

さりげなく支えるために ～患者会活動と精神科 医療の比較論～

杉原正子

独立行政法人 国立病院機構 東京医療センター 精神科 医師

慶應義塾大学医学部 精神神経科学教室 助教

三鍋康彦さんとの出会い

2015年5月19日 日本医科大学武蔵小杉病院
がんセンターボード(講師:三好綾さん)



略歴

2010年3月 山梨大学医学部卒業

2013年3月 慶應義塾大学病院 初期臨床研修修了

2013年4月 慶應義塾大学医学部精神神経科学教室助教。関連病院である国立成育医療研究センター、駒木野病院、足利赤十字病院、川崎市立川崎病院、東京海道病院を経て、

2015年4月～ 独立行政法人 国立病院機構 久里浜医療センター 精神科 医師

2017年4月～ 独立行政法人 国立病院機構 東京医療センター 精神科 医師

医師になる前の経歴

- 数学科卒、日本IBM(株)に5年半勤務(SE)
- 「機械は愛せない」と思い、大学の教員(文学)を目指して大学院入学(米国に1年半留学)
- 高校で医療系小論文を教えることになった。

闘病記200冊以上
濫読



NHK/BBC「人体」
NHK/CNN「世紀を超えて」

母が「病人」であったことにある日突然気づく。



山梨大学医学部の1年次に再入学

私の立場

- 基本的な目線は「医療者＜患者家族」
- 医療・介護・福祉マニアだが、「寄り道」医師であり、同時にアウトサイダーである。
- 教授くらいの大人だが、医師学年は若手（8年目）。
- 医師を志したのが医療の教育の現場だったため、医療者の教育にも関心が深い。

NYHAの分類

I度

心疾患はあるが、通常の身体活動では症状なし

II度

普通の身体活動で、疲労・呼吸困難などが出現
通常の身体活動がある程度制限される

III度

普通以下の身体活動で愁訴出現。通常の身体活動が
高度に制限される

IV度

安静時にも呼吸困難を示す

母から学んだこと

- どの家にも一人ぐらい、他の家族とペースの違う人がいる。
- 異常と正常、患者さんと健常者の間に、必ずしも明確な境界はない。（「末期」「終末期」とは？）
- 他の点に関しても、人を必要以上に区別したり、差別したりすべきではない。（特に、性別、年齢、肌の色など、本人には変えられないことに関して。）

東京医科大学不正入試事件

- ・女子や浪人生が不当に差別されていた。
- ・文部科学省が全国81大学を調査した所、過去6年間の全国の医学部入試の結果は、複数の大学で男子の合格率が女子の合格率を大きく上回っていた。



プロフェッショナル・オートノミー

- 眼前の患者さんに対して、最善の医療が、強制によらず自律的な姿勢によって遂行されること。
- その背景として重要なのが、相互批判能力である。



均一集団に相互批判が可能なのだろうか？



多様性の重要性

医師養成に関する紋切り調批判

「学力だけで医師になる若者が多い」



他に18歳（高卒）のどこを見ますか？



性別？3浪以上かどうか？



高卒直後に選抜するなら、学力はある意味公平。
学力以外（熱意、適性、目的、経験）も重視して選抜
したいならば、大卒での選抜も併用すべきである。

「回り道医師」になる方法

再入学

| | | | | |
|-----------|------------|-----------|--|--|
| 他学部 4年 | (社会 経験) | 医学部 6年 | | |
|-----------|------------|-----------|--|--|

編入学

| | | | | |
|-----------|------------|-------------|--|--|
| 他学部 4年 | (社会 経験) | 医学部 4~5年 | | |
|-----------|------------|-------------|--|--|

医師養成
大学院

| | | | | |
|-----------|------------|-------------------|--|--|
| 他学部 4年 | (社会 経験) | 医師養成 大学院 4年 | | |
|-----------|------------|-------------------|--|--|

なぜ医師になりたかったのか？

- 患者さんの生命を守る職業だから。
- 患者さん本人も、ご家族も、他のスタッフも、全員が「もう、いいでしょう。」と言っても、たった一人になっても、患者さんの生命に執着することができる職業だから。



延命だけが大切なのか？

耐え難い痛み・苦しみがある場合は？



痛み・苦しみを取る努力をどれだけしているのか？

当時読んだ闘病記から

石川正一＋左門
『めぐり逢うべき誰かのために』
(立風書房、1982年12月)



当時読んだ闘病記から

「それは、『お祈りを仕事にきなさい』という言葉だったのです。この佐藤牧師の言葉は、天啓のように正一の胸に閃いたのです。このひと言で、祈ることしかできないという考え方から抜け出して、人のために祈ることを天職とする、特別に神さまから選ばれた者としての自己を、再発見したのです。

(中略)

筋ジスになったからこそ信仰がもてた。筋ジスだからこそ真の生きる価値を知った。筋ジスであればこそ祈りを天職にすることができた、・・・(後略)」

当時読んだ闘病記から

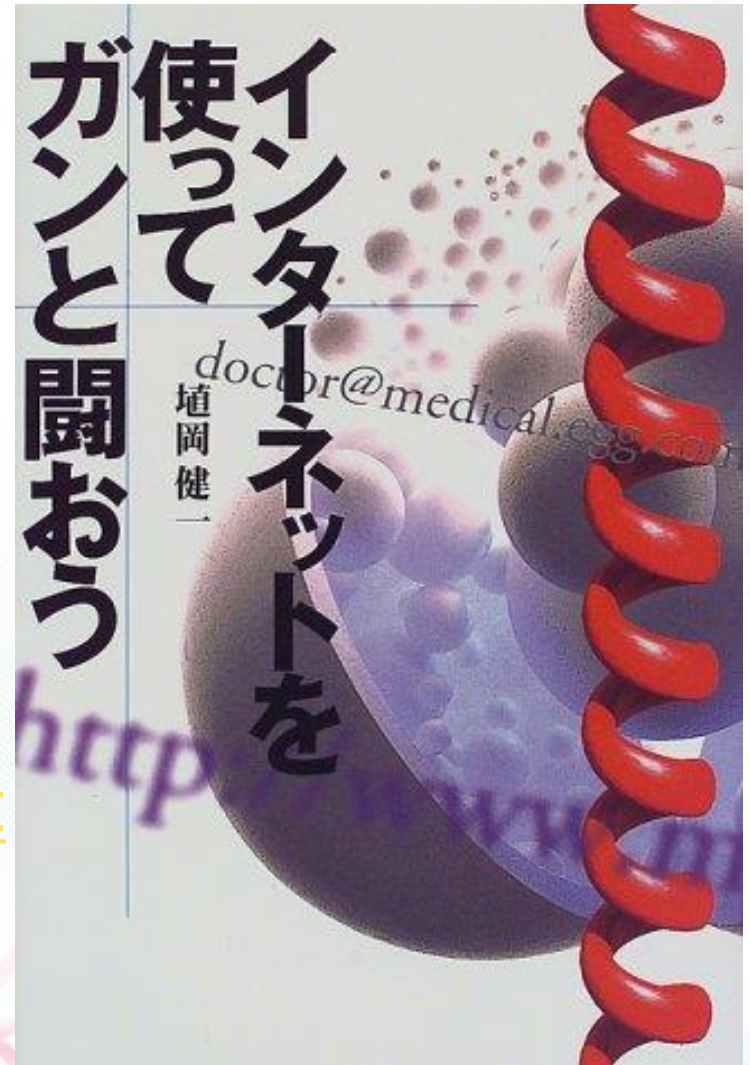
埴岡健一

『インターネットを使って
ガンと闘おう』

(中央公論社、1989年9月)

「KENの超・闘病法」

http://www.cancer-patient.net/KEN/essay/essay_frame.html



当時読んだ闘病記から

「妻が亡くなったあと、ウエイド先生は電子メールをくれた。『出張中だったため、死に目に会えず、申し訳なかった』こんなことを言った先生は他にいない。ウエイド先生が患者の死に目に立ち会うことを当然と考えているだけでも奇特なことだ。(中略)

患者と家族は信頼する医師に死に目にいて欲しいと思う。不安だし聞きたいことは山ほどある。妻は死亡する12時間ほど前(意識を失う1時間ほど前)、『ウエイド先生はどこにいるの。ウエイド先生はどういう意見なの』と言った。最後の言葉のひとつである。」

埴岡健一『インターネットを使ってガンと闘おう』

能力とは



IBMの入社式で、椎名さんは言った。

「人の仕事の能力とは、2つあります。

一つは、砂漠でたった一人で、何ができるかという能力。もう一つは・・・

広義の、公式および非公式の...人脈です。

IBMでは、人脈を作る教育を徹底的に行います。」

当時読んだ闘病記から

埴岡さんの『インターネットを使ってガンと闘おう』を読んでいる途中から、「医学部に合格したら、筆者にメールしよう。」と思った。



合格発表の直後にメールした所、埴岡さんは大変喜んでくれた。



教え子の柄澤麻里子（当時虎ノ門病院血液内科医）とともに時々食事したり、患者会関係者、メディア、医療者のクローズドな勉強会に参加し始めた。

当時読んだ闘病記から

上野創『がんと向き合って』(晶文社、2002年7月)



当時読んだ闘病記から

「僕と同じ病気を経験した『ノブさん』こと鈴木信行氏からの電子メールには、いつも勇気づけられた。彼は当時28歳、同世代だった。彼は体験を一部、HPで公開していた。がん闘病体験をそんなふう公表するのは、当時は極めて珍しかった。情報を必死で集めていた妻が見つけて、メールを送ったところ、返事が来てやりとりが始まった。(中略)「貴重な経験ですから有意義な入院加療生活をお過ごしください。たのしい生活を！」(中略)副作用や気持ちについても、「そうそう、そのとおり」と、「この人は分かってくれる」と思うようなことが書いてあった。」

精神科医の仕事

①精神科の患者さんの外来・入院診療

②身体科(他科)の患者さんの外来・入院
(コンサルテーション・リエゾン精神医学)

体→心

心→体

↑

患者さんに説明しすぎてしすぎる事はない。

体→心

国際疾病分類ICD10

①器質性精神障害

脳の疾患、損傷、
機能不全等による。
(意識障害、認知機能
低下、行動異常など)



脳・(神経)からの影響



体→心

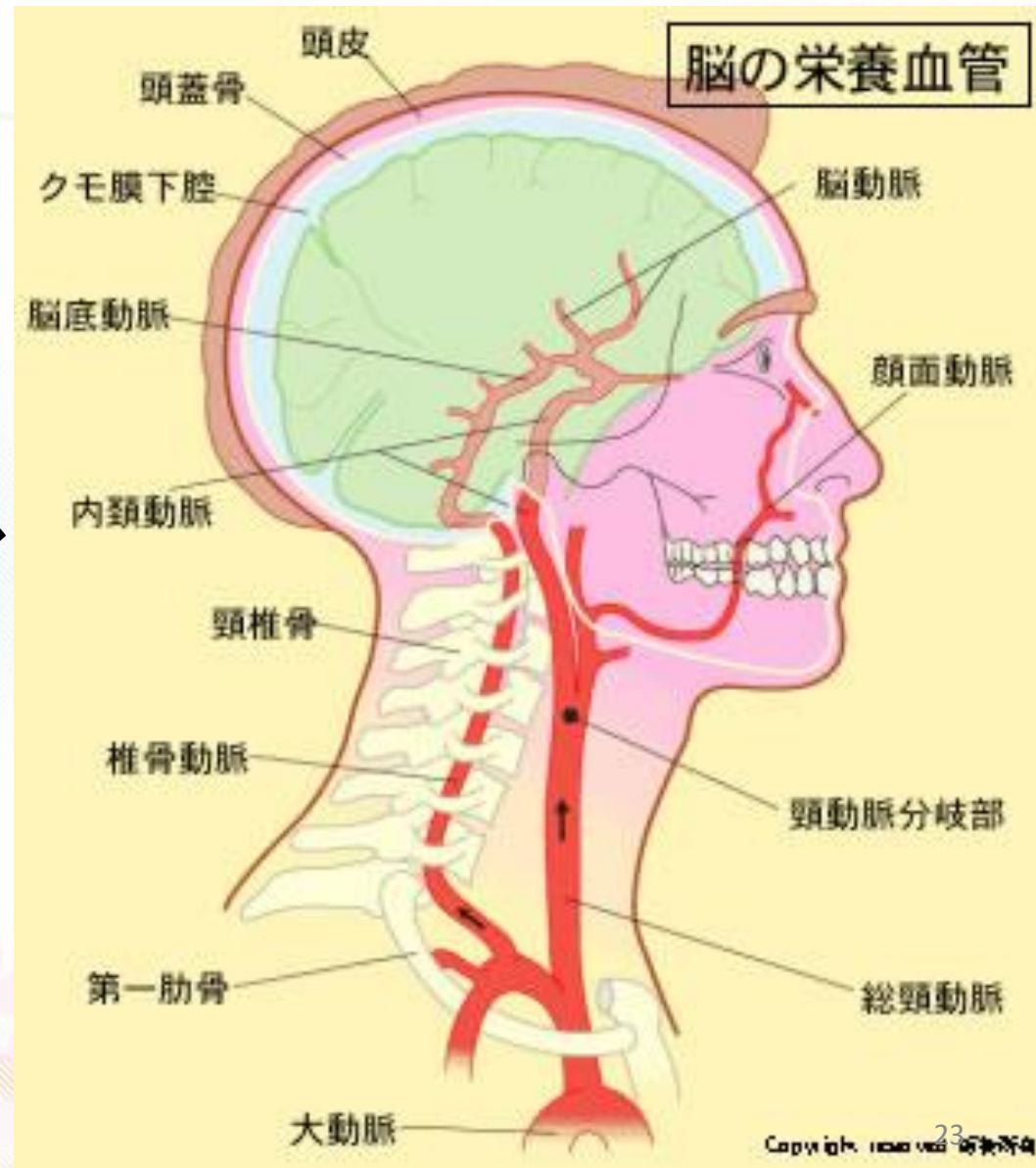
国際疾病分類ICD10

②症状性精神障害

脳以外の身体疾患
による。(せん妄、
そう状態、うつ状態
など)



血液からの影響



体→心

『もし生き残ったがん細胞だったら、違う抗がん剤の治療をするか、残っている上野さんの幹細胞を解凍してもう一度、超大量化学療法をやります』と主治医ははっきり言った。

僕にとっては絶望的な言葉だった。(中略)理性は『死にたいと思うなんて絶対おかしい』と叫んでいた。(中略)だが心は金縛りにあったように硬直していた。(中略)死にたい、全部投げ出したいという願望に取りつかれて過ごした約1週間の苦しさは、強烈だった。僕がそれまでに経験したありとあらゆる試練をすべて上回るほどつらかった。

上野創『がんと向き合って』

患者さんが「死にたい」場合

- 患者さんの「死にたい」気持ちから逃げず、なぜそういう気持ちなのかを聞く。
- 必要に応じて精神科に依頼する。
- 逃げたり避けたりすると、患者さんは「ああこの人には自分の死にたい気持ちやほかの気持ちを話せないな」と思ってしまう。

どういう時に精神科を受診すべきか

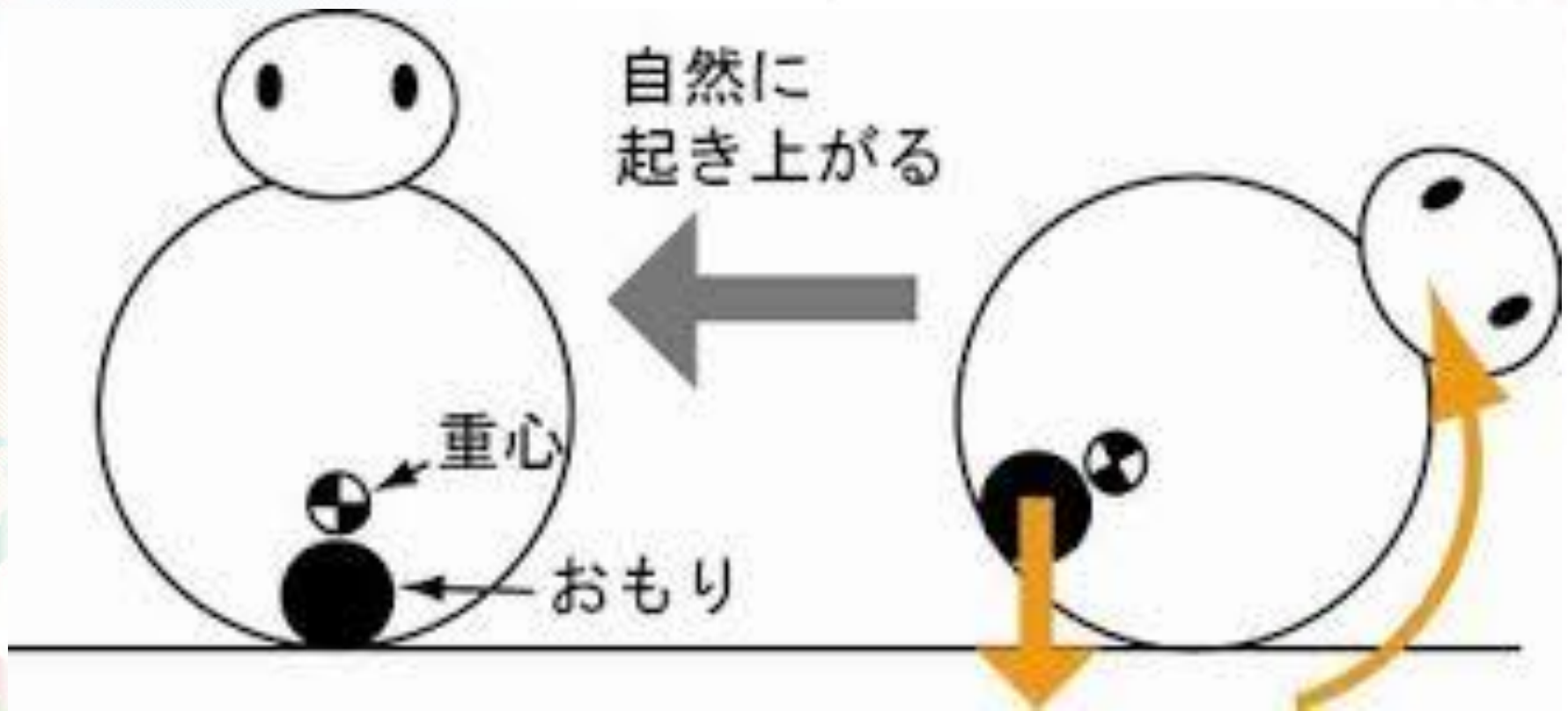
- 本人が辛い時、苦しい時。
- 家族が困っている時、見ていて辛い時。
- 受診した方がいいのかどうかわからない時。



早期診断、早期治療

症状が軽いうちの初診がいかに重要か。

コンサルテーション・リエゾン精神医学



防衛大航空宇宙工学科 越智徳昌 横山信宏

「受験生のために“不安定なものを安定に”～自動制御の役割～」

心→体

- ある知人が、あるタイプの白血病と診断された。
- その知人は、同じ病気のサバイバーである有名な主治医を探し当て、受診した。
- 初診の日、主治医は言った。

「日常を楽しく過ごすことも、あなたの重要な治療の一つです。周囲にも宣言して、楽しく、楽しく、過ごして下さい。」

心→体

- ・心の調子がいいことは、免疫系にも影響することが指摘されている。

(参考) 神庭重信『こころと体の対話—精神免疫学の世界』(1999年5月、文春新書)

- ・身体疾患のうつの患者さんに精神科医が早期に介入した方が予後がよいことが指摘されている。

(参考) 明智龍男『がんとこころのケア』(2003年7月、NHKブックス)

体と心のどちらを優先させるか？

原因精査も治療も、原則としては体を優先させる。

理由1 心の病気は証拠を取れないが、身体や脳の病気は証拠を取ることができる(原因がわかれば直接的に速やかに対処できる)。

理由2 心だけの病気と決めつけて、身体や脳の検査を怠ると、身体や脳の病気を見逃しやすい。

コンサルテーション・リエゾン精神医学

・コンサルテーション

精神科以外の診療科の主治医から依頼されて、精神科医が患者さんと面接し、精神症状のみ診断や治療を行い、主治医へのアドバイスをを行う。

2018/11/22

・リエゾン

定期的に精神科以外の病棟をラウンドして精神症状を確認する活動。

「東北大学病院HP」を杉原が補完・改編

語り合い①

- コンサルテーションに比べて、リエゾンの長所・短所は？
- リエゾン活動の例
 - 心臓血管外科に入院した患者さん全員の入院直後に精神科に依頼をする。
 - 消化器内科に入院し飲酒している患者さん全員の入院直後に精神科に依頼をする。
 - 造血幹細胞移植予定となった患者さん全員について、すぐに精神科に依頼をする。

リエゾン事例①

依頼票

精神神経科担当先生侍史

#1 大動脈弁狭窄症(6月1日大動脈置換術予定)

お世話になっております。5月30日に、当科に通院中の院患世話子さんが上記の手術目的で入院します。術前術後のメンタルケアをよろしくお願いします。

5月28日

心臓血管外科 医師 向井千秋

リエゾン事例②

依頼票

精神神経科担当先生侍史

#1 アルコール使用障害疑い

#2 食道静脈瘤破裂

お世話になっております。5月30日に、当科に通院中の院患世話男さんが#2で入院しました。#1に関してご高診お願い致します。

5月30日

消化器内科 医師 日野原重明

リエゾン事例③

依頼票

精神神経科担当先生侍史

#1 造血幹細胞移植予定

#2 多発性骨髄腫

お世話になっております。当科に#2で入院中の院患
世話美さんが#1の予定となりました。今後のメンタルケ
アをよろしくお願い致します。

5月30日

血液内科 医師 向井千秋

コンサルテーション・リエゾン精神医学

| | コンサルテーション | リエゾン |
|----|--------------------|---|
| 長所 | お節介にはならない。 | 必要な方ほぼ全員に行き届く。 精神症状を早期に予防できる。 医師が正常状態を把握できる。 (脳や心が)「おかしい」からでなく「全員」の方が敷居が低い。 患者さんと長く付き合える。 |
| 短所 | 必要な支えが届かない患者さんがいる。 | お節介の危険性がある(?)。 手間暇はかかる(?)。 |

語り合い②

- AIS（筋萎縮性側索硬化症）の患者さんに、いつから、どのように精神科が関わったり、精神科が関わるということが可能であるという情報を提供したりするとよいでしょうか？

語り合い③

- AISの患者さんに、いつから、どのように患者会が関わったり、関わる事が可能であるという情報を提供したりするとよいでしょうか？

最後に

- 2014年に、在宅のALS患者さんにインタビューして回り、「ALS(筋萎縮性側索硬化症)患者が在宅療養を行う際に求められる心理社会的および実存的サポート」という研究を行った。
- 最後の「医師に何を期待しますか？」という質問に、ある患者さんは答えた。
「何も期待しません。」
「患者会があるから。」

ご清聴ありがとうございました。

waruko_sugihara@yahoo.co.jp

青は藍より出でて藍より青し。

東京医科歯科大学
病院総合診療
内科医、佐々木
真理です。

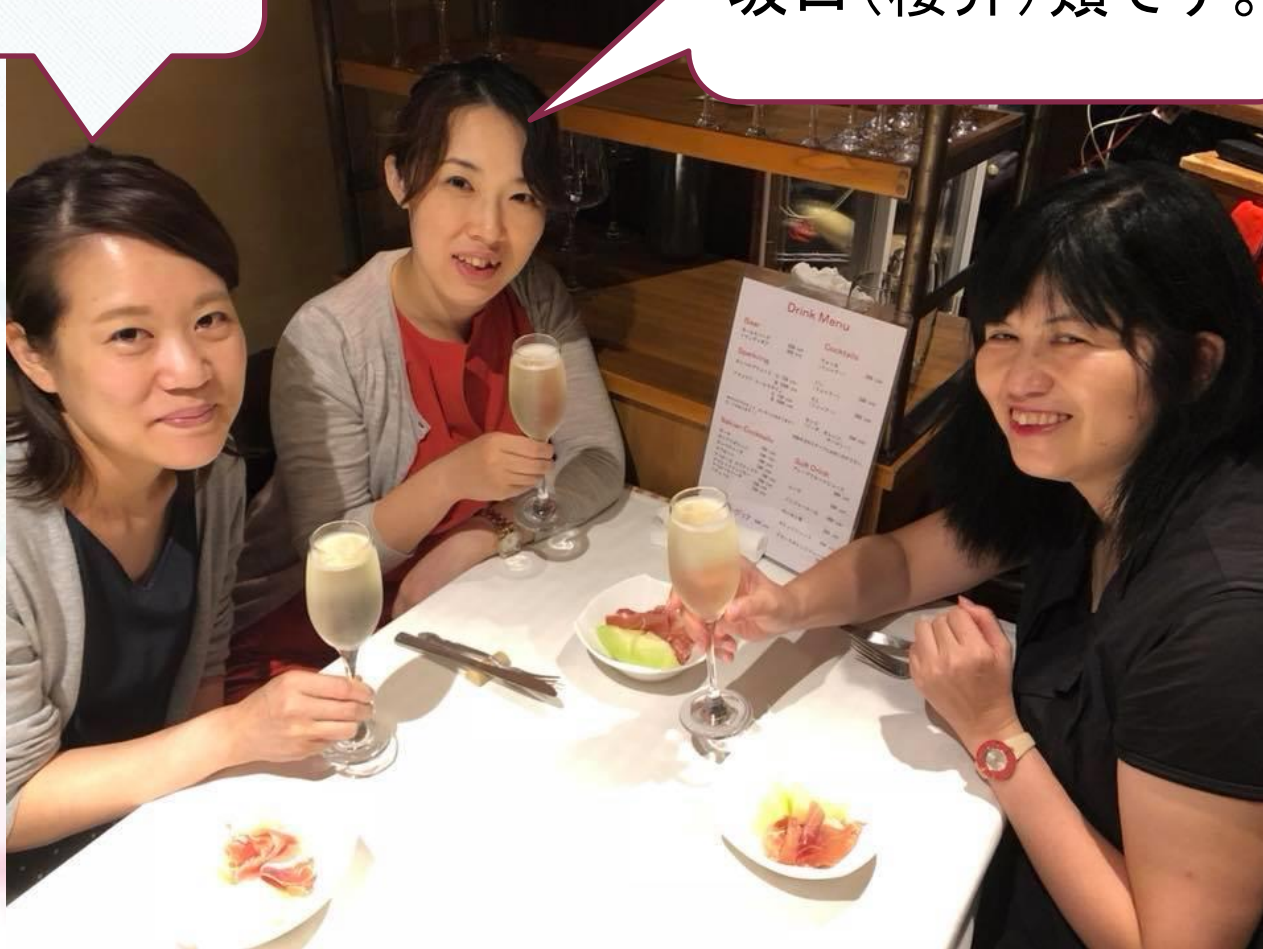
初台リハビリテ
ーション病院言
語聴覚士、宮
木絵里香です。



青は藍より出でて藍より青し。

都内の麻酔科医、
丸井輝美です。

静岡の精神科医、
坂口(櫻井)類です。



倫理学とは

具体的な生活の中で、個人と社会の、生きている
あなたや私の「べき」(＝規範)を問う学問

田上孝一『本当にわかる倫理学』

倫理学とは

哲学

倫理学

道德哲学

不完全義務

(例: 患者さんの意志の尊重)




法学

完全義務

(例: 説明義務)

倫理とは

具体的な生活の中で、個人と社会の、生きているあなたや私の「べき」(＝規範)を問う学問

- ①自分ならどうしたいか、 当事者意識
どうされたいかを
- ②わかりやすい言葉で  コミュニケーション能力
- ③多様な立場から対等に  協働(パートナーシップ)
語り合う

倫理とは

「医師の偏在は、若手医師のプロフェッショナル・オートノミーで改善するべきだ。」

①自分ならどうしたいか、
どうされたいかを ➡ 当事者意識

②わかりやすい言葉で ➡ コミュニケーション能力

③多様な立場から対等に ➡ 協働(パートナーシップ)
語り合う

倫理とは

「私のいる夕張に、まちづくり、地域医療の勉強に来て下さい。誰でも歓迎しますし、相談に乗りますよ。」

①自分ならどうしたいか、
どうされたいかを ➡ 当事者意識

②わかりやすい言葉で ➡ コミュニケーション能力

③多様な立場から対等に ➡ 協働(パートナーシップ)
語り合う

倫理とは

「ALSの患者さんの多くが人工呼吸器を装着すると、医療費が大変だから、装着しないべきだ。」と主張していた医師がALSになり、人工呼吸器を装着した。

①自分ならどうしたいか、
どうされたいかを

➡ 当事者意識

②わかりやすい言葉で

➡ コミュニケーション能力

③多様な立場から対等に
語り合う

➡ 協働(パートナーシップ)

多様な視点の重要性

- 人は、自分が正しいと思いこんだり、実際、ある程度正しいことを主張したりするとき、多様な視点を持つてなくなるのではないだろうか。



- **メタ認知**（認知に対する認知、つまり、見る、聞く、書く、話す、理解する、覚える、考えるなどの認知活動をもう一段外側からとえた認知）が重要である。

多様な視点の重要性



- 「自分は何がわかり, 何がわかっていないのか？」
- 「自分は倫理的なのだろうか？」
- 「もっといい意見はないだろうか？」



- 複数診療科に長けた人材、多様な経験のある医師、回り道医師は、己の内部に複数の視点を持っている点で貴重な存在である。

キャリアの柔軟性(米国)

Combined Residency Program

小児科レジデント
3年

内科レジデント
3年

内科・小児科
レジデント
4年

キャリアの柔軟性（日本）

上條吉人（かみじょう・よしと）先生

- ・化学科→医学部（母の死を契機として。）
- ・精神科→救急科（精神科医時代、担当患者さんが自殺企図して救急搬送され、助けられなかったことを機に救急医にもなった。

キャリアの柔軟性（日本）

臨床中毒学

監修 相馬一彦

執筆 上塚吉人

「いつの頃からか、
私は中毒の中毒になってしまった。」

臨床家のための
「トキシコペディア」。

医学書院



キャリアの柔軟性（日本）

上條Drは、北里大学医学部中毒・心身総合救急医学講座特任教授、兼救命救急講座在職時、同講座を、救急科と精神科の両方の専門医が取れる施設として登録した。

上條吉人Drの場合

幻の「救急科・精神科
Combined Program」

救急科専修医
3年

精神科専修医
3年

救急科・精神科
3年

臨床倫理と研究倫理

病院

臨床

研究

倫理

コンサル
テーション
チーム



倫理委員会

背景(研究)

1981(昭和56)年 日本医学哲学・倫理学会設立

1982(昭和57)年

徳島大学医学部に倫理審査委員会設置

1988(昭和63)年 日本生命倫理学会設立

1992(平成4)年

すべての大学医学部に倫理審査委員会設置

2008(平成20)年

「厚生労働科学研究における利益相反 (Conflict of Interest: COI) の管理に関する指針について」

利益相反

- 教育・研究・臨床の従事者としての社会的責任と、外部との関係から得る利益とが衝突・相反するため、「公正な姿勢」が損なわれる、または損なわれるのではないかと第三者から疑われること。
- 有無は問題ではなく、開示・管理が大切である。
- 広義の利益相反(利害関係)の開示・管理も大切だと思われる。

(例1) 弁護士が医療事故調査について訴訟が増える方向の提案をすれば、利益につながる。

(例2) ワクチン接種を推奨すれば、利益を被る機関がある。

背景(臨床)

2003(平成15)年

東大病院「患者相談窓口設置」(医療法施行規則)

2007(平成19)年

東大病院「患者相談・臨床倫理センター」

(臨床倫理コンサルテーション開始。「終末期の医療ガイドライン」で「倫理的助言を受けられる専門家で構成された委員会の設置と支援」が言及された)

2009(平成21)年

臨床倫理(第1回白浜記念)ワークショップ開始

2012(平成24)年 日本臨床倫理学会発足

人はなぜ「非倫理的」になるのか？

- しかし、本当に医療界は以前より倫理的になっているのでしょうか？
- 2013年 ディオパン論文不正事件
- 一部のがん診療連携拠点病院で、医学的根拠の蓄積されていない「がん免疫療法」が行われていると推測されている。

人はなぜ「非倫理的」になるのか？

- 金銭、名誉、権力目的
- 倫理委員会が非倫理的である。
- 医学部入試の方法
- 医学部教育の方法
- 「倫理」が形だけのものになっている。
- 自分の頭で考えていない。

人はなぜ「非倫理的」になるのか？

- 大多数の「普通の」医療者は、どういう時に「非倫理的」になるのか？
- 空腹のとき
- 診たくない患者さんを紹介されたとき
- 心身に余裕がない時

→セルフケア？「働き方」改革？

→システムや組織で守られること

人はなぜ「非倫理的」になるのか？

1984年 **リビー・ジオン(18歳)事件**

ニューヨーク病院の救急外来で、インターンとレジデントが興奮と高熱に鎮痛薬使用後、高体温で死亡。抗鬱薬との相互作用によるセロトニン症候群だった。



1986年 ニューヨーク州高位裁判所判決

インターンやレジデントの長時間労働が、医療の質に悪影響を及ぼすとして(インターンが無診察で指示)、連続勤務時間の規制を提案した。

2003年 ACGME(米国卒後医学教育認定評議会)が80時間労働規制を施行

リビー・ジオン事件の意義

- ・長時間労働が医療の質に悪影響を与えるとして、研修医の労働条件が改善された。
- ・その提案の契機は、遺族がもたらした。
- ・日本では医療事故調査制度成立の経緯などにおいて、医療者と患者・家族との間に大きな溝がある。

「ウログラフィン」誤投与

2014年4月 国立国際医療研究センター病院で、整形外科の後期研修医が脊髄造影時に「ウログラフィン」を誤投与し、患者さん(78)が死亡した。

2019年7月14日 刑事裁判で、一審判決(禁固1年、執行猶予3年)が言い渡された。



日本では同様の医療事故が7件起きており、すべて当事者の医師個人が刑事罰と医業停止などの行政処分を受けている。

医療安全と責任に関する世界標準

「有害事象の報告・学習システムのためのWHOドラフトガイドライン」(2005)の7原則のうち重要な4原則

| | |
|-------------------------------|--|
| 非懲罰性 (Non-punitive) | 報告者も、他の関係者も、報告の結果罰せられてはならない。 |
| 秘匿性 (Confidential) | 患者、報告者、施設が特定されてはならない。 |
| 独立性 (Independent) | 報告制度が報告者や医療機関を罰する権力を持ついずれの組織からも独立している。 |



| | |
|---------------------------------------|---|
| システム指向 (Systems-oriented) | <u>改善勧告は、医療者個人の行為よりも、システム、診療の過程、結果などに焦点を当てるべきである。</u> |
|---------------------------------------|---|

「ウログラフィン」誤投与

●法的義務ではないのに警察に通報され、後期研修医が刑事罰を受けるに至った。

➡ ~~独立性~~

➡ ~~非懲罰性~~

●病院が記者会見して謝罪したため、後期研修医の名前が特定され、社会的にバッシングされ、医師生命も脅かされた。

➡ ~~秘匿性~~



~~システム~~指向

日本の研修医の労働条件

- 1998年8月16日、春に医師免許を取得し6月1日から関西医大病院耳鼻科研修医になった森大仁さん(26)が、急性心筋梗塞で死亡した。
- 平日は7時半から22時頃まで約15時間勤務し週末も出勤。月収6万円で、時々胸痛を訴えていた。
- 2002年、3度目の申請で労基署による労災認定もされ、遺族が過労死を主張して同病院に損害賠償を求めた別の訴訟でも、病院は賠償を命じられた。
- 2005年6月、遺族が未払い賃金59万円を求めた裁判で最高裁は初めて「研修医も労働者」と認めた。

日本の研修医の労働条件

- 2002年1月、父の森大量氏は、会社の労務環境を指導する社会保険労務士で、全国の労務士に呼びかけ、「研修医 医師 労働条件を改善する会」を結成した。
- 2004年、厚労省は、医療の質の向上を目的に2年間の初期臨床研修を義務化し、病院側には研修プログラムの強化とともに、月30万円程度の収入の確保を求め、アルバイトも禁止した。
- 大学病院など、低い給与の病院も残り、アルバイトで収入を補えないなどの課題も残っている。

塚田真紀子
Machiko Tsukada

研修医は なぜ死んだ？



日本評論社

倫理的であるためには

- 父の森大量さんは冊子「自分の身は自分で守れ～研修医・医師の皆さんへ～」を刊行した。
- 倫理的にふるまうためには、システムや組織に守られ、身心に余裕がある状態である必要があるのではないか。

医療倫理の4原則

①患者の自律性の尊重 (Respect for autonomy)

自由かつ独立に、思考、決定、行動する患者さんの能力を尊重する。

②善行 (Beneficence) 最善を尽くす。

③無危害 (Non maleficence) 危害を加えない。

④正義 (Justice)

分配的正義 (類似の状況にある患者さんは同じ医療が受けられる) などの社会的正義。

Beauchamp and Childress; Principles Biomedical Ethics, OUP, 5th edition 2001 <http://bit.ly/BCFour>

症例1

50代、男性。

アルコール性認知症で精神科単科のA病院に入院中、心窩部痛が出現し、総合病院の消化器内科外来で精査した所、早期の胃癌と診断されたが、本人は「無駄な延命、苦痛のある治療はせず、穏やかに暮らしたい。」と、手術は希望していない。親族は遠方にいる病弱な兄のみで、「自分はお金も手も出せないなので、病院にすべて任せます。」と言っている。障害年金で生活している。

症例1

- ①患者の自律性の尊重 → 「手術はしたくない」
→ 本人の判断能力は？
- ②善行 → 手術をしないことが善行なのか？
手術をすることが善行なのか？
- ③無危害 → 何が無危害なのか？
- ④正義 → 何が正義なのか？

医療倫理4原則の限界

臨床倫理の4分割法 (Jonsen)

医学的適応 Medical Indication (②善行 / ③無危害)

1. 診断と予後
2. 治療目標の確認
3. 医学の効用とリスク
4. 無益性(futility)

患者の意向 Patient Preferences (①患者の自律性の尊重)

1. 患者さんの判断能力
2. インフォームドコンセント
(コミュニケーションと信頼関係)
3. 治療の拒否
4. 事前の意思表示 (Living Will)
5. 代理決定(「最善の利益」とは何か)

QOL (幸福追求 Well-Being)

1. QOLの定義と評価
(身体、心理、社会、スピリチャルな側面から)
2. 誰がどのような基準で決定するのか
 - ・ 偏見の危険
 - ・ 何が患者にとって最善か
3. QOLに影響を及ぼす因子

周囲の状況 Contextual Features (④正義)

1. 家族や利害関係者
2. 守秘義務
3. 経済的側面、公共の利益
4. 施設の方針、診療形態、研究教育
5. 法律、慣習
6. 宗教
7. その他

臨床倫理の4分割法 (Jonsen)

医学的適応 Medical Indication

(②善行 / ③無危害)

1. 診断と予後 早期胃癌。部分切除で完治。
2. 治療目標の確認 延命とQOL
3. 医学の効用とリスク 手術時のリスクはある。
4. 無益性(futility)

手術が有効であり、放置や他の治療法の方が、有害無益である可能性が高い。

患者の意向 Patient Preferences

(①患者の自律性の尊重)

1. 患者さんの判断能力
不十分(なるべくあると思って対応)
2. インフォームドコンセント 最善を尽くした。
(コミュニケーションと信頼関係)
3. 治療の拒否 手術は拒否
4. 事前の意思表示 (Living Will) 未
5. 代理決定(「最善の利益」とは何か)
院長を代理としてチームで決定

QOL (幸福追求 Well-Being)

1. QOLの定義と評価

手術によりQOLも維持できる。

2. 誰がどのような基準で決定するのか

- ・偏見の危険 チームで決定
- ・何が患者にとって最善か

延命とQOL維持

3. QOLに影響を及ぼす因子

腫瘍の増大、飲食への影響

周囲の状況 Contextual Features

(④正義)

1. 家族や利害関係者 兄は病院に一任
2. 守秘義務 守った。
3. 経済的側面、公共の利益 手術が最善
4. 施設の方針、診療形態、研究教育
手術以外の治療や緩和ケア目的の他院入院は難しく、院内でも困難である。
7. その他 父が胃全摘後に苦しみつつ死去

症例2

30代、男性。頭頸部腫瘍進行期。

約6年間に計8回の腫瘍切除、形成手術の他、化学療法、放射線治療、動注療法も行ったが病勢の抑制が困難になり、緩和ケア病棟に転床。直後に腫瘍が急激に増大し、拒否的だった気管切開も家族を思って施行。腫瘍はメロン大となり、口腔と右眼から突出、右の視力と聴力を失った。転床直後から、**主治医以外のほぼ全員に筆談で「死にたい」と訴えた。**

症例2

転倒数か月後、痛みはモルヒネの経管投与量で調整していた。「眠る」という言葉に拒否的だったが「休む」ことは好んだ。主介護者の母と医療者の叔父が「見るのも辛いし本人は判断が難しいと思うので、本人に黙って持続鎮静を開始してもらえないか」と言った。

数日後、腫瘍からの出血が止血困難となり、血圧が徐々に低下し始めた。本人が初めて、「もうきつい、死にたい。」と主治医にも意思表示した。家族や担当ナースに別れのメッセージを書き始めた。

症例2

・持続鎮静開始のタイミング、目的、方法はどのように考えたらよいのでしょうか？

・コントロールが困難な苦痛・苦悩に対し、どのように向き合うとよいのでしょうか？

臨床倫理の4分割法 (Jonsen)

医学的適応 Medical Indication

(②善行 / ③無危害)

1. 診断と予後 頭頸部腫瘍。予後は厳しい。
2. 治療目標の確認 緩和ケア
3. 医学の効用とリスク 症状緩和が延命につながる可能性はあるが、持続鎮静を開始すると予後が短くなるリスクあり。
4. 無益性(futility) N/A

患者の意向 Patient Preferences

(①患者の自律性の尊重)

1. 患者さんの判断能力 ある程度あるが、苦痛と筆談のため意思疎通が困難
2. インフォームドコンセント 済だが、持続的鎮静の選択肢や予後は明示していない。
3. 治療の拒否 「眠る」という言葉に拒否的
4. 事前の意思表示 (Living Will) 事前はなし。主治医以外に「死にたい」。
5. 代理決定 チームで相談。

QOL (幸福追求 Well-Being)

1. QOLの定義と評価
呼吸、飲食、発話が困難。痛み、呼吸苦、痰の貯留、顔面の大きな変化あり。
2. 誰がどのような基準で決定するのか
倫理的ジレンマをチームで相談。
 - ・偏見の危険
 - ・何が患者にとって最善か
3. QOLに影響を及ぼす因子 アロマ、音楽

周囲の状況 Contextual Features

(④正義)

1. 家族や利害関係者 両親、姉が同居。医療者の叔父、母の順に持続的鎮静を要望。
2. 守秘義務 果たした。
3. 経済的側面、公共の利益
患者さんの苦痛軽減と家族を支援することが最優先。
4. 施設の方針、診療形態、研究教育
多職種連携ができていた。

討議

- 主治医は、「もう少し早く持続的鎮静をしてもよかったのではないか。」と自問し、皆に問いかけているのではないか。

討議

- 本人は、「休む」ことは好きだったので、もう少し早く、本人にも説明してミダゾラムの**自律的短時間投与**（寝たい時に寝て1～2時間で起きるように設定すること）を行ってもよかったのではないか。

討議

- 自分も最近、進行した癌で夫を亡くしたが、夫は家族のために生きていたと思う。しかし、最後、夫が初めて「もう....。」と言い、家族、関わるスタッフが**満場一致になった瞬間**があった。この患者さんも、そういうタイミングだったのではないかと思います。

事前指示書 (Living Will)

- その瞬間の本人の意思も、不明確な事がある。
- 健康な本人が「いざという時」の自分の意思を予測して「事前指示書」(先行的自律、ドゥーキン)で行う代弁には限界がある。
- 当事者(関係に引き入れられている人たち)、広義の関係者も流動的である。
- 認知症の患者さんの「当時面」を決定する責任と権利は、以前の当人か、家族・親族か？

事前指示書 (Living Will)

- ・ 家族や医療者が従ってくれるかどうか不明確
 - ・ 現実には、人手や時間、緊急度の制約などにより、従えない場合も多々ある。
- 意思疎通、周囲の理解、社会的仕組み
(事前指示書に従った医師の責任や罪を問わない)
- 自立や自己決定は、本人を超える人間的、社会的
広がりの中で初めて意味を持ち、実現可能になる。

多様な立場から対等に語り合う

協働的意思決定

(シェアードデシジョンメイキング、
Shared decision making)

オープン・ダイアログとは？

- フィンランドで始まった、精神疾患の患者さんを中心に行われている対話の主眼をおく手法。
- 苦痛をもっている本人が、ピア（当事者体験を持つ人）も含めて他との間で作り出す現実を正当なものとして認め、本人がいる場で計画を作ること、権限（パワー）をわかちあう。
- 家族療法からの流れもあり、本人の貢献や役割に価値を置くことで、本人が自分全体として感じるすることができる。

「倫」とは

- 「倫」はものを立て並べて円くし、全体を成すもので、相寄って成る関係のものをいう。→「輪」
(白川静『新訂 字訓』、平凡社、2005年10月)



- 「倫」は人が相寄って円くなり、全体をなす間がらの意。

倫理とは

具体的な生活の中で、個人と社会の、生きているあなたや私の「べき」(＝規範)を問うこと

- ①自分ならどうしたいか、どうされたいかを ➡ 当事者意識
- ②わかりやすい言葉で ➡ コミュニケーション能力
- ③多様な立場から対等に語り合う ➡ 協働(パートナーシップ)

御清聴ありがとうございました。
waruko_sugihara@yahoo.co.jp

