

兵庫県立西宮病院 倫理研修会

医療と生命倫理と法

神戸大学名誉教授
丸山英二

1

医療・医学研究における 生命倫理4原則

3

目 次

・医療・医学研究における生命倫理 4原則	3
・医療による健康被害と法	7
不法行為責任	10
債務不履行責任	15
・インフォームド・コンセント	19
・輸血拒否	28
・終末期医療	61
・アドバンス・ケア・プランニング（ACP）	75
依然として残る課題と対応	82

2

生命倫理の4原則

- (1) 人に対する敬意(respect for persons)
- 自己決定できる人については、本人の自由意思による決定を尊重する。
 - 自己決定できない人(子ども、精神障害者・知的障害者)については、人としての保護を与える。
 - 個人情報の保護 (2003.5.個人情報保護法成立)

1

4

生命倫理の4原則

(2) 無危害 (nonmaleficence)

- 患者・研究対象者に危害を加えないこと。
[過失によって危害を加えないこと]

(3) 利益 (beneficence) [善行, 仁恵, 与益とも]

- 患者・研究対象者の最善の利益を図ること。
[医療・医学水準に適合した医療・医学研究の実施]

5

生命倫理の4原則

(4) 正義 (justice)

- 人に対して公正な待遇を与えること。

★相対的正義——同等の者は同等に扱う。

▼配分的正義——利益・負担の公平な配分

- ・医療資源・臓器の配分(先着順, 重症度順, 期待される効果順, 提供者との年齢の対応……)
- ・対象者・生体臓器移植のドナーの選択
- ・対象者・ドナーと受益者・レシピエントの集団的対応関係

▼補償的正義——研究参加で被害を受けた人に対する正当な補償

6

医療による健康被害と法

医療による健康被害と 3種類の法的責任

① 民事責任

損害賠償責任など

② 刑事責任

業務上過失致死傷罪, 虚偽公文書作成罪, 証拠隠滅罪

③ 行政上の制裁

医師免許の取消し, 医業の停止など

[処分内容は, 基本的に, 刑事処分の量刑や刑の執行が猶予されたか否かを参考に決定されている。]

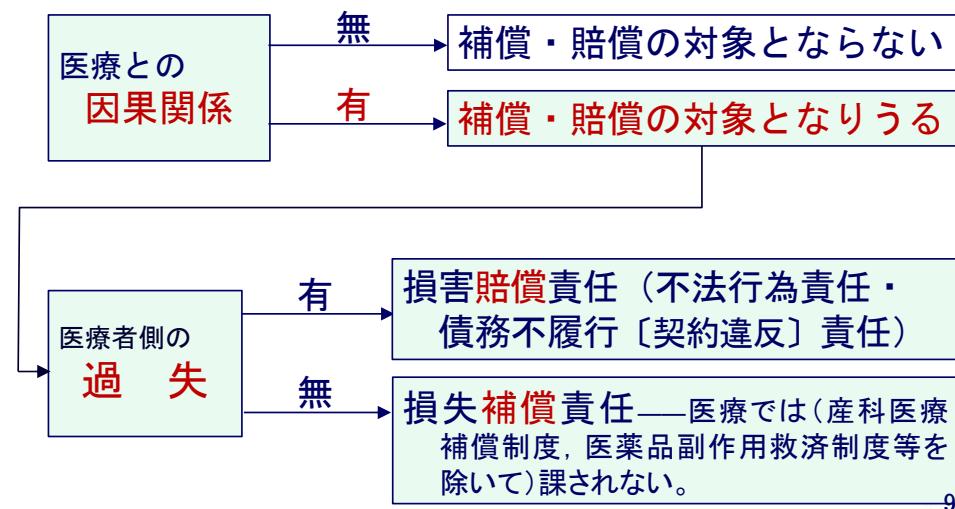
7

2

8

民事責任——補償と賠償

◆医療を受けた後の健康被害



損害賠償責任のルール： 不法行為責任 〔違法な行為による責任〕

10

不法行為責任——民法709条

【民法709条】(明治29年制定、平成16年全部改正)

「故意又は過失によって他人の権利又は法律上保護される利益を侵害した者は、これによって生じた損害を賠償する責任を負う。」

①故意または過失ある行為

②権利[または法によって保護される利益]が侵害されたこと

③侵害行為と因果関係のある損害の発生

過失

- ◆注意義務違反=(損害発生の予見可能性と回避可能性に裏づけられた)結果回避義務違反
- ◆ただし、損害発生の予見可能性・回避可能性がある場合にかならず損害回避義務が課されるわけではない——例・合併症の危険がある手術の実施など
- ◆注意義務の基準=善良な管理者の注意(行為者の職業や社会的地位等から通常(合理的に)要求される程度の注意)——具体的には何か?

——【医療】医療・医学水準に適合した医療／行為当時の医学的知見・医療上の知見に基づく医療の慎重な実施

因果関係

◆過失行為がなされたので損害が発生したという関係

13

損害賠償責任のルール：
債務不履行責任
〔契約違反による責任〕

15

使用者責任

【民法715条】

①ある事業のために他人を使用する者は、被用者がその事業の執行について第三者に加えた損害を賠償する責任を負う。ただし、使用者が被用者の選任及びその事業の監督について相当の注意をしたとき、又は相当の注意をしても損害が生ずべきであったときは、この限りでない。

③前2項の規定は、使用者又は監督者から被用者に対する求償権の行使を妨げない。

◆医療の場合の使用者——医療従事者を雇用する診療所・病院を設置・経営する者(医療法人・国立大学法人・学校法人・地方公共団体・地方独立行政法人・国立研究開発法人(国立がん研究センターなどのナショナルセンター)・独立行政法人(国立病院機構など)など)

14

債務不履行責任

- ◆診療契約——準委任契約(法律行為以外の事実行為の委任)
- ◆契約当事者——診療所・病院を設置・経営する者(医療法人・国立大学法人・学校法人・地方公共団体・地方独立行政法人・国立研究開発法人(国立がん研究センターなどのナショナルセンター)・独立行政法人(国立病院機構など)など)←→患者
- ◆医療従事者は履行代行者・履行補助者(責任は問われない)
- ◆準委任契約において受任者に課される注意義務:善良な管理者の注意義務(民法656条→644条を準用)

4

16

債務不履行責任——民法415条

【民法415条】

「債務者がその債務の本旨に従った履行をしないときは、債権者は、これによって生じた損害の賠償を請求することができる。」

①債務不履行の事実——善良な管理者の注意を払った医療を行わなかつたこと(過失ある医療行為を行つたこと)

②債務不履行と因果関係のある損害の発生

17/17

不法行為責任と債務不履行責任の主な違い

◆医療従事者の責任の存否。不法行為・あり、債務不履行・なし。

◆消滅時効期間

(民法改正2017年6月2日法律44号、2020年4月1日施行により相違はなくなった。)[下記は生命・身体の侵害の場合の消滅時効期間]

不法行為——損害及び加害者を知った時から5年(民法724の2)[これまで損害・加害者を知った時から3年]、不法行為時から20年(民法724)。
債務不履行——権利行使可能を知ったときから5年(民法166①一)、権利行使可能時から20年(民法167)[これまで権利行使可能時から10年]。

[証明の難易、責任の成否については差はない。]

18/18

インフォームド・コンセント

19

5

インフォームド・コンセントの要件の充足



- ◆対象者に理解し判断する能力がある限り、その人の自己決定を尊重することが必要。
- ◆本人の意思を無視して医療を行うことは、その人を人格として尊重しないこと、その人を意思のないモノ扱いすることになる。
- ◆法的には、インフォームド・コンセントの要件を満たさずに、医療行為を行うと、たとえ過失なく行われた場合、あるいは身体的損害が生じなかつた場合であっても、不法行為・債務不履行を犯したとして、損害賠償責任に問われる。

20/20

インフォームド・コンセントの成立要素

- ① 患者に同意能力があること(患者に同意能力がなければ代諾者の同意が必要になる)
- ② 医療従事者が(病状、医療従事者の提示する医療行為の内容・目的とそれに伴う危険、他の方法とそれに伴う危険、何もしない場合に予測される結果等について)適切な説明を行ったこと
- ③ 患者が説明を理解したこと
- ④ 医療従事者の説明を受けた患者が任意の(→意思決定における強制や情報の操作があってはならない)意識的な意思決定により同意したこと

21

同意能力の前提となるもの

- ◆自らの疾患、提示される医療行為、他の選択肢、おのれに伴うリスク、などに関する医療従事者の説明を理解できること。
- ◆自らの置かれている状況など現状を正しく認識できること。
- ◆自らの考え・価値観に照らして、説明・状況の評価・検討と決定の意味の理解ができること。
- ◆自らの考え・価値観に照らして、医療行為の実施・不実施について理性的な決定をなしうること。

22

子どもに対する医療と インフォームド・コンセント

- ◆患者が未成年者の場合、かつてはすべて同意能力がないものと取り扱われた。
- ◆現在では、未成年であっても、当該医療行為に関して、理解力・判断力を十分備えた者については同意能力を認めることができるとするものが多い。
- ◆同意能力が認められれば、未成年者本人の同意のみで医療行為を行うことが可能である。もっとも、現実には、親権者の同意があわせて求められることが多い。

23

子どもに対する医療と インフォームド・コンセント

【同意能力が認められる年齢の目安】

- ◆10歳代前半を掲げるものもあるが、その多くは、親の明示・默示の同意(場合によっては包括的同意)がある場合が想定されている。そのような場合であれば、日常的な診療所レベルの医療行為に関しては10歳～12歳程度以上の精神的能力があれば、患者本人の同意の有効性を認めてよい。
- ◆より侵襲性・リスクの程度の高い医療行為に関しては、より高い精神的能力が必要である。
- ◆親が賛同しない場合にも本人の判断を尊重するという、同意能力を認めることの本来の意味・法的帰結を前提として考える場合には、一応の目途となる年齢として15～18歳が掲げられる。

6

24

同意能力

◆同意能力は、同意の対象となっている医療行為に応じて定められなければならないものであり、概括的に定められるべきものではないとされている。

例 手術(15~18歳程度)

輸血(~輸血拒否:18歳, 15歳)

献血(16歳)

臓器移植——生体肝の提供(原則として20歳)

臓器移植——死体肝の提供(15歳)

25

成年に関する民法規定の改正

【未成年者の定義】

成年に関する民法(明治29年法律89号)の規定

(成年)

第4条 年齢20歳をもって、成年とする。

※民法の一部を改正する法律(平成30年6月20日法律59号)
による改正後の規定(令和4年4月1日施行)

第4条 年齢18歳をもって、成年とする。

【参考】

公職選挙法改正(平成27年6月19日法律43号, 平成28年6月19日施行)

選挙権者 20歳以上 → 18歳以上

26

インフォームド・コンセントの要件の 適用免除事由

◆緊急事態

患者の状態の急変+救命・健康維持に迅速な対応が必要な場合

時間があれば、患者は同意したであろうことが推定できること

省略できるもの——説明と同意; 説明のみ

◆第三者に対する危険を防止するため必要な場合

[社会的必要性——他者に危害を及ぼさない限りでの自己決定尊重](精神障害, 感染症など)

輸血拒否

27

7

28

川崎事件(聖マリアンナ医科大学事件)

1985年6月6日の午後、川崎市で自転車に乗っていた10歳の男児がダンプカーに接触し、転倒、両足を骨折し、骨が露出した。

救急搬送先の聖マリアンナ医科大学病院では手術が予定されたが、輸血準備中にかけつけたエホバの証人の信者である両親が輸血を拒否した。

病院側は両親に対し説得を続けたが、他の信者もかけつける中、両親の意向は変わらず、男児は約5時間後に出血多量で死亡した。

29

川崎事件(聖マリアンナ医科大学事件)

本事件における輸血の有効性に関して、医師は、速やかに輸血していれば救命できたと述べていた。

神奈川県警は、輸血拒否と死亡との因果関係について監察医に鑑定を依頼した。1988年1月31日に出された監察医の鑑定書は、「輸血されたとしても、必ずしも生命が助かったとはいえない」と述べるものであった。

これを踏まえて、県警は、ダンプカーの運転手については業務上過失致死罪容疑で送検するが、両親について保護責任者遺棄罪などの刑事責任の追及はしないことを決定した。運転手は業務上過失致死罪で起訴され、川崎簡易裁判所は、1988(昭和63)年8月20日、罰金15万円の略式命令を下した(当時の法定刑は5年以下の懲役・禁錮又は20万円以下の罰金)。

30

東大医研病院事件:事実の概要

エホバの証人の信者で肝がんに罹患するAは、宗教上の信念から、強い輸血拒否の意思を有していた。被告Y1が設営する東大医科学研究所附属病院(以下、「医研」)は、患者がエホバの証人の信者である場合、できる限り輸血を回避するが、他に救命手段がない事態になったときは、患者・家族の諾否にかかわらず輸血を行うという方針をとっていた。Aは1992年8月に医研に入院した。Aは肝がんの手術を受ける前に被告医師Y2らに輸血拒否の意思を伝え、また、Aの長男X1は、輸血不実施による損傷について医師などの責任を問わない旨を記載し、Aとその夫X2が連署した免責証書を医師に手渡した。他方、医師らは必要な場合には輸血を行うという病院の方針を告げなかった。手術は同年9月に行われたが、腫瘍を摘出し出血量が2245ミリリットルに達した段階で、救命のために輸血が必要だとして輸血がなされた。

31

8

東大医研病院事件:事実の概要

Aは、Y2らが、①(本件手術を主たる治療内容とする診療契約の締結に際して付された)手術中いかなる事態になっても原告に輸血をしないとの特約に反して、本件輸血を実施したことによる債務不履行を理由にY1を相手どって、また、②Y2らがAの希望に従うように装って手術を受けさせ輸血をしたことによって、自己決定権および信教上の良心を侵害した不法行為を理由にY2らを相手どって、損害賠償請求訴訟を提起した。

32

東大医科研病院事件

第一審の東京地裁1997年3月12日判決は、手術中いかなる事態になっても輸血を行わないとする特約は公序良俗に違反するなどの理由で、Aを敗訴させた。

第二審の東京高裁1998年2月9日判決は、いかなる事態になっても輸血をしないという絶対的無輸血の合意の存在を否定したが、他に救命手段がない場合には輸血を行うという方針を説明していなかったY1、Y2らには説明義務違反があったとして、慰謝料の支払いを命じた。高裁判決に対して両当事者が最高裁に上告した。

最高裁は、Yらの上告、およびXらの附帯上告をいずれも棄却したが、その理由として述べるところは、高裁判決にくらべるとトーンダウンしていた。

33

東大医科研病院事件：東京高裁判決

[Aは東京高裁に控訴後の1997年8月に死亡したため、X1、X2らが訴訟を承継。]

東京高裁は、以下のような理由を述べて、Y2らおよび(Y2らの使用者である)Y1に対して、連帶してX1らに計55万円を支払うよう命じた。

a. 絶対的無輸血・相対的無輸血

X1らは、AとY1とは、輸血以外に救命手段がない事態になっても、Aに輸血をしない絶対的無輸血を合意したと主張する。しかし、認定事実によれば、Aは、口頭により絶対的無輸血を求める旨の意思を表示しているが、Y2らは、口頭によっても、文書によってもAの求めに応ずる旨の意思を表示しておらず、できる限り輸血をしないという相対的無輸血の意思表示をするにとどまっている。したがって、絶対的無輸血の合意は成立していない。なお、当裁判所は、当事者双方が熟慮の上で絶対的無輸血を合意した場合には、それを公序良俗に反するとして無効とする必要はないと考える。

34

東大医科研病院事件：東京高裁判決

b. 説明義務違反・因果関係

X1らは、Y2らが相対的無輸血の治療方針を採用していながら、Aの絶対的無輸血の意思を認識した上で、その意思に従うかのように振る舞い、この治療方針の説明をせずに、Aに本件手術を受けさせ、本件輸血をし、Aの自己決定権及び信教上の良心を侵害した、と主張する。

「本件のような手術を行うについては、患者の同意が必要であり、……この同意は、各個人が有する自己の人生のあり方(ライフスタイル)は自らが決定することができるという自己決定権に由来するものである。」

Y2らは生命喪失につながる自己決定権は認められないと主張するが、特段の事情がある場合は別として、「人はいずれは死すべきものであり、その死に至るまでの生きざまは自ら決定できるといわなければならない(例えればいわゆる尊厳死を選択する自由は認められるべきである。)。」本件において、手術によって必ずしも治癒が望めるというものではなかつたという事情を勘案すると、Aが相対的無輸血の条件下でなお手術を受けるかどうかの選択権は尊重されなければならなかつた。

35

9

東大医科研病院事件：東京高裁判決

[エホバの証人の]輸血拒否の態度に個人差があることを踏まえると、「医師は、……輸血拒否の意思の具体的な内容を確認するとともに、医師の無輸血についての治療方針を説明することが必要である……」。

Y2らの相対的無輸血の方針とAの固執している絶対的無輸血が一致しなければ、Y2らはAに説明して、医科研において本件手術を受けるかどうかの選択の機会を与えるべきであった。相対的無輸血の方針の採用が説明されなかつたことによつて、「Aは、絶対的無輸血の意思を維持して医科研での診療を受けないことをするのか、あるいは絶対的無輸血の意思を放棄して医科研での診療を受けることをするかの選択の機会(自己決定権行使の機会)を奪われ、その権利を侵害された。」 Aは、Y2らから右説明を受けていれば、医科研での本件手術に同意しない選択をしたものと認められる。したがつて、Y2らの説明義務違反の結果、Aは本件手術を受け、本件輸血を受けたこととなる。

36

東大医研病院事件: 東京高裁判決

Aが本件輸血によって医療における自己決定権及び信教上の良心を侵害され、これにより被った精神的苦痛は、大きいものがあったものと認められる。しかし、
①Aが侵害されたものは純粹に精神的なものであること
②Y2らは、その時点でなし得る最大限の治療をしたこと
③本件手術で腫瘍を摘出しなければ、Aの余命は約1年と見込まれたが、右摘出により、Aは本件手術後5年間生存できたこと
④本件当時、絶対的無輸血か、相対的無輸血か、いずれの方針が相当かについて確定的な見解がなかったこと
⑤わが国の医療現場における説明および同意(インフォームド・コンセント)の観念とシステムは、なお形成途上にあり、Y2らの行為は善意に基づくと認められること、等の全事情を勘案すると、Aの被った右精神的苦痛を慰謝するには50万円(弁護士費用としては5万円)が相当である。

37

最高裁 平成12年2月29日判決

最高裁は、以下のような理由で、上告および附帯上告を棄却した。

「患者が、輸血を受けることは自己の宗教上の信念に反するとして、輸血を伴う医療行為を拒否するとの明確な意思を有している場合、このような意思決定をする権利は、人格権の一内容として尊重されなければならない。そして、Aが、宗教上の信念からいかなる場合にも輸血を受けることは拒否するとの固い意思を有しており、輸血を伴わない手術を受けることができると期待して医科研に入院したことをY2らが知っていたなど本件の事実関係の下では、Y2らは、手術の際に輸血以外には救命手段がない事態が生ずる可能性を否定し難いと判断した場合には、Aに対し、医科研としてはそのような事態に至ったときには輸血するとの方針を探っていることを説明して、医科研への入院を継続した上、Y2らの下で本件手術を受けるか否かをA自身の意思決定にゆだねるべきであったと解するのが相当である。

38

最高裁 平成12年2月29日判決

ところが、Y2らは、本件手術に至るまでの約1か月の間に、手術の際に輸血を必要とする事態が生ずる可能性があることを認識したにもかかわらず、Aに対して医科研が採用していた右方針を説明せず、A及びX1、X2らに対して輸血する可能性があることを告げないまま本件手術を施行し、右方針に従って輸血をしたのである。そうすると、本件においては、Y2らは、右説明を怠ったことにより、Aが輸血を伴う可能性のあった本件手術を受けるか否かについて意思決定をする権利を奪ったものといわざるを得ず、この点において同人の人格権を侵害したものとして、同人がこれによって被った精神的苦痛を慰謝すべき責任を負うものというべきである。そして、また、Y1は、Y2らの使用者として、Aに対し民法715条に基づく不法行為責任を負うものといわなければならぬ。これと同旨の原審の判断は、是認することができ」。上告棄却。

39

10

宗教的輸血拒否に関する合同委員会

「宗教的輸血拒否に関するガイドライン」

(2008年2月28日)

日本輸血・細胞治療学会

日本麻酔科学会

日本小児科学会

日本産科婦人科学会

日本外科学会

40

18歳以上で判断能力がある場合

1)当事者が18歳以上で医療に関する判断能力がある人の場合(なお、医療に関する判断能力は主治医を含めた複数の医師によって評価する)

- (1) 医療側が無輸血治療を最後まで貫く場合——当事者は、医療側に本人署名の「免責証明書」を提出する。
- (2) 医療側は無輸血治療が難しいと判断した場合——医療側は、当事者に早めに転院を勧告する。

41

15~18歳で判断能力がある場合

2)当事者が18歳未満、または医療に関する判断能力がないと判断される場合

- (1) 当事者が15歳以上で医療に関する判断能力がある場合
 - ① 親権者は輸血を拒否するが、当事者が輸血を希望する場合——当事者は輸血同意書を提出する。
 - ② 親権者は輸血を希望するが、当事者が輸血を拒否する場合——医療側は、なるべく無輸血治療を行うが、最終的に必要な場合には輸血を行う。親権者から輸血同意書を出してもらう。
 - ③ 親権者と当事者の両者が輸血拒否する場合——18歳以上に準ずる。

42

15歳未満または判断能力がない場合

2) (2) 親権者が拒否するが、当事者が15歳未満、または医療に関する判断能力がない場合

① 親権者の双方が拒否する場合——医療側は、親権者の理解を得られるように努力し、なるべく無輸血治療を行うが、最終的に輸血が必要になれば、輸血を行う。親権者の同意が全く得られず、むしろ治療行為が阻害されるような状況においては、児童相談所に虐待通告し、児童相談所で一時保護の上、児童相談所から親権喪失を申し立て、あわせて親権者の職務停止の[保全]処分を受け、親権代行者の同意により輸血を行う。

② 親権者的一方が輸血に同意し、他方が拒否する場合——親権者の双方の同意を得るよう努力するが、緊急を要する場合などには、輸血を希望する親権者の同意に基づいて輸血を行う。

43

11

親権者が不適切な判断を下す場合

【平成23年民法改正：親権停止の審判】

民法第834条の2

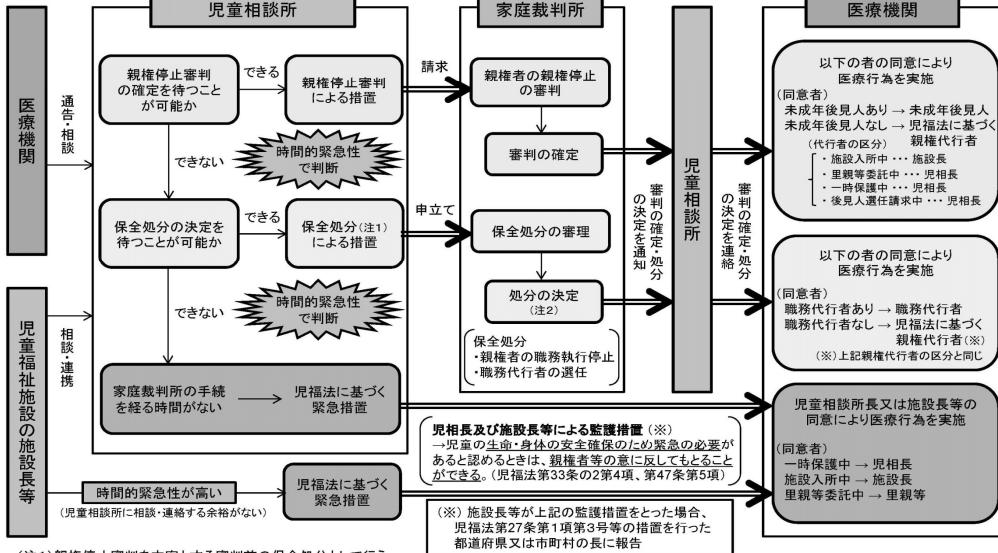
①父又は母による親権の行使が困難又は不適当であることにより子の利益を害するときは、家庭裁判所は、子、その親族、未成年後見人、未成年後見監督人又は検察官の請求により、その父又は母について、親権停止の審判をすることができる。

②家庭裁判所は、親権停止の審判をするときは、その原因が消滅するまでに要すると見込まれる期間、子の心身の状態及び生活の状況その他一切の事情を考慮して、2年を超えない範囲内で、親権を停止する期間を定める。

[親権停止の審判を求める申立てとともに、親権者の職務停止の保全処分を求める申立てがなされる。]

44

(参考) 医療ネグレクトにより児童の生命・身体に重大な影響がある場合の対応の流れ



(注1)親権停止審判を本案とする審判前の保全処分として行う。
(注2)職務代行者の選任は職務執行停止に加えて必要がある場合に行う。職務代行者の資格に特に定めはない、弁護士、児相長、医師等が選任されている例がある。

平成24年3月9日厚労省雇用均等・児童家庭局総務課長通知・雇児総発0309第2号10頁

東京家裁審判平成27.4.14

【事件の概要】

手術が必要な0歳患児Aに対する輸血を拒否した親権者Yらに対して、児童相談所長Xが申立人となり、親権停止を求めた事件において、審判前の保全処分として、親権者としての職務の執行を停止し、その停止期間中の職務代行者としてXを選任した事例。

46

東京家裁審判平成27.4.14

【事実の概要】

Aは、Yら(平成21年婚姻)の長男として、平成27年*月*日に出生した。Aは、平成27年*月*日、頻繁に嘔吐を繰り返すようになり、同月*日、B医院において、**と診断された。B医院は、Aにつき、手術が必要と判断したが、Yらは手術の必要性については理解しているものの、宗教上の理由から輸血に同意することができなかった。Yらは、無輸血の手術の中で、輸血の必要があった際、親権を一時的ではない状態であれば、輸血は致し方ない旨の意思を示したため、無輸血手術が可能なC病院において、未成年者の手術を行うこととなった。

東京家裁審判平成27.4.14

【事実の概要・続き】

C病院における診断によれば、未成年者の現在の病状は**である。手術以外に根治方法はなく、診断確定時に可及的早期に手術を行うのが適切であり、手術を行うことで、**、正常状態に戻り、自然な哺乳と成長が可能となる。一方、手術を行わない場合には、**などにより衰弱し、死亡する可能性がある。手術による死亡の危険性は四パーセント未満、合併症の危険は五パーセント未満であり、**などが考えられる。C病院においては、Aにつき、無輸血での手術を予定しているが、周術期に凝固障害や手術中の多量出血は十分に可能性があり、その場合には輸血が必要となる。信仰上の理由で輸血が不可能であれば、事前に親権を停止し、親権代行者による輸血の同意が必要となる。C病院は、Aにつき、平成27年*月*日又は同月*日に上記手術を予定している。Yらは手術については同意しているが、手術に伴う輸血を拒否している。

47

12

48

東京家裁審判平成27.4.14・判旨

上記認定事実によれば、Aの生命の安全及び健全な発達を得るために、可及的速やかに手術を行う必要があり、無輸血手術を行う場合でも、凝固障害や手術中の大量出血の緊急の場合に備え、事前に輸血について同意をておく必要があるといえる。そうすると、輸血に同意しないことが宗教的信念などに基づくものであっても、Aの生命に危険を生じさせる可能性が極めて高く、Yらによる親権の行使が困難又は不適当であることにより子の利益を害することが明らかであり、本件では保全の必要性も認められる。また、Yらの陳述を聴く時間的余裕もない。

したがって、本件審判申立事件の審判が効力を生ずるまでの間、YらのAに対する親権者としての職務の執行を停止し、かつ、その停止期間中、申立人を職務代行者に選任するのが相当である。

よって、本件保全処分の申立てを認容することとし、主文のとおり審判する。

49

東京家裁審判平成27.4.14・主文

主 文

- 一 上記本案審判申立事件の効力が生ずるまでの間、上記YらのAに対する親権者としての職務の執行を停止し、Xをその職務代行者に選任する。
- 二 手続費用は申立人の負担とする。

50



13

死因など捜査へ
両親の輸血拒否
18-24
浜松

日、同県浜北市寺島の近部
義明君(セ)〔県立浜松城南高定时制(2年)〕が交通事故で重体となり、「エホバの証人」の信者である両親が輸血を拒否して、約五時間

静岡県浜松市で二十二歳の義明君(セ)〔県立浜松城南高定时制(2年)〕が交通事故で重体となり、「エホバの証人」の信者である両親が輸血を拒否して、約五時間

半後に死んでしまった。同県警と浜松中央署は二十三日、死因を含めて捜査することを決めた。

「輸血すれば助かった」ことが明らかになると、医師は遺棄容疑、輸血を行なった医師に対する業務上の過失致死などの刑事責任も問われるところになり、県警では義明君の司法解剖も検討、慎重に捜査する方針。

52

1996.7.9日経西部朝刊

輸血拒否で主婦死亡 宗教上の理由、胎児も死亡

鹿児島

53

八日㈯午後、鹿児島県始良郡川崎町の沖約七百㍍の鹿久瀬島同町平松の主婦(28)ら家族三人の乗つた舟に、同県垂水市海鷺丸(三漁船)は前五時頃垂水港を出港し、九時、堀井社長(がんじやう)操業中、カヌーに気付かれて脱落した。カヌーの中央部に分が折れ、主婦らが海に投げ出されたとされる。同海係が事原因を調べてみて入院した。同町内の海に海を出たが、主婦は意識を確実に失った。約四時間後、出血多量などで死んだ。妊娠五ヶ月だった。姫ちゃんが死んだとき、輸血は行ながったといふ。この夫婦が信者となって「エホバの証人」の信者

いる「エホバの証人」の教の輸血問題は一九八五年、や京波大の倫理委員会が川崎市交通事故にあった一本の意見書を尊重するとしていた。それを対し、西郷が宗教と定めたが、信者による理由で輸血を拒否死した例を記す。輸血拒否認める医療機関は定められていなかった。その後、京大スップ。その後、京大スップ。その後、京大スップ。

残された問題:患者死亡の場合における加害者の刑事責任

1985年の川崎事件のように、交通事故被害者の治療のために必要とされた輸血が拒否され、被害者が死亡した場合、交通事故加害者の刑事责任はどうなるのであろうか。

この問題は、基本的には、交通事故と被害者の死亡、輸血拒否と被害者の死亡の因果関係の有無によって判断されることになる。川崎事件の場合は、「輸血されたとしても、必ずしも生命が助かったとはいえない」という鑑定結果を踏まえて、ダンプカーの運転手が業務上過失致死罪で起訴され、有罪判決(罰金15万円)が下された。もっとも、交通事故の加害者に適用される、昭和60年当時の刑法211条が定める業務上過失傷害と業務上過失致死の法定刑は同じで、現在でも、「自動車の運転により人を死傷させる行為等の処罰に関する法律」5条が定める過失運転致傷と過失運転致死の法定刑は同じなので、いずれで起訴されても、有罪となった場合の交通事故加害者の受ける処罰は量刑の問題ということになる。

「エホバの証人」信者の家族が輸血拒否…死亡 (読売新聞 2013年4月16日)

青森県立中央病院(青森市)で2011年4月、宗教団体「エホバの証人」の女性信者(当時65歳)の家族が、女性の信仰上の理由で手術中の輸血を拒否し、途中で打ち切られた手術後に、女性が死亡していたことが分かった。

病院によると、女性は同月28日昼頃に体調が悪化して入院。急性硬膜下血腫と診断され、手術が必要となった。女性自身は意識不明だったため意思表示はなく、女性の息子が輸血拒否を申し出て、書面を提出したという。

手術中に出血が止まらなくなり、病院側が説得したが、息子は応じなかった。手術は打ち切られ、女性は同日夜に死亡した。

教団関係者によると、息子は信者ではなく、女性は輸血拒否の意思表示カードを作成していたという。ただ、病院側は入院時は持っていたとしている。

【東奥日報 2013年4月16日では、エホバの証人弘前医療機関連絡委員会が病院の自己決定権尊重に感謝していることが報じられている。AMEBAブログ「トマトのJWメモアーリ2013年4月21日「エホバの証人 信者の家族が輸血拒否…死亡 その一」を参照】

54

残された問題:妊婦の輸血拒否と胎児の生命

妊婦が宗教上の理由で輸血を拒否する場合、胎児の生命・健康を理由に輸血を実施することは許されるであろうか。

アメリカの裁判所が掲げる、患者に依存する者の保護に関する問題であるが、これについて、1994年の東京都立病院倫理委員会報告「宗教上の理由による輸血拒否への対応について」は、「胎児の生命を助けるためとはいえ患者の宗教的信条を無視して患者に輸血を行うことはできない」と述べ、輸血を行わず最善の努力することを求めている。

アメリカにおいても、かつては、胎児の保護を理由に、輸血を拒否する妊婦に対してその実施を命じる判決が存在したが、最近では、治療拒否権が広く認められるようになったこともあって、輸血を拒否する権利は妊娠中でも縮減されるものではなく、輸血を命じることは妊婦の治療拒否権と信教の自由の侵害になるとする判断が一般的である。

14

55

56

質疑を通して

1. 東大医科研病院事件で認容された50万円程度の慰謝料を支払う覚悟があれば、患者の意思に反する輸血を実施することもありうるか。

丸山：東大医科研病院事件を振り返ると、高裁判決及び最高裁判決は、まだ輸血拒否に対する明確な方針がなかったとされるときのものであり、本人に偽つて輸血を実施したことの違法性を指摘する最高裁判決が下され、また、5学会合同委員会のガイドラインが出されそれに基づいて医療機関の方針が定められるようになった現時点においては、最高裁が求める当該医療機関の方針を説明したうえで、当該医療機関での治療を受けるか否かについて、患者・家族の意思決定にゆだねること、ないしはガイドラインが定める対応ととることが必要であると考えられる。

57

質疑を通して

2. 無輸血治療の希望に応じることができない医療機関が無輸血治療を求める患者の診療依頼を拒否することは、「診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」(いわゆる応招義務)と規定する医師法19条違反になるか。

丸山：いかなる場合にも輸血をしない治療を行うことは標準的治療とは認められないので、医療機関にはそのような医療を提供する義務はない。したがって、そのような条件での治療を求める患者の受け入れを拒否しても、その拒否は正当な事由によるもので、応招義務違反にはならないと考える。

58

質疑を通して

3. 患者本人の無輸血治療の希望に応じて患者が死亡した場合、医師や病院が責任を問われることはないか。

丸山：医師は患者のICを得ることなく医療行為を行うことは許されないというICの要件に照らして、本人が拒否している輸血を実施することはできない。また、輸血の強制は憲法20条1項で保障された患者の信仰の自由を侵害するものとなる。

東大医科研病院事件東京高裁判決も、患者と医師・医療機関が、いかなる事態になっても輸血をしないという「絶対的無輸血を合意した場合には、それを公序良俗に反するとして無効とする必要はない」と判示している。

また、1989年の浜松事件、1996年の鹿児島事件、2011年の青森事件について、損害賠償を求めて訴えられた／刑事訴追されたとの報道はない。

59

15

参考文献

- ◆岩志和一郎「輸血拒否」甲斐克則編『レクチャー生命倫理と法』(法律文化社、2010)
- ◆丸山英二「宗教上の理由による輸血拒否」前田正一・氏家良人編『救急・集中治療における臨床倫理』(克誠堂出版、2016)およびそこで引用されている文献。
- ◆中村恵「宗教上の理由から未成年子の手術に伴う輸血を拒否する親権者の職務の執行を停止し、職務代行者に児童相談所長を選任した事例」年報医事法学32号141頁(2017)

60

終末期医療

61

安楽死・尊厳死・治療中止

一般に安楽死・尊厳死・治療中止といわれているもの

積極的安楽死	苦痛から免れさせるため意図的積極的に死を招く行為を行う場合 例・患者が飲む牛乳に農薬を混入させる。 致死的な作用を持つ薬剤を投与する。
間接的安楽死	苦痛を除去・緩和するための行為を行うが、それが同時に死を早める可能性がある場合 例・そのような作用を持つ薬剤の投与。 腹水の除去（従来の認識）。
消極的安楽死 治療中止 尊厳死	苦しむのを長引かせないため、延命治療を中止して死期を早める場合 例・人工呼吸器の中止／取外し。 人工的水分栄養補給の中止。

62

事案	時期	概要	司法処分等
東海大学附属病院 (神奈川県) [治療中止+積極的安楽死]	H3.4.	多発性骨髄腫で入院中の患者の長男等から治療行為の中止を求められ、点滴等の治療を中止。さらに、「楽にしてやってほしい。早く家につれて帰りたい」と要望され、塩化カリウム等の薬物を患者に注射して死亡させた。	横浜地判H7.3.28. 医師／殺人、懲役2年執行猶予2年確定。
国保京北病院 (京都府) [積極的安楽死]	H8.4.	末期がんで入院していた昏睡状態の48歳の患者に医師の独断で筋弛緩剤を投与。約10分後に死亡させたとして、病院長が翌年殺人容疑で書類送検された。	実際に使用した量が致死量に満たないため不起訴。
川崎協同病院 (神奈川県) [治療中止+積極的安楽死(前者に焦点が置かれた)]	H10.11.	気管支喘息発作で意識不明状態の患者に対し、主治医が気管内チューブを抜管した。しかし、患者が苦しそうに見える呼吸を繰り返したことから、主治医は准看護婦に命じて、筋弛緩剤を静脈注射し、患者を死亡させた。	横浜地判H17.3.25. 医師／殺人、懲役3年、執行猶予5年→東京高判H19.2.28.懲役1年6月執行猶予3年→最三小決H21.12.7.上告棄却。
道立羽幌病院 (北海道) [治療中止]	H16.2.	食事の誤嚥で心肺停止となった患者(90歳)に人工呼吸器を装着。主治医は「脳死状態で回復の見込みはない」と家族に説明し、 <u>人工呼吸器を外して</u> 患者を死亡させた。	殺人容疑で書類送検。H17.5.→不起訴。H18.8.(因果関係認定困難)

射水市民病院 (富山県) [治療中止]	H12.9 ～17.10 (H18.3 に報道)	平成12年以降、末期状態の患者7名(54～90歳、男性4名、女性3名)に対して、家族の希望により、外科部長らが <u>人工呼吸器を外し</u> 、死亡させた。	元外科部長と元外科第二部長を殺人容疑で書類送検(厳重処分を求めず) H20.7.不起訴。H21.12.
和歌山県立医大附属病院紀北分院(和歌山県) [治療中止]	H18.2. (H19.5. に報道)	脳内出血で運ばれてきた88歳女性の緊急手術後に人工呼吸器を装着。女性が脳死状態となつたため、医師が <u>人工呼吸器を外し</u> 、死亡(心停止)させた。	殺人容疑で書類送検(刑事処分求めず) H19.1.不起訴 H19.12.
多治見病院 (岐阜県) [治療中止]	H18.10.	食事をのどに詰まらせ、救急搬送で蘇生後、人工呼吸器が装着されたが回復が見込めない患者について、本人の「再起不能なら延命治療をしないで」との文書と家族の依頼で、倫理委員会が <u>呼吸器を含む延命治療の中止</u> を決定したが、県の「国の指針もなく、時期尚早」との意見で治療が中止されないまま患者は死亡。	
亀田総合病院 (千葉県) [治療中止]	H20.4.	筋萎縮性側索硬化症(ALS)の患者が提出した「病状進行で意思疎通ができなくなった時は <u>人工呼吸器を外して</u> 」という要望書について、倫理委員会はその意思を尊重するよう病院長に提言したが、病院長は「現行法では呼吸器を外せば(殺人容疑などで)逮捕される恐れがある」として、呼吸器外しに難色を示した。	64

積極的安楽死が許容される要件

(東海大学付属病院事件横浜地裁平成7年3月28日判決)

「医師による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をまとめてみると、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、ということになる。」

65

治療中止が許容される要件

(東海大学付属病院事件横浜地裁平成7年3月28日判決)

◆治療行為の中止は、患者の自己決定権の理論と、意味のない治療行為を行うことはもはや義務ではないとの医師の治療義務の限界を根拠に、一定の要件の下に許容される。

【[意味のない]治療行為の中止が許容されるための要件】

- ① 患者が治癒不可能な病気に冒され、回復の見込みがなく死が避けられない末期状態にあること(複数の医師による反復した診断によるのが望ましい)。
- ② 治療行為の中止を求める患者の意思表示が存在し、それは治療行為の中止を行う時点で存在することが必要であるが、その段階で患者の明確な意思表示が存在しないときには、患者の推定的意思によることもできる。

66

近年公表されたガイドラインや勧告

- ① 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」(2007.5)
厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(2018.3改訂)
- ② 日本集中治療医学学会・日本救急医学学会・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」(2014.11)
- ③ 日本学術会議・臨床医学委員会終末期医療分科会「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」(2008.2)
- ④ 日本医師会第X次生命倫理懇談会「終末期医療に関するガイドライン」(2008.2)
日本医師会第XVI次生命倫理懇談会「終末期医療に関するガイドラインの見直しとアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の普及・啓発」(2020.5)
- ⑤ 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」(2012.6)
- ⑥ 日本老年医学会「ACP推進に関する提言」(2019.6)

67

17

1 人生の最終段階における医療・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、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。
また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。
さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。
- ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、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、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・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。

68

2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 本人の意思の確認ができる場合

- ① 方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、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ることが必要である。

そのうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。

- ② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。

- ③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

69

(2) 本人の意思の確認ができない場合

本人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 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

70

(3)複数の専門家からなる話し合いの場の設置

上記(1)及び(2)の場合において、方針の決定に際し、

・医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合

・本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合

・家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合

等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

71

18

日本集中治療医学会・日本救急医学会・日本循環器学会(2014年11月)
「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」

2. 延命措置への対応

1) 終末期と判断した後の対応

医療チームは患者、および患者の意思を良く理解している家族や関係者(以下、家族らといふ)に対して、患者の病状が絶対的に予後不良であり、治療を続けても救命の見込みが全くなく、これ以上の措置は患者にとって最善の治療とはならず、却って患者の尊厳を損なう可能性があることを説明し理解を得る。医療チームは患者、家族らの意思やその有無について以下のいずれであるかを判断する。

(1) 患者に意思決定能力がある、あるいは事前指示がある場合

患者が意思決定能力を有している場合や、本人の事前指示がある場合、それを尊重することを原則とする。この場合、医療チームは患者の意思決定能力の評価を慎重に評価する。その際、家族らに異論のないことを原則とするが、異論のある場合、医療チームは家族らの意思に配慮しつつ同意が得られるよう適切な支援を行う。

(2) 患者の意思は確認できないが推定意思がある場合

家族ら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することを原則とする。

72

(3)患者の意思が確認できず推定意思も確認できない場合

患者の意思が確認できず、推定意思も確認できない場合には、家族らと十分に話し合い、患者にとって最善の治療方針をとることを基本とする。医療チームは、家族らに現在の状況を繰り返し説明し、意思の決定ができるように支援する。医療チームは家族らに総意としての意思を確認し対応する。

① 家族らが積極的な対応を希望している場合

家族らの意思が延命措置に積極的である場合、あらためて「患者の状態が極めて重篤で、現時点の医療水準にて行い得る最良の治療をもってしても救命が不可能であり、これ以上の延命措置は患者の尊厳を損なう可能性がある」旨を正確で平易な言葉で家族らに伝え、家族らの意思を再確認する。家族らの意思の再確認までの対応としては現在の措置を維持することを原則とする。再確認した家族らが、引き続き積極的な対応を希望する時には、医療チームは継続して状況の理解を得る努力をする。

② 家族らが延命措置の中止を希望する場合

家族らが延命措置の終了を希望する場合、患者にとって最善の対応をするという原則に従い家族らとの協議の結果、延命措置を減量、または終了する方法について選択する。

③ 家族らが医療チームに判断を委ねる場合

医療チームは、患者にとって最善の対応を検討し、家族らとともに合意の形成をはかる。

73

日本集中治療医学会・日本救急医学会・日本循環器学会(2014年11月)
「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」

(4)本人の意思が不明で、身元不詳などの理由により家族らと接觸できない場合

延命措置中止の是非、時期や方法について、医療チームは患者にとって最善の対応となるように判断する。

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)

75

19

ことば——ACP:わが国の資料

アドバンス・ケア・プランニング: 人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス(厚労省、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン・解説編, 1, 2018.3)

ACPとは、将来の変化に備え、将来の医療・ケアについて、本人を主体に、その家族等及び医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、本人の意思決定を支援するプロセスのことである。本人の意思は変化し得るものであることから、医療関係者より適切な情報提供と説明がなされた上で、本人を主体にその家族等及び医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、本人の意思を共有しておくことが重要である。ACPは、その都度の話し合いを記録し、それを繰り返すプロセスであり、そのことによって最大限本人の意思の実現を図るための手段である。(日本医師会第XVI次生命倫理懇談会、終末期医療に関するガイドラインの見直しとアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の普及・啓発, 12, 2020.5)

76

ACPと事前指示書(advance directive)

- ◆ ACPは、事前に、どのような種類の決定を下す必要が生じるかを把握し、それらの決定について検討し、他者——家族と医療従事者——に自分の希望を知らせることを内容とします。それらの希望は、事前指示書(Advance Directive: AD)。あなたが能力を喪失し自分で話せなくなった場合に効力が生じる法的文書)に記録されることが多いです。
- ◆ ADの主要なものとしてリビング・ウイルと医療に関する委任状があります。
- ◆ リビング・ウイルは、あなたがどのような治療を希望するかについて医師に伝えるために役立つ書面で、あなたが希望する治療、希望しない治療、各々の選択の条件について述べることができます。
- ◆ 医療に関する委任状は、あなたが医療に関する決定を下すことができなくなった場合に、あなたに代わってその決定を下す医療に関する代理人を指名する法的文書です。代理人はあなたの価値観や希望についてよく知っていることが必要です。

(Advance Care Planning: Healthcare Directives, National Institute on Aging(要約),
<https://www.nia.nih.gov/health/advance-care-planning-healthcare-directives>)

77

事前指示書の問題点

- ① 当該治療が問題となる時点での判断ではない。
 - ・想定と異なる現実、考え方の変化
 - 治療・ケアについての指示
 - 代理人の判断
 - ・リビング・ウイル(狭義)——すべての事態・治療を想定できない。
- ・代理人任命——元来、英米法において、代理人の権限は、(本人が代理人の行為を監督することが可能な)本人に能力がある間に限られるとしていた。それを修正するのが、事前指示書の代理人任命部分(⇒本人が代理人の行為を監督できない)。
- ② 事前指示書を作成する人はアメリカでも多くはなかった。23%(1982), 15%(1988)(Cruzan v. Director, 497 U.S. 261, 289 n. 1 (1990))。わが国では、2017年でも5.3%(厚労省調査, 2018)。

78

事前指示書の問題点への対応

- ① インフォームド・コンセントが同時的であるのに対して、事前指示書は「事前」のもので仮定的な要素を排除できない。
他方、本人がそのことも承知の上で作成した書面についてはそれを尊重するのが人に対する敬意を尽くすことになる。
- ② 患者の自己決定法(Patient Self-Determination Act, 1990. 連邦の法律)
——医療機関は、患者に対して、入院・入所時に、法的に認められる医療に関する決定権、とくに医療を承諾または拒否する権利や事前指示書を作成する権利について書面で告知するとともに、患者が事前の指示書を作成したかどうかを患者の医療記録に記載することを義務づけられた。

最近では、40歳以上の47%(2013)が、ナーシングホーム入居者の65%(2004)事前指示書を作成していた。GAO Report 21-22 (2015)。

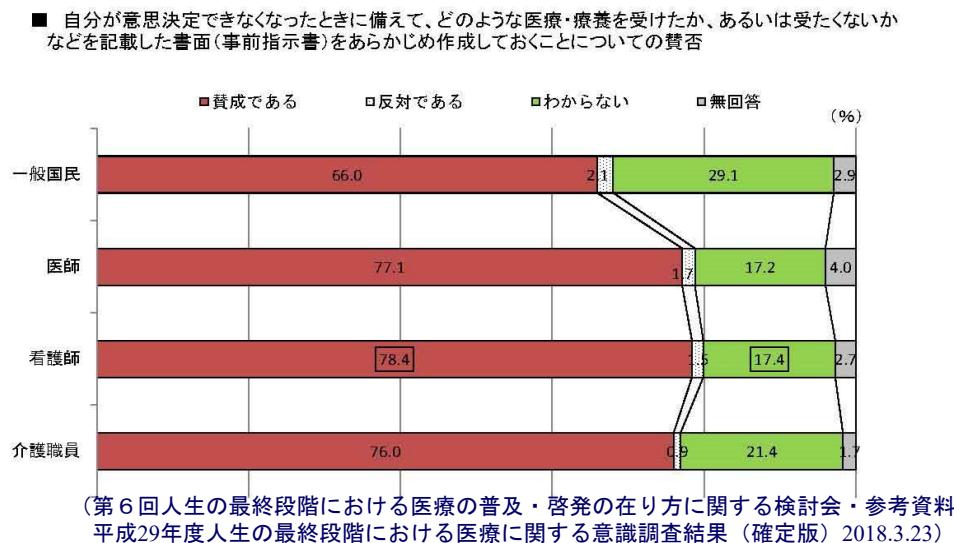
79

20

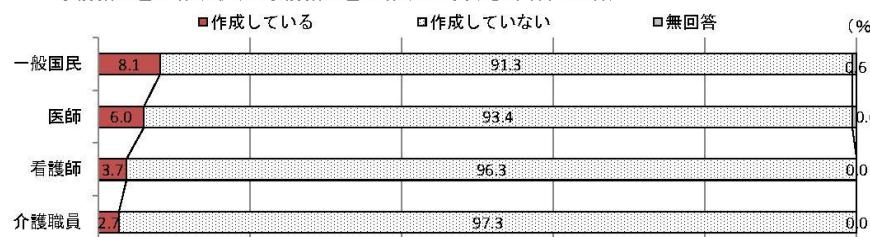
事前指示書：わが国における普及

I-4 事前指示書について①

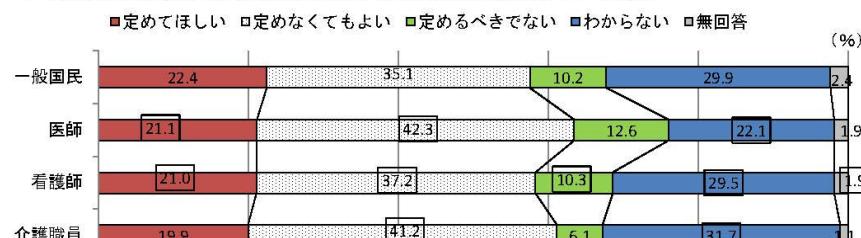
平成29年度
一般国民票



■ 事前指示書の作成状況(事前指示書の作成に「賛成」と回答した者)



■ 事前指示書に従って治療方針を決定することを法律で定めることへの賛否



(第6回人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会・参考資料5
平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果（確定版）2018.3.23）

82

依然として残る課題と対応

患者の認識 ACPの目的≠治療方針のコントロール

- ・ACPを、治療の選択に対するコントロール・影響の点から捉える患者はほとんどいない。
- 患者は、ACPを、主として、意思決定能力を失った後に自分の医療に関する決定をコントロールできる手段と考えることはしない傾向がある。
- ・患者は、病気の経過の中で、自分の希望が変化する可能性があること、医療・ケアに関して自分が表示した選好がつねに従われるわけではないこと、家族や医療従事者は独自の判断で患者が表示した選好に従うべきか否かを決定していることを受容し、治療に関する決定は信頼する医療従事者に委ねて満足であった（喜んで委ねる）こと、を報告する多数の研究がある。

S. Johnson et al., Advance Care Planning for Cancer Patients, Psycho-Oncology 25:362 (2016). [米英加欧豪台湾の40論文のメタアナリシス]

83

21

報告者管見

- ◆米英豪加、欧州、台湾とわが国の文化の違いも踏まえる必要がある。
- ◆本人の利益を図り、本人に危害を加えないこと（生命倫理4原則のBeneficence, nonmaleficence）から、本人に恐怖、不快、苦痛をもたらす可能性があるACPを無理強いすることは避ける。
- ◆有意義なACPのためには、人生観・死生観の確立が必要かもしれない。
- ◆終末期における本人の希望・意思——本人の人生観（生命観）・死生観の確立がないと表層的なものに終わる。
- ◆終末期における人生観の難しさ——一般的、普遍的な思考をすることが可能だが、限られた期間しか存在し得ない主体 ⇒ 苦悩・恐怖
- ◆『我々はどこから来たのか 我々は何者か 我々はどこへ行くのか』（ポール・ゴーギヤン, 1898）

84

スピリチュアル・ケア

◆緩和医療における全人的ケア——対応すべき苦痛(WHO website)

- ・身体的ケア——身体的苦痛
- ・精神的ケア——精神的苦痛
- ・社会的ケア——社会的苦痛
- ・スピリチュアル・ケア——スピリチュアルな苦痛

◆日本医師会第XV次生命倫理懇談会「超高齢社会と終末期医療」27頁（2017年11月）

[スピリチュアル・ケアにおけるスピリチュアルの]領域については、次のような把握が適切である。「『スピリチュアル』は、『人がその生きる世界をどのように根本的に、ないしは包括的に理解しており、その理解と連動するどのような根本的な姿勢で生きているか』に関わっている。」

85

死についてのスピリチュアルな認識の例

【宗教的死生観】「死に直面している患者の願いとは何か。……第3に、患者に湧き起つて来る希望は、死を超えた彼岸に生まれ、愛する人々と再会することである。キリスト教では、死は終わりではなく、神の愛に迎えられ天に召されると教える。仏教経典には「俱会一處」と記され、愛する人と死別しても、極楽浄土で必ずまた会えると説き、亡き人は仏となって残された人々の心を導いてくれると教えている。」(日本医師会第XV次生命倫理懇談会答申「超高齢社会と終末期医療」29頁(2017年11月))

死=彼岸での出生・愛する人々との再会、昇天、極楽浄土

【非宗教的死生観・例えば】死は、人が生まれる前の状態に戻ること。亡きがらは残るが、出生前、懷胎前の状態への回帰。

無⇒個人⇒無

両親⇒個人⇒無

両親⇒個人⇒子 ……

86

報告者管見

◆具体的な医療行為に関して患者本人が示した意思決定に例外なく従うことが、必ず人に対する敬意になるとは限らないのではないか。終末期医療においては、respect for persons ≠ respect for autonomy(自律・自己決定の尊重)のこともあるのではないか。

◆Respect for personsの求めるところを広く捉えてみよう。

◆抽象的な人生観・死生観だけではその内容(意味・結果)の検討が不十分になったり、表示が不十分になったりする可能性がある。人生観・死生観とそれを踏まえた具体的な医療行為等についての希望の表示を求め、その意味を確認する作業を重ねる。同時に、現実の医療・ケアの実施においては具体的な事項に関する本人の希望に縛られる必要はない。

◆人生観・死生観や具体的な医療行為等に関する話し合いのプロセスの場を提供するものとしてACPは有用。

87

22

【参考文献・資料】

◆厚労省「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」の改訂について

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

◆日本集中治療医学会・日本救急医学会・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～」の公表(2014.11)

http://www.jsicm.org/publication/3gakkai_teigen1411.html

88

ご清聴ありがとうございました。

当日映写したスライドと配付資料のPDFファイルは、講演後、
数日中に

<http://www2.kobe-u.ac.jp/~emaruyam/medical/Lecture/lecture.html>

に掲出いたします。

89