

臨床倫理コンサルテーションの役割と課題

—医療現場の倫理問題を「個人の悩み」にしないために—

板井孝彦郎

(宮崎大学医学部社会医学講座生命・医療倫理学分野)

どうも皆さん、こんにちは。お忙しいところありがとうございます。

今日は、立命館にお招きいただきましてありがとうございます。実は私、立命館大学の出身で、今からちょうど20年前の1987年、文学部の哲学科哲学専攻入学です。その後、大学院修士課程まで立命館大学にいました。博士課程の後期から京都大学の方に移りまして、倫理学ということになりました。

京都大学時代の指導教官は、ご存じの方もいらっしゃるかも知れませんが、加藤尚武先生という方でした。もともと私はドイツ観念論をやっていました。ヘーゲルとかシェリングとか。加藤先生も、もともとヘーゲルが専門だった方です。それで、僕も京大時代から本格的に生命倫理をやるという形になりました。

今、私は宮崎大学の医学部にいます。「遺伝カウンセリング部」というのが2年前に付属病院にできたときから、「臨床倫理コーディネーター」という仕事もしています。倫理的な問題のアドバイザーとして、付属病院の中でもスタッフとして働かせてもらっています。

おそらく、ここにお集まりの皆さんも含めて、「臨床倫理コーディネーター」だの、あるいは後でも少し紹介しますが、「倫理コンサルタント」だの、あまり耳にしたことがないと思います。実際、今、病院の中でこのような仕事をしている人間は、残念ながらというべきでしょう、私一人しかいないという形になると思います。ただ、関西圏の、大阪の方の病院で、「倫理調整員」という仕事を看護師の方が兼務しているというのを耳にしたことがあります。僕がやっていることに近いのかどうか分かりませんが。

最近は、とかく医療現場では「倫理」ということがとても強調されるような時代です。そこで、今日も皆さんと一緒に考えたい症例を一つ用意していますが、本当に悩ましいです。今日お集まりの皆さんの中には周産期、いわゆる誕生の現場の倫理問題ということについてもご関心のある方が多いかと思ひ、今日はどちらをメインにしようかと迷っていました。

つい先日も和歌山県立医大で「呼吸器取り外し」のことで警察に届けたという報道がありました。警察も検察庁へ書類送検はしたのですが、「悪意性、悪質性は認められない」という異例の意見書を添付して書類送検したという事例でした。

呼吸器の問題は本当に難しいのですが、どう考えたらいいか。「延命治療の差し控え・中止」という問題です。新生児治療の中でも、予後不良の新生児についてはどこまで延命治療するかというのは本当に悩ましい問題です。今日お越しの皆さまにもこのことに取り組んでおられる方もいらっしゃるかと思ひます。

とにかく、医療技術が進歩して、どこまでやったらいいのだろうかという難しさが、医療現場の「悩ましさ」というのを増大させています。またその一方で、医療安全管理ということで臨床現場は非常にピリピリし、一言で言えば医療従事者のQOL（Quality of Life）はボロボロというべきでしょう。

質の高い医療や看護を提供しようと頑張っている医療従事者の皆さんから、あるいは福祉の現場でもそうですが、私はヘルパーさんや、介護福祉士や、あるいはもちろんケアマネージャーも、在宅で頑張っておられる皆さんからの倫理相談というのも受けることがあるのですが、本当に大変です。もうこの「大変」という一言の中にどれだけの思いを込めれば、それが表現できるかということがわからないぐらいです。もちろんそれは医療従事者だけではなく、当事者である患者さんやご家族の心労、ご苦勞、悩みがとてつもなく深いという意味でもです。

さて、今日お集まりの皆さんの中で、医療従事者の方はどれぐらいいらっしやいますか？ ちょっと手を挙げていただけますか？ 詳しい職種は結構です。ありがとうございます。それ以外の方はどちらかという患者さんやご

家族の立場に近いというか、いわば専門職ではないという意味で。分かりました。半分弱ぐらいですね。

今お話ししましたように、現場のケアあるいは医療を提供する側の方も、あるいは先ほど言ったようにその当事者になる患者、家族の皆さんも、この問題をどう考えたらいいかという問題に直面したとしましょう。そのような時に、私がやらせていただいている「臨床倫理コンサルテーション」というのが何かという話と、特に「臨床倫理コーディネーター」というのも耳慣れないと思いますので、この点についてまず少し紹介させていただきたいと思います。最初はパワーポイント使わせていただきます。今日は2時間ほどありますが、1時間半ぐらいお話しさせていただき、途中で20分ほどグループワークを入れようと思っています。

さて、私、あらためて自己紹介させていただきます。「坂井」といいます。実は、自己紹介をするとき、この「いたい」というのがすごく抵抗感があるのです。このところ九州に限らず、関西・関東の病院からも倫理に関する講演依頼などを受けるのですが、そのときに、病院長先生と名刺交換をします。そして、私の名刺には漢字の上にカナが振ってあります。「いたい」と平仮名打ってあるものを渡して、「坂井と申します」と言っているのに、病院長は「ああ、坂井（さかい）先生、今日はどうも遠くからありがとうございます」とおっしゃるんです（苦笑）。「坂井（さかい）」と間違えなくなる理由も分からないではないのですが。その院長先生が高齢だから、名刺の字が小さすぎて見えていないだとか、耳が遠くて聞こえてないとかではなくて、まさか、医学部に所属している人間が、「イタイ」なんていう縁起の悪い名字であるはずがないと、バイアスがかかるんだろうと思うのです。だって皆さん、ワープロで「いたい」とひらがなを入力して変換キーを押してみてください。最初は「痛い」から始まって、ご丁寧に最後の方では「遺体」になってしまうんですから。「どこまで縁起悪いねん」という話ですよ。

もともとは私、文学部出身の哲学・倫理学をバックグラウンドとする、いわゆる「文系」です。日本の医療職の専門資格は持っていません。でも、そのような人間が病院でも働くような時代になってきました。

さて、「臨床倫理コーディネーター」とは何かということです。生命倫理はアメリカを中心に、1970年代終わりから、ファン・レンセラ・ポッターが「バイオエシックス (bioethics)」という言葉使ってるんぬん……今日はそうした歴史的な話は、端折らせて頂いて、そのポイントだけをお話させていただきます。

「生命倫理」というのは広くいうと、科学技術、最先端科学技術が臨床応用されたことに伴って生じるような「最先端医療の倫理」というイメージがあります。しかし、ここで紹介する「クリニカル・エシックス (clinical ethics)」というのは、「バイオエシックス (bioethics)」とか「メディカル・エシックス (medical ethics)」が主にその方法論とする「トップ・ダウン」ではなく、「ボトム・アップ」を重視するものです。たとえば、トップ・ダウンの代表として、有名な「倫理原則」に「4大原則」というのがあります。①自律尊重の原則、②仁恵・善行の原則、③無危害の原則、そして④公正公平の原則、です。

例えば、最初の「自律尊重の原則」を理論的背景とする「患者さんの自己決定権」ということも、それが大事だ、ということは何の医療従事者も理解していることではあります。しかし、このあとの「事例」でも考えていただきますが、それぞれ「呼吸器を外してくれ」という患者さんの訴えを「自己決定」と捉えていいのかと、医療従事者なら誰もが悩むわけです。なぜなら、そのことによって患者さんは死亡してしまうだけでなく、自分もまた殺人容疑で立件されてしまうかもしれないのですから。ですので、原理・原則から出発するトップ・ダウン型の倫理では、現場は「何ともしようがない」「どうしていいかわからない」ということが多々起こります。人工呼吸器の抜管。本当に患者さんのためを思えばやるべきだという意見もあるでしょうし、「いやいや、それはやはり生命の尊厳ということを考えたら抜くべきでない」という意見など、悩ましい問題が起こる。

そういう倫理的ジレンマに遭遇した医療スタッフをサポートするための人材養成が、米国では1980年代ごろから行われてきました。トップ・ダウンではなくて、「現場から考える倫理」のことを「クリニカル・エシックス」と

います。事例から出発するボトム・アップの手法を「Case-Based Approach」と表現します。事例を基にしたアプローチです。

有名なところでは、ワシントンDCのジョージタウン大学 (Georgetown University) の中に「Kennedy Institute of Ethics」があります。そのショートプログラム・コースの中でトレーニングを受けた人材のことを「バイオエシシスト (bioethicist)」と言ったりしていましたが、まだまだ「トップ・ダウン」の色合いが強かった。そこで、もっと日常臨床の現場に根ざした、「クリニカルエシシスト (clinical ethicist)」の養成が始まったのです。ところでこの「クリニカルエシシスト」、「ethics」からきているから「ethicist」なのですが、例えば英語圏で「What's your major? (あんた専門何や)」とか、「What's your occupation? (あんた職業なんや)」と言われて、「I am a clinical ethicist.」と答えると英語圏でも「ethicist」は耳慣れない単語のようで、「clinical exorcist (エクソシスト)」と間違えられることがあるとかないとか (笑)。

去年の2月に私、オックスフォードに行ってきたのですが、英国における「clinical ethics」の取り組みというのを調査してきました。そこで冗談半分に「なぜエシシストとあまり言わないのですか？」と聞きました。この後紹介するように、「clinical ethics consultant (臨床倫理コンサルタント)」あるいは「clinical ethics coordinator (臨床倫理コーディネーター)」という方がメジャーです。「ethicist」という言い方も確かにあるのですが、「何であまり使わないのですか？ ひょっとしたら「exorcist」と間違えられるからですか？」と聞いたら「ニヤ」と笑っていましたが。

米国では「consultant」という言いの方がメジャーです。「coordinator」という言い方はマイノリティーなのですが、僕はある意味を込めて (後で説明します)「consultant」ではなくて「coordinator」という言葉を使わせてもらっています。なぜコンサルタントではなく、コーディネーターの方を使うのか。それは、私がやっている仕事の内容が、まさしく「調整 (コーディネイト)」だからなのです。

「コンサルタント」というのは、どちらかというところ「こうしなさい」と方向性を明確に提示してしまう性格が強い。そうではなくて、私はあくまでもその現場で道を見いだせなくなってしまっている現場の医療スタッフに対して、例えば「こういう情報が欠けていますよ」とか、「こういう方向でもう一度検討し直してみてもはどうですか」と、当事者が自分の足で歩けるように「サポートすること」がメイン・タスクなのです。だから、「それじゃあ私が患者さんの気持ち聞いてきますわ。」これでは駄目なのです。私は極力、患者さんやご家族に直接かかわらないスタンスで臨んでいます。つまり、医療スタッフをサポートする。

私に取り組んでいる倫理コンサルテーションは、6年目に突入しました。2002年の4月に、宮崎大学の医学部（当時は「宮崎医科大学」でしたが）に着任しました。その年の夏に「喫茶店」をつくりました。「常設型倫理コンサルテーションルーム：【喫茶☆りんり】」といいます。知り合いの医師に、「【喫茶☆りんり】というのを作ったんだけど」と言ったら「そんな喫茶店行きたくない」とか言われましたけど。「説教部屋」だと思われたのでしょね。確かに「倫理」という言葉は、ものすごく抵抗感がありますよね。まるで「正・邪」「善・悪」と頭ごなしに決められて、「あんたはいいドクターや」とか、「あんたは悪い看護師や」と、レッテルを貼られるようなニュアンスや「懲罰的なイメージ」がある。

とにかく少しでも敷居を低くしたいと思って、倫理コンサルテーションするにあたっては部屋を「喫茶店風」にしようと考えました。もともとのオリジナル・アイデアはどこから持ってきたかというところ、大阪大学の臨床哲学教室が「哲学カフェ」というのをやっていた。僕はそれを倫理で、特に病院の中でやろうと思ったのです。阪大のメンバーもつい最近、私の【喫茶☆りんり】を見学に来てくださいました。

【喫茶☆りんり】は医学部の中にあるのですが、どこかというところ、要するに僕の研究室です。手前の方には、いっぱい書類が散乱しているデスクがあります。写真は嘘をつきますね。すごくきれいに見えますが、来たら皆さん、

きっとびっくりしますよ、「何やここ、めちゃくちゃ汚いやん」って（写真1参照）。

夏休みにホームセンターに通いまして、パラソルなどを運び込みました。そうしたら周りの教授たちに怪しい目で見られまして。「あいつは研究室に何を運び込みよんねん」という奇異の目にさらされつつ、それに負けることなくリフォームをしました。

【喫茶☆りんり】では、直接来店の相談のほか、電話相談やEメールの相談も受け付けています。認知されてくるようになりますと、病棟から「ちょっと来てくれ」ということで、直接病棟へ赴くこともあります。付属病院だけではありません。近くの病院等々からもオーダーが入ったらすぐに、できる限り伺うようにしています。2週間に1回必ず宮崎市郡医師会病院の緩和ケア病棟に定期的に伺っています。

ここでの活動を少し振り返りますと、2002年9月9日、救急の日にオープンしました。およそ5年強ですが、2007年4月までのところでのデータです。しっかり記録を残していないのもあり「おおよそ」になっていますが、相談件数は680件ぐらいです。直接来店が120、電話相談が130、Eメールが一番多く330。病棟訪問、僕の方から病棟へ赴くのは75ぐらい。遺伝カウンセリング部というのが2005年の4月に正式に立ち上がりましたが、準備の段階から定例のカンファレンスを月1回行っています。それは25ということで、別にカウントしています。

2外科の看護師さんたちが【喫茶☆りんり】にやって来て、脳内浮腫の予後不良の患者さんについて、今後どんなアプローチをすればいいかということで相談に来たりもしています。グループ相談と、個別相談の両方を行っています。

もう一つ、実は「姉妹店」がありまして、姉妹店は宮崎空港に程近い、国立病院機構宮崎東病院というところにあります。姉妹店だから何という名前にしようかと思い、本店が【喫茶☆りんり】だから【かふえ☆りんり】にしました。ほとんど同じですが（苦笑）。もう少しいいネーミングがないんかというところですが。【かふえ☆りんり】（写真2参照）は、この宮崎東病院

に2005年4月、神経難病専門病棟が立ち上がったときに、「看護スタッフを中心に医療スタッフをサポートするということで、ぜひこの病院でも倫理相談をやって欲しい」と副院長に頼まれたのがキッカケです。それで、毎週水曜日または木曜日、夕方6時から8時半まで私がここに常駐して、看護師さんがやってくる、医師がやってくる、というスタイルでやっています（写真3参照）。ところが、これもオープンして2年目を迎えるのですが、1年目は水曜日、木曜日の両方行っていたのですが、だんだん他の病院からも相談事例が多くなって、常駐できる時間が限られてきたものですから、今は木曜日だけになっています。

ここの取り組みとしては、病棟にオープン案内チラシを毎月配布しています（資料1参照）。早めにオープンして5時半からやっているときもありますが、原則6時からです。その月の開店予定日というのをあらかじめ病棟にこういうのを配布してやっています（資料2参照）。50円でドリンク何杯でも。安いでしょう。赤字です。初来店の方には無料サービスということもやっています。

「倫理」というとやはり抵抗感が強いだろうということもあって、最初はなかなか来てくれませんでした。1回来た人は、「ああ、あそこは何を言うてもいいところや」という印象を持ってくれると、リピーターが増えるのですが。来ていただくのを促すために、「ドリンクセット無料サービス券」というのを配布したりもしています。「倫理的な悩みは一人で抱え込まずに」、ぜひ相談してくれということで、こういうのも配りながらやっています。

姉妹店の状況については、2年弱で延べ利用者が251名。「延べ」というのはリピーターも入っていますので。医師が31名になっていますが、やはり神経内科のドクターが中心です。呼吸器のドクターからも相談が入ったりしますし、小児科も入りますが、リピーターは神経内科が一番多いです。神経難病病棟のバックアップというのを目的に最初立ち上げたということもありますが。看護師も、これもリピーターがいますから、来ない看護師さんもちろんいます。

ソーシャルワーカーは一人ですから、よく来ます。やはり地域医療連携と

ということで、病院と地域との板挟みになることが多いのです。退院計画がしっかりできてないのに、とにかく「退院先を見つけてくれ」と言われ、「患者さん自身は退院したいと言っているのですか？」ということになり、実際には病院の都合で追い出されようとしているような感じがしてならないというような事例も含めて、色々と板挟みに合うことが多いのです。児童指導員さんという方もおられますが、その方もよく相談に来られます。

実際、このコンサルテーションを利用した人たちは、どのような感想をもっているか、コンサルテーションに対して必要性を感じてくれているのだろうか、という問題があります。こういうコンサルタントというのは日本にない、とにかく始めようということでやってきました。厚労省が動くのを待っていたらいつになるか分からないということで、ゲリラ的に始めてみました。

では、それがどういうアウトカムを生んでいるか。やはり利用者の満足度、あるいは医療・福祉のケアの質の向上ということにどれだけ貢献しているかということが見える必要がある。少なくとも「やりました」だけではダメでしょうから。そこで、5年突っ走ってきて、そろそろそれをきちんと振り返りたいと思っています。今から紹介するのは、ファイザーヘルスリサーチ研究助成なのですが、代表者は東北大学の出水先生という方の研究助成金を使わせていただいて、「我が国における倫理コンサルテーションに関する質的研究」というのをやらせて頂きました。実際に倫理コンサルテーションを利用した人たちの声を質的研究として分析してみようということになりました。実際にインタビューを行ってくださった浅井先生という方は、元京都大学の医療倫理学教室の准教授で、今は熊本大学の教授です。当時、僕も京都大学にいた頃にこの浅井先生と知り合いました。総合診療科にも勤務されていました。そして、たまたま僕の方が宮崎に来たのが先でしたが、熊本にお越しになったので、また隣同士の県ということもあり今も一緒に研究をしています。

僕が【喫茶☆りんり】の利用者さんたちにインタビューするわけにもいかないのです。浅井先生にやって頂きました。その内容を、少しだけ紹介したい

と思います。

インタビュー対象者は、【喫茶☆りんり】、【かふえ☆りんり】、どちらでもいいのでそれらを利用したことがある、南九州地方の、特に神経難病医療と終末期医療に従事した医療者の方。こうなっているのは、もともとのファイザーヘルスの研究自体が「神経難病」というカテゴリー中心で始めていたものですから。倫理相談の内容と効果に関する半構造的インタビュー、逐語録を質的に分析。インタビュー期間としては3月～10月。残念ながら、コーディネーターがうまくいかず、「参加していいですよ」と言ってくれる方はけっこうおられたのですが、浅井先生が一人でやってくくださったものですから、30人は少なくとも思っていたところ、なかなかインタビューの日程が合わず、結局18名までしか伸びませんでした。看護師が10名、医師は4名、医療・福祉関連職が4名。

どのような声だったかという、主な質問内容は「どうして受けようと思ったか、きっかけ」、「受けてみてよかったことは何か」、「相談した後で、あなた自身の行動に変容、変化したことはあったか」、「物足りなかったことはないか」、「倫理コンサルタントには、どのような技術や素養が必要だと思うか」、「こういうコンサルテーションの必要性は日本の医療現場にもあると思うか」というものです。18名のインタビューの中から、コーディングして得られた特徴的な結果を幾つか紹介します。

まだまとめている最中で、カテゴリーもだいぶ変わってくる可能性があります。例えば、やはり冒頭に来るのは〈診療方針に関する迷い〉です。特に先ほど出てきた法的問題。倫理的、法的妥当性に関する不安というのはやはり医療者も抱えていて、こんな風に語ってくださっています。「これだと法に触れるのではないか。マスコミを見るたびに、色々な医師たちが色々な目に遭ったり問題を抱えたりしている。自分たちもそうなるのではないか、こうしていいのか悪いのか分からない。正直不安なのです。」このように、本当に医療者も、ある意味患者のため、家族のためと必死なのですが、それが本当にいいことなのかどうか分かりにくくなってしまった時代ですね。

それから、これは特に看護職に多いのですが、医師以外の医療従事者です。

〈医師と患者・家族との板挟み〉。例えば、人工呼吸器を付けない方がいいという先生の意見。これはALSの患者さんに対するものです。たとえば、この後本当に、「totally locked instate」といいますか、完全な閉じ込め状態になったら、本人はつらいだろうから付けない方がいいと。その気持ちは分からないのではないのですが、最後まで一生懸命やって欲しいというご家族の意見も分かる。そういうときに、どこまで私（看護師）が介入していいのか、というような板挟みの状態。

今のは一つの例ですが、他にも意識レベルが低下していて、経管栄養、あるいは高カロリー輸液が入っているという状態の患者さんをみるにつけ、医師は「もうやめた方がいいんじゃないか」と言い始めた。しかし、ご家族はどんな姿でも生きていて欲しい。だけど、本当にこれが患者の利益になるのかという思い。

逆もあります。患者家族はやめてくれと。しかし、医師はやはり命は大事だから、そういう形で延命治療を中止できないと。どちらも悪意はないのです。しかし、看護師も自分の意見もありつつ、家族から言われて、そしてどうしたらいいか分からない。看護職はじめ、コ・メディカル（co-medical）といわれる人たちは、医師と患者、家族との板挟みに非常に苦しむことが多いわけです。そこで、僕のとこに相談に来るということになります。

それから、〈患者・家族への対応に困って〉。これは神経難病患者さんに対しての話ですが、人工呼吸器を付けて気管切開するという時点で、ものすごく本人の気持ちは揺れる。それはそうです。付けたらいいのか、付けない方がいいのか、やはり本人も悩むわけです。いったんは付けると言ったのに、やはりやめてくれと言う。またやめてくれと言ったのに、やはり付けてくれと言う。その揺れ動きの中、医療従事者も周りが「巻き込まれていく」という言い方をその医師は使っていましたが、「どうしてこのようなことになるのか。僕たちは全力を尽くして呼吸器を付けた後もケアしていくと言うのに、患者さん自身のこの気持ちの揺れの中、僕らもどうしていいのか分からない」と。「どうして僕たちが全力でやるということが理解されないのか謎なんだ」という言葉になってしまう。

それから、〈医療従事者間の意見の不一致〉です。先ほどの看護師はじめコ・メディカルとの板挟みもありましたが、例えば、一人の患者さんに関しての対応の仕方についてスタッフ間で考えが色々と分かれた。看護師間でも分かれた。ある看護師は「こういうのがいいんじゃないか」と、「でも私はこう思う」とか。どうしていいかみんなが分からなくなったとき、では倫理的にはどうなのか、この対応の仕方を聞いてみようということで、皆さんで来られるという場合もあります。

それから、〈モヤモヤ〉。僕はこれが一つの一番大きなキーワードだと思っています。これまでのものは、どちらかという相談に来る方にとっても「ここが問題だって感じてるんです」と、ある程度は問題意識がクリアカットされていた。しかし、やはり倫理相談に行くとき、まだ自分の中に漠然とした「モヤモヤしたもの」というのがあって、何が問題かも分からないのだけど、とにかくもモヤモヤして仕方がない。そのような状態で来たときに、それをばっつとまず言わして欲しいと。一度言わせていただいて、そこから自分の中で整理したいという人が多いと思います。

先ほども松田先生が、今朝の朝日新聞（2007年5月26日付け）で記事が出ていたということでご紹介いただきましたが、これは厚生労働省の研究班として行っている「倫理コンサルテーション事業」の方です。今紹介しているのは、僕が個人的に宮崎でやっているものなのですが、これは後でまたホームページも紹介しますが、厚労省の研究班として始めた倫理コンサルテーション事業です。こういうホームページで、「臨床倫理支援・教育・対話促進」というのを立ち上げました (http://www.kankakuki.go.jp/lab_a-1/rinrisoudan.html)。その中でメールによる相談、ファックスによる相談というのを受け付け始めました。今、このホームページ上では、依頼いただくときに、フォーマットに相談したいことを記入していただいて、メールあるいはファックスで送っていただくという形態をとっています。これも後で詳しくどういう取り組みなのか紹介します。

しかし、相談するときのように記入をするというのは、相当エネルギーがいらいます。だから、常駐、常設ということの意味が大きいと思うのです。

相談したいと思うときに行ける。何が問題かよく分からないのだけど、とにかく相談したい。そういう形での相談形態と比べると、やはりこういうメールやファックスでというのは敷居が高いということが特徴的に浮かび上がってきます。

そして、少し戻りますが、相談して良かったことについてです。〈診療方針に関する具体的アドバイス〉がもらえる。確かにそれはあるでしょう。私たちの話を聞きながらポツとアドバイスをくれると。「ああそうなんだ、これでいいんだ」とか、「こういう方向でいけばいいんだ」と。

それから〈疑問点・問題点の整理〉。「何が解決したということではなくても、自分の中で考えが整理されるので、この部屋に入ってきた時と出ていく時では少し違う」というのがあります。実は、答えが出ないということも、決して少なくないのです。しかし、自分の中でとりあえず何が問題だったかということも含めて整理ができたということで、次につながるということが大きいでしょう。「冷静に聞いてくださるということで、自分たちの気持ちの整理ができる」ということ。自分たちがもんもんとしていることが何なのかということが少し整理できる。「私もうまく伝えられないので、先生(というのは私のことを差してくださっているのですが)が、『こういうことだよね』と言ってくれるので、そこで自分の一番困っていることに気付く」と。

このあたりは、例えば、NPOなどで、このプロジェクトで既に研究会第1回目で、COMLの山口さんがお話しになっていたと思います。患者、家族にとっても同じ感想があると思いますが、医療者も同じだということです。COMLも最近患者家族だけではなく、医療者のサポートも始められたと聞いていますが、それはすごく重要な取り組みだと思います。

そして、〈スッキリ感〉。「倫理相談を受けて、ぱっとモヤモヤが晴れたんです」と。「もやもや」というのは、すごく頻繁に出てくるキーワードですね。「もうすっきりしたんです。そこで、『こうしなさい』、『こうだからこう』と答えをもらったわけではないのですが、すっきりしたので、次から、次の日からの行動が変わりました。ヒントをいただいて」。

そして、〈同種職種間の煮詰まり〉。「当事者でない人からのアドバイスはいい。視野が広がる」。アンダーラインを引きましたが。どんなに優れた判断能力、特にそれが倫理的判断能力ということであっても、やはり当事者となってしまうと視野狭窄が起こります。それは眼科の視野狭窄ではなく、精神的視野狭窄という意味です。見えなくなるのです。「これしかない、これしかない。この患者さんの苦しみをとるには筋弛緩打つしかない」とか、だんだん視野が狭くなってしまいますのです。

そのようなとき、「ちょっと、ちょっと。立ち止まろうよ」、「本当にそれは患者さんが望んでいることなの？」と。そこに我々が少し介入することで、医学的適用ではない部分です。患者は本当は何を思っているか、家族はどう思っているかということに対する視野の広がり。自分自身の考えに盲点がないかどうか。「特に、医者同士だと、同じ盲点を持っている場合もありますので、倫理コンサルタントは医者ではありませんから、僕らが持っている盲点に気が付く可能性が非常に高い」と、肯定的に支持してくださっています。

それから〈感情的・心理サポート〉。「この場というのは、倫理という狭い意味だけではないメンタルな相談室になっているのではないか。【かふえ☆りんり】そのものは、どちらかというガス抜きの意味合いが強いのだろうということは、僕も感じています。」という意見。これはグループインタビューになったメンバーでしょう。そして同情ではないが、「そうだよね」という空気に多分安心するのだと思います。「先生こうですよね」と言ったら「うん、そうだよね」と言ってもらえる空気。

アドバイザーは、どちらかという「いや、そうじゃなくてこうです」という言い方をしてしまいます。しかし、あらゆるこういう支援において重要なことは共感からのスタート。それは医療従事者に対しても同じことが言える。同職種間だと、どうしても厳しくなるのです。「あんた、看護師として何で患者の気持ちが分からないの」。「あんた、医者としてそれはあまりにもあり得ないんじゃないの」など、否定から入ってしまうのです。そうすると、倫理的な医者とか看護師とか言われたら拒絶反応です。私たちが否定されてしまうという感覚です。そうではない、問題の共有というところから。やは

り共感的アプローチというのは、倫理コンサルテーションにおいてもまず不可欠だということでしょう。

それから、「チーム医療」という言葉がありますが、現場をご存じの方は「一体チーム医療なんてどこにあるの」と思われるかもしれません。大学病院で看護師と医者が、一緒にカンファレンスしているところなどほとんどないです。チーム医療ということが、残念ながら形骸化をしている中、チームによるコンセンサスの重要性をコンサルテーションを通じて再度認識いただき、みんなで話し合っただけで決めた。そう、これもまたこのプロジェクトで、2回目でしたか、藤崎先生が「shared decision making」という言葉をキーワードにお話しをされたと思います。それは、医療職種間も「shared」ではなければならないし、もちろん患者、家族との「share」ということもあります。今は、善意から医師が「これがいい」と思ったことで突っ走ってしまい、チームが取り残され、看護師はじめコ・メディカルが「ほんとにこれでいいのか」というモヤモヤを抱えた状態で医療が進んでしまう。しかし、大前提で言いますが、医師には「悪意」はないのです。

そこで、「倫理的な調整が図られてこういう決定がなされたというプロセスがすごく大事な気がします。例えば、家族の誰々のせいだとか、医者のせいだとか、看護職のせいだとか、そういう職種だけに責任がいかに、そういうような調整のプロセスの中で納得した形で。」という意見が出てくる。とはいえ、誰にも責任がないという意味ではありません。これはまた後で、事例を考察するときに詳しくお話ししますが、しかし、少なくとも、善意ある医者が一人歩きして独善で突っ走って悲劇が起こる、ということを予防する観点からも、やはりチーム医療のコンセンサスは重要なのです。「チーム医療」というけれど、本当にそれをシステム化するにはどうしたらいいかというのが見えないわけです。そのようなときにこの倫理コンサルテーションということを通じた「ethics case conference」、これを「ECC」と言っていますが、予備校ではないですよ。「ethics case conference」というのを、どうやって病棟内、病院内に仕組みとして作り上げていくか。善意ある人が患者のために頑張ればいい。それでは絶対に解決しません。むしろ、善意から

の悲劇、独善の悲劇が繰り返されると思います。

それから8番目として、医療・ケアの質の向上に貢献できるのではないか。これは、患者さんや家族の声ではなく、医療者からの声ですので、その実証性ということが乏しいと言わざるを得ませんが。一つの職種だけに責任がいかにという、先ほどの言葉の続きです。「そのような調整のプロセスの中で、納得した形で医療に携わっていく形であれば、医療スタッフの方もすごく精神的な安定が得られると思います。医療職が精神的に安定しているということは、家族や患者さん側にとっても安心感を持てることだと思いますので、そういう意味で非常に力になるのではないかと思います。」というコメントです。

もう少し補足的にお話しすると、例えば医師も当直明けとか、当たり日になると緊急搬送がバンバン入るわけです。仮眠が取れない。しかし、その状態で翌朝外来勤務。この慢性的な睡眠不足の状況下にある中、医療ミスをするな、判断をミスるな。難しいですね。意識朦朧なわけですから。

確か、熊本の先生が、これは実証的に研究されたのですが、当直明けのドクターは酒気帯び運転に近い状態だということを、エビデンスとして出されました。それでは医療ミスも起こるわという話です。つまり、翌朝^{めいてい}、酩酊状態の医師が、診察しているようなもの。それから、看護師さんも、朝病室に行き、「おはようございます。今日も何かあったら遠慮なくおっしゃってくださいね。お困りのことがあったら何でもおっしゃってくださいね」と言いながら、「何にも言わんといてや」というオーラがいっぱい出ているわけです。藤崎先生のノンバーバルなコミュニケーションでいくと、「今日もつつがなく私（看護師）がルーティンな業務がきちんとできるように、『何でもおっしゃってくださいね』と言いながら『何にも言わんといてや』というオーラが出ている。

これは、構造的な問題です。頭の中は「今日は検査出しが何時にあった」、「入院患者がいつ来る」など、頭いっぱいなわけです。バーバルには、「何でもおっしゃってくださいね」と言っていますが、「何でもおっしゃってくださいね。おっしゃってくださいね」と後ろへ下がって逃げていくような勢い

です。「今日もお辛いことがあればおっしゃってください」と言いながら、「私の方が辛いこといっぱいあんねんけど」と思うような。医療者の側のQOLがぼろぼろな状態で、患者・家族のQOLを上げようとしても、それはムリな話です

患者や家族には医科学的、看護科学的にサイエンティフィックに栄養状態を良好にし、環境整備をして、と科学的なアプローチをしていながら、提供している側は「根性論」なわけです。しかし、これを堂々と言えない雰囲気がある。つまり、倫理的な医者や看護師ほど患者のために自己犠牲的にぼろぼろになっても英雄的に働くのが倫理的だ。ここに大きな構造のズレがあります。医療者こそきちんと休息を取り、精神的にも、身体的にも健康でなければ、質の高い医療は提供できない。この当たり前のことが言いにくい空気、ありませんか。患者のために頑張ってる。ところが、実はひっくり返すと、患者・家族にとってもリスクな状態の医療者に医療、ケアを受けているということのを助長しているということなのです。

栄養状態不良です、夜勤の看護師さんとか。カップめん、コンビニ弁当。今日はちょっといいお弁当買おうかな、春の特選弁当とか買ってきて、電子レンジで「チン」といった瞬間にコールが鳴る。「ああ、もう」と行って、帰ってきたらもう冷めているわけですよ。もちろんそこで「ああ、もう」と言わずに行くのが、確かに望ましいですよ。だけど、神経難病病棟では50床あったら、38床が呼吸器。夜勤は二人とか三人。医療現場の方は分かりますよね、この「地獄」とも言えるような状況。コールがやまないわけですよ。行っても、行っても止まらない。看護師さんも、「患者には言ってはいけない、言ってはいけない」と思いながら、「またなの」と言ってしまったときに、実際相談に来ました。「先生、私自己嫌悪でね。もうあそこで言っちゃったの」と。しかし、もうここまで言いたくなるような状況、ギリギリなのです。明らかなマンパワー不足。マンパワーがあれば勝手にすむ抑制が、山ほどあります。こういうところを見た上で倫理を語らないと、バーンアウトする医療職が増えるばかりです。まじめで、責任感があって、患者のためと思う人ほど。ここにメス入れないといけないのです。

さて、今度は、先ほどから言っている「倫理」という言葉のネガティブイメージについてです。「確かに『倫理』という言葉を使うと堅くなってしまっているので、ここ（喫茶）に来づらかったかもしれない。」というコメントが見られる。だから少しでも柔らかくと思って、【喫茶☆りんり】を平仮名にしているのです。姑息ですが。「来るだけでも大変だと思います。ここに来ようと決断するだけでも大変だと思います。ちょっと怖い場所というイメージがありますよね。」……やはり「説教部屋」だと誤解しているんです。

それから、医療者の倫理的な問題に、多忙さ。医療者は倫理的問題にもやややしなながらも、流しあっているところも多いと思います。「これってどうなの」と思うけど、それに正面から目を向ける時間がない。それだけでなく、それに目を向けたら自分が壊れそうになるのです。「このIVH（中心静脈栄養法：Intravenous Hyperalimentation）は本当に患者のために意味があるのだろうか。高カロリー輸液で全身パンパンやないの。いいのかしら」と思い始めたら、そのような患者さんがたくさんいますから、思い始めたら業務ができなくなる。だけど、「また同じことしている気がする」というふうにどんどん蓄積していくわけです。「ある意味もう流していたかもしれません。立ち止まっていられない、というようなところがあって。色々な症例があって忙しくて、その日の業務を済ませるのがやっとで……。」もうこれは本当にそうだと思うのです。

しかし、これは一般の方には見えない。私もこの学生で、修士の頃までは思っていました。医者とか看護師は自己犠牲的に頑張るのが当たり前だと。しかし、現場を知れば知るほど思いました。これは異常だと。これはおかしいと。現場を知って初めて思いました。そこを語った上での倫理でなければいけないということを、初めて肌で知った。「倫理学」という学問は、まさしく「机上の空論」だということです。

もう一つは〈迅速対応へのニーズ〉です。「何かがあったときにぱっと駆け込んで、的確なアドバイスをしてくださる方がいるのがいい。予約制にすると色々なことを考えてしまって取れないような気がします」と。構えてしまうような気がするんでしょうね。「なかなか調整時間がつきにくくなって、

行けなくなるかなって感じがしますよね」という言葉もあります。

「行こう」と思ったときにいてくれないというのは、大きいです。そして、結局は「ああ、もういいわ」と流してしまう。これから後で紹介しますが、欧米とか、それからイギリスでは、24時間体制でのサポートということを実現しようと既に動き始めています。

例えば、英国は先ほど見ていただいたこのメインのプリントを少し読ませていただきます。これは『British Medical Journal』というところに紹介されていた、「Development of clinical ethicist committees」ということで、イギリスの状況です。ホームページがありますから見ていただければと思います (<http://www.ethics-network.org.uk/> 参照)。「UK Clinical Ethics Network (英国臨床倫理ネットワーク)」というのを2001年から立ち上げています。これは特に、「General Practitioner」、日本語で言いますと「掛かり付け医」です。掛かり付け医を支えるということで始めた、臨床倫理相談のネットワークです。これは素晴らしいと思って、見学に行きたいなと思っていて、ようやく去年実現しました。

ここに「First author」になっていますが、Anne SlowtherというのはGP (General Practitioner) です。掛かり付け医です。この方がこのUKのシステムの立ち上げに最も深くかかわった方で、直接会ってお話を聞いてきました。ほかにも、最後にいるTony Hopeという方にもお会いしまして色々とお話を聞くことができましたので、また後でご質問があれば答えられる範囲だと思います。

英国でもまだ、24時間のサポートはやれていないのです。NHS (National Health Service) のファンドで始めていますが、ただ、これも資金が期限付きだそうで、予算をどうするかというのはやはり悩ましい問題だと言っていました。

イギリスの場合、この養成コースというのは、アメリカのようなオフィシャルな形ではまだ立ち上がってないそうです。オックスフォードの「Department of Primary Health Care」が中心になってこの養成ということも始めているという話でした。今、いわゆる「clinical ethicist」ということで、

専門的にやっている人はイギリスにどれぐらいいますかと聞いたら、「一人だ」と言っていました。つまり、兼任なのです。私も兼任ですが、だから、これに対して特別なインセンティブがあるわけではないと言っていました。

24時間でやる必要があると思います。僕も24時間でやりたいのですが、今のこの「喫茶☆りんり」はマスター兼店員が一人しかいないもので。本当に24時間にしたら、私が本当に遺体になりそうでちょっとできないのです。

そこで、これまで孤軍奮闘という感じだったのですが、2006年10月から厚労省の研究班で「臨床倫理コンサルテーションチーム」というのを作りました。こういうコンサルテーションが必要だと感じてくれる医師、看護師、弁護士、法学者、哲学者、13人ぐらいが集まりまして。その紹介はまた後で。先ほど新聞記事もいただきましたが、取り組みを紹介したいと思います。

ということで、ご来店をお待ちしております。「おこしやす」と書いてありますが。「行けるかい宮崎まで」という話ですが。でも最近、宮崎はツアーがありますから。東国原知事に会えるかもしれない「県庁ツアー」とかありますので、ついでにですね。どちらがついでか分かりませんが、来ていただけましたらと思います。

以上が、個人的にやっている分です。もう一つの方、「臨床倫理支援・教育支援・対話促進プロジェクト」の方ですが、これは去年の10月から始めたばかりです。先ほど紹介させていただいた僕が個人的にやっていたものを、ファイザーヘルスリサーチという研究助成を得て、浅井先生を中心にやっていたいただいたものの報告書（「平成18年度ファイザーヘルスリサーチ研究助成『臨床倫理介入に関する研究』報告書」）です。これを資料に付けさせていただきました。先ほどは本当に触りだけでしたから、もう少し詳しくお知りになりたいという方は、これを見ていただければと思います。まだ、コーディングも含めて浅井先生と二人で作っている段階です。ファイナルレポートではありませんが、もう少し詳しくという場合に、また参考にさせていただければと思います。

そしてもう一つが、厚労省の科研費、厚労科研の研究事業ということでや

らせていただいたものに関する、18年度の分担研究報告書（「厚生労働科学研究補助金（医療安全・医療技術評価総合研究事業）平成18年度分担研究報告書『倫理コンサルテーション活動に関する研究』」）です。詳しくはこちらを見ていただければと思いますが、簡単に紹介します。

ホームページの方で見ていただきますと、「臨床倫理支援・教育・対話促進プロジェクト」といまして、三つ目的があります。まずは、臨床倫理問題に対処する支援活動、それから教育、対話促進があります。まず、これから紹介する「臨床倫理コンサルテーション事業」。

そして、2番目の「臨床倫理教育」というのは、ここに来られた藤崎先生にも入っていただいています。日本医学教育学会というところの「倫理・行動科学委員会」と共催で、医療従事者に対する倫理問題のトレーニングコースというのを始めました。われわれのプロジェクト単独として、共催という形ではなく行うものとして、「臨床倫理集中講座A to Z」の第1回を熊本大学で今年9月にやります。第2回は、2008年3月に宮崎大学での開催を予定しています。先ほど言いました、欧米圏ではこういう臨床倫理に精通した専門家を育てようということが始まっています。日本でも一カ所あります。東京大学に「CBEL（Center for Biomedical Ethics and Law）」というのがあります。生命・医療倫理人材養成ユニットです。あそこも5年計画でやります。今年で最後ですか、あそこもファンドが続かないことが非常に残念です。我々としても、西日本、特に九州地方を中心にカバーしようということで、全国から募集を始めました。30人か40人ぐらいのコースです。これは短期集中コースで、二日間のコースで今年の9月にやります。主には医療従事者が対象です。「CBEL」はどちらかというと研究倫理委員会をコーディネートする倫理コンサルタント養成だったのですが、我々の方は、先ほど言った臨床現場の倫理問題を支援するコーディネーター、コンサルタントの養成の方に力を入れてやろうということで始める予定です。それが2番目の課題です。

それから、一般市民と医療専門職の対話促進ということでは、熊本大学で一度やりましたが、これも継続的にやろうと思っています。私がつばら関

わっているのは最初のここです。臨床倫理支援ということで。

厚労省の報告書はまたご覧いただければと思います。メンバーは、先ほど言いましたが、浅井先生をはじめ、稲葉先生等々、13名からなっています。今のところ、昨年10月から始めて、メール相談、ファックスも1件ありましたが、現時点でどれくらい来たかといいますと、12件来ました。内容は多岐にわたっています。この報告書を出した段階では10件でした。どのような相談だったかということについては、相談者のプライバシー保護のためにあまり具体的には書いていませんが、紹介してあります。ページ数でいいますと、3ページから、10件の相談依頼内容の概略というのを書いていますので、どのような相談があったかご覧いただければと思います。

全部は見ませんが、どのような相談があったかという、例えば、病院から病棟チームとしての相談だったのですが、「70代女性、肺がん患者。不安感と呼吸困難を訴えているが、呼吸不全の兆候はなく、有効な症状緩和治療がある段階で、患者自身は深い持続的鎮静を希望されている際の医学的選択について」。特に「患者自身は鎮静を希望しているが、それはすぐ従うのではなくて、オピオイドと抗精神病薬の増量をまずもって治療効果をみる」という行為が果たして適切かどうかです。本人はもう寝かせてくれと言っているのです。しかし、まだセデーションするには医学的には早いように思えるという悩みです。

それから、2例目はどういう相談だったかという、これはプライマリナースの方がおひとりで、という形での相談だったのですが。高齢患者で悪性リンパ腫。告知はされているのですが、「患者自身は治療の継続を強く希望しているが、もうその治療そのものに効果がない。あるいは有害であると医療者が判断した場合……」、具体的にいうと抗がん剤なのですが。もう治療はやってもQOLが下がるだけだからという考えなのですが、もし中止をした場合、患者に対してどのようなかわりをしたらいいか。つまり、患者はやってくれという要望なのです。家族からも患者に対し、治療中止に同意してもらおうように説得を試みるよう医療者側から促す行為は許されるのかという相談。

あと10例はどのようなことがあったか見ていただきたいと思います。実は先ほど、松田先生が紹介していただいた今日（2007年5月26日）の朝日新聞に載ったのに紹介されているのは相談1と2です。相談2の方を見ていただきましょう。「高齢のがん患者、本人は治療の継続を望んでいるが、効果がなく副作用の恐れがある。治療を中止していいだろうか」という相談です。

アドバイスは13人全員がやるわけではありません。僕の方で3人選びます。職種は重ならないように、医師、看護師、法律専門家というような形で。このケースでは医師と、看護師と、法律専門家の3人でチームを組んでいただいてアドバイスを出していただきました。「事実を告げることと患者の希望を奪うことは別である。現実には厳しくても、厳しい伝え方は避ける。患者が『見捨てられた』と思わないように接する。『抗がん剤や放射線はかえって命を縮める恐れがある。在宅療法、体力をつけて再度治療を考えましょう』というように、病院とのつながりが分かるように説明する」と。「この相談者には『害がないのなら患者の希望に沿うため別の薬を使う』との意見も添えた」というようになっています。

実は二日前に、この新聞記事（朝日新聞朝刊2007年5月26日付）をお読みになった、一般の方ではなくて、在宅ホスピスをやられているという、おそらく看護師さんからクレームのメールが来ました。「こんな助言はしないでください」と。それはどういうことだったかというとき、「あたかもまだ治る可能性のあるように伝えて、治らないと分かったときの本人の落胆の気持ちに分からないのですか」というクレームでした。それはもっともだと思います。もっともなクレームだと。「そのような言い方で信頼ある医師から言われたものだから治ると思って、食べなきゃいけないと思って頑張ってる患者がどれだけいると思っているのですか」と。「憤りを感じたからメールをしました」と怒りのメールでした。私もそれはもっともだと思います。

しかし、これは、新聞紙面ということで伝えられなかった部分があるので。それは、「もうがんの告知はきちんと行われている」ということが書かれていないのです。本人も家族も、それはもう何度も何度も医師から伝えら

れていたのです。

クレームをよこしてくださった方は、こうも書いてくださっていました。「1%しか見込みがないものを、あなたは80%もあると。そういう説明を受けたいんですか」という怒りのメールでした。もちろん私たちはそのような説明の仕方をしろとは言いませんし、うそを言えと言っているわけではないのです。1%しか可能性がないというのは、それでも1%でも可能性があるというところに賭けたい患者や家族の気持ち、それに寄り添って欲しいと。ですから、「厳しい言い方は避ける」と言ったのは、「あきらめてください。もう無理ですから」という言い方ではなく、「最後まで望みを掛けたいその気持ちはよく分かります。私たちも決して見捨てはしません。しかし、この抗がん剤治療することで、かえってお体が苦しくなる。そのことを私たちは一番心配しているのです」という伝え方をさせていただきたいと。

実際、このケースではありませんが、「もう治療は無理ですからホスピスに行ってください」。それでは、患者、家族は、医師から見捨てられた感じがするわけです。ですから、「これからもしホスピスに行かれた後も、何か私にできることがあれば、いつでも相談してくださいですよ。治療方法、体力がもし戻ったならば、考えることも一緒にしましょう」。決して「これから治らない」という言い方ではなくて、希望をつなごうとする患者の心に寄り添いながら、しかし厳しいという事実は伝える言い方として工夫していただきたいという、我々のアドバイスのつもりだったのです。

しかし、この記事を読まれた方は多分そこは聞こえてきませんから、「何でこんうそを言うの」というように取られてしまったことも、もっともだと思います。その点は申し訳なかったなと思います。その謝罪のメールを今は僕が責任者ですから、送ろうとしています。ちょっと記事の書き方がよくなかったということで。ただ、新聞記者の方を責める気はありません。限られた紙面ですから、伝えられなかった部分があるのです。

しかし、先ほどの患者さん、希望に応えたいが応えられないという現実があります。でも、これは藤崎先生がお話しになったようにコミュニケーションスキルというのがすごく大事で、事実を伝えるということと、やはり希望

を奪うのは別だということは大事なメッセージとして伝えたかったのです。だから、このチームの助言は、僕は決して間違っていないと思います。ただ、それを正確に伝えることができなかった…、取材を受けたのは私なので、申し訳なかったという思いがあります。

また、アウトカム評価という形で、相談を受けてみてよかったことは何かという、アウトカムもいただいています。やはりどの回答も、こういう相談はぜひ欲しいという声なのですが、残念ながらタイムリーに返事をもらえない。いただいてから1週間でお返ししますという前提です。「迅速で」というときは三日ぐらいで返しますが。

我々も兼任です。しかもボランティアでやっているものですから、本務をやりながらですので、なかなか難しいところです。しかも、北は北海道、南は九州までなので、会ってできない。メーリングリスト上で、メールでやりとりしていただくので、なかなかそれも難しい。本当は、できれば地域に一つこういう倫理相談センターというのを設けて、やはり迅速対応をするというシステムアップをしなければ限界があるということです。

しかし、限界がありながらもとにかくできるところから始めていかないと、既成事実を作っていくという形でないとお上は動いてくれませんから。そしてまた、アウトカムを出すことでないと厚労省を動かさませんから。「こういう声があります、こういう効果があります。だからぜひ作っていただきたい」というエビデンスを蓄積していきながら、やはり制度を作り上げていくということが大切だろうと思います。

まさに、エンパワメントでもそうだと思います。上が動いてくれないからではなく、我々から始めるということが、この領域でも必要だということを痛感しています。

私の方でまずご報告申し上げたかった点は以上となります。

写真 1



写真 3



写真2



Cafe Ethics & Philo

【かふえいりんり】

京都大学医学部附属病院(京都府京都市)の職員です。

【かふえいりんり】 やってます！ 50円でドリンク同杯でも！(物販店の方が割増サードス)

あけましておめでどうぞございます！

◆◆◆ OPEN TIME ◆◆◆

17時30分～20時30分まで

今年もどうぞよろしくご愛顧下さい！

<<OPEN 案内>>

3階の真・新書館北側の扉です！！



＝ 2006年1月の開店予定日 ＝
11(水), 12(水), 19(水), 25(水),
*カスタード・スイーツの制作で開店休業になる日もあります。
その場合は開店休業 (休日は開店休業、祝日は開店休業) に致します。
真の真書館北側、あふり、北の辺(京大)に近いです。

お問い合わせは、京大医学部 医学部 社会医学講座
生命・医療倫理学分科(医学・倫理学法教室)まで
TEL & FAX 0945-85-1760 <直>
E-mail: koichiro@med.nkyu.ac.jp
【かふえいりんり】アスター: 助教 橋本孝徳

【開店コンシェルション】の準備中

テーマ【開店コンシェルション】ってなに？

A 簡単に言えば「自営自足」のことです。【かふえいりんり】では、ペッグサイトが主、病院のスタッフの皆さんと患者さん、そして患者さんのご家族が、かかえのないうち一人の「物語」もつむぎだしていてもまた、病院のスタッフだけではなく、在宅のペッグサイトの意味もあり、患者の家族に開いた準備を考えようとするのにも、そのおのずかでおぼろげに、患者と死の物語に寄り添う準備から準備は進んでいくと思います……。

それなのにこれまで医療ペッグの「準備」は、なかなかから準備が進まず進まずもよそへ「アップ、ダウン」型のものでした。【かふえいりんり】では、皆さんが自分の生活環境で準備する知見を「準備ペッグ」の準備で準備に近づけること、あの時は本当に準備ペッグの準備であったのかな？ 患者さんのための準備って、準備はどのような準備？ という意味的な疑問を同時に準備してもらえます。



【かふえいりんり】は、医療の現場という「準備」で、患者、家族、医療現場の皆さんを準備する知見を「準備ペッグ」の準備で準備に近づけること、あの時は本当に準備ペッグの準備であったのかな？ 患者さんのための準備って、準備はどのような準備？ という意味的な疑問を同時に準備してもらえます。

【かふえいりんり】は、医療の現場という「準備」で、患者、家族、医療現場の皆さんを準備する知見を「準備ペッグ」の準備で準備に近づけること、あの時は本当に準備ペッグの準備であったのかな？ 患者さんのための準備って、準備はどのような準備？ という意味的な疑問を同時に準備してもらえます。

倫理的な悩みはひとりで抱え込まないで

【喫茶☆りんり】 「ドリンク・セット」無料サービス券

- * 姉妹店【かぶさか☆りんり】(宮崎県院内)でもお使いになれます。
- * なお、ご来店の際は、できるだけお電話か電子メールでご予約ください。

臨床倫理コンサルテーションルーム

【喫茶☆りんり】

宮崎大学医学部福利施設棟3階東の端

お問い合わせ：ご予約は

【喫茶☆りんり】アスレティックセンター 櫻井孝典

臨床倫理センターホープ：主任 西島新彦 学外講師 教授 | まで

TEL& FAX: 0985(85)11780 <直通>

E-mail: kaichiro@med.miyazaki-u.ac.jp