

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

分担研究報告書

複合的課題を有するいわゆる困難事例の権利利益の保護に関する研究

患者の権利を意識した医療上の意思決定支援に関する研究

研究分担者 井藤佳恵 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長

研究要旨

近年、「独居の高齢者が増え、意思決定支援が大変だ」という声が聞かれる。医療従事者からも同様の意見が出されるが、しかしながら、医療上の意思決定は一身専属的権であり、本来、家族の関りの有無とは無関係に守られるべき人権である。

さらに、2024 年の診療報酬改定を受けて、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）が、国の政策としても推進されている。しかし、医療現場で意思決定支援に関わる医療従事者が、ACP をどのように理解しているかについては、十分に明らかにされていない。

本研究では、医療従事者を対象として、意思決定に関する法的枠組みや ACP の背景にある倫理的概念の理解、ならびに臨床事例への対応を調査した。

その結果、医療同意に関する法的枠組みの理解、ACP の概念理解にはばらつきがみられ、倫理的概念に関する知識が、患者の人権を意識した意思決定支援の実践と関連していることが示された。

A. 研究目的

2024 年の診療報酬改定により、入院料通則に「人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進」が新たに盛り込まれた。意思決定支援に関する施設方針を策定していない病院は基本入院料の対象外となることから、現在、各医療機関で ACP を念頭において意思決定ガイドラインの整備が進められている。

ACP は、将来、意思決定を行うことが難しくなった場合に備え、医療やケアに関する希望について、本人を中心に家族や医療・ケアチームと繰り返し話し合うプロセスであり、たとえば日本老年医学会は「将来の医

療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセス」と定義している。

しかし ACP が蘇生措置不要（Do-Not-Attempt-Resuscitation ; DNAR）の意思表示を得ることと同一視されるなど、その理解をめぐる混乱が、国際的に指摘されている。わが国においては、医療従事者が ACP をどのように理解しているのか、また、その理解が実際の意思決定支援にどのように影響しているのかということについて、十分に検討されてこなかった。

そこで本研究では、医療従事者を対象に、

(1) 意思決定に関する法的枠組みや倫理的

概念に関する知識を測定し、(2) 架空事例を用いて、わが国の臨床現場における「患者の人権の尊重」がどのように実践されているかを検証すること、(3) 患者の人権が尊重される意思決定支援に関連する要因を明らかにすることを目的として、アンケート調査を実施した。

B. 研究方法

都内で高齢者の急性期医療を担う医療機関（550 床、平均在院日数 12.5 日）の医療従事者 749 人を対象として、2025 年 6 月 2 日から 6 月 16 日の期間に、アンケート調査を実施した。

対象とする医療従事者は緩和ケアチームを構成する多職種とし、内訳は常勤医師・歯科医師 180 人、看護師 506 人、薬剤師 35 人、臨床心理士/公認心理師 13 人、社会福祉士/精神保健福祉士 15 人であった。

（倫理面への配慮）

本研究は東京都健康長寿医療センター倫理委員会の承認を得て行った。

C. 研究結果

- ・549 人から有効回答票を得た（有効回収率 73%）。職種による回収率の有意差あり、医師・臨床心理士/公認心理師、社会福祉士/精神保健福祉士で高く、看護師・薬剤師で低かった。また、回答者の 8 割以上が、受け持ち患者の看取りを経験していた。
- ・医療上の意思決定に関する法的枠組み（医療同意権）について、「家族による医療同意（代諾）は法律で認められている」と理解している回答者が 86%にのぼり、医療現場での慣行と法制度との関係が、

必ずしも十分に共有されていない状況がうかがわれた。

- ・「将来の備え」ではなく、「現在の治療方針」の決定を ACP とする理解が、広くみられ、ACP と共同意思決定が広く混同されている状況が把握された。
- ・回答者の約 4 割は、ACP を「積極的な治療を控える結論に至った話し合い」と理解していた。
- ・架空事例を用いたシナリオスタディーでは、患者の意思を尊重しようとする姿勢が広く確認された。
- ・倫理的概念に関する正しい知識があること、過少な医療によって QOL (quality of life)/QOD (quality of death)が損なわれたことを目撃した経験が、患者の人権を尊重する意思決定支援の独立の関連要因であることが示された。

D. 考察

本研究により、わが国における意思決定支援の実践は、政策的には推進されている一方で、その基盤となる法的・倫理的理解が十分に共有されていない可能性が示された。とりわけ、医療同意に関する法的枠組みについて、家族による代諾が法律上認められていると誤認する回答が多数を占めたことは、臨床現場における慣行と制度との乖離を示唆する重要な所見である。また、ACP についても、「将来に備えた意思決定支援のプロセス」ではなく、「現在の治療方針の決定」あるいは「積極的治療を控える結論」として理解されている傾向が広く認められた。これらの結果は、ACP が本来有する倫理的意義から乖離し、手続き的に運用されるリスクを示している。

一方で、架空事例を用いた検討では、多くの医療従事者が患者の意思を尊重しようとする姿勢を示しており、臨床実践において患者の権利を重視する態度自体は一定程度共有されていることが確認された。しかしながら、その判断は必ずしも明確な倫理的原則に基づくものではなく、状況依存的あるいは直感的に行われている可能性がある。特に、認知症の診断が付与されることで患者の意思の重みが低下する傾向が一部にみられたことは、意思決定能力の評価と意思尊重の関係について、なお検討の余地があることを示唆する。

さらに、本研究では、倫理的概念に関する知識および「過少な医療による不利益」を目撃した経験が、患者の人権を尊重する意思決定支援と関連していることが示された。この結果は、単なる経験年数や職種ではなく、倫理的理解と臨床経験の質が意思決定の在り方に影響を与えることを示唆している。特に、これまで我が国では過剰医療への懸念が強調されてきたが、過少医療のリスクへの認識が、患者の権利擁護の視点を強化する可能性がある点は注目に値する。

以上を踏まえると、わが国における意思決定支援の課題は、制度や手続きの整備にとどまらず、その基盤となる概念的理解の共有にあると考えられる。すなわち、ACPやインフォームド・コンセントを「形式的なプロセス」としてではなく、「患者の権利を実現するための倫理的枠組み」として再定位する必要がある。そのためには、法的リテラシー、倫理的推論、そして臨床経験に基づく省察を統合した、多職種横断的な教育の体系化が求められる。

E. 結論

本研究は、わが国における意思決定支援の実践において、政策の進展に比して、医療従事者の法的・倫理的理解が十分に共有されていない現状を明らかにした。患者の意思を尊重しようとする姿勢は広く認められるものの、ACPや医療同意に関する概念の誤解が、意思決定支援を手続き的なものにとどめるリスクが示唆された。

患者の人権を基盤とした意思決定支援を実現するためには、法制度の理解、倫理的概念の明確化、そして臨床経験に基づく省察を統合した教育の推進が不可欠である。とりわけ、ACPを単なる治療制限の合意形成の手段としてではなく、患者の価値観に基づく意思決定を支える継続的な対話のプロセスとして位置づけることが重要である。

今後、制度的整備と並行して、医療従事者間で共有可能な概念的基盤の確立と、多職種連携による実践的な意思決定支援体制の構築が求められる。これにより、意思決定支援が真に患者の権利を擁護する営みとして機能することが期待される。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. Ito K, Okamura T: Task-shifting in dementia care: a comparative analysis of consultation models and proposed collaborative ecosystem in Japan. *Front Psychiatry*.2025. 16:1504753.
2. Ito K, Tsuda S: Effects of clinical stage, behavioral and psychological symptoms of dementia, and living arrangement on social distance towards people with dementia. *PLoS One*.2025. 20(1):e0317911.
3. Ito K, Hong N, Wang H: Understanding

- Autonomy in End-of-Life Dementia Care: Cultural and Ethical Perspectives from Japan. *Asia Pacific Psychiatry*.2026. 18:e70015.
4. Ito K, Tsuda S, Shimizu K, Iwakiri R, Nakajima G, Hida A, et al.: Advance care planning in Japan: Gaps between policy, ethical understanding, and its translation into clinical practice. *Palliat Care Soc Pract*.2026. 20:26323524251413285.
 - 5.井藤佳恵: 医学・医療の不確実性と医の倫理. 日本精神科病院協会雑誌 .2025. 43(suppl.):175–80.
 - 6.井藤佳恵: 老年期の妄想と社会的孤立. 生存科学.2025. 35(1):23–33.
 - 7.井藤佳恵: 認知症のある人を診療する医師が備えておきたい臨床倫理の基礎知識. 精神科治療学.2025. 40(3):235–40.
 - 8.井藤佳恵: 意思決定能力が不十分な人が医療上の意思決定に参加することの意味. 法と精神医療.2025. 39:81–93 (総説、査読なし) .
 - 9.井藤佳恵, 成本迅: 認知症と共に生きる人のエンドオブライフの医療とケアの課題. *Dementia Japan*.2025. 39(3):377–8.
 2. 学会発表
 - 1.Ito K, MAiD, Capacity, and Clinical Ethics in Geriatric Psychiatry: Rethinking Autonomy from a Japanese Perspective. IPA (International Psychogeriatrics Association) Debate Series; 2025.6.25; Online.
 2. Ito K, Between Autonomy and Interdependence: Navigating Ethical and Cultural Tensions in End-of-Life Care in Japan. 2025 IPA (International Psychogeriatrics Association) International Congress Workshop: Mental Health, Human Rights, and Dignity at the End of Life: Is Now the Time for Global Action?; 2025.9.25; Kanazawa.
 - 3.Ito K, Between Autonomy and Interdependence: Ethical and Sociological Dimensions of End-of-Life Care in Japan. PRCP (Pacific Rim College of Psychiatrists) & WACP (World Association of Cultural Psychiatry) Joint Congress 2025 Symposium: Community care for dementia patients; 2025.9.28; Tokyo.
 4. Ito K, Changing Perspectives on Long-Term Care: Perspective from Japan. IPA (International Psychogeriatrics Association) Debate Series; 2025.11.26; Online.
 5. 井藤佳恵, 認知症とともに生きる人の意思決定への関わり. 第34回日本老年学会総会 合同シンポジウム【認知症を再考する・共生と予防を深化させるために】; 2025.6.27; 幕張メッセ.
 3. 書籍
 1. 井藤佳恵: 老年期の終末期－エンドオブライフ・ケアと well-being. 企画: 日本老年臨床心理学会、監修: 長嶋紀一、統括編集: 山中克夫・松田修・黒川由紀子, 老年臨床心理学ハンドブック第6部, 第1版, p. 540–51, 福村書店, 東京(2025).
 2. 井藤佳恵: 医療・ケアと身体拘束. 安部彰, 小門穂, 児玉聡, 野崎亜紀子, 八代嘉美編. 最強の生命倫理, 株式会社ナカニシヤ出版, 京都(2026) (in press).
 3. 井藤佳恵: 家族支援と高齢者虐待防止. 日本精神神経学会編. 日本精神神経学会認知症診療医テキスト, 新興医学出版社, 東京(2026) (in press).

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む.)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし