

第 1 部
〔理論編〕

臨床倫理
エッセンシャル

2009 年春版

はじめに

医療現場で医師・看護師・MSW その他の医療従事者たちが、患者・家族とよいコミュニケーションをしながら、医療を進めて行く際に、日々あまり意識しないで行っている、また時に倫理的な問題だと意識する場合もある「これからどうしたらよieldろうか」、「この患者さん・家族の方にどう対して行こうか」という検討を、より適切なものにしていくことが、ここで目指していることです。そのために、臨床倫理の具体的検討をする際に基礎となる考え方のエッセンスをまずご理解いただくというのが、第1部「臨床倫理エッセンシャル」の趣旨です。日頃、具体的な問題を考えておられる読者にとっては、抽象的で馴染めないと感じられるかもしれませんが、しばしお付き合いください。

ということで、はじめますが、本題に入る前に、ここで二点、イントロダクションとしてご理解いただきたいことを挙げておきます。

◆臨床倫理(Clinical Ethics)とは◆

- ・臨床倫理とは、臨床の現場（医療・介護）で、従事者たちがとっている・またこれからとろうとする行動や姿勢を、倫理的視点から検討する営みである。
- ・言い換えれば、臨床現場で起きる問題を倫理的視点から検討する営みである。
- ・臨床倫理の営みは、医療・看護・介護といった社会的に行われるケアをどう進めるかという検討の営みと表裏一体である。
- ・臨床倫理の営みは、個別事例についての検討が中心であり、その意味ではケース・バイ・ケースなものとなろう。しかし、検討の仕方自体は、理に適った、共通のものであることが望ましく、それを見出すのが「臨床倫理学」の仕事である。
- ・臨床倫理は、職種の別を越えて、医療に従事する者たちが共同で行うことが望まれる営みである。

医療や介護に従事する方たちは、毎日、医療・介護の現場で、患者さんや家族の方、あるいは利用者と応対しながら、「さあ、この方にどのようなケアを提供することができるか」、「どういう治療をしたらよいか」と考えて、そのことについて相手と合意に至るように努力しています。相手も納得し自分たちも納得できることをしようとして、そのためにどうしたらいいかを考えています。いろんな問題にぶつかって、こちらが「これがいい」と思っても、患者（利用者）さんが「うん」と言わ

ない場合に、「では、どうしたもんだろうか」と、考えます。そういう医療・介護の従事者たちの（共に）考える営みが、臨床倫理と呼ばれているものにほかなりません。

このような臨床倫理という営みをどのように整えたら、より良い臨床倫理の営みができるだろうかと考える学問として、臨床倫理学があります（ちょうど教育と教育学の関係のようなものです）。臨床倫理という営みを、理に適っており、かつ実践的に有効なものにするために、現場の医療者と倫理の理論家が協働して、研究する活動が臨床倫理学です。臨床倫理の営みは、個別事例の検討が中心であり、その意味ではケース・バイ・ケースなものと言えるでしょう。しかし、検討の仕方自体はケース・バイ・ケースであってはまずいのであって、理に適った、共通のものにすること（＝標準化）が可能であるはずで、このことが臨床倫理学の課題です（ですから、今ここで「臨床倫理エッセンシャル」というタイトルで、臨床倫理について書いていますのは、臨床倫理学の研究成果に他なりません）。

また、臨床倫理の営みが理に適った、共通のものである必要があるのは、医療者の説明責任にも関わるからです。かくかくの事例に際して、医療者たちはどういう理由で、これこれの行動をとったかということについて、時に説明が求められます。これに対して適切な対応ができるためには、日頃から自分たちの行動を説明しようと思えば、きちんと説明できる、理に適ったものとしておくことが大事です。これはまさしく、理に適った臨床倫理の営みを日常的にしていくということにほかなりません。

臨床倫理の営みにおいて、医療者たちは、個別の問題に直面して、「私たちはどうすべきか」ということを問いますが、そればかりではありません。個別の問題の性質に応じて、「私たちは、どのような姿勢ないし態度で、患者さんや家族に向かおうか」、「相手（人間）をどう見るのが適切か」、「医療とはそもそも何をする事か」、「人にとって何が価値あることか」等々の問うことにもなるでしょう。

臨床倫理の営みが必要となる場面の中心は、選択・意思決定のプロセスです。患者・家族と医療者たちが話し合いながら、どういう方針で治療ないし療養を進めていくのかを決めるということが、医療のプロセスの要となるからです。ですから、本稿も、意思決定のプロセスを中心に解説をしています。ただし、臨床倫理の対象はこれだけに限られるわけではなく、より広く、医療者が患者・家族と向き合い、あるいは寄り添いながらケア活動を進めて行く際に起きた問題をカバーします。

最後に、臨床倫理は、職種の別を越えて、医療に従事する者たちが共同で行うことが望まれる営みです。患者・家族は、医療機関に属して働いている人々は一体となって自分たちに医療を提供してくれるはずだと思っているはずですし、実際にそうあるべきでもあります。ですから、問題が起きた時に、医療機関で医療に従事する者たちは一緒になってこれに対応すべきであり、そのために共同で問題について

考える臨床倫理の営みを行うようになることが望めます。臨床倫理は、医師にも、看護師にも、またMSW、薬剤師、さまざまな技師に、そして時には事務職にも共通のものであって、医療機関として行うべき活動です。

◆ケア活動は倫理が支えている●

- ・問題が起きた時に活動の倫理的側面が表面化する
- ・しかし、ケア活動には常に倫理的側面が伴っている。

何か倫理的な問題とされることが起きると、例えば「医師が患者から呼吸器を外したのは、医学的に適切な行為だったといえるのか」、「家族は説明を受けて納得しているのか」、「患者の意思はどうだったのか」といったことが、マスコミで取沙汰される。そういうときは「倫理、倫理」と言うけれど、医療者が日常的に活動していて、特に問題が起きているわけではない時には、倫理は関係ない、と思われるかもしれない。「倫理」ということが出てくると、必ず自分たちが責められたり、疑問の目で見られたりし、それで、倫理というのは煙たいもので、世間から自分たちのやっていることを意地悪な目で見られている・・・というように感じておられる医療者も多いのではないだろうか。だが、まずここでお分りいただきたいのは、倫理というのは、本来はそういうものではない、ということです。確かに、日常的に医療なり看護なりの活動をしている際には、倫理というものは意識されていないかもしれないけれども、すべての医療・看護活動は、実は倫理によって支えられている、あるいはそれらには倫理的な面があるのです。

例えば

「滅菌ガーゼは素手で扱ってはいけない」

ということは、医師、看護師共通の基礎的な、ごく初歩的な知識です。技術的なことと思われているのではないかな、と思います。で、これについて「なぜそうなのか」と考えてみてください。

そうすると、専門家である医療従事者がまず思い浮かべるのが、**感染のメカニズムについての科学的・専門的知識**だろうと思われます。手はいくらよく洗っても雑菌が残っていて、それで滅菌ガーゼを扱うと、滅菌ガーゼが手によって汚染され、それを患部に当てたらそこに感染が生じてしまうかもしれない・・・というようなことです。でも、このような生物学的な説明をいくら詳しくやったとしても、それだけでは「だからそういうことをしてはいけない」という結論にはなりません。

「滅菌ガーゼを素手で扱ってはいけない」という結論が出るためには、以上のような科学的知識と並んで、「**患者に害を与えてはならない**」という医療・看護に携わ

る者なら誰でも持っているであろう姿勢というか、行動の原則ですね、これが要ります。これはコロンブスの卵です。医療の専門家にとってあまりに当たり前なので、かえって意識してないのです。でも、考えてみれば、「患者さんに害を与えちゃいけない」ということが大前提になっているから、滅菌ガーゼを素手で扱うとどうなるかという専門的な知識が役に立つのです。ところで「患者に害を与えてはいけない」ということは、倫理原則と言われているものの一つに数えられています。つまり、「滅菌ガーゼを素手で扱ってはいけない」という一見単なる技術的な知識であると思われるものも、「なぜ？」と理由を問うと、実は倫理によって支えられていることが分かります。

このように考えてごらんになると、すべての医療や看護の活動は倫理によって支えられていることが分かるでしょう。それを通常は意識していないのは、医療者には倫理的なもの（「相手の害にならないように」、「できるだけ益になるように」とか、「相手を尊重しながらことを進める」といったこと）が身につけていて、当たり前のことになっているからです。当たり前であるのは、倫理は医療者に外から押し付けられるもの、トップダウンで天下ってくるものではなく、(以下で説明しましように) 社会のシステムとして行われるようになったケアとしての医療にその性格として備わっているものだからです。

ですから、以下には度々「倫理原則」というものが登場しますが、それは私たちを縛るものではありません。守らないとならない法律みたいなものではありません。むしろ、医療に従事する専門家として医療ないし看護というケアにコミットした時に、自ら引き受けたものなのです。自分たちの、「私たちはこのように行動するんだ」という自ら選んだ生き方というか姿勢を、共通の言葉で言い表したものだとお考えください。

1. 《同》の倫理と《異》の倫理

さて、倫理ということを理解するために、まず医療や介護の現場に限らない一般論を考えることから始めます。医療現場から離れて、医師や看護師という職から離れて、一個の人間として人間社会の中で暮らしている場合のことです。

倫理には、どうも二つの流れがあるように思われます。二つの流れといいましたが、どちらを選ぶかという話しではなくて、倫理についての二つの流れが私たちの中に両方あるのです。

◆《同》の倫理：互いに支え合う親密な人間の間倫理◆

- ・ケアし合う間柄／相手と私は同じ、一緒だという意識
- ・“Live by helping each other”（助け合って生きる）：相手のために無償で自分を犠牲にすることもある
- ・支え合う／相手の善を求める → [マイナス面] おせっかい、大きなお世話
- ・価値観の共有を期待する（公共的理解＝私とあなたの共通理解） 個の独立は出てこない → [マイナス面] 異分子、異論の排除
- *一般倫理「他者援助（相互援助）の奨励」：「互いに愛し合いなさい」「助け合いの精神で」
- ・単にルールではなく、気持ちや態度にも関わる

一つは「同の倫理」と私が呼んでいるものです。《同》というのは《同じ》ということことです。「自分と相手は同じだ／仲間は皆一緒だ」ということが前提になって、いろいろな行動や考えの基本になっているような倫理です。「同志」、「同胞」、「仲間」、あるいは「家族」と呼ばれるような親密な人間の間柄で特徴的に現れています。「あなたと私は一緒に生き、一緒に活動し、一緒にいる」という時の《一緒》と言い換えることもできます（例「お母さんと一緒！」。一緒に生きているということは支え合ってるわけです。

そのような間柄においては、ケアをし合うということは基本的です。相手が弱っていたら、何か助けが必要だったらすぐ助けようとします。お母さんは自分の産んだ赤ちゃんを自然にケアします。「ケアしなければなりません」などと言われてしているわけではありません——普通は。相手と自分是一緒です。ここでは“give and take”ではありません。お母さんは自分の子供のために、自分の命を犠牲にすることもあります。家族の中の一員が病気で倒れたとなると、ほかの家族が自分たちの生活、自分たちの楽しみ、そういうものを犠牲にしても一生懸命その倒れた人、弱く

なった人を支えようとすることもあります。それが自然に動いているようなそういう生活というか、そういう人間関係があります。こういう「あなたと私は一緒」という間柄においては、自分と違う価値観を相手が持っているなどということは想像もしないというようなことでもあります。

これはマイナスの面にもなります。助け合って、支え合っていますから、そういう意味では美しい人間関係に見えますが、ちょっと間違ると、あるいは間違わなくても、どうしても「おせっかい」になりがちです。つまり、「相手にとって何が好いかということをお前は知っている」と考えるのです（なにしろ私と相手とは《同じ》だということが基本になっていますから）。すると、それをしてあげたくなくなってしまうのです（相手にとって好いように行動するというパターンが身についていますから）。そこで、相手に良かれと思って一方的にやってしまうことになります。つまり、「おせっかい」で、「干渉がましい」ことになりがちです。

また、今の話と連関して、皆一緒だという意識がありますので、「違う」ということになったときに、それを排除する傾向もあります。例えば、親子関係で、（昔の話ですが—今ではそういうことはあまり有効じゃないです）、放蕩息子を「勘当だ」とか言って切り捨てます。あるいは村落共同体で、助け合って生きてる中で、異分子が出てくると、村八分ということで、コミュニティーの一緒に助け合って生きている輪から排除するということになります。《異》ということをお許せないところがあるわけです。

以上のようなダークサイド（暗い面）を伴っているのではあるけれども、明るい面に目をとめれば、一緒に生きる仲間同士として助け合って生きていこうという、美しい倫理が、《同》の倫理です。

例えば、ある患者さんが入院したとします。立派な家族がいるのにあまり患者さんのケアをしようとしない、病院に尋ねて来ようとしない、ということがあると、「家族なのに冷たいな」とか、「何かこれまでに確執があったのかな」とか、私たちは思うのではないのでしょうか。それは、家族だったら助け合うのが普通だろう（標準だ）と、つまり同の倫理が活性化しているはずだと、私たちは普通考えているからです。

さて、《同》倫理の起源を想像してみますと、これは人間の歴史をずっと遡って、まだ小さい群ごとに生活していた時代に始まると思われれます。非常にプリミティブな原始的な生活を考えてみてください。個々の群の成員は、生きぬくために一体となって行動しなければなりません。互いに支え合い、助け合っていないと生きぬけません。そこで一緒に生き、チームワークにより行動していたわけですが、その際には、皆が同じ思いであることが前提になっていました。群の中で生まれた子をケアすることは人が人といえるような存在になった当初から、いやそれ以前から続いていたでしょう。老いたり、病になったりして、助けを必要とする

ようになった成員をケアする活動がいつ始まったかは分かりませんが、どこかで始まったには違いないのです。そういう群の成員の行動様式が、同の倫理の起源であると言えるでしょう。ですから、同の倫理は親しい間柄ではごく自然に実践されるわけで、ことさら明示的なルールにして「こう行動しなくては」と確認しなくてもよいわけです。また、行動以前に、相手への姿勢とか思いなどを含んで、人間のある意味で自然なあり方となっているのです。

◆《異》の倫理：互いに独立した、疎遠な人間の間倫理◆

- ・相手と私は異なる／平和的共存をめざす／自由
 - ・“Live and let live”（人それぞれ：自ら生き、他者の生を妨げない）
 - ・相互不干渉／公共的価値観と対立しない限り、個人の価値観に基づく選択を尊重
 - ・フェアな競争／give and take → [一] 冷淡、無関心、打算
- *一般倫理：「他者危害の禁止」という指令
- ・ルールを立てて、それを守るという考え方

他方、もう一つの《異》の倫理の方は、「相手と自分は違う・異なっている」ということが前提になっています。相手と自分は互いに別々の独立した人間であり、利害が衝突することもあるでしょう。わたしにはわたしの持ち物、わたしの領分、わたしの世界がある。あなたにはあなたの持ち物、あなたの領域がある。あなたの領域にはわたし干渉しないから、その代り、わたしの領域にあなたは干渉してくれるな、お互いに干渉しないで、それぞれ自分の道を歩みましょう、というわけです。

「他者危害禁止の原則」と呼ばれるのは、「人間は何をするのも自由だが、他者に危害を加えることだけは禁止される」という倫理的なルールですが、これもつまるところは互いに相手の領域に干渉しないという考えに他なりません。

英語に、“Live and let live” という表現がありますが、これは異の倫理をうまく表現しているなと思います。“live”というのは、自分は生きるということ、自分なりに生きなさいということです。“let live”は、他の人が生きるのを妨げないということ、他の人がその人なりに生きるがままにしておきなさい、ということです。「人それぞれ」というような訳語が出ているのを見たことがあります。自分も生きるよ、でも同じように相手も生きている。だから、自分も自由に生きる代りに、相手も自由に生きるのを妨げちゃいけないよ、というようなことになるでしょう。

つまり、このような関係においては、お互いに不干渉である、干渉しないということが建て前になります。例えば、医療においてもそうですが、自己決定ということがあります。自律を尊重するといいます。みんなそれぞれ違う価値観を持って、

自分で自分の道を歩いていく。それぞれが主権をもっている領域（私の持ち物、私の人生）に、他者が侵入してはいけない。で、私の身体もまた私のものなのだから、わたしのことはわたしが決める。だから、医師といえども、私の身体に加える治療について勝手に決めないでほしい、ということにもなります。これは、皆それぞれ異なっているということの基本にする倫理なのです。

《異》の倫理にもマイナス面（ダークサイド）があります。それは、相互不干渉ということから、人々の間で、冷淡、よそよそしい、無関心といった姿勢をもたらします。また、give and take は、損得ずく（「世智辛い世になったもんだなあ」）、形式的、疑い（ぼーっとしていると騙されるかも、と疑心）といった態度をもたらしています。

《異》の倫理の起源は、異なる群れ同士が平和共存していくために創られたルールにあると想像されます。ここでも原初的な人間の群を想像してみてください。そういう一つの群れが別の群れと出会うことがあります。そうすると、縄張り争いになることがあるでしょう。自分たちの食物を得る領域を確保し、あるいは拡大使用として衝突するわけです。しかし、やがてそのように食うか食われるかの争いをしていく状態から、何とか他の群れとも平和共存していこうという志向になったと思われる（現在の社会から遡って考えるとどのような経過を辿ってかはともかくそうやってきたわけです）。で、異なる群れ同士がどうやったら平和共存できるかというところから出た知恵が、それぞれの支配する領域を決めて、お互いに相手の領域には干渉しないというルールだったのです。こういう考え方が、群れ対群れの関係だけではなく、個人対個人の間においてもなされるようになった結果、「各自は何をするのも自由だが、他者の領域に侵入してはいけない（すなわち危害を加えてはいけない等々）」ということになったのでしょうか。そういうような歴史を想像してみると、納得できるのではないのでしょうか。

◆全ての人間関係における二つの倫理の並存とバランス◆

- ・ 同の倫理と異の倫理は、現在ではすべての人間関係において並存しており、二つの間のバランスは人間関係のあり方に相対的である。
- ・ 社会のあり方も、二つの倫理のバランスをどうとるかにかかっている面がある。
- ・ 私たちは相手との人間関係の遠近を測りながら、二つの倫理のバランスを考えつつ、どう相手に対応していくかを選んでいる。

以上、《同》の倫理と《異》の倫理について説明しました。これらは人間同士の関係を基礎にして成り立ったものですが、よいところばかりではなく、マイナス面もありました。そのマイナス面は、これら二つの倫理がうまく並存すると、互いに補

い合って好ましいあり方になれそうです。実際、私たちの社会には、この二つの倫理が並存しており、親しい者同士の中にも異の倫理が入り込み、個々人の相対的独立を認め、あるいは勝手な干渉や、異なる生き方の排除といったマイナス面を解消するように働いています。逆に、疎遠な人々の関係にも、同の倫理が広がって行き、社会全体としてある程度互いに助け合うような仕組みができ、また、遠い間柄でも助けを求める人に応じて支援するといったことがなされるようになってます。現在は、あらゆる人間関係の中で、この二つの倫理が、それぞれの人間関係に応じたバランスをとりながら、並存していると言えましょう。逆にいえば、私たちは相手との人間関係の遠近を測りながら、目下の場面で二つの倫理のバランスをどうとりながら対応して行こうかと考えているのです。

社会をどのようなあり方にしようかという時にも、二つの倫理の間のバランスの取り方で、いろいろな立場が成り立ちます。高福祉高負担の社会では、誰もが病気になったり、高齢になったりしても、社会的に手厚いケアを受けられるようになっていて、安心して暮らせます。が、そのような福祉を充実させるために、個々人に大きな負担がかかります。異の倫理と相対的にいって同の倫理が強くはたらいてます。これに対して、低福祉低負担の社会では、個々人への負担を軽くする方向に傾いています。それは各人の自由を重んじ、各人から強制的に税金等を取ることをしない方向への傾きです。負担が少ないということは、福祉に使える財源が小さいということですから、低福祉にならざるをえません。同の倫理は相対的に弱いのです。

社会の中での通常の人間関係を考えますと、異の倫理が基本になってます。皆、自由に生きてよいが、ただし他人に危害を加えることだけはしてはいけない、という「他者危害禁止」原則は一般的な倫理として認められています。研究者によってはこれが唯一の倫理原則だという人もいるくらいです。しかし、私たちの中には、確かにこれだけではなく、同の倫理も実際にあります。異の倫理だけが活性化している社会を想像すると、それは冷たい社会だ、そんな世知辛い社会で生きたくないと思うのがまあ普通でしょう。そう思うのは、もっと親しい人間関係もあり、そういう関係を実現するような同の倫理への希求が私たちの中にあるからこそだと思います。

●臨床倫理のプロセスにおいて●

以下でより詳しく説明しますが、医療者と患者・家族の関係も人間関係ですから、そこでやはり二つの倫理が働いています。ここでは大雑把な言い方をしますが、医療者が、患者さんにとってできるだけ益になるようにと考えて、相手の最善になるようにしようという姿勢をとっておられる時、そこでは同の倫理が強く働いています。「報酬をもらっているのだから、依頼者のよいようにしよう」といったギブ・ア

ンド・テイクの考え方（異の倫理に属する）も働いているかもしれませんが、それが支配的になってしまっておしまいだと一般には考えられています。他方、相手の最善になるようにといくら思っても、それを勝手にやってはいけないという自己規制もかかっていることでしょう。相手の領域には基本的に干渉・侵入しない、する時には相手の許諾を得てからだ、というのは異の倫理の考え方です。このように、医療・介護の活動をする際には、同の倫理と異の倫理が共に働いています。両者が調和的に働いていることも多いですが、時にこの二つの間で衝突が起こることもあります。……とまあ、このように問題を分析して考えることもできるでしょう。そうすると、同の倫理－異の倫理の並存とバランスという観点でこれからどうやっていこうかと考えることもできるでしょう。

2. 臨床倫理における倫理原則のセット

前節で提示しました、二つの倫理の並存とバランスということを念頭に置いて、ここでは臨床現場における倫理をどう考えるかということの説明をします。医療の中で「倫理」というと「倫理原則」を連想する方も多いのではないのでしょうか。確かに、倫理原則について考えることが、臨床倫理の理解のために手っ取り早いでしょう。そこで、以下では、「何が倫理原則（のセット）か」ということを導出しながら、「倫理原則とはいかなる性格のものか」、「私たちは倫理原則をどのように位置づければ（使えば）よいか」といったことを併せ考えます。

「何と何が倫理原則か」と、倫理原則のセットを考えるわけですが、それは、「医療は社会の仕組みになったケアである」ということから導出できます。

◆臨床の倫理原則セットを見出す◆

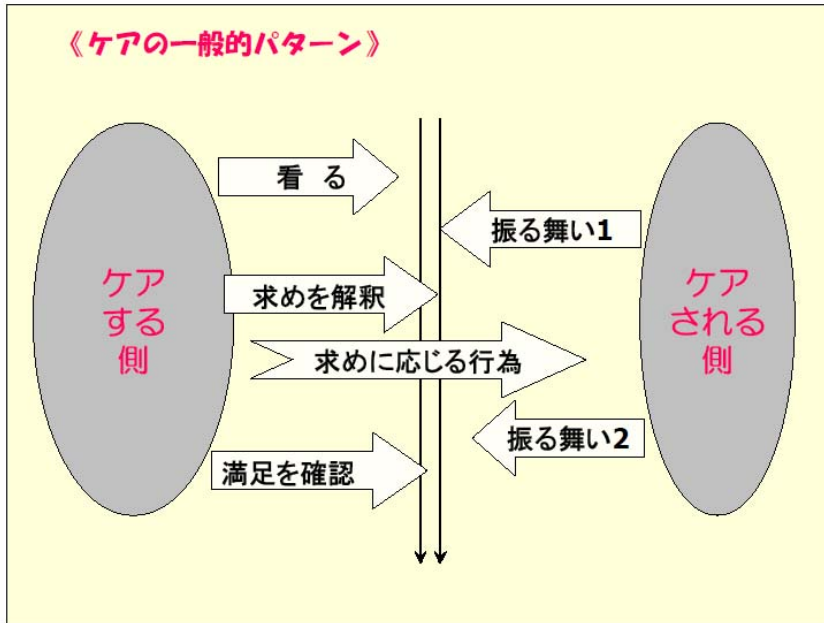
●ケアに共通の要素から●

- ・医療活動はケアの一種である。
- ・ケアは一般に別図に示されるようなパターンのプロセスを辿る活動である
- ・ここから、ケアに不可欠な要素として、①コミュニケーションのプロセスを辿る、と②相手の最善を目指す（必要を満たそうとする）、とが見出される。
- ・①と②はいずれも医療の倫理原則と呼ばれているものに含まれている（これだけではないが）。

さて、臨床の倫理がどのようにして構成されているかを説明しようと思います。まず、看護はもちろんケアの一種ですが、医療もまたケアには違いないということをご理解ください。医師は医学の知識を基にして治療しますが、それは患者さんが何とかしてくれとやってき、それに対して患者さんがよりよくなるように助けようというので医学の知識を駆使して治療しているわけで、これもまたケアの一つのあり方です。スキンケアも、いわゆる「お肌の」ケアです。

では、《ケア》とは何かということですが、ここで私は「別図に示されるようなパターンのやりとりがケアだ」と考えてます。このパターンは「ケア」と呼ばれる全ての活動に共通のもので、このパターンについて以下で説明します、

〔看る〕ケアする側はケアされる側をまっすぐと見えます。見守ってます。ケアされる側を例えば赤ちゃんとしみましょう。赤ちゃんがにこにこしてるかぎり、ケアするお母さんは「ああ、よしよし」と言いながら見えています。見守っているだけ



です。

〔振る舞い 1〕でも、時に赤ちゃんがむずかりだすとしします。「むずかりだす」というのがこの図でいうケアされる側から発せられる「振る舞い」なのですが、ケアする側はこれを一つの信号・合図として受け止めます。ケアされる側が何かを求める合図をしかけている、とね。

〔求めを解釈〕そうすると、お母さんは考えますね——「おむつがぬれてるのかな？」それとも「おっぱいが飲みたい？」。つまり、何が求められているのかを解釈するわけです。

〔求めに応じる行為〕それで「ああ、おむつが濡れている」と状況を把握しますと、おむつを替えます。「おっぱい飲みたいんだろう」となれば、ミルクをあげます。

〔振る舞い 2〕そうすると、むずかっていた、あるいは泣いていた赤ちゃんが泣きやんでにこにこしだし、あるいはすやすやと寝入ります。

〔満足を確認〕お母さんはそれを見て、「ああ、これでいいんだな」と、ケアされる側がケアによって満足したということを確認します。

〔見る〕以上で、赤ちゃんの合図によって始まった一連のパターンが終って、お母さんは再び、「見守り」の態勢に入るわけです。

このようにして、ケアされる側からの合図があればこういう一連のパターンを辿るぞというスタンスで見る態勢をとっている時、「ケアしている」ということが成り

立ちます。

看護師が夜中に病棟を巡回している場合も同様ですね。何もなければ見るということをしているだけです。ある患者さんのところでバイタルが変な値を示していたというのも一つの信号ですし、別の患者さんが、回ってきた看護師に向かって「今日は眠れないんだけど、何かちょっとこの辺が痛くて」などと訴えるのも一つの助けを求める合図です。それに対して、看護師はバイタルを見て、あるいは患者さんの言葉に応じて、「さあ、この方にどうして差し上げたら良いだろう」と、この患者さんにとっての最善、この患者さんの必要を考え、対応する活動をします。その結果、バイタルが正常に戻るとか、患者さんが「ああ、これで眠れるわ。だいぶ楽になった。ありがとう」と満足を表明したということになると、看護師は「ああ、これでオーケーだな」と、見る（見守る）態勢に戻るわけです。——と、こんな具体的に、ケアというものは、こういうパターンで進んでいくものなのです。

こうして見ると、このパターンからケアに不可欠な要素が見出されます。一つは、「コミュニケーションのプロセスを通して進める」ということです。つまり、ケアする側とされる側の双方向のやりとりによって進行するわけで、一方的ではありません。もう一つは、「相手にとってもっとも良いことを考えて行う」ことです。相手が「あれしてくれ、これしてくれ」と要求された通りに、はいはいと、王様に仕える奴隷のようにやるのがケアなのではありません。そうではなく、相手の求めを受けて、ケアする側は「この人には何が大事か、何が必要か」ということを主体的に判断した上で、それをするわけです。

以上で、ケアがケアであるためにはこういう要素が必要だというものを二つ挙げましたが、この二つは、後で出てきますが、これが倫理原則だと言われているものに含まれています。つまり、倫理原則の少なくとも一部は、ケアがケアであるために必要な要素を指摘するものなのです。ですから、医療従事者が医療あるいは看護というケアをしようとして、そういう活動にコミットしている時に、その医療者のうちに倫理原則はすでに生きて働いていることになります。倫理原則は外から医療者たちに「これをせよ、あれはするな」と天下ってきて押し付けられるものではありません。そうではなく、医療にせよ、看護にせよ、介護にせよ、ケアをケアとしてしている人のうちに見出されるものなのです。

●ケアの社会化の過程で加わったこと●

- ・医療システムは社会化したケアの仕組みである
- ・社会が同と異という二重の人間関係を反映したあり方をしてい →
 社会化したケアの倫理も同の倫理と異の倫理を合わせ含んでいる。
 - ・同：《支え合う》関係 → ケアを社会として行う
 - ・異：《相互に独立した》関係 → 個々人の意思を尊重
 - ・同と異のバランス → 医療行為は社会的視点から見ても適切であるように
- ・臨床の倫理原則：
 - ・P1 人間として尊重：相互不干渉（異） — ケア的態度（同）
 - ・P2 相手の最善：個人の価値観（異） — 公共的（共同の）価値観（同）
 - ・P3 社会的視点での適切さ：他者危害の排除（異）—社会的援助の充実（同）

以上は、ケア一般に共通の点でした。次に医療や介護に限定して考えます。これは社会の仕組みになっています。社会のシステムに組み込まれているものです。つまり、社会として医療というシステムを造り、運営しているわけです。医療保険があり、それから諸医療機関はそれなりの基準を満たしているかどうかを、行政によってチェックされ、認可され、医師や看護師をはじめとしてそこで働く人たちは、医療に携わる資格を得てはじめて医療活動ができるのです。このように、医療というケア、看護というケアは、社会の仕組みの中に組み込まれたものですから、そのことに伴って、ケア一般がケアであることに由来してもつ倫理的なものに加えて、ケアが以上のような意味で社会化したことに伴って入ってくる倫理的なものがあるのです。そして、社会自体に、先ほど言いましたように、同の倫理と異の倫理がバランスをとりつつ並存していますから、それが臨床の倫理に入ってくることになります。

お母さんは赤ちゃんに対して好いと思ったら躊躇うことなくすぐ実行するかもしれませんが（この場合は同の倫理だけが活性化してます）、医療や介護においてはそうはいきません。医療者が、これは患者さんにとって好いと思ったとしても、それを実施するにはまず患者さんのオーケーを取らなければなりません（異の倫理が同の倫理とならんで活性化します）。というのは、医療が社会の仕組みになったケアからです。また、社会の中で公的になされているケアなので、今向き合っている患者さんだけのことを考えていればよいというわけにはいかず、ほかの人のこと、社会全体も視野に入れながら、果たして他の人に対して不公平にならないだろうか、また、この方にこれだけ医療資源を投入したら皆の負担が増えるけれども、それでもやるべき理由があるだろうか等々と、考えながらやらなければならなくなります。

以上をまとめますと、臨床の倫理には、ケアであるということに伴って現れた要

臨床倫理エッセンシャル

素と、単に私的なケアではなく、社会の仕組みになったケアであるということに伴って生じてくる要素と、二つの起源から倫理原則が成り立っていることとなります。

さて、このようにして構成されている倫理原則のセットは次の3つを含むと考えるのが妥当でしょう。

【P1: 相手を人間として尊重する】 これはケア一般に不可欠の要素である（ということは同の倫理に属しますが）「コミュニケーションのプロセスを通して進める」ということ、同の倫理に由来する「ケア的態度で相手に接する」ということと、異の倫理に由来する「相手の自律を尊重する（意思を尊重する）」ことを併せ含む原則です。

【P2: 相手にできる限り大きな益をもたらすことを目指す】 これはケア一般に不可欠の要素である、「相手にとって好いように」ということを柱とします。ここで、ある人にとっての最善をどう判断するかについて、同の倫理では私と相手が共通の価値観を持つ（ようになる）ことを期待し、同じ価値観のもとで何が良いかについて共通理解が持てるとみます。が、異の倫理では、各々が各々にとっての最善についての最良の判断者であるとみます。医療者と患者・家族の間柄の遠近に応じて、最善について異の倫理に傾く判断をするか、同の倫理に傾く判断をするかが、変るのです。

【P3: 社会的視点でも適切であるようにする（正義を保つ）】 医療が社会的な仕組みとなったものであることにより、社会的視点から個々の医療行為をチェックするというポイントが生じました。異の倫理の柱である「他者危害の禁止」と連関して、今選択しようとしている医療方針が、第三者に害を与えないか、また不公平をもたらさないか、と「適切かどうか」を吟味します。また、社会の中での同の倫理に連関して、社会が個々人のよい生のために用意している社会資源や、個々の医療機関内だけでなく、社会全体を見渡して、医療が提供し得る資源を把握し、それらの中に目下の患者・家族に提供できるものがないかどうかを吟味します。さらには、社会の医療体制自体が適切かどうかという吟味になることもあるでしょう。

これらの倫理原則が含んでいることについては、次節でより詳しく見ることにします。

◆臨床の倫理原則＝社会化したケアに携わる者の姿勢／行動原則◆

・P1: 相手を人間として 尊重する

人間：理性的・相互に独立（自律）& 非理性的（情・気持）・相互に支え合う
→ コミュニケーション／意思・気持・存在を尊重する

・P2: 相手にできる限り大きな益をもたらすことを目指す。

与益&不加害 相対的に評価する

・P3: 社会的視点でも適切であるように（正義）

医療（ヘルスケア）活動を、社会全体の中においてみる

第3者を考慮に入れる／社会的資源に目を配る／社会のあり方もチェック

まず、ここで提案しています3原則のセットは、現在医学系の諸分野で流布している4倫理原則のセットにほぼ対応していますが、全く同じではありません。人間をどう見るか、ケアという行為ないし関係をどう理解するか、（さらにもしかすると医療がもたらす益と害をどう見るかといったことについても）微妙な違いがあります。はじめに対応関係をまとめて次に示しておきます。

| | | |
|---------------------|---|--|
| ・P1: 相手を人間として尊重 | ⇔ | ①自律尊重(respect for autonomy) + 気持・存在を尊重、ケアの態度 |
| ・P2: 与益（相手の益になるように） | ⇔ | ②与益(beneficence)+③無加害(non-maleficence) + 相対的解釈 |
| ・P3: 社会的視点での適切さ | ⇔ | ④正義(justice)・公平 |

これらについて以下、若干の説明をします。まず、これらの中で最も問題なのは、P1（人間尊重）と①（自律尊重）の違いです。

●人間尊重（⇔自律尊重）●

- ・根源的な原則としての人間尊重原則：相手を人間として尊重する
- ・自律尊重は、近代的人間像 一人間は他者から独立した、自由で理性的であるはずの存在者一 に基づく人間尊重原則の一解釈
- ・より現実的で現代的な人間像 一人間は他者から独立した自由な存在者で理性的な面を持つ。同時に、他者と支え合う必要があり、非理性的な諸要素も備えた存在者一 に基づく人間尊重原則に立ち帰るべきである。
- ・ケア場面では、互いに支え合う人間への眼差しが不可欠 → 自律尊重だけを強調して、相手の最善を思い遣る医療者の心を矯めてはならない

臨床倫理エッセンシャル

医療の現場で倫理といいますと、必ずといっていいほど、「自律」というのが出てきます。自律尊重というのは、相手が自分で自分の道を選択し、自分が決めた道に行くことを尊重するというので、私は決してそれを否定していません。「人間として尊重する」の中には、確かに「自律を尊重する」ということも含まれます。しかし、理性的に自分で自分の道を選ぶ、また他者に依存しないで独立して自分の道に行くという性格だけが人間のすべてではありません。互いに支え合わなければ生きて行けないということ、また、ただ理性が働くだけではなく、感情もあるのです。「血も涙もある」のが人間です。ですから、その「血も涙も」というところも人間理解に入れないとバランスを欠きます。

例えば、患者さんに「理屈はこうだから、かくしたほうがよい」と言っても、患者さんのほうが「理屈はそうかもしれないけど、私はとても今そんな気持ちになれません」などと、感情で動くことはいくらでもあります。そういう患者さんを尊重するのは、ただ相手の「私はこうすることを決めました、こうしてください」というような意思を尊重するだけではなく、気持ちを尊重することが必要です。

例えば、認知症のため、こうしたい、ああしたいと、自分のことが選べなくなっているけれど、でもまだ気持ちはある、ということがあります。嬉しいこと、悲しいこと、嫌なことがあります。「そんな点滴なんか嫌だ」とか、管を鼻から入れられて「もう嫌。抜きたい」とか、そういう気持ちも大事にして尊重しなければ、人間を人間として尊重したことにはなりません。

そういうことは、しかし、「自律を尊重する」というだけでは尽くせません。相手の意思や気持ちを尊重する、あるいはそこに意識不明でただ横になって人工呼吸器でいかされているという方もおられるでしょう。ここに存在している方をどう尊重するのか——こういうことも含めて「人間として尊重する」ということをご理解いただきたいのです。

別の面から言いますと、「人間尊重」は、ただ異の倫理の枠内で、他者の領域への不干渉に基づく「自律尊重」として解釈されるばかりではなく、また、同の倫理の下で、「ケア的態度」としても解されないバランスを欠きます。つまり、自律尊重だけではケア的な態度を表せないのです。医療者が実践しているケアは、決して現に自律した人間ばかりを相手にしてるわけではなく、認知症で自分で自分の道を選べなくなってる方を相手にすることもあり、あるいは、日頃は自分で自分の道を選びつつ、ばりばり仕事をしている方だって、厳しい病気があるとされてパニック状態になって、やたら皆さん看護師に当たり散らすというようなことになっている人もおられるかもしれません。そういう方たちを、人間として尊重するというのはどういうことか。あるいは、そういう方たちに対してケアという態度で接するということはどういうことか。そこまで入れて、医療者の接する相手に対する姿勢を、「人間として尊重する」と表現しているのです。

なお、「相手を人間として尊重する」ということも、同の倫理が強い状況と、異の倫理が強い状況とでは、中身が違ってきます。医療側が、ある患者さんにとってこれが最善だということを勧めていましたが、患者はそれを嫌だといって、別の選択肢（医療者はあまり好いとは思わない）をぜひやりたいと希望したということは、よくあることです。コミュニケーションを続けても合意に達しない場合に、医療側としてはやむをえず患者さんのおっしゃることを認めるということがあります。こういう時には、医療側は患者の意思を尊重しているのですが、患者の意思だから仕方ないとでも言うような内容で、許容しているわけです。ここでは異の倫理に則った解決の仕方をとったことになります。

それに対して、同じ尊重でも、同の倫理が働いている場合のケア的態度だと、例えば次のようなことになるでしょう。ある壮年の男性が厳しい状態で死に直面しているとします。最後の望みで「海を見に行きたい」と希望しています。それを聞いた妻は「お父さんの最後の願いだから何とかかなえてあげたい」と応じました。——確かに今この状態で海を見に連れて行くのはそれなりのリスクがあるでしょう。でも、そういうリスクがあっても、この人の今生の思い出とか、今日1日の生きがいとか、希望とかを考えたら、「いろいろリスクがあり、急変の怖れもあるけれども、この方の生活の充実のためにやりましょう」ということになるかもしれません。とにかく、ここで「この人の希望を叶えてあげたい」と応じる時、同じ「意思尊重」ですが、遠い間柄での異の倫理による対応の場合と、近い関係での同の倫理に基づく対応とでは、大分感じが違うわけです。

当事者である家族 意思決定等に際して、医療者が応対する当事者は第一に患者であることには違いありません。しかし、家族もまた当事者です。ことに患者の疾患が重篤であるような場合に、家族は当事者となります。というのも、患者の罹患と療養が家族の人生に大きな影響を与えるからですし、また、家族は患者の療養を支援・ケアする立場にもあるからです。そのような場合には患者の意思や気持ちと並んで、家族の意思や気持ちも尊重することが求められます。P1（相手を人間として尊重する）における「相手」とは患者だけを指しているのではなく、家族をも指しています。

● 予益原則の相対的理解 ●

倫理原則の第二は、与益原則(beneficence)です。ただ、ここでは上述の米国から入ってきて流布している4倫理原則のうち、与益（相手の益になるように: beneficence）と無加害（害にならないように: non-maleficence）を併せ含んで理解しています。与益と無加害を二つの互いに独立の原則として捉えるのではなく、一つの原則の二つの面として捉えるわけです。与益と無加害を一つの原則の二つの面

として考えますから、治療方針の決定に際しては、候補となるすべての選択肢のそれぞれについて見込まれる良い効果と悪い効果を枚挙したうえで、それらの間を比較して、どれが一番良いか（あるいはどれが一番「まし」か）と相対的な評価をすることになります（＝proportionality 原則）。

つまり、例えばある抗癌剤を投与すると、癌を叩く効果があり、それが患者の延命につながるという益があるとします。しかし、同時にいろいろな副作用も伴っていて、患者は投与している間つらいことがいろいろあるだろうと、害をもたらすことが予測されます。ここで、与益と無加害を相互に独立の二つの原則と看做しますと、この抗癌剤を投与することは、与益原則に適った結果をもたらしますが、同時に無加害原則には反する結果をもたらします。さあ、これをどう考えようかということが直ちに問題になります。これに対して、与益原則を、与益と無加害の双方を併せ含むものと捉えますと、抗癌剤がもたらす益と害を併せて、他の選択肢（当の抗癌剤投与をしないという選択肢も含む）と比較考量します。ですから、害があるというだけで無加害原則に反するといったことにはなりません。通常、どの選択肢にも益と共に害もあるわけで、総合的に見てどれがより有益かが問題なのです。

このようなことで、これは与益という倫理原則の相対主義的解釈であり、〈相対化した与益〉論ということになります。なお、ここで諸選択肢間の比較検討に際しては、評価の物差しが必要になります。「どちらが良いか」ということを測らなければならないわけですから。医療や介護は、何度も申しましたように社会の仕組みとなったケアですから、社会的に認められている価値評価にしたがって、評価をするべきであって、医療等従事者の個人的な尺度で勝手に考えてよいというわけではなりません。もちろん、社会的に認められている価値評価の尺度、つまり《公共的価値観》は、一般市民の大方が共通にもっているものですから、通常、医療者の個人的価値観とそう懸け離れたものではなく、大体一致します——「元気で長生きするのがよい」というような、ごく普通の考えが中心になります。もちろんそうした公共的価値観に基づけば、いつでも「こちらの選択肢がベストだ」というような判断ができるとは限りません。例えば「これについては、患者本人がどちらを好むかによって決まる」というような判断になることもあります。この場合、「このような場合は、本人次第だ」という判断自体が公共的価値観に基づいてなされるわけです（この点についてはさらに後述）。

もう一点付け加えます。先に同の倫理—異の倫理ということの説明しましたが、何をもって良い（益）とするかということにも、この二つの倫理は関係します。割と遠い関係ですと、「何が好いか悪いかは患者さん本人が決める」などと、あっさり言います。つまり、本人の価値観に基づく判断に委ねるということで、悪くいえば「突き放す」傾向にあります。ところが近い関係ではそうは行きません。「私とあなたとは同じ思いになれるはずだ」と思って、相手と自分とが意見が近づいていって

合意に達することを目指して、話し合い、コミュニケーションを続けるわけですね。ですから《共同の価値観》に立って合意できると期待して話し合いに臨むのです。

●社会的視点での適切さ●

第三原則は、医療者が自らの医療（ヘルスケア）活動を、ただ当事者である患者・家族と医療者自らという二項関係においてのみ見るのではなく、同時に社会全体の中において見て、適切かどうかをチェックするということを求めるものです。例えば、患者にもたらされるであろう益と、社会ないし第三者が被るかもしれない害の双方を考え合わせ、両者のバランスをとる必要があります（不平等・不公平の排除）。例えば、ある薬の量が限られている状況で、その薬を必要とする患者が大量に発生した時、その薬をどう分配するか、というようなことがあります。あるいは、本人の益になる見込みがないような（つまり、無益な）治療を本人の希望だからといって実施すると、「費用を、皆の負担で賄っている医療保険から支出するのはおかしい」という批判がされるかもしれません。こういうことをどう考えるかです。

バランスのとり方は、私たちがどのような社会を選ぶかに相対的です。例えば、「無益」な治療を公的な医療資源を使って実施するのはおかしい、ということが社会的に認められたとします。では、「無益かどうか」はどのような基準で判断したらよいのでしょうか。こうしたことは、私たちの社会は、個人についてどこまでサポートすることにしているか（言い換えれば、私たしはこうしたことについてどう対応する社会を選んでいるか）にかかっているのです。

●倫理原則の性格：行為志向か姿勢志向か●

以上、三つの原則について簡単に説明しましたので、倫理原則について最後に、これはどういう性格のものだろうか、ということについて説明します。これについては、倫理原則は、決して医療者の行動を縛って窮屈な思いをさせるようなものではない、ということを強調したいと思います。これらは外から医療者に対して、「これらを守らないとだめだ」として押し付けられたものではなく、自ら選んだもので、いわば自らの行動原則に他ならないのです。

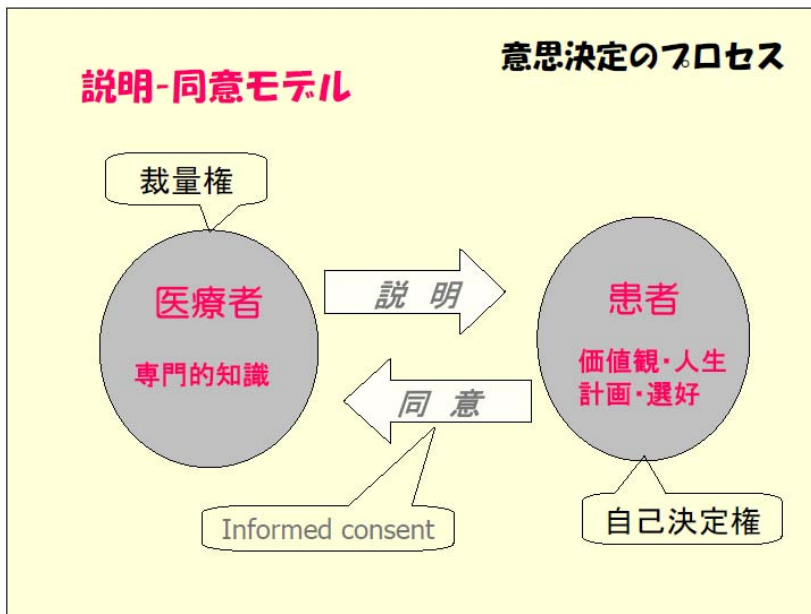
現在、日本の医療現場では倫理原則を個別事例に適用して、どうすべきかと個々の行動を選ぶ際の法律のように扱う、「律法主義的」傾向が強いと感じています。確かに遠い間柄の倫理にはそのような傾向がありますが、親しい間柄の倫理はむしろ相手に向き合った私たちの姿勢に関わるもので、「かく行動しなさい」と言われて従うものではなく、自ら進んで選んだものです。また、どのように行動したかというより、どのような姿勢で状況に向かっているかが、倫理的視点からはもっとも肝要なポイントであることになります。

3. 意思決定のプロセス

臨床倫理の営みの要にあるのは、意思決定のプロセスです。医療の場でいうと、医療方針の選択という重要な問題がこれです。ガンが見つかったとして、手術をするのか、抗癌剤投与か、あるいは両者、さらには放射線を併用するのか・・・と選択肢が挙げられ、医療者は医師を中心に、最新の知見に基づいて、当の患者の病状に対してどの選択肢が最善かを考え、患者・家族と話し合いを通して合意しようと努めます。しかし、こういう医学的知見が基礎になるような選択ばかりではなく、たとえば最後に在宅で過ごすのか、施設型のホスピスに入るのかといったものや、身体的には厳しい状態で本人が桜を見に行きたいと言っているがどうしよう、といったことも、本人のよい生にとって重要な方針選択であり、臨床倫理の検討対象となります。ここではこうしたことをすべて含むような視野で、意思決定のプロセスについて考えます。

●説明-同意モデル●

医療側と患者側が医療方針を決めるプロセスについて、日本の現場では〈インフォームド・コンセント〉がキーワードになっています。これを日本語にすると何故か、「説明と同意」となるのです。この、「説明と同意」という枠が医療者の方たちの頭の中にあって、決定プロセスを辿ろうとしておられるようです。ところで、

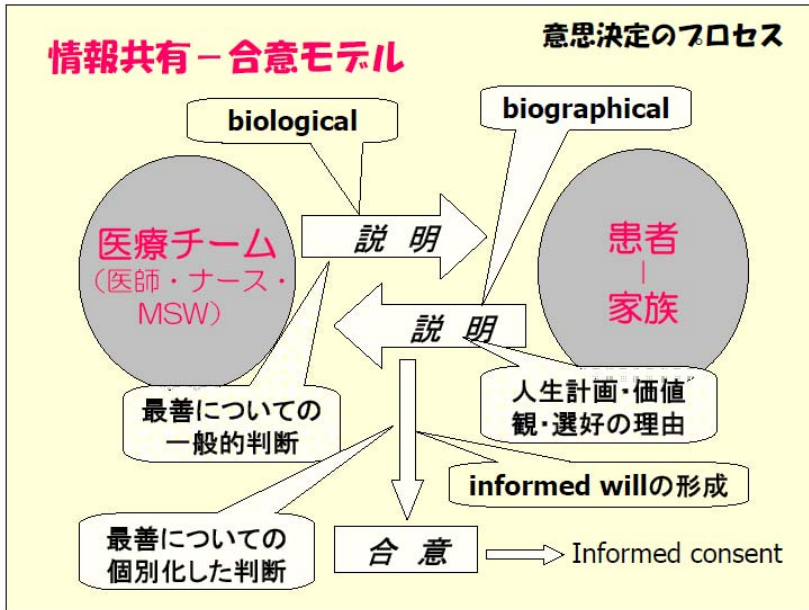


英語の“informed consent”は、あくまでも患者が医療側に対して与える《同意》のことで、その同意に際して患者は必要な情報を持っている状態にあるということが“informed”という語で示されています。しかし、日本語化した「インフォームド・コンセント」は、説明と同意のプロセス全体を指すようになりました。いや、むしろ医師の説明する行為を主に指していると思われるほどです。「私たちはインフォームド・コンセントを尽さなければならない」なんて言われます——何のこともかなと思うと、丁寧に誠実に説明するというこのようです。

理論的には、《説明と同意》というプロセス把握は、医師の裁量権と患者の自己決定権の間に境界線を定めて、意思決定を両者が分担するというような考え方が背景にあって、《インフォームド・コンセント》が日本に輸入された際には、これも伴って入ってきました。このような考え方は「調停」の発想です。放置すると両者が衝突しかねないので、それを避けるために境界線を定めて、棲み分けようというのです。棲み分けの結果、決定も双方で分担して行うことになります（《決定の分担論》と呼んでいます）。私は初めてこの考えに出会った時に、医療側と患者側の調停という発想に反発しました。両者が信頼関係をもってことを進めて行くことを志向するのは逆方向だと思ったわけです。もちろん、《説明と同意》という枠組みは、従来のパターナリズム—「医師は専門家で何が最善かを一番よく知っているのだから、お任せしましょう」というような立場からすると前進には違いありません。しかし、真に人間中心の医療を実現するには、さらに理論的にも実践的にも前進しなければなりません。

◆情報共有から合意へ◆

そこで、《説明と同意》というプロセス把握を乗り越えるものとして、本プロジェクトが提案しているのが、《情報共有から合意へ》というプロセス把握です。このプロセスの要は、まず、医療者は一方的に説明するばかりでなく、患者の個別の事情、価値観・人生観などについて患者側からの説明を聴く必要があり、そのようにしてお互いのもっている情報を共有するという点です。もう一つの要は、どちらに決定権があるかとか、どちらの考えを優先するかといった考え方ではなく、コミュニケーションを通して合意に到る努力をするということです。つまり、医療者もこれが良いと思い、患者側もこれが良いと思う、そういう双方が納得できてこそ、合意なのです。こうして、決定は双方が分担して行うのではなく、共同で行うという、《共同決定論》ということになります。



こうして、まず《情報を共有する》、それから《合意－共同決定を目指す》というプロセス把握になるわけです。「情報共有－合意モデル」と言ってもよいでしょう。医療方針の決定に適用しますと、次のようなこととなります。医療チームと患者・家族の間で、医療側は特に医者を中心にしてただ説明するだけではありません。「現在のあなたの病状はこうで、こういう治療方針があってこういういいところがあります、しかしこういうリスクもあります」とただ説明するだけではなく、これと並んで、患者・家族の思いを聞こうとする姿勢が大事になります。

医療チームから患者に向かってされる説明の基本にあるのは最善についての一般的な判断で、医療の世界で Evidence Based Medicine とされますように、エビデンスに基づいた一般論です。他方、患者・家族から説明されるのは、自分たちはこのような人生の事情にあるといったことです——例えば、「私はこれだけ歳を取ってきたからそういうきつい手術などは受けない、そのために癌が少しずつ進行しても寿命だと思って生きたい」というような人生観、人生計画であったり、価値観であったりするでしょう。つまり、医療チームから患者への説明は biological なものだけでも、患者・家族から医療チームへの説明は人生計画、あるいは自分はこのように人生を生きているというような biographical なものだ、と言うこともできるでしょう（これは、英語で適当な語があるなあというので使ってみただけですが）。

医療チームは確かにエビデンスに基づいた説明ができますが、「こういうタイプの病状だったらこういう治療が適応です」といった一般論になります。ですから「こ

の人にとって本当に最適かどうか」は、未だ判断されていません。また、場合によってはエビデンスに基づく説明の限りでは二つの治療方針の候補があり、どちらがよいとも一般的には言えない、ということもあるでしょう。いずれにしても「一般的にはこうだ」ということから、「この人の場合こうだ」という個別化が必要なのです。患者・家族の生活がどのような事情であるか、どういう姿勢で生きているか、何に価値をおいているかといったことが、個別化の過程で肝要になります。

両者が説明し合って、情報を共有するという点と並んで、そこから始まる合意を目指すプロセスが大事です。このプロセスでは、医療チームは、患者・家族の事情を加味した上で、エビデンスに基づく一般論を見直し、患者・家族の個別の事情を伺った上で、やはり同じ結論になるか、それともそういう事情だったら別の結論になるかと、最善についての個別化した判断をするプロセスがあります。

他方、患者・家族は、重篤な病の場合は特に、自分の現実を突きつけられて葛藤があるでしょう。しかし医療側から聞いた情報を消化して、気を取り直してこのように生きていくのも一つの人生だと思って、自分の新しい道を決断していくに至るプロセスを辿っている（あるいは、むしろ辿って欲しい）わけです。ここに英語で **informed will** などと書いてしまってまだ改訂していませんが、つまりよく自分の事情をわかった上で自分のそれなりの意思を形成していく過程が患者の側にはありません。

●意思決定のプロセス まとめ●

P1：患者（家族）とコミュニケーションを通して合意にいたる道を考える（共同の決定）

患者・家族の **informed will** 形成を援助する

相互的な対話を通して（相手を納得させるという方向だけでなく、自分が納得する可能性を認めつつ）

P2：患者（家族）にとって最大の利益は何かを考える

患者（家族）の利益：一般論

患者（家族）の利益：個別化した判断

P3：社会的視点からのチェック

ということで、意思決定のプロセスを構成する要素をまとめてみます。まず、患者や家族とコミュニケーションを通して合意に至る道を考えていく、という点があります。相手とこちらで一緒に「こうしましょうね」と決めることを目指すわけですが、それは、別の面から言えば、相手の **coping** をサポートしていくということで

もあるわけです。

それからそういう相互的な対話ですから、単に一方的にこちらがいいと思っていることを相手に押しつけるのではない。場合によっては相手のおっしゃることを聞いてこちらが納得し、そうか、こちらが初めにいいと思っていたことは少し違うかもしれない、患者の言うとおりにかもしれないと思うこともあり得るのです。そういうコミュニケーションを通して合意に至るには、どうしたらいいだろう、どうやってこれからコミュニケーションを取っていいかと考えるのが、ポイントの一つです。

それから「相手にとっていちばん好いようにする」というのは、申すまでもなく医療者はいつも考えていることです。これも倫理的な検討の一つのポイントで、ここで一般論と個別化した判断とを自覚的に分けて考えるとよいでしょう。既に触れましたように、一般論のほうは、医療的あるいは医学的な判断が中心になる治療の問題でしたら Evidence Based Medicine が志向されるわけです。しかし、これで終るのではなく、患者の個人的な事情、家族の思いを加味して、この方にとって何が大事かを考えていくという、個別化の過程が続きます。

もちろん、たぶん多くの場合は、患者の個別な事情を考慮してもなお、エビデンスに基づいての最善が最善なことは動かないだろうと思うのです。しかし、ただエビデンスに基づいてそうだと割り切るのではなくて、患者や家族の事情もよくわかりました、その上でやはりこれがいいのではないかという判断に至ることが、医療者としては大事だろうと思います。

そうでないと、患者からすると「この人たちは自分たちの事情を全然考慮に加味しないでただ医学的なことだけで割り切っている、自分たちの人間としてのあり方が尊重されていない」といった思いになってしまうのではないかと思います。

最後に、社会的視点からのチェックは、先ほど言いましたように、自分たちのしていることを社会全体の中で見て、いいかどうかをチェックすることになります。

◆プロセスはダイナミック◆

- ・フローチャートを辿るような静的(スタティック)で固定化したものではなく、動的(ダイナミック)で柔軟なコミュニケーションのプロセス
- ・患者・家族の意向は変り得る。固定的な価値観や人生観があるとは限らない(リアルタイムで形成されつつある)。
- ・自分たち医療チームの判断・評価も動く可能性を認めつつ、相手の言葉に耳を傾ける。
- ・[相手の意向・相手の最善・社会的適切さ]: どれを優先するか?ではなく、す

べてを満たすようにぎりぎりまでコミュニケーション

- ・どうしても合意に達しない時にはじめて、患者の意思尊重+合意できない状況での最善

以上で既に出てきたことですが、ここで「合意ないし解決を目指して話し合っていくコミュニケーションのプロセスはダイナミックなものだ」ということを確認しておきましょう。

例えば、私たちが考える患者にとっての最善はこういうことだけれども、患者は嫌がっている。患者の意思が優先だから患者が嫌なら仕方ない。などと話を進めていくのは、「フローチャートをたどるような静的（スタティック）なもの」です。ですから、《ダイナミック》ということで、本人は今は嫌だと言っているがやがて変わるかもしれない、あるいは自分たちもこれが最善だと思っているけれども、患者とよく話し合っただけで思いを聞いてみたら、「そうか、そのように患者さんや家族が思っているのだったら私たちも納得できる、患者さんのおっしゃることに同意したほうが良い」などと変わる可能性がある、そのような相手とのやり取りを考えてます。

それから患者や家族は、初めからかくかくの価値観・人生観に基づいて行動していますなどと固まっているわけではありません。突然、「あなたは右足に骨肉腫が見つかりました—この広がり具合だと右足を切断する必要があります—しないと体全体に転移していってしまう恐れがあります」などと言われて初めて、自分の右足を切断した人生はどうだと考え出すのではないのでしょうか。誰でも「自分はこういう状態になったとしてもこういう生き方がある」などと、例えばスポーツ選手が「スポーツばかりが自分の人生ではない」などと、初めから思っているわけではありません。そういう現実を突きつけられて動揺し、そんなことだったら「私は生きていてもしかたがない」などと一時は思うでしょう。それを思い直して、そういう厳しい状況の中で生きる新たな道を見出していくわけです。それで、自分の人生計画、人生観が変わるような過程を経て、患者は新しい道を進もうと思ひ、「では先生のおっしゃるとおり手術をします」などと決断していくわけです。

このように、本人は、特に厳しい病気であればあるほど、そこで葛藤し、変っていくわけです。この意味でもプロセスはダイナミックなものです。それを単に「患者の価値観に従って方針を決める」などと言ってしまうと、本人が厳しい状況に投げ込まれて、新しい道を模索している状況を見過ごしてしまうことになります。意思決定プロセスは、同時に本人が厳しい道を通り抜けて新しい道へと向きを変えるのを支援するプロセスでもあって欲しいのです。

- ・倫理も患者・家族と医療チームの關係に相対的で、動的に変化する
- ・親しい間柄においては、《同》の倫理が、疎遠な間柄においては、《異》の倫理

に傾く。二つの倫理の間も連続的で双方がバランスをとりつつ併存している。
・患者・家族に向き合い、寄り添う臨床の実践家は、まずは《同》の倫理に沿って、合意を目指すコミュニケーションを進める——ぎりぎりまで到っても合意に達しない時、相手と自分たちは異っていることを認めて、《異》の倫理に則った選択をする。

それから、倫理も患者・家族と医療チームの関係に相対的に動くものだと申し上げます。皆さんは、患者さんと意見が違っているが、合意を目指そうという時に、わりと長い付き合いがあって信頼関係ができ上がっている方だと、相当相手に入り込んで言えるが、外来で初対面の患者に向かってはそうは言えないということがおありではないでしょうか。より親しい間柄の中で働くような、ここまで言える、踏み込めるということがあります。初対面でしたらもう少し遠慮があるでしょう。それでも踏み込むと、相手から「あなたは何の権利があって私の中にそんなに入り込んでくるのか」と言われるかもしれません。また、何かトラブルがあって、患者が病院あるいは医療チームに対して不信感を持っているというような場合には、それなりに相手と自分たちの距離が広がります。だからその広がった距離だどこまで入り込めるかの話になると思います。

いずれにしても、話し合いの中でより親しい信頼関係になることを目指しつつ、あるいはそういう関係を保つというとしながら、皆さんはコミュニケーションのプロセスを歩いていくと思います。そういう意味では親しい間柄で成り立つ《同》の倫理を前提にするというか、それを目指しながら話し合いをしていきます。

しかしどこかでやはり相手と自分は違う、同じ考えを持っているわけではない、同じ考えにはならないことが分ったとなると、疎遠な間柄の《異》の倫理が強くなってきます。

《同》の倫理—《異》の倫理については、既に説明しました。前者は、相手と自分は同じことを考えている、同じ価値観を持っている、あるいは私たちがこの患者はこうなったほうがいい、例えば目が見えないよりは見えたほうがいと価値評価していたら、患者も同じように価値判断しているだろうという前提で話を進めていきます。他方、自分たちはこのように思っているけれども相手は全然違う価値観を持っているかもしれないといった、《異》というあり方を前提にするのが、後者です。例えば、輸血をしないと命にかかわる場合、私たちは輸血をしなくてはと思いますが、相手は宗教的な確固とした信念に基づいて、たとえ自分の命にかかわるとしても輸血は嫌だと主張している場合です。そのとき相手と自分は違う価値観、世界観に立っている。これは相手が自分の信仰を捨ててもしない限り一緒にはならないわけです。こういう場合、相手と自分は違う、異なっていることを前提にした倫理に従って問題解決をせざるを得ません。このように、コミュニケーションのプロセス

において、相手と自分の関係の遠近を測りながらどう対応するかを考え、《同》の倫理—《異》の倫理のバランスが変化することがあります。そういう意味でもダイナミックになります。

今、医療の世界で倫理と言うとき、どちらかと言うと相手と自分が違うことを前提にした《異》の倫理に固定化したプロセス理解が流布している傾向があります。例えば自律尊重だけが前面に出ているものの考え方にこの傾向が現れてます。自律尊重とは、相手と自分はみんな違って、それぞれ自分の道を歩いていくのだからそれを尊重しなければという考え方です。だから自分と相手が違うという把握が前面に出ています。もちろん意見が一致するときも相手の気持ちや意思は尊重するのですが、そのときには必ずしも自律尊重ばかりが前面に出るわけではありません。同時に、相手にとって最善になるようにするにはどうしたらいいかを、医療者、医師や看護師は専門的な知識を生かして考えてます。

ときに見受けられるのですが、「自分たちはこちらがいいと思っているが患者は嫌だと言っているから仕方ない」と、あっさり初めから問題解決する。これでは《異》の倫理のほうに初めから乗かってしまっています。しかし、ダイナミックなプロセスはそういうものではなく、できる限り相手と分り合って合意する《同》の倫理による問題解決を目指すわけです。それで、うまくいかなかったときに初めて、やはり相手と自分とは考えが違うから、そうである以上、相手の考えを尊重した解決のしかたをするしかないという話になるわけです。

- ・ 意思決定のプロセスは、同時にケアのプロセス
- ・ 患者が **informed will** を形成できるようにサポート
- ・ 状況を分かった上での意思(**informed will**)の形成を支援

例えば、重篤な病であることが知らされ、自らの人生計画を大幅に書き直さねばならないような治療方針が提示されたというような状況で、気持ちが落ち込んで、気持ちを切り替えて、この状況に対処すべく一歩あゆみ出すことができないでいるといった時、**ineffective coping**（コーピングがうまくできてない）とされます（看護診断にはこのような診断名があるようです）。患者は、厳しい状況に置かれて、右に行くか、左に行くかの選択を迫られています。その状況に立ち向かい、自分の行く途を見出し、選んで行くという対処が、**coping** と呼ばれるあり方です。この患者がなかなか決められない、あるいは状況を受け入れて対応する決断ができないとなると、コーピングがうまくいっていないのです。こういう状態になった患者や家族を支えることは看護活動の一つとされますし、ソーシャルワーカーはもちろん、医師にとっても、これに対処することは自分たちの務めだと思われるのではないでしょう。

臨床倫理エッセンシャル

こうして、患者や家族、特に患者が自分の道を選んでいくのをどのように支えることができるか、は医療者として考えるべきこととなります。ですから医療方針についての意思決定のプロセスである限りは、医療者と患者・家族が共同でこの道を歩んでいき、何とか「そうだね」と言い合えるように考えていますが、こうした臨床倫理的な検討、プロセス、営みは、同時に、その相手が自分で自分の道を選ぶことができるように支援していくプロセスでもあって、この意味ではケアのプロセスであるのです。

コーピングがうまくいっていないという場合に限らず、意思決定のプロセスを患者・家族が辿るのを支えるケアは、医療者がいつも留意すべきことです。患者・家族が自分たちが置かれた状況を適切に理解して、それに対して自分たちらしい「こうしたい」という意思が形成できるように支援するという事です。

・まず相手の意向の共感的理解に努める：

意向＝状況に臨む姿勢（価値観・人生観）＋状況把握（認識）

では、どう支援するかですが、ここでは、なによりまず相手の意向（意思）の共感的理解に努めるということが出発点となるということだけを指摘しておきます。

ところで、「ここで私はどうしたいか」という意向ないし意思是、

・意向＝状況に臨む姿勢（価値観・人生観）＋状況把握（認識）

という構造にしたがって分析することができます。例えば、ある入院中の患者が、「よくなって家に帰りたい」と思っているとします。医師や看護師が、「では、この週末からしばらく帰宅してはいかが」と聞いたところ、「いや、まだこんな状態では帰れません。もう少し良くなってから帰ります」と答えました。実は、医療者たちは「今が帰り時で、これを逃すともう帰れないままで終わってしまう」と思っていたのです。しかし、患者はそういう状況であるとは聞かされていなかったのです。

この場合、患者の意思は次のような構造になっています。

〔意思〕：今はまだ帰らないで、もう少しよくなってから帰る

＝〔姿勢〕：良くなったら家に帰っていろいろやりたい

＋〔状況把握〕：今はまだ帰れる状態ではない；もう少ししたらもっと良くなる

こうして、この患者は状況把握が適切でなかったために、医療者の考える患者にとっての最善の選択肢と違う意思を持つことになったのです。

また、骨肉腫が見つかり、転移を防ぐために右脚を切断する必要があると言われたスポーツ選手が「走れなくなった人生なんて生きていても仕方ない」として、手術をしたくないと言い張っている場合、は次のような構造が見えます。

〔意思〕：右脚を切断する手術は受けない
= 〔姿勢〕：スポーツが自分の生きがい（走れない人生は生きるに価しない）
+ 〔状況把握〕：転移を防ぐためには、右脚切断が必要で、それをしないと、やがて命にかかわる

この場合、本人の状況把握に問題があるわけではありません。周囲の者は本人の生きる姿勢・価値観が変容することを期待するでしょう。他にも生きる途はあると思いなおして欲しいわけです。

あるいは、[《生きる姿勢》 + 《状況把握》 → 《意思》] という構造がくずれてしまっている場合もあります。自分の置かれた状況の厳しさのために、そのことについて考えようとしないう、考えたくないとして、対話を拒否するとか、なげやりになっているといった場合がこれです。

このような分析をしながら、患者の思いをどう受け止め、どう応じて行こうかと考えていきます。

● 公共的価値観と個人の価値観

社会的なケアは公共的価値観に基づいて進められる。例えば、「できるだけ元気で長生きするほうがよい」（QOL と余命の積を大きく）という価値観が多くの人に共通のものとしてあるが、医療・介護活動に際しても、この価値観が共通になれば、活動はそもそも成り立たないのである。

医療方針決定に関して、医療者が患者・家族と合意を目指すコミュニケーションをしている際には、医療者は双方が共通の価値観（＝公共的価値観）にたっていることを（仮に）前提している。実際、合意に達した場合に、選ばれた治療方針は公共的価値観と調和的であるはずである。「殿選択肢が最善かは、患者の個人的価値観による」と判断する場合でも、その判断自体は公共的価値観に基づいている。

だが、時に、医療者は患者・家族と、よってたっている価値観が異なるため、合意に達することが困難であると認識し、相手の自律を尊重して、自らは最善とは思わない選択肢を許容しなければならないこともある——ここでは遠い間柄の倫理が活性化するのである。しかし、このような全ての場合について、患者側の主張を全面的に受け容れなければならないわけではない。公共的価値観と異なるある個人の価値観に従う選択を許容するかどうか、公共的価値観によって評価される。例えば、ある新生児について、このままでは聴覚を失うが治療をすれば回復が可能であるという状況で、両親が「私たちは聴覚のない世界に生きる文化に生きてきてよかったと思っており、子供にも同じ文化に生きて欲しい」として治療を拒んだ場合、その価値観は「聞こえないより聞こえるほうがよい」という大半の人に共通の価値観とは異なっているが、コミュニケーションを進めても合意に達しなかった場合は、両親の主張を認容するしかないであろう。だが、聴覚に問題がない新生児について、上記と同様の価値観をもつ両親が「聴覚を失うように介入してほしい」と求めた場合に、医療者はその要求には応じるほど寛容ではない。

私たちは多元的社会の中に生きているという時、「多元的」というのは、多くの互いに異なる価値観がただ並存しているということではない。そうではなく、社会の中で支配的な（公共的）価値観と、それとは異なる多くの（個人的）価値観が並存していると見るのが、実際的である。医療はその活動を進める際に、支配的な価値観に基づいて様々な判断をする。しかし、医療は個人を相手にした活動を中心としているため、個人と合意に基づく活動をするという場面では、公共的価値観と個人の価値観が異なる場合に、個人の価値観をどこまで許容するかという寛容さについての公共的価値判断も必要である（これもまた公共的価値観に含まれる）。基本的に公共的価値観に基づくという点は、同を志す親しい人間関係の倫理に対応し、寛容さは、異を認めるといふ遠い人間関係の倫理に対応している。

4. 様々な倫理的問題

◆倫理的な問題の諸タイプ◆

- ・ P1 (相手を人間として尊重する) 内部のディレンマ :
 例えば、意思—気持ち—存在を尊重することの間で選択が異なる、
 Informed will を尊重する (含む : 形成を支援する) ことと、患者の現在の
 思いを尊重することで、結論が異なる
 患者—家族間の意思・気持ちが食い違い、あるいは衝突する (ex 告知する
 など家族が主張)
- ・ P2 (患者・家族の最善を目指す) 内部のディレンマ
 諸価値の間でディレンマが起きる (ex. QOL—余命、QOL の諸側面間 (痛
 み—活動性など) でディレンマになる)
 患者の利害—家族の利害の衝突
- ・ P3 (社会的視点から見た適切さ) 内部のディレンマ
 医学的に無益—本人の人生全体からみて無益のどちらに基づくか
 社会的資源をどう分配するか、
 社会はどこまでサポートするか (個人の負担と福祉のバランス)
- ・ 原則間のディレンマ
 P1—P2 間 : ex. 相手の最善についての医療者の判断と相手の意思の不一致
 P1—P3 間 : ex. 本人の意思と社会的視点からの適切さとが食い違う
 P2—P3 間 : ex. 本人にとって最善な選択肢が、社会的視点からすると不適
 切である

最後に様々な倫理的問題について概観しておきましょう。ここでも意思決定のプロセスを念頭において書いていますが、その他の問題についてもこれらの応用問題として考えることができると思います。上に倫理的な問題のいろいろなタイプを挙げてみましたが、これらは前に言及しました倫理原則のセットを物差しにして割り出しています。これで全部出揃ったとまでは言いきりません。これらとは別のものがありましたら、お教えてください。

問題の諸タイプは《ディレンマ》と称される形に整理できます。ディレンマというのは、「あちら立てれば、こちらが立たず」という状態を指す用語です。例えば、「ガンを叩こうとすると、厳しい副作用が起きてしまう」という場合、P2 (相手の益になるように) 原則の内部で (詳しくは後に説明しますが)、益や害といっても単純ではなく、人間にとって益や害は多次的元的ですので、「この面では益になるが、別

の面では害になる」というような形で、「あちら立てれば、こちらが立たず」状態になっています。また、「医療者は手術をするのがベストと思っているが、患者は嫌だと言っている」というような場合、医療者はP2という姿勢を保っている以上、患者の益になる手術をしたいのです。しかし、またP1（相手を尊重する）という姿勢で医療をしたいとも思っていますが、ここからすると、患者が嫌だと言っていることを尊重しようとはします。すると、ここでP1-P2の間で「あちら立てれば、こちらが立たず」という問題が起きるのです。

以下、上に挙げた分類のそれぞれについて考えて行きます。

◆相手を尊重することをめぐって（P1 内部の問題）◆

- ・ 理性的な患者の意思を尊重するか、現実の患者の気持ちを尊重するか
（元気なときに患者が言っていたことと、理性的力は衰えたが、気持ちはある現在の患者が言っていることが食い違ふと言うような場合）
- ・ 患者を尊重することと家族を尊重することが両立しない

相手を人間として尊重するということを巡っては、例えば同じ1人の患者について、その意思、気持ち、存在を尊重することの間で選択が異なるため、「人間として尊重するとはどういうことか」が問題になることがあります。例えば、だんだん高齢になってきて将来のことを考えた人が、次のように希望を表明した（事前指示をした）とします——「私が将来、認知症が進んでいろいろなことが分からなくなった段階で、誤嚥性肺炎を繰り返すようになるなどして、口から物が食べられなくなったら、胃瘻や経鼻経管などの人工的な栄養補給をしないで、自然に食べられなくなり枯れていくのをそのままにしておいていただきたい」。このように、この方が理性的に考えていた人生観、価値観に基づく意思は、口から食べられなくなった場合に、他の身体全体が衰えてきているようなら、無理に人工的な栄養補給をして生命を延ばそうとしてくれるな、というものだったのです。

ところが、実際にその方が認知症になり、理性的な面の衰えが進んで、感情や食欲などがストレートに出るようになる一方、身体の機能も低下して誤嚥性肺炎を繰り返すようになった時に、「おなかがすいた、食べたい」と言い続けるかもしれません。実際にそう言い続けているその方を目の前にして、「この人はまだ元気なときに、そういう状態になったら自分に人工的な栄養補給を何もしないでくれと言っていた」ということを大事にすると、目の前で「食べたい」と言っている人の気持ち、具体的に現在おっしゃっている希望は無視することになります。他方、目の前で「食べたい」と言っている気持ちに応じようとする、例えば、口から入れると誤嚥し

てしまうけれども、チューブで胃に直接流動食を入れればおなかがすいた感じは治まるだろうと考えて対応したとすると、現在の「食べたい」思いには対応したけれども、この方が元気なときに残していた意思には反することになります。

こういう場合を考えますと、「人間として尊重する」とは言葉で言うことは容易いですが、人間は単純ではありませんから、どうすることが相手を尊重することかが、簡単には言えないことも多いのです。

それから、相手と言っても患者と家族は別々です。患者を尊重するのが中心でしょうが、だからと言って家族の意思や気持は無視していいのかと言うと、理論的にも実際にもそうは行きません。例えば、患者が本当は家に帰って在宅で過ごしたいとおっしゃっているのに家族が嫌だと言っているといった場合に、一方的に患者の意思だけで動いたら、在宅に移行はできないでしょう。多くの場合、患者と家族の両方の意思を尊重してうまく合意に達するように持っていかなければならないわけです。

このように、患者と家族の利害が衝突する、あるいは患者と家族の意思や気持ちに衝突することが多々あるでしょう。もしかしたら家族の中で、夫はこう言っているけれども息子・娘はああ言っている、というように希望がぶつかることもあるでしょう。そういう場合に、医療者は複数の相手と向き合って、どのようにして相手を尊重することを実現できるのかと、考えてしまうでしょう。「人間として尊重」とスローガンを掲げることではできても、現実にはそれを個々の事例に適用しようとするとは分らないことが多い。ここでは、直ちに「誰の希望を優先するか」と考えるのではなく、皆の希望が実現できるように、あるいはどう折り合いをつけたら、誰かの思いを切り捨てるといふ仕方でなく、皆の思いに配慮し、皆もそれぞれ他者の思いに配慮した合意に達することができるかと、合意を目指す努力をすることこそが倫理的な姿勢であるといえます。

*患者と家族

家族－患者間では《ごく近い間柄の倫理 e-close》 / 医療者－患者間では《より遠い間柄の倫理 e-remote》

家族の患者に対するパターンリズム どこまで許容できるか？→ 医療者としてはあくまでも患者の意思尊重が必要（立場の違いを分ってもらえるように）

家族の都合で方針選択をしようとする場合： 患者の意思への配慮を促す

患者自身が家族内倫理に則った方針選択をよしとしている場合： それはそれでよしとする場合－患者の主体性を促す場合

患者を保護しようとして、抱え込む／患者の苦悩に対する閾値が低い／患者の克服する力を過小評価する・・・

◆「どれが最善か？」の検討 —P2 をめぐって◆

・「益になるように(beneficence)」と「害にならないように(non maleficence)」を併せて、選択肢間の相対的比較をする

・益と害の物差し：QOLは高く&余命は長く(=医療の目的)

・益(メリット)・害(デメリット)のアセスメントの困難さ

・益や害を量る物差しは、多次元的

・結果の予想 不確定さがある

・Proportionality 論

・すべての選択肢について、メリット・デメリット(リスク)を枚挙して、どれが相対的に良いかを比較する

・是非達成したいターゲット(=益)が決まっているときには、それを達成できる選択肢のうちで、害が一番少ないものを選ぶ

・一長一短で一般的な優劣が決まらない場合、公共的価値観&患者の価値観が決め手となる。

・エビデンスに基づく一般のアセスメントから、個別の事情を考慮した個別化へ(「医学的妥当性・適切性」+患者の生活という観点→患者の最善)

医療者は「患者・家族の最善を目指す」姿勢で活動しています。でも、最善とは何でしょうか。もちろん一般論として、医学的な目で見たら《QOLがなるべく高い》状態で、《余命が延び》れば、それに越したことはありません。QOLは高いほうが好いし、寿命は長いほうが好いわけで、これは要するに「元気で長生き」という一般市民のごく普通の価値観(公共的価値観)に基づくものです。

ところで、「QOLを高く」といっても、いろいろな面があります。この治療をしたら「痛みは軽減する」けれども「何となく体がだるくなる」というようなことがあったとします(あるかどうかは、私は素人ですから知りませんが)。こういう場合、ある人は「体がだるくなって仕事ができなくなるぐらいだったら、少々痛くても我慢するほうを選ぶ」と評価するかもしれません。

●益と害が伴ういろいろな例

- ・転移を防ぐため患肢を切断する
- ・効果のある治療だが副作用も大きい
- ・疼痛コントロールをすると活動力が低下する
- ・耐え難い苦痛を緩和するために、意識レベルを下げる

癌の疼痛などの大変な問題に比べれば、他愛ないことではしょうが、私は花粉症の

季節になると困るのです。ただ目や鼻に薬を入れるだけでは追いつかないから薬を飲みたい。ところがだいたい飲むと体がグタツとなるわけです。耳鼻科を受診する余裕がなくて、街の薬屋でこれなら眠くならないと薦められたものを飲んだところ、確かに鼻水や目がかゆいなどは解消されたのですが、体がグタツとしてしまって、仕事になりません。こうして、QOL と言ってもいろいろな要素があるので、こちらの要素はよくなるけれども別の要素は悪くなる。いいことばかりではありません。

それから、緩和医療の世界では、WHO の疼痛コントロール方式に則れば、QOL は高くなるけれども余命は短くなるなどはまず起こらないということが専門家の間では常識になっているようです。それでも、例えば疼痛コントロールでなくても、ある緩和ケア病棟に入っておられるある患者さんが、自分としてはどうせだめならこの世の見納めにどこかに桜を見に行きたいと希望したとします。それを実現することはこの方の身体には相当ダメージを与えるかもしれません。命にかかわるかもしれません。それでも、その方の今日 1 日の生活やこの世の最後の日々、最後の思い出という観点では、希望に副って差し上げることが、この方の生活、人生にとってとても大きな意義あることと思われまます。——こういう場面では、余命が長いことを優先するのか、QOL を高めることを優先するのか、という問題が現にあるわけです。

そういう意味で、最善と言っても、好いことばかりの選択肢はまずなくて、大体が一長一短です。わかりやすい選択肢ならいいのですが、わかりにくい場合はどうしたらいいかがまさに問題になります。

●事例1 Aさんの喉頭癌に対してどうするのが一番益になるか？

手術をすれば完治する可能性が高い。が、永久気管孔となり、声を失う→Aさんは大変高齢なので、今後の日常生活に対するダメージは大きい
手術をしなければ（放射線だけはする）しばらくは現状のままの生活が続けられる。が、やがて、癌が進行して、つらい症状がおき（緩和的対応でどこまで和らげられるか）、手術をした場合よりも余命は短くなるかもしれない（高齢なので、手術をしたほうが長く生きられるとも言切れないが）

例えば、ここに挙げてあるケースですと、だいたい 90 歳ぐらいのお年寄りで、喉頭癌で根治的な手術が可能だと医師は見込んでいます。転移が広がっているわけではなくて、ここだけ手術すれば何とかなるでしょう。ただし永久気管孔になり、声帯を失いますから声を失います。そして永久器官孔になることによって日常生活にいろいろなことが起こります。それから声を失うことによって、またその人の QOL は相当下がるでしょう。

例えばそれが私のような後数年で前期高齢者だというような場合だったら割と分かり易いと思うのです。手術で根治的に治るのだったら、まだあなたは 60 ちょっと

だから20年ぐらいは何とかできるのではないかと。そしてその調子でベラベラしゃべっているのだったら、何か新しい発声の訓練や人工的な音を出す装置などを訓練して、リハビリして慣れることができる、あるいはそれができなかったとしても、パソコンを打ちながら、それを画面に出せば講演の代わりになるでしょう・・・など。こうして、ここで永久気管孔になり声を失っても、今後それなりに意義のある人生を私は送っていくことができるだろうと皆さんは踏むのではないかと思うのです。こういう場合の判断は割と分り易く、社会的にもそれなりの共通の判断ができるでしょう。

でも、もし私が90歳でこういう状況になったらどうですか。この例では医者には手術を勧めたのです。90歳のお年寄りが永久気管孔になる、もちろん手術を選ぶ道もこの方にはあると思うけれども、いろいろとリスクもある。お年寄りだから手術によって何か思わぬことが起こるかもしれないし、うまく行っても、後になってとても不便で生きているのが辛いと思うようなことになるかも知れません。いずれにせよ本人や家族がよく分った上での選択でないと、「こんなはずではなかった」と後になって思う結果になりそうです。だから最善を目指すと言っても、この場合、どの道が最善かについて問題が起きるわけで、これは比較的目立つ倫理的問題です。

●治療の差し控えと中止

最近、終末期における方針決定が話題になることがしばしばあります。その場合のメインのトピックは、生命維持を開始しない、あるいは中止するということについてどうするかということのようです。これは一見すると「助かるものを助けない」とか「わざと死なせた」ということにつながりそうに見えますし、実際、社会的合意の形成の仕方を誤ると、弱者切捨ての社会になりかねませんので、確かに注意が必要なことです。とはいえ、治療を差し控えること・中止することについても、以上で説明しました益と害のアセスメントをして、一番好い（あるいは「ましな」）選択肢を採るといって、**proportionality** 論の考え方に変わりはありません（詳しい検討は別の機会に譲ります）。

◆P3: 社会的視点が絡む問題◆

- ・ どのような社会を目指すかによって結論が異なることも多い
- ・ 無益性(futility)の問題

●事例2 医学的に無益な治療の社会的サポートは？

- ・ P1-P2 の検討を通して、医学的には益がないと思われる治療（抗がん剤投与）を、本人の生き方についての意思を認めて、実施することになった。
 - ・ 抗がん剤投与は、医療保険から支払いがされるので、皆の医療費負担増となる。益のないことのために皆の負担を増やすことは、社会的視点からいって不適切なのでは？（米国の保険会社は支払いを拒否するはず）
- 《益》ということをもどのような範囲で評価するのが適切か？医学的妥当性に限定して評価すれば無益であるが、患者の人生全体から見た益に注目したら有益と言える。とはいえ、現在公的に認められているのは、前者の範囲だけではないか。

社会的な視点から見た適切さは、例えば、医学的にはほとんど効果がないと見込まれる抗癌剤を投与して医療保険を使って治療するといった時に表面化する観点です。この時、治療を選択した医療者は、単に医学的に有効かどうかに限ってではなくて、本人の生き方や人生としての最後の生きざまのようなものも含めて本人にとっての益を考えていることとなります。そうすると、医学的に益があるかどうかを物差しにして医療保険から出して援助するか、それともその人の人生の生きざまのようなものも含めて、本人のよき命の終わり方までも援助するのが適切かという問題が出てきます。それは医療保険からどういう範囲で支出するかについてどのように決めているかということが物差しになるでしょう。どう決めるかは社会がどこまで負担するか、あるいは個人のよい生をどの範囲で社会が支えるかという考え方が要になります。こうして、医療保険に限っても、どういう範囲で意義のあることと認めて保険から金を出すのかということは、まさにどういう社会であることを選ぶかにかかわってきます。

そういう意味で社会的視点からの適切さとは、よく考えていくと、ただ私たちだけが社会がこうだからこうすべきだという話ではなくて、こういう社会になれということも含まれてくるわけです。

社会ないし医療制度がこれで良いのかと思うことはいろいろあるでしょう。患者と医療チームの信頼関係ができて、ここでもうしばらく治療するのが適切だと医療者たちも思っているが、医療の制度で、これ以上この病院に置いておいたら病院としては赤字になってしまう。そうするとある病院では、だから差額ベッドに入って

臨床倫理エッセンシャル

ください、そうでなかったら退院するか他の病院に行ってくださいとの選択肢が提示されるといったことがあるようです。これはまさにその患者にとっての好いあり方と、医療制度によって推奨されている、急性期の病院では長く患者を置かないでどんどん他へ行かせるといったことについて、皆さんは矛盾というか、本当はこうしてさしあげたいのと思う。他方で、急性期の病院では患者をなるべく早く退院にまで回復させて、他の治療を必要とする患者が入れるようにベッドを空けるといふことも、社会全体から見ると必要だということも確かにあります。——こうしたことを考える時に、まさに「社会的視点での適切さ」という倫理に関わることが問題になっているのです。

このように、社会的な視点から見た適切さは、自分たちでどうやったら公平になるかの話になることもあります。社会の医療制度をよりよく改善していかないと、本当の問題解決にならないというような話になることもあるわけです。ですから、さしあたって現在の医療制度の中で起きているしわ寄せをどのように解消していくかという考えと、長い目で見て、この医療制度自体を変えないと根本的な解決にならないという考えという、二重の考察が必要になるでしょう。

◆P1～P3の間が衝突する場合◆

- ・患者の最善 vs 患者・家族の意思
- ・複数の原則（P1-P2）が衝突（ディレンマ）

以上、3つの原則（P1・P2・P3）それぞれに従って申し上げてきましたが、これらの原則間でディレンマ（あちら立てればこちらが立たず状態）になることもよくあります。相手にとって手術が最善だと医療者たちが思っているが、本人は嫌だと言っている場合に、P2（相手にとって益になるように）によれば、手術するのがベストだとなりますが、P1（相手を人として尊重する）によれば、本人が嫌だと言っている、その意思・気持ちを尊重する以上は手術をしないという選択をすることになります。こうして、P1とP2という医療者が両方持っている姿勢のどちらかに則ると、他方に反してしまうという状態になり、これら二つの姿勢がうまく両立しないわけです。

●事例2(続) 医学的には無益な治療を患者が希望する

- ・相手にできるだけ大きな益となるようにする

Bさんは末期がんの状態であり、治癒ないし支持目的であれ、緩和目的であれ、有効と思われる化学療法等の選択肢はない。

したがって、緩和ケア中心の方針をたてるのがよい

- ・相手を人間として尊重する→相手の意思、気持ち、存在を尊重する

Bさんはまだ試してない抗がん剤を使ってほしいと、強く希望している

Bさんの意思を尊重するなら、Bさんの意向に従うべきではないか？

事例2は、すでにP3に関して、こういう状況で抗癌剤を投与した場合に起きる社会的視点からの問題点に言及した事例になります。すなわち、医学的には効果がないと見込まれる抗癌剤を投与することを患者が強く希望しているわけです。この場合、エビデンスに基づく医療側の判断の限りでは、抗癌剤投与は益がなく、害をもたらす怖れがあるだけの選択肢とされるでしょう。しかし、本人にとって何が最善かを個別化して考えるプロセスでは、本人の思いを聞き、本人の人生全体から見ると益があるといえるかどうかをも考えることになります。例えば、それはその人の最後の生きざまであり、本人は、「及ばずながら最後まで戦う」という姿勢を表したいということがあるかもしれません。確かに昔は武士の間でそういう生き方が賞讃される傾向もありました。戦っても勝ち目がないと分かっているのに、「城を枕に討ち死にする」など、ある種の美意識を伴って語られました。もちろん患者によって、そういう感覚でない方はいくらでもいると思いますが、こういう事例では、そういう本人の意向をどこまで認めるかということがポイントになるでしょう。

そこで医学的には腫瘍に対しての効果などはほとんどないと分かっている、本人の最後の生きざまだという思いでいると理解して、そういうことなら応じましょうと医療者が抗癌剤投与に同意したとします。この場合、「本人の最善についての医療側の判断より、本人の意思を尊重することのほうを優先した」ということになるでしょうか。そうではありません。医療者は個別化した判断の過程で、本人の思いを理解し、この方にとってはその意思を受け容れて抗癌剤治療を試みるのが最善だと判断し、かつ本人の意思を尊重して、こういう選択をしたのです。つまり、このようなプロセスを経て、P1とP2がはじめは衝突していたようですが、両立する解決に至ったのです。もちろん、医療側はこの場合でも、医学的判断を棄てたわけではありませんから、「本人の意向を受け容れて、抗癌剤投与を始めるが、骨髄抑制などに注意して、本人の身体への害が抗癌剤治療に際して定めてある限度を越えるようになったら中止する」というような考え方でおり、患者にもそういった限界については了解してもらって、始めるのだと思います。

●事例3

医師は次のように判断して、家族に説明した：「Cさんは末期がんの状態であり、衰弱が進んだ結果、これまで続けてきた輸液を継続することは、Cさんの身体に負担となり、QOLをかえって低下させるし、延命にもならない。したがって、輸液を中止したほうがよい。」

これに対して、Cさんの家族は「Cさんがこんなに衰弱しているのに、何もしないわけにはいかない。近所の目もあるし、輸液は続けて欲しい」と、強く希望している。

さて、Cさんにとっての医療者としての最善の判断と、家族の意思を尊重することとの間で、輸液についてどう考えたらよいだろうか？

この事例でも、P1-P2間でディレンマが起きています。P1からは家族の意思を尊重して輸液を続けることが結論されそうですが、P2によれば本人の益になるように輸液を中止することが結論されるからです。そこで以下では、Cさんの家族の思いを理解するというを中心に考え方の一端を示しておきます。

Cさんの家族が輸液を続けるよう希望した理由は、「Cさんがこんなに衰弱しているのに、何もしないわけにはいかない。近所の目もあるし」というものでした。ここで、既に提示しました、

・意向＝状況に臨む姿勢（価値観・人生観）＋状況把握（認識）
という分析の仕方を使ってみます。

まず、家族の状況認識としては、「輸液をやめるとどうなるか」「輸液を続けるとどうなるか」が要になります。Cさんに輸液をすることの益と害について、輸液はCさんをかえって苦しめるし、延命という効果もないという点について、認識しているかどうかは、事例の記述の限りではよく分かりません。ただ、医師が輸液をやめたほうが「Cさんにとって好い」と説明していることが家族の応答に影響していないようなので、状況認識がおそらくは不十分であるように推測できます。ここは今後のコミュニケーションを通して確認し、分っていただけるよう努めるポイントになりそうです。

次に、家族の状況に臨む姿勢（＝活性化している価値観）ですが、言われている輸液を続けて欲しいということの理由には、

・Cさんにとってベストになるようにしたいという姿勢
は現れてきておらず、むしろ

・隣り近所からよく見られたいという姿勢

・自分たち（家族）の気持ちが済むことを目指す姿勢

が、少なくとも言葉上は現れています。「何もしないわけにはいかない」というセリフはよく聞かれるものですが、何か積極的にしていないと、Cさんへの負い目を感じ

じるというような心理なのでしょう。また、隣り近所の人を気にしていますが、この背景には隣近所の人たちの状況認識というか、ある種の一般常識が不適切であるということがあります。「こんなに具合が悪いのに、何もしてもらわないのか？（医師は何やってるんだ——家族なのに放って置くのか）」という感じですね。

・人間は複層的なあり方をしており、相反する価値観が並存している（どれが活性化するかを選択を左右）

医療者としては、ここで、家族に「近所の目を気にしたり、自分たちの気が済むことばかりを考えないで、Cさん本人にとってどうするのが一番好いかを考えたらどうですか？」と言いたくなるかもしれません。が、相手を尊重することは、相手の可能性を信じることでもあると思います。家族ももちろん「Cさんにとって一番好いようにしたい」と思っているには違いないのです。ただ、その姿勢が活性化して前面に出てきていないだけなのでしょう。人の状況に臨む姿勢も単純ではありません。複数の要素が並存していて、そのあるものが活性化して前面に出、他のものは潜在化するといったことになります。それでこの場合は、ご近所の目だの自分たちの気持ちだのが前面に現れてしまっているのでしょう。そこで、コミュニケーションのプロセスを通して、Cさんにとってどうするのが一番よいかを考えるように、話題を持って行くというように動くのが医療チームの今後の方針になるのではないのでしょうか。

●P1・P2とP3の間の衝突●

他にも社会的な視点と対面との間でぶつかることがあるかもしれません。私は小さいころ、赤痢ではないのですか、何か消化管にかかわる伝染性の感染を起こしました。その当時は4歳か5歳でしたので、はっきりとは分っていないのですが、法定伝染病ではないが届け出て、入院して隔離するほうがいいような病気だったのではないかと思います。ところが、母は幼い子を病院に入れるのは忍びなかったのです（たぶん伝染病の隔離病棟で、白い壁に取り囲まれた無味乾燥のところイメージされていたのではないかと思います）。そこで、往診して下さっていた、かかりつけの医師に「何とか穏便に」とお願いし、医師も「まあいいでしょう」ということで、家で療養を続けました。もし、これが本当に伝染性の強い悪性のものだったとしたら、そうは行かなかつたに違いないです、それほどでもなかったのでしょう。結果として、この母子にとってはQOLの高い環境で過ごせ、希望に適ってもいるということでもよかった（すなわち、P1とP2に則るなら良かった）わけです。しかし、当時は汲み取り便所でしたし、近所には小さい子どもが沢山いましたから、もし感染が広がっていたらどうでしょう。社会的な視点から見たときに、他の人に迷惑がか

臨床倫理エッセンシャル

かる、いわゆる第三者にどんどん感染が広がる害悪がそれによって生じたかもしれないなかったのです。つまり、自分にとって好いこと、自分はこうしたいと希望すること（P1 と P2）は自宅で療養することで満たしたけれども、P3 には反していたと評価すべきだったのではないかと思います。

* * * * *

いろいろな問題を整理していくときに、以上見てきましたように、どういうタイプの問題なのかを整理すると、そこから先が考えやすいことがあります。個別の事例を無理に整理しなければならぬわけではありませんが、以上のような考え方を身につけて個別問題を分析してみると、何が問題かについて、よりよい理解ができるように思います。ただ、気をつけていただきたいのは、倫理原則に照らして、「罪状を明らかにする」ような態度にならないようにすることです。あくまでも、医療者が携えている姿勢——患者・家族を人として尊重しつつ、その最善を目指して、医療に臨み、また、そういう自分たちの活動を社会的視点からチェックして、適切になるようにする——を自覚的にとりながら、個別の事例に対応していくプロセスの中で、このような整理や分析は行われるものだからです。