

# 生物学的生命と語られるいのち —医療現場の意思決定プロセスをめぐって—

東京大学大学院人文社会系研究科  
死生学・応用倫理センター 上廣講座  
清水 哲郎

## 話す順序

- 語られるいのちと生物学的生命
- 医療・ケアにおける意思決定プロセス
- トピック 延命とQOL

## 1. 語られるいのちと生物学的生命 または 生命と人生

## 人のいのちの二重の見方



語られるいのち biographical life

- 本人の生活、人生に注目している時に見ているもの

人文・社会系の対象  
- 人生の物語りを創りつつ生きる主体  
/ 相互に重なり合う

生物学的生命 biological life

- 身体(の機能等)に注目している時に見ているもの
- 自然科学としての生命科学の対象 / 医学が注目する対象
- 生物学的個体 / 相互に独立

## 人のいのちの二重の見方



語られるいのち biographical life

↑ 価値の源 ↓

舞台  
生物学的生命 biological life

- 語られるいのちが続いたほうが良いから、「(身体が)長く生きられるほうが良い」
- 医学的介入は、語られるいのちが生きる条件を整えることを目指す

## 人のいのちの二重の見方



語られるいのち biographical life

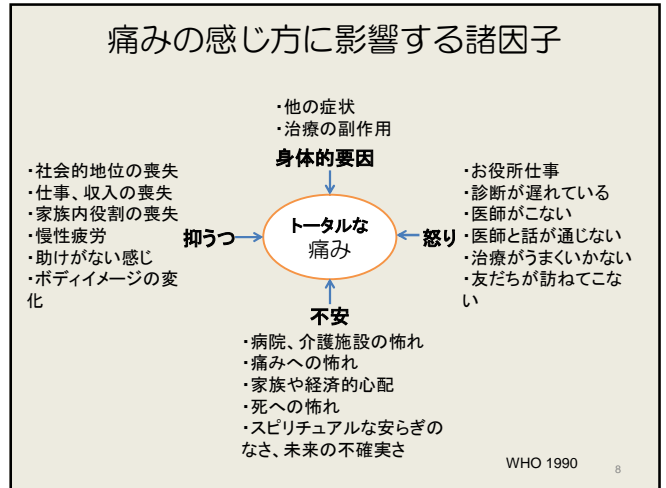
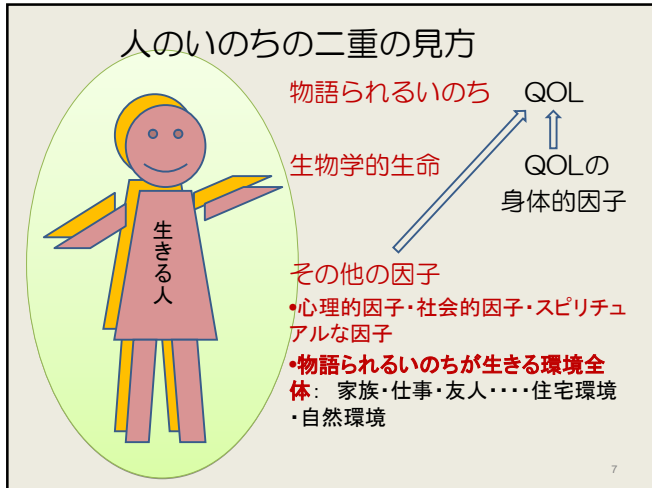
- QOL (人生の豊かさ⇒満足)

- QOLにマイナスに働く例：  
痛みなどの自覚症状

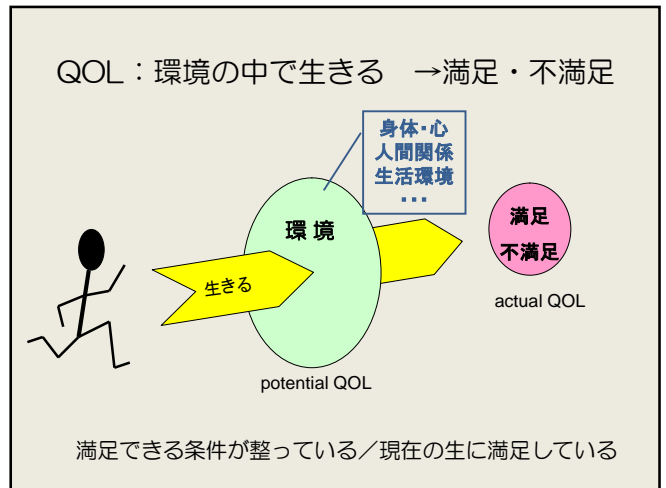
生物学的生命 biological life

- QOLの身体的因子
- 自覚症状の原因としての異常 abnormality

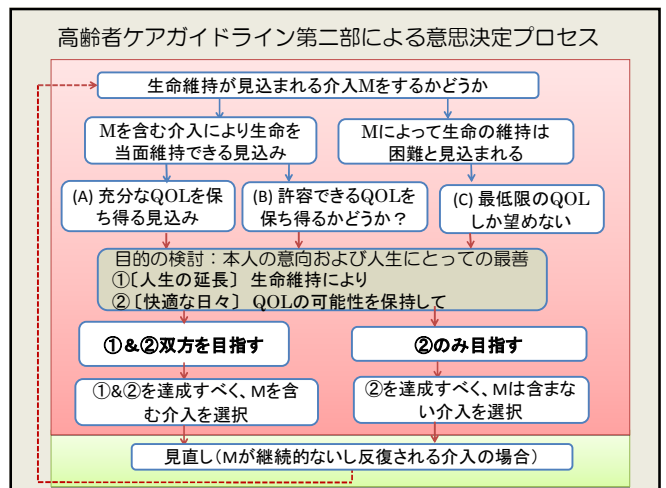
- QOL (quality of life 生の質)は、語られるいのちの評価(人生の豊かさ)に関わる
- 医療は身体に働きかけて、QOLを改善しようとする



- ### QOLの身体的因子とその他の因子
- QOLを改善するための介入は、身体的因子に対するものとは限らない
    - 《痛み》
      - 身体的因子
      - その他の因子 (痛みを強く感じたり、弱く感じたりする結果をもたらす)
    - 下半身麻痺により自力で歩けない時
      - 身体への医学的介入により、歩けるようになる
      - 車いすを使える環境設定 / 車いすで移動できるバリアフリーの環境設定 により、移動できるようにする
- 9



- ### QOL
- **可能的QOL**: 生きる環境の評価 充実した・豊かな人生を可能にするかどうか → 選択の幅がどれほど広がっているか
    - 身体環境面での改善・保持: **医療的介入の対象** (ガイドラインでは、この面のQOLをとりあげている)
    - その他の環境面: 人間関係 住宅環境・・・バリアフリー
  - **結果的QOL**: 結果として、現在の生が、充実した、豊かなものであるかどうか
- 11



### 3. 意思決定プロセス

情報共有から合意へ

13

### 意思決定の枠組み——独りで決める場合

状況に向かう姿勢 + 状況把握 ⇒ 行動・選択

おいしいものが食べたいなあ + このケーキは食べていいんだ & おいしそうだな ⇒ 食べる

太らないようにしよう + このケーキは食べていいんだ & 太るぞ ⇒ 食べない

14

### 倫理的に適切な振舞いの選択

状況に向かう姿勢 + 状況把握 ⇒ 行動

周囲の迷惑にならないようにしよう + 電車の中での携帯電話は迷惑 ⇒ かけない

↑  
倫理的姿勢

15

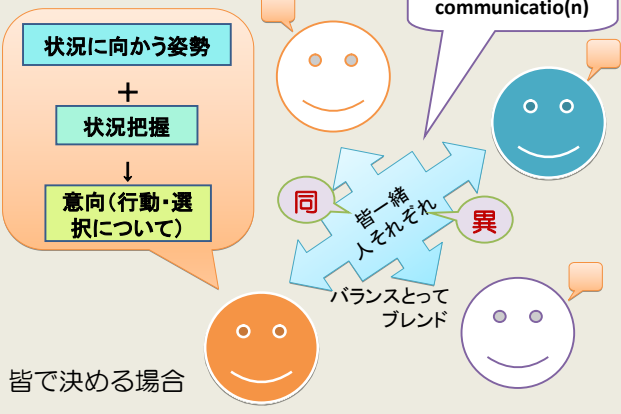
### 倫理的姿勢→医療・看護行為の決定

臨床における(倫理的)姿勢 + 状況把握 ⇒ (倫理的な)振る舞い・行動

患者さんの害にならないようにしよう + 滅菌ガーゼを素手で扱うと感染させるリスク有(感染リスクについての科学的・専門的知識) ⇒ 滅菌ガーゼは素手で扱わない

16

### 皆で決める場合



### さまざまなレベルの意思決定

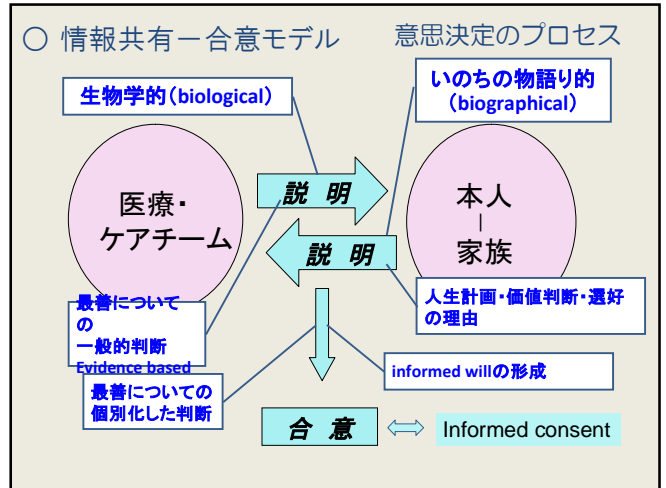
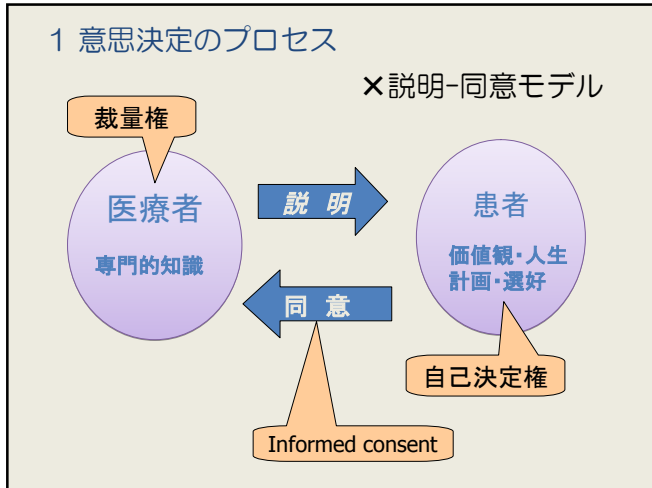
状況に向かう姿勢 + 状況把握 ⇒ 行動・選択

よりよいend of life careをしたい + よりよいend of life careができるようになるためには緩和ケアについてよく知る必要がある ⇒ 緩和ケアネットワークの会に参加する

スピリチュアルな領域

人のためになる人生を生きたい + 私はもう人に世話をしてもらえばかりで、人のためになることはできない ⇒ こんな人生は早く終わりたい

18



### インフォームド・コンセント

- **本人が決める** しかし、本人だけで決めるわけではない **皆で決める**  
- “consent” 同意 / 合意
- **個々の選択について** 本人の意思を尊重 → **人生の物語り全体について** 本人の生き方を尊重
- 意思決定プロセスは継続的・全体的: 点で考えない——線で考える

→ ACP(advance care planning) の考え方

### 《皆で決める》と《自己決定》の狭間で

- **《本人の意思(の推定)+本人の最善についての(家族&ケア従事者たちの)判断》** で決定を支える
- 何が最善かは、本人を中心にし、尊重しながら決めるが、本人だけで決めるものではない。
  - 同の倫理: [皆同じ・一緒→支え合って生きる] → 一緒に決める
  - 異の倫理: [皆異なる・別々→人それぞれ(相互不干渉)] → それぞれが決める
- **本人の最善を達成するために、家族の都合も考える**  
家族も意思決定に参加していただく/本人の人生にとっての最善を考え、自分たちの人生と折り合えるように支援

### 家族も当事者

- 家族は決定プロセスの当事者
  - 欧米から輸入された倫理においては家族の位置づけが不明確
- 家族は当事者 なぜなら...
  - 患者が罹患したことの影響を受けて、さまざまな問題を抱えている(疾病によっては、人生全体に響く)  
→ 緩和ケアの対象
  - 患者の療養生活を支えるケアの担い手: 意思決定に参加する必要がある
  - 多くの場合、患者の人生観・価値観を知っており、その意思を代行する第一候補
- とはいえ、麗しいばかりではない

### 家族は当事者

...とはいえ、麗しいばかりではない

#### 愛という名の支配

- **患者と非常に近い関係=同の倫理が支配的**
  - 「一緒」が前提なので、患者の意思を軽視する(善いと思ったことを勝手にやる)
  - 患者を保護しようとして、抱え込む/患者の苦悩に対する閾値が低い/患者の克服する力を過小評価する
  - 反面: 家族のために患者に犠牲を求める...こともある
- さらには → 年金のために、生き続けることを望む  
DVも同の倫理を背景にしているかも

#### 「遠くの親戚のおじさん」症候群

- 後からきて口をだす⇒決定をひっくり返す
- 本人とのかつての親しさ/何かしてやらないと気がすまない

## → 家族との対応

- 本人と家族だけで決めるわけではない。関係者皆で話し合って合意を目指す
- **本人の意向と本人の人生にとっての最善との双方**で決定を支える
- 医療・介護従事者は**状況によっては、本人の advocate**として、**家族の圧力から本人を守る**
- 本人にとっての最善を実現するために、**家族への手当の道を探る(負担の軽減等)**

25

## トピック 延命とQOL

26

### 医療の目的

QOL × 余命をできるだけ大きく



### 緩和ケアの定義 WHO(2002)

「緩和ケアは、生命を脅かす疾患に伴う問題に直面している患者と家族のQOLを、増進させようとする一つの手立てである

痛みおよび他の身体的、心理社会的、およびスピリチュアルな諸問題について、早期にそれらを見出し、**確実なアセスメントと対処(治療・処置)によって、苦痛を予防し、和らげることを通して、**

「緩和ケアは

- 痛みその他の苦痛となる諸症状の緩和を提供する
- 生を肯定し、**死へと向かう進行(dying)をノーマルな過程だと看做す**  
(affirms life and regards dying as a normal process)
- **死を早めることも先延ばしにすることも意図しない**  
(intends neither to hasten or postpone death)

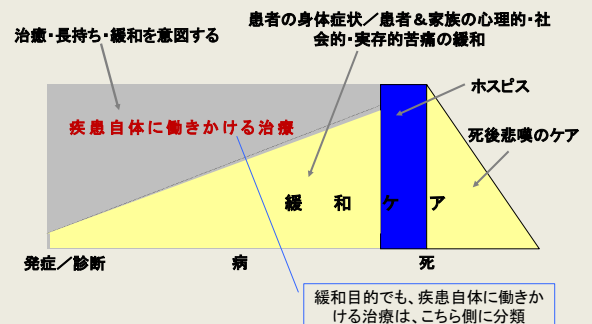
### 緩和ケアの定義 WHO(2002)

- 「**生命を脅かす疾患**」**自体に対処する**
  - Ex ガン病変に働きかける  
curative/life-prolonging/palliative  
治癒目的/長持ち目的/緩和目的
- 「**・・・**」**に伴う問題(本人&家族の)に対処する**
  - 痛みその他の不快な症状・・・ 身体的
  - 不安、怒り、いらいら、抑うつ・・・ 心理的
  - 失職、近所付き合いの変化、経済的困難・・・ 社会的
  - 生き甲斐・意味、尊厳の喪失 …… スピリチュアル

☆Palliative 問題の原因に働きかけることなしに、問題を緩和する  
／問題を一時緩和する(取り除いていない)

29

### 連続体としてあるケア



American Medical Association Institute for Medical Ethics (1999). *EPEC: education for physicians on end-of-life care*. Chicago, IL, The Robert Wood Johnson Foundation.

## 緩和ケアの定義 WHO(2002)

### シームレスということの意味

#### 「生命を脅かす疾患」への働きかけ：原因への働きかけ

- Ex ガン病変に働きかける
- curative/life-prolonging/palliative
- 治癒目的>長持ち目的>緩和目的
- 緩和目的だが、延命効果も伴う場合

#### 「・・・」に伴う問題(本人&家族の)に対処する

- 痛みその他の不快な(身体的)症状  
原因→痛みの感じの過程のどこかを切断
- 心理社会的・スピリチュアルな問題:

☆起きた問題を緩和する → 起きないように予防する

31

## 緩和ケアに関連して

### 延命優先かQOL優先か

- QOLと余命の長さ：両方とも改善できれば、それに越したことはない(現在では大半がこれ)
- どちらかを優先的に選択しなければならない場合：
  - 苦しくてもより長く = 延命優先(苦痛許容)  
→ 「徒な延命医療」への批判
  - 短くても過ごし易く = 緩和(QOL)優先(縮命許容)  
→ 死期が早まるような方針選択をどう考えるか
  - 両者は、決して延命か死かの違いではない
- 死生をめぐる価値観の違い—公共的価値観の変化
  - 延命優先からQOL優先に変化してきている
- 〈緩和ケア〉はQOL優先の立場 →

## QOL優先=緩和ケアの論理：

- 「緩和ケアは死を早めることも、引き延ばすことも意図しない」  
----Palliative care ....neither hastens nor postpones death.」  
(WHO 1990:2.1 cf.-2002: intends to hasten...)
  - Proportion という考え方をとっている (= proportionality)
- ① **安楽死**(=苦痛緩和目的/医師が死なせる投薬をする)は**否定**：
  - 緩和ケアの技術が進歩した結果、それが妥当となるケースはもはやないから
  - 「人の生命は不可侵」といった考えに基づくのではない
- ② **縮命のおそれがある場合、苦痛の緩和のための治療を実行すべきである**。
  - ただし、疼痛コントロールの範囲ではこういう状況は現在ではない(orごく少ない) 視野を広げてみると、該当する状況は結構ある
- ③ **「徒な延命」は中止**：延命治療が、患者にとって利益を上回る苦痛や負担をもたらす場合には、これを中止する。

- Bさんは「この世の見納めに、思い出の指宿に行ってみたく」と希望した。しかし、
  - Bさんの容態では、指宿まで車に揺られて行くことに、耐えられないかもしれない。行き帰りに急変するリスクもある。行けたとしても、状態を悪くして、死期を早めるかも
  - 指宿行きをあきらめて、静かに過ごせば、命を縮めるリスクはない。しかし、Bさんの最期の日々の充実という観点では、この点での満足感が得られない
  - 妻は、「お父さんの最期の望みだから、叶えてあげたい」と言っている
- QOLないし充実した日々を優先するか、少しでも長く生きること(延命)を優先するか

## 緩和を意図する選択が縮命を伴う場合

- 1 縮命(ないし延命しないこと)を意図している(=死の選択)
  - 1-1 積極的に死をもたらす介入  
安楽死<sup>1</sup>(euthanasia) 積極的安楽死<sup>2</sup>
  - 1-2 延命・生命維持等の差し控え・中止(QOL向上・保持は伴わない)  
消極的安楽死<sup>2</sup>/時に尊厳死とも
- 2 縮命(ないし延命しないこと)を意図していない
  - 2-1 QOL向上・保持目的で積極的な治療 間接的安楽死<sup>3</sup>
  - 2-2 QOL向上・保持目的で治療の差し控え・中止
    - 人の生命を弄ぶような、徒な延命をやめることもここに分類?

☆ 1はいかなる時でも、というわけではない。2では緩和が達成できなくなるとはじめて、選択肢/候補となる

## 益と害の評価法

### ■ 相応性論 principle of proportionality

- 「苦痛は緩和されるでしょう。でも余命が縮まるかもしれません」という情報だけでいいかどうか決まる?
- 他の選択肢と比べる必要がある →
- Def: 候補となる選択肢のそれぞれについて、良い効果・悪い効果を枚挙し、バランスが一番いいものを選ぶ  
→ 達成目標が決まっている場合：その目標を達成できる選択肢のうち、害が一番少ないものを選ぶ
- 益と害のアセスメントで、適切な選択肢が決まる
- 選んだ選択肢を実行する際の意図も倫理的には問題



緩和ケアへの適用： 緩和を達成できる選択肢のうちで、害のできるだけ小さいものを選ぶ

- 通常の疼痛コントロールが縮命を伴わずにできる（この場合、鎮静や、安楽死は不適切）
- 有効な疼痛コントロールは、命を縮めるおそれを伴っている（この場合、鎮静との比較は？安楽死は不適切）
- 疼痛コントロールでは耐え難い苦痛を緩和できない／鎮静により苦痛緩和は可能だが、人間的生活ができなくなる・・・鎮静が選択可能になってくる 安楽死は不適切
- 鎮静によっても緩和が達成できない／死なせることによれば耐え難い苦痛の緩和が可能→安楽死が論理的には妥当となる(現実には考え難い・仮想状況)
  - ここでも「だめ」ということは、患者を苦しみの中に見捨てること