

本人の人生・価値観と医学的妥当性・適切性の間で

清水哲郎

一 厚生労働省ガイドライン二〇一八改訂版によるACP―意思決定支援

本提題では、意思決定を支援したりACPを進めたりする際に土台となる考え方を提示することを目指す。透析の導入・終了という選択も、意思決定プロセスの支援という文脈において捉えることができる。ところで、厚生労働省は、人生の最終段階における医療・ケアを中心に、意思決定プロセスの支援を進める際にベースとなる考え方を示すことを目指して「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」二〇一八年改訂版を公表している。そこでまず、同ガイドラインが示す意思決定プロセスの特徴をまとめれば、次のようになる。^{1,2)}

同ガイドラインが示す意思決定プロセスの特徴をまとめれば、次のようになる。²⁾ まず、患者本人が意思決定プロセスに参加できる場合には、本人と医療・ケアチームが話し合いを十分にしてお互いに合意に至り、合意を背景に本人が意思決定し、それを受けて医療・ケアチームが医療・ケアに関する決定をする、という流れになっている。本人が意思決定プロセスに参加できない場合には、医療・ケアチームは家族

等と話し合い、本人にとっての最善を目指して、やはり合意に基づく決定をする。家族等も参加できない事情の場合は、医療・ケアチーム内で本人の最善を目指して話し合い、意見の一致に基づいて決定する、というように、本文をきちんと読む限り、全体に「合意に基づく決定」が明確に打ち出されている。

次に、本人と医療側の話し合いの中身について何が言われているかというと、医療者側で専門的に、「この患者の身体の状態には、こういう治療が一般的に最善である」と医学的妥当性・適切性についての判断がなされるが、話し合いを通じてその医学的妥当性の判断と、本人の意向が一致するならば、それが一番望ましいとされる。ただし、これは本人が医学的妥当性を理解してそれに合わせるという一方的なものではなく、本人の志向を評価の基準にして医学的妥当性を考え直すという場合も含んでいると解すことができる。

この点は「本人の人生や価値観、どのような生き方を望むのか」をしつかり聴くことを強調していることから確認できる。すなわち、本人の意思と医学的妥当性・適切性の判断との一致ということを求めるときに、医療者側は本人の人生観や価値観についてよく理解して、「かけがえない唯一の人生を今生きている本人にとって、どうすることが最善か」と考える。本人にも、「医学的にはこうなのだ」ということを理解して、自らの病状や可能な治療を自らの人生の物語りに組み込む道を考えていただく。このようにして「話し合つて、合意を目指す」のである。また、家族も本人の意向や気持ちを尊重しつつ、この合意形成を目指す話し合いに積極的に参加いただくことになる。

以上の方向性は筆者らが長年提唱してきた「情報共有・合意モデル」と親和性が高いと考えている。

左の図1の説明は割愛するが、ここで医療・ケアチームから本人・家族への「説明」に「生物学的・一般的価値観・医学的情報に基づく最善の判断」とあるところを「医学的妥当性」と書き換え、本人・家族から医療・ケアチームへの「説明」に「いのちの物語り的／個々の価値観・人生の生き方・事情」とあるところを

図 1

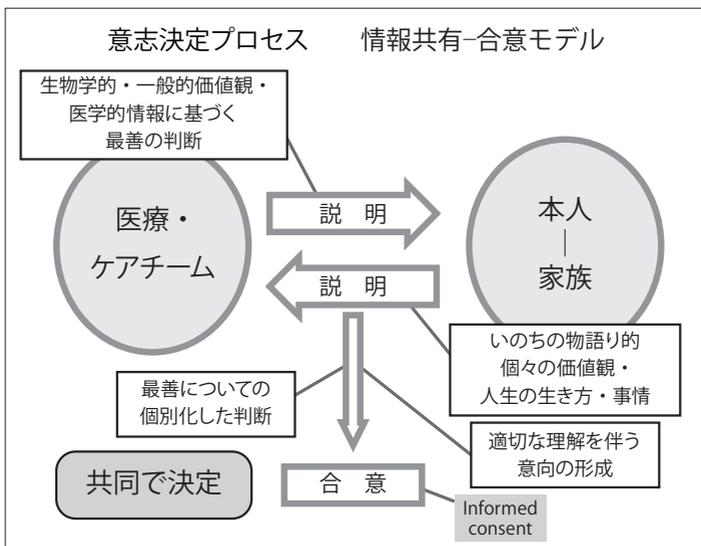
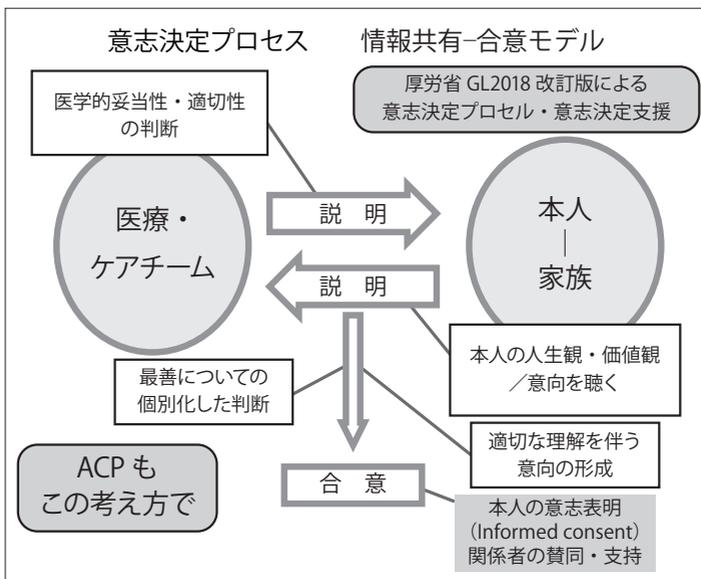


図 2



「本人の人生や価値観、どのような生き方を望むのか」と書き換えれば(図2)、情報共有+合意モデルの図は、厚生労働省ガイドライン二〇一八年改訂版の意志決定プロセスの説明に当て嵌まるのである。

ACPを含む意思決定支援や透析の導入・終了もまたこのような考え方に基づいてなされることが、理論的にも筋が通り、厚生労働省が推進しようとしているあり方に相応しいと言えよう。

二 合意を目指すコミュニケーション

以下では、厚生労働省ガイドライン(「情報共有+合意モデル」)が示す、合意を目指すコミュニケーションのあり方をより具体的に検討する。

医学的な妥当性・適切性は、医学的エビデンスに基づいて判断されるが、その判断・評価には何らかの価値観が介在してくる。例えば、「QOLは高く、生命予後はできるだけ長く」である。このような価値観を、医療・ケア従事者はある程度共通な価値観としてもっていて、その価値観に基づいて評価をしている。

高齢者に関わる医学的推奨に関しては、フレイルないし老いの程度を考慮に入れる必要がある。つまり、本人の老いの進み方(aging)がどのような段階であるかが、推奨内容に影響する(これに関するエビデンスが蓄積されればであるが)。例えば「老いの進み方がこのくらいから先は、この選択肢は本人にとって害にしかならないだろう」「この程度の進行状況であればこの治療にはそれなりの益が見込まれる」等、老いの程度を考慮した選択肢の検討が重要であろう³。

他方で、本人の人生と価値観については、「こういう人生を送ってきた、これから、こう生きたいと思っている」という本人の物語りを聴くことが勧められている。物語りから理解される本人の人生と価値観が、本

人にとつての最善を探る際の基準になる。ここで、本人から得た人生と価値観と、本人が具体的に医療・ケアに関して示す意向との間が整合的であるとは限らない。ここに関係者による意思決定支援が有効である可能性がある。医療・ケア従事者が選択についての本人の意向を聞いて「それはあなたらしい選択ですね」と肯定するのは、人生や価値観と表明された個別の意向とが整合的である場合であろう。

医学的妥当性と本人の人生・価値観を踏まえた意向について見た上で、両者を組み合わせ考えてみよう。本人の意向と医学的に推奨される内容とは、一致する(①)ないし齟齬がない場合(②)と、不一致である場合(③)に分けることができる。

①医学的な推奨と本人の意向が一致している場合。例えば、「透析導入」が候補になっている場合、本人にとつての益と害のアセスメントにより、本人にとつて医学的に導入を推奨すると評価され、本人も導入を選択する意向であるというような場合である。この場合、本人と医療側の意見が結果として一致していることをもって、合意成立とするのは早計である。本人が病状や透析についてよく理解した上で(= informed)導入という意向になっているのか、また、本人の人生・価値観と意向とは整合的かを確認するコミュニケーションが意思決定支援になる。

また医療者側の推奨と本人の意向は一致しているが、本人は医学的妥当性という理由ではなくて別の理由、例えば、「自分のために使う予定の社会資源は、ほかの人に譲りたい」といった理由で、医療側と一致する意向になったという場合もあろう。その場合、その理由は本人の真意であるか、また、本人の人生や価値観と整合的であるかを確認する。また、その選択が医学的にも妥当であることを本人が理解して、自らの選択のもう一つの理由になることが望ましい。このようなプロセスも意思決定支援の一環である。

側は自らの価値観に反することを、本人の価値観に従って実行するように強制されない」ということなのである。

ただし、こうした場合も、意思決定支援の文脈でこのような対応をする以上は、本人を人間として尊重する姿勢に発し、本人の人生と価値観を尊重し、誠実にコミュニケーションを続けることを目指す対応が望まれる。

おわりにかえて — EOLCの倫理

最後に、EOLC（エンドオブライフ・ケア）の倫理に簡単に触れて論を閉じたい。人生の最終段階に関する緩和ケアの倫理の基礎となる思想が、一九九〇年および二〇〇二年のWHOによる緩和ケアの定義に、見出される。「緩和ケアは、生を肯定し、死へと向かうあり方（*living & dying*）もう生の方向に引き返すことなく死へと向かうだけという状態）をノーマルな過程と看做す／死を早めることも、先延ばしにすることも意図しない」⁵。このように、がん疾患をモデルにして最期の部分を「*living & dying*」（生きている、かつ、死に向かっている）と把握することを背景にして、「生きている」を最善のあり方になるようサポートすることと、「死に向かっている」をできるかぎり防ぐべき悪（アブノーマルなこと）とは考えず、誰でもがいつかは到る普通のことと看做すことを謳っている。この考え方に基づいて、「死を早めること（縮命）も、先延ばしにすること（延命）も意図しない」つまり、残りの日々はQOLが高い状態で過ごせるように緩和ケアが活動した結果として縮命になったり延命になったりすることは問題ないが、縮命や延命を指して何かをするということとはしない、という宣言をしているのである。

特に健康寿命期を過ぎて、フレイルになり、その老いによる弱さが進行して行く時期（ポスト健康寿命期）

にある高齢者について考える場合、上述の緩和ケアの生と死の理解が有効であろう。「余命が延びる・延びない」ではなく、「残りの日々をよりよく生きる」を評価の基準として、本人を中心とし関係者が一緒に最善の道を求めるプロセス（＝ shared decision-making）が臨床現場に浸透していくことを望みたい。

■引用・参考文献

- 1 厚生労働省「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」解説編 <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyo-10802000-1seikyoku-Shidouka/0000197702.pdf>
 - 2 清水哲郎「厚生労働省「人生の最終段階ガイドライン」と《情報共有し合意モデル》」、清水・会田・田代編『臨床倫理の考え方と実践——医療・ケアチームのための ACP… Family の知見を活かす』、清水・会田・田代編『臨床倫理の考え方と実践——医療・ケアチームのための事例検討法』東京大学出版会、第Ⅲ部第五章、二〇二二年。
 - 4 日本老年医学会『高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン』110、医学と看護社、二〇二二年。
 - 5 WHO Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care, *Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee* (World Health Organization technical report series; 804), 1990.
- Cecilia Sepúlveda, et al, Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective, *JPSM*, 24:2:91-96, 2002. Appendix 1 [https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(02\)00440-2/fulltext#APP1](https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(02)00440-2/fulltext#APP1)

（しみず・てつろう 岩手保健医療大学臨床倫理研究センター長）