

V-2) 生命倫理的検討

1. 鎮静と積極的安楽死

鎮静を積極的安楽死と連続する行為とみなす見解 (Billings, 1996; Craig, 1994a, 1994b; Orentlicher, 1997) と、鎮静は積極的安楽死から明確に区別できるとする見解 (EAPC Ethics task force on palliative care and euthanasia, 2003; Mount, 1996; Portenoy, 1996)がある。後者では、鎮静と安楽死は、1) 意図 (苦痛緩和 vs. 患者の死亡)、2) 方法 (苦痛が緩和されるだけの鎮静薬の投与 vs. 致死性薬物の投与)、および3) 成功した場合の結果 (苦痛緩和 vs. 患者の死亡) において異なる。

2. 鎮静における好ましい効果と好ましくない効果

相応性原則と2重効果の原則は、鎮静に、好ましい効果と好ましくない効果があるとして、生じる倫理的ジレンマを解決するために用いられる。

鎮静における好ましい効果とは苦痛緩和である。好ましくない効果とは、意識の低下、コミュニケーションができなくなること、および、生命予後を短縮する可能性を指すことが多い (Jansen, 2002; Morita, 2003a; Quill, 1997; Rousseau, 2000)。しかし、それらを好ましくないとは考えない価値観をもつ患者もある (Hunt, 2002)。

3. 鎮静の倫理的基盤

医療における一般的な倫理原則として、自律性原則、与益原則、無加害原則、正義・公平の原則が挙げられる。自律性 (autonomy) 原則とは、「患者の自律的な意思を尊重するべきである」という原則をさす。与益 (beneficence) 原則とは「患者の利益になるようにするべきである」、無加害原則 (non maleficence) とは「患者に害を加えないようにするべきである」、正義・公平 (justice / equality) 原則とは「社会的公平を保つべきである」という原則をさす。

さらに、医療行為に患者に益をもたらす (好ましい) 効果と害をもたらす (好ましくない) 効果があるために、与益原則と無加害原則の双方を同時に満たすことができない場合、倫理的妥当性を検討する手段として、2重効果の原則 (principle of double effects) を立てる立場、あるいは、相応性原則 (principle of proportionality) を立てる立場がある。

鎮静について倫理的妥当性を考慮する際には、自律性原則に加えて、与益原則と無加害原則を基盤とした2重効果の原則、および、相応性原則が参照される。

1) 自律性原則 (principle of autonomy)

自律性原則に照らす限りでは、意思決定能力のある患者が十分に知らされたうえで自発的に決定することが、鎮静が妥当となるために必要である (Cowan, 2002; Hallenbeck, 2000; Hunt, 2002; Morita, 2003a; Quill, 1997; Rousseau, 2000)。

2) 相応性原則 (principle of proportionality)

相応性原則は、「好ましくない効果を許容できる相応の理由がある場合、倫理的に妥当である」とする。鎮静に相応性原則を適用すれば、苦痛緩和という好ましい効果に、意識低下や生命予後を短縮する可能性がともなったとしても、相応の理由がある場合には倫理的に妥当であるとみなされる

(Hallenbeck, 2000; Morita, 2003a; Quill, 1997; Wein, 2000)。

鎮静に相応性原則を適用するときの「相応の理由」として、①好ましい効果（苦痛緩和）が好ましくない効果（意識の低下、生命予後を短縮する可能性）をうわまわること、および、②患者の状態（著しい苦痛があり他の手段では緩和される見込みがないこと、患者の死期が迫っていること）からみて鎮静が相応の行為となることが挙げられる。

相応性原則では、患者の状態、予測される益benefits、および、予測される害harmsからみて、すべてのとりうる選択肢のなかで、鎮静が最も相応な行為である場合、倫理的に妥当となりうるとする。

3) 2重効果の原則 (principle of double effects) と行為の意図

(1) 一般的な2重効果の原則

2重効果の原則では、好ましい効果を意図した行為が、好ましくない結果を生じることが予測されるときに、よい意図の存在によって、好ましくない結果を許容しようとする。すなわち、好ましくない結果が生じることが予測されても、①行為自体が道徳的である、②好ましい効果のみが意図されている、③好ましい効果は好ましくない効果によってもたらされるものではない、および、④好ましくない結果を許容できる相応の理由がある、場合に妥当であると考え。要件のうち、④は単独で相応性原則として扱われる。

(2) 鎮静における2重効果の原則の適用：3つの見解

2重効果の原則によって鎮静の倫理的妥当性を判断しようとするときに、鎮静の好ましくない効果として、意識の低下について検討する見解(A)と、生命予後を短縮する可能性について検討する見解がある。さらに、「好ましくない効果を生じることが予測される」ことに、「確実に生じる」場合を含んではならないとする見解(B)と含んでよいとする見解(C)とがある。

したがって、2重効果の原則の鎮静への適用においては、以下の3つの見解がある。

A) 鎮静の好ましくない効果は意識の低下であり、苦痛緩和に伴う2次的な意識低下を許容することは妥当とするが、意図的に意識を低下させる薬物の投与は妥当としない (Jansen, 2002; Sulmasy, 1999)。この見解では、例えば、疼痛に対してモルヒネを増量して2次的に傾眠となることは許容するが、せん妄に対して患者の意識を低下させることを意図して睡眠薬を投与することは許容しない。

B) 鎮静の好ましくない効果は生命予後を短縮する可能性と考え、生命予後の短縮が予測されたとしても意図されていないのであれば鎮静は許容する。ただし、生命予後の短縮が単に予測されるのみならず確実に生じる状況の鎮静は妥当としない (Baumrucker, 2002; Quill, 1997)。この立場では、例えば、死亡が数時間以内に生じると考えられる全身状態が非常に悪化した患者が呼吸困難を訴え鎮静を行う場合、鎮静薬の直接作用による呼吸抑制と死亡をもたらす可能性があるが、苦痛緩和を意図していることが了解できるように鎮静薬を少量ずつ緩徐に投与するならば、かりに死亡が生じたとしても意図されていないと判断して許容する。一方、鎮静を行わなかったならば数ヶ月の生存が見込める患者に水分・栄養の補給を行わずに持続的深い鎮静を行う場合、患者の生命予後を鎮静により短縮させることが確実であるため、確実に生じる生命予後の短縮を意図していないと主張することはできないと考え、妥当としない。

C) 鎮静の好ましくない効果は生命予後を短縮する可能性であり、生命予後の短縮が意図されてい

なければ鎮静を妥当とする。すなわち、「鎮静は苦痛緩和を意図しており、生命予後の短縮を意図していない」との主張に基づき鎮静を妥当化する(Bernat, 2001; Rousseau, 2000; Walton, 2002; Wein, 2000)

(3) 鎮静における2重効果の原則の適用：反論

2重効果の原則による鎮静の倫理的妥当性について専門家の見解は一致していない。2重効果の原則により鎮静の倫理的妥当性を検討しようとする立場に対する反論は以下のようなものがある

- ・鎮静によって死期が早められるという2重効果の前提そのものが医学的知見では支持されていない(Lynn, 1998; Morita, 2001 d; Styles, 2003; Walton, 2002)
- ・意図的な意識低下を許容しない立場(A)では、鎮静では意識の低下が意図されているとする臨床家の見解と矛盾する(Morita, 2002d; Rousseau, 2002b)。
- ・生命予後を確実に短縮すると考えられる場合に鎮静を行うことを許容しない立場(B)では、著しい苦痛を放置する場合が生じうる。例えば、この立場では、生命維持には直接影響しないが、耐えがたい疼痛や精神的苦痛が緩和されない場合の鎮静は許容されない。したがって、患者が耐えがたい苦痛から解放される手段はないことになる。しかし、著しい苦痛のまま死に至らしめるよりは、生命が短縮したとしても苦痛を緩和することが倫理的であると考えられる場合があると考えられる(Rousseau, 2002b)。
- ・鎮静で苦痛緩和のみが意図されていると主張する立場(C)では、1) 医師の意図は両価的である、すなわち、苦痛緩和という意図を持ちながら、同時に、生命を短縮させる意図を持つことがあるかもしれない、2) 意図と予見を明確に区別することはできない、および、3) 医療者は意図のみならず結果に責任を持つ必要がある、という点を十分に考慮していない(Hunt, 2002; Lowey, 2001; Quill, 1997, 2002)。

References

- Bagheri, A., Macer, D. (2005) Ethics review of externally-sponsored research in Japan. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 15, 138-140.
- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (1994) *The principles of biomedical ethics*. 4th edn. Oxford: Oxford University Press.
- British Medical Association Ethics Department *Medical ethics today*. (2004) 2nd edn. London: BMJ Books.
- Hope, T., Savulescu, J., Hendrick, J. (2003) *Medical ethics and law*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Jonsen, A.R., Siegler, M., Winslade, W.J. (2002) *Clinical ethics*. New York: McGrall Hill.
- National Health Council (2000) *Rules on Research involving human subjects (Res. CNS 196/96 and others)*. Brasília: Health Ministry
- Kirigia, J.M., Wambebe, C., Baba-Moussa, A. (2005) Status of national research bioethics committees in the WHO African region. *BMC Med Ethics*. Oct 20;6:E10.
- Ozar, D.T., Sokol, D.J. (1994) *Dental ethics at chairside: professional principles and practical applications*. Saint Louis: Mosby.
- Schwartz, L., Preece, P.E., Hendry, R. A. (2002) *Medical Ethics. A case-based approach*. Edinburgh: Saunders.
- Serra, M.C. Unesco has given bioethics a human face. Retrieved May 4, 2006 from <http://www.scidev.net/content/opinions/eng/unesco-has-given-bioethics-a-human-face.cfm>
- Universal Declaration on Bioethics and Human Rights 2005 (Retrieved May 4, 2006) from http://portal.unesco.org/shs/en/file_download.php/46133e1f4691e4c6e57566763d474a4dBioethicsDeclaration_EN.pdf

Difference in ethical views among first-year to sixth-year students in a medical school

- Noritoshi Tanida¹, Masumi Ueda¹, Susumu Hoshino¹, Masaru Kawasaki², Yohei Fukumoto²

¹Medical Humanities, ²Medical Education Center, Yamaguchi University Graduate School of Medicine, 1-1-1 Minami-Kogushi, Ube, 755-8505, JAPAN
Email: tanida@yamaguchi-u.ac.jp

Abstract

Ethical views of the first-year to sixth-year medical students were studied during bioethics education via questionnaire in 2004. Questions included “would you treat a mentally ill man condemned to death to fit him for execution?”, “is a criminal law suit against a surgeon responsible for a patient's death reasonable?” and “should a surgeon responsible for a patient's death be prosecuted for manslaughter.” The number of students answered

“yes, to treat a mentally ill man” tended to increase as they moved up to the senior classes, although there was no statistical significance. A criminal law suit against the surgeon and the charge of manslaughter was responded with a wide variety among the classes, that is the second-year and fifth-year students showed less favorable attitudes to the law suit against the surgeon than the first-year, third-year and fourth-year students. There was no distinct relationship with age, gender or the past bioethics education. Thus, the attitudes of medical students agree on one, and differ on other ethical issues depending on their classes. Although the reason for the difference in ethical views among classes was not clear, these results suggested that ethics education was a sensitive subject for medical students hence the manner of ethics education by teachers was of critical importance.

Key words: clinical ethics, medical students, ethics education

Introduction

Development in medical technology and the complexity of advanced medicine have made clinical decisions often hard to make in the face of the pros and cons of controversial ethical issues, such as those related to life and death. Both health care providers and receivers are now involved in decision-making in these difficult situations, and they often hold conflicting views. In these circumstances, it is necessary for doctors to have essential knowledge and being trained for appropriate ethical approaches. Thus, importance of bioethics or clinical ethics education is getting greater in medical school. Ethics education is still waiting to be evolved (1), since information is needed for establishing satisfactory educational strategy for medical ethics. It has been shown that the needs of students for ethics education differed depending on their classes (2), and a class-specific strategy for ethics education has been proposed (3). In this sense, if there is information as to how attitudes of students toward ethical issues change as they move up to the senior classes, that information may be useful to assess the needs of ethical education among students. So far, to our knowledge, one study dealt with the change of attitudes of medical students toward truth telling in cancer, which showed that their attitudes changed from disclosing to concealing the truth to the patient as they moved up to the senior classes (4). Thus, a basic concept on informed consent and skills for communication with the patient may be

necessary for the upper class students. To give more basic information regarding the attitudes of students toward ethical issues, we asked the same ethical questions to all the medical students in 2004 from first-year to sixth-year. This study was possible because the reform of curriculum in our university gave us the chance to do such a comparison.

Methods

The bioethics course was an elective subject until 2003, since then it became a compulsory component of the first-year medical students at the Yamaguchi University. In the professional course, second-year to fourth-year students learned the compulsory medical ethics, and fifth-year and sixth-year students learned the compulsory composite medicine (Table 1). The bioethics and medical ethics course each composed of 15 teaching-hours, and the composite medicine course composed of 30 teaching-hours. Thus, our students have three occasions for learning bioethics or clinical ethics during six years in the university. Because of the reform of curriculum in our university, we had the chance to ask the same ethical questions to each class of students during those courses in 2004.

The compulsory bioethics course covered a number of bioethics topics, such as brain death/organ transplant, assisted reproductive technology, euthanasia, terminal care, malpractice, gene technology, truth disclosure, communication and informed consent. The lecturer (N.T.) discussed the pros and cons of the topics without attempting to impose "right answers." In the compulsory medical ethics course, the number of topics selected was lessened, and emphasis was laid on deeper discussion among students and lecturers. The composite medicine course composed of the medical ethics course and omnibus lectures by guest lecturers from the outside university. At the end of lectures, the students were asked to give answers to questions on the topics covered, with a yes or no response and comment.

Table 2 summarizes the questions. Question 1 was taken from an actual case in the United States (5) in which a prisoner on death row became mentally ill. Because a mentally ill man cannot be executed, the authorities asked a doctor to treat the patient, and the doctor refused. Students were asked to answer the question, "would you treat this patient?" The decision of the U.S. Federal Supreme Court to proceed with the execution was

subsequently disclosed to the students and discussed the following week. Question 2 and 3 referred to a claim by the family of a patient who died as a result of a complication of surgery. During emergency cholecystectomy, a common bile duct was injured, and despite repair and intensive treatment, the patient died. The family of the patient sued the surgeon with the charge of manslaughter. The mortality rate for elective cholecystectomy is a maximum of 1%, while the mortality rate for common bile duct damage during surgery is about 20 %. These figures had been explained to the patient and family under informed consent. There was no obvious negligence, as the surgeon had taken all necessary measures during surgery. The Good Samaritan Law was explained to students before presenting this case study (6). Although other ethical questions were raised to students as shown before (7), results of these 3 questions were presented here because not all classes were asked other questions for the practical reason in our curriculum.

The statistical analyses employed SPSS 11.5 J. Continuous variables were tested by ANOVA, and categorical variables by Pearson's chi square test. Those data sets which showed $p < 0.11$ in the chi square test were included in a logistic regression analysis (method, ENTER), with the answer "yes" the dependent variable, and age and gender as explanatory variables. Number of subjects less than the total student numbers was the result of student absence. All p values were two-tailed. Statistical significance was suggested at $p < 0.05$.

Results

Table 3 summarizes background profiles of the students in each class together with the number of students who took the elective bioethics course at their first-year at university. Students joined to each class from the admission entering examination were excluded from the comparison, because they were much older than other students in each class.

The percentages of female students ranged from 26% to 45% (chi square=10.78, $df=11$, $p=0.056$). The numbers of students who had learnt the elective bioethics course at the first-year varied from 34% to 100% (chi square=209.96, $df=9$, $p=0.000$). High percentages of the fourth-year to sixth-year students were presumably derived from the fact that a full-time bioethics teacher from the medical faculty was available during those years, whereas the low numbers of second-year and third-

year students who took the course were due to the absence of a fulltime teacher from the medical faculty.

Table 4 summarizes the responses to the questions. The number of students answered "yes, to treat a condemned mentally ill man" was the highest in the first-year students, and the lowest in the second-year students thereafter tended to increase from the second-year to the sixth-year students, although there was no statistical significance (chi square=12.00, df=11, p=0.285). There was no relationship with age, gender, past bioethics education. Almost all students considered this a difficult decision for doctors. Some comments by students who answered "yes" were that "treatment is an obligation of the doctor," "it is assumed that the mentally ill person wants to be treated," "what happens after treatment is not an issue" and "the law and the request of the authorities should be respected." The reason for answering "no" was almost exclusively, "I cannot assist in killing a man, even if there is a professional obligation to treat."

The number of students who thought that a criminal law suit against the surgeon in this case was reasonable showed a wide variety among the classes (Table 4). The second-year and fifth-year students showed the same attitudes with the similar numbers of pros and cons, whereas the first-year, third-year and fourth-year students were mostly favorable to the law suits against the surgeon (chi square=51.770, df=9, p=0.000). Male students tended to have agreed less frequently than female students of the first-year class, although the difference was not statistically significant. Such a trend in the gender difference became less evident as they moved up to the upper classes. There was no relationship with age or the past bioethics education. Comments indicated that sympathy for the patient's family was a major reason for approving of a criminal law suit against the responsible surgeon.

Regarding the charge of manslaughter, the numbers were almost equally divided in the first-year students. Significantly fewer students in the second-year and fifth-year class thought that the surgeon should be prosecuted for manslaughter than did those in the third-year and fourth-year students (chi square=85.137, df=9, p=0.000). The influence of gender was inconsistent. For example, male students tended to have agreed with the prosecution less frequently than female students of the third-year class (chi square=4.960, df=3,

p=0.084), whereas female students agreed with the prosecution less frequently than male students of the fifth-year class (chi square=6.871, df=3, p=0.032). There was no relationship with their age and the past status of bioethics education. Comments for approving of criminal law suits against the responsible surgeon included, "the consequence is of most importance," "no excuse for loss of patient's life resulting from surgeon's action" and "the responsible surgeon should be punished as in traffic accidents." Students who disapproved commented that "it is too harsh to punish the surgeon who did his best," "informed consent was obtained from the patient and family, and the family should have understood and accepted the risk of such a complication prior to surgery" and "medicine is by no means 100% successful, the surgeon's effort should be appraised."

The large majority of students appeared to have accepted the American rule of informed consent as in the first-year students (7), although a minority of students supported the traditional paternalism (data not shown, because a half of classes were asked this question). Many students commented on the importance of studying ethics in medical. In the discussion the following week, students were surprised at the large differences in their opinions.

Table 1. The 2004 courses relating to medical ethics and the learnt courses in the past

| Students | 2004 course | Past course |
|-------------|------------------------|--------------------------------------|
| First-year | bioethics (C) | - |
| Second-year | medical ethics (C) | bioethics (E) |
| Third-year | medical ethics (C) | bioethics (E) |
| Fourth-year | medical ethics (C) | bioethics (E) |
| Fifth-year | composite medicine (C) | bioethics (E), medical ethics (C) |
| Sixth-year | composite medicine (C) | bioethics (E), medical ethics (C) |

C; compulsory course, E; elective course

Table 2. Questions administered to students

- 1: Would you treat a mentally ill man condemned to death to fit him for execution?
 - 2: Is a criminal law suit against a surgeon responsible for a patient's death reasonable?
 - 3: Should a surgeon responsible for a patient's death be prosecuted for manslaughter?
- See the text for additional information on each question.*

Table 3. Background profiles of the students

| Students | Class size | Age (SD) | Male/female | |
|----------------------------------|------------|------------|-------------|-----------|
| Numbers who took elective course | | | | |
| First-year | 85 | 20.5 (1.8) | 63/22 | - |
| Second-year | 92 | 21.2 (1.8) | 65/27 | 47 (51%) |
| Third-year | 91 | 22.5 (2.6) | 60/31 | 31 (34%) |
| Fourth-year | 76 | 23.0 (2.5) | 44/32 | 76 (100%) |
| Fifth-year | 87 | 24.6 (2.7) | 48/39 | 79 (91%) |
| Sixth-year | 88 | 26.2 (4.9) | 52/36 | 84 (95%) |

Table 4. Responses of students to questions

Number and (percentages)

1st-year 2nd-year 3rd-year 4th-year 5th-year 6th-year

1. Treat a mentally ill man to fit him for execution $p=0.285$

Yes

65 (76) 53 (60) 53 (61) 44 (63) 52 (68) 58 (66)

No

20 (24) 33 (38) 31 (36) 25 (36) 21 (27) 26 (30)

Not decided

0 2 (2) 3 (3) 1 (1) 4 (5) 4 (5)

For a practical reason, the sixth-year students were asked only the first question.

2. Criminal law suit against the responsible surgeon is reasonable $p=0.000$

1st-year 2nd-year 3rd-year 4th-year 5th-year

Yes 67 (80) 42 (46) 67 (75) 66 (88) 40 (53)

No 15 (18) 47 (51) 19 (21) 9 (12) 33 (44)

Not decided 2 (2) 3 (3) 3 (3) 0 2 (3)

3. The responsible surgeon should be prosecuted for manslaughter $p=0.000$

1st-year 2nd-year 3rd-year 4th-year 5th-year

Yes 41 (49) 16 (18) 56 (63) 40 (53) 19 (25)

No 43 (51) 73 (80) 27 (30) 24 (32) 53 (71)

Not decided 0 2 (2) 6 (7) 11 (15) 3 (4)

Discussion

As we had a unique opportunity to teach medical ethics to all six classes of medical students by the same teachers in one particular fiscal year, we used this chance to study possible difference in attitudes toward ethical issues among classes. It might give some useful insight into ethics education of medical students, because such a kind of information has not been available before. The results indicate similarity of ethical views in one area and differences in others. For example, the majority of students favored treating a condemned man for mental illness to expedite his execution, although almost all students commented on the difficulties of the decision for doctors. Many

students acknowledged the importance of esteem for the traditions and culture of law in society.

Although their opinions were divided in some classes, students were critical of the surgeon responsible for a patient's loss of life. Japan has a long history of punishment for medical misconduct, dating back to the first written law (Taiho-Ritsuryo) in the eighth century (8). Uncertainly in medicine which results in inevitable incidence or the efforts with good intentions of health care providers on behalf of patients are not taken into consideration in malpractice suits in Japan. In Western culture, health professionals are protected by the Good Samaritan Law from liability for malpractice in emergency situations, so far as there is no gross negligence in practice (6). Although the Good Samaritan Law and its implications in medicine had been explained just before this question was asked, few students mentioned it specifically in their comments. The long tradition of punishing the doctor for any errors may be the reason for this orientation. Even in the United States, where the Good Samaritan Law has been enacted, medical errors are not openly discussed, so that errors are under-reported (9). In Japan, reporting one's own errors establishes liability for criminal charges, so that doctors and nurses hesitate to report them. In such circumstances, measures aimed at patient safety based on reported errors will be erroneous. Thus, a reasonable system, which will encourage the reliable reporting of errors, is still needed

The important question is as to what the reason for the difference in their ethical attitudes among different classes of medical students is in this study. Past education or teachers must have influenced their attitudes. Although the present result did not show the relationship between their attitudes and past bioethics education, some unknown factor might be hidden behind possibly relating to the manner of ethics education. Such an example of ethics education is one by a teacher who is a strong anti-brain death claimer in Japan (10). He first asked if students were willing to donate organs. Then, he showed to students the video of "the brain dead person moving immediately after oxygen being cut off". Finally, he asked students "can you remove organs from such a living patient?" A consequence was that most students who had previously approved organ removal changed their attitudes after his teaching, from approving to rejecting organ donation. He appraised himself that his ethics education was successful. This story tells us that students are very sensitive to education. In

other words, they can be manipulated very easily by intentional teaching. In the same sense, although the current teacher tried to be neutral when explaining the pros and cons of the topics, unconscious nuances might have affected the attitudes of students in a different way depending on the classes. Other possibility for the difference in their opinion among the classes may be the indigenous difference in opinions among the classes, although it has not been ascertained in hard data.

Among bioethics teachers in Japan, it was commonly recognized that the purpose of bioethics education was to raise the level of awareness of ethical problems, to provide information and knowledge of those issues, to raise students' sensitivity for ethical problems and to teach students methods of reasoning and logical argument (11). However, some ethics teachers believe that imposing their personal views to students is the right bioethics education; the above-mentioned manipulation may be a typical example (10). If only one view is taught as the right answer to controversial ethical issues to students, they may not be able to cope with the patient having a counterview against them as they work in clinics. Thus, manipulating students attitudes by teachers' rigid moral reasoning may only worsened the capacity of students to cope with ethical and moral dilemmas in clinical situation. Manipulation or coercion is a serious obstacle for education, particularly for ethics education. Students themselves can generate the issues to be explored from their own growing exposure and experience, and they can learn how to behave ethically by themselves when they are given the opportunity from ethical education (12). In this sense, the above-mentioned majority view of bioethics teachers is a reasonable approach for bioethics education (11).

There are several limitations in interpretation of the present results. First, although the influence by the lecturers could not be assessed precisely because of educationally sensitive connotations, to what extent the attitudes of students were affected during ethics education is the matter of concern. Second, this was a descriptive observational study, therefore contributing factors for their ethical views were not fully explored. Third, generalization may be difficult from such a single study. Nonetheless, the present results indicated that ethics education was a sensitive subject for medical students hence

the manner of ethics education by teachers was of critical importance.

Students commented that knowing different opinions was valuable in enhancing mutual understanding on ethical issues. The same is true for other professionals in clinical medicine as their cooperation is important in multidisciplinary approaches for the patient care. However, ethics education done by simply adding one to another profession did not work as a teacher intended (13). Presumably, facilitating inter-professional dialogue is more important than simply transferring ethical or moral reasoning. For example, knowledge of differences in the ethical views of medical and nursing students should be incorporated in the design of professional training so that ethical sensitivities can be respected and fostered between medicine and nursing (7). Ethical and moral views of medical professionals, even if they are different, may be useful for decision making by the patient and family in a way that they can refer plural opinions of healthcare professionals and reach to their own decision based on promoted moral values. It is hoped that ethics education will foster students' capacity to be able to respond to those needs of patients in the future.

This study was presented at the International Joint Bioethics Congress on Inter-Cultural Bioethics: Asia and the West, Sanliurfa, Turkey, 2005.

References

- 1) Fox E, Arnold RM, Brody B. Medical ethics education: past, present, and future. *Acad Med* 1995;70:761-769.
- 2) Hebert P, Meslin EM, Dunn EV, Byrne N, Reid SR. Evaluating ethical sensitivity in medical students: using vignettes as an instrument. *J Med Ethics* 1990;16:141-145.
- 3) Shoji S, Obayashi M, Shirahama M, Akabayashi A for the Japan Society for Medical Education Working Group of Medical Education of Medical Ethics The medical ethics education curriculum propose in the undergraduate medical education *Igaku-Kyoiku* (Medical Education, Japan) 2001;32:3-6. (in Japanese)
- 4) Ryu S, Kinebuchi H. What medical students think of telling the truth to a cancer patient. *Igaku-Kyoiku* (Medical Education, Japan) 1990;21:411-416. (in Japanese)
- 5) Gottlieb S. Murderer can be forced to take medication to become sane enough to be executed. *BMJ* 2003;327:889.
- 6) Curran WJ. Legal history of emergency medicine from medieval common law to the AIDS epidemic. *Am J Emerg Med* 1997;15: 658-670.
- 7) Tanida N. Ethical views of first-year medical and nursing students in a joint bioethics course. *Igaku-Kyoiku* (Medical Education, Japan) 2005;36:315-321.

- 8) The Japanese Medical History before Meiji Era, vol 5. The Japan Academy, the Japanese Science History Publishing Committee ed., Nippon Ko-igaku Shiryō Center, Tokyo, 1957.
- 9) Volpp KGM, Grande D. Patient safety: Residents' suggestions for reducing errors in teaching hospitals. *N Engl J Med* 2003;348: 851-855.
- 10) Komatsu Y. *Jikoketteiken wa genso de aru* (Self-decision making right is illusion). Tokyo: Yosensha, 2004.
- 11) Itai K, Asai A, Tsuchiya Y, Onishi M, Kosugi S. How do bioethics teachers in Japan cope with ethical disagreement among healthcare university students in the classroom? A survey on educators in charge. *J Med Ethics* (in press)
- 12) Roff S, Preece P. Helping medical students to find their moral compasses: ethics teaching for second and third year undergraduates. *J Med Ethics* 2004;30:487-489.
- 13) Aveyard H, Edwards S, West S. Core topics of health care ethics. The identification of core topics for interprofessional education. *J Interprof Care* 2005;19:63-69.

News in Bioethics & Biotechnology

<http://www2.unescobkk.org/eubios/NBB.htm>

International Bioethics Education Project News

<http://groups.yahoo.com/group/Bioethicseducation/>

ABA Membership

<http://www.unescobkk.org/index.php?id=41>

New members:

PLEASE RENEW ABA membership fees if you wish to continue to receive *EJAIB*!

Send papers to *EJAIB* Editorial Office

Editorial address:

Prof. Darryl Macer
RUSHSAP, UNESCO Bangkok,
920 Sukhumvit Rd, Prakanong,
Bangkok 10110, THAILAND
Fax: Int+66-2-664-3772

Email: asianbioethics@yahoo.co.nz
d.macer@unescobkk.org

The goals of *EJAIB* include:

1. *EJAIB* is the official journal of the Asian Bioethics Association (ABA) and the IUBS Bioethics Program.
2. To review and update news and trends in bioethics from around the world. Bioethics is broadly defined as life ethics, including both medical and environmental ethics, and environmental, ethical, legal and social issues arising from biotechnology.
3. To pay particular attention to issues raised by genetic and reproductive technology, and other news for the International Association of Bioethics

Genetics Network. To publish letters on such topics, promoting international debate.

4. To publish research papers, and relevant news, and letters, on topics within Asian Bioethics, promoting research in bioethics in the Asian region, and contributing to the interchange of ideas within and between Asia and global international bioethics. Asia is defined for the general purposes of this journal as the geographical area, including the Far East, China, South East Asia, Oceania, the Indian subcontinent, the Islamic world and Israel.

5. To promote scientific responsibility, in coordination with MURS Japan (Universal Movement for Scientific Responsibility); and the International Union of Biological Sciences (IUBS) Bioethics Program.

EJAIB Editor: Darryl Macer

Associate Editors

Jayapaul Azariah (All India Bioethics Association, India),

Masahiro Morioka (Osaka Prefectural University, Japan).

Managing Editor: Nobuko Yasuhara Macer

Editorial Assistant: Catherine van Zeeland

Editorial Board: Akira Akabayashi (Japan), Sahin Aksoy (Turkey), Angeles Tan Alora (Philippines), Atsushi Asai (Japan), Alireza Bagheri (Iran), Gerhold Becker (Germany), Hasna Begum (Bangladesh), Minakshi Bhardwaj (UK), Christian Byk (IALES; France), Ken Daniels (New Zealand), Leonardo de Castro (The Philippines), Ole Doering (Germany), Norio Fujiki (MURS Japan), Tran Han Giang (Vietnam), Dena Hsin (Taiwan), Rihito Kimura (Japan), Frank Leavitt (Israel), Abby Lippman (Canada), Margaret Lock (Canada), H. Ahmad Ludjito (Indonesia), V. Manickavel (Nepal), Anwar Nasim (Pakistan), Mary Ann Chen Ng, (Philippines), Jing-Bao Nie (China, New Zealand), Pinit Ratanakul (Thailand), Qiu Ren Zong (China), Hyakudai Sakamoto (Japan), Sang-yong Song (Korea); Noritoshi Tanida (Japan), A.K. Tharien (India), Yanguang Wang (China), Daniel Wikler (USA), Michael Yesley (USA), Jeong Ro Yoon (South Korea).

Send papers to the editor in electronic form if possible. Please use numbered reference style, do not use automatic footnotes or endnotes. Papers are peer reviewed.

The journal is independent of UNESCO and the contents are not endorsed by either Eubios Ethics Institute or UNESCO, but are published in the spirit of academic freedom.

South-South dialogue is encouraged, and papers outside of Asia and the Pacific are welcome.

PART 2

意思表示能力の見極めから意思決定支援まで② 何を指針として見極めるべきか



浅井 篤 ● あさい あつし
熊本大学大学院医学薬学研究部教授



田上 美季 ● たのうえ みき
熊本赤十字病院看護師

本稿では、患者の意思表示能力を見極めるための暫定的な指針を提示し、患者が自分の受ける医療に関する意向表明ができない時、どのような手続きを踏むべきかを検討する。

われているために意思の表示ができない患者を対象に限定する。意思決定能力があり医療に対する意向を持っているにもかかわらず、疾患のためにそれを十分に表示できない状態にある患者については言及しないのでご了承いただきたい。

はじめに

ターミナル期にある患者の診療方針を決定することは難しい。人の生と死に関わる判断は常に困難が伴い、関係者にとっては感情的に大変な負担になる。患者の状態が不安定な時、正確な予後の予測ができない場合、患者の意向が不明瞭な状況、家族の意向が互いに対立する状態などでは、意思決定はさらに難しいものとなるだろう。誰もが納得のいく解決は期待できないかもしれない。

今回は「ターミナル期」を「ある疾患によって、患者の生命予後が半年以内だとかなりの確実性を持って判断されている時期」と定義しておく。原因疾患として、進行して根治不能な悪性疾患、循環器や呼吸器疾患などのいわゆる良性疾患による不可逆的な臓器不全などが含まれると考える。

また本稿では、意思決定能力(判断能力)が損な

【表1】意思決定プロセスにおける重要事項¹⁾

- 患者さんの医学的および心理社会的状況に関する確かな評価
- 患者さんの意思決定能力、理解、意向、将来に対する意向(事前指示)の確認
- 患者家族の理解、意向、患者さんとの関係の確認
- 患者さんおよび患者家族と医療従事者の間の十分な情報開示と意思疎通(コミュニケーション)
- 医療従事者間の十分な情報共有と意思疎通(コミュニケーション)
- 関係者全員による患者の最善の利益実現を目指す努力
- 必要な記録と患者の医療上の権利の確認
- 適切で納得がいく意思決定のための十分な配慮
- 倫理問題検討のための医療従事者による「倫理カンファレンス」と「倫理コンサルテーション」によるサポート
- 質の高い医療提供のための医療従事者のQOL維持



本論の執筆に当たっては筆者らが作成に関わったチェックリストおよび指針を全面的に資料として援用する^{1,2)}。

意思決定能力の有無の判断

意思決定能力は、判断能力、意思能力、同意能力などと呼ばれるが、疾患や傷害などに直面した時、どのような行動を取るかを合理的に決定する能力である³⁾。佐藤は、「疾患や傷害などに直面した時、どのような行動をとるか全人的に決定する能力」と定義し、「全人的」という表現に、理解する能力、推論する能力、評価する能力、決断を下す能力、価値観の5つの要素を込める⁴⁾。

前田は「なされた説明を理解(理解力)でき、その上で医療を受けるか否かを自分の価値観に照らして理性的に判断できる能力(判断力)」と同意能

【表2】患者(およびその家族)の意向に関するチェックリスト¹⁾

- ☐ 患者さんが自分の受ける医療の目的をどのように設定しているか
- ☐ 患者さんの意向は自発的なものか
- ☐ 患者さんは遠慮していないか
- ☐ 患者さんの意向は安定しているか
- ☐ 患者さんの意向は十分に強いのか
- ☐ 患者さんと家族の意向は基本的に一致しているか
- ☐ 患者さんは治療効果を過大評価または過小評価していないか
- ☐ 患者さんが特定の医療行為を希望する理由は基本的に了解可能か
- ☐ 患者さんは他のソースからの不十分で偏った情報の影響下でないか
- ☐ 患者さんは実現が困難な目標を設定していないか
- ☐ 患者さんは意思決定に参加したいか
- ☐ 患者さんは家族の意思決定参加を希望するか

力を定義している⁵⁾。

意思決定能力の有無の判定は極めて重要である。なぜなら患者からインフォームド・コンセントを取得して医療を勧めるべきか、患者家族などの代行判断者と協議して医療を行うかの大きな分かれ目になるからである。参考として、表1に意思決定プロセスにおける重要項目を挙げる。表2に患者に意思決定能力がある場合に、どのようなことに留意すべきかを列挙する。

意思決定能力は常に明確に判断できるわけではない。境界領域(グレーゾーン)も存在する。認知症患者、精神疾患を持つ患者、軽度の意識障害患

【表3】患者さんの意思決定能力判定チェックリスト^{1,2)}

- ☐ 患者さんは、医療従事者や家族の強制ではなく自分自身で選択している
- ☐ 患者さんは自分の意思決定の内容を他者に伝達することができる
- ☐ 患者さんは、医学的状況と予後、医師が勧める治療の本質・内容、他の選択肢、それぞれの選択肢の危険と利益についての情報を理解できる
- ☐ 患者さんは、選択した治療が行われた場合、どのような結果になる可能性が高いかを推論できる
- ☐ 患者さんは、治療を拒否したり中断したりすることができることを理解できる
- ☐ 患者さんは、拒否や中断によって治療が行われなかった場合、どのような結果になるのかを(自分の身の上に生起することとして)理解している
- ☐ 患者さんの決断が一時的(朝令暮改または日替わり)でなく安定している(ただし急激な変化は疑うべきだが、穏やかな筋の通った変化は評価すべきである)
- ☐ 患者さんの意思決定が、患者さんの今までで表明してきた価値観や医療や人生における目的(価値観)と矛盾していない
- ☐ 患者さんの意思決定は妄想や幻覚、うつ状態に基づいたものでない

者などは、時期、重症度、進行度、判断すべき問題の内容などによって意思決定能力の有無の判定が変わってくる可能性がある。

意思決定能力を完全に欠いている患者としては、昏睡状態にある患者、新生児、幻覚妄想状態に陥っている統合失調症患者などが挙げられるだろう。表3(p.49)に意思決定能力判定のための具体的指標の一例を挙げる。ここに挙げられていることすべてが満たされて初めて、患者には意思決定能力

【表4】意思決定能力判定に際しての注意点²⁾

- ☑意思決定能力の判定において最も重要なのは、患者が何を決定するかではなく、どのようにその決定に到達するかである
- ☑宗教的信念については、信仰に忠実であること自体は意思決定能力の欠如を示すものではない。むしろその信仰が自分の生命にどのような結果をもたらすかを理解する能力が問題である
- ☑治療拒否それ自体を理由として、患者が意思決定能力を失っているということを示すことはできない
- ☑医療従事者にとって合理的でない結論に達したからといって、意思決定能力がないと断定してはならない。たとえ、延命治療が拒否された場合でも、その患者が意思決定能力を欠いているということにはならない
- ☑医療従事者の意思決定能力判定の閾値は、患者の判断内容で変化する
- ☑疾患によっては患者の意思決定能力は変化する
- ☑精神疾患や痴呆それ自体は意思決定能力がないことを意味しない
- ☑意思決定能力は必ずしも知能・意識テストで判定できるものではない
- ☑意思決定能力は全か無かではない。連続的なものである
- ☑意思決定能力は個別的に判定されなくてはならない
- ☑年齢で画一的に区別できない

があり、必要かつ十分なインフォームド・コンセントを医療従事者に与えることができると言えるであろう。表4には意思決定能力判定に際して注意すべきことを列挙しておく。

意思決定能力を失っている患者がその能力を回復する可能性が本当になのかを常に検討する必要がある。そして意識改善の可能性がある場合は常にそれを試みるべきである。なぜなら次に述べる事前指示または代行判断による意思決定は、患者本人の同意に基づく診療方針決定よりも複雑で複数の問題を抱えることになるからである。

意思決定能力を失った患者のための意思決定

患者が意思決定能力を失い自分の希望、意向、決定を関係者に意思疎通できなくなると医療現場の意思決定は難しさを増す。最近では意思決定能力を失った患者の診療方針に際して、事前指示(アドバンス・ディレクティブ)が注目されている。

事前指示について三浦は「事故や重症疾患によって意思決定能力が失われた時にどのような医療を希望、または拒否するのかを、意識が清明なうちに表明しておく」としている⁹⁾。希望を文書として残す(リビングウィル)だけでなく、口頭で伝える場合、自分の代わりに意思決定を行う代理人を指定する形態もある。

我が国では日本尊厳死協会(HP: <http://www.songenshi-kyokai.com/> [2006年12月20日確認])がリビングウィルを尊重した医療について活発な活動を行っている。事前指示という概念の基本は、患者の自律を尊重するという原則(医療における患者の自己決定権尊重)である。事前指示は今のところ法的拘束力を持ったものではない。しかし、



患者の希望や価値観を尊重し、患者の希望をかなえたいと願う家族の思いを実現するためにも、事前指示は尊重されるべきだと考える⁷⁾。

事前指示の有効活用は難しい場合もある。①事前指示が想定した状況と実際の状況が一致しない、②事前指示がいざという時に手に入らない、③回復の可能性があり予後が不確実な場合がある、④法的拘束力がないので、担当医が事前指示尊重を躊躇する可能性がある、⑤家族が事前指示尊重をためらうかもしれない、などである。

したがって、患者の生き方や考え方を本当に理解している人々が事前指示書に基づいて、現状で最善と考えられる治療を行えるよう、文書作成だけでなく日頃からの対話が必要だと考える⁸⁾。

日本医師会が2004年に公にした見解では、「アドバンス・ディレクティブ(事前指示)は、患者の、その時点よりはやや以前の意思を知るための重要な手がかりの1つと考えるべきで、これにより末期医療についての治療方針が万事決定されているとみなすことには、慎重さを要する(中略)それが最終決定ではなく、状況の変化により繰り返し確認することにしておかなければ、アドバンス・ディレクティブの存在が反って障害になり、実際に末期医療に入るそのときの患者の気持ちに沿うことができなくなるおそれがある」とされている⁹⁾。また「医師は患者の家族などとよく相談し、何が患者にとって最善かを考え、慎重に判断すべきである」¹⁰⁾と考えられている。事前指示を適切に活用するためのチェックリストを表5に記載する。

前述したように患者が事前指示を残していない場合も多い。患者の意思決定能力もなく事前の意向表明もない場合は、患者家族・親族そして担当医療従事者を含めた者で診療方針を決めざるを得ない。このような場合にキーワードになるのが、

【表5】事前指示についてのチェックリスト¹⁾

- 患者さんは事前指示を残しているか(持っているか、発言しているか)
- 患者さんの事前指示は口頭か書面か(書面の場合はいつ書かれたか、最新バージョンか)
- 患者さんは事前指示を自由に変更、改訂できることを理解しているか
- 家族(少なくともキーパーソン)は患者さんの事前指示の内容を受け入れているか
- 患者さんは自分の事前指示を決める時に医療従事者と意見交換をしているか
- 事前指示は患者さんに対する十分な情報提供と十分な理解に基づいて形成されているか
- 事前指示作成時の患者さんの意思決定能力に問題はなかったか
- 事前指示に示された意向の実態に問題はないか
- 家族は患者さんの日頃からの意向や希望を理解しているか
- 患者さんが事前指示の内容を関係者の中の誰に知ってもらいたいと思っているか

患者の利益と家族の代行判断の妥当性である。

どんな医療的介入が患者の最善の利益(the best interest)になるのかを判断するのは難しい。家族の代行判断がどの程度正当かを判断するのも時には難しいかもしれない。これらの状況で少しでも満足のいく意思決定を行うためにチェックすべき項目を表6、表7(p.52)に取り上げるので、参考にさせていただきたい。

さらに生と死が関わる医療上の選択を行う時には、患者自身にも患者の家族にも非常に大きなプレッシャーがかかることが予想される。とりわけ患者が自分で決める能力を失い、その家族に最終的な意思決定の責任が委ねられる時、その苦悩と迷いは極めて大きいであろう。このような状況を鑑み、患者およびその家族が意思決定する際に、

【表6】患者さん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¹⁾

- Q 以下の事項が検討されていますか？
- 患者さんは自分の病状を理解しているか
 - 患者さんに意思決定能力はあるのか
 - 患者さんの診療方針に対する意向はどのようなものか
 - 患者さんは自分のQOL(身体的充足度・精神的満足度)をどう評価しているか
 - 患者さんはどのような医療が自分にとって最善の利益になると考えているか
 - 患者さんの家族の診療方針に対する意向はどのようなものか
 - 患者の家族はどのような医療が患者さんにとって最善の利益になると考えているか
 - 患者さんの身体的・精神的苦痛は、提案されている治療によって改善できるか
 - 担当医療チームは、どのような医療が患者さんの最善の利益になると考えているか
 - 担当医療チームが最善と考える医療行為は患者さんのQOL(身体的充足度・精神的満足度)を高めるか
 - 担当医療チームは最善と考える医療行為について、患者さんおよびその家族と話し合っているか
 - 「患者さんが何を利益とみなすか」に関する、患者さんに近い人々(特に親族、パートナー、ケアにあたっている人または代理意思決定者)の見解はどのようなものか
 - 関係者(担当医療チーム、患者さん、患者家族)は患者さんにとって最善の利益になる医療について一致した考え方をしているか

医療従事者が配慮しなければならない項目を表8に列挙する。

臨床倫理支援・教育・交流促進 プロジェクトチーム活動

筆者らは、尾藤班分担研究¹¹⁾として「臨床倫理支援・教育・対話促進プロジェクト」を行って

【表7】代行判断者(家族等)についてのチェックリスト¹⁾

- A: 代行判断者をたてることの妥当性のチェック
- 患者さんが独力では自己決定が困難であるか(例: 新生児・乳幼児、意識障害、重度の知的障害など)
 - 患者さんが代行判断者をたてることを強く望んでいるか
- B: 代行判断者としては誰が適任であるかのチェック
- 法的保護者はいないか(例: 新生児・乳幼児では両親、児童虐待では児童相談所所長など)
 - 患者家族の中のキーパーソン(代行判断における中心者)は誰か
 - 患者さんと患者家族の間に意見の対立はないか
 - 患者家族は患者さんの最善の利益以外の事項を優先していないか(例: 遺産、年金)
 - 患者さんが、血縁のない知人・友人を代行判断者に指名する希望を持っていないか
 - 家族間に対立はないか
 - 患者さんが情報開示、意思決定参加を望まない家族員はいるか
- C: 代行判断者が「義務と責任を遂行する能力」のチェック
- 患者家族の医療情報に関する理解度は十分か
 - 家族構成員間の情報と意思の疎通は十分か
- D: 代行判断者に開示すべき情報の範囲の確認
- 患者さんはどの範囲までであれば自分の個人情報を開示してよいと考えているか

る。目的は、①医療専門職に対して効果的な臨床倫理教育を行うための教育介入ツールを開発する、②一般市民と医療専門職の臨床倫理問題に関する対話と意思疎通を促進するための機会をつくる、③臨床倫理問題に適切に対処するための支援活動を行う、の3つである。

①は今回取り上げた「臨床倫理チェックリスト」である。現在の中心的活動は「倫理コンサルテ



ション」事業であり、倫理・生命倫理学者、法曹、法学者、医療従事者のチームで取り組んでいる。特定の医療機関から独立した形で臨床倫理領域の専門家による倫理コンサルテーション・チームをつくり、倫理的問題に関するコンサルテーションを行い、医療従事者の倫理的な悩みや疑問に対してアドバイスを行う試みである。

具体的には、第一線で患者診療に関わっている医療従事者から、現場で生じる倫理的な悩みや疑問について依頼してもらい、それらに対して我々

【表 8】患者さん(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¹⁾

Q 以下のことに十分配慮していますか？

- 医療チームは共感的な態度で接している
- 患者さんとその家族は、患者さんに関わる医療情報について誤解していない
- 関係者間(患者さん、その家族、医療チーム)の意思の疎通は十分である
- 意思決定のために十分な時間が提供されている
- 患者さんが納得できない場合や迷っている時に質問を促しているか、他の医師・医療機関におけるセカンド・オピニオンの取得を勧めている
- 気持ちの整理に付き合っているか、必要な心理的援助を行っている
- 決断を迫っていないか、求められた時にはアドバイスをしている
- 患者さんとその家族の間に入って、必要に応じて調整を行っている
- 患者さんの意思決定したことが本当に患者さんの利益になるのか、医療チームと家族で確認している
- 途中で変更が可能なことを説明してある
- 意思決定後の後悔、自責の念、迷いなどに対するアフターケアを行っている
- 患者さんが医療側が勧める治療を拒否した場合、代替案を準備している

がアドバイスを行うという形である。興味のある方は浅井篤(〒860-8556 熊本市本荘 1-1-1 熊本大学大学院医学薬学研究部生命倫理学分野、TEL・FAX: 096-373-5534、E-mail: aasai@kaiju.medic.kumamoto-u.ac.jp)までご連絡をいただきたい。

●引用・参考文献

- 1) 浅井篤・田上美季・尾藤誠司編, 臨床倫理支援・教育・交流促進プロジェクトチーム著:「適切な手続きのための臨床倫理チェックリスト」, 厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)「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」平成18年度報告書, 2006.
- 2) 浅井篤・福原俊一編, 重症疾患の診療倫理指針ワーキンググループ著: 重症疾患の診療倫理指針, 医療文化社, 2006.
- 3) Devettere RJ: Practical decision making in health care ethics. Case & concepts, Second edition, Georgetown University Press, Washington, D.C., p.91-126, 2000.
- 4) 前掲書 1)
- 5) 前田正一: インフォームド・コンセント(赤林朗編: 入門・医療倫理 I, 勁草書房, p.141-158, 2005.)
- 6)~8) 前掲書 2)
- 9) 日本医師会第Ⅳ次生命倫理想談会: 「医療の実践と生命倫理」についての報告, 2004.
- 10) 日本医師会: 医師の職業倫理指針, 日本医師会雑誌, 131(7), p.1-45, 2004.
- 11) 前掲書 1)

PART 3

終末期医療に関するガイドライン(たたき台) 公表の意義と課題



田上 美季 ● たのうえ みき
熊本赤十字病院看護師



浅井 篤 ● あさい あつし
熊本大学大学院医学薬学研究所教授

ガイドライン作成の経緯

2006年9月、厚生労働省より「終末期医療に関するガイドライン(たたき台)」(以下、ガイドライン:資料1)が公表された。ガイドラインが作成さ

れた背景には、がんの末期や心肺蘇生後の回復の見込みのない終末期の患者の呼吸器取り外し事件に象徴される生死に対する医療現場の混乱がある。

各々の事件(表1)の経緯において「本人・家族の同意が確実に行われていたのか」「医療者と家族そ

【資料1】終末期医療に関するガイドライン(たたき台)

1 終末期医療およびケアのあり方

- ① 終末期における医療内容の開始、変更、中止等は、医学的妥当性と適切性を基に患者の意思決定を踏まえて、多専門職種
の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって慎重
に判断すべきである。
- ② 可能な限り疼痛やその他の不快な症状を緩和し、患者・家族
の精神的・社会的な援助を含めた総合的な医療およびケアを
行うことが必要である。
- ③ どのような場合であっても、「積極的安楽死」や自殺補助等の
死を目的とした行為は医療としては認められない。

2 終末期医療およびケアの方針の決定手続

終末期医療およびケアの方針の決定は次によるものとする。

- 1) 患者の意思の確認ができる場合
 - ① 専門的な医学的検討を踏まえた上でインフォームドコンセント
に基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種の医療従
事者から構成される医療・ケアチームとして行う。
 - ② 治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合
いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文章にま
とめておくものとする。

上記の場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更
に応じて、その都度説明し患者の意思の再確認を行うことが必
要である。

2) 患者の意思の確認ができない場合

患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、
医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族等の話等から患者の意思が推定できる場合には、その推
定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを
基本とする。
- ② 患者の意思が推定できない場合には、家族等の助言を参考
にして、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本と
する。
- ③ 家族や家族に準ずる者がいない場合、家族等が判断を示さ
ない場合、家族等の中で意見がまとまらない場合等には、患者
にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

3) 多専門職種からなる委員会の設置

上記1)、2)の場合において、治療方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中の病態等により医療内容の決定が困
難な場合
- ・患者と医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療
内容についての合意が得られない場合

等については、医療・ケアチームと同様の複数の専門職からな
る委員会を別途設置し、治療方針等について検討・助言を行う
ことが必要である。



【表1】終末期医療をめぐる主な事件

| | | |
|-------|---------------|--|
| 1991年 | 東海大学医学部付属病院 | 末期がんの男性患者に内科医が家族の要請を受け塩化カリウムを投与し死亡させた。 |
| 1996年 | 京都府京北町立国保京北病院 | 末期がんの男性患者に院長が筋弛緩薬などを投与し、患者は死亡。 |
| 1998年 | 川崎協同病院 | 喘息の重積発作で意識不明になった男性患者の気管チューブを呼吸器内科医が抜去。筋弛緩薬を投与し患者は死亡。 |
| 2004年 | 北海道立羽幌病院 | 食事をのどに詰まらせた男性患者の人工呼吸器を家族の要請を受けて、担当医が抜去。 |
| 2004年 | 神奈川県ALS呼吸器停止 | 筋萎縮性側索硬化症の長男の人工呼吸器を、介護していた母親が停止。長男は死亡した。 |
| 2005年 | 広島寺岡整形外科病院 | 院長が肺炎などの症状で入院していた70歳代の女性患者の人工呼吸器を、家族の要請を受け抜去。患者は死亡。 |
| 2006年 | 富山県射水市民病院 | 外科部長が2000～2005年にかけて末期の入院患者7人(5人ががん患者)の人工呼吸器を外し、患者全員が死亡。カルテに「家族の同意」と記載があった。 |

して医療者間における意見交換がなされていたのか」など終末期の患者をめぐる極めて重要な問題が提示され、医療者だけでなく、質問状を提出するなど一般市民からも終末期をめぐる医療のあり方への関心が高まっている。

ガイドラインは、このような社会的要請を受け、終末期医療・ケアのあり方、治療・ケア方針の決定の手続きについての主な事項を提示し、議論のたたき台を提供することを目的としている。

ガイドラインの内容と 看護師にとっての意義

1 終末期医療およびケアのあり方について

ガイドラインは、終末期医療およびケアのあり方に関する基本的な医療側の姿勢と終末期医療およびケアの方針決定の手続きに関する留意事項について列記されている。ここでは、その内容を紹介するとともに、導入された際の臨床現場における意義、特に看護師にとっての意義について考えてみたいと思う。

終末期医療およびケアのあり方について、ガイドラインでは、第一に、医療者間での話し合いの必要性が明記されている。実際の医療現場では、医師の患者や家族への説明を経て、治療方針が決

定され、その中でケアも提供される。しかし、実際には、患者や家族の医療者の説明に対する理解不足や、葛藤がある場合がある。

ガイドラインが導入されれば、患者や患者の家族に説明を行う前に、医師の考える患者のこれから予測される状態や残された治療法の提示、患者やその家族と日々関わっている看護師などからの患者やその家族の言葉や現状の認識の報告が行われるといった、医療者間で十分な話し合いが行われるようになることが期待される。

また、限られた医療者による方針の偏りが阻止されると同時に、医療者が共通認識に立って患者やその家族の治療やケアを行っていくことが可能になると考える。

さらに、ガイドラインでは、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助に努める必要性が提示されている。末期医療になると、医療面での管理とともに、ケア面での関わりがより重要になってくることを現場では実感している。

患者の除痛や安楽のためにできるだけ尽力するとともに、ガイドラインでは、その家族へのケアの重要性も提起されている。これまでの事例においても、家族の負担や悲嘆が事件の要因になっていた側面もあり、患者に付き添う家族へ看護師が

より細心の注意を払うことの必要性が改めて認識されることにつながると思う。

ガイドラインでは、「積極的安楽死」や自殺補助等の死を目的とした行為は医療としては認められないとしている。このことは、安易な呼吸器取り外しや薬剤の投与といった医療行為の乱用に歯止めをかけることにつながると思われる。

2 終末期医療およびケアの方針の決定手続き 患者の意思の確認ができる場合

ガイドラインでは、患者の意思表示が確認できる場合、終末期医療の方針決定に際し、患者と医療従事者の十分な話し合いの重要性を示唆し、方針の決定は主として患者の意思を尊重するように提言を行っている。さらに、その意思決定は、状況の変化に応じて変更可能であることも明記してある。これらのことから、元来の「お任せ医療」ではなく、患者自身に治療の選択権があり、医療者はそのサポートを行うという立場での関わりが医療者に周知されることにつながると思う。

この中で看護師は、患者と時間をともにする中で、その葛藤や疑問の表出を促し、医師との橋渡しを行うなど、決定に向けて援助する一役を担えると思う。方針決定に際し、合意内容を文章化することも提示されており、医療者や患者・家族の説明の振り返りへの活用や、多専門職種からの意見を得る際の貴重な資料になるだろう。説明への疑問や不安について再度話し合う機会を設ければ、より患者や家族の意思決定を助長できる。

3 終末期医療およびケアの方針の決定手続き 患者の意思の確認ができない場合

医療現場で患者の意思が確認できない場合は、その家族に延命処置を含めてその後の治療方針に

ついて代理決定を求める場合が多い。

ガイドラインでは患者の家族にその意思決定を委ねる場合でも、できる限り、患者自身の意思を推測し、尊重するように明記している。さらに、医療者もチームとして慎重な判断を行うようにと述べてあり、偏った、または性急な判断はしないよう提示してある。医療者は、治療に当たってメリットおよびデメリットについても十分な情報を患者の家族に提供するとともに、特に側にいる看護師は、患者の家族が患者と過ごした時間の中からその思いを汲み取るための話し合いに応じていく必要性が生じると考えられる。

ガイドラインが提示されることで、医療者と患者の家族の間での十分な話し合いがより行われることを期待したい。

4 終末期医療およびケアの方針の決定手続き 多専門職種からなる委員会の設置

ガイドラインでは、医療内容の決定が困難となった場合に、多専門職種からなる委員会の設置が奨励されている。特に、終末期医療助言チームといった病院とは利害関係のない相談機関の整備など、医療者の相談の受け皿が確立すれば、より活発な議論が展開されるだろう。その際、直接ケアに携わる看護師が、より具体的な議論への一助を担うこともできると思う。

ガイドラインの問題点と限界

ガイドラインが持つ問題点・限界について検討しておきたい。まず、ガイドライン全体に、多くの終末期医療に関わる重要事項が含まれているが、各々の事項についてさまざまな解釈がなされる恐れがあり、解釈の違いが、医療者の判断基準の偏



りを助長してしまう恐れがある。

次に、終末期医療およびケアの方針の決定手続きに関して、患者の意思決定が重要視されているが、医療者と患者の意思が合意しなかった場合の対策の記載はなく、その場合、セカンドオピニオンの権利を認めるといった代替案も明記される必要性があるのではないだろうか。

また、患者の意思決定が困難な場合には家族の判断が推奨されている。しかし家族は、いかなる決定を行っても、悔いが残ることがある。家族へのケア(グリーフケア含む)も明記する必要があると考える。

さらに、患者や家族による決定が困難な場合、判断を委ねられた医療者が罪に問われることを恐れ、過度な延命治療を行うことが危惧される。手続き全体に関して、医療者の説明の重要性が列記してあるが、医療者にとって、時間の確保だけでなく、説明が難解なため患者・家族の理解を十分に得られない現実がある。この課題を解消するために、医療者が、治療の妥当性や人間関係を考える倫理面の学習に関心を持つ必要がある。

最後に、ガイドラインでは、多専門職種からなる委員会の設置が奨励されているが、構成員の選定の仕方や、多忙な医療者の委員会への出席の困難さ、他職種との連携への戸惑いといった課題への対策も必要になってくると考える。

今後の展望

ガイドラインの内容は、これまでの終末期医療をめぐる事例の反省が活かされ、患者の意思決定の尊重、家族・医療従事者間の話し合いの重要性および専門委員会の設立といった解決策が提示され、医療現場での活用が期待される。

しかし、ガイドラインには「こうしなければならない」といった法的な拘束力はなく、基準の不明確さに対する議論や医療者の倫理面への関心・学習不足対策、専門委員会の積極的な運営の奨励といった働きかけがなければ、形骸化する恐れがある。ガイドラインが多くの議論を経て、終末期をめぐる患者や家族、医療者にとって、有効な指針になることを期待したい。

好評発売中

看護職のキャリア開発

—変革期のヒューマンリソースマネジメント

平井 さよ子 著

●A5判 152頁 定価1,890円(税込)

看護職の人材育成や活用、継続教育プログラム、さらに能力評価や人事考課、処遇等々について、総合的なキャリア開発の考え方と方向を提示する。

主な内容

- 第1章 変革期のヒューマンリソースマネジメント
- 第2章 日本の人事制度の変遷と日本型ヒューマンリソースマネジメントの特徴
- 第3章 看護部組織におけるヒューマンリソースマネジメント
- 第4章 キャリア開発の考え方
- 第5章 看護部組織のキャリア開発プログラム
- 第6章 人を評価することの意味
- 第7章 看護師キャリア開発のシステムをどう作るか



日本看護協会出版会 コールセンター(ご注文) TEL.0436-23-3271 FAX.0436-23-3272

Families' and Physicians' Predictions of Dialysis Patients' Preferences Regarding Life-Sustaining Treatments in Japan

Yasuhiko Miura, MD, PhD, Atsushi Asai, MD, Masato Matsushima, MD, PhD,
Shizuko Nagata, MD, Motoki Onishi, MD, Takuro Shimbo, MD,
Tatsuo Hosoya, MD, PhD, and Shunichi Fukuhara, MD

• **Background:** Substituted judgment traditionally has been used often for patient care in Japan regardless of the patient's competency. It has been believed that patient preferences are understood intuitively by family and caregivers. However, there are no data to support this assumption. **Methods:** A questionnaire survey was administered to 450 dialysis patients in 15 hospitals to determine their preferences for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and dialysis therapy under various circumstances. Simultaneously, we asked family members and physicians of these patients about patient preferences to evaluate their ability to predict what their patients would want. The accuracy of families' and physicians' judgments was assessed by means of κ coefficient. **Results:** Three hundred ninety-eight pairs, consisting of a patient, 1 of his or her family members, and the physician in charge, participated from 15 hospitals in Japan, with a response rate of 88%. Sixty-eight percent of family members correctly predicted patients' current preferences for CPR, 67% predicted patients' preferences for dialysis when they were severely demented, and 69% predicted patients' preferences for dialysis when they had terminal cancer. Corresponding figures for physicians were 60%, 68%, and 66%. When using κ coefficient analysis, those results indicated that neither family members nor physicians more accurately predicted their patients' wishes about life-sustaining treatments than expected by chance alone. (All κ coefficients <0.4.) **Conclusion:** Our study suggests that patients who want to spend their end-of-life period as they want should leave better advance directives. *Am J Kidney Dis* 47:122-130.

© 2005 by the National Kidney Foundation, Inc.

INDEX WORDS: Medical ethics; advance directives; patient preferences; substituted judgment; dialysis withdrawal; cardiopulmonary resuscitation (CPR).

SUBSTITUTED JUDGMENT is considered to be an ethically justifiable alternative when a patient is unable to make autonomous medical decisions and his or her advance directives are unavailable.^{1,2} Ethically speaking, substituted

judgment is regarded as a satisfactory method only when a surrogate decision maker can correctly predict the patient's wishes about health care and act in strict accordance with these wishes or when such decisions are made regarding the best interests of patients if their wishes are not known. However, studies to date suggested that physicians and/or patients' family members generally have little understanding of the patient's preferences regarding life-sustaining treatment.^{1,3-5} A survey conducted in Japanese hospitals in the early 1990s showed that Japanese physicians could not predict their patients' preferences about full disclosure of medical information and palliative care.⁶

In clinical settings in Japan, medical decisions often are made by physicians and family members for competent and incompetent patients. Paternalism remains strong in the physician-patient-family relationship, and autonomous decisions by the patient are not necessarily valued by physicians, the patients' families, or even the patients themselves.⁷⁻⁹ Our previous study showed that Japanese patients tend to value their families' involvement in end-of-life decision making.⁹

From the Department of Internal Medicine, Division of Nephrology and Hypertension, and Department of Internal Medicine, Division of General Medicine, Jikei University School of Medicine; Department of Bioethics, Faculty of Medical and Pharmaceutical Science, Kumamoto University, Tokyo; Department of General Medicine and Clinical Epidemiology, Kyoto University School of Medicine; and Department of Epidemiology, Kyoto University Graduate School of Medicine, Kyoto, Japan.

Received April 7, 2005; accepted in revised form September 27, 2005.

Originally published online as doi:10.1053/j.ajkd.2005.09.030 on December 6, 2005.

Support: This study was supported by the Grant for Scientific Research expenses for Health and Welfare Program; Funds for Comprehensive Research on Long Term Chronic Disease (Renal Failure). Potential conflicts of interest: None.

Address reprint requests to Yasuhiko Miura, MD, PhD, Nomura Hospital, 8-3-6, Shimo-renjaku, Mitaka, Tokyo, 181-8503, Japan. E-mail: yamiura-circ@umin.ac.jp

© 2005 by the National Kidney Foundation, Inc.

0272-6386/05/4701-0015\$30.00/0

doi:10.1053/j.ajkd.2005.09.030