

	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
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		0 1 2 3 4 5 6	
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		0 1 2 3 4 5 6	
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		0 1 2 3 4 5 6	
<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	0 1 2 3 4 5 6		0 1 2 3 4 5 6	
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		0 1 2 3 4 5 6	
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		0 1 2 3 4 5 6	
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		0 1 2 3 4 5 6	
<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 くい違う場合の判断	0 1 2 3 4 5 6		0 1 2 3 4 5 6	
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		0 1 2 3 4 5 6	

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3）

資料 2—3

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2）にご協力いただきましてありがとうございました。今回は最後の調査となります。前回の調査で皆様から寄せられましたものを集計し、その平均点を示しています。今回は、これら一つ一つの臨床倫理的問題について、平均点を参考にしながら、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ひます。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3回目の御願ひ>

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、**3月5日まで**に回収袋にお入れ下さい。

- あなたの勤務場所：東札幌病院、訪問看護 St.・在宅支援センター
- 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
- あなたの年齢：( ) 歳、 臨床経験年数：卒後( ) 年目、 当院に来て( ) 年目
- 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	例： 0 1 <b>2</b> 3 4 5 6		0 1 2 3 4 5 6	<b>6</b>

<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	平均	対応の必要性は 全くない	対応の必要性は かなり高い	平均
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		2.95	0 1 2 3 4 5 6		4.62
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		2.67	0 1 2 3 4 5 6		4.44
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		3.06	0 1 2 3 4 5 6		4.64
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		2.94	0 1 2 3 4 5 6		4.18

	直面したことが							平均	対応の必要性は							平均
	全くない								かなり高い							
	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	2.95	0	1	2	3	4	5	6	4.40
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	2.39	0	1	2	3	4	5	6	3.89
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	2.33	0	1	2	3	4	5	6	4.00
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	1.55	0	1	2	3	4	5	6	3.71
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	1.86	0	1	2	3	4	5	6	3.92
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	2.62	0	1	2	3	4	5	6	4.02
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	2.46	0	1	2	3	4	5	6	4.04
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	0	1	2	3	4	5	6	2.60	0	1	2	3	4	5	6	4.17
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	2.67	0	1	2	3	4	5	6	3.95
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	2.85	0	1	2	3	4	5	6	4.38
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	2.59	0	1	2	3	4	5	6	4.27
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	2.71	0	1	2	3	4	5	6	3.84

	直面したことが 全くない							平均	直面することが とても多い							平均
	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6	
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	3.59	0	1	2	3	4	5	6	4.79
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	2.41	0	1	2	3	4	5	6	4.19
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	3.03	0	1	2	3	4	5	6	4.53
<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	0	1	2	3	4	5	6	1.81	0	1	2	3	4	5	6	4.20
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	1.77	0	1	2	3	4	5	6	4.02
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	0	1	2	3	4	5	6	2.82	0	1	2	3	4	5	6	4.36
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	2.24	0	1	2	3	4	5	6	4.60
<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 くい違う場合の判断	0	1	2	3	4	5	6	2.53	0	1	2	3	4	5	6	4.37
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	3.03	0	1	2	3	4	5	6	4.60

ありがとうございました。

事例検討用紙  
( )病棟

患者名 ( )  
入院日 ( )

記録者 ( )  
退院日 ( )

<医学的適応>

診断と予後  
治療目標の確認  
医学の効用とリスク  
無益性

<患者の意向>

患者の判断能力と対応能力  
インフォームドコンセント(コミュニケーションと信頼関係)  
治療の拒否  
事前の意思表示(リビングウィル)  
代理決定(代行判断と最善利益)

<QOL>

QOLの定義と評価  
誰がどのような基準で決めるか  
・偏見の危険  
・何が患者にとって最善か  
QOLに影響を及ぼす因子  
生命維持についての意思決定

<周囲の状況>

家族など他者の利益  
守秘義務  
コスト・経済的側面  
希少資源の配分  
法律  
公共の利益  
施設の方針、診療形態、研究教育  
その他のあらゆる問題

備考: