

臨床倫理の課題

私は「なに」を考えてきたのだろうか？

～「障害のある子を生むということ」から

「医療者の利益相反」まで～

愛育病院 新生児科/医療安全管理室

加部一彦

今日のお話し

- わたしはこれまで「なに」をしてきたのか？
- わたしは「なぜ」ここにいるのか？
- わたしはこれから「どこ」へ向かうのか？

パーソナルヒストリーをたどりながら、
お話ししたいと思います。

第一章

新生児医療との出会い

医学部卒業と診療科の選択 私の場合:「小児科」を選ぶ

- 「小児科」の魅力とは？
 - 子ども、特に乳幼児のもつ「無垢な瞳」
- 「小児科医」と言う「人種」について
 - 「小児科医」は「子ども!？」
 - 「少子化」は小児科医にとって有利? 不利?
 - 「小児科医」は減っている?



愛育病院 新生児科/医療安全管理室

新生児医療との出会い

- 「赤ちゃんはなぜ、こうもあっけなく死んで行くのだろうか？」という疑問
- 「生命かがやく日のために」との出会い
- 私はコレにだまされました...
 - ”あかつきの医療”の真実

「低出生体重児」を巡る歴史的言説

- 「7ヶ月児は育つが、8ヶ月児は育たない」
– 古くはヒポクラテス。洋の東西を問わず....
- 「...七箇月の子は、猶更よく育つなり.....」
– 香月牛山「小児必用養育草」(1703年)
- 「超低出生体重児」には積極的には介入しない
– P.Budin
- 古の昔から「生育の限界」には関心が払われてきた:「近代新生児学」成立前史

斉藤茂男氏との出会い

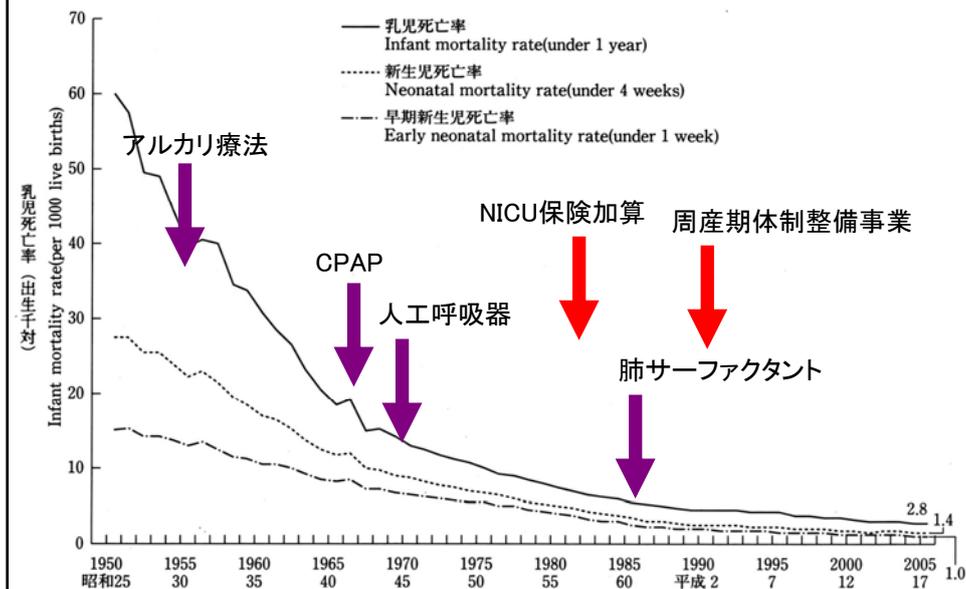


ダウン症に十二指腸閉鎖を合併した赤ちゃんの治療を両親が拒否。医療関係者からの投書によって斉藤さんの取材が始まる....結局、赤ちゃんは手術を受ける事なく亡くなってしまふ.....当時、全く同じ様な状況の赤ちゃんを受け持ち、日々、途方に暮れていた私は、この本の内容に大変なショックを受けた....

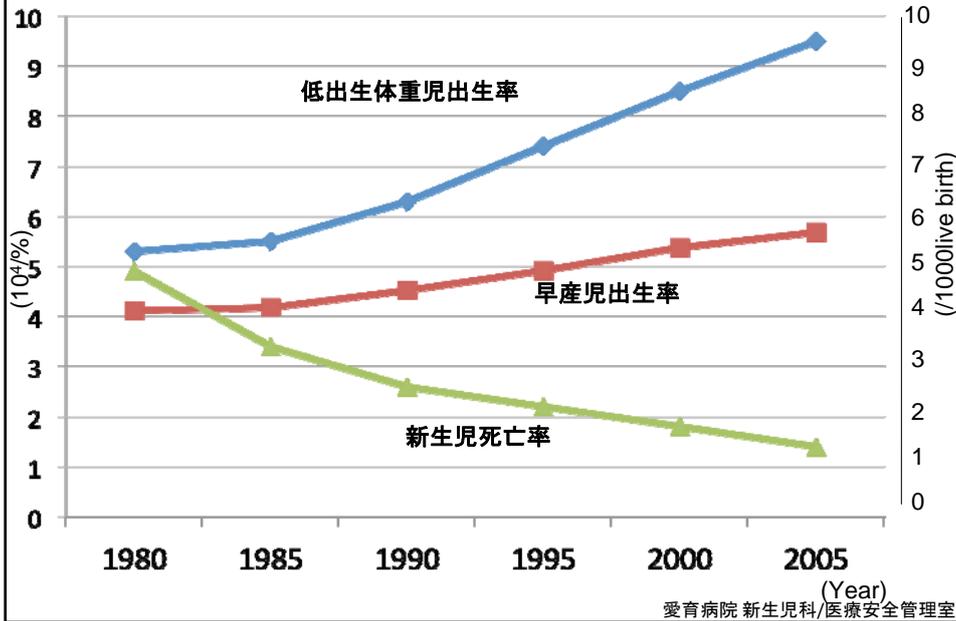
そしてNICUでの日々

- 80年代後半から90年代にかけて、日本の新生児医療に起こった出来事:新しい治療法の開発
 - 人工肺サーファクタント補充療法
 - HFO(高頻度振動換気療法)
- 「病院」、「医師」の使命とは....
 - 「医学・医療の進歩のために」に疲れて
 - 「だれ」のための「医療」なのか
 - 「労働者」としての医師

乳児(新生児)死亡率の変遷

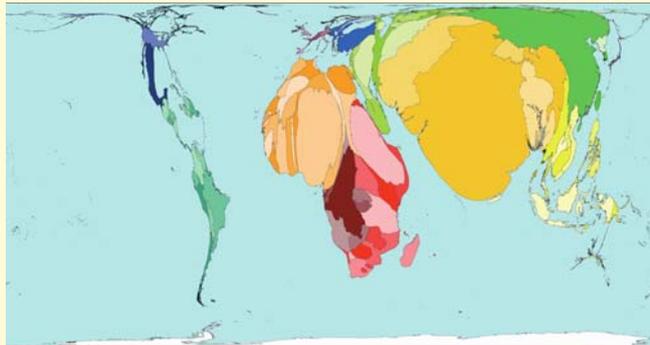


早産児、低出生体重児、新生児死亡率



Early Neo-Natal Mortality

The University of Sheffield | The Leverhulme Trust | Produced by the S43 group (Sheffield) and Mark Newman (Michigan)



An early neo-natal death is when a child dies during the first week of his or her life. In 2000 there were 3 million such deaths. Worldwide, 2.3% of children that were born alive died during the following week.

The rate of deaths in the first week of life ranges from 1 in a thousand in Japan, to 1 in 20 in Mauritania.

According to the World Health Organisation, worldwide the three main causes of neo-natal deaths are asphyxia at birth; low birth weight including prematurity; and infections. Access to healthcare can reduce these deaths.

Territory size shows the proportion of early neo-natal deaths worldwide, that occurred there in 2000. Early neo-natal deaths are those deaths within the first week of life.



Land area

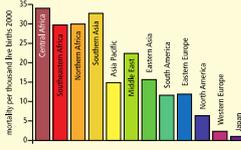
- Sizes are from the World Health Organisation's 2005 World Health Report.
- 14 territories reported 2 early neo-natal deaths per 1000 live births (Australia, Korea, Finland, Iceland, Monaco and San Marino are not shown).
- 4 reported 38 deaths per 1000 births (Cote d'Ivoire, Guinea and the Central African Republic are not shown). These with the most deaths are shown.
- See website for further information.

HIGHEST AND LOWEST EARLY NEO-NATAL MORTALITY RATES

Rank	Territory	Value	Rank	Territory	Value
1	Mauritania	52	185	France	2
2	Liberia	48	185	Germany	2
3	Iraq	46	185	Republic of Korea	2
4	Afghanistan	45	185	Italy	2
5	Cote d'Ivoire	44	185	Spain	2
6	Sierra Leone	42	185	Belgium	2
7	Nigeria	40	185	Sweden	2
7	Mali	40	185	Czech Republic	2
7	Angola	40	199	Singapore	1
10	Pakistan	38	199	Japan	1

deaths in the first week of life per thousand live births 2000*

EARLY NEO-NATAL MORTALITY



"We must count newborn deaths and make them count, instead of accepting these deaths as inevitable."

Francisco Songane, 2006

「妊娠中絶」と新生児医療 「優生保護法第2条第2項」

- 「人工妊娠中絶可能な期間」を定義
- 「胎児が母体外で生命を保続することのできない時期」
 - 具体的な「時期」は「厚生事務次官通達」によって通知される
 - 「通常8月未満」(1953年6月通知)→「通常満23週以前」(1976年1月通知)→「通常妊娠満22週未満」(1990年3月)と変遷(実施は翌91年1月1日より)

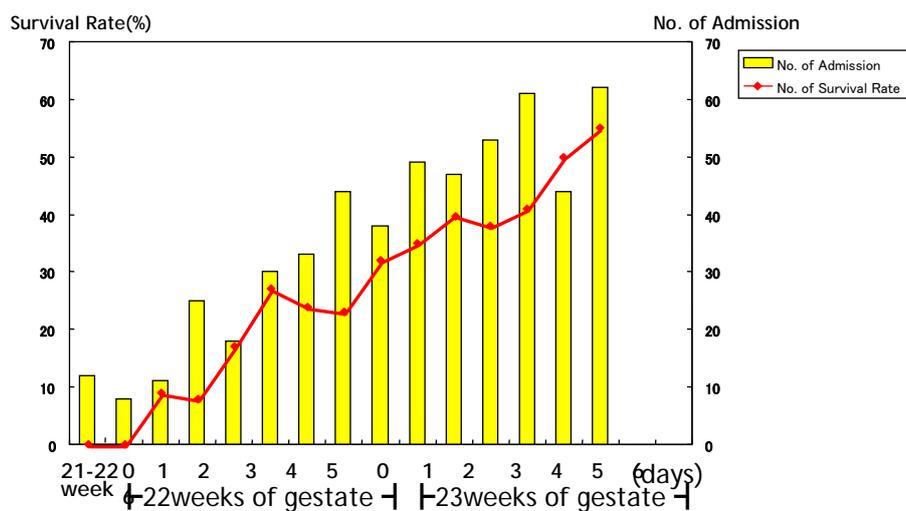
「1991年1月1日」に至るまで

- 厚生事務次官通達「厚生省発健医第55号」
 - 1990年(平成2年)3月20日付で「優性保護法の施行について」(1953年6月12日通知)の一部(第2項の1)を「満23週以前」から「満22週未満」に改める
 - 実施は1991年(平成3年)1月1日からとする
- また、同日付で厚生省保健医療局精神保健課長より各都道府県衛生主管部(局)長宛に「優性保護法により人工妊娠中絶を実施する時期の基準の変更について」とする課長通知が発せられた
 - この課長通知の内容は公衆衛生審議会の付帯事項を通知したものの

「優生保護法」から「母体保護法」へ

- 1940年(昭和15年)「国民優生法」制定
- 上記の廃止に伴い1948年(昭和23年)「優性保護法」制定
 - 「優生上の見知から不良な子孫の出生を防止する」(第1条)
- 1960年代、70年代、80年代に何度か激しい改正論議が.....
 - 「経済条項」の廃止と「胎児条項」の追加
- 「母体保護法」へ:1996年(平成8年)6月26日公布
 - 「不良な子孫」云々は削除されるが...

生育/成育の限界



第二章

臨床倫理と倫理的ジレンマ

医療における倫理的問題

- 出生を巡る諸問題
 - 出生前診断、人工妊娠中絶、生殖補助医療、新生児医療 etc...
- 終末期と死を巡る問題
 - 脳死と臓器移植、安楽死・尊厳死、終末期の医療 etc...
- 先端医療を巡る問題
 - 遺伝子診断・治療、再生医療(ES細胞を用いた)、クローン etc...
- 医療と社会
 - 医学研究(治験、疫学)、個人情報の扱い、医療事故と医療の安全 etc...

臨床倫理とは？

日常診療の場において、医療を受ける患者、患者の関係者、医療者間の立場や考えの違いから生じる様々な問題に気づき、分析して、それぞれの価値観を尊重しながら、関係者が納得できる最善の解決策を模索して行くこと(白浜雅司)

周産期・新生児医療特有の事情とは？

- * 臨床現場で倫理的ジレンマに遭遇する機会が多い
 - ・母親と赤ちゃんの「権利」が競合することがある
 - ・「生まれる事」が「死」につながる事がある
 - ・新生児は「仲間」として受け入れられない事がある

周産期医療の倫理的課題-1

- 「生」にまつわる問題
 - 「生命の始期」を巡って
 - 受精卵診断、遺伝子診断
 - 人工妊娠中絶: prolifeとprochoice
 - 「生殖医療技術」にかかわる様々な問題
 - AIHと「知る」権利
 - デザイナーベビー
 - 減数手術
 - 不妊治療としてのヒトクローニング

etc....

周産期医療の倫理的課題-2

- 「死」にまつわる問題
 - 「いのち」の選別: 二つの「いのち」を選ぶ時
 - 染色体異常、重症障害児の蘇生
 - How small is Too small ?
 - 重症新生児の治療差し控えと治療中止
- 医療システムと社会に関する問題
 - Informed consent
 - Paternalism
 - Communication
 - Collapse of the medical systems
 - Patients rights & obligation

新生児医療の進歩がもたらした問題

- 治療を、受け入れを拒否する家族
 - 「助ける事がいつでも善ですか？」
 - 「この子を育てるのは、結局、私たちです
- と言う問いかけには未だ答えられぬまま....
- でも、「いのち」は「地球より重い」はずじゃなかったのですか？

新生児医療のもたらしたもの



新生児医療は「だれ」のため？



愛育病院 新生児科/医療安全管理室

倫理的問題が「難しい」のはなぜ？

- 「倫理的問題」は「特別」で「難しい」問題と言う誤解/先入観
- 様々なレベルでのコミュニケーション不足の存在
- 診療が忙しくて、「話し合い」まで手が回らない
- 「だれ」、「どこ」に相談したらいいのか
- 適当な指導者がいない
- そもそも、倫理的問題はcase by case

愛育病院 新生児科/医療安全管理室

倫理的ジレンマは解決できるのか？

- 「だれ」のための問題解決なのか？
 - 医療側の「だれか」の価値観を押しつけるためではない
- 議論を上手にリードできるファシリテーターが現場には存在しない
- 「話し合い」には時間がかかる
 - 話し合いのプロセスを確立する
 - 話し合うことは時間がかかるし、決定が覆されることもあるが、みんなが納得するには時間が必要
 - 時には時間切れも...
 - 「次」につながるディスカッションを

従来の「倫理的意思決定」の問題点

- ・意思決定に際して、自由な意見表明が本当に可能なのか？
- ・話し合いに家族の関与は必要ない？
- ・倫理的意思決定が必要となる疾患を例示することによってもたらされた「誤解」
- ・最終決定の責任はNICUの責任者がとる？

重篤な疾患を持つ新生児の医療をめぐる 「話し合い」のガイドラインの成立

- 2001年、成育医療委託研究「重症障害新生児医療のガイドライン及びハイリスク新生児の診断システムに関する総合的研究」班(主任研究者:田村正徳教授)の研究としてガイドライン作成が始まる
- 作成には新生児医療に従事する医師、看護師に加えて、新生児領域の生命倫理に関心の深い心理士、法律学、社会学、宗教学、哲学、神学、社会福祉学、人文社会学、人間情報学、国際社会科学など多くの専門家、家族会代表が参加
- 12回にわたるワーキンググループ検討会と研究協力員を結ぶメーリングリストでの討論を経て2004年3月に公表される

ガイドライン作りの基本方針

- 生命維持に必要な治療の差し控えや中止の基準の明示は、極めて個別性と倫理性の高い事柄で困難であるので、治療指針的なガイドラインは作成しない。
- 生命維持に必要な治療の差し控えや中止が妥当ではないかと医療スタッフが考えたり、両親が要望した場合に、両親と医療スタッフが話し合う為のガイドラインを作成する。
- このガイドラインでは家族や医療スタッフの利益よりも、こどもの利益を最優先させることを出発点とする。
- 医療スタッフは、親が、赤ちゃんの最善の利益の観点から意思決定出来るように支援するべきである。

新生児の医療を巡る「話し合いのガイドライン」(抜粋)

- 1) すべての新生児には、適切な医療と保護を受ける権利がある。
- 2) 父母はこどもの養育に責任を負うものとして、こどもの治療方針を決定する権利と義務を有する。
- 3) 治療方針の決定は、「こどもの最善の利益」に基づくものでなければならない。
- 4) 治療方針の決定過程においては、父母と医療スタッフとが十分な話し合いを持たなければならない。
- 5) 医療スタッフは、父母と対等な立場での信頼関係の形成に努めなければならない。
- 6) 医療スタッフは、父母にこどもの医療に関する正確な情報を速やかに提供し、分かりやすく説明しなければならない。

新生児の医療を巡る「話し合いのガイドライン」(抜粋)

- 7) 医療スタッフは、チームの一員として、互いに意見や情報を交換し自らの感情を表出できる機会をもつべきである。
- 8) 医師は最新の医学的情報とこどもの個別の病状に基づき、専門の異なる医師および他の職種のスタッフとも協議の上、予後を判定するべきである。

新生児の医療を巡る「話し合いのガイドライン」(抜粋)

- 9) 生命維持治療の差し控えや中止は、こどもの生命に不可逆的な結果をもたらす可能性が高いので、特に慎重に検討されなければならない。父母または医療スタッフが生命維持治療の差し控えや中止を提案する場合には、1から8の原則に従って、「こどもの最善の利益」について十分に話し合わなければならない。
- 1) 生命維持治療の差し控えや中止を検討する際は、こどもの治療に関わる、できる限り多くの医療スタッフが意見を交換するべきである。
 - 2) 生命維持治療の差し控えや中止を検討する際は、父母との十分な話し合いが必要であり、医師だけでなくその他の医療スタッフが同席したうえで父母の気持ちを聞き、意思を確認する。
 - 3) 生命維持治療の差し控えや中止を決定した場合は、それが「こどもの最善の利益」であると判断した根拠を、家族との話し合いの経過と内容とともに診療録に記載する。
 - 4) ひとたび治療の差し控えや中止が決定された後も、「こどもの最善の利益」にかなう医療を追求し、家族への最大限の支援がなされるべきである。
- 10) 治療方針は、こどもの病状や父母の気持ちの変化に応じて(基づいて)見直されるべきである。医療スタッフはいつでも決定を見直す用意があることをあらかじめ父母に伝えておく必要がある。

第三章

医療事故、医療安全との関わり

大学病院を離れる...

- 「先端医療」に関わり続ける事の憂鬱
- 「医局」、「大学病院」に対する疑問
- 「医療事故裁判」との出会い

1989.10 大学病院を離れて、地方の中核病院にある新生児センターへ赴任

新生児臨床に生きる

- 大学病院を離れて見た周産期医療の現実
 - 「医療水準」ってなんだろう？
 - 「公平な医療」という欺瞞
- 新しいNICUを作る....と言う仕事
 - 「チーム医療」ってなんだ？
 - Key wordは「正直」「誠実」「Cool Head, Warm Heart」
 - 医療事故？医療過誤？医療ミス？
 - 「逃げない、隠さない、誤魔化さない」

なぜ、「医療事故」とかかわるようになったのか そもそものきっかけ...それは....

- 1988年:「第一回日本生命倫理学会」会場で..
 - 加藤良夫先生(医療事故情報センター)と出会う
 - 弁護士に「患者側」「病院側」という人たちがいると言
う事を知って驚く....
 - 「患者側」とされる法律家の「医療を見る目」にショッ
クを受け、(よせばいいのに)「医療事故情報セン
ター」へ手紙を書いたのが全ての始まり....
- 1989年:初めて「意見書」なるものを書く
 - 黄疸の治療が遅れ、核黄疸となった事例
 - 「医療水準」とは、「医療過誤、事故、ミス」とは？
 - 「意見書」を書いたことがもたらした様々な波紋

「医療事故」と関わり、「なに」が起こったか

- よく言われる「圧力」(?)はかかったか？
 - 教授、所属施設長の「助言」
- その後も「医療事故」との関わりでご指摘頂く事
 - 「後医は前医を批判せず」、「後医は名医」
 - 「あと出しじゃんけんでとやかく言うのはおかしい」
(「後でなら何でも言える」)
 - 「常に患者側の肩を持つ、著しく偏った医師」
 - 「根拠のない言説を主張する、おかしい医師」など
- ただし、自分としては常に「中立」であるつもり....
 - 「患者側」との「レッテル貼り」は誰のため？

清水先生との出会い

患者支援相談員研修



うそをつかない医療の実践

2010/10/30 sat
架け橋～患者・家族との信頼関係を
つなぐ対話研究会～
後援:新葛飾病院

新葛飾病院 院長
イムス葛飾ハートセンター 顧問
清水 陽一

愛育病院 新生児科/医療安全管理室

医療事故から「なに」を学んだのか

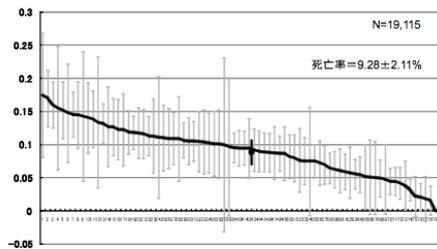
- 「自分が当事者になったかもしれない」という意識、
「事故から学ぶ」ことの重要性
 - 自分の臨床活動を見直す機会は案外ない
- 「医師の裁量権」はあまりに広く解釈されすぎている
のではないか
 - 「独善」に陥らないためにも、「ピアレビュー」は不可欠
- 「真相追求」はそんなにも困難なのか
 - 「失敗」に学ぶ事は「次の失敗」を防ぐのに有効なはず

愛育病院 新生児科/医療安全管理室

医療事故から「なに」を学んだのか

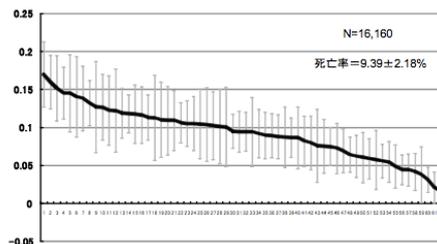
- 「医療の質」とは、「質を保つ」とは
 - 医療にも「格差」がある...事を認める事！
 - がんセンター、周産期医療センター(新生児科)の取り組み
 - 「格差」をどの様に縮めるのか
- 「効率が悪い」と言われる日本の医療
 - 「質」と「効率」は両立するのか？
 - 「スピードアップ」だけが「効率」でしょうか？

図3 参加全施設の死亡退院率 (95%信頼限界)



ネットワーク参加施設の死亡退院率(2004～2008)

図4 100例以上の登録数がある62施設の死亡退院率 (95%信頼限界)



なにが??

- 施設間格差はなぜ生じるのか?
- 「医療の質」を左右する因子
 - 診断の力量
 - 治療の技量
 - ケアの力量
- 「形式知」と「暗黙知」
 - 各NICUで行われている事に大きな差はない
 - あるとしたら....

医療事故から「なに」を学んだのか

- 問われているのは医療の水準や質以上に、
専門家として「なに」を説明し、「どのように」
理解していただくか..というコミュニケーション
ではないか
 - 「ムンテラ」と「インフォームド・コンセント」
 - コミュニケーションスキルに欠ける医療人(日本人の特性?)
 - 「悪いニュース」をどの様に伝えるか..は難しい
 - でも、お互いを「モンスター」視しててもしょうがないのでは?

医療事故から「なに」を学んだのか

- 「謝るな」で本当にいいのですか？
 - 「責任」と「謝罪」は常に表裏一体か？
 - 予想外の出来事が起こったら、それが例え「合併症、偶発症、併発症」だとしても、「謝る」事が問題を複雑化するのだろうか
- 「真実究明・謝罪プロジェクト」を知る

<http://www.stop-medical-accident.net/>



愛育病院 新生児科/医療安全管理室

第四章

これから「どこ」へ

愛育病院 新生児科/医療安全管理室

「真実」はひとつなのか？

- 「真相究明」「真実探求」と言うけれど...
 - 結果の「予見」と「回避」の解釈(?)が食い違っている？
 - 確かにその「可能性」は問題になる....
- 「知りたいこと」から「責任追及」まで短絡しすぎ？
 - 素直に「何が起こったのか」との問いかけに答えられなのか？
 - 「紛争」前提の対応がうまく行かない原因...

「真相究明」を阻むもの

- 「失敗」はそもそも目を背けられるもの
 - 「自己正当化」論理に打ち勝つには...
- 「真実」を話す
 - 医療側、患者側から見える「真実」は異なる？
 - 「真実」「真相」は一つのはず。それを曇らせるものがある→「自己正当化」「プライド」「恐怖心」
- 「医療の不確実性」といかに向き合うのか
 - 「不確実」だから許される？開き直れる？
 - 「確実性」を高めるためにも、「失敗」から学ぶ必要がある

「医療に安全の文化を」を お題目に終わらせない！

- 「真相究明」を求める気持ちは患者サイドも医療提供サイドも同じはず
 - オープンに議論できる「真相究明の場」は絶対不可欠
- 双方の「協働」で「真相究明」に迫るアプローチを探る
 - そのためには、まずスタートラインとして、医療提供サイドの謙虚で真摯な態度、「共感的」謝罪は不可欠。その先に真の「協働」がある
- 「なにが起こったのか」を非専門家とともに「理解」する方法を考える

では、どの様に向き合うのか

- 「コンフリクト」「紛争」は前提なのか？
 - 「身構え」ていては向き合えない
 - まず生じた事態の深刻さについて共感表明と謝罪
 - 「正直に話す」(honest talk)
- 「院内相談員」など第三者の役割は？
 - 双方の当事者から同じ距離
 - 両当事者の「物語り」に耳を傾ける
 - 当事者同士だけではなかなか難しい...
 - 「審判」するのではなく...目指すは「共通理解」にむけた支援
- 「医療安全の文化」定着の具体的方策は？
 - なによりも医療側が「逃げず」、「隠さず」、「ごまかさず」、勇気を持って「真実」を語る...そこがスタートライン！
 - 日常的な「失敗事例」を積み重ねる努力。単なる「ヒヤリ・ハット」で終わらない...

医療人として生きる...その前に

- 人は誰も自分がかわいい
 - 「いいわけ」、「言い逃れ」、「ごまかし」をしたくなるのは自然な事
- 「正直」であること、「誠実」であること
 - 「逃げない、隠さない、ごまかさない」
- 「傲慢」は「独善」を、「独善」は「失敗」を招く
 - 「知識」、「技能」を磨く事は当然として、必要な事は人間としての「深み」ではないか...
- 「常識ある人間」...である事を考えてほしい

医療人として生きる...その前に 「正直」であること、「誠実」であること

- 自分自身に対しても「正直」「誠実」であること
 - 「他者に厳しく、自分に甘い」
 - 他者を支える:自分の身に置き換えて...
- 他人(他職種)のせいにはしない
 - 研修医が悪い、助産師が悪い、看護師が悪い...
 - 患者がモンスターだから....
- ささいなミスであっても、キチンと謝罪する..事から始める
 - 患者さんには何の影響も無いんだから、別に話さなくてもいいんじゃない? ...自己正当化への分かれ道

乃木坂スクール2011後期:現場に学ぶ医療福祉倫理 2011.11.16



ご静聴、
ありがとうございました!



愛育病院 新生児科/医療安全管理室