

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 27 年 7 月 10 日現在

機関番号：82611

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2012～2014

課題番号：24520022

研究課題名(和文)精神科医療に特有の倫理的諸問題および倫理教育のあり方に関する研究

研究課題名(英文)ethical problems in clinical psychiatric field and education

研究代表者

藤井 千代(Chiyo, Fujii)

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター・精神保健研究所 司法精神医学研究部・室長

研究者番号：00513178

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,500,000円

研究成果の概要(和文)：精神科医療の現場においては、患者の判断能力が精神症状により一時的に低下する可能性があることなどの精神疾患の特性や、特定の判断無能力の問題、生物学的な診断方法が確立されていないことに伴う診断の不確かさに関する問題など、特有の倫理的ジレンマ状況が生じうる。これらのジレンマに臨床現場で適切に対処するためには、倫理的問題への気づきを促す教育と対処方法についてのトレーニングが必要であり、ジレンマ状況を含む模擬事例を用いたグループワークの実施が効果的であることが示唆された。

研究成果の概要(英文)：In clinical psychiatric settings, distinctive clinical dilemmas can occur because of the situation where a patient's mental capacity is impaired on a temporary basis, patients' specific incapacity, uncertainty of diagnosis due to lack of biological marker of mental illness, and so forth. In order to deal with such dilemmas appropriately in practice, effective educational measures are crucial. The findings suggested that holding a group discussion on simulated cases including psychiatric clinical dilemma is helpful.

研究分野：精神医学

キーワード：精神科医療 臨床倫理学 教育

1. 研究開始当初の背景

精神科臨床の対象となる患者は、幻覚や妄想などの精神症状の影響により、一時的に判断能力が低下あるいは欠如した状態となることが少なくない。

症状のために自分自身や周囲に対する危険行動に及ぶこともあり、早急に精神科的治療が必要な状態にあるにもかかわらず、本人から治療同意が得られない状況にしばしば遭遇する。この患者の判断能力低下の程度は疾患の経過によって変化しうるものであり、完全な判断能力のある人が精神疾患の再発により判断無能力となったり、判断無能力の人が治療により判断能力を再獲得したりすることに留意しなくてはならない。

さらには、判断無能力が全般的無能力と特定の無能力に分けられることも、精神科臨床の特徴のひとつである。全般的無能力とは、意識障害の重倍のように、当事者の理解力が全般的に低下している状態である。これに対して特定の無能力とは、たとえば強固な妄想を持つ統合失調症の人が精神疾患であることを否定し抗精神病薬の服用を拒否しても、胃癌の治療の必要性は理解して手術に同意できるような状態を指す。すなわち統合失調症の治療については判断無能力であっても、身体疾患の治療については完全な判断能力を有しているという状態であり、精神疾患、特に精神病性障害をもつ患者においてはしばしば経験され、この評価は全般的無能力の評価以上に困難である。

また、精神疾患には特定の生物学的マーカーが存在せず、客観的な検査による診断が極めて困難であることや、精神疾患に対するスティグマの問題を考慮に入れた対応が求められることなど、精神科医療特有の背景事情がある。このため、精神科医療における倫理的ジレンマに対処するためには一般の医療倫理のアプローチのみでは不十分であり、精神科特有の問題を考慮したアプローチが必要となる。

2. 研究の目的

本研究は十分な臨床経験を有している精神科医師への聞き取り調査および国内外の文献調査を通じて、我が国の精神科医療に特有の精神科ジレンマとこれまでのアプローチ方法を明らかにすること、および精神科医療倫理に関する教育において伝えるべき内容と方法を検討することを目的としている。

3. 研究の方法

(1)精神科医師への聞き取り調査

精神科病院に勤務する精神科医師(精神保健指定医)9名(男性6名、女性3名、平均精神科臨床経験年数 15.3±7.2年)に対し、日常の精神科臨床活動において倫理的な検討が必要であると考えた課題、実際に倫理的なジレンマ状況に遭遇した経験、倫理的ジレンマ状況にどのように対応したか、について

半構造化インタビューを実施した。

インタビュー記録を修正型グラウンデッドセオリーアプローチにより質的に分析し、精神科臨床における倫理的問題とその対応方法について検討した。

(2)精神科臨床倫理教育の実施およびアンケート調査

精神保健医療福祉専門職 23 名に対して精神科臨床倫理教育を実施し、アンケート調査および模擬事例についてのディスカッションのプロセスより、精神科における臨床倫理教育のあり方と、精神科医療の現場で遭遇する倫理的ジレンマに関する対応方法について検討を行った。

本研究は、埼玉県立大学倫理委員会の承認を得て実施している。

4. 研究成果

(1)精神科臨床における倫理的課題

精神科医師へのインタビューから、精神科臨床における倫理的課題として、

非自発的入院(医療保護入院および措置入院)に関すること

抗精神病薬の非告知投与に関すること

守秘義務が対立した場合の対応

精神疾患の早期介入の実施とその介入方法をめぐる問題

未成年者への対応をめぐる問題

精神科以外の医学的介入を行う際の自律尊重に関すること

老年精神医学における問題

利益相反に関すること

が抽出された。

に関しては、全員の精神科医師が非自発的入院は精神科臨床において避けられないものと考えていたが、入院の基準や手続きについては検討が必要という意見もあった。より具体的には、現在医療保護入院は「保護者」の同意と精神保健指定医1名の判断により実施されているが、法律上の「保護者」であっても臨床的には保護者となるのが適切ではない場合もあり(ドメスティックバイオレンスの加害者となっている夫の場合など)、法的な整備も含めて検討が必要(平成26年4月からは保護者制度は廃止となっている)医療保護入院の判断について、医師ごと、あるいは病院ごとに判断基準が異なるのではないかと、任意入院であるのに閉鎖病棟への入院とせざるを得ない場合、本人の同意があったとしても葛藤がある、等の意見があった。

を課題として挙げた精神科医師はいずれも病状回復後の医師 患者関係を考慮しても、非告知投与は原則すべきではないという意見であったが、拘束をした上で点滴により抗精神病薬を投与するよりは、拘束をせず食事に抗精神病薬を混ぜて投与し、それで精

神症状が回復すれば、拘束するよりも倫理的であるという考え方もあるかもしれない、という指摘もあった。

に関しては、患者に関する情報は、患者の同意なしに第三者に伝えてはならないという原則があるものの、本人の病状等により自傷他害の危険が切迫している場合はその限りではないという考えについてはいずれの精神科医師も同様の見解であった。また守秘義務の対立に関する事件として知られているいわゆる「タラソフ事件」についての知識があった医師は1名のみであり、医学教育における精神科臨床倫理教育の不十分さがうかがえた。

については、学校精神保健に携わっている精神科医師から問題提起がなされた。精神疾患も身体疾患と同様に、早期に介入する方が予後がよいことを示唆する研究成果が蓄積されてきているものの、精神疾患の場合は「早期診断」そのものの不確かさは不可避であり、正常反応や正常発達過程において認められる精神症状類似の状態を精神疾患の症状と判断する可能性があり、早期であればあるほど誤診の可能性が高くなる、いわゆる「偽陽性」の問題が倫理的課題として認識されていた。実際の臨床場面では、診断が不確定であることを本人に伝えた上で、対症療法を実施するという対応がとられていたが、今後我が国でも精神疾患の早期発見・介入を進めていくにあたっては、不可避の課題であると考えられた。また未成年者については、親権を持つ親の意向と本人の意向のどちらをより尊重すべきか、特に小学校高学年や中学生といった、本人が意思表示をすることができ、判断能力に個人差が大きい世代への対応時に判断に迷うという意見があった。

に関しては、市長同意で医療保護入院中の患者について、身体疾患の治療の同意が得られなかった場合に、誰の判断で身体疾患の治療をするのか(あるいはしないのか)を判断するのが適切なのかについて判断が非常に難しかった事例の経験が語られた。この事例に関しては、最終的には本人の同意が得られたものの、医療保護入院中の患者は判断能力が欠如しているという前提があるにもかかわらず、身体疾患の治療への同意を有効とすることは倫理的には問題があるのかもしれない、という問題提起がなされた。

は認知症専門の病棟に勤務する精神科医師からの意見である。認知症の診療においては、本人に判断能力がなく、せん妄等の例外を除き判断能力の回復が見込まれない状況が多い。そのような状況下では、実質的には家族の意向に添って治療方針を決めることが多いが、それは本人のため(本人の最善の利益)というよりは家族のため(家族の最善

の利益)を重視した診療になっているのではないかというジレンマが生じることがあるという意見があった。例として挙げられたのは抗認知症薬の処方に関することであり、本人の病状から判断して抗認知症薬の適応がないと判断した場合でも、家族の強い希望により処方してしまう場合がある、とのことであった。家族の意向に添うことがすなわち本人の最善の利益であるという、「家族」と「本人」をいわば同一視する見方は、身体疾患の治療においても我が国に特徴的な傾向として指摘されることがあるが、未成年者への対応と同様に、今後さらに検討が必要な課題である。

は、研究倫理において近年特に注目を集めている問題である。臨床においても、製薬メーカーの作成するパンフレットなどを利用することは多く、意識しないままに利益相反の問題が生じているかもしれないとの指摘があった。

倫理的ジレンマ状況に遭遇した際の対応については、上級医あるいは同僚の医師、もしくは他の専門職との相談により対処するケースが多いものの、医局会や事例検討会等の議題として話し合われることはほとんどないことが示唆された。相談ののち最終的には主治医の判断で対応し、診療録に記録を残すという方法が一般的であった。

(2)精神科臨床倫理教育の実施およびアンケート調査

精神科医師への聞き取り調査から得られた結果を参照し、精神科臨床に特有の倫理的課題に関する講義とグループワークを含む、以下のプログラムを実施した。

- なぜ精神科臨床倫理が重要なのか
- 精神科臨床に特有の倫理的課題、法と倫理の関連など
- 我が国の精神科臨床倫理をめぐる出来事
宇都宮病院事件等、精神保健に関する法律の改正のきっかけとなった事件等の概要、海外の状況
- 医療現場における臨床倫理的課題
一般臨床における最近の倫理的課題(胃ろう増設の是非、臓器移植等)
- 医療倫理の四原則
ピーチャム&チルドレスの医療倫理の四原則についての基礎知識
- 倫理的ジレンマの検討方法(ジョンセンの四分割表)
ジョンセンの四分割表を用いて「うつ病患者の非自発的入院」に関する模擬事例の臨床倫理的検討のデモンストレーション
- グループワーク
6人もしくは5人のグループに分かれ、

「抗精神病薬の非告知投与」「地域医療における守秘義務」の模擬事例について四分割表を用いた検討の実施し、各グループの代表者が検討結果を発表する
まとめ

教育終了後のアンケートの自由記載より、講義形式の教育よりもグループワークの実施が効果的であることが示唆された。今回のグループワークで用いた「ジョンセンの四分割表」は、事例に関して 医学的適応 (Medical Indications)、患者の意向 (Patient Preferences)、QOL(Quality of Life)、周囲の状況 (Contextual Features) の4つの側面から検討する方法であるが、情報を整理し、議論を進めるにあたって有効な方法であるという概ね良好な評価が得られた。

精神科臨床を实践するうえで必要な倫理については、欧米諸国においては精神科専門職の職能団体が「倫理綱領」もしくは「倫理ガイドライン」を作成していることが多い。米国、英国、カナダ、オーストラリア、ロシアの精神科医師の倫理綱領および世界精神医学会の倫理綱領(草案)について内容を比較検討したところ、「患者の尊厳および人権の尊重」、「守秘義務」、「無危害」、「搾取の禁止」、「最善の利益の提供」、「専門職間の自主規制」、「社会への責務」などは共通して遵守すべき項目に挙げられていた。オーストラリア・ニュージーランド王立精神科学会では、倫理綱領に反する行いに対しての罰則規定が厳格であり、実質的に精神科医師としての臨床活動が不可能となる場合もあるなど、専門職間の自主規制の体制が整っていた。我が国においても、平成26年6月に日本精神神経学会より「精神科医師の倫理綱領」が発行されたが、罰則規定は明確にされていない。

我が国においても、平成26年1月に障害者権利条約が批准されるなど、医療福祉の現場における倫理的課題への気づきや適切な対応の重要性はさらに高まってきている。精神科医師へのインタビュー結果から、精神科臨床においては身体科の臨床ではあまり遭遇しないような特有の課題があることが明らかとなった。今後は適切な模擬事例を用いたグループワークを教育に取り入れるなど、日常的な臨床で遭遇する倫理的課題への対処能力を高めていくことが求められていると考えられ、教育方法のさらなる検討が必要である。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文](計4件)

藤井千代, 船渡川智之, 水野雅文: 児童・

思春期患者への薬物治療における説明と同意. 臨床精神薬理, 査読無, 15, 1793-1800, 2012

藤井千代, 水野雅文: 早期介入の臨床倫理. 臨床精神医学, 査読無, 41, 1387-1394, 2012

藤井千代: 早期介入の倫理的諸側面. 精神神経医学雑誌, 査読無, 115, SS338-345, 2013

藤井千代: 若年・早期精神病患者の死亡リスク. 臨床精神薬理, 査読無, 16, 1131-1141, 2013

[学会発表](計2件)

藤井千代: 児童・未成年の同意判断能力を問うべき時. 第109回日本精神神経学会学術総会, 2013.5.23, 福岡

山口大樹, 藤井千代: 十分な同意判断能力のない患者の身体疾患の医療契約当事者は誰か. 第110回日本精神神経学会学術総会, 2014.6.25, 横浜

山口大樹, 紫藤佑介, 戸部美起, 片桐直之, 辻野尚久, 根本隆洋, 藤井千代, 水野雅文: 多側面からの倫理的検討を要した旧姓精神病の在留外国人症例. 第111回日本精神神経学会学術総会, 2015.6.5, 大阪

[図書](計1件)

藤井千代 (共著): 医学書院, 外来で診る統合失調症: 統合失調症の予防と教育, 2015, 170-176

[産業財産権]

出願状況(計0件)

取得状況(計0件)

[その他]

6. 研究組織

(1) 研究代表者

藤井 千代 (FUJII CHIYO)

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所・司法精神医学研究部・室長
研究者番号: 00513178

(2) 研究分担者

水野 雅文 (MIZUNO MASAFUMI)

東邦大学・医学部・教授
研究者番号: 80245589