

臨床倫理メデイエーション

23 現場の医療をめぐる臨床倫理(3)

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

はじめに

日常現場にある臨床倫理とは、倫理的な問題に気が付く場合もあるが、診療のなかに倫理的な問題があっても、案外、医学的な優先度によって背後に押しやられてしまうことがある。臨床倫理の匂いは、その風景(人・文化)のなかにある。

患者の語りとその背景により意味づけられていくナラティブは、一緒にいるだけでは見えない。見えないものを聴き、聞こえないものを見る、ことが必要である。これらへの嗅覚は知覚の「もやもや」を沢山持つことから始まる。その患者の意向・選好(Preference/Autonomy)をただ受容すること(匂いを嗅

ぐ)から、医師の嗅覚と知覚間のコンフリクトを感じるにより、倫理的な問題が「もやもや」と生まれる。

この「もやもや」を、患者の判断能力やインフォームド・コンセントのありかた、治療拒否の有無、事前の意思表示(Advance Directive)、代理決定などで、医学的適応、周囲の状況とQOL(Quality of Life)とよった臨床倫理を構成する各要素のどの匂いと異なるのかを分析する。分析は知覚の曖昧な相違などを、患者の意向・選好のみならず、医師自身が自己と対話することになり、このことが現場にある、さまざまな多声性に耳を傾けながら、対話過程を紡いでいく。この対話過程を医療メデイエーションという対話促進モデルを活用す

ることによって臨床倫理への具体的な展開へとつながる。

蛇足となるが再度確認しておきたい。専門職(プロフェッション、以下Profession)は、倫理の基本的考えとして「自己決定」(オートノミー、以下Autonomyと本稿では称す)、「公正」又は「善」「妥当の論拠」などへの嗅覚を研ぎ澄まし、感受性を高めて、研究・診療・介護などのヘルスケアに臨む実践をする必要がある。また、患者や被検者と法的な接点についても熟慮が必要である。

倫理の基本となる「患者の基本的人権」(患者の権利)が基準となる匂いで、これが知覚の参照点でもある。この参照点は、より良い医療、多職種連携につながる。以下5つの過程の中で参照する。

- (1) What is the right thing to do? (正しいこと、善なることは何か)
- (2) その為の患者の自己決定権の尊重とは何か
- (3) そのための情報開示と共有には何が必要か
- (4) (1)と(2)が妥当であるといえる倫理的判断の根拠は示すことができるか
- (5) 患者と医師の双方で事後検証が可能となる行動は何か

そして、(1)~(3)のプロセスを通じて、当事者を中心とした関係者のインタレスト(関心や欲求)を(4)の中で具体化して、(5)を含んだ形で患者と家族の合意形成(Shared Decision Making、以下、SDM)を図る。

さて、本連載の8回で掲載したように、病気には、疾病(Disease: EB)と、やまい(illness: NBM)の2つのアプローチがあるように、人の生命(いのち)の考え方には2つの視点がある。その人の生命を、生物学的に考えるバイオロジカルな生物学的生命(いのち)(Biological life)と、その人の人生として物語的な生命(いのち)(Biographical life)である。この2つの視点は一見合致していると思えても、患者と医師の善なることを探索し、互いの生き方、意思決定のあり方をプロセスとして捉えてみると、倫理的な問題や配慮の不足は、患者の不安を煽り、Autonomyが揺らぐので、心地よくない匂いを発する。

それでは、事例を具体的に検討してみたい。今回は、乳がんという疾患をめぐる臨床倫理の問題について2回に分けて考えていくことにしよう。事例を一読後、「もやもや」と異なる匂いがしたかを考えてほしい。なお、示した事例

については、患者とその家族のすべての同意を得ており、医療機関側については、患者の面談を経て組織の管理責任者の許可を得ている。

事例1. 乳房しこりと治療法

A氏は32歳。2カ月前から、左の乳房に時々しこりを触れるため、出産した近医の産婦人科を受診した。産婦人科医の診察では心配ないと言われたが、その後も1cmぐらいのしこりを触れるため、友人に相談したところ、「乳癌は外科が専門」と外科受診を勧められ、評判の高い女医を受診した。診察時は、たくさんの患者がおり、1時間以上待った後に診察を受けた。診察は、乳房の触診のみであった。その女医は、「がんですね。Z大学病院を紹介しますから、紹介状を書きます。急がないと大変です。早く来てよかったですね」と言われた。この言葉を聞いてA氏は茫然自失となった。家族に相談後、早々に大学病院に行き、マンモグラフィーを受けた。大学病院のマンモグラフィーでも、「白い陰影があり癌の可能性が高い」と言われ、「若いので進行は早いから、今後の治療方針として、細胞診検査をして、その後に乳房切除術や

温存術も考え、細胞診の検査結果で治療方針は決める」と言われた。A氏には、断乳が終了したばかりの幼児がおり、「今、死ぬわけにはいかない」と思い、乳房切除も辞さない覚悟をした。しかし、「できれば乳房を切除したくない。検査結果が、良性でも、しこりはあるので、やはり手術をしてしまったほうがいいのではないかと」と思いあぐねた。いろいろと思いついた末に、乳房切除術を決定した。ところが、その後に、主治医より、「(細胞診実施前に)乳癌の可能性は低いので手術はせずに、様子を見る」と言われた。手術を強く勧めた医師が、突然、乳房の温存を力説する姿勢に変化したため、乳がんを最初に診断した女医のみならず主治医を含めた医師たちへの不信と不安がもやもやと生まれた。

倫理的な問題には、不安、もやもや、すっきりしない気持ちがある。最初に診察した女医として語られることがある。最初に診察した女医と次の主治医は患者のためという気持ちで生物学的視点から診断結果と治療方針を語った。それは、患者の不安を和らげ、QOLの質を高めたかと考えたかもしれないが、AutonomyやSDMを主治医はどう扱ったのか。これ以外にも心的・経済的・環境的要素について話しあっ

たのか、色々なことが倫理的検討としてはあり得る。

【医療メデイエーションによる1対1対応（セルフメデイエーションとして実施も可）】

では、具体的に、さまざまな対話の過程や、医療メデイエーターとして、どのように接していくのか、例をあげてみる。勿論、これが正解ではないし、対話の始まりに過ぎない。まずは、導入の共感の立場にあることが前提となるので、その部分から一部紹介する。以下、略称として、患者はPt、Mは医療メデイエーションによる応答とし、M①は医療の非専門家、M②は医療職の専門家の医療メデイエーターとする。

Pt「先生が、胸を触るなり、『これは、もうがんの可能性が高いですね。紹介状を書きましょう』と言いました。とてもショックでした」
M①「とてもショックでしたね。最初の胸の診察から、どのように始まって、終わったのか、詳しくお話ししてくださいませんか？」（非言語と準言語で、きちんと相手を90度のカウンセリングポジションで座って見つけて）
M②「とてもショックでしたね。先生は、ど

ういうところで、がんの可能性が高いとおっしゃったのか、詳しく、具体的に、お話ししてくださいませんか？」（同じく90度のポジションで、視線を合わせて聴く姿勢で）

Pt「小さな子もいるし、まだ、死ぬわけにはいかないんです。がんだったら、乳房切除をしないと、進行が早いらしいんです」
M①「お子さまも小さいし、死ぬなんて考えられないですよ。心配ですよ。がんでなかったら、乳房切除はしないでいいですよ」
M②「（うなづきながら）、ショックでしたよね。お子さまのためにも生きていかないといいけませんね。がんだったら、ということですが、がんだと医師が断言した理由、乳房切除を何故勧めたのかなど教えていただけますか？」

以上のような、ひとつひとつの対話の中で、各当事者に寄り添った、さまざまな対話促進により、Autonomyの理由になる、漠然とした見えないインタレスト（ニーズ）に到達するために、今、そこでの、そのインタレストを満たすために対話を続けていく。そして、最終的にAutonomyのための問題や不安を確認し、イ

ンタレストから見ても、ポジションへの固執が、具体的にどうなれば満たされていくのかを、本人が覚醒することを重要視していく。

さて、注意すべき分岐点になるのは、医療メデイエーターが非専門家の場合、この事例では、検査結果を待つか、セカンドオピニオンを受けるかというところが、医療メデイエーションの境界となることである。勿論、セカンドオピニオンを受けた時点で、このがん診断が疑惑あるものということにたどり着くが、医療メデイエーターが専門家の場合には、すぐに、このがん診断が疑わしいことに気づき、フレイム枠を確かめることに羅針盤として、イシュー・ポジション・インタレスト（Issues, Positions, Interests: IPIと称す）展開が働きやすい。

ここで強調したいのは、医療メデイエーターが非専門家、専門家にかかわらず、医療メデイエーションが単なるカウンセリング手法ではないことである。つまり、第三者の視点で（二者間の対話であっても常に両当事者を主体にした三極の構造で）、情報の共有と相互理解による対話過程により、当事者自身が気づく行動変容の契機を供与することである。

事例2. マンモグラフィの限界

同じようなケースで、今度は、鬱病の20歳代前半の患者が、マンモグラフィで乳がんを宣告され、精神不安定となり、自殺してしまったケースである。家族は、マンモグラフィの診断限界のことを、彼女の死後、知ることになり、病院側・担当外科医に、「医療事故ではないか」と、説明を要求しにいったケースである。病院の相談窓口に行ったが、苦情扱いにされたとのこと、家族は倫理的な問題であると言いたかったとのものであった。病院側は想定できなかったとして不問にした。その後、遠路訪問してくださり家族が悶々としていたため、相談にのったケースである。

事例①と同様に、倫理的にどのような問題があるのか、考えていただくとういかもしれない。M①、M②は前述のとおりである。

Pt家族「娘が鬱病だったのは知っていたはずなんです。正常に見えるから、何も考えなくていい、簡単に乳がんと言ったに違いないんです。ただ説明を求めに行っただけに、苦情扱いして、おまけに私のことまでおかしいみ

たいな態度だったんです。仕方がないって言うのです。自殺したんですよ。こんなことになって、訴えてやります！」

M①「自殺されて大変でしたね。娘さんが鬱病だったのは、病院側はご存じだったんですね。担当医は、簡単に、乳がんと言ったということですね。具体的には、どんな風に娘さんからお聞きしているか、お話しいただけますか」
M②「お嬢さんの尊い命が失われて、やりきれないお気持ちですよ。娘さんが鬱病だと、病院側が知っていたのに、簡単に、乳がんを宣告したと思われるんですね。それは、どうしてそう思われるんですか。娘さんのこと、詳しくお聞かせいただけますか」

この例では、患者側のポジションは、娘の自殺は、病院のせいである。病院側のポジションは以下のようなものであった。患者については鬱病の既往は把握していたが、鬱病状態を具体的に確認していなかった。鬱病の既往が念頭に有り、早く精査を行なった方がこの患者には良いと思った。精査を勧める目的で、患者の要望に応じて、乳がんの可能性を言っただけで、と主張した。患者との初期の面談では平行線であった。

ここでは、このような平行線にある両当事者の溝を少しでも近づけられるようにするには何を行えば良いのかを掴むことが大切である。患者側には、マンモグラフィの診断が難しいこと、精査目的だったことなどの理解を求めることが必要である。また、医師には、鬱病患者（既往歴としての鬱病でも）への応対、マンモグラフィの診断の難しさから、このケースはマンモグラフィについて、診断医での告知の重要性についても説明が必要になる。

自殺という悲嘆経験に暮れる家族には、会話例にみられるように共感スキルを用いることは必要であるが、原状回復できない悲しみを持つ家族には、上述のような専門医が把握しているマンモグラフィの診断困難性というフレイムを具体的な例を示しながら情報共有をはかり、その結果として患者側の理解を得るための対話を促進させていくことが共感の次のステップとなる。例えば、患者側の理解を得るための説明内容は、「20〜40代の若年のマンモグラフィでは、乳房組織の脂肪分が多く、腫瘍と同じく、乳腺組織が発達して白く見える。そのため、超音波検査などと併用しなければ、がんを診断を誤ることも多い」などがある。医師は善行と



茶畑の脇を走る京阪宇治線。宅地化された宇治市内には茶畑は少なく、山間部の和東町、南山城村、宇治田原町が主産地となっている。

第122回

京阪宇治線
茶摘の里へ



西出 健史

「夏も近づく八十八夜」で始まる唱歌「茶摘」は、立春から数えて88日目、毎年5月2日頃にあたり、八十八夜に摘み取られる新茶は、古来より不老長寿の縁起物とされてきました。この唱歌、作詞作曲ともに不詳ですが、一説には京都府の宇治田原町に伝わる茶摘み歌がモデルとされます。1912年刊行の『尋常小学唱歌』に掲載され、今日まで親しまれてきました。唱歌「茶摘」と同時期、銘茶の産地宇治に短いローカル線が誕生します。京都の南、伏見にある京阪電鉄の中書島駅から分岐して宇治に向かう京阪宇治線です。

出発地の中書島（伏見区）は、坂本龍馬ゆかりの寺田屋や月桂冠などの酒蔵の街として知られます。伏見は古くから交通の要衝で、豊臣秀吉の伏見城は政治の中心地となり、伏見港は京都と大坂を結ぶ水運の拠点として栄えました。

今日の伏見城下には京阪、近鉄、JRの3線が近接し、鉄道密度の濃いエリアとなっています。かつては京都市電も走り、その路面電車（前身は京都電気鉄道）こそが日本初の電気鉄道という歴史的な場所でもあります。市中には「電気鉄道事業発祥の地」という石碑が建っています。市電廃止後は、京都市バス81系統に引

き継がれていますので、テレビ番組ながら路線バス乗り継ぎの旅も面白いところですよ。

さて宇治線はというと、1912年7月に明治天皇が亡くなり一大転機が訪れます。予定線近くに明治天皇の陵墓（伏見桃山陵）が築かれることになり、大急ぎで路線を建設、開通後は連日参拝者で大いに賑わったと言います。

わずか7・6kmの宇治線沿線には醍醐寺、黄檗山万福寺、三室戸寺、平等院などの名刹がひしめき、源氏物語の舞台として光源氏に胸キュンする女子にも人気です。並行して走るJR奈良線が、JR乗り放題のジャパンレールバスを持つた外国人観光客で激込みなのに対して、宇治線は空いています。宇治線8駅の駅間は平均して1km少々という庶民の足感覚もいいところ。思わず「やっぱ京阪電車ってええなあ」とつぶやきます。

京阪宇治線を出れば、日本三古橋の一つに数えられる宇治橋の東詰。平安時代から、宇治橋の東側は「この世」、渡った西側は「あの世」とされ、極楽浄土を体現させた平等院が橋の西側上流に建ちます。にわか免税店が増えた宇治の古い街並みを焙煎の香りに誘われ、すずる歩きするいい季節になりました。

考え、「精査をしましょう」としたが、決定の結果のみを発話せず、家族と一緒に、何が不安の背景にあるのかの確認に對話の軸足を置く。それまでは鬱病の既往者には不安となるようなことは控える必要があった。

この事例2では「マンモグラフィの診断困難性」という羅針盤を立てて、医師の説明の不備・配慮不足を謝罪し、再度の「乳がん」といった説明許可を求める。この時に、患者側の自殺原因が「乳がん」にポジションがあることを問題としない。つまり、専門家故の情報非対称性を踏まえないならならぬ。この事例は、苦情ではない。苦情として報告を受けた医師は「もやもや」や「異なる匂い」を感じたとされる。ここには、生命倫理の基盤となる点がある。そういった倫理への匂いへの気づき、倫理的感受性を養うことになる。

これらは、医療人としての2つの生命の大切さ、人間の尊厳について、医療者が個々の患者や家族を前にしてどのように考えるかを内省することを検討できる日常的な事例かと考える。

（次号へ続く）

新刊アラカルト

- 『育てて楽しむウメ百科 栽培から梅干しづくり、効能まで』
三輪正幸著 家の光協会 1400円+税
- 『医療と介護のクロスロード to 2025』
武藤正樹著 医学通信社 1500円+税
- 『いま地域医療で何が起きているのか—「地域医療構想」のねらい』
横山壽一・池尾 正・増田 勝・長友薫輝・今西 清著
旬報社 1200円+税
- 『種子法廃止でどうなる？ 種子と品種の歴史と未来』
農文協編 農山漁村文化協会 900円+税
- 『<食といのち>をひらく女性たち 戦後史・現代、そして世界』
佐藤一子・千葉悦子・宮城道子編著 農山漁村文化協会 2500円+税

参考文献
(1)中西淑美・多様な死の時代—安楽死と尊厳死(2)文化連情報、2017年1月号、No.466、44-48頁。(P.44の第三段落引用。人生の最終段階(End of Life: EOL)として、2つの生命を見つめるアプローチとしてナラティブの観方のEOLについて説明している)

神奈川県厚生連 相模原協同病院 院内学術集會を開催

3月10日、相模原協同病院にて、第17回院内学術集會を開催しました。高野靖悟病院長の開会挨拶に始まり、診療部7名、看護部3名、医療技術部3名、事務部3名の計16名が演題発表を行いました。各発表後には参加者から内容に対しての質疑応答の時間が設けられ、活発な意見が飛び交いました。発表終了後には、特別企画として「『職員満足度の高い病院を目指して』～一人一人がいそいそと働ける職場環境とは～」というテーマでパネルディスカッションを行い、高野病院長が座長を務め、4名の職員がパネリストとして登壇しました。今後も、職員間の情報共有を図り、さらなる研鑽に努めてまいります。(神奈川県厚生連企画管理課 金田理沙)



パネルディスカッションの様子