

臨床倫理コンサルテーション・サービス開始のための  
10のステップ

## はじめに

近年、医学の進歩に伴う治療選択肢の増大や患者・家族の価値観の多様化に伴い治療方針の決定が複雑化しています。こうした環境の変化に対応するためには、医療スタッフと患者・家族の間での合意形成を支援する仕組みが必要であると考えられており、米国においては既に 2000 年の時点で 400 床以上の全病院において臨床倫理コンサルテーションの体制が整備されています。

国立がん研究センター中央病院(NCCH: National Cancer Center Hospital)では、2017 年に共通部門に臨床倫理支援室を設置し、「患者中心のがん医療の実現」という理念のもと、2018 年 5 月より職員に対する臨床倫理コンサルテーション・サービス(CECS: clinical ethics consultation services)の提供を公式に開始しました。本ステップは、その過程で参照した国内外の医療機関の取り組み並びに関連する文献等に基づき、チームを立ち上げる際に一般的に検討が必要だと考えられる点を整理したものです。

また併せて各ステップには 2019 年 3 月時点での NCCH コンサルテーション・チームの現状についても参考として記載しています。どのような体制をとるかは各医療機関の体制や利用可能なリソースによって大きく変わるため、唯一の正解はありません。ただし、これからチームの立ち上げを検討している医療機関にとって、NCCH での立ち上げに伴う試行錯誤の際に学んだことが何らかの参考になれば幸いです。

なお、本ステップの内容はあくまでも病院が組織として CECS を提供する際の考慮事項を記したものであり、インフォーマルなコンサルテーション・サービスは念頭に置いていません。そのため、インフォーマルな相談や助言を実施している場合には必ずしも考慮する必要が無い事項(特に組織的な位置付け等)が含まれていることにご注意ください。また、病院組織としてコンサルテーション・サービスを公式に開始するに至っていない場合については、別途「補遺コンサルテーション・サービス開始を決める以前のこと」を参照してください。

## 1. コンサルテーション・サービスの目的を決める

Option1: 当事者とは独立した立場から具体的な助言・推奨を行うことを原則とする

Option2: 当事者間の対話を促し、合意形成を図ることを目的とする

CECS の提供を開始するに際して、まずはサービス提供の目的を定める必要があります。その際議論になるのは、CECS が当事者（主治医や担当看護師等）から独立した立場から具体的な助言・推奨を提示することを目指すのか、それとも当事者間での合意形成のプロセスを支援することに重きを置くのか、という点です。一般的なコンサルテーションでは、当該領域の専門家の立場からの具体的な助言・推奨が必要になりますが、「倫理問題」に対して専門家による解決を期待して良いのか、という指摘もあります。むしろ倫理コンサルタントの役割は純粋なファシリテーターであり、当事者間の話し合いを活性化する触媒に留まると考えれば、話し合いのプロセスを管理し、合意形成を支援する立場に徹すべき、という発想も成り立つでしょう。実際、このような役割を念頭に置いて、以前は「臨床倫理コンサルタント」という言葉よりも「臨床倫理コーディネーター」という名称が好んで使用されていました。

もっとも、実際には施設ごとにこの 2 つの側面をうまく「ブレンド」して CECS の活動が進められていることが多いようです。例えば、仮に具体的な助言・推奨を提示するとしていても、実際には複数の許容可能な選択肢を示すに留める場合には、「コーディネーター」的要素が取り入れられています。また、最終的に特定の選択肢を「望ましいもの」として示すにしても、その過程で倫理カンファレンスの開催等を通じて、当事者間での合意形成が図られている場合には、「コンサルタント」的な要素は小さくなっています。この両者の間どのあたりに CECS の活動を位置づけるのかは、施設の考え方次第であり、それが CECS の目的に影響することになります。

### ●NCCHでの実際

NCCH では原則として CECS の提供に際しては一定の助言・推奨を行うこととしています。これは一つには、純粋な話し合いの場としては別途月例の倫

理カンファレンス（NCCH 臨床倫理カフェ）が設けられており、具体的な回答をすぐに要さないものについてはそちらで扱うことが可能だから、という理由があります。

ただし、実際の相談対応においては、チームメンバーと主治医や担当看護師との倫理カンファレンスが病棟で実施され、そこでの合意事項が推奨内容に反映されているのも事実です。その点では、具体的な助言・推奨を原則としつつも、その過程で「コーディネーター」的要素をある程度反映している、と言えます。

## 2. サービスの提供主体を決める

Option1: 委員会形式

Option2: チーム形式

Option3: 個人形式

サービスの提供主体としては、通常は委員会形式、チーム形式、個人形式の3つがあり、それぞれの長所と短所があるとされていますが、以下の表はそれぞれの形式について端的にまとめたものです。なお、この中の「多角的」とは、複数の専門性や属性を持った人々が集まることで検討の視点が多くなることを意味します。同じく「批判的」とは、臨床現場から距離のある場で厄介な問題事案として扱われてしまい、結果として、問題に対応できない臨床現場を責めるような意見が出る場合もあることを意味します。

## CECの3つの形式

	長所	短所
委員会形式	多角的 公式的	機動性が低い 批判的
チーム形式	機動性が比較的 高い	常時人材がいる ことが前提
個人形式	機動性が高い	多角性が低い

Aulisio M. *Encyclopedia on Bioethics*, 3<sup>rd</sup> Ed. 2003 28

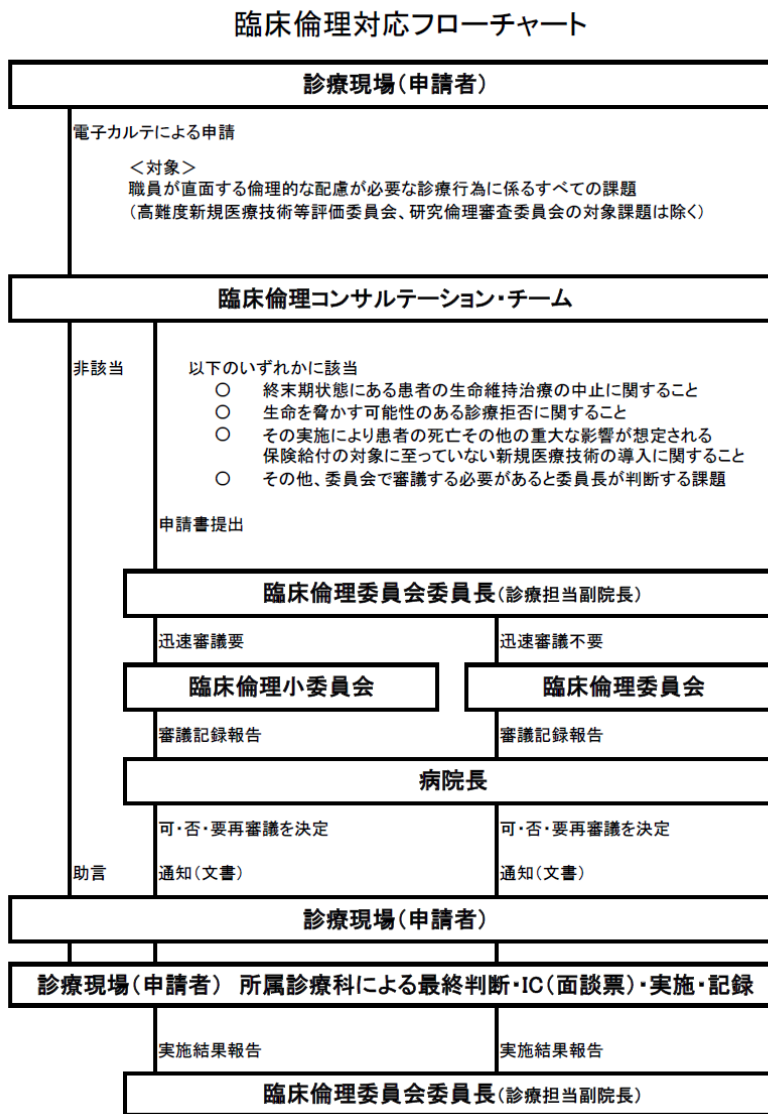
日本では多くの病院組織が委員会形式を選ぶ傾向にあるのに対し、アメリカではチーム形式が多く採用されています。ただし、こういった形式が最適かは、医療機関の規模や利用可能なリソースにより多様だと考えられます。例えば、それほど規模の大きくない医療機関であれば、委員会形式であったとしても委員会と依頼者との関係の距離は近く、委員会形式の欠点はあまり気にならないかもしれません。また、大規模な医療機関で専門性の高い職員がCECSの提供に多くのエフォートを割ける場合などは、個人形式の方が現実的かもしれません。

### ●NCCHでの実際

NCCHでは、基本的にはチーム形式を取っています。多職種からなる15名の職員がメンバーとして指名されており、そのうち5名が「コーディネーター」の役割を担っています（コーディネーターの内訳は医師2名、看護師1名、倫理・法律の専門家2名）。依頼者からの相談はコーディネーターの誰かが受け、相談の内容に応じてメンバーから数名を指名して相談活動を進めています。

ただし、生命維持治療の中止や生命にかかわる治療拒否に関しては、相談窓口はチームですが、最終的な決定は臨床倫理委員会での審議を経て、病院長の了承の下で進められる仕組みになっています（図 NCCH における臨床倫理対応の流れ）。その意味では、相談活動のうち、病院にとって「重い」案件のみは委員会で審議することになっており、チーム形式と委員会形式の混合と整理できます。

## 図 NCCH における臨床倫理問題への対応の流れ



### 3. 病院におけるサービス提供主体の位置づけを決める

Option 1：病院倫理委員会の活動の一環として位置づける

Option 2：病院倫理委員会とは独立した主体として位置づける  
(部門の新設など)

サービス提供の主体を「委員会」とした場合は、委員会が病院組織のなかに位置づけられている限りにおいて、サービス提供者は明確です。これに対して、チームや個人がサービス提供の主体となった場合には、どのような立場で助言を行っているのかを明確にする必要が生じます。一つの方法としては、CECSを提供する部門を新たに作る、ないしは既存の部門の活動に CECS を明確に位置づけ、業務規程の中に定める、というものが考えられます。もう一つの方法は、委員会の下部組織として CECS を行うチームや個人を位置づけ、委員会活動の一環として CECS を運用するという方法もあります。特に国内では最初に委員会が設置され、その後コンサルテーション・チームが立ち上がる 경우가多く、この方式が好まれています。

#### ●NCCHでの実際

NCCH では、最初にコンサルテーション・チームが半公式的に立ち上がり、その後臨床倫理委員会を病院の公式な組織として設置することが決まり、コンサルテーション・チームと委員会が役割と責任を分担しながら機能するために、前掲の表（ステップ2参照）が示す仕組みを考えました。原則としてチームは委員会とは独立して CECS を職員に対して提供しており、生命維持治療の中止等の特定の判断を行う際にのみ、チームの判断で委員会の開催を依頼するという構造になっています。これらの一連の活動の中心を担うため、特に CECS の提供主体として、新たに「臨床倫理支援室」を病院の中央部門に設置しました。臨床倫理委員会とコンサルテーション・チームの組織や活動については、規程と細則で定めています。

以上の体制は、問題の質に応じて委員会の活動の一環としてサービスを提供する場合とそうでない場合を使い分けている体制になっていると整理できます。

#### 4. 依頼者の範囲を決める

Option1: 依頼者は病院職員のうち、一定の範囲とする  
(主治医からの依頼に限定する等)

Option2: 依頼者は病院職員のうち、誰でも構わないとする  
(さらには患者・家族からの相談も受け付ける)

サービス提供主体が決まると、次に依頼者の範囲を考えることとなります。最も広い範囲でサービスを提供する場合は、患者・家族等から直接相談を受け体制を整えることとなります(実際、アメリカの CECS ではこの体制を取ることが多いようです)。ただし、日本の病院ではまだ CECS に十分なリソースを割くことは難しく、まずは医療者の支援を通じて患者の意思決定を支援するという形から始まっているため、実際には依頼者は職員に限定していることがほとんどです。

さらに日本の特徴としては、依頼を出せる職員を「主治医」や「診療科長」のように限定している場合があることも少なからずあるようです。これは当該症例の意思決定に大きく関与する人を必ず巻き込むことで助言後の対応を円滑化するという目的があるとともに、病棟や診療科といった組織の垣根の強さを反映している面もあります。

#### ●NCCHでの実際

NCCH では現在のところ依頼者の範囲は「全ての病院職員」とし、職種や立場を問わないとしていますが、患者・家族からの依頼は受け付けていません。CECS の提供体制が成熟し、慣れてくれば患者・家族からの依頼への対応も一つの選択肢として現実化する可能性があります、その際にはまた改めて組織的な検討が必要になると考えられます。



## 5. 取り扱う問題の範囲を決める

Option1: 広く何でも相談できるようにする

Option2: ある程度絞られた問題に対応できるようにする

CECS の対象となる範囲は「臨床倫理上の課題」ですが、その具体的な範囲を示し、依頼者と相談内容のイメージを共有することは大切です。あまり相談内容に絞り込むと依頼者は相談しにくく、逆にまったくイメージが湧かなければ何を依頼したら良いのかわかりません。また、あまりに相談内容を広げすぎ、職場のハラスメントや人間関係のトラブルに関する相談まで引き受けてしまうと、CECS のミッションは曖昧になり、関わるチームメンバーのモチベーションを下げかねません。そのため、CECS で扱う問題の範囲をある程度規定しつつ、依頼者に対して情報発信をする必要が生じます。その際に、なるべく広い範囲で相談を受け付ける方向で考えるのか、それともある程度限定的な問題を受け付けるようにするのは検討が必要です。

### ●NCCHでの実際

NCCH では職員に対して、倫理的課題の内実を「何が患者にとっての最善かについて、関係者間で意見が対立している、判断に迷いがある症例」と説明したうえで、以下の 10 項目を具体的なテーマとして挙げ、コンサルのオーダー画面でもいずれかの項目を選択してもらうようにしています(ステップ6参照)。これによって、CECS の対象となる範囲についてサービス提供者と依頼者との間で一定の理解を共有することができるのではないかと考えています。なお、これらの 10 項目は、国内で出版されている臨床倫理ケースブックの事例を整理するなかから出てきた項目です。

- がん治療一般（積極的治療の是非や補完代替療法の希望など）
- 生命維持治療（DNR・輸液・呼吸器など）の差し控え／中止
- 終末期鎮静
- 妊孕性の温存
- 告知（本人への情報提供の制限）
- 同意能力・代理決定・事前指示
- 治療拒否
- 療養場所の選択
- 医療資源（スタッフの配置など）
- 抑制・行動制限

## 6. 相談を受け付ける方法を決める

Option1: 電話やメールでの相談を受け付ける

Option2: カルテ上のオーダーによって相談を受け付ける

実際の CECS 提供の手順で、意外と重要なのは相談開始のプロセスです。特に大きな選択としては、電話やメールによる相談受付だけとするのか、カルテ上のオーダーが出せるようにするのかという点です。後者についてはカルテシステムの改修費用が発生するため、組織的な意思決定が必要ですが、カルテに組み込まれることで相談記録の管理や守秘性の担保について別途検討する必要がなくなりますし、その他の他科依頼と同じような感覚で医療者がオーダーを出すことも可能になります。また、カルテの改修を行わなくとも、相談受付や回答などをカルテに記載することとを必須とするかどうかでも全体の方針は大きく変わります。

また、チーム形式や委員会形式で相談を受け付ける場合には、「誰が」相談窓口になるかを定める必要があります。例えば、チーム形式であれば、特定のメ

ンバーが、委員会であれば委員会事務局や特定の委員が窓口になることがあります。負担を分散させるために、曜日で窓口となるチームメンバーや委員を決めておく、という方法もありますし、相談窓口となるメンバーの連絡先を一覧で並べておき、依頼者に選んでもらう、という方法もあります。

なお、相談活動が軌道に乗ってくると、対応可能な時間帯についても明示する必要が出てくる可能性があります。実際、アメリカの大病院では24時間365日対応を謳うところもありますが、日本の多くの病院でこれを標榜するのはなかなか難しいのが実情です。ただし休日や夜間であるからこそ深刻な相談になることもあり、実際の対応をどうするかは悩ましい問題です。

### ●NCCHでの実際

NCCHでは、まずは電話で5名いるうちのいずれかのコーディネーターに連絡してもらい、相談を受けるかどうかの判断をしてから具体的な相談内容を電子カルテ上のオーダーシステムで出してもらおうようにしています。ただし、これはたまたま電子カルテの改修が可能になったからできていることであり、全ての医療機関で必須ではないと考えています。

一般の病院であれば、それほど相談数が多いことは考えにくいので、紙の資料で管理することも一案ですし、カルテの所定の箇所に記載することというルールを設けて運用しても良いと思います。

## 7. 事例の検討方法を決める

Option1: 特定の手順を指定する

(4分割表の使用、倫理カンファレンスの開催等)

Option2: 特定の手順は指定しない

相談が開始された後には、実際に症例に関係する情報を収集し、具体的な助言の作成に向けて動き出す必要があります。その際、依頼者に一定のフォーマットを埋めるなどの作業を課す、あるいはサービス提供者の方で一定のフォーマットに従って問題を整理し、分析するなどの手順を定めるかどうかを検討す

する必要があります。一定のフォーマット（例えば 4 分割表）などのような情報整理を必須とすると、検討が進みやすく情報共有にも有用ですが、相談へのハードルを上げることとなります。そのため、こうした整理はサービス提供者側で行う体制がとられることもあります（ただ今度は提供者側の負担が増えます）。そのため、事例検討にあたって特定のフォーマットを定めるかどうか（またそのフォーマットの中身をどうすべきか）については慎重に検討する必要があります。実際に作成するとなれば、幾つか公開されているフォーマットもあるので、それらを参考にするのも一つでしょう（文献を探すと、東京大学、宮崎大学、横浜労災病院などのフォーマットを見ることができます）。

もう一つ手順として大きいのは、助言を提供するに際して、依頼者側の当事者（主治医や担当看護師等）とサービス提供者側とでカンファレンスを開催することを必須とするかどうかです。込み入った症例の場合には、当然ながら依頼者側と十分に話し合わなければ何が問題なのかさえ把握できない恐れがありますが、比較的簡単な症例の場合にもカンファレンスの開催を必須とするかは判断が分かれるところです。カンファレンス開催には日程調整、場所の確保、議事録の作成などの付随する業務も伴うため、この設定の仕方ですらサービス提供者側の負担は相当程度変わると考えられます。

## ●NCCH での実際

NCCH では、現在特定のフォーマットを埋めることを依頼者側にもサービス提供者側にも課していません。ただし、依頼者側には最低限以下の 5 点を伝えるようお願いしています。これらがいれば「弱いフォーマット」として機能しています。

- ① 依頼者の氏名・所属、連絡先（PHS など）
- ② 患者氏名・カルテ ID、入院の場合は病棟名
- ③ 相談したいこと（決めなければいけないこと、具体的な選択肢）
- ④ 最終回答の希望期限
- ⑤ （可能であれば）症例の経過のまとめ

また以上の依頼者側へのお願いと併せて、チーム側のマニュアルには以下の「相談時に聞くべきポイント」を箇条書きで定めています。そのため、チーム

側のフォーマットはありませんが、この「ポイント」に依拠して重要な情報を漏れなく入手することを促すようにしています。

< 相談時に聞くべきポイント（ケースごとにと捨選択） >

○医学的・看護ケア的事項

- ・現在の治療内容と患者の状態（予後や苦痛の有無を含む）
- ・今後予定している治療方針と、それにより予測される患者への影響
- ・現在の治療及び予定する治療に対して、代替可能な治療方法の有無とその内容

○患者のプロフィールや環境

- ・本院への受診や入院の経緯（前医・後医関係）
- ・患者の社会的環境（家族や支援者の有無、福祉サービスの利用状況など）
- ・患者の経済的状況
- ・患者の職業、信仰、バックグラウンドなどパーソナリティ関係

○医療従事者の考え

- ・相談したいことに関する依頼者自身の考え
- ・相談したいことに関する他の医療従事者の考え（チーム内の意見、看護師の意見、上司の意見など）

○患者などの考え

- ・患者の同意能力の状態
- ・現在の患者本人の意向や考え
- ・現在の患者本人の考えが不明な場合に、それを推測できるものの有無（元気な時の会話内容、文書など）
- ・患者家族など近親者の意向や考え
- ・キーパーソンの有無

## ○その他

- 臨床研究や症例報告との関連性
- 医療資源の配分的な問題

なお、カンファレンス開催は現時点では任意としており、電話での相談者からの情報収集やのみとの話し合いで助言を返している場合もあります。ただし、関係職種を集めたカンファレンスを開催した方が議論は深まり、最終的な助言の質も向上する傾向にあるのは事実です。その一方で、多職種カンファレンスの開催は一定の負荷をチーム側と相談者側の双方にかけることになるため、この辺りのバランスをどうとっていくかが課題になっています。

## 8. 助言の返し方を決める

Option 1: 原則として文書により助言を返す

Option 2: 必ずしも文書にこだわらずに助言を返す

事例の検討が終わったら、実際に依頼者に回答を返すことになります。助言の返し方の大きな方針としては必ず最終的な回答を文書で返すことにするのか、口頭での回答も許容するのか、という点があります。電子カルテを介した依頼の場合には、通常は文書で返すことになる想定されますが、その内容についても、どの程度の詳細な回答を返すのかは判断が分かれるところです。チーム形式や委員会形式で CECS を提供している場合、文書による回答は、コンサルタント側で関わる複数の人間の間での内容の確認を容易にしますし、依頼者側とのコミュニケーション上のトラブルを少なくすることができるという点ではメリットがあります（言った／言わないという問題を回避できるため）。

しかしその一方で、CECS が幅広い問題を扱い、日常的に多くの相談を受けようになれば、全てを文書にまとめて回答することにはコストがかかるのも事実です。また、CECS の活動の目的が当事者間の合意形成の支援にある場合には、特定の推奨事項を文書化して回答するよりも、話し合いのプロセスについての記録があればよく、その意味で回答の文書化にはこだわらない、といっ

た考え方もあり得ます。ただし、いずれの場合にも後に見るように、相談記録の作成は必須であり、CECS の提供者側で回答の概要を記録する、あるいは倫理カンファレンスの議事概要を記録しておくといった必要は生じます。

なお、回答の文書化とは異なる問題として、相談から回答までの期限を設けるかどうか、という点も検討しておく必要があります。多くの相談では時間的余裕がないことも多く、可能な限り早く回答が求められることがあります。依頼者側に回答が必要な日時 of 要望を確認した上で、現実的な制約としてどの程度の時間がかかるのかを依頼者に予め知らせておくことは大切なことです。

また、問題としては、回答に至るまでの情報共有に関して、どのような手段をとるのか、ということも検討する必要があります。電子カルテを介した相談システムが組める場合には、電子カルテ上のやりとりが基本となりますが、電子カルテにアクセスできない環境で相談に参加することもあり得ます。その場合、患者や組織の秘密事項又は個人情報の漏えいに十分に配慮しながら、メール等でやりとりできる範囲を定める等のルールを事前に決めておく必要があるでしょう。

#### ●NCCH の場合

NCCH では、助言の伝達方法としては最終的な回答はカルテを通じて文書で提供しています。チーム形式で CRCS を提供しているので、回答を文書化しない限り、チームメンバー間での明確な意思統一が図りにくい、というのもその一つの理由です（なお、当然ながら患者情報についてはメール等ではやりとりせず、患者情報の含まれない回答案についてのみメンバー間でメール等で回覧し、最終案を決定しています）。

なお、最終的な回答の作成には一定の時間がかかるため、実際には依頼者との面談や病棟でのカンファレンスの時点で、基本的な助言の方向については口頭で伝えています。依頼者は、その場で伝えられた基本的な方向性に基づいて、緊急の問題については対応することも可能になります。依頼者に対しては、原則として相談依頼があってから 3 営業日以内に回答することとしていますが、土日を含んでしまうと、カンファレンスを行い、文書での回答案の確定するまでに 1 週間弱かかってしまうのも事実です。

## 9. 相談記録の作成・保存方法を決める

Option1: 原則として相談記録はカルテ内に残る仕組みとする

Option2: 原則として相談記録はカルテに残さず、サービス提供者が別途保管する

相談の記録をどのように保管するかもまた実務上は重要な点になります。CECS は実践して、その回答や助言の内容それ自体も重要な意味を持ちますが、病院内で臨床倫理の難しい問題に対して、組織的な対応をしていることを示すことも重要な意味を持ちます。そのことを示すために、一定の内容をカバーする記録を作成することは、面倒な作業であっても欠かすことはできません。カルテへの記録を原則とした場合も、どのくらい詳細な記録をカルテに記載すべきか慎重に判断する必要があります。

### ●NCCHでの実際

NCCH では、原則として相談内容、回答、面談や倫理カンファレンスの記録がカルテに残るようにしています。また、これとは別に回答案の作成のプロセスでの議論等については、臨床倫理支援室で相談内容と併せて保存しています。

## 10. 相談結果の評価・フォローアップの方法を決める

Option1: 一定のフォーマットで依頼者に CECS の評価を求める

Option2: 一定のフォーマットで依頼者に CECS の評価は求めない

最後に、相談結果の評価やフォローアップをどうするかを決めておく必要があります。アメリカでは CECS では定期的に活動を見直すためにも依頼者からの評価が推奨されており、詳細なフォーマットで評価を行っている医療機関もあります。ただしその一方で、評価は依頼者に一定の負担をかけることになるうえ、どのような評価が妥当なのかについては必ずしもコンセンサスはありません。国内でも体系的な方法で依頼者からの評価を受けている医療機関は限られています。



## ●NCCHでの実際

NCCHでは、現時点では依頼者からの評価方法は定めていません。ただし、結果についてはフォローできるように依頼者用のマニュアルには「相談が終わった後の医療チームの最終判断についてもカルテへの記載をお願いします」と記載しています。それらについてはチームメンバーが事後的に確認し、助言後の顛末を相談内容と併せて記録に残しています。

ただし、いずれ相談件数が増え、専従でCECSを提供するスタッフを雇用するなどの状況になれば、体系的に依頼者からの評価を受ける必要も生じる可能性があります。コンサルテーションの質の確保という点でも今後の課題です。

## 補遺 コンサルテーション・サービス開始を決める以前のこと

本ステップの内容は、あくまでも病院として正式にCECSを提供することが決まった後に検討すべき点を整理したのですが、実際には、それ以前にそもそも病院としてこうした活動に意義を認め、職員が一定のエフォートを割いたり、研修費用が必要であればその費用を負担したり、電子カルテ改修を行ったりするなどを許容することが必要になります。現実には、自然の流れでそうした決定に至ることは少なく、モチベーションを持った職員が粘り強く地道な活動や交渉を続け、たまたま理解のある幹部職員が存在したときによりやく実現することが多いように思います。ここではそうした決定に至る際にヒントになりそうなことを幾つか箇条書きで挙げてみます。

## ●臨床倫理に関する院内の研修会を企画する

もっともオーソドックスな手法ですが、そもそも病院内に関心のあるスタッフがどのくらいいるのか、どこにいるのかがわからない場合には有効です。何回か開催して毎回出席してくれるスタッフは明らかに関心が高いでしょうし、「仲間集め」をするには重要な機会になります。病院には必修の研修が多く、「研修疲れ」している現状もありますから、最初はなかなか参加者が増えない

かもしれませんが、あきらめずに継続することが大切です。特に病院長を始めとした病院幹部にはぜひ出席してもらい、臨床倫理の重要性について認識を深めてもらいましょう。仕組み作りにはボトムアップな取り組みとともに、トップダウンの要請が欠かせません。

なお、研修会開催には費用がかかることが多いので、それをどこから拠出するか、という問題も検討する必要があります。病院からの拠出が難しい場合には、ボランティアで来てくれる人を探す、院内のリソースをうまくつかう、臨床倫理に関係する研究費を利用するなど、さまざまな方法が考えられます。

#### ●厚労省ガイドラインなどの発出・改訂のタイミングをうまく使う

研修の企画とも関わりますが、臨床倫理に関係する各種ガイドラインの周知の必要性を病院幹部に認識してもらい、そのための研修会を行ったり、それを運用するために必要な仕組み作りを提案したりすることも大切です。多くの病院職員にとって関係する重要なガイドラインの例としては、厚生労働省の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（平成30年3月改訂）」ですが、その改訂はとても良いタイミングになります。また、厚労省ガイドライン以外にも、臨床倫理に関係する各種学会のガイドラインの発出・改訂の際に、研修や仕組み作りの検討を提案することも可能です。具体的には以下のようなガイドラインがそれに該当します。

- ・ 日本小児科学会「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン」（2012年）
- ・ 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン委員会編「終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン（2013年版）」（2013年）
- ・ 日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」（2012年）
- ・ 日本透析医学会「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」（2014年）
- ・ 日本救急医学会・日本集中治療医学会・日本循環器学会「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン」（2014年）

- ・ 日本緩和医療学会「がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き 2018年版」(2018年)

なお、厚労省ガイドラインの周知に関しては、2017年度より厚生労働省委託事業として「患者の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会」が全国各地で開催され、病院単位で多職種チームが参加し、ガイドラインの運用について学ぶことができる体制が整備されています。この研修の修了生は、厚労省ガイドライン解説編においては、当該施設でCECSの提供を担う職員になることが期待されており、この研修会への参加を一つのきっかけとして所属施設での仕組み作りを提案するというのも一つの方法です。

#### ●医療機能評価のタイミングをうまく使う

各種ガイドラインの発出・改訂と並んで、臨床倫理の支援体制の見直しのきっかけになるのは医療機能評価です。とりわけ、現在の医療機能評価では単に委員会があるということよりも、実際に具体的な事例に関して多職種で倫理問題を話し合う場があるかどうか重視されているようです。そのため、医療機能評価に向けて、臨床倫理の講演などを組み、そこで倫理コンサルテーションや倫理カンファレンスの重要性を幹部職員に認識してもらえば、スムーズに話が進むこともあります。

ただし、この手の急に作られた仕組みはいったん機能評価が終わってしまえば忘れられてしまい、継続的な取り組みになりにくいのも事実です。そのため、実際に医療機能評価の年が来てからこうした準備を始めるのではなく、数年前から段階的に準備を進めておくことが重要です。

#### ●「問題事例」対応のタイミングをうまく使う

病院のなかでは年に数件、何が患者にとっての最善かをめぐって医療スタッフ間で大きな意見対立が生じるような事例が出てきます。例えば、輸液や人工呼吸器といった生命維持治療の中止に関わるような事例や宗教的理由による輸血拒否に関する事例がその代表例でしょう。こうした事例が現れた時に、既存の病院の仕組みがうまく対応できず、職員の間にも不全感が生まれた時は、ある

意味 CECS の開始を検討する良い機会ともいえます。

ただし、注意したいのは、こうした問題事例から CECS を開始すると、「何か問題があるから相談をする」というふうに、臨床倫理コンサルテーションが組織や医療者を守るための手段だと誤解されかねない点です。そのためにも、CECS を開始する際や関係する研修会などで、繰り返し CECS の目的を説明することが必要です。

作成：

田代 志門（国立がん研究センター中央病院 臨床倫理支援室）

一家 綱邦（国立がん研究センター中央病院 臨床倫理支援室）

里見 絵理子（国立がん研究センター中央病院 緩和医療科）

清水 千佳子（国立国際医療研究センター病院 乳腺センター乳腺腫瘍内科）

付記：本ガイド作成は、国立がん研究センター研究開発費「がん専門病院における臨床倫理支援体制の構築に関する研究」による研究成果の一部である。

---

---

## 臨床倫理コンサルテーション・サービス開始のための10のステップ

作成 田代 志門・一家 綱邦・里見 絵理子・清水 千佳子

発行日 2019年3月31日

発行者 国立がん研究センター中央病院臨床倫理支援室  
東京都中央区築地 5-1-1