

〔論 説〕

精神科医療における医師－患者関係 (5)  
——精神科医療の契約法・序説

北 山 修 悟

はじめに

第1章 診断のプロセス

第1節 面接の進め方とその内容

1. 初診から診断まで (以上第92号)
2. 患者への説明から初期治療まで
  - (1) 精神科診断の特徴
  - (2) 患者・家族への説明 (以上第93号)
  - (3) インフォームド・コンセント
    - ① 問題の所在
    - ② 批判対象としての北村＝北村理論
    - ③ 臨床の場でのインフォームド・コンセント
      - (a) 同意能力の判断要素
      - (b) 同意能力判断の基底にあるもの (以上第94号)
    - ④ 医療水準との関係
    - ⑤ 非告知投薬について
      - (a) 非告知投薬の問題点
      - (b) 解決策としてのアウトリーチ
    - ⑥ 同意無能力とされた場合のその後
      - (a) 立法論と留意すべき点 (以上第95号)
      - (b) 第三者判断の実体的基準
        - (i) 検討の出発点の設定

## 精神科医療における医師－患者関係（5）

（ii）判断主体の問題

（iii）判断基準の問題

（iv）まとめ

（以上本号）

（4）入院をめぐって

第2節 「心の臨床」の深層

第2章 治療のプロセス

第1節 治療の基本

第2節 薬物療法

第3節 精神療法

第3章 基盤としての精神医学

おわりに

## 第1章 診断のプロセス

### 第1節 面接の進め方とその内容

2. 患者への説明から初期治療まで

（3）インフォームド・コンセント

⑥ 同意無能力とされた場合のその後（承前）

#### （b）第三者判断の実体的基準

##### （i）検討の出発点の設定

第三者判断（代行判断）の手続や基準については、すでにいくつかの研究成果が公表されているが、以下では、比較的補足説明が充実しており、内容的にも包括性が認められる、公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート<sup>(1)</sup>が提示している「医療行為における本人の意思決定支援と代行決定に関する報告及び法整備の提言」（平成26年5月15日）を、本項の議論と検討の出発点としたい。ここには代行決定に至るまでの指針と代行決定における実体的基準が示されている。この「報告及び提言」は、

---

(1) 同法人は、「高齢者障害者等が自らの意思に基づき安心して日常生活を送ることができるように支援し、もって高齢者、障害者等の権利の擁護及び福祉の増進に寄与する」ことを目的として、日本司法書士会連合会が中心となり司法書士を正会員として設立された法人である（同法人のホームページより抜粋）。

その前半部分をなす「報告」と後半部分をなす「提言」、そして付随する関係資料からなっているが、主として「提言」部分を見ていく。この「提言」においては、前半の「報告」部分を踏まえ、医療行為の代行決定に関する法整備に向けての基本的な考えが示されている。

まず、「提言」の冒頭には、想定される新法の目的規定が掲げられている。

### 第1 目的

この法律は、医療が人の生命と健康を守る重要な役割を担うことにかんがみ、医療行為に関する意思決定能力（以下「医療同意能力」という。）を喪失した成年者が、安全な医療を安心して適切に受ける権利を保障するための代行決定について、必要な事項を定めることを目的とする（リーガルサポート2014:29）。

この規定案についての「趣旨説明」では、「本提言では、第三者による医療行為に関する意思決定は、あくまでも、『患者本人に判断能力があったとしたらこのような決定をするであろうという判断をする』ものであり、代理人に全面的に判断をゆだねる代理行為と区別して『代行決定』と表示する」とされている（リーガルサポート2014:30）。

なお、この「患者本人に判断能力があったとしたらこのような決定をするであろうという判断」という部分に関連する記述として、前半の「報告」部分の中では、「本来、医療における患者は、単に、医師の医療行為を受ける対象ではなく、その医療の主体であり、医師の提案を受けて、本人の自由な意思に基づき、医療関係者とともに、医療を決定するものである。当然、本人の同意能力が不十分な場合も、本人の意思による決定が大前提であり、家族や親族、後見人等の第三者は、あくまでも本人による意思決定を支援するものと解する。また、本人が同意能力を喪失した場合も、支援者が代行決定するときは、本人に同意能力があれば本人自身が決定・選択したであろう意思をできる限り尊重しなければならず、その意思が推定できない場合にだけ、いわゆる第三者（他者）による決定が行われるものと考える」とされており（リーガルサポート2014:2-3。なお、下線は北山による）、代行決定が行われる場合であっても本人意思が尊重されるべきことが強調されている。

次に、「提言」は、医療同意能力についての規定を置いている。以下の「第3」と「第4」である。

### 第3 医療行為における同意能力

3-1 医療同意能力とは、医療従事者から病状、実施予定の医療行為とその内容、予想される危険性、予後及び代替可能な他の治療方法等について説明を受け、医的侵襲を受け容れ、生命や身体に対する危険を引き受けることにつき理解し、自由な意思決定により、医療行為につき同意、選択又は拒否を表明できる能力をいう（リーガルサポート 2014:33）。

### 第4 医療行為における同意能力の判定

4-1 本人の医療同意能力の判定は、個々の医療行為ごとに主治医が行なう。

4-2 本人の医療同意能力に疑義ある場合は、主治医は患者の支援者（代行決定者、家族、介護者等）及び精神科医に意見を求めることができる（リーガルサポート 2014:34）。

そして、以上のうちの「4-1」の「趣旨説明」では、以下のようなことが述べられている（リーガルサポート 2014:34-35）。

- ・医療行為によって求められる医療同意能力については、既存の認知機能判定ツールによってのみで能力を一概に「あり」「なし」で決められるものではない。
- ・簡単な認知機能スクリーニング検査（MMSE や HDS-R など）の点数が高い又は低いからといって医療同意能力がある又は医療同意能力がないとは一概に言えない。
- ・認知症であって、医療同意能力が保たれているか疑義のある場合であっても、本人にとって分かりやすい説明方法を工夫することによって、医療同意が可能となる場合もある。
- ・主治医と患者がコミュニケーションを重ねる中で、本人の医療同意能力について判定をしていくことが望ましい。
- ・また、医療同意能力は確認する時間帯や状況、精神状態によっても変動すると思われるので、これらを勘案した上で評価を行い、主治医が行おうとする個々の医療行為ごとに同意能力について判定をする。この同意能力を判定する基準はガイドラインで定められる必要がある。
- ・医療同意能力に疑義がある場合の評価は複数の評価者で複数回にわたって確認することが望まれる。

この「4-1」の規定内容もその趣旨説明も、隔靴搔痒の感がある。これは、医療同意能力というものを厳密に判定する手法が現在に至るまで存在していないという現実を反映していると考えられる。なお、この同意能力の判定という問題については本稿で既に論じている<sup>(2)</sup>ので、詳細は割愛する。

ともあれ、同意能力が存在しないと判断された場合に初めて代行決定が問題になるということで、次の「第5」の規定案が提示されている。

#### 第5 第三者による医療行為の代行決定

5-1 本人の同意能力が喪失している場合は、次の者が本人の過去及び現在の意向、心情、信念や価値観に配慮して医療行為について代行決定する。

- ① 本人があらかじめ指定した者
- ② 本人の配偶者（事実婚の配偶者を含む）、直系血族及び兄弟姉妹、三親等内の親族（以下、これら全てを総称して「家族」という）
- ③ 成年後見人及び保佐人・補助人・任意後見人（以下、「後見人等」という）
- ④ 本人の居住地の市町村長

#### 5-2 順位

(1) 代行決定する者の順位は次の通りとする。

- ① 本人があらかじめ指定した者
- ② 家族
- ③ 後見人等
- ④ 本人の居住地の市町村長

(2) 省略

(3) 家族は、協議により代行決定する者を1名定める。家族間で代行決定者を定めることが出来ない場合は、家庭裁判所に対して代行決定者を定める申し立てを行うことができる。

(4) 省略（リーガルサポート 2014:35-37）

なお、この規定案に関連する内容として、「報告」部分では、「代行決定

---

(2) 本章本節2. 「(3) インフォームド・コンセント」を参照されたい。本誌94号15頁以下である。

を行う者は、本人の意思決定を支援し、最終的には本人に代行して医療についての決定を行う立場にあるが、この決定は、委任による代理とは異なり、単に代行決定者の『権限』として行使するものではなく、同意能力の喪失した本人の医療を受ける権利を保障し、本人の意思を代弁する立場で行うものである。従って第三者による決定がなされる際には、代行決定者が単独で判断するのではなく、関係者との協働のもと、本人の意思を可能な限り推定し、それが推定できない場合にはじめて、客観的な最善の医療を選択できるような仕組みがあることが前提となる。従って、当法人は『誰が代行決定するのか』より、『どのようなプロセスを経て決定されたか』という点により重点を置くべきであると考えられる」とされている（リーガルサポート2014:14-15）。

また、この「5-1」の規定の前提となっている問題、すなわち、同意能力と代行決定との関係について、「報告」部分では、以下のように3つの場合に分けて整理されている。重要な点であるので、長くなるがそのまま引用する（リーガルサポート2014:21-22）。

「① 患者本人の同意能力があるとみられる場合

患者本人に医療行為の同意に関する能力があるとみられる場合には、その同意は患者本人によってなされるべきである。医療を提供しようとする医療機関は、直接本人に対して医療行為の内容や危険性、予後、および他に考えられうる選択肢等を可能な限り簡易に説明し、本人が自由に意思決定できるようにしなければならない。また、患者本人に医療行為の同意を行う能力がないと確認されるまでは、本人の同意能力はあるものと推定されるべきであり、安易に親族や後見人等の同意で本人の意思決定を代行することはしてはならないものとする。これは、医療行為というものが、患者本人の尊厳を守り、安全で質の高い医療を受けるために存在するものであるからである。

② 患者本人の同意能力がないとみられる場合

医療行為の同意は、患者本人によってなされることが原則であるが、本人に同意能力がないために、当該医療行為の同意が得られず、客観的に必要と考えられる医療が結果的に提供されない事態が生じることもまた大きな問題である。当法人においては、患者本人が医療行為の同意を行うことができない場合において、本

人の自己決定を十分に尊重した上で、一定の条件下での第三者による代行決定を認めて良いと考える。その場合、医療行為の同意が、あくまで患者本人によってなされることが原則である以上、患者本人に同意能力がない場合であっても、患者本人の自己決定や希望・推定意思が尊重されることが最大限保障されなければならない。そのため、患者本人が、事前に、将来同意能力を失った場合に備えて自分の特定の健康状態に対する治療について指示を与えている場合にはその指示（以下、「事前指示」という。）に従い、本人に代わって代行判断を行う者を指定している場合にはその者（以下、「代行決定者の指定」という。）の判断が尊重されなければならない。ただし、仮に患者本人により事前意思が書面等により表明されている場合であっても、その表現が抽象的であったり、現下の状況に合致していない場合には、どうしても第三者による解釈の可能性がある、厳密な意味での自己決定とはいえないのではないかという疑念を払拭することは難しいものと思われる。そのため、このような場合、厳密な意味での自己決定とはいえず、第三者による代行決定のケースとして、その代行決定が、本人の希望に合致しているか、本人の推定意思に反していないか、合理的な判断であるのか、について、可視化した慎重な手続きによる代行決定プロセスの要請がはたらくべきであると考えられる。

### ③ 患者本人の同意能力が不明の場合

患者本人の同意能力が不明な場合には、本人の同意能力はあるものと推定されるべきである。しかしながら、医療機関からの説明により、本人が正確に病状や予後について理解できているのか、疑わしい場合も少なからず存する。そのような場合、医療機関には本人が理解可能な丁寧な説明が求められ、本人の周囲にいる親族や後見人等の支援者もまた、本人の理解と意思表示の援助ともに医療機関に対する情報提供が求められることが多い。そのため、関与者による思い込みや誘導の余地が全くないとは言い難く、仮に本人の自己決定の形をとっていたとしても、②に準じて代行決定のプロセスの透明化の要請を受け、その手続きをとることが望ましいと考えられる。」

ここでは、③の場合は、②に準じて扱われる、すなわち、同意能力の有無

が不明の場合は、同意能力が存在しない場合と同じに扱われている、という点を確認しておく。

そして、上の②と③の場合につき、「第6」で、代行決定者の役割と責任が規定されている。この規定の中に、代行決定の際の医療同意の判断基準も提示されている。

## 第6 代行決定者の役割と責任

### 6-1 代行決定者の役割

代行決定者は、患者本人による具体的かつ明確な意思表示により、事前意思が確認できる場合を除き、本人の意思・希望に関する情報収集を行なった上で、本人の推定的意思を確定し、代行決定を行うものとする。代行決定者は、本人の推定的意思が確定できない場合には、本人の最善の利益を旨として関係者との協議を行い、最終的な医療行為に関する決定を行う。

### 6-2 代行決定者の責任

代行決定者の行った判断については、代行決定の透明化のプロセスを経ることにより、その責任が免責されるものとする（リーガルサポート 2014:39）。

上の「6-1」の「趣旨説明」は、次のとおりである（リーガルサポート 2014:39-40）。

- ・本人による明示の意思表示が事前になされていない場合には、本人の医療行為に対する希望や意思を推定することとなるが、こうした情報収集は、医療機関とともに本人の代行決定者により行われる。
- ・通常は、医療機関より医療行為の同意を求められた代行決定者が医療機関の担当者と協働して、本人の親族、後見人等、介護関係者、友人知人などから、本人の事前の意思表明、価値観、人生観、死生観、宗教、哲学、健康状態などの必要な情報を収集することになる。
- ・代行決定者による情報収集の結果、現下の状況にあった明確な意思表示がない場合には、本人の意思を推定するために関係者（本人の親族、後見人等、介護関係者、友人、知人など）による協議が行われることになる。この場合、患者本人についての年齢や外見的な行動のみにもとづく判断や関係者の思惑が入った

判断が導かれないように十分留意する必要がある。代行決定者は、協議の過程において、関係者の思惑に惑わされず、真摯に本人の推定意思を探る努力が求められる。

- ・また、本人の推定的意思が確認できない場合には、本人の最善の利益を旨として、本人の過去及び現在における希望、宗教・哲学、その他個人的な価値観を考慮し、医療機関による医療の必要性、術後の本人の生活・介護上の環境の変化などの検討を加えることが必要である。
- ・なお、協議の過程の中でできる限り本人を参加させるべきとする。

また、「6-2」の「趣旨説明」は、次のとおりである（リーガルサポート2014:40）。

- ・本人の意思の推定が困難な場合には、医療行為を行うにせよ拒否するにせよ代行決定者が最終的な判断を行う。
- ・この代行決定者の判断に関する責任については、これらの意思決定の透明化のプロセスを経ることで免責されるものとする。

この「6-1」では、「本人の意思・希望に関する情報収集を行なった上で、本人の推定的意思を確定し、代行決定を行う」ことが基本とされている。そして、「趣旨説明」で、「本人の親族、後見人等、介護関係者、友人知人などから、本人の事前の意思表示、価値観、人生観、死生観、宗教、哲学、健康状態などの必要な情報」を収集することが、本人意思の推定のために必要であることが述べられている。この点には、代行決定者がその単独の判断で本人意思を推定してしまうことを避けようとする意図がうかがえる。そして、重要な点として、「6-1」は、本人の推定的意思が確定できる場合と、本人の推定的意思が確定できない場合とを区別して、代行決定の方法を規定している。すなわち、後者の場合には、「本人の推定的意思」ではなく、関係者と協議のうえ確定された「本人の最善の利益」を基準として決定を行うものとされている。

また、これら「本人の推定的意思」と「本人の最善の利益」の関係について、「報告」は、次のように述べている（リーガルサポート2014:24）。

「本人の意思・希望に関する情報収集や関係者との協議等の結果、当該医療行為に対する本人の意思が推定できる場合には、代行決定者はその意思を尊重しなければならない。／推定的意思の

確定は、患者本人の意思を十分に尊重し、本人についての年齢や外見の行動のみにもとづく判断や関係者の思惑が入った判断によって導かれないように十分留意される必要がある。また、仮に本人自身による事前意思がある場合でも、それが現下において適合性があるのか否かについても検討されなければならない。／推定的意思の確定ができない場合においては、代行決定者による医療上の代行決定をするために本人の最善の利益が検討されることとなる。／本人の最善の利益を旨として代行決定する場合においては、本人の過去及び現在における希望、宗教・哲学、その他個人的な価値観を考慮し、医療機関による医療の必要性、術後の本人の生活・介護上の環境の変化などの検討を加えることが必要である。／この代行決定プロセスにおいては、どのような意思決定過程を経て代行決定者の代行決定に到達したか、という点が特に重要であり、その意思決定過程は可視化される必要がある。そして協議に関与する関係者が、本人に関する必要な情報を共有することが求められる。」

以上の「提言」の「第5」と「第6」の規定を総合するならば、次のようになる。

まず、本人決定か、代行決定かの問題が存在する。「患者本人の同意能力があるとみられる場合」には、本人の意思に従う。「患者本人の同意能力がないとみられる場合」には、代行決定を行う。「患者本人の同意能力が不明の場合」には、同意能力がないとみられる場合に準ずる。

次に、代行決定をする際の判断基準の問題が存在する。本人の推定的意思を確定できる場合には、「本人の推定的意思」が判断基準とされ、本人の推定的意思が確定できない場合には、「本人の最善の利益」が判断基準とされる。

ここで、臨床の場面を想定してみよう。一方で、患者本人に同意能力があり、かつ、患者本人が一定の意思を表明している場合には、患者の意思に従うべきことになる。これは当然のことであろう。他方で、患者本人に同意能力がないとみられる場合で、かつ、本人の推定的意思が確定できない場合には、「本人の最善の利益」が判断基準となるしかないであろう。これも当然のことであろう。これら2つの場合については、それほど問

題はない。

それでは、患者本人に同意能力があるかないかの判断が容易につかない場合には、どうなるか。実際にはこのような場合も少なくないと思われる。この場合には、本「提言」によるならば、「6-1」に従い、本人の推定的意思の確定の可否によって、代行判断の決定内容が異なることになるであろう。具体的には、患者本人の同意能力の有無が不明であっても、周囲の者の協議によって本人の推定的意思が確定できるという場合には、その推定的意思による決定がなされることになるであろう。しかし、ここにはある種のフィクションが含まれてはいないであろうか。本人の推定的意思を、はたして確定できるであろうか。フィクションがその許容範囲を超えてしまうことはないであろうか。

つまりここでは、誰が・どのような判断基準に基づいて代行決定するべきかが問題となるが、その判断を複雑にしているのは、誰の判断を採用するのかという「判断主体の問題」と、どのような判断基準を用いるのかという「判断基準の問題」が、密接に絡み合っているように思われる。そこで、以下では、代行決定における「判断主体の問題」と「判断基準の問題」とを、敢えて切り離して、別々に検討してみようと思う。

まず、医療同意能力は、「ある」か「ない」かの二者択一ではなく、「ある」と「ない」を両極としたスペクトラムをなしていると考えられる。すなわち、患者の同意能力は、実際には、「ある」と「ない」を両極としたスペクトラムの上のどこか中間点にある、と考えるのが自然である。そして、このような現実的状况を考えるならば、「本人決定」がなされるべき場合と「代行決定」がなされるべき場合とを截然と区別するというルール  
の適否については疑問が生じてくる。

たとえば、患者本人の同意能力につき問題がありそうな場面を想定してみよう。すなわち、患者の周囲にいる者たちは、どうすればよいかを決定するために、患者本人の意思を問いたがそうとするが、しかし意味が不明確な答え（発話）しか得られない、といった状況にいる場合、患者の周囲にいるそれらの者たちは、患者本人の自己決定を引き出そうと努力しているのか、それとも心の中ですでに代行判断を始めているのか。それとも、それら2つが同時に進められているのか。すなわち、自己決定と他者決定（代行判断）もまた、スペクトラムの両極に位置しており、実際にはその中間にあることが多いのではないか。言い方を換えると、実際に判断を下

しているのは誰か、という点、患者本人が判断していると考えられる場合と、患者の周囲にいる第三者が判断を下していると考えられる場合と、それら両方の中間に位置づけられる場合とがあるのではないか〔判断主体の問題〕。

そしてさらに、本人の周囲にいる者が、本人が何らかのかたちで表明している「本人意思」を読み取ってそれに従ってあげようとする点と、「本人の推定的意思と思われるものも含めた本人の最善の利益」を実現してあげようとする点とは、誰が判断を行うかという問題とは別個の問題として、やはり連続したスペクトラムの両極を成しているとは考えられないであろうか。すなわち、「本人の推定的意思」と「本人の最善の利益」という2つの基準も、実は連続したスペクトラムの上にあると考えるべきではないだろうか〔判断基準の問題〕。

以下では、これら「判断主体の問題」と「判断基準の問題」について、困難な作業ではあるが、別個に切り離して検討してみたい。そのうえで、最後に再び両者の関連性について考えてみたい。

## （ii）判断主体の問題

医療同意能力が存在しない患者について、当該患者本人の推定的意思を第三者が確定することは、理論上は不可能ではない。しかし、そこには、精神科医の熊倉伸宏が指摘する、以下のような問題がある。

すなわち、代理判断の法理は、2つの隠されたフィクションから形成されている。第1のフィクションは、現実の人間xを否認したうえで、「理性的人間X」の「健全な意志」を語る点にある。第2のフィクションは、第1のフィクションで仮定した理性的人間Xの「健全な意志」に、「権力としての他者A（裁判官）」が到達し得るというフィクションである。つまり理性的人間Xの意志とは、他者Aの意志であり、代理判断では他者Aの意志が患者xの意志に置き換わっているのである。つまり、このフィクションの中に登場する「患者の意志」とは、実は判定者Aの「合理的な意志」であるという点に、フィクションがある。この主体のすり代えが、代理判断の歴史で実際に生じたことである（熊倉 2012:88-89）。

無能力者の自己決定権を見かけ上犯すことなく、同時に無能力者を保護する義務も果たすには、代理判断は便利なフィクションであった。そしてインフォームド・コンセントにおいては、「代理判断は無能力者から同意

を得る手続上の手段」となった。しかし、その便利さの故に、代理判断は想像を絶する拡大解釈をこうむることになった。裁判官 A の言明は、常に「x は～を欲するであろう」というシNTAXである。そこに隠された言明は、「A は～を欲する」という言明であった。そして、この言明を用いること、つまり代理判断の原則によって、無能力者の身体から生体臓器を取り出すこと、生命維持装置を止めること、避妊手術、投薬を強制することも可能になった。代理判断の歴史は、このような拡大解釈の歴史であった。そして、この拡大解釈の背後にあって語られない言明とは、常に「無能力者は人間以下のモノである」という言明であった（熊倉 2012:90-91）。

フィクションには事実を語らないですむという利点がある。そして語り得ない現実がある限り、フィクションは不可欠である。しかし、もし法的フィクションが不可避であるならば、少なくとも、それがフィクションであるという認識をもった上で用いられねばならない（熊倉 2012:93-94）。

熊倉による以上の指摘は、単なる理論上の問題ではなく、医療実践に連なる問題である。この指摘を踏まえて、法律学で従来から言われていたところの「自己決定」と「他者決定」の区別について、再検討してみよう。

法律学者の寺沢知子は、患者本人の意思決定を第三者が「代行する」ことは、理論的にあり得ないと主張する。「代諾」や「代行決定」とは、あくまでも第三者が決定しているのであり、本人の自己決定権を代理行使しているわけではない、という。すなわち、自己決定権は一身専属的な権利であり「代行」できないし、「他者決定が自己決定と並行的・補完的に機能する」ことも、事実上患者本人の自己決定権が制限される結果を招来する。第三者による本人の自己決定権領域への介入は、本人の自己決定権がないと評価される場合に「患者の利益」保護を目的に固有の権利・義務の行使として認められる、したがって「代行・代諾」は認められない。そして、この場合の「患者の利益」とは客観的「患者の最善の利益」であり、本人の主観的利益は「患者の最善の利益」を判断する上で考慮されることになる（寺沢 2010:229）。

そして、この場合には、患者の利益を保護する者は患者自身ではないという事実を正面から受け止めて、第三者の介入は「最終決定」ではなくあくまでも具体的患者の客観的利益＝福祉を確保するために決定に関与する、その意味において、第三者は、「患者の最善の利益」保護のために患

者本人の自己決定領域に介入できると解される。患者の利益を保護する者の役割は、具体的患者の具体的な主観（これはあくまで外側から推測するに過ぎない）や事情を背景とする「客観的利益」を確保することである。つまり、「もし患者なら望むであろう」という患者の主観について患者をよく知る家族等から聞いたうえで、具体的な状況（医療者から説明を受ける患者の病状や医療行為の必要性ばかりでなく、患者が置かれている状況）に対応して、「当該患者の客観的利益」を確保するために、医療行為の決定に「介入・参加」することである、という（寺沢 2010:234）。

要するに、同意能力のない高齢者への医療行為の決定には、第三者による客観的「本人の利益」保護のための関与が必要であるが、これは、本人の代わりに医療決定を行う「代行・代諾」ではなく、第三者が自己の権利に基づいて医療決定に関与しているのである。そして、これについては、立法によって根拠を明確に示し、かつ、「関与」の権利と義務の枠組みおよび運用を示さなければならず、その際に前提として明確にしなければならないのは、第三者は、具体的患者の生命・身体・健康という客観的利益＝福祉を確保するために、決定に関与するということである、という（寺沢 2010:236）。

この寺沢の見解は、「代行決定」を「自己決定」と等しく扱うべきことの理論的根拠を模索していた従来の法学的議論について、そのフィクション性を鋭く指摘し、代行決定はあくまでも他者決定であり、そこで産出される決定内容も、自己決定の場合のそれとは異なることを指摘するものである。そして、同意能力のない患者については、端的に他者決定の可能性と、それが可能とされる法的根拠を明示すべきであることを問題提起している。ただし、この寺沢の議論の前提には、法律学者に往々にしてみられる、「自己決定権」の不可侵性への“信仰”の形跡がなお見られる。

しかし、この「自己決定権」なるものは、こと医療の場において、それほどまでに至上の命題とされねばならないのであろうか。医療の目的をたとえば「患者の病苦の軽減」であると考え、それを医療者と患者の双方にとっての共通目標であると捉えるならば、患者自身による「自己決定」も、自己決定できない患者ではなくその周囲にいる医療者や家族等や後見人等による「他者決定」も、共通の目的のための手段であるという点では共通している、と位置づけられるのではないか。この点については、法学者の町野朔の次のような見解が的を射ているように思われる。

すなわち、後見的活動が精神障害者に対する医療の実行の可否を決定すべき場面は、患者の意思能力がないときに初めて登場するというわけではない。患者に意思能力が存在するときであっても、患者の自己決定を補充し、患者の利益を擁護するものとして、後見的活動が要求されることがある。一般には、患者本人の意思能力の有無を分水嶺として、自己決定と他者決定が分かれると考えられている。しかし、この2つの決定原理はいずれも本人の主観的利益の決定という1つの目的のための手段であり、両者は相互に補充しながら用いられるべきものである。そもそも、自己決定は自律 (autonomy)、他者決定は後見 (paternalism) にそれぞれ基づく決定原理である。そしてこの両者は、択一的ではなく、並行的・相互補完的に本人の利益の維持のために機能するのである。自己決定と他者決定は、それぞれが相互排他的な、絶対的な存在ではないのである (町野 2000:48)。

このように考えるならば、自己決定と他者決定は、患者の最善の治療方針の決定という目的のための手段が織りなしている1つのスペクトラムの両極である、という捉え方ができるように思われてくる。そして、この自己決定と他者決定の間のスペクトラム性は、患者が自己決定をするという場合の、その実際のプロセスを掘り下げて検討することによって、より明らかとなるように思われる。

すなわち、人の自己決定を考える場合には、その自己決定を支えている社会的・環境的要素に目を向ける必要がある。人が日々行っている個人の意思決定はさまざまな社会的・環境的要素に支えられ影響されており、完全に孤立し他者や社会との関係をまったく持たない状況で行われる自己決定は通常は存在しない。人の意思決定の基盤には、その人をとりまくさまざまな人々との間で織りなされる情報交換や心理面に影響を与える励ましや批判など、さまざまなコミュニケーションが存在する。そして、精神障害のある人の権利擁護制度を構築する場合、その大前提として重要なことは、通常の人が得ている自己決定を支える社会的条件を精神障害のある人にも保障することである (池原 2011:266-267)。

このように、社会的動物である人間が行う自己決定とは、自分一人の頭の中で、自分一人の価値観や信念に基づいて行われるものでは決してない。すなわち、自己決定とは、純粋な心理学的現象ではなく、むしろ他者に取り囲まれた状況での社会的現象と理解するべきものではないか、と思

われる。ヒトは関係の網の目の中で自己決定をしているのである。いわゆる意思決定支援のプロセスを考察した次のような見解もまた、自己決定が社会ネットワーク内で形成されてゆくことを示している。

すなわち、意思決定とは、目標を達成するために、複数の選択肢の中から、ひとつないし複数の手段や方法を選ぶことである。しかし本来は、決定というある1点だけではなく、決定にまつわる情報を獲得・精査し、助言を得ながら決定し、その決定を実現していく一連の過程である（沖倉 2011:235）。つまり、意思決定は、たとえ障害がなくとも100%独力で完遂することは少なく、他者から直接的あるいは間接的な支援を得て実現しているものである。しかもこの支援は意思決定の一連の過程で随時提供されるものである（沖倉 2011:236）。

そして、後見活動とは、後見人と被後見人との二者間における、後見人の一方的な説明や説得による被後見人の同意ではなく、被後見人のニーズと後見人の支援可能性とをコミュニケーションを通じて交換し、両者で意思決定に向けた合意を形成していく実践過程である。この過程全体をひとり後見人のみで支援することは困難である。特にその決定後の実現に向けた支援には多くの事実行為を含み、多様な社会資源の担い手との協働を視野に入れなければ円滑な実現は望めない。つまり後見活動においては、多数の支援者との多次元的な合意形成が必要となるのである（沖倉 2011: 241-242）。

また、ここでいう多次元的な合意形成とは、被後見人のニーズを充足するために、被後見人とともに、被後見人の意思を踏まえた二者間で得られた合意をネットワークにおいて各支援者に周知し、さらなる共有を促すことである。同じ場を共有する者同士、互いの立ち位置を理解し合い、ネットワーク総体として「本人の最善の利益」と信じるものに近づいていく過程を共有することは、決定の先に得られる結果とそれに伴う責任を分かち合う意味でも有効である。このように、多次元的な合意形成とは、被後見人のニーズを充足するために、被後見人とともに、被後見人の意思を踏まえた二者間で得られた合意をネットワークにおいて各支援者に周知し、さらなる共有を促すことである。同じ場を共有する者同士、互いの立ち位置を理解し合い、ネットワーク総体として「本人の最善の利益」と信じるものに近づいていく過程を共有することは、決定の先に得られる結果とそれに伴う責任を分かち合う意味でも有効である（沖倉 2011:242）。

以上のような指摘は、自己決定の尊重といっても、それは患者本人にただ1人で決定を迫る理論であるべきではなく、判断主体の観点からするならば、他者との協働が許される（むしろ推奨される）ものであり、その意味で、自己決定と他者決定は截然と切り離されて位置づけられるべきではない、ということを示しているのではないか<sup>(3)</sup>。

また、以上と関連する問題として、「自己決定をしたならば自己責任を負う」という自己決定・自己責任の原理を、医療上の意思決定場面においても貫くことができるのか、あるいは、貫くべきなのか、という問題がある。この点については、精神科病院での実際の臨床経験の検討と考察をもとにした、以下のような指摘が重要である<sup>(4)</sup>。

私たちの意思能力というものは、昏睡状態のような無から、神様のような完璧の間の、無限のグラデーシオンのなかにあり、時により・状況によって揺れ動くものである。しかし、法律は、そこに線を引き、意思能力“あり”と“なし”とに区別する。こうした法的区分によって黒と白とを恣意的に区別し、黒であれば意思を認めず、白であれば自分の責任をとれというやり方は、本来、黒と白との間で揺れ動く思いを支援して、時間をかけて、本人が納得でき、周囲も受け入れられる結論に至るという根気強いソーシャルワークとは対極にある。しかるに、現在、成年後見審判や虐待認定によって時間のかかるプロセスを飛び越え、周辺の人々にとって都合のよい結論を手っ取り早く押し付けているのは、私たち医療を含む高齢者ケアの専門家である（齋藤＝井藤 2021:11 [齋藤正彦]）。

- 
- (3) 近年の知的障害者の自己決定をめぐる議論では、すべてのひとが自身に関する事柄をその時々で適切な人と相談しながら決定していくように、自己決定とはひとりが単独で決めることを指すのではない、という考え方が主流になりつつある。これが、本人に代わって他人が決定する「代行決定」に対し、たとえ判断能力が不十分であっても適切な支援を受けながら自己決定を行う「支援つき意思決定（supported decision-making）」であり、「他者からアドバイスを受けるということ自体が、自律できていないこととイコールではない」と考えられている、という指摘もある（税所 2020:226 注 71）。
- (4) 以下で引用する齋藤＝井藤 2021 は、齋藤正彦が病院長をしていた都立松沢病院で実際に起きたケースを紹介し、それに考察を加えたものであって、臨床の場面での問題状況と当事者の苦勞がよく理解できる好著である。

そもそも、精神障害をもたない人であっても、重篤な身体疾患への対応、社会的な課題の解決などの問題に直面すれば、自分の身の処し方に関する決断はなかなかできない。頭のなかでシミュレーションし、実際にやってみては考え直し、時間をかけて、その人にとっての合理的な結論にたどり着く。しかるに、医療者は、精神に障害をもつ患者にそういうプロセスをたどる時間を与えず、周囲の人が望む答えに同意するまで説得を続け、それがうまくいかないときには代諾権を持ち出す。精神に障害をもつ人に、自己決定を迫るのであれば、通常以上の時間と実際に試してみる機会を保障しなければならない。ところが、本人や家族にとって合理的な結論に至るためのプロセスにはさまざまなリスクが立ちはだかる。事故が起これば、家族、周辺住民等から訴訟を提起される可能性も小さくない（齋藤＝井藤 2021:110-111 [齋藤正彦ほか]）。このような状況の下で自己決定を強いられた患者に対して、自己責任を強いることができるであろうか。この点については、以下のように述べられている。

自己決定すなわち自己責任というロジックは空想上の産物にすぎず、現実の生活では、たとえ優れて一身専属的な事柄であっても、周囲の人や社会に直接的、または間接的に影響を与えない決定などあり得ない。あらゆる決定が本人以外に影響を与えるならば、一人の人の責任でその結果のすべてを負うことなどできはしない。現代社会に生きる人間は、常に、さまざまな程度に共決定を行い、責任を分け合っている（齋藤＝井藤 2021:98 [齋藤正彦ほか]）。

法律は、黒か白かの判断をするが、しかし、臨床医療には黒も白もなく、ただ、限りなく黒に近い灰色から、白に近い灰色まで、無限のグラデーションがあるだけである。法律的な自己決定をいくら突き詰めても、臨床上の共決定に近づくことはない。共決定は、支援する人、される人という能力二分の発想のなかで生まれるものではない。共決定は、患者が生きる「場」を行きつ戻りつしながら行うもの、あるいは行っていくものであって、ラウンドテーブルを囲んで椅子に座っているだけではどれほど時間をかけてもできないことである（齋藤＝井藤 2021:95-96 [齋藤正彦]）。

このように、現実の医療や介護の場では、患者本人が自己決定を迫られ、自己決定すなわち「本人による決定」がなされたならば、あとは本人が責任を負う、患者本人が自己決定できないのであれば、後見人等の第三者が代行決定を行い、法律上はその代行決定の内容は患者本人の自己決定と同じに扱われる。そして、本人の自己責任ということで、周囲の行政庁等の関係諸機関は、いったん明確な決定が下されたならば、その患者へのそれ以上の事後的処置の責任から放免される、ということになる。

「自己決定」は「自己責任」に結びつきやすく、「自己責任」は政治的・経済的な「新自由主義」に利用されやすい。自己決定のロジックは、このように新自由主義に利用されて自己責任という結果を導きやすいということ、充分に念頭に置いておく必要がある。これは、法律学における自己決定権の尊重のロジックの陥穽である。また、臨床の場でしばしば行われている「共決定」すなわち「共同決定」(Shared Decision-Making)を進め、患者を孤独の中に置かないことの重要性が、上では指摘されている。

以上は医療者と患者の間の共同意思決定についての議論であったが、後見人等と被後見人(本人)との間の共同意思決定というものも想定できる。成年後見の社会化という現象を社会学的に探求している税所真也は、次のような指摘をしている。

すなわち、成年後見制度には、本人のケアについて、それを家族だけで決めるのではなく、ひろく関係者間で協議をしながら決めていく機能が埋め込まれている。第三者の後見人の身上監護には、それを通して、従来閉じられてきたケアの処遇決定の場を社会に開いていく機能が内包されているのである。身上監護の社会化のポイントのひとつがここにある(税所2020:176)。より具体的には、後見人の身上監護を通して、本人の意思決定のありかが焦点化されていくことになる。本人の意思は、本人に関与するそれぞれのアクターの中にある。これら本人を取り巻く支援者ひとりひとりのなかにある「本人の意思」を束ねあつめて、「本人の意思」を集合的なものとして浮かび上がらせてゆくプロセスが重要になる。とりわけ身上監護をめぐるのは、専門職間で相互の意見が対立することがある。法律家が財産管理と契約行為のみに限定して対応しようとする傾向があるのに対し、福祉専門職は財産管理や契約行為だけでなく、援助技術的に対応しようとする。このため、本人支援を後見人が行っていくには、所属や職

種、立場の異なる専門職が連携し情報を共有しながら、そのときどきで本人に望まれる支援を話し合い、本人のベスト・インタレストを探り当てていく必要がある（税所 2020:281-282）。これを反面からいうと、限られた情報のなかで後見人ひとりで行われる意思決定は悪しき代行決定に陥りやすく、後見人のパターナリズム支配につながる危険性も高い。後見人が支援方針の決定をおこなう際には、本人の意思を推定する情報源が偏らないよう、配慮していくことが後見人には求められる（税所 2020:219-220）。

ここでは身上監護に関わる支援者の間での協働の重要性が指摘されているが、ここに「本人」を加えることも可能であろう。状況にもよるが、本人も支援者と一緒になって、「本人の意思」を集会的なものとして浮かび上がらせてゆくプロセスも、非常に有益かつ重要なものと考えられる。

やや雑駁な論述となったが、以上の検討結果をまとめるならば、次のように言えよう。すなわち、誰が判断するのかという判断主体の問題に関しては、自己決定と他者決定を截然と切り分けることは、問題点を明確化することには資するが、現実の臨床現場での行動指針としては適当ではない。「自己」決定とは、しばしば想定されるような、自己の信念や価値観だけに基づいた主観的で孤立的な決定ではない。自己決定は、自己を取り囲む物的・社会的な社会環境を考慮に入れながら、それらの影響や場合によっては他者の意見を取り入れることもしながら、関係の網の目のなかでなされるものである。それは、他者決定と連続したものであり、したがって、自己決定と他者決定は、スペクトラムの両極をなしながら連なっているものである。また、そこでの決定の責任は、自己決定における自己や他者決定における他者に集中して生じるというわけではなく、決定に関与した者が共同して（法的ではない道義的な）責任を分担することになる。

### （iii）判断基準の問題

成年後見センター・リーガルサポートによる「提言」の「6-1 代行決定者の役割」では、「代行決定者は、患者本人による具体的かつ明確な意思表示により、事前意思が確認できる場合を除き、本人の意思・希望に関する情報収集を行なった上で、本人の推定的意思を確定し、代行決定を行うものとする。代行決定者は、本人の推定的意思が確定できない場合には、本人の最善の利益を旨として関係者との協議を行い、最終的な医療行

為に関する決定を行う。」とされていた（下線は北山による）。ここでは、「本人の推定的意思」と「本人の最善の利益」という2つの概念が、別個のものとして規定されている。そして、前者が後者に優先して採用（適用）されるべきだとされている。このような考え方は、法律学者の間では一般的なもののように思われる。たとえば、民法学者の小賀野晶一は、以下のように述べている。

すなわち、何が「本人の利益」あるいは「最善の利益」かの判断はしばしば困難である。本人の意思が明確な場合は、本人の意思に従うべきである（自己決定権の尊重）が、本人の意思が客観的にみて本人の利益を阻害することが明らかな場合（その極に自傷・自死）は、そのことを本人に説明し、再考を促すべきであろう。また、本人の意思が不明な場合は、可能な限り本人の意思を推測し、元気であればどのように行為するか、客観的利益はどのようなものかを明らかにすることが望まれる。事案の性質や状況を考慮し、具体的に検討することが必要である（小賀野 2012:210）。そして、民法は、身上配慮義務を定める同じ条項に、成年後見人がその事務を遂行するにあたって、本人の意思を尊重すべき義務（本人の意思尊重義務）を明記している（858条、876条の5第1項、876条の10第1項）。契約の締結等にあたり、本人の判断能力が減退した場合には、第三者の支援が必要となるが、近代民法が導入した意思自治の原則の趣旨を確認し、個人の意思を的確に実現させることが重要である。成年後見における支援は、判断能力を減退させた者について、これを可能にしようとするものである（小賀野 2012:211-212）。そして、判断能力を減退させた者への支援は、仮に本人に判断能力の減退がなければ本人はどのように判断し行動するだろうかと本人の意思を探るものである。このような視点は、社会的経験が未熟な者（子ども等）、障害を負ったために十分に判断しあるいは行動することができない者にも等しく妥当する。そして、このような視点をさらに進め、私たちを等しく弱者として捉え、それぞれの行為についてどのような意思を有しているか、有していたかを明らかにする努力が必要である。地域社会における諸問題（都市生活問題）に対応するためには、普段はしっかりしている者も状況によっては被害者になり得る、私たちは誰でもその置かれた状況によっては弱者となり得るという前提で議論を進めることが必要である、としている（小賀野 2012:256）。

以上のように、小賀野によれば、判断能力が不十分な者の保護は、「仮

に本人に判断能力の減退がなければ本人はどのように判断し行動するだろうかと本人の意思を探る」という手法に基づくべきものとされている。

しかし、こうした「本人意思の探求」を至上命題とする考え方に対して、そのフィクション性を指摘し分析したのは、寺沢知子である。

すなわち、「承諾能力のない患者への治療行為に対する説明と承諾」という問題の中に現れている価値の対立構造をまとめると、そこには、「患者本人の意思の尊重」か、「患者の持つ最善の利益の保護」とかという、問題に臨む基本的態度における異なった価値観がみられる。この2つの価値が一致しているときは問題は顕在化しないが、これらが対立・緊張関係に立つ場合には、両者をどのように調和させるのか、あるいは、そもそも調和させることをあきらめて、一方の価値を優越させるのかの問題が生じることになる。もちろん、このとき、患者本人がまがりなりにも治療行為について説明を受けて判断を下したのであれば、それがいかに客観的にみて問題がありそうにみえる場合であっても、尊重すべきである、という立場をとるのであれば、価値の対立や調整などという問題を考える必要はない。しかし、それを不十分、あるいは、治療行為を受けるかどうかについて患者本人が下した判断につき、患者本人の自己決定権行使の結果であるゆえ、どこまでも尊重するという処理はするべきではない、という考え方に立つのならば、なぜ、「患者の最善の利益」とか「患者にとっての福祉」の名のもとに、患者本人の自己決定の領域に介入できるのかという理由を説明し、これを解釈論として正当化しなければならない(寺沢2002:123)。

この問題は、見方を変えれば、患者の自己決定権がどこまであるかという限界を探ることにあると考えられる。つまり、法的に自己決定権が認められていることの意味を考える必要がある。そして、そのうえで、現行法制度の中で自己決定権がどこまで保護されているかを探り、これがないと評価される場合に、患者の利益保護を目的として、どういう法制度が用意されているのかを探らなければならない(寺沢2002:123-124)。そして、この点については、不十分な自己決定権を補完または支援することにより、患者の利益を保護してもいいのではないか、という考え方が出される。そこでは、共同決定や第三者が患者の理解や判断を助けるという方法で介入がされることになる。しかし、共同決定といっても現実には、患者と第三者の意見が一致しなければ、どちらかの決定が優先されることになる。第三者の決定が優先されるならば、不十分にせよ患者には自己決定権

があるのに、なぜその自己決定権を凌駕する形で第三者の決定が優先されるのであろうか。逆に不十分な自己決定権が優先されるのなら、そのときの第三者の関与は、いったい、法的にどのような意義を持つのかという問題に直面することになる。かくして、問題は、自己決定権を法的権利として保護するかどうかであって、このようなグレーゾーンを作り出すことは、自己決定権と患者の利益保護の関係どころか、自己決定権が何かさえも、かえって曖昧にしてしまう。そうであれば、問題の核心を自己決定権の限界を探ることに置き、限界を超えた部分につき、国家が本人の利益を図るために法規定を用意しているとするべきである（寺沢 2002:131-132 注 24）。

このように、寺沢は、「患者本人の意思の尊重」と「患者の持つ最善の利益の保護」とが相容れない場合があることを、自己決定権の尊重という視点を基軸にして指摘する。そして、これをさらに発展させて、次のように論じている。

すなわち、第三者による本人の自己決定権領域への介入は、本人の自己決定権がないと評価される場合に「患者の利益」保護を目的に固有の権利・義務の行使として認められるのであり、この場合の「患者の利益」とは、客観的「患者の最善の利益」であり、本人の主観的利益は「患者の最善の利益」を判断する上で考慮されることになる（寺沢 2010:229）。そして、第三者の介入は「最終決定」ではなくあくまで具体的患者の客観的利益＝福祉を確保するために、決定に関与する、その意味において、第三者は、「患者の最善の利益」保護のために患者本人の自己決定領域に介入できる。患者の利益を保護する者の役割は、具体的患者の具体的な主観（これはあくまで外側から推測するに過ぎない）や事情を背景とする「客観的利益」を確保することである。つまり、「もし患者なら望むであろう」という患者の主観について患者をよく知る家族等から聞いたうえで、具体的な状況（医療者から説明を受ける患者の病状や医療行為の必要性ばかりでなく、患者が置かれている状況）に対応して、「当該患者の客観的利益」を確保するために、医療行為の決定に「介入・参加」することである（寺沢 2010:234）。

確かに、自己決定は尊重すべきである。しかし、自律の前提となる能力が欠けている場合に、患者の意思と「推定」したり「代行」したりすることは、結局は、患者の自己決定権を押さえ込むことになる。実際には、

具体的ケースにおいて、具体的個人の主観・事情・置かれている環境等を「外側」から＝社会的に、判断者である第三者の価値観をもって客観的に判断することを正面から認めることで、かえって患者の利益を追求することができる<sup>(5)</sup>。患者の主観による「患者自身の判断」とは異なったスケールで、すなわち自己決定尊重とは別のスケールで、この問題に取り組む必要があるのであり、これは、言い換えれば、医療決定についての本人の利益とは、本来的には、医師が提案する医療行為（医学的適応性がある行為）を前提とした、本人の「自己決定する利益」（主観的意思）と「本人の最善の利益」（客観的・社会的な観点からの本人の福祉）との両方の利益である、と考えることである（寺沢 2010:235）。

以上、やや詳しくに引用したが、ここで言われている、「本人の自己決定」が主観的な判断結果であり、「本人の最善の利益」が客観的な判断の結果であるという分類には、問題がある。第1に、本人による判断も第三者による判断も、どちらも「主観的」判断であることに違いはない。第2に、本人の判断は、本人の「内心的意思」だけで成り立っているわけではなく、本人を取り巻く「環境」をも考慮したうえで形成される。本人意思とは、本人が自分の内心と自分を取り巻く人的・物的環境のありようを考慮したうえでの判断のことである。本人の価値観や価値体系といった内心的要素だけが問題となるわけではない。しかし、それは別として、寺沢は、自己決定権の尊重という出発点から、種々の検討を重ねた結果、自己決定を金科玉条とすることは医療の現場にそぐわないと判断し、最後には「自己決定する利益」と「本人の最善の利益」という両者の上位概念として「医療決定についての本人の利益」という概念を指定することによって、問題を解決しようとした。この点については、大いに評価できる。つまり、医療や介護の現場では、「自己決定する利益」と「本人の最善の利

---

(5) この点については、次のような見解が、その例として分かりやすい。すなわち、最重度の知的障害者の事案のように、そもそも本人の意向や価値観を外部から確認することが極めて困難な場合も存在するであろうが、そうした場合は、本人の推測的意思のフィクション性がより明瞭になるといえ、無理に本人意思に引きつけた説明を行うよりも、端的にまさに最後の手段として、成年後見人による他者決定が本人の客観的利益保護のために行われるという説明（パターナリズムによる正当化）を行うほうが好ましい（上山 2016:51 注 17）。

益」とが対立するものとは捉えられておらず、「本人の利益」なるものをさまざまな側面から総合的かつその場その場で判断している、というのが実情ではないだろうか。このことをもう少し詳しく、かつ、やや観点を変えて表現するならば、次のようになろう。

すなわち、意思決定支援の場においては、理念型として、3つの決定モデルが考えられる。それは、①表出された意思、②意思と選好の推定、③ベスト・インタレストの3つである。①は、本人によって明確に表現された意思である。主に言語表現の形をとるが、身振り手振りなどの身体表現の場合もあり、受け取る側が明確に表出をキャッチできて意思を確定できるものである。②は、本人の明確な意思が確認しにくい場合、他者が本人ならこう思うであろうと推定する場合である。③は、①も②も難しい場合に、他者が本人の立場ならばこうしたほうがよいという選択をする場合である。ベスト・インタレストは、①表出された意思、②意思と選好の推定、がどうしてもできない場合に、潔く支援者が主体となって考えられた支援の形態としたほうが類型としてすっきりすると考える。そして、これら3つの決定モデルは、当然ながら、なだらかな連続性をもっていて、実践の場ではこの3つの類型を行き来しながら意思決定支援の場が形成されるであろう（小林2016:26）。

ここではまず、「本人の意思」と「本人の最善の利益」とが連続体として捉えられている点が重要である。臨床の場を念頭に置くならば、両者はその両極をなし、一連のスペクトラムを形成していると理解される。

次に、本人により表出された意思を尊重することは、医療や福祉の場でも実践されていることであろうが、ただしそれは、法律学者がいう「自己決定権の尊重」とは意味合いが違うように思われる<sup>(6)</sup>。ここで法律論的

---

(6) 知的障害者本人の意思表示をいかに捉えるのかという点で、福祉専門職と法律職である後見人とは、専門性にもとづく違いがある、との指摘がある。すなわち、福祉専門職が考える知的障害者の自己決定支援とは「本人の要求が表明されるとともにそれらの要求が日常の作業や生活場面において実現されること」であり、そこでは、本人によって表明された意思表示を本人の要求として受けとり、それを日常や生活の場で実現できるよう支援していくことが、福祉専門職が考える自己決定支援（の支援観）である。他方、法律職である後見人は「本人の発言をそのまま鵜呑みにしてよいのか」という発言にみられるように、本人に意思表示があることは認めながらも、支援方針の決定は別途客観的かつ中立的に検討されるべきだという姿勢を維持する。こ

アプローチではなく福祉的アプローチを採るならば、福祉的アプローチでは、「意思」というよりは、「想い」「願い」が重要視されるのではないか。被支援者本人の「想い」や「願い」は、福祉支援従事者にとっては、法律論的アプローチにおける「意思」すなわち「ある特定の時点における当事者の自己決定内容」とは異なるものであり、しかしながらそれは福祉支援従事者が行うケア活動の行動原理をなしているのではないだろうか。そこで、この点をより明確にしてくれるものとして、医療や福祉における「選択のロジック」と「ケアのロジック」の違いを論じている社会学者のアネマリー・モルの見解を以下でみていこう。

すなわち、選択のロジックにおける善い決断は、さまざまな行為の道筋がもたらす利益と不利益のバランスをうまくとることにかかっている。ここでの「バランス」は、会計をモデルにしている。会計におけるバランスには、貸方と借方がある。医療的介入における利益と不利益を数量化することは金額を合計するより難しいが、このモデルは驚くほど似たやり方で使われている。決断することが、まるで計算することかのようにみなされている。利点と欠点、この側面とあの側面。しかし、ケアのロジックでは違う。「バランス」はここでも大事だが、利益と不利益を足したり引いたりするというのではない。足し引きするには固定された変数が必要だが、ケアのロジックにおいては固定的な変数はない。すべての変数は、ある程度は変化する。求められる「バランス」は、粘り気のある変数を互いに調和させながら、能動的に作り上げられるものである。会計のバランスシートよりは、綱渡りをする曲芸師やダンサーが身体のバランスをとることに近い。そしてやっとならべてが合致したとしても、あらゆる要素がうまく調和できたとしても、またばらばらになってしまうかもしれない（モル 2020:124）。

また、選択のロジックでは、選ぶことは特定の瞬間に閉じ込められている。それは特権的な瞬間で、難しいかもしれないが、限りがある。これと対照的に、ケアのロジックによると、人生における数多くの粘り気のある

---

こには本人の「意思」と客観的に判断される本人の最善の利益（ベスト・インタレスト）とが必ずしも一致するわけではないとの考えがある。……とくにいまここであらためて問われるべきは、後見人が本人のベスト・インタレストを検討するにあたって、必要な情報を十分に有していたかということである（税所 2020:218-219）。

変数を互いに調和させることは、継続的なプロセスである。そのプロセスはずっと続いていく——あなたが死ぬ日まで（モル 2020:124-125）。

そして、これら2つのロジックにおける「善」は種類の違うものであり、「悪」もまたそうである。選択のロジックにおいては、自律と平等が善であり、抑圧が悪である。ケアのロジックにおいては、気配りと具体性が善であり、放置が悪である。あるいは、差異はもっと複雑かもしれない（モル 2020:163）。また、選択は、個人に自律性を与えるので、善いものである。そして、すべての個人は自分自身の選択を行う機会をもつべきなので、平等は善いものである。しかし、選択のロジックには、規範的な判断を下すことを避けようとする第2の層がある。どの治療法や製品や目的や生活が最善なのかという問いに対して、選択のロジックは回答しない。そのような問いには、個々人が自由に答えればよい（モル 2020:163）。

ケアのロジックにおいて道徳的な核となる行為は、価値判断を行うことではなく、実践に従事することである。そこには1つの層しかない。善い行いをするとは、そして生活をよりよくすることは、重要なことである。しかし、善い行いをするとは何か、何がよりよい生活につながるのかは、行為に先立ってあるものではない。それは、行為の過程で定まってくるものである。それぞれの生活によって異なるかもしれないし、人生における時期によって異なるかもしれない。しかし、善い行いとは何かを一般的に突きとめることは不可能だとしても、誰もが自分一人で見極めなければならないというわけではない。「より善い」とは何であるかを定めるタスクには、集団がかかわっている（モル 2020:165）。そして、ケアのロジックを明示することは、ヘルスケアそのものをヘルスケア自体の言語を用いて改善しようという試みである。その言語においてもっとも強調されるのは、自律と自分で決める権利ではなく、日々の生活実践と発明的な手直しによってよりよく生きるための試みである（モル 2020:182）。

以上のようなモルの説明から、「選択」（＝自己決定）とは過去の決定内容に拘束され柔軟性を失うことであり、「ケア」とは不断の改良を継続する行為であると理解される。そして、医療やケアの場において患者や被介護者の意思を尊重するということは、将来に向けての医療やケアの内容を改善することを目的としてのことであり、自己決定権というすでに確定した法的権利をそのまま保障し続けるためではないことが分かる。

それでは、臨床の場における「本人の意思」とは、実際にはどのように

捉えられ評価されているのであろうか。以下に、実際の臨床経験に根ざしている印象的な意見を挙げる。

本人から表示される意思には、往々にして不合理性や矛盾が含まれる。しかしわれわれは、日々、時に不合理で、矛盾する選択を重ねながら生きているのであって、不合理も矛盾も、精神障害とそれに起因する判断力の不十分さにもみ帰すべきものではない。少なくとも、人生のフェーズが、明らかに死に向かって加速している、そのことをもう止めることができない場面で表示される本人の意思は、どれほど重い精神障害があったとしても尊重されてしかるべきものではないのだろうか（齋藤＝井藤 2021:79 [井藤佳恵ほか]）。

精神疾患をもつ人たちに意思決定を迫るわれわれは、どのように自分の意思決定をしているのだろうか。われわれは、自分の意思が当然のごとく尊重されると思っている。だから日々、意思決定などという大仰な言葉は使わずに、朝から晩まで選択を積み重ねながら生きている。その選択の根拠は、正しさや合理性ばかりではなく、気分や好き嫌いといった感情が多分に含まれる。ところが、重い精神疾患を抱えたら、認知症を抱えたら、そういった刻々と変わる気持ちに左右されない一貫した意思を求められ、正しさと合理性がないなら退けられる。おかしいことではないか。迷うこと、変わること、不確かで頼りないこと、ある観点に立てば愚かで身勝手かもしれないこと、健康とされる者に許されるそうした揺れ動く多様な価値観を、だれにも許容する態度が必要である（齋藤＝井藤 2021:269-270 [井藤佳恵]）。

彼ら〔精神科病院の入院患者たち〕は驚くべき力をもっている。人の存在の崇高さを思う。精神医療のなかで臨床倫理を実践しようとするとき、まず彼らの力を信じることから始めなければならない。倫理の実践を阻んでいるのはわれわれ医療者の意識であり、われわれがつくってきた社会であり、そして、その壁を超えることができる可能性があるのもまた、われわれであるはずだ。意思決定支援ということがいわれるが、本当に必要なのは、意思を決定する以前に、そもそも意思を形成すること、意思を形成したなら、それが実現できると、本人が思えることへの支援ではないか。

どのようなものであれ、表示された本人の意思に応えられる社会や医療体制を整備する努力を、われわれは十分にしているだろうか（齋藤＝井藤 2021:272-273 [井藤佳恵]）。

以上の記述が示している「本人意思」の崇高さは、自己決定権の尊重という観点から理解されるものではない。人間一人ひとりに認められるべき「人間らしさ」への畏敬の念から理解されるべきであろう。

このように、法律家は、医療や介護の問題を検討する際には、医療や介護の現場における価値観を（たとえ不十分にであっても）理解しておく必要がある。このことは、社会学者である税所真也によって、以下のように指摘されている。

すなわち、当初の想定以上に専門職の後見人が増加し、法律家をはじめとした各専門職が、後見人への選任をきっかけとして、これまで接点をもつことのなかった、福祉の現場に向き合う機会が増えた。こうした職務上の変化のなかで、法律の枠のなかで完結してきたこれまでの職業世界に福祉的な要素が入り込むようになり、後見人の側にも福祉分野での自己決定支援のあり方に一定の理解が求められるようになってきている（税所 2020:220-221）。たとえばやや極端な例であるが、後見人が親族のクライアントになりやすい危険性が潜んでいると考えられる。意思表示が困難な本人とのコミュニケーションスキルをもたない後見人が選任された場合、親族の存在とその発言の重みが増大するのではないか。この問題を解く鍵は、本人を中心とした、ケアの処遇決定を協議する場が、後見人によって設定されるかどうか、という点にある。国連障害者権利条約採択前の委員会で障害当事者が掲げた「私たちのことを、私たち抜きに決めないで（"Nothing About Us Without Us"）という言葉は、成年後見人が本人の意思決定を行うにあたっても遵守されるべきである。この観点に立てば、本人の法定代理人である後見人には、必要なときに本人と面会する権利と義務があった。本人と面会することを福祉専門職により強く求めていくことが立場上は可能だった。加えてケアの処遇について協議する場（支援会議）を、親族や行政を含め、福祉専門職ともつことを後見人として要求することができた。こうした〈協議の場〉がもたれることで、各ステークホルダーの掲げる本人のベスト・インタレストはおのずと可視化され、結果、本人の視点が議論の中心に置かれることになる（税所 2020:222-223）。

このように、本人のベスト・インタレストを、立場の異なる専門家が複

数の視点から協議する場合は、ひとり人間（本人）の財産管理と意思決定が、（多くの場合）ひとり人間（後見人）に委ねられる成年後見制度において決定的に重要な要素である。医療・福祉・法律・財産といった分野でのそれぞれの専門家が互いに干渉し監視しあって協力関係をつくり、ひとりの専門家権力を、複数の専門家権力で相殺し、弱体化させる仕組みによってのみ、代行権力や専門職支配を排することがはじめて可能になる。後見人のパートナーリズム支配を防ぐために絶対に無視できないのが、この本人を中心とした専門職間の〈協議の場〉である（税所 2020:223）。

また、こうした〈協議の場〉で得られる結論は、あくまで支援関係者らによって捉えられた、現時点での暫定解であるという前提についても相互に確認しておくことも重要である。何が本人のベスト・インタレストであるかは、それぞれ個別の事例によって導かれるものであり、本人にとって恒久的なものでもないため、法的には定義しえないものであるからである。できることは、そのときどきで、本人を中心とした支援関係者らが集まり、本人のベスト・インタレストとして納得可能なゆるやかな合意を導き出すことだけである。このため、将来的には、その時点でのベスト・インタレストを改めて支援関係者らが再協議する場が求められることになる（税所 2020:226-227）。

以上のように、特に法律家に対して、本人を囲んでいる関係者による〈協議の場〉の重要性が強調されている。協議が行われることによって、「他者決定」は「自己決定」をも包摂できるような他者決定兼自己決定へと進化する。そして、ここで本人自身がこの〈協議の場〉に加わって議論をする場面を想定してみれば明らかなように、「本人の意思」と「本人の最善の利益」は、相互に影響し合う関係にある。つまり、一連のスペクトラムをなす。

また、この〈協議の場〉が選択のロジックではなくケアのロジックで覆われるならば、それは過去志向ではなく将来志向的なものとなり、また、継続的なものとなる。臨床の場面では、次のようなことになる。

遺言、リビングウイル、事前指示書、エンディングノート、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）……終末期にどうありたいかを考え、それを形に残し伝えるための方法やツールは法的拘束力の有無は別としてもある程度充実し、個人、集団、公的、民間、を問わず最近はブームのようにもなっています。……ただ、

人の心は変わるものです。仮にこのように明文化された物が残っていたとしても、方針決定が必要となった時点でその明文化されたものが、その時点での本心かという、その確証はありません。こう言ってしまえばそれまでなのですが、過去に私がかかわった方を通して、これについて痛感したことがあります（松本 2016:46）。

選択させる側は選択された医療が身体に及ぼす影響とその結果を熱心に理解させ、本人に選択させようと努力しています。ところが当の本人はというと、わかろうとするがその努力の甲斐もなく理解もできない。そのような意図はどうしてもよく、まったく別の評価軸で自分なりに考え、自分なりの決定をしているわけです。認知症の有無にかかわらずこのような場面での人の思考行動はまさに多様であり、何をもって選択するかはまさに本人の自由だということの一例でしょう。また同様に人の想いはそれが長年にわたって自身で守ってきたものであっても、その条件を支える要素のふとした変化で変更されてしまう非常にもろいものであることをある程度は承知しておかなければなりません。これらは意思決定に際し何らかの支援を行う者としてしっかりと理解しておくべき事柄だと考えます（松本 2016:49-50）。

医療者が必要と判断するにもかかわらず、患者さんが医療的処置を拒否するケースにもたびたび遭遇します。そのときに重要なことは、拒否の理由がいったい何なのかということを確認することです。ただ単に、病院が嫌いだからなのか、経験したことの無い処置に不安がっているのか、まったく理解できていないのか、あるいは自分の将来を見極めての判断なのか。それらはすぐに判断できないこともあります。そのため、状況が変わるにつれて方針を更新していく必要があります。人の決断は時間や状況が変われば変化するのは当然であり、医療者側もそれに対応する必要があります。本人がどう思っているのか、それに対して家族がどう思うか、家族の思いを聞いた患者さん自身はさらにどう思うか、徐々にそれぞれの考えを整理していただくのも意思決定のための重要な過程です（北岡 2016:171）。

人が生きそして死ぬという自然界における当たり前の過程を目

の当たりにしたときに、必要以上に苦しめないためには、「どの選択をしたか」ではなく、「その選択をするまでの過程が納得いくようなものだったか」が重要となってきます（北岡 2016:172）。

このように、患者の意思決定は、ある時点を基準時とする治療選択肢のリスク・ベネフィット分析によって完了するといったものではない。患者の意思決定は、えてして再帰的・循環的な合意形成の継続のプロセスとなる。そして、仮にそこで患者本人の医療同意能力の有無が問題となったときには、本人そして周囲の者の判断において基準となるのは、「本人意思」か「本人の最善の利益」かの二者択一ではないのであって、もっと身近な・いろいろなものが詰まった・将来志向的な「みんなの想い」であろう。

#### （iv）まとめ

小賀野晶一は、医療同意の問題につき、次のように論じている。

すなわち、医療同意問題を解決するためには、患者の人権を保障し（権利保障ないし権利擁護）、医療の目的を実現すること、日本の実務に適合し、人々に利用される制度を構築することが必要である。そのために、意思決定支援では「協働とプロセス」の営みを重視することが必要となる。ここにいう協働とは、患者と医師の共通目標を確認し実現するための営みをいい、ここでの営みは医師の説明と患者の同意を要素とする意思決定支援のプロセスとして捉えることができる。医療行為は医師と患者の協働の営みとして進められるべきであり、かかる協働の営みを可能にする方法としてインフォームド・コンセントを位置づけることができる。意思決定支援のプロセスでは、当該インフォームド・コンセントについて、①情報の理解、②状況の認識、③論理的思考、④選択の表明という4つの能力を患者が自らのものとして実現できるように支援することが目指されている。また、本人意思の推定に基づく場合には、他者が関与していても本人の自己決定の実現とみることもできるであろう。したがって、医療同意にかかわる意思決定支援制度のもとでは、自己決定と他者決定を自己と他者で観念的に区別することはできない（小賀野 2016:71-72）。

しかし、「協働とプロセス」を重視することには大いに賛同できるが、そうであるならば、従来考えられてきた（上の①から④で示されている）伝統的なインフォームド・コンセントに拠るよりも、むしろ、シェアド・

デシジョン・メイキング (Shared Decision- Making) の方法のほうが望ましいであろう。また、そもそも「意思決定支援」というときの「意思」が従来のインフォームド・コンセントにおける「④選択の表明」のみを指しているのだとすれば、そこには選択（決定）時点での選択（決定）内容を至上のものとする伝統的な法学的思考による限界が認められる。ここで検討されるべきは、「協働とプロセス」の具体的な中身である。小賀野はこの点に関して、次のように述べている。

すなわち、医療契約には次の2つの要素が含まれている。1つは財産関係あるいは財産的要素であり、もう1つは財産関係以外の治療、療養看護その他の生活関係あるいは生活的要素である。前者は契約における合理性が追求され、対立構造になっている。これに対して、後者は医療契約の当事者、すなわち医師と患者がともに患者の福祉を実現するために医療行為を行うという、共通目的の実現に向かって進む協働関係として捉えることができる。かかる協働関係は、医療の本質を追究しようとするものである。協働関係は法律行為でいうと契約というより合同行為に近いといえるであろう（小賀野 2016:74）。

ここで注意しておきたいのは、共通目的の実現に向かって進む協働関係における「意思」とは、将来に向けての意思のことであり、従来の指導原理とされている「本人意思」とは、その役割が異なる、という点である。そこにおいては、将来志向型の継続的な関係形成という考え方が必要になるのである。

また、小賀野は、家庭裁判所の役割について興味深い指摘をしている。

すなわち、医療同意の手續に家庭裁判所はどのように関与すべきであろうか。家裁には後見的役割が求められている。家裁の関与は、医療同意における「協働とプロセス」の営みの一環に位置づけられるものである。そして、家裁は当該医療行為の妥当性ではなく、意思決定支援、すなわち代行決定プロセスの妥当性を吟味する。家裁の現状を考慮すると、裁判官の負担をこれ以上増大させることはできないが、制度論としてあるべき姿を提示することは重要である。医療同意は、生命・身体という個人の基本的な権利・義務に関する事項であり、権利・義務の守り手として司法機関である裁判所への期待は大きいものがある。司法判断になじむチェック項目の選定、調査官の活用など、裁判所の関与のあり方を工夫しなければならない（小賀野 2016:78-79）。

ここに示されている、家裁は「当該医療行為の妥当性」ではなく「代行決定プロセスの妥当性」を吟味する役割を負うべきである、という指摘は重要である。代行決定の過程で誰がどのような主張をし、どのような協議がなされたか、十分な協議が尽くされたか、という観点からしか、その結論の妥当性は検証できないであろう。

本稿では、判断主体の問題については、自己決定と他者決定が両極をなすスペクトラムを形成している、と主張した。また、判断基準の問題については、本人の意思と本人の最善の利益が両極をなすスペクトラムを形成している、と主張した。それでは、医療同意の代行判断の問題における行為規範は、端的に言うところのどのようなものになるのか。

まず、「本人決定」がなされるべきか「代行決定」がなされるべきかという、判断主体の問題においては、患者本人の医療同意能力を截然と「ある」「ない」に区別できない以上、一般的指針として行われるべきは「支援付き意思決定」(supported decision-making)である。この行動指針は、本人に十分に同意能力がある場合であっても無意味になるわけではないし、逆に、本人に同意能力がほとんどないと思われる場合であっても、本人による意思決定が行われるように支援することがまったく無意味になるわけではない。大切なのは本人を必要に応じて支援しながら「協働して」意思決定を行うことであり、実際にはこの「協働」の中における「支援」の比重や割合が違ってくるだけだと考えられる。

次に、「本人の推定的意思」と「本人の最善の利益」のどちらを基準として治療同意の判断をするべきかという判断基準の問題においては、一方で、本人意思といってもそれは内心の価値観や信念だけで形成されるわけではなく、自分を取り巻く人的環境と物的環境を考慮しながら、それらからの反応や影響をも考慮に入れながら結論を模索するという、循環的・再帰的な意思決定が行われる可能性があることを考慮しなければならない。他方で、第三者が患者の「最善の利益」を客観的に評価するといっても、そこでは、患者の意識がしっかりしていたならば患者が決定したであろう内容をも外部から検討できるということを考慮しなければならない。このように考えてくるならば、究極的な判断基準としては、医療やケアにおけるより高次の目標、すなわち「人間らしい処遇」を目指すということが、一般的な指針となるであろう<sup>(7)</sup>。本人意思の実現の結果がこれを凌駕す

るということはないであろう。ただし、場合によっては、スペクトラムのどちらかの極に近づくということはある。その場合には、当該ケースの本人をとり巻く人的環境と物的環境を考慮して、本人意思を考慮しながら「人間らしい処遇」の実現を目指すことになる。そして、これら人的環境と物的環境をまとめて端的に「関係」と呼ぶならば、治療内容決定の判断基準は、「意思と関係の相互連関」による、ということになる。これにより、医療同意の問題は、医師と患者、患者と（後見人等の）第三者、そして医師と第三者のいずれの間においても、関係の契約理論に基づき理解されるべきことも明らかになる。

[未 完]

#### [引用文献一覧]

- 池原 2011：池原毅和『精神障害法』（三省堂、2011年）  
 小賀野 2012：小賀野晶一『民法と成年後見法——人間の尊厳を求めて——』（誠文堂、2012年）  
 小賀野 2016：小賀野晶一「医療同意の法的諸問題」成本迅ほか編著『認知症の人の医療選択と意思決定支援』（クリエイツかもがわ、2016年）56-83頁  
 沖倉 2011：沖倉智美「障害者の権利に関する条約」と日本の成年後見制度——12条から「支援つき意思決定」を考える」新井誠＝赤沼康弘＝大貫正男編『成年後見法制の展望』（日本評論社、2011年）224-245頁  
 上山 2016：上山 泰「意思決定支援と成年後見制度」実践成年後見 64号 45-52頁（2016年）  
 北岡 2016：北岡 力「医療現場での実践——内科医師の立場から」成本迅ほか編著『認知症の人の医療選択と意思決定支援』（クリエイツかもがわ、2016年）168-173頁  
 熊倉 2012：熊倉伸宏『面接法2——方法論的意識をめぐって』（新興医学出版社、2012年）  
 小林 2016：小林 博「人間像の変革を通じて意思決定支援の場の創出を」実践成年後見 64号 21-28頁（2016年）  
 税所 2020：税所真也『成年後見の社会学』（勁草書房、2020年）  
 齋藤＝井藤 2021：齋藤正彦＝井藤佳恵編著『私たちの医療倫理が試されるとき——

- 
- (7) ここで突然に「人間らしい処遇」という概念を提示したが、これは、前出の寺沢知子の論考で「自己決定する利益」と「本人の最善の利益」という両者の上位概念として「医療決定についての本人の利益」という概念が指定されたことと同趣旨であり、ただ、医療や福祉関係者にとっても分かりやすい概念として、「人間らしい処遇」という言葉を選んだだけである。

精神科医療における医師－患者関係（5）

- 自己決定・自己責任論を超えて——』（ワールドプランニング、2021年）
- 寺沢 2010：寺沢知子「高齢者医療とインフォームド・コンセント」甲斐克則編『医  
事法講座第2巻 インフォームド・コンセントと医事法』（信山社、2010年）217-  
236頁
- 寺沢 2002：寺沢知子「「承諾能力」のない人への治療行為の決定と承諾——未成年者  
と高齢者を中心に」國井和郎先生還暦記念『民法学の軌跡と展望』（日本評論  
社、2002年）113-134頁
- 町野 2000：町野 朔「自己決定と他者決定」年報医事法学 15, 44-52頁（2000年）
- 松本 2016：松本善則「地域での実践——地域包括・ケアマネジャーの立場から」成  
本迅ほか編著『認知症の人の医療選択と意思決定支援』（クリエイツかもがわ、  
2016年）34-54頁
- モル 2020：アネマリー・モル（田口陽子＝濱田明範訳）『ケアのロジック——選択は  
患者のためになるか』（水声社、2020年）[Annemarie Mol, *The Logic of Care:  
Health and the Problem of Patient Choice* (Routledge, 2008)]
- リーガルサポート 2014：公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート「医療  
行為における本人の意思決定支援と代行決定に関する報告及び法整備の提言」  
（平成26年5月15日）[https://www.legalsupport.or.jp/akamon\\_regal\\_support/  
static/page/main/pdf/act/index\\_pdf10\\_01.pdf](https://www.legalsupport.or.jp/akamon_regal_support/static/page/main/pdf/act/index_pdf10_01.pdf)