

社団法人 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
人工的水分・栄養補給の導入を中心として

平成24年6月27日

目 次

本ガイドラインについて(日本老年医学会平成23年度老人保健健康増進等事業報告書より)	2
はじめに	3
本ガイドラインの概要	5
1. 医療・介護における意思決定プロセス	6
2. いのちについてどう考えるか	9
3. AHN導入に関する意思決定プロセスにおける留意点	11
解説	13
Appendix	
1. 人工的水分・栄養補給の導入に関する意思決定プロセスのフローチャート	23
2. 本ガイドラインの主張に賛同する法律家	24

本ガイドラインについて

(日本老年医学会平成23年度老人保健健康増進等事業報告書より)

日本老年医学会平成23年度老人保健健康増進等事業「高齢者の摂食嚥下障害に対する人工的な水分・栄養補給法の導入をめぐる意思決定プロセスの整備とガイドライン作成」は、事業名が示すガイドライン作成に取り組み、ガイドライン作成ワーキンググループが立案し、ワーキンググループ全体会議の審議、および本事業の検討委員会の審議を経て、改訂を重ね、改訂第三版をもって本事業としての結論に至ったので、ここにそれを発表する。

検討の過程では、12月4日開催の本事業主催のシンポジウム席上、およびウェブサイト上で、ガイドライン案に対する意見を公募し、それに応じていただいた多くの方のご意見を参考にさせていただいた。ここにご意見を寄せられたみなさまに感謝の意を表したい。

2012年1月以来、老年医学会老人医療委員会および倫理委員会の合同委員会（二回開催）において、その時点での本ガイドライン最新案が審議され、その結果を改訂に反映することができた。ここに、貴重な時間を割いて案の検討と審議をしていただいた委員各位に感謝の意を表したい。

本事業としてここに発表するガイドラインは、本事業の実施主体である日本老年医学会をはじめ、本事業を行うことを決めた日本老年学会とそれに属する各学会に報告することになる。老年医学会は上記合同委員会により、本ガイドラインを学会としてどう扱うか、さらに検討することとなろう。その結果次第では、学会理事会の審議事項となるであろう。

本事業としては、本ガイドラインないしはこれに近いものが、日本老年医学会、さらには、日本老年学会等において公に認められることを期待するものである。

平成24年3月12日

日本老年医学会平成23年度老人保健健康増進等事業「高齢者の摂食嚥下障害に対する人工的な水分・栄養補給法の導入をめぐる意思決定プロセスの整備とガイドライン作成」

検討委員	ワーキンググループ	ガイドライン作成 ワーキンググループ
○大内尉義	○甲斐一郎	○清水哲郎
鳥羽研二	清水哲郎	飯島 節
太田喜久子	飯島 節	諏訪さゆり
甲斐一郎	諏訪さゆり	会田薫子
清水哲郎	西村美智代	
樋口範雄	二宮英温	
島 蘭 進	会田薫子	

はじめに

〔ガイドラインの必要性〕高齢者ケアの現場において、関係者たちを悩ませる典型的な問題の一つに、何らかの理由で飲食できなくなった時に、人工的水分・栄養補給法（以下AHNと略記する*）を導入するかどうかというものがある。加齢に伴って漸進的に衰えてきたとみれば、人工的なことはしないほうが良いと思われるかもしれない。だが、人工的栄養補給を行えばなおしばらくの生が見込まれるのであれば、それを導入すべきだと思われるかもしれない。こうした事情が、例えば、認知症終末期の患者へのAHNについて、多くの医療者が「導入しないことに倫理的な問題を感じ」ているが、また「導入することに倫理的な問題を感じ」てもいるというような困惑を、臨床現場にもたらしめている**。困惑の原因としては、医学的妥当性が明確でないという点も確かにあるが、むしろ、高齢者の最期の生がどうあるのがよいかについて、例えば、長く生きられれば生きられるほうがよいと無条件に言えるかといったことについての共通理解が定まっていけないという点が大きいように思われる。

そこで、このような状況において、現場の医療・介護・福祉従事者がAHN導入をめぐる適切な対応ができるように支援することを目的として、ここにガイドラインを策定する。

*人工的水分・栄養補給法とは、経口による自然な摂取以外の仕方で水分・栄養を補給する方法の総称で、次のようなものがある：経腸栄養法（胃ろう栄養法、経鼻経管栄養法、間欠的口腔食道経管栄養法）、非経腸栄養法（中心静脈栄養法、末梢静脈栄養法、持続皮下注射）。

AHNは、対応する英語表現“artificial hydration and nutrition”の略記。

**平成22年度に日本老年医学会が学会所属の医師会員に対して実施した調査において、認知症末期患者へのAHN導入の可否の意思決定に関わった経験を有する医師に、AHN導入の意思決定に関して困難を感じたかどうか質問したところ、1058名の約9割が困難を感じたと回答した。それらの回答者に困難感の内容を質問したところ、「AHNの差し控えには倫理的に問題がある」と感じている医師が51%、「AHNを行うことについて倫理的な問題がある」と感じている医師が33%、「経口摂取からAHNへ移行する判断基準が難しい」と回答した医師が45%であった（複数回答）。

〔本ガイドラインの使い方〕本ガイドラインは、臨床現場において、医療・介護・福祉従事者たちが、高齢者ケアのプロセスにおいて、本人・家族とのコミュニケーションを通して、AHN導入をめぐる選択をしなければならなくなった場合に、適切な意思決定プロセスをたどることができるように、ガイド（道案内）するものである。そこで、これを使う際には、あくまでも医療・介護・福祉従事者が個別の事例についてよく考えながら一步一步進むことが肝要であって、本ガイドラインはその歩みを束縛する規則としてではなく、歩みを支援する道案内として、使っていただきたい。

〔本ガイドラインの性格と構成〕AHN導入に関するガイドラインとしては、医学的妥当性を確保するためのものも考えられるが、ここで提示するのはそういう性格のものではなく、倫理的妥当性を確保するためのものである。そして、倫理的妥当性は、関係者が適切な意思決定プロセスをたどることによって確保される。加えて、適切な意思決定

プロセスを経て決定・選択されたことについては、法的にも責を問われるべきではない***。この点について、本ガイドライン作成の過程で、法律の専門家たちに意見を求め、本ガイドラインが示すような意思決定プロセスを適切に進めて到達した選択を実行した場合、それは法的な介入がされるようなものではないとの回答を得ている（Appendix 2「本ガイドラインの主張に賛同する法律家」参照）。

高齢者ケアにおける AHN 導入をめぐる意思決定プロセスが適切であるためには、まず、それが医療・介護における一般的な意思決定プロセスとして適切である必要がある。加えて、高齢者に特有の疾患や障害などのために生じる特有の事情があり、また、AHN 導入に特有の事情もある。これによって高齢者ケアにおける AHN 導入をめぐる特に配慮すべき点が生じる。そこで、以下では、高齢者ケア・AHN 導入の場合を主たる場面として想定しつつ、①医療・介護における意思決定プロセスのあり方、②死生に関する意思決定プロセスにおいて、いのちとその価値についてどう考えるかを示した上で、③高齢者に対する AHN 導入と減量・中止をめぐる選択における留意点を挙げる。

なお、高齢者ケアに関する社会通念の変化や医療技術の進歩ならびに医療福祉制度の改正などに合わせて、本ガイドラインは一定期間ごとに見直すものとする。

*** 生命維持につながる医学的介入の差し控えおよび中止については、確かに現場の医療者に倫理的および法的問題になるのではないかという懸念がある。他方で、患者の状態によっては生命維持をすることに倫理的問題を感じているのが現状である。しかし、これまで日本において、生命維持（人工呼吸器など）中止を医療者が医療行為としてしたことに対して有罪判決が出た場合、その理由は「（中止等が妥当となる）要件を満たしていない」というものであって、「生命維持をやめることは生命を意図的に終わりにすることであるから違法である」といった理由ではないのである。「中止の要件を満たしていない」という理由で有罪であるというのだから、中止が妥当となる要件が想定されていることになる。その要件は、法的に定めるといふよりは、現在の社会的通念と専門家たちの知見によって決まるものであり、ガイドライン等のかたちで明確化するのが相応しい。

また、これまでの調査によっても、ここで示すガイドラインに結果として沿った意思決定プロセスを、患者本人・家族と十分コミュニケーションを重ねながら辿っている現場では、医療者たちは法的にも倫理的にも不安や懸念をもたずに、ことをスムーズに進めていることが明らかになっている。

本ガイドラインの概要

1. 医療・介護における意思決定プロセス

医療・介護・福祉従事者は、患者本人およびその家族や代理人とのコミュニケーションを通して、皆が共に納得できる合意形成とそれに基づく選択・決定を目指す。

2. いのちについてどう考えるか

生きていることは良いことであり、多くの場合本人の益になる——このように評価するのは、本人の人生をより豊かにし得る限り、生命はより長く続いたほうが良いからである。医療・介護・福祉従事者は、このような価値観に基づいて、個別事例ごとに、本人の人生をより豊かにすること、少なくともより悪くしないことを目指して、本人のQOLの保持・向上および生命維持のために、どのような介入をする、あるいはしないのがよいかを判断する。

3. AHN導入に関する意思決定プロセスにおける留意点

AHN導入および導入後の減量・中止についても、以上の意思決定プロセスおよびいのちの考え方についての指針を基本として考える。ことに次の諸点に配慮する。

- ①経口摂取の可能性を適切に評価し、AHN導入の必要性を確認する。
- ②AHN導入に関する諸選択肢（導入しないことも含む）を、本人の人生にとっての益と害という観点で評価し、目的を明確にしつつ、最善のものを見出す。
- ③本人の人生にとっての最善を達成するという観点で、家族の事情や生活環境についても配慮する。

1. 医療・介護における意思決定プロセス

ここでは、医療・介護において、どのようなケアをするかについて意思決定をする際のプロセスについて一般的な指針を示す。したがって、ここに提示することはAHN導入・減量と中止にも、高齢者ケアにも限定されず、汎用性があるが、これらを念頭においた記述を心がけてはいる。

☆医療・介護・福祉従事者¹は、患者本人およびその家族²や代理人³とのコミュニケーションを通して、皆⁴が共に納得できる合意形成とそれに基づく選択・決定を目指す。

- 1.1 医療・介護側の関係者は、医療・ケアチームとして対応し、チーム内の合意形成と、本人・家族との合意形成を併せ進める⁵。患者の〈インフォームド・コンセント〉は、両者の合意において患者側がしていること、および、この合意に基づいて患者側が行う同意書への署名等の行為に該当する⁶。
- 1.2 ある問題をめぐる意思決定プロセスは、その問題が起きることが予想された段階で、開始する。だが、直ちに本人・家族との話し合いを始めるとは限らない。本人・家族の気持ちや姿勢、また、将来どうするかについて予め意向を形成したほうがいいかどうかといったことに配慮する⁷。
- 1.3 当該の意思決定プロセスにおける家族の関与がどの程度必要であるかは、当の家族の当事者性の度合い（＝その家族が本人の日常生活および療養生活にどの程度関わっているか、および問題となっている選択がその家族の人生・生活にどの程度影響を及ぼすか）に相対的である⁸。
- 1.4 患者本人は、合意を目指すコミュニケーションに、いつも自発的に理解し、選択する主体として参加できる（＝意思確認ができる）とは限らない⁹。そこで：
 - (A) 本人の意思確認ができる時
 - ① 本人を中心に話し合っ、合意を目指す。
 - ② 家族の当事者性の程度に応じて、家族にも参加していただく¹⁰。また、近い将来本人の意思確認ができなくなる事態が予想される場合はとくに、意思確認ができるうちから家族も参加していただき、本人の意思確認ができなくなった時のバトンタッチがスムーズにできるようにする。
 - (B) 本人の意思確認ができない時
 - ③ 家族と共に、本人の意思と最善について検討し、家族の事情も考え併せながら、合意を目指す。
 - ④ 本人の意思確認ができなくなっても、本人の対応する力に応じて、本人と話し合い、またその気持ちを大事にする¹¹。
- 1.5 本人の表明された意思ないし意思の推定のみで依拠する決定は危険である。そこで、これと本人にとっての最善¹²についての判断との双方で、決定を支えるようにする¹³。また、あくまでも本人にとっての最善を核としつつ、これに加えて、家族の負担や本人に対する思いなども考慮に入れる¹⁴。

1.6 医療・ケアチームは、本人・家族との双方向のコミュニケーションを通して、次の諸点を実行しつつ、合意を目指す。

- ①それぞれの持っている情報を関係者が共有する。
- ②本人の身体を診察して得られた情報と、医学的知見に基づく本人にとっての最善に関する一般的判断から出発して¹⁵、本人側から得た本人の個別の事情（本人が人生をどう把握しているか）¹⁶を考慮にいた、本人の最善についての個別化した判断を形成する。
- ③本人・家族が、医療・介護側から得た情報を、自らの人生の事情と考え合わせ、必要な場合には自らの人生計画を書き直し、目下の問題に適切に対処するための、状況を分った上での意向を形成できるよう支援する¹⁷。

* どのような意思決定プロセスを辿って決定にいたったかについては、記録を残しておくことも、医療・介護側として必要である。

1.7 医療・ケアチームは、合意形成のプロセスにおいて、選択しようとしている方針が、社会的視点でも適切であるかどうかをもチェックする¹⁸。

1.8 医療・ケアチームは、本人・家族にとって最善と思うところが明確であれば、それを勧めることは適切である。が、同時に、本人・家族は独立した存在であるのだから、それを押し付けてはならない¹⁹。合意を目指して、ぎりぎりまでコミュニケーションを続ける努力をする。

また、本人・家族は理だけで動くのではなく、情も兼ね備えているのだから、その気持ちに寄り添う対応が望まれる²⁰。

1.9 低いレベルの医学的エビデンスしかない場合、医療・介護側は選択肢の医学的評価について、自分たちの判断がたとえ實際上標準的であっても、それをあたかも確実なものであるかのように本人・家族に提示しない。また高いレベルのエビデンスがある場合でも、それに基づく選択肢についての判断を本人・家族の人生の事情に優先するものとして押し付けない²¹。

また、結果の予測には、何らかの不確定さが伴うことにも留意する。

1.10 ぎりぎりまで解決できない場合は、次のような考え方で対応する：

- ①本人が嫌がる医療・介護行為を強行することはできない—ただし、そのことにより第三者に許容限度を超えた害がおよぶ恐れがある場合は別である²²。
- ②本人が希望する医療・介護行為であっても、医学的観点でも人生全体を評価する観点でも無益であると判断される場合²³、もしくは益をもたらす可能性もあるが、重大な害をもたらすことを余儀なくされるというリスクもある場合、相手の意向であるからといって応じなければならないわけではない。
- ③本人が希望する医療・介護行為であっても、それが本人に益とのバランスを欠いた害を加える行為である場合、ないし第三者に許容限度を超えた害を及ぼすおそれがある場合は、応じるべきではない²⁴。

* これらの場合において、どの程度までなら「許容限度」内かは、文化に相対的である（社会通念がどうであるかによって決まる）。

1. 11 合意を目指すコミュニケーションにより一旦は関係者の合意に達しても、本人・家族は迷いが生じて再度考え始めるといったことがある。また、合意に基づいて選択した方針を実行し始めてから、やはりそれは適切ではなかったのではないかと思いなおすこともあろう。そうしたことを含め、本人・家族がよく考えて納得できる道を進むことが肝要であって、医療・介護・福祉従事者はそうした本人・家族の在り方を受け容れ、そうした揺れを当然のことと認めて対応し、フォローアップしていく²⁵。

2. いのちについてどう考えるか

前項で提示した意思決定プロセスのあり方と並んで、医療・介護上の選択について重要なこととして、「いのちをどう考え・どう評価するか」という点がある。このことについて、医療・介護を公的な職務として行う場合には、共通理解をし、医療・介護・福祉従事者の中で価値観を共有しておく必要がある。本章では、この点について一般的に示している。したがって、前章と同様、高齢者ケア、AHNの導入・撤退という場面に限定されないが、そういう場面を念頭においた説明になってはいる。

☆生きていくことは良いことであり、多くの場合本人の益になる——このように評価するのは、本人の人生²⁶をより豊かにし得る限り、生命はより長く続いたほうが良いからである²⁷。医療・介護・福祉従事者は、このような価値観に基づいて²⁸、個別事例ごとに、本人の人生をより豊かにすること、少なくともより悪くしないことを目指して、本人のQOL²⁹の保持・向上および生命維持のために、どのような介入をする、あるいはしないのがよいかを判断する。

2.1 ある医学的介入を行うならば、死を当面は避けることができ、一定のQOLを保った生の保持ないし快復が可能である場合は、一般にはその医学的介入を行うことが本人の益になる（＝人生をより豊かにする可能性がある）。しかし、当の本人の場合に最善かどうかを判断するためには、個別の人生の事情（についての本人の理解）を考慮に入れて、個別化した評価を行う必要がある。

(A) 本人の人生の事情を考慮しても、当該の医学的介入により、延命とQOLの向上・保持を図ることが本人にとって最善だと考えられる場合：

本人がその医学的介入を拒否していても、医療ケアチームはその医学的介入をしたほうがよいと考え続け、コミュニケーションを通して本人との合意を目指す。それでも合意に達しない場合は、1.10の考え方にしがった選択をする³⁰。

(B) 自らの人生についての本人の理解を考慮した場合には、その医学的介入を行うことは本人の人生にとって益になるとは言えない（あるいは、行わないほうが、本人の人生にとってより良いと見込まれる）場合³¹：

本人が自らの人生の理解に基づいて、その医学的介入を受けない意思を持続的・安定的に持ち続けており、周囲の人々への配慮や孤独感などの故に本意でないにもかかわらずそのような意思表示をしているわけではないことを慎重に確認した上で、その医学的介入をしないことを許容ないし同意する³²。

2.2 ある医学的介入によって死を当面は避けることができるが、見込まれるQOLは、本人の人生をより豊かにするという結果をもたらすほどの効果があるかどうか疑わしい場合、ここでその医学的介入をするかどうかは、本人の人生全体についての本人および周囲の近い人々による把握からして、どちらが本人にとってより益となるか（ないし害が少ないか）による³³。

このような時期には、多くの場合本人の苦痛を緩和し、快適に保つことを目的とした医学的介入をはじめとする全人的視点に立った《緩和ケア》の考え方が有効である。

2.3 生命維持を目指す医学的介入をしても、ほとんど死を先送りする効果がない場合、また、たとえわずかに先送りできたとしても、その間、本人の人生をより豊かにできず（よい日々だと言えず）、かえって辛い時期をもたらすだけだという場合には、《緩和ケア》のみを行う³⁴。このように、本人の予後を見通して、全体として延命がQOL保持と両立しない場合には、医学的介入は延命ではなくQOLを優先する。

3. AHN導入に関する意思決定プロセスにおける留意点

高齢者ケアにおいて、本人の食が細くなった、嚥下機能の障害により経口摂取ができなくなった等の理由により、生命維持に必要な栄養補給ができなくなった場合に、人工的な水分・栄養補給法(=AHN)を導入するかどうか、するとしたら、どの方法にするかの選択に際しても、以上の意思決定プロセスについてのあり方およびいのちの評価についての一般的指針が妥当する。以下では、AHN導入・減量と中止に関して特に留意する点を追記する。なお、Appendix 1「人工的水分・栄養補給の導入に関する意思決定プロセスのフローチャート」も参照。

☆AHN導入および導入後の減量・中止についても、以上の意思決定プロセスおよびいのちの考え方についての指針を基本として考える。ことに次の諸点に配慮する。

- ①経口摂取の可能性を適切に評価し、AHN導入の必要性を確認する。
- ②AHN導入に関する諸選択肢(導入しないことも含む)を、本人の人生にとっての益と害という観点で評価し、目的を明確にしつつ、最善のものを見出す。
- ③本人の人生にとっての最善を達成するという観点で、家族の事情や生活環境についても配慮する。

3.1 AHN導入を検討する際には、まず、経口摂取による水分・栄養摂取の身体機能面での可能性とそれを可能にするケアの実施可能性を十分検討し、追求した上で、導入を検討する必要性があることを確認する。その上で、意思決定プロセスにおいては、本人・家族がAHNを導入しないことを含め候補となる選択肢を示され、各選択肢が本人の生活にもたらす益と害について知らされ、理解した上で、本人の意思(推定を含め)と人生についての理解に照らして最善の道を考えられるようにする³⁵。

3.2 AHN導入をめぐる候補となっている選択肢が、当該事例に関して何を指すものであるか――

- ①生命維持により、本人のよい人生が当面続くことを目指す³⁶。
 - ②本人が残された時間をできるだけ快適に過ごせることを目指す³⁷。
- ――を明確にし、選択にあたっては、本人が残りの人生をどのように生きることが望ましいかという観点で、何を指すかとAHNのどの選択肢かとを組にして考える。

なお、AHN導入が、①と②のいずれをも達成する見込みがない場合には、AHNはかえって本人にとって害となり、人生の最期を歪めることになる³⁸。

(A)あるAHNを導入すればそれなりのQOLを伴う延命が見込まれる場合、①と②が両立するので、一般には導入が適当であると考えられるが、本人の人生にとって最善かどうかを個別に確認する³⁹。その結果、本人が人生をどう理解し、かつAHNについてどういう意思をもっているかによっては、AHN導入をしないほうがよいと看做されることもあり得る⁴⁰。

(B)あるAHNを導入すれば延命効果は見込まれるが、本人のよい人生を支え得るほどのQOLを回復ないし保持できるかどうか(すなわち①の達成は)疑わしい場合、

現在本人が辿っている人生の終わりの時期を本人や家族がどう理解するかに応じて、本人の人生にとって何が最善か(=何を目指し、どれを選ぶか)を判断する⁴¹。

(C)医学的に言って、AHNに延命効果があるとは言えない場合、ないしは疑わしく、効果があったとしても本人の人生にとって益となるとは言えない(=①の達成はできない)場合、本人ができるだけ快適に過ごすこと(=②)を目指すことが通常妥当であろう。だが、こういう場合であっても、本人の人生に注目して、どうするのが最善かを、家族など周囲の近い人々との話し合いを通して確認しつつ、ケアが目指すところを選ぶ⁴²。

3.3 AHN導入後も、継続的にその効果と本人の人生にとっての益を評価し、

(A)経口摂取が可能となったので、AHN離脱可能である場合、

または、

(B)全身状態の悪化により延命効果が見込まれない、ないしは必要なQOLが保てなくなるなどの理由で、本人にとって益とならなくなった場合、益となるかどうか疑わしくなった場合、

AHNの中止ないし減量を検討し、それが従来の方を継続するよりも本人の人生にとってより益となる(ましである)と見込まれる場合は、中止ないし減量を選択する⁴³。本人・家族から中止等の申し出があった時にも、本人の意思(の推定)と人生にとっての益という観点で判断をする。いずれにしても、本ガイドラインが推奨する意思決定プロセスをたどって選択を行うことはもちろんである。

3.4 AHN導入をめぐる意思決定プロセスにおいて、家族の気持ち・都合や、居宅介護の条件、入居先の介護施設の方針といった環境の故に、選択が左右されることがしばしばある。現在の環境の許容範囲内でできるかぎり本人の最善を目指し、また家族の負担を許容できる程度に抑える道を探す努力をする⁴⁴。

〔解 説〕

*本文への註として説明を付けています

〔1. 医療・介護における意思決定プロセス〕

- 1 「医療・介護・福祉従事者」とは、社会的な職務として本人および家族へのケアを提供している医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、薬剤師、ケアマネージャー、介護福祉士などを指し、問題となっている選択への関わり方の程度（＝当事者性の度合い）に応じ、またそれぞれの専門性ないし職務に応じて、決定プロセスへの関わり方の適切なあり方も決まる。
- 2 「家族」とは、本人の人生と深く関わり、生活を共にするなど、支え合いつつ生きている人々を指すのであって、単に戸籍上のつながり、ないし血縁関係があるという形式上のことだけで決まるものではない。とはいえ、ここでいう家族以外の親族であっても、いずれ本人に代って法的権利を行使する可能性がある立場であることもあり、また、現在は疎遠であっても、当人たちは深いつながりを感じているということもあるため、本人および家族との実際上の関係の深さ、および当人たちが意思決定プロセスにどれほど積極的に関わろうとしているかの程度に応じて、「家族」に準じて遇することが現実的である。
- 3 「代理人」は、本人が私的に指名した知人、法定後見人、任意後見人などを含む。ここでは、「本人に代わって選択する」という役割を期待しておらず、ただ本人の意思や本人の人生にとって何が益かといったことについての話し合いに参加していただくことを期待しているので、「法定後見人は医療上の決定についての権限はない」といった事情に触れるものではない。したがって、医療・療養上の決定についての付託を本人から（または制度的に）受けていない場合、参加しなければならないというわけではない。
- 4 「皆」とは、以上で定義した本人を中心とし、医療・介護・福祉従事者、家族、代理人など、意思決定プロセスのコミュニケーションに参加する人々を指す。
- 5 医療機関から居宅介護に移行する場合など、本人・家族を中心として、医療機関内の医療ケアチームと、居宅介護側の医療・介護チームとを含む、合意を目指すコミュニケーションを十分にいき、受け継ぐ側が納得してケアに取り組めるように配慮する。
- 6 〈インフォームド・コンセント〉は、広くは医療側の提案に対する患者の同意と、またより狭義には患者に対して侵襲的な治療行為を行うことについて医療側に患者が許諾を与える行為と解されている。前者の理解に即せば、インフォームド・コンセントとは両者が合意する際に患者側がしていることとすることができる。ただし、ここでは「どちらがどちらに同意する」という把握の仕方ではなく、「両者が合意する」という意味で「コンセント」を解することになる。また、後者の理解に即せば、インフォームド・コンセントとは、この合意に基づいて患者側が行う同意書への署名等の法的な効力をもつ行為を指すことになる。
- 7 たとえば、その段階で直ちに話を持ち出しても、本人・家族が考え難いと思われる場合、当初は医療・介護の専門家として、チーム内でプロセスの進め方について確認することとめておく。他方、本人の事前指示が望ましい場合や、今後の人生・生活の見通しを立てつつ、どのようなケアを受けたいかを本人・家族と話し合いながら考えて行く（advance care planning）際にテーマとなるような問題であれば、早くから本人・家族との当該問題をめぐる話し合いを開始する。
- 8 一般に、当事者性の程度は、次の諸点を目安に判断できる。①本人の現在の状況、および本人をめぐって現在意思決定しようとしていることが、家族の人生に相当影響している、また影響すると思われるか（家族が本人の生活に関心をもって関わっているということもここに

含まれる)。②目下の意思決定に基づいて実行することに、家族の了承や協力を必要とすることが含まれているか。③意思決定のプロセスで、本人の意思および人生について、情報を家族に求める必要があり、また家族から得られると見込まれるか。④本人が決定に参加できず、家族が代理人として期待されるか。

家族の生活を大きく左右するような決定については、たとえ患者本人の治療方針についての選択であっても、家族も参加している必要がある。例えば、在宅で過ごしたいと本人が希望しても、それが家族に介護負担をかける以上は、家族との合意が必要であって、担当の医療・介護・福祉従事者と本人だけで決定するわけにはいかない。また、生死に関わるような決定は、たとえ家族に介護負担等の現実的な影響を及ぼさなくても、家族の人生に大きく影響するため、家族がいる場合は、意思決定プロセスに参加することが要請される。

- 9 本ガイドラインが提示する意思決定プロセスは、厚労省の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2007年5月/座長樋口範雄教授)の主張を、次の点で踏襲している。すなわち、①医師(主治医等)が単独で決定をするのではなく、医療ケアチームとして対応すべきだとする、②本人・家族とコミュニケーションを通して合意を目指すというプロセスを提示する、そして③「何はして良い・何は悪い」というような仕方ですの是非を判別するのではなく、適切な決定プロセスをたどって選択に到ることこそが肝要であるとする、といった諸点である。これらは単に終末期医療にとどまらず、本人の生き方にかかわるような医療上の決定プロセスにも妥当する。

本ガイドラインは、上記ガイドラインの方向をさらに推し進めるべく、若干の改訂(ないし、表現上の曖昧さに対する推敲)を加えている。その一つがこの部分、すなわち、本人の意思確認ができるかどうかで、本人と話し合うか、家族と話し合うかを確然と区別するのではなく、両者が可能な限り一緒に意思決定プロセスのための話し合いの席につくようにした点である。

- 10 本人の意思確認ができる状況でも、家族は註8の①から③の程度に応じて当事者である以上、決定に参加していただくのが妥当である。ただし、家族がそのような立場にない場合(つまり当事者性が低い場合)は、この限りではない。
- 11 例えば認知症が進んで、理性的に自らの将来を見通しつつ、選択をすることはできなくなっている方も、不快なことは嫌であるといった気持は残っている。それを無視して、家族とだけ話し合えば良いというものではないだろう。また、かつて責任ある選択ができた時に一定の意思表示をしていたとしても、認知症が進んだ段階で、それと両立しない振舞いをすることもある。その場合に、割り切って、かつての理性的な判断に従えば良いというものでもない。本人の現在の気持ちをも尊重すべきなのである。
- 12 何が最善かは、本人の人生観・価値観によるが、だからといって単に本人独りで決めるというわけでもない。というのは、私たちの文化には、各自は相互に独立してばらばらに生きており、したがって何が良いかは当の本人が決めるという考え方と、皆が支え合って共に生きている、したがって何が良いかについての共通理解が成り立つという考え方が並存しており、両者を適度なバランスをとって兼ね合わせる倫理的適切さには不可欠だからである。ことに、本人についての選択であっても、それが家族等、周囲の人々の人生に影響を及ぼす場合、この点に配慮が必要である。
- 13 家族は一般に本人のことを良く知っており、本人の意思を代理するのに適していると考えられているが、実情は必ずしもそうでない。また、家族は必ずしも本人の意思と最善を重視す

るとは限らない。したがって、家族の発言だけで本人の意思や最善を即断せず、よく吟味しつつ慎重に対応する。

- 14 本人にとって最善と考えられる選択を現実的に実行するためには、家族に耐えられないような過重な負担がかからないように、社会的サポートの手配をすとか、本人のためを思って家族が熱心に介護をして、疲労困憊してしまうといたことにならないように気をつけるというように、医療・介護・福祉従事者は家族のよい人生にも配慮をする。このような配慮は、本人の家族内での居心地をよくし、結果として人生をよりよくすることにもなる。本人の死後、できるだけ家族に悔いや心の傷が残らないようにするという観点を、現在の意思決定プロセスに入れることも、終末期ケアにおいては、死後悲嘆を見越した家族ケアとして位置づけられる。だが、このことは、家族の都合のためなら、本人の人生を犠牲にしてよいということでは決してない。自分たちの都合で選択をしようとする家族に対しては、本人の最善を擁護する立場でコミュニケーションを進める。
- 15 医療・ケアチームは、自らが持っている情報のうち、本人・家族が目下の選択を行うにあたって考慮に入れる必要があると思われる情報を、本人・家族に分るように、本人・家族の視点に立って丁寧に示す。
- 16 医療・ケアチームは、本人・家族の人生についての情報（人生計画、決定に際して本人たちが配慮している人生の事情、価値観など）を、目下の選択について本人・家族にとっての最善を考える上で必要な限りにおいて、得るよう努める。つまり、医療者側は、説明するだけでなく、傾聴する。
- 17 「人生の事情」、「人生計画」は、本人の自らの生についての物語りであり、医療・介護側から得た情報は、その物語りの中でどう位置付けるかが考えられ、時に物語りの大幅な書き直しを迫られる。医療・介護側は、そのような本人の状況を理解することが基礎となる。
- 18 例えば、いくら本人・家族にとって最善の選択肢であっても、それが周囲の人々に社会通念上許容される程度を超えた害を与えるおそれがある場合、それを選ぶことは容認されないであろう。

また、高齢者ケアにおいては特に、医療・介護を提供する社会的体制が、本人・家族の選択を本意でないものにすることがあるため、本人の生活の環境に配慮する必要があるということも、ここでいう「社会的視点での適切さ」のチェックに該当する。受け入れてもらえる唯一見つかった介護施設が、「胃ろうにしないと受け入れない」あるいは「胃ろうにしたら受け入れない」という条件をつけているために、選択が制約されるといった問題である。この問題を解消することは担当する医療・介護・福祉従事者たちの力を超えている場合が多いが、できるだけ努力はすることが望ましい。
- 19 相手の最善を目指すことと、相手を自分たちの支配下でない独立した存在として尊重することと、双方の姿勢をもって対応する以上、相手にとってよかれと思うことを行いたい、相手が嫌がっている場合など、ジレンマがしばしば起きる。医療ケアチームはジレンマを通常のことと受け止め、どちらを優先するという問題解決ではなく、両立できるように、粘り強いコミュニケーションが望まれる。
- 20 医療情報は理性的なものであり、説明もまた理性的な仕方で行われる。だが、本人・家族は単に理性的であるわけではなく、むしろ大いに情を備え、情によって左右される存在でもある。したがって、相手の自律を尊重しさえすれば良いわけではなく、相手の気持ち——悲

しみやつらさ、希望を見出したいという思いなど——を受け容れ、ケア的姿勢で対応する。また、相手の意向は確定したものとは限らないため、継続的なコミュニケーションを保つ。

21 この点は、医学的エビデンスがどのようにして得られたかを考えれば明らかである。すなわち、高いレベルのエビデンスを得るための方法は、人々の個々の人生の事情は考慮から外して、その生物学的特徴にのみ注目してあるタイプの被験者を選び、無作為にグループ分けして行う無作為比較対照試験（RCT）を行うというものである。したがって、エビデンスに基づいて、ある選択肢がもっとも益が大きく害が少ないと判断したとしても、その判断は、個々の人生の事情を考慮に入れることによって、変わる可能性がある。

22 つまり、本人の意向を尊重するといっても、社会的視点で不適切であるという判断に優先するわけではない。ただし、第三者に少しでも害になるなら、本人の意向といえども認めないというわけではない。通常のインフルエンザに罹った患者が治療を嫌がったとしても、治療をしないで人々の中にいると周囲の人に感染して、害を及ぼすことになるという理由で、強制的に入院させたり、治療をしたりはしない。が、新型の、まだ悪性度がはっきりしないインフルエンザに罹った患者については、半ば強制的に隔離と治療がなされる。これは放置することによる周囲の人々への害が甚大になる恐れがあるからに他ならない。このように、第三者への害の可能性について、「許容限度」がある。また、この許容限度というのは、どこか一点で、放置と強制とが分かれているのではなく、段階的に、軽い注意喚起から、本人が嫌がっていても家族が同意すれば強制すると言う場合、さらには、社会的に強い強制力を発揮する場合などとなっている。以上の点は③にも共通している。

23 もっともこの場合でも、本人の意向に沿うことによる本人の満足という益は結果するので「全く益がない」わけではない。

24 ②は「応じなければならないわけではない」場合で、③は「応じるべきではない」場合である。例えば「絶対無輸血で手術して」という求めには、応じなければならないわけではないが、応じるという対応も許容範囲内であることがある。例えば、患者の要請に沿うことにして手術を始めたが、大量出血となり、輸血をしなければ生命にかかわるという事態になったとする。こういう事態になっても医師は輸血をせずに、手をこまねいていなければならない——つまり「重大な害をもたらすことを余儀なくされる」。

他方、「私を殺して」という求めには応じるべきではない——求めに応じる行為は、相手に重大な害を加える行為だからである。

25 本人・家族が選択に関して揺れ動くことは当然のことである。最善を求めるからこそ、またある選択肢を選んだらどうなるかは多かれ少なかれ不確定であるからこそ、選択が定まらないのである。このように迷い、揺れ動いたということが、後になって本人・家族が「できるだけのことはした」と思える結果になることもあり、医療・介護・福祉従事者は、そういう人間の心の動きを受容し、「それでいいのです」と認めつつ、ことを進める。

また、一定の決定をするに至ったとしても、それで終わりとは限らない。決定にしたがった医学的介入を始めてからも、とりやめるということは珍しいことではない。例えば、胃ろうを造設しても、その後本人の身体機能・精神機能の向上により、本人が食べる意思を言語的、非言語的に示し、また家族も希望し、口から食べることへの挑戦がはじまるということもあれば、胃ろうを造設後、下痢や嘔吐、誤嚥性肺炎などのトラブルが起り、胃ろう栄養法を中止するという場合もある。医療・介護・福祉従事者は、本人・家族に一旦決めて始めたことを取りやめたり、変更したりすることがあってもおかしくないということを態度でしめし、本人・家族が一旦達した決定に縛られないよう配慮する。

ただし、このことは「一度決めたといっても、決めてないのと同じ」というわけではない。意思決定プロセスを適切にたどって合意に至り、決定した場合、本人の意思と最善の双方で支えているので、通常はある程度安定した選択になっているはずである。揺れ動くケースでは、いままでのプロセスを振り返って、本人・家族の状況をよりよく理解しようと努め、これからのプロセスを考える必要があるかもしれない。

〔2. いのちについてどう考えるか〕

26 本ガイドラインにおいて「人生」とは、人が周囲の人々と交流しながら送っている生活の経過全体を指している。人間は自らの人生を、これまでどのような経過を辿って生きてき、これからどのように生きようとしているかの物語りとして創りだしつつ生きている。その物語りは周囲の人々の物語りと交叉しつつ織りなされる。

27 ここでは、生物学的生命自体の価値と（前註で説明したような）物語られる人生の価値と、どちらを評価の基準にすべきかを定義している。この限りでは、この定義は大方の人に共通の価値観を示している。医学は生物学的視点で人の身体に注目して、その生命の状態を把握し、評価しているように見えるが、実はその価値評価は、人の一般的な人生（の物語り）のよさを基準にしているのである。ここで、ただ生物学的生命の存続自体に価値があるように誤解することが、しばしば、生死に関わる選択で誤る原因となっている。

「身体的生命自体にかけがえのない価値がある（＝どんなに厳しい状態であっても、生命を維持できる方法がある限りは、これを実行すべきだ）」と主張する場合も、多くは「どの程度の人生の可能性があれば、生命を維持したほうがいいのか」という程度について、より生命保存的な立場であるだけで、文字通り「身体的生命は不可侵だ」と考えているわけではない。

28 私たちの文化においては、「元気で長生きが良い」ということばが示すように、「身体的生命は、本人の人生の物語りをより豊かにする限り、より長く続いたほうが良い」という価値観が社会通念となっている。しかしこの価値観と並行して、「どんな状態であっても生きていることに価値がある」という価値観もなお広く行き渡っており、両者は拮抗していると思われるべきであろう。例えば、最近では、緩和ケアの考え方の浸透とともに、がんの終末期などにおいては「徒な延命」をよしとしない価値観が市民権を得てきているが、臨床現場によっては延命絶対視が根強いところもある。医療・介護は基本的に社会通念を引き受けてなされるべき活動であるが、こうした臨床現場の違いによる対応の違いなどについて、社会に対して問いかけ、提案する立場にある。医療・介護・福祉従事者はこうした場面で、自分たちの間で共通の価値観を持つべく合意形成に努め、それに基づいて活動するべきである。しかし、このことはこの共通の価値観を患者本人や家族に押し付けて良いということではない。本人や家族がそれぞれの価値観に基づいて生きることを認容することも、医療・介護・福祉従事者が持つべき共通の価値観には含まれている。

29 「本人の人生の物語りをより豊かにし得る」かどうかは、QOL（quality of life 生の質）と余命の長さの双方の評価に連関する。このうち、QOLについて、評価尺度を設定して行うような場合は、一般的に人はどのような状態であれば自らの生を肯定するかについての知見に基づいて評価されるが（例えば、いろいろなことができる状態であれば評価は高くなる）、個々人のQOLを個別に問題にする場合には、こうした客観的な評価にとどまらず、本人が自分の人生をどう把握し、どう評価するかという観点で評価される。

「本人の人生の物語りをより豊かにし得る」かどうかの判断は、単に本人の主観的な評価でも客観的な評価でもなく、本人と周囲の人々の双方によって評価され、意思決定プロセスにおいては、それについて共通理解に達することが目指される。

30 本人の人生観等を聞いてみても、治療をしたほうがよいという医療ケアチームの判断は動かないが、本人はあくまでも拒否しているといった場合がこれにあたる。

31 高齢者以外の場合では、例えば、壮年期までの時期の人で、命にかかわる疾患が見つかったが、根治手術を選択すれば、高いQOLを伴う人生がまだまだ続く見込みがあるにもかかわらず、本人の宗教的信念の故に、現在行っている修行を中断することなく続けることが、たとえ治療の時期を延ばすことにより、手遅れになるとしても重要であると考えているというような場合がこれにあたる。

32 ことに高齢者は、本人の人生全体を眺める視点から見ると、仕上げの時期にあると看做されるので、一般的には有益とみられるような医学的介入を「もう十分生きたから、そのようなことまでしなくていい」などと意思表示することがある。「もう十分」が、本意である場合、それはその人なりの人生についての考えだと理解して、候補になっている医学的介入の内容とも関連するが、本人の意思に沿うことがあり得る。例えば、リスクの大きい、難しい手術をするというような場合、比較的に元気なお年寄りでも「もうこの年になってそのようなことは避けたい」と言ったならば、周囲の者はそれをもっともなことと思えるだろう。が、それほど侵襲的でない場合は、「受けたくない」と言われても、周囲の者はにはわかには納得しないだろう。なお、AHNに関して、このタイプの場合には3.2(A)（註39、40）で言及する。

33 ここで、当人の人生についての本人の把握と並べて、「本人の周囲の近い人々の把握」を挙げたのは、人生は、本人が（独りでではなく）周囲の人々と共に創るいのちの物語りであるという理解による。つまり、医学的介入によって生命維持は可能であるが、それが本人の人生にとって良いかどうか疑わしい状況というものは、本人が相当衰えてきており、死が視野に入ってきている場合であることが多い。そして、本人単独ではこれからの人生のあり方を選ばず、人々のネットワークに支えられて日々の具体的な生活が実現するという状況にあると思われる。そういう場合に、本人の人生の物語りはそういう人々のネットワークの中で創られていくのである。AHNに関するこのタイプの場合には、3.2(B)（註41）で扱う。

34 このような状況における、死を先送りしようとする医学的介入は、たとえわずかな延命効果があったとしても、本人を人間として苦しめること、弄ぶことであって、その尊厳に反している。なおAHNに関するこのタイプの場合には、3.2(C)（註42）で言及する。

WHOによる緩和ケアの定義（1990、2002）は、「生命を脅かす疾患」に由来して、患者本人および家族に起っている諸問題を予防し、また緩和するという仕方で、「本人および家族のQOLを保ちあるいは改善する」ことを目指すとしている。高齢者が加齢に伴って衰えて行くことは、確かに「生命を脅かす」事態であり、「疾患」として括ってよいかどうかは別として、ここで言われる緩和ケアの定義が該当するであろう（日本老年医学会「立場表明2012」も、高齢者ケアにおける緩和ケアという見方の重要性を明言している）。

同定義はまた、「緩和ケアは生を肯定し、かつ、死に到る最期の生（dying）をノーマルなプロセスと看做す」ともいう。死が避けがたいものとなり、だんだん衰えていく際に、それを「状態が悪くなったのだから、何か医学的に介入できることがあるだろう」と考える傾向がある。だが、医学的介入は死をしばらくの間先送りすることはできても、人としてのよい日々を保つ・回復することはできなくなった場合、「死に向かうプロセス自体は何ら異常なことではない（=死を先延ばししようとする医学的介入の必要がない自然なこと）と看做す」

というのである。この場合、医療者の役割はその経過を見守り、「延命のための介入の必要はありません」と素人である家族を安心させることであり、医学的介入は本人の苦痛の予防および緩和目的のものに限られる。「死はいかなる場合にも、ぎりぎりまで避けるべき悪である」という思い込みから、医学の専門家も、素人の市民たちも解放される必要がある。

また、同定義は緩和ケアの活動内容を枚挙してもいるが、そのリスト中で、上述の、「死へのプロセスを正常なプロセスだ」とする理解に続けて「死を早めることも先延ばしにすることも意図しない」としている。つまり、積極的に死なそうとも、延命しようともしないということであり、緩和ケアはQOLに注目するが、余命の長さは度外視するということである。ただし、このことは、QOLを保持し、あるいは高めようという介入によって、死期が早まったり、先延ばしになったりすることまでを否定しているわけではない。

〔3. AHN導入に関する意思決定プロセスにおける留意点〕

- 35 本ガイドライン「1. 医療・介護における意思決定プロセス」および「2. いのちをどう考えるか」の各項にとくに付け加えることはないが、ここでは、AHN導入について、具体的に考える場合の意思決定プロセスの開始にあたって、まず留意すべきことを提示している。つまり、AHN導入の是非を検討する必要があることの医学的視点での確認と（従来、この確認が甘かったという意見あり）、本人・家族への情報提供の仕方（「胃ろうをしましょう」「胃ろうにしますか、どうしますか」ではなく、いろいろな可能性と、医学的な視点での説明に終わらず、本人の場合、各選択肢を選んだ場合、その生活がどうなるかといった人生の観点での説明をすること）についてである。
- 36 AHNの中でも、栄養状態の維持ひいては生命維持を目的とする人工的营养補給法導入にあたっては、当該ケースにおいて延命効果が期待できるというだけで本人にとって益になると判断するのではなく、生命が維持された場合に本人の人生（の物語り）をより豊かにするかどうかによって益になるかどうかを判断する。栄養状態の維持が本人の益になると判断された場合、人工的营养補給の候補となる各方途の益と害のアセスメントに基づき、最適の方途を選択する。
- 37 AHNの諸選択肢中、人工的水分補給法（若干の栄養補給を伴う）は、主として、本人の苦痛を避けるという快適さを目的とする方途である。だが、現時点では、家族や医療チームの心理的負担を軽減することを主目的にすることも本人への害を最小限にする努力が伴う限りにおいて許容され得る。
- 38 AHNが本人の益にならない（生命維持の効果が無い場合だけでなく、生命維持はできても苦痛を与えるだけの場合や、本人の人生の物語りにとって益とならない場合も含む）と判断される場合、導入しない。
- 39 AHNを導入することによって、栄養状態が改善された結果、身体の状態の改善によって本人の苦痛を和らげ、あるいは本人の残存能力を改善し、よりよい生活が実現する見込みがある場合、かつ家族も本人の人生がもう少し延びることが本人の人生にとってよいと考えている場合、AHN導入が適当と考えられよう。
- 40 人工的营养補給をすればまだそれなりのよい人生が可能であろうと見込まれるが、本人が「食べられなくなったら、人生は終わり。私はもう十分生きたからこれでいい」として、AHNを選ぼうとしないケースが時にある。このような場合、本人の人生についての理解や見通しをよく聴いて、それが理に適っている場合はそれに合わせる選択も認められる。なお、高齢

を理由にして、治療を避けようとする場合、それが本意ではなく、裏に周囲の都合（介護負担が面倒だというような）への遠慮が隠れている場合があるので、注意が必要である。

また、苦痛なく、次第に衰えて現在に至っており、食べたり飲んだりできなくなってきたことに本人がとくに不満を持っていないように見える場合、死へのノーマルなプロセスを辿っていると看做すことができよう。加えて、そのように家族も見ているならば、AHNを行わないことは、人生の最期を自然に送るために有益であると、通常看做される。この時、医学的にはAHNを導入すればさらなる延命が可能だと見込まれるとしても、導入しないことは適切な選択である。

なお、AHNを導入しないで「自然に委ねる」場合、本人にとって快適さや満足をもたらす限りにおいて、ごく少量の水分・食物を経口で摂るように工夫する。AHNを導入する他の選択肢の場合にも、AHNの形態から可能である場合は、嚥下が可能な限りにおいて経口摂取を併用することは、とくにそれを妨げる医学的理由がない限り、本人にとって好ましいことである。

41 例えば、

「人工的栄養補給は本人の生命維持に有効であると見込まれるが、認知症の進行状態からして、本人は延びたいのちを本人らしく過ごせるかどうか疑わしい。本人の認知機能が現在のままであるとすると、本人らしい生活とはいえないが、栄養状態が改善することによって、身体状態も、認知機能も改善するかもしれない。その結果どれほどの生活が可能になるだろうか」

といった場合があろう。こうしたことについて考え、本人の人生全体を振り返り、現在の状況をどう位置付けるかを、医療・介護・福祉従事者と家族で考える。その人生全体は、本人のいのちの物語りであり、周囲の人々と共に織りなすものであるから、本人に近い人々の思いをも反映しており、通常「もっと生きていて欲しい」、「このままだんだん衰えて最期にいたるのが、この人らしく、静かで、楽だろう」といった判断は、本人の人生を表している。しかし、親しい者の一方的で勝手な思い、勝手な物語りを本人に押し付けて、本人らしくない日々を強要する結果となることもあるため、医療・介護・福祉従事者は家族と進める意思決定プロセスにおいて、そうしたことにならないよう、本人の人生という観点でみた、本人の利益を常に念頭におく必要がある。

また、こうした場合に、選択に正解というものはないことにも留意する。人工的栄養補給を行えば、もしかしたら生命が伸びるだけでなく、QOLもそれなりにあがって、しばらくは本人らしい生活が続くかもしれない（かもしれないのであって、本当のところはやってみなければ分らないのだが）状況で、人工的栄養補給をしないという選択をする際には、本人の状況が前項(A)だとしても、人生の理解に基づけばAHNを導入しないのが良いと確認しながら行くと、安定した判断が可能になる。

42 この時期には、AHNの諸方法のうち、栄養状態維持を目指す選択肢は不適切であっても、脱水症状を避ける目的の水分補給なら適切であるという場合もあり（この場合は、QOL目的のAHN導入となる）、また人工的な水分補給も本人には不要で、かえって負担となると判断される場合もあろう（この場合はQOL目的のAHN不導入となる）。

43 AHNを導入している場合でも、継続的に、今後どのようにするのが本人の人生の物語りにとって最善かを考える。その結果が、栄養・水分の投与量を減量する、あるいは投与を中止したほうが、本人が楽になるとか、やり続けてももはや益をもたらさないと評価される場合には、減量ないし中止する。この際の本人にとっての最善の判断は、導入について検討する際の3.2 (A) ~ (C) の考え方に準拠して行う。したがって、ここでは、

「今の本人の状況で（まだAHNを始めてないとしたなら）始めないことが最善であるのなら、（AHNをすでに行っている場合も）中止することが最善である」

という考え方が成り立つ。

本人の状態を見ながら、それに応じて水分・栄養の投与量を加減することは、医学の専門家として当然の裁量である。投与量を0にすることも、その裁量の範囲であって、医療ケアチームとしての判断をし、かつ本人・家族（こういう場合は本人は判断ができなくなっていることが大半であろうが）との合意の上で決めるというプロセスをたどっていれば、法的に問題になるわけがない（緩和医療学会の終末期の輸液についてのガイドラインは、このような考え方である）。

家族から中止等の申し出があった場合も、導入に際して検討する際の3.2と同様に考える。家族の都合ではなく、本人のよい人生についての家族の思いによることを確認しつつ、コミュニケーションを通してそのよい人生についての思いが適切であると認められる場合は、受け入れる方向で検討する。

44 AHN導入の是非は、家族の本人に対する思いに相関的などころが確かにある。だが、家族は必ずしも本人の人生にとって益となるかという観点で判断しているとは限らない。介護に疲れ、早く終わらせたいと考える場合もあり、逆に、本人が活着していることによる経済的利得（年金など）のために、できるだけ死を先延ばしにしたいと考えることもある。確かに、本人にとっての益だけを考えるのではなく、家族の益や負担も考えるべきではあるが（介護負担が家族を疲弊させている場合は、社会資源の活用などその負担を軽減する方途を考える）、家族の都合によって本人の生を延ばすかどうかを決めるのは不適切であり、家族都合でAHN導入如何が左右されないように、配慮する。

年金収入などの益が家族をして本人の延命を望ませている場合にもいくつかの場合を区別する必要がある。親の介護をするために仕事を続けられなくなった場合、親の年金収入で、家族ともども生活しているが、親の死後、職から離れた家族がふたたび社会の中で収入の道を見出すのは難しい。社会的サポートが必要である。他方、介護施設に親を全面的に預けている場合、年金から介護費用を支払った残りを、子が勝手に使うということがままある。それはそもそもが年金の目的からして不適切な使用というべきだろう。

入居中、入居予定、あるいは入居先の候補となっている介護施設が、AHNを導入しているかどうか、また、どういう種類のAHNかといったことを入居の条件にしていることがある。こうしたことは、ケア従事者の配置といった管理上・経営上の都合によることが多いが、本来適切なことではない*。

* 本ガイドラインの扱う範囲ではないが、高齢者の介護施設はその社会的責務からして、入居者のAHNのあり方について条件をつけることは、本来不適切なことであり、どのような状態であろうと対応するように整備されるべきであろう。このことについて、高齢者の最善を求める医療・介護・福祉従事者は、社会的資源が適切に整えられるよう、行政等に働きかける努力をしたい。

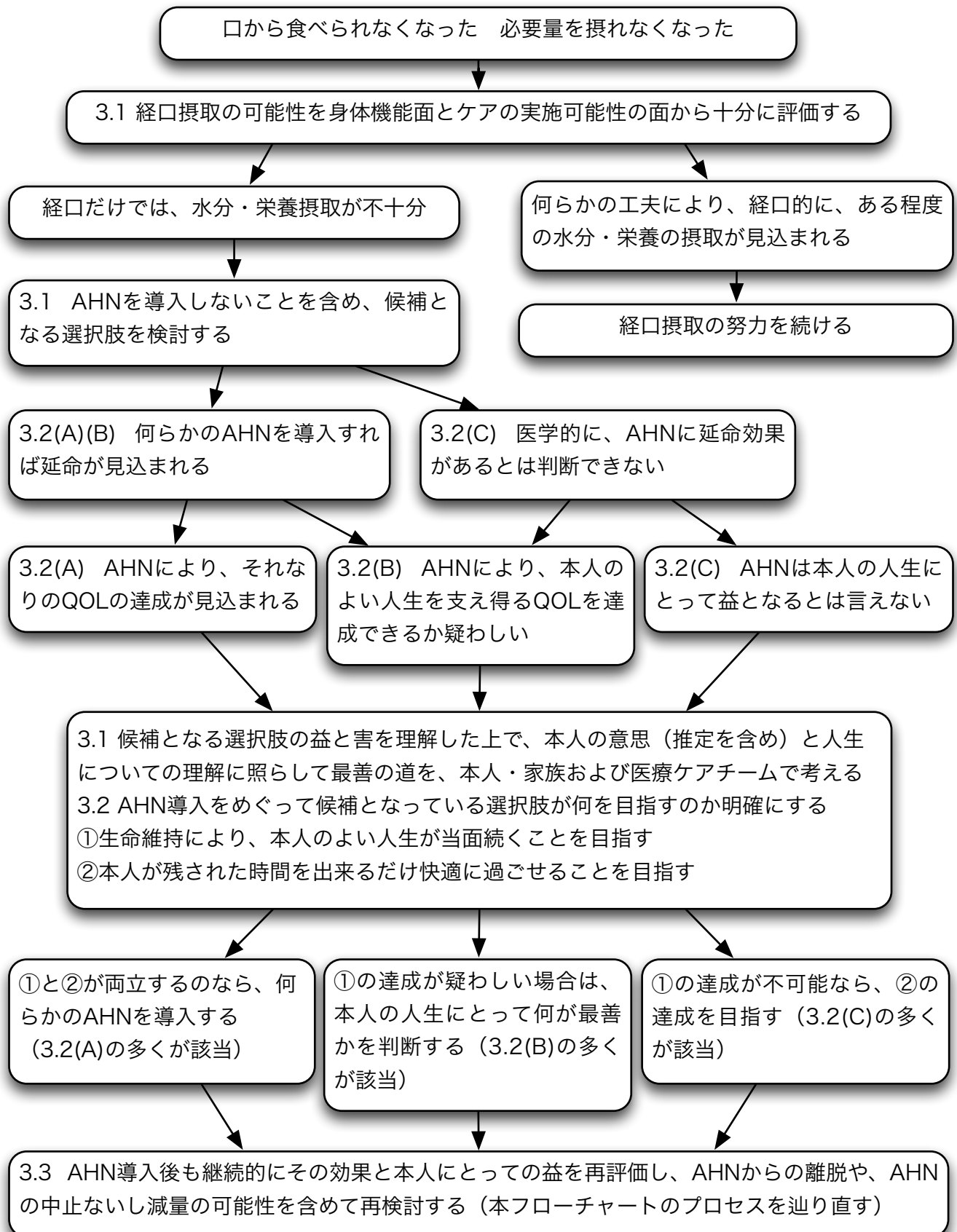
とはいえ、当面の事例については、現実的な対応を迫られるので、できるだけ本人の最善を達成できるような生活環境を探すことに協力する**。それでもなお、「最善とは言えないが、仕方なかった」という思いが残ることもあろう。努力した上での「仕方なかった」という評価は、私たち有限な人間には避けられないものである。

** 例えば、病院（地域連携室等）は、地域の介護施設・事業所がAHNや経口摂取についてどのような考え方をし、いかなるケアを提供できているのかの情報を収集しておくことが、退院後のよい生活場所を確保するためだけでなく、「こういうところがあるから、胃ろうを造

設しなくても、できるかぎりの経口摂取に協力してくれるので、大丈夫」というように、AHN導入如何をめぐる意思決定に役立つこともあろう。

Appendix 1 人工的水分・栄養補給の導入に関する意思決定プロセスのフローチャート

☆以下の意思決定プロセスは、「1. 医療・介護にける意思決定プロセス」と「2. いのちについてどう考えるか」に従い、本人・家族や医療・介護・福祉従事者のあいだのコミュニケーションを通じて、皆が納得できる合意形成とそれに基づく選択・決定を目指して、個別事例ごとに進めてください



Appendix 2 本ガイドラインの主張に賛同する法律家

以下に挙げるのは、本ガイドラインを検討していただいた上で、

「本ガイドライン案に則って、関係者が意思決定プロセスを進めた結果としての選択とその実行について、司法が介入することは、実際上はあり得ず、あるとすれば極めて不適切である」という点について、

「ガイドラインの主張に賛同いたします。支持者リストに私の名前を連ねてくださって構いません。」とお答えいただいた法律家のリストである。

(2012年6月25日現在、敬称略、順不同)

東京大学	宇賀克也
早稲田大学	伊藤 眞
神戸大学	丸山英二
慶応大学	大沢秀介
弁護士	奥平哲彦
弁護士	小杉丈夫
明治大学	中山信弘
弁護士	小野 傑
中央大学	柏木 昇
東京大学	土屋文昭
東京大学	大武和夫
学習院大学	戸松秀典
札幌医科大学	旗手俊彦
慶応大学	井田 良
立教大学	舟田正之
上智大学	岩田 太
信州大学	米田保晴
早稲田大学	甲斐克則
弁護士	山室 恵
一橋大学	山本和彦
東京大学	神作裕之
弁護士	木下 毅
龍谷大学	平野哲郎
同志社大学	位田隆一
元最高裁判事	園部逸夫
元最高裁判事	泉 徳治
元最高裁判事	上田豊三
元東京高裁判事	原田國男
元最高裁判事	濱田邦夫
