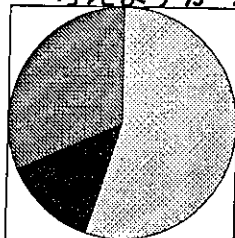
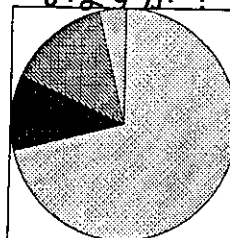


上記の患者に対して、あなたは経腸栄養の開始についてどうあるべきと考えますか？



- いずれかの方法で経腸栄養を開始すべき
- 経腸栄養の開始を差し控えるべき
- 上記の情報のみでは判断できない

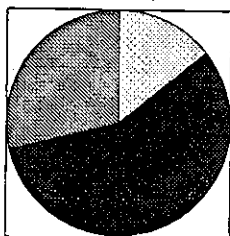
上記の患者に対して、あなたは経腸栄養の開始についてどうしていますか？



- 経腸栄養を開始している
- 経腸栄養の開始を差し控えている
- どれがおおいとはいえない
- 遭遇したことがない

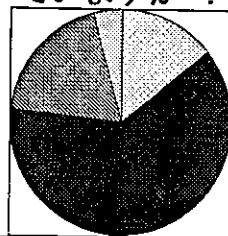
図1: 経腸栄養開始に関する意識と実際の行為

上記の患者に対して、あなたは人工呼吸器の装着についてどうあるべきと考えますか？



- 人工呼吸器を装着すべきである
- 装着は控えるべきである
- 上記の情報のみでは判断できない

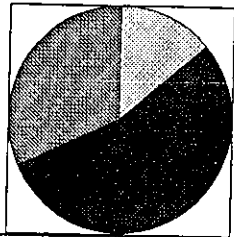
上記の患者に対して、あなたは人工呼吸器の装着についてどうしていますか？



- 人工呼吸器を装着すべきである
- 人工呼吸器の装着は控えている
- どれがおおいとはいえない
- 遭遇したことがない

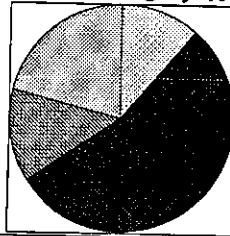
図2: 人工呼吸器開始に関する意識と実際の行為

上記のような状況に対して、あなたは、家族の依頼に応じて人工栄養の中止をすべきであると考えますか？



- 中止すべきである
- 中止すべきではない
- 上記の情報のみでは判断できない

上記のような状況に対して、あなたは人工栄養の中止についてどうしていますか？

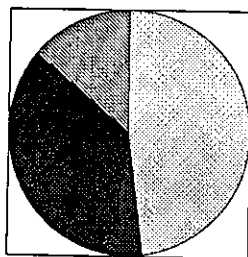


- 通常、中止している
- 通常、中止しない
- どれがおおいとはいえない
- 遭遇したことがない

図3:人工栄養の中止に関する意識と実際の行為

上記の患者に対する医療行為の中で、下記に示す医療行為について、あなたは“延命治療”の категорияに入ると考えますか？それぞれについてお答えください。

胃ろうから人工栄養を続けること



- 延命治療に入る
- 延命治療には入らない
- どちらともいえない

上記の患者が重症肺炎になったときに、離脱まで最低7日以上かかる見込みで人工呼吸器を装着す

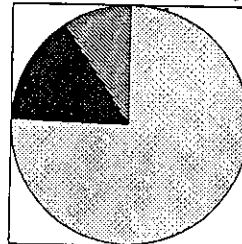


図4:各種医療行為が“延命治療”かどうか



延命治療と尊厳死を前に

尾藤 誠司

一月三日付東京新聞に、与党が中心となって「尊厳死法案」と称する法案が国会に提出される見込みが固まったと報道された。いわゆる延命治療に関連する医療行為の判断は、医療現場においては非常に大きな問題であるにも

<資料1>

かわらず、十分な議論やコンセンサスは形成されていない。「延命治療はよくない」「尊厳死を望む」といったイメージとしての一般論がある一方、個別事例では、気管内挿管チューブを抜去した医師が殺人の容疑で起訴されるような事例もあり、医療の現場では何が安当な行為なのかということについての掘り所がないまま、現場での混乱は今も続いている。確かに、大きな病院に倫理委員会は設置される傾向にはあるが、そのほとんどは研究倫理を対象にしており、臨床現場での判断に関して委員会が関与することはほとんどないのが現状であろう。

このような状況にあって、「尊厳死」関連法案が立法を通過した場合に、必ずしもいいことばかりではなく、むしろ危惧されること少なくないのではなからうか。われわれ医療者にとって必要なことは、問題を是と非に二分する前に、倫理的な問題を大きく含んだデリケートな医療判断をどのような道筋で考え、患者側と対話していくかについての指針が示されることではないかと感じる。自分自身、臨床の中で、脆弱高齢者に対する過剰に侵襲的な治療や、昏睡状態に陥った患者への栄養維持に関する医療判断については今でも強く悩んでいる。臨床医が、重要な判断を行っていく際の道筋に関しては、もっと多くの根拠が提示

されるべきであろう。
■調査にご協力をお願い
わが国において、ベッドサイドの倫理的な問題に対して具体的な示唆を与えてくれるような情報が患者や医療者に届くようになったのはごく近年からといえる。このようなテーマに関する「エビデンス」については、海外の情報をそのまま適応させるわけにはいかない。

私は今年度より、厚生労働省医療技術評価研究事業の「脆弱高齢者・終末期患者への診療に関する判断、および診療行為の質の評価と改善に関する研究」の研究主任を担当し、その一環として現在、「延命治療に関連する医療行為に関する医師への意識調査」というものをインターネット上で行っている。医療者、特に医師の延命治療に関する考え方のようなばらつきがあるのかについて症例シナリオを用いて調査をしている。数分で終了する匿名調査なので、ぜひ <http://www.enichiryō.go.jp> にアクセスをお願いする次第である（三月三十日まで開設）。

（国立病院東京医療センター臨床研究センター、京大医療疫学講師）

日本醫事新報 No. 4218 (2005年2月26日) 74

“延命治療”に関する医師へのインターネット調査にご協力ください!!

厚生労働科学医療技術評価研究事業
(主任研究者：尾藤誠司)

医師の皆様へ

重症の高齢患者さんに対する侵襲的と思われる治療に関する判断や、一般的に“延命治療”として認識されているさまざまな医療行為は、医師の間でも一定のコンセンサスがなく、医療現場においてジレンマの多いところではある。

この調査は、厚生労働科学医療技術評価研究事業「脆弱高齢者・終末期患者への診療に関する判断、および診療行為の質の評価と改善に関する研究」(主任研究者：尾藤誠司)の一部として行われる医師を対象としたインターネット調査です。



なお、本調査に関するご質問は以下までお願いいたします。

国立病院機構
東京医療センター(臨床研究センター)
臨床疫学研究室 尾藤 誠司
電話 03-3411-0111 FAX 03-3411-9811
電子メール bitoseiji@kankakuki.go.jp

<資料2>

この調査は3月31日に終了予定です。 調査へのご協力をお願いいたします。
“延命治療”に関連する医療行為に関する医師への意識調査ホームページ
医師の皆様へ:
この調査は、厚生労働科学研究費補助金、「脆弱高齢者・終末期患者への診療に関する判断、および診療行為の質の評価と改善に関する研究」(主任研究者:尾藤誠司)の一部として行われる医師を対象としたインターネット調査です。
重症の高齢患者さんに対する侵襲的と思われる治療に関する判断や、一般的に“延命治療”として認識されているさまざまな医療行為は、医師の間でも一定のコンセンサスがなく、医療現場においてジレンマの多いところ です。
本研究の目的は、具体的な事例シナリオを読んでいただき、その医療行為について医師の皆様がどうお考え になられるのか、また、実際にどうしておられるのかについて調査することにあります。
質問は大きく分けて4問 + 基本情報です、全て多肢選択型の回答方式であり、テキスト入力はありません。 全ての質問に答えるまでに9分ほどかかることをお許しください。
ホームページ上のWEB調査のため、調査にお答えになられる皆様の個人の同定は一切行いません。恐縮で すが、皆様にはボランティアとしてお答えいただくこととなりますのでご了承ください。
本調査は、あくまで意識調査を意図しております。各事例に対する判断には、絶対的に正しい答えはありませ んので、ありのままにお答えいただければ幸いです。
調査の結果は、平成16年度厚生労働科学研究費報告書として提出し、平成17年のうちに日本総合診療医学 会に発表したいと思います。
また、恐縮ですが、医師の方々におきましては、調査への返答は1回としてください。
なお、本調査に関するご質問は以下までお願いいたします。
独立行政法人国立病院機構 東京医療センター(臨床研究センター) 臨床疫学研究室 尾藤 誠司 電話 03-3411-0111 FAX 03-3412-9811 電子メール bitoseiji@kankakuki.go.jp

承認倫理委員会 東京医療センター倫理委員会

調査に進む

ケース1

84歳男性、もともと軽度の痴呆があり、要介護度3の生活を送っていた。今回左の内頸動脈塞栓による意識障害を伴う片麻痺にて入院。急性期は一命を取り留めたが、入院6日後の時点でも意味のある会話は全く不可能である。身体機能としては、ベッドに一日中臥床し、数時間おきに体位の交換が必要な状態である。口の中に唾液や痰がたまり、1日10度ほど口腔内を吸引している。栄養状態の維持のためには、そろそろ経腸栄養剤の投与が栄養管理上必要である。経鼻胃チューブ挿入、もしくは胃ろうの造設による経腸栄養剤の投与について家族に説明したところ、「本人が苦しくないのであれば判断は任せます。」との返事であった。本人の事前の意思を推察するような情報は無い。

問1. 上記の患者に対して、あなたは経腸栄養の開始についてどうあるべきと考えますか？

- 経鼻胃チューブ挿入、もしくは胃ろういずれかの方法で経腸栄養を開始するべきである。
- 経腸栄養の開始を差し控えるべきである
- 上記の情報のみでは判断できない

問2. 上記の患者に対して、あなたは経腸栄養の開始についてどうしていますか？

- 通常、経腸栄養を開始している
- 通常、経腸栄養の開始を差し控えている
- どれがおおいとはいえない
- 上記のような状況に遭遇したことがない

問3. 上記の患者に対して、医師の判断で経腸栄養の開始を差し控えることは、ある一定の条件がそろえば、法的に許容されうと思いますか？

- 通常、許容されうる
- 通常、許容されない
- わからない

ケース2

84歳男性、内頸動脈塞栓による意識障害を伴う片麻痺にて入院し、ケース1と同じ急性期の臨床経過をたどった。6日目に経鼻胃チューブ挿入した上人工栄養を開始した。麻痺と意識の状態はそのまま固定し、数種類の内服薬以外は人工栄養の定時投与のみの状態で、寝たきりとなるものの全身状態は安定していた。入院20日目に急に呼吸状態が低下、大きな誤嚥性肺炎であることがわかった。低酸素血症、努力呼吸となり、救命・回復のためには人工呼吸器の装着が必要な状態となった。おそらく肺炎の治癒は可能と思われるが、人工呼吸器の装着は数週間必要になり、場合によっては気管切開も必要になるかもしれない。家族は、やはり「本人が苦しくないのであれば判断は任せます。」との返事であった。

問1. 上記の患者に対して、あなたは人工呼吸器の装着についてどうあるべきと考えますか？

- 人工呼吸器を装着するべきである
- 人工呼吸器の装着は控えるべきである
- 上記の情報のみでは判断できない

問2. 上記の患者に対して、あなたは人工呼吸器の装着についてどうしていますか？

- 通常、人工呼吸器を装着する
- 通常、人工呼吸器の装着は控えている
- どれがおおいとはいえない
- 上記のような状況に遭遇したことがない

問3. 上記の患者に対して、医師の判断で人工呼吸器の装着を差し控えることは、ある一定の条件がそろえば、法的に許容されうと思いますか？

- 通常、許容されうる
- 通常、許容されない
- わからない

ケース3

84歳男性、内頸動脈塞栓による意識障害を伴う片麻痺にて入院し、ケース1、2と同じ急性期の臨床経過をたどった。6日目に経鼻胃チューブ挿入した上人工栄養を開始した。麻痺と意識の状態はそのまま固定し、寝たきりとなるものの全身状態は安定していた。その後、胃ろうを造設した上28日目に療養型病床群に転院、6ヶ月が過ぎ、寝たきり、意思の疎通不能、1日10回の吸引と1日数回の体位交換が依然必要な状態である。ある日、病棟担当医であるあなたに、いつも見舞いに来ている家族(妻と長男)から、「もうかわいそうで見ていられないので栄養の管を抜いてほしい。」との依頼があった。

問1. 上記のような状況に対して、あなたは、家族の依頼に応じて人工栄養の中止をすべきであると考えますか？

- 中止するべきである
- 中止するべきではない
- 上記の情報のみでは判断できない

問2. 上記のような状況に対して、あなたは人工栄養の中止についてどうしていますか？

- 通常、中止している
- 通常、中止しない
- どれがおおいとはいえない
- 上記のような状況に遭遇したことがない

問3. 上記の患者に対して、医師の判断で人工栄養を中止することは、ある一定の条件がそろえば、法的に許容されうると考えますか？

- 通常、許容されうる
- 通常、許容されない
- わからない

上記の患者に対する医療行為の中で、下記に示す医療行為について、あなたは“延命治療”のカテゴリーに入ると考えますか？それぞれについてお答えください。

問4. 胃ろうから人工栄養を続けること

- 延命治療に入る
- 延命治療には入らない
- どちらともいえない

問5. 上記の患者が重症肺炎になったときに、離脱まで最低7日以上かかる見込みで人工呼吸器を装着すること

- 延命治療に入る
- 延命治療には入らない
- どちらともいえない

問6. 上記の患者が肺炎となったとき、痰を頻繁に吸引するために気管切開を行うこと

- 延命治療に入る
- 延命治療には入らない
- どちらともいえない

上記の患者に対して、あなたは、下記に示す医療行為について“患者にとって無益な治療行為”であると考えますか？それぞれについてお答えください。

問7. 胃ろうから人工栄養を続けること

- 患者にとって無益であると考え
- 患者にとって無益であるとは考えない
- どちらともいえない

問8. 上記の患者が重症肺炎になったときに、快復に最低7日以上かかる見込みで人工呼吸器を装着すること

- 患者にとって無益であると考え
- 患者にとって無益であるとは考えない
- どちらともいえない

以下の問に、それぞれお答えください。

問1. あなたは、患者への人工呼吸器の装着や中止、もしくは経腸栄養投与の開始や中止などの判断に関して、同僚間で話し合うことはどれくらいありますか？

- しばしば行っている
- ごくたまに行っている
- 議論の経験はない

問2. あなたは、患者への人工呼吸器の装着や中止、もしくは経腸栄養投与の開始や中止などの判断に関して、院内でのカンファレンスなどで議論したことはどれくらいありますか？

- しばしば行っている
- ごくたまに行っている
- 議論の経験はない

問3. あなたは、患者への人工呼吸器の装着や中止、もしくは経腸栄養投与の開始や中止などの判断に関して、倫理委員会や、医療倫理学などの専門家への相談を持ちかけたことはありますか？

- 相談をした経験がある
- 相談をした経験はない

最後に、あなた自身のことについてお答えください。

問1. 性別

- 男
- 女

問2. あなたの年齢 歳 (半角英数字で入力してください。)

問3. あなたの臨床専門分野

- 小児科
- 家庭医療
- 一般内科系
- 臓器別専門内科系
- 外科(一般外科・腹部外科・胸部外科・脳外科・心臓血管外科)
- 外科系(その他)
- 緩和/終末期
- 放射線/検査
- 救急/麻酔
- その他の臨床専門分野の医師
- 医師以外の医療職

問4. あなたが勤務している施設を一つだけ選んでください。

- 診療所
- 大学病院
- その他の特定機能病院
- 一般病院
- 療養型病床群
- その他の医療機関
- 研究所・行政

問5. 勤務している医療機関の規模

- 無床
- ~100床
- 101~250床
- 251~500床
- 501床以上

問6. あなたの勤務施設の地域

- 東京都
- その他の県庁所在都市
- それ以外の市部
- 町村部

問7. あなたの国籍

- 日本
- 日本以外のアジア国
- アジア以外の国

問8. 医師免許取得後年数 年(半角英数字で入力してください。)

問9. 信仰している宗教

- 特に信仰はない
- 仏教
- 神道
- キリスト教
- その他

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
分担研究報告書

重症患者ケアにおける侵襲的医療行為についての判断、
および患者側との協議プロセス探索に関する調査研究

分担研究者 尾藤誠司

独立行政法人国立病院機構東京医療センター臨床研究センター
政策医療企画研究部 臨床疫学室長

研究要旨

本調査の目的は、医療者が、延命治療に関連する難しい判断をする際にどのような思考プロセスをたどり判断を行うかについての探索を行うことである。3名の医師への個人インタビュー、6名の医師とのグループインタビューを行い、理論の構築を試みた。診療体験に関する会話部分を、それぞれ個別の物語としてとらえ、時間や情報の変化がどのように医療判断に結びついていくかについて再分析を行った。また、理論的に足りない部分については、個別インタビューにより補完を行った。再構築した理論の整合性の検証のためにグループインタビューを行い確認した。前年度探索しえたモデルの中で、“根拠の探索”を受けて出現すると思われた“自分のスタンス・患者のスタンス”の部分は2つに分断され、“自分のスタンス”を出発点としてナラティブが始まることがわかった。すなわち、“一般的に延命治療として認識される医療行為は行うべきでない”というスタンスを持つ医療者と、必ずしもそうではないスタンスの医療者の2つのスタンスから医療者側の延命治療に関連するナラティブは始まっており、前者においては、バリアとして認識されている情報の脆弱性（患者本人の意志が確認できないことなど）や、法的規範は、後者においては、意思決定の根拠としてすぎるには不確すぎる悩みとして認識されていた。

A. 研究目的

重度の脳障害による身体機能の低下や、難病に罹患することによる進行性機能障害のために入院した患者に対し、しばしば侵襲的医療介入が必要になる場面は多い。そのような場面における医療判断、特に侵襲や苦痛を伴うが、救命・延命的な効果が期待される治療をどの程度行うかについての判断は、倫理的側面が大きく配慮される必要がある。

一方、苦痛を伴う延命治療や心肺蘇生術を行うかどうかの判断について、わが国において具体的な指針が提示されていない。そ

の中で、多くの医師は、さまざまなジレンマをかかえつつも、明確な指針を持たず、上記の判断を行わざるを得ない状況である。一般的に“延命治療”として認識されるようなものにつながる医療行為の開始・差し控え、もしくは中止に関する判断に関して、医療者は多くのジレンマを抱えている。また、その判断を決定する根拠となるべき患者所見や、患者の意向、もしくは法的・倫理的規範が、実際の現場ではうまく機能していないことが考えられる。本調査の目的は、医療者が、延命治療に関連する難しい判断をする際にどのような思考プロセスをたどり判断を行うかについての探索を行う

ことである。3名の医師への個人インタビュー、6名の医師とのグループインタビューを行い、理論の構築を試みた。

B. 研究方法

医師が難しい判断に関して情報を集めるものの、脆弱な根拠のなかで意思決定を行わなくてはならない現実と、そのような中でより確実なよりどころに執着していくという理論背景からサンプリングを行った。特に、左記のようであれば、どこで意思決定のポイントが別れるのかということについて、データの再分析を行うことを目標とした。

リクルートを行った医療者は全て医師とした。面接方法は、取材者1名・取材協力者1名を原則とした個別面接によるインタビューと、数名の参加者で議論を行うフォーカス・グループの両方を行った。リクルートに応じていただいた面接取材協力者に対し、まず、電子メールで研究意図など打ち合わせし、面接時間、面接場所を決定し、貸会議室・勤務先会議室などで面接を行った。取材に際し、まず研究者から面接取材の目的を説明し、文書にて同意取得を得た。取材の内容はすべて録音され、音声ファイルとして保存した。

面接の内容は、基本的には非構造化面接であったが、ある程度共通した内容をすべての取材協力者に対してたずねた。取材にあたり、我々はあらかじめインタビューガイドを作成し、ガイドを参考にしながら内容を掘り下げていった。録音されたすべての面接内容を文字データに変換し、コーディングを行った。同時に、前年までに分析を行ったデータを再分析した。今回は、主にひとつの医師としての体験をひとつの物語として捕らえることで、理論立てを行っ

ていくナラティブ・アプローチ法を用いてテキストの分析を行った。

C. 研究結果

個別インタビューは、新潟県の開業医2名、療養型病床を持つ病院院長1名(全て男性)に対して行い、グループインタビューは都内で内科医を中心に行い、参加者は女性3名、男性3名であった。

今回新たに見出した医師が持つ意思決定のプロセスモデルを図1に表す。探索しえたモデルの中で、“根拠の探索”を受けて出現すると思われた“自分のスタンス・患者のスタンス”の部分は2つに分断され、“自分のスタンス”を出発点としてナラティブが始まることがわかった。すなわち、“一般的に延命治療として認識される医療行為は行うべきでない”というスタンスを持つ医療者と、必ずしもそうではないスタンスの医療者の2つのスタンスから医療者側の延命治療に関連するナラティブは始まっていた。2つのスタンスを出発点として、まず、医療者は不明瞭だが考慮に入れるべき根拠の探索<E1>をおこなう。<E1>の内容としては、“侵襲的な医療介入により、患者はどこまでよくなるか?”(医学的根拠)、“侵襲的な医療介入は(よくなるにしろ、よくならないにしろ)中止することができるか?”“侵襲的な医療介入を行う義務が自分にあるか?”(法的・倫理的根拠)、“侵襲的な医療介入を患者は望んでいるか?”(患者自身の意向)などであり、それらの全ては査定が困難なため、脆弱な根拠とならざるを得ないと医療者は理解していた。そこで、より明確な根拠である、“患者が回復する見込みは0%ではない”、“ということや”病院は病気を治すところである”医療者は人を助けることを目的としている”、“という、原則的な根拠をよりどころ

として判断材料とするプロセスは前年示したモデルに順ずるものであった。さらに<E3>に示す根拠として、代理人としての家族の根拠もあいまいであるが、もともとの医療者と患者・家族との関係性により根拠の強さは大きく振り幅があった。

さらに、家族の意向は、その地域の世間の意向も反映されることを医療者は認識していた。

今回の分析の結果、E1-E3 の情報を超える形で、最終的な臨床判断のよりどころとなっているものは、むしろ、医療者自身があらかじめ持つスタンスが、“無益な延命治療を行うことはなるべく差し控えられるべきである。”というスタンスを明確に持っているか、もしくはそのスタンスが漠然としているのか、ということに集約されることが見いだされた。前者においては、バリアとして認識されている情報の脆弱性（患者本人の意思が確認できないことなど）や、法的規範は、後者においては、意思決定の根拠としてすぎるには不確すぎる悩みとして認識されていた。判断の決め手となるさまざまな根拠について、その決め手となる強さ、およびなされた選択がよりアグレッシブなものか、より医療行為を差し控えていくものか、という2点を軸として、図2に視覚的に表記した。

また、前者では、今医療者が抱えているジレンマに対して戦略的なアプローチを何らかの形で行っていることがわかった。

D. 考察

今年度の調査により、われわれは医療者、特に医師が侵襲的な医療行為に関する意思決定を行ううえでのある程度一般化できるモデルを構築することができた。第一に、重症患者に対して生死にかかわるがジレンマを伴う重要な臨床判断を行うにあたり、

よりどころとすべき根拠が非常にあいまいであり、医療者はそのあいまいさの中で困惑している様が観察された。その判断において、“医学的根拠”や“倫理的規範”は、現時点では大きな柱として意識はされていないようであった。一方、施設や環境のなかで、慣習的な行為、もしくは逸脱のより小さな行為を行うことで妥当な判断、行いとすることは、よりどころのひとつとして医療者に認識されていた。

重要な判断において、最終的に問題となってくるのは明確な基準に逆らっていないかということであった。それは、“医療者＝患者の命を救う”という役割モデルに従順であることや、違法“かもしれない”行為には大きく躊躇することなどが具体的には観察された。さらに、脆弱な根拠の中で大切な判断を行うためには、医療者自身があらかじめ特定のスタンスを持っていることがしばしばあり、スタンスがある程度明確な医療者は、そのスタンスが医療判断の中心となることを示唆する結果を得た。

今回得られた結果から、今後よりよい臨床判断が行われるために検討すべき示唆がいくつか考えられた。第一に、患者自身の意向を中心に考えるべき時点で、患者の意向を伺うことができない状況があいまいな根拠をうんでいることが重要な問題のひとつであることが明らかとなった。その問題を解消するためには、ケアする側が事前から患者の情報や価値観を把握していることが大切である。患者の歴史の一部としての医療があるべきであり、病院医とかかりつけ医との連携がより必要であると考えられる。

第二に、医療者、特に医師個人の持つスタンスが、生命にかかわる重要な決定に大きくかかわっていることは、全く根拠が脆弱であることよりは人間性の高い判断がなされるかもしれないという一方、独善的な判

断に陥る可能性もあるということが考えられる。難しい判断を行う際には、患者-家族-医療者のコミュニケーションの他、倫理的な問題を取り扱うカンファレンスや、専門家、または倫理委員会など、より広く多様な価値観を介入させることが望ましいと思われる。現状においては大病院ですらもそのようなことを行っていることは極めて少ない。その意味では、構造的な改革を考える必要がある時期に来ているといえよう。第三に、医療者が、脆弱な根拠の中で、重要な判断に際して揺れ動き、困惑している姿が明らかとなった。医師個人の判断が重大な医療における判断ミスとなりうることに對して医療者は大きな危惧を抱き、そのため間違った判断とならないようなことを優先するような意識が優先される。より患者中心のケアを進めるためには、院内倫理委員会が一定のステートメントを出すなど、個人に過大な責任がかからないようなシステムを構築することも大切なことであると考えられる。

E. 結論

現時点では、あらかじめ医療者が持っている基本スタンスが物語を左右する大きなよりどころとなっている。その原因は、重要な判断の根拠となる情報がいずれも脆弱であることに起因することが示唆された。

F. 参考文献

Somerville MA. The ethics of clinical ethics services. One function of such services is to help clinicians ask the "right" questions. *Med J Aust.* 2004 Aug 16;181(4):180-1.

Johnson JA. Withdrawal of medically

administered nutrition and hydration: the role of benefits and burdens, and of parents and ethics committees. *J Clin Ethics.* 2004;15(3):307-11

Akabayashi A. Euthanasia, assisted suicide, and cessation of life support: Japan's policy, law, and an analysis of whistle blowing in two recent mercy killing cases. *Soc Sci Med.* 2002;55(4):517-27.

Asai A, Fukuhara S, Inoshita O, Miura Y, Tanabe N, Kurokawa K. Medical decisions concerning the end of life: a discussion with Japanese physicians. *J Med Ethics.* 1997 Oct;23(5):323-7.

Hayashi M, Hasui C, Kitamura F, Murakami M, Takeuchi M, Katoh H, Kitamura T. Respecting autonomy in difficult medical settings: a questionnaire study in Japan. *Ethics Behav.* 2000;10(1):51-63.

図 1-2 : 別紙参照

図1: 意思決定プロセスのモデル化

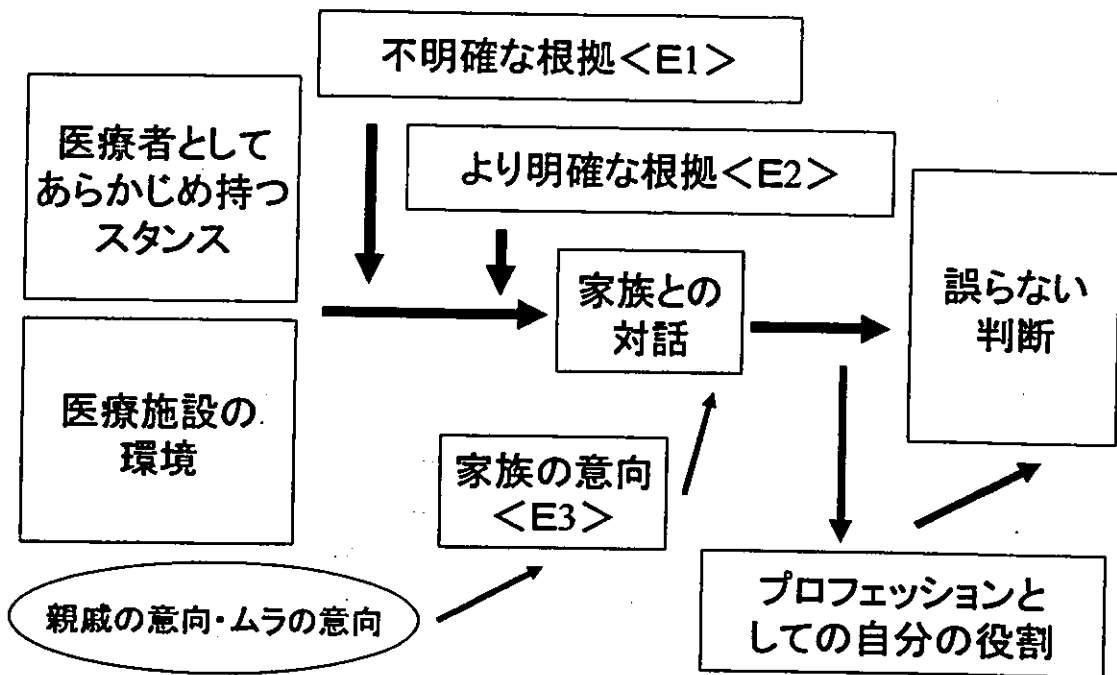
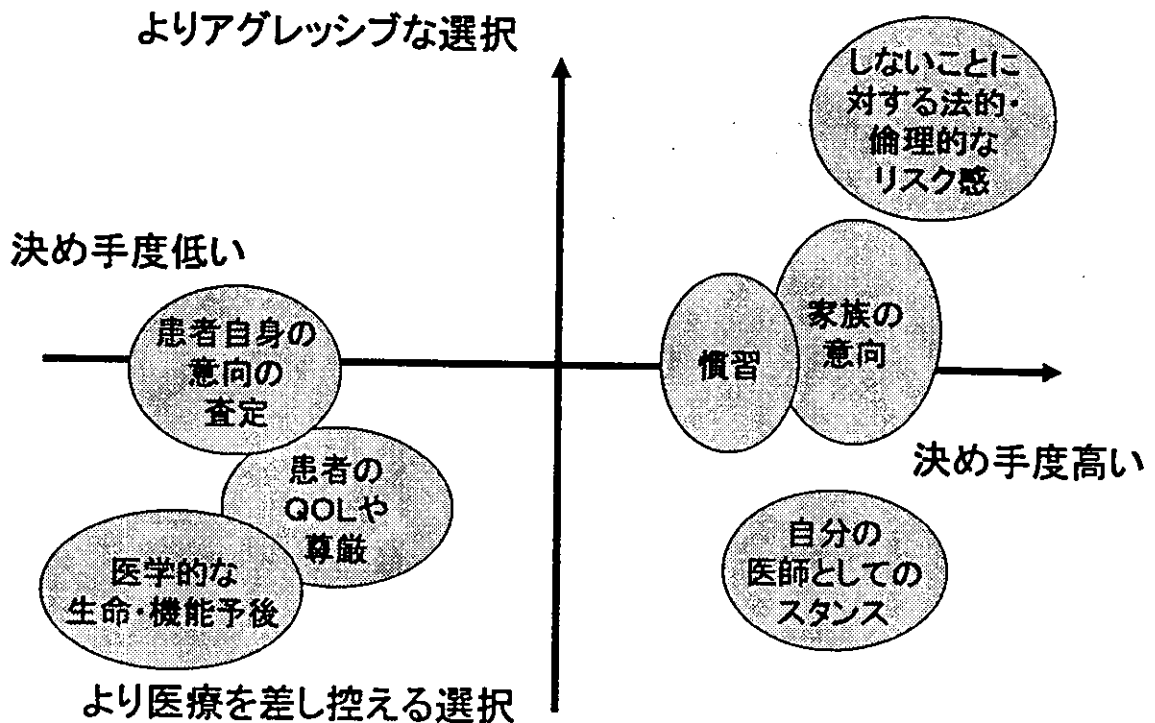


図2: “判断の決め手”分類



厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
分担研究報告書

臨床倫理的アプローチ法に関する研究

分担研究者 浅井 篤
熊本大学大学院医学薬学研究部生命倫理学分野 教授

研究要旨

初年度は質評価のための暫定モデルプロセスを構築する基礎作業として、2004年の時点で公表されている臨床倫理的アプローチ法（clinical ethics approach method）を総覧・分析し、意思決定プロセスで必須と考えられる事項を明らかにした。今回得られたデータを整理し、必要に応じて取捨選択を行い、明解で実用的な倫理的一貫性を持った質評価のための暫定モデルプロセスを構築する必要がある。

A. 研究目的

本研究の最終的な目的は、診療における意思決定プロセスの質を倫理的観点から評価することにある。初年度は質評価のための暫定モデルプロセスを構築する基礎作業として、2004年の時点で公表されている臨床倫理的アプローチ法（clinical ethics approach method）を総覧・分析し、意思決定プロセスで必須と考えられる事項を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

2004年の時点でコンピューター検索（pubmed, amazon.com）で同定し得た国内外25の臨床倫理的アプローチ法（論文またはモノグラフ）を入手した。各々に記述されている意思決定方法の内容分析を行い、意思決定ステップ（意思決定のために推奨されている行為）をすべて抽出しエクセルによって一覧表とした（付録1）。各セルに記されているステップを内容毎にグループとしてまとめ、倫理的に好ましい意思決定

プロセスの必須ステップとした。さらにこれらのステップが意思決定プロセスにおいて実行されているかを確認するためのチェックリストを作成した。

C. 研究結果

C-1: 入手、総覧、分析した25のアプローチ法の出典は以下の通りである。

- 1 Ethics Manual Fourth Edition. Annals of Internal Medicine 1998; 128: 576-594
- 2 BMA Ethics Department Medical Ethics Today The BMA's handbook of ethics and law, BMJ Books, 2004
- 3 A position paper from the Society for Health and Human Value Health Care Ethics Consultation: Nature, Goals, and Competencies. Annals of Internal Medicine 2000; 133: 59-69.
- 4 John C. Fletcher, et al., edition: Introduction to Clinical Ethics, University Publishing Group, Inc., 1997, Maryland
- 5 Fins, JJ, et a., Clinical Pragmatism: A Method of Moral Problem Solving. In McGee G,

- edition, Pragmatic Bioethics, 2nd edition, A Bradford Book, Cambridge, 2003, 29-44.
- 6 Bernard Lo: Resolving Ethical Dilemmas A Guide for Clinicians 2nd Ed, Lippincott Williams and Wilkins, 2000, Philadelphia
- 7 Jonsen, Siegler, and Winslade. Clinical Ethics, 4th ed. McGraw-Hill, NY, 1998
- 8 Ahronheim, Moreno, and Zuckerman. Ethics in Clinical Practice, Little, Brown, 1994, Boston
- 9 Terry M. Perlin Clinical Medical Ethics: Case in Practice. Little, Brown, 1992, Boston
- 10 Ruth Purtilo: Ethical dimensions in the health professions, 2nd edition, 1993, W. B. Saunders Company, Philadelphia
- 11 John La Puma, David Schuedermayer: Ethics Consultation A Practical Guide John and Bartlett Publishers, Boston, 1994
- 12 Council on Ethical and Judicial Affairs, AMA: Medical Futility in End-of-Life Care. JAMA 1999; 281: 937-41.
- 13 臨床倫理検討システム開発プロジェクト: 臨床倫理検討システム最新版. 臨床倫理学 2004; 1: 1-17.
- 14 David Seedhouse and Lisetta Lovett: Practical Medical Ethics, John Wiley and Sons, Chichester, 1992.
- 15 Howard Brophy: Ethical Decisions in Medicine. 「医の倫理」翻訳、東京大学出版、館野之男、榎本勝之訳、1985
- 16 Gill AW, Saul P, McPhee J, Keeridge I: Acute clinical ethics consultation: the practicalities. MJA 2004; 181: 204-6.
- 17 Gastman C, Neste FV, Schotsmans P: Facing requests for euthanasia: a clinical practice guideline. JME 2004; 30: 212-217.
- 18 Stella Reiher-Theil: The Freiburg approach to ethics consultation: process, outcome, and competencies. JME 2001; 27: 21S-27S
- 19 Stella Reiher-Theil: Ethics consultation on demand: concepts, practical experiences and a case study. JME 2000; 26: 198-203.
- 20 Marc Tunzi: Ethical theories and clinical practice One family physician's approach
- 21 Diego Gracia: Ethical case deliberation and decision making. Medicine, Health Care and Philosophy 2003; 6: 227-233.
- 22 Corrado Viafora: Toward a methodology for the ethical analysis of clinical practice. Medicine, Health Care and Philosophy 1999; 2: 283-97.
- 23 James F. Drane: Clinical Bioethics Theory and Practice in Medical-Ethical Decision Making. Shhed & Ward, Kansas, 1994
- 24 Edmund Pellegrino, David Thomasma: A Philosophical Basis of Medical Ethics, OUP, New York, 1989
- 25 倫理カンファレンス・倫理委員会における臨床倫理的アプローチの一例(2004年): 重症疾患の診療倫理指針ワーキング・グループ、「重症疾患の診療倫理指針に関する提言書」、平成16年10月
- C-2: これらの文献の内容分析から得られた意思決定ステップの一覧表を示す(付録1)。
- C-3: 次に意思決定プロセスの倫理的観点から見た質を評価するためのチェックリスト(Questions)を性格毎に分けて述べる。基本的にこれらの問いにより多くイエスと回答できた場合は、より好ましい倫理的意思決定プロセスを踏んで判断が下されたと想定される。
- 意思決定が行われる枠組み・場について
- 倫理的問題をする検討する会合(病院内倫理委員会やエシックスコンサルテーション、倫理カンファレンスなどの場、機会、設定)は正式(フォーマル)なものか。

倫理的問題を検討する会合は、すべての関係者からの要請に応じて開催されているか。

倫理的問題を検討する会合は、要請に応じて迅速に開催されているか。

倫理的問題を検討する会合は、問題に対する迅速な対応と提言を行っているか。

倫理的問題を検討する会合は、関係者からの同意を得た上で開催されているか。

倫理的問題を検討する会合で提示された意思決定に関する推奨事項は、施設内のより大きな倫理委員会で定期的にレビューを受けているか。

意思決定に必要な情報に関連する事項

意思決定に際して以下の医学的情報が入手・検討されているか（医学的データ、診断と予後、治療の選択肢、代替案、治療で患者が浴することができると予想される利益と蒙る不利益、これらに関する不確実性）。

意思決定に際して以下の患者情報が入手・検討されているか（個人的社会的背景、患者を巡る人間関係（親密さや力関係）、患者の背景となる文化と伝統、信念、価値観、宗教観、意向、ニーズ、患者自身の医療を受ける目的（どのような医学的状況の変化があれば、目的が変化しうるかも含め）、治療に関わる動機、人生計画、医療観、社会との関わり、経済的問題、利害関心、懸念、ナラティブ、患者の感情・心理状態、患者の価値観・意向の安定性）。

意思決定に際して以下の医療専門職・医療機関に関する情報が入手・検討されているか（医療専門職の価値観、医療の目的、医療者が考える最善の方針、医療施設の方針）。

意思決定に際して、患者・患者家族に以下のような形で情報が提供されているか（関連情報が理解できるような形で提示、誤解や根拠の薄い社会的通念を排除する必要性あり、オープンで誠実な継続的コミュニケーションを行う、患者・患者家族の状況理解を常に確認する）。

意思決定を行うにあたって留意すべき事項

誰が問題を提起しているかを明らかにしているか。

倫理的側面から状況を捉えるため、「べきか（ought, should）」という形で問題が設定されているか。

問題を倫理的概念に準じて分類（例：I C, プライバシー、最善の利益、医学的無益性等）しているか。

複数問題が生じている場合には、その重要度に応じてランキングをつけているか。

価値観や倫理原則が対立している点が明確にされているか。

問題になっている倫理原則が把握されているか。

最終意思決定者について以下のことが遵守されているか：患者に意思決定能力がある場合は患者本人。意思決定能力を欠く場合には事前指示（有効なものか否か要チェック：米国では事前指示が優先されるべきとされている）、事前指示がなければ患者の家族（代理人、家族の責任、誰が家族か、キーパーソンは誰かを医療従事者で検討する余地あり）

現在の患者の希望、事前指示、家族の代理判断、医師の意見などの優先順位が、十分に検討され決定されているか。

意思決定のプロセスは、一貫性があり安定した枠組みを持っているか。

意思決定のプロセスは常にレビューされているか。

意思決定に際して、不当な強制や圧力が排除されているか。

意思決定に関連する倫理規範に関連する事項

意思決定に際して次に挙げるような倫理原則が考慮されているか（患者の自律性を創造する・尊重する・支える、患者のニーズを満たす、平等性を保つ、四原則、清水の倫理原則（人間として尊重、相手の最善、正義・公平）、浅井の倫理原則（無害、プライバシー、寛容、思いやり）、他者への害・家族や関係者へのインパクト配慮、守秘義務とその放棄の正当化、公正な医療資源配分）

「害の最小化」、「善をなす」、「約束を守る」、「真実を述べる」という医療専門職の義務が遵守されているか。

価値多元主義が基本になっているか。

医療従事者の自律性が尊重されているか。

社会的合意に達している「価値の優先順位」が参考にされているか。

類似問題に関して、今までに提唱された best thinking を理解・把握しているか。

典型的（paradigmatic）法的事例の判決を考慮に入れているか。

社会的、法的、制度、文化的背景、社会的価値観が考慮されているか。

関連倫理指針や医療専門職倫理綱要が考慮されているか。

倫理的に判断に関する「道徳的不確実性 moral uncertainty」が認識されているか。

意思決定における議論・考察に関連する事項

各人の判断の倫理的な前提（根拠）が明確に示されているか。

関係者間の対話は十分に行われているか（The will of a patient cannot replace dialogue. To the contrary, it is only through common exploration and deliberation that the genuine will of the patient can gradually become clear. For this reason, interpersonal dialogue can be seen as an essential form of respect for the patient's will. 「どのような患者の意思決定も一回限りのものでなく、議論の対象になり得る。患者の意向は必要条件であっても、必ずしも十分条件ではない」 Gastman C, Neste FV, Schotsmans P: Facing requests for euthanasia: a clinical practice guideline. JME 2004; 30: 212-217.より）

患者のQOLに関して、誰が患者のQOLを判断してよいかが確認されているか。

倫理的審議（Deliberation：熟考、熟慮、思案、審議、討議）を進めるにあたって、倫理的な原則や思想だけでなく、感情や価値観、信念が考慮されているか。

倫理的審議を進めるにあたって、他者の意見や異なる見解に耳を傾ける努力をしているか。

倫理的審議を進めるにあたって、関係者がそれぞれの立場から、できるだけ他者の価値観に共感する努力をしつつ話し合っているか。

倫理的審議は理性的（合理的）に行われているか。

患者に対して、必要に応じて非指示的助言を提供しているか。

倫理的審議を進めるにあたって、チーム・ミーティングによるチーム・ディスカッション（医療系以外の人々や共同体の見解を勘案）を行っているか。

倫理的審議を進めるにあたって、問題に対する批判的分析が行われているか。

倫理的審議を進めるにあたって、関係医療従事者は必要に応じて他職種メンバーから援助を受けているか。

倫理的審議を進めるにあたって、ひとつの選択肢採用がもたらす結果を予想、比較考量しているか。

患者診療のゴール設定（診療方針決定）にあたって次のことが配慮されているか（可能な限り多くの「価値」を擁護できるようにコースを決定する、選択肢実施のベストの方法を探る、採用された方針が持つ制約の確認、コンセンサスと相互理解を目指す、公的に支持された専門的行為を目指す、妥協案（倫理的に許容される選択肢がないときに）を探る。患者の最善の利益に合うよう、診療のゴールについて合意できるよう

努める（意見調節のプロセス）。設定されたゴールや選択された診療行為の倫理的妥当性を再検討し、誰に対してもその倫理的正当性を示せるようにする。可能な選択の「善さ」についてのランク付けをし、その優先付けの理由付け（困難な段階）を行なう。一連の倫理的に許容できる行為を同定する）。

将来の意思決定に関する事項：

意思決定の結果に関係者が満足と納得をしているか

意思決定の短期的および長期的結果の評価と今後の課題が検討されているか。

将来の類似ケースのために方針が改訂されているか。

今後の「倫理的ジレンマ」発生予防対策が検討、確立されているか。

D. 考察

今回の臨床倫理的アプローチ法のレビューと内容分析によって、倫理的に好ましい意思決定プロセス構築のための多くの基礎的情報が得られた。同時に理想的な意思決定プロセスを構築するためには極めて多様な事項が勘案されなくてはならず、多くのステップを踏む必要があることが明らかになった。一方上述の記載の中には必ずしも方針として一貫したものにはなり得ない、規範倫理的な前提を異にしている考え方も混在している。さらに関係者の意向・見解が一致しない時に「どのような価値（または誰の価値観）が最も優先されるべきか」という根本的問題は臨床倫理的アプローチ法の形成だけでは解消し得ないと考えられ

た。しかし上記の事項を可能な限り考慮に入れた意思決定プロセスとその結果としての判断は、独善的で恣意的な決定よりは好ましいものとなるだろう。今後は今回得られたデータを整理し、必要に応じて取捨選択を行い、明解で実用的な倫理的一貫性を持った質評価のための暫定モデルプロセスを構築する必要がある。

E. 結論

現在の臨床現場にはモデルとなる意思決定プロセスが必要である。今回得られた知見を基本にした意思決定暫定モデルは、意思決定プロセスの質評価に有用なものとなると期待される。

F. 健康危険情報

特記すべきことはない。

G. 研究発表

1 論文発表

Atsushi Asai, Yugo Narita, Etsuyo Nishigaki, Seiji Bito, Taishu Masano, Yukari Take, Yasuhiko Miura, Koichiro Itai, and Shunichi Fukuhara: Perceptions of interpersonal relationships held by patients with obstinate disease. EJAIB 2004 in press.

Kenji Maeda, Tatsuya Sakai, Kenji Hira, T. Shun Sato, Seiji Bito, Atsushi Asai, Keiko Hayano, Shinji Matsumura, Seiji Yamashiro, Tsuguya Fukui.: Physicians' Attitudes toward Anticoagulant Therapy in Patients with Chronic Atrial Fibrillation. Internal Medicine, 2004; 43: 553-560.

Atsushi Asai, Motoki Ohnishi, Etsuyo Nishigaki, et al.: Focus group interviews examining attitudes towards medical research among the Japanese: A qualitative study. Bioethics 2004; 18: 446-469.

Miho Sekimoto, Atsushi Asai, Motoki Ohnishi, et al: Patients' Preferences for Involvement in Treatment Decision Making in Japan. BMC Family Practice 2004, 5:1 (01 Mar 2004)

Atsushi Asai and Koichiro Itai: Clinical Ethics Discussion 4: Urgent "lifesaving" clinical research. Eubios Journal of Asian and International Bioethics 2004; 14; 52-57.

西垣悦代、浅井篤、大西基喜他：日本人の医療に対する信頼と不信の構造、対人社会心理学研究、2004年；4：11-20。

浅井篤、板井孝彦、スリングスピーST：医療系学生に対する生命倫理学教育と倫理的態度の不一致 臨床倫理学 (Clinical Ethics)、2004年；3：80-89

浅井篤、尾藤誠司、千葉華月：気管内挿管チューブ抜去の是非：川崎「安楽死」事件を他山の石として 生命倫理 2004年；14：139-146

武田美鈴、浅井篤：臨床倫理学 内科学レビュー2005、2005年、総合医学社、東京、印刷中

Atsushi Asai, Motoki Ohnishi, Etsuyo Nishigaki, Tsuguya Fukui. The issue of trust in the doctor-patient relationship in Japan. In Darryl R. J. Macer, edition, "Challenges for Bioethics in Asia", Eubios Ethics Institute, 2004, Christchurch, 250-262.

浅井篤 「卒後臨床研修における行動目標
1：患者－医師関係」、福井次矢編集、レジ
デントのための卒後臨床研修ハンドブック
－二年間でこれだけは学んでおかなければ
ならない－ 永井書房、2005年 印刷
中

板井孝彦郎、浅井篤、福井次矢：臨床倫理
学 内科学レビュー2004、2004年、
320－324、総合医学社、東京

浅井篤 患者の論理、医者論理：患者と
医師は友達であるべきか JIM 2005
年；一月号、掲載予定

浅井篤 ワークショップ8：医療専門職、
医療関連職、および同領域学生に対する生
命倫理学教育 日本生命倫理学会ニューズ
レター (NO 26)、2004年2月20日
p7

浅井篤 インフォームド・コンセントの基
本 健康科学 (京都大学医療技術短期大学
部紀要別冊) 2004年、16号、11
－15

浅井篤 患者の論理、医者論理：よいこ
とについて JIM 2004年；15；43
8－41

2 学会発表

Etsuyo Nishigaki, Atsushi Asai, Motoki Ohnishi,
et al.: " Structure and development of
patients' trust in Japan "The Scientific
Committee of the 28th International Congress
of Psychology (ICP2004), 北京

Atsushi Asai, et al: Patient trust and distrust in
Japan. Emotional aspect of physician-patient
relationship. Asian Bioethics Conference
(TRT9), Tsukuba University, 2004, Feb. 15.

平成16年10月23・4日

浅井篤 (実行委員長、座長、講演およびシ
ンポジスト)：医療倫理シンポジウム「より
よい生き方と逝き方を考える」診療倫理指
針提言に向けて、平成16年10月、京都
白浜雅司、浅井篤他：卒後臨床倫理教育WS、
第12回日本総合診療医学会、2004年
2月20日、川崎

浅井篤、板井孝彦郎、小杉真司他：わが国
で医療系学生に生命倫理学教育を行なって
いる教育者は、教室内の倫理的態度の不一
致にどのように対応しているか：定量的研
究：日本生命倫理学会 第16回年次大会
2004年11月27日・28日、鳥取環
境大学

大江佐知、板井孝彦郎、浅井篤他：判断能
力に問題のある患者の経管栄養中止を巡る
対応と倫理的判断：日本生命倫理学会 第
16回年次大会 2004年11月27
日・28日、鳥取環境大学

浅井篤、大西基喜、尾藤誠司他：医師の人
間性に関する研究・続報、第12回日本総
合診療医学会、2004年2月20日、川
崎

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし