

## 臨床倫理セミナーテキスト

# 臨床倫理エッセンシャルズ

2016年 春版

## 臨床倫理プロジェクト

	目	次
はじめに		
臨床倫理エッセンシャルズ	清水哲郎+臨床倫理プロジェクト	
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		
2. 臨床場面の倫理		5
・臨床における倫理的姿勢/倫理原則/人間尊重・与益・社会的適切さ/ 倫理的ジレンマ		
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		
☆トピック 生命の二重性		12
4. 意思決定プロセス	情報共有-合意モデル	14
・説明と同意モデル/情報共有-合意モデル/意思確認ができない時		
☆トピック 自己決定と医師-患者関係		19
☆トピック 家族/愛という名の支配		20
5. 事例検討の進め方	臨床倫理検討シートを使って	51
・ステップ1 事例の経過(ナラティブ)		52
・ステップ2 情報の整理と共有		53
・ステップ3 検討とオリエンテーション		55
〔臨床倫理アドバンスト〕		
☆ 同の倫理-異の倫理 / 人それぞれ と 皆一緒		21
☆ エンドオブライフ・ケアの臨床倫理	清水 哲郎	25
☆ 人生の最終段階の医療とケア~人工的水分・栄養補給法の問題を中心に		32
☆ 高齢者の医療とケア~フレイルの知見を臨床に活かす	会田 薫子	40
☆ 事例検討のピットフォール		63
☆ 事例検討法1 ステップ1&2	田代 志門	71
☆ 事例検討の整理	霜田 求	77

## 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5版 v.1.5)

2016年春版

著者 清水 哲郎 & 臨床倫理プロジェクト

発行日 2016年1月9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)

---

© 2016 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、意識しているとは限りませんが、日常の人間関係において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 & ①互いに要請し合っている
- 社会が平和的に調和を保って存続するために
- ②自発的に自らの自由（自分勝手）を制限する
- （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

互いに助け合いましょう

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎

☆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。

なぜ、ということが社会的に要請されるかというと、社会が平和

的に秩序・調和を保って存続するために必要なことが要請されるのです。ということは、平和的な秩序ある社会が存続することが私たちにとって必要なことなので、こうしたことを私たちは互いに要請し合っているのです。

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）。

例えば、「他人に害を加えないように」と皆が心掛けなくなったら、私たちの社会はどうなるでしょうか。社会として存続できないでしょう。すべての人間が互いに戦うという、まさに地獄のような世界になってしまうでしょう。そうならないように社会的要請があるのです。

### 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、理に合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

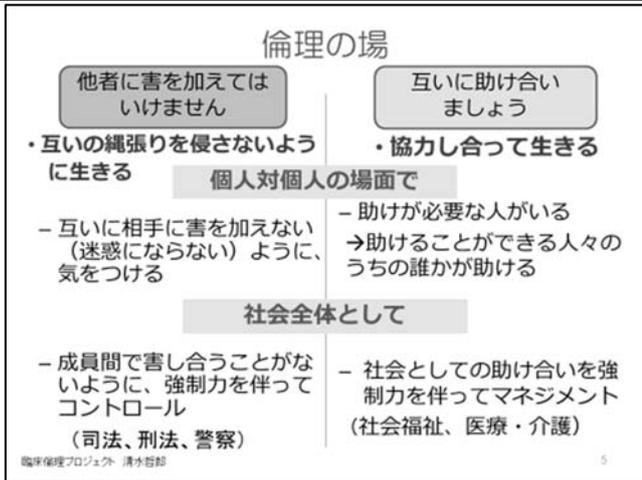
- 法も倫理も社会規範  
しかし、社会規範としての機能が違う
- 法は倫理の最低限（Jellinek, 1851-1911,独）  
法: 社会の秩序と安泰を維持・国家の強制力を伴う

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。



上述の「他者危害禁止」と「他者援助奨励」は、倫理的なことがらの代表例であるというだけでなく、人間関係における倫理の核心を表現しているともいえます。また、この二つは、個人対個人が交流する場面から、社会全体が社会の成員間の関係をコントロールする場面まで、いろいろな場面で生きて働いています。

☆他者危害禁止は、「互いの縄張りを侵さない」ということでしょう。互いの生命、財産を害さないことから、相手に不快な思いをさせない、相手の生活に干渉しないといったことまで含みます。

・個人対個人の次元では、このことを互いに気をつけますし、また、害になったと思えば、相手を諫めたり、抗議したりといった交渉により、「互いに害さない」あり方を保とうとします。

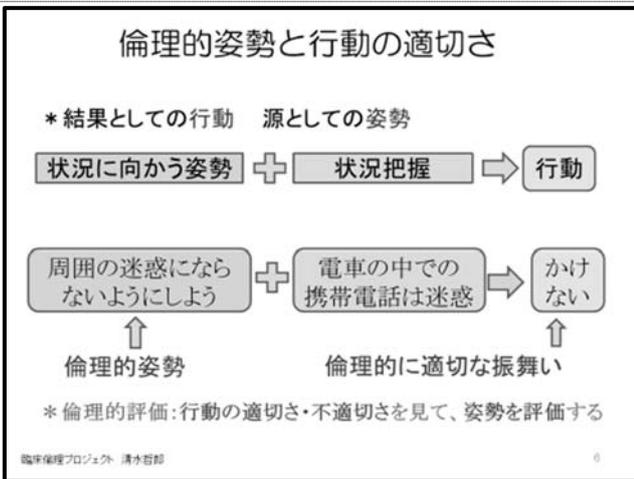
・社会全体としては、社会の成員の生命・財産を守る社会としての仕組みができていて、強制力をもって、他人を害させないように働きます。警察や裁判所がしていることです。

☆他者援助奨励は、協力し合って生きようという社会的要請です。個人対個人の場面で、私たちは時に助けを求められ、また、「あの人を助けようかどうしようか」と考える状況に臨みます。そういう状況の多くは私が助けなくても、誰かが助ければよいのです。

社会全体としては、私たちは税金や社会保険料を半ば強制的に徴収されますが、それらは社会として(国家／行政として)行う医療・福祉等の「助け合い」の財源となるわけです。

医療や介護従事者は、まさにこの社会として行う活動を、社会の信託をうけて実行する務めについています。そのことによって、単なる個人対個人の次元の人間関係ではない、社会としての活動を諸個人に対して行うという人間関係の一方の立場になるのです。

このことにより、臨床に携わる際に医療者に社会的に要請される倫理は、単なる個人レベルのものとは異なってくるのです。

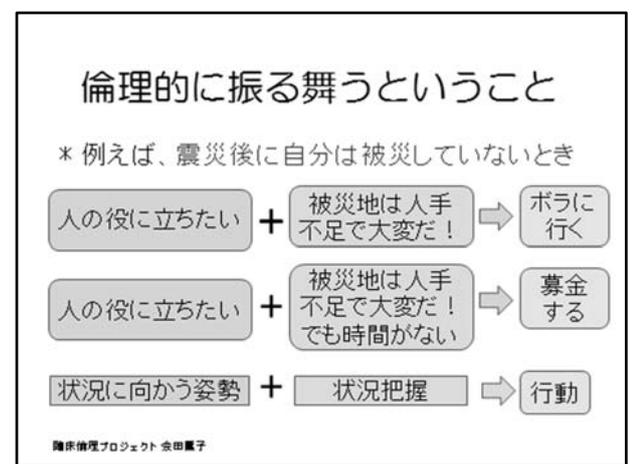


倫理的に適切な行動や選択について考えましょう。例えば、図には、電車の中で携帯電話をかけたいと思ったけれど、かけなかったという選択の分析を示しています。

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ってしまう。——そこで、私は、車内で「あ、あの人のできるだけ早く連絡しなきゃ」と用事を思いだし、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。

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。



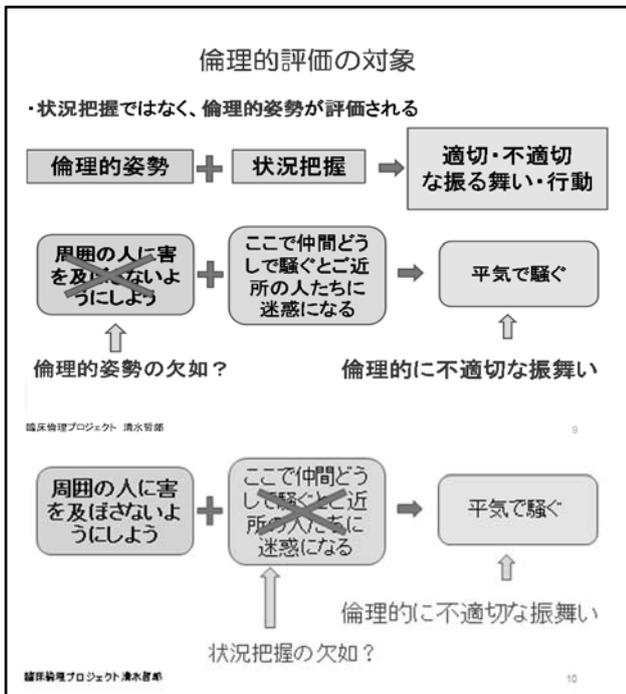
〔ノート〕《倫理的》の二つの意味

- 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。

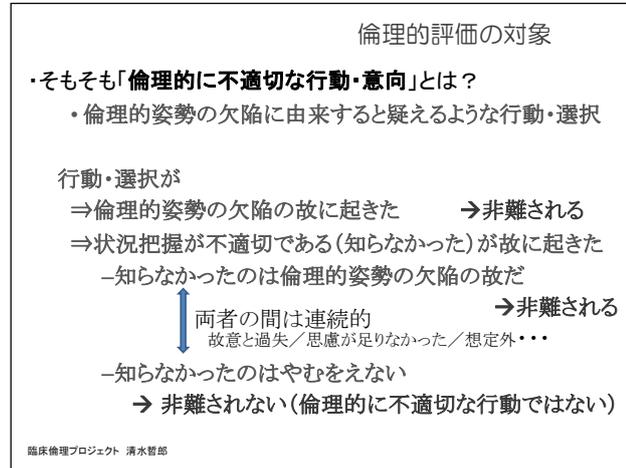
夜中にあるグループが仲間で大騒ぎをして、近所の人たちの安眠を妨げたとします。すると、近所の人たちは「安眠妨害だ、近所迷惑だ」と非難するでしょう。「周りの人に害を与えないようにしましょう」姿勢が欠けていると非難します。

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。

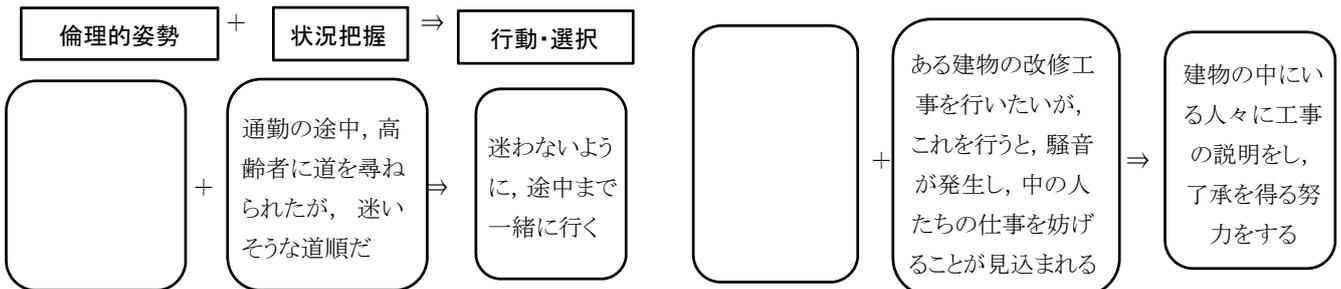
そうすると、迷惑をかけられた人々は、「気付かなかったということ自体が、周囲の害にならないようにという姿勢がちゃんとしていないことになるだろう」と重ねていって、多くの場合「今後気を付けてね」と言って、その場は収めるでしょう。つまり、「他人への害なんて平気だ」という人の姿勢への非難よりは、「気付かなかったのは姿勢が不十分だからだ」という場合のほうが、非難の程度が軽いのです。

「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)。

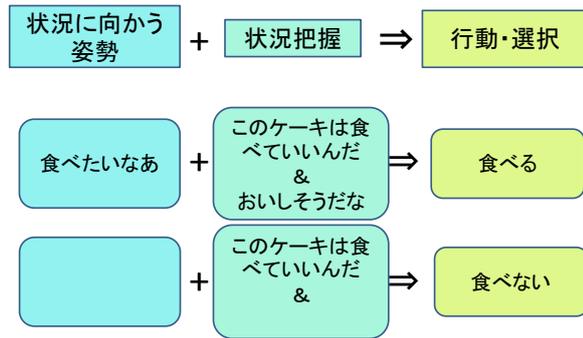
☆以上のような事情を左のようにまとめてみました。



【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。



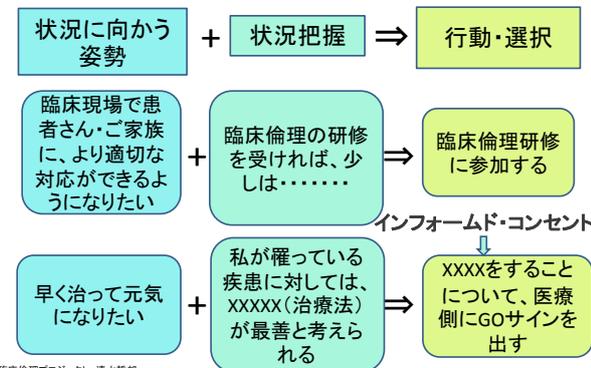
行為分析の枠組み



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)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)

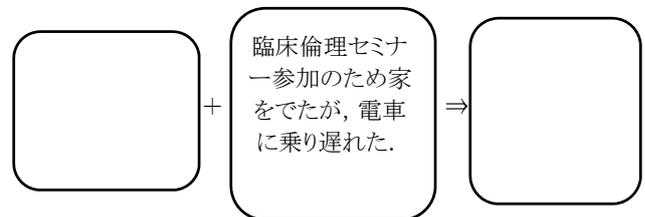
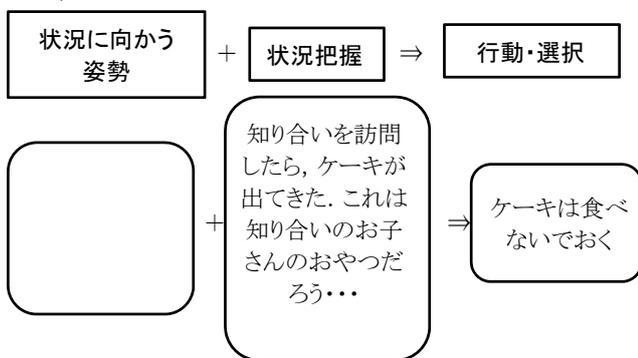
・姿勢と状況把握は状況に応じてさまざまですが、

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。

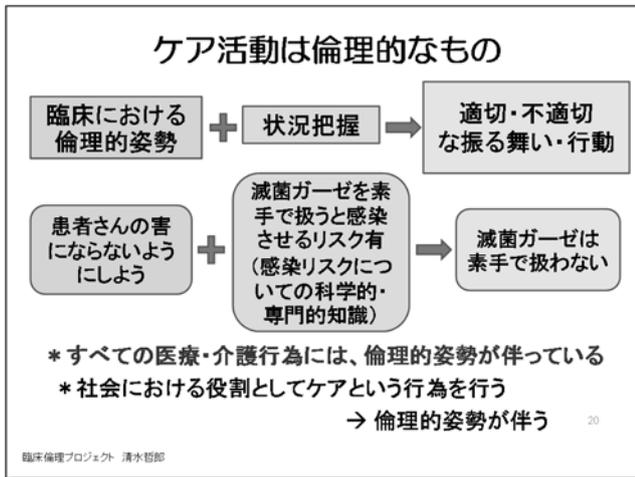


- ① 困っている人は助けなくちゃ ( )
- ② 健康のため、糖分は控えめにしておこう ( )
- ③ 近所迷惑なことはしないようにすべきだ ( )
- ④ 夜中に騒ぐと近所に迷惑をかけることになるぞ ( )
- ⑤ 沢山のボランティアが支援にきたので、被災地の人々は喜んでいる ( )

(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 ⇒

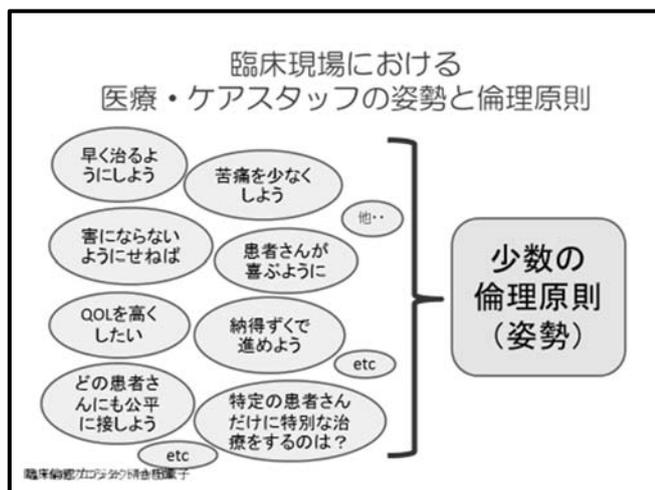
③ 患者さんの話をよく聴く + B さん(45)は乳がん手術後 5 日目。よく眠れないと言っている。部位の痛みはあまり無いという。 ⇒

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。

**ケアの  
進め方**

**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
  - 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
  - 相手を私の支配下で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

**ケアの  
目的**

**与益：相手にとって益になるように**

- ・ 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最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。

**ケアの  
目的**

**与益：相手にとって益になるように**

- ・ 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 結果に偏りがない・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」

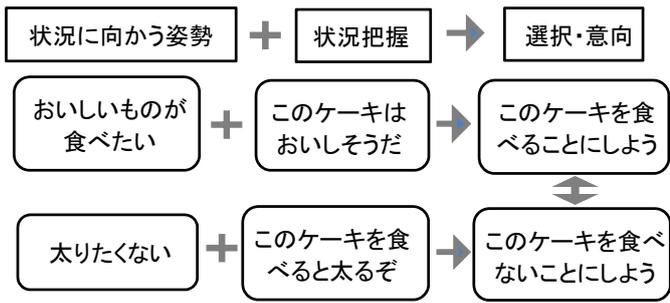
臨床倫理プロジェクト 清水哲郎 51

・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。

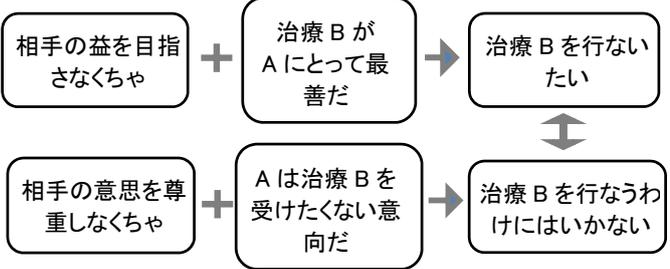
〔ジレンマの構造〕



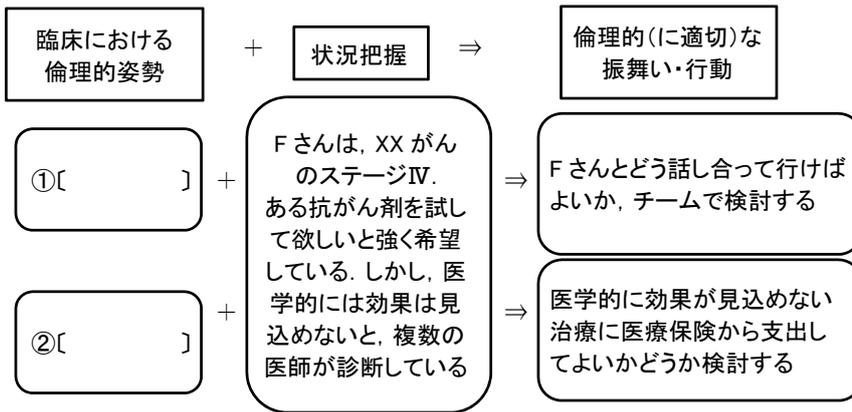
・ジレンマへの対応としては、(原則間の)優先順位を決めて、複数の原則が衝突した場合は、優先順位の高いほうに従うといったことが言われることがありますが、はじめからそういうやり方をとること自体が倫理的に適切とはいえないでしょう(人それぞれが強い状況ならともかく)。

・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。

〔倫理的ジレンマの場合〕



【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。

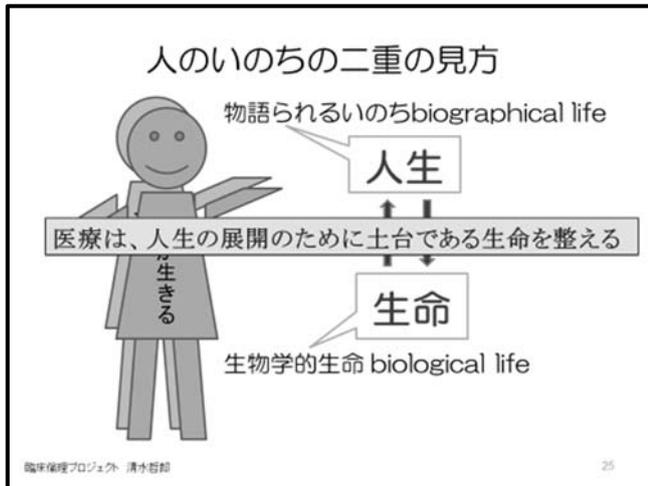
(例)



### 3. 人生と生命 —物語られるいのちと生物学的生命—

前章では、臨床現場で倫理的に適切な行為を結果する二つの要素のうち《倫理的姿勢》について概観しました。本章ではもう一つの要素である《状況把握》の側のもっとも基本的な部分を見て行きます。「相手にとって益となることを目指そう」という倫理的姿勢(与益)があっても、価値評価を含む状況把握「では何が相手にとって益か」が分からなければ、どうするのが適切かわかりません。そこで、ここでは医療においてもっとも基本的な価値観である「《いのち》をどう評価するか」を考えます。

《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』と呼んで区別します。医学的に人間の身体に介入して、本人の最善を目指す際に、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。この身体に『生物学的生命』があり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

#### 【コラム】 「いのち」「生命」の文法

・「私は生きている」 ↔ 「私にはいのちがある」

A氏の身体を診察した上での医師の発言：

・「彼は生きている」 ↔ 「彼には生命がある」

→ 「いのち」「生命」は

「Xは生きている」を「XにはYがある」と言い換える時に、「Y」に該当する名詞として導入されたもの

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、人の現在の生が一般に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、その要因がどういう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、動き回れるようになる、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  
a. 苦痛がなく、楽に過ごせる  
b. 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 清水哲郎

☆ 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?

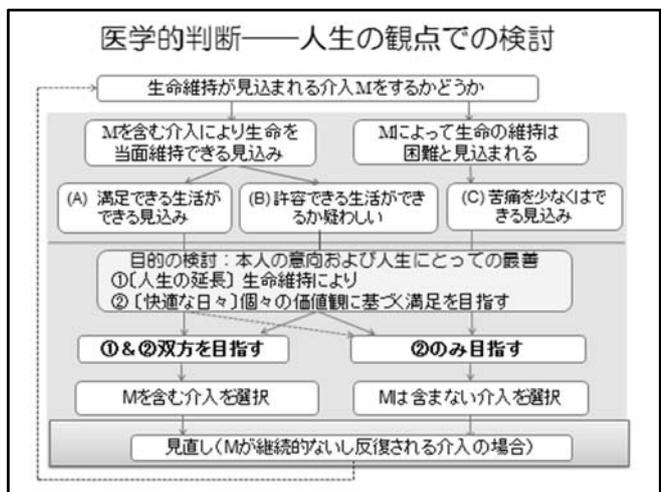
☆ 一般に 積極的治療をするかどうか

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 清水哲郎

☆ (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。



## 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 会田薫子 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 会田薫子 31

## 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 会田薫子 32

QOL・本人らしさを決める

価値観・人生観・死生観を反映

生物学的な生命の価値を決める

個別で多様

## 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

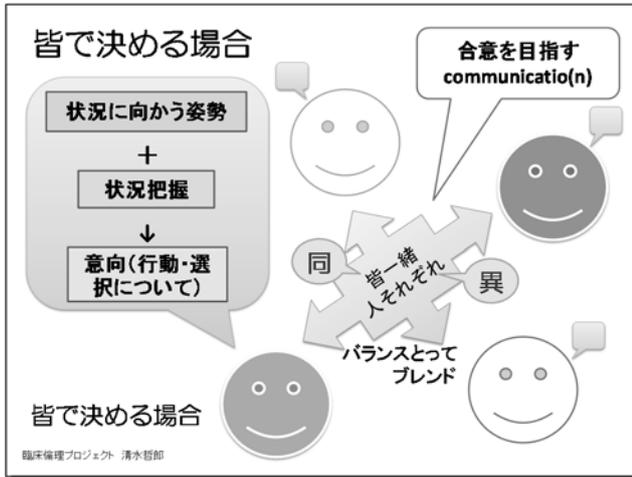
## 何が「良い」意思決定か 確信がもてないとき

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

## 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。

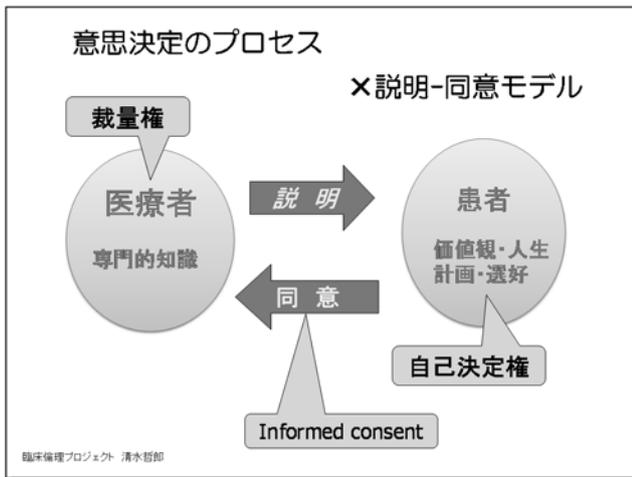
人間の行為には、独りではなく、複数の人間で一緒に行うものがあります。そのようなものについては、何をどのようにするかを共同で決めるプロセスが伴ってきます。ここでは、参加している者のそれぞれに「自分としてはかくかくしたい(して欲しい)」という意向が生じるプロセス(状況に向かう姿勢＋状況把握→意向)と、各人の意向を調整して、何をするかを共同で決めるプロセスがあるわけです。このプロセスを、治療方針を決める場面で考えてみましょう。

【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



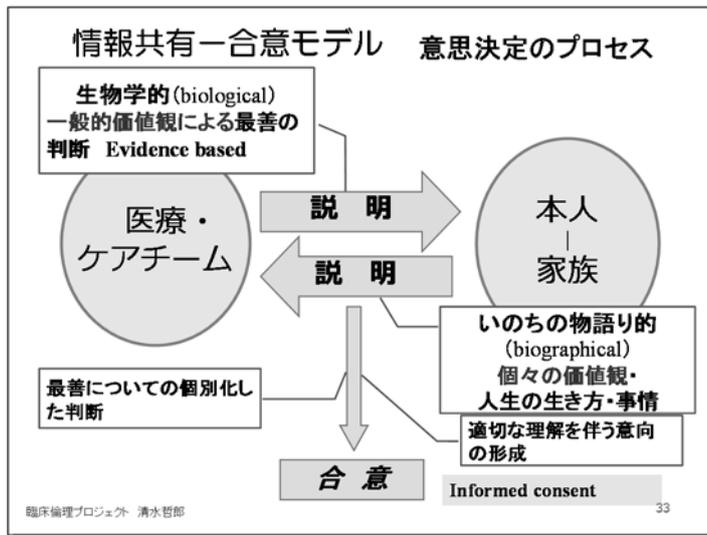
説明と同意モデルの《自己決定》と事前指示

- 「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

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が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あげればよい、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

### ■本人の意思確認ができる場合—できない場合

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 補足説明●

《情報共有から合意へ》というプロセスの捉え方について、理解を深めておきましょう。これは治療方針を決める意思決定プロセスの場合、

(a) 医療者は本人・家族に、エビデンスに基づく医学的情報中心の（生物学的=biologicalな）説明を行う、  
 というのももちろんですが、これに加えて、

(b) 目下の意思決定・選択に係る限りにおいて、本人側の事情や考え・気持ちを理解しよう  
 とし、本人側に聴こうという姿勢を併せ持ちます（前ページの情報共有－合意モデル説明図中の患者側から医療側への「説明」がこれに該当）。

ここで、患者側から得られる情報は、そのいのちの物語り(=biographicalなもの)を中心として、現在の個別の事情や価値観を含んでいます。そういうことも考慮に入れるということは、医療上の決定は、単に医学的情報だけで決まるものではなく、患者側の人生についてのこうした情報も兼ね合わせた上で決まるものであることを示しています（前章「人生と生命」も参照）。

また、このモデルは、決定は両者が共同で行うものとして、「合意を目指すコミュニケーション」が要であることを示してもいます。エビデンスにもとづく最善の判断は、主として患者のかかえる疾患に注目し、その生物学的生命に定位してなされるので、身体が状況が目下の患者本人と同様の患者たちすべてに共通に該当する、最善についての一般的判断です。この限りでは、人生(=物語られるいのち)を生活している患者の個別の事情は考慮されていません。医療側は、患者側の物語られるいのちの個別の事情をも考慮にいれて、何が最善かについての「個別化した判断」へと進む必要があるのです。

このようにして目下の患者本人の個別の人生や価値観について理解した上で、そのような価値観をもち、そのような人生を生活している「この本人」にとって何が最善かを考えるのですから、そこで出てくる最善の判断は、本人が自らの人生を自分らしく生きようとし、かつ、自らの身体が状況と治療の可能性について適切に理解した(=informedとなった)ならば持つであろう治療についての意向と、通常は一致するでしょう。この限りでは両者の合意は簡単そうにも見えます。もちろん、人は単に理に適った思考や行動をとるわけではなく、情やこだわり等々が絡みますから、簡単に合意に至るわけではな  
 いでしょうが、医療側は少なくとも合意の可能性を見つつ、コミュニケーションを進めていきたいものです。

○ 意思決定ないし選択に到るプロセスはダイナミックです。コミュニケーションのプロセスを通して、相手が変わる可能性も、自分が変わる可能性もあります。患者さんの理解が進み、「嫌だ」から「やりましょう」と変ることもあります。患者さんへの理解が深まった結果、初めは手術が最適と思っていたが、この人の場合は別な治療法を選んだほうがよいかなど、医療者のほうが変わるかもしれません。医療者の意見が絶対的に正しくて、患者さんがそれを納得しないのは知識がないから、間違っているからだ、という固定的な考え方ではなく、自分たちも変わるかもしれないという柔軟性をもてば、両者でよりよい道を見出していくことができるでしょう。

○ 意思決定のプロセスは、本人・家族の意思決定を支援するケアのプロセスでもあります。例えば、本人は、突然目の前にたちはだかった死に直面したとします——死を避けるためには、自分がこれまで大事にしてきたこと、生きがいすら放棄しなければならぬと宣告されることがあります。あるいは、医療側が提示する途を必至のこととして、辿ってきた果てに、目前に死が迫っていることを直感することもあるでしょう。この危機をどのようにして乗り越えられるでしょう、どうすれば良いでしょう。本人は（そして家族も）途方にくれ、選択ができなくなり、あるいはパニックに陥ります。意思決定プロセスのただなかでそのような状態にある患者・家族を支えることもまた、医療者の務めです。

もちろん、医師だけでやるわけではないし、やれるものでもありません。「医療ケアチームで対応する」ということは、「終末期医療の決定プロセス」だけのことではなく、本人・家族の人生の物語りにとって危機的な状況において、一般的に言えることです。しばしば、医師よりも、看護師やMSWのほうが、本人・家族がその思いを吐露しやすい相手です。そうであれば、医師は、看護師やMSWと協働して、チームでことにあたるのが、以上で提示したような意思決定プロセス即ケアのプロセスを適切に辿る上で欠かせないこととなります。

〔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。

〔トピック 2〕 自己決定と医師 - 患者関係 (背景説明 by 会田薫子)

「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

### 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関心が低い／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
  - 普遍的现象？ (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「仲よし」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、対応することが望めます。

☆ 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。

## 〔臨床倫理アドバンスト〕 同の倫理—異の倫理 または 皆一緒 と 人それぞれ

臨床倫理エッセンシャルズ アドバンスト

## 《皆一緒》と《人それぞれ》

## 同の倫理—異の倫理

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席講座  
清水 哲郎

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、私が考えてきたことを提示します。

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。そのもつ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。

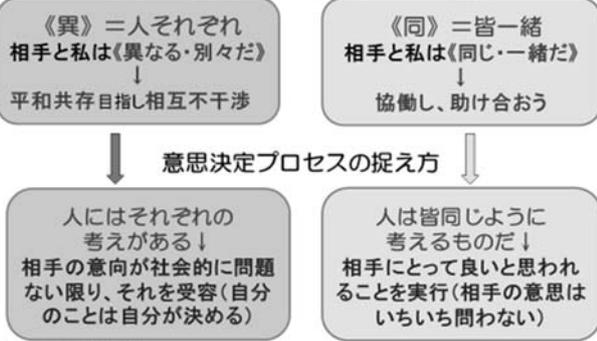
小さい群れがいくつも並行してあった時代、群れ内部では同の倫理、よその群れの間では異の倫理が生きていたと思われます。「身内」での行動様式と、「よそ者」に対する行動様式が、区別されていたのです。

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れば、現状をよく説明できます。

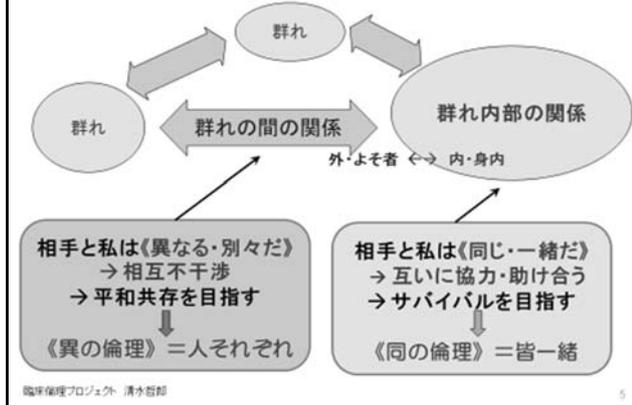
## 人同士の倫理：その構造

## 相手に対する二つの見方・二つの姿勢

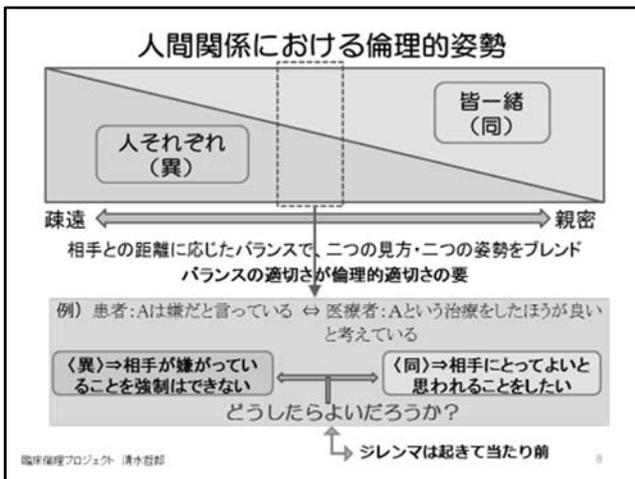
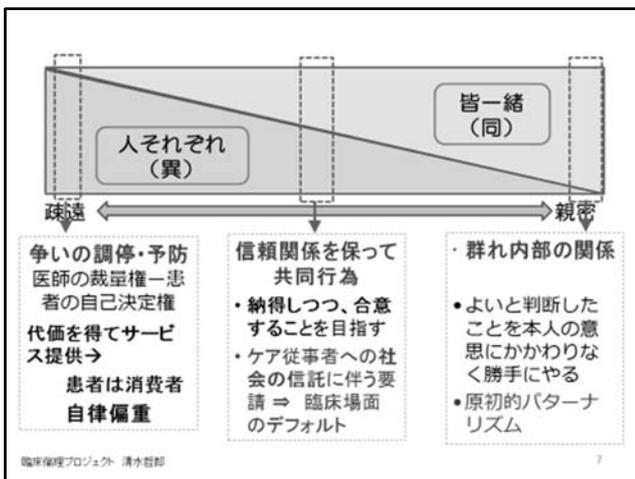
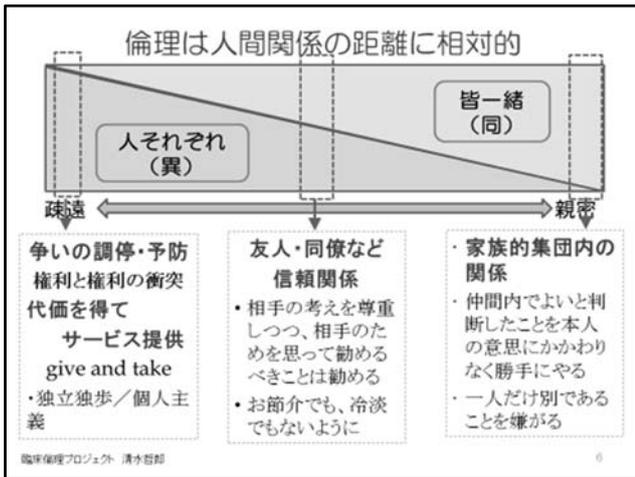


臨床倫理プロジェクト 清水哲郎

## 人間における倫理の起源



臨床倫理プロジェクト 清水哲郎



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。

☆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。

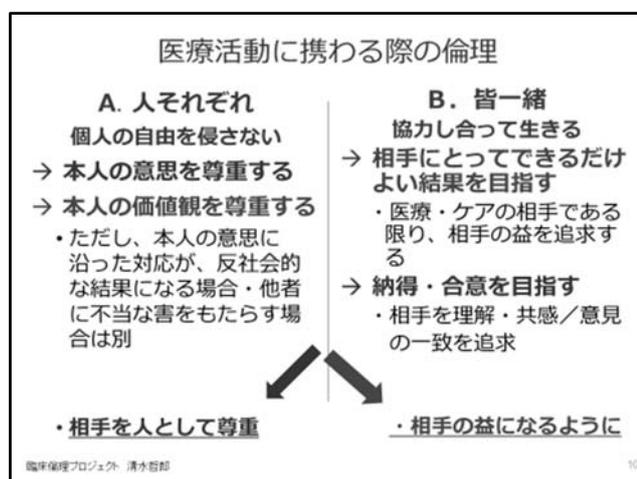
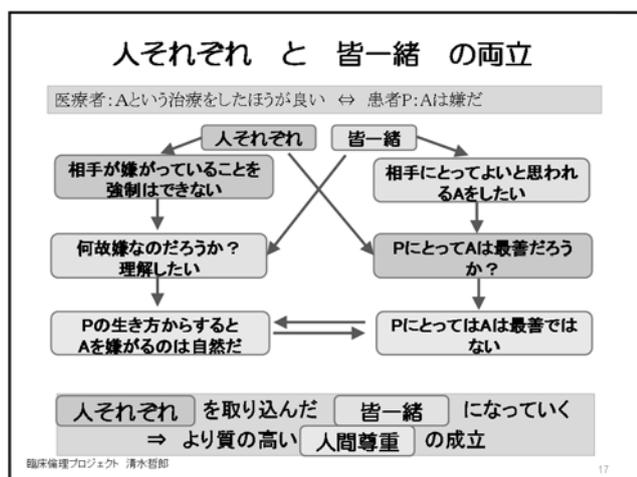
☆通常、そこそこ親しい人の中では、《皆一緒》と《人それぞれ》が距離に応じた割合でブレンドされています。

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してくれればなと思います。このようにして《皆一緒》という姿勢が

〔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こ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つ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。

以上のことをベースにして、社会の仕組みになった医療に携わる際に、社会的に要請されている事、つまり医療・ケアの倫理を考えてみましょう。

「ケアをどのように進めるか(進め方)」と「ケアにより何をを目指すか(目的)」という座標軸をたてて考えます。

《人それぞれ》からは、進め方としては、「本人の意思を尊重する」、目的としては「本人の価値観を物差しにして、本人にとっての最善を判断する」がでてくるでしょう。

《皆一緒》からは、進め方としては「納得・合意を目指す」

が、目的としては、「共通の価値観を物差しにして、ケアの相手にとっての最善を目指す」がでてくるでしょう。

ですから、医療・ケアの進め方と目的それぞれに、《人それぞれ》と《皆一緒》から帰結するあり方をミックスし、総合していくというあり方が、より洗練された倫理として求められることになります。

つまり、進め方としては、「本人の意思を尊重する」と「関係者の納得・合意を目指す」とが両立していくように、また、目的としては、「本人の価値観」と「共通の価値観」の双方がベースになります。ただし、「共通の価値観」自体がこのミックスによって洗練され、「反社会的でない限り、本人の価値観を認める」というようになってきており、「全体で行う評価に従え」と個人を束縛するあり方からは脱してもいるわけです。

加えて、社会として行う医療・ケアを、医療・ケア従事者たちは社会の信託を受けて担っていますから、社会的な視点に立って、自分たちが行う医療・ケアをチェックすることが倫理に加わります。〔以上の結果をまとめると、次頁の最後のスライドになります〕

### 【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ナリズム
- 〈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
  - 例えは: 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

「臨床倫理エッセンシャルズ」ベーシック編では、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。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。

# エンドオブライフ・ケアと 臨床倫理

End-of-Life Care

清水 哲郎  
 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

## 前置き

### 臨床倫理の 基本的な考え方

#### 医療・ケアに携わる際の倫理の基本

〔活動の進め方〕 **人間尊重**＝“相手は人だ一ものではない”  
 → コミュニケーションを通して

- ・ **人それぞれ** → 相手の **自律を尊重**する(respect for autonomy)
- ・ **皆一緒** → ケアの態度、相手を理解する、気持を大事に

〔活動の目的〕 **与益**＝“相手の益になるように”

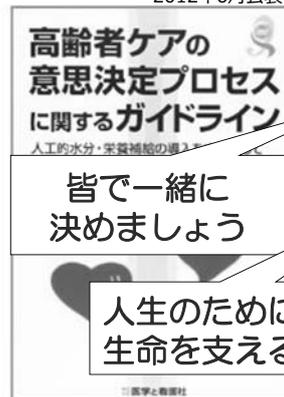
- ・ **与益**(beneficence) + **不加害**(non-maleficence):
- ・ 物差し **皆一緒** → 共通の価値観
- ・ **人それぞれ** → 個人的価値観

〔社会的視点〕 **社会的適切さ**＝“社会が行う活動である医療・ケアに相応しく”

- ・ **正義**(justice) 公平・公正
- ・ 社会のあり方自体が **人それぞれ (個人の自由)** と **皆一緒 (互いの協働)** のブレンド

#### 日本老年医学会のガイドライン

2012年6月公表

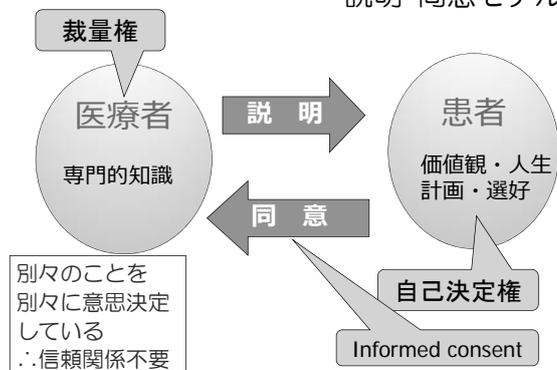


- 【構成】
- 第一部 医療・介護における意思決定プロセス
  - 第二部 いのちについてどう考えるか
  - 第三部 AHN導入に関する意思決定プロセスにおける留意点

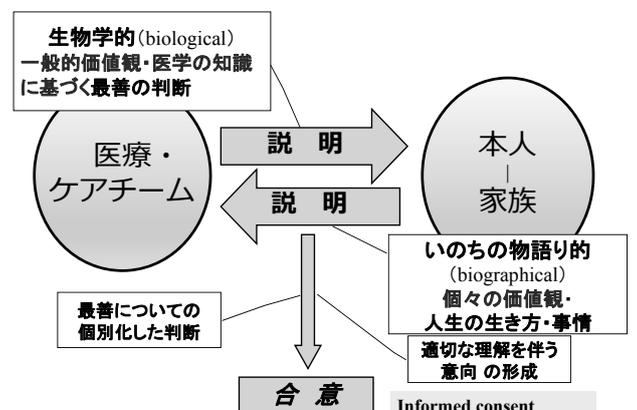
- ・ 全文ダウンロード > 学会HP
- ・ 書籍：医学と看護社

#### 意思決定のプロセス

##### 説明-同意モデル



#### 意思決定のプロセス 情報共有-合意モデル



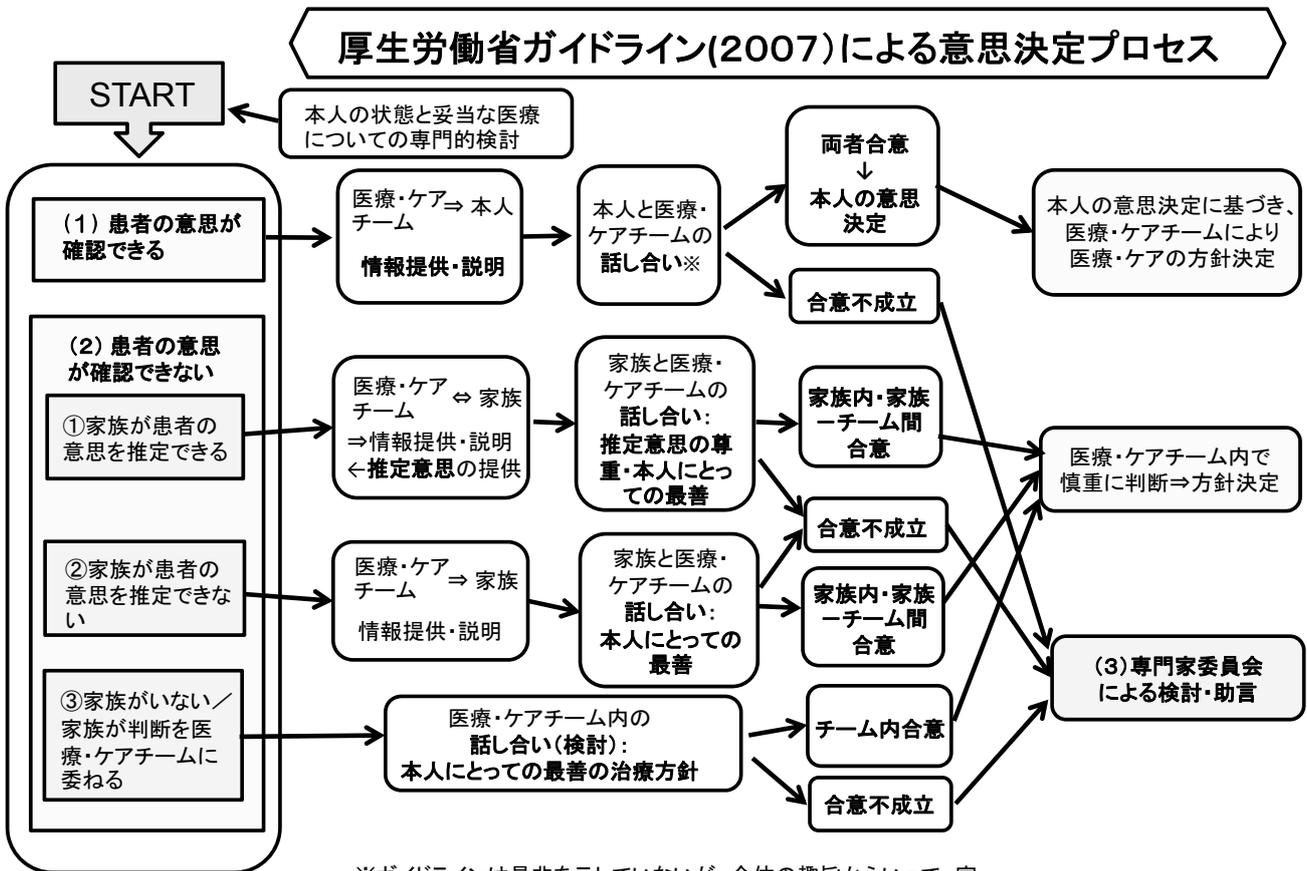
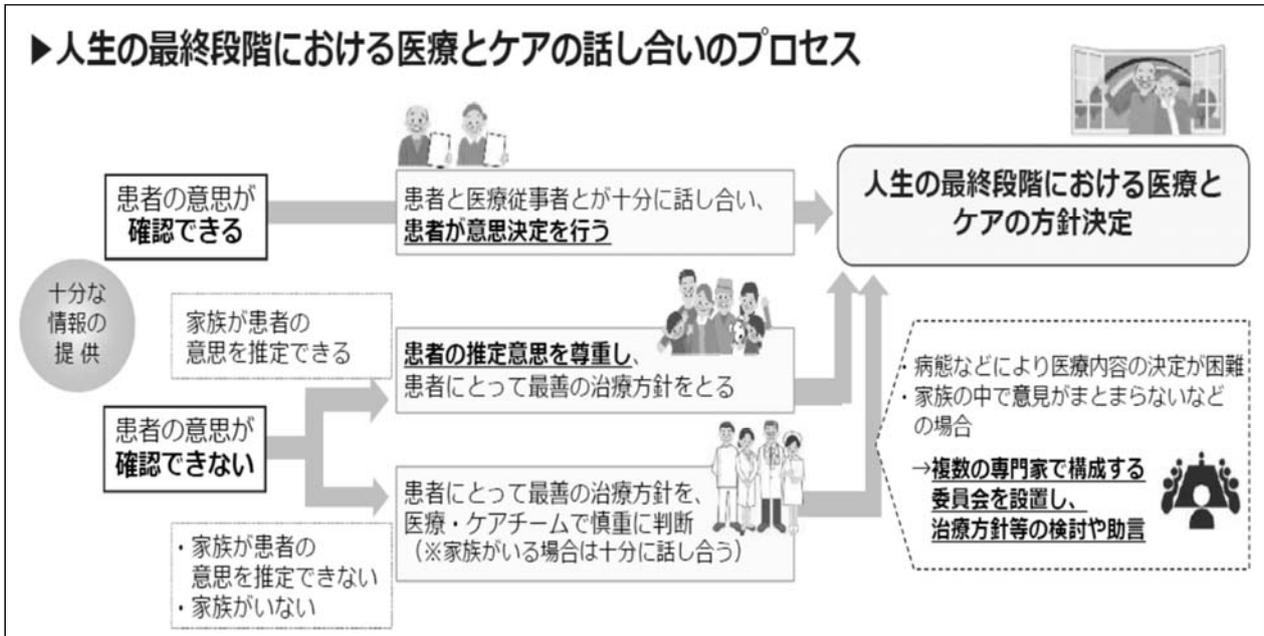


# 厚生労働省ガイドライン（2007；2015春改訂）

## 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン

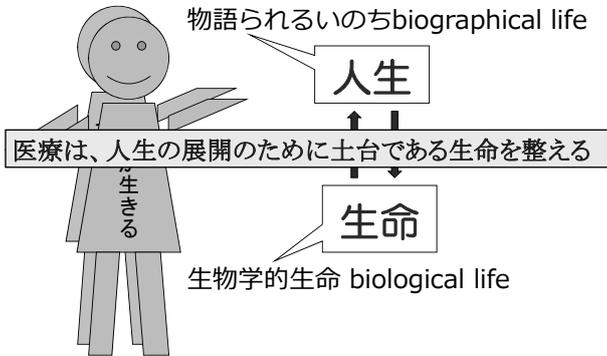
↳ 人生の最終段階における

\*リーフレットによるプロセスの概観



※ガイドラインは是非を示していないが、全体の趣旨からいって、家族が話し合いに参加できるならするのが望ましいと解される

### 人のいのちの二重の見方



9

### いよいよ本日のテーマ

1

### エンドオブライフ・ケアとは

End-of-life care

×エンド・オブ・ライフケア

### エンドオブライフ・ケア 関連用語

#### ・いのちのプロセスという視点で

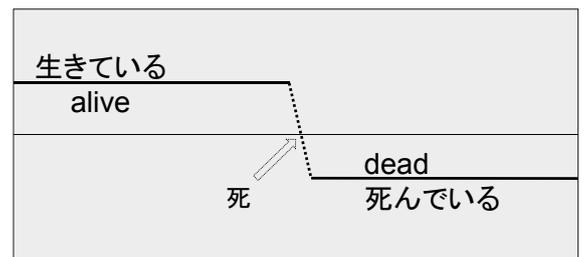
- ・終末期 ケア terminal stage にある患者のケア：
  - ・ターミナル期かどうかは医学的に判断：疾患の進行により、できる限りの医学的対応をしても、近い将来の死が避けられなくなった状況
- ・人生の最終段階のケア end-of-life care:
  - ・人生の最期 (=死) が近くなった (客・主) 時期のケア
  - ・そういう時期かどうかは、医学的判断だけで決らない
  - ・人生に関する選択&状況把握&本人の必要性に相対的

#### ・ケアの目的および方法という視点で

- ・緩和ケア
  - ・疾患そのものに働きかけはしない/疾患が本人・家族に与えらる諸問題に対応/QOL 保持を目指す

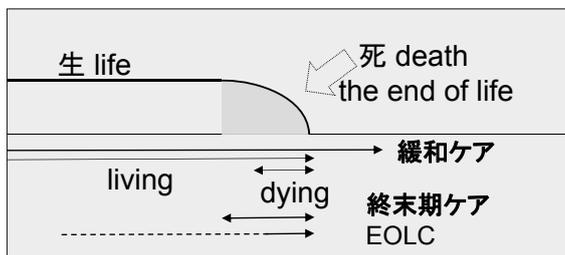
11

### 生と死



12

### 生と死



- ・死は生の最終部分 人生の物語りの最終章
- ・living & dying
- ・dying: 臨床的には、もはや回復傾向になる可能性はなく、ただ、死に向って行くのみになった状況
- ・dying のプロセスを引き延ばすことは少しはできるかも。しかし

13

### エンドオブライフ・ケアとは何か

- ・米国NIH: 「EOLC」は死をめぐる時期になされる支援と医療ケアを記述する語である。そのようなケアは心肺が停止する直前の短時間にだけなされるのではない。高齢者はしばしば・・・疾患をもちつつ生きて、かつ死に向かっており、日単位、週単位、時には月単位で沢山のケアが必要となる

End-of-life care is the term used to describe the support and medical care given during the time surrounding death. Such care does not happen just in the moments before breathing finally stops and a heart ceases to beat. An older person is often living, and dying, with one or more chronic illnesses and needs a lot of care for days, weeks, and sometimes even months.

- ・英国NHS: EOLCは、死へと向かいつつある人々へのサポートであって、人々が死に到るまでできる限りよく生きるように、また尊厳をもって死に到るように支援する。

End of life care is support for people who are approaching death. It helps them to live as well as possible until they die, and to die with dignity.

14

## 2

### 緩和ケアと QOL優先の対応

15

### 生命か人生か 延命優先かQOL優先か

- QOLと余命の長さ：両方とも改善できれば、それに越したことはない（現在では大半がこれ）
- どちらかを優先的に選択しなければならない場合：
  - 苦しくてもより長く＝延命優先（苦痛許容）  
→ 「徒な延命医療」への批判
  - 短くても過ごし易く＝緩和（QOL）優先（縮命許容）  
→ 死期が早まるような方針選択をどう考えるか
- 両者は、決して 延命か死か の違いではない
- 死生をめぐる価値観の違い—公共的価値観の変化
  - 延命優先からQOL優先に変化してきている
- 〈緩和ケア〉はQOL優先の立場

EOLCも

16

### 緩和ケアの定義 WHO(2002)

「緩和ケアは、生命を脅かす疾患に伴う問題に直面している患者と家族のQOLを、増進させようとする一つの手段である

痛みおよび他の身体的、心理社会的、およびスピリチュアルな諸問題について、早期にそれらを見出し、確実なアセスメントと対処（治療・処置）によって、苦痛を予防し、和らげることを通して、

「緩和ケアは

- 痛みその他の苦痛となる諸症状の緩和を提供する
- 生を肯定し、死へと向かう進行(dying)をノーマルな過程だと看做す  
(affirms life and regards dying as a normal process)
- 死を早めることも先延ばしにすることも意図しない  
(intends neither to hasten or postpone death)

17

### WHO 1990 緩和ケア報告書

• Proportionality の考え方

- ① **安楽死**（＝苦痛緩和目的／医師が死なせる投薬をする）  
は否定：
  - 緩和ケアの技術が進歩した結果、それが妥当となるケースはもはやないから
  - 「人の生命は不可侵」といった考えに基づくのではない
- ② **縮命のおそれがある、苦痛の緩和のための治療を**実行すべきである。
  - ただし、疼痛コントロールの範囲ではこういう状況は現在ではない（orごく少ない） 視野を広げると、該当する状況は結構ある
- ③ **「徒な延命」は終了**：延命治療が、患者にとって利益を上回る苦痛や負担をもたらす場合には、これを終了する。

18

### 緩和を意図する選択が縮命を結果する場合

#### 1 縮命 (or不延命) を意図している： 死の選択

- 1-1 積極的に死をもたらす介入
  - 1-1-1 第三者（医師）が実行：安楽死<sup>1</sup>、積極的安楽死<sup>2</sup> ①
  - 1-1-2 本人が実行： 医師に幫助された自殺（PAS）
- 1-2 延命・生命維持等の差し控え・終了：  
消極的安楽死<sup>2</sup> / △尊厳死

#### 2 縮命 (or不延命) を意図していない： 残りの人生を最善に

- 2-1 QOL向上・保持を目指す積極的な介入 間接的安楽死<sup>3</sup> ②
- 2-2 QOL向上・保持を目指す治療の差し控え・終了 ③

\* 縮命：命が縮まること・命を縮めること：「延命」と対照的な語として造語

19

### 用語について

- **安楽死<sup>1</sup>** 緩和目的で、縮命を意図して行う介入によってもたらされる死（縮命）
  - 現在の英語圏医療界で euthanasia といえばこれが主流。
  - 日本の臨床現場でも、これが通常考えられており、これに統一することが望ましい
- **安楽死<sup>2</sup>** 緩和目的で、縮命（ないし延命しないこと）を意図して行う介入・不介入によってもたらされる死（縮命）
  - 介入・不介入の区別により、積極的安楽死・消極的安楽死に分類
  - 現在でも、いわゆる消極的安楽死の評価により、使われることあり
  - この用語で安楽死の倫理が問われた歴史があり、アカデミックな場面では使う必要がある 用語の定義をはつきりさせながら使う
- **安楽死<sup>3</sup>** 緩和目的で行う、なんらかの介入・不介入が縮命を伴う
  - 安楽死<sup>3</sup>ではあるが、安楽死<sup>2</sup>ではない場合：間接的安楽死
  - 安楽死<sup>3</sup>はほとんど使われない & 「間接的」という規定は？ (side-effect)  
& 用語の混乱> 現場の混乱を招くので使うべきでない

20

## 安楽死<sup>1</sup>と安楽死<sup>2</sup>

- 安楽死<sup>1</sup> (積極的に死なせる場合のみ)
  - WHO
  - American Medical Association: the administration of a lethal agent by another person to a patient for the purpose of relieving the patient's intolerable and incurable suffering
  - American Nurses Association
  - オランダの公式サイト…
- 安楽死<sup>2</sup> (積極的ないし消極的に死を選択する場合)
  - NHS: the act of deliberately ending a person's life to relieve suffering
    - 消極的安楽死に対しても消極的な姿勢が背景?

21

## 消極的安楽死をめぐる誤解

- 生命維持等の差し控えと終了 (中止) (withholding / withdrawal)
  - 縮命を伴う & 縮命を意図 (目的) : 消極的安楽死<sup>2</sup>
  - 縮命を伴う & 縮命ではなくQOL向上を意図 (目的) (↑ 緩和)
  - 縮命を伴わない & QOL向上を意図
- ☆ 縮命を意図していなければ、安楽死<sup>1</sup>でも安楽死<sup>2</sup>でもない  
∴ 「徒な延命をしない」 ≠ 消極的安楽死<sup>2</sup>

22

## 縮命を伴うQOL向上の例

- Bさんは「この世の見納めに、思い出の○○○に行ってみたい」と希望した。しかし、
  - Bさんの容態では、○○○まで車に揺られて行くことに、耐えられないかもしれない。行き帰りに急変するリスクもある。行けたとしても、状態を悪くして、死期を早めるかも
  - 江ノ島行きをあきらめて、静かに過ごせば、命を縮めるリスクはない。しかし、Bさんの最期の日々の充実という観点では、この点での満足感が得られない
  - 妻は、「お父さんの最期の望みだから、叶えてあげたい」と言っている
- QOLないし充実した日々を優先するか、少しでも長く生きること (延命) を優先するか

23

## 緩和を意図する選択が縮命を結果する場合

- 1 縮命 (or不延命) を意図している : 死の選択
    - 1-1 積極的に死をもたらす介入
      - 1-1-1 第三者 (医師) が実行 : 安楽死<sup>1</sup>, 積極的安楽死<sup>2</sup> ①
      - 1-1-2 本人が実行 : 医師に幫助された自殺 (PAS)
    - 1-2 延命・生命維持等の差し控え・終了 : 消極的安楽死<sup>2</sup> / △尊厳死
  - 2 縮命 (or不延命) を意図していない : 残りの人生を最善に
    - 2-1 QOL向上・保持を目指す積極的な介入 間接的安楽死<sup>3</sup> ②
    - 2-2 QOL向上・保持を目指す治療の差し控え・終了 ③
- \* 縮命 : 命が縮まること・命を縮めること : 「延命」と対照的な語として造語

24

## Theory of proportionality

緩和を達成できる選択肢のうちで、  
害のできるだけ小さいものを選ぶ

- 非麻薬系鎮痛剤による疼痛コントロール
- 麻薬系鎮痛剤を含む通常の疼痛コントロール
- 鎮静 (害 : 人間的生活の喪失)
- 安楽死 (害 : 生命の喪失)

\* 実際にはどこまでコントロールできるか?

25

26

### 3

《尊厳をもって  
生きる／死に到る》こと  
*Living & dying with dignity*

27

## 尊厳死 尊厳ある死

- Death with dignity / dying with dignity
  - 日本：徒な延命治療はせず、苦痛の緩和のみ行って死に到ること（消極的安楽死とは限らない）
  - 現在の米国：医師に幫助された自殺がDWD
  - しかし、具体的に限定された対応に、肯定的評価を含む表現（美称）で言及するのは、バイアスをかけることで？

そもそもは：

- すべての人の死が尊厳ある死＝ケアの目標

NHS: End of life care is support for people who are approaching death. It helps them to live as well as possible until they die, and to die with dignity.

(スライド14参照)

28

## 用語の問題

- 安楽死 ⇔ euthanasia
  - 日本語で「安楽死」は、聞いただけで「分かる」  
→勝手な意味で使うことが可能 [日本]
  - euthanasia は「良い死 good death」という意味だと説明されても、特定の物事を指す術語だと思っ  
て、勝手な使い方はされない [欧米]
- 尊厳死／尊厳ある死 ⇔ death with dignity
  - 聞いただけで意味が分かるので、それぞれが勝手に  
に使う傾向がでてくる [日本 & 欧米]

29

## 《人の尊厳》とは？

《尊厳》dignity には3通りの意味がある

- (1) 威厳ある見かけ・振舞い
- (2) 尊重に値するという性質
  - 《尊厳》は、価値の中でも「尊いものとして大事にするに値する性質」(cf. 所有物を大事にする)  
→ Xには尊厳がある = Xを弄(もてあそ) んではならない  
• 「受精卵にも生命の尊厳がある」「どのような状態になっ  
ても人の尊厳に変わりはない」 cf. 世界人権宣言
- (3) 自らに価値があると感じること（〈誰か〉の尊厳）
  - 主観的自己評価（≒自尊心）／自らのこの生を肯定できるというあり方  
• 「こうなったら私の尊厳は失われた」（現実に尊厳があるかないかの話ではない）。

30

## 「《尊厳ある》死」の意味・用法

- 尊厳をもって【死に至るまで生きる】こと
  - [意味3] 本人の主観的自己評価：  
現在の生を肯定しながら、前向きに、自分らしく 生きる
  - [意味2] ケアに際しての本人に対する姿勢： respect を  
もって対応→ 意味3の尊厳にプラスに働く
- 尊厳を認めて、延命をしない・やめる（死を許容）
  - [意味2] 無理やり生かす＝尊厳に反する（弄ぶこと）  
ex カレン・クインランの呼吸器終了
  - [意味2・3?] 「徒な延命治療はしないで欲しい」
- 最期まで尊厳ある状態を保つ：そのために保てなくなっ  
たら死を選ぶ
  - [意味3] PAS(オレゴン等) 安楽死<sup>1,2</sup>の多くの例

31

## 最期まで尊厳ある生を生きるために

- 尊厳ある死：尊厳(意味3)をもって死に至るまで生きること  
death with dignity dying with dignity
  - 死に至るまで、自らの存在を肯定する自尊心をもつ  
て、生きる：終末期ケアが目指すところ
- 「尊厳が失われた→ 自らのあり方を肯定できない状態で生  
きたくない」と言われたら？
  - 対応1：死を選択できるようにしよう！  
生に対してネガティブな方向で動く
    - だがこれは、「QOLが低くて生きるに値しないのなら死  
を」という安楽死の論理と同じ。
  - 対応2：尊厳を回復できないか？
    - ケアの姿勢はこのような発想をする →next

32

### 最期まで尊厳ある生を生きるために

- 尊厳(意味3)の回復を目指すケア
  - どうなると尊厳が失われる（自らの生を肯定できなくなる）か
    - 自律autonomyを失う／人の迷惑になる・・・
- 方針1 本人の認識の変更を目指す
  - 本人が with dignity だと(再)認識する
    - 「振り返ってみると私の一生はよかった」と気付く
- 方針2 本人の姿勢の変更を期待する
  - 価値観・生き方の変容
    - 「他人に世話してもらうのも私の役割だ・・・」

33

### 尊厳(意味3)は、 人のスピリチュアル面にかかわる

現在の生を生きる根本的な姿勢  
⇔ その中で生きる世界についての  
根本的な把握（認識）

↑  
についての自己評価

私の尊厳が保たれている =  
自らの現在の生を肯定できる  
現在の自分が好き  
自分らしく生きている

34

### 自らの尊厳を保つ・取り戻す ために

- 人の核心にある《根本的な生きる姿勢+世界把握》（スピリチュアル面）を立て直すプロセスを支える
- 自らの人生の物語りを語りなおす：
  - 強さだけではなく、自らの弱さをも肯定する
  - 人のために生きる→人に支えられて生きることも肯定する / 高慢から謙遜に
  - 人生はいつか終わりを迎える：それでも肯定する
- 共同（コミュニケーション）の輪の中に居ることで支えられる
  - 相手を助けようなどという姿勢はおこがましい／人生の先達を敬意をもって支える態度

35

## おわりに

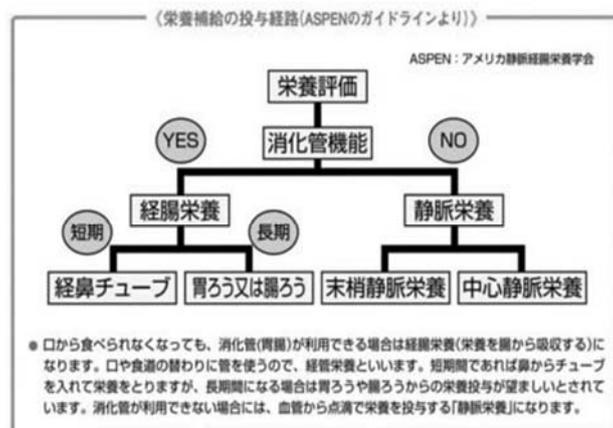
- エンドオブライフ・ケア 欧米でも意味にブレがありそう／各論を丁寧に検討する時期
- 人生のために生命をコントロールする
- 延命優先からQOL優先へ がんがモデルであった時期から、高齢者ケアや非がんの諸疾患のそれぞれに即して考える
- 用語の意味を意識して、筋の通った議論をする  
「安楽死」「尊厳死」「尊厳」

36

## 人生の最終段階の医療とケア ～人工的水分・栄養補給法の問題を中心に～

会田薫子

東京大学 死生学・応用倫理センター 上廣講座



## アルツハイマー病の終末期

FAST分類(Functional Assessment Staging)の  
7(d)以降

- 7(d) 着座(座位保持)能力の喪失 →
- 7(e) 表情喪失 →
- 7(f) 昏迷および昏睡

## 「経管栄養法や輸液は有害」

オーストラリアの認知症緩和ケアプログラム

「脱水のまま死に向かわせることは悲惨であると信じていることが輸液を行う理由だが、緩和医療の専門家によると、経管栄養法や輸液は害が大きい」  
「死が迫った高齢者に胃ろう造設は不快である」

高齢者介護施設における緩和医療ガイドライン  
(オーストラリア政府、2005)

4

## 認知症疾患治療ガイドライン2010 「栄養障害の治療はどのように行うか」

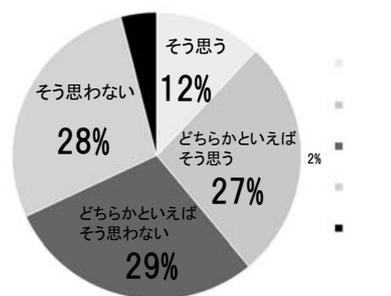
- 重度認知症者の栄養障害治療のための経管栄養には、栄養改善、褥瘡予防、誤嚥性肺炎を減らす、生存期間を延長する等のエビデンスはない。
- まずは介護者による経口摂取の可能性を追求すべきである

監修 日本神経学会  
編集 「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会

5

## 餓死？

「アルツ末期における人工栄養の差し控えは餓死させることと同じだと思いますか？」



6

### 終末期の人工栄養の差し控えは餓死？

医学文献によると、苦痛の少ない最期のためには

「人工栄養は不要」  
「差し控え・中止は医学的にも  
倫理的にも適切」

(Printz 1988, Sullivan 1993, Ahronheim 1996, 植村 2000)

7

### 終末期の人工栄養の差し控えは 緩和ケア

人工栄養の差し控えが苦痛を減少させる理由

- ・気道内分泌減⇒気道閉塞のリスク低下  
吸引回数減
- ・脳内麻薬(βエンドルフィン)やケトン体の増加  
⇒ 鎮痛鎮静作用

8

### 「自然死」の実体

「死に際は、何らの医療措置も行わなければ、夢うつつの、気持ちのいい、穏やかな状態になるということです。これが自然のしくみです。私達のご先祖はみんなこうして無事に死んでいったのです」

(中村、『大往生したけりや医療とかかわるな』p49)



(石飛)

### 延命医療と臨床現場

人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学

会田薫子(著)



東京大学出版会

(会田)

### 人工栄養に関して最期のケアは

- ・適切な口腔ケアを行い、小さな氷のかけらを与えて水分補給する程度が望ましい。氷に味をつけるのもよい
- ・人工的な栄養投与はほとんどの症例において患者のためにならない
- ・死を間近にした患者は空腹やのどの渇きを覚えない

米国老年医学会

## 終末期の末梢点滴の意味

すべての人工栄養を差し控える場合に比べて **複数回答**

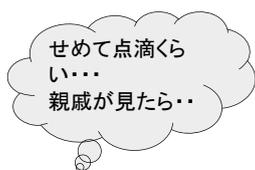
何もせずに看取るのは  
看取るほうの心が痛む...

家族の心理的負担軽減 69%

スタッフの心理的負担軽減 57%

患者にとって医学的に必要 38%

その他 14%



(n=443)

13

## この場合の「末梢点滴」の意味

「患者家族とスタッフの心理的負担を軽減」

点滴ボトルのさがった風景が  
家族と医療・介護スタッフの情緒をケア

⇒ 先行研究の質的調査 (Aita, et al. 2007) と  
量的調査 (会田ら, 2008) の知見を支持

日本的な看取りだが、本人の利益は？ 不利益は？

14

## 難しい問題

終末期かどうか、判断できない  
状態だったら、どう考えるべきか？

## 難しい問題

生命予後が延長可能な場合

・例えば、人工栄養を行うと、生存期間を年単位で延長できると思われるが、本人の人生の集大成という意味で、疑問がある。生存期間を延ばしても、本人のつらさを増し、本人らしさが損なわれる場合。どうするか？

生存期間の延長 > 本人らしい人生の集大成

## 難しい問題

生命予後が延長可能な場合

・例えば、人工栄養を行うと、生存期間を年単位で延長できると思われるが、本人の人生の集大成という意味で、疑問がある。生存期間を延ばしても、本人のつらさを増し、本人らしさが損なわれる場合。どうするか？

生存期間の延長 < 本人らしい人生の集大成

\* 本人の人生という視点から考える

本人らしさをどのように理解するか



本人の生き方、価値観・死生観

人生にとって大事なこと、考え方、

最期の期間の過ごし方の希望

生活の質 (QOL) の視点から

本人の視点で、

過剰でも過少でもない医療を

## この二人について考えてください

脳卒中後、持続的植物状態になって1年のAさんとBさん、ともに85歳女性、胃ろう栄養、生命予後は年単位、意識は戻らないとの診断  
Aさん:60歳の時に事前指示(リビング・ウィル)を書き、折々、内容を確認していた。延命医療は不要と繰り返し語っていた。

Bさん:何を決めるときも家族に任せてきた。以前にがんの手術をするかどうかというときも、夫と息子に決めてもらって、そのとおりにして、満足していた。

## 本人らしい人生の集大成を

本人らしさ・QOLを重視すれば

- ・ 身体の状態が同じでも、生存期間は違うことがある  
異なる価値観を持ち、異なる人生を生きているから
- ・ 生存期間が違うから問題、なのではない

重要なのは、人生の充実

- ・ 死は敗北？ 身体だけに注目すると常に敗北
- ・ 人生の充実に貢献できれば、常勝！

## 本人らしい人生の集大成を

本人らしさ・QOLを重視すれば

- ・ 身体の状態が同じでも、生存期間は違うことがある  
異なる価値観を持ち、異なる人生を生きているから
- ・ 生存期間が違うから問題、なのではない

重要なのは、人生の充実

天寿はそれぞれ、延命の是非もそれぞれ

## 本人の意思が不明なとき

- ・ 本人にとっての最善をどう知るか？  
➡ 本人像にどう迫るか？
- ・ 大切にしてきたことは？ 考え方？  
どんな人生を送ってきたか？ 家族は？  
本人の幸せは？ などなど・・・ (石垣)

家族らとスタッフ間の  
コミュニケーションのプロセスにおいて探る

## ある事例

85歳男性:脳梗塞を繰り返し、寝たきり、摂食嚥下困難、疎通困難、経鼻栄養、生命予後:年単位

- ・ 経鼻チューブを頻繁に抜く
- ・ 家族は胃ろう造設に反対(身体観に反する)

問:今後の人工栄養をどうすべきか？

- 選択肢
- ① 経鼻栄養の継続
  - ② 家族を説得して胃ろう造設
  - ③ ポートを造設して中心静脈栄養
  - ④ 終末期なら末梢点滴

本人の最善を探る⇒人生のエピソードを探索する

## 日本老年医学会「立場表明2012」

「本人の満足を物差しに」

高齢者の医療およびケアにおいては、苦痛の緩和とQOLの維持・向上に最大限の配慮がなされるべきである。

日本老年医学会「立場表明2012」

「最善の医療およびケアを受ける権利」

何らかの治療が、患者本人の尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする可能性があるときには、治療の差し控えや治療からの撤退も選択肢として考慮する必要がある。

日本老年医学会「立場表明2012」

「緩和医療およびケアの普及」

高齢者のあらゆる終末期において、緩和医療およびケアの技術がひろく用いられるべきである。



日本老年医学会  
人工栄養の  
意思決定プロセスガイドライン

- ◆本人の人生をより豊かにする、少なくともより悪くしないことを目指す
- ◆人工栄養法の導入・差し控え・導入後の減量・中止について、本人の人生にとっての益と害の観点で評価
- ◆本人/家族らとスタッフが本人の最善をめぐってよりよいコミュニケーションを取り納得できる合意形成/共同の意思決定へ

日本老年医学会  
人工栄養の  
意思決定プロセスガイドライン

- ◆本人の人生をより豊かにする、少なくともより悪くしないことを目指す

**臨床倫理の要諦**

- ◆本人/家族らとスタッフが本人の最善をめぐってよりよいコミュニケーションを取り納得できる合意形成/共同の意思決定へ



## パート1

人工的水分・栄養補給法について  
各方法の特徴を知る

経腸栄養法

胃ろう栄養法、経鼻経管栄養法、OE法

非経腸栄養法

中心静脈栄養法、末梢点滴、持続皮下注

人工栄養を行わない(自然にゆだねる)



本人にとっての

医学的な利益／不利益を考える

## パート2

・本人の人柄、生き方、価値・死生観について  
人生にとって大事なこと、希望、  
最期の期間の過ごし方

・人工栄養はQOL(生活の質)の維持・向上に  
有効か

何が「良い」意思決定か  
わからないとき

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

人工栄養の中止に  
関する法的懸念??

日本老年医学会と朝日新聞の共同調査

回答した会員医師1000人中、  
「2割が人工栄養の中止を過去1年間以内に  
経験」

「中止について、4割が法的な責任を問われる  
との不安は残る」

朝日新聞2012年6月28日

人工栄養の中止・終了に  
関する法的懸念は杞憂

「ガイドラインに沿えばOK」と表明する法律家  
が多数

「各現場で複数の医療者・患者家族間で、  
どうすることが患者のためなのか話し合っ  
て合意形成すれば、法的問題にならない」



(樋口)

厚労省「終末期医療の決定プロセスに関する  
ガイドライン」(2007)の趣旨

35

人工栄養の中止・終了に  
関する法的懸念は杞憂

① 医師単独ではなく医療・ケアチームで対  
応すること

② 本人の意思を尊重し、本人と家族と医療  
・ケアチームが徹底した合意主義によって  
意思決定すること

③ 緩和ケアを充実させること

厚労省「終末期医療の決定プロセスに関する  
ガイドライン」(2007)の趣旨

36

## 人工栄養の中止・終了に関する法的懸念は杞憂

- ① 医師単独ではなく医療・ケアチームで対応すること
- ② 本人の意思を尊重し、本人と家族と医療・ケアチームが徹底した合意主義によって意思決定すること
- ③ 緩和ケアを充実させること

厚労省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2015)

37

## 医学用語としての「終末期医療」



「人生の最終段階の医療とケア」

「エンドオブライフ・ケア」(EoLケア)

医学的な判断を基本として、本人の価値観・死生観も考えて判断する

## 延命医療中止か殺人か

1991年、東海大学附属病院事件

がん末期患者に塩化カリウムを注射

判決:殺人罪、懲役2年、執行猶予2年

1998年、川崎協同病院事件

気管支喘息発作で意識不明患者に筋弛緩剤を注射

判決:殺人罪、懲役1年6月、執行猶予3年

2004年、北海道立羽幌病院「事件」

誤嚥でCPA、心拍再開「脳死状態」、人工呼吸器を外して看取り

延命医療中止事例で初の書類送検・・・不起訴

2006年、富山県射水市民病院「事件」

末期患者から人工呼吸器を外して看取り

延命医療中止事例・・・不起訴

39

## 延命医療中止か殺人か

1991年、東海大学附属病院事件

がん末期患者に塩化カリウムを注射

判決:殺人罪、懲役2年、執行猶予2年

1998年、川崎協同病院事件

気管支喘息発作で意識不明患者に筋弛緩剤を注射

人工栄養でも、透析でも、その他でも同じ

誤嚥でCPA、心拍再開「脳死状態」、人工呼吸器を外して看取り

延命医療中止事例で初の書類送検・・・不起訴

2006年、富山県射水市民病院「事件」

末期患者から人工呼吸器を外して看取り

延命医療中止事例・・・不起訴

40

## 不要な治療を終了して看取ること

- ・ 厚労省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2007)
- ・ 日本救急医学会「終末期医療ガイドライン」(2007)
- ・ 日本老年医学会「立場表明2012」(2012)
- ・ 日本老年医学会「人工的水分・栄養補給法の意味決定プロセスガイドライン」(2012)
- ・ 日本透析医学会 (2014)
- ・ 救急・集中治療・循環器学会合同(2014)

## 本人の生命の尊厳を擁護 or 侵害

擁護

延命医療の終了

侵害

擁護と侵害の危うい境界

本人を守るのは、チームアプローチ  
医療ケアスタッフを守るのもチームアプローチ  
過少医療でも過剰医療でもないあり方を  
複数のスタッフ・家族で判断、記録

42

## まとめ

- 人工的水分・栄養補給法を含め医療行為は、行うことも、行わないことも選択肢
- 大切なのはスタッフと本人・家族間の話し合いのプロセス。本人の最善のために何をするのか何ができるのかをよく話し合う、一緒に考える
- 適切な合意形成で法的問題回避
- 本人からみて、過剰でも過小でもない医療を！
- 天寿はそれぞれ。延命の是非もそれぞれ
- 本人の人生の集大成の支援を！

## 高齢者の医療とケア

### フレイルの知見を臨床に活かす

会田薫子

東京大学 死生学・応用倫理センター 上廣講座

## フレイルの問題

### ・フレイル(frailty)

加齢による心身機能・生理的予備能の低下

疾患ではなく、状態

- 身体的要因
- 心理的要因
- 社会的要因

個人差大

一部可逆的

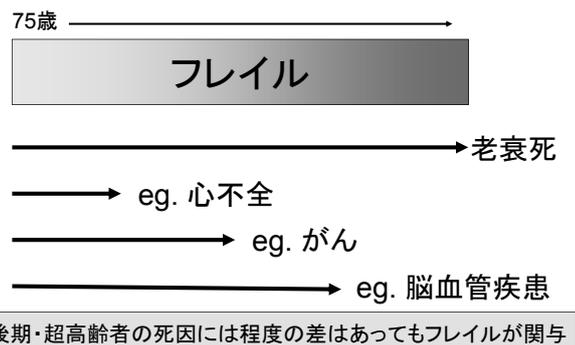
臨床的には・・・筋肉薄弱、骨脆弱、低体重  
転倒・骨折増加、易感染性  
合併症多発、回復遅延  
生理機能・身体機能の低下  
(小澤、Geriatr Med、2006)

遺伝子  
レベルから

## フレイルの影響

- ◆症状が急変しやすい
- ◆術後の死亡リスクが高まる
- ◆脱水を起こしやすい 心・脳血管疾患増
- ◆薬剤の副作用が現れやすい  
薬剤の分解機能(肝臓)、排泄機能(腎臓)低下
- ◆免疫力・適応力・回復力が低下
- ◆合併症を起こしやすい
  - ① 原疾患の進行に伴い発生する症状
  - ② 検査や治療に伴う障害

## フレイルと死因との関係



## フレイルが 臨床で理解されにくかった理由

医師は特定の疾患や臓器に着目するよう教育・訓練されているのに対し、フレイルは特定の疾患の主訴の原因となるものではないからである。

(米老年医学会、米国立加齢研究所)

## フレイルな高齢者では

ある疾患の治療法が  
別の疾患の症状を悪化させることも

➡ 木の枝を見るより森全体に注目！

(Mallery & Moorhouse, 2011)

「高齢者を診ていると、ガイドラインに従って管理されているのに、かえって調子が崩れてしまう患者さんにしばしば遭遇し、困惑することがあります。例えば、血圧の管理は理想的になったのに、転倒を繰り返すようになった、とか、血糖の管理は改善しているのにむしろ元気がなくなってきた、などというケースです。高齢者診療が若年・壮年者と異なっていることを強く実感する場面ですが、このような違いが出てくるのはなぜなのでしょう？」

(国立長寿医療研究センター、佐竹、2014)

「こうした高齢者はフレイルであることがほとんどです。これは海外でも指摘されており、歩行に問題がある高齢者ではむしろ血圧の管理をするほうが予後が悪い、という報告さえあるのです。フレイルな高齢者では、体内の内的環境を維持する恒常性維持機能が低下しているため、その治療や管理のあり方は慎重である必要があります。医師は安易に薬という手段で対処しがちですが、ストレスに弱いフレイルな高齢者の特徴を踏まえると、薬剤を用いない治療、用いても匙加減が重要です。」

(国立長寿医療研究センター、佐竹、2014)

## スクリーニングの必要性

70歳以上のすべての人を対象としてフレイルのスクリーニングをすべき！

(Morley, et al.,  
Frailty consensus: A call to action, 2013)

## フレイルのスクリーニング法

1. Cardiovascular Health Study (CHS)  
Frailty Screening Scale (Fried, et al)

2. 基本チェックリスト(厚労省)  
下記の「基本チェックリストの考え方」を参照  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2007/03/dl/tp0313-1a-11.pdf>

## 1. CHSフレイル評価法

\* 5項目中3項目以上該当すればフレイル

1. 体重減少
  2. 疲労感
  3. 活動度の低下
  4. 身体機能の低下(歩行速度の低下)
  5. 筋力の低下:サルコペニア(握力の低下)
- ➡ スレッサーに弱い、要介護になりやすい死亡リスク高まる (Fried, et al.)

## 2. 基本チェックリスト(厚労省)

25項目の自記式質問表

- ・ 手段的ADL(IADL)
- ・ 社会的な生活評価
- ・ 運動機能評価
- ・ 栄養評価
- ・ 口腔機能評価
- ・ 認知機能評価
- ・ 抑うつ評価

\* 対象:要介護認定で「非該当」(自立)または認定申請をしていない人など  
\* 2006年以降の介護予防事業で使用

## フレイルの臨床上的有用性

- ・フレイルへの移行予防  
栄養摂取、運動、減薬、社会的なつながり  
⇒ 要介護状態になる時期を遅らせる  
⇒ 健康寿命の延伸！
- ・フレイルが進行している場合  
フレイルの程度に合わせた治療法の選択  
重度の場合：侵襲性の高い治療は有害無益  
緩和ケアのアプローチで！

## 臨床フレイル・スケール

国際会議で推奨された9段階のスケール

- 1: 壮健
- 2: 健常
- 3: 健康管理しつつ元気
- 4: プレ・フレイル
- 5: 軽度のフレイル
- 6: 中等度のフレイル
- 7: 重度のフレイル
- 8: 非常に重度のフレイル
- 9: 疾患の終末期

臨床フレイル・スケール

### 1 壮健



・頑強で活動的であり、精力的で意欲的。  
一般に定期的に運動し、同世代のなかでは  
最も健康状態がよい。

臨床フレイル・スケール

### 2 健常



・疾患の活動的な症状を有してはいないが、1に比べれば  
頑強ではない。運動の習慣を有している場合もあり、  
機会があればかなり活発に運動する場合も少なくない。

臨床フレイル・スケール

### 3 健康管理しつつ元気



・医学的な問題はよく管理されている。  
運動は習慣的なウォーキング程度で、それ以上の  
運動はあまりしない。

臨床フレイル・スケール

### 4 脆弱



・日常生活においては支援を要しないが、症状に  
よって活動が制限されることがある。「動作が遅くなった」、  
「日中に疲れやすい」などと訴えることが多い。

臨床フレイル・スケール

5 軽度のフレイル



・より明らかに動作が緩慢になり、IADLのうち難易度の高い動作(金銭管理、交通機関の利用、負担の重い家事、服薬管理)に支援を要する。典型的には、次第に買い物、単独での外出、食事の準備や家事にも支援を要するようになる。

臨床フレイル・スケール

6 中等度のフレイル



・屋外での活動全般および家事において支援を要する。階段の昇降が困難になり、入浴に介助を要する。更衣に関して見守り程度の支援を要する場合もある。

臨床フレイル・スケール

7 重度のフレイル



・生活全般において介助を要する。しかし、身体状態は安定していて、(半年以内の)死亡リスクは高くない。

臨床フレイル・スケール

8 非常に重度のフレイル



・全介助であり、死期が近づいている。典型的には、軽度の疾患でも回復しない。

臨床フレイル・スケール

9 疾患の終末期

・死期が近づいている。生命予後は半年未満だが、それ以外では明らかにフレイルとはいえない。

フレイルとADL

フレイルの進行とADLの低下の関係

・フレイルとADLの低下は異なる概念

フレイルは障がい(disability)ではない

eg. 健常者(高齢でも)が突然の脳血管疾患で半身麻痺になると、ADLは大きく低下するが、フレイルとなったわけではない。

・高齢者では臨床像は重複するところも

← 疾患の影響によるフレイルの進行

## フレイルの臨床上的有用性

- ・フレイルへの移行予防  
栄養摂取、運動、減薬、社会的なつながり  
⇒ 要介護状態になる時期を遅らせる  
⇒ 健康寿命の延伸！
- ・フレイルが進行している場合  
フレイルの程度に合わせた治療法の選択  
重度の場合：侵襲性の高い治療は有害無益  
緩和ケアのアプローチで！

## 緩和ケアとEOLケアの指標に

「フレイルを緩和ケアの指標にすべき」

Pal, Manning: Palliative care for frail older people.  
Clinical Med. 2014

「フレイルは進行性なので、重度のフレイルになったら、病院でも介護施設でも在宅の場でも、療養場所を問わずエンドオブライフ・ケアを行い、QOLの最適化と症状緩和に焦点を当てるべき」

Koller, Rockwood: Frailty in older adults: Implications for end-of-life care. Cleveland Clinic J Med. 2013

## フレイルが重度の場合

英国のNHS(National Health Service)

「フレイルが進行した高齢者に対しては、今後の展開を予測しつつケア・プランを立てていくこととエンドオブライフ・ケアを検討することが適切」

(NHS: Safe, compassionate care for frail older people using an integrated care pathway: practical guidance for commissioners, providers and nursing, medical and allied health professional leaders. 2014)

## 高齢者に対する医療行為の適否

- ・フレイルではない場合  
壮年と同様の治療効果を期待可
- ・フレイルがあまり重度ではない場合  
治療の適否と予後の判断は困難

フレイルの進行には個人差大

⇒ 暦年齢による転帰の予測は困難  
「もう年だから・・・」ではなく

## エイジズム(ageism)

### ・高齢者への差別

医療分野では、高齢であるとの理由により、適切な医療が受けられない過少医療のこと

- ・日本老年医学会の「高齢者の終末期の医療およびケアに関する立場表明」(ガイドライン)

**立場1** 高齢であることや自立能力が低下しているなどの理由により、適切な医療が受けられない差別に反対する

\* 年齢ではなく、フレイルに応じて (会田)

## 高齢者に対する侵襲性の高い医療行為

フレイルの進行に伴って

- ・治療の効果を得るのは困難
- ・投薬や医療処置が害になることも  
eg. 手術、化学療法、放射線療法  
透析療法、循環器関係の処置・・・

(Morley, et al., Frailty consensus: A call to action, 2013)



## 加齢の終末の心肺蘇生法の問題

### 心肺蘇生法 (CPR)

- ・口対口人工呼吸 (省略可)
- ・AEDで電気ショックを与える
- ・胸骨圧迫 (心臓マッサージ)  
重ねた両手で心臓を圧迫  
患者の胸が4~5cm沈むくらい  
「強く、速く、絶え間なく」(100回/分)

重度フレイルの高齢者に行うとどうなるか？

### 救急医の語り

「ずんずん心臓マッサージをしたり、気管挿管したりということ、患者さんがかわいそうになることがありますね」

(40代、女性医師)

(会田、面接調査)

### 救急医の語り

「周り(他の診療科)の医者も、はっきりいって冷たいですよ。高齢者をいじめているような感じを与えるわけですよ」

(20代、男性医師)

(会田、面接調査)

### 救急医の語り

「30kgくらいしかない、ちっちゃなおばあちゃんに、心肺蘇生をいっぱいやってきてっていうのが繰り返される中で、患者さん本人にどんな意味があるのかって考えますよ」

(30代、男性医師)

(会田、面接調査)

### 救命センターからの報告

日本医科大武蔵小杉病院救命センターにて

- ・2010年6月~2012年2月
- ・心肺停止患者のうちADLが重度に低下していた86名(平均年齢84歳)にCPR
- ・86名中85名は同センターで死亡、1名は植物状態で2か月後に転院

(遠藤、2012)

## 救命センターからの報告

大阪ウツタイムプロジェクト (Kitamura, et al., 2014)

- ・1999~2011年
- ・65歳以上、目撃有り、  
院外心肺停止患者10,876例
- ・高齢者施設からの搬送患者では  
神経学的に良好な回復は非常に困難

ADLが重度に低下している超高齢者の心肺停止は不搬送とすべき！

「死に目に会うため」・本人にとっての意味は？



## 高齢者への透析療法

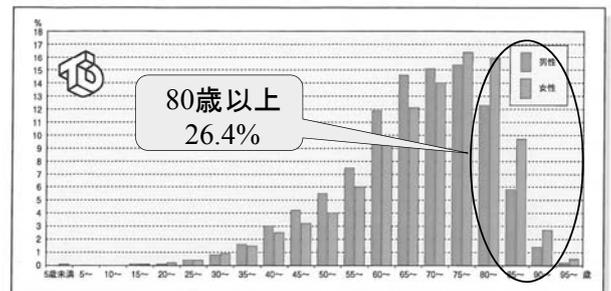
対象: 米国のナーシングホームに入所中の高齢ESRD患者で、透析療法を導入された3702例

方法: 透析導入前後のADLを比較  
(Minimum Data Set-ADL)

結果: 多くの患者で、透析導入後の3ヶ月でADLが顕著に低下。導入12ヵ月後にADL維持は13%のみ、58%が死亡。

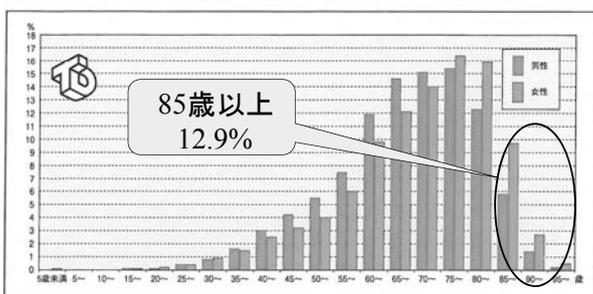
(Tamura, et al., N Engl J Med, 2009)

(1) 導入患者の年齢と性別 (図表9)



日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」2013年末

(1) 導入患者の年齢と性別 (図表9)



日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」2013年末

## 透析導入後の早期死亡

「80歳以上で日常生活障害度が高度の場合  
37%が透析導入後の3ヶ月以内に死亡」

日本透析医学会データの統計解析

(谷澤ら、2014)

## 高齢患者への透析療法

「日常生活障害度が超早期死亡を予測する独立した危険因子である」

「透析非導入が極端に少ない本邦において導入後の早期死亡が予想される超高齢者においては、保存的加療を選択することも考慮すべき」

(谷澤、透析医会誌、2012)



1. 本人や家族の視点で治療選択を行う
2. 透析療法を行わない(自然にゆだねる)選択肢を含む
3. CKDのEnd-of-lifeケアの情報提供を含む

監修：清水哲郎 編集：会田薫子  
作成：大賀由花、齋藤凡、三浦靖彦、  
守山敏樹、大脇浩志、石橋由孝

## 高齢者のがん医療を考える上での問題点

既存の高齢者のデータは、「高齢といっても、除外基準をくぐり抜けた、PS良好で、合併症が極めて少なく、通院が容易で、ソーシャルサポートが十分な“選抜された”患者」のデータ

⇒ フレイルではない高齢者のデータばかり

(佐藤太郎、『癌と化学療法』、2015)

## フレイルと化学療法

「フレイルのスクリーニングによって、化学療法の副作用を予測可能である」

(Hamaker, et al. *Oncologist* 2012; 17:1439-1449)

## 国際老年腫瘍学会(SIOG)

- ・高齢者におけるがんの診療では、年齢・PS以外にもフレイルを評価することが重要
- ・ADL、認知機能、抑うつ、併存症、栄養状態、服薬状況、社会的支援(家族の状況含め)などで、CGA(comprehensive geriatric assessment)を行うことを推奨

## GAスクリーニング・ツール

- ・ G8
- ・ VES-13
- ・ flemish version of the Triage Risk Screening tool (fTRST)

## 留意点

G8の開発チーム(フランス)の報告

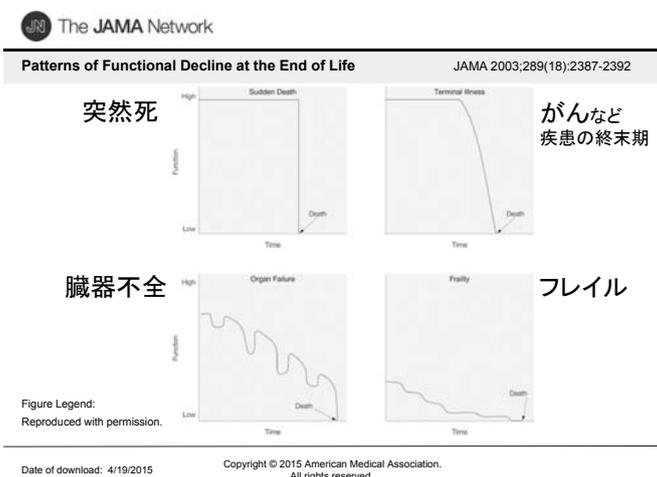
「フレイルの診断に関して、G8は老年病専門  
医に代わるものではない」

(Bellera, et al. *Ann Oncol.* 2012;23:2166-2172)

## JCOG(日本臨床腫瘍研究グループ) 高齢者研究小委員会(2014~)

- ① フレイルの定義をがん治療の視点から検討
- ② フレイルをスクリーニングする方法を検討
- ③ フレイルな高齢者を対象とする臨床研究の  
ための高齢者研究ポリシーの策定へ

(長島、濱口ら、『癌と化学療法』、2015)



## EOLに高齢患者の家族が・・・

患者家族

「できることは何でもしてください！」

医療者がすべきでないこと

医療技術的に可能なことをし尽くすこと

医療者がすべきことは・・・

## まとめ

- 高齢者医療とケアにおけるフレイルの  
重要性
- フレイルへの移行を遅らせて、健康寿命を  
延伸！
- フレイルになったら緩和ケアのアプローチで
- フレイルが進行してきたらエンドオブライフ  
ケアも射程に
- 暦年齢ではなくフレイルの程度に合わせた  
医的介入を

## 臨床フレイル・スケール (Clinical Frailty Scale)

1	<b>壮健 (very fit)</b> 頑強で活動的であり、精力的で意欲的。一般に定期的に運動し、同世代のなかでは最も健康状態がよい。
2	<b>健常 (well)</b> 疾患の活動的な症状を有してはいないが、上記のカテゴリ 1 に比べれば頑強ではない。運動の習慣を有している場合もあり、機会があればかなり活発に運動する場合も少なくない。
3	<b>健康管理しつつ元気な状態を維持 (managing well)</b> 医学的な問題はよく管理されているが、運動は習慣的なウォーキング程度で、それ以上の運動はあまりしない。
4	<b>脆弱 (vulnerable)</b> 日常生活においては支援を要しないが、症状によって活動が制限されることがある。「動作が遅くなった」とか「日中に疲れやすい」などと訴えることが多い。
5	<b>軽度のフレイル (mildly frail)</b> より明らかに動作が緩慢になり、IADL のうち難易度の高い動作 (金銭管理、交通機関の利用、負担の重い家事、服薬管理) に支援を要する。典型的には、次第に買い物、単独での外出、食事の準備や家事にも支援を要するようになる。
6	<b>中等度のフレイル (moderately frail)</b> 屋外での活動全般および家事において支援を要する。階段の昇降が困難になり、入浴に介助を要する。更衣に関して見守り程度の支援を要する場合もある。
7	<b>重度のフレイル (severely frail)</b> 身体面であれ認知面であれ、生活全般において介助を要する。しかし、身体状態は安定していて、(半年以内の) 死亡リスクは高くない。
8	<b>非常に重度のフレイル (very severely frail)</b> 全介助であり、死期が近づいている。典型的には、軽度の疾患でも回復しない。
9	<b>疾患の終末期 (terminally ill)</b> 死期が近づいている。生命予後は半年未満だが、それ以外では明らかにフレイルとはいえない。

出典 : Morley J.E., et al.: Frailty consensus: A call to action. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(6):392-397. 会田薫子訳.

\*このスケールは、Rockwood K らの研究報告を改編したものである。

(Rockwood K, et al: A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.)



## 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)の長所とそのメリット・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) もしあつてほしい、どうしてほしいと伝えているか	2B-2 家族の理解と意向 . .
人間尊重	
2B-3 本人の意思や、看護者や医師について(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」を考えあが上で決断 になるかもしれないことを共有しておく	
与 益	

#### 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・問題を整理していること	
3-1 人として認識すること をめぐって 人間尊重	3-2 相手の意を尊重すること 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、あれでよかつ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、事例がどのような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, 取捨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, その分かれ道がどのような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><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 &amp; 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><b>2A-2 社会的視点から</b></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><b>2A-3 説明</b></p> <p>2A-1 の内容を話す</p>	<p>家族に対して 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、注目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	
<b>2B-1 本人の理解と意向</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、手術には否定的	<b>2B-2 家族の理解と意向</b>  ・説明は一応理解しているが、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
<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> ・本人は定年まで高校教師(生物)をしており、定年後は社会活動が続ける傍ら、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ありますが、3-1以下は白紙の状態になっています。

この部分の検討の進め方について、現在臨床倫理セミナーのグループワークで試行してきている入門的なやり方を紹介します。

### 【ステップ3】 検討とオリエンテーション

3-0 気になった点・検討したい点	
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 気になった点・検討したい点

#### 【検討 1】 気になった点・検討したい点の列挙

ステップ1と2を理解する過程で、気になったところ、ひっかかったところ(「もやもやを感じた」と表現する人もいます)、検討してみたい、皆で話し合ったらどうかと思った点など(以下、「注目点」と呼びます)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ふ点、経過について疑問に感じた点、2A-1に記されている選択肢のメリット・デメリットを基礎にして、最善について何が言えるか、等々です。

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。また、「倫理」に関わる点かどうかについても気にしないで、問題と思ったことを自由に挙げましょう。

#### 【検討 2】 注目点の整理 ⇒ 検討するポイントと順序

○検討1で挙げられた注目点のリストを見て、似たような問題はまとめ、整理して、いくつかの検討課題(検討のポイント)にまとめ、それぞれにタイトルをつけて、3-0の右手に記入します。

○検討のポイント通常複数ありますから、どれから検討するか、順番を決めます。注目点を挙げた結果、比較的まとめやすい場合や多くの参加者が異口同音に挙げたものがある場合、多くの参加者が挙げた点から検討をしていくとよいでしょう。

○グループワークなどで、模造紙をひろげて検討する場合は、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(検討 2)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。

#### 【検討 3】 ポイント毎の検討

○検討2の結果にしたがって、検討ポイント毎に話し合います。ステップ1と2はここにおける検討においても、随時参照しながら、各ポイントをより突っ込んで考えます

○検討シート3-0の右手に、検討2で検討ポイントが記されていますから、その下に話し合いの要点をごく簡単に記します。

☆以上の検討を終わったら、3-1～3-4に進み、[検討4]を行いません。現在臨床倫理セミナーで行っている進め方では、グループワークは検討3までで、検討4は全体会においてグループからの発表の後、検討の結果を整理するリフレクションとして行っています。

### 3-0-検討(1) 注目点の列挙

ステップ2まで使った事例をここでも使って、より具体的な説明をします。

次の検討シート記入例 3-0(1)をごらんください。ここではグループワークのメンバーが枚挙した順に、注目点の要点を簡条書きにしています。

- ・各項の冒頭にナンバーをふっていますが、これは紙に直接記入する場合など、後で順番を動かさない場合です。付箋に要点を記入したものを模造紙に貼っていくような場合は、必要ありません。
- ・3-0の枠の左半分に収まるようにしています。検討(2)以下で右半分を使うからです。これも模造紙に付箋を使う場合には必要ありません。
- ・この記入例では、注目点がそれなりに細かく書かれていますが、例えば「どの治療方針が最善かがはっきりしない」といった挙げ方ですと、多くの参加者が「私もそう思う」ということになると思います。そういう場合は、挙げられた注目点を簡略に記した後、同様の点を挙げた参加者の数を、5人なら(正)というようにしておく、後に検討の順序を考える上で役に立つでしょう。
- ・検討時間が少ない場合など、注目点を参加者が挙げるのを聞いて、ファシリテーターないし司会者が、注目点を大づかみにしてポイントをメモするというやり方もあります。これは次の検討(2)の作業を併せて行う進め方になります。

#### 【臨床倫理検討シート 記入例】 ステップ3 3-0(1)

<b>3-0 気になった点・検討したい点</b> ① 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。 ② 本人と妻も意見が不一致 ③ 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ろうか。 ④ 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。 ⑤ 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。 ⑥ 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。 ⑦ 息子夫妻の考えを聞く必要がある ⑧ 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。 ⑨ 社会の通念として、手術が最適とみる傾向があるというものは、どうだろうか。	
<b>3-1 人として尊重することをめぐって</b>	<b>3-2 相手の益を目指すことをめぐって</b>
<b>3-3 社会的視点でのチェック</b>	<b>3-4 総合的検討と今後の対応の方針</b>

**3-0-検討(2) 注目点の整理 ⇒ 検討するポイントと順序**

検討(1)で出し合った注目点をどうまとめ、整理して、検討するポイントを決めたらよいかは、グループワーク等の状況によります。以下はあくまでも参考までに記しておきます。

- ・目下の事例について、検討点が①～⑨まで上がりました。上から見ていくと、①は倫理的ジレンマの指摘ですので、そのまま右に「最善—本人の意思間ジレンマ」を検討ポイントとして挙げ、次に関係する注目点が「①」であると記します。
- ・続いて検討点を見て行きます。すると、③と④が本人にとっての最善の治療方針をテーマとするものでしたので、右に検討ポイントとして挙げ、関係する注目点を「③ ④」と記します。さらに①のジレンマの一方も最善の方針なので、これも記します(後に、⑤⑥⑧なども関係すると分かり、分ったところで追加して記しました)。
- ・次の⑤は本人の思いを理解しようとする論点です。そこでこれを検討ポイントとして挙げ、⑤と記します。①のジレンマの一方、②の不一致の一方も本人の意向でしたから、これも「本人の思い」に関係するので、「① ②」とも記します。
- ・同様に、「妻の思い」、「他の関係者」とポイントが挙がりました。次の⑧は「主治医の判断と対応」としましたが、上のほうに既に挙がっている「ジレンマ」と「最善の治療方針」に関係が深いので、その近くに検討ポイントを記しました。

**〔臨床倫理検討シート 記入例〕 ステップ3 3-0 (2)**

<p><b>3-0 気になった点・検討したい点</b></p> <p>① 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。</p> <p>② 本人と妻も意見が不一致</p> <p>③ 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ろうか。</p> <p>④ 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。</p> <p>⑤ 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。</p> <p>⑥ 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。</p> <p>⑦ 息子夫妻の考えを聞く必要がある</p> <p>⑧ 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。</p> <p>⑨ 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>		<p>最善—本人の意思間ジレンマ ① (4)</p> <p>主治医の判断と対応 ⑧ (① ③) (5)</p> <p>最善の治療方針 ③ ④ ① (5 ⑥ ⑧) (1)</p> <p>本人の思い ⑤ ① ② (2)</p> <p>妻の思い ② ⑥ (3)</p> <p>他の関係者 ⑦ (6)</p> <p>社会の通念 ⑨ (7)</p>
<p><b>3-1 人として尊重することをめぐって</b></p>	<p><b>3-2 相手の益を目指すことをめぐって</b></p>	
<p><b>3-3 社会的視点でのチェック</b></p>	<p><b>3-4 総合的検討と今後の対応の方針</b></p>	

- ・上図では矢印を補っていますが、なければならぬわけではありません。あったほうが分かり易いと思ったら使います。
- ・検討ポイントが挙がったところで、検討の順序を決めます。上の図は、まず(1)～(3)を検討すると、(4)(5)を考える材料ができると考え、さらに時間があつたら、残りのポイントも検討しようということで、このような順序になりました。

### 3-0-検討(3) ポイント毎の検討

検討(2)で整理の結果抽出されたポイントを順番に検討していきます。すでにステップ1で事例提供者が経過をまとめ、ステップ2で基本的な分析をした上での検討ですから、さらに突っ込んだ話し合いを心がけます。

#### (1) 最善の治療方針

注目点③では、手術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の効果の総合的評価が困難であること、また、④では、高齢による衰えが術後の回復等に影響するリスクについての疑義が提示されていました。

話し合いを通して、失声等のマイナスは、老いによる衰えを考慮すると、元気な人よりも大きく響く可能性もあり、術後の回復という問題を加えると、(a)Aさんに対して医学的・一般的には手術を推奨するというにはならないだろう、また、手術はやめたほうが良いという推奨にもならないという結論になりました。

そうすると、どちらにするかは、本人の人生観・価値観が決め手となります。ですから、ここで本人が自分にとって益になる面より害になる面が問題だという趣旨の理由を挙げて手術はもういいと意向を表明しているという点は重要になってきます。つまり、(b)Aさんの真意が表明しているような理由で手術を避けたいということであれば、それはそれなりにもっともな益と害のアセスメントに基づくものだ、ということです。

#### (2) 本人の思い(を理解する)

医療側の判断と食い違い①/妻とも食い違い②。手術を選ばない理由：高齢と後遺症についての判断/他に理由があるのではないか⑤ ← このような注目点が挙がっていました。ここで、Aさんの思いを理解するために、本冊子p4で説明した、人の行動・選択の分析法を使ってみました。つまり、**状況に向う姿勢+状況把握⇒行動・選択**という枠にしたがってAさんの表明された考えおよびそこから推測される考えを割り出してみます：

**状況に向かう姿勢：** **今後の人生を快適に過ごしたい** (長いに越したことはないが、長くても辛いのは嫌だ)

**+状況把握：** **手術をした場合の今後の生活は大変辛いものとなってしまう、長くなっても格段の益はない**

**⇒行動・選択：** **手術はさける**

**姿勢と把握の組の他の可能性：** **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** ⇒ **手術は避ける**

前者の組が本人が言っているだけでなく、そう思うのが自然であると客観的にも思われる。しかし、後者の組の可能性が残っているならば、この点を確認する必要はあるだろう、ということになりました。

#### (3) 妻の思い(を理解する)

本人と意見が対立②：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?⑥ 指摘された点を念頭において、妻の意向を分析してみました。言動から次のような構造が推定されました：

**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**

**⇒ 行動：** **夫に手術を受けて、長生きを目指すよう勧める**

孤独を避けたいという姿勢に伴う情が支配的であって、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、ということなのではないかという意見が賛同を得ました。また、こういう気持ちになって、情が動かしているのは、もっともなこと・自然なことだと受け容れる対応をする必要があるとも。

こうした事態が事実であるとした場合、どのような対応ないし手当が可能かについて、「息子夫妻と孫2人が近所に住んでいる」ということを指摘し、「息子夫妻の支えが見込まれると上向きになれるかも」という意見ができました。

少なくとも、妻の言動が上のように解釈できる以上は、妻は夫が喉頭がんになったことに影響され、心が快適ではない状態になっています。そうである以上、妻は〔緩和〕ケアの対象です。

妻に対する緩和ケアという観点で考えると、妻の気持ちを受け容れた対応/妻にとっての益を考える、ということが必要になります。また、妻の勧めに応じて手術を受けた結果、夫が辛い状況で生き続けることに実際に接したら、悔いることになるのでは、という意見もできました。

本人の残された人生と一緒に生きるような方向づけを検討しよう。息子夫妻や孫たちの支えが妻にとっては最大のサポートになるのでは、ということです。このようなサポートをしながら、夫の治療方針について皆で検討すれば、妻も分かってくれるのでは、ということです。

以上、主要3ポイントの検討を踏まえて、(4)以下に進みます。

#### (4) 最善—本人の意思間のジレンマ

ポイント(1)と(2)の検討を踏まえると、ジレンマはすでに解消しています。つまり、医療側は共通の価値観によっても手術を特段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わけです。

**(5) 主治医の判断と対応**

出された疑問点（注目点⑧）は、主治医の手術を奨める効果をもつ発言はよかったか、ということでした。ポイント(1)の検討結果は共通の価値観に基づいても手術を特に奨める根拠はないということでした。これまでの医学的見解は、高齢による老化がある人にも元気な人を対象にしたデータに基づく推奨をそのまま行っていた傾向があります。本事例の主治医もその傾向だったのでしょう。今後は説明の段階で、高齢による影響等について、進んで説明していただき、また本人の人生・生き方に配慮した話し合いをしていただける良い、といった話し合いになりました。主治医を責めるのではなく、これからの医療をより医学的にも適切なものとしていく方向で考えたと言えます。

**(6) 他の関係者**

息子夫妻の考えが聞こえてこない点が指摘されていました（注目点⑦）。上のポイント(3)の検討では、加えて、本人の妻を支える役割が息子夫妻に期待されたのでした。こうしたことも含め、息子さん夫妻、さらには年齢にもよりますが、お孫さんにも参加していただけるといいですね。さしあたって息子さん夫妻にも話し合いに加わっていただく提案を患者本人ご夫妻にしたらどうか、という意見がでて、参加者の賛同を得ました。

**(7) 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」と表現される傾向は残っています。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ます。一般市民が積極的な治療にも老化によるマイナスの影響があり得ることを理解することが望めます。あるいは、一般市民はそういうことを経験的に分かっているのです（「もうこの年齢になって、身体も弱ってきているので、そこまでしないでいいよ」といった発言がよく聞かれます）。このような経験的な感じを医学的に裏付けていき、一般市民の通念が事実を踏まえたものとなっていくこと必要でしょう。

☆以上の点を図に記入してみます（ここまでの検討を発表する際に使う発表用書き込みの参考にしてください）。次の図は前図に付加して記入したものだが、左部分だけを清書して発表する時には、検討の順に並べ替えるほうがベター。

**3-0 気になった点・検討したい点**

- ① 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。
- ② 本人と妻も意見が不一致
- ③ 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ろうか。
- ④ 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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 息子夫妻の考えを聞く必要がある
- ⑧ 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。
- ⑨ 社会の通念として、手術が最適とみる傾向があるというものは、どうだろうか。

**(4) 最善—本人の意思間ジレンマ ①**

(1)と(2)の検討によりジレンマは解消

**(5) 主治医の判断と対応 ⑧**

(1)より手術を推奨する根拠なし。老化の影響も説明に加える

**(1) 最善の治療方針 ③ ④ ① (⑤ ⑥ ⑧)**

失声等が人生に与える影響、老化の進み具合により手術がもたらすマイナスを考えると、手術を医学的に推奨する根拠はない。⇒ 本人の人生観・価値観が選択の決め手になる

**(2) 本人の思い ② ⑤ ①**

老いが進んでいる現在、術後の辛さを避けたいという考えは自然である。家族の負担への配慮という動機も否定できないので、要確認

**(3) 妻の思い ② ⑥**

夫に先立たれて独りになることへの怖れ、一緒にいて欲しいという情が、手術を夫に勧め、それがもたらす生活面のマイナスを顧慮しない行動をもたらししている。⇒ 妻の情(怖れ)に対するケアが必要。息子夫妻・孫の協力を得られるように働く

**(6) 他の関係者 ⑦**

(3)の検討結果もあり、息子夫妻の参加を求める

**(7)社会の通念 ⑨**

高齢による老化の影響を市民が理解し、「手術できるならする」と一辺倒に考えない通念が醸成されるように然るべきところが働くことが望まれる

---

## 3-1～4 検討（４） ないし リフレクション

最後に、以上の検討を振り返って、倫理という点ではどういう検討をしたのかを確認します。そのために検討(3)について基本的な倫理的姿勢ないし臨床の倫理原則という点で、どういう検討だったかを検討し、3-1～3-3の該当するところに記入します。

記入し終わったら、3-1～3-3のそれぞれの項に関して、検討漏れがないかどうか、確認します。

検討に際しては、三つの基本的な倫理的姿勢（倫理原則）について、本冊子の入門編にもでていますが、次のようなものであったことをリマインドした上で検討をしましょう。

### ◎ 3-1 人として尊重することをめぐって

「相手を人として尊重する」という姿勢を主に活性化させながら検討したポイントを抽出して、まとめます。意見の不一致が注目点として挙げられ、本人や家族の考えを理解しようと検討した点や、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”と考えたといったこと、要するに医療・ケアに伴うコミュニケーションの進め方に関わるポイントが、「相手を人として尊重する」姿勢に対応する検討になります。

### ◎ 3-2 相手の益を目指すことをめぐって

本人、それから家族にとっての益を考えたポイントをここにまとめます。評価の物差しとして、共通の価値観とケアの対象になる人の個人的価値観とがあることに留意してください。「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・目標をめぐる検討は、本項に該当します。

### ◎ 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と、自分たちのしていること、しようとしていることを検討したポイントはここに該当します。そのためには、社会を見渡して考えたポイントもここに入ります。たとえば、使える社会資源を具体的に調べたとか、利用の仕方を検討したといったこと、検討課題に関係する社会通念を顧慮した、医療機関に関係する規定があるか、学会がガイドラインを作っているか、法的に何か問題があるか、といったことも、本項目に該当します。

### ◎ 3-4 総合的検討と今後の対応の方針

検討(3)で検討した中で、今後の対応についての提案を抽出してここにリストアップします。

また、事例提供者がステップ1:1-3および3-0に記入した問題意識に対して応じるポイントで、上のリストアップから漏れているものがあれば、それもここにリストアップします。

☆次頁に検討例を示します。これでステップ3の検討が出来上がりました。

### 〔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注目点を検討したが、別のグループではその注目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、事例の主要な注目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

## 〔臨床倫理検討シート 記入例〕 ステップ3 検討(4)

<p><b>3-0 気になった点・検討したい点</b></p> <p>① 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.</p> <p>② 本人と妻も意見が不一致</p> <p>③ 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ろうか.</p> <p>④ 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.</p> <p>⑤ 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.</p> <p>⑥ 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.</p> <p>⑦ 息子夫妻の考えを聞く必要がある</p> <p>⑧ 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.</p> <p>⑨ 社会の通念として, 手術が最適とみる傾向があるというものは, どうだろうか.</p>	<p>(4) 最善—本人の意思間ジレンマ ① (1)と(2)の検討によりジレンマは解消</p> <p>(5) 主治医の判断と対応 ⑧ (1)より手術を推奨する根拠なし. 老化の影響も説明に加える</p> <p>(1) 最善の治療方針 ③ ④ ① (⑤ ⑥ ⑧) 失声等が人生に与える影響, 老化の進み具合により手術がもたらすマイナスを考えると, 手術を医学的に推奨する根拠はない. ⇒ 本人の人生観・価値観が選択の決め手になる</p> <p>(2) 本人の思い ② ⑤ ① 老いが進んでいる現在, 術後の辛さを避けたいという考えは自然である. 家族の負担への配慮という動機も否定できないので, 要確認</p> <p>(3) 妻の思い ② ⑥ 夫に先立たれて独りになることへの恐れ, 一緒にいて欲しいという情が, 手術を夫に勧め, それがもたらす生活面のマイナスを顧慮しない行動をもたらししている. ⇒ 妻の情(恐れ)に対するケアが必要. 息子夫妻・孫の協力を得られるように働く</p> <p>(6) 他の関係者 ⑦ (3)の検討結果もあり, 息子夫妻の参加を求める</p> <p>(7)社会の通念 ⑨ 高齢による老化の影響を市民が理解し, 「手術できるならする」と一辺倒に考えない通念が醸成されるように然るべきところが働くことが望まれる</p>
<p><b>3-1 人として尊重することをめぐって</b></p> <p>(2) 本人の思い</p> <p>(3) 妻の思い 分析と意思決定プロセスにおける対応</p> <p>(4) 最善—本人の意思間ジレンマ 本人の意向確認</p> <p>(5) 主治医の判断と対応 対応(説明と推奨)部分</p> <p>(6) 他の関係者</p>	<p><b>3-2 相手の益を目指すことをめぐって</b></p> <p>(1) 最善の治療方針</p> <p>(3) 妻の思い ケア的対応について</p> <p>(4) 最善—本人の意思間ジレンマ 最善の見直し</p> <p>(5) 主治医の判断と対応 最善についての判断部分</p>
<p><b>3-3 社会的視点でのチェック</b></p> <p>(7) 社会の通念</p>	<p><b>3-4 総合的検討と今後の対応の方針</b></p> <p>〔今後確認すること・進めること〕</p> <p>☆Aさんの意向は人生観・価値観に基づき, 状況を適切に把握した上でのものであること, 家族への気兼ねによるわけではないことを確かめる.</p> <p>☆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.</p> <p>☆「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する必要がある. Aさんにとって辛い治療をする価値あるか</p>

☆ 3-1～3-4の、別の使い方

前頁のシート記入例では、3-0の右コラムに検討のポイントとポイント毎の検討の結果が記してありました。この部分を、倫理原則のどれに関係することかを判別しながら、3-1～3-3に分けて記入するやり方もできます。慣れてきたら、このやり方も試してみてください。

<p><b>3-1 人として尊重することをめぐって</b></p> <p>(2) 本人の思い  <input type="text" value="今更辛い生活はしたくない"/> + <input type="text" value="手術の後遺症は辛い"/>          → <input type="text" value="手術はうけたくない"/></p> <p>☆真意であれば理に合っていると評価できる。          ∴妻への遠慮等が真意で、上記の考えは言い繕っているのではないことを確認する</p> <p>(5) 主治医が手術を勧めとすればやり過ぎかも</p> <p>(3) 妻の思い (論点3)  <input type="text" value="夫にいて欲しい(姿勢)"/> + <input type="text" value="一人の生活は大変"/>          → <input type="text" value="長生き目指して手術"/></p> <p>自己都合に発している/姿勢が状況把握を引きずっている/ 夫の辛さを思いやるゆとりがない: 自然なことと受容 &amp; 妻を支えることを検討する</p> <p>(6) 他の関係者 息子夫妻の考えを聞く</p>	<p><b>3-2 相手の益を目指すことをめぐって</b></p> <p>(1) 最善の治療方針 (論点1)          ○と×を比較考量すると、医学的にはどちらがいいと一概にはいえない。          → 本人の人生・価値観によってはしない選択もあり</p> <p>(4) ジレンマ → 解消</p> <p>(5) 主治医「手術がベスト」は 高齢であることの考慮が入っていない &amp; 個人の人生観・価値観も入れた最善の判断を</p> <p>(3) → 妻を支える(妻も緩和ケアの対象)          息子一家の参加により、妻が今後の生活の見通しを立てられるかも → 気持ちにゆとりができ、夫の立場になって思いやることができるようになるかも</p>
<p><b>3-3 社会的視点でのチェック</b></p> <p>(7) 社会の通念          意識のアップデート必要かつ進行中</p>	<p><b>3-4 総合的検討と今後の対応の方針</b></p> <p>〔今後確認すること・進めること〕</p> <p>☆Aさんの意向は人生観・価値観に基づき、状況を適切に把握した上でのものであること、家族への気兼ねによるわけではないことを確かめる。</p> <p>☆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。</p> <p>☆「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受け入れやすい結論であろう。ただし、医学の見込みについて再確認する必要がある。Aさんにとって辛い治療をする価値あるか</p>

臨床倫理エッセンシャルズ 基本編のまとめのことは

### 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

## 事例検討のピットフォール

国立がん研究センター  
研究支援センター生命倫理室

田代 志門

## 今日の内容

- 臨床倫理検討シートを用いた事例検討に際して、参加者がつまずきやすいポイントを整理
  1. 「臨床倫理」の理解でつまずく場合
  2. 「検討シート」の書き方でつまずく場合

2

## 1 「臨床倫理」でのつまずき

## 「臨床倫理」の前提

- 事例検討でつまずく場合、そもそも「臨床倫理とは何か(何のために、どこを目指して事例検討をするのか)」でつまずくことがある
- 繰り返し強調すべき3つのポイント
  1. 「選択・意思決定」の問題として倫理を考える
  2. より良い意思決定のために関係者のあいだで合意形成を図るプロセスが大事
  3. 社会的な要請としての合意形成のプロセス

4

## 1. 「臨床倫理」とは何か

## 特にどんな意思決定か

- 「現場とは関係ない難しい話」「何が問題かわからない」「結局それぞれ」になりがち
- 「臨床倫理」の守備範囲と目的を限定する
  - 医療倫理/看護倫理(職業倫理)との区別
  - 生命倫理との区別
  - 個別事例の検討が中心だが、検討の仕方の標準化は可能
  - 選択・意思決定の問題が要点となること

5

- 患者・家族・ケア提供者の間で患者にとっての最善に関する判断が一致していない場合
  1. 患者・家族と医療者の間
  2. 医療者の間(例: 医師と看護師)
  3. 患者と家族の間
  4. 家族の間(例: 母親と長男)
- 最善を判断する前提となる情報が共有されていない場合も含む(いわゆる「告知」の問題)

6

### 【参考】多職種での事例検討にはあまり向かない話題

- 患者からの暴言や暴力に困っている
  - おそらくリスク管理の問題
- 忙しくて患者に向き合えない
  - おそらく労務管理の問題(資源配分の可能性も)
- 口のきき方
  - おそらくマナー(or コミュニケーション技術)の問題
- ~の対応がわからない
  - おそらく専門家としての技術的習熟度の問題

7

### 【参考】法的问题との切り分け

- 事例検討で「法的にはどうなのか」「訴訟になったら負けるのではないか」といった指摘が出たとき
  - ここには法律の専門家はおらず、実は訴訟になって勝つか負けるかは専門家もわからない
  - まず倫理的に見て何がベストの方針か(自分たちがどうしたいか)を話し合うことが大事
  - 実際には、その結論が法的に見て妥当か不安だったら法律の専門家に相談すべき

8

[臨床倫理の事例分析における]ポイントは、先に法的側面の検討を行わないことである。先に法的側面を検討してしまうと、その後の分析・評価時に、法的観点からの評価が中心になってしまう恐れがある。分析・評価時に倫理的側面、法的側面をバランスよく取り扱うことができるのであれば問題ないが、現場からのニーズとしてリスクのコントロールがある以上、法的な側面に引っ張られがちになるのはさけられない。そのため、先に倫理的観点のみから分析・評価し、そこから導かれる結論、推奨内容が法的観点から許容され得るのか、許容されるにはどのあたりを落とし所にするべきかを考えるほうがよい。

瀧本 禎之「臨床倫理コンサルテーションの方法(3)」『病院』71(1): 65 9

## 2. なぜ臨床倫理が必要か

- なぜ「選択・意思決定」の問題をチームで考えなければいけないのか(医師の仕事? 患者が良いと言えばそれで良い?)
- 「情報共有-合意モデル」に基づくIC理解の重要性
  - 「ともに考える」プロセスとしてのインフォームド・コンセント

10

## 今のインフォームド・コンセントはおかしなことになっている

具体的にどのようにおかしなことになっているのかというと、一言でいえばそこに相談と合意のプロセスが存在しない、ということです。.....現在、医療者は患者に対して以前とは比較にならないほど十分な説明の時間を設けています。ただ、現実には、一般の人にとってはあまりにも専門的な話を徹々詳細に聞かされ、訳もわからないままに同意書へのサインを医療者から要求されたり、選択肢を提示されたまま患者にその選択を丸投げされるようなことがしばしば見受けられます

患者と医療者で「ともに考える」インフォームド・コンセントの手引き  
(<http://www.ishisengen.net/information04.html>) 11

## 「イベントとしてのIC」から「プロセスとしてのIC」へ

- 医療者と患者が互いに情報を共有したうえで十分に話し合い、合意へ至るプロセスを重視

アメリカ大統領委員会報告書  
『医療における意思決定』(1982)

ここでいうインフォームド・コンセントとは、ヘルスケアの提供者が単に患者の同意を求めただけではなく、医療を行う側と患者との間で、医療の内容を明らかにした上で、十分な討議をするプロセスを通じて、十分な説明を受け理解した上で患者の同意を得るようにするというものである。

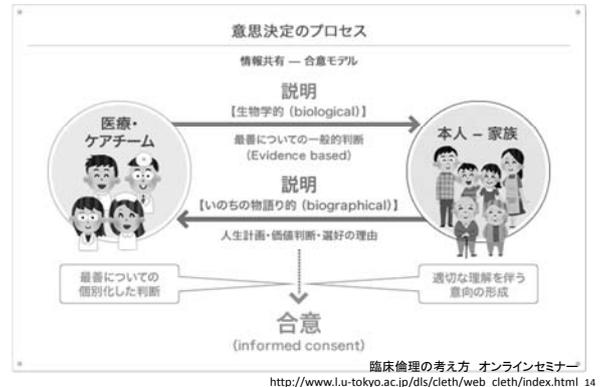
12

## 〈共同行為〉としての医療

医療者側には、病気の状態と治療法についての専門的知識がある一方、患者側には自分の人生の実情についての情報、自分はどう生きたいかの判断ないし人生設計がある。これら両者からの情報をお互いに提供しあい、現時点で如何にするかを考え、合意による決定に至るプロセスが、行為が共同であるための要となる——〈インフォームド・コンセント〉という用語によって提示されていることはこのことにほかならない。

清水哲郎『医療現場に臨む哲学』勁草書房、1997 13

## 情報共有—合意モデル



## 意思決定モデルの大きな推移

1. 医師が患者の最善を考えて治療法を決める (医師のパターナリズム)
2. 医師から情報提供を受けて、患者が決める (消費者主義)
3. 医療者と患者・家族が互いによく相談したうえで、“ともに”決める (共同意思決定)

15

## 【参考】医療の目的の変化

- 「治癒して社会復帰」を唯一の目標とするものから「QOLの維持・向上」へ  
 – 特に慢性疾患や難病、高齢者ケア・終末期ケアの文脈で(そもそも「治らない」)

16

## 【参考】医療の目的の変化

- 「QOL」: 本人にとっての生活/人生の「質」  
 – 究極的には「不可知」であり、客観的な測定困難  
 – 医療者は「生き方」の専門家ではない
- 究極的には何を目標として医療を行うべきか、患者・家族とのコミュニケーションを通じてしか設定できない

17

## 3. 社会的要請としての臨床倫理

- 臨床倫理上の検討は、「良い医療」のための要件であると同時に、社会的な要請でもある  
 – 「プロセス・ガイドライン」の重要性

18

## 「プロセス・ガイドライン」とは？

- マニュアル的な判断基準ではなく、踏むべきプロセスを定めたもの(WhatではなくHow)
  - 例: 厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2015)
  - 「こういう場合には治療中止してよい」といった記載の代わりに、以下のプロセスを定める
    1. 医療・ケアチームで取り組む
    2. 患者の意思確認が大事
    3. 患者の意思が明確でない場合には、「患者が何を望むか、患者にとってなにが最善か」を、家族と医療・ケアチームとの間で話し合う

19

## プロセス・ガイドラインの背景

- 日本で医師が致死薬の投与によって患者の死を早めたことで起訴されたケースの共通点(いわゆる「安楽死裁判」)
  1. 本人意思は不明確で、家族からの要請による
  2. 担当医の独断による

20

## 【参考】東海大安楽死裁判



- 末期がん患者に対して、塩化カリウムを投与して死亡させたとして担当の内科医であった大学助手が殺人罪に問われた刑事事件
- 1995年、横浜地裁判決において、有罪が確定
  - 懲役2年、執行猶予2年

## 画一的なルールではなく

ところが、今求められているのは明確なルールだという。明確さは画一性を意味する。人は誰も死すべきものであり、誰もが終末期を一度は迎えることになるが、それでもそのありようは人それぞれである。病気ががんのような急性のものから糖尿病など慢性のものもある。医療機関も小さな診療所もあれば、大きな大学病院もある。家族のありようも一様ではない。それぞれのさまざまな終末期に、明確だが画一的に適用されるルールを作ろうとすることが、いかに困難か、あるいはいかに危険か。(樋口2008)

22

## 考えないためのガイドラインから考えるためのガイドラインへ

厚労省研究班「重篤な疾患を持つ新生児の家族と医療スタッフの話し合いのガイドライン」(2003)

わたしが懸念するのは、「18トリソミーだからクラスCだよ」という医師の台詞に端的にあらわれているような、疾患を単位とした治療方針決定のありかたであり、とりわけ、疾患名それのみを頼りにして治療しないことを医療者が選択してしまうことです。加えて、「だってガイドラインにそう書いてあるから」に象徴されるような、医療者が半ば思考を停止させている姿に対してです。

田村正徳・玉井真理子編『新生児医療現場の生命倫理』メディカ出版、2005

23

## 日本老年医学会のガイドライン(2012)



- 人工的水分・栄養補給法(AHN)
  - 結腸栄養法(胃ろう)や静脈栄養法など
- 3部構成で前半は一般論
  - 第一部: 医療・介護における意思決定プロセス
  - 第二部: いのちについてどう考えるか
  - 第三部: ANH導入に関する意思決定プロセスにおける留意点

24

## なぜ「プロセス」が大事なのか

- 臨床上的倫理的問題に唯一の正解を与えることは難しい
  - ただし適切な手続きを踏んだうえで、関係者がそれなりの合意にいたることは可能(よりましな選択)
- 「手続的正義 (procedural justice)」の重要性
  - 何が倫理的に正しいことなのかを一義的に決めるににくい社会 (=価値観の多様化した社会)でも、ものごとを判断する手続き(プロセス)はフェアなものであるべき

25

## 小括: 臨床倫理の目指すもの

- 治療法やケア方針に関する選択・意思決定において、医療者が直面する難しい事例を改めて検討し、今後同じような状況になった場合により良い意思決定ができるようにする
- この場合のより良い意思決定というのは、可能な限り「医療者と患者・家族がともに納得できる意思決定」を指す
- 現在、こうした意思決定に至るためには、「目の前の患者にとっての(実現可能な)最善の治療・ケアの方針について、患者・家族と／多職種チーム内で十分な話し合いのプロセスを経ること」が大切だと考えられている

26

## 2 「検討シート」でのつまづき

## 臨床倫理検討シート

- 情報共有—合意モデルに基づく意思決定を実現するためのツールとして日本で開発
  - ステップ1: 本人プロフィール、経過、分岐点
  - ステップ2: 情報の整理と共有
  - ステップ3: 検討とオリエンテーション

石垣靖子・清水哲郎『臨床倫理ベーシック』日本看護協会出版会、2012年 28

## 臨床倫理検討シート

- 多職種での利用が前提
- プロセス志向が強い(「経過」と「分岐点」)
- 家族の位置づけが強い(患者とは独立した〈当事者〉としての位置づけ)
- 総合的な判断を促す(「選択肢の枚挙とメリット・デメリットのアセスメント」)
- ただし、シートの使い方にも習熟する必要があるため、簡単に使いこなせない

29

## 検討シートFAQ

- 検討シートで「書きにくい」「書けていない」ポイントは、ほぼ以下の3点
  1. 分岐点が設定できない
  2. 選択肢が枚挙できない
  3. 生き方や価値観の欄が書けない
- 以上のポイントは、事例検討の「考えどころ」そのものである(単なる書き方の問題ではない)

30

## 1 分岐点の設定

- よくある「つまずき」
  - 症状の経過に伴う一般的な「分岐点」(急変など)を挙げてしまう
- 何が理解されていないのか？
  - 「分岐点」は、事例提供者が「意図的に設定するもの」であること
  - そのため、複数ある点から事例提供者が「主体的に」選択しなければいけないこと
  - つまり、分岐点の設定はすでに事例の分析を含んでいること

31

## 1 分岐点の設定

- その事例をふり返ったときに、もっとも検討したい「選択・意思決定」の場面を選ぶ
  - その事例で取り上げたい「テーマ」と関係している場面を「選ぶ」必要がある(例えば、告知の有無や療養場所の選択など)
- 検討していくなかで、別の「分岐点」が重要だったのではないかと、という結論に至ることも
  - 1つの事例にはたくさんの「分岐点」が含まれる

32

## 2 選択肢の枚挙

- よくある「つまずき」
  - 治療法(手術や化学療法など)の選択肢のみが挙がってしまう
  - あまりにも単純な選択肢しか提示されない
- 何が理解されていないのか？
  - あくまでも自分が選んだ「分岐点」に対応した選択肢を挙げる必要があること
  - 分岐点と同様、事例を記入する側が「創造的に」選択肢を挙げる必要があること
    - この点で、「ステップ2」の他の箇所とはやや違う性質を有するものであること

33

## 2 選択肢の枚挙

- 設定した「分岐点」におけるありえる(ありえた)選択肢をすべて挙げる
  - ここでどんな選択肢を挙げられるか、ということは、検討する側の経験や施設の状況に大きく依存
- 検討していくなかで、「他にこういう選択肢もありえたのでは」という指摘がでることも多い

34

## 3 生き方や価値観

- よくある「つまずき」
  - 意義が理解されないため、空欄のまま出てくる
- 何が理解されていないのか？
  - 「本人が一番大切にしていることは何か」を考えるために必要なところ
    - 選択・決定の背景には何かがあるのか、を考える
    - 選択・決定の際に本人の意思確認ができない場合には、本人像を掘むために必須
  - 必ずしも医療に直接関係していなくても良く、印象に残っているエピソードなども書いてもらう

35

## 掘り下げることで医療者の「意向」も変わる可能性がある

- コミュニケーションのプロセスを通して、相手が変わる可能性も、自分が変わる可能性もあります。患者さんの理解が進み、「嫌だ」から「やりましょう」と変わることもあります
- 患者さんへの理解が深まった結果、初めは手術が最適だと思っていたが、この人の場合は別な治療法を選んだほうがとよいかな、と医療者のほうが変わるかもしれません

清水哲郎+臨床倫理プロジェクト『臨床倫理エッセンシャルズ(2013年春季版)』, 16頁 36

## 事例

- 58歳、男性、末期の多発性骨髄腫
  - 3月に会社の定期検診で血液の異常が見つかり、4月に入院
  - 5月に診断が確定するも、一人息子(32)の強い希望で本人および本人の妻(57)には告知せず
  - 抗がん剤治療を終え、6月にいったん退院するが、12月に再入院(その過程で妻は病名を知る)
- 翌年3月頃から病態が急速に悪化
  - 腎機能障害と高カルシウム血症が現れ、全身倦怠感が増し、嘔吐を繰り返すようになる
  - 点滴や尿道カテーテルが装着される

37

## 事例

- 4月8日、全身状態が悪化し、個室へ移動
  - 点滴や尿道カテーテルを抜こうとするため、抑制帯で固定し、鎮静剤を投与。カルシウム値を下げるために血漿交換を行う
  - 本人の意識レベルは低下し、不穏行動が続く
- 翌日、家族から治療中止の依頼
  - 本人が眠れず苦しんでいるため、血漿交換もやめて、点滴や尿道カテーテルを抜き、治療をやめてほしいと家族が申し出る
  - 別の医師からの説明により、治療の必要性をいったん納得するものの、翌日から数度にわたり治療停止を強く依頼
- 3日後、腎機能がさらに悪化し、肺炎併発の疑い
  - 抗生物質を投与。舌根沈下のため、エアウェイ装着
  - 意識はますます低下し、呼吸状態が悪化

38

医師:「お父さんは、もはや医学の力では治すことができない、いつ亡くなってもおかしくない状況にあります」

息子:「やはり父はダメなんですか」

医師:「厳しいですね」

息子:「それなら父に死期が迫ったとき、すべての治療をやめてもらえませんか」

医師:「そんなことはできません。お父さんが、いよいよというときでも、すべての治療をやめるわけにはいきません。医師は、患者さんに生きる可能性があり、一分、一秒でも長生きしてほしいと思って治療に取り組んでいるんです」

息子:「父が助かる見込みのないことはわかっています。父の死期が近づいたとき、点滴や尿管を外してほしいんです」

医師:「あなたが、いま口に出していることは、お父さんの命を自由にあつかうことになるんですよ」

息子:「もう、いいんです。父と話したいことは、すべて話しましたから。母も、私も、これ以上、父に痛みを与えるような治療を望んでいません。このまま父の惨めな闘病姿を見ているのがつらいんです」

39

## 担当医の状況

- 内科を専門とする男性医師(35)
  - 4月1日に病院に赴任してきたばかり
  - 入院当初の担当医は別の講師(45)だったが、その後は研修医の女性医師(30)が、講師の指導のもとで日常的な処置を行うことに
  - その後、家族が女性医師の方針に不信感を示したため、急きょ主治医に
- 家族からの度重なる治療中止の要請を受けて、どう判断すべきか

40

## 1「分岐点」を考える

1. 診断が確定した時点で、息子の強い希望で本人に病名を伝えないという選択をしたとき
2. 全身状態が悪化し、不穏状態が繰り返されるようになったとき(抑制、鎮静剤)
3. 家族から治療中止の申し入れがあったとき
4. 家族から再度の治療中止の申し入れがあったとき

41

## 2「選択肢」を考える

1. 病名や症状についての説明
  - 単に「する」「しない」という二択ではなく
2. 不穏状態への対応
  - 「抑制」「鎮静」以外の選択肢をどう提案できるか
3. & 4. 治療中止の申し入れ
  - 「全て中止する」「中止しない」という二択では問題解決にならないことは明白

42

### 3「生き方や価値観」を考える

- 本人・家族の理解や意向(2B-1&2)と併せ、「なぜそのような意向」を表明しているのか、を考える
  - この事例において、本人に病名を伝えないことや治療を中止することは「本人の生き方や価値観」に沿うものになっているか
- 本人の意向を直接確認できないときこそ、いっそう関係する多様な人々の情報を収集し、総合することが必要

43

### まとめ

- 臨床倫理検討シートを用いた事例検討で困難が生じる場合、大きく分けて「臨床倫理」の理解に由来する場合と「検討シート」の書き方に由来する場合がある
  - 前者については、選択・意思決定の問題として倫理をとらえること、情報共有—合意モデルの重要性を共有することが出発点となる
  - 後者については、特に「分岐点」「選択肢の枚挙」「本人の生き方や価値観」の欄の理解が大事

44

### まとめ

- 様々な分岐点や選択肢を挙げていく作業は、医療上の意思決定が「別様でもありえる(ありえた)可能性」を考えること
  - 本人の生き方や価値観についての情報は、その可能性を広げていくうえで鍵になることがある
- 様々な可能性を創造的に考えられる能力は、倫理的ディレンマの解決において必須のもの
  - 「どちらを優先するか」から「どちらも満たせる途はないか」へ

45

### 創造的に問題を解決する

道徳的問題に直面するとき、行き詰まりを感じるがよくある。選択肢がほんの少ししか思い浮かばず、どれも魅力的ではなかったりする。……本当か。ありったけの真剣さで問うてみたい。……行き詰っているように見えても、実はほんの少しの想像力が必要なだけの場合が、どれほどあることか。まずは、選択肢を増やす手持ちの手段はないか。さらには、今まで考えてみなかった他の可能性や選択肢を増やせないか。問題そのものを考えなおすのはどうか。そして問題が起きるのを未然に防いだり、もっと簡単に解決できる問題に変えられないか。もう少し創造的にアプローチできれば、倫理ではどれだけ先に進めるだろう。

アンソニー・ウェストン『ここからはじまる倫理』春秋社、2004 46

# 事例検討法1

## ステップ 1&2

国立がん研究センター  
研究支援センター生命倫理室

田代 志門

# ステップ1 経過を把握する

2

### 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、事例がどういった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、参加者間で検討します。次に、検討シートの最初の部分を記入用紙に記載させていただきます。

#### 臨床倫理検討シート

- 検討内容 前向き検討 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 ]

<p><b>1-1 本人プロフィール</b></p> <p>Aさん、65歳男性 妻(Bさん)と二人暮らし、息子夫妻(孫2人)が近所に住んでいる</p>
<p><b>1-2 経過</b></p> <p>X年Y月Z日 咳声により受診、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。</p> <p>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。</p> <p>主治医の説明は:①手術(失声、永久気管支を伴う)プラス放射線により、喉痛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。</p> <p>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。</p> <p>③①②にがんに対する治療をしないといけない、必ず腫瘍が大きくなり、咳声がひどくなり、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、できる限り辛い思いは抑えられます。</p> <p>本人は、手術に伴う後遺症について詳しい説明を求め、医師の説明を受けて、「この歳になって術後のそういったこと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。</p> <p>すると、一緒にいた妻は、「手術を受けて、長生きして欲しい」と本人の意向をうかがった[sp]</p>
<p><b>1-3 分岐点</b></p> <p>sp: 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。</p>

3

# 記入の手引き

#### 【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」を述べるのではなく、取捨選択しながら書くことにより、事例のわたしが描かれます。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一つに絞られていません。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に分かれ道です。
- 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[sp]、すでに通過した別れ道を振り返る場合は[sp]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ったものであるかを簡単に記します。

4

# 経過(1-2)

- ・「時間の流れ」に沿った(「本人」を主役とする)「報告者のナラティブ(物語)」であること
  - 事例の「プロセス」を重視する検討シートの特長
  - 一定の筋書きや要点をもったもの(取捨選択されたものであり、別様でもあり得るもの)
- ・「聞き手」である共に事例を検討する人々を意識して書かれるものであり、検討する場面に応じて多様であってよい

5

# 分岐点(1-3)

- ・ 医療やケアの方針に関わる、「本人」にとっての重要な選択・意思決定の場面であり、時間の経過に沿って複数存在
- ・ 報告者は、書かれた事例の経過のなかからみなが検討したい「分岐点」を主体的に選ぶ
  - 複数設定可能だが、3つ程度が限界か
  - この選択においては、ある「分岐点」が特に重要であろうという報告者自身の「見立て」を含む(すでに事例の分析を含む)

6

## ステップ2 情報の整理と共有

7

ステップ 2 情報の整理と共有	
<p>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関わったと思われる情報(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」をモデル12の活用がそうしています。まずAの部分から。</p>	
<p>【ステップ2】 情報の整理と共有【特点】 ① 選択の内容：治療方針</p>	
<p>A 医療・介護情報と判断</p> <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。高動による費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>■：失声も永久的な管孔による日常生活の辛さ-QOL低下 高動なので術後の回復が遅く、年齢による費えのほうが先にき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。自宅でこれまでのような生活が可能。</p> <p>■：すくなくらいに、再発する可能性があり、喉声がひどくなる。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>○：自宅で自宅にのびとて、これまでの生活を続ける</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 社会的観点から</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歳であるとしても、その他の点では「じゃ(と)してれば、勤め人も多いだろう。失声・永久的な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を判断する。そして、どのように説明するかは、医療はどうかあるべきかに関する社会の意識(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 本人と同意で説明 二人と同意内容</p>

8

## 記入の手引き

### 【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り優れる理由：○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、その選択肢を選ばない理由：×で表します)をあげます。選択肢に関する情報だが、○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 社会的観点から

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、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り、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、社会的道徳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とは限りませんが、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が、分けて記すようになっています。

9

## 選択肢の枚挙と メリット・デメリットのアセスメント(2A-1)

- ・ 報告者が設定した「分岐点」におけるありえる(ありえた)選択肢をすべて挙げる
  - ここでどんな選択肢を挙げられるか、ということは、報告者の臨床経験や施設の状況に大きく依存
  - 分岐点と同様、報告者が「創造的に」選択肢を挙げていく必要がある
- ・ 検討していくなかで、「他にこういう選択肢もありえたのでは」という指摘ができることも多い

10

## 【参考】誰にとってのメリットか

- ・ 原則として、「本人」にとってのメリット・デメリットが評価されるべきではないか
- ・ しかし現実の選択・意思決定においては、家族や医療者にとってのメリット・デメリット(都合)を考慮して検討せざるをえない場面もある(「家に帰る」「転院する」等々)
- ・ その場合、少なくとも「誰にとっての」がはっきりとわかる形で記載され、検討された方がよいのではないか

11

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結がらむらなければ、本人の人生・生活を知らぬ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うえでサポートするのです。

B 本人・家族の意思と生活	
<p>2B-1 本人の理解と意向</p> <p>・説明をよく理解したと思われる</p> <p>・術後の失声・永久的な管孔について「もともと苦ければいいけど、この歳になってそのような状況で生きるのはいづいだけ」と、手術には否定的</p>	<p>2B-2 家族の理解と意向</p> <p>・説明は一通り理解しているが、夫にできるだけ長生きしてほしいという思いがベースになっている様</p> <p>・「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」と翻意をうながす</p> <p>・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。</p> <p>・息子夫妻の意向はまだ聞いていない</p>
<p>2B-3 本人の生き方、価値観や人柄について(これらに關係するかもしれないエピソードなど)</p> <p>・本人は定年まで高校教師(生物)をして、定年後は社会活動続ける傍ら、園芸や畑仕事を趣味にしていた。読書が好きで、「広く世界を知りたい」と目指して、割と深い・横断のものを読んでいた。</p> <p>・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、どいたらいいか戸惑ってしまうよ。」(以上、担当看護師がそれぞれ本人から聞き取り)</p>	

## 記入の手引き

◎ 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持っているか、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(これらに關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とも、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。

13

## 本人の生き方、価値観や人柄について (これらに關係するかもしれないエピソードなど)

- この欄は「本人が一番大切にしていることは何か」を考えるために必要なところ
  - 必ずしも医療に直接関係していなくても良く、印象に残っているエピソードなども記入する
- これまでの経過のなかでの選択・決定の背景には何があるのか、を考える
  - とりわけ、選択・決定の際に本人の意思確認ができない場合には、本人像を掴むために必須

14

## 掘り下げることで医療者の「意向」も 変わる可能性がある

- コミュニケーションのプロセスを通して、相手が変わる可能性も、自分が変わる可能性もあります。患者さんの理解が進み、「嫌だ」から「やりましょう」と変ることもあります
- 患者さんへの理解が深まった結果、初めは手術が最適だと思っていたが、この人の場合は別な治療法を選んだほうがとよいかな、と医療者のほうが変わるかもしれません

清水哲郎・臨床倫理プロジェクト『臨床倫理エッセンシャルズ(2013年春版)』, 16頁 15

Cさん, 50代 男性, 妻子あり。一部上場企業で管理職として働いていた。  
Cさんは、がんの治療のためあらゆる手段を尽くしてきましたが、徐々に抗がん剤が効かなくなってきました。医療者側は、現状ではもう積極的な治療は効果が見込めないで、抗がん剤治療を中止して緩和ケア中心の対応をすることで、Cさんが充実した最後の日々を過ごすような環境を整えるのが最善だと考えています。しかしCさんは、まだ試していない抗がん剤を投与してみることを強く希望し、自分の人生観や価値観に基づく理由を次のように医療者に提示しました。

「私は、及ばずながら最後まで闘う姿勢を貫きたいのです。私はまだ若い妻や幼い子に責任を感じています。少なくとも、子どもが一人立ちするまでは家族を支えていかなければならないのに、それができないのですから、妻や子に申し訳ない気持ちなんです。だから、薬がもう効かないからがんを抑える努力をやめて、自分が少しでも楽になる方法を選ぶことは私の人生観に反します。せめて、及ばずながら最後まで闘う姿勢でいることが、妻への言い訳でして、そういう最期であったといずれ幼い子が知って、逝ってしまった父を懐かしんでくれればと思うわけです」

その後、検討と話し合いの末、本人の生き方についての意志を認めて、医学的には益がないと思われる治療(抗がん剤投与)を実施することになりました。

清水哲郎監修『教育・事例検討・研究に役立つ看護倫理 実践事例46』日経研, 2014, 37頁 16

## まとめ

- ステップ1のポイントは、事例を検討する人々が共有できるように「本人」に関する報告者のナラティブを記載し、時間の経過のなかで検討すべき「分岐点」を選ぶこと
- ステップ2のポイントは、ステップ1で選択した分岐点に沿った「選択肢」を枚挙し、メリット・デメリットを評価すること
  - 併せて、本人と家族への説明とそれぞれの理解を明示し、本人像をつかむうえで参考になる情報を共有

17

## まとめ

- 分岐点や選択肢を挙げていく作業は、医療上の意思決定が「別様でもありえる(ありえた)可能性」を考えること
  - 本人の生き方や価値観についての情報は、その可能性を広げていくうえで鍵になることがある
- 様々な可能性を創造的に考えられる能力は、倫理的ディレンマの解決において必須のもの
  - 「どちらを優先するか」から「どちらも満たせる途はないか」へ

18

## 事例を用いた研修例

19

## 分岐点と選択肢の枚挙 のトレーニング

- 事例の経過を読み、「分岐点の設定」と「選択肢の枚挙」を創造的に考える
- 例:「レッスン1 予告告知を拒否する家族と医療者とのディレンマ」(『臨床倫理ベーシックレッスン』)
  1. 「事例プレゼンテーション」の配布
  2. 分岐点の設定(複数可)
  3. 選択肢の枚挙(分岐点ごとに枚挙)
  4. グループごとに結果を発表(この結果がかなり異なることを知ることで重要)

20

## 事例

- A君、高校生
- 病名:大腿骨骨肉腫、肺転移、腎転移、後腹膜転移(現在、整形外科病棟に入院中)
- 家族構成:両親(40代)、姉(20代)
- 自宅から病院までは1時間程度の距離

石垣靖子・清水哲郎『臨床倫理ベーシックレッスン』日本看護協会出版会 21

## 事例

- 200X年、大腿骨骨肉腫と診断され、大腿骨広範切除・人工骨頭置換術を施行
- 術後は化学療法を受けていたが、2年後に肺転移が見つかり、放射線療法を施行
- その1年後に骨肉腫の再発と肺転移による呼吸困難感が出現し、入院
- 両側腎・後腹膜転移もみつき、化学療法の適応はなく、予後は数ヶ月

石垣靖子・清水哲郎『臨床倫理ベーシックレッスン』日本看護協会出版会 22

## 事例

- 家族に予後を説明し、在宅酸素療法により一時退院することになったため、今後の療養の場について家族と検討
- A君本人には、骨肉腫の再発で痛みが出ていることや、肺に転移していることは大まかに説明されているが、予後が短いことは説明されていない
- A君自身は、今回の入院は疼痛や呼吸困難感を治療するためのもので、「治して帰る」と思っている

石垣靖子・清水哲郎『臨床倫理ベーシックレッスン』日本看護協会出版会 23

## 事例

- キーパーソンは母親
- 医師と看護師は、母親に、今後は症状緩和を目的として治療を受けることになることを話し、
  - ① 自宅で過ごす方法
  - ② 現在の病棟(整形外科)で過ごす方法
  - ③ 別の病棟(緩和ケア病棟)で過ごす方法があることを説明

24

## 事例

- 医師や看護師は、現在入院している病棟は面会時間が限られており、いっしょに過ごす時間に制限があるため、症状緩和をしながら自由に過ごせる別の病棟(緩和ケア病棟)がよいのではないかと考えている
- 両親は、「自宅で過ごし、状態が悪くなったらまた整形外科病棟で診てもらいたい」と希望
- 緩和ケア病棟も考えたいが、A君に告知や病状説明をする必要がある(当院緩和ケア病棟の基準事項)ので、難しい

石垣靖子・清水哲郎『臨床倫理ベーシックレクソン』日本看護協会出版会 25

## 事例

- A君本人は、「治療が必要なら入院し、治して家に帰る」と入院の継続を希望しているが、化学療法や放射線療法の効果がないことや、症状緩和中心の治療になることを説明していないため、緩和ケア病棟の話はされていない
- これまで医療チームは両親が告知しない方針だということ、患者が高校生であることを考慮し、A君へ予後の告知をしない方向で治療方針を検討しているが、スタッフのなかにはこのままで良いのか疑問を感じているものもある

石垣靖子・清水哲郎『臨床倫理ベーシックレクソン』日本看護協会出版会 26

## 検討のポイント

1. 「分岐点」のなかに、「予後に関する情報提供」と「療養場所の選択」という少なくとも2つの異なるテーマがあることが把握できたか？
2. 「予後に関する情報提供」に関する選択肢として、「提供する」「提供しない」以外の選択肢を挙げることができたか？
3. 「療養場所の選択」に関する選択肢として、「現状維持」「PCU」「在宅」以外の選択肢を挙げることができたか？

27

## 【参考】予後には2つの側面がある

1. 質的な予後情報
    - 有効な治療法がなく、治癒の見込みがないこと
  2. 量的な予後情報
    - 具体的な余命の予測
- 2については、専門家の間でも情報提供すべきか否かについて「未だにコンセンサスが得られていない」(藤森・内富2009)

28

## 【参考】予後告知の実際

- 対象: 2007年~2009年に宮城・福島の6か所の診療所で在宅緩和ケアを利用した遺族1191名
- 回収率: 48.3% (575名) \* うちがん患者480名
- 調査時期: 2011年1月~3月

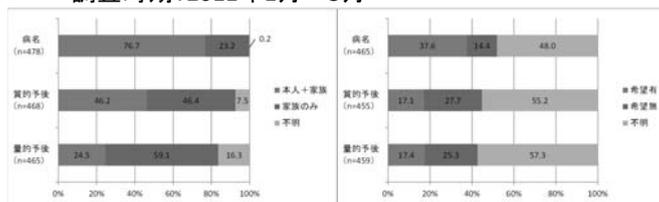


図1 告知の有無

図2 告知希望の有無

田代志門ほか「病院勤務医のがん患者への予後告知の現状—在宅緩和ケア遺族調査から」『緩和ケア』23:411-415, 2013 29

石垣靖子・清水哲郎『臨床倫理ベーシックレクソン』日本看護協会出版会 30

## 告知する/しない以外の選択肢

- ① 伝える
- ② A君に、腫瘍に対する治療が困難であることを説明するが、予後については明確には言わず、「どのくらい?」と聞かれたら、「人によって4か月のこともあるかもしれないが、半年、また1年、2年のこともある」などと広い範囲の可能性を答える
- ③ 伝えない

## グループワークから

- 伝える場合、予後半年というのは単なる見込みで、決まったことではないのだから、それを告げるのではなく、治癒を目指すことは無理で、どれほど長持ちさせるか、いかに快適に過ごせる環境を保つかが課題だということを伝えたほうがよい
- 両親には、その程度のことは伝えないと、不信感を募らせるだろうことなどを説明し、伝える伝えないかの二者択一ではなく、どこまで伝えるかについて了解を得るよう努めるべきではないか

## 「現状維持」「PCU」「在宅」 以外の選択肢

- ① 現状維持
- ② 病状コントロールが可能なところまで在宅療養をして、状態が悪くなったら、整形外科病棟に入院する
- ③ 在宅
- ④ (当院の)緩和ケア病棟
- ⑤ 家の近くの緩和ケア病棟に転院する(当院から家まで電車で1時間程度の距離があるため)

<p style="text-align: center;">臨床倫理リーダーシップ養成コース 事例検討の整理</p> <p style="text-align: center;">京都女子大学現代社会学部 霜田 求</p>	<p style="text-align: center;">内容</p> <p>はじめに</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 臨床倫理基本ポイントのリスト</li> <li>2. 事例に即して <ol style="list-style-type: none"> <li>①認知症患者の拘束</li> <li>②がん告知</li> <li>③出生前診断</li> </ol> </li> </ol> <p>まとめ:コミュニケーションのむずかしさ</p>
<p style="text-align: center;">はじめに</p> <p style="text-align: center;">個別事例の検討 ↓ 臨床倫理基本ポイントのリスト作成 ↓ 個別事例間の類似点と相違点の明確化 ↓ 臨床倫理「知のストック」として蓄積 ↓ 臨床現場でのスキルアップ</p>	<p style="text-align: center;">1. 臨床倫理基本ポイントのリスト</p> <p>(a)患者の意思(思い・望み・願い)の扱い方</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対応(意思、理解、判断、責任)能力不十分な意思</li> <li>・治療拒否</li> <li>・無益／有害な治療要求</li> <li>・何らかの理由(医療者の判断、家族の要請等)で患者の意思を尊重しないことの正当性</li> </ul>
<p style="text-align: center;">1. 臨床倫理基本ポイントのリスト</p> <p>(b)患者を人として尊重すること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・拘束(抑制):自由を奪うこと、現場の都合(人手不足など)</li> <li>・対応困難患者:暴力・暴言、正当な理由なき治療拒否、服薬コンプライアンス欠如、ネット情報による過大(不当)な要求、他の患者への迷惑(クレーム)</li> </ul>	<p style="text-align: center;">1. 臨床倫理基本ポイントのリスト</p> <p>(c)医療におけるコミュニケーション</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病名・病状・予後の告知の在り方</li> <li>・代理意思</li> <li>・患者と家族の関係</li> <li>・医療者間の意見相違</li> </ul>

## 1. 臨床倫理基本ポイントのリスト

(d)生と死の選択をどのように評価するか

- ・着床前診断-胚選別・出生前診断-選択的中絶
- ・重症新生児の治療停止
- ・蘇生措置や生命維持措置の開始／不開始／停止
- ・鎮静、尊厳死・安楽死

## 2. 事例に即して

### 事例①: 認知症患者の拘束

- ・70歳代の男性、妻とは死別、結婚して近隣に住む娘が1人。肺がん末期で認知症が進行し、自分が入院していることも十分理解できておらず、日中は病院の外を徘徊し、転倒して骨折したが、現在は車椅子で移動が可能。娘は「またけがをするようなことがあれば病院の責任を追及する」と、身体拘束を強く求める。車椅子から落ちないようにひもで体を縛ること、おむつを外さないためのつなぎ病衣、夜中にベッドから落ちないためのベッド柵設置、夜間睡眠確保のための薬物投与について、医療者の間で意見が分かれている。

### 事例①の問題点 (1) 倫理的ディレンマ

- ・対立する価値(どちらも大切):「自由を奪うことによる尊厳の侵害可能性」と「転倒骨折等の危険から守る必要性」
- ↓
- ・二者択一ではない方向での解決策の模索:なぜ徘徊するのかを見きわめて、可能な限り拘束しない形でのケアの在り方を探る

### 事例①の問題点 (2) 患者本人の思いと家族の意思

- ・徘徊する認知症患者の思いをどうすれば受け止められるのか  
⇒「居場所探し」、「同伴ケア」
- ・「その人らしさ」とは  
⇒「本人はこのような状態で生きることを望んでいないはずだ」「新たに物語を始める存在」
- ・拘束を求める家族の思いとは  
⇒「無事でいてほしい」「面倒をかけないでほしい」

### 事例①の問題点 (3)

「抑制・拘束とは」(日本看護協会サイトより)

- ・介護保険指定基準では、患者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合に限り身体拘束を認めてはいるが、切迫性・非代替性・一時性という3つの要件を満たし、かつ患者や家族に同意を得たり、その経過を正確に記録したりするなど、慎重に手続きが行われていることが必要である。実際、2008年9月には、入院中に不必要に体を拘束されて苦痛を受けたとして80歳代の患者が病院に損害賠償を求めた訴訟について、名古屋高等裁判所は「ミトンによる抑制を行わなければ転倒、転落による重大な傷害を負う危険性は認められない」という判決を出し、病院に対して賠償金の支払いを命じた。

### 事例①の問題点 (4)

A病院(福岡県)「抑制廃止宣言」の取り組み

- 1.病院全体で取り組む(チームアプローチ):医師、看護師、看護職とパラメディカルとの情報交換と連携
- 2.職員の意識改革(看護師、看護職の教育):抑制はなぜいけないのか、抑制したらどうなるのか、抑制の弊害を認識する。
- 3.基本的ケアの徹底(抑制に至らないケア):1) 起きる 2) 食べる 3) 排泄 4) 清潔 5) アクティビティ
- 4.抑制をしない工夫:1) 点滴除去 2) 転倒・転落 3) オムツはずし不潔行為 4) 経管栄養チューブ除去 5) その他
- 5.ご家族への説明と承認
- 6.チェック体制と報告:抑制廃止を継続するために

### 事例①の問題点 (5) 医療者間の意見の相違

- ・「安全性の確保のために行動の自由を制限するのはやむをえない」
  - ・「認知症であっても自由が奪われることで尊厳が侵害されるのではないか」
  - ・「拘束によりQOL低下を防止することは患者の尊厳を保持することになるのではないか」
  - ・「拘束は本人のためというより周囲の者の都合によって行われるのではないか」
- ⇒あなたはどのように考えますか？

### 事例②: がん告知

- ・40歳代男性、会社員。家族は両親、妻。突然の腹部激痛により救急搬送、検査の結果膵臓がんで、かなりの進行を認めため手術適応はない。化学療法については医師は効果があまり期待できないと判断した。
- ・医療者側はまず妻、両親に説明。母親は「絶対に本人に言わないでほしい」と主張、妻は「残りの時間を悔いなく過ごすためにも全て話して家に帰したい」と話し、父親は「嫁がそういうならば・・・」との反応であった。
- ・本人は何の病気なのかと不安をもっているが「早く仕事にもどりたい」とも話している。今後の方針決定のために本人に説明は必要と思われたが、医療者側としてどう対応すべきか。

### 事例②の問題点(1) 医療者側による説明の仕方

- ・「まず家族に説明」というやり方は、患者に対応(意思・判断)能力がないときはやむをえないが、それが認められるときにはよほどの事情がないかぎり正当化されない
- ⇒「よほどの事情」とは、精神的に不安定であると診断される時、患者本人が「自分は説明を聞きたくない」と意思表示しているとき
- ・患者に十全な対応能力が認められるときには、「この患者に告知するのが適切かどうか」を決定する権限は医療者にはない？
  - ・「残された時間をどのように過ごすかは患者本人が決める」のが原則であり、「病状説明」はそのための不可欠の条件である

### 事例②の問題点(2) 個人情報保護の原則

- ・「ある個人の重大な情報は、本人の了解なしに第三者(家族を含む)に伝えてはならない」のが原則
- ⇒医療情報は例外的扱いが認められるが、「深刻な情報」は患者本人の情報である(その後どのような生を送るかは本人の問題であり、その選択権を奪うことは、医療者はもちろん家族にも許されない)
- ・救急以外の通常の場合、入院時又は検査前に「大事なことを伝えるときは、患者と家族同席で行う」ことを文書で確認するルールを決めておく(「家族だけに伝えてほしい」という要望があれば対応)
- ⇒病院としての方針を決めておくことが不可欠(「医療者のディレンマ」の問題ではない)

### 事例②の問題点(3) 患者の家族への対応

- ・原則としては、対応(意思・判断)能力のある患者に対して、医療者側の都合や家族の意向で「情報操作」することは正当化できない
- ⇒「家族の間で意見が異なる」「キーパーソンはだれか」等は問題にはならない
- ・「とりあえず家族に」の理由
- ⇒長年の医療慣行？  
⇒患者のことを一番よく分かっているから  
⇒トラブル予防(家族の意向を無視したらあとでまずいことになる？)

### 事例②の問題点 (4) 医療者間の意見の相違

- ・「本人が自分の状態を受け容れられるかどうか分からないので、まずは家族に説明するのはやむをえない。家族の了解を得てから本人に説明する。」
  - ・「まずは家族へ説明を、という進め方がおかしい。本人同席で説明すべきだ。」
  - ・「家族が本人には言わないでほしい、と強く求めてきた場合は、その通りにするしかない。」
  - ・「残された人生をどう過ごすかは本人が決めることであり、たとえ家族でもその権利を奪うことは許されない。」
- ⇒あなたはどのように考えますか？

### 事例③: 難病の出生前診断

上の子(3歳)が稀少な神経難病である30歳代の女性が第二子を妊娠し、夫婦で出生前(遺伝子)診断を希望し、もし陽性であれば人工妊娠中絶をしたいと申し出た。その疾患は重い知的障害を伴うが身体的障害は比較的軽度であり、生命予後についてはデータが少なく、半数程度が成人になる前に亡くなるという報告がある。緊急カンファレンスで対応が検討された。

### 事例③の問題点(1): 社会的論争における反対論

- 「障害者はいない方がよい」、「障害者は不幸だ」という優生思想に基づく「障害者の事前抹殺」であり、認められるべきではない
- 「生命の平等」「いのちへの畏敬」を損なうものであって倫理的に容認できないし、「胎児条項」というかたちで法律で認めることにより、障害者差別が助長される恐れがある
- 「自己決定」の名の下で行われる「生命の質の選別」、「胎児の人権の否定」である

### 事例③の問題点(3): 社会的論争における容認論

- 人工妊娠中絶一般も障害を理由とする選択的中絶も「当事者の選択権」として容認されるべき(第三者や社会が介入すべきではない)
- 医療は人々のニーズに応じて技術的に可能な選択肢を提供するだけであり、あくまで決定するのは当事者である
- 現状の障害者福祉は不十分であり、その改善は急務であるが、そのことと出生前診断・選択的中絶を認めることとは無関係である
- 人類の「質」の劣悪化を防止するために必要であり社会に負担となる存在を増やさないことが重要だ

### 事例③の問題点(3): カンファレンスでの様々な意見

- 「染色体異常の出生前診断は日常医療として行っているのだから、希少疾患を理由に特別扱いするのはおかしい」
  - 「遺伝カウンセリングを踏まえて遺伝子診断をする以上、法的にも倫理的にも問題のあるケースなので、慎重に対応する必要がある」
  - 「育てる夫婦自身が決める権利があるのだから、第三者である医療者は情報提供するだけにとどめるべきだ」
  - 「中絶を前提にした出生前診断は生命の選別であり、様々な難病の人たちに及ぼす影響も無視できない」
- ⇒あなたはどのように考えますか？

### まとめ

#### コミュニケーションのむずかしさ(1)

- 医療者の間で、医療者と患者・家族との間で、患者と家族の間で、家族(親族を含む)の間で、意思が異なる場合、どのように対処するのが適切か？
- 家族の都合、病院の都合によって患者の命や意向がないがしろにされていると感じられたとき、医療者はどうすべきなのか？
- 生と死の選択を伴う決定の場合、関係当事者それぞれの価値観(死生観等)が対立することも少なくないが、どのように折り合いをつけるのか？

### まとめ

#### コミュニケーションのむずかしさ(2)

- 「コミュニケーションのむずかしさ」を少しでも減らすためには、上記「問い」が表明できる機会を可能なかぎり設けること、患者側・医療者側の双方とも「納得」できる意思決定システムを作ることが重要
- コミュニケーション・プロセスの多元的実践へ  
⇒各診療科スタッフ・カンファレンスの充実化  
⇒医療者・患者家族の話し合いの機会  
⇒各スタッフの内面的自己対話