

いのちの畏敬と生命倫理

医療・看護の現場で 求められるもの

ハーバード大学の医学・看護学における倫理教育

目 次

- 2 ハーバード大学の
医学および看護学における倫理教育

- 25 [資料 1]
Clinical Ethics for the Medical House Officer :
General Principles and Cases

- 41 [資料 2]
Beth Israel Deaconess Medical Center
「Ethics Programs 2007」

ハーバード大学の 医学および看護学における倫理教育

ラックラン・フォロー

Director, Medicine and Ethics Support Service
Beth Israel Deaconess Medical Center
Associate Professor of Medicine Harvard Medical School

はじめに

表1

Overview	
I.	What is "ethics" in medicine and nursing?
II.	Basic approaches to ethics reasoning – handling dilemmas where it is unclear what is the "ethical" thing to do
III.	Overall approach and content of nursing ethics education at Harvard
IV.	Overall approach and content of medical student ethics education at Harvard
V.	Concluding Thoughts

以下のテーマについてお話ししたいと思います (表1)。

第1は、医療と看護における「倫理」とは何かということです。

第2は、基本的な倫理の意味づけです。ジレンマがあったときに、それをどのように意味づけるか、倫理的に何が正しいかが明確でないときにどうしたらいいかということについてです。医療や看護における倫理を考える場合には、倫理的なジレンマにどのように対処するのが重要かという視点です。

第3に、その総体的なアプローチということで、ハーバード大学での看護教育における倫理を取り上げたいと思います。

第4に、医学生あるいはレジデントなど卒後の医師や大学院生に対する倫理教育としてどのようなことを行っているかについて紹介します。

I. 医療・看護における「倫理」とは何か

表2

I. What is "Ethics" in Medicine and Nursing?
Two Questions:
1. What is a morally "good" doctor or nurse?
2. What is morally "good work"?

これには2つの問題があります (表2)。

第1は、道徳的にみて「よい医師」「よい看護師」とはどういうものかということです。みなさんが医師や看護師になるときに、「よい医師」「よい看護師」とは何かを自問するのではないかと思います。

第2に、道徳的によい仕事とは一体何なのかということを考えてみましょう。道徳的によい仕事をしたいといっても、それは何なのかということです。

「よき仕事」の3つの側面

ハーバード大学のハワード・ガードナー教授は25年前に、「人間にはいろいろな知力がある」と言っ

て世界的に有名になりました。いろいろな職業の分野において、よい仕事とは何かについて問いかけているのです。私たちの組織の中で、私たちの社会の中で、そして私たちの教育において、よい仕事を支援するにはどういうことをすればいいのか。あるいはよい仕事をするために障害になっているのは何なのかということをとっています。

よい仕事には3つの側面があります(表3)。

1つは、技術がよければよい仕事だということです。質が高く、能力があることです。ですからそのために専門の学校へ行って学びます。

2つは、道徳的に見てよければよい仕事だということです。技術的能力が優秀あっても、その技術をよい成果につなげなければよい仕事とはいえないということになるわけです。患者がやってほしくないということをやれば、それはよい技術をもっているも、よい仕事とはいえないということです。また、逆に技術的に優れていなければ、いくら善意があっても、その結果はよい仕事とはいえないということです。

3つは、ガードナー教授の著書で初めて明らかにされたのですが、よい仕事というのは、やっている人が満足できて、かつ有意義なもので、道徳的に自分が誇りをもってできるものだということです。私の育ったバックグラウンドはプロテスタントですが、カトリックやユダヤ教であっても道徳的によいことは厳しく教えられています。

ガードナー教授は人間性に対して非常に楽観しておられ、よい仕事とは、自分の能力が伴っていて、道徳的にもよく、そしてやっている本人がそれを幸せに感じる、満足していることだといっておられます。自分が満足していなければ、そのエネルギーがないから、一貫してよい方法で仕事はできません。ですから、よい仕事には、上記の3つの側面があるということです。

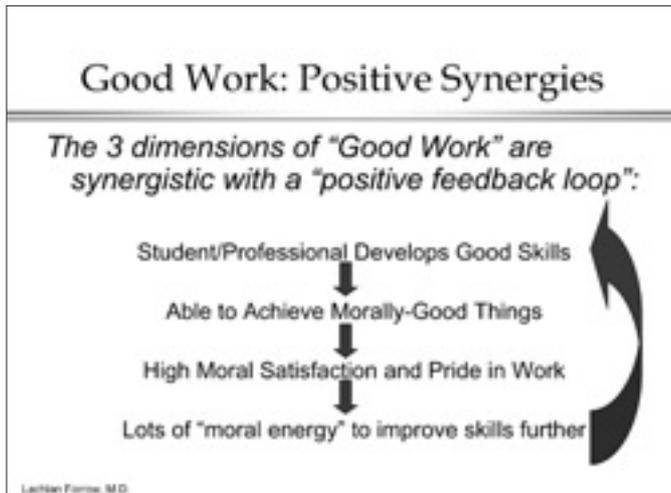
「よい仕事」の肯定的循環

「よい仕事」の3つの側面は、肯定的な正の相乗作用を循環させます。学生やプロフェッショナルが、よい技能を身につける。その技能を使ってよい成果を見たいがために、技能を身につけるわけです。道徳的によい仕事をやりたいと思うから、道徳的に満足のいくものであれば仕事に誇りをもつことができます。そして、道徳的に満足して誇りをもって仕事ができれば、道徳的なエネルギーが生まれ、それに

表3

"Good Work": 3 Dimensions	
1. <u>Technically Good</u> :	high quality, skilled
2. <u>Morally Good</u> :	the work achieves morally good things in the world
3. <u>Feels Good</u> :	work that is satisfying/meaningful, because you are morally proud of it
Source: Howard Gardner et al. The Good Work Project Lester Finkle, MD	

表 4



よって自分のスキルアップも可能になる。それが肯定的な円を描くことになるというわけです (表4)。このようによい循環が生まれることは、医師や看護師にとって理想的なことです。

「よい仕事」の否定的循環

ところが、その逆もあります。能力がなければ道徳的な仕事などなかなかできません。むしろ患者を傷つけてしまうこともあります。患者に道徳的によいことができなければ、自分に関して道徳的な満足を感じられるわけがありません。そして、やっていることに道徳的に満足できないのであれば、やっていることにエネルギーも生まれてこないし、興奮もない。そうなれば勉強をして自分の技能を高めるためのエネルギーも生まれてこない。つまり負の循環に陥ることになります。こうなれば患者との関係もつくれずに、一体何をやっているのだろうということになってしまいます (表5)。

だから、肯定的な道徳の循環をつくるのが大事だということです。

職業人としての倫理と技能

そもそものはじめは、まず自分に能力をつけることです。医師であっても看護師であっても、倫理的責任、道徳的責任は、何よりもまず自分にスキルを身につけることです (表6)。

表 5

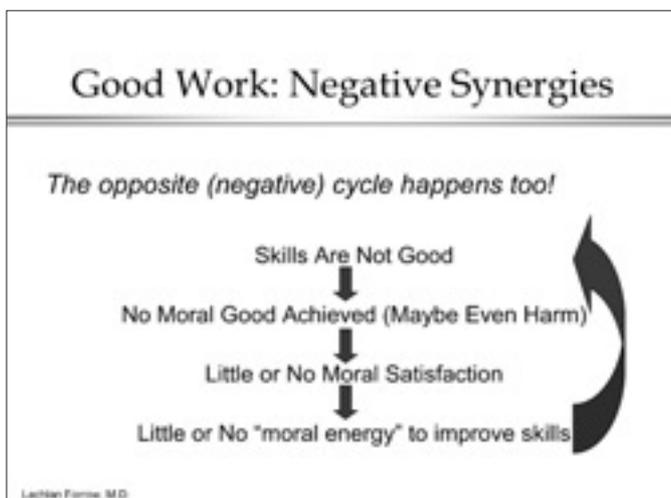


表 6

Professional Ethics and Skills

Therefore:

The first and foremost ethical or moral responsibility of a nurse or doctor is to work to develop good skills.

Everything else depends on that.

Leiften Forrow, M.D.

Moral (道徳) と Morale (士気、勤労意欲)

今は、Moral (道徳) と Morale (士気、勤労意欲) とは違う意味で使われますが、ラテン語の語源は同じ “Moralis” で、道徳的であるとか、モラルが高いという意味で、よいことをやるから肯定的なエネルギーが生まれてくるということです (表7)。

Morality (道徳) と Morale (士気、勤労意欲) は不可分なものであって、「よい仕事」をするとエネルギーは上昇スパイラルを描き、「よくない仕事」をすると下降スパイラルとなり、Demoralizing (反道徳的行為) となります。勤労意欲の喪失は道徳的エネルギーを低下させますし、逆に勤労意欲の向上は道徳的エネルギーを向上させることとなります。

「よいこと」と根源的な「幸福」

自分の仕事を楽しんで、満足のいくような仕事をしたいのであれば、技能を高めることが必要であり、そしてその技能を使って道徳的によい仕事ができるようにしなければなりません。健全な人であれば、あなたが実行できる行為でもっとも深い満足感を与えてくれるでしょう (表8)。毎日、あるいは毎時間、看護師になったこと、あるいは医師になったことをうれしいと思い、そして自分の仕事に誇りをもてるようになり、非常に深い幸福感を覚えることができます。夜、寝るときに、この仕事をしていたよかったですと思えるというわけです。

倫理は日々の生活の中にある

このような幸福感は、道徳的によい仕事をしているという気持ちと関連していますから、Morality (道徳) というのは自己的なものとも考えられます。つまり、自分のところが喜ぶということは、患者に対して道徳的によい仕事をするのと非常に深くつながっているということです。

倫理というのは、日常の瞬間の中にあるもので、医療や看護の中にある倫理は、ジレンマを解決したり、倫理的な問題に答えを見つけることだけがその役割ではないということです。もちろんそれは大事なことではありますが、それにすべてが含まれているというわけです。看護師や医師としてよいことをすることも、よくないことをすることも、そのすべての瞬間が倫理的な行為なのです。たとえそれがどのように小さな行為であっても倫理的でなければならないということです (表9)。

表7

Moral and Morale in Professional Ethics
<ul style="list-style-type: none">● The words "moral" and "morale" in English mean different things today, but they have the exact same Latin root: <i>moralis</i><ul style="list-style-type: none">» They used to be the same word!● "Morality" and "Morale" are inseparable<ul style="list-style-type: none">» Upward, energizing spiral of "good work"» Downward spiral of work that is <i>not</i> good is literally (in English) "de-moral-izing"<ul style="list-style-type: none">- Losing "morale" = Losing "moral" energy (and vice versa)
<small>LaTlan Ferrie, M.D.</small>

表8

"Goodness" and Deeply-rooted "Happiness"
Therefore: <i>If you want to enjoy and be proud of your professional work, then you need to develop your skills and use them to accomplish morally good things. For a healthy human being, that will be the most deeply satisfying thing you can do.</i> <i>Deeply-rooted "happiness" and moral "goodness" are closely linked.</i>
<small>LaTlan Ferrie, M.D.</small>

表9

Ethics is in each daily moment
"Ethics" in medicine and nursing is <u>not</u> primarily about dilemmas, or figuring out the answer to ethical "problems". "Ethics" includes <u>everything</u> you do – every time you do "good work" (or bad) as a nurse or doctor, it matters morally -- even in small things.
<small>LaTlan Ferrie, M.D.</small>

表10

Ethics, Decisions, and Character	
As Aristotle taught:	
1.	Personal ethics is anchored in small, daily <u>moral decisions</u> .
2.	How we make those small moral decisions over time become our <u>moral habits</u> .
3.	Those moral habits over time evolve into our <u>moral character</u> .
4.	Our <u>moral character</u> is the most important determinant of what we will do both in routine daily work and when we face major moral issues.
Therefore:	
Ethics education in nursing and medicine must not only help students learn how to make correct <u>ethical decisions</u> , but perhaps even more importantly must also support nurses and doctors in strengthening and nurturing their <u>moral character</u> .	
<small>Laetian Farrow, M.D.</small>	

表11

Good (or Bad) Work Influences Others	
<i>Good Work (and bad) is <u>highly contagious!</u></i>	
Example is not the main thing in influencing others, it is the <u>only</u> thing.	
--Dr. Albert Schweitzer	
<small>Laetian Farrow, M.D.</small>	

倫理、判断、そして人格

何千年も前にアリストテレスは次のように言っています (表10)。

1. 個人の倫理は、日常の小さな道徳的判断の蓄積による。

2. 時を経て、この小さな道徳的判断をどのように行っていくかがわれわれの道徳的習慣となる。

3. このような道徳的習慣が、さらに時を経て、われわれの道徳的人格を形成していく。

4. われわれの道徳的人格が、日常業務や重大な道徳的問題に直面したとき、われわれの最も重要な決定要因となる。

個人の倫理観は、日常の小さな道徳的判断とか道徳的行動の積み重ねによるものですから、このような小さな道徳的な決断をどうやってしていくか、あるいはどうやって実行していくかということが蓄積されて、その人の道徳的習慣になっていき、そしてそれが自然にその人の行動のベースになっていきます。それが長年にわたりその人の人格の中に組み込まれていって、その人の道徳的人格が形成されるというわけです。

この道徳的な人格というのが、日常の業務やあるいは非常に大きな道徳的問題に直面した際の私たちの重要な決定要因になります。核になるものが道徳的人格で、それが放射線状に広がっていて日常の細かな判断にも影響を与えるということになるわけです。ですから、私たちの同僚や仲間がトレーニングの中でそのような形で育成されるようにしていかなければなりません。

倫理、判断、そして人格としては、それゆえ学生が正しい倫理的判断を行う方法について学習を助けることももちろん、倫理教育を行うことによって、看護師や医師が道徳的人格を補強し、育てていくように支援していくことも重要だと思います。

「よい仕事」「よくない仕事」が他に及ぼす影響それからもうひとつは、「よい仕事」あるいは「よくない仕事」はすぐに伝染するということ (表11)。

シュバイツァー博士が言っていますが、「手本を示すということは、他人へ及ぼす影響としては主要どころか、むしろ唯一のものである」ということです。誰かによって刺激を与えられると、よりエネルギーになって、自分もよい仕事をしたいと思う。その反面、自分があまりよい仕事をしていない人の

中にいて、なおかつプラスのエネルギーに満ちていないと、自分自身がよい仕事をするのも難しくなる。つまり、よいエネルギーが出なくなってしまうということです。

倫理は単なる個人の問題ではない

ですから、倫理というのは、ただ単に個々人の問題ではなく、自分の周りの人にさまざまな影響を与えることになるということです。お互いにサポートし、鼓舞することもあるし、逆にやる気を失わせてしまうということもあります (表12)。

倫理教育における全体的目標

別の言い方をしますと、看護師あるいは医師が倫理的な問題に直面したとき、できる限りそれに対応することができるように考えることです (表13)。

倫理的問題とは

問題になるのは、1) 何ができるかという質問と、2) 何をすべきかという質問とは、まったく異なるということです。

倫理的な問題とは、何をすべきかという答えが明確ではないとき、あるいは答えが明らかではあるが、医師、看護師がそれを行っていない場合は、道徳的人格の問題か、勤務環境や管理システムの問題の場合もあるということです (表14)。何をすべきかはわかっているが、なかなかそれを達成することができない、実践ができていないという場合は、おそらく道徳的な人格の問題だと思います。これが正しいとわかっているにもかかわらず、それを必ずしも行うとは限らないわけです。

しかし、問題は常にその人の中にあるというのは正しくはありません。もしかすると、問題は環境自体に備わっているものかもしれませんし、またはその病院の管理体制に問題があるのかもしれません。そのような環境がよい仕事をする上で支援にもなれば、またはよい仕事をするのにとっても難しい状況をつくり出すこともあるわけです。自分の中に問題があるのみでなく、病院に問題がある場合もあるということです。

倫理的問題——2つのアプローチ

アメリカでよく見られる問題ですが、よくある間違ったとらえ方は、アメリカでは倫理は「義務」だと考えられている、または禁止的性格をもっている

表12

Ethics is not just an individual matter
<p><i>Therefore:</i></p> <p>"Good Work", and ethics generally, does not just involve or affect you individually.</p> <p>It also involves and affects the people around you, who either support and inspire each other, or discourage and demoralize each other.</p> <p><small>Laetian Ferrow, M.D.</small></p>

表13

Overall Goal of Ethics Education
<p>Another way of framing the overall goal of "ethics education":</p> <p><i>How do we prepare nurses and doctors to handle the ethics issues they will face as well as possible?</i></p> <p><small>Laetian Ferrow, M.D.</small></p>

表14

What Is an "Ethics" Issue?
<p>Asking the question (#1) What <u>can</u> I do? is very different from asking the ethical question (#2) What <u>should</u> I do?</p> <p>An "ethics issue" exists when either:</p> <p>a) the answer to #2 is unclear ["moral decision" issue]; or</p> <p>b) the answer is clear but the doctor/nurse isn't doing it</p> <p>• This may be a "moral character" issue, but may also reflect a problem in the work environment or in management systems</p> <p><small>Laetian Ferrow, M.D.</small></p>

表15

Ethical Issues: Two Approaches	
● Ethics of OBLIGATIONS	
» What are we obligated to do?	
» But "Ethics" going back to Plato, and in virtually all religious traditions, has meant <u>much</u> more than "not failing in any obligations"	
● Ethics of IDEALS	
» What do we aspire to do? What is true moral excellence?	
<small>Leifan Farrow, M.D.</small>	

というように考える人が多いということです。

アメリカの新聞で倫理的な問題に関する記事は、たとえばビジネスの世界、または医学、あるいは政治の世界で規則を破った場合、または禁止されていることをやった場合に問題になることが多いようです。それは倫理の一部ではありますが、しかしプラトンの時代、またはその他、古典倫理学の中でいわれているのは、そのようなものではありません。

医師や看護師にとって、倫理に関することで重要なのは「理想」を考えるということです。私たちは一体何を目指すべきなのか、本当に道徳的に優れているとはどういうことなのかということを考えなければならぬということです (表15)。

道徳的理想と道徳的人格

医学や看護学の領域では、私たちは道徳をいかに重要だと考えているわけですが、道徳的に優れた人というのは、規則を破らなかつたというだけではなく、本当に素晴らしいことをした人をいいます。たとえばシュバイツァー、ウィリアム・オスラー、ナイチンゲール、医療には関係ありませんが、インドのガンジー、マーチン・ルター・キング牧師、ネルソン・マンデラ、このような人々は、単に禁止されていたことを行わなかつたというだけではありません。そして、特に後者の3人は、興味深いことに、人生の長い間を刑務所で過ごすということを余儀なくされましたが、それは禁止されていたことを行ったからです。社会・文化がその当時、道徳的ではないとしていたことを行ったからです。

職業の中でも道徳は進化しています。たとえば20年か30年前に看護学や医学でこれが正しいと考えられていたことが、今では変わっているということがあるわけです。ですから、今日の規則だけではなく、今後いかに改善できるのかということを考えていかなければなりません。若い人たちは自然に高い道徳的な理想に共感するものですが、そのような道徳的な理想に出会う機会をもつことによって、道徳的人格を形成するためのエネルギーが充填され、それが道徳的人格の形成に役立つことになるのです (表16)。

シュバイツァー博士が言いました。「若いときに理想を育てるように。そして、それを深めることによって人格の一部とするように。そして人生においてそれを決して失わないように」と。

表16

Moral Ideals and Moral Character	
Young people naturally resonate with high moral ideals. Exposure to those ideals provides inspiring energy for the development of moral character.	
Dr. Albert Schweitzer urged young people to:	
<i>"Grow into your ideals, so that life can never rob you of them."</i>	
<small>Leifan Farrow, M.D.</small>	

II. 倫理的推論の基本的アプローチ

倫理的な判断が不確かなジレンマの取り扱い方

それでは、倫理的な意思決定に関して、判断が不確かなジレンマ的状况の取り扱いについて話をしたいと思います (表17)。

倫理的意思決定——教育の全体的目標

倫理教育の中で、倫理的な判断が明らかではない場合、看護師や医師がいかにより判断を下していくかについてお話ししたいと思います (表18)。

私たちのハーバード大学の関連病院であるベス・イスラエル・ディーコネス・メディカルセンターで使っている資料を持参しました。

ハーバード関連病院の資料から

[資料1] は、「2007年度の Ethics Programs」です。

[資料2] は、医学生、インターン、レジデント向けに作成したのですが、さまざまな53の事例を紹介しています。医学のトレーニングを受けたあと、この53の症例にどのように対処していくべきか理解できる状況にまでもっていきこうとしています。このような冊子を使って、さまざまなセミナーを開き、いろいろな状況に一体どのように対処すべきかについて話し合っています ([資料1] は25ページ、[資料2] は41ページに全文和訳を掲載)。

倫理サポートプログラム (表19)

最初のケースです。

89歳の男性で、重度の認知症をわずらっています。繰り返す肺炎によって、ICU にいて長期の人工呼吸管理を必要としています。患者の娘さんができる限りの医療行為を最後まで行ってほしいと言っています。しかし、病院のスタッフはその医療行為が非人間的なものになってしまっているのではないかと悩んでいます。こういった状況においてどのような決断を下すべきなのでしょう。

別のケースです。

英語を話すことのできない82歳の男性で、癌の診断を受けています。献身的な患者の家族は、希望を失わないために、癌だということを患者に伝えないようにと主張しています。こういった状況において、癌だということを伝えたら一体どうなるのか。今は

表17

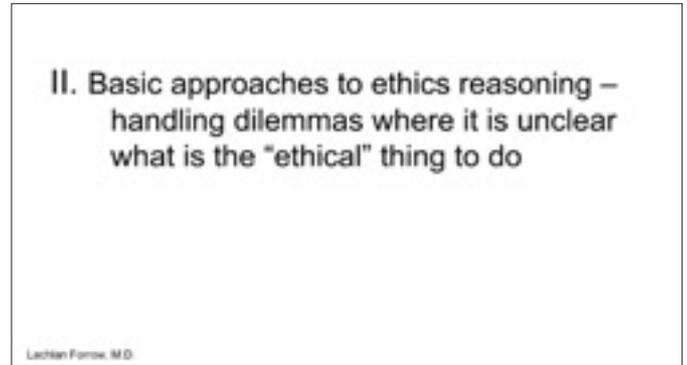


表18

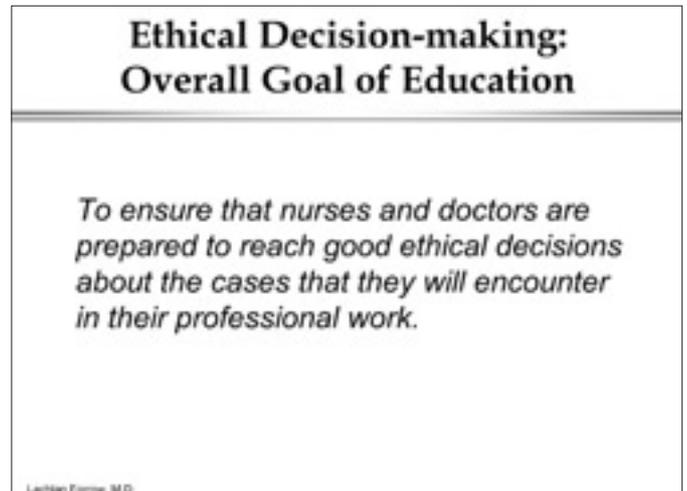
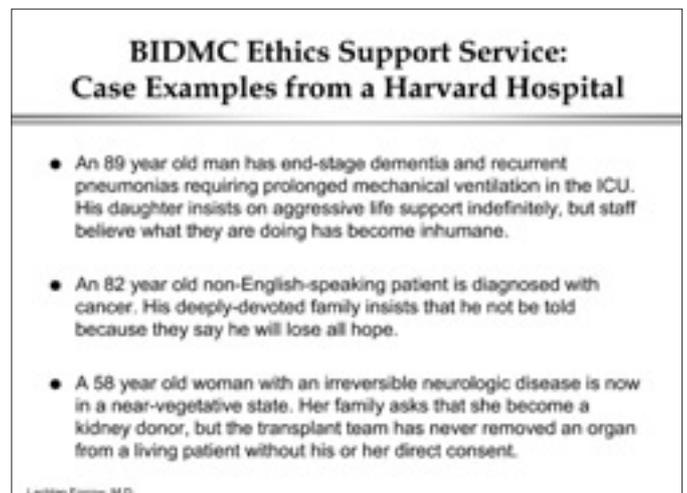


表19



伝えないということが間違っていると考えられていますが、このようなケースをどのように扱えばよいのでしょうか。

また別のケースです。

58歳の女性です。進行性の神経疾患で、現在植物状態のようになっています。患者の家族は腎臓の臓器提供を申し出ています。この移植チームはこれまで患者本人の承諾なしに臓器を摘出したことはないということです。しかし、患者の家族は、当人はおそらく臓器を提供したいと思っているだろうということです。このような場合どうしたらいいのでしょうか。

教育の目標

上記のような状況において明確な答えがあるわけではありません。重要なのは、シュバイツァー博士が言ったように、「若い人々が自分の力で考えられるように教える」ということなのです。シュバイツァー博士は、一人一人が考えることの重要性を信じました。外からルールを与えられてそれに盲目的に従うのではなく、自分で考えることの重要性を訴えられました (表20)。

倫理と推論

多くの人々は「倫理」を次のように考えています。1) 倫理というのはルールに従うことである、2) 宗教的、職業的、あるいはその他の伝統に従うことである、そして、3) 単に倫理とは個人的な意見だという考えもあります。

少なくともアメリカにおいては、多くの人々は以下のことについて経験がないか、あるいは訓練を受けていないのではないかと考えられています。

1) 新しい倫理的な問題について体系的に考え、倫理的に妥当な結論に到達する訓練を受けていない、2) 倫理的な意見の相違がある場合、それについて分析し、合理的な形で合意をもたらすように努力する訓練が十分でない (表21)。

倫理的な問題というのは、そこに意見の一致がない限り見えてこないものです。ですから、いかにそれを合理的に解決するかと考えたときに、常に行き詰まってしまうのです。そしてまた、医学における父権主義、パターナリズムのためにいちばん権威のある人が決めるべきだというような意見もあります。しかし、それは間違っています。

表20

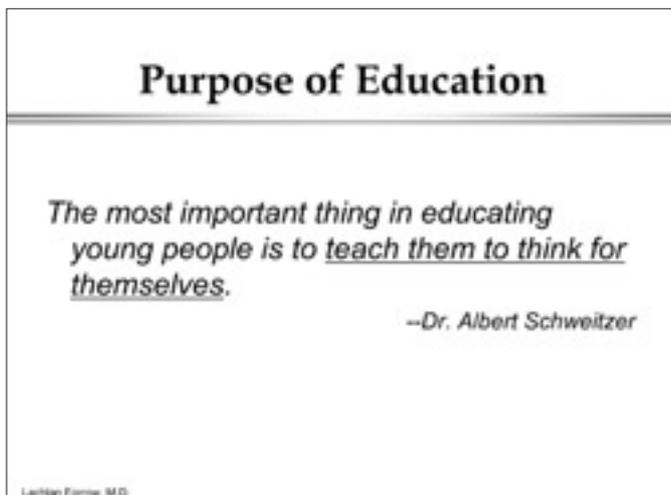
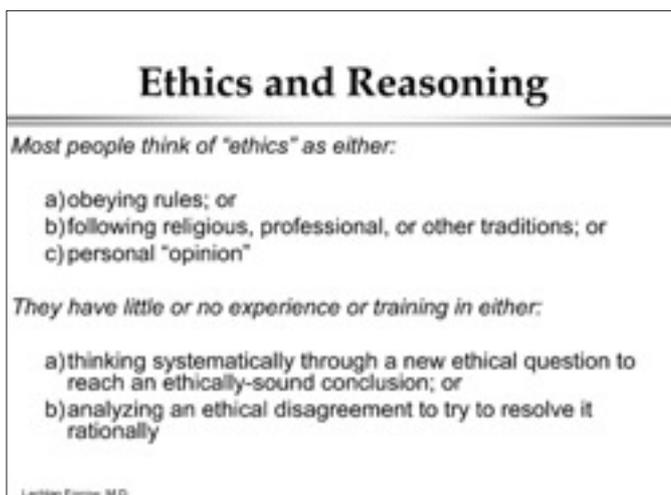


表21



よく知られる臨床的“ワークアップ”(表22)

アメリカでの臨床研修において、私たちは医学治療について何をすべきかが明確ではないとき、私たちが臨床的なワークアップと呼んできた包括的なアプローチをしてきました。その中で医学的な判断を下してきたわけです。それにはいくつかのステップがあります(表23)。

まず、データの収集です。すなわちその患者の病歴、身体所見、検査などのデータを集めるということです。

2つ目は、問題点の分析を行います。それは医学や看護からの鑑別診断を行うことです。

3つ目は、どのような治療が可能なのかを考えます。

そして、それが決まったあとは治療計画を立て、どのような臨床的結果を得ることができるかについて正当化を与えます。

最後に、予防医学の面から考えます。

倫理的“ワークアップ”

このようなことは、医師や看護師にはとても慣れたやり方ですから、倫理的な問題についても同じようなアプローチがとられがちです。[資料2]に書いてありますが、それに対して倫理的なワークアップがあります(表23)。

倫理的なワークアップとしては、まず事実を収集します。診断、予後、患者の認識、文化・宗教的伝統、社会・経済的因子、法律、施設の方針等々が含まれます。

次に、重点や争点となる価値観の分析を行います。

これには、患者の自律か患者の福祉か、生命の維持か苦痛の除去か、患者にとっての最善の利益か家族の希望かという対立概念が考えられます。たとえば心筋梗塞の患者がビジネスをやらなければならないから退院したいというような場合です。何がより大切なのか、患者の自己決定権を尊重して退院させるのか、それとも生命を守るのか、どちらが大切なのかというようなことです。また、死なせてほしいという患者がいます。医師や看護師は、いのちを守る、救うという立場ですから、逆になっています。

3つ目は、実行可能な医療行為の方針を立てるということです。あなたがある程度責任を有しているすべての価値をどのように改善させるか、そしてもし有していなければ、医師や看護師としてどの選択が優先されるかということです。癌患者の生命の維

表22

Familiar Clinical “Work-Up”	
1. Collect/Assess Facts (Data)	• History, Physical Exam, Laboratory
2. Analyze Problem (differential diagnosis)	
3. Consider Possible Interventions	
4. Decide on Plan and Why (clinical justification)	
5. Preventive Medicine	

Leiften Farnow, M.D.

表23

An “Ethics Work-Up”	
● 1. Collect/Assess Facts	• diagnosis, prognosis, pt's views, culture/religious traditions, socioeconomic facts, laws, institutional policies, other
● 2. Analyze Values at Stake/in Conflict	• "pt's autonomy" v. pt's welfare • prolonging life v. alleviating suffering • what's best for pt v. what family wants
● 3. Identify Possible Courses of Action	• How can you promote <u>all</u> values you have some responsibility for? • if not, which take priority for you as a doctor or nurse?
● 4. Choose Plan and Explain Why	• Justify the plan in terms of the ethical values it promotes
● 5. Preventive Ethics	

Leiften Farnow, M.D.

持をするのか、苦痛を除去して死なせてあげるのか、どちらかということになるわけです。これはいづれも重要な価値観の相克ということになります。

最初にやるべきことは、このような価値観を踏まえて、健康と生命を守りながら、患者がそれならやってほしいというような方法が考えられるのかということです。そして、延命する場合に、苦しみと苦痛を伴わないでそれができるのかということです。それができればそれにこしたことはありません。

しかし、こういった価値観を全部生かすことができないことがあります。その場合にはどれがプライオリティーが高いかということで選択されなければならないということになるわけです。患者の自己決定権を守ることのほうが、自分にとって厳しいことではあるけれども、延命よりも大切だと思いうことがあられるかもしれません。

それから最後は予防倫理です。そういう問題が最後に起きないように、前もって何かできなかったかということです。

倫理的不一致へのアプローチ

では、倫理の状況で不一致が起きたときですが、これがひとつの考える過程ということになります。不一致の鑑別診断、つまり現実はどういう不一致があり得るのかということです (表24)。

倫理的な争点が起こるのは、不一致が起きたときですが、その不一致をどう解決するのかということになります。

4つの可能性があると思います。1つは事実に対する不一致、2つは価値に対する不一致、またはその相対的比重、3つは行為の方針についての不一致、4つはある行為が選択されたときに予想される出来事に対する不一致です。

たとえば、生命維持装置を装着することについての不一致もありますし、事実に対する不一致、予後に対する不一致、価値観についての不一致、苦痛が伴っても延命がそんなに大切かどうかということについても不一致があるかもしれません。それから、予想される処置に対する不一致もあるかもしれません。何か手を打ったら何が起きるかということに対しても、不一致が生じるかもしれません。どういふ点で不一致が起こるのかというその原因が、その問題解決の糸口を与えてくれることになります。

予後に関する不一致の場合、私の経験からいいますと、生命維持装置を装着しているかまたはICU

表24

Approaches to Ethical Disagreement
"Differential Diagnosis" of any disagreement:
1. Disagree about <u>facts</u> (often about prognosis)
2. Disagree about <u>values</u> identified or how they should be weighed
3. Disagree about <u>courses of action</u> identified
4. Disagree about <u>what will happen</u> w. a course of action
Which of these is the source of the disagreement strongly suggests how to <u>resolve</u> the disagreement.
<small>LeifHen Farnow, MD</small>

にいる患者に対して何をするかということに関する
 ことが多いようです。引き続きその生命維持をする
 かどうかということです。それを外してほしいとい
 う人は、予後がよくはならないからということです。
 これは医療的な決断ですから、セカンドオピニオン、
 サードオピニオンを聞いた上で、あと数日待とうか
 ということになるかもしれません。患者には生きる
 ために10%のチャンスがあるかもしれないけれど、
 患者を知っている息子はその10%には賭けたくない
 といい、医師としては10%のサバイバルに賭ける意
 味はあるという言い方になるかもしれません。しか
 し、そういうように現場で不一致が起こるときに、
 患者の求めることが、医師の求めることよりも優先
 されるべきかどうかということもあります。何が不
 一致をもたらしているかということをしちんと論理
 的に考えて結論を出すということです。

臨床的倫理における意思決定

歴史的にアメリカでは善意のパターナリズムとい
 うものがありました (表25)。それはすべての医学
 的事項についてもっともよく知っているのが医師で
 あり、よい患者とは医師の指示に従うものであり、
 よい看護師は医師の計画を支持するというものです。

意思決定における医師と患者の役割

1970年代になって、患者の決定権が重要だとい
 うことになってきました。医師がすべてを知っている
 わけではなく、患者がすべての医学的な事項につ
 いて決断をする権利があって、よい医師やよい看護
 師は、患者の希望を尊重すべきであるということに
 なりました (表26)。

表25

Clinician-Patient Roles in Making Clinical-Ethical Decisions
<p>Historical Approach (pre-1970's in the U.S.):</p> <p><i>"Benevolent Paternalism"</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Doctor knows best about all medical matters <ul style="list-style-type: none"> • Good patient follows "Doctor's orders" • Good nurse supports the Doctor's plan
Lachlan Ferrow, M.D.

表26

Clinician-Patient Roles in Making Clinical-Ethical Decisions
<p>"Patient Autonomy Era" (growing in U.S. since 1970's):</p> <p>NOT:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Doctor knows best about all medical matters <ul style="list-style-type: none"> » Good patient follows "Doctor's orders" » Good nurse supports the Doctor's plan <p>"Patient Autonomy Era" (growing in U.S. since 1970's):</p> <p>INSTEAD:</p> <p>Patient has a <u>right</u> to decide all medical matters</p> <ul style="list-style-type: none"> • Good Doctor or Good Nurse follows the Patient's wishes
Lachlan Ferrow, M.D.

表27

Clinical Decision-making in the "Patient Autonomy Era"

- **FUNDAMENTAL PRINCIPLE:**
"A clinical intervention (diagnostic or therapeutic) is justified if and only if the expected benefits outweigh the expected burdens from the perspective of the patient."

But determining the best decision according to this principle does not mean that the patient (or family) should be deciding everything!

Leiflan Forman, M.D.

患者の自律を尊重する時代の臨床上の意思決定

根本原則は、「患者の立場からみて、予期される利益が予期される負担を超えるとのみ、臨床的介入（診断および治療）は正当化される」ということです。しかし、この原則に基づく最善の判断を行うことは、患者または家族がすべてのことを決定すべきである、ということではないということです（表27）。

医師だけが決めるとか、患者だけが決めるということになりますと、やはりそれには限界があります。患者が中心ということではあっても、その原則に従ってよい医療行為をするということは、患者と家族がすべてを決めるということにはならないということです。インターネットで情報が得られるから、それを読んで患者が医師にこれをやってくれと言うことにならないか、だから医師などいらないということにはならないかという懸念がありますが、いちばん好まれる理想的なアプローチは、共同の意思決定をするということです。これは良識でもあると思います。

表28

Shared Decision-Making

- **Two Components of a good clinical decision:**
 1. What goals/values are most important?
 2. Of these, which are possible?
How can those best be accomplished?
- **Principal Roles/Authority of Pt/Family and Clinical Team**

<u>Pt/Family</u> Goals Values	<u>Clinical Team</u> Possible? Best Way(s) to achieve
-------------------------------------	---



PLAN

Leiflan Forman, M.D.

共同の意思決定

よい臨床での決定には2つの側面があります。

1つは、目標、価値など、何がいちばん重要なのかということです。もうひとつは、このうちの選択が可能か、そしてその最善の選択をどのように実施していくべきかということです（表28）。

その2つの目標のうち、実現できるものは何なのか、それを実現する最善の道は何なのかということです。そうなりますと、患者なり患者の家族が権威をもって決断をするものと、医療チームが権威をもって決断するという2つの道があるということです。たとえば、患者は、とにかく苦痛を緩和して静かな気持ちで家で亡くなりたいと思い、それに反して医師は、入院させて積極的な医療をすることを主張したような場合、生命がかかっているのは医師ではなく患者なので、疼痛緩和をするのがいちばんいい方法であるということです。そして、安心して家で暮らす方法は医師よりも看護師のほうがよく知っていますし、健やかに最期を迎える方法をいちばんよく知っているのは患者なのかもしれませんから、それらを集めて最終的な決定をするわけです。そこに、インフォームド・コンセントが入ってくるわけです。いろいろな情報が出されて、そして共同で決

定をするわけですから、計画は医師が決めたということにもならないし、患者が一人で決めたということでもなく、患者と医師がチームとして等しい立場で共同で決定をしたということになるわけです。

予防的倫理

もうひとつ改めて強調しますと、予後について不一致が起るとするならば、それを予防的に措置することによって、将来の問題を回避することになるのではないかとのことです (表29)。

がんと診断されたそのときからそれが不治だということであれば、医師としては、希望をもちながらも正直でなければならないということです。そうであるならば、あとになってから患者に話すべきだったのかどうかというジレンマに陥らないですむからです。初めから正直に、「いずれ治療ができない段階にくるけれども、今はこういうようにしておきましょう」と言えるかどうかということです。つまりはじめに正直に患者と対することができなければ、もっと問題は大きくなることとなります。

今、人工呼吸器が装着されている。だから話ができない。だから患者が何をしてほしいかということがわからない。これは予防的倫理の段階で失敗した結果ということになります。患者が話せるときにきちんと会話して、患者の意向を聞いておけば、そのような問題は起こり得ません。倫理的な問題が生じるのは、予防的な倫理に失敗したからだということになります。

表29

Preventive Ethics
<p>Most ethical problems or crises have a predictable 'pathophysiology' that provides the basis for effective 'preventive' interventions that will reduce the likelihood or severity of future problems.</p>
<small>LaFollet Forrow, MD</small>

Ⅲ. ハーバード大学における看護倫理教育の内容と全体的アプローチ

表30

<p>III. Overall approach and content of Nursing Ethics Education at Harvard</p> <p><small>Leifan Formis, M.D.</small></p>

表31

<p>MGH Institute of Health Professions: Ethics in Nursing Program Overview</p> <ul style="list-style-type: none">● Strong historical roots in nursing's religious origins and in nursing codes of ethics (American Nurses Association)● Historical emphasis on patient-focused ethics, with content integrated across different theoretical and practical courses in patient care » Example: Maternal health and abortion● American Nurses Association more recently has called for broadening the focus of ethics. <p><small>Leifan Formis, M.D.</small></p>
--

表32

<p>MGH Institute of Health Professions: Overall Nursing Program Philosophy</p> <p>"Nursing is both an art and science that cares for the body, mind, and spirit unity of persons-in-relation to their environment. Nursing's caring perspective views human beings as persons-in-relation at every level of human existence and connection: individuals, families, groups, and communities.</p> <p>"The concept of human beings as persons-in-relation provides the framework from which nursing addresses the potential for promotion, maintenance, and restoration of health. This framework underscores the importance of examining the political, economic, and social forces that impact a person's agency and right to health.</p> <p>"The infinite complexity of these forces creates a diversity of environments within which nursing seeks to maximize health at every level of human existence."</p> <p><small>Leifan Formis, M.D.</small></p>

看護倫理プログラムの概要

ハーバード大学医学部の関連病院であるマサチューセッツ総合病院 (MGH) 健康教育研究所における看護倫理教育についてお話しします (表30)。

当研究所の倫理教育プログラムの背景には、歴史的に米国看護師協会の看護の宗教的または倫理規範があります。そして、歴史的に強調されてきた患者を中心とした倫理が問われています。このプログラムが主張することは、臨床のケアに倫理を取り込むということです。母体の健康と中絶というような事例では、妊娠しなければよかったと思っている女性にどう対応するかということに答えが出せなければなりません。米国看護師協会は、最近、倫理の対象となる事項を患者中心だけでなく、拡大させるべきだということを主張しています (表31)。

MGH 健康教育研究所の看護プログラムの哲学 (表32)

第1に、看護はアートと科学からなり、患者とその環境との関係の中において、肉体と心と精神のすべてをケアするものであること。看護のケアの視点は、他人との関係における存在としての人間をとらえることで、人間のすべての存在意識と周りの人々とのつながりにまで及び、個人、家族、グループ、そして地域をも含むこと。

第2は、他人との関連における存在として人間をとらえるという概念は、看護が健康の増進、維持、そして回復をもたらす可能性を引き出すために重要であるということ。この概念は、患者の代理人や健康への権利に影響を与える政治、経済、そして社会的な力を評価するためにたいへん重要です。

第3は、これらの多様な力関係が有する無限に複雑な状況は、人類の存在におけるすべてのレベルにわたる健康状態を最善にするために看護が行う環境の多様性をもたらしているということです。

興味深いことは、病気についてはまったく表記されていないことです。看護倫理は、医学教育よりも患者を人間としてみる、人間を中心に据えることを主張しています。つまり、病気についてはそれほど大切ではないということです。

20世紀の医学は病気を中心にしており、人間としての患者の存在を軽視してきたといえるかもしれま

せんが、看護教育において患者を中心に置くといっ
ても、社会の複雑な力が働くわけですから、看護の
立場からは個人としての患者の健康を最適化・最大
化することが難しくなっています。

MGH 健康教育研究所の倫理教育 (表33)

倫理は、あらゆる職種において必要な能力で、し
かも中心になる領域であるといわれています。ハー
バード大学では1970年代から、倫理教育はすべての
学生に対して別個の独立科目として取り入れられて
います。しかし、それをどのように実現するかにつ
いては変わってきています。これまではセミナーと
かディスカッションで取り上げられていましたが、
現在では看護教育は病院だけではなく、インターネッ
トからも情報を得ますし、チュートリアルのような
対話型のものもあります。

看護倫理のコアカリキュラム

看護倫理カリキュラムとして必修とされているの
は下記の通りです (表34)。

1. 学術的統合性
2. 生命倫理の歴史
3. 倫理綱領
4. 基本的倫理理論
5. 専門的技術 / 道徳的人格と美德
6. 守秘義務とプライバシー
7. インフォームド・コンセント / 研究倫理
8. 判断能力と最善の利益 / 小児の生命倫理
9. 差別の諸問題 (HIV、遺伝子、障害など)
10. 医療資源の配分と社会正義

多様な看護学位のプログラム (表35)

看護師教育は、どのプログラムに参加しているか
によって異なっています。そして、看護師の教育が
高くなるにつれて倫理教育も高度になっていきます。

看護の学士レベルでは、各構成要素の導入部を含
んだ倫理カリキュラムです。

修士では、学際的な倫理 1 単位を加えたコアカリ
キュラムで、さまざまなトピックに統合された形に
なっていますし、博士コースになりますと、広範囲
な倫理「健康政策 = 行動、分析、支持」を含んだ 3
単位を必須とする統合したコアカリキュラムとなり
ます。

これらの学位をとるためには、さらにすべてに必
須の学際的セミナーが追加されることとなります。

表33

Ethics Education at MGH-IHP
<ul style="list-style-type: none"> ● Programs in Nursing, Physical Therapy, Speech Therapy, and others ● Ethics is a core area of required "competency" for all ● Beginning in 1970's "Ethics" has been offered as a discrete course to all students ● Format is currently changing to reflect diversity of new programs and distance learning/web-educated students <ul style="list-style-type: none"> ➢ goal is to ensure that all students have comprehensive ethics education, but flexibility in how this is achieved
<small>Leifan Ferris, MD</small>

表34

MGH-IHP: Core Ethics Modules for Nursing
<ol style="list-style-type: none"> 1. Academic Integrity 2. History of Bioethics 3. Codes of Ethics 4. Basic Ethical Theory 5. Professionalism/ moral character & virtue 6. Confidentiality & Privacy 7. Informed Consent /Research ethics. 8. Competency & best interests/ children's bioethics. 9. Discrimination Issues e.g.: HIV, genetics, Disability 10. Health Care Allocation and Social justice
<small>Leifan Ferris, MD</small>

表35

Format varies by Nursing Degree Program
<ul style="list-style-type: none"> ● Baccalaureate Degree: Discrete course in Ethics with introduction of modular content ● Masters Degree: Modules integrated across the program with the addition of a discrete interdisciplinary 1 credit course ● Doctoral Degree: Integrated across curriculum with the requirement of a 3 credit course that includes extensive ethics "Health Policy; Action, Analysis and Advocacy" ● Additional Interdisciplinary Seminars required of all disciplines
<small>Leifan Ferris, MD</small>

Ⅳ．ハーバード大学医学部における倫理教育内容と全体的アプローチ

表36

<p>IV. Overall approach and content of ethics education at Harvard Medical School</p> <p>Leifan Forno, MD</p>

次に、私が深く関わっているハーバード大学医学部における倫理教育についてお話ししたいと思います (表36)。

ハーバード大学医学部における倫理教育 (表37) ハーバード大学医学部では、倫理入門の重点項目が定められています。

医学部の1年目に、学期ごとに必須の倫理コースがあります。

それから1年と2年目には、ケーススタディーに基づいた医学的カリキュラムにおいて、倫理的テーマやトピックスを扱います。亡くなった患者の剖検を遺族に頼むというようなケースです。たとえば心不全で死亡したような場合、昔であれば症例はそれで終わってしまうわけですが、病院では誰かが亡くなった場合、家族に対して「剖検をしていますが」という許可を得ることがあります。これはやはり倫理的な問題になるわけで、家族が悲嘆にくれていて、動転しているときには家族に対して思いやりをもたなければならないのに、そんな場面で剖検をしてもいいかと聞いたりするのは、家族の気持ちをもっと動揺させることになるかもしれません。こういうところにも倫理の問題があるということを理解してもらう必要があります。このように、症例の中に倫理の問題が含まれるものを取り上げます。

そして、3年目には臨床的な経験を病棟で積むようになっていきます。つまり、患者 - 医師関係に関連するトピックスを強化するコースです。これはチュートリアル形式で行われます。資料を与えてそれについていろいろと考える、もっとも大切なものが何かを考えていきます。シュバイツァー先生もそうでしたが、将来のプロフェッショナルが自分で考えられるような技能を身につけていくことです。

表37

<p>Ethics Education at Harvard Medical School</p> <ul style="list-style-type: none">• Emphasis in Introduction to Harvard Medical School• 1st Year: required semester-long course• 1st – 2nd Year: Ethics themes and topics woven into the case-based medical science curriculum <i>Example: case where patient dies, issue of autopsy request to the grieving family</i>• 3rd Year: Topics reinforced in hospital-based "Patient-Doctor III" course <i>Semester-long, tutorial format, with weekly "readings and reflection" on clinical experiences and professional development</i> <p>Leifan Forno, MD</p>

資料『ハーバード大学医学部倫理入門』を配布

ハーバード大学医学部に入りますと、『ハーバード大学医学部倫理入門——医師の成長における重要な側面』という資料を配布します。

まず、ハーバード大学医学部についてのイントロダクションがあります (表38)。

「ハーバード大学医学部の役割は、あなたが一人

表38

<p>"Introduction to Harvard Medical School"</p> <p>"The role of Harvard Medical School is...to help you to grow as a person and a professional... developing as an individual who can take responsibility for the care of other human beings in the most important moments of their lives... preparing for a life of service..."</p> <p>"The many rewards of being a physician are proportional to the seriousness with which the role is undertaken."</p> <p>Leifan Forno, MD</p>
--

の人間として、また職業人として成長していくことを支援する。患者のもっとも重要な最期の場面のケアについて責任をもつことのできる人間を育成する。そのような仕事に従事できる人生を歩む準備を行う。……医師であることの喜びの多くは、そのような役割を認識する重大さの程度に比例して大きくなる」とあります。ここには教育の倫理的側面が強調されています。

一人の人間として、またプロフェッショナルとしての成長には5つの側面があると考えています(表39)。学生に取り組んでほしいのは、知的成長、身体的成長、情動的成長、社会的成長、そして道徳的成長の5つです。そしてこのうちの最後の項目である道徳的成長が倫理教育に直接関連するように見えますが、実際はこの5項目すべてが関連しているということです。

たとえば知的成長を見てみましょう。これが医学教育のコアで、サイエンスを習得するということです。でも、この知的成長をしていくためには、常に優秀で、正直にそして誠実に取り組まなければなりません。高度なサイエンスを学ぶには、自分が知っていることと知らないことを正しく認識していなければならないということです。また、学ぶということに対する真摯な姿勢が必要になります。

身体的な成長ではどうでしょうか。医師は自分の健康管理にも十分注意しなければなりません。医師や看護師を教育をする際に、私は、「みなさん一人一人がきちんと自分の健康を管理する道徳的な義務があるのですよ。そうでなければ他人のケアはできないのです。自分が健康でなければ、他の人のケアはできません。これは道徳的な責任です」と話しています。

それから情緒的成長ですが、患者との深い関係を積極的に傾聴する技術、それからまた患者に対する尊重、相互対話に基づく関係を構築する技を学習します。これも道徳的成長だと考えられます。つまり、道徳的人格を医師、看護師として形成していくことです。

それから社会的成長ですが、協力的なチーム医療を実践する心構えができるようにすることです。医師のみならず、看護師、ソーシャルワーカーなどとチームとして取り組まなければなりません。他分野の専門家を尊重することです。昔は、医師は看護師を十分には尊重していなかったかもしれません。それをきちんと確立していくことです。

表39

"Introduction to Harvard Medical School" Dimensions of Growth of a Physician	
<ul style="list-style-type: none"> • Intellectual Growth • Physical Development • Emotional Growth • Social Growth • Moral Growth 	<p><i>While only the last of these ("Moral Growth") may seem directly relevant to "ethics education", in fact <u>all five</u> have important relevance to moral development.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Intellectual Growth <ul style="list-style-type: none"> • Traditional core of medical education • Requires a "commitment to excellence, honesty, and integrity" • Physical Development <ul style="list-style-type: none"> • Attention to the doctor's own good health, so that s/he can take good care of others • Emotional Growth <ul style="list-style-type: none"> • Learn to facilitate deep connections w. patients based on active listening, respect, and mutual dialogue • Social Growth <ul style="list-style-type: none"> • Preparing for collaborative, team-based practice • Learning about patients' culture, social conditions, values • Moral Growth <ul style="list-style-type: none"> • Learning to make the interests/welfare of patients one's highest commitment • Contributing to a culture that fosters and demands ethical excellence in the profession, including by confronting any ethical lapses in colleagues 	
<small>Lachlan Farrow, M.D.</small>	

表40

Harvard Medical School Topics in Required First-Year Ethics Course	
● Informed Consent	● Conflicts of Interests
● Truth-telling & Confidentiality	● Professional Boundaries
● End of Life Issues I	● Macro-level Rationing
● End of Life Issues II	● Bedside Rationing
● Issues in Reproduction	● Population Health
● Genetic Testing	● Research Ethics

Course is taught in seminar format, with cases and readings, and strong emphasis on student-centered discussions

Leifhen Forrow, MD

道徳的成長としては、患者の利益・福祉を考慮した行動ができるように学んでいくことです。そして、道徳的成長の分野では、同僚間における倫理的葛藤の問題解決を含む優れた職業倫理を生み出し、かつ要求するような文化の構築に貢献できるようにすることです。これは自分だけではなく、プロフェッション全体が道徳的成長を得られるようにしなければなりません。

1年目必須の倫理コース (表40)

1年目のコースでは、インフォームド・コンセントがカリキュラムの中心となっていますが、その他にも告知と守秘義務、ターミナルケア、生殖医療、遺伝子検査などから、利益相反、資源配分、住民の健康、研究倫理まで多岐に及びます。それぞれのコースは、セミナー形式で、症例例示、文献抄読などが、学生中心のディスカッションによって学びます。

先ほどから何回か強調してきましたが、個々の道徳的成長、あるいは倫理面を育成するに当たって、私たちは、組織、つまり病院、学校、施設などの倫理が重要だということをしっかりと認識して、道徳的によい仕事をしていかなければなりません。

表41

BIDMC Ethics Programs: Mission
<p>"To promote a culture in which all BIDMC staff appreciate the importance of their work (their decisions, actions, character, and morale), and have the support they need to do that work in accordance with BIDMC's and their own highest moral standards."</p>

Leifhen Forrow, MD

BIDMC 倫理プログラム——使命と哲学

(表41、42)

私がベス・イスラエル・ディーコネス・メディカルセンター (BIDMC) で仕事をしていてもっとも誇りに思っていることは、私たちの医療センターではすでに35年前からすべての医療分野において倫理面のセクションが設けられているということです。そして、その使命は、「BIDMCの全スタッフが、お互いの仕事(決定、行為、人格、道徳)の重要性を尊重するような文化の形成を促す。そして、BIDMCとその職員の最高の道徳的基準に合致するような仕事を行うことができるように支援する」ということです。

哲学としては、「BIDMCの真の倫理プログラムは、倫理担当部署に存在するのではない。むしろBIDMCで勤務している医師、看護師、ソーシャルワーカー、その他すべての職員のすべての行為、徳、思いやり、その他の道徳的資質の積み重ねの中に存在する」ということです。

患者の権利の章典が世界で初めて書かれたのは、BIDMCで、1972年のことでした。これは無理に書かされたものではありません。当時のミッチェル・ラ

表42

BIDMC Ethics Programs Philosophy
<p>The true "Ethics Programs" of BIDMC are <u>not</u> in the "Ethics Office", but rather are exactly the sum of all of the actions, virtues, compassion, and other moral qualities of every doctor, nurse, social worker, and all the other people who work at BIDMC.</p>

Leifhen Forrow, MD

ブキン院長が他に先駆けてこれを十分に理解していたからです。きちんとした医療をし、そして患者が積極的に自分の健康のパートナーとして参加していくためには、自分たち患者に権利があるのだということ認識しなければ始まらないということです。メディカルセンターの入り口にこの患者の権利の章典が掲げられていますし、また、患者が入院するときの一連の資料の中にもそのコピーが入っています。

アメリカの病院は、患者の権利の章典をきちんと提示することが求められています。それは私たちの病院から始まったものです。4年後、1976年ですが、新しいポリシーが『New England Journal of Medicine』に発表されました。このポリシーは、蘇生を望まないという、いわゆる DNR (Do Not Resuscitate) のオーダーに関するものです。それ以前には、医師が患者と相談せずに決定していましたが、私たちの医療センターでは、患者とその家族も権利としてそれに関わるべきであり、蘇生を望まない意思表示もあり得るということになりました。このように私たちの医療センターでは倫理を強調し、尊重してきたのです。

医学部の1年目、2年目、3年目のカリキュラムも重要です。1年目、2年目、3年目の医学、看護学を教えていても、実際臨床でそれが軽んじられていたら、せっかく教えても全部無駄になってしまいます。ですから、臨床でもしっかり教えることが重要です。

そして、私たちの病院での哲学ですが、当医療センターの全職員がお互いの業務の重要性を尊重するような文化の形成を促す道徳的な判断、道徳的な行為、道徳的な人格を培うことです。そして、当医療センターとその職員の最高の道徳的基準に合致する業務を行うように支援をすることです。病院の最高のスタンダードのみならず、そこで働いている人たちの最高のスタンダードを実現しなければならないのですから、道徳的なものとは、外的なものだけではなく、内面からもくるものです。私も医学における倫理を自分の病院で学んできましたが、私の中に実際にそれが培われていなければ強力なものにはなりません。

BIDMC 倫理プログラム (表43)

それからもうひとつの哲学としては倫理委員会の存在があります。アメリカの医学倫理の分野で私たちはリーダーといわれてきましたが、倫理委員会は

表43

BIDMC Ethics Programs Harvard Medical School	
<ul style="list-style-type: none"> • "Ethics Support Service" available 24/7 for assistance or teaching about real-time clinical cases • Identified "Ethics Liaison" in every major clinical area • Monthly unit-based "ethics rounds" on 15-20 units • BIDMC-wide monthly "Ethics Case Conference" • Monthly "Schwartz Center Rounds" on Clinician-Patient relationships • Other Activities 	Lillian Ferrow, M.D.

ありませんでした。それを早速つくったのです。道徳的な責任とか道徳的な理解は、常に臨床の現場で起こるものだと思います。委員会ではリアルタイムのケースについていろいろ調べてアドバイスを与えるということです。私たちの病院の倫理は、すべての医師、看護師、ソーシャルワーカー、その他すべてのスタッフの行為、価値観、そしてその人たちの思いやり、道徳的な質の蓄積の中に存在するという考え方です。

臨床例への助言や教育について、24時間365日体制で「倫理サポートサービス」が利用できること。すべての主要な臨床部門において「倫理リエゾン」を配置していること。

毎月病棟単位で倫理検討会（15～20件）をもつこと。

毎月 BIDMC 全体で行う「倫理症例検討会」をもつこと。

毎月医師 患者関係について「シュワルツセンター検討会」をもつこと。

その他

新しく入ってきた医師や看護師にオリエンテーションするときには次のことを話します。

「みなさん、私たちの病院の一員になりました。だから、あなたたちは私たちの倫理プログラムの中に組み込まれているのです。ほかの人たちと同じように、私たちの病院の倫理という観点から、みなさん一人一人が大事なのです」と。ただ、何が正しいことなのかがわからないことがありますし、また、誰かに話をしたいということもあるでしょう。そのときには、倫理サポートサービスというものがあります。これは判断したり、アドバイスしたりするというものではありません。倫理委員会とは違うのです。サポートサービスで、医師、看護師、あるいは家族の人たちが自分たちで患者とパートナーシップを組みながら何が適切なのかということを決めるのです。年中無休で、私かあるいは他のスタッフがポケットベルを持って、医師、看護師、家族の人たちが倫理サービスのヘルプを求めることができるようになっています。一日24時間、1週7日、そして365日対応できるようになっています。困ったこと

は、主治医の許可を得る必要もありません。看護師が倫理の問題で心配があるような場合は、誰もがこのサービスのヘルプを求める権利をもっています。

私たちの病院すべてが倫理プログラムの中に組み込まれていると考えていますから、「倫理リエゾン」という人間を配置しています。

資料にはリエゾンのリストが掲載されています。循環器から栄養、ソーシャルワーク、そして外科など全分野にわたって医師、看護師、ソーシャルワーカーが倫理リエゾンになっています。それぞれの分野で倫理関係のサポートに精通する人が配置されており、ヘルプが必要な場合にはコンタクトができるようになっています。医師や看護師は非常に忙しいので、その人たちに来てもらうのではなく、私たちから訪問するようになっています。いわゆる平等を守るということで、ランチタイムに15～20件の要望をカバーしています。たとえばカフェテリアに看護師が来ていますが、そのときに1症例か2症例、最近このようなケースがありました、これについて倫理的にどうでしょうかというような話をすることがあります。

また、毎月ケースカンファレンスが行われますが、そこでは非常に興味深い、あるいは難しい倫理的な症例を話し合います。

シュワルツセンター訪問というものもあります。月に一度行う検討会です。100名ほどの医師、看護師、ソーシャルワーカーなどが集まり、どうすれば強力な医師 - 患者関係を維持できるかというような話し合いを行っています。

V. まとめ

ほかにもいろいろな活動がありますが、まとめとしていくつか申し上げたいことがあります (表44)。

- 1) 倫理というのは、日常業務のすべての瞬間の中に含まれて存在するものであるということ。
- 2) 倫理的な医師や看護師であるということは、ただ単に倫理的な問題を解決できるだけでなく、高度なスキルを身につけて、すべての患者に対して思いやりのあるケアを行うこと。
- 3) スキル、道徳、勤労意欲は相乗的な効果をもっているものであるということ。
- 4) 私たちはみな、教師、学生、同僚として互いに協力し以下のことをなすべきであるということ。
スキル、道徳、勤労意欲を高める
何が正しい行為か不明瞭なとき、倫理的な解決案を見出すことができるようにする
道徳的によいことを行うことを強く支援するような組織と職業人文化をつくる
- 5) これらのすべてを行うことができれば、医師や看護師であることは、世界でもっとも満足できる、価値のある職業のひとつであるということ。

倫理とか道徳は、独立した個々の活動ではありません。したがって、学生、同僚等と協力しながら、これらのスキルを使って道徳的によいことを達成していかなければなりません。そして、お互いのモラルのエネルギーを高めるようにする必要があります。

それからまた、倫理的に何が正しい行為か不明確なときには、解決策を見出すことができるようにすること、そして、組織、それからプロフェッショナルカルチャーを構築して、道徳的によいことを行うということが深く浸透するようにすることです。

表44

V. Concluding Thoughts	
1.	"Ethics" is part of every moment of every day's work.
2.	Being an "ethical" doctor or nurse is not primarily about solving "ethical dilemmas" – it is the skilled/compassionate care of each patient.
3.	Skill, morality, and morale are synergistic.
4.	We must collaborate as teachers/students/colleagues to: a) Strengthen our skills, morality, and morale b) Find ethical answers to situations where it is not yet clear what the right thing to do is; and c) Foster organizational and professional cultures where morally good work is strongly supported.
5.	When we do all of this, being a doctor or nurse is one of the most satisfying and valuable things in the world.

Leiften Forme, M.D.

Clinical Ethics for the Medical House Officer :
General Principles and Cases

Lachlan Forrow, MD
Martin Zand, MD
Lindsey Baden, MD

**Clinical Ethics
for the
Medical House Officer:
General Principles and Cases**

Lachlan Forrow, MD*
Martin Zand, MD, PhD[°]
Lindsey Baden, MD[▪]

*Department of Medicine and Ethics Support Service,
Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA

[°]Department of Medicine, Division of Medical Ethics,
Strong Memorial Hospital and University of Rochester
Medical School, Rochester, NY

[▪]Division of Infectious Diseases,
Dana Farber Cancer Institute,
Brigham and Women's Hospital, Boston, MA

Ninth Printing: July 2007

はじめに

この冊子は、以下の3つの前提に基づいて書かれている。

1. 高度な医療行為・医学的介入を行うためには、しばしば現実の臨床の状況において時に矛盾しうる価値・価値観に対する十分な配慮 (explicit attention) を必要とする。
2. インターンまたはレジデントが臨床倫理の課題にどのように向き合っていくかということは、すぐ身近にある症例については当然だが、その研修医の人間性や専門職としての臨床レベルについても配慮をしていくことが重要である。
3. それゆえ、研修プログラムは、そのプログラムに参加したレジデントたちが臨床倫理の問われる状況に対応する方法を学ぶための系統的なサポートをする必要がある。

この冊子は、ありふれた臨床倫理の問題に対して考えていくための一般的な解決法が記載され、そしてアメリカ合衆国での研修プログラム中においての現実の症例に基づいた症例集と、どのように BIDMC (Beth Israel Deaconess Medical Center : ベスイスラエル・ディーコネス・メディカルセンター) の研修医たちが公式・非公式に助けを得てきたかに関する情報を含んでいる。

われわれは、総回診、病棟回診、ICU 回診、チームカンファレンス等を含めた医学部での教育的カンファレンスにおいてなされるこれらの話題に対しての議論に、あなたたちと共に日常的に参加できることを期待している。

I. 基本倫理原則

1. 基本原理：臨床的介入は、患者に予想しうる害よりもその期待されうる利益が勝った時のみ正当化される。
2. 意思決定の共有：
 - a. 次の2つの方法は意思決定を台無しにしかねない。
 1. パターンリズム 患者にとって最良であると思われることすべてに関して医師が決定する。
 2. 患者の自己決定権のみ 医師は説明に徹し、患者（または代理人）がすべてを決定する。
 - b. 推奨されるアプローチ
 1. 意思決定の共有 最良の臨床的決断には次の2つの要素が含まれている。

治療目標 / 価値観の決定：患者（またはその代理人）が、治療目標や価値観における適切な専門家または権威者である。

上記を達成することのできる医学的介入の方法の決定：医師は、通常それらの医学的介入についての専門家である。
3. 2つの約束（「医療と法律」参照）
 - a. 完全な判断能力を有している患者は、たとえその治療が患者の生命を救うために必要なものであったとしても、いかなる治療についても拒否する権利を有している。
 - b. もし患者の判断能力が完全でない場合には、マサチューセッツ州の法律に則り適切に選任された代理人が、患者の代理として決定権を有する。他の州の法律は異なる場合があるので注意を要する。

II. 医療と法律

患者が医学的治療を受けるか受けないかということに関する法律的な諸問題には、注意深い分析が必要となってくる。下記に述べることは、それらの決断に関する一般的原則について述べたものである。この原則は完全なものではないため、例外（緊急時の例外を含む）もあり、特に判断能力がない患者の場合など、法的な助言を必要とする患者に関連した疑問も生じてくる。そのためどこでも可能な時に、弁護士と接触する前にあなたの指導医と相談することを勧める。法律的な助言が必要な時には、(617) 632 - 8026、または内線 92014。

1. 判断能力のある成人は治療を受けるか拒否するかということに関する法的な権利を有しており、この権利は4つの基本的原則によって判断される。 生命予後を延長させること、自殺を予防すること、罪のない第三者（子供やその他の親類など）の保護、医療専門職が倫理的誠実さを維持し続けること。
2. 判断能力のない成人も、治療を受けるか拒否するかという同様の権利を有しており、これらは適切な代理人が“代理・代行判断”基準を満たすことによって行使できる。
3. 判断能力のない患者の症例の場合、事前にマサチューセッツ州のヘルスケア代理法のガイドラインに基づいて指名されている代理意思決定者 [“代理人”または“医療仲介人”] は、医療行為への決断に対して本質的に患者と同様の権利を有する（このことに関する法律内容は州によって多様である）。
4. 正当な“医療仲介人”の指名がない場合、マサチューセッツ州においては家族の誰かを適当な代理決定者とするのが一般的であるが、症例によっては司法の助言が必要となることがある。
 - a DNR (Do Not Resuscitate : 心肺蘇生を行わない) の決定 : 一般的には、先立った司法の承認は不要である。
 - b 新たな治療 / 侵襲的手技を受けない、またはそれらから離脱すること : 適切な代理人との対立や意見の相違がある場合、司法の見解が必要になるかもしれない。
 - c 栄養 / 水分・輸液 : 他のいかなる治療と同様、意思決定に配慮されるべきである。
 - d ECT (electroconvulsive therapy : 電気痙攣療法) / 抗精神薬物治療 : 判断能力がない患者の場合、司法の承認が必要となる。
 - e エホバの証人 : 輸血を拒否している患者に対しては、司法的介入が必要となるかもしれない。
 - f “Living Wills : 事前の意思表示、リビングウィル” : “Living Will”に関する明確な法律はマサチューセッツ州にはないため、そのような文章は最終的な証拠文書としてではなく、患者の意向の証拠の一つとして取り扱われる。
5. 脳死 : 患者が脳死状態（特別な基準が入院患者には適用される）にあると診断することは、患者が法的に死亡していることと判断される。そのような診断が一度なされたら、その後のすべての対話や決定は、死の宣告後における標準的手続きとして扱われる。

III. 個々の症例に対するアプローチ

「臨床倫理チェックリスト Ethics Work-up」（次項目参照）は、いかなる臨床倫理の問題においても系統的・普遍的なアプローチの概略を示している。ここに示されている形式

は、系統的に一連の手続きを提案してはいるけれども、繰り返し事実に引き返し・再確認し、そして価値観や患者の意向について確認し直すこと、つまり提案した治療・行動方針について常に考え直すことが重要である。また、心に留めておいてほしいことは以下の点である。

1. 最良の決定には、多くの情報が必要であること

すべての臨床上のケアと同様に、臨床倫理においてもこのことは真実である。患者の疾患に関する病態生理の知識と同様に、事前に示された患者の意向や価値観を含め、患者の人生背景におけるわれわれの知識が豊富であれば、多数の困難な選択をよりやさしくしてくれるだろう。

2. どちらにとっても有利な解決策を模索すること、そして常に創造的であること

概して手に入れにくい最良の選択は、最も重要なすべての価値を適切に高めていくことができる治療・行動方針を見つけることである。生命予後を改善する治療をしながらその患者の QOL を維持すること、または患者の自己決定権を尊重しながら患者が効果的な治療を受けることを保証することは、そのうちのどちらか一方のみを選択することよりも優れているということはいうまでもない。

3. どの決断が最良かということと同様に、誰が決断すべきかについて考えること

何をすべきかわかりにくいことは往々にしてあるが、誰が決断しなくてはならないかということについては明確であることが多い。

IV 臨床倫理チェックリスト (Ethics Work-up)

1. 事実：その症例において重要な事実とは何か

既往歴、診断、臨床状態

可能な医学的介入（経過観察のみも含む）と、予想される結果 / それぞれの予後

“主観的な” 事実：患者の意向、患者の恐れ・希望・否認の存在、患者の意思決定に参加する能力

社会的事情：家族 / 地域社会、慣習・風習 (practice setting)

その他：経済的側面、利用可能な医療資源、法的問題

2. 価値観：症例において最も重要な価値観は何か

誰か：“利害関係者” は誰か：患者、家族、医療スタッフ、施設（病院 / 健康保険）、社会、第三者団体

何か：利害関係者それぞれにとって、最も問題となる価値観は何か

例：個人の健康、自己決定権、平等または公平さ、知識 (learning)、誠実さ、プライバシー、医療専門職としての人格的な誠実さ、宗教的・文化的価値観、尊厳、生活の質 (QOL)

3. 対立：もしあるとするならば、対立している価値観は何か

4. 可能な限りの治療・行動方針

5. 決断と正当化

a. 最も重要な価値を提供するための医療スタッフの観点から、可能な治療・行動様式を比較すること

b. 重要な価値を最もよく高めることができる治療・行動様式を選択すること

c. すべての価値は重要で妥協できるものなどないのだから、可能な限りその選択肢に

ついて最善を尽くすこと

6. 更なる考察：予防的倫理 Preventive Ethics (次項参照)

V. 臨床倫理上の相違・不一致の解決

臨床倫理チェックリスト (Ethics Work-up) により、臨床倫理上の相違に関する単純な「鑑別診断」が可能となる。それらの鑑別として次の5つをあげることができる。

- a. 事実 (診断、予後、etc) に対する相違
- b. 考えられうる価値・価値観に対する相違
- c. 異なった価値を比較する方法に対する相違
- d. 提案した治療・行動方式がなされた時に生じうる事実に対する相違
- e. 意思決定を行う人に対する相違

相違が生じる点を理解するのは大切なことである。事実に対する相違を解決することは、価値に対する相違を解決することとは異なる。これらの相違を解消することができなくても、次のような手続きをとることに異論はないだろう。即ち、セカンド (もしくはサード) オピニオンは予後を明瞭にするための助けになるかもしれないし、家族会議は価値に対する相違の解消に役立つかもしれないからである。

VI. 予防的倫理 (Preventive Ethics)

概して臨床倫理上のジレンマに悩まされることは予測可能であることが多く、深刻で対立的な相違が生じる前の早期介入はとても重要なことである。

この時、2つの課題を中心に据えるとよい。

- a. 患者や家族との信頼関係を構築すること
- b. 早期の段階からよくコミュニケーションをとり、治療目標や評価項目について実現性・現実性を理解させること

臨床倫理の症例集

これから紹介する症例には、アメリカ合衆国での内科研修プログラムにおいて、病院スタッフが経験した現実の臨床倫理上のジレンマが反映されている。

それらの症例に取り組む方法として、明らかに好ましい、または明らかに好ましくない方法があるけれども、本書の中に答えは記載していない。

自分自身で考えてみてください。
あなたのすべきことは何か、そして、なぜそれを行う必要があるのか。
誰に助言を求めにいけばいいのか。

目次

1. インフォームド・コンセント [症例 1 ~ 4]
2. 代理人指示 (healthcare proxy) / リビングウィル (Living Will) [症例 5 ~ 7]
3. 人生の終結 [症例 8 ~ 12]
4. 安楽死 (Physician-Assisted Dying) [症例13、14]
5. 剖検承諾 [症例15]
6. 臓器提供 [症例16]
7. 適性 [症例17、18]
8. 真実の告知 [症例19 ~ 22]
9. 秘密 [症例23 ~ 26]
10. 同僚との関係 [症例27 ~ 29]
11. 困難な医師 - 患者関係 (Difficult Relationships with Patients) [症例30、31]
12. 障害 [症例32]
13. 指導医との関係 [症例33 ~ 35]
14. 権利の衝突 [症例36]
15. 失敗 [症例37 ~ 39]
16. 性別 [症例40 ~ 42]
17. 贈り物 [症例43 ~ 45]
18. 言葉の違い [症例46、47]
19. 文化の違い [症例48 ~ 50]
20. お金と統制医療 (Money / Managed care) [症例51 ~ 53]

1. インフォームド・コンセント

症例 1 : あなたの患者は、今まさに組織の生検をしようとしているところである。その時に臨床研究スタッフの一人があなたに、研究のために組織の一部を提供してもらいたいと患者に聞いてもらえないかといってきた。あなたはそのスタッフに患者から直接インフォームド・コンセントをとってほしいと返答し、彼はそれに同意した。患者がまさに準備をしようとしているところに、その研究スタッフが来た。しかしその患者は既に、前投薬（鎮静薬）を投与されていた。

症例 2 : あなたは、一般外科チームに配属された医学生である。あなたの上司の研修医が中心静脈カテーテル留置に関する同意を患者から取ってくるようにあなたに言ってきた。

症例 3 : 62歳の血液透析患者が不整脈のため集中治療室に入院となった。患者は、心房細動のため低血圧状態になった。患者は静脈ラインが確保されていなかったため、あなたは緊急中心静脈確保の準備を行おうとした。低血圧の徴候はあるものの、患者は中心静脈穿刺をしてほしくないと言ってきた。患者の血圧は 60 / (触診) となり、静脈ラインを確保しないと患者は死ぬ危険性がある。患者のカルテには事前指示はない。

症例 4 : 同僚があなたに近づき、彼が彼の患者から今得た手続きに関する同意書について証人としてサインしてほしいと言ってきた。

2. 代理人指示 (healthcare proxy) / リビングウィル (Living Will)

症例 5 : 以前は健康的でとても活動的な74歳の女性がクモ膜下出血にて入院してきた。最初の数週はその後行われた手術によって彼女は最小限の反応を残してはいたが、単純な命令に従うことはできなかった。彼女の夫は彼女の公式に選任された代理指示人であり、彼女のリビングウィルは “ 回復の見込みがもはやない身体的・精神的障害 ” を負った場合、すべての延命処置（栄養 / 水分・輸液も含む）を止めてほしいということであった。脳神経外科チームは今後 1 カ月間で重要な回復がみられる可能性は十分あると信じていたが、彼女の夫は彼女が望んでいるような回復はもはや望めないと考えていた。

症例 6 : AIDS の末期状態にある42歳の男性が、内科 ICU に重症敗血症と肺炎で入院してきた。昇圧薬と気管内挿管の処置がなされた。彼の8年来のパートナーは、以前患者は人工呼吸器による延命措置は決して受けたくないという非常に固い意思があったことを伝えた。しかし、意思決定代理人を選定していなかった。生存している唯一の家族は患者の母であるが、15年間も疎遠であるという。その夕方、患者の母親が到着し、今後は可能な限りのすべての治療をしてほしいと言った。

症例 7 : 2度の CABG 術後で今は手術不可の3枝冠動脈病変を有している56歳の医療従

事者が、急性心筋梗塞で入院してきた。患者は明確に DNR を望むと宣言したが、今強烈な痛みを感じてもいた。患者は、疼痛治療のための心臓カテーテル検査に同意し、一時的に DNR の指示を無効にした。しかしカテーテル処置はとても困難であり、患者は気管内挿管、IABP (Intra-aortic Baloon Pumping) が必要になり CCU (Coronary Care Unit) に転送された。家族は、患者本人がそれらの治療を決して望まないと考えていたので、不満を感じている。

3. 人生の終結

症例 8 : あなたは、アパートでなんとか一人暮らしをする 89 歳の女性をケアするインターンである。彼女が 2 日間郵便物を確認に来なかったことに気づいたアパートの管理人が室内で彼女を発見した。検査の結果、脳卒中によりほぼ完全な左半身麻痺と構語障害を起こしている (明瞭な発声ができなくなっている) とわかった。彼女は病院に運ばれてきた際、繰り返し医師や看護師に「これで死ぬならいいの」と言っている。

症例 9 : リンパ腫を患う 35 歳看護師、2 児 (3 歳と 6 歳) の母、完全治癒を期待して通常の化学療法と並行して骨髄移植を実施した。しかし彼女は感染や心停止といったさまざまな合併症を来し、心停止による脳の半永久的な障害と進行性の腎・肝障害により、現在は MICU で人工呼吸器下に管理され、意思の疎通は図れない。彼女の夫はベッドサイドで終日彼女に付きっきりである。

症例 10 : 献身的な彼女の娘により在宅ケアを受けている進行性の認知症と心不全を患う 96 歳の女性。入院後 17 日目に肺炎と腎感染症を起こし、胎児様姿勢 (手足を胸元に引き寄せ体を丸めた姿勢) のまま意思の疎通はできない。家族の要望により永久的な栄養チューブを入れたが、敗血症、低血圧や、ゲムシタピンによると思われる二次性の腎不全を起こした。家族はもし可能なら人工血液透析を始めてほしいと訴える。

症例 11 : 57 歳の著名なミュージシャン、肺癌の完全治癒を期待して実験的な骨髄移植を選択。彼は以後胆嚢炎やその他の合併症を患い、2 カ月の困難な入院治療を余儀なくされる。しかし退院予定日の 2 日前、彼は新たに発熱。胆嚢感染が再燃したのだ。彼の主治医は彼の癌は完全寛解、あるいは治癒すると考え、彼が現在抱える医学的問題も完全に治ると考える。しかし彼はこれで十分だと徐々に引きこもりがちになり、家族の反対をよそに、すべての治療をやめて死なせてくれと主張している。

症例 12 : 95 歳のギリシア正教会の司祭、長期にわたるステロイド療法を必要とした関節リウマチに加え、末期の肺、心臓、末梢循環不全と多発脳梗塞による重度の認知症を患い、現在は肺炎のため集中治療室でケアを受けている (レスピレーターに繋がれるが改善の兆しはなく、昇圧剤を必要としている)。医療スタッフは昇圧剤による血管収縮に加え、基礎疾患である患者の循環不全のために彼の手と趾先に

重大な壊死を起こしていると考えている。彼の甥は、「伯父は自分や司祭の助言を受けたすべての人たちに生命は神聖であり諦めるべきではないと言った」と頑なに言い、四六時中彼に付き添っている。

4. 安楽死 (Physician-Assisted Dying)

症例13：あなたは、広範に転移した膵臓癌でターミナルケアを受けている47歳男性のケアをしている。患者は広範な肺転移をきたしている。フェイスマスクによる100%酸素吸入にもかかわらず、著しい呼吸困難と明らかな不快感がある。患者は挿管や蘇生は望まないという事前指示を行っていた。患者は現在モルヒネの点滴を受けている。患者の妻があなたに、「この状況を終わらせるために、あなたができることはないの？」と聞いてきた。

症例14：3年前に転移性乳癌と診断された46歳の女性。化学療法や放射線治療による効果は期待できないと考えられている。彼女は自宅で難治性の右下肢・仙骨痛に対して、麻酔とベンゾジアゼピンの静注を受けている。彼女はオピオイド多量投与の影響と考えられるミオクローヌスで救命救急室に運ばれてきた。患者の家族はもう彼女は死ぬと思っていたが、死期が迫っているという証拠はない。疼痛ケア医 (the pain service) は麻酔無痛療法に加えてネンプタールの処方推奨した。家族と指導医 (attending physician) はあなたに、彼女の呼吸が止まるまでネンプタールの用量を増やすように強く促す。

5. 剖検承諾

症例15：あなたはオンコールのインターンで、当直帯にある患者の死の場面を担当した。レジデントが剖検の承諾を得てくるようあなたに依頼してきた。あなたは初めて家族に会うために部屋に入ると、家族は患者を囲み泣いている。

6. 臓器提供

症例16：56歳の男性が歩行中に倒れこみ、即座にバイスタンダーによる心肺蘇生 (CPR) が始まった。17分後に救急救命士 (Emergency Medical Technician : EMT) が到着した時、心室細動が確認された。彼は病院に運ばれてすぐ心カテーテル検査が行われ、前下行枝の閉塞を解除し、安定したリズムに回復した。彼は挿管下でCCUに転送された。家族が到着した時、彼らは治療をやめるよう願ったが、翌朝除皮質硬直が出現し、結局脳死を宣言された。8人の子供のうち7人が臓器移植に賛成するが、1人が反対している。

7. 適性

症例17：あなたは、重篤なうつ病の既往のある第2子目を妊娠中の34歳の女性をケアするプライマリ・ケア医である。6カ月妊婦健診の際、乳房のしこりを指摘され、乳

癌の診断が下された。彼女は、化学療法を1サイクル施行したが、その後あらゆるタイプの追加治療を拒否することに決める。あなたは、彼女がうつ状態にあるかもしれないと感じている。担当の精神科医は、彼女は意思を決定できる状態にないが、腫瘍科医は、彼女は治療を拒否する完全な判断能力があると考える。

症例18：あなたは、数回の心内膜炎の既往を有する36歳の薬物中毒者の入院ケアをしている。患者はあなたに退院したいと訴え、自分は“ヘロインが大好き”でただ使い続けていたいと言う。患者は、もし治療を受けずにドラッグを続ければ心内膜炎で死ぬとみんなに言われていると言った。そして、「それでもかまわない」と患者は言った。

8. 真実の告知

症例19：あなたは、増悪する呼吸困難を有する71歳の女性をケアしているレジデントである。胸部単純写真で肺に多数の結節陰影が見つかり、CTやリンパ節生検も含めた良悪性鑑別の精査が始まった。彼女の家族（うち一人は精神科医）はあなたを呼んで、彼女が長年にわたり癌を恐れていることを明かした。彼らは生検の結果が確定するまでは、彼女に話さないでほしいと言っている。

症例20：[症例19]の生検の結果、肺原発の可能性のある未分化癌だということがわかる。家族に伝えると、家族は彼女に診断を伝えることは“彼女を殺しかねない”と感じた。彼女は化学療法を受けることになりそうなので、家族は彼女には、「重い肺炎で、抗生物質の静注が必要だ」と言ってほしいと言っている。

症例21：自分の娘に腎臓を提供するための医学的検査を受けるよう患者が紹介されてきた。彼女の腎臓提供を妨げるような所見はない。彼女は、診察室であなたに腎臓提供が怖くて、本当はしたくないと告げる。彼女は、なぜ腎臓提供が“できない”のか娘には言わないでくれないかと頼む。

症例22：あなたは手術不能の胃癌と診断された比較的元気な老人を入院させる。これはその患者にとって4回目の消化管出血による入院である。患者の娘が来て“癌”とか“悪性”“ターミナル”といった言葉を使わないでほしい、絶対に彼に真の診断や予後を言わないようにと頼んできた。指導医は、家族の要求を守るように指示している。

9. 秘密

症例23：医療スタッフの一人が針刺し事故を起こす。彼女は最初の閲覧職員健康組合(notifies employee health)に通告してから、患者が過去に輸血を受けているかどうかを見るために患者の診療録の閲覧を要求しようとする。

症例24：ある上級指導医が病院に入院し、狭心症ではないかと噂されている。あなたの同僚の間でその指導医の年齢はいくつかという議論が始まった。議論を解決するために、あるレジデントがあなたに病院のパソコン（電子カルテ）で調べるよう提案する。

症例25：19歳の女性が人工妊娠中絶後の腎盂腎炎で入院する。彼女の両親が到着する前に患者はあなたに、他の医学的なことはしゃべっていいから中絶のことは両親に言わないでほしいと言った。彼女が退院した後、彼女の父親から電話があり、健康保険会社が“妊娠に関わる病気”をカバーしていないことを理由に彼女の入院費の支払いを拒否したと話した。彼はあなたに、この入院がどうして妊娠に関わる病気と考えられているのか説明してほしいと言った。

症例26：あなたのプライマリ・ケアの患者の一人は病院職員である。あなたは、彼女が仕事上の怪我（労災）だという腰背部痛を治療している。専門医の一人として関係のある職員健康組合の医師が、あなたの評価とマネージメントについて話し合いたいと電話してきた。

10. 同僚との関係

症例27：あなたは、あなたのレジデントの問診と診察を見ている。診察の後、あなたはあなた自身の（考える）病歴と身体所見を書く。その後、レジデントが書いた病歴と身体所見を読む。そのレジデントは彼がやったところであなたが診ていないいくつかの診察をあげている。

症例28：スタッフの一人が、彼女の父親の心臓の薬の処方を書いてほしいと言ってきた。彼は週末に彼女を訪ねてきているが、自宅に降圧薬を忘れたとのことである。

症例29：あなたのインターンシップの最終月のことである。あなたと同じ医療チームのインターンが、あなたの仕事の間に精神科医からザナックス [Xanax ベンゾジアゼピン系の鎮静薬 (アルプラゾラム)] を処方してもらって自分のインターンシップが今とてもうまくいっていると言う。そのインターンは、あなたの上級レジデントや指導医には言わないでほしいと言う。

11. 困難な医師 - 患者関係 (Difficult Relationships with Patients)

症例30：あなたはプライマリ・ケア医であるが、ある患者が診療に関する勧告に従わない。その患者は薬物を濫用し、時に医療スタッフをののしるが、それにもかかわらず予約を守り続ける。彼はまたいつもあなたを電話で呼び出す。1年後、あなたは患者に対して嫌悪感を抱くようになっていた。

症例31：あなたは一人暮らしの病的肥満の53歳女性を担当するインターンで、彼女は多種の薬剤を必要とする精神疾患慢性の糖尿病（インスリンでのコントロールがきわ

めて不良)、間歇的なアルコール中毒、非定型的な胸痛を抱えている。彼女を診療してから3カ月の間に彼女は4回の外来のうち3回は来ないのに、しかし夜中に救急部に短時間の胸痛で来て入院を要求し、入院の必要がないと判断されると家までのタクシー券を要求する。救急部のスタッフは、あなたに対する不満を表してきた。

12. 障 害

症例32：あなたの担当するプライマリ・ケアの患者が、下背部痛に対して永久障害手当をもらえるように障害証明書を書いてほしいと言ってきた。あなたは、彼女に障害があるとは思っていない。彼女はあなたに、活字で正確に彼女ができる仕事の量を記載した印刷された手紙を手渡し、このようにタイプして証明書を発行してほしいと言ってきた。

13. 指導医との関係

症例33：あなたは、転移性肺小細胞癌の患者が低血糖となり入院させた。精査によって低血糖は患者が数年にわたって服用していた長時間作用型経口血糖降下薬による二次性のものとわかった。現在彼は肝転移をきたしているために、薬物の影響による低血糖作用に拮抗することができない。内分泌科のコンサルタントは、患者が二度と経口血糖降下薬を服用することがないように勧告している。退院の日、患者の血糖値はわずかに上昇していた。指導医は、患者に経口血糖降下薬を処方して帰宅させるように指示してきた。

症例34：あなたは指導医の配偶者が脳出血で運ばれてきた時、救命救急室で働いていた。その医師は、何度か病棟であなたの指導医だった。現在彼は、明らかにショックで震えているように見えた。彼は、彼らには2歳と6カ月の子供がいるとあなたに告げた。彼は、あなたにValium（ジアゼパムの一つ）の処方を頼んだ。“そうすれば眠れるから”と。

症例35：あなたは指導医から、2人きりで夕食を食べに行こうと誘われる。

14. 権利の衝突

症例36：53歳の男性が他の病院から心カテーテル検査のためにCCUに転送されてきた。彼は、COPDの既往歴があったが心疾患の既往や心臓病の危険因子はない。あなたは診察の中で彼の呼吸困難感はCOPDの急性増悪によるもので、肺水腫ではないとわかる。あなたは、循環器のフェローや他のレジデントとあなたの所見についてディスカッションしたところ、皆あなたの所見に賛同する。循環器のフェローはまた、心カテーテル検査は必要ないと感じたが、患者に予定通り検査を行うと言うようにあなたに指示した。循環器のフェローになぜかと尋ねると、“彼はここに心カテーテル検査を受けるよう送られた。紹介した医師は誤診したと言

われるのが好きではない。もしわれわれがこの患者にカテーテル検査をしなければわれわれへの患者紹介システムは機能しなくなってしまう” からだと言う。

15. 失 敗

症例37：初期研修医のリチャード医師は、ある週末のことをよく覚えている。なぜなら末期の虚血性心筋症の患者であるジョンソン氏（79歳）の血圧が低下したからだ。ジョンソン氏の駆出率（EF）は16%で、長らく心房と心室の頻拍性不整脈の既往がある。その彼が今、心室頻拍を起こしており、それにより彼の血圧は著しく低下していた。リチャード医師と彼についているインターンは患者のもとに駆け寄りカルテを見直すと、患者の状態が悪化したときにはプロカインアミドを投与したほうがよいという電気生理学的検査（EPS）チームによる指示を見つけた。手助けを頼める看護師はおらず、リチャード医師はインターンに救急カートから100mgのプロカインアミドを持ってくるように指示した。インターンは100mgと表示されたバイアルを見つけ、リチャード医師はこれをゆっくりと静脈ラインから投与した。しかし数分後、ジョンソン氏の血圧は急激に低下し、長時間の心肺蘇生の後に彼は死亡した。

心停止した一連の流れを振り返りながら、リチャード医師は空になったプロカインアミドのバイアルを空しく拾い上げた。バイアルには希釈式100mg/mlと表示されており、10cc（10ml）のバイアルは空になっていた。

症例38：あなたは内科的集中治療室（MICU）での36時間に及ぶオンコールを終えて、ようやく家に帰ったところである。ちょうどあなたが眠りにつこうとした時、あなたは患者にゲンタマイシンの血液濃度のチェックをオーダーし忘れたことに気づいた。

症例39：あなたは、患者の中心静脈ラインを確保した。手技を終えて胸部X線を確認したところ、あなたはカテーテルが頸動脈に入っているのを発見した。

16. 性 別

症例40：あなたは診療所にて健康な若い女性の身体診察を終えたところである。女性は立ち去る準備をしながら、今週金曜日に友人たちと映画を見て、飲み会を催すのにあなたを誘ってきた。

症例41：あなたは友人とバーにいる。そこにあなたが最近救急室で診た患者がテーブルに近寄ってきてこう言った。「確か、先生ですよね。私も一緒していいですか？」

症例42：あなたの先輩研修医が患者にX線の結果について電話をしているのがあなたに聞こえた。会話が進むにつれ、先輩研修医は患者をデートに誘っているのがはっきりとわかった。

17. 贈り物

症例43：製薬会社は研修医のカンファレンスに昼食を提供している。病院の処方集には、その会社の製品が載っており、それらはあなたが日常よく処方するものである。

症例44：67歳の大動脈解離の男性がCCUに収容された。患者は非常に重篤な状態であったが、注意深い長時間にわたる治療の結果、彼は一命を取り留めた。患者の息子は医師らに感謝し、コンピュータを卸値の格安で提供したいと希望している。

症例45：65歳の病的に肥満の患者が、診療所に来るたびにあなたにCDをプレゼントしてくる。それに加えて、患者はあなたに娘と会ってほしいと希望しており、今度の休日に家族の食事に誘われた。

18. 言葉の違い

症例46：あなたは内分泌科のコンサルトサービス (endocrine consult service) で研修をしており、右手の切断術後の33歳のロシア人男性を診察するよう頼まれた。10年前に彼は手に刺創を負い、それにより慢性的に彼の肘には化膿腔ができ、排出液が出ている状態だった。彼は一昨日手の痛みで来院した。外科の研修医が壊死性筋膜炎と診断し、伝えられるところによればX線を撮り皮下にガスが見られることから確定診断したようである。そして、患者は肘以下の切断術を行うため手術室に連れて行かれて手術を受けた。

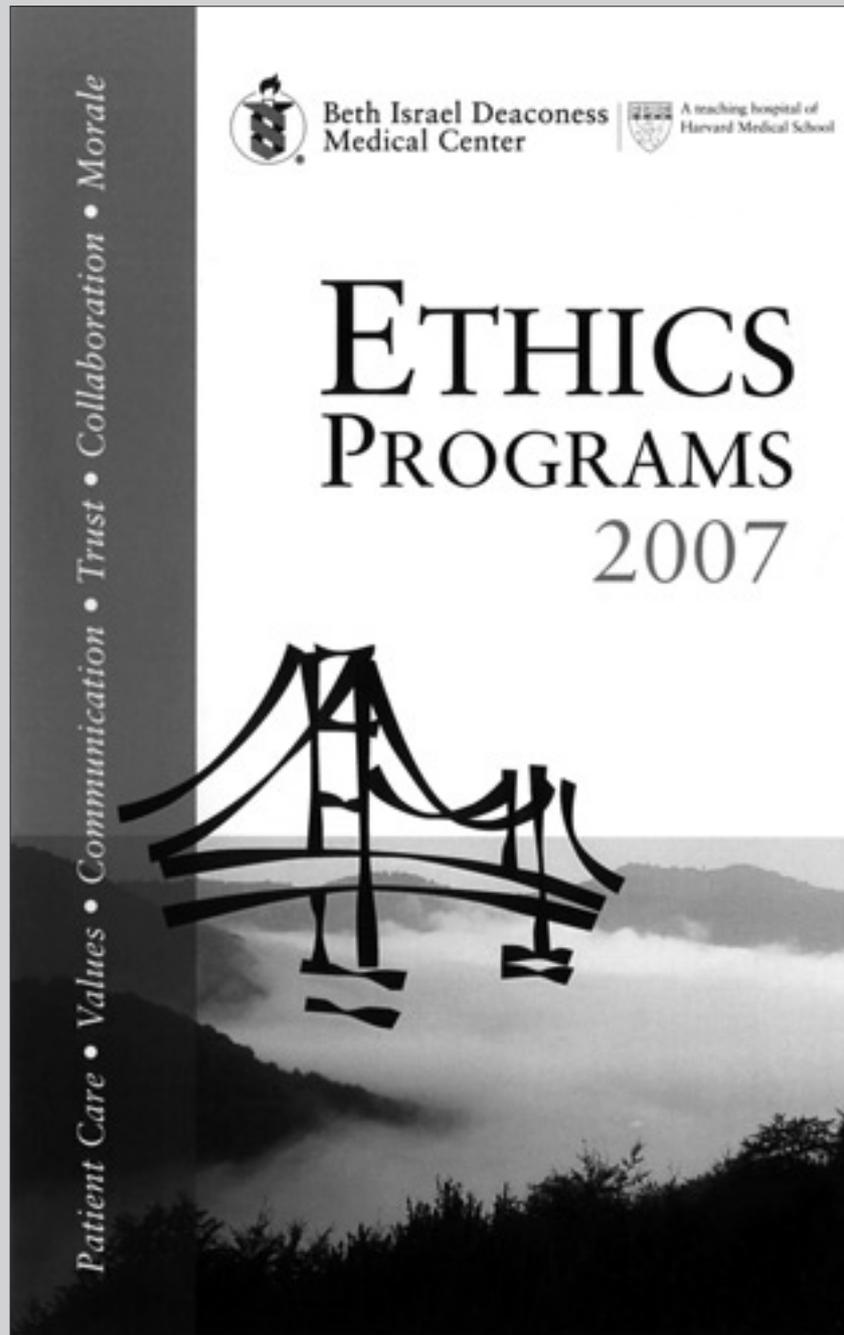
あなたは翌日コンサルトされ、糖尿病の管理を依頼された。切断された組織の病理学的標本が見つかり、そこに異常所見は見られなかった。X線写真は紛失していた。情報提供は英語で書かれているが、患者は主にロシア語を話している。

症例47：あなたの患者は60歳のクリオール語を話すエホバの証人で、彼女は腎不全により肺水腫をきたしており、深刻な貧血もある。患者の息子は患者のもとに昼夜おり、彼女の通訳をしている。あなたは輸血と透析の必要性を説明した。あなたは息子が通訳する内容を理解できる程度にはフランス語がわかる。どうやら息子は母親に透析の必要性のみについて説明して、輸血については説明していないようだ。そして、患者は承諾をした模様である。しかし、息子はあなたに「患者は透析と輸血の両方に同意した」と言ってきた。

19. 文化の違い

症例48：18歳のアジアからの交換留学生が、発熱、呼吸困難、咳と易出血性を訴えて来院した。彼は黄色ブドウ球菌性肺炎および白血病と診断された。抗生剤の投与が開始されたが、彼の状態は急激に悪化し、挿管が必要となった。彼の家族は後日到着し、彼の深刻な病状について説明された。家族らは、化学療法は髪を失うなど美観を損ない、それは息子の自尊心を傷つけることになるため行わないでほしいと希望した。そしてすべての特殊な治療は中止してほしいと言ってきた。

Beth Israel Deaconess Medical Center
Ethics Programs 2007



序論と概要

ベス・イスラエル・ディーコネスメディカルセンター (Beth Israel Deaconess Medical Center : BIDMC) はその人道主義で有名であり、それを患者と家族のケアに生かしてきた長い伝統がある。

“倫理”を日々のケアからは決して切り離すことができない。そのため、医療センターにおける真の“倫理プログラム”とは、行動、美德、思いやりであり、そして医師、看護師、ソーシャルワーカー、その他すべてのここで働く者の道徳の質、それらの集合体にはかならないことを、BIDMC は常に主張してきた。

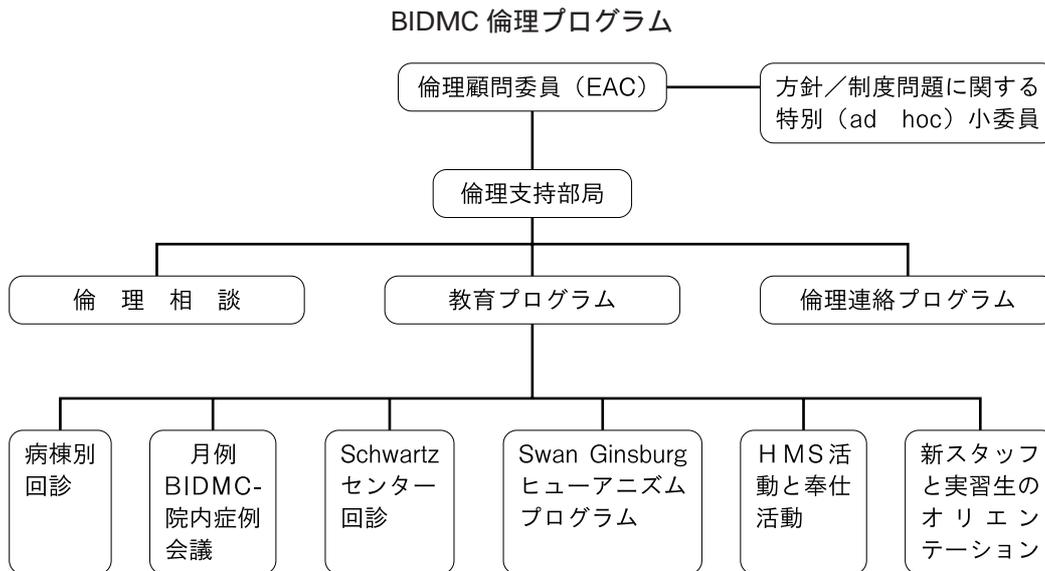
それにもかかわらず、BIDMC のスタッフや患者および家族が、現代の医療行為における倫理問題に直面し、助けを必要とする時がある。1988年に BIDMC 倫理支援サービス (Ethics Support Service : ESS) が設立され、患者のケアに対する解決への早急な支援をスタッフや患者、家族に不休で提供してきた。何年にもわたって倫理支援サービス (Ethics Support Service) は成長を続け、その活動は個々の症例報告にとどまらず、本書で述べるような広範囲な付加的活動をも行っている。それには、ESS が関わる複雑な倫理問題の公開討論会を行う月例 BIDMC 倫理症例カンファレンスや、回を重ねている (月15回以上) 病棟別倫理症例回診 (Unit-based Ethics Rounds)、また、非常に好評な月例シュワルツセンター (Schwartz Center) 回診が含まれる。これらの回診や相談、協議会で生じた問題点は、月ごとに開かれる BIDMC 倫理顧問委員 (Ethics Advisory Committee : EAC) に採り上げられる。そこでは、組織の方針やシステム、問題点について順番に話し合い、BIDMC のスタッフによる日常業務が、われわれの最高の倫理基準に則っていることを確認する。

ごく最近でも、ESS は革新的なプログラムを導入した。それは、ハーバード大学関連のシステムあるいは国家的にみても珍しいもので、倫理リエゾンとして従事する主要な臨床および運営部門のスタッフを派遣することができる。倫理リエゾンは、ESS や EAC の倫理問題に対する最も重要な連絡役を務めている。およそ6人の BIDMC スタッフがこの役目を引き受けている。彼らは、各領域のスタッフが業務上の倫理的特質を認識し、反映するのを補助する責務を負っており、必要な支援を与えている。

Lachlan Forrow 倫理プログラムディレクター、一般内科・プライマリケア部門
Rohn Friedman 倫理顧問委員会議長、精神科准教授

1. BIDMC 倫理プログラム：使命

すべてのBIDMCスタッフが、彼らの業務の倫理的側面（決断、行動、特徴、道徳）の重要性を正しく認識する文化を育むこと。そして、BIDMCの最高の倫理基準に則った業務を行うための必要な支持を行うこと。



2. 倫理顧問委員 (Ethics Advisory Committee : EAC) について

倫理顧問委員 (EAC) は、医療執行委員会 (Medical Executive Committee : MEC) の小委員会として2003年に設立され、メンバーは医療センターにおける種々の臨床、運営部門の代表者からなっている。EAC 自体は意思決定の権限を持たず、個々の症例における意思決定は担当の医師や患者、または代理人が持つ。また、組織のポリシー等の承認は MEC が行う。

EAC の月例会議では、倫理支援サービス (ESS) の協議的または教育的な活動を検討したり、ESS の活動などを通して特定された方針や制度に関する問題点を話し合ったり、また、倫理リエゾンの医療センターネットワークの活動や参加について概観する。倫理リエゾンプログラムの発展に伴い、EAC は各リエゾン領域における倫理教育と支援の年次計画を検討する。また、必要があれば適切な支援が得られることを確認する。

BIDMC 倫理顧問委員は、重大な倫理事項がベッドサイドだけではなく、病院運営のより根本的なレベルにおいて適切に話し合われることを確認する、非常に効果的で効率的な方法を発展させました。

Ken Sands (医学博士、健康管理部門副会長)

3. 症例協議会

倫理支援サービス (ESS) は、倫理的問題に取り組むすべての BIDMC スタッフや患者とその家族に対し、即時的な援助を常時提供してきた。2006 - 2007年の間に、ESS は国内で最も有用なサービスにより、100件を超える症例に対し支援を行っており、更にその症例数は増加している。ESS の支援は、倫理的決断を下す場合や感情的な状況、難解な道徳的状況が関与するものを扱う場合に有用である。相談は、初期の“ 予防倫理的 ” 試みや BIDMC の方針や手続きに関する非公式な電話相談から、難解な臨床的決断を話し合う家族会議への参加、更には、マサチューセッツ州の法律や BIDMC の枠組み内で倫理問題が解決できる提案を医療記録において行い、それが書かれた公式な相談草案を用意することにまで及ぶ。しかしながら、臨床的決断の権限は、患者 (または代理人) や担当の医師にあり、ESS はいかなる臨床的決断の権限をも持たない。

617 - 667 - 7467への電話や、ポケットベルオペレーター617 - 667 - 4700への電話により、倫理スタッフと電話連絡をとることが可能であり、BIDMC のスタッフに対しては倫理相談をオンラインで行うことができる。このように BIDMC のスタッフや患者、または家族の人は誰でもこのサービスに直接連絡することができる。

2006年から2007年の間に、ESS が実際扱った症例には以下のものがある。

男性、89歳。末期の認知症、ほぼ意識不明で改善は期待できない。ICU にて人工呼吸器を長期必要とする肺炎を合併している。彼の娘は手厚い生命維持を漠然と主張するが、医療スタッフは彼らの行っていることが非人道的であると思っている。

女性、79歳。手術後に脳卒中と透析を必要とする腎不全を合併した。患者の家族は、母は生命維持装置を望んではいないであろうと言って、装置を止めるように頼んだ。しかし、担当の外科医は、かなりの回復がまだ期待できること、そして、術前にその患者は必要な場合の治療に同意していたことを主張し、延命処置の停止を強く否定した。

女性、58歳。改善の見込めない進行性の神経疾患に罹り、現在ではほぼ植物状態にある。彼女の家族は、彼女が腎臓の提供者となるように頼んでいる。生存中の患者で、本人の同意がない状況での臓器提供は、マサチューセッツ州において前例がない。移植チームは何をすべきか論争している。

倫理コンサルトは早期に行われることが必要です。そのためには、何ができるか、そしてどのように手助けできるかという更なる自覚が必要です。私たちはあらゆる部署への積極的な関与が必要なのです！

Kathy Welch (ケースマネージャー)

4. 倫理リエゾン

より大きくより広範囲な部門の代表者からなる BIDMC スタッフのグループを医療センターの倫理活動に従事させる方法として、2006年に BIDMC 倫理リエゾンプログラムが立ち上げられた。倫理リエゾンは部長または科長から選抜される。任期は1年間で更新可能であり、3つの主要な機能を持つ。

通知：リエゾンの臨床、または運営に関わる同僚に BIDMC 倫理プログラムについて通知する。その内容はリエゾンの役割や倫理支援サービスの常時利用可能性、倫理支援サービスを通じての教育的活動を含む。

検討：各リエゾン領域における1年間の“倫理”活動や必要性（臨床または運営に関するものや方針、教育）を検討する。このことにより、これらの活動を支持する、または満たされていない必要事項を話し合う最善の年次計画が、倫理支援サービスと倫理顧問委員の協同作業へと発展することが可能となる。

従事：リエゾン領域に関する倫理問題が明らかになった場合、倫理支援サービスや倫理顧問委員への主要なリエゾン、または連絡役として従事する。

これらの役割のほかに、倫理リエゾンは BIDMC 倫理プログラムを概観する特別なオリエンテーションに参加する（臨床または組織的な倫理に関する資料を挟んだバインダーと主要な医療倫理原文のコピーを受け取る）。また、月例の“倫理リエゾン症例検討会”に招かれたり、毎年6月に開かれる HMS 主催の3日間年次倫理コースへの参加が勧められる。2007年度以降では、倫理リエゾンへの支持を拡大することが BIDMC 倫理プログラムの最優先事項の一つになるだろう。

倫理リエゾンプログラムへの参加が、私にとって昨年の最大の収穫となりました。月例の倫理症例検討会や、たいへん素晴らしかった今年のハーバード生命倫理コースから多くのことを学ぶことができたからです。一般内科の入院患者を診療する医師として、急速に発展するホスピタリストのチームに参加し、そのチームと倫理問題を連結させる仕事ができるたいへん光栄です。

Alex Carbo (Associate Director of Quality Improvement)

5. 病棟ベースの倫理回診 (Ethics Rounds)

最前線のスタッフが自らの病棟を離れてケースカンファレンスや個別指導に出席することは困難なため、倫理支援サービスはきちんと病棟ごとの倫理回診 (ethics rounds) にまで手を広げてきた。これら非公式の討論は、倫理的問題への取り組みを含む現在また最近の状況をスタッフが反映できる場となっている。倫理回診 (ethics rounds) に関するテーマで頻出のものは、治療目標をめぐる議論や人生の終末の迎え方に対する家族との話し合い、多分野にまたがるチームの協力の問題、“無益な”治療、患者と家族にとって文化的で適切なケアの試みなどである。

倫理支援サービスの倫理学者によって討論は活発化し、スタッフには有益であろうことについてのブレインストーミングなど、道徳的に討論をする場合に倫理的な結論へのアプローチ法を考える際に助けとなる。それらは家族の面会のために臨床チームが集まるこ

とや、正式な ESS の協議の要望、緩和ケアの相談の提案、精神科看護師との連絡、礼拝、患者との信頼関係、リスクマネジメント、法務部門なども含まれる。

回診 (rounds) は学際的なものになるよう、また、困難な状況においてチームの協力を促進するよう考えられた。年間を通して部署ごとの倫理回診 (ethics rounds) への総参加者数はほぼ1,000人であった。そのうちおよそ72%は看護師で、11%が医師、9%がソーシャルワーカー、8%はその他のスタッフであった。

6. 倫理回診 (ethics rounds) への専門別参加者

回診 (rounds) は現在、以下の部署・サービスで行われている。

CCU、NICU、産科 (入院患者)、11Reisman、GCRC、血液腫瘍科 (入院患者)、Farr 5、Farr 10、MICU 6、FICU、CSRU、MICU 研修医、救急部、SICU、MICU 7、T / SICU、通訳サービス、行動神経学

通訳付の倫理回診 (ethics rounds) は非常に重要なわれわれの業務の一つで、この地域の他の多くの病院の通訳サービスとは異なったモデルとして機能しています。それは魅力的であり、有益で刺激的なことです。そして私たちや同僚にとって、倫理的観点から問題を考えることに長けている医療の専門家がいる状況や、安全でよりきちんとした環境で複雑な状況をしっかり理解するよい機会なのです。

Shari Gold-Gomez (通訳サービス責任者)

7. BIDMC 全体における毎月の倫理ケースカンファレンス

BIDMC 全体の毎月の倫理ケースカンファレンスは BIDMC のすべてのスタッフを対象としており、多くの人々の関心や関連性などの問題を提起している倫理支援サービスなどのケースを検討する場となっている。このカンファレンスには、どのようにこれらのケースに対処したのかということを経験者間で討論させることと、これらのケースからわれわれは BIDMC においてどのように臨床的な倫理的ケアや教育を改善すべきかを学ぶ2つの目的がある。カンファレンスは非常に多くの分野の聴衆を引きつけ、BIDMC のスタッフに現実的な臨床現場の諸問題を用いて臨床倫理への理解を深める機会となっている。さまざまな聴衆を引きつけ、BIDMC のスタッフが直面する多くの倫理的な問題を取り上げるために、広範囲にわたるトピックス、倫理的ジレンマは年中議論されている。その構成は聴衆の参加や考え、経験の意見交換の推進に重点を置いている。

最近のカンファレンスでは、以下のような話題が論じられた。

どこまでやれば十分か (When Is Enough Enough?)。ほとんど意識がない患者にとっての延命治療

意思決定委任の危険性

患者のプライバシーを尊重する場合に他者を危険にさらすときはどういう状況か
精神的な治療が“無益”となるのはいつか

知的障害のある成人の生と死の選択をわれわれはどう決めるべきか
インフルエンザの流行の脅威における医療従事者の倫理的ジレンマ

毎月の倫理ケースカンファレンスは素晴らしい議論の場となっていて、メディカルセンター全体のスタッフをまとめ、私たちが直面している症例に取り組む際にどのように協力すればよいかについて話し合っています。私たちは普段たくさんのことを学んでいるだけではなくて、相互に多分野からの協力を BIDMC の素晴らしい同僚から得ているのです。

Barbara Sarnoff Lee (MSSW, LICSW Director, ソーシャルワーカー部門)

われわれの倫理カンファレンスは、困難なケースについて多分野にわたる討論会でスタッフの思慮深い考えを知るのにとってもよい機会です。彼らが臨床のスタッフや研修生に与えた精神的な支えは BIDMC を真に貴重な仕事場にしてくれることのひとつなのです。

Julius Yang (MD, Associate program director, 内科研修プログラム)

8. シュワルツセンター (Schwartz Center) ラウンド

シュワルツセンターラウンドは1995年に癌で亡くなった医療系弁護士 Kenneth B. Schwartz の遺志によって発展した。彼が末期の病床で受けた手厚いケアに深く感謝して、他の人々にも思いやりのあるケアを受けてもらおうと Kenneth B. Schwartz Center を設立した。2004年の2月、Rabb、Cahners、Goldberg 一族からの資金のおかげで、BIDMC は Ken Schwartz の遺志を継いで初代シュワルツセンターラウンドを立ち上げた。ラウンドは介護者が患者を介護する際に起こった感情的な問題や社会的な問題など難しい問題を議論する“学際的な議論の場”としての役目を果たしてきた。

ラウンドは介護者にとって直接のサポートや情報源となり、また、患者と介護者の関係を深める手助けともなっている。2006 - 7年にあがった議題の一部を以下に示す。

“こんにちわ”が“さようなら”を意味する時：両親が生と死を受け入れる時

物事が間違った方向へ進んでいる時：医療のエラーについて話し合う

秘密を知り得たことがある：医療上の関係における秘密の複雑性

BIDMC のシュワルツセンターラウンドはメディカルセンターの中で最も参加者の多い定例カンファレンスとなっており、毎月平均して100人近くが参加している。

参加者からのフィードバックは、ラウンドがうまく目標を達成していることや、BIDMC のコミュニティの重要な要望に取り組んでいることを示している。

私はシュワルツラウンドの集会から個人の価値観というものを学びました。時には患者をよりよく知る方法や、時には患者がどのように私のことを考えているのかを学び、また、私が実際に直面している問題と同じ問題で悩んでいる人に出会う機会もありました。このような毎月の集会は、現場にいる者としてリフレッシュすべきまたとない機会なのです。

Kaarkuzhali B Krishnamurthy (MD, Director of Women's Health in Epilepsy, 神経学部門)

9. Swan Ginsburg ヒューマニズムプログラム (Swan Ginsburg Program in Humanism)

1992年に34歳で癌のために亡くなった BIDMC のかけがえのない研修医 Katherine Swan Ginsburg を追悼して、人間主義の Swan Ginsburg プログラムが作られ、BIDMC で研修中のレジデントたちの人道主義に敬意を払い、より発展させることに捧げられた。1993年からこのプログラムは医療における人間主義の定例の講義となっており、また、Swan Ginsburg 賞も設けられ、研修を修了したシニアレジデントの中から、Kathy が感心するような思いやりの心やチームワーク、臨床の医療の美点を最も体現した者に贈られている。

最近、このプログラムを広げるための第一歩が踏み出され、医学部の卒業生のための全国的なモデルとして継続するために必要な寄付金を集められ始めた。活動には、BIDMC のレジデント研修において倫理的・人間主義的な特性を育む手助けとなるよう企画・実行する BIDMC の医師のために、レジデント研修や研究員プログラムのストレスにもかかわらず、医の倫理や人道主義においてその特性を支え理解を深めることについてカンファレンスを毎年開催することが予定されている。

10. 事前の意思表示 (Advance Directives) / 率直に話そう

1999年から BIDMC の倫理支援サービスは、事前の意思表示の重要性をスタッフにも患者にも、もっと認識してもらうために、年に1回メディカルセンターの感謝祭週間を設けた。特に重視されたことは、BIDMC のスタッフに対する支援活動である。もし彼らが最愛の人たちと彼らの希望を話し合い、事前の意思表示 (advance directive) を達成すれば、臨床の現場で事前の意思表示 (advance directive) を効果的に促進できそうだからである。

2006年の感謝祭週間の前3日間、BIDMC 倫理リエゾン、社会福祉のスタッフ、その他のボランティアたちがおおよそ1,000の事前の意思表示 (advance directive) のフォーム一式を昼休みにスタッフや患者に配った。それは“率直に話す時だ...”というテーマのものであった。これまでと同様に、その反響は非常に大きく、多くの人々が感謝の意を表すために会合に立ち寄ってくれたり、配られたフォーム一式を実際に使っているということを教えてくれた。

事前の意思表示 (advance directive) を普及させるための今後の取り組みとして、必要な時に簡単にアクセスでき、教育手段として入院患者が利用できるよう、オンラインの資料の拡充を行ったり、事前の意思表示 (advance directive) を追跡調査することが予定されている。

“率直に話そう”の参加者からのコメント

「私はこのような委任状を書いて家族に残そうと思う」

「いい考えですね、こういう素晴らしいことを考えたことはなかったです」

11. BIDMC の方針、制度の問題点

個々の症例検討会や、病棟ごとの倫理ラウンドや他の会議で論議された症例または問題のそれぞれは、BIDMC の方針、手順、その他制度の実行可能な改善点を明らかにする機会を与え、それによって常に BIDMC と、自身の高い倫理基準を満たす医療を提供しようと努力している BIDMC のスタッフに対してよりよい援助と指導を提供することができる。例えば“ 予防倫理 ” の観点から考えると、すべての難解な倫理問題はまず問題が深刻にならないようにするため、また解決しやすくするため、または少なくとも関わる患者、家族、スタッフに深刻な苦悩を与えないために早い段階で何かできたのかという疑問を提起すべきである。

毎月の倫理支援事業の協議、教育的活動を検討する中で、倫理顧問委員会 (Ethics Advisory Committee : EAC) は方針や制度の問題に焦点をあて、これらの問題をさらに詳細に検討し、可能な限りの回答を EAC に報告するという役割を果たす特別な小委員会や作業部会を選定する機会を与えている。EAC は論理的決断を出す権限を持たないため、実施されたとどのような EAC 勧告の解釈も、医療執行委員会の賛同を得ているかどうか (提起されたとの方針変更でも)、またはシステムや制度の変化に対する EAC の提案が実行されるべきだという判断は関連する臨床、行政部門によってなされたかどうかにかかっている。

EAC や小委員会、作業部会が2006～2007年に検討した方針やシステムの問題には、以下のようなものがある。

“ 無益または有害な治療 ” や “ 必要のない CPR ” についての BIDMC の方針の考察

これは患者の選択が適切に尊重されること、臨床スタッフが決して効果のない有害な治療の施行を強いられないことを保証するという目的である。これらの問題が特徴的な症例を追跡し、倫理支援事業を利用できる電子システムを開発中である。

事前の意思表示を記録し検索する BIDMC 式手順と、この領域の改良されたウェブベース医療記録システムの構想についての考察

BIDMC で治療を受ける機会の不均衡を明らかにし検討するという努力への支援が継続中であり、“ 人はその人種や宗教、生まれ、能力障害や社会的不利、性別、性的志向、年齢、兵役、治療費の財源にかかわらず、BIDMC の最高基準を満たす医療を受ける権利がある ” という患者権利についての BIDMC 声明での冒頭の約束は果たされている。新型インフルエンザ対策の倫理的側面については確実に重大な危機であり、人命救助のための需要は入手可能な資源をはるかに上回る事態であることが予想されるが、BIDMC スタッフ、患者、家族はすべての決定は最高の倫理基準に基づいてなされていることを知ることができる。

ハーバード大学医学部倫理活動と奉仕活動

1. 月例ハーバード倫理協議会

BIDMC のスタッフは、ハーバード系列の病院や他の健康管理機関の倫理委員会や倫理協議プログラムに従事している医師、看護師、その他専門スタッフが集まる月一度の討論会である「ハーバード倫理協議会 (Harvard Ethics Consortium : HEC)」に活発に参加している。月ごとに1つのHMS 関連施設のスタッフが興味深い最新症例を紹介し、その後異なるハーバード系施設からの倫理学者、医療者、理事が分析や論評を行う。討論は倫理的結論の内容だけでなく倫理問題が明らかになるよう取り組まれた過程にも焦点をあて、時には重要な方策について施設間で違いがあることもある。年に4回 HEC の症例の1つが『Journal of Clinical Ethics』誌に発表され、関連スタッフからだけでなく、学術的な雑誌の従来の倫理症例発表からは逸脱しているが関連した患者や家族からの論評も寄せられている。

2006～2007年に討論された話題は以下にあげられる。

脳死についての宗教論争：症例が法廷や報道業界で取り上げられた場合の倫理的取り組み
事前の意思表示をくつがえすことは容認されるか

医師の受け持ち患者は、医師自身への臓器提供者として認められるべきか

2. 倫理指導グループ

HMS 倫理指導グループは2005年に結成され、倫理活動を強化しようと協力している主なHMS 部門の倫理プログラム指導者に関わっている。定期的に参加しているBIDMC の代表者には、EAC の一員である Lachlan Forrow, MD、Rohn Friedman, MD、Leon Goldman, MD、Wendy McHugh, RN、Stephen O'Neill, LICSW, JD などの教育関係者が含まれている。

達成が近い計画には、体系的で主なHMS 臨床部門すべての倫理プログラムについて比較した記述があり、どの程度の実時間倫理問題が明らかにされて取り組まれるのに充てられたか、どんな倫理方針や手順が作られ考察されたか、そして 倫理活動のための人員配置や財政支援について、などが含まれている。

BIDMC の代表者が指導的役割を果たした追加の2006～2007年の話題には、新型インフルエンザ発生対策の倫理的側面についての論議や、多くの病院の倫理プログラムで元来取り組むよう計画されている個々の臨床倫理問題を越えた“組織倫理”という問題を議論するために、倫理指導者やコンプライアンス監視役員が終日集会して議論することが含まれている。

3. 年一度の生命倫理コース

BIDMC 倫理支援事業の主要スタッフは、かなり賞賛されている毎年6月のHMS 生命倫理コースの計画や授業に活発に参加しており、それは主にHMS 関連施設スタッフの倫理的知識を増やすために計画されているが、地方、国内、さらに国際的な参加者も得てい

る。BIDMC の倫理的連携を発展させるためにも、そして臨床的・組織的倫理の背景を改善するためにもこの3日間コースに参加している。

2007年6月に検討された話題には、以下のようなものがある。

倫理協議会

道徳的自律性

倫理専門用語、定義、理論

良心的反論

アメリカ倫理委員会

PVS、MCS：意識レベルと臨床倫理

法廷における臨床倫理問題

ヘルスケアにおける組織の倫理

研究における倫理

終末期医療の倫理

医療の無益性

4. HMS 医療倫理フェローシップ

HMS 医療倫理部門は1年間のフェローを提案しており、毎週の学際的セミナーを中心とした1年間にわたる集中的な教育をさまざまな HMS 関連施設の医療倫理代表者による指導の下で、論文の抄読や活発な討論を用いて医療倫理の広範囲な問題を調査することに充てようとしている。フェローはその年における独自の医療倫理調査研究計画を引き受け、月例部門セミナーやハーバード倫理協議会、部門後援のさまざまな公開講座にも参加できる。BIDMC フェローシッププログラムの卒業生には、BIDMC 理事で倫理諮問委員会のメンバーである Nancy Cahners はもちろん、2つの倫理支援事業主要グループメンバーである Wendy McHugh (RN、Stephen O'Neil, LICSW, JD) が含まれている。

“ BIDMC 倫理支援事業のスタッフは、症例提示はもちろん、自身の専門的知識や経験をハーバード倫理協議会の多くの討論に活用していて、その一部は *Journal of Clinical Ethics* に発表されている。こんなに素晴らしい倫理プログラムは、この国に他にない。”

Christine Mitchell (RN、MS、MTS、ボストン小児病院倫理局局长、臨床倫理、医療倫理 HMS 部門准局長)

5. 最高水準のヒューマニティ：2007～2008年とそれ以降

この報告で述べてきた BIDMC 倫理プログラムの発展を通してみると、BIDMC が広く有名になったゆえんでもある倫理やヒューマニティの素晴らしい伝統を引き継ぎながら医療施設のスタッフを引き込み支援していくには、包括的な制度が適切であるといえる。今日医療変革のペースが増し、医療組織への財政圧迫が徐々に強まり、医療科学や技術が驚くべき進化を遂げ、BIDMC 患者背景の文化の相違が増していることに伴い、BIDMC スタッフが患者や家族の日々のケアで直面する倫理的難題の頻度や厳しさは増し続けるであろう。幸運なことに、BIDMC 倫理プログラムはまさに BIDMC スタッフがこれらの難題を確実に処理できるよう継続的に発展しており、患者とその家族は BIDMC で医療を受ける中で常に“最高水準のヒューマニティ”を得ることができるだろう。

2007～2008年またそれ以降に始められ、拡大される予定の活動を以下にあげる。

プログラムに参加している60以上の臨床、管理部門における倫理問題のより体系的な年次評価に伴う BIDMC 倫理連携プログラムのさらなる発展と、すべての BIDMC スタッフや研修生への地域特異的な倫理教育や支援の計画

医療の倫理的側面に対する BIDMC の取り組みについて、また患者や家族が倫理支援事業を通じて常に利用できる補助としての患者や家族のためのコンパクトな BIDMC 倫理パンフレットの準備

BIDMC 倫理プログラムにさらなる知名度を与え、BIDMC のスタッフが多くの倫理ラウンドやカンファレンスを補うため、容易に受けることのできる教育として提供される定期的な電子版 BIDMC 倫理支援事業会報

BIDMC が患者中心の人道的医療のすばらしさについての国内外の評判に応え続けるための方法について、展望や提案を収集するための BIDMC スタッフ、患者やその家族の調査

BIDMC 倫理プログラムを支援するための情報を得たい場合は、倫理プログラム管理者である Dr. Lachlan Forrow (617 - 667 - 3095、Lforrow@bidmc.harvard.edu) か、BIDMC 製作部門 (617 - 667 - 7330) に連絡を取って下さい。

BIDMC 倫理プログラムについての更なる情報を得たい場合は、以下に連絡を取るようして下さい。

Lachlan Forrow, MD

Director, Ethics Programs Beth Israel Deaconess Medical Center

330 Brookline Avenue

Boston, MA 02215 Lforrow@bidmc.harvard.edu 617 - 667 - 3095

発行日 2008年3月25日
編集 (財)ライフ・プランニング・センター 健康教育サービスセンター
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-5 砂防会館5F
TEL 03-32651907 FAX 03-3265-1909