

### はじめに

『京大式 臨床倫理のトリセツ』の第 11 章には、臨床倫理コンサルテーション（倫理コンサル）の実際を見ていただくために、重症の病をもって生まれた春男ちゃんの事例を掲載しました。事例への対応は、患者さんや関係者それぞれの状況によって変わってきますので、様々な背景や課題をもった患者さんの例で検討していただくのがよいかと思います。

本サイトでは、以下の 3 つの事例を掲載しましたので、本書と併せてお読みいただければ幸いです。

**事例 1：**大動脈置換術を受け、出血の合併症のために機能不全となり、生命維持治療を受けている亜紀子さん

亜紀子さんの生命維持治療を継続・中止するかで医師や家族の間で意見が割れる

**事例 2：**進行期のがんの夏美さんに、科学的根拠の薄い治療をやってほしいという父

本人に真実を告げるか、父の意向を受け容れるかで医師間でも意見が割れる

**事例 3：**糖尿病性腎症で人工透析を受けている立山冬華さん、終末期ではないが、シャントがだめになった時点で透析はやめたいと言う

透析センターの看護師は、本人の意向を受け容れるだけでよいのか悩む

いずれの事例も、複数の患者さんや医療者の実例をもとに、創作を加えて仕立てた架空例です。背景や状況が単純すぎたり、考察が不十分だったり、ご都合主義な部分があったりしますが、問題の何についてどう考えるかの筋道を一通り示すことを優先しましたのでご容赦いただければと思います。

事例検討の方法は、第 11 章の春男ちゃんの事例と同様に、考える道筋（表 1）に基づき、四分割法（表 2）や、四原則をとりいれたマンダラ・チャート（表 3）などのツールを使用しています。

## 【事例 1】大動脈置換術を受け、出血の合併症のために機能不全となり、生命維持治療を受けている亜紀子さん

### <背景>

左京大学附属病院の胸部外科の篠田医師は、臨床倫理学センターに亜紀子さんの事例を相談した

### <登場人物>

#### 左京大学附属病院 胸部外科

亜紀子さん：大動脈置換術を受けた

沙雪さん：亜紀子さんの妹

柏木医師：担当医、亜紀子さんの手術の責任者

篠田医師：担当医

#### 左京大学附属病院 臨床倫理学センター

鶴田：教員、生命倫理学

亀井：研究員、哲学・倫理学

## 1. 亜紀子さんの物語

### <胸部外科の会議室で>

「ええそうです、手術を受けなければ、亜紀子さんは今頃元気に過ごされていました」  
気まずい沈黙を破ったのは、篠田である。

「ですが、僕たちは、亜紀子さんに、動脈瘤の破裂を心配しないでいられるほうが人生を楽しめるんじゃないかと思って手術を受けていただきました。手術自体は、ほぼ予定通りで、うまくいったんです。ところが、翌日に大量の出血があって、開胸したのですが、どこから出血しているのかがなかなかわからなくて……」

篠田は、そこまで一気に言うと、絶句した。

「それって、やっぱりミスじゃないんですか」沙雪は、自分でもしつこいと思いつつもつい口にする。

「手術の終わりには、出血がないことを確認して、胸を閉じました。しかし、たくさん血管をつないだりしていますし、出血はよく起る合併症の一つなんです」と柏木が答える。「亜紀子さんにお元気で退院していただきたかったのは、確かです。このようなことになって、申し訳ございません」

「姉も無念だと思います。姉にはできる限りのことをしてやりたいです。今、姉は頑張っているんですね」と沙雪は確かめるように言う。すると、柏木が「ええ」というのと篠田の「いいえ」が同時で、沙雪は2人の顔を交互に見た。

「亜紀子さんは、ほぼ脳死といってよい状態です。神経内科の医師にも診てもらいま

した。呼吸とか運動とかを司る部分もだめになっているので、生命維持装置を止めれば、ほどなくして亡くなるような状態なんです」篠田が説明する。

「実際には死んでいるということですか。だけど、顔や手を触ると、温かいんです。とても死んでいるとは思えません」と沙雪は篠田に訴える。

「そうですよね。亜紀子さんは、頑張っているんだと思います」今度は柏木が答える。

篠田は柏木をちらと見ながら、ためらいがちに続ける。「頑張っているのは、亜紀子さんというよりも、機械のほうです。亜紀子さんの身体は機能が失われていますので、機械で無理矢理動かしているということなんです。亜紀子さんは意識がないので痛みを感じているわけではありません。ですが、とても無理なことをしているということです」

「むしろ姉に負担をかけているということですか」沙雪は目に涙をためながら尋ねる。「そうです。言い方はよくないですが、死を引き延ばしているような状態です。亜紀子さんは、このような状態で長らえさせられていることを、望むでしょうか」と篠田は沙雪の目をまっすぐに見て問いかける。

「ええ……？ どうだろう？ 姉は、いやかもしれないです。10年ほど前に、父が脳梗塞を起こしてしばらく寝たきりになって、その後亡くなったのですが、その時は、“父のような状態はいやだね”と2人で話していました」

柏木が間に割ってはいる。「ですが、私も諦めきれない気持ちです。篠田は、死を引き延ばすような状態は亜紀子さんにとってよいことではないし、きちんとお見送りをしないとイケないのではと言うので、それを沙雪さんに申し上げたのですが、私自身は、やっぱり……」

沙雪が独り言のようにつぶやく。「姉は、ほんの2週間前、笑いながら、私と昔話をしていたんですよ……」

篠田は、柏木の煮え切らない態度に心の中で舌打ちをしながら考える。手術がうまくいかなかったことと、回復しない人をきちんとお見送りすることは別だって、夕べ話し合っただけなのに、まったくもう……。臨床倫理学センターにでも相談するか……。

### 亜紀子さんの状況のまとめ

亜紀子さんは72歳で、大動脈置換術を受け、手術はうまく行ったものの、出血の合併症により脳が障害され、生命維持装置がつけられています。ほぼ脳死と言ってよい状態であり、回復の見込みはなく、妹の沙雪さんに生命維持装置をどうするかを相談が持ちかけられました。

主治医の柏木は、研修医の篠田に治療中止を検討すべきだと言われて、沙雪に話しをしてはみたのですが、柏木自身も治療中止は受け入れがたいと思っています。沙雪は、2週間前には元気だった亜紀子のことを考えると納得がいておらず、それぞれの関係性もよくなく、事態は膠着しています。

篠田医師は、臨床倫理学センターに概要を説明して、助言を仰ぐことにしました。

## 2. 問題をどう考えたらよいか

亜紀子さんは、生命維持治療を受けていますが、回復する可能性はほとんどなく、治療を中止すれば短時間で死に至ると考えられ、臨終期と言ってよい状態です。今の状態は、柏木医師らの手術によってもたらされたため、柏木医師や診療科が治療の中止を考えること自体、大変しんどい状況ではあります。

しかし、医療者の役割は、患者の状態にかかわらず、人格をもった1人の人間として尊重すること、そして、患者が穏やかな時を過ごしたり、安らかな死を迎えたりするのを支援することです。亜紀子さんの場合、関係する医療者全員が「できる限りの生命維持治療をすべきだ」と考えていれば問題として浮上してこないのですが、篠田医師が「今の状態は亜紀子さんの利益になっていないのでは」と疑問を持ったため、検討の俎上に上げられることになりました。

生命維持の治療は必要な場合もあり、それ自体がすべて悪でやらないほうがよいとか、臨終期の患者は速やかに死にゆかせたほうがよいというわけでもありません。また、臨終期の患者の扱いについては、厚生労働省や学会が関連する指針を提示していますが（9章、生命維持治療の中止：判例とガイドライン）、これに従って治療中止をすれば問題ないというわけでもありません。大切なことは、ある人の生命維持の治療をやるかやらないかではなく、その人が最後までその人らしい人生を穏やかに生き、安らかな死を迎えるには、何をすべきかを考え、家族や医療者などの周りの人と話し合い、納得してケアやお見送りをすることです。

亜紀子さんは手術の合併症で厳しい状況にありますが、周りの人は「亜紀子さんがどうあることがよいか、何が亜紀子さんの利益になるのか」を考える必要があります。亜紀子さんの担当医の柏木医師は、篠田医師から生命維持の中止を検討することを提案されて、沙雪さんに話をしてみましたが、自分自身は「治療を中止して、死にゆかせることはできない」と思っています。他方、沙雪さんは、亜紀子さんの状態は想定しておらず急だったこともあり、受け入れることすらできていないという状況で、事態は膠着しています。

篠田医師が、倫理コンサルチームに相談を持ちかけてきたとして、この場面をどうしたらよいか、検討しましょう。「考える道筋」の5つのステップ、①観察：患者の周りの状況を観察して把握する、②収集：ステークホルダーの価値観・意向を聞き出す、③共感：ステークホルダーの背景や心情（欲・感情・考え）も汲み取る、④熟考・決定：適切な方策を検討する、戦術・技術も考える、⑤行動：方策、戦術・技術に基づいて行動し検討する、で考えることにします（表1）。

## ステップ 1 観察:患者を取り巻く状況を観察して、経過、行状・予後予測、人間関係などの全体像と問題点を把握する

何が患者の利益になりうるかを考える際は、そのもととなる患者の病状や予後を的確に把握する必要がある、できるだけ正確な情報を多く集めなくてはなりません。患者がどのような経過を辿ってきたか、現在どのような状態なのか、治療の手だてがあるのか、治療によって回復の余地があるのか、治療を継続した時と中止した時の状態や予後はどのようなものかなどについての情報です。そして、患者の周りにいる人たちの考えも聞き、力関係の構図、人間模様などもじっくり観察して、対立点や問題を把握することが必要です。

**鶴田:**今朝、篠田医師から電話があって、亜紀子さんの問題の概要をお聞きしました。亜紀子さんの状況はカルテを見てできる限り把握しますが、やはり担当医から、亜紀子さんの経過と現状、今の生命維持の治療を実施している理由と、治療を持続または中止した時にどうなるかのそれぞれについて、医師の考えを伺いたいですね。脳の機能については、神経内科医に診てもらったそうですが。

**亀井:**医療者で見方が違う可能性もありますので、できれば複数の医療者が診て判断するのがよいでしょうね。

**鶴田:**亜紀子さんは、酸素不足で脳が障害されたために、全身の臓器機能が低下した状態ということは、回復は望めないことや、呼吸器を中止すれば短時間で死亡することはほぼ確実ということですね。

**亀井:**今の生命維持の治療を続けると、どうなるんでしょうか。

**鶴田:**数週間、あるいは数ヶ月はこのままの状態が続くと思います。カニューレなどの器具がだめになったりするとか、感染症にかかるとか、臓器の機能が廃絶するとかで、状態が悪化するまで続けられることになりますね。

**亀井:**柏木医師は、それまで生命維持の治療を続けるという方針ですね。篠田医師は、それに対して疑問を持っているということです。

**鶴田:**おそらく、診療科としては診療科長も含めて、治療継続の方針だと思います。沙雪さんのほうは、亜紀子さんの状態が急に変わったせいもあって、そのこと自体も受け入れられていないようですね。

## ステップ 2 収集:患者や家族、医療者の気がかりや価値観など、必要な情報を集める

ここで問題になっているのは、臨終期にある亜紀子さんの生命維持の治療をどうするかということですので、本人が臨終期をどう過ごしたいかという意向を持っているかを知る必要があります。また、家族や医療者それぞれも、どのように考えているかを把握する必要があります。

亜紀子さんが手術を受ける際のインフォームド・コンセントの手続きには、いろいろ

ると問題があり、家族も納得していなかったようですし（⇒本書第6章）、さらに、臨終期の治療についても考えないといけないという厳しい状況です。

**鶴田**：臨終期の治療を決める際も、手術や薬の治療を受ける時と同じように、医療者は、患者に呼吸器などの個々の治療をどうするかを選択させるのではなくて、本人の「臨終期に何をよしとするか」、「何がいやか」という価値観を聞き出したうえで、患者の状態に合わせて具体的な治療を決める、という過程が必要ですよね。

**亀井**：ですが、臨終期に関する意思決定には、難しい問題が多々あります。一つは、患者が既に意識がない場合も多いでしょうし、意識があったとしても、旅立ちが近い状態では生命維持の治療をどうするかという話はしにくいですから、本人の意思を確かめることは至難の業です。

**鶴田**：前もって意思表示をしておくことが推奨されていますが、普通の人は、死の場面に遭遇した経験がなければ、臨終期の状況を想像すること自体が難しく、何について、どのように決めておけばよいかかわからないですよ。

**亀井**：確かに。臨終期に生命維持治療を受けるとどうなるか、受けないとどうなるかという内容も、教えてもらわなければわからないので、決めようもないですね。さらに難しいのが、「実際にその時になってみなければわからないこと」を決めておいたところで意味があるのか、意思表示があったとしてもそれを「実際に臨終期にある本人の意思」とみなしてよいか、という問題もあります<sup>1)</sup>。

**鶴田**：ですが、生命維持の治療をどうするかという判断は、できる人がいるとしたら本人しかいないですし、それ以外やりようがないです。そして、実際の行為をするのは医療者なので、医療者は少なくとも「本人が何を避けたいか」については知りたいですね。

**亀井**：亜紀子さんは、意向を書いた紙などはないようですが、沙雪さんによれば、お父さんが亡くなるあたりで「回復しない状態で生かされるのはいやだ」というような話をしていたようです。このあたりのお話を、沙雪さんから聞かせてもらう必要があります。

**鶴田**：亜紀子さんの意思がまったくわからない時はどうしたらよいのでしょうか。家族はいるけれど、そのような話もしたことないとか、関係が破綻していたりすることも多いですよ。

**亀井**：遠くの家族より、近くの友人などのほうが本人の人となりを知っている可能性は高いですね。親しい友人とか、かかりつけの医師とか、介護に関わっていた人とかがいれば、患者さんの人となりや性格、どのような生活をしてきたか、何を大切にしてきたか、誰かを見送った経験の話をしたことがあるか、などを尋ねてみて、その人が「何をよしとするか」を推測するとよいかもしれません。

**鶴田**：長年受診している医院の医師や介護者などがいれば、病気や生活に関する話をしている可能性もありますので、その人たちからも本人の意思を推定できる情報が

得られるかもしれないですね。

### ステップ3 共感:患者や家族、医療者の苦しみや感情などもくみ取る。問題と要因を探る

問題が起きている時は、患者、家族、医療者など、関係している人のそれぞれが、多かれ少なかれ苦しみを抱えています。苦しみの多くは、自分がこうあってほしいと思うことと、現実の間にギャップがあるところから生じていて、悲しみや怒り、やるせなさなどとして表現されます。各人の考えは、経験、知識、情報、感情などから生まれ、さらに、周りの人の意見や文化的な背景、経済状況などの環境の要因にも影響されます。

また、ある治療を実施した時・しない時で、各人が受ける利益や不利益もありますので、それらにも左右されます。例えば、生命維持の治療を続けている人について、継続するか中止するかが問題になった場合、継続していれば命は保たれているので無難であり、治療中止といったしんどい行為はしなくて済む、という状況は医療者の利益になり得ると考えられます。したがって、各人の苦しみやその源泉も探って、問題点やその要因を把握します。

そして、生き死にに関することは感情を大きく揺さぶりますので、理性がうまく働かないことも多々あるので、配慮が必要です。患者や周りの人が、それぞれどのような関係であるか、良好なのか、険悪なのか、その理由はなぜか、というところも把握しておくことが大事です。

**亀井**：まず、家族の気持ちですが、沙雪さんは、亜紀子さんの身体が温かい状態を見て、「亜紀子さんは生きています、頑張っている」と思われているようです。亜紀子さんにできる限りのことをしてあげたいとも言っています。

**鶴田**：手術から2週間しか経ってなくて、亜紀子さんがつい最近までお元気な様子だったのを見ていますので、状況を受け入れられない、受け入れたくないという気持ちもあるでしょう。これが沙雪さんの苦しみですね。

**亀井**：篠田医師の説明で、亜紀子さんが回復不能であるということは、理解はされてはいるようですが。

**鶴田**：頭で理解できても、気持ちがついていかないことは多々ありますよね……。生命維持装置で機能が維持されているとはいえ、心臓は動いているわけですし。沙雪さんが気持ちを整理して、納得するには、もう少し医療者と話をしたり、考える時間が必要な気がします。

**亀井**：先日は、患者さんをできる限り長く生かしてほしいという家族がいて、その理由を探ったら、「患者が生きてさえいれば、年金がもらえるから」みたいな世知辛い話で、少し切なくなりました。

**鶴田**：亜紀子さんと沙雪さんの場合は、そのような背景はないと思います。しかし、

家族がいても、患者のことを憎んでいたたり、数十年前に決裂していて会ってもいなかったり、という場合もありますね。

亀井：患者に子どもが2人いて、長女と次女で意見が正反対で、争いになることもあります。疎遠だった長女がいきなり来て、親にはあらゆる治療をしてほしいと言ったり、ということも結構あります。

鶴田：カリフォルニアから来た娘の問題ですね<sup>2)</sup>。家族と言っても、そのありようは千差万別です。人間ですので、当然ですけど。

亀井：患者と医師の間で、感情がこじれていることも多々ありますね。「あの先生は、患者が苦しい思いをしている時に、見にも来てくれなかった」などで、恨みや怒りを抱いている人もいます。人間模様は様々だということを前提にして、患者や家族の背景や、医師と患者・家族の関係を把握することは重要だと思います。

鶴田：次は、医療者の考えですね。担当医の柏木医師は、亜紀子さんの身体が完全に動かなくなるまで生命維持治療を続ける方針のようです。自分が手術をしているので、気持ちはわからなくもないのですが。

亀井：柏木医師は、基本的には、「生命はできる限り長いほうがよい」という考えをお持ちなんだと思います。手術は、長生きしてもらうためにするわけですから、理解はできますが。亜紀子さんが回復する可能性はほぼゼロでも、生命維持治療を中止する選択はしがたいでしょうね。一方、篠田医師は、亜紀子さんが回復しないことは明らかなのに、治療を続けるのは本人のためにならないからやめたい、と思っているわけですね。

鶴田：意見が対立している点ですので、このあたりは、私たちが直接お目にかかって対話をしたほうがよさそうですね。担当している看護師さんも、それぞれに考えをもっていると思うので、話を聞かせてもらいましょう。

#### ステップ4 熟議・決定：患者に最適な方策ならびに戦術・技術を考える

亜紀子さんの意思や病状、家族と医療者の考えなどの情報が集まったところで、①亜紀子さんの状況の全体像を四分割法を用いて把握し、②次に、四原則に基づいて最適な方策を考え、続けて方策を実現するための戦術や技術を考えます。

##### ①四分割法で亜紀子さんの全体像を把握する

ここでは四分割法（医学上の適応、患者のQOL、患者の意向、周囲の状況）を用います（⇒本書第3章）。表2も参考にしてください。

##### 1) 医学上の適応

鶴田：亜紀子さんは生命維持治療が行われていますが、それを継続するか、中止するかが問題になっていますので、まずは病状や予後、治療の目的やリスク、治療の実施・



中止が亜紀子さんにどのような意味があるかなどを考えないといけないですね。亜紀子さんは、機能不全で、呼吸器などで生命を保っている状態です。生命が長らえていること自体はよいことではありますが、治療を中止すれば数日程度で死亡する状態ということです。

**亀井**：神経内科医の診断もついていて、脳幹などの生命維持に必要な機能は失われているとのことですので、死の過程に入っている状態ですね。回復の見込みがないとすれば、生命維持は、死期をいたずらに延ばしているだけという見方もできます。本人に意識はありませんので苦しみを感じているわけではありませんが、機能が低下している身体を機械で働かせているので、負担をかけている状態ということですよ。

**鶴田**：ただ、まだ術後2週間ですし、妹の沙雪さんは受け入れがたいお気持ちでいらっしゃるでしょう。

## 2) 患者の意向

**亀井**：「患者の意向」では、同意能力はあるか、本人の事前の意思表示やインフォームド・コンセントは得られているか、本人の意思を代弁する人はいるか、などを検討して本人の意向がどうであったかを確認する必要がありますね。

**鶴田**：亜紀子さんは、臨終期に関する意向を示した書式はお持ちではないし、沙雪さんと臨終期のお話をしたことはないようです。ただし、お父さんの様子を見ていて同じ状況は避けたいと言っていたことを沙雪さんが覚えていましたので、生命維持の治療は望んでいなかったと見てもよいように思います。

**亀井**：亜紀子さんは、手術の合併症でこのような状況になることは予想していなかったと思います。しかし、生命維持治療で生かされることを望んでいないのであれば、治療の継続は、亜紀子さんの人格をないがしろにする行為ということになりますね…。

## 3) 患者の QOL (Quality of life)

**鶴田**：QOL は、生活の質と生命の質の両方の意味を持つ概念で、治療法の善し悪しを評価する際は、生命予後をどれくらい延長したかだけでなく、「延長した期間が苦しみに満ちたものでは意味がないので、その質の高さも考慮に入れる必要がある」という考えから導入されたものです。構成要素は、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面で、これらについて本人がどう感じるか、ですね。

**亀井**：亜紀子さんは、意識はなく、主体的な活動もできない状態なので QOL は低い状態だといえますね。回復の可能性も見込めない状態ですので、治療を継続しても今以上に QOL が改善する可能性は極めて少ないです。

#### 4) 周囲の状況

鶴田：「周囲の状況」では、患者を取り巻く様々なもの、すなわち、家族や医療者の考え、病院の方針、法律などの制度、経済的側面、宗教なども含めた文化的側面など、本人に影響のある要素とその内容がどうかということですね。

亀井：亜紀子さんご自身は、独身で、一番近い家族が妹の沙雪さんです。沙雪さんは、手術の前日に亜紀子さんと説明を聞いていますが、今の亜紀子さんの状態は予想外で、まだ受け入れられていないようです。沙雪さんには夫や子どもはいると思いますので、意見を聞く価値はありますね。遠くに親戚がいてそれが飛んできて異議を唱える可能性はなさそうです。

鶴田：次に、法令などの状況を見ましましょうか。日本には、医師が生命維持の治療を中止して患者を死にゆかせても責任を問わない旨を明記した法律はないです。厚生労働省や日本老年医学会などが指針を公表していて、終末期の患者が生命維持の治療を望んでいないことを表明している、もしくはそれが推定できること、家族が同意していること、多職種の治療者チームが妥当性・適切性を判断することなどを条件に、治療を中止してよいとしています。

亀井：亜紀子さんの場合は、専門家が終末期であることを診断して、医療チームが治療の中止が妥当と判断すれば、指針上は問題ないことになります。しかし、病院は、臨終期の患者の扱いの方針を持っていませんので、指針に整合していたとしても、医療者や診療科だけの判断で治療中止した場合は、病院上層部などから何か言われるかもしれませんね。

鶴田：過去に、臨床倫理委員会が患者さんの治療中止を判断したけれど、病院の上層部がそれを受け入れなかったという話もあります<sup>3)</sup>。責任を問われたり、社会から非難されたりするのを恐れたのかもしれないですが。

亀井：やはり、病院全体で方針と手続きを定めておくことが大事だと思います。せっかく臨床倫理コンサルテーションチームがあっても、耳を貸してもらえないのでは、何の役にも立たないですから……。

鶴田：そうですね。今後同じような事例が出てきた場合に、適切に対応できるように、ガイドンスを作って院内で提案してみましよう。

#### ② 四原則に基づいて適切な方策を考える。戦術・技術も考える

四分割表にて、患者の状況や意思、周りの人の意向や人間模様などを確認したら、それらに基づいて、「治療をする（しない）ことが患者の利益になるか」を考えて、「治療をどうするか」の方策を検討します。

亜紀子さんの問題は、生命維持治療により生命は保たれているけれども機能不全の状態であること、主治医の柏木医師は治療を継続したいと思っているが、篠田医師は中止したほうがよいと考えていること、ですので、まずは生命維持治療が

亜紀子さんに利益をもたらすのかどうかを医療者の中で検討して合意する必要があります。そして、家族の沙雪さんの問題は、手術から2週間しか経っていないこともあり、亜紀子さんの病状を理解はしていても受け入れられてはならず、亜紀子さんの治療方針をどうするかなどを考える余裕がないことです。医療者は沙雪さんと話ができっていますが、入院前の手術の説明が不十分だったこともあり、沙雪さんは医療者を完全には信頼していない様子ですので、このあたりも介入する必要があります。ありそうだということが予測できます。

そこで、マンダラ・チャートを用いて、四原則に基づいて患者の利益となる方策を考え、それを実現するための戦術や技術を考えます（第11章）。まず四原則（A 自律性の尊重の原則、B 善行の原則、C 無危害の原則、D 公正の原則）を用いて方策を考えます。亜紀子さんの生命維持の治療をどうするか、継続するか、中止するか、しばらく様子を見るか、その他の道か、ということです。

そして、E・F・G・Hで、方策を実現するための戦術・技術を考えます。Eは患者の利益を最大にするために適切な方策は何か、Fは方策を行う時（行わない時）の医療者としての利益やQOLはどうか、Gは方策が社会に与える影響はあるか、Hは方策を阻害する要因は何か、克服に何が必要か、としています。

戦術は、方策を実現するために必要なことで、例えば、たくさんいるステークホルダーの中の、誰にどのようにアプローチするかとか、誰に支援を求めたら効果的か、といったことです。亜紀子さんの場合は、まずは柏木医師と本人の利益は何かについて話し合う必要がありますし、診療科の中でも緩やかな合意を得る必要があります。沙雪さんとも、亜紀子さんの状況を一緒に考えて理解していただく過程が必要と思われます。また、お見送りをする場合は、緩和ケア科の医師に協力してもらうことも必要です。

そして、技術として、柏木医師や沙雪さんと話をする際には、どのような問いかけや説明をすればうまく進むか、「具体的にどのような言い方をするか」も考えておくことが大事です。

## A 自律性の尊重の原則

**鶴田**：自律性の尊重の原則では、本人の同意能力の有無や、何をよしとするか、といったところを検討しますが、これは四分割法の「患者の意向」と同じです。

**亀井**：「亜紀子さんは、生命維持治療を望まないだろう」というのは、お父さんを見送った経験から推測されるということですね。

**鶴田**：患者が書式などで意思を表明している場合は、それを尊重することは大事ですが、患者の状況はいろいろであり、患者にとって何が利益になるかは、医療者がその時々様子を見て適切に判断しなくてはなりません。

**亀井**：仮に、亜紀子さんがACPなどの書式を持っていて、「臨終期はできる限りの治療をしてほしい」と意思表示していたとしても、それをそのまま実現するのがよいというわけではありませんので、まずは本人の利益を最大にするには何かを

その都度考えるという作業が求められるわけですね。

**鶴田**：極端な例ですが、たまに王様のように無体な要望をする患者さんがいて、医療者が振り回されているような事例がありますが、患者の言うことを何でも聞くのが「人格を尊重する」ということではないですね。

## B 善行の原則

**鶴田**：というわけで、善行の原則と無危害の原則を考えましょう。善行の原則では、患者に医学的見地から見て善きこと、つまり患者の利益に資することをする、ということですね。患者の利益は、患者の全体の利益すなわち、「身体や心、社会的な状況などを総合して考えた時の利益」であり、「患者の利益になる方策」は、本人の価値観と医療の常識的な考え方の間で適切なバランスがとれた治療やケアです。

**亀井**：薬や手術は副作用や合併症がつきものですが、患者さんの痛みや不便を緩和する可能性が高ければそれを行う、といったことですね。亜紀子さんは、脳の大部分が傷害されていて、全身の機能が低下していますので、生命維持治療を中止すれば、ほどなくして亡くなるという状態です。生命は長らえているので、この点から見れば生命維持治療は意味があります。問題は、これが本人の利益になっているかというところで、柏木医師は亜紀子さんの利益であると考えていて、篠田医師の方は利益ではないと考えているわけです。

**鶴田**：医師それぞれに考えがあって判断しているので、それ自体はよいとか悪いとかの話ではないです。しかし、仮に、篠田医師も生命維持治療が亜紀子さんの利益だと考えていたり、もしくは、上司には逆らえないので黙っていようと思っていれば、問題として浮上してこないですね。

## C 無危害の原則

**鶴田**：無危害の原則は、患者に積極的に害になることはしてはならないということです。医療行為は本質的に、患者の身心に侵襲を与えるものですから、ただでさえ病気で苦しんでいる人に、さらに苦痛や害を与えるのはやめようということですね。することがないのなら、余計なことはしないほうがマシですから。これはヒポクラテスの時代から医の倫理の基本として言われています。

**亀井**：ヒポクラテスの誓いでは、「患者に死をもたらしたり、墮胎をもたらしたりするような行為はだめですよ」と言っていますが、今は安楽死などを認めている国もいくつかありますので、時代遅れの部分もあります。しかし、「害をなすな」は、今でも医療の基本のキですね。亜紀子さんの生命維持治療を考えてみると、全身の機能はほとんど失われているので、生命維持治療は身体に負担をかけて動かしているということになります。

**鶴田**：亜紀子さんには意識はないので、苦痛は感じてはいないですが、害を与えていることになりますね。

亀井：ですが、治療を中止すれば死にゆかせることになりますので、柏木医師は受け入れがたいと思います。

鶴田：そうですね。でも、亜紀子さんは既に機能不全の状態にありますので、積極的に死をもたらしたということにはなりませんし、何とか理解していただきたいところです。

#### D 公正の原則

鶴田：公正の原則では、一人一人の患者さんに適切に対応するという一方で、病状や性別、年齢、人種などで差別をしないとか、負担や利益の分配は適正に行うということですね。臨床試験を実施する際は、「経済的に不利な立場にある人を対象にして、その成果は経済的に豊かな人が利用する」といったことはやめようということです。

亀井：大規模災害が起きて医療資源が限られている時や、臓器移植をする際に、臓器が適正に分配されるように考えると、医療費を適切に使う、というのもここにはありますね。亜紀子さんの場合は、もし、生命維持治療が亜紀子さんの利益になっていないのであれば、そこに医療資源を使うのはよくないということになります。

鶴田：亜紀子さんの状況は、情報が足りないところはまだありますが、全体像が見えてきましたし、原則に基づいて意見も出ましたので、本人の利益を最大にするためにはどうするのがよいか、その方策を考えましょう。

#### E 患者の利益を最大にするために適切な方策は何か

鶴田：患者さんの利益は、治療が患者さんにもたらしているリスクと便益を差し引きして「正味の便益」がどれくらいかを見て、「正味の便益がプラスであれば利益がある」と判断するということですね。生命維持治療でいうと、ある人が心肺停止で搬送されてきた場合、その人が横断歩道を渡っていて交通事故にあったという場合は、回復の可能性があるかもしれないので、できる限りの治療をやってみる、ということになります。しかし、その人が病気で臓器不全の状態でも心肺停止の場合は、やらないほうがよいですね。

亀井：亜紀子さんの場合ですと、治療によって生命を維持していますのでその意味での便益はあります。しかし、全身の機能不全で、回復が見込めない状態ですので、治療は身体に負担をかけています。差し引きをすると負担のほうが勝っていると思われるので、本人の利益にはなっていないことになりますね。（図1）

鶴田：そして、それが本人の希望にも沿っていないのであれば、治療の継続は、本人の人格をないがしろにすることになりますし。

亀井：本人の利益にならないことにお金を費やすのは無駄でもありますし、亜紀子さんの治療は、「中止するのがよい」ということになりますね…。

鶴田：でも、実行に移すのは、難しいですよ。沙雪さんは、亜紀子さんの状況を受け入れていないですし、柏木医師にとっては治療の中止はありえない選択でしょう。なので、「治療中止が本人の利益になる方策なので、中止しましょう」と言ったところで、実現不可能です。戦術が必要ですので、それを検討しましょう。亜紀子さんの方策は、①治療は中止せず継続する、②治療を中止する、③しばらく継続するが、いずれ中止することを検討する、あたりですが、いずれも利点・欠点があります。3つをよく吟味すると、「悪さの度合い」が違うので、それが最も小さそうな方策を選ぶ必要があります。

亀井：むむ、確かに。

鶴田：そして、方策を実践するためには、障壁となっているもの、具体的には医療者や家族の心情や価値観の対立、病院の体制の不備、社会制度の不備などがあり、それを克服するための戦術を立てなくてはならないので、それらを考えてみましょう。

## F 行為をする時の医療者やコンサルタントとしての利益や QOL

鶴田：治療を継続・中止する時の医療者としての利益や QOL はどうでしょうか。例えば、治療中止したほうが患者のためだということが、頭で理解はできても、患者を死にゆかせることに心理的な抵抗があればできないですし、治療中止したら他者や社会から非難されるかもと怖れればできないですし、また、看取りの技能がなければできませんよね。

亀井：そうすると、治療を継続しておけば生命が保たれていて、外面上は問題ないので、「このままにしておこう」ということになってしまいますね。

鶴田：亜紀子さんがこの状態を望まないのでしたら、意思は無視されていることになりませんが。

亀井：医療者にしてみたら、あえて面倒なことはしないで、無難な道を選ぶという気持ちになるのも理解できます。この障壁を乗り越えるのは大変ですね…。

鶴田：コンサルタントとして、私たち自身の気持ちを見ておくことも必要ですね。私は、このまま治療が続けられるのは、亜紀子さんにとってはよくないので、心持ちはよくないですね。虐待とまでは言わないですが、害を与えているので、やめたほうがよいと思います。

亀井：それはそうですが、いざ中止するとなると、亜紀子さんをお見送りすることになるので、それはそれで切ない気持ちもあります。

鶴田：もちろん、私も同じです。その気持ちは、きちんと持っていないといけなと思います。

## G 行為が社会に与える影響はあるか

鶴田：さて、治療を継続した時、もしくは中止する時に、他者や社会に対する影響は、どうでしょうか。

亀井：治療の中止は、患者を死にゆかせることになりますので、めったやたらにはできないですね。仮に、篠田医師が1人で考えて、亜紀子さんの治療を中止したら、責任を追及されたりして、えらいことになりそうです。

鶴田：担当医個人や診療科だけの責任でやれ、というのは無理ですので、やっぱり、病院としての方針や、臨床倫理コンサルテーションの仕組みが必要ですね。

亀井：病院の方針、「この病院では、臨終期の患者さんの生命維持治療を検討して、中止することもある」ということは、患者さんや市民に広く知ってもらうことも必要ですね。

鶴田：「あの病院にかかると、さっさと治療が切り上げられて、死にゆかされるらしいよ」なんていう噂が立つのはいやですしね。

亀井：「自然の法則に逆らうことなしに、穏やかな旅立ちになるように心がけています」みたいな説明をすれば、多くの人に理解してもらえるように思います。

鶴田：ついでに、「そのために、臨終期をどう過ごすかを考えて、家族に伝えておいてほしい」というのも言うておきたいですね。

亀井：多くの方は、「周りの人に迷惑をかけたくない」と言いますが、そう思うのであれば、「何をよしとするか」を言うておいてほしいです。縁起が悪くて考えたくないことではあるのですが。

鶴田：それは病院にいと日々、必要だと実感しますね……。それから、本人のためになっていない治療に医療費がかけられるのは、よくないことですね。

亀井：資源の無駄ですね。もちろん、お金がもったいないから治療を中止する、というわけではありませんが、患者本人のためになっていないところにお金を使うことはよくないですし、配慮すべき要素です。

## H 行為を阻害する要因は何か、克服に何が必要か

鶴田：「亜紀子さんの治療を中止するのがよさそうだ」という方針が立ったとして、それを実践しようと思った場合、阻害する要因がありますね。これらを解決しないことには先に進みません。なので、誰にどのようにアプローチするかという戦術を考えましょう。

亀井：まずは、診療科内で意見をまとめたほうがよいので、柏木医師に了解してもらう努力が必要です。柏木医師が治療中止をしない理由は、自分が手術をして現在の状態を招いていること、生命を長らえることに価値があると考えていることがありますね。なので、医療者としてできることは精一杯やったことを共有して、医療には限界があること、技術を過剰に使えば患者にかえって負担をかけること、本人が望まない治療をやるのはよくないことなどを確認しつつ話し合えればよいでしょうか。

鶴田：回復の見込みはほとんどないことや、その状態で身体を働かせることはかえって負担をかけていてよいことではない、というところをご理解いただければと思います。

亀井：リスクと便益を比較衡量して、正味の便益がマイナスになっている図を見てもらうのもよいかもしれません。

鶴田：「そういうことならしかたがないか」と思ってもらえればよいのですがね。柏木医師が、治療中止を頭では理解できても、感情的に受け入れられないというのであれば、例えば、緩和ケア科の専門家に来てもらって担当を変わってもらおうということも手かかもしれません。柏木医師に、亜紀子さんのお見送りをさせるのは、気の毒ですから。

亀井：それなら受け入れてもらえる可能性はありますね。あとは、沙雪さんのほうですが、亜紀子さんの状況を受け入れられていないですから、落ち着いて考えていただく時間が必要な気がします。それが1週間なのか1か月なのかはわかりませんが。

鶴田：沙雪さんには、夫や子どもがいるようですので、夫や子どもにも事情を説明してご理解が得られれば、沙雪さんを支えてもらえるかもしれません。

亀井：となると、亜紀子さんの治療をすぐには中止することはできそうもない、かといって継続するのは、無難ではあるが亜紀子さんの人格をないがしろにしているという意味では、よくないですね。そうすると、克服すべき課題は多々あれど、「治療をしばらく継続しながら中止の方向で検討する方策」を採用するのがよさそうです。

鶴田：まずは診療科内で治療中止の方策に合意を得ることが必要ですので、柏木医師、篠田医師や、担当の看護師さんにもはいつてもらって、話し合いの機会を持ちましょう。

#### ステップ5 行動：患者・家族と対話して意見を調整し、合意が得られれば実践する

診療科の人たちと話をし、「治療をしばらく継続しながら中止の方向で検討する方策」を提案してみます。話がまとまらなかった場合は、また方策から考え直す必要があります。一方、診療科の了解が得られた場合は、家族に話をし意見を調整し、了解が得られるように試みます。

鶴田：家族や医療者と円滑に話を進めるには、技術、つまり、どのような話し方をしたらよいか、どのような問いかけをしたらよいか、といった具体的などころも考えておくとよいですね。沙雪さんは、悲しさや理不尽さ、怒りを感じていると思うので、そのあたりの気持ちに共感しつつ、亜紀子さんの病状をきちんと説明して、「亜紀子さんご自身は、今のご自身の状態をどう思うだろうか、生命維持を望むでしょうか」というようなことを問いかけて考えてもらうとよいように思います。

亀井：できる限りの治療をもう少し続けて、「めいっぱい治療はやってきましたが、回復の見込みはなさそうです。かえって亜紀子さんに負担をかけている状況です」というようなお話をすれば、ご理解いただけるかもしれません。

鶴田：いましばらく時間が必要ですね。そして、その状況を受け入れられるように



なったら、「今、めいっぱいやっている治療を、必要最低限のところまで控えていくことで、様子を見るのがよいと思います」というように、お話をもっていくのがよいかもしれないです。

**亀井**：よく、高齢の親に徹底的に延命治療をしてほしいと言う子どもがいて、問題になる時がありますね。子どもは、患者を失いたくない、後悔したくないのでできることはすべてやりたいという気持ちなんだと思いますが。

**鶴田**：この子どもは、患者の利益を考えているわけではなくて、「自分自身の利益を守りたい」という欲を優先しているので、重きを置くところではないですね。ですが、子どもにとっては大事な部分なので、頭から否定されれば怒りを呼ぶでしょう。なので、まずは親御さんを喪うかもしれないというつらい気持ちに共感を示すことが必要かと思います。家族に「医療者は自分の苦しい部分を理解してくれた」と実感してもらえれば、聞く耳を持ってもらえるかもしれないです。

**亀井**：いずれにせよ、家族の合意が得られない場合や、医療者と患者の関係がよくなくて、話し合いを持つこと自体が難しくなった場合は、コンサルタントが介入したほうがよいですね。

**鶴田**：治療方針の話は、柏木医師が沙雪さんにするのがベストだと思いますので、その際の面談には、私たちも立ち会うようにしましょう。少し時間はかかりますが、ご理解を得られれば、解決の道筋が立つように思います。

**亀井**：亜紀子さんの状態も変わる可能性もありますし、人の気持ちも揺れ動きますし、いろいろな状況は変わるでしょうから、また、その都度考えたらいいですよ。

**鶴田**：そうですね。そして、亜紀子さんをお見送りする方向で合意が得られたら、緩和ケア科の専門家に入ってもらって、苦痛緩和の治療は継続する、落ち着いた部屋で過ごしてもらおうなど、患者と家族が穏やかな時間を持ってもらえればよいですね。

**亀井**：看取りの様子は見送る人の胸に残りますので、気遣いが必要なところです<sup>4)</sup>。家族が看取りやその後のケアに関わることを希望する場合は、清拭などをしてもらったり、旅立ちを悼む時間を持てるようにするとか、家族に「よいお見送りができた」と思ってもらえることが大事だと思います。

## 亜紀子さんのその後

2週間後、鶴田は、柏木と篠田とICUの会議室にいた。沙雪との話し合いの前に打ち合わせをするためである。鶴田は、「亜紀子さんの状態は、心臓と腎臓の機能が低下した以外は、2週間前とほぼ変わらずですね。先日、診療科のスタッフの皆さんでお話した時は、沙雪さんのご理解が得られれば、治療を控えていってお見送りをするということでしたが、それでよいですよ」と、柏木と篠田に確かめるように問いかける。

「私は諦めきれないですが、そうですね、それでいきましょう……」と柏木が言うと、篠田は「沙雪さんがいらしていると思うので、お呼びしますね」と言いながら部屋を

出る。

篠田に椅子をすすめられて沙雪が腰を下ろすと、柏木は「沙雪さん、こちらは臨床倫理学センターの鶴田さんです」と鶴田を紹介する。鶴田は「初めまして、鶴田です。私は、患者さんの問題を一緒に考えるというのが仕事です。亜紀子さんのことでお役に立てればと思って、ご一緒させていただきます」と言って頭を下げた。「そうですか。よろしくお願いします」沙雪は、固かった表情を心持ち緩めた。

「今の亜紀子さんの状況ですが、2週間ほど前にご説明した時とあまり変わっていません。心臓の機能と腎臓が少し下がってはいますが」柏木が説明すると、沙雪は「姉は、生きてはいるけれど、機械によって生かされているということですよ。今後、どうなるのでしょうか」と尋ねる。篠田は「亜紀子さんは、今のところ安定しています。なので、例えば内臓の機能が急に下がったとか、感染症にかかったとかの問題が特になければ、しばらくは、数週間か数か月はわかりませんが、同じ状態だと思います」と言って下を向いた。

「今の状態からよくなるという可能性はあるのでしょうか」と沙雪が問いかけると、篠田は「いや、残念ですがそれは……」と言葉を探しながら柏木に水を向ける。「亜紀子さんには、お元気で、退院してほしかったです。今も諦めきれない気持ちです……。できる限りのことはしたのですが…」柏木は言葉を飲み込む。

やりとりを聞いていた鶴田が口を開く。「亜紀子さんは、旅行や趣味を楽しみたいと思って、大きな手術を受けられたのですよね。お元気になっていただきたい気持ちは、私たちも同じです。ですので、このようなことになって、申し訳なく思っています」沙雪は目をうるませて押し黙る。そして「この前、篠田先生は、今の状態は姉に負担をかけているとおっしゃいましたよね」と篠田に視線を向ける。「ええ、そうです。亜紀子さんは、脳がだめになっていて全身の臓器が機能しない状態です。なので、動かない身体を機械で無理矢理動かしている感じです。なので、私は、むしろやめてあげたいと思っているので、そう申し上げました」

鶴田は「亜紀子さんは意識がないので、痛みや苦しみを感じているわけではありません。ですが、もうへとへとで動けないというところに“もっと頑張れ”みたいに負担をかけているということなんです」と言うと、沙雪は「姉に、無理なことをしているということですよ。うちで主人と話をしたのですが、主人には、“むしろ気の毒な気がするし、お姉さんもいやなんじゃないか”と言われて、そうかなと思いました」と自分に言い聞かせるように言う。

篠田は少し居住まいを正しながら言う。「そうでしたか。もちろん、今すぐにといいわけではないですが、今後、心臓とか腎臓の機能が落ちてきた場合などは、それらの治療はせずに、痛みをとる治療だけ続ける、という方向でいかがでしょうか」鶴田は、「生命維持装置で命を保っている状態とはいえ、心臓が動いていてお身体は温かいですし、判断するのは難しいですよ。ましてや、数週間前はお元気でいらしたわけですし……」と独り言のようにつぶやくと、沙雪は、「姉も私も、手術の前日に合併症とかの詳しい話を聞いて驚きました。ですが、姉の性格からすると、いずれに

せよ手術は受けたと思います。このようなことになるとは予想していなかったと思いますが、今の状態は望まないと思います」と一息に話した。

やりとりを聞いていた柏木が顔を上げて「亜紀子さんを助けることができなくて、申し訳ないです……。最後まできちんと診させていただきます」と絞り出すように言う。「姉には生きていてほしいです。姉御肌で小さい頃からずっと、私の面倒を見てくれて……」鶴田は「頼りがいのあるお姉さんだったんですね」と続ける。沙雪は「ええ。でも、姉を苦しめるようなことはやめたいです。ですので、自然の流れに任せるみたいな感じで……」と言って手に持っていたハンカチを握りしめた。

篠田は、「わかりました。亜紀子さんには、穏やかに過ごしていただけるようにしますので……」と言いながらカルテに記載する。鶴田は「何かご要望とか、気になることとかありましたら、遠慮せず、いつでもおっしゃってください」と言うと、沙雪は少し微笑み、「私も、姉が別の病院で手術を受けていたらどうだったろうとか、いろいろ考えました。でも、これもご縁ですよ。先生たちも大変だったと思います。姉を診てくださってありがとうございます」と言う。鶴田も、柏木が唇を噛みしめながら何度もうなずくのを見ながら、沙雪に微笑んだ。

## まとめ

臨終期の患者の対応について、亜紀子さんを例に検討してみました。臨床倫理コンサルタントの鶴田と亀井があれこれ考えるという形にしていますが、患者とその周り全体を見て状況を把握し、関係者の価値や気持ちもくみ取ったうえで患者の利益となる方策を考え、それを実践する戦術を立て、対話を通じて実践するという技能は、医療者それぞれが身につけてほしいと思います。

しかし、診療科の中で意見が対立したり、医療者と家族の関係が破綻していて意思疎通ができなくなっていたりする場合は、当事者だけで解決することは難しいので、第三者の立場から支援する臨床倫理コンサルテーションの仕組みは必須です。臨床倫理コンサルテーションのアプローチは、大きく分けて3つ、すなわち、①権威主義的アプローチ（コンサルタントには権威があり、医療者に代わって結論を出す）、②合意追求型アプローチ（コンサルタントは、医療者が合意に達するのを援助する。ただし合意の内容の適切さは問わない）、③倫理的対話促進アプローチ（コンサルタントは、医療者との対話を通じて、倫理的・法的に妥当な結論に達するように支援する）があるとされています（第7章）。

亜紀子さんの事例で考えてみると、①では、コンサルタントが「生命維持治療は亜紀子さんの利益になっていないので中止すること」と判断して診療科に伝えるのみ、②では、「診療科で、生命維持治療の継続に問題なしという合意ができているのなら、篠田医師もそれに従うほうが波風が立たないのでよい」などと伝える、③では、コンサルタントが柏木医師と篠田医師と話し合い、治療の継続・中止を検討する、ということになるかと思います。日本では、臨床倫理委員会に代表される会議体で事例を

検討して方策を立てて、診療科に助言するという①のアプローチが多いと思われます。しかし、患者を担当する診療科が自分たちの考えや価値観を述べることなく、判断を他者に委ねてそれをただ実践するのみというような形になれば、医療者としての責任を逃れることにもなりかねないため、適切とは言えません。

亜紀子さんの事例では、篠田医師が倫理コンサルテーションチームに相談を持ちかけ、コンサルタントが検討して、「治療中止を考える」という方策や戦術を立てていますが、診療科の医師や看護師と個別に対話をしたり、会議にて対話をするなどの作業を通じて、診療科が納得する形で方策や戦術を立てるというアプローチをとろうとしています。③の対話促進のアプローチを使っていますが、日本では、職位や経験年数などによるヒエラルキーが存在しているために第三者が入って会話するように促してみても、職位が下の人が本当の気持ちや率直な意見を述べたりできるとは限りません<sup>5)</sup>。したがって、コンサルタントは当事者の話し合いを促進するだけではなく、関係する人の話を聞いたうえで方策を提案し、話し合っまとめてという積極的な介入が必要と考えます。コンサルタントと医療者が役割分担をしながら協同で方策を決めるというプロセスを経るので、「対話促進・共同決定アプローチ」という形がよいのではと思います。コンサルタント自身にも、考えや価値観がありますので、それらもきちんと説明し、最も妥当な方策や戦術が立てられるようにあれこれ算段するのが役割だと思います。

また、本事例のポイントの一つは、医療者や家族が苦しみを抱えていますので、それらを理解して、共有したうえでお話を進めることです。診療科の医師は、今の亜紀子さんの事態を招いたのは自分たちであるという引け目もありますし、最後まで諦めきれないという気持ちを持つもの当然です。他方で、妹の沙雪さんも、姉が機械で生命を維持されている状態であり、身体には負担をかけているという話を聞いて、頭で理解できたとしても、数週間前の元気な姿と目の前の姿との落差を受け入れることは容易ではありません。そこに、診療科とは離れた立場の人が、それぞれの人の苦しみを聞いて共有することを通じて、当事者が自分たちの苦しいところを理解してもらえたと実感できれば、気持ちが少し落ち着いて、考える余裕が出てくると考えられます。倫理コンサルは、生身を挟み込むことで、これらの役割を果たせる可能性がありますので、活躍できる場面だと考えます。

## 文献

- 1) Dresser R. Dworkin on Dementia: Elegant Theory, Questionable Policy. Hastings Center Report. 1995; 25: 32-38.
- 2) Molloy DW, et al. Decision making in the incompetent elderly: "The Daughter from California syndrome". J Am Geriatr Soc. 1991; 39: 396-399.
- 3) 田中美穂, 他. 終の選択. 終末期医療を考える. 勁草書房, 2017.
- 4) Department of Health. End of Life Care Strategy. Promoting high quality

care for all adults at the end of life.2008.

<[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/136431/End\\_of\\_life\\_strategy.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/136431/End_of_life_strategy.pdf)>

5) G ホフステード, 他. 多文化世界—違いを学び未来への道を探る 第3版 有斐閣, 2013.

図1 「ある治療が患者の利益になっているかどうか」を判断する

- 1) 善行の原則(患者に益となることをする)と  
無危害の原則(害となることはしない)を考える

👉ある治療をする際は:

- ①リスクと便益(benefit)を比較考量する
- ②便益が勝っていること=利益(interest)となることを確認する

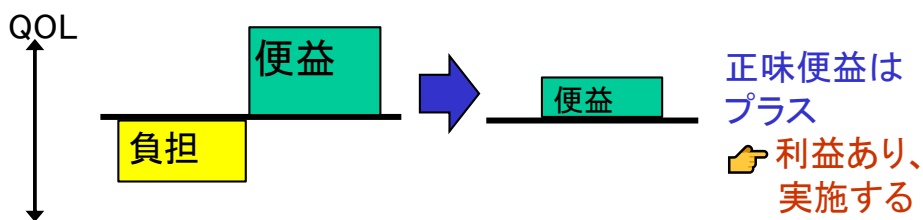


- 2) 正味の便益(net benefit)はどうかを見る

- ①治療の、他者・社会等への影響は考えない
- ②「本人の身心に、治療がもたらすリスクと便益がどれくらいか」を考え、差し引きする
- ③便益が勝っていたら、利益あり→やる  
リスクが勝っていたら、害のみ、利益なし→やらない

- 3) 生命維持治療の場合

- ①歩行者が交通事故:回復する可能性が大きい



- ②亜紀子さんの場合:回復の可能性なし、負担のみ

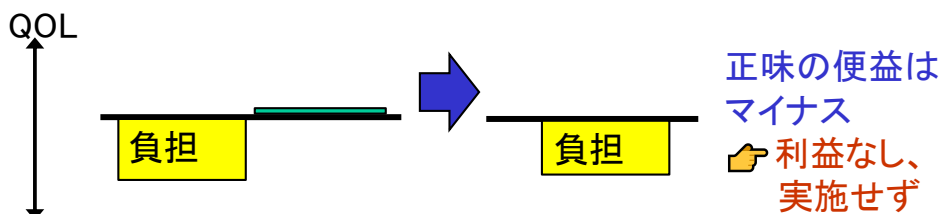


表 1 問題を解決する過程:考える道筋

<p>ステップ 1 観察</p>	<p>患者を取り巻く状況を観察して、経過、病状・予後予測、人間関係など全体像と問題点を把握する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 当院での患者のこれまでの経過や現在の病状を調査する</li> <li>・ 当院受診する前の持病や既往症などの情報を集める</li> <li>・ 生命維持治療を継続した時・中止した時のリスクや利益や、予後の予測を考える</li> </ul>
<p>ステップ 2 収集</p>	<p>患者や家族、医療者の価値や意見など、必要な情報を集める</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人が「何をよしとする、よしとしないか」を把握する</li> <li>・ 臨終期での意思表示があるかどうか、本人の意思がわからない場合は、家族に「本人が何をよしとするか」を尋ねる</li> <li>・ 家族の意向も把握する</li> <li>・ 患者を担当する医療者すべての価値や意見を聴取する</li> </ul>
<p>ステップ 3 共感</p>	<p>患者や家族、医療者の苦しみや感情などをくみ取る。問題と要因を探る</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者や家族の気持ちや感情、欲、生命観などもくみ取る</li> <li>・ 医療者のそれぞれについても、気持ちや感情、欲、生命観、心理的な抵抗などをくみ取る</li> <li>・ 患者・家族と医療者の関係、医療者間関係、力関係などの人間関係を把握する</li> </ul>
<p>ステップ 4 熟議・決定</p>	<p>患者に適切な方策、ならびに戦術・技術を考える</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 様々な視点から意見を出してみる</li> <li>・ 四分割法で患者の状況全体を把握する</li> <li>・ 四原則で治療の選択肢のリスクと便益を考量し、患者はどうあることがよいかを考え、患者の利益を最大にするとなる行為は何かを考えて方策を立てる</li> <li>・ 方策を実現するための戦術・技術も考える</li> <li>・ 診療科の医療者と対話し、了解を得る</li> </ul>
<p>ステップ 5 行動</p>	<p>方策・戦術・技術に基づいて、患者・家族と対話して意見を調整し、方策に合意が得られれば実践する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 方策について、選択した根拠もつけて家族に説明する</li> <li>・ 医療者と家族で価値観が対立している場合は、感情や欲を感じ取り、共感を示しながら了解が得られる道筋を模索する</li> <li>・ 方策を実践するために、必要な算段をする</li> <li>・ 生命維持の治療を中止する場合などは、患者が穏やかに過ごせるためのケアを提供する</li> <li>・ 看取る場合は、家族が「よいお見送りができた」と思えるような配慮をする</li> </ul>

表 2 亜紀子さんの状況の全体像を、四分割法を用いて把握する

<p>医学上の適応は（四原則では善行/無危害）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病状・経過など、適切なアセスメント</li> <li>・医療行為の目的は</li> <li>・医療行為の危害と便益を考慮した際の「正味の便益」は</li> <li>・他への影響を排した所で、患者の最善の利益は</li> <li>・看取りの状態か</li> </ul>	<p>患者本人の意向は（四原則では人格尊重）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・意識の有無、同意能力の十分さ</li> <li>・希望や価値を把握しているか</li> <li>・現状を説明され理解しているか</li> <li>・医療者との関係は良好か</li> <li>・意思を推定できるものはあるか</li> <li>・指定された代行者はいるか</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・大動脈置換術の合併症で出血、酸素不足で脳損傷、臓器機能低下</li> <li>・神経内科の診断、脳死の状態</li> <li>・生命維持装置で生存している</li> <li>・継続で、数週間～数か月生存？</li> <li>・中止すれば短時間で死亡する</li> <li>・苦痛は感じない、身体に負担をかけている</li> <li>・呼吸器の中止は苦痛ではない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・亜紀子さんは事前指示書や ACP をもっていない</li> <li>・家族に臨終期の意向を話をしたことなし</li> <li>・父親を見た際、沙雪さんに「このような状態はいやだ」と言った</li> <li>・本人が治療を望まなければ、意思を無視していることになる</li> </ul>
<p>患者の QOL（四原則では善行/無危害）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在の QOL（身体的・心理的・社会的な状態）は</li> <li>・行為の結果、QOL はどうなるか</li> <li>・患者にとってその治療の意味は</li> </ul>	<p>周囲の状況（四原則では正義の原則）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族の意向、家族自身の利益は</li> <li>・家族は自らの利益に固執しているか</li> <li>・家族は説明され理解しているか</li> <li>・家族・他者との関係は良好か</li> <li>・他医療者の状況は</li> <li>・社会の状況、指針や法規は</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体的、精神的、社会的な活動はできない</li> <li>・治療継続により QOL は今より改善する見込みはない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・沙雪さんを代理人とみなせる</li> <li>・沙雪さんの家族に意見聞く価値あり</li> <li>・沙雪さんは状況を受け入れられず、「姉は生きている」「できる限りのことをしてやりたい」と希望</li> <li>・臨終期の患者の扱いに関する指針はあるが、法律はない</li> <li>・院内の方針・手続きを定めたガイダンスはない</li> <li>・指針に沿って治療中止したら、病院の誰かが非難する心配はあるか？</li> <li>・殺人で責任を問われる可能性はおそらくはない</li> </ul>



表3 亜紀子さんの事例を、四原則を用いたマンダラ・チャートで検討する

臨床倫理四原則マンダラ 1.6 版©勝手連佐藤

<p><b>F 方策をする・しない時の</b> (医療者・人間としての) 自分の利益や QOL は</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自分のためになるか、嬉しいか</li> <li>・楽な道に流れていないか</li> <li>・プロとしてその方策でよいか</li> </ul>	<p><b>C 無危害の原則</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・それぞれの医療行為は患者にとって害にならないか</li> <li>・自己危害は大きすぎないか</li> </ul>	<p><b>G 方策が他者・社会に与える影響はあるか</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・診療科外に影響を与えないか</li> <li>・社会の人々のためになるか</li> <li>・公序良俗、自然法則に反しないか</li> <li>・妙な論理、他者危害はないか</li> <li>・医療費は</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・治療中止は、手術を担当した医師には心理的にきつい</li> <li>・治療継続しておけば非難はされない</li> <li>・中止は、看取りのスキルがなくてできない</li> <li>・治療が亜紀子さんの利益にならないと考える医療者にとっては継続は苦痛</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全身の機能不全の状態なので、生命維持治療の正味の便益はマイナス</li> <li>・亜紀子さんの身体に負担をかけている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・死を引き延ばす治療は自然法則に反する</li> <li>・治療中止は、社会に影響を与える、相応の理由・説明が必要</li> <li>・病院の方針を明示する必要あり</li> <li>・本人の利益にならないことに医療費を使うことはよくない</li> </ul>
<p><b>B 善行の原則</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在の QOL (身体的・心理的・社会的な状態) は</li> <li>・患者にとって善い行為は</li> <li>・善い行為で QOL はどうなるか</li> <li>・患者にとってその行為の意味は</li> </ul>	<p>亜紀子さんはどうあることがよいか、それを実践するために「適切な行為」は何か</p>	<p><b>D 公正の原則</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・他医療者の状況は</li> <li>・家族の意向や状況は</li> <li>・社会の状況、指針や法規は</li> <li>・資源の配分、医療費など</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・生命維持治療によって亜紀子さんの生命は維持されている</li> <li>・感染症などが無い限り、数週間か数か月は生存すると予測される</li> <li>・回復は見込めないので QOL の改善も期待できない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・治療は中止の方向で考える。しかし、家族が状況を受け入れられるまで待つ必要あり、しばらくは治療継続する。沙雪さんの家族にも話をする。</li> <li>・緩和ケア科に協力要請</li> <li>・診療科の了解を得る</li> <li>・家族に話をして了解を得る</li> <li>・院内ガイダンスを作成する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・治療が本人の利益にならないなら医療費は無駄</li> <li>・沙雪さんは状況を受け入れていない、できるかぎりのことをしてやりたい</li> <li>・臨終期の患者の扱いに関する指針はあるが、法律はない</li> <li>・院内の方針・手続きを定めたガイダンスはない</li> <li>・治療中止したら、病院の誰かが非難する可能性はあるか?</li> <li>・殺人で責任を問われる可能性はおそらくはない</li> </ul>

<p><b>E 患者の利益を最大にするために適切な方策は何か</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人はどうあることがよいか</li> <li>・苦しみを和らげるのに必要なことは</li> <li>・積極的治療をするか、差し控えるか 現状維持か</li> <li>・入退院、転院や在宅か</li> <li>・他者の援助・介入か</li> </ul>	<p><b>A 自律性の尊重の原則</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・他者や環境の圧力・影響はあるか</li> <li>・意識の有無、同意能力の十分さ</li> <li>・希望や価値観を把握してるか</li> <li>・現状・目的を説明され理解しているか</li> </ul>	<p><b>H 方策を阻害する要因は何か。克服に何が必要か</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族・医療者の感情や欲、知識不足は?</li> <li>・指針や法規の有無?</li> <li>・家族、同僚、他者との対話は?</li> <li>・他者・他施設の援助等、活用可か?</li> <li>・キーパーソンはいるか</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・生命維持の治療は、正味の便益がマイナスであれば、亜紀子さんの利益にはなり得ないので、中止の方向で考える</li> <li>・家族は現状を受け入れていない、時間が必要。しばらく継続がよいか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・亜紀子さんは事前指示書やACPをもっていない</li> <li>・家族に臨終期の意向を話をしたことはなし</li> <li>・父親を見た際、沙雪さんに「このような状態はいやだ」と言った</li> <li>・本人が治療を望まなければ、意思を無視していることになる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療科の医療者で意見対立、診療科の大多数は中止できない</li> <li>・一部の医療者は治療中止</li> <li>・家族は継続を希望? 他の家族の支援は得られるか?</li> <li>・臨終期の治療中止は指針あり、法律はなし</li> <li>・院内指針はなし、案作成</li> <li>・緩和ケア科に協力要請、穏やかに旅立てるように看取る</li> </ul>