

文化連情報

No.491



水道法改正

これから自治体・市民が考えるべきこと

臨床倫理メデイエーション

国立大学法人山形大学医学部
総合医学教育センター

中西 淑美

30 身近な人の「死に直面した生」を意識するという
ことは倫理的思考である

1. アルフォンス・デーケン

死生学の紹介と悲嘆のプロセス

1932年8月3日、死生学者として高名なアルフォンス・デーケンは祖国ドイツで敬虔なクリスチャンである両親のもとに、8人兄弟の3番目として生を授かった。彼の父アロイス・デーケンは、次の世代のために生き、反ナチス運動にも加わりつつ、農業と不動産業の二つの仕事を持ちながら、家族の話を辛抱強く聞き、対話し、「どんなことでも家族みんなで話し合おう」という家族の空気を作った¹⁾。デーケンによると、彼の父は、無条件の人間愛、言葉よ

はないでしょうか」と語る。¹⁾（前掲山形大学）
 前回、「医療メデイエーション概念による、死にゆくことへの対話」ではなく、「生きていくことへの対話」をしていくことが重要である。倫理的配慮とは、今、そこに生きていくことを尊重して、一人一人が考えてつなげていくことである。」と述べた²⁾。

死について対話するACP (Advance Care Planning) 『文化連情報』2018年12月号)を日常診療のなかで行うことは死生学だけでなく、倫理を考える機会になる。

デーケンは、悲嘆のプロセスを、12段階で次のように提唱した。

- ① 「精神的打撃と麻痺の状態」→② 「否認」
- ③ 「パニック」→④ 「怒りと不当感」→⑤ 「敵意とルサンチマン(うらみ)」→⑥ 「罪意識」
- ⑦ 「空想形成、幻想」→⑧ 「孤独感と抑鬱」
- ⑨ 「精神的混乱とアパシー(無関心)」→⑩ 「あきらめ—受容」→⑪ 「新しい希望—ユーモアと笑いの再発見」→⑫ 「立ち直りの段階—新しいアイデンティティの誕生」である³⁾。

悲嘆のプロセスにおける最初の段階としては、「ショック」あるいは、その大きなショックによって引き起こされる「心の麻痺の段階」が挙

りも行動によって教育を実践した人であった。反ナチ運動は、文字通り、命がけの危険極まりない行動である。父の教えは、どんなときも生死をかけてやるべきこととして、常に話し合いを重ねることが大切で、笑いの絶えない雰囲気が生きる力を与えろという、その後のデーケン死生学への道を構築した。

死生学とは、『死を背けずに、我々がより良く死と向き合うために、いったいどうすればいいのか、そしてどうやったら「死への恐怖」から解放されて、歩き出すことができるのかを考えることだ』と説く。そして、『長い人生において、最大の試練は、「死」に直面すること

げられる。しかし、あまりにもひどい死に直結することを認識すると、「パニック」や「怒り」と不当感」を通過し、「あきらめ—受容」の段階へとすぐに移行する場合もある。デーケンの11番目の「新しい希望—ユーモアと笑いの再発見」へは、生きている実感の伴った対話過程を経ることでは、その段階にはいけないのではないだろうか。

この対話とは、他者との対話のみならず、実は、他者を通じた自己との対話があることである。

医療メデイエーションは、相互作用としての対話で、デーケンの11、12番目に相当する。例えば、①接近可能性、②愛着、③快適さ、④時間を共に過ごすこと、⑤インタレストの確認と伝達など、これらが、患者を中心として関係者の中で、循環していることである²⁾。

医療メデイエーターの対話での意義は、対象とする人のそばに、「今、そこにいる」ことが、その対象とする人たちに「必然的な関係」を認識させることである。それが、信頼を構築することに繋がる。

以上をまとめると、自分の精神状態と相手の精神状態を推し量りながら対話をする姿勢、す

なわち、双方向に安心感を与えようと試みる、その場の相互交流がある対話過程を行う。倫理的場面では、患者を中心とした関係者の異なる視点をつなぐ対話過程を持つことが重要である。

2. 身近な人の「死に直面した生」を意識することは倫理的対話のはじまり

死は誰にでも確実に訪れる。白らの死に直面することもあれば、身近で大切な人を亡くすることもある。そのために、デーケンの死生学は、死について学ぶことで、同時に生きることの尊さを再発見することである³⁾。

身近に起きる「死に直面した生」は、突然やってくる。また、まさか、がんに罹るなんて、ほんの少しも考えていないときに降りかかってくる。事態を軽視し、自分だけは大丈夫だといった楽観的な考えを持っていることを思い知るような形で現れる。

このとき、外来や日常診療においてACPの実践は、実際は死を意識する会話や対話過程になり、死に対する患者の思いを傾聴することが多くなる。肝心の、どうしたいのか、どうやっ

て死の恐怖ではなく生きていくことに意義を見出すことができるのか、といった話し合いにすることは難しい場合がある。あまりにも死を意識しすぎて、患者中心の医療でありながら、家族中心の医療になっているからである。

ここでは、「病の語り」からはじめ、これまでの「健康観、人生や日常のこと、希望、目標、幸せ感」など、身近にいる人との対話から、死を恐れた対話をしないことである。

人間の尊厳は、生死に直面する弱い状況や立場にある人を守るためにある。それは、遺された家族の意思を尊重することを第一義的に考えることではない。

勿論、遺される家族のことに配慮し尊重していくことは大切なことではあるが、優先すべきは患者の意思・嗜好と医学的適応・ケアである。患者のなかには、わがままや批判に思える言動があるかもしれない。それは表面上のポジションである。その表面上の主張に隠されている潜在的な他者への思いや人生の旅の終焉を、共に感じることや、その人自身がしたいことを受け入れることが優先されねばならない。言葉は口語でなくてもよいし、カードなどに書きとめることや、誰かに話すことでもよい。その意思や嗜好

について、その人自身がしたいこと、やっておきたいことなどが明確になる。

人は常に、予期せぬことに遭遇しながら、人としての旅を続ける。時には傷つき、時には裏切られ、時には怒り、笑い、泣き、そして喜び、生きていく実感を味わう。

このことは、大上段として、人生の最期の大問題のACPの実践を試みるのではなく、「今、そこに、現実に生きている人が、今やっておきたいこと、大切に思うことなどの対話を重ねながら、本人の意思を確認していくことが、倫理的な配慮に基づく医療メディーエーションの実践となる。そこに、その人とその人の関係者との対話が常に有る」ということである。

身近な人の「死に直面した生」を意識することを、倫理的対話のはじまりの対話として実践するには、いつ、誰に、どのように聞くかといった、ACPを実践する際の問いかけが大切である。

3. プライマリケアでの

ACP実践法

瀬野尾は、プライマリケアにおいて、ACP

を実践するための推奨アプローチとして、下記のことを述べている⁽⁴⁾。

(1) 50—65歳の患者が定期通院している場合

・対話のポイント

「もし、あなたがとても調子が悪くなったとき、誰に自分の医療的決断を任せますか？」

「事前指示を作成することを考えたことがありますか？」

「あなたが大きな障害や病気を抱えたとき、どのように支えてもらいたいですか？」

・行動のポイント

①事前指示書を渡す

②用紙をみて、質問がないか尋ねる（再会した時再確認する）

③可能なら、複数の患者と事前指示の話題についてのグループワークを提案する

(2) 進行性の慢性疾患を診断した場合（例：心不全、がん、認知症、COPD）

・対話のポイント

「あなたの健康状態が変わりました。あなたの体調について、どのように理解していますか？」

「今までに経験したことについて何か考えて

いますか？」

「ケアの目標は変わりましたか？」

「あなたの親しい人とあなたの考えについて話し合っていますか？」

・行動のポイント

①患者、代理人、家族メンバーと会わせても
らいたいと申し出る

②健康状態の変化によって事前指示がどのように変わったかを議論し、用紙を書き直す

(3) 虚弱性や介護状況が高まった場合

・対話のポイント

「もし、人生が残りわずかになったら、あなたにとって一番大事なことは何ですか？」

「あなた自身のケアの目標が変わったかどうか代理人と話ししましたか？」

・行動のポイント

①患者、代理人、家族のメンバーと会う

②夜ごと個別ゴールについて話し合う

③延命処置と蘇生に関するオプシオンの詳細を確認し、事前指示用紙に追記する

ここで瀬野尾のACP実践法の原典をみてみる。

Spoelhof GDらは、ACPについて、事前

指示 (Advance Directive: AD) の完了だけでなく、時間の経過と共に、一連の議論プロセスとして考慮することで進化していくとする⁶⁾。彼らの論文は、プライマリケアにおけるACPについて以下のように言及する。

深刻な病気の場合や殆どの高齢者には、患者の希望や選好が記載されていないことがある。それはACPとして実践できなかったためである。日常臨床においてACPの障壁があり、忙しい日常外来診療時は、特にACPの訓練やシステム、リソースの不足があるという理由による。

医師の障壁として、具体的には、①時間が取れない、②話題に対する不快感、③制度上のサポートの不足、④診療報酬がない、⑤議論を始めるべき患者がいる、が挙げられている。

他方、患者側の障壁としては、①家族や友人の負担になるのではないかと不安、②ヘルスリテラシーの問題、③興味や知識の欠如、④そのことについてあまり考えたくないという拒否反応、⑤社会的孤立（頼れる代理人がいない）、⑥スピリチュアル、文化的、民族的な慣習、⑦議論を始めるべき医師がいる、が挙げられている。

また、障壁を超えてACPを実践したとしても、患者が終末の医療を決定する準備ができたと感じるには難しさがあることを述べている。

4. ACPを倫理的対話と

するために

これまでみてきたように、ACPの実践には、双方向的で、倫理的配慮のあるACPのプロセスが問われている。

我々は、自分の意思でこの世に生を受けたわけではない。死も生の一部であり、人為を超えた世界の中に存在する小さなヒトという生命に過ぎない。その生命が果てる際に、何かに感謝することができるとき、その思いは、相手の心に響き、遺された者たちに生きる気力を供与する。

憎しみも悲しみも喜びも幸せも、その人のそばに在ることと共に乗り越えることができる。意味のない生はない。その人の生と死に意味があるという価値観を尊重していくことは、日々の生の営みとして成就する。

倫理的対話とは、考えること、感謝すること、尊重することの三つが対話の中で実現し、行う

ことができる対話過程である。

ACPを、死生学としての対話、つまり、倫理的対話過程にする必要があるといえよう。☒

参考文献

- (1) アルフォンス・デーケン…よく生き よく笑い よく死と出会う、2003年9月、新潮社
- (2) 中西淑美…「在宅医療の終末期をめぐる臨床倫理」(4)『文化連情報』2019年1月号
- (3) 曾野綾子／アルフォンス・デーケン…生と死を考える、2000年6月、春秋社
- (4) 瀬野尾智哉…一般的な外来受診時から始める場合のACP、治療 Vol.99, No.6:739-743, 2017, 表2より引用
- (5) Spoelhof GD, Elliott B. Implementing advance directives in office practice. Am Fam Physician. 2012;85(5):461-466. PubMedGoogle Scholar. 15. Sudore RL, Landefeld CS, Barnes DE, et al.