

【 増補版 】

医の倫理について考える

現場で役立つケーススタディ

令和4年6月

日本医師会 会員の倫理・資質向上委員会

序 文

日本医師会「会員の倫理・資質向上委員会」が森岡恭彦委員長の下で『医の倫理について考える 現場で役立つケーススタディ』を公表したのは2017（平成29）年であり、すでに5年を経過した。医療倫理の課題を多肢選択問題の形で提示し、医学教育その他で活用してもらおうとする試みが、アメリカの医師国家試験の実例を参考にして始まり、60題の問題を公表した経緯は下記のウェブサイトの序文で示されている（https://www.med.or.jp/dl-med/doctor/rinri_cs.pdf）。

森岡前委員長によるこの序文では、「医学・医療は日進月歩で、それに伴う新たな倫理問題が提起されており、絶えざる学習も必要である」と強調されている。そこで、本委員会はその後も、60題にとどまることなく、新たな倫理問題を提示する試みを継続してきた。

この間、わが国に限らず世界はコロナ・ウィルスによるパンデミックという100年に一度の事態を経験し、まさに医療資源の逼迫にどう対応すべきかという重要な課題に直面した。わが国についていえば、2018年に厚生労働省は「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」を改訂し、アドバンス・ケア・プランニングの重要性を強調した。高齢社会の進行の激しさ、同時に少子化への対応、他方では再生医療や遺伝子治療等の進展など、社会の変化も著しい。

また、医療の現場ではこれまで想定し得なかったような事件も立て続けに生じた。2021年12月に大阪では元患者によってクリニックが放火され、医師や患者が多数死亡した。2022年1月の埼玉県での在宅医療現場での立てこもり事件では、医師や理学療法士、介護士が標的となって医師が死亡した。医療の現場での安全をいかに図るかという深刻な課題が提示された。医師も患者も一緒になって、医療というインフラとその関係者をどのように守っていくかがいっそう重要である。

そうした中で、今回、新たに32題の問題を示すことにした。新たな試みとして医師国家試験において医療倫理に関係すると思われるものを検討し解説を付したものがあつた。従来、倫理的な問題で正解が何かを示すのは難しいとして医師国家試験では敬遠されてきたものが、医師患者間のコミュニケーションのあり方などを中心に倫理に関係するとされる問題もやや増えてきたことがうかがわれる。なお、新たな作題については、瀬尾雅子（東京大学医学部附属病院法務・コンプライアンス室／弁護士）、大滝恭弘（帝京大学医療共通教育研究センター教授／弁護士）、外岡潤（弁護士）、木戸浩一郎（帝京大学医学部産婦人科学病院教授）の各氏のご協力を得た。森岡恭彦前委員長の懇切丁寧な指導もいただいた。記して深甚の謝意を表す。

2022（令和4）年6月

会員の倫理・資質向上委員会
委員長 樋口 範雄

■ | 目 次 | ■

序 文

1 応招義務・医師患者関係	1
Q 1. 指導に従わない患者と応招義務	1
Q 2. 時間外の呼び出しと応招義務	2
Q 3. 外国人の診療と応招義務	4
Q 4. 外国人の患者と宗教上の特殊事情	6
Q 5. 医師から患者への適切なコミュニケーション	8
Q 6. 自殺未遂の患者とリスボン宣言	9
Q 7. 産業医と患者の関係	11
2 説明義務、インフォームド・コンセント	12
Q 8. 認知症患者と人工透析	12
Q 9. 説明義務の範囲と例外	15
Q 10. 患者の希望する医療が不適切な場合	17
Q 11. インフォームド・コンセントの撤回	18
Q 12. 重篤患者との適切なコミュニケーション	20
Q 13. 患者の自己決定と医師の対応	22
Q 14. がんの告知	24
Q 15. 精神病患者への対応	26
Q 16. 受診を拒む精神病患者への対応	28
3 届出・通報	29
Q 17. 薬物使用が疑われる患者	29
Q 18. 児童虐待の疑いへの対応	31
4 守秘義務・個人情報保護	33
Q 19. 悪い検査結果の通知と守秘義務	33
Q 20. 医療記録の閲覧と個人情報保護	35
5 医療過誤	37
Q 21. 医療安全のための制度的対応	37
Q 22. ヒヤリハット事例の対応	39

6 妊娠・出生	40
Q 2 3. 新生児緩和ケア	40
7 臓器移植	42
Q 2 4. 臓器取引の疑いのある場合	42
8 終末期医療	44
Q 2 5. 終末期医療と家族間での意見の相違	44
Q 2 6. 終末期医療の判断の考え方	47
9 医学研究	49
Q 2 7. 研究の倫理	49
10 遺伝学的検査	51
Q 2 8. 遺伝子検査で発見された二次的所見	51
Q 2 9. 遺伝子検査結果の告知範囲	53
11 医師と医師・医師会の関係	56
Q 3 0. 他医受診患者へのアドバイス	56
Q 3 1. 終末期医療における医師間での意見の不一致	58
12 災害時の医療	59
Q 3 2. 災害時における緊急的対応	59

1 応招義務・医師患者関係

Q 1. 指導に従わない患者と応招義務

84歳男性。1年前から慢性閉塞性肺疾患（COPD）で通院している。長年喫煙していたが、通院以後、禁煙していると話していた。ある時、診療中に患者のポケットから紙たばこが見つかり、問い質すと、これまで禁煙していなかったことが分かった。

患者への対応として適切なのはどれか。

- a 喫煙習慣をやめるために、まずは依存性の低い加熱式たばこを勧める。
- b 「嘘をつくような患者は診ない」とし、診療を断る。
- c 「今後も禁煙しないなら診療はしない」と言い渡す。
- d 禁煙外来を紹介し、受診を拒否するようなら、以後、診察を断る。
- e 禁煙を求めながらも診療すべきである。

A 1. 正解は e と考えられる。

慢性閉塞性肺疾患の大きな要因は喫煙習慣で、治療にあたっては禁煙指導が第一の課題であり、何よりも禁煙指導を強めることが大切である。しかし長年の喫煙習慣をやめさせることは困難で、本問のような事態はしばしばみられる。

そこで、まず、より害の少ない加熱式たばこに切り替えることが考えられる。加熱式たばこは紙たばこに比べて健康上の害が少ないといわれているものの、無害とまではいえず、習慣性については強いことが知られており、禁煙の指導として適切とはいえない。また、患者を禁煙させるために専門家のいる禁煙外来を紹介することもよいが、患者の方では、これを断ったり、また禁煙せずに受診を希望したり、禁煙していると嘘をつき実際には喫煙している場合など、医師の提案する療養指導を受け入れない患者も多い。こういう患者に対して、担当医は診療を拒否したいと思うことも多いように思われる。

わが国では、医師法上、応招義務があり、正当な理由のない限り患者の診療を断ることができないとされているが、本問のように禁煙指導に従わないことが診療を拒否するための正当な理由になるのか否かは、議論の余地がある。しかし、法律がどうであれ、禁煙の指導に従わないからといって患者を突き放すようなことはせず、医師は根気強く患者に禁煙の必要性を説きながら、診療を継続すべきであろう。

Q 2. 時間外の呼び出しと応招義務

病院の勤務医である 60 歳の外科医。その日は、手術が長引いて午後 10 時まで働き、その後、帰宅した。実は、その月、彼は担当する患者の急変などで夜間も呼び出されることが多く、残業時間も医師の働き方としても問題になるような状況だった。

ところが、家に着いて間もなく、今日、胃がんの手術をした患者が異常を訴え家族があなたに連絡してほしいといっているという知らせが入った。また、その日当直の医師は内科医で、専門ではないものの経験のある医師で、相談したところ特にあなたが来院する必要はないであろうという判断だった。

医師法の応招義務を考えた時に、この外科医は病院に戻るべきか否か。次の選択肢の中で明らかに不適切なものはどれか。

- a いわゆる応招義務は、患者の生死がかかる状況であるか、または重大な病状である場合にのみ問題となるものであり、しかも、そもそも勤務時間外であるから、病院に戻って診療する必要はない。
- b いわゆる応招義務は、まさに患者が医師に診療の求めをした場合に、常に生ずるものであるから、外科医は病院に戻って診療すべきである。
- c そもそも医師法上の応招義務は公法上の義務であり、戦後は罰則規定もなくなり、行政処分はありうるとされているが実例はない。法律上の義務というより、むしろ医療倫理上のものに近いと考えられる。
- d 外科手術の後での適切な時間内は、医師はその後を見守ることが大切であり、応招義務がどうであれ、外科医は病院に戻るべきである。
- e 患者の容態を確認した上で、病院に戻らないことは医療倫理上も許される。

A 2. 不適切なものを選ぶ問題である。正解（不適切なもの）は**b**と考えられる。

b は、応招義務をきわめて厳格に考えているもので、現在は不適切である。令和元年に厚生労働省の委託研究として出された応招義務に関する報告書および省令に基づく通知「応招義務をはじめとした診察治療の求めに対する適切な対応の在り方等について」（令和元年 12 月 25 日厚生労働省医政局長通知医政発 1225 第 4 号）では、応招義務が機能するのは、原則として、患者の生死が問題となるような状況か、それに準ずる深刻な場合であって、まさに救命のための措置が必要な場面に限られるとされた。

さらに、医師法に応招義務があるとして、法律効果があると医師が過大に判断している傾向があることを戒めて、医師法上の応招義務は、実際には、法的効果の薄いものであり、むしろ医療倫理として考えるべきものと明記している。現実的に考えても、医療のようなサービスを、法律でどこまで強制することができるかはそもそも疑問である。まさに医師が使命感に燃えて、患者に対し一生懸命医療を行うべき場面であり、それこそが医療倫理の実現である。

また、現在では医療の現場での過重労働が問題となり、「医師の働き方改革」が議論されている。その際に、応招義務があるから労働基準法上の基準が適用にならないと主張する例があるが、医師には労働基準法が適用にならないというのは暴論であり、その抗弁として応招義務ありとするのは、応招義務の理解として正しくない。医師が過労で倒れば、医師はむろんのことであるが、実際には、患者にとっても大きな影響がある。応招義務によって、そのような状況が生まれるとすれば、それは本末転倒である。

b 以外の選択肢は、当該医師が、医療倫理に基づく判断として、病院に戻るか戻らないかを決定してよいとしており、新しい通知の下では、いずれも適切なものと考えられる。

Q 3. 外国人の診療と応招義務

65歳の男性医師。人口5万人余の地方都市で診療所を開設してきた。

最近、近所の工場に東南アジアなどからやって来た労働者が増えてきて外来にもしばしば訪れるようになった。自分だけは英語で対応できるが、受付などでは困難なこともあった。これまで何とか対応してきたが、時に医療費の未払いもあり、受付の事務の対応の難しさが目立ってきた。また、小さな診療所として、経営上の問題も考えなければならない。

何とか対策を講じる必要を感じているが、さしあたりとるべき対応として最も適切なのはどれか。

- a 診療所の入り口に外国人の診療はできないことを掲示する。
- b 保健所に実情を話し外国人患者の診療はできないことを伝える。
- c あらかじめ診察料金を支払った患者のみ診療する。
- d 受付で医療保険証の提示を求め、非所持者の診療を断る。
- e 救急処置の必要がない時には対応可能な他の医師を紹介し、なるべく来院する外国人が減少することを期待する。

A 3. この選択肢の中では、当面の正解は e と考えられる。

近年、わが国では外国人労働者や観光旅行者が急増し、医療機関を受診する外国人が増えてきた。医師は人種や貧富の差なく患者を診療すべきであることは古来より強調されてきた。また、わが国の医師法（第19条）では、「診療に従事する医師は、診療治療の求めがあった場合には、正当な理由がなければ、これを拒んではならない。」として医師に応招義務を課している。しかし、具体的にはこの正当な理由は曖昧で、現在でも議論されている。

外国人の診療では言語や習慣の違いなどがあって、医療機関ではその対応に困難なことも多くなっている。また医療費を支払わない外国人も多く問題となっていて、社会的対応もなされるようになってきたが、なお課題も多く残されている。

本問では、一人の医師だけが英語を話すことができて外国人の患者を診てきたが、一人での対応には限界もあり、また事務の対応が困難で、できれば外国人の診療を辞めたいという。その対応についてのさしあたりの対策について論じたもので、特に前述の医師法の応招義務の免除、正当な理由との関係が問題となる。

まず、診療所として、日本人専用で外国人の患者を受け付けないとするこ

(選択肢 **a** と **b**) は国籍による差別・人種差別であって不適切で、保健所などもこういった医療機関を容認しないであろう。また、診療費の問題で外国人だけに制約を設けること (選択肢 **c** と **d**) も適切ではない。

このケースでは、来院した外国人患者に十分な対応ができないことを説明し、緊急の処置が必要でない場合には、他の対応可能な医療機関に紹介することくらいがさしあたりの対策であろうし、これは医師法の正当な理由として容認できると考えられる。したがって、とりあえず **e** を正解とするが、医師資格を持つ者はわが国を代表するプロフェSSIONナルであり、近い将来にはこのような対応で済まなくなる事態も十分に予想される。

この問題と回答は、現状では外国人の患者に十分な対応ができないケースについて、あくまでもさしあたりの対応を示しているのであり、すでに周囲に多くの外国人が居住しているような地域では、むしろ外国語を話せるスタッフを補充するなりして、積極的に外国人患者を受け入れる対策をとるべきであろう。

また、現状は外国人が少ない地域でも、翻訳機器の性能向上やスマートフォンのアプリなどでの対応も可能になるはずであり、少なくとも英語での対応を可能にするような工夫がなされるべきである。さらに考えておくべき問題は、将来、さまざまな国の人がわが国で働くような事態になって、英語での対応では不十分となるケースである。オーストラリアのある日系工場のように 80 か国以上の人が働く例がわが国でも生じないとはいえない。また、今後もさまざまな国からの観光客の急病も十分に考えられる。医療の国際化、外国人患者への対応をわが国の医師も考えるべき時期である。

Q 4. 外国人の患者と宗教上の特殊事情

あなたはクリニックを経営する男性医師である。

ある日、宗教上の理由で「家族以外の男性に肌を見せられない」という中年の外国人の女性患者が、嘔吐を伴う急な腹痛を訴え、夫と共に来院した。患者は苦しそうだが、意識は正常で歩行も可能である。

この場合、医師としてとるべき対応はどれか。

- a 腹部の触診等により状態を直接確認できないので、診療を断る。
- b 「腹部の診察を夫の立ち会いのもと行う」といった条件を提案し、同意するよう説得する。
- c 女性医師のいる医療機関を紹介する。
- d 女性看護師が代わりに検査を行い、得られた所見を基に判断する。
- e 診察をせずに救急車を呼んで適当な医療施設に搬送してもらう。

A 4. 正解は b と c と考えられる。

本問のように、宗教上の理由等により患者の自己決定権と医療者による生命保護の相克が生じた場合は、結論としては患者が現在置かれている状態（危険な状況である可能性があり、触診等で確認する必要があること等）を詳細かつ正確に伝え、医療措置を受ける方向で検討するよう真摯に説明し理解を求めるという行動をとるべきである。

本問については、最高裁まで争われたエホバの証人輸血拒否事件（平成 12 年 2 月 29 日最高裁判決）が参考になる。患者の自己決定権が宗教の自由に裏打ちされた事例だからである。

患者の自己決定権は最大限に尊重されなければならないが、その制約の中で医療従事者は患者の生命身体を保護するため最善を尽くさなければならない。最高裁の論理を要約すれば、これが医師に求められる対応であり、倫理観としても妥当といえよう。

かかる観点によれば、まず a は目の前の患者の診療を端から断念（放棄ともいえる）している点で論外である。b を正解としたのは、可能な限り患者の宗教上の信念も尊重しつつ、医療も行うことが可能な条件を探る試みをすべきだからである。また、アメリカでの類似の設問ではこれを正解としており、宗教上の理由といっても、その意味はさまざまであることから、このような対応で患者および家族が納得してくれるようなら、それが適切である。c は近隣に適切な女性医師がいて、それで宗教上の理由が解消されるなら正解となる。d は、適切な医

療を提供するということからすれば正解とはしがたい。eは本来、救急の事態で呼ぶべきものが救急隊であり、その判断もしないで救急隊に委ねることは適切ではない。まずは本件の医師が何らかの適切な対応を工夫することが必要となる。

Q 5. 医師から患者への適切なコミュニケーション

19歳の女性。肥満を主訴にやせ薬の処方を希望して来院した。身長156cm、体重72kg。幼児期から肥満で、小学生の時にも肥満に対する指導を受けていたが、どうしてもやせることができなかった。今では自分の力だけではやせることは到底無理だと思うようになっている。

医師の発言として最も適切なのはどれか。

- a 「私はやせ薬の処方しません」
- b 「薬でやせようなんてもってのほかです」
- c 「やせようという気持ちがあればやせられるはずです」
- d 「どういうことで今回やせたいと思うようになったのですか」
- e 「このまま肥満が続くと生活習慣病を発症するのは間違いありません」

(第103回医師国家試験 C より)

A 5. 正解はdである。

医師と患者との間のコミュニケーションはきわめて重要である。医師国家試験の問題として、このような内容のものが頻繁に現れるのはそれを示す。

今、医師の面前には肥満に悩む19歳の女性がいるが、選択肢a～cは患者の気持ちに寄り添う医師の発言としては適切とはいえない。

選択肢eは、肥満が生活習慣病につながりやすいことは確かだが、このような言い方では、いっそう肥満に怯えて、やせ薬の処方を求めたくなるであろう。

したがって、正解はdとなる。dは、患者の気持ちに寄り添って、その気持ちをできるだけ理解しようという姿勢がみえるからである。「患者の気持ちに寄り添う」というのは簡単なようでそうではない。

本問では、医師としてやせ薬の処方に消極的にならざるをえない理由を丁寧に説明し(副作用やリバウンドの恐れなど)、できるだけ安全なダイエット法を探求するよう、患者とのコミュニケーションを図ることが望まれる。

Q 6. 自殺未遂の患者とリスボン宣言

55歳の女性。飛び降りによる腹部外傷のため救急車で搬入された。1か月前に胃癌と診断され、ここ数日は絶望して気持ちが不安定になっていた。今朝、自宅マンションの8階から飛び降りて受傷した。大量の腹腔内出血があり救命のためには速やかな開腹止血術が必要である。ショック状態で患者の意識はなく、意思の表示はできない。患者本人は以前からがんに対する手術治療を拒否していたが、救急車で付き添って来た夫は開腹止血術や救命治療を希望している。

リスボン宣言に基づく対応はどれか。

- a 速やかに開腹止血術を行う。
- b 開腹止血術以外の方法で経過をみる。
- c 院内倫理委員会を開催するよう要請する。
- d 本人と配偶者との意見が異なるため、他の家族の意見を待つ。
- e 多職種カンファレンスで方針を決定するまで治療を行わない。

(第110回医師国家試験 C より)

A 6. 正解は a である。

リスボン宣言とは、1981年の世界医師会で採択された患者の権利宣言(Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient)である。ただし、その内容は、患者主体の権利宣言ではなく、医療者の側の立場ではいけないこと、すべきことを明記した医療倫理の行動規範であるとされる。

本問は、リスボン宣言に限らず、医療倫理に関する国際的な宣言について基本的な知識をもつよう促すための設問だと考えられる。

そのリスボン宣言には、次のような項目がある。

4. 意識のない患者

- a. 患者が意識不明かその他の理由で意思を表明できない場合は、法律上の権限を有する代理人から、可能な限りインフォームド・コンセントを得なければならない。
- b. 法律上の権限を有する代理人がおらず、患者に対する医学的侵襲が緊急に必要とされる場合は、患者の同意があるものと推定する。ただし、その患者の事前の確固たる意思表示あるいは信念に基づいて、その状況における医学的侵襲に対し同意を拒絶することが明白かつ疑いのない場合を除く。
- c. しかしながら、医師は自殺企図により意識を失っている患者の生命を救うよう常に努力すべきである。

以上、4のcで明記されているように、自殺企図によって意識不明に陥っている患者については「常に救命に努めるべき」だとされているわけであるから、本問の正解は **a** となる。

なお、リスボン宣言がなくとも、自殺企図者であっても医療倫理としては救命が本筋であり、正解はやはり **a** となる。

最後に、わが国において、自殺未遂の患者を治療した場合に、健康保険の適用があるかが問題とされてきたので付言する。

これは、健康保険法（大正11年法律第70号）第116条では、「故意に給付事由を生じさせたときは、当該給付事由に係る保険給付は、行わない」と規定されているため、精神疾患に起因しない自殺未遂の場合、保険の対象としないと解される可能性があった。

この点について、平成22年5月21日付で厚生労働省から「自殺未遂による傷病に係る保険給付等について」という通知が出されたことに留意する必要がある。通知では、「自殺未遂による傷病について、その傷病の発生が精神疾患等に起因するものと認められる場合は、「故意」に給付事由を生じさせたことに当たらず、保険給付等の対象としております」とあって、そこで引かれている事例は、発作的に自殺行為に及んだ場合も「故意」とはみなさないとするものであり、明らかに自殺未遂者に対する診療について健康保険を適用してよいとする趣旨のものである。自殺未遂で救急患者が運ばれてきた場合、まず救命の努力をするという医療倫理にかなった健康保険の解釈だと考えられる。

Q 7. 産業医と患者の関係

40歳の男性。会社員。本人からの申し出に応じて、産業医として面接指導を行った。最近の1か月は興味を持てることがほとんどなく、真夜中に目が覚めたり、決断するのが難しいと感じたりする日が続いているという。こうした状態であるため、同僚や家族に負担をかけていると感じている。労務担当者からの情報では、最近は特に忙しく、時間外・休日労働時間が1月当たり100時間を超えているという。

産業医の対応として正しいのはどれか。2つ選べ。

- a 本人を休職させる。
- b 専門医療機関への受診を本人に勧める。
- c 「しばらくこのままで様子をみましょう」と本人に伝える。
- d うつ病であると事業者に伝える。
- e 労働時間の短縮の必要性を事業者に伝える。

(第106回医師国家試験 **G** より)

A 7. 正解は **b** と **e** である。

産業医は医師の中でも特殊な立場にあり、使用者に雇用されながら被用者の安全を図るという一種の利益相反的な立場にいる。したがって、一般に利益相反が大きな課題となる倫理問題に直面することが多い。

本問では、明らかに本人は医療上の問題を抱えており、その一因には過重な労働もあると考えられる。そこで、**b** の「専門医療機関への受診を本人に勧める」と、**e** の「労働時間の短縮の必要性を事業者に伝える」は適切な対応と考えられる。

これに対し、**a** の「本人を休職させる」は、産業医に休職を命ずる権限はないこと、**c** の「しばらくこのままで様子をみましょう」と本人に伝える」のは、単に問題の先送りに過ぎないこと、**d** の「うつ病であると事業者に伝える」のは、産業医としてより積極的に被用者の安全・健康を図るという立場からは不十分であることから、いずれも不適切である。

2 説明義務、インフォームド・コンセント

Q 8. 認知症患者と人工透析

65 歳男性。認知症の診断を受けている。腎臓の機能が衰えて、腎不全の状況になりつつあるが、家族は人工透析（維持血液透析）に移行することに反対している。

患者は何のために人工透析を行うかが分からず、ただ長時間縛りつけられることを苦痛だと思っただけだというのである。主治医として、あなたはどうすべきか。

- a 本人に判断能力がなければ、本人からの同意（インフォームド・コンセント）が得られないので、透析に移行することはできない。
- b 認知症のため本人に判断能力がないので、家族が代わりに決定することができる。したがって、透析に移行しない。
- c 本人が認知症の診断を受けていても、本人に残っている能力に応じた話し合いを行うことが望ましい。
- d 本人に判断能力がなくても、家族から、あくまでも本人だったらどうしたろうかということを知り、家族から得られた患者の推定意思を確認し対処する。
- e 認知症で 65 歳以上の患者には透析は行うべきではないから、患者の家族の意向に従う。

A 8. 正解は c と d と考えられる。

a は、まさにインフォームド・コンセントの原則を述べるものであるが、それを厳格に貫くと、意識不明の患者に治療することもできなくなる。緊急時での医療や、本人に代わって本人の意思を伝えることによる医療は、インフォームド・コンセントの原則に反するものではない。

b の選択肢については、医療実務では本人に代わるものとして、家族の意向を聞くこと、家族から同意を得ることがよく行われる。しかし、それは原則として、あくまでも本人の意思を推定することができるからであり、家族自身の考えによるものではない。結局のところ、本人の生死に関わる問題である以上、本人の意思を最優先すべきだからである。

c および d は、日本透析医学会の「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」（透析会誌 2014 ; 47(5) : 269-285) にも明示されて

いる原則である（ <https://www.jsdt.or.jp/dialysis/2094.html> ）。dについては、家族の意思も重要だが、あくまでもそれは本人の推定意思だという点で重要だという原則を確認するための選択肢である。

なお、平成31年3月、東京の公立福生病院で40代の患者が人工透析を中止して死亡した事件が報道され、日本透析医学会では2020年に新たな提言として「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」（透析会誌2020；53(4)：173-217）をまとめている。

提言には、本人について、透析を安全に施行することが困難であり、本人の生命を著しく損なう危険性が高い場合、または本人の全身状態が極めて不良である場合には、医療上の判断として、透析への移行をしないことができる旨が書かれているが、「本人の全身状態が極めて不良である」だけではなく、さらに本人が透析見合わせの意思表示をするか、または家族による推定意思で同様の意思が示されている場合という基本的条件がついていることに留意する必要がある。

eは年齢による差別であり、たとえばこれが85歳の認知症患者ではという場合であっても、まず年齢で判断するというのは、人工透析の普及しているわが国では不適切と考えられる。

最後に付言するに、以上の解説については、本委員会の議論の中で説明が建前論過ぎるのではないかとの意見も出された。

医療の実務において、認知症患者への対応はきわめて難しい問題である。今後、認知症患者が増加すると予測されている超高齢社会のわが国では、特に重要な課題となる。

本問の解説では、医療上の決定において患者の意思を尊重すること、それが難しい場合は、本人の意思を一番よく知っていると思われる家族の（本人の意思を推定する）推定意思を尊重するという原則論に立っている。認知症患者も程度はさまざまであり、また日によって判断力が異なる場合もあって、本人の意思を尋ねることができる場合もあるから、原則論には一定の意義がある。

しかし、認知症が進んでいる場合で、家族が本人の利益を考えて判断していると思われる場合には、医師として透析を勧めないことも十分にありうる。家族の意思なのか、家族による本人の推定的意思なのかという問いも、やや理屈に勝った区別とも考えられる。そのような場合では、本人の最善の利益は何かを判断基準として、複数の医療従事者と家族等が一致できるなら、それが医療倫理上も適切といえる。

なお、日本医療研究開発機構（AMED）が支援する「高齢腎不全患者に対する腎代替療法の開始/見合わせの意思決定プロセスと最適な緩和医療・ケアの構築

(研究開発代表者：柏原直樹川崎医科大学)」において、全国における透析見合わせ（非開始）や終了の現状調査がなされた。その結果、2018年および2019年の2年間について、透析見合わせ例（非開始）は917例、透析中断（終了）は492例という報告があったことを付記する（なお、新規の人工透析導入数は年に約4万例とされている）。

Q 9. 説明義務の範囲と例外

87歳男性（認知症）、脳血管疾患治療のため入院している。夜間、A看護師に付き添われ歩行しながらトイレに行こうとしたところ、廊下で転倒し骨折した。入院時に家族代表として同意書等に署名押印した患者の長男が、「この事故は担当看護師が父に付き添うことをせず、放置した結果、転ばせたのではないか」という疑いを持ち、院内の事務局にその疑念を語ると共に、当日付き添っていた看護師の氏名を尋ねた。事務局長が難色を示すと、執拗に「なぜ氏名を開示できないのか。誰が責任者なのか」と気色ばんで主張した。なお、患者には後見人は就いていない。

病院側としては、A個人がことさらに責任追及されるのではないかと懸念から、できれば開示したくないと考えている。なお、長男は「現実に患者の世話をしている親族」に該当し、患者の代わりに患者の個人情報開示を請求しうる立場にある。病院としてどう対応すべきか。

- a 職員の個人情報も等しく保護されなければならないため、Aが開示を望まないのであれば当然拒否してよい。
- b 病院内で作成された患者に関する医療記録は本来的に当該患者のものと考えべきであり、Aの氏名も患者側から求められれば開示しなければならない。
- c 開示すれば長男が憤り、Aのもとに押しかけAの身に危害を加えかねないので、開示を拒否する。
- d 口頭での情報開示は拒んでよいが、カルテ開示を請求された場合はAの氏名をマスキングせず開示しなければならない。
- e 長男の執拗な問いかけは威力業務妨害罪に相当するため、警察に通報する。

A 9. 正解は c と考えられる。

担当看護師等の医療従事者の氏名は、患者にとって基本的かつ必須となる情報であり、一方で医療従事者の立場としては、就業時に自己の氏名等の個人情報を各人の従事する業務に就きその目的のため必要な範囲で、開示も含め利用することに包括的に同意しているといえる。

したがって、患者本人ないし近い親族から開示の請求がある場合に、当該従事者の個人情報であることを理由に非開示とすることはできない。よって a は誤りである。

原理原則論は **b** となる。ただし、本問のように執拗に特定職員の情報を聞き出そうとする場合は、これを教えることにより当該職員がターゲットにされ、精神的に疲弊し、最悪の場合辞職してしまうことも懸念される。

このような場合、個人情報保護法は例外として、第 28 条第 2 項但し書き各号のいずれかに該当する場合には、その全部又は一部を開示しないことができると定めている。

- 一 本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがある場合
- 二 当該個人情報取扱事業者の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合
- 三 他の法令に違反することとなる場合

c は、本件が上記一号もしくは二号に該当するとした上で拒否するものである。本問でも、もし長男の方でことさらに A に危害を加えるような言動や、一日に何回も同じ要望を繰り返す等の逸脱した行為がみられるようであれば、例外的に拒絶することが考えられる。

d については、実務上そのように対処している機関もあろうが、「口頭では教えられないが書面では開示する」と分けて対応することを正当化する法的根拠がなく、その点を追及されると一貫した説明ができない。なお、カルテ上の A の名をマスキングすることが許されないことは、**b** で説明したとおりである。

e も、長男が相当興奮し、怒鳴るなどその態様がエスカレートすれば威力業務妨害罪（刑法第 234 条）に相当するといえようが、「威力」とは人の意思を制圧するに足りる勢力を用いることを意味することからも、執拗に尋ねる程度では同罪は成立していないと判断せざるをえないであろう。

実際に警察を呼ぶことで、さらに長男との関係性が険悪になることも予想されることから、選択肢 **c** のように根拠を示し開示を拒むことが妥当である。なお、このような考え方は、長男が成年後見人になっている場合も同様である。

ただし、カルテ開示を別の理由で請求すれば拒めないことも確かであり、名前を隠すことに焦点を当てるよりも、看護師に限らず医療従事者の中で非難のターゲットとなるようなケースでは、病院として当該医療従事者をいかに守るかの体制作りをしておくことが重要となる。

Q10. 患者の希望する医療が不適切な場合

35歳の女性。3か月以上続く頭重感を主訴に総合内科を受診した。症状は午後から夜に増悪するが日常生活に支障はない。これまで複数の病院を受診して頭部CTと頭部MRIとを施行されており異常はないと言われていたが、頭部MRIをもう一度行ってほしいと患者は強く希望している。

この患者にまず医師がかける言葉として適切なのはどれか。

- a 「私に任せなさい」
- b 「医療費の無駄遣いです」
- c 「頭部MRIの予約をします」
- d 「脳神経外科を受診なさい」
- e 「頭の重いのが続くのが心配なのですね」

(第109回医師国家試験 C より)

A10. 正解はeである。

適切な医師－患者間のコミュニケーションの取り方に関する問題である。医師の声のかけ方のありようで、患者はほっとすることもあり、逆に心配が増すこともある。さらには、医師に不信感を抱くこともある。

本問では、CTやMRIで異常の見つからなかった患者が、それでもMRIをもう一度受けたいと強く希望している事案への対応で、この患者にまず医師がかける言葉として適切なものが問われている。

選択肢aの「私に任せなさい」は、それだけで患者が自らの強い希望を取り下げるとは思われない。選択肢bの「医療費の無駄遣いです」は、実際には、国民皆保険の下で医療費の負担を皆が分担している状況において、意味のない診療にお金をかけるのは「無駄遣い」であるから正しい言明だが、正しければ倫理的に適切とは必ずしも限らない。MRIを再度行うことが医学的に意味のないことを理解してもらえるような工夫が必要になる。

逆に、選択肢cの「頭部MRIの予約をします」は、患者の言いなりの診療をするということであり、これは医療倫理に反する。選択肢dのように「脳神経外科を受診なさい」といきなり告げるのも、患者の不安を増幅させるだけである。

したがって、適切な医師の態度と言葉は選択肢eのように、患者の不安に寄り添うような姿勢を示すことになるが、問題は、その後どのように説明が続くかである。医師－患者関係はその後続くものであり、患者の病状の原因を探求するためにはどのような診療プランを提示すべきかが実は問われている。

Q 1 1. インフォームド・コンセントの撤回

76歳の女性。腋窩のしこりを主訴に来院した。

初診時、右腋窩に痛みを伴わない直径2cmのリンパ節1個を触知した。経過観察の方針となり1か月後に再診したところ、リンパ節腫大の増悪を認めため、担当医はリンパ節生検を行うことが望ましいと判断した。

担当医は患者に対して、鑑別すべき疾患、生検の必要性、生検の方法および生検で予想される利益や不利益などについて丁寧に説明した。説明を聞いて患者は「よく分かりました」と答え、生検の同意書に署名した。説明から10日後に生検が予定された。

生検の前日に患者が予定外で外来を受診したため、担当医が対応した。患者は担当医に対して、「申し訳ないのですが、やはり検査は受けたくありません」と申し出た。担当医は「明日の検査を受けたくないのですね」と確認した。

次に担当医が患者にかける言葉として適切なのはどれか。

- a 「十分に説明させていただいたつもりなので残念です」
- b 「すでに同意をいただいていますので、予定は変更できません」
- c 「明日の生検は中止にしますので、今後は他院で相談してください」
- d 「すぐに終わる検査ですし、痛みも少ないですからご安心ください」
- e 「受けたくないというお気持ちになった理由を伺ってもよろしいですか」

(第110回医師国家試験 より)

A 1 1. 正解は e である。

本問では、リンパ節生検を予約しながら、急にキャンセルした患者にどう対応すべきか、患者の気持ちに寄り添う医師の姿勢の重要性が問われている。

選択肢 a～e は、いずれも医師の発言にありそうなものである。だが、選択肢 a は、語調によっては患者の気持ちの変更を非難しているように聞こえることもある。また、実際に「残念」だとしても、検査を含めて医療行為の基本はインフォームド・コンセント（患者の納得した上での同意）であり、これは撤回可能とされている。十分な説明があったとしても、そしてその上で患者が同意しても、それを撤回することは自由である。

選択肢 b の「すでに同意をいただいていますので、予定は変更できません」は、その意味で論外である。

選択肢 c の「明日の生検は中止にしますので、今後は他院で相談してください」も、中止するのはともかくとして、今後は他院に行けというのは、結局、同

意の撤回に制裁を課すもので好ましくない。

選択肢 **d** の「すぐに終わる検査ですし、痛みも少ないですからご安心ください」は、あくまでも生検を実施しようとする言葉であり、その前に、選択肢 **e** にあるように、どうして生検を受けたくなくなったのか、患者の気持ちを尋ねるべきである。患者には患者なりの事情や理由があり、それをまず聞くのが医師の務めである。

Q 1 2. 重篤患者との適切なコミュニケーション

60歳の女性。急性リンパ性白血病で入院中である。寛解導入法を繰り返したが寛解に至らなかった。主治医との面接で「もうだめなので、早く死なせてください」と語った。

主治医の対応として最も適切なのはどれか。

- a 「必ず治ります。私が治してみせます」
- b 「そんなことは法律でできないのです」
- c 「そう思われるほど、つらいのですね」
- d 「そんなことをおっしゃると、ご家族が心配されます」
- e 「だめなんてことはありません。もっと頑張りましょう」

(第105回医師国家試験 **H** より)

A 1 2. 正解は **c** である。

難しい病気で、治療がうまくいかないケースでの患者に対する対応は、特に配慮が必要である。本問でも、できるだけ患者に寄り添う気持ちが表れているような回答を選択するよう求められている。

選択肢 **a** は、患者への励ましとしては有益であるが、本問の選択肢の中では「最も適切」とはいえない。

選択肢 **b** は、積極的安楽死にあたる行為（致死薬の投与など）が日本法上は実質的に禁止されているので一応正しい言明だが、患者のつらい気持ちに寄り添ったものとはいえないだろう。

なお、判例では一定の条件があれば積極的安楽死も可能と述べている事例がある（したがって、法律で明示的に禁止されているとも言えない）が、その要件は厳しく、本件ではその条件を満たしていない（耐えがたい肉体的苦痛があり、しかもそれを緩和する方法がないとはいえない）。さらにいえば、このような判示も実際に積極的安楽死を認めた事例ではなく、しかも一審（地裁）判決で述べられたものに過ぎないので、多くの法律家は確立した条件（法律上の先例＝判例）ともいえないと考えている。また、そもそも日本医師会の『医師の職業倫理指針』では、医師の致死薬投与を禁じている。以上のような理由で、選択肢 **b** は適切とはいえない。

選択肢 **d** も **e** も、同様に間違った言明ではないが、家族ではなくまず患者の気持ちを考えることが重要であり、単に「頑張り」と励ますだけでは不十分なケースもあるので、「最も適切」な回答とはいえない。

患者のつらい思いに共感し、一緒につらさを感じていることを示す **c** が最も適切だということになる。

医師国家試験問題で、このような患者とのコミュニケーションのあり方について出題されていることに留意すべきである。医師の倫理の基本的なあり方として、病を抱える患者の気持ちを十分理解し、それが伝わるようなコミュニケーションが大事だという趣旨である。

Q 1 3. 患者の自己決定と医師の対応

34 歳の女性。月経が遅れ妊娠の可能性があるため、慢性糸球体腎炎で長く通院中の主治医の外来を受診した。28 歳から慢性糸球体腎炎に罹患しており、妊娠・出産により透析になる可能性があるため避妊を指導されていた。妊娠反応は陽性であった。夫とともに面談を繰り返したが、本人の「透析になってもよいから子どもを産みたい」という強い希望は変わらない。

対応として正しいのはどれか。

- a 弁護士に連絡する。
- b 産科医を含めたチームで対応する。
- c 指示に従わないことを理由に診療しない。
- d 透析になったら医療保険の適用にならないと説明する。
- e 夫に人工妊娠中絶のための内服薬の入手方法を紹介する。

(第 109 回医師国家試験 **H** より)

A 1 3. 正解は **b** である。しかし、実際には難しい問題をはらんでいる。

本問は、透析についての患者の自己決定など、倫理的課題を含む問題である。

まず、選択肢 **a** の「弁護士に連絡する」は、おそらく通常の弁護士ならば、医療に関する自己決定の重要性を法的な意味で知悉しているはずであり、患者に妊娠中絶の強制はできないという返事が返ってくるだろうと思われる。その意味では、場合によっては弁護士に相談することが適切ではないともいえないが、医師としてのあり方を問う問題であることを考えると正解とはいえない。

選択肢 **c** の「指示に従わないことを理由に診療しない」は、法的には正解の可能性もあるが（応招義務の例外として、他の医師に紹介する）、医療倫理としては、簡単にあきらめず、患者を突き放すような態度ではなく、患者にとって最善の方策を探求することが望まれる。

選択肢 **d** の「透析になったら医療保険の適用にならないと説明する」は、説明として不正確であって間違っている。選択肢 **e** の「夫に人工妊娠中絶のための内服薬の入手方法を紹介する」も論外であり、何よりも妊婦である患者主体で対応する必要がある。

結局、これらの選択肢の中で適切なのは、選択肢 **b** の「産科医を含めたチームで対応する」が正解になる。医師一人でこの問題を抱え込まず、チームで相談・考慮することで、医療ケア・チームと患者の信頼関係を築くことができる可能性がある。

もともと、本問の回答はそれでよいとしても、チームとしてどのような方向性を打ち出すべきかは、大きな課題として残る。現代の医療倫理では、患者本人の意思を尊重することが基本となるが、実際の妊娠のリスクがどれほどのものか、透析になること以上のリスクがどれほどあるのかなど、患者が十分な情報を得るために、主治医を含めたチームとの話し合いが重要である。

Q 1 4. がんの告知

54 歳の女性。左乳房のしこりを主訴に来院した。左乳房の上外側領域に 4cm 大の可動性のある腫瘤を認める。検査で同側鎖骨上リンパ節転移と転移性肺癌とが見つかった。

結果説明として適切なのはどれか。

- a まず家族に伝える。
- b 不安を招かないよう肺の炎症として伝える。
- c 患者の感情とは無関係に一方的に事実を伝える。
- d 患者が感情的になった時は即座に説明を中止する。
- e まず患者の認識や説明に対する希望を確認してから説明する。

(第104回医師国家試験 **H** より)

A 1 4. 正解は e である。

検査の結果が悪かった場合にどのようにそれを伝えるかは難しい問題である。選択肢 a は、ケースによってはこれも正解とされるだろうが、医療倫理としては、やはり医師から本人に伝えるのが本則である。その後の治療法の選択など、本人が十分な情報を得て決定する必要があるからである。もちろんそこに家族の同席があることは考えられる。

選択肢 b は誤りである。嘘の説明をすることは一時しのぎであり、それが分かった場合、医師と患者の信頼関係が崩壊する。

選択肢 c も、淡々と事実を伝えるという意味であろうが、そこに嘘はなくても患者に対しての配慮が足りないとされる場合もある。患者によっては、信頼できる家族と一緒に説明を聞きたいとか、転移の意味すら分からない場合もある。相手の患者の状況を十分配慮して、事実を説明することが大事である。

選択肢 d に「患者が感情的になった時」とあるのは、十分予想できる事態である。その時の対応は、説明の中止ではない。十分に時間をかけて、現状と今後について丁寧な説明をすべき場面である。

選択肢 e にあるように、あらかじめ検査の前に、患者にその結果説明についてどのような希望があるかを尋ねておくべきである。たとえば、1 人ではなく信頼できる家族等と一緒に聞きたいという希望があればそうすべきである。

なお、がんの事例だけでなく、不妊の遺伝病などでは、本人の「知りたくない権利」を尊重すべきだという議論もある。そのような観点からも e が正解となる。

【参考】患者の権利に関するWMAリスボン宣言

7. 情報に関する権利

- d. 患者は、他人の生命の保護に必要とされていない場合に限り、その明確な要求に基づき情報を知らされない権利を有する。

Q 15. 精神病患者への対応

27歳の男性。言動の変化を心配した妻に伴われて来院した。半月前から「盗聴されている」といって部屋にこもり、仕事に行かず、食事もありとらない。精神保健指定医が診察し入院が必要であると診断したが、本人は入院を拒んでいる。妻は入院の必要性をよく理解している。

対応として最も適切なのはどれか。

- a 外来治療
- b 任意入院
- c 医療保護入院
- d 措置入院
- e 応急入院

(第103回医師国家試験 **E** より)

A 15. 正解は **c** である。

医師国家試験では、精神障害者の入院に関する問題が何度か出されており、個人の強制入院は、新型コロナウイルス肺炎などの感染症でも問題となるように、基本的人権に関わる重要な法的・倫理的課題である。

精神障害者の入院には選択肢 **b**～**e** までの多様な種類がある。

まず、**a** の外来治療は、入院させずに外来で治療を行うものであり、本人の状況がそれですみ、かつ本人が外来治療なら受けるという場合は正解となる。しかし、本問では本人が外来治療ならよいと述べているとの記述がないので、不正解とする。

b の任意入院は、文字通り本人の同意のある入院であるから、強制入院ではない(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第20条)。本問では、本人が入院を拒んでいるので、任意入院はできない。

d の措置入院は、入院させなければ自傷他害の恐れのある精神障害者について、精神保健指定医2名の診断の結果が一致した場合に都道府県知事が措置する強制入院である。本文の記述では、自傷他害の恐れがあるほどではないと考えられるので、この措置はとれない(同法第29条)。

e の応急入院は、入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態になく、急速を要し、家族等の同意が得られない者について、精神保健指定医の診察のもとで72時間以内の、まさに応急の入院である。本問では、家族である妻の同意がある状況であるから、応急入院の必要はない。

正解とされる **c** の医療保護入院は、入院を必要とする精神障害者で、自傷他害の恐れはないが、任意入院を行う状態にない者について、精神保健指定医の診察および家族等のうちいずれかの者の同意がある場合に実施される強制入院である。本問の場合はこの要件を満たすと考えられるので、これが正解となる。

わが国では、精神障害者について、9割以上の入院が任意入院と医療保護入院であり、強制入院という形では、医療保護入院が圧倒的に多い。それに関わる医師の倫理的責任は重いと考えられる。

Q 16. 受診を拒む精神病患者への対応

父親が自身のかかりつけの医師に悩みを打ち明けた。「今年 30 歳になる息子はここ 3 年間ほとんど家から出ない。家族との会話はほとんどなく、独り言、独り笑いがみられる。暴力を振るうことはないが、時たま窓から外に向かってバカヤローと叫ぶ」という。両親が本人に精神科受診を勧めると本人は拒否し、時に口論となる。

父親への助言として適切なのはどれか。

- a 措置入院の手続きを警察署に依頼する。
- b 救急車による搬送を消防署に依頼する。
- c 本人を受診させる方法を保健所に相談する。
- d 家族・親戚で本人を身体拘束して病院へ搬送する。
- e 家族が医療機関から薬をもらって本人に飲ませる。

(第108回医師国家試験 **G** より)

A 16. 正解は **c** である。

精神科への受診や入院は、患者の人権に直接関わる微妙な問題である。本来は、本人が自発的に受診してくれるのが最善であり、入院する場合も任意入院があるべき姿だが、病識がない場合も多く対応は難しい。

選択肢 **a** の措置入院は、自傷他害の恐れがあると精神保健指定医 2 名が判断した場合の強制入院であり、本問のケースには当てはまらない。

選択肢 **b** も無理やり救急車で入院させることもできないので、これも不適切である。選択肢 **d** も同様に、無理に拘束するのは人権侵害となる。選択肢 **e** は、病識のない患者の場合にやむをえないとされそうだが、本人が同意していない点と本人の診察もなく薬を処方する点のいずれもが問題である。

結局、医師は保健所と相談しながら、本人が受診する道を探るという **c** が正解となる。なお、保健所の任務として、「統合失調症、うつ病などの精神疾患、ひきこもりやアルコール依存症など心の健康相談を電話・窓口で相談」「相談内容により関係機関・医療機関などへの紹介」がある。

3 届出・通報

Q 17. 薬物使用が疑われる患者

20歳の男性。左下腹部の痙痛を訴え、母親に連れられて救急車で国立病院の救急部に搬送された。担当医は尿路結石の疑いがあり、尿に血液がみられることが診断上重要であるとし、患者に尿を提出させた。検査の結果、血液が認められ、レントゲン検査で尿路結石と診断された。

患者は服装、髪形等が正業についていない印象があり、態度も興奮気味かつ挙動不審、しかも前腕には頻回に注射をした痕がみられたので、尿の薬物検査もしたところ、覚せい剤の成分が検出された。

担当医の対応として、正しいものはどれか。

- a 患者の了承を得ずに薬物検査をしたことは違法で、病歴に検査結果を記述するだけしておく。
- b 母親に尿検査で覚せい剤が検出されたので、警察に通報する義務があることを話す。
- c 患者や家族には秘密にし、直ちに所轄の警察署に通報する。
- d 検査に使った尿の残りを警察への通報時に提出する。
- e 患者の容態が落ち着いたら、警察に通報する。

A 17. 正解は e と考えられる。

本問について一応参考となる判例（最高裁平成 17 年 7 月 19 日判決）では、「たとえ承諾を得ていたとは認められないとしても」医療上の必要があつて実施した薬物検査であり、医療行為として適法としている。

医師の守秘義務を定める刑法第 134 条第 1 項の条文では、「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、六月以下の懲役又は十万円以下の罰金に処する」としており、「正当な理由」があれば違法とはならない。先の最高裁判例でも、医師が警察に通報した行為は正当行為として守秘義務に違反しないと判断している。

法令は、覚せい剤使用を発見した場合の医師の通報義務について定めていないため、仮に通報しなかったとしても違法になるものではない。なお、本問のように、国や地方公共団体が開設する病院の場合は、職員は公務員としての一般的な告発義務を負う（刑事訴訟法第 239 条第 2 項）が、同規定には罰則もないので、覚せい剤使用について通報しなかった場合に処罰されるわけではない。

しかしながら、医師に法令上の通報義務はないとしても、薬物犯罪の重大性からすると通報する社会的要請は大きく、判例が通報しても守秘義務に違反しないとしていることから、通報すべきであると考えられる。したがって、**e**が正しい。もっとも、通報によってかえって治療が遅延する可能性がある場合には直ちに通報しないという倫理的判断もありうると考えられる。選択肢 **c** を正解としないのはそのためである。

Q 18. 児童虐待の疑いへの対応

2か月の乳児。自宅の高さ40cmのソファから転落したことを主訴に、両親に伴われて救急外来を受診した。在胎38週、2,850gで出産した。体重3,890g、体温36.2℃。呼吸数40/分、整。後頭部に皮下血腫がみられ、左大腿外側に小円形の熱傷瘢痕が3個みられる。

対応として適切でないのはどれか。

- a 頭部CTを行う。
- b 眼底検査を行う。
- c 児童相談所へ連絡する。
- d 両親の態度・言動を観察する。
- e 再診予約をした上で帰宅させる。

(第105回医師国家試験 **E** より)

A 18. 正解(適切でないもの)は**e**である。

虐待を疑った場合の対応を問う問題である。

児童福祉法は2009年、児童虐待の防止等に関する法律は2008年に改正されたが、それによると、「児童虐待を受けたと思われる児童を発見した者は、速やかに、これを市町村、都道府県の設置する福祉事務所若しくは児童相談所又は児童委員を介して市町村、都道府県の設置する福祉事務所若しくは児童相談所に通告しなければならない」と規定されている。ここでいう「と思われる」とは確証を要さないので、疑った段階で通告する義務があることになる。

日本小児科学会の「子ども虐待診療の手引き(第2版)」(https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/abuse_all.pdf)によると、一般医師による初期対応の流れは以下のようなになる。

子どもの虐待を疑う

↓

子どもを自宅に帰すかどうかの判断を行う

↓

自宅に帰せない → 子どもを医療機関へ入院させる

自宅に帰せる → 次回の診療予約を必ず行う

↓

児童相談への通告か保健所への連絡を行う

さらに具体的には、子どもを帰せるかどうかの判断という項目があり、

1) 帰せない状況

入院治療を必要とする外傷・熱傷・重篤な身体状況

治療を必要とする外傷・熱傷が複数個存在

点滴治療が必要な脱水、栄養障害

性的虐待

保育所・幼稚園・学校を5日間以上持続して欠席

保護者が「殺してしまいそう」と述べる

2) 帰せる状況

上記以外

と記載されている。

本問では生後2か月で4kgに満たない上に、後頭部の皮下血腫、熱傷瘢痕を3個認めたと記載されているので、発育は不良（https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/hatsuiku/index.files/katsuyou_2020_10R.pdf）で、後頭部の皮下血腫の精査の必要性は認められる。熱傷瘢痕もあり、虐待・ネグレクトが疑われる。記載からは入院治療を必要とする程度になるかは微妙だが、選択肢の中では、そのまま帰宅させるのが不適切であるということになる。

近年、行政では児童虐待防止医療ネットワーク事業（<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11908000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Boshihokenka/0000042510.pdf>）を推進しており、個別の医療施設内では子ども虐待対応組織（Child Abuse Prevention System:CAPS）を組織して虐待を疑った場合は、医師だけではなく多職種による支援へ結びつける試みが広がりつつある。（CAPSとは、院内の児童虐待に対応する複数部門で構成される組織で、各々の視点から、児童虐待かどうか、通告等を行うかどうかなどについて合議の上判断して、病院として児童相談所への通告や警察への連絡などを行う。）

なお、先に述べたように、わが国の児童虐待の防止等に関する法律では、医師であれ誰であれ児童虐待を発見した者に通報義務を課しているが、通報しない場合の罰則規定はない。しかし、最悪の事態を防ぐためにも、発見の機会の多い医師には、積極的な通報と迅速な判断が求められる。法律的な課題としては、むしろ児童相談所等に通報して、虐待でないと判断された場合について、医師その他の通報者は法的責任を問われないことを、諸外国の例にならって法律上明記すべきである。

4 守秘義務・個人情報保護

Q 19. 悪い検査結果の通知と守秘義務

66 歳男性。腰痛を訴え来院した。血液検査で PSA が高値で前立腺がんの疑いがあり、前立腺の生検と画像診断の結果、脊椎に転移した前立腺がんであることが分かった。

病院内において患者の娘とばったり会ったため、娘に結果を告げると、「父がそれを聞いたら、気落ちして死期が早まるに違いない。父には結果を告げないでほしい」と懇願された。

なお、この親子は同居しており、きわめて仲が良く、従来から病院にも娘が付き添って来ていた。

今後の対応を含めて、本件について適切なものはどれか。

- a 患者の性格を一番知っていると思われる娘の意見を尊重して、進行したがんであることは本人に告げないことにする。
- b そもそも娘にばったり会ったからと、よく考えもせずに娘に最初に悪い結果を知らせたこと自体が医療倫理に反することであったので、今後は家族にまず知らせることはしない。
- c 患者に進行がんであることを告げるのは酷であり、前立腺肥大症と告げてがんの治療を始める。
- d 転移したがんであっても治療の可能性があるので、娘に対し、進行がんであることを本人に知らせた方がよいと説得する。
- e 病人は本人であり、娘の意見は無視して進行がんであることを本人に話す。
- f 患者本人に正しい病名を伝えないと、後で訴えられた時に敗訴するので、まず本人に進行がんであることを正直に伝える。

A 19. 正解は d と考えられる。

かつては a が正解とされたが、今後のがん治療には本人の理解が不可欠であること、本人に知らせないことが本人の医療不信や家族不信を招いてかえって本人のためにならない場合も多いこと、そもそも現在の医療倫理の基本にあるインフォームド・コンセントの原則（本人の自己決定を尊重すること）からして、本人に知らせないのは特殊な例外的事例に限定されることなどから、本人に知らせるのがよいと娘に説くべきである。

bについては、家族に検査結果を知らせることが、直ちに医療倫理に反するかといえばそうとはいえない。患者本人ではなく、まず家族に伝え、本人にどう告知すべきか相談することがよい場合もあり、実際の医療の現場でも、このような場面は少なくないため、それをもって医療倫理に反するとはいえない。

cは、「その時の様子で判断する」というものだが、どのような場合ならどうするという基準が明確ではないため、適切なものとはいえない。

eは、娘（家族）の意思をまったく無視することであり、適切とはいえない。

fは、裁判で訴えられるからという理由で行動すること自体、倫理的な行動といえるかに疑問がある。

正解である**d**は、娘（家族）と一緒に患者を支えていこうとするものであり、適切と考えられる。

Q20. 医療記録の閲覧と個人情報保護

ある病院では、医師・看護師を含む職員間のスムーズな情報共有のため、患者の電子カルテや検査結果等の記録を全職員が閲覧できる仕様となっている。この病院では診察・搬送時に患者もしくはその家族等の付添人から、研究目的の利用を含む個人情報利用の同意書を得ることとしていた。

ある時、市内で殺傷事件が起き、被害者が家族に付き添われその病院に搬送されたが、救護の甲斐なく被害者は死亡した。その翌日のニュース番組や新聞で被害者の実名が報道され、その直後に院内における同人のカルテの閲覧数が急増した。なお、搬送時に被害者の家族からは同意書を得ている。

この病院の院長であるあなたは、どのように対応すべきか。

- a 診察・搬送時に個人情報利用の同意書を得るという原則の下で、本件においても家族から同意を得ている以上問題はなく、特段何もする必要はない。
- b 死者は個人情報の保護対象から外れるため、そもそも個人情報保護の問題が生じる余地はなく、何もする必要はない。
- c 正当な閲覧目的が必要とされることは当然であり、今回の閲覧はニュースをきっかけとする興味本位によるものである可能性が高く、全閲覧者にその利用目的を問い質し、目的外の閲覧者については二度と繰り返さないよう注意する。
- d 今回の閲覧の大半はニュースをきっかけとする興味本位によるものであったと予想されるが、そのような閲覧をした程度で問題になるとも思えず、あえて不問に付すこととする。
- e 院内の個人情報管理規程を見直し、電子カルテデータベースへのアクセス時の内部ルールを明確化し、全職員に周知徹底する。併せて閲覧履歴を残し、都度不適切な閲覧がないかチェックしていることを伝え、注意喚起する。

A20. 正解はcとeと考えられる。

個人情報保護法の趣旨は、個人の特定に資する情報を事業者が取得する際は、その利用目的を特定した上で本人に通知し、取得した情報を目的の範囲内で用いなければならないとする点にある。

医療機関が患者の個人情報を取得する目的は、当然のことながら治療や診察等の医療目的である。

本問においては、同意書は通例に従い取得したという前提であるが、もし「カルテの閲覧数が急増した」という現象が、世間の耳目を集めるニュースに触発された職員らが興味本位で覗き見たということであれば、当然目的外であり、またその態様自体が倫理に反しており、同意の対象からも外れるものといえる。よって **a** は誤りである。

b については、死者に関する情報は確かに法律の定義上は対象外と解しうる。もともと、医療現場においては死者に関する情報こそデリケートなものと認識し慎重に管理すべきことは倫理観に照らしても明らかであろう。したがって「死者である以上何もする必要はない」とする **b** は誤りである。

なお、厚生労働省の「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成29年4月14日（令和2年10月一部改正））（<http://www.mhlw.go.jp/content/000681800.pdf>）は、「当該患者・利用者が死亡した後においても、医療・介護関係事業者が当該患者・利用者の情報を保存している場合には、漏えい、滅失又はき損等の防止のため、個人情報と同等の安全管理措置を講ずるものとする。」と定めている。

d は論外であるが、個人情報保護の理解や倫理的意識が希薄であると、いざ事件が起きた時「事なかれ主義」になびきやすいのではないかと思われ、警鐘を鳴らすために選択肢とした。

正解は **c** と **e** であるが、このように時間と労力をかけてでも事案の真相を明らかにし、再発防止策を徹底していくことが重要である。

5 医療過誤

Q 2 1. 医療安全のための制度的対応

68歳男性。11月に大阪のA病院に肺炎のため入院し、栄養補給のために大腿部の静脈からカテーテルが挿入された。翌年2月に転院先のB病院でカテーテルと長さおよそ1メートルのワイヤーが静脈内に留置されていることが発見され、B病院の医師がワイヤーとカテーテルを抜去したが、その際に死亡した。警察が業務上過失致死の疑いで詳しい経緯を調べているが、司法解剖の結果、心臓周囲に出血が見られ、ワイヤーの先端が心臓壁を突き破っていたことが考えられた。

なお、ワイヤーはA病院でカテーテルを誘導する際に使われたものである。

○B病院の院長が会見「捜査に全面的に協力」

「病院として申し訳なく思っている」と謝罪した。会見にはカテーテルを抜く処置を行った医師も同席し、「カテーテルがうまく抜けなかったため、不審に思い胸部のエックス線検査を行い確認したところワイヤーが入っているのが分かった」「ワイヤーが入ったままの状態では不整脈や感染症の恐れがあり、見つけた段階で抜くのは当然で、適切な処置だったが、ワイヤーとカテーテル抜去の結果、何らかの原因で患者が死亡したので、警察に届けることにした」と述べた。

○A病院「私たちに非がある」

「体内にワイヤーを残してしまったことは間違いなく、私たちに非がある。本人を含めご家族には大変申し訳ないと思っており、今後は、警察の捜査に協力して結果を待ちたい」とコメントしている。

この事例について、事件発生の後、A・B病院はどのような対応をすべきだったか。また、今後はどのような対応をとるべきか。以下のうち、明らかに適切でないと思われるのはどれか。

- a 死亡の原因となった可能性のあるA病院は、医療事故調査・支援センターに届け出を行うとともに、院内調査を実施すべきである。
- b B病院が直ちに警察に届け出たこと自体は、医師法上の義務を履行したものでやむをえない。
- c 本件の原因を究明するには、A・B両病院の協力が必要である。警察の捜査の結果を待ちたいとするのは、どちらの病院としても問題である。
- d 司法解剖の結果を利用して、原因究明のための院内調査を急ぐべきである。
- e 原因究明を最優先するために、院内調査の結果は、軽々に警察に提出すべきではない。

A 2 1. 適切でないものを選ぶ問題である。正解（適切でないもの）は **b** と考えられる。

平成 26 年の医療法改正により、平成 27 年 10 月以降、医療事故調査制度が発足した。医療事故が発生した医療機関において院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関（医療事故調査・支援センター）が収集・分析することで再発防止につなげようとする制度である。医療事故調査制度の詳細については、厚生労働省のホームページ（ <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061201.html> ）を参照されたい。

そこでは、複数の病院にまたがる医療事故の場合、原則として当該死亡の要因となった医療を提供した医療機関から報告することになるとされている。したがって、**a** は適切である。

c については、本件の原因究明を図るのは医療機関の責務であり、警察による究明は、本件について刑事法上可罰性があるかという視点での捜査であって、決して医療事故から学んで再発防止を図ることが主目的ではない。したがって、警察の捜査結果を待つという問題ではないと指摘する **c** は適切な言明である。

d も言明として適切であるが、現実には、警察において司法解剖がなされた場合、それが当該病院や第三者機関の調査に利用できない場合が多い。この点もまた、医療安全の推進のためには、むしろ警察への届け出から司法解剖へつなぐ道が必ずしも適切でない理由となる。

e は、院内調査を迅速かつ円滑に進めるためには、本件事故の関係者が、後の刑事訴追を恐れることなく調査に協力することが必要であり、その意味で適切である。

b は、医師法第 21 条の異状死届出義務からすると不適切ではないと考える医師も多いかもしれない。だが、実際に医師法第 21 条による届け出はきわめて少なく（そもそも 1990 年代までは、医師法第 21 条が医療事故の場合にも適用されるとは当時の厚生省当局も考えていなかった）、医療過誤が刑事訴追される数も極小になっている現状では、B 病院の判断に疑問が残る。むしろ A 病院と協力して、原因を速やかに究明し、遺族に説明すること、さらに効果的な再発防止策を打ち出すことが、医療者として重要だと考えられる。

なお、本件のような場合、原因究明には、関係した病院の記録その他の情報をすべて分析対象とすることが必要であり、本問でいえば、A 病院も B 病院も共に関連情報を院内調査および第三者機関に提供して再発防止策を講ずることが重要である。

Q 2 2. ヒヤリハット事例の対応

52歳の女性。くも膜下出血による意識障害でICUに入院中である。担当看護師が静脈ラインから薬剤を注入しようとして、シリンジを経鼻胃管に接続した。誤りにすぐに気付き、注入する前にシリンジを取り外した。

その後の対応として適切なのはどれか。

- a 特に何もしない。
- b 医療費を免除する。
- c マスコミに公表する。
- d 家族を呼んで謝罪する。
- e インシデントとして報告する。

(第104回医師国家試験 より)

A 2 2. 正解は e ある。

本問は、医療過誤で重大な事案になりそうなところ、幸いにして早めの発見でそれを免れた事例である。

医療倫理としては、このようなことが再発しないように何らかの手を打つべき場面であり、選択肢 a は論外である。選択肢 b も、ずれた対応というべきである。ただし、重大な結果になっていない以上、選択肢 c のようにマスコミに公表する必要があるかは疑問である。

選択肢 d は、このような事案が生じたことを隠蔽しない点では確かに意味があるが、結果として患者に悪影響がない以上、正解は、インシデントとして報告をして、このような過ちを繰り返さないように策を講ずるのが適切である。

6 妊娠・出生

Q 23. 新生児緩和ケア

25歳の女性。第1子は妊娠38週で正常経膈分娩、児の発達は正常。今回、無月経のためAクリニックを受診し妊娠と診断され妊婦健診を受けていた。

Aクリニックでは分娩の取り扱いをしていないため、妊娠28週に分娩目的でB病院を受診した。B病院では羊水過多、子宮内発育遅延を指摘され、精査のため周産期センターを紹介された。

上記所見に加え、食道閉鎖、心室中隔欠損、手指拘縮も指摘され、胎児のtrisomy18が疑われた。結果を告知された両親は、出産後に児にケアを行うことを拒否しているが、祖父母は育てるように勧めている。

適切な対応はどれか。

- a 人工妊娠中絶を勧める。
- b 積極的ケアを行うように説得する。
- c 関係する家族・親族が集まった場で詳細に説明する。
- d 両親と医療スタッフとで話し合いを持つ。
- e 口頭の約束を重視して文書での回答を提供しない。

A 23. 正解はdと考えられる。

本人の意思を確認できない新生児の場合については、日本小児科学会や厚生労働省の班研究をもとに、日本新生児成育医学会の「重篤な疾患を持つ新生児の家族と医療スタッフの話し合いのガイドライン」(<http://jsnhd.or.jp/pdf/guideline.pdf>) や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の「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」(https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/saisin_120808.pdf) が提唱されている。

「重篤な疾患を持つ新生児の家族と医療スタッフの話し合いのガイドライン」には、「父母は子どもの養育に責任を負うものとして、子どもの治療方針を決定する権利と義務を有する」「治療方針の決定は、「子どもの最善の利益」に基づくものでなければならない」といった原則が明記されている。また、「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」は、基本方針で「具体的に条件を定義したり、基準やガイドラインに当てはめることで、回答を導き出せるものではなく、父母（保護者）と関係する多くの医療スタッフが、真摯に話し

合い、それぞれの価値観や思いを共有して支え合い、パートナーシップを確立していくプロセスが最も重視されるべきであること」とされている。

胎児の場合は、本人の意思を確認することは不可能で、また法的には人ではないため、新生児の場合に準じて両親の意向が尊重されることになる。しかしながら両親と胎児とでは一種の利益相反と解釈できるような状況も想定される。実務的にも墮胎罪（刑法第 212 条）、母体保護法（昭和 23 年 7 月 13 日法律第 156 号）もあり、両親の意向の通りにいかようにも対応できるというわけにはならない。

海外では重篤な胎児の状態の場合、胎児緩和ケアさらに胎児期に診断されても実際に医療者が介入し始めるのは母体外へ出てからであることが多いため、周産期緩和ケアという考えが提唱されている。生命倫理観はもとより、新生児治療の成績、重篤な疾患の範囲、保険制度などがわが国と異なるため、そのまま当てはめることはできないが、正確な診断と適切な情報提供に基づいて、家族と多職種からなる医療チームとで児の最善の利益を第一に、実施する医療の範囲などを具体的に設定した事前ケアプランを策定し、児の尊厳を維持し家族を支援することが求められていることは妥当であろう。

本問では、妊娠週数的にも妊娠中断することは許されない。一方、「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」には医療従事者が自分たちの考えを押しついたり、独善に陥ってはいないかに注意する旨の記載がある。その点からは、積極的ケアを行うように説得するというのは妥当ではない。子どもと父母（保護者）のプライバシーに配慮するというのも記載されており、両親の希望の確認や承諾のない状態で、広く関係する親族に集まってもらい、詳細に説明するというのも妥当ではない。また、重要な医療情報については文書にて提供し、医療スタッフは子どもと父母（保護者）からの質問にいつでも適切に応じられる体制を整える旨の記載もあり、文書で情報を提供しないというのも妥当ではない。

以上から、最も適切な対応は、両親と医療スタッフとで話し合いを持つという選択肢 **d** であると考えられる。

7 臓器移植

Q 2 4. 臓器取引の疑いのある場合

都内の大学病院の移植外科に勤務する男性医師。東南アジアで腎移植を受けた都内在住の45歳の男性患者が、都内の総合病院の紹介状を持参して、移植後のフォローアップ治療を希望して受診した。患者はこれまで近所の総合病院で治療を受けてきたが、最近になって将来の不安から大学病院での治療を希望するようになったため、紹介状を書いてもらったという。

この事例について正しいものはどれか。

- a 臓器取引が絡んだ移植手術が疑われる場合、その患者のフォローアップに関与すると医師自身が臓器取引を助長することになり、倫理的に許容されない。
- b 医師には応招義務があり、大学病院での治療を希望する患者に対しては大学病院で治療を行わなければならない。
- c 患者に治療を行うかどうかは、移植手術の違法性の有無について警察に問い合わせて判断するのがよい。
- d 紹介元での治療が可能な場合、必ずしも大学病院での治療を継続しなければならないわけではないが、とりあえず問診や血液検査、尿検査を行い、本院での治療の必要性について確認すべきである。
- e 移植ツーリズムを抑制する観点からは、海外で移植手術を受けていた患者に対する治療を保険診療で行うことは一切認められない。

A 2 4. 正解は d と考えられる。

本問で医師が診療を引き受けることを倫理的に躊躇すると思われる重大な要素は、患者が東南アジアで臓器移植を受けており、違法な臓器取引に関与している可能性があるという点である。確かに、「臓器取引と移植ツーリズムに関するイスタンブール宣言（2018年版・日本語訳）」（https://www.declarationofistanbul.org/images/documents/doi_2018_Japanese.pdf）は、「医療従事者や保健医療施設は、臓器取引や臓器摘出のための人身取引や移植ツーリズムの防止や対処を支援すべきである。」としているが、仮に臓器取引が絡んだ移植手術を受けた患者のフォローアップに関与したとしても、その行為は非倫理的な医療行為への加担を意図しているわけではなく、目の前の患者の医学的利益の達成

を意図しているため、倫理的に許容されないということはない。したがって、**a**は誤りである。

では、逆に医師が診療を行わないことについてはどうか。**b**は、医師の応招義務を根拠に患者が希望する以上は大学病院での治療が義務付けられるとしているが、応招義務は絶対的なものではなく、診療に応じないことが正当化される場合もある。診療に応じないことが正当化される場合の考え方について、「応招義務をはじめとした診察治療の求めに対する適切な対応の在り方等について」（令和元年12月25日厚生労働省医政局長通知医政発1225第4号）では、最も重要な考慮要素は、患者について緊急対応が必要であるか否か（病状の深刻度）であるとされており、その他、医療機関相互の機能分化・連携の視点も考慮されている。この考え方に照らすと、医療機関の機能に関わらず患者の希望に従うことを要求する点で、**b**は誤りである。

次に、**c**は移植手術の違法性について警察に問い合わせすべきとしているが、目の前の患者に治療を行うべきかどうかは医学的に判断すべきであり、警察に相談して決めることではない。また、警察には違法性の有無を判断できるほどの証拠もなく、仮に問い合わせたとしても判断がなされるとも考えにくい。したがって、**c**は誤りである。

ところで、類似事例の裁判例として、大学病院の医師が、中国で腎移植手術を受けた患者のフォローアップについて診療を拒否した事例の裁判例（東京高裁令和元年5月16日判決）がある。裁判所は、結論としては診療を拒否したことは違法ではないと判断したが、この判断も、当該移植手術が違法であったことを根拠にしたわけではない。

この裁判例では、①緊急の治療の可能性、②他の医療機関による診療の現実的可能性が考慮要素として挙げられており、これは、上記の厚生労働省医政局長通知とも共通する考え方である。そして、当該事例では、①として、当該医師は問診と血液検査、尿検査から緊急の診療の必要性はないことを確認していたという事情や、②として、当該患者は紹介元や他の医療機関での診療が可能であった（実際に他の医療機関で治療を受けられた）という事情があり、これらが判断の決め手になったものといえる。

このことに鑑みると、紹介元の病院での治療が可能な場合に必ずしも大学病院で治療を継続しなければならないとはいえないが、とりあえず問診や検査を行って緊急の治療の必要性について確認すべきとする**d**は正しいといえるであろう。

また、海外で移植手術を受けた患者が公的医療保険の給付を受けられないということではなく、治療の必要性があって行うものである以上は、保険診療の適用が妨げられるということはない。したがって、**e**は誤りである。

8 終末期医療

Q 25. 終末期医療と家族間での意見の相違

介護施設に入所する 80 代女性（A）が終末期の状態となり、施設の協力医療機関に所属する担当医と施設の職員、またその家族とで終末期医療の方針についてカンファレンスが開かれることになった。A 自身は認知症であり意思表示ができず、これまで終末期の方針について希望を述べたこともなく、またその決定を委ねる者を事前に指名したこともなかった。

A の家族は長男と次男の 2 人しかおらず、次男は施設の近くに住み長年 A の身の回りの世話をしており、施設との関係でも家族の代表（キーパーソン）として対応していた。長男は遠方に居住していたが、近年 A の住む地域に移住し、A の介護に関わるようになっていた。しかし、長男と次男は元来仲が悪いようで、介護方針についても度々意見が衝突していた。

カンファレンスの当日、次男は何らかのアクシデントに見舞われたのか「行けなくなった」とだけ施設職員に告げ、その後連絡が取れなくなった。そこで長男と施設職員が病院に赴いた。その際、担当医師は長男に「A さんの治療方針に関しては、キーパーソンでないと話ができず、あなたに対しては一般的な説明しかできない」と告げた。これを聞いた長男は激高し、「自分も家族であり、そのように差別されるいわれはない」と言い席を立った。

後日、長男は当該病院に何度も電話をかけ、「以前 A が入院した時は自分が家族として同意書にサインしたのに、医師の対応は納得できない。謝罪を求めると主張している。

この担当医はどのように対応すべきであったか。

- a 医師の考えと説明は正しく、何も問題ない。
- b 長男も家族であることに変わりはなく、平等に扱うべきであり、当日は出席した長男の意向をヒアリングすべきであった。
- c あらかじめ「次男を終末期医療方針の決定に関する家族の代表者とする」旨の同意書を次男から取っておき、これを根拠としてカンファレンスを拒むべきであった。
- d 長男にこれまでの話し合いの経緯や今の患者の状態を説明した上で、長男から患者の意向の推定に資する情報のヒアリングに努めるべきであった。
- e 「A さんの治療方針に関しては、大事な話なのですべての家族の希望を確認しながら進める必要がある。したがって今日は一般的な説明しかできない」と説明し、カンファレンスを延期すべきであった。

A 25. 正解は d と考えられる。

終末期においては、当然本人の意思を優先すべきであるが、本問のように認知症等の理由により意思確認ができない時は、その者の家族等、親しい人たちの話から手探りしつつ「本人の意思」を推定することで決定していくことになる。紙一重の差であるが、家族自身の意向や希望ではなく、あくまで「本人の（推定）意思に沿って代弁できる人」の声を尊重するという姿勢が重要である。

本問は、家族ごとの立場や役割に応じてその対応に優劣をつけるべきかが問題となるが、担当医の発言のように「キーパーソンでなければ話をしない」と家族を区別して扱うことは妥当ではない。

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」（平成 30 年 3 月改訂）（https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouha_ppyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf）は、「本人の意思の確認ができない場合」の手順として、次のように述べている。

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。

上記ガイドラインは「家族等」と表現するにとどまるが、少なくとも「家族等」の中で、キーパーソンであるといった理由からその発言権に優劣をつけることを推奨することはしていない。

また、キーパーソン以外の家族が、延命希望という自己の意向が考慮されずキーパーソンの延命拒否が優先されたことが不当であるとして病院を提訴した平成 28 年 11 月 17 日東京地裁判決において、裁判所は「…医師が患者の家族の全員に対して個別に連絡を取ることが困難な場合もあり、また、延命措置には費用や介護の分担など家族の間で話し合っ決めておくべき事柄も伴うことからすれば、上記のようにキーパーソンを通じて患者の家族の意見を集約するという方法が

不合理であるとは認められず、そのような方法を採用することも医師の裁量の範囲内にあると解される」としながらも、「なお、キーパーソン以外の家族がキーパーソンと異なる意見を持っており、そのことを医師において認識し得た場合には、その者からも個別に意見を聴くことが望ましいといえる」と判示している（結論として病院の責任は否定）。このことから、家族が集合することが可能な場合は、極力全員同席の下、カンファレンスを進めることが望ましいといえよう。

b は **d** と類似しているが、「長男の意向」をそのまま判断材料とする考え方が誤りである。長男の話は、あくまで「患者の意向の推定に資する情報」として捉えるべきである。

c については、長男の意向を確認せず一方的に次男から同意書を得たところで無効であると主張される可能性が高く、またそのように一律に家族の一員を排除することはガイドラインや倫理観に照らしても妥当ではないであろう。

e も、**b** 同様「家族の希望」をそのまま判断材料とする考え方が誤りである。この点を措くとしても、常識的に考えて当日予定を調整し出席した長男を、ルールを盾にただ帰させるという対応は礼を失したものであり、家族との信頼関係を損なうものであるといえるだろう。

Q 26. 終末期医療の判断の考え方

89歳の女性。1年前からParkinson病のため療養病床に入院中である。71歳でParkinson病を発症し、86歳でHoehn & Yahrの臨床重症度分類5度となり、ベッド上の生活となった。87歳で家族とのコミュニケーションも困難になった。3か月前から食事量が減り誤嚥性肺炎を2回起こしている。意思表示は困難であるが、家族の声かけにわずかに表情が緩むこともある。家族は献身的な介護を続けており、1日でも長く生きてほしいと願っている。家族と今後の方針を話し合うことになった。胃瘻を含む経管栄養や中心静脈栄養など人工的栄養補給の選択肢を説明した。

家族が方針を決めるのを支援する際に、医師が伝える内容として適切なのはどれか。

- a 「一旦方針を決定すると変更できません」
- b 「これまでの本人の価値観を十分尊重してください」
- c 「人工的栄養補給を行わないと安楽死とみなされます」
- d 「最終的な方針決定には病院の倫理委員会の許可が必要です」
- e 「いずれ死亡するので、無駄な人工的栄養補給は行うべきではありません」

(第108回医師国家試験 F より)

A 26. 正解はbである。

本来の正解は、このような状況になる前にアドバンス・ケア・プランニング(advance care planning: ACP)を行い、患者本人の希望を確認しておくことであるが、そうでない場合に、次善の策としてどうすべきかが問われている。

選択肢aは、一旦ある決定がなされても、事情の変更に応じて決定を変えることができることが本則であるから不適切である。

選択肢cは、人工的栄養補給をしないという決定も認められているので、やはり不適切である。日本老年医学会のガイドライン「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27日)」(https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf)を参照されたい。

選択肢dについては、倫理委員会は重要な役割を果たす存在であるが、最終的な決定をする機関ではない。あくまでも、適切な意思決定が行われるためのプロセスの1つを果たす存在である。

選択肢 **e** は、本人の希望ではなく、医師の考えを主張している点で不適切である。

以上により、正解は **b** となる。終末期医療の決定は、あくまでも本人が何を希望していたであろうかを推測することで行われるべきである。この選択肢がそれに最も近い回答となる。

9 医学研究

Q 27. 研究の倫理

市内の総合病院の呼吸器科の医師。すでに保険収載され広く使用されている抗インフルエンザ薬の効果と副作用について調査するために、市内の開業医 10 人と共にすでに投与された患者の病歴を利用して調査、検討することにした。なお、調査の費用については、企業の援助は受けない。

呼吸器科の医師として、この調査についてまず行うべきこととして適切なものはどれか。

- a 過去の資料を利用する調査・研究であり、特に規制もないので、自分が代表になって調査を始める。
- b 調査にあたり、患者個人が特定されないようにすれば、個々の患者の同意を得る必要がないことを共同研究者に伝える。
- c 個々の患者の同意を得るのは困難なので、調査目的、方法等についての文書を外来に掲示しまたネットで公開し、少なくとも調査を拒否する人の意思を汲み取る必要がある。
- d 病院内の倫理審査委員会の審査、院長の許可を受けて調査を開始する必要がある。
- e 患者の情報の管理責任者である施設長に調査計画書を提出し許可を得る必要があるが、本問のような既存の患者データの利用では書類審査のみで許可されるのが通例である。

A 27. 正解は c と d と考えられる。

わが国では人を対象とする研究については、平成 30 年に臨床研究法（平成 29 年法律第 16 号）が施行され、医薬品、医療機器等の有効性、安全性を明らかにする研究については、この法律による手続きが必要である。しかし、その規制対象は「臨床研究」とされ、とりわけ「特定臨床研究」については、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（薬機法）における未承認・適応外の医薬品等の臨床研究」および「製薬企業等から資金提供を受けて実施される当該製薬企業等の医薬品等の臨床研究」とされている。本問のような調査研究は、特定臨床研究の対象外である。なお、臨床研究の範囲からは、いわゆる観察研究は除外されている。

次に問題となるのは個人情報保護法との関係である。令和 3 年改正個人情報保護法（令和 4 年 4 月 1 日施行）により、学術研究機関等の学術研究も法の対象とされたことを受け、その結果、原則として本問のような医学研究も同法の規制対象となった。それによって、令和 4 年には、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」も改正された。病歴が要配慮個人情報とされたことと相まって、従来以上に、患者の情報の安全管理や同意の必要性に留意する必要がある。

本問では、市内の総合病院が主体となっているため、そもそも「学術研究機関等」にあたらぬ可能性がある。さらに、新たな指針でも「既に作成された匿名加工情報」だけを利用する研究は適用範囲外とされている。

上記の説明のように、臨床研究法や個人情報保護法やその下の倫理指針の関係では、本問のような観察研究は問題ないとされそうであるが、医師の倫理として、個人情報保護などに留意するのは基本中の基本である。いずれにしても調査の開始にあたって情報の管理者、院長らの許可が必要なことは当然で、管理者は倫理審査委員会の承認を得て研究の許可を与える必要がある。その過程で、最新の倫理指針に基づくルールを遵守しているか否かを検討する必要もある。

最後に、21 世紀の医療においてはデータヘルス（データ解析に基づく医療）が重視される方向性にあり、開業医なども患者の情報に基づく共同研究に参加を求められる可能性が強まる。それは、開業医を含めた医師全体が患者とともに医療の改善に努める体制を構築することを意味する。個人情報保護法やその下での指針について、そのような動きを不合理に阻害する解釈をしないよう留意する必要がある。

10 遺伝学的検査

Q 28. 遺伝子検査で発見された二次的所見

45歳女性。アメリカなどでは、すでに臨床検査として生殖細胞系全エクソーム解析等の網羅的解析検査が実施されているが、本人は遺伝性乳がんの疑いがあるため、このようなすべての遺伝子検査を受けた。上記の遺伝子検査により、乳がんに関係する遺伝子変異だけでなく、いわゆる二次的所見（secondary findings）が発見された。

このような場合、その検査結果を知らせるにあたり適切なものはどれか。なお、二次的所見にもいろいろなものがあることを踏まえて、次の選択肢について考慮されたい。

- a 二次的所見はたまたま発見されたものであり、遺伝子検査についてのインフォームド・コンセントの対象になっていない。よって、本人に知らせる必要はない。
- b 二次的所見であっても臨床的に確立した治療法や予防法が存在し、患者本人・血縁者の健康管理に有益な所見で、精度が高く病因として確実性の高い遺伝子変異については、直ちに本人に開示すべきである。
- c 二次的所見であっても臨床的に確立した治療法や予防法が存在し、患者本人・血縁者の健康管理に有益な所見で、精度が高く病因として確実性の高い遺伝子変異が発見された場合については、検査前および開示前の二度にわたって本人に開示を希望するか確認しておくべきである。
- d 事前の開示希望があり、本件と異なり、開示すべき二次的所見が見出されなかった場合は、一次的所見の結果説明の際にその旨を伝えて、安心してもらうのがよい。
- e 検査前の説明では、二次的所見は一次的所見と異なり、本人以外の血縁者には影響する可能性がないと伝えておくべきである。

A 28. 正解は c と考えられる。

a は、そもそも網羅的な遺伝子検査を行う場合、二次的な所見が発見される可能性があるため、本来はそういう可能性についてもインフォームド・コンセントの対象とすべきであるので適切とはいえない。

b は、患者のための医療であるから、このように対処の可能性のある二次的所見が発見された場合、本人に知らせるべきとも考えられるが、知るか知らないかを決定するのも本人の自己決定権の範囲内のことであるとされており、その点で適切ではない。これは一次的所見にも当てはまるが、問題となっているがんの原因を探る一次的所見と異なり、二次的所見は本人も予想していないものであり、より慎重に本人の意思を尊重する必要がある。そこで、**c** のように検査前、検査後の開示前の二度にわたって開示希望を確認する必要がある（この解説の末尾で紹介する指針（提言）では、このような立場をとっている）。

d は適切であるように見えるが、実際には、開示すべき二次的所見が見出されなかったことは二次的所見が存在しないことを必ずしも意味するものではない。現在の遺伝子検査の精度の問題もあり、むしろ慎重に、二次的所見がまったくないとはいえないことも説明して理解を求めべきである。

e は、一次的所見であれ二次的所見であれ、遺伝子検査は本人ばかりでなく血縁者にも影響を与えうるものであるから、明らかな誤りである。

なお、この問題については、日本医療研究開発機構から、「ゲノム医療における情報伝達プロセスに関する提言ーその2：次世代シーケンサーを用いた生殖細胞系列網羅的遺伝学的検査における具体的方針（改訂版）」が公表されているので参照されたい（<https://www.amed.go.jp/content/000056786.pdf>）。

この提言でも、二次所見が発見された場合の対処の難しさが示されており、ここでの回答は、あくまでもこの提言（具体的方針（改訂版））に従ったものである。今後、遺伝子検査の精度や遺伝子治療の発展によって、何が適切な回答かも変化することが予想される。

Q 29. 遺伝子検査結果の告知範囲

49歳の女性。夫との間に20歳の娘がいる。卵巣がんが進行して通常の化学療法が奏功せず、遺伝子検査を行ったところ変異が検出された。

事前に遺伝カウンセリングを行い、検査実施については意思を確認できたが、本人以外で結果を知らせる範囲については迷っていて、書面では意思を確認できていなかった。その間に意識レベルが低下し、本人の意思を確認することが困難になった。

結果の取り扱いについて適切な対応はどれか。

- a 結果は誰にも告知しない。
- b 夫に結果を告知する。
- c 娘に結果を告知する。
- d 主治医の判断に委ねる。
- e 施設の倫理審査委員会で検討する。

A 29. 正解は e と考えられる。

がんの発症・進展に複数の遺伝子の変異が関与していることが明らかになり、それらの情報（がんゲノム情報）が実際の臨床に応用されるようになってきている。がんゲノム情報をわが国での保険診療に実装し、同時に世界をリードするがん研究体制を実現するため、がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会での議論をもとに、平成30年3月9日に第3期がん対策推進基本計画が閣議決定された。

具体的には平成31年4月以降、厚生労働省は「がんゲノム医療中核拠点病院」を全国に12か所、「がんゲノム医療拠点病院」を33か所、各「がんゲノム医療中核拠点病院」および「がんゲノム医療拠点病院」と連携する「がんゲノム医療連携病院」を185か所（令和4年2月1日現在）指定し、がんゲノム医療の提供が始まっている。

がんゲノム医療の1つとして、がん遺伝子パネル検査がある。がんの発生に遺伝子の変異が関わっていることが判明しているが、その発生に関わる複数の「がん関連遺伝子」の変異を次世代シーケンサーという解析装置を用いて一度に調べることができる検査ががん遺伝子パネル検査である。検査の結果によっては、発症前になりやすいかどうかや、治療薬があるかどうか分かることがある。

わが国では、令和元年6月からがん遺伝子パネル検査でも健康保険の適用対

象となり、今後、普及していくことが予測されている。従来も一部少数の遺伝子変異を検出するコンパニオン診断が実施されていたが、本検査は、遺伝子変異の検出を目的としている点ではコンパニオン診断検査と似ているが、特定の薬剤の感受性・副作用のリスクに絞って検索するコンパニオン診断とは異なり、個人のゲノム情報を一挙に多く（網羅的に）調べる点が異なる。このため、結果の解釈や伝え方には十分注意を要する。

本問は卵巣がんの患者についての事例となっているが、がん遺伝子パネル検査では、婦人科、乳腺外科といった従来の臨床科の専門家だけではなく、臨床遺伝学、生物統計学の専門家や遺伝カウンセラーも加わって検討するエキスパートパネルのチェックを経て報告書を作成することになっている。予想していた遺伝子以外の遺伝子変異が明らかになることもある（二次的所見）。

遺伝情報は**表**のような特性があるため、日本医学会の「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」（<https://jams.med.or.jp/guideline/genetics-diagnosis.pdf>）では「検査前の適切な時期にその意義や目的の説明を行うことに加えて、結果が得られた後の状況、および検査結果が血縁者に影響を与える可能性があること等についても説明し、被検者がそれらを十分に理解した上で検査を受けるか受けないかについて本人が自律的に意思決定できるように支援する必要がある」としている。

表 遺伝情報の特性

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・生涯変化しないこと・血縁者間で一部共有されていること・血縁関係にある親族の遺伝型や表現型が比較的正確な確率で予測できること・非発症保因者（将来的に発症する可能性はほとんどないが、遺伝子変異を有しており、その変異を次世代に伝える可能性のある者）の診断ができる場合があること・発症する前に将来の発症をほぼ確実に予測することができる場合があること・出生前診断に利用できる場合があること・不適切に扱われた場合には、被検者および被検者の血縁者に社会的不利益がもたらされる可能性があること |
|---|

（日本医学会：医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン 2011 より引用）

実際には、がんの告知や通常の治療法の選択についての適切なインフォームド・コンセントを適切なタイミングで行うことは必ずしも容易ではない。

本問は適切なタイミングでカウンセリングが提供されたが、結果開示範囲について意思確認が間に合わなかったという設問で、実際の臨床では、時に起こり

うる状況と考えられる。

前述の日本医学会のガイドラインによると、「遺伝学的検査で得られた個人の遺伝情報は守秘義務の対象で、被検者の了解なく血縁者を含む第三者に開示すべきではないが、例外的に、被検者の同意が得られない状況下であっても血縁者の不利益を防止する観点から血縁者等への結果開示を考慮する場合があります、その場合、担当する医師の単独の判断ではなく、当該医療機関の倫理審査委員会に諮るなどの対応が必要」としており、本例では検査結果の内容を倫理審査委員会で検討し、開示による利益がある程度以上はあると判断された場合、娘に対して結果開示の希望の有無を確認し、希望があれば開示を改めて検討するというのが妥当ではないかと考えられる。

11 医師と医師・医師会の関係

Q30. 他医受診患者へのアドバイス

29歳の女性。目のかゆみ、鼻汁のためA病院の耳鼻咽喉科を受診した。A病院の耳鼻咽喉科の α 医師は花粉症と判断し、投薬も選択肢と考えた。女性は最近B医院で出産し、B医院の産婦人科 β 医師から授乳中のため服薬は一切しないようにいわれているとのことで服薬を拒否している。A病院の産婦人科医であるあなたは耳鼻咽喉科の α 医師から服薬を進めるように説得するように依頼された。

対応として適切なのはどれか。

- a β 医師のいう通りであるとして服薬しないように α 医師へ回答する。
- b α 医師のいう通りであるとして服薬するように説得する。
- c 服薬しないようにいわれている理由をB医院の β 医師へ確認するように回答する。
- d 薬剤部で添付文書を確認してもらう。
- e 「花粉症は専門分野ではないので分からない」と答える。

A30. 正解はcと考えられる。

妊娠の授乳中の内服薬については、種類、量、時期などにより影響は異なる。一般的には妊娠4週から妊娠15週末、特に妊娠4週から7週末までは胎児の重要な器官が形成される時期であるため薬の使用は慎重であるべきである。また、授乳については乳汁へ多くの薬剤が移行することが知られているが、移行する量は非常に少ないため、新生児へ影響する可能性は一般的には低い。個別の添付文書では妊婦、授乳婦への安全性は確認されていないと記載されていることがほとんどで、処方する医師へ委ねられている。

実際には、多くの場合で薬剤使用による利益と起こり得る不利益とを衡量して患者と相談して処方するかどうかを決めることになるが、処方経験が乏しかったり、自分の専門分野でないと処方を躊躇したり、診療自体を忌避するケースも見受けられる。

添付文書の記載と実際の診療との間を補うものとして、国立成育医療研究センターには妊娠と薬情報センターが設置されており、厚生労働省の事業として、平成17年10月から「妊婦・胎児に対する服薬の影響」に関する相談・情報収集が実施されている。海外とも連携し、「薬剤情報データベース」を構築、全国の

拠点病院に「妊婦と薬外来」を設置して、実際の相談に役立つ体制が整備されている（国立成育医療研究センター「妊娠と薬情報センター」 <https://www.ncchd.go.jp/kusuri/about.html>）。

実際には、多くの薬剤は妊娠中、授乳中に使用することが可能である（国立成育医療研究センター「授乳中に安全に使用できると考えられる薬－50音順－」 https://www.ncchd.go.jp/kusuri/lactation/druglist_aiu.html）。ただ、個別の例においては、各々の別の担当医と患者との医師患者関係があるため、担当医でない医師が、単純に使用可能な薬であると説明して内服を促すことは適切ではない。

なお、薬剤師の役割も重要で、日本病院薬剤師会でも妊婦・授乳婦専門薬剤師、妊婦・授乳婦薬物療法認定薬剤師の認定を開始している（日本病院薬剤師会 認定専門薬剤師 <https://www.jshp.or.jp/senmon/senmon4.html>）。

本問では一般的には使用可能な薬剤が選択されているが、特別な理由で内服しないように指導されている可能性や患者が説明を誤解している可能性もないとはいえない。

本人から事情をよく聴いた上で、分娩した施設の担当者にも確認して、本当に一切の内服を控えるようになっているのかどうかを確認することが適切と思われる。耳鼻咽喉科の医師が医療機関の産婦人科医へ問い合わせることにためらいがあるなどの場合は、同じ専門領域の医師として問い合わせに協力することも、実際の場面では有用かもしれない。

Q 3 1. 終末期医療における医師間での意見の不一致

45歳の女性。腹部膨満感と胆汁様消化液の嘔吐とを主訴に来院した。2か月前に胃癌による癌性腹膜炎と診断され、本人と家族とに数か月の予後と告知されていた。2週間前から腹痛に対しオピオイドが投与されており、1週間前から排便や排ガスがなくなり、時々、胆汁様消化液の嘔吐がある。るいそうが目立ち、腹部は膨満し、腸雑音が減弱している。腹部エックス線写真で小腸ガスを伴う腸管拡張像が観察され、大腸のガス像を認めない。治療方針について、緩和ケアチームの中で消化器疾患の担当医と緩和ケアの担当医の意見が一致しない。

対応として適切なのはどれか。

- a 他院のセカンドオピニオンを求める。
- b 緩和ケアの担当医の意見を優先させる。
- c 消化器疾患の担当医の意見を優先させる。
- d 患者、家族および緩和ケアチームで話し合う。
- e 在宅ケア担当のかかりつけ医が単独で方針決定する。

(第110回医師国家試験 **H** より)

A 3 1. 正解は d である。

終末期医療に際し、患者の医療に関わる複数の医師の間で見解が異なる場合を扱う問題である。本問の患者は高齢者ではないが、超高齢社会の日本において、終末期医療の問題は今後も重要性を増すと思われる。

選択肢のうち、どちらかの医師の意見を優先させる選択肢 **b**、**c** はいずれも適切な解答とはいえない。選択肢 **a** の「他院のセカンドオピニオンを求める」のも、それが常に正しい医学的判断であるとは限らないから採用できない。

選択肢 **e** のように「在宅ケア担当のかかりつけ医が単独で方針決定する」のではなく、現代では選択肢 **d** にあるように「患者、家族および緩和ケアチームで話し合う」ことが求められている。終末期における治療については、本人の意思を尊重することを中心に、患者を心配する家族等や医療ケアチームで話し合うことが重要である。それによって、患者自身はもちろん、患者の死後、残される家族等や携わった医療関係者が後悔しないような終末期のあり方が実現されると考えられている。

近年は、本問のように、終末期に至る前にアドバンス・ケア・プランニング (advance care planning : ACP) を行い、患者がどのような医療ケアを受けたいのかを確認し、関係者でその意思を共有することが求められている。

12 災害時の医療

Q 3 2. 災害時における緊急的対応

66歳の女性。5日前の大地震で主要道路が破壊され、大規模な余震が続く地域に居住している。糖尿病のため経口血糖降下薬を服用中で、地震前は約50km離れた自宅から自家用車で通院していた。内服していた薬がなくなったため、対応について電話相談を受けた。近隣に診療所はあるが地震後は閉院しているという。徒歩圏内に避難所が開設されているが、自宅は損壊を免れ居住可能であり、現在1人で暮らしている。公共交通機関は復旧していない。

最も適切な対応はどれか。

- a 診療所の医師を探すように伝える。
- b 自家用車で診察に来るよう伝える。
- c しばらく放置しても問題ないと伝える。
- d 直接診察しないと医学的な判断はできないことを伝える。
- e 自治体または最寄りの避難所の保健医療職に連絡するよう伝える。

(第111回医師国家試験 **H** より)

A 3 2. 正解は **e** である。

近年特に地震をはじめとする大災害の発生が相次いでおり、その際の医療のあり方は重要な問題である。

選択肢 **a** は、近隣の診療所が閉院しているという状況から不適切である。同様に、選択肢 **b** による自家用車での通院も、道路状況が従前と異なるのであるから適切とはいえない。選択肢 **c** は論外であり、少なくとも糖尿病のため経口血糖降下薬を処方する必要がある。その意味では、選択肢 **d** の「直接診察しないと医学的な判断はできない」ことは確かであるが、大地震後の緊急事態においてできる限りの対応を考えて、それがどのような形で実現できるかを医師として配慮すべきである。

したがって、正解は選択肢 **e** であるが、医師としても自治体や避難所を担当する保健医療職と連携して、患者の医療が継続するよう努めねばならない。

日本医師会 会員の倫理・資質向上委員会
ケーススタディワーキンググループ

- 樋口 範雄 (武蔵野大学法学部特任教授)
森岡 恭彦 (日本赤十字社医療センター名誉院長)
大滝 恭弘 (帝京大学医療共通教育研究センター教授／弁護士)
木戸浩一郎 (帝京大学医学部産婦人科学病院教授)
瀬尾 雅子 (東京大学医学部附属病院法務・コンプライアンス室
／弁護士)
外岡 潤 (弁護士)