

# 臨床倫理エッセンシャルズ

清水 哲郎

目次	
はじめに	1
1. 人間の間にある倫理	2
・ 倫理的姿勢と状況把握／倫理とは	
・ 適切な対応は相手との距離に相対的（同の倫理／異の倫理）	
2. 社会の仕組みとなったケア（医療・介護）の倫理	5
・ 相手を尊重しつつ、最善を目指して、 社会的視点でも適切であるように	
3. 意思決定プロセス	7
・ 医療・介護従事者としてのプロセスの捉え方	
トピック 家族をどう位置付けるか	10
4. 臨床倫理検討シートを使った検討の進め方	13
トピック 患者が標準的な治療を拒否した時	22
(附)「本人・家族の意思決定プロセスノート（汎用版）」とその使い方	24



## はじめに

《臨床倫理》は、医療・介護従事者が日々、患者・家族と対応しながら、ケアを進めていく際に、「これからどのようにコミュニケーションを進めようか」と、個別事例ごとに考える営みに他なりません。その際には、医療者は医療者としての姿勢をとりつつ、途を進もうとします。そのようなあり方が《倫理的》であり、「どのように？」と考える営みが《倫理的検討》です。このような医療・介護従事者の倫理について理解するために、もっとも基本的なことから考え始めます。まず、私たちが一人の人間として社会の中で生活している状況での倫理について理解した上で、医療・介護に従事する者としての倫理を考えることにします。

## 1. 人間の間にある倫理

医療・介護の現場も、普通に人間同士が交流しながら、働きかけたり、かけられたりするという場です。ですから、通常の社会において成り立っている人間関係における倫理が、ここでも成り立っています。それについて、まず見ておきましょう。

### ●倫理とは●

人間の行動・振舞いは、次のような構造をもつものとして、理解することができます。

《状況に向かう姿勢》＋〔状況把握〕→ 行動・選択

たとえば、

《おいしいものが食べたい》＋〔このケーキはおいしそうだ＋食べていいんだ〕→ 食べる  
《太りたくない》＋〔このケーキを食べると太るぞ〕→ 食べない

この二つが並存すると、私たちは二つの姿勢の間で板挟み状態、あるいは「あちら立てば、こちらが立たず」状態（＝ジレンマ）になります。

やがて、どちらかの姿勢が背後に退き、他方が活性化して、活性化したほうの系列にしたがった行動をとることになります。

\* 《状況に向かう姿勢》＋〔状況把握〕→ 行動・選択 という分析の枠組みは、倫理について理解する場面だけでなく、いろいろなところで使いますので、慣れておいてください。

《食べたい》という姿勢は「欲求」と呼ばれるものです。一定の状況で活性化してきます。他方、《太りたくない》という姿勢も、ある意味では自分の容姿や健康をめぐる（知的な要素をもつ）欲求ともいえますが、自然に生じる食欲をコントロールするように働く姿勢ともいえます。このように、私たちのとるいろいろな姿勢の中には〈自らの振舞いをコントロールする姿勢〉があります。

さらに《太りたくない》という姿勢を持つ人は、自分がそういう姿勢をとる際に、「皆このような姿勢をとるべきだ」とまでは思っていない。「皆健康に気をつけるべきだ」と思ったとしても、そうしない人を非難するわけではありません。また、《太りたくない》は、他者に対する振舞い方に関する姿勢ではなく、自分の容姿や健康に関するものです。

さて、自らをコントロールする姿勢の中には、他者に対する振舞い方、態度のとり方に関わるもので、自分ひとりがとると決めただけでなく、皆同じような姿勢をとるべきだと思ひ、そういう姿勢をとっていない人を非難するようなものもあります。そういう姿勢は《倫理的な》ものだと言えます。

ここから、〈倫理〉について、次のように定義することができます。

《倫理》は、人間が自発的に自らの振舞いをコントロールする姿勢であって、自分だけでなく、皆がとるべきだと考えるようなものに関わることである。

例えば、電車の中では携帯電話をかけないという振舞いの選択は、次のような構造をしています。

姿勢：《周囲の人に害をおよぼさないようにしよう》

＋状況認識：〔電車の中で携帯をかけると、周囲の人に害がおよぶ〕（私たちの社会的通念）

→電車の中では携帯をかけない

「他者の害にならないようにする」という振舞い方は、一般社会における倫理原則の一つとされているものです。これは単に個々の振る舞いではなく、人の内に持続的にあり、「かくかくのことで」とすると、他者に迷惑がかかる」という事実についての認識ないし予測と連動して活性化するのです。

### 【更に詳しく知りたい方のために】

1) 《状況に向かう姿勢》+〔状況把握〕→ 行動・選択 という枠組みを使った分析の例

医療者の考え：

《Aさんは家に帰って、家族と過ごしたいだろう》

+〔この週末あたりが帰り時で、これを逃すと、状態がもっと悪くなって、帰れなくなる〕

→ この週末帰ってはいかがですか（と勧める）

Aさんの考え：

《家に帰って家族と過ごしたいが、迷惑をかけたくもない》

+〔このような身体の状態では、帰宅しても家族の負担になるばかりだ／もう少し我慢すれば、状態がよくなって、帰宅しても家族の負担が少なくてすむ〕

→ この週末は帰らないでおこう

2) 「倫理」は、倫理的姿勢を核にしていますが、それだけを「倫理」と呼んでいるわけではなく、倫理的姿勢から結果する振舞い方（の様式）や、その倫理的姿勢をまさに「倫理的なもの」だとしている社会の通念等々、姿勢の周辺にあるものを含めた文化の総体を指す名です。

### 【考えてみましょう】

「滅菌ガーゼは素手で扱わない」という、医療者に求められている行動の仕方を、分析してみてください。

《医療者の状況に向かう姿勢》：〔 〕

+〔医療者の状況認識〕：〔 〕

→滅菌ガーゼは素手で扱わない

## ●適切な振舞いは人間関係に相対的●

- ・私たちは、人間関係の遠さ・近さを計りつつ、それに相対的に、適切な振舞いを選択している

という事実があります。遠い間柄では「相互に干渉しない」ことが適切だと、私たちは思い、そのように相手に対して振舞おうとします。しかし、近い間柄では「親身になって考え、時には相手の内側に入り込むような言動をする」ことすら適切だと思っています。

どうしてこういうことになるかについて、次のように説明できます。

- ・私たちの内には、同の倫理と異の倫理が並存しており、人間関係の遠近に応じて、両者のバランスを変えつつ、適切な対応を選択している

ここで、《同の倫理》とは、自分と相手とは「同じ」だという理解に基づく対人関係の姿勢を核とする人間の振る舞いの様式です。自分たちは仲間・同志だと思えば、私たちは支え合って生きようとする行動を自然と選びます。これは群れ単位で共同生活をし、サバイバルを目指してきた、長い歴史を通して、私たちの身にしみついた行動様式だといえるでしょう。

これに対して《異の倫理》とは、「異なる・別々」だという理解に基づく対人関係の姿勢を核とする人間の振る舞いの様式です。自分と相手とは考えを異にし、利害が時として衝突する。そういう異なっている者同士が、衝突しないで、平和的に共存するための知恵として、成立した行動様式が、異の倫理です。それは一言でいえば「相互不干渉」です。つまり、それぞれの縄張りには、互いに侵入しないようにするという事です。自己決定とか自律尊重と言われることは、まさにこの振る舞い方を示しています。

このように、同の倫理と異の倫理は、対人関係において相手についての論理的には両立しない見方に基づいているのですが、私たちはこの二つの見方を併せ持っています。同じ人に対して、「自分と同じ」と「自分とは異なる」と見つつ、助け合うことと、互いに干渉しないこととの間のバランスをとろうとしています。こうして、現在、すべての人間関係には、同の倫理と異の倫理が並存していて、関係の遠さ・近さに連動して、両者のバランスが変動しています。臨床現場においても、このような人間関係に相対的な倫理が働いており、いろいろな判断において医療者たちの振舞いを左右しています。

### 【更に詳しく知りたい方のために】

1) 同の倫理も異の倫理も、単独ではマイナス面があります。同の倫理は、自分と相手と同じだと言う前提ですので、相手にとって好いと思ったことを勝手にやってしまう傾向があります。本人の意思を尊重することの軽視です。また、個よりも全体を優先します。他方、異の倫理は、互いに干渉しないということから、相手への冷淡な態度やギブ・アンド・テイクの対応を伴いがちです。この一見両立しない二つが私たちの間で並存することによって、こうした欠点を互いに補っているということが出来ます。

2) 社会のあり方をどう考えるかについても、この二つの倫理の並存とバランスという見方が有効です。高福祉高負担型社会は、総体的に同の倫理に傾いています。そこで、皆が安心して暮らせるように、福祉を充実させます。そのためには、個々人が負担をすべきだとも考える点、同の倫理なのです。これに対して、個々人の負担を軽減する方向に動く時、個々が独立に生きていくあり方を良しとしています（異の倫理）。相互扶助という同の倫理は弱まって、低福祉低負担型社会になります。

### 【考えてみましょう】

知り合いの誰かに、その生き方についてアドバイスするかどうか考える時、相手との関係の遠近によって、結論は変化するでしょう。どう変化するか、また、それはなぜか、考えてみてください。

## 2. 社会の仕組みとなったケア（医療・介護）の倫理

医療・介護は、ケアの一種であって、「社会の仕組みになった」（＝社会化した）ケアです。この「社会の仕組みになったケア」が、まさにそういうものであるために不可欠の要件を考えると、医療者が備えるべき、医療に向かう姿勢が明らかになります。それは次の3つにまとめることができます。そして、これらは「医療における倫理原則」と呼ばれるものに他なりません。

**P1：相手を人間として尊重する**

**P2：相手の益になるようにする（害にならないようにすることも含む）**

**P3：社会的視点から見ても適切にようにする**

医療活動に携わっている時に、医療者はこれらの姿勢を体現しているはずですが、もしそうでなければ、医療者は「医療」を行ってはいないからです。

**P1：人間尊重** これは「本人の自律を尊重する」、「自己決定を尊重する」ということも含みますが、それだけではありません。理性的に見通しをたて、どれが最善かを判断して、自分で自分の道を選ぶという自律は、人間にとって確かに大切です。でも、人は理性だけで行動するわけではなく、感情も兼ね備えています。血も涙もある人間が相手です。たとえば認知症が進んで、理性的な選択はできなくなっているお年寄りが、自分の気持ちを全身で表している時に、それを受け止め、尊重して、どう応えるかを考えることは、まさに倫理の問題です。「人間として尊重する」ことの中には、相手の意思を尊重することだけではなく、相手の気持ち、存在を尊重することも含まれます。それは、ケアを提供する者が、まさにケアという姿勢で相手に向き合い、また寄り添うことに他なりません。

**P2：相手の益になるように** 与益 (beneficence)原則と呼ばれます。できるだけ益になるように、害にならないようにと、患者さんの最善を目指すことは、医療者にとって当然の姿勢です。しかし、多くの治療方針には益が見込まれるだけでなく害も伴います（例えば副作用）。そこでいろいろな方針の候補の中でどれを選ぶかを検討する際には「益と害のアセスメント」により、どれがベストか（ましか）を考えます。

決定プロセスでは患者側への説明に際して、このアセスメントを丁寧に提示する必要があります。医療者は医学的観点での益に注目し、奨めたい治療がある時には益ばかり強調して、副作用やリスクについてはともすると曖昧にする傾向がありますが、生活全体を視野にいれた益と害を、患者側の感覚で分るように提示する必要があります。

どれが最善か（ましか）の評価について関係者の間で意見が分かれることもあるでしょう。その時はコミュニケーションを通して意見の一致を目指すのですが、どうしても一致しないこともあります。医療・介護を提供する側と受ける側との間で、価値観や世界観が異なっているために評価が一致しない場合、それを解消することは難しいです。一致を目指すということは、同の倫理による問題解決をしようとしているのですが、これが無理だとなった時、相手と自分が異なっていることを認めて、異の倫理に則った問題解決に移行します。つまり、本人の価値観・世界観に基づいて最善と評価される選択肢を、医療・介護側も許容するのです。ただし、その選択肢が、社会的視点から見ても正しいという場合は別ですが。

**P3：社会的視点でも適切であるように** 医療が「社会化されたケア」であることによって、倫理面に付加されたことの中でも、もっとも明確なものが、「社会的視点でも適切であるように」自らの医療行為をチェックするという点でしょう。プライベートなケアの場合は、自分が世話をしたい人、親しい間柄の人だけをケアするという一方で、なんの問題もありません。しかし、社会の仕組みになったケアは、社会として個々人の医療・介護の必要に応えるものですから、基本的にケア提供者

は「見知らぬ人」に対するケアを開始するのです。そして、ケア提供者は相手を選び好みなどせずに公平に対応することが求められます。

この原則は、一般に「正義 justice」原則と言われるものに相当しますが、内容は以上のようなことをはじめとして、社会化したケアが備えている性格に則った活動をするという医療者に期待される姿勢を示しているのです。

### 【更に詳しく知りたい方のために】

1) 人間尊重原則は、ケアが元来備えている要素に、ケアの社会化に由来する要素が付け加わってできています。前者は、ケアは「人間同士のコミュニケーションのプロセスとして進行する」という要素で、同の倫理に属します。また、後者に特徴的なのは異の倫理であって、医療は、相手が主権を持つ領域（身体）に介入することを含む以上は、主権を持つ相手の意思を尊重し、その許諾を得た上でやるべきだ（＝自律尊重）ということなどを含みます。

医学界で流布している医療における倫理原則のセットは、北米から入ってきた4つの原則からなるものですが、これと以上で説明したケア提供者の3つの原則ないし3つの姿勢との関係は次のようになっています。

・ 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

2) 益と害のアセスメントに際して使われる考え方は、相応性原則（principle of proportionality）です。これについては、「疾患の悪性度が高ければ、それに応じて強い対応が許される」とか、「治療がもたらす益と害を併せ考え、全体として益かどうかを判定する」などと説明されます。しかし、さらに考えてみると、こうしたことは一つの選択肢を単独で見ても、良いとか悪いとか結論できるものではありません。例えば、「治療Aで今の苦痛は緩和される、でも余命は縮まるかもしれない」というだけでは、それを選ぶのが適切かどうかは決まりません。ほかに、苦痛が緩和されて、かつ命も縮めない選択肢があれば、治療Aは不適切だと言われるでしょう。他にそうした選択肢がなく、「余命を縮めないようにすると、苦痛は緩和されない」となった時に、まさにQOL優先か、延命優先かという、益と害についての選択問題となります。

こうして、相応性原則という名の下で、実際にやっていることは、

「現在可能なすべての選択肢のそれぞれについて益と害を枚挙し、選択肢間で比較検討して、どれが一番よいか（あるいは、ましか）を評価する」

というものです。また、達成目標（得たい益）が決まっている時には、このやり方は、

「是非得たい益が得られる選択肢の中で、害が最小のものを選ぶ」

というやり方だと言い換えることができます。

### 【考えてみましょう】

医療・介護のいろいろな活動を取り上げて、P1～P3の姿勢がどう関係しているか、吟味してみてください。例えば、

医師が外来の診察室で、患者から自覚症状の訴えを聞き、患者の身体を検査し、診断をし、治療方針について患者と話し合う、というような場面について、

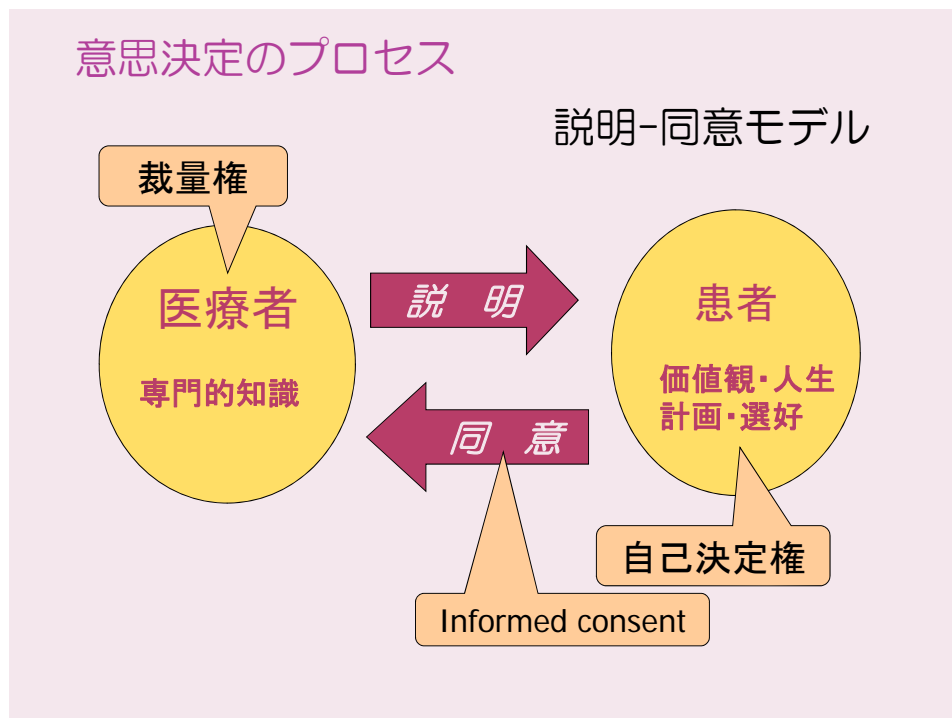
あるいは、看護師が、病棟で毎日病棟を回って、包帯交換をする場面について、考えてみましょう。



### 3. 意思決定のプロセス

#### ●従来の考え方：説明と同意●

医療現場における意思決定プロセスの中心は、治療方針の選択です。これについて日本では現在、《インフォームド・コンセント》＝《説明と同意》という捉え方が流布しています（図1）。



この捉え方によれば、意思決定のプロセスの骨子は、(a)医療者（主として医師）は、患者に現状と治療の可能性について説明をする、(b)患者はそれを理解した上で、医師が薦める治療方針に対して同意する、あるいは複数の選択肢の中から希望するものを選ぶ（治療を拒否するというのも選択肢の一つ）、という二段階からなっています。

「インフォームド・コンセント」はこの説明を受けた上での同意のことですが、それは対象となっている治療を患者本人（の身体）に対して行うことについて、患者が医療者に許諾を与えることだと理解されています。

《説明と同意》というプロセスが現場の医療者の頭に刷りこまれてしまっているために、例えば、患者側が、医師が勧める治療を嫌だと言ったりすると、すぐ「ではもう一度説明しましょう」というように話が進む傾向がでてきています。また、この説明内容は医学的情報が中心で、どういう治療をするかは医学的情報だけで決まるかのようなイメージをもたらしています。しかし、患者・家族が医療者が最適と思う選択をしないのは、説明の理解が不十分であるからだとは限りません。また、患者・家族は医学的情報だけでなく、自分の人生の事情や計画をも考えあわせて、どうしたいかを考えているのです。《説明と同意》というプロセス把握では、そういったことへの配慮が行き届かないのです。

#### 【更に詳しく知りたい方のために】

- 1) 日本医師会生命倫理懇談会の『説明と同意についての報告』1990年が基本。
- 2) 英語の informed consent は本来、上記の(b)の部分（患者が行う同意）のみを指す語ですが、「イン

フォームド・コンセント＝説明と同意」という理解に伴って、医師が患者に対して行う説明をも「インフォームド・コンセント」と呼ぶようになってしまっています。

2) 図に示す医師と患者の関係は、医師には専門的知識に基づき、治療を実行する立場であるので、裁量権がある一方、患者にとっては自分の生命・身体をどうするかという問題なので、自分のことは自分で決めるという自己決定権があるため、両者の権限の関係を明確にして、衝突しないようにするという考え方も背景にあります。

### ●これからの考え方：情報共有から合意●

そこでこれからは《情報共有から合意へ》というように、プロセスを捉えてみてはいかがでしょうか(図2)。

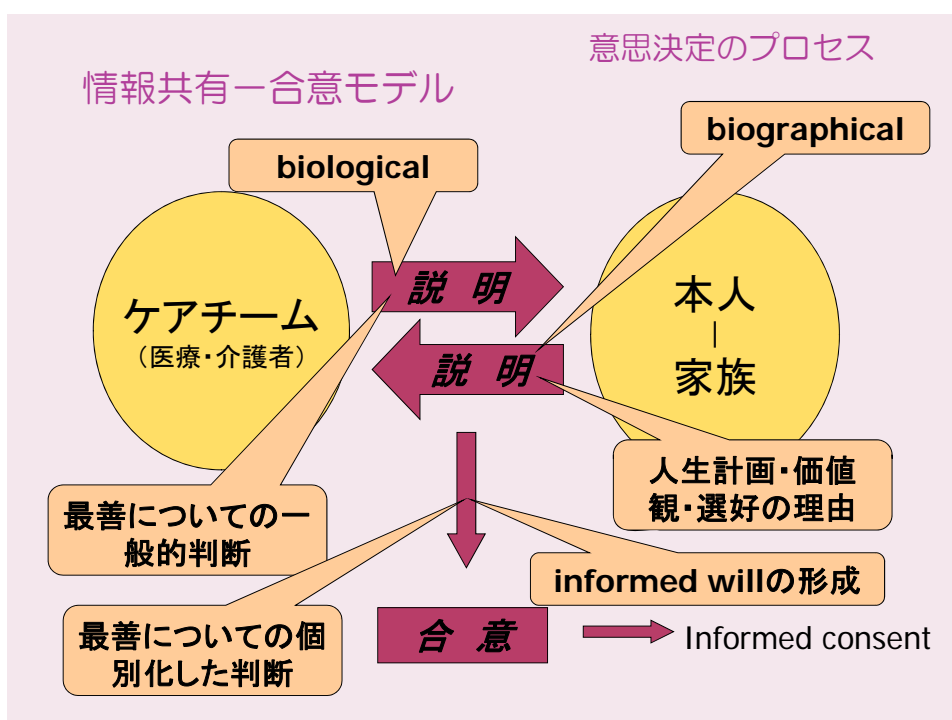
これは、

(a)医療者は患者・家族に、エビデンスに基づく医学的情報中心の(生物学的=biological な)説明を行う、ということはもちろんですが、これに加えて、

(b) 目下の意思決定・選択に関係する限りにおいて、患者側の事情や考え・気持ちを理解しようとし、患者側に聴こうという姿勢を併せ持つのです(図中の患者側から医療側への「説明」がこれに該当)。

ここで、患者側から得られる情報は、そのいのちの物語り(=biographical なもの)を中心として、現在の個別の事情や価値観を含んでいます。そういうことも考慮に入れるということは、医療上の決定は、単に医学的情報だけで決まるものではなく、患者側の人生についてのこうした情報も兼ね合わせた上で決まるものであることを示しています。

また、このモデルは、決定は両者が共同で行うものとして、「合意を目指すコミュニケーション」が要であることを示してもいます。エビデンスにもとづく最善の判断は、主として患者のかかえる疾患に注目し、その生物学的生命に定位してなされるので、当の患者についての個別の判断には違いありませんが、物語られるいのちを生きる患者の個別の事情を切捨てた限りでのものという意味で最善についての一般的判断です。ですから、医療側は、患者側の物語られるいのちの個別の事情をも考慮に入れて、何が最善かについての「個別化した判断」へと進む必要があるのです。



### 【更に詳しく知りたい方のために】

1) 図中の、**biological** は、身体に注目する時にみている「生物学的生命」、**biographical** は、人として生きるあり方に注目する時にみている「物語られるいのち」を示しています。医師は人の（「ヒトの」といったほうがいいかもしれませんが）身体を生物学的生命体として見て、正常と異常を区別します。しかし、本人は、身体が異常であるということ自体ではなく、それが私たちの生活に支障をきたす仕方私たちに現われてくるのを感じます（＝自覚症状）。

私の生活、私の人生として把握されている物語られるいのちにとって不都合であるから、身体の異常は悪いと評価されます。物語られるいのちは、生物学的生命を土台として、その上に成り立っていますが、物語られるいのちは生物学的生命の価値の源である、のです。

ここから、治療方針の決定は、単に生物学的生命の次元に注目するだけでなく、物語られるいのちの次元をも考え併せて、否、そればかりか物語られるいのちにとっての益と害に基づいて、判断するのが適切であることが分ります。

2) 意思決定ないし選択に到るプロセスはダイナミックです。コミュニケーションのプロセスを通して、相手が変わる可能性も、自分が変わる可能性もあります。患者さんの理解が進み、「嫌だ」から「やりましょう」と変ることもあります。患者さんへの理解が深まった結果、初めは手術が最適と思っていたが、この人の場合は別な治療法を選んだほうがよいかと、医療者のほうが変わるかもしれません。医療者の意見が絶対的に正しくて、患者さんがそれを納得しないのは知識がないから、間違っているからだ、という固定的な考え方ではなく、自分たちも変わるかもしれないという柔軟性をもてば、両者でよりよい道を見出していくことができるでしょう。

倫理という点でいっても、プロセスはダイナミックです。以下で説明しますが、相手と自分の関係の遠近に応じて、倫理的に適切な対応の仕方は変化します。見解が相違している場合、一致を求めて、ぎりぎりまで粘り強く話し合います（「同の倫理」に則った途）。それでもうまくいかず、相手の価値観と自分が医療者としてもっている価値観とは折り合わないということもあるでしょう。そのような場合には、相手と自分は異なるのだということをも認めようという問題解決を図ることになります（「異の倫理」に則った途）。

3) 意思決定のプロセスは、疾患が重篤である場合はことに、ケアのプロセスでもあります。患者は、突然目の前にたちはだかった死に直面しています——死を避けるためには、自分がこれまで大事にしてきたこと、生きがいを放棄しなければならないと宣告されることがあります。あるいは、医療側が提示する途を必至のこととして、辿ってきたはてに、目前に死が迫っていることを直感することもあるでしょう。この危機をどのようにして乗り越えられるでしょう、どうすれば良いでしょう。患者は（そして家族もしばしば）、途方にくれ、選択ができなくなり、あるいはパニックに陥るのです。意思決定プロセスのただなかでそのような状態にある患者・家族を支えることもまた、医療者の務めです。もちろん、医師だけでやるわけではないし、やるべきでもありません。「医療ケアチームで対応する」ということは、「終末期医療の決定プロセス」だけのことではなく、患者・家族の人生の物語りにとって危機的な状況において、一般的に言えることです。しばしば、医師よりも、看護師やMSWのほうが、患者・家族がその思いを吐露しやすい相手です。そうであれば、医師は、看護師やMSWと協働して、チームでことにあたるのが、以上で提示したような意思決定プロセス即ケアのプロセスを適切に辿る上で欠かせないこととなります。

### 【考えてみましょう】

宗教上の理由で「輸血はしないでください」と強く主張する患者に対して、どう対応したらよいでしょうか。「意思決定プロセスはダイナミック」という理解に基づいて考えてみてください。

## 【トピック】 家族をどう位置付けるか

意思決定に際して、ケア提供側が対応する第一の当事者は患者本人です。しかし、ことに疾患が重篤であって、さまざまな仕方家族に影響する場合、家族もまた当事者です。

なぜなら、家族は

①患者の罹患したことの影響を受けて、さまざまな問題を抱えています。したがって、家族はケアの対象でもあるのです（緩和ケアは、患者と家族をまとめてケアの対象としています）。

②家族は、患者の療養生活を支えるケアの担い手として期待されます。したがって、ケアの担い手として、自分が参加するケアをどのようにしていくかに関わる決定に参加している必要があります。

③家族は、多くの場合、患者の人生観・価値観を知っており、その意思を代行する第一候補です。

問題の深刻さに応じて、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。また、P2（相手の益になるように）は、患者のことだけ考えれば良いというものではありません。患者の治療・療養方針の選択は、家族の生活にも影響し、患者にとっての最善は、家族に過大な負担をかけるというような場合もあり得るのです。介護の場面でも以上のことと同様のことが言えるでしょう。

本人のケア方針をどうするかが家族に影響する程度に応じて、家族の当事者性が増減します。その当事者性の程度に応じて、家族が意思決定プロセスに参加する程度は変動します。

この点を加味すると、決定プロセスについて

- ①本人の意思確認ができる時には、本人と話し合っ、合意を目指す
- ②本人の意思確認ができない時は家族と、本人の意思と最善について話し合い、合意を目指す

と単純に割り切ることはできないことがお分かりいただけるでしょう。むしろ、この①、②に次のポイントを加えたほうが、倫理的にも、実践的にもよいでしょう。

- ③本人の意思確認ができる時も、家族の当事者性の程度に応じて、家族にも参加していただく。また、意思確認ができるうちから家族も参加していただき、本人の意思確認ができなくなった時のバトンタッチがスムーズにできるようにする
- ④本人の意思確認ができなくなっても、本人の対応する力に応じて、本人にも説明し、またその気持ちを大事にする

③については、本人の意思確認ができるうちは、本人の意思だけを聞いていると、本人の意思確認ができなくなった時に、家族はこれまでの経緯を踏まえ、急に意思決定をしなければならなくなります。そこでこれまでの方針と食い違う方向に進みだすという問題が散見されます。

④については、本人の意思確認ができなくなる状況は、意識不明になる場合だけではなく、認知症が進んで、本人は責任ある選択ができなくなるということもあります。それでも、好悪の感情はあり、苦痛を伴う侵襲的な介入を嫌がることもあります。それに対しては、本人の残存能力に応じて、人として尊重する姿勢をとって対応します。

愛という名による支配・抱え込み 本人と家族の関係は、家族毎に千差万別です。いちがいに「家族だから」といって済むわけではないのです。ですから、個別ケースごとにその関係を理解する必要がありますが、その際に、家族内に一般にある関係の特徴を理解しておくといよいでしょう。

・家族内では同の倫理が支配的

→ 相手のために犠牲を厭わない

だが、

→ 本人の意思を尊重することを軽視する（善いと思ったことを勝手にやる）

→ 本人の克服する力を過小評価する（保護しようとして、抱え込む・・・）

→ 家族のために本人に犠牲を求めることもある

傾向もある

家族はまさに《同の倫理》が働く関係です。支え合って生きる家族は麗しく見えます。だが、良いことばかりではありません。同の倫理は「相手にとってよかれと思って世話する」のですが、ともすると、勝手にやっけてしまいがちです。押しつけがましかったり、大きなお世話だったりしがちです。

また、相手を思いやる気持ちが強すぎて、相手の困難な中を切り抜けていく力を過小評価し、その苦痛をひょっとすると本人以上に感じてしまいます。そこで、家族が本人の保護者となって、本人を抱え込んでしまうということもおきがちです。こうして、家族同士の愛情は本人を支配するという仕方で発揮されることもあるのです。

それから、厳しい状況におかれた本人を支える家族の犠牲というと美しくみえます。が、逆に、家族のために本人に犠牲を求めることも起きます。高齢者を施設に放置している家族には、「孫のためなんだから、おじいちゃんも理解してくれているはず」と言い合っている場合があるかもしれません。

ケア提供者は、こうしたことを理解して、本人と家族の双方が自分らしい人生が送れるように調整することも、求められています。

### 【考えてみましょう】

家族内では同の倫理が支配的であるという理解に基づいて、家族が医師に向かって「予後が悪いなんてことは、本人には絶対言わないでください」ということを、どう考えたらよいでしょうか。

また、医療者が在宅に移行するのを勧めても、本人が「家族に迷惑をかけるわけにはいかない」と、それを受け入れないことをどう考えたらよいでしょうか。



## 4. 臨床倫理検討シートを使った検討の進め方

以上のような意思決定プロセスの理解に則った臨床倫理の営みを、医療・介護従事者が実践することを支援するツールとして、臨床倫理検討シートがあります。これは、『情報共有から合意へ』という図 2 (X 頁) に示したような決定プロセスのコンセプトを具体化できるように、ケア提供者をサポートします。検討の流れは、次のようになっています。

**ステップ 1** 検討シート〔ステップ 1〕を使い、本人プロフィールとこれまでの経過を記述します。経過記述を通して、事柄を一つのナラティブにしていくという作業は、事態を理性的に把握する作業であり、その把握をすることに伴って、倫理的な観点での事柄の理解も深まります。また、一緒に考える人々の間の共通理解を形成する核となる作業でもあります。

**ステップ 2** ケア提供者側から本人・家族側に流れるのが望ましい情報・流れた情報（諸選択肢の益と害のアセスメントおよび、社会的視点からの問題があればその指摘が中心）と、本人・家族側からケア提供者側に流れてきた情報を、検討シート〔ステップ 2〕を使って、整理します。P1: 相手を人間として尊重しつつ、P2: できるだけ益になることを目指し、P3: 社会的視点でも適切であるように、という倫理原則（=医療者が事に臨む際の姿勢）に則った整理になります。

**ステップ 3** これからどうするかを検討（=前向きを検討）の場合、検討シート〔ステップ 3〕を使って、問題点を抽出し、その倫理的性格を分析し、問題の源を検討し、それに基づいて、これからどのようにコミュニケーションを進めていくかを考えます。ここで、意見の相違の調整を目指して、どうするかを検討を行うのです。患者・家族の思いをどこまで理解できるかが検討の要になることが多いのです。

すでに起きたことを振り返って検討する場合（=後向きを検討）、検討シート〔ステップ 3r〕を使って、3つの倫理的姿勢に即して、自分たちのしたことを分析・評価し、その経験を今後活かすためにどうするかを考えます。なお、検討シート〔ステップ 3r〕は、前向きを検討に使うこともできます。

### 【更に詳しく知りたい方のために】

・臨床倫理プロジェクト <http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/index-j.html>

をご参照ください。「臨床倫理検討シート」や使い方のマニュアルもダウンロードできます。

・以上は、医療者から見た検討プロセスです。このようなプロセスを、本人・家族の視点にたってみて、自分らしい選択ができるように支援するツール《本人・家族の意思決定プロセスノート》もあります（本冊子付録をご覧ください）

## 臨床倫理検討シート (記入の仕方)

\* 検討内容： プロスペクティブ：(DM) 方針の決定／

(PS) 医療・介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 XXX ]

日付 [ '06.11~ '08.7 ]

### 1-1 本人プロフィール

名(仮名)、年齢、性別、家族構成、本人の生活をごく簡単に。

### 1-2 経過

これまでの経過をまとめて書きます。報告者がみたナラティブ。

記述に入れるかどうか、取舍選択しながら書くことにより、検討しようとしている問題のかたちが描かれます。

検討会では、ケアチームの他のメンバーの視点からの記述が追加され、また質問に答えることにより、記述が充実していきます → 多くの人々の目から見える共通の物語りとしていきます。

通常、経過記述の終わりに、今何を考えようとしているかが書かれます。これからどうしようかについての選択が問題になっていることが大半です。そのことが書かれている部分に【tp】と注記してください。

また、すでに行われた選択・意思決定が適切だったかどうかを振り返って検討する必要がある場合、その過去の選択・意思決定の場面に【tr】【tr1】【tr2】などと注記します。

### 1-3 分岐点

1-2 で注記された【tp】【tr1】などのそれぞれについて、選択・意思決定のテーマをごく簡単に記します。



## 臨床倫理検討シート (記入例)

\* 検討内容： プロスペクティブ：(DM) 方針の決定／

(PS) 医療・介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 XXX ]

日付 [ '06.11~ '08.7 ]

### 1-1 本人プロフィール

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。

### 1-2 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・水分の補給が必要となり、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。

### 1-3 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〕 情報の整理と共有【時点： / 選択の内容： 1-3 に記した分岐点について書く】

A 医療・介護情報と判断	
<p><b>2A-1 選択肢の枚挙とメリット・デメリットのアセスメント</b></p> <p>目下の分岐点で、選択肢がどれほどあるかを挙げ、それぞれの          ・メリット（もたらすと見込まれる益等、その選択肢を選ぶよう傾ける理由）          ・デメリット（もたらされる虞のある害やリスク、また益のなさなど、その選択肢を避けるよう傾ける理由）          を枚挙します。</p> <p>選択肢には、医療・介護側が候補となると思うものだけでなく、本人・家族が希望したものも挙げて、アセスメントをおこないましょう。</p> <p>なお、選択肢を挙げる他に、必要に応じて、          ・何を現段階におけるターゲットとするかが定まっている場合は、その旨を、また、          ・経過に書くことができなかった現状についての特記事項などあれば、書いてください。</p>	<p><b>2A-2 社会的視点から</b></p> <p>左欄の選択肢のそれぞれについて、それを実行する場合に、社会的視点から見て何か問題がないか、あるいは、やっておくべきことなどないかを考え、あれば書いてください。</p>
<p><b>2A-3 説明 本人に対して</b>          2A-1、2 について、説明した内容を書く</p>	<p>家族に対して          同左</p>
B 本人・家族の意思と生活	
<p><b>2B-1 本人の理解と意向</b></p> <p>本人について：          ケア提供者側から提示した情報をはじめ、現在の状況を、本人はどう理解しているでしょうか。          （意思確認ができないような状態であれば、そのことを記してください）</p> <p>選択肢について、本人はどういう意向をもっているでしょうか。その意向を裏付けるような、本人の発言や振舞いと共に記してみてください。</p>	<p><b>2B-2 家族の理解と意向</b></p> <p>家族について、2B-1 と同じことを書いてください。家族の中でいろいろな立場があるときには、それぞれ書きます。</p> <p>関係する家族がいない場合など、そのことを記してください。</p>
<p><b>2B-3 本人の生活全般に関する特記事項</b></p> <p>今問題になっている選択肢に直接関係しないけれど、本人の人生についての考えや価値観、現在の関心事を示すような発言や振舞いがあれば、それを記しておいてください。          本人にとって何が最善かを考える上で、役に立つかもしれない情報をメモしておきます。</p>	

A 医療・介護情報と判断	
<p><b>2A-1 選択肢の枚挙とメリット・デメリットのアセスメント</b></p> <p>① 輸液中止する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> <li>×周囲の人々の気持ちがおさまらないかも</li> </ul> <p>② 輸液を減量する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○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</li> <li>×輸液のための管により不自由</li> <li>輸液を0にするのが本人の負担という点でベストであれば、いくら少量といえ、入れた分、負担になる</li> </ul> <p>③ これまで通りの輸液を続ける</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○周囲の人々の気持ちは楽になるかも</li> <li>×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。管により不自由</li> </ul>	<p><b>2A-2 社会的視点から</b></p> <p>本人が最期の段階になっていて、医療としては、何かをするよりしないほうが本人にとってベターであるが、一般には、本人の状態が悪化しているのだから、医療には何かやる義務があるはずだという偏見が強いであろう。そうした状況では、医療者としては、やろうとしていることが妥当であることを、説明する用意をしておく必要がある。</p>
<p><b>2A-3 説明 本人に対して</b></p> <p>意識混濁のため、説明できず</p>	<p>家族に対して</p> <p>1A-1 の内容を説明した</p>
B 本人・家族の意思と生活	
<p><b>2B-1 本人の理解と意向</b></p> <p>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。</p> <p>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-3 に記すエピソードからは、輸液中止する意向が推定される)</p>	<p><b>2B-2 家族の理解と意向</b></p> <p>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</p> <p>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。</p>
<p><b>2B-3 本人の生活全般に関する特記事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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、「かくかくのところの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。</li> <li>・「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、淡々と語ったことがあった。</li> </ul>	

〔ステップ3〕 検討とオリエンテーション（前向き検討用）

問題点の抽出	
<p><b>3-1 問題となっていること・問題を感じていること</b></p> <p>以上の経過記述と整理に基づき、報告者としてさしあたり感じている問題点を自由に書いてください。</p> <p>なお、意思決定の場合、          (1)ステップ 1-2 に基づく個別化した最善についての医療・介護側の判断、          (2)関係者間での判断の一致不一致、一致している場合でも、安定したものかどうか、          を書いておくと、今後何を検討したらよいかははっきりするでしょう。</p>	<p><b>3-2 問題の倫理的性質の分析</b></p> <p>〔P1:人として尊重することをめぐって〕          本人・家族の意思・気持・存在を尊重しているか／本人が自分らしく生きること、そのために相応しい選択ができるよう、サポートしているか／ケア的態度で対応しているか等々を検討。</p> <p>〔P2:相手の益を目指すことをめぐって〕          EBMによる本人にとっての最善の判断はどうか／本人の物語られるいのちの事情を考慮し、個別化した最善はどうか／公共的価値観による評価と本人の個人的価値観による評価の衝突はないか／本人と家族の利害の衝突はないか</p> <p>〔P3:社会的視点からのチェック〕          選択肢が、第三者の益をうばっている・害していることはないか／社会はどこまでサポートすべきか／法やガイドラインは、目下の選択肢について、何か言っていないか</p> <p>〔まとめ〕</p>
対応の検討	
<p><b>3-3 問題点の検討</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・3-1. 3-2 で抽出された問題点について、その背景にある問題や、原因について検討します。</li> <li>・何が問題の要にあるでしょうか</li> <li>・本人・家族の思いを理解することが検討の要になることが多いのです。本人や家族の意向や行動について              《状況に向かう姿勢》＋〔状況把握・認識〕                  → 行動・選択              という枠組みで、その理由を理解しようとしています。</li> </ul>	<p><b>3-4 今後のコミュニケーションの方針</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・3-3 の検討を踏まえて、それを今後のコミュニケーションにどう活かしていくかを考えます。</li> <li>・《状況に向かう姿勢》＋〔状況把握・認識〕                  → 行動・選択              という枠組みで、姿勢や状況認識が見えてきた場合に、自分たちがそれによって、考えを変えるべきかどうかを吟味したり、              そこから、本人・家族が一步前進するために、どのようなことを期待し、どう支えたらよいか              等、考えていきます。</li> <li>・相手を批判することより、相手の良い所や可能性をみつけ、それを強化していく方向での支援を考えましょう。</li> </ul>

【ステップ3】 検討とオリエンテーション（前向き検討用）

問題点の抽出	
<p><b>3-1 問題となっていること・問題を感じていること</b>                      [意思決定の場合:(1)ステップ 1-2 に基づく個別化した最善についての医療・介護側の判断、(2)関係者間での判断の一致不不一致、一致している場合でも、安定したものかどうか]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・医療者—本人間の一致・不一致は不明だが、本人は中止に賛成すると推定できるかも。</li> <li>・医療者—家族間は不一致</li> <li>・本人にとって好かれと思って輸液中止を提案したが、家族は自分たちの気持ちや他人の目を気にしている。どうしたらよいだろうか</li> </ul>	<p><b>3-2 問題の倫理的性質の分析</b></p> <p>[P1: 人として尊重することをめぐって]                      「もう、いろいろしなくていいから」という本人の発言からは、輸液中止が本人の意思だと推定できるか（こういう事態を想定しての発言ではないはず）。                      家族の意向にどう対応するのが、本人・家族双方を尊重しつつ、コミュニケーションを進めることになるか。</p> <p>[P2: 本人の益を目指すことをめぐって]                      客観的には、輸液中止が本人にとって最善である。が、家族の気持ちとか他人の目への配慮からする最善とどう考え併せたらよいだろうか。「何もしないわけには」には本人の最善への家族なりの配慮も含まれている。</p> <p>[P3: 社会的視点からのチェック]                      本ケースは輸液を中止したからといって、死期を早めることにはならず、QOL を改善するので、社会的にも問題ない。むしろ、害こそあれ益がない輸液を続けるという医療資源の使い方のほうが、問題であろう。</p> <p>[まとめ]</p>
対応の検討	
<p><b>3-3 問題点の検討</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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」</li> <li>・家族の状況に臨む姿勢（＝活性化している価値観）                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・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？</li> <li>・自分たち家族の気持ちが済むことを目指していないか？</li> </ul> </li> <li>・何か積極的にしていないと、Iさんへの負い目を感じる？</li> <li>・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。                      「何もしないわけには」には家族なりの、Iさんの最善への配慮があるともいえる：ここが問題の要だろう</li> <li>・家族の状況認識                      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？                      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</li> <li>・隣近所の人たちの状況認識がそもそも不適切：これは一般住民の意識改革の問題</li> </ul>	<p><b>3-4 今後のコミュニケーションの方針</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・「何もしないわけには」という気持ちに対して：                      死に向かう最期のプロセスを、「ノーマルで、医学的介入の必要がない」と考えるように、Iさんの状態をおりにふれて説明することも大事（「身体に蓄えてある栄養分を使って、代謝をしているので、だんだん痩せていきますが、本人はこれが一番楽なんですよ、下手に人工的に水分・栄養を補給すると、負担になってしまうんです」など）</li> <li>・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。                      ○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                      ×本人を管で束縛することになるし、少量とはいえ、余計な投与は負担を増す（しほればわずかだが）</li> <li>・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。</li> </ul>

3-0 さしあたって感じている問題点

\*ある場合はここに書いておく

3-1 「相手を人間として尊重する」という観点(P1)

- \*本人・家族への説明は適切か？
- \*本人・家族の意思や思いは尊重されているか？
- \*本人・家族の弱さは適切にサポートされているか？自律的選択ができるようにサポートされているか？
- \*医療・介護者間のコミュニケーションは適切か

3-2 「本人・家族にとってできるだけ利益になるようにする」という観点(P2)

- \*振り返る検討の場合：結果としてベストな選択だったか？／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か、それとも決定プロセスのどこかにまずい点があったか？
- \*前向きを検討の場合：益と害のアセスメントおよび本人・家族の意向等から、ベストな道が見えてきたか？／それとも、どれがベストかはっきりしていないか／ベストな選択肢について意見の不一致がある場合、それは価値観の違いによるか、状況認識の違いによるか

3-3 「社会的観点での適切さ」という観点(P3)

- \*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
- \*社会的合意・通念と食い違う選択をしていないか

3-4 総合的検討およびその他の問題点

\*以上の複数に関係する、あるいはどこにも該当しない問題だと思えば、ここに書いておく

〔ステップ3r 続〕 II 今後どのように対応していくか

3-5 医療・介護ケアチームは、今後どのように対応していこうか

3-6 医療・介護機関（病院・病棟・施設など）のシステム／制度の問題点と改善策

3-7 医療・介護制度その他、社会的視点で改善が望まれる点

3-8 その他

## 【トピック】 患者が標準的な治療を拒否したとき

### 事例1 10代後半 男性 骨肉腫 ステージⅡB

運動時痛がなかなか治まらないため、総合病院を受診、右脚に骨肉腫があり、組織学的に高悪性度の腫瘍が局所の骨外まで広がっているが、転移は認められない（ステージⅡB）と診断された。術前化学療法を行い、その結果を評価した上で、外科療法を行い、さらに術後化学療法を行うという方法が標準的なものとして提示された。外科療法については、転移を防ぐため広範切除が必要であり、骨を切除し、人工骨等に置き換えることをするが、場合によっては、右脚切断が必要になるかもしれない、等の説明をしたところ、本人は「これまで陸上競技を生きがいにしてきたので、そのような手術をするということは、人生は終わったようなものだ」、「化学療法だってつらいそうだし、そんなことまでして生きていても仕方ない」などと言って、治療をしたくないという気持ちを表明した。両親は「息子には生きていて欲しいが、希望を失って鬱々として暮らす姿も見たくない」、「いっそ息子の言うとおりにしてやるのが、親としてできるせめてものことかもしれない」などと、迷いつつも、息子の気持ちに同情的であった。

### 【拒否の背景にある思いについての考察】

さしあたって推定できるのは、本人の生の物語りの核にあった陸上競技が奪い去られるという喪失に突然直面し、そう簡単に生の物語りを書き換えて、別の物語りにするというところに踏み切れないという心の動きである。物語りの核にあるものが失われることは、物語られる生そのものが失われることに等しいという絶望感、そういう現実をまるごと拒否したいという思いの発露として、治療を拒むという言動があるのではないか。

### 【上記考察があっていると想定した場合の対応】

本人が気を取り直し、「陸上競技だけが人生ではない、他にも自分が生きる途があるだろう」と思って、標準治療を受ける決心をしてくれたらと期待するのは、医療者ばかりではない。私たちの社会がコミットしている公共的価値観がそのような期待を支えている。そこで、本人が状況を適切に把握し、自分らしい姿勢で、前向きに一步踏み出せるように支えるにはどうしたらよいかを考えることになる。

その際には、説明することが有効なこともあるだろう。だが、そういう理詰めで人間は動くとは限らない。むしろ、本人が今見ていること、悩んでいることを、傍らにいて共に見よう、共に悩もうという姿勢が、本人の気持ちを和ませ、医療者が本人の気持ちを分ろうとしていること、また最善になるようにと考えていることを、素直に受け容れる方向に動かすかもしれない。



## 事例2 40代女性 胃がん 肺転移あり

発症後、外科手術をし、化学療法を続けてきたが、抵抗性がでてきて、これ以上続けても効果がない状態となった。腹水・右胸水貯留・咳嗽・右肩痛・背部痛等の症状が進んだため、緩和ケア病棟に入院、症状コントロールを試みた。これまで試みてきた非麻薬系の投薬では効果がなかったため、早期タイトレーション目的にモルヒネの持続注射を勧めたが、麻薬は絶対嫌だという答えであり、麻薬系の鎮痛薬について誤解をしているのではないかと説明をくりかえしたが、拒む姿勢は変わらなかった。

### 【拒否の背景にある思いについての考察】

ただ麻薬系の鎮痛剤に対する、世間に流布している俗説の影響があつて、それを使ったら、精神的におかしくなってしまう、中毒になる、死期が早まるのではないかと、といった誤解をしているわけではない可能性が高い。本人はこれまで、手術、放射線、化学療法と、医療者に「これが標準的な対応です」と勧められるままに、治療を受けてきた。「勧められるまま」と言っても、確かに本人は説明を聞き、理解して、同意したのだが、そこでは本人の好みや事情を考慮にいれるといった選択の余地はなく、それを選ばないといのちが購えないということで受け容れざるをえなかったのである。しかも、そのようにして提示された理に適う（と言われた）途を辿ってきたにもかかわらず、がんを抑えようとする対応はもはや有効でなくなり、ただ、症状を緩和するという手立てしか残っていない。ここに到って、本人が今や自分の苦痛と引き換えにしてでも、自らについての方針選択の主体は自分であるという、コントロール感を取り戻したいと、自覚的かどうかはともかく、感じている、ということが推測される。もちろん、もっと別の理由かもしれないが、本人の置かれた状況を見る限りでは、自分の人生をコントロールするのは自分だということを叫ぶ仕方として、苦痛が緩和されるからといって提示された麻薬系の鎮痛薬を拒んでいる可能性が認められよう。それは本人の耐え難い苦痛を伴うが、それだからこそ「叫び」になるのである。

### 【上記考察があつていると想定した場合の対応】

本人が自分で自分の人生をコントロールしているという実感を回復できることが、物語られるいのちの次元における良い生のために肝要と思われる。時に、医療者は医学的観点での、どうすることが患者にとって最善かについての判断を括弧に入れて、取り返しのつかない事態にならない限りであるが、患者が自分で選びたいと主張する途を試すことを許容し、支えてみることで、良い方向に事態が動くために必要なこともある。患者が自らの選択が尊重されていると分ると、そこから医療者の薦める選択肢についても考慮してみようという気持ちになれるかもしれない。



## 〔ステップ 2〕 選択肢の候補について情報を収集しましょう

- 意思決定すべきことをめぐって、どのような選択肢があるのか、またそれぞれの選択肢はどのようなものであり、本人の場合どのような益が見込まれ、また害やリスクが見込まれるのか、について、情報を収集しましょう。
- 医療の場合、医師から面談で説明されるでしょう。その説明を整理してみましょう。できれば、医療側から、分かり易く整理した文書をいただきましょう。
- 整理する際には、各選択肢について、どういう場合ならどう有効なのか、どういう場合だと益が見込めないのか、といった、目下のケースの本人の場合はどうかをできるだけ明確にしておきましょう。
- 次の欄に書き込むか、別に作ったメモ、医療側からいただいた文書などを添付するかを試みましょう。

《選択肢の情報》

### 〔ステップ 3〕 益と害をアセスメントしましょう

- ・ 得られた情報を基に、次の《選択肢比較対照表》に書き込んでみましょう。選択肢を枚挙し、それぞれの選択肢について、「選ぶように傾く理由（見込まれる益など）」と「選ばないように傾ける理由（益のなさ、害、リスクなど）」を書き込んでください。
- ・ 起きる可能性が高い理由には、冒頭に○印を、可能性が非常に低いものには△印をつけましょう。選択肢が沢山あるときは、適宜、表の欄を増やしてください。
- ・ 最左の欄と重みの欄にはまだ書き込まないでください。

#### 《選択肢比較対照表》

選択肢	この選択肢を選ぶ理由	重み	この選択肢を避ける理由	重み
	見込まれる益		益のなさ・害・リスク	
#1：				
#2：				
#3：				
#4：				

## 〔ステップ 4〕 あなたの人生・生活の事情を考えあわせましょう

- ・今回の選択に関係しそうなあなたの人生の事情・今後の計画・価値観などを、次の《本人の人生と生きる姿勢》に、挙げられている問いを参考にしながらメモしましょう。答えられるもの、答えたいものにだけ答えればよいのです。問いを参考に、自由に書いてくださってもかまいません。
- ・本人に代わって、ご家族が書かれる場合は、本人の元気なころの言動と最近の様子を併せ考えて、ご家族から見た本人の思いを書いてみてください。

### 《本人の人生と生きる姿勢》

- \*今、ご本人の人生にとって大事なこと、欠かせないことは何ですか（したいこと・大事な人・ものなど）
- \*今、ご本人が気にかけていること、心配していることは何ですか（もしあれば）

- \*ご本人は今のご自分が好きでしょうか
- \*今の生活の居心地はどうですか
- \*今、ご本人にとって希望とは何ですか

- \*これからどのように生きていきたいですか（仕事・趣味でも、「ゆったりと」「せいいっぱい」といったことでも）
- \*どこで、だれと一緒に、生きていきたいですか
- \*もし、「なさりたいことがあったら、今のうちになさらないと」と言われたら、何をしたいですか

- \*そろそろ最期かなという時になったら、
  - ・つらくても、できるだけ長く生きていきたいですか
  - ・長くなくていいから、できるだけ快適・楽に過ごしたいですか
  - ・とくにこうして欲しい、こういうことは嫌だというリクエストはありませんか

## 〔ステップ 5〕 選択肢を比較・評価してみましょう

- ・**選択肢についてのあなたの評価** 上記(4)を考え併せつつ、(3)の《選択肢比較表》をもう一度見てください。「選択肢を選ぶ理由」として挙っている各々の益等が今のあなたにとってどれほど大事かを右隣りの「重み」の欄に次の記号を使って記入してみてください。

◎=「とても大事」、○=「まあまあ大事」、△=「やや気になる」、—=「気にならない」

また、「選択肢を避ける理由」として挙っている無益さや害等があなたにとってどれほど深刻かを、右隣りの「重み」の欄に次の記号をつかって記入してください。

××=「ぜひとも避けたい」、×=「避けたい」、△=「避けられるに越したことはないが、仕方ない」、—=「気にならない」

- ・**選択肢の仮の評価** 重みの評価をした上で、あなたからみて、もっとも重要で、十分見込みがある益を含む選択肢の左欄に◎を、また、他の選択肢と比べても、ぜひとも避けたい害・リスク（ある程度起き得る）を含む選択肢には×をつけましょう。・同じ欄に◎と×の双方がつくことがあります。その場合は、もう一度(3)と「重み」の欄を考えあわせて、その選択肢がもたらす益につけた◎を考え直す余地がないか、または害につけた◎を考え直す余地がないか、考えてみましょう。

## 〔ステップ 6〕 あなたの意向は定まりました？ 関係者間の合意は？

- ・現段階での結論は？暫定的なものでもいいですし、候補を絞ってきたけれど、まだ一つには絞り切れていない、というようなことでもいいのです。現在のお考えとそれに伴う理由を書いてください。
- ・当事者たちの間で、意見が割れているでしょうか。一致しているでしょうか。現段階の状況を書いてください。
- ・また、最終的結論に達していない場合、合意に達していない場合、これからどのように検討ないし話し合いを進めていったらよいとお考えですか。

《意思決定プロセスをここまで進めてきました》

合意にまで到っていない場合、もう一度、上記(3)と(4)を皆で共にみながら、話し合ってください。

—意思決定プロセスノート（記入例）—

(1) ご本人について

・お名前（仮名でも可）： <b>Aさん</b> 性別・年齢： <b>90歳女性</b>
・本人はどのような方ですか。今はどのように暮らしておられますか： <b>要介護度4。デイサービスと月一回くらいのショートステイ。定期的に訪問看護サービスをうけている。</b>
・家族構成 <b>夫には20年前に死別、長女夫妻と暮らしている。長男は他県に在住。</b>
・関係者（一緒に考える人）： <b>本人（好き嫌いの感じは表現できるから、食べたいかどうかを聞くことができる）、家族、医療、介護スタッフ</b>
・記入者 <b>本人</b> その他（ <b>長女</b> ）

・これまでの経過および決定すべきこと

現在の状況（治療方針決定の場合は、医師から説明された現状）と決定しなければならないこと  
**脳血管性の認知症が進み、身体もだんだん衰えてきている。アルブミンの値が低くなり、もう全身の筋肉は漸進的に衰える一方だと説明されている。**

**歩いていたのが、車椅子になり、這うことができたのが、できなくなり、体位を変えることもできなくなりつつある。ここのところ、座位維持も困難になってきた。**

**最近、食事時のむせがひどくなり、誤嚥性肺炎を起こした。嚥下機能を調べたが、やはり機能の低下がみられた。**

**飲食の量もだんだん減ってきている。少しは飲み食いしているが、家族やスタッフがもっと食べさせようとしても食べようとしなない。また、医師からは、今や誤嚥するので、口からは食べさせないほうがいいと言われた。**

**人工的な水分・栄養補給をするかどうか、医療・介護スタッフと家族が話し合うことになった。**

決定の期限：

**人工的水分・栄養補給を開始するなら、できるだけ早く決める必要あり。**

(4) ご本人の生き方(省略)

(3) 選択肢の益と害をアセスメントしましょう (5) どれが最適でしょうか

	選択肢	この選択肢を選ぶ理由		この選択肢を避ける理由 益のなさ・害・リスク	重み
		見込まれる益	重み		
×	1: 経腸栄養			・新陳代謝が衰えてきているので、水分・栄養は腸から吸収できるかもしれないが、生命を保持する上で益にはならない。 (延命効果は見込めない)	××
	1-1: 胃ろう	・経鼻経管よりは本人のストレスはすくない。 ・〔誤嚥性肺炎のおそれなくなるわけではない〕		・胃ろう造設術が身体に負担となる	×
×	1-2: 経鼻経管	・		・鼻からのチューブ挿入は本人にとってストレスになる →自己抜去を繰り返すおそれあり	× ×
	1-3: OE			・現在の医療機関では対応していない	
	2-1 中心静脈	・急激な脱水症状を回避できる?	△	新陳代謝が衰えてきているので、水分・栄養を大量に補給しても益がない。逆に本人の負担になる。	×
	2-2 末梢点滴	・周囲の者からすると、最低限のことをしているという気持ちになれるかもしれない	○	同上 やるなら、ごく少量(それでも本人の負担になる)	
○	3 持続皮下注射	・同上 ・脱水症状が起きたときには、本人を楽にできるかも。	○ ○	・やったほうが良い状況は急な脱水症状で本人が苦しい時くらい。そうでもないかぎり、やってもやらなくても同じ。	
◎	4: 人工的な水分・栄養補給はしない。本人の要求に応じて、少量の経口摂取	・本人にとっては一番楽な進行になる。 ・水分・栄養を補給しても、身体がそれを吸収・代謝できないので益ない。本人も餓えていない	◎	・本人が痩せ細って行くのをただ見ているのは、肉親にとってはつらいことかもしれない。	△

(6) 意思決定プロセス進捗状況

全身的に衰えてきて、飲んだり食べたりしなくなり、かつ嚥下機能も衰えたという状況からは、自然のプロセスをたどって、人生の終わりに近付いていると見るべきだろう。この状況では、人工的な水分・栄養補給は本人に負担をかけるだけであり、やらないからといって、餓死させるということとは程遠い状況である。家族は最初躊躇していたが、こうした事情を医療者側と話し合って理解し、人工的な水分・栄養補給はしないこととした。本人が欲しがったときには、氷をなめさせるなどして、最期の看取りをしようということで、関係者間の合意ができた。



## あ と が き

\*本冊子は、東京大学グローバル COE「死生学の展開と組織化」の活動である《医療・介護従事者のための死生学》基礎コースの「臨床死生学演習」として行う、《臨床倫理セミナー》のテキストです。

\*臨床倫理セミナーは、東京大学で開催されることもありますが、各地の医療・介護従事者グループと共同で、臨床倫理の検討の仕方についての研修会として年に何度か開催しております。本冊子は、そういう場で臨床倫理の考え方と検討の実際について基本的な講義をする際に使うためにつくったのです。

\*本テキストの内容は、多くの方の協力により成り立っており、これまでも度々改訂をしてきましたが、今後も改訂を重ねるでしょう。みなさまには、ここに提示する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お寄せください。

\*本研究に関するウェブサイトは次の通り。

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

ここから、検討シートの最新の様式をワードファイル、PDF ファイルとしてダウンロードできます。

倫理セミナーの開催予定等もここに随時アップされます。

\*本冊子の背景にある臨床倫理学研究は、《臨床倫理検討システム開発プロジェクト》として行ってきており、最初は文科省一学術振興会の科研費の援助によっていましたが、やがて、次の諸研究費にいろいろな面で援助を受けました。

- ・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

---

臨床倫理エッセンシャルズ

著者 清水 哲郎

発行日 2011年2月20日 第1版

発行者 東京大学グローバルCOE「死生学の展開と組織化」

東京大学大学院人文社会系研究科

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

---

© 2011 SHIMIZU Tetsuro