

## 臨床倫理の考え方

清水哲郎 SHIMIZU Tetsuro  
東京大学大学院人文社会系研究科  
次世代人文学開発センター上廣死生学講座

### 目次

- 1 ケアに臨む医療者の姿勢
- 2 意思決定プロセスの臨床倫理
- 3 緩和ケアのコンセプトと  
死を早めること・延ばすこと

2

### \*臨床倫理 *Clinical Ethics*

- 臨床の現場(医療・介護)で、起きる問題の倫理的視点からの検討の営み(ここで私たちはどうしたらよいか、どのような姿勢・態度をとるべきか?)
  - 医療・看護・介護...というケアをどう進めるか? ということと問題は同じ
  - 相手(人間)をどう見るか/医療etcは何をすることか/人にとって何が価値あることか...といった問題に向かうことになる
- 個別事例に即した検討 ケース・バイ・ケース?
  - 検討の仕方は標準化できるのでは?
  - どのような原則を参照しながら、どのような点を押さえ、どのように検討していくか
  - 医療者の説明責任とも連動
- 選択・意思決定の問題が要となる
  - 生命倫理とどう違う?
  - 医療倫理/看護倫理とどう違う?

### 1. ケアに臨む医療者の姿勢 倫理一般と臨床倫理

10

### [1] 社会の中の二つの倫理

- 人は皆、自由であることを求める。しかし、際限なく自由なのではなく、歯止めをかける社会的合意もある。私たちは、人々の中で、自ら行為をコントロールしている→どのように?
- 他者危害禁止: 他者を害するな/迷惑をかけるな
  - 遵守したからといってその都度賞賛されるわけではない/反することに、償いが求められる
  - 違反すると: 司法が介入する/社会の中で非難される
- 他者援助奨励: 困っている人がいたら助けましょう
  - 助けると社会的に賞賛される/一回助けないからといって非難されるというわけではない
  - 誰かが助ければよい
- この二つは、同じことの消極的表現と積極的表現かという、そうではない

12

### 人間関係と二つの倫理

- 《同》の倫理: 相手と私は《同じ・一緒だ》という考えが原理
  - 互いに支え合う、親密な人間関係において典型的に成立
  - 共同生活/ケアし合う間柄/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 → [-] 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 → [-] 異分子、異論の排除
  - 単にルールではなく、気持ちや態度が関わる: ケアの態度
  - 他者援助の奨励
- 《異》の倫理: 相手と私は《異なる・別々だ》という考えが原理
  - 互いに独立した、疎遠な人間の間において典型的に成立
  - 利害が衝突することもある者同士の平和的共存をめざす/自由に歯止めをかける → 考え出されたルール
  - 相互不干渉/社会の維持(人々の平和的共存)に反しない限り、個人の価値観に基づく選択を尊重 → [-] 冷淡、無関心、打算的
  - 他者危害禁止

16

## 同の倫理・異の倫理の並存

- 《同》の倫理と《異》の倫理の並存とバランス
  - 社会全体にも《同》の倫理が広がる しかし、《異》の倫理が基調
  - 家族内にも《異》の倫理が入り込む しかし《同》の倫理が基調
  - 現在では、すべての人間関係において、《同》の倫理と《異》の倫理がバランスをとりつつ併存して働いている。関係に相対的にダイナミックに働く
  - 《同》の倫理と《異》の倫理のバランスの取り方は、間柄、状況に応じて、連続的に変化する / 男女でバランスのとり方の傾向が違う
  - 社会のあり方を方向付けてもいる
    - 高福祉高負担型(同に傾く) ⇔ 低福祉低負担型(異に傾く)
- 臨床倫理のプロセスにおいて
  - 相手との関係の遠近を測りながら、どこまで踏み込めるか考える
  - ケアを提供する→《同》の倫理を目指すプロセス
  - ぎりぎりまで調整して、合意ができればいとなると、《異》の倫理に則った解決:本人の意思尊重 → ダイナミックなプロセス

18

## (2) 臨床の倫理の成り立ち

- 医療・介護は《社会の仕組みとなったケア》
  - 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る。
    - 《支え合う》関係 → 医療・介護というケアを社会として行う
    - 《相互に独立した》関係 → 個々人の意思を尊重/勝手に侵入しない
- 臨床の倫理原則は《社会の仕組みとなったケア》の本質的性格を示すもの
  - 《ケア》の基本的なあり方に由来する要素: P18
    - コミュニケーションのプロセスを通して進める → P1
    - 相手の最善・必要を考えて、それを行おうとする → P2
  - 社会のあり方(同の倫理・異の倫理のバランス)に由来する要素:
    - ケアの相手との間は異の倫理に傾く & 同の倫理を志す P21 → P1, P2
    - 社会的視点でも適切でなければならない → P3

22-23

## 臨床の倫理原則と二つの倫理

- P1: 相手を人間として尊重する (活動の進め方)
  - 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
  - 《異》相互不干渉的態度 ----- ケア的態度《同》
- P2: 相手にできる限り大きな益をもたらそうとする (活動の目的)
  - 与益 & 不加害 相対的に評価する
  - 《異》当人の価値観 ----- 共同の価値観《同》
- P3: 社会的視点での適切さ(正義)
  - 自らの医療活動を、社会全体の中においてみる
    - 第三者を考慮にいれる/社会的資源に目を配る/社会のあり方にも目を向ける
  - 《異》第三者の不利益防止 ----- 社会的サポートの充実《同》

23

## (3) 流布している4原則との関係

- 倫理原則のセット
  - P1: 相手を人間として尊重 ①自律尊重(respect for autonomy) + 気持ち・存在を尊重、ケア的態度
  - P2: 与益(相手の益になるように) ②与益(beneficence) + ③無加害(non-maleficence)の総合的・相対的評価に基づく
  - P3: 社会的視点からの適切さ ④正義(justice)・公平
    - ①~④は、医学系で流布しているセット

23

## \* 自律尊重から人間尊重へ

- 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、近代の人間像—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—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—人間は他者から独立した、自由で理性的であるはず & 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—に基づく人間尊重原則に立ち帰るべきである。
- 自律尊重というだけでは、異の倫理しか満たしていない
- ケア場面では、互いに支え合う人間への眼差し—同の倫理—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

25

## 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
- なぜなら、家族は・・・
  - 患者が罹患したことの影響を受けている(疾病によっては、人生全体に響く): 時にケアの対象とする必要がある
  - 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
- 他方
  - 患者と非常に近い関係にあるだけに、同の倫理に傾いており、患者の意思を尊重することを軽視する/家族のために患者に犠牲を求める・・・傾向もある
- P2,P3については後にまわす

**\*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。
- 「滅菌ガーゼは素手で扱ってはいけない」 → なぜ？
  - 感染のメカニズムについての科学的・専門的知識
  - 患者に害を与えてはならない という姿勢
- 「包帯交換をする前に患者さんに声をかけましょう」 → なぜ？
  - コミュニケーションの意味・効果についての知識
  - 相手を人間として尊重する という姿勢

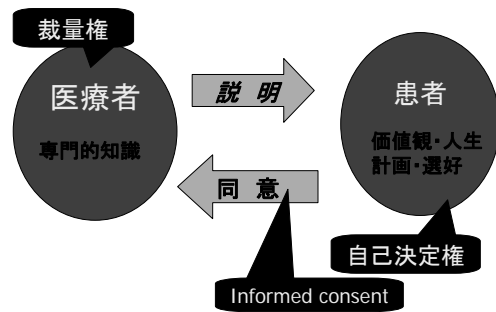
\* 医療者の基本的姿勢を表すもの  
 = 臨床における倫理原則

**臨床倫理のアプローチ**

- 医療者の姿勢（形式面）
  - 一般市民として： 同倫理-異倫理のバランス
  - 社会の仕組みになったケアに携わる者として
    - P1: 相手を人間として尊重する
    - P2: 相手の最善を目指す
    - P3: 社会的視点でも適切であるように
- 状況把握（実質面）
  - P1 → どのような意向・思いであるか 個別の理解／傾向の理解
  - P2 → では何が最善か 例：
    - 元気で長生きするのがよい
    - どのような状態であれ、少しでも死期を延ばすのがよい？
    - 苦しいだけの生を延ばすよりは、縮命になっても快適なほうがよい？
    - 個人の価値観 - 公共的価値観(自らが生きる文化に相対的)  
 : これらは死生学と交差する問題領域
  - P3 → 社会的視点で見渡して、問題はないか

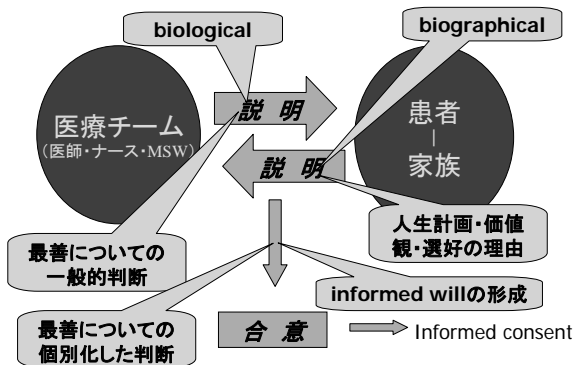
**2. 意思決定プロセスの臨床倫理**

**(1) 意思決定のプロセス 説明-同意モデル**



**情報共有-合意モデル**

**意思決定のプロセス**



**意思決定のプロセス**

- Biographical な領域を見据えつつ意思決定のプロセスを進むときに、真に患者(と家族)を中心にした医療が成り立つ
  - 療養を含めて、どのような生活を送るかは、biographical ないのちについての問題。
  - 医学的情報は、biological な生命に関わるが、この評価は、biographical な視野でなされ得る。
- 意思決定プロセスは、本人にとっては、自らの困難な状況を理解し、どのように生きるかを選択するプロセス(=コーピング)

Cf 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 2007.5)

**〔注〕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）**

- 医療・ケアチーム（医師・看護師・MSW）による対応／患者・家族との合意を目指す
  - 患者の意思確認が大事 &
  - 患者の意思が明確でない場合、「家族が十分な情報を得たうえで、患者が何を望むか、患者にとって何が最善かを、医療・ケアチームとの間で話し合う」
- プロセスが肝要
  - こうした決定プロセスを適切に辿ることができれば、問題は起きない（したがって、これ以上具体的に生命維持のあり方等について規定する必要はない？）と考えているようにも思われる。

**終末期医療の決定プロセスに関するGL（厚労省2007）**

- 決定プロセスに必要な要素
  - ①医療チーム内の情報共有と合意
  - ②患者の意思確認 → 患者との話し合いと合意
  - ③家族との話し合いと合意
- 問題点のメモ
  - 「②か③か」ではなく、「②も③も」と考えて欲しい
  - 患者にとっての最善だけを考えて済むわけではない。家族のQOLにも配慮する → 両者の利害が衝突する時どうするか？
  - 医療チームが考える患者の最善、家族が考える患者の最善、患者自身が考える最善（＝意思）間の食い違いが起きた時、どうするか？
  - 患者に対しケアの態度で接していくと、（②や③は強引に一方的にすべきものではないので）①～③が未だ十分でない段階で、決定を迫られるという事態も起こり得る → そうした場合どうするか？
    - Ex 容態が急変し、蘇生をするかどうか決めなければならない。

34

**〔5〕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）で固定化した考え方ではなく、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が望まれる。
- 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）。
  - 臨床倫理が伴うコミュニケーションのプロセスは、患者・家族のコーピングを支えるプロセスでもある。
  - 状況を分かった上での意思（informed will）の形成を支援
  - そのためには、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）
- 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。
  - 患者の最善についての自分たちの考えも相対化して、固定的に捉えない柔軟な姿勢

35

**プロセスはダイナミック（続）**

- 倫理（倫理コード）も患者・家族と医療チームの関係に相対的で、動的に変化する
  - 親しい間柄においては、同を原理とする倫理（信頼関係・分り合う間柄・ケア的態度・価値観の一致 → 最善と意思尊重の両立・・・）
  - 疎遠な間柄においては、異を原理とする倫理（平和共存・不干渉・価値観の不一致 → 自律尊重優先・・・）
  - 二つの倫理の間も連続的／双方が併存している。
  - 同を原理とする倫理に沿って、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、異を原理とする倫理に沿って手を打つ。
  - 現在、医療倫理の言説の多くは、異を原理とする倫理に固定化したものにとどまっている。が、少なくとも現場で患者・家族を相手とする臨床の実践家は、まずは同を原理とする倫理から出発して欲しい（＝普通の医療ケア）

36

**プロセスはダイナミック（続）**

- [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
  - 「患者の意思尊重」だけで決めるのは危うい
  - 患者・家族と医療チームが双方納得できる線を目指す
  - 合意に基づいて、「同意書」作成などの手続きを
  - 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

37

- 意思決定のプロセスは、同時にケアのプロセス
  - Cf 看護診断: ineffective coping
  - 患者がinformed willを形成できるようにサポート

**3. 緩和ケアのコンセプトと死を早めること、延ばすこと**

### 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立てである」

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、ぬかりのない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、

#### ■ WHO DEFINITION OF PALLIATIVE CARE

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.

定義 by WHO(2002)(続き)

「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、死へと向かうあり方(dying)をノーマルな過程だと看做す
- 死を早めることも先延ばしにすることも意図しない
- 患者ケアの心理的および精神的面を(身体面に並行して、併せ行う仕方)で統合する

- Palliative care:

- \* provides relief from pain and other distressing symptoms;
- \* affirms life and regards dying as a normal process;
- \* intends neither to hasten or postpone death;
- \* integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;

定義 by WHO(2002)(続き)

- 患者が、死に至るまで出来る限り積極的に生きることを援助する支援システムを提供する
- 家族が、患者の病の間、また死後悲嘆において、対処する(cope)ことを援助する支援システムを提供する。
- 患者とその家族のニーズ(必要がある場合は死後悲嘆のカウンセリングも含めて)に応じる、チームでの対応をする

- \* offers a support system to help patients live as actively as possible until death;
- \* offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement;
- \* uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;

定義 by WHO(2002)(続き)

- QOL(生活の質)を増進させ、場合によっては病の進み具合により方向での影響を与えることもある
  - 病の早期においても適用できる——生命を長持ちさせることを意図してなされる他の治療、例えば化学療法や放射線療法、と併用して。
- また、不快な臨床的合併症をよりよく理解し、管理するために必要な諸研究を含む。」

- \* will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;
- \* is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.

### 緩和ケアのWHO定義について

#### ■ Palliative (語の意味):

- that relieves the symptoms of a disease or condition without dealing with the underlying cause.(疾患の諸症状ないし病態を緩和する——もたらしている原因に介入することなしに)

#### ■ 緩和ケア概念の発達の経緯:

- 緩和ケアは(身体的)痛みを和らげることを目指す
- 苦痛といっても、単に身体的なものばかりでなく、心理社会的なもの、スピリチュアルなものもある(ないし、それらの因子が身体的痛みに影響する)
- それらへのケアも緩和ケアだ

- 支えるケア=supportive care というほうが、より包括的かも
- 歴史的経緯で、palliative care が選ばれ、痛みのコントロールが強調された。

### 緩和ケアに関連して

#### \* 延命と縮命の間で

- 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治療をどう考えるか
- 両者は、決して **延命か死か**の違ではない

#### ■ 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

## 緩和ケアの論理： 余命を短縮するおそれがある時

- 「緩和ケアは死を早めることも、引き延ばすこともしない----- Palliative care ....neither hastens nor postpones death.」 (WHO 1990:2.1 cf.-2002:intends to hasten...)  
 - 意図的には延命も縮命もしない  
 → したがって、「安楽死」は否定する。しかし.....
- 縮命のおそれがあっても、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)  
 - 視野を広げてみると、該当する状況は結構ある
- 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、これを中止する。(=「徒な延命」はしない)

## ここで使われている考え方

- 相応性論 theory of proportionality  
 - principle of proportionality(=pop と略記)だけを立てる
  - 国際問題における pop: 妥当な目的達成のために、必要最低限の介入のみ許される
  - <pop>の説明1: 状態の厳しさの程度に応じて、強い対応が妥当となる  
 → 悪性度が高ければ、より強い対応(=効果もあるが、副作用・リスクも大きい)が必要・適当となる
  - <pop>説明2: 良い効果と悪い効果を併せ考えて、全体として益かどうかによって、決める・・・しかし  
 - 「苦痛は緩和されるでしょう。でも余命が縮まるかもしれない」という情報だけでいいかどうか決まるか？

## ■ 相応性論 principle of proportionality

- 「苦痛は緩和されるでしょう。でも余命が縮まるかもしれません」という情報だけでいいかどうか決まる？
- 他の選択肢と比べる必要がある →
- 候補となる選択肢のそれぞれについて、良い効果・悪い効果を枚挙し、バランスが一番いいものを選ぶ(説明2の真意)

→達成目標が決まっている時の定式: その目標を達成できる選択肢のうち、害が一番少ないものを選ぶ(=説明1の実質)

## ■ 相応性プラス意図

- 例: ある状況で、諸選択肢のうちで相対的にもっともよいと判断される選択肢Aには次のような益と害がみこまれた
  - ○ QOLには良い影響を与える
  - × 縮命のおそれがある
- どんな意図を伴っていてもAを選ぶ以上は同じだということにはならない:
  - 「QOL向上のために、縮命のおそれがある治療を選ぶ」
  - 「縮命のために、QOL向上にもなる治療をえらぶ」
- 同じ選択肢を選んでも、意図が違えば倫理的評価も違ってくる可能性がある

## 《相応性論》にはリスクもあるけれど・・・

- 相応性論は、諸選択肢を比較する際に、「同じ益があつて、害がより少ない道はないか？」と探す姿勢があつて、生きる
  - 選択肢の枚挙はダイナミックなもの proportionalityは考え方を示すルール。何をすべきかは固定してはいけないと固定的に考えない。
  - 益と害の評価は、患者をはじめとする、選択の結果の影響を受ける人々の生活全体を視野において行う。
  - 安楽死についても、倫理的に妥当となる可能性を論理的には認める／実践的には、安楽死を避ける道をぎりぎりまで探し求める(実践的には限りなく0%に近づけられるとする: WHO1990の姿勢)。
  - 同様に、持続的な鎮静をしないでも緩和という益が得られる途を捜し求め、安易に鎮静を選択しない。
  - 同じような状況であっても、昨日まで最善だった選択肢が、今日はまずいとなることもある。

## トピック：治療の差し控えと中止

- 治療(ことに生命維持)の
  - 差し控えwithholding 開始しないこと、
  - 中止withdrawing やめること:
    - 多くの治療については、「中止する」とは「次の治療を差し控える」こと。
    - 次の輸液パックを装着しない／次の透析作業を始めない・・・(ただし、呼吸器TPPVを中止することは、「スイッチを切る」というように表現され、より積極的な行為のように見える／cf. 挿管を抜く)

### 治療の差し控えと中止

#### ■ 差し控え・中止の理由

- ◎①始めない・中止するほうが、始める・続けるより患者にとって益になるから
    - ex「こうなったら、輸液を絞る・やめるほうが患者さんは楽になります」
  - △②始める・続けることは、患者にとって益にならないから(だからといって始めない・中止するほうが益だとはならないが)→始める・続けることは無益な資源の投入(差し控えには○のようだが・・・)
    - ex「今、呼吸器を着けても患者の益にはなりません」
  - ○③始める・続けることは、患者の人間としての尊厳に反するから
    - ②に付加される理由であることが多い
    - ex「回復の見込みがないまま何年も生命維持装置で無理やり生かし続けるのは、この人の尊厳に反する暴力的なことだ」
- ①・②により、益と害のアセスメントが重要であることになる
- ③も、患者にとって益であるかどうかの一側面

### 治療(生命維持)の差し控えと中止の差?

- 治療の差し控えwithholdingと中止withdrawingが倫理的に同じかどうか、ということ論じてあまり意味ない。
- 問題は個別の状況における、可能な諸選択肢の中で、どれが一番好いか(ましか)ということであり、それをめぐって意思決定のプロセスを適切に迎っているかどうかである。  
→ Proportionality 原則がここでも基本
- 治療をしないとしない(やめる)との間で、益害のアセスメントに差がない時には、わざわざ方向転換をする理由もない(ということはいえるかも)
- 社会的サポート力の状況が、アセスメント結果を左右することもあるだろう

### 治療の差し控えと中止

Ex: 口から食べられなくなった場合に、どうするか

- 経管(経鼻/胃ろう)
- 末梢からの輸液(持続皮下注も)
- 中心静脈
- 胃ろう
  - 状態が劇的に改善する見込みあり
  - 経管栄養で、延命にはなるが、余命を延ばすことが本人に益かどうか疑わしい場合
  - 栄養補給しても、延命にはならない場合
- 輸液
  - しない場合よりはした場合のほうが、より緩慢に衰える、ということはあるか?(本人にとって?/家族にとって?)
    - 「何もしないわけにはいかない」「やれば延びるのにやらないのは・・・」
  - 管に束縛されるという害

### トピック:《尊厳死》と《尊厳ある死》

- 尊厳死 < 尊厳ある死(death with dignity, dying with dignity)
  - 日本では<徒な延命治療>をしないで、死に至ること?
  - インターネットでヒットするのは、オレゴン州の「尊厳死法」(医師に幫助された自殺)を一定の条件のもとで認めるもの)  
→ 本来はある死に方を指す語ではなかった
- <尊厳ある死>はもともとは終末期の患者の最後の日々をどう支援するか、目標を示す用語(「尊厳と快適さをもって」「尊厳と平和をもって」)
  - 「尊厳」は「死」を形容しているのではなく、死に向かつて最後の生を生きている「人」のあり方を記述している

### 《人の尊厳》をどう捉えるか

《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)
  - 何かを「尊厳ある」と言うことは、「弄(もてあそ)んではならない」と語ることに他ならない。
    - 「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」
- (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(≒自尊感情)/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)。

### 《尊厳ある死》をどう捉えるか

- 「尊厳ある死」death with dignity は、本来は「尊厳をもって死に至るまで生きること」dying with dignityである
  - 死に至るまで、自らの存在を肯定する自尊心をもって、生きるあり方を指しており、それが終末期ケアの目的であった。(=スピリチュアル・ケアの目標)
  - 「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? ⇄
    - 「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。
    - 「尊厳を保てる/回復できるようにどう支えるか?」
      - ケアの姿勢はこのような発想をする