臨床倫理の教え方を学ぶ/臨床倫理の教え方を教える

臨床倫理教育セッション

日本医学教育学会　第１８期　倫理・プロフェッショナリズム委員会

Ⅰ　はじめに

『臨床倫理教育セッション』は、指導医ＦＤ等の機会に「臨床倫理の教え方を学ぶ」ために作成された、「臨床倫理の教え方を教える」ための教材です。この教材を用いた教育を受けた指導医が、適切な臨床倫理教育を若手医師に対して各自の医療施設で行えるようになることを目的としています。すべてのセッションは、共通部分である臨床倫理のミニレクチャーと、それぞれ異なる臨床倫理の教育方法そして事例が含まれています。是非活用ください。同時にＨＰ掲載される初心者向けの必修項目を扱った『臨床倫理教育パッケージ』もご活用ください。

使用法

１　本セッションは、一回あたり約９０分で実施します。
２　目次の２～５にあたるセッションⅠ～Ⅳのいずれか一つを選択して使用してください。したがって本コーナーには、４回分のセッション・メニューが含まれています。
３　具体的には、まず目次１の「臨床倫理ミニレクチャー」を約３０分で実施します。その後５～１０分程度で選択したセッションの趣旨を概説し、その後約５０分で少人数グループ・ワークショップを含む活動を行ってください。
４　たとえば、セッションⅡを使用する場合は、ミニレクチャーに続いて、映画を通して学ぶ医療倫理の概要を説明し、映画『眠れる美女』の紹介と関連部分を提示します。そして、作品内で示唆される倫理的疑問について少人数でディスカッションを行い、最後に全体で意見交換をするという流れです。

※実際の使用法についてご質問がある場合は、本セッション作成責任者の浅井篤（東北大学医学系研究科医療倫理学分野、aasai@med.tohoku.ac.jp, 022-717-8196 までご連絡ください）

日本医学教育学会　第１８期　倫理・プロフェッショナリズム委員会
副委員長　浅井　篤（東北大学）

Ⅱ　目次

Ⅰ　はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・p.1
Ⅱ　目次・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・p.2

1　臨床倫理ミニレクチャー　　　　　　　　　　　圓増　文・大北全俊・浅井　篤
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・p.3
臨床倫理ミニレクチャー（解説・注釈）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・p.26

2　臨床倫理検討シートを使った事例検討（セッションⅠ）　圓増　文
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・p.37
臨床倫理検討シートを使った事例検討（解説・注釈）・・・・・・・・・・・・・・・p.52

付録１　検討シート　　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・p.57

３　映画を通して学ぶ医療倫理（セッションⅡ）　　　　　浅井　篤
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・p.61
映画を通して学ぶ医療倫理（解説・注釈）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・p.71

付録２　『眠れる美女』とエルアーナ・エングラーロについての解説・・・・・・p.76

付録３　４７NEWS・共同ニュース伊で初、植物状態女性延命停止へ　バチカン猛反発
http://www.47news.jp/CN/200902/CN2009020401000631.html（2015 年 10 月 22 日アクセス）
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・p.79

４　ディベートを通して学ぶ医療倫理（セッションⅢ）　　大北全俊
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・p.80
ディベートを通して学ぶ医療倫理（解説・注釈）・・・・・・・・・・・・・・・・・p.96

５　四分割法を用いた倫理的推論の方法（セッションⅣ）　　三浦靖彦・板井孝壱郎
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・p.102
四分割法を用いた倫理的推論の方法（解説・注釈）・・・・・・・・・・・・・・・p.122

付録４　「鎮静ジレンマ」・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・p.129

執筆者一覧
奥付・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・p.132

臨床倫理ミニレクチャー

東北大学大学院　医学系研究科　医療倫理学分野
圓増　文　大北全俊　浅井　篤

１．臨床倫理とは何か

臨床倫理とは

・「臨床医学における倫理上の問題を明らかにし、分析、解決するための体系的なアプローチを提供する実践的な学問」（A.R.ジョンセンほか『臨床倫理学　第五版』新興医学出版社、2006）

・「生命科学と医療技術の発達が医療現場と患者ケアにもたらした倫理・法・社会問題等を学際的に検討する生命倫理の一分野であり、個々の患者診療に関わる倫理問題を同定、分析し、どのような選択が最善かを考察することを第一義の目的とする」

（浅井篤、「臨床倫理－基礎と実践」、『シリーズ生命倫理学　臨床倫理』、丸善出版、2013、pp.2-21）

・「臨床の現場（医療、介護）に従事している者が、いましている、またこれからしようとしている医療・ケアの行動や姿勢を倫理的視点から検討する営み」

（石垣靖子、「看護における倫理を考える」、石垣・清水『臨床倫理ベーシックレッスン』日本看護協会出版会、2012）

・「医療・介護従事者が日々、患者・家族と対応しながら、ケアを進めていく際に、「これからどのようにコミュニケーションを進めようか」と、個別事例ごとに考える営み」

（清水哲郎『臨床倫理エッセンシャルズ　改定第4版　v.1.5』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　臨床倫理プロジェクト、2015）

どうしたら倫理的問題を解決できるのか？？

→　問題となる価値判断が他の人に対し正当化可能であることを示す（論証）

　→　共通の価値・規範に依拠して論証する

　→　立場の違いを超えて、お互いが分かり合えるような仕方で選択肢について検討してく

臨床倫理の役割

　臨床の場面で生じている倫理的問題について、当事者が一緒になって検討し、答えを出していくための手助けとなる検討の方法論（例：手法、原則）を提供する活動

臨床倫理は何ではないか

- 「答えのない領域」ではない

  →答えは出すもの、出そうとする姿勢がなくては始まらない

- フローチャートによって自動的に答えを出すことはできない

  →考える、一緒になって話し合い、決めることで、答え（決定）は導き出される

- だれかを批判したり非難するためのものではない

  →協力しあって医療をよりよくしていくためのもの

- 訴訟回避の方策ではない

  →「最悪の事態を避ける」よりも、「できる限りよりよくしていく」ことに主眼が置かれる

『シリーズ生命倫理学　臨床倫理』、丸善出版、2013、pp.2-21

改めて臨床倫理とは

・誰が？

→医療の当事者（及び当事者になりうる人）が

ex.患者、家族、医療・介護従事者、市民など

・何について？

→特定の患者に対し、

今行われている医療・介護のあり方について

あるいは、過去の医療・介護のあり方について

・何のために？

→その患者さんが今後受ける医療・介護をよりよいものにしていくために

・何をするのか？

→共通の価値・規範に照らして、一緒になって検討していくこと

２. 臨床倫理の基本的な考え方

倫理原則のさまざまな定式化

<table>
<tr><th>ビーチャム＆チルドレスの四原則</th><th>清水哲郎
≒ベルモントレポート</th><th>Fry & Johnston
（日本看護協会推奨）</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Respect for autonomy
（自律尊重）</td><td rowspan="3">人間尊重</td><td>Respect for autonomy
（自律尊重）</td></tr>
<tr><td>Veracity
（誠実／正直・真実）</td></tr>
<tr><td>Fidelity（忠誠／忠実）</td></tr>
<tr><td>Beneficence
（善行／予益）</td><td rowspan="2">予益</td><td>Beneficence
（善行／予益）</td></tr>
<tr><td>Non-maleficense
（無危害）</td><td>Non-maleficense
（無危害）</td></tr>
<tr><td>Justice（正義）</td><td>社会的適切さ</td><td>Justice（正義）</td></tr>
</table>

『臨床倫理エッセンシャルズ　改定第4版　v.1.5』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　臨床倫理プロジェクト、2015）を基に作成

臨床倫理の倫理原則

1）患者の意思を尊重する

2）患者にとってより利益となることを行う

3）社会的な視点を考慮する

→　臨床の諸活動の前提にある基本的な規範を共通の言葉で表したもの。多くの人にとって「あたりまえ」のこと。

1）患者の意思を尊重する

＊医療のプロセスに関する原則

→　患者への情報提供、こまめな意思疎通、治療方針決定への患者の参加

＊留意点

・「患者の言動・発言を、そのままその人の意思としてうのみにしていいのか」

→「どのような理由で患者はそのように言っているのか？」、「どんな情報・認識に基づいてそのような発言しているのか？」を確認し、再度意思疎通を図る必要

・「患者の意思が確認できない場合はどうすればよいのか」

→　まずは、事前指示など、患者の推定意思を尊重しつつ、「患者の最善の利益」を判断することに

（『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』（厚生労働省））

2）患者にとってより利益となることを行う

＊医療の目的に関する原則

→利益と害のアセスメント：患者にとって可能な選択肢を枚挙して、それぞれについてメリット・デメリットを比較し、「どの選択肢が患者にとって最善か（ましか）」を考える

＊留意点

・具体的にどんな状況をもって「患者の最善の利益」とするかについては、時代によって、社会によって、個人によって変化

「無病息災」から「QOL」へ：病を抱えつつよりよい生活を送る

「QOLを維持・改善すること」 → 患者の利益

・さまざまな次元のメリット・デメリットを考慮する必要

例：身体面、精神面、生活面、経済面、社会生活など

2）患者にとってより利益となることを行う

＊留意点（つづき）

・一般的には、現在のQOLだけでなく、将来のQOLについて、維持・改善することが目標となる。

・「QOLの改善・維持」と「生存期間の延長」は基本的に両立する。

ただし、終末期などの場合には、この二つが両立せず、「どちらを優先するか」を考えざるを得ない場合もある。

・「何が最善か？」は基本的に患者と医療者とで決める。

→「患者だけで決める」、「医療者だけで決める」ではない。

・どうしても意見が一致しない場合は？

→　社会的適切さに反しない限り、患者の考えを尊重する。

ただし、「本当に患者はそれを最善と考えているか？なぜか？」を確認し、できる限り患者の考えを知ろうとすることが必要

3）社会的な視点を考慮する

＊医療が社会的な営みであることに由来する原則

→　問題となる個別の医療活動を社会全体のなかに置いてみた場合に適切であるかどうか？

・患者間の公平性への配慮

・患者以外の人間への配慮

・他の社会資源（社会保障制度）との連携

・既存のガイドラインや法律の配慮

＊留意点

・個別事例を検討することが、既存の制度、ガイドライン、法律のあり方への問題提起に結びつくことも

ex.「延命治療中止についての社会的な基準が必要」

３. 臨床倫理の進め方

主なステップ

（1）状況を整理し、問題意識を明らかにする

（2）関係者が一緒に検討する場を設ける

（3）複数の視点から、状況を整理しなおす

（4）いくつかの選択肢を比較し、選択する

（1）状況を整理し、問題意識を明らかにする

・ある患者のケースに対する自分の違和感を言葉で表すことは、関係者が問題意識を共有するうえで不可欠。

・そこで、まずは参加者が状況を整理し問題意識を文章にしてみることが必要。

・場合によっては、再度、情報を集めることが必要となる。

（2）関係者が一緒に検討する場を設ける

・最終的に導かれた解決策は、いくら十分な理由に基づくものでも、関係者の理解と協力がなければ、実行に移されない。

・そこで、できるだけ、その患者の治療・看護・介護に関わっている人すべて（多く）に検討に参加してもらう。

（3）複数の視点から、状況を整理しなおす

・立場が違えば同じ状況が違って見えてくることも。

・基本的な規範・価値を手がかりとして、関係者で状況を整理していく。

・状況をふまえ、可能な選択肢を挙げる。

・場合によっては、ある程度、解決策が見えてくることも。他方、新たな問題点が出てくることもある。

（4）いくつかの選択肢を比較し、選択する

・各選択肢のメリット・デメリットを挙げたうえで、基本的な規範・価値観に照らして、どれが最善か（ましか）を話し合う。

・またコミュニケーションの進め方についても話し合い、今後の方針を決める。

いくつかの体系的アプローチ

代表的なアプローチ

・症例検討シート（四分割法）

A.R.ジョンセンら

・臨床倫理検討シート http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/tools/tools.html

清水哲郎＆臨床倫理プロジェクト

・エトックス・アプローチ http://www.ukcen.net/index.php/education_resources

A.クーパー

・臨床倫理ケース・コンサルテーション報告書のためのフォーマット

オー／シェルトン

検討を進める際の留意点

（1）アプローチの手順にこだわりすぎない

（2）「裁判」ではない

（3）参加者が発言しやすい環境づくりを行う

例：①人の発言はできる限り共感的な態度で聞くようあらかじめ参加者に注意を促す。

②対等な立場で話し合うことを参加者に確認しておく。

③なるべく参加者全員の合意を目指す。意見の異なる人がいた場合には、どの点で異なるのかを明確にする。

④進行役（ファシリテーター）と記録係を決める。

（4）患者の家族の位置づけに注意

参考文献

・M.P. Aulisio,“Clinical Ethics I. Development, Role, and Methodologies,” *Bioethics (Encyclopedia of Bioethics 4th edition)*, B.Jennings(ed), Macmillan Library Reference,2014,pp.596-602

・A.R.ジョンセン『生命倫理学の誕生』勁草書房、2009（＝ A.R.Jonsen, *The Birth of Bioethics*, Oxford University Press, 1998）

・A.R.ジョンセンほか『臨床倫理学　第五版』新興医学出版社、2006（＝A.R.Jonsen, M. Siegler, & W.J. Winslade, *Clinical Ethics 5th edition*, McGraw Hill, 2002）

・D.ミカ・ヘスター『病院倫理委員会と倫理コンサルテーション』勁草書房、2009（=M.Hester ed., *Ethics By Committee*, Rowman & Littlefield Publishers, 2008）

・浅井篤、「臨床倫理－基礎と実践」、『シリーズ生命倫理学　臨床倫理』、丸善出版、2013、pp.2-21

・粟屋剛ほか編『シリーズ生命倫理学　医療情報』、丸善出版、2013

・石垣靖子・清水哲郎『臨床倫理ベーシックレッスン』日本看護協会出版会、2012

・大北全俊・浅井篤「臨床倫理の実践方法（仮）」、小野沢滋編『シリーズ　在宅医療の技とこころ　在宅栄養管理　改定二版』南山堂、2015年刊行予定

・大庭健『善と悪』岩波書店、2012

・笠原忠・越前宏俊編『ヒューマニズム薬学入門』培風館、2012

・清水哲郎『臨床倫理エッセンシャルズ　改定第4版　v.1.5』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　臨床倫理プロジェクト、2015

・世界医師会『医の倫理マニュアル』日本医師会、2007

・日本老年医学会編『高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン』医学と看護社、2012

・国際連合教育科学文化機関　人文・社会科学局、科学・技術倫理部門『ユネスコ生命倫理学必修　第一部』、医薬ビジランスセンター、2010

参考文献②

終末期医療における意思決定プロセスに関するガイドライン

厚生労働省	終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン	平成19年5月
日本救急医学会	救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）	平成19年11月
日本医師会	終末期医療に関するガイドライン	平成20年2月
日本学術会議	終末期医療のあり方について-亜急性型の終末期について-	平成20年2月
日本医師会	医師の職業倫理指針［改訂版］	平成20年6月
全日本病院協会	終末期医療に関するガイドライン―よりよい終末期を迎えるために―	平成21年5月
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 ～3 学会からの提言～	平成26年11月
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 人工的水分・栄養補給の導入を中心として	平成24年6月
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	平成26年11月
日本小児科学会 倫理委員会 小児終末期医療ガイドラインワーキンググループ	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	平成24年4月

付録

形式１

倫理コンサルテーション依頼用紙（医療倫理学分野案Ｈ２７０６１１）年　月　　日

お名前		職種	
ご所属・病棟		Ｅメールアドレス	
		ご連絡先電話番号	

Ｑ１．今回のコンサルテーション依頼は？　（以下のいずれかに○をして下さい。）

Ａ 個人○　Ｂ 診療チーム　Ｃ 病棟．Ｄ その他〔　　〕

＊「個人」の場合、当該事例の患者さんとのご関係は？〔　　〕

Ｑ２．患者さんの状況と倫理コンサルテーションで相談されたいことについて

２－１　今回　依頼者が相談されたいこと（倫理的な悩み）：

２－２　患者さんの医学的状況（診断、予後、合併症、診療目的等）：

２－３　患者さんおよびご家族への病状についての説明内容（どのような言葉を用いてお話ししているかが分かるようにご記入ください）：

Ｑ３．現時点で医療サイドが「医学的に最善」と考えている方針と代替案	Ｑ４．現時点で「患者さんが最も望んでいる」と考えられることは？
３－１：診療チームの推奨治療方針と理由 ３－２：他の選択可能な治療方針（代替の選択肢）	４－１　患者さんの同意治療能力 あり　なし　不明　確定できない ４－２　患者さんの現状認識と心理状態 ４－２　患者さんの希望または意向およびその理由（事前指示および家族による推定意思を含む）
Ｑ５．現時点の患者さんのＱＯＬ（身体的充足度・精神的満足度）について	Ｑ６．現時点での「ご家族の意向」は？ （「家族」の定義・キーパーソンの選定）
５－１：　患者さん自身の評価 ５－２　患者さん以外の方の評価	６－１：キーパーソンはどなたでしょうか。 ６－２：家族の基本的な意向およびその理由、異論の有無

Ｑ７．担当診療チーム（看護師等コメディカルを含む）の構成と意向、及びその他

７－１　診療チームの構成 ７－２　診療チームの意向	７－３　診療チームの意見の一致・不一致（意見が分かれている場合は、どの職種でどのように意見が分かれているか） ７－４　その他（何でも関連する懸念事項をお書きください）

付録②

形式２

倫理的提案のひな形０６１１

１　倫理的に問題になると思われる点の整理

２　提案

２－１　統括的提案：基本的な提案（患者さんにとって最善と思われる方針についての推奨）とその理由、および他の諸方針（代替案）を取らない理由

２－２　個別提案（必要に応じて）

・患者・その家族とのコミュニケーションに関する提案（どう説明するか、何か訊くか、どのように話を切り出すか、についての提案）

・担当診療チーム内でのコミュニケーションに関する提案

・社会的側面に関する提案

２－３　見解の不一致が生じた点およびその理由

２－４　上記２－１及び２－２の倫理・心理・社会・法的な懸念

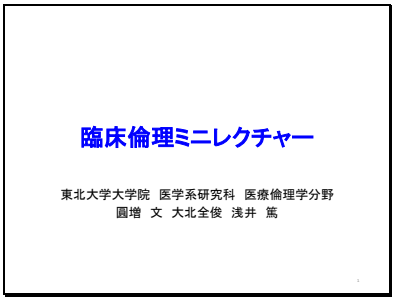
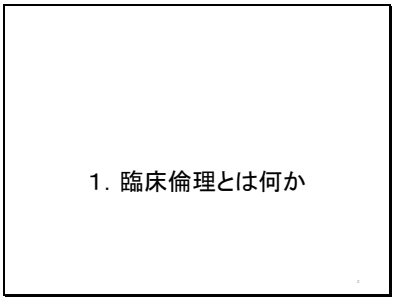
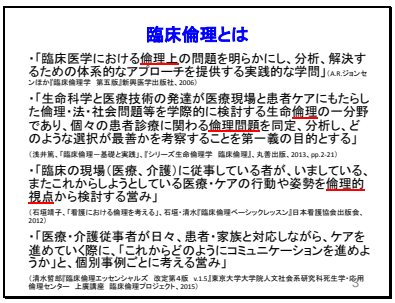
２－５　今後の予防策（可能であれば）

２－６　その他

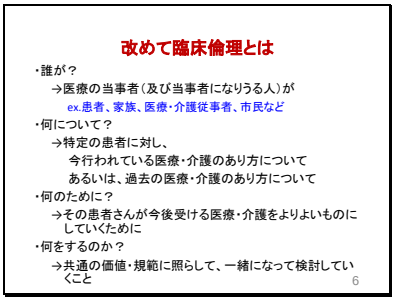
参考１：症例に対する倫理的提案（ethical suggestion）含まれるべき六項目

（東北大学医学系研究科医療倫理学分野版）

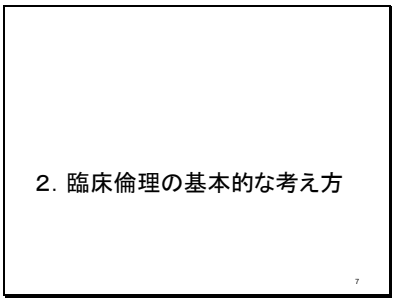
ア）具体的な提案
イ）尊重すべき倫理原則および勘案する必要のある重要医療倫理概念
ウ）提案の根拠（優先すべき原則とその理由、患者の最善の利益の明確な定義）
エ）代替案の列挙と推奨案との比較考量の詳記
オ）主たる提案の倫理的、心理的、社会的、法的問題点
カ）回避可能な倫理的ディレンマに対する予防策

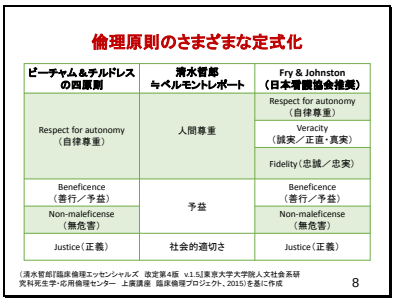
スライド1		このセクションの趣旨 1. 臨床倫理とはどのような営みであるかを説明します。 2. 臨床倫理の前提にある考え方を説明します。 3. 具体的な臨床倫理の進め方を説明します。 ポイント ・このセクションでは、どのようにして臨床倫理について教えていけばいいかを説明します。 ・臨床倫理の基本となる一般的な倫理については取り扱いません。
スライド2		
スライド3		趣旨: ・いくつかの定義を紹介し、「臨床倫理とは倫理の一種であること」、そして「倫理とは価値の問題を考える活動であること」を説明する。 ポイント: ・どの定義にも共通して、「倫理」という言葉が使われていること、そして「分析」や「検討」など、考える作業に関する言葉が使われていることを強調する。 ・ただ定義によっては「姿勢」や「コミュニケーション」を強調するものもある。 ・「どの定義がよいか」を尋ねられた場合は、6枚目のスライドを提示する。 （6枚目のスライドは、上記の定義の最大公約数をとった定義）

スライド4	**どうしたら倫理的問題を解決できるのか？？** → 問題となる価値判断が他の人に対し正当化可能であることを示す（論証） → 共通の価値・規範に依拠して論証する → 立場の違いを超えて、お互いが分かり合えるような仕方で選択肢について検討してく **臨床倫理の役割** 臨床の場面で生じている倫理的問題について、当事者が一緒になって検討し、答えを出していくための手助けとなる検討の方法論（例：手法、原則）を提供する活動 4	趣旨： ・倫理的な問題の解決には、考える作業が必要であるが、ただ考えればいいのではなく、 考えたプロセスが他の様々な立場の人に受け入れられるような仕方で考えることが必要　→「論証」という ・論証と実証の違いを説明 実証：「事実としてこうである」に基づいて、あることが正しいことを示すこと　ex.実験、観察、検査 論証：理由・理屈に基づいてあることが正しいことを示すこと ポイント： ・「倫理的な問題には答えがない」と言われることがありますが、このセクションでは、必要な手続き（論証であり、実証ではない）を踏めば答えを出すことができるという考え方に立って説明します。 ・答えそのものだけでなく、答えを出すまでのプロセス（論証）が重要であることを強調します。 ・下記、わかりにくい言葉を説明します。 「共通の価値・規範」とは：例えば「尊厳」や「人権」など、現代社会において普遍的な（すべての人や社会に受け入れられうる）価値観とされているもの
スライド5	**臨床倫理は何ではないか** ・「答えのない領域」ではない →答えは出すもの、出そうとする姿勢がなくては始まらない ・フローチャートによって自動的に答えを出すことはできない →考える、一緒になって話し合い、決めることで、答え（決定）は導き出される ・だれかを批判したり非難するためのものではない →協力しあって医療をよりよくしていくためのもの ・訴訟回避の方策ではない →「最悪の事態を避ける」よりも、「できる限りよりよくしていく」ことに主眼が置かれる 参考：浅井篤、「臨床倫理－基礎と実践」、『シリーズ生命倫理学　臨床倫理』、丸善出版、2013、pp.2-21 5	趣旨 ・よくある誤解や混同されがちな他の活動と、臨床倫理の活動との違いを説明する。 ポイント ・病院の倫理委員会の話し合いでは、ときに訴訟回避を主眼に置いた議論がされることがあります。 しかし、訴訟の回避とは、関係者間の関係が壊れ、対立が生じている状況を避けることが目的となるという点で、 関係者間により望ましい関係を築くことを目指した臨床倫理の考え方とは区別されます。

<table>
<tr>
<td>スライド6</td>
<td>


</td>
<td>
趣旨：
・具体的な場面を想定した定義を改めて行います。

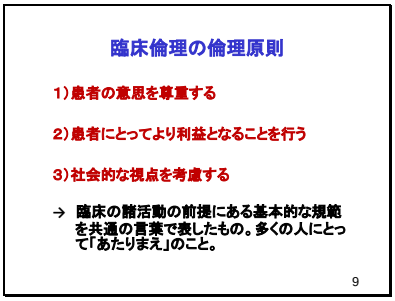
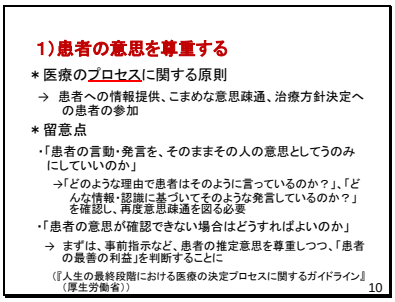
ポイント
・ここでの定義は、スライド3の様々な定義の最大公約数＋具体的な場面を想定した定義です。
</td>
</tr>
<tr>
<td>スライド7</td>
<td>


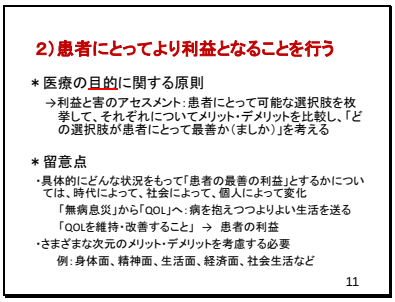
</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>スライド8</td>
<td>


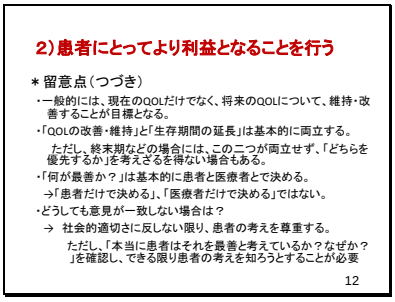
</td>
<td>
趣旨：
・倫理原則とは何か、そして臨床倫理に関係してどのようなものがあるかを説明します。
　→　多少違いがありますが、これらの定式化には、共通があります（次のスライドで説明）。

ポイント
・倫理原則とは何か：ここまでで説明してきたように、臨床倫理は、臨床の場で立場が異なる人が一つの課題を一緒に検討していく活動ですが、そうした異なる人が、共有する価値・規範を一般的な仕方で言い表したものが、倫理原則です。
・臨床倫理に関係してどのようなものがあるのか：現在のところ、いくつかの定式化が提案されています。スライドは、代表的な三種類の定式化を表に表わしたものです。
・違いについて
特に、ビーチャムとチルドレスの「respect for autonomy」に対しては、様々な代替案が提示されています。例えば、清水の「人間尊重」は、人間の自律的で理性的な側面だけでなく、感情的で非理性的な側面も尊重することを求めています。またこの原則では、自律的ではないとみなされる人の気持ちや考え方も尊重することが求められます。

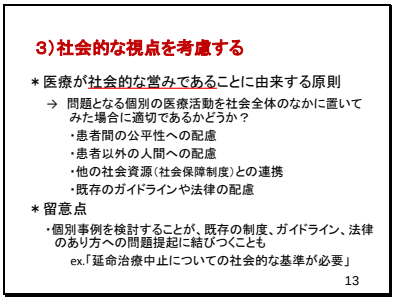
フライとジョンストンの「Veracity」や「Fidelity」は、相手の自律を尊重するうえで求められることの一部と考え
</td>
</tr>
</table>

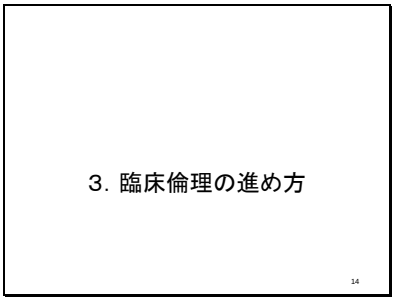
		ることもできます。 ・臨床倫理の原則とプロフェッショナリズムとはオーバーラップしている点がかなりあります。
スライド9		趣旨： ・前のスライドの定式化に共通する考え方として、三点を挙げることができます。ここではそうした共通点を、臨床倫理の倫理原則として紹介します。 各スライドの詳細な説明は次のスライド以降で行います。 ・ポイント 1）患者の意思を尊重する。これは四原則の自律尊重に対応。 2）患者にとってより利益となることを行う 　四原則の予益、無危害に対応 3）社会的な視点を考慮する 　正義原則に対応
スライド10		趣旨 ・一つ目の「患者の意思を尊重する」の詳細な内容を説明します。 ・医療の目的（何を目指すか）に関する原則ではなく、プロセス（どのように進めていくか）についての原則です。 ポイント ・1つ目の留意点について： 　どのような理由で患者はそのように言っているのか？例えば、家族の負担になりたくないといった消極的な理由からではないのか？ また、どんな情報を基に発言しているのか？誤解や情報不足による発言ではないかを確認する必要があることを指摘します。 さらに、現状についての患者さんの見方が変われば、希望も変わる可能性があることを、ご自身の経験や具体例などを挙げて指摘します。 こうしたことを行う上では、情報提供と意思疎通を密にしていくことが重要であることを強調します。 ・2つ目の留意点について： 　『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』（厚生労働省）によれば、まずは家族による患者の推定意思を尊重し、「患者の最善

		の利益」を判断することになります。 また、事前の本人による意思表示があれば、それを参考にすることも求められます。 ただし、家族など、だれか一部の人が、患者に代わって決定すると考えるよりも、家族を含めた、関係者の間での意思疎通によって決定を行うのがベストとする考え方もあることを説明します。 Ex.『高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン』（日本老年医学会）
スライド11	 2）患者にとってより利益となることを行う ＊医療の目的に関する原則 →利益と害のアセスメント：患者にとって可能な選択肢を枚挙して、それぞれについてメリット・デメリットを比較し、「どの選択肢が患者にとって最善か（ましか）」を考える ＊留意点 ・具体的にどんな状況をもって「患者の最善の利益」とするかについては、時代によって、社会によって、個人によって変化 「無病息災」から「QOL」へ：病を抱えつつよりよい生活を送る 「QOLを維持・改善すること」 → 患者の利益 ・さまざまな次元のメリット・デメリットを考慮する必要 例：身体面、精神面、生活面、経済面、社会生活など 11	趣旨 ・2つ目の原則の内容について、詳細な説明を行います。 ・全スライドの原則が、プロセス（どのように進めていくか）についての原則であるのに対し、医療の目的（何を目指すか）に関する原則であることを説明します。 ポイント ・1つ目の留意点について たとえば感染症が主要な疾患であった時代には、「無病息災」が主要な目標であったのに対し、疾病構造が変化し、慢性疾患が主要な疾患になった今日は、病気を抱えてもよりよい生活を送れるよう、患者の生活を支えることが主な目的となります。そのため、今日の医療においては、「患者のQOLを維持・改善すること」は、延命と並んで、「患者の利益」に適うこととされます。 ・2つ目の留意点について この場合のQOLは、単に患者さんの満足度という意味ではなく、さらに、日常生活に不可欠な機能や能力がどの程度維持されているか、また必要な支援制度を利用することが可能であるかといった点も含まれています。 そのため、QOLの改善を目指すうえでは、身体面でのメリット・デメリットを考えるだけでなく、様々な次元のメリット・デメリットを考慮に入れる必要があることを、例を挙げて説明します。

<table>
<tr>
<td>スライド
12</td>
<td> 
</td>
<td>趣旨
・前スライドの続きで、2つ目の原則の内容を説明します。

ポイント
・二つ目の留意点
　基本的には「QOLを改善・維持すること」と「生存期間の延長」とは両立することを、例を挙げて説明します。
　例：糖尿病治療：血糖コントロール　→合併症を予防
→　合併症による死を予防
　ただし、終末期医療など、場面によっては、どちらかを選ばざるを得ない場合もあることを指摘します。
・三つ目の留意点
　一方で、患者の人生観、価値観を反映するという意味で、治療方針決定への患者の参加は不可欠です。
　他方で、医学的な知識や経験等を有した医療者の参加もまた、「患者の最善」を判断するうえで不可欠となります。
・四つ目の留意点
　例えば、生存期間の延長とQOLの維持とどちらを優先するべきかについて、医療者と患者との間で考えが一致しないケースが、終末期の医療では考えられます。
　そのような場合には、まずは、患者の考えを確認したうえで、社会的適切さに反しない限り、患者の考えを最大限尊重することが重要です。
　ここで言う「社会的な適切さ」とは、たとえば「法律に反していないか」、「（学会や医療機関の）ガイドラインに適っているか」、「第三者に悪影響や過度な負担は生じないか」といった点が挙げられます。</td>
</tr>
</table>

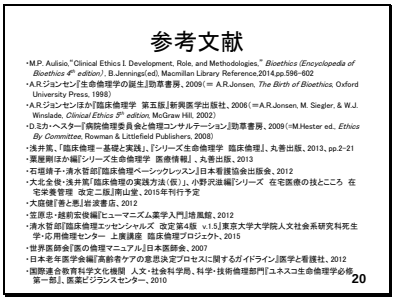
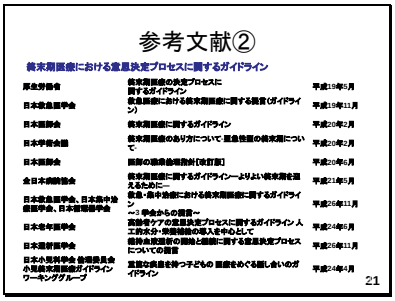
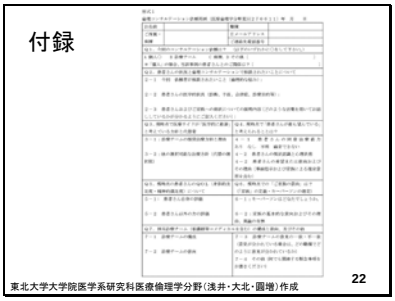
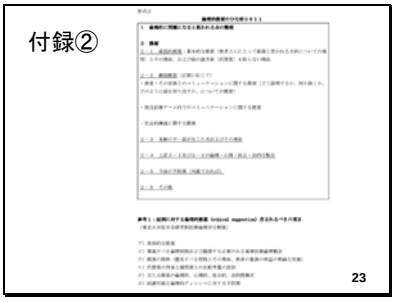
<table>
<tr>
<td>スライド
13</td>
<td> 
</td>
<td>趣旨
・三つ目の原則の内容を詳しく説明します。

ポイント
・どのような配慮が必要となるかを例を挙げて説明します。
例えば、
・患者間の公平性への配慮の場合、患者の選り好みや差別をしないことが挙げられます。
・患者以外の人間への配慮については、ドナーに過度な負担を与えていないか、医療全体の資源に負担となっていないかといった点が挙げられます。
・他の社会資源（社会保障制度）との連携の場合、介護保険や生活保護などの制度との連携が考えられます。
・既存のガイドラインや法律の配慮については、各学会のガイドラインや病院のガイドライン、法律に反していないかどうかといったことが問題になります。
・留意点について
個別事例を検討することが、その事例内での解決を導くというよりも、既存の制度、ガイドライン、法律のあり方への問題提起に結びつくこともあります。
ex.「延命治療中止についての明確な基準が必要」という考え方が、ガイドラインの策定につながるケース、法改正の運動につながるケース</td>
</tr>
<tr>
<td>スライド
14</td>
<td> 
</td>
<td></td>
</tr>
</table>

スライド15	主なステップ （1）状況を整理し、問題意識を明らかにする （2）関係者が一緒に検討する場を設ける （3）複数の視点から、状況を整理しなおす （4）いくつかの選択肢を比較し、選択する 15	趣旨 前スライドで説明したように、臨床倫理は、「医療・介護の当事者が、特定の患者に行われている医療・介護のあり方について、共通の価値基準・規範に照らして、一緒になって検討していく活動」です。では、その検討作業は具体的にはどのようにして進めていけばいいのでしょうか。 ここでは、臨床倫理の具体的な進め方を紹介します。臨床倫理の検討作業は、主に四つのステップを経て進められていくことを説明します。 （各ステップの詳しい説明は次の二枚のスライドで説明） ポイント 四つのステップは一般的なものであり、必ずしもこの手順以外でやってはいけない、というわけではないこと、 また、必要に応じて、戻ったり、繰り返し同じステップを踏んでもよいことを補足として説明します。
スライド16	（1）状況を整理し、問題意識を明らかにする ・ある患者のケースに対する自分の違和感を言葉で表すことは、関係者が問題意識を共有するうえで不可欠。 ・そこで、まずは参加者が状況を整理し問題意識を文章にしてみることが必要。 ・場合によっては、再度、情報を集めることが必要となる。 （2）関係者が一緒に検討する場を設ける ・最終的に導かれた解決策は、いくら十分な理由に基づくものでも、関係者の理解と協力がなければ、実行に移されない。 ・そこで、できるだけ、その患者の治療・看護・介護に関わっている人すべて（多く）に検討に参加してもらう。 16	趣旨 前スライドの四つのステップのうち、二つのステップを詳しく紹介します。 ポイント （1）について 例えば次のような形で文章にしてみることが必要となります。 「患者さんの家族が希望している治療法は、患者さんにとって利益にならないのではないか？」 「糖尿病の患者さんがインスリン治療を拒否しているが、どうしたらよいか？」 （2）について 例えば、患者が複数の診療科にまたがって治療を受けている場合には、各科の担当者にできる限り参加してもらうという方法が考えられます。

スライド17	**(3)複数の視点から、状況を整理しなおす** ・立場が違えば同じ状況が違って見えてくることも。 ・基本的な規範・価値を手がかりとして、関係者で状況を整理していく。 ・状況をふまえ、可能な選択肢を挙げる。 ・場合によっては、ある程度、解決策が見えてくることも。他方、新たな問題点が出てくることもある。 **(4)いくつかの選択肢を比較し、選択する** ・各選択肢のメリット・デメリットを挙げたうえで、基本的な規範・価値観に照らして、どれが最善か(ましか)を話し合う。 ・またコミュニケーションの進め方についても話し合い、今後の方針を決める。 17	趣旨 前スライドの四つのステップのうち、残り二つのステップを詳しく紹介します。 ポイント (3)について ・例えば、医師や看護師、薬剤師、栄養士、各種療法士、ソーシャルワーカーなど、職種によって、同じ患者さんを見るにしても、おもな着眼点が違うことがあります。 そのため、できるだけ、様々な職種の人に参加してもらうことが、状況をよく理解するうえで重要です。 ・例えば、基本的な規範として、前スライドの「患者にとってより利益となることを行う」や「患者の意思を尊重する」があります。 「インスリン治療を導入すると(あるいは胃瘻を導入すると)、患者さんの生活にどのような利益や不利益があるのか」を改めて確認したり、 「治療を拒否する患者さんの背景にはどのような認識や価値観、考え方があるのか」を検討してみるといったことが例として考えられます。 (4)について ・例えば、病気が進行して経口摂取が医学上難しくなりつつある患者さんが「食べたい」と強く希望している場合、 　考えられる選択肢として、絶飲食にして「末梢点滴を行う」・「高カロリー輸液を行う」・「胃瘻造設」・「経鼻経管を行う」、 あるいは希望通り食べさせて、「肺炎になったらやめる」・「肺炎になったら抗生物質を使用しつつ食べさせる」・「肺炎になっても経口摂取を続ける」など 様々考えられます。それぞれの選択肢について、メリット・デメリットを挙げ、どれがより最善かを考えてみましょう。 ・例えば患者さんや家族にどのような言葉を使って説明するのか、家族のうち誰にどのタイミングで相談するかといった問題について、話し合うことも重要です。

スライド18	**いくつかの体系的アプローチ** 代表的なアプローチ ・症例検討シート（四分割法） A.R.ジョンセンら ・臨床倫理検討シート http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/clieth/tools/tools.html 清水哲郎＆臨床倫理プロジェクト ・エトックス・アプローチ http://www.ukcen.net/index.php/education_resources A.クーパー ・臨床倫理ケース・コンサルテーション報告書のためのフォーマット オー／シェルトン 18	趣旨 前スライドのステップを踏んで検討を行う上で、ガイドとなるアプローチが幾つか提案されています。 その一部を紹介します。 これらのアプローチの共通点として、シート（表）を使用するなどして、状況を整理したり問題点を挙げながら、関係者が一緒に検討を進めていくという点が挙げられます。 後半のセッションでは、初めの二つ（症例検討シートと臨床倫理検討シート）を使って実際に検討した例を紹介します。
スライド19	**検討を進める際の留意点** （1）アプローチの手順にこだわりすぎない （2）「裁判」ではない （3）参加者が発言しやすい環境づくりを行う 例：①人の発言はできる限り共感的な態度で聞くようあらかじめ参加者に注意を促す。 ②対等な立場で話し合うことを参加者に確認しておく。 ③なるべく参加者全員の合意を目指す。意見の異なる人がいた場合には、どの点で異なるのかを明確にする。 ④進行役（ファシリテーター）と記録係を決める。 （4）患者の家族の位置づけに注意 19	趣旨 実際に検討を進める上での留意点を説明します。 ポイント （1）について ・各アプローチは、事例を検討するうえで見落としがちな点を気づきやすくする、今どの点について検討しているのかを複数の参加者で共有しやすくする、といった利点がある一方で、 シートの「穴埋め」に終始すると、話し合いをかえって妨げる可能性もあることを指摘します。 ・重要なのは、話し合いを通じ、何らかの結論を出すことだという点を強調します。また検討の形式にこだわることなく、まずは有志で検討してみるというのもいいかもしれません。 （2）について 下記の点に注意するよう、指摘します。 ・当事者の不手際や不足などを指摘することだけに終始しないこと。当事者が批判をおそれて、検討に参加しなくなる可能性も。 ・これからの医療・介護に活かすための具体的提案を心がけること。 （3）について 参加者が一緒になって、悩み、話し合って結論を出すことが臨床倫理の要となります。また多様な立場から事例を捉え直すことで、事例が違って見えてくることもあります。 そこで、参加者が発言しやすい環境づくりを行うことが重要になってきます。 発言しやすい環境づくりの具体例として、①～④の工夫を挙げて説明します。 （4）について 下記の二点を説明し、家族の位置づけには注意が必要であることを指摘します。 ・家族の当事者性に配慮すること 一言で「家族」といっても、患者の生活への関与の

		度合いはさまざまです。 　　→治療方針の決定プロセスに家族の関与がどの程度必要かは、家族の当事者性の度合いに応じて変化します。 ・家族と患者の複雑な関係に配慮すること 　患者の利益・価値観をよく知っている存在であり、患者の考えを代弁する存在ですが、同時に、介護の負担や年金の受給、遺産などをめぐって、患者と利害が対立する可能性もあります。 　そこで、一方で、家族の心情や負担、意向に配慮すると同時に、他方で、「患者の最善の利益」を決定の基準におくことを家族と共有することが重要となります。
スライド20		
スライド21		
スライド22		
スライド23		

臨床倫理セッションⅠ

臨床倫理検討シートを使った事例検討

東北大学大学院医学系研究科
医療倫理学分野　圓増　文

臨床倫理検討シートとは？

石垣靖子・清水哲郎『臨床倫理ベーシックレッスン』日本看護協会、2012
清水哲郎『臨床倫理エッセンシャルズ　改定第4版　v.1.5』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　臨床倫理プロジェクト、2015

- 立場の異なる参加者の事例検討が円滑に進むよう、助けるツール

  ・・・シートを使うことで、立場の違う参加者それぞれが患者の情報や倫理原則を共有していることを確認しやすくなる一方で、立場の違いを活かして、参加者が、それぞれの立場から、問題意識・事例の解釈・解決策等を提案することができる。

- 一般には次の場面での検討に使用：

  ・「これからこの症例にどう対応したらいいかを検討したい」
  → 前向きの検討

  ・「すでに終わった症例だが、それを振り返って、今後似た症例に出会ったときに活かしたい」→ 振り返っての検討

- シートは下記のwebサイトよりダウンロード可能。

  http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/r&d.html

（あるいは「臨床倫理検討システムプロジェクト」をキーワードにネット検索する）

臨床倫理検討シートを使った事例検討の一般的な進め方

石垣靖子・清水哲郎『臨床倫理ベーシックレッスン』日本看護協会、2012
清水哲郎『臨床倫理エッセンシャルズ　改定第4版　v.1.5』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　臨床倫理プロジェクト、2015

【シートを構成する三つのステップ】

・ステップ１：経過を把握する

・ステップ２：情報の整理と共有

・ステップ３：問題点を抽出し、検討を行う

【進め方】

1.事前の準備：事例提供者があらかじめステップ１、２、３（の一部）を記入。
→A4用紙に印刷したものを参加者に配布。

2.事例提供者による事例紹介と質疑応答

3.グループごとに分かれて、検討。まず、ステップ１，２に書かれている内容について、確認した上で、とくにステップ3の項目について、グループごとに検討を行う（必要に応じて、事例提供者に確認してステップ１、２に加筆・修正を行う）。

ステップ1の記入項目

経過を把握するための項目―

1-1　本人プロフィール

中心人物（通常は患者あるいは利用者）について、名（仮名）、年齢、性別、家族構成（とくに同居者など）、本人の生活等をごく簡単に説明

1-2　経過

これまでの経過を、時間の流れに沿って、記述。単に「事実」を連ねるのではなく、事例提供者が「検討に重要」と思う情報を取捨選択しながら記入。事例提供者が複数いる場合は、他の人の視点からの記述が追加され、検討会では、参加者からの質問により、記述が充実していく。

1-3　分岐点

前向きの検討の場合、例えば「医療者と患者本人との間で意見が分かれた、何が最善かはっきりしない」など、経過記述の終わりに近いところで検討課題が現れることに。その課題を記入。振り返っての検討の場合、「この時はこうしたが、それでよかったのか」」と気になっている点と時点を記入。

ステップ2の記入項目①

情報の整理と共有のための項目―

A　医療・介護情報と判断

2A-1:選択肢の枚挙とメリット・デメリットのアセスメント

・・・分岐点に挙がっている時点で考えられる選択肢を枚挙し、それぞれについて、メリット・デメリットを挙げる。

2A-2:社会的視点から

・・・「社会的な適切さ」の観点から、事例について気づいたことを記入。例えば「介護保険など、医療以外の制度を利用できる」、「効果や利益が見込めない治療を実施することで医療費が高額になる」、「患者にとって最善かもしれないが、家族にとって負担が大きすぎる」など

2A-3:説明

・・・本人・家族それぞれに、どのように（どのような言葉で）説明したかを記入

ステップ2の記入項目②

情報の整理と共有のための項目―

B　本人・家族の意思と生活

2B-1:本人の理解と意向

・・・医療者から提示された情報を本人は理解したかどうか、現在の状況をどう理解しているかを記入。また選択肢について、本にはどのような意向をもっているのかも合わせて記す。

2B-2:家族の理解と意向

・・・家族について、2B-1と同様のことを記載。家族の中で様々な立場があるとき、関係する家族がいないときは、それも記載。

2B-3:本人の生き方、価値観や人柄について

・・・本人の人生についての考えや価値観、現在の関心事を示すような発言や振る舞いがあれば、それを記載。本人の意向を理解したり、何が本人にとって最善かを判断したりする上での手がかりとなる可能性のある情報。

ステップ3の記入項目

問題点を抽出し、検討を行うための項目―

3-0: 問題となっていること・問題を感じていること

・・・ステップ1と2を踏まえ、ひとまず問題だと感じていることを、自由に出し合い、要点を記入。

3-1: 人として尊重することをめぐって

・・・関係者間で意見の不一致がある場合には、本人と家族の考えや気持ちを理解しようとすることが基本。そのための具体的なコミュニケーションの取り方について検討する項目。

3-2: 相手の益を目指すことをめぐって

・・・本人、家族にとってできるだけ益になる方針を検討する項目。

3-3: 社会的視点でのチェック

・・・社会的視点から考えて適切であるように、自分たちのしようとしていることをチェックする項目。

3-4: 総合的検討と今後の対応の方針

・・・上記複数の項目にまたがる問題点を検討する項目。また、今後の対応の方針について、検討する。

これからの50分

１　シートのステップ１，２を使って事例の紹介と検討するポイントの整理（１０分程度）

２　グループに分かれて事例検討（３０分程度）

・ステップ2に関して、コメントを参考にしつつ、検討する（１５分）。

・ステップ3の問題点に沿って、解決策を検討する（１０分）

・グループ内でまとめた解決策をシートに記入する（5分）。

３　議論内容のプレゼンテーションとまとめ（１０分）

事例の紹介

〔ステップ１〕

1-1 本人プロフィール

Aさん、75歳男性　次男夫婦（40代後半）と同居。元製薬会社社員。長男家族は、他県に住んでいるが、Aさんに会いに、定期的に（一か月に一度）次男宅を訪問。ただし、今回の入院では一度も病院に姿を見せていない。次男も平日は忙しく、これまで家での介助や入院の付添などは、次男の妻が行ってきた。キーパーソンは次男。

1-2 経過

30年前から高血圧のため通院

20年前に胃がんの手術・・・・・

Hiroko Ishimoto, Sakiko Masaki, Atsushi Asai (2015), “Should an Incapacitated Patient’s Refusal of Treatment Be Respected? Discussion of a Hypothetical Case , ”*Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 2015, in press

〔ステップ２〕　情報の整理と共有【時点：　／選択の内容：　】

Ａ　医療・介護情報と判断

2A-1 選択肢の枚挙とメリット・デメリットのアセスメント

(1) Ａさんに化学療法を実施する

【メリット】

・自覚症状の改善

・生命予後の改善

・家族（とくに次

【デメリット】

・化学療法によ

・化学療法によ

・心不全や腎不

・Ａさんの希望

・Ａさんが自己

ラやミトン、離

そのような身体

無理やり治療を

ったり、医療者や

的になる可能性

(2) Ａさんの希望通り、化学療法を行わず、退院してもらう。

2A-2 社会的視点から

・身体抑制に関してのガ

ン・指針としては、下記の

治療医学会のものがある。

成された

視点

（生

るた

しか

が危

高く

以外

一時

にお

ライ

部会 2

次のことを考えてみましょう。

- **各選択肢について、他にメリット・デメリットはないか？**
- **これ以外に選択肢はないか？**
- **各選択肢のメリット・デメリットを考えた場合、どの選択肢がＡさんにとって最善か？**

：　】

監視カメ
られるが、
か。また
安定にな
に非協力

らう。

2A-2 社会的視点から

・身体抑制に関してのガイドライン・指針としては、下記の日本集中治療医学会のものがある。その他、医療機関ごとに作成されたものもある。
・「抑制は、人権擁護
があるた
の低下
則とし
の生命
される
による
する方
うもの
拘束
集中治

次のことを考えてみましょう。

- **このほかに、関連するガイドライン・指針はないか？**
- **医療以外に利用できるサービスは？**
- **家族に生活が成り立たないほど過度な負担をかけていないか？**

臨床倫理検討シート 2013 年 7 月版

2A-3 説明 「病気の治療をしましょう」	家族に対して 「この疾患に対する化学療法の反応は一般によく、生命予後の改善や自発症状の改善が期待できる。ただ、虚血性心疾患の既往があり、治療で腫瘍が崩壊し、心不全や腎不全に陥る危険[illegible]る」
B　本人･家族の意思と生活	
2B-1 本人の理解と意向 「治療せずに家に帰る」と繰[illegible] 病状については理解していな[illegible] しかし、だるさや[illegible] ているのか、[illegible] 行動は徐々に[illegible] に思える。[illegible]	**2B-2 家族の理解と意[illegible]** 次男夫婦「お父さん[illegible]生きして欲しい」と治療を希望した。
2B-3 本人の生[illegible] 日常生活の[illegible] 付き添って[illegible]	

次のことを考えてみましょう。

・患者・家族に対し、このような説明で適切か？

このような説明で、家族は化学療法のメリット・デメリットを理解できるか？それ以外の選択肢と比較できるか？

事例の紹介（つづき）

「病気の治療をしましょう」	「この疾患に対する化学療法の反応は一般によく、生命予後の改善や自発症状の改善が期待できる。ただ、虚血性心疾患の既往があり、治療で腫瘍が崩壊し、心不全や腎不全に陥る危険がある」
B　本人・家族の意思と生活	
2B-1 本人の理解と意向 「治療せずに家に帰る」と繰り返す。 病状については理解していないように思える。 しかし、だる　や食欲不振など、自覚症状が軽減しているのか、　入院当初みられたような、不穏行動は徐々に　には打ち解けてきたように思える。事	**2B-2 家族の理解と意向** 次男夫婦「お父さんに少しでも長生きして欲しい」と治療を希望した。

次のことを考えてみましょう。

なぜAさんは「治療せずに家に帰る」と繰り返すのか？何がいやなのか？どんな感情・不快感・事情があるのか？過去の経験が関係している？次男夫婦二人の意見は一致していると考えてよいのか？長男の意見は確認しなくてよい？

検討課題（30分）

スモールグループ・ディスカッション

今後、Aさんにどのように対応したらよいでしょうか。

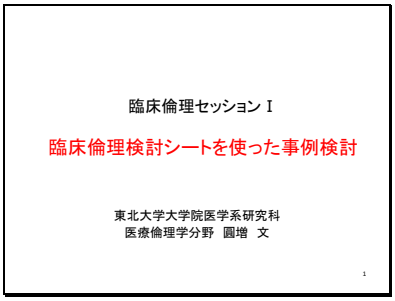
検討の進め方

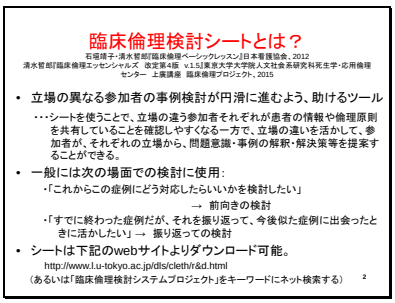
1. ステップ2のコメントに沿って検討を開始（15分）
2. ステップ3の問題点について検討する。（10分）
   - ・Aさんに化学療法を受け入れてもらう余地は全くないのか？気持ちを変えてもらう手がかりは？
   - ・Aさんに化学療法を強行してもよいか？家族のうち次男は化学療法を希望しているが、強行してまでやることを望んでいるかどうか？
   - ・本当に化学療法がAさんにとって最善か？もっとよい選択肢はあるか？
3. Aさんへの対応策について、グループで意見をまとめる（5分）。

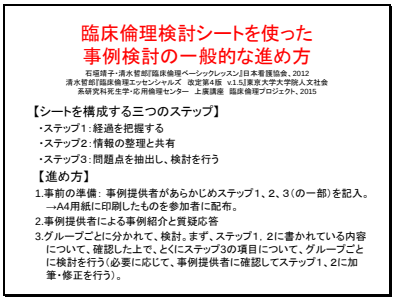
→ シートのステップ3「**3-4 総合的検討と今後の対応の方針**」に記入

プレゼンテーションとまとめ

- １　議論内容をプレゼンテーション（7分）
- ２　全体のまとめ（3分）

<table>
<tr>
<td>スライド 1</td>
<td>


</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>スライド 2</td>
<td>


</td>
<td>趣旨： 臨床倫理検討シートとは何かを説明する。本スライドと次スライドを5分で説明
ポイント：
・立場の異なる参加者の事例検討をやりやすくするツール
どんなメリットがあるかを説明する
・次の場面での検討に使用：
今回のWSでは、前向きの検討として、事例検討を行う。
・シートの入手方法にも言及。
・WSでは、添付のファイル（ステップ1～3）をA4の紙に印刷して、参加者に配布しておく。
ステップ2・ステップ3については、グループで検討・記入しやすいように、別途、A4以上の紙に印刷してグループに1部用意しておく。</td>
</tr>
<tr>
<td>スライド 3</td>
<td>


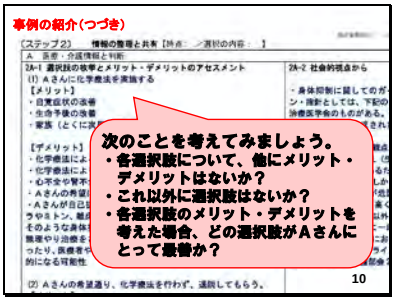
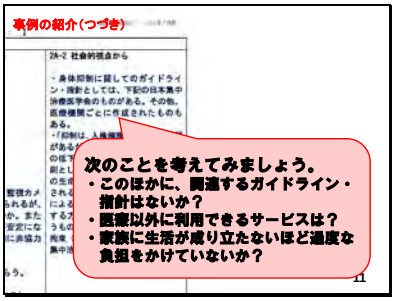
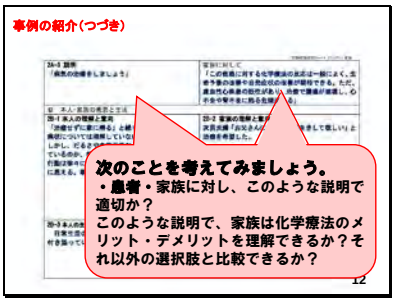
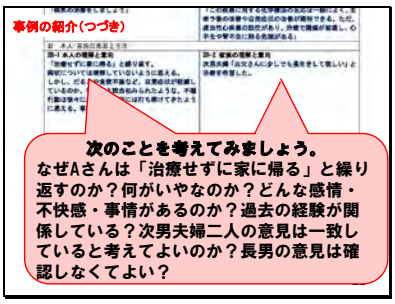
</td>
<td>趣旨：一般的な検討の進め方を大まかに説明する。ただし、今回は、少し違ったやり方で進めることも簡単に言及（あとで詳しく説明）。

ポイント：
・一般的な検討の進め方についての詳細は、下記の文献を参照。
石垣靖子・清水哲郎『臨床倫理ベーシックレッスン』日本看護協会、2012
清水哲郎『臨床倫理エッセンシャルズ 改定第4版 v.1.5』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 臨床倫理プロジェクト、2015

参考（後で説明するため説明する必要なし）
今回のWSでの流れ：
1．事前の準備：あらかじめシートを印刷したものを参加者に配布（ステップ1は記載済み、ステップ2、3については一部記載（不足部分あり））。
2．WSの前に、レクチャー担当者が、事例提供者の立場に立って、ステップ1、2を紹介。
3．WS開始
・グループごとに分かれ、まずステップ2の不足部分をコメントに沿って検討。必要に応じて、レクチャー担</td>
</tr>
</table>

		当者（レクチャー担当者はあらかじめ情報不足部分について想定を考えておく）に質問してもよい。 ・ステップ3の項目に沿って、グループごとに解決策を検討する。
スライド 4	**ステップ1の記入項目** —経過を把握するための項目— 1-1 本人プロフィール 中心人物（通常は患者あるいは利用者）について、名（仮名）、年齢、性別、家族構成（とくに同居者など）、本人の生活等をごく簡単に説明 1-2 経過 これまでの経過を、時間の流れに沿って、記述。単に「事実」を連ねるのではなく、事例提供者が「検討に重要」と思う情報を取捨選択しながら記入。事例提供者が複数いる場合は、他の人の視点からの記述が追加され、検討会では、参加者からの質問により、記述が充実していく。 1-3 分岐点 前向きの検討の場合、例えば「医療者と患者本人との間で意見が分かれた、何が最善かはっきりしない」など、経過記述の終わりに近いところで検討課題が現れることに。その課題を記入。振り返っての検討の場合、「この時はこうしたが、それでよかったのか」と気になっている点と時点を記入。 4	【趣旨】以下四つのスライドでは、次に各ステップの記入項目を説明 【ポイント】 ・この四つのスライドは、あまり時間をかけず簡単に説明する（合わせて2分程度）。 事例紹介の際に、具体的な記載内容を説明するため。 ・1-3分岐点の「前向きの検討」と「振り返っての検討」については、二つ前のスライドを参照。
スライド 5	**ステップ2の記入項目①** —情報の整理と共有のための項目— A 医療・介護情報と判断 2A-1:選択肢の枚挙とメリット・デメリットのアセスメント ・・・分岐点に挙がっている時点で考えられる選択肢を枚挙し、それぞれについて、メリット・デメリットを挙げる。 2A-2:社会的視点から ・・・「社会的な適切さ」の観点から、事例について気づいたことを記入。例えば「介護保険など、医療以外の制度を利用できる」、「効果や利益が見込めない治療を実施することで医療費が高額になる」、「患者にとって最善かもしれないが、家族にとって負担が大きすぎる」など 2A-3:説明 ・・・本人・家族それぞれに、どのように（どのような言葉で）説明したかを記入 5	
スライド 6	**ステップ2の記入項目②** —情報の整理と共有のための項目— B 本人・家族の意思と生活 2B-1:本人の理解と意向 ・・・医療者から提示された情報を本人は理解したかどうか、現在の状況をどう理解しているかを記入。また選択肢について、本にはどのような意向をもっているのかも合わせて記す。 2B-2:家族の理解と意向 ・・・家族について、2B-1と同様のことを記載。家族の中で様々な立場があるとき、関係する家族がいないときは、それも記載。 2B-3:本人の生き方、価値観や人柄について ・・・本人の人生についての考えや価値観、現在の関心事を示すような発言や振る舞いがあれば、それを記載。本人の意向を理解したり、何が本人にとって最善かを判断したりする上での手がかりとなる可能性のある情報。 6	
スライド 7	**ステップ3の記入項目** —問題点を抽出し、検討を行うための項目— 3-0: 問題となっていること・問題を感じていること ・・・ステップ1と2を踏まえ、ひとまず問題だと感じていることを、自由に出し合い、要点を記入。 3-1: 人として尊重することをめぐって ・・・関係者間で意見の不一致がある場合には、本人と家族の考えや気持ちを理解しようとすることが基本。そのための具体的なコミュニケーションの取り方について検討する項目。 3-2: 相手の益を目指すことをめぐって ・・・本人、家族にとってできるだけ益になる方針を検討する項目。 3-3: 社会的視点でのチェック ・・・社会的視点から考えて適切であるように、自分たちのしようとしていることをチェックする項目。 3-4: 総合的検討と今後の対応の方針 ・・・上記複数の項目にまたがる問題点を検討する項目。また、今後の対応の方針について、検討する。 7	
スライド 8	これからの50分 1 シートのステップ1，2を使って事例の紹介と検討するポイントの整理（10分程度） 2 グループに分かれて事例検討（30分程度） ・ステップ2に関して、コメントを参考にしつつ、検討する（15分）。 ・ステップ3の問題点に沿って、解決策を検討する（10分） ・グループ内でまとめた解決策をシートに記入する（5分）。 3 議論内容のプレゼンテーションとまとめ（10分）	趣旨：これから行う事例検討の大まかな流れを説明する。 1 シートのステップ1，2を使って事例の紹介と検討するポイントの整理（10分程度）→ レクチャー担当者が行う。 2 グループに分かれて事例検討（30分程度） ・ステップ2に関して、コメントを参考にしつつ、検討する（15分）。

		・ステップ3の問題点に沿って、解決策を検討する（10分）　→　ステップ2，3は並行して行ってもよい。 ・グループ内でまとめた解決策をシートに記入する（5分） 3　議論内容をプレゼンテーション（10分） ポイント： ・　グループは事前に分けておく。多様なメンバーで構成されるように努める。司会、書記、発表者を予めグループメンバーで決定する。 ・検討シートはあらかじめA4の紙に印刷したものを参加者に配布。 　またステップ3をA4以上の紙に印刷し、各グループに1部配布 ・　スモールグループ・デスカッションの時間はしっかり確保する。 ・　プレゼンテーションの方法・順番も事前に決めておく。 ・　担当者は取り上げる事例について精通しておく。 ・　プレゼンテーション時、グループ数が多い場合は、数グループを選ぶ。 *今回は検討シートを使った事例検討を模擬体験してもらうため、30分と時間を短く設定してあるが、 実際に医療機関等で行う場合には1時間程度の時間が必要であることを説明。
スライド 9	事例の紹介 〔ステップ1〕 1-1 本人プロフィール Aさん、75歳男性　次男夫婦（40代後半）と同居。元製薬会社社員。長男家族は、他県に住んでいるが、Aさんに会いに、定期的に（一か月に一度）次男宅を訪問。ただし、今回の入院では一度も病院に姿を見せていない。次男も平日は忙しく、これまで家での介助や入院の付添などは、次男の妻が行ってきた。キーパーソンは次男。 1-2 経過 30年前から高血圧のため通院 20年前に胃がんの手術・・・・ Hiroko Ishimoto, Sakiko Masaki, Atsushi Asai (2015), "Should an Incapacitated Patient's Refusal of Treatment Be Respected? Discussion of a Hypothetical Case , "*Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 2015, in press	趣旨　WSで扱う事例を、ステップ1を使って事例を紹介。 ポイント： ・スライドでは1-2以下を省略しているため、A4に印刷したシートを見てもらい、読み上げていく（ステップ1は、時間をかけず、読み上げるのみにとどめる）。 ・担当者は、ステップ1，2を少なくとも2度は読み、ワークショップに臨むこと。質疑応答にも応えられるよう、想定を考えておく。 ・事例は、下記の文献の事例を参考にして作成した架空事例であり、主に問題となるのは、判断能力を欠くと思われる患者の治療拒否に対し、どのように対応するか。 Hiroko Ishimoto, Sakiko Masaki, Atsushi Asai (2015), "Should an Incapacitated Patient's Refusal of Treatment Be Respected? Discussion of a Hypothetical Case , " *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 2015, in press

スライド 10		趣旨　以下、4つのスライドを使って、ステップ2を使って検討するポイントを説明する。 　　このスライドでは2A-1について ポイント ・2A-1はAさんに対する選択肢をあげ、それぞれについて、メリットデメリットを列挙する項目です。 そのことを説明したうえで、書かれている内容のすべては読まず、吹き出しに書いてある考えるポイントのみ説明します。
スライド 11		趣旨　ステップ2を使って検討するポイントを説明する。 　　このスライドでは2A-2について ポイント ・2A-2はAさんに事例を、社会的な観点からみて気づいたことを挙げる項目です。 ・すべてを読まず、吹き出しの考えるポイントのみ説明します。
スライド 12		趣旨　ステップ2を使って検討するポイントを説明する。 　　このスライドでは2A-3について ポイント ・2A-3は、本人・家族それぞれに、どのように（どのような言葉で）説明したかを記入する項目です、 今回のケースではあえて空欄にしてあります。GW中にステップ1を使って埋めるよう指示してください。 ・すべてを読まずに、考えるポイントのみ説明します
スライド 13		趣旨　ステップ2を使って検討するポイントを説明する。 　　このスライドではB（2B-1，2、3）について ポイント ・Bは、本人・家族の意思と生活について記入する項目です。 Aさんにとっての最善の方針を考えたり、Aさんの本心を推定したり、今後のコミュニケーションのあり方を検討する上でのてがかりとなります。 ・すべてを読まずに、考えるポイントのみ説明します。 ・参考：必ずしも説明しなくてよい。必要に応じて説明。 一見家族の意見が一致しているようにみえても、あと

		からそうでないことが分かる可能性もある。 たとえば今回のケースの場合、日常生活の介助は次男の妻が担当しているが、実は妻は、日常でのやり取りを踏まえ、別の考えをもっているかも。 また長男夫婦の意向は不明。後で何か言ってくる可能性もある。 その点で、家族への意思疎通は、一度だけでなく、何度も行う必要。 とくに患者の命にかかわる決定の場合は慎重に。
スライド14	検討課題（30分） スモールグループ・ディスカッション 今後、Aさんにどのように対応したらよいでしょうか。 検討の進め方 1. ステップ2のコメントに沿って検討を開始（15分） 2. ステップ3の問題点について検討する。（10分） ・Aさんに化学療法を受け入れてもらう余地は全くないのか？気持ちを変えてもらう手がかりは？ ・Aさんに化学療法を強行してもよいか？家族のうち次男は化学療法を希望しているが、強行してまでやることを望んでいるかどうか？ ・本当に化学療法がAさんにとって最善か？もっとよい選択肢はあるか？ 3. Aさんへの対応策について、グループで意見をまとめる（5分）。 → シートのステップ3「3-4 **総合的検討と今後の対応の方針**」に記入	趣旨：明確な検討課題を明示する。 ポイント ・時間が足りないため、シートのステップ3の部分は全て記入する必要はなく、 検討の際の補助に用いる。ただ、3-4　総合的検討と今後の対応の方針にはまとめを記入するよう指示。
スライド15	プレゼンテーションとまとめ • 1　議論内容をプレゼンテーション（7分） • 2　全体のまとめ（3分）	趣旨：　最後の10分の内容を示す。 ポイント： ・　2分程度で、数グループから話し合われた内容について簡潔に報告してもらう。 ・　全体のまとめでは、担当者が、スモールグループ・ディスカッションで話し合われた主な見解と未決問題をまとめる。 ＊この事例は、単純に説明すると、「対応能力のないと思われる患者が治療を拒否するケースであるが、解決策を考える上では、単に「患者の希望に反して治療を強行していいか」という点だけでなく、様々な点を検討していく必要がある。 臨床倫理検討シートを使うと、検討するうえでの着眼点がより見えやすくなるというメリットがある。 ・　最後に医療倫理学、及び医療倫理教育の重要性と難しさに言及して終了する。

臨床倫理検討シート

＊検討内容：前向きの検討：方針の決定／医療・介護中に起きた問題への対応
振り返る検討：既に起こったことを見直し、今後につなげる

〔ステップ1〕　記録者［ B病院　医師　　］　日付［　　X年２月～　月　　］

1-1 本人プロフィール

A さん、75 歳男性　次男夫婦（40 代後半）と同居。元製薬会社社員。長男家族は、他県に住んでいるが、Ａさんに会いに、定期的に（一か月に一度）次男宅を訪問。ただし、今回の入院では一度も病院に姿を見せていない。次男も平日は忙しく、これまで家での介助や入院の付添などは、次男の妻が行ってきた。キーパーソンは次男。

1-2 経過

30 年前から高血圧のため通院

20 年前に胃がんの手術

10 年前に急性心筋梗塞に罹患し、その際、集中治療を受けた。

5 年前（70 歳）に物忘れが出現し、アルツハイマー型認知症の診断を受け、その後病状が進行。現在に至るまで、入浴や着替えなど、一部介助を必要とするが、日常生活は可能。

X年 2 月 1 日（金）：体調不良（だるい、発熱、食欲不振など）で家族に連れられＢ病院を受診。体重減少、リンパ節腫脹、発熱を認め、悪性リンパ腫が強く疑われたったため、その日に入院。低栄養と脱水があり、軽度衰弱状態だったため、栄養補給および解熱のための点滴と投薬を実施。入院後Ａさんは病院にいることを認識していたが病状は理解していないようで、つじつまの合わない発言や言動が、看護師から報告されていた。

X年 2 月 8 日（金）：入院時の検査の結果、悪性リンパ腫と診断。医師は次男夫婦に対して、悪性リンパ腫に対する治療法について説明した。「この疾患に対する化学療法の反応は一般によく、生命予後の改善や自発症状の改善が期待できる。ただ、虚血性心疾患の既往があり、化学療法で腫瘍が崩壊し、心不全や腎不全に陥る危険がある」と説明した上で、このまま入院を継続し、体調が安定すると思われる 1 週間後あたりから化学療法を実施することを提案した。Ａさん本人には「病気の治療をしましょう」とだけ説明された。治療の話をされると、Ａさんは「治療せずに家に帰る」と繰り返したが、次男夫婦は、「お父さんに少しでも長生きして欲しい」と治療を希望した。患者の医療に関する事前指示はなく、次男夫婦も患者の希望については知らなかった。

そこで、この日は、家族の了解を得て、化学療法の開始を見送った。

X年 11 月日（月）：再度、次男夫婦とＡさん本人の意向を確認したが、それぞれ 3 日前と変化はなかった。

1-3 分岐点

【tp】現時点では、「Ａさんにとって最善」と医療者が判断することを、本人が拒否している。Ａさんとその家族との意見が一致していない。　→　A さんの希望に反して、化学療法を実施した方がよいのか。かりに実施しない場合、代わりにどのような対応をしたらよいか。なぜ A さんは化学療法を拒否しているのか。

〔ステップ２〕　**情報の整理と共有**【時点：　／選択の内容：　】

Ａ　医療・介護情報と判断	
2A-1 選択肢の枚挙とメリット・デメリットのアセスメント (1) Ａさんに化学療法を実施する 【メリット】 ・自覚症状の改善 ・生命予後の改善 ・家族（とくに次男夫婦）の意向に沿う 【デメリット】 ・化学療法による副作用。 ・化学療法により心不全や腎不全に陥る可能性。 ・心不全や腎不全に陥る危険 ・Ａさんの希望に反する。（意思を尊重していない？） ・Ａさんが自己抜去する可能性。それを予防するために、監視カメラやミトン、離床センサーマットを使用することが考えられるが、そのような身体拘束や監視は人権や尊厳の侵害ではないか。また無理やり治療をされたことによるショックで、情緒が不安定になったり、医療者や家族に不信感をもち、今後の治療や解除に非協力的になる可能性 (2) Ａさんの希望通り、化学療法を行わず、退院してもらう。 【メリット】 ・Ａさんの希望に沿う。（本当にＡさんの意思とみていい？） 【デメリット】 ・自覚症状の悪化（？　） ・生命予後の悪化（あとどれぐらい？） (3) (4)	**2A-2 社会的視点から** ・身体抑制に関してのガイドライン・指針としては、下記の日本集中治療医学会のものがある。その他、医療機関ごとに作成されたものもある。 ・「抑制は、人権擁護の観点から問題があるだけでなく、QOL（生活の質）の低下を招くものであるため、 原則としては行わない。しかし、患者の生命あるいは身体が危険にさらされる可能性が著しく高く、抑 制による行動制限を行う以外に、代替する方法がない場合に一時的に行うものとする」（「ICU における身体拘束（抑制）のガイドライン」日本集中治療医学会 看護部会 2010）

2A-3 説明 「病気の治療をしましょう」	家族に対して 「この疾患に対する化学療法の反応は一般によく、生命予後の改善や自発症状の改善が期待できる。ただ、虚血性心疾患の既往があり、治療で腫瘍が崩壊し、心不全や腎不全に陥る危険がある」
B　本人･家族の意思と生活	
2B-1 本人の理解と意向 「治療せずに家に帰る」と繰り返す。 病状については理解していないように思える。 しかし、だるさや食欲不振など、自覚症状が軽減しているのか、徐々に入院当初みられたような、不穏行動は徐々に減り、看護師には打ち解けてきたように思える。事前指示はなし。	2B-2 家族の理解と意向 次男夫婦「お父さんに少しでも長生きして欲しい」と治療を希望した。
2B-3 本人の生き方、価値観や人柄について（これらに関係するかもしれないエピソードなど） 日常生活の介助はおもに次男の妻が行っている。次男の妻とは仲が良く、週１回のデイケアにも妻が付き添っている。月に一回、長男の孫に会うのを楽しみにしている。長男家族との関係は良好。	

〔ステップ３〕　検討とオリエンテーション

3-0　問題となっていること・問題を感じていること	
・Ａさんに化学療法を受け入れてもらう余地は全くないのか？気持ちを変えてもらう手がかりは？ ・Ａさんに化学療法を強行してもよいか？家族のうち次男は化学療法を希望しているが、強行してまでやることを望んでいるかどうか？ ・本当に化学療法がＡさんにとって最善か？もっとよい選択肢はあるか？	
3-1　人として尊重することをめぐって	3-2　相手の益を目指すことをめぐって
3-3 社会的視点でのチェック	3-4 総合的検討と今後の対応の方針

臨床倫理セッションⅡ

Medical Ethics Cinema Education
（映画を通して学ぶ医療倫理）

東北大学大学院医学系研究科
医療倫理学分野　浅井　篤

Medical Ethics Cinema Educationの意義

映画作品と生命倫理ケースブックを用いた医療プロフェッショナリズム教育

「医療の質・安全学会誌」2013年8巻3号：特集企画「医療プロフェッショナリズム教育について」

- 優れた作品は知的にも感情的にも刺激的
- 倫理・社会・法的問題がバランスよく含まれる
- 作中人物の思いと語り、決断と行動は鑑賞者自身の倫理観を刺激する
- 楽しみながら、「医療専門職はプロとして如何にあるべきか」を考えさせる
- 鑑賞後に話が弾む

スモールグループ・ディスカッションの目的

- 多様な見解（賛否両論）があることに気付くことができる
- それぞれの見解を支える倫理原則、価値観、概念を理解できる
- 現時点での、問題に対する自分の考え方に気付くことができる
- 自分と見解を異にする人々と共感的に意見交換ができる
- 今後　この問題を考え続ける動機付けを得ることができる
- 今回表明された考え方を、現場の類似事例に応用できる

これからの50分

- １　作品紹介とあらすじ説明（5分程度）
- ２　映画作品の関連部分を紹介（１０分程度）
- ３　スモールグループ・ディスカッション（25分）：予め選ばれた、物語に深く関わる倫理問題の倫理的妥当性（是非）について意見交換
- ４　議論内容をプレゼンテーション（１０分）

検討課題と作品

- 検討課題 「遷延性植物状態患者の人工的栄養水分補給（ANH）の中止は、倫理的に許容できるか」

- 作品：マルコ・ベロッキオ監督『眠れる美女』（Bella Addormentata）（イタリア＝フランス、２０１２年）、１時間５５分：エルアーナ・エングラーロの最期の４日間を巡る３つの物語。

- 紹介部分：冒頭から９：０５の約１０分（エルアーナ・エングラーロの「尊厳死」を巡って）

背景説明　Marco Luchetti. Eluana Englaro, chronicle of a death foretold: ethical considerations on the recent right-to-die case in Italy. Journal of Medical Ethics 2010 Jun;36(6):333-5.

- １９９２年　エルアーナ・エングラーロは、２１才で交通事故、遷延性植物状態（PVS）になる。４年後の１９９６年、裁判所が彼女には意思決定能力がないと判定し、父親を後見人に指定

- １９９６年～２００８年（１３年間）　父親は彼女の人工的栄養水分補給中止（ANH）を求め訴訟を起こす（計８回の様々な裁判所の拒絶）。２００８年Milan高等裁判所が、ANH中止を初めて認める。

- ２００９年８月１日から、２００９年２月９日（死亡）まで、イタリア国内で、政府、国会、バチカン、マスコミを交えて、社会を二分した大論争が起きた。

- 同２月２日にウディネの施設に移送され、同６日ANH中止開始、同日イタリア首相は延命中止禁止法案を国会に提出、同９日法案採決前に死亡

- ちなみに世論は彼女の父親に共感的であり（８０％以上が中止に賛成）、彼女は１７年前に友人のひとりの死に直面したとき、自分はPVSになったら生き続けたくないという考え方を他の友人たちに述べていた。

あらすじ

（DVDパッケージより引用：(c) 2012 Cattleya Srl - Babe Films SAS
新日本映画社発売、紀伊国屋書店販売）

- *17年間植物状態でいる娘の尊厳死を求める両親に対し、延命処置続行の暫定法案を強行しようとするベルルスコーニ首相。ベッファルディー上院議員は自身の愛妻の延命装置を停止させた過去を持ち、そのことで愛娘との間に溝が生まれていた。彼は法案に賛成するか、反対表明するか決断を迫られていた。*
- *昏睡状態の娘ローザを抱える女優の家では、すべてを放棄した元女優によって毎日執拗に祈りが捧げられている。*
- *そして薬物中毒の女ロッサは、自殺未遂を繰り返しているところを、医師のパッリドに出会い、阻止されるが…。*

–では、DVDを観てみましょう！

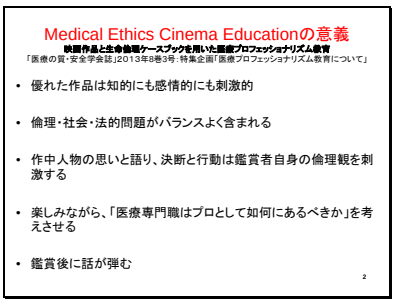
検討課題（25分）

スモールグループ・ディスカッション

- 「遷延性植物状態患者の人工的栄養水分補給（ANH）の中止は、倫理的に許容できるか」

プレゼンテーションとまとめ

- １　議論内容をプレゼンテーション（１０分）
- ２　全体のまとめ（5分）

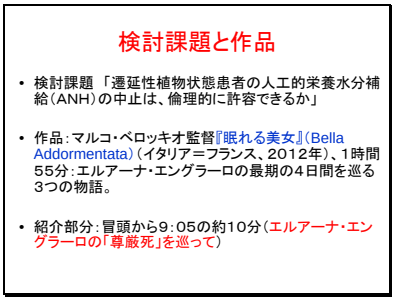
<table>
<tr>
<td>スライド 1</td>
<td>
</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>スライド 2</td>
<td> 
</td>
<td>趣旨：　映画を通して考える医療倫理教育の意義および利点を説明する。本スライドと次スライドを5分で説明

ポイント：
優れた映画は知的にも感情的にも刺激的で、倫理・社会・法的問題がバランスよく含まれ、舞台となる時代の文化と思想、道徳観と宗教観、医学と医療状況、人生哲学と死生観などが描き込まれており、鑑賞者を自然に考えさせる力を持っている。多くの疑問を投げかける作品もあれば、メッセージ性が極めて強いものもある。作中人物の思いと語り、決断と行動は鑑賞者自身の倫理観を刺激するであろう。

観る者の問題意識、人生における役割、そして経験の差異によって、同じ作品を鑑賞した際に心に響くことは異なるだろう。したがって、他の人々と様々な映画を語りあうことで、自分の思考の幅を広げ、感受性を磨き、他者から学ぶ機会を得ることができる。

医療プロフェッショナリズム教育の観点から言えば、映画作品には様々な医療プロフェッショナルがかなりデフォルメされて、わかりやすい性格と行動パターンを持って登場し、観る者の感情を刺激する。一本の映画を観れば共感できる医師、理想のロールモデル、反面教師、「問題のある同僚」などと必ず遭遇するであろう。鑑賞者は映画を楽しみながら、「医療専門職はプロとして如何にあるべきか」というプロフェッショナリズムの中心的な問いを自問することができる。
文献：　映画作品と生命倫理ケースブックを用いた医療プロフェッショナリズム教育「医療の質・安全学会誌」2013年8巻3号：特集企画「医療プロフェッショナリズム教育について」）</td>
</tr>
</table>

スライド 3	スモールグループ・ディスカッションの目的 ・ 多様な見解（賛否両論）があることに気付くことができる ・ それぞれの見解を支える倫理原則、価値観、概念を理解できる ・ 現時点での、問題に対する自分の考え方に気付くことができる ・ 自分と見解を異にする人々と共感的に意見交換ができる ・ 今後　この問題を考え続ける動機付けを得ることができる ・ 今回表明された考え方を、現場の類似事例に応用できる	趣旨：　スモールグループ・デスカッションの方法を用いて倫理的課題を検討するときの、複数の目的を明らかにする。 ポイント：　例として、医療倫理教育のアウトカムとしては次の6つがある。 <u>※医療専門職の倫理的検討能力には、少なくとも次の□つが含まれる。</u> <u>（東北大学医学系研究科医療倫理学分野）</u> ・倫理的問題の存在を認識できる。 ・同じ状況を把握するうえでの多様なとらえ方・着眼点があることを理解できる（職種、立場による違い等）。 ・多様なとらえ方をふまえた上で事例に関連する共通の規準を確認できる。 ・具体的解決策（複数の代替案）を列挙し共通規準に照らして評価できる。 ・上記のことを、立場の異なる人の意見を尊重しつつ共同で実施できる。 ・最終的に倫理的提案を行うことができる。
スライド 4	これからの50分 ・ 1　作品紹介とあらすじ説明（5分程度） ・ 2　映画作品の関連部分を紹介（10分程度） ・ 3　スモールグループ・ディスカッション（25分）：予め選ばれた、物語に深く関わる倫理問題の倫理的妥当性（是非）について意見交換 ・ 4　議論内容をプレゼンテーション（10分）	趣旨： 「映画を通して考える医療倫理」WSの基本的な進行を説明する。 ポイント： ・　簡潔に流れを説明する。 ・　グループは事前に分けておく。多様なメンバーで構成されるように努める。司会、書記、発表者を予めグループメンバーで決定する。 ・　作品紹介部分はチャプターおよび時間で、しっかり把握しておき、リハーサルし、その場で手間取ることがないようにしておく。 ・　スモールグループ・デスカッションの時間はしっかり確保する。検討課題を明確に定め、明示する。 ・　プレゼンテーションの方法も事前に決めておく。 ・　担当者は取り上げる映画作品の内容とテーマについて精通しておく。 ・　グループ数が多い場合は、数グループを選ぶ。

<table>
<tr>
<td>スライド 5</td>
<td>


</td>
<td>
趣旨　WSの検討課題を明示し、取り上げる作品の概略を紹介し、参加者の理解を助ける。

ポイント：
・SGDにおいては、「尊厳死」という言葉に囚われず、植物状態にある患者の人工的水分栄養補給を中止するという行為そのものの倫理的是非を検討する。作品には他にも様々な行為が登場するが、今回はエルアーナ・エングラーロの延命中止に焦点を当てる。

・担当者は、少なくとも2度は鑑賞してワークショップに臨むこと。9分間に登場する人々のことを説明できるようにしておく。

・参考　チャプター6の途中1：27：21～1：38：02の11分（自殺未遂の薬物中毒患者と医師の対話）も活用可能である。

・近年の終末期における倫理的判断に関連する作品には、砂田麻美監督『エンディングノート』（2011年、日本）、周防正行監督『終の信託』（2012年、日本）、ミヒャエル・ハネケ監督『愛、アムール』（2012年、仏）、ステファヌ・ブリゼ監督『母の身終い』（2012年、仏）等がある。
</td>
</tr>
<tr>
<td>スライド 6</td>
<td>

</td>
<td>
趣旨　写真の補足説明

ポイント：共同通信記事「**伊で初、植物状態女性延命停止へ　バチカン猛反発**」　2009/02/04 16:59
【ローマ4日共同】17年前の交通事故で植物状態となったイタリア人女性（38）の延命措置が4日、近日中に停止されることになった。ANSA通信によると同国では初のケースで、ローマ法王庁（バチカン）は「安楽死に当たり認められない」と猛反発、女性の入院先で「抗議の祈り」を呼び掛けている。女性はエルアナ・エングラロさん。父親が「意識が戻る可能性はなく、本人も生前、こうしたことがあれば人工的に生きることを拒否する意思を示していた」として栄養補給管を外すことを求め提訴。最高裁判所は昨年、訴えを認めた。

しかし、入院先の北部ミラノ近郊の病院が延命停止を拒否。父親らは別の病院を探し3日、エングラロさんは北東部ウディネの病院に移送された。同病院は2、
</td>
</tr>
</table>

		3日中に栄養補給管を外すと表明。管が外されれば約2週間で絶命するという。これに対し、バチカンのロザノバラガン保健従事者評議会議長（保健相に該当）が「殺人行為だ」と批判、ウディネの司教は病院前で「徹夜で抗議の祈りを行う」よう信者らに呼び掛けた。 2009/02/04 16:59　【共同通信】
スライド 7	背景説明　Marco Luchetti. Eluana Englaro, chronicle of a death foretold: ethical considerations on the recent right-to-die case in Italy. Journal of Medical Ethics 2010 Jun;36(6):333-5. • 1992年　エルアーナ・エングラーロは、21才で交通事故、遷延性植物状態（PVS）になる。4年後の1996年、裁判所が彼女には意思決定能力がないと判定し、父親を後見人に指定 • 1996年～2008年（13年間）　父親は彼女の人工的栄養水分補給中止（ANH）を求め訴訟を起こす（計8回の様々な裁判所の拒絶）。2008年Milan高等裁判所が、ANH中止を初めて認める。 • 2009年8月1日から、2009年2月9日（死亡）まで、イタリア国内で、政府、国会、バチカン、マスコミを交えて、社会を二分した大論争が起きた。 • 同2月2日にウディネの施設に移送され、同6日ANH中止開始、同日イタリア首相は延命中止禁止法案を国会に提出、同9日法案採決前に死亡 • ちなみに世論は彼女の父親に共感的であり（80%以上が中止に賛成）、彼女は17年前に友人のひとりの死に直面したとき、自分はPVSになったら生き続けたくないという考え方を他の友人たちに述べていた。	趣旨：事実と詳細追加：　エルアーナ・エングラーロの尊厳死問題　萩原　愛一　　ある女性の尊厳死をめぐって―政治的波紋と法整備の動き立法情報　立法情報　2009・4 http://www.ndl.go.jp/jp/diet/publication/legis/23901/02390106.pdf 最高裁判所にあたる破棄院も、2008年10月にその決定を支持した。2009年1月に、イタリア北東部の町ウディネの病院が受け入れを表明した。2月2日、エルアーナは、ずっと療養を続けてきたミラノに近い町の施設から、数百キロ離れた同病院に搬送された。 　カトリック教会は、尊厳死は絶対に認められないとする断固とした姿勢をとって圧力をかけた。尊厳死反対の人々や団体の中には、ウディネへの搬送を妨害する行為すら見られた。他方で、尊厳死の禁止は、憲法第32条第2項（強制的保健措置の禁止）の侵害にあたるとし、エルアーナの家族の立場を擁護する示威行動も目立った。 　カトリック信者や尊厳死反対の立場の多い保守層を支持基盤とするベルルスコーニ首相は、エルアーナの延命措置停止を直ちに中止させるための暫定措置令の公布を目論んだ。しかしナポリターノ大統領は、司法の決定を政府が覆すことに反対して署名を拒んだため、暫定措置令は発効せず、首相はやむなく改めて同じ内容の命令を法案として議会に提出し、速やかに可決させようとした。 　2月6日に栄養・水分補給の管をはずされたエルアーナは、2週間ほどで死に至ると見られていたが、予想よりずっと早く9日の夜、息を引き取った。 •折しも、延命措置停止阻止法案を審議していた上院の議場は、その知らせに「エルアーナは殺された」「大統領が殺した」などの怒号や、それらに対する野次が飛び交い騒然となった。法案は対象者の死により目的を果たせぬまま廃案となった。

スライド 8	**あらすじ** **（DVDパッケージより引用：(c) 2012 Cattleya Srl - Babe Films SAS** **新日本映画社発売、紀伊國屋書店販売）** • *17年間植物状態でいる娘の尊厳死を求める両親に対し、延命処置続行の暫定法案を強行しようとするベルルスコーニ首相。ベッファルディー上院議員は自身の愛妻の延命装置を停止させた過去を持ち、そのことで愛娘との間に溝が生まれていた。彼は法案に賛成するか、反対表明するか決断を迫られていた。* • *昏睡状態の娘ローザを抱える女優の家では、すべてを放棄した元女優によって毎日執拗に祈りが捧げられ ている。* • *そして薬物中毒の女ロッサは、自殺未遂を繰り返しているところを、医師のパッリドに出会い、阻止されるが…。* –では、DVDを観てみましょう！	趣旨：あらすじ提示 ポイント ・首相と大統領の対立もある。同時に、司法と行政の対立もある。宗教と世俗の対立もある。政治レベルから家族レベルまで、あらゆる人生の要素を巻き込む「尊厳死問題」は極めて複雑な様相を呈することが明らかにされる。 ・エルアーナ・エングラーロ自身は、ニュース映像の写真でしか登場しない。 このあとDVDを最初から9分提示する。 さらに細かいエングラーロ事件に関する背景や『眠れる美女』に関する解説は、添付資料1～3を参考とする。
スライド 9	検討課題（25分） スモールグループ・ディスカッション • 「遷延性植物状態患者の人工的栄養水分補給（ANH）の中止は、倫理的に許容できるか」	趣旨：明確な検討課題を明示する。
スライド 10	プレゼンテーションとまとめ • 1　議論内容をプレゼンテーション（10分） • 2　全体のまとめ（5分）	趣旨：　最後の15分の内容を示す。 ポイント： ・　3分程度で、数グループから話し合われた内容について簡潔に報告してもらう。 ・　全体のまとめでは、担当者が、スモールグループ・ディスカッションで話し合われた主な見解と未決問題をまとめる。 ・　最後に医療倫理学、及び医療倫理教育の重要性と難しさに言及して終了する。

『眠れる美女』とエルアーナ・エングラーロについての解説　　浅井　篤

マルコ・ベロッキオ監督『眠れる美女』（Bella Addormentata）（イタリア＝フランス、２０１２年）では、２００９年２月９日に亡くなった３８歳の女性エルアーナ・エングラーロの最期の４日間を背景として、生死に関わる３つの物語（ナラティブ）が繰り広げられます。本稿では、実在の人物であったエングラーロについて説明し、その上で、本作品で繰り広げられる３つのストーリーの登場人物を紹介します。

エングラーロの延命中止はイタリアで大きな社会問題に発展しました。その詳細は国際医療倫理学術雑誌で Marco Luchetti が報告しています（Eluana Englaro, chronicle of a death foretold: ethical considerations on the recent right-to-die case in Italy（Journal of Medical Ethics 2010 Jun;36(6):333-5.）。以下、その内容を箇条書きにします。

・１９９２年　エルアーナ・エングラーロは、２１才で交通事故、遷延性植物状態（ＰＶＳ）になる。

・４年後の１９９６年、裁判所は彼女には意思決定能力がないと判定し、父親を後見人に指定する。

・１９９６年～２００８年の１３年間、父親は彼女の人工的栄養水分補給中止（ＡＮＨ）を求め訴訟を、計８回の様々な裁判所の拒絶にもかかわらず続ける。２００８年 Milan 高等裁判所が、ＡＮＨ中止をイタリアで初めて認める。

・２００９年２月２日にＡＮＨ中止を引き受けたウディネの施設に移送され、同６日ＡＮＨ中止開始

・同日イタリア首相は延命中止禁止法案を国会に提出し、強行採決を試みる。

・同９日法案審議中（採決前）にエングラーロ死亡

・２００８年８月１日から、２００９年２月９日（死亡、享年３８歳）まで、イタリア国内で政府、国会、バチカン・協会、マスコミを交えて、社会を二分した大論争が起きた。

ちなみに世論は彼女の父親に共感的であり（８０％以上が中止に賛成）、彼女は１７年前に友人のひとりの死に直面したとき、自分はＰＶＳになったら生き続けたくないという考え方を他の友人たちに述べていたと報告されています。一方、２００９年２月４日のローマ発の共同通信の記事では、エングラーロのＡＮＨ中止が予定されたことを受け、「同国では初のケースで、ローマ法王庁（バチカン）は「安楽死に当たり認められない」と猛反発、女性の入院先で「抗議の祈り」を呼び掛け」、また「バチカンのロザノバラガン保健従事者評議会議長（保健相に該当）が「殺人行為だ」と批判したとも報じました。

映画『眠れる美女』はエルアーナ・エングラーロの最期の４日間に同時進行で繰り広げられる、生死に関わる３つの物語が独立して展開します。タイミングとしては、エングラーロがウディネの施設に移され、人工的栄養水分補給中止（ＡＮＨ）が開始され、それに

対して、ベルルスコーニ首相が延命処置続行の暫定法案（法案１３６９号）を国会に提出し、国会議員たちがローマに参加し始めている時にあたります。

第一の物語：ウリアーノ・ベッファルディー上院議員（トニ・セルヴィッロ）と娘マリア（アルバ・ロルヴァケル）

ベッファルディー上院議員は、（医学的詳細は不明だが）重症疾患のため死期が迫っていた妻エンマの要請で、彼女の生命維持装置（おそらく昇圧剤？）を止め死に至らしめた経験を持つ。妻は「私を救って」「もう疲れた」「楽になりたい」と夫に訴えた。ベッファルディー上院議員は、ベルルスコーニ首相が党首を務める与党所属で、党からはエルアーナ・エングラーロの人工的栄養水分補給継続を義務付ける法律に賛成票を投じるよう要求されている。しかし彼はエングラーロの延命中止に賛成であり、反対票を投じて議員辞職するつもりでいる。それは「信念の問題」の問題であり、彼は賛成票投票を要求する党幹部に「私は良心を裏切れない」と述べる。

ベッファルディーの娘マリアはカトリック信者で、エングラーロの入院しているウディネの病院の前で「抗議の祈り」に参加する。彼女はその時、エングラーロの延命措置中止賛成グループの中にいた若者ロベルトに出会い、忽ち恋におちる。マリアは父が母を死なせてのではないかと疑っており、父と全く話そうとしない（１０回以上電話を無視する）し、父が人工的栄養水分補給継続を義務付ける法律に賛成票を投じることに躊躇していることにも怒りを感じている。しかしロベルトとの恋が、マリアの父に対する見方、両親の間に起きたことについての認識を変えていく。

第二の物語：女優デビィナ（イザベル・ユペール）と植物状態ローザ、そして息子フェデリコの物語

女優のデビィナは、人工呼吸器を装着している重度意識障害状態にある若い女性ローザの母で、神に祈りを捧げ、自らの生活のすべてを投げ打って娘の看病にあたっている。デビィナは娘が目覚めることを願い続けているが、同時に絶望もしている。ローザは遷延性植物状態にあるように見えるが、人工呼吸を必要としている。覚醒・睡眠パターンもあり開眼するが、外部との意思疎通は取れない。

デビィナは夫とうまく行っていない。俳優志望の息子フェデリコは、妹ローザのせいで、名女優である母のキャリアが台無しになっていると考えている。彼はある日、人工呼吸器を外してしまうが、現場をすぐに父親に発見され、ローザのレスピレーター・チューブは再び繋がれる。父親はフェデリコに「自分の正義を他の人間に押し付けるな」と怒鳴る。

父子は和解しない。エングラーロの死を受け、デビィナは、家中の鏡を撤去し、完全に女優をやめることが示唆される。

第三の物語：薬物中毒で自殺未遂常習者ロッサ（マヤ・サンサ）と医師パッリド（ピエール・ジョルジョ・ベロッキオ）の物語

薬を盗むために病院に侵入した薬物中毒女ロッサ（マヤ・サンサ）は、職員につかまり、医師パッリド（ピエール・ジョルジョ・ベロッキオ）の目の前で、リストカットで自殺未遂する。ロッサの腕には多数のリストカットの痕があったパッリドは担当ではないのに、ロッサの診療を引き受ける。ロッサは人生に絶望しており、パッリドの目を盗んで投身自殺を試みるが、彼に止められてしまう。ロッサは悪態をつき、止めたパッリドを非難する。そして再びパッリドの隙をつき窓から飛び降りようとする。パッリドはロッサを張り倒したり、キスしたりする。エングラーロの死亡時期を巡って病院職員の間で賭けが行われている。

以上、３つの物語の主要登場人物を紹介しました。本作では、１７年間遷延性植物状態にあったひとりの女性の「尊厳死」、つまり延命措置中止が、社会のあらゆるレベルで大きな波紋を引き起こす様が描かれていました。同時に３つの物語の登場人物たちはそれぞれの生と死、そして愛情の問題に直面し、苦しみ葛藤し対立しました。妻を死なせる、娘を生かし続ける、そして自ら命を絶つ。これらの行為は、エングラーロの延命中止と共通する複雑で困難な問題をはらんでいます。教会と世俗、司法と立法府、首相と大統領、父と娘、母と息子、そして自殺希望者と医師の間で、人生の意味と死についての対話が繰り返されました。今回の延命措置中止は賛成派にとっては「尊厳死」であり反対派にとっては「人殺し」でした。

最後に、今の日本人こそ、この作品を見るべきだと強く思いました。イタリアと我が国の延命措置中止を巡る状況はそんなに大きく変わりません。倫理的にも社会的にも法的にも共通するところがたくさんあります。宗教に関して言えば、イタリアにはカソリックがあり生命の神聖さを理由に延命中止に真っ向から反対します。一方、日本には神道があります。神道は現世利益を追求し、死は穢れとして忌避されます。来世を確約するカソリックと違い、明確な死後の世界観がありません。神も待っていません。裁判所判断についていえば、イタリアでは２００８年に司法が最終的にＡＮＨ中止を認めていますが、我が国には類似判決はありません。もしかすると我が国の方が、延命措置中止問題がもっとややこしいものになるかもしれません。

伊で初、植物状態女性延命停止へ　バチカン猛反発

交通事故で植物状態になり、延命措置が停止されるイタリア人女性エルアナ・エングラロさん＝撮影日不明（AP＝共同）

【ローマ４日共同】１７年前の交通事故で植物状態となったイタリア人女性（３８）の延命措置が４日、近日中に停止されることになった。ＡＮＳＡ通信によると同国では初のケースで、ローマ法王庁（バチカン）は「安楽死に当たり認められない」と猛反発、女性の入院先で「抗議の祈り」を呼び掛けている。女性はエルアナ・エングラロさん。父親が「意識が戻る可能性はなく、本人も生前、こうしたことがあれば人工的に生きることを拒否する意思を示していた」として栄養補給管を外すことを求め提訴。最高裁判所は昨年、訴えを認めた。

しかし、入院先の北部ミラノ近郊の病院が延命停止を拒否。父親らは別の病院を探し３日、エングラロさんは北東部ウディネの病院に移送された。同病院は２、３日中に栄養補給管を外すと表明。管が外されれば約２週間で絶命するという。これに対し、バチカンのロザノバラガン保健従事者評議会議長（保健相に該当）が「殺人行為だ」と批判、ウディネの司教は病院前で「徹夜で抗議の祈りを行う」よう信者らに呼び掛けた。

2009/02/04 16:59　【共同通信】

臨床倫理セッションⅢ

ディベートを通して学ぶ医療倫理

東北大学大学院医学系研究科
医療倫理学分野　大北　全俊

ディベートとは？

（松本茂・河野哲也『大学生のための読む/書く/プレゼン/ディベートの方法 改訂第二版』玉川大学出版部、2015）参照

- 「ひとつの論題に対して、対立する立場を取る話し手が、聞き手を論理的に説得することを目的として議論を展開するコミュニケーションの形態」（松本茂・河野哲也 2015）

- ディベートの構成要素
  - 論題（proposition）
  - 二組に分かれた話し手（debaters）
    - 肯定側/否定側
  - 聞き手（listeners/judge）

❖ 反対意見を抑え込むのではなく、耳を傾けることでより深く物事を吟味することを重視する

❖ 医療臨床の倫理的な問題について、多角的に検討することに適している

ディベートの進め方

- テーマの設定
  - 事実論題 「犯罪は増加している」
  - 価値論題 「立憲主義は正しい」
  - 政策論題 「選挙にインターネットでの投票を導入するべきである」

❖論題の作り方の原則

肯定・否定がわかれるようにする

× 「ディベートについて」

○ 「医療倫理の教育にディベートを採用するべきである」

- 進行形式
  - 立論：肯定側・否定側の自分の立場を明らかにする
  - 質疑応答：相手の議論内容を確認する
  - 第一反駁：立論に対する反駁
  - 第二反駁：反論に対する反駁
  - 聞き手による判定

❖第二反駁を終えた後、判定の前に、肯定・否定両者が結論を述べる場合もある

- 進行の時間例（全30分）
  - 立論
    - 肯定側の立論　3分
    - 否定側からの質疑応答　3分
    - 否定側の立論　3分
    - 肯定側からの質疑応答　3分
  - 反駁準備時間　1分
  - 第一反駁
    - 肯定側の第一反駁　2分
    - 否定側の第一反駁　2分
  - 第二反駁準備時間　1分
  - 第二反駁
    - 肯定側の第二反駁　2分
    - 否定側の第二反駁　2分
  - 聞き手による判定
    - 判定のための時間　2分
    - 判定発表と講評　6分

- 立論の作り方（debaters）
  - 肯定側立論
    - 論題について（定義や背景の説明など）
    - 肯定する根拠・肯定した場合のメリット
  - 否定側立論
    - 論題について（肯定側の立論の概要など）
    - 否定する根拠・肯定した場合のデメリット

❖ （可能であるなら）事前の準備が重要

- 説得力のある主張をするためには、自分たちの立論（あるいは反駁）を根拠づける事実・証拠が必要
- 立論だけではなく、あらかじめ反駁も用意しておくこと

- 反駁の作り方（debaters）
  - 相手のどの議論に反駁するかを明確にする
  - 反駁の結論を手短にいう

❖揚げ足取り、ではない

- 判定のくだし方（listeners）
  - 自分の意見で判定をくださない
    - あくまでディベートでやり取りされた議論に基づいて判断をする
  - 話し方など議論の内容以外の要素に左右されない
    - あくまで議論の内容の説得性に基づいて判断をする
  - 全体的な議論の流れで判断をする
    - 肯定側・否定側全体の議論を比較して判断する

これからの50分

1. 論題の説明（5分）
2. ディベートの準備（10分）
3. ディベートのワーク（30分）
4. ディベートのふりかえり（5分）

論題：守秘義務をめぐるディベート

- HIV感染症に感染していることを自分の性的パートナーに言いたくないという患者に対して医療者は

✧「患者のパートナー（第三者）を保護するため、パートナーに直接告知するべきである」

参考資料：守秘義務 confidentiality

- 医療の業務上知った患者個人に関する秘密を保持する義務
  - 世界医師会・ジュネーブ宣言（1948）
  - 刑法134条
    - 医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産師、弁護士、弁護人、公証人又はこれらの職にあった者が、正当な理由がないのに、その業務上取り扱ったことについて知り得た人の秘密を漏らしたときは、6月以下の懲役又は10万円以下の罰金に処する。

稲葉一人・奈良雅俊「守秘義務と個人情報保護」『入門・医療倫理1』勁草書房、2005

- 守秘義務の倫理的根拠
  - 患者との信頼関係の維持
    - 病気及び関係する機微にふれる情報の開示
    - 社会的差別などからの患者の保護
  - 患者の自己決定の尊重と個人情報のコントロール
  - 患者の信頼にたる医師として

□守秘義務をめぐって争われたケース

- Tarasoff v. The Regents of California（1976）
  - 精神疾患患者がある女性（タチアナ・タロソフ）を殺害すると予告していたが、診療にあたっていたセラピストは警察に通告はするものの、本人や両親に警告せず
  - 予告通り、女性は殺害されたため、両親が大学を相手に損害賠償訴訟
  - カリフォルニア州最高裁判所は、専門家には守秘義務の免除とともに、狙われている人物への「警告義務」があるとした

□守秘義務解除の要件

- General Medical Council（英国：2004）
  - ✓患者の同意、あるいは開示が正当化できる場合のみ
  - – 医療チーム内で共有する場合
  - – 医療審査に開示する場合
  - – 法によって求められる場合
  - – 訴訟との関連で裁判所から命じられた場合
  - – 公共の利益のもとで開示する場合
  - – 患者や第三者を保護するために開示する場合
  - – 子供や同意を与えることができないものへの治療に関連して開示する場合
  - – 患者が放置た虐待をされている際に開示する場合

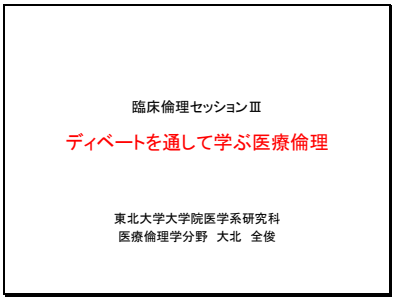
- Bernard Loによる守秘義務解除の論点整理
  - 第三者の潜在的危害が重大である
  - 危害の及ぶ見込みが高い
  - 危険にさらされている人に警告するあるいは保護するための方法が他にない
  - 守秘義務を解除することで危害が避けられる
  - 守秘義務解除によって患者が被る害が最小限に抑えられるように配慮されている

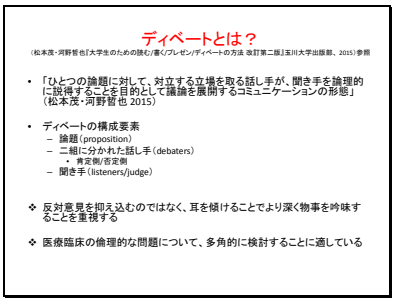
バーナード・ロウ（北野喜良ほか訳）『医療の倫理ジレンマ解決への手引き』西村書店、2003

ディベートに関する参考文献

- ディベートのやり方について
  - 松本茂・河野哲也『大学生のための読む/書く/プレゼン/ディベートの方法 改訂第二版』玉川大学出版部、2015

- 医療倫理に関係するディベートについて
  - 高橋昌一郎『哲学ディベート 〈倫理〉を〈論理〉する』NHK出版、2007

<table>
<tr>
<td>スライド 1</td>
<td>


</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>スライド 2</td>
<td>


</td>
<td>
趣旨：ディベートとはなにか、ということについて理解を共有し、ディベートを通して医療倫理を学ぶ意義について説明する。「ディベートとは」と「ディベートの進め方」を10分で説明。

ポイント：ディベートとは、あるテーマ（論題）についてより深く理解をするために、あえて賛成と反対、メリットとデメリットを先鋭化し、相互に議論を展開することで問題となっているテーマを吟味する営みである。

医療臨床の場面で問われている倫理的な問題は、必ずしも賛成・反対というように二つの立場に明確に区別ができ、どちらかが正しい回答である、というようなものではないだろう。しかし、問題となっている状況を理解し、適切な対応を検討するにあたって、あえて賛成と反対、メリットとデメリットを先鋭化して議論することは、よりバランスよく多角的に問題を理解し、より深く物事を吟味する際に役に立つものと考える。また、ディベートでは、肯定側や否定側、また聞き手においても、一旦自分自身の価値観や意見を留保して、与えられた役割を演じることが求められるため、自分自身の考えを相対化しより客観的に物事を吟味する際にも役立つ。
それゆえ、多くの臨床倫理の検討手法は、部分的にディベート的な要素を含むものと考える。

ディベートの構成要素は、議論するべき「論題」、そして、賛成と反対の二組に別れた「話し手」、議論を聞き評価する「聞き手」からなる。ディベートは賛成側と反対側が論争するものというより、聞き手である第三者の説得を試みるものであることを意識する必要がある。
</td>
</tr>
</table>

スライド 3	ディベートの進め方 • テーマの設定 – 事実論題 「犯罪は増加している」 – 価値論題 「立憲主義は正しい」 – 政策論題 「選挙にインターネットでの投票を導入するべきである」 ❖論題の作り方の原則 肯定・否定がわかれるようにする × 「ディベートについて」 〇 「医療倫理の教育にディベートを採用するべきである」	趣旨： ディベートの進め方を進行の形式に沿って説明する。 ポイント： ディベートを始めるにあたり、適切にテーマ（論題）を設定することが大切である。 テーマの設定の仕方には、「事実論題」「価値論題」「政策論題」の三つがある。 医療臨床の倫理的問題について検討する際は、最終的に、適切な対応はなにかということを考える必要があるため、政策論題が適しているだろう。 政策論題とは「～すべきである」というように何をするべきかを明確にした論題のことである。 政策論題の作り方として、肯定・否定が明確に分かれるように「～すべきである」というような命題をテーマにする。
スライド 4	• 進行形式 – 立論：肯定側・否定側の自分の立場を明らかにする – 質疑応答：相手の議論内容を確認する – 第一反駁：立論に対する反駁 – 第二反駁：反論に対する反駁 – 聞き手による判定 ❖第二反駁を終えた後、判定の前に、肯定・否定両者が結論を述べる場合もある	趣旨： 進行形式を具体的に提示する。 ポイント： ディベートはおおよそ、「立論」（質疑応答含む）と「反駁（反論）」からなる。 肯定側否定側がはじめにお互いの考えを提示した後（立論）、それぞれの主張に対して反駁を行うことで議論を進めていく。 反駁は2回まで行うことが通例である。 最後に肯定側と否定側の意見をまとめて述べてから、聞き手による判定に入ることもあるが、省いても良い。
スライド 5	• 進行の時間例 （全30分） – 立論 • 肯定側の立論 3分 • 否定側からの質疑応答 3分 • 否定側の立論 3分 • 肯定側からの質疑応答 3分 – 反駁準備時間 1分 – 第一反駁 • 肯定側の第一反駁 2分 • 否定側の第一反駁 2分 – 第二反駁準備時間 1分 – 第二反駁 • 肯定側の第二反駁 2分 • 否定側の第二反駁 2分 – 聞き手による判定 • 判定のための時間 2分 • 判定発表と講評 6分	趣旨： ディベートのタイムテーブル ポイント： このタイムテーブルはあくまで参考であって、適宜調整をしても良い。

スライド 6	• 立論の作り方（debaters） – 肯定側立論 • 論題について（定義や背景の説明など） • 肯定する根拠・肯定した場合のメリット – 否定側立論 • 論題について（肯定側の立論の概要など） • 否定する根拠・肯定した場合のデメリット ❖ （可能であるなら）事前の準備が重要 – 説得力のある主張をするためには、自分たちの立論（あるいは反駁）を根拠づける事実・証拠が必要 – 立論だけではなく、あらかじめ反駁も用意しておくこと	趣旨： 立論を作る際のポイントの説明。 ポイント： もし可能であれば、ディベートによる検討を行う前に、肯定側と否定側それぞれが自分たちの立論を根拠づける事実や証拠などを調べておくこと。 ディベートは多角的に問題を吟味するための営みであり、そのためにもただ思いつきで議論をするのではなく、豊富な事実やデータに基づいて議論することが望ましい。 また、立論を作る段階で、ある程度、相手側の立論を推測しながら作成することになると思われる。 あらかじめ反駁も想定しながら立論を作るとよいだろう。
スライド 7	• 反駁の作り方（debaters） – 相手のどの議論に反駁するかを明確にする – 反駁の結論を手短にいう ❖揚げ足取り、ではない	趣旨： 反駁の作り方のポイントの説明。 ポイント： 反駁は自分の意見を言いたいように言うのではなく、相手側の主張に応答するものであるということを意識すること。
スライド 8	• 判定のくだし方（listeners） – 自分の意見で判定をくださない • あくまでディベートでやり取りされた議論に基づいて判断をする – 話し方など議論の内容以外の要素に左右されない • あくまで議論の内容の説得性に基づいて判断をする – 全体的な議論の流れで判断をする • 肯定側・否定側全体の議論を比較して判断する	趣旨： 聞き手による判定に関する留意事項の説明。 ポイント： 聞き手による判定の際、最も重要なことは、自分自身の価値観や意見で判定をくだすのではなく、あくまで話し手によってなされた議論に基づいて判定をする、ということである。 ディベートの目的はあくまで、問題の理解を深め吟味することにある。 肯定側と否定側、どちらの方が自分の意見に近いか、話し方が巧みであったか、ということではなく、その内容が説得的であったか否かによって判定をする必要がある。

		また、詳細に議論をふりかえり判定を決めることは大事だが、全体としての説得力で判断することを忘れないこと。 そして、判定の理由を明確に伝えること。
スライド 9	これからの50分 1. 論題の説明（5分） 2. ディベートの準備（10分） 3. ディベートのワーク（30分） 4. ディベートのふりかえり（5分）	趣旨： ディベートのワークの進行についての説明 ポイント： 1　論題の説明：次のスライドの論題の説明と参考資料の紹介 2　ディベートの準備：肯定側と否定側それぞれの立論（可能なら反駁も）の準備 グループ分けや肯定側と否定側などの役割分担を、あらかじめ決めておくとい良いだろう。 3　ディベートのワーク：先に示したタイムテーブルを参考にすること 4　ディベートのふりかえり：ディベートを終えて、参加者全員で行った議論のふりかえりをする。 ディベートはある程度、自らの考えや価値観と距離をとって役割を演じる必要がある。 そのような役割を降りて、改めて議論の経過を参加者全員で振り返ることで、行われた議論そのものを吟味する。
スライド 10	論題：守秘義務をめぐるディベート ・ HIV感染症に感染していることを自分の性的パートナーに言いたくないという患者に対して医療者は ✧「患者のパートナー（第三者）を保護するため、パートナーに直接告知するべきである」	趣旨：ディベートで議論する論題の提示。 ポイント：HIV感染症とは、ヒト免疫不全ウイルス（human immunodeficiency virus：HIV）に感染することで、その進行とともに免疫力が弱まり、そのまま自然に放置していると、様々な日和見感染症に感染し、後天性免疫不全症候群（acquired immunodeficiency syndrome：AIDS）に至る感染症である。感染が可能なだけのウイルス量を含む体液（血液、精液、膣分泌液、母乳）が粘膜（性器、口腔、直腸）や傷口に接触する、あるいは血中内に侵入する（注射器等）と感染の可能性がある。 主な感染経路は、性行為、母子感染、注射器・注射

		針の共用である。現在は抗HIV薬による治療が進歩したため、ウイルス量を検査の検出限界量以下にまで下げ、増殖を抑制することで、免疫力を回復し維持することができるようになっている。そのため、AIDSを発症することなく、また発症したとしても後遺症などが残らなければ治療により回復し、社会生活を通常通り送ることができるようになった。ただし、いまだ根治は難しく、感染に気付かず進行してしまった場合、AIDSを発症し重篤な後遺症が残ったり、死に至る場合もある。 HIV感染症をめぐっては様々な倫理的な問題があるが、これまでに医療の場面で大きな問題とされてきたのが、論題にあるようなパートナー通告 partner notificationをめぐる問題である。 HIV感染症は根治の難しい感染症であると同時に、日本をはじめとする世界中の多くの地域で強い偏見と差別にさらされている感染症である。守秘義務は医療者の基本的な義務の一つとされてきているが、なかでもHIV感染症などに関する患者情報の守秘は、患者の利害に大きく関わるため極めて重大な責務と言っていいだろう。しかし、同時に、HIV感染症は感染症であるため、患者を介して第三者に感染が広がる可能性があるため、感染拡大を防ぐということも重要な課題である。 このように、HIV感染症に感染した患者を目の前にした医療者は、時に、困難なジレンマに立たされることがある。 今回のディベートのワークでは、HIV感染症をめぐるパートナー通告の是非について検討する。
スライド 11	参考資料：守秘義務 confidentiality • 医療の業務上知った患者個人に関する秘密を保持する義務 – 世界医師会・ジュネーブ宣言（1948） – 刑法134条 • 医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産師、弁護士、弁護人、公証人又はこれらの職にあった者が、正当な理由がないのに、その業務上取り扱ったことについて知り得た人の秘密を漏らしたときは、6月以下の懲役又は10万円以下の罰金に処する。 稲葉一人・奈良雅俊「守秘義務と個人情報保護」『入門・医療倫理1』勁草書房、2005	趣旨； 肯定側と否定側の立論の作成のための、参考資料を提示する。 ポイント： ワークの論題のテーマとなっている、「守秘義務」について、その概説、また裁判例、医療倫理上の議論などを紹介している。 このスライドおよび、守秘義務の倫理的根拠の説明や、タラソフ（Tarasoff）・ケース、英国のGMCのガイドラ

		インなどは、《稲葉一人・奈良雅俊「守秘義務と個人情報保護」『入門・医療倫理1』勁草書房、2005》を参照。
スライド12	◘守秘義務の倫理的根拠 – 患者との信頼関係の維持 ・病気及び関係する機微にふれる情報の開示 ・社会的差別などからの患者の保護 – 患者の自己決定の尊重と個人情報のコントロール – 患者の信頼にたる医師として	
スライド13	◘守秘義務をめぐって争われたケース • Tarasoff v. The Regents of California（1976） – 精神疾患患者がある女性（タチアナ・タロソフ）を殺害すると予告していたが、診療にあたっていたセラピストは警察に通告はするものの、本人や両親に警告せず – 予告通り、女性は殺害されたため、両親が大学を相手に損害賠償訴訟 – カリフォルニア州最高裁判所は、専門家には守秘義務の免除とともに、狙われている人物への「警告義務」があるとした	
スライド14	◘守秘義務解除の要件 • General Medical Council（英国：2004） ✓患者の同意、あるいは開示が正当化できる場合のみ – 医療チーム内で共有する場合 – 医療審査に開示する場合 – 法によって求められる場合 – 訴訟との関連で裁判所から命じられた場合 – 公共の利益のもとで開示する場合 – 患者や第三者を保護するために開示する場合 – 子供や同意を与えることができないものへの治療に関連して開示する場合 – 患者が放置た虐待をされている際に開示する場合	
スライド15	• Bernard Loによる守秘義務解除の論点整理 – 第三者の潜在的危害が重大である – 危害の及ぶ見込みが高い – 危険にさらされている人に警告するあるいは保護するための方法が他にない – 守秘義務を解除することで危害が避けられる – 守秘義務解除によって患者が被る害が最小限に抑えられるように配慮されている バーナード・ロウ（北野善良ほか訳）『医療の倫理ジレンマ解決への手引き』西村書店、2003	
スライド16	ディベートに関する参考文献 • ディベートのやり方について – 松本茂・河野哲也『大学生のための読む/書く/プレゼン/ディベートの方法 改訂第二版』玉川大学出版部、2015 • 医療倫理に関係するディベートについて – 高橋昌一郎『哲学ディベート 〈倫理〉を〈論理〉する』NHK出版、2007	

臨床倫理　セッションⅣ

4分割法（4 topics method）を用いた倫理的推論の方法

東京慈恵会医科大学附属柏病院 総合診療部
三浦　靖彦
宮崎大学医学部附属病院　臨床倫理部
板井　孝壱郎

「倫理」とは、医療者の「モラル」の問題？

臨床現場における「倫理」問題というのは、医師や看護師など医療者側の、いわゆる「モラル」の問題である、と言われることがあります。あるいはまた、患者さんの「人権尊重」が大切です、とも言われます。

でも、「患者さんのために心を込めて善意で一生懸命がんばる！」というモラル意識を高めていくだけで、あるいは「患者さんの権利、人間としての尊厳を守りましょう！」という努力を重ねるだけで、現場の「倫理」問題は、解決するものでしょうか・・・？

4分割法による臨床倫理アプローチ法【トレーニング】

事例の提示

※資料①参照

- １．皆さんは、この【事例】において、どうすべきだ（あるいは、どうすべきだった）と考えますか？

- ２．上記のように判断した「根拠」は何ですか？

倫理的推論（ethical reasoning）のスキルとしての「4分割法」

- 医科学的データのみでは判断が困難な、倫理的ジレンマを孕んだケースに、アプローチする手法

「4分割法（4 topics method）」

＊日本語では、「4項目法」と言われたり、英語でも他には「4 boxes approach」や「4 quadrant approach」と言われる等、いくつかの表現があります。

FEATURES THE FOUR TOPICS METHOD
Facilitates Solutions to Everyday Ethical Problems

clinical ETHICS

fifth edition

A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine

Albert R. **Jonsen**
Mark **Siegler**
William J. **Winslade**

第5版

臨床倫理学

CLINICAL ETHICS
— Fifth Edition —

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

Albert R. Jonsen
Mark Siegler
William J. Winslade

監訳
赤林 朗・蔵田 伸雄・児玉 聡

株式会社 新興医学出版社

MEDICAL INDICATIONS

The Principles of Beneficence and Nonmaleficence

1. What is the patient's medical problem? history? diagnosis? prognosis?
2. Is the problem acute? chronic? critical? emergent? reversible?
3. What are the goals of treatment?
4. What are the probabilities of success?
5. What are the plans in case of therapeutic failure?
6. In sum, how can this patient be benefited by medical and nursing care, and how can harm be avoided?

PATIENT PREFERENCES

The Principle of Respect for Autonomy

1. Is the patient mentally capable and legally competent? Is there evidence of incapacity?
2. If competent, what is the patient stating about preferences for treatment?
3. Has the patient been informed of benefits and risks, understood this information, and given consent?
4. If incapacitated, who is the appropriate surrogate? Is the surrogate using appropriate standards for decision making?
5. Has the patient expressed prior preferences, e.g., Advance Directives?
6. Is the patient unwilling or unable to cooperate with medical treatment? If so, why?
7. In sum, is the patient's right to choose being respected to the extent possible in ethics and law?

QUALITY OF LIFE

The Principles of Beneficence and Nonmaleficence and Respect for Autonomy

1. What are the prospects, with or without treatment, for a return to normal life?
2. What physical, mental, and social deficits is the patient likely to experience if treatment succeeds?
3. Are there biases that might prejudice the provider's evaluation of the patient's quality of life?
4. Is the patient's present or future condition such that his or her continued life might be judged undesirable?
5. Is there any plan and rationale to forgo treatment?
6. Are there plans for comfort and palliative care?

CONTEXTUAL FEATURES

The Principles of Loyalty and Fairness

1. Are there family issues that might influence treatment decisions?
2. Are there provider (physicians and nurses) issues that might influence treatment decisions?
3. Are there financial and economic factors?
4. Are there religious or cultural factors?
5. Are there limits on confidentiality?
6. Are there problems of allocation of resources?
7. How does the law affect treatment decisions?
8. Is clinical research or teaching involved?
9. Is there any conflict of interest on the part of the providers or the institution?

Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. 5th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2002.

医学的適応(Medical Indications)

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，重体か，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？

患者の意向(Patient Preferences)

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)

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. 治療をやめる計画やその理論的根拠はあるか？
6. 緩和ケアの計画はあるか？

周囲の状況(Contextual Features)

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？

４項目法・４分割法（４topics method・4 boxes approach）

医学的適応（専門家の判断）	患者の意向（患者の想い）
1、診断と予後 2、治療目標の確認 3、効果とリスクの比較考量 4、医学的無益性（Futility）	1、患者の判断能力 2、説明と同意（IC）信頼関係 3、治療に対するニーズ 4、事前の意思表示（AD等） 5、代理決定（キーパーソン）
QOL（生活の充実度）	周囲の状況（家族・友人など）
1、定義と評価⇔ADLと違う （身体,精神,社会,spiritual） *独断・偏見・独善の危険性 2、影響を与えうる因子 *「生きよう」とする原動力は	1、家族や利害関係者の状況 2、医療チーム内での関係性 3、法律や指針・ガイドライン 4. その他 *経済的側面や宗教など

「4分割法」に対する誤解

- 「4つのボックス」を埋めれば、自動的に「答え」が見つかる？・・・そんなことはありません！！

↓↓↓

1. 「埋める」ことに意識が奪われる・・・。
2. 「埋めて」力尽きる・・・。

これではダメですよね！

大切なのは「目的意識」を持つこと！です。

「4分割法」に対する誤解

＜どのような「目的意識」を持つのか？＞

1.いまある「情報」の中で、何が「足りていて」、何が「不足している」のか、意識すること。

①「医学的適応」＝エビデンスに関すること？

②「患者の意向」＝患者さんって、どんな想い、どんな考えを持っている人なの？

③「QOL」＝患者さんのADL、「生き甲斐」など

⇒総じて言うなら「人生という物語（narrative）」

④「周囲の状況」＝家族の状況や法律など･･･。

４項目法・４分割法（４topics method・4 boxes approach）

医学的適応（専門家の判断）

54歳男性Sさん。

1. 転移性肝腫瘍末期（週単位～日単位）
   腹部ガス貯留 → 強い腹部緊満感＋
2. 浅い鎮静導入するも効果乏しく、「持続的な深い鎮静」を導入
3. 1週目頃より腹部膨隆改善を認める。
   ＊「持続的な深い鎮静」を中止し、本人の自己決定権を尊重すると、覚醒下で再び、腹部喫満感による苦痛の可能性

患者の意向（患者の想い）

1. 鎮静下のため現時点での判断力（－）
2. 病名、病状・病態、余命告知されている。
3. 浅い鎮静の段階では「こんな中途半端な状態では辛さがまぎれない。もっとしっかり眠らせて欲しい」
4. 事前指示の書式はなし。
5. キーパーソン妻（52歳）、娘（26歳）
「もう一度目覚めて、少しでも苦痛を感じる可能性があるなら、このままにして欲しい」

QOL（生活の充実度）

1. ADL：排便・排尿困難、体動困難
＊「こんなに辛いのなら死んだ方がましだ。せめて眠らせてくれ。何もできない人生には意味がない」 ⇔「自立心の強いひと」
   → スピリチュアル・ペイン（＋）
2. 覚醒下では腹部緊満が、あまりにも辛かったことが鎮静を望んだ理由であったことを鑑みるなら、「持続的な深い鎮静」を希望した原因が解消している？

周囲の状況（家族・友人など）

1. 家族との関係：「持続的鎮静中も、Sさんの反応はなくても声をかけたり手を握ったりしながら、話しかけている」
2. チーム内での見解は分かれている。
①家族の気持ちも理解できる。
②患者自身の自己決定権を尊重すべき。
3. 日本緩和医療学会「鎮静ガイドライン」
＊持続的な深い鎮静は避けるべき。
＊病態改善の有無を定期的にアセスメント

倫理的推論（moral reasoning)

- 原則的には、日本緩和医療学会のガイドラインにもありますが、倫理的には、できるだけdeepかつcontinuousな鎮静は、患者さんご自身の強いご希望がない限り、避けるべきだと言えます。
- 患者さんご自身が、その時その時の状態を、どのように受け止め、どのようにしたいと思っておられるか（どんなに痛くて苦しくても、今は起きていたい、と心変わりされる可能性があるので）を確認する機会を奪わないように、light (mild)かつintermittentな鎮静を実施することが推奨されるべきでしょう。

倫理的推論（moral reasoning)

- コミュニケーションの一例としては･･･、
- 「ご家族の皆さんが、お父様が少しでも苦痛を感じないようにと願われて、今のまま御眠りになっている方がよいのでは、とお考えになられたのだと思いますが、ひとつお伝えしたいことがあります。
- それは、お父様ご自身は、どんなに辛くても苦しくても、もう一度、皆さんとお話がしたいとお感じになられているかもしれない、ということです。」

↑ ↑ ↑

患者本人の自己決定権を保障するようにアプローチ。

＊但し、一方的な「押し付け」や「断言（断定的口調）」にならないように留意すること！

倫理的推論（moral reasoning)

- しかし、この時に、実際に鎮静を中止してみたところ、十分に覚醒せず、あるいは覚醒したものの、譫妄的な状態で、しっかりとコミュニケーションがとれず、結果として「うーん、うーん」とおっしゃるばかりとなった場合には、
- 家族としても「結局、会話もできず、苦しい想いをさせただけじゃないか」と思われることが、今回の一番悩ましい点だったわけです。
- ですので、先のお話に続けて、以下のように・・・、

倫理的推論（moral reasoning)

- 「でももし、お目覚めになられても、ハッキリとお父様とお話ができなくて、お父様のご様子も、苦しそうな表情や辛そうな様子が伺えるようであれば、すぐにまた御眠りになって頂くように致します。
- そのときは、やっぱり辛い思いをさせたのでは･･･と思われることでしょう。
- でも、最後まで、お父様ご自身がどうなさりたいと思っておられるかを大切にしようとなさった上でのこと、という意味では、決して無意味に苦しい想いをさせただけ、とは言えないという考え方もあります」

倫理的推論（moral reasoning）

- 最も重要な点は、
- 「お父様ご自身が、今この状況で、何をどうしたいと思っておられるか、いっしょに考えましょう（=SDM:Shared Decision Making）」に立脚してアプローチする視点。

⇒ 日本緩和医療学会「鎮静のガイドライン」第5章 - 2「鎮静の倫理的妥当性」

「2）自律性、②患者に意識決定能力がない場合、患者の価値観や以前に患者が表明していた意思に照らし合わせて，当該の状況で苦痛緩和に必要な鎮静を希望するであろうことが合理性をもって推定できる。」

↑ ↑ ↑

患者本人の生きてきた「人生という名の物語（narrative）」に寄り添い、家族と医療者が共に、この先の「物語」をいっしょになって紡ぎだそうとする姿勢

≒ Advocacy skills（自分自身のことを言葉にして表現することが困難な状況にある人の想いを代弁するアドボカシー・スキル）

≒Mediation skills（感情的混乱にある中でコンフリクト解決を見い出すために必要なメディエーション・スキル）

＜どのような「目的意識」を持つのか？＞

2.最も大切な「目的意識」は、目の前の患者さんの「人としての物語」を紡ぎだそうとする「構想力」

※「想像力 imagination」ではないです！

（「想像」はときに「妄想」となり、「思いやり」も身勝手な「思い込み」に変貌し、「善意」も独り歩きをしはじめ「独善」になってしまう！）

※「構想力　Einbildungskraft (ドイツ語：ひとつにまとめあげる力）」→英語であれば、construction

勝手な「想像」ではなく、根拠となる手掛かりから「まとめあげていく力」（パズルのピースを埋めていくかのように）、根拠（reason）をひとつひとつ明確にしていくプロセス（ing）＝reasoning （推理力・推論）

倫理問題を「個人の悩み」にしない

是非とも強調しておきたいことは、現場の倫理問題を「個人の悩み」にしない、ということです。

それは、倫理的ジレンマに遭遇したスタッフが“独善”に陥らないようにするために不可欠であるばかりでなく、問題を抱え込んだ現場スタッフが自分独りでなんとか解決しようとする余り「バーン・アウト（燃え尽き）」しないようにするためにも重要だからです。どんなに優れた倫理的判断力を持っている現場スタッフであっても、多忙な勤務状態では「精神的な視野狭窄」に陥ります。

「倫理的である」ために必要な＜2つの要素＞

① 道徳性 morality

＊「善意」から患者のために、という使命感は大切だが、それが独り歩きした「独善」が危険！

② 適法性 legality

＊「法（ガイドライン含む）＝ルール」を逸脱しないこと。

→しかし、「法（ルール）」さえ守っておけばいいんだ、という姿勢は「保身」（≒思考停止、内面的主体性の欠如）

① と ② の両方が満たされなくてはいけない！

⇒とはいえ、「法（ルール）」は抽象的ゆえに「抜け穴」も多く、「曖昧」であったり、現場とはかけ離れ過ぎている場合も・・・。

「倫理問題」に「答え」はあるの？

残念ながら、「唯一の正解」はない、です。

↓↓↓

でも、「答えはない」は、「答えは全くない」とは違います。

1. 集めるべき情報をしっかり収集し、
2. 押さえるべきポイントをきちんと分析し、
3. どこに問題の本質が隠されているのかを見抜き、
4. 「唯一の正解を！」ではなく、「答えに『近づこう』とする」ための能力とスキルを身につけること

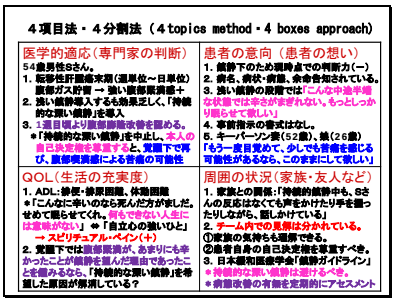
そのひとつの方法として「4分割法」がある。

スライド 1	臨床倫理　セッションⅣ 4分割法（4 topics method）を用いた倫理的推論の方法 東京慈恵会医科大学附属柏病院 総合診療部 三浦　靖彦 宮崎大学医学部附属病院　臨床倫理部 板井　孝壱郎 1	
スライド 2	「倫理」とは、医療者の「モラル」の問題？ 臨床現場における「倫理」問題というのは、医師や看護師など医療者側の、いわゆる「モラル」の問題である、と言われることがあります。あるいはまた、患者さんの「人権尊重」が大切です、とも言われます。 でも、「患者さんのために心を込めて善意で一生懸命がんばる！」というモラル意識を高めていくだけで、あるいは「患者さんの権利、人間としての尊厳を守りましょう！」という努力を重ねるだけで、現場の「倫理」問題は、解決するものでしょうか・・・？	学習者に対しては医療における「倫理」問題というのは、医師や看護師などの「モラル」の問題に矮小化されるものではないこと、また「臨床倫理」の目的とは、いわゆる「倫理原則」を臨床現場に「当てはめる」トップ・ダウンではなく、具体的な個々の臨床ケースからボトム・アップでアプローチすることによって、日常診療の現場で生じた倫理問題を同定、分析し、具体的な解決策を提示することを通じて、医療の質向上を目指すものであることを伝えることが大切です。
スライド 3	4分割法による臨床倫理アプローチ法【トレーニング】 事例の提示 ※資料①参照 □ 1. 皆さんは、この【事例】において、どうすべきだ（あるいは、どうすべきだった）と考えますか？ □ 2. 上記のように判断した「根拠」は何ですか？	・あらかじめグループに分けて（1グループ6名～8名：できるだけ他職種が望ましい）、そのグループを「医療ケアチーム」だと仮定し、倫理カンファレンスを実施してもらいます。 ・話し合うにあたって、チームリーダー（司会および発表者）を決めてもらいます。 ・話し合いをはじめる前に、次のスライドで「4分割法」の説明を、まずは簡潔に行います。
スライド 4	倫理的推論（ethical reasoning）のスキルとしての「4分割法」 □ 医科学的データのみでは判断が困難な、倫理的ジレンマを孕んだケースに、アプローチする手法 「4分割法（4 topics method）」 ＊日本語では、「4項目法」と言われたり、英語でも他には「4 boxes approach」や「4 quadrant approach」と言われる等、いくつかの表現があります。	・このときに大切なことは、「4分割法」が唯一正しい方法ではなく、他にもさまざまなアプローチ法があることを伝え、決して「4分割法」が万能なツールではないことを説明することです。 ・また、「ツール（道具）」なので、「道具に使われる」のではなく、「道具を使うこと」、その「使い方」を学ぶことが今回のセッションの目的であることを強調します。

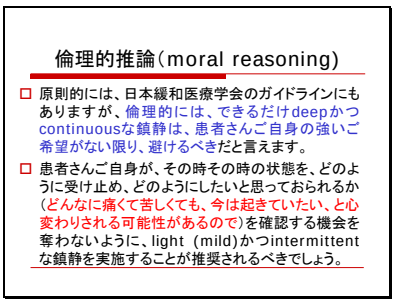
スライド 5		ジャンセンのテキスト（第5版）と、その日本語訳書を紹介します。
スライド 6		巻末につけられている「4分割シート」を紹介します。
スライド 7		・「4分割シート」の日本語訳です。 ※【こぼれ話】 　このシートは、第1版、第2版には添付されておらず、第3版が出版される際、翻訳者のおひとりである白浜雅司先生が、ジャンセン先生に「先生たちの本の中で書かれていることは、4つの視点に貫かれているので、これを表にするといいのでは？」とご提案されて、第3版より巻末に、この「4分割シート」がAppendixとして添付されるようになりました。
スライド 8	**４項目法・４分割法（４topics method・4 boxes approach）** 医学的適応（専門家の判断） 1、診断と予後 2、治療目標の確認 3、効果とリスクの比較考量 4、医学的無益性（Futility） 患者の意向（患者の想い） 1、患者の判断能力 2、説明と同意（IC）信頼関係 3、治療に対するニーズ 4、事前の意思表示（AD等） 5、代理決定（キーパーソン） QOL（生活の充実度） 1、定義と評価⇔ADLと違う （身体,精神,社会,spiritual） ＊独断・偏見・独善の危険性 2、影響を与えうる因子 ＊「生きよう」とする原動力は 周囲の状況（家族・友人など） 1、家族や利害関係者の状況 2、医療チーム内での関係性 3、法律や指針・ガイドライン 4. その他 ＊経済的側面や宗教など	・オリジナルは、非常に細かいため、若干、項目にも重複があり、特に多忙な現場では「項目を埋めること」に意識が奪われ、「書くこと」が自己目的化してしまうリスクがありました。 ・この方法論で最も大切なことは、4つの項目ごとにまず「入手されている情報」と「不足している情報」を明確化し、特に「足りない情報は、いかにして入手するか」を考え、実際に行動に移すことです。 ・そのために、もっと「シンプルにしよう」という意識から、白浜雅司先生を中心に、医学教育学会「倫理・行動科学小委員会」のタスクメンバーにより、エッセンスを抽出したものが、このスライドです。

スライド 9	「4分割法」に対する誤解 □「4つのボックス」を埋めれば、自動的に「答え」が見つかる？・・・そんなことはありません！！ ↓↓↓ 1.「埋める」ことに意識が奪われる・・・。 2.「埋めて」力尽きる・・・。 これではダメですよね！ 大切なのは「目的意識」を持つこと！です。	・また、「4つの項目間の相関関係」を考察し、例えば「呼吸器を外して欲しい」という「患者の意向」があったとして、それが「死にたいから」ではなく、「抑制されている状態が、あまりにも辛いから」という「QOLが低下していること」や、あるいは「家族が面会に来てくれない」という「周囲の状況」などから起因しているのではないか、と「推論」することを「手助け」してくれる「ツール（道具）」にすぎないことを強調して下さい。 ・そのために、ツール（道具）を使う上での「目的意識」が大切であることを強調します。
スライド 10	「4分割法」に対する誤解 ＜どのような「目的意識」を持つのか？＞ 1.いまある「情報」の中で、何が「足りていて」、何が「不足している」のか、意識すること。 ①「医学的適応」＝エビデンスに関すること？ ②「患者の意向」＝患者さんって、どんな想い、どんな考えを持っている人なの？ ③「QOL」＝患者さんのADL、「生き甲斐」など ⇒総じて言うなら「人生という物語（narrative）」 ④「周囲の状況」＝家族の状況や法律など・・・。	・「4分割」を実践する際の「目的意識」を明確にするためには、スライドに挙げたこと以外に、以下のことを強調すると良いでしょう。 1. 日常の臨床現場で起きている倫理的問題に気づくこと。 ＊「モヤモヤした感じ」に注意。 ＊「何かおかしいのでは？」という気持ちを大切に。 ↑↑↑ これが「倫理的感受性/感性（ethical sensitivity）」です。でも、「倫理的に感じる」はあくまでも「スタート」であって、大切なことは、その「感性（≒感情）」のレベルにあるものを、論理的に整理し、「考える力」＝「倫理的推論（ethical reasoning）」へ高めていくことです。 ※したがって、「倫理的」であるためには、「論理的」であることが必要なのだということを強調してください。 ※「かわいそうだ」とか「気の毒だ」といった「感情」のレベルで「感じる」ことだけでは、「倫理的であること」としては不十分なのだ、ということを学習者に伝えて下さい。 2. ジレンマについて臨床倫理の方法（4分割シート）を用いて具体的な問題点を整理する。 ＊「モヤモヤ」を分析して、具体化しよう。 ＊倫理的な分析力、倫理的推論（ethical reasoning）のスキルを身に付けよう。 3. それぞれの問題点について、何がわかっていて、

<table>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>何がわかっていないのかを明確にすること。
＊わからないことや、はっきりしないことについては、いろんな手段を用いて調べること。
⇒このときに、スライドにある視点が活かされることになります。

4. 問題の解決法については、倫理原則を「押し付ける」のではなく、患者さんを中心に色々な人と話し合いながら自分がチーム・スタッフの一員として、どうするべきなのかを悩みながら判断していくこと。
＊特に自分の「価値観」が独善的なものになっていないかどうか、倫理的推論（reasoning)のプロセスをしっかりと辿れるように、できるだけ多くのスタッフといっしょに行うこと。
＊決して「独り」で抱え込まないこと。</td>
</tr>
<tr>
<td>スライド 11</td>
<td> 
</td>
<td>・一応、スライドで「4分割シート」を仮に埋めたものを提示しておきます。

・但し、実際のセッションでは、まずグループ発表をして頂き、セッション担当者が発表を聴きながら、ホワイトボードに4つのボックスを作って、それに書き出していく、というスタイルを推奨します。

・あくまでもスライドで提示している分割は、「キレイな書き出し」をしなくてはいけない、という誤解を与えてしまいますので、決してそうではなく、「4分割シート」は、書くこと（記録すること）自体が目的ではなく、「頭の中を整理するためのツール（道具）」であることを強調してください。</td>
</tr>
<tr>
<td>スライド 12</td>
<td> 
</td>
<td>・ここからは、4分割をつかって「問題を整理した」上で、どのように倫理的ジレンマに対して臨むか、その「推論（reasoning）」＝「倫理的な考え方のプロセス」の一例を提示しておきます。</td>
</tr>
</table>

スライド13	倫理的推論(moral reasoning) □ コミュニケーションの一例としては・・・、 □ 「ご家族の皆さんが、お父様が少しでも苦痛を感じないようにと願われて、今のまま御眠りになっている方がよいのでは、とお考えになられたのだと思いますが、ひとつお伝えしたいことがあります。 □ それは、お父様ご自身は、どんなに辛くても苦しくても、もう一度、皆さんとお話がしたいとお感じになられているかもしれない、ということです。」 ↑↑↑ 患者本人の自己決定権を保障するようにアプローチ。 ＊但し、一方的な「押し付け」や「断言(断定的口調)」にならないように留意すること！	・ご家族は、「少しでも苦痛を感じさせる可能性があるのなら、このままにして欲しい・・・」という理由で、今のままの深い持続的鎮静を継続することを希望されているとのことでしたが、そのお気持は、当然のことです。 ↑↑↑ 「本人の尊厳が大事ですから」といった「形式主義的」で抽象的な「尊厳重視」論や、「本人の自己決定権を蔑ろにするつもりですか」など、家族の想いを一方的に否定するようなコミュニケーションは避けるべきであることを伝えて下さい。
スライド14	倫理的推論(moral reasoning) □ しかし、この時に、実際に鎮静を中止してみたところ、十分に覚醒せず、あるいは覚醒したものの、譫妄的な状態で、しっかりとコミュニケーションがとれず、結果として「うーん、うーん」とおっしゃるばかりとなった場合には、 □ 家族としても「結局、会話もできず、苦しい想いをさせただけじゃないか」と思われることが、今回の一番悩ましい点だったわけです。 □ ですので、先のお話に続けて、以下のように・・・、	
スライド15	倫理的推論(moral reasoning) □ 「でももし、お目覚めになられても、ハッキリとお父様とお話ができなくて、お父様のご様子も、苦しそうな表情や辛そうな様子が伺えるようであれば、すぐにまた御眠りになって頂くように致します。 □ そのときは、やっぱり辛い思いをさせたのでは・・・と思われることでしょう。 □ でも、最後まで、お父様ご自身がどうなさりたいと思っておられるかを大切にしようとなさった上でのこと、という意味では、決して無意味に苦しい想いをさせただけ、とは言えないという考え方もあります」	・ただし、上記のようにご家族にお伝えしても、「・・・いえ、父はやはり、元気だった頃から、痛いことや苦しいことはイヤだっていう人でしたから、ちゃんと話ができる確証がないなら、本人も、ただ苦しいだけになるなら起こさないでくれって、言うと思いますので。。。」と、“家族の想い”から(＝苦しそうなお父さんを見ているのは、自分たちが辛いから)ではなく、 “父親の立場にたって、今の父ならどうしたいかを病前性格等を踏まえて推定”した上で、持続的鎮静を希望されるのなら、鎮静の継続は許容しうるでしょう。
スライド16	倫理的推論(moral reasoning) □ 最も重要な点は、 □ 「お父様ご自身が、今この状況で、何をどうしたいと思っておられるか、いっしょに考えましょう(=SDM:Shared Decision Making)」に立脚してアプローチする視点。 ⇒ 日本緩和医療学会「鎮静のガイドライン」第5章 - 2「鎮静の倫理的妥当性」 「(2) 自律性、②患者に意識決定能力がない場合、患者の価値観や以前に患者が表明していた意思に照らし合わせて、当該の状況で昏睡覚知に必要な鎮静を希望するであろうことが合理性をもって推定できる。」 ↑↑↑ 患者本人の生きてきた「人生という名の物語(narrative)」に寄り添い、家族と医療者が共に、この先の「物語」をいっしょになって紡ぎだそうとする姿勢 ≒ Advocacy skills (自分自身のことを言葉にして表現することが困難な状況にある人の想いを代弁するアドボカシー・スキル) ≒Mediation skills (感情的混乱にある中でコンフリクト解決を見い出すために必要なメディエーション・スキル)	・患者さん本人の意思が確認できない場合には、「本人の意思を推定する」ことが大切です。 ・とはいえ、たとえ本人を想う善意からであっても「ご家族の意思(＝私だったら・・・)」ではなく、あくまでも「ご本人さんだったら、どうして欲しいと思われるか」、「ご本人さんは何を思っておられるか」という視点から、可能な限り本人の思いに「近づこう」とすること、そのプロセスこそが重要であることを伝えてください。 ・もちろん「物語≒フィクション」という危険性や限界も

		ありますが、それでも本人のこれまでの「基本性格」や「生きざま」などの「手がかり（状況証拠）」から、可能な限り「人生という物語」を紡ぎだす（ゴースト・ライターのように「勝手に妄想する」のではなく、「構想する」）ことが大切です。 ・その結果、患者さんがお亡くなりになった後、「本当の気持ちはお父さん本人に訊いてみないとわからないけれど、でも、あのときは、ご家族も医療者も、みんなで一生懸命ご本人さんの気持ちを考えて、最善を尽くした」という事実が、少しでも残されたご家族にとっての「グリーフ・ケア」につながることを指導しておくことも重要です。
スライド17	＜どのような「目的意識」を持つのか？＞ 2.最も大切な「目的意識」は、目の前の患者さんの「人としての物語」を紡ぎだそうとする「構想力」 ※「想像力 imagination」ではないです！ （「想像」はときに「妄想」となり、「思いやり」も身勝手な「思い込み」に変貌し、「善意」も独り歩きをしはじめ「独善」になってしまう！） ※「構想力　Einbildungskraft（ドイツ語：ひとつにまとめあげる力）」→英語であれば、construction 勝手な「想像」ではなく、根拠となる手掛かりから「まとめあげていく力」（パズルのピースを埋めていくかのように）、根拠（reason）をひとつひとつ明確にしていくプロセス（ing）＝reasoning （推理力・推論）	
スライド18	倫理問題を「個人の悩み」にしない 是非とも強調しておきたいことは、現場の倫理問題を「個人の悩み」にしない、ということです。 それは、倫理的ジレンマに遭遇したスタッフが“独善”に陥らないようにするために不可欠であるばかりでなく、問題を抱え込んだ現場スタッフが自分独りでなんとか解決しようとする余り「バーン・アウト（燃え尽き）」しないようにするためにも重要だからです。どんなに優れた倫理的判断力を持っている現場スタッフであっても、多忙な勤務状態では「精神的な視野狭窄」に陥ります。	・臨床倫理の方法論は、ひとりの医師が倫理的ジレンマを抱え込んで「独断・独善」を防ぐこと、つまりは「チーム医療」そのものであり、ひいてはスタッフの独断専行に伴って生じる「インシデント」を予防する「安全管理（リスクマネジメント）」にもつながっていることを指導して下さい。 ↑↑↑ ・こうしたリスク管理の一翼を担っている臨床倫理の役割を、「予防倫理（preventive ethics）」と称します。
スライド19	「倫理的である」ために必要な＜2つの要素＞ ① 道徳性 morality ＊「善意」から患者のために、という使命感は大切だが、それが独り歩きした「独善」が危険！ ② 適法性 legality ＊「法（ガイドライン含む）＝ルール」を逸脱しないこと。 →しかし、「法（ルール）」さえ守っておけばいいんだ、という姿勢は「保身」（≒思考停止、内面的主体性の欠如） ① と ② の両方が満たされなくてはいけない！ ⇒とはいえ、「法（ルール）」は抽象的ゆえに「抜け穴」も多く、「曖昧」であったり、現場とはかけ離れ過ぎている場合も・・・。	

スライド20	「倫理問題」に「答え」はあるの？ 残念ながら、「唯一の正解」はない、です。 ↓↓↓ でも、「答えはない」は、「答えは全くない」とは違います。 1. 集めるべき情報をしっかり収集し、 2. 押さえるべきポイントをきちんと分析し、 3. どこに問題の本質が隠されているのかを見抜き、 4. 「唯一の正解を！」ではなく、「答えに『近づこう』とする」ための能力とスキルを身につけること そのひとつの方法として「4分割法」がある。	

4分割法（4 topics method）を用いた倫理的推論の方法

≪ トレーニング用事例 ≫

54歳、男性。Ｓさん。銀行員。某年７月より右季肋部痛が出現した。近医の整形外科を受診するも疲労骨折と診断され、テーピングにて様子をみていた。８月下旬より痛み増悪。９月上旬、自宅にて下血みられ、市内Ａ病院の外来を受診。精査により転移性肝腫瘍との診断が下り、緊急入院となった。主治医は「極めて重症だ。もう手の施しようがない。１ヶ月もつかどうかだ・・・。何故こんなになるまで放っておいたんだ・・・。」という程の状態。

家族は、妻（52歳）と娘（26歳：独身）の３人暮らし。「父は自分のことは自分でしたい、そういう自立心の強いひとですから、すべて本人に話して頂いた方がいいです」という家族からの話もあり、本人にはすべて告知した。疼痛コントロールに関しては、当初より塩酸モルヒネ等を使用した。入院６日目頃より下肢浮腫が増悪してきた。時期を同じくして、黄疸と腹水による腹部緊満も増悪傾向となり、排便・排尿困難および体動困難となる。

この頃から、Ｓさんはご家族や医療従事者に対し、いっこうによくならない自分の身体状況もあってか、「どうしてこんなに辛いんだ？こんなに辛いのなら、死んだ方がましだ」と発言するようになり、「こんなに辛いのなら、せめて眠らせてくれ・・・。何もできない人生には意味がない」と訴えるようになってきた。腹部膨満感の原因である腹部ガスの貯留状態に対して、色々と改善を試みてみたがどうしても改善が得られなかった。そこで、チームとしては、ご本人の希望もあったため、家族とも話し合った結果、鎮静を行うこととした。

できる限り「浅い鎮静」から試みたのだが、ご本人さんは「・・・こんな中途半端な状態では辛さがまぎれない・・・もっとしっかり眠らせて欲しい。」と訴えてこられたため、「持続的な深い鎮静」を行うこととした。すると、鎮静開始後１週間目頃より腹部膨隆の改善が認められた。覚醒下では腹部緊満があまりにも辛かったことが鎮静を望んだ理由であったことを鑑みるならば、ご本人が持続的な深い鎮静を強く希望した原因が解消していると考えられることから、チームのメンバーからは患者さんから持続的な深い鎮静に関する同意を取得した時点と、現在の医学的状況が抜本的に変化しているので、いったん鎮静を中止すべきではないか、という意見が挙がった。

このことをご家族に伝えてみたところ、「鎮静を中止して、もう一度目覚めたら、少しでもお父さんが苦痛を感じる可能性があるのならやめて欲しい。このままずっと寝かせていて欲しい」との意向であった。奥さんと娘さんは持続的鎮静中も、Ｓさんご自身の反応はなくても声をかけたり手を握ったりしながら、意思疎通ができなくても家族は話しかけているような対応されている。

現時点の予後予測は、週単位ではなく、日単位もあり得る状況。チーム内では、「このままにしておいて欲しい」という家族のお気持ちもわかるという意見もある。その一方で、「緩和医療学会の鎮静のガイドラインでも、倫理的には持続的な深い鎮静は避けるべきであると明記されているし、当初、持続的鎮静を行う理由となっていた腹部緊満は改善していることからするなら、やはり覚醒下であらためてＳさん自身の意思確認を行い、患者さん本人の自律を尊重し、自己決定の権利を守るべき」という意見もあり、チーム内でも一致しない。どうすればよいだろうか？

１．あなたが「患者さんのため（＝最善の医療・ケア）」を考えた場合、どうすることが最も適切だと考えますか？

２．あなたが上記のことを「患者さんのため（＝最善の医療・ケア）」と判断した「根拠・理由」は何ですか？

臨床倫理の「４分割法」（４項目チェック・シート）〔4 topics method〕

医学的適応（専門職としての判断）	患者の意向 （患者さんの想い・気持ち）
1.診断と予後 2.治療目標の確認 3.リスクとベネフィット（効用）の比較考量 4.医学的無益性（Medical futility）	1.患者さんの判断能力 2.インフォームドコンセント　（信頼関係） 3.治療内容に対するニーズ 4.事前指示（リビング・ウィル、ＡＤ等） 5.代理決定（キーパーソン）
QOL（生活の充実度・生きがい）	**周囲の状況 （家族や友人との関係等）**
1. QOL の定義と評価　⇔　ADL との違い （全人的視点：身体、精神、社会、スピリチュアル） 2.誰がどのような基準で判断するか ＊「独断・偏見・独善」に対する注意！ 3.QOL に影響を及ぼす因子（原因） ＊「生きよう」とする原動力は？	1.家族や利害関係者の状況 2.医療チーム内での関係性 3.法律や省庁学会等の指針・ガイドライン 4.病院特性、病棟特性、院内指針等 5.その他 ＊経済的側面や宗教など

Jonsen AR, Siegler M, Winslade W 著、赤林朗、蔵田伸雄、児玉聡監訳：臨床倫理学［第５版］、新興医学出版社、2006.

◆◆◆　チェック・シートの使い方　◆◆◆

STEP１　認識分類　：問題だと思われる点を、４分割表を用いて出来るだけあげてみる。

↓

STEP２　調査検討　：分類された問題点を見つめながら、疑問点や不明な点を調査検討する。

↓

STEP３　具体的対応：４項目全体を見渡して、何を、どうすれば良いか、具体的な対応策を考える。

医学的適応	患者の意向
QOL	**周囲の状況**

■ MEDICAL INDICATIONS

The Principles of Beneficence and Nonmaleficence

1. What is the patient's medical problem? history? diagnosis? prognosis?
2. Is the problem acute? chronic? critical? emergent? reversible?
3. What are the goals of treatment?
4. What are the probabilities of success?
5. What are the plans in case of therapeutic failure?
6. In sum, how can this patient be benefited by medical and nursing care, and how can harm be avoided?

■ PATIENT PREFERENCES

The Principle of Respect for Autonomy

1. Is the patient mentally capable and legally competent? Is there evidence of incapacity?
2. If competent, what is the patient stating about preferences for treatment?
3. Has the patient been informed of benefits and risks, understood this information, and given consent?
4. If incapacitated, who is the appropriate surrogate? Is the surrogate using appropriate standards for decision making?
5. Has the patient expressed prior preferences, e.g., Advance Directives?
6. Is the patient unwilling or unable to cooperate with medical treatment? If so, why?
7. In sum, is the patient's right to choose being respected to the extent possible in ethics and law?

■ QUALITY OF LIFE

The Principles of Beneficence and Nonmaleficence and Respect for Autonomy

1. What are the prospects, with or without treatment, for a return to normal life?
2. What physical, mental, and social deficits is the patient likely to experience if treatment succeeds?
3. Are there biases that might prejudice the provider's evaluation of the patient's quality of life?
4. Is the patient's present or future condition such that his or her continued life might be judged undesirable?
5. Is there any plan and rationale to forgo treatment?
6. Are there plans for comfort and palliative care?

■ CONTEXTUAL FEATURES

The Principles of Loyalty and Fairness

1. Are there family issues that might influence treatment decisions?
2. Are there provider (physicians and nurses) issues that might influence treatment decisions?
3. Are there financial and economic factors?
4. Are there religious or cultural factors?
5. Are there limits on confidentiality?
6. Are there problems of allocation of resources?
7. How does the law affect treatment decisions?
8. Is clinical research or teaching involved?
9. Is there any conflict of interest on the part of the providers or the institution?

Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. 5th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2002.

医学的適応（Medical Indications）

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，重体か，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？

患者の意向（Patient Preferences）

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）

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. 治療をやめる計画やその理論的根拠はあるか？
6. 緩和ケアの計画はあるか？

周囲の状況（Contextual Features）

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？

執筆者一覧
・浅井　篤（東北大学大学院医学系研究科医療倫理学分野）
・板井　孝壱郎（宮崎大学医学部附属病院　臨床倫理部）
・圓増　文（東北大学大学院医学系研究科医療倫理学分野）
・大北　全俊（東北大学大学院医学系研究科医療倫理学分野）
・三浦　靖彦（東京慈恵会医科大学附属柏病院　総合診療部）

編集
日本医学教育学会　第 18 期 倫理・プロフェッショナリズム委員会

発行所
日本医学教育学会　第 18 期 倫理・プロフェッショナリズム委員会
〒112-0012　東京都文京区大塚 5-3-13 小石川アーバン 4 階
学会支援機構内　医学教育学会係

発行日
2016 年 7 月 5 日