OUKA
The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	中規模急性期総合病院における臨床倫理に関する取り組み
Author(s)	古結, 敦士; 大野, 典子; 小山, 佐知子 他
Citation	医療・生命と倫理・社会. 2019, 15, p. 34-46
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/73334
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

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

The University of Osaka

中規模急性期総合病院における臨床倫理に関する取り組み

古結 敦士[1, 2]，大野 典子[2, 3]，小山 佐知子[2, 3]，川上 学[2, 4]，宇津 貴[2, 5]，水野 均[2, 6]

[1] 大阪大学大学院医学系研究科 医の倫理と公共政策学分野，[2] 日本生命病院 臨床倫理コンサルティングチーム
[3] 日本生命病院 看護部，[4] 日本生命病院 血液・化学療法内科，[5] 日本生命病院 腎臓内科，[6] 日本生命病院 消化器外科

1. はじめに

近年、日本においても医療現場の意思決定に関わる倫理（臨床倫理）が広く認識されるようになっている。医療現場の意思決定において倫理的なジレンマが生じ、当事者（患者、患者家族、医療ケアチームなど）だけではそのジレンマを十分に解決できない場合に、第三者的な立場から意思決定やそのために必要な対話を支援するようなチームや部門を院内に設置する病院も増加傾向にある[1]。この背景として、厚生労働省から発表された「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」で意思決定が困難な場合に、複数の専門家からなる話し合いの場を設置することが推奨されていること[2]や、公益財団日本医療機能評価機構の病院機能評価においても、評価項目に「臨床倫理に関する課題を病院として検討する仕組み」が含まれていること[3]が挙げられる。

しかし、病院が置かれた事情は様々であり、臨床倫理の専門家が十分にいるとはいえない状況の中で、このような臨床倫理に関わる問題に対してどのように取り組むのが良いのかについては明らかにされていない。日本に先駆けて臨床倫理コンサルテーションが広まっている欧米においては、病院での臨床倫理コンサルテーション体制の構築と運営に関する議論は進んでいるが[4, 5]、日本では最近になってようやく議論され始めたというのが現状である[1]。ここ最近になって、日本における病院での取り組みについての報告例なども散見されるようになってきているが[6, 7, 8]、それぞれの病院がおかれている状況や求められる役割が様々であることを考慮すると、その数はまだ十分とはいえない。

本稿では、大阪市にある中規模急性期総合病院において、「臨床倫理コンサルティングチーム」を立ち上げた実践例を報告し、チームを立ち上げる際に検討した課題や今後取り組むべき課題を考察した。また、臨床倫理コンサルティングチームを立ち上げる前に院内勉強会として行った事後検討会や、立ち上げ後に実際に対応した事例を整理することで、意思決定の際にどのような倫理的ジレンマが生じうるかを分析し、報告する。

2. 日本生命病院における実践

2.1. 日本生命病院について

今回、臨床倫理コンサルティングチームを立ち上げた日本生命病院は、大阪府大阪市にある一般病床 350 床、職員数 600 人程度の中規模急性期総合病院である。27 診療科、8 センターを揃え、先端医療や高度予防医療にも取り組んでいる。また、臨床研修病院、大阪府がん診療拠点病院、地域医療支援病院を始めとする各種認定を受けている。

2.2. 臨床倫理コンサルティングチームの構想

日本生命病院では、いままで臨床現場における倫理的課題に対する組織的な取り組みについては病院の倫理委員会がその役割を担っていたが、倫理的課題を検討した事例は限られていた。そのため、個々

の事例においては個別的に多職種でカンファレンスが実施されるケースもあったが、組織的な対応としては十分とはいえない状況にあった。具体的には、(1) 臨床現場において、どのようなことが倫理的課題であるかが十分に認識されていない、(2) 倫理的課題について、複数人以上での議論が十分に行われずに方針が決定されている事例がある、(3) 倫理的課題が生じた際の対応が予め決められていない、(4) 倫理的課題を議論するための部署が十分にその役割を担えていない、といったような課題が挙げられた。

そこで、これらの課題に対応するために臨床現場の医療従事者のボトムアップで臨床倫理コンサルティングチームが構想された。2016 年 12 月に中長期的な構想を作成し（図 1）、準備期間（2016～2017 年度）、第 1 期（2018 年度）、第 2 期（2019 年度～）と 3 段階に分けて各期間における目標を設定し、段階的に進めていくこととした。準備期間では、まず「臨床倫理検討会」と題した有志による院内勉強会として、振り返りの事例検討を行うことから段階的に進めていくこととした。また、コアメンバーの募集と、外部のセミナーや学会参加などによる研修を行った。最終的に、コアメンバーとして総合内科、血液内科、腎臓内科、消化器外科から各 1 名ずつ医師が参加し、看護部からは感染症看護専門看護師とがん性疼痛看護認定看護師が参加した。これらに加え、病院内での臨床倫理的課題の認知を向上させる目的で、外部から講師を招聘して院内講習会を開催した。

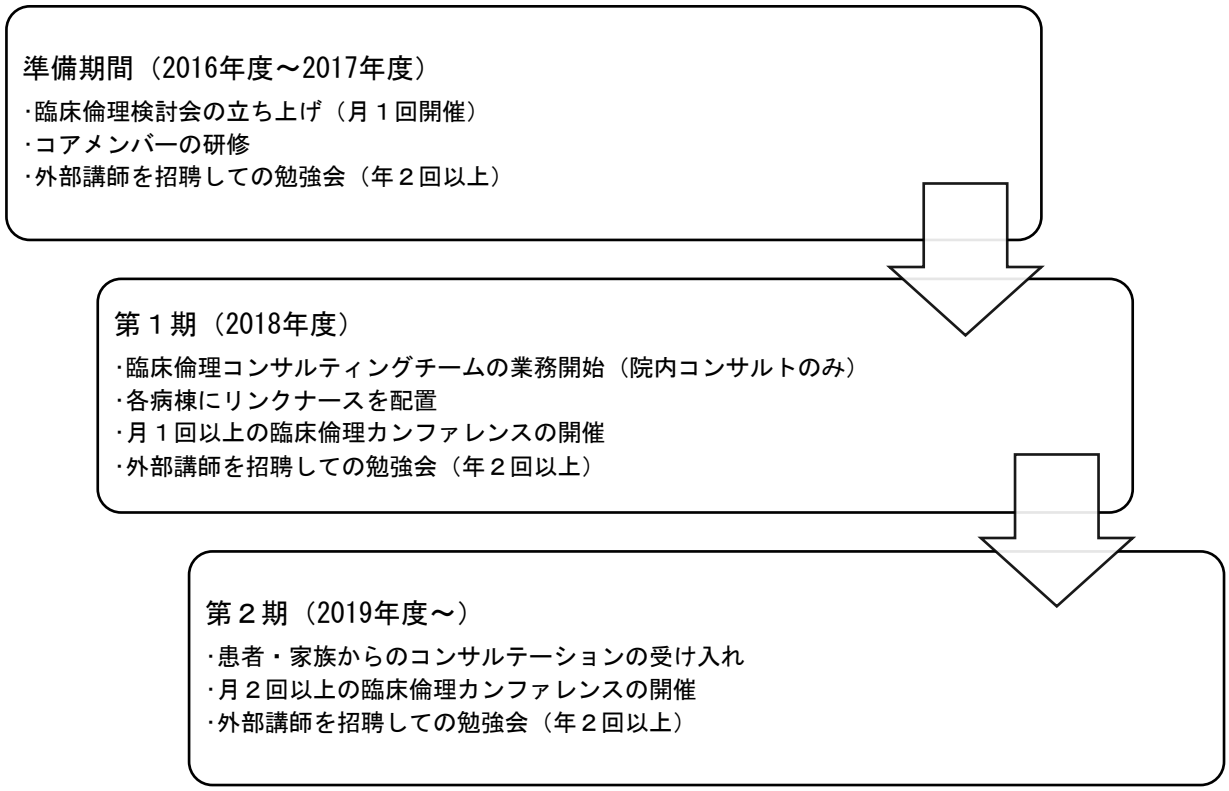

図 1　臨床倫理コンサルティングチーム構想の中長期的計画

中長期計画を準備期間（2016～2017 年度）、第 1 期（2018 年度）、第 2 期（2019 年度～）と 3 段階に分けて各期間における目標を設定した。

2.3.　有志による院内勉強会「臨床倫理検討会」の開催

準備期間における院内勉強会は、コアメンバーが中心となって意思決定に悩んだり、倫理的なジレンマを感じたりした事例を持ち寄り、事後振り返りの検討会として開催した。月 1 回程度の開催で、合計 10 回開催された。参加者はコアメンバーに加えて、事例に関係した医療関係者やその他院内で関心があ

る人は誰でも参加できるようにした。

検討会を進めるにあたって、情報の共有・整理をすることを第一の目標とした。その結果に基づいて、どういったことが倫理的ジレンマになっているかを分析し、どのような解決策がとり得たかを提案・検討することで、その事例からの学びとすることを第二の目標とした。特に準備期間では、参加者が倫理的課題に関する分析に十分に慣れていないことを考慮し、第一の目標に対して重点的に取り組み、第二の目標はどちらかといえば追加的な目標に位置づけた。

臨床倫理に関する検討を行うためのツールは多種ある中で、最も広く知られていることと、第一の目標である情報の共有・整理のために有用であることを考慮し、また、特に慣れないうちはできるだけシンプルなツールを使うほうが良いと判断して、ジョンセンらによって考案された臨床倫理の 4 分割表 [9] を用いた。

検討会の進め方はコアメンバーがファシリテーターとして会の進行を担い、浅井や川口の提案 [10, 11] を参考に以下の 2 つのルールを設定した。1 つ目は「お互いを非難しないこと」である。特に慣れないうちは、自らが責められる可能性があると思うと、そのような懸念が検討会に参加すること自体への障壁となり得ることを考慮してこのルールは特に強調した。2 つ目は「1 人が長く話しすぎないこと」である。時間の制約がある中で行うカンファレンスのため、できるだけコンパクトに発言してもらうようにルールを設定した。

実際の流れとしては、第 1 回から第 6 回までは、川口が実践している手法 [12] を参考に、「医学的適応」「患者の意向」「周囲の状況」の順に話し合いを行い、「QOL」の項目で患者の現在の QOL の確認とその向上に必要なことを検討した。第 7 回以降は、各項目を対等なものとして扱うことで、どのようなことが倫理的ジレンマの原因になっているかをより分析しやすくするために、「医学的適応」「患者の意向」「QOL」「周囲の状況」の順に検討を行い、最終的に全体を振り返りつつ倫理的ジレンマの原因を探る時間を設けた。

事例の概要や参加人数などを表 1 に示す。テーマとしては、特定の診療行為の継続の是非も含めた今後の治療方針に関するもの（10 回開催中 7 回、以下 7/10 の様に略記）、と退院後の療養先に関するもの（3/10）に大別される。

意思決定における困難に直面した原因として、「本人の意向が不明確」（8/10）が最も多くみられたが、この中には「本人の判断能力の低下」（6/10）が原因で本人の意向を確認できないものと、本人の気持ちのゆらぎなどに対して十分な意思疎通ができていないことが原因になっている事例があった。また、倫理的なジレンマについては、生命倫理の四原則に基づいて分析を行った。「与益原則と無危害原則のジレンマ」（3/10）、「無危害原則と自律尊重原則のジレンマ」「与益原則と公正原則のジレンマ」「無危害原則と公正原則のジレンマ」「自律尊重原則と公正原則のジレンマ」（各 1/10）と一貫した傾向は見られなかった。その他に、生命倫理の四原則以外にも実行可能性や家族・協力者の意向が倫理的ジレンマの原因となっている事例があった。このような困難に直面した原因や倫理的ジレンマに対して、多職種が参加して情報を共有・整理する中で、医学的適応に関する情報が十分に共有されていない場合や、それぞれの立場だけでは本人や家族の意向を十分に把握できていない場合があることが明らかになった。

表 1　「臨床倫理検討会」の概要

実施回：テーマ（参加人数*）	
困難に直面した要因／倫理的ジレンマ	今後に向けての学び
第 1 回：治療方針（N/A）	
-本人の意向が不明確 -本人の意向（自律尊重原則）と、周囲の協力が難しいこと（実現可能性）とのジレンマ -医学的適応（与益原則）と、QOL（無危害原則）とのジレンマ	-本人の意向を繰り返し確認することは意思決定のために重要である -実現可能性も判断のために重要な要素である
第 2 回：退院後の療養先（N/A）	
-家族同士の意見の不一致 -本人の意向（自律尊重原則）と QOL（与益原則）、一部家族の意向とのジレンマ	-本人、家族への情報提供をより具体的に行うことは意思決定支援として重要である -当座の方針決定だけではなく、中長期的な方針に関する事前の検討が有用になる場合もある
第 3 回：人工透析の継続の是非（N/A）	
-本人の意向が不明確 -本人が意思決定を家族に委ねているが、医療ケアチームとしてはそれがパターナリズムになっていないかという懸念	-本人の意向や家族との信頼関係を考慮すると、必ずしもパターナリズムとはいえないだろう
第 4 回：退院後の療養先（16 名）	
-本人の判断能力の低下 -本人の意向が不明確 -医学的適応（無危害原則）と、把握できている範囲での本人の意向（自律尊重原則）および協力者の意向とのジレンマ	-判断能力に応じた説明の方法と、できる限り意思疎通を試みることは重要である -協力者の意向については、発言の意図を知ることで意思決定の参考になる場合がある
第 5 回：退院後の療養先（43 名）	
-本人の判断能力の低下 -本人の意向が不明確 -把握できている範囲での本人の意向（自律尊重原則）および医療資源の適正配分（公正原則）と、家族の意向とのジレンマ	-家族の意向について、発言の意図を知ることで意思決定の参考になる場合がある -キーパーソンの理解や協力が得られない場合の対応方法について（他の家族の関わり合い、組織的な対応など）検討が必要となる場合もある
第 6 回：輸血の継続の是非（13 名）	
-本人の判断能力の低下 -本人の意向が不明確 -医学的適応および QOL（与益原則）と、資源の適正配分（公正原則）とのジレンマ	-自身の意向を表明できない場合に、本人の意向を推測できるエピソードについて話し合ってみることは重要である

第 7 回：栄養療法の実施の是非（14 名）	
-本人の意向が不明確 -医学的適応（与益原則）と、QOL（無危害原則）とのジレンマ	-本人が葛藤を抱えているもあるため、十分な情報提供の上で継続的に対話を続けることは重要である
第 8 回：栄養療法の方法（17 名）	
-本人の判断能力の低下 -本人の意向が不明確 -医学的適応（無危害原則）と、家族の意向および医療資源の適正配分（公正原則）とのジレンマ	-家族と共に本人にとっての最善を考える上で、栄養療法の中止も含めたできるだけ多くの選択肢を挙げることは重要である
第 9 回：治療方針（17 名）	
-本人の判断能力の低下 -本人の意向が不明確 -周囲の協力者の不在 -手術のリスク（無危害原則）と、QOL（与益原則）とのジレンマ	-判断能力に応じた説明の方法と、できる限り意思疎通を試みることは重要である -なるべく多くの選択肢を挙げて検討することが重要である
第 10 回：人工呼吸器管理の中止の是非（14 名）	
-本人の判断能力の低下 -家族同士の意見の不一致 -中止することに対する、法的観点からの医療ケアチームの抵抗感	-家族の意向の再確認およびケアは重要である -人工呼吸器管理の中止に関する法的な観点においては一定の見解がある

*第 1 回～第 3 回は出席をとっていなかったため、人数は不明

今後に向けての学びとしては本人や家族の意向との意思疎通に関するものが多くあった。また、この他にも、第 4 回では判断能力の評価方法を共有し、第 6 回では厚生労働省から発表されている「人生の最終段階における意思決定プロセスに関するガイドライン」[2]や血液製剤の適正使用に関するガイドライン[13]を共有した。意思決定に有用となる知識やガイドラインが必ずしも医療現場において認知されているとはいえないため、このような場が知る機会になるといえよう。

2.4. 院内講演会の開催

前述した、有志による院内勉強会「臨床倫理検討会」とは別に院内講演会を開催した。準備期間においては、外部講師を招聘しての院内講演会を各年度に 1 回ずつの計 2 回、コアメンバーが講師として行う院内講演会を 1 回開催した。

外部講師を招聘しての院内講演会は、病院職員全員を対象として、臨床倫理の認知度向上を目的として開催された。臨床倫理がどのようなものであるかをテーマとして、普段の日常業務の中にどういった形で存在しているか、それに対してどのように取り組むべきかについての講演が行われた。第 1 回は 129 名、第 2 回は 63 名が参加した。

コアメンバーが講師として行う院内講演会は、臨床倫理に関してある程度関心と知識を持つ人を対象に開催され、生命倫理学における四原則など、臨床倫理の基礎となる考え方の概説などを行った。なお、このコアメンバーが講師として行う院内講演会は臨床倫理コンサルティングチームの設立後の第 1 期に

おいても 1 回、同様のテーマで開催している。

2.5. 臨床倫理コンサルティングチームの設立

準備期間を経て、2018 年 6 月に臨床倫理コンサルティングチームが設立された。準備期間におけるコアメンバーに加え、事務員 1 名が加わりチームを構成した。総合内科の医師が 2017 年 4 月に転勤となったため、外部委員として参加することになった。臨床倫理コンサルティングチームは、倫理委員会の下部組織として位置づけられた。そのため、活動内容は定期的に倫理委員会で報告し、臨床倫理コンサルティングチームで解決できない事例については、倫理委員会に諮ることが予め決められた。

第 1 期（2018 年度）は院内コンサルテーションのみを受け付けることとして、院内の医療従事者から意思決定に悩むケースや、倫理的問題があると思われるケースを相談できるようにした。予算の制限などもあり、電子カルテシステムに連動するようなコンサルテーションシステムは構築できておらず、口頭（対面や院内 PHS など）での相談というのが専らの窓口である。コンサルテーションがあった場合は、原則として医療ケアチームと、臨床倫理コンサルティングチームで臨床倫理カンファレンスを開催している。これは、準備段階の振り返りの事例検討会である「臨床倫理検討会」で、情報の共有・整理が不十分であることが意思決定の困難さに繋がっている事例が少なくないと判断したためである。また、医療ケアチームが臨床倫理カンファレンスに参加することで、今後の倫理的問題に取り組むための学習の機会とすることも同時に意図している。

第 1 期では各病棟に 1 人「臨床倫理リンクナース」を設置する計画を立てていたが、院内での認知度が十分ではなかったことと、臨床倫理コンサルテーション業務のための人的・経済的資源の制限などから、第 2 期以降に再度検討することとなった。

2.6. 臨床倫理カンファレンスの開催

2018 年 6 月に臨床倫理コンサルティングチームが設立されてから、これまで計 4 回の臨床倫理カンファレンスを開催した。そのうち、2019 年 6 月の事例は同一の事例で間隔を空けて 2 回カンファレンスを実施している。その概要を表 2 に示す。

4 回中 3 回で進行中の事例について方針の検討を行った。それ以外の振り返りの事例検討となった案件は、カンファレンスの日程調整中に方針が急遽決定した事例であった。テーマとしては治療方針、今後の療養先、医療保護入院の是非に関するものであった。困難に直面した要因としては、すべての事例で本人の判断能力の低下や本人の意向が不明確であることが関係していた。また、方針の検討を行った 3 回全てにおいて、カンファレンスでの結果の通りに治療方針や療養先が決定された。

表２　臨床倫理カンファレンスの概要

開催日：目的：テーマ	
困難に直面した要因／倫理的ジレンマ	結果／医療ケアチームへのアドバイス／今後に向けての学び
2018 年 8 月 7 日：方針の検討：治療方針、退院後の療養先	
−本人の判断能力の低下、その原因が不明 −本人の意向が不明確 −家族などの協力が難しい状況 −医学的適応（与益原則）と、QOL（無危害原則）とのジレンマ	本人の意向が確認・推定できない状況と判断し、多職種で本人の最善を議論した −与益と無危害との比較考量により、侵襲の大きな検査・治療については差し控えることが決定した −今後の意識状態が変化すれば再度方針を検討することが決定した −現実的には施設入所以外に選択肢はないものの、本人の希望を理解しようと努めること、本人の希望にできるだけ沿うように工夫することが重要ということが共有された
2018 年 11 月 6 日：事例の振返り：治療方針	
−関係する診療科同士の手術に関するリスクーベネフィットに関する意見の不一致 −本人の判断能力の低下 −本人の意向が不明確 −家族の意向と医療ケアチームの考えとの不一致	−家族の意向をより深く理解しようと努めることは重要である −家族の責任感を軽減するような意思決定のあり方を模索することも重要である
2019 年 6 月 12 日*：方針の検討：医療保護入院の是非	
−医療保護入院の適応に関する関係者の見解の不一致 −本人の判断能力の低下 −本人の意向が不明確 −家族の不在 −医学的適応（与益原則・無危害原則）と、行動から推測される本人の意向および QOL（自律尊重原則・無危害原則）とのジレンマ	−情報を共有・整理したことにより、現時点での医療保護入院は不適当だと判断された −時間をおいて 1 週間後に再度方針を検討するという方針となった
2019 年 6 月 19 日*：方針の検討：医療保護入院の是非、今後の療養先	
−本人の判断能力の低下 −本人の意向が不明確 −周囲の人の意向が不明確 −医学的適応（与益原則・無危害原則）と、QOL（無危害原則）および医療資源の適正配分（公正原則）、制度上の制限（実現可能性）とのジレンマ	−前回に引き続き医療保護入院は不適当だと判断された −本人と周囲の協力者の意向を再度確認することが決定したその上で、本人の意向と周囲の状況（協力者の意向や医療資源の適正配分）が許容される範囲で医学的適応を優先し、リハビリテーションを実施できる施設を探す方針となった

*2019 年 6 月 12 日と 19 日に開催したカンファレンスは同一の事例を扱ったものである

2.7. 臨床倫理ラウンドの開始

2019 年 5 月の時点で、臨床倫理コンサルティングチームの設立から約 1 年間でコンサルテーションがあった事例が 2 件と、非常に少ないことが 1 つの問題として認識された。その原因として、臨床倫理そのものや、臨床倫理コンサルティングチームの認知度が低いこと、それらが認知されていたとしても、コンサルテーションの心理的障壁があることが挙げられた。

そのため、2019 年 6 月より月 1 回の「臨床倫理ラウンド」を実施することとした。これは、臨床倫理コンサルティングチームが予め決められた日時に各病棟を周り、主に看護師から、意思決定について医療ケアチームとして悩んでいるケースや倫理的課題を含んでいると思われる事例についてコンサルテーションを受けるというものである。コンサルテーションに至らない原因の 1 つとして、「今抱えている悩みが倫理的課題によるものかどうかわからないので相談しづらい」というものが挙げられるが、臨床倫理ラウンドでは「困っていることや悩んでいることはないですか」と声をかけることで、それが倫理的課題を含むかどうかを判断せずにコンサルテーションできるようにした。その結果、2 回のラウンドでコンサルテーションがあった事例は 3 件ずつの計 6 件であった。その多くは、倫理的課題を含むものであり、今後の解決に向けての助言を行った。

3. 考察

3.1. 臨床倫理コンサルティングチームの設立・運営に際して検討すべき／取り組むべき課題

ここでは、本実践を通して明らかになった、臨床倫理コンサルティングチームが検討すべき、あるいは取り組むべき課題についてまとめる。今回、我々が臨床倫理コンサルティングチームを設立、運営する際に直面した課題を時系列順に整理すると、(1) どのような運営方式を採用するべきか、(2) どのように臨床倫理そのものの認知度を向上させるか、(3) どのように臨床倫理コンサルティングチームの認知度を向上させるか、(4) どのようにコンサルテーションの心理的障壁を下げられるか、の 4 つである。特に (2) (3) (4) については、臨床倫理コンサルテーション体制が直面する最も大きな問題である「現場から問題が上がってこない」こと[14]に関わる課題といえよう。

3.1.1. (1) どのような運営方式を採用するべきか

運営方式については、臨床倫理コンサルテーションの提供体制およびその位置づけ、チームメンバーの構成、コンサルテーションの受付の対象と手段、コンサルテーションの進め方に分けられる。臨床倫理コンサルテーションの提供体制については、主に「委員会」「個人コンサルタント」「少人数チーム」のいずれかの形式で行われることが多い[15, 16]。その中でも、少人数チーム形式は委員会形式と個人コンサルタント形式の欠点を補った形式であるとされ[15, 16]、日本生命病院でもこれにならって少人数チーム形式を採用した。長尾らによれば、中規模病院では倫理委員会兼任モデル（病院の倫理委員会が臨床倫理コンサルテーションも担う）を主として、状況に応じてチーム形式も併用することが勧められているが[15]、特に院内での認知が不十分な状況においてはある程度の機動力やコンサルテーションに対する心理的障壁の低さが重要であると思われたため、臨床倫理コンサルティングチームを倫理委員会の下部組織に位置づけることとして、チーム形式を主なコンサルテーション体制として採用した。なお、位置づけについてはこの他にも独立した診療支援部門、医療安全部門や患者相談部門の一部あるいは併設、というものがある[1]。活動内容を定期的に倫理委員会で報告することでその妥当性を評価でき、臨床倫理コンサルティングチームで解決できない事例を倫理委員会に諮るという仕組みからは、コンサルティングチームを倫理委員会に位置づけることは妥当であるように思われる。

チームメンバーの構成については、どの職種が臨床倫理コンサルティング業務に適任であるというものではなく、それぞれの専門性を活かして助言を行えることを考慮すると多様な職種が含まれる方が良いだろう。臨床倫理コンサルテーションを行うものに要求される能力として、知識、スキル、資質が挙げられる。その中で、知識についてはチームメンバーのうち最低 1 人は道徳的推論や倫理理論、倫理コンサルテーションで典型的に生じる生命倫理に関する問題や概念などについての知識を備えていることが求められる[4]。日本生命病院の臨床倫理コンサルティングチームは、医師と看護師から構成されるが、外部委員の医師は臨床倫理について外部セミナーを修了していることで臨床倫理に関する知識を担保している。また、臨床倫理カンファレンスには必要に応じて薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、メディカルソーシャルワーカー（MSW）がカンファレンスに参加することで、多職種カンファレンスとなるように心がけている。

コンサルテーションの受付の対象と手段については、第 1 期では院内の医療従事者のみからコンサルテーションを受け付けているが、「実際の医療現場で生じる個々の症例における倫理的問題にたいして、倫理委員会やコンサルタントが助言や判断を与えること」という臨床倫理コンサルテーションの定義からすると[9]、理想的には患者本人や患者家族からの相談も受け付けられるような仕組みがあるべきである。構想の段階では、第 2 期以降にそのような体制を整える予定であったが、第 1 期のコンサルテーションが当初の想定より少なかったため、第 2 期への移行は予定より遅れる見込みである。受付の方式は現在のところ口頭（対面や院内 PHS など）のみとしているが、金田らの報告によると電子カルテシステムによる依頼が半数以上を占めており[8]、専用のシステムを導入するほうが、心理的障壁を下げたり、院内での認知度を向上させたりする効果を期待できる可能性がある。そのため、日本生命病院においても将来的に電子カルテシステムと連動させて、「ECT（Ethics Consulting Team）介入依頼」からもコンサルテーションが可能となるよう計画している。

コンサルテーションの進め方としては、主にアプローチの方法と具体的手法に分けて検討すべきである。前者に関しては、特に米国では、倫理コンサルタントが倫理的な意思決定を不適切に引き受けるような「権威主義的アプローチ」や、倫理コンサルタントがその意思決定の倫理的妥当性を考慮することなしに、純粋に関係者がコンセンサスへ達することに焦点を当てる「純然たるファシリテーションアプローチ」は両極端のアプローチとして否定されている。その上で、倫理的に適切な選択肢を提示しつつ、同時に関係者がコンセンサスへ至ることが出来るように手助けするという 2 つの役割を担う「倫理促進アプローチ」が推奨されている[16, 17, 18]。後者の具体的なアプローチの方法については、世界医師会が提唱するアプローチ、清水による臨床倫理検討システム、英国医師会の倫理ジレンマへのアプローチ、ジョンセンらの 4 分割法など、様々な方法がある[10, 19]。日本生命病院の臨床倫理コンサルティングチームは倫理促進アプローチを採用しつつ、具体的な手法は初めて参加する人にとってわかりやすいことと、準備段階の経験から十分に有用であることが確かめられたことから、4 分割法を用いた多職種カンファレンスの開催を中心としている。今のところこの進め方で大きな混乱などはみられておらず、当初の目的は達成できている。一方で、従来から指摘されているように、この枠組から具体的な行動を導くことは困難であるという批判があるように[15]、4 分割表を用いた情報整理後の分析方法が確立しているわけではなく、ファシリテーターに委ねられてしまう傾向にあることは 1 つの問題としてあげられる。

3.1.2. (2) どのように臨床倫理そのものの認知度を向上させるか

臨床倫理そのものの認知度については、著者らが知る限り、日本において医療従事者を対象とした臨床倫理の認知度に関する調査は存在しない。多くの医療従事者は臨床上の意思決定において「もやもや

とした気持ち」を抱いたことは多いだろう。しかし、この「もやもやとした気持ち」が臨床倫理に関わる問題に由来することがある[16]ということが十分に認識されていないと思われる。

実際、日本生命病院で臨床倫理検討会や臨床倫理カンファレンスを開催する中で、医療ケアチームが抱えている「もやもやとした気持ち」が十分に言語化されず、それゆえに臨床倫理に関する問題であるということが認識されていなかった事例も多く見受けられた。

日本生命病院では、院内での臨床倫理そのものの認知度（どのようなことが臨床倫理に関する問題か）を向上させるための取り組みとして、外部講師を招いての院内講演会を開催した。その他にも、臨床倫理検討会や臨床倫理カンファレンス、臨床倫理ラウンドを実施する中で、多くの医療従事者とコミュニケーションを図ることは認知度の向上に繋がると期待される。また、長期的な視点では、学生に対する教育や卒後教育も重要であることは論をまたない。

3.1.3. (3) どのように臨床倫理コンサルティングチームの認知度を向上させるか

当然であるが、臨床倫理そのものが十分に認識されたとしても、実際にコンサルテーションが行われるためには臨床倫理コンサルティングチームが認知されている必要がある。病院に臨床倫理コンサルテーションの仕組みが導入され、十分に機能するためには病院全体としての取り組みが重要である。そのためには、病院の責任者による支援は必要不可欠である[1]。臨床倫理コンサルティングチームが認知されることは、臨床倫理コンサルテーションが機能するための条件といえるだろう。特に、臨床倫理コンサルテーションの仕組みが現場の医療従事者によるボトムアップで構想された場合は、如何に病院全体としての取り組みに繋げられるかが重要である。

日本生命病院における実践としては、準備期間には臨床倫理検討会を開催し、延べ 100 人を超える数の人に参加してもらった。しかし、実際の運用段階に入ってからは、コンサルテーション件数が最初の 1 年間でわずか 2 件と十分に機能しているとはいえない状況にあった。このことを受けて開始された臨床倫理ラウンドは、実施後より別途窓口に連絡があり臨床倫理カンファレンスの開催が要請された事例が 1 ヶ月間で既に 2 件（計 3 回、そのうち 1 回は本稿執筆段階ではカンファレンスの日程調整中）と、臨床倫理そのものや、コンサルティングチームの認知度向上に少なからず寄与した可能性があると思われる。実際に、チームが病棟を回ったり、病棟カンファレンスなどに出席したりすることは 1 つの周知の方法として挙げられている[1]。

また、日本生命病院における臨床倫理コンサルティングチームは現場の医療従事者によるボトムアップで構想されたため、トップダウン型の周知などが不十分であった可能性がある。このことについては、病院の責任者との連携を強化するように取り組んでいる。

3.1.4. (4) どのようにコンサルテーションの心理的障壁を下げられるか

上記の臨床倫理そのものやコンサルティングチームの認知度の向上に関する課題についての取り組みとは別に、コンサルテーションの心理的障壁を下げるための工夫が必要となる。コンサルテーションの心理的障壁には、前述した「今抱えている悩みが倫理的課題によるものかどうかわからないので相談しづらい」というような臨床倫理そのものの認知と関連するものに加え、自分の考えや判断を非難されるのではないかという懸念[1]、時間的な負担の懸念やコンサルテーションの有効性に対する疑念というのも挙げられる。また、医師をはじめとする医療ケアチームが、意思決定権を制限されている、あるいは監視されていると感じることが臨床倫理コンサルテーションに対する拒否感に繋がることもある[5]。こういった心理的障壁の背景には、「問題をあえて表沙汰にする必要はない」という意識、部外者の介入を

嫌う閉鎖的体質、対立を避けようとする心理、そして上意下達的な職場環境が存在しているとの指摘もある[10]。

これらの課題を一朝一夕に解決できるような手法はないだろう。浅井によれば強力なリーダーシップ、人的・物的資源、現場の人々の感性と姿勢が最も大切であり[10]、これらに加えて現場の医療従事者との信頼関係が必要となる。そのためには、根気強く現場の医療従事者と対話を続けること、臨床倫理コンサルテーションの実績なども重要である。我々もカンファレンスやラウンドを通して継続的に現場の医療従事者との対話を続け、その際の助言についてもできる限り医療ケアチームにとって実行可能性があるように心がけている。

3.2. 日本生命病院における臨床倫理的課題の傾向

現時点ではチームの設立後に行った臨床倫理カンファレンスの件数が十分ではなくその傾向は分析できないため、準備段階における臨床倫理検討会と合わせて合計 14 回についてその傾向を分析する。まず、テーマについては治療方針に関するものが最も多く、次いで退院先の療養先に関するものが多かった。これは、治療方針に関するものが大多数を占めたという過去の報告[6, 7, 8]とは異なる傾向である。これは日本生命病院が一般の中規模病院であるため、大学関連施設や救急救命センターを有する病院との地域における病院の役割の違いが影響している可能性がある。

14 回のうち 10 回では生命倫理の四原則同士のジレンマが生じていた。どの原則同士がジレンマとなっていたかについては一貫した傾向はみられないものの、多くは本人の意向が不明確であることから生じたジレンマといえよう。逆に、患者自身が医学的適応や社会的公正に反した治療方針や療養先を強く望むような事例はみられなかった。患者の判断能力が低下している中で、どのように意思疎通を図るのか、どのように本人の意思を推定するのか、そしてそれらが叶わない場合にどのように「本人の最善」を考えるのかが、多くの事例で共通してみられる倫理的課題であった。このような場合に、ACP（Advance Care Planning）のように、患者自身が望むことを、事前に家族や協力者、そして医療・介護従事者と話し合っておくことは重要となる[20]。今回の事例に ACP を十分に実施できていたケースはなく、ACP が意思決定に有用となるケースは少なくないであろう。今後、病院としての ACP についての取り組みも重要である。

また、生命倫理の四原則以外にも、周囲の協力が得られないことや家族や協力者の意向、制度上の都合による実現可能性がジレンマの要因となる事例があった。臨床倫理コンサルテーションではより倫理的に望ましい判断は何かを考えることは勿論のこと、実現可能性も考慮して検討する必要がある。

4. おわりに

以上、日本生命病院での臨床倫理コンサルテーションの体制構築と運営について、活動報告と考察を行った。今後は、このような取り組みが病院に根付いていくように活動の幅を広げていくつもりである。また、日本において臨床倫理コンサルテーション体制を整備するためには、施設を越えて情報を共有し、日本の文脈に合わせた臨床倫理コンサルテーションのあり方の検討やその質の評価など、様々な課題に取り組む必要がある[1, 6, 21]。

また、医療における意思決定をより良いものにしていくためには、臨床倫理コンサルテーションのみならず、意思決定のあり方そのものに関する検討や、ACP の普及など、一般の人をも巻き込んだ議論が重要だと考える。

謝辞

本論文の執筆にあたって多くのご助言を頂きました恋水諄源氏に謹んで御礼申し上げます。

参考文献

1. 堂囿俊彦編著. 倫理コンサルテーションハンドブック. 医歯薬出版株式会社. 2019. pp. 15-36.
2. 厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. 2007 年（2015 年名称変更, 2018 年改訂）. https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf（2019 年 7 月 2 日アクセス）
3. 公益財団法人 日本医療機能評価機構. 病院機能評価: 機能種別版評価項目<3rdG:Ver2.0> https://www.jq-hyouka.jcqhc.or.jp/accreditation/outline/hospital_type/（2019 年 7 月 5 日アクセス）
4. Aulisio MP, Arnold RM, Youngner SJ. Health care ethics consultation: nature, goals, and competencies. A position paper from the Society for Health and Human Values-Society for Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation. *Ann Intern Med*. 2000. 4;133(1): 59-69. DOI: 10.7326/0003-4819-133-1-200007040-00012
5. Vollmann J. The implementation process of clinical ethics consultation: Concepts, resistance, recommendations. *Revista Romana de Bioetica*. 2013. 11(3): 108-122.
6. 竹下啓. 北里大学北里研究所病院における倫理コンサルテーションの経験. *J Seizon and Life Sci*. 2018. 28(2): 153-156.
7. 尾藤誠司. 東京医療センターにおける意思決定支援事業としての倫理サポートチーム. 2018. 医療. 72(3): 114-118.
8. 金田浩由紀, 西田圭一郎, 文岡礼雅, 佐藤幸代, 川畑ユミ子. 臨床倫理コンサルテーションの立ち上げから 1 年間の取り組み. 2018. 臨床倫理. 6: 32-37.
9. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. 臨床倫理学 第五版. 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. 赤林朗, 蔵田伸雄, 児玉聡監訳. 新興医学出版社. 2006.
10. 浅井篤. 臨床倫理－基礎と実践. 浅井篤, 高橋隆雄 (編). シリーズ生命倫理学 第 13 巻 臨床倫理. 丸善出版. 2012. pp.1-21.
11. 川口篤也. モヤモヤよさらば！ 臨床倫理 4 分割カンファレンス. 第 6 回 カンファレンスはどう進めたらいいの？ 2014 年 6 月 9 日. 週刊医学界新聞, 第 3079 号. https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03079_03（2019 年 6 月 25 日アクセス）
12. 川口篤也. モヤモヤよさらば！ 臨床倫理 4 分割カンファレンス. 第 1 回 カンファレンスはどう進めたらいいの？ 2014 年 1 月 13 日. 週刊医学界新聞, 第 3059 号. https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03059_02（2019 年 6 月 25 日アクセス）
13. 厚生労働省医薬・生活衛生局. 血液製剤の使用指針. 2017 年. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11120000-Iyakushokuhinkyoku/0000161115.pdf（2019 年 7 月 2 日アクセス）
14. 竹之内沙弥香, 田村恵子, 浅井篤. 看護倫理と倫理の原則. 看護管理. 2010. 20(1): 61-65.
15. 長尾式子. 倫理コンサルテーション. 浅井篤, 高橋隆雄 (編). シリーズ生命倫理学 第 13 巻 臨床倫理. 丸善出版. 2012. pp.22-45.

16. 藤田みさお, 赤林朗. 臨床における倫理問題への取り組み. 日本内科学会雑誌. 2012. 101(7): 2059-64.
17. 金城隆展. 倫理コンサルテーションとナラティヴの能力. 生命倫理. 2010. 20(1): 4-12.
18. Tarzian AJ, ASBH Core Competencies Update Task Force. Health Care Ethics Consultation: An Update on Core Competencies and Emerging Standards from the American Society for Bioethics and Humanities' Core Competencies Update Task Force. *Am J Bioeth*. 2013;13(2): 3-13. DOI: 10.1080/15265161.2012.750388
19. 浅井篤. 倫理コンサルテーションの実践からみえてくるもの. 日本内科学会雑誌. 2012. 101(10): 3012-18.
20. 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 解説編. 2018 年. https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf（2019 年 7 月 4 日アクセス）
21. 竹下啓. 日本臨牀倫理学会年次大会「倫理コンサルテーション」でどのような事例が検討されてきたか―臨床倫理認定士を対象とした倫理コンサルテーション活動調査の提案―. 2019. 臨床倫理. 7: 81-88.