

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のか」、「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くと、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、(以下で説明しまようと)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、それは私たちに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を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、ちょっと間違えると、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 → [－] 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が、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、損得づく（「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。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◆

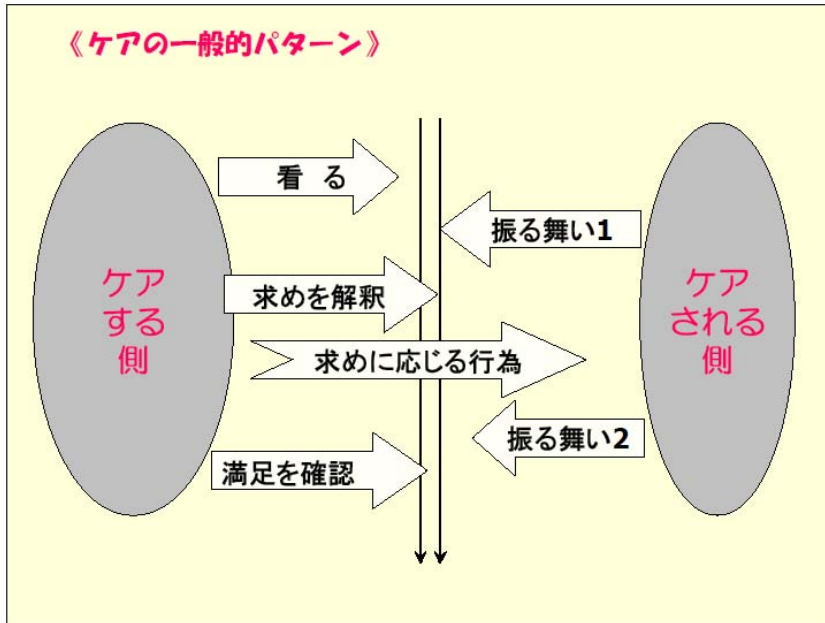
●ケアに共通の要素から●

- ・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。

〔振舞い 1〕でも、時に赤ちゃんがむずかりだすとします。「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。

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で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。

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）。

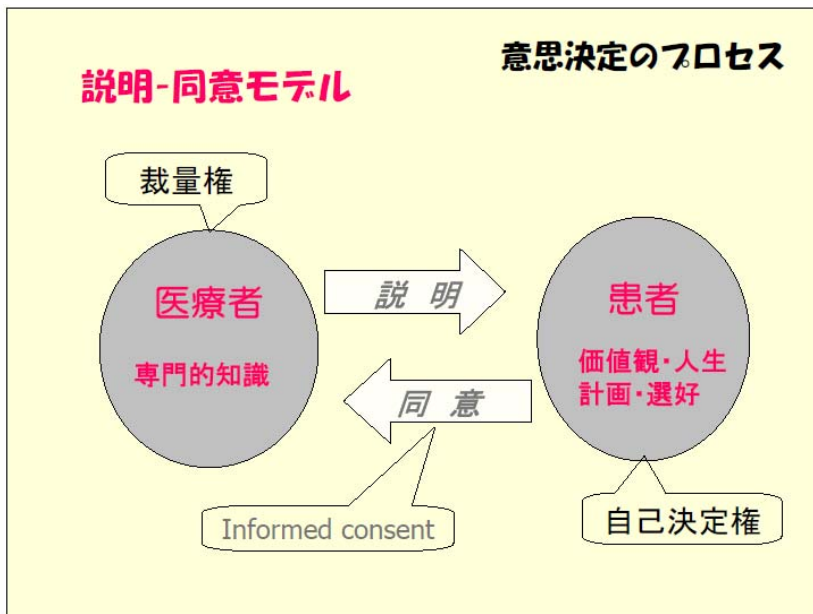
もう一点付け加えます。先に同の倫理—異の倫理ということの説明しましたが、何をもって良い（益）とするかということにも、この二つの倫理は関係します。割と遠い関係ですと、「何が好いか悪いかは患者さん本人が決める」などと、あっさり言います。つまり、本人の価値観に基づく判断に委ねるということで、悪くいえば「突き放す」傾向にあります。ところが近い関係ではそうは行きません。「私とあなたとは同じ思いになれるはずだ」と思って、相手と自分とが意見が近づいていって

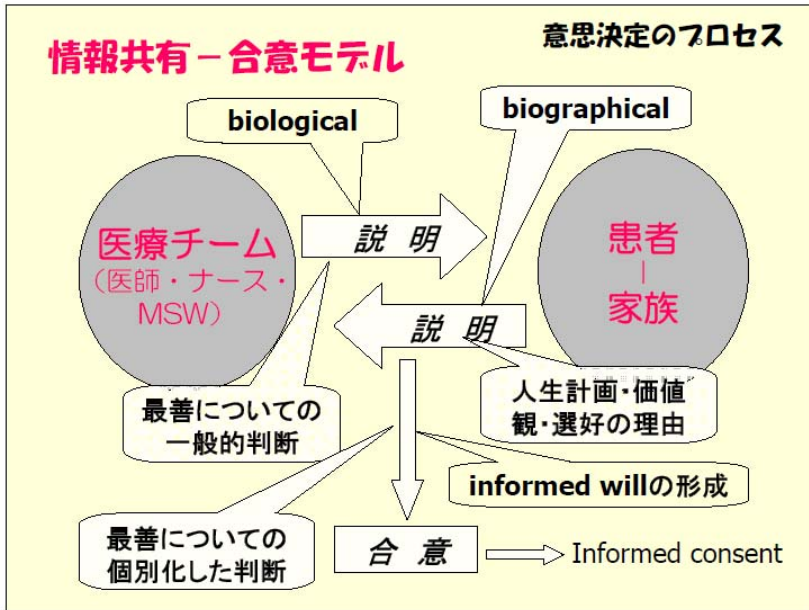
3. 意思決定のプロセス

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、





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つ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、人生計画であつたり、価値観であつたりするでしょう。つまり、医療チームから患者への説明は biological なものだけれども、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

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ってもかもしれない、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なく、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

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

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。

● 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。

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しません。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

◆「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

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）。

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

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。