

表 35 臨床倫理的問題としてあげられた 25 項目

<インフォームド・コンセント>

- 1 家族の反対により、患者に真実を話すことができない
- 2 患者よりも家族の意向が尊重され治療方針が決められる
- 3 病名や病状が告知されていないことで、治療・療養上の問題が生じている
- 4 患者本人の意思決定能力の判断は妥当か
- 5 患者本人が意思決定できない状況(意識障害など)における治療の選択
- 6 患者の意思より医療従事者の判断で治療や療養場所が決められる

<治療・ケアの選択及び判断>

- 7 客観的な根拠がなく、医療従事者自身の考えや経験に固執した治療方針の決定
- 8 治癒がのぞめない、または高齢を理由に医療従事者が患者に対応しなくなる
- 9 高齢者や終末期患者の意思を確認しないで、蘇生を含む積極的治療を行うこと
- 10 患者が通常行う治療を何らかの理由で拒否した場合の対応
- 11 緩和ケア(特に終末期)における過剰と思われる薬物投与
- 12 終末期など衰弱している患者に対する適切と考えられない検査・治療の方針
- 13 経口摂取できない患者の栄養、胃ろう・腸ろう造設術の必要性の判断
- 14 延命を希望しない患者にどこまで医療をするのか
- 15 医療不信、医療拒否の患者に適切な医療が行えない
- 16 保健医療制度以上に患者が治療(民間療法含)や入院生活を希望した場合どこまで行うのか
- 17 医療の目標が明確になっていないまま、患者・家族の意向で入院が長期化している
- 18 信頼関係がうまくいっていない医師が主治医を継続している
- 19 入院中患者が医師に十分診察を受けていないと感じる状況

<セデーション>

- 20 医療従事者間、患者・家族—医療従事者間で十分な話し合いがなくセデーションを行うこと
- 21 予後が少し長いと思われる患者がセデーションを希望する場合
- 22 セデーションをすれば呼吸抑制が予測される場合の迷い
- 23 終末期で、病状説明がされていないためにセデーションができず患者が苦しい思いをしている

<チーム医療>

- 24 根拠が確立していない治療法を選択せざるを得ない状況で医療従事者間の意見がくいちがう場合の判断
- 25 チーム内で話し合いが成立せず、発言力が偏ったり、メンバーの未成熟のため合意形成が不十分

2) 2回目及び3回目調査の結果及び考察

(1)対象者の背景

3 回目調査の対象者は、東札幌病院及び訪問看護ステーションの全職員 221 名であり、そのうち 160 名の回答を得たが、尺度で答える部分がすべて白紙のものが含まれていたため、有効な回答 158 名分(有効回答率 71.5%)を対象として解析した。解析対象者は、表 36 に示すように、医師 14 名、看護婦 85 名、薬剤師 7 名、MSW 5 名、検査技師 7 名などであり、平均年齢 32.5 歳(21-57、SD 8.44)、経験年数 8.8 年(1-32、SD 6.77)、当院での平均経験年数 4.9 年(1-16、SD 3.60)であった。

職種	配布	有効回答	有効回答率 (%)	年齢		経験年数		当院年数	
				平均	範囲	平均	範囲	平均	範囲
医師	17	14	82.4	37.0	(26-51)	10.5	(2-25)	3.1	(1-11)
看護婦	126	85	67.5	31.4	(21-57)	9.0	(1-32)	4.7	(1-16)
薬剤師	7	7	100.0	33.2	(24-49)	9.2	(2-25)	4.1	(2-10)
MSW	5	5	100.0	27.5	(23-32)	3.8	(2-7)	3.5	(1-7)
栄養士	3	3	100.0	36.0	(27-47)	10.5	(7-14)	9.7	(4-15)
検査技師	8	7	87.5	30.0	(24-34)	8.3	(3-12)	6.6	(2-12)
事務職	30	19	63.3	33.0	(25-44)	*	*	6.5	(1-12)
ケアエイド	15	12	80.0	36.4	(23-56)	*	*	4.0	(2-12)
その他	10	4	40.0	38.5	(26-51)	*	*	3.3	(2-5)
無回答		2							
計	221	158	71.5	32.5	(21-57)	8.8	(1-32)	4.9	(1-16)

\* 無回答が多かったため空白とした

なお、第2回目調査の解析対象者は、表37に示すように第3回目調査の対象者とほぼ同様であった。

職種	配布	有効回答	有効回答率 (%)	年齢		経験年数		当院年数	
				平均	範囲	平均	範囲	平均	範囲
医師	17	14	82.4	37.0	(26-51)	10.5	(2-25)	3.1	(1-11)
看護婦	126	87	69.0	31.2	(21-57)	9.2	(1-31)	4.6	(1-15)
薬剤師	6	6	100.0	33.2	(24-49)	9.2	(2-25)	4.1	(2-10)
MSW	5	5	100.0	27.5	(23-32)	3.8	(2-7)	3.5	(1-7)
栄養士	3	3	100.0	36.0	(27-47)	10.5	(7-14)	9.7	(4-15)
検査技師	8	8	100.0	31.5	(24-44)	10.1	(3-23)	6.6	(2-12)
事務職	30	11	36.7	33.0	(25-44)	*	*	7.3	(1-10)
ケアエイド	15	10	66.7	34.5	(23-43)	*	*	4.6	(2-12)
その他	10	3	30.0	34.3	(26-51)	*	*	3.8	(2-7)
計	220	147	66.8	32.3	(21-57)	9.1	(1-31)	4.9	(1-15)

\* 無回答が多かったため空白とした

## (2) 直面している臨床倫理的問題

直面している頻度が相対的に高い臨床倫理的問題は、表38に示すように「医療の目標が明確になっていないまま、患者・家族の意向で入院が長期化している」「病名・病状が告知されていないことで、治療・療養上の問題が生じている」「入院中患者が医師に十分診察を受けていないと感じる状況」「チーム内で話し合いが成立せず、発言力が偏ったり、メンバーの未成熟のために合意形成が不十分」「患者本人の意思決定能力の判断は妥当か」「家族の反対により、患者に真実を話すことができない」など、インフォームド・コンセントに関することやチーム医療に関する内容があげられていた。

一方、直面している頻度が相対的に低い臨床倫理的問題は、「予後が少し長いと思われる患者がセデーションを希望する場合」「治癒が望めない、または高齢を理由に医療従事者が患者に反応しなくなる」「医療従事者、患者・家族—医療従事者間で十分な話し合いがなくセデーションを行うこと」などであった。

< 表 38

## (3) 対応が必要な臨床倫理的問題

対応の必要度の順位が相対的に高い臨床倫理的問題は、表39に示すように、「医療の目標が明確になっていないまま、患者・家族の意向で入院が長期化している」「家族の反対により、患者に真実を話すことができない」「病名や病状が告知されていないことで、治療・療養上の問題が生じている」「チーム内で話し合いが成立せず、発言力が偏ったり、メンバーの未成熟のために合意形成が不十分」「入院中患者が医師に十分診察を受けていないと感じる状況」など、インフォームド・コンセントに関することやチーム医療に関する内容があげられていた。

一方、対応する必要度が相対的に低い問題は、「保険医療制度以上に患者が治療（民間療法含）や入院生活を希望した場合どこまで行うか」「高齢者や終末期患者の意思を確認しないで、蘇生を含む積極的治療を行うこと」「治癒が望めない、または高齢を理由に医療従事者が患者に対応しなくなる」などであった。

< 表 39

## (4) 直面する頻度と対応する必要度との関連

直面している頻度が高い問題の上位10項目中7項目が対応の必要な問題としてあげられていた。直面する頻度及び対応する必要度の両方もが最も高く評価された問題は、「医療の目標が明確にな

表 38 臨床倫理的問題の直面の頻度 <3回目調査>

設問	臨床倫理的問題	平均点	SD	5-6の割合*	95%信頼区間
1	家族の反対により、患者に真実を話すことができない	2.67	1.59	0.09	0.05
2	患者よりも家族の意向が尊重され治療方針が決められる	2.56	1.50	0.08	0.04
3	病名や病状が告知されていないことで、治療・療養上の問題が生じている	2.90	1.61	0.14	0.06
4	患者本人の意思決定能力の判断は妥当か	2.68	1.39	0.06	0.04
5	患者本人が意思決定できない状況(意識障害など)における治療の選択	2.62	1.55	0.11	0.05
6	患者の意思より医療従事者の判断で治療や療養場所が決められる	2.42	1.43	0.06	0.04
7	客観的な根拠がなく、医療従事者自身の考えや経験に固執した治療方針の決定	2.19	1.45	0.07	0.04
8	治療がのぞめない、または高齢を理由に医療従事者が患者に対応しなくなる	1.55	1.46	0.06	0.04
9	高齢者や終末期患者の意思を確認しないで、蘇生を含む積極的治療を行うこと	1.56	1.34	0.03	0.03
10	患者が通常行う治療を何らかの理由で拒否した場合の対応	2.44	1.33	0.05	0.03
11	緩和ケア(特に終末期)における過剰と思われる薬物投与	2.21	1.50	0.06	0.04
12	終末期など衰弱している患者に対する適切と考えられない検査・治療の方針	2.37	1.49	0.08	0.04
13	経口摂取できない患者の栄養、胃ろう・腸ろう造設術の必要性の判断	2.32	1.54	0.08	0.04
14	延命を希望しない患者にどこまで医療をするのか	2.58	1.56	0.11	0.05
15	医療不信、医療拒否の患者に適切な医療が行えない	2.42	1.32	0.04	0.03
16	保健医療制度以上に患者が治療(民間療法含)や入院生活を希望した場合どこまで行うのか	2.42	1.38	0.05	0.04
17	医療の目標が明確になっていないまま、患者・家族の意向で入院が長期化している	2.96	1.67	0.15	0.06
18	信頼関係がうまくいっていない医師が主治医を継続している	2.36	1.50	0.09	0.05
19	入院中患者が医師に十分診察を受けていないと感じる状況	2.86	1.55	0.15	0.06
20	医療従事者間、患者・家族—医療従事者間で十分な話し合いがなくセデーションを行うこと	1.56	1.32	0.03	0.03
21	予後が少し長いと思われる患者がセデーションを希望する場合	1.53	1.31	0.02	0.02
22	セデーションをすれば呼吸抑制が予測される場合の迷い	2.25	1.68	0.10	0.05
23	終末期で、病状説明がされていないためにセデーションができず患者が苦しい思いをしている	1.92	1.43	0.05	0.03
24	根拠が確立していない治療法を選択せざるを得ない状況で医療従事者間の意見がくいちがう場合の判断	2.27	1.48	0.06	0.04
25	チーム内で話し合いが成立せず、発言力が偏ったり、メンバーの未成熟のため合意形成が不十分	2.76	1.54	0.11	0.05

\*「5-6の割合」とは、6点満点で5または6と評価した人の全体に占める割合

表 39 臨床倫理的問題の対応の必要性 <3回目調査>

設問	臨床倫理的問題	平均点	SD	5-6の割合*	95%信頼区間
1	家族の反対により、患者に真実を話すことができない	4.60	1.11	0.59	0.08
2	患者よりも家族の意向が尊重され治療方針が決められる	4.42	1.24	0.53	0.08
3	病名や病状が告知されていないことで、治療・療養上の問題が生じている	4.51	1.15	0.57	0.08
4	患者本人の意思決定能力の判断は妥当か	4.06	1.14	0.35	0.08
5	患者本人が意思決定できない状況(意識障害など)における治療の選択	4.21	1.14	0.45	0.08
6	患者の意思より医療従事者の判断で治療や療養場所が決められる	3.92	1.33	0.33	0.07
7	客観的な根拠がなく、医療従事者自身の考えや経験に固執した治療方針の決定	4.09	1.34	0.38	0.08
8	治療がのぞめない、または高齢を理由に医療従事者が患者に対応しなくなる	3.77	1.42	0.30	0.07
9	高齢者や終末期患者の意思を確認しないで、蘇生を含む積極的治療を行うこと	3.76	1.45	0.26	0.07
10	患者が通常行う治療を何らかの理由で拒否した場合の対応	3.92	1.18	0.28	0.07
11	緩和ケア(特に終末期)における過剰と思われる薬物投与	3.93	1.32	0.32	0.07
12	終末期など衰弱している患者に対する適切と考えられない検査・治療の方針	4.13	1.41	0.42	0.08
13	経口摂取できない患者の栄養、胃ろう・腸ろう造設術の必要性の判断	3.85	1.23	0.28	0.07
14	延命を希望しない患者にどこまで医療をするのか	4.08	1.15	0.46	0.08
15	医療不信、医療拒否の患者に適切な医療が行えない	4.14	1.23	0.45	0.08
16	保健医療制度以上に患者が治療(民間療法含)や入院生活を希望した場合どこまで行うのか	3.63	1.21	0.23	0.07
17	医療の目標が明確になっていないまま、患者・家族の意向で入院が長期化している	4.63	1.14	0.62	0.08
18	信頼関係がうまくいっていない医師が主治医を継続している	4.16	1.32	0.41	0.08
19	入院中患者が医師に十分診察を受けていないと感じる状況	4.43	1.23	0.51	0.08
20	医療従事者間、患者・家族—医療従事者間で十分な話し合いがなくセデーションを行うこと	4.20	1.26	0.43	0.08
21	予後が少し長いと思われる患者がセデーションを希望する場合	3.90	1.37	0.32	0.07
22	セデーションをすれば呼吸抑制が予測される場合の迷い	4.01	1.21	0.34	0.08
23	終末期で、病状説明がされていないためにセデーションができず患者が苦しい思いをしている	4.35	1.22	0.48	0.08
24	根拠が確立していない治療法を選択せざるを得ない状況で医療従事者間の意見がくいちがう場合の判断	4.25	1.15	0.41	0.08
25	チーム内で話し合いが成立せず、発言力が偏ったり、メンバーの未成熟のため合意形成が不十分	4.45	1.16	0.53	0.08

っていないまま、患者・家族の意向で入院が長期化している」であった。これは、平成 10 年 10 月の診療報酬改訂により在院期間短縮に向けて病院全体で取り組むことが必要となり、当院では、医療の効率化・適切化、つまり医療の標準化にむけて様々なプロジェクトが行われているため、病院職員の意識が高まり、この問題に着目している一方、現状では医療チームが患者の情報を共有してゴールを設定し、各専門職が役割分担をして実践することが難しいこと<sup>9)</sup>が要因と思われる。また、インフォームド・コンセントがなされること、退院のニーズのアセスメントなどが在院日数短縮と関連することから<sup>9)</sup>、この問題は、医療従事者のアセスメントと判断、インフォームド・コンセント、チーム医療などの様々な問題が集約しているといえるだろう。

直面する頻度が比較的高くないのに対応の必要度が高い臨床倫理的問題は、「医療従事者間、患者・家族—医療従事者間で十分な話し合いがなくセデーションを行うこと（直面頻度；平均 1.56，対応の必要度；平均 4.20）」「終末期で病状説明がなされていないために、セデーションができず患者が苦しい思いをしている（直面頻度；平均 1.92，対応の必要度；平均 4.35）」などであった。この理由として、当院は進行・末期がん患者が多く、ホスピスケアの理念で運営されているという病院の特徴から、医療従事者が医療として何をどこまで行うのかについて、また、患者の苦痛緩和に関して常に考えていることから、これらの問題が存在するならば解決すべきという職員の意識が高いことが要因と考える。

#### (5) 第 2 回目調査と第 3 回目調査との比較

第 3 回目調査は第 2 回目調査の平均点を参考にして再評価しているため、各項目の重みづけが変動しているのかをみた。

臨床倫理的問題の直面の頻度は、表 40 に示すように、3 回目調査の平均点が 2 回目調査に比べて全体的に下がっており、3 回目調査の平均点はすべて 3.0 未満であった。これらの値を平均値の差の検定（t 検定）で比較すると、「医療の目標が明確になっていないまま、患者・家族の意向で入院が長期化している」に有意差（ $p < 0.01$ ）がみられたが、この問題は 2 回目調査においても 3 回目調査においても最も直面している問題としてあげられた。一方、「セデーションすれば呼吸抑制が予測される場合の迷い」にも有意差（ $p < 0.01$ ）がみられ、この問題の直面の頻度は 3 回目調査では他の問題と比較すると相対的に下がった。

＜ 表 40

臨床倫理的問題の対応の必要性は、表 41 に示すように、3 回目調査と 2 回目調査との間に有意差（ $p < 0.05$ ）がみられたのは、「セデーションすれば呼吸抑制が予測される場合の迷い」であり、その他は差がみられなかった。

＜ 表 41

なお、第 2 回目調査の結果を表 42-43 に示す。

＜ 表 42,43

#### (6) 臨床倫理的問題の重みづけと対象者の背景との関連

第 2 回目の調査で得られた結果から、直面する頻度や対応が必要な問題が職種や看護婦の経験年数によって異なるのかどうかについて分析した。なお、第 2 回目調査の結果から分析した理由は、第 2 回目の結果は対象者個人の考えが反映されているが、第 3 回目の結果は第 2 回目調査の平均点を参考にして再評価しているために対象者個人の考えが平均点で影響を受けていることが考えられ、職種や経験年数による違いを見る場合にバイアスが入る恐れがあるためである。

表40 臨床倫理的問題の直面の頻度

設問	臨床倫理的問題	3回目調査		2回目調査		t検定
		平均点	SD	平均点	SD	
1	家族の反対により、患者に真実を話すことができない	2.67	1.59	2.95	1.77	NS
2	患者よりも家族の意向が尊重され治療方針が決められる	2.56	1.50	2.67	1.60	NS
3	病名や病状が告知されていないことで、治療・療養上の問題が生じている	2.90	1.61	3.06	1.75	NS
4	患者本人の意思決定能力の判断は妥当か	2.68	1.39	2.94	1.53	NS
5	患者本人が意思決定できない状況(意識障害など)における治療の選択	2.62	1.55	2.95	1.90	NS
6	患者の意思より医療従事者の判断で治療や療養場所が決められる	2.42	1.43	2.39	1.65	NS
7	客観的な根拠がなく、医療従事者自身の考えや経験に固執した治療方針の決定	2.19	1.45	2.33	1.79	NS
8	治療がのぞめない、または高齢を理由に医療従事者が患者に対応しなくなる	1.55	1.46	1.55	1.66	NS
9	高齢者や終末期患者の意思を確認しないで、蘇生を含む積極的治療を行うこと	1.56	1.34	1.86	1.67	NS
10	患者が通常行う治療を何らかの理由で拒否した場合の対応	2.44	1.33	2.62	1.53	NS
11	緩和ケア(特に終末期)における過剰と思われる薬物投与	2.21	1.50	2.46	1.87	NS
12	終末期など衰弱している患者に対する適切と考えられない検査・治療の方針	2.37	1.49	2.60	1.73	NS
13	経口摂取できない患者の栄養、胃ろう・腸ろう造設術の必要性の判断	2.32	1.54	2.67	1.91	NS
14	延命を希望しない患者にどこまで医療をするのか	2.58	1.56	2.85	1.93	NS
15	医療不信、医療拒否の患者に適切な医療が行えない	2.42	1.32	2.59	1.63	NS
16	保健医療制度以上に患者が治療(民間療法含)や入院生活を希望した場合どこまで行うのか	2.42	1.38	2.71	1.86	NS
17	医療の目標が明確になっていないまま、患者・家族の意向で入院が長期化している	2.96	1.67	3.59	1.88	p<0.01
18	信頼関係がうまくいっていない医師が主治医を継続している	2.36	1.50	2.41	1.61	NS
19	入院中患者が医師に十分診察を受けていないと感じる状況	2.86	1.55	3.03	1.83	NS
20	医療従事者間、患者・家族—医療従事者間で十分な話し合いがなくセデーションを行うこと	1.56	1.32	1.81	1.62	NS
21	予後が少し長いと思われる患者がセデーションを希望する場合	1.53	1.31	1.77	1.65	NS
22	セデーションをすれば呼吸抑制が予測される場合の迷い	2.25	1.68	2.82	1.97	p<0.01
23	終末期で、病状説明がされていないためにセデーションができず患者が苦しい思いをしている	1.92	1.43	2.24	1.82	NS
24	根拠が確立していない治療法を選択せざるを得ない状況で医療従事者間の意見がくいちがう場合の判断	2.27	1.48	2.53	1.78	NS
25	チーム内で話し合いが成立せず、発言力が偏ったり、メンバーの未成熟のため合意形成が不十分	2.76	1.54	3.03	1.87	NS

表41 臨床倫理的問題の対応の必要性

設問	臨床倫理的問題	3回目調査		2回目調査		t検定
		平均点	SD	平均点	SD	
1	家族の反対により、患者に真実を話すことができない	4.60	1.11	4.62	1.37	NS
2	患者よりも家族の意向が尊重され治療方針が決められる	4.42	1.24	4.44	1.48	NS
3	病名や病状が告知されていないことで、治療・療養上の問題が生じている	4.51	1.15	4.64	1.42	NS
4	患者本人の意思決定能力の判断は妥当か	4.06	1.14	4.18	1.32	NS
5	患者本人が意思決定できない状況(意識障害など)における治療の選択	4.21	1.14	4.40	1.41	NS
6	患者の意思より医療従事者の判断で治療や療養場所が決められる	3.92	1.33	3.89	1.73	NS
7	客観的な根拠がなく、医療従事者自身の考えや経験に固執した治療方針の決定	4.09	1.34	4.00	1.77	NS
8	治療がのぞめない、または高齢を理由に医療従事者が患者に対応しなくなる	3.77	1.42	3.71	2.02	NS
9	高齢者や終末期患者の意思を確認しないで、蘇生を含む積極的治療を行うこと	3.76	1.45	3.92	1.93	NS
10	患者が通常行う治療を何らかの理由で拒否した場合の対応	3.92	1.18	4.02	1.51	NS
11	緩和ケア(特に終末期)における過剰と思われる薬物投与	3.93	1.32	4.04	1.73	NS
12	終末期など衰弱している患者に対する適切と考えられない検査・治療の方針	4.13	1.41	4.17	1.70	NS
13	経口摂取できない患者の栄養、胃ろう・腸ろう造設術の必要性の判断	3.85	1.23	3.95	1.62	NS
14	延命を希望しない患者にどこまで医療をするのか	4.08	1.15	4.38	1.61	NS
15	医療不信、医療拒否の患者に適切な医療が行えない	4.14	1.23	4.27	1.50	NS
16	保健医療制度以上に患者が治療(民間療法含)や入院生活を希望した場合どこまで行うのか	3.63	1.21	3.84	1.49	NS
17	医療の目標が明確になっていないまま、患者・家族の意向で入院が長期化している	4.63	1.14	4.79	1.36	NS
18	信頼関係がうまくいっていない医師が主治医を継続している	4.16	1.32	4.19	1.60	NS
19	入院中患者が医師に十分診察を受けていないと感じる状況	4.43	1.23	4.53	1.51	NS
20	医療従事者間、患者・家族—医療従事者間で十分な話し合いがなくセデーションを行うこと	4.20	1.26	4.20	1.91	NS
21	予後が少し長いと思われる患者がセデーションを希望する場合	3.90	1.37	4.02	1.79	NS
22	セデーションをすれば呼吸抑制が予測される場合の迷い	4.01	1.21	4.36	1.50	p<0.05
23	終末期で、病状説明がされていないためにセデーションができず患者が苦しい思いをしている	4.35	1.22	4.60	1.37	NS
24	根拠が確立していない治療法を選択せざるを得ない状況で医療従事者間の意見がくいちがう場合の判断	4.25	1.15	4.37	1.56	NS
25	チーム内で話し合いが成立せず、発言力が偏ったり、メンバーの未成熟のため合意形成が不十分	4.45	1.16	4.60	1.48	NS

表42 臨床倫理的問題の直面頻度 <第2回目調査>

設問	臨床倫理的問題	平均点	SD	5-6の割合*	95%信頼区間
1	家族の反対により、患者に真実を話すことができない	2.95	1.77	0.18	0.06
2	患者よりも家族の意向が尊重され治療方針が決められる	2.67	1.60	0.12	0.05
3	病名や病状が告知されていないことで、治療・療養上の問題が生じている	3.06	1.75	0.23	0.07
4	患者本人の意思決定能力の判断は妥当か	2.94	1.53	0.16	0.06
5	患者本人が意思決定できない状況(意識障害など)における治療の選択	2.95	1.90	0.26	0.07
6	患者の意思より医療従事者の判断で治療や療養場所が決められる	2.39	1.65	0.11	0.05
7	客観的な根拠がなく、医療従事者自身の考えや経験に固執した治療方針の決定	2.33	1.79	0.15	0.06
8	治癒がのぞめない、または高齢を理由に医療従事者が患者に対応しなくなる	1.55	1.66	0.06	0.04
9	高齢者や終末期患者の意思を確認しないで、蘇生を含む積極的治療を行うこと	1.86	1.67	0.09	0.05
10	患者が通常行う治療を何らかの理由で拒否した場合の対応	2.62	1.53	0.08	0.04
11	緩和ケア(特に終末期)における過剰と思われる薬物投与	2.46	1.87	0.17	0.06
12	終末期など衰弱している患者に対する適切と考えられない検査・治療の方針	2.60	1.73	0.14	0.06
13	経口摂取できない患者の栄養、胃ろう・腸ろう造設術の必要性の判断	2.67	1.91	0.21	0.07
14	延命を希望しない患者にどこまで医療をするのか	2.85	1.93	0.25	0.07
15	医療不信、医療拒否の患者に適切な医療が行えない	2.59	1.63	0.13	0.06
16	保健医療制度以上に患者が治療(民間療法含)や入院生活を希望した場合どこまで行うのか	2.71	1.86	0.18	0.06
17	医療の目標が明確になっていないまま、患者・家族の意向で入院が長期化している	3.59	1.88	0.37	0.08
18	信頼関係がうまくいっていない医師が主治医を継続している	2.41	1.61	0.08	0.04
19	入院中患者が医師に十分診察を受けていないと感じる状況	3.03	1.83	0.24	0.07
20	医療従事者間、患者・家族-医療従事者間で十分な話し合いがなくセデーションを行うこと	1.81	1.62	0.08	0.04
21	予後が少し長いと思われる患者がセデーションを希望する場合	1.77	1.65	0.07	0.04
22	セデーションをすれば呼吸抑制が予測される場合の迷い	2.82	1.97	0.25	0.07
23	終末期で、病状説明がされていないためにセデーションができず患者が苦しい思いをしている	2.24	1.82	0.11	0.05
24	根拠が確立していない治療法を選択せざるを得ない状況で医療従事者間の意見がくいちがう場合の判断	2.53	1.78	0.14	0.06
25	チーム内で話し合いが成立せず、発言力が偏ったり、メンバーの未成熟のため合意形成が不十分	3.03	1.87	0.25	0.07

\* 5-6の割合とは、6点満点で5または6と評価した人の全体に占める割合

表43 臨床倫理的問題の対応の必要性 <第2回目調査>

設問	臨床倫理的問題	平均点	SD	5-6の割合*	95%信頼区間
1	家族の反対により、患者に真実を話すことができない	4.62	1.37	0.59	0.08
2	患者よりも家族の意向が尊重され治療方針が決められる	4.44	1.48	0.53	0.08
3	病名や病状が告知されていないことで、治療・療養上の問題が生じている	4.64	1.42	0.61	0.08
4	患者本人の意思決定能力の判断は妥当か	4.18	1.32	0.44	0.08
5	患者本人が意思決定できない状況(意識障害など)における治療の選択	4.40	1.41	0.52	0.08
6	患者の意思より医療従事者の判断で治療や療養場所が決められる	3.89	1.73	0.43	0.08
7	客観的な根拠がなく、医療従事者自身の考えや経験に固執した治療方針の決定	4.00	1.77	0.46	0.08
8	治癒がのぞめない、または高齢を理由に医療従事者が患者に対応しなくなる	3.71	2.02	0.44	0.08
9	高齢者や終末期患者の意思を確認しないで、蘇生を含む積極的治療を行うこと	3.92	1.93	0.50	0.08
10	患者が通常行う治療を何らかの理由で拒否した場合の対応	4.02	1.51	0.39	0.08
11	緩和ケア(特に終末期)における過剰と思われる薬物投与	4.04	1.73	0.48	0.08
12	終末期など衰弱している患者に対する適切と考えられない検査・治療の方針	4.17	1.70	0.50	0.08
13	経口摂取できない患者の栄養、胃ろう・腸ろう造設術の必要性の判断	3.95	1.62	0.41	0.08
14	延命を希望しない患者にどこまで医療をするのか	4.38	1.61	0.54	0.08
15	医療不信、医療拒否の患者に適切な医療が行えない	4.27	1.50	0.46	0.08
16	保健医療制度以上に患者が治療(民間療法含)や入院生活を希望した場合どこまで行うのか	3.84	1.49	0.31	0.08
17	医療の目標が明確になっていないまま、患者・家族の意向で入院が長期化している	4.79	1.36	0.65	0.08
18	信頼関係がうまくいっていない医師が主治医を継続している	4.19	1.60	0.47	0.08
19	入院中患者が医師に十分診察を受けていないと感じる状況	4.53	1.51	0.59	0.08
20	医療従事者間、患者・家族-医療従事者間で十分な話し合いがなくセデーションを行うこと	4.20	1.91	0.55	0.08
21	予後が少し長いと思われる患者がセデーションを希望する場合	4.02	1.79	0.46	0.08
22	セデーションをすれば呼吸抑制が予測される場合の迷い	4.36	1.50	0.52	0.08
23	終末期で、病状説明がされていないためにセデーションができず患者が苦しい思いをしている	4.60	1.37	0.62	0.08
24	根拠が確立していない治療法を選択せざるを得ない状況で医療従事者間の意見がくいちがう場合の判断	4.37	1.56	0.50	0.08
25	チーム内で話し合いが成立せず、発言力が偏ったり、メンバーの未成熟のため合意形成が不十分	4.60	1.48	0.63	0.08

① 臨床倫理的問題と職種との関連

職種を<医師><看護婦><診療部員（薬剤師、MSW、栄養士、検査技師）><事務職><その他（音楽療法士等）>の5つに分類し、この5職種で直面する頻度や対応の必要度について違いがあるのかどうかについて、Kruskal-Wallisの順位和検定を用いて比較した。

A.臨床倫理的問題に直面する頻度の比較

a.5職種での比較

臨床倫理的問題に直面する頻度について、5つの職種で比較すると、表44に示すように、25項目中24項目に有意差がみられ、有意差がみられなかったのは、「治癒が望めない、または高齢を理由に医療従事者が患者に反応しなくなる」のみであった。差がみられた各々の項目は、<事務職>と<その他>の職種が、<医師><看護婦><診療部員>に比べて直面する頻度が低い傾向がみられた。これは、これらの職種はベッドサイドでのケアに携わることが他の3職種に比べて少なく、臨床での意思決定に携わっていないことが理由として考えられた。また、有意差がみられなかった項目は、全対象者の平均点が1.55であり、他の3職種（医療職）も直面する頻度が低かったためと思われる。

<表 44

b.3職種での比較

次に、臨床倫理的問題に直面する頻度について、医療職3職種、つまり<医師><看護婦><診療部員>で違いがあるのかどうかをみると、表44に示すように、25項目中11項目で有意差がみられた。次にこれらを、<医師>と<看護婦>間、<医師>と<診療部員>間、<看護婦>と<診療部員>間で、Man-Whitneyの順位和検定を用いて比較した（表45）。

表45 3職種間で直面する頻度に差がみられた臨床倫理的問題

1.医師と看護婦間との間で差がみられた問題	
患者より家族の意向が尊重され治療方針が決められる	P=0.036
医療の目標が明確になっていないまま、患者・家族の意向で入院が長期化している	P=0.036
信頼関係がうまくいっていない医師が主治医を継続している	P=0.032
2.医師と他医療職との間に差がみられた問題	
経口摂取できない患者の栄養、胃ろう・腸ろう造設術の必要性の判断	P=0.001
延命を希望しない患者にどこまで医療をするのか	P=0.039
セデーションをすれば呼吸抑制が予測される場合の迷い	P=0.022
3.看護婦と他医療職との間に差が見られた問題	
経口摂取できない患者の栄養、胃ろう・腸ろう造設術の必要性の判断	P=0.001
延命を希望しない患者にどこまで医療をするのか	P=0.004
セデーションをすれば呼吸抑制が予測される場合の迷い	P=0.001
家族の反対により患者に真実を話すことができない	P=0.037
患者より家族の意向が尊重され治療方針が決められる	P=0.005
患者本人の意思決定能力の判断は妥当か	P=0.014
患者本人が意思決定できない状況（意識障害など）における治療の選択	P=0.001
高齢者や終末期患者の意思を確認しないで、蘇生を含む積極的治療を行うこと	P=0.008
医療の目標が明確になっていないまま、患者・家族の意向で入院が長期化している	P=0.003
信頼関係がうまくいっていない医師が主治医を継続している	P=0.001

医師と看護婦間で差がみられたのは、表45に示すように、「患者よりも家族の意向が尊重され治療方針が決められる」「医療の目標が明確になっていないまま、患者・家族の意向で入院が長期化している」「信頼関係がうまくいっていない医師が主治医を継続している」の3項目であり、これらはい

表44 臨床倫理的問題への直面の頻度 < 職種による比較 >

直面1 家族の反対により、患者に真実を話すことができない									
	0	1	2	3	4	5	6	計	
医師	1	3	3	1	4	1	1	14	5職種
看護師	1	6	10	23	27	14	6	87	3職種
他医療職	5	2	3	5	3	0	4	22	医師と看護師
事務職	8	0	1	2	0	0	0	11	医師と他医療職
その他	4	6	0	1	1	0	1	13	看護師と他医療職
合計	19	17	17	32	35	15	12	147	34.53 6.017 1.612 -0.279 -2.095
									P<0.001 P<0.05 NS NS P<0.05
直面2 患者よりも家族の意向が尊重され治療方針が決められる									
	0	1	2	3	4	5	6	計	
医師	1	3	3	4	3	0	0	14	5職種
看護師	1	7	15	30	20	9	5	87	3職種
他医療職	5	4	5	3	1	3	1	22	医師と看護師
事務職	6	1	2	1	1	0	0	11	医師と他医療職
その他	5	4	0	3	1	0	0	13	看護師と他医療職
合計	18	19	25	41	26	12	6	147	31.666 10.700 2.100 -0.610 -2.818
									P<0.001 P<0.01 P<0.05 NS P<0.01
直面3 病名や病状が告知されていないことで、治療・療養上の問題が生じている									
	0	1	2	3	4	5	6	計	
医師	1	3	2	0	2	4	2	14	5職種
看護師	0	5	13	33	15	12	9	87	3職種
他医療職	3	3	2	5	4	3	2	22	医師と看護師
事務職	7	2	0	0	1	0	1	11	医師と他医療職
その他	4	3	1	2	2	0	0	12	看護師と他医療職
合計	15	16	18	40	24	19	14	146	23.63 1.171 0.086 -0.689 -1.079
									P<0.001 NS NS NS NS
直面4 患者本人の意思決定能力の判断は妥当か									
	0	1	2	3	4	5	6	計	
医師	0	1	1	7	4	0	1	14	5職種
看護師	0	6	11	31	19	14	4	85	3職種
他医療職	1	3	5	6	2	2	0	19	医師と看護師
事務職	7	2	0	1	1	0	0	11	医師と他医療職
その他	4	3	1	2	0	1	0	11	看護師と他医療職
合計	12	15	18	47	26	17	5	140	33.87 6.251 0.417 -1.628 -2.457
									P<0.001 P<0.05 NS NS P<0.01
直面5 患者本人が意思決定できない状況(意識障害など)における治療の選択									
	0	1	2	3	4	5	6	計	
医師	0	4	3	2	2	2	1	14	5職種
看護師	3	6	9	20	17	21	10	86	3職種
他医療職	7	5	2	3	2	3	0	22	医師と看護師
事務職	6	1	3	1	0	0	0	11	医師と他医療職
その他	5	3	0	0	2	0	1	11	看護師と他医療職
合計	21	19	17	26	23	26	12	144	37.238 16.983 1.784 -1.748 -3.911
									P<0.001 P<0.001 NS NS P<0.001
直面6 患者の意思より医療従事者の判断で治療や療養場所が決められる									
	0	1	2	3	4	5	6	計	
医師	1	2	4	6	1	0	0	14	5職種
看護師	10	7	22	21	13	6	6	85	3職種
他医療職	3	3	5	5	2	2	1	21	医師と看護師
事務職	5	1	3	1	1	0	0	11	医師と他医療職
その他	6	2	2	0	1	0	0	11	看護師と他医療職
合計	25	15	36	33	18	8	7	142	17.772 1.064 0.8985 0.1557 -0.667
									P<0.01 NS NS NS NS
直面7 客観的な根拠がなく、医療従事者自身の考えや経験に固執した治療方針の決定									
	0	1	2	3	4	5	6	計	
医師	0	5	1	5	2	1	0	14	5職種
看護師	12	13	19	16	10	9	7	86	3職種
他医療職	2	5	1	6	2	3	1	20	医師と看護師
事務職	8	1	1	1	0	0	0	11	医師と他医療職
その他	5	4	0	2	0	0	0	11	看護師と他医療職
合計	27	28	22	30	14	13	8	142	23.464 0.073 0.106 0.271 0.221
									P<0.001 NS NS NS NS
直面8 治療がのぞめない、または高齢を理由に医療従事者が患者に対応しなくなる									
	0	1	2	3	4	5	6	計	
医師	3	4	3	3	1	0	0	14	5職種
看護師	31	19	14	6	11	2	3	86	3職種
他医療職	5	5	4	3	2	0	1	20	医師と看護師
事務職	7	2	0	1	0	1	0	11	医師と他医療職
その他	6	3	1	0	0	2	0	12	看護師と他医療職
合計	52	33	22	13	14	5	4	143	4.894 0.691 -0.553 0.072 0.7031
									NS NS NS NS NS

注：5職種及び3職種の比較の値は、Kruskal-Wallisの順位和検定のH値  
 医師と看護師、医師と他医療職、看護師と他医療職との比較の値は、Man-Whitneyの順位和検定のZ値



直面9 高齢者や終末期患者の意思を確認しないで、蘇生を含む積極的治療を行うこと

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	2	4	2	2	4	0	0	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	11	22	17	14	10	7	4	85	28.481	7.021	0.235	-1.793	-2.629
他医療職	8	3	4	2	0	1	0	18	P<0.001	P<0.05	NS	NS	P<0.01
事務職	8	1	2	0	0	0	0	11					
その他	7	4	0	1	0	0	0	12					
合計	36	34	25	19	14	8	4	140					

直面10 患者が通常行う治療を何らかの理由で拒否した場合の対応

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	1	1	7	2	2	1	0	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	4	9	15	24	24	5	4	85	26.024	2.951	1.591	0.786	-0.886
他医療職	1	3	5	7	4	2	0	22	P<0.001	NS	NS	NS	NS
事務職	8	1	1	1	0	0	0	11					
その他	3	4	0	1	3	0	0	11					
合計	17	18	28	35	33	8	4	143					

直面11 緩和ケア(特に終末期)における過剰と思われる薬物投与

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	2	1	0	5	3	3	0	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	9	13	13	18	14	13	6	86	25.743	5.873	-0.433	-1.859	-2.313
他医療職	8	2	3	2	3	1	1	20	P<0.001	NS	NS	P<0.05	P<0.05
事務職	7	1	2	1	0	0	0	11					
その他	5	4	0	1	1	0	0	11					
合計	31	21	18	27	21	17	7	142					

直面12 終末期など衰弱している患者に対する適切と考えられない検査・治療の方針

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	2	2	4	3	1	1	1	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	5	10	15	19	20	9	7	85	25.274	5.157	1.505	0.033	-1.932
他医療職	4	3	3	8	2	2	0	22	P<0.001	NS	NS	NS	P<0.05
事務職	7	2	1	0	1	0	0	11					
その他	4	3	2	1	2	0	0	12					
合計	22	20	25	31	26	12	8	144					

直面13 経口摂取できない患者の栄養、胃ろう・腸ろう造設術の必要性の判断

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	0	1	1	6	2	3	1	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	9	13	8	14	19	16	7	86	28.514	15.338	-0.645	-3.428	-3.652
他医療職	8	3	1	6	1	0	0	19	P<0.001	P<0.001	NS	P<0.001	P<0.001
事務職	7	2	1	0	1	0	0	11					
その他	4	2	0	1	2	2	0	11					
合計	28	21	11	27	25	21	8	141					

直面14 延命を希望しない患者にどこまで医療をするのか

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	0	2	3	2	3	3	1	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	5	6	12	20	15	17	10	85	32.708	8.656	0.316	-2.061	-2.886
他医療職	7	4	1	1	4	3	0	20	P<0.001	P<0.05	NS	P<0.05	P<0.01
事務職	8	2	0	0	0	1	0	11					
その他	5	3	2	1	1	1	0	13					
合計	25	17	18	24	23	25	11	143					

直面15 医療不信、医療拒否の患者に適切な医療が行えない

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	1	3	4	3	2	0	1	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	6	5	15	30	19	8	3	86	24.123	4.858	1.644	-0.125	-1.728
他医療職	2	5	5	3	1	3	1	20	P<0.001	NS	NS	NS	P<0.05
事務職	7	1	1	1	0	0	1	11					
その他	4	4	2	1	0	1	0	13					
合計	20	18	27	38	22	12	6	143					

直面16 保健医療制度以上に患者が治療(民間療法含)や入院生活を希望した場合どこまで行うのか

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	1	1	1	7	3	0	1	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	8	10	13	16	17	13	8	85	14.191	5.401	0.3362	-1.492	-2.298
他医療職	6	2	3	4	4	1	0	20	P<0.01	NS	NS	NS	P<0.05
事務職	7	1	0	0	1	1	1	11					
その他	4	2	1	2	1	1	0	13					
合計	26	16	18	29	26	16	10	141					

直面17 医療の目標が明確になっていないまま、患者・家族の意向で入院が長期化している

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	0	0	1	7	3	3	0	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	2	3	5	14	20	20	21	85	27.761	11.839	2.101	-1.075	-2.998
他医療職	3	3	2	4	4	2	2	20	P<0.001	P<0.01	P<0.05	NS	P<0.01
事務職	6	1	1	1	0	0	2	11					
その他	4	2	2	1	0	3	0	12					
合計	15	9	11	27	27	28	25	142					

直面18 信頼関係がうまくいっていない医師が主治医を継続している

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	3	2	1	7	1	0	0	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	4	6	18	25	23	7	2	85	34.719	12.926	2.150	-0.803	-3.171
他医療職	6	4	2	3	2	1	0	18	P<0.001	P<0.01	P<0.05	NS	P<0.001
事務職	7	1	1	0	1	0	1	11					
その他	6	4	1	1	0	0	0	12					
合計	26	17	23	36	27	8	3	140					

直面19 入院中患者が医師に十分診察を受けていないと感じる状況

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	1	1	2	4	5	1	0	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	4	6	9	22	16	17	11	85	28.291	3.678	1.294	-0.155	-1.608
他医療職	2	3	3	4	6	2	1	21	P<0.001	NS	NS	NS	NS
事務職	8	1	0	0	1	1	0	11					
その他	5	4	1	1	1	1	0	13					
合計	20	15	15	31	29	22	12	144					

直面20 医療従事者間、患者・家族—医療従事者間で十分な話し合いがなくセデーションを行うこと

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	2	1	6	3	1	1	0	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	16	13	22	14	9	7	2	83	26.337	4.232	-0.194	-1.697	-1.969
他医療職	7	3	3	3	0	1	0	17	P<0.001	NS	NS	P<0.05	P<0.05
事務職	8	1	0	1	0	0	0	10					
その他	7	3	0	0	0	0	0	10					
合計	40	21	31	21	10	9	2	134					

直面21 予後が少し長いと思われる患者がセデーションを希望する場合

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	1	4	2	6	1	0	0	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	18	14	23	9	11	5	3	83	21.681	4.3876	-0.434	-1.898	-1.926
他医療職	8	3	2	2	1	1	0	17	P<0.001	NS	NS	P<0.05	P<0.05
事務職	8	0	0	1	1	0	0	10					
その他	7	2	0	0	0	0	0	9					
合計	42	23	27	18	14	6	3	133					

直面22 セデーションをすれば呼吸抑制が予測される場合の迷い

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	0	2	3	4	2	2	1	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	5	5	8	20	14	17	10	79	39.374	14.222	1.082	-2.299	-3.668
他医療職	7	2	2	3	2	1	0	17	P<0.001	P<0.001	NS	P<0.05	P<0.001
事務職	9	0	0	0	1	0	0	10					
その他	7	1	0	1	0	1	0	10					
合計	28	10	13	28	19	21	11	130					

直面23 終末期で、病状説明がされていないためにセデーションができず患者が苦しい思いをしている

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	2	1	5	5	1	0	0	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	12	10	16	14	18	7	6	83	24.802	4.359	1.209	-0.547	-1.86
他医療職	7	1	3	3	3	1	0	18	P<0.001	NS	NS	NS	P<0.05
事務職	9	0	0	0	1	0	0	10					
その他	6	3	0	0	0	1	0	10					
合計	36	15	24	22	23	9	6	135					

直面24 根拠が確立していない治療法を選択せざるを得ない状況で医療従事者間の意見がくい違う場合の判断

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	1	4	2	5	2	0	0	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	8	8	12	21	17	10	6	82	23.516	6.651	1.802	-0.354	1.802
他医療職	4	3	4	5	1	1	1	19	P<0.001	P<0.05	NS	NS	NS
事務職	7	2	0	1	1	0	0	11					
その他	5	2	0	1	0	0	1	9					
合計	25	19	18	33	21	11	8	135					

直面25 チーム内で話し合いが成立せず、発言力が偏ったり、メンバーの未成熟のため合意形成が不充分

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	1	2	3	2	3	1	2	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	4	10	8	18	20	16	7	83	20.434	0.453	0.709	0.365	0.072
他医療職	2	4	0	3	2	3	4	18	P<0.001	NS	NS	NS	NS
事務職	6	2	1	0	1	1	0	11					
その他	4	2	1	2	1	0	0	10					
合計	17	20	13	25	27	21	13	136					

ずれも、看護婦の方が医師よりも直面する頻度が高い傾向を示した。

医師と診療部員間で差がみられたのは、「経口摂取できない患者の栄養、胃ろう・腸ろう造設術の必要性の判断」「延命を希望しない患者にどこまで医療をするのか」「セデーションをすれば呼吸抑制が予測される場合の迷い」の3項目であり、これらは、看護婦と診療部員との間でも差がみられており、いずれも、医師や看護婦の方が診療部員よりも直面する頻度が高い傾向を示した。

看護婦と診療部員間で差がみられたのは、上記3項目の他に、「家族の反対により、患者に真実を話すことができない」「患者よりも家族の意向が尊重され治療方針が決められる」「患者本人の意思決定能力の判断は妥当か」「患者本人が意思決定ができない状況（意識障害など）における治療の選択」「高齢者や終末期患者の意思を確認しないで、蘇生を含む積極的治療を行うこと」「医療の目標が明確になっていないまま、患者・家族の意向で入院が長期化している」「信頼関係がうまくいっていない医師が主治医を継続している」の計10項目であり、いずれも看護婦の方が診療部員より直面する頻度が高い傾向を示した。

#### c. 直面する頻度を5-6と高く評価した人の比率での比較

臨床倫理的問題に直面する頻度について、6点満点で5-6と高く評価した人の比率でみると、表46に示す通りであった。これらを医師と看護婦との間で比較すると、有意差はみられなかった。

＜表46

### B. 臨床倫理的問題への対応の必要度の比較

#### a. 5職種での比較

臨床倫理的問題への対応の必要度について、5つの職種で差があるかどうかをみると、表47に示すように、25項目中7項目、すなわち、「家族の反対により、患者に真実を話すことができない」「高齢者や終末期患者の意思を確認しないで蘇生を含む積極的治療を行うこと」「患者が通常を行う治療を何らかの理由で拒否した場合の対応」「医療不信、医療拒否の患者に適切な医療が行えない」「医療の目標が明確になっていないまま、患者・家族の意向で入院が長期化している」「セデーションすれば呼吸抑制が予測される場合の迷い」「終末期で病状説明がされていないためにセデーションができず患者が苦しい思いをしている」に差がみられた。これらは、＜その他＞の職種と＜医師＞が、他の職種より対応の必要度を低くみている傾向がみられた。

＜表47

#### b. 3職種での比較

臨床倫理的問題への対応の必要度について、医療職3職種で差があるかどうかをみると、表47に示すように8項目で差が見られた。

医師と看護婦との間で差がみられたのは、表47、48に示すように「家族の反対により患者に真実を話すことができない」「病名や病状が告知されていないことで、治療・療養上の問題が生じている」「患者が通常行う治療を何らかの理由で拒否した場合の対応」「経口摂取できない患者の栄養、胃ろう・腸ろう造設術の必要性の判断」「セデーションすれば呼吸抑制が予測される場合の迷い」「終末期で病状説明がされていないためにセデーションができず患者が苦しい思いをしている」の6項目であり、看護婦が医師より高く評価する傾向がみられた。

医師と診療部員との間で差が見られたのは、上記の6項目と「医療従事者間、患者・家族—医療従事者間で十分な話し合いがなく、セデーションを行うこと」の計7項目であった。

看護婦と他医療者との間で差が見られたのは、「患者が通常を行う治療を何らかの理由で拒否した場

表46 臨床倫理的問題への直面の頻度を5-6で評価した割合 < 職種による比較 >

直面1: 家族の反対により、患者に真実を話すことができない

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.14	0.19	0.1470
看護婦	0.23	0.09	NS
他医療職	0.18	0.16	
事務職	0.00	0.00	
その他	0.08	0.15	
合計	0.18	0.06	

直面2: 患者よりも家族の意向が尊重され治療方針が決められる

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.00	0.00	1.4412
看護婦	0.16	0.08	NS
他医療職	0.18	0.16	
事務職	0.00	0.00	
その他	0.00	0.00	
合計	0.12	0.05	

直面3: 病名や病状が告知されていないことで、治療・療養上の問題が生じている

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.43	0.26	1.3076
看護婦	0.24	0.09	NS
他医療職	0.23	0.18	
事務職	0.09	0.17	
その他	0.00	0.00	
合計	0.23	0.07	

直面4: 患者本人の意思決定能力の判断は妥当か

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.07	0.14	0.7556
看護婦	0.21	0.09	NS
他医療職	0.11	0.14	
事務職	0.00	0.00	
その他	0.09	0.17	
合計	0.16	0.06	

直面5: 患者本人が意思決定できない状況(意識障害など)における治療の選択

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.21	0.22	0.5876
看護婦	0.36	0.10	NS
他医療職	0.14	0.15	
事務職	0.00	0.00	
その他	0.09	0.17	
合計	0.26	0.07	

直面6: 患者の意思より医療従事者の判断で治療や療養場所が決められる

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.00	0.00	1.1189
看護婦	0.14	0.08	NS
他医療職	0.14	0.15	
事務職	0.00	0.00	
その他	0.00	0.00	
合計	0.11	0.05	

直面7: 客観的な根拠がなく、医療従事者の考えや経験に固執した治療方針の決定

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.07	0.14	0.4558
看護婦	0.19	0.08	NS
他医療職	0.20	0.18	
事務職	0.00	0.00	
その他	0.00	0.00	
合計	0.15	0.06	

直面8: 治療がのぞめない、または高齢を理由に医療従事者が患者に対応しなくなる

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.00	0.00	0.0699
看護婦	0.06	0.05	NS
他医療職	0.05	0.10	
事務職	0.09	0.17	
その他	0.17	0.22	
合計	0.06	0.04	

医師・看護婦との値を $\chi^2$ 検定で比較した

直面9: 高齢者や終末期患者の意思を確認しないで、蘇生を含む積極的治療を行うこと

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.00	0.00	0.9385
看護婦	0.13	0.07	NS
他医療職	0.06	0.11	
事務職	0.00	0.00	
その他	0.00	0.00	
合計	0.09	0.05	

直面10: 患者が通常行う治療を何らかの理由で拒否した場合の対応

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.07	0.14	0.0068
看護婦	0.11	0.07	NS
他医療職	0.09	0.12	
事務職	0.00	0.00	
その他	0.00	0.00	
合計	0.08	0.05	

直面11: 緩和ケア(特に終末期)における過剰と思われる薬物投与

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.21	0.22	0.0853
看護婦	0.22	0.09	NS
他医療職	0.10	0.13	
事務職	0.00	0.00	
その他	0.00	0.00	
合計	0.17	0.06	

直面12: 終末期など衰弱している患者に対する適切と考えられない検査・治療の方針

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.14	0.19	0.0030
看護婦	0.19	0.08	NS
他医療職	0.09	0.12	
事務職	0.00	0.00	
その他	0.00	0.00	
合計	0.14	0.06	

直面13: 経口摂取できない患者の栄養、胃ろう・腸ろう造設術の必要性の判断

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.29	0.24	0.0330
看護婦	0.27	0.10	NS
他医療職	0.00	0.00	
事務職	0.00	0.00	
その他	0.18	0.23	
合計	0.21	0.07	

直面14: 延命を希望しない患者にどこまで医療をするのか

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.29	0.24	0.0052
看護婦	0.32	0.10	NS
他医療職	0.15	0.16	
事務職	0.09	0.17	
その他	0.08	0.15	
合計	0.25	0.07	

直面15: 医療不信、医療拒否の患者に適切な医療が行えない

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.07	0.14	0.0254
看護婦	0.13	0.07	NS
他医療職	0.20	0.18	
事務職	0.09	0.17	
その他	0.08	0.15	
合計	0.13	0.06	

直面16: 保健医療制度以上に患者が治療(民間療法含)や入院生活を希望した場合どこまで行うのか

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.07	0.14	1.2493
看護婦	0.25	0.09	NS
他医療職	0.05	0.10	
事務職	0.18	0.23	
その他	0.08	0.15	
合計	0.18	0.07	

直面17: 医療の目標が明確になっていないまま、患者・家族の意向で入院が長期化している

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.21	0.22	2.4968
看護婦	0.48	0.11	NS
他医療職	0.20	0.18	
事務職	0.18	0.23	
その他	0.25	0.25	
合計	0.37	0.08	

直面18: 信頼関係がうまくいっていない医師が主治医を継続している

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.00	0.00	0.6010
看護婦	0.11	0.07	NS
他医療職	0.06	0.11	
事務職	0.09	0.17	
その他	0.00	0.00	
合計	0.08	0.05	

直面19: 入院中患者が医師に十分診察を受けていないと感じる状況

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.07	0.14	2.7170
看護婦	0.33	0.10	NS
他医療職	0.14	0.15	
事務職	0.09	0.17	
その他	0.08	0.15	
合計	0.24	0.07	

直面20: 医療従事者間、患者・家族-医療従事者間で十分な話し合いがなくセデーションを行うこと

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.07	0.14	0.0029
看護婦	0.11	0.07	NS
他医療職	0.06	0.11	
事務職	0.00	0.00	
その他	0.00	0.00	
合計	0.08	0.05	

直面21: 予後が少し長いと思われる患者がセデーションを希望する場合

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.00	0.00	0.4727
看護婦	0.10	0.06	NS
他医療職	0.06	0.11	
事務職	0.00	0.00	
その他	0.00	0.00	
合計	0.07	0.04	

直面22: セデーションをすれば呼吸抑制が予測される場合の迷い

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.21	0.22	0.3973
看護婦	0.34	0.11	NS
他医療職	0.06	0.11	
事務職	0.00	0.00	
その他	0.10	0.19	
合計	0.25	0.08	

直面23: 終末期で、病状説明がされていないためにセデーションができず患者が苦しい思いをしている

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.00	0.00	1.3620
看護婦	0.16	0.08	NS
他医療職	0.06	0.11	
事務職	0.00	0.00	
その他	0.10	0.19	
合計	0.11	0.05	

直面24: 根拠が確立していない治療法を選択せざるを得ない状況で医療従事者間の意見がくい違ふ場合の判断

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.00	0.00	2.0236
看護婦	0.20	0.09	NS
他医療職	0.11	0.14	
事務職	0.00	0.00	
その他	0.11	0.21	
合計	0.14	0.06	

直面25: チーム内で話し合いが成立せず、発言力が偏ったり、メンバーの未成熟のため合意形成が不十分

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.21	0.22	0.0270
看護婦	0.28	0.10	NS
他医療職	0.39	0.23	
事務職	0.09	0.17	
その他	0.00	0.00	
合計	0.25	0.07	

表47 臨床倫理的問題への対応への必要度 <職種による比較>

対応1 家族の反対により、患者に真実を話すことができない

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	0	0	3	2	3	5	1	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	0	1	0	20	14	17	35	87	10.787	6.240	2.171	2.363	1.023
他医療職	0	1	0	2	3	5	10	21	P<0.05	P<0.05	P<0.05	P<0.05	NS
事務職	0	0	0	1	2	2	4	9					
その他	0	2	1	3	1	3	2	12					
合計	4	4	28	23	32	52	143						

対応2 患者よりも家族の意向が尊重され治療方針が決められる

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	0	0	5	0	4	2	3	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	0	0	4	14	19	20	30	87	7.016	3.074	1.815	1.033	-0.262
他医療職	1	2	0	2	5	4	8	22	NS	NS	P<0.05	NS	NS
事務職	0	0	1	3	0	1	4	9					
その他	1	1	0	3	2	2	1	10					
合計	2	3	10	22	30	29	46	142					

対応3 病名や病状が告知されていないことで、治療・療養上の問題が生じている

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	0	1	2	2	5	1	3	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	0	0	5	15	13	18	36	87	8.980	6.413	2.018	2.464	1.173
他医療職	0	1	0	2	1	7	11	22	NS	P<0.05	P<0.05	P<0.05	NS
事務職	0	0	1	1	1	4	2	9					
その他	1	0	0	4	0	2	2	9					
合計	1	2	8	24	20	32	54	141					

対応4 患者本人の意思決定能力の判断は妥当か

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	0	0	0	5	5	2	2	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	0	1	5	26	16	21	16	85	1.228	1.174	0.3	0.996	0.988
他医療職	0	1	0	6	2	4	7	20	NS	NS	NS	NS	NS
事務職	0	0	1	1	4	2	1	9					
その他	1	0	0	3	0	3	2	9					
合計	1	2	6	41	27	32	28	137					

対応5 患者本人が意思決定できない状況(意識障害など)における治療の選択

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	0	0	1	4	5	1	3	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	0	1	3	13	20	24	25	86	3.997	2.737	1.566	0.597	-0.845
他医療職	1	0	2	4	3	7	5	22	NS	NS	NS	NS	NS
事務職	0	1	0	2	2	1	3	9					
その他	2	0	0	2	2	2	2	10					
合計	3	2	6	25	32	35	38	141					

対応6 患者の意思より医療従事者の判断で治療や療養場所が決められる

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	0	2	2	4	1	4	1	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	3	5	9	21	14	14	20	86	3.435	2.960	1.001	1.707	1.201
他医療職	1	0	2	5	1	4	8	21	NS	NS	NS	P<0.05	NS
事務職	0	0	0	2	3	3	1	9					
その他	2	1	0	1	0	1	3	8					
合計	6	8	13	33	19	26	33	138					

対応7 客観的な根拠がなく、医療従事者自身の考えや経験に固執した治療方針の決定

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	0	0	2	6	1	2	3	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	4	7	5	19	13	14	24	86	2.935	2.231	0.492	1.467	1.273
他医療職	0	1	0	4	2	6	6	19	NS	NS	NS	NS	NS
事務職	1	0	0	1	3	2	2	9					
その他	1	2	0	2	0	0	3	8					
合計	6	10	7	32	19	24	38	136					

対応8 治療がのぞめない、または高齢を理由に医療従事者が患者に対応しなくなる

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	2	2	1	1	2	5	1	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	10	7	8	20	8	9	24	86	4.791	3.586	0.59	1.729	1.698
他医療職	0	0	3	1	4	7	5	20	NS	NS		P<0.05	P<0.05
事務職	0	1	0	2	1	1	4	9			NS		
その他	3	0	0	0	2	2	3	10					
合計	15	10	12	24	17	24	37	139					

注：5職種及び3職種の比較の値は、Kruskal-Wallisの順位検定のH値  
 医師と看護婦、医師と他医療職、看護婦と他医療職との比較の値は、Man-Whitneyの順位検定のZ値

対応9 高齢者や終末期患者の意思を確認しないで、蘇生を含む積極的治療を行うこと

	0	1	2	3	4	5	6	計
医師	1	2	2	2	3	2	2	14
看護婦	4	6	8	11	10	20	26	85
他医療職	0	0	0	6	2	4	7	19
事務職	1	1	1	1	1	3	1	9
その他	5	1	0	0	1	2	1	10
合計	11	10	11	20	17	31	37	137

5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
11.067	4.140	1.640	2.049	0.876
P<0.05	NS	NS	P<0.05	NS

対応10 患者が通常行う治療を何らかの理由で拒否した場合の対応

	0	1	2	3	4	5	6	計
医師	0	1	4	4	3	0	2	14
看護婦	1	2	6	23	19	13	21	85
他医療職	0	0	0	0	6	8	6	22
事務職	1	0	0	1	3	4	0	9
その他	1	2	0	2	4	1	0	10
合計	3	6	10	31	35	26	29	140

5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
18.324	13.297	2.196	3.477	2.561
P<0.01	P<0.01	P<0.05	P<0.001	P<0.01

対応11 緩和ケア(特に終末期)における過剰と思われる薬物投与

	0	1	2	3	4	5	6	計
医師	0	1	0	4	4	2	3	14
看護婦	1	7	4	21	11	19	24	87
他医療職	1	2	0	6	0	5	7	21
事務職	0	0	1	2	2	2	2	9
その他	3	1	1	0	1	2	1	9
合計	5	11	6	33	18	30	37	140

5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
4.179	0.131	0.287	0.606	0.187
NS	NS	NS	NS	NS

対応12 終末期など衰弱している患者に対する適切と考えられない検査・治療の方針

	0	1	2	3	4	5	6	計
医師	0	1	2	2	5	2	1	13
看護婦	1	2	9	14	17	16	28	87
他医療職	1	1	1	3	2	9	5	22
事務職	1	2	0	0	1	3	2	9
その他	2	1	1	0	1	0	4	9
合計	5	7	13	19	26	30	40	140

5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
3.554	3.212	1.711	1.679	0.023
NS	NS	P<0.05	P<0.05	NS

対応13 経口摂取できない患者の栄養、胃ろう・腸ろう造設術の必要性の判断

	0	1	2	3	4	5	6	計
医師	1	1	3	5	2	1	1	14
看護婦	2	4	6	19	15	21	19	86
他医療職	1	1	1	4	6	4	4	21
事務職	0	0	0	2	2	2	3	9
その他	2	0	0	1	4	2	1	10
合計	6	6	10	31	29	30	28	140

5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
8.709	6.690	2.558	2.006	-0.320
NS	P<0.05	P<0.05	P<0.05	NS

対応14 延命を希望しない患者にどこまで医療をするのか

	0	1	2	3	4	5	6	計
医師	0	0	1	4	5	1	3	14
看護婦	1	2	3	15	16	17	31	85
他医療職	1	1	1	2	2	8	7	22
事務職	1	0	0	1	2	2	3	9
その他	2	2	1	0	3	1	3	12
合計	5	5	6	22	28	29	47	142

5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
5.007	2.183	1.427	1.297	0.06
NS	NS	NS	NS	NS

対応15 医療不信、医療拒否の患者に適切な医療が行えない

	0	1	2	3	4	5	6	計
医師	1	1	4	1	4	1	2	14
看護婦	0	1	4	18	24	17	22	86
他医療職	0	2	1	3	3	6	7	22
事務職	0	0	0	0	2	2	5	9
その他	1	2	0	1	3	1	3	11
合計	2	6	9	23	36	27	39	142

5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
11.289	5.866	2.343	1.965	0.494
P<0.05	NS	P<0.01	P<0.05	NS

対応16 保健医療制度以上に患者が治療(民間療法含)や入院生活を希望した場合どこまで行うのか

	0	1	2	3	4	5	6	計
医師	0	0	2	4	4	1	3	14
看護婦	4	1	5	22	24	12	17	85
他医療職	1	1	0	10	4	6	0	22
事務職	0	0	0	2	4	1	2	9
その他	2	0	0	2	5	0	1	10
合計	7	2	7	40	41	20	23	140

5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
3.511	1.807	0.294	-0.642	-1.351
NS	NS	NS	NS	NS

対応17 医療の目標が明確になっていないまま、患者・家族の意向で入院が長期化している

	0	1	2	3	4	5	6	計
医師	0	0	0	3	3	4	4	14
看護婦	0	1	0	12	8	18	46	85
他医療職	0	1	1	5	5	4	6	22
事務職	0	0	0	0	4	2	3	9
その他	2	0	1	1	3	4	0	11
合計	2	2	2	21	23	32	59	141

5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
17.705	8.526	1.699	-0.667	-2.656
P<0.01	P<0.05	NS	NS	P<0.01

対応18 信頼関係がうまくいっていない医師が主治医を継続している

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	1	1	0	6	2	2	2	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	0	3	7	18	17	11	30	86	3.955	3.173	1.743	1.186	-0.543
他医療職	0	2	2	2	2	9	3	20	NS	NS	P<0.05	NS	NS
事務職	0	0	1	1	1	4	2	9					
その他	1	2	0	0	4	0	3	10					
合計	2	8	10	27	26	26	40	139					

対応19 入院中患者が医師に十分診察を受けていないと感じる状況

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	0	0	0	5	4	3	2	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	0	3	2	15	13	19	33	85	4.275	3.219	1.685	1.890	0.048
他医療職	0	2	0	1	4	8	7	22	NS	NS	P<0.05	P<0.05	NS
事務職	1	0	1	0	1	3	3	9					
その他	1	2	0	0	3	1	3	10					
合計	2	7	3	21	25	34	48	140					

対応20 医療従事者間、患者・家族-医療従事者間で十分な話し合いがなくセデーションを行うこと

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	0	0	2	4	3	4	1	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	5	3	10	14	9	12	31	84	8.318	7.798	0.9995	2.934	2.306
他医療職	0	1	1	1	0	3	12	18	NS	P<0.05	NS	P<0.01	P<0.05
事務職	1	1	0	0	1	0	4	7					
その他	2	1	1	0	0	2	3	9					
合計	8	6	14	19	13	21	51	132					

対応21 予後が少し長いと思われる患者がセデーションを希望する場合

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	0	1	1	6	2	2	2	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	6	1	8	19	12	13	24	83	7.284	5.505	0.94	2.231	1.958
他医療職	1	1	1	0	1	5	9	18	NS	NS	NS	P<0.05	P<0.05
事務職	0	0	0	1	4	1	1	7					
その他	2	0	1	1	1	2	1	8					
合計	9	3	11	27	20	23	37	130					

対応22 セデーションをすれば呼吸抑制が予測される場合の迷い

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	0	0	4	6	1	1	2	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	0	1	4	18	11	17	28	79	11.792	9.582	2.838	2.713	0.837
他医療職	0	0	1	2	2	5	7	17	P<0.05	P<0.01	P<0.01	P<0.01	NS
事務職	1	0	0	2	2	1	1	7					
その他	1	0	1	2	1	2	2	9					
合計	2	1	10	30	17	26	40	126					

対応23 終末期で、病状説明がされていないためにセデーションができず患者が苦しい思いをしている

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	0	0	3	4	2	3	2	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	1	3	6	14	9	12	38	83	11.800	11.430	2.0361	3.477	2.266
他医療職	0	0	1	0	0	5	13	19	P<0.05	P<0.01	P<0.05	P<0.001	P<0.05
事務職	1	0	0	0	2	1	4	8					
その他	1	1	1	1	2	1	5	9					
合計	3	4	11	19	13	21	62	133					

対応24 根拠が確立していない治療法を選択せざるを得ない状況で医療従事者間の意見がくい違う場合の判断

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	0	1	2	5	1	3	2	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	1	2	2	22	16	8	30	81	5.481	4.042	1.838	1.886	0.426
他医療職	0	0	0	6	2	4	7	19	NS	NS	P<0.05	P<0.05	NS
事務職	1	0	0	0	2	1	5	9					
その他	1	0	1	0	1	2	3	8					
合計	3	3	5	33	22	18	47	131					

対応25 チーム内で話し合いが成立せず、発言力が偏ったり、メンバーの未成熟のため合意形成が不十分

	0	1	2	3	4	5	6	計					
医師	0	0	3	2	2	2	5	14	5職種	3職種	医師と看護婦	医師と他医療職	看護婦と他医療職
看護婦	1	3	2	15	13	21	27	82	4.528	3.189	0.487	1.387	1.675
他医療職	0	1	0	2	1	5	10	19	NS	NS	NS	NS	P<0.05
事務職	0	0	0	0	1	5	3	9					
その他	1	0	1	1	1	3	3	10					
合計	2	4	6	20	18	36	48	134					



合の対応」「医療の目標が明確になっていないまま、患者・家族の意向で入院が長期化している」「医療従事者間、患者・家族—医療従事者間で十分な話し合いがなく、セデーションを行うこと」「終末期で病状説明がされていないためにセデーションができず患者が苦しい思いをしている」の4項目であり、看護婦が他医療者より対応の必要度を高く評価する傾向がみられた。

表48 3職種間で対応する必要度に差がみられた臨床倫理的問題

1. 医師と看護婦間との間で差がみられた問題	
家族の反対により、患者に真実を話すことができない	P=0.030
病名や病状が告知されていないことで、治療・療養上の問題が生じている	P=0.044
患者が通常行う治療を何らかの理由で拒否した場合の対応	P=0.029
経口摂取できない患者の栄養、胃ろう・腸ろう造設術の必要性の判断	P=0.011
セデーションをすれば呼吸抑制が予測される場合の迷い	P=0.005
終末期で、病状説明がされていないためにセデーションができず患者が苦しい思いをしている	P=0.042
2. 医師と診療部員との間に差がみられた問題	
家族の反対により、患者に真実を話すことができない	P=0.018
病名や病状が告知されていないことで、治療・療養上の問題が生じている	P=0.014
患者が通常行う治療を何らかの理由で拒否した場合の対応	P=0.001
経口摂取できない患者の栄養、胃ろう・腸ろう造設術の必要性の判断	P=0.046
医療従事者間、患者・家族—医療従事者間で十分な話し合いがなくセデーションを行うこと	P=0.003
セデーションをすれば呼吸抑制が予測される場合の迷い	P=0.007
終末期で、病状説明がされていないためにセデーションができず患者が苦しい思いをしている	P=0.001
3. 看護婦と診療部員との間に差が見られた問題	
患者が通常行う治療を何らかの理由で拒否した場合の対応	P=0.011
医療の目標が明確になっていないまま、患者・家族の意向で入院が長期化している	P=0.008
医療従事者間、患者・家族—医療従事者間で十分な話し合いがなくセデーションを行うこと	P=0.021
終末期で、病状説明がされていないためにセデーションができず患者が苦しい思いをしている	P=0.023

c. 対応の必要度を5-6と高く評価した人の比率での比較

臨床倫理的問題に対応する必要度について、5-6と高く評価した人の割合でみると、表49に示す通りであり、これらを医師と看護婦とで比較すると、「病名・病状が告知されていないことで治療・療養上の問題が生じている」「経口摂取できない患者の栄養、胃ろう・腸ろう造設術の必要性の判断」「医療不信・医療拒否の患者に適切な医療が行えない」「セデーションすれば呼吸抑制が予測される場合の迷い」の4項目に有意差 ( $p<0.05$ ) がみられ、いずれも看護婦の比率が高い傾向がみられた。

＜ 表 49

以上のことからまとめると、看護婦が医師または他の職種より、臨床倫理的問題の直面頻度や対応の必要度を高く評価していた理由として、看護婦は常時患者、家族のそばにいたために、患者—家族—医療従事者間のズレをみていたり、日常の医療・ケアの意思決定に携わる機会が多いためと思われる。一方、看護婦がこれらの問題が生じるのは医師をはじめとする他の専門職の責任ととらえている可能性がある。今後はそれぞれの職種がこれらの問題にどのように取り組み連携していくかを検討することが課題である。また、「家族の反対により患者に真実を話すことができない」という問題は「病名・病状が告知されていないことで治療・療養上の問題が生じている」や「終末期で病状説明がされていないためにセデーションができず患者が苦しい思いをしている」などの問題の要因になっていると考えられるため、「患者の意向」を確認することが重要である。これらに対して医療現場で患者個々

表 49 臨床倫理的問題への対応への必要度を5-6で評価した割合 <職種による比較>

対応1: 家族の反対により、患者に真実を話すことができない

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.43	0.26	0.8039
看護婦	0.60	0.11	NS
他医療職	0.71	0.20	
事務職	0.67	0.31	
その他	0.42	0.28	
合計	0.59	0.08	

対応2: 患者よりも家族の意向が尊重され治療方針が決められる

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.36	0.26	1.5080
看護婦	0.57	0.11	NS
他医療職	0.55	0.21	
事務職	0.56	0.33	
その他	0.30	0.29	
合計	0.53	0.08	

対応3: 病名や病状が告知されていないことで、治療・療養上の問題が生じている

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.29	0.24	4.2494
看護婦	0.62	0.10	p<0.05 *
他医療職	0.82	0.16	
事務職	0.67	0.31	
その他	0.44	0.33	
合計	0.61	0.08	

対応4: 患者本人の意思決定能力の判断は妥当か

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.29	0.24	0.5776
看護婦	0.44	0.11	NS
他医療職	0.55	0.22	
事務職	0.33	0.31	
その他	0.56	0.33	
合計	0.44	0.08	

対応5: 患者本人が意思決定できない状況(意識障害など)における治療の選択

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.29	0.24	2.8429
看護婦	0.57	0.11	NS
他医療職	0.55	0.21	
事務職	0.44	0.33	
その他	0.40	0.31	
合計	0.52	0.08	

対応6: 患者の意思より医療従事者の判断で治療や療養場所が決められる

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.36	0.26	0.0006
看護婦	0.40	0.11	NS
他医療職	0.57	0.22	
事務職	0.44	0.33	
その他	0.50	0.35	
合計	0.43	0.08	

対応7: 客観的な根拠がなく、医療従事者の考えや経験に固執した治療方針の決定

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.36	0.26	0.0916
看護婦	0.44	0.11	NS
他医療職	0.63	0.22	
事務職	0.44	0.33	
その他	0.38	0.34	
合計	0.46	0.09	

対応8: 治療がのぞめない、または高齢を理由に医療従事者が患者に対応しなくなる

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.43	0.26	0.0006
看護婦	0.38	0.10	NS
他医療職	0.60	0.22	
事務職	0.56	0.33	
その他	0.50	0.32	
合計	0.44	0.08	

対応9: 高齢者や終末期患者の意思を確認しないで、蘇生を含む積極的治療を行うこと

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.29	0.24	2.1994
看護婦	0.54	0.11	NS
他医療職	0.58	0.23	
事務職	0.44	0.33	
その他	0.30	0.29	
合計	0.50	0.09	

対応10: 患者が通常行う治療を何らかの理由で拒否した場合の対応

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.14	0.19	2.4133
看護婦	0.40	0.11	NS
他医療職	0.64	0.21	
事務職	0.44	0.33	
その他	0.10	0.19	
合計	0.39	0.08	

対応11: 緩和ケア(特に終末期)における過剰と思われる薬物投与

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.36	0.26	0.4427
看護婦	0.49	0.11	NS
他医療職	0.57	0.22	
事務職	0.44	0.33	
その他	0.33	0.31	
合計	0.48	0.08	

対応12: 終末期など衰弱している患者に対する適切と考えられない検査・治療の方針

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.23	0.23	2.4179
看護婦	0.51	0.11	NS
他医療職	0.64	0.21	
事務職	0.56	0.33	
その他	0.44	0.33	
合計	0.50	0.08	

対応13: 経口摂取できない患者の栄養、胃ろう・腸ろう造設術の必要性の判断

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.14	0.19	3.8952
看護婦	0.47	0.11	p<0.05 *
他医療職	0.38	0.21	
事務職	0.56	0.33	
その他	0.30	0.29	
合計	0.41	0.08	

対応14: 延命を希望しない患者にどこまで医療をするのか

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.29	0.24	2.7166
看護婦	0.56	0.11	NS
他医療職	0.68	0.20	
事務職	0.56	0.33	
その他	0.33	0.27	
合計	0.54	0.08	

対応15: 医療不信、医療拒否の患者に適切な医療が行えない

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.21	0.22	4.0698
看護婦	0.45	0.11	p<0.05 *
他医療職	0.59	0.21	
事務職	0.78	0.28	
その他	0.36	0.29	
合計	0.46	0.08	

対応16: 保健医療制度以上に患者が治療(民間療法含)や入院生活を希望した場合どこまで行うのか

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.29	0.24	0.0104
看護婦	0.34	0.10	NS
他医療職	0.27	0.19	
事務職	0.33	0.31	
その他	0.10	0.19	
合計	0.31	0.08	

対応17: 医療の目標が明確になっていないまま、患者・家族の意向で入院が長期化している

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.57	0.26	1.1863
看護婦	0.75	0.09	NS
他医療職	0.45	0.21	
事務職	0.56	0.33	
その他	0.36	0.29	
合計	0.65	0.08	

対応18: 信頼関係がうまくいっていない医師が主治医を継続している

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.29	0.24	1.0872
看護婦	0.48	0.11	NS
他医療職	0.60	0.22	
事務職	0.67	0.31	
その他	0.30	0.29	
合計	0.47	0.08	

対応19: 入院中患者が医師に十分診察を受けていないと感じる状況

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.36	0.26	2.2330
看護婦	0.61	0.11	NS
他医療職	0.68	0.20	
事務職	0.67	0.31	
その他	0.40	0.31	
合計	0.59	0.08	

対応20: 医療従事者間、患者・家族-医療従事者間で十分な話し合いがなくセデーションを行うこと

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.36	0.26	0.6142
看護婦	0.51	0.11	NS
他医療職	0.83	0.18	
事務職	0.57	0.37	
その他	0.56	0.33	
合計	0.55	0.09	

対応21: 予後が少し長いと思われる患者がセデーションを希望する場合

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.29	0.24	0.6874
看護婦	0.45	0.11	NS
他医療職	0.78	0.20	
事務職	0.29	0.34	
その他	0.38	0.34	
合計	0.46	0.09	

対応22: セデーションをすれば呼吸抑制が予測される場合の迷い

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.21	0.22	4.6739
看護婦	0.57	0.11	p<0.05 *
他医療職	0.71	0.22	
事務職	0.29	0.34	
その他	0.44	0.33	
合計	0.52	0.09	

対応23: 終末期で、病状説明がされていないためにセデーションができず患者が苦しい思いをしている

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.36	0.26	2.0212
看護婦	0.60	0.11	NS
他医療職	0.95	0.10	
事務職	0.63	0.34	
その他	0.67	0.31	
合計	0.62	0.08	

対応24: 根拠が確立していない治療法を選択せざるを得ない状況で医療従事者間の意見がくい違う場合の判断

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.36	0.26	0.2367
看護婦	0.47	0.11	NS
他医療職	0.58	0.23	
事務職	0.67	0.31	
その他	0.63	0.34	
合計	0.50	0.09	

対応25: チーム内で話し合いが成立せず、発言力が偏ったり、メンバーの未成熟のため合意形成が不充分

	5-6の割合	95%信頼区間	$\chi^2$ 検定
医師	0.50	0.27	0.0927
看護婦	0.59	0.11	NS
他医療職	0.79	0.19	
事務職	0.89	0.21	
その他	0.60	0.31	
合計	0.63	0.08	

にあわせて、その内容・方法を工夫することが求められる。今後、臨床現場のスタッフはもとより、臨床倫理委員会のメンバーや専門看護師などが第三者として患者の意向を確認するシステムをつくり、臨床倫理の実践を高めることが必要であるとする。

## ②看護婦経験年数との関連

看護婦の経験年数によって、臨床倫理的問題に直面する頻度と対応の必要度に違いがあるかどうかをみた。

### A.臨床倫理的問題に直面する頻度

臨床倫理的問題に直面する頻度が経験年数によって差がみられたのは、表 50 に示すように、「終末期など衰弱している患者に対する適切と考えられない検査・治療の方針(p<0.01)」「延命を希望しない患者にどこまで医療をするのか(p<0.05)」「医療従事者間、患者・家族—医療従事者間で十分な話し合いがなくセデーションを行うこと(p<0.05)」の 3 項目であった。 < 表 50

### B.臨床倫理的問題への対応の必要度

臨床倫理的問題への対応の必要度が看護婦の経験年数によって差がみられたのは、表 51 に示すように、「緩和ケア（特に終末期）における過剰と思われる薬物の投与」「終末期など衰弱している患者に対する適切と考えられない検査・治療の方針」「保険医療制度以上に患者が治療（民間療法含）や入院生活を希望した場合どこまで行うか」の 3 項目であった。 < 表 51

以上、看護婦の経験年数によって差がみられた理由として、5 年～10 年目以上の看護婦は医療チームの中でリーダーシップをとっており、医師や他の職種と医療の方針を検討し、意思決定をしていくことに関わるが多いことから、これらの問題に対応する必要度を高く評価していたと考える。

## 5.まとめ

1) 今回の調査により、以下のことがわかった。

- (1) 病院という臨床現場における臨床倫理的問題として、「インフォームド・コンセント」「治療・ケアの選択・判断」「セデーション」「チーム医療」に関する 25 項目が同定された。アメリカがん看護学会が看護婦を対象にして調査（1995）によると、優先度の高い倫理的問題として、1.Assisted suicide, 2.End-of-life decisions, 3.Pain management, 4.Healthcare reform, 5.Access to care, 6.Truth-telling and informed choice, 7.Scientific integrity, 8. Confidentiality, 9. Advance directive があげられ<sup>10)</sup>、アメリカ看護協会(ANA)が看護婦を対象にした調査（1997）によれば、看護婦がよく直面する倫理的問題として 1.Cost containment issues that jeopardize patient welfare, 2.End of life decisions, 3.Informed consent（以下 I.C.）, 4.Incompetent, unethical or illegal practices, 5.Access to health care があげられていた<sup>11)</sup>。インフォームド・コンセントや終末期における治療の意思決定に関する問題などは今回の調査と共通する問題である。また、今回の調査ではコストに関する意識は欧米ほど高くないが、今後臨床倫理を考える上でますます重要になると思われる。
- (2) 直面する頻度及び対応の必要度がともに高かったのは、「医療の目標が明確になっていないまま、患者・家族の意向で入院が長期化している」であり、この問題は、医療従事者のアセスメントや判断、インフォームド・コンセント、チーム医療の問題が集約されていると思われるが、今後その要因を分析し、検討していく必要がある。