

表 50 臨床倫理的問題に直面する頻度 <看護婦の経験年数による比較>

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	1	1	3	9	11	4	1	30
5年以上10年未満	0	2	1	5	7	7	2	24
10年以上15年未満	0	2	2	4	5	1	1	15
15年以上20年未満	0	1	1	1	2	0	1	6
20年以上	0	0	3	4	2	2	1	12
合計	1	6	10	23	27	14	6	87

NS

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	1	4	3	10	6	5	1	30
5年以上10年未満	0	3	3	7	8	0	3	24
10年以上15年未満	0	0	4	5	4	1	1	15
15年以上20年未満	0	0	1	4	1	0	0	6
20年以上	0	4	4	1	3	0	1	12
合計	1	7	15	30	20	9	5	87

NS

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	0	0	8	13	6	1	2	30
5年以上10年未満	0	2	1	7	5	5	4	24
10年以上15年未満	0	1	2	5	2	3	2	15
15年以上20年未満	0	1	0	3	1	1	0	6
20年以上	0	1	2	5	1	2	1	12
合計	0	5	13	33	15	12	9	87

NS

直面4: 患者本人の意思決定能力の判断は妥当か

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	0	3	3	10	6	5	2	29
5年以上10年未満	0	2	3	9	4	4	2	24
10年以上15年未満	0	1	3	4	5	1	0	14
15年以上20年未満	0	0	0	3	1	2	0	6
20年以上	0	0	2	5	3	2	0	12
合計	0	6	11	31	19	14	4	85

NS

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	0	2	2	11	6	5	4	30
5年以上10年未満	1	1	1	2	8	7	3	23
10年以上15年未満	1	1	2	3	2	4	2	15
15年以上20年未満	0	0	1	2	0	3	0	6
20年以上	1	2	3	2	1	2	1	12
合計	3	6	9	20	17	21	10	86

NS

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	5	2	10	5	4	2	2	30
5年以上10年未満	3	2	1	9	5	0	3	23
10年以上15年未満	1	2	6	1	3	1	1	15
15年以上20年未満	0	1	0	3	0	2	0	6
20年以上	1	5	3	1	1	0	1	11
合計	10	7	22	21	13	6	6	85

NS

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	7	5	8	5	1	3	1	30
5年以上10年未満	2	3	4	5	5	2	2	23
10年以上15年未満	1	2	2	3	2	2	3	15
15年以上20年未満	0	1	3	1	0	0	1	6
20年以上	2	2	2	2	2	2	0	12
合計	12	13	19	16	10	9	7	86

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	13	7	3	2	4	1	0	30
5年以上10年未満	9	2	3	1	5	0	3	23
10年以上15年未満	5	2	5	1	1	1	0	15
15年以上20年未満	0	4	1	1	0	0	0	6
20年以上	4	4	2	1	1	0	0	12
合計	31	19	14	6	11	2	3	86

NS

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	7	8	5	2	4	2	1	29
5年以上10年未満	1	6	6	3	4	2	1	23
10年以上15年未満	2	4	3	3	0	2	1	15
15年以上20年未満	0	2	0	3	0	1	0	6
20年以上	1	2	3	3	2	0	1	12
合計	11	22	17	14	10	7	4	85

NS

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	3	4	3	12	6	1	1	30
5年以上10年未満	1	1	5	8	4	3	1	23
10年以上15年未満	0	1	3	1	6	1	2	14
15年以上20年未満	0	1	1	1	3	0	0	6
20年以上	0	2	3	2	5	0	0	12
合計	4	9	15	24	24	5	4	85

NS

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	3	6	6	6	3	6	0	30
5年以上10年未満	2	2	2	2	8	3	4	23
10年以上15年未満	2	2	2	7	1	0	1	15
15年以上20年未満	0	1	2	1	0	2	0	6
20年以上	2	2	1	2	2	2	1	12
合計	9	13	13	18	14	13	6	86

NS

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	3	6	6	6	8	1	0	30
5年以上10年未満	0	1	2	3	8	3	5	22
10年以上15年未満	1	1	4	5	2	1	1	15
15年以上20年未満	0	1	1	1	1	2	0	6
20年以上	1	1	2	4	1	2	1	12
合計	5	10	15	19	20	9	7	85

P<0.01

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	3	5	3	2	6	9	2	30
5年以上10年未満	2	2	2	4	6	4	3	23
10年以上15年未満	3	1	2	3	3	2	1	15
15年以上20年未満	0	1	0	2	2	1	0	6
20年以上	1	4	1	3	2	0	1	12
合計	9	13	8	14	19	16	7	86

NS

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	1	2	3	5	8	4	6	29
5年以上10年未満	2	1	3	3	2	8	4	23
10年以上15年未満	2	0	4	5	3	1	0	15
15年以上20年未満	0	0	0	2	1	3	0	6
20年以上	0	3	2	5	1	1	0	12
合計	5	6	12	20	15	17	10	85

P<0.05

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	4	2	3	11	5	3	2	30
5年以上10年未満	0	2	2	10	6	3	0	23
10年以上15年未満	1	1	2	4	5	1	1	15
15年以上20年未満	0	0	2	1	3	0	0	6
20年以上	1	0	6	4	0	1	0	12
合計	6	5	15	30	19	8	3	86

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	7	5	9	3	5	0	1	30
5年以上10年未満	4	2	4	4	4	3	2	23
10年以上15年未満	2	4	6	0	2	1	0	15
15年以上20年未満	1	1	2	1	0	0	0	5
20年以上	4	2	2	1	0	1	0	10
合計	18	14	23	9	11	5	3	83

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	5	5	5	2	4	3	5	29
5年以上10年未満	2	2	3	5	4	6	1	23
10年以上15年未満	1	1	4	3	3	2	1	15
15年以上20年未満	0	0	0	3	2	0	1	6
20年以上	0	2	1	3	4	2	0	12
合計	8	10	13	16	17	13	8	85

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	1	4	0	8	5	6	4	28
5年以上10年未満	1	0	3	5	6	4	4	23
10年以上15年未満	2	0	3	3	1	4	2	15
15年以上20年未満	0	0	0	1	1	3	0	5
20年以上	1	1	2	3	1	0	0	8
合計	5	5	8	20	14	17	10	79

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	1	2	1	3	9	8	5	29
5年以上10年未満	0	0	1	1	6	5	10	23
10年以上15年未満	1	0	0	4	4	4	2	15
15年以上20年未満	0	0	0	2	1	2	1	6
20年以上	0	1	0	4	0	1	3	12
合計	2	3	5	14	20	20	21	85

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	6	3	4	7	7	1	2	30
5年以上10年未満	2	2	4	3	3	6	3	23
10年以上15年未満	2	1	5	0	6	0	1	15
15年以上20年未満	0	2	1	1	1	0	0	5
20年以上	2	2	2	3	1	0	0	10
合計	12	10	16	14	18	7	6	83

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	3	3	8	7	7	1	0	29
5年以上10年未満	1	1	2	6	7	6	0	23
10年以上15年未満	0	1	4	4	5	0	1	15
15年以上20年未満	0	0	1	3	2	0	0	6
20年以上	0	1	3	5	2	0	1	12
合計	4	6	18	25	23	7	2	85

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	3	4	4	7	8	2	1	29
5年以上10年未満	3	0	1	8	3	4	4	23
10年以上15年未満	2	3	3	2	3	2	0	15
15年以上20年未満	0	1	1	1	1	1	0	5
20年以上	0	0	3	3	2	1	1	10
合計	8	8	12	21	17	10	6	82

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	2	2	2	8	9	6	1	30
5年以上10年未満	1	2	2	4	2	6	6	23
10年以上15年未満	1	1	2	4	3	3	1	15
15年以上20年未満	0	0	0	1	2	1	2	6
20年以上	0	1	3	5	0	1	1	11
合計	4	6	9	22	16	17	11	85

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	2	4	4	6	9	3	1	29
5年以上10年未満	1	1	0	6	5	7	3	23
10年以上15年未満	0	3	2	2	2	4	2	15
15年以上20年未満	0	1	1	1	2	0	0	5
20年以上	1	1	1	3	2	2	1	11
合計	4	10	8	18	20	16	7	83

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	9	5	10	3	3	0	0	30
5年以上10年未満	2	3	3	5	4	4	1	22
10年以上15年未満	3	2	5	1	1	2	1	15
15年以上20年未満	0	1	2	2	0	1	0	6
20年以上	2	2	2	3	1	0	0	10
合計	16	13	22	14	9	7	2	85

表 51 臨床倫理的問題への対応の必要度 <看護婦の経験年数による比較>

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	0	0	0	5	7	7	11	30
5年以上10年未満	0	0	0	7	3	3	11	24
10年以上15年未満	0	0	0	5	3	3	4	15
15年以上20年未満	0	1	0	2	0	1	2	6
20年以上	0	0	0	1	1	3	7	12
合計	0	1	0	20	14	17	35	87

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	0	0	2	4	4	9	11	30
5年以上10年未満	0	0	1	4	5	3	11	24
10年以上15年未満	0	0	1	3	6	3	2	15
15年以上20年未満	0	0	0	1	3	1	1	6
20年以上	0	0	0	2	1	4	5	12
合計	0	0	4	14	19	20	30	87

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	0	0	3	8	5	3	11	30
5年以上10年未満	0	0	1	2	3	7	11	24
10年以上15年未満	0	0	2	3	4	6	15	
15年以上20年未満	0	0	1	1	2	0	2	6
20年以上	0	0	0	2	0	4	6	12
合計	0	##	5	15	13	18	36	87

対応4: 患者本人の意思決定能力の判断は妥当か

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	0	1	0	12	4	6	6	29
5年以上10年未満	0	0	2	7	6	6	3	24
10年以上15年未満	0	0	2	3	4	4	1	14
15年以上20年未満	0	0	0	2	0	3	1	6
20年以上	0	0	1	2	2	2	5	12
合計	0	1	5	26	16	21	16	85

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	0	1	1	6	4	9	9	30
5年以上10年未満	0	0	0	2	10	3	9	24
10年以上15年未満	0	0	1	1	4	5	3	14
15年以上20年未満	0	0	1	2	0	2	1	6
20年以上	0	0	2	2	5	3	12	
合計	0	1	3	13	20	24	25	86

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	3	3	3	8	1	7	5	30
5年以上10年未満	0	0	0	7	8	2	7	24
10年以上15年未満	0	1	3	2	4	1	3	14
15年以上20年未満	0	1	1	1	1	1	1	6
20年以上	0	0	2	3	0	3	4	12
合計	3	5	9	21	14	14	20	86

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	4	4	2	6	4	4	6	30
5年以上10年未満	0	1	1	7	4	4	7	24
10年以上15年未満	0	0	1	1	4	2	6	14
15年以上20年未満	0	1	1	1	1	1	1	6
20年以上	0	1	0	4	0	3	4	12
合計	4	7	5	19	13	14	24	86

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	7	3	1	6	3	3	7	30
5年以上10年未満	2	1	2	4	2	3	10	24
10年以上15年未満	1	1	2	3	2	1	4	14
15年以上20年未満	0	1	3	1	1	0	0	6
20年以上	0	1	0	6	0	2	3	12
合計	10	7	8	20	8	9	24	86

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	4	3	3	2	2	8	7	29
5年以上10年未満	0	0	3	4	5	3	9	24
10年以上15年未満	0	2	0	3	1	5	3	14
15年以上20年未満	0	1	1	0	2	1	1	6
20年以上	0	0	1	2	0	3	6	12
合計	4	6	8	11	10	20	26	85

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	1	2	2	7	3	6	8	29
5年以上10年未満	0	0	2	6	7	3	6	24
10年以上15年未満	0	0	2	4	5	1	2	14
15年以上20年未満	0	0	0	2	2	1	1	6
20年以上	0	0	0	4	2	2	4	12
合計	1	2	6	23	19	13	21	85

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	1	4	2	5	3	11	4	30
5年以上10年未満	0	1	1	4	4	4	10	24
10年以上15年未満	0	2	0	8	2	1	2	15
15年以上20年未満	0	0	1	1	2	1	1	6
20年以上	0	0	0	3	0	2	7	12
合計	1	7	4	21	11	19	24	87

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	1	2	5	5	8	4	5	30
5年以上10年未満	0	0	1	4	3	4	12	24
10年以上15年未満	0	0	3	2	4	4	2	15
15年以上20年未満	0	0	0	1	2	1	2	6
20年以上	0	0	0	2	0	3	7	12
合計	1	2	9	14	17	16	28	87

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	1	4	1	6	5	7	6	30
5年以上10年未満	0	0	3	5	3	7	6	24
10年以上15年未満	1	0	1	4	4	4	1	15
15年以上20年未満	0	0	0	3	1	1	1	6
20年以上	0	0	1	1	2	2	5	11
合計	2	4	6	19	15	21	19	86

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	1	2	1	4	5	7	8	28
5年以上10年未満	0	0	1	3	5	5	10	24
10年以上15年未満	0	0	1	5	2	3	4	15
15年以上20年未満	0	0	0	1	3	1	1	6
20年以上	0	0	0	2	1	1	8	12
合計	1	2	3	15	16	17	31	85

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	0	1	3	6	9	2	8	29
5年以上10年未満	0	0	0	3	11	6	4	24
10年以上15年未満	0	0	1	5	0	5	4	15
15年以上20年未満	0	0	0	1	2	2	1	6
20年以上	0	0	0	3	2	2	5	12
合計	0	1	4	18	24	17	22	86

NS

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	4	0	6	7	4	2	6	29
5年以上10年未満	0	0	2	2	6	4	10	24
10年以上15年未満	1	1	0	4	1	4	3	14
15年以上20年未満	0	0	0	3	0	0	2	5
20年以上	1	0	0	3	1	3	3	11
合計	6	1	8	19	12	13	24	83

NS

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	4	0	2	6	11	1	5	29
5年以上10年未満	0	1	1	4	7	5	6	24
10年以上15年未満	0	0	2	7	3	2	0	14
15年以上20年未満	0	0	0	3	1	1	1	6
20年以上	0	0	0	2	2	3	5	12
合計	4	1	5	22	24	12	17	85

p<0.05

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	0	1	2	7	2	8	7	27
5年以上10年未満	0	0	2	4	7	0	11	24
10年以上15年未満	0	0	0	5	1	4	4	14
15年以上20年未満	0	0	0	1	1	1	2	5
20年以上	0	0	0	1	0	4	4	9
合計	0	1	4	18	11	17	28	79

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	0	1	0	3	3	6	16	29
5年以上10年未満	0	0	0	1	1	4	18	24
10年以上15年未満	0	0	0	4	3	3	4	14
15年以上20年未満	0	0	0	1	1	2	2	6
20年以上	0	0	0	3	0	3	6	12
合計	0	1	0	12	8	18	46	85

NS

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	1	2	3	6	3	3	11	29
5年以上10年未満	0	0	1	3	3	5	12	24
10年以上15年未満	0	1	1	2	3	3	4	14
15年以上20年未満	0	0	0	2	0	0	2	4
20年以上	0	0	1	1	0	1	9	12
合計	1	3	6	14	9	12	38	83

NS

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	0	1	3	7	5	6	7	29
5年以上10年未満	0	1		5	6	0	12	24
10年以上15年未満	0	1	3	3	4	2	2	15
15年以上20年未満	0	0	0	0	2	1	3	6
20年以上	0	0	1	3	0	2	6	12
合計	0	3	7	18	17	11	30	86

NS

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	1	2	1	7	6	4	7	28
5年以上10年未満	0	0	0	8	5	1	10	24
10年以上15年未満	0	0	0	5	2	3	4	14
15年以上20年未満	0	0	1	0	2	0	2	5
20年以上	0	0	0	2	1	0	7	10
合計	1	2	2	22	16	8	30	81

NS

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	0	2	1	7	6	5	9	30
5年以上10年未満	0	0	0	3	4	5	11	23
10年以上15年未満	0	1	0	3	2	6	3	15
15年以上20年未満	0	0	0	0	1	2	3	6
20年以上	0	0	1	2	0	1	7	11
合計	0	3	2	15	13	19	33	85

NS

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	1	2	0	6	6	6	7	28
5年以上10年未満	0	0	0	5	4	5	9	23
10年以上15年未満	0	1	1	1	2	7	3	15
15年以上20年未満	0	0	1	0	1	1	2	5
20年以上	0	0		3	0	2	6	11
合計	1	3	2	15	13	21	27	82

NS

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

経験年数	0	1	2	3	4	5	6	計
5年未満	4	2	4	5	3	3	8	29
5年以上10年未満	0	0	1	6	2	4	10	23
10年以上15年未満	1	1	2	1	1	4	4	14
15年以上20年未満	0	0	1	1	2	0	2	6
20年以上	0	0	2	1	1	1	7	12
合計	5	3	10	14	9	12	31	84

NS

- (3) 直面する頻度が高い臨床倫理的問題は、上記 2) の他に、「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」「入院中患者が十分に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、合意形成が不十分」などであった。
- (4) 対応が必要な臨床倫理的問題は、上記 2) 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」「病名病状が告知されていないことでの治療・療養上の問題」「医療チーム内で合意形成が不十分」などであった。
- (5) これら臨床倫理的問題の重みづけでは、職種により差が見られた。医師や看護婦は他の職種より、直面する頻度や対応の必要度を高く評価する傾向にあり、これは意思決定に関わる頻度が影響していると思われる。医師と看護婦とを比べると看護婦の方が直面頻度や対応の必要度を高く評価する傾向がみられ、これはベッドサイドにいる時間の長さや、患者・家族・医療チームをコーディネートする看護婦の役割によるものと思われた。一方、看護婦は、これらの問題が生じるのは医師をはじめとする他の職種の責任ととらえている可能性がある。看護婦がこれらの問題に対してどのように役割を果たしていくかを考え検討することが今後の課題である。
- 2) 今回の調査の限界として、方法論の問題があげられる。つまり、今回はデルファイ法を応用したが、本来デルファイ法は、ある特定のトピックスについての専門家の意見・予測・判断などの情報を得る目的で多くの人々の意見をまとめる方法として効果的かつ効率的な方法である¹²⁾。しかし、今回は、現場スタッフ全体の意見を把握するために、医療従事者のみならず事務職、看護補助員などを含めた全職員を対象としたこと、また、臨床倫理委員会に関する調査結果に示すように、臨床倫理や臨床倫理委員会に対する誤解や理解不足がある状況で行った調査であるので、臨床現場の状況を正しく反映しているかについて限界がある。また、回収率が低い職種があるため、調査結果の解釈に限界がある。
- 3) 今後の展望の展望として、直面の頻度及び対応の必要度がともに高かった「医療のゴール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」という問題や、「家族の意向で患者に真実が話せない」「病名・病状が告知されていないために治療・療養上の問題が生じている」などの問題に対して、臨床倫理委員会として検討していく必要があると思われる。

V.臨床倫理的問題の実態調査 - カルテ調査から -

1.目的

- 1) 臨床倫理的問題を解決する上で、情報を整理するのに有用な枠組みを明らかにする。
- 2) ある一定期間に病院という臨床現場でどのような臨床倫理的問題があったのかを、カルテ調査から明らかにする。
- 3) 2) で明らかになった臨床倫理的問題と、職員の意識調査の結果から直面している典型的な症例を明らかにし、その臨床倫理的問題の分析を職員間で共有する。

2.方法

1) 対象

平成10年10月25日から31日までの一週間の間に東札幌病院を軽快退院、死亡退院ならびに転院した全患者のカルテとした。

2) 臨床倫理的問題と判断する基準

臨床倫理的問題という用語の定義は、『今、この患者に何かなさなければならないか』に関して生じる意見の食い違いであり、患者の利益を最適にできないこと⁷⁻⁸⁾とし、患者・家族・医療チーム内で意見が食い違っていたり、医療のゴールや治療・ケアについて容易に判断を下すことができずにいること、等々から患者の利益が最適にできていない場合を臨床倫理的問題があると判断した。

3) 症例分析の枠組み

臨床で直面する倫理的問題を解決するための枠組みは、表52に示すように欧米で開発されたものが日本にもいくつか紹介されたり、日本でも開発されている¹³⁻¹⁹⁾。これらの多くは、倫理的推論のプロセスに重点を置いている。しかし、臨床での倫理的問題の解決は限られた時間の中で迅速な対応を求め、倫理的判断のプロセスについて知識がない職員でも理解できることが重要となる。そこで、倫理的推論のプロセスをたどる前に、情報をだれでもが理解することができ、かつ簡便な方法で整理する枠組みが必要である。

＜ 表52

Jonsenらは、1982年に出版された臨床倫理学の本の中で「医学的適応」「患者の意向」「QOL」「周囲の状況」の観点から症例を分析すること示し、1998年に出版された第4版では、この4つの観点の内容をさらに詳細に述べている^{13,14)}。

臨床倫理の判断では、その場の状況からの情緒的な判断ではなく事実に基づいた患者の意向を中心とした判断が求められる。Jonsenらが開発した症例分析の枠組みを用いて試験的に2事例を分析したところ、医療の目標とその根拠、患者の意向も含んだ包括的な観点からの情報の整理が簡便にできるという利点があることがわかり、またこの枠組みを用いて検討することの利点が報告されているため¹⁹⁻²¹⁾、今回のカルテ調査の分析はJonsenの枠組みを用いて情報を整理することにした。

4) 分析方法

研究タスクフォースがJonsenらが開発した臨床倫理学における症例分析の枠組み¹³⁻¹⁴⁾を用いてカルテからレトロスペクティブに情報を整理し、その内容を研究タスクフォース9名全員(医師2名、看護婦4名、薬剤師1名、MSW1名、ボランティアコーディネータ1名)で討議して、臨床倫理的問題の有無とその内容について各患者毎に検討した。

5) 倫理的配慮

分析した症例を職員間で共有する際には、直面している臨床倫理的問題が描き出されるような資料を作成するが、症例検討用紙には患者の名前を伏せ、特定の個人と特定できるような詳細な情報

表52 倫理的問題を検討するための枠組みの一部

<p>1. 症例検討の進め方 (Jonnsenら)¹³⁾</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 倫理的問題で判断に困っているその症例について、できる限りの情報を収集する。 2. 症例検討シートの「医学的適応」「患者の意向」「QOL」「周囲の状況」のすべてについて、考えられ問題点を全て列挙する。 3. 全ての項目を網羅し全体がみえてたところで、何を優先すべきか、何が最も適切かについて判断を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・判断能力がないとすれば、誰が適切な代理人か？ ・代理人は適切な基準を用いているのか？ ・患者は医学的な治療を望まない、または協力できないか？ ・もしそうであればそれはなぜか？ ・患者の選択権は倫理上、法律上可能な範囲で尊重されているか？
<p>2. Jonsenらの症例検討の枠組み¹⁴⁾</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医学的適応 <ul style="list-style-type: none"> ・患者の医学的問題は何か？ 病歴？診断？予後？ ・問題は急性か？慢性か？重大な問題か？急を要するか？ ・可逆的か？ ・治療のゴールは何か？ ・成功する確率はどの位か？ ・治療に失敗した場合の計画は何か？ ・医療及び看護で患者が得られる利益はどの程度か？、また、害を回避できるのはどの程度か？ 2. 患者の意向 <ul style="list-style-type: none"> ・患者は治療に関する意向をどのように表現しているか？ ・患者は利益やリスクを説明され、理解し、承諾しているか？ ・患者は精神的に判断能力があり、法的に対応能力があるか？ ・判断能力がないとする根拠は何か？ ・患者は意向を示す前に事前指示など表現していたか？ 	<p>3. QOL</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者が正常な生活に戻るために治療の有無で予測されることは何か？ ・患者のQOLについて医療者の評価を偏らせるバイアスがあるか？ <p>4. 治療が成功する場合、患者が経験するかもしれない身体的・精神的・社会的な問題は何か？</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者の現在の状態または今後の生活のような将来の状態が患者にとって望ましくないと判断される可能性があるか？ ・治療を行わないという計画や理由があるか？ ・快適性や緩和ケアのための計画は何か？ <p>4. 周囲の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療の意思決定に影響を与えそうな家族の問題はあるか？ ・治療の意思決定に影響を与えそうな医療提供者(医師や看護師)の問題はあるか？ ・財政的、経済的な要因はあるか？ ・宗教的、文化的な要因はあるか？ ・守秘を破る妥当性はあるか？ ・資源配分の問題はあるか？ ・治療の意思決定の法的な意味は何か？ ・臨床研究または教育を含んでいるか？ ・医療提供者または施設の意見の食い違いはあるか？
<p>3. バーナード・ローによる倫理的ジレンマ解決のための手順^{15, 7)}</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 情報を集める <ul style="list-style-type: none"> ・医学的状況は？ ・患者は自己決定能力があるか？あるなら患者の医療に関する希望は？ ・もし患者が自己決定能力を失っているなら、事前指示を遺しているか ・もし患者が自己決定能力を失っているなら誰が代理に意思決定するか？ ・医療チームの見解は？ ・どのような要素が問題を複雑にしているか？ 2. 倫理的問題を明らかにする <ul style="list-style-type: none"> ・何が倫理的問題か？ ・どのような倫理原則が拠り所とされているか？ ・関係者はどのような理由で診療方針に賛成、または反対しているのか？ 3. ジレンマを解決する <ul style="list-style-type: none"> ・診療チーム、患者、関係者に会う ・いくつかの選択肢を考える ・話し合いによって誰もが納得できる方法を取る 	<p>4. バーナード・ローの枠組み^{15, 16)}</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 何が問題となっているか？ 2. 誰が問題としているのか？ 3. 医学的状況は？ 4. 医療関係者の判断(担当医師の医学的、倫理的、社会的判断、他の医師、医療関係者の判断)は？ 5. 患者の解釈モデル、希望は？ 6. 家族の希望は？ 7. 関係者の判断に感情的問題、利害の問題は含まれていないのか？ 8. 関係者間の判断に感情的問題、利害の問題は含まれていないのか？ 9. 今までいかなるジレンマ解消の努力がなされたか？ 10. 意思決定(下された判断)とその根拠 11. 関係者は下された判断に納得したか？ 12. 関係者は下された判断に満足したか？ 13. 下された判断の倫理的妥当性は？(その根拠、既存の指針)
<p>5. 看護職者が倫理的意思決定を行う際にたどる10段階ステップ (J.E.トンプソン&H.O.トンプソン)^{17, 18)}</p> <ol style="list-style-type: none"> 第1段階: 状況の振り返り 第2段階: 補足的情報収集 第3段階: 倫理的問題を明確化すること 第4段階: 個人及び専門的価値の明確化 第5段階: 鍵を握る人々の価値観の明確化 第6段階: 価値の対立を明確化する 第7段階: 決定すべき人を決めること 第8段階: 様々な選択肢と予測される結果の明確化 第9段階: 行為の決定とその実践 第10段階: 結果の評価 	<p>C. 倫理的義務・責務に関する問題 (医療者が果たすべき義務と責務に関する問題)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 個人の尊厳 2. 決断・行為について責任をとること 3. 専門職としての能力を維持すること 4. 専門実践において情報提供した上での判断の訓練をすること 5. 専門職として標準的治療技術やケア技術を適用することや進歩させること 6. 専門職としての知識基盤を作るための活動に参加すること 7. 能力的に低いあるいは非倫理的、非合法な実践からクライアントを守ること 8. 公衆のヘルスケアニーズに応える努力をすること 9. 政策の作成に参加すること 10. 違法な医療行為をしないこと 11. 適切な技術や知識のもとに医療行為を行うこと
<p>6. 倫理的問題を明確化するためのカテゴリー</p> <p>A. 倫理的原則に関する問題</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者及び専門職者の自己決定権の問題(自律の原則) 2. 善と害(善行の原則・無害の原則) 3. 正義と公正さ 4. 真実の告知(誠実の原則) 5. インフォームド・コンセント 6. QOL <p>B. 倫理的権利に関する問題 (倫理的に認められる個人の権利に関する問題)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. プライバシーの権利 2. 自分・自分の身体に起こる事柄を決める権利(自己決定) 3. 医療を受ける権利 4. 情報を提供される権利(IC、医療記録のアクセスする権利) 5. ケア提供者を選ぶ権利 6. 生きる権利・死ぬ権利 7. 子供の権利 	<p>D. 倫理的忠誠に関する問題</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 専門職同士の関係 2. 医療者と患者の関係 3. 医療者と患者と家族との関係 4. 被雇用者としての責務 5. 決定者は誰か <p>E. ライフサイクルに関する問題(生命と生殖に関する問題)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 避妊と不妊 2. 遺伝子操作と胎芽移植 3. 人工妊娠中絶(生命の始まりはいつか) 4. 新生児の安楽死 5. 未成年者の性的関係 6. 不足している医療資源の割り当て 7. ライフサイクル 8. 安楽死

については一部変更した。

3.結果・考察

1) 対象者の背景

平成 10 年 10 月 25 日から 31 日までの一週間の間に軽快退院、死亡退院ならびに転院した患者は 51 名であった。対象者の平均年齢は 58.3 歳 (21-89 歳, SD17.9) で、平均在院日数は 32.1 日 (2-184 日, SD 36.8) であった。疾患ならびに入院目的は、がん 24 名、精査目的の入院 8 名、肺炎 4 名、肝機能障害 2 名、その他 13 名であった。

分析で、臨床倫理的問題があると判断された症例は 51 例中 14 例 (27.5%) であった。この 14 例の患者の平均年齢は、66.4 歳 (36-89 歳, SD14.8)、平均在院日数は 51.9 日 (3-184 日, SD56.8) で臨床倫理的問題がないと判断された患者の平均年齢、平均在院日数との間に有意な差がみられた。疾患ならびに入院目的は、がん 9 名、精査目的の入院 1 名、肺炎 2 名、肝硬変 1 名、心疾患 1 名であった。

2) 臨床倫理的問題の例

臨床倫理的問題があると思われた 14 例には 19 件 (複数回答) の問題がみられ、複数の問題を含んでいる症例が 6 例みられた。その臨床倫理的問題の内容は臨床倫理的問題のリストの分類項目 (表 35) でみると、表 53 に示すように、インフォームド・コンセントに関する問題が一番多く、19 件の問題中 16 件を占めていた。

表 53 症例分析にみられた臨床倫理上の問題 (複数回答)

家族の反対により、患者に真実を話すことができない	5
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
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
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
患者本人の意思決定能力の判断は妥当か	1
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	1
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	1
医療不信、医療拒否の患者に適切な医療が行えない	1
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	1

これら臨床倫理的問題があると判断された症例分析の結果の一部を以下に示し考察する。

表 54 インフォームドコンセントに関する問題の例

事例 1: 胃癌、肝・肺転移で予後 1 ヶ月という状態で転院してきた 50 歳代女性。

家族の反対で病名・病状が患者に説明されていない状況であったが、患者は「胃潰瘍と肝腫瘍で治らない病気」と受け止めながらも病名・病状を話して欲しいと思っていた。家族や医療従事者に病名について質問したり、時に「もう死んでしまいたい気持ちになることがある」という言動もみられたため、医師、看護婦、MSW が家族に働きかけたが、家族のかたくなな態度は変わらなかった。

<分析> 家族の意向により患者に真実が話せない (患者の意思が尊重されていない) ことと、病名・病状が説明されていないことで、治療・療養上の問題が生じている

事例 2：腹部不快感の精査目的で入院した 60 歳代男性。

諸検査の結果、「大動脈弁閉鎖不全症」が進行している状態と非常勤医師より説明され、主治医からの何も言われないのに突然のことで傷ついたり興奮された。その後、非常勤医師がいる大学病院で精査・治療をすることになり、納得し安心された。

<分析> インフォームド・コンセントにまつわる問題であるが、臨床倫理的問題というより、医師のコミュニケーションスキルの問題、主治医と非常勤医師との連携の問題（システムの問題）、病名・病状の説明における患者の心理的苦痛（理解度や病気の受容過程）等が大きいと考えられる。

事例 3：進行乳がんの 30 代後半の女性

約 9 ヶ月にわたって入院し化学療法や放射線療法を受けていた。脳転移が発見され、治るということは難しいことを医師から説明されたが、家族ならびに会社関係者が積極的な治療を望んでいた。早朝に急変し心停止した際、当直医が挿管し、1 時間にわたって蘇生を行った。本人に病状の説明がどのようになされたのか記録がなく、患者は死亡する 4 日前に治療(化学療法)がいつから行われるのか看護婦に尋ねていた。

<分析> 病状が本人に説明されていないことで治療・療養上の困難が生じており、また、急変に際しての患者の意向が明らかにされていなかったため蘇生が行われた。

以上のように、インフォームド・コンセントの問題と考えられる問題でも、情報を整理し分析していくと、医療従事者のコミュニケーションの問題、システムの問題、患者の心理過程にまつわる問題、または臨床倫理的問題にそれらの問題が含まれている場合がある。このことから、臨床現場で情報を整理し、何が問題なのかを同定すること、つまり臨床倫理的問題なのか他の問題なのかを見極め明らかにすることと、問題解決にむけて対応することが求められる。また、インフォームド・コンセントの問題が治療・ケアの選択の問題につながっており、先を見通した患者の意向の確認とその記録が重要であると考えられた。

表 55 治療・ケアの選択・判断の問題の例

事例 4：大腸癌、肺・肝転移の 70 歳代女性。

患者は病名・病状をすべて理解しており、患者・家族の意向で「症状緩和」を求めて転院してきた。入院時に「化学療法は適応ではない」との医師の記録があるが、その判断の妥当性、つまり Palliative chemotherapy のガイドラインがない状況で、治療方針をどのように決定したかの判断根拠が診療録から読みとれず、医師の経験・価値観による決定なのか、その妥当性の判断ができなかった。

<分析> <医学的適応>の妥当性の問題と診療録などの「記録」の問題

<医学的適応>について検討する際、カルテの記載不足により情報が得られにくいことと、また研究タスクフォースの判断能力、つまりカルテからこれら医学的適応に関する情報を抽出する力やその妥当性を判断する能力が影響して臨床倫理的問題を分析することが困難となる。これらのことから、臨床倫理的問題を同定・分析・解決するためには、診断・治療の妥当性について検討する必要があるため、臨床倫理委員会のメンバーを選択する際、各職種のバランスがとれていること、医学的適応に関する情報を分析できる人がいることが重要となる。

表 56 「医学的適応」と「周囲の状況」の問題の例

事例 5：肝硬変・肝不全の 50 歳代女性。

入院 2 ヶ月目頃より外出後にアルコール臭があり、医療従事者に隠れての飲酒が続いた。主治医、看護婦、MSW、精神科医が断酒させる方向でかかわっていたが、週 1 回回診にくる医師が、「一日に飲む量を決めたら？」と本人に投げかけたことからアルコール量が増えてしまった。その後も食道静脈瘤破裂に対する治療や出血傾向など肝不全に対する治療を受け、外泊を繰り返しながら療養していた。本人は家に帰りたがっていたが、夫が単身赴任で不在であるため、主治医より退院の方向性を話しても家族が受け入れられず退院できなかった。死の前日に吐血して急変し、蘇生術が行われたが翌日死亡し、6 ヶ月間の個室での入院生活が終わった。

<分析>診療録からは医療のゴールをどこにおいていたのかが読みとれず、患者・家族の意向で入院が長期化し、また、医療のゴール設定及び家族への説明が事前になされていないために肝不全の終末期に蘇生術などが行われていた。(医学的適応及び希少資源の配分の問題、及び患者の意向と家族の意向とのコンフリクト)

また、臨床現場の医療チームの合意(方針)と異なった行動をとった医師の言動により、アルコール量が増えるという患者の不利益が生じた。(チーム医療の問題)

表 57 治療・入院拒否

事例 6：肺炎・心肥大の 80 歳代女性。

入院 2 日後の夜からせん妄様状態となり「家に帰る」と言い張り、患者が自分で荷物をまとめた。看護婦・主治医からの説明にも耳をかさず、家族と患者に「生死にかかわる」と説明した上での自主退院となる。家族は恐縮しながら患者を連れて帰った。

<分析>医学的判断(医学的適応)やインフォームド・コンセントに問題がなく、家族にも十分説明した上で患者の意思を尊重した医療の意思決定であり、臨床倫理的な問題はないと考える。

今回カルテ調査した中で、治療や入院の拒否が 2 名いたが、すべて適切なインフォームド・コンセントがなされた上で患者の意向が尊重された結果であった。しかし、臨床現場にいる医療従事者の中には、これらの事例について「患者が通常行う治療を拒否したときの対応」や「医療不信・医療拒否の患者に適切な医療が行えない」という臨床倫理的問題ととらえる可能性がある。これは必要な医療を受けるべきという医療従事者のパターナリズム、価値観の押しつけとなる可能性があり、非常に微妙な問題を含んでいる。ゆえに、これらについて臨床倫理的問題を同定・分析し、異なった価値、考え方のズレを整理し、問題解決していく力、つまり臨床倫理の判断のプロセスをスタッフがたどれるような教育及びサポートシステムが必要と思われる。

4.まとめ

- 1) 1 週間に退院・転院した全患者 51 例中 14 例(27.5%)に臨床倫理的問題がみられ、その内容は、インフォームド・コンセントに関するものが多かった。浅井らは倫理的ジレンマについて 6 ヶ月間に入院した患者のカルテ 61 名分と症例検討や担当医師へのインタビュー 47 名で調査をしており¹⁵⁾、「倫理的ジレンマ」の選択基準は我々の調査の定義と類似していた。その調査によればカルテ調査からは 28%、症例検討や担当医師へのインタビューから 47%に倫

理的ジレンマがみられ、その内容の上位 10 項目に、「真実告知」「患者の自己判断能力」「インフォームド・コンセント」が含まれており、その他は「患者の診療拒否」「患者の診療要求」「家族の診療拒否」などであった。我々は患者・家族の診療拒否については、医学的適応がきちんと判断され、適切なインフォームド・コンセントがなされた上での診療拒否ならば、医療従事者は倫理的ジレンマに陥るが臨床倫理的問題はないと判断したため、この問題の頻度が少なかったと思われる。これらの問題は微妙な問題を含んでいるため、今後臨床現場でその時々慎重に検討し判断していくことが必要である。

2) 今回 Jonsen らの枠組みを用いて症例分析を試みた。この枠組みを用いることで、患者を取り巻く状況を包括的に焦点をあてて検討することができ、何が問題になっているのかを根拠とともに具体的に議論することができる。これらの枠組みを用いることで、今まで臨床倫理を考える際には医学的適応に関する検討が少なかったことを実感した。今後は、医療における意思決定が必要な場合にタイムリーにこの枠組みを使って検討することが求められ、カンファランス等で使えるように職員に啓蒙していくことが求められる。またこれらの取り組みが医療の質、患者の利益（アウトカム）をあげているのかを判断するための指標を定め、これらについても検討していくことが必要である。

3) 今回の調査の限界として、カルテからレトロスペクティブに情報を整理したため、記録に残っていない問題は抽出できず、また医学的適応や患者・家族の意向などについての医師・看護婦の記録がない場合情報を整理することができなかった。これらのことから、今回の結果は臨床の現状を十分表していない可能性がある。また、臨床倫理的問題を同定・分析・解決するためには、医学的適応、つまり診断・治療の妥当性について検討する必要があるが、記録の不備から情報が少なかったり、研究タスクフォースが医学的適応について適切に判断することができたかについて限界がある。

4) 職員の意識調査からもカルテ調査からも、直面する臨床倫理的問題としてインフォームド・コンセントに関する問題が高く評価されていたため、今後、これらの問題に対しての取り組みを検討し、指針を作成していくことが求められる。

VI. まとめ

臨床倫理委員会に対する職員の意識、活用の状況、及び臨床現場でどのような臨床倫理的問題が生じているのかを職員の意識調査とカルテ調査からまとめた。

臨床倫理委員会は有効に活用されておらず、活用されにくい要因は、①委員会の活動内容や活用方法は職員に知られていないこと、②臨床倫理についての理解が少ないこと、③問題を明らかにすると人間関係が気まづくなるという意識があることなどがあげられた。

臨床現場で生じる臨床倫理的問題は、職員の意識調査から「インフォームド・コンセント」「治療・ケアの選択及び判断」「セデーション」「チーム医療」に関する 25 項目が同定され、最も直面する頻度が高く対応の必要度が高い問題は「医療のゴールが明確になっておらず、患者・家族の意向で入院が長期化している」であった。また、インフォームド・コンセントに関する問題が、職員の意識調査からもカルテ調査からも多くあげられた。しかし、一見インフォームド・コンセントの問題と思われるものでも分析していくと、医療従事者のコミュニケーションスキルの問題、システムの問題などが含まれていることから、臨床倫理的問題について検討する際には、情報を整理し、何が問題であるのかを見極め、適切に対応していくこと、つまり問題を同定・分析・解決する判断プロセスが重要である。Jonsen らの症例検討の枠組みなどを用いることで、医学的適応、患者の意向を含めて事実に基づいて包括的に迅速にこれらを検討することができ有用と考える。

今回の調査で明らかになった臨床倫理委員会が活用されにくい要因、及び、臨床倫理的問題、特に対応の必要性を職員が感じている問題については今後とも継続的な検討を重ね、職員への啓蒙や院内のガイドラインの作成へと結びつけていく必要がある。

調査終了後も、外来や病棟での日常的なカンファレンスで自発的に「医学的適応」「QOL」「患者の意向」「周囲の状況」の観点から情報を整理した資料にもとづいた話し合いが行われるようになった。また、臨床倫理委員会のメンバーへのインフォーマルな相談の件数が増えてきたことは、職員の臨床倫理的問題への意識ならびに取り組みの姿勢が変化し始めたといえよう。

今回の研究で得られた結果は一医療施設における実態調査の結果という限界は否めないが、臨床倫理委員会に対する職員の意識調査、臨床倫理的問題についての職員の意識、カルテ調査による実態調査という研究のプロセスをふんだこと自体が職員の倫理的問題に対する意識を高めることにつながったと思われる。このようにして、倫理的問題に対する職員全体の意識を高め、一つ一つの事例での情報の分析に基づいた話し合いの合意の結果から対応を考えていくという方法は臨床では重要であり他施設にも応用できるとと思われる。

我が国の臨床倫理委員会では、臓器移植、生殖医療などの特殊な医療、先端医療について検討することが多くみられる。しかし、日々の臨床現場で直面する個々の患者の臨床倫理的問題について検討するための委員会の活動、つまり病院における臨床倫理委員会の位置づけやその活動、及び取り上げる問題の基準を明確にすることが必要であり、また臨床倫理を含めてこれらを職員に教育・啓蒙すること、また対応が必要な臨床倫理的問題について事例を積み重ねてガイドラインを作成していくことが課題である。そしてこれらの取り組みから、今後、他の病院でも応用可能な臨床倫理の実践システムのあり方を検討していく。

引用・参考文献

【引用文献】

- 1)瀬戸山修：緩和ケアとEBM, ターミナルケア,8(4)316-319,1998.
- 2)Cynthia D. Mulrow, Deborah J. Cook, Frank Davidoff: Systematic Review; Critical Links in the Great Chain of Evidence, Cynthia Mulrow, Deborah Cook(Epid); Systematic Reviews – synthesis of best evidence for health care decisions-, 1-4, American College of physicians, 1998.
- 3)深津宣子, 赤林朗, 甲斐一郎：日本の一般病院における倫理委員会の設置状況および倫理的問題への対応の現状, 生命倫理,7(1), 130-135, 1997.
- 4)東京都衛生局：倫理委員会のあり方について — 東京都立病産院倫理委員会報告 — , 1996.
- 5)尾前照雄：病院における倫理委員会についての研究, 厚生省厚生行政科学研究費研究報告書, 1990.
- 6)Kerridge IH, Person S. , Rolfe IE: Determining the function of a hospital clinical ethics committee; making ethics work, J Qual Clin Pract,18(2),117-124,1998.
- 7)浅井篤, 福井次矢：臨床倫理とは何か（その1）, 看護学雑誌, 62(2), 164-167,1998.
- 8)赤林朗, 大井玄：医療・看護実践および教育の場における“クリニカル・エシックス”の役割, 生命倫理, 5(1),55-59,1995.
- 9)主任研究者濱口恵子：早期退院を可能とする看護活動の効果に関する研究 – 包括的退院計画システムの標準化にむけてのアプローチ-, 平成9年度厚生省看護対策総合研究事業報告書, 1998.
- 10) Mary Ersek, Colleen Scanlon, Elaine Glass, Betty R.Ferrell, Richard Steeves: Priority Ethical Issues in Oncology Nursing: Current Approaches and Future Directions, Oncology Nurse Forum, 22(5),803-807,1995
- 11) Colleen Scanlon: Impact of cost containment on patient welfare concerns nurses, American Nurses Association Center for Ethics and Human Rights Communique, 5(2),1-4,1997.
- 12)Polit F. Denise, Hungler P. Bernadette : Nursing Research – Principles and Methods -, Third edition,1987,近藤潤子監訳, 看護研究 - 原理と方法 -, 232-233,医学書院,1994.
- 13)Albert R. Jonsen, Mark Siegler , William J. Winslade : Clinical Ethics – A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine -, Third Edition , 1992, 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, 215,1997.
- 14) Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine (4th ed). McGraw-Hill, New York, 1998.
- 15) Lo,B : Resolving Ethical Dilemmas: ; A Guide for Clinicians,3-9, Williams and Wilkins, Baltimore,1995.
- 16) 浅井篤, 福井次矢：倫理的ジレンマと意思決定に関する考察, 生命倫理, 7(1), 103-108, 1997.
- 17) Thompson, J.E., Thompson, H.O. : Bioethical Decision Making For Nurses, 121-128, , Appleton-Century-Crofts,1985.
- 18) 福留はるみ：倫理的感受性と倫理的意思決定；倫理的問題を明確化するためのトンプソンの分類について, 看護, 32-38,1999.
- 19) 森下直貴：医療実践と哲学的考察とを媒介するもの –医療領域の「フレームワーク」試論–,生命倫理, 6(1), 84-88, 1996.
- 20) 白浜雅司：佐賀医科大学における医療倫理教育, 生命倫理,6(1),57-61,1996.

【参考文献】

- 浅井篤：臨床医学倫理教育 - 米国からの報告 - . 日本内科学会雑誌, 84, 132-137, 1995.
- 小林保則, 浅井篤：クリニカル・エシックスと医療におけるディレンマの意味, 生命倫理, 6(1), 109-113, 1996.
- Gillon R. : Clinical ethics committees-pros and cons. *Journal of Medical Ethics*, 23, 203-204, 1997.
- Leeman CP, Fletcher JC, Spencer EM, Fry-Revere S.: Quality control for hospitals' clinical ethics services: proposed standards. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 6, 257-268, 1997.
- William R. Sexson, Janet Thigpen : Organization and Function of A Hospital Ethics Committee, *Clinics in Perinatology* ,23(3)429-436,1996.
- Jansen AR, Siegler M, Winslande WJ. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine* (4th ed). McGraw-Hill, New York, 1998.
- Larcher VF, Lask B, McCarthy JM: Pediatrics at the cutting edge: do we need clinical ethics committees? *Journal of Medical Ethics*, 23, 245-249. 1997.
- David J. Roy, Neil MacDonald : Ethical issues in palliative care, *OXFORD TEXTBOOK OF PALLIATIVE MEDICINE*, 2nd edition, 97-138, Oxford University Press, 1998.

研究組織

主任研究者 濱口恵子（東札幌病院）

研究協力員 東札幌病院で組織した

<研究タスクフォース>

濱口恵子 手島 恵 橋本恵子 日野真理子（看護部）

石川邦嗣 平池則雄（医局）

瀬戸山修（診療部）

國分洋佳（MSW） 齊藤悦子（ボランティアコーディネーター）

<事務局>

多田正人 菅野裕教（事務部）

資 料

資料 1. 臨床倫理及び臨床倫理委員会に関する調査用紙

資料 2. 臨床倫理的問題に関する実態調査—職員の意識調査—用紙

資料 2-1 ; 第 1 回目調査用紙

資料 2-2 ; 第 2 回目調査用紙

資料 2-3 ; 第 3 回目調査用紙

資料 3. 臨床倫理的問題に関する実態調査—カルテ調査— 用紙

臨床倫理委員会についてのアンケート調査

当院の臨床倫理委員会が適切に有効に活用されるために、皆様のご意見を伺いたいと思います。どうぞお気軽にご意見をお寄せ下さい。空白の部分があっても結構ですので、11月20日までに回収袋にお入れ下さい。

下記の質問にお答え下さい。○で囲むか、数字を記入して下さい。

a.あなたの職種：a.(東札幌病院・グリーンホー・はる・訪問看護 st.)

b.(医師、看護婦・薬剤師、MSW、栄養士、事務職、ケアワーカー、その他)

b.あなたの年齢：() 歳 臨床経験年数：卒後() 年目、 当院に来て() 年目

1.当院の臨床倫理委員会の存在を知っていましたか？ はい・いいえ

2.当院の臨床倫理委員会の設立目的、活動について知っていますか？ はい・いいえ

3.当院の臨床倫理委員会はどんな活動をするところだと思いますか？

[]

4.「臨床倫理」という言葉にどのようなイメージをもっていますか？

[]

5.臨床倫理委員会を活用しようと思ったことがありますか？ はい・いいえ

①はいと答えた方；どのようなときですか？ ← → ②へ

[]

そのとき臨床倫理委員会を活用しましたか？ はい・いいえ

いいえの方；その理由

[]

②いいえと答えた方；なぜですか？ ←

[]

6.臨床倫理委員会が活用されない、または活用されにくいのはなぜだと思いますか？

①どのように活用すればいいのかわからない はい いいえ ⑤その他

②臨床倫理委員会を活用する問題はない はい いいえ

③手続きが面倒、またはわからない はい いいえ

④問題を明らかにすることで人間関係が気まづくなる はい いいえ

7.臨床倫理委員会に対するご要望、忌憚のないご意見をお書き下さい。

ありがとうございました。

先日は、臨床倫理委員会に対するアンケートにご協力いただきましてありがとうございました。

さて、医療の質を高めるために、科学性と倫理性の両方を向上させることが重要であるといわれています。そこで今回、当院の臨床現場における倫理的問題の実態を、職員の意識調査から知ることを目的として、皆様のご意見を伺いたいと思います。皆様のご協力をお願い申し上げます。

【調査方法】

この調査は3回に分かれています。＜デルファイ法＞

第1回目：現在皆様がとらえている倫理的な問題について箇条書きしていただきます。

第2回目：第1回目の結果を皆様に示し、優先順位をつけていただきます。

第3回目：第2回目の結果を皆様に示し、再評価していただきます。

【用語の定義】

倫理的問題：

「今、この患者に何がなさなければならないか？」に関して生じたコンフリクト（葛藤）やジレンマ

【調査対象者】東札幌病院、ディ・グリュエネン、はるの全職員

＜第1回目の御願い＞

下記の質問にお答え下さい。空白の部分があっても結構ですので、12月22日までに回収袋にお入れ下さい。

- 1.あなたの勤務場所：東札幌病院、ディ・グリュエネン、はる、訪問看護 St.・在宅支援センター
- 2.あなたの職種：医師、看護婦(外来,M-2,M-3,M-4, 外科,PCU)、薬剤師、MSW、栄養士、検査技師、事務職、ケアエイド、ケアワーカー、その他
- 3.あなたの年齢：()歳、 臨床経験年数：卒後()年目、 当院に来て()年目

あなたは当院・当施設でどのような倫理的な問題があると思いますか？ 5つあげて下さい。(順不同)

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

例：患者本人の宗教上の理由で輸血が拒否され、救命できない

ありがとうございました。

当院の臨床現場で直面している倫理的問題の実態調査（その2）

資料 2—2

先日は、当院の臨床現場で直面している倫理的問題の実態調査（その1）にご協力いただきましてありがとうございました。皆様から寄せられましたものを、システムだけの問題やモラルの問題を除いて臨床倫理的問題を整理すると25項目になりました。そこで今回は、これら一つ一つの臨床倫理的問題について、当院で多く直面しているか、早急な対応が必要な問題かについて、お答え頂きたいと思います。皆様のご協力をお願い致します。

【用語の定義】倫理的問題：「今、この患者に何がなさなければならないか？」に関して生じた意見の食い違い、患者の利益を最適化できないこと。

【調査対象者】東札幌病院の全職員

<第2回目の御願い>

下記の質問にお答え下さい。空白の部分があっても結構ですので、**2月7日まで**に回収袋にお入れ下さい。

- 1.あなたの勤務場所：東札幌病院、ディ・グリュエネン、はる、訪問看護 St.・在宅支援センター
- 2.あなたの職種：医師、看護婦(外来,M-2,M-3,M-4, 外科, PCU)、薬剤師、MSW、栄養士、検査技師、事務職、ケアエイド、ケアワーカー、その他
- 3.あなたの年齢：() 歳、 臨床経験年数：卒後() 年目、 当院に来て() 年目
- 4.各臨床倫理的問題について、右の欄にある「直面している頻度（7点尺度）」「対応の必要性（7点尺度）」の観点から該当する数字を○で囲んで下さい。

	直面したことが 全くない	直面することが とても多い	対応の必要性は 全くない	対応の必要性は かなり高い
例：宗教上の理由で輸血ができなくて救命できない	0 1 2 3 4 5 6		0 1 2 3 4 5 6	

<インフォームド・コンセント>	直面したことが 全くない	直面することが とても多い	対応の必要性は 全くない	対応の必要性は かなり高い
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		0 1 2 3 4 5 6	
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		0 1 2 3 4 5 6	
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		0 1 2 3 4 5 6	
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		0 1 2 3 4 5 6	

	直面したことが						直面することが						対応の必要性は						対応の必要性は									
	全くない						とても多い						全くない						かなり高い									
	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
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	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
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	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
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	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
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	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
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	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
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	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
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	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
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	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
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	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
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	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
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	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
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	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6