

倫理ケース (CASE) コンサルテーションの概要

倫理ケース (CASE) コンサルテーションの概要テンプレートについて

このテンプレート¹⁾は、医療倫理コンサルテーションを行う個人が、担当するケースを要約し、仕事の文書化を助けるように構成されています。印刷された以下のテンプレートは、倫理コンサルテーション・ポケットカード²⁾とともに利用することで、倫理コンサルテーションを行う場合のワークシートとして使用することができます。電子版のこのテンプレートは、院内での使用のために電子カルテまたは病院ホームページからダウンロードすることができます³⁾。

このテンプレートは、コンサルタントが各ケース・コンサルテーションの「Ⅲ. 情報の統合－Synthesis」段階の最後において、包括的な要約を作成できるように構成されています。これは、記録管理と文書化の目的だけでなく、家族を含む主な参加者に情報伝達するためのガイドとしても有益です。また、コンサルテーションの要約は、患者の医療記録に加えることで、患者のケアに関係する他の人々の貴重な教育資源として活用することができます。

本テンプレートは、大部分の臨床コンサルテーション記録よりも長くなっています。しかし、本フォームの包括性は、すべて記録されているかを確認するのに有益であり、コンサルテーションの過程で、その手順の見落としを防ぎます。もし関連性のない特定の項目がある場合は、コンサルタントは、そのことを読者に明示するために「該当なし」と入力してください。

一部の読者は、「Ⅲ. 情報の統合－Synthesis」の「4. 提案」、「5. 計画」のセクションだけしか読まない場合があるため、コンサルタントは、これらのセクションには特別な注意を払う必要があります。

注意

本テンプレートは、Veterans Administration Hospital (米国退役軍人局病院) のNational Center for Ethics in Health Careが作成したEthics Case Consultation Summary

http://www.ethics.va.gov/docs/integratedethics/Ethics_Consultation_Ethics_Case_Consultation_Summary-Template-20081006.pdf および

Ethics Consultation Feedback Tool <http://www.va.gov/vaforms/medical/pdf/10-0502-fill.pdf> を日本語に翻訳し、同センターの許可を得た上で横浜労災病院の状況に合わせて一部変更を加えています(斜字体部分)。また、Veterans Administration HospitalのNational Center for Ethics in Health Careからの意向で、日本語訳の本テンプレートを多くの医療機関と共有できるように、横浜労災病院のホームページにて開示しています。施設でご利用される場合は、当院へご連絡ください。

－横浜労災病院倫理コンサルテーションチーム

¹⁾ 本テンプレートは、米国退役軍人局病院の倫理コンサルテーションのテンプレートを基に作成していますが、「Ⅱ. 情報収集－ASSEMBLE」の「3. 情報の要約」の部分については、ジョンセンの四分割(Jonsen AR, Siegler M, Winslade William 著、赤林朗、大井玄 (監訳) : 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、新興医学出版社、2006.)の手法を組込んでいます。

²⁾ ポケット・カードについては、http://www.ethics.va.gov/docs/integratedethics/Ethics_Consultation_CASES_Pocket_Card--20070228.pdf を参照ください。

³⁾ コンサルテーションに関する詳細については、下記の米国退役軍人局病院－倫理コンサルテーションの URL <<http://www.ethics.va.gov/integratedethics/ECC.asp>>を参照ください。



横浜労災病院 倫理ケース・コンサルテーション

I. 明確化－CLARIFY

1. コンサルテーション依頼者の情報

*印の付いた項目は必須項目です。

(カナ)
* 依頼者の名前：(漢字) _____

職業： _____

本ケースにおける依頼者の立場：

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 医師 | <input type="checkbox"/> 事務 |
| <input type="checkbox"/> 研修医 | <input type="checkbox"/> 患者 |
| <input type="checkbox"/> 看護師 | <input type="checkbox"/> 家族/その他のキーパーソン |
| <input type="checkbox"/> 看護師長・看護補佐 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー | |
| <input type="checkbox"/> 臨床スタッフ - その他 | |

電話番号： _____

FAX番号： _____

メールアドレス： _____

*倫理コンサルテーションを依頼した日付： _____

倫理コンサルテーションを依頼した時間： _____

* 緊急の依頼かどうか(1つをチェックしてください。)： はい いいえ

* 依頼者は、倫理コンサルテーションを依頼するケースと、現在抱えている倫理的懸念、問題を解決するために取られた処置について記入して下さい。



* 依頼されたサポートの種類（該当するものにすべてチェックを入れてください）

- | | | |
|--------------------------|---------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 議論のための会議の開催 | Forum for discussion |
| <input type="checkbox"/> | コンフリクト（対立）の解消 | Conflict resolution |
| <input type="checkbox"/> | 選択肢に関する説明 | Explanation of options |
| <input type="checkbox"/> | 価値の明確化 | Value Clarification |
| <input type="checkbox"/> | 指針、規定等の解釈 | Policy interpretation |
| <input type="checkbox"/> | ケアのための提言 | Recommendation for care |
| <input type="checkbox"/> | 倫理的支援 | Moral support |

*依頼者は患者の主治医ですか？ はい いいえ

*「いいえ」と回答した場合、主治医は倫理コンサルテーションの依頼について知らされていますか？
 はい いいえ

2. 患者の情報

*患者 ID _____

*患者の名前：（漢字） _____ 年齢： _____ 歳

性別： 男性 女性

*医療環境（1つチェック）：

診療科

- | | | | | | |
|--------------------------|--------|--------------------------|------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | 内科 | <input type="checkbox"/> | 泌尿器科 | <input type="checkbox"/> | 総合診療部 |
| <input type="checkbox"/> | 精神科 | <input type="checkbox"/> | 産婦人科 | <input type="checkbox"/> | 内分泌・代謝内科 |
| <input type="checkbox"/> | 神経内科 | <input type="checkbox"/> | 眼科 | <input type="checkbox"/> | 血液内科 |
| <input type="checkbox"/> | 消化器内科 | <input type="checkbox"/> | 耳鼻咽喉科 | <input type="checkbox"/> | 腫瘍内科 |
| <input type="checkbox"/> | 循環器内科 | <input type="checkbox"/> | リハビリテーション科 | <input type="checkbox"/> | 腎臓内科 |
| <input type="checkbox"/> | 小児科 | <input type="checkbox"/> | 放射線科 | <input type="checkbox"/> | リウマチ・膠原病内科 |
| <input type="checkbox"/> | 外科 | <input type="checkbox"/> | 麻酔科 | <input type="checkbox"/> | 呼吸器内科 |
| <input type="checkbox"/> | 整形外科 | <input type="checkbox"/> | 歯科・口腔外科 | <input type="checkbox"/> | 呼吸器外科 |
| <input type="checkbox"/> | 形成外科 | <input type="checkbox"/> | 心療内科 | <input type="checkbox"/> | 健常新生児科 |
| <input type="checkbox"/> | 脳神経外科 | <input type="checkbox"/> | 医療相談 | <input type="checkbox"/> | 救急科 |
| <input type="checkbox"/> | 心臓血管外科 | <input type="checkbox"/> | 乳腺外科 | <input type="checkbox"/> | その他： _____ |
| <input type="checkbox"/> | 皮膚科 | <input type="checkbox"/> | 健康診断部 | | |

部署

- | | | | | | |
|--------------------------|-------|--------------------------|-------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | 2階北病棟 | <input type="checkbox"/> | 5階南病棟 | <input type="checkbox"/> | 救急センター |
| <input type="checkbox"/> | 2階南病棟 | <input type="checkbox"/> | 6階北病棟 | <input type="checkbox"/> | GCU |
| <input type="checkbox"/> | NICU | <input type="checkbox"/> | 6階南病棟 | <input type="checkbox"/> | 救命ICU |
| <input type="checkbox"/> | 3階北病棟 | <input type="checkbox"/> | 7階北病棟 | <input type="checkbox"/> | 外来 |
| <input type="checkbox"/> | 3階南病棟 | <input type="checkbox"/> | 7階南病棟 | <input type="checkbox"/> | その他 |
| <input type="checkbox"/> | 4階北病棟 | <input type="checkbox"/> | 8階北病棟 | (|) |
| <input type="checkbox"/> | 4階南病棟 | <input type="checkbox"/> | 8階南病棟 | | |
| <input type="checkbox"/> | 5階北病棟 | <input type="checkbox"/> | ICU | | |



*患者に提供している医療サービス（1つチェック）

- 医療および専門分野ケア
- 介護ケア・長期療養/リハビリ医学
- メンタルヘルス
- 外科および麻酔
- その他： _____

*3. 倫理に関する質問

下記の文章のいずれかを使用し、[]内にどのようなことに悩んでいるか記入して下さい。

- [] という状況において、
どのような意思決定や行為が倫理的に正当化可能ですか？（[]には**価値に関して不明瞭なことやコンフリクト**を記入）

- または -

- [a.] という状況において、[b.]
という意思決定や行為は倫理的に正当化できますか？（[a.]には**価値に関して不明瞭なことやコンフリクト**を、[b.]には**意思決定や行為**を記入）

本ケースにおける倫理問題は何かですか。

4. コンサルタント

主なコンサルタント： _____

本コンサルテーションに関与するその他のコンサルタント：

コンサルテーションのモデル：

- 個人 チーム 倫理委員会 によるコンサルテーション



II. 情報収集—ASSEMBLE

1. 情報源

*医療記録のレビュー： はい いいえ

「いいえ」と回答した場合は、医療記録のレビューを行わなかった理由を説明すること。
注意：医療記録の見直しは倫理コンサルテーションに非常に重要。

*患者の訪問面接： はい いいえ

「いいえ」と回答した場合は、患者との面接を行わなかった理由を説明すること。
注意：訪問面接は、倫理コンサルテーションに非常に重要。

スタッフ（名前、コンサルテーションにおける役割）

家族/友人（名前、コンサルテーションにおける役割）

その他の関係者（名前、コンサルテーションにおける役割）

以下の倫理知識に関するリソースを調査または参考にしました。

- 横浜労災病院医療倫理マニュアル
- 専門職規程や指針
- 文献
- 判例
- 外部の倫理の専門家
- その他（明記）： _____



2. 判断能力/代理意思決定/事前指示

1) 判断能力

* 患者は意思決定能力を有していますか？

- 明らかに有している
 明らかに有していない
 部分的/変動的/不明

コメント：

2) 代理意思決定者の情報

代理意思決定者(代諾者)は、特定されていますか？ はい いいえ

「いいえ」と回答した場合は、下記のコメント欄にその理由を説明すること。

コメント：

(カナ)

*代理意思決定者の名前：(漢字) _____

以下の意思決定者の階層から選択：

- 親族(明らかな場合は、下記に記入)
- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| 1) <input type="checkbox"/> 配偶者 | 5) <input type="checkbox"/> 祖父母 |
| 2) <input type="checkbox"/> 成人の子 | 6) <input type="checkbox"/> 成人の孫 |
| 3) <input type="checkbox"/> 親 | 7) <input type="checkbox"/> 親友または内縁 |
| 4) <input type="checkbox"/> 兄弟 | |

法律または特別な保護者、後見人

その他()

代理意思決定者の電話番号

自宅： _____

職場： _____

その他： _____

代理意思決定者への面接はしましたか。 はい いいえ 保留



コメント：

3) 事前指示

事前指示を持っていますか。 [] はい [] いいえ

「はい」と回答した場合、コンサルタントは事前指示を見直しましたか。 [] はい [] いいえ

「いいえ」と回答した場合は、その理由を説明して下さい。

「はい」と回答した場合、指示に関連のある部分を要約して下さい。可能であれば、指示を直接引用して下さい。

3. 情報の要約

以下、収集した情報を要約します。記入に際して、重要な情報に関しては、誰/何処からの情報であるのかを明記してください。

1) 医学的適応

・ 診断（病名・病態等）：

・ 治療の目的（予防・病状の緩和・病気の完治等）：

・ 目的は達成できているか（治療は医学的に有益か無益か等）：



・ 治療が成功する確率・リスク等 :

・ 治療がうまくいかない場合の計画は何か :

・ その他 :

2) 患者の意向

・ 患者は治療に同意しているか :

・ 患者は利益とリスクについて知らされているか、また十分に理解しているか :

・ 判断能力がない場合、代理人は何と言っているか :

・ その他 :



3) QOL (Quality of Life)

- ・ 治療した場合、治療しない場合に、通常の生活に復帰できる見込みはどのくらいか：

- ・ 治療した場合、治療しない場合に、患者が失うものは何か。（行動の自由、精神的な能力、対人関係、趣味・嗜好・利益など）：

- ・ 患者本人は自分のQOLをどのように評価するか：

- ・ 医療者の側に患者のQOLに関する偏見はないか：

- ・ その他：

4) 周囲の状況

- ・ 家族の意向・利益：

- ・ 宗教的・文化的要因：

- ・ 経済的要因：



・実験や研究の一部としての治療ではないか：

・医局、病院の方針・意向：

・医療者側の負担は関係していないか：

・その他：

5) 関連法規・判例や指針

・法律はどうなっているか。（守秘義務等は関係していないか）：

6) 関連する倫理的知識や倫理的枠組み

* 4. 倫理問題の再検討

必要があれば、すでに入力された倫理的問題を再検討し、それを再定式化して下さい。
再検討により、既述の倫理問題は以下のように再定式化されます。



Ⅲ. 情報の統合－SYNTHESIZE

1. 正式な会議

本ケースを議論するための正式な話し合いは行われましたか？ [] はい [] いいえ

注：会議の結果は、下記の該当する項目に入力すること。会議中に収集した医学的事実、患者または他の当事者の意向や関心、倫理知識等についての情報は、「Ⅱ. 情報収集－ASSEMBLE」欄に要約すること。

*2. 倫理分析

収集された倫理的知識をコンサルテーション、具体的な情報、倫理的質問にどのように応用するかに関する項目です。

本ケースに関する倫理分析結果：

倫理的に適切な意思決定者

名前： _____

なぜ上記の者らが倫理的に適切な意思決定であるかの理由。



3. 倫理的熟慮と検討

考えられる選択肢となぜそれらの選択肢が倫理的に正当化される/正当化されないのかの説明。

本ケースの関係者は、合意に達しましたか？ はい いいえ
合意に達した／達していない理由

4. 提案

5. 計画



IV. 解説—EXPLAIN

1. 統合的情報の伝達

「Ⅲ. 情報の統合—Synthesize」の内容を本ケースの主な参加者に伝えましたか？

はい いいえ

コメント：

2. フォローアップ

倫理コンサルテーション完了後、コンサルタントは、ある程度の間隔で、依頼者と/または主な参加者とともに本ケースで発生した事項を確認しなければなりません。

フォローアップ：

3. コンサルテーションの評価

コンサルテーションに関する自己評価：評価にはいくつかの形式がありますが、ここでは、本ケースに関する自己の評価を既述しなければなりません。

1) 自己評価

コンサルテーションのプロセスに関する自己評価を記入：

2) システムの問題

しばしば倫理コンサルテーションのケースは、システムレベルで最もよく述べられる組織構造やプロセスに関わる根本的な問題によって発生します。根本的な組織的問題が存在する場合は、組織のシステムやプロセスの問題や、可能であれば誰に照会するべきかに関し記入しなければなりません。

コメント：



スタッフのための倫理相談フィードバック

患者 ID : _____ 記入日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者氏名 : _____

最近、あなたは倫理コンサルテーションの窓口の誰かと話をされました。倫理コンサルテーション・サービスの仕事は、みなさんが考えていることに耳を傾け、なすべき最善のことの決定を支援し、困難な患者ケアの決定に関与することで、患者、家族、スタッフの作業を援助することです。倫理コンサルテーション・サービスを向上させるためにお時間をいただき、この用紙にご記入頂けますようお願い致します。

	5	4	3	2	1	—
記入方法： あなたが最近受けた倫理コンサルテーション・サービスに関して最も当てはまる欄に✓を記入して下さい。	とても 良い	良い	ふつ う	あまり 良く ない	良く ない	わか らな い
気持ちが楽になった						
コンサルトの結果に関わらずあなたの意見が大切にされた						
コンサルタントは、倫理観点から専門的意見をしてくれた						
有益な情報を提供してくれた						
物事をよく説明してくれた						
行うべき決定を明確にしてくれた						
意思決定を行うのに誰が適切であるか明確にしてくれた						
可能性のある選択肢を示してくれた						
合意のできていない部分を解決してくれた						
よく連絡を取ってくれた						
ニーズに対して適切な時間内に対応してくれた						
役に立つサービスを提供してくれた						
全体的に、私が受けた倫理相談サービスは、						

コンサルテーション・サービスでは、何らかの提案がありましたか？

はい いいえ わからない

「はい」と答えた方、コンサルテーション・サービスで出された提案は概ね取入れられましたか？

はい いいえ わからない

倫理コンサルテーション・サービスに対し、ご意見やご感想はありますか？

はい いいえ わからない

ご意見/ご感想記入欄

