

表 Jonsenの四分割法

医学的適応 (Medical Indications)	患者の意向 (Patient Preferences)
<p>善行と無危害の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者の医学的問題は何か？ 病歴は？診断は？予後は？ 2. 急性か、慢性か、重症か、救急か？ 可逆的か？ 3. 治療の目標は何か？ 4. 治療が成功する確率は？ 5. 治療が奏功しない場合の計画は何か？ 6. 要約すると、この患者が医学的および看護的ケアからどのくらい利益を得られるか？また、どのように害を避けることができるか？ 	<p>自律性尊重の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者には精神的判断能力と法的対応能力があるか？ 能力がないという証拠はあるか？ 2. 対応能力がある場合、患者は治療への意向について どう言っているか？ 3. 患者は利益とリスクについて知らされ、それを理解し、 同意しているか？ 4. 対応能力がない場合、適切な代理人は誰か？その代 理人は意思決定に関して適切な基準を用いている か？ 5. 患者は以前に意向を示したことがあるか？事前指示 はあるか？ 6. 患者は治療に非協力的か、または協力できない状態 か？その場合、なぜか？ 7. 要約すると、患者の選択権は倫理・法律上、最大限 に尊重されているか？
QOL (Quality of Life)	周囲の状況 (Contextual Features)
<p>善行と無危害と自律性尊重の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 治療した場合、あるいはしなかった場合に、 通常の生活に復帰できる見込みはどの程度 か？ 2. 治療が成功した場合、患者にとって身体的、 精神的、社会的に失うものは何か？ 3. 医療者による患者のQOL評価に偏見を抱かせ る要因はあるか？ 4. 患者の現在の状態と予測される将来像は延命 が望ましくないと判断されるかもしれない状 態か？ 5. 緩和ケアの計画はあるか？ 	<p>忠実義務と公正の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 治療に関する決定に影響する家族の要因はあるか？ 2. 治療に関する決定に影響する医療者側（医師・看護 師）の要因はあるか？ 3. 財政的・経済的要因はあるか？ 4. 宗教的・文化的要因はあるか？ 5. 守秘義務を制限する要因はあるか？ 6. 資源配分の問題はあるか？ 7. 治療に関する決定に法律はどのように影響するか？ 8. 臨床研究や教育は関係しているか？ 9. 医療者や施設側で利害対立はあるか？

引用) Jonsen, AR ほか. 臨床倫理学 第5版. 新興医学出版社. 東京. 2006. p. 13.

臨床倫理問題のアプローチ
—前提となるルールについて—

さて、このような倫理問題について、実践的にアプローチを行うための前提となる七つのルールがある。まず、人と問題の評価を区別することである（医療メデイエーション概念でもこのことを力説している）。つまり、異なる価値観や信念に対して、その人の属性や性格、あるいは論法から人身攻撃（ラテン語：ad hominem, argumentum, ad hominem, ad hominem）を行なわない。二つ目は、多元主義（pluralism）の立場を持つことである。人それぞれの価値観や世界観がどんなに異なっているとしても、多様であること自体を受容し認めていくことである。三つ目は、こうした受容をふまえて、その主張する内容における論拠を明示することである。四つ目は、事実と評価を区別して検討することである。また、その評価の際に、評価となる基準は何かを具体化することも重要である。五つ目は、人々の主張は、限定された場での、今、ここでの状況的な情報の解釈によって成立していることに留意することである。六つ目は、社会的な立場や法・倫理綱領・ガイドラインと

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

3 臨床倫理問題における実践的なアプローチ

今日のさまざまな医療・福祉サービスの現場においては、多様な価値に基づく選択可能な治療範囲の拡大、それと反比例的に利用可能な医療資源の枯渇が医療現場という枠組みの中で起きている。このことは医療現場に多彩なコンフリクトを起している。倫理的なジレンマに直面した際、認知と感情の両次元が混在する困難で微妙な事象として倫理問題が現れることになる。

では、この困難で微妙な倫理的問題に、実践的にどのように対応していけばよいのか。

倫理問題について先進的な米国の例を挙げると、一つには制度支援体制の確立である。たとえば、臨床倫理相談のあり方へのアプローチが

行われており、倫理相談の体制、チームまたは委員会による検討、倫理相談サービスを構造化する方法と、そのための倫理や価値観の理論的基礎が報告書として上梓されている。

二つには倫理学を提唱したジョンセン (Albert R. Jonsen) らによる、検討項目を詳細に設けて行うという方法の採用である。①医学的適応、②患者の意向、③QOL (Quality of Life)、④社会、経済、法律、行政など患者をめぐる周囲の状況という4つの視点から分析を行う方法である(表)。

本邦では、清水の臨床倫理検討シートの提案がなされている。この臨床倫理検討シートは4つのステップからなり、ステップ1からス

テップ4までを検討する。具体的には、どの検討についても共通の情報を共有するためのシートで、ステップ1(基本情報)は、患者プロフィールとこれまでの経過の基本情報を書き、経過の中での分岐点を確認する。ステップ2では、情報の整理と選択・決定のための共有を図り、医療側から患者側に伝わるべき情報、および患者側から聴くべき情報(患者・家族の意向と生活)を整理する。ステップ3では、ステップ2までの検討シートから、気になったこと、検討したい点を列挙し、検討のポイントを選び、更なる各ポイントについて検討をする。最後に倫理原則という視点で検討したことを振り返り、今後どうするかをまとめる。ステップ4(合意・問題解決を目指すコミュニケーション)に移り、更なる検討に移る。但し、ステップ4は、単にカンファレンスなどで検討した結果に基づき、当事者間のコミュニケーションを進めた経過を書くとのことのため、最近では、必ずしも必要なく、あまり使われていないとの記載もHP上にある(詳しい検討シートの内容については、参考文献のHPを参照されたい)。

いった約束事を確認しあうことである。七日目は、職種としての判断か人としての判断かを常に問われていることに自覚的になって情報公開と相互交流に努めることである。これらは、医療メデイエーションで行為規範として挙げられていることでもある。

臨床倫理問題のアプローチ

一 方法論

医療では、患者の生死に関する分野が、臨床倫理 (Clinical Ethics - Medical Ethics) として考えられている。前提となる七つのルールは、医療倫理の識者である宮坂によれば、原則論・手順論・ナラティブ論という三つの方法に区分される⁶⁾。なお、看護倫理 (Ethics for Nursing/Nursing Ethics) に関しては、確かに生命倫理 Bioethics と重なる範囲もあるが、どちらかというと臨床における Professionalism の範囲と筆者は理解している⁶⁾。

1. 原則論 (principle-based approach)

一般に、倫理を扱うに際して、道義的に人が守るべきことを社会は求める。たとえば、無危

害原則 (危害を与えてはならない) などである。これらは、実際の判断、行動にあたる規則ともいえる。この原則から、問題を検討して論点整理して倫理問題を推論していく。米国のピーチャムとチルドレス (Beauchamp, Childress) により1979年に発表された有名な医療の四原則がある⁶⁾。米国は、自律尊重、無危害、恩恵、正義とし、欧州では、自律性、尊厳、不可侵性、弱さを原則とし、検討する。このような原則をふまえることで、個別で多様な性をもつ倫理を臨床の実践において検討することを可能にする。つまり、規則は原則によって正当化されて、合意形成へのコンセンサスの共有を図ることになる。

2. 手順論 (Procedure-based approach)

個別で多様な倫理的な問題は、原則論のみで対応できない局面もしばしばある。そこで、手順論があれば、倫理の具体的な問題を系統立てて把握ができ、また、関係者による対話促進や検討課題を深めることもできる。前述した Jonsen の四分割表や清水の臨床倫理検討シートが、この手順論に該当する。倫理場面では、しばしば相反する視点や即時の意思決定を行う

必要性によって問題が複雑化していくことから、手順論は非常にわかりやすく、選択的な意思決定として有意義である。原則論を医療従事者の作業の手順論として倫理的課題に気づきやすく、検討しやすくしたものである。

曖昧な情報や関与する医療関係者の専門情報を共有しながら、同時に、患者・家族を含めた全ステークホルダーによる検討が日常的な医療倫理では不可欠である。もちろん、医学的問題の判断は主治医の責任である。しかし、各専門職においては倫理的責任の希釈があってはならない。また、倫理的問題の決定を多数決による合意形成として安易に考えるのは避けるべきである。

3. ナラティブ論 (narrative-based approach)

さて、宮坂は、「原則と手順があれば、それでは倫理的問題がすべて解決するだろうか。(中略) 患者の人生の文脈に置き換えて考えるのが、物語論 (ナラトロジー narratology) である。」⁶⁾と述べている。

このナラティブは、医学系のみに限定すれば、EBM (Evidence based Medicine) の臨床場面での適用において必須の概念として、

1990年代からNBM (Narrative-based Medicine)として提案されている⁶⁾。リタ・シャロン (Rita Charon) は、ナラティブの意味について、疾病を病(やまい)の物語として考える⁶⁾。この医師は、病を生きることへの意欲や意味づけとして理解する。医師はこのこと

により患者と病気をより深く理解し、患者から得られる知識を受け入れ、それに対する敬意を伝える。そして、「情動を排除せずに患者とその家族に寄り添う」としている。「情動」は「評価であり、考え、信念、動機づけ、意味、主観的具体的経験と生理学的状態などを含む複雑に組織されたシステム」と認知科学では考えられている⁶⁾。

このNBMを踏まえると、倫理問題へのアプローチはナラティブに立脚することが重要といえる。倫理問題は、(1)標準的とされる法・倫理・医学の3事項について各事項についての諸要素を確認し、(2)病の物語として双方向的対話の成立・展開・収束を認め、(3)前二者が対話過程で統合され、(4)説明に伴う医師、患者の情動変化が起き、その後に合意という倫理問題の解決となる。つまり、医師・その他の医療者と患者・家族の病をめぐるナラティブを介する相互交流

的対話過程(すなわち医療メデイエーション)が、倫理問題を取り扱うに際しては特に重要であることを強調したい。

一 生きるということの意味のために

2016年5月24日、一人の医療メデイエーターが若くして逝去した。彼女は18年の闘病歴を持つがん患者であり、医療者でもあった。2年前から死の直前まで、彼女との濃密な語りを通して、その生と死に深く合掌した。そして、緩和ケアや臨床倫理において、死への転回の視点ではなく、自己における再帰的な生への意味づけの視点が、もつと取り入れられてもよいのではないか、つまり、自己との対話過程に焦点をあてた倫理アプローチの必要性を感じた。

文化勲章受章者で日本学士院幹事・国立がんセンター名誉総長の杉村隆氏は、「死とは、その人の人生が最も短期間に集積 (Integrate) されて出てくる」と語った⁶⁾。集積とは、彼女のことを重ね合わせると、「死と共に生きる」ということを意味づけることであろう。この意味づけは、現時点で、自身の生命活動を、過去と未来の時間と空間を、社会・文化的、時には

個人史を含む歴史的に意味づけることなのである。

ガーゲン (Gergen) は、近代的な主体概念ではなく、人と人との関係性に着目する「関係としての自己論」を社会構成主義の中で展開し、「自己の物語」とは、「個人が自分にとって有意義な事象の関係を時間軸に沿って説明すること」⁶⁾とした。具体的には、「到達点、すなわち意味ある終点を設定し、その終点に向かって諸出来事を取捨選択、そして配列すること」⁶⁾という行為となる。そして、これらの行為は、時系列で、語り手の人生に関わる出来事として関連性が生み出され、現在の生の意味と方向性を与えることになる。

このように、ナラティブとは、単純な語りやストーリーではなく、語りや意味、関係性(触れ合い、ケア)といった、動態的な自己の探求における、「意味づけること、意味と意味を繋いでいくこと」であると筆者は考える。

人はただ死にゆくのではなく、生きるために、そして、残りの限られている生命や人生を生き抜くことを続けながら、集積から発散へと進むのである。そのため、死を迎える過程ではなく、生きるための支援こそが、少子超高齢化の

社会において、医療・介護・福祉に携わる職業人に要請されることは避けられない。何故なら、一人一人の具体的・個別的立場を尊重する専門家としての対応のみならず、生と

死の意味づけの過程に、人間として対応することが、求められるからである。今後、ますます、専門職としての臨床倫理姿勢のあり方が問われていくであろう。

参考文献

- (1)Mark P. Aulisio (編集), Robert M. Arnold (編集), Stuart J. Youngner (編集): Ethics Consultation: From Theory to Practice, The Johns Hopkins University Press, Baltimore and London, 2003
- (2)Albert R Jonsen, Mark Siegler, William J. Winslade著/赤林朗, 蔵田伸雄, 児玉聡監訳:『臨床倫理学第5版Clinical Ethics-臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ』, 新興医学出版社, 2006
- (3)清水哲郎: 臨床倫理検討システム開発プロジェクト, 東京大学大学院人文社会系研究科死生学応用倫理センター上廣講座, <http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/index-j.html> (アクセス2016年6月8日)
- (4)宮坂道夫:『医療倫理学の方法-原則・手順・ナラティブ 第2版』, 医学書院, 東京, 2011
- (5)塩谷英一郎:「言語学とクリティカル・シンキング-誤謬論を中心に」,『帝京大学総合教育センター論集』第3巻, 帝京大学総合教育センター, 2011年3月20日, 79-98
- (6)David M. Engel: Legal Pluralism in an American Community: Perspectives on a Civil Trial Court, 1980
- (7)パトリシア・ベナー編:『ベナー解釈的現象学-健康と病気における身体性・ケアリング・倫理』, 医歯薬出版, 2006
- (8)Beauchamp, T.L., Childress, J.F.: Principles of Biomedical Ethics, 5thed., Oxford University Press, Oxford, 2001
- (9)Kathryn Montgomery: Doctors' Stories - The Narrative Structures of Medical Knowledge - Princeton University Press, Princeton, 1991
- (10)リタ・シャロン, 斎藤清二他訳:『ナラティブ・メディスン-物語能力が医療を変える』, 医学書院, 東京, 2011
- (11)Tversky A, Kahneman D: Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases Science, New Series, Vol.185, No. 4157. (Sep. 27, 1974), p1124-1131.
- (12)柳田邦男:『「死の医学」への序章』, 初版, 新潮社, 東京, 1986
- (13)Gergen, K. J. & Gergen, M. M.: Narratives of the Self, In T.R.Sabin & K.E. Scheibe (Eds.), Studies In Social Identity, Praeger, 1983, p285
- (14)Gergen, K. J. & Gergen, M. M.: Historical Social Psychology, Erlbaum, 1984, p175

野の風

インド洋の真珠

ランガ・セナラット

私はランガ・セナラット。スリランカのケラニヤ大学の4年生で、日本語を専攻している。今から私が生まれたこの美しい島国について説明したい。スリランカはインド洋の真珠と呼ばれている。豊かな文化、自然の美しさなど私たちが誇れるものがたくさん存在するからである。

スリランカ民主主義共和国、通称スリランカはインドの対岸に位置する国である。1948年2月4日にイギリスからの独立を宣言した。スリランカはその時までは「セイロン」という国名だった。今でも海外ではセイロンテイはとて有名である。スリランカの首都はスリジャヤワルダナプラコッテであるが、最大の都市はコロンボである。通貨はスリランカ・ルピーである。総人口は約2027万人で、民族の内訳はシンハラ人、タミル人、ムーア人とバーガー人となっている。公用語はシンハラ語とタミル

語、共通語として英語も使用されている。国民の7割を仏教徒が占め、その他にヒンドゥー教徒、イスラム教徒、キリスト教徒も存在する。スリランカの2500年の歴史に裏づけされた文化は、おもに仏教とヒンドゥー教の影響を受けたものである。そして、古都アヌラダプラヤやキャンディを中心とするシンハラ人の文化とジャフナを中心とするタミル人の文化、2つの伝統文化が根付いている。

現在スリランカは、30年続いた内戦が終結し、マイトリパーラ・シリセーナ大統領のもと、ぐんぐん発展している。なかでも旅行業界が盛んで、世界中の人気スポットのひとつになっている。

アヌラダプラ、ポロンナルワ、ダンブッラには古代スリランカを支配した王様の城跡、寺院や神社、湖などがある。キャンディではエサラ・ペラヘラというスリランカ仏教の象徴的な



お祭りがある。このお祭りを見るために観光客が大勢やって来る。シーギリヤロックもとても有名な観光地で、豊かな技術を持っている。さらにキャンディ、ヌワラエリヤには雄大な景色が広がる。ヤーラやヴィルパットでは野生動物を間近に見ることができる。トリンコモリー、ゴール、パーシクダーでは美しいビーチを満喫することができ、キトゥルガラではアドベンチャーゲームも体験できる。私はラトゥナプラ出身である。ここは宝石発掘でも有名な町である。

スリランカは国中どこへ行っても珍しい体験ができる。訪問する誰でもがこの国の美しさ、おいしい料理を体験し、お土産にはセイロンティや宝石などを持って帰る。

次の旅先のひとつにスリランカも加えてみたらどうだろうか。

(スリランカ在住)

神奈川県厚生連 伊勢原協同病院 緩和ケア病棟「端午の節句」イベントを開催

5月19日、緩和ケア病棟のラウンジにて「端午の節句」を祝うイベントを開催しました。緩和ケア病棟では、患者さんとご家族にそのときどきの季節を感じていただくため、毎月イベントを行っています。5月のイベントでは、節句にちなんで手作りミニ鯉のぼりを作り、お部屋に飾りました。ロビーには立派な鯉のぼりが飾られており、窓には折り紙で作られた藤の花が飾られました。患者さんも、ご家族や看護師とミニ鯉のぼりを作り、用意されたお菓子を食べ、楽しい時間を過ごしました。

(神奈川県厚生連企画管理課 栗原賢紀)

