

臨床倫理セミナーテキスト

臨床倫理エッセンシャルズ

2015年 春版

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		1
・ 倫理とは／倫理的姿勢と状況把握／倫理的評価		
・ 行動・選択の分析： 状況に向かう姿勢＋状況把握		4
2. 臨床場面の倫理		5
・ 臨床における倫理的姿勢		5
・ 倫理原則／4原則・3原則・6原則		6
・ 人間尊重・与益・社会的適切さ		7
・ 倫理的ジレンマ		8
3. 人生と生命	物語られるいのち と 生物学的生命	10
・ 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		
4. 意思決定プロセス	情報共有－合意モデル	12
・ 説明と同意モデル		12
・ 情報共有－合意モデル／本人の意思確認ができない時		13
・ 情報共有－合意モデルが適さない場合		15
☆トピック1	自己決定と医師－患者関係	16
☆トピック2	生命の二重性	17
☆トピック3	家族／愛という名の支配	19
5. 事例検討の進め方	臨床倫理検討シートを使って	20
・ ステップ1 事例の経過（ナラティブ）		21
・ 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
☆基本編	おわりに	28
〔臨床倫理アドバンスト〕 同の倫理-異の倫理 / 《皆一緒》と《人それぞれ》		29

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 v.1.5)

2015年春版

著者 清水 哲郎 & 臨床倫理プロジェクト

発行日 2015年1月10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

© 2015 Clinical Ethics Project

1. 倫理一般について

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に特に伴うものではなく、一人の生活者・市民として生きていることに伴う倫理です。まず、そういう倫理について理解します。

倫理とは

- 人間関係のあり方についての社会的要請
(= 成員間の通念 互いに要請しあっている)
 - 互いに どのような姿勢で・どう振舞うか
 - 各自の自由(自分勝手に)に制限を加える
 - (倫理的)評価(非難・賞賛)が伴う
- 例
 - 「他者に害を加えてはいけません」
 - 「互いに助け合って生きましょう」

臨床倫理プロジェクト 清水智郎

☆倫理は、人間関係のあり方〔私たちが、関係する相手に対してどのような姿勢で・どう理解し、どう振舞うか〕についての社会の要請である、ということが出来ます。


社会の要請であるということは、私たちが互いに要請し合っているということです。この社会の一員として生きていく以上は、こういう点は皆共通に引き受けましょうよ、と要請しあっているのです。わざわざこのように要請し合うのは、誰でも自由でありたいのですが、皆が際限なく自由に(自分勝手に)生きたら、社会の存続があやうくなってしまいますから。ですから、要請することは、それぞれが自発的に自らの自由をコントロールする方向の事柄になります。

私たちはお互いにいろいろなことを要請(依頼・お願い)しあっています。それが個人的な要請・依頼である場合は、倫理的なことではありません。しかし、ある種の要請は、社会的な要請なのです：つまり、要請をする人—受ける人という当事者だけでなく、当事者ではない人々、同じ社会の成員である人々が、一緒になって要請するようなものです。倫理的な事柄はこういう性質をもっています。


社会的要請には、社会的評価が伴っています。要請に応じる振舞いは是認(時に賞賛)され、要請に応じない、ないしは反する振舞いは非難されます。「社会的」評価というのは、当事者が評価するだけでなく、同じ社会の成員であれば、その振舞いを認識すれば、是認(賞賛)や非難という評価が伴うであろう、ということです。


☆「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/互いに助け合って生きましょう)が、こうした社会による要請の代表的なものです。(「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、というような興味深い動き方をしますが、ここでは省略します)。

倫理と道徳



倫理





道徳

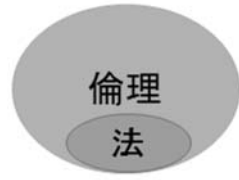
道徳: 心の持ちように重点が置かれる
心のあり様と行為が直結しているような場面が念頭にある
倫理: どうあるべきかについて、理(なぜそうなのか)が伴う
適切な心のあり様であっても、どうしたらよいか迷う場面もある

臨床倫理プロジェクト 金田麻子

☆倫理と道徳 この二つ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ような、理に適ったプロセスが不可欠になるような使い方になっています。

法と倫理

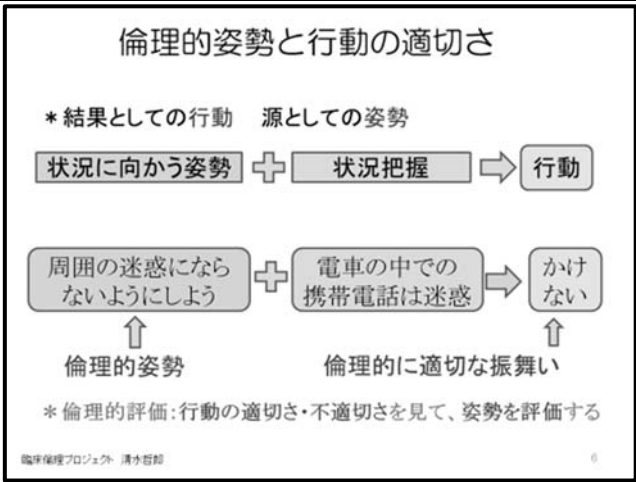
- 法も倫理も社会規範
しかし、社会規範としての機能が違う
- 法は倫理の最低限 (Jellinek, 1851-1911, 独)
法: 社会の秩序と安泰を維持・国家の強制力を伴う



倫理
法

臨床倫理プロジェクト 金田麻子

☆倫理と法 「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(非難・賞賛)をし合いながら、互いに自己規制する方向での解決が試みられます。

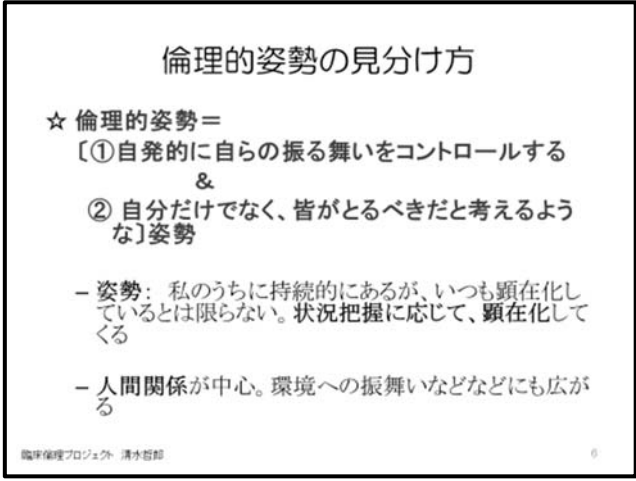


倫理的に適切な行動や選択について考えましょう。例えば、図には、電車の中で携帯電話をかけたいと思ったけれど、かけなかったという選択の分析を示しています。

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わしましょう。——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」と用事を思ひだし、すぐに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

私の内にあっただけ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。

以上のように倫理的に適切だと評価される振舞いを分析してみると、《倫理的姿勢》と《状況把握》という二つの要素があることがわかります。このうち、社会的に要請されていることの要は、《倫理的姿勢》にあらわれています。そもそも上述の「他者に害を及ぼさないように」、「互いに助け合おう」は、代表的な倫理的姿勢であるのです。



では、《倫理的姿勢》とは、どのようなものでしょうか。私たちは倫理的姿勢とそうでないものをどう見分けることができるのでしょうか。

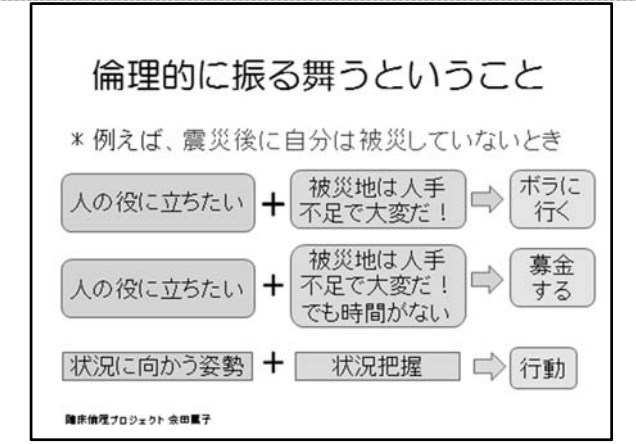
これについて、ここでは左のスライドのような説明をしておきます。

私たちはいろいろな行動をするときに、いつも何らか《状況把握》をし、それと対になるような《姿勢》をとっています(詳しくは、以下のノート「行動の分析」を参照)。ある状況で「美味しそうなケーキだ&これは食べてもいいものだ」と状況を把握したとすると、多くの場合《食べたい》という姿勢が活性化します。しかし、ある場合は、同じ状況で、上の把握に加えて、「食べると太るぞ」とも把握するでしょう。それには通常「太らないようにしよう」という姿勢が伴います。では、《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》という姿勢とどう区別できるのでしょうか。——次の点で区別されます。

- ① 《食べたい》は「(自然の)欲求」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、「やりたいことがあるけれど、それをすると周囲の迷惑になるからやらないで」というように、自分で自分のやりたいことをコントロールする(抑える)ように働きます。
- ② 《周りの人の迷惑にならないようにしよう》については、私一人がそうすればいいわけではなく、すべての人がこういう姿勢をとるべきだと思っています(=社会的要請に該当)。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》には、このようなことは伴いません。

①と②の点で、《倫理的姿勢》とその他の姿勢が区別できます。というのは、①と②は、「倫理とは、人間関係のあり方についての社会的要請である」という定義(とその解説)に合致するからです。つまり、は、倫理的姿勢が「個々人の自由(勝手)な振る舞いに歯止めをかける&社会の要請を主体的に引き受ける」ものであることを表しており、②は、倫理的姿勢が、皆が「社会の一員として他の成員に要請する」ものであることを表しているものです。



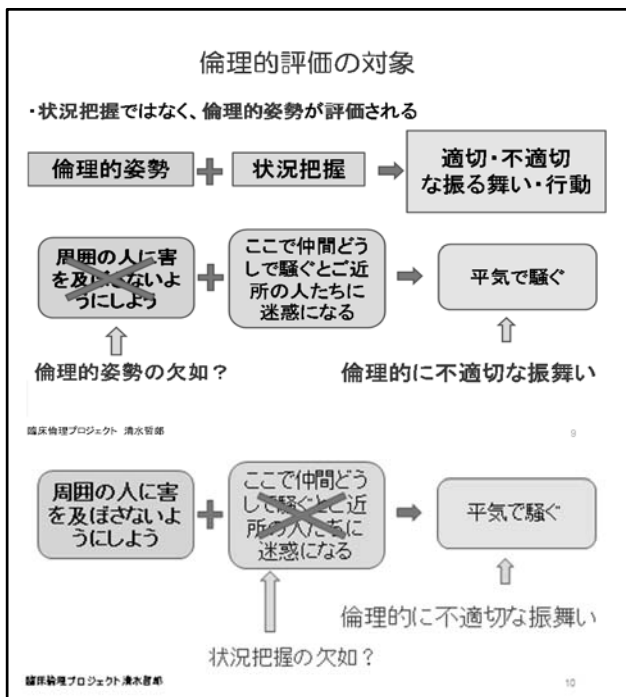
〔ノート〕《倫理的》の二つの意味

- ① 倫理的な評価(適切・善い・正しい／不適切・悪い・正しくない・不正)の対象になる／倫理的評価をする観点
- ② 倫理的にプラスの評価(適切・善い・正しい)が伴う

* 次の表現では①の意味です： 倫理的な事柄、倫理的視点、倫理的に適切な行動、倫理的に不適切な行動（この二つでは倫理的な評価をする観点で適切・不適切を評価しているわけですから①です）

* 次の表現では②の意味です： 倫理的な行動、倫理的な振る舞い

(注意: 通常の日本語の文脈では「倫理的な事柄」と「倫理的な行動」では、「倫理的」の意味が違います)



左の図は、人の行動が倫理的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。

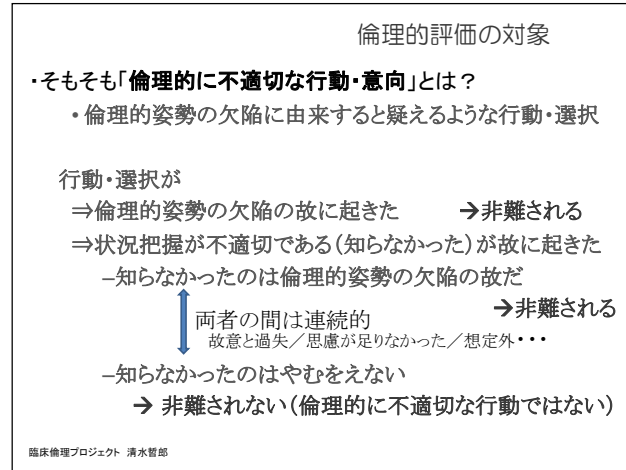
夜中にあるグループが仲間で大騒ぎをして、近所の人たちの安眠を妨げたとします。すると、近所の人たちは「安眠妨害だ、近所迷惑だ」と非難するでしょう。「周りの人に害を与えないようにしましょう」姿勢が欠けていると非難します。

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。

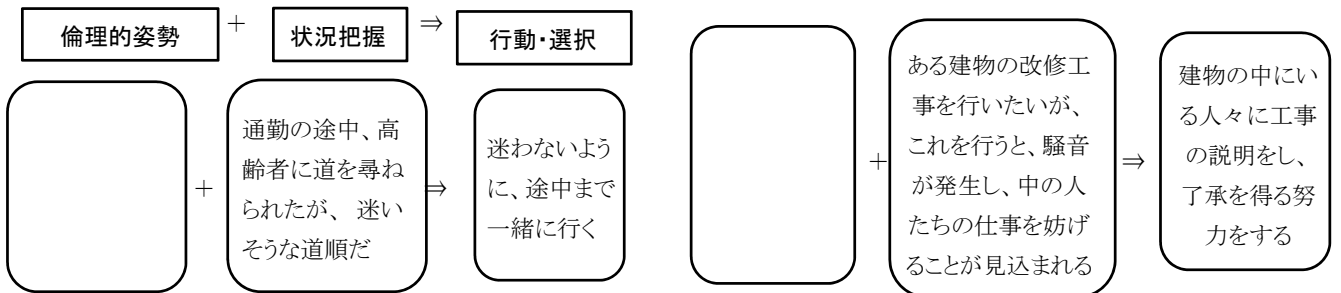
そうすると、迷惑をかけられた人々は、「気付かなかったということ自体が、周囲の害にならないようにという姿勢がちゃんとしていないことになるだろう」と重ねていうでしょうが、多くの場合「今後気を付けてね」と言って、その場は収めるでしょう。つまり、「他人への害なんて平気だ」という人の姿勢への非難よりは、「気付かなかったのは姿勢が不十分だからだ」という場合のほうが、非難の程度が軽いのです。

「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)。

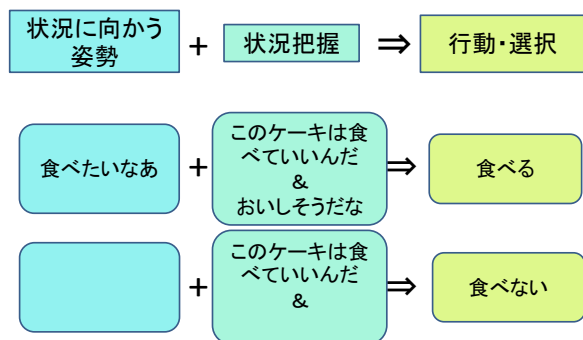
☆以上のような事情を左のようにまとめてみました。



【ワーク】 空欄に適する倫理的姿勢を考えて、記入しましょう。



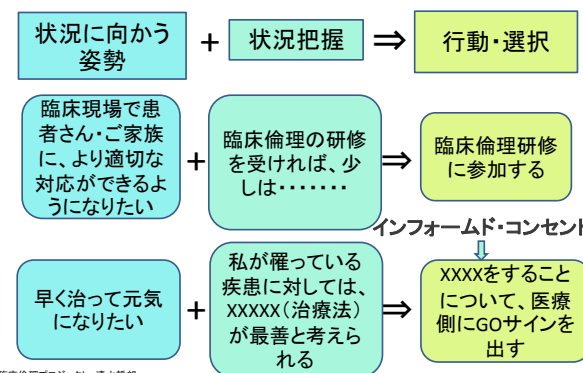
行為分析の枠組み



臨床倫理プロジェクト 清水智郎

5

行為分析の枠組み



臨床倫理プロジェクト 清水智郎

6

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)なので、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)

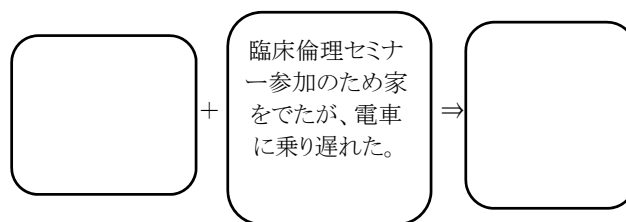
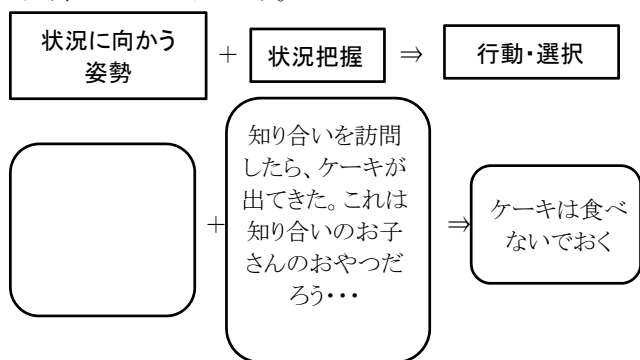
・姿勢と状況把握は状況に応じてさまざまですが、

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】(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。

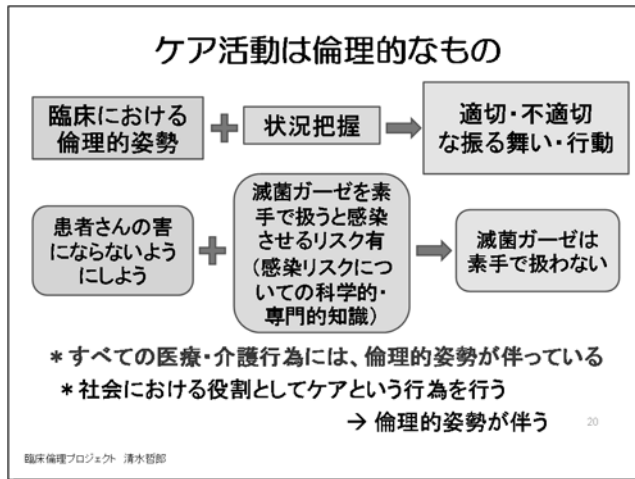


- ① 困っている人は助けなくちゃ ()
- ② 健康のため、糖分は控えめにしておこう ()
- ③ 近所迷惑なことはしないようにすべきだ ()
- ④ 夜中に騒ぐと近所に迷惑をかけることになるぞ ()
- ⑤ 沢山のボランティアが支援にきたので、被災地の人々は喜んでいる ()

(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として区別してみてください。

2. 臨床場面の倫理

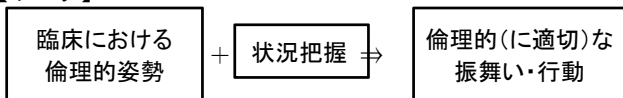
医療や介護の場で、ケア従事者たちの活動における倫理も、基本的には以上でみてきた、人間同士の関係において働いている倫理と変わるものではありません。ただ、医療・介護という社会の仕組みになったケアに従事しているという状況にもなっていて生じていることがあります。それを見ていきましょう。



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よう」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】



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

① 患者さんの QOL を高きましょう + A さん(85 歳)は誤嚥性肺炎から回復したばかり。好物のイカを食べたがっているが、医師は再発を懸念し難 ⇒

② 患者さんを人として尊重しつつ、医療を進めよう + C さん(70)には抗がん剤 X が学会も推奨する標準的治療法である。しかし、C さんは抗がん剤 X を嫌がっている ⇒

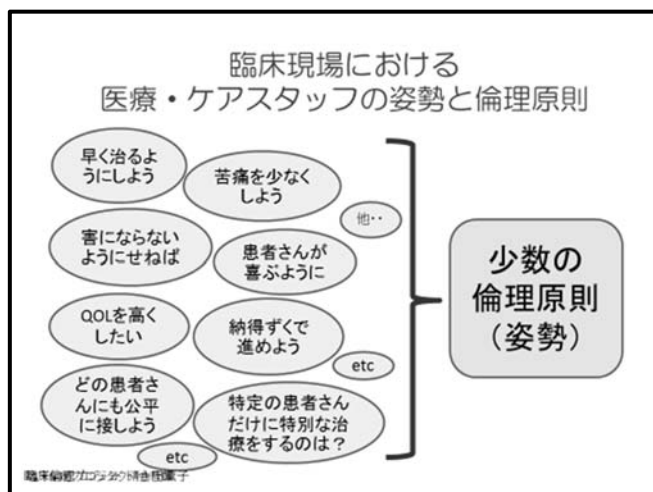
③ 患者さんの話をよく聴く + B さん(45)は乳がん手術後 5 日目。よく眠れないと言っている。部位の痛みはあまり無いという。 ⇒

④ 同時刻に手術室 1 で D さん(55)、隣室の手術室 2 で E さん(56)が手術予定。D さんと E さんは同性、同姓。 ⇒

出題 臨床倫理プロジェクト(会田)

【メモ】

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。その時々自分なりに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ことを繰り返し試みていくと、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、ケア的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」としている点は後述。

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)	

☆日本看護協会は、以上の4原則に誠実と忠誠の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、R.M.Veatchという研究者の理論に依拠しています。これら二つはVeatchによれば自律尊重と並んで人間(人格)尊重の下にあるものですから、3原則では人間尊重がこれらをカバーしています。

臨床の倫理原則＝基本的な倫理的姿勢	
☆[ケアの進め方]	人間尊重: 相手を人として尊重する
☆[ケアの目的]	与益: 相手の益になるように&害にならないように
☆[社会的視点]	社会的適切さ: 社会的視点でも適切であるように

以下、3原則のそれぞれについて、簡単に説明をします。

相手を人間として尊重する

**ケアの
進め方**

- ・ 相手を人として／相手に人として向かう
 - 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→
 - ケアする姿勢／相手を人＝仲間として接する
 - ・ ともすると: おせっかい／干渉がましくなる
 - 相手を私の支配下にない独立した個人として、尊重する
 - ・ = 自律尊重
 - ・ ともすると: 冷淡／他人事になる

→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 清水哲郎 13

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。

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、てきばきと選択をして

与益：相手にとって益になるように

**ケアの
目的**

- ・ 益になるように&害にならないように
 - 益と害のアセスメント【見込まれる効果と副作用など】
 - 選択肢を比較→ベスト(まし)なものを選ぶ
 - = 相応性理論 theory(principle) of proportionality

→達成目標が定まっている場合：目標を達成できる選択肢の中でもっとも害が少ないものを選ぶ

【疼痛コントロール】

- ☆通常の鎮痛剤でできる (害:.....)
- ☆麻薬系鎮痛剤等でできる (害:.....)
- ☆鎮静によりできる (害:人間的生活ができなくなる)
- 【鎮静でもできないと、安楽死が候補:そういうケースはない】

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎

“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)。

益と害のアセスメント 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。

☆ 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。

与益：相手にとって益になるように

**ケアの
目的**

- ・ アセスメントの際の物差しは？
 - 大方に共通の価値観：ケア提供者がさしあたって持っている物差し
 - ・ いのちの長さやQOL(一般的)等
 - 本人の個人的価値観 本人の人生(の事情)
 - 両者のすり合わせ 話し合い
- ・ 社会的適切さに反しない限り、個人的価値観を受容(話し合いの結果として)
 - (例) 悪性度の高い感染症に罹った人は、本人が自由にしたいと言っても、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さほどの害を及ぼさない場合は、本人が嫌がっている治療を強行しない → 共通の価値観とのすり合わせ

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎

共通の価値観—個人的価値観 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す。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)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きました。

そういう場合に、人間尊重の姿勢でよく話し合っても、ケア提供側が考える最善と本人が考える最善とが両立しない場合には、次に説明する社会的適切さの原則に反しない限り、本人の価値観・人生観による本人が最善と考えることを受け容れることになります。

社会的にも適切であるように

社会的
視点

〔社会の仕組みである医療・介護→医療・介護従事者
に対する社会的要請：臨床の倫理原則〕

- ・《社会的適切さ》＝自らの医療・介護活動を社会全体の中においてみて、適切であるようにする
 - ☆公平・公正 結果に偏りが無い・プロセスが適切
(△形式的平等 ×エコヒイキ ×第三者への限度を超えた害)
 - ☆社会の成員同士の助け合い：適切な負担と保障
 - ☆具体化した社会的要請：法やガイドライン(要請する力がより強い)
- ・《適切さ》は「私たちはどうい社会を選ぶか」に相対的
 - － 高福祉・高負担 ↔ 低福祉・低負担
 - － パイの大きさと配分

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎 16

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。

倫理的ジレンマ

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」と思索する
- ・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」

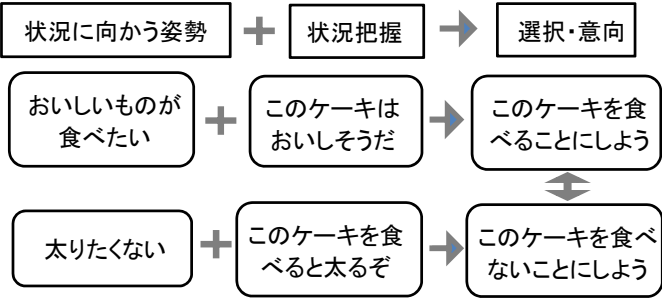
臨床倫理プロジェクト 清水哲郎 51

・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。左中図の〔ジレンマの構造〕を参照してください。これはケーキを前にして、食べようか・食べないでおこうか、迷っている例です。この場合、「美味しいものが食べたい」と「太りたくない」という二つの姿勢の間で、「彼方立てれば此方が立たず」状態になっていて、ケーキを食べるかどうか、決めかねるといった事態になっているわけです。

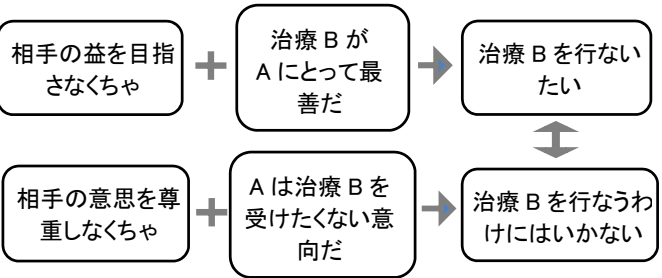
・倫理的ジレンマは、複数の倫理原則の間で「あちら立てれば、こちらが立たず」状態になることだと、よく言われますが、複数の倫理的姿勢の間でこういう状態になることも含めて考えましょう。左上の図にあがっている例は、同じく相手を人として尊重するという原則の下で、本人のかつての理性的判断を尊重する姿勢と、現在の感情・気持ちを尊重する姿勢の間でのジレンマなどです。

また左下図のジレンマは、与益と人間尊重という二つの倫理原則の間で起きているとみることができます。

〔ジレンマの構造〕



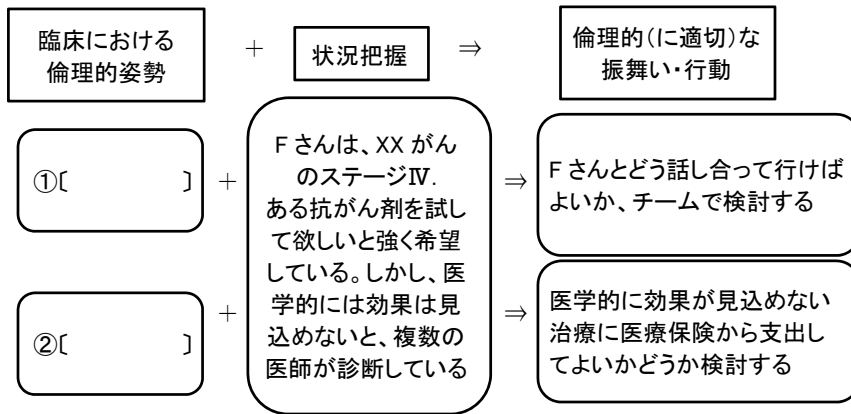
〔倫理的ジレンマの場合〕



・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が、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くなった時、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。

【ワーク】



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)

【ワーク】 臨床のいろいろな場面を例に挙げて、医療ケア従事者の行動を記し、それを倫理的姿勢と状況把握に分析してみましょう(分析の仕方は複数ありえます)。また、倫理的姿勢のところに倫理原則を当てはめると、状況把握はどうなるでしょうか。

(例)

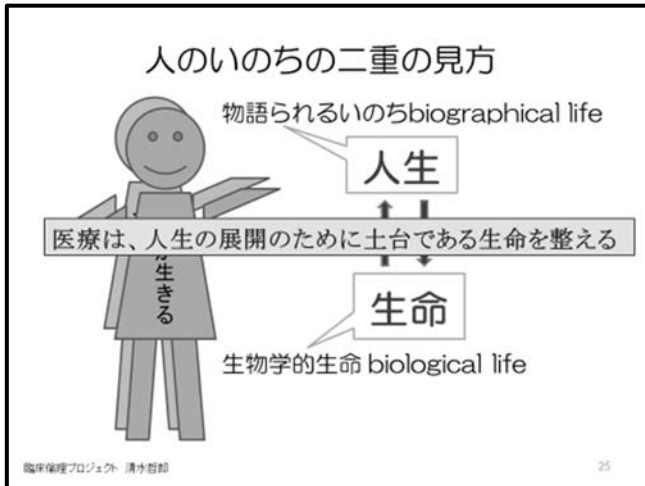


3. 人生と生命 —物語られるいのちと生物学的生命—

《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。

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えます(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となります(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)。

医療・ケアの目標：人生にとっての最善

《よい人生》： 本人が「生きててよかった」と満足できる
(本人の人生に注目して、最善を考える)
→人生を全うする(高齢期の場合)

→長生き=目的①
長ければ中身はどうでもいい? 否

→快適な生活=目的②

- 苦痛がなく、楽に過ごせる
- 残っている能力を発揮する機会がある

臨床倫理プロジェクト 清水智郎

☆ 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を例にとりて考えましょう。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。

左上のスライドと左中のスライドの上半分では、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であるか(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。

医療・ケアの目標：人生にとっての最善(続)

☆ 高齢者 生命維持(人工的水分・栄養補給)の場合

- まずは目的②(快適)、さらに目的①(長生き)も加えられたらラッキー
- 目的①+②にしますか それとも 目的②だけ?

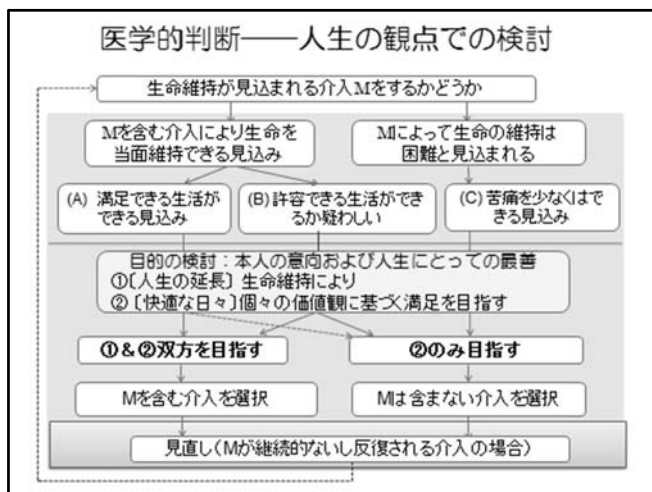
☆ 一般に 積極的治療をするかどうか

①長持ち ↑ & ②快適さ ↓
のバランスをどう考えるか

- 人生の意味 人としての尊厳 ……にかかわる
- 個々人の生き方、人生計画、価値観に相対的

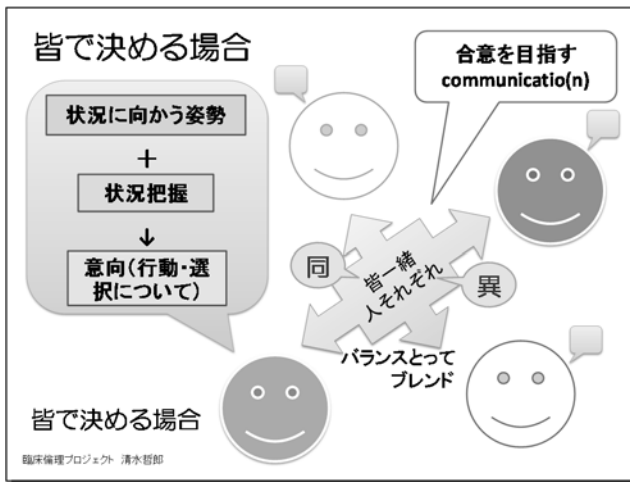
臨床倫理プロジェクト 清水智郎

☆ (左中のスライド下半分) この考え方は生命維持を目指す場合だけでなく、一般にある治療をするかどうかにも当てはまります。ただし、実際には、ある治療を実施することによって、①長持ちはアップするが、②快適さはダウンするということがよくあります。こういう場合、与益という姿勢で、益と害のアセスメントを行うことが必要になります。



4. 意思決定プロセス

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。

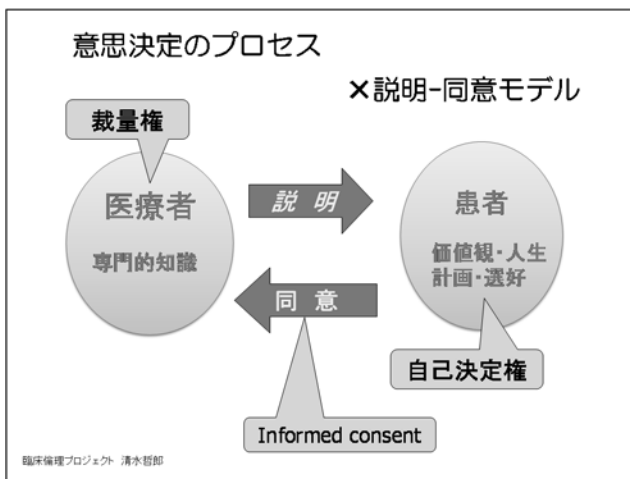
人間の行為には、独りではなく、複数の人間で一緒に行うものがあります。そのようなものについては、何をどのようにするかを共同で決めるプロセスが伴ってきます。ここでは、参加している者のそれぞれに「自分としてはかくかくしたい(して欲しい)」という意向が生じるプロセス(状況に向かう姿勢+状況把握→意向)と、各人の意向を調整して、何をするかを共同で決めるプロセスがあるわけです。このプロセスを、治療方針を決める場面で考えてみましょう。

【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」のことでと解説されたため、「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)。

【代理決定・事前指示】 ☆「本人が決める」ということから、本人が



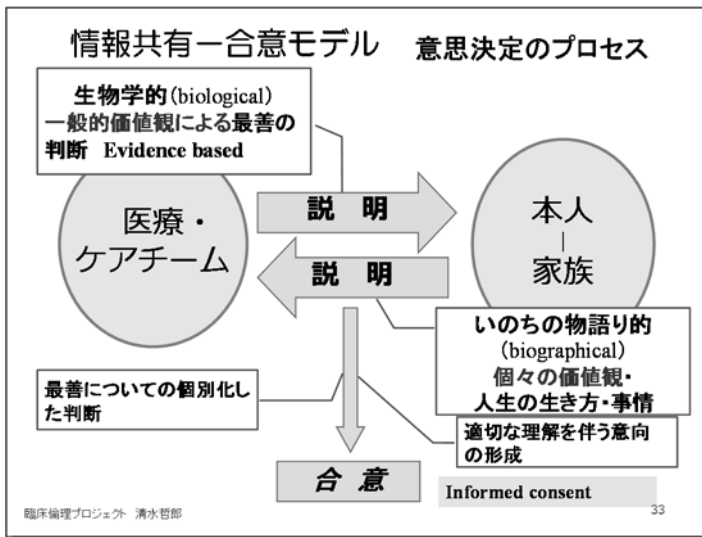
説明と同意モデルの《自己決定》と事前指示

- 「説明と同意」モデルに伴ってなされる説明：
 - 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

ここから、本人が意思表示できない場合に備えて

- 事前指示の薦め: ②や③を家族や医療者がしやすいように、本人は予め意思表示を!
- 代理に決める人を(一人!!)選んでおく

意思表示できない時に「誰が決めるのか」を決めたり、「予め意思表示しておいてほしい」と求めたりすることになるのです。



【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、医療側と患者側との権限・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、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

《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 清水哲郎

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。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。

情報共有—合意モデルとACP

- 「説明と同意」モデルに伴う説明:
 - 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それでもできない時 → 本人の最善を判断
本人が意思表明できない場合に備えて
 - 事前指示の薦め
 - 代理に決める人を(一人！)選んでおく

- ☆ ①の場合も②&③を伴う。ただし、
誰かが単独で決めるのではなく、
- ☆ 皆で決める& 本人・家族は決定プロセスに参加する
- ☆ 家族や医療ケア従事者は本人の生き方・価値観を理解
・尊重して、最善を考える
- ☆ 継続的なACPのプロセス「代理は一人選ぶ」とは限らない

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎

32

☆左の「説明と同意」モデルに伴う説明のうち、

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。

ですから、本人の意思確認ができない時も、家族や代理人は「決める人」ではなく、意思決定に「参加する人」だとお考えください。

また、「代理人は一人」というような誤解があるようですが、一人にしなければならないわけではありません。

☆「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)かどうかについて、①と②であるかのように誤解される可能性がある表現をしています。

しかし、同ガイドラインの解説編は「本人・家族・医療ケアチーム」の合意が重要だと強調しています。ですから、

・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決めてればいい、と言っているわけではない。

・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、と言っているわけではありません。ガイドライン全体の趣旨を踏まえて個々の文を理解する必要があります。 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パタ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】

☆ 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。

〔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決めてみましょう」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まれます。

☆ 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ぬ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必要があります。

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、対応することが望まれます。

☆ 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
→ 応じなければならぬわけではない。
- 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】 ☆ 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、分らなかったことを自由に記してください。

「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

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。

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)

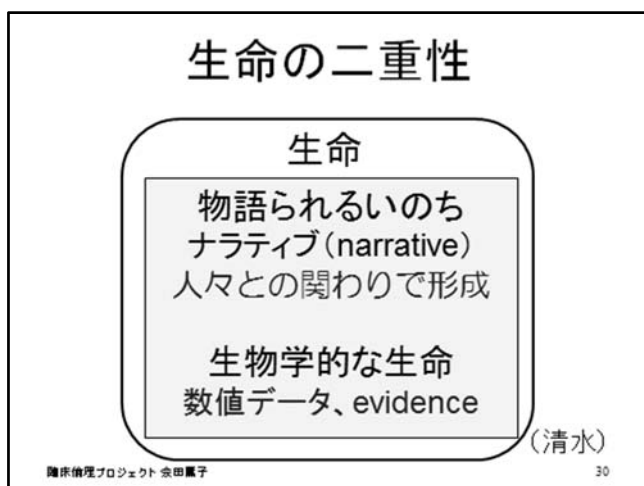
医師-患者関係のプロトタイプ

	医師の力 (power)	
患者の力	強い	弱い
強い	相互参加型	コミュニケーション重視
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



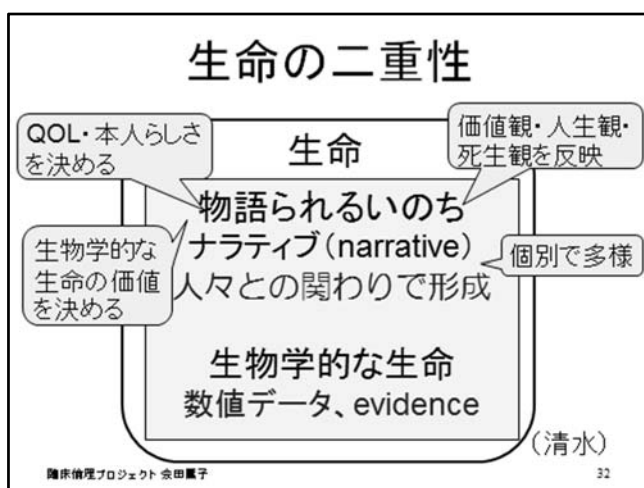
物語 narrative 物語り

「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 会田薫子 31



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 会田薫子

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 会田薫子

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 会田薫子

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。

家族も当事者

愛という名の支配

- 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(善いと思つ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

☆ 「皆一緒」に生きる家族は、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」などと言ったりします。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
 - 本人が現実に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到るように支える。

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。

【ワーク】 医療の場面で家族同士のよい面が効く場面と悪い面が働いてしまう場面を想像して話し合ってみましょう。

5. 事例検討の進め方 —臨床倫理検討シートを使って—

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)状況を書いています *カンファランス参加者間で物語り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

2A-1 選択肢(医療方針)の長短とそのメリット・デメリット 1: 緩和ケア+抗癌剤 ○... ×... 2: 緩和ケア+0 ○... ×...	2A-2 社会的観点からの特長事項 社会的適切さ
2A-3 説明 本人に 家族に 人間尊重	
2B-1 患者の理解と意向 状況をどう理解しているか(適切な) もしあつてどうしたい、どうして欲しいと伝えているか	2B-2 家族の理解と意向 .
2B-3 本人の意思が、看護職や医師について(これらに関係するかもしれないエピソードなど)「この患者にとっての最善」を有見あふせて考へていられるか 人間尊重	与 益

ステップ3: 検討とオリエンテーション

3-0 留意となっていること・留意を要していること	
3-1 人として尊重すること をめぐって 人間尊重	3-2 相手の益を尊重すること をめぐって 与 益
3-3 社会的観点でのチェック 社会的適切さ	3-4 即時的検討と今後の対応の方針

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎 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・家族の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、今後に活かす
- ・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 清水哲郎 45

次頁に、検討シートの冒頭とステップ1のシート(記入例)があります。これの冒頭部分に、「前向き検討」と「振り返る検討」という区別があり、ここの記入例の場合は、「前向き検討」を○で囲っています。

この二つの区別は左のスライドの説明の通りです。

ステップ 1 経過を把握する

臨床倫理検討プロセスの最初のステップは、事例がどういうものなのかを参加者が共通理解することです。つまり、ここでは報告者が予め記した事例の経過について、参加者皆で検討します。次に、検討シートの最初の部分を記入例付きで載せておきます。

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 [] 日付 [年 月～ 月]

1-1 本人プロフィール

Aさん、85歳男性 妻(80代前半)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

X年Y月Z日 嘔声により受診、検査の結果喉頭がん(以下の説明に示すような進行状況)と診断。

同月Z'日 主治医と本人・妻が面談。担当看護師も立ち会った。

主治医の説明は：①手術(失声、永久気管孔を伴う)プラス放射線により、根治手術とまでは言えないとしても、相当程度人生の長持ちが可能であり、これが一般的には最善でしょう。

②放射線だけだと、そう遠くない時期に再発する恐れがあります。

③とくにガンに対抗する治療をしないでいくと、必ず腫瘍が大きくなり、嘔声がひどくなり、呼吸困難になることが予想されます(こうなった場合には、緩和ケアにより、できるだけ辛くないように努めますが)。

本人は、手術に伴う後遺症についてより詳しい説明を求め、医師の説明を受けて、「この歳になって術後のそういうつらさは耐えられないので、手術は受けたくありません」と、意向を表明した。

すると、一緒にいた妻は、「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(医師—本人、本人—妻)がある。今後どのように対応したらよいだろうか。

〔記入の手引き〕

◎ 1-1 本人プロフィール

中心人物(通常、患者ないし利用者)について、名(仮名)、年齢、性別、家族構成、本人の生活等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、記述します。これは報告者のナラティブ(物語り)です。単に「事実」を連ねるのではなく、取舍選択しながら書くことにより、事例のかたちが描かれます。ケア(医療)チーム内の検討であれば、他のメンバーの視点からの記述が追加され、研修会等では、参加者からの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なっていくことが目指されます。

◎ 1-3 分岐点

前向きの検討の場合、経過記述の終わりに近いところで検討課題が現れるのが通常です。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、といった問題で、今後どうしたらよいかが一気に絞られていけません。つまり、分かれ道にさしかかっているのです。振り返る検討の場合、事例を省みて、「ここで右に行く道を選んだが、それでよかったのだろうか、左に行くほうがよかったのでは？」と気になっている点が分かれ道です。

そこで、①1-2(経過)の中で、上のような別れ道の記述部分に、前向きの場合は【tp】、すでに通過した別れ道を振り返ってみる場合は【tr】と記します。そして②1-3(分岐点)には、その分かれ道がどういうものであるかを簡単に記します。

ステップ 2 情報の整理と共有

ステップ1で把握した事例の経過をベースに、ステップ2では1-3で提示された分岐点について、ケア提供側から本人側に伝わった・伝わるべき情報(以下のAの部分)と、本人側から得た情報(Bの部分)を整理して記します。ここでは、「情報共有-合意」モデル(p.12)を活かそうとしています。まずAの部分から。

【ステップ2】 情報の整理と共有【時点: tp / 選択の内容: 治療方針】

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手術プラス放射線</p> <p>○:後遺症による辛さはあるが、それを克服できれば内容ある人生の延長が見込まれる。高齢による衰えも見込まれるので、最期まで再発しないで済むかもしれない。</p> <p>✖:失声 & 永久気管孔による日常生活の辛さ・QOL低下 高齢なので術後の回復が遅く、年齢による衰えのほうに先んじてしまうかもしれない。</p> <p>②放射線のみ</p> <p>○:治療中は辛いことがあるだろうが、手術による後遺症のようなことはないので、自宅でこれまでのような生活が可能。</p> <p>✖:そう遠くないうちに、再発する可能性があり、嗄声がひどくなったり、呼吸困難になったりする虞がある(緩和ケアで対応)</p> <p>③経過観察</p> <p>○:すぐ自宅にもどって、これまでの生活を続けられる</p> <p>✖:腫瘍は確実に増大して、辛い症状がでてくる(緩和ケアで対応)。生命予後もあまり多くは見込めない</p>	<p>2A-2 社会的視点から</p> <p>「手術によって人生を長持ちさせることができるのなら、やるべきだ」という判断・評価は、現在でも一般市民の多くが持っている。85歳であるといっても、その他の点ではかくしゃくとしていれば、勤める人も多いただろう。失声・永久気管孔という副産物によるQOLへの影響がどれほど考慮されているかは、医師がこの点を適切に説明しているかどうかと連動する。そして、どのように説明するかは、医療はどうあるべきかに関する社会の通念(医療に関する文化)に相対的である。</p>
<p>2A-3 説明</p> <p>2A-1の内容を話す</p>	<p>家族に対して</p> <p>本人と同席で説明 ∴本人と同内容</p>

【記入の手引き】

◎ 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。選択に関係する情報だが、○か×かは一概には言えない場合は△にしておきます。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。

◎ 2A-2 社会的視点から

問題になっていること、また2A-1で挙げた選択肢を、社会全体を眺める視点で見て、問題点や留意点があれば指摘します。たとえば、益が見込まれない治療で医療費が高額になる、在宅で過ごすには介護保険を使う様々な社会的ケアを準備する必要がある、第三者に不公平になる虞がある、等々のことです。また、ガイドラインや法律が関係する時、社会的通念や文化が影響しているとおもわれる場合には、それを記します。この項目はいつでも記すことがあるとは限りませんから、無理に記入する必要はありません。

◎ 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。

次はB(本人・家族から得た情報)の部分です。本人、家族とのコミュニケーションを大事にして、今問題になっていることについて、現段階で聞き取った本人・家族の理解と意向(希望)、それから、問題になっていることに直接かかわらないけれど、本人の人生・生活を知るのに役立つかもしれない情報があれば、それを記します。この記入をしようとして、何も書くことがないことに気づくことがあります。その場合、書くことがないのは、目下の事例の場合は当然なのか、コミュニケーションが足りなかったからなのか、チェックしましょう。このようにして、状況把握に足りないところがあるかどうかのチェックができます。検討シートは、ケア提供側の倫理的姿勢が具体的に活かされて、状況の適切な把握をするようにサポートするのです。

B 本人・家族の意思と生活	
2B-1 本人の理解と意向 ・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、手術には否定的	2B-2 家族の理解と意向 ・説明は一応理解しているが、夫にできるだけ長く生きてほしいという思いがベースになっている模様 ・「お父さんそんなこと言っても、死んじゃったら仕方ないじゃないの」と翻意をうながす 夫が、手術によって日常生活に差し障る状況になることを訴えても、「それでも死ぬよりはまし」と応じている。 ・息子夫妻の意向はまだ聞いていない
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) ・本人は定年まで高校教師(生物)をしており、定年後は社会活動を続ける傍ら、園芸や畑仕事を趣味にしていた。読書が好きで、「広く世界を知る」ことを目指して、割と固い傾向のものを読んでいる。 ・妻「これまで夫になんでも頼ってやってきたので、いざ倒れられると、どうしたらいいか戸惑ってしまうのよ。」 (以上、担当看護師がそれぞれ本人から聞き取り)	

◎ **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。

☆ステップ2で行う整理は、医療・介護従事者が、その基本的な倫理的姿勢(=倫理原則)を發揮しつつ行うものです。

2A-1(選択肢とそのメリット・デメリット)は「与益」、2A-2(社会的視点)は「社会的適切さ」、2A-3(説明)は意思決定プロセスの進め方にかかわりますから、「人間尊重」にそれぞれ関わっています。

また、2B-1、2(本人・家族の理解と意向)は「人間尊重」(本人・家族側から見た益・害の情報になることも多く、その意味では「与益」)、2B-3(本人の人生・価値観)は、「与益」(本人・家族とのコミュニケーションの結果でもあり、また本人の人生を尊重する姿勢と関係するという点では「人間尊重」)に関わっています。

ステップ 3 検討とオリエンテーション

事例検討会の場合、通常ステップ1と2は事前に事例提供者(報告者)が作成しておき、それを検討会でまず紹介して、事実関係を中心に質疑をしてから、ステップ3を使って共同検討をすることになります。ステップ3については、3-0に事例提供者が問題と思っていることを簡略に書いておくことはよくありますが、3-1以下は白紙の状態になっています。ここでは、まず、それぞれの記入欄に何を書くかを概説した上で、検討の仕方について立ち入った説明をすることにします。次にステップ3のレイアウトを示しておきます。

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

◎ 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、自由に出し合い、要点を記入します。たとえば、当事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、経過のここのところはどうなんだろうと疑問に感じた点、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がお勧めですが、そうでないやり方もあるでしょう。

◎ 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のが基本です。相手を理解しようすることは、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。

「人として尊重する」という姿勢は、多くの場合医療・ケアの進め方に関わっています。ですから、何かを選択するという問題の時に、そのためのコミュニケーションの進め方に関わることは、ここで検討します。

◎ 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。

「相手の益を目指す」(与益)は、医療・ケアの目的・目標・ターゲットに関わっています。ですから、目的・目標が問題である場合、ここで検討するとよいでしょう。

◎ 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。

<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"> ・医療側が考える本人の最善と本人の意向(与益と人間尊重)の間でジレンマ状態。 ・本人と妻も意見が不一致 ・手術をした場合に見込まれる、プラスの効果と、失声・永久気管孔というマイナスをどう総合的に評価したらよieldらうか。 ・他に悪いところはないとはいえ、高齢による衰えは否めない。手術後うまく回復すればよいが、高齢故の問題が起きて長引いたら、手術しなかったほうがよかったということになるだろう。 ・本人が手術を嫌がっているのは、高齢と後遺症だけが理由なのだろうか。 ・妻が手術を勧めているのは、人生の長持ちが理由だろうが、日常生活が辛くなることは気にしていないように見える。 ・息子夫妻の考えを聞く必要がある ・主治医は、治療の選択肢を示しているが、手術を薦めたといえる。この判断は適切だろうか。 ・社会の通念として、手術が最適とみる傾向があるというのは、どうだろうか。 	
<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>

【検討 1】 (上に掲げたシートの3-0の部分参照)

まず、3-0の部分の検討をします。ここでは、事例についてさしあたって理解した範囲で、参加者が自由に問題点や感じたことを出します。それを3-0に書き込みましょう。同じような意見があれば一つにまとめて書いてもいいですが、ここでは、まとめることはあまり気にせず、思ったことを率直に出して箇条書きにしていきます。

【検討 2】 (上のシートおよび次頁のシートのうち、3-0の部分参照)

3-0の箇条書きを見て、基本的な倫理的姿勢に沿って分類します。例えば、箇条書きの頭に、次のように略記します:

- ① 人間尊重に関すること:〔人〕; 与益に関すること:〔益〕; 社会的適切さに関すること:〔社〕
- ② 二つの倫理的姿勢間で衝突していると思われる場合〔人⇄益〕のように記します。
- ③ どれに分類したらよいかわからない場合、意思決定プロセスやコミュニケーションの進め方に関する場合は〔人〕、医療・ケアにおいて何を指すかに関わることは〔益〕に分類します。
- ④ 複数の姿勢のどちらにも関係していると思われる場合やわからない場合は、例えば、〔人/益〕としておきます。

次に、以上で、3-0の箇条書きの頭の部分に分類の略記がつけましたので、その分類にしたがって箇条書きを並べ替えます。次頁のシートには並べ替えた結果を示しています。しかし、手書きの場合は並べ替えはできないので、箇条書きの頭に分類の略記をつけるだけで次に進みます。

また、グループワークなどで、机に模造紙をひろげて使う場合は、検討1のところで、箇条書きを適当な大きさの付箋に一項目ずつ書いて貼り付けておき、ここで分類ごとにグループにまとまるように並べ替えるといいでしょう。二つの分類にまたがるような場合は、同じ箇条書きを複数つくって、それぞれのグループに入れます。

<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"> ・〔人⇄益〕医療側が考える本人の最善と本人の意向(与益と人間尊重)の間でジレンマ状態。 ・〔人〕本人が手術を嫌がっているのは、高齢と後遺症だけが理由なのだろうか。 ・〔人⇄人〕本人と妻も意見が不一致 ・〔人〕妻が手術を勧めているのは、人生の長持ちが理由だろうが、日常生活が辛くなることは気にしていないように見える。 ・〔人〕息子夫妻の考えを聞く必要がある ・〔益〕手術をした場合に見込まれる、プラスの効果と、失声・永久気管孔というマイナスをどう総合的に評価したらよいだろうか。 ・〔益〕他に悪いところはないとはいえ、高齢による衰えは否めない。手術後うまく回復すればよいが、高齢故の問題が起きて長引いたら、手術しなかったほうがよかったということになるだろう。 ・〔益〕主治医は、治療の選択肢を示しているが、手術を薦めたといえる。この判断は適切だろうか。 ・〔社〕社会の通念として、手術が最適とみる傾向があるというのは、どうだろうか。 	
<p>3-1 人として尊重することをめぐって 〔意思決定プロセス〕 ジレンマ状態 (3-2⇒) 医師は選択肢を示している(説明内容は?) / 手術を薦めたのはどうか 本人の消極的なレスポンスに対して、どう対応?</p> <p>〔本人を理解する〕 医療側の判断と食い違ふ/妻とも食い違ふ: 理由: 高齢と後遺症についての判断/他に理由があるか?</p> <p>〔妻を理解する〕 本人と意見が対立: 妻が手術を勧めているのは、人生の長持ちが理由/日常生活が辛くなることは気にしていない?</p> <p>〔他の家族の考えを理解する〕 息子夫妻の考えは? 孫は?</p>	<p>3-2 相手の益を目指すことをめぐって 〔評価をめぐる判断の対立〕 医療側が考える最善と本人が考える最善の間の食い違い? その源は?</p> <p>主治医は、治療の選択肢を示してはいる(⇒人) / 手術を薦めたことは適切か(⇒人)。</p> <p>〔益と害のアセスメントの困難点〕 手術をした場合に見込まれる、プラスの効果と、失声・永久気管孔というマイナスをどう総合的に評価したらよいだろうか。</p> <p>〔リスク〕 高齢による衰えを考慮する⇒手術後うまく回復すればよいが、高齢故の問題が起きて長引いたら、手術しなかったほうがよかったということになる。</p>
<p>3-3 社会的視点でのチェック 〔社会の通念〕 手術が最適とみる傾向があるというのは、どうだろうか。</p>	<p>3-4 総合的検討と今後の対応の方針 〔与益と人間尊重間のジレンマ〕 医療側が考える本人の最善⇄本人の意向</p>

【検討 3】 (上に掲げるシートのうち、3-1~4の部分を参照)

シート の 3-0 を見て、〔人〕を含む分類をした箇条書きを参照し、問題点を整理して、まとめられるものはまとめ、3-1 にその結果を記入します。上のシートでモデルにした事例の場合、「本人と家族のそれぞれを理解する」という《人間尊重》の下に含まれる姿勢を立てて整理することと、意思決定プロセスの進め方に注目して整理することと、二つの筋で整理してみましたが、他の事例でも使えるかもしれません(ここの整理の仕方のヒントは今後追加していきます)。

同様のことを、〔益〕〔社〕についても行い、3-2、3-3 に記入していきます。3-4 には複数の項目間のジレンマにあたることがあれば、記入しておきます。

この段階で 3-0 には挙げなかった問題がでることもあります。上のシートでは斜体で記しておきました。また、たとえば 3-2 の検討をしているうちに、3-1 に関わる問題が見つかったので 3-1 に書くというようなことも起きます。上掲のシートでは 3-2 の二段落目に「(⇒人)」とあり、これに対応して、3-1 の 2 行目に「(3-2⇒)」とあるのがそういう例です。

<p>3-0 問題となっていること・問題を感じていること ……紙面節約のため省略……</p>	
<p>3-1 人として尊重することをめぐって 〔意思決定プロセス〕ジレンマ状態 / (3-2⇒) 医師は選択肢を示している(説明内容は?) / 手術を薦めたのはどうか 本人の消極的なレスポンスに対して、どう対応? 〔本人を理解する〕医療側の判断と食い違い / 妻とも食い違い: 理由: 高齢と後遺症についての判断 / 他に理由があるか? 状況に向かう姿勢: 今後の人生を快適に過ごしたい (長くなくても良い・長くても辛いのは嫌: 人生観・価値観) 状況把握: 手術をした場合の今後の生活についての把握は適切か? 姿勢と把握についての他の組の可能性: 家族に迷惑をかけたくない + 失声 etc. は家族に負担をかける 〔妻を理解する〕本人と意見が対立: 妻が手術を勧めているのは、人生の長持ちが理由 / 日常生活が辛くなることは気にしていない? 姿勢: 独りになりたくない(夫がいなくなるとは困る) / 把握: 夫がいない生活は大変、どうしたらよいかわからない 姿勢に伴う情が支配的 ⇒ もっともなこととして受け入れる ・失声 etc. になった場合の夫の辛さを相手の身になって考えられるような気持ちのゆとりがない ・息子夫妻の支えが見込まれると上向きになれるかも ⇒ 妻は(緩和)ケアの対象である(⇒3-2 益) 〔他の家族の考えを理解する〕息子夫妻の考えは? 孫は? ・息子夫妻にも参加してもらおうような働きかけ要。</p>	<p>3-2 相手の益を目指すことをめぐって 〔評価をめぐる判断の対立〕医療側が考える最善と本人が考える最善の間の食い違い? その源は? 主治医は、治療の選択肢を示してはいる(⇒人) / 手術を薦めたことは適切か(⇒人)。 〔益と害のアセスメントの困難点〕・手術をした場合に見込まれる、プラスの効果と、失声・永久気管孔というマイナスをどう総合的に評価したらよいだろうか。 〔リスク〕高齢による衰えを考慮する⇒手術後うまく回復すればよいが、高齢故の問題が起きて長引いたら、手術しなかったほうがよかったということになる。 ☆本人の人生観・価値観による判断であれば、手術以外の選択肢を選ぶことも適切であり得るだろう。 ∴医学的には(共通の価値観を物差しにして評価する場合)、ここで手術とその他の選択肢の間で、手術のほうがよいとは言えないのではないか。 (3-1⇒) 妻の気持ちを受け容れた対応: 妻にとっての益を考える 妻にとっても、夫が辛い状況で生き続けることに実際に接したら、悔いることになるかも ⇒ 本人の残された人生と一緒に生きるような方向づけ。息子夫妻や孫たちの支え</p>
<p>3-3 社会的視点でのチェック 〔社会の通念〕手術が最適とみる傾向があるというのは、どうだろうか。 確かに、「できるだけことをして欲しい」という表現に代表される傾向は残っているが、他方で本事例のような場合についても、延命優先ではなくQOL優先で行こうという考えも強くなってきている。一般市民の意識がアップデートしていく必要がある。それは、医療側の共通の価値観に基づく判断をアップデートすることとも連動する。</p>	<p>3-4 総合的検討と今後の対応の方針 〔与益と人間尊重間のジレンマ〕医療側が考える本人の最善⇔本人の意向: 3-1 & 3-2 によりジレンマは解消された。つまり、医療側は共通の価値観によって手術を薦める根拠はないとなったので、本人がその人生観・価値観に基づいて、状況を適切に把握したうえで手術はしないという意向になっているのなら、その線で合意できるのである。 〔今後確認すること・進めること〕 ☆Aさんの意向は人生観・価値観によるものであり、家族への気兼ねなどではないこと、また、状況を適切に把握してもなお動かないものであること、を確かめる。 ☆妻の気持ちへの対応として、手術をしない場合の今後の人生やAさんがいなくなった後の人生の見通しが立つように、子や孫の参加をもとめる。 「放射線のみ行う」という選択肢で合意できるなら、妻にとっては何もしないよりは長持ちを目指すことになり、受け入れやすい結論であろう。ただし、医学的見込みについて再確認したほうがよい。</p>

【検討 4】（前頁のシートの3-1～4の部分を参照）

検討3までで、シートの3-1～4の部分に問題点が整理されて記入されています（前頁のシートでは、フォントを小さくして、既にかき込んだ部分だと分かるようにしています）。そこで、ここではそのそれぞれの問題点にそって、さらに検討を進め、どう考えるかを話し合っ
て、その結果をまとめて記入します。たとえば、3-1のところ、「本人を理解する」という姿勢で、本人の考えや行動について問題点・
検討点として挙げた点を、人の行動や意向の分析法（状況に向かう姿勢と状況把握に分けて考える）を使って整理しています。

また、「妻を理解する」という姿勢で同様の検討をしていき、妻も緩和ケアの対象であるということが出てきました。そこで、ケアの対象で
ある以上、3-2で新たな項目を立てて、「妻にとって益になるように」という観点で検討を加えることになりました。

その他、前頁のシート3-1～3-3を読み解いてみてください。

〔まとめ〕 3-1～3-3の検討が大体済んだら、3-4に進みます。ここでやることは2点あります。

- (1) 3-4に問題点がすでに書き込んである場合、それについて検討します。基本的な倫理的姿勢の間のジレンマが書き込まれている
ことが多いと思われませんが、その多くは、3-1～3-3の検討を通して解消しています。前頁のモデル事例の場合も、3-1および3-2の
検討を通して、ジレンマはなくなっています。なくなっていない場合、今後どう進めることが候補になるかを考えて記してください。
- (2) 3-1～3-3から出てくる、今後どう進めるかについての結果を（より具体的なやり方が考えられる場合は考えたうえで）記します。

〔以上の事例検討について〕

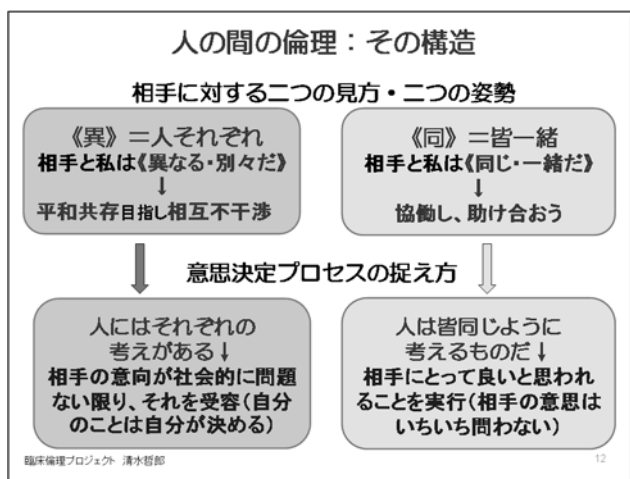
- ☆ ここで説明したやり方は、一つのやり方であって、こうしなければならないわけではありません。ことにステップ3について示し
たところは、今後みなさんに試みていただいて、評価をしなければならないものです。ぜひ、試用した結果を教えてください。
- ☆ ここで説明したやり方でやったら、同じ結論になる、というものでもありません。グループで検討するプロセスで、結論は（細部
では特に）それなりに動くでしょう。ことに、あるグループではある問題点を検討したが、別のグループではその問題点は立て
なかったというようなことは、よくあるでしょう。とはいえ、事例の主要な問題点については大体皆検討し、大体似たような結論
になるということも多いでしょう。いずれにせよ、皆で、基本的な倫理的姿勢（倫理原則）を自らのものとしつつ、誠実に検討す
るという姿勢が大事なのです。

臨床倫理エッセンシャルズ 基本編のまとめのこたば

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

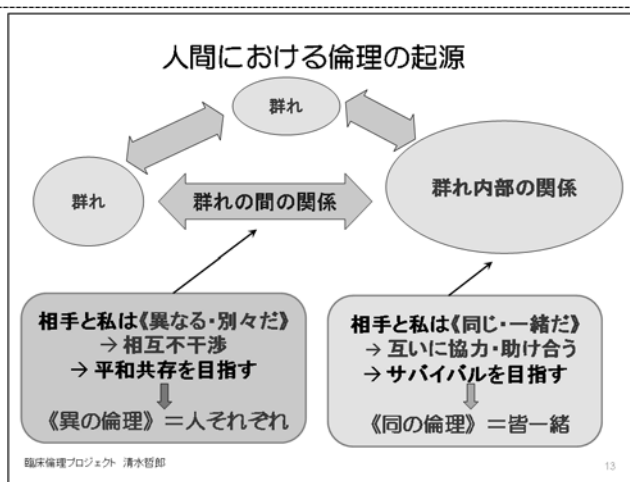
臨床倫理プロジェクト 清水哲郎



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。そのもっとも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。

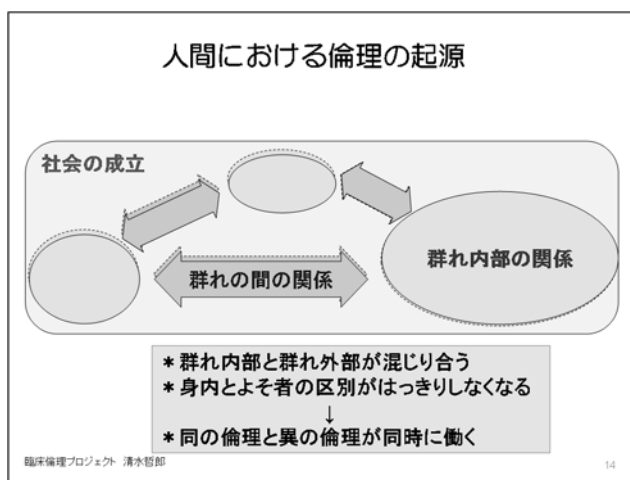


【現在の結果から遡って、歴史的経緯を論理的に考える】

《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。

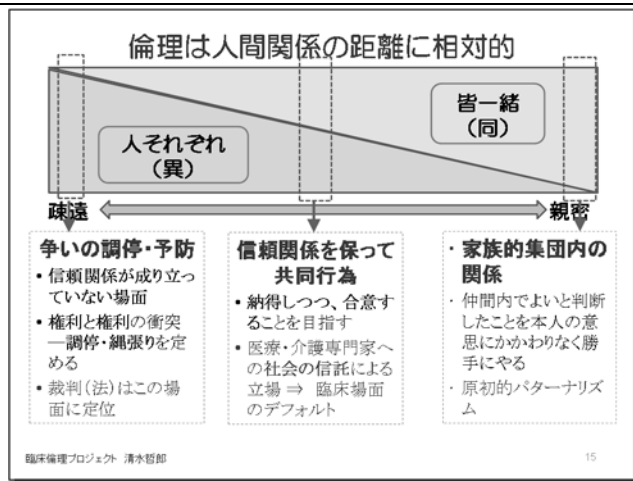
他方、《人それぞれ》という対応のあり方は、群が別の群との間で平和的に共存していくために有効な対応の仕方だったと推定されます。

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、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、原初的なパターンナリズム(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、パターンナリズムは悪いことではありませんでした。

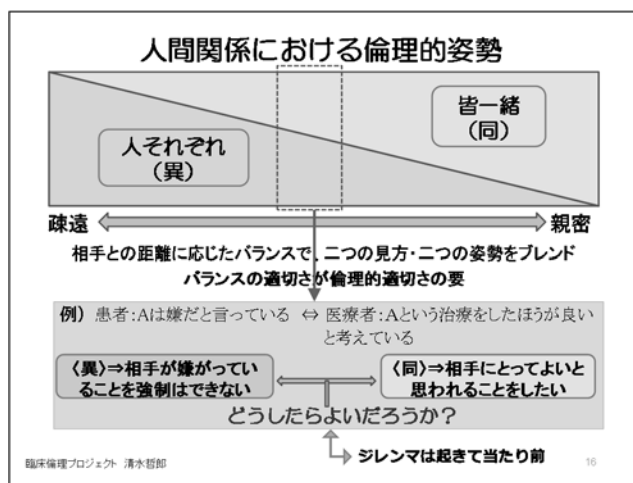
☆他方、疎遠な相手とは《人それぞれ》が支配的な対応がなされることとなります。裁判で争う場面は、まさにこのような場面です。

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。

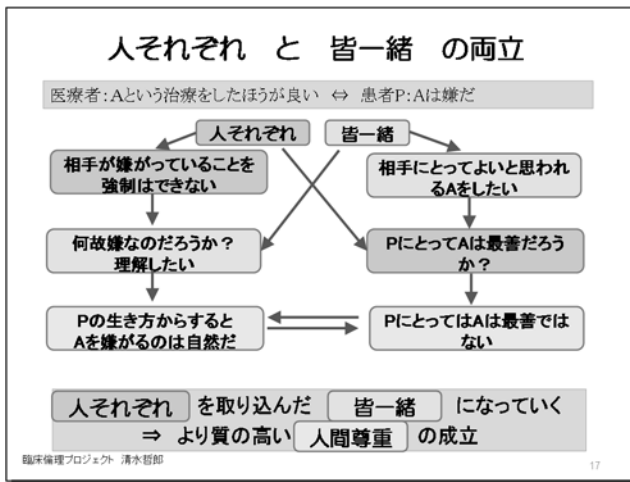
医療者たちは、Aという治療を本人にして差し上げたいと思います。相手にとってAが最善なのだからやりたいのです。本人がやることをOKしてくれればなと思います。このようにして《皆一緒》という姿勢が活性化しています。

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、このよう

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と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。

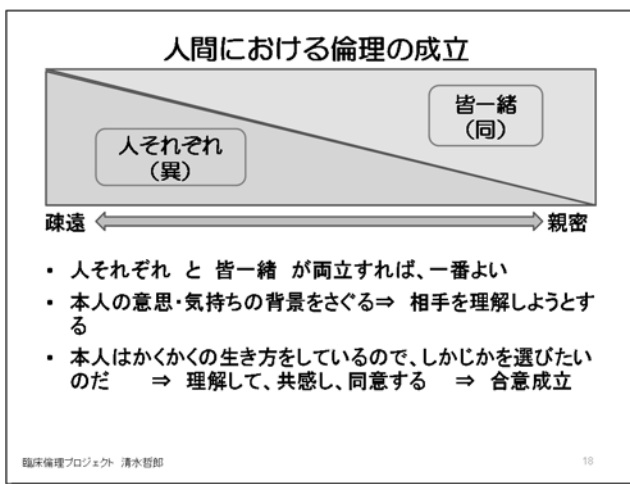
【ジレンマへの対応】 以上のようなわけですから、ジレンマが起きることは避けられないことで、倫理的にまずいことではありません。しかし、だからといってジレンマをそのまま放置してよいわけではありません。



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、ジレンマを感じる場所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くて、〈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」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よく考えた結果、相手の言うことがもっともだ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。

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 清水哲郎

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使得って、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で、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ね。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」、「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 → ケア的態度、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 清水哲郎

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ね。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。