慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	患者の自己決定を支える医療
Sub Title	
Author	門元, 記子(Kadomoto, Noriko) 山下, 香枝子(Yamashita, Kaeko)
Publisher	慶應義塾大学湘南藤沢学会
Publication year	2006-10
Jtitle	教員推薦による学生論文
JaLC DOI	
Abstract	本研究では、血液透析導入患者に対するインフォームド・コンセントや自己決定プロセスについての調査を患者と看護師に行い、我が国のインフォームド・コンセントや自己決定プロセスの現状と課題を明らかにした。患者自身が納得して医療を受けられるように、今後の日本の医療の在り方を検討し、患者に開かれた自己決定プロセスと、それを支援する為の看護の取り組みや研究の必要性について考察している。
Notes	山下香枝子研究会2006年春学期
Genre	Technical Report
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=0302-0000-0570

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

SFC－RM 2004－002

教員推薦による学生論文

患者の自己決定を支える医療

2006年　春学期

門元 記子　看護医療学部4年
山下香枝子研究会

慶應義塾大学湘南藤沢学会

Keio SFC Academic Society

「患者の自己決定を支える医療」

慶應義塾大学看護医療学部 4 年

学籍番号：70180484

門元記子

教員推薦による学生論文推薦のことば

今日の医療を取りまく状況は、患者のニーズに応える安全な医療技術の提供はもとより、情報提供に基づく「患者の知る権利・決定する権利」を保障することが厳しく求められてきています。特にこれらの「患者の権利」を保障することは、治療や療養法への影響と相まって重要な要素であり、医療者がこれらのセンスを保有していることは必須の条件となっています。

この研究は、患者の選択権を保障する方法や同意の取り方が必ずしも確立されていない現状の中で、それらを尊重する方法を具体的に考えようとする試みであり、これから医療者を目指す看護学生や、指導する教員にとって有用であると考えてきました。しかし、指導者である私が体調を崩し、ほんの少しの時間的余裕を見いだせず、出版申請を１日延ばしにしてきましたが、この研究は今後の看護教育に多くの示唆を与えるのみでなく、臨床現場のケアの質をも方向付ける可能性を秘めている内容であると考え、さらに今後の「患者の自己決定」に関わる看護研究の土台となることを信じて、出版を依頼することにしました。

この論文が多くの看護学生や看護教員の目にとまり、「ケアの質や患者の権利」を考える刺激となり、お役に立つことを願っています。

慶應義塾大学
看護医療学部教授
山下　香枝子

目次

I.　序 ---------- p. 1
1．研究の背景
2．研究の意義

II.　文献検討 ---------- p. 4
1．インフォームド・コンセント（IC）
2．患者の自己決定
3．意思決定
4．日本における IC と自己決定

III. 研究の概念枠組み ---------- p. 11
1．Mayo Medical Center の事例
2．文献からの枠組み
3．本研究の概念枠組み
4．研究目的
5．用語の定義

IV. 研究方法 ---------- p. 22
1．研究対象
2．測定用具
3．信頼性と妥当性（プレテスト）
4．データ収集方法
5．データ収集期間
6．データの分析方法
7．倫理的配慮

V.　結果と考察 ---------- p. 25
1．自己決定を支える看護師の素質への取り組みとその必要性
2．医師の説明とそれらに対する患者の理解と納得
3．患者―看護師相互作用
4．セカンド・オピニオン
5．自分にとっての意味づけと決定プロセスの満足度
6．治療方法の決定とそれまでの時間および満足度
7．患者の自己決定

VI. 結 論 - p.36

VII. 研究限界と今後の課題- - - - - - - - - - - - - - - - - - p. 38
謝 辞

VIII. 引用文献 - p. 40

IX. 参考文献- p. 41

X. 添付資料

資料 I: 調査協力のご依頼（患者） - - - - - - - - - - - - p. 1
資料 II: 調査協力のご依頼（看護師）- - - - - - - - - - - - p. 2
資料 III: 同意書（患者）- - - - - - - - - - - - - - - - - - p. 3
資料 IV: 同意書（看護師） - - - - - - - - - - - - - - - - - p. 4
資料 V: 調査用紙（患者） - - - - - - - - - - - - - - - - - p. 5
資料 VI: 調査用紙（看護師）- - - - - - - - - - - - - - - - - p.12
資料 VII: 患者記録閲覧による調査用紙 - - - - - - - - - - - p.16
資料 VIII: Minnesota Patients' Bill of Rights - - - - - - - - - p.17
資料 VIII: Hospital Ethics Consultation Service - - - - - - - - p.21

I. 序

1．研究の背景

1．はじめに

米国ミネソタ州にあるMayo Medical Centerで（2003年海外看護実践および2004年自己研修で訪問）幾人かの患者に会って話を聞いてみると、様々な選択肢の中から「自分にとって最も良い」と考える治療・療養法を患者自身が主体的に選択でき、大変満足していた。その背景には、「海外で先端医療を受ける、メイヨークリニック」[1)]の記事によると、その質の高い診療技術とそれをサポートする様々なリソースが整っていることが紹介されている。さらに、米国では1983年の大統領委員会の報告書によると、「倫理的に正当とみなされる同意とは、相互の尊敬と参加によって、一緒になって意思決定を行うプロセスのことであって、あれこれの治療の危険性を詳細に書き連ねてある書類の内容をただ読み上げるというセレモニーではない」[2)]とされており、Mayo でも医療者は患者が自分の価値観・人生観や信念と照らし合わせて治療や療法を選択・決定できるように、あらゆる情報を患者に提供し、患者がそれらを理解できるように十分な説明や話し合いがされていることが報告されている。

日本では、10数年前までいわゆる「お任せ医療」が続いていた。つまり医療者が「良い」と考えて決定した医療を患者が受けるという「受動的な参加」であり、患者は医師が説明するままに納得し治療に同意していたのである。しかし、我が国でも 1992年の医療法改正の国会審議で、厚生労働省の主導の下に、患者自らが適切な情報を持ち、治療方法などを選択・決定するという、「患者自らが医療に主体的に参加すること」が謳われるようになった。1993年には厚生省に医療従事者、法律家、作家などからなる「インフォームド・コンセント（以下ICという）の在り方に関する検討会」が設置され、95年には報告書が提出されている。これらはICを単に形式的なものではなく、患者と医療者の信頼関係構築のために促進されなければならないものとして具体化されたものであると言える。さらに、岡本ら[3)]によると医療が高度化・多様化してくる中で、「常に延命だけではない総合的な QOL（生活の質・人生の質）が追求」されるようになり、それらに伴って「患者自身が自己決定し、医療者はそれを支えることが当然の責務」とすることが社会に広まっていったと考えられる。

木村[4)]は「患者の人生観、倫理観は、医師のそれよりも優位にある」ものとし、「患者の運命を決めるにふさわしいのは、医師ではなく、患者みずからの人生観であるのは当然」と述べている。その理由は、第三者である医療者が考える良いものと、当事者である患者が選択するものが一致しているとは限らず、それが大きくかけ離れている場合には、「誰のための医療か」といった本質的な疑問が生じるからである。また、

宮脇[5]は、「インフォームド・コンセントは、まさに自己決定権を実現化し、患者を医療の主体として位置づけようとするものである」と述べている。平成 7 年度の厚生白書には、「医師と患者のインフォームド・コンセントが不十分に終わった場合、それを補完する者として看護職員の役割が重要になる」[6]と記されている。看護職は、療養生活を送っている患者に接する機会が最も多いため、「その人らしさ」を失わせずに主体的に治療や療養することを支援する役割を担っているのである。

これまでの研究では、自己決定の研究として「患者がある事象や現象をどう捉えたときに、どのような決定をしているか」をタイプ別に分類し看護介入を検討することがなされている。また、丁寧に IC と治療を受けた患者の治療後の満足度についての看護師の報告もある。しかし、IC を前提とした自己決定プロセスやそれに対する患者の評価についての報告はほとんど見当たらない。また、その自己決定プロセスを医療者がどのような意識で、どのように支えているかということに関する研究もほとんど見当たらない。このようなことから、日本でいかに「患者の自己決定プロセス」に関心が薄く、医療者の価値観で医療が提供されていたかがうかがえる。

本研究では、身体的・精神的・社会的にも多くの苦痛を伴い、長期に渡り療養を必要とする慢性腎不全患者とその看護を担当する病棟看護師を対象に調査を行う。現在、末期腎不全の患者には血液透析、CAPD(Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis：持続式携帯型腹膜透析)、および腎移植という 3 つの治療法がある。これらの治療法はここ 10 年で目覚しい技術の向上がみられ、安心して受けられる医療になった。しかし、その反面基本的原理が変わらないため、その限界も見られる。例えば、血液透析では間欠的な治療法のため、長期的には心血管系に負荷がかかってしまう。CAPD では、硬化性腹膜炎による腸閉塞を合併する率が高く、腎移植では免疫抑制剤による副作用が少なからず残る。このような状況下で何を治療法として選ぶかは、とても重要なことである。さらに、選択する治療法によって患者の生活スタイルは多種多様となるため、治療方針の決定は患者にとっても大変重要であると考える。このように、患者の予後をも左右し、日常生活で受ける制限も様々である治療について、自己決定することは慢性腎不全患者にとって意味深い。

医療現場の中で、「医師や看護師による診療（治療や療養方法）に関する説明はどのように行われているのか、それらの説明を患者は十分に理解をした上でそれらの選択・決定を行っているのか、その自己決定のプロセスを看護師や病院側はどのように支えているのか」といった医療の現状を明らかにすることを本研究の目的とする。患者に IC を前提とした自己決定プロセスの実際とその評価、それを支える看護師の意識などを調査する。さらに、Mayo Medical Center での筆者の見学体験を参考にしながら、看護師の意識と役割の果たし方について検討し、日本での望ましい患者の自己決定プロセスを支える方法を明らかにする。

２．研究目的

本研究では、血液透析導入患者に対するICや自己決定プロセスについての調査を患者と看護師に行う。そして、我が国のICや自己決定プロセスの現状と課題を明らかにし、患者自身が納得して医療を受けられるように、今後の日本の医療の在り方を検討することを目的とする。

３．用語の操作的定義

患者の自己決定：「患者が医師から十分な情報提供と分かりやすい説明を受け、自らの納得と自由な意思に基づき自分の治療や療養方法を選択し、同意あるいは拒否をすること」に対する患者の認識を表現したものをいう。

II. 文献検討

本研究の計画・実施にあたって、日本での患者の自己決定に関する様々な文献を、「医学中央雑誌（Web 版）」を用いて自己決定、患者の権利、意思決定、インフォームド・コンセントについて検索した。その結果、自己決定は 0 件、患者の権利は 1851 件、意思決定は 1024 件、インフォームド・コンセントは 7195 件の雑誌記事が検索できた（1987 年～2004 年 12 月まで）。さらに、日本における自己決定と IC について、書籍などからも文献検討を実施した。

1．インフォームド・コンセント（ＩＣ）

木阪[7]は IC とは、「医師が病名、病状、治療の方法、その危険性、他の治療方法との比較、予後などについて十分に説明し、患者がそれらについて理解し納得した上で医療を選択し、同意または拒否すること」と定義している。これには、自己の生命や健康に対して自己決定するという考え方が含まれている。そして、その IC の成立要件として以下の５つの要件を挙げている。

①情報を理解し意思決定するための患者の意思決定能力
②診断、複数の治療方法、危険および予後などについての情報開示
③開示された情報の理解
④患者が決定を行う際の自由意思
⑤治療方法についての同意または拒否

表１：インフォームド・コンセントの成立要件

鈴木[8]によると、IC には２つの段階が含まれている。第一段階は医療者が医療に関する情報を患者の理解が得られるように説明する段階である。この時には、医療者は患者の状況（年齢・理解度、身体的状況、心理状態、家族状況、社会的状況など）を把握し、患者の考え方や思いに耳を傾け、それらに応じた説明と選択肢の提示が必要である。そして、第２段階は、患者自身が説明を十分に理解したうえで、提示された選択肢の中から自由意思で選択し同意もしくは拒否する段階である。

このようなＩＣという概念が取り上げられるようになるまで、医師は専門家であり患者は素人であるため、「知らしむべからず、依らしむべし」というようにパターナリズムによる医療が行われていた。しかし、第二次世界大戦後、ナチス医師団の人体実験の反省から、医療に患者の知る権利や選択権といった患者の自由な意思による行動が認められるようになった。1946 年には、医学進歩のために人体実験をあくまでも必要としたうえで、被験者の「知る権利」、「拒否する権利」、「自発的同意」の 3 要件を認めるよう求めた「ニュールンベルク綱領」が勧告された。これら 3 要件が後に IC の概念として発展していった。患者には、どのような医療を選ぶかの自己決定権があり、そのために分かりやすい情報提供を受け、十分に理解したうえで選択・決定できるよ

うICが実施されるようになったのである。

「ニュールンベルク綱領」から17年を経た1964年に、世界医師会は人体実験に関する倫理綱領として「ヘルシンキ宣言」を採択した。その中で、人体実験は医学の進歩のために必要であるとしているが、実験を行うにあたり十分な説明と患者の自由な意思に基づく同意を得ることを保証した。但し、これはあくまでも人体実験における被験者へのものであって、医療全般における患者の権利を保障したものではなかった。

1960年代アメリカでは、「ベトナム反戦運動を契機に体制批判、人種的偏見、不平等などの差別撤廃を求める運動、さらに公民権運動などを通じて人々は人権、権利意識に目覚めて」[9]いった。また、商品の品質保証、アフターケアをサービスとして求める消費者運動と相まって、医療にも権利とサービスを求める世論が盛り上がった。マスコミも医師不信、背任行為を取り上げ、患者には自分の健康状態、診断、治療について知る権利のあることを繰り返し報道した。その結果、1972年アメリカ病院協会によって「患者の権利章典」が発表され、患者の諸権利を尊重することが患者、医師および病院組織のより大きな満足に貢献することが期待された。患者には「あらゆる疾病につき診断、治療、予後、リスクについて知る権利」を認め、「ケア、治療については選択肢を与え、しかる後に利害得失を自ら判断して自己決定する権利がある」[10]としている。この「患者の権利章典」をもとに、多くの州や病院で独自の「患者の権利」が成文化されるようになった。これが人体実験のみでなく、あらゆる疾病を対象にICが患者の権利として保障された最初の宣言である。

1981年、ポルトガルで開催された第34回世界医師会総会では「リスボン宣言」が採択された。世界医師会が初めてあらゆる疾病を対象に、患者には医師からICを受ける権利があることを宣言したものである。その3条には「患者は十分な説明を受けた後に治療を受け入れるか、または拒否する権利を有する」と明記してある。これによって、ICの法理である患者の「知る権利」「拒否する権利」そして「自発的同意」があらゆる疾病を対象に保障されたことになる。このリスボン宣言は1995年に改正され、患者の権利がさらに拡大明記された。しかし、日本医師会は未だにこの宣言を承認していない。

世界大戦後、各国は憲法制定に際し自由、平等、生命、財産などを国民の基本的権利とした。日本においては、この権利は憲法第13条「すべての国民は個人として尊重される。生命、自由および幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」、によって保障されている。よって、患者の知る権利や選択する権利は基本的人権として位置付けられている。しかし、日本でICという言葉が使われ出したのは1980年代の後半からであり、1990年の朝日新聞[11]には、「これからの医療の現場の姿を根本から変えるかもしれないキーワード」として紹介されている。しかし、現在もそのさらなる普及に取り組んでいるのが現状である。

1988 年の「国民医療総合対策本部・中間報告」では IC に基づいた医療の重要性が指摘され、1990 年には日本医師会生命倫理懇談会が IC の定義づけを行った。そして、翌 91 年には「患者の権利法をつくる会」が結成されるなど、年々論議が活発に行われるようにはなってきた。我が国において IC が重要視されるようになってきた背景には、「①患者の権利意識の増大②医療技術の高度化、複雑化に伴う治療方法の選択の幅の増大③患者と医師の新たな信頼関係づくりによる治療効果の一層の向上」[12] ということが医療白書で指摘されている。健康保険組合連合会の「健康づくりと医療に関する調査」では、「診療に対する不満・疑問の内容」では、「病状や治療について十分説明してもらえなかった」が平成 5 年を除いて例年最多となっている。

患者の権利意識の高まりから、1992 年の医療法改正時の国会審議で、政府は IC の在り方について検討し、適切な措置をとることが決議された。そして 1993 年 4 月に、厚生省に「インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会」が設置され、95 年にはその報告書がまとめられた。その報告書では、「IC は患者の権利の主張と医療従事者の責任回避という対立的側面でとらえられるべきでなく、よりよい医療環境を築くという基本的な考え方に基づくものでなければならない」[13]と位置づけられた。IC によって医療関係者と患者の信頼関係を築き、患者のクオリティ・オブ・ライフ（QOL）の確保と向上を図る質の高い医療を達成することが目標とされている。そして、2 年後の 97 年には医療法のなかに「医師、歯科医師、薬剤師、看護婦その他の医療の担い手は、医療を提供するにあたり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得られるように努めなければならない」[14] という規定が設けられた。努力義務規定ではあるが、法律のなかに IC が医療提供の理念の一部として初めて位置づけられた。

1999 年 10 月に厚生省が全国の病院で入院や通院している患者約 19 万人を対象にした調査では、外来患者の６４％、入院患者の５５％がカルテ（診療録）の内容を知りたいと答えている。その理由として、「受けている治療について理解を深めたいから」が 43.4％、「病名・病状・治療内容などについて本当のことが知りたいから」が 27.3％となっている。このことからも、ほとんどの患者が自分の病気や治療について医師から納得のいく十分な説明が受けられておらず、積極的に自分の治療に参加したいという意識が高まっていることが伺える。しかし、実際に自らが要望して「カルテを見せてもらったことがある」者は 8.7％と非常に少ない結果となっている。

厚生労働省では、医療従事者と患者とのより良い信頼関係構築のために 2003 年 5 月の「診療に関する情報提供等の在り方に関する検討会」の報告書を踏まえて、「診療情報の提供等に関する指針」を同年 9 月に策定した。そして、2003 年 5 月に個人情報の保護に関する法律が成立したことに伴い、本人からの開示請求に応じて診療情報を原則として 2005 年 4 月 1 日から開示を全面施行するために現在準備が進められている。

岡本 [15] らは、「看護師が認識している IC の現状」調査において、IC に含まれる内

容として病名、治療法、各々の治療法のメリットとデメリット、治療選択の可能性が主であると報告している。これは、1990 年日本医師会「生命倫理懇談会」にて、ICで説明すべき内容で示されている 5 項目と一致している。そして、「IC の意味」については、「自分の状況を知ることができる」「納得し治療に参加できる」「治療を選択できる」「その人らしい生き方を選択できる」などが半数以上の回答であった。この結果から、IC は患者自らが医療に参加し、自己決定を行うためのものという認識が看護者にも広く根付き始めているといえる。

2．患者の自己決定

宗像は先進産業諸国の保健医療文化は、供給者主導の社会から消費者主導の社会への変化のなかで、医療者に「お任せ」の保健医療から、消費者である患者の「自己決定」保健医療へと移行しつつあると述べている。「お任せ医療」モデルは、患者にとっての利益と損失を医学的視点に立って推測し、医療者が患者にとって最も望ましいであろう決定を行うことである。「自己決定医療」モデルにおいては、患者が自らの価値観や信念に基づいて患者が責任を持って自己決定することである。よって、自己決定とは、「患者が医師から十分な情報提供と分かりやすい説明を受け、自らの納得と自由な意思に基づき自分の治療や療養方法を選択し、同意あるいは拒否をすること」[16] としている。

「お任せ医療」から「自己決定医療」へ移り変わっていく医療の背景には、慢性化・高齢化といった疾病構造の変化、人々の健康意識の向上と、より質が高く幅の広い医療サービスの希求などが関連しているといわれている。また、医療技術の進歩に伴い、これまで助からなかった患者が病と共に生きることが可能となった。これらに伴い、人々の人生観や生命の質（QOL：Quality of Life）についての価値観も変化してきた。木村 [17] が『いのちを考える』の中で述べているような、「医療者の価値観からみて最善であることが、患者にとってそうであるとは限らない場合もある」という考え方の再認識によって、医療者は自分個人の意見を患者に押し付けることなく、患者の求める QOL が実現されるような支援が大切という考えが医療者の中に広まり始めていった。

木村 [18] らは「慢性疾患患者の決定権に関する研究」において、入退院を繰り返したり、長期入院を余儀なくされている患者は徐々に社会性を喪失し、自己知覚や自己価値に変化をきたすようになると述べている。そのため、患者が、配偶者や子供に生活を依存している中で、患者自身で決定可能な「決定権」がどれだけあり、家族に対してどのような役割を担うことができているのかが重要なことであるとしている。また、入院生活においても同様で、患者自身が決定できることがどれだけあるのか、医療従事者の過干渉はないか、個人である患者が本当に独自な個人として医療従事者から尊重されていると感じているのか、といったことも十分配慮される必要があると述べて

いる。このことからも、患者の自己決定権の尊重がいかに大切であるかが分かる。

患者に自己決定能力がある場合、「自己のことを最もよく知り得る立場にあり、それゆえに、最終的な判断は本人がなすべきものである」と柴田[19]は述べている。何が自分にとって最も良いかを決められるのは患者自身であり、患者には自己決定できる存在でありたいというニードがある。そして、それは顕在化され「その人らしさ」を表すような「自己として表出されるべきものである」と考えられている。

野嶋[20]らによる「血液透析患者の自己決定の構造」の研究では、自己決定に関する136 場面を抽出し、自己決定のタイプ（型）を７つのタイプに分類しそれぞれの特徴を分析している。①「建設的決定型」では、目標を設定すると非常に冷静に状況や自分を見つめ、計画的に着実に進めて行く。②「現実直視決定型」では、強い願望や欲求がありながらも、一方ではあきらめざるを得ない状況や自己の限界を認識し、自分の願望や欲求を意志の力でコントロールしたり、状況の中で優先すべきことは何かを冷静に判断している。③「綿密決定型」は、状況や自己を現実的に捉え受け入れ、自分の大切なものを守る目標に向かって行動している。④「独断的決定型」では、自分の強い価値観に基づいて状況や自己を捉える、自分の価値観を優先した目標を設定している。⑤「消極的決定型」は、現状との接点を見出すより、現状から身を引き生活を縮小させる方向に向かっている。⑥「成り行き任せ決定型」では、状況を現実より安易に捉え、病気の自己の捉え方も消極的・否定的である。⑦「抵抗的決定型」では、状況に抵抗するかのように、不可能な目標を設定し、あるいは頑強に目標に執着する。

このように、自己決定を迫られたときに各々の決断事項やその特徴、ケースの背景との関連についての分析は進められてきている。さらに、野嶋は、「自己決定の質を左右する要因」として「現実性」「積極性」「肯定性」「妥当性」「柔軟性」「計画性」「執着性」「自己関与」「周りとの関係性」を挙げている。この中でも、「自己関与」については、建設的決定型では決断過程に自己関与がなされていたことを明らかにしている。しかし、消極的決定型と成り行き任せ型では、最も自己関与がなされていなかった。前者では、「満足」「納得」「仕方なし」というように結果を肯定的に捉えているのに対し、後者は「葛藤」「未練」「後悔」など悔いを残していた。よって、決断に際して、いかに自己関与できたか否かが自己決定の質を支える要因となっていると述べている。

患者が自己決定をするために、医療者は正しい情報を分かりやすく患者に提供し、患者の理解を助け自己決定を支える必要がある。柳田[21]はこのことを「患者が自らの人生観にしたがって主体的に生きようとするのを、医師・看護婦などの医療従事者が専門家としてあるいは伴走者として支援することが必要」と記している。逆に、患者は自己決定権を行使するために、病気や治療方針のことを理解する努力が必要であり、自分なりの生き方を医療者に示していくことがこの場合求められる。

これまでに、自己決定の構造として様々なタイプの存在や自己関与の大切さなどが論じられてきたが、インフォームド・コンセントを含めた決定プロセスにおいての自

己決定構造は論じられてきていない。つまり、ある事象や現象をどのように捉えるかについての分析は進んでいると思われるが、自己決定は患者と医療者との一連のプロセスであり、そのプロセスの中でどのように決定していくかに焦点を当てた研究はなされておらず、そこを明らかにすることが課題であると考える。野嶋も、自己決定の考え方を看護の中に定着させるために、「自己決定の質を左右する９つの要因」に働きかける方法を開発していくことが必要としている。つまり、具体的なアプローチ論、看護介入方法を開発し活用していくことの重要性を述べている。以上より、実際の看護介入の場面で様々な自己決定プロセスの途上にある患者に対して、どのように自己決定を支えるかの方法についての研究は必要である。

３．意思決定

経済学者である上田[22]は意思決定とは、「行動選択の背景にあって、どの行動を選択するかを決めるプロセス」のことであると記している。そして、意思決定を「プロセス」というのは、それを構成する活動が１つではなく複数であり、その複数の活動が時間の流れの中に互いに関連していることを意味している。これは単なる「決定」とは異なる。「決定」とは、選択が行われるまさにその瞬間を指す概念であるが、意思決定とはその決定段階だけではなく決定段階に至るまでに行われ、且つ決定の段階に影響を与える様々な活動が含まれるのである。意思決定プロセスに関する研究はこれまで様々な学問分野の研究者が取り組んできているが、基幹的な位置を占めているのが「サイモンの３段階意思決定モデル」[23]（図１）である。

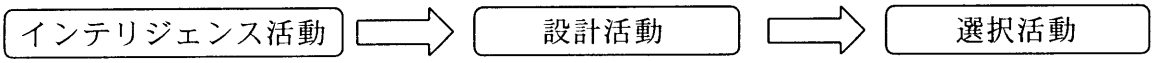


図１：サイモンの３段階意思決定モデル

「インテリジェンス活動」とは、自分が理想とする状態と現実の状態の間にギャップがあり、それを問題として認識する段階である。「設計活動」とは、問題を解決できる可能性のある代替案を探索したり、新たに設計したりする段階である。「選択活動」とは、設計段階で設計された代替案を評価して選択する段階のことである。このようなプロセスを経て最終的に最適と判断されるものが選択されるのである。

だが、このような意思決定プロセスを「患者」の意思決定プロセスとして概念化したモデルは存在しない。看護界では、看護介入分類（Nursing Interventions Classification： NIC）[24]にて、「意思決定支援」の項目に以下のような定義と行動が記されている。

定義：ヘルスケアに関する意思決定を行っている患者に情報と支持を提供すること

行動：・患者とヘルスケア提供者の間で、患者の状態に関する見解に相違があるかどうかを明らかにする。

・他にとりうる見方や解決策について、患者に情報を提供する。
・それぞれの選択肢の利点と欠点を明らかにできるように患者を援助する。
・入院の早期から患者とのコミュニケーションを確立する。
・患者自身によるケアの目標の明確な表現を促進する。
・適切な場合、インフォームド・コンセントを得る。
・共同した意思決定を促進する。
・施設の方針と手順を熟知する。
・患者のもつ、情報を得る権利と得ない権利を尊重する。
・患者に要求された情報を提供する。
・必要な場合、他者に自分の意思決定を説明できるように患者を援助する。
・患者と家族との間の連絡役として働く。
・患者と他のヘルスケア提供者との間の連絡役として働く。
・ 適切な場合、法的な援助を紹介する。
・ 適切な場合、支援グループを紹介する。

このように、看護援助の一つとして患者の意思決定支援が挙げられていることは評価できるが、これらが実際に意思決定プロセスにおいて、どのように活用されているかについての研究は、課題として残されている。

4．日本におけるICと自己決定

ICを前提とした患者の自己決定プロセスを確立することは、今後の日本の医療を発展させ、患者や医療者側双方にとっても大切なことである。「インフォームド・コンセントに関するアメリカ合衆国大統領委員会報告」は、ICを促進することによって、患者側としてはより「良い」、より「主体性に富んだ」決断を下せるようになり、医療者側も患者の信頼の向上と法律的責任への不安の軽減が期待できるとしている。日本医師会は、IC に関する報告書で、「『説明と同意』 は、医師と患者の信頼関係の基礎を築く上で必要な原則と考えられるようになってきた」としている。だが、「わが国社会における伝統的文化のあり方が、アメリカや西欧諸国とは異なるため、同じ形での『説明と同意』をそのまま我が国に導入することには多くの難点がある」とし、「わが国のこれまでの医療の歴史、文化的な背景、国民性、国民感情などを十分に考えながら、わが国に適した『説明と同意』が行われるようにしたいものである」[25] と結んでいる。しかし、未だ我が国に適したICということで具体的な方法は明確となっていない。

III. 研究の概念枠組み

これまでの研究や論文では、ICや患者の意思決定の重要性について述べられてきているが、患者の自己決定をプロセスとして捉え、看護の視点からどう支えるかについて概念化された枠組みや方法に関する研究は見当たらない。Mayo Medical Centerでの患者の自己決定を支える看護師の役割や病院システムについて学んだことを参考に本研究の概念枠組みを作成する。そして、意思決定プロセスをモデル化し、医療の中での患者の自己決定プロセスとそれらを支えるシステムを概念化し、本研究の概念枠組みを作成した。

1．Mayo Medical Centerの事例

Mayo Clinicは Primary Valueとして、「The needs of the patient come first：患者のニーズが最も大切である」を掲げている。そして、その Mission（使命）は「To provide the best care to every patient everyday through integrated clinical practice, education, and research：チーム医療、教育や研究を通し、すべての患者に対して毎日最高のケアを提供する」こととしている。Mayo看護部の Mission（使命）は「専門的な看護技術、教育、研究を通して患者および家族に常に質の高いケアを提供すること」である。このようなPrimary ValueやMissionを実践する医療者を通しては勿論、Minnesota Patients' Bill of Rights（写真1、資料VIII）にもみられるように、患者の権利は一人ひとりに保障されている。このBill of Rights（患者の権利法）はミネソタ州によって定められているものである。その内容を「患者の自己決定」に関わる部分のみを抜粋し以下に示す。

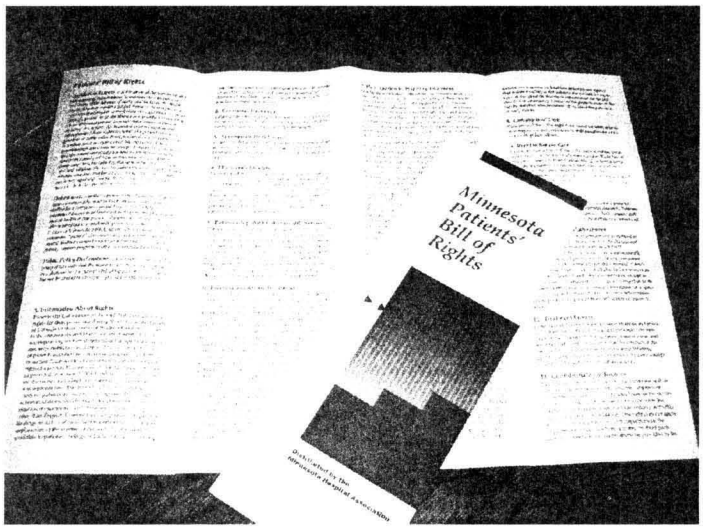


写真1：Minnesota Patients' Bill of Rights

1．Information About Rights　患者の権利に関する情報が提示される権利

Patients shall, at admission, be told that there are legal rights for their protection during their stay at the facility or throughout their course of treatment and maintenance in the community.

2．Courteous Treatment　個人として尊重される権利

Patients have the right to be treated with courtesy and respect for their individuality by employees of or persons providing service in a health care facility.

3．Appropriate Health Care　個人のニーズに応じて適切なケアを受ける権利

Patients shall have the right to appropriate medical and personal care based on individual needs.

6．Information About Treatment　治療に関する情報を得る権利

Patients shall be given by their physicians complete and current information concerning their diagnosis, treatment, alternatives, risks and prognosis as required by the physician's legal duty to disclose. This information shall be in terms and language the patient can reasonably expected to understand. …… Individuals have the right to refuse this information.

7．Participation in Planning Treatment　治療計画に参加する権利

Patients shall have the right to participate in the planning of their health care. This right includes the opportunity to discuss treatment and alternatives with individual caregivers, the opportunity to request and participate in formal care conferences, and the right to include a family member or other chosen representative. In the event that the patient cannot be present, a family member or other representative chosen by the patient may be included in such conferences.

9．Right to Refuse Care　治療やケアを拒否する権利

Competent patients shall have the right to refuse treatment based on the information required in Right No. 6. In cases where a patient is incapable of understanding the circumstances but has not been adjudicated incompetent, or when legal requirements limit the right to refuse treatment, the conditions and circumstances shall be fully documented by the attending physician in the patient's medical record.

１５．Responsive Service　質問に答えてもらう権利

Patients shall have the right to a prompt and reasonable response to their questions and requests.

これらの「患者の権利」はICを前提とした自己決定プロセスにおいては欠かせないものである。Mayo では質の高い医療を提供するために Minnesota Patients' Bill of

Rights の内容を日常診療に盛り込みながら IC を実施し、結果的に患者の自己決定が支えられている。次に、これらを実践する現場の看護師の活動やそれを支えている病院のシステムについて現地での学びを紹介する。

診察の場では医師が患者とよくコミュニケーションを図り、患者のニーズを掴もうと最善の努力をしている。その中で、質問に答えながら患者のニーズを把握し、より良い患者—医療者関係を築いていく方法がとられていた。医師は Mayo の Primary Value にもあるように、「患者のニーズが最も大切である」ことを実践するために、患者の話を聞きそのニーズが何であるか掴もうとするのである。そのため、患者は医師の説明をよく理解することができ、満足している。

このように、医師は口頭ではあるが Mayo の理念を実践することで、治療に対する患者の同意が得られる(Mayo では治験の場合にのみ Consent Form 同意書を用いる)。そして、医師は説明した内容や同意を得られた事柄についてのサマリーを細かくディクテーションし（電話口で録音)、その内容を後に秘書が打ち出したものを記録として残す。医師は、手術など重要な決断の際には、そのサマリーのコピーを患者にも渡すこともしている。このような診察の場面でも多くの看護師が関わっている。より良い患者の自己決定のためには、看護師が関わりながら患者の思いや価値観を把握して、医療に反映させていくことが求められている。

Mayo では、多くの医療従事者の役割が専門分化されているため、患者の自己決定に携わる専門職も決まっている。看護師の中でも、スタッフナースがこのような場面で関わることは少なく、多くは CNS（Clinical Nurse Specialist）や NP（Nurse Practitioner）など advanced level（上級レベル）の看護師が関わっている。CNS や NP をはじめ、移植の分野で活躍する Transplant Coordinator や Research Clinic で治験を担当するナースの役割、Ethics Consultation Service は様々な患者や医療者の倫理的な判断を手助けする組織などが、日々患者の自己決定の支援にあたっている。

日本の専門看護師にあたる CNS は日本のように病院全体で動くのではなく、Mayo では各病棟に一人ずつ配属されている。この CNS は、その病棟で起きる判断の難しい状況に対して、状況を判断し・解決策を考えてスタッフナースにアドバイスをしている。心臓外科領域の CNS は 1 歳の子供を残して亡くなる母親のケースを担当するなど、告知後の患者や家族の精神的なケアに携わっている。

NP は実際に治療に関する決定を患者の立場に立って、患者と共に決定していくナースである。検査や診察を終え、治療方針を決定する際に患者への状況説明と同時に治療方法 A・B・C といった選択肢を患者に提示する。そして、患者に少しそのことについて考える時間を与え、医師の診察で具体的に患者が質問をしながら自分の治療方法を選ぶといったプロセスを可能にしている。このように、看護師ではあるが、NP は実際にいくつかの治療プランを立て患者に提示することができる。その際に患者の疑問に答えるなど、患者の思いや価値観を知ることもできる。また、スタッフナースから

も患者の状況を聞き、治療方針の決定の際にはより患者の立場に立った決定ができるように配慮している。

Transplant Coordinator は、移植前後の患者を外来でみている看護師である。診察日には３０分ほど看護師がその患者のアセスメントに時間をとり、その日の体調を把握する。この時間の中で、患者の移植に対する思いや不安についても把握することができる。また、移植に関する知識の提供、移植後のことについての教育などもここで看護師が担当している。筆者が見学した際、一人の患者は移植を控えているが、どこの州でウエイティングリスト（待機者リスト）にのったら一番早く移植を受けられるか知りたいと Transplant Coordinator に相談していた。患者は移植の時まで自分の命がもつかどうか常に不安で、その不安とともに日々生活されていると泣きながら話されていた。この患者に対しても看護師は傾聴しつつ、この患者が移植を受けられる現時点での可能性などを有りのままに伝えていた。このような情報提供をもとに、患者は現実を受け止め、患者自身にとって最も望ましい選択・決定ができていると考えられる。このような患者の状況を医師に伝えるのも看護師の役割であり、この状況を把握した上で医師は患者を診察する。このように医師ではない看護師の立場から患者と関わることによって、患者の自己決定を支えていることが考えられた。

Research Clinic では、治験について看護師が患者に説明をする。そして、看護師が同意書を作成すると共に患者のサインをもらう。この同意書は、どのような教育背景の患者にも読まれ理解されるように「小学６年生が読めるレベル」で書くように工夫されている。看護師は研究内容などをすべて患者に分かりやすいように説明をし、患者の理解度についても丁寧にアセスメント用紙を用いて評価する。最終的に研究に協力するかどうかは患者の意思次第であり、看護師はどちらにも患者を誘導しないように説明をしている。

Ethics Consultation Service（写真２、資料 VIII 参照）は臨床での倫理的な問題に対して第三者的な立場から助言をする医師、看護師、シスターなどで構成されている組織である。

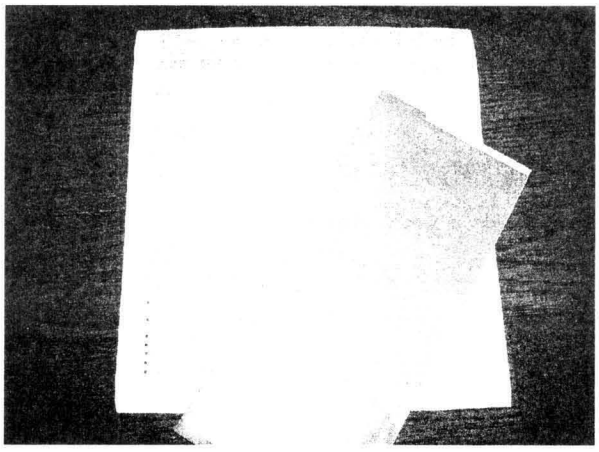


写真２：Ethics Consultation Service のパンフレット

このサービスを受けられるのは患者や家族、患者を支援している医師や看護師など基本的に誰でも相談できる。相談を受けたチームは患者にとって何が最も望ましいか、患者に無害な方法はどれか、Justice（正義）は何かといったことなどを話し合う。また、当事者とも話をし、問題を明確化したりもする。例えば、意識障害の患者で人工呼吸器を拒否していた患者に対して、その意思表示を知らなかった研修医が挿管してしまうケースがあった。本人は外してほしいはずだが、家族はそのままにしてほしいと希望している。この場合も Ethics Consultation Service に依頼があり、協議された。さらに、意識のある患者が手術を嫌がっているという相談を医師から受けることもあったという。医師は何度も手術をしないと命を助けることができないと話すが、患者が拒否をし続けるケースがあった。看護師からの依頼ケースは、家族が患者に試してほしいといって調べてきた治療法を医師が拒否したものであった。家族は患者のために調べてきたが、主治医はその方法を試みるのには反対であり、看護師が困って依頼してきた。このようなときにも、Ethics Consultation Service は当事者から話しを聞き、それぞれの立場を理解した上で家族と医師との関係を取り持つ。このシステムによって、誰でも倫理的な疑問を抱いたときに、その疑問を残したまま医療を受けたり提供したりせずに済むのである。病院内での、あらゆる意思決定や自己決定が必要な場面に大いに活用されている。

Mayo の病院システムとしての取り組みでは、患者が自己決定する上で病気についての理解を深めたりすることができるように、多種多様のパンフレット、ブックレット、ビデオなどの教材を用意している（写真３）。これらはいつでも患者が自由に手に取れるように病棟や外来の待合室、患者用資料室に置いてあり、簡単に手に入れることができる（写真４）。

写真３：Mayo の様々な患者用資料

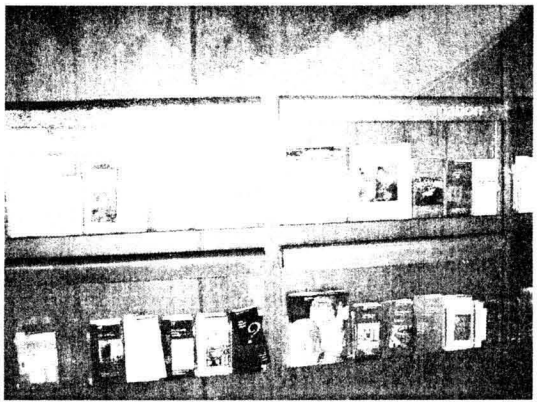


写真４：自由に取れる患者用パンフレット

また、外国人患者に対しては医師の説明を通訳を介して理解できるようにしている。家族の方の通訳はなるべく避けるようにし、医師の説明がすべてその通り患者に伝わるように配慮されている。家族が通訳すると、「家族」といった立場上、医師が伝えてほしいように患者に伝わるとは限らないからである。これは、医師の説明通りの情報

をもとに、患者が自己決定できるように支える工夫である。

以上のように、米国では患者の権利を守る法的な整備も進められ、Mayo Medical Center も病院としてそれらを守るよう実践している。そして、高度の専門性を持った看護師の活躍によって、患者がより自己決定しやすい環境を Mayo は整えている。患者の自己決定を支えることで患者は自分の治療に対する意識を高め、医療に対してさらに満足するのである。こうした患者の満足感がそのまま医療者にプラスにフィードバックされ、医療者はさらに質の高いケアを提供するといった良い循環が生まれるのである。

2．文献からの枠組み

患者の人権が看護援助の中で生かされるには、医療者が活用できるような患者の自己決定プロセスが構造化される必要があると考える。そのため、次のような段階を踏んで意思決定プロセスを構造化し自己決定プロセスの研究概念枠組みとする。

患者は病気と診断されたとき、以下のような思考プロセスを経ることが考えられる。

病気に対する不安 ｛ 病気、その原因 / 治療方法 / 予後・費用・その他 ｝ などを考えたくもあり、考えたくもない状況になる。

⇩

治療をするのかしないのか。または、入院をするのかしないのか。あるいは高価な材料を使う医療を受けるのか否かなど、選択を迫られる様々な場面に出会う。

⇩

このとき、「人は自分のことは自分で決めたいと思うものである」と考える。

⇩

そこで、十分に情報を理解して、「自分に合うもの」を選択したいと思う。特に負担が大きく長期に及ぶような医療の場合、自分に合うものや方法を選択しないと納得して継続することは難しい。

⇩

自身の持つ問題解決能力を活かして意思決定プロセスをたどる。

そこで、図１のサイモンの３段階意思決定モデルを基盤とした、図２のような一般的な「意思決定プロセス」を経ることが考えられる。

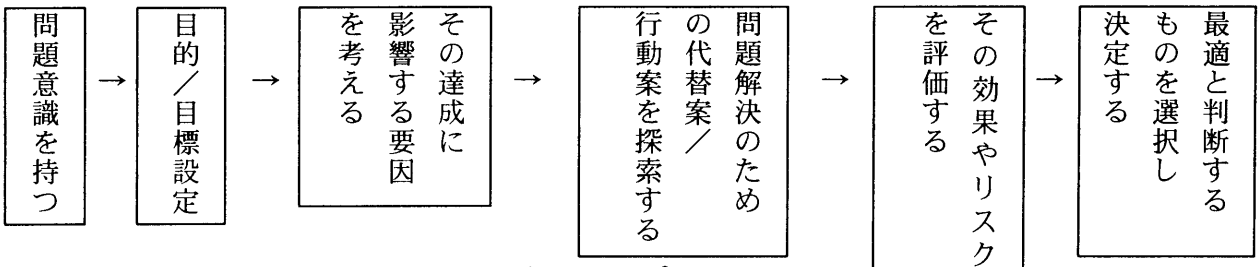


図２：意思決定プロセス

この「意思決定プロセス」は日常生活の中では用いられても、患者にとって非日常である医療の場合には当てはまりにくいと考える。その理由となる医療の特殊性を以下に記す。

- 医療は専門性が高いため、患者自身で情報収集し問題解決案を探索することが難しい
- 医療従事者による情報からのみ問題意識を持つことができ、自分から問題を明確化することが難しい
- 意思決定者は最良の結果が得られるように努力する必要があるが、決定者自身ですら左右できない要素が医療には多い
- 選択したものによる結果が、命に関わることも少なくないため目標設定が難しい
- 患者自身に参考にできる過去の経験がないため、それらから解決案を探索することができない
- 治療効果は個別性が高いため、効果やリスクについて評価しにくい

よって、医療の中で意思決定を考える際には図 5 に示す「自己決定プロセス」のように、医療従事者と患者の相互作用を通じて、患者自身が主体的に意思決定していくことが望ましいと考えられる。自己決定を行なう上で IC は前提となり、欠かせないものである。馬庭 [26] はこのことを患者としての体験から、「情報を知っていなければ、すべてお任せとなり、自己決定などできない」と記している。木阪 [27] は「インフォームド・コンセント成立要件」を以下の５つの点（表 2）として挙げている。それを基に、患者を主体にした自己決定の構造（表３）を筆者が作り上げた。

① 患者の意思決定能力
② 情報開示
③ 開示された情報の理解
④ 決定を行う際の自由意思
⑤ 治療・療養方法の選択、同意／拒否

表２：インフォームド・コンセント成立要件

→

① 情報の理解
② 自分にとっての意味づけ
③ 選択肢の中から選ぶ

表３：自己決定の構造

つまり、自己決定のためには、患者の理解、自分にとっての意味づけ、選択肢が提示

されて選ぶということが重要である。

自分にとっての意味づけとしては、図３に示す Ajzen & Fishbein[28] が Aact として表した４つの評価的 SD 尺度を用いた。Aact とはある行為に対する態度である。これは、以下のような７点で評定させ合計点を測度としたものである。

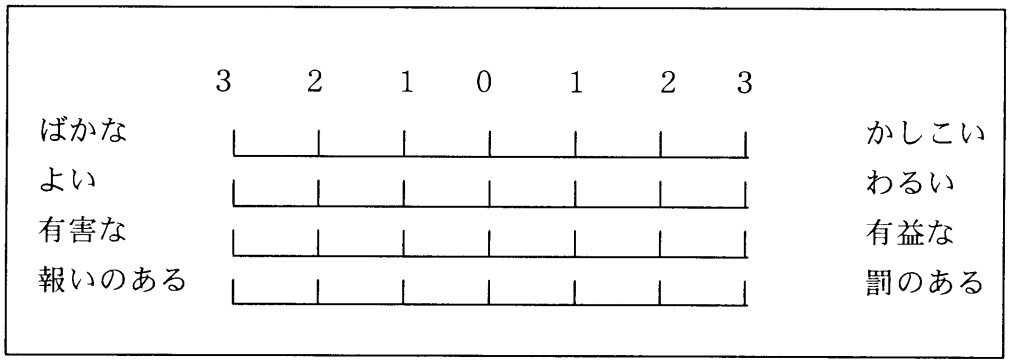


図３：Ajzen & Fishbein による Aact を測定する評価的 SD 尺度

次に、患者の「意思決定プロセスを支える上で看護師として何が必要か」ということにも注目した。野嶋ら[29] による自由記述式調査の結果、次のような５つのポイントが挙げられた。①専門職としてや人間としての姿勢②能力③対象者を知ること④対象者とつながること⑤対象者に働きかけること、である。この結果を用いて野嶋らはその次に実態調査を行い、患者の意思決定を支える看護を展開するために、看護師として今後さらに必要と思われる事柄について質問をした。以下（表４）のような 14 の設問を設定し、5 段階スケール＜５非常にそう思う、４かなりそう思う、３まあまあそう思う、２あまり思わない、１全く思わない＞を用いて回答を得た。

	平均値
a. 患者にあった方法で看護を展開していく技術をさらに熟練させたい	4.314
b. 看護者の価値観を患者に押し付けないよう今まで以上に配慮していきたい	4.298
c. 患者の人間としての尊厳を守る看護を今まで以上に配慮していきたい	4.264
d. 人を理解するために分析力や洞察力を磨いていきたい	4.257
e. 患者の心理的サポートを行うための技術を磨いていきたい	4.220
f. 今まで以上に専門職としての自覚を持って、看護に取り組みたい	4.190
g. 今まで以上に充実したカンファレンスを運営する技術を熟練させたい	4.077
h. 先を見通す力を身につけていきたい	4.041
i. 患者の症状を査定するためにもっと医学的知識を学びたい	4.031
j. 感受性や共感能力を高めていきたい	4.013
k. 患者の問題解決能力を引き出す技術をさらに熟練させたい	3.998
l. 患者の日常生活を整えていく技術をさらに熟練させたい	3.873
m. 患者と家族の倫理を尊重できるようさらに倫理について学びたい	3.710
n. 家族関係を調整する技術をさらに熟練させたい	3.636

表４：意思決定を支える看護に必要な事柄とその平均点（野嶋より）

その結果、上位の項目については平均値が高かったが下位の項目ほど低いという結果になった。これらの質問項目を筆者が内容別に整理して、以下のような概念図（図４）を作成した。

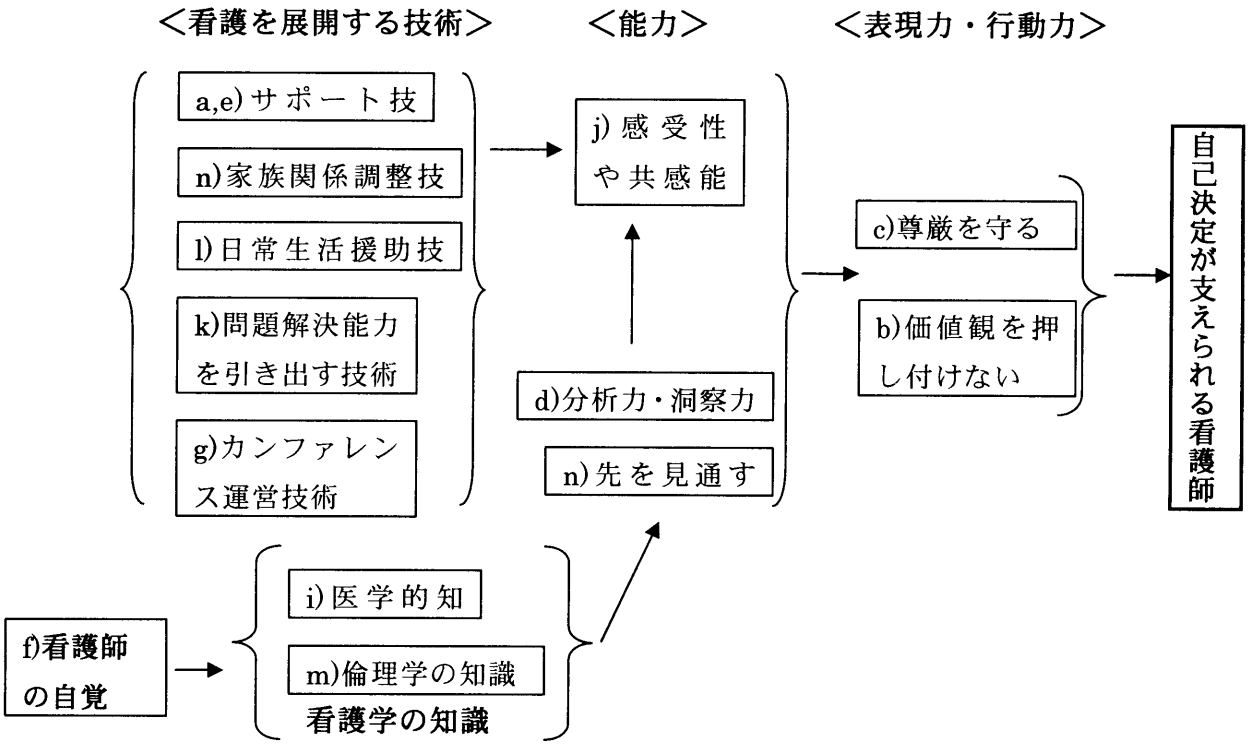


図４：「野嶋らの意思決定を支える看護に必要なもの」を概念化した図

このことから、患者の自己決定を支える看護師の素質として、以下（表５）に示す５点が明確となった。

① 看護学の知識、看護技術
② 看護師の自覚
③ 医学や倫理学の知識
④ 対象者や現象を捉える能力
⑤ 表現力、行動力

表５：患者の自己決定を支えるのに必要な看護師の素質

しかし、野島らによる調査はそれぞれの看護師が今後さらに必要と思っている能力であり、実際の臨床での現況を反映している。実際には何を重視しながら、どの程度意思決定を支える看護を展開しているかを看護師の各項目への「取り組み」から明らかにする必要がある。

3．本研究の概念枠組み

以上、Mayo の組織としての自己決定支援や自己決定の構造を踏まえた患者・医療者の相互作用の概念、それを支える看護師の素質を統合させると、図５に示す「治療・療養生活に関する患者の自己決定プロセスと影響要因の概念図」となり、本研究の概念枠組みとする。

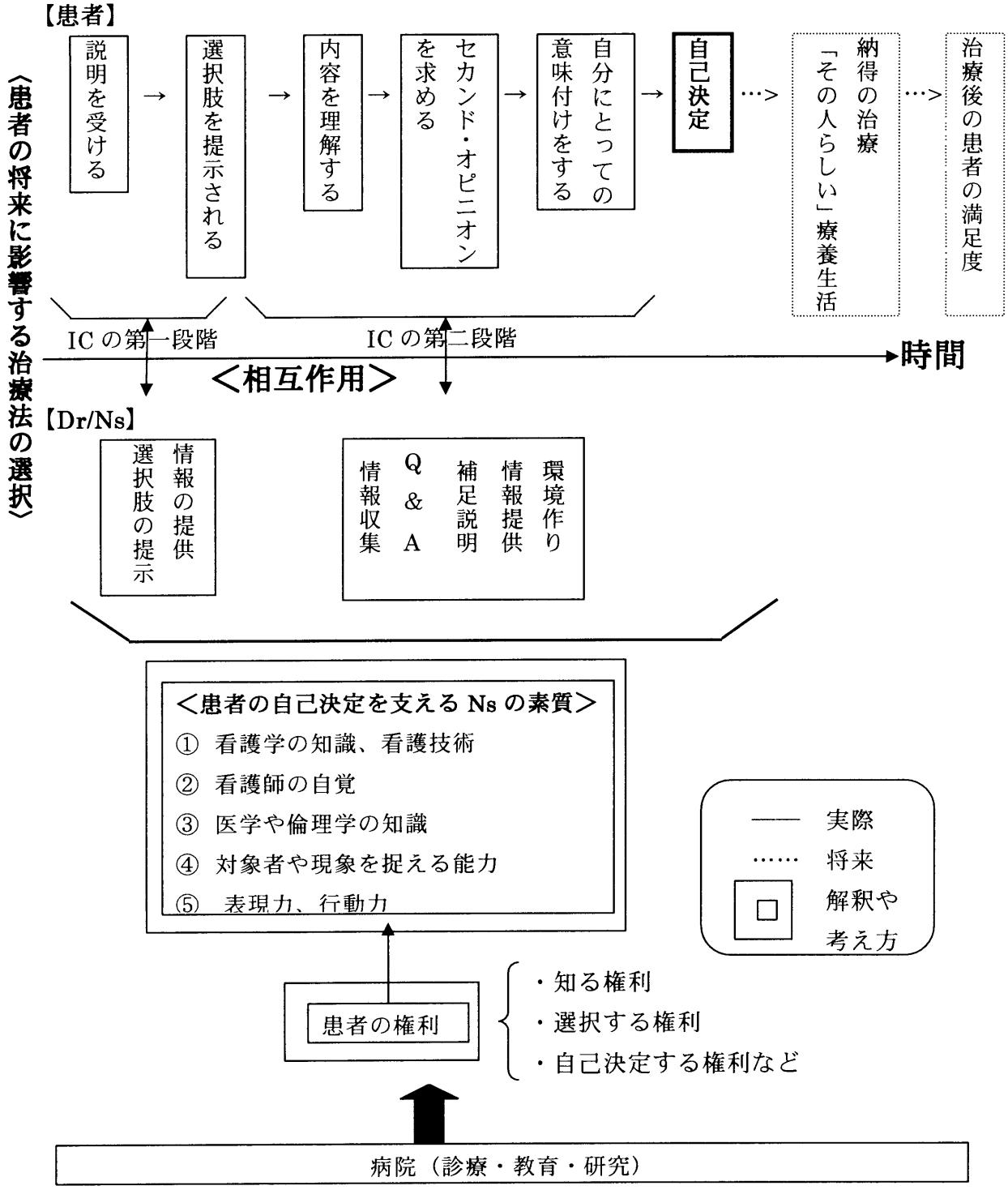


図５：治療・療養生活に関する患者の自己決定プロセスと影響要因

人間にとって「自分らしい生き方や人生の目標」は、その人以外では分かり難いと考える。そのため、医療を受ける場合には、医療の受け手であるその人自身の考えが尊重され、それに基づいて物事が決定していくことが重要であると考えられている。馬庭[30]は「自分自身の身体でもあり、自分の人生である。他人まかせにできない」と自らの患者体験を振り返っている。このように、患者にとっては、図5に示したような医療者との相互作用を経た自己決定プロセスを踏むことが重要であると考える。

医療者の責務としては、患者にとって分かりやすい説明と選択肢を提示する必要があろう。鈴木によるICの第1段階は、「医療者による分かりやすい説明と選択肢の提示」である。第2段階では、医療者は、患者にとっての情報の理解や意味づけを支えることが求められている。この第2段階は、患者は選択肢が示されたとしても、「どれが自分にとってベストか」を患者自身で判断するのは難しい。そのため、医療者の支えが重要になると考える。つまり、患者は例え主治医の説明を理解できたとしても、他に「何か良い方法はないか」と考え、セカンド・オピニオンを求めたくなることがあると考える。

他方、医療者は、「患者が状況を十分に理解していない、あるいは、迷いがある」と感じられる場合には、「セカンド・オピニオン」を受けるように提案し、それを可能にする環境づくりが必要であると考える。患者や家族が彼らの考えや思いを十分に表現できるように働きかけることが重要である。そして、常に患者の質問に答える姿勢を持ち、患者が十分に状況を吟味したうえで、自己決定できるように「相談し合える環境づくり」への配慮をすることが欠かせないと考える。このような配慮が、患者が診療を受ける病院の場面に浸透し、日々実践されていくことが望ましいといえよう。

このような、開かれた自己決定プロセスの中で、患者が治療や療養法を選択し、自己決定できることによって、患者は初めて「納得」して医療に参加し、医療を受けることができるようになると考える。この自己決定が最も効果的に行われるもう一つの要因は、患者が「十分に時間的なゆとりを持って、じっくり考えることができた」と感じられたときであり、そのことも見落としてはならないと考える。

高嶋[31]は、このような係わりや環境の調整をしなければならないことについて、看護師の重要な役割として、「患者さんと看護師が相互の立場で、互いの意見を交換することによって、患者さんの意思を尊重した方法を患者さん自身が選択できるように援助することである」と述べている。

このような、患者の自己決定を支える場面で、看護師に必要とされる能力や資質としては、①看護学の知識、看護技術 ②看護師自覚③医学や倫理学の知識 ④対象者や現象を捉える能力 ⑤表現力、行動力であると考える。

IV. 研究方法

1．研究対象

本研究は病床数 1000 以上ある大学病院の腎臓内科にて入院治療を受けている透析導入患者（20 歳以上）と、そこで勤務する看護師を対象とする。標本の選出基準は以下の通りである。

患者：1．20 歳以上でシャント作成または透析導入されて一年以内の者
　　2．医師によって病気や治療について知らされていること
　　3．本人から研究への参加同意が得られていること

看護師：1．腎臓内科の病棟に勤務していること
　　2．本人から研究への参加同意が得られていること

2．測定用具

本研究の概念枠組みを基に、筆者は患者と看護師用に質問紙（資料 V・VI 参照）を作成した。

看護師には「自己決定を支える上で必要と思われていること」への実際の取り組みを明らかにするために、野嶋らによる先行研究の枠組みを「必要と思う」から実際の「取り組み」へと一部変更して用いた。これにより、看護師が自己決定を支える上で必要と思っていることへの実際の取り組みや個々の意識を調査することが可能となる。

さらに、患者からの IC に関する回答だけではなく、実際に患者が受けた IC の内容を客観的に確認するために、診療記録（カルテ）から対象者のこれまでの経過と IC に関する部分の記載をチェックする項目用紙も作成した。（資料 VII 参照）

3．信頼性と妥当性

プレテストとして血液疾患患者を対象に調査を行い、患者用の調査に用いる質問紙などを 3 名に評価していただいた。その結果、「調査へのご依頼」を簡潔にすることや「質問紙」の内容を外来と病棟とで分ける方が答えやすいというご指摘をいただいた。それらを反映させ、「調査へのご依頼」は読みやすいよう簡潔かつ大きい文字にし、実際に調査研究に用いた質問紙には「治療方法の決定前」と「治療方法の決定後」を区別した。しかし、血液疾患患者の場合様々な経過をたどることが予想され、どの段階で調査を行うかによっては結果が左右されることが考えられた。また、血液疾患の場合は、状態が比較的悪い方への調査も必要であり、対象者が回答しにくいという点も考えられた。そのため、状態が比較的安定しており現状よりも回復することが見込め、自己の体験への振り返りや考え方が整理できる患者を対象とすることが望ましいと考えた。よって、対象者を血液疾患から透析導入患者へと変更することとした。

しかし、このプレテストで得られた回答は、やはり我が国の医療の問題点を浮き彫

りにするものであり、この調査研究の必要性をさらに裏付ける手助けとなるものであったため、以下にその回答内容をまとめる。

＜疾患や治療に関する医師の説明＞
先生（医師）からの詳しい説明はなく、私（患者）の方から質問して初めて（当方の受け止め方が分かって）答えてくれるようになった。
＜分かりにくいことへの対処＞
「医師にその場で質問をする」「自分で本やインターネットを用いて調べる」看護師に後で聞くことは外来では事実上無理。
＜説明の理解度＞
「かなり理解できた」但し、質問を繰り返すことで。当初の医師の説明のみでは、疾患名と治療の進め方の概要程度。（同席していた）看護師によるフォローは何もなし。
＜看護師への質問＞
質問したいときにいつでも質問はできたが、十分な回答は得られず。納得するまで質問に答えたり話を聞いてくれることは全くなく、諦めた。
＜自分の希望や思い（価値観・人生観）を医師に伝えることができたか＞
治療については短い時間でも伝えられるが、それだけの時間で「自分」を語ることは不可能。また、それは医師の負担にもなるゆえ。治療や療養方法に関しての希望は伝えられたが、価値観や人生観について語るほどの関係は今でも生まれていない。
＜自分の希望や思い（価値観・人生観）を看護師に伝えることができたか＞
入院期間を通じても受け止めてくれる雰囲気が感じられなかった。若いナースに価値観や人生観を語ることは彼女らに負担になると考え、私の方で伝えることを止めた点もある。
＜治療や療養方法をどのように決めましたか＞
自分（患者）の疑問点を医師にぶつけ、結果その説明に納得して決めた。
＜上記の決定プロセスに満足していますか＞
「あまり満足していない」
質問してはじめて詳しい説明がなされるというのでは、インフォームド・コンセントとは言えない。何を質問してよいか分からない、また専門用語も分からない患者は多いはず。その点を踏まえた対応が必要。もちろん、患者側の医師まかせは大きな問題であるが。
＜決定するまでの時間（期間）は十分でしたか＞
「まあまあ十分」
＜看護師の関わり方の満足度＞
「全く満足していない」関わりと呼べるものは皆無。
＜病気や病状、治療などについて知ることの意味＞

「かしこい」「よい」「有益な」「報いのある」
＜自己決定は十分にできたか＞
自分（患者）が積極的であったことで、「大変十分にできた」と思う。

この事例ように、患者側から積極的に医師に質問をし、納得が得られたというケースを見ると、日本のICは未だ発展途上にあるように思われる。そのため、筆者が作成した調査用紙を用いて透析導入患者がどのような方法で医師から説明を受け、導入に至っているのかを研究する意義は大きいと考える。また、そこに関わっている看護師の自己決定を支える意識も明らかにすることで、今後の看護の発展につながる示唆が得られるであろう。

4．データ収集方法

標本に選ばれた患者・看護師から調査協力への同意が得られたら、研究の目的などを説明し理解してもらう。そして、匿名性の保証と調査内容の守秘等についての説明をし、調査協力への依頼をした。同意していただけたら、患者には質問紙を用いた半構成的インタビューを実施し、看護師へは質問紙を手渡して記述回答をしてもらった。また、回答には十分な時間を与えることとした。

5．データ収集期間

調査期間は、平成16年10月18日～12月1日の約1ヶ月半である。

6．データの分析方法

図5に示した本研究の概念枠組みに沿って、調査用紙の結果を量的および質的に分析検討する。また、患者と看護師のデータを合わせて読み取りながら、自己決定医療の現状と今後の在り方についても分析する。

7．倫理的配慮

本研究の実施に関しては調査実施病院の看護部および調査実施病院の腎臓内科診療部長より承認を得た。なお、研究への協力は個別に「調査協力のご依頼」（資料 I・II 参照）にて主旨を説明し「同意書」（資料 III・IV 参照）を用いて同意を得た。データの秘密保持を図るために、協力者氏名は質問紙に記入せず番号によって管理した。今回得られたデータは本研究のみ使用するものとし、データを使用する場合も協力者の身元は伏せ個人が特定されないようにした。得られた結果資料は研究者によって厳重に鍵のかかるロッカーにおいて管理し、データ処理された後に、2005年3月末までにシュレッダーにかけて破棄する。

V. 結果・考察

調査結果は患者 10 名、看護師 8 名より回答が得られた。各々の結果やそれら 2 つのデータを対比させたものをもとに、本研究枠組みでもある「治療・療養生活に関する患者の自己決定プロセスと影響要因（図 5）」に沿って検討し考察する。

1．自己決定を支える看護師の資質への取り組みとその必要性

看護師への調査から、「患者の意思決定を支える看護に必要なもの」に対する取り組みでは、「価値観を押し付けない」「尊厳を守る」といった項目が高得点であり、表 5 の「患者の自己決定を支えるのに必要な看護師の資質」の中からは、「表現・行動力」を高める取り組みが最も重視されていることが分かった（表 7）。しかし、医学や倫理学の知識に関しては、低い結果となった。

以下 8 名による回答の結果と各項目の平均値を記す。

項　目 ＼ 看護師	A	B	C	D	E	F	G	H	平均値
a. 患者にあった方法で看護を展開する技術	3	4	4	3	4	4	2	5	3.625
b. 看護者の価値観を患者に押し付けない	3	5	4	×	3	4	4	5	4.0
c. 患者の人間としての尊厳を守る	3	5	4	×	4	4	4	5	4.14
d. 人を理解する分析力や洞察力の磨く	3	4	3	4	4	3	2	5	3.5
e. 患者の心理的サポートを行う技術	3	4	2	4	4	3	2	5	3.375
f. 専門職としての自覚を持つ	3	4	3	×	3	4	2	5	3.428
g. 充実したカンファレンスを運営する技術	3	1	4	×	2	3	2	5	2.857
h. 先を見通す力	3	3	3	3	4	3	2	5	3.25
i. 症状を査定するための医学的知識の勉強	3	4	3	3	3	4	2	5	3.375
j. 感受性や共感能力を高める	3	4	3	3	4	4	4	5	3.75
k. 患者の問題解決能力を引き出す技術	3	2	3	×	×	×	2	5	3.0
l. 患者の日常生活を整えていく技術	3	4	3	3	3	4	2	5	3.375
m. 患者と家族の倫理を尊重する勉強	3	3	2	2	2	3	4	5	3.0
n. 家族関係を調整する技術	3	3	4	3	3	3	2	5	3.25

表 6 ：患者の意思決定を支える看護への取り組みとその平均点

<5 段階スケール> 5 ：非常にそう思う　4 ：かなりそう思う　3 ：まあまあそう思う、
2 ：あまり思わない　1 ：全く思わない　× ：無回答
□ ：高得点

これを筆者が内容別に整理した、表 5 の「患者の自己決定を支える看護師の資質」で平均点と順位を出すと以下、表 7 の通りとなる。

看護師に必要な資質	平均点
1．表現力、行動力	4.2
2．対象者や現象を捉える能力	3.5
3．看護師の自覚	3.428
4．看護学の知識、看護技術	3.247
5．医学や倫理学の知識	3.1875

表７：自己決定を支える看護師に必要な資質への取り組み

「患者の自己決定を支える看護師の素質」にある様々な項目の中から、「表現・行動力」に最も力を入れていることから、看護師は患者にとって最も身近な立場にあり、患者の価値観や尊厳を大切に考えて行動していることが伺える。

他方、「医学や倫理学の知識」を深めるための取り組みは最も低くなっていた。野嶋らによる先行研究においても、医学や倫理学の知識、は「今後において看護師に必要な要素」としては低く評価されていた。

「自己決定が透析導入への姿勢にどう関わるか」については、「治療の継続のため」「時間を有効活用でき、落ち着いて透析導入に臨める」「積極的に治療に取り組むことができる」などが挙げられた。しかし、他方では「データ上（病態上）やらざるをえないので、自己決定はあまり関係ない」「高齢者の自己決定の尊重には程遠いのが現状」といった現場の声も挙げられている。

これらの結果から、慢性疾患で長期に及ぶ療養生活を余儀なくされる患者にとって、「自己決定」が大切であることを約半数の看護師が認識し、「自己決定が出来るようにしていく」ことの必要性についても明らかになった。しかし、各々の看護師は「自己決定」を支えられるよう取り組んではいるが、実際には支えきれない難しい現実があることも分かった。例えば、尿毒症による強い身体症状を抱えた患者や高齢者、嫌々ではあるが透析導入の決断をする患者などもいるのが現実である。そして、臨床現場でケアにあたっている看護師は、「透析をしなければ死を迎える」といった現実に直面している患者と対峙するのである。このような場合、「必ずしも説明することで、‘患者が納得をして自己決定ができる’とうような単純な状況ではない」ことは理解できるが、だからといって嫌がる患者やためらう患者を無視し、医療者が考える「患者にとって良いこと（生命を救うため）だから嫌がっていても、やってもらう」ということでは決してないと考える。例え、医療者が考える「患者にとって良いこと」であったとしても、それを受ける患者の了解や納得が必要である。身体的に苦しんでいる患者や理解力・判断力が低下した患者であったとしても、理解してもらう努力をし、了解を得ることは必須である。言い換えると、このような援助こそ、「患者のための医療であり、患者の自己決定を支援することになる」と考えられるからである。

「患者の了解や納得をえること」を前提としているところの新生会第一病院[32]では、

「患者自らの意思で治療選択ができるように、個々人の理解力に合わせて、少しずつ、繰り返し説明している」ことが報告されている。

例えば、Cr（ｸﾚｱﾁﾆﾝ）３～４mg/dl のときは治療方法の概略が理解できるように、Cr５～６mg/dl のときは HD・CAPD・HHD・腎移植それぞれの基礎的知識を理解し、選択のための準備ができることを目的に教育をしている。そして、Cr７～８mg/dl になったら、治療選択に必要な知識と適応上の問題を理解し、自分の生活スタイルに合わせた選択ができるようにし、症状の出現していない病気の早い段階から説明をする。また、導入後の教育についても患者の年齢、理解度、基礎疾患の種類などにより、4種類もの標準的な患者教育カリキュラムを用意している。

さらに、透析導入を決意した後も、事後の対応として、「そのまま（継続）でよいか、患者の意向を聞きながら常に対応していく」ことが条件とされている。つまり、「実際にやってみないと分からないことがある」ように、患者自身も一度は決心して実行してみたものの、やはり自分の望むものではなかったということもあり得ることであり、このような患者の気持ちの変化や状況の変化を的確にアセスメントして、それらに対応できることこそ、患者の自己決定を支えるケアの基礎である。

２．医師の説明とそれらに対する患者の理解と納得

患者対象者 10 人全員が医師から透析導入についての説明を受けたと回答した。その主な方法は全員口頭であったと述べ、うち１人だけがパンフレットを用いての説明を受けている。また、10 人中３人は易しい言葉での説明を受けたと認識している。そして、説明の分かりやすさについては、10 人中６人が「大変分かりやすい」と回答しており、その他１人は「かなり分かりやすい」、３人は「まあまあ分かりやすい」と回答している。このように、患者自身による「分かりやすさ」の評価はかなり高いといえる（図６）。

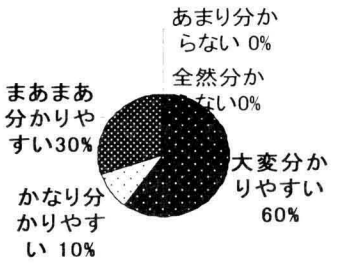


図6：医師による説明の分かりやすさ（患者）

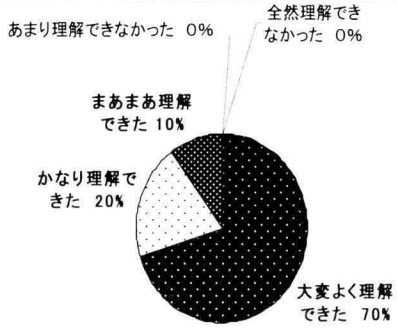


図7：医師による説明の理解度（患者）

しかし、口頭の説明では、その場では分かったつもりでも忘れてしまいやすく、後で思い返すときに参考になるものが手元に何も残らないことが懸念される。

分かりにくい事への対処方法としては、「説明の場で医師に質問をする」が最も多く、

疑問や確認は医師や看護師に向けて率直に行われている。

理解度に関しては10人中7人が「大変よく理解できた」と回答し、その他2人も「かなり理解できた」1人も「まあまあ理解できた」と高い評価である（図7）。説明の「分かりやすさ」から「理解度」においては、いずれの患者においても、それぞれの対処方法によって評価を上げている。つまり、「まあまあ分かりやすい」としていた者も、理解度においては「かなり理解できた」または「大変よく理解できた」としている。

一方、「医師による説明を患者が理解し納得していると思うか」に対する看護師の回答によると、全員が「まあまあ～あまり」とし、その理解度や納得度は患者の回答とは対照的に低い結果であった（図8）。その理由としては、「看護師に何度も質問をしてくる」や「透析に対するイメージがついていない」といった内容であった。

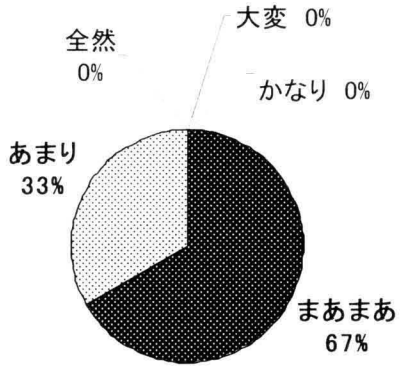


図8：医師による説明を患者が理解し納得していると思うか（看護師）

このことから、患者と看護師の間には求めているレベルに差があると考える。患者の方は、医師から説明を十分に聞き、十分に理解したと思っていても、看護師としてはそのレベルでは十分ではないと感じている。

この差を作り出している背景には、医療者側と患者側の要因があることが調査から分かった。看護師の回答によると、医療者側の要因としては、「医師は全てを説明しないことが多い」「専門用語や検査データを用いて説明する」といった事由であり、患者の理解を妨げるような情報提供の在り方を問題と考えている。また、患者側の要因としては、「医師に対して質問できない」「高齢者など人任せ・医師任せの人がいる」などが挙げられており、患者の「説明の場で医師に質問をする」との回答とは大きな違いとなっている。これは、看護師が「疾病の全体像」を見て回答しているのに対して、患者は部分的にしか捉えていないことによる差違であると考える。その他、患者の責任とはいえないが、患者の理解度を妨げている背景に「尿毒症症状が強く思考・判断能力の低下」といった身体的症状が影響していることが明らかとなった。

このような患者—看護師間の差違をなくすためには、まず説明内容をスタンダード化することが必要であると考える。例えば、患者に伝える最低限の内容を予め決め、それらについて患者にとって分かりやすい言葉で説明をする方法を記述しておく。専門用語を使用するならば、それらについての分かりやすい説明（用語集など）を加えることも検討することが必要であろう。そして、通常用いるものと高齢者や身体的症状などで判断力が低下している患者に用いるものなどを分ける必要があるだろう。

例えば、情報の提示方法を口頭のみではなく、パンフレットの使用やビデオを用いるなど工夫することが大切である。ある一定のレベルまで伝えた後は、個々の能力に応じて看護師の判断で追加説明をすることも必要である。宮下[33]は、「図や写真、VTR、模型、実物を利用して説明することは、現実感を与え、患者に理解されやすい。具体的には、テキスト（文献）、カセットテープ、パンフレット、紙芝居などを用いて指導することは、患者にとって具体的で直接的経験に近く、実際に患者の記憶に残る工夫により、多くの感覚が関与することになり、より能動的で効果的な学習となる。

さらに、「医師に質問できない」「人任せ・医師任せの患者」に対しては、看護師が「あなた自身（患者）が医療の主体である」と常に言葉と態度で示し、「自分のことは自分で」という姿勢を喚起していく必要がある。

患者の疑問を看護者が代弁する、医師の説明時に「メモをとって記録を残す」などを指導して、患者の自己決定への自覚を促していく。足立[34]は、IC における看護師の役割として、「患者が医師の説明を十分に理解し、患者にとって最善の自律的選択（自己決定）ができるように、患者を支えること」としている。そして、その具体的行動としては、「IC が行われる席に立ち会うこと、患者が医師からの説明をどのように理解したかについて確認し、必要な場合には、看護師から医師に質問し、看護師が患者に対して補足説明を行うこと、患者やその家族が病名、病状、治療方法についてどのように受け止めたのか、彼らの心理的ダメージの程度を観察すること、またそのダメージから回復するように手助けすること、患者のおかれた状況を患者自身に正しく把握するよう働きかけ、病気やけがのある自分を受け入れるような新しい価値観を発見するように導くこと」などを挙げている。このように看護師が具体的に行動に移し、患者が主体性を持って自己決定できるよう支援する姿勢を持つことが重要である。

3．患者—看護師相互作用

看護師への調査からは、ほぼ全員が「医師による説明に対する患者の理解度や納得度」を判断していることが分かった。看護師は主に「患者の表情や言葉」といった直に接しながら得られる情報によりアセスメントをしている。そこで患者の理解に不足や誤りがあった場合に看護師は、「医師と連携して再度説明する」や「看護師として質問に答え説明する」などを行う。また、このときに看護師がすることのなかで、「身体的苦痛の除去」や「信頼関係を築く」といったことも挙げられていた。これらは、患

者が自身の置かれている状況を考えるのを助け、相談したいときに看護師に相談できる環境づくりにつながっていると考える。

このように、看護師は患者との相互作用の中から患者の状況を情報収集・判断し、必要な情報提供を行っている。その過程で患者の質問に答え、補足説明を行っている。これは患者の「自律」を促す働きかけであると考えられる。足立[35]は、自律とは「意思決定を行う際に、他者からの支配的な影響や適切に理解できないなどの障害がない状況において、決定に対して理性的に理解することができ、意義のある選択を意図的に行うこと」と定義している。

哲学者 Kant は、人間には無条件の価値があり、個々の人間には自分自身の運命を決定する能力（自己決定能力）が備わっているとしている。そして、それらが侵害されるようなことがあれば、「その人自身が定める目的に反するような目的に従って行動することになる」としている。つまり、人間の無条件の価値を侵害することになるのである。また、哲学者 Mill は、他人への危害を防止するという例外を除き、誰も行為の自由を干渉すべきではないと述べ、行動する際には他人からの強制や干渉を受けないことがその人の自律を保障するとしている。この２つの要素は、自律尊重に哲学的な意味を与え、人間関係を構築する際に欠かせないものとなっている。そして、自律尊重は人間関係を築く場合の倫理原則となり、患者―医療者関係を構築する場合にも適用されると考える。足立[36]は、「看護師が自律尊重を行うことは、患者の自己決定能力を尊重することであり、また患者が治療方法を選択する行為に際して、患者の自由が保障され、自律能力を発揮できるような状況を確保するように努めること」と結論付けている。この自律の原則に裏打ちされた医療実践が IC であり、IC を通した患者の自己決定を促すための患者―医療者関係が必要である。

４．セカンド・オピニオン

「セカンド・オピニオン」に関しては 10 人中９人が「何か分からない、知らない」といった回答であった。また、セカンド・オピニオンについて説明をしても「その必要はない」と回答された患者が多かった。その理由に「医師を信頼している」や「医師の説明に納得している」といったことが挙げられた。セカンド・オピニオンを知っていた１人に関しても、「20 年間の付き合いのため医師を信頼している」という回答であった。いずれにしても、医師との信頼関係を重視しセカンド・オピニオンを求めない患者が依然として多いのが現実であることが分かった。

では、患者は医師の何を信頼しているのだろうか。それは、診療における医師の判断であろう。だが、この医師の判断能力を客観的に示せるものは、現段階において日本では特にない。米国のように、医師個人の実績や実力を客観的に示す評価などが公表されていないからである。しかし、患者は医師を信頼していると答える。これはまさに、医師と患者の関係が対等ではなく、医師の方が上位に立っていることを患者自

身が認めていることを示していると考える。

さらに、セカンド・オピニオンが「何であるか分からない・知らない」と回答した患者が９割ということは、社会のなかで未だ「セカンド・オピニオン」の概念が浸透していないことを裏付けるものともいえる。セカンド・オピニオンは、医師を信頼していないから求めるものではなく、「冷静に自身の学習の機会として他の専門家の意見も聞く」という発想であるべきだと考える。しかし、この発想がない限り「医師を信頼している」と答える多くの人に、セカンド・オピニオンを浸透させるのは難しいだろう。今後、看護師は患者の知る権利・選択する権利を含めた「患者の権利」について共に考え、患者の「気づき」を促し、患者の自己決定能力の発揮を支えなくてはならないと考える。

５．自分（患者）にとっての意味づけと決定プロセスの満足度

「自分の病気や治療について知ることの意味」に関しては患者 10 人中４人が「大変意味がある」と捉えており、Ajzen & Fishbein,1972 による「ある行為に対する態度」ではいずれの項目においても、「かしこい」「よい」「有益な」「報いのある」と回答された。その理由に「知ることによって、受け入れることができる」「積極的に勉強したりして関われる」「最初は落ち込んだが、決められた枠の中で人生を楽しもうと考えられるようになった」「自分のこととして知ることは大切」といった回答が得られた。そして、この４人は決定プロセスについては「大変満足」と評価していることから、「情報をいかに自分にとって意味付けることができるかが重要」であることが示唆されていると考える。その他の患者６人は、このことについて特に考えたこともなかったようで、回答が得られなかった。

医師や看護師から必要な情報を得た患者は、選択・決定の前に自分にとっての意味づけを行う。そして、このとき重要となるのが「自分の希望や思い」を患者が医療者に伝えることである。10 人中４人は「伝えられた」と答え、その内容は「尿毒症症状が辛いため早く透析してほしい」「透析拒否」などである。

「透析拒否」を主張された方は、最終的に透析導入となったためか、決定プロセスに関しては「かなり満足」と「まあまあ満足」と回答されている。これには、「希望や思いは伝えたが叶わなかった」という思いがあると考えられる。このような患者に対しては、導入後のフォローなどで心理面を支援していくことが課題として考えられる。その他４人は「伝えたいことは特になかった」、２人は「伝えたいことはあったが、伝えなかった」と回答された（図９）。

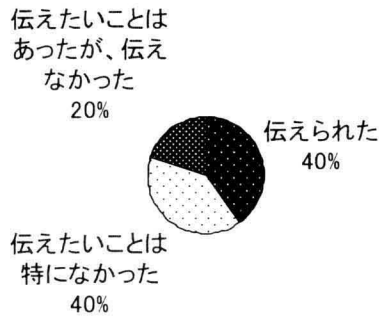


図9：希望や思いを医療者に伝えたか（患者）

「伝えたいことはあったが、伝えなかった」患者の場合、個人の性格も考えられるが、言い出せない環境があったことも十分に考えられる。伝えない理由の中には、『贅沢は言っても叶わないので言わない』といった回答があった。これは、『透析によって命は助けてもらうが、生活の質を保障してもらうことは不可能（贅沢な望み）』と患者自身が感じているようにも読みとれる。つまり、救命以外のことは、たとえ望んでいたとしても贅沢な望みであるため叶わないと諦めていることが考えられ、「患者のための医療」の視点からは課題のひとつであるといえる。

6．治療方法の決定とそれまでの時間および満足度

患者 10 人中 8 人が「医師によって治療方法は決められた」と回答している。インタビュー時の患者の話し方からも、迷いはなく即答であり、医師が決めるのが「むしろ当然」であり、自分で決める意識は低いことが感じられた。このことは、「患者が自己決定をする」といった医療から程遠いという現状を映し出しているとも考えられる。「治療方針は医師が決めるものであり、患者はそれに従う」といった従来のパターナリズムが未だ健在であると考えられる。

しかし、慢性疾患患者においては自己コントロールやセルフケアがその療養生活においては欠かせない。このような場合、「自己決定」をして自身で決めた療養生活をすることが患者の「生きること」そのものであるため重要となる。つまり、例えそれが制限の多い・厳しい「透析療法」であったとしても、「自己決定」することによって、その継続や予後に本人の意思が大きく影響することが考えられるからである。

次に、決定プロセスに対する満足度をみると、「医師が治療方針を決めた」とする、8 人中 6 人はその決定プロセスに「大変満足」している（図 10）。

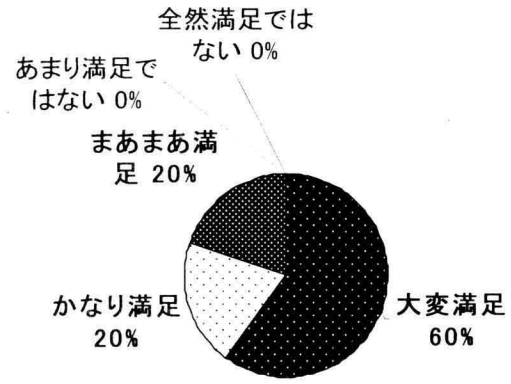


図10：決定プロセスに対する満足度（患者）

これは、医師によって決められた内容よりも、むしろ「決めてもらうこと」自体に満足感を覚えているように思える。つまり、どのような方法であれ「信頼している医師」による治療方針の決定は、患者にとっては「納得の行く満足なこと」のようである。医師の「判断を疑わず、説明された内容に疑問を持たず」に納得しているこの一連の流れは、日本人に多いといわれる「医師任せ」の患者像の表われであると考える。

さらに、ほぼ全員が「医師によって治療方針を決められた」ということは、医師から患者に対して「選択肢が提示されなかった」ことを意味していると考える。医療の中で「患者の自己決定」を支えることは、選択肢の提示を大前提としている。その提示なしには、患者自身が「最も良い」と思うものを選び、決定することすらできないのである。これは、大きな問題であると考える。例え、その患者にとってベストな選択が「血液透析」であったとしても、その他の治療方法としてCAPDや腎移植などがあることを患者に情報として提示することは重要である。その中から、患者はメリット・デメリットについて説明を受け、考え、自身の価値観やライフスタイルと照らし合わせながら自己決定していくことができるのである。

「決定までの時間」に関しては、それぞれの病状により個人差はあるが10人中7人がシャント造設まで1年以上あったと回答している。しかし、これを『長い』と感じるか『短い』と感じるかは個人によって差がみられた。

一般的に、決定までの時間が長ければ長いほど、患者の決定プロセスへの満足度は高いようである。透析導入まで20年以上時間があった患者は、それまでに大好きな旅行を思う存分楽しみ、大変満足されていた。また、透析に対する覚悟もできており、透析に対して非常に前向きであった。逆に、時間が短いほど、または個人が『十分ではない』と感じる時間内での決定に関しては満足度が低い。これは、患者の中で提供された情報や透析についての意味づけができていないためだと考えられる。時間の流れは人によって感じ方に差があるため、「決定までの時間」に関しては、何を持って十分とするかを判断することは難しい。しかし、十分に時間を与え、本人が自身にとっ

ての意味づけをじっくりできるだけの時間は必要であるといえる。そして、それを「見極める能力」が医療者に必要な技術の一つであると考える。

「決定プロセス」に対して「大変満足」と答えなかった者が10人中4人いる。2人は「かなり満足」と回答しており、その理由として「透析拒否していたが、自覚症状が強く仕方なく導入を決意」「自覚症状があり、Cr の数値を聞いて諦めた」といったプロセスを経ている。この2人は、透析についてはなかなか前向きになれなかったが、自覚症状が辛かったため導入を決意している。

このように、患者の決定プロセスに対する満足度は、本人の自覚症状などを含めた身体的な状況も大きく影響していることが考えられる。また、「まあまあ満足」と答えた2人に関しても「透析拒否をしていた」「2日間で導入を決めなくてはいけない緊急事態だった」という特徴がある。このような結果から見ると、自分の意思通りにならなかった患者については満足度が低いことが分かる。

7．患者の自己決定

「治療方針が医師によって決められた」8人中7人は「自己決定」に関しては「大変十分にできた」と高い評価をしている（図 11）。医師による決定が、最終的には自分自身による納得のもとでの決定であるため、それを信じて治療に取り組んでいると考えられる。もう1人は医師によって決められたため、「自己決定」に関しては「かなりできたとしか評価できない」と回答された。この患者は様々な情報から、『医師の意見に従うことがよい』と思い最終的には決めたが、自己決定ができたとは思えないようである。その他、医師の勧め家族の希望によって透析導入を決意された方も「自己決定」は「かなりできた」と回答された。透析導入まで2日しかなかった緊急事態での導入患者は「あまり十分にはできなかった」と回答された。このように、自分以外の人による決定や、自分が決定にあまり関われなかった体験を持つ患者の「自己決定」に対する評価は低かった。

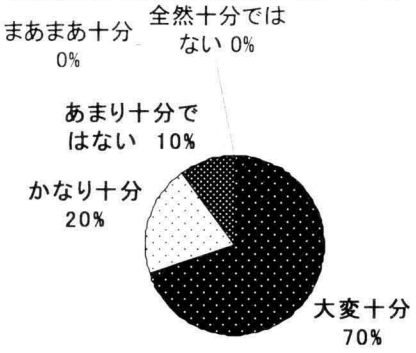


図11：自己決定は十分にできたか（患者）

看護師に対する調査では、「自己決定を支える関わりができているか」に関して、回

答が得られた7人中7人ともが「まあまあ～あまり」と低い評価であった（図12）。その理由としては、「短期入院となり難しい（ゆっくり関わる時間が減っている、他にも看護師としての業務がたくさんある）」「外来患者数の増加、診療時間も短い中で支えるのは難しい」が挙げられた。このように、限られた時間の中でケアする看護師にとっては、「患者の自己決定を支えることは難しい」のが現状のようであり、優先順位も低くなっている。しかし、できる限り患者との信頼関係を築く努力はされており、「患者自身が治療法を選択するべきである」ことに関しては説明しているとのことであった。このように、ここでも患者と看護師との間に評価の差が見られた。つまり、患者は自己決定ができたと感じている方が多かったが、多くの看護師は「それを支ることができていない」と感じているのである。その他、「何をもって自己決定を支えられたかはまだ分からない」といった回答もあり、患者の自己決定を看護師が評価することに難しい一面もあることが分かった。

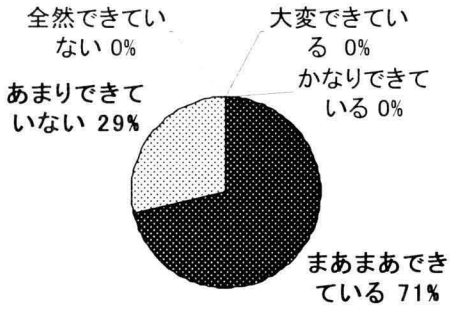


図12：自己決定を支える関わりができているか（看護師）

「さらに自己決定を支えるための看護システムや看護師の役割」については、「十分な情報提供、情報を得る場の調整」「患者の考えの把握や迷いに対する助言や支え」「治療計画について十分理解できるよう関わる」といった回答が得られた。しかし、現実は多忙なため十分に関わることができず、「看護師人数の増員」といった希望もあった。また、「システムや役割ではなく『人』としての感性や優しさ」が今医療に求められているといった意見もあった。このことから、忙しい業務の中でも患者と向き合う時間を持つことや、現状を改善していく必要性をそれぞれの看護師が感じていることが分かった。また、これらは看護師が「自己決定」を支える大切さを感じていることを裏付けるものであると考える。

Ⅵ. 結論

患者が、医師から「どのような説明を受け、それらをどのように理解し納得しているか」が自己決定に至るまでのプロセスにおいて大切であることを論じてきた。また、看護師を含めた「医療者は、患者にとって最も望ましい治療・療養法の選択や決定に至るまでの自己決定プロセスを支えることが重要な役割である」と結果からいえよう。

患者は医師による説明を「大変分かりやすい（80%）」とし、その説明に対する理解度は「大変よく理解できた（70%）」と高い評価をしていた。しかし、「医師による説明を、患者が理解し納得していると思うか」に対して看護師は、「まあまあ～あまり（100%）」と回答した。その理由として、「医師は全てを説明しないことが多い」「専門用語や検査データを用いて説明する」などが挙げられた。患者自身による評価と看護師による評価は対照的な結果となった。つまり、看護師が患者に期待したい「疾患や治療方針の説明」に関する理解度は、患者が考えているレベル以上の「現実に起きていることの事実を見極める」ことを求めていることが分かった。このことから、どのような状態の患者に対しても、よく理解してもらえるような「説明内容のスタンダード化や情報の提供方法の工夫が必要である」ことが示唆されていると考える。

患者と看護師の関係においては、看護師は必ず患者の理解度を「患者の表情や言葉」などからアセスメントしていることが分かった。そして、その中で、看護師として補足説明を行う、あるいは医師へ再度説明の必要性について連絡をしている。また、看護師は患者の身体的苦痛の除去や信頼関係を築き、患者が自身のことを安心して考えることができるような環境づくりにも配慮している。このような看護師の行動は、患者の「自律」を促し、患者の自己決定能力を発揮させることに繋がると考える。

セカンド・オピニオンについては、多くの患者は（1人を除いて）「何であるか分からない・知らない」といった回答であった。また、その内容を簡単に説明しても、「医師を信頼している、説明に納得しているため必要ない」と答えている。患者主体の医療が広く社会的にも広まり始めている中、未だ医師との「信頼関係」を重視し、セカンド・オピニオンについて考えない患者が多いことが分かった。これは、医師と患者の関係が対等ではなく、『医師の方が上位に立っている』ことを患者自身が意識にのばらせない中で認めているためであると考える。

調査を実施した患者10人中4人は「病気について知ること」を、「受け入れることができる」「積極的に関われる」「知ることは大切」と述べ、その必要性を感じていた。そして、得られた情報をもとに自分にとっての意味づけをしていた。この時に重要となるのは、「患者が医療者に自由に自分の思いや希望を伝えられたか」である。4人は「伝えられた」と答え、その他4人は「伝えたいことは特になかった」、2人は「伝えたいことはあったが、伝えなかった」と回答した。この2人に関しては、伝えても希望は叶わないと初めから諦めていることが考えられ、「患者のための医療」の視点から

みると、今後の課題の１つであると考える。

「治療方法の決定」に関しては、患者 10 人中 8 人が「医師が治療方法を決めた」と回答している。これは、同時に『患者への選択肢の提示がなかった』ことを意味していると考えられる。『選択肢の提示』の中から『選ぶ』ということは、自己決定をする上で必要なプロセスであるため、この提示なしには自己決定することは困難となる。

このような決定プロセスにおいても、そのうちの 6 人は「大変満足」していると回答していることから、医師によって決められた内容よりも、『決めてもらうこと』自体に価値を置き、満足しているように考えられる。このようなことから、医師の判断を疑わず、説明された内容にも疑問を持たず、日本人特有の「医師任せ」といわれる患者が未だに多いのが実状と考える。このような患者 8 人中 7 人は、次の「自己決定」についての質問においても「大変十分にできた」と高い評価をしている。これは、決定プロセスに満足しているため、「医師による決定」であっても最終的には自分で納得しているため自己決定できたと評価したと考える。

「自己決定を支える看護」について、看護師は全員「まあまあ～あまりできていない」という回答であった。その要因としては、「短期入院では難しい」「外来患者数の増加」「短い診療時間では難しい」などが挙げられた。限られた時間の中で患者と接する看護師にとって、自己決定を支えることは現実的には難しく、その他の業務で追われるため優先順位も低くなってしまうようである。患者の説明に対する理解度と同様に、ここでも患者と看護師の間に評価の差が見られた。

「自己決定を支えるための看護師システムや看護師の役割」については、「十分な情報提供、情報を得る場の調整」「患者の考えの把握や迷いに対する助言や支え」「治療計画について十分理解できるよう関わる」といった回答内容であった。このことから「自己決定を支えることの必要性・重要性を看護師は認識している」ことが考えられる。また、自己決定を支えるためには、「患者に十分な情報提供をすることが大切である」ことも裏付けられた。さらに現状では、「患者が情報を理解し、自分にとっての意味づけをしながら、主体的に取りくめる」ためには、「看護師が患者の自己決定プロセスを援助することの必要性」が高いといえよう。

最後に、我が国の自己決定医療の今後のあり方について、本研究を通して今後の方向性について考える。本研究結果より、患者と医療者の間での認識の差が 2 箇所明らかとなった。1 つは、医師によって提供される「情報の理解」と、もう１つは「自己決定」に関することである。一見、患者自身は『情報をよく理解し、自己決定できた』と述べているため何も問題がないように見えるが、これは「真の自己決定医療ではない」と考える。

欧米では、Mayo Medical Center での事例で紹介したが、患者が正しい情報を得る機会が豊富であり、それらを理解できるようにする工夫が随所で見られる。また、患者の権利意識も高いため、「患者の権利法」や病院システムによってその権利が守られ

る体制も整っている。その他にも米国においては、患者が自身の受ける医療に積極的になる理由を挙げられる。このような中で、患者は「情報」を得て、自ず「と自己決定」への動機付けがされ、積極的かつ主体的に患者自身の治療に関わるのである。

他方、看護職の側でも様々な立場から患者と接し・情報を提供し、理解できない場合には、詳しく質問できる患者教育部門やカウンセリングやコンサルテーションなどを紹介し、「患者がよく理解・納得し」、「自己決定」ができるように、それを支えるシステムが整っている。

わが国においては、「患者の情報の理解度」の結果からみると、「情報提供のあり方の工夫」がもっと必要であると考える。もちろん、提供された情報を患者自身がどのように自分のために利用するかは自由であり、全く利用しないのも個人の選択であり、自由である。おそらく、米国の患者の中にもこのようなタイプの患者もいるであろう。しかし、本研究結果からみると、わが国の多くの患者の「理解度」や「自己決定」は、必ずしも「真の自己決定ではないのではないか」と考えられる。

現在の医療システムでは、洋の東西を問わず、長期にわたる療養法が必要な場合が多く、患者が自らそれを実践していくことが必要であること、および患者の権利意識の高まりなどから、「患者の自己決定」は重要な用件の1つになってきているといえよう。そのため、わが国では今後はとくに「患者の自己決定を支える取りくみ」がより一層必要であると考える。

未だ「医師任せ」な患者が多いわが国の現状では、患者自身が変わることが先決であるが、現状では難しいため、専門職として医療者が主導権をとって患者を「自己決定医療」に導くことが必要であろう。そのためには、患者は「本当に理解しているのか」など認識の差を埋める努力や、患者と課題を共有し、患者と医療者が自由に対等に話し合える「パートナーシップ」の関係を作ることによって、患者の主体性が導かれてくると考える。つまり、患者の自律を促し、「自己決定とは何か」を患者と共に考え始めることで、患者の自己決定に対する意識と認識は深まってくるといえよう。これらの取りくみによって、現在の患者の『自己決定』を、「真の姿」に成長させていくことができると考える。

Ⅶ. 本研究の限界と今後の課題

本研究では10名の患者と10名の看護師にのみ調査を依頼した。そのため、標本数の少なさから、ここで得られたデータを一般化して考えるには限界がある。また、研究対象を透析導入1年未満の患者としたことにより、疾患や治療の全過程において同様のことがいえるとは限らない。さらに、慢性腎不全で透析導入を決断された方々は、

今現在置かれている健康レベルよりは、透析治療によって状態が改善する可能性がかなり期待できる方々である。他方、治療を受けても予後が不確かである、あるいは悪化するような病態をもつ患者は、調査に伴う患者への負担の面（倫理的な配慮）から、除いてあり、必ずしも患者の全体像を反映するものにはなっていない。

「自己決定」を重視する理由は、決定した本人が「決定に基づく結果」に対する責任を引き受けることを内蔵しているからでもある。そのため、病態が不安定である、あるいは予後がよくないことが予測されるような患者にとって、「自己決定」は「人生の歩み方」の選択を意味することでもあり、重要でなる。

上記のような観点から、今後の研究課題としては、病態が不安定である、あるいは予後がよくないことが予測されるような患者に対しても、どのように情報を提供し、どのように「自己決定」を支える援助をすべきかについて、過去の事例分析や、あるいはケアを実践しながら方法を工夫して、研究していくことが必要であると考える。それによって、状態が良くない、あるいは状態の悪化が予測される患者も含めることができるようになり、より現実を反映した「患者の自己決定」に関する正確な研究結果が得られると考える。

謝辞

この研究の意図をご理解下さり、快くご協力してくださった透析療養中の患者の皆様、ならびに多忙な看護業務の中で、研究・調査にご協力くださった看護師の方々、病棟および外来の看護師長に心より深く感謝申し上げます。また、患者の皆様の安全を保障し、患者さんの研究協力への自由な意思を尊重して研究協力を許可してくださった患者の主治医、ならびに責任者の方々のご支援に深く感謝申し上げます。さらにMAYO CLINIC(Mayo Medical Center)での研修を許可し、多大なご支援を下さった教育スペシャリストのMs.Sandy Leinonen(RN)に深く感謝申し上げます。

尚、この研究は2004年度の「青田与志子記念慶應義塾大学看護医療学部教育研究奨励基金」の助成を受けて研究したものです。

VIII. 引用文献

1）瀧口範子：シリーズ海外で先端医療を受ける－メイヨークリニック,日経マスターズ,12,68－74,2002.

2）宮脇美保子：患者の自己決定権と看護の役割, 鳥医短大紀要, 26, 35-40, 1997.

3）岡本佐智子・長谷川真美他：患者の自己決定に関係する看護師側の意識と課題, 埼玉県立大短大部紀要, 4, 73-80, 2002.

4）木村利人：いのちを考える－バイオエシックスのすすめ, 日本評論社, 1987.

5）前掲２）

6）厚生省『厚生白書, 1995』.(東京：財団法人厚生問題研究会), 1995 年. 91 頁.

7）木阪昌知：インフォームド・コンセントの定義と歴史, 臨床成人病, 28(9), 1001-1006, 1998.

8）鈴木志津枝：家族とインフォームド・コンセント, 臨床看護, 25(12), 1783-1787, 1999.

9）前掲 6）

10）前掲 6）

11）『朝日新聞』1990 年 4 月 23 日.

12）医療経済研究機構『医療白書, 1996』.(東京：日本医療企画), 1996 年. 302 頁.

13）医療経済研究機構『医療白書, 2000』.(東京：日本医療企画), 2000 年. 46 頁.

14）前掲 12）47 頁.

15）岡本佐智子・長谷川真美他：患者の自己決定に関係する看護師側の意識と課題, 埼玉県立大短大部紀要, 4, 73－80, 2002.

16）宗像恒次：自己決定保健医療の時代へ, 月刊ナーシング, 13(13), 69-73, 1993.

17）前掲 4）

18）木村留美子・北村隆子他：慢性疾患患者の決定権に関する研究, 看護展望, 13, 94－99, 1988.

19）柴田恵子：看護におけるインフォームド・コンセント, Quality Nursing, 4(2), 141-149, 1998.

20）野嶋佐由美・梶本市子他：血液透析患者の自己決定の構造, 日本看護科学会誌, 17(1), 22－31, 1997.

21）柳田邦男：元気が出るインフォームド・コンセント, 中央法規出版, 1997.

22）上田泰：文科系のための意思決定分析入門, 日科技連出版社, 2002.

23）前掲 22）

24）McClosky,J.C. and Bulecheh,G.M.編；中木高夫, 黒田裕子訳：Nursing interventions classification(NIC). 3rd ed. Mosby；看護介入分類, 南江堂, 2002.

25）森岡恭彦：インフォームド・コンセント, 日本放送出版協会, 2001.

26）馬庭恭子：自己決定の場面から考えること，ターミナルケア，12(1), 35, 2002.
27）前掲 7）
28）井上和子・田中国夫：行動の予測因としての態度およびその他の変数に関する研究（1），The Japanese Journal of Psychology, 44(4), 195-206, 1973.
29）野嶋佐由美・畦地博子他：患者の意志決定を支える看護の基盤についての看護者の認識，高知女子大学紀要，49, 75-87, 1999.
30）前掲 26）
31）高嶋妙子編：ナースとインフォームド・コンセント，あゆみ出版，1998.
32）宮下美子・青木恵子他：透析患者への援助①透析導入へのサポート，月刊ナーシング，23(4), 2003.
33）前掲 32）
34）足立智孝：自律の原則，臨床看護，30(12), 2004.
35）前掲 34）
36）前掲 34）

IX. 参考文献

有森直子：患者の自己決定を支える，看護実践の科学，71－74, 1995.
伊藤幸朗：インフォームド・コンセントとは，教育と医学，42（9），798－804, 1994.
大平整爾：透析医は透析導入を患者にいつ、どう伝えるか？，透析ケア，6(1), 14-18, 2000.
岡美智代・安藤史子他：血液透析患者のセルフケアと透析療法における自己決定，日本保健医療行動科学会年報，12, 171－187, 1997.
片田範子：２１世紀に問う看護の倫理性，日本看護科学学会学術集会，22(2), 54-64, 2002.
加藤健次：患者の自己決定権と医療，看護学雑誌，59（7），668－672, 1995.
木村利人・永田勝太郎：対談－バイオエシックスの展望，メディカル・ヒューマニティ，3(1), 4-18, 1988.
ジョン・S・ハモンド，ラルフ・L・キーニー（小林龍司訳），意思決定アプローチ，ダイヤモンド社，1999.
高松公太：慢性腎不全患者の生涯治療，腎と透析，57(3), 280－282, 2004.
戸村成男・平野千秋他：米国における透析前腎不全医療の現状，日農医誌，48（5），720-725, 2000.
中島和江：米国におけるインフォームド・コンセント，臨床成人病，28（9），1041－

1048.
星野一正：インフォームドコンセントー特に日本になじむあり方，ターミナルケア，3（3），186－189, 1993.
本間チェン繭子：日本における看護職の患者擁護に関する概念，看護研究，34(3)，229－244, 2001.
眞嶋朋子：看護からみたインフォームド・コンセント, 42（9），857－862, 1994.
森岡恭彦：医療におけるパターナリズム（父権主義）とインフォームド・コンセント，臨床成人病, 28（9），1015－1019, 1998.
吉田智美：インフォームド・コンセントと看護者の役割，臨床看護, 21（12），1776－1779, 1995.
「特集：看護研究を倫理的に進めるために」，インタナショナルナーシングレビュー，28－59, 2004.

X. 添付資料

資料 I: 調査協力のご依頼（患者さん用）

調査協力のご依頼

私は、慶応義塾大学看護医療学部４年の門元記子（かどもと のりこ）と申します。この度、「医療現場の中で、診療に関する医師や看護師の説明はどのように行われているか、また、それらの説明によって患者の皆様方は十分に理解をした上で治療や療養法の選択・決定をされているか、納得した入院生活をされているか等」について実態調査を企画しました。今後の医療のあり方について研究したいと考えまして、ご負担をおかけすると思いますが、以下に示す調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

医療を取り巻く社会では、世界の動向として「患者さん自らが正しい情報を持ち、治療方法などを選択・決定するように」という、「患者さんが医療に主体的に参加する」ことが謳われるようになりました。しかし、実際はどうでしょうか。この調査では、まず「患者さんの自己決定を支える医療」の現状をまず調べ、米国で報告されていることを参考に分析し、今後の医療のあり方を検討したいと考えています。そして、日本におけるより良い方法を看護の視点から考えていくことを通して、患者の皆様が十分に理解・納得されて、ご自分の治療や療養法を選択・決定できるようになることに貢献したいと考えています。

また、この調査は患者様ご自身による質問紙への記入と、「医師によって治療方法がどのよう説明されたか」について研究者である私（門元）が、診療記録（カルテ）を閲覧させてもらい記入する構成になっています。そのため、あなたの診療記録の中から「医師による説明の部分」を閲覧させていただくことが必要になります。何卒その点につきご了承下さいますようお願いいたします。

尚、この研究へのご協力は、皆様の自由意志によって決められます。従いまして、「協力する・協力しない」の如何によって皆様が受けておられる医療になんら不利益を生じるようなことは一切ないことを付け加えさせていただきます。

さらに、この調査で得られたデータは個人が特定されないように扱い、この調査の目的以外には使用せず、プライバシーを堅く守ることをお約束致します。

学　生：門 元 記 子（慶應義塾大学 看護医療学部　４年生）
担当教員：山下 香枝子（慶應義塾大学 看護医療学部　教授）

資料 II:　調査協力のご依頼（看護師さん用）

調査協力のご依頼

私は、慶応義塾大学看護医療学部４年の門元記子（かどもとのりこ）と申します。この度、「医療現場の中で、診療（治療や療養方法）に関する医師や看護師の説明はどのように行われているか？それらの説明によって、患者の皆様方は十分に理解をした上で治療や療養法の選択・決定を行われているか、納得した入院生活をされているか等」について実態調査を企画しました。今後の医療のあり方について研究を行いたいと思い、ご負担をおかけしますが、以下に示す調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

医療を取り巻く社会では、世界の動向として「患者さん自らが、正しい情報を持ち、治療方法などを選択・決定するように」という、「患者さん自らが医療に主体的に参加する」ことが謳われるようになりました。しかし、実際はどうでしょうか。この調査では、まず、このような「患者さんの自己決定を支える医療」の現状を調べ、米国で報告されていることを参考に分析し、今後の医療のあり方を検討していきたいと考えています。そして、看護の視点から日本における「より良い患者の自己決定方法」を考えていくことを通して、患者さんが十分に理解し納得して自分の治療や療養法を選択・決定できるようになることに貢献していきたいと考えています

また、この研究へのご協力は、皆様の自由意志によって決められます。従いまして、協力する・しないの如何によって、看護の仕事をしていく上で、なんら不利益を生じるようなことは一切ありません。なお、この調査で得られたデータは個人が特定されないように扱い、この調査の目的以外には使用しないことはお約束いたします。

研究学生：門 元 記 子 （慶應義塾大学 看護医療学部 ４年）
担当教員：山下 香枝子（慶應義塾大学 看護医療学部 教授）

資料 III: 同意書（患者さん用）

同意書

同意する　　・　　同意しない

＊＊＊

「同意」していただける場合は、以下の下線部にお名前と日付をお書きください。

私、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、慶應義塾大学看護医療学部の門元記子から「患者さんの自己決定を支える医療」に関する研究について以下の説明を受けたことをここに証します。

・ 研究目的
・ 研究方法
・ カルテの閲覧
・ 自由意志による協力
・ プライバシーの保護

よって私は、ここに私の自由意志から、この研究に協力することを同意します。

署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

日付：＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

資料 IV:　同意書（看護師さん用）

同意書

同意する　　・　　同意しない

＊＊＊

「同意」していただける場合は、以下の下線部にお名前と日付をお書きください。

私、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、慶應義塾大学看護医療学部の門元記子から「患者さんの自己決定を支える医療」に関する研究について以下の説明を受けたことをここに証します。

・ 研究目的
・ 研究方法
・ 自由意志による協力
・ プライバシーの保護

よって私は、ここに、私の自由意志からこの研究に協力することを同意します。

署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

日付：＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿日

資料 V: 調査用紙（患者さん用）

年齢（　　）　性別（　女　・　男　）　　疾患（　　）

以下、「透析導入」となってからのことについてお伺いします。

1．あなたは診察後、医師や看護師から「透析導入」についてどのような説明を受けましたか？あなたから質問して得られた内容も含めて、説明を受けた内容を○印で示してください。なお、説明を受けた場合は、説明の内容全体を考えて項目ごとに「説明の分かりやすさ」を大変から全然まで、○印をつけて評価してください。

説明項目	医師	看護師	説明の分かりやすさ ①あ　②かなり　③まあまあ　④あまり　⑤全然
Ⅰ．病名・病気について			①　②　③　④　⑤
a.　病名			
b.　病状・症状			
c.　検査			
Ⅱ．疾患に対する治療方法について			①　②　③　④　⑤
d.　治療の全体的計画			
e.　透析に期待される効果とそれに伴う可能性のある不具合（合併症）、問題など			
f.　他の治療方法の提示や比較			
g.　治療する場合の今後の展開（予後）			
h.　治療しない場合の今後の展開（予後）			
i.　治療期間			
j.　治療に要する費用（保険適用など）			
Ⅲ．薬について			①　②　③　④　⑤
k.　使用する薬剤名・量			
l.　作用・副作用			
Ⅳ．日常生活について			①　②　③　④　⑤
m.　透析導入後の生活			
n.　日常生活の留意点			
Ⅴ．その他			①　②　③　④　⑤
o.　セカンドオピニオンについて（他の病院・医師（専門家）による意見を求めること）			
p.　その他、説明を受けたこと			

２－１．医師による説明の際に、同席していた人はいますか？（いくつでも可）

a. 看護師　　b. 家族　　c. ソーシャル・ワーカー
d. その他　〔　　〕

２－２．前記の説明はどのような方法で行われていましたか？（いくつでも可）

手段

A）a.　口頭での説明のみ　　b.　図を用いて説明する　　c.　本やパンフレットを用いる
d.　メモしてくれる
e.　その他（　　）

方法

B）a.　ゆっくりと話す　　b.　やさしい言葉で説明する
c.　何回も繰り返し説明する　　d.　適宜質問に答えてくれる
e.　その他（　　）

２－３．前記の説明で分かりにくい点についてあなたはどのように対処しましたか？（いくつでも可）

a.　分かりにくいところは無かった　　b.　特に何もしなかった
c.　その場で質問をする　　e.　看護師に後で聞く
f.　自分で本やインターネットを用いて調べる
g.　その他（　　）

３－１．あなたが医師にした／したかった質問がありましたら、具体的にお書きください。

（　　）

3－2．あなたが看護師に質問または相談した／したかったことがありましたら、具体的にお書きください。

（　　）

4．あなたは看護師に質問や相談したいとき、いつでもそれらができましたか？「いいえ」の場合はその理由もお書きください。

はい　・　いいえ

＜理由＞

（　　）

5．看護師は、あなたが納得するまで（頻度と内容）あなたの質問に答えたり話しを聞いたりしてくれましたか？また、なぜそう思われたかを自由にお書きください。

大変よく	かなり	まあまあ	あまり	全然

＜なぜそう思われましたか？＞

（　　）

6．あなたは医師や看護師による説明（質疑応答を含む）を、十分に理解できたと思いますか？その理由もお書きください。

大変よく　　かなり　　まあまあ　　あまり　　全然

＜理由＞

（　　）

7－1．あなたは治療や療養方法に関して、「自分の希望や思いなど」を医師に自由に伝えることができましたか？その理由もお書きください。

はい　・　いいえ

＜理由＞

（　　）

7－2．あなたは治療や療養方法に関して、「自分の希望や思いなど」を看護師に自由に伝えることができましたか？その理由もお書きください。

はい　・　いいえ

＜理由＞

（　　）

次に、以下のことに対して該当するところに○印を付けてください。

8－1．病気や病状、治療について知ることは、あなたにとってどのような意味がありますか？

	3	2	1	0	1	2	3	
ばかな								かしこい
よい								わるい
有害な								有益な
報いのある								罰のある

8－2．期待できる予後や回復状態に対して、苦痛を伴う治療を受けるとことは、あなたにとってどのような意味がありますか？

	3	2	1	0	1	2	3	
ばかな								かしこい
よい								わるい
有害な								有益な
報いのある								罰のある

8－3．セカンド・オピニオンを求めることは、あなたにとってどのような意味がありますか？

	3	2	1	0	1	2	3	
ばかな								かしこい
よい								わるい
有害な								有益な
報いのある								罰のある

8－4．自分が参加して治療方法を決めることは、あなたにとってどのような意味がありますか？

	3	2	1	0	1	2	3	
ばかな								かしこい
よい								わるい
有害な								有益な
報いのある								罰のある

（Ajzen & Fishbein,1972 による「ある行為に対する態度」の尺度より）

最後に、あなたが「透析導入」を決めるまでのことをお伺いします。

9．あなた自身が透析を、治療・療養方法として受け入れまでに、「看護師の関わり方」は満足いくものでしたか？その理由もお書きください。

大変　　かなり　　まあまあ　　あまり　　全然

＜理由＞

（　　）

１０－１．あなたは自分の治療や療養方法等を、どのように決めましたか？1 つ選んでください。

a.　いくつかの方法が示されて、自分（含む家族や親近者への相談）で選択して決めた
b.　セカンド・オピニオン（他の専門家の意見）を求め、その後に決めた
c.　いくつかの方法が示されたが、どれを選ぶかは医師の指示や勧めに従った
d.　治療方法は一方的に医師が決めた
e.　治療方法は１つしかなく、選択の余地はないと説明された
f.　その他（　　）

１０－２．あなたは前記の決定プロセスに満足していますか？その理由もお書きください。

大変よく　　かなり　　まあまあ　　あまり　　全然

＜理由＞

（　　）

１１．最終的な治療・療養方法の選択・決定するまでの時間（期間）は、あなたにとって十分でしたか？

大変　　かなり　　まあまあ　　あまり　　全然

１２．一般的に「自己決定」とは、

「医師から十分な情報提供と分かりやすい説明を受け、自らの
納得と自由な意思に基づいて自分の治療や療養方法を選択し、
同意あるいは拒否すること」

といわれています。あなたは、外来で今回の治療を受けることにおいて、「自己決定」が十分にできたと思いますか？その理由もお書きください。

大変　　かなり　　まあまあ　　あまり　　全然

＜理由＞

（　　）

その他、ご意見やご感想などありましたらご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

資料 VI：調査用紙（看護師さん用）

年齢（　　）・経験年数（　　）・性別（男・女）

資格：看護師・准看護師・保健師・助産師・その他（　　）

1．先行研究において、一般的に「患者の意思決定を支える看護に必要なもの」として、

① 専門職としてや人間としての姿勢

② 能力

③ ケア対象者を知ること

④ ケア対象者とつながること

⑤ ケア対象者に働きかけること

が明らかになっています。以下の質問に対して、「患者の自己決定」を支える上で通常あなたが必要だと思い取り組んでいることの程度をお教えください。

	①大変	②かなり	③まあまあ	④あまり	⑤全然
a. 患者にあった方法で看護を展開していく技術をさらに熟練させている					
b. 看護者の価値観を患者に押し付けないように今まで以上に配慮している					
c. 患者の人間としての尊厳を守る看護を今まで以上に配慮している					
d. 人を理解するために分析力や洞察力を磨いている					
e. 患者の心理的サポートを行うための技術を磨いている					
f. 今まで以上に専門職としての自覚を持って、看護に取り組んでいる					
g. 今まで以上に充実したカンファレンスを運営する技術を熟練させている					
h. 先を見通す力を身につけている					
i. 患者の症状を査定するためにさらに医学的知識を学んでいる					
j. 感受性や共感能力を高めている					
k. 患者の問題解決能力を引き出す技術をさらに熟練させている					
l. 患者の日常生活を整えていく技術をさらに熟練させている					
m. 患者や家族の倫理を尊重できるようさらに倫理について学んでいる					
n. 家族関係を調整する技術をさらに熟練させている					

（野嶋らによる「意志決定を支える看護に必要な事柄」より一部修正）

1．「患者さんの自己決定」が「透析導入」に向けての姿勢にどのように関わるかについてあなたの考えを自由に述べてください。

（　　）

3－1．あなたは、医師による「インフォームド・コンセント」の説明内容を患者さんが理解しているか判断していますか？「している」場合は、何によって判断されていますか？あなたが通常用いている方法について該当するものに○印をつけて下さい。（いくつでも可）

している　・　していない

a. 医師の記録（カルテ）内容
b. 説明に対する患者の反応についての記述
c. 患者の表情
d. 患者が自発的に発する言葉（訴え、質問等）
e. 質問に対しての患者の答え
f. 家族・近親者からの情報
g. その他（　　）

3－2．また、「透析導入」に対して患者さん自身が納得しているかを判断していますか？「している」場合は、何によって判断されていますか？あなたが通常用いている方法について該当するものに○印をつけて下さい。（いくつでも可）

している　・　していない

↓

a.　医師の記録（カルテ）内容

b.　説明に対する患者の反応についての記述

c.　患者の表情

d.　患者が自発的に発する言葉（訴え、質問等）

e.　質問に対しての患者の答え

f.　家族・近親者からの情報

g.　その他（　　）

3－3．あなたは患者さんとの関わりの中で、総合的に、医師による説明を患者さんは十分に理解し納得していると思いますか？「まあまあ」「あまり」「全然」の場合、あなたは看護師としてその理由をどのように考えますか？また、看護師として患者さんに何をしますか？

大変よく　　かなり　　まあまあ　　あまり　　全然

＜理由＞

（　　）

＜何をしますか？＞

（　　）

4．一般的に「自己決定」とは、

「医師から十分な情報提供と分かりやすい説明を受け、自らの
納得と自由な意思に基づいて自分の治療や療養方法を選択し、
同意あるいは拒否すること」

といわれています。あなたは、自分の看護の実践を振り返ってみて様々な場面で患者の「自己決定」を支える関わりができていると思いますか？その理由は何ですか？

大変よく　　かなり　　まあまあ　　あまり　　全然

＜理由＞

5．患者の自己決定を支えるために、看護システムや看護師の役割についてあなたの考えを自由に述べてください。

その他、ご意見やご感想などありましたら自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

資料 VII：患者記録閲覧による調査用紙

患者記録閲覧による調査用紙

以下の項目をカルテからチェックする。また、そのときの患者の様子や反応などについても記述する。

内容

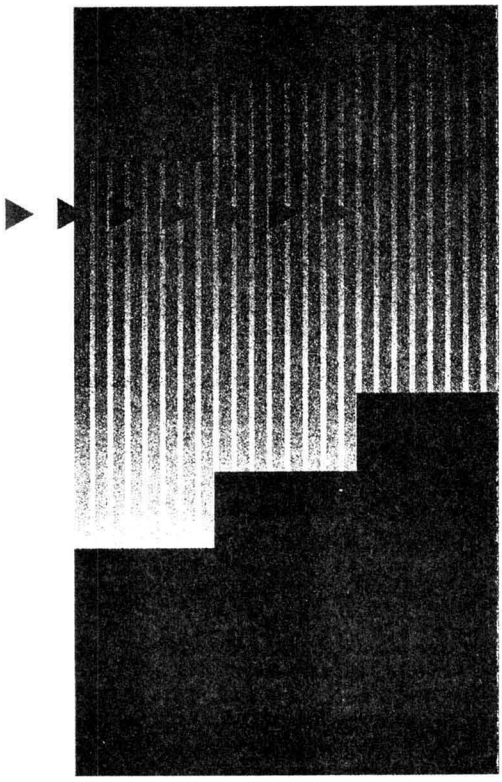
病名 _____
病状・症状 _____
検査 _____
治療方法の全体的計画 _____
効果と不具合、問題 _____
他の治療方法の提示 _____
治療方法間の比較 _____
治療した場合の予後 _____
治療しなかった場合の予後 _____
治療期間 _____
費用 _____
使用する薬剤名・量 _____
薬剤の作用・副作用 _____
透析導入後の日常生活 _____
日常生活の留意点 _____
セカンド・オピニオン _____
その他：

方法

口頭による説明 _____
書面による説明 _____
パンフレットを用いて _____
ビデオを用いて _____
その他：

IC 時の患者の様子や反応

Minnesota Patients' Bill of Rights



Distributed by the Minnesota Hospital Association

Patients' Bill of Rights

Legislative Intent: It is the intent of the legislature and the purpose of this statement to promote the interests and well-being of the patients of health care facilities. No health care facility may require a patient to waive these rights as a condition of admission to the facility. Any guardian or conservator of a patient or, in the absence of a guardian or conservator, an interested person, may seek enforcement of these rights on behalf of a patient. An interested person may also seek enforcement of these rights on behalf of a patient who has a guardian or conservator through administrative agencies or in probate court or county court having jurisdiction over guardianships and conservatorships. Pending the outcome of an enforcement proceeding the health care facility may, in good faith, comply with the instructions of a guardian or conservator. It is the intent of this section that every patient's civil and religious liberties, including the right to independent personal decisions and knowledge of available choices, shall not be infringed and that the facility shall encourage and assist in the fullest possible exercise of these rights.

Definitions: For the purposes of this statement, "patient" means a person who is admitted to an acute care inpatient facility for a continuous period longer than 24 hours, for the purpose of diagnosis or treatment bearing on the physical or mental health of that person. "Patient" also means a minor who is admitted to a residential program as defined in section 7, Laws of Minnesota 1986, Chapter 326. For purposes of this statement, "patient" also means any person who is receiving mental health treatment on an out-patient basis or in a community support program or other community-based program.

Public Policy Declaration: It is declared to be the public policy of this state that the interests of each patient be protected by a declaration of a patient's bill of rights which shall include but not be limited to the rights specified in this statement.

1. Information About Rights

Patients shall, at admission, be told that there are legal rights for their protection during their stay at the facility or throughout their course of treatment and maintenance in the community and that these are described in an accompanying written statement of the applicable rights and responsibilities set forth in this section. In the case of patients admitted to residential programs as defined in section 7, the written statement shall also describe the right of a person 16 years old or older to request release as provided in section 253B.04, subdivision 2, and shall list the names and telephone numbers of individuals and organizations that provide advocacy and legal services for patients in residential programs. Reasonable accommodations shall be made for those with communication impairments, and those who speak a language other than English. Current facilities policies, inspection findings of state and local health authorities, and further explanation of the written statement of rights shall be available to patients, their guardians or their chosen rep-

resentatives upon reasonable request to the administrator or other designated staff person, consistent with chapter 13, the Data Practices Act, and section 626.557, relating to vulnerable adults.

2. Courteous Treatment

Patients have the right to be treated with courtesy and respect for their individuality by employees of or persons providing service in a health care facility.

3. Appropriate Health Care

Patients shall have the right to appropriate medical and personal care based on individual needs. This right is limited where the service is not reimbursable by public or private resources.

4. Physician's Identity

Patients shall have or be given, in writing, the name, business address, telephone number, and specialty, of any, of the physician responsible for coordination of their care. In cases where it is medically inadvisable, as documented by the attending physician in a patient's care record, the information shall be given to the patient's guardian or other person designated by the patient as his or her representative.

5. Relationship With Other Health Services

Patients who receive services from an outside provider are entitled, upon request, to be told the identity of the provider. Information shall include the name of the outside provider, the address, and a description of the service which may be rendered. In cases where it is medically inadvisable, as documented by the attending physician in a patient's care record, the information shall be given to the patient's guardian or other person designated by the patient as his or her representative.

6. Information About Treatment

Patients shall be given by their physicians complete and current information concerning their diagnosis, treatment, alternatives, risks and prognosis as required by the physician's legal duty to disclose. This information shall be in terms and language the patients can reasonably be expected to understand. Patients may be accompanied by a family member or other chosen representative. This information shall include the likely medical or major psychological results of the treatment and its alternatives. In cases where it is medically inadvisable, as documented by the attending physician in a patient's medical record, the information shall be given to the patient's guardian or other person designated by the patient as his or her representative. Individuals have the right to refuse this information.

Every patient suffering from any form of breast cancer shall be fully informed, prior to or at the time of admission and during her stay, of all alternative effective methods of treatment of which the treating physician is knowledgeable, including surgical, radiological, or chemotherapeutic treatments or combinations of treatments and the risks associated with each of those methods.

7. Participation in Planning Treatment

Notification of Family Members: (a) Patients shall have the right to participate in the planning of their health care. This right includes the opportunity to discuss treatment and alternatives with individual caregivers, the opportunity to request and participate in formal care conferences, and the right to include a family member or other chosen representative. In the event that the patient cannot be present, a family member or other representative chosen by the patient may be included in such conferences.

(b) If a patient who enters a facility is unconscious or comatose or is unable to communicate, the facility shall make reasonable efforts as required under paragraph (c) to notify either a family member or a person designated in writing by the patient as the person to contact in an emergency that the patient has been admitted to the facility. The facility shall allow the family member to participate in treatment planning, unless the facility knows or has reason to believe the patient has an effective advance directive to the contrary or knows the patient has specified in writing that they do not want a family member included in treatment planning. After notifying a family member but prior to allowing a family member to participate in treatment planning, the facility must make reasonable efforts, consistent with reasonable medical practice, to determine if the patient has executed an advance directive relative to the patient's health care decisions. For purposes of this paragraph, "reasonable efforts" include:

(1) examining the personal effects of the patient;

(2) examining the medical records of the patient in the possession of the facility;

(3) inquiring of any emergency contact or family member contacted whether the patient has executed an advance directive and whether the patient has a physician to whom the patient normally goes for care; and

(4) inquiring of the physician to whom the patient normally goes for care, if known, whether the patient has executed an advance directive. If a facility notifies a family member or designated emergency contact or allows a family member to participate in treatment planning in accordance with this paragraph, the facility is not liable to the patient for damages on the grounds that the notification of the family member or emergency contact or the participation of the family member was improper or violated the patient's privacy rights.

(c) In making reasonable efforts to notify a family member or designated emergency contact, the facility shall attempt to identify family members or a designated emergency contact by examining the personal effects of the patient and the medical records of the patient in the possession of the facility. If the facility is unable to notify a family member or designated emergency contact within 24 hours after the admission, the facility shall notify the county social service agency or local law enforcement agency that the patient has been admitted and the facility has been unable to notify a family member or designated emergency contact. The county social service agency and local law enforcement agency shall assist the facility in identifying and notifying a family member or designated emergency contact. A county

social service agency or local law enforcement agency that assists a facility is not liable to the patient for damages on the grounds that the notification of the family member or emergency contact or the participation of the family member was improper or violated the patient's privacy rights.

8. Continuity of Care

Patients shall have the right to be cared for with reasonable regularity and continuity of staff assignment as far as facility policy allows.

9. Right to Refuse Care

Competent patients shall have the right to refuse treatment based on the information required in Right No. 6. In cases where a patient is incapable of understanding the circumstances but has not been adjudicated incompetent, or when legal requirements limit the right to refuse treatment, the conditions and circumstances shall be fully documented by the attending physician in the patient's medical record.

10. Experimental Research

Written, informed consent must be obtained prior to patient's participation in experimental research. Patients have the right to refuse participation. Both consent and refusal shall be documented in the individual care record.

11. Freedom From Maltreatment

Patients shall be free from maltreatment as defined in the Vulnerable Adults Protection Act. "Maltreatment" means conduct described in Section 626.5572, Subdivision 15, or the intentional and nontherapeutic infliction of physical pain or injury, or any persistent course of conduct intended to produce mental or emotional distress. Every patient shall also be free from nontherapeutic chemical and physical restraints, except in fully documented emergencies, or as authorized in writing after examination by a patient's physician for a specified and limited period of time, and only when necessary to protect the patient from self-injury or injury to others.

12. Treatment Privacy

Patients shall have the right to respectfulness and privacy as it relates to their medical and personal care program. Case discussion, consultation, examination, and treatment are confidential and shall be conducted discreetly. Privacy shall be respected during toileting, bathing, and other activities of personal hygiene, except as needed for patient safety or assistance.

13. Confidentiality of Records

Patients shall be assured confidential treatment of their personal and medical records, and may approve or refuse their release to any individual outside the facility. Copies of records and written information from the records shall be made available in accordance with this subdivision and section 144.335. This right does not apply to complaint investigations and inspections by the department of health, where required by third party payment contracts, or where otherwise provided by law.

14. Disclosure of Services Available

Patients shall be informed, prior to or at the time of admission and during their stay, of services which are included in the facility's basic per diem or daily room rate and that other services are available at additional charges. Facilities shall make every effort to assist patients in obtaining information regarding whether the Medicare or Medical Assistance program will pay for any or all of the aforementioned services.

15. Responsive Service

Patients shall have the right to a prompt and reasonable response to their questions and requests.

16. Personal Privacy

Patients shall have the right to every consideration of their privacy, individuality, and cultural identity as related to their social, religious, and psychological well-being.

17. Grievances

Patients shall be encouraged and assisted, throughout their stay in a facility or their course of treatment, to understand and exercise their rights as patients and citizens. Patients may voice grievances and recommend changes in policies and services to facility staff and others of their choice, free from restraint, interference, coercion, discrimination, or reprisal, including threat of discharge. Notice of the grievance procedure of the facility or program, as well as addresses and telephone numbers for the Office of Health Facility Complaints and the area nursing home ombudsman pursuant to the Older Americans Act, section 307(a)(12) shall be posted in a conspicuous place.

Every acute care in-patient facility, every residential program as defined in section 7, and every facility employing more than two people that provides out-patient mental health services shall have a written internal grievance procedure that, at a minimum, sets forth the process to be followed; specifies time limits, including time limits for facility response; provides for the patient to have the assistance of an advocate; requires a written response to written grievances; and provides for a timely decision by an impartial decision-maker if the grievance is not otherwise resolved. Compliance by hospitals, residential programs as defined in section 7 which are hospital based primary treatment programs, and outpatient surgery centers with section 144.691 and compliance by health maintenance organizations with section 62D.11 is deemed to be compliance with the requirement for a written internal grievance procedure.

18. Communication Privacy

Patients may associate and communicate privately with persons of their choice and enter and, except as provided by the Minnesota Commitment Act, leave the facility as they choose. Patients shall have access, at their expense, to writing instruments, stationery, and postage. Personal mail shall be sent without interference and received unopened unless medically or programmatically contraindicated and documented by the physician

in the medical record. There shall be access to a telephone where patients can make and receive calls as well as speak privately. Facilities which are unable to provide a private area shall make reasonable arrangements to accommodate the privacy of patients' calls. This right is limited where medically inadvisable, as documented by the attending physician in a patient's care record. Where programmatically limited by a facility abuse prevention plan pursuant to the Vulnerable Adults Protection Act, section 626.557, subdivision 14, paragraph (b), this right shall also be limited accordingly.

19. Personal Property

Patients may retain and use their personal clothing and possessions as space permits, unless to do so would infringe upon rights of other patients, and unless medically or programmatically contraindicated for documented medical, safely, or programmatic reasons. The facility may, but is not required to, provide compensation for or replacement of lost or stolen items.

20. Services for the Facility

Patients shall not perform labor or services for the facility unless those activities are included for therapeutic purposes and appropriately goal-related in their individual medical record.

21. Protection and Advocacy Services

Patients shall have the right of reasonable access at reasonable times to any available rights protection services and advocacy services so that the patient may receive assistance in understanding, exercising, and protecting the rights described in this section and in other law. This right shall include the opportunity for private communication between the patient and a representative of the rights protection service or advocacy service.

22. Right to Communication Disclosure and Right to Associate

Upon admission to a facility, where federal law prohibits unauthorized disclosure of patient identifying information to callers and visitors, the patient, or the legal guardian or conservator of the patient, shall be given the opportunity to authorize disclosure of the patient's presence in the facility to callers and visitors who may seek to communicate with the patient. To the extent possible, the legal guardian or conservator of the patient shall consider the opinions of the patient regarding the disclosure of the patient's presence in the facility.

ADDITIONAL RIGHTS IN RESIDENTIAL PROGRAMS THAT PROVIDE TREATMENT TO CHEMICALLY DEPENDENT OR MENTALLY ILL MINORS OR IN FACILITIES PROVIDING SERVICES FOR EMOTIONALLY DISTURBED MINORS ON A 24-HOUR BASIS:

23. Isolation and Restraints

A minor patient who has been admitted to a residential program as defined in section 7 has the right to be free from physical restraint and isolation except in emergency situations involving a likelihood that the patient will physically harm the patient's self or others. These procedures may not be used for disciplinary purposes, to enforce program rules, or for the convenience of staff. Isolation or restraint may be used only upon the prior authorization of a physician, psychiatrist, or licensed consulting psychologist, only when less restrictive measures are ineffective or not feasible and only for the shortest time necessary.

24. Treatment Plan

A minor patient who has been admitted to a residential program as defined in section 7 has the right to a written treatment plan that describes in behavioral terms the case problems, the precise goals of the plan, and the procedures that will be utilized to minimize the length of time that the minor requires inpatient treatment. The plan shall also state goals for release to a less restrictive facility and follow-up treatment measures and services, if appropriate. To the degree possible, the minor patient and his or her parents or guardian shall be involved in the development of the treatment and discharge plan.

Inquiries or complaints regarding medical treatment or the Patients Bill of Rights may be directed to:

Minnesota Board of Medical Practice
2829 University Ave. SE
Suite 400
Minneapolis, MN 55414-3246
(612) 617-2130 or (800) 657-3709

OR

Office of Health Facility Complaints
P.O. Box 64970
St. Paul, MN 55164-0970
(651) 215-8702 or (800) 369-7994

Inquiries regarding access to care or possible premature discharge may be directed to:

Ombudsman for Older Minnesotans
121 East Seventh Place
Suite 410
St. Paul, MN 55101
(651) 296-0382 or (800) 657-3591

Federal Rights

Starting Aug. 2, 1999, the federal Patients' Bill of Rights law (42 CFR Part 482) went into effect. Patients have rights afforded them under federal laws in the areas of notification of rights; the exercise of his/her rights in regard to his/her care; privacy and safety; confidentiality of his/her records; freedom from restraints used in the provision of acute medical and surgical care unless clinically necessary; and freedom from seclusion and restraints used in behavior management unless clinically necessary. Patients who believe they have been aggrieved under their federal rights should refer to Provision 17 in this document. Those wanting a full copy of the federal law may obtain one by contacting the hospital business office.

©2001, Mayo Press

資料VIII： Hospital Ethics Consultation Service

Purpose
The Mayo Medical Center Hospital Ethics Consultation Service was created to help maintain the highest ethical standards in the delivery of patient care and to help resolve ethical dilemmas that arise in the diagnosis, care and treatment of patients.

Membership
The Hospital Ethics Consultation Service includes representatives from medical staff, nursing, social services, chaplain services, legal counsel, administration and other disciplines

Ethics Consultation
You may request an ethics consultation when ethical or moral conflicts arise among healthcare providers, or among the providers and the patients or their surrogates. When a consultation is requested, the service evaluates the situation, reviews the case's medical and social history, interviews the parties involved, and then meets to discuss the case.

The service will clarify the issues and present appropriate options for your situation. The service will help you reach a mutually acceptable resolution with others involved. Decisions of the consultation service are advisory and are not institutionally or legally binding. Confidentiality is maintained throughout the consultation process.

Who may request a consultation?
An ethics consultation may be requested by any of the following —

- The attending physician or any consulting physician
- Any nurse directly involved in the care of a patient
- A social worker
- A member of chaplain services
- The patient
- A member of the patient's family
- The patient's surrogate

If someone other than the patient initiates the consultation, the service will notify the patient or the patient's surrogate that a consultation has been requested.

How to arrange a consultation
You may initiate a consultation by contacting the unit secretary. The secretary will help you contact the Hospital Ethics Consultation Service member on call.

The member on call will evaluate the situation to ensure that there is an ethical dilemma present. Legal or administrative issues are not addressed by the Ethics Consultation Service.

If the request is not appropriate for consultation, the person making the request will be referred to the group or the resource appropriate to address the concern.

If the consultation request is accepted, the service will meet to discuss the case within 24 to 48 hours after the request is submitted.

A service member of the Hospital Ethics Consultation Service will interview the individuals involved. If you wish to speak to the service, you may do so. Final deliberations will be in a closed session. The results of the closed session will be communicated to those involved as soon as possible.

Emergency Consultations
Because of the logistics of gathering data and assembling the service members, emergency consultations (expecting a formal consultation to be completed in less than the mentioned 24 to 48 hours) cannot be performed. However, the Ethics Consultation Service member on call will assist in these situations to the extent possible.

© 1999, Mayo Press

患者の自己決定を支える医療

2006年10月25日　初版

著者　門元記子

監修　山下香枝子

発行　湘南藤沢学会
〒252-0816 神奈川県藤沢市遠藤5322
TEL. 0466-49-3437

Printed in Japan　印刷・製本　ワキプリントピア

SFC-RM 2004-002