

臨床倫理教育パッケージ

日本医学教育学会 倫理・プロフェッショナリズム委員会編
浅井篤 板井孝太郎 大生定義 後藤英司監修

- I はじめに
 - II 目次
 - III セッションの構造例
 - IV 各論セッションの必須項目（コア・コンテンツ）
 - V 参考テキスト
-

I はじめに

今回、倫理・プロフェッショナリズム委員会は、近年の臨床倫理実践の重視および同教育の機会の増加を鑑み、学習者が臨床倫理の重要事項、考え方とアプローチ法、そして主要項目を修得でき、明日から各々の現場で臨床倫理を実践できることを目指した臨床倫理教育パッケージを作成しました。今回の内容は「エッセンシャル・クリニカル・エシックス（臨床倫理必修）」であり、初学者を主な対象とします。しかし、同時に臨床倫理教育を担当する方々の参考になる内容となっています。

日本医学教育学会
第18期 倫理・プロフェッショナリズム委員会
浅井 篤（東北大学大学院医療倫理学分野）

II 目次

I はじめに	p.1
II 目次	p.2
III セッションの構造例	p.3
IV 各論セッションの必須項目 (コア・コンテンツ)	p.4
V 参考テキスト	p.7

---臨床倫理教育パッケージ-----

1. 臨床倫理総論と現場での取り組み方

圓増文・浅井 篤 (東北大学大学院医療倫理学分野) p.9

2. インフォームド・コンセント、説明、治療辞退、共同意思決定

尾藤誠司 (東京医療センター) p.61

3. 意思決定能力を欠いた患者のケア

三浦靖彦 (東京慈恵会医科大学附属柏病院総合診療部) p.94

4. 終末期医療の倫理的判断

門岡康弘 (熊本大学大学院生命科学研究部生命倫理学分野) p.135

5. プライバシー

大北全俊 (東北大学大学院医療倫理学分野) p.191

6. 医療資源配分

浅井篤 (東北大学大学院医療倫理学分野) p.245

7. 医療現場の倫理と法

山崎祥光 (弁護士法人御堂筋法律事務所 大阪事務所) p.316

8. 専門分野に特化した倫理問題

浅井篤 (東北大学大学院医療倫理学分野) p.360

奥付 p.399

Ⅲ セッションの構造例

Ⅰ セッション全体（90分）の進行

- ① ミニレクチャー
- ② 少人数グループ議論
- ③ 全体討議とまとめ

Ⅱ 各セッションの必須構成要素（原則的にすべて含める）

- ① 目標設定：一般目標と到達目標、セッション目次
- ② 時事問題・現状（2016年）（必要な場合は最新記述倫理論文）
- ③ 簡単な歴史（背景）：クラシック・ケース（歴史的事例）には必ず言及
- ④ 関連する倫理原則（必要な場合は倫理理論または人権）と重要概念、倫理指針（必要に応じて法律）
- ⑤ 当該項目に関わる主要な問題・疑問リスト（個別質問事項）と関連事例
- ⑥ 上記⑤の問題および事例についての賛否両論
- ⑦ 最新の「考え方」（最新規範倫理論文、世論、社会制度等から）

少人数グループでの議論

- ⑧ 議論のための代表的事例と議論する規範的疑問（事例は、現時点でセッション担当者がいちばん問題だと認識しているケースを取り上げる。事例は可能であれば複数準備する。ユネスコケースで相応しいものがあればピックアップする）

セッション最後に

- ⑨ セッション担当者の現時点での規範的見解と未決事項
- ⑩ まとめ（Summaryとして5～10個の箇条書きスライドを作成「△△は医療現場では重要である」「関係者はかくかく云々すべきである」「〇〇する責任がある」等）。と、（可能な場合は）リベラルアーツ領域資料（小説、漫画、映画、絵画、音楽等）

IV 各論セッションの必須項目（コア・コンテンツ）

1 総論

臨床倫理の定義

臨床倫理ではないもの

事実問題と価値問題

臨床倫理の歴史、原則、概念

臨床倫理的課題への体系的アプローチ法

倫理的話し合いの留意点

2. 『インフォームド・コンセント、説明、治療辞退、共同意思決定』

インフォームド・コンセントの概念と構成

妥当なインフォームド・コンセントの要件

自発性、説得、威圧について

適切な開示の規準（必須開示事項）

リスク及び不確実性に関する話し合い方

家族の役割

未成年と同意

適切なコミュニケーション方法

患者の理解を高める方法

意思決定能力と判定方法、意思決定能力を高める方法

自己決定の困難さとサポート方法

セカンド・オピニオン

プラセボ治療

治療拒否の概念、治療拒否の権利、エホバの証人信者の輸血拒否、受け入れられない治療拒否

適切な患者 - 医師関係

3. 『意思決定能力を欠いた患者のケア（事前指示、ACP、最善利益を含む）』

最善利益の規準

適切な代諾・代諾者

家族の役割と、患者・家族間の利益相反

事前指示の様式、役割、課題

advance care planning、POLST(Physician Orders for Life-sustaining Care)

代理判断の質の高め方

成年後見制度

4. 『終末期医療の倫理的判断』

安楽死各種

自殺ほう助

治療中止と差し控え

「尊厳死」

延命と救命

二重結果の原理

作為と不作為

DN(A)R と関連行為、DN(A)R 指示を出すまでの手続き

高齢者、予後不良非悪性疾患患者に対する生命維持について

医学的無益性の概念

ターミナル・セデーション

脳死

QOL

良い終末期医療、「良い死」とは何か

5. 『プライバシー』

守秘義務の概念

守秘義務が必要な理由

代表的な守秘義務違反

守秘義務（秘密保持）違反が正当化される状況

患者個人に対する守秘義務と未成年患者、子供、家族（守秘義務の境界）

個人のプライバシー権と公共の利益（public interest）の葛藤

守秘義務と医学教育

遺伝情報

差別

6. 『医療資源配分』

医療専門職と社会（共感と正義）
配分レベル
正義の概念と各種アプローチ
費用効果分析と QALY
年齢、エイジイズム、fair-inning 議論
ニード理論（ロールズ）
自己責任（responsibility affecting priority）
医療の境界、保険医療と自費医療
医療を受ける権利、人権
公正な手続き

7. 『医療現場の倫理と法』

法と倫理・道徳との関係
ソフトローとハードロー
民法と刑法の違い
臨床倫理領域問題に関連する法律の概説
代表的な判例とその社会的位置づけ
専門職集団のガイドライン
治療義務の限界
今後立法が望まれる法

8. その他の重要項目（臨床倫理教育コースで余裕があるときに取り上げるべき内容）

生命の始まり（生殖補助医療含む）、子供・思春期、精神科、高齢者、外科系医療（産科を含む）、人を対象とした医学系研究と未承認医療、ゲノム医療・再生医療、公衆衛生（感染症医療を含む）、倫理コンサルテーション・倫理委員会、医学教育における倫理問題、医療倫理教育、文化・宗教に関連する倫理問題

V 参考テキスト

Tony Hope, Julian Savulescu, Judith Hendrick Medical Ethics and Law The Core Curriculum 2nd edition. Churchill Livingstone Elsevier, Oxford, 2008.

世界医師会『WMA 医の倫理マニュアル』日本医師会発行、樋口範雄監訳

浅井篤・尾藤誠司・大生定義（日本内科学会専門医部会）編、浅井篤、宮田靖志、松井邦彦、會澤久仁子、高橋隆雄、竹之内沙弥香、西垣悦代、三浦靖彦、稲葉一人、Darryl・Macer 著 日本内科学会認定医制度『研修カリキュラム2011付録：医療倫理のポイント』、p 422-441.

http://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2015/05/cu_all.pdf

The Oxford Practice Skills Course Ethics, Law, and Communication Skills in Health Care Education. Oxford University Press, Oxford, 1996.

British Medical Association Ethics Department Medical Ethics Today The BMA's handbook of ethics and law Second Edition, BMJ Books, 2004, London.

Albert R. Jonsen, Mark Siegler, William J. Winslade. Clinical Ethics A practical approach to ethics decisions in clinical medicine 8th edition, McGraw Hill, New York.

Singer PA, Viens AM, edition. The Cambridge Textbook of Bioethics, Cambridge University Press, 2008.

ユネスコ人文・社会科学局、科学・技術倫理部門著、浅井篤、高橋隆雄、谷田憲俊監訳、「ユネスコ生命倫理学必修」発行委員会訳、ユネスコ生命倫理必修 第一部：授業の要目、倫理教育履修課程、2010年、医薬ビジネスセンター、大阪市

ユネスコ生命倫理ケースブック（日本医学教育学会翻訳版）

http://jsme.umin.ac.jp/ba/eas/report_unesco/report_unesco.html

浅井篤・高橋隆雄責任編集 シリーズ生命倫理学 臨床倫理 丸善出版、東京、2011年。

Tom L. Beauchamp, James F. Childress. Principles of Biomedical Ethics. 7th edition.
Oxford University Press, Oxford, 2013.

日本医学哲学・倫理学会・教育委員会編 医療従事者の要請課程の中で行われる医療倫理
教育の内容についての提言 2015年8月

臨床倫理総論

レクチャー

東北大学大学院 医学系研究科 医療倫理学分野

圓増 文 大北全俊 浅井 篤

1. 臨床倫理とは何か

臨床倫理とは

・「臨床医学における倫理上の問題を明らかにし、分析、解決するための体系的なアプローチを提供する実践的な学問」(A.R.ジョンセンほか『臨床倫理学 第五版』新興医学出版社、2006)

・「生命科学と医療技術の発達が医療現場と患者ケアにもたらした倫理・法・社会問題等を学際的に検討する生命倫理の一分野であり、個々の患者診療に関わる倫理問題を同定、分析し、どのような選択が最善かを考察することを第一義の目的とする」

(浅井篤、「臨床倫理－基礎と実践」、『シリーズ生命倫理学 臨床倫理』、丸善出版、2013、pp.2-21)

・「臨床の現場(医療、介護)に従事している者が、いましている、またこれからしようとしている医療・ケアの行動や姿勢を倫理的視点から検討する営み」

(石垣靖子、「看護における倫理を考える」、石垣・清水『臨床倫理ベーシックレッスン』日本看護協会出版会、2012)

・「医療・介護従事者が日々、患者・家族と対応しながら、ケアを進めていく際に、「これからどのようにコミュニケーションを進めようか」と、個別事例ごとに考える営み」

(清水哲郎『臨床倫理エッセンシャルズ 改定第4版 v.1.5』東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター 上廣講座 臨床倫理プロジェクト、2015)

倫理とは

倫：人の輪 → 人間関係、社会

理：ことわり → 筋道、理屈

社会の中でいかに行為すべきか
他の人にどう振る舞うのがいいのか

→ こうした問題を考える手がかりとなる規範・規準のこと

価値問題：「…いいか悪いか？」

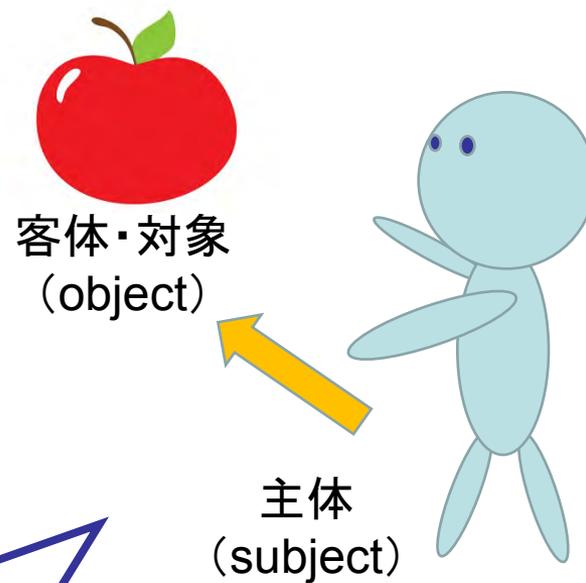
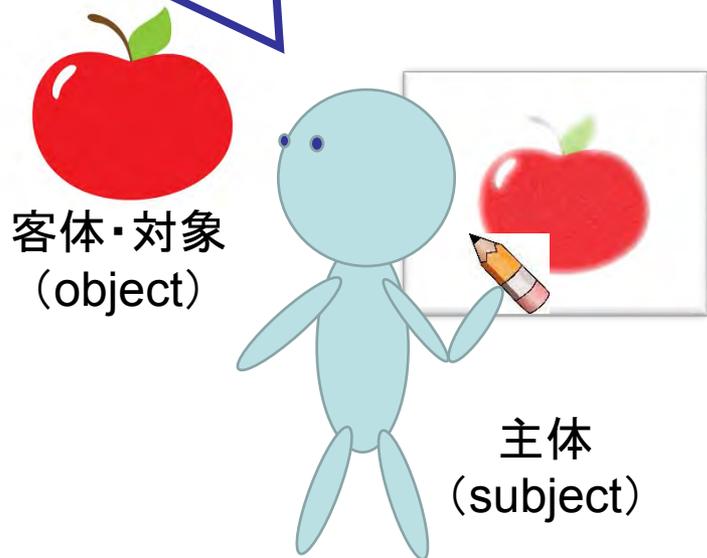
「…すべきか？」

事実問題：「どうあるのか？」、「どんな可能性があるのか？」

事実問題: 対象 (object) を描写・記述することに関わる問題

ex. 硬さは? 糖度は? 日持ちは?
どう育てたら?

→ 事実をよく調べる
(観察、調査、実験)



事実だけでは ←
解決できない

ex. 食べてもいい? 食べるべきではな
い? 買う? 人に勧める?

価値問題: 対象 (object) に対する私たち (subject) の姿勢・評価・
規範の問題

医療における事実問題と価値問題

事実

ex.「患者さんはどんな症状に悩んでいるのか?」、「その原因は何か?」

「一般に・・・の症状に対し、どんな治療・介護が可能か?」、「予後はどうか?」

価値

「患者さんの病状をこのまま放置するのはよくないのでは?」
「治療Aと治療Bのどちらを勧めるべき?」、「患者さんの要求に応えるべきか?」、「治療を続けるべきか?」



治療、看護

てがかり
倫理(規範)

日常の医療行為は事実判断と価値判断の総合

倫理(規範): 私たちの日常の行為を導くもの

- 当たり前すぎて意識されない、あえて口にはだ
されない ex.「人に迷惑をかけるのはよくない」
「人から借りたものは返さない」と

日常の倫理(規範)が機能しなくなる場面

例えば・・・

- ・これまでの倫理では状況に対応しきれない場面

ex.「果たして延命することが患者の利益になるの
か??」

- ・二つ以上の倫理の要求が対立する場面 など

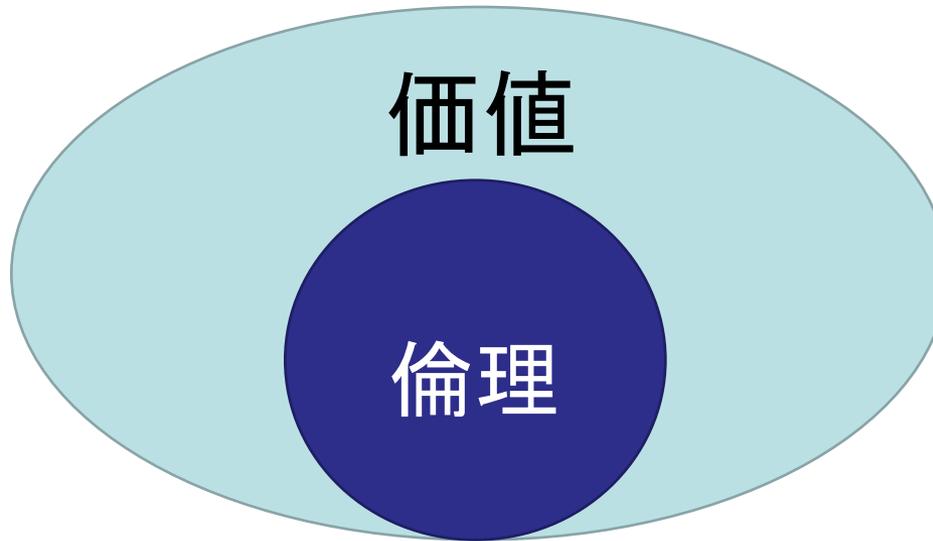
ex.「患者の意思を尊重することが、患者の不利益になる
場合どうしたらいいのか??」

→「どうするべきなのか?」、「これでいいのか?」

倫理的問題に直面

→ では、どのように解決していくのか??

倫理的問題と価値問題



- ・倫理的問題は価値問題の一種
- ・価値問題のすべてが客観的な解決を求められているわけではない →「人それぞれ」が許される領域も
- ・倫理的問題は客観的な(他者に正当化可能な仕方での)解決が求められる
→ではどうしたら？

どうしたら倫理的問題を解決できるのか??

- 問題となる価値が他の主体に対し正当化可能であることを示す(論証)
 - 共通の価値・規範に依拠して論証する
 - 立場の違いを超えて、お互いが分かり合えるような仕方で選択肢について検討してく

臨床倫理の役割

臨床の場面で生じている倫理的問題について、当事者が一緒になって検討し、答えを出していくための手助けとなる検討の方法論(例:手法、原則)を提供する

改めて臨床倫理とは

- ・誰が？

- 医療の当事者(及び当事者になりうる人)が
ex.患者、家族、医療・介護従事者、市民など

- ・何について？

- 特定の患者に対し、
今行われている医療・介護のあり方について
あるいは、過去の医療・介護のあり方について

- ・何のために？

- 今後の医療・介護をよりよいものにしていくために

- ・何をするのか？

- 共通の価値基準・規範に照らして、一緒になって検討していくこと

どんな問題が検討の対象となるか

- 例：
- ・インフォームド・コンセントに至るまでのプロセス
 - ・患者のプライバシー保護と医療者の守秘義務
 - ・終末期医療・高齢者医療

例：延命治療の停止・差し控え、緩和ケア、
患者の療養場所(看取りの場)の選択、
患者の事前指示、家族との意思疎通

- ・重篤な障害をもった新生児の治療方針の決定
 - ・精神疾患の患者への治療の実施
 - ・複数の患者間での治療の優先順位
 - ・臓器提供・臓器移植
 - ・遺伝医療
- ・・・など

参考： M.P. Aulisio “Clinical Ethics I. Development, Role, and Methodologies,” *Bioethics* (Encyclopedia of Bioethics 4th edition), B.Jennings(ed), Macmillan Library Reference, 2014, pp.596-602
A.R.ジョンセン『生命倫理学の誕生』勁草書房、2009

臨床倫理は何ではないか

- 「答えのない領域」ではない
 - 答えは出すもの、出そうとする姿勢がなくては始まらない
- フローチャートによって自動的に答えを出すことはできない
 - 考える、一緒になって話し合い、決めることで、答え(決定)は導き出される
- だれかを批判したり非難するためのものではない
 - 協力しあって医療をよりよくしていくためのもの
- 訴訟回避の方策ではない
 - 「最悪の事態を避ける」よりも、「できる限りよりよくしていく」ことに主眼が置かれる

2. 臨床倫理の基本的な考え方

臨床倫理発展の歴史的経緯

・生命倫理成立(1960's~70's、米国)

時代背景

- ・医療技術の高度化→臨床における様々な倫理的課題

例:臓器移植、安楽死、延命治療の中止...

- ・公民権運動 →決定の主体についての考え方の変化

医療:医療者だけでなく、患者も決定に参加

- ・問題ある医学研究の発覚

→医療における倫理的課題を社会全体で検討する必要

・「臨床倫理clinical ethics」:1980's頃から教科書等で使用

背景:原則主義への不満・批判:「原則だけでは複雑な臨床現場の状況に対応できない」、「問題が生じている個別の文脈にもっと注意を払う必要がある」、「原則を状況と結び付ける体系的な手法が必要では」

→具体的な決定を導くための当事者による検討の体系的枠組み
探求 例:A.R.ジョンセンらによるアプローチの提唱(1982)

ASBHによる倫理コンサルテーションの整備(1990's~)

基本的な考え方

尊厳: 無条件的で、代替不可能な、それ自体としての価値

←→ 価格: 相対的で、他のものと代替可能で、手段としての価値

世界人権宣言: 「すべての人間は、生れながらにして自由であり、かつ、尊厳と権利とについて平等である」。

日本国憲法: 「すべて国民は、個人として尊重される」。

人権: 人が人である限りにおいてもっている権利、人として生きるための権利

世界人権宣言: 「…すべての人民とすべての国とが達成すべき共通の基準として、この世界人権宣言を公布する」。

日本国憲法: 「この憲法が国民に保障する基本的人権は、侵すことのできない永久の権利として、現在及び将来の国民に与えられる」。

基本的な考え方②

自律: 他人に支配されないで、自分の法(ルール)を自分で定め、それに則って行為すること

→近年、「患者の自律」: 自己決定の意味で理解

ex. 「自己決定と独立した決定と行動・評価を行う個人の能力」(『ユネスコ生命倫理学必修 第一部』)

プライバシー権: 個人の私的な事柄や情報(プライバシー)を他人から干渉・侵害されない権利

→近年、さらに「私的な情報の提供・利用を自分でコントロールできる権利」を意味するように

cf. 個人情報保護法

倫理原則: 社会に広く共有されている規範・価値を一般的な言葉で表現したもの。諸々の倫理規範・行為・判断の根拠となるもの。

倫理原則のさまざまな定式化

ビーチャム&チルドレス の四原則	清水哲郎 ≡ベルモントレポート	Fry & Johnston (日本看護協会推奨)
Respect for autonomy (自律尊重)	人間尊重	Respect for autonomy (自律尊重)
		Veracity (誠実／正直・真実)
		Fidelity(忠誠／忠実)
Beneficence (善行／与益)	与益	Beneficence (善行／与益)
Non-maleficence (無危害)		Non-maleficence (無危害)
Justice(正義)	社会的適切さ	Justice(正義)

(清水哲郎『臨床倫理エッセンシャルズ 改定第4版 v.1.5』東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター 上廣講座 臨床倫理プロジェクト、2015)を基に作成

臨床倫理の倫理原則

1) 患者の意思を尊重する

2) 患者にとってより利益となることを行う

3) 社会的な視点を考慮する

→ 臨床の諸活動の前提にある基本的な規範を共通の言葉で表したもの。多くの人にとって「あたりまえ」のこと。

1) 患者の意思を尊重する

* 医療のプロセスに関する原則

→ 患者への情報提供、こまめな意思疎通、治療方針決定への患者の参加

* 留意点

・「患者の言動・発言を、そのままその人の意思としてうのみにしていいのか」

→「どのような理由で患者はそのように言っているのか?」、「どんな情報・認識に基づいてそのような発言しているのか?」を確認し、再度意思疎通を図る必要

・「患者の意思が確認できない場合はどうすればよいのか」

→ まずは、事前指示など、患者の推定意思を尊重しつつ、「患者の最善の利益」を判断することに

(『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』(厚生労働省))

2) 患者にとってより利益となることを行う

* 医療の目的に関する原則

→利益と害のアセスメント:患者にとって可能な選択肢を枚挙して、それぞれについてメリット・デメリットを比較し、「どの選択肢が患者にとって最善か(ましか)」を考える

* 留意点

・具体的にどんな状況をもって「患者の最善の利益」とするかについては、時代によって、社会によって、個人によって変化

「無病息災」から「QOL」へ:病を抱えつつよりよい生活を送る

「QOLを維持・改善すること」→ 患者の利益

・さまざまな次元のメリット・デメリットを考慮する必要

例:身体面、精神面、生活面、経済面、社会生活など

2) 患者にとってより利益となることを行う

* 留意点(つづき)

- ・「何が最善か？」は基本的に患者と医療者とで決める
→「患者だけで決める」、「医療者だけで決める」ではない。
- ・どうしても意見が一致しない場合は？
→ 社会的適切さに反しない限り、患者の考えを尊重する。
ただし、「本当に患者はそれを最善と考えているか？なぜか？」を確認し、できる限り患者の考えを知ろうとする必要
- ・患者が意思表示できない場合は？
→ 事前指示など、患者の推定意思を尊重しつつ、患者の家族など、患者のことをよく知っている人と医療者とが話し合って決める。
ただし、話し合う際の基準は「何が患者にとって最善か」におく。

3) 社会的な視点を考慮する

* 医療が社会的な営みであることに由来する原則

→ 問題となる個別の医療活動を社会全体のなかに置いてみた場合に適切であるかどうか？

- ・患者間の公平性への配慮(選り好みや差別をしない)
- ・患者以外の人間への配慮(例:ドナー、医療全体の資源)
- ・他の社会資源(社会保障制度)との連携
- ・既存のガイドラインや法律の配慮

* 留意点

・個別事例を検討することが、既存の制度、ガイドライン、法律のあり方への問題提起に結びつくことも

ex.「延命治療中止についての社会的な基準が必要」

3. 臨床倫理の進め方

主なステップ

- (1) 状況を整理し、問題意識を明らかにする
- (2) 関係者が一緒に検討する場を設ける
- (3) 複数の視点から、状況を整理しなおす
- (4) いくつかの選択肢を比較し、選択する

(1) 状況を整理し、問題意識を明らかにする

- ある患者のケースに対する自分の違和感を言葉で表すことは、関係者が問題意識を共有するうえで不可欠。
- そこで、まずは参加者が状況を整理し問題意識を文章にしてみる必要がある。
- 場合によっては、再度、情報を集めることが必要となる。

(2) 関係者が一緒に検討する場を設ける

- 最終的に導かれた解決策は、いくら十分な理由に基づくものでも、関係者の理解と協力がなければ、実行に移されない。
- そこで、できるだけ、その患者の治療・看護にかかわっている人すべて(多く)に検討に参加してもらう。
- 例えば、患者が複数の診療科にまたがって治療を受けている場合には、各科の担当者にできる限り参加してもらう。

(3) 複数の視点から、状況を整理しなおす

- ・立場が違えば同じ状況が違って見えてくることも。
- ・基本的な規範・価値観を手がかりとして、関係者で状況を整理していく。
- ・状況をふまえ、可能な選択肢を挙げる。
- ・場合によっては、ある程度、解決策が見えてくることも。他方、新たな問題点が出てくることもある。

(4) いくつかの選択肢を比較し、選択する

- ・各選択肢のメリット・デメリットを挙げたうえで、基本的な規範・価値観に照らして、どれが最善か(ましか)を話し合う。
- ・またコミュニケーションの進め方についても話し合い、今後の方針を決める。

いくつかの体系的アプローチ

代表的なアプローチ

- ・症例検討シート(四分法)

A.R.ジョンセンら

- ・臨床倫理検討シート <http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/tools/tools.html>

清水哲郎 & 臨床倫理プロジェクト

- ・エトックス・アプローチ http://www.ukcen.net/index.php/education_resources

A.クーパー

- ・2ステップアプローチ

浅井ら

→ シート(表)を使用するなどして、状況を整理したり問題を挙げながら、関係者が一緒に検討を進めていく

検討を進める際の留意点

(1) アプローチの手順にこだわりすぎない

- ・各アプローチは、事例を検討するうえで見落としがちな点を気づきやすくする、今どの点について検討しているのかを複数の参加者で共有しやすくする、といった利点がある。
- ・他方、シートの「穴埋め」に終始すると、話し合いをかえって妨げる可能性も。
- ・重要なのは、話し合いを通じ、何らかの結論を出すこと。

(2) 「裁判」ではない

- ・当事者の不手際や不足などを指摘することだけに終始しない。当事者が批判をおそれて、検討に参加しなくなる可能性も。
- ・これからの医療・介護に活かすための具体的提案を心がける。

検討を進める際の留意点(つづき)

(3) 参加者が発言しやすい環境づくりを行う

- ・参加者が一緒になって、悩み、話し合っって結論を出すことが臨床倫理の要となる。
- ・多様な立場から事例を捉え直すことで、事例が違って見えてくることも。
- ・他方、患者の生死がかかわる場合など、事例によっては、自分の考えを口にするのを参加者がためらうことも。
- ・職位や臨床経験、専門性の違いを気遣って、参加者が発言を遠慮することも。
 - ①人の発言はできる限り共感的な態度で聞く
 - ②対等な立場で話し合うことを参加者が互いに確認しておく。
 - ③なるべく参加者全員の合意を目指す。意見の異なる人がいた場合には、どの点で異なるのかを明確にする。
 - ④進行役(ファシリテーター)と記録係を決める。

検討を進める際の留意点(つづき)

(4) 患者の家族の位置づけ

- ・家族の当事者性に配慮すること

一言で「家族」といっても、患者の生活への関与の度合いはさまざま。

→治療方針の決定プロセスに家族の関与がどの程度必要かは、家族の当事者性の度合いに応じて変化する。

- ・家族と患者の複雑な関係に配慮すること

患者の利益・価値観をよく知っている存在であり、患者の考えを代弁する存在である。同時に、介護の負担や年金の受給、遺産などをめぐって、患者と利害が対立する可能性もある。

→ 家族の心情や負担、意向に配慮すること

他方、「患者の最善の利益」を決定の基準におくことは、家族と共有する。

参考文献

- ・M.P. Aulisio, “Clinical Ethics I. Development, Role, and Methodologies,” *Bioethics (Encyclopedia of Bioethics 4th edition)*, B.Jennings(ed), Macmillan Library Reference, 2014, pp.596–602
- ・A.R.ジョンセン『生命倫理学の誕生』勁草書房、2009(= A.R.Jonsen, *The Birth of Bioethics*, Oxford University Press, 1998)
- ・A.R.ジョンセンほか『臨床倫理学 第五版』新興医学出版社、2006(=A.R.Jonsen, M. Siegler, & W.J. Winslade, *Clinical Ethics 5th edition*, McGraw Hill, 2002)
- ・浅井篤、「臨床倫理－基礎と実践」、『シリーズ生命倫理学 臨床倫理』、丸善出版、2013、pp.2-21
- ・栗屋剛ほか編『シリーズ生命倫理学 医療情報』、丸善出版、2013
- ・石垣靖子・清水哲郎『臨床倫理ベーシックレッスン』日本看護協会出版会、2012
- ・大北全俊・浅井篤「臨床倫理の実践方法(仮)」、小野沢滋編『シリーズ 在宅医療の技とところ 在宅栄養管理 改定二版』南山堂、2015年刊行予定
- ・大庭健『善と悪』岩波書店、2012
- ・笠原忠・越前宏俊編『ヒューマニズム薬学入門』培風館、2012
- ・清水哲郎『臨床倫理エッセンシャルズ 改定第4版 v.1.5』東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター 上廣講座 臨床倫理プロジェクト、2015
- ・世界医師会『医の倫理マニュアル』日本医師会、2007
- ・日本老年医学会編『高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン』医学と看護社、2012
- ・国際連合教育科学文化機関 人文・社会科学局、科学・技術倫理部門『ユネスコ生命倫理学必修 第一部』、医薬ビジランスセンター、2010

参考文献②

終末期医療における意思決定プロセスに関するガイドライン

厚生労働省	終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン	平成19年5月
日本救急医学会	救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)	平成19年11月
日本医師会	終末期医療に関するガイドライン	平成20年2月
日本学術会議	終末期医療のあり方について-亜急性型の終末期について-	平成20年2月
日本医師会	医師の職業倫理指針[改訂版]	平成20年6月
全日本病院協会	終末期医療に関するガイドラインーよりよい終末期を迎えるためにー	平成21年5月
日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本循環器学会	救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン ～3学会からの提言～	平成26年11月
日本老年医学会	高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として	平成24年6月
日本透析医学会	維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言	平成26年11月
日本小児科学会 倫理委員会 小児終末期医療ガイドライン ワーキンググループ	重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン	平成24年4月

付録

形式1

倫理コンサルテーション依頼用紙（医療倫理学分野案H270611）年 月 日

お名前		職種	
ご所属・病棟		Eメールアドレス	
		ご連絡先電話番号	
Q1. 今回のコンサルテーション依頼は？（以下のいずれかに○をして下さい。）			
A 個人○ B 診療チーム C 病棟, D その他 []			
*「個人」の場合、当該事例の患者さんとのご関係は？ []			
Q2. 患者さんの状況と倫理コンサルテーションで相談されたいことについて			
2-1 今回 依頼者が相談されたいこと（倫理的な悩み）：			
2-2 患者さんの医学的状況（診断、予後、合併症、診療目的等）：			
2-3 患者さんおよびご家族への病状についての説明内容（どのような言葉を用いてお話ししているかが分かるようにご記入ください）：			
Q3. 現時点で医療サイドが「医学的に最善」と考えている方針と代替案		Q4. 現時点で「患者さんが最も望んでいる」と考えられることは？	
3-1：診療チームの推奨治療方針と理由		4-1 患者さんの同意治療能力あり なし 不明 確定できない	
3-2：他の選択可能な治療方針（代替の選択肢）		4-2 患者さんの現状認識と心理状態 4-2 患者さんの希望または意向およびその理由（事前指示および家族による推定意思を含む）	
Q5. 現時点の患者さんのQOL（身体的充足度・精神的満足度）について		Q6. 現時点での「ご家族の意向」は？（「家族」の定義・キーパーソンの選定）	
5-1：患者さん自身の評価		6-1：キーパーソンはどなたでしょうか。	
5-2 患者さん以外の方の評価		6-2：家族の基本的な意向およびその理由、異論の有無	
Q7. 担当診療チーム（看護師等コメディカルを含む）の構成と意向、及びその他			
7-1 診療チームの構成		7-3 診療チームの意見の一致・不一致（意見が分かれている場合は、どの職種でどのように意見が分かれているか）	
7-2 診療チームの意向		7-4 その他（何でも関連する懸念事項をお書きください）	

付録②

<p>1 倫理的に問題になると思われる点の整理</p> <p>2 提案</p> <p><u>2-1 統括的提案</u>：基本的な提案（患者さんにとって最善と思われる方針についての推奨）とその理由、および他の諸方針（代替案）を取らない理由</p> <p><u>2-2 個別提案</u>（必要に応じて）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者・その家族とのコミュニケーションに関する提案（どう説明するか、何か訊くか、どのように話を切り出すか、についての提案） ・担当診療チーム内でのコミュニケーションに関する提案 ・社会的側面に関する提案 <p><u>2-3 見解の不一致が生じた点およびその理由</u></p> <p><u>2-4 上記2-1及び2-2の倫理・心理・社会・法的な懸念</u></p> <p><u>2-5 今後の予防策（可能であれば）</u></p> <p><u>2-6 その他</u></p>

参考1：症例に対する倫理的提案（ethical suggestion）含まれるべき六項目

（東北大学医学系研究科医療倫理学分野版）

- ア) 具体的な提案
- イ) 尊重すべき倫理原則および勘案する必要のある重要医療倫理概念
- ウ) 提案の根拠（優先すべき原則とその理由、患者の最善の利益の明確な定義）
- エ) 代替案の列挙と推奨案との比較考量の詳記
- オ) 主たる提案の倫理的、心理的、社会的、法的問題点
- カ) 回避可能な倫理的ディレンマに対する予防策

1.臨床倫理総論 解説・注釈

<p>スライド 1</p>	<div style="text-align: center;"> <p>臨床倫理総論</p> <p>レクチャー</p> <p>東北大学大学院 医学系研究科 医療倫理学分野 園増 文 大北全俊 浅井 篤</p> </div>	
<p>スライド 2</p>	<div style="text-align: center;"> <p>1. 臨床倫理とは何か</p> </div>	
<p>スライド 3</p>	<div style="text-align: center;"> <p>臨床倫理とは</p> <p>・「臨床医学における倫理上の問題を明らかにし、分析、解決するための体系的なアプローチを提供する実践的な学問」(A.R.ジレンセンほか『臨床倫理学 第五版』新南陽学出版社、2006)</p> <p>・「生命科学と医療技術の発達が医療現場と患者ケアにもたらした倫理・法・社会問題等を学際的に検討する生命倫理の一分野であり、個々の患者診療に関わる倫理問題を特定、分析し、どのような選択が最善かを考察することを第一義の目的とする」(浅井篤、『臨床倫理—基礎と実践』、『シリーズ生命倫理学 臨床倫理』、丸善出版、2013、pp.2-21)</p> <p>・「臨床の現場(医療、介護)に従事している者が、いましている、またこれからしようとしている医療・ケアの行動や姿勢を倫理的視点から検討する営み」</p> <p>(尾形謙子、『看護における倫理を考える』、石塚・清水『臨床倫理ベーシックレクチャー』日本看護協会出版会、2020)</p> <p>・「医療・介護従事者が日々、患者・家族と対応しながら、ケアを進めていく際に、「これからどのようにコミュニケーションを進めようか」と、個別事例ごとに考える営み」</p> <p>(清水賢朗『臨床倫理エッセンシャルズ 改定第4版 v1.5』東京大学大学院人文社会科学系研究科衛生学・応用倫理センター・土曜講義 臨床倫理プロジェクト、2015)</p> </div>	<p>いくつかの定義を紹介 「倫理」に注目 臨床倫理とは、倫理という営みの一種では、倫理とは何か？</p>
<p>スライド 4</p>	<div style="text-align: center;"> <p>倫理とは</p> <p>倫：人の輪 → 人間関係、社会 理：ことわり → 筋道、理屈</p> <p>社会の中でいかに行為すべきか 他の人にどう振る舞うのがいいのか</p> <p>→ こうした問題を考える手がかりとなる規範・規程のこと</p> <p>価値問題：「…いいか悪いか？」 「…すべきか？」</p> <p>事実問題：「どうあるのか？」「どんな可能性があるのか？」</p> </div>	<p>まずは日本語の「倫理」の字義から考えてみる。 倫： 理： では、価値問題と事実問題は違うのか？</p>
<p>スライド 5</p>	<div style="text-align: center;"> <p>事実問題：対象(object)を描写・記述することに関わる問題 ex. 硬さは？ 温度は？ 日持ちは？ → 事実をよく調べる (観察、調査、実験) どう育てたら？</p> <p>価値問題：対象(object)に対する私たち(subject)の姿勢・評価・規範の問題 ex. 食べてもいい？ 食べるべきではない？ 買う？ 人に贈る？</p> <p>事実だけでは — 解決できない</p> </div>	<p>事実問題は、事実をよく見ることで解決 価値問題は、事実を見るだけでは解決はできない。</p>

<p>スライド 6</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">医療における事実問題と価値問題</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>事実</p> <p>ex.「患者さんはどんな症状に悩んでいるのか?」、「その原因は何か?」</p> <p>「一般に...の症状に対し、どんな治療・介護が可能か?」、「予後はどうか?」</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>価値</p> <p>「患者さんの病状をこのまま放置するのはよくないのでは?」</p> <p>「治療Aと治療Bのどちらを勧めるべき?」、「患者さんの要求に応えるべきか?」、「治療を続けるべきか?」</p> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">↓</p> <p style="text-align: center;">治療、看護</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">↑ てがかり 倫理(規範)</p> <p style="text-align: center; color: red;">日常の医療行為は事実判断と価値判断の総合</p> </div>	<p>事実</p> <p>ex.「患者さんはどんな症状に悩んでいるのか?」、「その原因は何か?」</p> <p>「一般に...の症状に対し、どんな治療・介護が可能か?」、「予後はどうか?」</p>	<p>価値</p> <p>「患者さんの病状をこのまま放置するのはよくないのでは?」</p> <p>「治療Aと治療Bのどちらを勧めるべき?」、「患者さんの要求に応えるべきか?」、「治療を続けるべきか?」</p>	<p>ではこの二つの関係は?</p> <p>→どちらか一方が他方より重要というわけではない。</p> <p>医療の場を含めて、日常において、この二つの問題はどちらも重要。</p> <p>例えば医療においては、この二つの問題に対する判断があって、初めて行為(治療、看護)が導かれる。このように、日常の医療行為は事実判断と価値判断の総合</p>
<p>事実</p> <p>ex.「患者さんはどんな症状に悩んでいるのか?」、「その原因は何か?」</p> <p>「一般に...の症状に対し、どんな治療・介護が可能か?」、「予後はどうか?」</p>	<p>価値</p> <p>「患者さんの病状をこのまま放置するのはよくないのでは?」</p> <p>「治療Aと治療Bのどちらを勧めるべき?」、「患者さんの要求に応えるべきか?」、「治療を続けるべきか?」</p>			
<p>スライド 7</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>倫理(規範): 私たちの日常の行為を導くもの</p> <p>→ 当たり前すぎて意識されない、あえて口にはだされない ex.「人に迷惑をかけるのはよくない」「人から借りたものは返さない」</p> <p>日常の倫理(規範)が機能しなくなる場面</p> <p>例えば...</p> <ul style="list-style-type: none"> ・これまでの倫理では状況に対応しきれない場面 ex.「果たして延命することが患者の利益になるのか?」 ・二つ以上の倫理の要求が対立する場面 など ex.「患者の意思を尊重することが、患者の不利益になる場合どうしたらいいのか?」 <p>→「どうすべきなのか?」、「これでいいのか?」</p> <p style="text-align: center; color: red;">倫理的問題に直面</p> <p>→ では、どのように解決していくのか??</p> </div>	<p>まとめると倫理: 堅苦しいイメージ、「一定の社会的地位がある人、まじめな人だけが関係するもの」</p> <p style="text-align: center;">しかしそうではない</p>		
<p>スライド 8</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">倫理的問題と価値問題</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> </div> <ul style="list-style-type: none"> ・倫理的問題は価値問題の一種 ・価値問題のすべてが客観的な解決を求められているわけではない → 「人それぞれ」が許される領域も ・倫理的問題は客観的な(他者に正当化可能な仕方での)解決が求められる → ではどうしたら? </div>	<p>補足</p> <ul style="list-style-type: none"> ・倫理的問題は価値問題の一種 ・価値問題のすべてが客観的な解決を求められているわけではない → 「人それぞれ」が許される領域も 例: どの学部に進むのがいいのか? どのような仕事に就くか? ・倫理的問題は客観的な(他者に正当化可能な仕方での)解決が求められる → ではどうしたら? 		
<p>スライド 9</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center; color: blue;">どうしたら倫理的問題を解決できるのか??</p> <ul style="list-style-type: none"> → 問題となる価値が他の主体に対し正当化可能であることを示す(論証) → 共通の価値・規範に依拠して論証する → 立場の違いを超えて、お互いが分かり合えるような仕方を選択肢について検討していく <p style="text-align: center; color: blue;">臨床倫理の役割</p> <p>臨床の場面で生じている倫理的問題について、当事者が一緒になって検討し、答えを出していくための手助けとなる検討の方法論(例: 手法、原則)を提供する</p> </div>			
<p>スライド 10</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center; color: red;">改めて臨床倫理とは</p> <ul style="list-style-type: none"> ・誰が? → 医療の当事者(及び当事者になりうる人)が ex. 患者、家族、医療・介護従事者、市民など ・何について? → 特定の患者に対し、 今行われている医療・介護のあり方について あるいは、過去の医療・介護のあり方について ・何のために? → 今後の医療・介護をよりよいものにしていくために ・何をやるのか? → 共通の価値基準・規範に照らして、一緒になって検討していくこと </div>			

<p>スライド 11</p>	<p>どんな問題が検討の対象となるか</p> <p>例：・インフォームド・コンセントに至るまでのプロセス ・患者のプライバシー保護と医療者の守秘義務 ・終末期医療・高齢者医療</p> <p>例：延命治療の停止・差し控え、緩和ケア、 患者の療養場所(看取りの場)の選択、 患者の事前指示、家族との意思疎通</p> <p>・重篤な障害をもった新生児の治療方針の決定 ・精神疾患の患者への治療の実施 ・複数の患者間での治療の優先順位 ・臓器提供・臓器移植 ・遺伝医療 ……など</p> <p><small>参考: M.P. Adler's "Clinical Ethics: Development, Role, and Methodologies," <i>Bioethics</i> (Encyclopedia of Bioethics 4th edition), B.Jennings(Ed), Macmillan Library Reference 2014, pp.598-602 A.R.ジアンセンによる生命倫理の誕生(勁草書房, 2009)</small></p>	
<p>スライド 12</p>	<p>臨床倫理は何ではないか</p> <p>・「答えのない領域」ではない →答えは出ずもの、出そうとする姿勢がなくては始まらない</p> <p>・フローチャートによって自動的に答えを出すことはできない →考える、一緒に話して話し合い、決めることで、答え(決定)は導き出される</p> <p>・だれかを批判したり非難するためのものではない →協力あって医療をよりよくしていくためのもの</p> <p>・訴訟回避の方策ではない →「最悪の事態を避ける」よりも、「できる限りよりよくしていく」ことに主眼が置かれる</p> <p><small>参考: 浅井篤, 「臨床倫理-基礎と実践」, 『シリーズ生命倫理学 臨床倫理』, 丸善出版, 2013, pp.2-21</small></p>	<p>訴訟: 当事者同士の関係が壊れ、対立が生じている状況</p>
<p>スライド 13</p>	<p>2. 臨床倫理の基本的な考え方</p>	
<p>スライド 14</p>	<p>臨床倫理発展の歴史的経緯</p> <p>・生命倫理成立(1960's~70's, 米国)</p> <p>時代背景 ・医療技術の高度化→臨床における様々な倫理的課題 例: 臓器移植, 安楽死, 延命治療の中止…</p> <p>・公民権運動 → 決定の主体についての考え方の変化 医療: 医療者だけでなく、患者も決定に参加 問題ある医学研究の発覚</p> <p>→医療における倫理的課題を社会全体で検討する必要</p> <p>・「臨床倫理clinical ethics」: 1980's頃から教科書等で使用</p> <p>背景: 原則主義への不満・批判: 「原則だけでは複雑な臨床現場の状況に対応できない」, 「問題が生じている個別の文脈にもっと注意を払う必要がある」, 「原則を状況と結び付ける体系的な手法が必要では」</p> <p>→具体的な決定を導くための当事者による検討の体系的枠組み探求 例: A.R.ジアンセンらによるアプローチの提唱(1982) ASBHによる倫理コンサルテーションの整備(1990's~)</p>	<p>ここでは、臨床倫理が学問の一領域として成立した歴史的経緯を見たとうえで、臨床倫理の基本にある考え方(規範、価値観)を紹介していく。</p> <p>臨床倫理は、生命倫理の一分野として発展</p> <p>生命倫理が成立したのは、1960年代後半から70年代にかけての米国社会において</p> <p>こうした時代の流れの中で、医療における倫理的課題について、医療者だけでなく、さまざまな立場の人を含んだ社会全体で、検討していく必要性が訴えられるように。</p> <p>そうした立場の違いを超えた検討を可能にする枠組みとして、倫理原則の定式化が試みられた。</p> <p>他方、臨床倫理が生命倫理の一分野として</p> <p>背景: 当事者による検討のための体系的枠組みの探求が行われるように</p>

スライド
15

基本的な考え方

尊厳: 無条件的で、代替不可能な、それ自体としての価値
 ↳ 価格: 相対的で、他のものと代替可能で、手段としての価値

世界人権宣言: 「すべての人間は、生れながらにして自由であり、かつ、尊厳と権利について平等である」。

日本国憲法: 「すべて国民は、個人として尊重される」。

人権: 人が人である限りにおいてもっている権利、人として生きるための権利

世界人権宣言: 「...すべての人民とすべての国とが達成すべき共通の基準として、この世界人権宣言を公布する」。

日本国憲法: 「この憲法が国民に保障する基本的人権は、侵すことのできない永久の権利として、現在及び将来の国民に与へられる」。

尊厳: 価格が表す価値と対比して説明

価格 → 評価する人、周囲の環境、そのものの状況、などによって大事さが変わる、相対的な価値
 例: 時計、傘

他のものと交換することができる価値
 例: 物々交換、お金との交換

何かの目的の手段としての価値
 → 役に立って初めて価値がある
 → 役に立たない場合、価値がない

尊厳 →
 誰が見ても、どんな環境下でも、それがどんな状況であれ大事 → 無条件的
 他のものとの取り換えがきかない、かけがえがない
 → 代替不可能
 「何かの役に立つかどうか」とは無関係に大事
 → それ自体としての価値

→ 現代社会「すべての人間に尊厳がある」という考え方

スライド
16

基本的な考え方②

自律: 他人に支配されないで、自分の法(ルール)を自分で定め、それに則って行為すること
 → 近年、「患者の自律」: 自己決定の意味で理解
 ex. 「自己決定と独立した決定と行動・評価を行う個人の能力」(『ユネスコ生命倫理学必修 第一部』)

プライバシー権: 個人の私的な事柄や情報(プライバシー)を他人から干渉・侵害されない権利
 → 近年、さらに「私的な情報の提供・利用を自分でコントロールできる権利」を意味するように
 cf. 個人情報保護法

倫理原則: 社会に広く共有されている規範・価値を一般的な言葉で表現したもの。諸々の倫理規範・行為・判断の根拠となるもの。

スライド
17

倫理原則のさまざまな定式化

ビーチャム&チルドレスの四原則	清水賢一郎のヘルモントレポート	Fry & Johnston (日本看護協会推奨)
Respect for autonomy (自律尊重)	人間尊重	Respect for autonomy (自律尊重) Veracity (誠実/正直・真実) Fidelity (忠誠/忠実)
Beneficence (善行/与益)	与益	Beneficence (善行/与益)
Non-maleficence (無危害)		Non-maleficence (無危害)
Justice (正義)	社会的適切さ	Justice (正義)

①清水賢一郎「臨床倫理エッセンス」第4巻 p.12 | 東京大学大学院人文社会科学系研究科生命倫理センター | 上巻編纂、臨床倫理プロジェクト、2016年春に作成

臨床倫理の営み: 臨床の場で、例えば医師や看護師、ソーシャルワーカーなど立場が異なる人が一つの課題を一緒に検討していく
 そうした異なる人が、共有する価値・規範を言い表したものが、倫理原則。
 現在のところ、いくつかの定式化が提案されている。
 表は代表的なもの。
 多少違いがあるが、これらは、三つの点で共通

<p>スライド 18</p>	<p style="text-align: center;">臨床倫理の倫理原則</p> <p>1) 患者の意思を尊重する</p> <p>2) 患者にとってより利益となることを行う</p> <p>3) 社会的な視点を考慮する</p> <p>→ 臨床の諸活動の前提にある基本的な規範を共通の言葉で表したものを、多くの人にとって「あたりまえ」のこと。</p>	<p>臨床倫理の原則を三つに整理することができる。</p> <p>1) 患者の意思を尊重する。これは四原則の自律尊重に対応。</p> <p>2) 患者にとってより利益となることを行う 四原則の予益、無危害に対応</p> <p>3) 社会的な視点を考慮する 正義原則に対応</p>
<p>スライド 19</p>	<p>1) 患者の意思を尊重する</p> <p>* 医療のプロセスに関する原則 → 患者への情報提供、こまめな意思疎通、治療方針決定への患者の参加</p> <p>* 留意点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「患者の言動・発言を、そのままその人の意思としてうのみにしていいのか」 → 「どのような理由で患者はそう言っているのか?」「どんな情報・認識に基づいてそのような発言しているのか?」を確認し、再度意思疎通を図る必要 ・「患者の意思が確認できない場合はどうすればよいのか」 → まずは、事前指示など、患者の推定意思を尊重しつつ、「患者の最善の利益」を判断すること <small>(『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』(厚生労働省))</small> 	<p>* 留意点:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・どのような理由で患者はそう言っているのか? 例えば、家族の負担になりたくないといった消極的な理由からではないのか? また、どんな情報を基に発言しているのか? 誤解や情報不足による発言ではないかを確認する必要。 現状についての見方が変われば、患者の希望も変わる可能性がある。 情報提供と意思疎通を密にしていくこと ・「患者が意思表示できない場合はどうすればよいのか」 『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』(厚生労働省)によれば、まずは家族による患者の推定意思を尊重し、「患者の最善の利益」を判断すること。また、事前の本人による意思表示があれば、それを参考にする。 ただし、家族など、だれか一部の人が、患者に代わって決定すると考えるよりも、家族を含めた、関係者間での意思疎通によって決定を行うのがベストとする考え方もある。 Ex.『高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン』(日本老年医学会)
<p>スライド 20</p>	<p>2) 患者にとってより利益となることを行う</p> <p>* 医療の目的に関する原則 → 利益と害のアセスメント: 患者にとって可能な選択肢を枚举して、それぞれについてメリット・デメリットを比較し、「どの選択肢が患者にとって最善か(まさか)」を考える</p> <p>* 留意点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・具体的にどんな状況をもって「患者の最善の利益」とするかについては、時代によって、社会によって、個人によって変化 「無病息災」から「QOL」へ: 病を抱えつつよりよい生活を送る「QOLを維持・改善すること」→ 患者の利益 ・さまざまな次元のメリット・デメリットを考慮する必要 例: 身体面、精神面、生活面、経済面、社会生活など 	

<p>スライド 21</p>	<p>2) 患者にとってより利益となることを行う</p> <p>*留意点(つづき)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「何が最善か?」は基本的に患者と医療者で決める →「患者だけで決める」、「医療者だけで決める」ではない。 ・どうしても意見が一致しない場合は? → 社会的適切さに反しない限り、患者の考えを尊重する。 ただし、「本当に患者はそれを最善と考えているか?なぜか?」を確認し、できる限り患者の考えを知ろうとする必要 ・患者が意思表示できない場合は? → 事前指示など、患者の推定意思を尊重しつつ、患者の家族など、患者のことをよく知っている人と医療者が話し合っ て決める。 ただし、話し合う際の基準は「何が患者にとって最善か」に おく。 <small>【終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン(厚生労働省)】</small> 	
<p>スライド 22</p>	<p>3) 社会的な視点を考慮する</p> <p>*医療が社会的な営みであることに由来する原則</p> <ul style="list-style-type: none"> → 問題となる個別の医療活動を社会全体のなかに置いて みた場合に適切であるかどうか? ・患者間の公平性への配慮(選り好みや差別をしない) ・患者以外の人間への配慮(例:ドナー、医療全体の資源) ・他の社会資源(社会保障制度)との連携 ・既存のガイドラインや法律の配慮 <p>*留意点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別事例を検討することが、既存の制度、ガイドライン、法律 のあり方への問題提起に結びつくことも ex.「延命治療中止についての社会的な基準が必要」 	<p>・個別事例を検討することが、その事例内での解決を 導くというよりも、既存の制度、ガイドライ ン、法律のあり方への問題提起に結びつく ことも ex.「延命治療中止についての明確な基準が 必要」</p>
<p>スライド 23</p>	<p>3. 臨床倫理の進め方</p>	<p>先に説明したように、臨床倫理は、「医療の当事者 が、特定の患者に行われている医療・介護のあり方 について、共通の価値基準・規範に照らして、一緒にな って検討していく営み」 では、その検討作業は具体的にはどのようにして進 めていけばいいのか。 ここでは、臨床倫理の具体的な進め方を紹介する</p>
<p>スライド 24</p>	<p>主なステップ</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 状況を整理し、問題意識を明らかにする (2) 関係者が一緒に検討する場を設ける (3) 複数の視点から、状況を整理しなおす (4) いくつかの選択肢を比較し、選択する 	<p>最終的に導かれた解決策は、いくらよいものでも、関 係者の理解と協力がなければ、実行には移されな い。 そこで、できるだけ、その患者の治療・看護にかかわ っている人すべて(多く)に検討に参加してもらう。</p>
<p>スライド 25</p>	<p>(1) 状況を整理し、問題意識を明らかにする</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ある患者のケースに対する自分の違和感を言葉で表すことは 、関係者が問題意識を共有するうえで不可欠。 ・そこで、まずは参加者が状況を整理し問題意識を文章にし てみる必要がある。 ・場合によっては、再度、情報を集めることが必要となる。 <p>(2) 関係者が一緒に検討する場を設ける</p> <ul style="list-style-type: none"> ・最終的に導かれた解決策は、いくら十分な理由に基づくもの でも、関係者の理解と協力がなければ、実行に移されない。 ・そこで、できるだけ、その患者の治療・看護にかかわっている 人すべて(多く)に検討に参加してもらう。 ・例えば、患者が複数の診療科にまたがって治療を受けている 場合には、各科の担当者にてできる限り参加してもらう。 	
<p>スライド 26</p>	<p>(3) 複数の視点から、状況を整理しなおす</p> <ul style="list-style-type: none"> ・立場が違えば同じ状況が違って見えてくることも。 ・基本的な規範・価値観を手がかりとして、関係者で状況を 整理していく。 ・状況をふまへ、可能な選択肢を挙げる。 ・場合によっては、ある程度、解決策が見えてくることも。他 方、新たな問題点が出てくることもある。 <p>(4) いくつかの選択肢を比較し、選択する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各選択肢のメリット・デメリットを挙げたうえで、基本的な規 範・価値観に照らして、どれが最善か(または)を話し合う。 ・またコミュニケーションの進め方についても話し合い、今後 の方針を決める。 	<p>最終的に導かれた解決策は、いくらよいものでも、関 係者の理解と協力がなければ、実行には移されな い。 そこで、できるだけ、その患者の治療・看護にかかわ っている人すべて(多く)に検討に参加してもらう。</p>

<p>スライド 27</p>	<p style="text-align: center;">いくつかの体系的アプローチ</p> <p>代表的なアプローチ ・症例検討シート(四分割法) A.R.ジョンソン ・臨床倫理検討シート http://www.u-tokyo.ac.jp/IR/ickett/book/tools.html 清水哲郎&臨床倫理プロジェクト ・エトックス・アプローチ http://www.ukcon.net/index.php/education_resources A.クーパー ・2ステップアプローチ 浅井ら → シート(表)を使用するなどして、状況を整理したり問題を挙げながら、関係者が一緒に検討を進めていく</p>	<p>以上のステップを踏んで検討を行う上でのガイドとなるアプローチが提案</p>																														
<p>スライド 28</p>	<p style="text-align: center;">検討を進める際の留意点</p> <p>(1)アプローチの手順にこだわりすぎない ・各アプローチは、事例を検討するうえで見落としがちな点を気づかせる。今どの点について検討しているのかを複数の参加者で共有しやすくする、といった利点がある。 ・他方、シートの「穴埋め」に終始すると、話し合いをかえって妨げる可能性も。 ・重要なのは、話し合いを通じ、何らかの結論を出すこと。</p> <p>(2)「裁判」ではない ・当事者の不手際や不足などを指摘することだけに終始しない。当事者が批判をおそれて、検討に参加しなくなる可能性も。 ・これからの医療・介護に活かすための具体的提案を心がける。</p>																															
<p>スライド 29</p>	<p style="text-align: center;">検討を進める際の留意点(つづき)</p> <p>(3)参加者が発言しやすい環境づくりを行う ・参加者が一緒にいて、悩み、話し合っ結論を出すことが臨床倫理の要となる。 ・多様な立場から事例を捉え直すことで、事例が違って見えてくること。 ・他方、患者の生死がかかわる場合など、事例によっては、自分の考えを口にするのを参加者がためらうことも。 ・職位や臨床経験、専門性の違いを気遣って、参加者が発言を遠慮することも。 → ①人の発言はできる限り共感的な態度で聞く ②対等な立場で話し合うことを参加者が互いに確認しておく。 ③なるべく参加者全員の合意を目指す。意見の異なる人がいた場合には、どの点で異なるのかを明確にする。 ④進行役(ファシリテーター)と記録係を決める。</p>																															
<p>スライド 30</p>	<p style="text-align: center;">検討を進める際の留意点(つづき)</p> <p>(4)患者の家族の位置づけ ・家族の当事者性に配慮すること 一言で「家族」といっても、患者の生活への関与の度合いはさまざまで。 →治療方針の決定プロセスに家族の関与がどの程度必要かは、家族の当事者性の度合いに応じて変化する。 ・家族と患者の複雑な関係に配慮すること 患者の利益・価値観をよく知っている存在であり、患者の考えを代弁する存在である。同時に、介護の負担や年金の受給、遺産などをめぐって、患者と利害が対立する可能性もある。 → 家族の心情や負担、意向に配慮すること 他方、「患者の最善の利益」を決定の基準におくことは、家族と共有する。</p>																															
<p>スライド 31</p>	<p style="text-align: center;">参考文献</p> <p>・M.P. Austin, "Clinical Ethics I: Development, Role, and Methodologies," <i>Bioethics</i> (Encyclopedia of Bioethics 4th edition), B.Jennings(ed), Macmillan Library Reference,2014,pp.596-602 ・A.R.ジョンソン「生命倫理の誕生」勁草書房, 2008 (= A.R.Jonson, <i>The Birth of Bioethics</i>, Oxford University Press, 1998) ・A.R.ジョンソンほか「臨床倫理学 第五版」新興学舎出版, 2006 (=A.R.Jonson, M. Siegler, & W.J. Winslade, <i>Clinical Ethics 5th edition</i>, McGraw Hill, 2002) ・清水哲郎「臨床倫理—基礎と実践」, 『シリーズ生命倫理学 臨床倫理』, 丸善出版, 2013, pp.2-21 ・藤原剛ほか編「シリーズ生命倫理学 医療情報」, 丸善出版, 2013 ・石垣清子・清水哲郎「臨床倫理—ベネチア・システム」日本看護協会出版会, 2012 ・大北金枝・浅井剛「臨床倫理の実践方法(第1)」, 小沢次雄編「シリーズ 在宅医療の技とこころ」在宅医療研究会 定評一風出版, 2013年刊行予定 ・大塚博「善と悪」筑波書店, 2012 ・笠原忠「超前実地編」ニュースタム医学入門「増訂版」, 2012 ・清水哲郎「臨床倫理」ケンセツ出版 定評一風 11「東京大学大学院人文社会科学部研究科医学部・応用倫理センター 上原清隆 臨床倫理プロジェクト」, 2015 ・世界医師会「医の倫理マニュアル」日本医師会, 2007 ・日本老年学学会編「高齢者の意思決定プロセスに関するガイドライン」医学と看護社, 2012 ・国際連合教育科学文化機関 人文・社会科学局, 科学・技術倫理部門「ユネスコ生命倫理学必修第一部」, 東京ビジネスセンター, 2010</p>																															
<p>スライド 32</p>	<p style="text-align: center;">参考文献②</p> <p>臨床倫理における意思決定プロセスに関するガイドライン</p> <table border="1"> <tr> <td>厚生労働省</td> <td>臨床倫理の意思決定プロセスに関するガイドライン</td> <td>平成19年5月</td> </tr> <tr> <td>日本老年学学会</td> <td>臨床倫理における意思決定プロセスに関するガイドライン</td> <td>平成19年11月</td> </tr> <tr> <td>日本医師会</td> <td>臨床倫理に関するガイドライン</td> <td>平成20年2月</td> </tr> <tr> <td>日本看護協会</td> <td>臨床倫理のあり方について—緊急事態の臨床倫理について—</td> <td>平成20年2月</td> </tr> <tr> <td>日本医師会</td> <td>医師の職務継続指針(改訂版)</td> <td>平成20年2月</td> </tr> <tr> <td>全日本病弱協会</td> <td>臨床倫理に関するガイドライン—よりよい臨床倫理を築くために—</td> <td>平成21年2月</td> </tr> <tr> <td>日本老年学学会、日本看護協会、日本医師会</td> <td>高齢者・障害者における臨床倫理に関するガイドライン</td> <td>平成20年11月</td> </tr> <tr> <td>日本老年学学会</td> <td>一、学会からの提言—高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的かつ非人工的の導入と併せて</td> <td>平成20年9月</td> </tr> <tr> <td>日本看護協会</td> <td>高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的かつ非人工的の導入と併せて</td> <td>平成20年11月</td> </tr> <tr> <td>日本小児科学会 倫理委員会</td> <td>意思決定をめぐって子どもの意思をめぐり話し合いのガイドライン</td> <td>平成20年4月</td> </tr> </table>	厚生労働省	臨床倫理の意思決定プロセスに関するガイドライン	平成19年5月	日本老年学学会	臨床倫理における意思決定プロセスに関するガイドライン	平成19年11月	日本医師会	臨床倫理に関するガイドライン	平成20年2月	日本看護協会	臨床倫理のあり方について—緊急事態の臨床倫理について—	平成20年2月	日本医師会	医師の職務継続指針(改訂版)	平成20年2月	全日本病弱協会	臨床倫理に関するガイドライン—よりよい臨床倫理を築くために—	平成21年2月	日本老年学学会、日本看護協会、日本医師会	高齢者・障害者における臨床倫理に関するガイドライン	平成20年11月	日本老年学学会	一、学会からの提言—高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的かつ非人工的の導入と併せて	平成20年9月	日本看護協会	高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的かつ非人工的の導入と併せて	平成20年11月	日本小児科学会 倫理委員会	意思決定をめぐって子どもの意思をめぐり話し合いのガイドライン	平成20年4月	
厚生労働省	臨床倫理の意思決定プロセスに関するガイドライン	平成19年5月																														
日本老年学学会	臨床倫理における意思決定プロセスに関するガイドライン	平成19年11月																														
日本医師会	臨床倫理に関するガイドライン	平成20年2月																														
日本看護協会	臨床倫理のあり方について—緊急事態の臨床倫理について—	平成20年2月																														
日本医師会	医師の職務継続指針(改訂版)	平成20年2月																														
全日本病弱協会	臨床倫理に関するガイドライン—よりよい臨床倫理を築くために—	平成21年2月																														
日本老年学学会、日本看護協会、日本医師会	高齢者・障害者における臨床倫理に関するガイドライン	平成20年11月																														
日本老年学学会	一、学会からの提言—高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的かつ非人工的の導入と併せて	平成20年9月																														
日本看護協会	高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的かつ非人工的の導入と併せて	平成20年11月																														
日本小児科学会 倫理委員会	意思決定をめぐって子どもの意思をめぐり話し合いのガイドライン	平成20年4月																														

スライド
33

付録



東北大学大学院医学系研究科医療倫理学分野(浅井・次北・園増)作成

1. 医療倫理の基礎	1
2. 生命倫理	2
3. 医療倫理の基礎	3
4. 生命倫理	4
5. 医療倫理の基礎	5
6. 生命倫理	6
7. 医療倫理の基礎	7
8. 生命倫理	8
9. 医療倫理の基礎	9
10. 生命倫理	10
11. 医療倫理の基礎	11
12. 生命倫理	12
13. 医療倫理の基礎	13
14. 生命倫理	14
15. 医療倫理の基礎	15
16. 生命倫理	16
17. 医療倫理の基礎	17
18. 生命倫理	18
19. 医療倫理の基礎	19
20. 生命倫理	20
21. 医療倫理の基礎	21
22. 生命倫理	22
23. 医療倫理の基礎	23
24. 生命倫理	24
25. 医療倫理の基礎	25
26. 生命倫理	26
27. 医療倫理の基礎	27
28. 生命倫理	28
29. 医療倫理の基礎	29
30. 生命倫理	30
31. 医療倫理の基礎	31
32. 生命倫理	32
33. 医療倫理の基礎	33
34. 生命倫理	34
35. 医療倫理の基礎	35
36. 生命倫理	36
37. 医療倫理の基礎	37
38. 生命倫理	38
39. 医療倫理の基礎	39
40. 生命倫理	40
41. 医療倫理の基礎	41
42. 生命倫理	42
43. 医療倫理の基礎	43
44. 生命倫理	44
45. 医療倫理の基礎	45
46. 生命倫理	46
47. 医療倫理の基礎	47
48. 生命倫理	48
49. 医療倫理の基礎	49
50. 生命倫理	50

スライド
34

付録②



東北大学大学院医学系研究科医療倫理学分野(浅井・次北・園増)作成

1. 医療倫理の基礎	1
2. 生命倫理	2
3. 医療倫理の基礎	3
4. 生命倫理	4
5. 医療倫理の基礎	5
6. 生命倫理	6
7. 医療倫理の基礎	7
8. 生命倫理	8
9. 医療倫理の基礎	9
10. 生命倫理	10
11. 医療倫理の基礎	11
12. 生命倫理	12
13. 医療倫理の基礎	13
14. 生命倫理	14
15. 医療倫理の基礎	15
16. 生命倫理	16
17. 医療倫理の基礎	17
18. 生命倫理	18
19. 医療倫理の基礎	19
20. 生命倫理	20
21. 医療倫理の基礎	21
22. 生命倫理	22
23. 医療倫理の基礎	23
24. 生命倫理	24
25. 医療倫理の基礎	25
26. 生命倫理	26
27. 医療倫理の基礎	27
28. 生命倫理	28
29. 医療倫理の基礎	29
30. 生命倫理	30
31. 医療倫理の基礎	31
32. 生命倫理	32
33. 医療倫理の基礎	33
34. 生命倫理	34
35. 医療倫理の基礎	35
36. 生命倫理	36
37. 医療倫理の基礎	37
38. 生命倫理	38
39. 医療倫理の基礎	39
40. 生命倫理	40
41. 医療倫理の基礎	41
42. 生命倫理	42
43. 医療倫理の基礎	43
44. 生命倫理	44
45. 医療倫理の基礎	45
46. 生命倫理	46
47. 医療倫理の基礎	47
48. 生命倫理	48
49. 医療倫理の基礎	49
50. 生命倫理	50

1. 臨床倫理総論と現場での取り組み方

東北大学大学院医学系研究科医療倫理学分野

圓増 文 浅井 篤

セッション1 (90分) の構成

- 1 ミニレクチャー(30分):「臨床倫理総論レクチャー」
- 2 少人数グループ議論(30分):「脳死状態にある妊婦の胎児出産について」
- 3 全体討議とまとめ(20分+10分)

本パッケージで取り上げる 主要臨床倫理問題

- 1 臨床倫理総論
- 2 インフォームド・コンセント関連事項
- 3 意思決定能力を欠いた患者のケア
- 4 終末期医療
- 5 プライバシーと守秘義務
- 6 医療資源配分と医療政策
- 7 医療現場の倫理と法
- 8 専門分野に特化した倫理問題

専門分野に特化した倫理問題および他の重要問題

- 生命の始まり(生殖補助医療含む)
- 子供・思春期医療
- 精神科
- 外科系医療
- 人を対象とした医学系研究と未実証医療
- ゲノム医療・再生医療
- 公衆衛生(感染症医療を含む)
- 倫理コンサルテーション・倫理委員会
- 医学教育における倫理問題
- 医療倫理教育のあり方
- 文化・宗教に関連する倫理問題

本セッションの目標

- 一般目標

- 臨床倫理的課題を認識し、適切な理論的根拠とプロセスで対応できる。

- 到達目標

- 臨床倫理とは何かを理解できる
- 臨床倫理ではないものを認識できる
- 事実問題と価値問題を峻別できる
- 臨床倫理の歴史、原則、概念を理解できる
- 臨床倫理的課題に体系的にアプローチできる
- 複雑な問題を含む事例の倫理問題を他の人々と話し合い、一定の診療方針を定めることができる

臨床倫理総論レクチャー(30分)

脳死の妊婦、出産2例...熊本大病院で2年間に (2014年4月19日 読売新聞・抜粋)

- 同病院に救急搬送された後、脳死とみられる状態に陥った妊婦が2012～13年の2年間で3人おり、このうち2人が出産した。
- 報告によると、3人は妊娠34週、25週、20週に救急車で搬送され、それぞれ1日目、8日目、22日目に脳死とみられる状態になった。原因は、脳出血や交通事故など。当面の妊娠の継続は可能と考えられた。
- 同病院が、出産の意思について家族に尋ねたところ、25週の妊婦の家族は出産を希望。翌週、帝王切開で718グラムの子供を産んだが、母親はその後、亡くなった。
- 20週の妊婦は、家族の意思がまとまらないまま、33週目になって陣痛が始まり、そこで初めて家族が出産に同意した。未婚だった34週の妊婦は、家族が出産を望まなかった。

検討のための事例

木下他、日外傷会誌 28巻4号(2014)

- 30歳代女性、1児(3歳)の母。妊娠25週。軽乗用車の後部座席に乗車中、出会いがしらに他車と衝突し、はずみで壁にも衝突した。右顔面部・右胸腹部・右大腿部を打撲していた。
- 7病日にGCS 3、脳幹反射はすべて消失、脳波平坦、聴性脳幹誘発電位全波消失。臨床経過、画像診断、神経学的評価、電気生理学的検査により脳死状態と判断した。
- 胎児の状態: 来院時の胎児心音に異常はなかったが、母体のバイタルサインが不安定になると心音も減弱し、胎動も低下した。
- 担当チームは家族に次の説明を行った。母体は脳死状態であり救命できない、一方胎児は生存している。終末期の選択肢と胎児の取り扱いについて家族の意向を確認したところ、家族からは「母体への延命措置は希望しない、胎児の生命は母体とともに永眠させたい」との回答であった。
- さて診療チームはこのあとどうすべきだろうか。

胎児出産を目的とした脳死妊婦身体機能維持に関する 主要見解に対する批判的考察

- 1 脳死妊婦死亡に基づく主張
- 2 死者の尊厳の重要性に基づく主張
- 3 尊厳ある最期の重要性に基づく主張
- 4 胎児の諸権利に基づく主張
- 5 身体維持の相応性
- 6 臓器移植ドナーであることに基づく主張
- 7 母体と胎児の独立性に基づく主張
- 8 適切な医療資源配分に基づく主張

木下他、日外傷会誌 28巻4号(2014)

- 医療関係者による倫理判断と方針の再検討: キーパーソンである夫の要望に沿って、母体の治療を中止し、母児ともに死亡することでよいかどうかの検討を主治医および関連診療科医師、ICUとNICU看護師長、倫理の専門家を交えて検討した。①新生児科医師より当院では26週での出産後生存率は50%以上ある。②分娩は帝王切開の適応であるが、本人の同意が得られない現状では夫らの代諾判断しかない。③通常、脳死診断後の生命維持期間は、週間程度で、胎児を救命するならば残された時間は短い。さまざまな意見が出たが、医療従事者間においても方針の一致はみなかった。再度家族にすべての説明を行い、希望する選択肢の確認後、その方針に従うことになった。
- 再説明後の経過: 夫より、熟考のうえ、帝王切開で胎児を救命してほしいが、妻の死亡は止むを得ないので、帝王切開後は自然経過にまかせる旨の希望が出された。11病日に帝王切開で718gAP=5/6の男児が生存誕生し、12病日母体は心停止した。児はNICUにて保育され、4ヵ月後に約3000gにまで順調に成長し退院した。

インフォームド・コンセント

尾藤誠司

事例1-1

- 56歳男性 会社員 Nさん
- 会社の検診で胃透視検査上胃に潰瘍病変を疑う陰影を指摘され来院した。本人に症状はない。医学的には早期胃がんの可能性も否定できない。
- 内科外来担当医は患者に対して以下の様に伝えた。
 - 「胃に影があるので胃カメラをしないとけませんね。最悪がんかもしれないので、今調べておかないといけませんよ」
 - 「胃カメラは初めてのようです。まあすぐに終わりますよ。大して大きな検査じゃないですから特に心配はいりません」
 - 「ではXX月XX日に検査を入れておきますね。一応同意のサインが必要なのでこの文書を読んでおいてください。合併症のところは怖いことが書いてありますが、合併症がおきることなんて基本ありませんから無視していただいてもいいですよ。」
- 内視鏡検査は無事に終了した。思ったよりも苦しかったが、生検ではがん細胞は同定されなかったためNさんはとりあえずひと安心した。

事例1-2

- 56歳男性 会社員 Nさん
- 会社の検診で胃透視検査上胃に潰瘍病変を疑う陰影を指摘され来院した。本人に症状はない。医学的には早期胃がんの可能性も否定できない。
- 内科外来担当医は患者に対して以下の様に伝えた。
 - 「潰瘍病変があります。これはがんの可能性が5%ほどあると判断します」
 - 「内視鏡検査をして細胞の検査を行うとほぼ100%がんかそうでないかは判別できます」
 - 「内視鏡検査を今行うという選択と、様子を見るという選択があります」
 - 「内視鏡検査には危険がともないます。この説明文書にあるように、前処置によって27000人に一人、内視鏡手技そのものによって4000人に一人重大な偶発症が発生します」
 - 「検査を受けるかどうかについては患者さんの自由です」
- 医師からの説明と同意説明文書の内容を見て、Nさんは怖くなってしまった。がんの可能性がそれほど高くないなら検査はしたくないと医師に申し出、検査はしないこととなった。翌年の検診では、X線で陰影は消失していた。

このセッションの目標

- インフォームド・コンセントとはなにかについて述べることができる
- インフォームド・コンセントの目的と重要性について述べることができる
- パターナリズムが持つ問題と、パターナリズム否定に関する議論の論点について述べることができる
- インフォームド・コンセントのプロセスにおいて、医療者が患者側に提供するべき情報の内容について述べることができる
- 患者が意思決定において理解を
- インフォームド・コンセント
- 医学的に推奨される治療を患者が拒否する場合の考え方について述べる
ことができる

90分の構成

- ミニレクチャーと事例紹介
 - 時事問題例、歴史的な事例
 - 概念と倫理原則
 - 各論事項(免除の要件、専門家による推奨、セカンド・オピニオン、治療拒否、家族による代諾、研究における同意)
 - 合意形成までの対話技術
 - アップデート(Shared Decision Making、意思決定支援)
- 少人数グループでの事例と検討
- 発表とまとめ

腹腔鏡下肝切除術事故調査報告書

平成27年2月12日

2010年12月から開始された群馬大学医学部附属病院（以下、附属病院とする）第二外科の腹腔鏡下肝切除術において、複数の死亡例があることが判明した。附属病院医療安全管理部による予備調査では、2014年6月までに確認された92例の腹腔鏡下肝切除術のうち、58例が保険適用外の疑いがあり、その内の8例が術後4か月以内に亡くなっていた。低侵襲とされる腹腔鏡手術において複数の死亡例が認められた事実を重視し、5名の外部委員を含む調査委員会を立ち上げ、各死亡例における医学的な問題、当該診療科の診療体制及び病院の管理体制等について検証し、2014年12月19日に中間報告として公表した。その後さらなる検証を進め、その結果を最終報告書としてここにまとめる。

3-1-2 インフォームドコンセント

手術のインフォームドコンセントに関する診療録記載が乏しく、手術説明同意書には簡単な術式と合併症が箇条書きされているだけであった。当該主治医に対するヒアリングによれば、「口頭では、他の治療法を提示し、保険診療では認められていない術式であることや高難度手術であることを説明していた。」「傷が小さいというメリットがあるので、適応があると考えられれば（腹腔鏡手術を）行っていた。」とのことであったが、説明同意書や診療録の記載からはそのような説明がなされていたことを確認できなかった。また、遺族への聞き取りでは、腹腔鏡手術のデメリットや他の治療選択肢に関する詳しい説明がなされたとの証言は得られなかった。

患者に無断で骨髄液採取 慶大病院で教授ら

2012/3/19 20:35 | 日本経済新聞 電子版

慶応大病院(東京・新宿)の呼吸器外科で、肺がんの患者など31人の手術中に、患者の同意を得ないで骨髄液を採取していたことが19日、分かった。同校の倫理委員会が承認した研究期間が終わった臨床研究を継続していたことも判明。いずれも厚生労働省の「臨床研究に関する倫理指針」に違反しており、慶大は採取を指示していた教授と専任講師について懲戒処分を検討している。

慶大が同日開いた記者会見での説明によると、骨髄液の採取は肺がんの効果的な治療法を探る臨床研究だった。昨年10月下旬以降、採取を始めたが、研究責任者の専任講師が臨床研究の承認を申請したのは同11月下旬。同校は今年1月中旬に承認を通知したが、内部告発を受けて通知前の採取が判明したため、1月末に承認を取り消した。

31人のうち肺がん以外の患者は5人で、「肺がん患者と比較する必要がある」として骨髄液を採取していたという。採取した骨髄液は約2cc。手術中に実施しており、慶大は「健康被害は発生していない」とするが、患者に謝罪したという。

歴史的事例

- シェンドルフ裁判(1914)
 - 患者が手術を嫌がっているにもかかわらず、麻酔下に胃の切除が行われ、裁判となった事例。
 - 「健全な精神を有する成人は全て、何が自己の身体になされるかを決定する権利を有する。そして、患者の同意なしに手術を行った医師は暴行を犯したのであり、その損害に対して責任がある」
 - 医療行為に対する“患者の同意”を要件とした事例
- サルゴ判決(1957)
 - 腰部からの大動脈造影検査をしたあと、下半身が麻痺してしまったため、医師らが検査の実施と麻痺のリスクを警告しなかったのは過失にあたると訴えた事例
 - 「提案した治療への患者の知的な同意のために必要なあらゆる事実」を開示する義務があった」
 - 医療者の説明義務に関する事例
 - 公式に法廷の場で「Informed Consent」という言葉が使われた。
- ネイタンソン対クライン判決(1960)
 - 乳房切除後にコバルト照射を受けて重い放射線やけどを負った。夫人は、同意なしに新たな治療法を実施し、内容やリスクの警告をしなかったと訴えた事例。
 - 主治医は、同意はとったがリスクを適切に開示しなかったとみとめた。
 - 医師のインフォームド・コンセント義務根拠を、暴行ではなく過失においた初の判決

リスボン宣言 抜粋

(日本医師会HPより)

• 選択の自由の権利

- 患者はいかなる治療段階においても、他の医師の意見を求める権利を有する

• 自己決定の権利

- 患者は、自分自身に関わる自由な決定を行うための自己決定の権利を有する。医師は、患者に対してその決定のもたらす結果を知らせるものとする。
- 精神的に判断能力のある成人患者は、いかなる診断上の手続きないし治療に対しても、同意を与えるかまたは差し控える権利を有する。患者は自分自身の決定を行ううえで必要とされる情報を得る権利を有する。患者は、検査ないし治療の目的、その結果が意味すること、そして同意を差し控えることの意味について明確に理解するべきである。

医療におけるパターナリズム

(Wikipediaより抜粋)

- パターナリズム

- “パターナリズム([英](#): paternalism)とは、強い立場にあるものが、弱い立場にあるものに対して、後者の利益になるとして、その後者の意志に反してでも、その行動に介入・干渉することをいう。日本語では「父権主義」「温情主義」などと訳される。

- パターナリズムの典型例としての専門家と消費者との関係

- 専門知識において圧倒的な格差がある専門家と素人のあいだでは、パターナリスティックな介入・干渉が起こりやすい。たとえば、[医師](#)(専門家)から見れば、世話を焼かれる立場の[患者](#)(素人)は医療に関して無知蒙昧であり、自分で正しい判断を下すことが出来ない。その結果、医療行為に際しては、患者が医師より優位な立場には立てない[10]。そうした状況で患者の[自己決定権](#)をどのように確保していくかについては「[インフォームド・コンセント](#)」の項を参照

子供を学習塾に入れる親の心理

- 将来幸せに暮らせるためには安定した地位と収入が必要
- 安定した地位と収入を得るためには、いい会社に入ったり特殊な免許を取得したりする必要がある
- さらにそのためにはいい大学に入らないといけない
- いい大学に入るには、小学校のうちから勉強して、いい大学に入ることができる中学の受験に合格しなければならない
- この子はまだその重要性についてまるでわかっていない
- だから私が今この子を導いてあげなければいけない

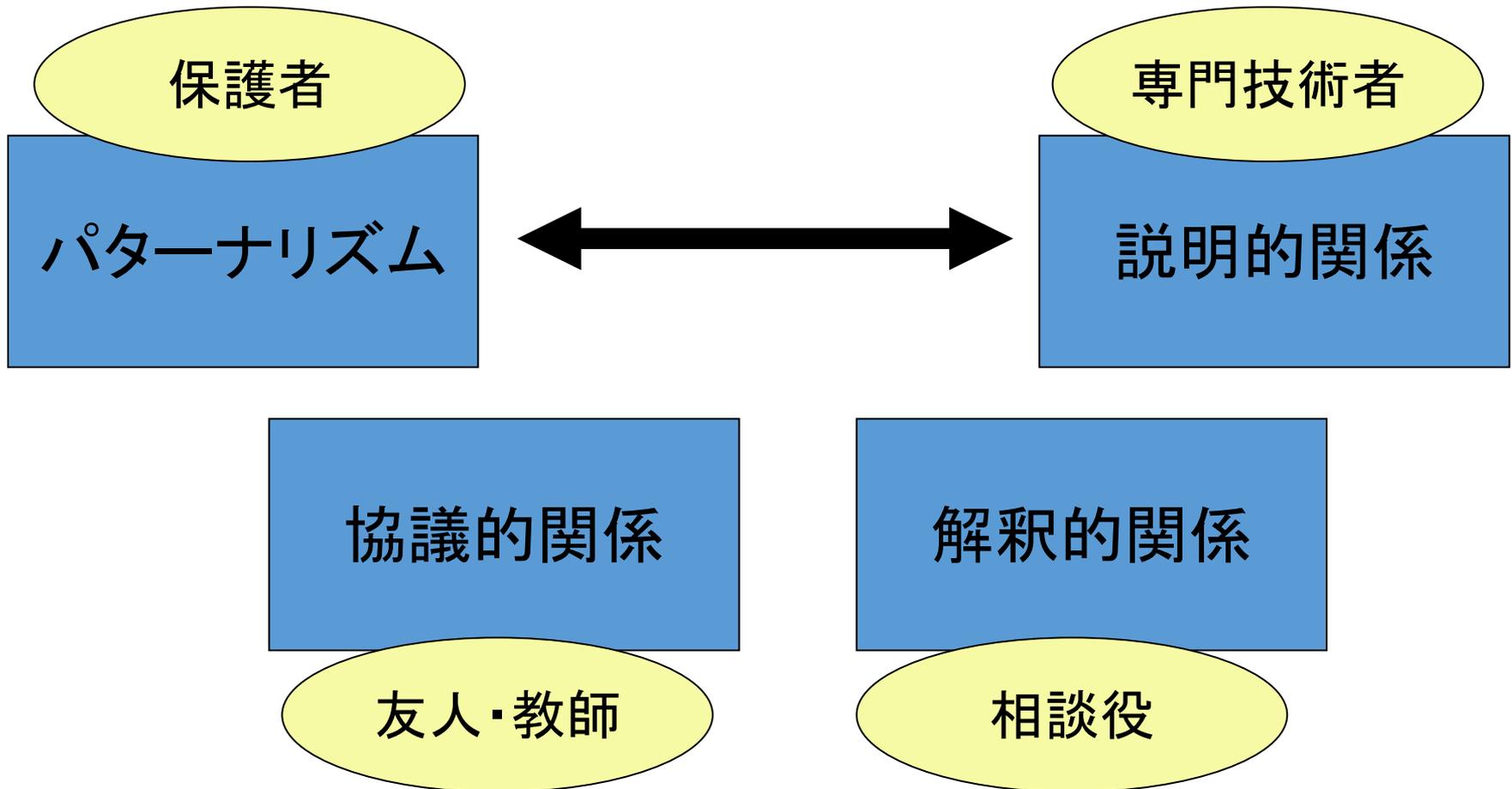
「パターナリズム＝不正」に関する議論

- 「パターナリズム＝不正」とされる根拠
 - JSミル 「それが他人の目から見て賢明であるとか、正しいとかの理由で、ある行為を強制することは決して正当ではない」 → 人間の自由の搾取
 - 権力による傲慢の正当化メカニズム
- 「パターナリズム＝不正」とは限らないという意見
 - 明らかに「愚かな選択」をしようとしている人間に対して「やめたほうがいい」ということは悪か？
 - 「正しいパターナリズム」の要件（畑本）
 - 人の福祉の増進を進めるもの
 - 主体性を取り違える誤謬を避ける

医療者の患者に対するパターンナリズム

- 専門家支配
 - 認知のレベル:「専門家＝物事をわかっている、素人＝物事をわかっていない」という前提
 - 価値のレベル:専門的価値の優位性
 - “Medicalization”
- 権威勾配関係
 - 「偉い人」としての医療者(特に医師)
 - 「命を握られている」関係性
 - 提案を拒否することが難しい関係性

患者－医療者関係の4つのモデルと、関係における医療者の役割



インフォームド・コンセントとは？

- 患者(もしくはその代理人)による、
- 自身に対して行われる診療行為や治療内容に関して、
- 医療者からその目的や内容に対する十分な説明を受け、
- その内容に対して理解をしたうえでの、
- 自発的な意思を持った口頭もしくは文書による同意(もしくは拒否)の行為

以下に関する十分な説明

- ・ 今の状況と今後の見通し
- ・ 想定される選択肢
- ・ 各選択肢がもたらす利益・不利益
- ・ 専門的推奨

説明内容の
十分な理解

提案に対する
同意、拒否、
あるいは選択



ICが成立する要件

- 患者に同意する能力がある
- 患者への説明がなされる
- 患者が説明内容を理解する
- 医療を受けることを患者が同意あるいは拒否する

医療者から患者に説明されるべき内容

法的義務の観点から

- 病名・病状・予後
- 治療計画・治療方針
- 予測される成果、治療期間
- 副作用、危険性、合併症とその発生割合
- 治療しなかった際の予後など
- 提案する治療法以外に選択可能な治療法について

臨床的観点から

- 現在の病状
- このままだとどうなるか
- 診療の選択肢と方法
- 各選択肢によってもたらされる利益と危険、その度合いや確率
- 専門家としての推奨
- 不利益を最小にするための準備や方法

患者の理解を高める方法

- わかりやすい説明
 - 用語の工夫(特に「高い 低い」とか)
 - 利益と不利益、そのバランスの伝え方
 - 目的と手段とを分ける
- 理解を促進するツール
 - DVDやパンフレットなど
 - 医師以外による補助的な説明
- 理解を確認する
 - 「わかりました」では理解は確認できない

「理解」のステップに存在する問題

- 合理的選択を行う上で患者が理解すべきことは何か？
- 医療者は、患者が理解すべき内容を説明しているか？
- 医療者は、冗長すぎる説明のためにかえって理解を妨げていないか？
- 利益と不利益に関する理解は、バランスを考えられるものになっているか？
- 利益と不利益に関する説明内容は、専門家の意図によってゆがめられていないか？
- 患者の理解は確認されているか？

「同意」のステップに存在する問題

- 同意は強制されていないか？
- 専門家の価値観は患者の選択の役に立っているか？
- 専門家の価値観が患者の価値観を否定するような状況を作っていないか？
- 拒否をした後も、患者が不利な立場に立たされることはないか？
- 決断を熟慮したり、他者と相談したりする心の余裕が患者にある状況か？
- 同意は場合に応じて随時撤回できる状況にあるか？

その他、インフォームド・コンセントにまつわる諸問題

- 想定されるが極めて可能性が低い害に関する情報提供はすべてなされるべきか？
- 医療者は、適切なタイミングで患者に説明しているか？
- どこまで緊急性がある場合にIC取得の免除要件を満たすのか？
- 専門家による専門的推奨は、不正なパターンリズムとは言えないか？
- 実際には複雑な意思決定(服薬と生活習慣改善と外来来院頻度、検査頻度 等)に対して、どこまで説明と同意のやり取りは「まるめ」にすることが可能か？

「緊急事態」の度合い

- 交通事故時の出血性ショック
- 急性心筋梗塞のカテーテル治療
- 急性虫垂炎の虫垂切除術
- 深部静脈血栓症の入院によるヘパリン治療

意思決定におけるセカンド・オピニオンの位置づけ

- 定義 「主治医が患者に対して行った見立てや診断、治療方針などが妥当なのかどうかについて、主治医以外の医師から独立して評価を受け意見を聞くこと」 Mosby's Medical Dictionary
- 目的
 - 理解の促進
 - 相互信頼の促進
 - 決断・決断保留の促進

医学的に正当な治療の辞退

- 治療拒否の妥当性
 - 「患者の自由の尊重」と「患者への健康与益」
 - 治療拒否が患者の死を大きく早める場合問題となる
- 治療拒否の権利
 - 人は自分に対する医療介入を拒否する権利を持つ
 - どのような医療介入も人を傷つけうる
 - 治療の拒否によってもたらされる死は自殺を意味しない
- 宗教的治療拒否
 - 宗教的価値に基づいた信念は一般的に強固である
 - 一方で、交渉が不可能であるという前提に立つべきではない

解説とトピック

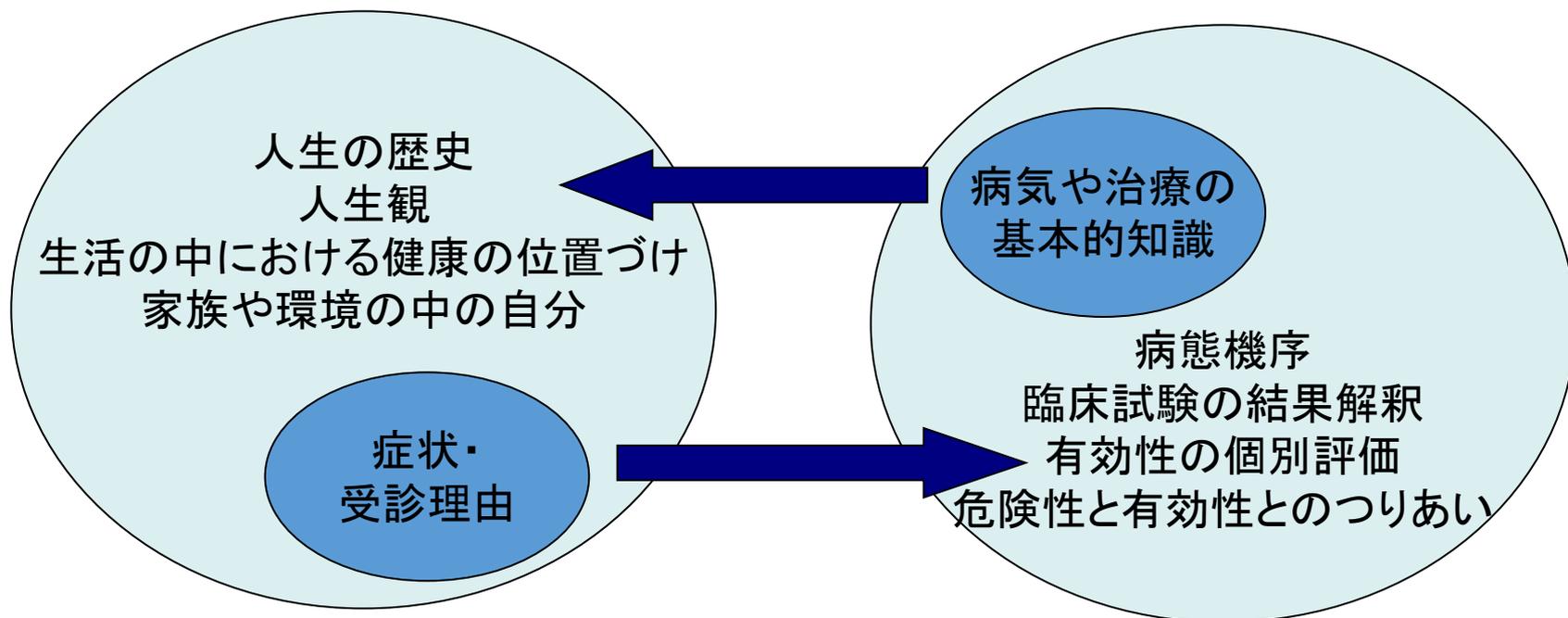
リバタリアン・パターナリズム (Nudge)

- 意味: 最終的な選択は主体者の自由意思としながらも、ある立場を持つ側にとってより正しいと考える方向に勧めたり、誘導したりする態度
- 例: レストランで「今日のお勧め」がメニューに掲載されている
- 医療への応用
 - たくさんの治療選択肢から、ある程度医療者側から見て現実的な選択肢2-3つ程度に絞って提示する。
 - 想定されるまれな不利益事象に対して患者が心配しすぎないような説明の仕方をする。

医療職のもつ情報と患者のもつ情報

患者側の世界

医療専門職の世界



情報共有ができている部分はお互いの一部

共同意思決定 (Shared Decision Making)

- 定義 (Elwynら BMJ2010) 「ある意思決定を行う際に医療者と患者が利用可能な最善の根拠について理解しあい、患者が選択可能な選択を熟慮するための支援を受けたうえで、理解をしたうえでの選好を表象することを実現するためのアプローチ」
- 3つのステップ
 - 選択に関する議論
 - オプションに関する議論
 - 意思決定に関する議論

実際の臨床

問題が生じる

判断にまよう

自然科学的な価値に
基づく情報

病態生理
最新のエビデンス
ガイドライン上の推奨
保険適応範囲内外

その場で価値を考えるもの

患者や家族の事情
病院の事情
院内ルール、診療科ルール
自分の事情

ここに、相互理解と
合意プロセスが必要

現実的な判断

患者が到達すべきゴールについて相談

医療の専門家として患者に説明

理解

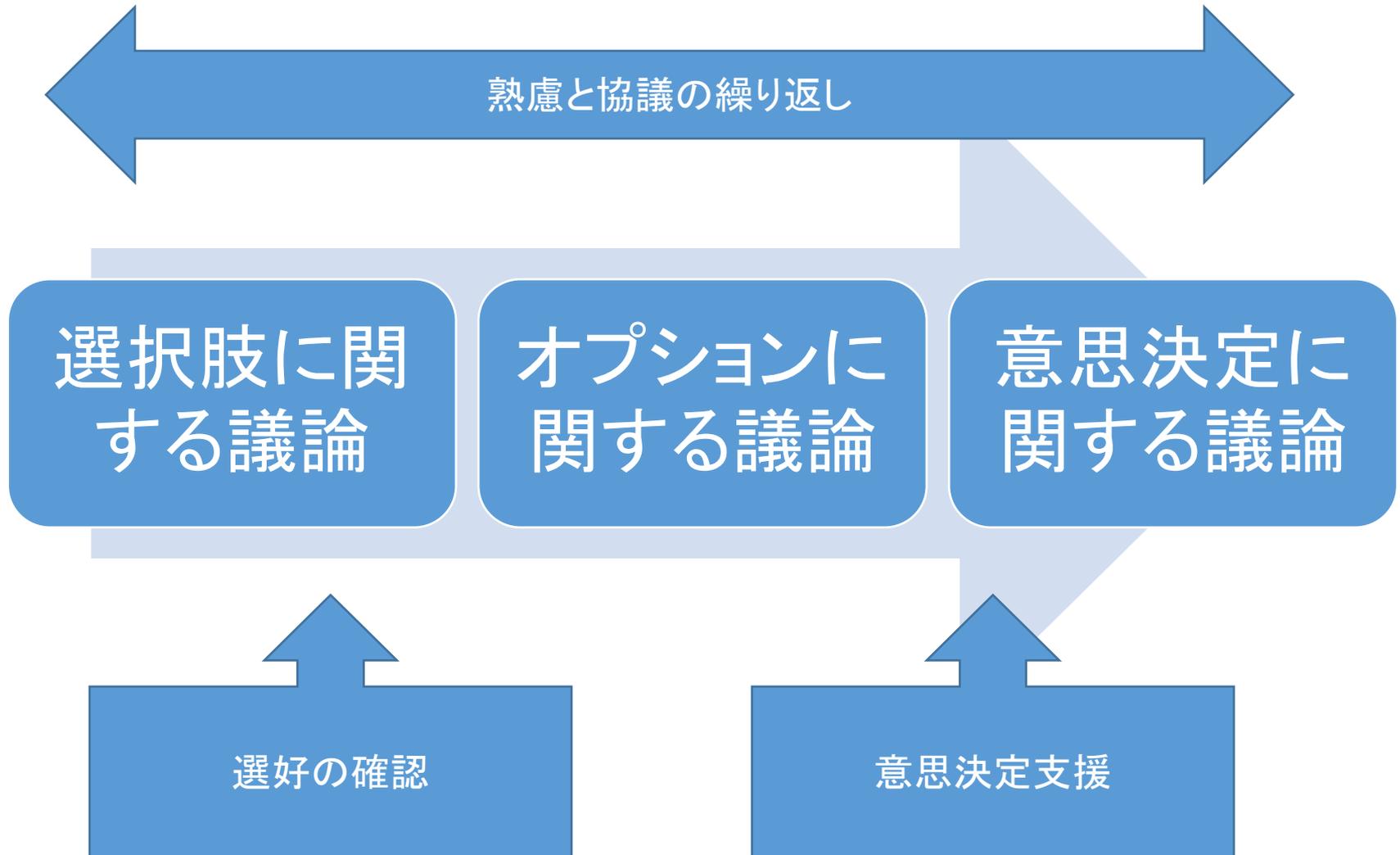
理解

自分自身の専門家として医療者に説明

繰り返し

患者にとっての最善
の利益にかなう決断
について合意

SDMのプロセスモデル



関係者で共有されるべき患者のこと

- どうなりたいのか？
- 大切なことは何か？
- 心配なことは何か？
- 自分はどうしようと考えているか？
- 医療に何を期待しているのか？
- してほしくないことは何か？

意思決定能力を欠いた患者に対する 医療行為の決定について

東京慈恵会医科大学附属柏病院
総合診療部

三浦靖彦

80歳女性

サービス付き高齢者住宅に入居中。

尊厳死宣言書を所持している

(10年前に日本尊厳死協会に入会)

商社マンであった5歳年上の主人を10年前になくし、
6年前に入居。

長男、次男、長女はそれぞれ車で1時間程度のところに在住。

今回、下血があり、提携病院に入院し、精査を行った。腹部CTで肝臓転移のある大腸がんの疑いとされ、CSで進行大腸がん(Stage 4)が発見された。

放置した場合の余命は約12か月、手術療法を行えば、根治の可能性はある。

認知症が出る前は、「集団遊びなどは、ばかばかしくて。私には全く不要なことだわ！あのようになったら、生きているのも嫌だわ！」と言って参加しなかった。

3年前から認知症が進み、現在は家族を十分に認識できないことが多くなってきている。

以前は嫌がって参加しなかった集団遊びにも、促されて参加し、楽しそうに歌ったり、折り紙を折ったりして過ごしている。

夫の海外出張で、数年にわたる海外生活もあり、人生を
それなりにエンジョイしていた。
息子2人、娘1人あり。それぞれ一流大学を卒業させた。
プライドの高い、しっかりとした人

浄土宗の家だが、特に信心深いわけではない。

キーパーソンである長男と長女は、できることは何でも
して欲しいと思っている。次男は、今の認知症の状態を
考えると、緩和ケアのみで見てほしいと思っている。

Jonsenの臨床倫理4分割表

医学的適応

患者の意向

患者のQOL

周囲の状況

Jonsenの臨床倫理4分割表

医学的適応

- 80歳女性
- 下血があり、提携病院に入院し、精査を行った。腹部CTで肝臓転移のある大腸がんの疑いとされ、CSで進行大腸がん(Stage4)が発見された。
- 放置した場合約12か月、手術療法を行えば、根治の可能性はある。
- 3年前から認知症が進み、現在は家族を十分に認識できないことが多くなってきている。

患者の意向

- 尊厳死宣言書を所持している(10年前に日本尊厳死協会に入会)
- 認知症が出る前は、「集団遊びなどは、ばかばかしくて。私には全く不要なことだわ！あのようにになったら、生きているのも嫌だわ！」と言って参加しなかった。

患者のQOL

- 夫の海外出張で、数年にわたる海外生活もあり、人生をそれなりにエンジョイしていた。
- 息子2人、娘1人あり。それぞれ一流大学を卒業させた。
- プライドの高い、しっかりとした人
- 浄土宗の家だが、特に信心深いわけではない。
- 認知症が出る前は、「集団遊びなどは、ばかばかしくて。私には全く不要なことだわ！あのようにになったら、生きているのも嫌だわ！」と言って参加しなかった。
- 3年前から認知症が進み、現在は家族を十分に認識できないことが多くなってきている。
- 以前は嫌がって参加しなかった集団遊びにも、促されて参加し、楽しそうに歌ったり、折り紙を折ったりして過ごしている。

周囲の状況

- サービス付き高齢者住宅に入居中。
- 商社マンであった5歳年上の主人を10年前になくし、6年前に入居。
- 長男、次男、長女はそれぞれ車で1時間程度のところに在住。
- キーパーソンである長男と長女は、できることは何でもして欲しいと思っている。次男は、今の認知症の状態を考えると、緩和ケアのみで見てほしいと思っている。

1. この患者の物語の中の、どの部分に、どのような臨床倫理的問題点がありますか？
2. それらを倫理的キーワードとして列挙してください
例) 認知症患者に手術をする
医学的無益
3. あなたたちのグループでは、どのような提案を行いますか？

グループ討論

進行役・（記録）・発表者

自己紹介

持論を強調しない！

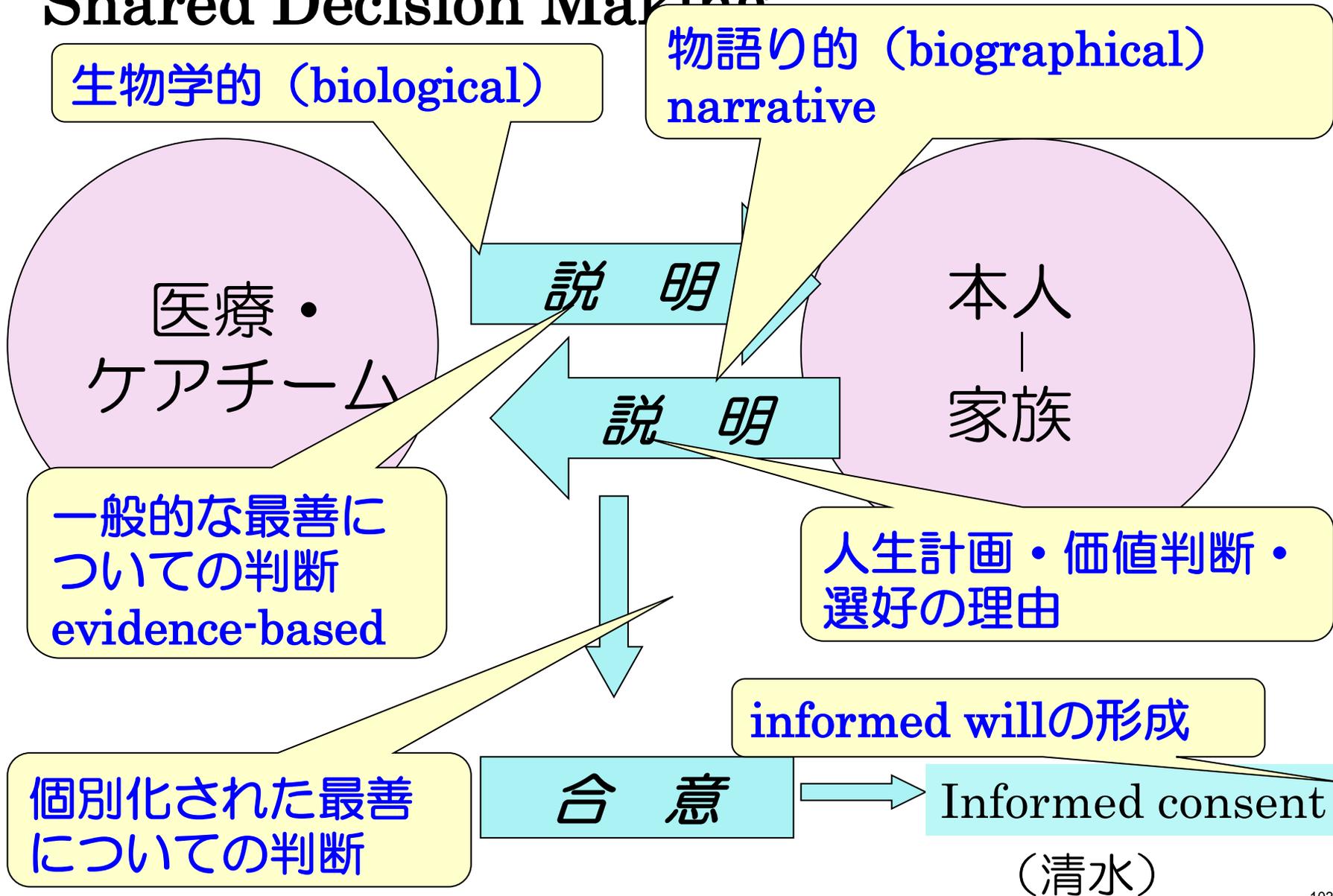
協調性をもって

わが国における終末期に関連したガイドライン

- 1994年 日本学術会議 『死と医療特別委員会』報告書
- 2001年 日本老年医学会 『高齢者の終末期の医療及びケアに関する立場表明』
- 2006年 日本集中医療学会 『集中医療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告』
- 2007年 厚生労働省 『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』
- 2007年 日本医師会 『終末期医療ガイドライン』
- 2007年 全日本病院協会 『終末期医療の指針(案)』
- 2007年 日本救急医学会 『救急医療における終末期医療に関する提言』
- 2008年 日本学術会議 『終末期医療のあり方について－亜急性型の終末期について－』
- 2014年 日本循環器学会・救急医学会・臨床救急医学会
『救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン』
- 2015年 厚生労働省 『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』に改訂

どのガイドラインでも
「十分なインフォームド・コンセントを」
「本人の意思を尊重し」
と、謳っている

情報共有—合意モデル (相互参加型：清水) Shared Decision Making



これからの自分の生き方を考える

アドバンス・ケア・プランニング

どこに、誰と住んで、どのような生活をして、どのような
ケアを受けて、最終的に、どのように死を迎えるかなど・・・

これからの自分の逝き方を考える

リビング・ウィル・事前指示

終活・老い支度

しかし、
生活設計の最終局面も考えなくては・・・

あなたは、人生の最後の時間を
どのように過ごしたい（生きたい）と
考えていますか？
（事前指示、リビング・ウィル）

事前指示 (Advance Directive)

昏睡状態や植物状態、重度の認知症などで、自分自身の受ける医療行為について、自分で決めることが出来なくなってしまうときに備えて、意識がはっきりとしているうちに、自分の受けたい、または受けたくない医療行為についての希望を表明しておくこと。

リビング・ウィル (文書として残す)

代理人指名

口頭で伝えておくだけでも有効 (米国自然死法)

事前指示・ACPの様式、役割、課題

形式：尊厳死協会、POLST（日本臨床倫理学会）、
事前指示書（浅井・三浦版）、
各種エンディングノート、私の生き方連絡ノート、
私の四つのお願い など

疾患特異的：透析（三浦）、ALS（荻野）など

役割：

各種ガイドラインも本人意思を尊重すべきとしている
法的整備はない
あくまでも参考

しかし、大切⇒共有のため

本人と家族の、ものがたり・ナラティブを知るために重要な情報源となる

日本尊厳死協会 尊厳死の宣言書

(リビング・ウィル Living Will)

私は、私の傷病が不治であり、且つ死が迫っている場合に備えて、私の家族、縁者ならびに私の医療に携わっている方々に次の要望を宣言いたします。

この宣言書は、私の精神が健全な状態にある時に書いたものであります。

従って私の精神が健全な状態にある時に私自身が破棄するか、又は撤回する旨の文書を作成しない限り有効であります。

(1)私の傷病が、現在の医学では不治の状態であり、既に死期が迫っていると診断された場合には徒に死期を引き延ばすための延命措置は一切おことわりいたします。

(2)但しこの場合、私の苦痛を和らげる処置は最大限に実施して下さい。そのため、たとえば麻薬などの副作用で死ぬ時期が早まったとしても、一向にかまいません。

(3)私が数カ月以上に涉って、いわゆる植物状態に陥った時は、一切の生命維持措置をとりやめて下さい。

以上、私の宣言による要望を忠実に果たして下さった方々に深く感謝申し上げるとともに、その方々が私の要望に従って下さった行為一切の責任は私自身にあることを附記いたします。

年 月 日

自署

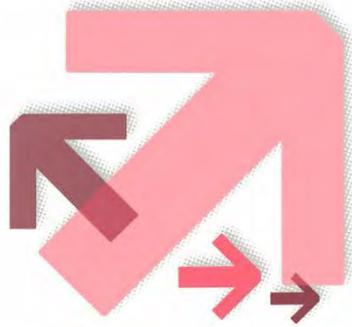
フリガナ
氏名
住所

印 明治 大正 昭和 年 月 日生

□□□-□□

重症疾患の診療倫理指針

重症疾患の診療倫理指針ワーキンググループ／著
浅井 篤・福原俊一／編



医療文化社

尊厳死協会のリビングウィルには代理人指名や、証人の欄がなく、不十分ではないかと考え、熊本大学大学院教授である浅井篤先生と考案したフルコースで選択できるリビングウィルが載っています。

量が多いのが難点

医療文化社 3800円(税別)

2 私は下記に明記するような状態になった場合は、それ以上の延命は希望しません。

(2の記載時の諸例)

- 「家族のことがわからなくなってしまうような痴呆状態になったとき」
 「意識が全くない植物状態になったとき」
 「自力で自分の口から何も食べられなくなったとき」
 「人工呼吸器なしでは生きられなくなったら」
 「常に激しい肉体的苦痛を受けているとき」
 「意識があるときは、常に激しい肉体的または精神的苦痛があるとき」

3 私は2のような状態になったとき、下記に記載するような医療（治療や検査）だけは、決して受けたくありません。

(3の記載時の諸例)

- 「自力で呼吸ができなくなったときの人工呼吸」
 「自分の口から食べられなくなったときの、チューブによる経管栄養」
 「末期がんで腎不全になったときの、人工透析治療」
 「痴呆状態で肺炎になったときの、抗生物質治療」
 「覚醒時に常に苦痛があるときに、意識を回復させようとする治療」

II 具体的事項

上記の希望を踏まえた上で、昏睡、重症脳卒中、高度痴呆、末期癌などで、他の人々との意思疎通がとれなくなり、かつ、自分が受ける医療サービスの内容を自分で決められなくなった場合、どのような医療サービスを希望する、または希望しないかを以下に記載します。

	希望する	希望しない	決められない	治療開始は希望するが状態が改善しないなら中止してほしい	代理人・医師に一任
心肺蘇生	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人工呼吸器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
化学療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人工透析	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
輸血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人工栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胃瘻	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
輸液	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
酸素投与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
単純な診断検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
抗生物質投与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
例え生命が短縮しても疼痛緩和	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

「レット・ミー・ディサイド＝ 私の選択」

治療の事前指定書の書き方は？

本人のはっきりした意思があること

服や車を選ぶ時でさえ、私たちは自分の好みや必要性に応じて選びます。まして、自分の命に関わる病気の時に、おまかせでなく自分自身の人生観や価値観に基づいた、納得できる選択をしたいものです。「レット・ミー・ディサイド=自分で決める自分の医療」は、そのような本人の自由な意思が基本です。

かかりつけ医や代理人との相談とサポート

一人で考えるのではなく、かかりつけ医やレット・ミー・ディサイドをよく理解した看護婦やソーシャルワーカー及び医師が事前指定書の記入をサポートします。また、代理人とは記入までに十分話し合います。

個人的要望の記入

あなたが自分の言葉で、「私はこのような状態になったら回復不可能と考えます。」ということを書き入れます。これは一人一人が価値観、人生観が異なるので、当然と言えます。

※なお、事前指定書は、1年毎に、または病気になった時、健康状態に変化があった時など、いつでも見直しや変更可能です。

事前指定書の具体的な手続き方法

1) 事前指定書を取り扱っている医療機関・施設に相談



2) 医師・保健婦・看護婦等の医療スタッフから説明を受ける



3) 用語や事前指定書の意味が理解できたか、チェックする



4) かかりつけ医、家族、友人などと話し合い、理解してもらう



5) 代理人と一緒に、事前指定書を完成させる



6) 代理人とともにかかりつけ医のところに行き、署名してもらう



7) 事前指定書の完成保管場所を明確にする

この指定書は、カナダのウィリアム・モーロイ博士の考案によるものです。許可なく、変更・使用を禁じます。ご希望の方は、レット・ミー・ディサイド研究会本部または、福岡レット・ミー・ディサイド研究会まで、電話、ファックス、郵送でお申し込みください。

レット・ミー・ディサイド研究会本部
〒114 東京都北区東十条3-3-1
小田急マンション220
TEL 03 (3914) 5565

福岡レット・ミー・ディサイド研究会
〒815-0071 福岡市南区平和1-6-1
福岡NPO共同事務所”びおとーぶ”
TEL&FAX 092(526)9620



東京大学医学部大学院医療倫理講座の箕岡真子先生が、米国のFive wishesを日本に合わせてアレンジしたものです。

- 1.私の代わりに決定をして欲しい人
- 2.望む医療処置と望まない医療処置
- 3.残された人生を充実したものにするために、快適に過ごすために
- 4.最後に私の大切な人々に知っておいて欲しいこと

**「突然の病気」「予期していなかった認知症」など
もし、自分の意思とは違う生活を強いられることになったら、
今後の人生を自分で決めるために、自分の最期の生き方を…
一度考えてみませんか。**

「私の四つのお願い」の冊子は、“あなたが重い病気にかかり、自分の意思を伝えることができなくなったときに、助かる見込みがない終末期であると判断されたのであれば、自分の医療ケアをどうしてほしいのか”ということをご家族をはじめ、あなたの親しい人々、医療担当者に伝えることをお手伝いします。

株式会社ワールドプランニング
2100円（税込み）

私のお願い

残された人生を 『充実したものにするために』 『快適に過ごすために』

私の家族・主治医および他の医療関係者・友人達、そして他の関係する皆さまが、これらの『私のお願い』を実施できないこともあるということを理解していますし、また法律によって実施することを要求されているわけではないことも理解しています。

私は、私の人生の最期まで『尊厳』をもって接してほしいと思っていますので、私にとって大切な『快適な日常ケア』は最期まで放棄しないでください。

私の日常を『充実したものにするために』『快適に過ごすために』以下のことを望みます。

●あなたが望むものに○、望まないものに×をつけてください。

- 私は『苦痛』のある状態を望みません。私は主治医に対して、たとえそれによって朦朧状態や意識低下に陥るとしても、苦痛を和らげるための十分な処置や投薬を望みます。
- もし私が吐き気を催したりうつ状態・呼吸困難・幻覚症状になったら、医療・介護チームの人々に、それらを和らげるための最大限の処置を望みます。
- 熱があるときは、冷たいタオルをおでこに置いてください。
- 唇や口内の乾燥を防ぐために、常に湿り気を与えてください。
- 必要に応じて、温かいお風呂に入れてください。あるいは清拭をしてください。私はいつもさわやかに清潔な状態でいたいのです。
- 必要に応じて温かいオイルでマッサージをして、皮膚の乾燥を防いでください。
- 私はひげ剃り・爪切り・髪をとかすこと・歯磨きなどの日常的ケアを、それらが私に苦痛と不快をもたらさない限りにおいて望みます。
- 可能な場合には、だれかが側にいてくれることを望みます。死が近づいたときには、特にそうしてください。

昏睡状態にあり、再び意識を取り戻したり回復する見込みがないとき

私の主治医および他の医師の二人が、私が再び意識を取り戻したり、回復する見込みのない昏睡状態にあり、延命治療が単に死の経過を長引かせるだけのものであると判断したとき（以下のうち1つを選んで○を書いてください。）

- 私は延命治療を受けたい。
- 私は延命治療を受けたくない。もし延命治療が開始されている場合は、それを中止してほしい。
- もし私の主治医が『延命治療が有効である』と判断するのであれば、私は延命治療を受けたい。しかし、それで私の病状や症状が改善する見込みがないのであれば、延命治療を実施してほしくない。

永続的かつ重度な脳損傷のため、回復の見込みがないとき

私の主治医および他の医師の二人が、私が永続的かつ重度な脳損傷（たとえば周囲とのコミュニケーションがとれない状態）を患い、改善する見込みがなく、延命治療が単に死の経過を長引かせるだけのものであると判断したとき（以下のうち1つを選んで○を書いてください。）

- 私は延命治療を受けたい。
- 私は延命治療を受けたくない。もし延命治療が開始されている場合は、それを中止してほしい。
- もし私の主治医が『延命治療が有効である』と判断するのであれば、私は延命治療を受けたい。しかし、それで私の病状や症状が改善する見込みがないのであれば、延命治療を実施してほしくない。

私が『延命治療を受けたくない』と考える他の状況

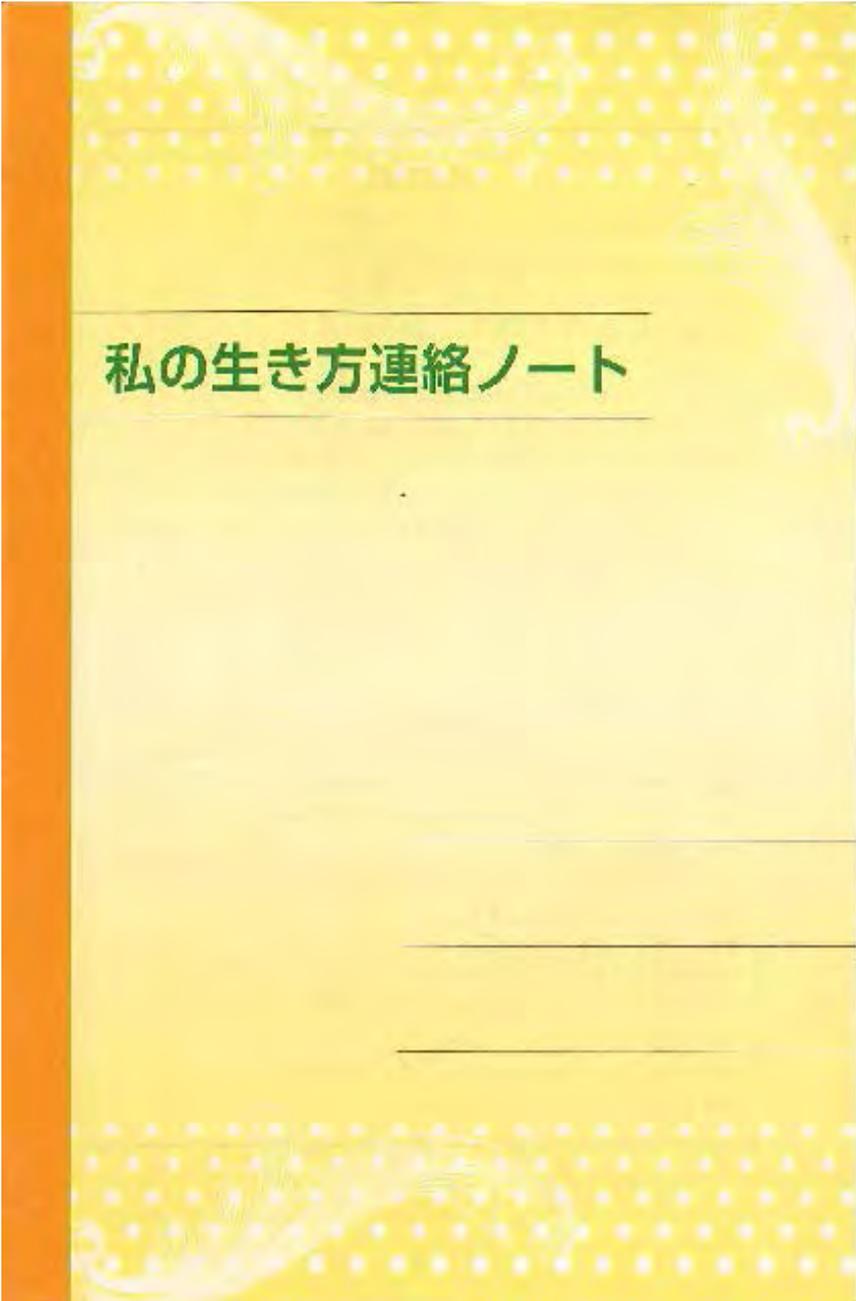
私が延命治療を受けたくないとする他の状況は以下のような場合です。

その状況においては、延命治療の負担があまりに大きく、私に何ら利益をもたらさないと考えます。それゆえに、そのような場合には、私は延命治療を望みません。

あなたにとってそのような状況がなければ、以下は空白のままにしておいてください。

.....

.....



私の生き方連絡ノート

「自分らしい生き死にを考える会」が考案した「私の生き方連絡ノート」

自筆で書き込む形式をとっており、自分の人生を振り返りながら、今後を考えるものです。

左ページには例示が載っており、初めての人にも書きやすいように考えています。

EDITEX社 483円（税込み）

**** 参考 ****

< (2) 判断力のない場合の記入の際に考えたい項目と記入例 >

- ア) 救急車は呼ぶか？
- イ) 蘇生措置（気管内挿管・心臓マッサージなど）を望むか？
- ウ) できるだけ集中治療（手術・透析・輸血・人工呼吸器など I C U のレベルの治療も含む）を望むか？
- エ) 一般病棟でできるレベルでの治療を望むか？
- オ) 食べられなくなったら、そのままにしてほしいか？
- カ) 食べられなくなったら、鼻からのチューブで栄養を入れてほしいか？
- キ) 中心静脈の点滴・末梢からの点滴を望むか？
- ク) その時の年齢による判断の違いは？

自分にとっての区切りの年齢（ 歳）を過ぎていたらどうするか

★A) B) C) について「今はわからない」と書くこともできます。

記入例

- ① できるだけ治療を望む。蘇生措置もしてほしい。ただし、80歳を超えていたら一般病棟でできるレベルの治療でよい。
 - ② 口から最期まで食べたい。食べられなくなってもチューブでの栄養は望まない。集中治療は望まない。蘇生措置は望まない。
 - ③ 栄養はチューブから摂っても良い。闘病が6か月を過ぎたら蘇生措置は望まない。集中治療は望まない。家族・周囲の肉体的・経済的・精神的負担が大きくなるような治療は望まない。
- ★上記のいずれの場合も、代わりに判断してほしい人がいる場合。
その人には承諾を得て、名前を記入し、日頃から話し合しましょう。

医療は日々進歩しています。今の状況が変わることも考えられます。その時に応じた決定を、信頼できる人に頼むことも一つの選択肢です。ただしその場合、自分のはっきりしている望みだけは、その理由も含めてしっかり伝えておきましょう。

たとえば、

- ・どんな状況になっても、医療の最善を尽くしてほしい。
- ・意思の疎通ができない状態では生きていたくないので、治療はしないで自宅で最期を迎えたい。
- ・治療の効果が少ない状態になったら、自宅に帰って出来るだけ家族と共に過ごしたい。
- ・認知症になったら、専門の施設に入りたい——などです。

★かかりつけの医師がいる場合は、日頃から相談して自分の今の状況、考え方を把握しておいてもらいましょう。

(2) 判断力のない場合

A) 急病・事故などで意識が鮮明でないとき（急性期）

B) 認知症が進んだとき

C) 病気・事故等の闘病が長期間続き、かつ意思表示が出来ないとき（慢性期）

D) 上記の場合、判断を任せたい人がいます

氏名（ ） 続柄（ ） 年 月 日記入

氏名（ ） 続柄（ ） 年 月 日記入

氏名（ ） 続柄（ ） 年 月 日記入

II 透析患者における事前指示書（私案） 文献 13)を一部改変

別紙解説書に述べてあるように、あなたの健康状態が以下の状態になったと想定してください。その際に、あなたが透析治療の継続を希望するか、また、心肺停止状態になった時に蘇生術を希望するか否かを「希望・拒否・不明」のいずれかに○をつけてください。

	透析治療	心肺蘇生術
昏睡状態	希望・拒否・不明	希望・拒否・不明
重症脳卒中	希望・拒否・不明	希望・拒否・不明
重度痴呆状態	希望・拒否・不明	希望・拒否・不明
末期癌	(判断能力があるため省略)	希望・拒否・不明

備考：以下の欄に、あなたが希望または拒否をする具体的な治療行為がございましたらご記入ください。

私の事前指示と、右記代理人の意見に相違があった場合、以下のように対処してください。

1. 私の事前指示を優先する
2. 代理人の意見を優先する

代理人指名

私が、自分自身が今後受ける医療行為について決定ができない状況になった際には、以下の者を私に関する医療行為の選択決定の代理人として指名します。

代理人 1

氏名
関係
住所
電話番号

(代理人を複数指定しておきたい場合、以下に記載してください)

代理人 2

氏名
関係
住所
電話番号

代理人 3

氏名
関係
住所
電話番号

私が指定した代理人の間で、意見の相違があった際には以下のようにしてください。

1. 代理人 1 の決定を優先させる。
2. 代理人の中で多数決で決定する。

この事前指示書の作成に当たり、前もって医師から十分な説明を受け、十分に理解したうえで作成したものであることを証明します。また、この事前指示書は私の希望に添ったものであることを証明します。

氏名

住所

日付

証人記載欄

私たちは、上記記載者が正常な判断能力を有しており、この事前指示書が記載者の明白な意思の元に作成されたものであることを証明します。

証人 1

氏名

住所

日付

証人 2

氏名

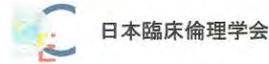
住所

日付

北里大学東病院 緊急時の対処方法カード

緊急時の対処方法カード	
患者氏名 _____ ID 番号(- -)	主治医より疾患・病状の説明を受けた上で、 左記の緊急時の対処方法を希望しております。
疾患名 _____	
上記患者より搬送の要請があった場合は、 必ず北里大学東病院への搬送をお願いいたします。	平成 年 月 日
緊急時の処置に関して、患者及び家族は、主治 医より疾患・病状の説明を受けた上で、下記の処置 を希望されています。	番 名 _____ 番名代理人 _____ (続柄)
1) アンビュー加圧 希望する・希望しない 2) 酸素投与 希望する(L/分)・希望しない 3) 気管内挿管 希望する・希望しない 4) 人工呼吸器装着 希望する・希望しない 5) その他の希望 ()	<緊急時の対処方法カードの使用方法> 1. 急変時に速やかに、救急隊に本人の希望を 伝えるカードになりますので、常時カードの所 持を明確にしておいて下さい。 例：電話の側の壁に掲示しておく 本人のベッドサイドに置く 2. 救急隊から確認があった場合、口頭説明と 併せてカードを提示し使用して下さい。 (希望を伝えて下さい。) 3. カードの内容に変更の必要がある場合は、 速やかに主治医に申し出て下さい。
北里大学東病院 住 所 神奈川県相模原市麻溝台 2-1-1 電 話 (042)748-9111 (代) (平日時間内：神経内科外来 時間外：神経内科当直医)	20030521
平成 年 月 日 神経内科 主治医 印	

日本臨床倫理学会 日本版POLST



日本版 POLST (DNAR 指示を含む) 作成指針

POLST (Physician Orders for Life Sustaining Treatment)

「生命を脅かす疾患」に直面している患者の

医療処置（蘇生処置を含む）に関する医師による指示書

★これは日本臨床倫理学会による POLST (DNAR 指示を含む) の作成指針です。

★患者さんのために POLST (DNAR 指示を含む) を作成する医師であれば、どなたでも使用することができます。

課題：認知症患者の事前指示の哲学的問題

「人格の同一性の問題（Holland）」

事前指示に対しては、患者の意識が清明な頃の指示内容と、それが適用される時点における患者の真の意向もしくは、推定意思が異なる可能性に対する懸念があり、「人格の同一性の問題（Holland）」として扱われている。

「以前の自己の問題(Dresser)」

「もはや実在しない人格の価値と信念に頼るよりも、現在の認知症の人格にとって最善の利益になるように決定すべきである」と述べている。

「インテグリティの問題(ドゥオーキン)」

「認知症患者の現在の人格と過去（あるいは未来）の人格の問題」として、「認知症患者は、自立性の権利を有しているか」を論じ、意志決定を行う主体のインテグリティ（廉直性、無欠性）を重要視すべきであり、その点から考えると、認知症になる以前の、明確な意志決定能力を有していた時点における希望が最も尊重されるべきであると述べている。

Postは、アルツハイマー型認知症患者の倫理的問題点について、Dementiaと叫ばず、Deeply forgetfulという表現を用い、彼らの中にも、尊厳ある意思の表明があると述べている。

ユマニチュード、バリデーション、パーソン・センタード・ケアなどで
エンハンスメントすべき

最善の利益

最善利益の規準

事前指示がなく、本人意思推定による代行判断もできない場合、「本人にとって、最も良いと思われる決定を代理判断者が行うこと」を、最善の利益判断(best interest judgement)という。

「行おうとする治療行為による患者に与えると思われる利益が、それにともなう患者の負担（損失）を上回っているか？」を、医学的な事実と、患者の持つ価値観、人生観を比較衡量し、患者本人の立場にたって考えることが基本である。

最善の利益判断に当たっては、家族、医師、看護師、介護担当者など、患者を取り巻く関係者すべてが、コミュニケーションを深め、十分に話し合い、独断を避けることが必要である。（箕岡・稲葉）

適切な代諾・代諾者

誰が代理判断者になれるのか

東海大学事件判決 平成7年では、
家族が患者の性格、価値観、人生観について十分に知り、
その意思を的確に推定し得る立場にある

- ・ 家族が患者の病状、治療内容、予後について十分な情報と正確な認識を持っていること
- ・ 家族の意思表示が、患者の立場に立った上で、真摯な考慮に基づいたものであこと
- ・ 医師が、患者または家族をよく認識し理解する立場にあること

家族等は，代理判断者として適切ですか？
以下の要件について考えてください。

代理判断者は，患者の性格・価値観・人生観等について十分に知り，その意思を的確に推定することができますか？

代理判断者は，患者の病状・治療内容・予後等について，十分な情報と正確な認識をもっていますか？

代理判断者の意思表示は，患者の立場に立ったうえで，真摯な考慮に基づいたものですか？

代理判断の内容の適切性について

a. 主治医をはじめとする医療ケア専門家は、家族等の代理判断者が、適切な判断をすることができるように支援をします

- 家族等が、「患者のかつての願望」「患者の価値観に基づいて推定された願望」「家族自身の願望」「患者の最善の利益」について、適切に区別できるように支援することが重要です。

- 特に、家族等の判断や決定は、ほんとうに「患者本人の意思を推定あるいは反映しているのか？」、もしかしたら「家族自身の願望とか都合ではないのか？」という倫理的に微妙な違いに敏感になる必要があります。

- したがって、家族との面談の最も重要な意義は、家族を通じて患者の真意を知ることだといえます。

b. 家族等（代理判断者）は、患者のかつての願望（事前指示）を尊重していますか？

- 蘇生などに関する意思決定は、（書式による）患者の意向に沿うこと
- 患者本人の事前指示があれば、それを尊重する
- 事前指示の内容が、現在の本人の病状や最善の利益に合致するかどうか検討する

c. 家族等（代理判断者）は、患者の意思を適切に推定していますか？

- 現在意思能力がない患者が、もし当該状況において意思能力があるとしたら行ったであろう決定を代理判断者がすることです。
- 患者自身の価値観・人生観などを考慮し、それと矛盾がない判断を、代理判断者が本人に代わってなすことを意味します。

d. 家族等（代理判断者）は、患者の最善の利益について配慮していますか？

- 「当該治療による患者の利益が、本当に患者の負担を上回っているかどうか」「本人にとって何が最もよいことなのか」について、関係者皆でコミュニケーションを深めてください。
- 最善の利益に関する判断は、判断をする人の価値観に左右されたり、恣意的になりがちです。中立的第三者の意見を取り入れるなど、独善的にならないよう配慮をしてください。
また、他人は、患者本人のQOLを低く見積もる傾向があるとの研究結果もありますから、その点についても十分に配慮してください。
- 「患者が望むだろうこと」に出来るだけ近づけるように話し合ってください。

- 家族等（代理判断者）は、患者と利益相反はありませんか？
- 家族等（関係者）内で、意見の相違はありませんか？
- 医師は、家族等の代理判断者の考え方や意向（家族自身の願望）も十分聴取し、可能な限り尊重します。しかし「家族等の願望」は、「患者本人の願望」を上回るものではありません。
- 家族等が、意思決定の際、あるいは意思決定後の不安や罪悪感に対処できるようにするための支援も重要です。

患者・家族間の利益相反

川崎協同病院事件控訴審判決の中で、本人と家族の利益相反の例として終末期医療に伴う家族の経済的・精神的負担などの回避を上げている。

成年後見制度

法定後見制度

成年後見人は、被後見人の生活、療養看護、財産管理に関する事務を行う(民法の858条)と規定されており、事理弁理能力がほとんどない場合(後見)、著しく不十分な場合(補佐)、不十分な場合(ほじょ)には、財産管理および身体監護に関する法律行為(診療契約や介護契約の締結、その報酬を支払うなど)を後見人(保佐人、補助人)が代わって行うことができます。

任意後見制度

任意後見制度は、認知症などによる将来の事理弁識能力の減退に備えて、事前に、自分の意思(任意)で、後見人およびその代理行為の内容を決定し契約するものです。これは、介護保険制度と同時に始まりました。

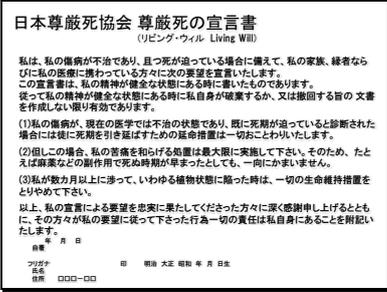
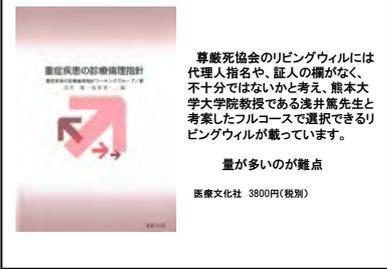
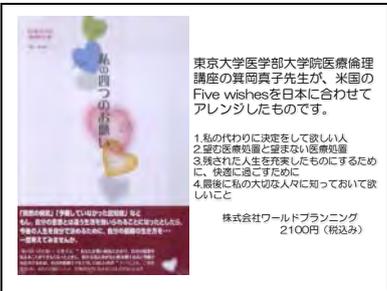
現時点で、法的には、成年後見人には医療に関する同意権はないとされている。

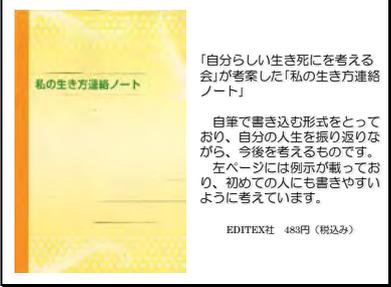
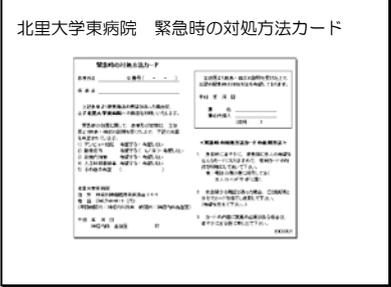
3.意思決定能力を欠いた患者 解説・留意点

<p>スライド 1</p>	<p>意思決定能力を欠いた患者に対する 医療行為の決定について</p> <p>東京慈恵会医科大学附属柏病院 総合診療部 三浦靖彦</p>					
<p>スライド 2</p>	<p>80歳女性 サービス付き高齢者住宅に入居中。 尊厳死宣言書を所持している (10年前に日本尊厳死協会に入会)</p> <p>商社マンであった5歳年上の主人を10年前になくし、 6年前に入居。 長男、次男、長女はそれぞれ車で1時間程度のところに在住。 今回、下血があり、提携病院に入院し、精査を行った。腹部 CTで肝臓転移のある大腸がんの疑いとされ、CSで進行大腸 がん (Stage 4) が発見された。 放置した場合の余命は約12か月、手術療法を行えば、根治 の可能性がある。</p>	<p>まずは、このような、よくある症例を頭に思い浮かべて ください。尊厳死宣言書を有しております。</p>				
<p>スライド 3</p>	<p>認知症が出る前は、「集団遊びなどは、ばかばかしくて。 私には全く不要なことだわ!あのようになったら、生きて いるのも嫌だわ!」と言って参加しなかった。 3年前から認知症が進み、現在は家族を十分に認識できな いことが多くなってきている。 以前は嫌がって参加しなかった集団遊びにも、促されて参 加し、楽しそうに歌ったり、折り紙を折ったりして過ごし ている。</p>	<p>彼女の、この数年間の生活状況は、このような状況で した。</p>				
<p>スライド 4</p>	<p>夫の海外出張で、数年にわたる海外生活もあり、人生を それなりにエンジョイしていた。 息子2人、娘1人あり。それぞれ一流大学を卒業させた。 プライドの高い、しっかりとした人</p> <p>浄土宗の家だが、特に信心深いわけではない。</p> <p>キーパーソンである長男と長女は、できることは何でも して欲しいと思っている。次男は、今の認知症の状態を 考えると、緩和ケアのみで見てほしいと思っている。</p>	<p>彼女の生活背景についての情報は、このようなもの です。</p>				
<p>スライド 5</p>	<p>Jonsenの臨床倫理4分割表</p> <table border="1" data-bbox="280 1536 667 1805"> <tr> <td data-bbox="280 1536 472 1648">医学的適応</td> <td data-bbox="472 1536 667 1648">患者の意向</td> </tr> <tr> <td data-bbox="280 1648 472 1805">患者のQOL</td> <td data-bbox="472 1648 667 1805">周囲の状況</td> </tr> </table>	医学的適応	患者の意向	患者のQOL	周囲の状況	<p>現時点で分かっている情報を、Jonsenの4分割表に入 れてみます。 そのうえで、不測の情報の整理をしながら、現時点で の問題点や、解決策をm名で考えます。</p>
医学的適応	患者の意向					
患者のQOL	周囲の状況					

<p>スライド 6</p>		<p>現時点で分かっている情報を、Jonsenの4分割表に入れてみます。</p> <p>グループワークの時間がある場合は、この作業をグループで行ってもらっても良いですし、時間がない場合は、これを説明してしまい、その後、グループで問題点や解決策を話し合ってもらいます。</p>
<p>スライド 7</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. この患者の物語の中の、どの部分に、どのような臨床倫理的問題点がありますか？ 2. それらを倫理的キーワードとして列挙してください 例) 認知症患者に手術をする 医学的無益 3. あなたたちのグループでは、どのような提案を行いますか？ 	<p>1,3は皆にやってもらいます。1に関しては、素人的意見で構わないと言ってあげると、参加者がやりやすいでしょう。</p> <p>2に関しては、臨床倫理について、ある程度分かっている人を対象にした際の質問です。</p> <p>このようなありふれた症例の中にも、たくさんのキーワードが詰まっていることを認識してもらいます。</p>
<p>スライド 8</p>	<p>グループ討論</p> <p>進行役・(記録)・発表者</p> <p>自己紹介 持論を強調しない! 協調性をもって</p>	<p>グループワークをする際の基本事項を説明します。</p> <p>多職種の集まりでは、権威の勾配を避ける意味で、医師を先生と呼ばず、全員が(さん付け)で呼び合いましょうと説明します。</p>
<p>スライド 9</p>	<p>わが国における終末期に関連したガイドライン</p> <ul style="list-style-type: none"> 1994年 日本学術会議『死と医療特別委員会報告書』 2001年 日本老年医学会『高齢者の終末期の医療及びケアに関する立場表明』 2006年 日本集中医療学会『集中医療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告』 2007年 厚生労働省『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』 2007年 日本医師会『終末期医療ガイドライン』 2007年 全日本病院協会『終末期医療の指針(案)』 2007年 日本救急医学会『救急医療における終末期医療に関する提言』 2008年 日本学術会議『終末期医療のあり方について—重症性型の終末期について—』 2014年 日本循環器学会・救急医学会・臨床救急医学会『救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン』 2016年 厚生労働省『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』に改訂 <p>どのガイドラインでも 「十分なインフォームド・コンセントを」 「本人の意思を尊重し」 と、謳っている</p>	<p>日本における終末期のガイドラインを示します。特に、2015年尾厚労省のガイドラインは必読です。</p> <p>どのガイドラインでも 「十分なインフォームド・コンセントを」 「本人の意思を尊重し」 と、謳っている点が強調点です。</p>
<p>スライド 10</p>		<p>インフォームドコンセントの概念が、形骸化してしまっている感が否めませんが、米国ではShared decision makingとして1990年代から提唱され、日本でも、清水哲郎が、情報共有・合意モデルとして、患者と家族のものがたり(ナラティブ)を大切にしたプロセスを紹介しています。</p>

<p>スライド 11</p>	<p>これからの自分の生き方を考える アドバンス・ケア・プランニング どこに、誰と住んで、どのような生活をして、どのような ケアを受けて、最終的に、どのように死を迎えるかなど・・・</p> <p>これからの自分の逝き方を考える リビング・ウィル・事前指示 終活・老い支度</p>	<p>ここで、ACP,事前指示、リビングウィルについての説明を行います。 近年では、これらをまとめて、終活とか老い支度とも呼ばれています。</p>
<p>スライド 12</p>	<p>しかし、生活設計の最終局面も考えなくては・・・</p> <p>あなたは、人生の最後の時間をどのように過ごしたい(生きたい)と考えていますか？ (事前指示、リビング・ウィル)</p>	<p>ACPなどでも、最終場面を考える必要があります。</p>
<p>スライド 13</p>	<p>事前指示 (Advance Directive)</p> <p>昏睡状態や植物状態、重度の認知症などで、自分自身の受ける医療行為について、自分で決めることが出来なくなってしまったときに備えて、意識がはっきりしているうちに、自分の受けたい、または受けてたくない医療行為についての希望を表明しておくこと。</p> <p><u>リビング・ウィル (文書として残す)</u> 代理人指名 口頭で伝えておくだけでも有効 (米国自然死法)</p>	<p>事前指示とリビングウィルについての正確な定義を示します。</p>
<p>スライド 14</p>	<p>事前指示・ACPの様式、役割、課題</p> <p>形式：尊厳死協会、POLST (日本臨床倫理学会)、事前指示書 (浅井・三浦版)、各種エンディングノート、私の生き方連絡ノート、私の四つのお願い など</p> <p>疾患特異的：透析 (三浦)、ALS (荻野) など</p> <p>役割： 各種ガイドラインも本人意思を尊重すべきとしている 法的整備はない あくまでも参考 しかし、大切⇒共有のため 本人と家族の、ものがたり・ナラティブを知るために重要な情報源となる</p>	<p>事前指示・ACPの様式、役割、課題</p> <p>形式：尊厳死協会、日本臨床倫理学会作成のPOLST、事前指示書 (浅井・三浦版)、各種エンディングノート、私の生き方連絡ノート、私の四つのお願い 疾患特異的：透析 (三浦)、ALS (荻野) などがあります。</p> <p>役割： 各種ガイドラインも本人意思を尊重すべきとしている しかし、現在の日本には法的整備はない あくまでも参考でしかないが、 しかし、大切⇒共有のため</p> <p>本人と家族のものがたり、ナラティブを知るために大切な情報源</p>

<p>スライド 15</p>		<p>日本尊厳死協会の尊厳死宣言書ですが、12万人以上の会員数があります。</p> <p>しかし、これは、尊厳死を望むというだけで、実際の臨床現場、特に救急の場面では、情報が不足であることが多い。</p> <p>また、本人・家族の、ものがたりは読み取れないため、緩やかな終末期においても、この先どうするかという場面では、使い勝手が良くないことが多い。</p>
<p>スライド 16</p>		<p>これは、2006年に発行されましたが、当時考えられるフルコースの選択ができる事前指示書を作成しました。</p>
<p>スライド 17</p>		<p>A4で6ページにわたるもので、その中でも、右に示すように、各種医療行為を選択できるようにしました。</p> <p>しかし、これらの選択肢を一般人は容易に理解できないため、残念ながら普及しませんでした。</p>
<p>スライド 18</p>		<p>これは、二の坂先生が作成した事前指示書で、福岡地区を中心に、こまめに市民公開講座を開催し、普及活動を行っているものです。</p>
<p>スライド 19</p>		<p>東京大学医学部大学院医療倫理講座の箕岡真子先生が、米国のFive wishesを日本に合わせてアレンジした「私の四つのお願い」です</p>

<p>スライド 20</p>		<p>このように、たくさんの選択肢があり、チェックボックス式になっています。</p>
<p>スライド 21</p>		<p>「自分らしい生き死にを考える会」が考案した「私の生き方連絡ノート」</p> <p>自筆で書き込む形式をとっており、自分の人生を振り返りながら、今後を考えるものです。左ページには例示が載っており、初めての人にも書きやすいように考えています。</p> <p>これを書くためには、自分の人生を振り返り、新たな意味づけをすることができます。また、自分と家族のものがたり・ナラティブを再構成することができるので、意思決定できない場面でも、家族や医療従事者が、本人の希望を推定したり、最善を考える際の参考になります。</p>
<p>スライド 22</p>		<p>このように、左ページは解説・例示になっています。</p> <p>チェックボックス式でなく、自筆で書きこむため、信頼性が高いという点も特徴です。</p>
<p>スライド 23</p>		<p>これは透析患者用に考案した事前指示書です。多くの透析施設で、それぞれアレンジして使用されているとのこと。</p>
<p>スライド 24</p>		<p>これは、北里大学神経内科の荻野医師が作成したALS患者用の事前指示書ですが、普及のために、ネーミングを「緊急時の対処方法カード」としています。</p>

<p>スライド 25</p>		<p>米国では、事前指示・リビングウィルよりも、近年は Physician Order for Life-Sustaining Treatment(POLST) が法的整備も整い、普及してきたとのことで、2015年、日本臨床倫理学会も、日本版POLSTを作成し公表しています。</p>
<p>スライド 26</p>	<p>課題：認知症患者の事前指示の哲学的問題</p> <p>「人格の同一性の問題（Holland）」 事前指示に対しては、患者の意識が漸弱な後の指示内容と、それが適用される時点における患者の真の意向もしくは、推定意向が異なる可能性に対する懸念があり、「人格の同一性の問題（Holland）」として扱われている。</p> <p>「以前の自己の問題(Dressler)」 「もはや来ない人格の価値と価値に頼るよりも、現在の認知症の人格にとって最善の利益になるように決定すべきである」と述べている。</p> <p>「インテグリティの問題(ドゥーキン)」 「認知症患者の現在の人格と過去（あるいは未来）の人格の問題」として、「認知症患者は、自立性の権利を有しているか」を論じ、意思決定を行う主体のインテグリティ（誠実性、無欠性）を重要視すべきであり、その点から考えると、認知症になる以前の、明確な意思決定能力を有していた時点における希望が最も尊重されるべきであると述べている。</p> <p>Postは、アルツハイマー型認知症患者の倫理的課題点について、Dementiaと呼ぼず、Deeply forgetfulという表現を用い、彼らの中にも、尊厳ある意思の表明があると述べている。</p> <p>コミュニケーション、パリアーション、パーソン・センタード・ケアなどでエンハンスメントすべき</p>	<p>ただし、今回の症例のように、認知症患者の事前指示などについては、哲学者たちもいろいろな意見があり、定説はありません。</p> <p>その意味でも、患者の最善の利益を、関係者皆で考えることが大事であり、そのためには、ACPなどがあるとういこととなります。</p>
<p>スライド 27</p>	<p>最善の利益</p> <p>最善利益の帰準</p> <p>事前指示がなく、本人意思推定による代行判断もできない場合、「本人にとって、最も良いと思われる決定を代理判断者が行うこと」を、最善の利益判断(best interest judgement)という。</p> <p>「行おうとする治療行為による患者に与えると思われる利益が、それにとらなう患者の負担（痛み）を上回っているか？」を、医学的な事実と、患者の持つ価値観、人生観を比較衡量し、患者本人の立場にたって考えることが基本である。</p> <p>最善の利益判断に当たっては、家族、医師、看護士、介護担当者など、患者を取り巻く関係者すべてが、コミュニケーションを深め、十分に話し合い、独断を避ける必要がある。（箕原・稲葉）</p>	<p>最善の利益とは についての解説です。</p>
<p>スライド 28</p>	<p>適切な代諾・代諾者</p> <p>誰が代理判断者になれるのか</p> <p>東海大学事件判決 平成7年では、家族が患者の性格、価値観、人生観について十分に知り、その意思を的確に推定し得る立場にある</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族が患者の病状、治療内容、予後について十分な情報と正確な認識を持っていること ・家族の意思表示が、患者の立場に立った上で、真摯な考慮に基づいたものであること ・医師が、患者または家族をよく認識し理解する立場にあること 	<p>臨床現場では、安易に「家族」の一言で方つけられてしまうことが多いが、代諾者としての適格性について</p>
<p>スライド 29</p>	<p>家族等は、代理判断者として適切ですか？ 以下の要件について考えてください。</p> <p>代理判断者は、患者の性格・価値観・人生観等について十分に知り、その意思を的確に推定することができますか？</p> <p>代理判断者は、患者の病状・治療内容・予後等について、十分な情報と正確な認識をもちえていますか？</p> <p>代理判断者の意思表示は、患者の立場に立ったうえで、真摯な考慮に基づいたものですか？</p>	
<p>スライド 30</p>	<p>代理判断の内容の適切性について</p> <p>a. 主治医をはじめとする医療ケア専門家は、家族等の代理判断者が、適切な判断をすることができるように支援をします</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族等が、「患者のかつての願望」「患者の価値観に基づいて推定された願望」「家族自身の願望」「患者の最善の利益」について、適切に区別できるように支援することが重要です。 ・特に、家族等の判断や決定は、ほんとうに「患者本人の意思を推定あるいは反映しているのか？」、もしかしたら「家族自身の願望とが割合ではないのか？」という倫理的に微妙な違いに敏感になる必要があります。 ・したがって、家族との面談の最も重要な意義は、家族を通じて患者の真意を知ることだといえます。 	<p>代理判断された内容を、吟味します。 特に、家族の都合を優先すべきではないという点に注意する必要があります。</p>

<p>スライド 31</p>	<p>b. 家族等（代理判断者）は、患者のかつての願望（事前指示）を尊重していますか？</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 蘇生などに関する意思決定は、（書式による）患者の意向に沿うこと ・ 患者本人の事前指示があれば、それを尊重する ・ 事前指示の内容が、現在の本人の病状や最善の利益に合致するかどうか検討する <p>c. 家族等（代理判断者）は、患者の意思を適切に推定していますか？</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現在意思能力がない患者が、もし当該状況において意思能力があるとしたら行ったであろう決定を代理判断者がすることです。 ・ 患者自身の価値観・人生観などを考慮し、それと矛盾がない判断を、代理判断者が本人に代わってなすことを意味します。 	<p>代理判断についての注意点です。</p>
<p>スライド 32</p>	<p>d. 家族等（代理判断者）は、患者の最善の利益について配慮していますか？</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「当該治療による患者の利益が、本当に患者の負担を上回っているかどうか」「本人にとって何が最もよいことなのか」について、関係者皆でコミュニケーションを深めてください。 ・ 最善の利益に関する判断は、判断をする人の価値観に左右されたり、恣意的になりがちです。中立的第三者の意見を取り入れるなど、独善的にならないよう配慮してください。 ・ まだ、他人は、患者本人のQOLを低く見積もる傾向があるとの研究結果もありますから、その点についても十分に配慮してください。 ・ 「患者が望むだろうこと」に出来るだけ近づけるように話し合ってください。 	<p>代理判断についての注意点</p>
<p>スライド 33</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族等（代理判断者）は、患者と利益相反はありませんか？ ・ 家族等（関係者）内で、意見の相違はありませんか？ ・ 医師は、家族等の代理判断者の考え方や意向（家族自身の願望）も十分聴取し、可能な限り尊重します。しかし「家族等の願望」は、「患者本人の願望」を上回るものではありません。 ・ 家族等が、意思決定の難、あるいは意思決定後の不安や罪悪感に対処できるようにするための支援も重要です。 <p>患者・家族間の利益相反</p> <p>川崎協同病院事件控訴審判決の中で、本人と家族の利益相反の例として終末期医療に伴う家族の経済的・精神的負担などの回避を上げている。</p>	<p>代理判断の注意点</p>
<p>スライド 34</p>	<p>成年後見制度</p> <p>法定後見制度 成年後見人は、被後見人の生活、療養看護、財産管理に関する事務を行う（民法の89条）と規定されており、事理弁識能力がほとんどない場合（後見）、著しく不十分な場合（補佐）、不十分な場合（后見）には、財産管理および身体監護に関する法律行為（診療契約や介護契約の締結、その報酬を支払うなど）を後見人（保佐人、補助人）が代わって行うことができます。</p> <p>任意後見制度 任意後見制度は、認知症などによる将来の事理弁識能力の減退に備えて、事前に、自分の意思（任意）で、後見人およびその代理行為の内容を決定し契約するものです。これは、介護保険制度と同時に始まりました。</p> <p>現時点で、法的には、成年後見人には医療に関する同意権はないとされている。</p>	<p>成年後見制度には、 法定後見制度 任意後見制度 の二種類がありますが 現時点で、法的には、成年後見人には医療に関する同意権はないとされている。</p>

終末期医療の倫理的判断

熊本大学大学院生命科学研究部

生命倫理学分野 門岡康弘

本セッションの目標

1. 一般目標

終末期医療に関するトピックや考え方について理解し、適切に実践できるようになる

2. 到達目標

- 歴史的事例と昨今の時事問題について知る
- 安楽死と尊厳死、関連する議論や概念を理解する
- 終末期医療の意思決定プロセスを理解し、適切に対応できる

セッションのアウトライン

- ① ミニレクチャー（45分）
 - 歴史的事例
 - 概念、議論の紹介
 - 時事問題
 - 終末期医療の実践と関連する指針
- ② グループワーク（30分）
- ③ 全体討議とまとめ（15分）

歷史的事例

クインランのケース

(資料集生命倫理と法, ほか)

1975年、アメリカ合衆国・ニュージャージー州在住のカレン・アン・クインラン（当時21歳）は友人の誕生パーティーで飲んだアルコールと常用していた精神安定剤により呼吸停止に陥り、病院に運ばれた。彼女の脳は回復不能の障害を受けており、その後肺炎を起こし、人工呼吸器と経管栄養のチューブがつけられた。その後も治療は続けられたが、約半年後には「持続的植物状態」と診断された。容貌が衰えていく様子を見かねた両親は、“娘を安らかに眠らせてほしい”と担当医に頼むが、拒否されたため訴訟を起こした。76年3月、最高裁はプライバシー権に基づく治療の中止は合法的であり、それは後見人によって代わりに主張されるべきであるという判旨を述べ、父親の訴えを認めるという画期的な判決を出した。この判決を受け、カレンは別の病院へ転院となり、人工呼吸器がはずされた。しかし、他の医療措置や栄養補給は続けられ、カレンは9年間あまりも植物状態のまま生き続けた。

この事件は「死ぬ権利」を認めたものとして理解された。そして、米国の各州では、「自然死法」や「尊厳死法」という形で「治療の中止」に関する法整備が進みだした。

クルーザンのケース

(続アメリカ医療の光と影, 2009年, 抜粋)

1983年、ナンシー・クルーザンは自動車運転中の事故により脳挫傷と低酸素脳症から不可逆的な植物状態に陥った。その後、ナンシーが回復するという希望を失っていなかった両親の同意のもとに、栄養と水分の補給のために胃瘻が造設された。やがて、医師たちから、ナンシーの状態は遷延性植物状態であり、回復の見込みは一切ないという、冷酷な診断が告げられた。ナンシーが遷延性植物状態となってから4年4カ月後に、「娘の経管栄養チューブを外してほしい」と、ナンシーの父親は入院先の病院に正式に申し入れた。しかし、病院側は、「経管栄養を中止して患者を飢え死にさせることはできない。」と、これを拒絶した。

最高裁判決は、州法の要件である『明瞭かつ確固たる証拠』の存在を示すことができれば、経管栄養中止は差し支えないとした。それに従う形で、家族は州検認裁判所に「新証拠」を提出し、経管栄養中止を認めるよう改めて申請した。その「新証拠」とは、ナンシーが元気だったときに「もし植物状態になったとしても、強制的に栄養を補給されることは絶対いや」と語るのを聞いたという、三人の証言だった。

最高裁判決から約半年後の90年12月14日、検認裁判所は「明瞭かつ確固たる証拠」の存在を認め、ナンシーの経管栄養を中止する命令を下した。主治医のデービスは、胃ろうにつながられていたチューブを自らの手で抜去した。抜去後、ナンシーは、家族と病院の事前の取り決めに従って、ホスピス棟に移された。その後12日目にナンシーの呼吸は止まった。

Stephanie Keene (ベビーK)のケース

(Bernat, 2008, 抜粋)

1992年、米国。胎児期から無脳症が判明していたため、担当医師は人工妊娠中絶を提案した。しかし、母はそれを拒否し、ベビーKを出産した。

ベビーKは出生後に呼吸困難に陥り、母親の強い希望により人工呼吸器が装着された。小児科医と神経科医は、予後は不良であることを診断した。担当医たちは、これ以上の治療は無益であるとし、治療の中止を希望した。また、治療中止は、無脳症新生児に対する標準的な医療行為とされていた。しかし、敬虔なキリスト教徒である母親は、「人間の生死を決めるのは神であり、奇跡が起きるかもしれないという」という理由から、DNR指示や人工呼吸器取り外しを認めようとしなかった。

病院側は、母親が訴訟を起こすことを恐れ、今後病院や医師が負う可能性のある法的責任を免除されるよう、治療中止（標準的医療とされていた）を認めてもらおう裁判命令を求めた。しかし、裁判所は障害者法、リハビリテーション法および緊急処置法を引用し、積極的治療を継続するよう指示した。ベビーKは人工呼吸器管理を受け、生後39カ月目に死亡した。

トニー・ブランドのケース

(Airedale NHS Trust v. Bland [1993] 1 ALL ER 821, <http://www.globalhealthrights.org/pdf>、抜粋)

ブランドは1989年に遭遇したサッカースタジアムでの事故により、3年半にわたり遷延性の植物状態であった。自発呼吸は安定し、経鼻胃管を挿入されて栄養状態を維持されていた。すべての診察医が、意識のこれ以上の回復はなく、人工的栄養補給をやめて、尊厳を持って死ぬことが彼の最善の利益であると考えた。また、彼の家族も生命維持治療の中止に同意した。そして、地域保健医療当局は、ブランドに対する一連の延命治療を合法的に中止できるよう申請した。第一審において裁判官は栄養の中止は合法であると宣言したが、公務事務弁護士は貴族院に対し、延命治療の中止は患者に治療を提供するという医師の義務に反するだけでなく、犯罪であると上訴した。

上訴審では、

- 治療の中止は義務違反でもなく、犯罪でもない
- 治療に関する同意を与える決定を行う能力を持たない患者を担当した医師には、延命を行う絶対的な義務はない
- 患者が回復しないという合理的な意見があって、治療の継続が無益でいかなる利益をもたらさず、それが患者の最善の利益にならない限り、一連の治療の中止は合法的であり、犯罪行為ではない
- 押しつけがましい延命治療が患者の最善の利益にならないなら、もはや医師には患者の命を維持する義務はない。法的にはその患者の死は、病状の原因となった障害や病気によってもたらされたとみなされるという根拠から、公務事務弁護士の訴えは却下された。ブランドの死亡は事故死として記録された。

女医ポストマのケース

(許されるのか? 安楽死, 2003年, 抜粋)

ポストマの実母は脳出血後遺症で麻痺、難聴や言語障害に苦しみ、何度も自殺を図っては失敗した。1971年、母はポストマに「死なせてほしい」と訴えたため、彼女は致死量のモルヒネを注射して実母を死なせた。ポストマは警察に自首し、殺人罪で起訴された。

しかし、この事件が公表されると、多くの市民から同情と支持が寄せられ、同様の体験を持つ医師たちはそれを公開状にして法務大臣に提出した。

1973年、懲役1週間、執行猶予1年という実質的には無罪の判決が出された。また、安楽死を容認する四要件、

- 患者が不治の病であること
- 肉体的苦痛が耐え難いものであること
- 患者自身の要請があること
- 医師が実行すること

が示された。これを機に、この要件に合う安楽死事件には次々と無罪判決が出されるようになった。また、ポストマを救う運動が発展し、オランダ自発的安楽死協会や自発的安楽死財団が発足した。

オランダ安楽死法の内容骨子

刑法293条第2項：「しかるべき配慮」

(同)

下記に合致した配慮により、刑事訴追を免れる

1. 患者の要請が自発的で熟慮したものであると、医師が確信している。
 2. 患者の苦痛が持続的で耐え難いものであると、医師が確信している。
 3. 病状と先行きの見通しについて、医師が患者に知らせている。
 4. 状況に対する合理的解決法が他にないとの確信が、医師と患者にある。
 5. 実行医師は、上記4条項に関する意見を書面で提出した第3の医師（1人以上）と相談している。
 6. 医師はしかるべき配慮をした上で、安楽死か自殺幫助を実施している。
- 年齢制限
 - 12～15歳：親権者の同意
 - 16～17歳：親権者に相談
 - 16歳以上の患者に事前指示があれば、医師はそれに従わなければならない。

東海大学のケース

(LEX/DBインターネット, <http://lex.lawlibrary.jp/lexbin/ShowSyoshi.aspx?sk=635936401151157961&pv=1&bb=28025066>)

平成3年4月、多発性骨髄腫の進行により昏睡状態に陥った患者の家族からの依頼により、医師は患者にベラパミル（Ca拮抗薬）と塩化カリウムを注射して死に至らしめた。終末期患者に対する致死行為が、積極的安楽死として許容されるための要件は、

- (1) 患者が耐えがたい肉体的苦痛に苦しんでいること、
 - (2) 患者は死が避けられず、その死期が迫っていること、
 - (3) 患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし他に代替手段がないこと、
 - (4) 生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示があること
- であるが、医師の行為については肉体的苦痛及び患者の意思表示が欠けているので、それ自体積極的安楽死として許容されるものではないとして、懲役2年（執行猶予2年）を言い渡した事例。

川崎協同病院のケース

(LEX/DBインターネット, <http://lex.lawlibrary.jp/lexbin/ShowSyoshi.aspx?sk=635936409403133076&pv=1&bb=28135232>)

平成10年11月、気管支喘息重積発作に伴う低酸素症脳損傷で意識が回復しないまま入院中の患者に対し、その回復を諦めた家族からの要請に基づき、担当医師であった被告人が、気道確保のために当該患者の気管内に挿管されていたチューブを抜き取り、呼吸確保の措置を取らずに死亡するのを待ったが、予期に反して患者が苦悶様呼吸を示したために事情を知らない医療スタッフに指示して筋肉弛緩剤を投与させ、よって患者を死亡させたとして殺人罪に問われた。

尊厳死において治療中止を適法とする根拠として、

- 患者の自己決定権
- 医師の治療義務の限界

が挙げられ、前者については被告人に患者本人の治療中止を求める意思や、治療中止を求める家族の意思が患者の意思と直ちに同一視できるかどうかを判断することをできず、後者については複数の専門的意見に従えば一週間以内の死亡は確実とされなかったとして否定され、また家族の要請は患者の病状等について適切な情報が伝えられた上でされたものではないことから、医師の行為は殺人罪に該当することを認められた事例。

用語、概念、議論

安楽死の分類

(Hope et al, 2008; 水野ほか, 2005; 世界医師会,2007; 生命倫理学辞典, 2005 その他)

安楽死：意図的に患者の命を奪うこと、患者の利益のためにその死を許容する

(行為の様態に関し)

積極的安楽死：結果として患者が死ぬことになる行為を遂行する安楽死

消極的安楽死：生命維持治療を差し控えたり中止することにより、患者を死ぬにまかせる安楽死

(患者の意向のあり様に関し)

自発的安楽死：意思決定能力のある患者が死を要求する場合の安楽死

非自発的安楽死：患者が意思決定能力を持たない場合の安楽死

反自発的安楽死：患者の利益を目的とするが、その意思に反して実施される安楽死

(行為者の意図に関し)

直接的安楽死：患者の生命の短縮を意図して実施される安楽死

間接的安楽死：副次的な結果として生命短縮の可能性を伴う苦痛の除去・緩和によって死期が早まる安楽死

医師の自殺ほう助：自殺のための知識あるいは手段のどちらか、またはその両方を、それを承知のうえで意図的に提供すること。薬物の致死量についての相談、そのような致死量の薬物の処方またはその薬物の提供が含まれる。

ターミナル・セデーション

(日本緩和医療学会, 2010)

定義

- ① 患者の苦痛緩和を目的として患者の意識を低下させる薬剤を投与すること、あるいは、
- ② 患者の苦痛緩和のために投与した薬剤によって生じた意識の低下を意図的に維持すること

鎮静の益と害

- 苦痛の緩和
- 意識の低下により、コミュニケーションをはじめとする通常の人間的な生活ができなくなる
- (死期を早める可能性?)、(栄養と水分の補給を同時に中止する場合)

倫理的妥当性と要件

- 意図：医療者苦痛緩和を意図していること
- 自律性：患者の意思表示ないしは意思の推定、家族の同意
- 相応性：鎮静が相対的に最善である（苦痛が耐えがたく、コントロール困難）
- 安全性

DN(A)R指示を巡る倫理的問題

(臨床倫理学入門, 医学書院, 2003年)

- 心肺蘇生術が医学的に適応と考えられる成功率はどの程度か。
- 患者の状態に関わりなく心肺蘇生術を行うべきか。
- 患者のQOLは心肺蘇生術の適応を決める際に勘案されるべきか。
- 心肺蘇生術を受けることで、患者はどんな利益を受けることができるだろうか？
- 患者にDN(A)R指示についての希望を聞くべきか？
- 心肺蘇生術の適応を最終的に決めるのは誰か。
 - DNR指示の是非は医療従事者だけで決定してよいか。
 - 患者の希望はDNR指示に反映されるべきか。
 - 家族の希望のみにしたがってDNR指示または心肺蘇生施行を決定しもよいか？
- 家族や親類に見せるための心肺蘇生術は行われるべきか。
- DN(A)R指示が下された患者における他の治療のあり方はどうあるべきか。

尊厳死

- 無駄な延命治療を打ち切って自然な死を迎えることを望む（東海大学安楽死事件判決文）
- 終末期の患者の生命を短縮させる治療中止行為（川崎協同病院事件第二審判決文）
- わが国では、尊厳死は、過剰な延命的治療の中止と差控え、苦痛を回避した死を意味する点において消極的安楽死と同様に一般的には考えられている。
- 尊厳死とは、延命措置の中止や差し控えによって過剰な医療を避け尊厳をもって自然な死を迎える点において、消極的安楽死と同義的に使用されることが多い。（応用倫理学事典, 2008）

（尊厳の多義性）

断固として遵守すべき普遍的な価値観、人間という存在を尊重する特性、人間であるための条件（カーン, 2011）

人間としての尊厳理解の源泉や基盤は一樣ではなく、地域・経済・言語・文化といった社会的集団コードや年齢・精査・収入・性格といった個人コードによっても異なる。尊厳の基準・尺度・要素は多様で、生命、存在、社会性、思考能力、自己意識、宗教などを挙げる事ができる。（生命倫理学辞典, 2010）

- 人間としての尊厳を守るために延命治療を中止あるいは拒否する権利を尊重・遵守するという態度、およびそうした考え方に基づいて死に臨むこと。欧米では安楽死と同義に理解されており、安楽死という範疇から明確に区別されるだけの独自性を有していない。（同）
- 死の動機が尊厳の有無に関わっている点で、尊厳死のかたちは消極的安楽死から積極的安楽死まで広がる可能性を有する、とされる。（現代倫理学辞典, 2006）

(積極的) 自発的安楽死の賛否両論

(Hope et al., 2008; Lo, 2005)

賛成論

- 自己決定、プライバシー権、自律尊重
- 耐え難いQOL、苦痛からの解放
- 中止や差控えによる緩徐な死のほうがつらい
- 慈悲
- 自分で致死薬を服用できない患者のため
- 殺人罪の予防

(積極的) 自発的安楽死の賛否両論

(Hope et al., 2008; Lo, 2005)

反対論

- 生命の神聖性 (SOL) 、命は尊い
- 殺人は本質的には悪である
- 医療の本質、医療者の良心に反する
- 緩和医療の発達
- 真の自己決定ではない
- すべり坂論
 - 非自発的安楽死 (小児、植物状態、認知症)
 - 反自発的安楽死 (患者への圧力、死ぬ義務)

作為・不作為

作為：ある行為をすること

不作為：ある行為をしないこと

主張：“作為（積極的安楽死）によって死なせることの方が不作為（消極的安楽死）によって死なせることよりも悪い”

疑問・反論

- ・ 作為と不作為を概念的に区別するのは困難である。（レイチェルズ）
例：患者を死なせるために人工呼吸器の電源を切めることは作為である。では、設定のためにいったん電源を切り、それを再び入れないという不作為と区別は出来ないだろう。
- ・ 作為と不作為の区別には道徳上の意味はない（同）
- ・ 作為・不作為は行為の方法に対する区別であり、倫理的に好ましい意図を持ち、患者が希望する結果を達成するなら、方法の積極性の度合いは行為の倫理性の判断基準にはならない（浅井）

積極的安楽死のほうが、延命治療の中止・差し控えよりも道徳的に悪いとは言えない

意図と予見の区別（二重結果の原則）

（清水, 2010 ; ほか）

主張：積極的安楽死は許されないが、間接的安楽死は許される

患者の苦痛を緩和・除去することを意図した行為が、患者の死期を早めるという意図しない副次的な結果を伴う場合と、患者の死を現実に引き起こすことを意図した場合とでは、道徳的に区別される。

二重結果の原則に従えば、二つの結果-よい結果（苦痛の緩和）と悪い結果（患者の死）-をもたらす行為は、次の4つの条件を満たす場合に許容される。

1. 行為自体が道徳的である
2. その行為がよい結果をもたらすことだけを意図して行われ、その悪い結果は予見可能で、許容される
3. よい結果は悪い結果を介してもたらされない
4. 悪い結果が予見されるが、それを許容し、その行為を行うことを許容する理由（良い結果の可能性）がある

議論・反論

- 1) 行為者の意図を知ることは不可能である
- 2) 悪い結果を予見された副次的なもののみならずことにより、すべての悪い結果が許される

直接的安楽死よりも、間接的安楽死（ターミナル・セデーション）のほうが道徳的に望ましいとは言えない

治療中止と差し控え

主張

- ・ いったん始めた生命維持治療を中止することは許されないが、それを開始しないことは許される
- ・ 生命維持治療を中止した医療者は患者の死を引き起こしたことの道徳的責任を負うが、それを初めから行わなかった医療者は患者の死を引き起こしたわけではないので、道徳的な責任はない。
- ・ 生命維持治療の中止は、その差し控えよりも、医療者にとって大きな心理的負担となる

疑問・反論

- 1) 作為不作為の区別からの反論 (浅井, 前述)
- 2) 中止と差し控えの間には心理的な相違は心理的な相違があると感じるかもしれないが、それはもっともな理由に基づいているのか? 長年にわたってそのような相違が信じられてきたただけなのかもしれない

延命治療を中止することのほうが、それを差し控えること（不開始）よりも道徳的に悪いとは言えない

通常の治療（ケア）と通常ではない治療（ケア）

主張：通常の治療を中止したり差し控えたりすることは許されないが、通常ではない治療については許される（例「栄養・水分補給は人間に対する基本的なケアであり、その差し控え・中断はできないが、手術は差し控えてもよい」）

疑問・反論（浅井）

- 通常か否かの区別は状況によって異なるだろうから、明確に判断できない。
- 基準が多様になりうる。（例えば、費用、技術の高さ、侵襲性など）
- 医療者が一方的に判断しており、患者や家族の意見が反映されない。
- 患者がどれだけ必要としているか、どの程度の利益と不利益を与えているか、どのくらい希望されているかという点を考慮していない

絶対的に特別な治療というものはない。それぞれの治療の重要性や必要性は状況に相対する。

治療義務の限界

(川崎協同病院事件第一審および第二審判決文より)

“実行可能な医療行為のすべてを行うことが望ましいとは必ずしもいえない”

“医師には無意味な治療や無価値な治療を行うべき義務がない”

“医師が可能な限りの適切な治療を尽くし医学的に有効な治療が限界に達している状況に至れば、患者が望んでいる場合であっても、それが医学的にみて有害あるいは意味がないと判断される治療については、医師においてその治療を続ける義務、あるいは、それを行う義務は法的にはない”

疑問

- どのような段階を無意味な治療とみなすのか？
- 少しでも助かる可能性があれば、治療を継続すべき義務があるのではないか？
- 十中八九助からないと判断しても、最後まで最善を尽くすべきであるという考え方は、単なる職業倫理上の要請にすぎないのか？
- 治療中止を不作為と解することが前提であるから、終末期医療を十全にとらえていない。

医学的無益性 (Medical Futility)

無益な治療 (Futile Treatment)

“Futile”

- 役に立たない
- 無駄な
- 無意味な
- 無益な
- くだらない
- むなしい
- つまらない

問題の図式

**医療者と患者側との間に生じる、
行うべき治療・治療の適切性に
関する意見の不一致**

“患者あるいはその家族は治療の実施を希望するが、医療者側はそれを無益と判断し、実施したからない”

無益性の定義

- 量的無益性と質的無益性 (Schneiderman, 1990)
- 生理学的無益性と規範的無益性 (Youngner, 1988)
- 狭義の無益性と広義の無益性 (Lo, 2000)
- 事実的無益性と価値的無益性 (Lubin, 1998)

量的無益性・生理学的無益性・狭義の無益性・事実的無益性

“その治療は、期待される医学的効果をもたらさない（だろう）から無益である”⇒確率に関する

質的無益性・規範的無益性・広義の無益性・価値的無益性

“たとえ生理学的な効果があったとしても、患者の利益にはならない（だろう）から無益である”⇒価値判断に関する

無益性を定義することは困難である

医学的無益性に関する近年の主張

Knowing when to stop: futility in the ICU (Wilkinson, 2011)

- 医療者は“無益性”という言葉を用いないほうがよい（医療者の価値判断を含む概念だから）。それよりも、“医学的に不適切な”という表現を用いるほうがよい。
- コストとリスクが小さいなら、たとえ無益と判断しても、その治療を実施すべきである。

So-Called Futile Care: The Experience of The United States (Veatch, 2013)

Thus, the debate over medical futility in the US has matured, but has not been resolved. There is probably more debate over the topic than there was in the 1990s, in large part because of the near-consensus in the legal cases that patients and their authorized surrogates have the authority to insist on continued life support in cases in which physicians have claimed normative futility……

したがって、米国における医学的無益性の議論は成熟した。しかし、解決には至っていない。・・・医師が規範的無益性を主張したケースにおいて患者と任命を受けた代諾者が生命維持の継続を主張する権限をもった判例が主な理由である。

“The futility of futility” (Savulescu, 2013)

・・・after more than 15 years of studying this topic, I have never seen a convincing argument of where precisely to draw that line.

“このトピック（無益性）についての研究は15年以上行われているが、正確な線引きに関する説得力をもった議論を私は一度もみたことがない”

延命に関する意向

延命治療：ただひたすらに人間の生命活動の維持、促進を図る医療。患者の良好なQOLの回復が期待されない場合であっても、死ぬ時期を人為的に引き延ばす医療。人間らしい死の迎え方という観点から批判される。（生命倫理学辞典）

人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書

（厚労省終末期医療に関する意識調査等検討会，平成26年3月）

	末期がんであるが、食事はよくとれ、痛みもなく、意識や判断力は健康なときと同様の場合（“望まない”の割合，%）	認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた場合（“望まない”の割合，%）	交通事故により半年以上意識がなく管から栄養を取っている状態で、衰弱が進んでいる場合（“望まない”の割合，%）
TPN	56.7	66.9	-
胃瘻	71.9	76.8	-
人工呼吸器	67.0	73.7	76.0
心肺蘇生	68.8	75.6	78.1

Q：“あなたご自身が治る見込みがなく死期が迫っている（6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合、延命医療を望みますか？” 一般国民の回答（%，左から平成20年、15年、10年）

“望まない”：37.1，20.5，15.9 “どちらかというとな望まない”：33.9，53.5，51.7

QOL

QOLを構成する項目

身体機能、生物学的健康、機能的健康、日常生活動作、認知機能、社会的機能、人間関係、経済問題、仕事、趣味、疼痛、主観的満足度・・・ ⇒開発された測定方法は多い、多様な基準

患者本人が判断できない場合

他者が判断することにより、客観性と再現性が担保される。しかし、患者の主観的判断に基づいて医療の適切さを考慮するという本来の目的とは異なる。意思決定能力がある患者のQOLを他者が評価することは正当化できるのか？（浅井）

Value Theories (Degraia, 1995; Hope, 2009)

“The notion of interests is usually discussed by philosophers under different theories of well-being (or Quality of Life).”

Mental State Theories（心理状態説）：意識的・主観的な経験、快樂（善）が最大化され、苦痛（害悪）が最小化される

Desire-Fulfilment Theories（欲求充足説）：自身の欲求が達成・満足されるかどうか、その人が望むことを提供すべき

Object List Theories（客観リスト説）：主観的な経験や欲求とは無関係に、ある客観的な指標によって決定される

最善の利益・QOLの問題点

(Kopelman, 2007; Salter, 2012; Veatch, 1995; Beauchamp, 2006; Lo, 2005)

“単に医学的に指示される基準に依拠するものではない”

“医療者は患者のQOLを低く見積もりがちである”

“問題は、十分な正確さと説得力をもってQOLの基準を詳細に述べる
ことができるか否かである”

概念的批判：曖昧、不可知、一貫性を欠く、ひどく主観的で複雑、不当に要求的、過度に個人主義的、家族への配慮を欠く、同時に達成できない

最善の利益・QOLの消極的な有用性

(Kopelman, 2007; Salter, 2012; Veatch, 1995)

- 判断と介入の閾値：危害から患者を保護する
- 理想、目標、義務：判断や行為の指針となる
- 合理性：最も善いと考えられる選択肢を探す

高齢者に対する延命治療

高齢者に医療を控える理由 (橋本, 2000年)

短い余命、人格性の低下・理性の喪失、医療資源の制約、家族との関係性の終焉、介護の負担

高齢者の心身相関の特性を知る必要がある (服部, 2004)

- 高齢者に特有な経験心理学的な性質とは？
- 本当に死を嫌忌していないのか？生きていたくないと思っているのか？
- 老い方そして死に方に関する価値の序列化が必要

高齢者医療の優先順位に関する意識調査 (秋下, 2011)

- 1位～3位：“病気の効果的治療”、“身体機能の回復”、“介護者の負担軽減”
- 死亡率の低下 (12位)

日本老年医学界「立場表明2012」

“エイジイズムに反対する”、“個と文化を尊重する医療及びケア”、“本人の満足を物差しに”、“家族もケアの対象に” など

時事問題、現行指針

尊厳死予告の米女性が自殺 「さようなら、世界」

AFPBB News 2014年11月03日 <http://www.afpbb.com/articles/-/3030675>

末期の脳腫瘍を患いインターネット上で尊厳死を予告する動画を公開して話題を呼んでいた米国人女性、ブリタニー・メイナード（Brittany Maynard）さん（29）が、自殺したことが分かった。

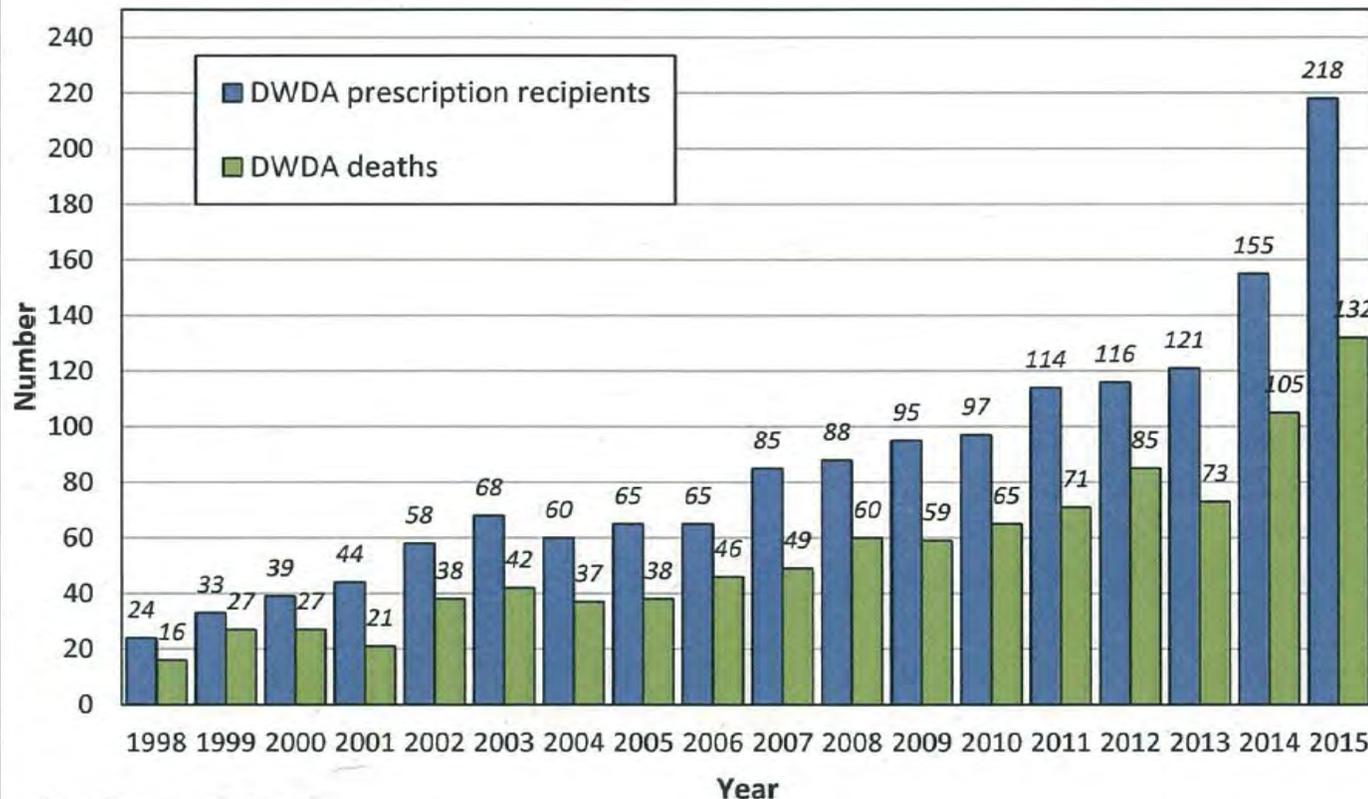
メイナードさんはソーシャルメディアに「さようなら、親愛なる全ての友人たちと愛する家族のみんな。今日、私は尊厳死を選びます。この恐ろしい末期の脳腫瘍は、私からたくさんのものを奪っていきました。このままでは、さらに多くのものが奪われてしまったことでしょう」「この世界は美しい場所です。旅は、私にとって最も偉大な教師でした。最も偉大な支援者は、近しい友人や仲間たちです。こうしてメッセージを書く間にも、私のベッドのそばで応援してくれています。さようなら、世界。良いエネルギーを広めてください。次へつなげましょう」とのメッセージを投稿した。

メイナードさんを支援してきた尊厳死支援団体「コンパッション・アンド・ CHOICES（Compassion & Choices）」のショーン・クロウリー（Sean Crowley）氏によると、メイナードさんは11月1日、自宅で安らかに息を引き取ったという。

OREGON DEATH WITH DIGNITY ACT: 2015 DATA SUMMARY (オレゴン尊厳死法：2015年データ要約)

<https://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year18.pdf>

Figure 1: DWDA prescription recipients and deaths*, by year, Oregon, 1998-2015



*As of January 27, 2016

服用した患者の属性

- 男性：51.4%
- 年齢：中央値71歳（25-102）
- 悪性腫瘍：77.1%
- 自宅での服用：94.0%
- 白人：96.6%
- 大卒以上：71.9%
- ホスピス入所：90.5%
- 私的医療保険加入：57.2%
- 理由
 - 楽しい活動に参加できない：89.7%
 - 自律性の喪失：91.6%
 - 尊厳の喪失：78.7%
 - 身体機能の喪失：48.2%
 - 家族への負担：41.1%
 - 経済的事情：3.1%

安楽死専門クリニック 昨年開業後患者が殺到・処置は無料

2013.10.15 http://www.news-postseven.com/archives/20131015_219636.html

2002年に安楽死法が施行されたオランダでは、安楽死数は2006年に約1900人だったが、2012年には約4200人までに増えている。これは同国の年間死亡者数の3%にも上る数だ。

安楽死数が増えている背景について、オランダ政府は「理由を明確に説明できない」としているが、同国内では“安楽死専門クリニック”の活動がその一因と考えられている。

オランダ第3の都市デン・ハーグにある「レーフェンスアインデ・クリニック（死ぬためのクリニック）」には、昨年3月のオープン後、患者が殺到している。法律で定められているのは“医師が刑事罰に問われない”ということだけで、処置は義務ではない。信条や経験の有無から処置を拒む医師も多いのだ。クリニックはまさに、死に場所を求める人々の“駆け込み寺”なのである。

処置数が急増する背景はそれだけではない。2011年11月、重度のアルツハイマー病を患っていた64歳の女性に安楽死が行なわれたことが明らかになった。それまで、認知症が進んだ患者に「自発的な意思表示」ができるのかが疑問視されてきたため、処置は行なわれてこなかったが、初めての事例になった。女性は8年前から「老人ホームに入ったら、その際には安楽死を望む」と紙に書き残していたという。

Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey.

(Lancet 380:908-15)

- Survey on Actual Condition after the legalization of AVE in Netherland
- Death certificates were picked up and attending physicians were asked

法制化 (2002年)



End-of –Life Practice (%)	1990	1995	2001	2005	2010
Euthanasia	1.7	2.4	2.6	1.7↓	2.8↑
Physician Assisted Suicide	0.2	0.2	0.2	0.1↓	0.1
Forgoing Life-sustaining-Treatment	17.9	20.2	20.2	15.6↓	18.2↑
Letting Die without the Patient’s Will	0.8	0.7	0.7	0.4↓	0.2↓
Reinforcement of Palliation	18.8	19.1	20.1	24.7↑	36.4↑

法制化後の問題 (“滑り坂”に関する報告)

(Pereira J., Current Oncology, vol18(2):e38-45)

- 法制化により司法がほとんど介入しなくなったので、違法な安楽死が許容されるようになった
- 報告されないケースがあり、一部は医師以外の者によって行われた
- 耐え難い苦痛の解釈が曖昧なため、高齢者虐待につながる可能性がある
例：2006年に、オランダでは70を過ぎて人生に疲れたと述べた者が安楽死を受け、ベルギーでは認知症患者の安楽死を容認することになった
- 年齢制限の緩和により、小児虐待につながる可能性がある
例：2005年のGroningen Protocolにより、QOLを期待できない新生児の安楽死を許容されるようになった
- 熟考する時間が与えられない（例：ある報告では要求から実施まで平均3.5日であった）
- 非・反自発的安楽死の件数が増加した
- 代替手段となるべき緩和医療がほとんど利用されず、同医へのコンサルトが義務となっていない
- 緩和医療が、コストや負担を理由から縮小されるようになった
- 安楽死や自殺幫助を希望する患者に対する精神科治療が必ずしも実施されていない

Recent Trends in Euthanasia and Other End-of-Life Practices in Belgium

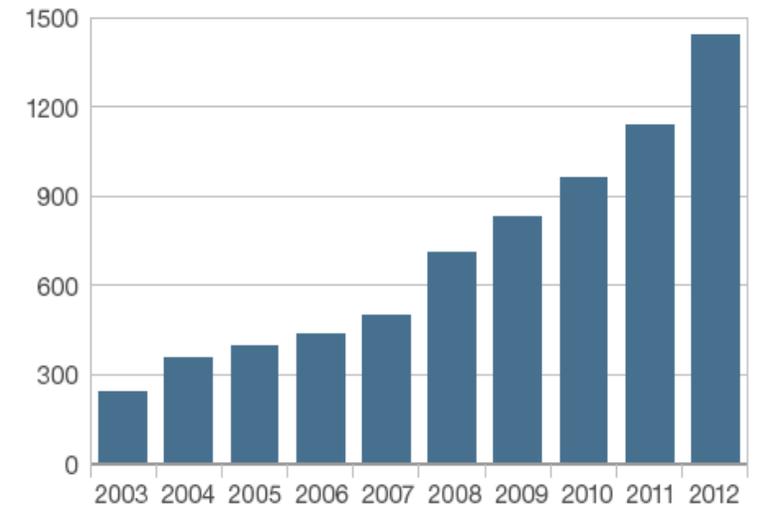
(NEJM, 372: 1179-81)

法制化 (2002年)



End-of –Life Practice (%)	1998	2001	2007	2013
Total death	56354	55793	54881	61621↑
Euthanasia	1.1	0.3	1.9	4.6↑
Physician Assisted Suicide	4.4	0.3	1.9	4.6↑
Forgoing Life-sustaining Treatment	16.4	14.6	17.4	17.2
Hastening of death without explicit request from patient	3.2	1.5	1.8	1.7↓
Intensified alleviation of pain and other symptoms	28.4	22.0	26.7	24.2

Adult euthanasia cases in Belgium



Source: European Institute of Bioethics

Belgium's parliament votes through child euthanasia (ベルギー国会は子供の安楽死を可決した)

2014年2月13日, <http://www.bbc.com/news/world-europe-26181615>

Parliament in Belgium has passed a bill allowing euthanasia for terminally ill children without any age limit, by 86 votes to 44, with 12 abstentions. When, as expected, the bill is signed by the king, Belgium will become the first country in the world to remove any age limit on the practice. . . . Opponents argue children cannot make such a difficult decision. . . .

ベルギーの国会は、終末期状態に小児患者に対する年齢制限のない安楽死を容認する法案を、賛成86、反対44、無効票12で可決した。国王の署名によって、ベルギーは安楽死の実施に関する年齢制限を撤廃した最初の国となる。 . . . 反対派は、子供がそんな難しい決定を行うことは出来ない述べている。 . . .

脳死臓器移植法改正反対論に見出される 日本人の死生観

(Asai et al., Bioethics. 2012 Vol.26:215-23.)

脳死は人の死である？

- 脳死臓器移植は治療中止の権限を医師に与えるという懸念
- 長期脳死、体の成長、出産
- 生きている限り、どのような状態であろうと無条件に生命を維持するという価値観
- 身体にも精神と同じように個性的生命が宿る
- 身体は尊く、丁重に扱われるべきである
- 死の恣意性：見做す必要性
- 看取りの儀式
- 別れの儀式：魂が身体に戻らことを確認する

Six factors that hinder death with dignity in contemporary Japan (現代の日本で尊厳死を阻害する6つの要因)

(Asai, et al., 2012, EJAIB 22:49-52)

- 医療介入の中止・差し控えに関する患者の法的な権利が確立していない
- 確実な死期切迫の大原則
尊厳死がもはやだれにとっても必要でなくなった時点でしか認められない
- 問題のある区別：差し控えと中止、通常と通常でない治療
人工呼吸器の取り外しだけが社会的な問題となる
- 意思決定の全会一致（和の精神）
家族の要望による治療継続
- 治療の目的化、決定の先送り
患者の死後に不快感や後悔の念が残らないための治療
- 二重基準
自分の延命治療を希望しないが、家族の場合は希望する

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

(厚生労働省, 平成19年, 平成27年3月改訂)

1 人生の最終段階における医療及びケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療を進めることが最も重要な原則である。
- ② 人生の最終段階における医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種 of 医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

(同)

2 人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続

(1) 患者の意思の確認ができる場合

- ① 専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種 of 医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。
- ② 治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくものとする。上記の場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、また患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の意思の再確認を行うことが必要である。
- ③ このプロセスにおいて、患者が拒まない限り、決定内容を家族にも知らせることが望ましい。

(2) 患者の意思の確認ができない場合

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

- ① 家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ② 家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ③ 家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

(3) 複数の専門家からなる委員会の設置

救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～

(日本救急医学会, 平成19年, 平成26年に日本集中治療学会と日本循環器学会と合同作成)

終末期の定義

「救急・集中治療における終末期」とは、集中治療室等で治療されている急性重症患者に対し適切な治療を尽くしても救命の見込みがないと判断される時期である。

終末期の判断

- ① 不可逆的な全脳機能不全（脳死診断後や脳血流停止の確認後などを含む）であると十分な時間をかけて診断された場合
- ② 生命が人工的な装置に依存し、生命維持に必須な複数の臓器が不可逆的機能不全となり、移植などの代替手段もない場合
- ③ その時点で行われている治療に加えて、さらに行うべき治療方法がなく、現状の治療を継続しても近いうちに死亡することが予測される場合
- ④ 回復不可能な疾病の末期、例えば悪性腫瘍の末期であることが積極的治療の開始後に判明した場合

患者、家族らの意思の確認

- 患者の意思・事前指示に従う。推定意思を尊重する。
- 家族が延命措置の中止を希望するなら、協議し、その減量や終了を選択する。
- 医療チーム判断をする場合には、最善の対応を検討する

延命措置についての選択肢

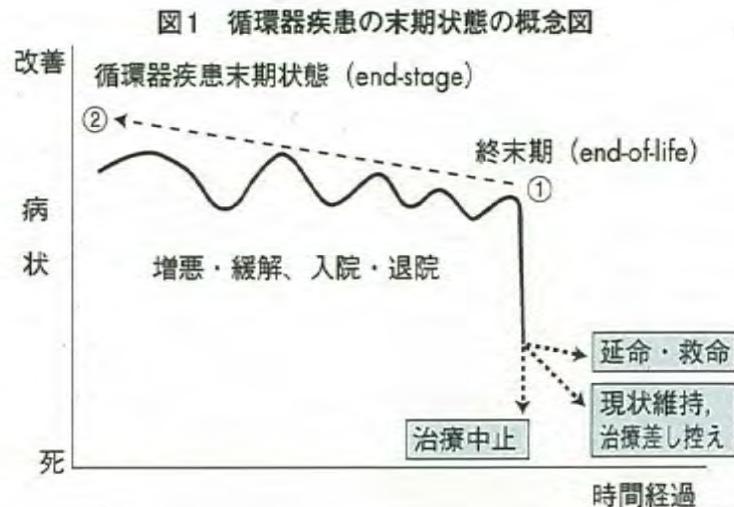
- ①現状維持と新たな治療の差し控え、②治療の減量、③治療の終了
- 患者の苦痛を取るなどの緩和的な措置は継続する。
 - 筋弛緩薬投与などの手段により死期を早めることは行わない。

非悪性疾患

循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2008–2009年度合同研究班報告）

循環器疾患における末期医療に関する提言

（日本循環器学会など14学会， http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010_nonogi_h.pdf）



終末期は、死を間近にした状態であり、慢性的な経過からの移行と、脳卒中、急性心筋梗塞、急性心筋炎、大動脈解離等により突然終末期を迎える場合がある。後者は救急医療や集中治療で対応が問題となる症例となる。循環器疾患の特徴は、終末期になっても補助人工心臓、移植、透析、ペースメーカー、ICD、侵襲的治療により改善するチャンスがあることである（本図の①から②）

循環器疾患末期に対する基本的な対応

1. **終末期の定義**：「終末期」とは、循環器疾患の末期状態であり、妥当な医療の継続にもかかわらず、死が間近に迫っている状況を指す。その状態として、循環器疾患において脳機能の回復が困難な状態が考えられる。
2. **患者の意思の確認**：書面、家族と相談
3. **終末期の判定**（複数の医師、脳専門医）
4. **家族への説明**：救命困難について理解を得る
5. **処置**： 家族の受容が得られれば、家族との協議により
 - (1) 人工呼吸器、ペースメーカー、PCPS等の治療を行わない
 - (2) 人工透析等の治療を行わない
 - (3) 昇圧薬の増量や呼吸条件の変更等を行わない
 - (4) 水分や栄養の補給を増量しない

ただし薬物の過量投与や筋弛緩剤投与等の医療行為により死期を早めることは行わない。

高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として

(日本老年医学会平成23年度老人保健健康増進等事業, 平成24年3月)

ANHの導入と減量・中止をめぐる選択における留意点

1. 意思決定プロセス、コミュニケーション、本人・家族との合意形成
 - 患者の事前意思・推定された意思のみに依拠しすぎない
 - 家族の当事者性の度合い
 - 社会的視点の確認
 2. いのちについて
 - 患者にとっての益：延命とQOLの保持・向上、人生についての本人の理解
 - 延命とQOLが両立しない時にはQOLを優先する
- 生命維持によるよい状態を維持できない場合には、患者本人の人生にとって何が最善かを判断する
- ANHの減量や中止が本人の人生にとってより益となると見込まれる場合は、それを選択する

善い終末期医療、「良い死」とは何か？

Euthanasia : 安楽死

“Eu-” : 善い、好ましい “Thanasia” : 死ぬこと

(代表的な原則)

- 自律尊重 : 患者の意向が反映されている
- 与益と危害の比較衡量 苦痛がない
- 公正 : “己の欲せざる所は人に施す勿れ”

(その他 : 事例、実証研究など)

- QOL > 延命 (QOLを正確に評価できるのか?)
- 患者と家族の利益相反の適切な管理する
(家族に過度の負担をかけない 家族の利益も尊重 そのバランスは?)
- 意図 : 苦痛の除去・緩和
- エイジイズムではない
- 積極的安楽死、自殺ほう助を回避するやり方を採用する

グループ・ワーク

終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案（仮称）

終末期における本人意思の尊重を考える議員連盟（旧：尊厳死法制化を考える議員連盟）

※名称は「尊厳死法制化を考える議員連盟」だったが、延命治療を控える「尊厳死」が、薬物投与など積極的な「安楽死」と混同されやすいとして昨年、名称を変更した。

終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案（仮称）

終末期における本人意思の尊重を考える議員連盟（旧：尊厳死法制化を考える議員連盟）

「尊厳死法案」提出へ 生命倫理議論 参院主導で

読売新聞 2014年1月30日 <https://database.yomiuri.co.jp/rekishikan/>

延命治療を望まない終末期の患者について、人工呼吸器の取り外しなど、延命措置の中止手続きを定める「尊厳死法案」が、超党派の議員によって今国会に提出されようとしている。これを機に、生命倫理に関する問題に対して政治はどう取り組むべきか。

超党派グループが準備を進めている尊厳死法案は、正式には「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案」といった名称になる見通しで、すでに2012年に原案が示されている。「15歳以上の患者が延命措置を望まないとの意思を書面で残していれば、それに従った医師は法的責任も行政上の責任も問われない」とする内容だ。・・・

終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案（仮称）第1案

（趣旨）

第一条 この法律は、終末期に係る判定、患者の意思に基づく延命措置の不開始及びこれに係る免責等に関し必要な事項を定めるものとする。

（基本的理念）

第二条 終末期の医療は、延命措置を行うか否かに関する患者の意思を十分に尊重し、医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と患者及びその家族との信頼関係に基づいて行われなければならない。

2 終末期の医療に関する患者の意思決定は、任意にされたものでなければならない。

3 終末期にある全ての患者は、基本的人権を享有する個人としてその尊厳が重んぜられなければならない。

（国及び地方公共団体の責務）

第三条 国及び地方公共団体は、終末期の医療について国民の理解を深めるために必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

（医師の責務）

第四条 医師は、延命措置の不開始をするに当たっては、診療上必要な注意を払うとともに、終末期にある患者又はその家族に対し、当該延命措置の不開始（注：第二案では“中止等”）の方法、当該延命措置の不開始（注：第二案では“中止等”）により生ずる事態等について必要な説明を行い、その理解を得るよう努めなければならない。

(定義)

第五条 この法律において「終末期」とは、患者が、傷病について行い得る全ての適切な医療上の措置（栄養補給の処置その他の生命を維持するための措置を含む。以下同じ。）を受けた場合であっても、回復の可能性がなく、かつ、死期が間近であると判定された状態にある期間をいう。

2 この法律において「延命措置」とは、終末期にある患者の傷病の治癒又は疼痛等の緩和ではなく、単に当該患者の生存期間の延長を目的とする医療上の措置をいう。

3（第1案）この法律において「延命措置の不開始」とは、終末期にある患者が現に行われている延命措置以外の新たな延命措置を要する状態にある場合において、当該患者の診療を担当する医師が、当該新たな延命措置を開始しないことをいう。

3（第2案）この法律において「延命措置の中止等」とは、終末期にある患者に対し現に行われている延命措置を中止すること又は終末期にある患者が現に行われている延命措置以外の新たな延命措置を要する状態にある場合において、当該患者の診療を担当する医師が、当該新たな延命措置を開始しないことをいう。

(終末期に係る判定)

第六条 前条第一項の判定（以下「終末期に係る判定」という。）は、これを的確に行うために必要な知識及び経験を有する二人以上の医師の一般に認められている医学的知見に基づき行う判断の一致によって、行われるものとする。

(延命措置の不開始)

第七条（第1案） 医師は、患者が延命措置の不開始を希望する旨の意思を書面その他の厚生労働省令で定める方法により表示している場合（当該表示が満十五歳に達した日後にされた場合に限る。）であり、かつ、当該患者が終末期に係る判定を受けた場合には、厚生労働省令で定めるところにより、延命措置の不開始をすることができる。

第七条（第2案） 医師は、患者が延命措置の中止等を希望する旨の意思を書面その他の厚生労働省令で定める方法により表示している場合（当該表示が満十五歳に達した日後にされた場合に限る。）であり、かつ、当該患者が終末期に係る判定を受けた場合には、厚生労働省令で定めるところにより、延命措置の中止等を行うことができる。

(延命措置の不開始を希望する旨の意思の表示の撤回)

第八条 延命措置の不開始（第2案では“中止等”）を希望する旨の意思の表示は、いつでも、撤回することができる。

(免責)

第九条 第七条の規定による延命措置の不開始については、民事上、刑事上及び行政上の責任（過料に係るものを含む。）を問われないものとする。

(生命保険契約等における延命措置の不開始に伴い死亡した者の取扱い)

第十条 保険業法（平成七年法律第百五号）第二条第三項に規定する生命保険会社又は同条第八項に規定する外国生命保険会社等を相手方とする生命保険の契約その他これに類するものとして政令で定める契約における第七条の規定による延命措置の不開始に伴い死亡した者の取扱いについては、その者を自殺者と解してはならない。ただし、当該者の傷病が自殺を凶ったことによるものである場合には、この限りでない。

(終末期の医療に関する啓発等)

第十一条 国及び地方公共団体は、国民があらゆる機会を通じて終末期の医療に対する理解を深めることができるよう、延命措置の不開始（第2案では“中止等”）を希望する旨の意思の有無を運転免許証及び医療保険の被保険者証等に記載することができることとする等、終末期の医療に関する啓発及び知識の普及に必要な施策を講ずるものとする。

(厚生労働省令への委任)

第十二条 この法律に定めるもののほか、この法律の実施のための手続その他この法律の施行に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

(適用上の注意等)

第十三条 この法律の適用に当たっては、生命を維持するための措置を必要とする障害者等の尊厳を害することのないように留意しなければならない。

2 この法律の規定は、この法律の規定によらないで延命措置の不開始をすること及び終末期にある患者に対し現に行われている延命措置を中止することを禁止するものではない。

質問

1. “終末期の判定”について

終末期（人生の最終段階）とはどのような状態のことをいうのか？ それをどのように判断するのか？

2. “すべり坂”について

非自発的そして反自発的安楽死の実施につながらないために、どのような配慮が必要か？

本セッションのまとめ

- **延命治療の差控えと中止は容認される傾向にある**
- **終末期であることを慎重に判定する**
- **終末期医療の意思決定には、**
 - 患者の意向を確認・推定するだけでなく、あわせて
 - QOL、最善利益、苦痛についても評価する
 - また、家族の意向・当事者性も勘案したほうがよさそう
- **すべり坂を転がり落ちないようにする**（不当な非自発的あるいは反自発的な安楽死が行われないように注意しなければならない）
- **現時点では積極的安楽死を行ってはならない**

参考資料

- 英国医師会. Medical Ethics Today 2nd ed. BMJ, 2004.
- Hope, et al. Medical Ethics and Law The Core Curriculum 2nd ed. ELSEVIR, 2008.
- Lo. Resolving Ethical Dilemmas A Guide for Clinicians. LWW, 2005.
- Oregon Health Authority. Oregon Death with Dignity Act: 2015 Data Summary.
- Chambaere et al. Recent Trends in Euthanasia and other end-of-life practices in Belgium. NEJM 372: 1179-81, 2015
- Onwuteaka-Philipsen et al. Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. Lancet 380:908-15, 2012.
- Pereira J. Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. Curr Oncol. 18:e38-45, 2011.
- Bernat JP. 2007. Medical Futility. in Ethical Issues in Neurology. LWW.
- 日本Svulescue J. Just dying: the futility of futility. J Med Ethics; 39: 145-8, 2013.
- Wilkinson DJC., et al. Knowing when to stop: futility in intensive care unit. *Curr Opin Anaesthesiol*; 24: 160-5, 2011.
- Veatch RM. So-Called Futile Care: The Experience of the United States. in *Medical Futility A Cross-National Study*. edited by Bagheri A. Imperial College Press. pp.9-33, 2013.
- Asai, et al. Death with dignity is impossible in contemporary Japan: Considering patient peace of mind in end-of-life care. EJAIB 2012, 22:49-52
- 厚生労働省. 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, 平成27年3月改訂
- 救急医学会、日本集中治療医学会、日本循環器学会. 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～, 平成26年
- 日本老年医学会, 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として, 平成24年
- 日本老年医学会, 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012
- 合同研究班参加学会（日本循環器学会他）. 循環器疾患における末期医療に関する提言, 2010年
- 日本緩和医療学会. 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン2010年版. 金原出版, 2010年.
- 日本学術会議臨床医学委員会. 終末期医療分科会対外報告 終末期のあり方について, 平成20年
- 全日本病院協会. 終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～, 平成21年
- 世界医師会. WMA 医の倫理マニュアル, 日本医師会（樋口範雄監訳）, 2007年.
- 新版増補生命倫理学辞典. 太陽出版, 2010年.
- 浅井篤他. 臨床倫理学入門. 医学書院, 2003年.
- 水野俊誠ほか. 第14章終末期医療. 赤林編, 入門・医療倫理 I. 勁草書房, 2005年.
- 新版資料集生命倫理と法ダイジェスト版. 太陽出版, 2008年.
- LEX/DBインターネット. 川崎協同病院事件判決文、東海大学事件判決文
- 終末期における本人意思の尊重を考える議員連盟. 終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案（仮称）
- 小笠原信之. 許されるのか？安楽死. 緑風出版, 2003年
- 厚労省終末期医療に関する意識調査等検討会. 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書, 平成26年3月
- 秋下雅弘. 超高齢社会で求められる高齢者医療. 内科vol.108; 942-5, 2011.
- 加藤太喜子. 2「医学的無益性」はいかなる場面で有効な概念か-医学的無益再考-. 生命倫理; 21: 43-51, 2011.
- 李啓充. 続アメリカ医療の光と影, 2009年.

など

プライバシー

東北大学大学院医学系研究科
医療倫理学分野 大北全俊

本セッションの目的

- 一般目標
 - 守秘義務・秘密保持 confidentiality をめぐる倫理的課題を認識し、適切な理論的根拠とプロセスで対応できる。
- 到達目標
 - 患者のプライバシーを尊重し、守秘義務・秘密保持を遵守する、その根拠を理解できる。
 - 守秘義務・秘密保持を解除する場合の正当化根拠について理解できる。
 - 守秘義務・秘密保持の解除が問題となるような事例について、適切な手順と配慮で対応できる。

90分の構成

- 1 ミニレクチャー、ケース(45分)
 - 1) 時事問題例
 - 2) プライバシーと守秘義務・秘密保持に関する歴史と概要
 - 3) プライバシーと守秘義務・秘密保持の正当化根拠
 - 4) 守秘義務・秘密保持解除の正当化根拠
 - 5) ケースの提示
 - 6) HIV/AIDSについての概要説明
- 2 少人数グループでの事例・課題の検討(30分)
- 3 全体討議とまとめ(15分)

HIV訴訟：2審は減額で賠償命令 感染で休職「就労制限は違法」--福岡高裁（毎日新聞 20150130）

- HIV(ヒト免疫不全ウイルス)の検査をした大学病院から陽性結果が勤務先の病院に無断で伝わり退職を余儀なくされたとして、感染した看護師が勤務先病院に約1000万円の損害賠償を求めた訴訟で、福岡高裁は29日、病院に約115万円の支払いを命じた福岡地裁久留米支部判決を変更し、病院に約61万円の支払いを命じた。
- 一志泰滋(いっしやすじ)裁判長は1審同様「診療目的の検査結果を労務管理目的に使用したのは個人情報目的外利用にあたる」と病院によるプライバシー侵害を認定した。更に「HIVに感染していても他の労働者と同様に扱うべきで、病院は看護師の意向を確認して今後の業務を検討しなかった」と就労制限の違法性も認めた。
- 一方「病院の感染情報共有を看護師が事後承諾したほか、病院は看護師に勤務内容を変更して働くことも可能であることを説明した」として慰謝料を減額した。

- 判決によると、看護師は2011年8月、勤務先病院の紹介で受診した大学病院で感染が判明。看護師が知らない間に大学病院から検査結果が勤務先に伝わり、勤務する心療部門から労務管理部門に漏れた。病院幹部から仕事を休むよう言われ、看護師は休職、11年11月に退職した。
- 病院側は「感染情報は目的を特定せずに入手しており、個人情報の目的外利用にあたらぬ。体調を気遣い病休を提案したもので、就労制限にあたらぬ」と訴えていた。
- 控訴審判決について、看護師代理人の小林洋二弁護士は「情報共有についての事後承諾は裁判所の事実誤認で、損害評価についても不当だが、本質的にはこちらの主張を認めてもらえた」と話した。看護師は「元々損害賠償の金額は大切ではなかった。感染を理由に休ませたことが不当だと裁判所が改めて認めてくれて本当によかった」と語った。一方、病院は「判決内容を把握しておらず、コメントできない」としている。
- 看護師は退職後、医療現場を離れ別の職場で勤務。看護師は検査した大学病院にも賠償を求めたが、大学病院は診療情報の取り扱いについて意思確認が不十分だったと謝罪し、13年4月、和解した。

HIV休職訴訟で元看護師の勝訴確定 最高裁(朝日新聞 2016.4.1)

- エイズウイルス(HIV)に感染した福岡県内の元看護師が、勤務先の病院に感染を知られて休職を余儀なくされたとして、病院を経営する法人に約1千万円の損害賠償を求めた訴訟の上告審で、法人に60万円の支払いを命じた二審・福岡高裁判決が確定した。
- 最高裁第三小法廷(山崎敏充裁判長)が29日付で、法人側の上告を退けた。
- 一、二審判決によると、元看護師は2011年8月、受診した大学病院でHIV感染が判明した。この結果を、大学病院の医師が本人に無断で勤務先の病院の医師に伝え、勤務先の病院で幹部に伝わった。幹部は元看護師に休職するよう指示。元看護師は同年11月に退職した。
- 二審判決は、「診療目的で得た情報を労務管理に使うのは許されない」として、法人のプライバシー侵害を認定。「病院側は元看護師の配置転換などを検討すべきで、休むように強いるのは不法な労働制限に当たる」と判断した。

少女：高1同級生殺害事件1カ月／中 精神科医は危険信号伝え 歯車かみ合わなかった(毎日新聞 20140829)

- 長崎県佐世保市の高1同級生殺害事件で逮捕された少女(16)が3月2日に父親をバットで殴打した約1週間後、父親の知人は精神科がある県内の公立病院に電話した。少女を受診させる病院がないか、父親から相談されていたからだ。
- (中略)
- 6月10日午後3時ごろ、佐世保こども・女性・障害者支援センター(児童相談所)に電話が入った。少女を診察していた精神科医からで、猫虐殺などの少女の問題行動を挙げ「人を殺しかねない」と対応を求めた。少女の名前は明かされなかったこともあり、児相は警察への相談を助言しただけで県や県教委、県警に伝えなかった。
- (中略)
- 家族と精神科医、児相の歯車はかみ合わなかった。元大阪市中央児相所長で花園大の津崎哲郎特任教授(児童福祉論)によると、個人情報保護法は「児童の健全な育成」を目的とする場合、守秘義務を除外している。津崎教授は「医師が守秘義務を考える必要はなかった。だが、名前を伝えることは抵抗があるだろう。児相が医師と直接会って協議していれば一時保護などの対応ができた」と話す。

ドイツ機墜落 副操縦士が故意にと断定

(NHK NEWS WEB 3月14日 4時15分)

- 去年フランスで起きたドイツの旅客機の墜落で、フランスの航空事故調査局は副操縦士が故意に墜落させたと断定し、WHO＝世界保健機関に対し操縦士の健康など安全面に重大な影響がある場合には医師が当局に情報提供できるようガイドラインの整備を勧告しました。
- 去年3月フランス南東部の山中で、ドイツの航空会社、ジャーマンウイングスの旅客機が墜落し、日本人2人を含む乗客乗員150人全員が死亡しました。墜落からまもなく1年となるのを前にフランスの航空事故調査局は13日、最終報告書を発表しました。
- 報告書は墜落の原因について、精神的な病気を患っていたアンドレアス・ルビッツ副操縦士が自殺を図ろうと故意に旅客機を墜落させたと断定しました。そして、こうした事態を防げなかったのは、副操縦士がみずからの病状について会社に報告しなかったうえ、副操縦士がかかっていた複数の医療機関も守秘義務の規定を守り、会社や航空当局に情報を伝えなかったためだと指摘しています。
- このため報告書では、操縦士の健康状態など公共の安全に重大な影響が予想される場合には、医師は本人の同意がなくても当局に情報提供することが必要だとしています。そしてWHOに対し、守秘義務を持つ医師が法的責任を問われないよう加盟国向けのガイドラインを整備するよう勧告しています。
- <http://www3.nhk.or.jp/news/html/20160314/k10010442281000.html>

プライバシーの歴史 海外(米国)

- Samuel Warren & Louis D. Brandeis (1890)
 - 実業家Warrenの夫人が開催したパーティの様子をこと細かく報道
 - 「放っておいてもらう権利 right to be let alone」
- 1960~1970 避妊や中絶をめぐる一連の裁判
- Griswold v. Connecticut (1965)
 - 避妊具の使用を禁じるコネティカット州法が「婚姻上のプライバシー marital privacy」に抵触と判示
- Roe v. Wade (1973)
 - 妊娠を継続するか否かの女性の決定は、憲法修正第14条に基づき「プライバシー権 right to privacy」として保障されていると判示

自己情報コントロール権としてのプライバシー

(仲正昌樹『「プライバシー」の哲学』)

「プライバシーとは、個人、グループまたは組織が、自己に関する情報を、いつ、どのように、また、どの程度他人に伝えるかを自ら決定できる権利」(アラン・ウェスティン 1967@仲正)

- このように、「私生活圏の中で放っておいてもらう権利」という受動的な性格のものから、「『私』に関する情報全般を私自身の意志で主体的にコントロールできる権利」というより積極的なものに
- 主体も家族や団体などから、個人へ

日本のプライバシーの歴史

- 『宴のあと』訴訟

- 三島由紀夫の小説『宴のあと』(1960)に対して、ほぼ実在の人物が特定されるため、当事者から「プライバシー権」の侵害として提訴
- 東京地裁では原告の訴えを支持、被告控訴
- その後、当事者死亡のため、家族と三島で和解成立
- 「プライバシー vs. 表現の自由」という枠組み

- 個人情報保護法(2005年全面施行)

- 第2条 個人情報

生存する個人に関する情報であって、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの

プライバシーとは

- 他者から侵入されないという個人あるいは集団の権利であり、他者に開示されてもよい自分たちの情報はどれかを決定する権利 (UNESCO)
- プライバシーの五つの形態 (A. Allen @ T. L. Beauchamp & J. F. Childress)
 1. 情報のプライバシー informational privacy
 - 医療倫理上よく強調される情報に関するプライバシー
 2. 身体的なプライバシー physical privacy
 - 個人や個人的空間 personal space (locational privacyともいう)
 3. 決定に関するプライバシー decisional privacy
 - 個人的な決定に関するもの
 4. 所有に関するプライバシー proprietary privacy
 - 肖像など
 5. 関係やつながりに関するプライバシー relational or associational privacy
 - 親密な関係性など

守秘義務・秘密保持 confidentiality

- 十分な理由なしに他者に開示されてはならないことを要求する個人情報の特性（UNESCO）
 - 職業上の秘密 professional secrecy としても知られる
 - 遺伝情報を含む個人のすべての健康情報にまで及ぶ
- 医療の業務上知った患者個人に関する秘密を保持する義務（稲葉一人・奈良雅俊）

守秘義務・秘密保持の文例

- ヒポクラテスの誓い

治療の機会に見聞きしたことや、治療と関係なくとも他人の私生活についての洩らすべきでないことは、他言してはならないとの信念を持って、沈黙を守ります(ヒポクラテス・岩波文庫 1963)

- 世界医師会・ジュネーブ宣言(1948)

私は、私への信頼のゆえに知り得た患者の秘密を、たとえその死後においても尊重する

- 刑法134条

医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産師、弁護士、弁護人、公証人又はこれらの職にあつた者が、正当な理由がないのに、その業務上取り扱ったことについて知り得た人の秘密を漏らしたときは、6月以下の懲役又は10万円以下の罰金に処する。

- リスボン宣言 (WMA 1981, 1995/2005修正)

- 8. 守秘義務に対する権利

- a. 患者の健康状態、症状、診断、予後および治療について個人を特定しうるあらゆる情報、ならびにその他個人のすべての情報は、患者の死後も秘密が守られなければならない。ただし、患者の子孫には、自らの健康上のリスクに関わる情報を得る権利もありうる。

- b. 秘密情報は、患者が明確な同意を与えるか、あるいは法律に明確に規定されている場合に限り開示することができる。情報は、患者が明らかに同意を与えていない場合は、厳密に「知る必要性」に基づいてのみ、他の医療提供者に開示することができる。

- c. 個人を特定しうるあらゆる患者のデータは保護されねばならない。データの保護のために、その保管形態は適切になされなければならない。個人を特定しうるデータが導き出せるようなその人の人体を形成する物質も同様に保護されねばならない。

プライバシーと秘密保持を尊重する理由 (UNESCO)

- 個人は自分の情報を「所有する」。それは**その人個人の全人性 integrity の基礎**である。
- 多くの人々にとって、プライバシーは自分の**尊厳の本質的な側面**である。意に反するプライバシーの侵害は、彼らの尊厳への侵害である。
- **他者を尊重すること**は、彼らのプライバシーと彼らに関する情報の秘密保持を尊重することを求めている。
- もし患者が、保健医療提供者は情報の秘密保持を守らないだろうと考えるならば、患者は彼らの秘密を打ち明けなくなり、**保健医療提供者を信用しなくなる**。これは、**患者の健康や幸福にとって、そして時には他者の健康(例えば、家族構成員)にとって深刻な結果をもたらす**。

プライバシーと秘密保持を尊重する理由 (Beauchamp & Childress, 稲葉一人・奈良雅俊)

- **結果論**に基づく議論
 - 最善の医療を提供できなくなる
 - 医療が秘密を保持しないかもしれないと思うと患者は必要な情報を開示したり検査などに同意しなくなるかもしれない
 - 社会的差別やスティグマから患者を守る
- **義務論**に基づく議論
 - 患者の自己決定の尊重と個人情報コントロール
- **徳倫理**に基づく議論
 - 信頼に足る医師として

奈良・田原本町の放火殺人：調書漏えい 取材協力の 医師有罪--地裁判決（毎日新聞 20090415）

- 奈良県田原本町の母子3人放火殺人事件を題材にした単行本を巡る供述調書漏えい事件で、刑法の秘密漏示罪に問われた精神科医、崎浜盛三被告（51）に対し、奈良地裁（石川恭司裁判長）は15日、懲役4月、執行猶予3年（求刑・懲役6月）の有罪判決を言い渡した。石川裁判長は「少年の利益を図るためとはいえない。取材に対する協力としても、正当な理由があるとは認められない。被告の精神鑑定は医師の業務にあたる」と理由を述べた。プライバシー侵害を理由に取材協力者が逮捕された異例の事件だけに、今回の有罪判決は、取材活動に影響を及ぼす可能性もある。
- 問題の単行本はフリージャーナリスト、草薙厚子さん（44）＝嫌疑不十分で不起訴＝の「僕はパパを殺すことに決めた」（講談社）。
- 判決などによると、崎浜被告は自宅に放火した当時高校1年の長男（19）＝殺人などの非行内容で中等少年院送致＝の精神鑑定を担当。06年10月に供述調書や鑑定書を草薙さんらに見せた。
- 秘密漏示罪は医師らが正当な理由がないのに、業務上知り得た人の秘密を漏らした場合に適用される。公判では調書を見せた行為の正当性を巡り、検察側と弁護側が対立した。

- 検察側は「少年法の精神を根底から破壊。立ち会いや見せる物の限定をせず、長男や父親に閲覧の了解を得ていない」と違法性を主張。弁護側は「長男に殺意がないことを伝えたいという正当な理由があった。草薙さんらにコピーを禁じ、閲覧だけを許した」と反論、無罪を主張した。
- また、弁護側は「精神鑑定は裁判所の判断を補助するもので、治療目的ではない」などと、医師としての業務ではないとも主張。検察側は「被告は医師の資格に注目されて鑑定人に選任され、医師として鑑定業務をした」として、秘密漏示罪の対象になるとした。
- 最高裁によると秘密漏示罪の判決は、少なくとも統計が残る78年以降は例がない。表現の自由と公的機関が持つ「秘密」を巡って刑事裁判に発展した例も、沖縄密約事件(71年)など、ごくわずか。判決はプライバシーや守秘義務を重視する最近の流れに沿ったものとなった。
- ◇秘密漏示罪
- 刑法134条で医師、薬剤師、助産師、弁護士、公証人の他、過去にこうした職にあった者が、業務で知り得た秘密を正当な理由なく漏らすことを禁止している。被害者の告訴が必要な親告罪。罰則は6月以下の懲役または10万円以下の罰金。

守秘義務・秘密保持は絶対的な義務？

■ 次のような場合、守秘義務は？

(A. R. Jonsen, M. Siegler, W. J. Winslade)

• 症例1

61歳の男性が前立腺がんの転移があると診断を受ける。彼はホルモン療法も化学療法も拒否する。彼は医師に妻には告白しないように命じ、自分で話すつもりもないと述べる。次の日、妻が病院に電話をかけてきて夫の病状を尋ねる。

• 症例2

32歳の男性がハンチントン病と診断されるが、症状はまだ出ていない。彼は最近結婚した妻には知られたくないという。彼の妻が子供を欲しがっているのを医師は知っている。

• 症例3

27歳の同性愛男性がHIV陽性との診断を受ける。彼は自分のパートナーが感染について知るのには耐えられないと医師に言う。

守秘義務についての考え方の変化

(稲葉一人・奈良雅俊)

伝統的な理解	現代的な理解
絶対的な義務: 解除なし/患者への義務	相対的な義務(一応の義務): 一定の要件の下で解除/第三者保護の義務
医療従事者の義務: 秘密を守ってあげる	患者の権利: 個人情報自分自身でコントロールする(プライバシー権)

守秘義務をめぐる歴史的な事例(米国)

- Tarasoff v. The Regents of California
 - 精神疾患患者がある女性(タチアナ・タロソフ)を殺害すると予告していたが、診療にあたっていたセラピストは警察に通告はするものの、本人や両親に警告せず
 - 予告通り、女性は殺害されたため、両親が大学を相手に損害賠償訴訟
 - カリフォルニア州最高裁判所は、専門家には守秘義務の免除とともに、狙われている人物への「警告義務 duty to warn」があるとした

守秘義務・秘密保持を解除することが正当化される場合 (UNESCO)

- 患者診療に情報を共有するとき
- 通訳を使うとき
- 医学生に教育するとき
- 報告義務があるとき
- 他者への深刻な危険があるとき
- 遺伝情報
- 患者あるいは保護者の同意

守秘義務・秘密保持を解除することが正当化される場合 (UNESCO)

- 他者への深刻な危険があるとき

例えば、異例の事態において、そして一般的に最後の手段として、保健医療提供者は、**患者が暴力によって、あるいはHIVのような感染症を持っている患者が性行為によって他者へ危害を加える**ということを該当する他者に知らせる必要性が生じることがある

守秘義務・秘密保持を解除することが正当化される場合

(General Medical Council(英国)@稲葉一人・奈良雅俊)

- 患者の同意、あるいは以下のような開示が正当化できる場合のみ
 - 医療チーム内で共有する場合
 - 医療審査に開示する場合
 - 法によって求められる場合
 - 訴訟との関連で裁判所から命じられた場合
 - 公共の利益のもとで開示する場合
 - 患者や第三者を保護するために開示する場合
 - 子供や同意を与えることができないものへの治療に関連して開示する場合
 - 患者が放置や虐待をされている際に開示する場合

危害の程度による義務の区別

(T. L. Beauchamp & J. F. Childress)

		危害の重大さ magnitude of harm	
危害の蓋然性 probability of harm		大きい	小さい
	高い	1	2
	低い	3	4

- 守秘義務の除外の基準は、第三者への危害の程度(重大さ・蓋然性)によって異なるという考え
- 1であれば守秘義務を解除する義務が高まり、4であれば守秘義務解除は正当化されにくい

守秘義務・秘密保持を解除することが正当化される場合

(Bernard Lo)

- 第三者の潜在的危険が重大である
- 危険の及ぶ見込みが高い
- 危険にさらされている人に警告するあるいは保護するための方法が他にない
- 守秘義務を解除することで危険が避けられる
- 守秘義務解除によって患者が被る害が最小限に抑えられるように配慮されている

HIV/AIDS パートナー通告 Partner Notification

(稲葉一人・奈良雅俊)

- ✓ スティグマの大きい疾患を抱える患者の保護と第三者の保護
- 危害は正当化されるほど大きいか？また可能性は？
 - 感染リスクのアセスメント
- 警告以外に第三者を保護する方法は？
 - 患者の説得
 - safer sexなど harm reductionに関するカウンセリング
- 危害を最小限にする取り組みは？
 - 第三者機関等による通告

例としての遺伝情報の解除条件

- Institute of Medicine Committee on Assessing Genetic Risks (@ Beauchamp & Childress)

1. 自発的な情報開示を引き出す試みが失敗に終わっている
2. 近親者への不可逆かつ致命的な危害の可能性が高い
3. 情報開示によって危害を防ぐことが見込まれる
4. 情報開示が近親者の診断や治療に必要な情報に限定されている
5. 危害を回避する他の合理的な方法がない

子どもの守秘義務

E. N. Forman, 小児医療の生命倫理(松田一郎訳)

- 「父にちょっと席を外すように言ってくれて、ありがとう。少し話してもいいですか？先生はウイルスの検査をしようと思っている、そうでしょうか？それなら、一緒にエイズの検査もできませんか？でもそれについては一切、両親に言わないでほしいんです。先生は僕のことをよく知っている。そうでしょうか？僕はここに16年間も来ているんですから。約束します。もしテストが陽性なら、私から父と母に話します。しかし、陰性なら両親には何も知られたくないのです。いいでしょうか？」

(原著は1995年)

- 守秘義務を解除する根拠
 - 両親の知る権利
 - 経済的/精神的支援の必要性

- 守秘義務解除の判断の目安
 - 子どもの成熟と両親の責務及び管理の関係(J. ロックの思考を元に)
 - 両親の子どもを養育し、教育する義務
 - 子どもの安全性と福祉を確実にする必要性
 - 子どものオートノミーの能力の育成が達成されれば両親の管理から自由になれる

本セッションのまとめ

- 医療者に求められる患者のプライバシー保護、守秘義務・秘密保持は、医療倫理の基本的な義務である
- ただし、患者本人の意思に反して、守秘義務・秘密保持を解除すべき場合がありうる
 - その代表的なものは第三者に深刻な危害が及ぶ可能性があるとき
- 解除にあたっては、下記のような条件に配慮して、慎重に検討されるべきである
 - 第三者に及ぶと想定される危害の程度が重大で発生の可能性が高い
 - 情報開示によって危害を有効に防ぐことができる
 - 情報開示以外に危害を防ぐ方法がない
 - 情報開示による患者への侵害が最低限度に抑えられている

せっかくだけでも、どれもかなりあいまいな表現だね。

危害が重大か重大でないかは、誰がどうやって判断するんだろうか。

- 服部健司「プライバシーと守秘義務」(井部俊子監修『医療倫理学のABC』メヂカルフレンド社2012)

事例：ワークショップ

- 男性Aさん。33歳。妻(31歳)と息子(4歳)と同居。会社員。
- 下痢や倦怠感など体調不良が続くため、近くのかかりつけの医療機関(医師B)に受診。念のためということでHIVスクリーニング検査(即日)を受けたところ陽性反応。確認検査も含めて近隣のHIV拠点病院を紹介。
- その2週間ほど後、Aさんの妻が自身の体調不良で来院。風邪と診断。その時、妻からAさんが未だ体調がすぐれないと言い、何の病気か尋ねてくる。それとなくごまかしていると、子どももまだ小さいことと、そろそろ第2子を考えているので、Aさんの健康が気がかりだと言った。医師BはAさんの妻に体調不良が続くようならまた来院するようにAさんに伝えるように言った。
- それから1週間ほどしてAさんが紹介状の返事を持って来院。拠点病院で確認検査をしたところHIVに感染しており、CD4も300を下回っていることがわかった。次の週の拠点病院受診時に服薬治療の開始とそれに伴う諸々の手続きを進める予定になっているということだった。

- かなり沈んだ様子でまだHIVに感染したことを受け入れられない様子。Aさんは、男性とも性行為をするということで、おそらくその中の誰かから感染したのだろうとのこと。感染そのものと、男性との性行為で感染したのだろうことも含めて、妻にはとても話せないので、拠点病院の受診も含めて一切話をしていない、また今後とも話す意思はないという。
 - 医師Bは、妻が感染している可能性と、もし今後子どもを持つ可能性があるのであれば、妻に話した方がいいのではないかとすすめるが、Aさんは息子が生まれてから妻とは性交渉はないから感染の可能性はないと言い切る。
 - また、拠点病院で、服薬治療を始めたら体調もほどなく元に戻るだろうことと、ウイルス量が検査の検出限界以下(20コピー/mL未満)になると、他者への感染力も弱まるという話を聞いた、という。服薬して状態が安定すれば、妻には感染の事実を伏せたままでこれまで通りの家庭生活を送ることができるだろう、との見通しを話し、今日来院したのは妻には黙っておいてもらうようお願いするためだったと言って立ち去った。
 - その数日後、Aさんの妻が症状がまだ残っているということで風邪薬の処方をお願いに医師Bを受診し、夫のAさんのことについて尋ねられた。
- 医師Bはどのように行動するべきだろうか？

文献一覧

- 仲正昌樹『「プライバシー」の哲学』ソフトバンク新書、2007.
- 稲葉一人・奈良雅俊「守秘義務と個人情報保護」『入門・医療倫理 I』(赤林朗編)勁草書房、2005.
- バーナード・ロウ(北野喜良ほか訳)『医療の倫理ジレンマ解決への手引き』西村書店、2003.
- A. R. Jonsen, M. Siegler, W. J. Winslade, Clinical Ethics 5th edition. McGraw-Hill Medical, 2002. (赤林朗ほか監訳『臨床倫理学 第5版』新興医学出版社、2006)
- E. N. Forman, R. E. Ladd, Ethical Dilemmas in Pediatrics: A Case Study Approach, University Press of America, 1995. (松田一郎訳『小児医療の生命倫理』診断と治療社、1998)
- Sector for Social and Human Sciences Division of Ethics of Science and Technology. Bioethics Core Curriculum Section 1 Syllabus Ethics Education Programme, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2008, Versio 1.0, 41-3. (浅井篤ほか監訳『ユネスコ生命倫理学必修』医療ビジランスセンター、2010)
- Tom L. Beauchamp and James F. Childress, Principles of Bioethics Ethics 7th edition, Oxford University Press, 2009, New York, p311-324.

HIV/AIDS 資料

HIV感染症とは

- HIV
 - ヒト免疫不全ウイルス
 - human immunodeficiency virus
- AIDS
 - 後天性免疫不全症候群
 - acquired immunodeficiency syndrome
- 病気の進行について
 - HIVが免疫を司るCD4陽性Tリンパ球に侵入し、増殖
 - その過程でCD4陽性Tリンパ球を破壊し、免疫力が低下
 - 無症候期を経て(5年～10年)、治療を施さなかった場合、AIDS発症に至る
 - 個人差はあるが、およそCD4数が200/mL前後で様々な日和見感染症が現れる可能性がある

- 感染経路

- 感染が可能なだけのウイルス量を含む体液（血液、精液、膣分泌液、母乳）が粘膜（性器、口腔、直腸）や傷口に接触する、あるいは血中内に侵入する（注射器等）と感染の可能性がある

- 性行為、母子感染、注射器・注射針の共用

	1990年	1995年	2000年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
HIV陽性者	850万人 [740-1,030 万人]	1,870万人 [1,710-2,110 万人]	2,860万人 [2,680-3,080 万人]	3,210万人 [3,050-3,400 万人]	3,240万人 [3,080-3,430 万人]	3,270万人 [3,120-3,460 万人]	3,310万人 [3,150-3,490 万人]	3,340万人 [3,180-3,520 万人]	3,380万人 [3,220-3,560 万人]	3,420万人 [3,250-3,620 万人]	3,460万人 [3,280-3,660 万人]	3,500万人 [3,320-3,720 万人]
HIV新規 感染者	190万人 [170-220 万人]	340万人 [320-370 万人]	350万人 [330-370 万人]	290万人 [270-310 万人]	280万人 [260-300 万人]	270万人 [250-290 万人]	260万人 [240-280 万人]	250万人 [230-270 万人]	250万人 [230-270 万人]	240万人 [220-260 万人]	220万人 [200-250 万人]	210万人 [190-240 万人]
エイズによる 死亡	350,000人 [280,000- 490,000人]	970,000人 [860,000人- 120万人]	180万人 [170-200 万人]	240万人 [220-260 万人]	230万人 [210-250 万人]	220万人 [200-240 万人]	210万人 [190-230 万人]	200万人 [180-210 万人]	190万人 [180-210 万人]	180万人 [170-200 万人]	170万人 [150-180 万人]	150万人 [140-170 万人]
抗HIV治療を 受けている人								520万人	740万人	900万人	1060万人	1290万人

世界のHIV感染の状況

FACT SHEET WORLD AIDS DAY2014 (UNAIDS)

翻訳: エイズ予防財団

<http://api-net.jfap.or.jp/status/world.html#fact>

2014年末の時点でHIV感染者 16,903 件、AIDS患者 7,658 件で計 24,561 件

図 1. 2014 年までの累計報告数

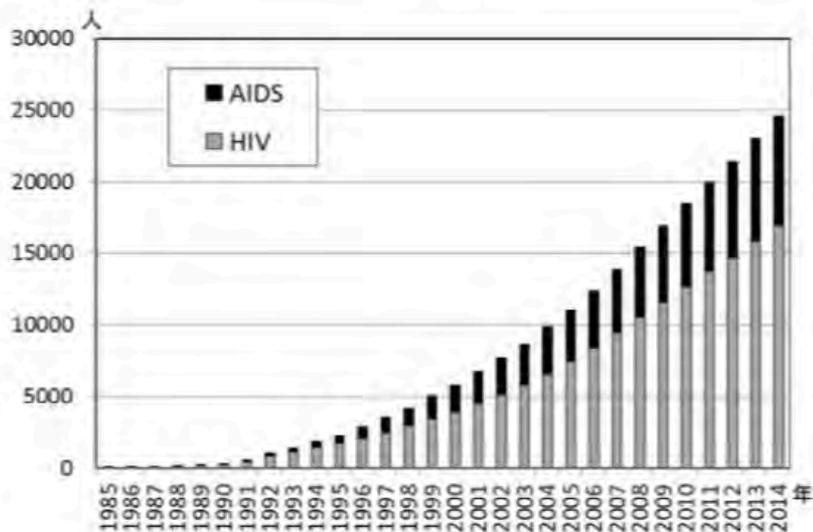


図 2. 新規 HIV 感染者およびAIDS患者報告数の年次推移

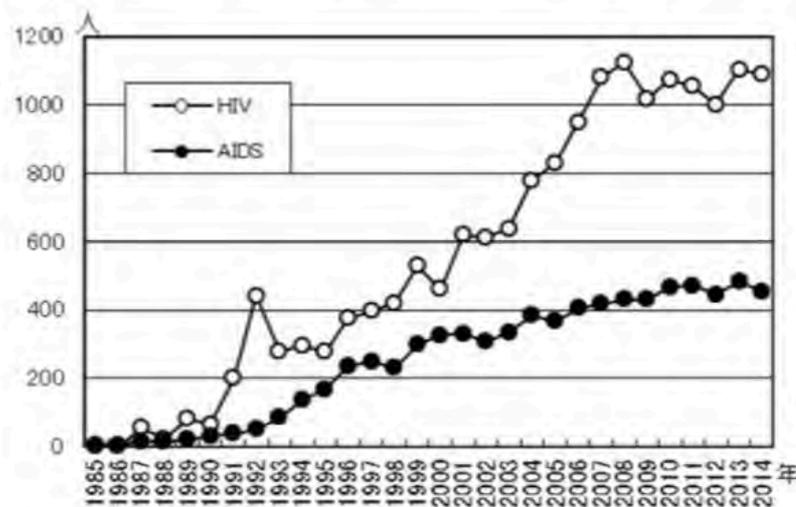


図 3. 新規 HIV 感染者報告数の国籍別、性別年次推移

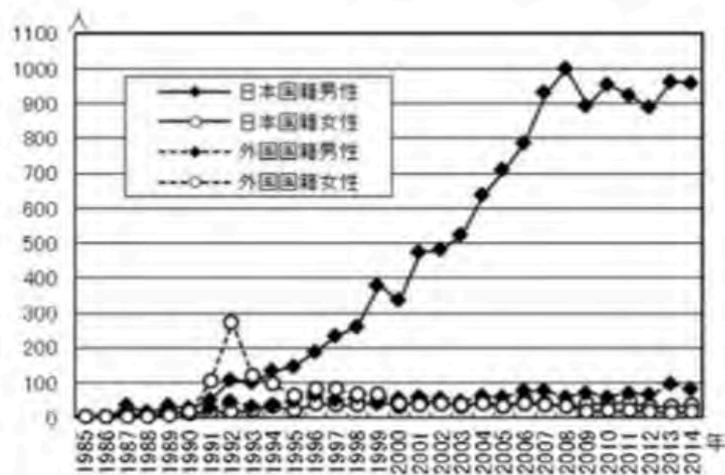


図 4. 新規 AIDS 患者報告数の国籍別、性別年次推移

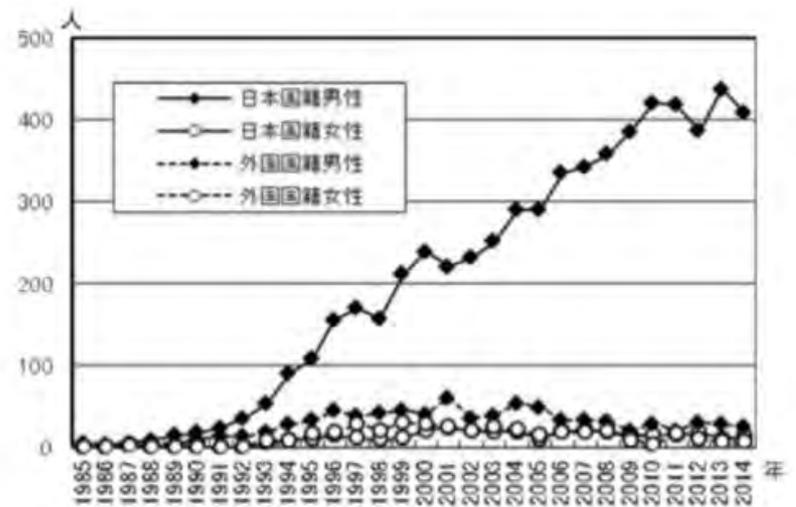


図 5. 2014 年に報告された新規 HIV 感染者の感染経路別内訳

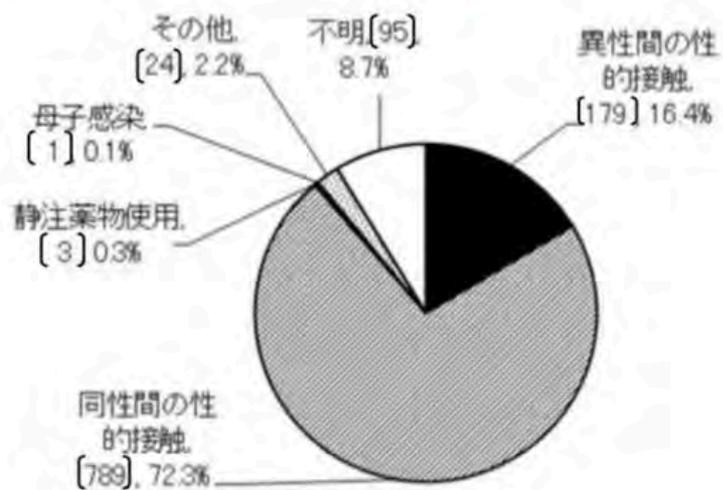
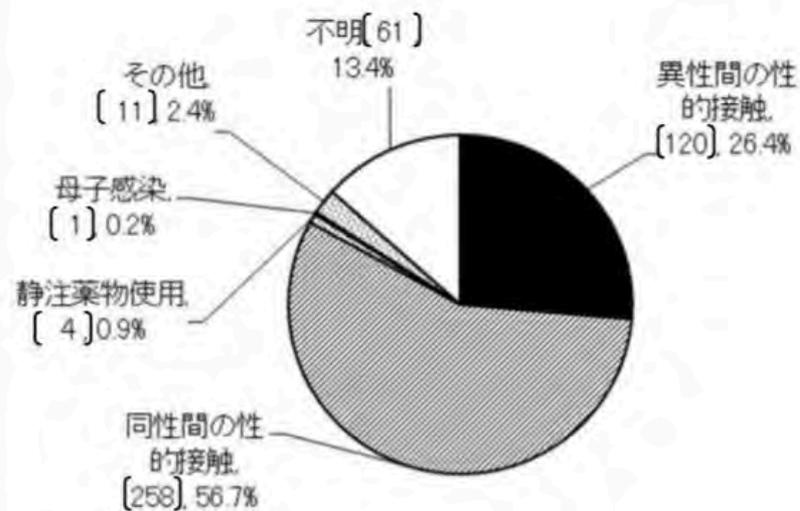


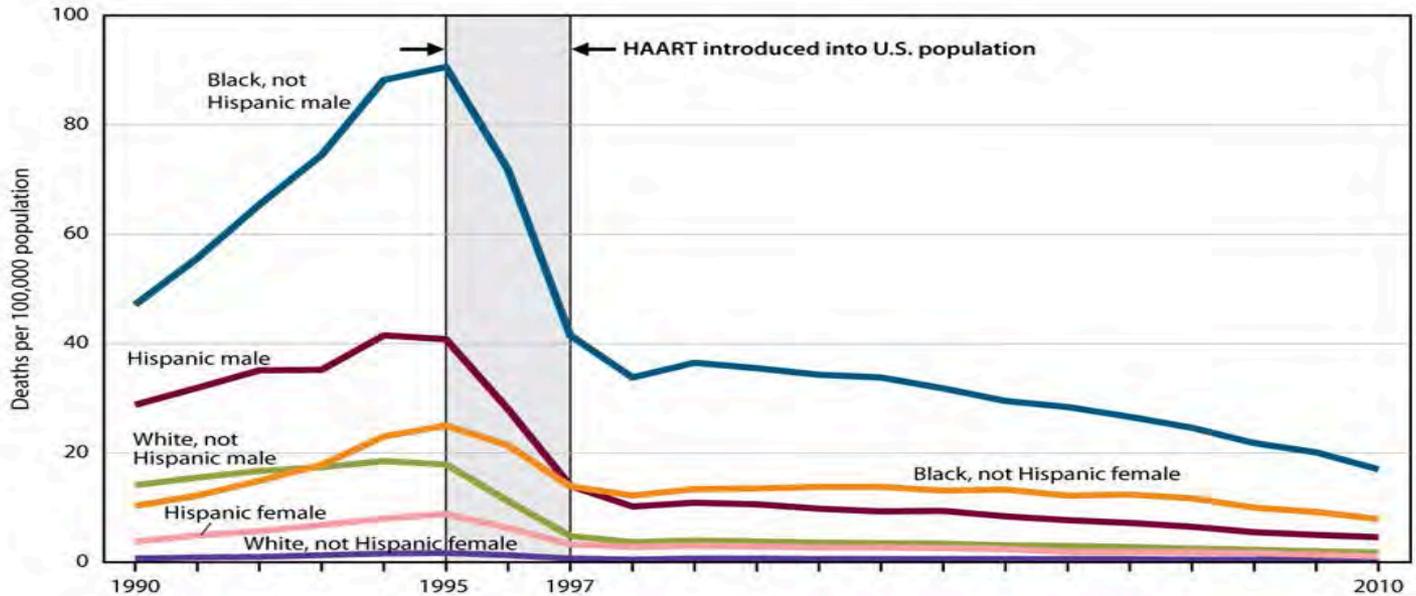
図 9. 2014 年に報告された新規 AIDS 患者の感染経路別内訳



HIV/AIDSの歴史

年号	日本	海外
1981		アメリカCDCがゲイのカリニ肺炎報告
1982		GRID(gay-related immune deficiency)からAIDSへ
1983		エイズウイルス同定(HIV)
1985		検査キットの開発
1986	エイズパニック(~87)	
1987		初の抗HIV薬AZTの認可
1989	AIDS予防法成立 薬害HIV訴訟提訴	
1992		国際AIDS会議 ボストンからアムステルダムへ
1994	国際AIDS会議、横浜開催	母子感染予防のエビデンス報告

年号	日本	海外
1996	薬害HIV訴訟和解	HAART療法の報告(バンクーバー会議) UNAIDS発足
1998	感染症新法成立(99施行) 免疫機能障害として認定	
2000		薬剤へのユニバーサルアクセスの訴え (ダーバン会議)
2001	夫が陽性者の体外受精成功	国連エイズ特別総会 WTOドーハ宣言
2002		世界エイズ・結核マラリア対策基金発足
2006		米国CDC 検査ガイドラインの
2008		Swiss statement



HAART療法の確立（1996）

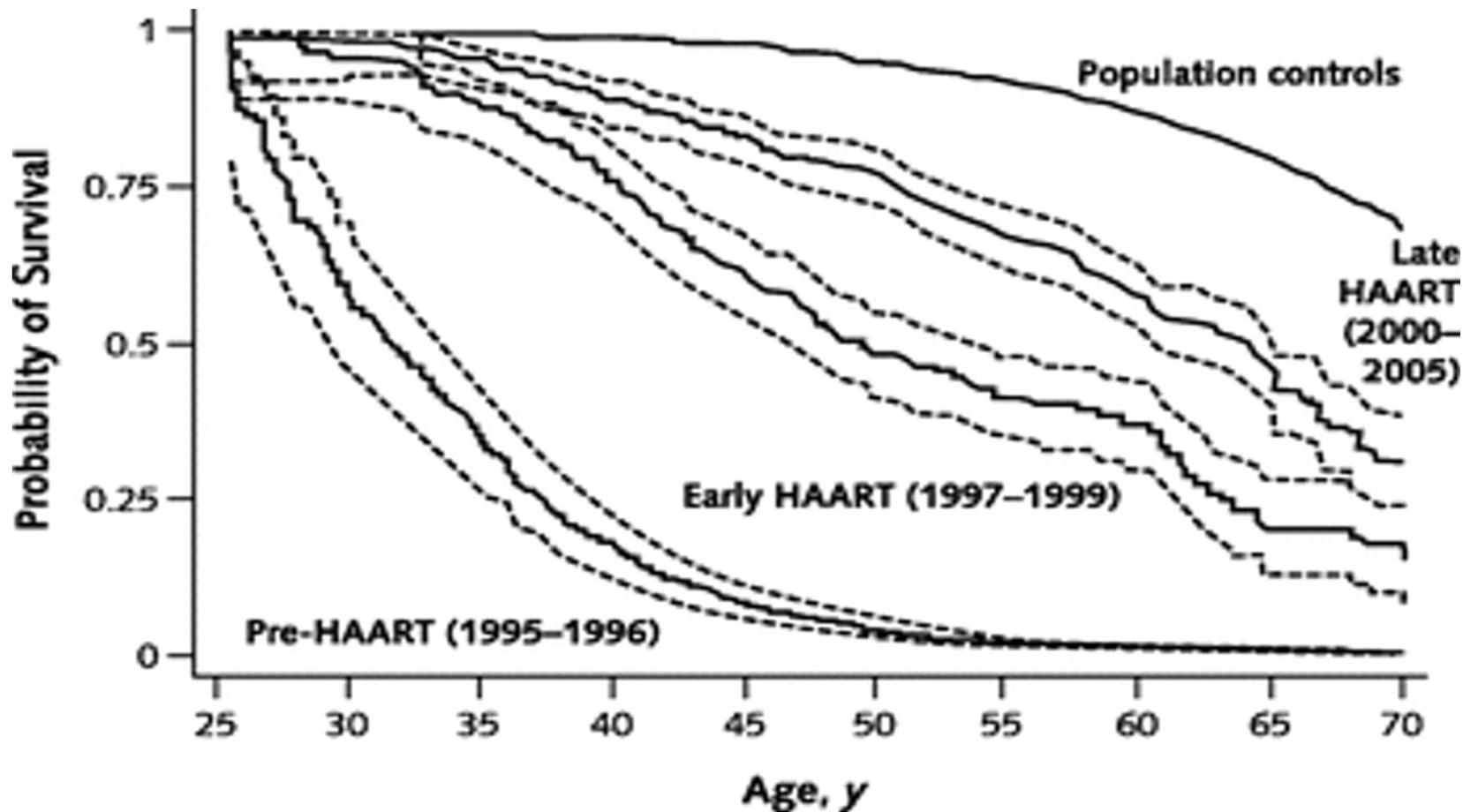
Age-adjusted death rates for human immunodeficiency virus (HIV) disease for all ages, by sex and race and Hispanic origin: United States, 1990–2010

SOURCE: CDC/NCHS, National Vital Statistics System. See Appendix I, National Vital Statistics System (NVSS)

年号	日本	海外
2009		New strategy by Granich et.al (WHO) 米国渡航制限撤廃 'Berlin patient' (唯一根治した患者?)の報告
2010		Microbicides, PrEPのエビデンス報告
2011		HPTN052 により薬剤の予防効果のエビデンス報告
2012		国際AIDS会議 ワシントンD. C.開催 米国FDA、ツルバダをPrEPの薬剤として承認
2013	献血由来の輸血によるHIV感染	
2014		カナダの医療専門職団体による犯罪化の見直しを促す声明

- 抗HIV薬による治療

- HIVがCD4に侵入、増殖、破壊する過程のうち、異なるはたらきをする数種類の薬を服薬する
 - 多剤併用療法 (HAART/ART)
- 完治は出来ないが、ウイルス量を検査で検出限界未満 (20コピー/mL) にまでして、その状態を維持する
 - 唯一完治した患者の報告 Berlin patient
- 2013年5月から1日1回1錠の薬が認可



HIV/AIDS 感染後の平均余命（デンマークモデル）

Nicolai Lohse et al. *Ann Intern Med.* 2007;146(2):87-95.

- 服用をめぐる課題
 - 長期(ほぼ一生)の服用
 - 短期/長期副作用
 - 薬剤耐性ウイルス
 - コスト(一人当たり年間200万円以上)

予防技術をめぐる歴史

- Behaviour change approach
 - ABC approach:
 - abstinence (禁欲)
 - being faithful (忠誠)
 - condoms (コンドーム)
 - ✓ Condom
 - 予防効果のエビデンス
 - 80%~100%? (De Vincenzi I. New Eng. J Med. 1994)
 - 事故、誤った使用方法、入手の難しさ、行動変容の難しさ

- Biomedical prevention
 - prevention of mother-to-child transmission
 - ACTG076 trial in 1994 (Connor EM et al. N Engl J Med 1994)
 - 研究倫理史上に残る大論争
 - developed countriesではかなり母子感染をおさえているが、ユニバーサルアクセスが課題
 - treatment as prevention
 - ウイルス量による感染率の違い
 - Rakai in Uganda (M J. Wawer et al. J Infect Dis 2005)
 - シュミレーション研究や観察研究
 - (Granich et al. Lancet 2009)
 - (J S G. Montaner et al. Lancet 2010)
 - Swiss statement
 - スイスの医師の団体が出した声明
(Vernazza P et al. Bulletin des medecins suisses 2008)
 - 服薬を継続し、ウイルス量が40未満の状態を半年以上継続できているひとは性行為による感染力を持たない？

- 抗HIV薬による予防効果を調べた臨床試験

- HPTN052

- (M S Cohen et al. N Engl J Med 2011)
 - serodiscordant couplesをtwo groupsに
 - 早期に服薬を開始した群 (the early-therapy group) と遅れて開始した群 (the delay-therapy group)
 - 早期に服薬を開始した群が従来通りの服薬開始群より96%の予防効果
 - trialの予定を変更してthe delay-therapy groupにも服薬を開始することとなった
 - 薬剤による予防効果のエビデンスを評価してポリシー化
- ✓ Clinical equipoise (臨床的均衡) の批判

– PrEP : Pre-exposure prophylaxis

- 抗HIV薬の服用による予防効果 : iPREX (R. M. Grant et al. N Engl J med 2010)
- 全体としては44%の予防効果だがレジメン通りの adherence であれば92%
- 2012、FDAの承認
- WHOが予防ポリシーに採用
“Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations” (2014)

医療資源配分の倫理 2016

東北大学大学院医学系研究科
医療倫理学分野 浅井 篤

事例1

(「H27年日本胸部外科学会医療安全講習会案」で提示されたケース例をもとに作成)

- 90歳の介護施設入所中の女性。重度認知症。
- ほぼ寝たきりだが、介護者が促すと食事と排泄を自立して行うことができる。
- 咳嗽が最近悪化したので、かかりつけ医に相談・検査したところ、大動脈弁口面積0.8cm²の重症大動脈弁狭窄症が指摘された。
- その後、循環器専門病院へ紹介となり、手術適応があると判断された。
- この手術は行われるべきか。

本セッションの目標

- 一般目標

- 医療資源配分に関する倫理的課題を認識し、それらに適切な理論的根拠とプロセスで対応できる。

- 到達目標

- 公正な医療のための各種アプローチ(理論)を理解できる
- 医療資源配分の異なる次元と各々に関わる種々の事例と課題を認識できる
- 異なる医療保険制度の特徴を理解できる
- 医療資源配分に関わる重要概念(質調節生存年数(QALY)、ニード理論、自己責任、基本的人権等)を認識できる
- 臨床現場の資源配分問題に適切な手順と配慮で対応できる

90分の構成(目次)

- 1 ミニレクチャー、問いかけ、ケース(45分)
 - 1) 時事問題例
 - 2) 歴史的事例と理論・概念の説明
 - 3) 医療資源配分に関わる諸問題
 - 4) 各論事項(年齢、QALYとニード、人権、自己責任、二層医療制度)
 - 5) まとめ
- 2 少人数グループでの事例・課題の検討(30分)
- 3 全体討議とまとめ(15分)

体重1キロ当たりで航空運賃「一律より公平」

(2013年4月8日12時16分 読売新聞シドニー支局)

- 南太平洋の島国サモアの航空会社が、乗客の体重に応じて運賃を決める仕組みを導入し、注目されている。同社経営者は「座席ごとの一律運賃よりも公平だ」と胸を張っている。
- ロイター通信などによると、国内線は1キロ・グラムあたり1・32タラ(約54円)などの単価を設定し、路線別に運賃を決定。予約時に体重を申告し、搭乗時に計測する。昨年11月の導入後、特に子供連れ客に好評だという。
- サモアは国民の86%が肥満との調査もあり、保健当局者も「ダイエットの励みになる」と期待している。

<http://irorio.jp/nagasawamaki/20150512/228225/>

IRORIO(イロリオ) – 海外ニュース・国内ニュースで井戸端会議

[長澤まき](#) 2015年05月12日

- 財務省は11日、「救急車の一部有料化」を検討すべきだという見解を出した。軽傷にも関わらず救急車を要請した人に費用を請求するなど一部有料化することで、年約2兆円の消防関係予算を削減する狙いだ。
- 救急出動が増加の一途：平成16年以降、救急出動件数が増加し続けている。平成25年の救急出動件数は前年より10万6912件増加した590万9367件。およそ5.3秒に1回の割合で救急車が出動している計算だ。また、救急車で搬送される人も増え続けている。平成25年に救急車で搬送された人の数は前年より8万9815人増えた534万117人。半数以上は軽傷者(49.9%)。
- 海外。：ニューヨーク(アメリカ)：有料(基本料金約2万5000円、以降1マイルにつき約600円加算)、パリ(フランス)：有料(30分あたり約2万円)、ドイツ：有料(約2万2000円～7万3000円)、シドニー(オーストラリア)：有料(約1万1000円、以降、1kmにつき約300円追加)、北京(中国)：有料(走行距離32kmまで約1700円。以降、走行距離に応じて加算)、シンガポール：病気の場合は有料(約2000円)。財務省は、フランスなどの例を参考にして有料化などを検討すべきだと述べている。

- 出典元：[救急車「有料化」提案 財務省、軽症者対象に](#) - 毎日新聞(5/11)： [救急体制](#) - 消防庁、 出典元：[海外の救急事情について](#) - 神戸市

医療制度の3つのタイプ: 加藤梨里

Lify.jp http://lify.jp/contents/health/index.php?p_no=0002

		日本	ドイツ	フランス	アメリカ	イギリス
医療保険制度のタイプ		社会保険モデル (国民皆保険)	社会保険モデル (高所得者以外は 強制加入)	社会保険モデル (国民皆保険)	市場モデル (民間保険)	国営医療モデル (税方式)
保険者		健康保険組合 市町村	疾病金庫	医療保険金庫	保険会社	NHS
医療費の自己負担率		20%~30%	1日当たり10ユーロ (年間28日が上限)	入院31日目まで 1067ユーロ + 診療費の20% (上限200ユーロ)	保険契約による	なし
医療機関の 選択	診療所	自由	自由	自由	保険医のみ	登録医のみ
	病院	自由	診療所からの紹介	自由	保険医のみ	登録医からの紹介

Resource allocation

Foster C, 2013, O.U.P

- There is an infinite amount of suffering in the world. There is a distinctly finite amount of resources to deal with it.
- How do we decide who gets what? The dilemmas are agonizing.
- One man's treatment is another man's denial of treatment. To save X is to condemn Y.

歴史的事例:「神の委員会」(1962年)

- 初めての透析導入:最大17名
- 患者は多数:選別の必要があった。
 - 「成人、45歳未満」
 - 「ワシントン州居住者限定」
 - 「費用支払い可能者限定」
- 医学的状況がほぼ等しいとき、個人の「社会的価値に基づく基準」を用いて、患者の選別
 - 「職業の有無」
 - 「子供を育てる親」
 - 「教育の高さ」
 - 「すぐれた業績」
 - 「性格的特徴」

「神の委員会」(1962年)

(グレゴリー・ペンス 医療倫理2(宮坂道夫・長岡成夫訳)、第13章、みすず書房、東京、2001年、153-156)

- 委員会のメンバーは「高潔で善良な市民」とみなされた弁護士、牧師、銀行家、主婦、公務員、労働者の代表、透析治療に直接関わらない外科医の7名だった。「神の委員会」ではまずワシントン在住で治療費が支払うことができることを最初に選考の基準とし、続いて年齢、性別、既婚、扶養者の数、収入、資産、情緒的安定性、教育水準、仕事の性質、過去の業績と将来性など、いわゆる患者の社会的価値を基準に誰が生き残るかを選別したという。あるときは主婦、航空整備士、薬剤師、会計士、会社経営者の5名の中から航空整備士と会社の経営者の二名が選ばれたと伝えられている。
- 「神の委員会」の決定は後に参加委員の特定の価値観によって患者の選別が恣意的に行われたと批判を受けている。ではどのように選別すべきだったのか。おそらく何人かの論者が述べていたように無作為にくじで選ぶのがいちばん公正であったと考えられる。つまり医学的な緊急性、効果、必要性、そして待ち時間に有意差がなければ、あとは無作為が原則になるべきであろう。

正義・公正さ (justice/fairness)

- Justice requires equals to be treated equally and unequals to be treated unequally in relation to the morally relevant inequalities . (p143, RG, Justice, in Boyd ,et al edition, The New Dictionary of Medical Ethics, BMJ Publishing group, 1997, London)
 - 「人々に対応するにあたり、人間として本質的に重要な差異がない場合は、接し方や待遇の仕方に差をつけてはならない」。
- Aristotle: **treating equals equally and unequals unequally** (しかし、誰を equals にいれるのか : アリストテレスは奴隷や女性を含めなかった。 Dickenson, 2012)
- Four components (distributive justice (fairness); respect for the law; rights; and retributive justice)
 - (Tony Hope *Medical Ethics A Very Short Introduction*, O.U.P, Oxford, 2004)

Donna Dickenson Bioethics All that matters.
London, 2012, Hodder Education, p2-3.

- The role of bioethics is to debate issues involved in scientific and medical advance(new biotechnology, “body shopping,” ART, genetics, molecular biology, immunology, etc.) rationally, to make sure that the onward march of science does not **trample down (踏み潰す)** **vulnerable populations**, to prevent harms from overweighting benefits, to ask whose interests prevail and to raise questions about whether justice is being served by new scientific developments...Attempt to apply our best intelligence and most sensitive feelings to the matters of life and death.
- George Bernard Shaw “**Science never solves a problem without creating ten more.**”

事例2: 基本的な医療サービスを選ぶ

Sector for Social and Human Sciences Division of Ethics of Science and Technology. Bioethics Core Curriculum Section 2 Study Material Ethics Education Programme, 18 July 2008, Versio 1.0 (Draft)

- あなたは国の新しい医療サービスを考える委員会の一員。全市民が使用できる基本医療パッケージに含まれる治療法を検討する（浅井追加: コア・サービスに選ばれたものは無料か保険診療、つまり一部負担になる）。どれがコアな医療と見做されるべきか。
- 体外受精、避妊薬、臓器移植、代替療法、スパ治療、美容整形、乳がんスクリーニング、高血圧スクリーニング、在宅療養ケア、人工義肢・車いす、歯科……。

医療資源の配分のレベル

(WMA医の倫理マニュアル、資源配分、2007年、p53-57)

- Macro-allocation (国家、行政レベル): 予算全体からどの程度を医療費に配分するか。どの医療費を無料にするか有料にするか、有料の場合は患者負担か医療保険の適用とするか。医療予算のうち、いくらを医師・看護師・その他の医療関係従事者への報酬、病院やその他組織の資本や運営費、研究費、医療従事者の教育、結核やエイズなどの特定疾患に割り当てるか。
- Meso-allocation (施設レベル、前2者の中間レベル): 病院、診療所、医療組織などの経営陣が、それぞれの資源配分を決定します。どのようなサービスを提供するか。スタッフの人件費、設備、セキュリティ、その他の運営費、修繕、拡張にどの位の費用をつけるか。
- Micro-allocation (個人の患者レベル、ベッドサイドでのrationingやtriage, bedside rationing): 医療提供者、特に医師が次のような事項を決定します。どのような検査を行うか。他の医師へ紹介すべきか。入院が必要か。ジェネリック薬よりもブランド薬を使ったほうがいいのか。

医療資源の例

- 国家が使用できる医療のための資金
- 施設(ICUや入院ベッドなど)、救急車、救急外来
- 医療機器(人工呼吸器や人工透析器など)
- 医療スタッフの数・時間
- 臓器、ワクチン、薬物

正義のためのアプローチ

(WMA医の倫理マニュアル、資源配分、2007年、p53-57)

- 自由主義 (libertarian) : 資源は市場原理に従って分配されるべきである(支払い能力と意欲を条件とした個人の選択。貧困者には多少の慈善的配慮あり)(例: 米国型)。
- 功利主義 (utilitarian) : 資源はすべての人の最大の利益に従って分配されるべきである(多くの医療政策立案者)。
- 平等主義 (egalitarian) : 資源は厳密にニーズに従って分配されるべきである(例: スウェーデン)。
- 修復主義 (restorative) : 資源は歴史的に不利に扱われた人に有利なように分配されるべきである(南アフリカ)。
 - 医療専門職は共感と正義という原則のバランスを取るだけでなく、上記のどのアプローチが適切なのか決めなければならない。

配分方法のいろいろ

- Lottery (抽選)
- 先着順 (待ち時間)
- Ability to buy (自由市場、経済力)
- In proportion to needs (必要に応じて、医学的必要性)
- 個人的努力に応じて
- Maximizes beneficial outcomes (efficiency、最も効率が良い (医学的効果が高い) 方法で)
- Social utility (社会的貢献に応じて、社会的価値の大きさに応じて、優秀さに応じて)
- Responsibility affecting priority (自己責任)
- Equal access (すべてを平等に分ける)
- その他・・・ (親族優先移植など)

医療資源配分に関連する問題例

- 公平さとは何か？正義はどう定義されるか
- 医療従事者レベルで医療資源の配分を行ってよいか
- 年齢を基準として医療資源を配分してよいか
- どのような患者因子で医療資源の配分を行うべきか
- 医療の効用 (utility) はどのように医療資源配分に反映されるべきか
- 国家は公的な医療保険制度を持つべきか

医療資源配分に関連する問題例

- 経済的に余裕がある国民はより良い医療を受けてよいか
- 「混合診療」(Two-Tiered Health Care)の是非
- 個人は医療を受ける権利を持つか？医療を受ける権利は基本的人権か
- 最低限の医療は、どのように定義されるか
- 医療資源は誰のものか

臓器配分に関する問題

- 脳死患者から摘出された臓器は公共物なのか、それともドナー（臓器提供者）本人、またはドナーの家族のものか（direct donationの是非）
- 2回目の臓器移植を受ける患者の優先順位はどうすべきか、まだ一回も移植を受けていない人を優先すべきなのか
- 自国の脳死患者の臓器を、他の国からきた人々に提供してよいか（その逆は）

臓器配分に関する問題

- アルコール中毒による末期肝疾患患者への肝移植に対する優先順位は、他の原因に拠って肝不全になった患者よりも低くすべきか
- 政府が強制的に脳死患者の全臓器を医療資源とするのは許されるか
- 臓器売買が許される状況があるか

【国際】

「高齢者救急拒否せよ」ロシアの病院、財政難で指令

2009年10月25日 中日新聞朝刊

- 【モスクワ＝中島健二】経済苦境下のロシアで、ウラル地方の公立病院が経費節減のために、高齢者への緊急出動を組織的に拒否し続け、複数の死者が出ている可能性が高いことが明らかになり、波紋を呼んでいる。ロシア紙「トルード」によると、クルガン州グリヤジャンスク地区で8月、65歳の男性が心臓発作を起こし、妻が地区病院に救急車出動を要請。ところが妻からの再三の電話にもかかわらず病院側は拒否し、結局男性は数時間後に自宅で死亡した。
- 地元検察が調べた結果、病院側は、心臓や脳疾患の高齢者からの救急要請には応じる必要がない—との指令書を出していたことが発覚。関係者は救急車の燃料費や人件費節約のためと証言、今回も指令に従った措置とみられ、検察は刑事事件として捜査を始めた。同病院の管轄地区では救急要請を拒否された高齢者のケースが以前から続発。「死亡例も複数あったが皆、泣き寝入りだった」という。
- ロシアではプーチン前政権時代に高い経済成長を続け、同病院の院長もプーチン首相の大統領時代に「名誉医師」の称号を授与された。だがその恩恵が社会的インフラなどの整備にはほとんど回らず、医療機関は設備更新もできない運営状態にある。昨秋来の危機がさらに苦境を深めているのは確実で、今後も弱者が見捨てられる懸念が強まっている。

エイジイズム (ageism)

- Ageism: Treating a person less favorably than others because of his or her chronological age「個人を暦年齢を理由に不利に扱うこと」(Harry Lesser Ageism in Encyclopedia of Applied Ethics 1998, Vol1, Academic Press. 87-94.)
- 多くの調査研究でも医学的適応があるにもかかわらず高齢者に対する医療的介入が差し控えられる傾向が明らかになっている(Penson RT, et al. Too old to care? The Oncologist 2004;9:343-52.)。
- **参考**「老人は死んでください、国のため」(詠み人不詳)(向井承子『患者追放』、(筑摩書房、2003年、東京)。

Ageismに対する反論

- 配分の必要性(配分など必要ない)
- 経済的非重要性
- 生物学的年齢と通常年齢の関連は不完全
- 差別(なぜ高齢者が差別されなくてはならないのか?)
- 高齢者はいままで多く社会に貢献してきたかもしれない。
- 高齢者の価値
- 個人の権利
- Ageismの不正確さ

垣谷美雨 『七十歳死亡法案、可決』 幻冬舎、2012年、東京

- 2020年の日本、65歳以上の高齢者が国民の3割を超えた。社会保障費は過去最高を更新し続け、国家財政は破綻寸前である。政府は七十歳以上の日本国民は安楽死しなければならないという「七十歳死亡法案」を強行可決した。物語は2年後に法律の施行を控えた一家庭の一年間を描く。
- 働き口のない若者の焦燥、介護負担と両性の役割、本法案に対する賛否両論等が描かれる。本作品では一家族の視点からの高齢化社会、介護負担、世代間格差、高齢化社会を乗り切るため断行すべき政策と国民が持つべき覚悟などが描かれる。

年齢と医療資源の公平な配分

The fair-innings argument

- “To treat the older person letting the younger person die would be inherently inequitable in terms of life lived: the younger person would get no more years than the relatively few he had already had, whereas the older person who has already had more than the younger person will get several

years more.” (The Oxford Practice Skills Course Ethics, Law, and Communication Skills in Health Care Education. Oxford University Press, Oxford, 1996.配布参考資料)

Ageism(fair inning argument)を擁護する議論

- Callahan: 人生の自然の終わりにある人は、若者の利益のために、高価な先進医療を控える義務がある。
- Veatch: 高齢者はもうすでに、若者より多くの共同体の支援を受けている。
- Daniel: かりに使用できる医療資源の割り当てが決まっていたら、ひとは人生を高齢に達するまで生きるために、若いうちにその割り当てを使うだろう。年をとるまで割り当ての利用を控えて、若死にするのを避けようとするだろう。したがって、社会も同様の方策を採るべきである。
- Shaw: 医療資源は、最大多数の最大幸福を達成できるように配分すべきだ。社会には、すべての人に最低限の質と量の人生を保障する義務があるが、少数に特別に長い人生を与える義務はない。「キャビアを誰かに与える前にパンをすべての人に」

高齢者医療におけるQOLの問題点(橋本、2000)

- 「高齢者の生活を社会で活躍している壮年者と同じ基準で計るべきではない」
- 「患者自身のQOL評価と医師による評価には違いがある」
- 「医師がQOLを基準に高齢者の医療適応を決めるときには、(QOLを)低く評価する傾向がある」
- 「高齢者ではQOLの低下を理由に、面倒な医療処置、複雑な医療行為を省略される危険があり、治癒すべき病気も治癒しないことになる」
- 「QOLの向上が期待できないので医療をしないという言い訳がまかり通る」

高齢者の多様性

- 厳密に高齢者を定義し、非高齢者と区別するのは困難である。小泉は、老化は暦年齢で決定する、高齢者はみな病気持ち、非生産的、認知機能が低下している、高齢者は皆同じという見解を誤った「老人神話」だと退けている(小泉俊三 総合医療論 健康支援と社会保障① 医学書院、1998年、東京、68-70)。
- 大西は死の徴表としての老いに纏わる「高齢者」の括りという事柄について「その概念の心理・社会的な根は深く、「老いてなお盛ん」などの表現に見られる様に、世間的には普遍性と個別性が適当に按分されており、臨床の場にもそれは反映している。しかし臨床では、何らかの事情で死を意識することが必然だとしても、基本的には個別的世界(個人の価値観、生き方、個人史、家族との関係など個人に関わる一切)に即した、個別的なケアを提供することが重要であり、老いはあくまでその中で捉えられるべき事項であろう」と述べている(大西基喜、コメント、浅井篤他著、『医療倫理』、勁草書房、2002年、p138)。

高齢者、社会、責任

- 増大する老人医療費の負担が、後世代に大きな負担になるという認識がある。
- Fair innings argument: The argument that those who have not yet reached normal life expectancy have a stronger claim on medical resources than those who have.(Julian C. Hughes)
- 上記議論で高齢者の受ける医療を制限すべきだという見解もあるが、生きてきた長さだけでなくその質、その期間に与えられたものにも着目しなければならない(Julian C. Hughes. Ethical issues and health care for older people. In Ashcroft, et.al. (eds), Principles of Health care ethics, second edition. 2007 John Wiley & Sons, Ltd.)。

責任の所在

- 人類の寿命が延びた原因は沢山あるが、医学の進歩は間違いなく主要な原因の一つであろう。人々は健康維持と長寿を目的に医学を発達させてきた。新たな救命救急技術の開発や再生医療などの先端医療実現はいつも歓迎される。そして今ある超高齢者社会は医療の進歩の結果生じたと主張しても間違いではないだろう。
- アンチエイジングや長寿薬は多くの人々の夢であり続け、この流れは止まることはないと思われる。社会が医療を発展させてきた結果として多くの高齢者が存在するようになったのであれば、社会保障負担増大を含む超高齢化社会の諸問題の責任を取るべきは、社会全体であり高齢者ではない。

109歳女性に外科手術し成功、国内最高齢か 大阪・高槻

2012.3.13 12:54産経ニュース

- 重症の虫垂炎となった109歳の女性が、大阪府高槻市の病院で手術を受け成功したことが13日、分かった。同病院は「報告がある限りでは国内最高齢での外科手術ではないか」としている。
- 女性は同市在住で明治35年10月生まれ。執刀した医師によると、女性は2月22日、腹痛や高熱、吐き気を訴え来院。急性虫垂炎と診断された。高齢の患者は心肺機能が低下しており、麻酔や手術に耐えられるかが問題となる。このため、通常は30分～1時間かかる手術を25分で終えた。
- 女性さんは術後「傷口が痛い」などと言っていたが、順調に回復し3月8日に退院。見送りに来た医師や看護師に「麻酔でなんも分からなかった。退院できて気持ちいい」と話し、笑いを振りまいた。

事例3 (Campbell, Charlesworth, Gillett, and Jones:Justice and Health Care.In *Medical Ethics 2nd* , OUP,1997, NZ, 182—94.)

- 限られた予算を、新しい心臓移植施設の建築のために当てるか、老人や末期がん患者の医療を行っている老朽化した病院の人員や設備を補強するか。
- 心臓移植手術は患者に10年の生存と高い質の生活をもたらす。利用者も十分いる。
- 古くなった病院の環境は劣悪で、人員不足のための事故やネグレクトが発生しており、スタッフの低レベルのスキルや職業意識が問題になっている。この施設へ予算を投入することで3～5年の生存延長とある程度の生活の向上が見込まれる。
- 今回の予算配分を逃すと、近い将来に予算が回ってくる可能性はない
- さてどちらにお金を回しますか

QALY

(Quality-adjusted life year, 質調節生存年数)

- QALYは医療行為がもたらす効用の指標のひとつで、QOL (quality of life)を考慮した生存年数の単位である。
- QALYでは完全に健康な状態を1、死を0とし、ある特定の医学的状态が持つ効用を1から0の間の値で表現する。
- そして、効用値に生存年数を掛けた値がQALY値となる。

実際の算出

- 脳出血に対する救急治療を行えば、後遺症として半身麻痺は残るが10年間生存することができるとする。半身麻痺の状態のQOLが0(死)~1(完全に健康な状態)のうち0.7と評価されたとすると、脳出血のために半身麻痺で生きる状態は0.7の効用値を持つことになる。この場合QALYは $0.7 \times 10 = 7$ と計算される。そして、この状態の人々を100人生存させる脳出血に対する救急治療は結果的に700QALYをもたらすことになる。この700QALYを得るために1億円の医療費がかかったとすると、**QALY一単位あたり約14万3000円の費用ということになる。**
- 同様に内科的治療に反応しない心疾患に対する心臓移植手術は、患者を効用値が0.9と評価される状態で10年生存させることができる。このような患者を100名生存させる心臓移植手術は $0.9 \times 10 \times 100 = 900$ QALYをもたらすことができる。この900QALYを得るために10億円の医療費がかかったとすると、**QALY一単位あたり約111万円の費用ということになる。**

QALYに基づいた医療資源配分に対する様々な批判

- 高齢者差別
- 障害を持つ人々に対する「二重の危険」
- 安く治せる病気を優先する
- 鈍感さ(Life-saving と Life-enhancing)
- 人々の選好とニーズの不一致
- 生存・生存延命に関わる「客観的なニーズ」の存在
- 社会における様々な価値(QALY最大化＝功利主義的効用の最大化ではない)
- 方法論に対する基本的な疑問: 総量化・平均化、他者による判断、「客観化」、個人間比較、測定尺度の不一致

どちらに配分？

- 脳梗塞後に片麻痺があり効用値0.8と考えられる状態で10年間生存するのは8 QALYと計算される。
- QOLが効用値 0.8の患者100人に10年間生存を延長させる治療は、全体で800QALYの成果をもたらす。
- 一方同じ費用を使って片麻痺のない軽症患者（効用値1.0）の患者100人に同じ10年間生存を延長させる治療をすれば1000 QALYを得る。
- （新保卓郎：臨床倫理学入門、医学書院、東京、2003年）

Hope教授の事例：2つの治療

2003年6月4日、オックスフォード大学医療倫理学教授、トニー・ホープ博士の資料より

- コレステロール降下剤を使うと、心筋梗塞による死を死亡率5%（2000人中100人）から、4.95%（2000人中99名）に下げることができる。**一人を一年余分に生かすのに300万。**
- 一方腎移植のような治療では、これを使わないと90%以上の患者が死ぬが、使用すれば90%以上が治癒する。**一人を一年余分に生かすためには800万かかる。**
- 上記のいずれかにしか公的資金を充てることができないとき、どちらに資金を出すべきか？

Priority Forumのアプローチ法

2003年6月4日、オックスフォード大学医療倫理学教授、トニー・ホープ博士の資料より

- 1. 生存が一年延びるごとに(またはQALYごとに)治療費が幾らかかるかを計算
- 2. 上記費用を「基準費用」(250～300万)と比較する。
- 3. 提案された治療法が2よりも安いならば、基本的にOxfordshireが、その治療法を用いた医療に対してお金を払う(したがって患者さんは無料で受けられる)。
- 4. 高い場合は、より多く払う理由があるか、その理由は正当かを検討する。
- 上記4の例: 末期医療(人生最後の日々は特に大切)、障害を持つ人々(特に必要が高い人々である)、他の代替治療がない場合、救済の法則が適応される場合

Needs Theory

- Needs theory is based on the view that some patients have a special claim on resources which rests not on the mere maximization of overall welfare, **but on their greater need of treatment.** The most thoroughly worked out version of needs theory is that of John Rawls, who emphasizes the value of *fairness*. Medical practice should not aim solely to maximize overall patient welfare, because it matters how this well-being is distributed amongst patients. (The Oxford Practice Skills Course Ethics, Law, and Communication Skills in Health Care Education. Oxford University Press, Oxford, 1996.)

Rawlsの2つの正義原理(原則)

(A Theory of Justice, Oxford, Oxford University Press, 1972)

- A principle of liberty (自由原理)
 - 各人は基本的自由に対する平等の権利を持たなくてはならない。そして、基本的自由は、他者の同様な自由と両立する限り、最大限に広範なものでなければならない。

 - A principle of equality (格差原理、機会均等)
 - 社会的不平等や経済的不平等は、以下の2点を実現するために導入されなくてはならない。(不平等は最も恵まれない人々のために役立つ場合正当化される)
 - 1 最も恵まれない人の利益を最大化するため
 - 2 すべての人に開かれている職務と地位に関する公正な機会の均等
- リチャード・ノーマン: 道徳の哲学者たち、訳、なかしにや書房、京都、2001年、特に第11章(功利主義とその対抗説307-349)

無知のベール(veil of ignorance)、ロールズ

- 理性的な個人が、どのような資産やhandicapsを持って生まれてくるか、どのような社会的状況に生まれてくるかを全く知らない状況(無知のベール veil of ignoranceの後ろから)で、どのような構造や制度を持った社会が良いかを合意しなくてはならないとする。
- すると、人は資源や富の入手が人種や社会的階層などのような因子(家族的、階級的背景などの社会的資産や体力、魅力、知性、技術などの自然的資産)に左右されない状況を希望するであろう。つまり、人々は自分が最も恵まれない状況に生まれてきても大丈夫のような社会的制度を希望するであろう。
- リチャード・ノーマン: 道徳の哲学者たち、訳、なかしにや書房、京都、2001年、特に第11章(功利主義とその対抗説307-349)

ニード・セオリーの問題点 (Aaron Ridley)

- 医療資源が本当に稀少であることを、あまり深刻に考えていない。
- どのレベルまでの医療を基本的なものとしてすべての人に供給するか？
- 必要が大きければ、医療効果は考慮にいれないのか？

医療政策上考えるべきこと

- 医療を基本的人権のひとつと考えるべきか？それを支える根拠は何か（正当な社会権？）
- どのレベルまでの医療を基本的なもの（basic minimum）として、すべての人に供給するか？どのように社会的合意に達するか？
- 公的医療保険とプライベート医療保険の2本立てがあってもいいか？わが国の保険医療で自費医療プライベート医療保険を認めた場合の問題点はなにか？

人権 (Human Rights)

- Human rights are a special class of rights, the rights one has by virtue of being a human being (人間がただ人間であることのみに基づいて当然持っている権利). Human rights are predicated on the recognition of the intrinsic value and worth of all human beings. As such, human rights are considered to be universal, vested equally in all persons regardless of their gender, race, nationality, economic status, or social position. Cumulatively human rights represent the minimum for a decent society. (Chapman, AR, Encyclopedia of Science, technology, and Ethics, 2007)
- 自由権 (negative rights 消極的権利) と社会権 (positive rights 積極的権利: 援助を受ける権利、最低限の医療を受ける権利を含む) がある。

基本的人権 (Human rights)

日本国憲法第3章 国民の権利及び義務より

- 国民の生存権、国の生存権保障義務、社会保障義務(**憲法25条**): (国民の健康で文化的な最低限の生活を営む権利)

世界人権宣言

- 社会保障を受ける権利(22)
- 衣食住、医療および必要な社会的施設を含めた、自己及び自己の家族の健康と福利のために、十分な生活水準を享有する権利(25)
- 母と子の特別の保護と援助を受ける権利(25)

救済の規則 (A rule of rescue)

A.R. Jonsen , 1986

- 等しく援助に値し、同じように危険に曝されている患者が多くいる時、不特定多数の人々よりも、仲間意識の対象となっている特定の個人のほうを優先的に救おうとする社会的傾向
- From Wikipedia, the free encyclopedia(http://en.wikipedia.org/wiki/Rule_of_Rescue)
 - 'a perceived duty to save endangered life where possible' (Bochner et al., 1994, pp901)
 - 'the sense of immediate duty that people feel towards those who present themselves to a health service with a serious condition' (Nord et al., 1995b, pp90)
 - 'an ethical imperative to save individual lives even when money might be more efficiently spent to prevent deaths in the larger population'(Doughety, 1993, pp1359)
 - 'the powerful human proclivity to rescue a single identified endangered life, regardless of cost, at the expense of any nameless faces who will therefore be denied health care' (Osborne and Evans, 1994, pp779)

救済の規則の問題点

- 不合理・不公正
- 基準が不適切、些細
- mass mediaが決めてしまうことあり
- 助けられた特定の人々の背後には、死んでしまった名前も知られていない患者がいる
- 経済力も関係

Mader, Bioethical Focus.

Human Biology, 11th edition. McGraw-Hill, 2010

- Quarantined...Could it happen to you? (public health)
- Stem Cell Research
- Cardiovascular disease prevention: Who pays for an unhealthy lifestyle? (resource allocation)
- Bans on smoking (public health)
- Anabolic Steroid Use (enhancement)
- How short is too short? (enhancement VS. treatment)
- Male and female circumcision: Medical option, cultural practice, or child abuse?
- Should infertility be treated?
- Human cloning: Should it be done?
- Selecting children (ART, saviour sibling)
- Preimplantation genetic diagnosis

John Farndon *Do you think you're clever?*

The Oxford and Cambridge Questions, 2009, Icon Books Ltd

- Should someone sell their kidney (Medicine, Cambridge)?
- Should obese people have free NHS treatments (Social and Political Science, Cambridge)?
- What is the point of using NHS money to keep old people alive (Economics, Cambridge)?
- When are people dead (Medicine, Oxford)?

Tony Hope, Julian Savulescu, Judith Hendrick Medical Ethics and Law The Core Curriculum 2nd edition. Churchill Livingstone Elsevier, Oxford, 2008, p209.からの抜粋

- 医療の必要性に関係する患者行動例
 - 喫煙者の肺または心疾患
 - アルコール大量飲酒者の肝不全
 - スポーツによる軟部組織外傷
 - ハンググライディングや混雑した道路でのサイクリングなどに危険な行為による事故
 - 不注意運転による事故
 - 肥満した人の心疾患
 - 注意深く糖尿病をコントロールしなかった人の腎疾患
- 上記患者の資源アクセスの優先順位は低くなるのか？

混合診療禁止は「適法」 最高裁が初判断

asahi.com 2011年10月25日15時12分

- 健康保険が使える保険診療と適用外の自由診療を併用する「混合診療」を原則として禁じている国の政策が適法かが争われた訴訟の上告審判決で、最高裁第三小法廷は25日、「適法」との判断を示した。そのうえで、保険診療分については保険が使える権利の確認を求めた患者の上告を棄却。患者の敗訴が確定した。最高裁が混合診療の適法性について判断を示したのは初めて。結論は裁判官5人全員一致の意見だった。ただ、大谷裁判長ら3人が「補足意見」を、寺田逸郎裁判官が異なる理由を示す「意見」を述べ、それぞれ制度や運用のあり方に問題提起をした。
- 訴えていたのは、神奈川県藤沢市に住む腎臓がん患者の清郷(きよさと)伸人さん(64)。保険適用の「インターフェロン療法」と併せて適用外の「活性化自己リンパ球移入療法」を受けたところ、すべての治療について自己負担を求められたため、「混合診療を禁じる法律的な根拠はないから、インターフェロン分は保険が使える」として提訴した。健康保険法に混合診療を禁じる規定はないが、国は法解釈で禁止してきた。その一方で、1984年の同法改正以降、特定の高度先進医療に限って例外的に混合診療を認めている。
- 第三小法廷は、禁止が「法律から直ちに導かれるとは言えない」と指摘しつつ、法改正の経緯などを踏まえて「医療の安全性・有効性の確保や、財源面での制約から、保険が給付される範囲を合理的に制限するのはやむを得ない」と述べ、国の解釈は妥当と結論づけた。個別意見のうち、弁護士出身の田原睦夫裁判官は「現行法は文言上、他の解釈の余地がある。対象者が広範囲に及ぶ場合、明快な規定が一層求められる」と注文を付けた。裁判官出身の寺田裁判官は「給付を認める基準や運用の合理性に疑問がある」との意見を述べた。

いわゆる「混合医療」問題に対する厚生労働省の基本的な考え方

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryu/heiyou.html>

- 本来は、保険診療により一定の自己負担額において必要な医療が提供されるにもかかわらず、患者に対して保険外の負担を求めることが一般化
 - 患者の負担が不当に拡大するおそれ
- 安全性、有効性等が確認されていない医療が保険診療と併せ実施されてしまう
 - 科学的根拠のない特殊な医療の実施を助長するおそれ

「混合診療」導入で危惧されている点

- 保険診療範囲の縮小
- 自由診療部分の医療の質の低下
- 経済能力による医療へのアクセスの格差
- 医師の説明の仕方による患者の選択への大きな影響

事例4

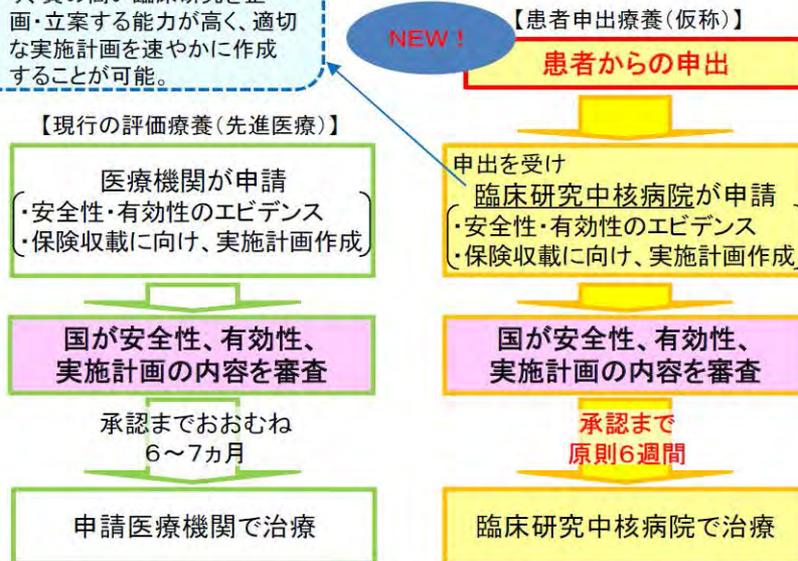
患者申出療養（仮称）

中医協 総-4 参考2
26.10.22

- 保険外併用療養費制度の中に、新たな仕組みとして、「患者申出療養（仮称）」を創設（次期通常国会に関連法案の提出を目指す）。
- 困難な病気と闘う患者からの申出を起点として、国内未承認医薬品等の使用や国内承認済みの医薬品等の適応外使用などを迅速に保険外併用療養として使用できる仕組みとし、患者の治療の選択肢を拡大する。

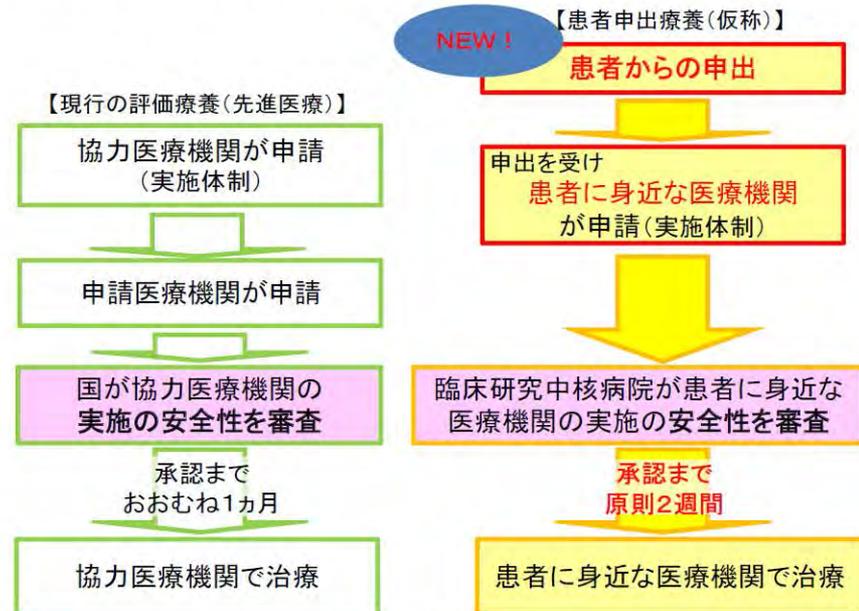
〈患者申出療養（仮称）として初めての治療を実施する場合〉

※臨床研究中核病院は、安全に実施できる体制が整っており、質の高い臨床研究を企画・立案する能力が高く、適切な実施計画を速やかに作成することが可能。



※患者に身近な医療機関を最初から協力医療機関として共同研究の申請をする場合は、その医療機関で受診できるようにする。
 ※6週間を超えて時間を要する場合（論文の分量が多い、医学的判断が分かれる等）、国は理由を付して臨床研究中核病院に通知。

〈既に別の医療機関で患者申出療養（仮称）が実施されている治療を患者に身近な医療機関が実施する場合（共同研究の申請）〉



※既に当該治療について患者申出療養（仮称）を実施している医療機関で2例目以降を実施する場合は、上記の手続きは不要。

○保険収載に向け、治験等に進むための判断ができるよう、実施状況等を報告。安全性や有効性が確立すれば、国民皆保険の下で、保険適用。

○実施計画の対象外の患者からの申出に対しては、臨床研究中核病院で安全性、倫理性等の検討を行った上で国において承認

○具体的な制度の運営のあり方については、施行までに検討

事例4: 未実証(革新的)治療

- 未実証治療は、効果、副作用、安全性、信頼性、潜在的合併症がまだ明確ではない医学的介入であり、研究とは異なり、仮説検証し普遍性を持つ新知識を得るための活動ではなく、個人の患者に医学的利益を与えることを期待して行う。(Zlotnik, et al. Innovation in medical care: exsmple from surgery. The Cambridge Textbook of Bioethics, Cambridge University Press, 2008, Singer PA, Viens AM, edition. P194-200.)
- 最近我が国では、本来臨床研究として実施すべき医療行為が倫理審査委員会の審査を経ずに担当医の判断によって実施され、重大な有害事象が報告された結果、臨床研究や高度な医療の実施に関して国民が不安と疑念を抱く不幸な事態となっている(国立大学附属病院における職業倫理、診療体制、及びに、医療安全に関する緊急提言、平成27年6月19日 国立大学附属病院長会議)。

事例4: 未実証治療

- 未実証の医学的介入の実施を検討する場合には、患者が深刻な医学的状态(死の危険や重度の障害が生じる可能性のあること、他に選択肢がないこと(最後のチャンス)、当該方法を対象にした臨床研究がないこと、利益が害を上回る可能性が高い可能性で想定されることが必須である (Walker, et al. Ethical Justification for access to unproved medical interventions: An argument for (limited) patient obligations. The American Journal of Bioethics 2014; 14: 3-15.)。
- さらに結果報告義務、インフォームド・コンセントのあり方、倫理審査の必要性、大きな不確実性、害の可能性、患者の心理と誤解、そして費用支払者などが、十分事前に検討されなければならない(国立大学附属病院長会議)。新しい、革新的だからと言って、それが必ずしもより良いとは限らないことは、研究者も患者も忘れてならない (Peter Angelos Surgical ethics and the challenge of surgical innovation. The American Journal of Surgery. 2014; 208: 881-885)。

医療に対する権利は存在するか、その権利には何が含まれるか

(Norman Daniels, Is there a right to health care and, if so, what does it encompass? In Kuhse and Singer ed., A companion to Bioethics, 1998, Blackwell Publishers, Oxford)

- 公正な医療は万人が全く同じ医療を受けることか、それとも階段式、層状医療システムでも公正といえるか。
- 答えは国家ごと違うようだ。
- 基本的な社会の責務は、みんなに正常機能を促進させ機会均等を守るための一層 (a tier of) の医療を提供することである。医療は唯一の価値 (たとえば教育ももうひとつの重大な価値) ではないので、社会からの医療への資源提供は限られたもの。
- 機会費用 (opportunity cost、逸失利益) も考慮にいれた基本層での医療サービスメニューの選定

医療に対する権利は存在するか、その権利には何が含まれるか

(Norman Daniels, Is there a right to health care and, if so, what does it encompass? In Kuhse and Singer ed., A companion to Bioethics, 1998, Blackwell Publishers, Oxford)

- 税金を払った後のお金で、裕福な人々がよりよい医療を受けてどこがいけないのか。
- 反論：追加層を許すと、基本層を経済的政策的に損なう。→この反論は重要で、これが現実起きたときは、基本層の充実を優先すべき。基本層が適切に維持されるなら、層状医療システムを持つ社会は、人々の自由をひどい形で制限することを避けることができる。
- 第二の反論：層状医療によってもたらされる結果としての不平等が生じる。→基本層が適切かつ十分で、複数構造の医療の結果生じる不平等に道義的な問題がなければ、層状医療に問題はないと考えられる。ここには平等と自由の葛藤がある。

医療制度の3つのタイプ: 加藤梨里

Lify/jp http://lify.jp/contents/health/index.php?p_no=0002

- 1. 国営医療モデル: 税金を財源とし、医療サービスの提供者は公的機関が中心。例) 英、カナダ、スウェーデンなど
- 2. 社会保険モデル: 社会保険を財源とし、医療サービスの提供者には公的機関と民間機関が混在する。例) 日本、ドイツ、フランス、オランダなど
- 3. 市場モデル: 民間保険を財源とし、医療サービスも民間機関が中心に提供する。例) アメリカ
- 各国の医療制度は3タイプをミックス(厚労省資料参照)

事例5:救急車を有料化すべきか？ タクシー代わりの救急車使用(救急車の「私物化」)

- 我が国の総務省は、救急車の救急出動件数が2008年に510万件あり、過去10年間で38%増加しており、救急隊の現場到着時間も病院収容時間も遅延傾向にあり、このままでは、真に緊急を要する人への対応が遅れ、救命率に影響が出る恐れがあると広報している。同省によれば救急搬送された患者の50.8%が軽症と判定されていた。
 - (総務省消防庁「救急車の適正な使用について」
http://www.fdma.go.jp/html/new/kyukyu_riyou.html)。酔っ払い突き指、打撲、切り傷などでの使用も報告されている(岩見沢保健センターの広報
<http://www.city.iwamizawa.hokkaido.jp/ikou/i/kenkou/hoken/back/file/kyukyusya.pdf>)
- 「緊急性のある症状ではないが、救急車だと早く診察してもらえる。」「今日、受診予約を入れているので救急車で連れて行ってほしい。」「病院へ行きたいが、自家用車がない。」「タクシーだとお金がかかる。」「診察が終わったあと自宅まで送って欲しい。」などの理由による使用がある
 - (消防本部 常陸大宮 第62回FDH119 救急車はタクシーではありません！！
広報 常陸大宮 2011年3月)。
 - http://www.city.hitachiomiya.lg.jp/data/doc/1354171289_doc_10_6.pdf
- 「蚊に刺され」「日焼けでヒリヒリ」「病院で長く待つのが面倒」などもある(2015.5.13 22:00 産経デジタル)。

「タクシー代わり」救急車使用の問題点

- 他の市民や医療体制への害の可能性
- 医学的に不十分な診療体制
- アンフェアな行為：自己都合使用だった場合、貴重な公共の社会資源を私的に濫用

「軽症患者や緊急性のない病状の患者が、救急車使用をした場合は追加課金する、または救急医療使用一律に追加課金をして、重症者には返済」という方針の問題点

- 広く受け入れられた重症度判定基準がない。
- 判定者への時間的・心理的負担が増し、また返金する場合には事務量が増す。判定ミスもあり得るし、判定に対して意義を申し立てる患者や家族もいるだろう。トラブルが増す可能性は大きく、ただでさえ多忙な救急外来はさらに混乱するだろう。アルコール中毒者やホームレス患者に対する判定者の偏見も入る可能性がある。
- 第三に、経済的に苦しい立場の人は、たとえ重症でも医療の使用を控える可能性は小さくない。
- 第四に追徴金の金額設定が低すぎれば不適切使用に対する抑止力は低下し、逆に高すぎれば救急医療が必要だが経済的に苦しい人々が使用を控えるだろう。市民が自分の重症度を正確に認識できるとは限らない。また経済的に余裕のある市民は追加課金にかかわらず不適切利用を繰り返すかもしれない。
- 第五に判定のタイミングを決めることも困難である。受診時軽症だったとしても、帰宅後重症化し、後から心筋梗塞やくも膜下出血だと診断されることもある。
- 救急医療に対する一律の課金は？：これは市民の経済的状況によっては、重症者が受診を控えかねず、助けられた命を失うことになるため返金制度よりも、いっそう大きな問題がある。
- 「金を払っているからいいだろう！」という、不適切な濫用が逆に増える。

復習：医療における公平性の理論

R. Pegoraro, et al. ed. Hospital Based Ethics (藤野昭弘監訳、2011)

- 個人の自由の理論：患者には健康に対する必然的「権利」はない。医療は患者と医療提供者の個人的な契約。受けた医療の質と量は、患者の支払い能力に左右される。
- 功利主義理論：功利性最大化、「最大多数の最大幸福」、個人より多くの人々の利益を優先。
- 平等主義理論：「健康の権利」を基礎とする。万人がアクセス可能な医療

Ethical considerations for priority setting

MEDICAL ETHICS TODAY, 2004, BMJ

- need
- welfare maximization
- clinical effectiveness
- relative cost effectiveness
- equity
- Individual rights
- patient choice
- communication and public involvement
- transparency and rationality of decision making

Singer PA, Viens AM, edition. The Cambridge Textbook of Bioethics,
Cambridge University Press, 2008, p253
Martin DK, Gibson JL, Singer PA. Priority Setting

- The four conditions of “accountability for reasonableness” (Daniels & Sabin)
 - Relevance: 「公正な心を持った」人々が重要だと合意できる理由に基づいた決定であること。「公正な心を持った」人々は、彼らがお互いに正当化できる条件に従って協働することを求める。
 - Publicity: 優先順位の理論的根拠が公にされている
 - Revision: 異議申し立てなどによる改訂の仕組み
 - Enforcement: 組織の長は(上記の)他の公正さの条件が満たされていることを保障すること

本セッションのまとめ

- 医療専門職は担当患者だけでなく、他の患者、一般市民、社会に対する責任もある
- 正義への唯一正しいアプローチ法は存在せず、手続き的正義が重要となる
- ベッドサイドでの個人的で恣意的な配分はさけるべきである
- 配分決定には十分な理論的根拠を持ち、適切なプロセスを踏むことが大切である
- 施設は稀少医療資源の配分方針を定めておくことが大切である
- 医療資源配分のあり方および適切な医療制度を考えるにあたっては、様々な正義に関わる理論と共に、医療に関わる人権に配慮する必要がある

医療資源配分と医療制度に関わる映画作品

• マクロ・アロケーション

- ニール・ブロムカンプ監督『エリジウム』(2013年、米国): 国家医療制度
- スティーブン・ソダバーグ監督『コンテイジョン』(2011年、米国): ワクチン
- ミゲル・サボチニク監督『レポマン』(2009年、米国): 人工臓器
- マイケル・ムーア監督『シッコ』(2007年、米国): 米国医療制度
- ミミ・レダー監督『デープ・インパクト』(1998年、米国): 「救命ボート」問題

• メゾ・アロケーション

- ニック・カサヴェテス監督『ジョンQ』(2002年、米国): 米国医療制度
- スティーブン・スピルバーグ監督『プライベート・ライアン』(1998年、米国): 「救済の法則」
- 今村昌平『楢山節考』(1983年、日本): 姥捨て山

• ミクロ・アロケーション

- 瀬々敬久監督『感染列島』(2009年、日本): トリアージ、生命維持装置
- 坂本順治監督『闇の子供たち』(2008年、日本): 臓器売買
- ジョン・ギラーミン監督『タワーリング・インフェルノ』(1974年、米国): 脱出優先順位

事例6 資源配分と価値判断

- 「神の委員会」が今から会議を開いて6名の慢性腎不全患者からひとりを透析治療患者として選ばなければならない。患者は
 - 1) 3児の母である主婦、
 - 2) 49歳で寝たきりになっている若年性アルツハイマー型認知症患者、
 - 3) 90歳の意識清明で認知症のない健康な高齢者患者、
 - 4) 何回も自殺未遂を繰り返している慢性難治性うつ病患者、
 - 5) 不可逆的深昏睡状態患者、
 - 6) 連続殺人犯で終身刑が決定している囚人の6名である。
- 彼ら6人の内から、どの一人を透析治療候補者として選ぶべきだろうか。その判断は許される価値判断になるのだろうか。

因子/患者	意識	自己意識	快不快感受能力	生の希求	人権	余命	「社会的価値」?
3児の母	あり	あり	あり	あり	あり	十分長い	ポジティブ
認知症患者	あり	なし?	あり	なし?	あり	やや短い	ポジティブ
90歳健康者	あり	あり	あり	あり	あり	短い	ポジティブ
自殺未遂患者	あり	あり	幸福感なし?	なし?	あり	短い?	ポジティブ
深昏睡患者	なし	なし	なし	なし	あり	短い	ポジティブ
連続殺人犯	あり	あり	あり	あり	あり	十分長い	ネガティブ?

事例7 少人数グループ議論のための事例

Wightman A, Largent E, Del Beccaro, Lantos D, Who should get the last PICU Bed? Pediatrics 2014;133:907-912から抜粋

- **TN** 12才女児 扁桃摘出術予定 21トリソミーと肥満、重症睡眠時無呼吸症候群、術後ICU入院必要、今までICU満床のため数回手術中止、肺高血圧合併リスク高い、家族懸念
- **BH** 12か月男児 舟形頭蓋奇形、矯正手術、術後ICU入院必要、今までICU満床のため数回手術中止、家族も診療チームも懸念が大きくなっている。
- **LM** 2才女児 数か月PICU入院している、原因不明の進行性神経障害、呼吸不全、重度意識障害、重度徐脈と心停止を繰り返し30-60秒の心臓マッサージ必要、チームはDNARを家族に薦めるが家族は拒否。
- **SC** 9週女児 数か月PICU入院している、トリソミー18、重症先天性心疾患、手術および移植対象にならない。チームは緩和ケア病棟への転棟を家族に薦めるが、家族は繰り返し拒否
- チームメンバーは死にかけている患者に「無益な」治療を提供する一方、同治療が必要な患者の受け入れ(TN、BH、何名かの他の患児は他施設のICUに送られている)を断っていることに懸念を持っている。ICUリーダーは倫理委員会に、延命治療の中止の決定に際して、資源配分を考慮することは適切か否かを尋ねた…

医療事故調査と「手続的保障」

弁護士法人御堂筋法律事務所
大阪事務所
弁護士 山崎 祥光



本セッションの目標

・一般目標

- 医療事故調査と調査結果の取扱いの倫理的問題を認識し、個別の事例に応じて適切に対応できる

・到達目標

- 医療事故調査制度（現行）の概要を理解する
- 医療事故調査とその調査結果の取扱いにより人権侵害が起こることを理解する
- 医療事故調査の際に注意が必要な人権の種類と内容を理解する
- 人権保護のために、特に適正手続・手続的保障が重要であることを理解する
- 各事例に応じてどのようにバランスを取るべきかを検討して対応できる



目次

1. 基本知識と問題提起

- ・新医療事故調査制度の概要
- ・過去の医療事故調査での人権侵害
- ・医療事故調査と名誉毀損
- ・憲法が定める人権と適正手続（真実と人権）
- ・他分野でのデュープロセス
- ・医療事故調査と適正手続

2. 事例検討

3. 全体討議・まとめ



法と倫理(法的効果)

1. 法的効果発生には法律が必要

- ・法的効果が発生するためには根拠となる法律が必要⇔単なる倫理的義務には法的義務はない(不法行為などの解釈で「法的義務あり」とされるケースはある)
- ・法定の「要件」がそろった際に「法的効果」が発生

2. 法律と倫理の関係(法的効果の場面)

- ・立法(法律の制定)の場面で法律に倫理的な考え方を反映
 - 制定される法律は倫理的に共有される価値を具体化したものであったり(殺人罪など),立法の段階で倫理的な視点での議論を経ている(尊厳死の法制化を巡る議論など)
- ・法律の解釈の場面で倫理的な考慮をする
 - 法律の条文は必ずしも明確ではなく,解釈が必要。解釈の場面では倫理的な考慮も含まれる。



新事故調査制度の概要

医療法改正，H27.10施行。新しい事故調査制度が導入
→これまでは「任意」の制度だったが，今後は法律が根拠

ポイント①目的・対象

- ・目的は「医療の安全の確保のため」のみ（医療法第3章「医療の安全の確保」第1節「医療の安全の確保のための措置」，通知）
- ・管理者に報告義務（罰則はなし。医療法第6条の10第1項）
- ・①予期しなかった死亡 かつ
- ②提供した医療に起因し又は起因すると疑われる死亡
 の場合のみ報告義務（医療法第6条の10第1項）
- ・報告対象に当たるか判断するに当たり，関与した医療従事者から十分事情を聴取したうえで組織として判断（通知）



新事故調査制度の概要

ポイント②調査内容

- ・調査は院内が中心で、調査方法は管理者が必要なものを選択（医療法6条の11第1項，規則1条の10の4第1項）
- ・原因を明らかにするために必要な調査を行う（医療法6条の11第1項）
→必ずしも原因が明らかになるとは限らないことに留意（通知）
- ・再発防止は可能な限り調査の中で検討することが望ましいが、必ずしも再発防止策が得られるとは限らないことに留意（通知）
- ・調査結果報告等「非識別化」が必要（規則1条の10の4第2項柱書，3項）
- ・医療事故調査・支援センターは集積した情報に対する分析に基づき、一般化・普遍化した報告をすることが主たる任務（医療法6条の16第1号，通知）



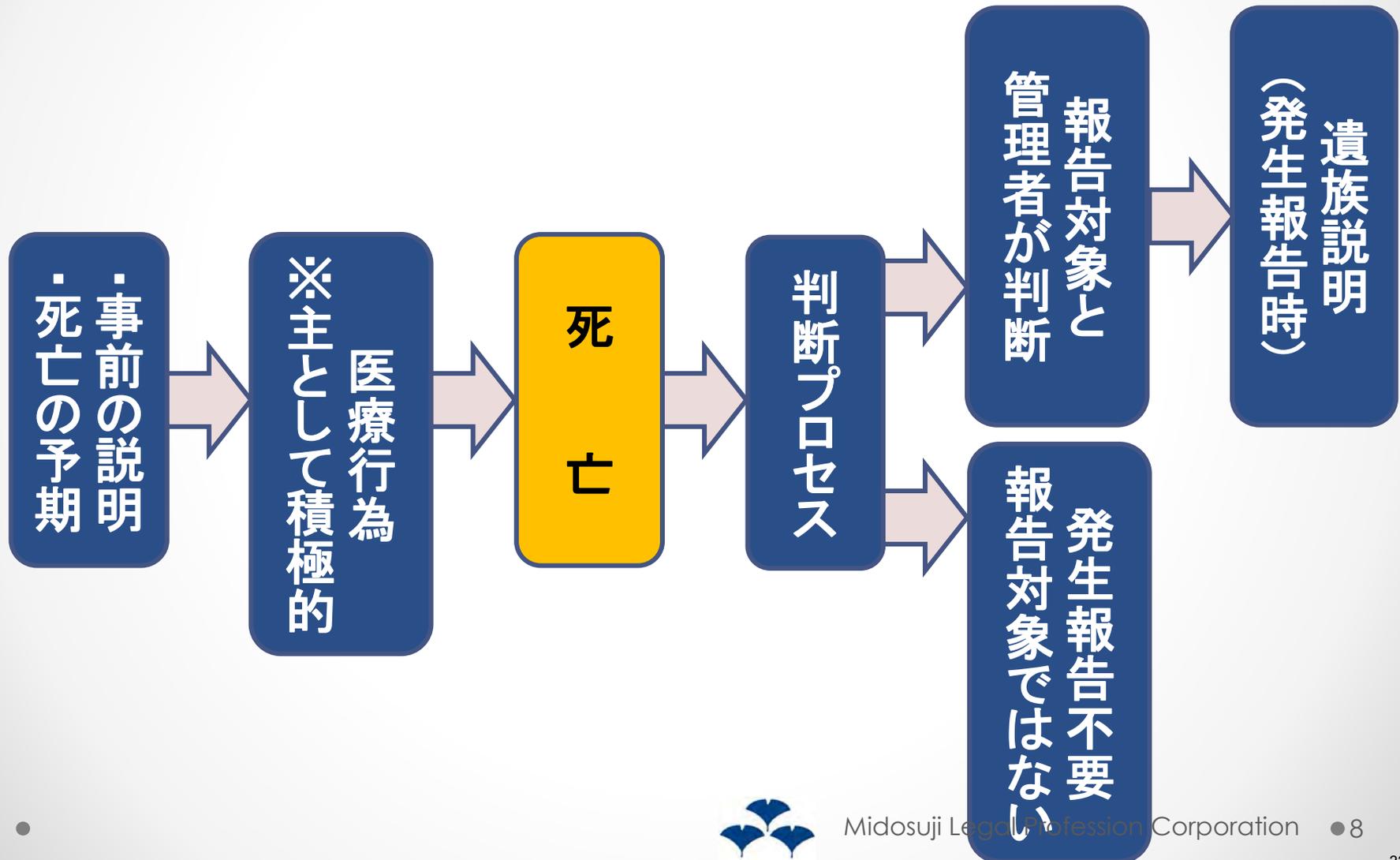
新事故調査制度の概要

ポイント③守秘義務

- ・医療機関・医療従事者は刑法上，各業法上，医療機関設置母体の法律・規約・契約もしくは診療契約に伴う守秘義務を負う
- ・医療事故調査・支援センター役員職員は退職後も含め守秘義務(医療法6条の21)
- ・医療事故調査等支援団体の役員職員も退職後を含め守秘義務(医療法6条の22条2項)
- ・管理者から相談を受けたセンター又は支援団体は，記録を残す際等，秘匿性を担保すること(通知)
- ・調査結果報告等「非識別化」が必要(規則1条の10の4第2項柱書，3項)
- ・調査結果公表の規定はなし！(調査拒絶の場合の公表のみ)
- ・訴訟等責任追及手続での利用を禁じる規定なし。



新事故調査制度の概要



新事故調査制度の概要



過去の医療事故調査での悪影響①

事故調査報告書と公表の問題点

いわゆる「大野病院事件」

※ (判決以外の情報はH23.7.24日医総研シンポジウムより)

福島県立大野病院

平成16年12月帝王切開手術中の母体死亡

平成17年3月県が事故調査報告書を「公表」、
「医療ミスを認めて」謝罪した

平成18年2月 主治医逮捕

平成20年8月刑事訴訟で主治医 無罪(確定)

業務上過失致死傷罪等の刑事



過去の医療事故調査での人権侵害①

事故調査と公表の問題

いわゆる「大野病院事件」

1. 内容の問題

「用手的に胎盤剥離困難の時点で癒着胎盤と考え、クーパーを使用する前に剥離を止め子宮摘出に直ちに進むべきであった」、との結論

→委員には癒着胎盤の経験がどの程度あったか？

→刑事訴訟では、複数の専門家(癒着胎盤の経験も含めて)が、癒着胎盤の剥離を継続する、との意見を述べた。裁判所は、「胎盤剥離を中止するとの一般的あるいは通有性のある医学的準則はない」と判断



過去の医療事故調査での人権侵害①

事故調査と公表の問題

2. 手続の問題

『「これでは僕が逮捕されてしまいます」と、病院の方に話をしたのですが、「ご遺族が補償を受けられるように、このような書き方になりました」と返答されました』

→修正されず <https://www.m3.com/news/iryoishin/139726>

3. 公表の問題

- ・「事故防止対策を検討することを目的」のはずなのに公表
- ・会見の場で「過失があった」として謝罪したようである(なぜ、誰に?)。
- ・この報告書が契機になって刑事捜査・逮捕に至ったといわれる



過去の医療事故調査での悪影響②

事故調査と公表の問題

いわゆる「女子医大人工心肺事件」

※判決以外の情報は佐藤一樹(2009), 被告人の視点から見た
医療司法問題の実際 診療研究447, 5-15.

平成13年3月人工心肺を使用した心臓手術中に
人工心肺脱血不良が生じ, 死亡

平成13年10月大学が事故調査報告書を作成

平成14年6月人工心肺操作担当医逮捕

平成17年11月刑事訴訟で主治医無罪(平成21
年3月の控訴審判決を経て確定)



過去の医療事故調査での人権侵害②

事故調査と公表の問題

1. 内容の問題

「人工心肺を高回転にしたことで脱血不良となった，人工心肺操作担当医が人工心肺回転数を上げることにより生じる問題につき全く認識していなかったことが悲劇を生んだ最大の要因」との結論

→委員に心臓血管外科医おらず。

→刑事訴訟では，専門家（心臓血管外科医も含めて）の意見や文献，実験を踏まえ，過失を否定。

（一審はフィルター水滴が原因，控訴審は脱血カニューレ位置不良等による脱血不良等が原因と判断）

→執刀医は証拠隠滅罪で有罪



過去の医療事故調査での人権侵害②

事故調査と公表の問題

1. 内容の問題(続き)

→委員長自身「結論には根拠はない」と訴訟で証言
→最終的に人工心肺操作担当医と大学・委員長の間の訴訟で大学らは「調査報告書に担当医による人工心肺の操作が患者の死亡原因であるかのような誤った記載内容があったことを認め、そのことを契機として、担当医が7年間に及ぶ刑事裁判で刑事被告人の地位におかれ、心臓外科医としてのキャリアを失うなど重大な苦痛を受けるに至ったことについて衷心から謝罪する」との文言で和解



過去の医療事故調査での人権侵害②

事故調査と公表の問題

2. 手続の問題

内容につき確認・反論の機会なし。遺族に交付後に人工心肺操作担当医に交付

3. 公表の問題

- ・遺族に報告書交付し(不公表の念書を交わしたり第三者に渡すことを厳禁することはなかった), 遺族が報道機関にコピー渡した。
- ・この報告書が契機になって刑事捜査・逮捕に至ったといわれる



医療事故調査による 医療従事者に対する名誉棄損

いわゆる女子医大人工心肺事件

1. 一審東京地裁平成22年8月24日判決

(1) 原告：人工心肺操作担当医

(2) 被告：大学，事故調査委員会委員長

(3) 請求：原告に過失があるという誤った調査報告を作成して公表したことにより名誉を棄損され多大な精神的苦痛を被ったとして損害賠償請求

→不法行為に当たるか否かの判断の場面で事故調査・懲戒手続の適切性が問題に



医療事故調査による 医療従事者に対する名誉棄損

(4) 裁判所判断

ア 社会的評価の低下の有無

「本件調査報告は、最も難易度の低い類型の手術において、原告の初歩的な過失に起因して、被害者の死亡という重大な結果を招いた言う事実を指摘するものであるから、原告の社会的評価を低下させることが明らか」

イ 公表の有無

「委員長は、本件調査報告を被害者の遺族に交付した際、第三者に渡さないでほしいと念を押したただけであり、これを厳禁したり不公表の念書を交わしたりした形跡がないから、直ちに伝播可能性を否定することはできない(本件調査報告のような内部資料が第三者等の名誉毀損等の危険を有する場合は、作成者は、その内容が伝播しないように細心の注意を要するものと考えられる)」



医療事故調査による 医療従事者に対する名誉棄損

2. 控訴審→和解で終結

①大学及び委員長が人工心肺操作担当医との間で「調査報告書に担当医による人工心肺の操作が患者の死亡原因であるかのような誤った記載内容があったことを認め、そのことを契機として、担当医が7年間に及ぶ刑事裁判で刑事被告人の地位におかれ、心臓外科医としてのキャリアを失うなど重大な苦痛を受けるに至ったことについて衷心から謝罪する」

②大学らは紛争を話し合いにより円満に解決するための金員として、連帯して200万円の支払義務のあることを認める。

⇒裁判所での和解は、通常は判決内容をベースに行う。ただし状況によってはより妥当な解決で説得する場合あり(時効成立についてはさておき、高裁は本件で違法性阻却はされないと考えていたと推測される)



医療事故調査の悪影響

1. 内容の問題

→外部の医師を含めて調査しても必ずしも正しい結果ではない

→しかし、一般的に、医療事故調査が専門家の委員会で行なわれた場合、特に責任や問題を認める結論だと信用されやすい

2. 手続の問題

→実質的に不利益を与えているのに反論の機会が与えられていない

3. 公表の問題

→根拠なく公表されることは患者・家族との関係でも、医療従事者との関係でも許されない

4. 医療従事者が負う不利益

⇒特定の医療従事者に問題があるかのようなラベリング

⇒名指しされた医療従事者が刑事捜査・訴訟にさらされる

(2年半～7年近くかかって刑事無罪。専門家の事故調査結果を覆すのは非常に大変)

- ・患者・家族からの損害賠償のリスク
- ・懲戒解雇等のリスク
- ・医療従事者としてのキャリアが損なわれる



問題提起

- ・事故調査で「真実」を発見できるのか
- ・事故調査自体が医療者の人権侵害になりうる
- ・「真実」発見と人権侵害のバランスをどうやってとるのか



歴史的には犯罪捜査で真実発見のために拷問などもなされ、冤罪も多く生まれたとされる。正しい目的であっても「適正手続」を守ることが必要



問題の検討

1. 法律上の根拠

- ・改正医療法は医療事故調査の手法や手続について管理者裁量に委ね、明確な規定はない
- ・法律上は刑事・民事での名誉毀損、その他の不法行為が問題となるが事案ごとの判断

2. 法律の解釈

- ・他の法律の枠組みを参考に解釈する
 - 本件では憲法上の権利・適正手続の要請が重要。懲戒処分に関しても適正手続が要請されている
- ・解釈の際には倫理的な考慮も含まれる



憲法31条「適正手続」

憲法31条:「何人も、法律の定める手続によらなければ、その生命もしくは自由を奪はれ、又はその他の刑罰を科せられない」

→アメリカ合衆国「法の適正な手続(デュー・プロセス・オブ・ロー)」条項に由来するといわれる

→デュー・プロセスの起源はマグナ・カルタ「いかなる自由人も、土地の法によらなければ、逮捕監禁、差押、法外放置、追放を受け、またはその他の方法で侵害を受けない」

⇒ 犯罪捜査での「適正手続」の根本



憲法31条「適正手続」

1. 手続適正

- ① 手続が法律で定められなければならないこと
- ② 法律で定められた手続が適正であること

※ 特に告知と聴聞を受ける権利

→ 公権力が国民に刑罰その他の不利益を課す場合には当事者にあらかじめその内容を告知し、当事者に弁解と防御の機会を与えなければならない



憲法31条「適正手続」

2. 実体適正

- ③ 実体も法律で定められなければならない
(罪刑法定主義)
- ④ 法律で定められた実体が適正であること
 - 明確性の原則
 - 規制の内容の合理性
 - 罪刑の均衡の原則
 - 不当な差別の禁止



「黙秘権」「自己負罪拒否特権」

憲法38条

1項:「何人も、自己に不利益な供述を強要されない」

2項:「強制、拷問若しくは脅迫による自白又は不当に長く抑留若しくは拘禁された後の自白は、これを証拠とすることができない」

3項:「何人も、自己に不利益な唯一の証拠が本人の自白である場合には、有罪とされ、又は刑罰を科せられない」

→「不利益な供述」を拒める

→任意でない自白は証拠とできない

→自白のみで有罪にならない



その他の憲法上の権利

憲法35条(令状主義)

1項:何人も、その住居、書類及び所持品について、侵入、
搜索及び押収を受けることのない権利は、第三十三条の
場合を除いては、正当な理由に基いて発せられ、且つ搜
索する場所及び押収する物を明示する令状がなければ、
侵されない。

2項:搜索又は押収は、権限を有する司法官憲が発する
各別の令状により、これを行ふ。

⇒強制処分(逮捕、住居書類所持品等に対する侵入搜索
及び押収)をするには裁判官の発布する令状が必要。

⇒司法審査＋侵害の範囲の明示(被疑事実も記載)



その他の憲法上の権利

憲法37条

2項(証人審問権・喚問権): 刑事被告人は、すべての証人に対して審問する機会を充分に与へられ、又、公費で自己のために強制的な手続により証人を求める権利を有する。

→特に「反対尋問」が重要。刑訴法157条1項3項

3項(弁護人依頼権): 刑事被告人は、いかなる場合にも、資格を有する弁護人を依頼することができる。被告人が自らこれを依頼することができないときは、国でこれを附する。

刑事訴訟法30条1項: 被告人又は被疑者は、いつでも弁護人を選任することができる。



その他の憲法上の権利

憲法39条

前段(事後法・遡求処罰の禁止): 何人も、実行の時に適法であつた行為又は既に無罪とされた行為については、刑事上の責任を問はれない。

後段(一事不再理): 又、同一の犯罪について、重ねて刑事上の責任を問はれない。



憲法上の権利は他分野で保障されるか

憲法上の権利は「国と国民の間」



他の分野では保障されない？



権力による人権侵害の場面で憲法31条の趣旨から適正手続が求められる(内容はケースバイケース)

※憲法は倫理的にも核心に当たる権利を明文化したもの

※法解釈の場面で他の法律を参考にする



他分野での 適正手続・デュープロセスの適用

懲戒処分

→懲戒処分の分野でも適正手続が求められる

1. 実体的適正

- ・明確性の原則(就業規則等)
- ・事後法・不遡求の原則(就業規則等)
- ・二重処分の禁止
- ・比例原則(行った行為の性質や態様に照らして相当な処分)
- ・公平の原則(他の人と平等に)



他分野での 適正手続・デュープロセスの適用

懲戒処分

2. 手続的適正

- ・ 弁明の機会の付与
- ・ 賞罰（懲戒）委員会の開催
- ・ 労働組合との協議

など

◎ 手続に瑕疵がある場合懲戒処分が無効となりうる。

→ 就業規則にある懲戒委員会の設置や弁明の機会付与をしない懲戒解雇は無効



他分野での 適正手続・デュープロセスの適用

懲戒処分

3. 公表の可否

会社内での公表だとしても、本人の名誉・信用への配慮も必要で、公表していいか、公表の範囲に制限があり、表現も必要最小限度である必要。

(東京地判昭和52年12月19日, 判タ362.259)

4. 調査に応じる義務

企業秩序違反事件の調査について労働者が協力義務を負うのは、①他の労働者に対する指導監督などが職務の労働者の場合や、②違反行為の性質・内容などから労務提供義務を履行するうえで必要かつ合理的(最三小判昭和52年12月13日)



医療事故調査での適正手続

1. 適正手続の必要性

→医療事故調査で明文上適正手続規定はないが

- ・病院組織が職員である医療従事者に対して調査するという一種の権力関係
- ・調査自体や調査結果の扱いで医療従事者の人権侵害が生じる

→刑事処分や懲戒処分にも類似し、人権保護の必要性

2. どのような手続が必要か

→明文はなく、権利ごと、事案ごとの個別の解釈になる。

- ・弁明の機会・反論の機会は必須であろう
- ・黙秘権も認められる
- ・それ以外の権利はケースバイケースか



事例検討



事例の概要

1. 事案概要

- ・急性心筋梗塞の患者に緊急カテーテル治療実施
- ・術前に、死亡のリスクもあることを説明の上同意を得た
- ・カテーテル中に冠動脈解離(手技に問題がなくても一定の確率で生じる合併症とされる)、治療するも死亡
- ・主治医・術者は循環器内科医、経験15年(心カテーテル経験豊富)

2. 任意の事故調査の開始

- ・術前に死亡リスクの説明があり「予期した死亡」に当たり、新事故調の報告対象ではない
- ・医療安全のために任意に事故調査をすることに



事例の概要

前提(刑事告訴):

遺族が主治医を被疑者として刑事告訴をした

主治医が調査拒否:

主治医は、「調査の結果は責任追及に使われるのでしょうか？大野病院事件のことも知っています。」「調査結果を公表しない、警察にも渡さない、というのでなければ一切調査には応じたくありません。」と調査に応じることを拒否しました。



事例の概要

手技についての評価

- ・同じ病院の心臓血管外科医が「カテーテルの映像を見たが、手技が乱暴だ。そのせいで解離したのではないか」と言っています。
- ・主治医は、「普通に丁寧にやっていますが…。何と比較して乱暴だとおっしゃっているのでしょうか…」と答えています。



検討事項

検討事項①【検討時間20分】

病院として主治医にどのように対応しますか。

検討事項②【検討時間20分】

病院として手技についてどのように評価しますか。



検討方法・内容

1. 検討の目的

- ・手続的保障とはどのようなものでしょうか。回答を強制してよいのでしょうか。具体的な事例からジレンマを感じてみてください。
- ・弁明の機会・反論の機会を与えるとはどういうことでしょうか？ 事例からジレンマを感じてみてください



事例検討



適切な医療事故調査のために どうすべきか(参考制度)

1. 民事訴訟手続

①内容適正のための努力

- ・当事者主義で, 双方が自らの利益のために努力
- 裁判所は原則として自ら証拠集めはせず, 当事者が出した証拠のみ
- ・必要な当事者は証人として呼ぶことができる(ただし裁判所判断)
- ・意見書・鑑定等の専門家知見確保の手段
- 顕名であることが大前提。当該分野での経歴, 経験がどの程度豊富であるかを重視。
- 当事者との関係は多少考慮するが, それよりも自身の知識と経験に基づいて, 専門家として真摯に意見を述べているかが重要

②手続

- ・公開の法廷での証言と, 反対尋問の機会の確保

2. 刑事訴訟手続

民事と基本的には同様, それに加えて「黙秘権」



適切な医療事故調査のために どうすべきか(参考制度)

3. 海外制度(事故に関する専門家知見)

- ・ドイツでの医師会調停・鑑定制度
- ・フランスのCRCI(医療事故調停補償地域委員会)への補償申立て
- ・アメリカ・州ごとのメディカルパネル

⇒いずれも「紛争解決」「補償」のための制度

・アメリカ合衆国患者安全と質向上法(42 U.S.C. 299 et. seq.; P.L. 109-41)医療安全資料が原則として責任追及手続の証拠とならないことを定めた

・アメリカ合衆国でのピアレビュー促進法(42 USC Ch. 117)

→医療機関が、勤務する医師の診療権限を制限する際のピアレビューにおいて、事実収集や告知と聴聞手続を経るなど一定の要件を満たせば「レビューをする医師が名誉毀損・不正競争防止での損害賠償責任を負わない」



適切な医療事故調査のために どうすべきか(結論)

1. 内容が適切になるために

- ・前提となる客観的事実を合理的に収集する
- ・問題となる分野での専門知識を確保する
 - ・文献の確認
 - ・知識・経験を有する専門家の確保

2. 適正手続・手続的保障

- ・調査・検討の対象は目的との関係で適切に(目的外利用も禁止)
- ・ヒアリングの際には調査の目的が何であるか、「調査の結果がどのように用いられるのか」を事前に伝える(内部資料は厳密に保護)
- ・事前告知(特に不利益な内容の場合)
- ・反論の機会を与える(特に不利益な内容の場合)
- ・あくまでも任意



専門分野に特化した倫理問題

- | | | |
|---------|---------|-------|
| 1 外科 | 2 高齢者医療 | 3 精神科 |
| 4 ゲノム医療 | 5 感染症 | 6 小児科 |

1 外科治療の倫理問題

109歳女性に外科手術し成功、国内最高齢か 大阪・高槻

2012.3.13 12:54産経ニュース

- 重症の虫垂炎となった109歳の女性が、大阪府高槻市の病院で手術を受け成功したことが13日、分かった。同病院は「報告がある限りでは国内最高齢での外科手術ではないか」としている。
- 女性は同市在住で明治35年10月生まれ。執刀した医師によると、女性は2月22日、腹痛や高熱、吐き気を訴え来院。急性虫垂炎と診断された。高齢の患者は心肺機能が低下しており、麻酔や手術に耐えられるかが問題となる。このため、通常は30分～1時間かかる手術を25分で終えた。
- 女性さんは術後「傷口が痛い」などと言っていたが、順調に回復し3月8日に退院。見送りに来た医師や看護師に「麻酔でなんも分からなかった。退院できて気持ちいい」と話し、笑いを振りまいた。

Surgical Ethics-外科治療における大きな倫理的問題

Lo, B. 2000, James Andrews and Larry Zaroff, 2008, Angelos, 2014.

- 1 患者－外科医関係: 信託関係、**究極の信頼**の存在 (患者は手術中、外科チームに完全に依存している。他科との大きな違い)
- 2 インフォームド・コンセントと情報開示: **相互信頼と方針決定における共同責任**を涵養。誰が手術をするのか (レジデント、医学生、その他の関係者の役割)、誰が責任者か。
- 3 Innovative (革新的、未実証) 治療、**外科医－研究者 (surgeon-scientist)** の二つの役割、利益相反。有効性のエビデンスを欠く状況での新しい術式の実施
- 4 ランダム化比較試験における侵襲性の大きなコントロール (**Sham surgeries**)
- 5 大きな侵襲 (身体イメージを変えることも)

Surgical Ethics-外科治療における大きな倫理的問題

Lo, B. 2000, James Andrews and Larry Zaroff、2008, Angelos, 2014.

- 6 スキル習得(トレーニング)、手術者・経験・手術成績の開示
- 7 手術中の予期せぬ緊急状態への対処(予見されるシナリオを事前に患者側と議論しておく)
- 8 ハイリスク手術の不実施
- 9 エホバの証人信者の手術(参考:2000年最高裁判決)
- 10 外科医に対する感染リスク

Surgical ethics and the challenge of surgical innovation

Peter Angelos, M.D., Ph.D., F.A.C.S.

The American Journal of Surgery (2014) 208, 881-885

- Surgical innovationで効果がないと後で判明した歴史的事例
 - Internal artery ligation, radiation to acne.
- Unfortunately, disclosure of uncertainty is a very difficult thing for all physicians to do.
- (T)he first step is thoughtful awareness. Surgeon must think carefully about **why the things we do and we have to think about what the challenges are**. We need to be clear when we are obtaining informed consent for our patients.

2 高齢者医療の倫理問題

高齢者医療におけるQOLの問題点 (橋本、2000)

- 「高齢者の生活を社会で活躍している壮年者と同じ基準で計るべきではない」
- 「患者自身のQOL評価と医師による評価には違いがある」
- 「医師がQOLを基準に高齢者の医療適応を決めるときには、(QOLを)低く評価する傾向がある」
- 「高齢者ではQOLの低下を理由に、面倒な医療処置、複雑な医療行為を省略される危険があり、治癒すべき病気も治癒しないことになる」
- 「QOLの向上が期待できないので医療をしないという言い訳がまかり通る」

エイジイズム (ageism)

- Ageism: Treating a person less favorably than others because of his or her chronological age
「個人を暦年齡を理由に不利に扱うこと」 (Harry Lesser Ageism in Encyclopedia of Applied Ethics 1998, Vol1, Academic Press. 87-94.)
- 多くの調査研究でも医学的適応があるにもかかわらず高齢者に対する医療的介入が差し控えられる傾向が明らかになっている (Penson RT, et al. Too old to care? The Oncologist 2004;9:343-52.) ◦

高齢者の多様性

- 厳密に高齢者を定義し、非高齢者と区別するのは困難である。小泉は、老化は暦年齢で決定する、高齢者はみな病気持ち、非生産的、認知機能が低下している、高齢者は皆同じという見解を誤った「老人神話」と退けている(小泉俊三 総合医療論 健康支援と社会保障① 医学書院、1998年、東京、68-70)。
- 大西は死の徴表としての老いに纏わる「高齢者」の括りという事柄について「その概念の心理・社会的な根は深く、「老いてなお盛ん」などの表現に見られる様に、世間的には普遍性と個別性が適当に按分されており、臨床の場にもそれは反映している。しかし臨床では、何らかの事情で死を意識することが必然だとしても、基本的には個別的世界(個人の価値観、生き方、個人史、家族との関係など個人に関わる一切)に即した、個別的なケアを提供することが重要であり、老いはあくまでその中で捉えられるべき事項であろう」と述べている(大西基喜、コメント、浅井篤他著、『医療倫理』、勁草書房、2002年、p138)。

高齢者に対する治療を検討する際の問題点

- 意思決定能力低下または喪失
- 身体的脆弱性と多様な機能障害
- 増大するリスクと限られた介入効果
- 「人生の最終段階」における適切な医療のあり方
- 医療費

事例検討パート2

(「H27年日本胸部外科学会医療安全講習会案」で提示されたケース例をもとに作成)

- 90歳の介護施設入所中の女性。重度認知症。
- ほぼ寝たきりだが、介護者が促すと食事と排泄を自立して行うことができる。
- 咳嗽が最近悪化したので、かかりつけ医に相談・検査したところ、大動脈弁口面積0.8cm²の重症大動脈弁狭窄症が指摘された。
- その後、循環器専門病院へ紹介となり、手術適応があると判断された。
- この手術は行われるべきか。

意思決定能力のない患者に対する侵襲的治療の是非

- 1 同意なき侵襲的治療、拒否の有無
- 2 理解できない害
- 3 「合理的患者」の意向、推定意思
- 4 侵襲的介入に伴うコスト(代償)と得られる利益の釣り合い。
- 5 患者のlibertyを守る、「人生の最終段階」の尊厳
- 6 「己れの欲せざる所を人に施すことなかれ」(孔子)
- 7 エイジイズムの排除と利害得失の冷静な判断

3 精神科医療における倫理問題

精神医療の特異性

堀井泰明・堀井さやか 「精神医療と倫理—問題の構図をめぐる試論」
平成17年12月、京都生命倫理研究会・口頭報告、京都女子大学

- 1 法によって規定される部分が非常に広い。法学分野での議論が主であった。
- 2 精神医学の脆弱性（濫用の歴史、客観的基準の欠如、社会的権力の存在）
- 3 パターナリズムへと陥りやすい傾向（患者に代わってその人を尊厳を守る必要性が生じる、治療が個人の人権と尊厳に反する危険性がある、閉鎖性）
- 4 社会の価値観と密接に繋がっている：価値中立的であることが困難、社会防衛の必要性。

倫理的観点から見た、精神科医療の主な問題は何か

- 強制治療・収容の是非とその基準
- 偏見・差別・スティグマ（社会的汚名、ネガティブな烙印）
- 政治的な意図による乱用（Psychiatric Abuse）：
政治的、宗教的理由での監禁、「国家の敵」

精神科領域の問題

Lo, B、2005

- 意思決定能力が損なわれている。
- 短期間の強制が、長期的な自律性の回復に繋がる。
- 精神科医療は患者の自傷他害を防止しうる。
- 精神科医療は、患者の個性と同一性を変える。
- 強制入院は患者の自由 (Liberty) を奪う。
- 適切な精神科医療へのアクセスが制限されている。

非公式の強制

セーレン・ホルム「精神医学における臨床倫理」ペゴラーロ他編、
藤野昭宏監訳『病院倫理入門』、丸善出版、平成23年

- 強制入院・拘束・治療などの公的で、合法的な強制以外の介入
- スタッフにとって望ましい行動には報酬を、施設のルールに従わない場合は「罰を与える」
- 「タバコを外に買いに行ってよい」「楽しい活動に参加させない」等：一種の抑圧または強制となる。
- 非公式な強制に対する規則なし、抑圧的な施設文化に発展する。「トークン・エコノミー（代用貨幣の獲得・損失）」（行動療法の一つ）

強制入院に関する意見

- 将来の「自傷他害」の危険性
- 国家の「援助」「保護」の責任
- 困っているから、苦しんでいるから
- 治療の必要性

強制的診療行為を正当化する理由

- 本人または他者・社会への危険性および治療的介入の必要性の存在
- 患者が理性的であったならその介入を望むに違いないという推定
- 総合的長期的には患者の自律性を尊重する結果になるという判断
- 総合的長期的には患者の利益になるという判断
- 患者は意思決定能力が低下しており脆弱な立場に置かれているため手厚い保護が必要だという議論

強制治療の倫理的問題例

- 1 パターナリズム
- 2 人権侵害
- 3 不確実性
- 4 乱用
- 5 過去の歴史「ロボットミ一手術」

どう対応するか。対応は事例によって変わるか。なぜか。

- 認知機能が低下している患者が、人工的水分栄養補給を拒否している。
- 神経性食思不振症の患者が、栄養補給を拒否している。
- うつ病の患者が精神科治療を拒否を拒否している。
- 統合失調症の患者が、根治術が可能と思われる乳がん手術を拒否している。
- 子どもが治療を拒否している。

- 強制の使用を正当化する必須の前提条件

- 1 意思決定能力欠如 (Incapacity)
- 2 害 (harm) : 強制的介入なしでは、身体精神的健康またインテグリティ (無傷・無欠の状態) が損なわれる : 患者の精神疾患治療と患者および他者の保護
- 3 釣り合い (proportionality) : 強制の使用と、強制なしでは生じてしまう (健康やインテグリティに対する) 害の大きさの釣り合い。最短で最小限の方法
- ※ ケア提供者の解釈の余地および必要性あり。安易な強制は避けるべきだが、手遅れにならないようにすることも大切。

身体抑制・拘束(use of physical restraint)

服部・伊東著「医療倫理のABC」、p185－190

- 物理的拘束と化学(薬理学)的拘束 physical and chemical
- 拘束で何が守られる: Benefits provided by physical restraint・・・「安全」(safety)「安楽」(comfort)
- 自由 freedom と尊厳 human dignity (「人間らしさ humane」「自由であること free」「惨めさや屈辱を感じないこと no misery or humiliation」「人間としてのプライドとなくさずに生きる pride」) は拘束で失われるか・・・ Does physical restraint always deprive a patient of freedom or dignity?
- Principle / fundamental rule and exceptions

日経メディカル編「医療訴訟のそこが知りたい」

日経BP社、2010、270—274

- 最高裁(2010年1月26日):「患者の受傷を防止するなどのために必要やむを得ないと認められる事情がある場合にのみ許容されるべきもの」
- 事例:患者の繰り返し行動、以前に譫妄状態で転倒、看護師の落ち着かせるための長時間の努力、看護体制の限界(長期付き添い困難)、短時間のみの抑制
- 例外的ケースでのみ許容される。自傷他害の危険性があり、他の代替案が尽くされている場合。

Q&A 3分わかる判決のポイント: 平井利明 日経メディカル編「医療訴訟のそこが知りたい」

- どのような場合で身体拘束は可能なのか
 - ① 危険の程度・・・重大事故の危険性が高い (high possibility of serious danger to a patient or to others)
 - ② 代替手段の有無・・・代替方法がない (no alternatives)
 - ③ 抑制の態様・・・ミトン、短時間のみ (least restrictive methods and temporality (short duration))
 - 以上を総合的に判断。

4 ゲノム医療の倫理問題

遺伝診断検査の特徴

松田一郎: 医の倫理ミニ辞典、2006年、日本医師会

- 検査結果(遺伝情報)が一生変わらない
- 血縁者との遺伝情報の共有
- 家族計画に利用できる
- 家族間で利害対立の可能性あり
- 心理的に深刻な影響をもたらす一発症の不安、サバイバル・ギルティー
- 遺伝差別に悪用される可能性

遺伝情報の特殊性

British Medical Association Ethics Department Medical Ethics Today The BMA's handbook of ethics and law Second Edition, BMJ Books, 2004, London, p307-350.

- 家族関係を確認、否定、顕わにする。
- 遺伝学(遺伝子検査の結果)は家族全体に影響を及ぼす。
- 遺伝情報は非常に微量な検体(皮膚、唾液、血液、毛髪など)から取得できる。
- 遺伝情報は、特定の稀な疾患の発症に関して、世代を越えて予測する能力を持つ。
- ある個人の遺伝情報は、血族、保険者、雇用者など他の人々の利害に関わる。

患者の遺伝情報をその家族に前者の同意なしに開示することの適切さを検討する際に配慮すべきこと

(British Medical Association Ethics Department Medical Ethics Today The BMA's handbook of ethics and law Second Edition, BMJ Books, 2004, London, p307-350.)

- 遺伝性疾患・障害の深刻さ
- 遺伝している可能性
- 遺伝子検査の予測正確性
- 家族が自分自身を害から守ることができる(疾患の発症を遅らせる、治療することができる、など何らかの対応ができる)、または十分に情報を与えられた上での生殖に関する決定ができる。
- 開示によってもたらされる利益と害、非開示の利益と害の比較考量
- 患者の開示拒否の理由を検討

遺伝病に関する情報開示の条件

(Tom L. Beauchamp and James F. Childress, Principles of Bioethics Ethics 6th edition, Oxford University Press, 2009, New York, p302-310.)

- 話し合いの後も、患者本人が自発的な開示をしない
- 血縁者に高い可能性で不可逆的または致命的な害が生じる
- 情報開示によって害を防ぐことができる
- 必要最小限の情報
- 害を回避するための他の選択がない

患者の情報を第三者に開示する際に十分配慮すべきこと

British Medical Association Ethics Department Medical Ethics Today The BMA's handbook of ethics and law Second Edition, BMJ Books, 2004, London, p165-197.

- 当該患者の自発的な開示を促す。
- 秘密情報開示(秘密漏示、情報開示)を行うことを該当患者に事前に告げる。
- 可能な場合は同意をとる。
- 秘密情報開示による利益と害を比較考量する。
- 秘密情報開示の必要の緊急性を評価する
- 目的達成のために必要最小限度の秘密情報開示にとどめる。
- 公益、第三者への害を防止するという目的以外には使用されないことを確認する。
- 秘密情報開示の決定を正当化できるようにする。

未成年者の遺伝子検査

(Elger BS, Harding TW Should children and adolescents be tested for Huntington's disease? Attitudes of future lawyers and physicians in Switzerland. Bioethics 2006;20:158-167.)

- Sさん、38歳女性DNA分析でHuntington's diseaseと診断(常染色体優性、浸透率100%)され、将来の悪化を予想(progressive loss of memory, of autonomy, and the degrading prospect of total dependence, immobility and dementia)し悲観的になっている。父親の同病による悲惨な闘病と死の記憶あり。
- 彼女には10歳と16歳の息子あり、彼女は息子達の遺伝子検査に反対している。「それは後でいい。今は彼らに人生を満喫させよう(later, later, let them live now)」。彼らが同遺伝子を有している可能性は50%。

未成年者の遺伝子検査

- 16歳の息子は、母親の疾患について知らされるべきか
- 16歳の息子は、Huntington's diseaseの遺伝子検査をする機会(チャンス)を持つべきか
- 10歳の息子にHuntington's diseaseに関する遺伝子検査を受けさせるべきか

発症前遺伝子診断に関する我が国のコンセンサス

(辻省次「ケース1 遺伝病の告知」樋口範雄編著

ジュリスト増刊 ケース・スタディー 生命倫理と法 2004年 12月増刊号、4-21)

- 患者本人が成人であること
- 自発的に受けること
- 遺伝について十分な理解があること
- 十分な遺伝カウンセリングが提供されること
- その後の支援体制
- 未成年に関しては、親の意思に基づくものではなく、成人後に本人が十分に判断できる年齢になってから検討する。
- (参考:「**知らされない権利**(知らないままでいる権利)」)

(遺伝)医療における意思決定のための倫理的枠組み

British Medical Association Ethics Department Medical Ethics Today The BMA's handbook of ethics and law Second Edition, BMJ Books, 2004, London, p307-350

- 個人の権利尊重とその限界の認識、個人の責任
- 他者に対する配慮
- (遺伝)情報が持つ共有利害(「遺伝的連帯と利他主義」の大切さ)
- Patients are not islands (Foster, 2013, p36)
- 判断の拠り所: 先行事例、専門集団ガイドライン、医師の良心 (Foster, 2013, p41)

5 感染症診療における倫理問題

(Cambridge textbook of Bioethics)

- 感染症の診療においても多くの倫理的問題が指摘されている。感染症はその感染性ゆえに、患者個人の問題を越え、公益に関わる問題にもなる。
 - 感染症患者のプライバシー保護と公衆衛生維持のための感染事実の開示・通報の問題
 - 感染症診断のための検査に関するインフォームド・コンセント取得の必要性
 - 治療を拒否する感染症患者に対する強制的治療と感染拡大予防のための隔離の妥当性
 - 患者・医療専門職間での感染、感染症に罹患している医師の職業的義務
 - 重症感染症パンデミック時の医師の診療義務の範囲等がある。
 - ワクチン接種拒否に関する問題

6 小児科医療の倫理問題

(Lo, B 2013)

- 未成熟、脆弱で自律性が未発達
- (両親の行動から: 治療拒否、要求) 子供の利益を擁護する必要性
- 親の承諾なしでの、未成年に対するsensitive(取扱いに慎重を要する)な状況に対する治療(STD, 避妊薬、妊娠、性的攻撃、薬物使用、精神疾患)
- 子供への情報開示、守秘義務(child abuse、思春期)
- 重度障害新生児の生命維持治療

「脳に病気の乳児、親権停止し手術 両親、宗教理由に拒否」

2006年10月23日13時30分 asahi.com

- 乳児が昨年、関西地方の病院で生まれた。脳に異常が見つかり、医師が手術を勧めたが、両親は「神様にお借りした体にメスを入れることはできない」と拒否。乳児を自宅に連れ帰ろうとしたため、病院側が児童相談所に「ネグレクト(育児放棄)に当たる」と通告。
- 児童相談所は「手術をしなければ生命に危険が生じたり、重い障害が残ったりする可能性がある」と判断。「親権の乱用にあたる」と親権停止の保全処分を大阪家裁に求めたところ、同家裁は緊急性を認めて6日後に処分決定した。
- 医師が一時的に親権代行者となって手術を実施。乳児は現在、親権を回復した両親に育てられている。親権停止決定には通常数カ月かかることが多く、短期間での決定は異例という。

監修

- ・浅井 篤（東北大学大学院医学系研究科医療倫理学分野）
- ・板井 孝彦（宮崎大学医学部附属病院 臨床倫理部）
- ・大生定義（立教大学社会学部、倫理プロフェッショナリズム委員会副委員長）
- ・後藤英司（独立行政法人 地域医療機能推進機構(JCHO)横浜保土ヶ谷中央病院、倫理プロフェッショナリズム委員会委員長）

執筆者一覧

- ・浅井 篤（東北大学大学院医学系研究科医療倫理学分野）
- ・圓増 文（東北大学大学院医学系研究科医療倫理学分野）
- ・大北全俊（東北大学大学院医学系研究科医療倫理学分野）
- ・門岡康弘（熊本大学大学院生命科学研究部）
- ・尾藤誠司（国立病院機構東京医療センター教育研修部）
- ・三浦靖彦（東京慈恵会医科大学附属柏病院 総合診療部）
- ・山崎祥光（弁護士法人御堂筋法律事務所 大阪事務所）

編集

- 日本医学教育学会 第18期 倫理・プロフェッショナリズム委員会
- ・浅井 篤（東北大学大学院医学系研究科医療倫理学分野）
 - ・井上 千鹿子（日本医科大学医学教育センター）

発行所

日本医学教育学会 第18期 倫理・プロフェッショナリズム委員会
〒112-0012 東京都文京区大塚 5-3-13 小石川アーバン 4階
学会支援機構内 医学教育学会係

発行日

2016年6月24日