

ドイツにおける倫理コンサルテーション

メタデータ	言語: ja 出版者: 静岡大学人文社会科学部 公開日: 2018-08-09 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 堂園, 俊彦 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.14945/00025661

ドイツにおける倫理コンサルテーション

堂 園 俊 彦

はじめに

今日、わが国では、医療・介護の現場において生じる倫理上の問題を扱う仕組みが求められている。2006年、富山県の射水市民病院において、人工呼吸器の取り外しが行われていたことが公になり、社会から大きな注目を浴びた。これをきっかけとして、厚生労働省は「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2007年)を発表し、そこでは、関係者の意思統一が困難である場合、「複数の専門家からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討及び助言を行うこと」¹とされた。また、2008年に日本医師会が発表した、「終末期医療に関するガイドライン」²にも、同様の文言が含まれている。

こうした要求に応える方法の一つは、医療・介護の現場に、医療チームとは独立した、倫理的問題の検討に特化した仕組み、すなわち倫理コンサルテーションの仕組みを導入することである。しかし現在の日本において、どの程度この仕組みが存在するのか、また、どの程度機能しているのか、十分明らかにされてはいない。医療機関の質の評価を行っている日本医療機能評価機構は、2002年から、「倫理上問題となる症例や課題について検討する仕組みがあり機能している」という評価項目を導入し、現在では、全病院の約4分の1にあたる2,196病院が認定を受けている³。しかし認定を受けることは、そうした仕組みの存在を意味するわけでも、仕組みの質を保障するわけでもない。むしろ限られた実

* 本稿に記載されているURLは、すべて2018年5月31日時点で確認したものである。

¹ 厚生労働省 2007, 3. このガイドラインは、2015年に、名称に含まれる「終末期医療」を「人生の最終段階の医療」へと変更し、2018年には、その対象を医療だけではなく介護にも拡大している。後者の変更に伴い、名称は「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」となっている。

² 日本医師会 2008.

³ <http://www.report.jcqhcc.or.jp/>

証研究から示唆されるのは、上記ガイドラインに対応できる体制の不在である⁴。

それではどのようにして、倫理コンサルテーションの仕組みを、機能する形で広めることができるだろうか。倫理コンサルテーション、さらにはその主な担い手である倫理委員会に関する法律の制定は、そうした導入を後押しする一つの要素であるだろう⁵。しかし、それ以外にもできることはないだろうか。この点で興味深いのが、ドイツの倫理コンサルテーションである。ドイツと日本は、倫理コンサルテーション発祥の地であるアメリカに大幅に遅れてこの仕組みを導入したという点で類似している。しかも両国は、倫理コンサルテーションに関する公的ルールが不十分であるという点でも共通している⁶。それにもかかわらずドイツの倫理コンサルテーションは、着実に成長・定着してきたように思われる。そこで本稿では、ドイツにおける倫理コンサルテーションの現状と歴史を概観し、そこから、日本の倫理コンサルテーションを発展させるための手がかりを得ることを目的とする。

A) 二つの倫理コンサルテーション

そもそも倫理コンサルテーションとは何であろうか。アメリカ生命倫理人文学会は、その報告書「保健医療における倫理コンサルテーションのための基本的能力（第2版）」（2011）において、倫理コンサルテーションを、「患者、家族、代理人、保健医療従事者、他の関係医者が、保健医療の中で生じた価値問題に関する対立を解消するのを助ける、個人や集団のサービス」⁷と定義する。また、倫理委員会運営の教科書においても、この活動は、「患者、医療専門家、家族、

⁴ 評価を受けた病院（2,164施設、2007年8月時）の看護管理者を対象に行われた調査において、回答した施設（675）のうち、看護者が「何らかの倫理的問題を話し合う場や機会をもっている」とした者は589名（87.3%）であるが、その中でも最も多かったのが「病棟・部署の看護カンファレンス」であり、「病棟・部署内の医師、看護師、コメディカルを含めた話し合い」「師長、部長の個人面談」「病院内の多職種（事務職など）を含めた話し合い」はいずれも4～5割であった。Cf. 中尾 2008。

⁵ 一家は、日本において倫理委員会が機能不全に陥っている一因を、「病院内倫理委員会に関する公的ルールがほぼ皆無」（一家 2013, 26頁）である点に見ている。（ただし、ここで言われる「公的ルール」は法律だけを意味しない。）なお、2003年に文部科学省は、「機関内倫理審査委員会の在り方について」という文書を発表しているが、ここで問題となっているのは研究審査である。Cf. 文部科学省 科学技術・学術審議会 2003。

⁶ ただしヘッセン州には、倫理担当者を置くよう求める法律がある。これについてはC-5で紹介する。なお、ドイツでは、研究の倫理審査を担当するEthikkommissionと、臨床上の問題を対象とするEthik-Komiteeが明確に区分されており、前者はさまざまな法律を通じて設置が義務づけられている。

⁷ American Society for Bioethics and Humanities 2011, p. 2.

他の関係者が、臨床の場面で生じる倫理上の懸念を解決するのを助ける、体系的な方法⁸と言われる。ここから分かるように、倫理コンサルテーションは、アメリカにおいて、個別の事例から生じる倫理的問題の解決を目的とした助言として理解されてきたのであり、日本でもこの理解は受け入れられている⁹。

しかし、倫理コンサルテーションのドイツ語訳であるEthikberatungは、より広い意味を持つ。例えば、2006年に連邦医師会中央倫理委員会が出した立場表明「医療における倫理コンサルテーション」では、倫理コンサルテーションは、「個別事例の検討、ガイドラインの作成、臨床倫理に関する教育研修」¹⁰を責務として含むとされている。また、倫理コンサルタントの資格認定を行っている医療倫理学術協会も、倫理コンサルテーションを、「ヘルスケアを改善するための手段」とした上で、その責務を、倫理的問題を含んだ事例検討（Ethik-Fallbesprechung）、倫理に関する指針の作成（Ethik-Leitlinien）、倫理に関する研修会の企画（Ethik-Fortbildung）としている¹¹。

もちろんドイツでも、倫理コンサルテーションが事例相談を意味する場合はあるし（とりわけ後に見る院外倫理コンサルテーションの場合）、事例相談から切り離された倫理コンサルテーションは想定されていない。しかし、以上の説明から明らかなように、この言葉は、指針作成や教育活動などの関連する諸活動を含む概念としても用いられている。それゆえ、例えば、「倫理コンサルテーションとして不十分だ」という発言は、事例相談自体の不十分さ（スタッフの不足など）を意味することもあれば、その仕組みが院内指針の作成を責務としていないことを意味することもある。もちろんアメリカにおいても、事例相談・指針作成・教育の結び付きは認識されている。コンサルテーションは、「医療専門家を教育したり、組織のポリシーを作り上げたりするといった他の医療倫理の活動と結び付きながら」¹²なされるのである。しかしすでにこの引用から明ら

⁸ Post and Blustein 2015, p. 224.

⁹ 長尾・三浦 2009; 尾藤 2017.

¹⁰ Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2006. 連邦医師会中央倫理委員会およびこの立場表明に関しては、C-3で取り上げる。

¹¹ Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin 2010, S. 149. 医療倫理学術協会に関しては、C-4で取り上げる。

¹² American Society for Bioethics and Humanities 2011, p. 2. ドイツに見られる使用法がどのように広がったのかは明らかにできなかった。ドイツのように、指針作成、教育、倫理事例相談を提供する主体が多様である場合に、これらの活動を一体のものとして表現する名称が必要とされたのかもしれない。ただし、こうした使用法には批判もある。ファールは、協会の文章を引き合いに出しながら、「こうした使用法は、『コンサルテーション』が上位概念として、本来はコンサルテーションとは見なされないさまざまな事柄に用いられる点で問題だ」（Fahr 2013, S. 593）と述べる。

かないように、倫理コンサルテーションは教育や指針作成とは異なるものとして理解されている。

本稿では、二つの倫理コンサルテーションの混同を避けるために、「倫理コンサルテーション」を、基本的には事例相談以外の活動も含んだ広い意味で用い、狭い意味での倫理コンサルテーションを表す場合には、「倫理事例相談」を用いる。なお、以下では、倫理コンサルテーションをEBと略記する。

B) 倫理コンサルテーションの現状

それでは、ドイツにおけるEBの現状はどのようなものであろうか。ドイツの全病院を対象にした調査としては、2005年にデリーズらによって行われたものと¹³、2013年から14年にかけてショホーらによって行われたものがある。(ショホーらの調査は、最初のアンケート調査と、その後のフォローアップ調査からなる¹⁴。)本節では、これら2つの調査をもとに、ドイツにおけるEBの現状を描き出すことにする。(以下、最初の調査をDörries調査、後者の調査をSchochow調査と略記する。)

1. 設置の割合

Dörries調査では、2,224病院にアンケート用紙を配付し、483病院から回答が得られた(回収率22%)。そのうち、何らかの形でEBの仕組みをもっている病院は49%であり、作っている途中であるという病院16%を加えると65%になる。これは、送付された病院全体の14%にあたる。Schochow調査では、1,858病院にアンケート用紙を配付し、550病院から回答を得ている(回収率29.6%)。コンサルテーションの有無を尋ねた問いに答えた病院529のうち、EBの仕組みを持っている病院は74.9%、設置中(7.4%)と計画中(4.1%)を加えると86.4%になり、送付された病院全体の23%にあたる¹⁵。両者を比較すると、回答のあった病院に関しては21.4%、調査対象となった病院全体で見ても9%、設置率が上昇していることになる。

なお、ショホーらは、最初のアンケート調査の対象病院全てに対して、フォローアップとして、電話によるアクセスを試みている。(さらに、アクセスでき

¹³ Dörries and Hesse-Jungesblut 2007.

¹⁴ 最初のアンケート調査の結果はSchochow et al. 2014に、フォローアップ調査を踏まえた全体の調査結果はSchochow et al. 2015; Schochow et al. 2017にまとめられている。

¹⁵ Schochow et al. 2014.

た病院がアンケート未回答である場合は、回答を再度依頼している。)最初の調査と合わせて最終的にアクセスできた1,825のうち、912病院、つまり対象となった病院の49.1%が、EBを設置していると回答した¹⁶。2014年の時点で、ドイツの病院全体の約半数に、EBが導入されていることになる。

2. 構成メンバー

Dörries調査において、EBへ参加するメンバーに関しては調べられていない。Dörries調査と比較的近い時期(2007年)に、ザクセン州の病院を対象に行われた調査によれば、主要メンバーは、医師(100%)、看護師(78.6%)、司祭・牧師(71.4%)であり、その他、ソーシャルワーカーおよび法律家が約4割のEBに含まれていた¹⁷。また、4%に過ぎないが、素人がEBに参加している施設も見られた。他方、Schochow調査によれば、主要メンバーは、医師(93.3%)、神学者/司祭・牧師(83.6%)、看護部門のメンバー(83.3%)であり、その他に、社会福祉部門のメンバー(42.8%)、心理学者(32.9%)、運営側の代表者(28.5%)、法律家(23.1%)、倫理学者/哲学者(12.3%)が含まれていた¹⁸。医療従事者および宗教関係者を中心にEBが運営されているという状況に関して、二つの時期の間に違いはない。

3. 責務および提供形態

それでは、設置されたEBには、どのような責務が課されているのだろうか。Dörries調査では、この問いに回答した291病院(設置済・設置中含む)のうち、34%が三つの責務(指針作成、教育、倫理事例相談)を、18%が二つの責務(指針作成、倫理事例相談)を、12%が倫理事例相談のみを責務としていた。残り36%のうち、11%は他の活動を責務とし、25%はいまだ活動内容を明確化していなかった¹⁹。おそらくは設置中のため、活動内容を明確化していない施設を除き、各活動別に割合を集計し直すと、倫理事例相談88.7%、教育47.1%、指針作成74.1%となる。

他方、Schochow調査では、倫理事例相談に関しては実施の有無を、教育と指針作成に関しては責務の有無を尋ねている²⁰。三つの活動に関して問い方が異

¹⁶ Schochow et al. 2015.

¹⁷ Haupt 2008.

¹⁸ Schochow et al. 2014.

¹⁹ なぜ倫理事例相談以外の「他の活動」を責務とするEBが存在するのかは明らかにされていない。回答者が、EBを、研究の倫理審査を目的としたEthikkommissionと勘違いした可能性はある。

²⁰ Schochow et al. 2017. しかし実のところ、この調査が、教育に関して「実施の有無」を尋ねたの

なるのは、EBは、最低でも倫理事例相談を責務としているという前提があるからであろう。フォローアップ調査を経て最終的にアンケート調査に回答した病院のうち、EB設置済の病院数は545であったが、このうち71.9%が教育を、71.7%が指針作成を責務としていた。

両者の比較から分かるのは、2005年に比べて、教育を責務とするEBが増えてきているということである。こうした変化の背景には、EBの提供形態の変化が関係している可能性がある。Dörries調査では、EBの提供主体のうち、倫理委員会が占める割合は63.4%であったが²¹、Schochow調査では、その割合が86.4%にまで上昇している²²。ジョーホーらが指摘するように、「臨床倫理委員会の設置割合に関しては、2005年に比べて明らかな上昇が見られる」²³。アメリカにおいて倫理委員会が、上記三つの活動を行う主体として発展してきたことを踏まえるなら、教育を責務とするEBが増加していることと、EB提供主体に占める倫理委員会の割合が増大していることには、関係があると思われる。

4. 活動状況

ドイツのEBは、二つの時期の間で、その数を増やしてきた。しかも、倫理委員会が三つの活動を責務とする形で広がっているのである。倫理事例相談、教育、指針作成が相互に密接に結びついた活動であることを踏まえるなら、これらが1つの組織で担われるようになってきていることは望ましい変化であると言えるだろう。しかし、責務として定められた活動も含め、EBは実際に機能しているのだろうか。Schochow調査では、医療倫理学会によって示された、望ましいEBのあり方を下敷きに、以下のような項目について質問をしている²⁴。

か、「責務の有無」を尋ねたのか、明確に判断できなかった。というのも教育に関して「責任がある (responsible for) 施設の割合が示されながらも、この数値が、教育を提供した (offered) 施設の数値を示すものとしても言及されているためである。

²¹ 倫理委員会の他に、倫理フォーラム (Ethikforum) / 円卓会議 (Runder Tisch) 16.2%、倫理コンサルタント (Ethikkonsiliar) 6.4%となっている。倫理フォーラムや円卓会議は、関心のあるスタッフすべてに開かれた、倫理について語り合う場を意味している。他方、倫理コンサルタントは、高い専門性をもって助言をする個人を指す。Cf. Neitzke 2009.

²² 他の提供主体として挙げられているのは、コンサルテーション部門 (Konsiliardienst) 19.6%、ワーキンググループ (Arbeitsgruppen) 16.6%である (複数回答可)。前者は、コンサルテーション部門の一サービスとしてEBが提供されていることを意味しており、Dörries調査における「倫理コンサルタント」におおよそ対応すると考えられる。また、後者は、倫理フォーラムや円卓会議を含む、開放的対話の場に対する総称として用いられている。

²³ Schochow et al. 2014, S. 2182.

²⁴ こうした事項は、C-4で取り上げる医療倫理学会による一連の提言から導き出されている。

1. 倫理事例相談を行っている。(90.8%)
2. 体系的な事例検討法を用いている。(64.9%)
3. 検討結果を文書として残している(93.2%)
4. 規則がある(73%)
5. 活動報告が作成されている(30%)
6. 予算がある(21.7%)

これらの結果(とりわけ5や6)は、ドイツのEBにはいまだ改善の余地があることを示している。また、Dörries調査において、類似の項目が調べられているわけではないため、これらの項目について状況がよくなっているということも困難である。しかし、本項1や3において確認したドイツにおけるEBの変化、さらには、そうした変化をもたらしたと考えられる要因を踏まえるなら、上記の事態を、望ましいEBに至る道のりの途上と見なすことは可能であるように思われる。そこで次節では、ドイツにおけるEBの進展に寄与したとされる要因を確認する。

C) 発展をもたらした要因

Dörries調査では、一定数の病院において、「倫理的コンフリクト」(2.7%)や「職員の希望」(1.7%)など、いわば臨床現場内在的な要因がEB設置のきっかけとして挙げられている。しかしここでは、そうした要因を直接扱うことはしない。内的要因が重要であるのは言うまでもないが、実際に主要なきっかけとなってきたのは病院外の要因だからである。そこで本節では、Dörries調査およびSchochow調査において、ドイツにおけるEBの普及・定着をもたらした外的要因として挙げられているものを概観する。

1. 小冊子『病院における倫理委員会』(1997)

Dörries調査では、16%の病院が「ドイツ福音病院連盟およびドイツカトリック病院連盟の影響」を、EB設置のきっかけとして挙げている。ここで想定されているのは、この連盟が1997年に公表した、『病院における倫理委員会(Ethikkomitee im Krankenhaus)』という小冊子である。1995年に活動を開始したワーキンググループは、神学者エルニー・ギレンの草稿を検討する形で作業を進め、97年にこの小冊子を公にしている。

第一部「病院における倫理」では、「公平性」(Unparteilichkeit)と「普遍化

可能性」(Universalisierbarkeit)を倫理独自の視点と位置づけ²⁵、この立場にもとづき問題を解決するためには、対話において関係者の視点を等しく顧慮する必要があること、そうした対話を病院で可能にする場として臨床倫理委員会が必要であることが述べられている。さらに、第二部「臨床倫理委員会」では、メンバーがもつべき能力、運営方法、メンバー構成、期待される効果などが説明されている。

Dörries調査では、経営母体が宗教系の病院と非宗教系の病院の間において、EBの設置率に有意差があった(前者は81.7%、後者は57.8%)。しかしSchochow調査において、前者の数値は84.8%と微増に留まったのに対し、後者の数値は71.8%になり、両者の間に有意差は見られなかった。つまりドイツにおける倫理委員会は、宗教系の病院から非宗教系の病院へ拡大してきたのであり、そうした流れを形づくる上で、この小冊子は大きな役割を果たしたと考えられる。

2. 病院の質に関する認定 (KTQ)

ドイツの病院は、1999年に行われた社会法典の改正により、施設内に質マネジメント (Qualitätsmanagement) を導入し、発展させることを義務づけられた²⁶。こうした改正プロセスと並行して進められたのが、「医療における透明性と質のための連携(Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen: KTQ)」という、病院の質を評価するための組織作りである。KTQは、1997年に、連邦医師会、職員疾病金庫連名(Verband der Angestellten-Krankenkassen: VdAK)、労働者代替金庫連合 (Arbeiter-Ersatzkassen-Verband: AEV) の合意にもとづいて作られた。(VdAKおよびAEKは、ともに、ドイツの医療保険制度の要素である公的医療保険者「疾病金庫」²⁷である。) 連邦保健省とも協力しながら評価基準を作成し、2002年からは本格的な評価を始めている。現在では、連邦医師会、ドイツ病院協会、ドイツ看護協議会、疾病金庫の上位組織である疾病金庫中央連合会などによって運営される、有限責任会社となっている。2018年5月現在、

²⁵ Deutscher Evangelischer Krankenhausverband und Katholischer Krankenhausverband 1997, S. 8.

²⁶ 社会法典の改正にもなって導入された医療の質保障に関しては、以下の論考を参照。田中 2018.

²⁷ ドイツでは、国から医療を保障されている軍人や官吏の他は、公的医療保険または民間医療保険に加入することを義務づけられている。疾病金庫は、このうち前者を構成する組織である。なお、AEKは2008年末に解散し、VdAKは2009年より、名称を「代替金庫連盟 (Verband der Ersatzkassen: VdE)」に変更している。ドイツには、VdE以外にも、地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業者疾病金庫、農業疾病金庫、連邦鉅員組合がある。90年代の社会保障制度改革まで、労働者・職員は、これら5つの疾病金庫に加入することを基本としながらも、その代わりとしてVdAKやAEKへ加入することもできた。

認定を受けている施設は402であり²⁸、約20%の病院が認定を受けていることになる²⁹。

Dörries調査では、もっとも多くの病院（30%）が設置のきっかけとして機能評価を挙げている。具体的なきっかけとなったと思われるのが、KTQカタログバージョン5.0である。というのもこのバージョンで、はじめて「倫理的問題の考慮」という評価項目が導入され、評価を受ける病院は以下の質問に答えることが求められたからである。

1. 倫理的問題を考慮するための計画を記載して下さい。
2. 組織としてどのような取り組みをすることにより、病院において倫理的問題が考慮されることを保障するのでしょうか（例えば、病院に倫理委員会を設置することにより、あるいは、同じ目的をもった他のグループ——場合によっては病院牧師をメンバーにした——を作ることによって）。
3. この取り組みには、どのような人が参加するのでしょうか（例えば、倫理委員会のメンバー）³⁰。

バージョン5.0は、2004年に公開され、2005年5月に運用を開始している。EB設置の時期を尋ねたSchochow調査では、2004年から2006年の間に、EB設置数は大幅な伸びを見せるが、Dörries調査の結果を踏まえるなら、こうした変化の背景にバージョン5.0の導入があることは間違いないだろう。なお、評価項目は継続的に更新され、最新版のマニュアル（2015）は、EBに関連したさらに多くの項目を含んでいる³¹。

3. 連邦医師会中央倫理委員会「臨床医療における倫理コンサルテーション」（2006）

EBの設置数は、2006年まで伸びを見せたあと下降に転じるが、それでも2007年から2009年にかけての設置数は、2000年台初期に比べて高い。シヨホーらは、こうした比較的高い設置傾向に寄与したものとして、連邦医師会中央倫理委員会による態度表明「臨床医療における倫理コンサルテーション」（2006）を挙げ

²⁸ <http://www.ktq.de/index.php?id=169>

²⁹ ドイツ連邦統計局の調査によれば、2016年の病院数は1,951である。 <https://goo.gl/t7pPYF>

³⁰ Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen 2004, S. 152.

³¹ カテゴリー5（会社の指導部）の中に、「倫理的、文化的、宗教的責任」という基準が設けられ、「倫理委員会…の組織における位置づけ、影響する領域、責務」、「倫理事例検討の利用」、「倫理的、文化的、宗教的テーマの考慮、例えば、イベント、組織内部での発展教育」といった項目が見られる。 Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen 2015, S. 133.

る。

中央倫理委員会は、連邦医師会³²に設置された独立委員会であり、正式名称を「医療およびその境界領域において倫理的原則を保持するための中央委員会 (Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten: ZEKO)」と言う。ZEKOの目的は、医学の進歩にともない生じた倫理的問題に関して立場表明すること、医師が仕事をする上で重要な意味をもつ問いに関して態度を表明すること、州医師会や医学部の倫理委員会からの求めに応じて補完的な判断をすることである。医学の専門家5名、哲学もしくは神学の専門家2名、自然科学の専門家2名、社会科学の専門家1名、法学の専門家2名を基本的な構成員とし、最大16名までメンバーを増やすことができる。1995年に活動を開始して以降、ホームページで確認できるだけでも23の立場表明を発表している(2018年5月現在)。

EBに関する立場表明の目的は、病院評価をきっかけにEBが多くの病院へ導入されるなか、そうした仕組みを実際に機能・定着させるために必要不可欠な情報を提供することにある。具体的には、病院評価のためだけに導入された形だけの倫理委員会は、医療の質向上に向けたスタッフの取り組みを損なうものであること、倫理事例相談に適切に対応するには、倫理委員会の下部チームのように、後ろ盾をもちつつ、機敏に動くことのできる形が有効であること、さらには、倫理事例相談の導入は、医師の決定権や時間を奪うものではないことなどが述べられている。

ZEKOは、この立場表明を発表して以来、2つの勧告においてEBに言及している。一つ目は「精神病のさいの強制的な治療に対する立場表明」(2013)であり、ここでは、「倫理コンサルテーション [倫理事例相談] は、強制的な治療をするかどうか判断するさい、手助けになりうるものである」³³と述べられている。二つ目は、「医師の実践における委任状および事前指示の取扱い」(2013)であり、ここでも、「そうしたコンサルテーション [倫理事例相談] は、争いを避けるだけではなく、法廷闘争を回避するうえでも役立つ」³⁴と言われている。しかも後者の勧告は、連邦医師会との連名で発表されている。つまりEBは、ZEKOに留まらず、連邦医師会の全面的な支持を得ているのである。事実、連邦医師

³² ドイツの医師会は、州医師会と、その代議員から構成される連邦医師会に区分される。前者が州法に基づいて運営される自治組織であるのに対して、後者は私的な組織であり、州医師会同士の意見交換、統一的な規則の作成、政治に対する意見表明などを役割としている。

³³ Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2013, S. 1337.

³⁴ Bundesärztekammer and Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2013, S. 1585.

会は、2011年に発表した、「医師による死の看取りに対する連邦医師会の基本原則」において、EBが医師にとって助けになることを認めている³⁵。

4. 学術団体の活動

EB設置のピークは、2010年に訪れている。ショホーらによれば、この増加に寄与したのが、2010年に医療倫理学会（Akademie für Ethik in der Medizin: AEM）が公表した文書である。1986年にゲッティンゲンに設立されたこの学会は、2003年にはEBに関するワーキンググループを立ち上げ、2005年にワーキンググループの見解として、カリキュラム「病院における倫理コンサルテーション」³⁶を公表していた。こうした背景のもと、協会理事会により2010年に公表されたのが、「医療施設における倫理コンサルテーションのための基準（Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens）」である（以下「基準」と略記）。

「基準」は、4つの部分から構成される。一つ目の「EBの目的と責務」では、EBの目的が究極的には、「よい決定プロセスにおいて」「よい決定」をすることにあり、それを実現するための責務としてEBの三つの活動が挙げられる。二つ目の「設置と体制」では、EBの仕組みと組織全体の関係、そしてEBの構造的な条件（委員の人数やバックグラウンド）と個人に必要とされる能力が述べられている。三つ目の「責務の着実な実行」では、それぞれの責務を具体的に果たす方法やそのさいに注意すべき点が、最後の「文章化」では、倫理事例相談の文章化とそれにもとづく評価の重要性が指摘されている³⁷。

2014年には、AEMは倫理コンサルタントの認定にも乗り出している。土台となっているのは、認定開始と同年に発表された、「医療施設における倫理コンサルテーションのための能力レベル」³⁸である。この文書では、倫理コンサルタントの能力レベル（Kompetenzstufe）が、医療施設において倫理コンサルタント

³⁵ Bundesärztekammer 2011, S. 347. 以下のように述べられている。「この原則は、医師に指針を与えることを意図しているが、具体的な場面において医師が担うことになる責任を免除することはできない。すべての判断は、個別のケースをとりまく状況を考慮したうえでなされなければならない。疑念が残る場合には、倫理コンサルテーション [倫理事例相談] が助けになる。」

³⁶ Simon et al. 2005.

³⁷ 「基準」公表後も、AEM内のワーキンググループ「医療施設における倫理コンサルテーション」は、「倫理事例相談の文章化へ向けた提案」（2011年）、「医療施設における倫理コンサルテーションの評価に向けた提案」（2013年）、「医療施設における倫理指針作成に向けた提案」（2015年）といった文書を取りまとめ公表している。EBに関するAEMの文書は、学会サイト内のページですべて公開されている。 <https://www.aem-online.de/index.php?id=62>

³⁸ Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin 2014.

として活動できるレベル (K1)、医療施設の倫理コンサルテーションに対して責任を担うレベル (K2)、そして、倫理コンサルタントを自ら養成することのできるレベル (K3) に区分されている (各レベルの詳細については、本稿末の表を参照のこと)。2018年5月現在、認定者数は、K1が501名、K2が57名、K3が51名となっている³⁹。

認定を受けるには、一定の教育歴・実践経験を必要とする。それにもかかわらず、認定開始後わずか四年半の間にこれだけの数の認定者を出した背景には、認定制度の柔軟さがある。第一に、認定に必要とされる教育歴は、AEMによって提供されたものに限られない。AEMは、認定制度開始以前より、さまざまなパートナーと連携しながら、倫理コンサルタントの教育プログラムを提供しているが⁴⁰、AEMとはまったく関係なく開催されたプログラムであっても、認定申請に用いることができる (ただし、教育内容を証明する書類は求められる)⁴¹。第二に、申請する教育歴・実践経験は、認定制度開始以降に限定されない。つまり2013年以前のものであっても、申請に用いることができるのである。Schochow調査が行われたのが14年であるため、認定制度とEBの普及との関係は分からない。しかし、「基準」の公表やネットワークに基づく教育活動とともに、こうした制度設計がEBの質向上に資してきた可能性は十分に考えられるであろう。

5. 法律

Schochow調査によれば、ヘッセン州においてのみ、2012年にEBの設置数が伸びている。彼らはこの増加の背景に、2011年に行われた、ヘッセン州病院法 (Hessisches Krankenhausgesetz) の改訂があると考え⁴²。というのも改訂に伴い、この州法には、「倫理的問題に関してアドバイスをする事」を任務とする倫理担当者 (eine Ethikbeauftragte/ein Ethikbeauftragter) を置くよう求める規定が導入されたからである。こうした規定を導入した背景としては、医学の進歩にともなう倫理問題の増大や、2009年に成立した遺伝子診断法にもとづく新たな規制が挙げられている⁴³。

³⁹ AEMの運営責任者であるアルフレッド・シモン教授に、電子メールを通じて情報提供いただいた。

⁴⁰ そうした教育プログラムの評価も行われている。Cf. Dörries et al. 2014.

⁴¹ シモン教授によれば、そうした教育プログラムの提供組織の数は非常に多く、把握できないとのことである。

⁴² ちなみにシヨホーらは、病院法の改正による影響は、ZEKOによる提案の影響よりも強いとしている。Schochow et al. 2014, S. 2182.

⁴³ „Hessisches Krankenhausgesetz 2011 Begründung” ヘッセン州社会統合省内のサイトからダウン

なお、ヘッセン州医師会は、2011年末、当時の州社会省了承のもと、この規定を実行するために必要な情報を文書にまとめ公表している⁴⁴。そこでは、倫理担当者の役割が、これまで繰り返し述べてきたEBの三活動（倫理事例相談、教育、指針作成）にあること、担当者には適切な能力が備わっていなければならないこと、一病院に一人ではなく、小規模病院の連合体に一人という形でも問題ないこと、執行部はその活動について一年に一度は報告を受ける必要があることなどが記されている。（この文章には、C-4で紹介した「基準」が添付されている。）

D) 新たな試み：院外倫理コンサルテーション

ドイツにおけるEBは、今日、病院の外へと広まりつつある。ここでは、近年ドイツ各地で散見されるようになった院外倫理コンサルテーション（Ambulante Ethikberatung）⁴⁵を取り上げる。院外EBの重要性は、2008年に開催された、第111回ドイツ医師会議（Deutscher Ärztetag）において承認された。連邦医師会の運営組織であるこの会議において、連邦医師会および州医師会に対し、「家庭医が倫理的に困難な事例に直面したとき、彼（女）らに、専門的なセカンド・オピニオンや〔倫理委員会等による〕倫理上の見解を得るための支援を提供するべく、ドイツにおける院外倫理コンサルテーションにふさわしい、職業法規にかんたった対策を講じること」⁴⁶が求められた。具体的には、院内EBにおおよそ対応する形で、（1）倫理的問題を含んだ事例の相談に乗ること、（2）行った倫理的判断を、ドイツ医学雑誌へ発表すること、（3）倫理的テーマを扱った発展教育をコーディネートすることが、責務としてあげられている⁴⁷。

こうした要求を正当化する理由に関して、議決書は、「医療上のさまざまな可

ロードできる。 <https://soziales.hessen.de/gesundheitsversorgung/krankenhauswesen>

⁴⁴ „Vorschlag zur Umsetzung von § 6 (6) HKHG 2011 Ethikbeauftragte im Krankenhaus” https://www.laekh.de/images/Aerzte/Rund_ums_Recht/Merkblaetter/Vorschlag_Umsetzung_Ethikbeauftragte.pdf

⁴⁵ ドイツには、ambulantとstationärの区分が存在する。stationärが入院を意味するのに対して、ambulantはそれ以外の領域を指す。それゆえに、家庭医による訪問診療も、介護施設におけるケアも、ambulantに区分される。院外EBが対象としているのは、院内EBでは手が届かないこうした領域なのである。

⁴⁶ Bundesärztekammer 2008, S. 76.

⁴⁷ 筆者がドイツで参加したセミナーの講師を務めていたユリア・イントホーン氏（マインツ大学）は、現在ZEKOの委員を務めている。彼女によれば、ZEKOは現在、院外EBに関する文書をとりとまとめているとのことである。

能性と、家庭医の活動領域で生じる、日常の道徳的問題に関する法的不確実性 (juristische Unsicherheiten)]⁴⁸を挙げている。後者で念頭に置かれているのは、おそらく事前指示の問題である。ドイツでは2008年当時、事前指示にどこまで法的拘束力をもたせるべきなのかをめぐり、社会的な議論が生じていた⁴⁹。こうした議論の存在は、家庭医の日常にも影響を与える。というのも、意思疎通できなくなった患者の事前指示——例えば、「経口摂取できなくなったときには、PEGの増設を希望しない」という——に従うことは、その患者を見殺しにすることを意味するかもしれないからである⁵⁰。

ドイツにおいても、院外EBの活動はまだ黎明期にあり、設置形態や運営方法もさまざまである。そこでここでは焦点を絞り、ドイツにおける具体的な試みを二つ紹介する⁵¹。一つ目は、医師会主導のもとで行われている、ヘッセン州の院外倫理コンサルテーションプロジェクトであり、二つ目は、院内におけるEBの活動が拡大する形で始まった、バーデン＝ヴュルテンベルク州における院外倫理コンサルテーションである。なお、両者の活動内容は基本的に(1)に限定されるため、プロジェクトや活動を直接指す場合を除いて、「院外倫理事例相談」という用語を用いる。

1. ヘッセン州院外倫理コンサルテーションプロジェクト

このプロジェクトは、先述のドイツ医師会の決議を受け、ヘッセン州医師会会長であるゴットフリード・フォン・クノブラウフ・ハッツバッハ氏によって提唱されたものである。プロジェクトは、医師会による支援を受けて始められたが⁵²、コンサルテーションの提供主体となっているのは、社団法人ヘッセン

⁴⁸ Bundesärztekammer 2008, S. 76.

⁴⁹ その後、ドイツにおいて事前指示は法的な位置づけを得ることになる。法制化のプロセスおよび法律の内容に関しては、以下の論文で詳しく取り上げられている。Cf. 松田 2009; 松田 2012.

⁵⁰ 院外倫理事例相談は、今後わが国においても重要な問題になる。冒頭で挙げた厚生労働省のガイドラインは、2018年、在宅医療・介護の現場での使用を前提に、名称を「医療・介護の決定プロセスに関するガイドライン」へ変更し、それに伴い、「複数の専門家からなる委員会」は「複数の専門家からなる話し合いの場」へと変更された。しかし、在宅医療の場においてこうした場をどのように作っていくのかは、今後の課題である。

⁵¹ 以下の記述は、インターネット上の調査と、2018年3月にドイツで行った聞き取り調査の結果にもとづいている。調査に協力いただいたのは、ヘッセン州プロジェクトメンバーのボリス・クノップフ氏 (看護師)、ロイトリンゲンにおいてサービスを提供している、クラウス・ヴィルド氏 (医師)、ミヒヤエル・ヘーゲル氏 (司祭)、トーマス・デーマー氏 (医師) である。なお、以下の記述では、煩雑さを避けるために、必要な場合を除いて、インタビューから得られた情報をいちいち明記することはない。

⁵² 支援の内容は、相談受付の電話対応、フライヤーの作成、K1の認定を受けるのに必要な費用である。

院外倫理コンサルテーション (Ambulante Ethikberatung in Hessen e. V.) である (2016年8月設立)⁵³。医師会の外部に協会を立ち上げることにより、医師に独占されることなく、倫理事例相談に関心をもつさまざまな専門職が関わることができることのであった。現在、医師、看護師、ソーシャルワーカー、神学者、哲学者、法律家といった27名の専門家が、AEMによるK1の認定を受けた上で、倫理コンサルタントとして活動している。2017年より、都市部と郊外二箇所を試験地域として、サービスの提供を始めている⁵⁴。

これまでの相談は、医師、看護師、患者、患者家族などから寄せられており、その総数は15件程度とのことである。相談は、関係者が集まる場において行うことを基本としている。「倫理的対立があるときには会って話しをする必要がある」とのことであった。倫理コンサルタントは二人一組で参加し、一人はモデレーターの役割を、もう一人は記録を担当する。ただし、倫理コンサルタントを目指す人が参加することもある。なお、相談料は徴収しておらず、コンサルタントに対する報酬はない。コンサルタントに支払われるのは、話し合いに参加するさいのガソリン代のみである。(協会運営は寄付を基盤としている。)

協会は、他の組織との連携も積極的に行っている。クノップフ氏は、フランクフルト地域の在宅緩和ケアを担っている「緩和ケアチーム・フランクフルト」のメンバーであり、ここで生じる問題が事例として議論されることもある⁵⁵。また、プロジェクトはまだ始まったばかりであり、事例の積み重ねも十分ではないため、介護施設の職員や入所者を対象に倫理事例相談を行ってきた、「フランクフルト老人介護倫理ネットワーク」(Frankfurter Netzwerk Ethik in der Altenpflege)⁵⁶の協力を得ている。

2. ロイトリンゲン院外倫理コンサルテーション

ロイトリンゲンの院外倫理事例相談は、ロイトリンゲン群病院 (Kreiskliniken Reutlingen) の院内倫理事例相談から出発している。院内の倫理事例相談は、病院評価と職員の呼び掛けをきっかけに、倫理委員会の設置を機会に導入された。実際に相談を担当するのは、委員会のもとに設置されたチームであり、年間12

⁵³ <http://www.aebh.de/>

⁵⁴ 筆者がインタビューを行ったクノップフ氏は、都市部 (フランクフルト) のプロジェクトリーダーである。

⁵⁵ ドイツにおける16の院外倫理事例相談を概観したザイファートらの報告によれば、半数のプロジェクトが緩和ケアの仕組みと結びついている。Cf. Seifart 2018.

⁵⁶ <http://www.ethiknetzwerk-altenpflege.de/>

件ほどの相談を受けてきた。チームは、医師、看護師、牧師、ソーシャルワーカーらからなり、いずれも倫理コンサルタントの教育を受けている。利用したのは、AEMと提携している、ニュルンベルク病院の「コミュニケーション・情報・教育センター」(Centrum für Kommunikation-Information-Bildung) 提供による遠隔プログラムである⁵⁷。

院外倫理事例相談は、院内活動における「かなり意義深い経験」をもとに、クラウス・ヴィルド氏(医師)とミヒャエル・ヘーゲレ氏(牧師)によって2013年から始められた。(現在ではさらに、二人の医師が加わっている。)相談は主として患者家族や家庭医から持ち込まれ(年間約5件)、治療の制限・継続や、PEGの装着に関する問題などが話し合われるとのことである。ロイトリンゲンにおいても、関係者全員による直接の対話を基本としており、家族から相談された場合であっても、主治医に連絡を取り、話し合いの場をもつよう依頼するとのことであった⁵⁸。

院外倫理事例相談は、病院からの支援を一切受けておらず、相談料も徴収していないため、完全にボランティアの活動である。(ただしフライヤーには寄付を呼び掛ける文言がある。)しかし、病院の活動と無関係というわけではない。病院の倫理委員会は、規則上、教育の企画を責務としているが、2015年は、「生命を考える週」(Woche für das Leben)の一部としてシンポジウムを開催している。「生命を考える週」は、ドイツ司教協議会とドイツカトリック中央委員会が毎年共同で開催するものであり、広く市民に開かれたイベントが各地で開催される。牧師として病院倫理委員会に属するヘーゲレ氏を軸に、病院と協会とが協力することにより、医療や介護の場で生じている問題を広く地域へ発信するとともに、院外倫理事例相談の存在を認知してもらうことができるのである⁵⁹。

E) ドイツの歩みから何を学ぶことができるか

ドイツにおけるEBの発展をながめたととき、日本との顕著な違いとして浮かび上がってくるのは、キリスト教の影響である。キリスト教の病院連盟による小

⁵⁷ <https://www.cekib.de/kurs/berater-in-fuer-ethik-im-gesundheitswesen.html> なお、受講料(2018年現在2.190ユーロ)に関しては、病院の支援を得たとのことである。

⁵⁸ 検討のさいには、院内の事例検討において用いられている、ゲオルグ・マルクマンによる方法が使用されている。マルクマンの方法に関しては、以下の文献を参照。Marckmann 2017, S. 15-22.

⁵⁹ ザイファートらは、院外倫理事例相談の一つの課題として、市民へのサービス周知の難しさを挙げています。

冊子の作成、司祭・牧師がEBに関わる割合の高さ、さらには、そうした人々を中心とした地域と病院のつながりなどは、ドイツ特有の宗教的背景を印象づける。しかし、EBの発展に寄与したのは、宗教的要素だけではない。むしろ、EBの設置を後押しし、同時にその形骸化を主として防いだのは、それ以外の要因、すなわち医師集団の関わりと学術団体の活動であるように思われる。そこで最後に、日本の現状と比較しながら、これらの要因が果たした意義を確認しよう。

1. 医師の職能団体によるEBの支持

ドイツにおいても、日本と同様、医療上の決定において医師が果たす役割は大きい。それゆえに、医師がEBに理解を示すことは、EBが導入され、機能するためには非常に重要なのである。しかしSchochow調査によれば、EB設置に反対したグループの上位を占めるのは医師であった。すなわち25.1%の施設の医長、11.9%の施設の上級医が、設置に反対したのである。

こうしたなか、ドイツ連邦医師会やヘッセン州医師会が、EBに対して肯定的な立場をとってきたことは注目に値する。とりわけZEKOは、2006年の立場表明において、医師の懸念に配慮しながら、EBの意義を訴えていた。すでに触れたように、そこでは倫理事例相談が医師の決定権を侵害するものではないことが述べられている。すなわち、「倫理事例相談により、自らの医師としてのアイデンティティや、治療を決定する自由が蔑ろにされるのではないか」という疑念や拒否は誤解であり、倫理委員会は「治療している医師や他の職能集団の責任と決定権を制限することなく」⁶⁰助言するのである。すでにキリスト教病院連盟も、倫理委員会の決定に従う医師の義務を否定していたが、医師集団の内部からこうした説明がなされることによって、現場の医師の受け入れが後押しされたと考えることは可能であろう。

以上のような状況と比較して、日本はどうであろうか。2008年に日本医師会が発表した「終末期医療に関するガイドライン」では、厚生労働省ガイドラインそのままに、EBの支持と受け取ることのできる文言が含まれている。しかし、EBに関する医師の理解を促進し、さらにはそれに対する懸念や不安を取り除く姿勢——ZEKOの立場表明に見られる姿勢——は皆無である⁶¹。また、この

⁶⁰ Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2006, S. 1703.

⁶¹ 日本医師会のホームページには、「医の倫理の基礎知識」というサイトが設けられ、医療倫理のさまざまなトピックについて扱われている。この中には「IRBの役割とその運営」という項目は含まれているが、「倫理コンサルテーション」や「臨床倫理委員会」という項目は含まれていな

後も、数多くの学術団体が倫理委員会への相談を推奨しているが、倫理委員会やEBを正面から論じる姿勢は見られない。

もちろん、EBが医師にとってマイナスではないと訴えることは、医師に何も変わらなくてもよいということと同じではない。すでに病院連盟の小冊子が記していたように、EB成立の背景には、公平性の重視が存在する。つまりEBを受け入れることは、かつてのような医師を頂点としたヒエラルキーとは異なる、対等な人間関係を受け入れることなのである。こうした理解を欠いたままに導入されたEBは、形骸化を免れないであろう。この点で大切なのが、倫理に関して適切な能力を身につけたコンサルタントの存在であり、そうした人材養成を積極的に行ってきたのが、AEMであった。

2. 学術団体による倫理コンサルタント養成

わが国では、臨床倫理学会が、臨床倫理アドバイザーの養成および認定を行っている。しかし、AEMの養成システムと比較した場合、以下の2点に気づく。一つ目は、認定を受けるために必要とされる条件である。臨床倫理学会の認定コースは、全3日間、計1,095分からなっており、受講の要件は、臨床倫理学会の会員、もしくは入会を申し込んでいることである。言い換えるなら、EBに関するいかなる経験を持たなくても、アドバイザーの認定を受けることができる。こうした制度は、容易に資格をとれるというメリットと引き換えに、有資格者の能力保障という点では問題を残すものである。これに対してAEMの場合、K1でも1,350分の授業を受ける必要があり、さらに、資格を申請する時点で、倫理コンサルタントとして経験を積んでいることが求められる⁶²。資格を持っていることと、実際に倫理事例相談に対応できる能力とがより密接に結びついているのである。有資格者が実際に倫理事例相談に対応できるということは、EBが臨床現場に受け入れられる上で重要である。

二つ目は、認定を受ける機会の保障である。臨床倫理学会の制度では、学会が年に一回開催する教育プログラムに参加しなければならない。これに対して、AEMの認定制度は、AEMとは関係ない教育プログラムも認定申請に用いることができるため、臨床倫理学会に比べて認定の機会が多くあると言える。もちろんこれに対しては、認定を受けるコンサルタントの均質化という点で問題で

い。 <http://www.med.or.jp/doctor/member/001014.html>

⁶² ただし、倫理コンサルタントの養成資格をもつトレーナーの訓練（45分×15回）を受けることにより、実践経験の代わりにできる。この訓練には、模擬倫理事例相談が含まれている必要がある。

はないかと批判を受けるかもしれない。しかし、この点に関しては、以下の二点を考慮する必要がある。まず、自身の受けた教育プログラムが認定の土台として認められるためには、それがAEM自身の設定したカリキュラムに沿ったものでなければならない。どのような教育でも認めているわけではないのである。次に、AEM自身が、いくつもの組織と協力しながら、教育の機会を作ってきたということである。2018年5月現在、AEMのホームページには、K1を取得するためのプログラムが4つ掲げられている。わが国には、臨床倫理学会の他にも、いくつかの組織において、EBに関する教育が行われている。しかし、カリキュラムを標準化し、協力しながらコンサルタントを育てようとする動きは見られない。

実のところネットワークが果たしている役割は、人材養成の場面に限られない。これまで見て来たように、ヘッセン州では、社団法人が、州の医師会や他の組織と連携しながら、倫理事例相談を実施していた。また、ロイトリンゲンでは、病院と教会との連携を通じて、院外倫理事例相談を地域に広めていた。確かに、教会を前提としたネットワークをそのまま日本で再現することは困難かもしれない。しかし、現在日本でも、地域においてEBのシステムを確立していくことが求められているのであり、そうしたネットワークを育む基盤としても、人材養成におけるネットワークを構築することは重要な意味をもつように思われる⁶³。

おわりに

2017年9月に行われたドイツ連邦議会選挙の二週間前、ドイツキリスト教民主同盟（CDU）のアンゲラ・メルケルは、市民との討論番組において、21才の看護師アレクサンダー・ヨルデと対話をする。ドイツ基本法第1条第1項「人間の尊厳は不可侵である」から始められた彼の訴えは、次のようなものであった。

私はいま、ドイツにおいて日々この尊厳が何千回も侵害されているのを経験しています。この状態に耐えることはできません。何時間ものあいだ、自分の汚物の中に横たわっている人たちがいます。彼（女）らは世界大戦

⁶³ 例えば、各地域の教育拠点（大学医学部等）が、学会と協力しながら認定プログラムを開催することにより、同じ地域で、同じ問題関心をもちながら活動している人たちが結びつくことができる。

ののち、この国の礎を築いた人たちなのです。彼（女）らは、私たちが今日享受している幸福を私たちが持てるようにと心を砕いたのです⁶⁴。

本稿では、医師の職能団体による積極的な関わりと、倫理コンサルタンの育成制度、さらには多様なネットワークにより、ドイツにおけるEBが着実に拡大・定着してきたことを示した。しかしもちろんこのことは、ドイツの医療が全体としてよい方向へ向かっていることを意味しない。実際、医療従事者、とりわけ看護師の劣悪な労働環境と、それにとまなうケアの質の低下は、しばしば問題とされている。

それでは、どのようにすれば「患者の尊厳が守られる」医療は実現するのだろうか。ヨルデが提案したのは、看護師の担当患者数に法的な上限を設けることであった。確かにこうした政策が患者や看護師にもたらす恩恵は大きいであろう。しかしスタッフの負担を減らすことに成功したとしても、依然として尊厳をめぐる問いは消えることはない。認知症が深まり、徘徊を繰り返す患者に拘束をするべきなのか。予後不良の新生児に対する治療をどこまで行うべきなのか。ときとして尊厳にも結びつくこの問いを解決するには、個別の事情を慎重に考慮した話し合いが必要である⁶⁵。その意味で、実際に機能する倫理コンサルテーションと尊厳の保障は、密接不可分の関係にある。

もちろんドイツのEBにも、検討すべき課題は存在する。院外倫理事例相談の試みは、ドイツにおいても始まったばかりであり、誰が提供主体になり、どのように運営していくのか、さらには、どのような方法論が適しているのかなど、検討すべき問題は山積している。また、院内EBに関しても、活動報告を作成している施設や予算が設けられている施設の少なさからは、多忙な中でなんとか活動している関係者の姿も目に浮かぶ。こうしたなかで、EBの質を維持・向上していくのは容易ではないであろう。しかしそれにもかかわらず、ドイツにおけるEBは、尊厳を保障する仕組みとして確実な歩みを進めてきたように思われる。この歩みからわれわれが学ぶことは少なくない。

本研究は、JSPS 科研費16K02114 による研究成果の一部である。

⁶⁴ ヨルデとメルケルの対話は、You Tube内のARD公式チャンネルで視聴することができる。https://www.youtube.com/watch?v=WClqJSGsok

⁶⁵ 人間の尊厳と個別的な討議の関係に関しては、以下の論考を参照。Cf. 堂園 2016。

医療における倫理コンサルテーションのための能力レベル（医療倫理学術協会理事会）

	医療施設における倫理コンサルタント（K1）	医療施設における倫理コンサルテーションコーディネーター（K2）	医療施設における倫理コンサルテーショントレーナー（K3）
資格	<ul style="list-style-type: none"> 倫理事例相談の開催・コーディネート。 施設における倫理に関する仕組みの作成・発展に協力する。 	<ul style="list-style-type: none"> 倫理コンサルテーションの管理業務を担う。 組織内の倫理コンサルテーションの質保障に責任を負う。 倫理コンサルテーションの質を改善することに寄与する。 	<ul style="list-style-type: none"> K1・K2レベルの倫理コンサルタントを養成する。 医療施設において倫理コンサルテーションを実施するさいに、助言者として行動を共にし、活動を評価する。
能力	<ul style="list-style-type: none"> 倫理、組織、コンサルテーションの領域について、基本的な知識、能力、スキルを備えている。 	<ul style="list-style-type: none"> 倫理、組織、コンサルテーションの領域について、詳細な知識、能力、スキルを備えており、倫理コンサルテーションの質保障および評価の方法を使うことができる。 	<ul style="list-style-type: none"> 倫理、組織、コンサルテーションの領域における、包括的な知識、能力、スキルを備えており、倫理コンサルテーションの質保障および評価を行った経験や、教育の経験がある。
形式要件	<ul style="list-style-type: none"> 施設内外での教育（45分×30回）。カリキュラムは医療倫理学術協会のものに合致している必要がある。 倫理事例相談の議論運営に関する実際の経験。 <ul style="list-style-type: none"> 少なくとも5件の相談に参加し、そのうち少なくとも3件の議事録を作成する。 少なくとも3件の相談で責任をもって議論管理を行い、その後、資格をもった倫理コンサルタントと討議をする。 	<ul style="list-style-type: none"> K1の形式要件。 自分の組織にとって重要な、医療倫理もしくは看護倫理上のテーマを扱った発展教育への参加（45分×15回）。 組織倫理上のテーマならびに、倫理コンサルテーションの質保障および評価の方法を扱った発展教育への参加（45分×15回）。 倫理コンサルテーションのコーディネーションおよび議論運営に関して、少なくとも1年間実践的経験をもっている。 	<ul style="list-style-type: none"> K1の形式要件。 倫理学に重きを置いた学士号（例えば哲学、神学）の取得、もしくは、適切な大学院プログラム（例えば、医療倫理、応用倫理）の修了。 成人教育の適性（少なくとも45分×15回分）。 コミュニケーション、カウンセリングスキル、紛争解決の領域における適性（少なくとも45分×40）。 倫理コンサルテーションを組織する課程を実践し、それをさらに発展させる経験（少なくとも2年）。 文書化された倫理事例相談の議事進行（少なくとも20件）。 倫理指針作成への積極的貢献（少なくとも一つ）。

参考文献

- American Society for Bioethics and Humanities, 2011, *Core Competencies for Healthcare Ethics Consultation 2nd Edition*.
- 尾藤 誠司, 2017, 「医療の質を向上させる手段としての倫理コンサルテーションの将来展望」, 『看護管理』 27 (5), 360-365頁.
- Bundesärztekammer, 2008, „Beschlussprotokoll des 111. Deutschen Ärztetages vom 20. bis 23. Mai 2008 in Ulm”. (<http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/aerztetag-ab-2006/111-deutscher-aerztetag-2008-in-ulm/>)
- , 2011, „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung”, *Deutsches Ärzteblatt* 108 (7), S. 346-348.
- Bundesärztekammer und Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, 2013, „Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis”, *Deutsches Ärzteblatt* 110 (3-4), S. 1580-1585.
- Deutscher Evangelischer Krankenhausverband und Katholischer Krankenhausverband, 1997, *Ethik-Komitee im Krankenhaus*. (http://www.ev-medizinethik.de/meta_downloads/9856/dekv_-_ethik-komitee.pdf)
- 堂園 俊彦, 2016, 「『人間の尊厳』と討議」, 『生命倫理』 26 (1), 26-34頁.
- Dörries A, Hesse-Jungesblut K, 2007, „Die Implementierung Klinischer Ethikberatung in Deutschland”, *Ethik in der Medizin* 19 (2), S. 148-156.
- Dörries A, Simon A, Vollmann J, and Neitzke G, 2014, „The impact of an ethics training programme on the success of clinical ethics services”, *Clinical Ethics* 9 (1), S. 36-44.
- Fahr U, 2013, „Menschenwürde und klinische Ethikberatung”, Joerden, Hilgendorf and Thiele ed., *Menschenwürde und Medizin: Ein Interdisziplinäres Handbuch*, Duncker & Humblot, S. 591-604.
- Haupt R, 2008, „Ethik in der Medizin”, *Ärzteblatt Sachsen* 2008 (5), S. 196-198.
- 一家 綱邦, 2013, 「再考・病院内倫理委員会：本邦の現状と再生のための序論」, 『生命倫理』 23 (1), 23-30頁.
- Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen, 2004, *KTQ-Katalog Version 5.0*. (http://www.lwl.org/klinik_muenster_download/pdf/KTQ_5_0_Katalog_Kap_9.pdf)
- , 2015, *KTQ-Manual / KTQ-Katalog Krankenhaus: Version 2015*, Kohlhammer

Verlag.

- 厚生労働省, 2007, 『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』. (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/s0521-11.html>)
- Marckmann G (ed.), 2017, *Praxisbuch Ethik in der Medizin*, Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- 松田 純, 2009, 「ドイツにおける患者の事前指示 (Patientenverfügung) の法制化をめぐる」, 『生命倫理研究資料集III-I』, 42-46頁.
- , 2012, 「ドイツにおける患者の事前指示の法制化と医師による自殺幫助をめぐる議論」, 『生命倫理研究資料集IV』, 1-15頁.
- 文部科学省 科学技術・学術審議会, 生命倫理・安全部会, 2003, 『機関内倫理審査委員会の在り方について』. (<http://www8.cao.go.jp/cstp/tyousakai/life/haihu22/siryoushou5.pdf>)
- 長尾 式子, 瀧本 禎之, 赤林 朗, 2005, 「日本における病院倫理コンサルテーションの現状に関する調査」, 『生命倫理』 15 (1), 101-106頁.
- 長尾 式子, 三浦 靖彦, 2009, 「倫理委員会とコンサルテーション」, 『緩和医療学』 11 (1), 40-45頁.
- 中尾 久子, 大林 雅之, 家永 登, 樗木 晶子, 2008, 「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), 75-82頁.
- Neitzke G, 2009, „Formen und Strukturen Klinischer Ethikberatung“, Vollmann, Schildmann und Simon (ed.), *Klinische Ethik: Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis*, S. 37-56.
- 日本医師会, 2008, 『平成18・19年度 生命倫理懇談会 答申 終末期医療に関するガイドラインについて』. (http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080227_1.pdf)
- Post LF, and Blustein J, 2015, *Handbook for health care ethics committees*, 2nd ed. ed, Johns Hopkins University Press.
- Schochow M, May AT, Schnell D, Steger F, 2014, „Wird Klinische Ethikberatung in Krankenhäusern in Deutschland implementiert?“, *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift* 139 (43), S. 2178-2183.
- Schochow M, Schnell D, and Steger F, 2015, „Implementation of Clinical Ethics Consultation in German Hospitals“, *Science and Engineering Ethics* 139 (43), pp. 2178-83.

- Schochow M, Rubeis G, and Steger F, 2017, „The Application of Standards and Recommendations to Clinical Ethics Consultation in Practice: An Evaluation at German Hospitals”, *Science and Engineering Ethics* Vol. 23 (3), pp 793-799.
- Seifart C, Simon A, Schmidt KW, 2018, „Ambulante Ethikberatung in Deutschland - eine Landkarte bestehender Konzepte und Strukturen”. (https://www.laekh.de/images/Hessisches_Aerzteblatt/2018/04_2018/Langversion_Amb_Ethikberatung_Seifart.pdf)
- Simon A, May A T, Neitzke G, 2005, „Curriculum „Ethikberatung im Krankenhaus””, *Ethik in der Medizin* 17 (4), S. 322-326.
- 田中 伸至, 2018, 「ドイツにおける医療の質の確保に関する制度の構造と法体系モデル：医療提供体制と公的医療保険を中心に」, 『法政理論』 50 (3), 112-239頁.
- Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin, 2010, „Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens”, *Ethik in der Medizin* 22 (2), S. 149-153.
- Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin, 2014, „Kompetenzstufen für Ethikberatung im Gesundheitswesen”. (http://www.aem.uni-goettingen.de/d2o4w6n8I1o3a5d7f9i2l4e6s/286_Kompetenzstufen_final.pdf)
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, 2006, „Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Ethikberatung in der klinischen Medizin” *Deutsches Ärzteblatt* 103 (24), S. 1703-7.
- , 2013, „Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. Stellungnahme”, *Deutsches Ärzteblatt* 110 (26), S. 1334-38.