

る様々な段階において倫理的課題があふれている。しかし、問題の存在にさえ気づかれないまま、患者・家族側も医療従事者側も通り過ぎていくことも多い。後に明らかになって問題になるのは、その時点では明白でなかった、あるいは気づかれなかったといった事例のことも多い。さらに、医療従事者や患者・家族は問題があるとわかって、相談するところはなく、多くは現場で対応しているのが実状である。ときに、北海道立羽幌病院や富山県の射水市民病院などのように現場で対応した結果が大きな社会的関心を引き、倫理問題へ対応するための倫理指針や法規制などの必要性が指摘される。その際に参照先となる生命倫理の規範や原則、さらには法規などの重要性は論を待たない。しかし、それらに参照する前段階として事例から臨床倫理課題を検知できる仕組みもないのが実状と思う。すなわち、事例に対する適切なアプローチ法（ツール）があれば、問題となる倫理的課題を抽出して生命倫理の規範や法規に照らして方針を決定するという過程に役立つと考えられる。とくに、日常身の回りで起きていることの中の問題を把握するには、そのような問題を見える形にしてくれるツールの存在が望ましい。

つまり、そのような道具を使いこなせれば、日常臨床において何とか対処している倫理的問題を含む事例を論理的に見直すことが容易となり、将来出会う新たな問題への気づき、対応がしやすくなると考えられる。そのような事例分析のための道具にはいくつかある。今回は、ジョンセンが主に米国において発展させて

きた4分割表を用いる方法(1)と臨床倫理支援・教育・対話促進プロジェクトチームが開発してきた臨床倫理チェックリスト(2)を用いて倫理的課題を有する事例を検討するワークショップを開催した。そして、その目的を参加者の臨床倫理の学びとするとともに、それら2つのツールの使い勝手などを検討し、将来の臨床倫理に役立てることとした。

参加者は50名近くと当初の予定どおりであった。事例検討法に対しては、いずれの検討法もグループの結論を導くのに役立ち、自分にとっても役立ったという答がほとんどであり、事例検討ツールとして両検討法とも有用と考えられた。また、結論の決め方においても両検討法に差違がみられなかったことより、臨床倫理課題に関しては検討ツールによる差違はあまりないと考えられる。そして、こういった臨床倫理委員会的な討論が臨床に有意義と確認された。ただ、今回は目的が複数あり、検討時間を十分にとれなかったため、討論時間への問題が指摘された。検討時間を十分にとっていれば、変化が現れた可能性は残されている。

事例に関する結論ではある程度推測になるが、午前の事例と午後の事例で統計学的な有意差はなかったものの、結論がやや異なる印象がみられた。すなわち、「慢性呼吸不全に対する人工呼吸器治療」に関しては「その他」が「治療する」のほぼ2倍であったのに対して、「認知症で胃癌」に関しては「治療(手術)する」、「本人の考え尊重」、「その他」と少しずつ増えて違いが目立たない印象を受けた。臨床倫理課題に対する参加者意見において、ワークショップ前後

で変化があったのは「延命医療」に関連する課題においてであった。その変化とは、「延命医療」に関して患者本人の意思尊重に対して、ワークショップ後に「確信」から「どちらとも言えない」へ移動したことによる。この現象は自己決定という理念には逆行する変化であった。倫理的な討論を経たり、倫理教育を受けたりすると「どちらとも言えない」が増加することは医学生においても経験されている(3)。こういった結果は教育の一過程にあるからとも考えられ、また「討論時間が短かった」という反応とも関連すると考えられる。教育、とくにこのような臨床倫理教育にあたっては留意する必要があると思われる。

ワークショップ後は参加者の満足が得られ、「これから患者への接し方が変わる」という反応が得られたことも合わせて考えると、臨床倫理教育ワークショップとしての役割は果たされたと考えられる。自由意見にも「他職種との情報の共有の重要性を再認識」などの肯定的意見が多く、また参加したい」という記載が多数あった。一方、時間面や検討事例の改善などの指摘もあり、ワークショップ計画にあたり留意が必要と思われる。例えば、結論（導かれた勧告）の若干の違いは「慢性呼吸不全に対する人工呼吸器治療」と「認知症で胃癌」という主題の違いに依るものと推測できる。さらに、事例検討にあたっては、用いるツールがいくつかあるものの、ほとんど検討がなされていない。前に4分割法と臨床倫理検討シート(4)を用いての事例検討において、結論に違いが生じる可能性が指摘された(4)。今回は結論には違いはないものの、結論の導き方にやや違う傾向が認められた。

今後は、それらの事例検討ツールの違いや分析対象事例による違いなどの検討を経て、よりよい事例検討ツールへ向けた改善が必要と思われる。

#### 【文献】

- 1) 白浜雅司、小泉俊三. 実習症例をもとにした「医療倫理ケースカンファレンス」. 医学教育 2000;31:443-451.
- 2) 臨床倫理支援・教育・交流促進プロジェクトチーム. 適切な手続きのための臨床倫理チェックリスト. 「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」平成18年度報告書、2006.
- 3) 谷田憲俊、下山 孝、関 眞、他. 第1学年次を対象とする症例を用いた「医の倫理」教育の成果について. 医学教育 2003;34:111-119
- 4) 清水哲郎. 臨床倫理検討システム開発プロジェクト.  
<http://www.sal.tohoku.ac.jp/phil/CESDP/index-j.html>
- 5) 内海明美、青木孝子、今田ゆり子、他. 模擬臨床倫理委員会の経験と事例検討に用いた倫理課題分析法について. ホスピスケアと在宅ケア 2006 (印刷中)

#### 【健康危険情報】

特になし

#### 【研究発表】

特になし

【知的財産権の出願・登録状況】(予定を

含む。)

【特許取得】

特になし

【実用新案登録】

特になし

【その他】

表 1. 検討用事例

事例 1 : 慢性呼吸不全

患者は 78 歳男性、慢性気管支炎で、在宅酸素療法を受けている。独り住まいだが、同一敷地内に長男の家族と住んでいる。朝、起きてこないで長男の妻が見に行ったところ、酸素マスクは外したまま寝ており、起こしたところ、熱感あり応答がはっきりしないので救急車を呼んだ。

救急外来到着時、患者は傾眠状態で、意識レベルは JCS II であった。患者はこれまで 4 回の同様発作があり、救急部入院の既往もあった。それぞれ 2 回ずつ、慢性気管支炎の急性増悪と CO<sub>2</sub> ナルコーシスと診断され、呼吸器科に転科して治療を受けたこともある。直近の入院は気管支炎増悪のためであり、気管切開のうえ呼吸管理され、落ち着いたので抜管されて在宅酸素療法に廻されていた。今回は、診断の結果、慢性気管支炎の急性増悪によると判明した。

患者は来院後、酸素マスク 1 l/min で酸素療法と電解質補正のため補液が行われ、ベッドサイド喀痰検査後、抗生物質の投与を受けた。次の日の酸素飽和度 92 % で、3 日後には同 86 % となった。解熱はしたものの、胸部レントゲン写真は浸潤影に改善はみられず、同日の PaCO<sub>2</sub> は 80 Torr で、患者の意識状態もよくなる。そこで家族の同意を得て、再び気管切開のうえ呼吸補助療法が開始された。患者は無意識に管を払おうとするので抑制帯をつけた。3 日後、呼吸管理のうえ酸素飽和度は 101 % となった。抜管に向けて自然呼吸と酸素投与にしたところ、酸素飽和度が悪化したので呼吸管理を継続した。その頃より、患者は「もうたくさんだ。止めてくれ」と意思表示するようになった。1 週間目に、患者の家族（息子夫婦）が、「このまま患者を苦しめるのはかわいそう。お父さんは十分がんばって、本人ももういいと言っているので人工呼吸器を抜いてください」と言って来た。医師は「そんなことはできない」と応えたが、患者と家族の訴えは変わらないので、臨床倫理委員会に判断を仰ぐこととした。

注 :

CO<sub>2</sub> ナルコーシス : 呼吸不全からなる高炭酸ガス血症によって意識障害などが引き起こされ、重症では呼吸停止に陥る。

酸素飽和度 : 通常 97~100%。ちなみに、在宅酸素療法健康保険適用基準の動脈血酸素分圧 55Torr は SpO<sub>2</sub> の 88% に相当 (条件によってはこれより高くても適応になる)。

JCS : ジャパン・コーマ・スケール (Ⅲ-3-9 度方式) で、I が「刺激しないでも覚醒している状態」、II が「刺激をすると覚醒する状態 (刺激をやめると眠り込む)」、III が「刺激をしても覚醒しない状態」で、その 100 が「痛み刺激に対し、払いのけるような動作をする」200 が「痛み刺激で手足を動かしたり顔をしかめたりする」、300 が「痛み刺激に反応しない」である。

---

## 事例 2 : 認知症で胃癌

48 歳男性、アルツハイマー症。3 年前に発症した。認知症症状は徐々に進行している。現在、機嫌のいいときは、外見上は健常者と変わりなく、家族や旧友と話したりする。外出も可能であるが、切迫すると失禁する。ただ、両親や男女二人の子どもの認識もできなくなる時間が長くなりつつある。妻が仕事を辞めて介護している。

このところ、お腹が痛いと訴えるようになった。体重も 76 kg であったのが、6 カ月の間に 69 kg に減少した。診てもらったところ、上部消化管造影検査で胃前庭部にボルマン 2 型の胃癌が見つかった。確定診断は内視鏡検査が必要だという。腹部超音波検査では、肝臓や膵臓、リンパ節などに転移はない。

処方された抗コリン剤で痛みは治まった。患者が落ち着いているところを見計らい、患者に「ひどい胃潰瘍。胃カメラをして、手術した方がいい」と医師が説明した。すると、患者は「カメラはいやだ。潰瘍なら薬で治したい。手術は受けたくない」と応えた。

医師は、妻と子ども、患者の両親を集めて相談した。子どもたちは、「治るなら手術を受けさせたい」という。患者の両親は、「こんな状態なのに、さらに手術を受けるなんて」と言っている。妻は、「両親がそう考えるなら、患者本人の好きなようにさせてあげたい」と言うが、子どもが手術をすすめるし「何とかカメラだけでも受けさせたい」と希望した。結局、家族は「決心できない」として医師にどうすべきか相談した。医師は、臨床倫理委員会に判断を仰ぐこととした。

### 注

アルツハイマー型認知症：初老期、老年期にみられ、意識障害のない、徐々に進行する認知機能低下と感情・意欲障害、人格障害、行動障害をみる。初期には近いときの記憶障害がみられ、進行すると失語、失認などの症状も認めるようになる。認知症で、原因がないものをアルツハイマー型という。

胃の前庭部：胃の出口に近い部分。

ボルマン 3 型の胃がん：進行がんの分類の一つで、かなり進んだがんを示す。治療した後、5 年間生存する確率は 4 割前後である。

抗コリン剤：胃のケイレンを止めて痛みをとる薬。モルヒネと異なり痛み自体への作用はない。

---

表2. ジョンセン式4分割表とそれぞれの主な課題

<p>医学的適応 (Medical Indication)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、患者の医学的な問題点、病歴、診断、予後はどうか？</li> <li>2、急性の問題か慢性の問題か？重篤か？救急か？回復可能か？</li> <li>3、治療の目標は？</li> <li>4、成功の可能性は？</li> <li>5、治療に失敗した時の対応は？</li> <li>6、総じて、医学治療と看護ケアでこの患者は恩恵を受け、害を避けられるか？</li> </ol>	<p>患者の意向 (選好、Patient Preferences)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、患者がどのような治療をしたいと述べたか？</li> <li>2、患者は利益とリスクについて情報を与えられ、理解し、同意したか？</li> <li>3、患者の精神的対応能力、法的判断能力は？判断能力がないという根拠は？</li> <li>4、事前の意思表示があったか？</li> <li>5、判断能力がなかったら、代理決定は誰が？適切な基準を用いているか？</li> <li>6、患者は治療に協力しようとしれないのか？もしそうならなぜ？</li> <li>7、総じて、倫理的法的に許される限り患者の選ぶ権利が尊重されているか？</li> </ol>
<p>QOL (生の質、Quality of Life)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、治療した場合としなかった場合の患者がもとの生活にもどる可能性は？</li> <li>2、偏見を持った評価者が患者の QOL にバイアスをかけてみることはないか？</li> <li>3、治療が続けば、患者がどのような身体的、精神的、社会的不利益を被るか？</li> <li>4、患者の現在や将来の状態は、患者が耐えがたいと判断するようなものか？</li> <li>5、治療を中止する考えやその理由づけはあるのか？</li> <li>6、患者を楽にする緩和的ケアの予定は？</li> </ol>	<p>周囲の状況 (Contextual Features)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、治療の決定に影響を与える家族の問題があるか？</li> <li>2、治療の決定に影響を与える医療提供者 (医師看護婦) 側の問題があるか？</li> <li>3、財政的、経済的な問題があるか？</li> <li>4、宗教的、文化的な問題があるか？</li> <li>5、守秘義務を破る正当性があるか？</li> <li>6、資源の不足の問題があるか？</li> <li>7、治療決定の法的な意味あいとは？</li> <li>8、臨床研究や教育の問題があるか？</li> <li>9、医療提供者や施設間の利益上の葛藤があるか？</li> </ol>

表3. 適切な手続きのための臨床倫理チェックリスト

- 
- 1 意思決定プロセスにおいて十分勘案すべき重要項目とフローチャート
  - 4 患者の意思決定能力（判断能力）判定チェックリスト
  - 5 代行判断者（家族等）についてのチェックリスト
  - 6 患者（およびその家族）に対する情報開示事項チェックリスト
  - 7 医療従事者間の対話に関するチェックリスト
  - 8 患者（およびその家族）との対話におけるチェックリスト
  - 9 患者（およびその家族）の病状・治療方針に関する理解度チェックリスト
  - 10 患者（およびその家族）の意向に関するチェックリスト
  - 11 事前指示についてのチェックリスト
  - 12 患者にとって最善の利益となる医療行為を模索するためのチェックリスト
  - 13 患者の医療に関わる権利に関するチェックリスト
  - 14 患者（およびその家族）が意思決定する際に配慮すべき項目チェックリスト
  - 15 倫理カンファレンスの運営に関するチェックリストと臨床倫理的アプローチの一例
  - 16 倫理コンサルテーション依頼時のチェックリスト
  - 17 カルテ記入事項・必要書類のチェックリスト
  - 18 医療従事者自身のQOLに関するチェックリスト
- 

臨床倫理支援・教育・交流促進プロジェクトチームによる(2)。

表 4. 臨床倫理教育ワークショップ参加者アンケート

---

1. 背景

1) 年齢、2) 性別、3) 職業、4) 臨床での経験

2. 臨床倫理について

1) 臨床倫理という概念について、2) 臨床倫理教育の経験、3) その効果

3. 本ワークショップに期待するところ

---

終末期医療などについての考え（答は五肢択一）

- 1) 「医療方針は患者本人の意思どおりにせよ」という意見には
  - 2) 「家族が反対しても、患者本人にがんと説明する」という意見には
  - 3) 「終末期医療は患者本人の意思どおりにせよ」という意見には
  - 4) 「延命医療導入は患者本人の意思どおりにせよ」という意見には
  - 5) 「延命医療停止は患者本人の意思どおりにせよ」という意見には
  - 6) 「生命維持に関し患者と家族が対立したら患者の意思に従う」という意見には
  - 7) 「生命維持に関し患者と家族が対立したら家族の意思に従う」という意見には
  - 8) 「法律に明記のない現状では患者本人の意思は通用しない」という意見には
  - 9) 「致命的かつ末期で昏睡状態なら家族が方針を決定できる」という意見に
  - 10) 「自発呼吸なく末期昏睡患者の人工呼吸器停止は殺人」という意見に
- 

ワークショップに関する質問

- 1) グループの結論（治療を勧告、本人意思尊重を勧告、その他、から選択）
  - 2) 結論の決まり方（全会一致、多数決、決まらなかった、その他、から選択）
  - 3) グループ討論はグループの結論を導くのに役立ったか？（以下、答は五肢択一）
  - 4) グループ討論は、ご自分の結論を導くのに役立ったか？
  - 5) 事例検討法は、結論を導くのに役立ちましたか？
  - 6) 事例検討法の使い勝手はよかったですか？
  - 7) グループ討論により、ご自分の考えは変わりましたか？
  - 8) このような臨床倫理委員会の存在は臨床に有意義と思いますか？
  - 9) 今回の討論時間についてお尋ねします。
  - 10) 今回のワークショップを通して、患者への接し方が変わると思いますか？
  - 11) 今回の臨床倫理教育ワークショップにはどの程度満足されましたか？
- 

賛否に関しては、厳密な意見を尋ねるのが目的ではなく、“思ったこと”を答えてもらうのが趣旨と銘記した。五肢択一の選択肢は「強く賛成（同意）」「賛成（同意）」「どちらでもない」「反対」「強く反対」である。ワークショップ前後の変化をみる目的には、同一のアンケートを午前と午後、あるいはワークショップ前後にとった。



表5. ワークショップ参加者の背景因子

背景	因子	度数または度数 (%)
年齢	20～29 歳	5 (11)
	30～39 歳	9 (21)
	40～49 歳	17 (39)
	50～59 歳	12 (27)
	60 歳以上	1 (2)
性別	女性/男性	33/11
職業	学生	8 (18)
	看護師	20 (46)
	福祉関係	1 (2)
	医師	7 (16)
	薬剤師	7 (16)
	一般	1 (2)
困った経験	ある/ない	30/4
臨床倫理の概念	少し説明できる	22 (50)
	聞いたことある	19 (43)
	わからない	1 (2)
教育を受けた その教育効果は	ある/ない	16/25
	役立っている	9 (21)
	あまり役立っていない	8 (18)
	役立っていない	1 (2)

表 6. 事例検討法に対する意見

質問	4分割法	チェックリスト法	p値
討論がグループ結論に役立った	25/9/4/0/0	25/11/0/1/0	0.474
討論が自分に役立った	26/10/2/0/0	24/13/0/1/0	0.571
事例検討法が結論に役立った	26/6/5/0/0	23/11/3/0/0	0.838
使い勝手はよかった	14/17/6/1/0	11/21/5/1/0	0.720
討論で自分の考え変わった	5/17/9/6/1	7/20/4/6/1	0.314
臨床に有意義	29/8/1/0/0	27/9/2/0/0	0.262
討論時間が短かった	7/22/9/0/0	2/28/8/0/0	0.291

数字は、五肢択一の選択肢から「強く同意（大変役立つ）」/「同意（役立つ）」/「どちらでもない」/「反対」/「強く反対」と表している。なお、「討論時間が短かった」質問は「大変短かった」から「大きく長い」の5選択肢である。計38に満たない度数は欠損による。p値は両方法への答を連続変数としてみた対応のあるt検定（両側）の結果である。

表 7. ワークショップ前後の終末期医療に対する意見の変化

質問	ワークショップ前	ワークショップ後	p値
医療方針は本人の意思どおりにせよ	2/29/6/1/0	5/22/8/3/0	0.539
家族が反対してもがん告知する	0/16/16/6/0	0/14/19/5/0	0.812
終末期は本人の意思どおりにせよ	4/26/7/1/0	4/25/6/3/0	0.584
延命医療導入は本人の意思どおり	5/27/6/0/0	3/22/10/3/0	0.012
延命医療停止は本人の意思どおり	5/24/8/1/0	2/17/17/2/0	0.006
生命維持は家族より患者の意思優先	5/23/9/1/0	1/19/13/5/0	0.014
生命維持は患者より家族の意思優先	0/4/13/19/2	0/0/15/21/1	0.378
法律ないので患者意思は通用しない	0/0/6/26/6	0/4/4/26/4	0.132
患者昏睡なら家族が方針決定できる	0/18/16/4/0	0/15/19/4/0	0.556
無自発呼吸患者の呼吸器停止は殺人	0/4/15/15/4	0/3/20/13/2	0.343

数字は、五肢択一の選択肢から「強く賛成（同意）」/「賛成（同意）」/「どちらでもない」/「反対」/「強く反対」と表している。なお、計38に満たない度数は欠損による。p値はワークショップ前後の答を連続変数としてみた対応のあるt検定（両側）の結果である。

表 8. ワークショップ参加者の今後への影響と満足度

質問	強くそう思	少しそう思	どちらでも	あまり思わ	全く思わな
----	-------	-------	-------	-------	-------

	う	う	ない	ない	い
患者への接し方変わる	8 (18)	24 (55)	3 (7)	2 (5)	1 (2)
ワークショップに満足した	20 (46)	17 (39)	1 (2)	0	0

値は、実数（全参加者に対する％）。

## IV 研究成果の刊行に関する一覧

研究成果の刊行に関する一覧

書籍

著者氏名	論文タイトル	編集者	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
尾藤誠司、 松村真司他	「医師アタマ」医師と患者はなぜすれ違うのか？	尾藤誠司	医師アタマ	医学書院	東京	2007	
板井孝彦郎	「医療情報とプライバシー —「個人情報保護法」を中心とした回顧と展望—	高橋 隆雄・浅井 篤	日本の生命倫理：回顧と展望	九州大学出版会	福岡	2007 印刷中	
北村俊則	EBM は医療を変えるか？	上島 国利，三村 将，中込 和幸，平島 奈津子	EBM精神疾患の治療 2006-2007	中外医学社		2006	
谷田憲俊	インフォームド・コンセント その誤解・曲解・正解		インフォームド・コンセント その誤解・曲解・正解	PO 医薬ビジランスセンター	大阪	2006	1-274
浅井 篤	シネマの中の人間と医療-エックスシアターへの招待	浅井篤	シネマの中の人間と医療-エックスシアターへの招待	医療文化社	東京	2006	
浅井 篤、他	重症疾患の診療指針	浅井篤、福原俊一	重症疾患の診療倫理指針	医療文化社	東京	2006	
浅井 篤	QALY と医療資源配分	伊勢田哲治	生命倫理学と功利主義	ナカニシヤ出版	京都	2006	193-217
浅井 篤	透析患者のエビデンスと医療倫理	深川雅史	透析患者の病態とアプローチ	金房堂		2006	387-391
浅井 篤	第一部 患者さんとの出会いのために 第2章 プロフェッションナリズムと臨床倫理	熊本大学医学部臨床実習入門コース・ワーキンググループ編集委員会	クリニカルクラックシップ・ナビゲータ 第二版	金原出版株式会社		2006	7-14
板井孝彦郎	「第4章 情報倫理と法 4-1 情報倫理について」	太田 勝正・前田 樹海	エッセンシャル看護情報学	医歯薬出版株式会社	東京	2006	

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
<u>Bito S, Matsumura S, et al.</u>	Acculturation and End-of-life Decision Making: Comparison of Japanese and Japanese-American Focus Groups	Bioethics			2007 in press
<u>A Asai, et al.</u>	Letter to the Editor: Humanistic Qualities of Physicians: A view of Japanese Residents.	Medical Teacher			2007 in press
<u>Morita, Bito, Koyama, et al and the Hydration Guideline Task Force in Japan</u>	Development of a national clinical guideline for artificial hydration therapy for terminally ill cancer patients.	Journal of Palliative Medicine			2007 in press
<u>Matsunaga T, Hirota E, Bito S, Niimi S, Usami S.</u>	Clinical course of hearing and language development in GJB2 and non-GJB2 deafness following habilitation with hearing aids.	Audiol Neurotol.	11(1)	59-68	2006
<u>Nagata S, Asai A, et al.</u>	Medical student abuse during clinical clerkships in Japan.	Journal of General Internal Medicine	21	212-218	2006
<u>A Bagheri, A Asai, R Ida</u>	Experts' attitudes towards medical futility: An empirical survey from Japan.	BMC Medical Ethics	7	8	2006
<u>Itai K, Asai A, et al.</u>	How do bioethics teachers in Japan cope with ethical disagreement among healthcare university students in the classroom?	Journal of Medical Ethics	32	303-308	2006
<u>Y Miura, A Asai, M Matsushima, et al.</u>	Families' and Physicians' Predictions of Dialysis Patient's Preferences regarding Life-sustaining Treatments in Japan.	American Journal of Kidney Diseases	47	122-130	2006
<u>浅井篤、板井孝壱郎、大西基喜</u>	超義務(Supererogation)と医の職業倫理(Professional Medical Ethics)	先端倫理研究	2		2007 印刷中
<u>尾藤誠司</u>	知っておきたい新しい医療・医学概論	日本内科学会雑誌	96(2)	185-188	2007
<u>尾藤誠司 他</u>	「医学生・研修医のための放射線治療セミナー」参加者における放射線腫瘍学の知識と経験 小テストの試みとセミナーの今後のあり方	日本放射線腫瘍学会誌	17(4)	207-213	2006
<u>尾藤誠司, 宮崎仁, 大成功一</u>	プロフェッショナリズムについて考えるフォーラム 白衣のポケットの中「医師は患者の利益に対してどこまで犠牲的であるべきか？」	医学書院	17(2)	150-154	2007

浅井篤	実験的治療の福音と悲劇性についての簡単な考察-「レナードの朝」(1990年。米国)を観て	先端倫理研究	創刊号	63-69	2006
Sumi E, Takechi H, Wada T., Ishine M., <u>Wakatsuki Y.</u> , et al.	Comprehensive geriatric assessment for outpatients is important for the detection of functional disabilities and depressive symptoms associated with sensory impairment as well as for the screening of cognitive impairment	Geriat Geront Int	6(2)	94-100	2006
Hidenori Arai, <u>Yoshio Wakatsuki</u> , et al.	Usefulness of measuring serum markers in addition to comprehensive geriatric assessment for cognitive impairment and depressive mood in the elderly	Geriat Geront Int	6	7-14	2006
Roriz-Cruz M., <u>Wakatsuki Y.</u> , et al.	Stroke-independent association between metabolic syndrome and functional dependence, depression, and low quality of life in elderly community-dwelling brazilian people.	J Am Geriatr Soc.	55(3)	374-82	2007
Tanida N	Difference in ethical views among first-year to sixth-year students in a medical school.	Eubios Journal of Asian and International Bioethics	16(3)	91-96	2006
谷田憲俊	思い知らされた終末期医療と生命倫理への無理解-射水市民病院報道を受けて	緩和ケア	16(3)	244-247	2006
千葉 華月	「北欧におけるバイオバンクに関する法制度—スウェーデン法を中心に」(医事法学会編)	年報医事法学21		222-228	2006
北村總子, 北村俊則, 他	日本の精神医療における情報開示: 実態と規定要因	先端倫理研究	1	39-62	2006
<u>Kitamura, T</u> et al.	Egalitarian sex role attitudes in Japan: A confirmatory factor analytic study.	Psychiatry and Clinical Neurosciences	60	296-302	2006
田村正徳	「重篤な疾患を持つ新生児の医療をめぐる話し合いのガイドライン」	日本未熟児新生児学会雑誌	19(1)	26-33	2007
<u>板井孝彦</u> 郎, <u>浅井篤</u> 他	「筋肉萎縮性側索硬化症患者の事前指示書 —その有効性と問題点」	国立医療学会誌「医療」	60(10)	615-619	2006

学会発表

発表者氏名	論文タイトル名	学会名	開催地	開催年
<u>Bito S.</u> , <u>Matsumura S.</u> , <u>Fukuhara</u>	Is referral from gatekeeper physicians effective in determining the appropriate use of brain	SGIM 30th Annual Meeting Abstract Poster Session.	Toronto	2007

S.	MRI/MRA tests for outpatients?			
尾藤誠司	終末期医療に関する研究班総合検討会 講演「終末期における治療方針決定プロセスについて」	第15回日本総合診療医学会学術集会	金沢	2007
松村真司	シンポジウム「“延命治療”に移行する可能性のある診療行為に関する判断・行為プロセスの質改善のための研究」	第15回日本総合診療医学会学術集会	金沢	2007
尾藤誠司	日本総合診療医学会 講演「医師を対象とした“延命治療”の判断に関するインターネット調査」	第15回日本総合診療医学会学術集会	金沢	2007
浅井 篤	日本緩和医療学会「終末期癌患者に対する輸液治療のガイドライン」	第15回日本総合診療医学会学術集会	金沢	2007
谷田憲俊	シンポジウム 延命治療・その継続を望むものは？	第15回日本総合診療医学会学術集会	金沢	2007
掛江直子	シンポジウム 延命治療をめぐる「Living Willと家族の希望」	第15回日本総合診療医学会学術集会	金沢	2007
三浦 靖彦	シンポジウム 延命治療の中止をめぐる～Living Willと家族の希望～透析医療の経験から	第15回日本総合診療医学会学術集会	金沢	2007
田上美季	シンポジウム 延命治療の決定を支援する医療者の役割についての-考察 -看護師の立場から-	第15回日本総合診療医学会学術集会	金沢	2007
稲葉 一人	International Experience with Clinical Ethics Consultation Programs Pitfalls and Challenges for Improvement	8 <sup>th</sup> annual meeting American Society for Bioethics and Humanities	Denver	2006
三浦靖彦、浅井篤	「慢性疾患患者の事前指示に対する意識調査」	第18回日本生命倫理学会年次大会		2006
浅井 篤	「映画に描かれる安楽死と自殺補助に関する考察」	第18回日本生命倫理学会年次大会		2006
浅井 篤	「死の自己決定よ患者の利益」-シンポジウム「老いること、衰えること、死を迎えること」	第25回日本医学哲学・倫理学会大会	大阪	2006
白浜雅司	「延命治療の中止」シンポジウム司会	第18回日本生命倫理学会	岡山	2006
白浜雅司	「家庭医の倫理的問題について」のワークショップ	プライマリケア関連合同学会連合学術会議	名古屋	2006
白浜雅司	ACP ( American College of Physicians) 日本支部講演会Panel Discussion「終末期における延命医療」のシンポジスト	日本内科学会	東京	2006
若月芳雄	シンポジウム「疫学研究からみた高齢者疾患の実態」	第48回日本老年医学会学術集会	金沢	2006



## V 研究成果の刊行物・別刷

# 終末医療助言チーム

## 学者・医師ら、秋始動

法律家らが作った。当面は電話や電子メールで解決の道を探るが、場合によってはメンバーが出向いて面談するいわば「臨床倫理スワット(特殊部隊)」。今秋から活動を始める。(小西宏)

重い病気で死期が迫った患者の人工呼吸器を外すべきかどうか——終末期医療でそんな判断を迫られる時などに、医師、家族らに助言するプロジェクトチームを臨床倫理に詳しい研究者や医師、

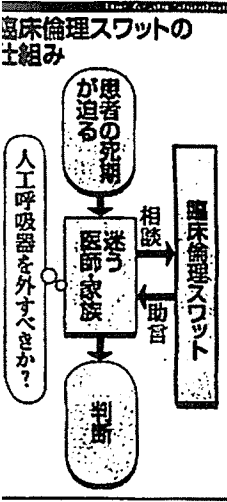
### 人工呼吸器、続けるか外すか

チームは熊本大学大学院の浅井篤教授(生命倫理学)を責任者に、医師や看護師、法律家ら13人。病状や治療方針、患者の意思など、助言の前提となるポイントを整理するチェックリストを作り、患者本人の意思がわからないまま医師や家族が判断しなければならぬときや、医師の説明を家族が十分理解できないときなど、状況を倫理・法律・社会的な面から分析して助言を行う。

終末期以外にも、アルツハイマー病が進んで食べ物のみ下せなくなった患者への栄養補給法の選択や、出生前診断で胎児に重い障害があることがわかった時の判断などをサポートする。

厚生労働省の補助金による研究事業の一環として始め、来年度以降にNPO法人化し臨床倫理のネットワークを築きたいと考えた。

この種のサポートは昏睡患者の延命治療中止などが論議された米国で80年代に普及したが、日本では十分に手が回っておらず、安楽死をめぐる「事件」も後を絶たない。チームに加わる東大大学院の長尾式子特任研究員(医療倫理学)らが臨床



床研修指定病院に尋ねたところ、回答があった267病院中、9割がサポート体制の必要性を感じていた。

浅井さんは「研究レベルではいろいろな指針があるが、現場では個々の対応に任されている。救命のために始めた治療も

延命治療になることもある。そんな時にどう考えるか。その方法を提供したい」と話す。

チームは、人材を養成するワークショップを10月に開き、11月には終末期医療で患者の最善の利益を考えるシンポジウムを計画している。

# 呼吸器外しは悪いのか

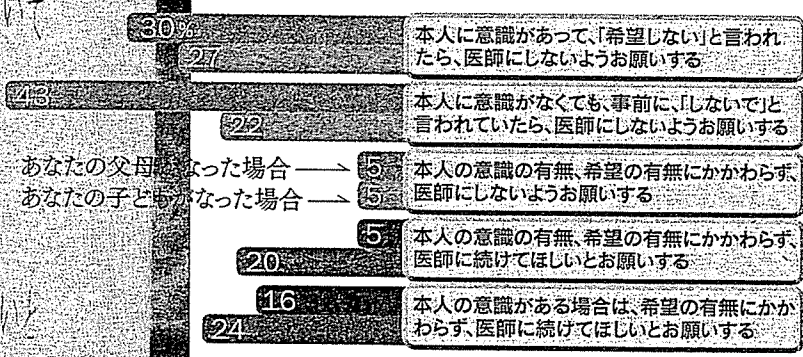
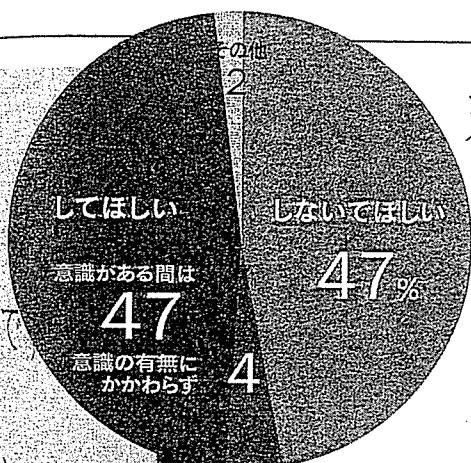
富山県の射水市民病院で、医師が末期患者の人工呼吸器を取り外し、7人が死亡した。同様の病床で、家族たちはどのように決断しているのか。

遺族の同意の有無や、その過程などにはおぼろげにすぎない点も多い。射水市民病院の事件。アエラ編集部では、3月27～29日に朝日マ

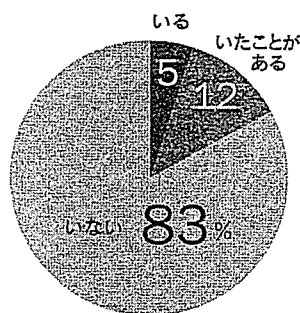
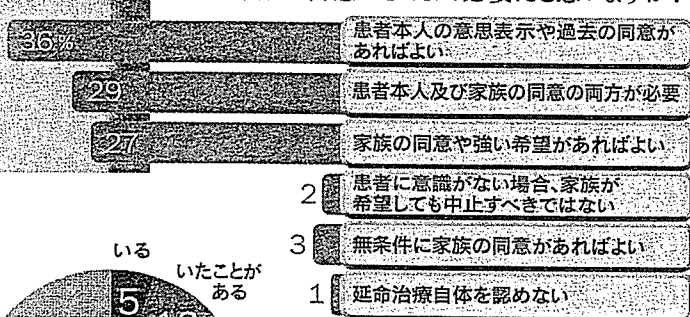
リオン・コム（ネット）で緊急アンケートした。26339人（平均年齢は48歳で、女性54%、男性46%）から回答があった。グラフは、この全体の回答集計だが、うち437人は、家族で延命治療を続けるかどうかの判断を迫られた体験を持つ。

## 延命措置は？

あなたが将来、回復の見込みがない患者になった場合



延命措置を中止できる条件として、本人と家族の同意はどこまで必要だと思いますか？



実際にあなたの家族で、（回復の見込みがないまま）延命措置を続けている人はいますか？

東京都内に住む女性（55）は5年前に義父、2年前に実の母、そして半年前に実の父と相次いで亡くした。実の両親が末期を迎えた際には延命措置を取らないことは事前に女性ら姉妹3人が話し合っていた。脳裏に義父が亡くなった時の悲惨な光景が焼き付いて

「とにかく生きていて欲しかった、」となく生きていて欲しかった、3年前の話だが、こうも言う。

### 医療費に奔走して…

6歳の時に母親が脳腫瘍にかかり、5年間入院して亡くなった。のど、鼻からのチューブに人工呼吸器という姿の母に毎週日曜日に会いに行っても意思疎通ができないまま。父親は医療費を稼ぐため働くのに忙しく、祖母に預けられた日々もあった。

医師は脳のレントゲン写真なども見せ、回復の見込みがないことも

### 理性的なつもりでも

「治療を続けるべきだ」「誰が面倒を見るのか」「お金は？」……。

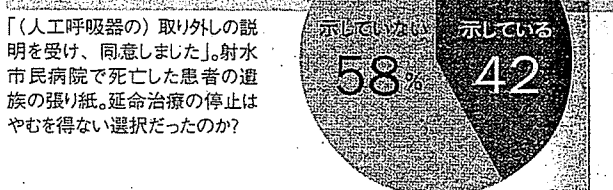
「治療を続けるべきだ」「誰が面倒を見るのか」「お金は？」……。医師は脳のリントゲン写真なども見せ、回復の見込みがないことも

と後悔することがある」ただ、アンケートでもわかる通り、自分が患者になった場合には延命措置に抵抗感を示す人は多い。「回復の見込みのない延命治療はしない」横浜市の女性（50）は結婚した時夫にそう宣言した。成人した子供にも伝えた。30年以上前のつらい体験が忘れられないからだ。

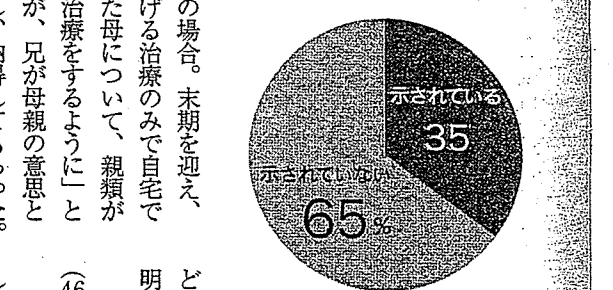
「死が近づいた親に最終通告をす  
るようなやり方ですから。日頃の  
言葉や生き方から察して私たちの  
判断は間違っていないかと信じ  
ています」

「死が近づいた親に最終通告をす  
るようなやり方ですから。日頃の  
言葉や生き方から察して私たちの  
判断は間違っていないかと信じ  
ています」

「死が近づいた親に最終通告をす  
るようなやり方ですから。日頃の  
言葉や生き方から察して私たちの  
判断は間違っていないかと信じ  
ています」



「(人工呼吸器の) 取り外しの説明を受け、同意しました」。射水市民病院で死亡した患者の遺族の張り紙。延命治療の停止はやむを得ない選択だったのか？



ある女性の場合。末期を迎え、痛みを和らげる治療のみで自宅で過ごしていた母について、親類が「抗がん剤治療をするように」と言ってきたが、兄が母親の意思と病状を説明し、納得してもらった。「最終的には本人の意思と、看病する家族が決めるべきだ」

ポイントには、やはり丁寧な説明であり、最後は「看病する家族の意見を優先」となるだろうか。

アンケートでは他にも、「弟の看病で嫁がうつ病になってしまった」「上司の息子さんは、がんで亡くなる前の10日間で三十数万円かかった、と聞いた」「妹の夫の入院費が毎月17万円。年金生活で妹は、生命維持の管を抜いてしまおうと迷うことがあるそうです」……。

延命治療に反対し、自ら意思表示を周囲に済ませている人も目立つ。その方法は「口頭」が圧倒的に多かった。「書面もある」「遺言に記した」という事例は少ない。いずれにしても、医師の説明責任も欠かせない。

横浜市の男性(63)の母親は筋肉が徐々にマヒし、呼吸がでさなく

なる難病の筋萎縮性側索硬化症(ALS)で亡くなった。担当医から延命措置を取らない旨を事前に聞かされ、了承した。「将来も治る見込みがないことや、どう進行していくか、きちんと説明を尽くしてくれたから」

千葉県松戸市の会社員の男性(46)の場合は逆だ。がんで末期を迎えた父親が転院した都内の病院では説明も意向確認も一切ないまま、人工呼吸器などを装着する延命治療だけを始めた。入院後3週間足らずで昏睡状態になり、病院から「危ないから」と連絡があり、母親、弟と駆けつけた。部屋に現れた医師が説明もなしで始めたのは機械による心臓マッサージ。電気ショックを与え、部屋にバーンという音が響き、父の体が跳びはねた。その度に心拍数のグラフが動くが、すぐに心臓が動かなくなる。そしてまた繰り返す。音の度に跳びはねる父の体。4回目の時、母が耐え切れなくなつて、「もうやめてください」とお願いし、マッサージを中止させ、すぐに亡くなった。

「助かりもしない電気ショックをなぜしたのか。なぜ事前に説明をしてくれなかったのか」

男性の不信感は今もぬぐえないという。

### 妻が取り乱し撤回

この女性の50代の従姉妹は逆に父の尊厳死の意向を聞きながら、実行できなかつたという。

父は日頃から、娘に、「無駄な延命治療はしなくていいから」と繰り返していった。だが末期を迎え、入院すると、その妻で従姉妹の母親が取り乱して、受け入れられなくなつてしまった。1カ月後に亡くなるまで延命装置はつけたまま

いたからだ。老人病院で意識のな  
いまま人工呼吸器や点滴に1年3  
カ月間もつながれていたのだ。

もつとも入院した際、母親本人  
から直接、その意向をはっきりと  
確認してはいないという。

「死が近づいた親に最終通告をす  
るようなやり方ですから。日頃の  
言葉や生き方から察して私たちの  
判断は間違っていないかと信じ  
ています」

だった。従姉妹は今も悔やんでい  
るという。

5年前に父親をがんで亡くした  
横浜市の女性(39)は父親が発作で  
入院した際に初めて母、兄と相談  
心臓マッサージなど延命措置を取  
らないようにすると決めた。苦し  
そうに見えたからだ。10日後に次  
の発作が起きて、父は亡くなる。

「家族で決めたのなら、本人の生  
前の意思がなくても仕方ないとい  
うでも思っています」

本人の希望通りにしても遺族は  
完全に満たされるわけでもない。

東京都の公務員の女性(46)は母  
親をがんで3年間にわたる闘病生  
活の後に亡くした。母親は、祖母  
の看病で苦勞した経験から「人様  
に迷惑をかけない」と言っていた  
が、完治すると信じ、治療を重ね  
最後はサメの粉末を飲むなど民間  
療法にまで手を出した。女性と弟  
は母親の意思を尊重しようと思

希望通りにさせた。  
「もし当時、お金があればもっと  
高い医療水準の病院でもつとい  
治療ができたはずだ。母も受け入  
れてくれていたでしょう」

アンケートでは、身内で延命治  
療をしている人は、そうでない人  
に比べ、延命措置への抵抗感が12  
ポイント高く、59%もあった。経  
済的、精神的な負担を実感してい  
るせいもあるだろう。

### 「家族」でもめたら

自由回答では、「自分の父親が  
脳梗塞で倒れた時、家族の間で延  
命装置の取り外しに意見が一致せ  
ず、取りやめたことがある」とい  
う人もいた。

確かに、一口に「家族」といつ  
ても、きょうだい、配偶者と様々  
な立場の人がいる。誰の意見が最  
も尊重されるべきなのか。どうす  
れば、もめないのか。

「死が近づいた親に最終通告をす  
るようなやり方ですから。日頃の  
言葉や生き方から察して私たちの  
判断は間違っていないかと信じ  
ています」

「死が近づいた親に最終通告をす  
るようなやり方ですから。日頃の  
言葉や生き方から察して私たちの  
判断は間違っていないかと信じ  
ています」

「死が近づいた親に最終通告をす  
るようなやり方ですから。日頃の  
言葉や生き方から察して私たちの  
判断は間違っていないかと信じ  
ています」

延命治療に反対し、自ら意思表  
明を周囲に済ませている人も目立  
つ。その方法は「口頭」が圧倒的  
に多かった。「書面もある」「遺言  
に記した」という事例は少ない。

いずれにしても、医師の説明責任  
も欠かせない。

横浜市の男性(63)の母親は筋肉  
が徐々にマヒし、呼吸がでさなく

なる難病の筋萎縮性側索硬化症  
(ALS)で亡くなった。担当医か  
ら延命措置を取らない旨を事前  
に聞かされ、了承した。「将来も  
治る見込みがないことや、どう  
進行していくか、きちんと説明  
を尽くしてくれたから」

千葉県松戸市の会社員の男性  
(46)の場合は逆だ。がんで末期  
を迎えた父親が転院した都内の  
病院では説明も意向確認も一切  
ないまま、人工呼吸器などを装  
着する延命治療だけを始めた。

入院後3週間足らずで昏睡状  
態になり、病院から「危ないか  
ら」と連絡があり、母親、弟と  
駆けつけた。部屋に現れた医師  
が説明もなしで始めたのは機械  
による心臓マッサージ。電気シ  
ョックを与え、部屋にバーンとい  
う音が響き、父の体が跳びはね  
た。その度に心拍数のグラフが  
動くが、すぐに心臓が動かなく  
なる。そしてまた繰り返す。音  
の度に跳びはねる父の体。4回  
目の時、母が耐え切れなくなつ  
て、「もうやめてください」とお  
願いし、マッサージを中止させ  
、すぐに亡くなった。

「助かりもしない電気ショック  
をなぜしたのか。なぜ事前に説  
明をしてくれなかったのか」

男性の不信感は今もぬぐえない  
という。