

## 臨床倫理委員会に関する一考察

### —医療現場におけるバイオエシックス展開の観点から—

足立智孝

#### はじめに

1970年代に米国で体系化された学問領域である bioethics は、1980年代になってわが国に導入され、「生命倫理」「生命倫理学」「バイオエシックス」などの名称が用いられて展開されてきた<sup>1</sup>。バイオエシックスの医療現場における展開は、どのように行われてきたのだろうか。展開の形態は様ざまであるが、一つは「患者の権利」「インフォームドコンセント」などのバイオエシックス領域で提唱された新しい考え方や概念が導入されたことが挙げられるだろう。現在では、これらの言葉は、医療現場において日常的に見聞できる用語となっており、「インフォームドコンセント」は、通常の医療実践の必要不可欠な手続きとなっている。これは、新しく提唱された概念が、医療実践に導入されて定着した形態のバイオエシックスの展開例といえるだろう。

---

<sup>1</sup> 土屋貴志『『bioethics』から『生命倫理へ』—米国における bioethics の成立と日本への導入』加藤尚武、加茂直樹編『生命倫理学を学ぶ人のために』（世界思想社、1998年）、14-17頁。この領域のバイオエシックスの一人である木村利人恵泉女学園大学学長は、邦訳表記によって、米国での登場背景の重要なルーツである、人権運動や草の根運動との関連を見落とすことになると指摘している。筆者もこの立場を支持し、本稿では「バイオエシックス」とカタカナ表記を用いる。

またバイオエシックスは、法律あるいは省令などの準法的な指針の作成、ならびに各専門学会や職能団体の各種倫理指針の作成など、いわゆる公共政策作りに影響を与えて展開されてきた。公共政策の中で、先に挙げたインフォームドコンセントをはじめとする諸概念の重要性が明文化され、医療実践に大きな変化を与えてきたのである。これは、バイオエシックスの提唱する概念を医療実践の中に取り入れるように後押しする形態での展開である。

さらに、新しい概念の提唱、導入、ならびに浸透、またそれを後押しする政策作りとは別の形態をとりながら、バイオエシックスが医療現場で展開させる試みが行われつつある。それが「倫理委員会」の活動である。医療機関内の倫理委員会は、米国で考案されたものを参考にして、わが国の医療機関の中では、1980年代から大学医学部・医科大学を手始めに、次第に研究所、医学部付属病院、研究所付属病院、そして一般の病院にまで拡大して設置されてきた。

医療機関における倫理委員会は、大きく二つに分類することができる。一つは、医学臨床研究のプロトコル（研究計画書）を審査する「研究倫理」委員会である。もう一つは、医療機関内で生じた特に臨床に関する問題を全般的に扱う「臨床倫理」委員会である。本稿ではこのうち主に、後者の「臨床倫理」委員会を取り上げる。最初に、倫理委員会の登場背景と現状について、倫理委員会の発祥した米国と日本を比較して述べる。次に倫理委員会の機能について、筆者が関わる倫理委員会での経験を交えながら考察する。そして最後にバイオエシックスの医療現場における展開という観点から、臨床倫理委員会の意義について言及する。

## 1. 「臨床倫理委員会」の登場背景と現状

### (1) 米国

最初に臨床上生じた倫理的問題を話し合う場としての臨床倫理委員会が作られた米国の状況について見ていくことにする。このような倫理委員会は、

とくに 20 世紀後半に医療技術の発展により今まで経験したことのない複雑な問題に直面するようになり、その必要性が高まってきたことを背景として登場した<sup>2</sup>。これらの問題の中には、たとえば、心臓移植が可能になり、心肺機能の不可逆的停止に基づく従来の死の定義の再考が迫られたこと（脳死の定義の問題）、当時は希少かつ高価な延命技術であった人工透析器械を誰に配分するのか（生と死の選択の問題）、あるいは人工呼吸器が意識回復の見込みがない場合でも生命維持できるようになり、その人工呼吸器をいつ開始するのか、あるいはいつ外すのかの問題（安楽死・尊厳死の問題）などが含まれる。

米国においては、以下の三つの出来事が、病院内の「委員会」の導入及び発展に大きく関係した。第一は、1976年のカレン・クインランの事例である。この事例では、不可逆的な意識混濁（遷延性植物状態）に陥った患者の家族から生命維持装置による延命治療を中止する要望が出されたことから、その行為が倫理的に許容されるかについて議論された<sup>3</sup>。その中でニュージャージー州最高裁判所は、人工呼吸器を取り外した場合の患者の予後を検討するために「委員会」の設置を求めた。裁判所は人工呼吸器の取り外しに関する倫理的側面を検討する委員会の設置を求めたのではなく、患者の予後を検討する目的で委員会の設置を推奨したのであった。

第二の病院内委員会の設置を促す出来事は、1982年の重篤障害のある新生児の治療中止の是非に関するルールを定めたベビー・ドゥ規則であった。この規則では、新生児医療検討委員会（Infant Care Review Committee）の設置を促した<sup>4</sup>。

---

<sup>2</sup> Norman Foster and Ronald Clanford, "Hospital Ethics Committees: Administrative Aspects," *Journal of the American Medical Association* 253.18 (1985): 2687-2692.

<sup>3</sup> この事例は、以下の文献に詳しい。Gregory E. Pence, *Classic Cases in Medical Ethics: Accounts of Cases that Have Shaped Medical Ethics, with Philosophical, Legal, and Historical Backgrounds* third edition (New York: McGraw-Hill Higher Education, 2000), chap. 2. (グレゴリー・E・ペンス『医療倫理 1—よりよい決定のための事例分析』宮坂道夫、長岡成夫訳（みすず書房、2000年）、第2章）、あるいは、香川知晶『死ぬ権利—カレン・クインラン事件と生命倫理の転回』（勁草書房、2006年）。

<sup>4</sup> この規則は、重篤な疾患を持って誕生した新生児に対する治療を義務づけた。ここ

そして第三は、1983年にアメリカ連邦政府が設置した、医学及び生物医学・行動科学研究における倫理的問題調査のための大統領委員会（The President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research）（以下、大統領委員会）が、複雑で解決困難な倫理事例を評価及び解決するために、病院内に倫理委員会の設置を奨励したことである。大統領委員会は、死の定義、延命治療の差し控え、一般的な医療上の意思決定といった問題に対して数々の報告書を発表した<sup>5</sup>。これらの報告書の中で、特に終末期の治療方法を決定するような困難な意思決定の際に指針を提供するために、病院内に様々な専門分野にまたがる委員会を設置すべきであると提言した。大統領委員会は、各病院に倫理委員会の設置を要求したのではないが、倫理問題を多様な視点から検討する学際的な組織を発足させるように指示した<sup>6</sup>。

米国での病院内で生じた倫理問題を扱う臨床倫理委員会の設置状況は、1983年に行われた調査では、全米の病院のわずか1%に設置されているに過ぎなかった<sup>7</sup>。しかし、1985年には米国医師会の医療倫理・司法問題評議会、また1986年には米国病院協会などの影響力のある団体が、臨床倫理委員会の重要性を認めるようになったために、1987年には、全米の60%以上の病院の

---

でいうベビー・ドゥとは、特定の新生児名ではなく、障害のある新生児の親や、治療をまかされた医師が、治療の継続に価値があるのかという疑問を抱き、死を早めようとして治療を中止しようとすることから生じる事例の総称のことである。「ドゥ」は訴訟などで用いられる仮名で、男性は「ジョン・ドゥ」、女性は「ジェーン・ドゥ」が用いられる。Pence, 196-222.(ペンス、296-334頁)。

<sup>5</sup> President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment* (Washington, DC: US Government Printing Office, 1983).

<sup>6</sup> Chris Hackler and D. Micah Hester, "Introduction: What Should and HEC Look and Act Like?" in *Ethics by Committee: A Textbook on Consultation, Organization, and Education for Hospital Ethics Committees*, ed. D. Micah Hester (Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers, 2008), 4. (クリス・ハックラー、D・ミカ・ヘスター「イントロダクション」『病院倫理委員会と倫理コンサルテーション』D・ミカ・ヘスター編、前田正一、児玉聡監訳（勁草書房、2009年）、4頁。）

<sup>7</sup> Stuart J. Youngner, David L. Jackson, Claudia Coulton, and Barbara Juknialis, et al., "A National Survey of Hospital Ethics Committees," *Critical Care Medicine* 11.11(1983): 902-905.

中に臨床倫理委員会が設置されるようになった<sup>8</sup>。

さらに1992年には保健医療施設認定合同委員会（Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organization: JCAHO）が、認定条件の一つとして、すべての保健医療施設には終末期医療に関する意思決定の問題を解決するための仕組みをつくるように要請した<sup>9</sup>。これが病院内倫理委員会の設置を促進させる大きな原動力となり、2000年前後には、全米の病院のうちの約93%で臨床問題を検討する倫理委員会が設置されるようになった<sup>10</sup>。

臨床倫理委員会の委員は、成人、小児、精神科、産婦人科などの専門医を含む臨床医、看護師、薬剤師、臨床心理士などのコメディカル、ソーシャルワーカー、法律関係者、倫理学者、患者を代表する立場、などの他職種かつ異なる背景の人びとが集まることが一般的である。また院外からの委員（外部委員といわれる）を含み、男女比率のバランスを考慮することが望ましいとされている。そして現在では、全米で約3万人の人びとが臨床倫理委員会に何らかの形で携わっていると考えられている<sup>11</sup>。

## (2) 日本

次に日本における臨床倫理委員会について概観する。わが国の医療機関における倫理委員会の先駆となったのは、1982年に徳島大学医学部に設置されたものである。この倫理委員会は、当時はまだ研究段階であった体外受精技術を不妊治療として用いることの是非を審査する目的で設置された。その後

---

<sup>8</sup> Janet E. Fleetwood, Robert M. Arnold and Richard J. Baron, "Giving Answers or Raising Questions?: The Problematic Role of Institutional Ethics Committees," *Journal of Medical Ethics* 15.3 (1989): 137-142.

<sup>9</sup> George A. Kanoti and Stuart Youngner, "Clinical Ethics Consultation," *Encyclopedia of Bioethics* 3<sup>rd</sup> ed., ed. Stephen G. Post (New York: Macmillan Reference USA, 2004), 439-444. (ジョージ・A・カノティー、スチュアート・J・ヤングナー「臨床倫理コンサルテーション」『生命倫理百科事典』スティーブン・G・ポスト編、生命倫理百科事典刊行委員会監訳、白浜雅司訳（丸善、2006年）2805-2810頁）

<sup>10</sup> Glenn McGee, Arthur L. Caplan, Joshua P. Sanogle and David A. Asch, "A National Study of Ethics Committees," *American Journal of the Bioethics* 1.4 (2001): 60-64.

<sup>11</sup> Ellen Fox, Sarah Myers, and Robert A. Pearlman, "Ethics Consultation in United States Hospitals: A National Survey," *American Journal of Bioethics* 7.2 (2007): 13-25.

各大学医学部に倫理審査を行う委員会の設置が進められ、1992年までにはすべての大学医学部・医科大学に倫理委員会が自主的に設置されるようになった<sup>12</sup>。日本で展開されていったこの倫理委員会では、一つの委員会の中で、医学研究の研究計画を審査する「研究倫理」に関する役割と、臨床現場で生じた倫理的諸問題に対して助言する「臨床倫理」の役割を兼ね備えて展開されていった。

医学系大学の倫理委員会の自主的な設置に関して、大きな役割を果たしたのは、1988年に設立された大学医学部医科大学倫理委員会連絡懇談会である。1988年当時に、大学医学部内にすでに設置されていた数名の倫理委員会の委員長が、「医系大学の倫理委員会の間で気軽に横の連絡が取れるようにして、お互いに相談できるような組織を創ったら、皆が助かるし、日本の倫理委員会のレベル・アップになるだろう」という考えで始まったとされる<sup>13</sup>。懇談会は、現在でも、一年に二回の割合で開催されており、倫理委員会に関する諸問題や更なる展開にむけて意見交換を行う機会となっている。医学系大学の倫理委員会間での情報交換を目的とするこのような組織の活動は、世界的にも大変にユニークな活動である<sup>14</sup>。

医学研究の審査及び臨床問題の検討の二つの役割を兼ねた大学医学部や医科大学で設置されていった日本の倫理委員会は、次第に一般病院などにも広まっていった。審議する内容については、1997年に医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令（GCP: Good Clinical Practice 省令）（平成9年3月27日 厚生省令第28号）<sup>15</sup> が出されたため、医学研究の審査のうち、医薬品開発を対

---

<sup>12</sup> 星野一正編『生の尊厳—日米欧の生命倫理』（思文閣、1999年）、20-22頁。

<sup>13</sup> 同上、28頁。大学医学部医科大学倫理委員会連絡懇談会の発足と足跡については次を参照されたい。星野一正編『倫理委員会のあり方』（蒼穹社、1993年）、26-28頁および Kazumasa Hoshino, “The Liaison Society for Ethics Committees of Medical Schools in Japan.” *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 1.2 (1992): 179.

<sup>14</sup> Akira Akabayashi, Brian T. Slingsby, Noriko Nagao, Ichiro Kai and Hajime Sato, “An Eight-Year Follow-up National Study of Medical School and General Hospital Ethics Committees in Japan,” *BMC Medical Ethics* 8.8 (2007) (doi:10.1186/1472-6939-8-8)

<sup>15</sup> この省令では、医薬品開発を対象とした臨床研究を行う場合の倫理的配慮を含む基準を明示し、医薬品開発のための臨床試験（治験）の倫理委員会（治験審査委員会）

象とした医学研究については、省令に則って審査する別の委員会が組織されるようになった。したがって、従来から存在する自主的に設置された倫理委員会は、医学研究の審査から医薬品開発の目的で行なう研究を除いた医学臨床研究を審査すること及び臨床現場で起こる倫理的問題に対する助言などの役割を担うこととなった。

しかしながら依然として、一つの委員会組織の中で「研究倫理」と「臨床倫理」という異なる二つの問題に対応する役割を担っていた。議論する対象が異なっていようとも、倫理委員会は自発的な組織であるため、明確に法律あるいは行政指針によって設置義務が示されていないもので倫理的な討議が必要とされる事柄は、「倫理」の文字がつく一つの委員会で議論されてきたという特徴がある<sup>16</sup>。

しかし21世紀に入ると、各省庁から表1のような各種倫理指針が制定され、医学研究を対象とする倫理委員会で行う審議の基準が示されるようになった。

表1 わが国の人間を対象とする医学研究に関する倫理指針一覧

制定年／改正年	指針名	管轄省
2001／2004 全部改正	ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	文科・経産・厚労
2001	ヒト ES 細胞の樹立及び使用に関する指針	文科
2002／2004 全部改正	遺伝子治療臨床研究に関する指針	文科・厚労
2002／2004・2007 全部改正	疫学に関する倫理指針	文科・厚労
2003／2008 全部改正	臨床研究に関する倫理指針	厚労
2006	ヒト幹細胞を用いる臨床研究に関する指針	厚労

の設置を義務づけた。

<sup>16</sup> 赤林朗「倫理委員会の機能：その役割と責任性」『医療倫理』浅井篤ら編（勁草書房、2002年）277-288頁、Akabayashi, “An Eight-Year Follow-up National Study of Medical School and General Hospital Ethics Committees in Japan.”

表1で挙げた倫理指針はすべて倫理委員会に関する項を含み、委員会が担う役割も明確にした。そこで、従来の医学研究の審査と臨床上の倫理問題に対応する二つの役割を担っていた倫理委員会を、二つに分割し、再編成する医療機関も存在するようになっている。したがって、役割から分類すると、日本の医療機関には一般的に、治験審査委員会、研究倫理委員会、臨床倫理委員会の三つの倫理委員会が存在するようになっている<sup>17</sup>。しかし組織運営など諸事情により、依然として多くの医療機関にある倫理委員会は、役割を兼ね備えたものが多く存在していると考えられる。たとえば、日本の医療機関に設置された倫理委員会の設置目的に関する調査研究によると、設置されている倫理委員会のうちの半数以上が、医学研究の審査を行うこと、および是非の判断が難しい医療行為について審議することの両方を併せ持っていた<sup>18</sup>。

日本の倫理委員会の設置状況については、1996年と2002年に東京大学のグループが行った、倫理委員会の設置状況に関する全国規模の調査から知ることができる。1996年には、全国の大学病院を除く300床以上の大規模の一般病院（全数調査、N=1,457）および100～299床の中規模病院（20%を無作為抽出、N=788）、20～99床の小規模病院（20%を無作為抽出、N=853）を対象とした自記式質問紙による調査が行われた（回収率44.3%）<sup>19</sup>。これは日常的に臨床上の倫理問題に直面していると考えられる一般の病院を対象にした日本で初めて行われた包括的な調査である。その結果、倫理委員会の設置数は、300床以上の大規模病院では181病院（24.3%）であった。

また同じグループによって2002年に行われた300床以上の一般病院（全数

---

<sup>17</sup> 稲葉一人、長尾式子「機能する病院内臨床倫理委員会をめざして—倫理指針構築の場・倫理教育の場としての期待」『看護管理』13.4(2003): 263-268.

<sup>18</sup> 土屋貴志「設置目的から見た日本の倫理委員会」厚生労働科学研究費補助金〔ヒトゲノム・再生医療等研究事業〕『遺伝子解析研究・再生医療等の先端医療分野における研究の審査及び監視機関の機能と役割に関する研究・平成十四年度総括・分担研究報告書』（主任研究者・白井泰子）2003年、13-18頁。

<sup>19</sup> 深津宜子、赤林朗、甲斐一郎「日本の一般病院における倫理委員会の設置状況および倫理的問題への対応の現状」『生命倫理』7.1(1997): 130-135.



調査、N=1,491)では、回答のあった464病院のうち270病院(58.2%)に倫理委員会が設置されていた<sup>20</sup>。1996年と比較して、委員会の設置率は上昇していることが分かる。またこの他、別のグループの中尾らによって行われた倫理委員会に関する調査によっても、医療機関内の倫理委員会の設置は、回答のあった675病院中の516病院であり、設置率は76.4%と高い数値であった<sup>21</sup>。

日本の医療機関内の倫理委員会の設置に関する経緯から分かるように、日本の倫理委員会は医学研究を審査する委員会と臨床上の倫理問題を扱う委員会を兼ねていたため、臨床現場で生じる倫理問題を話し合う割合がどれほどであるのか、あるいはそのような臨床倫理委員会がどれだけ設置されているのかについて正確に把握することは困難である。しかし、前述した1996年の調査では、臨床で直面する個々の症例の倫理的問題に対して、何らかの助言や判断が必要であると回答したのは、全体の75.7%と高く、そのうちの20.1%の病院では、そのような臨床倫理的な助言や判断は、専門の委員会によるものが望ましいという意見も見られた<sup>22</sup>。

倫理委員会が一般病院の中で増加するようになった要因のひとつには、上に挙げたような倫理問題に対処する方策を考える必要に迫られた内発的要因に加え、外発的要因も考えられる。たとえば、1995年に第三者の立場から病院の機能を評価する目的で旧厚生省の外郭団体として設立された日本医療機能評価機構の審査項目の中に、臨床倫理問題への取り組みに関する事項が付加されたことも増加要因の一つになったと考えられている<sup>23</sup>。また2006年に

---

<sup>20</sup> Akabayashi, et al., “An Eight-Year Follow-up National Study of Medical School and General Hospital Ethics Committees in Japan.”

<sup>21</sup> 中尾久子、大林雅之、家永登、樗木晶子「日本の病院における倫理的問題に対する認識と対処の現状—看護管理者の視点をめぐって—」『生命倫理』18.1(2008):75-82.

<sup>22</sup> 深津ら「日本の一般病院における倫理委員会の設置状況および倫理的問題への対応の現状」

<sup>23</sup> Akabayashi, et al., “An Eight-Year Follow-up National Study of Medical School and General Hospital Ethics Committees in Japan.”「病院機能評価」最新版(バージョン6)(2011年5月7日現在)の評価項目には、2「患者の権利と医療の質および安全の確保」があり、その中には2.1.2「臨床における倫理に関する方針が明確である」さらにこの

は、日本看護協会が「臨床倫理委員会の設置と活用に関する指針」を策定し、医療機関内の倫理的問題に対処する取り組みとして臨床倫理委員会の設置を推奨するようになった<sup>24</sup>。

以上のように、医療現場のニーズとともに病院機能評価という外部的な条件が相まって、また職能団体からも臨床倫理委員会に関する設置を推奨する指針も出るなど、日本の一般病院においても広く臨床倫理委員会が設置される傾向になりつつある。

## 2. 機能・役割

臨床倫理委員会を医療機関の中で制度として最初に取り入れたのは米国である。その米国で実践されている臨床倫理委員会の機能をみると、主に、倫理事案の相談・審議・助言・提言（倫理相談・コンサルテーション）、院内指針の策定および評価、委員会内での自己教育を含む院内教育、の三つに大きくまとめられる<sup>25</sup>。

以下のような、臨床倫理委員会で審議される倫理事例を紹介しながら、上に挙げた三つの委員会の機能について説明する。

…新生児集中治療室に一人の女の赤ちゃんがいる。この女兒は出産予定

---

下部項目には、2.1.2.2「病院全体の臨床倫理の課題が明確にされ検討されている」とあり、主要な臨床倫理の課題を明確にしている、日々の診療における臨床倫理の課題を積極的に収集し、分析・検討している、という詳細な評価項目がある。評価項目には、「倫理委員会」の設置の有無については明記されていないが、病院評価の審査を受けるためには、倫理委員会を整備する必要があった。「病院機能評価」については、以下を参照。<http://jcqhc.or.jp/html/index.htm>

<sup>24</sup> 日本看護協会「臨床倫理委員会の設置と活用に関する指針」2006。この指針は日本看護協会の会員専用のウェブサイト

[https://direct.nurse.or.jp/jna\\_system/JNA\\_ninsyou.asp](https://direct.nurse.or.jp/jna_system/JNA_ninsyou.asp) で閲覧可能である。

<sup>25</sup> McGee et al., “A National Study of Ethics Committees,” and Mark P. O’Lisio, “Ethics Committee and Ethics Consultation,” *Encyclopedia of Bioethics* 3rd. edition, 841-847. (マーク・P・オーリシオ「倫理委員会と倫理コンサルテーション」『生命倫理百科事典』額賀淑郎訳、2814-2820 頁)

日より12週間ほど早く[28週で]生まれた。彼女はすでに3週間も人工呼吸器につながれており、呼吸器科医、心臓専門医、神経科医やその他の専門医によって見守られている。彼女は毎日、担当の新生児医の回診及び手厚い看護を受けている。医師たちの一致した見解では、集中治療を施しても、彼女が現実的に生存する見込みはない。医師たちは死亡宣告を避けつつ、彼女の両親に「娘さんは治療に対して反応していません。生きて退院することはきわめて難しい状況です。現在行っている治療にはかなりの不快感や苦痛が伴います。」と説明した。子どもの両親は、子どもの回復を願い、病院スタッフに積極的治療を求めている。一方で看護師たちはこの両親の意向に対し、「医学的に見て無益 medical futility」であり、いたずらに子どもの苦痛を長引かせるだけと考えている。看護師たちは、無益な看護に関する病院の指針について上司に尋ねるが、そのような指針は当院には存在しないとの返事だった。医師たちも、この状況での「無益」が一体何を意味しているのか戸惑い、自分たちが子どもの両親の要求に応じる法的・倫理的義務を負うのかどうかも分からなかった。医師たちが積極的な集中治療から「緩和ケア」に切り替えることを両親に提案したところ、両親は混乱し、「自分の子どもが生存するわずかの希望を摘み取ってしまうのか」と怒りをあらわにした。両親は積極的な治療を行うように頑なに要求した<sup>26</sup>。

#### (1) 倫理事例の相談・審議・助言・提言（倫理相談・コンサルテーション）

臨床倫理委員会には、上記の事例のような臨床上の困難な意思決定に迫られた場面に遭遇した医師や看護師などの医療者、あるいは女の子の両親などから、この場合にどのように対処したらよいのか、あるいは、特定の対応を考えているが、その対応を行うことに倫理的問題はないか、などの相談が求められる。このような場合に臨床倫理委員会は、当該倫理事案を審議し、事

---

<sup>26</sup> Hackler and Hester, 1. (ハックラー、ヘスター、1-2頁) を一部改変した。

案申請者に対して、助言や提言をするという役割を担うことになる。この役割は一般的に、「倫理相談（倫理コンサルテーション）」と呼ばれている。

「倫理相談」とは、「医療現場で生じる価値を伴う問題に関して、半信半疑で不確かなことや、何らかの衝突があると表明する人びと（患者、家族、代理人、医療従事者など）を支援する個人やグループによって提供されるサービスのこと」と定義される<sup>27</sup>。この定義の中には「個人やグループ」によって行われるサービスとあるが、倫理相談には主に三つの形態がある。委員会全体として審議し助言を与える形態、委員会メンバーなどが中心となり二人から四人の小グループで相談を行う形態、そして個人で相談を受ける形態がある<sup>28</sup>。定義の「グループ」とは、ここでは委員会全体および小グループによる相談と考える。倫理相談を担当する小グループのメンバーあるいは個人相談を行う個人は、倫理委員会の委員である場合が多く、倫理委員会と緊密な連携をとりながら行われている<sup>29</sup>。

2001年に米国で行われた病院を対象とした病院倫理委員会の調査では、回答のあった病院内倫理委員会のうち 86%の委員会で倫理相談が行われてい

---

<sup>27</sup> American Society for Bioethics and Humanities, *Core Competences for Health Care Ethics Consultation* (Glenview, IL: ASBH, 1998), 3.

<sup>28</sup> 三つの形態の倫理相談モデルについては、以下を参照。Cynda Rushton, Stuart J. Youngner, and Joy Skeel, “Models for Ethics Consultation: Individual, Team, or Committee?” in *Ethics Consultation: From Theory To Practice*, eds. Mark P. Aulisio, Robert Arnold, and Stuart J. Youngner (Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press, 2003), 88-95.

<sup>29</sup> たとえば、筆者が 2004 年から 2006 年まで、コミュニティの一員として参加していた米国 New Jersey 州 Morristown にある Morristown Memorial Hospital では、倫理委員会の委員が二人ないし三人のチームで倫理相談を行い、毎月開催される倫理委員会で、経過報告あるいは事後報告を行っていた。また Drew 大学大学院の臨床実習プログラムの一環として参加した New Jersey 州 Perth Amboy にある Raritan Bay Medical Center では、生命倫理委員会の下部組織に小委員会が設置されており、この小委員会が倫理相談を担当していた。相談終了後、あるいは途中経過を生命倫理委員会に報告する形式を取っていた。筆者の体験を含め米国では、小チームによる倫理相談が主流モデルになりつつある。R. Orr and D. deLeon, “The Roles of the Clinical Ethicist in Conflict Resolution,” *Journal of Clinical Ethics* 11.1 (2000): 21-30, M.D. Swenson and R. B. Miller, “Ethics Case Review in Health Care Institutions: Committees, Consultants, or Teams?” *Archives of Internal Medicine* 152.4 (1992): 694-97, and Daniel Sulmasy, “On the Current State of Clinical Ethics,” *Pain Medicine* 2.2 (2001): 97-105.

た<sup>30</sup>。臨床上的意思決定が困難な場面においては、当事者以外の第三者が関与し相談する仕組みが、アメリカの医療機関で定着している。

一般的に、倫理相談の目標は、問題を解明すること、意見衝突を解消すること、治療法を推奨することの三つにまとめられる<sup>31</sup>。この目標を達成するために、どのような方法で倫理相談が行われているのだろうか。委員会ごとにその手法は様ざまであると考えられるが、ここでは臨床倫理相談員であり教育者でもある Robert Orr と Wayne Shelton によって開発提案され、一般的に用いられている、倫理事例を分析する代表的なフォーマットを紹介する。

Orr と Shelton の倫理事例の分析フォーマットモデルは、①事例の基本情報、②相談依頼の理由、③情報提供者の整理、④事例の体系的記述、⑤評価、⑥考察と分析、⑦助言、にまとめられる<sup>32</sup>。

### ①事例の基本情報

事例の基本情報について、現時点および将来的な使用のために、基本的な情報収集を行い、記録し、保存することである。これは倫理相談を行う前段階の作業である。事例の場合では、新生児の医学的状況、家族の状況、事例に関っている診療科がどこなのか、などが基本情報として収集される。事例に関する情報は、守秘性の高い個人情報が含まれるため、セキュリティの高い場所での保存が要求される。

### ②相談依頼の理由

実際にはこの第二ステップから相談業務が始まる。相談依頼の理由を明確に理解することは、倫理相談を始める際の最も基本的な情報になり、また相談を開始する根拠にもなる。

---

<sup>30</sup> McGee et al., "A National Study of Ethics Committees."

<sup>31</sup> Hackler and Hester, 10. (ハックラー、ヘスター、11 頁)

<sup>32</sup> Wayne Shelton and Dyrleif Bjarnadottir, "Ethics Consultation and the Committee," in *Ethics by Committee*, ed. D. Micah Hester, 58. (ウェイ・シェルトン、ディライフ・ジヤナドットティア「倫理コンサルテーションと委員会」『病院倫理委員会と倫理コンサルテーション』D・ミカ・ヘスター編、64-65 頁)

倫理相談は、当該患者に関する医療者が依頼するが多いが、中には患者やその家族から依頼される場合もある。事例の場合では、女の子の担当医や担当看護師、あるいは女の子の両親が依頼する可能性がある。倫理相談を行う上では、誰からの依頼なのかを考慮することは、相談に対する助言の視点が変わるために重要な事項になる。

相談を議論する側の姿勢としては、相談理由を明確にすることに加え、相談依頼者の説明を信じることが大前提となる。依頼者の説明に対する信頼がないと、審議が深まらないために、的確な助言をすることが難しくなる。その一方で、依頼者の事例に関する説明は、依頼者の一視点であると捉えることも必要である<sup>33</sup>。依頼者の説明を信じることが審議上の前提となるが、その説明を絶対視しない視点を確保しながら議論を進めることが、相談者側に求められる。

### ③情報提供者

情報提供者とは、相談依頼者に加え、相談事例に関わる情報を提供する人びとも含まれる。前述の事例を含む多くの事例では、該当患者に関する医療者が情報提供者である場合が多いと考えられるが、彼らの情報は、職業上、医療的見地に偏ることが多いは否めない。その一方、医療者以外の情報提供者（家族、恋人、友人などが想定される）は、主に医学的情報とは別の、たとえば、社会的、経済的状況などの患者個人及びその周囲の家族に関わる情報を提供することが多い。相談事例を包括的に考えるためには、さまざまな視点からの情報収集が必要になる。

### ④事例の体系的記述

情報提供者からの情報を体系的に記述することが第4のステップであり、倫理相談では、この作業に多くの時間を費やすことになる。なぜならば、事

---

<sup>33</sup> Shelton and Bjarnadottir, 60. (シェルトン、ジャナドットティア、67頁)

例を記述するためには、第2及び第3ステップで得られた事実についてだけでなく、その事実に潜んでいる当事者の価値を注意深くまとめる作業が必要になるからである。

事例の体系的な記述を行う場合には、主に物語アプローチと構造化アプローチの二つが用いられる。物語アプローチとは、当該事例に関する医学的側面と非医学的側面（社会的、心理的側面など）の全体について、出来る限り完全な物語を作成しながら、当事者や周囲の人の価値の衝突がどのように生じているのかについて物語を用いて分析するアプローチのことである<sup>34</sup>。一般に物語の記述になれている熟練した相談者が用いる方法といわれている。

また構造化アプローチとは、決められた項目の中に収集した情報を区分することによって事例の全体像を把握するというものである。中でもジョンセンらによる「四分割」法はわが国の臨床倫理分析の中でも最もよく紹介されている手法の一つある<sup>35</sup>。四分割表とは、次に示す四つに分割したカテゴリーに、収集した情報を当てはめていくというものである。収集された情報をこうした分類によって整理すると、その情報が、どのような倫理的価値と結びついているのかを確認することができる。

---

<sup>34</sup> Ibid., 61. (同上、68頁)

<sup>35</sup> Albert R. Jonsen, Mark Siegler, and William J. Winslade, *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine* 6<sup>th</sup> ed. (New York: McGraw-Hill, 2006). (第5版邦訳『臨床倫理学—臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ』赤林朗ら監訳 (新興医学出版社、2006年))。その他、わが国で行われている構造化アプローチに分類される方法としては、東京大学の清水哲郎教授が提唱する臨床倫理検討シートなどが広く紹介されている。この方法の詳細については以下を参照。 <http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/tools/tools.html>

四分割表<sup>36</sup>

医学的適応 ( Medical Indication )	患者の意向 ( Patient Preference )
<p><b>仁恵・恩恵原則及び無危害原則</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の医学的な問題点（病歴、診断、予後）</li> <li>・急性か、慢性か、重篤か、救急か、回復可能なのか。</li> <li>・治療の目標と成功の可能性</li> <li>・当該患者は医学や看護ケアによってどのような利益が得られるのか、またどのように危害を回避できるのか。</li> </ul>	<p><b>自律尊重の原則</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の精神的対応能力、法的判断能力はあるのか。判断能力がないという根拠は何か。</li> <li>・患者は利益とリスクについて情報が得られ、理解し、同意したか。</li> <li>・事前の意思表示はあるか（尊厳死宣言やリビングウィルを持っているのか）。</li> <li>・判断能力がない場合、代理決定者は誰か。</li> <li>・患者の治療への協力/非協力の背景は何か。</li> <li>・患者の選択権が保証されているか。</li> </ul>
QOL ( Quality of Life )	周囲の状況 ( Contextual Features )
<p><b>仁恵・恩恵及び無危害原則と自律尊重の原則</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・治療した場合としなかった場合に、患者が元の生活に戻る可能性はあるのか。</li> <li>・治療を続けた場合に、患者はどのような身体的・精神的・社会的不利益を被るか。</li> <li>・患者の現在や将来の状態は、患者が耐え難いと判断するようなものなのか。</li> <li>・治療を中止する考えやその理由はあるのか。</li> <li>・緩和ケアの予定はあるのか。</li> </ul>	<p><b>忠誠及び正義・公正の原則</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族などの他者の問題が治療方針に影響を与えているのか。</li> <li>・医療者側の問題が治療方針に影響を与えているのか。</li> <li>・経済的問題、宗教的・文化的問題はあるか。</li> <li>・守秘義務はあるか。</li> <li>・臨床研究や教育との関わりがあるか。</li> <li>・医療者や施設間の利益相反の問題があるか。</li> <li>・法律の問題</li> <li>・その他（分類に入らないが検討すべき事柄）</li> </ul>

<sup>36</sup> Jonsen et al., 11 を参考に、一部改変した。



### ⑤評価（中心的問題の陳述）

第4ステップで情報を体系的に分類整理すると、当該事例患者の基本的な状況と中心的な倫理問題を陳述することができる。この作業が当該事例の評価につながる。

先述した事例で考えると、生まれたわが子への積極的な治療を希望する両親は、かけがえのないわが子の生命の可能な限りでの延長に絶対的な価値を置いていることが分かる。ここからは、両親の生命の神聖性を重視した価値観が看取できる。その一方で「医学的に無益 medical futility」と解釈される治療を行う医師、あるいは「無益な看護」と考えられる看護を行う看護師たちには、生命の神聖性に対する一定の理解を示しつつも、無条件の生命の延長が、果たして患者である新生児の利益に適っているのかどうか、言い換えると、医学的見地からして、積極的治療を行うことが患者に恩恵を与えているのか、あるいは危害を加えないことになっているのか、という医療者にとっての第一義的な倫理的価値の見地から疑問が投げかけられていたのである。積極的な治療を行ったとしても予後が悪く、長くは生きられない新生児にとってどのような最期を迎えることが、患者の最善になるのかについて考えること、すなわち患者の「生命の質」の充実という価値を最重要視した問いかけと評価できる。さらにはまた、医療資源の有限性という実際の見地からしても、全ての生命の延長を無条件に認めることは、医療や看護実践では不可能であることを認識した上での公平性の倫理原則に関する疑問であったとの評価も可能であろう。

このようにして、両親と医療者の異なる意見の根底にある倫理的価値を明確にすることによって、両親と医療者といった立場の違いに基づく価値観の衝突がこの事例の根底にあることが分かる。

### ⑥考察と分析（価値の衝突によって生じる要求を明確にすること）

当該事例の中心的問題が明らかになると、次に考察と分析が行われる。このステップの最初に行うべきことは、価値の衝突が生じる要因であるいくつ

もの要求を明確にすることである。

一般的に問題となる価値の衝突とは、たとえば、義務と権利の間での衝突（医師や看護師などの医療者の仁恵・無危害義務と患者が自律的に行為する権利間の衝突）、権利と権利の間での衝突（医療者が良心に従って行為する権利と患者が自律的に行為する権利の衝突）、あるいは何が正しいのかに関する道徳的見解の相違による衝突（医療上の目標についての考えが家族間で異なる場合の衝突）などが考えられる<sup>37</sup>。上の事例でも、医師や看護師などの医療者の義務（医学的に無益な医療行為あるいは無益な看護ケアを中止する義務、言い換えると医療者の仁恵・無危害義務）と患者あるいは家族が自律的に行為する権利（積極的治療を選択する権利）の衝突、あるいは医師や看護師などの医療者が医療者としての良心に従って行為する（積極的治療から緩和ケアへの移行を申し出ることなど）権利と患者や家族の自律的に行為する権利の衝突と捉えることができる。

価値の衝突を明確にした後に行わなければならないことは、価値の衝突を生じさせるさまざまな要求に対して優先順位をつけることである。その場合に、当該事例に適用できる倫理指針（ガイドライン）がある場合には、指針を参考にしながら順位づけを行うことによって、その作業を正当化することができる。

事例のような、治療による回復する見込みが非常に低く、また生存する確率も低いような新生児患者に対して、どこまで治療すればよいのか、といった問題に対する倫理指針は、日本においては存在しないが、類似の倫理指針<sup>38</sup>などを参考にして優劣を決めることは可能であろう。

当該事例を考えると、子どもの両親の主張する集中治療を続けるとい

---

<sup>37</sup> Shelton and Bjarnadottir, 66-7. (シェルトン、ジャナドットティア、74頁)

<sup>38</sup> 日本では、2005年に15才以上で精神科、小児科、産科の問題のない難治性疾患（治療行為をしなければ死亡する）患者を対象とした倫理指針「重症疾患の診療倫理指針」が重症疾患の診療倫理指針ワーキンググループによって作成された。重症疾患の診療倫理指針ワーキンググループ『重症疾患の診療倫理指針』（医療文化社、2006年）。

う自律的行為の権利の行使に対して、医師や看護師の主張する「無益」な治療を提供し続けることが、医療者としての仁恵義務・無危害義務の観点から、また有限な医療資源を浪費するといった社会正義（公正性）の観点から一定の制限が加えられる必要があるように考えられる。この場合に大切なことは、患者の最善の利益をどのように実現するかということである。患者の利益に関して慎重に審議することが、今すぐに治療を中止する必要があるのか、あるいはある程度の治療は許容可能なのか、といった事例に対する具体的な助言を行う上で役立つこととなるであろう。

### ⑦助言

最後の助言の内容は、これまでの審議プロセスの論理的かつ実践的な流れに基づき、様々な当事者たちに受け入れられたコンセンサスを反映するものであること、行われるべき行為が具体的で簡潔に提示されていること、そして基本的な倫理原則や法律と一致したものであることが大切になる<sup>39</sup>。

事例について、医療者から審議依頼があったと仮定して、助言例を考えてみよう。

この事例では最初に、医師や看護師たちが考えている「医学的無益 medical futility」の意味を再度考えることが大切であろう。患者の最善を考えること、患者の利益に資する行為が医療者としての倫理的責務であるので、患者を益すとは考えられない治療を提供することは職務上の義務に反する行為となる。しかしながら、「医学的な無益」であることが、患者あるいはその家族にとっての「無益」になるのかについては考慮すべき余地があるだろう。

その上で、緩和ケアへの移行について議論されることになる。緩和医療については、疼痛緩和の医療技術の向上により、わが国においても一般的な医療として着実に広がっており、またその必要性が高まっていることは周知の

---

<sup>39</sup> Shelton and Bjarnadottir, 67-8. (シェルトン+ジャナドットティア、75頁)

事実である。緩和医療の認知度が高まっている大きな理由の一つは、積極的な治療を行ったとしても効果がない、いわゆる終末期の患者にとっては、患者の苦痛を緩和、除去することが、患者の QOL を向上することになるとの評価によるものである。そのような評価を鑑みた時に、予後不良の患者に対する積極的治療を行う方針から緩和医療にシフトすることを患者の両親に進言することは、倫理的行為に反することにはならないであろう。また、緩和医療への移行を進言することが、むしろ医療者としての倫理的責務になるとさえ助言することも可能かもしれない。

一方で、結果的に子どもの喪失につながる決断をすることになる両親の心情に対しては、最大限の配慮を行うことも医療者の大切な倫理的責務である。積極的治療の中止を拒否する患者の両親は、子どもの予後が大変に厳しい現実については、おそらく理性的には理解できているのかもしれない。しかし感情的には受け入れられない状態であるかもしれないということも考慮しなければならないだろう。したがって、積極的治療から緩和ケアへ移行する時期について話し合いを行う場合に、積極的治療の停止に関して早急な時間設定をするのではなく、時間的制限がある中でも最大限の時間を割いて、新生児の臨床的な経過を注意深くモニターしつつ、話し合いを進め、緩和ケアへの移行を提案するのが望ましい、という助言することができるであろう。またその話し合いを行う際には、臨床心理カウンセラーなどの両親の心理的な支援を行うことができる専門家が加わることが望ましいと付言することもできる。

両親は緩和ケアに対して強い拒否反応を示したとあるが、それは両親の「緩和ケア」に対する理解不足から生じた態度である可能性も排除できない。したがって、緩和ケアに対する説明も併せて十分に行うことが望ましいと助言することも大切であろう。

これは助言の一例であり、絶対的なものではない。先述したが、倫理委員会での審議の過程を踏まえたうえで、当事者たちのコンセンサスを出来る限

り反映させたものとなるような助言をすることが要求される。

助言をするに当たっては、助言内容が委員会内の特定の個人の意見や見解に留まるものではなく、事例の審議に関与した人びとの合意を反映するものであることに注意すべきである<sup>40</sup>。この注意点は倫理相談の特徴とも大いに関連する。すなわち、米国で倫理相談が開始された当時は、倫理学者が倫理道德の専門家であって、解決困難な倫理事例に直面する医師や看護師を含めた医療者に対して、「正しい」道徳的助言を行うことができると考えられてきた<sup>41</sup>。つまり、倫理相談の回答は、倫理学者による権威ある「最終決定」のような意味合いで考えられてきた。しかし次第に倫理相談に対するこのような権威的な裁定という考え方は変化し、現在では倫理相談は、倫理ファシリテーション（支援）と特徴づけられるようになっている。

倫理支援の考え方に基づく倫理相談は、個人が行う意思決定の権限を奪ったり、相談者（倫理委員会の委員など）の個人的見解に一方的に服従させたりするものではなく、事例に関する当事者自身の倫理道德的な価値観に従って生きる個人の権利と、価値観が多様に存在するという事実とが両立するものという考えに基づいて行われている<sup>42</sup>。倫理相談は、意思決定に関する権威的なものではなく、あくまで一助言を提案するに過ぎないという姿勢が大切である。

## (2) 病院内指針

臨床倫理委員会の第二の活動は病院内指針に関するものである。将来起こりうる可能性のある難問題を倫理的に対処する目的で倫理指針を策定したり、また既存の指針に対する改訂などを提案することがこの活動に含まれる。先の事例の中で、新生児に対するケアについて疑問をもった看護師が、上司に

---

<sup>40</sup> Ibid., 8. (同上、76頁)

<sup>41</sup> Cheryl N. Noble, "Ethics and Experts," *Hastings Center Report* 12.3 (1982): 7-9.

<sup>42</sup> American Society for Bioethics and Humanities, *Core Competences for Health Care Ethics Consultation*. しかし、たとえ一助言であったとしても、助言を受けた依頼者の最終的な意思決定に対して、何らかの影響を及ぼすことは十分に考えられる。この論点については、以下を参照。重症疾患の診療倫理指針ワーキンググループ、83-84頁。

「医学的無益」に関する院内指針の有無を尋ねたが、そのような指針はないとの返事であった。必要ならば、倫理委員会で「医学的無益」に関する一定の見解をまとめることも重要な活動になる。

一般に病院には様ざまな指針がある。指針は、前項の倫理相談活動で詳述してきたような、臨床上の諸問題に対する基本方針を示した臨床内指針と、直接的には臨床とは関わりのない病院組織全般に関わる臨床外指針に大別することができる。臨床内指針には、脳死体からの臓器移植に関する実施基準、事前指示の取り扱い、DNR（Do-Not-Resuscitate：蘇生不可）指示に関する方針などが含まれる。

また臨床外指針としては、たとえば、臨床倫理委員会の規定およびその改訂、特別室料徴収に関する方針、非正規外国人滞在者の受診に関する方針（入国管理局への通報義務について）、角膜移植に伴う謝礼の受け取り方法について、などが具体的な例として含まれる。臨床倫理委員会という名称から、臨床上の倫理的問題のみを議題として扱う委員会と想像されるが、筆者の倫理委員会委員としての経験から、直接的に臨床行為に指針を与えるものではない議題を審議することも少なくない。

実際に筆者が2009年から委員を務める、千葉県にある一般病院の臨床倫理委員会において審議された議題の中には、直接的に臨床行為とは関連が少ないと考えられるもので、指針を作成したり、指針の見直しのために提出された審議議案ではないものが少なからず含まれていた。しかし委員会内での審議過程において、そのような議案の審議が、病院組織としての基本方針と大きく関連する問題であると認識されるものが存在した。このような議案は「病院内指針」という委員会活動のカテゴリーに入る議案例として考えられる。

臨床外の倫理問題の特徴としては、病院経営上の問題と大きく関ることがあり、病院長などの病院管理者が最終方針を提示するのが望ましいと考えられる問題であり、また病院組織全体の基本指針と密接に関わる問題である場合が多いことである。倫理委員会の扱う議題が病院全体に及ぶ場合があり、倫理委員会と病院管理部門との連携は不可欠である。

### (3) 教育

臨床倫理委員会の第三の活動は「教育」に関するものである。誰を対象とする教育活動なのかによって、教育活動は二つに分類できる。一つは、病院スタッフ全体に対する教育活動、もう一つは、倫理委員会内の委員に対する自己学習教育である。

#### ①病院スタッフ教育

第一の病院スタッフ全体に関する教育に関しては、将来起こりうる可能性のある同様な状況に備え、病院スタッフに向けた教育を行うために、教育プログラムを開発し、実際に教育の機会を提供することである。第一の教育方法は、臨床倫理委員会の活動を広く周知することである。臨床倫理委員会が倫理問題の解決に向けてどのような支援活動を行っているのか、また具体的な事例を提示することによって病院内スタッフの関心を引き起こすことができる。委員会活動の病院内での周知は、教育活動における第一ステップであり、かつ最も身近な活動であろう。また倫理委員会は、院内で制定された指針あるいは行政や各種学会などが制定した倫理指針などを周知するなどの情報発信をすることで院内教育を行うことになる。

第二の教育方法としては、病院内に存在する既存の関連委員会との連携を模索することである。たとえば、病院内には、医療安全、医療の質の向上を話し合う委員会があると思われるが、そのような委員会での審議事項の中には、医療者の倫理的責務に関連することが多く含まれることがある。そのような問題については、委員会間で連携することにより、倫理委員会以外の委員会に所属する委員の倫理問題に対する意識を向上させる可能性がある。

第三の教育方法は、臨床倫理に関連する講演などの教育プログラムを定期的に提供することである。教育講演では、医療実践と倫理が密接に関っていることを意識させるような総論的な内容から、社会問題と関連した時宜に合った病院スタッフの関心を引きつける話題を含めた各論を取り上げることに

なるだろう。このような講演は、定期的に継続して行うことが重要であり、病院内に倫理教育を行える環境整備を行うことは倫理委員会の重要な役割である。

第四の教育方法は、大変に地道な活動であるが、倫理委員が各職場において、ミーティングや会議などで、倫理的問題を掘り起こし、同僚に対して倫理問題に対する意識づけを行うことである。このような活動例として、たとえば、聖隷浜松病院では、倫理委員が、看護課長あるいは看護係長に「気になっていることはありませんか」「何かないですか」と病棟回診をして声かけを行い、症例検討会などで倫理問題を議題として取り上げるようにしているという報告もある<sup>43</sup>。倫理委員の一人ひとりが倫理教育活動を担っているという意識を持つことが大切になる。

## ②倫理委員の自己学習

倫理委員会の委員自身の教育に関しては、(1) および(2) で述べたような、倫理相談に対する助言活動や臨床内外に関する病院内指針に関する活動を行うに当たり、医療倫理一般およびその他審議に関連する分野について、倫理委員会での自己学習を行う必要がある。倫理委員自身が自己学習を行う理由は、倫理委員が倫理事例の審議を行ったり、倫理指針の策定あるいは倫理指針に対する提言や助言を行う上で、最低限の知識がなければそのような活動ができないためである。したがって、倫理委員会としての主要な活動を行う場合に、倫理委員の自己学習は大前提となる<sup>44</sup>。1999年にペンシルバニア大学倫理委員会研究グループ（The University of Pennsylvania Ethics Committee Research Group）が行った全米の病院を対象とした倫理委員会の調査によると、倫理委員会の主要な三つの機能である、倫理相談、病院内指針、教育に関する活動のうち、委員会内の学習教育に費やす時間が最も大きかったという<sup>45</sup>。

---

<sup>43</sup> 山内はるみ「臨床における看護倫理—医療倫理問題検討委員会の視点から—」『日本看護倫理学会誌』2.1(2010): 66-69.

<sup>44</sup> Olisio, 2841. (オーリシオ、2814頁)

<sup>45</sup> McGee et al, “A National Study of Ethics Committees.”



自己教育の重要性が示されたデータである。

米国生命倫理・人文学会（American Society for Bioethics and Humanities）のグループは、倫理相談を行うために求められる知識として、以下の項目を挙げている<sup>46</sup>。

- ・ 道徳的推論と倫理理論
- ・ 頻出する生命倫理的諸問題と諸概念
- ・ 医療システム（行政の制度など）
- ・ 臨床コンテキスト（医学用語、健康・疾病の理解、最新医療技術など）
- ・ 当該施設（使命、組織・部門・委員会構成、サービスの提供範囲、倫理相談の資源（財源、危機管理、人的資源（チャプレン、患者擁護者））、患者記録へのアクセスなど）
- ・ 当該施設の各種指針（インフォームドコンセント、治療の中止・差し控え、安楽死、DNR、臓器提供、医学研究、利益相反、退院・搬送など）
- ・ 当該施設が受け入れる患者集団や職員の信条や考え方（地域特有の文化的背景、特定の宗教的信仰）
- ・ 関連する倫理綱領、専門職行動、認証機関の指針
- ・ 医療関連法規

各委員が上に掲げたあらゆる分野に精通する必要はないが、委員会で審議する内容は多岐にわたるため、少なくとも一人は、上の項目に精通する委員が含まれることが求められる。しかし、仮にそのような専門分野の委員がない場合で、しかも人材の確保が難しい場合には、専門分野の有識者が作る支援グループに相談をしながら自己教育を進めることも考えられる<sup>47</sup>。

---

<sup>46</sup> American Society for Bioethics and Humanities, *Core Competences for Health Care Ethics Consultation*.

<sup>47</sup> 臨床倫理問題に対処するための支援目的で、熊本大学の浅井篤教授が中心となり、臨床倫理支援・教育・対話促進プロジェクトが行われている。このプロジェクトでは、臨床倫理問題への対処の相談を受けることによって、委員の教育に反映させて

また日本では近年、倫理委員を努める人材の育成をするための教育プログラムも提供されている。東京大学には2008年に生命・医療倫理教育研究センター（The University of Tokyo Center for Biomedical Ethics and Law: UT-CBEL）が設立され、倫理委員会の委員を育成するプログラムを提供している<sup>48</sup>。倫理委員を務めるための必要な知識とスキルを学ぶためのプログラムとして、講演会、短期集中コースなどを提供している。またプログラム修了者の継続学習の機会として、修了者の有志が中心となり、定期的に研究会が開催されており、倫理委員の継続的な学習を支援する活動も行われている。倫理委員のうちの誰かがこのようなプログラムに参加し、その参加者が、学んだことを持ち帰り、他の委員に還元することで、自己教育を行うこともできる。

倫理委員自身の教育に関して、多くの委員は医療倫理に関心を持ってはいるものの、体系的な教育を受けたことのない者がほとんどである。倫理委員としては、倫理的問題の解決を支援する立場にあるために、一定水準の教育を受けて準備をすることが必要である。また医療倫理教育を受けたことのある委員であっても、医療倫理の分野は広く、また拡大しつつあるため、常に自己研鑽することが求められている。

## おわりに

最後に、バイオエシックスの医療現場における展開という観点から臨床倫理委員会について若干の考察を行いたい。

筆者は主に米国の研究機関及び大学院でバイオエシックスを学んできたため、米国のバイオエシックスとの比較の観点から、日本におけるバイオエシックスの展開との相違を見る傾向がある。日米のバイオエシックスの展開における一番の違いは、医療現場（医療機関）において、バイオエシシストが

---

いくことができる。本プロジェクトのウェブサイトは以下である。

<http://www.clethics.jp/>

<sup>48</sup> 詳細については、東京大学生命・医療倫理教育研究センターのウェブサイトを参照。

<http://cbel.jp/>

活躍しているか否かではないか、と考えている。このことは、バイオエシックスが臨床現場で身近に展開されているか否かと大いに関係すると思われる。

米国では、バイオエシックスを専門的に学んだ者(バイオエシシスト)が、医療機関に深く関り、医療者とともに臨床面での倫理的判断が難しい場面に取り組む実践的活動が日常的に行われている。このようなバイオエシシストの医療機関における活動は、バイオエシックスの専門研究機関を有し、人的資源が豊富と考えられる大学の付属病院(たとえば、バイオエシックス専門機関である Kennedy Institute of Ethics や Clinical Bioethics Center に隣接する米国の Georgetown 大学病院)などに限られたことではなく、本文の注 29 で紹介したような、一般の市中病院でも展開されている。米国での医療機関におけるバイオエシシストの実践活動を目の当たりにしたときに、筆者は日本においてこのような活動が日常的に一般の医療機関の中で展開されるようになるのは、いつのことだろうか、と考えたものである。

しかしながら、先述してきた臨床倫理委員会は、日本においても、バイオエシシストが医療現場の中で実践活動を行う可能性を提示するものであると考える。筆者は、数年前から千葉県にある地域基幹病院の倫理委員会の外部委員として関わってきた。その倫理委員会では、筆者のようなバイオエシシストを活用し、病院内あるいは委員会内で講義を行うなどの活動を始めている。このような教育活動は今後も継続していく計画が進行中である。

加えて同委員会では、病院内全体の倫理問題に対する関心を高めるような、啓発活動に取り組む議論も盛んに行われている。また倫理委員会の審議事案の中には、病院全体の指針に関わるような議論も行われていた。このような議論及び具体的な提言を行うことを通じて、倫理委員会が病院組織全体の倫理的風土の形成に貢献しうると考えている。

また、臨床倫理委員会における倫理的問題の議論が社会的関心を喚起することにもなりうる。筆者が関る倫理委員会では、筆者が参加する以前に ALS (筋萎縮性側索硬化症) 患者の人工呼吸器取り外しの要望を受け入れることの是非について長い間議論を行ってきた。審議の結果、倫理委員会としては

患者の要望を認めることは倫理的に許容できるのではないかという結論に至り、病院長にその旨報告を行った。しかし、病院長は、その結論は法的、社会的観点からは議論が定まっていないことであり、病院として容認することは難しいと判断し、社会で議論をして考えてもらいたいとして公表に踏み切った<sup>49</sup>。メディアでも取り上げられたように<sup>50</sup>、これは倫理委員会の議論が社会的な関心を高める役割を果たす可能性を示した一つの例である。

以上で述べてきたように、倫理委員会活動は、医療者の倫理的支援、医療機関全体の倫理意識の向上、そして倫理問題に対する世論の喚起を促す可能性が示された。

現在は、個々の医療機関の倫理委員会が個別に活動を行っているのが実情であるが、何らかの形で、倫理委員会の活動のネットワーク広げ、今後さらにバイオエシックスの医療現場における実践的な展開を期待したい。

\*なお、本研究の一部は、文部科学省科学研究費補助金（課題番号 22243001（代表研究者宮坂道夫新潟大学准教授））による研究成果である。

---

<sup>49</sup> 2009年10月8日付「朝日新聞」

<sup>50</sup> この問題は、NHK クローズアップ現代「私の呼吸器を外してください」（2009年2月2日）、NHK スペシャル「呼吸器をはずして下さい」（2009年3月21日）として放映された。