

日医かかりつけ医機能研修制度 令和2年度応用研修会（令和2年5月24日）

「かかりつけ医の倫理」

中京大学 法務総合教育研究機構
専任教授 稲葉 一人

医療法人社団つくし会
理事長 新田 國夫

日医かかりつけ医機能研修制度 令和2年度応用研修会 COI開示

演題名： かかりつけ医の倫理

演者名： 稲葉一人、新田國夫

私が発表する今回の演題について開示すべきCOIはありません。

在宅におけるACP

- ① **ACP**で重要なのは、患者・家族に情報が提供され、理解されること。
- ② 医学・医療的な決定における情報提供は、通常**医師**が行う。
- ③ 情報を提供し、情報を理解し、決めていく過程を共に伴走することを、**SDM** (Shared decision making、共同意思決定)と呼ぶ。
 - 必要なのは、**インフォームド・コンセント**
 - インフォームド・コンセントの基礎には、**自己決定権** (倫理的には**自律の原則**)がある

患者の権利に関するWMAリスボン宣言

(日本医師会訳)

3. 自己決定の権利

- a. 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。
- b. 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。
- c. 患者は医学研究あるいは医学教育に参加することを拒絶する権利を有する。

自己決定権の法的基礎

(通説)

- 憲法13条

「すべて国民は**個人として尊重**される。生命、自由及び**幸福追求に対する国民の権利**については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の**尊重を必要とする**」

を自己決定権の根拠規定と考える

- 前段の「個人の尊重」が、ドイツ基本法1条1項の「人間の尊厳」条項とほぼ同趣旨であり、個人の尊重(個人主義)ないし人格の尊厳(人格主義)という一定の原理を規定し、後段の**幸福追求権**は、前段の原理と結びついて、人間の人格的自律にとって不可欠な重要事項に関する自己決定の包括的権利を具体的な法的権利として規定する(**人格的利益説**)

(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」のアルゴリズム

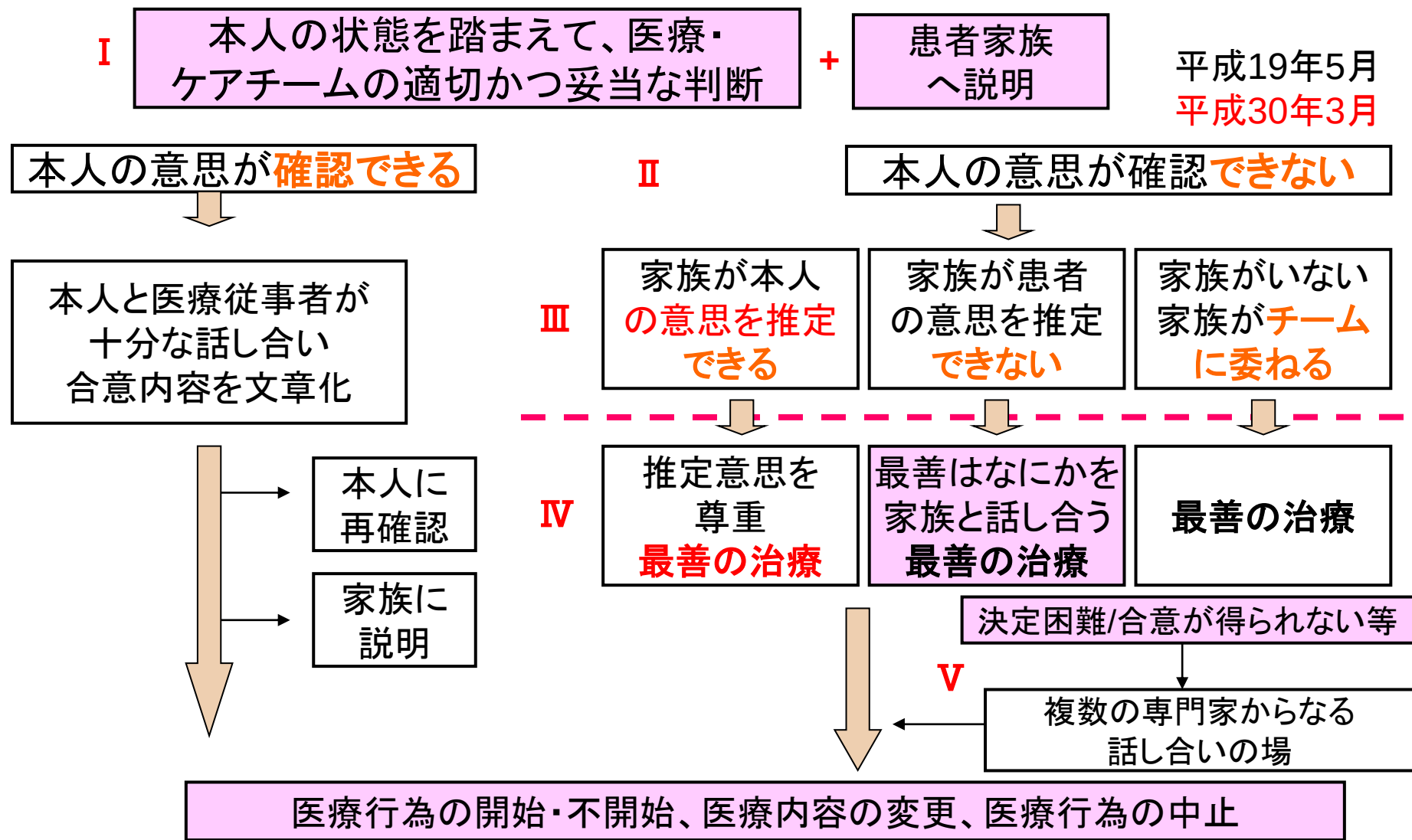


図4

(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

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、本人の意思は変化す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。

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援の ガイドラインの概念図

本人の意思の尊重、意思決定能力への配慮、早期からの継続支援

本人が自ら意思決定できるよう支援

意思決定形成支援、表明支援、実現支援のプロセスに沿って支援を実施

本人意思の尊重・プロセスの確認

支援方法に困難・疑問を感じた場合

意思決定支援チーム会議（話し合い）

- ◎ 本人、家族、医療関係者、介護関係者、成年後見人 など
- ◎ サービス担当者会議、地域ケア会議と兼ねることも可
- ◎ 開催は関係者誰からの提案も可

適切なプロセスを踏まえた支援が提供されたかの確認

本人の意思の尊重の実現

認知症の人の自らの意思に基づいた日常生活・社会生活の実現

(厚労省)平成30年6月「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援のガイドライン」

- 本ガイドラインでいう意思決定支援とは、認知症の人の意思決定をプロセスとして支援するもので、通常、そのプロセスは、本人が意思を形成することの支援と、本人が意思を表明することの支援を中心とし、本人が意思を実現するための支援を含む。
- ＜脚注iv＞本ガイドラインは、認知症の人の意思決定支援をすることの重要性にかんがみ、その際の基本的考え方等を示すもので、本人の意思決定能力が欠けている場合の、いわゆる「代理代行決定」のルールを示すものではない。本ガイドラインは、本人の意思決定支援のプロセスは、代理代行決定のプロセスとは異なるということを中心的な考えとして採用している。
- 意思決定支援は、本人の意思(意向・選好あるいは好み)の内容を支援者の視点で評価し、支援すべきだと判断した場合にだけ支援するのではなく、まずは、本人の表明した意思・選好、あるいは、その確認が難しい場合には推定意思・選好を確認し、それを尊重することから始まる。
- 本人が自ら意思決定できる早期(認知症の軽度)の段階で、今後、本人の生活がどのようなようになっていくかの見通しを、本人や家族、関係者で話し合い、今後起こりうることについてあらかじめ決めておくなど、先を見通した意思決定の支援が繰り返し行われることが重要である。

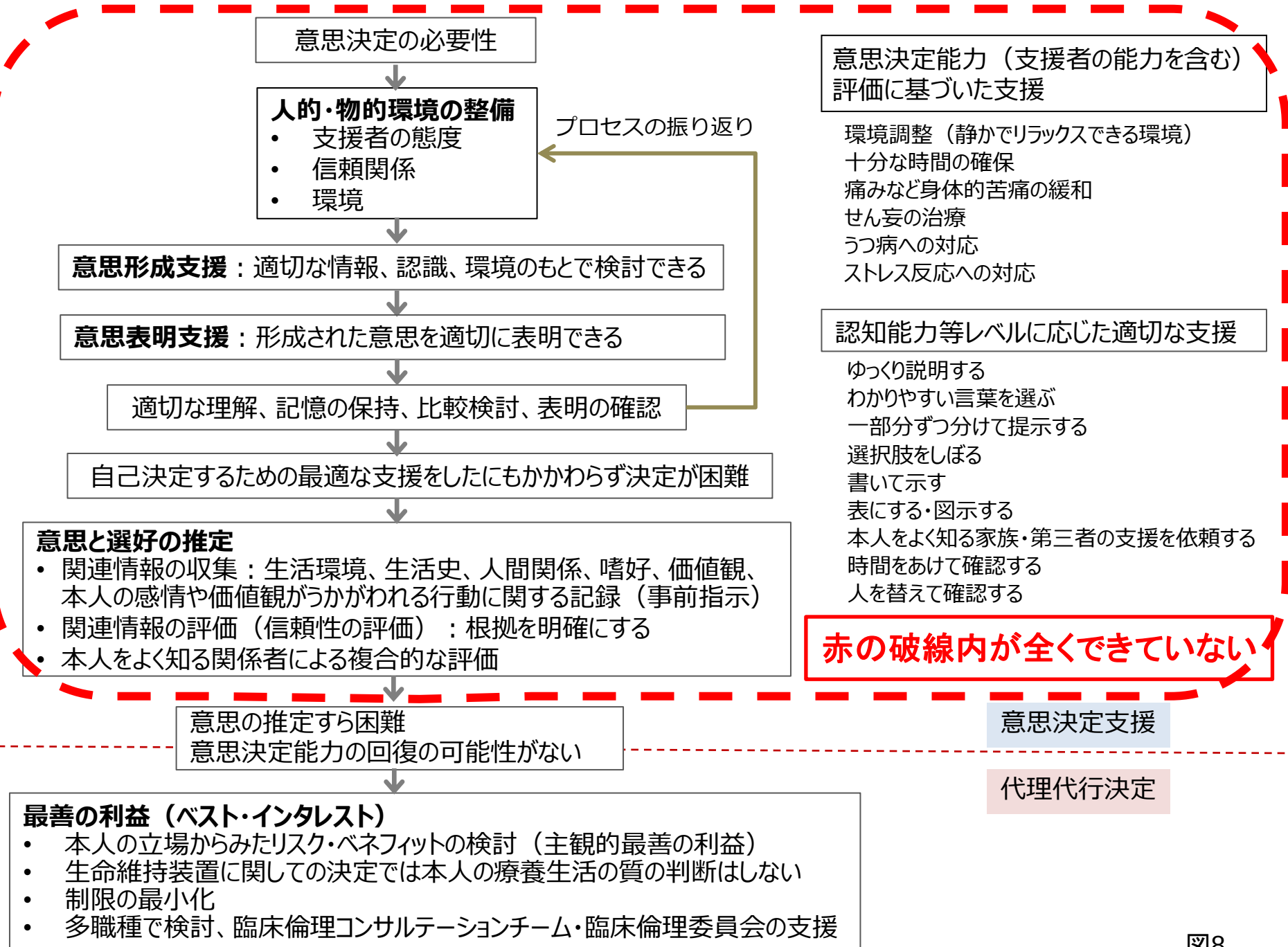
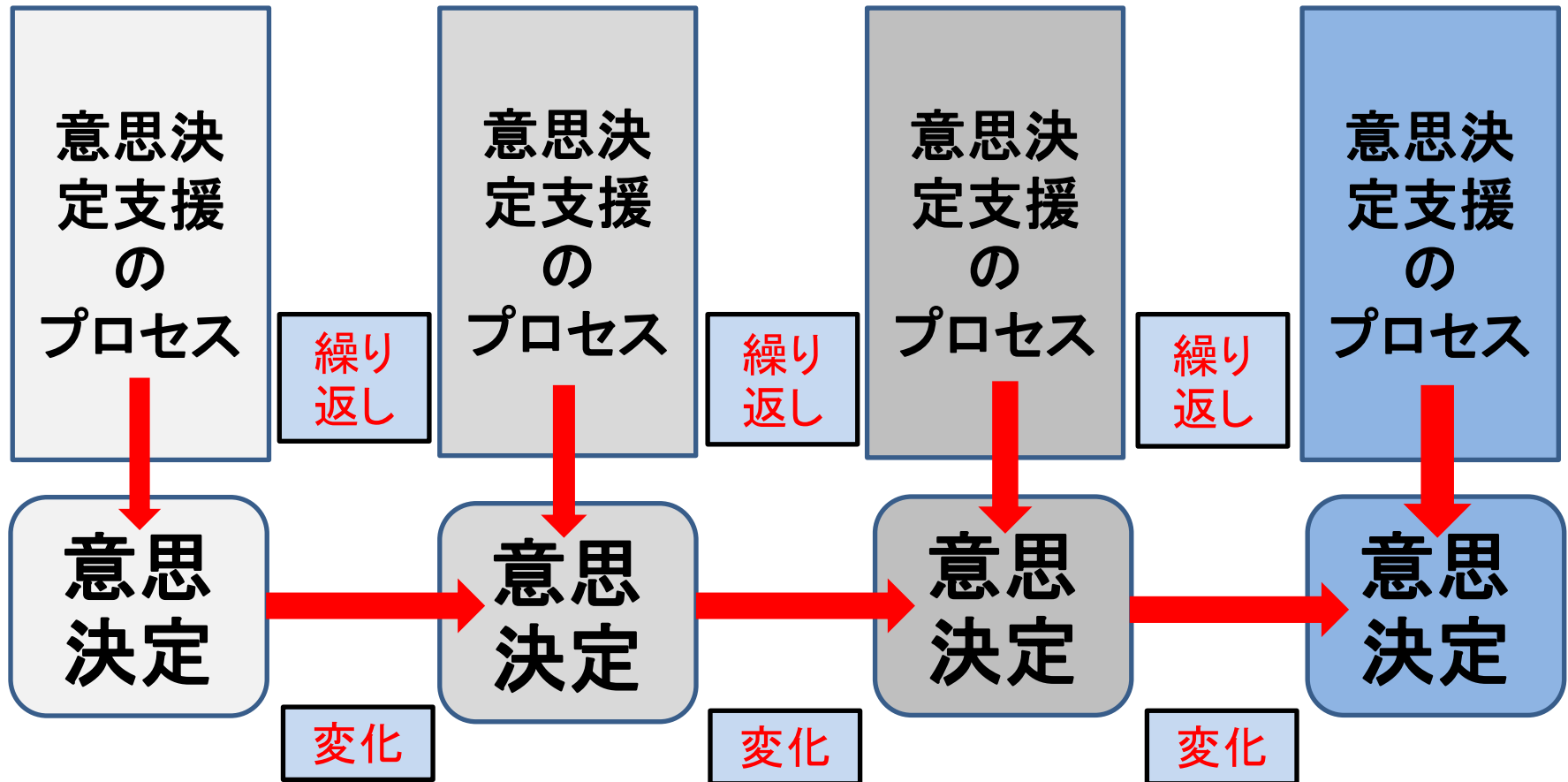


図8

プロセスの支援である

意思決定支援のプロセスとACPの関係

ACP



ACPについて

- 本人は、決める能力（意思決定能力）があることを前提とする
- 本人が**決めることができるときに本人が決めていく**ことが重要であり、代理判断者を決めていくことだけが、ACPではない
- 意思決定支援は**プロセス**であること
- 本人が意思**形成**するためには、**インフォームド・コンセント**が必要である
- 「**繰り返す**」こと
- 意思は**変更する**ことを前提とする
- 意思決定の対象は、「日常生活」－「社会生活」－「医療ケア」がつながっている
- 本人が1人で行うのではなく、「本人」－「家族」－「医療者」が協力して行う(**S**hared **D**ecision **M**aking)が必要である
- 記録(**書面**)を作成することも有効であること
- 専門職の役割は、**先を見通した**支援をすること
- 意思決定能力が**次第に減退**していく中での決定であり、**早い段階からの関わり**が必要であること
- 本人の決めた内容が、支援者の観点から見て**合理的でない**場合であっても、その意思を支援できるかを考えること

終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える ーACPとは？ー

ACP (Advance Care Planning) とは？

将来の変化に備え、**将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのこと**です。
患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標にしています。



日本医師会キャラクター 日医君



日本医師会

ACPの3つのステージ（1／2）

- **第1ステージ（健康であるとき）**
死生観・人生観・倫理観の育成→教育としてのALP(Advance Life Planning)
- **第2ステージ（壮年期や高齢期）**
慢性疾患はあっても深刻ではない→ALPとACP
病気と生活との折り合い、人生の最終段階の医療・ケア、最期の場所の選択

ACPの3つのステージ（2／2）

- 第3ステージ（病状が深刻）

急性期の医療を担う病院や終末期医療におけるACP

人生の最終段階の医療・ケア、最期の場所の選択

主治医と治療計画を話し合うエンドオブライフ
ディスカッション（EOLD）

→ 可能な限り、第2ステージからの関わりが重要、かかりつけ医やケアマネジャーなど、普段から気軽に相談できる存在がいるか？

ひと手間かけた倫理カンファレンス

- ① 臨床倫理問題はどこにでもある。医療機関だけにあるのではなく、施設・在宅にも、そして、医療機関と施設・在宅の連携の中(地域包括ケアシステム)で起こる。
- ② 医師が関わらないと医学的適応が不明確なまま倫理的な分析となる。
- ③ 倫理問題は、お互いの価値や考えを尊重し合う対話である。
- ④ 対話する余裕がなく、対話する方法を知らない。
→ ひと手間かけた倫理カンファレンスの方法を学ぶ。

口腔ケアを拒否する慢性リンパ性白血病の 認知症患者への対応

- ・ 80代男性、妻と数年前に死別、長女も死亡し、次女のみ。

【医学的適応】5年前に慢性リンパ性白血病と診断されるものの、経過観察。本年3月貧血あるも、輸血等の治療の希望がないまま施設で過ごす。神経因性膀胱で膀胱留置カテーテル挿入となる。施設は無理として、入院し、退院調整中。転倒後の痛みから痛み止めを服用。口腔内は、残存歯、挿し歯、歯垢があり、口腔ケアの必要性がある。

【本人の意向】リハビリも拒否されることが多く、リフト浴、清拭、浣腸は患者のペースで。甘いお菓子を好んで食べる。口腔ケアを勧めると妻が亡くなってから歯磨きをしていなかったとして、「そなんやらんでいい」と拒否。

【患者のQOL】コメントを参照。

【周囲の状況】次女は、歯磨きはした方がいいと思うが、本人が怒ってしまうのならなくていいとの意向。

医師の意向と患者・家族の意向が異なる場合の関わり方

- A氏・70代男性、妻(子供はいない)、〇〇県に定年後移住
- 2011年 鼻腔の悪性黒色腫、手術・化学療法
- 2014年 左腎に転移、C病院で手術・化学療法
- 2019年 冬、通院困難、C病院の紹介で、Dクリニックで訪問診療・看護開始。
予後数か月、ホスピスの予約をしている。
- 左背部痛、居間に布団を敷いて生活、排便と入浴以外は臥床して過ごす。
- 飲み薬、座薬も拒否、食事困難、接触拒否
- ×日 ホスピスから入院可能との電話 医師から「動けているのでいかなくとも」
- +2日 安静時でも呼吸苦、全く動けなくなる。易怒性顕著、妻「先生は家にいればいいと言っている。仕方がない」
- +9日 妻「ホスピスに行きたい。主人もそう言っている」
- 医師「本人が家に居たいという気持ちを大事に」
- +10日 妻「このままでは私も倒れてしまう。主人も病院に行きたいとうなずいている。昨日先生に相談したが、家で看る方が後悔しないと言っている」
- +14日 ホスピス入院 面会に笑顔
- +21日 死亡
- 妻から、もっと早くホスピスに連れて行ってあげられなかったかと後悔の言葉

家族の発言に戸惑った事例

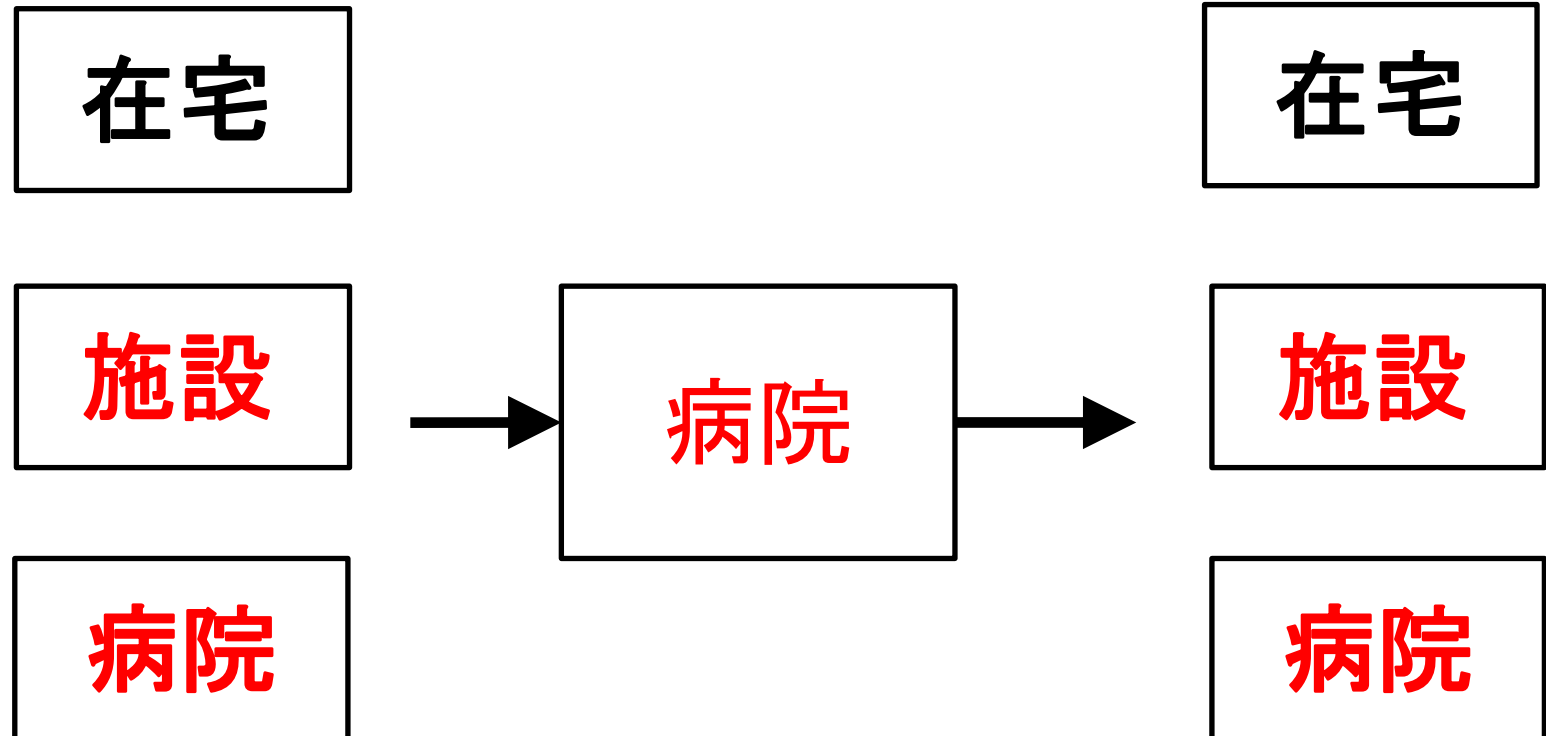
- 本人、妻（神経的な不安を抱えている）と4名の娘
- ○年7月 急性期の医療を担う病院で、左側頭膠芽腫で開頭腫瘍摘出術施行、一部取り切れず、術後ケモ・ラジ
- ○年10月 脳腫瘍再発に起因する感覚的失語、傾眠、家族内でBSCが了解
- 在宅に移行し、妻が介護するが、負担過剰
- ○+1年3月 本院地域包括ケア病棟にレスパイト入院
- 36日目に療養目的と看取り目的で（予め決まっていた）療養病床に転院
- 医師から妻に説明がされていたが、更に別日に長女に説明したところ、それが長女に適切に伝達されていないばかりか、父を評して長女から「生きている意味があるのかどうか分からない」との発言に戸惑った事例である。なお、次女が来院したことについて、本人は喜んでいたというエピソードがある。

在宅の認知症の人の家に鍵をかけること

- 70代後半女性、長男家族（長男、嫁、孫女中3、女中1、男小3）と同居。要介護3、認知症亢進、ろうべん、異食傾向。
- 家族は、外から鍵をかけ、週5のデイサービス送迎の際は外から鍵をあけている。水曜日はデイサービスがなく、嫁もパートで1日鍵のかかった部屋に。
- 嫁は、「こうするしか本人の安全を守り、近所に迷惑をかけない方法はない」とするが、地域包括支援センターとしては、不適切で対応を考えたいとする。

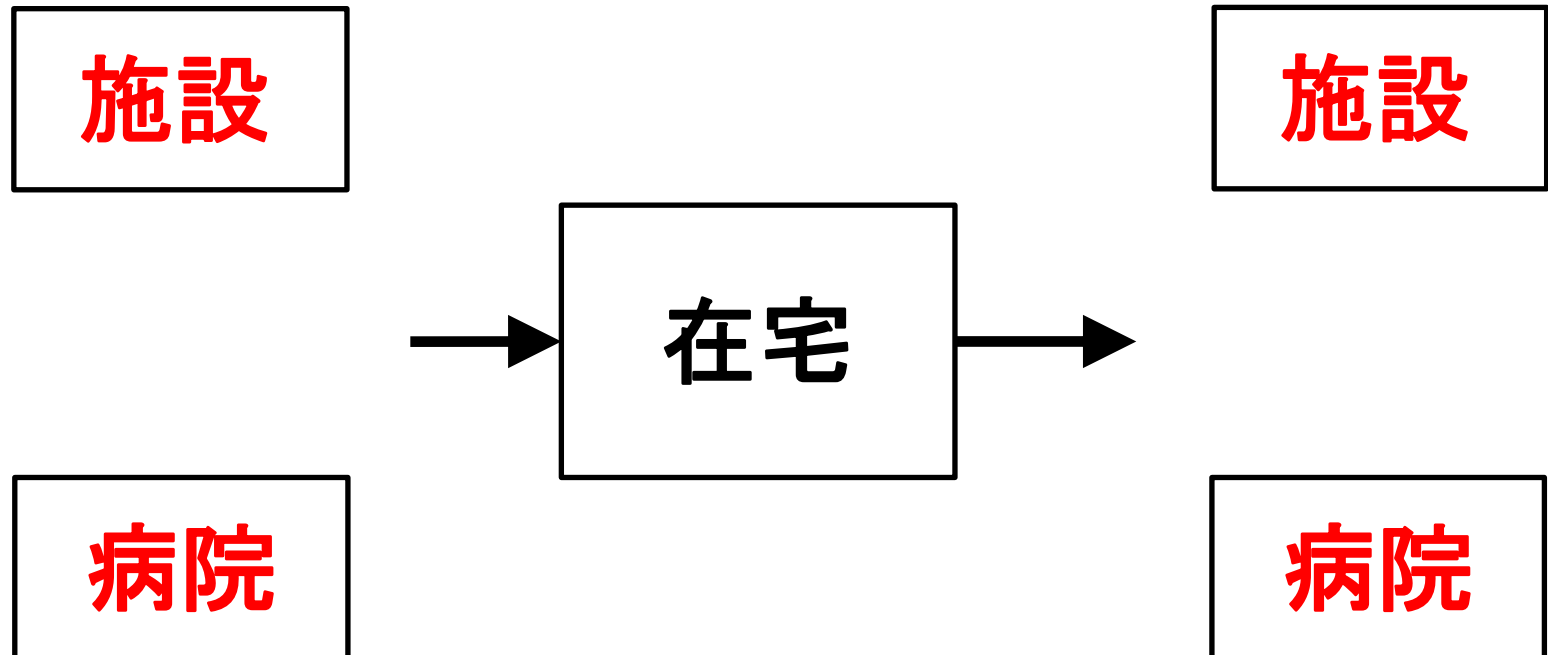
前方

後方



前方

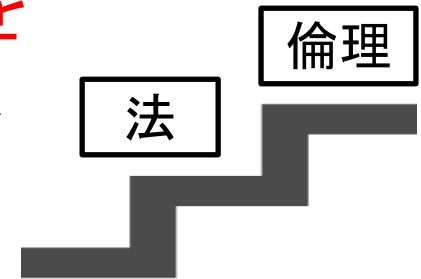
後方



法と倫理との関係

法と倫理の関係

- ① 法は、事件が生じてから事後的に制定される(その意味では経験から学んだルール化)ものであり、**法を新しい出来事に適用したり、法が予め準備することは不得意である。**
- ② 「法は倫理の最低限」であることが多いので、法は、倫理より通常は低い基準を示している。したがって、**倫理的になるためには、法的な合法性を充足することが前提となる**(その意味で、法を守ることは必要である)。
- ③ **法と倫理は同じ社会的規範として矛盾することは少ないが、両者の関係が問題となる場合がある。**
→ 法を知らず守らないと、(私たちは)不幸になるが、法を守っているだけでは、直ちに(患者の)幸せを生むものではない。



東京大学(生命・医療倫理人材養成ユニット)

CBEL 赤林教授 (2013年コース表)(2004年～)

7月25日(木)	7月26日(金)	時間	7月27日(土)	7月28日(日)
		9		守秘義務と個人情報保護 (奈良) <u>(稲葉)</u>
	生命・医療倫理の原則と 重要概念(林)	10	法の基礎 <u>(稲葉)</u>	
	臨床症例の倫理的検討法 (瀧本)	11	ケアの倫理 (堂園)	
		受付	12	昼食
生命・医療倫理学とは(赤林)	昼食	13	インフォームド・コンセント (前田)	昼食
演習： 倫理コンサルテーション1 <u>(稲葉)</u>	演習： 模擬倫理委員会 <u>(稲葉)</u>	14	演習： 倫理コンサルテーション2 <u>(稲葉)</u>	演習： 倫理コンサルテーション3 <u>(稲葉)</u>
倫理学の基礎1 (児玉)		15		
倫理学の基礎2 (奈良)		16		修了証授与
		17	(移動)	
		18	情報交換会	
		19		
		20		

日本臨床倫理学会(2012年創設)

臨床倫理認定士(アドバイザー)養成研修(2016年開始) 基礎編

1 養成研修応募細則(要領)

臨床倫理認定士コース(以下本研修という)の目標は、「臨床現場における倫理問題に気づき、問題点を同定し、分析し、解決するアプローチを理解する」ことにあり、そのために、「医療・看護・介護を含めた臨床の領域における倫理的基礎知識と対処のための手順を習得する」ように、講義、グループワーク、事例検討会等で構成されています。

2 本研修は、下記日程(未定)と、会場で実施されます。

日 時 ① 2019(令和元)年9月8日(日)

② 同年10月20日(日)

③ 同年11月17日(日)

いずれも9:00～16:00

3 会 場 順天堂大学医学部 D棟7階等

4 募集人数 80人(定員に達し次第締め切ります)

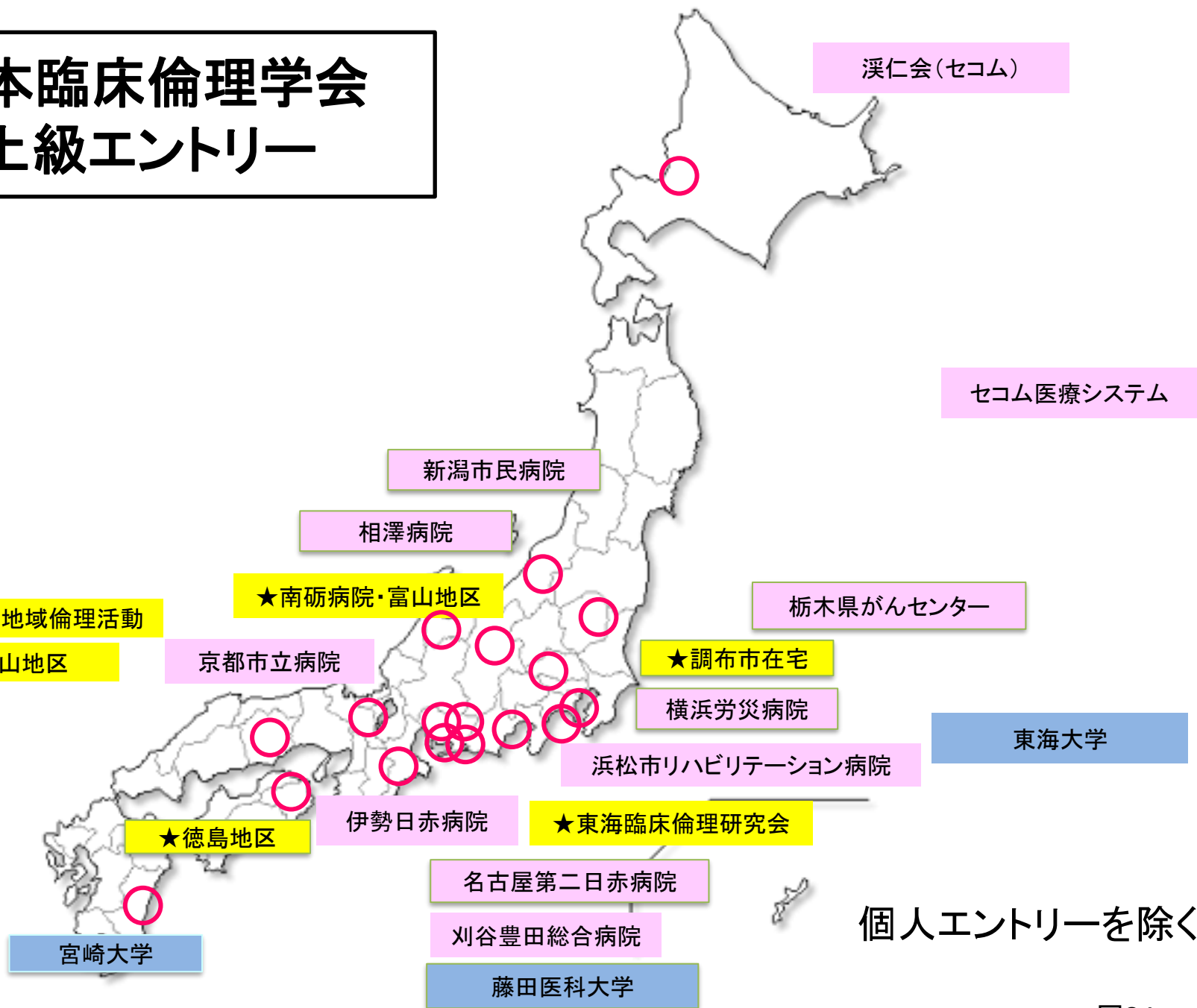
受講者は、現在日本臨床倫理学会会員か、臨床倫理学会に加入を希望する者。

5 費用(現在の予定)

- ・ 受講料各日8,000円(3日間24,000円)+認定書発行費用(1,000円)
- ・ 原則として、3日間連続で受講をお願いします。



日本臨床倫理学会 上級エントリー

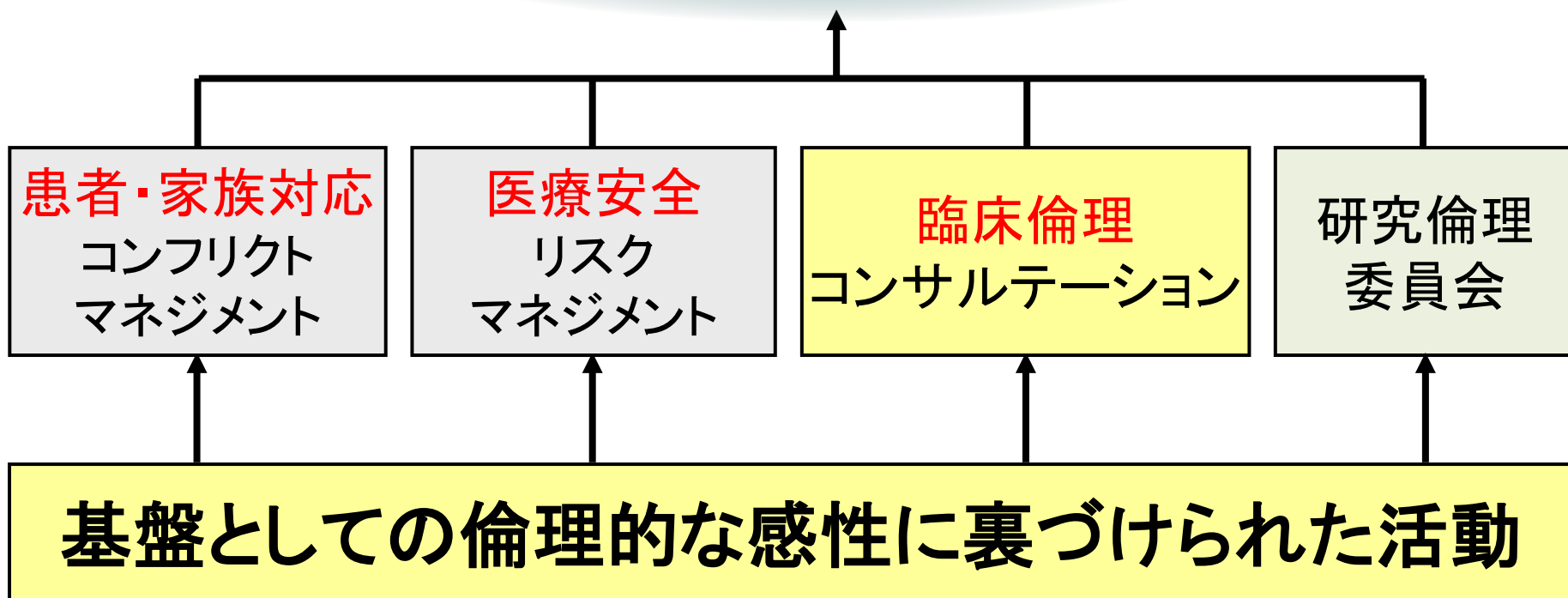


個人エントリーを除く

新しい全体像

患者のQOLの向上

医療者のQWLの向上



医療は価値

(大事なもの・枠組み・考えの前提)に
満ちた活動で、対立する

- 医療提供者と、医療利用者(国民)
- 医療者と、患者・家族
- 患者と家族間
- 医療者間

患者と医師、医師と看護師間の対立

大事なものが違う

- 60代前半患者。入院時既にスキルス胃がん（Stage4）で、DIC併発。10年同居の内妻と、大阪から来る兄がいる。
- 医師は、積極的治療（5FU+メトレキセート）か、緩和治療を提示している。
- しかし、看護師は、本人は既に末期で意識障害がある中で、積極的治療を選択することに反発し、医師のことを「人でなし」と言うまでになっている。
- 内妻は、自分が選択することの不安を訴え、兄は「絶対本人を死なすなよ」と圧力をかけるような発言がある。

倫理コンサルテーション 定義

- 患者、家族、代理人、医療従事者、他の関係者が、ヘルスケアの中で生じた倫理・価値問題に関する不確実性や対立を解消するのを助ける、個人やグループによるサービス
- “A service provided by an individual or a group to help patients, families, surrogates, healthcare providers, or other involved parties address uncertainty or conflict regarding value-laden issues that emerge in healthcare”

American Society for Bioethics and Humanities

倫理コンサルテーション アメリカの状況

- 1960年代の後半から始まった。
- 1975年の**カレン・クインラン (Karen Quinlan) 事件**が病院倫理委員会の重要性を認識させた。
- 81%の病院で、なんらかの倫理コンサルテーションサービスをしている。**400床以上の病院ではほぼすべて**
- 年間15,000以上のコンサルテーションに、約35,000人が関わっている
- **サービスは、小グループによるものが68%、委員会方式が23%、個人によるものが9%**
- 36%が医師、30%が看護師、11%がソーシャルワーカー、10%が聖職者、10%が職員等

(Fox, Ellen. 2000. Ethics Consultation in U.S.Hospital)

倫理コンサルテーションのニーズ

長尾式子、瀧本禎之、赤林朗 日本における病院倫理コンサルテーションの現状に関する調査 生命倫理 Vol.15 (1) 2005年 101-106

- 「あなたの病院では倫理コンサルテーションが行われる必要がありますか。」
 - 「必要がある」=238 (89.1%)
 - 「わからない」=17 (6.4%)
 - 「必要がない」=8 (3.0%)
- 

【理由】

- 第三者として客観的に問題を分析し、論点を整理してほしいから。
- 医療不信を軽減させたいから。
- 医療訴訟を未然に防ぎたいから。
- 医師と患者・家族間のコミュニケーションの調整をしてほしいから。

倫理コンサルテーションの意味

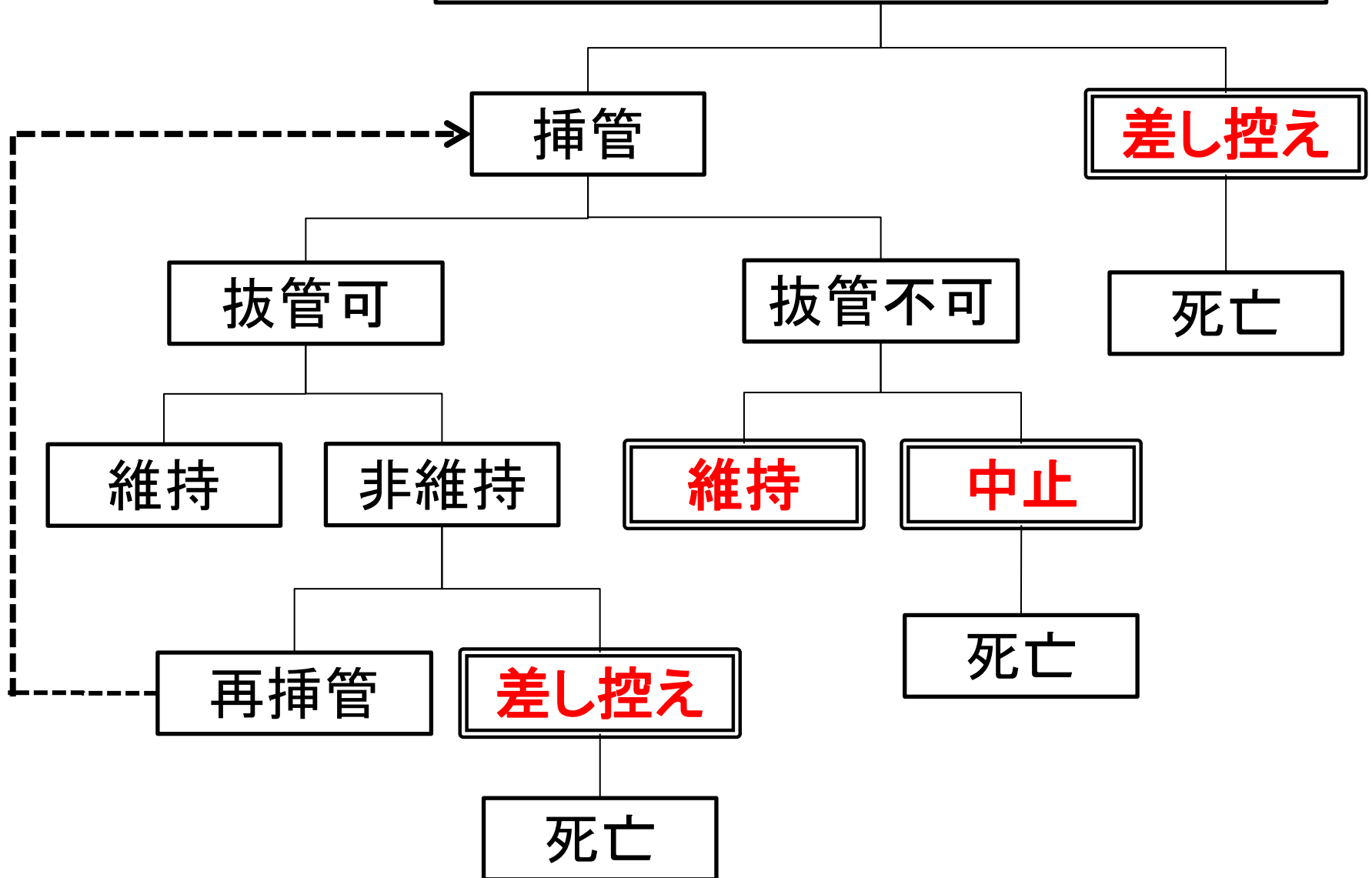
倫理コンサルテーション・チームがいることで、臨床では避けがちな、**ひと手間かけた倫理的対応**が可能である。

- 60代後半男性 慢性心不全、慢性腎不全、A病院で透析を導入するが、喫煙・無断外出外泊で強制退院、その後息切れで入院希望するがA病院を含めて**6病院拒否**し、本病院で引き受ける。
- 他の病院が「**受け入れの段階**」で拒否しているところ、本病院がまずは引き受けることは、倫理的な対応手順としては相応しい。受け入れて、その後、退院を求めることは「ひと手間かかる」ところ、院内にそれに対応支援する部署を持たないために、ほとんどの病院は、受け入れる段階で拒否している。しかし、本病院には、倫理コンサルテーション・チームがいるので、本件のような倫理的な対応が可能となった。
- 現場では、倫理的な対応が必要と考えていても、それを支える部署がないために「**非倫理的な対応に終始**」することとなりがちである。当初は違和感を覚えたり、釈然としないのであるが、次第にこれが慣れとなり、倫理的感性を失わせることになる。

医師を支える。

- 70代半ばの男性 急性硬膜下血腫に対して緊急開頭血腫除去後、挿管管理して安定。その後、挿管チューブのみで自発呼吸。**抜管が可能である。**DNARがある。今後抜管をし、呼吸が不安定となった場合に、どのような条件で、**再挿管**をすべきか、また、すべきでないかが問題となった。
- このような事例は急性期ではよく起こる。しかし、もし抜管して自発呼吸が戻らなかった場合は再挿管しないと決めて抜管した場合は、この状況は、「人工呼吸器の取り外し」に似て、法的リスクが大きい。

呼吸器の管理の必要性



看護を支える。

- 急性脳症の10歳の患者の家族(父と母)の、治療ケアへの抵抗(過剰な要求や暴言)が医療者の不安を煽っている。倫理コンサルテーション・チームは、病棟に赴き、関係者のインタビュー、多職種カンファレンスを踏まえ、再度、医療チームに働きかける。
- この事例は、倫理コンサルテーション・チームの関わりにより、看護師が、自らの気持ちを聞かれ、そして、現場が支えられ、また、気持ちを吐き出したことで、看護チームに余裕ができて、看護チームがもう一度看護の基本(患児への最善のケアをする)に戻ることができ、その「変化」が、患児の家族の「変化」を生んだという事例である。その結果、現在、医療チームは、これまでの「在宅か否か」というall or nothingではなく、(これまでなら支えることは難しかった)迷い決められない家族を、「線」(時間軸)で支援することができている。

院内で臨床倫理課題に 対処するための方法

気づきのサインとしての直感

直感を分析する4原則

多職種協議のツールとしての4分割法

あなたをチェックする (レ)

項目	知って いる	理解し ている	実践(他に 説明)できる
1 倫理の問題(気づき)とは	☐	☐	☐
2 生命・医療・臨床倫理の 4原則	☐	☐	☐
3 Jonsenの 4分割法	☐	☐	☐
4 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	☐	☐	☐
5 推定的意思	☐	☐	☐
6 最善の利益	☐	☐	☐

気づく：直感（「すぐさま」の感じ）

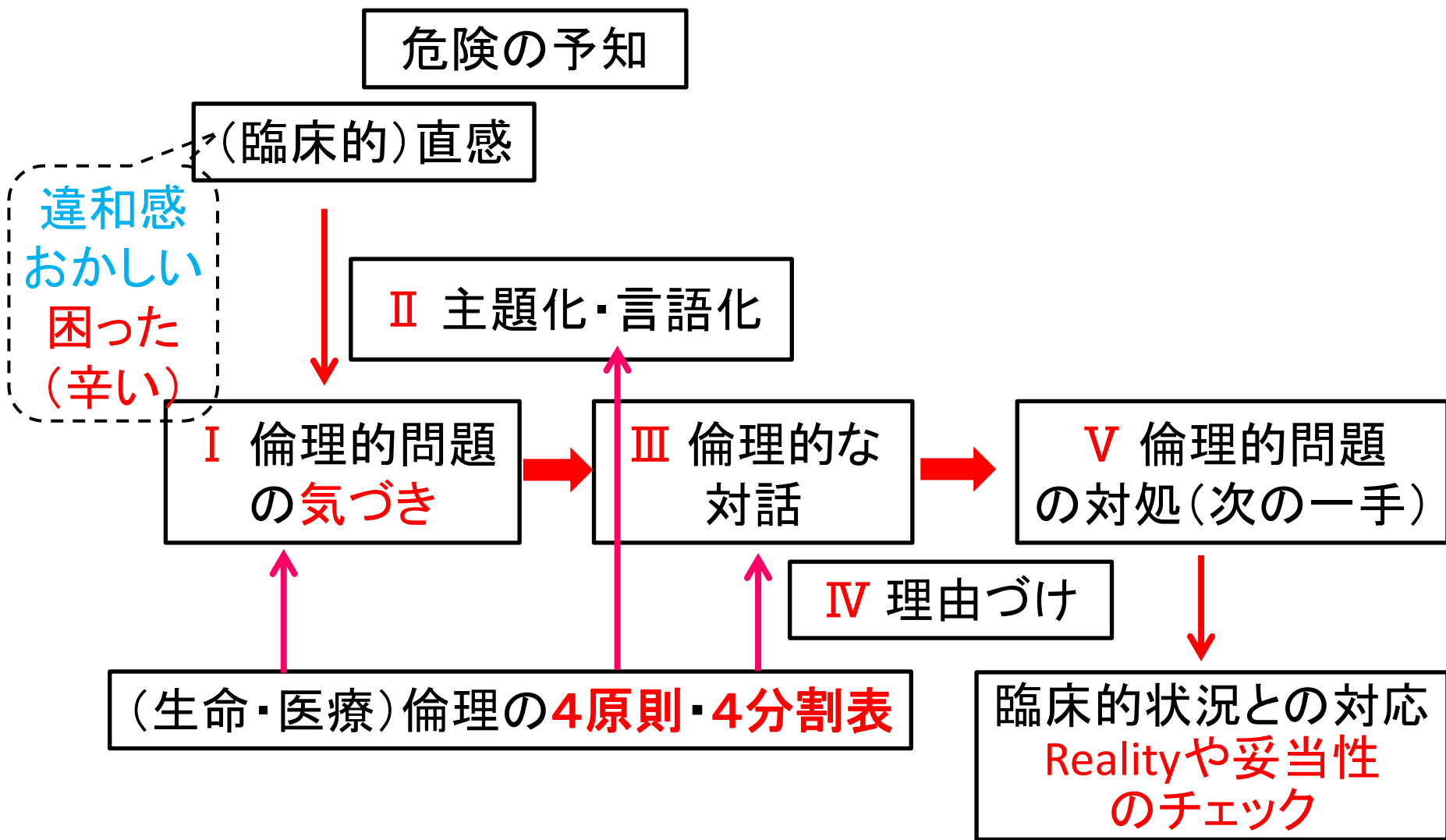
• 長所

- 直ちに決めなければならないとき
- 直感は、経験に基づくもので、多くは正しい（と思われる）
- 同じ経験を積んだ者の間では、直感を共有できる

• 短所

- 異なる直感同士が対立する場合には決められない
- 場あたりの（ad-hoc）で、判断の一貫性を保てない
- 直感と、偏見や誤解の見分けがつかない
- 違う者との間で、対話が成立しない

直感で立ち止まり、 「主題化」して、「対話の中で理由を示す」



タスキギー事件

- 1972年にアラバマ州のタスキギーで事件が発覚
- 1934～72年にかけて、黒人男性約600人を対象に米国連邦政府公衆衛生局(PHS)が、黒人梅毒患者に対して、梅毒の治療をするといいつながら全く治療しないまま観察研究した。(公的資金を投入した研究)(**十分な説明と同意がなかった**)(黒人についての**不正義**)
- この研究の目的は治療をしないことでどのような経過を示すかの調査(観察研究)であったため、その調査中には既にペニシリンの使用が一般化していたにもかかわらず治療を行わなかった。(標準治療をしない医学研究)
- 内部告発を契機に、AP通信の報道で社会問題化した。

ベルモント・レポート(1979)

生物医学・行動科学研究における被験者保護のための国家委員会
研究者が被験者に負う倫理的義務を示した。

A: 診療と研究の境界

B: 基本的倫理原則
(Basic Ethical Principles)

1 人格の尊重 (Respect for person) (自己決定の尊重)

2 善行 (beneficence)
無危害 (do not harm)

3 正義 (justice)

C: 適用 (Application)

1 インフォームド・コンセント
(informed consent)

2 リスク・ベネフィット評価
(assessment of risk and
benefits)

3 被験者の選択 (selection
of subjects)

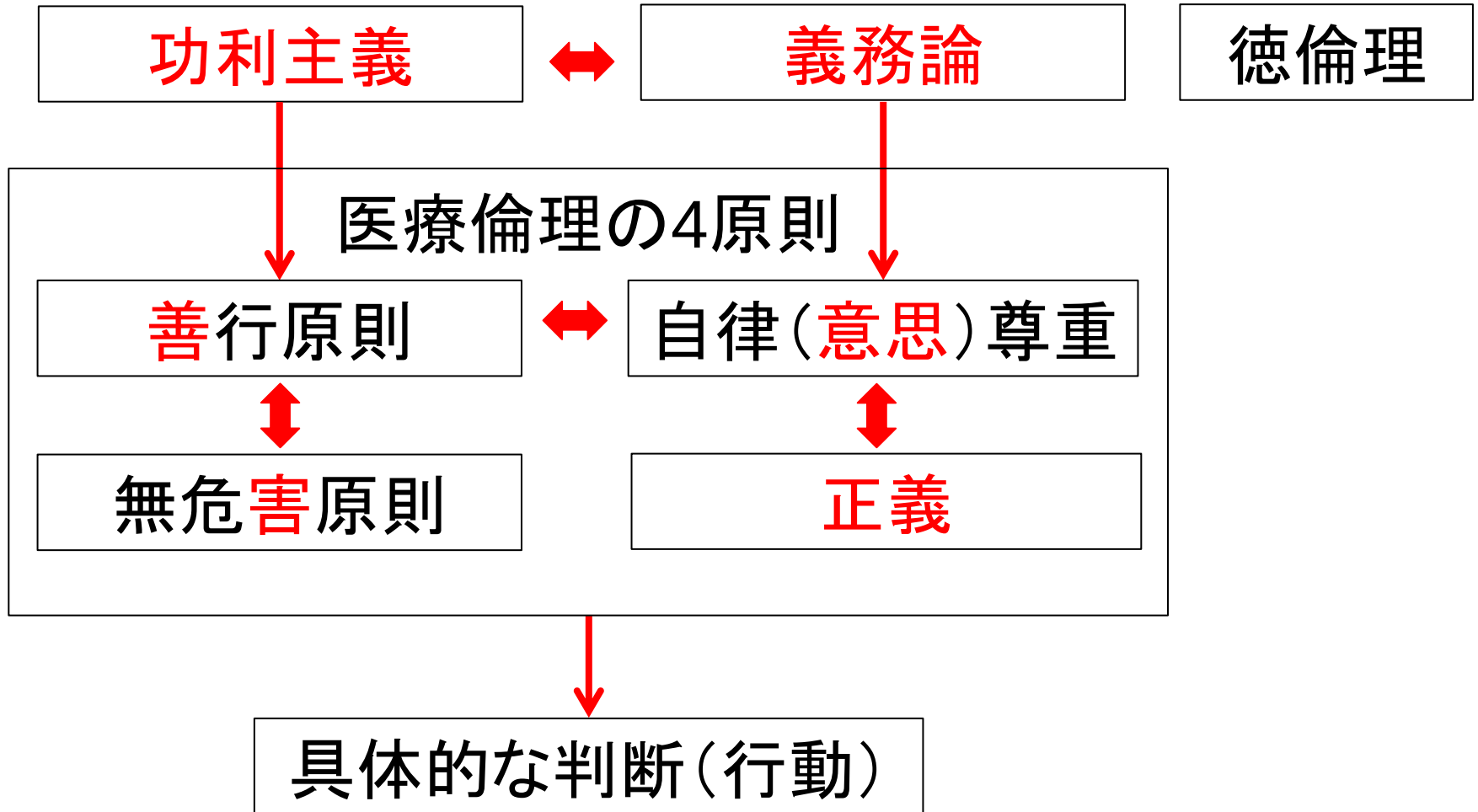
医療・臨床倫理の4原則

- 
- 人格（自律）の尊重 (respect for autonomy or person)
 - 善行（仁恵） (beneficence)
 - 無危害 (non-maleficence)
 - 正義・公平 (justice or equality)

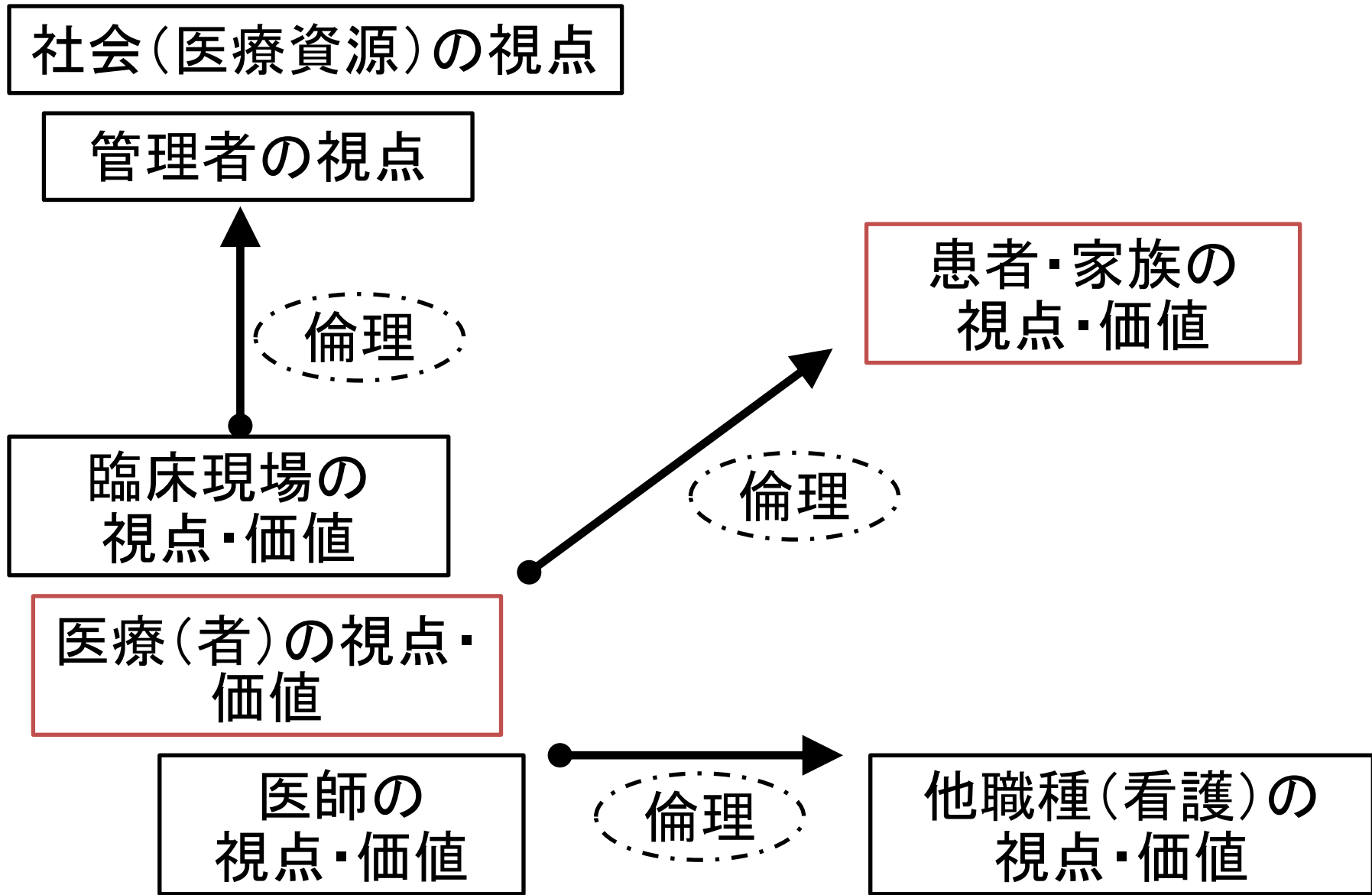
これらの原則は、主としてタスキギー事件や**アメリカの医療現場の倫理原則を分析した**ことで、公理として示された。

- ・ 原理原則だけを適用するのは、過度に一般的解決に傾斜する。
- ・ これらの間のジレンマ・対立をどのように調整するかにある。
- ・ このような原則だけでは、解決できない問題がある。

倫理理論と 医療・臨床倫理の原則



3つの次元



症例検討シート

Jonsenの4分割表

1. 医学的適応
(善行・無危害)

2. 患者の意向
(自律の尊重)

3. QOL

4. 周囲の状況

1. 医学的適応

善行と無危害の原則

1. 患者の医学的問題は何か？
病歴は？ 診断は？ 予後は？
2. 急性か、慢性か、重体か、救急か？
可逆的か？
3. 治療の目標は何か？
4. 治療が成功する確率は？
5. 治療が奏効しない場合の計画は何か？
6. 要約すると、この患者が医学的および看護的ケアからどのくらい利益を得られるか？また、どのように害を避けることができるか？

2. 患者の意向

自律性尊重の原則

1. 患者には精神的判断能力と法的対応能力があるか？能力がないという証拠はあるか？
2. 対応能力がある場合、患者は治療への意向についてどう言っているか？
3. 患者は利益とリスクについて知らされ、それを理解し、同意しているか？
4. 対応能力がない場合、適切な代理人は誰か？ その代理人は意思決定に関して適切な基準を用いているか？
5. 患者は以前に意向を示したことがあるか？ 事前指示はあるか？
6. 患者は治療に非協力的か、または協力できない状態か？ その場合、なぜか？
7. 要約すると、患者の選択権は倫理・法律上、最大限に尊重されているか？

3. QOL

善行と無危害と自律性尊重の原理

1. 治療した場合、あるいはしなかった場合に、通常の生活に復帰できる見込みはどの程度か？
2. 治療が成功した場合、患者にとって身体的、精神的、社会的に失うものは何か？
3. 医療者による患者のQOL評価に偏見を抱かせる要因はあるか？
4. 患者の現状の状態と予測される将来像は延命が望ましくないと判断されるかもしれない状態か？
5. 治療をやめる計画やその倫理的根拠はあるか？
6. 緩和ケアの計画はあるか？

4. 周囲の状況

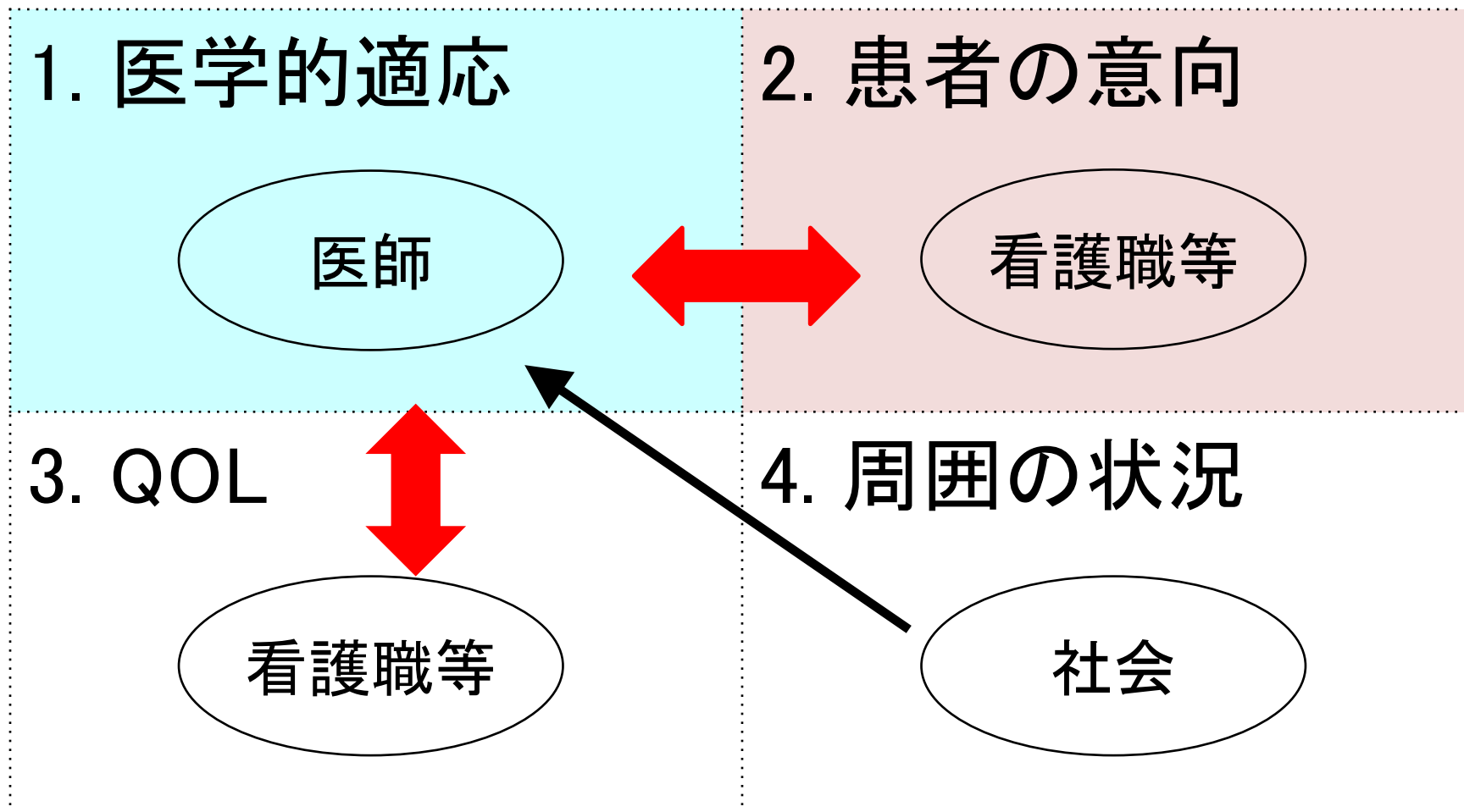
忠実義務と公正の原則

1. 治療に関する決定に影響する家族の要因はあるか？
2. 治療に関する決定に影響する医療者側(医師・看護師)の要因はあるか？
3. 財政的・経済的要因はあるか？
4. 宗教的・文化的要因はあるか？
5. 守秘義務を制限する要因はあるか？
6. 資源配分の問題はあるか？
7. 治療に関する決定に法律はどのように影響するか？
8. 臨床研究や教育は関係しているか？
9. 医療者や施設側で利害対立はあるか？

医療者が患者にとって
適切（goodでbadでない）と考えることと、
患者が望むことは異なる価値である。

	患者本人が 望んでいる	患者本人が 望んでいない
医師が患者に 適切と考える	○	△ (治療拒否?)
医師が患者に 適切とは考え ない	△(過剰治療 要求?)	×

職種によって 「倫理の問題の見え方」は異なる



専門職の職業倫理

大事なものが異なる

The Hippocratic Oath

- 自身の能力と判断に従って、患者に**利する**と思う治療法を選択し、**害と知る**治療法を決して選択しない。



ICN看護師の倫理綱領(2012年版)

- 看護師には4つの基本的責任がある。すなわち、**健康を増進し、疾病を予防し、健康を回復し、苦痛を緩和すること**である。看護のニーズはあらゆる人々に普遍的である。
- 看護には、文化的権利、生存と**選択の権利**、尊厳を保つ権利、そして敬意のこもった対応を受ける権利などの**人権を尊重**することが、その本質として備わっている。

認知症の人の日常生活・社会生活における 意思決定支援のガイドライン

意思決定支援のプロセス

人的・物的環境の整備

- 意思決定支援者の態度
- 意思決定支援者との信頼関係、立ち会う者との関係性への配慮
- 意思決定支援と環境

意思形成支援

：適切な情報、認識、環境の下で意思が形成されることへの支援

+

意思表示支援

：形成された意思を適切に表明・表出することへの支援

+

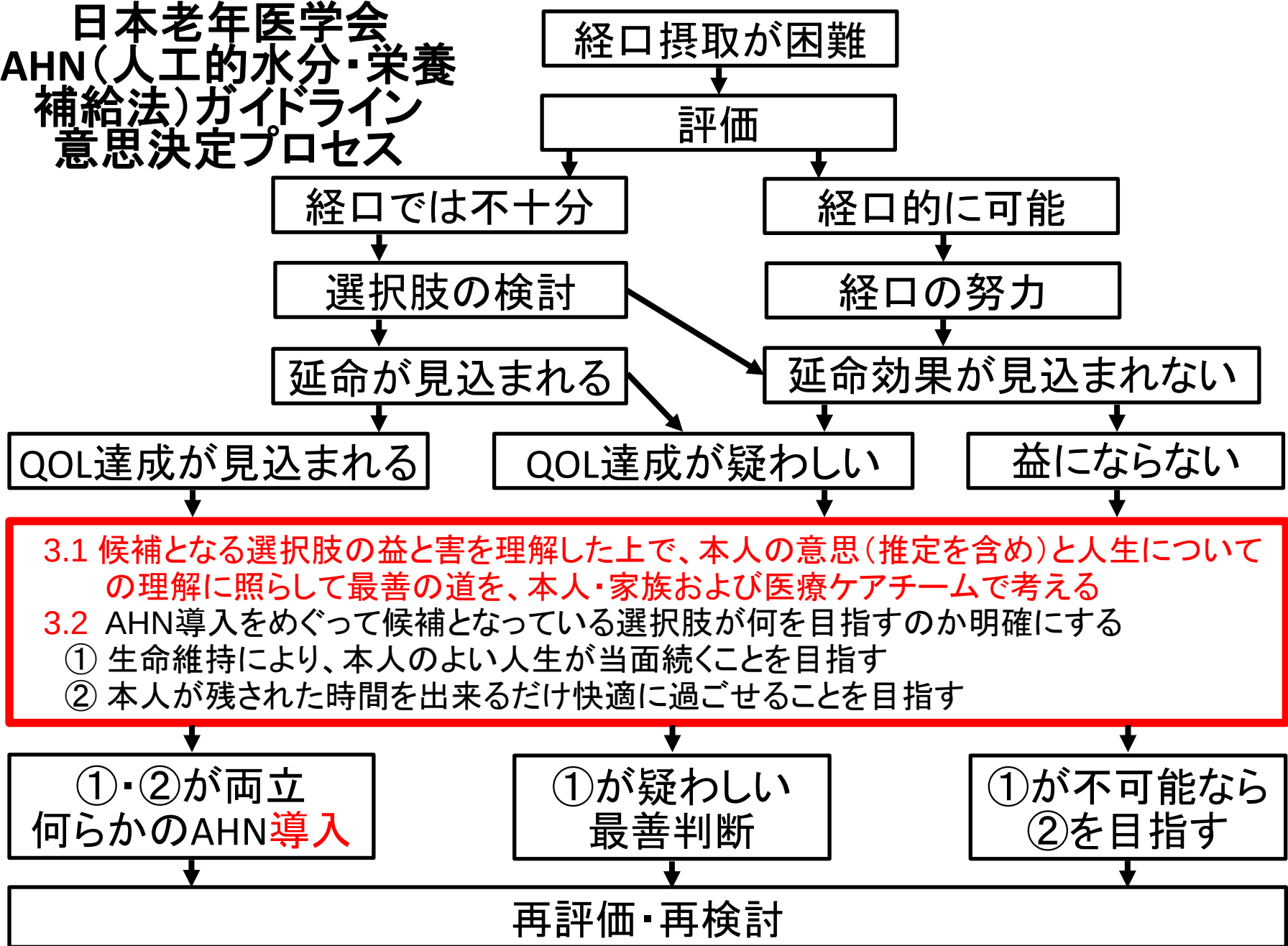
意思実現支援

：本人の意思を日常生活・社会生活に反映することへの支援

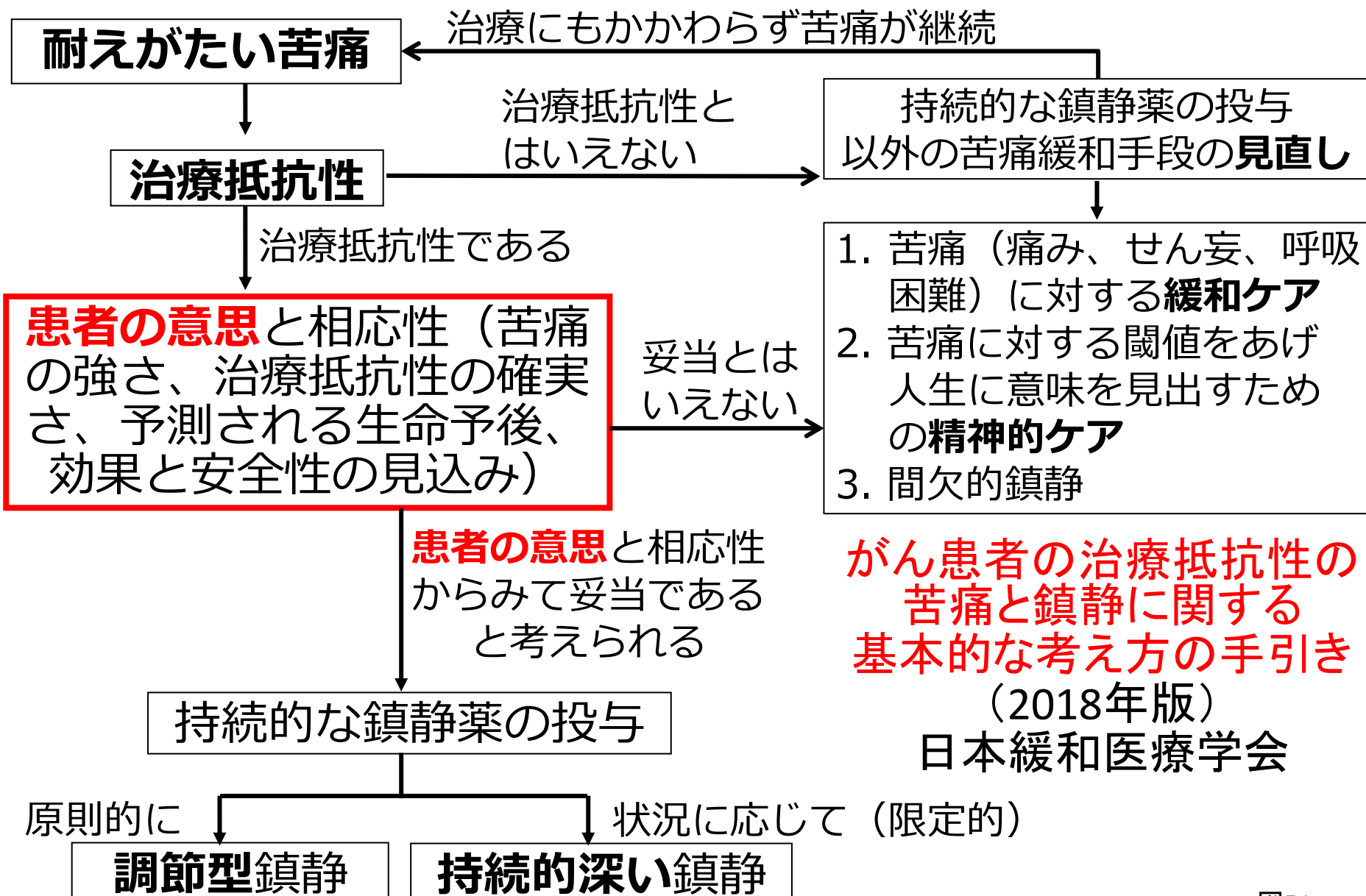
各プロセスで困難・疑問が生じた場合、チームでの会議も併用・活用

意思決定支援のプロセスの記録、確認、振り返り

日本老年医学会
AHN(人工的水分・栄養
補給法)ガイドライン
意思決定プロセス



治療抵抗性の耐えがたい苦痛への対応



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 (日本透析医学会2014)

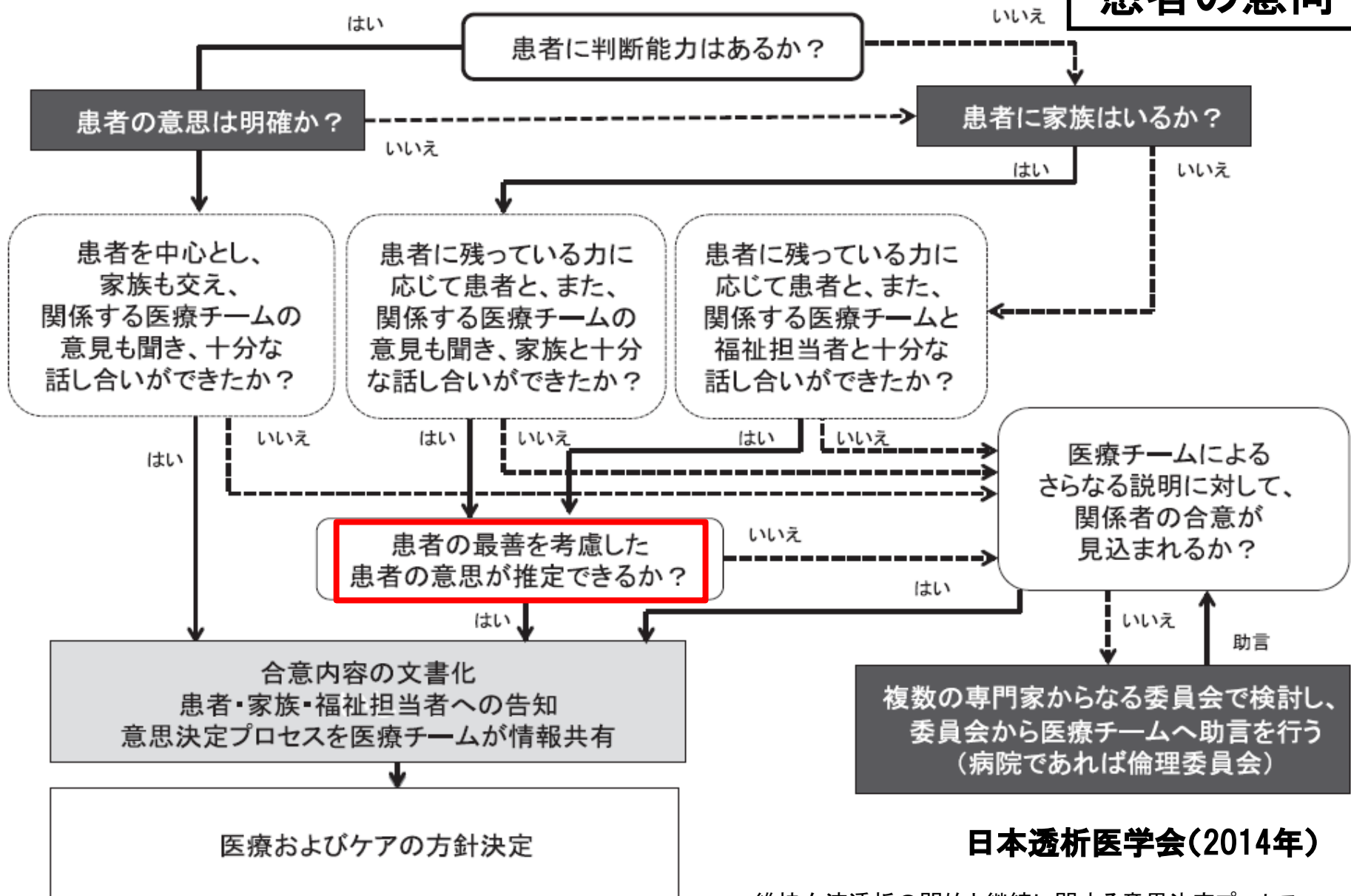
医学的適応

日本透析医学会雑誌 47 巻 5 号 2014

表 「維持血液透析の見合わせ」について検討する状態

- 1) 維持血液透析を安全に施行することが困難であり、患者の生命を著しく損なう危険性が高い場合.
 - ① 生命維持が極めて困難な循環・呼吸状態などの多臓器不全や持続低血圧など、維持血液透析実施がかえって生命に危険な病態が存在.
 - ② 維持血液透析実施のたびに、器具による抑制および薬物による鎮静をしなければ、バスキュラーアクセスと透析回路を維持して安全に体外循環を実施できない.
- 2) 患者の全身状態が極めて不良であり、かつ「維持血液透析の見合わせ」に関して患者自身の意思が明示されている場合、または、家族が患者の意思を推定できる場合.
 - ① 脳血管障害や頭部外傷の後遺症など、重篤な脳機能障害のために維持血液透析や療養生活に必要な理解が困難な状態.
 - ② 悪性腫瘍などの完治不能な悪性疾患を合併しており、死が確実にせまっている状態.
 - ③ 経口摂取が不能で、人工的水分栄養補給によって生命を維持する状態を脱することが長期的に難しい状態.

患者の意向



日本透析医学会(2014年)

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 (日本透析学会2014):より

図 維持血液透析見合わせ時の意思決定プロセス

日本版POLST(DNAR 指示を含む)作成指針

POLST(Physician Orders for Life Sustaining Treatment)

日本臨床倫理学会

「生命を脅かす疾患」に
直面している患者

医療処置(蘇生処置を
含む)を検討

1 患者・家族と、医療者間での
十分なコミュニケーション

2 本人意思の尊重

治療方法、CPAの可能性、POLSTに
ついて事前・事後に繰り返し話し合う

3 意思表示できない場合の代理判断

4 POLSTに関する
医学的病態のチェック

蘇生が医学的適応がない
(心肺機能の回復が望めない)

代理判断者の適格性
代理判断の適切性

5 手続の適切さ

6 POLST後の配慮



かかりつけ医と地域のチームの作戦

- 倫理問題に気づける－違和感
- 医療・臨床倫理の4原則－ジレンマ
- 4分割法－対話のツール
- 大事なところにはガイドライン
- 違和感がある場面では、倫理カンファレンス(各種ケア会議や、人生会議、意思決定支援会議でも)を開く
- 可能なら、地域に「難しい問題」を持ち寄る場を作りたい。あるいは、病院と連携して拡大した倫理カンファレンスを開きたい。

医学的な対象から、社会的存在としての患者 そして、生活を基盤とした患者に

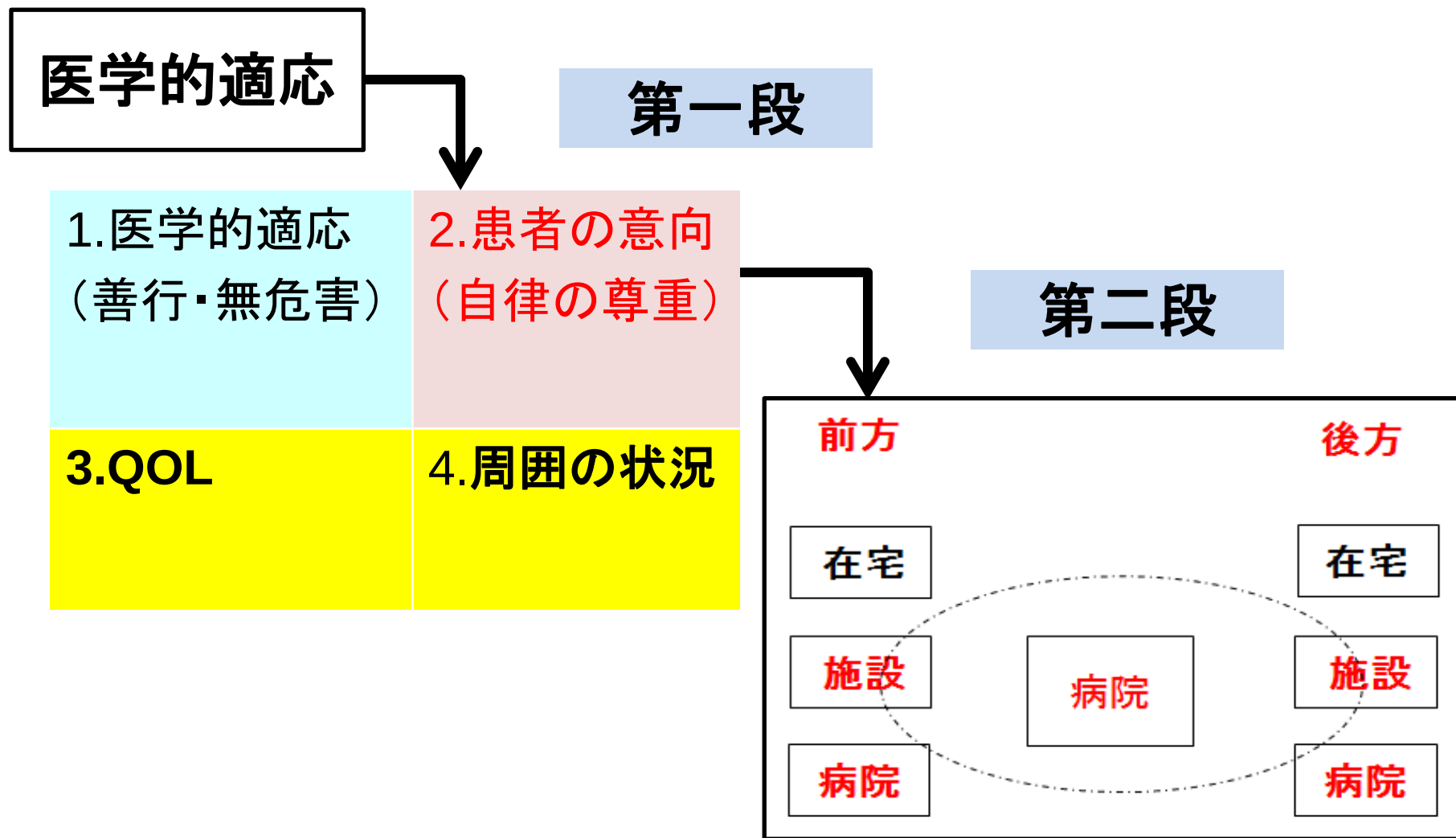


図56