

## 臨床倫理セミナーテキスト

# 臨床倫理エッセンシャルズ

2014年 秋版 (v.1.20)

## 清水哲郎＋臨床倫理プロジェクト

目 次		
はじめに		
1. 倫理一般について	倫理とは／人の間の倫理	1
	・倫理とは／行動の構造／倫理的姿勢と状況把握／倫理的評価	
	〔トピック1〕 行動・選択の分析：状況に向かう姿勢＋状況把握	4
	〔トピック2〕 同の倫理-異の倫理：《皆一緒》と《人それぞれ》	5
2. 臨床場面の倫理	倫理原則とその理解	8
	・倫理的姿勢と倫理原則／4原則・3原則・6原則	
	〔トピック3〕 倫理原則のセットの成り立ち	10
	・人間尊重・与益・社会的適切さ	11
3. 人生と生命	物語られるいのち と 生物学的生命	12
	・身体-生物学的生命を土台にして展開する人生／医療は人生のために	
	〔トピック4〕 生命の二重性	14
4. 意思決定プロセス	情報共有－合意モデル	15
	・説明と同意モデル	
	〔トピック5〕 自己決定と医師 - 患者関係	16
	・情報共有－合意モデル／「自分で決める」と「皆で決める」	17
	／本人の意思確認ができない時	
	〔トピック6〕 家族も意思決定プロセスの当事者	19
	〔トピック7〕 意思決定プロセスにおける生命の二重性	20
	・情報共有－合意モデルが適さない場合	21
5. 事例検討の進め方	臨床倫理検討シートを使って	23
	・ステップ1 事例の経過（ナラティブ）	24
	・ステップ2 情報の整理と共有	24
	・ステップ3 検討とオリエンテーション	26
	・ジレンマ	27
	☆検討シート記入例	28

## 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。

本冊子には、臨床倫理の営みを進める上で必要となる基本的なことをまとめてあります。臨床倫理セミナーの基本テキストとして、また日々の臨床現場での臨床倫理の営みのガイドブックとしてお使いください。

臨床倫理プロジェクト 清水 哲郎

\*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。

---

臨床倫理エッセンシャルズ (改訂第4版)

2014年秋版 v.1.20

著者 清水 哲郎 & 臨床倫理プロジェクト

発行日 2014年9月2日

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

問い合わせ先: [clinical.ethics.jp@gmail.com](mailto:clinical.ethics.jp@gmail.com)

---

© 2014 Clinical Ethics Project

## 臨床における倫理の基礎

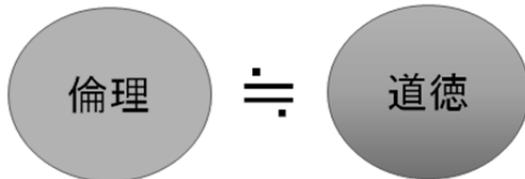
### 1. 倫理一般について

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎

3

倫理といっても、医療・ケアの場面でだけ登場するものではなく、日常の人間関係において、意識しているとは限りませんが、いつも登場しています。それは医療や介護に従事する専門家であるという立場や職務を離れて、一人の生活者・市民としての倫理です。まず、そういう倫理について理解します。

### 倫理と道徳

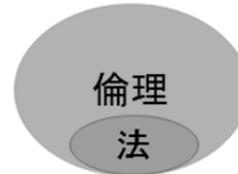


道徳:心の持ちように重点が置かれる  
心のあり様と行為が直結しているような場面が念頭にある  
倫理:どうあるべきかについて、理(なぜそうなのか)が伴う  
適切な心のあり様であっても、どうしたらよいか迷う場面もある

臨床倫理プロジェクト 会田真子

### 法と倫理

- 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
- 法は倫理の最低限 (Jellinek, 1851-1911,独)  
法: 社会の秩序と安泰を維持・国家の強制力を伴う



臨床倫理プロジェクト 会田真子

「倫理」といって難しそうだが、道徳なら分かる」という方は、「倫理は道徳と大体同じだ」とお考えください。両者は区別なく使われる場合もあります。最近では、「道徳」というと本人の心がけ・気持ちに重点が置かれるのに対し、「倫理」というと、心がけを前提した上で、本人が状況を適切に把握し、適切な判断をするというプロセスに重点が置かれるような使い方になっているようです。

「倫理」と「法」の関係:「他者を害するな」→殺人や強盗等の甚だしい害には必ず司法が介入しますが、軽微な害はまずは関係者間で解決するよう期待されます。関係者の間では、倫理的な評価をし合いながら、解決が試みられます。

### 倫理とは

- 倫理的な評価(非難・賞賛):行為についての社会的評価の一種 → 評価のものさしがある
  - 「他者に害を加えないように」
    - 周囲の人の迷惑になる行為 → 皆から非難される
    - 迷惑にならないようにする → 特に賞賛されるわけではない(通常、当たり前と看做される)
  - 「困っている人がいたら助けましょう」(仲間同士)
    - 困っている人を助ける → 皆から賞賛される
    - 誰かが助けていれば、助けなかった人たちが特に非難されるわけではない
    - 誰も助けない → 皆が非難される

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎

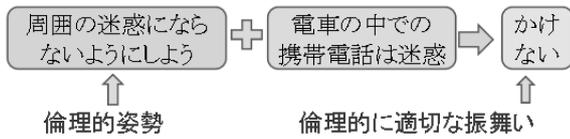
- 私たちの行動は、周囲の人々(社会)によって様々な評価をされます: 上手—下手 優—劣 上品—下品
- 倫理的な評価も、様々な評価の一つです: 善—悪 正—不正  
これらは、賞賛—非難という評価だと一応言えるでしょう。ただし、「賞賛」は、上手な、優れた行動に対してもなされます。皆の期待を裏切るようなあまりに下手は行動に対する非難(=ブーイング)もあります。これらは、賞賛—非難ですが、「倫理的」とはいえません。
- 「倫理的」な賞賛や非難は、本人の能力や周囲の状況(運も含む)により結果が左右されるようなことではなく、本人の選択により(本人の心がけ次第で)結果が左右されるようなことに対してなされます。

☆「他者危害禁止」(他者に害を与えてはならない)と「他者援助(相互扶助)奨励」(困っている人がいたら助けましょう)が、代表的な倫理的評価のものさしです。これらについて、評価がどのように動くかの一端をスライドに示しています(=「他者危害禁止」は皆に個別に要請されている/「他者援助奨励」はある場面に居合わせた人々全体に要請されている)。

## 倫理的姿勢

\* 結果としての行動 源としての姿勢

状況に向かう姿勢 + 状況把握 → 行動



\* 倫理的評価: 行動の適切さ・不適切さを見て、姿勢を評価する

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎

7

一般社会における「倫理」について考えましょう。例えば、図には、電車の中で携帯電話をかけたいと思ったけれど、かけなかったという選択の分析を示しています。

ここで、「電車の中で携帯電話をかけると、周囲の人の迷惑になる」は、国外では必ずしも通用する認識ではありません。しかし、私たちの文化においてはこういう通念がある以上、もし、私が電車の中で平気で携帯を使って会話をしたら、周囲の人は迷惑だと思ってしまう。——そこで、私は、車内で「あ、あの人にできるだけ早く連絡しなきゃ」と用事を思いだし、すぐにでも携帯をかけたかったのですが、電車を降りるまで我慢しました。この時、「周りの人の迷惑になる」という状況把握に対応して私の内で活性化した(それ以前から私の内にあったけれど意識していなかったのが、この状況把握をきっかけに意識化した)のが《周りの人の迷惑にならないようにしよう》という姿勢だったわけです。

《周りの人の迷惑にならないようにしよう》という姿勢は、《食べたい》や、《太らないようにしよう》という姿勢と次の点で区別されます。

① 《食べたい》は「(自然の)欲求」と呼ばれるものです。状況に応じて自然に活性化します。これに対して《太らないようにしよう》は、《食べたい》という欲求をコントロールするように働きます。《周りの人の迷惑にならないようにしよう》というのも、自分がやりたいことを状況に応じてコントロールするように働きます。やりたいことがあるけれど、それをすると周りの人に迷惑になるからというので、やらないで

## 倫理とは

☆ 倫理的姿勢＝

〔①自発的に自らの振る舞いをコントロールする  
&②自分だけでなく、皆がとるべきだと考えるような〕姿勢

- 姿勢: 私のうちに持続的にあるが、いつも顕在化しているとは限らない。状況把握に応じて、顕在化してくる
- 人間関係が中心。環境への振舞いなどにも広がる

☆ 倫理＝倫理的姿勢を中心として、それを含む諸事象(理解や行動・選択・・・文化)を指す

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎

8

おく、というように、自分で自分のやりたいことを抑えているからです。

② 加えて、《周りの人の迷惑にならないようにしよう》については、私一人がもっていればいいわけではなく、すべての人がこういう姿勢を持つべきだと思っています。ですから、人に迷惑をかけて平気な人を見ると、非難する気持ちになるのです。しかし、《太らないようにしよう》は、太らないようにと気をつけない人を、周囲の人に迷惑をかけて平気な人を非難するようには、非難しないですよ。

このように、《周りの人の迷惑にならないようにしよう》という姿勢は、①自らをコントロールする姿勢であり、②自分だけでなく、皆が同じようにとるべき姿勢だと思ひ、そういう姿勢をとっていない人を非難するようなものです。そこで、①②の性格をもつ姿勢を(倫理的姿勢)と呼ぶことにします。そうすると、(倫理)とは、倫理的姿勢を中心として、これと連動する状況把握、それからこれから結果する選択・行為等々を含む事柄のことです。

## 倫理的に振る舞うということ

\* 例えば、震災後に自分は被災していないとき

人の役に立ちたい + 被災地は人手不足で大変だ! → ボラに行く

人の役に立ちたい + 被災地は人手不足で大変だ! でも時間がない → 募金する

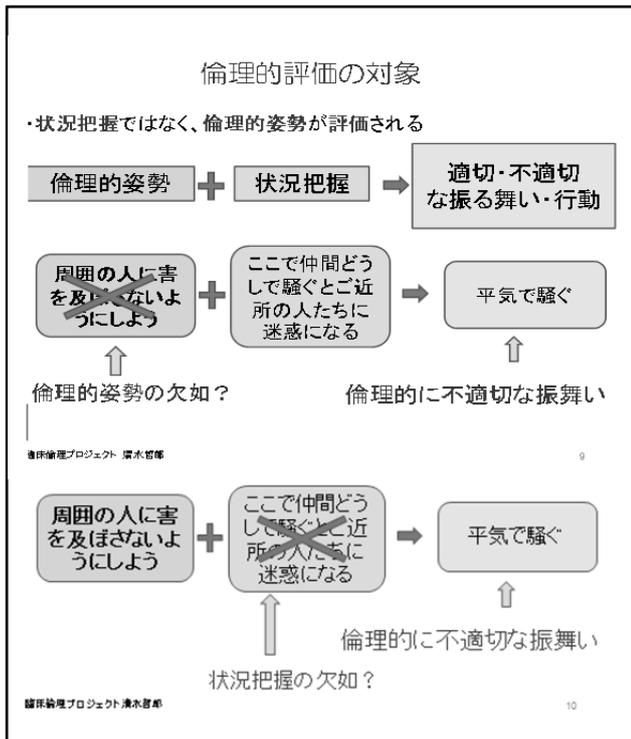
状況に向かう姿勢 + 状況把握 → 行動

臨床倫理プロジェクト 会田薫子

左の図は、既出の「他者援助奨励」に対応する倫理的姿勢の一つである「人の役に立ちたい」という姿勢が活性化している人の行動について分析しています。

その人は、震災後に被災地では必要な仕事が沢山あり、援助を求めているということを知って(＝状況把握)、役に立ちたいという姿勢が起きています。現地に行って支援活動をすることができる状況であれば、ボランティアとして赴くでしょう。

自分には他に仕事があって、ボランティア活動をしにいく余裕はないという場合、支援のための募金に応じることはできるからそれをしようということになるかもしれません。



左の図は、人の行動が倫理的な非難を受ける場合に、基本的に倫理的姿勢が評価されているということを説明するものです。

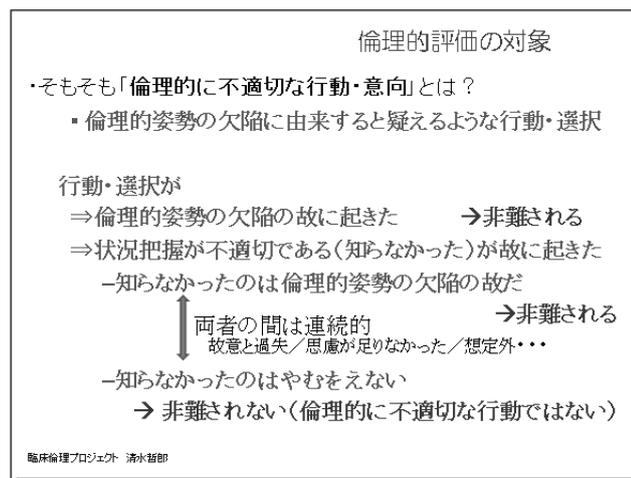
夜中にあるグループが仲間で大騒ぎをして、近所の人たちの安眠を妨げたとします。すると、近所の人たちは「安眠妨害だ、近所迷惑だ」と非難するでしょう。「周りの人に害を与えないようにしよう」という姿勢が欠けていると非難します。

ここで、そのグループが「近所迷惑なんて関係ない」と思っている人でない限り、「ついにはしゃぎ過ぎて、ご近所に迷惑になっていることに思いがたりませんでした」などと謝るでしょう。これは、「他人に害を及ぼさないように」という姿勢が欠けていたのではなく、状況把握が不十分であった、と弁解していることになります。

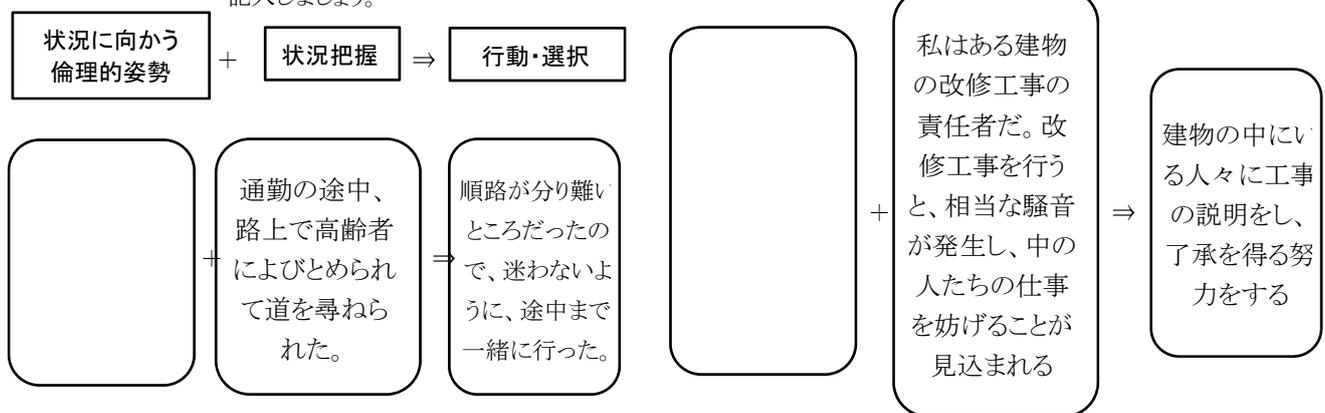
そうすると、迷惑をかけられた人々は、「気付かなかったと言うこと自体が、周囲の害にならないようにという姿勢がちゃんとしていないことになるだろう」と重ねていうでしょうが、多くの場合「今後気を付けてね」と言って、その場は収めるでしょう。つまり、「他人への害なんて平気だ」という人の姿勢への非難よりは、「気付かなかったのは姿勢が不十分だからだ」という場合のほうが、非難の程度が軽いのです。

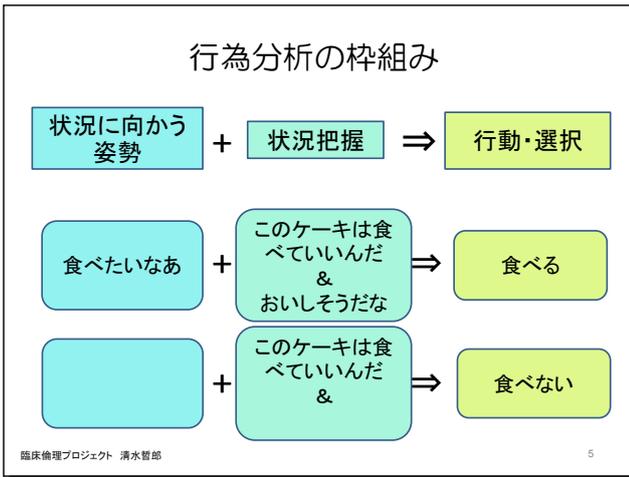
「近所迷惑になることに気付かなかった」という弁解は、通常、非難の程度を軽くしはしても、「気付かなかった・知らなかったのはやむをえないことだ」と認めてもらえないでしょう。このように認められる場合は、非難は解消します。倫理的姿勢はしっかりしていたのだが、やむを得ない事情で状況を適切に把握できず、結果が不適切になってしまった、ということが認められると、倫理的な評価の対象ではなくなるのです(例えば、外国から来たばかりの人が、日本の事情を知らないで、電車の中で携帯を使った場合)。

☆以上のような事情を左のようにまとめてみました。



【ワーク 1】 ☆ 倫理的に適切な行動になるように空白に記入しましょう。





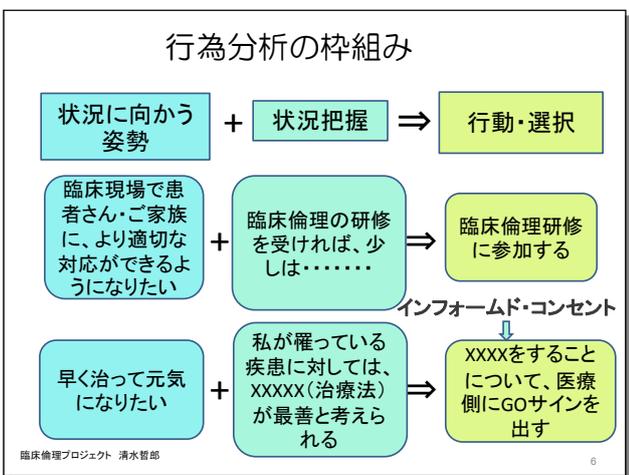
以上でみてきた、倫理的姿勢と状況把握の組み合わせから倫理的に適切・不適切な行動が結果するという分析の仕方は、倫理的な評価を伴わないような場面にも使えます。つまり、私たちは、自分や他人の選択や行動を「《状況に向かう姿勢》と[状況把握]から行動が結果する」という枠で理解しているのです。このことを確認しましょう。

例えば、私は夜、お腹が空いたと感じて、何か食べるものがないかと台所に行き、冷蔵庫の中を探し、ケーキを見つけ、これを食べます。この時私の側には、「食べたい」という姿勢があり、また「ここにケーキがある／これは私が食べても大丈夫だ(家族の誰かが食べようとしてとってあるものではない)」といった状況についての認識が生じています。そして、この姿勢と状況把握が対になって、「ケーキを食べる」という《行動》が結果するのです。

また、ケーキを見つけても、「食べたなら甘ったるくて、後味が悪く、おいしかったと満足しそうでないな(状況把握)などと思う時は、「食べる気がしない」(＝姿勢)ので、食べません。(図の「食べない」結果になる分析の空欄を満たしてみてください。空欄にはこのほかいろいろな場合を入れることができます)

・姿勢と状況把握は状況に応じてさまざまですが、

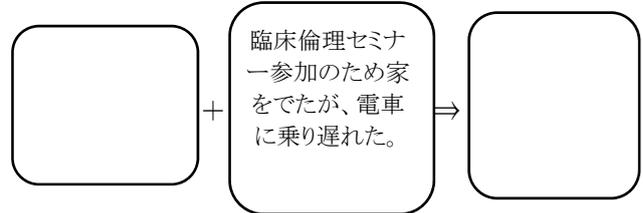
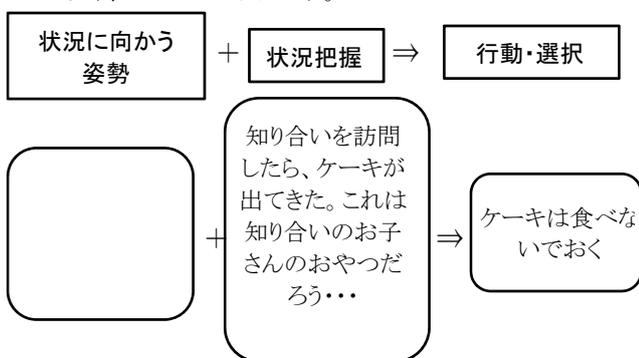
状況把握のほうは、既に起きた事実、現に起きている事実をどう把握しているか、また、今後起きることの見込みをどう捉えているかということが該当します。



状況に向かう姿勢としては「どうしたいか、どうしなければと思っているか」といったように、起きている事実ではなく、それに対応する私たちの欲求や意志(と通常呼ばれるもの)が該当します。

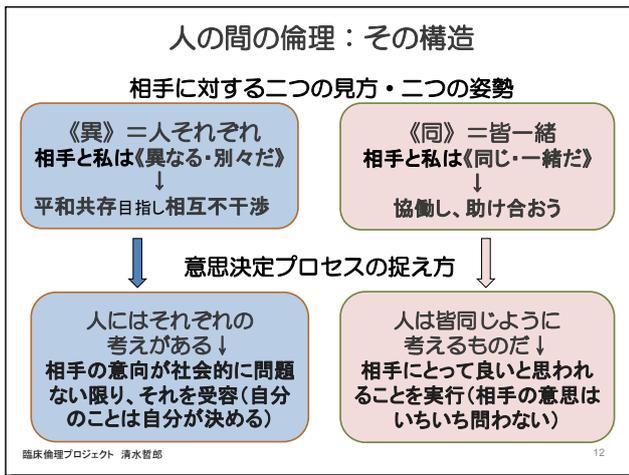
・上の図では、皆さんが臨床倫理セミナーに参加した場合と、患者が自分の状況と治療方針について適切に理解した上で、治療についてゴーサインを出す場合とを挙げています。

【ワーク 2】① 空白を埋めてみましょう。正解は一つではなく、いろいろあります。



- ① 困っている人は助けなくちゃ ( )
- ② 健康のため、糖分は控えめにしておこう ( )
- ③ 近所迷惑なことはしないようにすべきだ ( )
- ④ 夜中に騒ぐと近所に迷惑をかけることになるぞ ( )
- ⑤ 沢山のボランティアが支援にきたので、被災地の人々は喜んでいる ( )

② 右のリストのそれぞれについて、倫理的姿勢になり得るものはA、倫理的姿勢ではないが、状況に向かう姿勢にはなり得るものはB、状況把握はC をつけて下さい



ここで、私たちの社会で一般に成り立っている倫理の構造について私が考えていることを提示しておきます。私たちは毎日多くの人と交流し、様々なやりとりをしています。その際に、相手に対してどのように振る舞うかということについて、様々な[状況に向かう姿勢]と[状況把握]を組み合わせて、対応の仕方を選んでいきます。そのもともと基本的な相手に対する姿勢と把握(理解)の対として、二つの両立しないように思われるものが並存しているのです。

一つには、「相手は私と同じ・一緒だ(仲間だ)」と把握すると、「互いに支え合って生きよう」という姿勢が活性化して、対になり、それに相応しい振る舞いが結果します。この対とそれに伴う行動の様式を《皆一緒》(同の倫理)と呼ぶことにします。

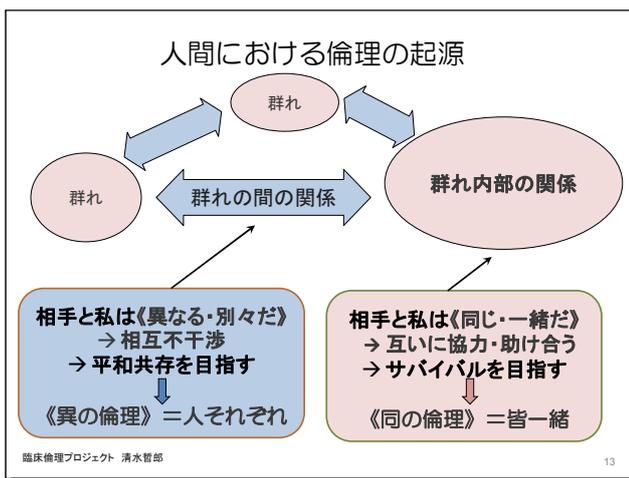
他方、「相手は私とは違う・異なる」と把握すると、(それでも喧嘩しないで平和にやっていくことを目指すならば)「互いに干渉せずに、別々に生きよう」という姿勢が活性化して対になり、《人それぞれ》(異の倫理)という対応となります。

【現在の結果から遡って、歴史的経緯を論理的に考える】

《皆一緒》という人間関係における対応のあり方は、人間が小さな群単位でサバイバルを図ってきた長い歴史をとおして形成された、群の成員に要求される対応の仕方だと考えられます。

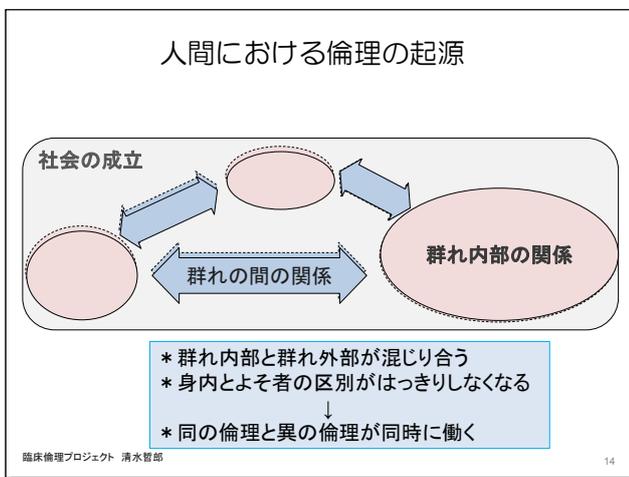
他方、《人それぞれ》という対応のあり方は、群が別の群との間で平和的に共存していくために有効な対応の仕方だったと推定されます。

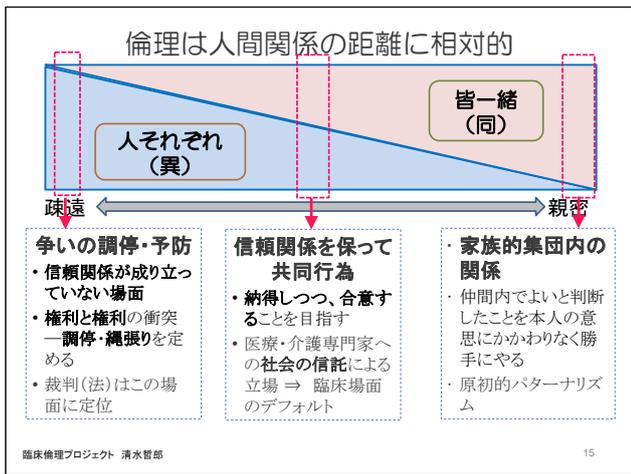
小さい群れがいくつも並行してあった時代、群れ内部では同の倫理、よその群れとの間では異の倫理が生きていたと思われます。「身内」での行動様式と、「よそ者」に対する行動様式が、区別されていたのです。



やがて、小さな群れが並存しているという状況から、変化がおきます。群れと群れが集まって大きな群れあるいは群れ連合となったり、ある群れとは近い関係だが、別の群れとは遠い関係だというようなことが、起きます。ある群れが他の群れを支配下において国のようなものができると、その内部では、人同士が「身内」の関係なのか、「よそ者」同士なのか、判然としなくなります。いわば「より身内」、「よりよそ者」というように相対的になっていくわけです。

このようにして、多くの群が複雑に絡み合い、融合して社会ができる過程で二つの対応の様式が混じり合い、あらゆる人間関係において、私たちはこの二つの対を相手との距離に応じたバランスでブレンドして対応するようになったと考えると、現状をよく説明できます。





☆距離が近い関係の典型は家族です。家族内では《皆一緒》という対応の仕方が今でも支配的です。

群れの指導者や、ある事柄について「物知り」だったり「薬師(くすし)」のような専門家がでてくると、その立場の者がその事柄についての指導者となります。指導者は群れ内部の《皆一緒》の倫理を身につけて行動することが期待されます。こうして、原初的なパターナリズム(お父さん主義)が成立したわけです。このような文化の限りでは、パターナリズムは悪いことではありませんでした。

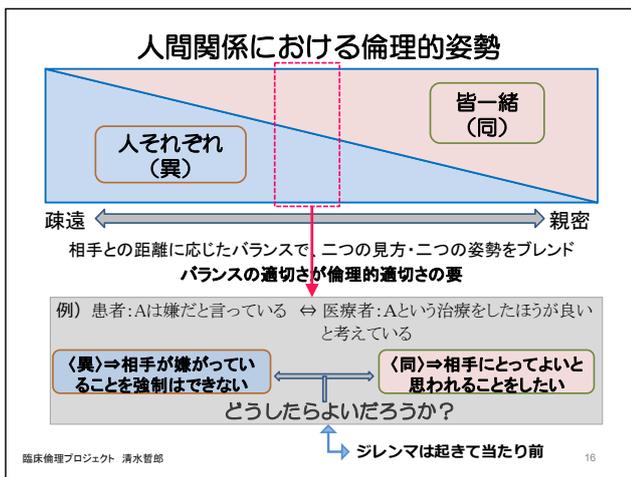
☆他方、疎遠な相手とは《人それぞれ》が支配的な対応がなされることになります。裁判で争う場面は、まさにこのような場面です。

また、ギブ・アンド・テイクの商取引やサービスもこのような場面になります。「それなりの料金を払ってくれば、ご希望通りになんでもいたしますよ」と、文字通り「自律尊重」が支配します。サービス提供者は相手のことを考える必要はなく、ただ、相手の求めに応じればいわけです——代価をとりながら。

制限は、社会的に周囲に害を及ぼす場合にのみかかります。《人それぞれ》で個々が自由に生きる際の制限は、他者危害禁止だけになるわけです。

☆通常、そこそこ親しい人の中では、《皆一緒》と《人それぞれ》が距離に応じた割合でブレンドされています。

医療の場において、医療に従事する者と患者本人・家族との関係においては、《皆一緒》と《人それぞれ》を適切にブレンドすることが社会的に要請されています。ケア従事者と本人・家族はプライベートな場面では、通常見知らぬ同士であり、人それぞれが強いのですが、社会の信託をうけてケア専門家として行動する際には、《皆一緒》をそれなりにブレンドすることが役割上要請されているわけです。そういう関係であることが前提されて、患者本人も初対面のケア従事者に対して、信頼を基礎にしないとできない行動をします(必要に応じて、裸になって診察を受けるなど)。



そこで例えば、医療者たちはある患者さんに対してAという治療が最善だと考えているが、本人はそれは嫌だと言っている、というような場合を想像してみてください。

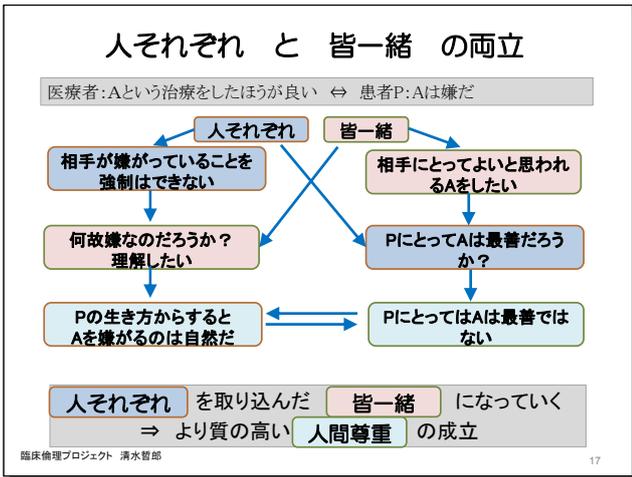
医療者たちは、Aという治療を本人にして差し上げたいと思います。相手にとってAが最善なのだからやりたいのです。本人がやることをOKしてくれればと思います。このようにして《皆一緒》という姿勢が活性化しています。

しかし、他方で、本人が嫌がっていることを強行するのはまずいとも思っています。つまり、《人それぞれ》という姿勢も活性化しているのです。

そして両方の姿勢から結果する「どうするか」が一致しないので、ここでジレンマ状態になるわけです。しかし、このように考えると、このよ

なタイプのジレンマは、《皆一緒》と《人それぞれ》という両立しない二つの姿勢が人間同士の間にも並存していることに由来しているわけです。人間関係の倫理の基本的構造が、このようなジレンマが起きるようなものとなっているのです。

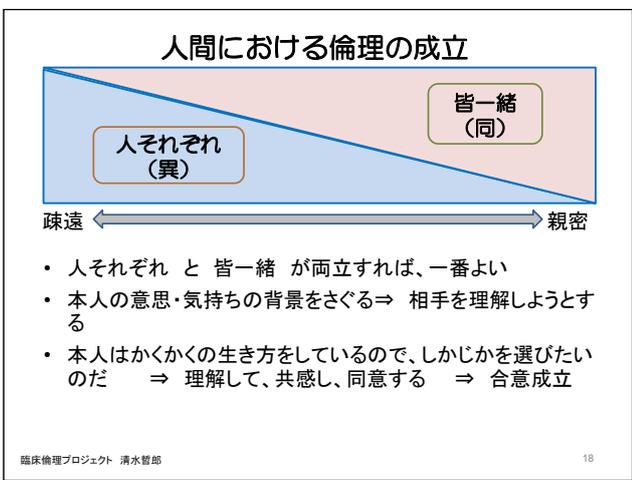
【ジレンマへの対応】以上のようなわけですから、ジレンマが起きることは避けられないことで、倫理的にまずいことではありません。しかし、だからといってジレンマをそのまま放置してよいわけではありません。



ジレンマをどう乗り越えていくかも、以上の〈皆一緒〉と〈人それぞれ〉という理解からできます。

左の図は、ジレンマを感じるところから出発しています。〈皆一緒〉からすると「相手にとってよいと思うことをしたい」けれど、〈人それぞれ〉からすると「相手が嫌がっていることを強行できない」のでした。ここで、〈人それぞれ〉からする「嫌がっていることを強行できない」ということをそこで終らせないで、〈皆一緒〉が働きます：「何故嫌なのだろうか？理解したい」と。また、「相手にとって良いと思うAをしたい」のほうに、〈人それぞれ〉からの省みがなされます：「本人にとっても、Aは最善なのだろうか？」と。

ここから先は、場合によってさまざまですが、スライドでは上のように考え進んだ結果、相手の言うことがもっともとなった場合を示しています。このように〈皆一緒〉と〈人それぞれ〉が相互に働くことによって、より高度の倫理的姿勢が成立するといえます。



### 【ワーク 3】

☆ 以上のトピックで語られたことについて、どう思いますか。こういう考え方でうまく説明できそうなこと、倫理について考える上で役に立ちそうな点などあるでしょうか。また、おかしいと思う点はありませんでしたか。こういったことを自由に記述してください。

# 臨床における倫理の基礎

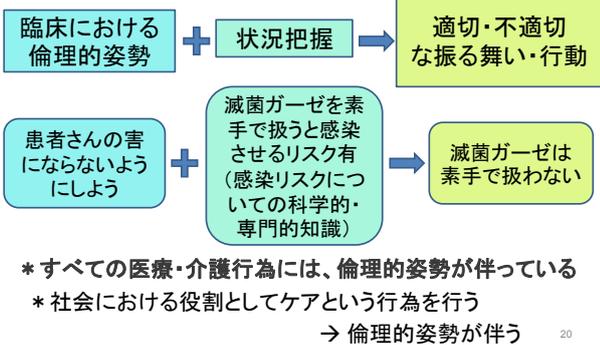
## 2. 臨床場面の倫理 (医療・介護の倫理原則)

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎

19

医療や介護の場で、ケア従事者たちの活動における倫理も、基本的には以上でみてきた、人間同士の関係において働いている倫理と変わるものではありません。ただ、医療・介護という社会の仕組みになったケアに従事しているという状況にもなって生じていることがあります。それを見ていきましょう。

### ケア活動は倫理的なもの



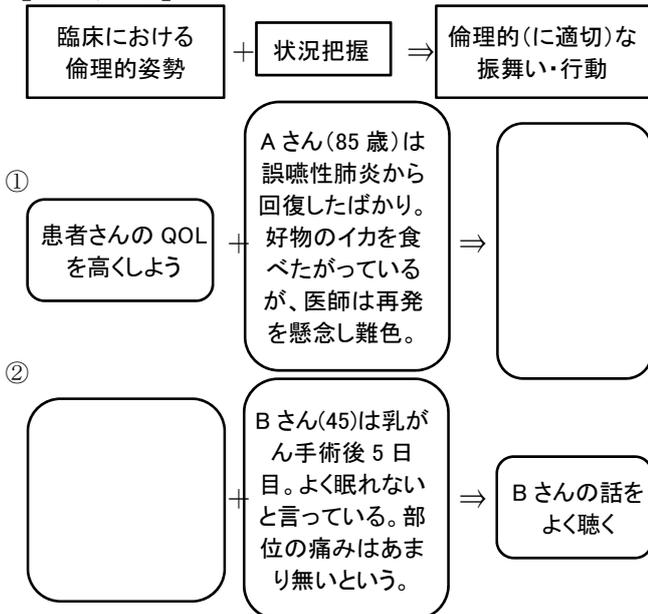
臨床倫理プロジェクト 清水哲郎

20

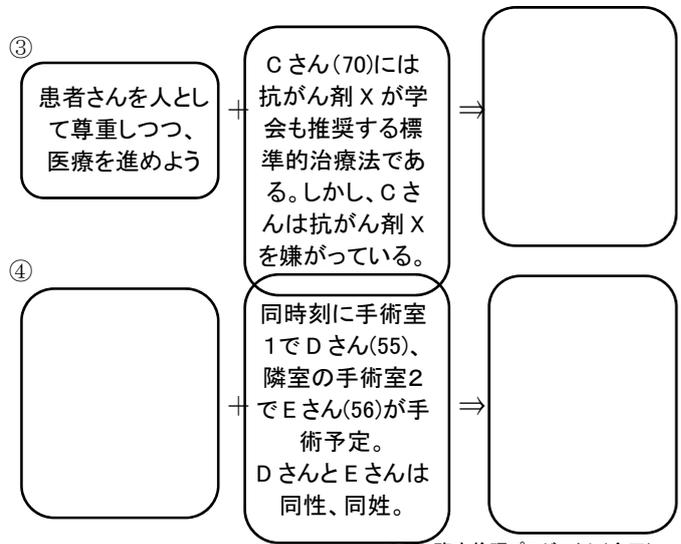
例えば日々行っている包帯交換という作業において、滅菌ガーゼは素手で扱わず、殺菌したピンセット等で扱います。この行動はどう理解できるでしょうか。——さしあたって次のように答えてみましょう:素手で滅菌ガーゼを扱うと、手の雑菌が滅菌ガーゼについてしまうので、そのガーゼを患部にあてたら、患部に雑菌がうつって感染が起きる恐れがあります。その感染は身体の奥へと進行してしまうかもしれません(以上は状況把握です)。

以上の状況把握から「滅菌ガーゼは素手で扱わない」という行動が結果する際には、「患者さんの害にならないようにしましょう」という倫理的姿勢が活性化しています。この姿勢があるから、「滅菌ガーゼを素手で扱うと感染が・・・」という専門的知識が、素手で扱わないという選択・行為に結びつくのです。

### 【ワーク 4】

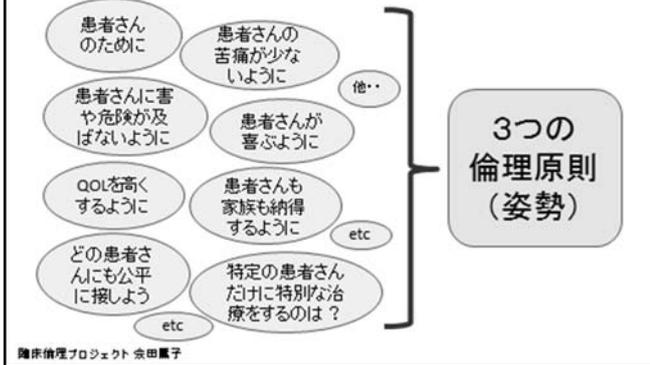


\* 自らの置かれた状況を把握することと、その状況に対応する倫理的姿勢をとることとを分けて考えることを練習しましょう。



出題 臨床倫理プロジェクト(会田)

## 臨床現場における 医療・ケアスタッフの姿勢と倫理原則



臨床の場で医療・ケア従事者が活動をしている時にとっている倫理的姿勢は、いろいろな表現ができます。その時々になんらかの姿勢と状況把握に分けて考えることができます。そのように表現された姿勢の例が左の図に挙がっています。

それらの姿勢の間で、似たもの同士をまとめて、より一般的な姿勢として表現するというのを繰り返して試みていくと、ごく少数の(3つ、4つ、せいぜい6つ)、これ以上は他のものとまとめられないような、ごく一般的な基本的倫理的姿勢にまとめることができます。これが、いわゆる臨床の倫理に関する「倫理原則」と言われるものです。

## 臨床の倫理原則

ビーチャム & チルドレスの4原則	臨床倫理3原則(清水 ≡ ベルモント・レポート)
respect for autonomy (自律尊重)	人間尊重
Beneficence (与益 善行)	与益
non-maleficence (無危害)	
justice (正義)	社会的適切さ

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎

医学系では、ビーチャムとチルドレスによる別表のような4原則のセット(自律尊重、与益、不加害、正義)が現在半ば定説のように流通しています。

臨床倫理プロジェクトは3原則を提唱しています。これの4原則との違いは次の点です。

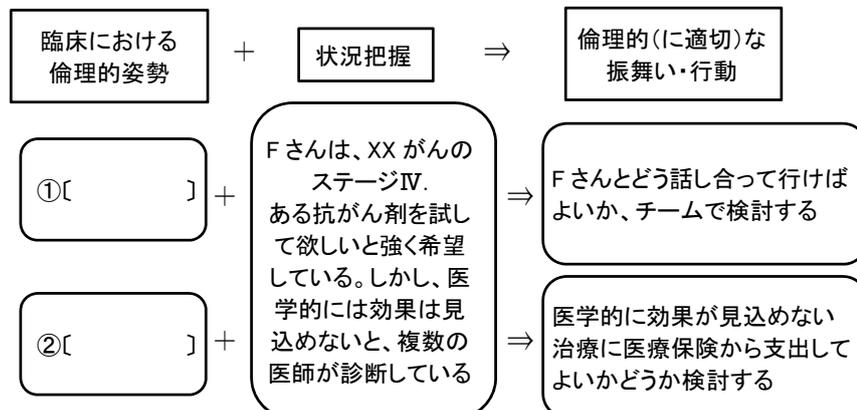
- ① 自律尊重は、人間尊重の一部ですが、これだけでは、相手を人として尊重することをカバーできません。相手を理解しようとする、共感を持って接すること、相手に寄り添うこと、信頼関係といった、ケアの態度として重要なことも、人間尊重には含まれます。
- ② 4原則の与益と無危害(不加害・無加害・無害とも)をまとめて、与益としています。これは理論的な問題で、実践的にはどちらも同じこととなりますので、あまり気にしないでよいと思います。

「善行」ではなく「与益」としている点は、14頁の説明を参照。

日本看護協会は、以上の4原則に誠実と忠誠という二つを加えたものを推奨しています。これはFryとJohnstoneの看護倫理にあるものですが、これら二つは3原則では人間尊重に含まれます。

看護協会推奨:[4原則+2原則, Fry & Johnston]	臨床倫理3原則(清水 ≡ ベルモント・レポート)
respect for autonomy (自律尊重)	人間尊重
beneficence (与益 善行)	与益
non-maleficence (無危害)	
justice (正義)	社会的適切さ
veracity (誠実 / 正直・真実)	→ 人間尊重 (& メタ原則)
fidelity (忠誠/忠実)	

【ワーク 5】 (次々頁の各倫理原則の説明をみてから考えてください)



問題 左の例は、一つの状況把握に対応して、二つの基本的な倫理的姿勢が働いた結果、医療チームとして二つの点について検討するという行動をとることになったというものです。

この場合、①と②のそれぞれには、どのような姿勢が入るのでしょうか。それを倫理原則で表すと、どの原則が当てはまるのでしょうか。(複数あると考えられる場合は、結果としての行動・選択)を結果するために要となるものを挙げてください。

出題 臨床倫理プロジェクト(会田)

社会化したケアである医療・介護

- ・〈ケア一般〉に不可欠の要件
  - ① 進め方: コミュニケーションのプロセスを通して進める
  - ② 目的: 相手にとってできるだけ善いようにと心がける
  - ☆この限りでは、「皆一緒」が支配的 →  
プリミティブなパターンリズム
- 〈社会の仕組みになったケア〉に不可欠の要件
  - ③ 社会的視点に立つことが要請される
  - 例えば: 必要としている人に公平にケアを提供
  - ケアの相手 仲間 → 見知らぬ人(初対面の人)
  - 「皆一緒」に加えて「人それぞれ」が①に入ってくる

臨床倫理プロジェクト 清水智郎

22

以上では、倫理原則のセットを、医療・ケア従事者たちが携えている倫理的姿勢の事実に基づいて、一般的・包括的な倫理的姿勢(=倫理原則)を見出すという考え方で、倫理原則を説明しました。ここでは、前のトピックで扱いました、《皆一緒》と《人それぞれ》という倫理の要素、およびその歴史的成立についての論理的推測についての考え方をを使って、倫理原則は医療や介護の《社会化したケア》という定義から導出できることを説明します。

☆ 私たち人間は、遠い昔から群れをつくって生活しており、その仲間内でケア(世話)をし合ってきました。この状況では、ケアというあり方は、群れとしてのサバイバルのために必要であったわけ、群として生きていくことの核心部分に、ケアし合うという活動が

あったわけです。人間におけるこのような原初的な《ケア》について、これが《ケア》であるための要件を考えてみましょう。

例えば、「お腹が空いたよう!」、「痛いよ!」と自分の子どもから言われたら、母親はどう対応するでしょうか——まず、子どもにとってどうするのが良いかを考えて、「よしよし、今ご飯をあげるからね」、「おお、可哀そうに、痛いの痛いのとんでいけ!」などと応じます。

また、言葉、身振り、仕草による人間同士のコミュニケーションのプロセスを通してケアを進めています。「この子は食べたがっているけれど、ちょっと下痢ぎみなので、しばらく食べないほうがよい」と考えて、「もうすこし我慢しようね」などと応じるかもしれません。子が求めることに何でも応じるのではなく、子にとってできるだけ良いようにと考えて応じます。このように考えてくると、ケアに必要な姿勢として、図の①と②があげられます。

☆現代の医療や看護が原初的なケアと違うところとしては、知識・技術が高度化したということもありますが、ケアの性格としては、“社会の仕組みになった”という点が肝要です。小さな群れの中では、メンバーは知り合い同士でしたが、社会においては互いに知らない場合が大半です。つまり、原初的なケアは《皆一緒》の倫理の下でなされていましたが、現代の医療・介護は、《皆一緒》を受け継いだ上で、《人それぞれ》の倫理が①等に入ってきているのです。

また、ケアが社会が行う活動になったことにより、それを実行する医療等の従事者は社会的視点に立つことが要請されるようになりました。こうして図の③の性格が追加されました。

医療者の倫理的姿勢—臨床の倫理原則

- 〔活動の進め方〕人間尊重: 相手は人だものではない
- コミュニケーションを通して
  - 人それぞれ → ①自律尊重(respect for autonomy)
  - 皆一緒 → ケアの態度、相手を理解する、気持・存在を尊重

- 〔活動の目的〕与益: 相手の益になるように
- ②与益(beneficence) + ③不加害(non-maleficence):  
両者を合わせ、相対的に評価
  - 物差し 皆一緒 → 共通の価値観  
人それぞれ → 個人的価値観

- 〔社会的視点〕社会的適切さ: 社会的視点でも適切に
- ④正義(justice) 公平・公正
  - 社会自体が【人それぞれ】と【皆一緒】のブレンド
  - 社会のあり方の選択に、何が適切かは相対的

臨床倫理プロジェクト 清水智郎

23

以上を整理すると、左図のように、臨床倫理の3つの倫理原則としてまとめることができます。医療活動に携わるときに、私たち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。そしてこれらは、「倫理的姿勢」の要件を満たしてもいます。

☆ 以上でトピックは終わりです。次ページは本筋にもどって、3原則のそれぞれについての説明になります。

## 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
    - 基本はコミュニケーション
  - 相手は人間なんだ、人間に対する姿勢をとろう→
    - 同の姿勢 → ケアする姿勢／相手を人＝仲間として接する
    - 異の姿勢 → 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

臨床倫理プロジェクト 清水智郎

24

医療・ケア活動に相手は「物」ではなく、「人」です。そして、相手を人として対応することの要が「コミュニケーション」です。治療方針等について、話し合いを通じて互いに納得できる選択を目指すとき、互いに人として相手に接しています。

確かに、「本人の自律を尊重する」ことは、人間尊重の大事なポイントです。「自律」とは、個々人が理性的に見通しを立て、自分で自分の道を選ぶ(自己決定)というあり方のことです。しかし、人は互いに独立した自由な存在であるだけでなく、相互に支え合って生きる存在です。また、理性だけではなく、感情も兼ね備えています。

たとえば、日頃は理性的に物事を判断し、ときばきと選択をしている人が、生命にかかわる疾患に罹ったと知らされて、パニック状態になることもあるでしょう。そのような状態を受け止め、共感をもって応えることは、倫理的姿勢に発する対応です。「人間として尊重する」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。

## 与益：相手にとって益になるように

- 益と害のバランス ⇒ 益と害のアセスメント
- アセスメントの際の物差しは？
  - 皆一緒 → 大方の人に共通の価値観：ケア提供者がさしあたって持っている物差し いのちの長さとQOL(一般的)
  - 人それぞれ → 本人の個人的価値観(含：個人的QOL)：コミュニケーションを通して理解しようとする物差し
- 社会的適切さに反しない限り、個人的価値観を許容
  - (例) 悪性度の高い感染症に罹った人は、本人が自由になりたいと言っても、社会としては、隔離して、害が周囲に及ばないようにする
  - (例) 治療を受けないことが周囲に害を及ぼさない場合は、本人が嫌がっている治療を強行できない。

臨床倫理プロジェクト 清水智郎

「相手の益になるようにする」という意味で「与益」という語を使っています(ここで「与益」と訳した“beneficence”は、生命倫理・臨床倫理関係の書籍では「善行」と訳されることが多いですが、英語がもっている明確な意味をぼやかしてしまうので不適切です)。

☆ 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、ケアの本質に含まれ、医療者にとって当然の姿勢です。

☆ 仲間内でのケアにおいては、本人にとって良いと皆が思うことをそのまま本人に対してやっていました。しかし、医療は社会的な活動となった(=社会化した)ため、ケア従事者は、社会から見知らぬ人(自分たちとは異なる生き方・価値観を持っているかもしれませんが)にも公平にケアをするよう要請されています。そこで、医

療・介護従事者たちが共通にもっている価値観と、本人の価値観・人生観の双方を考える必要がでてきました。

☆ 多くの治療には益だけでなく害も伴います(たとえば副作用)。そこで、医療においては「できるだけ益になるように(与益)」と「害にならないように(無加害：「不加害、無危害、無害」なども訳されます)」との2つをまとめて目指します。たとえば、様々な治療方針の候補のなか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(どれがましか)を考えます。

## 《社会的適切さ》をめぐって

- 社会の仕組みになった医療・介護：
  - 社会として医療・介護を行うことを選んでい
  - 活動における皆一緒と人それぞれのバランスが必要
  - 社会が医療に要請すること：公平・公正
- 適切さは「私たちはどういう社会を選ぶか」に相対的
  - 皆一緒と人それぞれのバランス
    - 高福祉・高負担 ↔ 低福祉・低負担
  - 皆一緒 → 個々を支える／全体への配慮
  - 人それぞれ 相互不干渉 → 他者の負担を避ける
    - パイの大きさと配分

臨床倫理プロジェクト 清水智郎

26

この原則は、「正義 justice」原則と言われているものに該当します。現代の医療においてケアが「社会化した」ことに伴って倫理面に付加された最も明確なことが、「社会的視点でも適切であるように自らの医療・臨床行為をチェックする」という点です。

☆ プライベートなケアの場合は、自然の情に従って行動していれば大体は事足りていたのです。しかし、「社会の仕組みになったケア」においては、社会からの期待・委託に応じてケア提供者は相手を選び好みせずに公平に対応することが求められます。

☆ 患者本人にとって最善のケアであっても、それをすることが周囲の人の害や不公平になる可能性がある場合、それが適切かどうか

かをよく検討しなければなりません。 ☆ 社会的にどうあることが適切かは、社会のあり方に相対的です。

## 臨床における倫理の基礎

### 3. 人生と生命

#### 物語られるいのちと生物学的生命

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎

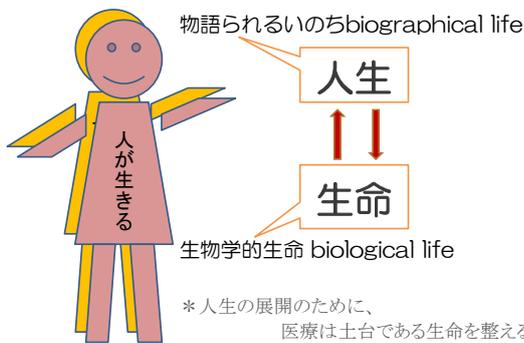
27

《人生》も《生命》も英語では 'life' になるでしょう。でも、人生と生命では意味が少し違います。その違いを、『物語られるいのち』と『生物学的生命』と呼んで区別してみます。

医学的に人間の身体に介入して、本人の利益になることを目指すときに、この二つの見方の違いを理解しておく必要があります。

ここから「ある医学的介入をすれば延命効果が見込まれると医学的に判断される場合は、いつもそれを実行すべきなのか？」という問いに答えることができるようになります。

#### 人のいのちの二重の見方



臨床倫理プロジェクト 清水哲郎

28

#### ■人生＝物語られるいのち

《人生》は物語られるものです。ある人の《人生》は物語りとして言及されます。そもそも、物語られてこそ《人生》なのです。

私たちは自分の人生を、「これまでどのように生きてきたか」、「今何をしているか」、そして「これからどうしたいか」という物語りとして語ります。私はそのように語られた私の人生を生きつつある者として、周囲の人から理解されます。

人生の物語りは自分ひとりで創るものではありません。周囲の人々の物語りと交叉し、それらに支えられつつ形成されていきます。

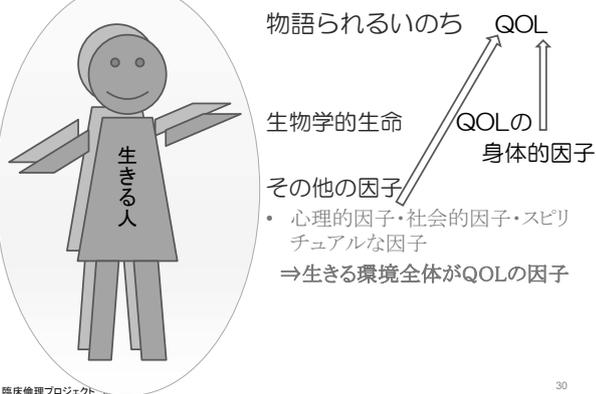
#### ■生命＝生物学的生命

人生と対比される《生命》は、身体的ないし生物学的な生命として把握されます。医療の場では、医療者が生物学を背景にした医学の理論を携えつつ、身体を調べ、身体に対して「医学的介入」をします。この時、医療者が働きかけている対象が『生物学的生命』です。

#### ■《人生》の展開のために、医療は土台である《生命》を整える

『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。この身体が『生物学的生命』として動き続けているからこそ、私は人生の物語りを紡ぎつつ、このいのちを生きることができるのです。

#### 人のいのちの二重の見方

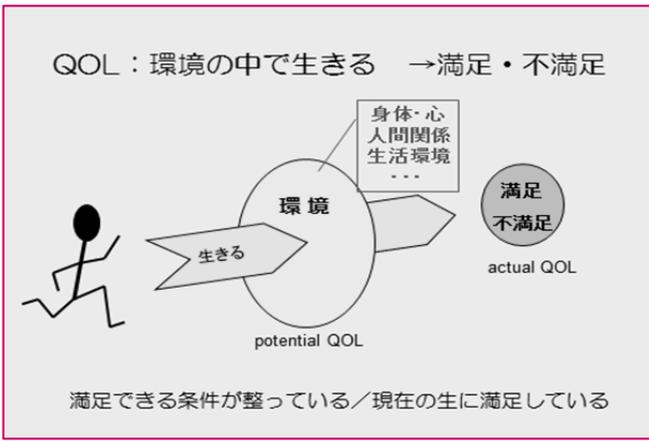


臨床倫理プロジェクト

30

ということは、私の人生(の物語り)がより豊かになり、より広がっていくことに価値があるからこそ、『生物学的生命』が続くことはよいことだと評価されるのです。つまり、『物語られるいのち』は『生物学的生命』の価値の源なのです。

☆ QOL (quality of life / 生活の質) は、物語られるいのち(人生)についての評価です。これは、本人が現在の生を生きだした結果どれほど満足しているかの評価であるということが出来ます(結果としてのQOL)。ただし、医療・介護をはじめとして、人々のQOLを高め、あるいは保持しようとするとする活動においては、ある人の生がどのような状態であれば(結果としてのQOL)が高くなるかを検討し、QOL



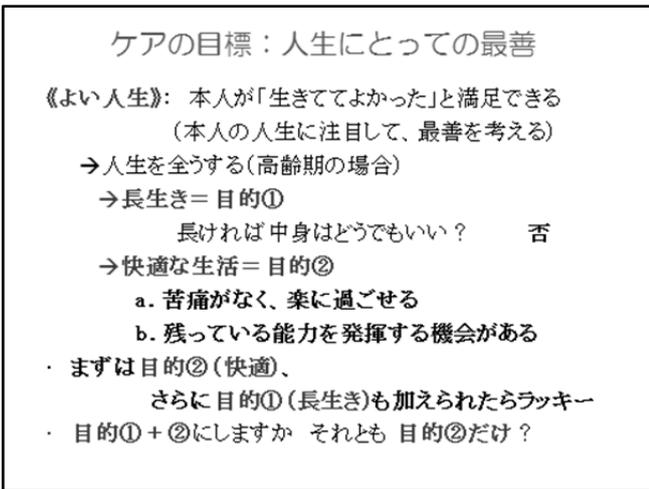
に影響する要因を見出しています。そこで、QOLを高め、保持しようとする際には、その要因がどのような状況であるかを見て、結果としてのQOLを推定しています。このようにQOLを見ている時には、QOLのポテンシャルをできるだけ高く保とうとしていることになりま

す(ポテンシャルとしてのQOL)。結果としてのQOLを左右する要因をもっとも一般的に言えば、「本人がどれほど自由であるか、ないし本人の人生の選択の幅がどれほど広がっているか」であり、この程度がポテンシャルとしてのQOLの評価であることとなります。

生物学的生命は、QOL(評価)を上げたり・下げたりする因子の

一つで、医療においては主要な因子です。が、これと並んで他の諸因子があり、結局私たちが生きている環境全体がQOLの因子だということになります。

また、生物学的生命に起きたこと(例えば下半身麻痺)が、QOLを下げている場合に、医学的介入によって問題を解消するという仕方方でQOLを高めるという方途の他に、生命以外の環境に働きかけることによってQOLを高めるということもあります(車椅子を使える環境にする・車椅子で動き回れるように道路等を整備する等により、下半身が麻痺したままでも、動き回れるようにする、など)。



#### ☆ 人生にとっての最善を目指して、生命への介入を検討する

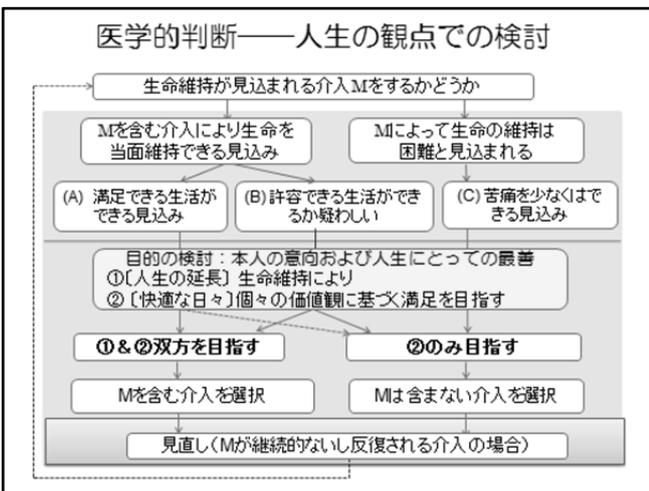
一般に生命維持効果があるとされる医学的介入Mを例にとって考えましょう。ある事例で、これを行えば生命が延びる見込みがあるが、やらなければ近い将来の死が免れないという場合には、これを選択すべきでしょうか。上述の考え方からは、そうとは限らないこととなります。生命が延びることによって、人生が延びることが、本人にとって最善かを考える必要があります。それは延びた人生の内容を考えることにもなります。

左上の図では、高齢者の場合を想定して、①人生がより長く続くことと、②人生の内容である日々の生活がどうか(快適かどうか=QOLがそれなりに高く保たれるかどうか)と、2つのポイントで考え、①と②の双方を目指すか、②だけ目指すほうがよいかを考えることを提唱しています。

この考え方を要として、上述の介入Mをするかどうかを考える順序を左下の図のフローチャートにしてみました。すなわち、

○専門家から医学的判断を出してもらいます。Mによって生命維持効果が見込めるかどうかだけでなく、延びた生命の中身についての見込みが必要です。

○これをベースにした上で、本人の人生を考え、本人の意向と本人にとっての最善とを考え併せ、上述の①と②双方を目指すか、②だけを目指すかを選択をします。ここは、関係者が皆で考えるところですが、次項「意思決定プロセス」を参照してください。



○①と②双方を目指すなら、介入Mを選ぶことになります。②のみを目指すならば、Mは選びません。ただし、一度選んだからといってそれで選択は終わりではありません。実際にやり始めてからも、折にふれてこのフローチャートを辿り直してみます。そして、身体の衰えなどにより、やがて「②のみを目指すのが本人にとって最善だ」となったなら、介入Mを終了する時がきたのです。

## 生命の二重性

### 生命

物語られるいのち  
ナラティブ(narrative)  
人々との関わりで形成

生物学的な生命  
数値データ、evidence

(清水)

臨床倫理プロジェクト 会田真子

30

## 物語 narrative 物語り

「人は人生を物語りとして把握している」

清水哲郎

「生きるとは、自分の物語をつくること」

河合隼雄

「人間は自分の物語を紡ぎながら生きているが、  
自分が主役ではない物語があると気づくことで  
成長する」

臨床倫理プロジェクト 会田真子

31

## 生命の二重性

QOL・本人らしさを決める

### 生命

価値観・人生観・  
死生観を反映

物語られるいのち  
ナラティブ(narrative)  
人々との関わりで形成

生物学的な  
生命の価値  
を決める

個別で多様

生物学的な生命  
数値データ、evidence

(清水)

臨床倫理プロジェクト 会田真子

32

## 臨床における倫理の基礎

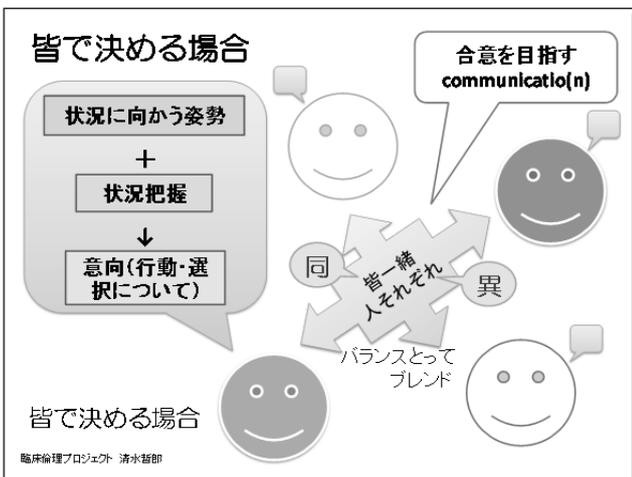
### 4. 意思決定プロセス 情報共有から合意へ

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎

30

私たちは日々、数多くの意思決定プロセスをたどって、自らが行うことを選んでいきます。朝起きて、「何を着ようか」、「何を食べようか」から始まって、あらゆる意識的行動について、選ぶ際にそれなりのプロセスがあるわけです。意思決定プロセスは大きく分けると、自分だけで決めればそのまま実行できる場合と、関係者の間で一緒に決めないと実行に移せない場合があります。医療・介護の意思決定プロセスは後者に他なりません。

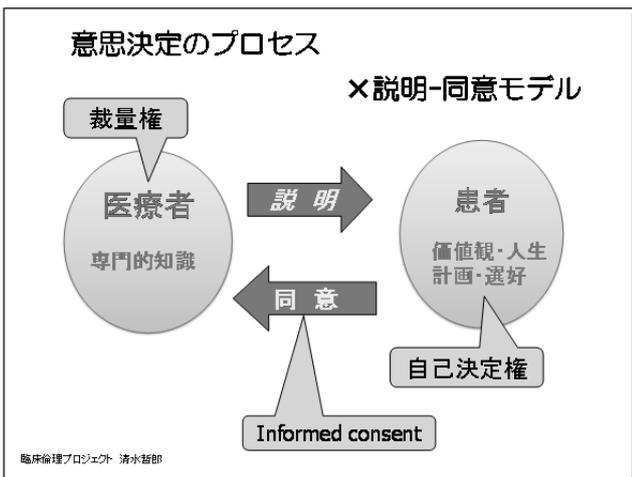
自分だけで決めれば済むことについては、[状況に向かう姿勢+状況把握→選択・行動]という、既に出てきた構造で理解できます。



人間の行為には、独りではなく、複数の人間で一緒に行うものがあります。そのようなものについては、何をどのようにするかを共同で決めるプロセスが伴ってきます。ここでは、参加している者のそれぞれに「自分としてはかくかくしたい(して欲しい)」という意向が生じるプロセス(状況に向かう姿勢+状況把握→意向)と、各人の意向を調整して、何をするかを共同で決めるプロセスがあるわけです。このプロセスを、治療方針を決める場面で考えてみましょう。

**【informed consent】** 「インフォームド・コンセント」は、本来は、医療方針の決定に際しては、患者が自分の状態や治療について「よく分った上で」(つまり、「informed」＝情報を得ている＝ということ)、医療者から提案された治療(の一つ)を自分に加えることに「同意する」(つまり、「consent」)という意味の用語でした。そして、医療者は、ある治療が本人にとって最善であると判断したからといって、勝手にそれを実行するのは不適切であって、本人の「よく分った上での同意」を得た上でなければ、その治療を行ってはならない、という考えが、この用語に伴っていたのです。

**【説明－同意モデル】** しかし、この語が日本に導入された時に、インフォームド・コンセントは「説明と同意」のことだと解説されたため、「説明と同意」全体を指す和製カタカナ英語「インフォームド・コンセント」ができたのです。皆さんの医療機関でも、医師が患者・家族と面談をして説明することを「IC」(つまり、informed consentの頭文字をとった略記です)などと言うようになっていませんか。



加えて、「説明と同意」と解説されることによって、日本の医療現場において、これが意思決定プロセスの構造を示すものであるかのように使われるようになりました。つまり、治療方針決定という場で、医療側の役割は「候補となる選択肢について、適正に説明する」ことであり、本人は「それを理解して、どうしたいか(家族と話し合うなどして)決める」というプロセスが想定されるようになったのです。この場合、医療側は許容できる選択肢の範囲を決めています(医師の裁量権)——本人はその中から希望するものを選び、その選んだことについて医療側に実行することの同意を与えます(患者の自己決定権)。

## 「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)

臨床倫理プロジェクト 会田薫子

20

上記の《説明と同意》モデルは、本人の《自己決定》を要としていますが、自己決定という考え方は、米国の社会状況の中で成り立ったもので、そのまま日本に輸入してうまく行くとは限りません。

米国においては、まず、アフリカ系アメリカ人たちが、ヨーロッパ系アメリカ人との間にある社会的差別をなくすべく立ち上がった公民権運動が起きました。次にその影響下で、男性の支配下にある女性の解放運動、また、売り手の企業が情報を出さずに、主導権をにぎっている状況に対して、消費者の権利を主張し、情報公開をもとめた運動等が続きました。その線上で、医師に対する患者の権利を主張するものが、患者の自己決定権だったのです。

参考:秋葉悦子『人格主義生命倫理学』(創文社、2014)』

医師-患者関係についてRoter 2000年の論に基づいて概観します。まず、左図は、医師と患者の力関係と、意思決定プロセスのあり方の特徴を示したもので、ここでは、医師の力が強く、患者の力が弱い場合について説明しています。このような両者の関係は、父権主義(パターナリズム)と呼ばれるもので、①目的は医師が設定する、②患者の価値観は医師が推測する(かくあるべしと患者は思っているだろうと医師は推測する)、③医師は患者に対して「保護者」の役割を果たす、という特徴があります。

## 医師-患者関係のプロトタイプ

		医師の力(power)	
患者の力		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	

臨床倫理プロジェクト 会田薫子

(Roter, 2000) 21

右図は、父権主義に対して対抗的に登場した消費者主義の考え方を示しています。つまり、意思決定上、医師の力は弱く、患者の力が強い関係です。ここでは①目的は患者が設定する、②患者の価値観は患者自身がわかっており医師に示すことができるので、医師と相談する必要はない、③医師の役割は「技術的相談役」にすぎない、となります。これが「説明と同意」モデルの背景にある理解です。

## 医師-患者関係のプロトタイプ

		医師の力(power)	
患者の力		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	

臨床倫理プロジェクト 会田薫子

(Roter, 2000) 22

しかし、現在では、さらに進んだ考え方が登場してきています。つまり、両者の力は共に強いあり方で、相互参加型と呼ばれます。ここでは、①目的は共同で設定する、②患者の価値観は共同で検討する、医師の役割は、患者の「助言者」である、という特徴がみられます。このように、共同ということが要になりますので、両者のコミュニケーションを重視する考え方であることとなります。

「説明と同意」モデルに代るものとして、本臨床倫理プロジェクトが提唱する考え方は(これは日本の現場で生まれたものですが)結果としてこれに該当するものとなっています。(会田)

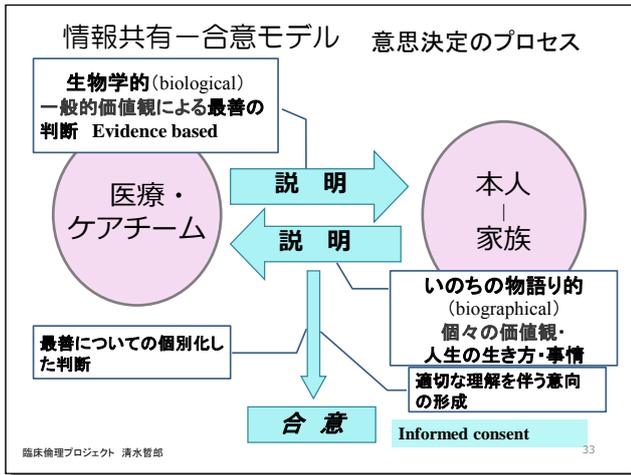
## 医師-患者関係のプロトタイプ

		医師の力(power)	
患者の力		強い	弱い
強い		相互参加型	
目的設定		共同で設定	
患者の価値観		共同で検討	
医師の役割		助言者	
弱い			
目的設定			
患者の価値観			
医師の役割			

臨床倫理プロジェクト 会田薫子

(Roter, 2000) 22

**コミュニケーション重視**



### 【情報共有—合意モデル】

今では、《説明と同意》モデルが示すような、医療側と患者側の権限・権利の調停をするような発想は、その発祥の地米国でも、もはや支配的ではありません。臨床現場では両者のコミュニケーションを重視し、治療方針の決定についてよりきめの細かい考え方がでてきています。

医療従事者と本人・家族の間で信頼関係を大事にし、お互い納得ずくで意思決定をしようとする、両者の間で情報が共通していることが大事になります。人は、何かを選んだり、行ったりする際には、〈状況に向かう姿勢〉と〈状況についての把握〉の対によって、選ぶ結果が決まるのです。その人がもっている価値観は〈状況に向かう姿勢〉に含まれます。〈状況についての把握〉は、選ぶ際にその人がもち、使っている情報に他なりません。

このような考え方を、複数の者たちが一緒に決める場面に適用して、より具体的にしたものが、ここに提示する〈情報共有から合意へ〉というプロセス把握です。

情報共有—合意モデルは、「本人が決める」ことを推し進めようとするものです。ただし、「本人だけで決める」とは言いません。そうではなく、「皆で決める」のですが、これは、本人を「あなた決めなさい！」と突き放すのではなく、本人が納得し、安心して自分で決められるように、周囲の者たちで支えているのだ、ということなのです。

また、「人それぞれ」に配慮しつつ、「皆一緒」を求めています。

《皆で決める》と《自己決定》の狭間で

- 本人が決める ×本人だけで決める  
○皆で決める  
- 「人それぞれ」に配慮しつつ、「皆一緒」を求める  
- 「本人の意向」と「本人の人生にとっての最善」の双方で選択を支える
- 本人の人生と生き方を理解する  
→ 本人の生き方を尊重する  
(単に個別の選択についての意向を尊重するのではない)  
- ACP(アドバンス・ケア・プランニング:今後のケア計画を検討するプロセス)に通じるコミュニケーション

臨床倫理プロジェクト 清水智郎

つまり、本人のかけがえのない個別の一回限りの人生にとって何がよいかを考え、それを大事にすることにより、皆が一致することを目指しています。そのためにも、「本人の意向」と「本人の人生にとっての最善」の双方で選択を支えることが大事になります。

☆ この理解によれば、単に個別の選択についての意向を尊重するのではなく、本人の人生と生き方を理解するし、本人の生き方を尊重することで、真の人間尊重を実行しようとしています。

情報共有—合意モデルの考え方をある時点での治療選択にとどまらずに、継時的・包括的なケアについての話し合いに拡張すると、ACP(アドバンス・ケア・プランニング:今後のケア計画を検討するプロセス)について勧められているコミュニケーションとなります。

《説明と同意》と《情報共有—合意》という意志決定プロセスのモデルの間の相違についてみておきましょう。《説明と同意》モデルは、医療側と患者側の関係について《人それぞれ》に傾いた理解をしていることとなります。つまり、両者はそれぞれのいわば「縄張り」を決めて、「この範囲は医療者が決めます(医師の裁量権)」——「この範囲は患者が決めます(患者の自己決定権)」というように分け、それぞれが自分の縄張りの中のことを決める、という考え方になっているからです。

→ 説明と同意モデルの決め方は、「喧嘩を避ける」やり方で、信頼関係が成り立ってなくてもやれるようにできています。かつ、分業を推進するので、信頼関係は育ちようがありません。

これに比べると《情報共有—合意》モデルは、状況について関係者の理解が一致すること、それをベースに皆の意向が一致して、治療方針について合意が成立することを目指しています。別々に決めるのではなく、一緒に決めるというあり方を提唱しています。

### 《皆で決める》と《自己決定》の狭間で

- 「説明と同意」モデルに伴って流布している次のような説明は×（異に傾き過ぎ）
  - ①本人の意思確認ができる時→ 本人が決める
  - ②……ができない時→ 家族／代理人が決める
  - ③それもできない時 → 本人の最善を判断
- 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」厚労省（2007年）
  - (1)意思確認ができる時は本人と話し合う、
  - (2)意思確認ができない時は家族と話し合う
    - ・しかし、ガイドラインの解説編は繰り返し、「本人、家族、医療ケアチームの合意が重要である」としている

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎

35

☆左の①～③は、「あれか、これか」ではなく「あれも、これも」なのです。「(家族ではなく)本人が決める」でも「(本人ではなく)家族が決める」というような、「誰が決める(権限をもっている)か」ではなく、関係者が皆で合意を目指し、合意により「一緒に決める」という共同の決定になります。

☆「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」厚労省（2007年）は、「本人の意思確認ができる」（＝本人が責任ある意思決定ができ、それを周囲に分かるように表明できる）かどうかによって、左図の(1)と(2)のように言っています。では、

・意思確認ができる時は、家族は無視して、本人とだけ話し合っただけで決めればよいのでしょうか？

・意思確認ができない場合は、たとえ本人との対話が何らか成り立つような場合でも、本人とは話し合わないでよいのでしょうか？否、ガイドラインの解説編は関係者皆の合意が重要だといっているのです。そこで →

### 本人の意思確認ができる時—できない時

- 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。  
老年医学会ガイドラインから (1.4)

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎

老年医学会の「高齢者ケアにおける意思決定プロセスについてのガイドライン—人工的水分・栄養補給をめぐる」（2012年6月）は、上述の厚労省のガイドラインの意図をより明確にしようとして、左のスライドにあるような指針を提示しました（そしてこの文言は厚労省ガイドライン作成時の座長であった東大法学研究科の樋口範雄教授により「こういうことを言いたかったのだ」と認めていただいています。

ここでは、

☆ 本人の意思確認ができる時も、家族は当事者なのだから、また当事者である限り、意思決定プロセスに共に参加してもらいましょ

う、としています。また、本人の意思確認ができる場合も、できない場合も、本人の意思ないし意思の推定だけで決めるのではなく、これと本人にとっての最善の検討との双方に基づいて、決めようと考えます。

☆ 本人の意思確認ができない場合にもいろいろあります。昏睡状態の場合は、本人が話し合いに参加することは無理です。しかし、認知症が進んで、責任ある判断はできなくなっているけれど、「痛いのは嫌だ」とか「お腹がすいて、何か食べたい」といった気持ちは表明できるような時、意思確認ができないからといって、家族とだけ話し合い、本人は蚊帳の外で良いのでしょうか。本人の自尊感情は残っていることも多く、自分が尊重されていないという思いをもつ結果になるかもしれません。ですから、本人の残っている力に応じた話し合いが望まれます。ただし、そういう場合に、本人が表明する希望にいつも沿えるとは限りません。責任ある判断ができなくなっている本人の選択に、本人の希望だからといって従っていたのでは、責任がとれないのに責任をとらせる結果になってしまうこともあるからです。

## 【ワーク 6】

☆ 意思決定プロセス、ことに情報共有—合意モデルについて、講義を聞いて、ないし以上の本冊子の説明を読んで、思ったことを自由に書いてみてください。腑に落ちたこと、疑問に思ったことなど。

### 家族も当事者

- 家族は決定プロセスの当事者
  - 欧米から輸入された倫理においては家族の位置づけが不明確
- 家族は当事者 なぜなら・・・
  - 患者が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る(疾病によっては、人生全体に響く)
    - 緩和ケアの対象
  - 患者の療養生活を支えるケアの担い手:意思決定に参加する必要がある
  - 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
- とはいえ、麗しいばかりではない

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎

意思決定に際して、ケアにかかわ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、左の図に挙げたような事情で家族もまた当事者です。

つまり、意思決定プロセスに参加するのが適切な立場にいます。

家族はケアを共同で行うチームの一員として期待されていますし、実際自分を犠牲にすることを厭わないで、患者本人のために一所懸命に動く家族、本人との互いの信頼と愛情が麗しく思われることがあるでしょう。

そうはいつでも、本人と家族の関係は麗しいことばかりではありません。

### 愛という名の支配

家族も当事者

- 患者と非常に近い関係＝同の倫理が支配的
  - 「一緒」が前提なので、患者の意思を軽視する(善いと思ったことを勝手にやる)
  - 患者を保護しようとして、抱え込む/患者の苦悩に対する閾値が低い/患者の克服する力を過小評価する
  - 反面:家族のために患者に犠牲を求める・・・こともある
  - さらには → 年金のために、生き続けることを望むDVも同の倫理を背景にしているかも
- 「遠くの親戚のおじさん」症候群
  - 後からきて口をだす⇒決定をひっくり返す
  - 本人とのかつての親しさ/何かしてやらないと気がすまない
  - 普遍的現象? (Daughter from California Syndrome)

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎

☆ 同の倫理(皆一緒)に大きく傾く間柄は、よい面だけみれば「仲良し」ですが、陰の面が働くこともしばしばあります。例えば、本人より先に家族が主治医に検査の結果を聞きに行き、結果が思わしくない(予後が悪い)場合に、「先生、本人には絶対このことは言わないでください。この人にかぎって、そんな話を聞いてしまったら、パニック状態になり、生きる気持ちを失ってしまいます。知らないほうが幸せです」と言ったりします。本人は聞きたいかどうかなど関係なしに、言わないと決めてしまいます。それは左の図に書きましたような、事情によるのです。これは愛情には違いないでしょうが、本人を支配してしまう、自分の腕の中にかかえこんでしまうような愛です。

### ファシリテーターとして

- 本人・家族がケア従事者と一緒に考える場
  - 「ほらっ、こっちみて！」と指さす・・・例えば:
    - 家族が自分の都合ばかりでなく、本人の人生にとってどうすることが最善かを考えるように働きかける。
    - 家族が本人に寄せる思いに気付くように本人に働きかける。
  - 「この点とあの点を！」とポイントを挙げる・・・例えば
    - 本人が現実希望していることと、本人のこれまでの人生・生き方からして最善と思われることとの間の調整。
  - ことばの背景にある思いを共感をもって理解する
    - 死を予期し、それを打ち消そうとする結果、現実と合わない主張に固執する(理を語っても通じない/悲しみへの共感が通じるかも)
- ⇒ できるかぎり当事者たちが分り合い、また相手の立場や思いを理解し合い、皆が納得できる合意に至るように支える。

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎

☆ ケアのプロセスとして、本人・家族とコミュニケーションを進める時に、このことを理解して、家族のこのような面は、家族自身が本人の厳しい状況にショックを受け、弱ったためだと理解し、家族にケア的な対応をすることが、コミュニケーションを適切なものとし、本人のためになるのだと考えて、対応することが望まれます。

☆ 話し合うプロセスにおいて、家族が本人中心に考えられるように、場面に応じた対応が必要になるでしょう。左にその例のいくつかを挙げてみました。

## 生命の二重性の意味

本人の最善を生物学的な状態だけで判断することはできない



人生という物語りへの視点

\*医学は生物学的生命に注目するが、治療とケアの方針決定は、物語られるいのちを核として考えましょう！

⇒ 唯一の「正しい」選択というものは無い

臨床倫理プロジェクト 会田真子

## 意思決定のために必要なこと 本人にとっての最善を探ること

- 本人にとっての最善をどう知ろうとするか？
- 本人像にどう迫るか？  
大切にしてきたことは？  
どんな人生を送ってきたか？ 考え方？  
家族は？ などなど… (石垣)

本人&家族とスタッフ間の  
コミュニケーションのプロセスにおいて探る

臨床倫理プロジェクト 会田真子

34

## 何が「良い」意思決定か 確信がもてないとき

家族ら&スタッフのコミュニケーションのプロセスにおいて、  
本人にとっての最善をめぐって  
一緒に考え悩むことが  
決定の倫理的妥当性を担保

臨床倫理プロジェクト 会田真子

### 〔情報共有→合意〕モデルが合わない場合

#### 一般的考え方

- ◆本人の意思・気持ちに反しない範囲で、本人の最善を目指す。
- ◆ただし、合意がなくても、社会的視点で許容限度を越えた不適切な（=反社会的な）結果にならないような行動を選択する
- ◆情報共有—合意モデルにのっとったコミュニケーションの可能性をひらくように動く

#### ☆ 話し合っている余裕がない 危機管理状況

##### — 救急救命

- ・まずは救命を目指す対応

→ 見通しが立ってきたところで、家族等と〔情報共有—合意〕プロセス

— 危機管理状況で、救命はできないと医学的に判断できる場合はしないこともあり (cf. トリアージ)

臨床倫理プロジェクト 清水啓郎

40

以上で述べたことは、医療・介護の意思決定プロセスはいつも「情報共有・合意モデル」によらなければならないということではありません。そうできないこともしばしばあります。例えば、救急救命の現場では「本人や家族とよく話し合って決めましょう」などと言っていたら、手遅れになってしまいます。

そこで、まず、こういう場合の基本的な考え方を図の枠内に示しておきます。

より具体的には以下のような場合、それぞれの状況に応じた対応が望めます。

☆ 救急救命 この危機管理的状況にまで、平時の標準的あり方をしなければならないわけではありません。ここでは、

・まずは救命を目指す対応

をできるだけ速やかに行うことが必要です。

そして、そのような敏速な対応をしばらくしていると、患者さんの状態と今後の推移について見通しが立ってきますから、そうなったところで、家族等と〔情報共有—合意〕プロセスを辿るとよいでしょう。

その他、

☆ ぎりぎりまで話し合ったが合意不成立

☆ 話し合いは不十分だが、差し当たってやるべきことがある場合 ⇒ 暫定的選択

等、情報共有—合意モデルをそのまま使えない場合でも、情報共有—合意モデルの精神を活かして、応対することが望めます。

#### ☆ ぎりぎりまで話し合ったが合意不成立

- 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—  
第三者に許容限度を超えた害がおよぶ恐れがある場合  
→ 強行が許容される
- ② 本人が希望する医療・介護行為  
1) 医学的観点でも人生全体を評価する観点でも無益  
2) 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  
→ 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  
1) 本人に益とのバランスを欠いた害を加える  
2) 第三者に許容限度を超えた害を及ぼすおそれがある  
→ 応じるべきではない

\*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)。

41

#### ☆ 話し合いは不十分だが、差し当たってやるべきことがある場合 ⇒ 暫定的選択

- ① 合意なしには実行なし(不作為)

ただし、

- ② 次の結果を避ける選択は、「暫定的」という条件で合意を探り、本人側の確定した意向に反しない場合は合意なしでも行う(反する場合 → 合意不成立の場合の対応)

- ・ 取り返しがつかないことになる(生死に関わるなど)
- ・ 本人を非常に苦しめる
- ・ 第三者に許容限度を超えた害がおよぶ

- ③ 暫定的選択をしつつ〔情報共有→合意〕を進める

\*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)。

42

【ワーク 7】 ☆ 情報共有—合意モデルが使えない場面について、説明に納得できましたか。分ったこと、分らなかつたことを自由に記してください。



## 臨床における倫理の基礎

### 5. 事例検討の進め方

#### 臨床倫理検討シートを使って

臨床倫理プロジェクト 清水智郎

43

私たちは日々、数多くの意思決定プロセスをたどって、自らが行うことを選んでいきます。朝起きて、「何を着ようか」、「何を食べようか」から始まって、あらゆる意識的行動について、選ぶ際にそれなりのプロセスがあるわけです。意思決定プロセスは大きく分けると、自分だけで決めればそのまま実行できる場合と、関係者の間で一緒に決めないと実行に移せない場合があります。医療・介護の意思決定プロセスは後者に他なりません。

臨床倫理検討シートは次のところからダウンロード：

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

(「臨床倫理検討システムプロジェクト」でネット検索)

#### 臨床倫理検討シート

##### ステップ1: 経過の把握

1-1 プロフィール
1-2 経過 * 報告者は、自分が担当した(→読み込んだ/閲覧リクエストとして) 対応を書いている * カンファレンス参加履歴で閲覧履歴をブラッシュアップする
1-3 分岐点

##### ステップ2: 情報の整理と共有

2-1-1 質問事項(医療方針)の把握 患者のメソッド、ケアシート 1: 医師ケア履歴 2: 看護師ケア履歴 3: 薬剤師ケア履歴	2-1-2 社会的視点からの対応把握 社会的 適切さ
2-2-1 医師 本人に 人間尊重	2-2-2 医師の理解と意向 医師より理解しているか(理由が)
2-3-1 本人の意向や 治療方針について(これらで判断するか)を把握しているか(理由が)	2-3-2 本人の意向や 治療方針について(これらで判断するか)を把握しているか(理由が)

##### ステップ3: 検討とオリエンテーション

3-1 医師が把握していること、医師が書いていること	3-2 相手の話を理解すること 医師が書いていること
3-3 本人として理解すること 医師が書いていること	3-4 医師の理解と意向の把握 医師が書いていること

臨床倫理プロジェクト 清水智郎

41

以上でみてきた臨床における倫理に沿ったプロセスを具体的に進めるためのツールとして、臨床倫理検討シートがあります。

・臨床現場で、ケア従事者と本人・家族間のコミュニケーションを進めながら、ケアをしていくプロセスを倫理的に適切なものとしていくための検討シートです。これからどうしようかと考える時、あれでよかったのだろうかと振り返る時、使えます。

☆情報共有—合意モデルに則った検討を進め、シートが提示する項目を記入していくことにより、倫理原則を自らの倫理的姿勢として事に臨むことになります。

☆ステップ1では経過を記述し、それを皆で検討することで、状況把握をします。

☆ステップ2では、医療・介護側から本人・家族側に伝えるべき情報、また実際に伝わった情報と、本人・家族側から聞き取った情報を整理します。

☆ステップ3では、以上の情報を基礎にして、さらに突っ込んだ検討を加え、本人と家族の思いをよく理解しながら、最善の道を探り、これからどう対応していこうかと考えます。

#### 検討の種類

- あらゆるケースは、臨床倫理検討の対象になりえる
  - 医療・介護が問題なくスムーズに進んでいる事例  
→倫理的適切さを確認する
  - 前向きな検討：これからどうするかを考える
  - 振り返っての検討：終わったことをかえりみることで、今後活かす

・臨床倫理検討シートは次のところからダウンロード：

<http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/tools/tools.html>  
(「臨床倫理検討システムプロジェクト」でネット検索)

臨床倫理プロジェクト 清水智郎

45

### ステップ1 経過の把握

1-1 プロフィール
1-2 経過 <b>*報告者は、自分が把握した（＝読み込んだ／物語りナラティブとして）状況を書いている</b>  <b>*カンファランス参加者皆で物語りをブラッシュアップする</b>
1-3 分岐点

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎 43

◎ 1-1 本人プロフィール

事例の中心になる方(通常、医療であれば患者、介護であれば利用者)について、名(仮名)、年齢、性別、家族構成、本人の生活をごく簡単に記します。

◎ 1-2 経過

これまでの経過を、時間の流れに沿って、まとめて書きます。報告者がみたナラティブ(物語り)です。記述に入れるかどうか、取捨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。報告者が記述したナラティブについて、検討会では、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。

◎ 1-3 分岐点

前向きな検討の場合、経過を記していくと、通常は最後のほうで検討課題が現れてきます。たとえば医療・介護提供者と本人・家族の間で意見が分かれた、何が本人にとって最善の道かはっきりしない、などです。それは、医療・介護従事者が分かれ道にさしかかったということです。これから進む道はいくつかあって、どれを進んだらよいかは今問題になっているということだからです。

そこで、

- ・1-2経過の、問題がでてきている部分に【tp】と記す
- ・1-3分岐点には、今自分たちの前にある分岐点がどういうものであるかを「tp:・・・」と簡単に記します。

**例**      ステップ1 経過の把握

1-1 プロフィール Aさん、85歳男性 妻と二人暮らし。息子夫妻（孫2人）が近所に住んでいる
1-2 経過 ㄨ年ㄨ月 嚔声により受診。検査の結果喉頭がんと診断。主治医は、手術（失声、永欠気管孔を伴う）プラス放射線により、相当程度人生の長持ちが可能であり、これが標準治療であると説明した。本人は、この歳になって術後のつらさは耐えられないので、手術は受けたくないという意向である。妻は、手術を受けて、長生きして欲しいと本人の翻意をうながした。【tp】
1-3 分岐点 tp: 治療方針について意見の不一致にどう対応するか

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎 44

るかを「tp:・・・」と簡単に記します。

また、振り返る検討の場合は、すでに選んで実施したことについて、「あれでよかったのだろうか」、「別の道があったのではないか」と気になるところ(事例検討において検討したいところ)があるでしょう。1-2経過中で、その点について選択をした件(くだり)に【tr】と記し、1-3分岐点にその分岐点がどういうものであったかを「tr:・・・」と簡略に記します。

【記入例】ここでは、簡略に記してありますが、皆さんが記入をする時にはもう少し書き込んでください。

### ステップ2-A 情報の整理と共有

2A-1 選択肢（医療方針）の枚挙 & そのメリット・デメリット 1: 緩和ケア+抗癌剤 ○・・・ ×・・・ ×・・・ 2: 緩和ケア+0 ○・・・ ×・・・	2A-2 社会的視点からの特記事項  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; border-radius: 10px;">与 益</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; border-radius: 10px;">社会的 適切さ</div> </div>
2A-3 説明 本人に	家族に
<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; border-radius: 10px; width: 100px; margin: 0 auto;">人間尊重</div>	

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎 45

◎ 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

目下の分岐点で、考えられる選択肢を枚挙し、それぞれについてメリット(もたらすと見込まれる益など、その選択肢を選ぶよう傾ける理由:○で表します)とデメリット(もたらされるおそれのある害やリスク、また益のなさなど、その選択肢を避けるよう傾ける理由:×で表します)をあげます。

また、必要に応じて、

- ・現段階で確定しているケアの目標や、
- ・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があれば、これを記してください。

<b>例</b> ステップ2-A 情報の整理と共有	
<b>2A-1 選択肢（医療方針）の枚挙 &amp; そのメリット・デメリット</b> ①手術プラス放射線 ○：人生の延長の見込み、再発しないで済むかも ✖：失声&永久気管孔によるQOL低下 ②放射線のみ ○：・・・ ✖：・・・ ③経過観察 ○・・・ ✖・・・	<b>2A-2 社会的視点からの特記事項</b>
<b>2A-3 説明 本人に</b> 2A-1 の内容を話す	<b>家族に</b> 本人と同席で説明 ∴本人と同内容
臨床倫理プロジェクト 清水智部 <span style="float: right;">46</span>	

◎ 2A-2 社会的視点から

2A-1で挙げた選択肢のそれぞれについて、それを実行する際に、社会全体を眺める視点にたつて問題点や留意点がないかどうかを考え、あればそれを指摘します。たとえば、益が見込まれない治療を行うと医療保険から高額の支出をすることになるとか、在宅で過ごすためには介護保険を使って様々な社会的ケアを行う必要があるとか、第三者に不公平にならないように留意するといったことです。

◎ 2A-3 説明

2A-1と2A-2について、現時点で本人側にどう説明したかを記します。本人に対するのと家族に対するのとで説明内容が異なることもありますから、分けて記すようになっています。

<b>ステップ2-B 患者・家族の思いを理解</b>	
<b>2B-1 患者の理解と意向</b> 状況をどう理解しているか（適切か） さしあたってどうしたい、どうしてほしいと希望しているか	<b>2B-2 家族の理解と意向</b> ” ”
人間尊重	
<b>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）</b> 「この患者にとっての最善」を考える上で参考になるかもしれないことをメモしておく場所	与益
臨床倫理プロジェクト 清水智部 <span style="float: right;">47</span>	

◎ 2B-1 本人の理解と意向

ケア提供者側から提示した情報を本人は理解したかどうか、現在の状況をどう理解しているか（意思確認ができない状態であれば、そのこと）を記します。また、選択肢について本人はどういう意向をもっているか、その意向を裏付けるような本人の発言や振舞いがあれば、それも併せて記します。

◎ 2B-2 家族の理解と意向

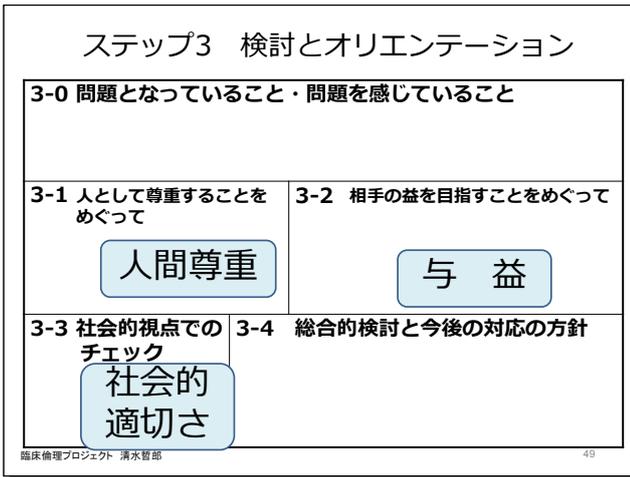
家族について、2B-1と同じことを記します。家族のなかで様々な立場があるときには、それぞれ書きます。関係する家族がいない場合についても記してください。

◎ 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なくても、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、それを記します。それらは、本人にとって何が最善かを考えるうえで、役立つかもしれない情報です。

【ワーク】 記入例について、ステップ2の部分を考えてみましょう。

<b>例</b> ステップ2-B 患者・家族の思いを理解	
<b>2B-1 患者の理解と意向</b> ・説明をよく理解したと思われる ・術後の失声・永久気管孔について「もっと若ければ別だが、この歳になってそのような状況で生きるのはつらいだけ」と、手術は否定的	<b>2B-2 家族の理解と意向</b> ・説明は一応理解しているが、長く生きるということに関心の中心がある ・「お父さんそんなこと言っても、死んじやったら仕方ないじゃないのと翻意をうながす
<b>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）</b> 妻「これまで夫になんでも頼ってやってきたので、いざ倒れると、どうしたらいいかとまどってしまうよ」	
臨床倫理プロジェクト 清水智部 <span style="float: right;">48</span>	



◎ **3-0 問題となっていること・問題を感じていること**

ステップ1と2を踏まえ、さしあたって問題だと感じていることを、自由に話し合い、要点を記入します。たとえば、関係者間の意見が分かれている点や、利害がぶつかる点、そのほかジレンマだと思う点などです。

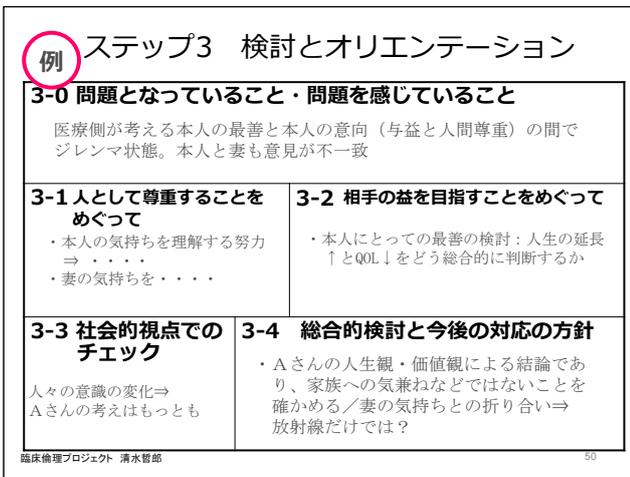
以下、3-1～3-3は、三つの基本的な倫理的姿勢のそれぞれに沿った検討です。3-0であげられた問題点を、この三つの軸に沿って検討することもできます。

◎ **3-1 人として尊重することをめぐって**

意見の不一致があるときには、本人や家族の考えを理解しようとすることが基本です。相手を理解しようとするとは、人として尊重することの基礎になります。そのうえで、関係者の意見や気持ちが「あちら立てれば、こちらが立たず」といった場合に、“何とか両立することができないだろうか”ということを考える場合もあります。要するに、「相手を人として尊重する」という姿勢を私たちがもって、関係者と向き合い、寄り添おうとして、考えるのです。

◎ **3-2 相手の益を目指すことをめぐって**

まずもって本人、それから家族にとってできるだけ益になるように考えます。これから行おうとしていることについて、複数の選択肢があるときには、それをめぐる関係者の益と害についてさらに突っ込んで検討し、折り合える点を探します。



◎ **3-3 社会的視点でのチェック**

社会的視点でも適切であるように、自分たちのしていること、しようとしていることをチェックすることが、ここでの本筋ですが、その周辺にあることも併せて考えます。たとえば、社会資源について具体的に調べるとか、利用することを検討するとかいったことも含みます。

◎ **3-4 総合的検討と今後の対応の方針**

総合的検討は、3-1～3-3の個々のところでの検討に加えて、それら複数の項目にまたがるようなポイントがあれば、ここで検討します。さらに、今後の対応の方針について、以上の検討を踏まえ、どうするか候補をあげます。

【ワーク】 記入例のステップ3の部分を考えてみましょう。

## 倫理的ジレンマ

- 「あちら立てれば、こちらが立たず」状態
  - 例 かつての理性的判断に基づく意思 ⇔ 現在の気持ち
  - 例 抗がん剤はがんを叩く効果あり ⇔ 強い副作用
  - 例 医療者が考える本人の最善 ⇔ 本人の意向
- 対処の仕方: 初めから「どちらを優先するか」ではなく「どちらも満たせる途はないか」と思案する
- いずれかを優先させねばならない場合:
  - × 「これが正しい」
  - ○ 「仕方がない／やむをえない」

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎

51

・倫理的なものに限らず、一般に「ジレンマ」とは「あちら立てれば、こちらが立たず」という状態で、どうしたらよいか困惑してしまう様子のことです。例えば:

ジレンマ一般の構造

《状況に向かう姿勢》 + [状況把握] → 意向

《おいしいものが食べたい》 + [このケーキはおいしそうだ] → 食べたい

《太りたくない》 + [このケーキを食べると太るおそれがある] → 食べない

・倫理的ジレンマは、複数の倫理原則の間で「あちら立てれば、こちらが立たず」状態になることと言われますが、複数の倫理的姿勢の

間でこういう状態になることも含めて考えましょう。左の図にあがっている例は、同じく相手を人として尊重するという原則の下で、本人のかつての理性的判断を尊重する姿勢と、現在の感情・気持ちを尊重する姿勢の間でのジレンマなどです。

・ジレンマへの対応としては、(原則間の)優先順位を決めて、複数の原則が衝突した場合は、優先順位の高いほうに従うといったことが言われることがあります。はじめからそういうやり方をとること自体が倫理的に適切とはいえないでしょう(人それぞれが強い状況ならともかく)。

・どちらも満たせる途を探すことから始めましょう。そして、どうしても両立できない時、どちらかを優先しなければならないとなった時、それは「こうするのが正しいのだ」とふんぞりかえるのではなく、私たち人間の限界であって、現状ではこうすることが「仕方がない／やむをえない」のだと謙虚な自己評価をしつつ、選ぶのです。

## おわりに

- 社会で成り立っている倫理は《皆一緒》と《人それぞれ》を人間関係の遠近に応じてブレンドしたもの
- 倫理は臨床に従事する者のうちに見出される
- 社会の仕組みになったケアに不可欠なもの⇒倫理原則
- 意思決定プロセスは《人それぞれ》に配慮しつつ《皆一緒》を目指す
- 医療は、人生にとっての最善を目指して、生命に介入する
- 検討シートは、倫理的に適切な対応を目指す多職種の共同検討を支えるツール

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎

## 臨床倫理検討シート

\* 検討内容： 前向きの検討 方針の決定／医療・介護中に起きた問題への対応

振り返る検討： 既に起こったことを見直し、今後につなげる

〔ステップ1〕

記録者 [ 看護師 田中 美米子 ]

日付 [ X年 Y月 Z日 ~ Y+3月 Z-6日 ]

### 1-1 本人プロフィール

A氏 80歳代、妻は数年前に死亡。長男夫婦（夫婦とも60歳代）と同居。孫は2人、県外在住。農村地帯の専業農家で、主に米をつくっている。キーパーソンは長男の妻。

### 1-2 経過

- 入院前はADL自立し、長男夫婦と一緒に農業を行っていた。

X年 Y月 脳梗塞を発症し、急性期病院に入院。右半身麻痺で寝たきりとなり、ADLは全介助となった。発症当初は、禁飲食、バルーンカテーテル挿入し、ベッド上での安静を強いられていた。認知症は軽度。

X年 Y+1月 療養型病院に転院。

- 早い段階から、ベッド上でリハビリを行なった。順調に経過しバルーンカテーテルも抜け、オムツ対応となった。また坐位も保持できるようになったため、車いすを使い、食堂で介助によって摂取できるようになった。
- リハビリを積極的に行ない、残存機能を維持しながら、退院にむけ調整を行なった。

食事に関しては、左手で介護用スプーンを使う練習をし、すべらない食器を使うなどの工夫で、食器等のセッティングを介助者がすれば、ほぼ自力で摂取できるようになった。こぼすため、衣類の汚れはあったが、エプロンをつかう等の対応で、退院後に関しては特に問題はなかった。

排尿に関しては、オムツいじりをする事が多く、放尿したり便いじりなどもあり、頻回に衣類やシーツを汚していた。しかし、みなで気をつけて見守った結果、オムツいじりと尿意の関係が次第に明らかになり、排尿パターンもわかるようになった。

そこで、介助用具（移動バー）を使用することで立位の保持もできるようになり、介助者が付き添えば、衣類やシーツを汚さずにポータブルトイレを使用できるようになり、オムツからリハビリパンツへと移行できた。

オムツいじりや放尿などもほとんどなくなってきた。

- 退院に向けて、長男夫婦、医師、看護師、リハビリ（PT）、在宅のためのケアマネなどが参加し、ケアカンファレンスを行なった。

PT：排尿パターンを理解し、失禁なくポータブルトイレが使用できたとしても、最終的に自力で排尿をすることは無理であり、現在のレベルが最終到達とみられる。

長男夫婦：排尿時間毎に家に帰り援助することはできないため、オムツ対応でシーツや衣類の汚れを最小限にできるような方法で帰ってきてほしい。

訪問看護やヘルパーなど、自分たちがいない時に、家に来て欲しくない。

介護・看護側の見解：A氏にはかなりの介助が必要となり、安全という面からも目も離せない。オムツに戻した場合、排尿パターンが変化することで不穏行動が出、オムツいじりや放尿などによる衣類やシーツの汚染が頻回となり、家族の負担がかえって大きくなるおそれもある。

ADLがアップすることで転倒などの危険性も増えてくる。見守る人がいない状況では、危険性はさらに高くなる。

以上のようなことで、関係者の意見は一致していない。【tp】

- 要介護認定申請中。要介護度3か4？の見込み。

### 1-3 分岐点

tp：介助がつけばポータブルトイレが使える状態になっているが、在宅にむけて家族はオムツにすることを希望している。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】

<p><b>A 医療・介護情報と判断</b></p>	
<p><b>2A-1 選択肢の枚挙とメリット・デメリットのアセスメント</b></p> <p>(1) ポータブル・・・</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aさんの残存能力を引出し、通常の排泄の仕方に近いやり方になるので、快適さがます</li> <li>○ Aさんの満足度があがり、行動が落ち着いた状態を保てる</li> <li>× 家族が提示する介助の条件では、この方式の実現は難しい</li> </ul> <p>(2) オムツに戻して、・・・</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 家族が提示する介助の条件で実現可能な方式</li> <li>× Aさんにより普通の排泄を行う力があるのに、それを発揮できる環境をつくらなくて、Aさんを不快な状態におく</li> <li>× Aさんの行動が、以前のような困った状況になる可能性が高い そうなると家族の負担はかえって増すことになる</li> </ul>	<p><b>2A-2 社会的視点から</b></p> <p>(1)の場合、介護保険を利用して、Aさんが独りである時間をなるべく減らす工夫が必要になる</p> <p>(2)の場合、日中Aさんを独りにしておき、社会的資源は使わないということで、結果としてAさんと家族を放置してしまうことになるが、社会的によいだろうか</p>
<p><b>2A-3 説明 本人に対して</b></p> <p>話し合いの場にはいたので、説明はされたが、注目して聞いていたかどうか、疑問</p>	<p><b>家族に対して (これから)</b></p> <p>話し合いの席上で、2A-1、2A-2の内容を説明した。</p>
<p><b>B 本人・家族の意思と生活</b></p>	
<p><b>2B-1 本人の理解と意向</b></p> <p>説明や、何が問題になっているかについて、どこまで理解したか、わからない。ところどころ、関心のあるところは、分かったと思われる。</p> <p>息子がオムツにして欲しいと言ったときに、手を横にふって、顔をしかめ、嫌だというそぶりをした。しかし、息子に「俺たちだって仕事してるんだもの、我慢してくれよ」と言われると、手を振るのをやめて、仕方ないかという顔をした。</p>	<p><b>2B-2 家族の理解と意向</b></p> <p>息子夫妻は、説明は理解している。</p> <p>意向としては：</p> <p>昼間は仕事で外にいるので、ポータブルトイレにされても、世話ができない。留守中に看護関係・介護関係の人に家に入ってもらいたくない。だから、オムツにするしかないのだから、オムツになれさせてほしい。</p>
<p><b>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)</b></p> <p>元気な頃は、「働ける間は働く」と言って、息子が「少しは楽したら」と言っても、野良仕事に励んでいた。</p> <p>妻がなくなってから、元気がなくなった感じ。「もう、いつお迎えがきてもいい。だけど、息子たちに世話をかけたくないから、ぽっくりいけたらいいんだが」などと言っていた。</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>3-1 人として尊重することをめぐって</p>	<p>3-2 相手の益を目指すことをめぐって</p>
<p>3-3 社会的視点でのチェック</p>	<p>3-4 総合的検討と今後の対応の方針</p>

## 臨床倫理検討シート

\* 検討内容：**前向き**の検討：方針の決定／医療・介護中に起きた問題への対応

**振り返り**の検討：既に起こったことを見直し、今後につなげる

〔ステップ1〕

記録者 [ XXXXX ] 日付 [X+1年6月～9月 ]

### 1-1 本人プロフィール

A氏 59歳 女性 若い頃看護師をしていた（結婚して家庭に入る）。 家族構成：夫64歳公務員、長女（25歳未婚）が同居。長男27歳既婚は同市内に在住。・Aさんには弟が1人いるが、遠方で交流はあまりない。両親はすでに他界。

### 1-2 経過

X年8月 子宮がんが見つかり摘出術実施。

X+1年6月再発。抗がん剤治療を行ったが、副作用は強く、治療効果はほとんどなかった。

やがて、腹腔内の腫瘍増大によりイレウスを併発。絶食・高カロリー輸液・イレウスチューブ挿入。

室内歩行は可能であるが、イレウスと、腫瘍と腹水で腹部膨満強く、ベッド上で過ごすことが多かった。

同年8月 同居家族はさらに抗がん剤治療を望んでいたが、Aさんはもう苦しい治療はしたくない、最期の日々を大切に過ごしたいと、家族を説得して、緩和ケア病棟（PCU）に移ることになった。

PCU入棟以降、しばらくは穏やかに過ごしていた。家族はAさんが好みそうなハーブティーなどを探してきては、一緒に飲むなど。飲んだ後はイレウスチューブから吸引したが、本人は経口摂取できたことで満足していた。

やがて、腫瘍の増大により、イレウスチューブの効かない部分の苦痛が出てきたため、少し経口摂取を控えることも提案した。しかし家族は、飲むという唯一の楽しみを奪いたくないと、イレウスチューブを入れなおして欲しいと希望した。本人は今でも少しは飲めるのだし、それに比べて検査室での固いベッドに寝るのは苦痛であり、苦しい入れ替えは希望しないと言っていた。

現状では、イレウスチューブの入れ替えにも患者の体力が消耗するのは明らかであり、患者も希望しないことから医療者はこのまま対応することにした。

だが、家族は、「病院なら当然何かすべきなのに、何もしてくれない。緩和ケアといえども患者の症状が悪化しているのだから、多少の苦痛があってもイレウスチューブを入れ替えるべきだ。できるだけことはして欲しい」等々と主張した。

本人は、「家族がそれほどまでにやりたいなら頑張る」と入れ替えに応じたが、やはり結果は思わしくなく、経口摂取を控えざるを得なかった。【tr】

その後、痛みはイレウスだけでなく、腫瘍による全身痛になっていったが、家族はマッサージを熱心に行って、患者を楽にしようと努力した。

苦しそうな表情や、痛みの訴えによりオピオイドが必要と判断された時には、医療者はレスキューでの麻薬使用をすすめ、本人はそれを選択した。

家族は「マッサージでさっき楽になったのに」と不満そうで、本人が選択したことは止めることはなかったが、できるだけ麻薬の使用を避けようとした。それに対してAさんは「そういうことで我慢するのは、もう疲れた」と苦痛がない状態を望んでいる。

今後、本人の意識が混濁するというような状況になると、家族が代理人であるということで、オピオイドの使用に対して否定的な対応をするようになり、Aさんに標準的な疼痛コントロールすることができなくなる恐れがある【tp】

### 1-3 分岐点

tr：イレウスチューブを入れ直す選択（本人は不本意であったが、家族の強い希望に応じた）

tp：疼痛コントロールには麻薬を使う必要があるが、家族が反対している状況でどうすべきか

## 【ステップ2】 情報の整理と共有【時点： / 選択の内容： 】

<b>A 医療・介護情報と判断</b>	
<b>2A-1 選択肢の枚挙とメリット・デメリットのアセスメント</b> tr: イレウスチューブ入れ替えについて: ① 入れ替えをする ○ 良い位置に入れ替えできれば、水分が飲めるようになり、腹部の苦痛も楽になる ○ 入れ替えが成功しなくても、やるだけやったという満足感を持つる × 腫瘍増大により、本来のルートが閉塞しているかもしれないので入れ替えできない恐れがある。 × チューブ交換は病室でできないため、放射線部の固いベッド上にいること自体が苦痛になる。 ② 入れ替えをしない ○ わざわざ辛い思いをしないで済む ○ 現状のままでしばらく進行するので、大きな害はない × やがて経口摂取を制限—やめなければならなくなる恐れあり  tp: オピオイドの使用 ① 必要に応じて使う ○ 身体的苦痛の緩和ができる × オピオイドを使った直後に死にいたった場合、因果関係を家族が疑うおそれがある。 × 誤解に基づくとはいえ、家族が反対している場合に、使用することは、家族ケアとしてはマイナス ② 使用しない ○ 家族の気持ちに沿った対応である × 苦痛の緩和ができないまま、最期を迎えることになる	<b>2A-2 社会的視点から</b>  人生の最期の時期であっても、できることがあり、医療はやれるだけのことはやるべきだという思いは、一般人に広く共通していると思われる。ここで挙げる選択肢もそういうタイプの問題といえる。 したがって、家族の意向が医療側からみて不適切であるとしても、それはこの家族が特別なのではなく、普通のことでありと認識すべきだ。  オピオイドについての誤解も、まだなお、一般人に根強い。生命予後を縮めるという思いも、その誤解の一つである。 ただ、「実際には縮めない」と分かってもらうだけでなく、「たとえ縮めるとしても、本人の辛さを緩和するほうが優先」と分かってもらう必要がある。
<b>2A-3 説明 本人に対して</b> 病状の説明はできている。患者は緩和ケアの方針を理解しており、薬剤使用も希望している。	<b>家族に対して</b> イレウス入れ替えについては、2A-1に沿って説明。オピオイドについては、家族が懸念するようなことはないことを説明した。
<b>B 本人・家族の意思と生活</b>	
<b>2B-1 本人の理解と意向</b>  終末期であり、治療は利益がないことを知っている。もう苦しい治療はしたくないと考え、緩和ケアに入棟。 長く生きなくても、苦痛のない終末期を期待している。「もういいから。我慢しなくていいでしょ?」と苦痛のない安らかな死を望んでいる。	<b>2B-2 家族の理解と意向</b> イレウスチューブ入れ替えについても、オピオイド使用についても、医療側からの説明を聞いても、自分たちが思っていることを変えようとしなない。「病院は何もしてくれない」との不満 本人が嫌だと言っても、やってくれないと困ると主張。 ・ 飲み食いできるようになるためにチューブは入れ替える ・ オピオイドは死期を早めるおそれがあるからできるだけやらないでほしい、という意向のようである。
<b>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）</b> ・ Aさんは緩和ケア入棟を自分で決定し、家族が了承した形になっているため、家族間での話し合いと理解の程度にズレがあったと思われる。 ・ Aさんは看護師の経験を背景に、自分の状態について客観的に見ており、病棟でも看護師らとの会話において、「私は自分の状態が分かっているので、無理なことはしたくないし、モルヒネで楽になり、変な副作用はないと使ってみて分かってるんだけど、家族はなかなか分かってくれなくて。諦めないのよねえ」などと、語った。こうした言葉からも、むしろ家族を支えなければと思って対応している態度が感じられた。 ・ 本人が家族の要で、今でも夫や子たちに頼られているように見える。	

〔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>3-1 人として尊重することをめぐって</p>	<p>3-2 相手の益を目指すことをめぐって</p>
<p>3-3 社会的視点でのチェック</p>	<p>3-4 総合的検討と今後の対応の方針</p>



[ステップ3] 検討とオリエンテーション

<p><b>3-0 問題となっていること・問題を感じていること</b></p> <p>Aさんにとっての最善は、自宅でポータブルトイレでの排泄ができるような環境を整えて、退院すること。 →そのためには、介護保険を使って、介助する人が必要なときに訪問するなどの手当が必要だ。</p> <p>⇨これは息子夫婦が嫌がっていて、オムツに慣れさせてほしいと言っている。 これが何とかならないと、Aさんにとって最善の道にならず、無理にオムツでの生活を強いると、Aさんのストレスが行動に反映され、息子夫婦にとっても後始末に追われる日々になってしまうおそれもある。</p> <p>→息子夫婦に考え直してもらおう余地はないだろうか。</p>	
<p><b>3-1 P1：人として尊重することをめぐって</b></p> <p>●<u>Aさんの気持ち</u> オムツではなく、ポータブルトイレで排泄することが自然な行為である。人としてのプライドや尊厳にかかわる。だから、Aさんの気持ちに沿うようにしたいが、息子さん夫妻が“オムツのままで”と言っていることが妨げる要因となっている。</p> <p>●<u>息子夫婦の気持ち</u> 他人に入ってこられるのが嫌だという気持ちは、“自分たちの都合だ”というよりも、“そういうのは嫌だという気持ちは普通だ”と理解し、共感する姿勢から出発したい。</p> <p>→では、息子さんたちが受け容れられるような方法はないだろうか。</p>	<p><b>3-2 P2：本人の益を目指すことをめぐって</b></p> <p>Aさん本人にとってポータブルトイレで排泄することが最善であることは間違いない。息子さん夫妻にとっても、そのほうがよい。オムツにした場合に予想されるAさんのストレスに由来する行動は、息子さん夫妻に大きな害をもたらすおそれがある。</p> <p><u>留守中に介助者を家に入れるのは嫌だという点への対策</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・Aさんがデイサービスに行く</li> <li>・Aさんが日中生活する空間と、息子さん夫妻のプライベートな部分を分けて、介助にきた人は息子さんたちのプライベートな部分には入れないようにすると、息子さんたちが感じる害を解消できるかもしれない（自宅を見てみないとできるかどうかかわからないが）</li> <li>・息子さんたちが時には畑仕事にAさんを連れていく</li> <li>・息子さんたちの息抜きのために、Aさんが外泊できるような社会資源を見つける</li> </ul>
<p><b>3-3 P3:社会的視点でのチェック</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・Aさんの介助をどうするかということについて、利用できる社会資源を把握する必要がある</li> <li>・これは病院の地域連携室、退院調整看護師が情報を持っているかもしれない</li> <li>・息子さん夫妻が、経済的な点で、介護を導入することに否定的である可能性もあるので、気軽に相談できるルートがあるとよい</li> </ul>	<p><b>3-4 総合的検討と今後の対応の方針</b></p> <p>●<u>総合的検討</u> 最初は、Aさんにとっての利益と息子さん夫妻の利害がぶつかっているというジレンマがあるように思われたが、息子さんたちのプライバシーを確保できる介護の導入の仕方を検討する方向で、息子さんたちも納得できる介護導入の可能性がでてきた。</p> <p>●<u>今後どうするか</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・以上の検討を踏まえて、息子さん夫妻と再度話し合う機会をつくる</li> <li>・息子さん夫妻の思いについてのこちらの分析を過信せず、息子さんたちの気持ちをよく聞く</li> <li>・医療者側が良いと考えることを押し付けしないで、息子さん夫妻が自由に考え、納得できる道を見つけられるように注意しながら話し合う。</li> </ul>

〔ステップ3〕 検討とオリエンテーション

3-0 問題となっていること・問題を感じていること

- ・本人の症状は、病状悪化に伴うものであり、イレウスチューブ入れ替えはデメリットのほうが大きいので入れ替えをしないほうがよいと考えたが、家族の何もしていないという不満があり、家族が納得するためにイレウスチューブの入れ替えをしてしまった。こういう時の対応はどうあるべきだったか
- ・看取りが近くなり、苦痛には麻薬の使用が一番効果的であり、その他の薬剤では緩和が不十分である。しかし、家族は、麻薬の使用は寿命を縮めると思い、本人が意思表示しないため、できるだけ麻薬の使用を避けようとしている
- ・以上のように、家族の意向によって、医療者としては不適切と考える選択肢を選ぶよう圧力を感じている状況でどう対応したらよいだろうか。

3-1 人として尊重することをめぐって

・Aさんの意向は、医療側が考える標準的なやり方と調和しており、よく分った上で、それを選択したいとしている。

他方で、家族の気持ちも分かっている、それを受け容れる傾向があり、自分にとって最善と思われる選択を強く主張できない（あるいは、しないことが家族のためと思っている）。

・家族は医療側に対して不満をもっており、もっとしっかりやれることはして欲しい、やれることがあるはずだ、と考えている。  
ここを分析する必要あり。

→ Aさんを亡くすことを怖れていて、受け入れられない。予期悲嘆の表現ともいえる。

→ 妻・母と別れたくない、いなくなってしまう、という思いに対する共感の意を示し、その思いを大いに表明できるような環境を設定できないか。

それは、自分たちで、自分たちのそういう姿勢に気付くような環境になるのではないだろうか。

3-2 相手の益を目指すことをめぐって

・イレウスチューブ入れ替えも、オピオイド使用への抵抗も、家族の気が済むことにはなっても、本人の益にはなっていない。

・現在のAさんの人生にとっての最善を実現することと、家族ができるだけ安らかにAさんの傍にいられ、遺族となった時に傷を深くしないこと（＝家族の益）とを両立させるためにはどうしたらよいだろうか。

→ 家族の価値判断の前提となっている「Aさんがまだしばらく生きて、自分たちの傍にできるようにできるのではないか」という事実と相違する状況把握が放棄されないと、現在の状況から脱することは難しい。

しかし、このことはこれまでも説明してきているはずだから、ただ、説明したら分かるというものではない。つまり、状況把握の問題ではなく、それと対になっている「こうあって欲しい」という姿勢のほうの問題 → 3-1

3-3 社会的視点でのチェック

・家族が本人との別れを否定する方向の意向を持つことは、特別なことではなく、一般的な傾向である。そうである以上、社会的視点では、一般的なこうした傾向に対する社会的働きかけの必要を指摘できる。

・本事例についてどうこうというのではなく、今後の望ましい環境作りのために、一般人への啓発活動が必要であろう。

3-4 総合的検討と今後の対応の方針

・3-1&3-2で見えてきたように、Aさんが家族が頼る相手であることが、Aさんとの別れを家族が受け容れられない事情を強くしている。だが、このところを家族が認識することが第一歩である。

・このために、家族のAさんにいつまでもいて欲しいという強い思いを共感的に受け止めて、家族が明確に表明できるような環境づくりをすることが重要であろう。そのような思いを自覚できると、そこから、医療側から見ると非現実的な状況把握のアップデートへと向かうことができるのではないか。

・Aさんにいて欲しいという姿勢から、最期の時間を快適に過ごして欲しいという姿勢が変わると、ネックになっている問題が解消するであろう。