

# E-FIELD

**Education For Implementing End-of-Life Discussion**

- 講義 5  
臨床における倫理の基礎

# 今日の内容

1. 臨床倫理とは
2. 臨床倫理はなぜ必要か
  - QOL
  - インフォームド・コンセント
  - プロセス・ガイドライン
3. 臨床の倫理原則

# 臨床における倫理の基礎

## 1. 臨床倫理とは

# そもそも「倫理」とは

## 人間関係のあり方についての社会的要請

要請の目的：  
社会の平和的  
& 調和を保った  
存続

社会的要請とは：  
成員間の**通念**  
& **互いに要請し合っている**  
→ **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)

他人に害を加えて  
はいけません

互いに助け合い  
ましょう

# 医療における「倫理」

- よくある誤解：倫理は「結局それぞれ」「個人の心がけ次第」
- 社会的要請であること＝共有され、関係者間で互いに要請し合っているもの
  - － 一番わかりやすいのは「職業倫理」（医の倫理、看護倫理 等々）
    - ・ 個人ではなく職業「集団」にとってのルール
- では「臨床倫理」は？

# 臨床倫理 Clinical Ethics

- 職種を超えて、医療・ケアチームが直面する個別具体的な倫理的課題を話し合う際の共通ルール
- 一般論ではなく個別事例に即した検討
  - ただし検討の仕方はある程度の標準化が可能
  - 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
- 選択・意思決定の問題が要となる

# 特にどんな意思決定か

- 患者・家族・医療・ケアチームの間で患者にとっての最善に関する判断が一致しない場合（あるいは最善がわからない場合）
  1. 患者・家族と医療・ケアチームの間
  2. 医療・ケアチームの間（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）
- 意思決定に必要な情報提供が行われていない場合も含む（いわゆる「告知」の問題）



# 例1：高齢の喉頭癌患者 に対する手術

- 手術をすれば完治する可能性があるが、永久気管孔となり、声を失う。その場合、この患者は大変高齢なので、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、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、つらい症状がおき、手術をした場合よりも余命は短くなるかもしれない
- しかし高齢であり、手術をしたほうが長く生きられるとも言い切れない

## 例2：適応の無い抗がん剤治療を希望する患者

- この患者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
- しかし、患者本人はまだ試していない抗がん剤を使ってほしいと、強く希望している。患者の意思を尊重するなら、その意向に従うべき？

# 臨床倫理の目指すところ

- 患者・家族と医療・ケアチームが、  
ともに納得できる意思決定の実現
  - そのためには、患者・家族の意向を踏まえて、医療・ケアチームでよく話し合うことが必要
- そうした話し合いのプロセスを支援するためのツールの開発・提供
  - 四分割表（Jonsen）
  - 臨床倫理検討シート（清水哲郎）など

# 臨床における倫理の基礎

## 2. 臨床倫理はなぜ必要か

# ①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」）

# QOLを真剣に考える

- Quality of life : 本人にとっての「生活/人生の質」
  - 究極的には客観的な測定は困難
  - 医療者は「生き方」の専門家ではない
- そもそも何を目標として医療を行うべきか、医療者が一方的に決めることはできない
  - 例1：高齢の喉頭癌患者に対する手術
    - 「声を失う」ことの意味は個人によって大きく違う

# 日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定 プロセスに関するガイドライン」

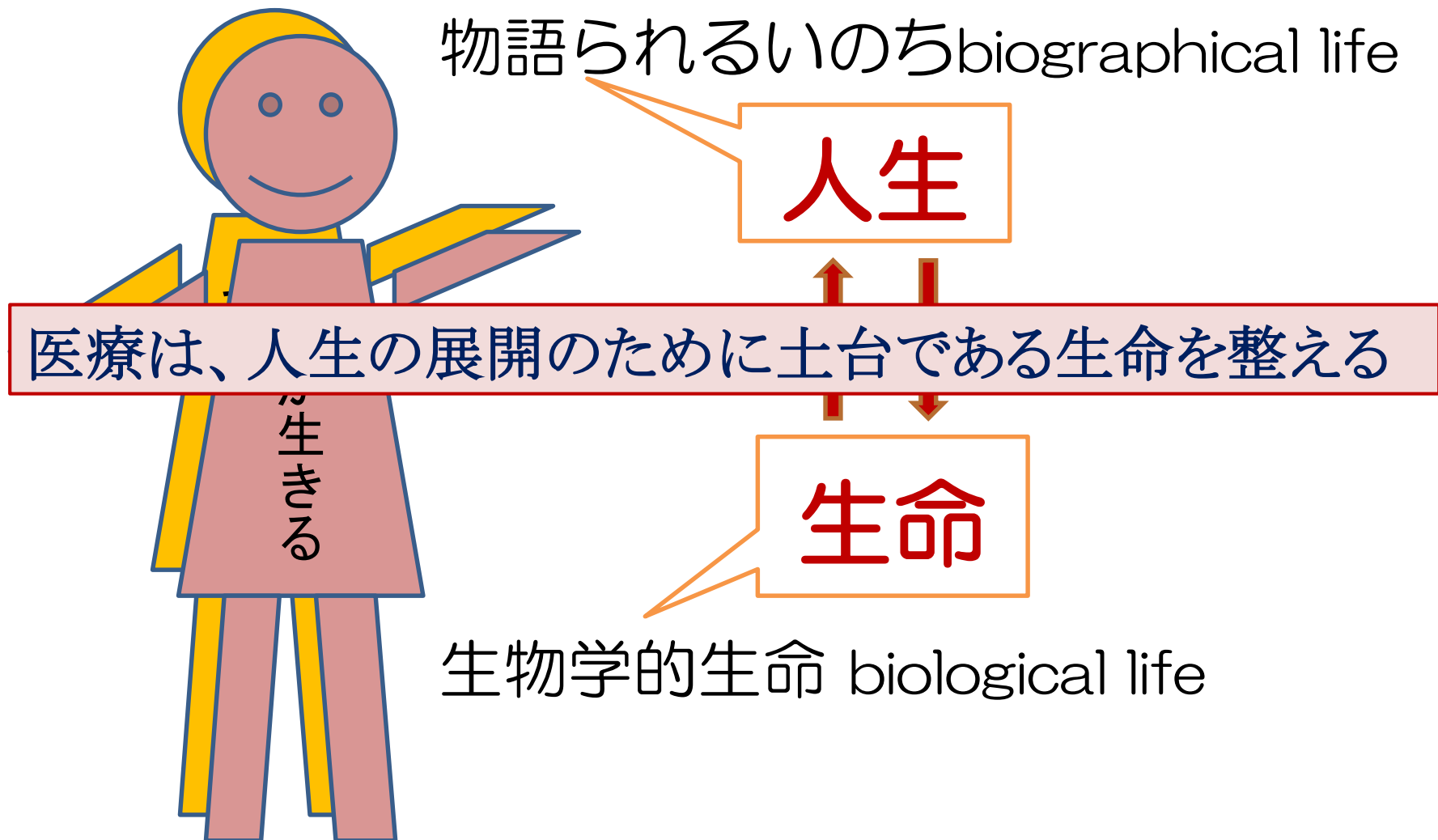
2012年6月公表

- 豊かな「人生」のため「生命」を支える

## 2. いのちについてどう考えるか

生きていることは良いことであり、多くの場合本人の益になる——このように評価するのは、本人の人生をより豊かにし得る限り、生命はより長く続いたほうが良いからである。医療・介護・福祉従事者は、このような価値観に基づいて、個別事例ごとに、本人の人生をより豊かにすること、少なくともより悪くしないことを目指して、本人のQOLの保持・向上および生命維持のために、どのような介入をする、あるいはしないのがよいかを判断する。

# 人のいのちの二重の見方





## ②医療の進め方の変化

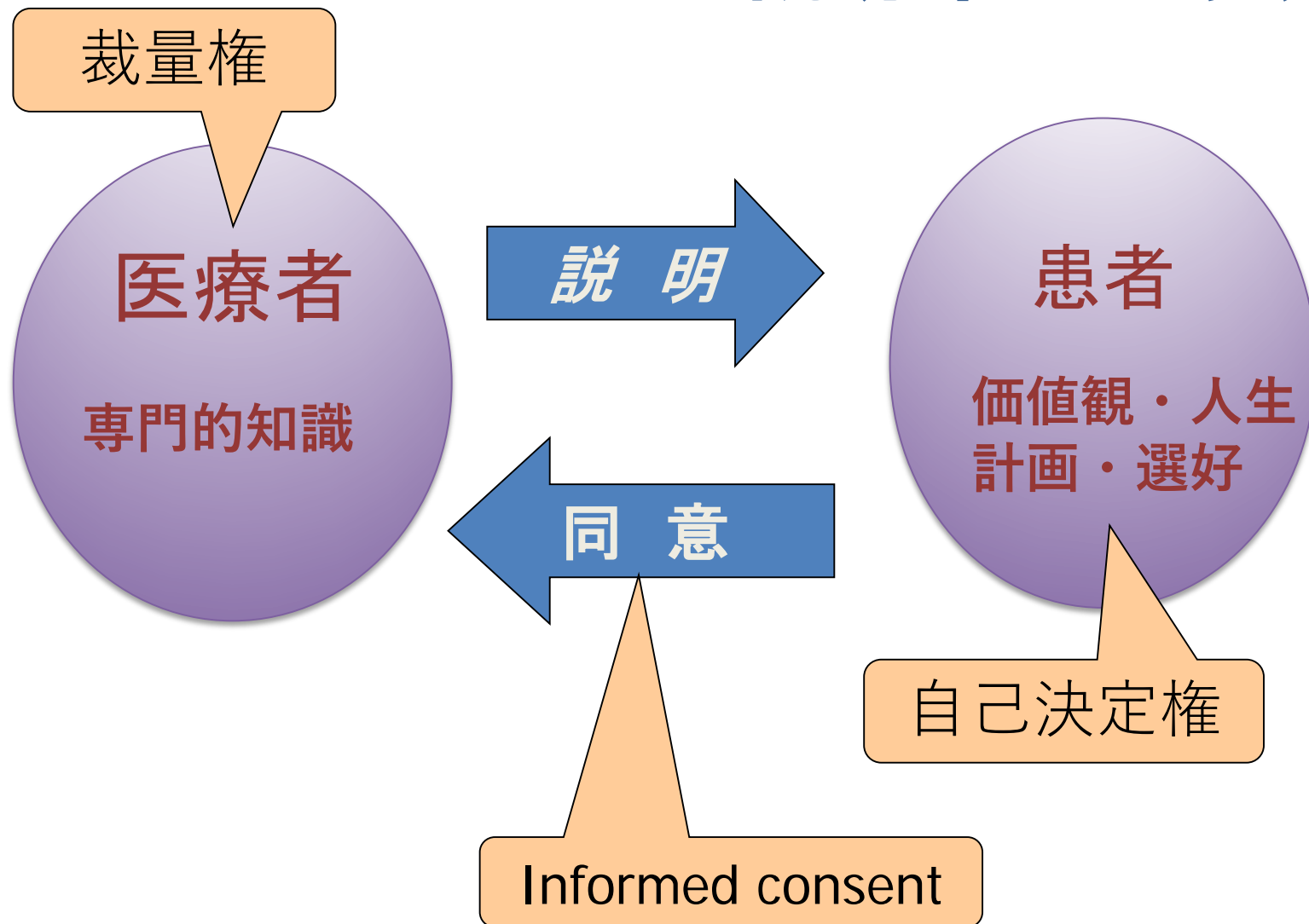
- 「ともに考える」プロセスとしての  
インフォームド・コンセント（IC）理解  
の一般化
  - － 「医師が決める」又は「患者が決める」の二  
分法を超えて

# 「インフォームド・コンセント」

- 先生、患者さんにきちんとICしてくださいね！
  - IC＝説明？ ムンテラ？
- Informed Consent (IC)
  - 「説明されたうえでの承諾」ないしは「情報に通じたうえでの同意」
  - あくまでも患者側の Consent（同意）が中心（医療者が「する」ものではない）

# 意思決定のプロセス

## 説明-同意モデル



# では、決定は患者にお任せ？

- 70代女性がん患者の例
  - 胃がんで胃の全摘手術を受けた2年後、医師から突然、骨に転移しており、末期の状態であると告げられる
  - 医師は「抗がん剤をしてもあと2年持つかどうかかわからない」が、いずれにしても抗がん剤治療を開始するか否か、家族と相談して早急に決めるように、と言う

# プロセスとしてのIC

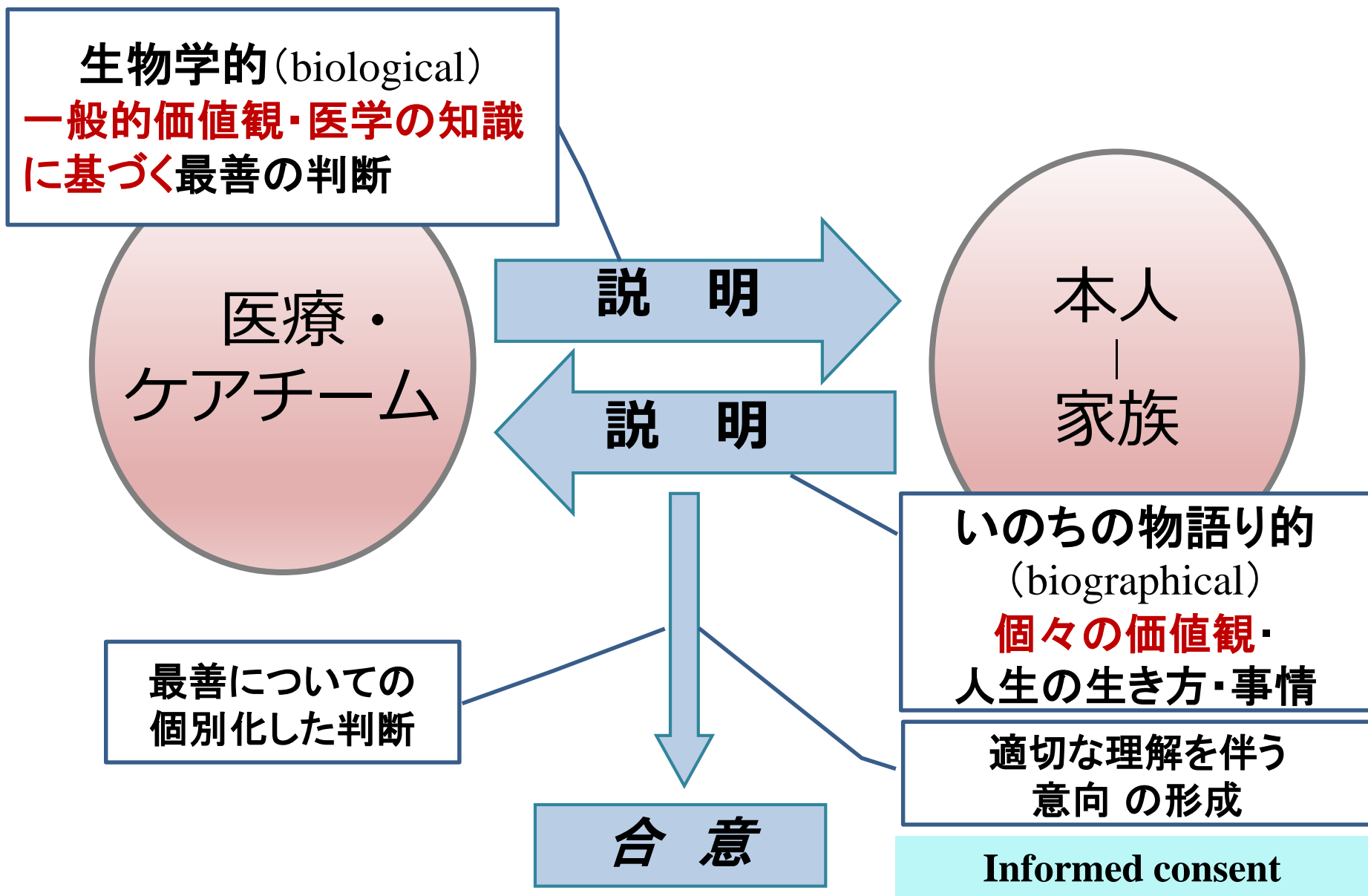
- 医療者と患者が互いに情報を共有したうえで十分に話し合い、合意へ至るプロセスを重視

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るだけではなく、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ことである。

# 意思決定のプロセス

# 情報共有－合意モデル



# 〈共同行為〉としての医療・ケア

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、自分はどうか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年

# ICの考え方の大きな推移

1. 医師が患者の最善を考え治療法を決める  
(医師のパターナリズム)
2. 医師から情報提供を受け、患者が決める  
(消費者主義)
3. 医療・ケアチームと患者・家族がよく  
話し合ったうえで「ともに」決める  
(共同意思決定)



### ③社会的な要請

- 意思決定プロセスの充実と透明化に対する社会的な要請（説明責任）
  - － 国や学会による「プロセス・ガイドライン」の登場

# 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）
  - 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」
- 「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、どういう手続き（プロセス）を経てそうした決定をすべきかを定める
  - 「決め方」についてのガイドライン

# 厚労省ガイドラインの骨子

1. 医療・ケアチームで取り組む
  - － 主治医の単独行動からチームプレーへ
  - － メンバーは医療スタッフのみに限られない
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、  
「家族が十分な情報を得たうえで、患者が何を望むか、患者にとってなにが最善かを、医療・ケアチームとの間で話し合う」

# プロセス・ガイドラインの背景

- 医師による治療中止（主に人工呼吸器の取り外し）などにより警察が動いた事例が相次ぎ、何らかのルール作りが必要だと考えられるようになった
- 過去に問題になった事例に共通した問題を踏まえた内容になっている
  - － 本人意思が不明で、専ら家族からの要請による
  - － 主治医の独断による
- 現場でしっかり考えるためのガイドライン

# 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だよね」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年

# 専門領域ごとのガイドラインも

- 日本小児科学会「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン」（2012年）
- 日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」（2012年）
- 日本透析医学会「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」（2014年）
- 日本救急医学会・日本集中治療医学会・日本循環器学会「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン」（2014年）

# なぜ「プロセス」が大事なのか

- 臨床上の倫理的問題に唯一の正解を与えることはできない
  - ただし適切な手続きを踏み、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」の重要性
  - 何が正しいことなのかを一義的に決めにくい社会（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）はフェアであるべき
- 説明責任を果たすことにもなる

# 臨床における倫理の基礎

## 3. 臨床の倫理原則

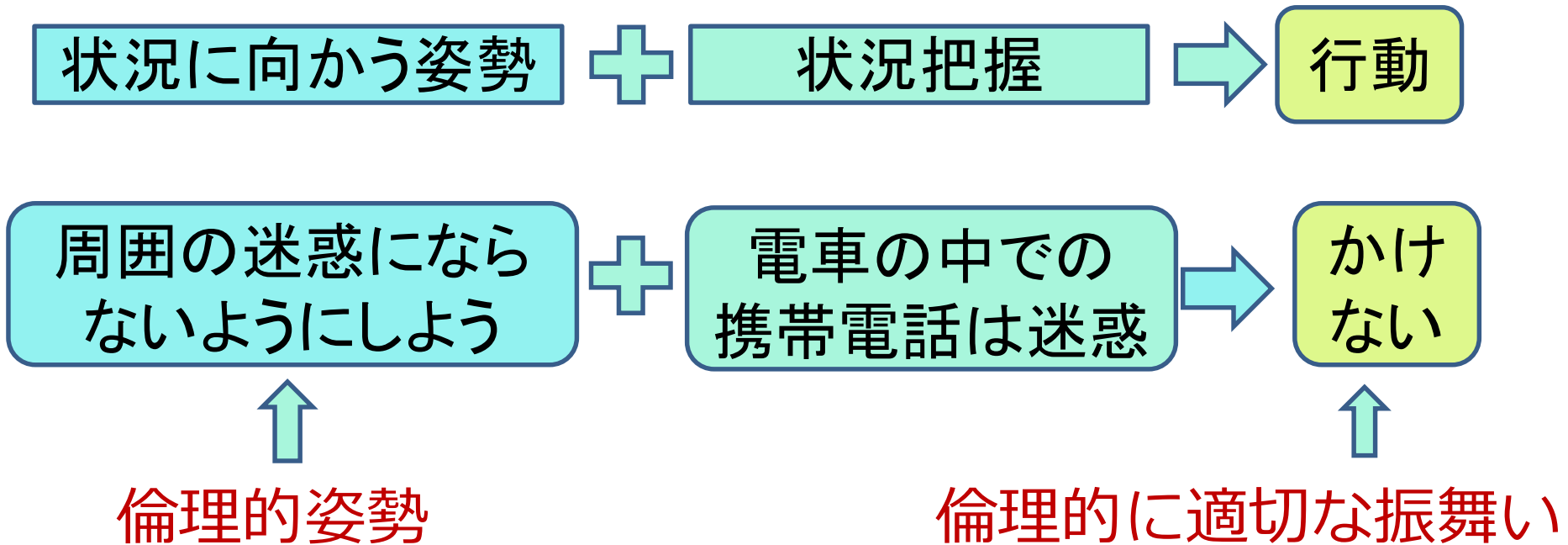


# 電車の中で電話がかかってきたら？



# 倫理的行為の構造

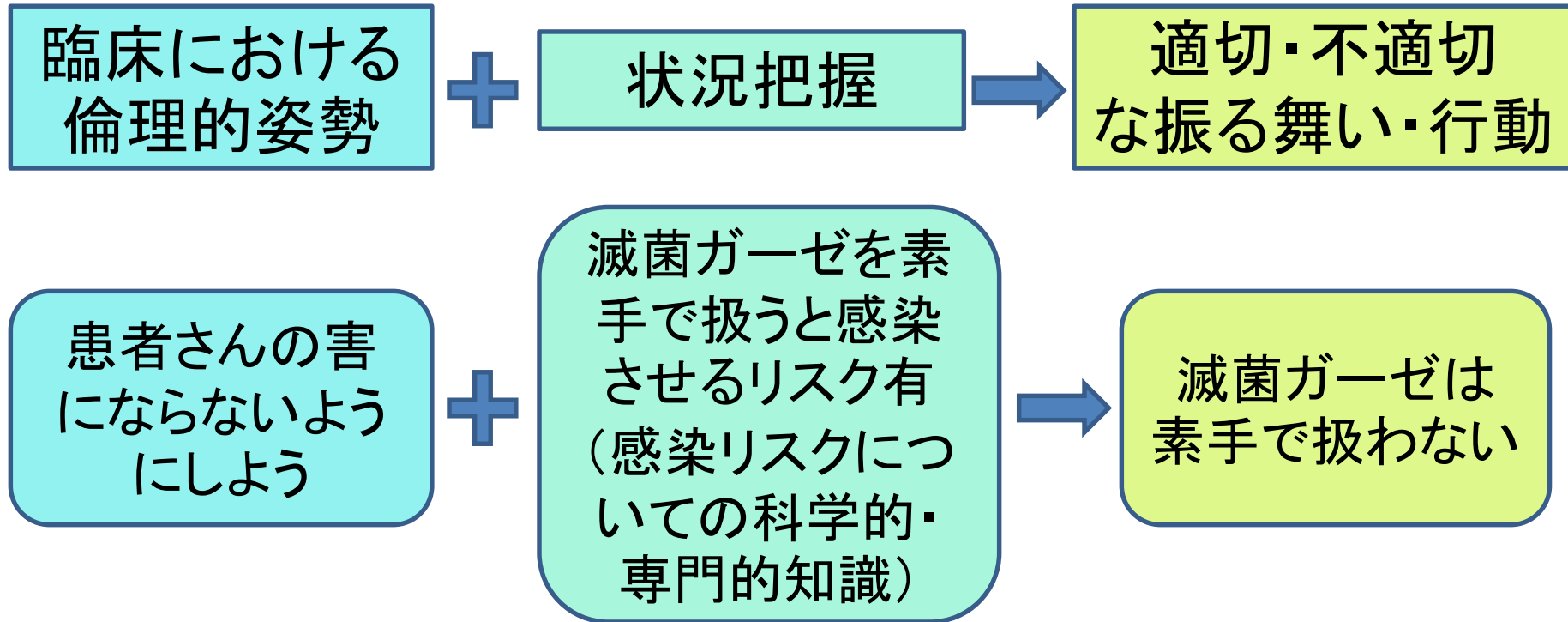
\* 結果としての**行動**      源としての**姿勢**



☆ **倫理的評価**：行動の適切さ・不適切さを見て、姿勢を評価

☆ **適切な行動**のためには、**倫理的姿勢**と**適切な状況把握**の双方が必要

# 医療・ケアでも同じ構造



**\* すべての医療・介護行為には、倫理的姿勢が伴っている**

\* 社会における役割としてケアという行為を行う

→ 倫理的姿勢が伴う

# 倫理原則とは

- 医療現場の諸ルールや日々行われている諸活動の根拠（なぜ？）をたどっていくと、
  - 患者に害を与えてはならない
  - 相手を人間として尊重する– などの、いくつかの「原則」に整理が可能
- これらの原則は「偉い学者」が決めたものではなく、すでに医療現場で大切にされているルールを整理してまとめたもの

# 基本的な倫理原則

- 自律尊重原則
  - 自律的な患者の意思決定を尊重せよ
    - 干渉しないこと以外に自己決定を支援することを含む
- 与益&無危害
  - 患者に利益をもたらせ&危害を及ぼすのを避けよ
    - 治癒以外に多様な利益の考慮が必要
    - 身体的な利益と危害だけを重視しない
- 公正
  - 利益や負担は公平に配分されなければならない
    - 形式的な公平さ以外にも実質的な公平さが問題になる

# 【参考】倫理原則修正の試み

- 人間尊重（相手を人間として尊重する）
  - － 相手を人間として尊重しつつ、コミュニケーションを通じて活動を進める
    - 明示的な意思だけでなく、気持ちや存在も尊重
- 与益（相手の益になるように）
  - － 相手にとってできるだけ益になるように、害にならないようにする
    - 選択肢を枚挙し、益と害のバランスを選択肢間で比較
- 社会的視点での適切さ
  - － 自分たちがしようとしている医療・看護活動を、社会全体を見渡す視点に立ってチェックし、適切であるようにする

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

# 自分なりの言葉で言い換える

- 患者さんや家族の思いを大事にしたい
  - こちらの都合だけで一方的にものごとを進めない、相手の事情を考える
- 可能な限りベストの医療を提供したい
  - 「ベストの医療」とは何か？
    - 医学的に妥当で、かつ個別性に配慮したもの
- あまりにも不公平なことはしないように
  - ただし「ニーズに応じて」ということもあり得る
    - 医療資源の「掘り起こし」も十分に検討したうえで

# 倫理問題のパターン（1）

- どうすることが原則に沿うのかよくわからない
  - － 例1：高齢の喉頭癌患者に対する手術
- 「相手にできるだけ大きな益となるようにする」という原則は分かっているが、この場合、何が益なのかわからない



# 倫理問題のパターン（2）

- 複数の原則を同時に満たすことが難しい
  - － 例2：適応の無い抗がん剤治療を希望する患者
- 「相手にできるだけ大きな益となるように」という原則と「相手を人間として尊重する」という原則とが両立しないようにみえる（「倫理的ジレンマ」）

# 問題の検討 ぎりぎりまで調整

- 倫理的ジレンマは、「あちら立てれば、こちらが立たず」状態で、「どちらを立てるか」という優先順位をつける方向に走りやすい
  - どうしても合意に達しない時には「どちらが優先するか」の問題とならざるを得ない
- が、ぎりぎりまで両立させる努力を！

# ぎりぎりまで調整するために

- 患者や家族の思い・行動の背景を探る
  - 「なぜそのようなことを言うのか/なぜそのように振る舞うのか」をしっかりと確認する（勝手にわかったつもりにならない）
- 選択肢を単純な二択にしない
  - 例えば「告知する/しない」「入院/退院」「胃ろう/IVH」などはその典型
  - どのくらい豊かな選択肢を挙げられるかで意思決定の質は変わってくるはず

# まとめ

- 臨床倫理とは、患者・家族の意思を尊重しながら医療・ケアチームが活動していくさいに、共通の基盤となる考え方
- 臨床倫理のベースになっている発想
  1. 「QOLの維持・向上」という目標  
（「人生」のために「生命」を支える）
  2. 「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
  3. 意思決定プロセスの充実と透明化に対する  
社会的要請

# まとめ

- 基本的な倫理原則
  1. 自律尊重
  2. 与益 & 無危害
  3. 公正
- 原則同士が対立しているように見えるときでも、ぎりぎりまで調整を試みる
  - 「なぜ」を大事に & 別の選択肢の可能性

## 例2：適応の無い抗がん剤治療を希望する患者

- 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のもので、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せる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。

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』日総研, 2014年

- 「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、及ばずながら最期まで闘う姿勢でいることが、妻子への良いわけでした、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、医学的には益が無いと思われる治療（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』日総研, 2014年