
特集：臨床倫理検討シートを使いこなす

特集にあたって

臨床倫理検討システム開発プロジェクト

臨床倫理とは、医療現場において個別の状況にあたって、適切に状況を把握し、諸倫理原則やルールを援用しながら、倫理的に適切な判断・評価・選択をしようとする営みである。それはあらゆる医療方針の決定に際してなされているはずの営みであるが、ことに判断が難しい問題が生じた時に当事者に意識される。例えば、医療者がよいと考える方針を患者側が拒否しているとか、家族の意思が前面に出てきていて、患者の意思が治療に反映されていないように思われるとか、また、どの方針を採ることが患者にとって最善かがはっきりしない、といった問題である。そうした問題に直面して、どのように問題を整理し、進むべき道を見出したらよいかについて考え込んだことのない医療者はいないのではないだろうか。

臨床倫理検討システム開発プロジェクトは、このような臨床倫理の営みを医療従事者たちが適切に進めて行くことができるように、その標準的なシステムを作ろうとしている。システムの中心になるのは、検討をすすめていくためのツールとなる「検討シート」であり、現在3種類の検討シートの開発を目指している。

A 「医療上の選択が迫られている場面で、倫理的要素をどのように吟味するか」 / 「今、どちらに向かうか」とある時点（特に現在）における決断に向かう途上で使うもの

B 「既に出てしまっている倫理的問題をどのように整理し、解決するか」 / 事例の経過をレトロスペクティブに（振り返って）時間の流れに沿って見直し、評価するもの

P 医療上の選択について、患者・家族が状況をよく理解し、自らの人生の中で適切に位置づけつつ、意思を形成していくことができるようにサポートするためのもの

これらのうち、現時点では、検討シートAについて Version 0.9 試行版が公開され、試用を呼びかけているところである。ここでは、その検討シートを使って、本プロジェクトが提案する検討の進め方を分かり易く解説する。

検討の流れ——検討シート概観

次頁に臨床倫理検討シートAが示してある(実際のものより縦を相当縮めてある)。何のことはない単なる記録紙なのだが、この記録の整理の仕方に、臨床倫理の検討の進め方についての本プロジェクトの考え方のエッセンスが現わされているのだ。それはどういうことかということ、まず第一に

臨床倫理のプロセス 個別の問題に臨む際に、臨床倫理の営みは、

- (1) 問題を適切に整理して、記述し、
- (2) 倫理的諸ルール、ガイドライン、さらには倫理原則に照らし合わせながら、問題点を抽出、検討し、
- (3) 医療者としては何を目標にどのような対応をすべきかについて結論を得る、といったプロセスからなっている

という考え方だ。これは私たちがなんであれ行為を選択して行う際には、必ず自分が置かれた状況を把握した上で、何らかの理由に基づいて行為の選択がなされるという、行為の構造に基づいた考え方だ。

さらに、上で「問題の整理」とか「状況の把握」と言ったことは、結局、情報の収集・整理ということであり、その情報というのは、医療者側と患者側とが共有すべき情報のことだ、ということである。というのは、ここで医療側は、患者・家族と共同で医療を進めていこうとしているわけであって、両者のコミュニケーションのプロセスを通して検討が進められ、合意が目指されるのである。検討シートAは、そのプロセスに臨む際に医療側がどのように考えて行ったらよいかを整理するためのものである以上、医療者・患者・家族のコミュニケーションのプロセスに沿ったものであるのは当然なのである。

検討シートAを見てみると、まず[ステップ1]で、医療側から患者側へと流れるべき情報(I 医学的情報と判断)と、患者側から医療側へと流れてき

た情報(II 患者の意思と生活)とを整理して枚挙するようになっている。両者の情報が両者に共有されるというプロセスに対応している。

[ステップ2]では、ステップ1で整理された情報を総合して、医療側としてはどういう治療方針がよいと考えるか、また、その治療方針で合意を得ることについて問題があるかどうか、また、問題がある場合にはそれはどういうタイプの問題であり、どういう方向での解決が可能であるかを検討する。これは患者・家族との話し合いに先立って医療チーム内で立てる、話し合いに臨む方針についての検討ということになる。

[ステップ3]では、ステップ2で得た方針にそって患者・家族と話し合っていくプロセスを記述しながら、合意に達する道を探る。

そして[最終確認]で、どのような合意・決定に達したか、および、その結論にともなって今後患者・家族に対して留意していくべき事項は何かをまとめる。

このように検討シートは患者側とのコミュニケーションのプロセスの大枠を想定して作られている。とともに、この大枠自体が倫理についてのプロジェクトの理解を反映したものとなっている。というのは、一つにはこのような、情報の共有 合意できる選択の探求というプロセスは、「医療行為は医療者と患者・家族が共同で進めて行くべきものだ」という理解に基づいているからである。また一つには、ステップ1でなされる医学的判断も、またステップ3でなされる、患者・家族の個別の生活を配慮した上での最善の方針についての判断も、患者にとっての最善を求めるという倫理原則の下でなされるものだからである。これは「何が最善か」は患者だけが判断するのではなく、医療者も一緒に判断し得ることだという考え方に基づいている。

臨床倫理検討シートA

記録者 [] 日付 [~]

0-1 患者プロフィール

I 情報の整理と共有

A 医学的 情報と 判断	1A-1 病状の概要	
	1A-2 治療方針の候補およびそのメリット・デメリット (Ptの身体環境QOLと余命を中心に)	1A-3 左の候補について社会的面の特記事項 (保険の適用、機器や要員などの医療資源、臨床研究実施中等)
	1A-4 説明	
B 患者家 族の意 思と生 活	1B-1 医学的情報についての患者・家族の理解状況	1B-2 提示された治療の候補についての患者・家族の意向・オプションなど
	1B-3 患者の生活全般に関する特記事項／特にQOLの諸側面	

II 検討とオリエンテーション

問題点の抽出と対応の検討	2-1 決定を妨げている問題はあるか。あればそれはどのような問題か	2-2 今後合意を目指してどのような方針で患者側とコミュニケーションするか
--------------	-----------------------------------	---------------------------------------

III 合意を目指すコミュニケーション

対応のプロセス	3-1 患者・家族との話し合い	3-2 社会的視点
	3-3 最終確認・決定	3-4 フォローアップ留意事項

態度を変えるというような不適切な対応に用いてはならない。

主たる疾患名は、その患者が従来からある疾患をもっているというような場合に、以下で記入する今回の病状に先立つ情報として記載するが、常に何かを記載するわけではない。家族構成は、以下で患者側の情報を得るための準備段階である。患者が病気になることによって影響を受ける範囲、今後の闘病生活を患者と共に歩む人たち、看病の中心になりそうな人は誰か、などについて、考えるための基本的情報となる。つまり、ここでは必ずしも法律上の肉親に限らず、患者と生を共にしている人々、患者が医療を受けて行くというこれからの生活に深く関わる人々(いわゆる significant person)が誰と誰かを特定して記載するのである。

以上の点については、たとえば入院時にはじめに行われる看護者による聞き取りなどに基づいて情報を整理することが可能であるが、後に分かったことを後から追加して記載することもある。例えば、患者の闘病生活を支えて行くキーパーソンが友人であったといったことは、入院時には分からなかつ

たが、だんだん分かっていくということもあるのである。

*これまで試用していただいた例からすると、プロフィール欄に患者の性格についての寸評が記載されることがしばしばあった。これはカルテや看護記録等の例に倣ったものと思われる。「かくかくの性格」という評価は、患者に接して行く上で有用な情報であるという面もあるが、また、患者はこういう人だと決め付けるとか、実際に接しているナースや医師の主観的な評価であって、他の人に患者についての先入見を持たせてしまうという害もある。せめて患者の自己評価 例えば「患者は自分をものごとを割りきって考える性格だと言っている」というような にするとか、評価をこめずに患者の振る舞いの事実 「治るでしょうか」と繰り返し医師やナースに聞いている、というような を書くようにしたい。「神経質である」などと評価することはどうであろうか。そう評価されていると患者が知ったら、どう思うであろうか。相手に対等な人間として接することは、そのような評価を裏でしつつ接することとは両立しないのではないだろうか。

2 医療情報

収集・整理される情報の第一は、医療情報であり、ここでは、患者の身体状況についての診断と適応について検討する。「医療情報」という項目に記入されることの中心は、従来医療者が患者を診察し、場合によっては各種検査を経て、その問題を把握し、かつそれに対してもっとも適切な方針を見出すという過程で、医療者側が見出す情報であり、つまりは、医療者側から患者側に伝えるべき情報である。

次頁のまとめ(記入の仕方の要点(1))では、医療方針の決定という場面を念頭において説明しているが、看護方針の決定といった問題に際しては適当に読み替えて使うことができよう。この種の情報は通常医師という専門家の判断が中心となるが、留意すべきであるのは、専門的情報を単に専門家の間でのみ通じるものとして記すのではなく、一般市民に理解できる情報として記すことである。「一般市民に理解できる」ということの要は、いわゆる生物学的な記述を常に、生活者にとってどのような利害が

伴うのかの理解に結びつけることができるように書くことである。

ことに、1A-2では、患者にとってもっとも益になる方針を見出すべく、医学的知識を駆使することになる。「もっとも益となる」ということの評価は、「元気で長生き(=QOLと余命という価値)」という生活者の一般的価値観に基づいて行なう(本特集の「倫理原則」に関する項目を参照)。したがって、記入にあたっては、治療方針の候補のそれぞれについて、この観点でのメリット・デメリットの評価を明確にするよう留意する。この際、「こういう病状ではXXが適応です」という表現があるが、これで終わらず、「なぜ適応なのか」を記入するように留意する。倫理的視点で、また患者にとって肝要なのは、他の方針よりも目下の方針がよいと言える理由 どのようなメリットがあり、デメリットがあるか だからである。そもそも「病状Aには

記入の仕方の要点 (1)

- 1A-1: 病状の概要 患者の身体環境を医学的視点から観察し、調査し、診断した結果を記入する。
- 1A-2: 治療方針の候補およびそのメリット・デメリット 診断された病態に対して適応となる治療方針の候補とそれがもたらすと予想される患者にとってのメリット・デメリットを記入する(何もしない場合の結果の予想も比較のため記入する)。また、複数の候補がある場合には、医療側から見た順位ないし肯定ないし否定の見解を併記する。
- 1A-3: 社会的面の特記事項 以上の治療方針の候補について、社会的面からの特記事項があれば、記入する。たとえば、保険の適用外である、機器や要員などの医療資源について問題がある、臨床研究の対象となる、他者に何らかの不利益を及ぼす、等々。
- 1A-4: 説明 1A-1 ~ 1A-3 について患者・家族に分かるように説明することが標準であるが、諸般の事情でそうできないこともある。ここには、そうした説明の状況について記入する。

治療Bが適応である」という知見自体が、「病状Aであれば、患者にとって治療Bがもっともメリットが大で、デメリットが小である」という判断に基づくものにほかならない。

この段階では、メリット・デメリットの判断は、目下の個別ケースにおける患者・家族の事情を個別に考慮しないで、あくまでも一般的な判断をまずはっきりさせる(個別のケースの場合を配慮した判断は次の段階で行う)¹。

順位等の評価については、

(a) 医療者の立場からは特に問題がない場合ないし一般的解答が可能な場合と、

(b) 一般的に優劣をつけることができず(あるいは一応の優劣はつけるとしても)、患者の価値観・人生計画等に拠って選択が左右されると予想される

場合、

(c) たとえ患者の価値観等を考慮に入れたとしても、判断に迷うことが予想される場合

があるだろう。(b)、(c)の場合はその旨明記しておく。また、医学的な観点でも不確実さがある場合には、それを明示する。

例えば、膝蓋骨の骨折の場合、手術が適応であるという判断は、患者の個別の事情を以下で考慮に入れてもそうそう動くものではないが、延命とQOLのどちらを優先させるかに関わるような選択の場合、さしあたって患者の状態から緩和医療の対象として、QOL優先のプランを第一候補とするとしても、患者がもしできるかぎりの延命を望んだときには、判断は修正されてしかるべきだということも理解しつつ、選択の順位をつける。

3 患者・家族の意思と生活についての情報

収集・整理する情報の第二は患者の意思と生活である。医療者は患者の身体環境について得た情報を患者側に伝えたとともに、生活者としての患者の事情について必要な情報を得るように努めるわけで、情報は双方向に流れることになる。

ここでは患者・家族の考えや気持ちについての判

断・評価を記すことになるので、記録者は事実と評価とを区別して文章に表現することに留意したい。場合によっては記録者の評価自体が再吟味され、訂正されることが、問題解決につながるということもこともあり得るからである。

ここで情報収集の対象を「患者・家族」としたの

¹ これはEBMということとも関係する。つまり、患者の病状を何らかタイプ分けし、一般化して、それに応じて「何がどのように有効であるか」をはっきりさせないと、エビデンスに基づくことも、またつくり上げることもできないだろう。

記入の仕方の要点 (2)

- 1B-1: 医療情報についての患者・家族の理解状況 1A-4に説明の状況が書かれているが、この説明の結果(あるいは他のルートによってのこともあるが)患者・家族が現状を理解できているかどうか、およびそれについてどのように考えているかについて知り得た情報や医療者の判断を記入する。
- 1B-2: 治療の候補についての患者・家族の意向・オプションなど 提示された治療に関する患者・家族の意向や選択を記入する。また、何かオプションが提示された場合にも、それを記入する。
- 1B-3: 患者の生活全般に関する特記事項/QOLの諸側面 患者が現在関心を持っていること、心配していること、あるいは今どのような活動を患者が大事に思っているか、ライフワークは何か、またその置かれた家族環境や社会環境といったことについての情報を記入する。

は、医療者は現実には患者と対応するだけでなく、多くの場合家族とも対応することになるからである。家族は、患者に伴って、その疾患によって、また治療を受けることによって生活に影響を受け、しばしば自らの生活パターン・勤務の仕方などを変えなければならないといったことが起る。また、家族は患者の闘病を支える広い意味での医療チームの一員でもあり、かつ、場合によっては家族もまたケアの対象となりもする。このようなわけで、家族がどのような考えであり、医療に関連してどのような生活上の問題をかかえているか等、家族の生活と意見についての情報も、判断の重要な材料となる。こういうわけで患者だけでなく、家族についての情報も必要である。もちろん、家族への関わり方は病状によってさまざまであり、したがってどこまで家族について情報収集するかにも程度の違いがある。

本シートは、情報の流れという点から言って、患者と家族の生活と意見を並べて記入するようにしている。これは決して患者の意思の重要性を貶める意図によるものではない。がかとって、単に患者の意思さえ分かればそれでよいとか、患者に対応能力がなければ家族とだけ相談すればよい、といった割り切り方にもならないように配慮している。すなわ

ち、患者の意思・気持ちを第一にしつつも、それと家族の意思との調和をも視野に入れて動く方向を推進する意図で、このような記入の仕方を採用しているのである。

患者・家族の生活とQOLは、患者の生活・人生全体を考えて方針を選択しなければならない際にことに必要となる。が、そうでない場合にも、患者・家族が実際に表明している意思と、生活や人生計画、価値観等についての情報から推測される、治療について持つはずの意思とは必ずしも一致しないことがある。そこで、医療者は、単に現に表明されている意思だけに注目して、患者にとっての最善を判断するのではなく、価値観等から帰結する最善の判断をする必要がある。

つまり、1B-2には、患者・家族が実際に表明した治療に関する意思が記入されるが、それを1B-3と比べることによって、医療者は患者・家族の意思が定まったものであるか、まだ揺れ動いている、あるいは不安定なものであるかを判断できるのである。(こうした判断は次のステップ2でなされる)

以上で、医療側からの情報と患者・家族側からの情報とが収集され、整理されたはずである。

= 特集 = 検討シート を使いこなす

ステップ 2 : 検討とオリエンテーション

以上で、医学的観点からの情報と生活者としての患者についての情報とが一応でそろった。ここではそれらを総合して、選択・決定に至るために必要なことを見定め、決定に向けてどのような方向で医療者側が動くかを検討する。倫理的検討という点では、ここが要となる。

1 検討のプロセス

記入の仕方の要点 (3)

- 2-1: 決定を妨げている問題 (a) 1A-2・1A-3 に 1B-3 を中心とした患者の個別の状況や生活まで考慮に入れた医療側の「患者の最善についての判断」を形成する。形成できなければ、そこに問題が見出されたことになる (医療者内部での見解の不一致などもここに含めて考える)。

(b) (a) で得られた判断と患者側の理解と意思とを比べ、一致の方向で話を進めることが期待できるなら、決定を妨げる問題はないことになる。この場合、以上のポイントを確認して、記入する。

また一致の方向に向かうことを妨げる要素があれば、そこに決定を妨げる問題があることになる。

(c) 以上の過程で問題が見出された場合、その問題を記入する。かつ、その問題は何に起因するかを検討して、記入する。

- 2-2: 合意を目指すコミュニケーションの方針 前項でとくに問題なしに一定の方針が候補として絞られてきた場合には、それについて患者・家族の意思と気持ちの確認やさらに詳細な打ち合わせに向けて、何をすべきかを検討して、今後のコミュニケーションへのオリエンテーションとする。

また問題とその要因が見出されている場合には、どのような方向で患者側と (場合によっては医療者内部で) コミュニケーションをもち、その要因を解消して問題解決への途を見出すかについての方針を立てる。

2-1、2-2 が臨床倫理の検討の要である。ここにおける検討において、倫理的原則や、それをいろいろなタイプの状況に活かそうとする諸ルールやガイドラインを参照しつつ、患者・家族が満足でき、医療

者としても納得できる途を探ることになる。

検討の流れをさらに詳細に見るやり方の試みとして、次頁のような流れを作ってみた。使えるかどうか、有効かどうか、試して見よう。

問題点の抽出と分析のための検討の流れ（テスト中）

- (a) ステップ1で得られた双方の情報を見渡して、1A-2と1A-3に1B-3を中心とした患者の個別の状況や生活まで考慮に入れた医療側の「患者の最善についての判断」を形成する。ここで結論の出方について次の区分にしたがって検討を進める。
 - － a-1 ベストといえる選択肢の候補が一意的に決まり、かつ他の選択肢についても、患者が希望すれば許容できるのか、患者が希望しても消極的であらざるをえないのかが判別できる (b) へ
 - － a-2 許容できる（あるいは勧めることができる）選択肢が複数あり（かつそれ以外の選択肢は患者が希望しても消極的であらざるをえない）かつ以上の限りではそれらの中でどれがベストかが確定しない (b) へ
 - － a-3 許容できるかどうかそもそも確定できない選択肢があるため、判断に確定できない部分が残る 問題点が抽出された (c) へ
- (b) a-1 ないし a-2 の場合、その結論と1B-1、1B-2に見られる患者・家族の理解および意思・気持ちを比べ、次区分にしたがって検討を進める：
 - － b-1 一致している・とくに妨げる要素はないので一致が可能である 2-2 へ
 - － b-2 患者・家族の意思がはっきりしないので、一致するかどうか判別できない (c) へ
 - － b-3 現在では医療者・患者・家族のどこかの間に不一致が生じている (c) へ
- (c) 何らかの問題点が抽出された場合、それを解決するために必要なことは何かを検討する。
 - － a-3 の場合 これはすでに1A-2段階で問題点が意識されている場合が多いと思われるが、ここでは相当一般的な倫理的検討がなされよう。たとえば、QOLを高めるメリットに死期を早めるというデメリットが伴っている場合どうするか、というタイプの問題など。これについては、臨床倫理、医療倫理の一般的検討の成果を参考にしながら、問題の選択肢について「許容できるかどうか」について一定の結論を探る。結論がでたならば、a-1 ないし a-2 となったということなので、(b) に進む。
ただし、実際問題としては、ここで結論がでないままに(b)に進んで、問題の選択肢以外の選択肢についてb-1となるならば、そして、それはa-3の問題についてどのような結論となろうとも一致が動かないような内容の一致であれば、それで当面のケースについては、一致できる選択肢が決まったということで、2-2に進むこともできよう。
 - － b-2 の場合 患者・家族の意思がはっきりしないことが何に起因するかを検討する。結果が出たならばそれを記入する。 2-2 へ
 - － b-3 の場合 医療者・患者・家族の間のどこにずれが生じているのか、またそのずれは何に起因するものかを検討する。結果がでたならばそれを記入する。 2-2 へ

2 検討に役立つツール類

原則・特化したルール・個別事例

臨床倫理の検討にあたって、諸原則の下にある特化されたルールについての定見をまず得ておき、その上で個別ケースをそのより具体的なルールに照らして検討することが、少なからぬケースにおいて有効であろう。例えば、苦痛緩和のためにセデーション（鎮静）をすることについて、倫理的に認められる場合があり得るか、あるとすればどのような条件が整った場合かについて検討することは、この特化されたルールを見出そう、作ろうとする検討に当たる。その結果、例えばセデーション実施のガイドラインとしてルールが提示されることになる。こうして得られるガイドラインや、特化された諸ルールないし定見は、ことに a-3 の類の問題の解消に役立つと思われる。本プロジェクトは、こうしたルールや定見を 検討に際して役立つツール として集積することを視野にいれている。

ただし、倫理学上のある立場からは、個別事例の倫理的な検討はあくまでもケース毎に原則に直接照らして考えるべきであって、上記のような特化したルールに照らして判定するのでは不十分であるとされるであろう。例えば、意図的に死をもたらす行為を社会的に認めると、それは生命の軽視という風潮を生み、社会全体にとって害悪となる、という理由で「安楽死は認められない」というルールが定まっていると仮定しよう。さて、ある個別ケースを直接原則に照らして考える限りは、当事者の苦痛を除くために安楽死がやむをえないことであり、それが特に周囲の他者に害を及ぼすわけでもないと評価されたとしよう。この場合に、安楽死を認めないというルールがある以上は、このケースもそれに従って判定されるとするか、そういうルールよりも、原則に直接照らした評価のほうをとるか、ということが問題となる。

こうした場合など、臨床倫理的検討は、倫理学上の立場が相違していても共通の結論に達成できれば、それに越したことはないので、個別・具体的ルールに照らす検討と、直接原則に照らす検討の双方を試みる。さらに、一旦認められたルールに従

うべきだという立場も、その理由はそのルールを妥当するものとして立てないと社会的な害悪が結果するといったことにあるのだから、そういう考え自体をも倫理原則に照らす検討作業において検討する、といった道をとって、できるだけ多くの倫理的立場に共通の結論が得られないかどうかを確かめる。

また、こうした個別ケースの検討と解消という事例の記録自体が、次のケースにとっての解決を目指す際に、役立つ情報を与えてくれる可能性がある。患者と家族の意識の違いをどのようにして解決し、患者に状況を説明することができるようにことを運んだか、というような事例の記録は、b-2 や b-3 の問題の要因を探り、解決の道を見出すために役立つと期待される。こうして、事例の集積もまた解決のためのツールとして、本プロジェクトの課題である。

問題構造のタイプとその解消法

倫理的問題は、決定を直ちに行うことを妨げている理由という観点から分類すると、次のような諸タイプが挙げられる²。それらのタイプ毎にどのような解決のタイプがあり得るかを提示しておくことも、解決に役立つ手引き（つまりツール）となり得る。以下はまだ全く不十分なものであるが、いわばそうした「手引き」の予告パンフレットとお考えいただきたい。

【倫理的ディレンマ】複数の倫理原則の間で、または一つの倫理原則の内部で、ディレンマ選択肢が二つあって、どちらを選んでも困った結果になること が生じている。倫理的ディレンマとは、選択肢のどれを採っても、何らかの倫理原則に反してしまう結果になる場合のことである。すなわち、複数の価値ないし倫理的ルールが両立しない状況であって、次のような形をとる。

「Aを選ぶか Bを選ぶかである。

Aを選ぶと、倫理的ルールCに反し、

Bを選ぶと倫理的ルールDに反する。」

² 枚挙しきっているかどうかもまた本プロジェクトの検討対象となる。モニター諸氏には、これらのどれにも該当しない例に遭った場合には報告をお願いする。

例えば、医学的に患者の最善を考えた結果Aという選択が考えられたが、患者はそれを拒否しているといった場合に、患者の最善を目指すこと (R1-1) と、患者の意思を尊重すること (R2-1) との間で、あちらを立てればこちらが立たずという状況が生じる。また、生の長さとQOLが両立しないときに、どちらを優先するかという問題が起きるが、これは原則間というよりは、患者の最大の利益 (R1-1) をどのように満たせばよいかについてのディレンマである (R1-1 等については、本特集中のプロジェクトのコンセプトについての記事を参照)

ディレンマの解決には「あちらを立てれば、こちらが立たず」という状況において

- CとDの間に優先順位をつける。
- CとDよりもより上位のルールを探して、それに照らして考える。
- A、B以外の第三の選択肢を探し、双方をうまく満たすようにする。

例えば、生の長さとQOLが両立しない場合には、患者の個別の価値選択 (R1-2) を尊重して、生の長さやQOLのどちらを優先するかに決着をつけるというような道である。

【倫理的原則に従うことを妨げる状況】倫理的原則に従った選択をすることを妨げる問題がある。例えば、家族が反対するために、患者本人が望んでいるにもかかわらず適切な説明ができないというような場合、これを「説明を妨げているのは、さしあ

たって別の倫理的原則ではなく、ある種の力関係である」と理解するならば、これは倫理的なディレンマというよりは、倫理的には結論は出ている (つまり患者本人の意思を優先すべきことになる) がその実行が妨げられている場合だということになる。こうした場合には、どのようにしたらその妨げている問題を解消することができるかを探ることになる。

ただし、家族が反対するという例については、家族もまた行為の共同の担い手であり、かつケアの対象でもあるという本プロジェクトの視点からすれば、家族の意思を大事にすることも倫理的原則から帰結するルールとなるので、この例もまた倫理的ディレンマを構成すると解することができる。

【倫理的原則の適用の仕方が不明確】事実関係が不明確なため、倫理的原則をどう適用すればよいか分からないという場合。例えば、ある医療方針の候補の有効性についてエビデンスがないために、それが患者の最大の利益を指令する原則に適切かどうか確定できない、といった場合がある。

この場合、確かに選択において迷うということはあるとしても、現時点における医学的知見によっては分からないということ自体が倫理的な問題になるわけではない。未確定の要素について医療者側および患者側が理解した上で、共同で選択する結果になることが望ましいのであって、確定できないにもかかわらず、医療者が一方的に「効果あり(なし)」と見込んで事を進めるといふことになると、倫理的に不適切となる。

= 特集 = 検討シート を使いこなす

ステップ3：合意を目指す コミュニケーション

記入の仕方の要点 (4)

- 3-1 意見調整と合意への道を探る コミュニケーションのプロセスにおいては、「患者・家族と共同で進めること」(R2-1)と「相手の弱さ・気持ちを理解し、寄り添うこと」(R2-2)の双方を大事にすることを心がける。両者が合意に達した時にはそれを確認し合う(医療者内部の意見調整をする場合にも、「医療行為を共同で進める」という姿勢を保って行なう)。また、このプロセスで、必要があれば、ステップ2に戻って方針の再検討をすることもある。——3-1は、こうしたプロセスの要点を記録する場所となる。
- 3-2：社会的視点からのチェック ここで方針の候補について、社会的観点からのチェックも行う(これは、あるいは1A-3で挙げたこと以上の問題は出てこないかもしれないが、現段階では念のため挙げてある)。
- 3-3：最終確認 両者による最終確認と決定。一時的・表面的に合意が成立したというだけでは、後になって患者ないし家族に(そして医療者にも)悔いが残りかねないので、それなりに理に適った安定した結論としての選択であるかどうかを吟味した上で、決定に到った事情を記入する。
- 3-4：フォローアップ 合意が成立した後も、医療者は患者・家族の気持ちに配慮して、不安や決断の揺らぎを受けて対応できる姿勢で向かう。そのために留意すべき事項があれば記入する。また、決定後の実行に関わって特記事項(結果等)が既にでていれば、ここに記入。

ステップ2でいたった結論、つまり合意を目指すコミュニケーションのためのオリエンテーションに基づき、医療者・患者・家族の理解と意思を擦り合わせる過程である。このプロセスは、個別の事情によってさまざまであり得るわけで、本検討シートの限りでは、何をどのように記録するかについての定型をつくることは、現段階ではしていない。4-1で、コミュニケーションのプロセスを簡明にまとめて記録することが、ここでの記録の要となろう。

4-1のプロセスで、医療者と患者の意見がなかなか一致せず、合意が得られない場面では、患者がどのような人生観・価値観に基づいて医療者の判断とは異なる結論を出すに至ったのかの理解を深めるように努め、また患者がそれなりに整合的な考えをまとめることができるように、話し合う。それを通して、患者が医療者の意見に同意するか、患者がそれなりの立場に至った結論であることを納得して医療者が同意するか、という方向を目指すことになる。

患者と家族の意見が一致しない場面でも、医療者は患者と家族の双方が現在の状況を的確に把握できるように働きかけ、患者の価値観に基づいた整合的な選択を患者ができるように、そしてそれを家族も理解して支持できるようにする（なお、P 3に照らして、患者の益を上回る害を家族に及ぼすために家族が反対しているのではないかどうかといった吟味もする）

単に理屈で割り切るのではなく、相手の気持ち

定まることをも視野に入れてプロセスを辿るという姿勢が、3-3、3-4につながるのである。

なお、医療者内部での意見の相違が問題である場合にも、以上の考え方は有効であろう。たしかにより理性的な意見交換と解決が望まれるには違いないが、現実には患者にとってよりよい解決に達するためには、医療者同士でも相手の弱さを思いやる対応が有効である場合も多いのではないかと。

検討シート・モニター募集中です

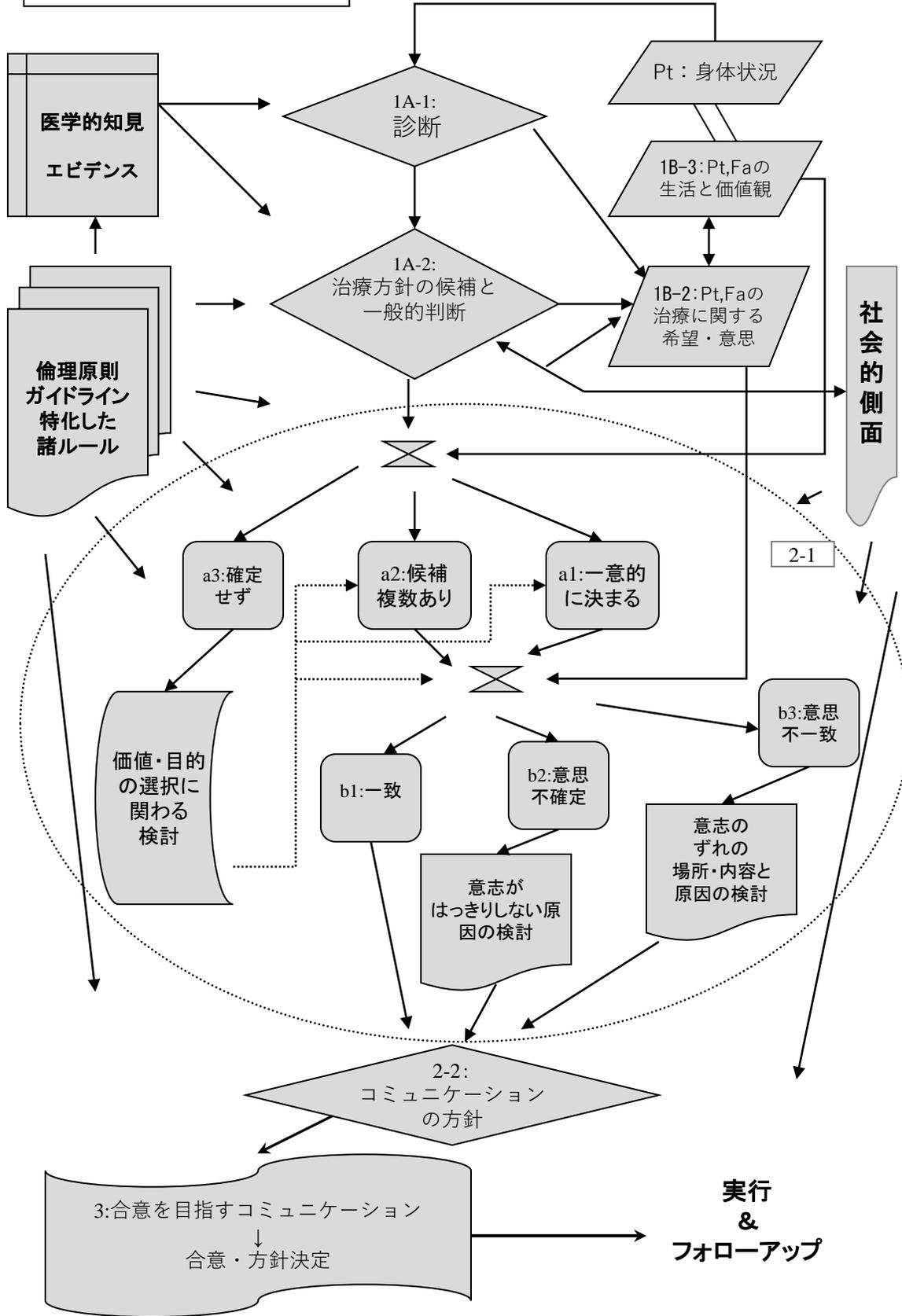
本特集で紹介しています臨床倫理検討シートAを使ってみて、使い勝手や、問題解決に有効かどうかなど、また、改善の提案などをして下さるモニターを募集中です。

- モニターはボランティアベースのものです。
- 「私もモニターをやってみよう」と思った時から、モニターです。
- 一つでも、二つでも実際に使ってみてシートに記入したもの（＝事例）を本プロジェクトに送っていただくと、モニターであることが当方にも伝わります。
- 事例の送り方は、記入したシートを郵送して下さるほかに、プロジェクトのWebサイトから、シートのファイル（現在のところ、MS WORDで作られています）をダウンロードし、それに記入したものをemailの添付ファイルにして送付して下さることもできます。
- また、現在、プロジェクトによって許可された方のみが入れるWebサイトを企画中です。
 - － ここに事例を書き込むページをつくり、掲示板方式でこれについての意見交換ができるようにしたいと思っています。
 - － これによって事例の蓄積をしていくことも、大きな目的となります。
 - － このページに事例を書き込むと、
 - ・ 関連する倫理原則、特化したルール、ガイドラインに加えて、
 - ・ 関連する過去の事例とその問題解決、それについての意見が参照でき、目下の事例についての検討を支援するというようなことを目論んでいます。

事例等の送付先等は次の通りです：

980-8576 仙台市青葉区川内 東北大学大学院文学研究科哲学研究室
臨床倫理検討システム開発プロジェクト
Email: shimizu@sal.tohoku.ac.jp
URL: <http://www.sal.tohoku.ac.jp/phil/CESDP/index-j.html>

臨床倫理検討の流れ



= 特集 = 検討シート を使いこなす

本システムの基本的コンセプト

【検討シートのコンセプト】

- 現場における情報収集の通常の流れに沿うフォーマットにする。これは医療者になるべく自然に問題を考えられるようにするためである。
- 患者とともにその家族への対応が必要な場合に「患者中心」(patient centered) の考えをさらに推し進めたものとしての「家族中心の医療」(Family Centered Medicine) の考え方を採る。したがって、患者と家族の考えや生活情報を併記できるようにする。
- 自己決定を最終決定とは位置づけない。共同の決定という考え方に沿った流れを想定している。これは欧米型の個人主義をただ導入するわけにはいかないが、従来のパターンリズムを克服する途を拓こうとする意図による。
- 倫理観について異なっている者同士の間でも話し合える途を探る。フォーマット自体に反映することとはやや異なるが、検討の際に利用できるように開発する諸原則や、諸ルール、ガイドライン等について、できるだけ多くが共通に利用できるようにすることに心がけ、さらに倫理観が異なるために折り合えないといった場合に、なお共同で検討する方途の探り方をも考慮に入れる。

検討シート作成にあたって留意している点、つまりその基本的アイデアは別に掲げる通りである。こうしたコンセプトの中心は、倫理原則をどのように立てるかということと深く連動している。そ

こで、ここでは本プロジェクトが検討シート作成の背景においている倫理原則についてまとめ、また、検討シートのコンセプトといわゆる インフォームド・コンセント との関わりについて説明する。

1 臨床における倫理と倫理原則

まず、次の点からはじめよう。

- あらゆる医療行為（看護行為を含む）には倫理的側面があり、倫理的に評価することができる。

つまり、ごく当たり前の技術に関するルールと見えるものも、倫理原則によって支えられている。

e.g. ルール「滅菌ガーゼは素手で直接扱ってはいけない」は、

- 感染が起るメカニズムや、感染がどのような結果をもたらすかについての知識——事実についての医学的（＝科学的）認識
- 「患者に害を及ぼしてはならない」という倫理的ルール（原則）

医療の倫理 有力4原則

{	相手の利益になるようにせよ (beneficence)	} 医療行為の目的
	相手に害を与えるな (non-maleficence)	
	相手の自律を尊重せよ (respect for autonomy)	医療行為の進め方
	正義・公平を保て (justice and/or equality)	社会的視点

の二つの要素から成り立っている。

同様に、「かくかくの場合にはしかじかの治療法が適応である」という時に、「適応である」という判断は、「患者にとっての最大の利益」という原則に支えられている。

以上は、特化したルールにあたるような例であるが、同様のことが、個別の行為についても言えるのであって、

「Sさんは、直ちに治療を停止するようにと訴えているが、治療を継続しつつ、Sさんとの話し合いを続ける」

という行為についても、そのような行為を選択した理由を整理していくと、そこには必ず、倫理的な側面が(どういう倫理原則がこの行為において活かしているかといった)見えて来る。ただし、特に問題

のないようなケースに際しては、医療者はこの倫理的側面を意識していないことが多い。

「倫理的な検討を加える」とは、このような倫理的側面を明確に意識化して、適切な仕方で(=理に適った筋道を辿って)適切な根拠(=倫理原則や根拠づけられた諸ルール)に基づいた行為を選択できることを目指して、そのための考察をすることにほかならない³。

こういうわけで、「倫理的な検討を加える」ことができるためには、日頃から医療行為の倫理的側面を理解し、必要な時には説明できるようになっておくことが必要である。

また、倫理原則について理解を深めておくことが必要である。

2 倫理原則

* 倫理に関わる様々なルールの中で、もっとも基本的なもの、他の諸ルールの基礎になるようなものを倫理原則という。

* 倫理原則についてよく理解しておくことが、個別の検討を単に直観的なものではなく、理に適ったものとするために肝要である。

* 医療の倫理に関して、現在有力な倫理原則は、[患者の]利益追求、害の排除、自律尊重、そして[社会的な観点での]正義ないし公平、の4つである。これを整理してみると別表のようになる。

* 本プロジェクトはしかし、この4原則をそのまま採用してはいない。というのは、次のような改訂の余地があると考えたからである。

- 目的となる価値の内容を明確にする必要があ

る。そこで次のような改訂を加える。(1) 何らかの公共的価値観を立てて、医療はそれに則ったものだとする(価値観の多様性を認めるだけだと、善悪・利害の基準は個人に委ねるしかない 選好 preference を基準にするのはその代表)、(2) 公共的価値観とはずれる個々人の価値観を受容する構造とする。

- 行為の進め方は、個人主義的かつ理想的人間像に基づいている点を修正する。人間の共同性と弱さへの顧慮を伴うものに改定する(ただし、だからといって伝統的な共同体優先でいいというわけではない)
- 家族は実際には決定において重要な役割を果たしているにもかかわらず、倫理原則にそれが

³ こうした検討において倫理原則を立てない立場もあり得るが、それについては別の機会にテーマとする。

医療・看護における倫理原則（提案）

P1：行為の目的：相手の善・利益を最大に	{	R1-1：QOLを高く・余命を長く（一般的価値観）
		R1-2：人生の充実を妨げない（個人の価値観）
P2：行為の進め方：相手を人間として遇する	{	R2-1：共同で進める（対等の人間とみなす）
		R2-2：傍らにある（弱さを受容、思いを同じに）
P3：社会的視点：第三者に不当な害を及ぼさないように（正義・公平）		

*ただし「相手」としては、患者と家族を考える。

出てこないで、家族をファクターとする問題に対して役にたっていない点を改訂する。つまり、「医療者 - 患者 そして社会」という枠ではなく、「医療者 - 患者・家族 そして社会」という枠にする。

以上のようなコンセプトによって改訂したものを、本プロジェクトは臨床倫理の検討に際しての基礎となるものとして提案している（別表を参照）。

P1: 行為の目的をめぐって

原則：医療行為を通して、行為の相手にできる限り大きな益をもたらすことを目指せ。

R1-1: 相手の今後のQOLと余命との積をできる限り大にすることを目指せ。

【QOLについて】

- QOL評価は、生の環境が、そこで生きた結果満足できるようなものであるかどうかを評価する。
- QOLは、第一に、どれほど自由であるか、また人生のチャンス・選択の幅が広がっているかの評価である。

*これは「何ができるか」とこれから「する」ことを見る プロスペクティブ な視点である。

*構成要素：痛み等の身体的快・不快 / 身体的機能 / 心理的快適・苦痛 / 家族や社会の状況 / 生きる意味・存在理由

*身体環境の範囲のできることに、身体外の環境の範囲のできることに連続性に留意する（下肢に障害があって歩けない 車椅子を使用して動ける 道路や建物がバリアフリーになっていて、より広い範囲を動ける）

- QOLが第一の視点において低いと言わざるを得ないときに、第二の視点が視野に浮かび上がってくる それは、今ここに ある こと、ただ生きていることを肯定できるかどうかの評価である。

*たとえば高齢になって人生の終わりが近づくにつれて、「何ができるか」から「現在どのようにあるか」への視点の移動がある。

*避けられない重篤な疾患の中で死が近づいている時、また、重篤な障害の故に今後の人生においてできることが非常に少ないと思われる時、など。

* できる capable ことがなくなってきて見えてくる、ただ ある ことの肯定 私は今の私が好きだ、ないし、今の私も人々の共に生きる輪の中に居所が見出せる、ということ。

共に生きる群れの一員として認められているか / 存在の尊重 反対：「ないがしるにする」

【医療・看護の目的】「元気で長生き！」という生活者の一般的願いを出来る限り実現することを目指す。「元気 = QOLを高く！」と「長生き = 延命！」とが両立すればベスト。そこで、では、両立しないときはどうするかという問題が生じる（これについては別のところで改めて考える）。

患者・家族を中心にした医療

- 家族は、(1) 患者の病および治療方針選択の影響をうけるという意味で当事者である。
(2) 医療への参加者 = 医療チームの一員である。
(3) ケアの対象として考えるべき場合もある。
- 倫理原則の「相手」に「家族」をも入れて考える。社会的視点における「第三者」として考えることもある。
- これは決して「患者より家族の言い分を聞くということがいい」という意味ではない。患者と家族を一単位として考えるということである。

【個人の価値観】

R1-2: 相手が充実した人生を送ることを妨げるな。

P2: 行為の進め方をめぐって

原則：医療行為において、行為の相手を人間として遇せよ。

R2-1: 相手と共同で医療行為をせよ。

R2-2: 相手の傍らにあれ（弱さを理解し、受容せよ）

【相手は人間であること】「対等の人間として接して、共同で進めること」と「現実の相手の弱さを受容する」ことが対になっている。これは「向き合う」と「同じものに向共に与る」という体位の交替によって進むコミュニケーションの基本構造を反映している。

コミュニケーション

- ⎧ 向き合う
- ⎧ 同じものに向共に与る（同じ方向を見る）

P3: 社会的視点をめぐって

原則：行為がその相手[ないし第三者]にもたらす益と同等以上の害を第三者 [ないしその相手] に及ぼすような医療行為をしてはならない。

P3 は行為が第三者に及ぼす影響や医療資源の公平な配分等に関わる。

例えば、ある医療行為が患者に与えるであろう利益と、それに伴って第三者ないし社会にかかるであろうコスト（負担・犠牲・不利益）とを比較した時に、次の3通りの場合がある。

(1) 不利益を被る者はそれを引き受けるべきである（そのコストを払うべきである）

(2) 不利益を被る当事者が自発的にそれを引き受ける意思がある限りにおいてそれを認めることができる。

(3) 不利益を被る当事者がよいといってもそれを認めることはできない（そのようなコストは払うべきではない）

ここでの利害には原則 P1 に示されるような行為の相手の利害についての規定を適用することができる。

3 インフォームド・コンセント

最後に、本検討シートが想定している、医療上の決定を目指す医療者と患者・家族とのコミュニケーションのプロセスにおいては、いわゆる インフォームド・コンセント はどのように位置づけられるのかについて説明する。

本検討シートと インフォームド・コンセント とは、相当程度重なっている。しかし全く同じであるわけではない。本検討シートのコンセプトは インフォームド・コンセント を含み、さらに広い範囲をカバーするものである。あるいは、インフォームド・コンセント の背景にある思想とはやや異なったところがあり、その思想を改訂した考え方に基づいている、といった方がいいかもしれない。この二つの言い方は、実は インフォームド・コンセント というだけで何を考えるかに応じて出てくるものなのである。

【informed consent】 インフォームド・コンセント について理解する際に、ことに日本においては、「インフォームド・コンセント」という語で何を意味しているのかをまずはっきりさせることが、必要である。というのは、昨今の医療現場における「インフォームド・コンセント」(IC などと略されることもある)という用語は、いわゆるジャパニーズ・イングリッシュになってしまっており、英語の‘informed consent’とは概念が少しずれてしまっているからである。

‘informed consent’とは、患者の‘consent’(=同意)する行為である——かつ、その同意という行為には、主体である患者がその際に‘informed’(=情報を得ている)という状況にあることが付帯している。これが‘informed consent’の元来の意味であり、用法の基礎である。したがって、‘informed consent’とは「患者が、自分の置かれた状況について十分把握した上で、ある医療方針に同意すること」であり、英語でこれが使われる際には「患者が…を与える(give)」とか「患者から…を得る(obtain)」とは言っても、「医師が informed consentを進める」などとは決して言わない。

【インフォームド・コンセント】ところが、この

用語が日本に入ってきた時に、「インフォームド・コンセントとは説明と同意のことである」などという説明がされてしまった⁴。「説明と同意」というプロセスだと理解すれば、これはまず説明から始まることになり、それは医療側がすることである——そうであれば、「[医療者が]ICを進める/行う」などと言ってもいいことになる。

そこで、医療現場では、なんだか医師が患者・家族に病状や治療方針について説明することを インフォームド・コンセント と呼んでいるかのような使い方がはびこってしまった。加えて、以前はこういう面談のことを ムンテラ とやったことが残っていて、若い人などはこれが「口によるセラピー」という意味であることを知らずに、インフォームド・コンセント と ムンテラ とを同義語として使っていることもある。

他方、‘informed consent’の本来の意味を意識している医療者は「医師がするなどと言ってはならない」と注文をつけ、また ムンテラ の従来の意味を知っている人は、これが インフォームド・コンセント と名を変えただけであると見て、憤慨する。

インフォームド・コンセント を「説明と同意」と理解することは、用語として不適切であろう。そもそもそうしたプロセスを呼ぶなら「医療方針決定のプロセス」などと呼べばよいのである。また「説明と同意」とすることによって、患者の手から インフォームド・コンセント を半分以上奪ってしまっているようでもある。つまり、「説明する」というのは「医療者」を主語としており、医療者に観点が置かれている——しかしこれに対応する語である‘informed’は「患者」を主語とするものであって、患者に観点が置かれているのである。

ということで、まず、「インフォームド・コンセント」という用語自体は、あくまでも患者が行う‘informed consent’のことだとしよう。

【informed consentの背景にある考え方】その上で次の2点を指摘したい。(1)これが医療倫理の要となるのは、先に医療倫理の有力4原則として挙げたもののうちの「患者の自律を尊重せよ」が、

⁴ 日本医師会生命倫理懇談会『「説明と同意」についての報告』1990年、水野 肇『インフォームド・コンセント 医療現場における説明と同意』(中公新書 958、1990年)

‘informed consent’の基礎にあるからである。つまり、「患者による決定」が最終決定であるという理解である。

(2) ‘informed’ という状態になることが期待されているのは患者であり、それを目指して、「説明」は医療側から患者側へとなされるものだ、という理解が背景にある。

【本プロジェクトの考え方】これにたいして、本プロジェクトは、医療方針決定のプロセスを、患者・家族と医療者（医師・看護師・MSW等）とが共同で行うもの（情報を共有し、目標とする価値選択や手段の選択についてコミュニケーションを通して合意を目指すもの）と考えている。

つまり、(1) ここからここまでの決定は医療者が行い、ここから先は患者が行うというようなもの⁵ではない。共同の決定としての「合意」を目指すことをステップ3で強調している。かつ、合意の参加者は、医療者と患者に家族も加えて考えようと

する。これは、単に患者が自分のことを自分で決める、という理解ではなく、共に生きる人たちの共同性を打ち出しているからだ。

また、(2) 説明（＝情報提供）は医療者から患者へと一方的に流れるものではなく、患者側から医療者側へと流れもする。その情報を受けて医療者が患者の提案に同意することだってあっていいのである。そういう意味で、双方向の情報の流れの結果としての「情報の共有」をステップ1では強調している。

以上のような考え方をした上で、‘informed consent’を「情報を共有した上で、共同の決定をする」ことを患者の側に注目して規定したと理解し直してよければ、このように改訂された‘informed consent’は本プロジェクトのコンセプトと一致する。

本検討シートは、したがって、いわゆる インフォームド・コンセント を現場に定着させる方途を探している医療機関にとっても有効なツールとなるはずである。

⁵ 決定の分担論批判については、清水哲郎『医療現場に臨む哲学』（勁草書房1997年）第3章を参照