

日本小児科学会小児医療委員会報告

小児医療領域における大学の倫理的教育の現状と課題

小児医療委員会療養環境小委員会<sup>1)</sup>, 小児医療委員会前担当理事/現担当理事<sup>2)</sup>, 小児医療委員会<sup>3)</sup>

永田 雅子<sup>1)</sup> 田中 恭子<sup>1)</sup> 船戸 正久<sup>1)</sup> 舟本 仁一<sup>1)</sup>  
江原 伯陽<sup>2)</sup> 宮田 章子<sup>2)</sup> 荒井 洋<sup>3)</sup> 石井 光子<sup>3)</sup>  
植松 悟子<sup>3)</sup> 江原 朗<sup>3)</sup> 栗原 まな<sup>3)</sup> 是松 聖悟<sup>3)</sup>  
側島 久典<sup>3)</sup> 南条 浩輝<sup>3)</sup> 森 俊彦<sup>3)</sup> 渡辺 章充<sup>3)</sup>  
渡辺 晋一<sup>3)</sup> 星野 陸夫<sup>3)</sup> 大竹 明<sup>2)</sup> 齋藤 伸治<sup>2)</sup>

要 旨

高度先進医療の発展により、周産期および小児医療においても従来救命不可能であった疾病・病態に対する治療介入の選択と、より積極的な治療が可能となってきた。その中で、超重症児など重篤な合併症をもつ子どもたちにとって、何が本人の「最善の利益」なのかが問われるようになってきている。2012年に日本小児科学会が、「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン」を公表したが、日本の小児医療の中でどこまで認識され、多職種によるチームがその基本的精神に則った姿勢で子どもの最善の利益の追求を遂行できているのか、実態については十分把握されていない。そこで全国の大学の小児科教室の責任者を対象に、大学教育での倫理的課題の対応についての調査をおこない、倫理的課題に向き合うことのできる小児科医を養成する教育の在り方を検討した。全国78校の大学から回答がえられたが、小児科特有の倫理的課題については教科の中で十分取り上げられておらず、大学によって倫理教育の位置づけや実態に大きな差が認められた。今後、大学教育の中で子どもに関する倫理教育を明確に位置付けるとともに、日本小児科学会全体として取り組んでいく必要性が示唆された。

キーワード：倫理的教育、臨床倫理、大学教育、ガイドライン、協働意思決定

背 景

昨今の医療技術の進歩は目覚ましく、小児医療領域においても、周産期医療や分子標的治療や移植に代表される高度先進医療が幅広く行われるようになってきており、従来救命不可能であった疾病に対しても治療介入が可能となってきている。その一方で、新生児集中治療室(Neonatal Intensive Care Unit; NICU)や小児病棟で長期入院を余儀なくされる子ども達も増えてきており、超重症児など重篤な多くの疾病を合併した児にとって、なにを本人の「最善の利益」としてとらえるのかということが、問われるようになってきている<sup>1)2)</sup>。命を助けることが命題であった医療の現場の中で、いわゆる医療的介入が生命予後や後遺症の改善に結びつかないということは、医療者の無力感を増幅させ、大きな葛藤を抱えることになる。また新生児や低年齢の小児の場合、心も体も発達過渡期にあり、本人自身が的確に状況を理解し、判断をしたりすることは自分ひとりの力では難しい。周囲の言動の影響も受けやすく、本人が、その状況をどのように感じ、考え、何を望んでいるのか、本人自身すら把握することが難しいことが少なくない。特に重症児の場合、その状況

ゆえに、本人の意志の表明はより困難であり、何が本人の「最善の利益」となるのか、法定代理人(多くの場合は家族)も、医療チームも明確な答えのでない問いに向き合う必要がある。

日本においては、2012年8月日本小児科学会が、「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン」を公表し、法定代理人(多くは親)と医療チームが、「子どもの最善の利益」を考へて協働意思決定を行うプロセスを日本小児科学会として正式に推奨されてきた<sup>3)</sup>。しかし、このガイドラインが日本の小児医療にどこまで認識され、多職種によるチームがその基本的精神に則った姿勢で子どもの最善の利益の追求を遂行できているのか、実態については十分把握されていない。そこで日本における大学教育における倫理的な課題への対応の実態を明らかにし、倫理的課題に向き合うことのできる小児科医を養成する教育の在り方を検討するために、アンケート調査を実施した。

対象と方法

対象：全国の大学医学部の小児科学教室の責任者宛に、日本小児科学会事務局より郵送にてアンケート調査の依頼を行った。WEBでの回答も可能な形を取

表1 調査内容

1. 大学における倫理の開講科目の位置づけおよびその開講年次 必修かどうか/倫理に関する講義数/担当者の職位/倫理教育の専門性の有無
2. 講義の中で扱われている内容 (複数回答可) 患者の権利/子どもの権利条約/子どもの最善の利益/終末期医療/緩和ケアの概念/death education (死への準備教育)/生命にかかわる治療の差し控え/アドバンス・ケア・プラン (advance care plan: 看取りケアのため事前ケアプラン)/協働意思決定のプロセス/grief care (大事な人の死などを迎えた場合の悲嘆のケア)/多職種協働/臨床の場での判断を必要とする事例の提示/モデルケースを用いたケースワーク
3. 「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン」についての知識・内容理解の有無 (教授を対象)
4. 後期研修 (小児科) の内容 倫理教育の有無/医療現場で起こりうる倫理的課題について事例を用いた検討の有無 ガイドラインの取り扱いの有無
5. 倫理教育の中で特に重点をおいていること (自由記述)

表2 倫理の開講科目の質問内容

a 基礎医学の中に生命倫理・医療倫理等の科目が開講されている
b 小児科学領域の中に生命倫理・医療倫理等の科目が開講されている
c 科目としては開講していないが、基礎医学の中で扱われている。
d 科目としては開講していないが、小児科学領域の講義の中では扱われている。

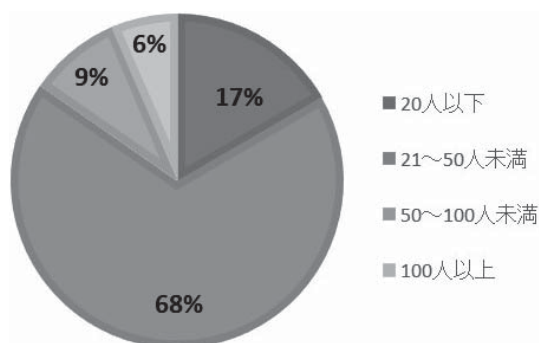


図1 医局規模

り、調査用紙にかかれたアドレスにアクセスすることで回答、あるいはFAXによる回答を依頼した。

調査内容：大学における小児科学教室の規模、概要を基本的データとして回答を求めた後、大学教育の中で行われている倫理教育の概要、講義内容、日本小児科学会で公表されたガイドラインの知識の有無である(表1)。なお、この調査は、理事会の承認を受け、日本小児科学会小児医療委員会の活動の一環として行った。

## 結 果

調査は、平成28年11月～平成29年2月末にかけて行った。全国の医学部を持つ大学80校の小児科学教室に配布し、最終回答大学数は、78校(回収率97.5%)であった(図1)。

### 1. 開講科目の開講形態

倫理の開講科目の開講形態について、生命倫理を、「生命に関する倫理的問題を扱う分野で、学際性を大きな特徴とするもの」、医療倫理を、「医療技術の進歩にともなう終末期医療、高度先進医療や生殖医療など臨床現場における今日的課題を扱うもの」と定義し、4項目(表2)の中から複数回答で回答をしてもらった。その結果、基礎医学の中のみで開講している大学(a)が51.2%と一番多かった。一方で、科目としては開講していないという回答(cおよびd)も20.5%存在しており、大学教育全体の中で、倫理教育が大事な柱の一つとしてまだ十分位置づけられてないことがうかがわれた。また、基礎医学とあわせて、小児科学領域の中でも扱っているという大学(abおよびad)は24.2%存在していた(図2)。

### 2. 開講の概要

倫理の開講科目のうち、主な科目の回答年次を回答してもらった。開講形態ごとに分析をしたところ基礎医学の中で扱っているもの(a, c)については、1・2年次での開講が5割を超え、小児科領域で扱っている場合(b, d)は、3・4年次の開講で8割を超えていた。また基礎医学については複数年次にわたって開講していると回答した大学も15校存在した(小児科領域は2校が複数年次実施)。必修科目かどうかについて尋ねたところ、1校のみ選択必修であったが、ほとんどの大学が必修の講義として位置づけられていた。講義のコマ数は、不明・未回答の4校をのぞき、倫理教育にあてられたコマ数の回答を求めたところ、平均13.59±

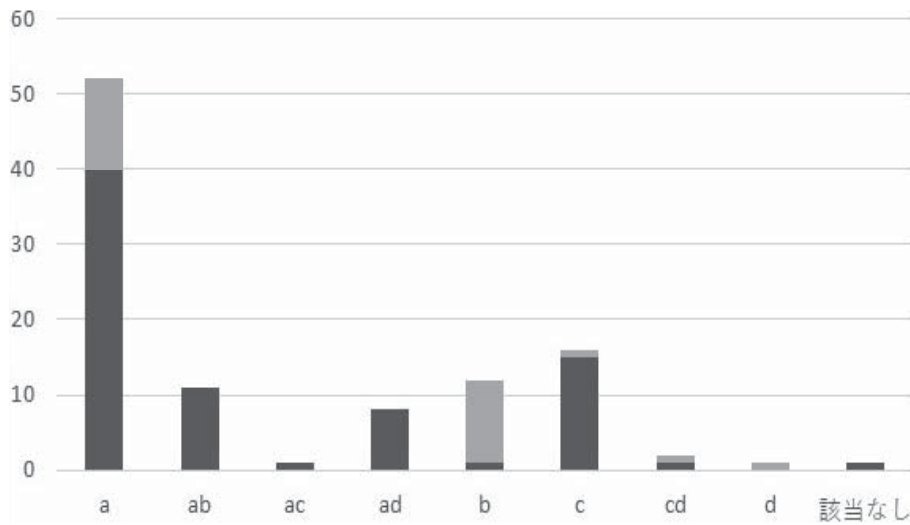


図2 倫理教育の開講形態別大学数 (表2参照)  
\* 黒は各項目の回答大学数, 灰色は複数回答の大学数を示す.

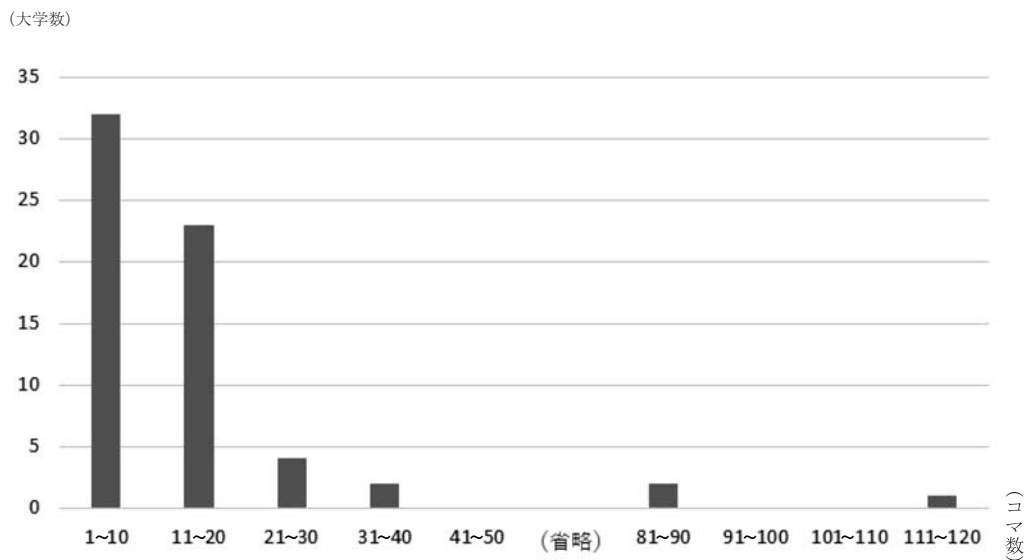


図3 倫理教育の開講コマ数

19.67 コマ開講されていた (range : 1~120 コマ). 1~10 コマが一番多く 43.2% であり, 20 コマ以下が 74.3% と多数を占めていた (図3). 一部の大学がかなり力をいれて倫理教育を実施している一方で, 大学間での差が大きかった. また講義を担当する担当者は, 教授のみが 37% と多数を占めていた. 教授と他の担当者で分担しているなど, 教授が倫理教育に関わっている大学が 79% とかなりの割合を占めていた. 学内の教員で担当している大学が 72% であり, 倫理教育の専門ではない教員が担当しているのが 44% であった.

### 3. 講義内容

倫理教育の講義の中で扱われている内容について 13 項目 (表3) の中から複数回答で回答してもらった.

その結果 (a) の患者の権利については, 94.7% とほぼすべての大学で扱われていた. また (d) の終末期医療が 78.9% と多くの大学で扱われていた一方で, (b) 子どもの権利条約, (c) 子どもの最善の利益といった小児科特有の倫理的問題は 50% 以下であった. また (l) の事例の提示は 65.8% と比較的多くの大学で取り入れられていた一方で, (m) のケースワークについては 38.1% にとどまっていた (図4).

### 4. ガイドラインについて

日本小児科学会で「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン」を出していることは知っているかについての問いは, 小児科学教室教授に回答を求めた. その結果, ガイドラインを知ってい

表3 講義内容

a.	患者の権利
b.	子どもの権利条約
c.	子どもの最善の利益
d.	終末期医療
e.	緩和ケアの概念
f.	death education (死への準備教育)
g.	生命にかかわる治療の差し控え
h.	アドバンス・ケア・プラン (advance care plan : 看取りケアのため事前ケアプラン)
i.	協働意思決定のプロセス
j.	grief care (大事な人の死などを迎えた場合の悲嘆のケア)
k.	多職種協働
l.	臨床の場での判断を必要事例の提示
m.	モデルケースを用いたケースワーク

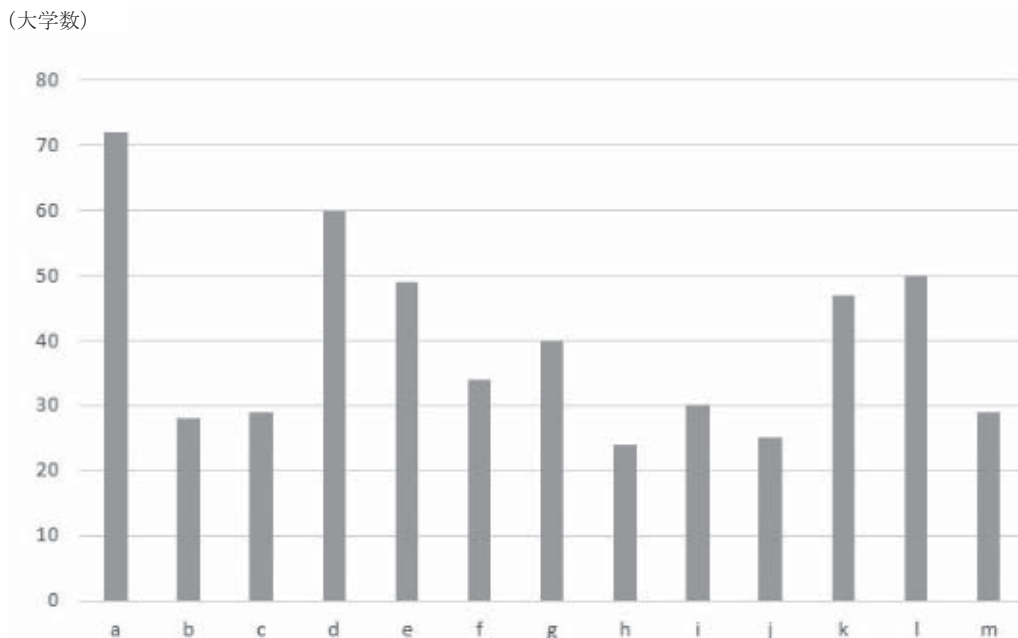


図4 倫理教育で扱われている講義内容

ると回答したのは62%であり,内容も知っていると回答したのは43%にとどまっていた。

5. 後期研修での教育内容

後期研修での倫理教育について回答を求めたところ,後期研修の中で倫理教育を扱っているのは37%と半数以下であった。また,医療現場で起こりうる倫理的課題(治療の差し控えの判断など)について事例を用いての検討を取り入れているのは41%とまだ少なく,またガイドラインを後期研修で扱っていると回答したのは14%とあまり行われていなかった。

6. 倫理教育の中での重点内容

倫理教育の中で特に重点をおいていることについて自由記述にて回答を求めた。その結果,「1週間のコースを組んでいる」「多様な角度から様々な対立する倫理

的なジレンマについて主体的に忍耐強く考える「志向的倫理的」教育を試みている」といった体系的・積極的に倫理教育を位置づけていたり,「多職種の参加,臨床倫理的問題の抽出とグループによる解決」「講義とグループディスカッションを併用し,倫理的な知識を教授するだけでなく,主体性をもって倫理的思考ができるような教育」など,様々な形態での教育を模索している大学がある一方,「日常診療や自分の生活のなかで考えることが重要」「研修会に積極的に参加するように勧奨」という学生の主体性に任せている大学も存在していた。また,事例検討や症例検討の重要性を指摘している大学も複数存在していた。



## 考 察

### 1. 他国における臨床倫理学の教育

アメリカにおける医学倫理教育は医学生だけでなくレジデントにも教育が施行されてきた。そこでは倫理的問題を認識するための技術や、それに実際に対処する方法の教育、具体的な臨床検討などが扱われてきている。アメリカの医学部において、生命医療倫理学の独立したカリキュラムが設置されている学部は、1980年の終わりには約30%であったが、1995年には100%となり、現在は、倫理は大学教育の中で大きな柱の一つとして位置付けられるようになってきている<sup>4)</sup>。

一方、カナダにあるトロント子ども病院ではNICU(新生児集中治療室)の新生児科専攻医に対する臨床倫理学の必須教育が行われており、2013年そのことに関する論文が発表されている<sup>5)</sup>。その項目は、(1) 予後不良児に対する治療中止の検討：児の最善の利益・同意(コンセンサス)意思決定・予後不良・治療選択、(2) 両親に対する非蘇生の説明：緩和ケア選択・慰安ケア、(3) 蘇生非適応指示：蘇生非適応の意義、(4) 協働意思決定の情報と参加：情報共有・家族の選択・意志決定における家族の役割、(5) 文化の差異への配慮：文化・信念・精神状態、(6) 内部意見の違い調整：宗教・不確実性が取り上げられており、欧米諸国の一部において倫理教育が医学教育の中でも重要な位置を占めるようになってきている。

我が国においては、1980年代初めより生命倫理学の考え方が日本へ紹介されるようになったが、医療現場の臨床倫理は現場の職員が抱え込むことが多く、大学教育の中で体系的な取り組みは行われてこなかった。今回の調査でも、日本の医学教育、特に小児科学の中で、倫理教育が体系的に行われているのはまだわずかであることが明らかになった。約1/4の大学は医学教育全体の中で科目として位置付けられていないと回答している一方、約1/4は、医学教育および小児科学の領域でも扱っていると回答しており、大学内での格差が大きいことが明らかになった。倫理教育には約8割の大学で教授が携わっている一方で、日本小児科学会が出された「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン」の認識は62%にとどまり、内容まで知っているとは回答したのは、42%と半数以下であった。今後、学会としてガイドラインの普及に向けた取り組みをより積極的に行っていく必要があるだろう。

### 2. 小児の特性を踏まえた倫理教育の体制の確立の必要性

講義内容は、患者の権利と、緩和については60%以上の大学で取り組まれていたが、子どもの権利条約、

子どもの最善の利益、アドバンスケアプラン(生命予後が厳しい場合、どこまでの治療的介入を行い、どういったケアを行っていくのか、良き看取りのケアのため事前ケアプラン)、協働意思決定のプロセス、グリーフケア(大事な人の死などを迎えた場合の悲嘆のケア)、モデルケースを用いたケースワークについては30%以下の大学しか取り組まれていなかった。つまり子ども特有の課題については十分取り上げられていない可能性が示唆された。

小児領域では、倫理的な対応が必要となる対象疾患が多岐にわたり、成長発達の途上のため自己決定上の配慮が必要なこと、家族支援も切り離せないなど特有の困難さを抱えている。そのため、子ども自身の権利を土台に、子どもの年齢や発達の側面もふまえて総合的にアセスメントし、子ども自身の意思表示、自己の意思決定のプロセスを家族とともに支えていく必要がある<sup>7)</sup>。しかし、子どもも、家族は、医療的知識が乏しく、治療を受ける側であるという立場から素直に意見を表明しにくく、医療スタッフからの提示が最善であると考えたり、非言語的なメッセージ、医療スタッフから受ける抑圧などを受け取ったりすることがある。ある状況では、本当に自分の子どもが何を望んでいるのかを十分に問い直す時間的な余裕すら保証されない場合も存在する<sup>4)</sup>。近年、Patient-Family Centered Careの概念が広く浸透するようになり<sup>7)</sup>、「尊厳と尊敬」、「情報の共有」「参加」「協働」の4つのケアを専門職と家族との開かれた信頼しあえる関係を基盤にして、協働によって展開していくことが提唱されている。多職種によるチーム医療の必然性が提言されてきており、疾患の治療が中心となる医療者だけではなく、心理専門職や、社会福祉士、子ども療養支援士など、他の専門職と協働して、子どもと家族の全体をみすえたケアのあり方を考えていかなければならない。しかし、小児科の後期研修においても倫理教育が扱われているのは37%と半数以下であり、ガイドラインについても十分取り扱われていなかった。昨今の医療技術の進歩は著しく、今後倫理的な判断を求められることが増えてくるだろう。臨床現場で出会うであろう倫理的課題に対し、大学教育の中で、真摯にそして柔軟性をもって子どもと家族の利益を追求できる姿勢を学ぶ枠組みを構築していくことが早急の課題となっているのではないだろうか。

### 3. 小児科専門医制度における研修

小児科専門医には子どものアドボケイター(代弁・擁護者)としての役割が柱の一つに示されているが、このことに関する教育はどの程度整備されているだろうか。小児医療は周産期から思春期までを対象にし、この間の子どもの成長発達は著しく変化する。子ども

表4 子どもに関わる職種に求められる研修内容（子どもの権利条約一般的意見，2013. 平野裕二訳）

①	準備：子どもに影響を与える事項に関与する大人は、いつ、どこで、どのように聴き、誰が参加するのかといった情報を子どもに提供し、子どもの意見を考慮することが求められる
②	聴く：意見を聴こうとする気持ちをもって、子どもの発する内容を真摯に考慮するような姿勢が、子ども自身に確信されるような、効果的で子どもを励ます状況をつくる必要がある。一方的な質問ではなく会話の形式をとることが求められる
③	子どもの力の評価：同意能力の発達評価測定（理解力、選択・表出力：言語・コミュニケーション、論理的思考・認識力）、情緒（過度な不安、抑うつ、せん妄などの意識状態など）、を考慮し自身の意見を合理的に独自にまとめることができる場合に、問題解決の重要な要素として考慮しなければならない
④	子どもへのフィードバック：子どもの意見が形式的に聴かれるだけでなく、真摯に受け入れられ、どのように考慮されたのか、子どもに説明をすることが必要

のアドボケイターとして十分機能するには、医学的知識だけでは十分でなく、“子ども”という存在をよく知り、子どもの権利条約そのものを知識として備える必要がある。以下に子どもの権利条約一般的意見15号2013年に示されている子どもに関わる職種に求められる研修内容を記す（表4）。

この内容を医師が学び知ることが重要であり、直接的関与のみにとどまらない幅広い実践が求められる。また、より子どもと身近に接する可能性のある看護師、保育士、ソーシャルワーカー、心理職、教師、子ども療養支援士など、多職種と協働し、子どもの声をしっかり受け止め、アドボケイトの役割をとることで医療を実践していかなければならないだろう。

日本で批准されている子どもの権利条約に基づく医療における子どもの権利擁護が叫ばれる昨今、小児医療に携わる医師に対する臨床倫理教育の需要が増し、その教育整備が急務となっている。Johnsenら<sup>8)</sup>は、臨床倫理教育の発展のために、議論は提起された問題の解決を直接的にめざすものではなく、あくまで議論すべき点を共通の言語で示すことが目的としてなされるべきであり、現場で臨床倫理の有用性に気付いたものが中心になって、事例検討を重ねていくことが、一番現実的で確実な普及法ではないかと提案している。今後、小児領域においても大学教育の中で子どもの権利条約の内容を包含した臨床倫理の講義を必須とする、研修医、専門医教育における臨床倫理に関連する研修会や事例検討ワークショップ（多職種による）などへの義務化、日本小児科学会全体としての取り組みなど、小児医療における子どもの権利・倫理的視点の育成、啓発を行う必要性が高いのではないだろうか。

#### 著者役割

永田雅子は委員会報告の執筆を行い、調査デザインの実行、データの収集・分析および解釈をおこなった。

田中恭子・船戸正久は委員会報告の構想、デザインにおいて貢献をした。

舟本仁一・江原伯陽・宮田章子・荒井洋・石井光子・植松悟子・江原朗・栗原まな・是松聖悟・側島久典・南条浩輝・森俊彦・渡辺章充・渡辺晋一・星野陸夫・大竹明・齋藤伸治は委員会報告の作成または重要な知的内容に関わる批判的校閲に関与した。

#### 文 献

- 1) 船戸正久. 新生児医療の進歩と生命倫理—医的侵襲行為の差控え・中止の基本的考え方. 日児誌 2013; 117: 1560-1568.
- 2) 船戸正久. 臨床倫理学の基本的考え方—胎児・新生児の人権と尊厳をどのように守るか? 日本未熟児新生児学会誌 2011; 23: 16-24.
- 3) 週刊医学界新聞. 小児終末期の治療方針を考える—話し合いのガイドラインから「協働意思決定」をめざして. 医学書院 2012; 3002: 11-12.
- 4) 田中恭子, 永田雅子, 船戸正久, 他. 小児医療委員会活動報告(2014-2015) 子どもの療養環境に関する倫理的課題. 日児誌 2017; 121: 131-137.
- 5) Sayed M F El, Chan M, McAllister M, et al. End-of-life care in Toronto neonatal intensive care units: challenges for physician trainees. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2013; 98: F528-533.
- 6) 増子孝徳. 医療における子どもの人権. 田中恭子編. 五十嵐隆, 及川郁子, 林 富, 藤村正哲監修. 子ども療養支援～医療を受ける子どもの権利を守る～. 東京: 中山書店, 2014: 14-21.
- 7) Institute for patient and family centered care. What is patient- and family-centered care? <http://www.ipfcc.org/> (参照 2017-12-26).
- 8) 服部健司, 伊東隆雄. 医療倫理学のABC. 第2版. 東京: メディカルフレンド社, 2006: 152-173.