

倫理コンサルテーションの進め方

板橋彩子[†] 大槻育恵* 森 美保* 永野 功**第75回国立病院総合医学会
(2021年10月23日～11月20日WEB開催)

IRYO Vol.76 No. 4 (304-308) 2022

要旨

臨床倫理コンサルテーションとは、医療現場で倫理的問題が生じた際に、多職種からなる倫理チームが、医療・ケアチームからの相談に応じて助言を行う活動のことである。国立病院機構宮城病院（当院）は神経難病の専門医療機関であるため多くの難病患者を受け入れているが、これらの患者においては症状の変化に対応して、治療やケアについての方針決定が必要となる。治療方針決定は基本的に本人意思に基づいてなされるが、患者の判断能力が低下している場合は、患者・家族と医療スタッフが話し合いを行って患者の意思形成を支援している。しかし、方針決定に難渋する場合、倫理チームによるコンサルテーションが要請される場合がある。当院の臨床倫理コンサルテーションチームは、臨床倫理委員会（上位の委員会）の下部組織として位置づけられている。通常は倫理チームのみで検討し、医療・ケアチームへ助言を行い、結果を臨床倫理委員会へ報告するが、チームのみで判断できない場合には、病院幹部等が関わった臨床倫理委員会が開かれる。倫理コンサルテーション活動においては、常設の倫理チームが検討を行う、医療チームから依頼しやすいようにする、依頼があったら速やかに検討会を始める、結論に至らない場合は倫理的な問題点を整理して返す、倫理的問題に対する具体的対応策を助言するように努める、などを心がけている。事例の検討に当たっては、Jonsenの4分割法を使用して倫理的問題を整理し、医療倫理の4原則を援用して行っている。今後は、倫理コンサルテーションチームの活動を院内で定着させるとともに、職員の倫理的問題へ気づき能力の向上を図り、神経難病患者がより適切な意思決定ができるような活動を行っていききたい。

キーワード 神経難病, 意思決定, 判断能力, 臨床倫理コンサルテーション

はじめに

神経難病は慢性進行性の疾患であることから、患者は症状進行の各段階で、治療・ケアについて複数回の意思決定が必要となる。その場合、医療チームと患者・家族が治療方針について話し合い、本人の意思を尊重した治療方針が決定されることが望ましい。しかし、症状の進行による認知機能低下などで

患者本人の意思が確認できない場合もあり、患者・家族への意思決定支援が必要となるが、種々の倫理的問題が生じて医療チームだけでは対応が困難なことも少なくない。このような倫理的問題をはらんだケースについては、倫理相談員による臨床倫理コンサルテーションによって医療・ケアチームを援助することが推奨されている。国立病院機構宮城病院（当院）では、多職種による臨床倫理コンサルテ

国立病院機構宮城病院 地域医療連携室 *看護部 **脳神経内科 †医療ソーシャルワーカー

著者連絡先：板橋彩子 国立病院機構宮城病院 地域医療連携室 〒989-2202 宮城県亘理郡山元町高瀬合戦原100

e-mail : itabashi.ayako.na@mail.hosp.go.jp

(2022年3月22日受付, 2022年8月5日受理)

How to Proceed with Ethics Consultation

Ayako Itabashi, Ikue Otsuki, Miho Mori and Isao Nagano, NHO Miyagi Hospital

(Received Mar. 22, 2022, Accepted Aug. 5, 2022)

Key Words : Intractable neurological diseases, decision making, decisional capacity, clinical ethics consultation

ションチームを設置し、院内でコンサルテーション活動を行っている。本論文では、当院の臨床倫理コンサルテーションの仕組みについて触れ、実際に倫理的検討を行った事例を紹介する。

倫理コンサルテーションチームの取り組み

倫理コンサルテーションとは、臨床現場で生じる個々の症例の倫理問題に対して助言を与える活動をさす。倫理コンサルテーションは、個人あるいは病院内倫理委員会や医療チームなどの集団によって提供され、医療の現場において生じる倫理問題に対処する活動であり、医療倫理学の分野で訓練を受けた人々や倫理委員が、医療従事者や患者の相談を受け、症例について事実を検討し、個別情報に基づいて症例に即した適切な助言を提供することとされている¹⁾。

当院の臨床倫理コンサルテーションチームは臨床倫理委員会（上位の委員会）の下部組織として位置づけられている。通常はコンサルテーションチームで症例を検討し、医療・ケアチームへ助言を行っている。倫理チームのみでは対応が困難であると判断した場合には臨床倫理委員会へ付託し、病院幹部等が加わった臨床倫理委員会が開かれる。これまでの活動では、臨床倫理委員会に付託したケースはなかった。

当院の倫理コンサルテーションは医師、看護師、医療ソーシャルワーカー（MSW）の3職種で担当しており、医師・看護師等の医療チームから依頼があった際は、受け付け後できるだけ早期に検討を開始している。難しいケースでは、複数回にわたり検討会を行うこともある。当院の倫理コンサルテーションの考え方としては、常設のチームにすること、依頼しやすいようにすること、依頼があったら速やかに開催すること、結論がでなくても問題点を整理することなどがあげられる。そのほか、院内倫理教育活動を行い、医療現場には常に倫理的問題が生じていることを職員に認識してもらい、医療倫理への鋭敏性を高めて、気軽に倫理コンサルテーションを依頼するよう啓蒙活動を行っている。MSWがメンバーに加わっているがソーシャルワークとは異なり、倫理コンサルテーション活動においては、依頼された事例を医療倫理的な観点から検討している。すなわち、事例の分析に当たってはJonsenの臨床倫理4分割²⁾を用いた。臨床倫理4分割とは、「医学

的適応」「患者の意向」「QOL」「周囲の状況」の4つの項目に分けて検討を行うことである。臨床倫理4分割を用いて、医学的情報や患者のQOL、本人や家族の意向、経済的状况など多方面の情報を収集して分類整理を行い、医療倫理の4原則に当てはめて、どの原則とどの原則に対立や葛藤があるのかを明らかにしていく。医療倫理4原則とは、自立尊重原則、無危害原則、善行原則、正義原則からなる。たとえば、ある事例の倫理的問題が、本人の自律と医療側の無危害・善行原則との対立であると分析された場合、どうやってその対立を解消し、本人と周囲が納得する方針決定を導けるか、功利主義や義務論など医療倫理の考え方に基づいて検討していくのである。

当院のコンサルテーションの流れとしては、依頼があった段階でMSWがメンバーへ事務連絡と日程調整を行い、全員が集まって事例の分析・検討を行う。依頼に対して、できる限り早期に検討会を実施できるように心がけている。また、日常活動として、チーム員の資質向上のために、知識習得やコンサルテーションのスキル向上のための勉強会を行っている。これまでコンサルテーションを行った事例はまだ数は少ないが、実際に検討を行った2例を紹介する。当該事例については倫理的配慮から、論旨に差し支えない範囲で加工している。

症 例

1. 症例1：69歳 女性 多系統萎縮症【経過】

X年：歩行ふらつきあり、転倒にて発症

X年+1年：MRIにて小脳・脳幹萎縮あり、他院脳神経内科にて多系統萎縮症と診断。

X年+2年：誤嚥性肺炎にて呼吸不全、同年〇月：呼吸状態が悪化し、気管切開・人工呼吸器装着を実施、同年□月：胃ろう造設。

家族構成：夫・娘 介護保険：要介護5 社会福祉制度は身体障がい者手帳肢体不自由1級取得済み、難病医療費助成制度申請済み。

病状が進行する中で、自宅へ連れて帰りたいという家族の希望があり、本人も自宅退院を希望していたが、病状が進行しており易感染性もあることから、医療チームから倫理コンサルテーションの要請があった。これを受けて、症例についてJonsenの臨床倫理4分割法²⁾に基づき検討を行った（図1）。

<p>【医学的適応】 多系統萎縮症進行期 (人工呼吸器・気管切開・胃ろう造設) 繰り返す肺炎 意思疎通も困難になっている</p>	<p>【患者の意向】 自宅退院を希望 家族への負担も心配している コロナ感染も心配</p>
<p>【QOL】 ほとんど自力では動けない状態でQOLは低い 夫と娘との面会を楽しみにしており家族と過ごす時間を大切に コロナ禍で面会制限がある</p>	<p>【周囲の状況】 夫は介護の経験なし、介護力はどうか 娘は学生であるが、介護には協力的 面会制限があり、現在の状況の把握が十分にできていない</p>

図1 症例1 Jonsenの臨床倫理4分割

さまざまな状況を考慮し、退院後に容態が急変する可能性もある中で、最期を家族とともに満足して過ごせるように在宅療養の環境調整などの面で支援することを医療チームへ助言した。しかしその後、退院支援の経過の中で、家族の介護力についての問題や、コロナ禍の中でどのように感染を防止するか、などさまざまな課題が浮上してきた。医療的問題としては、皮膚科の治療を受けていること、喀痰吸引が頻回であり、吸引を怠ると肺炎を併発しやすいなどの問題が医療チームから指摘されていた。これに対応して、本人・家族の意向をくみながらも最善の利益を考慮して、コロナ禍の状況の中でも家族との時間を過ごせるようにする一方策として、本人・家族のワクチン接種を進めるとともにオンライン面会の導入を図り、可能な時は病棟入り口のガラス戸越しに対面するような代替案を提案した。その結果、本人・家族および医療・ケアチームが一応納得できる状況が得られた。

2. 症例2：50歳 女性 前頭側頭型認知症をとともなう筋萎縮性側索硬化症（ALS-FTD）、精神疾患

【経過】

X年：家族の死を契機にうつ状態に陥り、精神疾患の診断を受けた。
X年+1年：ろれつがまわらないことを周囲に気づかれるようになった。
X年+1年〇月：幻覚妄想、情動不安定などがみられ、統合失調症の診断で精神病院に医療保護入院となった。入院後は抗精神病薬による薬物療法が開始

された。

X年+1年▲月：入院中嚥下障害によって経口摂取量が低下し、体重減少もみられた。頭部CTにて前頭葉萎縮の進行を指摘された。

X年+2年：胃ろう造設の後、精査目的にて当院へ転院した。入院時に、訪問看護師・病棟看護師・MSWが同席して、主治医から本人と家族（母、長女）に病状説明が行われた。

その際、患者本人は認知症と精神疾患のために理解力が十分ではないことがうかがわれた。配偶者とは離別しており、さらに家族(母と長女)が精神疾患を持っていることが明らかになり、本人の意思をどのようにくみ取って治療方針決定を行っていくかという問題が浮上した。このような状況を踏まえて、医療側から倫理コンサルテーションが要請された。症例1と同様Jonsenの臨床倫理4分割法²⁾に基づき検討を行った(図2)。

症例2については、家族が精神疾患を患っており、キーパーソンとみなされている長女も若年(22歳)で学生であることから、代理判断者の選定や今後の治療方針についてなど、倫理的介入が必要なケースであると判断された。本人は認知症と精神疾患があって判断能力が著しく低下しており、さらに球麻痺による構音障害もあって、意思の形成と表明が困難な状況と考えられた。そこで、入院早期から、MSWも介入し、家族構成、家族の協力体制、経済状況、今後の希望などについて、本人・家族との面談を通して情報収集を行った。その過程で、長女が代行判断を行うことはある程度可能であろうと判断された。入院後の精査で、筋萎縮性側索硬化症

<p>【医学的適応】</p> <p>ALS（ALS-FTD）、ALSの確定診断</p> <p>認知機能の低下のため判断能力は十分ではない、精神症状がある</p> <p>嚥下障害があり誤嚥のおそれがあるが、現時点では自発呼吸は維持</p> <p>抗精神病薬服用中</p>	<p>【患者の意向】</p> <p>本人の理解力は十分ではないが快不快は表現する</p> <p>本人の嫌がることはしない</p> <p>胃ろう造設は家族の同意を得ていた</p> <p>性格は明るくて外向的だった</p> <p>音楽療法への参加を希望</p>
<p>【QOL】</p> <p>自分の疾患について深刻さはない</p> <p>本人の意思表示は非言語的コミュニケーションで可能</p> <p>誤嚥や窒息の可能性があり経口摂取に制限があるが飲水している</p> <p>伝い歩きが可能で、呼吸苦の訴えは少ない</p>	<p>【周囲の状況】</p> <p>家族は、母、長女、本人の弟（連絡を取っていない）、夫とは離別</p> <p>キーパーソンは長女（学生）</p> <p>長女と母に精神疾患がある</p> <p>長女と母は福祉サービスの利用をしている</p> <p>介護力が乏しく、自宅退院は困難な状況</p>

図2 症例2 Jonsenの臨床倫理4分割

（ALS）の確定診断に至ったため、MSWが難病医療費助成制度について家族へ説明し申請手続きを行った。あわせて介護保険制度の申請もお願いした。しかし、家族だけでの手続きは難しい状況であったため、母と長女が利用している福祉サービスの担当者に援助を依頼した。

医療・ケアチームへの助言としては、本人の生活歴、家族背景、経済状況についてはMSWが詳細な情報収集をすること、本人の意向を家族による推定を交えて、繰り返し確認していくことを勧めた。また、確定診断後、主治医が病気の説明を行う際には多職種が同席し、今後の延命治療についてどうするか、退院先をどうするかなどを確認していくように話した。コンサルテーション開始時は入院早期の状況であり、本人・家族と主治医、看護師、MSWとの関係構築がまだ十分ではないと判断されたため、本人・家族と意思疎通を密にして、相談しやすい環境づくりを行うように勧めた。人工呼吸器装着等の治療方針については、本人の認知機能が低下していること、長女が若年で精神疾患を患っていることもあり、医療チームによる意思決定支援を繰り返し行うことを助言した。

結 果

2症例いずれも神経難病患者であり、治療方針等

についての意思決定が求められるケースであった。1症例目は、自宅へ帰りた、家族も一度は自宅へ退院させたいという思いが一致していたが、症状が進行したこと、家族の介護力が十分でないことから自宅退院は困難と考えられた。その状況を本人、家族が理解したうえで、病棟で本人と家族が過ごす時間を確保するための具体的な方法を考えるように医療・ケアチームへ助言をした。また、症例2については、精神疾患と認知症のために本人に判断能力があるのか、若年の長女が代理判断者として相応しいのかが問題となった。また、ALSという疾患の特徴から呼吸不全などの急変時の対応や、人工呼吸器装着の場合に今後の退院先などについても検討していく必要があるケースであった。コンサルテーションチームとしては、本人・家族との信頼関係を構築し、さらに詳細な情報収集を行うことを助言した。そして、長女が代理判断者になり得るか、医療チームとともにさまざまな視点から検討し、長女から本人の病前の生き方を聞きながら本人意思の推定を行った。さらに医療側と倫理コンサルテーションチームが話し合いを重ね、本人の最善の利益を考慮した結果、気管切開・人工呼吸器装着を行わず、生命予後が短縮しても身体抑制は最低限とし、苦痛緩和を最優先にすることを基本方針とした。

いずれのケースにおいても病棟スタッフのみならず主治医を含め、多職種と連携してカンファレンス

を開催し、本人・家族の思いなどの情報共有を行って、意思決定を支援していくことが必要であった。神経難病の患者が意思決定していくうえで時間は限られるため、病状の進行に応じて早期に対応していかなければならない。本人の意思決定が困難な場合には家族への支援が不可欠となり、本人意思の推定や、代行判断を求めることになる。これらの活動を通して、患者・家族が納得するような意思決定が行えるように支援を続ける必要があると考えられた。

今後の課題

当院の倫理チームのメンバーは医師、看護師、MSWで構成されているが、その他に薬剤師やリハビリスタッフもメンバーとして加えることでさらに多職種による検討が可能になり、議論の幅も広がると考えられる。さらに、倫理チームだけではなく病院としても対応すべき事例もあると思われるので、経験した事例を上位の委員会と共有する機会を設けることも必要であろう。また、検討結果を医療・ケアチームへどのようにわかりやすく伝えていくかという点も課題である。倫理チーム内で意見が一致したとしても医療・ケアチームにうまく伝わらない、コンセンサスが得られないこともある。これには、コンサルテーションの各段階で医療側と意見交換を行って合意を形成しながら、医療・ケアチームと倫理チームが共同して患者を支援していくことが望まれる。そのために、倫理チームの各メンバーは多職種間のコミュニケーションスキルも学んでいかなければならないと思われる。

現状では、倫理コンサルテーション活動への理解が院内でまだ十分とはいえない。立ち上げから2年が経過しているが、私たち自身も活動の場をどうやって広げていくか悩んでいるところもある。今後の方向性として、倫理チームメンバーが病棟スタッフから日常的に情報収集を行い、現場での倫理的問題を早期に把握すること、また、職員への倫理教育を実施して医療スタッフに倫理的問題に対する鋭敏性を養ってもらうことも必要と考えている。

まとめ

倫理コンサルテーション活動を病院職員にどのように周知していくのかについては検討が必要であり、課題も多いが、現場のスタッフから症例につい

て相談しやすい体制づくりを推進していきたい。また、現場のスタッフが倫理的問題に目を向け、気づきが高まるように、倫理教育や啓蒙活動を進めたい。当院の地域医療連携室では、看護師・MSWが毎週各病棟で退院支援カンファレンスを開催しているが、そのカンファレンスを活用して倫理的問題の吸い上げが可能ではないかと考えている。

治癒の望めない神経難病患者にとって、延命治療はどうするのか、どんなケアを受けるのかについて意思決定することは避けられないことである。しかし、疾患について告知を受け、今後の治療方針について決めることは、患者・家族にとってはショックと不安の中のことでありきわめて困難なことと思われる。まずは、自分の病気がどのような経過をたどり、どう症状が変化していくのか、主治医から十分な説明を受けることが重要である。さらには、看護師やMSWも同席して、主治医の説明の後でもう一度説明するなど、患者・家族の理解を支援していく必要がある。ここに倫理チームも関わり、本人の思い、家族の思いを傾聴しながら意思決定につなげる支援をすることが望まれる。意思決定に当たっては基本的には本人意思を尊重するが、それが十分に確認できない場合には、家族による本人意思の推定や家族の思いを考慮した意思形成支援を行っていかなければならない。私たち倫理チームとしては、医療・ケアチームと協働した倫理コンサルテーション活動を通して、難病患者と家族が十分に納得できる療養生活が実現することを目指している。

〈本論文は2021年第75回国立病院総合医学会シンポジウム「神経難病の臨床倫理（ACPからDeath Conferenceまで）」において「倫理コンサルテーションの進め方」として発表した内容に加筆したものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

【文献】

- 1) 額賀淑郎, 赤林 朗. 研究倫理. In: 赤林 朗編. 入門・医療倫理 I [改訂版] 東京:勁草書房; 2017: p381-2.
- 2) Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. (赤林 朗, 蔵田伸雄, 児玉 聡訳). 臨床倫理学 第5版. 東京:新興医学出版社; 2006.