

◎ 診療科名： 倫理教育

◎ 責任者氏名： 中島 弘 特別招聘教授

◎ 指導教員氏名： 中島 弘 特別招聘教授、庄司 拓仁 講師

◎ 実習概要

臨床実習の期間中に体験した患者さんとのかかわりで、倫理的な考察のポイント（以下は例）のある事例をとりあげ、「自分がその症例の主治医ならどのように倫理的考察を加え、どのように患者マネジメントを行うか、またそこからどのような学びを得るか」という観点で、論文形式のレポートを作成する。

インフォームド・コンセント/インフォームド・アセント/シェアード・ディシジョン・メイキング/医師と患者の関係/医師以外の医療者と患者の関係/家族等と患者のかかわり/家族等と医療者のかかわり/患者の自己決定が困難または得られない例/代理意思決定や代諾による意思決定/病名や余命の説明/終末期医療/安楽死・尊厳死/DNAR/リビングウィル/アドバンス・ディレクティブ/医学的に無益と思われる延命治療の中止や差し控え/アドバンス・ケア・プランニング/移植・ドナー/高度先進医療/プライバシー/治療拒否/宗教上の理由による輸血拒否/がん（治療可能）/がん（治療困難または不可能）/がん（終末期）/希少疾患/難治疾患/超高齢者/幼児や小児/認知症/身体機能低下（要介護状態）/精神疾患/パンデミック感染症/外国人患者/患者が医療者の場合/脆弱な自己決定/臨床研究や臨床治験の被験者/医療訴訟/・・・

◎ 各診療科における到達すべき学修成果（アウトカム）

（臨床実習の授業概要「到達目標（アウトカム）」に準拠する）

- ・ 症例における倫理的問題点を抽出し、議論し、解決策を提案できる。

（レポートの形式）

論文の構造を理解し、それに沿った作成を行う。論理的文章作成によって、適切に症例の提示と倫理的問題点抽出、問題解決のプロセスの提案や実際の解決または対処結果の提示、全体を通しての考察、症例から得た学びと今後の同種の症例に対する教訓や提案、計画などを報告する。

症例の分析と問題抽出プロセスでは「臨床倫理の4分割法」を適用し、倫理的考察が漏れなく行う演習をする。

◎ 準備学修ならびに事後学修に要する時間

- 1 年次「医療コミュニケーション」の医療倫理の講義で配布した、医療倫理資料を再度熟読し、理解する（2 時間程度）
- 上記資料の代わりに成書で自学する場合は以下の書籍を学習する（3～4 時間程度）
 - 星野一正「医療の倫理」岩波新書
- 力のある人は以下を読むこと（1 週間程度）
 - Beauchamp and Childress, Principles of Biomedical Ethics 8th Ed., OXFORD university press, 2019.

◎ 評価方法

（知識、能力、態度について S、A、B、C で評価。評価基準をルーブリックで明示）。

	S	A	B	C
知識	症例に対して医療倫理をあてはめ、分析し、知識をどう活用するとよいかがわかる。	症例に対して医療倫理をあてはめることができる。	医療倫理の基礎を理解している。	医療倫理の原則は理解している。
基準	最新の医療倫理成書、論文を検索引用して議論する。	国家試験レベルの内容（確立された知識）で議論する。	インフォームド・コンセント、自己決定は理解している。	医療倫理の 4 原則は理解している。
技術 （倫理的能力）※	他の事例の経験や持てる知識を駆使して問題を抽出し、倫理的分析を加えることができる。家族等への配慮も踏まえて倫理的問題の解決策を提案でき、患者さんの悩みや苦しみを積極的に和らげることができる。	患者さんの訴えを写し取るだけでなく、そこからさらなる問題点を指摘できる。家族等他の関係者との関係についても理解し、倫理的問題を解決する姿勢を示すことができる。	患者さんから十分に話を聞くことができ、倫理的問題を踏まえて患者さんと交流できる。	患者さんから話を聞くことができ、倫理的問題の一部でも理解し、患者さんと交流できる。

基準	医療倫理の知識を活用し、他の医療者が気づかない点まで倫理面の問題点を深掘りできる。患者さんの倫理的問題に対して適切な解決方法を提案できる。	倫理的な問題を列挙し、他の医療者と議論できる。患者さんの倫理的問題の一部を解決する方法を提案できる。	倫理的な問題を指摘できる。患者中心の医療を実践できる。	倫理的な問題をひとつでも指摘できる。患者中心の医療が理解できる。
態度 (取り組み姿勢)※	期待以上の成果を示す。	期待される成果を示す。	及第点の成果を示す。	成果は十分とは言えない。
基準	そのまま投稿可能な論文に近い仕上がりを見せる。	論文形式の利点であるレポートの論理性がうまく活用できている。	論文形式は踏襲できている。	論文形式を理解できず、通常の散文調レポートの範囲。

※倫理的能力…臨床実習における「技術」、取り組み姿勢…臨床実習における「態度」として置き換えて、評価を実施する。

◎ パフォーマンス評価

実施しない。

◎ 中間評価とフィードバック

実施しない。

◎ 注意事項

- 論文は末尾のレポート作成方法に準拠してワード文書として作成し、提出する。
- ネット情報その他からのコピー・ペーストによる剽窃が判明した場合は、不正レポートとみなし、臨床実習は不合格となる。
- 成書、他の論文（電子ジャーナル含む）、ネット情報から引用した説や見解を、自己の論点整理や論点強化に用いてよいが、それが引用したものであることを明示するために必ず引用場所に肩括弧番号^{1, 2, 3...}をつけ、末尾に参考文献一覧を開示すること。

(ただし SNS や個人サイトからの意見は使用禁止、公的機関や大学・研究所など信頼できるサイトから出ている公式な情報に限る。)

- 症例の分析、倫理的考察には、必ず臨床倫理 4 分割法を用いること。

＜4 分割法の使用手法＞

- 1) 報告する症例に関して、医学的適応、患者の意向、QOL、周囲の状況、の順に段落を作り、4 分割表に記載されているチェックポイントを書きだす。
- 2) 症例で該当することのある内容はすべて具体的に記載し、指摘すべきものがない項目は「なし」と記載する。
- 3) 問題点が整理されたら、個々の問題がどのように患者本人に対して、あるいは周囲の家族等に対して影響を与えているか、その症例を適切に治療し、管理していくにはどんなことが求められるか、医療者としてどういう対応が必要か、などの具体的なことを倫理的に考察する。

4 分割法を用いる理由は、医療者の知識経験の違いから、バイアスが入って全周的な考察を加えることが不十分となる問題を回避し、重要なポイントを漏れなく抽出して、患者さんにとって最も良い解決を見出すことが可能になるようにするためである。

<p>Medical Indication 医学的適応 (Beneficence, Non-maleficence: 恩恵・無害) チェックポイント 1. 診断と予後 2. 治療目標の確認 3. 医学の効用とリスク 4. 無益性(futility)</p>	<p>Patient Preferences 患者の意向 (Autonomy: 自己決定の原則) チェックポイント 1. 患者さんの判断能力 2. インフォームドコンセント (コミュニケーションと信頼関係) 3. 治療の拒否 4. 事前の意思表示 (Living Will) 5. 代理決定 (代行判断、最善利益)</p>
<p>QOL (Well-Being: 幸福追求) チェックポイント 1. QOLの定義と評価 (身体、心理、社会、スピリチュアル) 2. 誰がどのような基準で決めるか ・偏見の危険 ・何が患者にとって最善か 3. QOLに影響を及ぼす因子</p>	<p>Contextual Features 周囲の状況 (Justice-Utility: 公平と効用) チェックポイント 1. 家族や利害関係者 2. 守秘義務 3. 経済的側面、公共の利益 4. 施設の方針、診療形態、研究教育 5. 法律、慣習、宗教 6. その他 (診療情報開示、医療事故)</p>

臨床倫理学第 5 版；臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ: Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ 著、赤林朗、蔵田伸雄、児玉聡監訳、白浜雅司、児玉聡、古澤有峰訳、新興医学出版社（東京）、2006；p13 より転載）

<レポート作製の方法>

ICMJE (international committee of medical journal editors) では「論文の標準的構成」は、Title Page、Abstract、Introduction、Methods、Results、Discussion、References、Tables、Illustrations (Figures)、Units of Measurement、Abbreviations and Symbols であることが示されている。今回は症例提示とその考察が目的であるので、これに準拠して以下の構成とする。

投稿論文の原稿では図表を別にとりまとめるが、今回は症例提示や倫理的考察、全体の考察の部分で図表を用いる場合、直接本文に埋め込む形式とする。用いる図表は報告者がオリジナルに作成したものに限り、説明のためにネットなどから図表を引用することは認めない。

<レポートの構成>

- トップページ (Title and Author)

タイトル

タイトルから症例の全体像と倫理的問題点を理解できるように標題をつけること。(例：小脳梗塞による運動調節機能障害症例の回復期リハビリテーション中に生じた意欲低下とその克服のための倫理的問題の考察)

報告者名

レポートであるので、学籍番号、氏名を記載すること。

- 2 ページ目 (Abstract)

要約 (抄録と表記してもよい)

1 ページ以内の量でレポートを要約すること。

- 3 ページ目 (Introduction)

導入 (はじめに、イントロダクション、などとしてもよい)

これから扱う疾患や病態の一般的な導入説明を簡潔に行い、提示症例がどのような位置づけ、状況にあるかを説明する。ただし、症例の詳細はこのあと記載するので冗長にならないよう注意する。

- 4 ページ目以降 (Case Presentation)

症例提示

症例の説明を具体的に行う、日本内科学会専門医制度の病歴要約フォーマットを参考にして症例にあうようにアレンジしてよい。フォーマットにある「プロブレムリスト」は本レポートで作成するものとは異なるので省略してよい。

* 内科学会ホームページ、病歴要約作成の手引きより

<https://www.naika.or.jp/wp-content/uploads/2020/10/23463f85da867ebaae991f0439652d13.pdf>

(2022年9月10日確認)

ただし、以下の個人情報保護のための追加ルールは厳守のこと。

- 1) 入院日 X(エックス)年〇月〇日とすること。
- 2) 退院日 X+1年〇月〇日などとする(入院日の翌年に退院した場合の記載法)
- 3) 「受け持ち期間」は主治医ではなくレポートする医学生が担当した期間を記載すること。
- 4) 学会の例では病歴の中で具体的な年が記載されているがレポートでは上記どおり文章内もX年という形式で記載すること。
- 5) 記載者、教育責任者の記載は不要とする。

● 次ページ (Ethical Considerations)

倫理的考察

臨床倫理の4分割法にしたがって、分析した結果を提示し、次に抽出された諸問題に対して倫理的考察を加えること。

- 1) 医学的適応
- 2) 患者の意向
- 3) QOL
- 4) 周囲の状況

箇条書きにしてもよいし、表として示してもよい。項目ごとに詳細に取り組むこと。この教育の目的の一つがここにあり、倫理的考察が不十分(偏り、不備、誤り)であると評価は低くなる。

● 次ページ (Discussion)

考察

患者における原疾患と病態に関する考察、患者に存在した倫理的問題と病態とはどのようなかわりを持っていたか、家族等周囲との関係性や食いちがい、あるいは協力といったものはどうであったか、患者マネジメントにおいて倫理的問題がどのような比重を占め、また重要性があったか、などの、倫理的考察を背景とした、症例に関わる全体的な議論を行い、結論を導く。

症例のためにさらに何ができるか、自分はどこから何を得たか、今後のためにどういうことが提言・提案可能か、自分が医師としてどのように成長すべきか、といった学びを議論し、締めくくる。この部分は最もオリジナリティが出る部分であり、評価時に重視する部分である。

- 最終ページ (References)

参考文献

他者の文章やデータを引用する場合、該当箇所を肩括弧つき番号^{1, 2, 3, …}で示し、参考文献の箇所にまとめて記載する。文献引用形式には APA、MLA、バンクーバー、シカゴなどの形式があるが、理系論文ではシカゴスタイルが一般的とされる。具体的には最近の学術論文の References の項目を見ておくこと。

*シカゴスタイル

<https://www.chicagomanualofstyle.org/home.html>

(2022 年 9 月 10 日)

ネット情報を引用する必要がある場合は、ホームページのタイトルと該当箇所のタイトルを示し、URL の確認年月日を () 内に記入する。不適切な引用を用いたレポートは減点対象となる。

<例>

厚生労働省ホームページ

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について

<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>

(2022 年 9 月 10 日)