臨床における倫理問題への取り組み

藤田みさお 赤林 朗

要 旨

同じ医学的事実を共有していたとしても、それを捉える価値観が異なれば、医療従事者や患者・家族の間で治療上の判断が分かれる事態も起こり得る。臨床における倫理問題とは、こうした価値観の対立から生じる治療決定上の問題のことである。当事者間で問題が解決できない場合の方法として、学際的な委員からなる臨床倫理委員会による倫理コンサルテーションが注目されている。こうした体制は国内外で広く普及しつつあり、医療現場でのニーズも高いことが報告されている。ただし、臨床倫理委員会による倫理コンサルテーションを行えば、臨床で生じる問題のすべてが解決されるわけではない。臨床場面での治療決定は患者・家族の人生や生死に関わることさえあり、判断基準は常に明確とは限らず、唯一絶対の正答があるわけでもない。臨床倫理委員会の委員やコンサルタントが、的確に問題に取り組み当事者らを支援できるよう、臨床倫理に関する教育機会を充実させることや、委員・コンサルタント間のネットワークを構築することが今後の課題である。

〔日内会誌 101：2059～2064，2012〕

Key words 臨床倫理，臨床倫理委員会，倫理コンサルテーション

はじめに

現在、日本医療機能評価機構が審査に用いる「病院機能評価 統合版評価項目V6.0」¹⁾には、基本的項目として臨床における倫理に関するものはいくつか設けられている。例えば、「病院全体の臨床倫理の課題が明確にされ検討されている」、「当該病棟で倫理的に問題となりやすい事柄を認識し、対策を講じている」等といった項目がこれにあたる。臨床における倫理問題に対処する体制が評価項目に含まれるようになったのは、1990年代後半のことであり、以降、国内の倫理

委員会の数が急増したのは、このことも要因として影響しているといわれる（図）²⁾。事実、こうした評価項目を認識し、遵守している病院ほど、現場の倫理問題を取り扱う体制を有していることが、これまでの調査で明らかにされている³⁾。

ただし、日本医療機能評価機構による評価項目には、倫理問題とは何か、誰が、どのように対策を講じるべきか、といった具体的な内容まで踏み込んで書かれているわけではない。そのこと自体、こうした問題群が各病院や病棟の現状によって大きく異なることを考えれば、当然のことである。しかし、病院や医療従事者が医

東京大学大学院医学系研究科医療倫理学分野

The Cutting-edge of Medicine ; Approaching ethical issues in clinical settings.

Misao Fujita and Akira Akabayashi : Department of Biomedical Ethics, The University of Tokyo, Graduate School of Medicine, Japan.

図. 日本の一般病院に設置された倫理委員会数
(文献2より)

療の質の向上をはかるべく、臨床の倫理問題に取り組む体制を整えようとしたときに、何について、誰が、どのように対処するのか、手探りをしていく以外にないことも多く、現場から困惑の声を聴くことも少なくない。そこで本稿では、臨床における倫理問題とは何かについて触れ、そうした問題に対処する体制のひとつである臨床倫理委員会と、その主要な業務である倫理コンサルテーションについて概説し、最後にまとめと課題について簡単に述べたい。

1. 臨床における倫理問題

臨床における倫理問題とは、必ずしも一部の先進的な医療—遺伝子診断やクローン技術、再生医療等—に伴う問題のみを指しているわけではない。また、ときにスキャンダラスに報道され、非難の対象となるような非倫理的な診療や研究ばかりを意味するわけでもない。患者・家

族との関わりや医療チーム内でのやりとりにおいて日常的に生じうる、例えば、次のような場面にも倫理問題は含まれている。

Aさん、50歳代、男性。二年前の検診で糖尿病を疑われ、近くの病院を受診したところ、空腹時血糖が180 mg/dlで2型糖尿病と診断された。しかし、仕事上の付き合いも多く、生来酒好きで、食事療法も十分にできなかったため、受診のたびに検査値が悪化していった。だが、そのうちに仕事が忙しくなり、通院をやめてしまった。ある日、口渇や倦怠感が強くなったため、久しぶりに病院を受診したところ、血糖値が600 mg/dl、HbA_{1c}10.5%と高かった。医師は早急に入院治療を始めるようすすめたが、Aさんは断固としてこれを拒否している⁴⁾。

「早急に入院治療をしなければ生命の危険すらある」という医学的事実は、医師とAさんとの間で、仮に共有されているものとする。ただ、たとえ同じ事実が共有されていても、その事実を捉える両者の価値観が異なれば、治療上の判断が分かれることも起こりうる。「何よりもまず健康の回復が重要」という価値観によって立てば、入院こそが最善の選択であるという医師の判断は当然のことであろう。一方、Aさんは「自分のことよりも今の家族の生活が重要」という価値観にもとづき、すぐに入院することは最善の選択ではないと判断しているかもしれない。両者の価値観は何を重要視するかという優先順位をめぐって対立しており、そのことが治療上の判断における対立へとつながっている。

このように、治療上の判断をめぐって多様な価値観が対立するなか、では何が患者にとって最善の選択となるのか、考えても答えが出なかったり、当事者間で合意に至れなかったりして、「もやもや」とした気持ちを抱いたことのある医

療従事者は少なくないのではないだろうか。この言語化しきれない「もやもや」とした気持ちは、決して心地よい感情とはいえないだろう。だが、日々の医療現場で感じるこうした「もやもや」こそが、ときとして倫理問題を察知しているサインである場合があるともいわれている⁵⁾。

倫理問題は「現場で遭遇する、純粋に医学上または看護学上の知識・技術・経験だけでは対処できない、あらゆる葛藤や社会的懸案を含む」とされる⁶⁾。例えば、医療チーム内で治療方針をめぐる意見の相違が生じた場合にどうすればよいか、治療を拒否する患者にどう対処したらよいか、患者・家族が適応のない治療を望んだ場合にどうすればよいか、といった問題もここには含まれる。いいかえると、臨床における倫理問題とは「医療現場におけるさまざまな価値観の対立から生じる治療決定上の問題」と定義することができるだろう。そして、医療従事者、患者・家族といった当事者間で問題が解決できない場合に、これに対処する体制としてよく取り上げられるのが、次に述べる臨床倫理委員会である。

2. 臨床倫理委員会

臨床倫理委員会が今日のようなかたちで発展するようになったのは、70年代終わりの米国に端を発するといわれる⁷⁾。主要要因のひとつにあげられるのが、遷延性植物状態に陥った患者の治療中止をめぐる1976年の判決である。この判決のなかでニュージャージー州最高裁判所は、こうした患者の予後を検討するために、病院内に倫理委員会を設置するよう推奨した。もうひとつあげられる要因は、1992年に発足した医療施設認定合同委員会(The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization: JCAHO, 2007年よりThe Joint Commissionと改称)の存在である^{7,8)}。医療機関の質を評価・認

定するJCAHOが、倫理問題に取り組むしくみを設けるよう病院に求め、一例として倫理委員会に言及したことが発展の追い風になったといわれている。

日本の状況もこれに類似している。意識がなく回復の見込めない患者数名が、医師によって人工呼吸器を外され死亡していた射水市民病院の事件を受け、厚生労働省は翌年2007年、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を公表した⁹⁾。ガイドラインは患者本人の意思決定を基本としたうえで、医療チーム内での決定が困難であったり、患者と医療従事者の間で合意が得られなかったりする場合には、「複数の専門職からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討および助言を行うことが必要(傍点引用者)」と記した。「臨床倫理委員会」と明記こそしていないものの、同様のしくみを医療現場に求めた国としては初のガイドラインと考えられる。また、90年代後半に日本医療機能評価機構が倫理問題に対処する体制を病院の評価項目に含めるようになり、倫理委員会の数が急増したことは、冒頭にも述べたとおりである²⁾。

米国では臨床倫理委員会のある病院は1983年に約1%しかなかったが、1998年には90%を超え¹⁰⁾、カナダでも1984年の18%から2008年には85%にまで増加している¹¹⁾。英国における発展は90年代半ばからと遅れたものの、臨床倫理委員会のある施設は2001年の20施設から10年で約4倍以上に増加した¹²⁾。日本では約1/4の臨床研修指定病院に、臨床現場の倫理問題に助言を行うしくみがあり、うち8割弱は倫理委員会が対応しているといわれる³⁾。このほか、安全対策室、患者相談窓口等で対応している病院があることも報告されている^{3,13)}。

臨床倫理委員会は通常、医師、看護師、ソーシャルワーカー、法律家、牧師、医療管理者等、幅広い専門性を持つ約10名前後の委員で構成される^{7,10~12)}。価値観の対立から生じる複雑な倫理

問題を扱ううえで、委員のこうした多岐にわたる専門性は、貴重な経験や視点をもたらすものといわれる⁷⁾。実際、医療従事者のみで問題を検討した場合、臨床的な見地に偏ったり、医療従事者以外の価値観が軽視されたりすることが懸念されている¹⁴⁾。また、医療事務の職員が一員として参加し、患者・家族に近い立場から有益な発言をしている例も国内では報告されている¹⁵⁾。

主要な業務としては三つあり、まず「教育(委員自身による自己学習、スタッフへの倫理教育、地域へのアウトリーチ)」と「指針の作成や見直し(インフォームド・コンセント、終末期の意思決定、脳死、臓器提供や移植、医療事故の開示等)」の二つが、「予防的倫理」の役割を担うものとして期待されている⁸⁾。というのも、倫理的な規律について学び、健全な指針を持てば、多くの倫理問題を回避することが可能と考えられるからである。一方で、倫理問題が生じてしまった場合に、対処する機能として最も重視されているのが、三つめの「倫理コンサルテーション」である。

3. 倫理コンサルテーション

倫理コンサルテーションとは、「患者、家族、代理人、医療従事者、その他の当事者が、ヘルスケアで生じる価値問題の不確かさや対立に取り組めるように援助する、個人やグループによるサービス」と定義される⁷⁾。実際に取り扱われる内容については、英国における最新の状況を報告した調査結果が適当な具体例としてあげられるだろう¹²⁾。これによると、過去一年間にコンサルテーション依頼のあった倫理問題は、多い順から、判断能力/同意、治療中止/差し控え、栄養と水分補給、患者/家族の治療拒否、資源配分/ケアへのアクセス、緩和ケア、患者の自由に対する制限、患者情報の開示、革新的治療、スタッフの保護、遺伝学、不妊治療、医療ミスの

公表、安楽死/自殺ほう助等であった。

倫理コンサルテーションは「委員会全体」、「個人コンサルタント」、「小チーム」といった主に三つの形式で提供される^{7,8,16)}。どの形式が最も適切かは各病院の現状に大きく依存するが、倫理コンサルテーションを行う全病院に尋ねた米国の調査では、採用されている形式は順に23%、9%、68%であったという¹⁷⁾。ときに限られた時間内で、委員全員が何度も集合し、結論の一致を見ることは現実的に困難なことも少なくない。一方、委員一個人による対応や助言は機動力に富むが、一人で根深い価値の対立を解決したり、幅広い知識とスキルを身につけたりする責任や負担は大きい。臨床倫理委員会が任命する複数のコンサルタントからなる小チームは、両者の長所を生かした妥当案ともいえ、現在、最も支持を集めつつあるという。ただし、コンサルテーションの内容に応じて二つ以上の形式を組み合わせている病院も多い¹⁷⁾。

倫理コンサルテーションの進め方としては、「倫理ファシリテーションアプローチ」と呼ばれる方法が一般には最善とされている¹⁶⁾。このアプローチは、社会というより大きな文脈が持つ価値は考慮しないで、当事者間の合意のみを目指せばよいとする「純然たるファシリテーションアプローチ(the pure facilitation approach)」や、コンサルタントが当事者に代わって一方的な意思決定を下してよいとする「権威主義的アプローチ(the authoritarian approach)」とは異なる。倫理ファシリテーションアプローチとは、当事者のニーズや価値観を尊重しつつ、法的・倫理的に社会で許容される範囲を超えないかたちで、彼らが意思決定に至れるように援助する方法を指している¹⁶⁾。その具体的な特徴―「(1) 価値の不確かさの性質を同定・分析する」、「(2) 理に適った倫理的決定の形成を促進する」―を表に示した。

先述したAさんのケースで考えると、例えば、

表. 倫理ファシリテーションアプローチ（文献 16 より）

(1) 価値の不確かさの性質を同定・分析する	(2) 理に適った倫理的決定の形成を促進する
<ul style="list-style-type: none"> • 関連情報を収集する（当事者との対話、カルテや倫理綱領、書籍、学術論文等といった関連書類の調査等） • 関連概念を明確化する（守秘義務、プライバシー、インフォームド・コンセント、最善利益等） • 関連する規範的問題を明確化する（社会的価値、法的・倫理的基準、施設内指針からの示唆等） • 置かれた文脈の中で、倫理的に受容可能な選択肢の幅を同定し、各選択肢について倫理的に適切な根拠が示せるよう援助する 	<ul style="list-style-type: none"> • 当事者らの声を確実に聴収する • 当事者らが自分たちの価値観を明確化できるよう支援する • 置かれた文脈の中で、倫理的に受容可能で共有のできる信念、価値観、理解の形成が進むよう援助する • 倫理的に適切な意思決定者を同定し、支援する • 対人関係の対立に対し、調停その他の紛争解決手法を適用する

インフォームド・コンセントを得る際の説明や理解が十分であったか情報を収集したり、四原則のような概念を用いてケースを分析したり^{18, 19)}、治療を行いながらAさんの意思も尊重できる選択肢（有給休暇で短期入院、早退を条件に外来通院、出勤時に産業医を受診等）を複数同定したりすること等は、「(1) 価値の不確かさの性質を同定・分析する」に相応するだろう。また、治療を求めて来院したAさんが入院を拒否する理由について傾聴したり、価値観の異なる当事者が互いに折り合える選択肢を模索できるよう支援したり、Aさんの意思決定を支えるべく家族や産業医・職場の協力を求めたりすること等は、「(2) 理に適った倫理的決定の形成を促進する」にあたるであろう。実際の臨床場面ではこのように、直面している「もやもや」をできるかぎり言語化して当事者間で共有し、コミュニケーションを尽くして意思決定に至ろうとする試みが重要となる。

おわりに

同じ医学的事実を共有していたとしても、それを捉える価値観が異なれば、医療従事者や患者・家族の間で治療上の判断が分かれる事態も起こり得る。臨床における倫理問題とは、こうした価値観の対立から生じる治療決定上の問題

のことである。当事者間で問題が解決できない場合の方法として、学際的な委員からなる臨床倫理委員会による倫理コンサルテーションが注目されている。こうした体制は国内外で広く普及しつつあり、医療現場でのニーズも高いことが報告されている³⁾。

もちろん、臨床倫理委員会による倫理コンサルテーションを行えば、臨床で生じる問題のすべてが解決されるわけではない。年間約 29,000 名の個人が 36,000 件以上の倫理コンサルテーションを行う米国でさえ、臨床倫理に関する研修や大学院教育を受けたコンサルタントは 5% に過ぎず¹⁷⁾、臨床倫理委員会委員長の約半数は倫理問題を取り扱う準備が不十分だと感じている¹⁰⁾。臨床場面での治療決定は患者・家族の人生や生死に関わることさえあり、判断基準は常に明確とは限らず、唯一絶対の正答があるわけでもない。臨床倫理委員会の委員やコンサルタントが、的確に問題に取り組み当事者らを支援できるよう、臨床倫理に関する教育機会を充実させることや、委員・コンサルタント間のネットワークを構築することを、今後の課題として最後に指摘しておきたい²⁰⁾。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：赤林 朗；寄付金（上廣倫理財団）

文 献

- 1) 日本医療機能評価機構：病院機能評価 統合版評価項目 V6.0. 2009. <http://jcqhc.or.jp/pdf/works/v6.pdf> (Accessed March 14, 2012).
- 2) Akabayashi A, et al: An eight-year follow-up national study of medical school and general hospital ethics committees in Japan. *BMC Med Ethics* 8: 8, 2007.
- 3) 長尾式子, 他：日本における病院倫理コンサルテーションの現状に関する調査. *生命倫理* 15: 101-106, 2005.
- 4) 赤林 朗, 大林雅之編：ケースブック医療倫理. 医学書院, 東京, 2002, 2-5.
- 5) 白浜雅司：日常診療の基本講座 その 25 あなたの周りの臨床倫理的問題を考えよう！—臨床倫理入門—. レジデントノート 7: 1621-1626, 2006.
- 6) 浅井 篤, 他編：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, 熊本, 2009. 2. <http://img01.ecgo.jp/usr/clethics/img/090226135643.pdf> (Accessed March 14, 2012).
- 7) Aulisio MP: Ethics committees and ethics consultation. Post SG, ed. *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd edition, Mcmillan Reference USA, New York, 2004, 841-847.
- 8) クリス・ハックスラー, D・ミカ・ヘスター：イントロダクション—病院倫理委員会はどうあるべきか, 病院倫理委員会と倫理コンサルテーション. D・ミカ・ヘスター編. 勁草書房, 東京, 2009, 1-21.
- 9) 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. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf> (Accessed March 14, 2012).
- 10) McGee G, et al: A national study of ethics committees. *Am J Bioeth* 1: 60-64, 2001.
- 11) Gaudine A, et al: Evolution of hospital clinical ethics committees in Canada. *J Med Ethics* 36: 132-137, 2010.
- 12) Slowther AM, et al: Development of clinical ethics services in the UK: a national survey. *J Med Ethics* [Epub ahead of print] 2011.
- 13) 東大病院患者相談・臨床倫理センター：<http://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/voice/index.html> (Accessed March 14, 2012).
- 14) Gill AW, et al: Acute clinical ethics consultation: the practicalities. *Med J Aust* 181: 204-206, 2004.
- 15) 三浦靖彦, 他：一般病院における終末期の治療方針の決定—病院内倫理コンサルテーションの設立・運営. *病院* 70: 742-746, 2011.
- 16) Core competencies update task force: Core competencies for health care ethics consultation (draft). American Society for Bioethics and Humanities, 2009. <http://www.asbh.org/uploads/files/pubs/CCUpdateNov09.pdf> (Accessed March 14, 2012).
- 17) Fox E, et al: Ethics consultation in United States hospitals: a national survey. *Am J Bioeth* 7: 13-25, 2007.
- 18) トム・L・ビーチャム, ジェームズ・F・チルドレス：生命医学倫理 (第五版). 麗澤大学出版会, 東京, 2009.
- 19) 藤田みさお：倫理的側面からみた糖尿病看護の実践と研究 倫理的側面から見た糖尿病看護の実践. *日本糖尿病教育・看護学会誌* 15: 81-83, 2011.
- 20) 東京大学 生命・医療倫理教育研究センター：<http://cbel.jp/> (Accessed March 14, 2012).