

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 | 7 |
| • 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 | 10 |
| • 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 | 14 |
| 4. 臨床倫理検討シートを使った検討の進め方 | 17 |
| トピック 患者が標準的な治療を拒否した時 | 26 |
| (附) 医療における意思決定プロセスのガイドライン | 28 |

臨床倫理 エッセンシャルズ

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。

《本人・家族の意思決定プロセスノート》は、臨床倫理という視点でみると、本人・家族と医療・介護従事者が共同で意思決定プロセスを辿るという、臨床倫理の核となる場面を、本人・家族の立場に立って考えているものです。ですから、本ノートの背景にあるのは、以下でエッセンスを解説するような、臨床倫理の考え方に他なりません。これまで、ケア提供者の視点で、本人・家族と共に意思決定プロセスを辿るための「臨床倫理検討シート」を提案してきましたが（以下の解説にもでてきます）、本ノートを併用することによって、ケア提供者は、本人・家族を中心にしてケアを考えるということ、さらに自覚的に行うようプッシュされることになるでしょう。

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「あちら立てれば、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」とまでは思っていません。「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いい、そういう姿勢をとっていない人を非難するようなものがあります。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〕（日本の社会的通念）

→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、「かくかくのことはすると、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) 倫理と道徳 倫理は一般に、人々の行動やその際の姿勢・態度などをめぐる「こうすべき／あるべきである」あるいは「こうせよ／こうあれ」といった〈指令〉として表現されます（「嘘をついてはいけません」、「人には親切にするべきだ」など）。こうした指令のなかでも普遍的なもの（つまり、いつでも、どこでも、誰にでも該当する）が、私たちが社会の中で生きていく際の「倫理的」ないし「道徳的」〈ルール〉ないし〈規範〉です。

「倫理」と「道徳」はほとんど同じ意味で使われますが、現代の日本語としては、「道徳」は、私たちの文化がもっている諸規範を事実として前提して、それを教育したり、身に着けたりするものとして考える文脈で使われる傾向があります。これに対して「倫理」は、私たちの文化の中で流通しているそうした諸規範を、理に合ったものとして理解した上で、あるいは時には規範のあるものをより適切なものに改訂する作業をした上で、自分たちが主体的に携えるものとしようとする傾向があります。

2) 《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

●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ことです。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」と、「互いに干渉しない」と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いう前提ですので、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、皆が一緒でないことを嫌がり、仲間の多数のあり方とは異なるあり方をしている個人を（自ら進んでなったのでない場合も含め）排除しようとする傾向があります。

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。

コミュニティの存続の危機に直面すると、私たちは同の倫理に傾いた考え方をすることによって、団結して乗り越えようとしています。3.11大震災と津波、原発事故の後の時期はまさにそうでした。それは上述の説明からすると、自然なこと、当然なことなのです。しかし、異の倫理も少しは働く必要があります。同の倫理ばかりが活性化すると、個々人の事情を無視したり、被災の程度の違いで間柄がぎくしゃくしたりするという問題が起きることになります。

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、相対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。

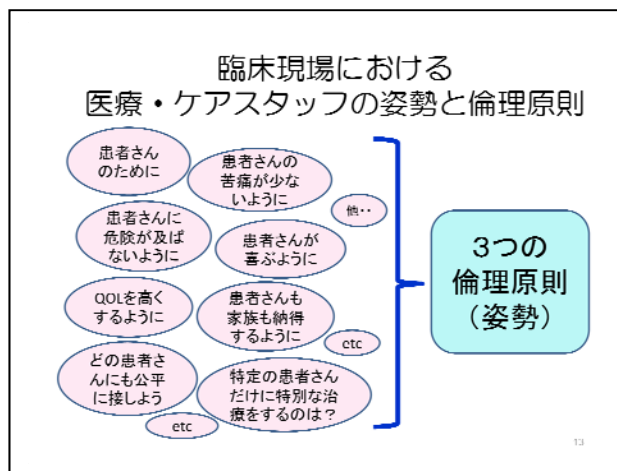
【考えてみましょう】

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

社会には多くの倫理的ルールがありますが、それらをできるだけ少数のルールに基づくものとして理解しようとする（＝少数のルールに還元する）試みが古来なされてきました。例えば、キリスト教においてはもっとも基本的なルールは「隣人を愛せ」であって、「嘘をつくな」、「貪るな」、「人の悪口を言うな」等々はみなこの一つの指令に基づくと解されています。このような基本的な少数の指令を「倫理原則」と言います。

ここでは、医療・介護という活動に携わっている際の倫理原則について考えましょう。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・介護者が備えるべき、医療・介護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。これらが「医療・介護における倫理原則」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のようにする

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。

相手を人として向き合い、また寄り添うとは、《コミュニケーション》の姿勢をとることに他なりません。この語はラテン語の *communicatio*（＝「共通にしていく、共同のものにしていく」という動詞に由来する名詞）に由来しています。はじめは異った考えをもっていた者同士が、考えを何らか共通にしていくプロセス、また気持ちが通じ合うようになっていくプロセスがコミュニケーションだと言えます。意見の相違を認めて、相手の思いを尊重するということすら、そのような仕方で考えを共通にすることなのです。こうして、コミュニケーションの姿勢をとることが、相手を人として尊重する姿勢の核にあることなのです。

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があります。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まず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、その承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、ケアの態度
- ・ 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

*beneficenceは「恩恵」「善行」などと訳されているが、生命倫理の文脈では誤訳というべきです。宗教的な文脈ではそういう意味になることもありますが、ここでは benefit(益/益になる/益をえる)の類語として、「益になるようにすること」という明確な意味で使われています。

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、

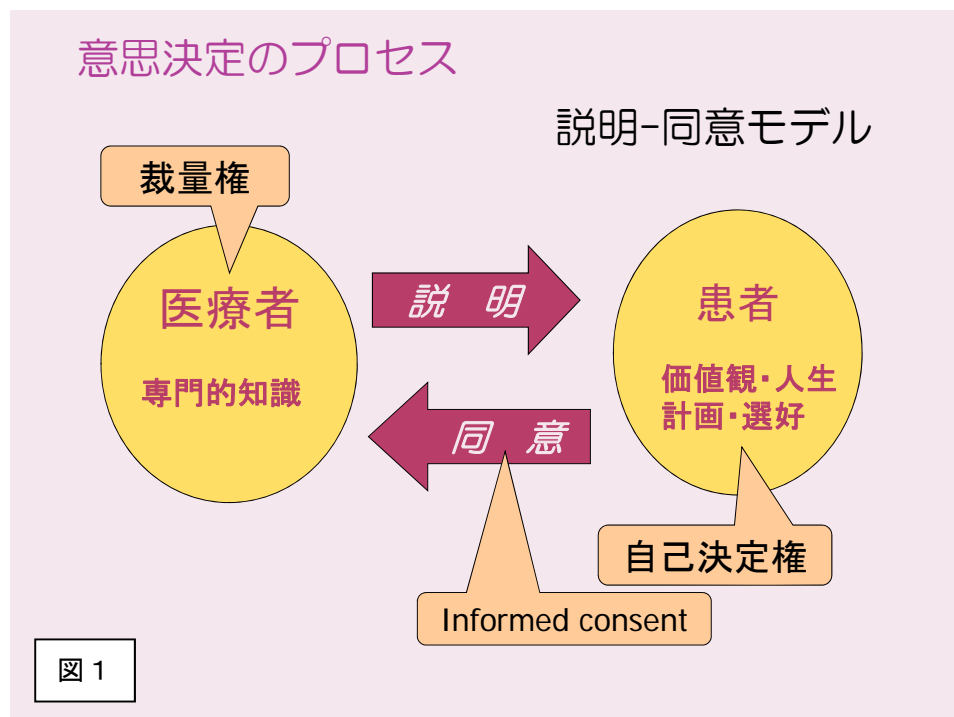
医師が外来の診察室で、患者から自覚症状の訴えを聞き、患者の身体を検査し、診断をし、治療方針について患者と話し合う、というような場面について、

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。

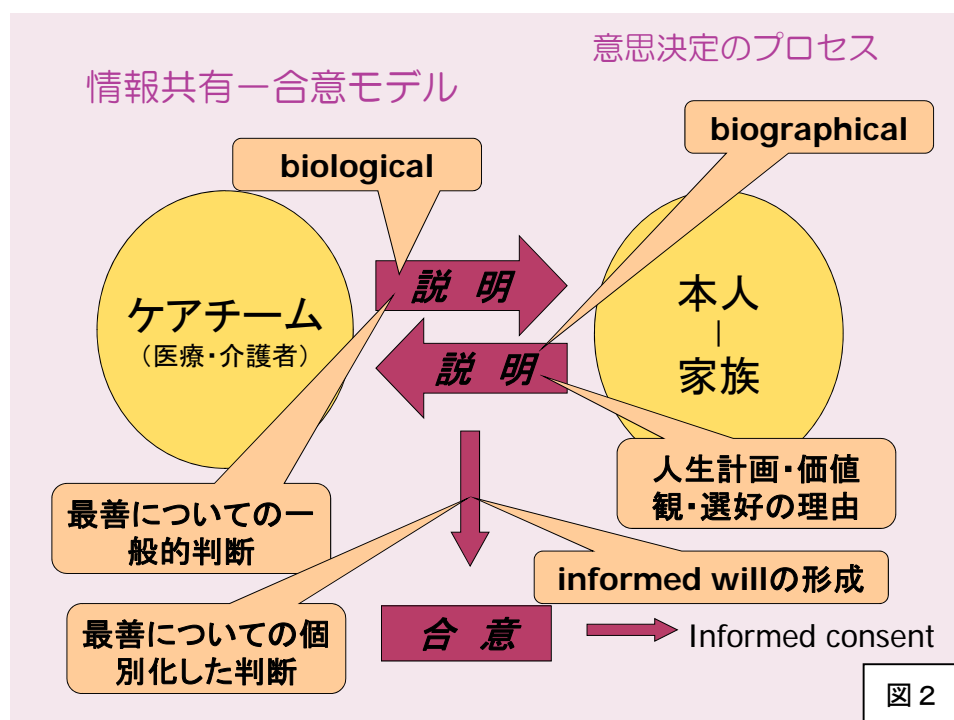
《説明と同意》というプロセスが現場の医療者の頭に刷りこまれてしまっているために、例えば、患者側が、医師が勧める治療を嫌だと言ったりすると、すぐ「ではもう一度説明しましょう」というように話が進む傾向がでてきています。また、この説明内容は医学的情報が中心で、どういう治療をするかは医学的情報だけで決まるかのようなイメージをもたらしています。しかし、患者・家族が医療者が最適と思う選択をしないのは、説明の理解が不十分であるからだとは限りません。また、患者・家族は医学的情報だけでなく、自分の人生の事情や計画をも考えあわせて、どうしたいかを考えているのです。《説明と同意》というプロセス把握では、そういったこ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

・生物学的生命と物語られるいのちの区別に基づいて、意思決定プロセスにおいて、より具体的にはどう考えたら良いかについては、附録の「医療における意思決定プロセスのガイドライン」の2.1～2.3をご参照ください。

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」と変わることもあります。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など、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に認めたとえでの問題解決を図ることになります（「異の倫理」に則った途）。

・異の倫理に則った選択について、より詳細には、附録の「医療における意思決定プロセスのガイドライン」の1.10をご参照ください

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、生きがいすら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

●家族は当事者●

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、さまざまな仕方で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。

この点を加味して、決定プロセスについて、次のように考えるとよいでしょう。

・本人の意思確認ができる時

- ① 本人を中心に話し合って、合意を目指す。
- ② 家族の当事者性の程度に応じて、家族にも参加していただく。また、近い将来本人の意思確認ができなくなる事態が予想される場合はとくに、意思確認ができるうちから家族も参加していただき、本人の意思確認ができなくなった時のバトンタッチがスムーズにできるようにする。

・本人の意思確認ができない時

- ③ 家族と共に、本人の意思と最善について検討し、家族の事情も考え併せながら、合意を目指す。
- ④ 本人の意思確認ができなくなっても、本人の対応する力に応じて、本人と話し合い、またその気持ちを大事にする。

②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ずに、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ありません。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、勝手にやっつ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、その苦痛をひよ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起きがちです。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。

・意思決定プロセスにおける家族の位置づけについては、附録の「医療における意思決定プロセスのガイドライン」1.3～1.6などをも参照。

【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（=前向きな検討）の場合、検討シート〔ステップ3〕を使って、問題点を抽出し、その倫理的な性格を分析し、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（=後向きな検討）、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、前向きな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》とケースによっては併用すると、なお理解が深まるでしょう。

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： CDM 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。

なお、上記のステップ1に先立つ部分に、「検討の仕方」というところがありますが、そこで「プロスペクティブ」とあるのは、「前向きの」という意味です。つまり、「これからどうしようか？」と先のことを考えることが目指していることの核だからです。また、「レトロスペクティブ」とあるのは、「後ろ向きの／振り返っての」という意味です。つまり、すでに起きたこと、自分たちが対応したことについて、振り返って、どうだったかと検討する場合のことをいっています。

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>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</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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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） <p>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、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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>2A-2 社会的視点から</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>2A-3 説明 本人に対して</p> <p>2A-1、2 について、説明した内容を書く</p> | <p>家族に対して</p> <p>同左</p> |
| B 本人・家族の意思と生活 | |
| <p>2B-1 本人の理解と意向</p> <p>本人について：</p> <p>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>2B-2 家族の理解と意向</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>関係する家族がない場合など、そのことを記してください。</p> |
| <p>2B-3 本人の生き方、価値観や人柄について（これらに関係するかもしれないエピソードなど）</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。</p> <p>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>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</p> <p>① 輸液中止する</p> <ul style="list-style-type: none"> ○身体の負担が軽減し、QOL が向上する。余命が縮むわけではない。管から自由。 ×周囲の人々の気持ちがおさまらないかも <p>② 輸液を減量する</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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 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 <p>③ これまで通りの輸液を続ける</p> <ul style="list-style-type: none"> ○周囲の人々の気持ちは楽になるかも ×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 | <p>2A-2 社会的視点から</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>2A-3 説明 本人に対して</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>2B-1 本人の理解と意向</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>2B-2 家族の理解と意向</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>2B-3 本人の生活全般に関する特記事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・「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。 | |

〔ステップ3〕 検討とオリエンテーション（前向きを検討用）

| | |
|--|---|
| <p>問題点の抽出</p> | |
| <p>3-1 問題となっていること・問題を感じていること</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って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>3-2 問題の倫理的性質の分析</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> |
| <p>対応の検討</p> | |
| <p>3-3 問題点の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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。 • 何が問題の要にあるでしょうか • 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ま す。 | <p>3-4 今後のコミュニケーションの方針</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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。 • 《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。 • 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。 |

【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>3-1 問題となっていること・問題を感じていること [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"> • 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。 • 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。 • 医療者—家族間は不一致 <p>• 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</p> | <p>3-2 問題の倫理的性質の分析</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>3-3 問題点の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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」 • 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"> • 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>→ しかし、根底に、Iさんの最善についての思いがあることを肯定的に認めることが大事では？</p> <ul style="list-style-type: none"> • 何か積極的にしていないと、Iさんへの負い目を感じる？ • Iさんにとって最善になるようにしてあげたい気持ちが、実際は何がIさんにとって最善かを考えることに結びつけるといいんだが。 「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みえる • 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 <p>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／ただし、Iさんの最善（誤解だとしても）を目指す気持ちは肯定的に受け止める</p> | <p>3-4 今後のコミュニケーションの方針</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iさんにとっての最善を考えるという要素が、家族の中でストレートに活性化するように、どう働きかけたらよいか、考える • 「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） • 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） • 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。 |

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

・本シートは、既に終わったことを振り返って、検討する時のために作られたものですが、リアルタイムでこれからのことを考える場合にも使えます。

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：結果として最適な選択だったか？／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、最適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／最適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ふことがあれば、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

- ・振り返っての検討の際には、この事例を踏まえて、今後、同様のケースに出合った時にはどうするかを考えて、書きます。本人・家族と直接向き合い、あるいは寄り添っているチームとしての対応を考えますが、ここには、そのチームの一員として、個々人がどういう姿勢で、状況をどのように把握していくか、といったことも含まれます。
- ・前向きな検討の際には、目下のケースについて、今後どうするかを考えます。

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

- ・臨床倫理的検討の結果、問題になっていることは、ケア従事者個人や、チームが今後どうすれば良いということではすまないことだと見えてくることもあります。医療・介護機関として、何か方策を立てる必要があるといったことがあれば、書きます。病院の場合、臨床倫理委員会として何らかのガイドラインを作るといような仕方で、医療現場の倫理的マネジメントをする必要が見えてくるかもしれません。

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

- ・ここには、一医療・介護機関がどう動けば良いということを超えた、社会としての制度等の問題だということが出てきたら、書いておきます。これは書いたからといって、一朝一夕に改善されるものではありませんが、そのような意識をケア従事者は持って、社会を見て行くことは大事です。

3-8 その他

- ・以上のどこにも該当しないけれど、今後こうしなければということ、どうすればいいということとは分らないけれど、問題が残っているといたことがあれば、書いておきます。

【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こと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。

【上記考察があっ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、支えてみるのが、良い方向に事態が動くために必要なことであろう。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。

医療における意思決定プロセスのガイドライン

これは、日本老年医学会平成 23 年度老健事業「高齢者の摂食嚥下障害に対する人工的な水分・栄養補給法の導入をめぐる意思決定プロセスの整備とガイドライン作成」のワーキンググループによる「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として」(WG 案改訂第二版案 2012. 1. 27) の汎用性のある部分を抜き出したものです。「臨床倫理エッセンシャルズ」の考え方をガイドラインという形で表現したものと いえます。ここに引用する部分に第三部として個別の問題に特有の留意点を付け加えると、いろいろな場面に特化したガイドラインになりもします。

〔本ガイドラインの使い方〕 本ガイドラインは、臨床現場において、医療・介護従事者たちが、高齢者ケアのプロセスにおいて、本人・家族とのコミュニケーションを通して、**医療・介護上の**選択をしなければならなくなった場合に、適切な意思決定プロセスをたどることができるように、ガイド（道案内）するものである。そこで、これを使う際には、あくまでも医療・介護従事者が個別の事例についてよく考えながら一歩一歩進むことが肝要であって、本ガイドラインはその歩みを束縛する規則としてではなく、歩みを支援する道案内として、使っていただきたい。

〔本ガイドラインの性格と構成〕 **医療上の決定に関する**ガイドラインとしては、医学的妥当性を確保するためのものも考えられるが、ここで提示するのはそういう性格のものではなく、倫理的妥当性を確保するためのものである。そして、倫理的妥当性は、関係者が適切な意思決定プロセスをたどることによって確保される。加えて、適切な意思決定プロセスを経て決定・選択されたことについては、法的にも責を問われることはないとも考える。

以下では、①医療・介護における意思決定プロセスのあり方、②死生に関わる意思決定プロセスにおいて、いのちとその価値についてどう考えるかを示す。

〔本ガイドラインの概要〕

1. 医療・介護における意思決定プロセス

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

2. いのちについてどう考えるか

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

1. 医療・介護における意思決定プロセス

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

- 1.1 医療・介護側の関係者は、医療・ケアチームとして対応し、チーム内の合意形成と、本人・家族との合意形成を併せ進める⁵。患者の〈インフォームド・コンセント〉は、両者の合意において患者側がしていること、ないしは、この合意に基づいて患者側が行う同意書への署名等の行為に該当する⁶。
- 1.2 ある問題をめぐる意思決定プロセスは、その問題が起きることが予想された段階で、開始する。だが、直ちに本人・家族との話し合いを始めるとは限らない。本人・家族の気持ちや姿勢、また、将来どうするかについて予め意向を形成したほうがいいかどうかといったことに配慮する⁷。
- 1.3 当該の意思決定プロセスにおける家族の関与がどの程度必要であるかは、当の家族の当事者性の度合い（＝その家族が本人の日常生活および療養生活にどの程度関わっているか、および問題となっている選択がその家族の人生・生活にどの程度影響を及ぼすか）に相対的である⁸。
- 1.4 患者本人は、合意を目指すコミュニケーションに、いつも自発的に理解し、選択する主体として参加できる（＝意思確認ができる）とは限らない⁹。そこで：
 - ・本人の意思確認ができる時
 - ① 本人を中心に話し合っ、合意を目指す。
 - ② 家族の当事者性の程度に応じて、家族にも参加していただく¹⁰。また、近い将来本人の意思確認ができなくなる事態が予想される場合はとくに、意思確認ができるうちから家族も参加していただき、本人の意思確認ができなくなった時のバトンタッチがスムーズにできるようにする。
 - ・本人の意思確認ができない時
 - ③ 家族と共に、本人の意思と最善について検討し、家族の事情も考え併せながら、合意を目指す。
 - ④ 本人の意思確認ができなくなっても、本人の対応する力に応じて、本人と話し合い、またその気持ちを大事にする¹¹。
- 1.5 本人の表明された意思ないし意思の推定のみで依拠する決定は危険である。そこで、これと本人にとっての最善¹²についての判断との双方で、決定を支えるようにする¹³。また、あくまでも本人にとっての最善を核としつつ、これに加えて、家族の負担や本人に対する思いなども考慮に入れる¹⁴。
- 1.6 医療・ケアチームは、本人・家族との双方向のコミュニケーションを通して、次の諸点を実行しつつ、合意を目指す。
 - ① それぞれの持っている情報を関係者が共有する。
 - ② 本人の身体を診察して得られた情報と、医学的知見に基づく本人にとっての最善に関する一般的判断から出発して¹⁵、本人側から得た本人の個別の事情（本人が人生をどう把握しているか）¹⁶を考慮にいった、本人の最善についての個別化した判断を形成する。
 - ③ 本人・家族が、医療・介護側から得た情報を、自らの人生についての把握〔物語り〕に組み込み、必要な場合には自らの人生についての物語りを書き直し、目下の問題に適切に対処するための、状況を

分った上での意向を形成できるよう支援する¹⁷。

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

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

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

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

また、結果の予測には、何らかの不確定さが伴うことにも留意する。

1.10 ぎりぎりまで解決できない場合は、次のような考え方で対応する：

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

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

2. いのちについてどう考えるか

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

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

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

本人がその医学的介入を拒否していても、医療ケアチームはその医学的介入をしたほうがよいと考え続け、コミュニケーションを通して本人との合意を目指す。それでも合意に達しない場合は、1.10の考え方にしがった選択をする²⁹⁾。

B. 自らの人生についての本人の理解を考慮した場合には、その医学的介入を行うことは本人の人生にとって益になるとは言えない（あるいは、行わないほうが、本人の人生にとってより良いと見込まれる）場合³⁰⁾：

本人が自らの人生の理解に基づいて、その医学的介入を受けない意思を持続的・安定的に持ち続けており、周囲の人々への配慮や孤独感などの故に本意でないにもかかわらずそのような意思表示をしているわけではないことを慎重に確認した上で、その医学的介入をしないことを許容ないし同意する³¹⁾。

2.2 ある医学的介入によって死を当面は避けることができるが、見込まれるQOLは、本人の人生をより豊かにするという結果をもたらすほどの効果があるかどうか疑わしい場合、ここでその医学的介入をするかどうかは、本人の人生全体についての本人および周囲の近い人々による把握からして、どちらが本人にとってより益となるか（ないし害が少ないか）による³²⁾。

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

2.3 生命維持を目指す医学的介入をしても、ほとんど死を先送りする効果がない場合、また、たとえわずかに先送りできたとしても、その間、本人の人生をより豊かにできず（よい日々だと言えず）、かえって辛い時期をもたらすだけだという場合には、《緩和ケア》のみを行う³³⁾。このように、本人の予後を見通して、全体として延命がQOL保持と両立しない場合には、医学的介入は延命ではなくQOLを優先する。

〔解説編〕

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

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

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

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

10 本人の意思確認ができる状況でも、家族は注9の①から③の程度に応じて当事者である以上、決定に参加していただくのが妥当である。ただし、家族がそのような立場にない場合(つまり当事者性が低い場合)は、この限りではない。

11 例えば認知症が進んで、理性的に自らの将来を見通しつつ、選択をすることはできなくなっている方も、不快なことは嫌であるといった気持は残っている。それを無視して、家族とだけ話し合えば良いというものではないだろう。また、かつて責任ある選択ができた時に一定の意思表示をしていたとしても、認知症が進んだ段階で、それと両立しない振舞いをすることもある。その場合に、割り切って、かつての理性的な判断に従えば良いというものでもない。本人の現在の気持ちをも尊重すべきなのである。

12 何が最善かは、本人の人生観・価値観によるが、だからといって単に本人独りで決めるというわけでもない。というのは、私たちの文化には、各自は相互に独立してばらばらに生きており、したがって何が良いかは当の本人が決めるという考え方と、皆が支え合って共に生きている、したがって何が良いかについての共通理解が成り立つという考え方が並存しており、両者を適当なバランスをとって兼ね合わせることに倫理的適切さには不可欠だからである。ことに、本人についての選択であっても、それが家族等、周囲の人々の人生に影響を及ぼす場合、この点に配慮が必要である。

13 家族は一般に本人のことを良く知っており、本人の意思を代理するのに適していると考えられているが、実情は必ずしもそうでない。また、家族は必ずしも本人の意思と最善を重視するとは限らない。したがって、家族の発言だけで本人の意思や最善を即断せず、よく吟味しつつ慎重に対応する。

14 本人にとって最善と考えられる選択を現実的に実行するためには、家族に耐えられないような過重な負担がかからないように、社会的サポートの手配をするとか、本人のためを思って家族が熱心に介護をして、疲労困憊してしまうといったことにならないように気をつけるというように、医療・介護従事者は家族のよい人生にも配慮をする。このような配慮は、本人の家族内での居心地をよくし、結果として人生をよりよくすることにもなる。本人の死後、できるだけ家族に悔いや心の傷が残らないようにするという観点を、現在の意思決定プロセスに入れることも、終末期ケアにおいては、死後悲嘆を見越した家族ケアとして位置づけられる。だが、こ

のことは、家族の都合のためなら、本人の人生を犠牲にしてよいということでは決してない。自分たちの都合で選択をしようとする家族に対しては、本人の最善を擁護する立場でコミュニケーションを進める。

- 15 医療・ケアチームは、自らが持っている情報のうち、本人・家族が目下の選択を行うにあたって考慮に入れる必要があると思われる情報を、本人・家族に分るように、本人・家族の視点に立って丁寧に示す。
- 16 医療・ケアチームは、本人・家族の人生についての情報（人生計画、決定に際して本人たちが配慮している人生の事情、価値観など）を、目下の選択について本人・家族にとっての最善を考える上で必要な限りにおいて、得るよう努める。つまり、医療者側は、説明するだけでなく、傾聴する。
- 17 そのためにはまず、本人・家族の思いを理解し、その適切な意思決定をどのように支えるかを考えもする。
- 18 例えば、いくら本人・家族にとって最善の選択肢であっても、それが周囲の人々に社会通念上許容される程度を超えた害を与えるおそれがある場合、それを選ぶことは容認されないであろう。
また、高齢者ケアにおいては特に、医療・介護を提供する社会的体制が、本人・家族の選択を本意でないものにする可能性があるため、本人の生活の環境に配慮する必要があるということも、ここでいう「社会的視点での適切さ」のチェックに該当する。受け入れてもらえる唯一見つかった介護施設が、「胃ろうにしないと受け入れない」あるいは「胃ろうにしたら受け入れない」という条件をつけているために、選択が制約されるといった問題である。この問題を解消することは担当する医療・介護従事者たちの力を超えている場合が多いが、できるだけの努力はすることが望ましい。
- 19 相手の最善を目指すことと、相手を自分たちの支配下でない独立した存在として尊重することと、双方の姿勢をもって対応する以上、相手にとってよかれと思うことを行いたい、相手が嫌がっている場合など、ジレンマがしばしば起きる。医療ケアチームはジレンマを通常のことと受け止め、どちらを優先するという問題解決ではなく、両立できるように、粘り強いコミュニケーションが望まれる。
- 20 医療情報は理性的なものであり、説明もまた理性的な仕方で行われる。だが、本人・家族は単に理性的であるわけではなく、むしろ大いに情を備え、情によって左右される存在でもある。したがって、相手の自律を尊重しさえすれば良いわけではなく、相手の気持ち——悲しみやつらさ、希望を見出したいという思いなど——を受け容れ、ケア的姿勢で対応する。また、相手の意向は確定したものとは限らないため、継続的なコミュニケーションを保つ。
- 21 この点は、医学的エビデンスがどのようにして得られたかを考えれば明らかである。すなわち、高いレベルのエビデンスを得るための方法は、人々の個々の人生の事情は考慮から外して、その生物学的特徴にのみ注目してあるタイプの被験者を選び、無作為にグループ分けして行う無作為比較対照試験（RCT）を行うというものである。したがって、エビデンスに基づいて、ある選択肢がもっとも益が大きく害が少ないと判断したとしても、その判断は、個々の人生の事情を考慮に入れることによって、変わる可能性がある。
- 22 つまり、本人の意向を尊重するといっても、社会的視点で不適切であるという判断に優先するわけではない。ただし、第三者に少しでも害になるなら、本人の意向といえども認めないというわけではない。通常のインフルエンザに罹った患者が治療を嫌がったとしても、治療をしないで人々の中にいると周囲の人に感染して、害を及ぼすことになるという理由で、強制的に入院させたり、治療をしたりはしない。が、新型の、まだ悪性度がはっきりしないインフルエンザに罹った患者については、半ば強制的に隔離と治療がなされる。これは放置することによる周囲の人々への害が甚大になる恐れがあるからに他ならない。このように、第三者への害の可

能性について、「許容限度」がある。また、この許容限度というのは、どこか一点で、放置と強制とが分かれているのではなく、段階的に、軽い注意喚起から、本人が嫌がっていても家族が同意すれば強制するという場合、さらには、社会的に強い強制力を発揮する場合などとなっている。以上の点は③にも共通している。

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

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

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

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

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

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

[第二部 いのちについてどう考えるか]

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

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

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

可侵だ」と考えているわけではない。

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

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

²⁸ 私たちの文化においては、「身体的生命は、本人の人生の物語りをより豊かにする限り、より長く続いたほうが良い」とする価値観が支配的であって、公共的価値観と看做される。医療・介護は社会の公共的価値観を引き受けてなされるべき活動である。最近では、緩和ケアの考え方の浸透とともに、がんの終末期などにおいては「徒な延命」をよしとしない価値観が市民権を得てきているが、臨床現場によっては延命絶対視が根強いところもある。なお、医療・介護従事者はこのような共通の価値観に基づいて活動するべきであるが、だからといって、この価値観を患者や家族に押し付けるべきではない。

²⁹ 本人の人生観等を聞いてみても、治療をしたほうがよいという医療ケアチームの判断は動かないが、本人はあくまでも拒否しているといった場合がこれにあたる。

³⁰ 高齢者以外の場合では、例えば、壮年期までの時期の人で、命にかかわる疾患が見つかったが、根治手術を選択すれば、高い QOL を伴う人生がまだまだ続く見込みがあるにもかかわらず、本人の宗教的信念の故に、現在行っている修行を中断することなく続けることが、たとえ治療の時期を延ばすことにより、手遅れになっても重要であると考えているというような場合がこれにあたる。

³¹ ことに高齢者は、本人の人生全体を眺める視点から見ると、仕上げの時期にあると看做されるので、一般的には有益とみられるような医学的介入を「もう十分生きてから、そのようなことまでしなくていい」などと意思表示することがある。「もう十分」が、本意である場合、それはその人なりの人生についての考えだと理解して、候補になっている医学的介入の内容とも相関するが、本人の意思に沿うことがあり得る。例えば、リスクの大きい、難しい手術をするというような場合、比較的に元気なお年寄りでも「もうこの年になってそのようなことは避けたい」と言ったならば、周囲の者はそれをもっともなことと思えるだろう。が、それほど侵襲的でない場合は、「受けたくない」と言われても、周囲の者はにわかには納得しないだろう。なお、AHN に関して、このタイプの場合には 3.2(A) (註 40,41) で言及する。

³² ここで、当人の人生についての本人の把握と並べて、「本人の周囲の近い人々の把握」を挙げたのは、人生は、本人が (独りでではなく) 周囲の人々と共に創るいのちの物語りであるという理解による。つまり、医学的介入によって生命維持は可能であるが、それが本人の人生にとって良いかどうか疑わしい状況というのは、本人が相当衰えてきており、死が視野に入ってきている場合であることが多い。そして、本人単独ではこれからの人生のあり方を選べず、人々のネットワークに支えられて日々の具体的な生活が実現するという状況にあると思われる。そういう場合に、本人の人生の物語りはそういう人々のネットワークの中で創られていくのである。AHN に関するこのタイプの場合には、3.2(B) (註 42) で扱う。

³³ このような状況における、死を先送りしようとする医学的介入は、たとえわずかな延命効果があったとしても、本人を人間として苦しめること、弄ぶことであって、その尊厳に反している。なお AHN に関するこのタイプ

の場合には、3.3(C) (註 43) で言及する。

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

同定義はまた、「緩和ケアは生を肯定し、かつ、死に到る最期の生 (dying) をノーマルなプロセスと看做す」ともいう。死が避けがたいものとなり、だんだん衰えていく際に、それを「状態が悪くなったのだから、何か医学的に介入できることがあるだろう」と考える傾向がある。だが、医学的介入は死をしばらくの間先送りすることはできても、人としてのよい日々を保つ・回復することはできなくなった場合、「死に向かうプロセス自体は何ら異常なことではない (=死を先延ばししようとする医学的介入の必要がない自然なこと) と看做す」というのである。この場合、医療者の役割はその経過を見守り、「延命のための介入の必要はありません」と素人である家族を安心させることであり、医学的介入は本人の苦痛の予防および緩和目的のものに限られる。「死はいかなる場合にも、ぎりぎりまで避けるべき悪である」という思い込みから、医学の専門家も、素人の市民たちも解放される必要がある。

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

あ と が き

*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ます。
- ・ 科学研究費 基盤研究 (A)「ケア現場の意思決定プロセスを支援する臨床倫理検討システムの展開と有効性の検証」研究代表者 清水哲郎 2011～14年度

* 附録の「医療における意思決定プロセスのガイドライン」は、次の厚生労働省老健事業ワーキング・グループが作りつつある「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として」の汎用性のある部分を抜き出したものです。日本老年医学会平成23年度老健事業「高齢者の摂食嚥下障害に対する人工的な水分・栄養補給法の導入をめぐる意思決定プロセスの整備とガイドライン作成」

* 臨床倫理検討システム開発プロジェクトについて、より詳しくは次のウェブサイトをごらんください。

<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。

* 本冊子について、みなさまのご意見をお聞かせください。メールアドレスは：clinical.ethics.jp@gmail.com（“@”の後の“l”はLの小文字です。数字の1ではありません）です。

臨床倫理エッセンシャルズ

著者 清水 哲郎 & 臨床倫理プロジェクト

発行日 2012年2月18日 改訂第2版

発行者

東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター

臨床倫理プロジェクト

事務局（同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