

## 臨床倫理学の視点から

東北大学大学院文学研究科 清水哲郎

臨床倫理は何をする営みか 臨床倫理とは、医療現場の個別事例に関して医療従事者が中心となっていく営みである。が、それは裁判の判決のように、個別の状況において何が正しい選択かを宣言して終わるようなものではない。例えば、治癒はもはや望めず、緩和的な対応しか有効でなくなり、そして死期が迫っているという状況を理解して、ある人が「もう自分は生きていても仕方ないから、早く死なせてくれ」と訴えているといった状況を考えてみよう。ここで「患者は安楽死を希望している」と問題を把握し、安楽死を容認できる状況ではない（あるいはそもそも安楽死は認められない）と判断したとすると、「この方の希望を叶えるわけにはいかない」と裁決し、そのようにこの方に伝える、というようなプロセスを倫理として考える向きもあろう。だが、臨床倫理においては「希望に応じることが出来ない」というのは結論の半分であって、あとの半分は未だ答えられずに残っている。「もう死なせてくれ」と言っているこの人の思いは、満たされないままにそこに在り続けているからである。「その思いに対して私たちには何が出来るのか」と考えてこそ、個別事例の倫理的検討である。

あるいは現状を分析して、複数の倫理原則間でディレンマが起きていると認め、その解消の方途を考えることがある。事例を振り返って「この点で倫理原則Cに反している」などと批判する傾向もあるかもしれない。だが、倫理原則は本来、看護・医療実践の中でそのように働くものなのだろうか。倫理原則は私たちの行動を規制し、制約し、断罪するように機能するものなのだろうか。否、そうではな

い。倫理原則は、ケアを引き受け、相手と向き合い、また寄り添って歩もうとする私たちの姿勢を表現している、私たちのいわば宣言である——そういうものとして見ることによって、臨床倫理の営みは、裁判のようなものではなく、私たちの歩みを方向付けるものとなるだろう。このようにして、臨床倫理は看護職にとって、自らを支える強い味方となるだろう。

臨床倫理学 以上のように臨床倫理の位置付けを提案することも含め、日々医療現場で行われている臨床倫理の営みを理論的に支援するのが、臨床倫理〈学〉である。「個別事例はケース・バイ・ケースに考えるしかない」という誤解に対して、「検討の方法は標準化できる」と、理に合った、根拠のある検討システムを構築するという課題がある。

臨床倫理委員会 医療機関における臨床倫理の営みを推進する役割が期待される。以上に提示したような臨床倫理のあり方から、委員会の望ましい姿も見えてくるだろう。ことに、現実の個別事例については、委員会が調査し、判断するというような働きよりも、むしろ、患者・家族に対してであれ、現場の医療者に対してであれ、少人数でコンサルテーションを行うシステムを運営するような働きが要となるだろう。臨床倫理委員会に限らず、医療機関の医療活動全体の中で、臨床倫理の営みを適切に位置づけることが、今後の課題となろう。課題に応えようとする動きの中で、患者のコーピングを支えることを以前から自らの活動の一つとしてきた看護職の果たし得る役割は大きい。

## ◆シンポジウムⅠ◆

## 臨床倫理委員会—その定着と看護職の役割

## 臨床現場の実践

医療法人東札幌病院 石谷 邦彦

臨床倫理の古典ともいえるべきDr. Howard Brody著のEthical Decisions in Medicine(第一版1976年, 第二版1981年, 日本語訳「医の倫理」原書第二版 館野之男/榎本勝之訳 1985年 東京大学出版会)の始めに以下のような設問がある。

倫理学についての我々の議論は、「倫理学」の定義をしないまま、結論に至ってしまった。下の定義のうち、これまで「倫理学」としてきたところのものをもっともよく要約しているのはどれか？

1. 倫理学というのは、正しい行為を研究するものである。
2. 倫理学というのは、選択が分れる場面で一番良い行動の方向を決めるための合理的な方法を研究するものである。
3. 倫理学というのは指針を集めたもので、これに従えば常に正しい行動をとることができる。
4. 倫理学というのは、難しい選択に直面したとき、人々がどのように行動するかを研究するものである。

答えは2である。

臨床倫理委員会がよく機能するためには倫理学とは何かを医療スタッフがよく理解することに尽きるといえよう。

東札幌病院は1983年ホスピス・緩和ケアとQOLの研究を目的として設立された。その時代日本全体においてもいわゆる「癌の告知」がほとんどなされていなかったことなど、癌医療にはそもそも倫理的問題が数多く内容されていたのであった。開設当初は前述した「医の倫理」を教科書として医療スタッフは自分達の事例について検討していた。その後1988年当時北海道大学文学部哲学科助教授であった清水哲郎先生の参加を得て「倫理セミナー」が毎月開催され現在に至っている。この歴史の中で1994年11月に「東札幌病院倫理委員会」が設けられた。その時作成された規定の第1条の「目的」は以下の如くである。

- (1) ヒトを直接対象とした医学の研究及び臨床応用についてヘルシンキ宣言の趣旨に添った倫理的配慮
- (2) 日常の医療及び福祉の行為についてリスボン宣言の趣旨に添った倫理的配慮

従って倫理委員会は(1)を行う研究審査委員会 (Institutional Review Board IRB) と(2)を行う臨床倫理委員会 (Clinical Ethics Committee) の2部門から構成された。

以来臨床倫理委員会は事例検討やスタッフの教育、患者・家族への助言、そして各種倫理的問題に関するガイドラインの作成などを行っている。およそその20年の活動の中で、臨床倫理に関しては看護職の役割が重要であったことは実感している。もちろんその他の職種の積極的参加も必須である。瑞々しい感性、あるいは日頃の医療現場の狭小な常識を越えた一般市民としての感性を持つ看護職、なおかつ冷静、論理的な看護職は臨床倫理の主体的行為者に相応しい。

参考までに第64回日本癌学会総会にて当院の臨床倫理委員会の活動を発表した内容を以下に述べる。

東札幌病院における臨床倫理委員会の活動とインフォームド・コンセント ガイドライン作成の試み

## はじめに

近年、科学的根拠に基づいた医療 (Evidence-based Medicine: EBM) の重要性が強調されているが、臨床のあらゆる局面に質の高いエビデンスが存在するわけではない。治療方針に選択が必要な場面では、患者の意向を汲んで手探りで進んでいかざるを得ないことが少なくない。がん医療は新薬や技術開発など日進月歩であり、一方では患者の多様な価値観を尊重しなければならない。インフォームド・コンセント (IC) は、患者と医療従事者とが情報を共有し、合意に基づいて治療・ケアを選択するプロセスの中ではじめて実現するものであり、適切に行われない場合は倫理的問題が生じやすい。

東札幌病院では研究審査委員会と臨床倫理委員会の二つの倫理委員会が設置されており、後者において臨床現場で遭遇する倫理的問題の検討を行っている。臨床倫理委員会で事例検討を重ねてゆくなかで最も多く取り上げられたのは、医療者と患者・家族とのコミュニケーションの問題であった。これらのことをふまえ、1998年に臨床倫理委員会

ではICガイドラインを作成した。

本発表では、臨床倫理委員会の活動概要とICガイドラインについて報告する。さらに、職員に行ったアンケート調査から、ICに関する問題点等についても併せて報告する。

## 東札幌病院における二つの倫理委員会

### 研究審査委員会 (Institutional Review Board: IRB)

人を対象としたすべての臨床研究、および治験についてヘルシンキ宣言の趣旨に沿った倫理的配慮の側面から審査を行う。

#### 構成メンバー

- ・医療分野の学識経験者  
院長、副院長、理事長、名誉院長、顧問、内科部長、外科部長、薬剤課課長、看護部長
- ・医療分野以外の学識経験者  
事務職員

### 臨床倫理委員会 (Hospital Ethics Committee: HEC)

日常の医療・福祉の行為について、リスボン宣言の趣旨に沿った倫理的配慮の側面から検討し、指針をだす。

#### 構成メンバー

- ・医療分野の学識経験者  
副院長、看護部長、内科医師、外科医師、看護婦、MSW、検査技師
- ・医療分野以外の学識経験者  
事務職員、哲学者、弁護士

## 臨床倫理委員会の活動

### 1) 事例検討

治療方針等に関する意思決定の際、患者-家族-医療チーム間で意見の食い違いが生じることがある。緩和医療の領域では、告知・病状説明、積極的治療の中止決定、終末期におけるセデーションの適応など問題が生じやすい。担当医療チーム内で問題解決できないときに当委員会に申請され、担当スタッフを交え話し合い、指針を出す。

### 2) 教育・啓蒙活動

日々の医療・ケアを行うなかで重要なことは、まず臨床倫理的問題に気づき、それらを担当チーム内で検討し、患者にとって何が最善かを考え具現化する。そのためには、「臨床倫理とは何か」、「臨床倫理を検討するための方法論」、「臨床倫理委員会の役割とアクセスのしかた」等について、院内全体に教育・啓蒙が必要である。

### 3) Policyの作成・レビュー

臨床現場で発生する様々な問題(表)について、意思決定の手助けとなるようなマニュアルやガイドラインの作

成、システムの整備を行う。

### 表 Policyが必要な項目

DNR (Do Not Resuscitate)

事前指示 (Advanced Directive)

意思決定できない患者の代理人 (Proxy)

治療の選択における意思決定 (治療の無益性 (Futility) を含む)

終末期における意思決定 (End of life decision making)

栄養管理・水分補給の問題 (胃瘻, IVHの適応など)

終末期におけるセデーション

インフォームド・コンセント

インフォームド・コンセントのガイドライン

医療法人東札幌病院ホームページ (<http://www.hsh.or.jp>) を参照

## ICガイドラインに関する職員アンケート

ICガイドラインの各項目について、東札幌病院の常勤医師と看護師を対象に、自己評価式のアンケートを実施した。各項目について三段階の評価を行った。(a. 良い/問題ない, b. おおむね良好/時に問題あり, c. 不良/問題あり) 常勤医師15名中13名, 看護師110名中90名から回答を得た。結果の概略を以下に記す。

- (1) ICガイドラインを現場で活用しているのは医師の38%, 看護師の60%, 全体では58%であった。
- (2) ICの概念について。医師の説明に患者が同意するプロセスか、あるいは患者が医療者に対して承認する行為なのか質問した。ICガイドラインの基本姿勢であるbと答えたのは医師の38%, 看護師の67%であった。
- (3) 23の自己評価項目全体では、a 良いと評価したのは医師44%, 看護師38%であり、c 不良と評価したのは医師3%, 看護師5%であった。
- (4) 医師、看護師ともに最も評価が低かったのは、「患者・家族との話し合いの場の設定」であった。(看護師の20%, 医師の8%が悪いと評価)
- (5) 主治医の態度に関する看護師の評価は、7項目全体で見ると、a 良い35% c 悪い6%であった。主治医の態度に関する医師自身の評価は、a 良い53% c 悪い2%であった。看護師の評価が一番悪かったのは「患者の理解に気を配っているか」であり、c 悪いが10%を占めた。一方、同項目を悪いと評価した医師は0%であった。
- (6) 看護師の態度に関する医師の評価は、5項目全体で見ると、良い37% 悪い2%であった。看護師の態度に関する看護師自身の評価は、良い46% 悪い3%であった。

## まとめ

東札幌病院における臨床倫理委員会の活動の概略と、そこで作成されたICガイドラインについて報告した。今回、医師・看護師を対象に行ったICガイドラインに関するアンケート調査では、利用率は全体で58%であった。以前に臨床倫理委員会に対する職員の意識調査を行った際、職員の大部分が存在は知っていたが活動内容を理解しているのは3割程度であった。したがって今後、院内のセミナーや事例検討会などを通して、臨床倫理委員会の意義やそこで

作成された各種ガイドラインを院内に普及・定着させることが課題である。ICガイドライン各項目の自己評価では、23項目全体で医師・看護師の4割程度しか良いと評価しておらず、改善の余地があることが示唆された。評価の低かった項目については、何が問題で改善のためには何が必要か、医療者全体で考えていくことが重要と思われる。かなりの項目において、医師・看護師間でお互いの評価に食い違いを認めた。今後、アウトカムの指標として、患者・家族からの評価を活用するシステムを検討していきたい。



## 我が国における臨床倫理委員会—その可能性と看護職の働き—

神戸市看護大学 高田 早苗

今日の医療現場では、臓器移植や遺伝子診断・治療などの生命倫理、医療事故や院内感染などの制御と安全な医療の提供、インフォームド・コンセントやカルテ開示など患者主体の医療といった課題が次々に浮上し、倫理的な判断、問題解決の重要性がこれまで以上に認識されてきている。臨床倫理委員会は、このような現場での倫理的なケース・コンサルテーションや、倫理的ガイドラインの提供、そしてこれらの活動を通しての職員の啓発といった機能が期待されるとして、我が国の病院でも注目されてきた。

各施設の看護部長に協力を得て実施した質問紙調査の結果から、(臨床)倫理委員会の設置している病院は、この十年ほどの間に着実に増え、約1/3の施設に設置されている。未設置の病院も、60%以上が準備中やこれから検討する予定と回答している。しかしながら、そのきっかけあるいは理由は、病院機能評価受審のため、治験や新たな治療の開始に伴い、さらに行政などの設置者からの要請といった、いわば外圧によるものが多かった。また、委員構成では、約1/2を医師が占め、看護職、コメディカル、事務職、外部委員が残る1/2を構成していた。これらは、その活動内容にも関連しており、研究の倫理審査が最も多く、ケース・コンサルテーションは半数以下にとどまり、必ずしも活発とは言えない状況が伺われた。

また、回答者の約60%は委員会が十分機能していないと見ており、その理由として多かったのは、研究や治療方法に関する医師の申請が多く他の職員の活用が少ないこと、委員会の活動についての周知不足等であった。一方で規定

に明記されている目的には、研究の倫理審査、コンサルテーションの両方を挙げている施設は多い。これらの結果は、臨床倫理は理念として認識されているが、実際の具体的な取り組みにはまだ距離があることを示しているように思われる。ここに、看護職者の関与の必要性があると見られる。

以上の調査結果及び先駆的な取り組みをしてきた施設の看護部長への聞き取り調査の結果から、看護職者が委員会の設置や活性化に貢献できる手がかりを得ることにしたい。

まず、施設の機能や設置背景、病床規模や特性によって、委員会の設置の仕方を工夫する必要がある。1委員会の研究倫理審査とコンサルテーションを行う場合には、規定等にその性質の違い等を反映させる。また、他の委員会との関連を明確にする。

施設全体の取り組みとなるようにするには、設置準備段階における学習や討議の機会を設けて、医師を含む全職員を巻き込んでいくことが設置後の活動を決定づける。

看護部門としては、患者の身近にある看護職者の倫理的感受性を高めることはもちろんであるが、気づき苦悩している現場の看護職者がそれを「ことば」にしていけるような環境作り、師長クラスのリーダーシップ形成に努める必要がある。さらに、病院全体に向けて、臨床倫理委員会を提案し主導していける看護部のパワーアップの具体策が是非とも必要になる。

◆シンポジウム I ◆

臨床倫理委員会—その定着と看護職の役割

## Actual Activities of the Clinical Ethics Committee in America

Sound Shore Medical Center Cornelia Fleming

Thank you for the invitation to meet with you and discuss the place of the ethics committee in health care institutions in the United States. I will begin with a brief historical review of the development of ethics committees and then focus on the functions of an ethics committee and its implementation in a community teaching hospital.

### Historical Development of Ethics Committees in the United States

Ethics committees first came into view in the 1960s. At that time some hospitals in the United States were grappling with requests for abortions and allocation of access to the newly introduced dialysis machine. These early committees concerned themselves with informed consent and research protocols and in the 1970s eventually became federally mandated Institutional Review Boards. They remain in existence today, distinct from ethics committees with expanded roles and rigid regulations.

In 1976, Karen Ann Quinlan's parents won the right to have her ventilator removed. In its decision, New Jersey's Supreme Court recommended that hospitals establish ethics committees to confirm prognosis when decisions regarding the withdrawal of life-sustaining treatment were being considered.

In 1983, a report from the U.S. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research encouraged the establishment of ethics committees to review cases that raised ethical dilemmas.

By the mid 1980s efforts were underway to promote the development of ethics committees in hospitals. In 1982 only 1% of hospitals had ethics committees; by 1987 60% did.

In the mid 1990s the Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations introduced a standard requiring hospitals to have a mechanism in place to review ethical conflicts. Many hospitals developed ethics committees to meet this standard. Today ethics committees are commonplace and have now extended to nursing homes and hospice organizations.

### Membership of an Ethics Committee

To be effective it is essential that ethics committees have

representation from a variety of sources. Physicians, nurses, social workers and clergy are obvious choices. It is also critical that the committee has an ethicist or someone educated in the field of bioethics to provide education and lead ethical analysis. Many ethics committees also include representation from the community and the hospital's Board of Governors. Members should be chosen not only for their area of expertise but, just as importantly, for their ability to interact effectively with others.

### Functions of an Ethics Committee

As ethics committees got underway, structure was added to define the role and responsibilities of the committee. There is general agreement that there are three major functions of an ethics committee: **education, policy development/ review and case consultation.**

#### *Education*

Responsibility for education extends to the committee itself, physicians, clinical staff, patients and families, and the community.

Individuals appointed to serve on an ethics committee must be oriented to their role and responsibilities and educated regarding ethical principles and analysis, mediation and conflict resolution. Education is ongoing and members need to be current regarding new developments in practice, regulation or law that might impact the ethical dimensions of patient care. The availability of an ethicist or a person educated in the discipline of bioethics is crucial to assuring that education is addressed.

Because physicians are so paramount in the care of patients and decision-making, it is important that they be aware of the potential for ethical dilemmas and resources available to them. Education at Grand Rounds and staff meetings on relevant principles, policies and regulations should be held regularly. This is often effective with a retrospective case analysis. In a teaching hospital, ethics education is included in orientation and should be part of ongoing education. Daily patient rounds should be expanded to include not only the clinical aspects of a patient's

care but also patient's directives in regard to care.

As the omnipresent caregivers, nurses are frequently the ones who become aware of impending ethical dilemmas. Nurses must be knowledgeable about the ethical dimensions of their practice and know how to proceed when a problem arises. DNR, advance directives, informed consent are some of the topics to be addressed at orientation and reviewed regularly. Nursing Grand Rounds presents an opportunity for nurses to explore ethical dilemmas they encounter in practice.

Ethics education is also important for other disciplines involved in patient care: social workers, dietitians, therapists and others who interact with patients and families.

Patients and families receive information about their rights regarding care as part of the admission process. This includes DNR and advance directives. The process for accessing the ethics committee is described in the Patient Handbook. Meetings with patients and families provide an opportunity for individualized education and support.

Because a hospital is a part of a larger community, there is an obligation to reach out and offer education on relevant topics. This can be done through community organizations and church affiliations.

### ***Policy Review/Development***

An ethics committee is frequently consulted about policy. Policies on DNR, Advance Directives, Informed Consent and other relevant topics are referred to the committee for review, comment and revision. At other times, the committee may become aware of a recent development that might require a policy and take the initiative in preparing it. Hospital administration looks to the committee for its input.

### ***Case Consultation***

The area that is most readily identified with ethics committees is that of case consultation. A process should be set in place to structure the referral of cases and the procedure for review. Who can refer a case to the ethics committee? In the early days of ethics committees, referrals were restricted to physicians. With time and experience, most hospitals have moved away from this restrictive approach and now allow any involved person to make a referral. This could be the patient himself, a family member, a health care professional or a physician. No matter the source of the referral, the patient's physician is notified and included in the process.

Once a referral is made, a process must be established to assure timely and appropriate review. A rotating sub-group of

the ethics committee can be defined and a realistic time frame for response set, ordinarily within 24 hours.

The ethics committee should establish a framework for addressing a dilemma to assure consistency among rotating members and be certain that all areas are addressed. An example would include the following: 1) the reason for referral; 2) summary of the clinical diagnoses and prognosis; 3) patient's decisional capacity and known wishes, both written and expressed orally; 4) identification of the appropriate decision-maker; 5) the ethical question and discussion and 6) the committee's recommendation.

A retrospective review of case consultations should be presented to the full committee on a regular basis. This allows for a fuller discussion and critique of the consistency of approach. It can also lead to the identification of trends and possible need for policy review or development.

## **Development of an Ethics Committee at Sound Shore Medical Center**

The Ethics Committee at Sound Shore Medical Center was established in 1993. It was the outgrowth of a previously existing Nursing Ethics Forum. This forum was developed two years prior to assist nurses in grappling with daily ethical issues in practice. It became apparent that nurses, by themselves, could not address all of the issues that surfaced but that they required an interdisciplinary approach. A proposal was made to the hospital's President and meetings were held to discuss the benefits and costs to the institution. The potential benefits were clear: improved patient and family satisfaction, improved staff satisfaction; support for physicians in difficult situations; clearer policies; continuing education; improved compliance with regulations. Costs were reasonable: staff time to attend meetings and consultations and a consultant fee for an ethicist. The proposal was accepted and the committee established.

The first order of business was to identify members. The Director of Medicine and a Director of Nursing were appointed Co-Chair of the committee. An ethicist from The Hastings Center, a bioethics think tank, was appointed as a consultant. Two members of the Board of Governors were selected. Representatives of the clergy and community were added. Additional physicians, nurses and a social worker were included. In total there were 20 members appointed.

At the initial meeting of the committee, a monthly meeting schedule was established and plans made for the education of the committee members by the ethicist. Concurrent with the educational process, the committee worked on the development

of a policy statement outlining the role and responsibilities of the committee. The process of convening a sub-group to respond to consultation requests was included in the policy.

Committee members met with respective groups to review the policy and assist in the identification of potential consultations. Slowly, requests for consultation were received. Many physicians, some of who were initially skeptical of the idea, came to see that a consultation could be of assistance and referrals increased. In a retrospective review of consultations over the next few years, the committee identified some common concerns. Often referrals were made because it was unclear who the appropriate decision maker was. In some of these cases the patient's decisional capacity had not been carefully evaluated or was being by-passed by physicians and family members. In other cases there was a conflict between the patient's directives and a family member requesting a different choice. Another significant trend was found in the number of patients for whom continued aggressive care was being pursued even when it was acknowledged that the potential of benefit to the patient was remote and the suffering inflicted was real. At times physicians, who saw anything less as failure, were advocating this approach. In other cases it was the family who insisted that everything be done. In analyzing these troubling cases, it became apparent that some physicians were not comfortable in caring for patients at the end of life. It was also clear that many patients and family members were fearful that without continued aggressive therapy there was nothing for the patient and the patient would be left to die a painful death. Discussion at the ethics committee and with concerned physicians, nurses and other staff concluded that there was a void in the delivery of services to patients. With the emphasis on acute care and shortened length of stay, the needs of patients with progressive, debilitating illnesses were not sufficiently addressed. We concluded that there was a need for a palliative care program.

### Development of Palliative Care at Sound Shore Medical Center

In 1997 the Palliative Care Service was introduced to address the deficiencies in practice identified in ethics committee case

consultations. The beginning was unstructured and consisted of the physician and nurse co-chairs of the Ethics Committee meeting weekly to review patients that had been brought to their attention. The medical resident assigned to the geriatrics service participated and also identified patients. Rounds were made to see these patients and families and to offer assistance to the physicians. Some physicians were suspicious and refused the offer of help. Others were grateful and willingly discussed their frustrations. Over time the meetings were increased to twice weekly and the head nurses of the oncology and geriatrics units joined. Cases that were identified fell into two categories: pain and symptom management and end-of-life decision-making. This included advance directives, DNR and the withholding or withdrawing of life-sustaining therapy. Some of these cases required an ethics committee consultation but other could be resolved with family meetings and support.

Traditionally palliative care, particularly pain and symptom management, had been the domain of oncology. However, the patients identified as needing this service also included patients with end-stage cardiac or pulmonary disease and end-stage renal disease, and sepsis, secondary to advanced dementia, the most frequent causes of death at Sound Shore. As the availability of this service became known, requests increased and the need for more structure and support was apparent. The position of Palliative Care Nurse Practitioner was created and recently filled. Additionally the hospital's contract with a Hospice Agency has been expanded to include not only home hospice but also acute care in-patient hospice and hospice at the institution's nursing home. Representatives of the hospice agency routinely attend the Palliative Care Rounds and share their expertise in pain and symptom management.

In summary, the ethics committee has been a positive vehicle for the identification and care of a vulnerable group of patients. As the referrals for palliative care have increased and the needs of these patients have been addressed, requests for ethics consultations decreased. The Ethics Committee continues its oversight but is also turning its attention to other issues as they arise.