

臨床倫理エッセンシャルズ

清水哲郎＋臨床倫理プロジェクト

	目	次
はじめに		1
Part 1 臨床倫理の基礎		2
1. 人間の間にある倫理		2
・倫理とは／倫理的姿勢と状況把握		
トピック 同の倫理-異の倫理		6
2. 社会の仕組みとなったケア（医療・介護）の倫理		8
・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		12
・情報共有から合意へ		14
・生物学的生命と物語られるいのち		15
トピック 家族をどう位置付けるか		17
Part 2 臨床倫理検討シートを使った検討の進め方		19
ステップ1 事例の経過（ナラティブ）		20
ステップ2 情報の整理と共有		22
ステップ3 検討とオリエンテーション		24
Part 3 臨床倫理の事例検討：問題の整理・分析・対応		27
1. 共同で決めるプロセスをめぐって		27
2. 相手を人として尊重することをめぐって		30
3. 最善の選択肢の検討をめぐって		35
4. 社会的視点での適切さをめぐって		45

臨床倫理 エssen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です。

その際には、医療者は、人間として、また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《臨床倫理》にほかなりません。

本テキスト Part 1では、医療・介護従事者の倫理について理解し、実践するために、もっとも基本的なことを提示します。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、そして、臨床倫理の事例検討の中心になる場面である意思決定プロセスについて概観します。

次に、Part 2 では、本臨床倫理プロジェクトが開発した「臨床倫理検討シート」を使って、事例検討の進め方の基本を提示します。

最後に、Part 3 では、事例検討を行う上で役に立ちそうな考え方や情報を集めてみました。ここでは第一部を基礎にして、さらに進んで臨床倫理の考え方を身につけつつ、具体的な個別事例について考える力をつけることを目指します。

Part 1 臨床倫理の基礎

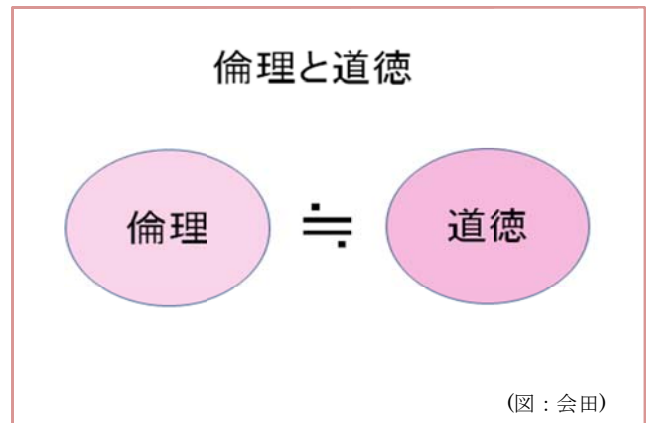
1. 人間の間にある倫理

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●

〔大まかなイントロダクション〕

- ・「**道德**」は、心の持ちように重点がおかれる／心のあり様と行為が直結しているような場面が念頭にある
- ・「**倫理**」は、理（なぜそうなのか）が伴う／適切な心のあり様であっても、どうしたらよいか、迷う場面もある



- ・ 法も倫理も社会規範—しかし、社会規範としての機能が違う
- ・ 法には強制力が伴う／すべての倫理的に不適切な行為に法的な介入がされるわけではない

〔倫理とは？ 定義してみる〕

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

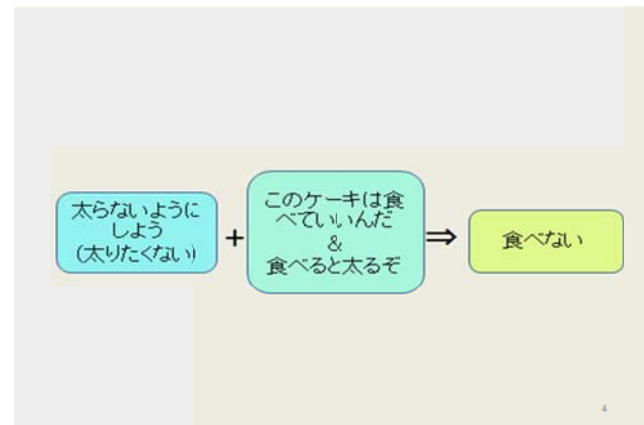
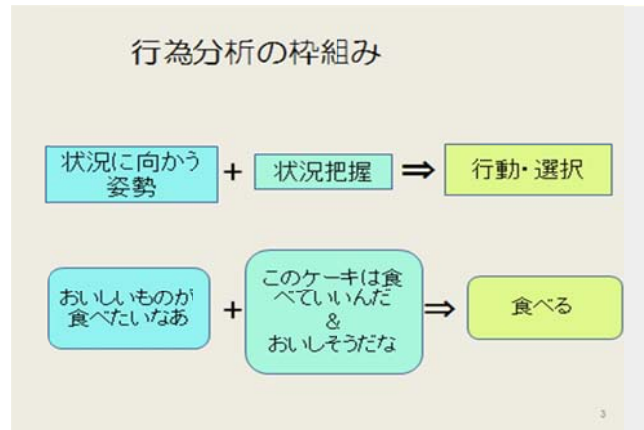
《太りたくない》 + 〔このケーキを食べると太るぞ〕 → 食べない

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。《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。



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、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。《倫理的》と言われるものは、そういう姿勢に関わっています。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、①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、②自分だけでなく、皆がとるべきだと思えるようなもの（＝倫理的姿勢）に関わることである。

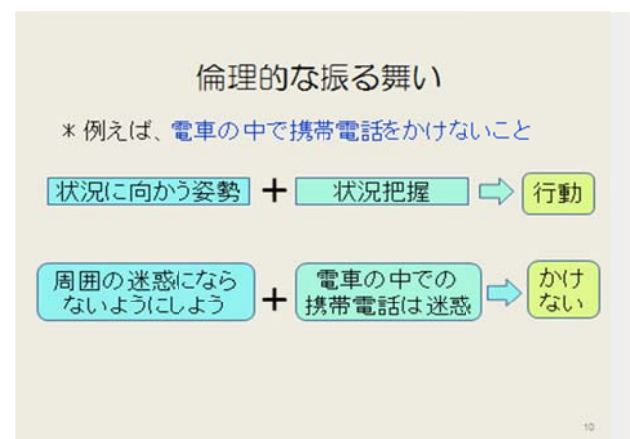
例えば、電車の中では携帯電話をかけないという振舞いの選択は、次のような構造をしています。

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、「かくかくのことをすると、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) 倫理と道德 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「道德的」〈ルール〉ないし〈規範〉です。「倫理」と「道德」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、「道德」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、理に適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

3) 「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。

4) 倫理的に不適切な行為と倫理的非難

倫理的な問題と倫理的評価

臨床における倫理的姿勢 + 状況把握 ⇒ 倫理的な振る舞い・行動

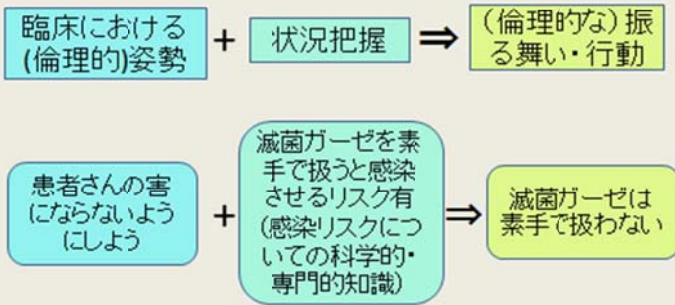
- 結果ができるためには **倫理的姿勢**と**状況把握**の双方が必要
- 結果としての**振る舞い・行動**が不適切ではないか？と問われる
 - 倫理的姿勢が不適切なのか
 - 状況把握が不適切なのか

倫理的な問題と倫理的評価

- **姿勢が不適切** → 倫理的に非難される
- **状況把握が不適切** →
 - 知らなかったのは、倫理的姿勢の問題ではない → 倫理的に非難されない
 - 知らなかったのは、倫理的姿勢に欠陥があるからだ → 倫理的に非難される
- **複数の姿勢と状況把握の対があって、両立しない場合（ジレンマ）も倫理的問題（倫理的に非難されはしない）**

【考えてみましょう】

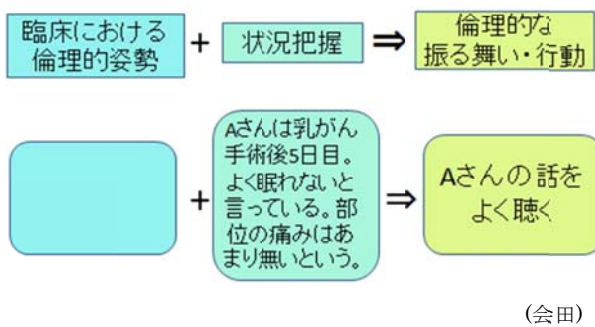
ケア従事者としての（倫理的な）行動



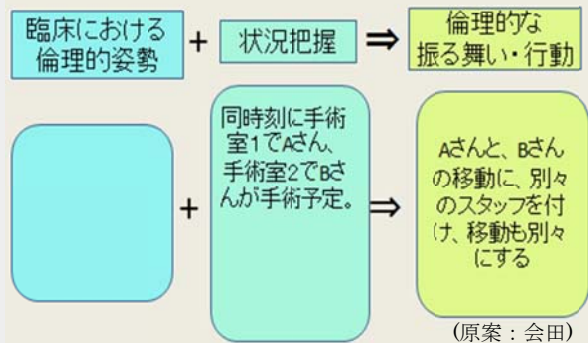
「滅菌ガーゼは素手で扱わない」という、医療者に求められている行動の仕方を、分析してみてください。

では次のような場合はどうでしょうか？

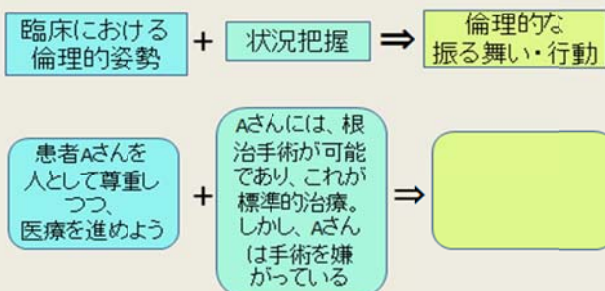
臨床において倫理的に振る舞うこと



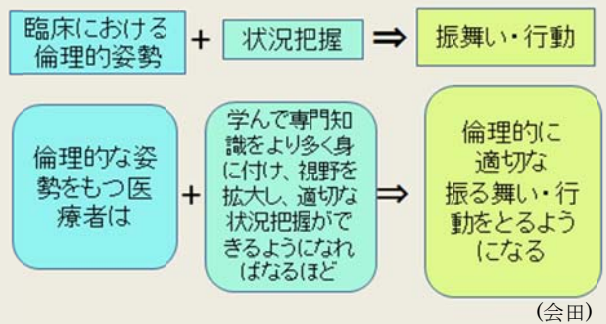
臨床において倫理的に振る舞うこと



臨床において倫理的に振る舞うこと



臨床において倫理的に振る舞うこと



●トピック● 同の倫理—異の倫理 人間関係に相対的な倫理

- ・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・同志だと思つと、私たちは支え合つ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」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。同の倫理と異の倫理の他者についての理解は、次のように対比できるでしょう：

「皆一緒」

「人それぞれ」

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できます。

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みます。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」と呼ばれるものにも他なりません。

P1：相手を人間として尊重する

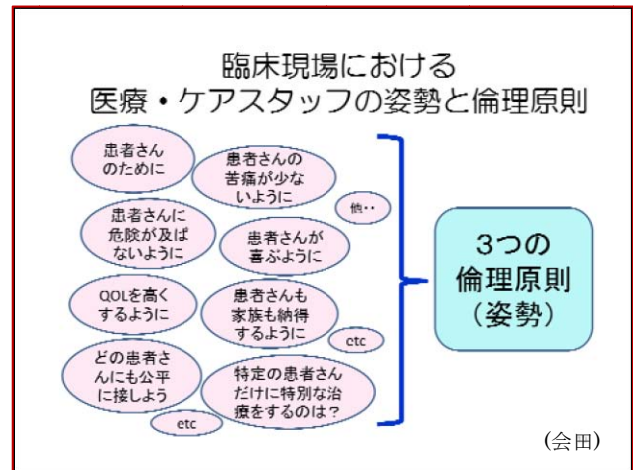
P2：相手の益になるようにする（害にならないようにすることも含む）

P3：社会的視点から見ても適切なようにする

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、



(会田)

医療者の倫理的姿勢＝臨床の倫理原則

- P1: 人間尊重 (活動の進め方)
 - 相手を人として尊重しつつ、活動を進める
 - ①自律尊重(respect for autonomy)も含むがより広い:
コミュニケーションを大切に、相手の意思・気持・存在を尊重
- P2: 益になるように (活動の目的)
 - 相手の可能な限りの最善を目指す
 - ②与益善行(beneficence) + ③不加害(non-maleficence):
両者を合わせ、相対的に評価する
- P3: 社会的適切さ
 - 社会的視点に立って、自らの医療活動が適切かどうかチェック
 - ④正義(justice)

18

P1：相手を人間として尊重する

- 相手を人として／相手に人として向かう ということ
- 相手は人間なんだ、人間に対する姿勢をどうする→
 - 同の姿勢によるP1 → ケアする姿勢／相手を人＝仲間として接する
 - 異の姿勢によるP1 → 相手を私の支配下でない独立した個人として、尊重する

＊二つの姿勢のバランスよいブレンド

＊ここにすでにジレンマの源泉がある／ジレンマ的状况により、関係に深みができる

19

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、考えを何らかし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、そのような仕方考えを共通にするということなのです。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。

【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。

2) **4原則との関係** 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右のようになっています。

ビーチャム & チルドレスの4原則	清水の3原則
respect for autonomy (自律尊重)	人間尊重
beneficence (与益) non-maleficence (無危害)	与益
justice (正義・資源配分の公正さ)	社会的適切さ

(図：会田)

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。

P2:益になるように／害にならないように

⇒ 益（メリット）＋害（デメリット）の評価が必要

医療・ケア活動の多くには益も害・リスクもある
全体としてどう評価するか？

例. がんの化学療法
 益・・・生存期間の延長可能性
 害・・・さまざまな副作用の恐れ
 QOLの低下
 生存期間の短縮可能性

本人の視点で
 益と害の
 バランスがよい
 ものを選ぶ
 ↓
 候補となる選
 択肢のアセ
 スメントと比較

*beneficenceは「恩恵」「善行」などと訳されていますが、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。

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まずいという場合は別ですが。

【更に詳しく知りたい方のために】

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。

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ことで、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、そして、ケア提供者は相手を選び好みなどせず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。

P3:社会的適切さ

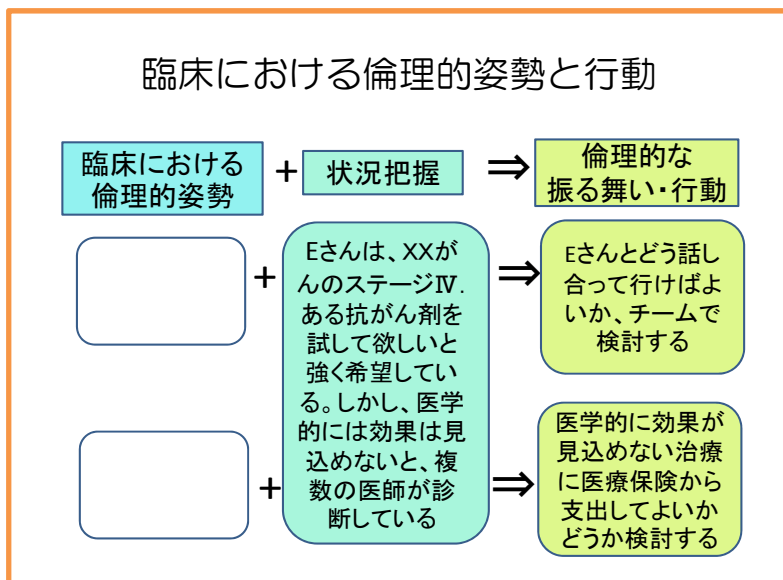
社会的に適切な医療・ケアの提供
自分たちがしている医療・ケアを、社会全体を見渡す視点に立って、適切かどうかチェックする

- 人的物的資源の配分が公平なこと
- 法や制度やガイドラインのなかで矛盾がないこと
- 制度(社会化されたケア)の適切な利用

・社会保障としての医療・介護をどれほど厚くするか
⇒ 社会のあり方の選択の問題

【考えてみましょう】

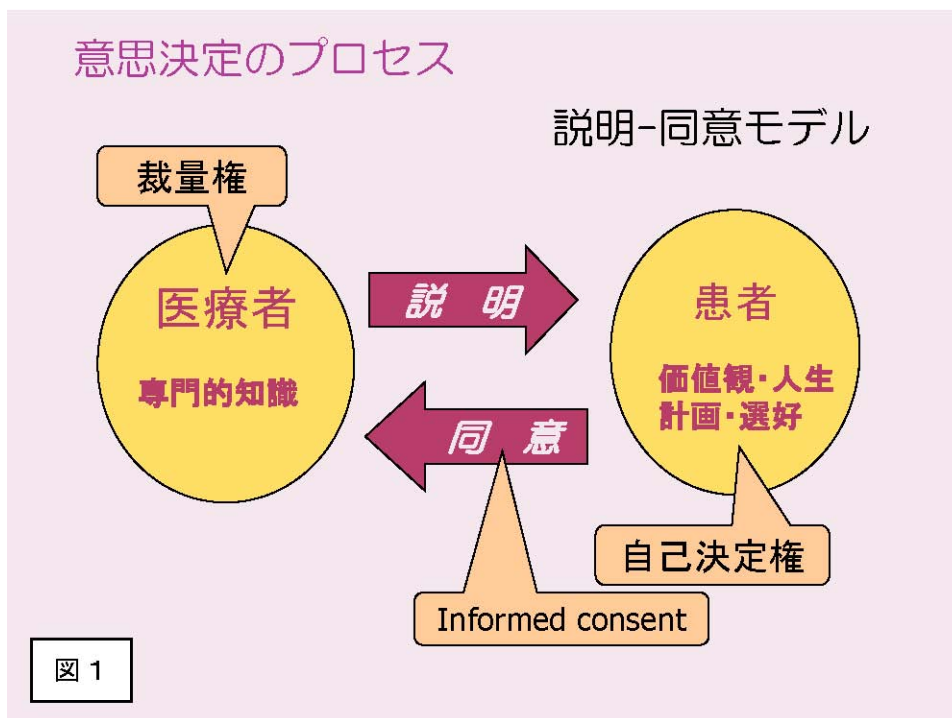
医療・介護のいろいろな活動を取り上げて、P1～P3の姿勢がどう関係しているか、吟味してみてください。例えば、医師が外来の診察室で、患者から自覚症状の訴えを聞き、患者の身体を検査し、診断をし、治療方針について患者と話し合う、というような場面について、あるいは、看護師が、病棟で毎日病棟を回って、包帯交換をする場面について、考えてみましょう。



3. 意思決定プロセス

●説明と同意—従来の考え方●

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。
- 3) **歴史的推移**

「自己決定」 米国での歴史的背景

- 1950、60年代～
 - 公民権運動
 - 女性解放運動
 - 消費者運動
 - 情報公開運動

支配・抑圧からの解放要求

「患者の自己決定権」
 権威保持者である医師に対抗するために
 形成された概念 (秋葉)
 (図：会田)

医師-患者関係のプロトタイプ

患者の力	医師の力(power)	
	強い	弱い
強い		
目的設定		
患者の価値観		
医師の役割		
弱い	父権主義	
目的設定	医師が設定	
患者の価値観	医師が推測	
医師の役割	保護者	

(会田) (Roter, 2000) 24

医師-患者関係のプロトタイプ

患者の力	医師の力(power)	
	強い	弱い
強い		消費者主義
目的設定		患者が設定
患者の価値観		医師との間で検討されず
医師の役割		技術的な相談役
弱い	父権主義	
目的設定	医師が設定	
患者の価値観	医師が推測	
医師の役割	保護者	

(会田) (Roter, 2000) 25

医師-患者関係のプロトタイプ

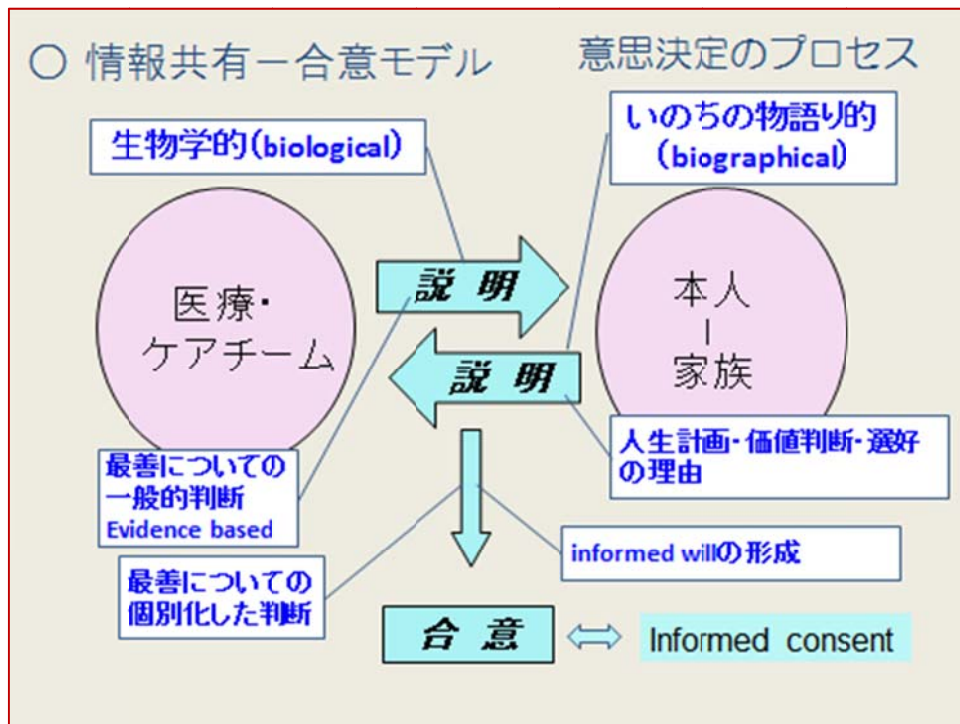
		医師の力(power)	
		強い	弱い
患者の力 強い	目的設定	共同で設定	コミュニケーション 重視
	患者の価値観	共同で検討	
	医師の役割	助言者	
患者の力 弱い	目的設定		
	患者の価値観		
	医師の役割		

(会田)

(Roter, 2000) 27

●情報共有から合意へ—これからの考え方●

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)。



↑ 図 2

これは、

- (a) 医療者は本人・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、本人側の事情や考え・気持ちを理解しようとし、本人側に聴こう

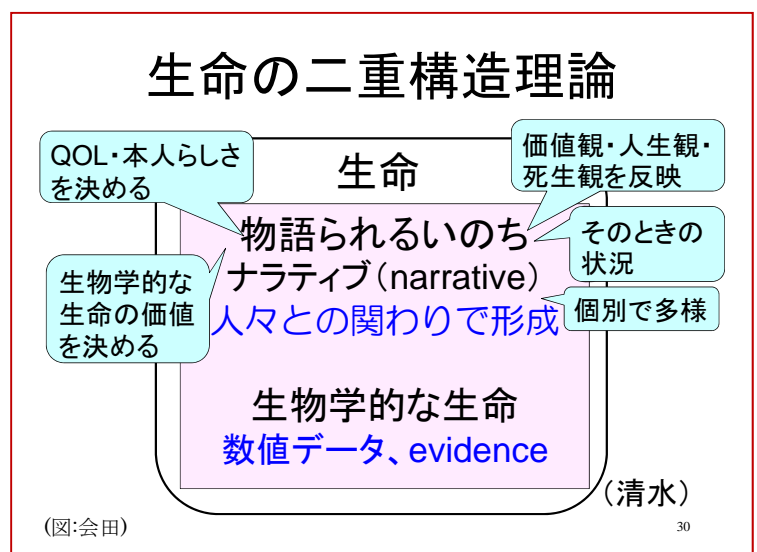
という姿勢を併せ持つのです（図中の患者側から医療側への「説明」がこれに該当）。ここで、患者側から得られる情報は、そのいのちの物語り(=biographicalなもの)を中心として、現在の個別の事情や価値観を含んでいます。そういうことも考慮に入れるということは、医療上の決定は、単に医学的情報だけで決まるものではなく、患者側の人生についてのこうした情報も兼ね合わせた上で決まるものであることを示しています。また、このモデルは、決定は両者が共同で行うものとして、「合意を目指すコミュニケーション」が要であることを示してもいます。エビデンスにもとづく最善の判断は、主として患者のかかえる疾患に注目し、その生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活し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。

●生物学的 biological — 物語りの biographical●

私たちは自分たちのいのちについて、生物学的生命と物語られるいのちという二重の見方をしています。例えば、医療者が治療のために身体に注目して、その状態を診ている時に、医療者は人の「生物学的生命」に注目しています。治療を受ける本人やその家族は、確かに「身体のどこが悪いのだろう？」と生物学的生命に注目してはいるのですが、それは、本人の人生にどう影響するか、今後の人生の計画を変えなければならないかといったことを考えるためです。人生に注目している時に私たちは「物語られるいのち」に注目しています。人生は「これまでこう生きてきた—これからこう生きよう」と物語りながら生きるものだから、「物語られるいのち」なのです。私たちの人生の物語りは互いに重なり合い、浸透し合いつつ、織りなされています。

前頁図2中で、「生物学的 (biological)」「いのちの物語りの (biographical)」とあるのは、治療についての意思決定プロセスの場合です。医療者は生物学的生命に注目して、身体の異常を見出し、エビデンスに基づいて、一般にどういう治療があるかを、その評価と共に本人側に提示します。しかし、治療方針はそれだけで決まるものではなく、本人の人生（物語られるいのち）にとってどうすることが最善かに照らして決まるのです。

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す。



(本テキストPart 3 頁も参照)

【更に詳しく知りたい方のために】

1) 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。「トピック 同の倫理と異の倫理」(6-7頁)で説明しましたように、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確認したう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は、本テキスト第6章の1をご参照ください。

2) 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ことで、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、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、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。

◆愛という名の支配・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といった傾向もある。

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。

【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。

Part 2 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、一緒に考える人々と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）も、検討シート〔ステップ3〕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。

【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》（上記ウェブサイト参照）を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：今後の方針の決定／(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：既に起こったことへの理解と評価

〔ステップ1〕 記録者 [] 日付 [~]

1-1 本人プロフィール

氏名（仮名でもよい）、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。それは報告者によるナラティブです。

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。

上記のステップ1に先立つ部分に、「検討内容」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。検討しようとしている事例にあてはまる方を○で囲んでください。

〔この部分は、初心者は無視してください〕 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。

このようにした場合には、ここで注記された【tp】【tr1】などのそれぞれについて、次の1-3に、選択・意思決定のテーマをごく簡単に記します。

【1-3 分岐点 について】

以上で経過を記述した上で、報告者としては、今、ケア提供側にせよ、本人・家族側にせよ、何かを選ばなければならない場面があると問題を感じているのではないのでしょうか。



・プロスペクティブな検討の場合、これからどうしようかということを考えるために、経過を書いたはずで、「これからどうしようか？」と考えるということは、私たちが今分かれ道にいて、どの道を選ぼうか、どのような道が見出されるか、と考えている、ということです。どのような分かれ道なのか、どういう問題に直面しているのかを、簡潔に（できるだけ1行で収めるように）次の1-3に記入してみてください。

・レトロスペクティブな検討の場合も、何か問題意識があって、経過を書いたはずで、どういう問題なのか（例えば、経過のかくかくの時点で、もっとできることはなかったか、等）を簡潔に記入してください。

1-3 分岐点

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。

〔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

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【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 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>2B-1 本人の理解と意向</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>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>関係する家族がいない場合など、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） 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>	

〔ステップ2〕 情報の整理と共有【選択の内容：輸液中止の是非】

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。 ×周囲の人々の気持ちがおさまらないかも</p> <p>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 輸液を〇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> <p>③ これまで通りの輸液を続ける ○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>	<p>2A-2 社会的視点から 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であろう。</p>
<p>2A-3 説明 本人に対して 意識混濁のため、説明できず</p>	<p>家族に対して 2A-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、輸液を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>・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。</p> <p>・「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。</p>	

〔ステップ3〕 検討とオリエンテーション

<p>3-0 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、さしあたって感じている問題点を自由に挙げる。 *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、を書く。(もちろん、他の問題点も自由に挙げあう)</p>	
<p>3-1 P1:人として尊重することをめぐって</p> <p>3-0で挙げられた問題点を3-1、3-2、3-3で倫理的姿勢という観点で整理する。まず3-1では：</p> <p>*本人・家族の意思・気持・存在を尊重するには？</p> <ul style="list-style-type: none"> ・説明は適切・十分か ・本人・家族の思いを理解しようとする： <p>分析の枠組：《状況に向かう姿勢》+〔状況把握・認識〕→行動・選択</p> <p>・弱さを受け容れる</p> <p>*本人・家族が自分らしく生きるために相応しい選択ができるよう、サポートできることは？</p> <p>*ケア的態度で対応するという点は？</p> <p>*スタッフ間のコミュニケーション</p>	<p>3-2 P2:本人の益を目指すことをめぐって</p> <p>*ステップ2に基づいて、本人にとっての個別化した最善が今や明確になっているか</p> <p>*個別化した最善について、意見の不一致があるか</p> <p>ある場合、それは状況認識の違いによるか/状況に向かう姿勢(価値観など)の違いによるか</p> <p>*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>*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?</p>
<p>3-3 P3:社会的視点でのチェック</p> <p>*第三者に不当な害を与えたり、負担をかけたりする点はないか</p> <p>*社会的資源を患者・家族が使うための支援は十分か</p> <p>*社会的合意・通念と食い違う点はないか(法、ガイドライン、地域の慣習への配慮)</p>	<p>3-4 総合的検討と今後の対応の方針</p> <p>以上の検討を踏まえ</p> <p>*3-1~3-3の間にまたがるような点があれば考え合わせる。</p> <p>*今後の対応にどう活かしていくかを考える。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自分たちが当初の考えを変えるのがよいということもある。 ・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(働きかけたら)よいか <p>*合意を目指してコミュニケーションを続けている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る。</p> <p>*レトロスペクティブな検討の場合、まずかった点を批判するというより、今後よりよい対応ができるようになるために、どうしたらよいか、とプラス方向で話し合う。</p> <p>*問題の根本的解決や今後繰り返し起こらないためには、医療・介護チームとしてどうするかにとどまらない必要が見えてくることもあり、それをも記す。例えば：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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(例えば倫理委員会としてガイドラインを作る/チームの合意形成のプロセスについて機関として方針を立てる、など) ・医療・介護制度その他、社会的視点で改善が望まれる点 ・一般市民の理解や価値観・死生観が変わる必要がある点

〔ステップ3〕 検討とオリエンテーション

<p>3-0 問題となっていること・問題を感じていること</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－家族間は一一致 <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「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」自分たちの気持ちや他人の目を気にしている。</p>	
<p>〔問題の倫理的性質の分析〕</p> <p>3-1 P1: 人として尊重することをめぐって</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「もう、いろいろなくていいから」という本人の発言からは、人生の今の時期についてのIさんの見方が分かる→輸液中止は本人の見方に親和的な選択だとはいえる。 ・家族の意向をどう理解するか： 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"> ・隣り近所からよく見られたいという姿勢？ ・自分たちの気持ちが済むことを考えている？ <p>→ しかし、根底に、Iさんの最善についての思いがあるといえる：「何もしないわけには・・・」認識は不適切だとしても、最善を目指す姿勢ではあると認められる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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？ 	<p>3-2 P2: 本人の益を目指すことをめぐって</p> <p>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顧慮も含まれている。</p>
<p>3-3 P3: 社会的視点でのチェック</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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>3-4 総合的検討と今後の対応の方針</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族が本人の最善を志向していることを認め、共感するところから出発する(自分たちの気がすることや、近所の目を気にしているという自分たちの内にある批判を消す) ・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。 Iさんの状態をおりにふれて説明する(「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、初めから中止ではなく、当面は相当程度の減量という選択肢から始めることも視野にいれる。 ○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 ・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。 ・一般市民の意識改革のための方途は、本ケースを越える検討課題とする。

Part 3 臨床倫理の事例検討：問題の整理・分析・対応

事例検討を進めて行く上でのヒント集

1. 共同で決めるプロセスをめぐって

◆ジレンマ◆

・臨床倫理的検討を進めていくと、多くの問題は医療・介護者の倫理的姿勢（＝倫理原則）をめぐりジレンマとして整理されます。

・ジレンマは、ある倫理原則内部での異なる面同士が「あちら立てれば、こちらが立たず」状態になるか、ある倫理原則と他の倫理原則の間で「あちら立てれば、こちらが立たず」状態になるという形で表現されます。

原則内部および諸原則間のジレンマの諸タイプ

- ・P1（相手を人間として尊重する）内部のジレンマ：
 - ・〔本人・家族が表現していること ⇔ 真意〕
 - ・相手の意思—気持ち—存在を尊重することの間で選択が異なる、
 - ・本人の分った上での（過去の・現在の）意向⇔本人の現在の気持ち（非理性的）
 - ・本人の意思・気持ち⇔家族の意思・気持ち（ex 告知するなと家族が主張）
- ・P2（患者・家族の最善を目指す）内部のジレンマ
 - ・諸価値の間の食い違い（ex. QOL⇔余命、QOLの諸側面間（痛み⇔活動性）など）
 - ・本人の個人的価値観に基づく最善⇔ケア従事者の共通の価値観に基づく最善
 - ・本人の利害⇔家族の利害の衝突
- ・P3（社会的視点から見た適切さ）内部のジレンマ
 - ・医学的に無益⇔本人の人生全体からみて有益（基準の置き方）
 - ・社会的資源をどう分配するか（公平性）
 - ・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）
- ・原則間のジレンマ
 - ・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

●ジレンマにどう対処するか●

ジレンマの解消を目指して： どちらを優先するか、ということに直ちにいくのではなく、**どちらも満たせる途はないか**を考えましょう。

ぎりぎりまで、合意による解決を目指しましょう（同じ人間・仲間だと相手を理解→一致を求める）
どうしてもだめとなつてはじめて、お互いに考え（価値観・世界観）が異なっていることを前提にした解決をします（次項参照）。

「これが正しい」というより、「仕方ない」という評価が伴う選択もあるのです。

◆ぎりぎりまで合意できない場合／まだ合意できていない場合の暫定的選択◆

合意を目指して関係者が話し合う場合に、さしあたって本人に対して何かをする、あるいはしないことを選択しなければならないことがしばしばあります。さしあたって末梢点滴をしながら、人工的栄養補給（例えば胃ろう）をするかどうかを話し合う、といった場面です。この「さしあたって、最低限必要なことを実施する」ということについても、さしあたっての合意を目指すのですが、なかなかそれがうまく行かない場合、また、よく話し合ったけれど、今後どうするかについて合意ができなかったという場合、どのようにして、暫定的治療方針ないし最終的治療方針を決めればよいのでしょうか。ここでは、老年医学会『高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として』（2012年6月）から、該当部分 1.10 とその解説を次に引用しておきます。

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¹。
- 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²、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³。

*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 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。

*2 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。

*3 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う事態になったとする。こういう事態になっても医師は輸血をせずに、手をこまねいていなければならない——つまり「重大な害をもたらすことを余儀なくされる」。

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

◆本人の意思確認ができない／意思決定に参加できる家族や代理人がない場合◆

家族も意思決定の当事者であるということはすでに示しました（本テキスト17頁）。その際に、**本人の意思確認ができない時**に、次の二点を挙げておきました。

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。

つまり、一つには、本人の現在の意思を、過去の本人の発言から推定するということをするとしても、ただ、本人がこう言っていたということだけで、推定するのではなく、本人の生き方を振り返り、こういう場合にこういう意向だったといったことや、こういう人生観、価値観であったということから、今問題にしていることについて、本人はどのような意向をもつかを考えてみるということです。

加えて、本人の意思の推定だけではなく、本人の人生を考え、その観点で本人にとって最善なのはどのような選択かを考えます。そして、本人の意思と本人の人生にとっての最善との二つによって、選択を支えるわけです。

家族がいれば家族と話し合いましょう。後見人は治療については権限がないと言われていますが、本人のその他のことについては判断をする立場にあるわけですから、治療について意見を聞くことはできます（決めてくださいと頼むわけではありません。また権限があったとしても、勝手に決められては適切な選択にはならないでしょう）。

本人のことを知っている人がいない場合が、今現場で増えているようです。医療・介護側としては話し合う相手がない状態です。こういう場合、医療チームでできるかぎり本人の人となりについて情報を探り、本人の人生にとっての最善を考えますが、個別のことはわからず、大方の人の平均的な人生観・価値観に基づく推定しかできないことがあるでしょう。それもやむをえないでしょうが、チームとしては、何だか自分たちだけで決めているようで、すっきりしないことも多いでしょう。医療・介護機関として、こういう場合に諮問できる第三者を含む委員会（臨床倫理委員会ないしこれに代るもの）を立ち上げておく必要があるのではないのでしょうか。

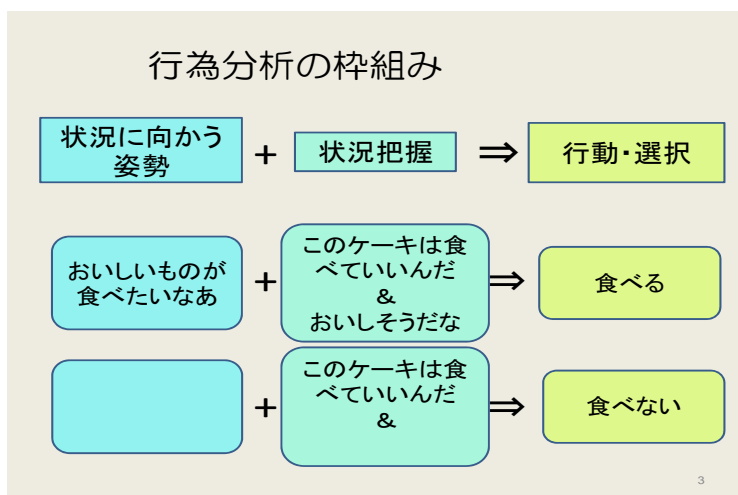
2. 相手を人間として尊重すること(P1)をめぐる◆

◆相手を理解する◆

事例検討においては、本人・家族の気持ちをどう理解するかが要になることがしばしばあります。医療側は、本人の人生まで考慮しながら、個別化した最善を見出そうとします。そうして見出した最善と思われる選択肢について、本人が拒否している、とか、家族が医療側から見ると理の通らない理由で反対するといった場合、「どう説得するか」ではなく、まずは「どうして嫌なのだろう、反対するのだろう」と、その気持ちを理解しようとするアプローチが大切です。

相手の意向ないし選択・行動を理解するやり方としては、次のような枠で考えることができます。

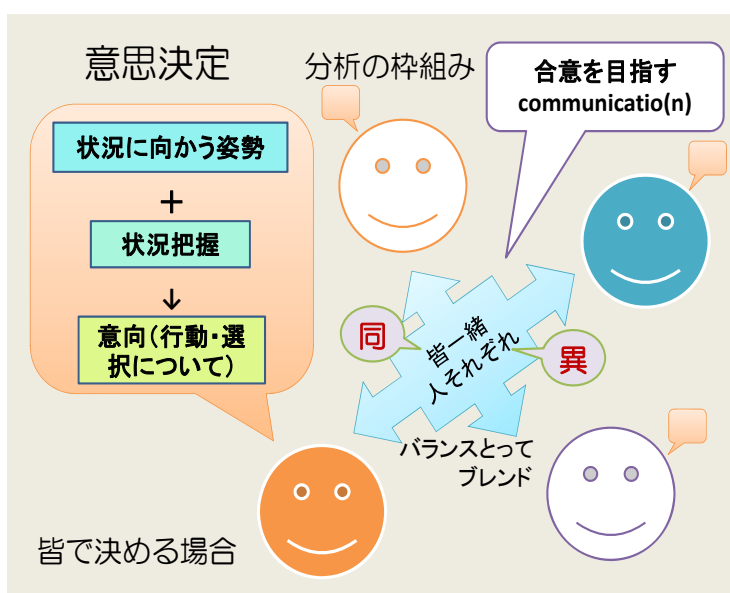
(こう考えるからこそ、近所の人が見て、「何もしてもらってない」ということは変だし、「状態が悪くなっているのに、何もしないわけにはいかない」と自分たちも思うわけです。



左の図は、すでに Part 1 () にも出てきたものです。各自が自分はどうしようかと考え、自らの行動を選択する場合のことです。この中で、

- ・「行動・選択」は、皆で決める場合には、参加者としての「意向」となります。」
- ・「皆で決める場合」、参加者それぞれが、どうしたらよいかという意向を出し合い、その間で調整して、皆が納得できる合意を目指します。

人の意思決定を、このようなものとして理解して、相手の思いを理解しようとするのです。



- ・「検討シートの使い方」に出てきた家族の場合、

《状況に向かう姿勢》(＝活性化している価値観)として、検討の出発点では、次のようなことが考えられました

「近所からよく見られたい」
「自分たちの気持ちが済むようにしたい」
これらと対になる状況把握としては：

「死が近い状態になってきたら、医療的に行ういろいろなしてもらいがある。手厚い治療を受けるのが標準だ」

・しかし、この状況把握は、結局、Iさんの最善についての理解でもあるわけです。いろいろしてもらうのがIさんにとって最善になると思っっているわけです。
ですから、「何もしないわけには・・・」という認識は不適切だとしても、家族には「Iさんにとって最善になるように」という姿勢もあるとは言えます。

もう一つ、例を挙げておきます。

事例1 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】

このケースでは、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って、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と思われます。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、治療を受けてきました。「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、同意したのですが、そこでは本人の好みや事情を考慮にいれなか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す。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、今はもう、症状を緩和するという手立てしか残っていません。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ます。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るでしょう。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」になるのです。

【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ます。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はありませんが、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もあるでしょう。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ません。

◆人間には矛盾した姿勢が並存する◆

相手を人間として尊重するということを巡っては、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2

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寄りようとして、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。

上述の例は、「かつての私」と「今の私」の間の齟齬の問題でした。このように時間差があるために食い違いが起きるということは、まあ分ります。しかし人間の複雑さは、現在のこの私に同時に相矛盾する複数の面が並存することがあるというほどのものです。

◆本人と家族◆

事例3

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だからというのである。

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。《相手を人として尊重する》の相手には、本人だけでなく、家族も含まれるのです。

上記のようなケースでは、一方的に患者の意思だけで動いても、在宅に移行はできません。家族が「否」と言っている場合に強引に帰宅しても、お互いにハッピーにはならないでしょう。ですから、患者と家族の両方の意思を尊重してうまく合意できる途を探ることになります。

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食い違う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・介護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

- この点をめぐる老年医学会のガイドラインの記述を次に引用しておきます（解説は一部省略）。
- 本人一家族を巡る「愛という名の支配」（本テキスト 18 頁）も考慮に入れてください。——医療・介護従事者は、時には本人の advocate として、家族の圧力から本人を守る立場になります。

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。

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。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¹。

1.5 本人の表明された意思^xないし意思の推定のみを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²についての判断との双方で、決定を支えるようにする³。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⁴。

- *1 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。
- *2 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とが並存しており、両者を適度なバランスをとって兼ね合わせることが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。
- *3 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。
- *4 本人にとって最善と考えられる選択を現実的に実行するためには、家族に耐えられないような過重な負担がかからないように、社会的サポートの手配をすとか、本人のためを思って家族が熱心に介護をして、疲労困憊してしまうといたことにならないように気をつけるというように、医療・介護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。
- *X 事前指示(advance directive)・リビングウィル(living will)もこれに準じて位置付けます。

3. 最善の選択肢の検討 (P2) をめぐって

◆益と害のアセスメント◆ [Step2 2A-1]

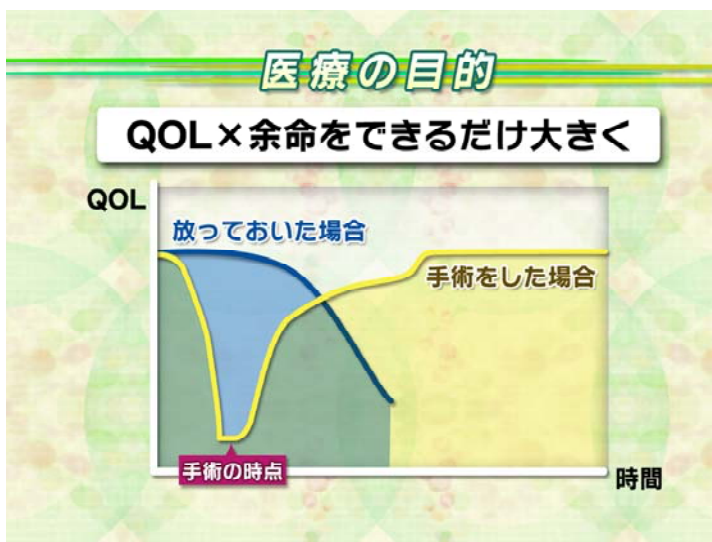
・「益になるように(beneficence)」と「害にならないように(non maleficence)」を併せ考える→ 相応性(proportionality)原則(本テキスト 10 頁も参照): 各選択肢について予想される益と害を枚挙し、比較する→ 「益が大きく、害が少ないもの」を選ぶ(とはいえ、「益が大きいほうが害も大きい」ことが多いので、バランスがいいもの、本人の人生、価値観に照らして、重要な事項についての益が大きいし害が少ないといったことで選ぶことになる。

ぜひ達成したい目標が決まっているときは、それを達成できる選択肢のうち、害が一番少ないものを選ぶ。

・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、共通の価値観&患者の価値観が決め手となる

●QOLは高く、余命は長く!●



益と害のアセスメントをする際には、物差しが必要です。何を以て益ないし害と見るかについての共通理解がないと、評価しようがありません。**医療・介護が前提とする共通の価値観**があります。

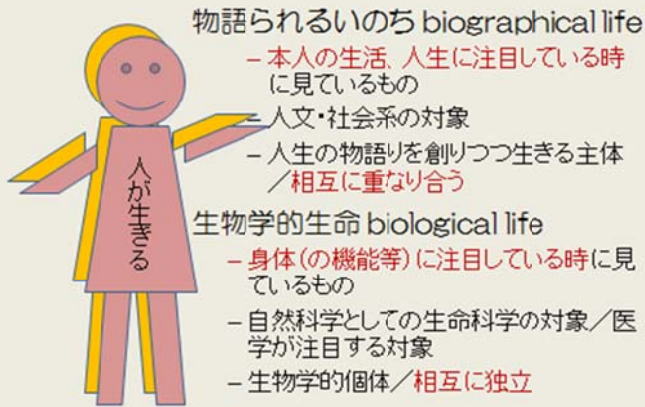
その上で、**本人の個人的価値観に基づき、個別化**を図ります。反社会的でない限り、個人的価値観は許容されます。

このあたりのことは、P1 をめぐっての「ぎりぎりまで合意できない時」の項も参照してください。

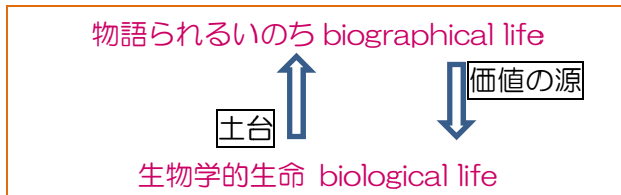
●医療が目指すこと

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 が高くなるべく高い》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(共通の価値観)に基づくものです。

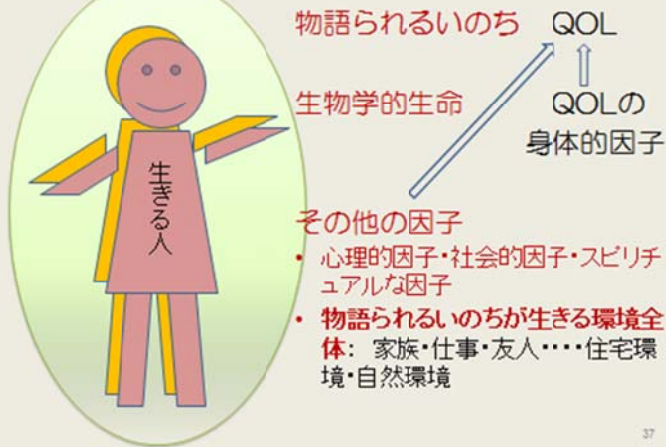
人のいのちの二重の見方



16



人のいのちの二重の見方



37

QOL: 環境の中で生きる → 満足・不満足



満足できる条件が整っている / 現在の生に満足している

●生物学的生命と物語られるいのち

物語られるいのちが価値評価の基準です。医療は主として生物学的生命の次元で働きかけます: 投薬、手術。しかし、それが目指しているのは、物語られるいのちがよりよくなることです。(本テキスト 15 頁も参照)

各自の物語られるいのちは一回限りの個別のもので、その評価は、本人および本人を取り巻く人々の物語られるいのちの重なり合いの中で、本人を中心になされます。

●QOL

QOL は、物語られるいのちの評価です。本人が満足したかどうかによって、測られます(≒満足度)。

→結果としての QOL=actual QOL

結果としての QOL をできるだけ高くするためにはどうしたらよいか、とケア従事者は考え、身体(という環境)に対する医学的介入、その他の環境に対するさまざまな介入をして、本人の QOL の可能性を高めようとして、本人はより満足するだろう

→QOL のポテンシャル=potential QOL (これを単に QOL と呼ぶこともあります。)

周囲の人間にできることは、ポテンシャル QOL を高めること、つまり本人の身体環境をはじめとして、取り巻く環境をよりよくすることです。その時に使う物差しは、

● **本人の選択の幅(自由度)がどれほど広がっているか**です。

●さらに次のような区別をすると、より精確に考えることができるでしょう。

- general potential QOL: 一般的な価値観に基づく、QOL のポテンシャル（可能性）の評価。例えば、いろいろなことができるほうが、できないよりは、人生のチャンスが広がるので、actual QOL を高める可能性が高い。
- individualized potential QOL: 本人の個人的価値観に基づいて評価される QOL のポテンシャル。

●QOL の高め方はいろいろ

下半身が麻痺している⇒ ①手術で麻痺をとる／リハビリをする（身体的因子への介入）。②車椅子を使いえるようにする→道路の段差をなくすなどバリアフリーの環境にする。①、②どちらのやり方でも、本人の選択の幅を広げることができます。

このように、選択の幅が広がっている⇒「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、周囲の環境設定によって、その人は「行きたいところに行ける」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。

◆益と害のアセスメントの実際◆

●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

「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。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。

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。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、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。

さて、個々の事例を検討していく際に、相応性原則による益と害のアセスメントが、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となります。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、そちら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。一言い続けて良いものでしょうか。

緩和ケアの世界では、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4

Dさんは、ガンの末期ということで緩和ケア病棟に入っています。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」と希望しました。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でしょう。急変するということもあり得ます。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ます。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、希望にそって差上げることが、とても大きな意義あることと思われれます。

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、ここはどのような価値観をとるかによって選択は異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、社会の現在の通念ないしは最大公約数に基づく共通の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なっていました。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良いかがまさに問題になります。

●事例5

Eさんは大変高齢である（90代前半）。嚔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。

だからといって、手術をしなければ（放射線治療だけはする）たしかに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。

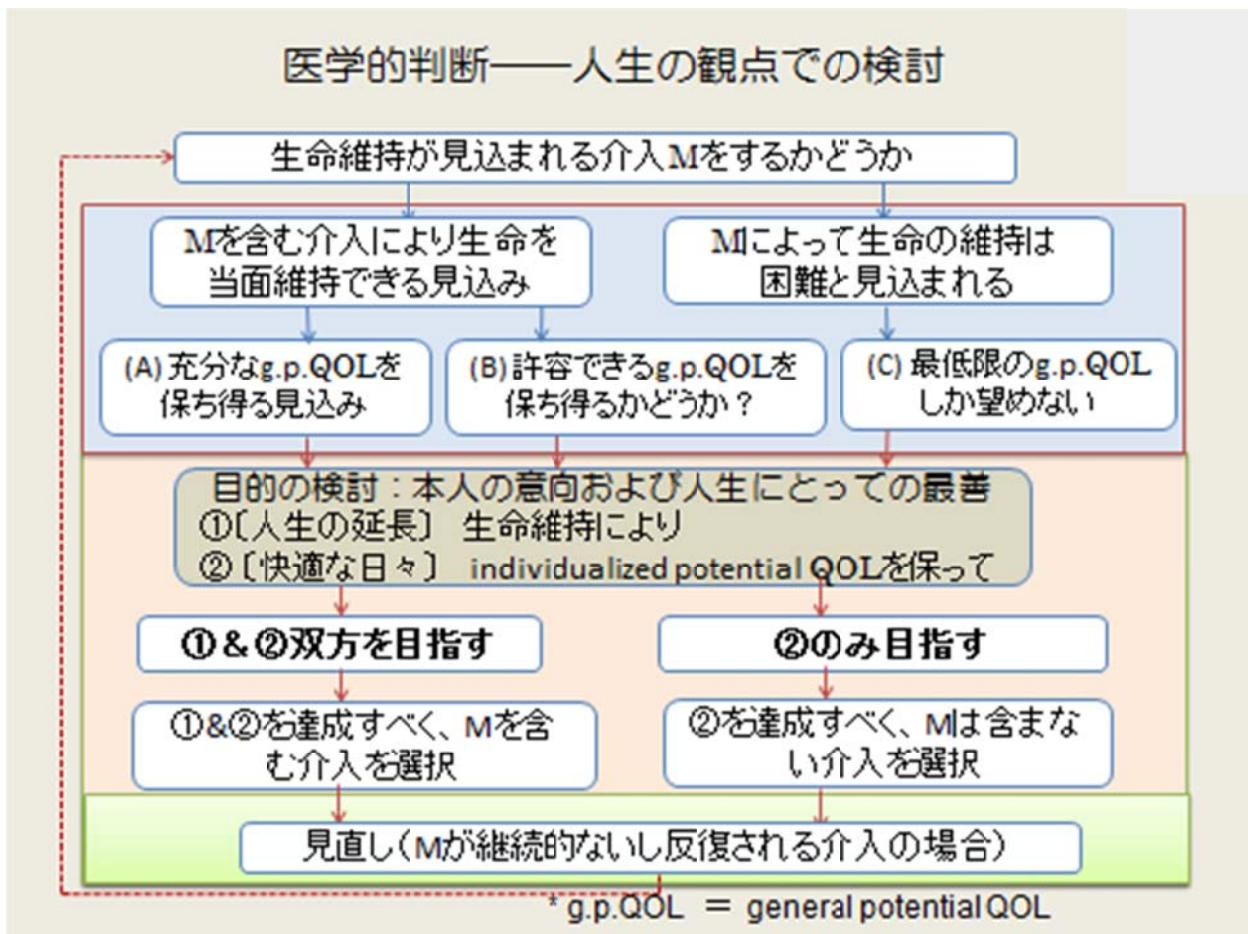
例えば、同じような状況でも、他の点は年齢並みの衰え方ないし元気さがある50代の場合だったら割と分かり易いと思うのです。手術で根治の可能性が高いのだったら、「まだあなたは20年ぐらいは何とかなるのではないか。そしてその調子でベラベラしゃべっているのだったら、何か新しい発声の訓練や人工的な音を出す装置などを訓練して、リハビリして慣れることができる、あるいはそれができなかつたとしても、パソコンを打ちながら、それを画面に出せば講演の代わりになるでしょう・・・」などと、周囲の人は口々に言うでしょう。こうして、ここで永久気管孔になり声を失っても、今後それなりに意義のある人生を私は送っていくことができるだろ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、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のです。もちろん手術を選ぶ道もあるけれども、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と、「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す。

このように、P2（できるだけ益になるように）による問題は、P1（相手を人として尊重する）と併せて考える必要がある場合も多いのです。

◆生死にかかわる評価◆

ある治療法 M が、人の状態によっては生命を維持する効果を持つとします。M を実施しなければそう遠くない将来最期になるという場合に、M をするかしないかについて考える順序をフローチャートにしてみました。ここでは主として P2 に関わる面が取り上げられていますが、核心となる検討では、関係者が皆で共に考え、合意を目指すコミュニケーションをするという、P1 に関わる面もあるものです。



*上図中「見直し」は、M が継続的ないし繰り返されるものの場合（胃ろう、透析など）、ある時点では、フローチャートを辿ると、左のほうの M を含むケアが適切となった場合でも、時間の推移と共に、それを続けることが適切とは言えなくなることがある、ということに対応している。

状況の変化に応じ、また定期的に見直して、フローチャートを辿り直すと、以前には M を含むケアが選ばれたのが、やがて、右のほうの M は含まない対応が適切だとなることもある。こういう場合は、「M を中止する」ということになるわけだが、それはあくまでも、その時点で本人の人生という観点での最善の道を探したらそうなった、というだけのことである。また、文字通り「中止する」ということにならない場合もある。たとえば胃ろうであれば、胃ろうを閉じることはしないで、水分・栄養補給はしない、あるいは補給量を絞り、ごく少量の水分だけにするといったこともあろう。

◆P1-P2間のジレンマ◆

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。——複数の倫理的姿勢にまたがる複合的問題ということができるといえるでしょう。

●事例6 医学的には無益な治療を患者が希望する

Fさんは、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ています。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ます。しかし、Fさんは、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ます。

〔ジレンマの構造〕

- P2：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。

- P1: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ば、Fさんの意向に従うべきだ。

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、エビデンスに基づいて医療側が判断する限りでは、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ょう。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となります。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」ということになるのでしょうか。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、両立する解決に到ったのです。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。

加えて、この事例の場合、P3（＝社会的視点でも適切であるように）に関わるポイントもあります。それは次に登場します。

4. 社会的視点における適切さ（P3）をめぐって

ここでは、ごく一部しか取り上げられません。いずれ拡充します。

◆医学的に無益な治療の社会的サポートは？◆

●事例6（続き）

Fさんは、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、自分の人生観や価値観に基づく理由を医療者に提示しました（以上の限りでのP1-P2間のジレンマについては、すでに言及しました）。さて、検討と話し合いの末、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、実施することになりました。

ところで、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ります。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ないでしょうか？（米国の保険会社なら支払いを拒否するでしょう）

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となります。

しかし、《益》ということをご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を含めて、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、ただ私たちの社会がこうだからこうすべきだという話を自分達だけですればよいというのではなくて、広く社会に向けてこういう社会になればと訴えかけていく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。

◆P1・P2とP3の間の衝突◆

最後に、P3と他の倫理原則との間でジレンマがおきる場合について検討しておきましょう。P1とP2について、また、P1とP2間のジレンマについては、既に考えました。そこで、ここではP3とP1、P2間でおきるジレンマもあるということに触れておきましょう。

社会的な視点とP1ないしP2またはその双方との間でジレンマになることがあります。

●事例7

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ました。「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ます。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さんに提示しました。

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う方針の間のジレンマです。その狭間で、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（本人の希望に応えるという面はP1、本人の最善という面はP2）。

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（P3）。——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が、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、長い目で見ると、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。

●事例8

私は小さいころ、赤痢ではないのですが、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としても、届け出て入院して隔離するほうがい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が、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によかった（すなわち、P1とP2に則るならよかった）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、他の人に害が及ぶ怖れがあった、つまり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かったのです。つまり、自分にとっていいこと、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。

ただし、周囲への害の見込みの程度によって、具体的な対応は異なってきます。通常のインフルエンザに罹った人は、出歩かないよう奨められますが、現在の日本においては、出勤しても非難されることはないでしょう。しかし、新型のまだ性質がよく分っていないインフルエンザに罹患したとなると、半ば強制的に隔離されます。このように、ここはP1-P2とP3とのバランスの問題になります。

* * * * *

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。

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、2008～11年度にこの部分に関して研究費を使いました。

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

*本冊子は改訂第二版までは、清水哲郎を著者としてきましたが、臨床倫理プロジェクトの整備により、多くの研究者・臨床家の具体的アドバイスや提案を得て、今回の改訂を行いました。そこで、今回は、清水+臨床倫理プロジェクトを著者としております。パワーポイント等の図については、提供した臨床倫理プロジェクト・メンバーの名前を記してあります。

*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.1.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“1”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 2013年1月18日 改訂第3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 上廣講座

臨床倫理プロジェクト

東京都文京区本郷 7-3-1