

臨床倫理の考え方と 検討の実際

2009 年度冬 β 版

清水 哲郎

第Ⅰ部〔基礎編〕 臨床倫理エッセンシャル	1
はじめに	2
1 ケアに臨む医療者の姿勢	10
1-1 社会人として：《同》の倫理と《異》の倫理	10
1-2 ケア従事者として：臨床の倫理原則	18
2 意思決定のプロセス	29
2-1 プロセスをどう捉えるか	29
2-2 個別事例へ：検討シートを使って	39
第Ⅱ部〔応用編〕 さまざまな倫理的問題	59
3 シレンマの解決へ向けて	60
3-1 相手を尊重すること (P1) をめぐって	62
3-2 最善の選択肢の検討 (P2) をめぐって	64
3-3 社会的視点での適切さ (P3) をめぐって	70
3-4 P1～P3 の間が衝突する場合	72
4 臨床倫理検討シートの使い方	80
付 録 講演・発表資料（緩和ケア／死に直面した際の希望）	109
あとがき	

第 I 部
〔基礎編〕

臨床倫理
エッセンシャル

はじめに

医療現場で医師・看護師・MSW その他の医療従事者たちが、患者・家族とよいコミュニケーションをしながら、医療を進めて行く際に、日々あまり意識しないで行っている、また時に倫理的な問題だと意識する場合もある「これからどうしたらよいだろうか」、「この患者さん・家族の方にどう対して行こうか」という検討を、より適切なものにしていくことが、ここで目指していることです。そのために、臨床倫理の具体的検討をする際に基礎となる考え方のエッセンスをまずご理解いただくというのが、第1部「臨床倫理エッセンシャル」の趣旨です。日頃、具体的な問題を考えておられる読者にとっては、抽象的で馴染めないと感じられるかもしれませんが、しばしお付き合いください。

ということで、はじめますが、本題に入る前に、まず三点、イントロダクションとしてご理解いただきたいことを挙げます。

◆臨床倫理(Clinical Ethics)とは◆

- ・臨床倫理とは、臨床の現場（医療・介護）で、従事者たちがとっている・またこれからとろうとする行動や姿勢を、倫理的視点から検討する営みである。
- ・言い換えれば、臨床現場で起きる問題を倫理的視点から検討する営みである。
- ・臨床倫理の営みは、医療・看護・介護といった社会的に行われるケアをどう進めるかという検討の営みと表裏一体である。
- ・臨床倫理の営みは、個別事例についての検討が中心であり、その意味ではケース・バイ・ケースなものとなろう。しかし、検討の仕方自体は、理に適った、共通のものであることが望ましく、それを見出すのが「臨床倫理学」の仕事である。
- ・臨床倫理は、職種の別を越えて、医療に従事する者たちが共同で行うことが望まれる営みである。

医療や介護に従事する方たちは、毎日、医療・介護の現場で、患者さんや家族の方、あるいは利用者と応対しながら、「さあ、この方にどのようなケアを提供することができるか」、「どういう治療をしたらよいか」と考えて、そのことについて相手と合意に至るように努力しています。相手も納得し自分たちも納得できることをしようとして、そのためにどうしたらいいかを考えています。いろんな問題にぶつかって、こちらが「これがいい」と思っても、患者（利用者）さんが「うん」と言わ

ない場合に、「では、どうしたもんだろうか」と、考えます。そういう医療・介護の従事者たちの（共に）考える営みが、臨床倫理と呼ばれているものにほかなりません。

このような臨床倫理という営みをどのように整えたら、より良い臨床倫理の営みができるだろうかと考える学問として、臨床倫理学があります（ちょうど教育と教育学の関係のようなものです）。臨床倫理という営みを、理に適っており、かつ実践的に有効なものにするために、現場の医療者と倫理の理論家が協働して、研究する活動が臨床倫理学です。臨床倫理の営みは、個別事例の検討が中心であり、その意味ではケース・バイ・ケースなものと言えるでしょう。しかし、検討の仕方自体はケース・バイ・ケースであってはまずいのであって、理に適った、共通のものにすること（＝標準化）が可能であるはずです。このことが臨床倫理学の課題です（ですから、今ここで「臨床倫理エッセンシャル」というタイトルで、臨床倫理について書いていますのは、臨床倫理学の研究成果に他なりません）。

また、臨床倫理の営みが理に適った、共通のものである必要があるのは、医療者の説明責任にも関わるからです。かくかくの事例に際して、医療者たちはどういう理由で、これこれの行動をとったかということについて、時に説明が求められます。これに対して適切な対応ができるためには、日頃から自分たちの行動を説明しようと思えば、きちんと説明できる、理に適ったものとしておくことが大事です。これはまさしく、理に適った臨床倫理の営みを日常的にしていくということにほかなりません。

臨床倫理の営みにおいて、医療者たちは、個別の問題に直面して、「私たちはどうすべきか」ということを問いますが、そればかりではありません。個別の問題の性質に応じて、「私たちは、どのような姿勢ないし態度で、患者さんや家族に向かおうか」、「相手（人間）をどう見るのが適切か」、「医療とはそもそも何をする事か」、「人にとって何が価値あることか」等々の問うことにもなるでしょう。

臨床倫理の営みが必要となる場面の中心は、選択・意思決定のプロセスです。患者・家族と医療者たちが話し合いながら、どういう方針で治療ないし療養を進めていくのかを決めるということが、医療のプロセスの要となるからです。ですから、本稿も、意思決定のプロセスを中心に解説をしています。ただし、臨床倫理の対象はこれだけに限られるわけではなく、より広く、医療者が患者・家族と向き合い、あるいは寄り添いながらケア活動を進めて行く際に起きた問題をカバーします。

最後に、臨床倫理は、職種の別を越えて、医療に従事する者たちが共同で行うことが望まれる営みです。患者・家族は、医療機関に属して働いている人々は一体となって自分たちに医療を提供してくれるはずだと思っているはずですし、実際にそうあるべきでもあります。ですから、問題が起きた時に、医療機関で医療に従事する者たちは一緒になってこれに対応すべきであり、そのために共同で問題について

I 臨床倫理エッセンシャル

考える臨床倫理の営みを行うようになることが望めます。臨床倫理は、医師にも、看護師にも、またMSW、薬剤師、さまざまな技師に、そして時には事務職にも共通のものであって、医療機関として行うべき活動です。

◆ケア活動は倫理が支えている◆

- ・問題が起きた時に活動の倫理的側面が表面化する
- ・しかし、ケア活動には常に倫理的側面が伴っている。

何か倫理的な問題とされることが起きると、例えば「医師が患者から呼吸器を外したのは、医学的に適切な行為だったといえるのか」、「家族は説明を受けて納得しているのか」、「患者の意思はどうだったのか」といったことが、マスコミで取沙汰される。そういうときは「倫理、倫理」と言うけれど、医療者が日常的に活動していて、特に問題が起きているわけではない時には、倫理は関係ない、と思われるかもしれない。「倫理」ということが出てくると、必ず自分たちが責められたり、疑問の目で見られたりし、それで、倫理というのは煙たいもので、世間から自分たちのやっていることを意地悪な目で見られている・・・というように感じておられる医療者も多いのではないだろうか。だが、まずここでお分りいただきたいのは、倫理というのは、本来はそういうものではない、ということです。確かに、日常的に医療なり看護なりの活動をしている際には、倫理というものは意識されていないかもしれないけれども、すべての医療・看護活動は、実は倫理によって支えられている、あるいはそれらには倫理的な面があるのです。

例えば

「滅菌ガーゼは素手で扱ってはいけない」

ということは、医師、看護師共通の基礎的な、ごく初歩的な知識です。技術的なことと思われているのではないかな、と思います。で、これについて「なぜそうなのか」と考えてみてください。

そうすると、専門家である医療従事者がまず思い浮かべるのが、**感染のメカニズムについての科学的・専門的知識**だろうと思われます。手はいくらよく洗っても雑菌が残っていて、それで滅菌ガーゼを扱くと、滅菌ガーゼが手によって汚染され、それを患部に当てたらそこに感染が生じてしまうかもしれない・・・というようなことです。でも、このような生物学的な説明をいくら詳しくやったとしても、それだけでは「だからそういうことをしてはいけない」という結論にはなりません。

「滅菌ガーゼを素手で扱ってはいけない」という結論が出るためには、以上のような科学的知識と並んで、「**患者に害を与えてはならない**」という医療・看護に携わ

る者なら誰でも持っているであろう姿勢というか、行動の原則ですね、これが要ります。これはコロンブスの卵です。医療の専門家にとってあまりに当たり前なので、かえって意識してないのです。でも、考えてみれば、「患者さんに害を与えちゃいけない」ということが大前提になっているから、滅菌ガーゼを素手で扱うとどうなるかという専門的な知識が役に立つのです。ところで「患者に害を与えてはいけない」ということは、倫理原則と言われているものの一つに数えられています。つまり、「滅菌ガーゼを素手で扱ってはいけない」という一見単なる技術的な知識であると思われるものも、「なぜ？」と理由を問うと、実は倫理によって支えられていることが分かります。

このように考えてごらんになると、すべての医療や看護の活動は倫理によって支えられていることが分かるでしょう。それを通常は意識していないのは、医療者には倫理的なもの（「相手の害にならないように」、「できるだけ益になるように」とか、「相手を尊重しながらことを進める」といったこと）が身につけていて、当たり前のことになっているからです。当たり前であるのは、倫理は医療者に外から押し付けられるもの、トップダウンで天下ってくるものではなく、(以下で説明しまようと)社会のシステムとして行われるようになったケアとしての医療にその性格として備わっているものだからです。

ですから、以下には度々「倫理原則」というものが登場しますが、それは私たちを縛るものではありません。守らないとならない法律みたいなものではありません。むしろ、医療に従事する専門家として医療ないし看護というケアにコミットした時に、自ら引き受けたものなのです。自分たちの、「私たちはこのように行動するんだ」という自ら選んだ生き方というか姿勢を、共通の言葉で言い表したものだとお考えください。

◆医療者の姿勢&状況把握◆

- ・(1)医療者(=私)がどういう姿勢で状況に臨んでいるか と、(2)状況をどう把握・理解しているか、に分けて考える。
- ・一般に人の行動は、〈状況に向かう姿勢〉と〈状況把握〉の対から帰結する、と理解できる。
- ・複数の両立しない〈状況に向かう姿勢〉と〈状況把握〉の対が並存することがあり、これが〈ジレンマ〉と呼ばれる事態である。

さて、以下では臨床現場で活動する医療従事者にとっての倫理を考えるわけですが、どのような順序で進めていくかを、ここで説明しておきます。

医師であれ、看護師であれ、臨床現場で働く者が、医療というケアを進めて行く上で、何らかの状況に直面して「どうしたらよいか」と考えるのが臨床倫理の営みです。その際に、(1)考える主体(=医療者)がどういう姿勢で状況に臨んでいるかということと、(2)その臨んでいる状況をどう把握ないし理解しているか、という二点が、ここで柱となる要素です。この二つからどういう対応をするかが決まってくるからです。このことをまず以下のように確認しておきましょう。

●状況に向かう姿勢+状況認識 → 行為●

私たちは「意思(欲求)+状況認識 → 行動」という枠組みで、人(さらに他の生物)の振舞いを解釈している、ということから始めましょう。例えば、行った先で、「よろしかったらお召し上がりください」とチェリーパイが出されたとします。すると、「おいしそうだな&食べてもいいのだ」と状況を認識し、かつ私が「おいしいものが食べたい」という姿勢になれば、出されたチェリーパイを食べるでしょう。このように、私たちは人間の行動について状況に臨む姿勢と状況認識から行動が結果するという枠で考え、かつ説明しています。

動物の行動についても、同じように考えることがあります——例えば、鶏に餌をやったのに食べないのを見て、「おなかが空いてない」のか、それとも「餌があることに気付かない」のだろうか、と。ここで、「空腹ではない」という解釈の候補は、鶏が食べるものを欲しがり、あるいは探すという姿勢で状況に臨んではない、ということの意味しています。これに対して、「餌に気付かない」というのは、置かれた状況について鶏がどう認識しているかについての私たちの理解です。つまり状況に向かう姿勢が「空腹であり」、かつ「餌があるぞ」という状況認識があれば、餌を食べるといふ行動が結果するという見方を私たちは前提して、こう考えているわけです。このような動物の行動の分析ないし理由付けは、私たちが自分たち人間の行動を自らどう理由付けているかをモデルにして、それを動物にも適用した結果です。

さらに、私たちは、こういう解釈の枠を植物にまで拡大して適用して、「朝顔は日光を好むので、光に向かって伸びます」などと、その動きをいわば擬人化して語ることもすらあります。

患者・家族の言動（の解釈）＝ どう生きようとしているか＋現状をどう認識しているか

医療従事者が医療というケアに向かう時に、医療者自身がとっている姿勢があります——例えば、「患者さんにとって最善になることをしよう」とか「相手の意思や気持ちを尊重しながらやろう」というような姿勢です。また、状況についての認識があります——「この患者さんは身体のここに問題があり、かくかくのやり方でそれに対処できる／ご家族はこのような思いで、しかじかのことを希望しながら、患者さんを見ておられる」といったことです。臨床倫理の営みにおいて「私たちは今、ここでどのようにすればよいだろうか」と問う時には、まさにこの姿勢と状況認識の組み合わせが問題となっているのです。ですから、問題を要素に分ける際には、〈医療者の姿勢〉の面と、〈状況をどう把握するか〉の面とに分けられることになります。

●ジレンマ：両立しない〈状況に向かう姿勢&状況認識〉の並存●

医療者の姿勢は単純ではなく、複数の要素が並存しています。状況の捉え方も複層的です。ですから、複数の姿勢と状況把握の対が並存していて、それぞれから帰結する選択が両立しないということもしばしば起きます。これが〈ジレンマ〉と言われる事態です。それをどう整理し、どう解決の糸口を見出していこうかということは、まさに臨床倫理の検討課題となります。

このことを理解するために、姿勢と状況把握は対になって成立するということと、複数の両立しない対が並存する事態があることとについて、理解しておくことが有益でしょう。先に、出されたチェリーパイについて「おいしそうだな&食べてもいいのだ」という状況認識と、「おいしいものが食べたい」という姿勢から「食べる」という行動が結果するとなりました。ここで、チェリーパイについて「食べるとおいしいだろうな」と把握することと、「おいしいものが食べたい」という姿勢は、対になって成立しています。ところで、チェリーパイが提供された状況で別の対が成り立つこともあります。例えば、「これを食べると太るぞ」という認識が、「太りたくない」という姿勢と対になって成立する場合があります。この対からは「食べない」という行動が結果するでしょう。

・状況に向かう姿勢と状況認識は対になって成立する

・複数の両立しない対が並存することがある

－状況認識 1:「おいしそうなチェリーパイが提供されている」

⇒ 姿勢 (欲求) 1:「食べたい」 → 食べる

－状況認識 2:「このチェリーパイを食べると、また太るぞ」

⇒ 姿勢 (欲求) 2:「太りたくない」 → 食べない

〈おいしいものが食べたいーこれはおいしそうだ〉という対と、〈太りたくないーこれを食べて太るぞ〉という対は、同時に私たちのうちに成立することがしばしばあります。そういう時に私たちは、〈食べたい〉と〈太りたくない〉の間で、さあどうしようと迷うのです。これが〈ジレンマ〉と呼ばれる、両立しない複数の対が立ち現れている状況に他なりません。

参考までに付け加えれば、古代ギリシアにおいて哲学者アリストテレスはこのような事態について「アクラシア (意志の弱さ)」という状態の説明をしています。あえて大胆にパラフレイズすると、人間はチェリーパイが出された状況で迷うのですが、多くは結局、目の前の快を求めるほうの対になびくのです。その時〈おいしいものが食べたいーこれはおいしそうだ〉という対が活性化して前面に出、〈太りたくないーこれを食べて太るぞ〉という対は背景に退き、その結果「食べる」という選択がなされてしまいます (そして、食べてしまったから、後者の対が活性化して「しまった、食べるんじゃなかった」後悔するのです)。

医療者が医療というケアに臨んでいる場合にも、しばしばジレンマ、つまり複数の対が並存していて、それらが両立しない事態が起きます。「患者さんにとって最善になることをしよう」という姿勢と、「この方にはAという治療をするのが最善だ」という認識が対になっているとします。加えて、当の患者は「Aなんて嫌だ」と否定的だとも認識しているとします。この認識は「相手の意思や気持ちを尊重しよう」というような姿勢と対になっていますね。そうすると、前者の対からはAをするという選択が、しかし後者の対からはAをしないという選択が結果するわけで、さあ、どうしようということになるのです。ここで、アリストテレスがいうところのアクラシア状態になってしまわずに、また、どちらの対を優先するといった割り切った考えにもならず、どちらの姿勢もできるだけ保つような解決がないかと考えるのが、以下で提示しようとしている臨床倫理の検討です。

●以下で考える順序●

以上のような考え方で、臨床倫理の営みを順序よく解説していこうと思っております。そこで、第一に、「ケアに臨む医療者の姿勢」を確認します。どういう姿勢で医療というケアに臨むかということです。ここでは「倫理原則」としてよく言及されるこ

とが、社会の仕組みになったケアに従事する者が、そのような活動をするということから当然帰結する姿勢の表現に他ならないことを理解することになるでしょう。そのようにして、医療者の姿勢＝倫理原則と理解することによって、倫理原則を自分たちを束縛するものとしてではなく、自分たちのしようとしていることを共通の言葉で表現したものとして受け止め、自分たちが医療をしようとしている、そのことを支えるものと分って、自由になっていただきたいと思います。

第二に、「意思決定プロセス」について理解します。これは臨床倫理という営みの要となる場だからです。そして、一般に、医療者としての姿勢で、患者・家族とコミュニケーションのプロセスを通して、意思決定を進めようという時に、どのようにそのプロセスを把握したら、医療者としての姿勢に相応しいかを確認します。

第三は「ケースのナラティブと解釈」ですが、ここでは医療者が直面しているケースをどう把握するか、患者・家族の意向や振舞いをどう理解するかということを考えます。つまり、ここでは臨床倫理という営みに際して、医療者が適切に状況把握をするためにどうするかが問題になります。ここでは、提案している臨床倫理検討シートを使ったやり方を解説します。

最後に、「さまざまな問題／ジレンマ」ということで、医療者の姿勢と状況認識の対が複数あり、両立しない状況（＝倫理原則内部および複数の倫理原則間のジレンマ）に臨んでどうするかについて一般的なことをみておきます。ここでは、医療者の姿勢をより具体化して整理するということも含め、皆さんが臨床現場で考える際の助けとなる事項を提示もします。

1. ケアに臨む医療者の姿勢

さて、倫理ということを理解するために、まず医療や介護の現場に限らない一般論を考えることから始めます。医療現場から離れて、医師や看護師という職から離れて、一個の人間として人間社会の中で暮らしている場合のことです。その上で、医療者が臨床現場に臨んでいる際の倫理の特徴に進みます。

1-1 社会人として：《同》の倫理と《異》の倫理

まず、私たちの社会の中で、人々とかかわりながら生活している際に、私たちは、どういう姿勢でいなければならないと、あるいはどういう振舞いをしなければならない・してはならないと考えているだろうか、ということ省みてみましょう。そうすると、倫理には二つの流れがあるように思われます。二つの流れといたしましたが、どちらを選ぶかという話しではなくて、倫理についての二つの流れが私たちの中に両方あるのです。

◆他者危害禁止と他者援助奨励◆

私たちは誰でもできるだけ自由でありたいと思うし、皆自由であるべきだと思っています。しかし、同時に、無制限に自由なのではないとも思っています。では、どのように個々人の自由には歯止めがかかるのでしょうか。

他者危害禁止 すぐ思いつくのは「人さまの迷惑になるようなことをしてはいけない」、「他人の害になるようなことはするな」という規制ではないでしょうか。私たちはそのように躰けられて育ってきましたし、社会の中にこのような人々の共通理解があって、人々に有形無形の制限をかけていることは事実です。実際、私たちの刑法は、殺人、強盗、盗みというような、他人への加害を、刑罰をもって禁じています。また、このように司法が介入するような程度まで行かなくても、「他人に迷惑になるようなことはしてはいけない」という規制が活着ていることは、それに反した人がいると、周囲の人に非難する思いが起き、それが当人への圧力となること、ないし、当人は自分の行為に対する周囲からの非難を感じ、自己規制する（しない人も中にはいますが）ように働くことから分るでしょう。このような私たちの間に存在する規制を堅い言葉で表現したものが「他者危害の禁止」です。

ただし、他者危害の禁止は、厳密にいかなる害・迷惑を他人にかけてはいけない

ということではありません。実際、私たちは他人に害を全く及ぼすことなく生活することはできないでしょう。例えば、マンションなどにおいて生活騒音は相当うるさく感じられるかもしれませんが、それを全く出さないように生活することは不可能です。そこで私たちは、「他者危害禁止」を絶対的に解するわけではなく、「お互い様」という許容範囲をつけて解しています。共同で生きている以上、ある程度の影響はお互いに及ぼすのは仕方ない、というわけですね。では、どの程度まで許容するかということは、まさに文化に相対的です。例えば、現在、私たちの社会は電車の中で携帯電話をかけることを、周囲の人に迷惑になるとして、禁止していますが、やがてかまわないということになるかもしれません。また、ピアノを練習する音がうるさいといったことは、時にご近所同士の争いのもととなりますが、これも話し合っ、どこまで許容するかについて折り合いをつけるのがよいだろうと私たちは考えてます。

要するに、私たちの社会においては、できる限り共に自由であるようにしつつ、害の及ぼし方が「お互い様」だと認められ、かつ、生活のために、また各自の自己実現のために必要な限りにおいて、それを互いに許容するというような線を出しているわけです。

他者援助奨励 では、社会の中にある、自由に歯止めをかける規制は、「他者危害禁止」だけでしょか。これだけだという論者もいるのですが、私はもう一つ、「援助を必要とする者への応答の奨励」を挙げたいのです。つまり、「困っている人がいたら、助けましょう」「お互いに助け合いながら生活しましょう」といった表現で語られるものです。ここではこれを「他者援助の奨励」と呼んでおきます。

これについて、「奨励」としたが、これはこのような姿勢・生き方を勧める力が、「他者危害禁止」における「禁止」の力よりも緩やかであるからです。例えば、困っている他者を見て援助する人は、賞賛されます。しかし、一般に、援助しないからといって直ちに非難されるわけではありません。皆さんは、困っている人を見ると、「誰かが助ける必要がある」と思い、「他の誰かが助けてくれるか、それとも自分がやらないとならないか」と周囲を見回し、自らが応答する者となるかどうかを見極めようとする（そして、誰かが助けに乗り出すと、「ああ、よかった」と思って、関心を他に移す）、といったことをなさっていませんか。このような私たちの受け取り方、振舞い方からして、他者危害禁止は社会的強制力が伴う〈指令〉であるのに対し、他者援助はより緩い力しか通常伴わない〈奨励〉だと区別したわけですね。

他者援助の奨励に伴う「緩い力」の程度は、人間同士の関係の程度に応じて、強くなったり弱くなったりします。近い関係にある者たちの間では、奨励する力は相当強くなります。例えば、助けを必要とする家族を助けようとしなない人には、しばしば社会的非難が向けられます。親友が困っているのに、助けようとしなないと「友達がいがない」などと、周囲から言われたりしますね。さらには、崖のきわに独り

「家族」と呼ばれるような親密な人間の間柄で特徴的に現れています。「あなたと私は一緒に生き、一緒に活動し、一緒にいる」という時の《一緒》と言い換えることもできます（例「お母さんと一緒！」）。一緒に生きているということは支え合ってるわけです。

そのような間柄においては、ケアをし合うということは基本的です。相手が弱っていたら、何か助けが必要だったらすぐ助けようとします。お母さんは自分の産んだ赤ちゃんを自然にケアします。「ケアしなければなりません」などと言われてしているわけではありません——普通は。相手と自分是一緒です。ここでは“give and take”ではありません。お母さんは自分の子供のために、自分の命を犠牲にすることもあります。家族の中の一員が病気で倒れたとなると、ほかの家族が自分たちの生活、自分たちの楽しみ、そういうものを犠牲にしても一生懸命その倒れた人、弱くなった人を支えようとすることもあります。それが自然に動いているようなそういう生活というか、そういう人間関係があります。こういう「あなたと私は一緒」という間柄においては、自分と違う価値観を相手が持っているなどということは想像もしないというようなことでもあります。

これはマイナスの面にもなります。助け合って、支え合っていますから、そういう意味では美しい人間関係に見えますが、ちょっと間違うと、あるいは間違わなくても、どうしても「おせっかい」になりがちです。つまり、「相手にとって何が好いかということ私には分っている」と考えるのです（なにしろ私と相手とは《同じ》だということが基本になっていますから）。すると、それをしてあげたくてしまうのです（相手にとって好いように行動するというパターンが身についていますから）。そこで、相手に良かれと思って一方的にやってしまうことになります。つまり、「おせっかい」で、「干渉がましい」ことになりがちです。

また、今の話と連関して、皆一緒だという意識がありますので、「違う」ということになったときに、それを排除する傾向もあります。例えば、親子関係で、（昔の話ですが—今ではそういうことはあまり有効じゃないです）、放蕩息子を「勘当だ」とか言って切り捨てます。あるいは村落共同体で、助け合って生きてる中で、異分子が出てくると、村八分ということで、コミュニティーの一緒に助け合って生きている輪から排除するということになります。《異》ということ許せないところがあるわけです。

以上のようなダークサイド（暗い面）を伴っているのではあるけれども、明るい面に目をとめれば、一緒に生きる仲間同士として助け合って生きていこうという、美しい倫理が、《同》の倫理です。

例えば、ある患者さんが入院したとします。立派な家族がいるのにあまり患者さんのケアをしようとしない、病院に尋ねて来ようとしない、ということがあると、「家族なのに冷たいな」とか、「何かこれまでに確執があったのかな」とか、私たち

I 臨床倫理エッセンシャル

は思うのではないでしょうか。それは、家族だったら助け合うのが普通だろう（標準だ）と、つまり同の倫理が活性化しているはずだと、私たちは普通考えているからです。

さて、《同》倫理の起源を想像してみますと、これは人間の歴史をずっと遡って、まだ小さい群ごとに生活していた時代に始まると思われまます。非常にプリミティブな原始的な生活を考えてみてください。個々の群の成員は、生きぬくために一体となって行動しなければなりません。互いに支え合い、助け合っていないと生きぬけません。そこで一緒に生き、チームワークにより行動していたわけですが、その際には、皆が同じ思いであることが前提になっていました。群の中で生まれた子をケアすることは人が人といえるような存在になった当初から、いやそれ以前から続いていたでしょう。老いたり、病になったりして、助けを必要とするようになった成員をケアする活動がいつ始まったかは分かりませんが、どこかで始まったには違いないのです。そういう群の成員の行動様式が、同の倫理の起源であると言えるでしょう。ですから、同の倫理は親しい間柄ではごく自然に実践されるわけで、ことさら明示的なルールにして「こう行動しなくては」と確認しなくてもよいわけです。また、行動以前に、相手への姿勢とか思いなどを含んで、人間のあらゆる意味で自然なあり方となっているのです。

◆ 《異》の倫理：互いに独立した、疎遠な人間の間の倫理◆

- ・相手と私は異なる／平和的共存をめざす／自由
- ・“Live and let live”（人それぞれ：自ら生き、他者の生を妨げない）
- ・相互不干渉／公共的価値観と対立しない限り、個人の価値観に基づく選択を尊重
- ・フェアな競争／give and take → [－] 冷淡、無関心、打算
- *一般倫理：「他者危害の禁止」という指令
- ・ルールを立てて、それを守るという考え方

他方、他者危害禁止の背景にあるのは、「《異》の倫理」と私が呼ぶものです。これは「相手と自分は違う・異なっている」ということが前提になっています。相手と自分は互いに別々の独立した人間であり、利害が衝突することもあるでしょう。私には私の持ち物、私の領分、私の世界がある。あなたにはあなたの持ち物、あなたの領域がある。私はあなたの領域に干渉しないから、その代り、私の領域にあなたは干渉してくれるな、お互いに干渉しないで、それぞれ自分の道を歩みましょう、というわけです。「他者危害禁止の原則」と呼ばれるのは、「人間は何をするのも自由だが、他者に危害を加えることだけは禁止される」という倫理的な規制でしたが、

これもつまるところは互いに相手の領域に干渉しないという考えに他なりません。

英語に、“Live and let live” という表現がありますが、これは異の倫理をうまく表現しているなどと思います。“live”というのは、自分は生きるということ、自分なりに生きなさいということ。“let live”は、他の人が生きるのを妨げないということ、他の人がその人なりに生きるがままにしておきなさい、ということです。「人それぞれ」というような訳語が出ているのを見たことがあります、自分も生きるよ、でも同じように相手も生きている。だから、自分も自由に生きる代りに、相手も自由に生きるのを妨げちゃいけないよ、というようなことになるでしょう。

つまり、このような関係においては、お互いに不干渉である、干渉しないということが建て前になります。例えば、医療においてもそうですが、自己決定ということがあります。自律を尊重するといいます。みんなそれぞれ違う価値観を持って、自分で自分の道を歩いていく。それぞれが主権をもっている領域（私の持ち物、私の人生）に、他者が侵入してはいけない。で、私の身体もまた私のものなのだから、わたしのことはわたしが決める。だから、医師といえども、私の身体に加える治療について勝手に決めないでほしい、ということにもなります。これは、皆それぞれ異なっているということの基本にする倫理なのです。

《異》の倫理にもマイナス面（ダークサイド）があります。それは、相互不干渉ということから、人々の間で、冷淡、よそよそしい、無関心といった姿勢をもたらします。また、**give and take** は、損得づく（「世智辛い世になったもんだなあ」）、形式的、疑い（ぼーっとしていると騙されるかも、と疑心）といった態度をもたらしています。

《異》の倫理の起源は、異なる群れ同士が平和共存していくために創られたルールにあると想像されます。ここでも原初的な人間の群を想像してみてください。そういう一つの群れが別の群れと出会うことがあります。そうすると、縄張り争いになることがあるでしょう。自分たちの食物を得る領域を確保し、あるいは拡大使用として衝突するわけです。しかし、やがてそのように食うか食われるかの争いをしていく状態から、何とか他の群れとも平和共存していこうという志向になったと思われま（現在の社会から遡って考えるとどのような経過を辿ってかはともかくそうやってきたわけです）。で、異なる群れ同士がどうやったら平和共存できるかというところで出た知恵が、それぞれの支配する領域を決めて、お互いに相手の領域には干渉しないというルールだったのです。こういう考え方が、群対群の関係だけではなく、個人対個人の間においてもなされるようになった結果、「各自は何をするのも自由だが、他者の領域に侵入してはいけない（すなわち危害を加えてはいけない等々）」ということになったのでしょうか。そういうような歴史を想像してみると、納得できるのではないのでしょうか。

◆全ての人間関係における二つの倫理の並存とバランス◆

- ・ 同の倫理と異の倫理は、現在ではすべての人間関係において並存しており、二つの間のバランスは人間関係のあり方に相対的である。
- ・ 社会のあり方も、二つの倫理のバランスをどうとるかにかかっている面がある。
- ・ 私たちは相手との人間関係の遠近を測りながら、二つの倫理のバランスを考えつつ、どう相手に対応していくかを選んでいる。

以上、《同》の倫理と《異》の倫理について説明しました。これらは人間同士の関係を基礎にして成り立ったものですが、よいところばかりではなく、マイナス面もありました。そのマイナス面は、これら二つの倫理がうまく並存すると、互いに補い合って好ましいあり方になれそうです。実際、私たちの社会には、この二つの倫理が並存しており、親しい者同士の中にも異の倫理が入り込み、個々人の相対的独立を認め、あるいは勝手な干渉や、異なる生き方の排除といったマイナス面を解消するように働いています。逆に、疎遠な人々の関係にも、同の倫理が広がって行き、社会全体としてある程度互いに助け合うような仕組みができ、また、遠い間柄でも助けを求める人に応じて支援するといったことがなされるようになってます。現在は、あらゆる人間関係の中で、この二つの倫理が、それぞれの人間関係に応じたバランスをとりながら、並存していると言えましょう。逆にいえば、私たちは相手との人間関係の遠近を測りながら、目下の場面で二つの倫理のバランスをどうとりながら対応して行こうかと考えているのです。

社会をどのようなあり方にしようかという時にも、二つの倫理の間のバランスの取り方で、いろいろな立場が成り立ちます。高福祉高負担の社会では、誰もが病気になるったり、高齢になっても、社会的に手厚いケアを受けられるようになっていて、安心して暮らせます。が、そのような福祉を充実させるために、個々人に大きな負担がかかります。異の倫理と相対的にいって同の倫理が強くはたらいてます。これに対して、低福祉低負担の社会では、個々人への負担を軽くする方向に傾いています。それは各人の自由を重んじ、各人から強制的に税金等を取ることをしない方向への傾きです。負担が少ないということは、福祉に使える財源が小さいということですから、低福祉にならざるをえません。同の倫理は相対的に弱いのです。

社会の中での通常の人間関係を考えますと、異の倫理が基本になってます。皆、自由に生きてよいが、ただし他人に危害を加えることだけはしてはいけない、という「他者危害禁止」原則は一般的な倫理として認められています。研究者によってはこれが唯一の倫理原則だという人もいるくらいです。しかし、私たちの中には、確かにこれだけではなく、同の倫理も実際にあります。異の倫理だけが活性化している社会を想像すると、それは冷たい社会だ、そんな世知辛い社会で生きたくないと

思うのがまあ普通でしょう。そう思うのは、もっと親しい人間関係もあり、そういう関係を実現するような同の倫理への希求が私たちの中にあるからこそだと思いません。

●臨床倫理のプロセスにおいて●

以下でより詳しく説明しますが、医療者と患者・家族の関係も人間関係ですから、そこでやはり二つの倫理が働いています。ここでは大雑把な言い方をしますが、医療者が、患者さんにとってできるだけ益になるようにと考えて、相手の最善になるようにしようという姿勢をとっておられる時、そこでは同の倫理が強く働いています。「報酬をもらっているのだから、依頼者のよいようにしよう」といったギブ・アンド・テイクの考え方（異の倫理に属する）も働いているかもしれませんが、それが支配的になってしまっておしまいだと一般には考えられています。他方、相手の最善になるようにといくら思っても、それを勝手にやってはいけないという自己規制もかかっていることでしょう。相手の領域には基本的に干渉・侵入しない、する時には相手の許諾を得てからだ、というのは異の倫理の考え方です。このように、医療・介護の活動をする際には、同の倫理と異の倫理が共に働いています。両者が調和的に働いていることも多いですが、時にこの二つの間で衝突が起こることもあります。……とまあ、このように問題を分析して考えることもできるでしょう。そうすると、同の倫理－異の倫理の並存とバランスという観点でこれからどうやっていこうかと考えることもできるでしょう。

1-2 ケア従事者として：臨床の倫理原則

前節で提示しました、二つの倫理の並存とバランスということを念頭に置いて、ここでは臨床現場における倫理をどう考えるかということの説明をします。医療の中で「倫理」というと「倫理原則」を連想する方も多いのではないのでしょうか。確かに、倫理原則について考えることが、臨床倫理の理解のために手っ取り早いでしょう。そこで、以下では、「何が倫理原則（のセット）か」ということを導出しながら、「倫理原則とはいかなる性格のものか」、「私たちは倫理原則をどのように位置づければ（使えば）よいか」といったことを併せ考えます。

◆臨床の倫理原則セットを見出す◆

まず、「何と何が倫理原則か」と、倫理原則のセットを考えるわけですが、それは、「医療は社会の仕組みになったケアである」ということから導出できます。そこで「ケアとは何であるか」ということから見て行きましょう。

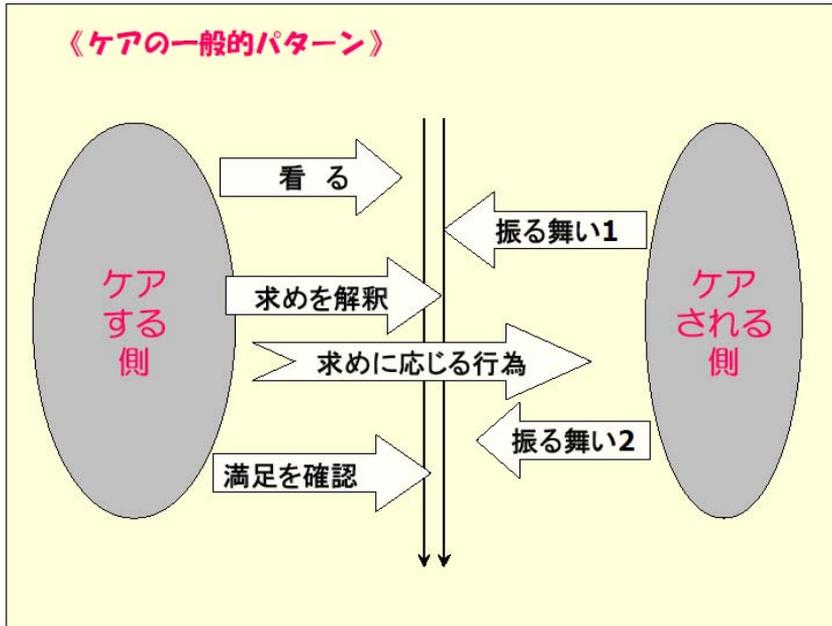
●ケアに共通の要素から●

- ・医療活動はケアの一種である。
- ・ケアは一般に別図に示されるようなパターンのプロセスを辿る活動である
- ・ここから、ケアに不可欠な要素として、①コミュニケーションのプロセスを辿る、と②相手の最善を目指す（必要を満たそうとする）、とが見出される。
- ・①と②はいずれも医療の倫理原則と呼ばれているものに含まれている（これだけではないが）。

さて、臨床の倫理がどのようにして構成されているかを説明しようと思います。まず、看護はもちろんケアの一種ですが、医療もまたケアには違いないということをもまずご理解ください。医師は医学の知識を基にして治療しますが、それは患者さんが何とかしてくれとやってき、それに対して患者さんがよりよくなるように助けようというので医学の知識を駆使して治療しているわけで、これもまたケアの一つのあり方です。スキンケアも、いわゆる「お肌の」ケアです。

では、《ケア》とは何かということですが、ここで私は「別図に示されるようなパターンのやりとりがケアだ」と考えてます。このパターンは「ケア」と呼ばれる全ての活動に共通のもので、このパターンについて以下で説明します、

〔見る〕 ケアする側はケアされる側をまっすぐと見てます。見守ってます。ケア



される側を例えば赤ちゃんとしましょう。赤ちゃんがにこにこしてるかぎりは、ケアするお母さんは「ああ、よしよし」と言いながら見えています。見守っているだけです。

〔振る舞い 1〕でも、時に赤ちゃんがむずかりだすとします。「むずかりだす」というのがこの図でいうケアされる側から発せられる「振る舞い」なのですが、ケアする側はこれを一つの信号・合図として受け止めます。ケアされる側が何かを求める合図をしかけている、とね。

〔求めを解釈〕そうすると、お母さんは考えますね——「おむつがぬれてるのかな？」それとも「おっぱいが飲みたい？」。つまり、何が求められているのかを解釈するわけです。

〔求めに応じる行為〕それで「ああ、おむつが濡れている」と状況を把握しますと、おむつを替えます。「おっぱい飲みたいんだろう」となれば、ミルクをあげます。

〔振る舞い 2〕そうすると、むずかっていた、あるいは泣いていた赤ちゃんが泣きやんでにこにこしだし、あるいはすやすやと寝入ります。

〔満足を確認〕お母さんはそれを見て、「ああ、これでいいんだな」と、ケアされる側がケアによって満足したということを確認します。

〔見る〕以上で、赤ちゃんの合図によって始まった一連のパターンが終って、お母さんは再び、「見守り」の態勢に入るわけです。

I 臨床倫理エッセンシャル

このようにして、ケアされる側からの合図があればこういう一連のパターンを辿るぞというスタンスで見る態勢をとっている時、「ケアしている」ということが成り立ちます。

看護師が夜中に病棟を巡回している場合も同様ですね。何もなければ見るということをしているだけです。ある患者さんのところでバイタルが変な値を示していたというのも一つの信号ですし、別の患者さんが、回ってきた看護師に向かって「今日は眠れないんだけど、何かちょっとこの辺が痛くて」などと訴えるのも一つの助けを求める合図です。それに対して、看護師はバイタルを見て、あるいは患者さんの言葉に応じて、「さあ、この方にどうして差し上げたら良いだろう」と、この患者さんにとっての最善、この患者さんの必要を考え、対応する活動をします。その結果、バイタルが正常に戻るとか、患者さんが「ああ、これで眠れるわ。だいぶ楽になった。ありがとう」と満足を表明したということになると、看護師は「ああ、これでオーケーだな」と、見る（見守る）態勢に戻るわけです。——と、こんな具体的に、ケアというものは、こういうパターンで進んでいくものなのです。

こうして見ると、このパターンからケアに不可欠な要素が見出されます。一つは、「コミュニケーションのプロセスを通して進める」ということです。つまり、ケアする側とされる側の双方向のやりとりによって進行するわけで、一方的ではありません。もう一つは、「相手にとってもっとも良いことを考えて行う」ことです。相手が「あれしてくれ、これしてくれ」と要求された通りに、はいはいと、王様に仕える奴隷のようにやるのがケアなのではありません。そうではなく、相手の求めを受けて、ケアする側は「この人には何が大事か、何が必要か」ということを主体的に判断した上で、それをするわけです。

以上で、ケアがケアであるためにはこういう要素が必要だというものを二つ挙げましたが、この二つは、後で出てきますが、これが倫理原則だと言われているものに含まれています。つまり、倫理原則の少なくとも一部は、ケアがケアであるために必要な要素を指摘するものなのです。ですから、医療従事者が医療あるいは看護というケアをしようとして、そういう活動にコミットしている時に、その医療者のうちに倫理原則はすでに生きて働いていることになります。倫理原則は外から医療者たちに「これをせよ、あれはするな」と天下ってきて押し付けられるものではありません。そうではなく、医療にせよ、看護にせよ、介護にせよ、ケアをケアとしてしている人のうちに見出されるものなのです。

●ケアの〈社会化〉により加わったこと●

- ・医療システムは社会化したケアの仕組みである
- ・社会が同と異という二重の人間関係を反映したあり方をしてい →
 社会化したケアの倫理も同の倫理と異の倫理を合わせ含んでいる。
 - ・同：《支え合う》関係 → ケアを社会として行う
 - ・異：《相互に独立した》関係 → 個々人の意思を尊重
 - ・同と異のバランス → 医療行為は社会的視点から見ても適切であるように
- ・臨床の倫理原則：
 - ・P1 人間として尊重：相互不干渉（異） — ケアの態度（同）
 - ・P2 相手の最善：個人の価値観（異） — 公共的（共同の）価値観（同）
 - ・P3 社会的視点での適切さ：他者危害の排除（異）—社会的援助の充実（同）

以上は、ケア一般に共通の点でした。次に医療や介護に限定して考えます。これは社会の仕組みになっています。社会のシステムに組み込まれているものです。つまり、社会として医療というシステムを造り、運営しているわけです。医療保険があり、それから諸医療機関はそれなりの基準を満たしているかどうかを、行政によってチェックされ、認可され、医師や看護師をはじめとしてそこで働く人たちは、医療に携わる資格を得てはじめて医療活動ができるのです。このように、医療というケア、看護というケアは、社会の仕組みの中に組み込まれたものですから、そのことに伴って、ケア一般がケアであることに由来してもつ倫理的なものに加えて、ケアが以上のような意味で社会化したことに伴って入ってくる倫理的なものがあるのです。そして、社会自体に、先ほど言いましたように、同の倫理と異の倫理がバランスをとりつつ並存していますから、それが臨床の倫理に入ってくることになります。

お母さんは赤ちゃんに対して好いと思ったら躊躇うことなくすぐ実行するかもしれませんが（この場合は同の倫理だけが活性化してます）、医療や介護においてはそうはいきません。医療者が、これは患者さんにとって好いと思ったとしても、それを実施するにはまず患者さんのオーケーを取らなければなりません（異の倫理が同の倫理とならんで活性化します）。というのは、医療が社会の仕組みになったケアからです。また、社会の中で公的になされているケアなので、今向き合っている患者さんだけのことを考えていればよいというわけにはいかず、ほかの人のこと、社会全体も視野に入れながら、果たして他の人に対して不公平にならないだろうか、また、この方にこれだけ医療資源を投入したら皆の負担が増えるけれども、それでもやるべき理由があるだろうか等々と、考えながらやらなければならなくなります。

以上をまとめますと、臨床の倫理には、ケアであるということに伴って現れた要

I 臨床倫理エッセンシャル

素と、単に私的なケアではなく、社会の仕組みになったケアであるということに伴って生じてくる要素と、二つの起源から倫理原則が成り立っていることとなります。

さて、このようにして構成されている倫理原則のセットは次の3つを含むと考えるのが妥当でしょう。

【P1: 相手を人間として尊重する】 これはケア一般に不可欠の要素である（ということは同の倫理に属しますが）「コミュニケーションのプロセスを通して進める」ということ、同の倫理に由来する「ケア的態度で相手に接する」ということと、異の倫理に由来する「相手の自律を尊重する（意思を尊重する）」ことを併せ含む原則です。

【P2: 相手にできる限り大きな益をもたらすことを目指す】 これはケア一般に不可欠の要素である、「相手にとって好いように」ということを柱とします。ここで、ある人にとっての最善をどう判断するかについて、同の倫理では私と相手が共通の価値観を持つ（ようになる）ことを期待し、同じ価値観のもとで何が良いかについて共通理解が持てるとみます。が、異の倫理では、各々が各々にとっての最善についての最良の判断者であるとみます。医療者と患者・家族の間柄の遠近に応じて、最善について異の倫理に傾く判断をするか、同の倫理に傾く判断をするかが、変るのです。

【P3: 社会的視点でも適切であるようにする（正義を保つ）】 医療が社会的な仕組みとなったものであることにより、社会的視点から個々の医療行為をチェックするというポイントが生じました。異の倫理の柱である「他者危害の禁止」と連関して、今選択しようとしている医療方針が、第三者に害を与えないか、また不公平をもたらさないか、と「適切かどうか」を吟味します。また、社会の中での同の倫理に連関して、社会が個々人のよい生のために用意している社会資源や、個々の医療機関内だけでなく、社会全体を見渡して、医療が提供し得る資源を把握し、それらの中に目下の患者・家族に提供できるものがないかどうかを吟味します。さらには、社会の医療体制自体が適切かどうかという吟味になることもあるでしょう。

これらの倫理原則が含んでいることについては、次により詳しく見ることにします。

◆臨床の倫理原則＝社会化したケアに携わる者の姿勢／行動原則◆

・P1: 相手を人間として 尊重する

人間：理性的・相互に独立（自律）& 非理性的（情・気持）・相互に支え合う
→ コミュニケーション／意思・気持・存在を尊重する

・P2: 相手にできる限り大きな益をもたらすことを目指す。

与益&不加害 相対的に評価する

・P3: 社会的視点でも適切であるように（正義）

医療（ヘルスケア）活動を、社会全体の中においてみる

第3者を考慮に入れる／社会的資源に目を配る／社会のあり方もチェック

まず、ここで提案しています3原則のセットは、現在医学系の諸分野で流布している4倫理原則のセットにほぼ対応していますが、全く同じではありません。人間をどう見るか、ケアという行為ないし関係をどう理解するか、（さらにもしかすると医療がもたらす益と害をどう見るかといったことについても）微妙な違いがあります。

はじめに対応関係をまとめて次に示しておきます。

- ・P1: 相手を人間として尊重 ⇔ ①自律尊重(respect for autonomy) + 気持ち・存在を尊重、ケア的態度
- ・P2: 与益（相手の益になるように）⇔ ②与益(beneficence)+③無加害(non-maleficence) +相対的解釈
- ・P3: 社会的視点での適切さ ⇔ ④正義(justice)・公平

これらについて以下、若干の説明をします。まず、これらの中で最も問題なのは、P1（人間尊重）と①（自律尊重）の違いです。

●人間尊重（⇔自律尊重）●

- ・根源的な原則としての人間尊重原則：相手を人間として尊重する
- ・自律尊重は、近代的人間像 —人間は他者から独立した、自由で理性的であるはずの存在者— に基づく人間尊重原則の一解釈
- ・より現実的で現代的な人間像 —人間は他者から独立した自由な存在者で理性的な面を持つ。同時に、他者と支え合う必要があり、非理性的な諸要素も備えた存在者— に基づく人間尊重原則に立ち帰るべきである。
- ・ケア場面では、互いに支え合う人間への眼差しが不可欠 → 自律尊重だけを強調して、相手の最善を思い遣る医療者の心を矯めてはならない

I 臨床倫理エッセンシャル

医療の現場で倫理といいますと、必ずといっていいほど、「自律」ということが出てきます。自律尊重というのは、相手が自分で自分の道を選択し、自分が決めた道に行くことを尊重するというので、私は決してそれを否定していません。「人間として尊重する」の中には、確かに「自律を尊重する」ということも含まれます。しかし、理性的に自分で自分の道を選ぶ、また他者に依存しないで独立して自分の道に行くという性格だけが人間のすべてではありません。互いに支え合わなければ生きて行けないということ、また、ただ理性が働くだけではなく、感情もあるのです。「血も涙もある」のが人間です。ですから、その「血も涙も」というところも人間理解に入れないとバランスを欠きます。

例えば、患者さんに「理屈はこうだから、かくしたほうがよい」と言っても、患者さんのほうが「理屈はそうかもしれないけど、私はとても今そんな気持ちになれません」などと、感情で動くことはいくらでもあります。そういう患者さんを尊重するのは、ただ相手の「私はこうすることを決めました、こうしてください」というような意思を尊重するだけではなく、気持ちを尊重するということが必要です。

例えば、認知症のため、こうしたい、ああしたいと、自分のことが選べなくなっているけれど、でもまだ気持ちはある、ということがあります。嬉しいこと、悲しいこと、嫌なことがあります。「そんな点滴なんか嫌だ」とか、管を鼻から入れられて「もう嫌。抜きたい」とか、そういう気持ちも大事にして尊重しなければ、人間を人間として尊重したことにはなりません。

そういうことは、しかし、「自律を尊重する」というだけでは尽くせません。相手の意思や気持ちを尊重する、あるいはそこに意識不明でただ横になって人工呼吸器でいかされているという方もおられるでしょう。ここに存在している方をどう尊重するのか——こういうことも含めて「人間として尊重する」ということをご理解いただきたいのです。

別の面から言いますと、「人間尊重」は、ただ異の倫理の枠内で、他者の領域への不干渉に基づく「自律尊重」として解釈されるばかりではなく、また、同の倫理の下で、「ケア的態度」としても解されないでバランスを欠きます。つまり、自律尊重だけではケア的な態度を表せないのです。医療者が実践しているケアは、決して現に自律した人間ばかりを相手にしてるわけではなく、認知症で自分で自分の道を選べなくなってる方を相手にすることもあり、あるいは、日頃は自分で自分の道を選びつつ、ばりばり仕事をしている方だって、厳しい病気があると言われてパニック状態になって、やたら皆さん看護師に当たり散らすというようなことになっている人もおられるかもしれません。そういう方たちを、人間として尊重するというのはどういうことか。あるいは、そういう方たちに対してケアという態度で接するとい

うことはどういうことか。そこまで入れて、医療者の接する相手に対する姿勢を、「人間として尊重する」と表現しているのです。

なお、「相手を人間として尊重する」ということも、同の倫理が強い状況と、異の倫理が強い状況とでは、中身が違ってきます。医療側が、ある患者さんにとってこれが最善だということを勧めていましたが、患者はそれを嫌だといって、別の選択肢（医療者はあまり好いとは思わない）をぜひやりたいと希望したということは、よくあることです。コミュニケーションを続けても合意に達しない場合に、医療側としてはやむをえず患者さんのおっしゃることを認めるということがあります。こういう時には、医療側は患者の意思を尊重しているのですが、患者の意思だから仕方ないとも言うような内容で、許容しているわけです。ここでは異の倫理に則った解決の仕方をとったことになります。

それに対して、同じ尊重でも、同の倫理が働いている場合のケア的態度だと、例えば次のようなことになるでしょう。ある壮年の男性が厳しい状態で死に直面しているとします。最後の望みで「海を見に行きたい」と希望しています。それを聞いた妻は「お父さんの最後の願いだから何とかかなえてあげたい」と応じました。——確かに今この状態で海を見に連れて行くのはそれなりのリスクがあるでしょう。でも、そういうリスクがあっても、この人の今生の思い出とか、今日1日の生きがいとか、希望とかを考えたら、「いろいろリスクがあり、急変の怖れもあるけれども、この方の生活の充実のためにやりましょう」ということになるかもしれません。とにかく、ここで「この人の希望を叶えてあげたい」と応じる時、同じ「意思尊重」ですが、遠い間柄での異の倫理による対応の場合と、近い関係での同の倫理に基づく対応とでは、大分感じが違うわけです。

家族は当事者 意思決定等に際して、医療者が応対する当事者は第一に患者であることには違いありません。しかし、家族もまた当事者です。ことに患者の疾患が重篤であるような場合に、家族は当事者となります。というのも、患者の罹患と療養が家族の人生に大きな影響を与えるからですし、また、家族は患者の療養を支援・ケアする立場にもあるからです。そのような場合には患者の意思や気持ちと並んで、家族の意思や気持ちも尊重することが求められます。P1（相手を人間として尊重する）における「相手」とは患者だけを指しているのではなく、家族をも指しています。

●与益原則の相対的理解●

- ・ここでいう〈与益〉は、狭義の与益と無加害を併せ含む
- ・益と害を相対化して考える：できるだけ益になるように・害にならないように
- ・益と害を併せ持つ選択肢の中でどれを最善とするかは、相応性(proportionality)原則によって検討

*Proportionality 原則とは、

- ・すべての選択肢について、メリット・デメリット（リスク）を枚挙して、どれが相対的に良いかを比較する
- ・是非達成したいターゲット（=益）が決まっているときには、それを達成できる選択肢のうちで、害が一番少ないものを選ぶ
- ・エビデンスに基づく一般的アセスメントから、個別の事情を考慮した個別化へ（「医学的妥当性・適切性」＋患者の生活という観点→患者の最善）

倫理原則の第二は、与益原則(beneficence)です。ただ、ここでは上述の米国から入ってきて流布している4倫理原則のうち、与益（相手の益になるように: beneficence）と無加害（害にならないように: non-maleficence）を併せ含んで理解しています。与益と無加害を二つの互いに独立の原則として捉えるのではなく、一つの原則の二つの面として捉えるわけです。与益と無加害を一つの原則の二つの面として考えますから、治療方針の決定に際しては、候補となるすべての選択肢のそれぞれについて見込まれる良い効果と悪い効果を枚挙したうえで、それらの間を比較して、どれが一番良いか（あるいはどれが一番「まし」か）と相対的な評価をすることになります（=proportionality 原則）。

つまり、例えばある抗癌剤を投与すると、癌を叩く効果があり、それが患者の延命につながるという益があるとします。しかし、同時にいろいろな副作用も伴っていて、患者は投与している間つらいことがいろいろあるだろうと、害をもたらすことが予測されます。ここで、与益と無加害を相互に独立の二つの原則と看做しますと、この抗癌剤を投与することは、与益原則に適った結果をもたらしますが、同時に無加害原則には反する結果をもたらします。さあ、これをどう考えようかということが直ちに問題になります。これに対して、与益原則を、与益と無加害の双方を併せ含むものと捉えますと、抗癌剤がもたらす益と害を併せて、他の選択肢（当の抗癌剤投与をしないという選択肢も含む）と比較考量します。ですから、害があるというだけで無加害原則に反するといったことにはなりません。通常、どの選択肢にも益と共に害もあるわけで、総合的に見てどれがより有益かが問題なのです。

このようなことで、これは与益という倫理原則の相対主義的解釈であり、〈相対化した与益〉論ということになります。なお、ここで諸選択肢間の比較検討に際しては、評価の物差しが必要になります。「どちらが良いか」ということを測らなければ

ならないわけですから。医療や介護は、何度も申しましたように社会の仕組みとなったケアですから、社会的に認められている価値評価にしたがって、評価をするべきであって、医療等従事者の個人的な尺度で勝手に考えてよいというわけではなりません。もちろん、社会的に認められている価値評価の尺度、つまり《公共的価値観》は、一般市民の大方が共通にもっているものですから、通常、医療者の個人的価値観とそう懸け離れたものではなく、大体一致します——「元気で長生きするのがよい」というような、ごく普通の考えが中心になります。もちろんそうした公共的価値観に基づけば、いつでも「こちらの選択肢がベストだ」というような判断ができるとは限りません。例えば「これについては、患者本人がどちらを好むかによって決まる」というような判断になることもあります。この場合、「このような場合は、本人次第だ」という判断自体が公共的価値観に基づいてなされるわけです（この点について、より詳しくは後述）。

もう一点付け加えます。先に同の倫理—異の倫理ということを説明しましたが、何をもって良い（益）とするかということにも、この二つの倫理は関係します。割と遠い関係ですと、「何が好いか悪いかは患者さん本人が決める」などと、あっさり言います。つまり、本人の価値観に基づく判断に委ねるということで、悪くいえば「突き放す」傾向にあります。ところが近い関係ではそうは行きません。「私とあなたとは同じ思いになれるはずだ」と思って、相手と自分とが意見が近づいていって合意に達することを目指して、話し合い、コミュニケーションを続けるわけですね。ですから《共同の価値観》に立って合意できると期待して話し合いに臨むのです。

最後に、どれが最善かについての検討は、医療においては医学的な検討を経た、エビデンスに基づくものが出発点になるには違いませんが、これがすべてではありません。この限りでは、最善の判断は一般論——「かくかくのタイプの病状であるから、しかじかの治療が一般にいちばん良い結果となる」といった——にとどまるからです。ですから、ここからさらに患者（および家族）の個人的事情や考えを考慮にいった、最善についての個別化した判断へと進む必要があります。

●社会的視点での適切さ●

第三原則は、医療者が自らの医療（ヘルスケア）活動を、ただ当事者である患者・家族と医療者自らという二項関係においてのみ見るのではなく、同時に社会全体の中において見て、適切かどうかをチェックするということを求めるものです。例えば、患者にもたらされるであろう益と、社会ないし第三者が被るかもしれない害の双方を考え合わせ、両者のバランスをとる必要があります（不平等・不公平の排除）。例えば、ある薬の量が限られている状況で、その薬を必要とする患者が大量に発生した時、その薬をどう分配するか、というようなことがあります。あるいは、本人の益になる見込みがないような（つまり、無益な）治療を本人の希望だからといって

I 臨床倫理エッセンシャル

実施すると、「費用を、皆の負担で賄っている医療保険から支出するのはおかしい」という批判がされるかもしれません。こういうことをどう考えるかです。

バランスのとり方は、私たちがどのような社会を選ぶかに相対的です。例えば、「無益」な治療を公的な医療資源を使って実施するのはおかしい、ということが社会的に認められたとします。では、「無益かどうか」はどのような基準で判断したらよいのでしょうか。こうしたことは、私たちの社会は、個人についてどこまでサポートすることにしているか（言い換えれば、私たしはこうしたことについてどう対応する社会を選んでいるか）にかかっているのです。

●倫理原則の性格：行為志向か姿勢志向か●

以上、三つの原則について簡単に説明しましたので、倫理原則について最後に、これはどういう性格のものだろうか、ということについて説明します。これについては、倫理原則は、決して医療者の行動を縛って窮屈な思いをさせるようなものではない、ということ強調したいと思います。これらは外から医療者に対して、「これらを守らないとだめだ」として押し付けられたものでは決してありません。そうではなく、医療者が社会の仕組みになった医療というケアにコミットした時に、自ら選んだもので、いわば自らの行動原則に他ならないのです。

現在、日本の医療現場では倫理原則を個別事例に適用して、どうすべきかと個々の行動を選ぶ際の法律のように扱う、「律法主義的」傾向が強いと私は感じてます。確かに遠い間柄の倫理にはそのような傾向がありますが、親しい間柄の倫理はむしろ相手に向き合った私たちの姿勢に関わるもので、「かく行動しなさい」と言われて従うものではなく、自ら進んで選んだものです。また、どのように行動したかというより、どのような姿勢で状況に向かっているかが、倫理的視点からはもっとも肝要なポイントであることになります。

2 意思決定のプロセス

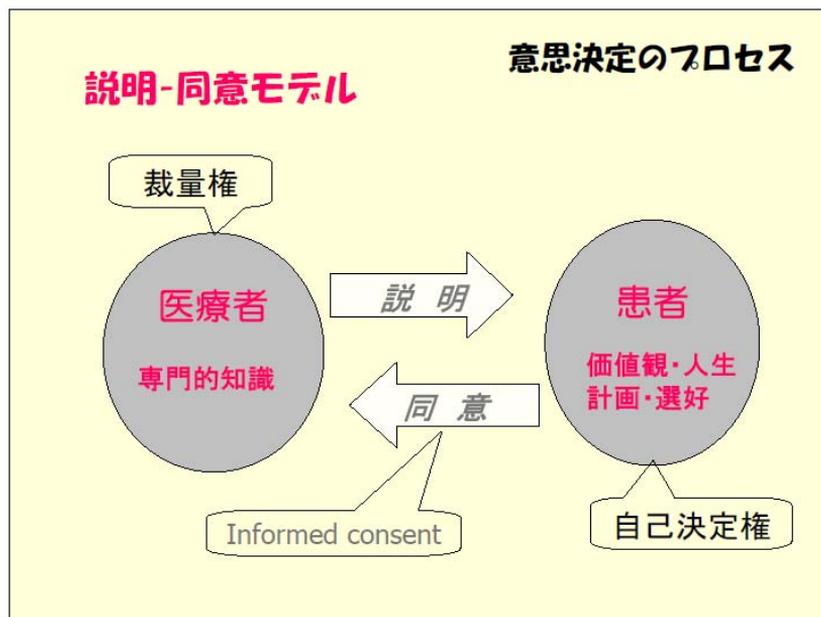
臨床倫理の営みの要にあるのは、意思決定のプロセスです。医療の場でいうと、医療方針の選択という重要な問題がこれです。ガンが見つかったとして、手術をするのか、抗癌剤投与か、あるいは両者、さらには放射線を併用するのか・・・と選択肢が挙げられ、医療者は医師を中心に、最新の知見に基づいて、当の患者の病状に対してどの選択肢が最善かを考え、患者・家族と話し合いを通して合意しようと努めます。しかし、こういう医学的知見が基礎になるような選択ばかりではなく、たとえば最後に在宅で過ごすのか、施設型のホスピスに入るのかといったものや、身体的には厳しい状態で本人が桜を見に行きたいと言っているがどうしよう、といったことも、本人のよい生にとって重要な方針選択であり、臨床倫理の検討対象となります。ここではこうしたことをすべて含むような視野で、意思決定のプロセスについて考えます。まず、医療者が前章で提示したような姿勢で意思決定プロセスに臨む際に、これをどのようなものとして理解するのがその姿勢に相応しいかを提示した上で、個別の事例検討の仕方を説明します。

2-1 プロセスをどう捉えるか

●説明—同意モデル●

医療側と患者側が医療方針を決めるプロセスについて、日本の現場では〈インフォームド・コンセント〉がキーワードになっています。これを日本語にすると何故か、「説明と同意」となるのです。この、《説明と同意》という枠が医療者の方たちの頭の中にあって、決定プロセスを辿ろうとしておられるようです。ところで、英語の“informed consent”は、あくまでも患者が医療側に対して与える《同意》のことで、その同意に際して患者は必要な情報を持っている状態にあるということが“informed”という語で示されています。しかし、日本語化した「インフォームド・コンセント」は、説明と同意のプロセス全体を指すようになりました。いや、むしろ医師の説明する行為を主に指していると思われるほどです。「私たちはインフォームド・コンセントを尽さなければならない」なんて言われます——何のことかなと思うと、丁寧に誠実に説明するということのようにです。

理論的には、《説明と同意》というプロセス把握は、医師の裁量権と患者の自己決定権の間に境界線を定めて、意思決定を両者が分担するというような考え方が背景にあって、《インフォームド・コンセント》が日本に輸入された際には、これも伴っ



て入ってきました。このような考え方は「調停」の発想です。放置すると両者が衝突しかねないので、それを避けるために境界線を定めて、棲み分けようというのです。棲み分けの結果、決定も双方で分担して行うこととなります（《決定の分担論》と呼んでいます）。私は初めてこの考えに出会った時に、医療側と患者側の調停という発想に反発しました。両者が信頼関係をもってことを進めて行くことを志向するのは逆方向だと思ったわけです。もちろん、《説明と同意》という枠組みは、従来のパターンリズム—「医師は専門家で何が最善かを一番よく知っているのだから、お任せしましょう」というような立場からすると前進には違いありません。しかし、真に人間中心の医療を実現するには、さらに理論的にも実践的にも前進しなければなりません。

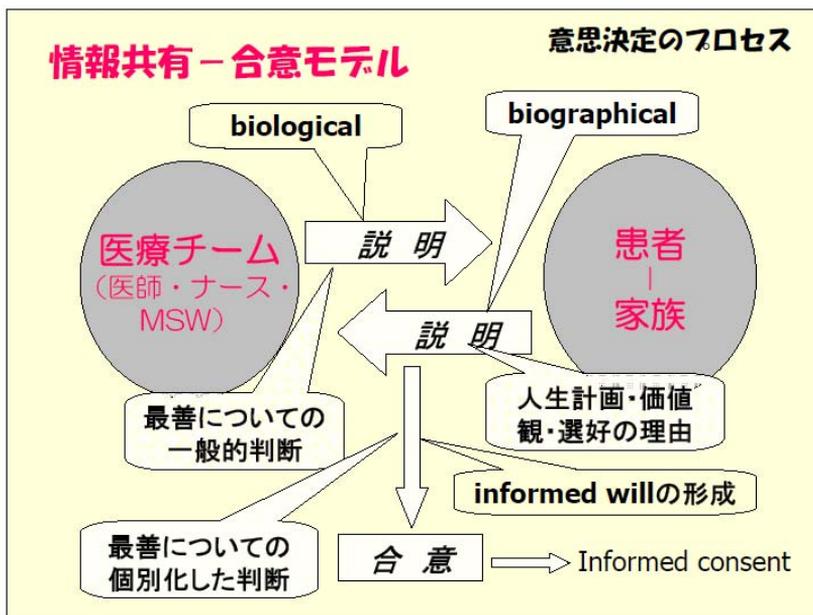
◆情報共有から合意へ◆

そこで、《説明と同意》というプロセス把握を乗り越えるものとして、本プロジェクトが提案しているのが、《情報共有から合意へ》というプロセス把握です。このプロセスの要は、まず、医療者は一方的に説明するばかりでなく、患者の個別の事情、価値観・人生観などについて患者側からの説明を聴く必要があり、そのようにしてお互いのもっている情報を共有するという点です。もう一つの要は、どちらに決定権があるかとか、どちらの考えを優先するかといった考え方ではなく、コミュニケーションを通して合意に到る努力をするということです。つまり、医療者もこれが

良いと思い、患者側もこれが良いと思う、そういう双方が納得できてこそ、合意なのです。こうして、決定は双方が分担して行うのではなく、共同で行うという、「共同決定論」ということになります。

こうして、まず《情報を共有する》、それから《合意—共同決定を目指す》というプロセス把握になるわけです。「情報共有—合意モデル」と言ってもよいでしょう。医療方針の決定に適用しますと、次のようなことになります。医療チームと患者・家族の間で、医療側は特に医者を中心にしてただ説明するだけではありません。「現在のあなたの病状はこうで、こういう治療方針があってこういういいところがあります、しかしこういうリスクもあります」とただ説明するだけでなく、これと並んで、患者・家族の思いを聞こうとする姿勢が大事になります。

医療チームから患者に向かってされる説明の基本にあるのは最善についての一般的な判断で、医療の世界で Evidence Based Medicine とされますように、エビデンスに基づいた一般論です。他方、患者・家族から説明されるのは、自分たちはこのような人生の事情にあるといったことです——例えば、「私はこれだけ歳を取ってきたからそういうきつい手術などは受けない、そのために癌が少しずつ進行しても寿命だと思って生きたい」というような人生観、人生計画であったり、価値観であったりするでしょう。つまり、医療チームから患者への説明は biological なものだけれども、患者・家族から医療チームへの説明は人生計画、あるいは自分はこのように人生を生きているというような biographical なものだ、と言うこともできるでしょう（これは、英語で適当な語があるなあというので使ってみただけで



I 臨床倫理エッセンシャル

すが)。

医療チームは確かにエビデンスに基づいた説明ができますが、「こういうタイプの病状だったらこういう治療が適応です」といった一般論になります。ですから「この人にとって本当に最適かどうか」は、未だ判断されていません。また、場合によってはエビデンスに基づく説明の限りでは二つの治療方針の候補があり、どちらがいいとも一般的には言えない、ということもあるでしょう。いずれにしても「一般的にはこうだ」ということから、「この人の場合こうだ」という個別化が必要なのです。患者・家族の生活がどのような事情であるか、どういう姿勢で生きているか、何に価値をおいているかといったことが、個別化の過程で肝要になります。

両者が説明し合って、情報を共有するという点と並んで、そこから始まる合意を目指すプロセスが大事です。このプロセスでは、医療チームは、患者・家族の事情を加味した上で、エビデンスに基づく一般論を見直し、患者・家族の個別の事情を伺った上で、やはり同じ結論になるか、それともそういう事情だったら別の結論になるかと、最善についての個別化した判断をするプロセスがあります。

他方、患者・家族は、重篤な病の場合は特に、自分の現実を突きつけられて葛藤があるでしょう。しかし医療側から聞いた情報を消化して、気を取り直してこのように生きていくのも一つの人生だと思って、自分の新しい道を決断していくに至るプロセスを辿っている（あるいは、むしろ辿って欲しい）わけです。ここに英語で **informed will** などと書いてしまってもまだ改訂していませんが、つまりよく自分の事情をわかった上で自分のそれなりの意思を形成していく過程が患者の側にはありません。

●意思決定のプロセス まとめ●

P1：患者（家族）とコミュニケーションを通して合意にいたる道を考える（共同の決定）

患者・家族の **informed will** 形成を援助する

相互的な対話を通して（相手を納得させるという方向だけでなく、自分が納得する可能性を認めつつ）

P2：患者（家族）にとって最大の利益は何かを考える

患者（家族）の利益：一般論

患者（家族）の利益：個別化した判断

P3：社会的視点からのチェック

ということで、意思決定のプロセスを構成する要素をまとめてみます。まず、患

者や家族とコミュニケーションを通して合意に至る道を考えていく、という点があります。相手とこちらで一緒に「こうしましょうね」と決めることを目指すわけですが、それは、別の面から言えば、相手の **coping** をサポートしていくということでもあるわけです。

それからそういう相互的な対話ですから、単に一方的にこちらがいいと思っていることを相手に押しつけるのではない。場合によっては相手のおっしゃることを聞いてこちらが納得し、そうか、こちらが初めにいいと思っていたことは少し違うかもしれない、患者の言うとおりにかもしれないと思うこともあり得るのです。そういうコミュニケーションを通して合意に至るには、どうしたらいいだろう、どうやってこれからコミュニケーションを取っていいかと考えるのが、ポイントの一つです。

それから「相手にとっていちばん好いようにする」というのは、申すまでもなく医療者はいつも考えていることです。これも倫理的な検討の一つのポイントで、ここで一般論と個別化した判断とを自覚的に分けて考えるとよいでしょう。既に触れましたように、一般論のほうは、医療的あるいは医学的な判断が中心になる治療の問題でしたら **Evidence Based Medicine** が志向されるわけです。しかし、これで終るのではなく、患者の個人的な事情、家族の思いを加味して、この方にとって何が大事かを考えていくという、個別化の過程が続きます。

もちろん、たぶん多くの場合は、患者の個別な事情を考慮してもなお、エビデンスに基づいての最善が最善なことは動かないだろうと思うのです。しかし、ただエビデンスに基づいてそうだと割り切るのではなくて、患者や家族の事情もよくわかりました、その上でやはりこれがいいのではないかという判断に至ることが、医療者としては大事だろうと思います。

そうでないと、患者からすると「この人たちは自分たちの事情を全然考慮に加味しないでただ医学的なことだけで割り切っている、自分たちの人間としてのあり方が尊重されていない」といった思いになってしまうのではないかと思います。

最後に、社会的視点からのチェックは、先ほど言いましたように、自分たちのしていることを社会全体の中で見て、いいかどうかをチェックすることになります。

◆プロセスはダイナミック◆

- ・フローチャートを辿るような静的（スタティック）で固定化したものではなく、動的（ダイナミック）で柔軟なコミュニケーションのプロセス
- ・患者・家族の意向は変り得る。固定的な価値観や人生観があるとは限らない（リアルタイムで形成されつつある）。
- ・自分たち医療チームの判断・評価も動く可能性を認めつつ、相手の言葉に耳を傾ける。
- ・[相手の意向・相手の最善・社会的適切さ]：どれを優先するか？ではなく、すべてを満たすようにぎりぎりまでコミュニケーション
- ・どうしても合意に達しない時にはじめて、患者の意思尊重+合意できない状況での最善

以上で既に出てきたことですが、ここで「合意ないし解決を目指して話し合っていくコミュニケーションのプロセスはダイナミックなものだ」ということを確認しておきましょう。

例えば、私たちが考える患者にとっての最善はこういうことだけでも、患者は嫌がっている。患者の意思が優先だから患者が嫌なら仕方ない。などと話を進めていくのは、「フローチャートをたどるような静的（スタティック）なもの」です。ですから、《ダイナミック》ということで、本人は今は嫌だと言っているがやがて変わるかもしれない、あるいは自分たちもこれが最善だと思っているけれども、患者とよく話し合っただけで思いを聞いてみたら、「そうか、そのように患者さんや家族が思っているのだったら私たちも納得できる、患者さんのおっしゃることに同意したほうがいい」などと変わる可能性がある、そのような相手とのやり取りを考えてます。

それから患者や家族は、初めからかくかくの価値観・人生観に基づいて行動していますなどと固まっているわけではありません。突然、「あなたは右足に骨肉腫が見つかりました—この広がり具合だと右足を切断する必要があります—しないと体全体に転移していってしまう恐れがあります」などと言われて初めて、自分の右足を切断した人生はどうだと考え出すのではないのでしょうか。誰でも「自分はこういう状態になったとしてもこういう生き方がある」などと、例えばスポーツ選手が「スポーツばかりが自分の人生ではない」などと、初めから思っているわけではありません。そういう現実を突きつけられて動揺し、そんなことだったら「私は生きていてもしかたがない」などと一時は思うでしょう。それを思い直して、そういう厳しい状況の中で生きる新たな道を見出していくわけです。それで、自分の人生計画、人生観が変わるような過程を経て、患者は新しい道を進もうと思ひ、「では先生のおっしゃるとおり手術をします」などと決断していくわけです。

このように、本人は、特に厳しい病気であればあるほど、そこで葛藤し、変っていくわけです。この意味でもプロセスはダイナミックなものです。それを単に「患者の価値観に従って方針を決める」などと言ってしまうと、本人が厳しい状況に投げ込まれて、新しい道を模索している状況を見過ごしてしまうことになります。意思決定プロセスは、同時に本人が厳しい道を通り抜けて新しい道へと向きを変えるのを支援するプロセスでもあって欲しいのです。

●倫理も人間関係に相対的にダイナミックに動く●

- ・ 倫理も患者・家族と医療チームの関係に相対的である
- ・ 親しい間柄においては、《同》の倫理が、疎遠な間柄においては、《異》の倫理に傾く。二つの倫理の間も連続的で双方がバランスをとりつつ併存している。
- ・ 患者・家族に向き合い、寄り添う臨床の実践家は、まずは《同》の倫理に沿って、合意を目指すコミュニケーションを進める——ぎりぎりまで到っても合意に達しない時、相手と自分たちは異っていることを認めて、《異》の倫理に則った選択をする。

それから、倫理も患者・家族と医療チームの関係に相対的に動くものだと申し上げます。皆さんは、患者さんと意見が違っているが、合意を目指そうという時に、わりと長い付き合いがあって信頼関係ができ上がっている方だと、相当相手に入り込んで言えるが、外来で初対面の患者に向かってはそうは言えないということがおありではないでしょうか。より親しい間柄の中で働くような、ここまで言える、踏み込めるといことがあります。初対面でしたらもう少し遠慮があるでしょう。それでも踏み込むと、相手から「あなたは何の権利があって私の中にそんなに入り込んでくるのか」と言われるかもしれません。また、何かトラブルがあって、患者が病院あるいは医療チームに対して不信感を持っているというような場合には、それなりに相手と自分たちの距離が広がります。だからその広がった距離だとどこまで入り込めるかの話になると思います。

いずれにしても、話し合いの中でより親しい信頼関係になることを目指しつつ、あるいはそういう関係を保つというとしながら、皆さんはコミュニケーションのプロセスを歩いていくと思います。そういう意味では親しい間柄で成り立つ《同》の倫理を前提にするというか、それを目指しながら話し合いをしていきます。

しかしどこかでやはり相手と自分は違う、同じ考えを持っているわけではない、同じ考えにはならないことが分つたとなると、疎遠な間柄の《異》の倫理が強くなってきます。

《同》の倫理—《異》の倫理については、既に説明しました。前者は、相手と自分は同じことを考えている、同じ価値観を持っている、あるいは私たちがこの患者

I 臨床倫理エッセンシャル

はこうなったほうがいい、例えば目が見えないよりは見えたほうがいいと価値評価していたら、患者も同じように価値判断しているだろうという前提で話を進めていきます。他方、自分たちはこのように思っているけれども相手は全然違う価値観を持っているかもしれないといった、《異》というあり方を前提にするのが、後者です。例えば、輸血をしないと命にかかわる場合、私たちは輸血をしなくてはいりますが、相手は宗教的な確固とした信念に基づいて、たとえ自分の命にかかわるとしても輸血は嫌だと主張している場合です。そのとき相手と自分は違う価値観、世界観に立っている。これは相手が自分の信仰を捨ててもしない限り一緒にはならないわけです。こういう場合、相手と自分は違う、異なっていることを前提にした倫理に従って問題解決をせざるを得ません。このように、コミュニケーションのプロセスにおいて、相手と自分の関係の遠近を測りながらどう対応するかを考え、《同》の倫理—《異》の倫理のバランスが変化することがあります。そういう意味でもダイナミックになります。

● 《異》の倫理であっさり割り切らずに、《同》を目指してねばる●

今、医療の世界で倫理と言うとき、どちらかと言うと相手と自分が違うことを前提にした《異》の倫理に固定化したプロセス理解が流布している傾向があります。例えば自律尊重だけが前面に出ているものの考え方にこの傾向が現れてます。自律尊重とは、相手と自分はみんな違って、それぞれ自分の道を歩んでいくのだからそれを尊重しなければという考え方です。だから自分と相手が違うという把握が前面に出ています。もちろん意見が一致するときも相手の気持ちや意思は尊重するのですが、そのときには必ずしも自律尊重ばかりが前面に出るわけではありません。同時に、相手にとって最善になるようにするにはどうしたらいいかを、医療者、医師や看護師は専門的な知識を生かして考えてます。

ときに見受けられるのですが、「自分たちはこちらがいいと思っているが患者は嫌だと言っているから仕方ない」と、あっさり初めから問題解決する。これでは《異》の倫理のほうに初めから乗っかってしまっています。しかし、ダイナミックなプロセスはそういうものではなく、できる限り相手と分り合って合意する《同》の倫理による問題解決を目指すわけです。それで、うまくいかなかったときに初めて、やはり相手と自分とは考えが違うから、そうである以上、相手の考えを尊重した解決のしかたをするしかないという話になるわけです。

●意思決定のプロセスは、同時にケアのプロセス●

- ・患者が informed will を形成できるようにサポート
- ・状況を分かった上での意思(informed will)の形成を支援

例えば、重篤な病であることが知らされ、自らの人生計画を大幅に書き直さねばならないような治療方針が提示されたというような状況で、気持ちが落ち込んで、気持ちを切り替えて、この状況に対処すべく一歩あゆみ出すことができないでいるといった時、**ineffective coping**（コーピングがうまくできてない）とされます（看護診断にはこのような診断名があるようです）。患者は、厳しい状況に置かれて、右に行くか、左に行くかの選択を迫られています。その状況に立ち向かい、自分の行く途を見出し、選んで行くという対処が、**coping** と呼ばれるあり方です。この患者がなかなか決められない、あるいは状況を受け入れて対応する決断ができないとなると、コーピングがうまくいっていないのです。こういう状態になった患者や家族を支えることは看護活動の一つとされますし、ソーシャルワーカーはもちろん、医師にとっても、これに対処することは自分たちの務めだと思われるのではないのでしょうか。

こうして、患者や家族、特に患者が自分の道を選んでいくのをどのように支えることができるか、は医療者として考えるべきこととなります。ですから医療方針についての意思決定のプロセスである限りは、医療者と患者・家族が共同でこの道を歩んでいき、何とか「そうだね」と言い合えるように考えていますが、こうした臨床倫理的な検討、プロセス、営みは、同時に、その相手が自分で自分の道を選ぶことができるように支援していくプロセスでもあって、この意味ではケアのプロセスであるのです。

コーピングがうまくいっていないという場合に限らず、意思決定のプロセスを患者・家族が迎えるのを支えるケアは、医療者がいつも留意すべきことです。患者・家族が自分たちが置かれた状況を適切に理解して、それに対して自分たちらしい「こうしたい」という意思が形成できるように支援するということです。

●相手の思いを理解するために●

- ・まず相手の意向の共感的理解に努める：
意向＝状況に臨む姿勢（価値観・人生観）＋状況把握（認識）

では、どう支援するかですが、ここでは、なによりまず相手の意向（意思）の共感的理解に努めるということが出発点となるということだけを指摘しておきます。

- ・意向＝状況に臨む姿勢（価値観・人生観）＋状況把握（認識）

I 臨床倫理エッセンシャル

という構造にしたがって分析することができます（本書の「はじめに」で言及しました）。例えば、ある入院中の患者が、「よくなって家に帰りたい」と思っています。医師や看護師が、「では、この週末からしばらく帰宅してはいかが」と聞いたところ、「いや、まだこんな状態では帰れません。もう少し良くなってから帰ります」と答えました。実は、医療者たちは「今が帰り時で、これを逃すともう帰れないままで終わってしまう」と思っていたのです。しかし、患者はそういう状況であるとは聞かされていなかったのです。

この場合、患者の意思は次のような構造になっています。

- 〔意思〕：今はまだ帰らないで、もう少しよくなってから帰る
- = 〔姿勢〕：良くなったら家に帰っていろいろやりたい
- + 〔状況把握〕：今はまだ帰れる状態ではない；もう少したつたらもっと良くなる

こうして、この患者は状況把握が適切でなかったために、医療者の考える患者にとっての最善の選択肢と違う意思を持つことになったのです。

また、骨肉腫が見つかり、転移を防ぐために右脚を切断する必要があると言われたスポーツ選手が「走れなくなった人生なんて生きていても仕方ない」として、手術をしたくないと言い張っている場合、は次のような構造が見えます。

- 〔意思〕：右脚を切断する手術は受けない
- = 〔姿勢〕：スポーツが自分の生きがい（走れない人生は生きるに価しない）
- + 〔状況把握〕：転移を防ぐためには、右脚切断が必要で、それをしないと、やがて命にかかわる

この場合、本人の状況把握に問題があるわけではありません。周囲の者は本人の生きる姿勢・価値観が変容することを期待するでしょう。他にも生きる途はあると思いなおして欲しいわけです。

あるいは、[《生きる姿勢》 + 《状況把握》 → 《意思》] という構造がくずれてしまっている場合もあります。自分の置かれた状況の厳しさのために、そのことについて考えようとしないう、考えたくないとして、対話を拒否するとか、なげやりになっているといった場合がこれです。

このような分析をしながら、患者の思いをどう受け止め、どう応じて行こうかと考えていきます。

2-2 個別事例へ：検討シートを使って

個別の具体的な意思決定プロセスを辿る際に、医療者はどのように患者・家族と向き合い、あるいは寄り添って、そのプロセスを進めて行けばよいでしょうか。ここでは前節で提示した一般論を背景にしつつ、プロセスを辿る際に、どのような検討をしつつ辿るのかについて、提言していることを説明します。

◆ステップ 1：事例を記述する◆

意思決定プロセスに限ったことではありませんが、検討に際しては、まずどういう事例を検討するのかが提示される必要があります。つまり、検討はこれまでの経過を記述することから始まります。共同で検討にあたる者たちが、経過についての物語りを共有することは、不可欠のことであり、ここをしっかりと押えておかないと、以下の検討はうまく行きません。

●物語り＝ナラティブとしての事例記述●

検討をするという場面に限ったことではなく、一般に言えることですが、過去について物語るということは、私たちにとって不可欠の営みです。ことに自分のこと、自分が関わっていることについて語ることは、現在の自分をどう位置づけるかということでもあり、これからどう進んでいこうとするのかを語るということでもあります。

過去について語ることは、単に事実について記述するというだけのものではありません。現在を正当化し、あるいは批判するというような仕方で、位置づけようとする作業でもあるのです。ですから、物語り（＝ナラティブ）には、「物語のテーマとなっている事の経緯を、どのような筋のものとしてまとめたいか」という語り手の意志ないし意図が反映しています。語り手はそのように語ることによって、聞き手もそのような筋に同意するように働きかけているのです。

このようなコンテキストにおいては、例えば〈事実の記述〉といっても、掛け値なしの事実なのではありません。たとえそこに書かれてある一文が「客観的な事実」であるように見えても、その事実を記述する事項として選択したのは語り手であって、語り手はそれを記録に値するものと看做したわけです。つまり、ある事柄に関わって起こった全てのことを記録するわけにはいかないのですから、取捨選択は、語り手の事柄についての、どのような筋にしたいかという評価を反映することになります。

「体温は 36.5 度 C であった」——このような記録を残すということ、このような

I 臨床倫理エッセンシャル

〈事実〉を記録することに意味があると考えerということとは、体温の状況が目下の物語りの筋にとって大事なことだと看做しているからです。また、普通私たちは、人が何回トイレに行ったかというようなことは、語るに値しないこととして切り捨てるでしょう（ですから、映画を通してしか人間の行動についての情報を得たことのない宇宙人は、人間というものはトイレには行くものだと分らず、「どうしてあれだけ飲み食いしているのに、大きくならないのだろう」と不思議に思うかもしれません）。しかし、ここで私たちが扱う記録においては、排尿回数のみならず、その正確な量が書かれることもしばしばあるでしょう。そして、語り手も、聞き手・読み手もそのことを全く当然のこととしています。それは、ここで提示される物語りがどういう種類のものであって、どのような基準で書かれる事柄についての取捨選択がされているかについて、ある程度の一般的了解が成り立っているからに他なりません。

逆に、ここで書かれてあることに、聞き手・読み手の見るところでは、「余計なこと」があったり、また「書かれるべきなのに書かれてない」ことがあったりしたときに、それは物語りの筋をどのようなものにしたいか、どのようなものであるべきか、についての意見の相違がある可能性がある、ということにもなります。

以上、書く事実の取捨選択という例を出しましたが、他にも注目すべき点は多々あるでしょう。要は、事例記述は単に事実が書かれたものではなく、語り手・書き手が見出し、創り出した物語りであるということです。

ですから、例えばカンファランスなど臨床倫理の営みがされる場において、報告者がまず経過のナラティブを提示するでしょうが、それについて、「事実経過の確認」などと呼ばれる質疑応答・コメントが取り交わされます。これは、提示された物語りをブラッシュアップし、単に一人の報告者によるナラティブではなく、参加者たちの共同のナラティブにする作業でもあるのです。

この作業は、さしあたっての経過記述についての検討を終えて、次のステップに移行してからも、必要に応じて続きます。例えば、患者や家族の意向・思いをどう理解しようかと検討していくうちに、経過についてはじめに描いていたナラティブの大筋を書き換えるということになることだってあるからです。

●臨床倫理検討シートを使った検討 1●

以上の考え方を背景にして、実際の検討ではこの段階でシート〔ステップ 1〕を使いますので、以下、これの書きこみ方について説明します。

1-1 患者プロフィール

患者についての基本的情報を簡潔に書きます—名前・年齢・性別・家族構成など。

臨床倫理検討シート

* 検討内容： プロスペクティブ：(DM) 医療方針の決定／

(PS) 医療・看護を進める中で起こった問題

レトロスペクティブ：(EV) 既に起こったことの評価

〔ステップ1〕 記録者 [] 日付 [~]

1-1 患者プロフィール

1-2 経過

1-3 分岐点

I 臨床倫理エッセンシャル

- ・ 担当の医療スタッフ内で検討する際には、実名でよいでしょうが、より広い範囲の人が参加する検討会では「Aさん」「B氏」などとします。
- ・ また、実際の治療方針決定上の必要から検討する場合でなく、研修・研究のために使うとなりますと、さらに厳しく患者・家族のプライバシーに配慮する必要が出てきます。

1-2 経過

これまでの経過を病状・治療と医療者－患者・家族間の交渉を中心に書きます。

- ・ なるべく時間の流れに沿って記述するようにしてください。
- ・ 何を書き何を書かないかについてはあまり気にしないで、差しあたって書きたいように書いてください（後で、皆で検討する際に追加訂正して行き、皆の共通のストーリーに仕上げていけばよいからです）。
- ・ なお、経過を、自覚症状が出て診察を受ける－診断が出て最初の手術－いったんは職場復帰するまでに回復－再発して再入院し、これからの治療方針が問題になっている、などというように、時期の区分を意識して、段落を分けて記述するように心がけましょう。

1-3 分岐点の確認

1-2の経過を書き終わった上で、見直して、分岐点の確認をします。

- ・ ここでは、意思決定プロセスの事例を取り上げていますから、0-2でしている経過記述のおそらく最後のほうに、これからどちらに進むかが検討の対象となっているような分岐点を明らかにしている段落があるはずです。その最後に【tp】と印をつけます。
- ・ 今は扱いませんが、やがて、より複雑な検討をすることになりますと、既に行った選択を振り返って、現在の問題の背景ないし起源を検討する必要があることがあります。その時には、既に行った重要な選択の場面ないし進路の分岐点に注目して、その分岐点でどの道を選択したかを示す段落の後に【tr】（複数ある時は、【tr1】、【tr2】等）と印をつけます。そこで、シートには【tr】についての言及があるのですが、今のところは無視してください（これについては付録の全検討シートの使い方を参照してください）。
- ・ 経過の記述中に tp、tr のマークをつけたら、【1-3 分岐点】にそれぞれの分岐点が何についての分かれ道だったかを記入します。

以上でシート〔ステップ1〕への書き込みは出来上がりました。

●事例1の検討 1●

ここで、一つの事例を取り上げて、実際に検討を進めてみましょう。

臨床倫理検討シート

* 検討内容： プロスペクティブ：(DM) 医療方針の決定／
(PS) 医療・看護を進める中で起こった問題

レトロスペクティブ：(EV) 既に起こったことの評価

〔ステップ1〕 記録者 [] 日付 [~]

1-1 患者プロフィール

A氏 50歳代 男性 妻(50代)、娘1人(20代) と同居、もう一人娘(20代) がいて既婚、子ども1人

1-2 経過

H19年夏、腎癌にて腎摘出術。

H21年9月、背部痛、下肢の運動障害で受診・入院。胸椎転移と診断され、後方固定、放射線治療を受けたが下肢麻痺は進行。

同10月、病院、緩和ケア病棟に月1回ほど入院しながら自宅で過ごしていた。

同11月、自宅での介護が困難の理由で緩和ケア病棟に入院。

現在の身体状況は：

- 骨以外への転移はない [予後は数ヶ月は見込まれる]
- 背部痛があったがオキシコドン定期内服でコントロールされている
- 経口摂取 軽度の食欲低下があるが60～70%摂取
- 浮腫 (－) 胸水 (－) 腹水 (－) 呼吸困難 (－) 意識障害 (－)

今回の入院から、「自分が生きる価値だと思っていた仕事もできず、自分で自分のことすらできない。家族に負担をかけている。自分には遣り残したことがなく、このまま生きていてもつらい。本当は安楽死をさせてほしいが、むりならずずっと眠らせてほしい」と求めるようになった

医療チームは、A氏の持続的鎮静を求める訴えに、どう答えようか、考えている

〔以下はステップ2の検討後、追加して書かれた部分〕

その後、家族の理解と意向を知ろうと、話し合う時を担当看護師を中心に持ったところ、妻は「夫がそう言っているなら、私たちが何を言っても聞かないでしょう。私はお父さんには少しでも長く生きていて欲しいのだけれど」、同居の娘(妹)は「父はそういう人なので、希望を叶えてあげて欲しい。」

その後、娘(姉)が話を聞いてやってきて、「父は人の世話をする側でなければ生きていく意味がないと言ったそうですけど、では、父の庇護下で世話をされた側の私たちは、生きていく意味がなかったのかしら(と父に聞いてみたいですが)」、「強いことを誇りにしている人ですから、弱い立場の居方が分らないんです」、「生きていくだけで私たちのためになるということが分って欲しい」などと語った(父に反撥しているような、思い遣っているような調子)。

1-3 分岐点

tp: A氏の生への否定的な姿勢への対応(患者からの、精神的苦痛への対応の提案によって分岐点が生じている)

◆ステップ 2：医療者の姿勢に対応する状況把握の整理◆

●姿勢 P1・P2・P3 で向かい、状況を能動的に把握する●

ステップ1を終えたところで、検討する私たちの前には状況が見えているはずで
す。また、意思決定プロセスの事例であれば、その状況は、患者・家族と医療者が
一緒に、分れ道（分岐点）に差し掛かっていて、行く道（選択肢）を選ばねばなら
ないという事情も分っているはずです。また、医療者は「相手を尊重し(P1)、でき
るだけ相手に益となるように(P2)、しかも社会的視点からも適切であるように(P3)」
しようという姿勢で今臨んでいます。そこでステップ2では、この姿勢を目下の状
況で活かそうとして、姿勢に対応する状況把握をする必要があります。

【P2：相手の益になるように】を具体化する 医療上の意思決定ですから、治療方
針（どういう治療をするか）や療養方針（入院して療養しようか、それとも在宅で
等々）がテーマとなっていることが多いでしょう。そうであれば、まず姿勢のうち
P2に対応する状況把握をしましょう。それは具体的には、眼前にどのような分れ道
（選択肢）があるか、それぞれの道を行くとどのような益や害が患者（および時に
家族）に及ぶかを明確に把握することです。この段階では、例えば治療であれば、
患者の病状に注目してエビデンスに基づく益と害のアセスメントをするようにしま
す。これは一般論で、患者の個人的事情はまだ勘案していないものですが、この段
階では「医学的にはどうであるか」ということをはっきりさせます。在宅か施設か
といったことについても、医学的立場から言えることや、その他医療者の知識に基
づく一般論でよいのです（個別事情を考え合わせることは後のステップでやります）

【P3：社会的視点】のチェック また、P3をここで一緒に考えるとよいでしょう。
つまり、それぞれの選択肢について社会的視点に立って考えて、何か問題がないか、
また留意しておくべきことはないかをチェックします。

【P1：相手を人として尊重】－現段階での説明状況は？ 以上で見えてきたことは、
意思決定のプロセスについての「情報共有から合意へ」というモデルに即して言い
ますと、医療側から患者側に「説明」されるはずの情報になります。医療側が持つ
ている情報を患者側も共有できるようにすることは、P1（相手を人として尊重）す
る姿勢に応じた実践に他なりません。そこで、ステップ1で見た経過を振り返って、
現段階で実際にはどこまで説明されているかを確認します。それにより、これから
さらに何を説明したらよいか、あるいは訂正することがあるかどうか分かるわけ
です。

【P1：相手を人として尊重】－患者・家族から聞き取ったこと 次に、患者・家族

とのコミュニケーションを通して、現段階で医療側が聞き取ったことを枚挙します。まずは、患者・家族が目下の分岐点・選択についてどのように理解し、どのような意向を差し当たり持っているかを確認します。ここで「まだちゃんと聞いてなかった」と気付くこともあります。また、目下の選択についての患者・家族の意向ではなくても、その生活のあり方や、人生計画、価値観など、意思決定のプロセスを辿る上で、今後効いてくるかもしれないことをまとめておきます。

以上で、「情報共有から合意へ」という枠でいえば、医療者側と患者側が共有している・共有すべき情報が整理されたこととなります。このステップ2を進めることを支援するツールが〈シート1tp〉です。次に、以上のことをこのシートへの書き込み方として説明します。

●臨床倫理検討シートを使った検討2：情報の整理と共有●

シート〔ステップ2tp〕を使います。ここは、治療方針を決定するために必要な、医療側と患者側がもっている情報を整理し、それらを両者が共有することを目指す段階です。したがって、ここは**2A：医療側から患者側への情報**と、**2B：患者側から得ている情報**から成り立ちます。

* Aの部分

ここでは、シート〔ステップ1〕に記入した経過を念頭において、どの途を選ぶかが問題になっている分岐点についての情報を整理します。

まず、Aでは医療側が持っている情報（したがって患者側に伝えるべき情報）を整理し、かつそれが現在患者側にどう説明されているのか、いないのかを明らかにします。

【時点：tp／選択の内容：_____】

シートのトップには、以下で行う情報の整理が分岐点【tp】についてのものが書かれ、次に「選択の内容」として、どういうことについての医療方針の選択の問題であるのかを簡潔に書くようになっています。

- ・ これはすでにステップ1の〔1-3〕で書いてありますから、それを写せばいいのです。記入しなくてもかまいません。
- ・ 「医療方針の選択・決定」「看護方針の選択」と抽象的に書くことでも、「高齢者の栄養補給を継続するかどうか」などより具体的に書いてもいいのです。

2A-1 選択肢（治療方針）の枚挙およびそのメリット・デメリット（一般論）

① 何を目指して、選択をしようとしているのか、を明確にし、

I 臨床倫理エッセンシャル

- ② その目指すことを達成するために、どのような選択肢(医療方針の候補)を挙げ、
③それぞれについて一般的にいえるメリット・デメリットないしリスクを(患者の生活全体を視野に入れて)箇条書きにしてください。

- ・ ①は、例えば、「残された日々をよく過ごすことを目指して」、「認知症自体は緩慢に進行しているので、現在起きている諸症状をコントロールして、それなりのよい生活を可能とするために」など、手段としての諸方針ではなく、それらを通して達成しようとしている善い事態を書きます。ここについては共通理解ができてることが期待されますが、ここについても複数の候補があることもあるでしょう。その場合は、それぞれが選択肢となります。
- ・ 選択肢を挙げるということについては、医療の専門家から見ても、複数の候補がある時もあるでしょうが、選べる道は一つしかない、ということもあるでしょう。が、非専門家である患者・家族の目線で選択肢を考えてください。例えば、「この場合はもう放射線しかない」と専門家は思う時でも、素人は「手術はどうなのか、抗がん剤はどうなのか」と考えるでしょう(実際にそのように質問されるかもしれません)。そういうものを選択肢として提示して、益と害を比べればよいのです。
- ・ 選択肢は、医療現場では多くの場合、治療の選択肢です。が、療養方針の選択肢(在宅で過ごすか、施設に入るかなど)その他のこともあります。
- ・ メリット・デメリットには、医療目標や、予後についての判断が伴います。ある治療が「痛みの緩和を目指す」ものであれば、それはその前提としてその治療には「痛みの緩和が見込まれる」のであるはずで、このようにして、「益として何が見込まれるか」を枚挙すれば、その中に通常「何を意図するか」も挙げられることとなります。そして、選択肢間が、単に手段としての治療の違いとともに、「何を旨とするか」の違いを含んでもいる場合には、①と②を含むような仕方でも選択肢を枚挙することができます。
- ・ 治療に関して奏効率やリスクのこれまでの実績(パーセンテージなど)が分かっている場合には書いてください。
- ・ 単に「適応である」とか、「血中カルシウム濃度があがるおそれがある」というような書き方ではなく、なぜ適応なのか、またなぜカルシウム濃度があがるとまずいのか、の理由になっているはずの、患者に分かるメリット・デメリットを書いてください。これは医療者がつい専門的知識に慣れて、そのレベルでしか考えなくなってしまうことを矯正し、患者の利益と害という目でものを見るためでもあるし、また、患者・家族どうに説明するかを明確にするためでもあります。



〔ステップ2tp〕 情報の整理と共有【時点:tp/選択の内容: 】

A 医学的情報と判断	
2A-1 選択肢の枚挙とメリット・デメリット（一般論）	2A-2 社会的視点から
2A-3 説明 患者に対して	家族に対して
B 患者・家族の意思と生活	
2B-1 患者の理解と意向	2B-2 家族の理解と意向
2B-3 患者の生活全般に関する特記事項	

I 臨床倫理エッセンシャル

- ・ メリット・デメリットは、医学的な視点から枚挙するだけでなく、患者の生活への影響をも考えましょう。—— 手術をすれば一時的に寝たきりの状態になり、読書などできなくなりますし、ICU に入れば家族との交流も限定されます。点滴をすれば患者は管に縛られて自由度が下がります。こうしたことは高齢者や予後が限られていると見込まれる患者にとっては大きな要素になることがあります。また、回復後にこうしたことはいくらかでも取り返すことができる場合は無視できる（したがって細かく書き出す必要がない）ことが多いとはいえ、比較している他の治療候補と他の点で差がない場合、こうした点が選択の理由になることもあります。
- ・ ここではまだ患者の個人的事情は考慮に入れないで考えます。患者の生活について考える際も、高齢者だからというような一般論の範囲でアセスメントしてください。

2A-2 社会的視点から

左欄(1A-1)に挙げた治療の候補のそれぞれについて、社会的な視点から見た問題点があれば書き込みます。

- ・ 医療費負担が高額になる、当医療機関では実行できない、第三者に害を及ぼすおそれがある、医療資源の配分を考慮しなければならない、外部の機関等と交渉する必要がある、等々。

2A-3 説明

目下の選択肢に関わることを中心に、患者側に説明をしたか。1A-1,-2 に整理した内容をそのまましたかどうか、しなかった部分、あるいは付け加えたことがあれば、それを、また、説明してない場合はその理由等を、患者本人と家族それぞれについて書きます。

- ・ 1A-1,-2 は、意思決定をする際の医療側が持っている基本情報を整理したものになるはずですが。したがって、患者側が選択をするためには、この情報を得る必要があります。そのために、これらを患者や家族に説明することが意思決定のプロセスにおいて重要なポイントになります。
- ・ しかし、必ずしも説明を全てしているとは限りません。そこで患者側に説明をしたのかどうか、また、どの程度まで説明したかについて、書きます。
- ・ 患者と家族で説明内容が同じ場合は、家族の欄を「患者への説明と同じ」などとしておけば簡潔明瞭になります。シートは情報量が減らない限り、なるべく簡潔なほうが、かえって分かり易い、ということもあります。

* B の部分

ここは、今医療者が向き合っている患者・家族が病状についてどう理解し、どうしたいと望んでいるのかについて、医療者が適切に理解するための部分です。

医師の説明を聞いて、患者（および、必要な場合は家族）は自分で治療を選択できるように必要な理解をしたでしょうか？

また、直接治療についてどうして欲しいという希望でなくても、患者が何を大事にして生きている人かということが、疾患の状況によっては治療の選択に影響することもあります。

この部分に記入することによって、あるいは記入しようとして、患者の考えていることに注意を向け、理解しようとするのが、肝要なことです。

2B-1 患者の理解と意向

1A で示したような状況について患者の理解はどうであるか、またどのような意向であるかを書きます。

たとえば

- ・ 自分の病状について理解していると思われるか。
- ・ 治療についてどのような意向を表明しているか。特別の注文・オプションはあるか。
- ・ 患者の意思を聞くことができない場合はその旨と理由、など。

シートの A 部分と並べると、2B-1 は丁度 2A-3 の患者への説明内容の部分の直ぐ下に位置します。医療側の説明と比べながら、書いてください。

2B-2 家族の理解と意向

2B-1 と同様のことについて、家族の理解と意向を書きます。たとえば、

- ・ 患者の状態について理解したと思われるか。
- ・ 治療についてどのような意向を表明しているか。特別の注文・オプションはあるか、など。

ここも、2A-3 の家族への説明の直下にありますので、比べながら書くことができます。

2B-3 患者の生活全般に関する特記事項

このケースに登場する個別の患者にとっての最善を考える上で参考になるかもしれない、患者・家族についての情報を書きます。

ことに、患者の人生観、価値観、人生計画などは大事です。

- ・ 今、どうしようか考えている選択肢に関する患者側の発言以外にも、折りに触

I 臨床倫理エッセンシャル

れて、患者・家族はさまざまなことを伝えてくれるでしょう。「早く家に帰って、お父さんに食事を作れるようになりたい」、「家に残してきた山草の鉢が心配だ」、「孫がもう直ぐ入学するので、お祝いをしなくちゃ」といったことです。こうしたことは、患者が今何を大事に思っているのか、何を支えに生きているのか、といったことを示しています。こうしたことをよく理解することが、「一般にこのような疾患のタイプにはどの治療がよいか」にとどまらず、「この方にとってどの治療が最適か」を考えるために、役にたつかも知れません。

- ・ 検討する上で効いてくるかどうか分からない事柄でも、患者の人となりを理解するのに役立つようなちょっとしたやりとり、ひとことなどがあつたら、ひとまず書いておくに越したことはありません。
- ・ 書き方も自由です。

以上で【tp】つまり方針決定のための基本的情報の整理は終わりました。ステップ1（検討したい事例のこれまでの経過）と、ステップ2（重要な分岐点に関する医療側、患者側双方の情報の整理）が終わりました。つまり、ステップ2を終えたこととなります。

ここまでしっかり検討をすると、自ずと進むべき道が見えてくることもあります。例えば、患者・家族からの情報欄にあまり記入することがなかったという場合、それは、患者・家族の意向や思いを聞き取ることが不十分だという可能性があります。そうなると、以下の検討をしても「まず、患者・家族のことばにもっとよく耳を傾けよう」といった今後への方針がでてくることが予想されるわけです。また整理してみたら、漠然と思っていたことが整理されて、問題も解消されたということになるかもしれません。

しかし、そう簡単にはいかないことが大半でしょうから、次のステップ3で、いよいよ問題の検討に入ります。

●事例1の検討 2●

さて、すでにステップ1の検討を終っている事例1の検討を続けましょう。

【ステップ 2tp】 情報の整理と共有【時点: tp / 選択の内容: 】

A 医学的情報と判断	
<p>2A-1 治療方針の枚挙およびそのメリット・デメリット (一般論)</p> <p>①持続的な鎮静 (浅いv深い) を行う</p> <p>○ 精神的苦痛から解放されて、残りの人生を過ごせる × まだ十分可能な人間としての生活ができなくなる / 他の方法で患者の問題に対応可能であれば、やり過ぎ / ケアの対応により、精神的苦痛を克服するチャンスを逃す</p> <p>②間欠的な鎮静 (浅いv深い) を試す</p> <p>○ しばしの間でも、精神的苦痛から解放される / 覚醒した時にまたしばらく生きる気持ちになれるかもしれない (???) × しばしの間であれ、人間的生活を放棄するのはもったいない & やり過ぎかも / ケアの対応により、精神的苦痛を克服するチャンスを逃す</p> <p>③精神的苦痛に対する通常のケアを強化する</p> <p>○ 人間的生活を続けながら、最後の時を過ごせる / ケアがよい結果をもたらせば、鎮静よりはるかに良い結果となる × ケアが効果を挙げなかった場合、数ヶ月間、死を希みながら辛い生を送ることになる / ケアが効果を挙げるとしても、それまで辛い生を送ることになる / * どのようなケア? (dignity therapy, spiritual care...)</p>	<p>2A-2 社会的視点から</p>
<p>2A-3 説明 患者に対して</p> <p>現在の病状については説明してある。 鎮静という手立てについては、リクエストに応じて大まかな説明のみ。上の3つについてはしてない</p>	<p>家族に対して</p> <p>現在の病状についてはしてある。 鎮静について A さんに説明したのは回診時で、家族はいなかったため、してない。</p>
B 患者・家族の意思と生活	
<p>2B-1 患者の理解と意向</p> <p>・ [病状認識] 根治はできないが、すぐに生命予後に直結する病態ではない。月の単位での変化であると認識している</p> <p>・ 自分が生きる価値だと思っていた仕事もできず、自分で自分のことすらできない。家族に負担をかけている。</p> <p>・ 自分には遣り残したことがなく、このまま生きていてもつらい。</p> <p>・ 本当は安楽死をさせてほしいが、むりならずと眠らせてほしい</p>	<p>2B-2 家族の理解と意向</p> <p>〔妻と二人の娘がどう理解し、どう思っているのか、データがない。〕</p> <p>〔以下、追加〕 妻は「本人に言っても聞かないだろうけど、少しでも長く私たちと一緒に時間が続くといい」と言う。同居の娘は「父の希望を叶えてあげて欲しい」、だが、独立している姉は「父は、世話になる側の気持ちが分っていない。そういう側になりたくないから、人生を降りるなんておかしい」とする。</p>
<p>2B-3 患者の生活全般に関する特記事項</p> <p>・ 大学卒業後、父親の経営していた会社を継いだ。事業を拡張し、順調に経営を行っていた。病気になってからは全て引き継ぎを済ませた。</p> <p>・ A さん: 「誰かに何かをしてあげることが自分の価値</p> <p>・ 家族: A さんは家族から頼られる存在。家族の中心だった。病気については家族に相談することなく、自分で全て決めてきた」</p>	

I 臨床倫理エッセンシャル

*以上、ステップ2まで進んだところで、これまで本人が前面に出て話し合いに応じていたため、妻・子の意向や思いを聴く機会をもつてこなかったことがシートの空白部分から明らかになりました。しかし、今Aさんが希望している人生上の選択は家族にも大きな影響を及ぼすため、家族も当事者として納得していることが必要です。ことに家族は遠からず、Aさんを欠いた生活を余儀なくされるようになるので、現在から看取りに至るプロセスをどのように迎えたかが、Aさん死後の家族の立ち直りにも影響するでしょう。

そこで、妻や娘さんたちと話し合う機会を看護師たちでなんとか作って、今のAさんの身体的状態や予後と、Aさんが希望している鎮静でどうなるかを説明し、その思いを聞きました。その結果、シート〔ステップ1〕、〔ステップ2 tp〕に追加書き込みをした部分が紅色の字で示してあります。

◆ステップ3：問題点の把握と検討◆

ここでは、意思決定プロセスを進めて行き、当事者たちの合意に達することを目指す際に、問題となることがあるかどうか、ある場合にはそれをどう理解し、今後どう対応しようかと考えます。

このステップで一般的に言えることは、問題が難しい時にはいつそう自覚的に、医療者としては例のP1～P3の姿勢を保ち、どの姿勢も生きて働くように務めつつ、どうしたらよいかを考えよう、ということです。既に申し上げましたが「本当はこれが最善なんだけど、本人が嫌だというから仕方ない」というように、早々と割り切ってしまうと、なんとか合意に達する方途を考えるのです。「割り切る」というのは、3つの姿勢をすべて堅持しようとするのではなく、どれかを優先し、どれかを「仕方ない」と言って放棄することにほかなりません。

より具体的にはシートの使い方として説明します。

●臨床倫理検討シートを使った検討3●



ステップ3では、意思決定のプロセス用として用意されているものは〔ステップ3DM〕ですが、他の問題にも使える汎用のももあり（ステップ3PS、3EA）、倫理的問題への意識がより鮮明にでているものです。これらを意思決定プロセスで使うこともできます。ここでは〔ステップ3DM〕を使ってみますが、他のものは〔応用編〕第4章で説明していますので、そちらをご参照ください。

さて、検討をする主な場面は、医療機関ではカンファレンスでしょう。報告者は、一応の記入が済んだシート〔ステップ1〕と〔ステップ2tp〕のコピーを出席者に配布し、説明をしました。経過と基本的情報について、内容を確認、補充する質疑に続いて、いよいよ検討に入ります。書き込みがされていないシート〔ステップ3DM〕も全員に配られています。

- ・ パソコンを使う場合、プロジェクトがあれば、皆で共通の画面を見ながら書き込んでいくというようなやり方も考えられます。

検討は、問題点をはっきりさせることと、そこで浮かび上がった問題点を解消する対応を検討するという二段階に大きく分けられます。

〔問題点の抽出〕



3-1 最善の方針：医療側の個別化した判断

まず《問題点の抽出》をします。3-1では、医療者としては、この事例において、この患者・家族にとってどのような道を選ぶことが最善だと考えるかを書きます。すでに〔ステップ2tp〕の2A-1で、一般的な益と害のアセスメントがされていますが、それに、2Bの諸項目にまとめた患者側の思いを併せ考えて、個別化した判断をす

I 臨床倫理エッセンシャル

るのです。つまり、

- ・ [ステップ 2tp] の 1A (医療側が考えている患者の最善をめぐる一般的判断) に 1B (患者・家族の意向) を加えて、検討します。
- ・ 患者の個別の事情を考慮した上で、医療側として、患者にとってベストと判断する方針の候補を挙げます。
- ・ ここでは最善についての、「患者 (あるいは家族) の (理に適った) 意向次第だ」という判断もありえます。
- ・ 医療者側、例えば医師とナースとの間で、意見の相違がある時には、理由を挙げて両論併記しておきます。

3-2 当事者等の間的一致・不一致

次に、今記入した 3-1 (医療者側が考える患者にとっての最善) と、[2tp] の 2B-1、-2 (患者側の理解と意向) を比べてみます。どの治療の候補を選ぶかについて、当事者の考えは食い違っているのでしょうか、それとも一致している、あるいは一致しようでしょうか。

- ・ 不一致の場合はその要点を書きます。
- ・ 不一致は、医療者…患者・家族の間で起きる場合のほかに、患者と家族の間で、また、医療者同士の間で起こることもあります。
- ・ また、患者側の見解が明確になっていない (どれとも決めかねている) といったことによって、「一致に達してない」場合も「不一致」と考えます。
- ・ 患者・家族は表面的には医師の薦める方針に同意しているが、どうもよく分かった上で、納得して選んでいるわけではないようだ、というような場合も、未だ「一致している」とは言えません。
- ・ ここで当事者の見解が一致しているなら問題が起こっているわけではありませんから、次の 3-3 の検討は必要ありません。3-4 へ進みます。なんらか不一致がある場合 (問題なく一致しているとは言えない場合) は 3-3 へ進みます。

〔対応の検討〕

3-3 問題点の検討 (不一致の要因と解消の可能性)

次に、3-3、3-4 で《対応の検討》をします。3-3 では、

- ・ 関係者が合意に至ることを妨げている不一致の要因を検討します。なぜ見解が一致しないのでしょうか？
- ・ その要因 (と思われる点) が見出せたら、それを解消する可能性はないか。解決の方向はどこに見出せるかと考えます。

〔ステップ3DM〕 検討とオリエンテーション（方針決定用）

問題点の抽出	
3-1 最善の方針：医療側の個別化した判断	3-2 当事者等の間的一致・不一致
対応の検討	
3-3 問題点の検討（不一致の要因と解消の可能性）	3-4 今後のコミュニケーションの方針

I 臨床倫理エッセンシャル

- ここでは、記述は必ずしも系統だったものにならないでしょう。ああでもない、こうでもない、と考えたこと、カンファランスで出た意見を書いていくという使い方で結構です。
- 「患者・家族にどう説明して、説得しようか」と考える前に、「患者・家族はどうして医療者と一致しない考えを持っているのだろうか」と、相手を理解しようとする姿勢が必要です。つまり、「自分たちは正しい見解を持っているが、相手（患者・家族）はそれが未だ分からない」というような「上から目線」ではなく、相手の思いが理解できたら、自分たちが相手の言うことをもっともだと思えるようになるかもしれないとする謙虚な姿勢で取り組みましょう、ということです。
- 患者・家族を理解する一つのやり方は、すでに
〔状況に臨む姿勢＋状況認識→状況における意向・選択〕
という枠を使うこととして言及したのですが、どう使うかは、具体例をごらんください。

3-4 今後のコミュニケーションの方針

- 関係者が一致している場合は、合意を確認する方針を書きます。
- 問題がある場合、3-3を受けて、今後どのような方向で患者・家族に対応していくかを考えて書いてください。
- 医療者内部の問題の場合は、意見の不一致を解消するためには、相互にどうコミュニケーションをすすめるかの方針を書くことになります。

以上で、ステップ3を終えました。次は、ここでも出された方針にしたがって、患者・家族とコミュニケーションを進めていく段階です。

- 一回の検討で出た方針でうまく行くに越したことはないには違いありませんが、そう簡単ではないでしょう。患者・家族と（時には医療者同士等々）で話し合った結果、新たな問題や情報が得られて、再度カンファランスをしなければならぬこともよくあることです。その場合は、この間の記録が次の検討時の資料として、加わるでしょう（検討後の合意を目指すコミュニケーションの記録用に作ったシート〔ステップ4〕というものもありますので、〔応用編〕第4章をご覧ください）。
- 合意に達したからといって、簡単に安心しないでください。果たして患者・家族は納得しているのだろうか？医療側に気を使って、表面的に同意しているだけ、あるいは、誤解に基づき、自分に都合よく状況を解釈して、同意している

のではないだろうか、と、さりげなく確認しつつ先に進める必要があります(しばしば医療側は、自分たちがよいと思うことに患者・家族が同意すると、もうそれで良いのだと思いがちではないでしょうか)。

●事例1の検討3●

カンファランスで、[ステップ3DM]に書き込みながら、検討をした結果を次に示します。ここでは、とくにAさんの思いをどう理解するかについてまず考え、それから家族を交えた話し合いをしていくことが大事だということが見えてくるという経過を辿りました。

Aさんの思いの分析には、

意向=(V)状況に臨む姿勢(価値観・人生観)+(C)状況把握(認識)
という分析の枠を使っています。

[ステップ3DM] 検討とオリエンテーション(方針決定用)

問題点の抽出	
<p>3-1 最善の方針: 医療側の個別化した判断</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の精神的な苦痛を緩和する他の方法がもはやないと判断できない状況である以上、持続的鎮静を選択するのはまずい。 ・ 基本的には精神的苦痛へのコミュニケーションを通しての対応を進め、本人が残された時間を積極的に生きる道を見出すことに期待するのが最善であろう。ただし、どのような対応をするかについては、こうすればよいと分かっているわけではなく、うまく行くかどうかは未知数。 ・ 事態の進行によっては、本人の苦痛が耐え難い状況に対して、一時的な鎮静により、しばしの間ストレスを感じないですむようにするという事はあり得る。 	<p>3-2 当事者等の間的一致・不一致</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療者と患者の間で、残された時間の過ごし方について意見が不一致。 ・ 本人と妻や娘たちとの間では、話合っていないので、意見は一致しているとはいえない。医療チームと家族も、意向は聞き取ったが、合意したということにはほど遠い。 ・ 医療チーム内の不一致は少なくとも顕在化してはいない。

対応の検討	
<p>3-3 問題点の検討（不一致の要因と解消の可能性）</p>	<p>3-4 今後のコミュニケーションの方針</p>
<p>*本人の現在の思いを分析する（→1B参照）： V：生きる価値があるのは：仕事をする／他者のために何かをする／少なくとも自立している・・・が可能な生 C：現在、自分は生きる価値のある状況にはおらず、今後もそうはならない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 家族をリードし、保護する立場にいた自分は、現在家族の世話になり、家族に負担をかけている ・ 社会的に意義のある仕事や他者のための活動ができないなら、もはや自分にとって意味があるといえる活動はない <p>V+C→「生きているのはつらい」「もう人生を終わりにしたい」という意向が結果：自らの尊厳が失われたと感じている（見出せなくなっている） 尊厳＝強い人であること？</p> <p>*本人の意向が変わる可能性・現在の問題点は？</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <i>Cの改訂の可能性</i>：Vは持続していても、「まだ自分にも（Vに相応することで）やれることがある」という状況認識になれば、前向きの姿勢になれるだろう。 ・ 実は、この方の現在の希望は、自ら死を選ぶ、あるいは生を放棄することを主体的に選ぶということに、なお、強い生き方を見出そうとしているのではないか？尊厳ある死を選びたいという思い。だが、それは本当に強い生き方だろうか？ ・ <i>価値観（V）の変容の可能性（Cと連動）</i>。だが、働き盛りの自信に満ちた生を送っていた人にとって、現在の状況はどん底であろう。強い人（支える人）が、弱い生き方（支えられること）をいかにして見出し、受け入れられるか？ ・ むしろ、他人の世話になって生きなければならぬ現実を認め、受容することこそ、弱い人の側に自らをおいて人生をまっとうすることこそ、真の強さではないか？ ・ 弱くある生き方を見出し、強いと共に弱い人になる・気付くこと（V&Cの変容）を期待できないか？ <p>家族 妻は思いをAさんに言えない/妹はAさんから相対的に独立して考える必要があるのでは</p>	<p><i>C改訂のために</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自分について語っておくこと／妻や娘をそのまま放置して逝ってしまってもよいのか？何か言い残すこと、自分がいなくなつてからの方向付けをする責任があるのでは？ ・ 家族がAさんと一緒に時間を過ごしたいと思っていることや、今Aさんが事実上人生を終りにしたら、Aさんがいなくなった後の家族のダメージが大きくなることなどを理解したら、家族のために自分にもまだケアできることがあると気付くのではないか <p><i>V変容のために</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 実は、これまで家族を保護してきたと思っていたけれど、それは家族に支えられてきたということでもあった、と気付く？ ・ 強い側にはなれるが、弱い側の役割を引き受けることは拒むというのはフェアではない、と気付く？（勝っている内はゲームをするが、負けそうになったらゲームをキャンセルする） <p>こうしたことを念頭に、家族を交えて話し合う機会をつくる。 妻は、今後のことを考えると、Aさんに自分の希望をはっきり伝える機会が必要ではないか。 姉妹の理解は、私たちの理解によるVの変容の可能性に直結するものなので、娘から父に率直に、Aさんの考えがおかしいと言うのなら、聞き届け易いのでは（他人にはV部分はなかなか言えることではない）</p> <p>以上のような可能性が明らかになると、鎮静によりこうした可能性を捨てるのはもったいない。 Aさんには、持続的鎮静という選択肢も含めて、今後どうするか話し合うという姿勢で、家族にとっても重大時なので、家族も含めた話し合いを提案する。将来のことを考えたら、家族が心から納得するようケアする必要を訴える。</p>

第Ⅱ部
〔応用編〕

さまざまな倫理的問題

3 ジレンマの解決へ向けて

◆倫理的な問題の諸タイプ◆

- ・ P1（相手を人間として尊重する）内部のディレンマ：
例えば、意思－気持ち－存在を尊重することの間で選択が異なる、
Informed will を尊重する（含む：形成を支援する）ことと、患者の現在の
思いを尊重することで、結論が異なる
患者－家族間の意思・気持ちが食い違い、あるいは衝突する（ex 告知する
など家族が主張）
- ・ P2（患者・家族の最善を目指す）内部のディレンマ
諸価値の間でディレンマが起きる（ex. QOL－余命、QOL の諸側面間（痛
み－活動性など）でディレンマになる）
患者の利害－家族の利害の衝突
- ・ P3（社会的視点から見た適切さ）内部のディレンマ
医学的に無益－本人の人生全体からみて無益のどちらに基づくか
社会的資源をどう分配するか、
社会はどこまでサポートするか（個人の負担と福祉のバランス）
- ・ 原則間のディレンマ
P1－P2 間：ex. 相手の最善についての医療者の判断と相手の意思の不一致
P1－P3 間：ex. 本人の意思と社会的視点からの適切さとが食い違う
P2－P3 間：ex. 本人にとって最善な選択肢が、社会的視点からすると不適
切である

最後に様々な倫理的問題について概観しておきましょう。ここでも意思決定のプロセスを念頭において書いていますが、その他の問題についてもこれらの応用問題として考えることができます。上に倫理的な問題のいろいろなタイプを挙げてみましたが、これらは前に言及しました倫理原則のセットを物差しにして割り出しています。これで全部出揃ったとまでは言いきりません。これらとは別のものがありましたら、お教えください。

問題の諸タイプは《ディレンマ》と称される形に整理できます。ディレンマというのは、「あちら立てれば、こちらが立たず」という状態を指す用語です。例えば、「ガンを叩こうとすると、厳しい副作用が起きてしまう」という場合、P2（相手の益になるように）原則の内部で（詳しくは後に説明しますが）、益や害といっても単純ではなく、人間にとって益や害は多次元的ですので、「この面では益になるが、別

の面では害になる」というような形で、「あちら立てれば、こちらが立たず」状態になっています。また、「医療者は手術をするのがベストと思っているが、患者は嫌だと言っている」というような場合、医療者はP2という姿勢を保っている以上、患者の益になる手術をしたいのです。しかし、またP1（相手を尊重する）という姿勢で医療をしたいとも思っていますが、ここからすると、患者が嫌だと言っていることを尊重しようとしません。すると、ここでP1-P2の間で「あちら立てれば、こちらが立たず」という問題が起きるのです。

以下、上に挙げた分類のそれぞれについて考えて行きます。

3-1 相手を尊重すること(P1)をめぐる

- ・ 理性的な患者の意思を尊重するか、現実の患者の気持ちを尊重するか
(元気なときに患者が言っていたことと、理性的力は衰えたが、気持ちはある現在の患者が言っていることとが食い違うと言うような場合)
- ・ 患者を尊重することと家族を尊重することとが両立しない

相手を人間として尊重するというを巡っては、例えば同じ1人の患者について、その意思、気持ち、存在を尊重することの間で選択が異なるため、「人間として尊重するとはどういうことか」が問題になることがあります。

●事例 1-1

だんだん高齢になってきて将来のことを考えたBさんは、次のように希望を表明した(事前指示をした)——「私が将来、認知症が進んでいろいろなことが分からなくなった段階で、誤嚥性肺炎を繰り返すようになるなどして、口から物が食べられなくなったら、胃瘻や経鼻経管などの人工的な栄養補給をしないで、自然に食べられなくなり枯れていくのをそのままにしておいていただきたい」。このように、この方が理性的に考えていた人生観、価値観に基づく意思は、口から食べられなくなり、身体全体が衰えてきているようなら、人工的な栄養補給をしないで欲しい、というものだった。

その後、実際にBさんは認知症になり、理性的な面の衰えが進んで、感情や食欲などがストレートに表現されるようになる一方、身体の機能が低下して誤嚥性肺炎を繰り返すようになった。でも、Bさんは「おなかがすいた、なにか食べたいよ」と言い続けている。

実際にこう言い続けているBさんを目の前にして、かつて元気なときに理性を働かせて言っていたことを大事にすると、目の前で「食べたい」と言っている人の気持ち、具体的に現在表明している希望は無視することになります。他方、目の前で「食べたい」と言っている気持ちに応じようとして、例えば、口から入れると誤嚥してしまうけれども、チューブで胃に直接流動食を入れればおなかがすいた感じは治まるだろうと考えて対応したとすると、現在の「食べたい」思いには対応したけれども、この方が元気なときに残していた意思には反することになります。

こういう場合を考えますと、「人間として尊重する」とは言葉で言うことは容易いですが、人間は単純ではありませんから、どうすることが相手を尊重することかが、簡単には言えないことも多いのです。

それから、相手と言っても患者と家族は別々です。患者を尊重するのが中心でしょうが、だからと言って家族の意思や気持は無視していいのかと言うと、理論的にも実際にもそうは行きません。

●事例 1-2

Cさんは現在、療養型の病棟で療養しているが、「家に帰って過ごしたい」と常々言っている。医療者から見れば、介護保険を使って社会的なケアを導入すれば、在宅は十分可能である。しかし、家族は「それは困る」と言う。息子夫婦は共働きで、昼間はいないし、その子は高校生でなかなか難しい時期であるからというのである。

こういう場合に、一方的に患者の意思だけで動いても、在宅に移行はできないでしょう。多くの場合、患者と家族の両方の意思を尊重してうまく合意に達するよう持っていかなければならないわけです。

このように、患者と家族の利害が衝突する、あるいは患者と家族の意思や気持ちが衝突することが多々あるでしょう。もしかしたら家族の中で、夫はこう言っているけれども息子・娘はああ言っている、というように希望がぶつかることもあるでしょう。そういう場合に、医療者は複数の相手と向き合って、どのようにして相手を尊重することを実現できるのかと、考えてしまうものです。「人間として尊重」とスローガンを掲げることはできても、現実にそれを個々の事例に適用しようとするとは分らないことが多い。ここでは、直ちに「誰の希望を優先するか」と考えるのではなく、皆の希望が実現できるように、あるいはどう折り合いをつけたら、誰かの思いを切り捨てるという仕方ではなく、皆の思いに配慮し、皆もそれぞれ他者の思いに配慮した合意に達することができるかと、合意を目指す努力をすることこそが倫理的な姿勢であるといえます。

*患者と家族

- ・家族－患者間では《同の倫理》 / 医療者－患者間では《異の倫理》に傾く
- ・家族の患者に対するパターンリズム どこまで許容できるか？→ 医療者としてはあくまでも患者の意思尊重が必要（立場の違いを分ってもらえるように）
- ・家族の都合で方針選択をしようとする場合： 患者の意思への配慮を促す
- ・患者自身が家族内倫理に則った方針選択をよしとしている場合： それはそれでよしとする場合－患者の主体性を促す場合
- ・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・・・

3-2 最善の選択肢の検討（P2）をめぐって

・「益になるように(beneficence)」と「害にならないように(non maleficence)」を併せて、選択肢間の相対的比較を proportionality 原則（本書 頁参照）にしたがって行う

- ・ 益と害の物差し：QOLは高く&余命は長く（＝医療の目的）
- ・ QOLの尺度：いろいろなことができるかどうか／選択の幅が広いかどうか
- ・ 益（メリット）・害（デメリット）のアセスメントの困難さ
 - ・ 益や害を量る物差しは、多次元的
 - ・ 結果の予想 不確定さがある
- ・ 一長一短で一般的な優劣が決まらない場合、公共的価値観&患者の価値観が決め手となる。

医療者は「患者・家族の最善を目指す」姿勢で活動しています。でも、最善とは何でしょうか。もちろん一般論として、医学的な目で見たら《QOLがなるべく高い》状態で、《余命が延び》れば、それに越したことはありません。QOLは高いほうが好いし、寿命は長いほうが好いわけで、これは要するに「元気で長生き」という一般市民のごく普通の価値観（公共的価値観）に基づくものです。

ここでQOLの高さ・低さは何を物差しにしているかということ、いろいろなことができるか・できないかであると考えるのが、医療・介護の場では分り易いでしょう。それは私たちが人生を歩んでいく際に、目の前にどれほど選択の幅が広がっているかということだとも言えます。「痛い」ということは、私たちの意に反している状態で、それ自体が私たちを縛るものです。また、痛いといろいろな活動ができなくなる・しにくくなるという仕方で、私たちの選択の幅を狭くします。身体が動くかどうか、まさにできるかどうかの問題であり、いろいろな活動が選択できるかどうかに関わります。さらには私たちがその中で活着している家庭や地域、あるいは社会がどのような環境であるかも、私たちにできることを左右します。総じて「いろいろなことができるほうがよい」という価値観に基づいて、QOL評価はなされます。

ただし、「できるほうがよい」ということは、ただ個々の人を単独で取り出して、言えることではありません。「自力で歩けるほうがよい」には違いありませんが、ある人が自力で歩けなくても、車椅子だとか、介護の手とか、あるいはバリアフリーな道路といった周囲の環境設定によって、その人は「歩ける」ようになります。ですから「歩けなくてもいい」のです。否、歩けなくても、その人の選択の幅が狭くならないように、社会の環境を整えることが必要なのです。そのようにしてQOLを高く保つことは、医療だけでやるのではなく、より広い社会的環境づくりと併せ

てなされることでしょう。そして、高齢や疾患などで、その人単独では何もできなくなった場合でも「居ることができる」ということが大切なこととして残ります。自分はここに居ていいのだ、人々の輪の中の一人として受け容れられており、「居心地が良い」ということがその人のもっとも基本的な QOL の要素であるのです。

ところで、「QOL を高く」といっても、いろいろな面があります。この治療をしたら「痛みは軽減する」けれども「何となく体がだるくなる」というようなことがあったとします（あるかどうかは、私は素人ですから知りませんが）。こういう場合、ある人は「体がだるくなって仕事ができなくなるぐらいだったら、少々痛くても我慢するほうを選ぶ」と評価するかもしれません。

●益と害が伴ういろいろな例

- ・ 転移を防ぐため患肢を切断する
- ・ 効果のある治療だが副作用も大きい
- ・ 疼痛コントロールをすると活動力が低下する
- ・ 耐え難い苦痛を緩和するために、意識レベルを下げる

癌の疼痛などの大変な問題に比べれば、他愛ないことでしょうが、私は花粉症の季節になると困るのです。ただ目や鼻に薬を入れるだけでは追いつかないから薬を飲みたい。ところがだいたい飲むと体がグタツとなるわけです。耳鼻科を受診する余裕がなくて、街の薬屋でこれなら眠くならないと薦められたものを飲んだところ、確かに鼻水や目がかゆいなどは解消されたのですが、体がグタツとしてしまって、仕事になりません。こうして、QOL と言ってもいろいろな要素があるので、こちらの要素はよくなるけれども別の要素は悪くなる。いいことばかりではありません。

相応性(Proportionality) 益と害の双方が見込まれる時に、どうそれらを総合的にアセスメントするかについては、すでに一般論を提示しました (1-2)。それは相応性論という考え方で、現在可能な選択肢（治療ないし療養方針の候補）を列挙して、それぞれについて見込まれる益と害（コストやリスクも含む）を枚挙し、選択肢間を見比べて、相対的に一番よいものを選ぶという考え方でした。これが個々の事例を検討していく際に、しばしば最も大事な検討のポイントになります。この考え方に従うと、ある選択肢 A が益ももたらすけれど、余命を縮めるおそれがあるという場合に、「いのちを縮めるような結果になることは医療者としてはできない」と直ちに言うわけにはいかないことになります。少なくともその選択肢を選ばないという選択肢 B もあるわけですから、そっちを選んだらどういう結果になるのかを調べ、それと比べないとなりません。B を選ぶと、余命は縮まらないけれど、患者は

II ささまざまな倫理的問題

耐え難い苦痛のうちに放置されるということかもしれません。さあ、そうだとしてみてもなお「いのちを縮めるような結果になることはできない」と言い続けられるでしょうか——言い続けて良いものでしょうか。

緩和医療の世界では、WHO の疼痛コントロール方式に則れば、QOL は高くなるけれども余命は短くなるなどはまず起こらないということが専門家の間では常識になっているようです。それでも、WHO は緩和ケアについての報告書（1990）で、仮に余命を縮めることになったとしても、適切な疼痛コントロールはすべきである、としています。疼痛コントロールを例にとらなくても、次のような例は、QOL を高めることが、余命を縮めるという害を伴うかもしれない場合として、現実により得ることではないでしょうか。

●事例 2-1

Dさんは、某ガンの末期ということで緩和ケア病棟に入っている。もう長くはないと感じたDさんは「この世の見納めに海を見てみたい」と希望した。しかし、病院から海まではそれなりの距離があり、車に揺られていくことはDさんの衰弱した身体には響くだろう。急変するということもあり得る。無事目的を果たして、帰ってこられても、余命を縮めることは十分考えられる。それでも、Dさんの今日1日の生活やこの世の最後の日々、最後の思い出という観点では、希望に副って差し上げることが、とても大きな意義あることと思われる。

こういう場面では、余命が長いことを優先するのか、QOL を高めることを優先するのか、という問題が現にあるわけです。そして、ここはどういう価値観をとるかによって選択は異なってくるでしょうが、医療者は、社会の仕組みになったケアである医療に携わっている限りは、公共的価値観を物差しにして考える必要があります。実際、以前は「なんとしても一分一秒でも長く生きられるように」という目標が当たり前のように思われてました。つまり、そういう考えを支持する傾向が公共的価値観のうちにあったのです。しかし、最近では、QOL を優先する傾向が公共的価値観のうちで有力になってきていると言えるでしょう。

このように、最善と言っても、好いことばかりの選択肢はまずなくて、大体が一長一短です。わかりやすい選択肢ならいいのですが、わかりにくい場合はどうしたらいいかがまさに問題になります。

●事例 2-2

Eさんは大変高齢である(90代前半)。嗄声をきっかけに検査した結果喉頭癌がみつかった。医師の見立てでは、根治的な手術が可能で、完治する可能性が高い。が、永久気管孔となり、声を失う。高齢であることを考慮すると、手術のダメージがどれほど響くか、回復にかかる時間と、年齢による衰えとを併せ考えて、果たして益になるだろうか。また、永久気管孔で声を失った生活は、Eさんにとって相当つらいことではないだろうか。

さればとって、手術をしなければ(放射線治療だけはする)しばらくは現状のままの生活が続けられるだろう。が、やがて、癌が進行して、つらい症状がおき(緩和的対応でどこまで和らげられるか)、手術をした場合よりも余命は短くなるかもしれない(高齢なので、手術をしたほうが長く生きられるとも言いきれないが)

90歳ぐらいのお年寄りで、喉頭癌で根治的な手術が可能だと医師は見込んでいます。転移が広がっているわけではなくて、ここだけ手術すれば何とかなるでしょう。ただし永久気管孔になり、声帯を失います。いわば喉で呼吸をし、口や鼻に息が通らないことは、日常生活にいろいろな不便を結果するでしょう。声を失うことによっても、EさんのQOLは相当下がるでしょう。

例えば、私のような、後数年で前期高齢者だというような場合だったら割と分かり易いと思うのです。手術で根治の可能性が高いのだったら、「まだあなたは20年ぐらいは何とかなるのではないか。そしてその調子でベラベラしゃべっているのだったら、何か新しい発声の訓練や人工的な音を出す装置などを訓練して、リハビリして慣れることができる、あるいはそれができなかつたとしても、パソコンを打ちながら、それを画面に出せば講演の代わりになるでしょう・・・」などと、周囲の人は口々に言うでしょう。こうして、ここで永久気管孔になり声を失っても、今後それなりに意義のある人生を私は送っていくことができるだろうと皆さんは踏むのではないかと思うのです。こういう場合の判断は割と分かり易く、社会的にもそれなりの共通の判断ができるでしょう。

でも、もし私が90歳で、年齢相応の衰えが進んでいるところで、こういう状況になったらどうですか。この例では医者は手術を勧めたのです。90歳のお年寄りが永久気管孔になる、もちろん手術を選ぶ道もこの方にはあると思うけれども、いろいろとリスクもある。お年寄りだから手術によって何か思わぬことが起こるかもしれないし、うまく行っても、後になってとても不便で生きているのが辛いと思うようなことになるかも知れません。いずれにせよ本人や家族がよく分った上での選択でない、「こんなはずではなかった」と後になって思う結果になりそうです。だから

II ささまざまな倫理的問題

最善を目指すと言っても、この場合、どの道が最善かについて問題が起きるわけで、これは比較的目立つ倫理的な問題です（なお、事例 2-2 については、第 4 章のシート [ステップ 5] の使い方のところに、その後の展開を含めたケースが出ています）。

●治療の差し控えと中止●

最近、終末期における方針決定が話題になることがしばしばあります。その場合のメインのトピックは、生命維持を開始しない、あるいは中止するということについてどうするかということのようです。これは一見すると「助かるものを助けない」とか「わざと死なせた」ということにつながりそうに見えますし、実際、社会的合意の形成の仕方を誤ると、弱者切捨ての社会になりかねませんので、確かに注意が必要なことです。とはいえ、治療を差し控えること・中止することについても、以上で説明しました益と害のアセスメントをして、一番好い（あるいは「ましな」）選択肢を採るという、proportionality 論の考え方に変わりはありません（詳しい検討は別の機会に譲ります）。

●公共的価値観と個人の価値観●

社会的なケアは公共的価値観に基づいて進められるということ、上で申しました。例えば、「できるだけ元気で長生きするほうがよい」（QOL と余命の積を大きく）という価値観が多くの人に共通のものとしてあります。この価値観を、医療・介護活動に際しても、医療従事者が共有しているのでなければ、活動はそもそも成り立たないでしょう。

医療方針決定に向けて、医療者が患者・家族と合意を目指すコミュニケーションをしている際には、医療者は双方が共通の価値観（＝公共的価値観）にたっていることを（仮に）前提しています。実際、合意に達した場合に、選ばれた治療方針は公共的価値観と調和的であるはずですが、「どの選択肢が最善かは、患者の個人的価値観による」と判断する場合でも、その判断自体は公共的価値観に基づいています。

だが、時に、医療者は患者・家族と、拠って立っている価値観が異なるため、合意に達することが困難であると認識し、相手の自律を尊重して、自らは最善とは思わない選択肢を許容しなければならないこともあるでしょう——ここでは異の倫理が活性化するわけです。しかし、このような全ての場合について、患者側の主張を全面的に受け容れなければならないわけでもありません。公共的価値観と異なるある個人の価値観に従う選択を許容するかどうか、公共的価値観によって評価されるのです。

例えば、ある新生児について、このままでは聴覚を失うが治療をすれば回復が可能であるという状況で、両親が「私たちは聴覚のない世界に生きる文化に生きてきてよかったと思っており、子供にも同じ文化に生きて欲しい」として治療を拒んだ

とします。この場合、両親の価値観は「聞こえないより聞こえるほうがよい」という大半の人に共通の価値観とは異なっていますが、コミュニケーションを進めても合意に達しなかった場合は、両親の主張を認容するしかないでしょう。ですが、聴覚に問題がない新生児について、上記と同様の価値観をもつ両親が「聴覚を失うように介入してほしい」と求めたという場合には、医療者はその要求に応じるほど寛容ではないはずです。

私たちは多元的社会の中に生きているという時、「多元的」というのは、多くの互いに異なる価値観がただ並存しているということではありません（少なくとも日本の現在の状況では）。そうではなく、社会の中で支配的な(公共的)価値観と、それとは異なる多くの(個人的)価値観が並存していると見るのが、实际的です。医療はその活動を進める際に、支配的な価値観に基づいて様々な判断をします。しかし、医療は個人を相手にした活動を中心としているため、個人と合意に基づく活動をするという場面では、公共的価値観と個人の価値観が異なる場合に、個人の価値観をどこまで許容するかという寛容さについての公共的価値判断も必要です(これもまた公共的価値観に含まれます)。基本的に公共的価値観に基づくという点は、《同》を志す親しい人間関係の倫理に対応し、寛容さは、《異》を認めるという遠い人間関係の倫理に対応しているわけです。

3-3 社会的視点における適切さ（P3）をめぐって

- ・ どのような社会を目指すかによって結論が異なることも多い
- ・ 無益性(futility)の問題

●事例 3-1 医学的に無益な治療の社会的サポートは？

Fさんは、某がんの治療のためあらゆる手段をつくしてがんばってきたが、だんだん抗がん剤が効かなくなっている。医療側は、現状ではもう積極的な治療は効果が見込めないのでやめて、緩和ケア中心の対応をし、Fさんが充実した最後の日々を過ごせるような環境を整えることが最善と考えている。しかし、Fさんは強く、まだ試していない抗がん剤投与を試してみようことを希望し、自分の人生観や価値観に基づく理由を医療者に提示している。——以上の限りでは、ここでは、P1（相手を尊重する）とP2（相手の益となるように）の間で「あちら立てればこちらが立たず」状態になっていたのだが（このタイプのジレンマについては、3-4で取り上げる）、コミュニケーションを通して、医学的には益がないと思われる治療（抗がん剤投与）を、本人の生き方についての意思を認めて、実施することになった。

ここで、抗がん剤投与は、医療保険から支払いがされるので、皆の医療費負担増となる。だが、益のないことのために皆の負担を増やすことは、社会的視点からいって不適切なのでは？（米国の保険会社は支払いを拒否するはず）

社会的な視点から見た適切さは、この例のように、医学的にはほとんど効果がないと見込まれる抗癌剤を投与して医療保険を使って治療するといった時に表面化する観点です。この例において、抗がん剤治療を認めた医療者は、単に医学的に有効かどうかに限ってではなくて、本人の生き方や人生としての最後の生きざまのようなものも含めて本人にとっての益を考えていることになります。

しかし、《益》ということをどのような範囲で評価するのが適切か？医学的妥当性に限定して評価すれば無益であるが、患者の人生全体から見た益に注目したら有益だという場合に、医療者としてはどちらの物差しを採るべきでしょうか。

こうして、医学的に益があるかどうかを物差しにして医療保険から出して援助するか、それともその人の人生の生きざまのようなものも含めて、本人のよき命の終わり方までも援助するのが適切かという問題が出てきます。それは医療保険からどういう範囲で支出するかについてどのように決めているかということが物差しになるでしょう。どう決めるかは社会がどこまで負担するか、あるいは個人のよい生を

どの範囲で社会が支えるかという考え方に相対的です。こうして、医療保険に限っても、どういう範囲で意義のあることと認めて保険から金を出すのかということは、まさにどういう社会であることを選ぶかにかかわってきます。

そういう意味で社会的視点からの適切さとは、よく考えていくと、ただ私たちがだけが社会がこうだからこうすべきだという話ではなくて、こういう社会になれということも含まれてくるわけです。

社会ないし医療制度がこれで良いのかと思うことはいろいろあるでしょう。

●事例 3-2

G病院に入院しているHさんは医療チームとの信頼関係ができて、安心してここで治療を受けてきた。「ここでもうしばらく治療するのがHさんにとっては最善だ」と医療者たちも思っている。しかし、医療の制度上の制約で、これ以上この病院にHさんが入院し続けると、病院としては赤字になってしまう。そこで、G病院は「差額ベッドに入ってください、そうでなかったら退院するか他の病院に行ってください」という選択肢をHさんに提示した。

これはまさにその患者にとっての好いあり方と、医療制度によって推奨されている、急性期の病院では長く患者を置かないでどんどん他へ行かせるといった方針の狭間で、皆さんは矛盾というか、本当はこうしてさしあげたいのと思うことがあるのではないのでしょうか。他方で、急性期の病院では患者をなるべく早く退院にまで回復させて、他の治療を必要とする患者が入れるようにベッドを空けるということも、社会全体から見ると必要だということも確かにあるでしょう。——こうしたことを考える時に、まさに「社会的視点での適切さ」という倫理に関わるのが問題になっているのです。

このように、社会的な視点から見た適切さは、自分たちでどうやったら公平になるかの話になることもあります。社会の医療制度をよりよく改善していかないと、本当の問題解決にならないというような話になることもあるわけです。ですから、さしあたって現在の医療制度の中で起きているしわ寄せをどのように解消していくかという考えと、長い目で見て、この医療制度自体を変えないと根本的な解決にならないという考えという、二重の考察が必要になるでしょう(このあたりのことは、本書第4章でいろいろな臨床倫理検討シートの使い方について説明する際に、ステップ3-EAやステップ5のフォーマットを使うと考え易いことがあるでしょう)。

3-4 P1～P3の間が衝突する場合

- ・患者の最善 vs 患者・家族の意思
- ・複数の原則 (P1-P2) が衝突 (ディレンマ)

以上、3つの原則 (P1・P2・P3) それぞれに従って申し上げてきましたが、これらの原則間でジレンマ (あちら立てればこちらが立たず状態) になることもよくあります。相手にとって手術が最善だと医療者たちが思っているが、本人は嫌だと言っている場合に、P2 (相手にとって益になるように) という姿勢からすれば、手術をするのがベストだとなりますが、P1 (相手を人として尊重する) という姿勢からすれば、本人が嫌だと言っている、その意思・気持ちを尊重する以上は手術をしないという選択をすることになります。こうして、P1 と P2 という医療者が両方持っている姿勢のどちらかに則ると、他方に反してしまうという状態になり、これら二つの姿勢がうまく両立しないわけです。

●事例 4-1 医学的には無益な治療を患者が希望する

Fさんは、某がんの治療のためあらゆる手段をつくしてがんばってきたが、だんだん抗がん剤が効かなくなってきた。医療側は、現状ではもう積極的な治療は効果が見込めないのでやめて、緩和ケア中心の対応をし、Fさんが充実した最後の日々を過ごせるような環境を整えることが最善と考えている。しかし、Fさんは強く、まだ試していない抗がん剤投与を試してみることを強く希望している。

[ジレンマの構造]

- ・相手にできるだけ大きな益となるようにする

Fさんは末期がんの状態であり、治癒ないし支持目的であれ、緩和目的であれ、有効と思われる化学療法等の選択肢はない。

したがって、緩和ケア中心の方針をたてるのがよい

- ・相手を人間として尊重する→相手の意思、気持ち、存在を尊重する

Fさんはまだ試していない抗がん剤を使ってほしいと、強く希望している

Fさんの意思を尊重するなら、Bさんの意向に従うべきではないか？

事例 4-1 は、すでに挙げた事例 3-1 と同じケースで、3-1 の考察に先立つ状況です。すなわち、ここでは医学的には効果がないと見込まれる抗癌剤を投与することを患者が強く希望しています。この場合、エビデンスに基づく医療側の判断の限りでは、抗癌剤投与は益がなく、害をもたらす恐れがあるだけの選択肢とされるでし

よう。しかし、本人にとって何が最善かを個別化して考えるプロセスでは、本人の思いを聞き、本人の人生全体から見ると益があるといえるかどうかをも考えることになります。例えば、それはその人の最後の生きざまであり、本人は、「及ばずながら最後まで戦う」という姿勢を表したいということがあるかもしれません。確かに昔は武士の間でそういう生き方が賞讃される傾向もありました。戦っても勝ち目がないと分かっているのに、「城を枕に討ち死にする」など、ある種の美意識を伴って語られました。もちろん患者によって、そういう感覚でない方はいくらでもいると思います。別の患者さんは自分がいなくなった後の妻や子の行く末を案じ、また自分が先立つわけには行かないのにこういう事態になってしまったことに負い目を感じて、なんとか自分も納得し、また妻子にも納得してもらいたいということで、このような希望をしておられるかもしれません。こういう事例では、そういう本人の意向を深く理解し、それに適切な対応をすること、また、理解に基づいてどこまで認めるかどうか、ということがポイントになるでしょう。

そこで医学的には腫瘍に対しての効果などはほとんどないと分かっている、本人の最後の生きざまだという思いでいると理解して、そういうことなら応じましょうと医療者が抗癌剤投与に同意したとします。この場合、「本人の最善についての医療側の判断より、本人の意思を尊重することのほうを優先した」ということになるでしょうか。そうではありません。医療者は個別化した判断の過程で、本人の思いを理解し、この方にとってはその意思を受け容れて抗癌剤治療を試みるのが最善だと判断し、かつ本人の意思を尊重して、こういう選択をしたのです。つまり、このようなプロセスを経て、P1 と P2 がはじめは衝突しているようでしたが、両立する解決に至ったのです。もちろん、医療側はこの場合でも、医学的判断を棄てたわけではありませんから、「本人の意向を受け容れて、抗癌剤投与を始めるが、骨髄抑制などに注意して、本人の身体への害が抗癌剤治療に際して定めてある限度を越えるようになったら中止する」というような考え方でおり、患者にもそういった限界については了解してもらって、始めるのだと思います。

さて、次の事例 4-2 は、臨床倫理検討シートを使って、次頁以下に示します。

●事例 4-2 臨床倫理検討シート

* 検討内容： プロスペクティブ：(DM) 医療方針の決定

(PS) 医療・看護を進める中で起こった問題

レトロスペクティブ：(EV) 既に関じたことの評価

ステップ1 記録者 [XXX XXX] 日付 ['06.11~ '08.7]

0-1 患者プロフィール

I 氏 67 歳、妻と長男夫妻と同居。孫二人。他に長女が近くに嫁いでいる。農村地帯で、専業農家としてやってきた。

0-2 経過

'06 年 11 月 身体の不調を訴え、X 病院で検査した結果、XX がんが見つかり、標準的治療である手術・放射線をうけた。

自宅に戻って、療養し、多少の仕事もできるようにまで回復した。X 病院には定期的に通院。

'08 年 3 月 YYY の症状がでて、調べた結果、XX がんの ZZ への転移と分かり、化学療法を試みたが、効果はなかった。

5 月ころから、I さんの状態は急速に悪化し、末期がんとみられるようになった。衰弱も進んでいる。在宅ホスピスケアの態勢を整え、在宅専門の医師と、訪問看護や介護のスケジュールをたてて、開始した。

疼痛コントロールにより、痛みは緩和されている。栄養・水分の補いが必要となり、輸液を開始した。

'08 年 7 月 衰弱が進んだ結果、医師は、これまで続けてきた輸液を継続することは、I さんの身体に負担となり、QOL をかえって低下させるし、延命にもならないと判断、輸液を中止したほうがよいと家族に説明した。

I さんの家族は、「I さんがこんなに衰弱しているのに、何もしないわけにはいかない。近所の目もあるし、輸液は続けて欲しい」と、強く希望した。【tp】

〔記述についてのコメント〕

このケースでは、最後の輸液中止という問題に報告者の関心が向けられていて、その背景説明ということで、それまでの経過は簡単に述べられています。もし、報告者の関心が、「こうなる前にもっと何か別の手立てがあったのではないか」というような疑問にある場合には、疾患が見つかったから今日に至るまでの医療上の選択のポイントごとに、もっと詳しい記述になり、【tr】という印がいくつかついたことでしょう。

報告者は最後の部分に注目していますが、検討会の席上で、参加者から、ここにいたる経過についての質問がでて、その部分の記述がより充実していくこともあります。

0-3 分岐点

tp：輸液の中止・減量について家族が否定的である現状で、どうすべきか。

ステップ2-tp 情報の整理と共有【時点:tp/選択の内容:輸液中止の是非】

A 医学的情報と判断	
2A-1 治療方針の枚挙およびそのメリット・デメリット (一般論) ① 輸液を中止する ○身体の負担が軽減し、QOL が向上する。余命が縮むわけでもない。管から自由。 × ② 輸液を減量する ○減らした程度に応じて、身体の負担が軽減し。QOL が向上する ×輸液のための管により不自由 ③ これまで通りの輸液を続ける ○ ×身体に負担となり、QOL をかえって低下させるし、延命にもならない。管により束縛	2A-2 社会的視点から
2A-3 説明 患者に対して 意識混濁のため、説明できず	家族に対して 1A-1 の内容を説明した
B 患者・家族の意思と生活	
2B-1 患者の理解と意向 意識が低下しているため、説明ができなかったため、理解は不明。 元気な時点で、このことについて話し合っていないので、意向は不明	2B-2 家族の理解と意向 輸液を続ける・中止することが及ぼす結果についての理解は不十分のように見える 家族はそろって、 「Iさんがこんなに衰弱しているのに、何もしないわけにはいかない。近所の目もあるし、輸液は続けて欲しい」と希望した。
2B-3 患者の生活全般に関する特記事項 ・自分の水田の北にある丘の林が好きで、訪問すると「今頃は何々が咲いているはずだ」とか、「かくかくのところに珍しいキノコがある」といったことを話しては懐かしんでいた。「死ぬ前に、一度行って林の中でしばらく座っていたい」とも。 ・「もう、先生、いろいろしないでいいから。もう寿命だと俺は思うんだ」と、まだ意識がある最後のほうで、淡々と語った。	

ステップ3-DM 検討とオリエンテーション（方針決定用）

問題点の抽出	
<p>3-1 最善の方針：医療側の個別化した判断</p> <p>・家族の希望を考慮しても、やはり、輸液を中止ないし相当程度の減量をすることが最善であろう。</p>	<p>3-2 当事者等の間的一致・不一致</p> <p>・医療者－本人間的一致・不一致は不明。</p> <p>・医療者－家族間是不一致</p>
対応の検討	
<p>3-3 問題点の検討（不一致の要因と解消の可能性）</p> <p>・Iさんの家族の希望をどう理解するか？「Iさんがこんなに衰弱しているのに、何もしないわけにはいかない。近所の目もあるし、輸液は続けて欲しい」</p> <p>・家族の状況に臨む姿勢（＝活性化している価値観）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・隣り近所から家族がよく見られたいという姿勢ではないか？ ・自分たち家族の気持ちが済むことを目指していないか？ <p>何か積極的にしていないと、Iさんへの負い目を感じる？</p> <p>Iさんにとって最善になるようにしてあげたいという気持ちもあるはずだが、活性化していない：ここが問題の要だろう</p> <p>・家族の状況認識</p> <p>Iさんに輸液をすることの益と害について、適切に認識しているか？</p> <p>輸液はIさんをかえって苦しめる／延命という効果をもたない</p> <p>隣近所の人たちの状況認識がそもそも不適切</p>	<p>3-4 今後のコミュニケーションの方針</p> <p>・Iさんにとっての最善を考えるという要素が、家族の中で活性化するように、どう働きかけたらよいか、考える</p> <p>・家族の気持ちに配慮すれば、中止ではなく、相当程度の減量という選択肢もあり得るかもしれない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○よそから見れば、どれほど輸液をしているかはわからない ○少量であれ、輸液をしていることで、家族は安心できる <p>・この選択肢についても考慮しながら、家族の思いをさらに理解できるように、耳を傾け、また、輸液を中止すること、続けることの益と害について適切に理解できるように働きかける。</p>

個別事例としては、以上に提示したケースにはいろいろな要素があるでしょうが、検討に際して医療チームが見出したポイントは次のようにまとめられるでしょう。

●事例 4-2（要約）

医師の判断と家族への説明：「Iさんは末期がんの状態であり、衰弱が進んだ結果、これまで続けてきた輸液を継続することは、Iさんの身体に負担となり、QOLをかえって低下させるし、延命にもならない。したがって、輸液を中止したほうがよい。」

これに対して、Iさんの家族は「Iさんがこんなに衰弱しているのに、何もしないわけにはいかない。近所の目もあるし、輸液は続けて欲しい」と、強く希望している。

さて、Iさんにとっての医療者としての最善の判断と、家族の意思を尊重することとの間で、輸液についてどう考えたらよいだろうか？

この事例でも、P1～P2間でディレンマが起きています。P1からは家族の意思を尊重して輸液を続けることが結論されそうですが、P2によれば本人の益になるように輸液を中止することが結論されるからです。

この事例の検討の眼目は、Iさんの家族の思いを理解するということでした。シート〔ステップ 3-DM〕でしていることを説明すると、次のようなこととなります。

Iさんの家族が輸液を続けるよう希望した理由は、「Iさんがこんなに衰弱しているのに、何もしないわけにはいかない。近所の目もあるし」というものでした。ここで、既に提示しました、

- ・意向＝状況に臨む姿勢（価値観・人生観）＋状況把握（認識）

という分析の仕方を使ってみます。

まず、家族の状況認識としては、「輸液をやめるとどうなるか」「輸液を続けるとどうなるか」が要になります。Iさんに輸液をすることの益と害について、輸液はIさんをかえって苦しめるし、延命という効果もないという点について、認識しているかどうかは、事例の記述の限りではよく分かりません。ただ、医師が輸液をやめたほうが「Iさんにとって好い」と説明していることが家族の応答に影響していないようなので、状況認識がおそらくは不十分であるように推測できます。ここは今後のコミュニケーションを通して確認し、分っていただけるよう努めるポイントになりそうです。

次に、家族の状況に臨む姿勢（＝活性化している価値観）ですが、言われている輸液を続けて欲しいということの理由には、

- ・Iさんにとってベストになるようにしたいという姿勢

II ささまざまな倫理的問題

は現れてきておらず、むしろ

- ・隣り近所からよく見られたいという姿勢
- ・自分たち（家族）の気持ちが済むことを目指す姿勢

が、少なくとも言葉上は現れています。「何もしないわけにはいかない」というセリフはよく聞かれるものですが、何か積極的にしていないと、I さんへの負い目を感じるというような心理なのでしょう。また、隣り近所の人の目を気にしていますが、この背景には隣近所の人たちの状況認識というか、ある種の一般常識が不適切であるということがあります。「こんなに具合が悪いのに、何もしてもらわないのか？（医師は何やってるんだ——家族なのに放って置くのか）」という感じですね。

・人間は複層的なあり方をしており、相反する価値観が並存している（どれが活性化するかを選択を左右）

医療者としては、ここで、家族に「近所の目を気にしたり、自分たちの気が済むことばかりを考えないで、I さん本人にとってどうするのが一番好いかを考えたらどうですか？」と言いたくなるかもしれません。が、相手を尊重することは、相手の可能性を信じることでもあると思います。家族ももちろん「I さんにとって一番好いようにしたい」と思っているには違いないのです。ただ、その姿勢が活性化して前面に出てきていないだけなのでしょう。人の状況に臨む姿勢も単純ではありません。複数の要素が並存していて、そのあるものが活性化して前面に出、他のものは潜在化するといったことになります。それでこの場合は、ご近所の目だの自分たちの気持ちだのが前面に現れてしまっているのでしょう。そこで、コミュニケーションのプロセスを通して、I さんにとってどうするのが一番よいかを考えるように、話題を持って行くというように動くのが医療チームの今後の方針になるのではないのでしょうか。

●P1・P2 と P3 間の衝突●

他にも社会的な視点と対面との間でぶつかることがあるかもしれません。私は小さいころ、赤痢ではないのですか、何か消化管にかかわる伝染性の感染を起こしました。その当時は4歳か5歳でしたので、はっきりとは分っていないのですが、法定伝染病ではないが届け出て、入院して隔離するほうが良いような病気だったのではないかと思います。ところが、母は幼い子を病院に入れるのは忍びなかったのです（たぶん伝染病の隔離病棟で、白い壁に取り囲まれた無味乾燥のところイメージされていたのではないかと思います）。そこで、往診して下さっていた、かかりつけの医師に「何とか穏便に」とお願いし、医師も「まあいいでしょう」ということで、家で療養を続けました。もし、これが本当に伝染性の強い悪性のものだとした

ら、そうは行かなかったに違いないです、それほどでもなかったのでしょう。結果として、この母子にとっては QOL の高い環境で過ごせ、希望に適っていてもいるということでもよかった（すなわち、P1 と P2 に則るなら良かった）わけです。しかし、当時は汲み取り便所でしたし、近所には小さい子どもが沢山いましたから、もし感染が広がっていたらどうでしょう。社会的な視点から見たときに、他の人に迷惑がかかる、いわゆる第三者にどんどん感染が広がる害悪がそれによって生じたかもしれないのです。つまり、自分にとって好いこと、自分はこうしたいと希望すること（P1 と P2）は自宅で療養することで満たしたけれども、P3 には反していたと評価すべきだったのではないかと思います。

* * * * *

いろいろな問題を整理していくときに、以上見てきましたように、どういうタイプの問題なのかを整理すると、そこから先が考えやすいことがあります。個別の事例を無理に整理しなければならないわけではありませんが、以上のような考え方を身につけて個別問題を分析してみると、何が問題かについて、よりよい理解ができるように思います。ただ、気をつけていただきたいのは、倫理原則に照らして、「罪状を明らかにする」ような態度にならないようにすることです。あくまでも、医療者が携えている姿勢——患者・家族を人として尊重しつつ、その最善を目指して、医療に臨み、また、そういう自分たちの活動を社会的視点からチェックして、適切になるようにする——を自覚的にとりながら、個別の事例に対応していくプロセスの中で、このような整理や分析は行われるものだからです。

4 全臨床倫理シートの使い方

●以前からお使いの方への注意●

本バージョンで、シートの記入事項のナンバリングが変わりました。それは「ステップ1」、「ステップ2」というように、検討の順序に番号をつけたため、それと対応するシートの事項の番号が揃っていないと、分かり難くなるという理由によります。すみません、慣れてください。

●検討のタイプ●

臨床倫理の検討は、何を目指した検討かによって、「これからどう対応しようか」を考えるものと、「既にしたことはどうだったか」と考えるものとの、大きく二分されます。前者については、検討シートは「意思決定プロセス」における検討に特化したものと、医療・ケアを進める際に起きてくるさまざまな問題への対処におけるものと、二系統用意しています。ということで、次のようなタイプのものがあることとなります。

〔前向きの検討〕

・DM（意思決定プロセス用）：何か困った問題が起きた場合に限らず、すべての意思決定プロセスにおいて、ここで提示するような検討がなされることが期待されています。ですから、意思決定プロセスを適切に辿る姿勢と力を養うための研修にも使えます。

・PS（倫理的側面を含む問題解決一般）：何か問題が起きている場合に一般に使えるようにできています。意思決定プロセスの場合にも使えます。

〔振り返っての検討〕

・EV（辿った経過の評価）：既に終わったこと、終りつつあることを振り返って検討し、評価する際に使います。評価というのは、責任を誰かに帰するというようなことを目的にしているのではなく、医療チームなり医療機関なりが今後よりよい対応ができるようになるために資することを目指すものです。

すでに、本書 2-2 で、意思決定プロセスに際して使うシートの主要部分については、使い方を解説しました。ここでは、そこで言及しなかった、他の各種検討シートについて簡単に説明します。

◆ステップ1 事例を記述する◆

ここについては、使う検討シートは一種類〔ステップ1〕で、使い方はすでに 2-2 (39~43 頁) で説明してありますので、そちらを参照してください。

◆ステップ2 医療者の姿勢に対応する状況把握の整理◆

この段階で用意されているシートは〔ステップ 2tp〕と〔ステップ 2tr〕の2種類です。この段階についての考え方は 2-2 (44~45 頁) で解説しました。

●〔ステップ 2tp〕●

これについては、すでに、2-2 (45~52 頁) で解説してありますので、そちらを参照してください。

●〔ステップ 2tr〕●

これは、すでに選択・決定を終わっている分岐点を振り返って情報の整理を行う時に使います。最後の部分以外は〔ステップ 2tp〕と全く同じです。

ただ、〔2tp〕の場合はこれから起こることや患者・家族の現時点での状態について書きましたが、〔2tr〕は既に起こってしまったことについて書くという視点の違いがあります。また、既に起こってしまったことですから、結局、どの選択肢をどのような経過で選んだかを書くという点が変わります。

〔ステップ 1〕で、既に終わっている選択・決定を振り返って検討する必要があると考えて、【tr】、あるいは【tr1】、【tr2】などと印をつけ、1-3 でそれらについてその性質を簡単に書いた場合、その検討すべき選択・決定の数に応じたシート〔ステップ 2tr〕を用意し、分岐点ごとに一枚使って検討します。

【時点： / 選択の内容： 】

シートのトップに、上のような記入事項があります。

- ・ 「時点」には、どの分岐点について整理をするのかを示すために、〔ステップ 1〕の経過に記入した tr1、tr2・・・を記入します。
- ・ 「選択の内容」として、どのような決定をしたのかを簡潔に書きます。
- ・ 例えば「入院当初の医療方針の決定」、「最初の手術後の方針の見直し」「状態悪化による方針の再検討」といったことですが、当事者がどれのことを指しているのか分かり易い表現にしましょう。

Ⅱ さまざまな倫理的問題

〔ステップ2tr〕 情報の整理と共有 【時点:tr/選択の内容: 】

A 医学的情報と判断	
2A-1 選択肢の枚挙とメリット・デメリット（一般論）	2A-2 社会的視点から
2A-3 説明 患者に対して 。	家族に対して
B 患者・家族の意思と生活	
2B-1 患者の理解と意向	2B-2 家族の理解と意向
2B-3 患者の生活全般に関する特記事項	
2C 決定に至った経過	

2A～2B

すでに説明した【tp】用のシートの対応箇所と同じです。

- すでに起こったことですので、問題になっていることとの関連が薄いと思われる場合は、さしあたってあまり細かく書かないでも済むこともあります（以下の検討をしていくうちに、やはりよくアセスメントしないとならないとなったら、ここに戻って丁寧に書き加えるということもあります）。

2C 決定にいたった事情

【tr】用の整理には、〔ステップ 2tp〕の A および B の部分に加えて、C の部分がかかります。ここでは、A および B で整理したような医療側、患者側の状態があった中で、どのようにして実際になされた決定にいたったのかを、要領よくまとめるようにしてください。

- とくに、決定に患者や家族がどう参加していたか、いなかったかに留意してください。「患者の希望に沿って、手術をしないことにした」と、「患者の希望でもあり、医療者としても妥当だと判断したので、患者・家族と話し合って手術をしないという結論にいたった」とは違います。前者は患者の希望を聞いてはいても、決めているのは医師です。後者は患者・家族と最終選択について確認し合っていますから、一緒に決定したと言えます。こういう差が、後で振り返って検討する時に注目する大事なポイントとなるのです。

◆ステップ3 問題点の把握と検討◆

この段階に先立つ検討では、経過を記述し、医療者としての基本的な姿勢に対応する情報の把握を行っています。そこで、ここでは、目下の問題を把握し、どこに問題があるかを見出し、これからどのようにコミュニケーションを続けていこうかという道を見出そうとします（2-2、53頁も参照してください）。

この段階で用意されている検討シートは、〔ステップ3DM〕、〔ステップ3PS〕および〔ステップ3EA〕の3通りです。

- ・ これからどうしようか、と分岐点で進む道を選択する時には、3DMが基本となりますが、3PSを使うこともできます。
- ・ その他の問題の検討には3PSがよいでしょう。
- ・ 3EAはもともと、振り返って検討する際の、「検討と評価」につかわれるシート5を、前向きな検討用に改訂したものです。倫理的な視点からの問題の分析を丁寧にしたい時によいと思います。3-PSと連動して使うこともできます。

●〔ステップ3DM〕●

このシートについては、53-58頁で解説していますので、そちらをご覧ください。

●〔ステップ3PS〕 問題解決を目指す●

ここでは、倫理に関わる問題が起こったと感じて検討をしようとしている場合のやり方（PSタイプ）について説明します。

すでにシート〔ステップ1〕および〔ステップ2tr〕等は書き込まれているはずで、方針の選択とは関係ない問題だと思われる場合、〔ステップ2tr〕は書きにくいかもしれませんが、そういう場合は飛ばしても結構です。が、今感じている問題をめぐって、医療者がどうしたらよいかと思っていることと、患者・家族の思いとをそれぞれ書いておくのもよいでしょう。これらのシートを書き、また共同で検討して補充したというところで、現状を整理して把握しましたので、ここから検討に入ります。

これは汎用性がありますので、方針決定のプロセス（DMタイプ）でも、何か問題を感じている場合には、〔ステップ3DM〕の代りに使うこともできます（方針選択の問題も、倫理に関わる問題には違いありません）。

3-1 問題となっていること・問題を感じていること

DMタイプと同様、まずは《問題点の抽出》です。

〔ステップ3PS〕 検討とオリエンテーション（問題解決用）

問題点の抽出	
3-1 問題となっていること・問題を感じていること	3-2 問題の倫理的性質の分析
対応の検討	
3-3 問題点の検討	3-4 今後のコミュニケーションの方針

II ささまざまな倫理的問題

PS タイプの検討の場合、事例の経過の中で、医療者（の少なくとも一部）が問題を感じたから、検討をしようということになったはずですが。そのそもそものきっかけとなっている点、つまり、どういう点に問題を感じたのか、を率直に書いてください。

3-2 問題の倫理的性質の分析

3-1 に記述した問題について、それを倫理の視点からみると、どういう問題であると言えるかを検討します。

倫理的視点から見る際には次の諸点を吟味することが有効でしょう。

- ・ p1 患者（家族）を人間として尊重しつつ、医療・看護を進めるという点についての問題なのか？
- ・ p2 患者（家族）にできるだけ利益となり害とならないように、という点で問題なのか？
- ・ p3 社会的に、他人に不当な害を与えている、あるいは、社会が提供する資源を十分活用してない問題なのか？
- ・ p1～p3 の間でディレンマが生じているのか？（ディレンマとは、p1～p3 のどれかとどれかの間で、一方に応じようとする、他方に反してしまう場合か、原則のいずれか一つについて、それを満たすために必要な複数の点を同時には満たせず、「あちらを立てればこちらが立たず」状態になる場合のことです。ですから、ディレンマがあると考えた場合、それがどういう内容のものなのか、その構造を明らかにします。
- ・ あるいは、以上の倫理原則に照らして、どこがまずいとは言えない類の問題でしょうか。もしそうであれば、その旨を説明してください（この場合、問題は倫理的なものではない可能性もあります）。
- ・ ここの検討をちゃんとやる必要があると思われる場合、後に説明するシート〔3EA〕を使うと分かり易くなることもあるでしょう。

3-3 問題点の検討

3-1、3-2 により、問題の倫理的性格がはっきりしたら、次に《対応の検討》です。

ここでは問題の倫理的性質の理解に基づき、その原因と解決の途を探ります。例えば次の諸点を考えてみてください。

- ・ p1～p3 が実行されてない場合、それは医療者が認識して、改めればよいことか、あるいは、何らか実行を妨げている要因があるか？

- ・ ディレンマが生じている場合、両立しないと思われる複数の要素を両立させる道をまず探してみる。また、ディレンマ解決に役立つ一般的考え方を参照して考える（例えば、相応性論は、こういう問題についての考え方を示すものです：本書第1部参照。）
- ・ 倫理的問題ではない場合も含めて、問題の要因を解消する可能性はないか。解決の方向は？

また、[ステップ 3DM] の 3-3 の書き方の項をも参考にしてください。DM タイプと同様に、患者・家族の思いを理解するということが要になることがしばしばあるということも念頭においてください。

3-4 今後のコミュニケーションの方針

3-3 で見出された解決の方向を具体化して、今後どのようなことを実行して行くか、次のような点に留意しつつ考えます。

- ・ 医療者内部でのコミュニケーションの方針／患者・家族とのコミュニケーションの方針など。
- ・ また、病院のあり方や、医療・福祉の制度など、社会的問題が要因としてある場合、長い目で見た方向性ととも、差しあたって目下の問題についてどうするかを併せ検討します。

対応の方針が立ったところで、カンファランスなどにおける検討は終わります。

●〔ステップ3EA〕 倫理的視点から分析する●

問題解決のためのシートとして、〔3PS〕に加えて、〔3EA〕があります。これは後に解説する〔ステップ5〕（以前は「シート4、5」と呼んでいたものを今回のバージョンからこう改名しています）を若干改訂したものです。つまり、このシートは、すでに起こったこと、自分たちがしたことを振り返って、どうであったかを検討し、倫理的な（自己）評価をするものでした（＝EVタイプの検討）。しかし、使っているうちに、前向きの検討にも使えそうだということになってきました。そこで、〔ステップ5〕の問いかけは過去のことについて振り返って書くようになってますが、これを現在のこと、これからのことを書くように改訂したものが、〔3EA〕で、内容的には〔3PS〕をより詳しくしたものと言えます。倫理的視点からの問題の整理をする部分と、今後どうするかを考える部分に分けてあります。

ここで行う検討は倫理の視点からのものが中心となります。そこで、〔ステップ3EA〕は、医療者の姿勢（＝3つの倫理原則）を念頭に置きながら、それぞれの姿勢に照らしてどうだったかを考えるというプロセスを辿るように、できています。ただし、ここで気をつけていただきたいのは、「この原則に照らすと、ここで医師がしたことはまずい」というように、各倫理原則を、「間違いを見つける物差し」のように使わないということです。そうではなく、医療者が自ら備えているはずの姿勢を示すものとして、倫理原則を携え、自分たちがどのように動くのがよいかを探っていくのです。

3-0 さしあたって感じている問題点

何に、あるいはどういう点に問題を感じたのか、あるいは何が実際に問題になっているのか、率直に書きます。（＝3PS/3-1）

- ・ 事例を振り返って検討しようということになったのは、多くの場合、なんらかの問題点を感じているからであると思われます。そこで、その感じていることをまずここに書いておきましょう。
- ・ これと同じことが以下のどこかで繰り返されるかもしれませんが、それはかまいません。
- ・ ここに書いたことが、下のほうのどこかに当て嵌まると気付いたら、繰り返して書く代りに「3-0に記したように・・・」としておけば、記述を簡略にすることができるでしょう。

3-1 「患者・家族にとってできるだけ利益になるようにする」（＝P2）という観点

ここでは、「相手にとってできるだけ利益になることを目指せ」という倫理原則に照らして、現在の状況および今後の進む道について検討します。たとえば次のよう

〔ステップ3EA〕 I 問題の倫理的側面の検討

3-0 さしあたって感じている問題点

3-1 「患者・家族にとってできるだけ利益になるようにする」 (=P2) という観点

3-2 「相手を人間として尊重する」 (=P1) という観点

3-3 「社会的視点での適切さ (正義)」 (=P3) という観点

3-4 総合的検討およびその他の問題点

II さまざまな倫理的問題

な問いに答えつつ考えてみてください。

- ・ 現在、患者・家族は、与えられた条件の下（＝私たちに可能な範囲）でベストな状態にいるか（身体的、心理的、社会的、生きる姿勢といった要素を考える）。
- ・ そうでない場合、それはこれまで覚悟の上で行った選択の結果か、それとも私たちの側に何らかの落ち度があったか。また、修復の可能性は。
- ・ これからどのような道を行くのが（＝どの選択肢を選ぶ v どのようになるのが）、患者・家族にとってベストか
- ・ 何がベストかということに関して、患者と家族の間に利害の対立があるか
- ・ 客観的には全体としてよいが、当事者（患者・家族）はベストだとは思っていない、あるいは当事者の人生計画や価値観には反している、というようなことはないか

[益と害のアセスメント]

- ・ 医療に関わる選択肢の場合、エビデンスに基づく一般論だけで済まらず、さらに個別の事情を考慮した個別化した判断も検討してください
- ・ どの選択肢がベストかを考えるためには、それぞれの選択肢について、期待ないし予想される益と害のアセスメントが不可欠です。複数の選択肢は、いわば「一長一短」であることがほとんどで、価値観が異なれば、どれがベストかの判断も違ってくるでしょう。
- ・ とはいえ、多くの場合、どれが最善かについて、共通の判断が期待できます。また、「本人次第だ」というような結論になることもあります。（以上については第1部臨床倫理エッセンシャルの「相応性 proportionality」についての説明を参照）。

3-2 「相手を人間として尊重する」(=P1)という観点

ここでは患者・家族とのコミュニケーションのプロセスに注目して、「相手を人間として尊重する」という倫理原則 P1 ないし医療者の姿勢が具体的に実践されているか、またこれからどう活かしていこうかを検討します。ことに次のような問いを考えてください。

- ・ 患者・家族の思い（意思や気持ち）を、十分聴いているか、聴く態度でいるか
- ・ 患者・家族への説明は十分されているか？ また患者・家族はそれを適切に理解しているか
- ・ これまで知りえた患者・家族の思いをどう理解したらよいか（コラム「」を

参考にしてください)

- ・ 患者・家族に寄り添い、自立的選択ができるようにサポートしていくことに
関して、考えておくべきことは何か（方針選択の場合）
- ・ 医療者間のコミュニケーションは適切に進行しているか

3-3 「社会的視点での適切さ（正義）」(=P3) という観点

ここでは社会的視点に立って考えます。つまり、自分たちが患者・家族と向き合
って、あるいは寄り添って、やってきたこと、これからやろうとしていることを、
社会全体の中において見る立場にたって、適切かどうかを検討するのです。例えば、

- ・ これまでに選んだ、あるいはこれから選ぶようとしている道は、第三者に不当
な害を与えたり、負担をかけたようなものではないか。また、医療保
険を使って行うのは妥当であるか。
- ・ 患者・家族が使うことができる社会的資源を十分活用しているか、あるいは、
今後使えるものはあるか。例えば、自分たちの医療機関でできることに限定
して考えていて、他に患者・家族によりよい益をもたらす選択肢があるのに、
それを使う可能性を閉ざしていないか。
- ・ 目下の問題の根本的解決には、社会的システム（医療や介護の制度）の改訂
が必要であるか、そうである場合、現行の社会のあり方の下では、どのよう
な補完ができるか

3-4 総合的検討およびその他の問題点

3-1～3-3の検討が終わったら、それらを見比べ、観点間でディレンマが生じていな
いか、また、問題は出し尽くされているかを考えます。

- ・ 各観点からの検討を総合的にみて、観点間でディレンマ（あちら立てれば、
こちらが立たず状態）になっていないか。なっている場合、両立できる解決
の可能性は？
- ・ 以上のどこにも該当しないが問題だと思えないか

ディレンマが見つかった場合、「あちら立てれば、こちらが立たない」以上、どち
らを優先するか？と考えがちですが、まずはどちらも立つような道を見つけられな
いかと、ぎりぎりまで努力するべきです。

以上のどこにも該当しないが問題だと思えることがあれば、ここに書いておきます。
もしかしたら「倫理的な」問題ではないかもしれませんが、そういうことは気にしな
いで、ここに書いてください。書いた上で、これには3-1～3-3に関係するよ

II さまざまな倫理的問題

[ステップ3EA 続] II 今後どのように対応していくか

3-5 医療チーム（医師、看護師、MSW）は、今後どのように対応していくか

3-6 病院・病棟のシステム／制度の問題点と改善策

3-7 医療制度その他、社会的視点で改善が望まれる点

3-8 その他

うな要素がないかどうかを考え、もしあれば、その項目にどのような問題が見つかったかを書き足してください。また、3-1~3-3には関係しない問題の要素なり原因なりが見つかったら、それをここに書いておきます。

*以上で、倫理的視点からの問題の整理が終わりました。すでに問題の検討が始まっているところもあります。この検討を進め、今後どう対応していこうかを考えるのが本シートの残りの部分(3-5~)です。

*〔3EA〕の以上の部分のみを使い、これをシート〔3PS〕の3-1~3-2の部分より詳しく考えたものと見て、ここからの検討は〔3PS〕の3-3~3-4を使って行うこともできます。

3-1~3-4で、今検討している事例の問題点が洗い出されたはずですが、今後どうしたらよいかも検討され始めているかもしれません。以下の検討では、それを受けて、今後の対応を考えて行きます。

3-5 各職種の医療者は今後どう動いたらよいか

ここには医療チームの構成員を中心にして、今後、何を目指し、どのように患者・家族とのコミュニケーションを進めていくかをまとめて書きます。ですから、検討の結果として一番肝要なポイントになります。「今後どうしようか」ということについて書くに際しては、医療チーム内の合意と協働関係を確認することが伴っていることが期待されます。

3-6 病院・病棟のシステム／制度の問題と改善策

すでに倫理的な視点から問題点が見つかった場合、それは単に医療者個々人が今後気を付ければよいということではなく、医療現場の体制を改善すべき場合が多いと思われます。ここではそういう面に注目します。

- ・このような体制なりシステムなりになれば、問題がよりよい仕方で解決される(あるいは、今回のような問題にはならなかったのに)ということがあったら、ここに書いておきます。
- ・それはすぐに実現できないかもしれませんが、考えることによって意識し、また、そうして改善を実行する立場の人に提言することは大事なことです。

3-7 医療制度その他社会的視点で改善が望まれる点

前項では個別医療現場の範囲での改善について考えましたが、問題点は個別医療現場の改善だけでは片付かないことも多々あるでしょう。それを指摘し、次の点を

II ささまざまな倫理的問題

検討します。

- ・ この問題点のよりよい解決のために、あるいは今後起きないようにするには
 どのような体制が望ましいか。
- ・ その改善策は、他のさまざまな観点でチェックしないと、欠陥がないとは言
 えないものですが、この場面では「さしあたって見えている問題点に対
 応するには」という範囲に限定して考えておけばよいでしょう。

ここで指摘されたことは、今度はもっと別の場でさらに多面からの検討をする必
 要があるという提言として、適当な場に上げることが適当でしょう。

3-8 その他

以上のどの項目にも該当しないことで、今後どうしたらいいというような改善策
 があったら、ここに書いておいてください。

- ・ 倫理的なことに関わるかどうかは気にしないで、書いておくとよいと思いま
 す。

◆ステップ4：合意／問題解決を目指すコミュニケーション◆

本検討システムは、これまでに説明した検討シートのほかに、補助的なシートをいくつか用意しています。ひとつは、方針決定にせよその他の問題解決にせよ、カンファレンスなどで検討をして、今後の方針がたった後、実際にそれを実行してどうだったかを記録するためのものです。ステップ3で、シート〔3DM〕、〔3PS〕あるいは〔3EA〕を使って問題点を検討し、今後どう当事者間の話し合いをすすめてらいいか、あるいは、解決すべき点と取り組んだらいいか、当面の方針がたちました。カンファレンスなどで行う検討はここまでです。ここで説明するシート〔ステップ4〕は、その後の経過を整理するために用意されています。

- ・ 検討をやりっぱなしにしてしまうのではなく、その結論にしたがって対応を進めた結果どうなったかを記録することが、今後のために必要です。
- ・ 問題がなお解決しないときには、シート2までと併せて、更なる検討をするための資料になります。
- ・ また、合意ないし問題解決にいたったとして、こんどはこれらが資料になって、振り返ってする評価のための検討に使うことになります。

〔ステップ4〕はDM、PSに共通のフォーマットとなっています。これは使わなければならないというものではありません。普通に経過をまとめて記録しておけばそれで済むともいえます。が、どういう点に留意したらよいかを意識しながら実践したいという場合に備えて作ったものです。

4-1 当事者間の話し合い

2-4で出た方針にそって、その後実際に医療者内部で、また患者・家族とどのように対応したかの経過を書きます。

- ・ 時間を追って書くように心がけてください。
- ・ 患者や家族が主体的に考え、理に合った、またその人らしい選択をすること、そして医療者も納得できる結論に達することが大事であることに、いつも留意しつつコミュニケーションを進めてください。

4-2 社会面の対応

社会的に対応すべきことを、実際どのように対応していったかの経過を書きます。

- ・ 例えば在宅に移行することが模索されている場合には、在宅を支える社会的医療資源をリストアップし、交渉するといったことがあります。

Ⅱ さまざまな倫理的問題

〔ステップ4〕 合意／問題解決を目指すコミュニケーション

4-1 当事者間の話し合い	4-2 社会面の対応
4-3 最終結果	4-4 フォローアップ留意事項

- ・ 他の病院で何かする必要がある場合なら、その病院の選定や交渉といったことがあるでしょう。

4-3 最終結果

コミュニケーションを通して、結局どのような決定の仕方でのどのような結論になったか、問題解決に至ったかどうかといったことを書きます。

医療方針の決定に至った場合、最終的にどういう仕方の決定をするかは大事です。よく、途中までは患者・家族の希望に耳を傾けていたけれども、最後は医師が「これをすることにした」と決めていたりします。そうではなく最終的に患者側も「これにします」と言い、医療側も「これにしましょう」というような共同の決定に至るように心がけましょう。

また、結論に達せずさらに検討が必要だという場合、どういう点が問題として残っているかを書きます。

4-4 フォローアップ留意事項

今後、医療者内部で、あるいは当事者の患者・家族に対するサポート等、どのような点に留意しておくべきかの見通しを書きます。

4-3 で医療方針が決定されたということになった場合、DM タイプの検討は終わります。

なお、こうした経過を振り返って評価をするために、以上で作られたシート1～3を資料にして、EV タイプの検討（ステップ5）に進むこともできます。

◆ステップ5： 検討と評価◆

これまで解説してきましたのは、今後の方針を決定するとか問題を解決するといったことを目指す前向きの（プロスペクティブな）検討でした。これに対し、ステップ5は既に起きたことを振り返ってみる後ろ向きの（レトロスペクティブな）検討に使うもので、既に起ったこと、自分たちがしたことを振り返って、どうであったかを検討し、倫理的な（自己）評価をするものです（＝EVタイプの検討）。

ここで言う検討は医療者の医療・ケアに向かう姿勢に添って行うという成り立ちになっています（それが、とりもなおさず倫理の視点から検討になります）。そこで、シート〔ステップ5〕は〔ステップ3EA〕の原型になったものですので、〔ステップ3EA〕に関する先の説明を過去についてのことに言い換えると、〔ステップ5〕の説明になるとお考えください。

〔ステップ5〕は、起きたこと、したことを倫理的視点から分析し、評価する前半と、その評価を踏まえて、今後の医療の質の向上につなげる後半とに大きく分かれます

振り返って反省することを念頭に作ったシートですから、ここでは仮に「ステップ5」としてありますが、個別の検討では必ずしも5段階目の検討になるとはかぎりません。少なくとも、本シートを作るに先立って、〔ステップ1〕は併せ使う必要があります。また、鍵となるような選択（例えば治療方針の選択）がなされている場合、それが評価のポイントになることが多いので、それについての整理〔ステップ2tr〕が有効なことが多いと思います。その場合は、これに続いて、個別検討としては3段階目で〔ステップ5〕を使うことになるでしょう。

もちろん、何か選択をめぐる意思決定プロセスを辿る際に、ステップ1からステップ3まで検討をし、その後の経過を〔ステップ4〕を使ってまとめたところで、振り返って検討しようとなった時には、まさに5段階目で〔ステップ5〕を使うこととなりますね。

●検討と評価●

まずはシートの前半（一頁目）です。ここでは経過を省みて、いろいろな視点から自己評価を試みます。

5-0 さしあたって感じている問題点

項目名の通りです。事例を振り返って検討しようということになったのは、多くの場合、なんらかの問題点を感じているからであると思われます。そこで、その感

〔ステップ5〕 I 検討と評価

5-0 さしあたって感じている問題点

5-1 「患者・家族にとってできるだけ利益になるようにする」 (=P1) という観点

5-2 「相手を人間として尊重する」 (=P2) という観点

5-3 「社会的視点での適切さ (正義)」 (=P3) という観点

5-4 総合的検討およびその他の問題点

II さまざまな倫理的問題

じていることをまずここに書いておきましょう。

- ・ これと同じことが以下のどこかで繰り返されるかもしれませんが、それはかまいません。
- ・ 繰り返しのほうでは「5-0 に記したように・・・」としておけば、どちらかの記述を簡略にすることができるでしょう。

5-1 「患者にとってできるだけ利益になるようにする」という観点で

ここでは、「相手にとってできるだけ利益になることを目指す」という倫理原則に照らしてどうであったかを省みます。たとえば次のような問いを自問自答してみてください。

- ・ 結果としてベストな選択だったといえるか？
- ・ そうでない場合、それははじめから覚悟の上のこと、ないし不確定な要素のうちに含まれていたことだったか、それとも選択のプロセスのどこかにまずい点があったことによるか？
- ・ よいと思われる結果には、副作用などの悪い結果（害）も伴っていることが大半だが、その場合、「これだけの利をもたらせたのだから、この程度の害は仕方ない」と言えるだろうか？それとも、「これだけの利にしては、害が大き過ぎる」と言わざるをえないだろうか。
- ・ 客観的にみて全体としてよいけれども、当事者（患者・家族）はベストだったとは思っていない、あるいは当事者の人生計画や価値観には反する結果があった、というようなことがないか。

5-2 「コミュニケーションのプロセスを通して」という観点で

ここでは「相手を人間として尊重せよ」という倫理原則に照らしてどうであったかを省みます。次のような問いを考えてください。

- ・ 患者側への説明は適切だったか？
- ・ 患者・家族の意思や思いは尊重されていたか？
- ・ 患者・家族の弱さは適切にサポートされていたか？ 自律的選択ができるようにサポートされていたか？
- ・ 医療者間のコミュニケーションは適切であり、合意に達していたか？

5-3 社会全体から見て、正義・公平に適う選択だったか

ここでは、「社会的正義・公平」という倫理原則に照らして考えます。

- ・ 第三者に不当な害を与えたり、負担をかけたりしたことはなかったか
- ・ 社会的資源を患者・家族が使うための支援は十分だったか

5-4 その他の問題点

以上のどこにも該当しないが問題だと思ふことがあれば、ここに書いておきます。もしかしたら「倫理的な」問題ではないかもしれませんが、そういうことは気にしないで、ここに書いてください。

- ・ 書いた上で、これには 5-1～5-3 に関係するような要素がないかどうかを考え、もしあれば、その項目にどのような問題が見つかったかを書き足してください。
- ・ また、5-1～5-3 には関係しない問題の要素なり原因なりが見つかったら、それをここに書いておきます。

●今後のために●

前半で、今検討している事例における医療者の対応を中心に、反省点があった場合、指摘されました。後半（シートの2頁目）ではそれを受けて、今後どうしたらよいかについてまとめます。既に起こってしまったことについての検討と評価は、今後の医療の質の向上に結び付けてこそ意義があるからです。単に個人の振る舞いの問題としてではなく、病棟における医療の進め方の問題、社会の中での医療体制の問題として捉える観点も必要でしょう。

*もし患者・家族に今からでもすべきと思われるフォローアップがあったら、それも枚挙しましょう。

5-5 各職種の医療者はどうすべきだったか（今後はどうすべきか）

まず、この検討に参加している職種の医療者について書いてください。検討の際には他職種の参加者の指摘よりも前に、自己評価を出してもらい、それを尊重したうえで、他職種からの指摘を付加するというような順序がいいかと思います（このところはそれぞれの現場で工夫してください——つまり互いに責め合うようなことにならないように配慮するということです）。

5-6 病院・病棟のシステム／制度の問題と改善策

本検討前半で倫理的な反省点が見つかった場合、それは単に医療者個人が今後気を付ければよいということではなく、医療現場の体制を改善すべき場合が多いと

Ⅱ さまざまな倫理的問題

【ステップ5 続】 Ⅱ 今後のために

5-5 各職種の医療者はどうすべきだったか（今後はどうすべきか）

5-6 病院・病棟のシステム／制度の問題点と改善策

5-7 医療制度その他、社会的視点で改善が望まれる点

5-8 その他

思われます。

どのような体制なりシステムなりになっていれば、今回のような問題が回避できるかを考えておきましょう。

それはすぐに実現できないかもしれませんが、考えることによって意識し、また、そうして改善を実行する立場の人に提言することは大事なことです。

5-7 医療制度その他社会的視点で改善が望まれる点

5-6 は個別医療現場の範囲での改善について考えましたが、問題点は個別医療現場の改善だけでは片付かないことも多々あるでしょう。

それを指摘し、この問題点を今後回避するにはどのような体制が望ましいかを書き留めておきます。

その改善策は、他のさまざまな観点でチェックしないと、欠陥がないとは言えないものですが、この場面では「さしあたって見えている問題点に対応するには」という範囲に限定して考えておけばいいかと思います。

ここで指摘されたことは、今度はもっと別の場でさらに多面からの検討をする必要があるという提言として、適当な場に掲げることが適当でしょう。

5-7 その他

以上のどの項目にも該当しないけれど、今後どうしたらいいというような改善策があったら、ここに書いておいてください。

倫理的なことに関わるかどうかは気にしないで、書いておくとよいと思います。

● 検討例：事例 2-2(続) ●

最後に、既に提示された事例 2-2 (66 頁) について、その後の経過についての情報を含めて、後から振り返って検討したシートを次頁以下に収めておきます。この事例 2-2 は、高齢者が喉頭ガンになり、永久気管孔・失声というデメリットを受け容れて完治が見込まれる手術をするかどうかという選択が問題になったところを提示したものでした (本書 67 頁)。その後、結局手術をせず、放射線のみに対応を選択したのですが、その後日談を、当の患者が亡くなった後で振り返って検討している、というシチュエーションになっています。

使われているシートは、[ステップ 1]、[ステップ 2tr] および [ステップ 5] です。

II さまざまな倫理的問題

●事例 2-2 (続) 臨床倫理検討シート

* 検討内容： プロスペクティブ：(DM) 医療方針の決定／

(PS) 医療・看護を進める中で起こった問題

レトロスペクティブ (EV) 既に起こったことの評価

〔ステップ1〕 記録者 [XXX XX] 日付 [H20 夏～H22]

1-1 患者プロフィール

Eさん 90才 男性 1人暮らし。自立して生活していた。子は長男(61)、長女(57)の二人、近隣に住み、それぞれ家族をもっている。孫は計3人。難聴強く大きな声で話し掛けると聞こえる程度。近所で毎週開かれている高齢者のための茶話会を楽しみにしていた。

1-2 経過

H18年頃から嗄声があったが、老化のせいであろうと、検査せず。

H20年夏、嗄声強くなったため近医を受診、当がんセンターを紹介され、入院して喉頭生検を行った結果、悪性と診断。嗄声以外の症状はなく日常生活に支障はない。

悪性と告知された後、医師より手術や放射線による治療の説明を受け、手術を勧められた(医師は完治できるという理由で手術がベストと判断)。

Eさんと長男は、いったんは医師の勧めるまま手術することに同意した。

が、その後、長女と話し合ううちに、手術することに躊躇するようになり、看護師に相談、看護師は事情をよく聞いた上で、医師と相談して、再度面談を実施し、また、その後手術するとどうなるのかを実感していただくため、手術を既に受けた患者と会う機会を設けた。(看護師は、手術がベストとは限らないこと、なにより、患者・家族がよく分った上で選択しないと、後で後悔することになると考えていた。)

Eさんははじめは、判断は子達に任せると言っていたが、手術を受けた患者と面会して、自分のこととして実感したようで、積極的に質問をするようになり、やがて、「この年になって、永久気管孔になり、声を出せない生活するのはしんどい。このまま静かに最後まで過ごしたい」とはっきり言うようになった。子たちもAさんの考えに同意したため、手術はしないことになった。ただ、長男が「放射線くらいはやってはどうか」と言ったこともあり、放射線治療だけ受けることとした。【tr1】

放射線治療を終えて、退院し、しばらくは静かな生活を送ったが、高齢による衰えも進み、各種介護を在宅で受けるようになった。

H22年春(1年半後)、呼吸困難な状態になり、在宅で症状緩和のための治療を受けたが、まもなく亡くなった。この時長男は、訪問看護のナースに、「あの時、手術を受けておけば」と悔やむように言ったという。

1-3 分岐点

【tr1】： 喉頭がんの治療方針 手術はしない選択をした

〔ステップ2tr〕 情報の整理と共有 【tr：喉頭がんの治療方針】

A 医学的情報と判断	
<p>2A-1 選択肢の枚挙とメリット・デメリット（一般論）</p> <p>1. 手術</p> <p>○：治癒する可能性が高い。腫瘍摘出で呼吸困難出現はないと考えられる。</p> <p>×・喉頭全摘出により、永久失声、永久気管孔になる。</p> <p>→ このことは発声による意思疎通が難しくなることをはじめ、生活上のさまざまな不便さをもたらす：鼻がかめない、肩まで湯船に浸かれない等々（〔ここでは紙面の都合で略しますが、患者・家族の理解のためには、不便さを具体的に枚挙する必要があります〕）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢のため手術、麻酔に対して合併症を起こすリスクが高く、手術自体が命を短くする可能性もある。 <p>2. 放射線治療</p> <p>○・問題なければ週末外泊でき、グランドゴルフに行くことができる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・声は出る。ただし嗄声については、どこまで改善するかは不明。 ・病状が初期であれば完治できる。 <p>×・病状が進んでからの治療では再発する可能性が高い。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・放射線治療後に手術することもできるが創傷治癒遅延になる可能性が高くなる。 ・入院期間が1ヵ月半から2ヶ月となり長期化する。 ・放射線の副作用については咽頭痛、嚥下時痛、皮膚発赤、びらん、倦怠感、食欲低下などが考えられ、程度には個人差がある。 ・副作用の程度により輸液、高カロリー輸液、治療一時休止になる場合があり、入院期間の延長、日常生活動作が不自由になる。 <p>3. 無治療&経過観察</p> <p>○・すぐに家に帰れて同じ生活が送れる。声は出る。</p> <p>×・病状が進むと嗄声がさらに増強し、呼吸困難が出現する。出現するまでの期間については不明。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・呼吸困難に対しては、緩和ケアや気管切開により気道確保する方法がある。その状態からでの手術や放射線治療による根治、延命を目的とした治療は難しくなる。 	<p>2A-2 社会的視点から</p> <ul style="list-style-type: none"> ・手術：手術による失声により、身体障害者3級となる。人工喉頭、食道発声教室の参加が可能。（自由参加）。1人暮らしに戻った場合の時に気管孔管理に対しての訪問看護が必要となろう。 ・放射線：再発時の呼吸困難に対して緊急処置できる医療機関の確保を要す。 ・無治療：腫瘍増大による呼吸困難に対して緊急処置できる医療機関の確保を要す
<p>2A-3 説明 患者に対して</p> <p>分り易く簡単にではあるが、上記のことを説明し、後に看護師から確認した</p>	<p>家族に対して</p> <p>患者と同席して、説明を聞いた。</p>

<p>B 患者・家族の意思と生活</p>	
<p>2B-1 患者の理解と意向</p> <p>大体分ったようだが、気管に穴があくとか、声が出なくなるについて、あまり意識していなさそう。</p> <p>最初は「子等にこれまでも任せてきたので、今回も」「先生は手術がいいと言っているから、そうなるだろ」と。</p> <p>やがて、実際にそうなった患者と面会してからは、自分で考えるようになる。</p>	<p>2B-2 家族の理解と意向</p> <p>説明は理解したようである。</p> <p>長男は、医師の説明を聞いて、それが手術を推すニュアンスだったため、手術に同意の意向。</p> <p>長女は、この年齢で、気管に孔をあけて、呼吸するだの、声を失うなどになったら、生活が非常に困難になるので、可哀想だと、手術には反対。</p>
<p>2B-3 患者の生活全般に関する特記事項</p> <p>近所の高齢者仲間との茶話会を楽しみにしている。地元で根付いた生活を最後まで送りたいというのが、一番の望みであると言っている。</p> <p>子達は自分たちどちらかのところに来て同居することを勧めてきたが、本人は嫌だとして、これまで独居をしてきた。</p>	
<p>2C 決定に至った経過</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人と長男は、いったんは医師の勧めるまま手術をすることに同意した。 ・その後、長女から反対の意見が出され、家族で話し合ううちに、手術をすることに躊躇するようになり、看護師に相談。 ・看護師はそれを受けて、医師と相談して、再度面談を実施した。 ・また、その後手術するとどうなるのかを実感できるように、手術を既に受けた患者と会う機会を設けた。(看護師は、手術がベストとは限らないこと、なにより、患者・家族がよく分った上で選択しないと、後で後悔することになると考えていた。) ・患者ははじめは、判断は子達に任せると言っていたが、手術を受けた患者と面会してからは、積極的に考えるようになり、やがて、「この年になって、気管の孔で呼吸し、声を出せない生活をするのはしんどい。このまま静かに最後まで過ごしたい」とはっきり言うようになった。 ・子たちもEさんの考えに同意したため、手術はしないことになった。 ・長男が「放射線くらいはやってはどうか」と言ったこともあり、放射線治療だけ受けることとした。 	

・この事例検討は、[ステップ 2tr] の記入が 1 枚では収まりきらず、2 枚になっています。こういうことはままあることで、必要に応じて、紙面を広げて複数枚にして使っていいのです。ただ、全体を見ることができるよう、検討に際しては、複数枚のシートを並べて、あちこちを見渡しながらか、考えます。

【ステップ5】 検討と評価

5-0 さしあたって感じている問題点

喉頭がんが見つかって、治療方針決定のプロセス（tr1）で、医療者としては、患者・家族がよく分った上で主体的に選択できるように相当配慮したつもりであったが、病状が進んだ時に、長男からかつての決定を悔やむような発言があり、自分たちの対応がなお不十分だったのかなど、胸が痛んだ。

5-1 「患者・家族にとってできるだけ利益になるようにする」(=P1) という観点

放射線のみでの治療にした結果、このようにガンが進行してくることは、想定内のことである。この点は、tr1の時点で、患者・家族に対して提示した選択肢とそれぞれの益と害についての説明にも含まれており、その時点では患者・家族もそれを分った上で、手術をしない選択をしたと考えられる。

また、結果としてガンが進行したが、だからといって tr1 の時点で手術をしたほうがよかったということには必ずしもならない。これまでの2年近く、本人は口・鼻で呼吸ができ、声を出してコミュニケーションすることができた。もし、手術をしていたら、ここでガンが増大してくるということはなかったが、この2年間で、永久気管孔という不便な状態で、声を失って生活しなければならなかった。それは、本人の老化や、回復に影響して、現在の状況はさらに悪くなっていたかもしれない。

5-2 「相手を人間として尊重する」(=P2) という観点

tr1のプロセスにおいて、患者・家族が主体的に判断できるようにサポートしようと努めたが、結果として手術を回避する方向のバイアスをかけてしまったかもしれない。というのも、現に手術を受けて永久気管孔となった患者に直面して、「これは辛そうだ」と実感することと、手術を受けなかった場合に将来起きるであろうガン腫瘍の増大が生命を脅かすという頭で理解した状況とを天秤にかければ、目の前の辛さを回避する選択に傾くのはやむを得ないことだからだ。とはいえ、ではバイアスのかからないような説明の仕方はというと、「こうすればよかった」というやり方は思いあたらない。

別の面から言うと、現在の事態に至って、長男が目の前の悪化と死に直面して、「あの時手術をしておけば」と過ぎ去ってしまったことを引き合いに出す気持ちも分る。そう思うってしまう家族の気持ちを私たちは受け容れるべきでもある。

5-3 「社会的視点での適切さ（正義）」(=P3) という観点

第三者と比べての不公平や、社会的資源の使い方についての問題は起きていない。社会の仕組みとなった医療に、社会的に要求されるインフォームド・コンセントという点でも、tr1では、普通以上に患者ないし家族が自律的に選ぶことに留意したつもりではある。

5-4 総合的検討およびその他の問題点

振り返っての検討であるが、家族（長男）の思い（悔い）に対するフォローはしたほうがよいとも思われる。ただ、その際にも、以上の検討において示されたように、「あなたの気持ちは分らないでもないが、もし手術をしていたら、これまで2年間の普通の生活はなかったのですよ」とストレートに相手の思い違いを指摘するような対応はまずい。母を失って悲嘆の中にいる長男が吐露した思いであるのだから、それを受け容れる対応をすることが肝要（実は長男自身も心の中では以上のことは分っていて、それでもこう語った可能性が高い）。

II ささまざまな倫理的問題

本事例の検討をすることになったきっかけは、手術をしないという選択をしたことについて、後になって家族が「手術をしておけばよかった」と語ったということでした。医療チームとして何かまずい点があったのではないかということをチェックしようというわけです。

結果としては、むしろ家族のそのような発言を理解し、「遺族としてはそのような気持ちになることもあり、それは自然の思いだ」と受け止める方向の結論がでています。

このように、本事例では、家族の思いを理解するという方向で、結論をだしました。注意したいのは、こうしたことについても、患者・家族の思いを「上から目線」で理解したような気になって片付けるという態度ではなく、その思いをまともに「そう思うのも家族の立場になってみればもったもなことだよ」と、対等の人間として、かつ相手の立場になって思う態度であることです。そうしたことは、必ずしもシート of 文面だけで区別できないこともありますが、多くの場合、ことばに態度が表現されているものです。検討シートを使うことに慣れていただきたいのですが、それに並行して、「ことばで表現すること」を大事なこととして考えてください。ことばに思いや態度は表れるものです。このことはどうも、ことばを整えることによって、思いや態度が整えられる、ということにもなるように私には思われます（ただ、口先だけということではなくてね）。そうであれば、検討シートに書き込む訓練は、結局は、患者・家族と向き合っ、どのようなことばで語るかの訓練ともなるのです。

トピック： 緩和ケア **医療者の姿勢 P2関係**

《緩和ケア》の定義 by WHO
「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、精神的な諸問題について、早期にそれらを見出し、ぬかりのないアセスメントと対処(治療・処置)をすることによって、苦痛を予防し、和らげることを通して、

WHOの現在の定義(続き)
「緩和ケアは」

- 痛みをはじめとする苦痛となる諸症状の緩和を提供する
- 生を肯定し、死へと向かうあり方(dying)をノーマルな過程だと看做す
- 死を早めることも先延ばしにすることも意図しない
- 患者ケアの心理社会的および精神的面を(身体面に並行して、併せ行う仕方)で統合する
- 患者が、死に至るまで出来る限り積極的に生きることを援助する支援システムを提供する
- 家族が、患者の病の間、また死後悲嘆において、対処する(cope)ことを援助する支援システムを提供する。
- 患者とその家族のニーズ(必要がある場合は死後悲嘆のカウンセリングも含めて)に応じる、チームでの対応をする
- QOL(生活の質)を増進させ、場合によっては病の進み具合により方向での影響を与えることもある
- 病の早い時期にも適用可能であって、・・・」

緩和ケアのWHO定義から分ること

- 緩和ケア=[患者・家族へのトータルなケア]- [患者の疾患自体への医学的介入]?!
- 緩和ケア概念の発達の経緯:
 - 緩和ケアは(身体的)痛みを和らげることを目指す
 - 苦痛といっても、単に身体的なものばかりでなく、心理社会的なもの、スピリチュアルなものもある(ないし、それらの因子が身体的痛みに影響する)
 - それらへのケアも緩和ケアだ
- 緩和ケア自体がやること、「支援システムを提供する」という内容を区別しているらしい。「緩和ケア」は、あくまでもマイナス(苦痛)を予防し、また解消するという活動として定義している

Continuum of care

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

連続体としてあるケア

疾患によってはこの部分が少なく、初期から緩和ケアの割合が高いことがある

緩和目的でも、疾患自体に働きかける治療は、こちら側に分類

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

緩和ケアに関連して

*** 延命と縮命の間で**

- 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治療をどう考えるか
- 両者は、決して **延命が死か**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

緩和ケアの論理：

余命を短縮するおそれがある時

- 「緩和ケアは死を早めることも、引き延ばすこともしない----- Palliative careneither hastens nor postpones death.」 (WHO 1990:2.1 cf. 2002: intends to hasten...)
 - 意図的には延命も縮命もしない → したがって、「安楽死」と「徒な延命」は否定する。しかし.....
- 耐えられない苦痛であり、他に有効な手段がなく、患者が希望しているならば、縮命のおそれがあっても、苦痛の緩和のための治療を施行すべきである。
 - 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
- 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。

典拠-WHOの見解：緩和ケアと延命・縮命

- 痛みに対する適切な治療法の実施を怠ることに非明の余地がない。
 鎮痛薬を適切な量で使ったことが死を早めることになったとしても、それは過量投与によって意図的に命を絶つことと同じにはならない。適切な痛みの治療法が死を早めることになったとしたら、尊厳のある、容認できる生活状況を維持するのに必要な治療手段にさえ耐えられないほど患者の状況が悪化していたことを意味するだけである。
- There is thus no excuse for failure to use available methods to control pain adequately.
 If shortening of life results from the use of adequate dose of an analgesic drug, this is not the same as intentionally terminating life by overdose. Any hastening of death that is linked to adequate pain control measures simply means that the patient could no longer tolerate the therapy necessary for a bearable and dignified life.
 - [WHO編武田訳『がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア』----Cancer pain relief and palliative care 1990: 8.1:The ethics of pain control より]

典拠-WHOの見解：緩和ケアと延命・縮命(続)

- 医療が提供できることが結局機能の延長に過ぎず、生きることをよりよくするというより、死ぬことを先延ばしにするものだ、患者が感じるようになったとき、医療は限界に達する。したがって、延命のための技術を適用することが患者に、そこから得られるはずの利益との間の均衡を越えた負担ないし苦悩をもたらすようになったときに、これを中断することは倫理的に正当化され得る。
- Medicine reaches a limit when all it can offer is an extension of function, which is perceived by the patient to be a prolongation of dying rather than an enhancement of living. It is therefore ethically justifiable to discontinue the use of life-prolonging techniques when their application imposes strain or suffering on the patient out of proportion to the benefits that may be gained from them.
 - [WHO, Cancer pain relief and palliative care 1990: 8.2:The ethics of pain control より]

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¹(euthanasia) 積極的安楽死²
 - 1-2 延命・生命維持等の停止・不開始(QOL向上・保持は伴わない)
 消極的安楽死² /時に尊厳死とも
 - * この場合、「緩和」とは「死によって苦しみを終わらせる」こと
- 2 縮命(ないし延命しないこと)を意図してはいない
 - 2-1 QOL向上・保持を目指す積極的な治療 間接的安楽死³
 - 2-2 QOL向上・保持を目指す治療停止・不開始
 - 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?
 - * 生において緩和を目指す
 - * 縮命が必至か、蓋然的かを区別するかどうか

2009年秋

再論：死に直面した 状況において希望は どこにあるのか

清水哲郎 SHIMIZU Tetsuro
東京大学大学院人文社会系研究科
次世代人文学開発センター

今回考えること

- 私たちは、いずれは重篤な病や高齢により、死に直面するようになる。
 - そうなっても、なお《希望》を持ち続けることが人には可能だろうか？
 - 最後まで前向きに、尊厳を持って生きることができるだろうか？
 - 周囲の者たちは死に直面した人たちをどのようにケアなし支援することができるだろうか。
- Contents
 - 死に直面するということ
 - 希望の在処
 - 死後に望みを持つことをめぐって

1. 〈死に直面する〉ということ

死に直面する ということ

- 皆、日々〈死に直面している〉ともいえる
 - 意識していない／まさかと思っている
- 通常〈死に直面する〉と思われるのは：
 - 重篤な病に罹る→「治らなかつたら」という可能性を意識する／自らの人生の物語り(人生計画)、価値観(何が大事か)を揺るがすような分かれ道にさしかかる→死に直面しつつ選ばなければならない。
 - 高齢になる→「棺桶に片足つつこんでいる」、「若い先短い」: 人生の物語りの中で人生の終りが意識される
 - 死が迫っており(日単位、週単位、月単位で)、避けられないという事態になる

死に直面する ということ

- これまで進んできた道が死に直面する／避けるには方向を変えるしかない
 - 例えば重篤な病に罹る→「骨肉腫が右脚に見つかりました。その状態からすると、右脚を切断する手術をして、転移が全身に広がらないようにする必要があります。」と言われたら？
 - 「私の人生は陸上競技だ。オリンピックを目指して、いのちをかけてきた。走れない人生なんて生きるに値しない。まだ走れるのだから、走れるうちは走って、それで手遅れになっても仕方ない」
 - →「私には他の可能性もあるはずだ。右脚を切断してこれから先のいのちを贖い、新しい道を探そう。この際、今までできなかった読書をいろいろしてみようか。・・・パラリンピック出場ということもあるかも」
 - 治療方針決定のプロセスは、患者側からすれば、このような厳しい思考を経て、価値観が変容し、人生の物語りを書き換えるプロセス
- 人間には、厳しい状況を切り抜け、新しい可能性を見出す力が備わっている(事実からの推論)。
 - そういう力が活性化しやすいようにしておく。
 - 周囲の者はどうサポートできるか？

状況に向かう姿勢＋状況認識→行動

- 個別状況での行為選択 欲求・意思＋状況認識
 - おいしいものが食べたい＋このチェリーパイはおいしいだろうなあ → 食べる
 - 太りたくない＋このチェリーパイを食べると太るぞ → 食べない
 - * 欲求・意思と状況認識は対になって成立する
- より広い状況での人生計画の選択
 - 死について理解を深め、備えておきたい＋この学術俯瞰講義を受講すると、その役にたつだろう → 受講する
- もっとも一般的状況での生の選択(スピリチュアルな領域)
 - 現在の自己の生をどういう姿勢で生きようとしているか
 - + 世界を、全体として／根本的にどう理解しているか

世界の中にある私の世界認識＝世界への態度

人の「スピリチュアル」と言われる面：現在の自己の生をどういう姿勢で生きようとしているか⇔世界を、全体として、あるいは根本的にどう理解しているか

- 私の現在の生を肯定する＝世界の中のこの私を肯定的に把握する(意志&認識)(=尊厳を持って生きる)
 - 私は誕生から始まり、死に終る物語りの中にいる
 - 私は人々のネットワークの中で位置をもっている
 - 無に向かって(=私自身と向き合って)、私は私であり続ける

2. 死に直面した時の希望の在処

死に直面した時の希望の在処

- 以前の発言：
<http://www.iwanami.co.jp/shiso/0921/kotoba.html>
- 候補
 - 治るという望みを最後まで捨てない？
 - 死は終わりではなく、死後の生への移行点？
- 現在—死の時点—その後 という時間軸上で考えない
 - 「死者の列に加わる」ということは希望ではない
- 現在の私の前に向かう姿勢に《希望》をみる

死に直面した時の希望の在処

- 現在の私の前向きの姿勢に《希望》は根差す
 - 現在の生の瞬間を《生きつつある生》と(進行形で)見る／《生き終わった生》と(完了形で)見る
 - 死までの時間が短くなるということによっては、希望は減少しない
 - 《死につつある》というなら、始めから《死につつ》あった
 - 「まだまだ」と「そろそろかな」との狭間で
 - 《希望》(=前向きの姿勢)は、共に生きる人々の輪の中で支えられる
- ⇔《尊厳》をもって最後まで生きることの一面
- Dying with dignity = living with dignity

3. <尊厳死>と<尊厳を持って最期まで生きる>こと

《尊厳死》と《尊厳ある死》

- 尊厳死 < 尊厳ある死(death with dignity, dying with dignity)
 - 日本では<徒な延命治療>をしないで、死に至ること？
 - インターネットでヒットするのは、オレゴン州の「尊厳死法」(<医師に幫助された自殺>を一定の条件のもとで認めるもの)
 - 本来はある死に方を指す語ではなかった
- <尊厳ある死>はもともとは終末期の患者の最後の日々をどう支援するか、目標を示す用語(「尊厳と快適さをもって」「尊厳と平和をもって」)
 - 「尊厳」は「死」を形容しているのではなく、死に向かつて最後の生を生きている「人」のあり方を記述している

《人の尊厳》をどう捉えるか

《尊厳》dignity 辞書を見ると:

- 1) 威厳ある見かけ・振舞い
 - Dignity is behaviour or an appearance which is serious, calm, and controlled; used showing approval.
 - 2) 尊重に値するという性質
 - Dignity is the quality of being worthy of respect.
 - 3) 自らに価値があると感ずること
 - Someone's dignity is the sense that they have of their own importance.
- Cobuild English Dictionary

《人の尊厳》をどう捉えるか

《尊厳》dignity には3通りの意味がある

- (1) 威厳ある見かけ・振舞い
- (2) 尊重に値するという性質
 - 《尊厳》は、価値の中でも「尊いものとして大事にする(に値する性質)」(cf. 所有物を大事にする)
 - 何かを「尊厳ある」と言うことは、「弄(もてあそ)んではならない」と語ることに他ならない。
 - 「受精卵にも生命の尊厳がある」「どのような状態になっても人の尊厳に変わりはない」
- (3) 自らに価値があると感ずること(「誰か」の尊厳)
 - 主観的自己評価(=自尊心)／自らのこの生を肯定できるというあり方
 - 「こうなったら私の尊厳は失われた」(現実に尊厳があるかないかの話ではない)。

《尊厳ある死》をどう捉えるか

- 「尊厳ある死」death with dignity は、本来は「尊厳をもって死に至るまで生きること」dying with dignityである
 - 死に至るまで、**自らの存在を肯定する自尊心**をもって、生きるあり方を指しており、それが終末期ケアの目的であった。(=スピリチュアル・ケアの目標)
 - 「尊厳が失われた(自らのあり方を肯定できない)状態で生きたくない」と言われたら? ⇨
 - 「死を選択できる(ようにしよう)」: 生に対してネガティブな方向で動く
 - だがこれは、「QOLが低くて生きるに値しないのなら死を」という安楽死の論理と同じ。
 - 「尊厳を保てる／回復できるようにどう支えるか?」
 - ケアの姿勢はこのような発想をする

できることがなくなっていく私を いかに肯定するか

- できるほうが良い／でもできなくても良い
 - 居ることはできる⇨「居る」のは人々の輪の中にいるということ 周囲の人から肯定され、受容られること→居心地がよい
- 《為す》から《眺める》へ
 - 哲学的にはより高い人間の有り様
 - できるのにしないことと区別する: 援助を必要とする仲間を援助することは、援助する者にとって喜び／喜びであって負担ではないように社会的ケアのシステムを整える必要がある
 - 私にできる社会貢献は、堂々とみなに世話をかけ、社会的資源に与り、そのようにして私たちの社会が「誰一人をも切り捨てず、仲間として支える」社会であることを身をもって示すことである、と理解する
 - ⇨《尊厳》をもって最後まで生きることの一面

〈スピリチュアル・ケア〉の核心

- 以上、いろいろあっても、なにより、QOLの身体面、心理-社会面のよい状態がスピリチュアル面のWell-beingを支える
- 自分の人生を、世界をどう状況認識しているかが、スピリチュアルQOLの核心(意志的認識なので理屈ではない)
 - 状況認識の核に、仲間と共にあること、独りではないことの大切さ
 - 無に向かう単独の私もまた、人々の輪のなかで支えられている
- ⇒ スピリチュアル面のケアの核心
 - 相手の傍らにあること(寄り添うこと)/相手が見ていることを見ようとする(そのために「聴く」ことは一つの途であるが、「聴く」にこだわり過ぎるとかえってまずい
 - 相手を助けようなどという姿勢はおこがましい／人生の先達を敬意をもって支える態度(cf. 死を賭して修行中の高僧を支える信徒)

4. 《死後の生》を望むこと

死後を語る／このいのちで満足する

- 状況への姿勢＋状況認識 → 意向・選択・振舞い
 - 死後のいのちについてのナラティブをもって希望としようという行き方は、状況認識を整備して、対応しようとする
 - 復活思想も、この方向の一つの試み
 - ⇨ 状況への姿勢(この世の命で終りだなんて嫌だという欲求・欲望)をなんとかしようという方向での対応もある。
 - 闇の中にまたたくかすかな光であるにせよ、無に比すれば存在する私は、いのちを恵み(与えられた枠／「何もない」に優るもの)として受け取る
 - 「もっと生きたい！」でなぜ悪い？悪くはないが、本人が辛いだろう
- エピソードを一つ
- しかし、これは仏教対キリスト教の対立ということでもない

日本語「死ぬ」の二つの用法

- 「これはもう死んでいます」:何かを指して「死」という状態にあると言っている。
- 「父はもう死にました(もう居ません)」
 - 目前のものを指して言えない＝
 - この世にはいない＝
 - どこかに逝った？
- この場合の主語は、かつて生きていた時の主体を指している
- Cf 「滅びた都市」

身体の死

- 「これは死んでいる」:身体を指して言っている
- 身体が死ぬということ
 - 動いていたものが動かなくなる
 - 再び動く可能性はない(＝不可逆的)
 - 変質しはじめる
- 生物一般について言えること。
- 葬る対象
 - 同系統の語: 息を引き取る、はかなくなる？

人の死

- 「Xはもう死にました」 語られる主体＝人(格)
- 人(格)の死
 - 人格的交流ができなくなる 「別れ」
 - もう交流は再開しない(＝不可逆的) 「永久の(別れ)」
- ここ(この世)には居ない (現世内)不在の主張
 - どこか(あの世)に行ったのか？ 別世界移住
 - 「逝く・行く」こととして語られる →死者の世界の想定
 - 同系統の語: 逝く、亡くなる、旅立つ、身罷る、没する、他界す

参考：人の死についての別の語り方もある

- My father has been dead for ten years 「父は10年間死んでいます」(＝10年前に死にました)
 - この世とあの世を包括する全体が話題領域になっている？／「to be dead 死んでいる」は「この世とは別の場所に存在している」こと？
 - 人の死についての、現世内不在／別世界移住とは異なる理解をしている？(以下の復活思想のところで言及)
- 「Xは死にました」では、Xは在りし日のXを指している／「Xはあっちへ逝きました」は？／「Xはあっちで仲間と暮らしている」と別世界移住をあからさまに語る際には、話題領域は両世界全体

イザナミとイザナギの別れ

- イザナミの死
 - イザナギはイザナミを連れ戻しにヨミ(黄泉)の国に訪ねる
 - > イザナミ登場 会話の記述があるだけ
 - 人格的交流の再開 cf 口寄せetc.
 - イザナミは「相談してくる間、覗くな」と言う
 - イザナギは覗いてしまう
 - 身体が無残な変貌
-
- 身体と人格の重なりと分離
 - イザナギ-イザナミの物語りだけでなく、いろいろな場面で人は死んであの世に逝ったと 身体と共にある という、論理的には両立しない考えが並存している

生物学的生命 biological life

と

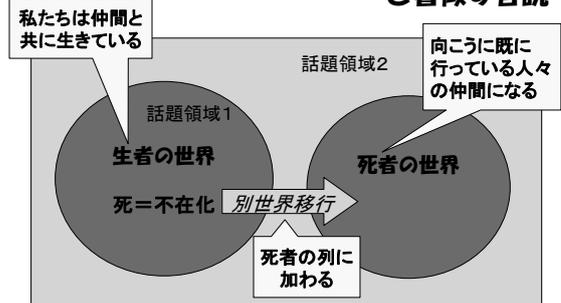
物語られる生命 biographical life

- 身体に注目する視点：
 - 生物学的個体
 - 医学が注目する対象
 - 人(格)の生にとって土台となる
 - 人(格)に注目する視点：
 - 自分の人生の物語りを作りつつ生きている 主体としての個体
 - 仲間の物語りととのつながり
 - 誕生から死までの物語り
- cf. 死すべき人

死者の世界？

- 私たちの文化は、あたかもどこかに死者の世界があって、死ぬことはそこに行くことであるような語り方をし、死者を送る振る舞いをする
- でも、死者の世界について、必ずしも確信しているわけではない
- それでかまわないと思っているらしい。

「死んでもひとりぼっちではない」と看做す言説



死後の世界をリアルなものとして前提する必要はない。
このような語り方によって、構成されるもの

死者の列に加わる

- 私たちは共に支えあって、生きている
 - 死ぬことは決して、仲間の輪から独り離れて、孤独になることではない
 - すでに死んでいった人たちの仲間になる
 - 送るものも、やがて死者の列に加わることになっている
- * こういう考えが私たちの語り方や振る舞いを支えている一語り方や振る舞いがこういう考えを支える
- * 「死者の列に加わる」は、死後の世界を想定しなくても成り立つ言説でもある。
- * 物語られる生の視点に属する
 - 誕生から死まで、人々のネットワークの中でダイナミックに生きる物語り
- 以上は、スピリチュアル・ケアのための基本的状況認識の一つ

Cf. 復活思想の背景にある人の死の理解

- 《人格的交流が不可逆的に断絶する》仕方の理解
 - 身体と共に人格もあり続けている
 - しかし、もうその活動を停止してしまっていて、再開は望めない = 現世内不活性化
- 生者との関係の断絶
- 「眠る」として語られる
- このような考え方を文化においてこそ、「復活」ということが問題になる
 - 新約聖書の「ネクロス」は死者 & 死体

別世界移住型と 現世内不活性化型の並存

- 復活：現世内不活性化
- 金持ちとラザロ（ルカ16:19-）：死んで宴席に行ったラザロと、陰府で炎の中で苦しむ金持ちというお話：別世界移住型もある
- キリスト教の教説は、この二つの線を整合的なストーリーにしようという努力 ーしかし、
 - 「天国に行った」と「ここに眠る」の並存は、人の心理としては自然！？
 - 私たちの周辺での、二つの並存とパラレル？

5. 死後に望みをかけない姿勢

Cf. イスラム思想にも

- 現在のイスラム原理主義のテロリストの考え
 - 聖戦で神のために死んだ戦士には、天国での快樂が待っている
- ラービア（スーフイズムー神秘主義ーの中に位置する女性）

“おお神よ、もし私が地獄への怖れからあなたに祈ることがあれば、私を地獄の火で焼いてください。楽園への期待からあなたに祈ることがあったら、楽園から追い払ってください。けれどももし、私があなたをあなた自身のために祈るのであれば、あなたの不滅の美を与えてくださいますように”

神の定めとの絶対性とその理解

「私は裸で母の胎を出た／裸でそこに帰ろう／主は与え、主は奪う／主の御名はほめたたえられよ」ヨブ記1:21
 「人生はあなたが定められたとおり、月日の数もあなた次第／あなたの決定されたことを人は侵せない／…
 木には希望がある、というように／木は切られても、また新芽を吹き、若枝の絶えることはない…
 だが、人間は死んで横たわる／息絶えれば、人はどこに行ってしまうのか…
 倒れ伏した人間は／再び立ち上がることなく／天の続くかぎり、その眠りから覚めることがない。」ヨブ記14:5-12

- ・人間の知をはるかに超越した神の配慮
- ・ここからすると、復活に望みをかけるというのは？

若きルターの思想

- 「人が救われるのは、行いによるのではなく、ただ信による」ということの尖鋭な意味
- 奴隸意志論 「善をしようと思うのだが、つい悪をしてしまう」という意味ではない。「もっとも善なることをしている」と思っているが、それが悪である、「自らの善（幸福）を追求すること自体が悪である」という意味である。永遠の命を欲しがること自体が悪。では「どうしたらよいか？」ーそう問う姿勢が問題
- 神の絶対性を核にする姿勢からは、自分が永く生きたいというような望みは切り捨てられる。
- 《信》は、自己が己の善を求めるといった態度から離れられない事態に絶望し、己が砕かれるという仕方で空しくされたところに、故知らず成立する、神へと向かう態度

まとめ 死後を語る／このいのちで満足する

- 状況への姿勢＋状況認識 → 意向・選択・振舞い
 - 状況認識：死後のいのちについてのナラティブにより希望を支える
 - 状況への姿勢：この世の命で終りだなんて嫌だという欲求・欲望を超えようとするー人間の中にまたたくすかな光であるにせよ、無に比すれば存在する私は、いのちを恵み（与えられた粹／「何も無い」に優るもの）として受け取るーこれ以上何を望もうというのか
- Cf. 医療・介護は、「元気で長生きしたい」（=QOLは高く、余命は長く！）という人間の望みに応えようとする。そこにある価値観は、「凡人」のもの
 - 「心頭を滅却すれば、火もまた涼し」という立場からは、低級な立場であろう
 - 高い宗教性（見地）から、QOLや延命に価値をおかない生き方を否定しないが、それには組まない
- どうして、私は医療・介護に関しては、「凡人の価値観」を標榜するのに、死後の生をどう考えるかについては、大方が組する死後の世界を構成する語りに対しては、許容はしても消極的なのか？

あ と が き

- * ここに上梓するのは、筆者が現場の医療従事者たちと共同で20年ほど続けてきた。臨床倫理に関する実践的研究の2009年度秋～冬段階の報告である。
- * 臨床倫理の考え方と実際の検討の仕方について、研修会を主催することが年に何度かあり、またしばしば研修会に招かれてきた。本冊子は、そういう場で使えるテキストとして作ってみた。項目により内容に濃淡があり、バランスを欠いており、また事例をもっと多く集めて収録する必要があるのだが、今回この段階で公表するのは、本冊子に接した実践家のみなさまが、事例をお寄せくださることを期待してのことでもある。
- * ここに提示するような、倫理についての考え方およびその臨床現場における実践的具体化について、忌憚のないご意見をくださること、また、具体的事例をお寄せいただき、「こういう事例はどう考えるのか」と問うてくださることを、心から願う。
- * 本研究に関するウェブサイトは次の通りである。

<http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/index-j.html>

- * なお、本研究については、最初は文科省一学術振興会の科研費の援助を受けていたが、やがて、次の諸研究費にいろいろな面で援助を受けた。
 - ・ 日本学術振興会「人文・社会科学振興研究事業」プロジェクト研究〈医療システムと倫理〉
 - ・ 東京大学グローバルCOE「死生学の展開と組織化」：リカレント教育「医療・介護従事者のための死生学」基礎コースのカリキュラムに臨床倫理を含めたため、2008年度からこの部分に関して研究費を使っている。
 - ・ 厚生労働省 難治性疾患克服研究事業「特定疾患患者の生活の質（Quality of Life, QOL）の向上に関する研究」班（研究代表者 小森哲夫）：ALSの臨床現場における臨床倫理に関して

臨床倫理の考え方と検討の実際 2009年度冬 β版

発行日 2009年12月4日

発行者 臨床倫理検討システム開発プロジェクト（代表 清水 哲郎）

発行所 東京大学大学院人文社会系研究科

次世代人文学開発センター 上廣死生学講座／東京都文京区本郷7-3-1

印刷所 小宮山印刷工業株式会社
