

Title	ケアの「人間化」のために I : 淀川キリスト教病院における、対話を取り入れた臨床倫理検討会についての考察
Author(s)	高橋, 綾; 川崎, 唯史; 本間, 直樹
Citation	Communication-Design. 2014, 11, p. 1-25
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/50095
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

ケアの「人間化」のために I

淀川キリスト教病院における、対話を取り入れた臨床倫理検討会についての考察

高橋綾 (大阪大学コミュニケーションデザイン・センター：CSCD)

川崎唯史 (大阪大学大学院文学研究科博士後期課程・日本学術振興会特別研究員DC)

本間直樹 (大阪大学CSCD)

Thinking on Clinical Ethics through Dialogue among Medical Workers

— Toward “Humanization” of Caring I

Aya Takahashi (Center for the Study of Communication-Design: CSCD, Osaka University)

Tadashi Kawasaki (Osaka University, Graduate School of Letters /

Research Fellow of Japan Society for the Promotion of Science)

Naoki Homma (CSCD, Osaka University)

本稿では、大阪市内の病院において行われている臨床倫理に関する研修会での対話を紹介、分析し、それが参加者にどのような変化をもたらしたかについての考察を行った。この研修会の特色として、事例検討に続き、事例に関連する一般的なテーマについて、個人的な経験もまじえて語り合い、考える「倫理カフェ」という対話セッションを設けたことがある。それによって、参加者たちは医療者として自分たちが持っている前提や医療現場のルーティンを意識化することができた。さらに続く振り返りのセッションでは、最初の事例に戻って考えながら、そうした前提やルーティンを人間であるという視座からリフレームして、患者や家族の自然な生のあり方を受け入れることや、変容していく社会のなかで求められる医療やケアの新しいあり方について考えることが可能になっていると考えられた。さらに、筆者達は、ケアする人同士の対話は、科学化・効率化する医療、ケアの中で疎外されている、ケアする人と患者の自然な生についての語りを回復させ、ケアする人やケアのあり方そのものを「人間化」することにつながるのではないかという展望を持つに至った。

In this article, we would like to discuss the meaning of dialogues held in workshops on clinical ethics in a hospital in Osaka City. The workshops consist of 1) a clinical case examination, 2) a “philosophical cafe” on an ethical subject abstracted from the case, and 3) a case re-examination dialogue from a broader perspective. After outlining the three workshops, we will analyze in detail two sets of workshops held in 2012-2013, considering how the participants have changed their attitudes toward the cases through the philosophical cafes and case re-examination dialogues. As we will see, in philosophical cafes they became aware of some assumptions they had as medical workers, and so perceived the case differently in the third workshop: for example, they came to accept the natural way of living of patients and their families and to put the socio-political situation of medical care in a critical perspective. In conclusion, we would offer the view that dialogues among medical workers can revive their narratives on lives of patients and of themselves and therefore “humanize” their caring practice under threat of efficiency and scientification.

キーワード

臨床倫理、対話、ケアの人間化

Clinical Ethics, Dialogue, Humanization of Caring

はじめに

本稿の目的は、淀川キリスト教病院（大阪府大阪市）においてこの病院に勤務する看護師・訪問看護師・医師・ソーシャルワーカーなどの医療従事者を対象に行われている「臨床倫理検討会」（以下、「検討会」と略記）において導入された「倫理カフェ」「(事例) 振り返り」という対話型セッションについてその意義を考察することにある。

臨床倫理における事例検討については、その方法に関する研究はなされてきたが¹⁾、事例検討を行うことを通して医療者の考えや実践にどのような変化が起こるかを検討する研究は管見のかぎりまだなされていない。本稿は事例検討の新たな方法の試みを紹介するとともに、検討会参加者の変容に着目することによって、事例検討の経験が医療者に与える影響をも考察するものである。とはいえ、淀川キリスト教病院での検討会に対話型セッションが取り入れられたのは、後述するように検討会を運営するコアメンバーから発せられた実践上の要請に応じてのことであり、事例検討の方法をめぐる臨床倫理学の議論が先にあり、それを適用したということではない。また、筆者らが検討会に参加・協力しているのも、臨床倫理の専門家としてというよりも対話型セッションの進行役としてであり、初めから事例検討の方法を検討・改善することを目的としていたわけではない。したがって本稿は、臨床倫理に関する理論的な考察というよりも、対話セッションの試行とその進行という実践を経て、検討会の意義を検討するという意味で、アクションリサーチ型研究の一端をなすと言える²⁾。

対話型セッションを導入した検討会自体は2009年度から行われているが、2012年度からは、事例検討を行った後、その事例に含まれる一般的な問いについて対話を行うという従来の「検討会」の流れに加え、その後に、もう一度事例に立ち返り、その事例や患者、家族に対する医療者の関わりを見直すという3セッション目が設けられている。本稿では、この3つのセッション、特に、対話のセッションと対話の後のセッションの内容を詳しく検討することによって、事例に基づいた対話を行うことで、どういった変化が参加者に起こったのか、「検討会」における対話セッションの意義を明らかにすることを目的とする。

そこで以下では、淀川キリスト教病院の「臨床倫理検討会」と対話型セッションの導入の経緯やその形態について紹介し、2012年度、2013年度に行われた「検討会」での対話について、記録を元に分析を加える。その上で「検討会」に対話セッションを取り入れることの意義について考察を加える。

1. 淀川キリスト教病院における「臨床倫理検討会」と対話セッションの導入

1.1 導入の経緯と2011年度までの検討会について

淀川キリスト教病院における「臨床倫理検討会」³⁾は、病院に勤務する看護師、訪問看護師、医師、ソーシャルワーカーなどの医療従事者たちが集まり⁴⁾、各病棟であった倫理的な対応や思考が求められる事例について分析、振り返りを行い、次の実践につなげるために行われている院内の研修会の一つである。検討会には、毎回各病棟の看護師を中心に20-40人程度が参加し、10人程度のグループに分かれて事例の検討や対話を行っている。この検討会は、哲学対話を促進・支援する団体「カフェフィロ」⁵⁾と病院の検討会コアメンバー⁶⁾との協力によって開催されており、本稿執筆者である高橋や川崎などが進行役として対話に参加している。カフェフィロのメンバーは単に対話の進行をするだけでなく、検討会の形式や方法に関しても病院側のコアメンバーとともに話し合い、その意義や効果を検討し、改善の提案も行っている。

この検討会に対話セッションが取り入れられるようになったのは2009年6月からである。それ以前は現在も用いられている「臨床倫理検討シート」(後述)を用いた事例検討のみが行われており、そこに倫理学の専門家⁷⁾が同席して、コメントをするという形がとられていた。2009年度からは、検討会のコアメンバーから、事例検討だけではなく、参加者たちが自分たちの考えを話し、聞き合う対話型セッションを取り入れたいという希望があったため、事例検討に続くものとして、カフェフィロメンバーが(倫理学の専門家という立場ではなく)対話を促進する進行役という形で参加する対話型セッションが、新たに「倫理カフェ」



写真1 検討会での対話の様子

という名称で取り入れられることとなった⁸⁾。

2009年度から2011年度までは、月に1回、2時間程度の検討会が年6回開催された。ここでは、各病棟から出された対応が難しかった事例について、臨床倫理検討シートに基づき事例の分析や対応の検討を行う回と、その事例から参加者が気になることを抽出し、それをより一般的な問いの形にして対話を行う「倫理カフェ」の回の2セッションを1クールとして、二ヶ月連続の検討会を計三回行った⁹⁾。

事例検討の後に対話型のセッションを取り入れたことで、参加者からは、「患者を取り巻く社会的環境などに関する新たな視点を発見することや他人の意見を聞くことによって多くの価値観に触れることができていた」という肯定的な評価もなされた半面、一般的なテーマについて話し合う対話セッションだけで終わってしまうため、話し合われたことが具体的などのような臨床実践につながるのかが見えにくいという問題点も挙げられた。こうした意見を踏まえて2012年度からは、検討会の構成が見直されることになった。

1.2 2012年度・2013年度の検討会

2011年度の報告書において、倫理カフェでの話し合いがどのように臨床に活かされているかを評価しがたいという見解が出されたことを受け、2012年度からの検討会の方法が検討された。運営担当の看護師たちとカフェフィロのメンバーとのミーティングでも、倫理カフェで一つのクールを終わらせてしまうと、対話した内容がうまく臨床での実践・思考に結びつかないままで終わってしまう参加者もいるのではないかという意見があったことから、倫理カフェで話したことをふまえ、もう一度最初の事例を見直して、話し合うという「振り返り」のセッションを設定することが決まった¹⁰⁾。そこで2012年度は、検討会を年6回開催することになりはしないものの、事例検討・倫理カフェ・(事例) 振り返りの3セッションで1クールを構成し、年に2クールを行うことにした。以下ではその3つのセッションにおいてどのようなことが行われているのかを簡単に紹介する。

1.2.1 事例検討

最初に行う事例検討では、清水哲郎氏の主宰する「臨床倫理プロジェクト」によって作成された「臨床倫理検討シート」を用いて、一つの事例を一時間ほどかけて検討する¹¹⁾。

事例はクールごとに異なる病棟から提供される。シートは「ステップ1」(本人プロフィール・経過・分岐点)の欄が記入された状態で参加者にあらかじめ配布される。事例検討の場では10名程度のグループに分かれ「ステップ2」(情報の整理と共有)と「ステップ3」(倫理的な観点からの検討)の項目を話し合いながら記入していく。

ステップ3の倫理的観点としては、医療倫理の原則にもある(1)相手を人間として尊重する(自律尊重)、(2)相手にできるかぎり大きな益をもたらす(与益・不加害)、(3)社会

的視点で適切であるように（公平さ）、の三つが記入項目として挙げられており¹²⁾、参加者たちはこの三つの観点から事例について分析、考察する。

事例検討セッションではカフェフィロメンバーは進行せず、参加者の中で司会を決め、シートの手順にしたがって考え、事例の分析を述べて行く。最後に各グループの検討内容を全体で共有し、次回の倫理カフェで話したいテーマを募る。事例検討の終了後、コアメンバーとカフェフィロの担当者で簡単なミーティングを行う。このミーティングにおいて、事例検討の際に出た意見を参考にしながら、倫理カフェのテーマまたは問いを決定する。病院のコアメンバーが作成した、事例検討の目標は次の四つである¹³⁾。1) 臨床で看護職が経験するジレンマの状況を、倫理原則、理論、基準を用いて批判的に分析し、どのような倫理的問題が包含されているかを明らかにする。2) 看護職が体験する倫理的ジレンマの解決の糸口を見出す力を習得する。3) 実践での倫理問題に関する看護職の責任を認識する。4) 倫理的問題が生じた際には、他職種を交えた意見交換を行うことができる。

1.2.2 倫理カフェ

一ヶ月後、事例から抽出されたテーマで、対話セッションを行う。二番目のセッションは、準備なしで気軽に参加し、色々なことを話してほしいという意図から「倫理カフェ」という呼称が用いられている。倫理カフェにおいては、事例検討の際と同じグループで話し合いがなされ、そこにカフェフィロメンバーが各グループに一人ずつ入り、対話の進行を行う。最後に全体で行うまとめの際にも、進行役が話し合った内容をまとめて発表する。

前述の「臨床倫理検討シート」では、「ステップ3」に続き、問題解決や合意を行い、今後の対応やケアについて話し合う「ステップ4」がアウトプットの段階として設定されている¹⁴⁾。淀川キリスト教病院での検討会の特徴は、このアウトプットの段階に代わるものとして、「倫理カフェ」（とそれに続く事例振り返り）という対話のフェーズを取り入れた点にある¹⁵⁾。

倫理カフェで重視されている点としては、1) 一つのテーマについて、自分の考えを明確にし、他人の考えに向かい合い、共に考えを深める、ということと、2) 医療者という立場だけでなく一個人としてテーマを考え、問題の根本を見出すことができるようになる、ということがある¹⁶⁾。1) については、事例検討では時間的制約もあり、事例の整理・分析に関心が向けられるため、参加者が意見を交換する時間は取りにくい。そのため、事例から発展させる形で、事例や対象についての考察ではなく、それぞれが感じ、考えていることを話し合える機会を倫理カフェという形で設けることにした。しかし、2) にあるように、倫理カフェは問題解決を目指す対話ではない。むしろ、取りうる治療の選択肢についての分析・考察、解決策の模索ではなく、事例全体を通じて医療者が問題と感じていることは何か、他の病棟の医療従事者とも共通して話し合える問題があるとすればそれは何かというかたちで、

資料1

淀川キリスト教病院で用いられている「臨床倫理検討シート」(臨床倫理プロジェクト [2013])

[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	2A-2 社会的視点から
2A-3 説明	家族に対して
B 本人・家族の意思と生活	
2B-1 本人の理解と意向	2B-2 家族の理解と意向
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)	

〔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

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

より一般的・根本的な問題を「発見」し、それについて話し合うことが目指される。また、そのような根本的な問題について、医療や看護の前提をいったん括弧に入れ、一個人として語り合うことで、患者の立場や社会的な視点から問題や事例を見ることができるようになることを狙いとしている。

これらの目標を達成するために、話し合いの組織、進行の仕方として、重要なことは四つある。

- 1) 参加者の能動的な参加、発言、意見交換を促すこと。事例検討のように手順にしたがって分析項目を発表し、まとめるという形ではなく、進行役は問いに関連して、個々の参加者が話したいと思う事、互いに気になることを問い合い、考えることができるように進行をする。
- 2) 問いの設定は重要であり、倫理カフェのテーマや問いを決める際には、事例に含まれてはいるが、事例から離れ、一般的な問題として考えることのできるもの、医療現場に限定されないテーマや問いをあえて選ぶようにしている。
- 3) 実際の対話において、前回に検討した事例のことはいったん脇に置き、テーマまたは問いに向き合うことから始めること。事例への言及が禁じられるわけではないが、参加者は病院内外でのそれぞれの経験や考えたことから話し合い始めることが多い。進行役もそうした発言を促す。医療従事者ではない進行役が自分の日常で経験したことを話すことによって、参加者も医療者という立場を強く意識しないで話すようになることもある。
- 4) 全員が納得できる問いへの答えを探すのではなく、対話の中で考えを深めることを目指して、時間がなくなるまで話し合うこと。倫理カフェでは合意形成ではなく、多様な観点から考え、話し合いを通じた思考の深化を重視する。

1.2.3 振り返り¹⁷⁾

振り返りの際も倫理カフェと同様にカフェフィロのメンバーがグループに一人ずつ進行役として参加する。諸事情によりかなわないこともあるが、可能な限り倫理カフェと同じメンバーで、振り返りセッションも対話ができるように調整している。また、振り返りを意味あるものにするため、倫理カフェで話し合われた内容についてまとめたものが振り返りの前に参加者に配布されている。振り返りを開始する際にも、進行役が前月の倫理カフェの概略を簡単に伝えることがある。

コアメンバーによって、振り返りについては、1) 倫理カフェでの話し合いを踏まえて、事例を再検討する、2) 視野を広げることにより事例の見方についても差があることに気づく、という二つの目標が立てられている¹⁸⁾。話の内容や進め方に関しては、事前にこれについて話し合わなければならないということは設定されておらず、各グループの参加者の関心に応じて話が展開される。進行役は、倫理カフェの内容を踏まえ、改めて初めの事例を見直

したときにどんなことを感じるか、気づきや発見はあるか、というようなことや、またこの事例と同じような患者や家族に遭遇した場合どうすればよいのだろう、というようなことを問いかけ、出てきたことから対話の流れや中心的テーマを臨機応変に作り出す。

以下に2012年度、2013年度の実施内容について紹介しておく¹⁹⁾。

2012年度

	開催月日	参加者数	内 容
第1 クール	第1回 8月21日	31名	事例検討 「末期がん患者の高カロリー輸液の治療選択」
	第2回 9月18日	32名	倫理カフェ 「相手を思いやることとは」
	第3回 10月16日	28名	振り返り 「思いやり」の視点から検討
第2 クール	第4回 12月18日	24名	事例検討 「患者にDNR（蘇生措置拒否）の方針決定に参加してもらうか」
	第5回 1月15日	18名	倫理カフェ 「人としてみるとは？人として見られるとは？」
	第6回 2月12日	22名	振り返り 「人として」の視点から検討

2013年度

	開催月日	参加者数	内 容
第1 クール	第1回 6月18日	38名	事例検討 「病状理解と意向が十分に確認できない患者の治療の意思決定」
	第2回 7月16日	39名	倫理カフェ 「意思って何？」
	第3回 8月20日	34名	振り返り 「意思決定」の視点から検討
第2 クール	第4回 10月15日	38名	事例検討 「独居患者の治療選択」
	第5回 11月9日	35名	倫理カフェ 「おひとりさまの人生の最後」
	第6回 12月17日	33名	振り返り 倫理カフェの視点から検討

2. 対話セッションを取り入れることでの参加者の考え、事例に対する態度はどう変化したが

本節では、以上の検討会の形式、進め方の紹介を踏まえ、2012年度の第1クールと、2013年度の第2クールの内容を紹介するとともに、発言記録を分析し、事例への関わりの変化や参加者の気づきとしてどのようなことが起こったかを検討していく。

各年度から一クールずつ取り上げるのは、年度毎に参加者がかなりの程度異なるにも関わらず、次節で述べるようにいずれの年度においても同様の変化が見られたことを示すためである。2012年度の第1クールを取り上げるのは、医療現場によく見られる患者-家族関係の問題を含んだ事例であり、典型的な事例を扱った検討会がどのような経過を辿るかを示すためである。2013年度の第2クールを取り上げるのは、事例に関して、単に医療実践の問題としてではなく、政治的・社会的な側面をも視野に入れて話し合った場合にどのような変化が見られるかを考察するためである。

本節の執筆にあたっては、進行役として参加した際の観察と、発言記録を読み返した際の観察とを比較し、いずれにおいても際立っていた論点や意見を取り上げる。具体的には、複数のグループで重要な論点として参加者に受け取られ、時間をかけて話し合われていたもの、多くの発言の中で言及されたもの、その点をめぐって主張の重なりあるいは対立が見られたものを重視して詳述する。執筆者間でも、検討会においてどこに強調点があったかを確認して加筆・修正を行った。

ただし、以下で重視する論点の選定は、執筆者自身が進行役として検討会に参加していた以上、純粋に客観的なものではありえない。むしろ、上述のように進行役は参加者の発言に耳を傾けながら関心の集まっていると思われる論点を探っており、時にはそこに参加者の注意を集めるために介入することもある。さらに、倫理カフェと事例振り返りのセッション終了時の各グループのまとめとフィードバックも進行役が行っており、そこでも進行役から見た対話の流れ・起伏を述べている。とはいえ、進行役を務める者は、対話の流れを支配したり統御したりするのではなく、発言に応じて参加者の関心の所在や問題となっている論点を見定めるよう努めており、対話の実践を通してそうした訓練を積んでもいる。

2.1 2012年度の対話の分析

2.1.1 事例検討

2012年度の第1回の事例検討では、末期がんの治療選択において、身体的負担も大きく効果があまり期待できない治療を患者や家族が希望する場合、どのように対応し、治療を決定するかということが問題になった。事例検討の分岐点（複数の治療方針のうちどちらを選

ぶべきだったか、メリット・デメリットを挙げつつ検討する)としては、「末期がんの患者に本人、家族が希望している、高カロリー輸液(身体的な負担の多い治療)を実施するかどうか」が挙げられていた。しかし、参加者の多くは、治療の選択にも大きく影響を与えている患者や家族の背景や状況、この女性患者の場合、家族(夫)の「頑張ってもらいたい」という思いに応えようとするあまり、自分の思いを押さえて治療を続けようとしているのではないかと、ということに気がかけていた。そこから、患者が家族を思いやる気持ちと家族が患者を思いやる気持ちとがすれ違っているのではないかという疑問が生まれたことを受け、第2回目目の倫理カフェのテーマが「相手を思いやることとは」に設定された。

2.1.2 倫理カフェ

第2回の倫理カフェでは、この事例を離れて一般的に「相手を思いやるということ」について経験談や意見が交わされた。記録によれば²⁰⁾、以下のような論点が複数のグループで挙がっている。

1) 相手を思いやったつもりでも、相手の望むことと合致していない場合は思いやりと言えるか

第1回の事例に関連するこの論点は、ほとんどのグループで様々な経験が出され、話がなされている。どのグループでも、相手を思いやることは、自分の価値観の一方的な押しつけになってはいけない、という意見はありつつも、「思いやり」については目に見える利他的な行為に限らず、その背景にある「思い」が重要であるという観点から、相手にあえて厳しいことを言うことが思いやりになる場合もある、すぐにはそれに気づかなくても自分に余裕ができれば、あるいは時間が経てば相手が自分を思いやってくれていたということに気づくことがある、思いやったかどうかについては表面的な結果(相手の望むことであったか、感謝されたか)は関係ないのではないかというような意見が挙がっている。

2) 思いやりとは「ベーシックな他人への気遣い」である？

1) のような話を踏まえて、いくつかのグループでは、「思いやっているとすることをことさら意識するのはうまくいっていない場合なのではないか」、「思いやりというのはそれほど重大なものではなくもっと日頃自然に私たちがやっていること、『ベーシックな他人への気遣い』のようなものではないか」「信頼関係がベースにあれば、思いやりは(多少表面的な行き違いがあっても)存在している」という意見が挙がっている。参加者たちの中には、「思いやり」は相互行為や利他的行為そのものではなく、それらを支えるような次元にあるもの、すなわち愛情や信頼によってなりたつケア的關係と結びついていると考えた人もいたようである。

3) 看護師としての思いやりと、プライベートでの思いやりは違うのか

興味深いのはいくつかのグループで3) のような論点が話し合われていることである。これについては2) で考えられたように、思いやりが私たちの相互行為全般を支える「ベー

シックな他人への気遣い」であると考えられるとしたグループもあるものの、他のグループでは「思いやりは愛情がなくても、プロ（看護師）としての知識や技術があれば成立するのではないか」という意見が述べられている。この見解の差が何によるものなのかは、倫理カフェではそれ以上話し合われていないが興味深いものではある²¹⁾。

2.1.3 振り返り

こうした話し合いを踏まえて、第3回の振り返りセッションでは、事例関係者からこの患者や家族についてのより踏み込んだ紹介や経過報告があった後で、もう一度事例について思うこと、考えることを述べ合うことになった。事例検討や倫理カフェと比較する形で、振り返りにおいてどのようなことが話し合われたかを列記、分析する。

1) この家族の間には本当に思いのずれがあったのか？—死を間近にした患者、家族の気持ちに寄り添う

記録によると²²⁾、ほとんどのグループが、患者と家族の間に思いのずれがあったか、という点を中心に、本当にずれはあったのか、その場合どうすればよかったのか、ということ話を合っている。思いのずれがあったかどうか、という点については、「倫理カフェの話し合いをしてみて、患者にも家族にも、死を前にして『もっと生きたい、頑張っしてほしい』という気持ちと『もう死を受け入れなければならない、楽になりたい』という二つの相反する思いが出てくるのは自然なことである、と気づいた」という意見があったことに象徴されるように、患者も家族も死を前にしてこの二つの気持ちの間を揺れ動いており、そのことが「ずれ」に見えたとしても、根底にはお互いに対する深い気遣いや愛情が存在していたと、この家族の関係を捉えなおした参加者が多かったようである。他にも「二人で決めて頑張ってきたが、治療をやめたいということを知り、夫がショックを受けた。しかし、(患者は)本当にしんどくなってから『(治療を) やめたい』という気持ちになったので、不一致の時間はそんなに長くなかったのではないか。」「現状を受け入れるまでに時間がかかった。でも二人はその中で生きていきたのだから、二人には必要な時間だった。」という意見も出ており、この患者と家族の関係を「思いのずれがあり、それを修復できなかった」という形で捉えるのではなく、支え合って最期を迎えたのだと肯定的に見直し、受け入れるべきだと多くの参加者たちは感じたようである。

2) 医療者の対応、介入について

ただし、多くの参加者たちは、この事例を否定的な側面だけで語るべきではないということには同意しているものの、できれば患者と家族の気持ちの揺れを同期させ(あるいは違いがあることを双方が認めた上で)、最終的にはたがいに死を受け入れ、納得いく看取りへと着地させたほうがよい、と考えているようであった。そのため、短期的な意思疎通や治療選択のためではなく、看取りに至る長期的な視野の中で、医療者が個別に話を聞いて、それぞ

れの意向を知ることや、家族で話し合える場づくりをサポートすること、夫婦の関係はどうしても密になり、違いやずれを受け入れることができない場合もあるため、子どもなど他の家族にも話し合いに加わってもらうこと、そうした話し合いも、意向のずれを確認し意思決定するためというよりは、互いに思いやっているということを伝え合い、感じられるためになされるべきではないかという意見が出ていた。また、医療職の経験からは、病状に応じて患者の気持ちの変化があること、体調がしんどくなってくると相手を思いやることや思いやりを受け取ることが難しくなることは予測できることから、そのことをあらかじめ家族に伝えておき、患者が「これ以上頑張れないので、治療を中止したい」と伝えた場合には、「頑張ってもらいたい」という家族の思いが拒絶されたわけではないということが理解できるように、医療者は家族のショックをケアする必要がある、というような関わりの方向性も提示された。進行役としては、参加者たちが、患者の気持ちや家族の気持ちを自分のこととして考えながら、患者と家族の関係を再記述しようとしており、また医療者としての関わりも見直そうとしていた点が印象に残っている。

2.2 2013年度の対話の分析

2.2.1 事例検討

次に、2013年度の第2クールを例にとる。第1セッションの事例検討では、独居で老年の患者の事例が取り上げられ、その治療選択が主な問題となった。事例検討の「分岐点」としては、「長い間独り暮らしで親類と連絡が取れず、かつ認知症が進んでおり明確な意思表示や治療方針の決定をすることが難しいと思われる患者に経管栄養や延命措置を施すかどうか」という点が挙げられていた。このような場合、通常親族に連絡を取り、キーパーソンとして患者本人に代わって治療方針の決定を行ってもらわざるをえないが、この患者の場合親族には連絡が取れず、しかし栄養の摂取や急変時の治療行為については何らかの選択をせざるをえないという困難が生じていた。事例検討のなかでは、医療者が代理決定を行ってよいのか、この患者にとっての最善とは何なのかについて話し合いがなされた。倫理カフェのテーマとしては、こうしたケースは今後、高齢独居者が増えるなかで避けて通れないであろうということから、そうした高齢独居の進む社会における終末期のあり方について考えるために「おひとりさまの人生の最期」が選ばれた。

2.2.2 倫理カフェ

倫理カフェにおいて話し合われたことは、主に三つの観点に集約することができる²³⁾。

1) 自分自身の人生やその最期について考えることができた

自分の死はまだ先のことであまり考えられないと言う参加者もいた一方で、このテーマを見て「他人事ではない」、「自分のことだ」と感じたと言う参加者、家族に依存せず自律した

自分を保ちたいという理由で独居やグループホームを選択することを考え、準備しているという参加者も少なからず存在した。そうした参加者とともに考えることで、他の参加者も自分自身の最期に思いを馳せることができただろう。このようにテーマに向き合うことによって、独居老人の最期は、単に超高齢社会における医療の難題としてではなく、いずれ死を迎える私たちにとって余所事ではない切実な問題として捉えられたように思われる。

2) 一人で死ぬことについて考えを深められた

おひとりさまの最期に関する不安の多くは孤独死の暗いイメージに根ざしているが、家族と暮らしているとしても、自分の死は他ならぬ自分のものであり、他の人とは共有も交替もできないという点は動かない。いくつかのグループでは、このような死の代替不可能性という側面に注目したことによって、独居でも家族がいても、最期となればあまり関係がないのではないか、という見方が出ている。高齢者の独居に対しては、「さみしい」「家族に見捨てられた」というような否定的なイメージがつきまとうが、自律した生き方としてポジティブに独居（あるいは家族以外の他人との生活）を選択する人もいるという意見もあったことから、否定的なイメージを見直す契機となった。

3) これからの高齢化社会を見据えた看取りや医療制度のありかたについての意見が出された

独居の場合は早めにリビングウィルを書いておいたほうがよい（医療者としては確認しておいたほうがよい）という意見や、本人の意思不明時の代理決定をまずは親族に求める現行のやり方がこれからは立ち行かなくなるだろうという予測を踏まえ、患者の意思がより尊重されるように意思決定システムを変更していく必要があるという意見も出た。

2.2.3 振り返り

それでは、倫理カフェを受けて行なわれた事例の振り返りでは、どのようなことが話し合われたのか。以下、事例検討や倫理カフェに内容と対比しつつ、三つの側面に注目してまとめる²⁴⁾。

1) 患者や患者の意思／代理決定のありかたについて

事例検討では、身寄りと疎遠になった独居という状況は、自宅退院を難しくし、代理決定も望み薄にする治療選択上の困難として捉えられていたが、振り返りでは、そうした状況も含めてその人の生き方なのであり、医療者はその生き方を丁寧に汲んで治療を考える必要があるという見方が多くのグループで共有された。認知症についても、それによって患者は意思が確認できない状態になっていると安易に判断するのではなく、認知症の患者でも、「こうしたい」という意思の全く無い人は存在せず、感情的な表出や身体的反応、これまでの生活史のなかに表出されているその人の思いや生き方を汲み取ることが重要であるという意見が多く出ていた。（これについては、2013年度の第1クールで「意思って何？」というテーマで対話を行っていたことも影響していると考えられる。）

また、代理決定のありかたについても、本人に治療選択ができないと見なされる場合、どんなに疎遠であってもまず親族に代理決定が求められる現状こそが問題であるという見方や、医療者も、親族による代理決定にこだわらずに、親族以外にその人の生活や人となりを知る人からも情報を得て患者をよりよく知ることが必要だとする意見が出た。

2) 「積極的な医療行為をしない」という決定について

さらに、仮に医療者が代理決定の主体となりえるとしても、「積極的な医療行為をしない」という選択肢を（患者の意思である場合は別にして）医療者として取ることは心理的な抵抗があり、難しいという率直な意見が出された。他方で余分な治療をして患者を苦しめないことが最善なのではないかという意見もあった。通常、終末期の患者に積極的な医療行為（延命措置）をするかどうかについては、することに対して、しないことに対しても医療者は倫理的問題があると感じ、そこに葛藤や困難を感じることが多い²⁵⁾。今回の事例では医療者の代理決定が問題になっていることから、この葛藤がより表面化して検討の対象になったと言える。

3) 代理決定における医療者の責任、医療者の価値観と社会的な価値観の擦り合わせについて

医療現場では、通常患者か家族が治療選択を行うため、医療者が代理決定をすることは、大きな（法的）責任が問われる、また、それが負いきれない、代理決定することは恐いと感じる参加者が多かった。これからの社会状況では、医療者がやむを得ず代理決定しなければならないことが増えると予想されるため、その場合は、プライマリナースなど特定の医療者が悩み苦しまないために、情報をできるだけ沢山集め、また関係するスタッフで話し合っ確認した上で治療方針を決めるべきだということが複数のグループで話し合われた。また、病院のトップが方針を決め、きちんと責任を負ってほしいという意見もあったが、責任は大きいけれども、倫理委員会のようなトップダウンによる裁定を待つのではなく、現場の医療者たちがじっくり話し合うことが重要だという意見もあった。

さらに、終末期に積極的な医療行為をしない、ということについては、公正な資源配分やQOLの観点からも社会的には認知される事柄になっていることもあり、医療者も「治療」から「看取り」へと価値観をシフトさせていくべきではないか、という意見や、高齢化や独居の進む社会において、よりよい医療や看取りのシステムを構築していくためにも、医療者の側だけでなく、患者や家族、社会的な価値観の成熟も必要である、というより大きな社会的視点への言及も目立った。さらにカフェフィロの進行役がそれらをまとめる形で、医療現場ではこれまで法的な行為の正当性や責任をベースに考えることが主流だったが、「看取り」ということが重要になってくるとすれば、法的モデルでの「責任」だけではなく、患者、家族、医療者の「納得」ということも同様に重視されるべきではないかということを投げかけて振り返りが閉じられた。

3.

考察 — 「臨床倫理検討会」に対話セッションを取り入れることの意義について

最後に2012年度と、2013年度の対話とその分析を踏まえ、臨床倫理検討会に対話セッションを取り入れることの意義について考察を加える。これまでの対話の分析から、筆者達是对話セッションの意義として参加者たちが医療者として自分が持っている前提に気づくことができ、それをリフレームして柔軟に考えられるようになるという点があるのではないかと考える。その結果、臨床倫理における重要な観点として挙げられていた「相手を人間として尊重する」「相手にできるかぎり大きな益をもたらす」「社会的視点で適切であるように」という観点に関してもより深く考えることが可能になっているように思われる。以下ではこの点を中心に考察し、また、さらに今後の展望として、医療者同士の対話が、ケアする人同士のエンパワーメントとケアの「人間化」につながるのではないかとすることを述べて結びとする。

1) 医療者自身が倫理的、対話的態度をとることができるようになる

1.で述べたことと重複するが、確認のため述べておくと、対話セッションは事例検討シートを用いた話し合いだけでは不十分な点があり、それを補うために設けられたものである。検討シートセッションの限界として、時間の制約があることからシートに空欄を埋めるだけで終わってしまう、事例の分岐点の設定にしても、医療的な視点（どの治療を選択するか、そのメリット・デメリット）からなされるに留まってしまうことが多く、事例について深く考えるところまでは及ばない、シートのなかに話し合いの枠組みがあらかじめ設定されているため、「話したいことを話す」というより、シートに沿って「話さなければならないことを話す」という受動的な参加になってしまいがちである、というような点があった。

そこで、倫理カフェ・振り返りという対話セッションは、形式を変えながら一つの事例について三ヶ月間連続で考えることによって、医療的視点以外も含めいろいろな角度から事例についてじっくり考えることができ、さらに、進行役の助けによって、参加者たちが他人と話し合うことや、共に考えることを、能動的、自律的に行うことができるようになるために設けられた。対話の記録や感想からも、参加者の考えは深まり、同僚や他人と話し合うことに対する能動性が生まれていることが伺える。

清水は臨床倫理について「患者の個別的事情、家族の思いを加味して、この方にとって何が大事かを考えていく」ことや、「患者・家族の意向は変り得る」ことに加えて「自分たち医療チームの判断・評価も動く可能性を認めつつ、相手の言葉に耳を傾ける」ことが重要であると述べ²⁶⁾、そうした態度を現場で働く医療者たちがとることができるようになるために臨床倫理事例検討シートを活用し、個別のケースについて考えることを勧めている。しか

し、清水が挙げているような医療の臨床において必要になる倫理的態度は、優れて対話的なものであり、事例検討シートだけの話し合いでは、そうした態度を涵養することは難しいと思われる²⁷⁾。淀川キリスト教病院の臨床倫理検討会の場合は、医療者同士が対話するなかで、互いの差異に気づきながら、それでも自分たちで共に考え、能動的に考える場を作っていくことによって、医療者自身が対話的、倫理的態度をとることができるようになる学びの環境を提供できていると言える。

2) 医療者（としての自分、自分たち）が持っている前提に気づく

さらに、「倫理カフェ」の対話の特徴として、単なる事例に基づいた対話セッションではなく、事例に関係する一般的な問いについて語り合うということ、医療現場以外の日常の経験からも問いについて考えるということをしているという点にある。そのことの意義はどこにあると言えるだろうか。

倫理カフェや振り返りのなかでは、しばしば個人としての自分と医療者としての自分の間の開きについて言及がなされている。「プライベートでの思いやりと職業上の思いやりは同じか、違うか」、「自分個人としては自律を大切に、家族や医療者にそこまで頼りたくはないと思っているが、医療者としての自分は患者さんから頼られ、世話をすることは当たり前だと感じていた」「延命治療をしないという選択を医療職としてすることは難しいと感じてしまう」というように、参加者たちは、一個人として問いやテーマについて考えるうちに、医療者としての自分（たち）が知らない間に持っている前提や価値観について気づきはじめる。医療者（としての自分／自分たち）はどうしてもそう見てしまうが、その見方、考え方と、医療現場以外の人々（医療者ではない個人としての自分や患者）の見方、考え方との間に開きがあるのではないか、ということに目を向けている。

3) 医療者としての自分の見方、枠組みをリフレーミングして、患者（相手）や家族のあり方を「自然なものとして」受け入れることができる

2) のことに意識が向いた結果、患者や事例の見方についても、倫理カフェの後では変化が生じている。2) でも見たように、倫理カフェや振り返りのセッションでは、患者をそれまでの生活を背負った一人の個人として見るできるようになり、患者と家族の関係についても、それまでの関係を踏まえて長期的な観点で見る必要があること、患者と家族との関係が固定的なものでなく、変わりゆくものであるということ踏まえてその姿を捉えられるようになってきている。これは臨床倫理（検討シート）でも重視されている「相手を人間として尊重する」という医療倫理の原則に適う態度であると言える。

しかし、それ以上に重要なこととして、対話セッションのなかでは、2) のように医療者の見方、枠組みに気づいた上で、それをリフレーミングして患者や家族の姿をもう一度見直

すということが起こっていると考えられる。2012年度の対話にもあるように、話し合いの感想として「医療者の側からは問題と見えることも、患者や家族にとっては自然なことだったのだ」という発言を筆者達はしばしば耳にした。

事例検討で挙げられたようなケース——思いのすれ違い、死を受け入れることができない患者と家族、独居で介護者や代理決定者のいない認知症が疑われる患者——は、症状の経過を予測することができ、適切な治療や対応を先回りして行っていきたい医療者にとっては、それを阻むもの、「問題」と映る。しかしながら、それらのことが「問題」となるのは、「死を迎える患者や家族は、その意思を一致させ、死を受け入れることが望ましい（のにそれができていない）」「患者が法的に有効な仕方意思を示して治療選択をする、それができない場合は親族に治療の選択をしてもらわなければならない（ができない）」という医療者の前提から見ているからにすぎないとも言える。参加者が「それは自然なことだったのだ」という言葉で表現しているのは、医療者（自分）の前提をリフレーミングすることさえできれば、それらはそもそも「問題」ではなくなってしまう可能性がある、という気づきを意味しているのだと思われる。

筆者たちは医療者との対話を通して、上で述べたような、医療者の前提やルーティンを当たり前のものとせず、患者や家族の姿を見直し、受け入れるということは非常に重要であると考えるようになった。医療者たちは常に「相手（患者）を人間として尊重する」ということが重要であると理解し、それを実行しようとしている。しかし、先に挙げたような医療者の前提が自覚化され、患者も医療者もともに人間であるという視座からリフレーミングされない限り、「相手（患者）を人間として尊重する」はどこまでも医療者から見た「患者」の域を超えることはない。「相手を人として尊重する」ということは、医療者の持つ前提が自覚化され、それがリフレーミングできたところからもう一度相手や出来事を見直した時に初めて可能になることであるはずである。

もちろん、ここで「問題ではなくなる」「自然なこととして受け入れる」とか、あるいは「医療者の前提をリフレーミングする」ということでは言われているのは、医療職としての対応を何もしない、ということではない。むしろ、そういった見方ができて初めて、医療者の枠組みに合わせて患者や家族の態度、気持ちをむりやり変えようとするのではなく、しかし、これまでの医療者としての経験を本当の意味で生かしつつ、患者、家族の自然な変化にそって寄り添う創造的なケアの可能性に気づくことができるという意味である。倫理カフェの後の振り返りでは、事例の患者、家族へのケアはどうあるべきだったか、似たようなケースに対するケアのありかたについても話がなされている。しかし、ここには単なる解決策の提示以上のものが含まれていると思われる。すなわち、上のようなリフレーミングを経た上で、自分たち医療職の持つ前提や考えを柔軟に問い直して、相手にとっての最善について考え、なおかつ医療職の経験や専門的知識に照らし合わせても、最善かつ、納得いくケアのあり方を

共同で考えることが行われているからである。

4) 現状の医療現場のルーティンや価値観をリフレームし、社会や社会的な価値観が大きく変動するなかで、ケアや医療がどうあるべきかを考えることができる

2.2で紹介した2013年度の対話では、患者や家族に対してだけでなく、さらに大きな社会的視点からケアや医療のあり方の展望が話し合われており、ここでも2)の医療者や医療現場がどんな前提で動いているかを参加者たちが意識したことの影響が見てとれる。

臨床倫理検討シートにも「社会的視点で適切であるようにする」という項目はあるものの、そこではこの患者や家族が使うことのできる社会資源にはどのようなものがあるか、現状の社会（医療）資源の状況に応じて医療やケアが公平に配分されているか、というような、現状を鑑みたスタティックな分析がなされるに留まっている。

しかし、この対話セッションの中では、まず、医療者の側に「患者が意思決定できない場合には親族の代理決定をどんな場合でも重視する」という手順へのこだわりや、「医療者として、終末期に積極的治療を行わないという選択をすることは難しい」という価値観が根強く存在すること、それらの多くは法的枠組みにおける医療行為の正当性や医療者の責任という考え方に由来していることが確認されている。その上で、そうした従来のルーティンや価値観にこだわってはいは、これから到来するであろう高齢独居社会、「治療」から「看取り」へと人々の価値観がシフトしはじめている社会には対応できないということが指摘され、社会や社会的価値観が変容していくなかで、将来的に医療やケアがどのように変わっていかねばならないのかにまで考えを及ぼせてみるのが可能になっている。

医療現場の中での妥当性だけでなく、社会的な観点から見た場合の医療行為の倫理的妥当性について考えを及ぼせることはもちろん重要なことではある。しかし、事例検討を見る限り、医療者にとって社会というものは、患者と医療者の関係の外にある「第三のもの」として捉えられがちであり、社会の目や法はそれを意識して医療行為をしなければならないもの、「他律的」基準として現れることが多い印象がある。対話セッションでは、医療者としての自分も、患者も共に社会に生きる存在であり、医療現場の価値観と社会的価値観は異なることはあるが、対立したり、一方が一方に従属するのではなく、協調して変化していくものであるという認識の上で、社会と社会に含み込まれた医療のあり方を現場の医療者一人一人が主体的に考えられるようになっている。そのような態度は、参加者自身が指摘した通り、社会や社会的価値観が大きく変容する現代においては、医療職に欠かせない態度であると言えるだろう。

結び

本論では、淀川キリスト教病院で行われている臨床倫理検討会、特に2012年度、2013年度に行われた、事例検討につづき、倫理カフェ・振り返りという対話セッションを取り入れた検討会で話し合われたことを紹介、分析し、参加者たちのなかにどのような変化があったかを考察した。

この検討会の特徴は、一般的なテーマで、参加者が医療現場以外の経験についても話し合うという「倫理カフェ」と、それを受けて、もう一度事例に戻って話し合う振り返りの対話セッションを設けたことである。倫理カフェでは、参加者たちは、医療者として自分もっている前提や価値観に気づき、そのことと、患者や自分の個人的な「普段の」感じ方のあいだに開きがあるということに目を向けていた。その影響で、振り返りでは、医療者としての前提や医療現場のルーティンをリフレームし、患者（相手）や家族のあり方を「自然なものとして」受け入れることや、社会が大きく変動するなかで、ケアや医療がどうあるべきかを考えることができるようになっていたという考察がなされた。

この対話セッションを取り入れた臨床倫理検討会というプロジェクトは、今後もケアワーカーたちとの協働により、内容や形式を考慮し改善を加え、続いて行くものである。最後に、今後の展望という意味でも、なぜ医療者としての前提や医療現場のルーティンをリフレームすることが必要なのか、そのことのもつ意味について考えておきたい。

通常、臨床倫理検討会は、医療者が直面している倫理的ジレンマについて話し合い、問題点やそれに対する解決法を見いだすためになされるものである。しかし、筆者達は、そこに対話セッションを取り入れることで、医療者（特に看護師が）自分たちのケアについて肯定的に意味付けることができ、自信をもってケアを続けることができるという意味で、ケアワーカーのセルフケアや、エンパワーメントという新しい側面が付け加わるのではないかと考えている。

佐藤登美、西村ユミらは、身体論的看護について述べた本のなかで、看護や医療が科学化、効率化を目指して機能分化し、評価と管理の眼差しが医療行為のなかに浸透していくなかで、ケアをする者たちは、身体性に象徴される、人間として自然な「普段の感じ方」を脇へ措いていくことになっていると指摘している²⁸⁾。佐藤らが述べるように、看護の科学化が、ケアする者とされる者をつないでいる身体性、患者やケアする者自身の「生きられるからだ」の自然な感覚を、解剖生理学-病理学的な、観察の対象としての人体へと切り縮めているのだとすれば、倫理的な側面においては、法モデルの手続き論や法的なリスク管理を重視する考え方が医療現場に浸透し、手続きや基準を当てはめて個々の事例や医療者の行動について考えることが当たり前となることで、ケアする人たちは、そうした枠におさまりきらない患者や、自分自身のありのままの生、自然な感じ方をそのまま受け入れることが難しく

なっていると言えるのではないか。淀川キリスト教病院での対話セッションにおいて、見いだされ、語りあうことによって共有されたのは、そうした評価や管理のまなざしをリフレームしたところに見えてくる、患者と、ほかならぬ看護師自身の、自然な、普段の感じ方であったのではないかと筆者達は考えている。

死を受け入れられず、揺れる気持ちがすれちがってしまう患者や家族、親族や医療者に頼ることを拒み、認知症をわずらっても独居を好む患者の生は、医療化された、評価や管理の眼差しのもとでは否定的なものとして現れてくる。こうした患者の生やそこに含まれている普段の感じ方を自然なものとして受け入れるためには——患者の身体に目を向けるためには、それに呼応する自分の身体に目を向けなければならないのと同様——看護師自身が自分の自然な普段の感じ方、生き方を語ること、対話のなかでそれを自分が受け入れ、他人によって受け入れられることが必要となる。

患者のあり方をそのまま受け入れる、尊重することは患者のためだけではない。佐藤や西村らは、ケアする人たちが、自分や他人の「普通の感じ方」から切り離されていくことは、ケアする者のなかに「葛藤」²⁹⁾ や「自己疎外」³⁰⁾、ケアの「不全感」³¹⁾ をもたらすと述べる。佐藤は、患者の「普通の感じ方」を受け入れることができない場合、ケアする側にも医療的な見方と、患者の自然な思いに呼応してしまう看護師自身の感覚の間の「葛藤」が生じてくると述べている。あるいは、西村が指摘するように、私を感じるということが、他人とともにある私を感じることである以上、自分の自然な感じ方から疎外されるということは、世界や他者との同調、シンパシーの感覚からも疎外されることにもつながる。身体性同様、医療の枠組みに回収されない普通の人間の自然な思い、感じ方を大切にすることが、「人のケア」という本質³²⁾ に関わることであるとするなら、こうしたことから疎外されたケアする人たちは、自らの実践に対し、根本的な揺らぎや不全感を感じるようになるはずだ。

筆者達は、倫理カフェ・振り返りの対話セッションは、患者やケアする人自身の自然な思いや、普段の感じ方について語り合い、それをピアの間で共有し、尊重しあうという経験になっており、そうした感じ方を損なわないケアのありかたを対話のなかで探していく試みでもあったと考えている。それにより、参加者たちのなかには、自分たちのケアについて肯定的に意味付けることができ、自信をもってケアを続けることができるようになった人もいるのではないかと推測される。

本稿を出発点にしてこの研究が到達すべき最終地点は、ケアの営みをより大きな枠組みから再考することにあるだろう。南米の教育哲学者パウロ・フレイレは、医療現場と並んで、近代化のもう一つの象徴である教育現場でも、知識注入中心、評価や管理センターの制度のなかで、人間の自然な生、能動的で主体的な生が疎外され、人間が単なる知識の入れモノとなってしまうと指摘している。フレイレによれば、それぞれの生について語り直す対話によって、人々はもう一度人間らしい、主体的な生を取り戻すことができる。筆者たちは、教

育現場と平行に、科学化や効率化が進む医療現場においても、評価や管理の眼差しが浸透し、そこに生きる人々の「普通の感じ方」、身体や感情を持って生を生きる「人間の現実的存在」³³⁾の疎外が起きていると言えるのではないかと考える。したがって、医療者、ケアする人同士の対話は、そうした評価と管理の眼差しによって疎外されているケアする人と患者の自然な生についての語りを蘇らせ、科学化、効率化のなかで疎外されているケアする人やケアのあり方を「人間化」³⁴⁾することにつながるのではないかという展望を持っている。今後はこの展望のもと、ケアする人たちと対話を行い、その成果を分析、考察していきたい。

註

- 1) 事例検討の方法としては、(1) ビーチャムとチルドレスの提唱した原則主義（いくつかの倫理原則からなるセットを個別事例に適用することによって判断するもの）によるもの（Beauchamp & Childress [2013]）、(2) ジョンセンらの決疑論的アプローチの具体的な方法である「4分割法」（ジョンセン（他）[2006]）、(3) 清水哲郎らが開発した「臨床倫理検討システム」のツールである「検討シート」（後に詳しく紹介する）を用いるもの（清水 [2005]）、(4) 浅井篤らの「ともに考えるための臨床倫理チェックリスト」を用いるもの（浅井（他）[2009]）などが挙げられる。
- 2) アクションリサーチについては、矢守 [2010] を参照のこと。
- 3) 病院内で倫理的な対応が問題となる事例について検討するためのその他の方式としては、院内の医療者だけでなく、病院外部から法律や倫理学の専門家を招いて行う「倫理委員会」もある。「倫理委員会」が病院責任者と専門家による判断や裁定を現場に通達、適用するためのものであるのに対して、「臨床倫理検討会」は医療実践の当事者である看護師や医師たちが対応の難しかった事例や倫理的な困難を感じた事例について反省し、検討し合うことによって、自ら倫理的に適切な対応、態度をとることができるようになることを狙いとしたものである。したがって、トップダウンの倫理ではなく、実践者が自ら考えるという意味で「臨床倫理」という言葉が用いられている。淀川キリスト教病院における臨床倫理検討会も基本的にはこの「臨床倫理」的考え方に基づいている。「臨床倫理」という考え方、アプローチについては清水 [2009] および浅井・高橋 [2012] を参照。
- 4) 多職種の医療者が対象の研修であるものの、看護部主催の研修であるため、看護師の参加者が主である。医師等の参加はそう多くない。
- 5) 2005年発足。哲学カフェやネオ・ソクラティック・ダイアログといった哲学プラクティスや子どもの哲学の実践をさまざまな場所で市民とともにやっている。これまでの活動についてはカフェフィロ [2014] を参照。
- 6) 検討会には訪問看護部門も含め各病棟から数十名の看護師が出席するが、そのうち十数

- 名の看護師がコアメンバーとして、事例や倫理カフェのテーマの選択・参加者のグループ分け・各検討会のまとめ・カフェフィロとの連絡などを担当している。
- 7) 2008年度まではカフェフィロメンバーの西村高宏が担当していたが、2009年度以降は西村の移動にともない、高橋がカフェフィロ側の担当者となった。それと同時に、対話形式が取り入れられることになった。
 - 8) 倫理カフェがどのような手順で進められるかについては、1.2にて詳述する。
 - 9) 本稿の目的は2012年度以降の対話の分析のため、2009年度から2011年度までの検討会の詳しい内容についてはここでは詳述しない。これについては、高橋・川崎 [2014] を参照のこと。またこの報告と内容の上で一部重複している部分がある。
 - 10) この「三段」構成については、NSD（ネオ・ソクラティック・ダイアログ）という対話セッションを行った後のアウトプットとして具体的な問題に対する考えを話し合う、という「対話コンポーネンツ」の方法を参考にした。この方法については本間・堀江 [2003] を参照。
 - 11) 臨床倫理プロジェクト [2013] (<http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/tools/tools.html> 2014年4月3日最終確認) 参照。
 - 12) 臨床倫理プロジェクト [2013] および清水 [2009: 23-28] を参照。
 - 13) 以下、「2011年度臨床倫理検討会報告書」より引用。なお、以下で参照する検討会の「報告書」は、各年度末にコアメンバーが病院に報告するために作成している文書であり、一般には公開されていない。本稿での引用に関しては、コアメンバーに確認していただき、了承を得ている。後に参照する「まとめ」についても同様である。
 - 14) ただし、ステップ4は検討シート作成者によっても絶対に必要なものではないとされている。
 - 15) あるいは、後で述べるように、検討シートを用いただけでは、それを機械的に埋めて行くだけになりがちであり、この検討シートで本来意図されていることが達せられないため、対話セッションという参加型のフェーズを取り入れていれて、より深く事例に直面し、考えられるようにしているとも言える。
 - 16) 前出「2011年度臨床倫理検討会報告書」にも倫理カフェの目標がそのように記されている。
 - 17) また後述するように、最後のセッションの呼称については、そこで何が起きているかを考察した上で、また、参加者が理解しやすく、参加や発言の仕方が分かりやすくなるように、検討・改善が必要であるが、ここではとりあえず「振り返り」としておく。
 - 18) 「2012年度臨床倫理検討会報告書」より引用。
 - 19) 「2012年度臨床倫理検討会報告書」および「2013年度臨床倫理検討会報告書」より引用。
 - 20) 「2012年度第2回臨床倫理検討会まとめ」に基づく。なお、以下で参照する検討会の「ま

- とめ」は、第二・第三セッションの最後に口頭で行う、進行役による各グループの話し合いのまとめを基に、コアメンバーが後日作成し、検討会参加者およびカフェフィロメンバーに配布しているものであり、一般には公開されていない。
- 21) この検討会への関わりを通じて、特に看護師という職種は、看護やケアという行為には私たちがプライベートでなすケア的行為と通底しているところがありながら、それを職業として行っているという自覚があるため、その線引きを意識せざるをえないことが多いという印象を筆者らはもっている。この論点提示と見解の差はそれに由来するところが大きいのではないかと推測している。
- 22) 検討会コアメンバー作成の「2012年度第3回臨床倫理検討会まとめ」に基づく。
- 23) 以下、検討会コアメンバー作成の「2013年度第5回臨床倫理検討会まとめ」に基づく。
- 24) 以下、検討会コアメンバー作成の「2013年度第6回臨床倫理検討会まとめ」に基づく。
- 25) 日本老年医学会 [2012:3] (http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf) 参照。
- 26) 清水 [2009: 33-34]
- 27) 検討シートを使った臨床倫理検討会を長い時間かけて、倫理学の専門家の同席や参加のもとで行うことが想定されているようであるが、病院内の研修として一度にそうした長時間の検討会を持つことが難しいという実践上の制約にもよる。
- 28) 佐藤・西村 [2014]、特に第Ⅰ部（佐藤執筆）と第Ⅲ部（西村執筆）を参照。
- 29) 佐藤・西村 [2014: 5]
- 30) 佐藤・西村 [2014: 180]
- 31) 佐藤・西村 [2014: 6]
- 32) 佐藤・西村 [2014: 6]
- 33) 佐藤・西村 [2014: 183]、また市川 [1975: 226] を参照。
- 34) フレイレ [2011] 参照。また、周産期医療の分野では、妊娠、出産のプロセスが「(西洋)医療化」され、産む女性の主体性や、それぞれの地域、文化に独自の出産のあり方が疎外されることになっていることから、出産の社会的、文化的側面や、女性の身体の主体的な関わりを取り戻すことを意味する「出産の人間化 (ヒューマニゼーション)」を提唱している人々が存在する。本論で用いられている「人間化」という言葉も、妊産婦(患者)とケアワーカーというように対象こそ異なるものの、これらの考え方と同一線上にあるものであると言える。「出産の人間化 (ヒューマニゼーション)」という考え方、実践については、ワーグナー [2002] 参照。

文献表

浅井篤・高橋隆雄（責任編集）(2012)『臨床倫理』丸善出版

- 浅井篤（他）（編）（2009）「ともに考えるための臨床倫理チェックリスト」熊本大学大学院
医学薬学研究部生命倫理学分野
- Beauchamp, Tom L. & Childress, James F. (2013) Principles of Biomedical Ethics, 7th
edition, New York: Oxford University Press
- カフェフィロ（編）鷺田清一（監修）（2014）『哲学カフェのつくりかた』大阪大学出版会
- パウロ・フレイレ（2011）三砂ちずる（訳）『被抑圧者の教育学』亜紀書房
- 本間直樹・堀江剛（2003）「“対話コンポーネンツ”：臨床コミュニケーションのモデル形成
にむけて」鷺田清一（研究代表者）科学技術振興調整費『臨床コミュニケーションのモデル
開発と実践 平成14年度報告書』：144-163
- 市川浩（1975）『精神としての身体』勁草書房
- アルバート・R・ジョンセン（他）（2006）赤林朗（他）（監訳）『臨床倫理学第5版：臨床医
学における倫理的決定のための実践的なアプローチ』新興医学出版社
- 日本老年医学会（2012）「高齢者ケアの意思決定プロセスにおけるガイドライン：人工的水
分、栄養補給の導入を中心として」
- 臨床倫理プロジェクト（2013）「臨床倫理検討シート」東京大学大学院人文社会系研究科
- 佐藤登美・西村ユミ（編著）（2014）『“生きるからだ”に向き合う：身体論的看護の試み』
へるす出版
- 清水哲郎（2005）「臨床倫理という営み」『理想』675：2-11
- 清水哲郎（2009）『臨床倫理の考え方と検討の実際 2009年度冬β版』東京大学大学院人文社
会系研究科
- 高橋綾・川崎唯史（2014）「淀川キリスト教病院での臨床倫理検討会の報告」『臨床哲学』
15-2：118-130
- マースデン・ワグナー（2002）井上裕美・河合蘭（監訳）『WHO勧告にみる望ましい周産
期ケアとその根拠』メディカ出版
- 矢守克也（2010）『アクションリサーチ 実践する人間科学』新曜社