

倫理コンサルテーション活動に関する研究

研究協力者 板井孝彦郎 宮崎大学医学部生命・医療倫理学分野 助教授

研究協力者 浅井 篤 熊本大学大学院医学薬学研究部生命倫理学分野教授
(50音順) 稲葉 一人 科学技術文明研究所特別研究員
掛江 直子 国立成育医療センター成育政策科学研究部室長
北村 俊則 熊本大学大学院医学薬学研究部臨床行動科学教授
白浜 雅司 佐賀市立国民健康保険三瀬診療所所長
高橋 隆雄 熊本大学大学院社会文化科学研究科教授
田尻 和子 田尻法律事務所弁護士
田上 美季 熊本大学大学院医学教育部博士課程院生
谷田 憲俊 山口大学大学院医学系研究科医療環境学教授
田村 正徳 埼玉医科大学総合医療センター小児科教授
千葉 華月 北海学園大学法学部講師
長尾 式子 東京大学大学院医学系研究科研究員
西畠 信 総合病院鹿児島生協病院小児科医長
三浦 靖彦 医療法人財団慈生会野村病院副院長

研究要旨

わが国の医療現場には多種多様な倫理的問題が存在し、医療を受ける人々も医療従事者も深刻な悩みを抱えている。しかしわが国の医療施設では、欧米諸国ですでに実施されている倫理コンサルテーションは、ほとんど行なわれていない。そのため臨床現場に倫理的問題が生じた場合、単独または一部の関係者のみによって恣意的・独断的に処理され、患者の意向が生かされない、浅慮な意思決定が下され患者に不利益が生じる、医療不信が増大するなどの問題が生じている可能性がある。我々はこのような状況を鑑み、臨床倫理領域の専門家による倫理コンサルテーション・チームを形成、特定の医療機関から独立した形で試験的なコンサルテーションを行い、医療従事者の倫理的な悩みや疑問に対してアドバイスを行う臨床倫理支援活動の意義を評価することとした。コンサルテーション依頼は関東地方から九州地方に至る各県から 10 件の相談を受けた。コンサルテーションに対する「評価」としては、概ね良好であり、「満足した」という回答を得られた。我が国の医療現場においても、倫理コンサルテーションに対するニーズは高く、またその有効性についても十分に発揮される可能性が高いといえる。しかしそのためには、倫理コンサルテーションに対する「依頼のしやすさ」の工夫、コンサルテーションにあたっては「依頼者の心情への配慮」や「現場の実状を踏まえた助言」を意識することなど、改善しなくてはならない問題も多数、存在することが明らかとなった。

A. 研究目的

わが国の医療現場には多種多様な倫理的問題が存在し、医療を受ける人々も医療従事者も深刻な悩みを抱えている。しかしわが国の医療施設では、英米豪加などの国々で実施されている倫理コンサルテーション(医療従事者の依頼に応じて、臨床倫理の専門家が患者診療における倫理的問題を同定、分析し、依頼者に適切な倫理的アドバイスを行う支援活動)は、ほとんど行われていない。そのため臨床現場に倫理的問題が生じた場合、単独または一部の関係者のみによって恣意的・独断的に処理され、患者の意向が生かされない、浅慮な意思決定が下され患者に不利益が生じる、医療不信が増大するなどの問題が生じている可能性がある。我々はこのような状況を鑑み、臨床倫理領域の専門家による倫理コンサルテーション・チームを形成、特定の医療機関から独立した形で試験的なコンサルテーションを行い、医療従事者の倫理的な悩みや疑問に対してアドバイスを行う臨床倫理支援活動の意義を評価することとした。

B. 研究方法

【役割分担】

- ・倫理コンサルテーション依頼窓口、情報管理
主任研究者：浅井篤
- ・倫理コンサルテーション・メンバー編成：
板井孝彦
- ・倫理コンサルテーション活動アウトカム評価：尾藤誠司
- ・倫理コンサルテーション・チーム(原則的に以下の11名の中から、持ち回りで、上記の板井が3名を選んでチームを編成)：稲葉一人、掛江直子、北村俊則、白浜雅司、高橋隆雄、田上美季、谷田憲俊、田村正徳、長尾式子、西畠信、三浦靖彦

【対象者】

医療現場で何らかの形で日常的に患者診療

に関わっている医療従事者。職種・職位・勤務機関は問わない。医療現場で倫理的な悩みや疑問を感じ、本研究の倫理コンサルテーションを受けることを希望する医療・福祉関連従事者。

【実施場所】

熊本大学大学院医学薬学研究部生命倫理学分野研究室に事務局を置き、宮崎大学医学部生命・医療倫理学分野研究室と協力しながら運営。

【研究の具体的手順】

1. 研究責任者および研究分担者の人的ネットワークおよびメーリング・リストを通じて、本「倫理コンサルテーション活動に関する研究」の開始を公表し(2006年10月より「研究協力の依頼」を文書で配布、2007年2月から倫理コンサルテーション専用のWebページを開設[http://www.kankakuki.go.jp/lab_a-1/rinrisoudan.html])、研究への協力を呼びかける。
2. 本研究への参加呼びかけ(「文書」、およびWebページ)に応じて、医療現場で倫理的な悩みや疑問を感じている医療従事者(倫理コンサルテーション依頼者)が「倫理コンサルテーション依頼用紙(1)」(付録1)を記入し、電子メール、ファックス、または郵送にて、熊本大学大学院医学薬学研究部生命倫理学分野に送る。依頼事項には患者やその関係者の個人情報は一切含まない。期間中は同一の倫理コンサルテーション依頼者から何回でも依頼を受け付ける。相談事例が過去のものか現在進行形のものかは問わない。
3. 主任研究者の浅井と宮崎大学医学部板井が協議した上で臨床倫理専門家(研究協力者)の中から3名を指名して、倫理コンサルテーション・チームを持ちまわりで編成する。
4. 浅井・板井は依頼者を匿名化した「倫理コンサルテーション用紙(2)」(付録2)を用いて、倫理コンサルテーション・チームにアドバイスを依頼する。依頼内容で不明な点が

あったり、更なる情報が必要な場合は、浅井または板井が倫理コンサルテーション依頼者に直接コンタクトをとり、患者やその関係者の個人情報的一切含まない形で情報収集を行う。

5. 指名された倫理コンサルテーション・チームは「倫理コンサルテーション回答書」（付録3）を作成し熊本大学大学院医学薬学研究部生命倫理学分野に返送する（電子メール、ファックス、または郵送）。
6. 主任研究者の浅井が、コンサルテーション依頼者に回答書を送る（電子メール、ファックス、または郵送）。
6. 倫理コンサルテーション依頼者はアドバイス内容に関する「倫理コンサルテーション・アウトカム評価用紙」（付録5）による評価を行う。浅井と国立病院機構東京医療センター臨床疫学研究室の尾藤誠司室長でアウトカムの分析を行う。評価項目は、依頼内容のカテゴリー整理、アドバイス事項の分類、依頼者のアドバイスに対する評価（以下の質問）である。
 - ・「今回の倫理コンサルテーションのアドバイスには、満足されましたか」
 - ・「受けてみてよかったことはありましたか。どのようなことでしたか」
 - ・「今回のアドバイスを通して、患者さんへの接し方やあなた自身の考え方で変わったことはありましたか」
 - ・「物足りなかったことはありましたか。どのようなことでしたか」
 - ・「倫理コンサルテーションには、どのような技術や素養が必要だと思いますか」
 - ・「今回のような倫理コンサルテーションは今後の日本の医療現場に必要でしょうか」

（倫理面への配慮）

【研究対象者の人権擁護】

本研究の研究対象者は倫理コンサルテーシ

ョンを依頼する医療従事者（倫理コンサルテーション依頼者）であり、個人の尊厳と自由を尊重し、自発的同意とプライバシーを守り、害を与えない方法を用いて行われる。

【研究参加の自発性、インフォームド・コンセント】

倫理コンサルテーション依頼は医療従事者本人が自発的に行う。「倫理コンサルテーション依頼用紙（1）」に自ら記名し連絡先等を記入したことで本研究に参加することを同意したとみなすため、独立した同意書は作成しない。本研究に参加しなくても不利益を受けることは一切ない。倫理コンサルテーション依頼用紙を提出された後で研究協力を取り消すことも自由で、その場合は参加取り消しを受けた時点で提出された文書をシュレッダーに掛けて破棄する。電子ファイルは削除する。

【研究参加によって生じる利益と害、および医学的貢献の可能性】

本研究では、研究対象者の依頼に対してアドバイスを提供するのみであり、研究対象者に実験薬を使用したり対象者から何らかの検体を採取したりすることはないため、研究対象となる個人への身体的害はないと考えられる。倫理コンサルテーション依頼は完全に自発的に行われ、依頼者が倫理コンサルテーション・チームに参加を希望しない研究担当者は当該依頼ケースからは除外する（コンサルテーション・チームのメンバーリストを公表し、依頼者が事前に選択できるようにする）ため、研究対象者に生じる不利益は最小限だと考えられる。研究対象者に直接的な利益をもたらす可能性は現時点では明らかではないが、倫理的な悩みを抱えた医療従事者に何らかの心理的サポートを提供できる可能性がある。医学上の貢献に関しては、将来、今回の研究結果をもとに実践的な倫理コンサルテーションの仕組みや手順が確立し患者ケアの質の向上に貢献することが期待される。

【プライバシーに対する配慮】

研究対象者(倫理コンサルテーション依頼者)の個人情報、本研究の研究責任者(浅井)、倫理コンサルテーション・メンバー選択者(坂井)、および倫理コンサルテーション活動のアウトカム評価担当(尾藤)にしか知られない。この3名は直接コンサルテーションにあたる他の研究担当者を含めた他者に、研究対象者の個人情報を決してもらさない。個人情報が含まれる「倫理コンサルテーション依頼用紙(1)(付録1)」「倫理コンサルテーション・アウトカム評価用紙」(付録4)のハードコピーは、熊本大学大学院医学薬学研究部生命倫理学分野研究室の鍵の掛かる引き出しに厳重に保存される。また電子ファイルはネットワークから独立した記憶媒体に保存・管理される(責任者:浅井篤)。研究結果は、個人が特定できない形で報告され、研究終了後あらゆる記録は破棄される。

【謝礼】

研究対象者に対する謝礼はない。

C. 研究結果

2006年10月から2007年3月上旬までの間に、コンサルテーション依頼は関東地方から九州地方に至る各県から、10件あった。9件は、研究協力者と何らかの接点がある医療機関からの依頼であったが、最後の1件(10例目)については、Webページに公開されている倫理コンサルテーション専用の電子メールアドレス(rinrisoudan-adm@umin.ac.jp)からの依頼であった。10件の内、FAXによる1件を除いて、後の9件はすべて電子メールによるものであった。

10件の「依頼内容」の概略(内容の詳細についてはプライバシー保護のために省略する)は以下の通りである。

[1例目] 依頼日:2006年11月14日

・チーム編成:内科医師(男性)、生命倫理学

者(女性)、哲学倫理学者(男性)

・依頼形態:患者を担当する「病棟チーム」

・依頼内容の概略:70代女性、肺癌患者。不安感と呼吸困難を訴えてはいるが、呼吸不全の兆候はなく、有効な症状緩和治療がある段階で、患者自身は深い持続的鎮静を希望されている際の医学的選択について。特に「患者自身は持続的鎮静を希望してはいるが、それにすぐ従うのではなく、オピオイドと抗精神病薬の増量をまず行って治療効果を見る」という行為が適切かどうかに関する助言を求めている依頼。

[2例目] 依頼日:2006年11月25日

・チーム編成:内科医師(男性)、小児科医師(男性)、看護師(女性)

・依頼形態:プライマリー・ナース「個人」

・依頼内容の概略:高齢女性、悪性リンパ腫。

(1)患者自身は治療の継続を強く希望しているが、その治療そのものに効果がない、あるいは有害であると医療者が判断した場合、治療は中止してよいのか、(2)もし治療を中止した場合、その後の患者に対してはどのような関わりを行うべきか、(3)家族からも患者に対し治療中止に同意してもらうように説得を試みるよう医療者側から促す行為は、許されるのか、以上3点に関する助言を求めている依頼。

[3例目] 依頼日:2006年12月10日

・チーム編成:小児科医師(男性)、看護師(女性)、小児科医師(男性)

・依頼形態:患者を担当する「病棟チーム」

・依頼内容の概略:60代男性、直腸がん。余命は1年程度と思われ急迫した状態ではないが、急変の可能性はありうる患者に対し、DNRを含めた延命処置のあり方について、どのように話をすればよいかに関する助言を求めている依頼。

[4例目] 依頼日:2006年12月1日

・チーム編成:精神科医師(男性)、生命倫理学者(女性)、法律専門家(男性)

・依頼形態:患者を担当する「病棟チーム」

・依頼内容の概略：肝細胞がん終末期の患者。在宅を希望されている患者本人および妻の意向通り、医療チームとしては在宅療養を実現したいと考えてはいるが、息子および訪問診療を担当する在宅主治医からは、「本当に自宅に帰しても大丈夫なのか」という不安表出が見られる中、在宅誘導を行うにあたっての留意すべきポイント、特に息子と在宅主治医に対する対応の有り方に関する助言を求めている依頼。

〔第5例〕依頼日：2006年12月1日

- ・チーム編成：哲学倫理学者（男性）、法律専門家（女性）、内科医師（男性）
- ・依頼形態：患者を担当する「病棟チーム」
- ・依頼内容の概略：悪性黒色腫、女性患者。患者の娘から「本人には絶対に告知しないで欲しい」との強い要望。夫はすでに他界しており、娘夫婦と同居中。本人は皮膚の腫瘍を不思議に思っている様子だが、重篤な疾患という認識はない。予後は切迫してはならず、1年以上、現状維持は可能と思われるが、娘の強い希望通り、余命を含めた告知を行わず、本人には曖昧にしておくことが良いのかに関する助言を求めている依頼。

〔第6例〕依頼日：2006年12月23日

- ・チーム編成：内科医師（男性）、法律学者（女性）、内科医師（男性）
- ・依頼形態：患者を担当する「病棟チーム」
- ・依頼内容の概略：60代男性、腎がん患者。医学的にはもう効果がないと思われるインターフェロン治療を、患者やおよび家族も強く継続を希望している場合、インターフェロンそのものではなく、生理食塩水などのプラセボを使用することは倫理的にどのようにとらえたらよいのかに関する助言を求めている依頼。

〔第7例〕依頼日：2007年2月26日

- ・チーム編成：看護師（女性）、哲学倫理学者（男性）、法律専門家（男性）
- ・依頼形態：患者を担当する医療者「個人」
- ・依頼内容の概略：70代男性、出血性脳梗塞

患者。ADLは全介助、遷延性意識障害のためコミュニケーションは不可。現在は末梢からの補液のみ。家族の総意としては、一切の延命行為をせず、自然な形で看取りたいとの申し出があり、担当ナースも家族の意向を尊重したいと考えているが、主治医としては点滴のみで、しかもそれを漸減するという方法は、患者を餓死させることであり、許されないことではないかと不安であるが、どうすればよいかに関する助言を求めている依頼。

〔第8例〕依頼日：2007年2月28日

- ・チーム編成：内科医師（男性）、内科医師（男性）、精神科医師（男性）
- ・依頼形態：患者を担当する看護師「個人」
- ・依頼内容の概略：自殺未遂の中年男性。緊急搬送後、挿管下での人工呼吸管理状態。家族からは「遺書もあり覚悟の上のことだから、早く楽にして家に連れて帰りたいから、呼吸器を外して欲しい」との要望。しかし家族内でも意見が分かれており、「寝たきりでも生きていて欲しい」との声も聞かれた。その後急変し、呼吸器は装着したまま死亡。（1）家族間での意見に一致がない場合（特に「婚姻親族」と「血縁親族」間で）、どのように対応すればよいのか、（2）自殺企図の場合、遺書があれば本人の意思としてそれを尊重してよいのか（例えば、その遺書の内容に「救急蘇生は望まない」等があった場合）、以上2点を中心に助言を求めている依頼。

〔第9例〕依頼日：2006年3月1日

- ・チーム編成：法律専門家（女性）、小児科医師（男性）、内科医師（男性）
- ・依頼形態：患者を担当する看護師「個人」
- ・依頼内容の概略：80代男性、頭頸部外傷・高位頸髄損傷患者。意識レベル低下しているが、「延命処置は望まない」旨の文書あり。妻は本人の希望通り治療拒否を要望するが、治療によって意識レベルの改善や自発呼吸の出現などの機能回復も見られている。（1）機能回復の

有無に関係なく、本人の希望を示す文書があったとはいえ治療を拒否する家族の意向には、どう対応すればよいのか、(2)「延命処置を望まない」という内容の受け止め方が、医療者と家族とで異なっているのではないかと感じた場合、看護師としてどのように行動すべきか、等に関する助言を求めての依頼。

〔第10例〕依頼日：2007年3月6日

- ・チーム編成：看護師（女性）、法律学者（女性）、内科医師（男性）
- ・依頼形態：患者を担当する医師「個人」
- ・依頼内容の概略：90歳代女性、脳梗塞。患者本人および家族の切望により、外泊を許可。その日の夜に急変し緊急搬送。来院時、心肺停止。家族からは外泊許可を頂き、最期を自宅で過ごせたことに多大な感謝をされるも、病院の安全管理委員会からは報告書の提出を求められたことに関する助言を求めての依頼。

以上、10例に対するコンサルテーション・チームからの「回答」については、具体的な内容を含むため、プライバシー保護の観点から割愛させて頂く。

尚、現在5例目までの「アウトカム評価」がコンサルテーション依頼者から返答されている。各依頼者からの「評価」は次の通りである（〔 〕内の数字は「何例目」かを示している）。
Q1. 今回の倫理コンサルテーションのアドバイスには、満足されましたか？

- ・7割くらい。(1例目)
- ・今回の課題を通して、限られた職務の中でも看護師の立場として、説明前（骨髄抑制の要因、患者の治療や今後への考え方の背景にあるもの、患者と家族の意思疎通の有無など）説明の内容（治療ができないと断言することの有無など）、説明後（患者の思い、家族の動揺、既存の資源の活用など）と、医師や患者、家族にもっと多くの内容について確認と働きかけができたことを、教えていただき、今後の自らの姿勢につい

て考えを新たにすることができ、相談させていただき本当によかったと思います。事例の一つ一つの行動や対処の方法に丁寧に検討していただき、とても参考になる回答書であったように思います。本当にありがとうございました。と同時に、実際に起きている時に相談することができたら、患者や家族の無念さや後悔を少しでも緩和できることにつながったのではないかとこの事例に関わった者の一人として、残念でなりませんでした。(2例目)

- ・DNRの申し出に対する対応の基本的事項を示していただき、満足しています。(3例目)
- ・在宅医療という患者様から提案された目標に向かって、各部署のスタッフと協力することで一定の成果が得られたことに満足しています。(4例目)
- ・大変満足しました。私は消化器外科医で、告知を原則としていますが、それは診断当初から関わっている方に対してであり、この方のように前医から未告知の状態を引き継ぐような経験はあまり多くありません。今回のコンサルテーションで、状況はどうであれまず患者さん本人が中心であるということをあらためて考えることができました。(5例目)

Q2. 受けてみてよかったことはありましたか。どのようなことでしたか？

- ・自分達の選択した治療法は、倫理的には大きく問題はないということ客観的に見て意見していただけた点。(1例目)
- ・「医学的に正しいことを伝えることと、患者の希望を奪うことは別の問題」という助言がとても印象に残りました。説明が行われる前、何度も主治医に本人は治療を続けたい意思があることを伝えたり、また説明後の患者の落胆の様子についても医師に伝えることは行ってきました。しかし、医師と患者の思いもできるだけ尊重して、伝える

際の配慮について、具体的に検討するよう
なもっと積極的な働きかけが看護師の立場
として、不可欠であったように思います。
また、説明後の患者に落胆についても、当
院には精神科はなく、また、カウンセラー
などは常置していませんでしたが、心療内
科やその他の病院・施設に協力を求めると
いったフォローも必要であったと強く感じ
ました。協力を行う中で、説明後の患者の
思いや家族の動揺について、再度医師との
話し合いを設定するなど、その後の関わり
も大切にしていける必要があったと考えま
した。しかし、何より、始めの説明の際の配
慮がとても大切であったように感じました。
(2 例目)

- ・ DNR の申し出があり、もうこのまま最期を
迎えてしまうのかという諦めの気持ちが自
身にも起きてしまったが、感染症や疼痛の
原因を追究し治療することで状態の改善
を得ることができた。コンサルテーションの
後、発熱症状が改善したところで、患者様、
妻、娘さん、患者様の弟さんと DNR につ
いて十分に話し合う機会ができ、改めて DNR
についてご家族も含めた意向を確認した。
娘さんや弟さんが加わったことで、患者様
がこれまで妻に対してみせていた弱気な表
情とは異なり、残りの命を大切にしてい
きたいという気持ちがより強くなったよう
な印象を受けた。(3 例目)
- ・ MSW、病棟看護師、訪問看護師を交えて、実
際に在宅療養を開始するにあたっての具
体的な準備や日常のケア、受けられる介
護サービスや訪問看護についての説明を
させていただいた。息子さんの同席も依
頼したが協力はえられなかった。具
体的な内容を確認し、在宅療養は難
しいという奥様の考えを患者様も
受け入れられ、ある程度納得され
たうえで入院治療を継続すること
になった。日常の身の回りのケア
や診療などにつ

いて看護スタッフに対して細かいクレーム
の多い奥様であったが、在宅医療という目
標に向かって病院スタッフ一同が関与して
態勢をとっているということをお示しでき
たことで、スタッフとの関係改善にもつな
がった。(4 例目)

- ・ コンサルテーション・チームにおいても、
違った意見があり、答えが一つではないこ
とを実感できた。(5 例目)
- Q3. 今回のアドバイスを通して、患者さんへの
接し方やあなた自身の考え方で変わったこ
とはありましたか？

- ・ 自分ひとりで答えを出すのではなく、他の
スタッフや家族、医療倫理の専門家の方と
も相談しながら方針を決めていくことの
大切さを実感しました。(1 例目)
- ・ 医療者が積極的な治療が難しい患者や家族
への関わり方について、その対応如何によ
って、患者を失望に、また家族を後悔の思
いに追い込んでしまったことを今回の
事例を通して私自身痛感しました。現在、
全身への転移もあり、これ以上の治療は
困難な癌の末期の高齢の患者さんと家族の
プライマリナーズをさせていただいてお
ります。入院後、癌の転移による痛みも完
全ではありませんが、軽減し、患者から
「治療はできるのか」といった質問が
看護師に表出されるようになってきまし
た。そのことについて家族と時間をと
って話しをしたところ「望みをたつよ
うなことはいわず、痛みがとれたら
また考えていこうと伝えてほしい。」
と家族の総意として考えている旨を
確認しました。医師にも患者の言葉
や家族の考えを伝えました。話し合
いの中で、主治医は、患者へ今後
の治療は難しいことは断言しないと
明言され、痛みのコントロールと
輸液を行うことにより、本人が
できるだけ安楽に過ごすことができ
るような援助と声かけを行って
いくことを確認するこ

とができました。医師は毎朝、毎夕と必ず患者に声をかけてくださり、家族には、その日の様子を看護師から伝えるように心がけています。患者からは笑顔をみられるようになってきています。(2例目)

- ・終末期になると、患者様のQOLやご家族の意向が重視され、「癌」という言葉によって正しい「医学的適応」の判断ができなくなっていた、あるいは判断を怠っていたと思う。疼痛、感染症にしても対症療法ではあるが、ただ単に抗菌剤やオピオイドを投与するのではなく、原因をできるだけ追求した上での治療が必要であると感じた。半面、手術後不治の告知を受けた後も私を信頼していただき治療を続けてきた患者様やご家族と、DNRについて契約書を交わすかのようなサインのやり取りには、今でも強い違和感を覚える。日本の文化になじまないのではないかと思う。患者関係が良好な場合はサイン無しで済ませられたら、どんなに良いかと思う。反面、良く知らない患者の受け持ちになった際などには、(自分を守るためにも)文書にしたほうが良いかと思う。(3例目)

- ・机上の理想だけで在宅療養を勧めるのではなく、各部署のスタッフの協力を得て具体的なお話を提案することで実現への問題点もよりクリアになり、最終的にどのような結論になったとしても、結果をより受け入れやすい形になると思った。(4例目)
- ・私が前医より引き継いだ段階では、患者および家族と前医との関係は非常に良好であり、それは私に代わっても同様に続いていると考えています。このままご家族の希望通り告知せずに経過しても、ご家族からは何もクレームが発生せずに最期まで経過するだろうと考えると、あえて告知に挑まなくてもいいのではないかという気持ちもありましたが、あらためてご本人、ご家族と

の会話を継続していこうと考えています。

(5例目)

Q4. 物足りなかったことはありましたか。それはどのようなことでしたか？

- ・「もう眠らせて欲しい」といっている患者さんに対して、鎮静以外の方法で症状緩和をしたり、家族と相談している間にも、患者さん自身は苦しんでいる(薬物の効果がなかなかあらわれず症状緩和がうまくできないことによる身体的苦痛、および「眠らせて欲しい」という自分の希望が通らないことの精神的苦痛)ということに対して、具体的にどのようにすることが患者さんにとって一番良いのか、ということが最後まで答えを出すことができませんでした(この時点でスピリチュアルケアは、認知の低下により極めて困難でした)。答えはでないものなのかもしれませんが・・・。(1例目)
- ・今回も医師と看護師が1対1で話し合ったことが結果的に、意思の疎通を難しくしてしまったのかもしれませんが。確かに医師や看護師が合同でカンファレンスを行うことができればもっと意見がでると考えますが、組織に対してどのように働きかけていけばよいのか、が難しいように感じています。

(2例目)

- ・特にありません。(3例目、4例目)
- ・告知が最善であると考えるのは日常の診療において理解しているつもりですが、今回、①自立しているとはいえ80歳と高齢であること、②告知なしで5年以上に渡り前医と患者・家族の間に良好な関係が築かれていたこと、などから告知の話をこれ以上進めることに戸惑いを感じ、コンサルテーションさせていただきました。当方の質問の仕方が不十分であったかと思いますが、この点に関してもお考えをお聞かせいただきかったです。(5例目)

Q5. 倫理コンサルテーションには、どのような

技術や素養が必要だと思いますか？

- ・実際に医療の現場で働いて問題に直面していること。(1例目)
- ・医療倫理上重要な事項を十分に理解した上で、コンサルテーションを依頼した医師の気持ちや患者との関係にも十分配慮することが必要と思います。(3例目、4例目、5例目)

Q6. 今回のような倫理コンサルテーションは今後の日本の医療現場に必要でしょうか？

- ・必要であると思います。(1例目)
- ・今回は、過去の事例での振り返りとなり、今後へ活かしてくという面での回答をいただいたことになると思います。もちろん、過去の事例を振り返ることも大切だと思います。しかし、その患者さんや家族にとっては一回限りのとりかえしのつかない現実であることを考えると、その事例に直面しているときに、このような助言をできるだけ早く受けることができれば、医療者として、またその先にいる患者や家族にとっても益になることが多い。今回依頼を出して強く感じました。(2例目)
- ・医師と患者の1対1の結びつきが強い現状では、医師一人の判断で決められていく事項が多いと思います。医師側、あるいは医療側に意識の向上が必要と考えます。(3例目、5例目)
- ・医師側、あるいは医療者側が、医療倫理の大切さ、チーム医療の大切さに気が付くことが必要と考えます。(4例目)

D. 考察

コンサルテーションに対する「評価」としては、10例のうち、まだ5例のみの返答であるので全体的な判断はできないが、これまでに關しては概ね良好であり、「満足した」という回答を得られている。

また、コンサルテーションを「受けてみて良

かった点」、「自分自身の行動に変容が生じた点」ということでは、「自分ひとりで判断せず、多くの視点から検討することの重要性」を再認識したということをはじめ、ひとりで抱えこまず、「視野を広げること」で倫理的な問題に対する解決の糸口を得ることができたことを挙げている依頼者が目立った。

「物足りなかった点」に関しては、特にないという意見がある一方で、求めていた助言には答えてもらえなかったという不満感も見られる。これは、依頼者自身も述べているように、どんなに検討を複数のメンバーで重ねても、「ひとつの答えが出ない」という側面に由来すると考えられる。しかし、事例によっては(例えば「ガン告知」、コンサルテーション・チームからの回答が、やや「原則」論的になり、現場の実状を十分に踏まえたものになっていないという点に、依頼者の不満感が表れていると思われるものもあった。

この点は、「どのような素養や技術が求められると思うか」という問いに対し、①実際の医療現場の実状を熟知しており、自らこうした問題に悩んだ経験があること、②医療倫理の知識があるだけでなく、コンサルテーションを依頼した現場の医療者(医師や看護師等)の心情が理解でき、配慮できること、という意見が挙げられていることにも関連すると思われる。つまり、「正しいことを『指導する』能力ではなく、依頼者の心情に『共感する』能力」を持っており、現場の実状を踏まえた助言ができるコンサルテーションが求められている、と言えるだろう。

このような倫理コンサルテーションの必要性に対しては、依頼者から寄せられた回答を見る限りでは高いニーズが認められる。しかし他方で、こうしたコンサルテーションが医療の現場に根付くためには、まだ多くの課題があることも指摘されていた。コンサルテーションを依頼するに際して、「迅速さ」に対する要望もあ

った。確かに「相談したい」と思ったその時に、すぐに対応できる仕組みを作ることができなければ、その問題が現在進行形であれば、タイミングを逸した「助言」では意味をなさないだろう。この点に関しては、現在、このコンサルテーションを利用するに際して、予め用意された「コンサルテーション依頼用紙」に記入してもらうという手続きを経ることになっているが、この手続き自体にエネルギーを要するために、「依頼をしよう」という行動へ結びつくことを阻害している要因になってはいないかについて、今後は検討を加える必要があると思われる。

E. 結論

我が国の医療現場においても、倫理コンサルテーションに対するニーズは高く、またその有効性についても十分に発揮される可能性が高いと言っている。しかしそのためには、倫理コンサルテーションに対する「依頼のしやすさ」の工夫、コンサルテーションにあたっては「依頼者の心情への配慮」や「現場の実状をしっかりと踏まえた助言」を意識することなど、改善しなくてはならない問題も多数、存在することが明らかとなった。

【健康危険情報】

特になし

【研究発表】

特になし

【知的財産権の出願・登録状況】（予定を含む。）

【特許取得】

特になし

【実用新案登録】

特になし

【その他】

付録1：倫理コンサルテーション依頼用紙(1)

付録2：倫理コンサルテーション依頼用紙(2)

付録3：倫理コンサルテーション回答書

倫理コンサルテーション依頼用紙 (1)

年 月 日

お名前		役職	
ご所属		Eメールアドレス	
		ご連絡先電話番号	
Q 1. 今回のコンサルテーション依頼の形態は？ (以下のいずれかに○をして下さい。)			
A. 個人 B. 病棟チーム C. その他 []			
* 「個人」の場合、当該事例の患者さんとのご関係は？ []			
Q 2. 今回のコンサルテーションで相談されたいポイントは？ (注：患者さんおよびその関係者の個人情報は一切記入しないで下さい)			
Q 3. 現時点で医療サイドが「医学的に最善」と考えている方針は？		Q 4. 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？	
Q 5. 現時点での患者さんのQOL (身体的充足度・精神的満足度) は？		Q 6. 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)	
Q 7. 担当医療チーム (看護師等コメディカルを含む) の意向は？ (一致している・いない)			
		チームでの検討を行いましたか？	YES NO

	「NO」の場合 その理由は？	今回の倫理コンサル テーション依頼検討 で外してほしいメン バー名： 特にコンサルテーシ ョンを依頼したいメ ンバー名：
--	-------------------	--

倫理コンサルテーション依頼用紙 (2)

年 月 日

返答先	浅井 篤	返答期間	
コンサルタン ト氏名	1. 2. 3.	Eメールアドレス 連絡先 tel/fax	aasai@kaiju.medic.kumamoto-u.ac.jp 096-373-5534
Q 1. 今回のコンサルテーション依頼の形態			
A. 個人 B. 病棟チーム C. その他 [] * 「個人」の場合、当該事例の患者さんとのご関係は? []			
Q 2. 今回のコンサルテーションで相談されたいポイントは? (注: 患者さんおよびその関係者の個人情報は一切記入しないで下さい)			
Q 3. 現時点で医療サイドが「医学的に最善」と考えている方針は?		Q 4. 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?	
Q 5. 現時点での患者さんのQOL (身体的充足度・精神的満足度)は?		Q 6. 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)	
Q 7. 担当医療チーム (看護師等コメディカルを含む) の意向は? (一致している・いない)			
		チームでの検討を行いましたか?	YES NO

	「NO」の場合 その理由は？	
--	-------------------	--

代表回答者氏名		所属	
1. 総括的助言			
2. 「医学的側面」に関する助言		3. 「患者さんの意向」に関する助言	
4. 「患者さんのQOL」に関する助言		5. 「ご家族の意向」に関する助言	
6. 「担当医療チームの意向及び状況」に関する助言			
7. 「法律的側面」に関する助言（「適法性・違法性」に関する情報を含む）			
8. コンサルテーション・チームとしての推奨事項			
*コンサルテーション・チームは基本的に「3名」で（医師・看護師・哲学者・倫理学者・法律学者・生命倫理学者などから選定し）構成されていますが、本事案に対する「推奨事項」が、それぞれ異なる場合、複数併記とさせていただきます。			

お名前		ご所属	
ご連絡先電話番号およびEメールアドレス			
今回の倫理コンサルテーションのアドバイスにはどの程度満足されましたか			
受けてみてよかったことはありましたか。どのようなことでしたか。			
今回のアドバイスを通して、患者さんへの接し方やあなた自身の考え方で変わったことはありましたか			
物足りなかったことはありましたか。どのようなことでしたか			
倫理コンサルテーションには、どのような技術や素養が必要だと思いますか			
今回のような倫理コンサルテーションは今後の日本の医療現場に必要でしょうか			

臨床倫理支援・教育・対話促進プロジェクト
第1回臨床倫理教育ワークショップについて

研究協力者 谷田 憲俊

山口大学大学院医学系研究科医療環境学 教授

【はじめに】

厚生労働科学研究補助金（医療技術評価総合研究事業）「脆弱高齢者・終末期患者への診療に関する判断、および診療行為の質の評価と改善に関する研究」（主任研究者：尾藤誠司）平成18年度分担研究の「臨床倫理支援・教育・対話促進プロジェクト（責任者：浅井篤）」の一環として、臨床教育部門（担当：谷田憲俊）の第1回目となる企画、第1回臨床倫理教育ワークショップを開催した。

医療が先鋭化、複雑化するに従い、従来の取り組みでは対応できない医療状況が現れている。とくに、終末期医療の現場では、医療従事者の対応が問われる。そういったときに必要とされる臨床倫理的の考え方は紹介されているものの、実践に役立つ手法に関しては手探り状態である。本ワークショップは、日頃より臨床倫理に関心があったり現場で疑問を感じたりしている医療従事者のために、実践的な解決手法を修得する機会を提供することを目的とした。したがって、行動目標として、①医療現場の倫理的問題を同定、分析、解決する能力を身に付ける、②臨床倫理問題に対するアプローチ法を知る、③重要な項目を網羅した意思決定を行える、④他のスタッフと対話で

きるようになる、⑤本ワークショップによって今までとは違った見方で現場を見ることができるようになる、⑥プロジェクト作成臨床倫理チェックリストを評価する、を挙げた。最後の行動目標は、いまだ臨床倫理のアプローチ方策が確立されていないことから、本ワークショップを学びの場にするとともに、参加者に協力を仰いで臨床倫理のあり方を探るため調査も交えながら進めるためである。参加者は二重の役割を求められるが、それらを果たすことより自ら倫理的問題を分析し解決法を探る方法論を学び、それぞれの施設でこの経験を役立てるにあたり、より積極的になれると考えられる。

【方法と参加者】

2006年11月26日、宇部市山口大学医学部総合研究棟S3講義室において、表1に示す事例を呈示して参加者で解決法を探るワークショップを開催した。参加数は50名を予測して会場設定した。事例分析法はジョンセン式4分割法と臨床倫理チェックリスト法であり、それぞれ1事例ずつ午前（事例1：慢性呼吸不全）と午後（事例2：認知症で胃癌）に行った。参加者には予めワークショップの内容や検討事例を配布した。

当日も、事例検討に先立ち、参加者にそれぞれの検討法の説明をした。

午前のジョンセン式4分割表を用いる方法は、事例を①医学的適応（善行、恩恵、無害の原則）、②患者の選好（Autonomy、自己決定の原則）、③QOL（Quality of Life、生の質、人生の充実度）、④周囲の状況（正義と効用の原則から誠実と公正の原則へ）と4因子別に患者の事情を分類し、それぞれについて解決法を探る臨床倫理検討法で（表2）、医学生教育に既に用いられている(1)。医学的、また臨床倫理的な課題は、それらの4因子のどれかに該当するため、その分割表と付き合わせるにより、検討漏れがないように事例の全ての側面について検討できるのが本法である。具体的には、事例から何らかの倫理的課題を抽出したら、それが該当する4分割枠のうちの一つに入れる。課題を抽出する過程で自然に考えが解決法へと及ぶので、課題の抽出を問題解決につなげてよい。1つの枠内に納まらない課題は総合的検討を要する大切な課題であることが多いので留意が必要であることも予め配布した文書にて説明した。

午後に用いた『適切な手続きのための臨床倫理チェックリスト』は「脆弱高齢者・終末期患者への診療に関する判断、および診療行為の質の評価と改善に関する研究」により開発されたものであり(2)、その枠組みを表3に示した。ポケットサイズの小冊子に、はじめに使用方法と説明書き、そして「意思決定プロセスにおいて十分勘案すべき重要項目とフローチャート」を示して基本の流れを確認している。次いで、それぞれの項目、例えば「医療チームが診療方針を定めるにあたって必要な患者の医学的

状況に関するチェックリスト」では、倫理的問題を検討するにあたり必要な医学的情報をチェックできるようになっている。同様に、「患者（およびその家族）に関する人間関係および心理・社会・経済的状況に関する情報チェックリスト」ではその検討に必要な項目が列挙されている。そして、事例に関して必要な項目のチェックの後には、「倫理カンファレンス」「倫理コンサルテーション」「カルテ記入事項・必要書類」「医療従事者自身のQOLに関するチェックリスト」と、事例管理全般にわたりチェックができる仕組みになっている。

事例検討グループ・ワークにあたっては、参加者を8グループに分け、グループ間で職種が偏らないように調整した。開始にあたって、討論における意見発表の基本的ルール、討論の形式などを予め簡潔に説明して、ワークショップ形式でグループ討論を行った。参加人数は臨床倫理支援・教育・対話促進プロジェクト班員も入り、1グループ6から7名となった。時間は、検討法説明時間と事例に関する質疑応答、後半における小括と振り返りを含めて1事例あたり120分であった。その後、グループ討論のまとめと全体討論を90分かけて行った。なお、グループ・ワークの目的は事例に関して結論を得ることである。グループ討論の結論は「治療することを勧告」「本人の考え尊重を勧告」「その他」から選択することを求め、結論の決まり方は「全会一致」「多数決」「決まらなかった」「その他」から選択することを求めた。しかし、本ワークショップの主眼は臨床倫理の学びにあり、結論が第一義的な目的ではないことより、グループ別の結論は集計せずに各参加者に結

果の記載を求めた。

参加者アンケート（表4）は予め熊本大学医学部倫理委員会の許可を経て行い、参加者にはワークショップ開始前と午前の結果の後、及び全体の結果に関して午後終了時にと、計3回それぞれ適当な時間に渡し回答を求めた。アンケートの終わりに自由記載意見も求め、はじめのアンケートではこのワークショップへの期待あるいは臨床倫理に関する意見、終わりのアンケートでは全般に対する意見を特に依頼した。統計量は度数分布または平均（標準偏差）で表し、必要に応じて対応のあるt検定またはPearsonのカイ二乗検定を用いた（いずれも両側検定）。

【結果】

参加者の背景因子を表5に示す。出席者（臨床倫理支援・教育・対話促進プロジェクト班員以外）は47名であり、アンケートへの回答者数は44名（回収率94%）、3回とも回答して統計解析に供した有効回答数は38名（回収率、全体の81%）であった。参加者の年齢は40～49歳が最も多く、次いで50～59歳、30～39歳であった。女性は33名（75%）、男性は11名（25%）であり、職業は看護師が多かった。「困った経験」では「ある」が30名と「ない」の4名を大きく上回った。「臨床倫理の概念」は、「少し説明できる」と「聞いたことあるくらい」でほとんどを占めていた。教育を受けた経験は「ない」ほうが多かった。教育を受けたうちでは、「現在、役立っている」と「あまり役立っていない」がほぼ同数であった。なお、山口県の主要病院に参加を募ったため、山口県からの出席者が多かった。

グループ討論の結論については、今回は結論を得るのが主目的ではなかったこと、グループ数が少なかったため、グループ単位ではまとめなかった。しかし、個人が答えた参加者全体の統計量から、大凡の傾向は知ることができる。それによると、午前の「慢性呼吸不全に対する人工呼吸器治療」に関しては「治療する」が25%、「本人の考え尊重」が9%、「その他」が48%であった（100%に満たない部分は複数項目チェック）。それに対して、午後の「認知症で胃癌」に関しては「治療（手術）する」が16%、「本人の考え尊重」が25%、「その他」が32%であった。午前と午後との比較ではカイ二乗検定で有意の差はなかった（p値は0.894）。結論の決まり方は、午前のグループ・ワークでは「全会一致」「多数決」「決まらなかった」「その他」がそれぞれ46%、11%、30%、11%であり、午後のグループ・ワークではそれぞれ50%、7%、16%、9%であった。午前の決まり方と午後の決まり方の間のカイ二乗検定のp値は0.915であった。

事例検討法に対する意見では、いずれの検討法もグループの結論を導くのに役立っており、かつ自分にとっても役立ったという答がほとんどであった（表6）。4分割法とチェックリスト検討法の使い勝手については、「よかった」がそれぞれ82%と84%であり、「よくなかった」は1名ずつであった。「討論で自分の考え変わった」のは、4分割法で58%、チェックリスト法で71%であった。こういった臨床倫理委員会的な討論が臨床に有意義かという質問には、いずれの検討法でもほとんどが有用と答えていた。「討論時間」については、両検討法ともほ

とんどが「短かった」と答えていた。両方法への答を連続変数としてみた対応のあるt検定では、これらの全項目において有意の差はみられなかった。

臨床倫理課題に対するワークショップ前後の各自の意見の変化については表7に示す。ワークショップ前後で終末期医療に関する課題で意見に変化がみられたのは、「延命医療導入は本人の意思どおりにせよ」「延命医療停止は本人の意思どおりにせよ」「生命維持は家族より患者の意思優先すべき」であった。内容をみると、変化をきたした因子は「賛成意見」から「どちらとも言えない」あるいは「反対」が増えたためと考えられる。その他の「医療方針は本人の意思どおりにせよ」「家族が反対してもがん告知する」「終末期は本人の意思どおりにせよ」「生命維持は患者より家族の意思優先」「患者昏睡なら家族が方針決定できる」では、ワークショップ前後で変化はみられなかった。法律関係の質問の「法律ないので患者意思は通用しない」「自発呼吸ない患者の呼吸器停止は殺人」には、それぞれ「どちらとも言えない」と「反対」が多くみられたが、ワークショップ前後で変化はみられなかった。

「これから患者への接し方が変わるか」という参加者のワークショップ後の答は、「強くそう思う」と「少しそう思う」の合計で73%であり、「変わらないと思う」計の7%を大きく上回った(表8)。また、1名「どちらでもない」を除いて、ワークショップ参加者全てが満足されていた。

自由意見記載の機会は、計3回(ワークショップ前、午前の終了時、全体終了時)あり、それぞれ9、14、20名がコメントを

記した。ワークショップ前には参加の動機や臨床倫理に対する考えなどを主に尋ねた。その中には様々な指摘があり、「法律と個人の倫理観、団体の倫理指針の整合性」「医療問題への対応力を付けたい」「臨床倫理を学びに来た」「臨床に有用になると考える」「教育に役立つ」などの思いがみられた。午前終了後のコメントには、「心理的視野狭窄という言葉に印象を受けた」「他職種との情報の共有の重要性を再認識」「習慣的に結論を急ぐことを自己発見」「グループワークで、感じたこと思ったことの言語化ができた」

「説明不足、心理的サポートの重要性を知った」「話し合うことの重要性」などがあった。全て終了した後の意見で前に挙げた意見に重複しないものには、「チェックリストをみる時間が足りなかった」「問題を明確にする方法論としては参考になる」「倫理についての検討法を少し理解できた」「ジレンマ解決への試みを行っていききたい」「コミュニケーション能力の必要性を感じた」「有益」「また参加したい」「チェックリストは活用できる」などがあった。3回のアンケートで批判的あるいは改善点の指摘では、「チェックリストは実際の診療をやっていく上でそれぞれの項目をチェックしていくとよい。その上で課題の話し合いをすると進めやすい」という意見があった。また、「もっと時間をかけて議論すべき」「何でも標準化は問題では」「倫理という用語は問題のすり替え」「帰宅時間が遅くなる」及び「到達目標と事例が合っていない」などの指摘があった。

【考察】

臨床には、医療方針決定をはじめとす