn, / M.J. Teno, “ Perceptions by Family Members of the Dying Experience of Older and Seriously Ill Patients ”, *Annals of Internal Medicine*, 15, January, Vol. 126, Issue 2, 21, 1997

(3) ヘルスケア・リサーチ・アンド・クオリティ・エージェンシー『医療をより安全に：患者安全に関する医療行為のエビデンス評価』（京都大学医療経済学研究室訳）2001年、第49章 <http://med-econ.umin.ac.jp/EBM-Safety/>

(4) R.J.Devettere : Practical Decision Making in Health Care Ethics, Georgetown University Press, 2000, R.S.Olick,: Taking Advance Directives Seriously, Georgetown University Press, 2001, M.E.Hahn, " Advance Directives and Patients-physician Communication, JAMA, Jan1, Vol.289, No1,2003, B.C.Rosnick, / L. S.Reynolds, " Factors Associated With Executing Advance Directives ", Journal of Aging and Health, Vol.15, No.2, 1999

(5) 患者がADsで希望の生命維持治療を表明しているにもかかわらず、代理人にその意志を尊重されない実例（治療コストが問題の要因として多い）がある。ADsの倫理問題にはどのような終末期医療を希望するかという問題も検討すべき事柄であるが、ここでは拒否する場合に焦点をあてる。

(6) A. Buchanan, " Advance Directives and Personal Identity Problem ", Philosophy and Public Affairs, Aut, Vol.17, Issue4, 1988, 277-302, D. V. Brock, " What is the Moral Authority of Family Members to Act as Surrogates for Incompetent Patients? ", The Milbank Quarterly, Vol.74, No.4, 1996, 599-618, H. Kuhse, " Advance Directives, Personhood, and Personal Identity, " Kennedy Institute of Journal, Vol.9, No.4, 1999, 433-450, J. Harris, " Consent and end of life decisions, " Journal of Medical Ethics, Vol.29, 2003,10-15, R・ドゥオーキン『ライフズ・ドミニオン』（水谷英夫、小島妙子訳）、信山社、1998年、389-392頁

(7) D・パーフィット、『理由と人格』（森村進訳）、勁草書房、1998年、286-287頁

(8) J. K. Davis," The concept of precedent autonomy, " Bioethics, April, Vol.16, No.2, 2002,115-133, R. Dresser, " Life, Death, and Incompetent Patients: Conceptual Infirmities and Hidden Values in the Law, " Arizona law Review, Vol.28, 1986, 373-405, G.Kadishin, / M.Eagan, " Ethical Dilemmas in Home Health Care: A Social Work Perspective ", Health Social Works,Vol.26, No.3, Aug, 2001, 136-149, B.A.Rich, " Advance Directives: The Next Generation ", The journal of Legal Medicine,19, 1998, 63-67, T. May, " Slavery, Commitment, and Choice Do Advance Directives Reflect Autonomy? " Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, Summer, Vol.8, No.3, 1999, 358-363, C. Tollefsen, " Advance Directives and Voluntary Slavery, " Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, Summer, Vol.7, No.4, 1998, 405-413

(9) 「新しい人格をもった者」という捉え方は、「時間を通じた人格の同一性」を否定したロックの論の新たな解釈を基盤にしている。パーフィット前掲書、287-288頁

【付記】本稿は、日本医学哲学・倫理学会『医学哲学 医学倫理』第22号（2004年）に掲載されたものである。