

日医かかりつけ医機能研修制度
平成28年度応用研修会

1.「かかりつけ医の倫理」

医療法人社団 つくし会 理事長 新田國夫

東京大学大学院医学系研究科
医療倫理学分野 客員研究員 箕岡真子

1.「かかりつけ医の倫理」に求められるもの

- 医療倫理においては、2000年以上も連綿と続いてきたヒポクラテスの時代からの**徳倫理**を中心とする「**医の倫理**」から始まり、20世紀後半には**患者の権利を中心とする倫理**への変遷があった。
- 少子高齢化社会を迎え、在宅医療が推進されている現状を鑑みると、現在の「かかりつけ医の倫理」に求められているものは【**患者の尊厳への配慮**】【**地域住民から信頼される**】【**倫理的に適切な意思決定プロセスを踏んだ在宅看取り**】【**地域包括の視点から多職種協働が実践できる**】ことである。

2.地域包括ケアと「かかりつけ医の倫理」

- 「倫理」という視点は、医師にとっても看護師にとってもケアマネジャーやケア職にとっても、全く新しい視点で、横一線のスタートを切れる格好の協学の材料である。
- 日常臨床における倫理的ジレンマを意識することは、医療やケアの質を高めるだけでなく、医療介護専門家の心のケアにつながることになる。
- 患者や家族、スタッフ間とのやり取りをめぐって、もやもやしている感情が、倫理的ジレンマとして整理することで、腑に落ちるものとなる。

3.倫理的ジレンマに気づき、多職種協働で対話をもち、解決に結びつける

- 臨床事例には常に個性があり、倫理的ジレンマを考える際には、同様な事例でも、ケースごと解決策は異なる。
- 「何が倫理的ジレンマか」という“倫理的気づき”をすること ⇒さまざまな価値観をもつ多職種で対話。
- 倫理にはたった一つの正解があるわけではない ⇒今後、各自の実践の現場で考えるために必要な倫理的ツール(根拠・倫理的基礎知識)を提供する。

すべての臨床に関わる者は、優れた臨床倫理学者になる可能性を秘めている！

★臨床倫理は、本質的な医療の一側面である

★一つのケースについて、診断・治療・予後と同様に、倫理的に考慮することは、欠かすことのできない医療の一つの要素である。

★よりよい臨床倫理は、それぞれの臨床ケースの個性に応じた医学的事実と倫理的価値から導き出されるものである。

★臨床倫理は、医療の本質的な一側面であることを認識することによって、すべての臨床に関わる者は、優れた臨床倫理を必要とする。

4. 医師—患者関係

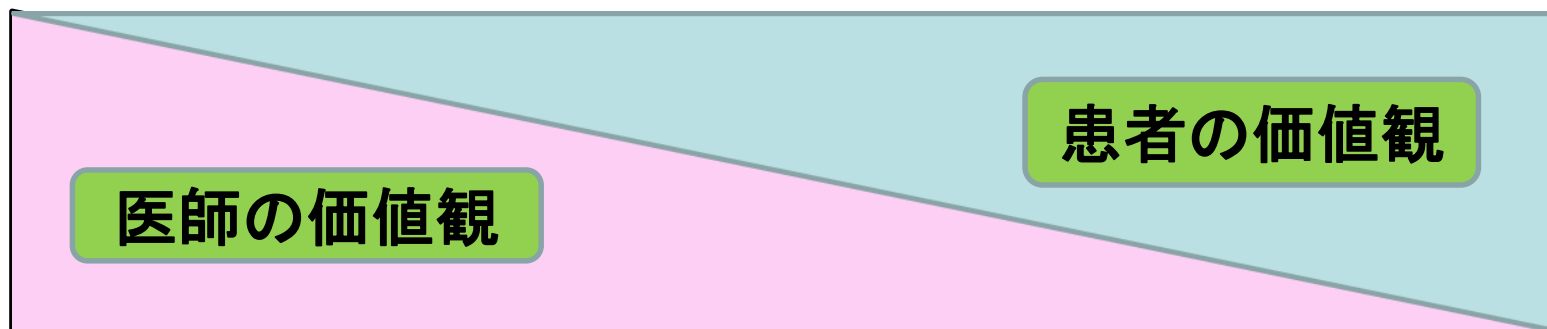
医師—患者関係 信認(信託)関係

【信認(信託)関係 fiduciary relationship】

医師が患者に対して信認義務を負っているということの意味は、患者の最善の利益・幸福 (best interest, well-being) のために行動し、患者の尊厳に配慮しなければならない。

信認関係においては、受託者(医師)は、委託者(患者)の最善の利益を求めて行動しなければならない。受託者に求められる倫理的水準は、一般のビジネス上の人間関係よりも高い。したがって、医療をビジネスという枠組みで単純にとらえることは不適切である。

医療者（医師）－患者関係のモデル



パターナリズム
モデル

相互参加型
モデル

情報提供型
モデル

パターンリズムモデル

【医師の考え方や価値観が強調される】

- ヒポクラテスの誓い「私は能力と判断の限り、患者に利益すると思う養生法をとり…」
- 専門家である医師が考える治療は最善
- 医師の善行原則 > 患者の自律尊重原則
- パターンリズム;「子供の両親が、子供にとって最善の判断をすることができる」
- 医師が選別した情報だけを、患者に与える温情的干渉をよしとする
- 医師の意見を押し付ける結果になる

情報提供型モデル

【患者の考え方や価値観が強調される】

- 権威的パターンリズムに対する反論
- 医師は専門家として、医学的情報を提供する役割に専心し、治療方針の最終決定者は患者。
- =科学者・技術者・消費者モデル
- 医師はすべての情報を選別せずに提供
- 医師の価値観は考慮されない
- 医師と患者の間に、価値観の共有はない
- 共感や温かい人間関係、相互理解の欠落
- 疎遠な医療者－患者関係

相互参加型モデル Shared Decision making

「分担された意思決定」から

「共有された意思決定」へ

* 両極端なモデル(パターナリズム・情報提供型)への反省

* 医師と患者双方が意思決定に参加

* **Shared:** 「分担」～「共有」

情報提供型に近い～パターナリズム型に近い

「分担」= 翻訳・解釈モデル、<カウンセラー>

最終判断は患者の主体性が優先

「共有」= 対話型モデル、<専門知識のある親しい友人>

協働的プロセスやコミュニケーションを重視

「医師－患者関係」の振り子モデル

現場の状況によって適切に対応する

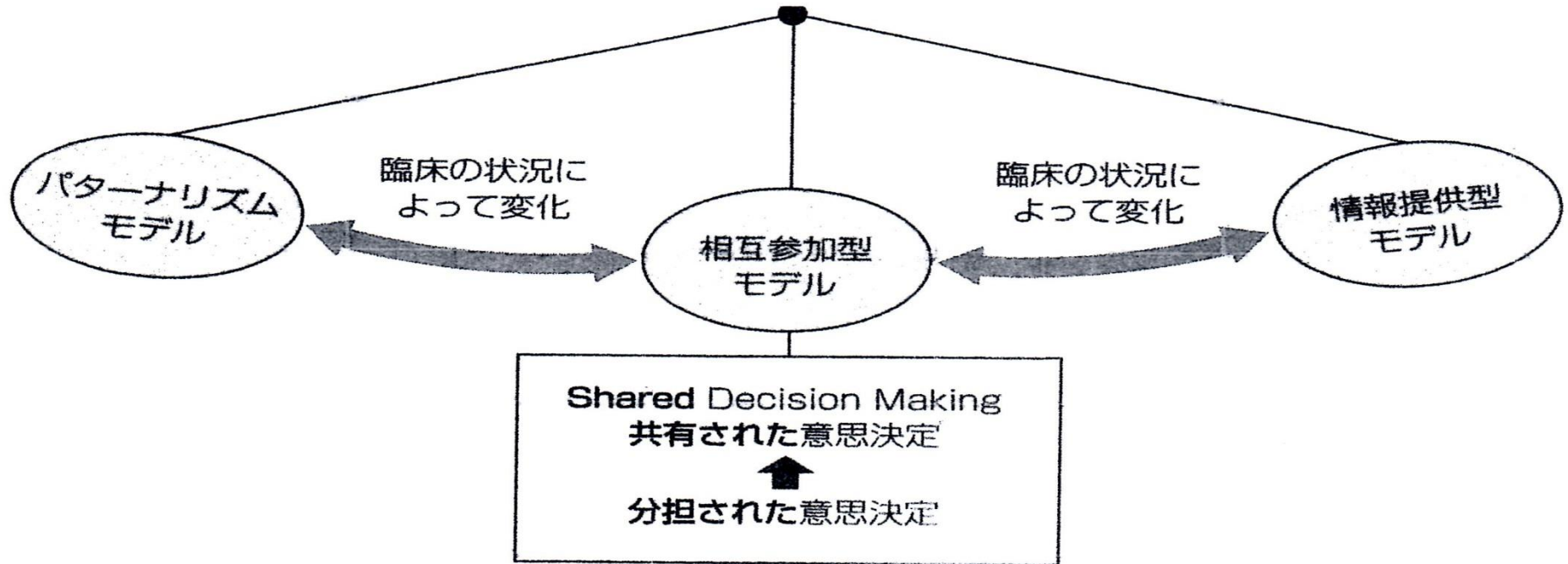


図1-9 「医師－患者」関係の振り子モデル

5.医療倫理の4原則

倫理4原則と徳倫理

倫理的に正しい行為をするためには
「4原則」と「徳倫理」どっちが大切？

I ; 手元に、賢く正しい行為をするための
手引きである倫理原則をもつこと

(例) 善行

倫理原則

II ; 高潔な方法で行動したくなるような性
格をもつこと

(例) 善意

徳倫理

倫理4原則

① **自律尊重原則 Autonomy**

自律・自己決定の尊重

② **善行原則 Beneficence**

患者の目標に照らし、善をもたらせ

③ **無危害原則 Non-maleficence**

少なくとも、害を為すな、害を避けよ

④ **公正原則 Justice**

すべての人を公平に扱え

タスキギー事件（患者の権利侵害事件）

アメリカの連邦衛生局は、1932年から40年間の長期にわたり、アラバマ州タスキギーの貧しい小作人の黒人男性600人に対して梅毒研究に関する非人道的な人体実験を行った。タスキギー梅毒研究の内容は、黒人男子梅毒患者399人と、対照者として201人の健常者を実験に参加させ、梅毒症状の自然経過を観察した。しかし、1941年に梅毒の治療薬であるペニシリンが実用可能となってからも、黒人梅毒患者たちにその事実を知らせず、偽の薬を与え続け、治療を行っていると欺いて、半強制的に検査だけを受けさせた。そして、死亡すると研究目的で病理解剖を実施し、梅毒の病理変化を観察した。黒人男性たちは、この梅毒研究に参加することと引き換えに、無料の食事と、検査、埋葬を受けたただけだった。この事実を1972年「国の梅毒研究で、40年にわたって治療されなかった犠牲者」と新聞各紙が報じ、人間の尊厳を無視した非倫理的な人体実験であるとして、全米の非難を浴びた。



倫理4原則

図15

倫理原則はタスキギー事件の 反省にたって作られた

『被験者である黒人男性に、研究の内容が知らされてなかった。また、自由意思ではなく、半強制的だった。』

「知る権利」「選択する権利」
の侵害

⇒ **自律尊重原則**

『梅毒の治療薬であるペニシリンが与えられず、偽の薬が投与された。治療の機会が奪われ、多くの人が死んでいった』

「よい医療を受ける権利」
の侵害

⇒ **善行原則**

『貧しいあるいは黒人という理由で、治療を受ける機会を奪われ、半強制的に研究に参加させられた』

平等に医療を受ける
権利の侵害

⇒ **公正・平等原則**

- ① 自律尊重原則
- ② 善行原則
- ③ 無危害原則
- ④ 公正・平等原則

①自律（自己決定）尊重原則（Autonomy）

* 意思決定能力のある個人は、自己決定をすることができる

* 他人は、その自己決定を尊重しなければならない

(1) 個人は自律的な主体として扱われるべきである。

❖ 本人が熟慮した判断を尊重すること

❖ 本人が考えた上での判断にもとづいた行動の自由を認めること

❖ 考えて判断するための情報を提供すること

(2) 自律の弱くなっている個人は保護を受けるべきである

意思決定能力(Competence)

自己決定には意思決定能力(Competence)が必要

①選択の表明

②情報の理解

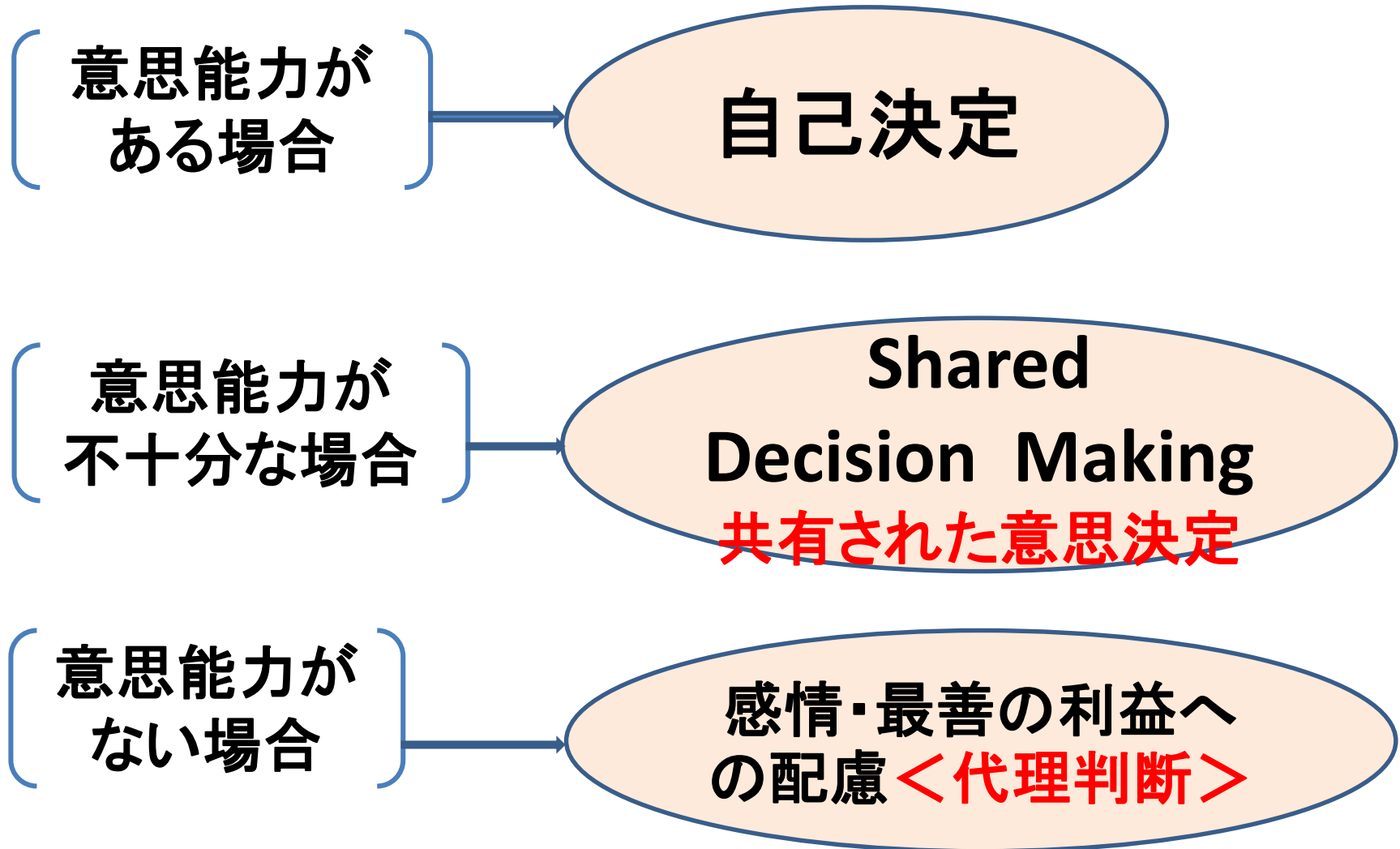
③状況の認識

④論理的思考

(⑤選択した結果の合理性)

*** 医療に関する意思決定能力は、必ずしも法的判断能力とは一致しない。**

—意思決定能力と自己決定の関係—



- ① 自律尊重原則
- ② 善行原則
- ③ 無危害原則
- ④ 公正・平等原則

②善行原則 (Beneficence)

- 恩恵原則
- 医療者は、患者の利益・幸福のために、積極的な善い行為をすることが求められている。
 - 「善を促進する」
 - 「害を防ぐ」
 - 「害を除去する」
- 患者の価値観を尊重した“善い行為”

- ① 自律尊重原則
- ② 善行原則
- ③ 無危害原則
- ④ 公正・平等原則

③無危害原則 (Non-maleficence)

- 侵害回避原則
- 善行原則とコインの裏表の関係
- 有害な行為を禁止
 - 「少なくとも害はなすなDo no harm」
 - 「少なくとも害を避けよAvoid harm」
- 道徳的基本であり、厳格な倫理的義務

- ① 自律尊重原則
- ② 善行原則
- ③ 無危害原則
- ④ 公正・平等原則

④公正原則 (Justice)

- 平等原則＝公平原則
- 人々を公平・平等に扱う
- 「等しいもの」は等しく扱う

何を基準として等しいとするか？

- 希少な資源の公正配分の問題

脳死臓器移植における優先順位

新型インフルエンザワクチンの接種順位

希少な資源の公正配分が問題となった事件 —「神の委員会」—

1962年、当時年間1万人が腎不全で死亡している状況において、世界初の外来人工透析センターがアメリカのシアトルに開設された。透析機器が希少な状況にもかかわらず、多数の患者が殺到し、誰が透析を受けるのかを選別しなければならなかった。医師たちは医学的見地から患者を選ぶことを主張したが、7人の一般市民からなる委員会は、社会的価値によって候補者を選別したために（例えば、売春婦よりも家庭の主婦を優先）、大きな社会的問題となり、メディアから「神の委員会」と呼ばれ、批判された。

6. インフォームドコンセント

インフォームドコンセント

患者は、自分の受ける医療について、

* 十分な情報開示を受け、(知る権利)

* 自身の価値観や治療目標に応じて

自分で決定する権利(選択する権利)をもっている

★倫理原則(自律尊重原則)

★判例の積み重ね

→ インフォームドコンセントの法理

* 法的には、侵襲的医療行為(手術など)は、本人の同意があることによってその違法性が阻却される

インフォームドコンセントの構成要素

1) 情報の開示

- ①病名・病態
- ②検査や治療の内容・目的・方法・必要性・有効性
- ③その治療に伴う危険性と発生頻度
- ④代替治療とその利益・有効性・発生頻度、
- ⑤薦められている治療を拒否した場合に生じる結果

2) 理解

3) 自発性

4) 意思能力

5) 同意

インフォームドコンセント訴訟

★医療過誤訴訟；

医療行為に何らかの過失があった場合

★インフォームドコンセント訴訟；

医療行為そのものに過失がなくても、情報の適切な開示がなされていないならば、医師はその責を負う。

7. 守秘義務と 個人情報保護

「守秘義務」と「個人情報保護」

『治療の機会に見聞きしたこと……沈黙を守ります』
(ヒポクラテスの誓い)

【秘密】少数にしか知られていない事実で、
他人に知られることが本人の不利益になるもの

＜守秘義務⇒秘密漏示罪；刑法134条＞

『医師、薬剤師など、またはこれらの職にあった者が、
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
知り得た秘密をもらしたときは、6ヶ月以下の懲役……に処する』

タラソフ事件

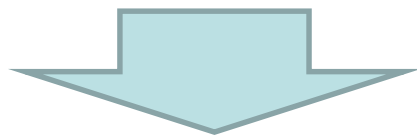
「守秘義務」と「通報義務」との板ばさみ

1969年精神科の患者である大学生ポダーは、心理療法士Aに対して、タラソフという女性を殺すつもりだと打ち明けた。Aは警察にポダーの拘留を依頼したが、短期間の拘留の後、釈放。しかし、彼は結局タラソフ嬢を殺害。彼女の両親は「危険な患者を拘留せず、本人や家族に危険を警告しなかった」として訴えた。

★Aは患者の秘密を守るべきだったのか？
タラソフに危険を警告すべきだったのか？

タラソフ事件判決

『公衆が危険にさらされるのであれば、患者に対する守秘義務は解除され、狙われている第三者であるタラソフ嬢に対して警告義務があった』



医療現場における守秘義務は、絶対的義務ではなく、**相対的義務**とみなし、第三者への潜在的危険が大きいなどの**正当な理由**があれば、**守秘義務は解除される。**

個人情報保護

『個人情報保護法(2005)』

『医療介護事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン(2004)』

A病院の患者が、B介護施設に移るとき、
本人に関する情報を提供できるか？

学会誌などの論文において、
患者の写真を掲載できるか？

個人情報保護法

【個人情報とは】氏名・生年月日などにより特定の個人を識別できる情報である。

【個人情報保護法の内容】

I ; 個人情報の保護 (および除外規定)

①利用目的の特定; 本人の治療やケアという目的で使用され、医療ケアチーム内で共有する場合は特に問題ない

②目的外使用禁止; 目的外使用する場合には、本人の同意が必要である。

③第三者提供禁止; 第三者提供の場合には、本人の同意が必要である。

II ; 個人情報の本人への開示

8. 終末期医療（看取り） の倫理

適切な“看取り”に入るために 考えなければならない問題

①医学的問題；治療の無益性・終末期か

②倫理的問題；

患者本人の意思

家族の意思⇒代理判断

手続き的公正性；「中立性」「透明性」

③法的問題；国内の判例、海外の判例

④社会的問題；国民のコンセンサス

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 (意思決定プロセス)

- ① 患者の意思・事前意思が確認できる場合はそれを尊重し……⇒ **本人意思・事前指示の尊重**
- ② (確認できない場合) 患者の意思が家族等の話より推定できる場合は、その推定意思を尊重し…… ⇒ **代行判断**
- ③ (推定できない場合) 患者にとっての最善の利益になる医療を選択する…… ⇒ **最善の利益判断**

誰が代理判断者になるのか？

日本では、**家族**という

「関係性の中での自己決定」

(⇔欧米；個の自己決定)

家族の治療ケアへの協力・配慮 ⇔ **虐待**

- * 家族は「本人の意思の代弁者」として適切か？
- * 本人の「最善の利益」について判断できるか？
- * 家族の中で、誰が適切か？

適切な代理判断者とは？

家族による患者意思の推定が許される場合

(東海大学事件判決より抜粋；平成7年)

- ① 家族が、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しうる立場にある
- ② 家族が、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ること
- ③ 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

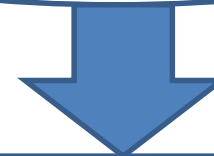
意思決定の手順

意思決定能力
あり



自己決定

意思決定能力
なし



①事前指示の尊重

②代行判断
(本人意思の推定)

③最善の利益判断

①事前指示アドバンスディレクティブ

＜定義＞意思能力が正常な人が、将来、意思能力を失った場合に備えて、治療に関する指示を、事前に与えておくこと

(1) 望む医療処置、望まない医療処置

=リビングウィル(書面)

(2) 医療に関する代理判断者を指名 = DPA

(3) その他

★終末期ガイドライン

「患者の事前指示があれば尊重すること」

⇒事前指示の重要性

リビングウィル

万一自分が末期状態になった場合、延命治療を中止・差控える旨、医師にあらかじめ指示する書面

★(例)カリフォルニア州

Natural Death Act 1976

★内容(抗生剤治療・水分栄養分補給中止)は州により異なる

★アルツハイマー病終末期は対象とならない

*「健康(作成)時」「末期(実施)時」に署名必要

医療に関する代理判断者の指名

持続的代理決定委任状

Durable Power of Attorney (DPA)

- * 医療について、自分の代わりに判断してくれる人(=代理判断者)を、自分の意思(任意)で、指名。
- * 自分と親しく、最も信頼している人を指名する
- * 代理判断者は、本人が意思決定能力を喪失した場合、および末期状態のとき、患者に代わって医療に関する判断をする
- * 自分の自己決定権を延長することになる
- * 「その時の」「その本人にとって」
「もっともよい決定(最善の利益判断)」

医療における家族の代理判断の意義

★医療への同意⇒法律行為ではない。

本人の一身専属的法益への侵害に対する承認

★家族等による同意⇒本人の同意権の代行にすぎず、
第三者(家族)に同意権を付与しているものではない。

(1) 誰が代理判断者として適切か？

(2) 家族による代理判断は適切か？

「患者本人の意思を推定・反映しているのか？」

「家族自身の願望・都合ではないのか？」

* 家族関係はどうか？

* 利益相反はないのか？ (年金・遺産など)

* 家族の定義(範囲)は？

『家族等による同意は、本人の同意権の代行にすぎず、
第三者(家族)に同意権を付与しているものではない』

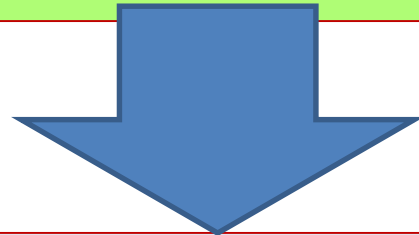
意思表示
できなくなった時

同意権

家族：
本人に代わって
同意しているだけ

本人の「同意権」を
もらった訳ではない

家族等による同意は、本人の同意権の代行にすぎず、第三者(家族)に同意権を付与しているものではない



家族等による代諾は、家族に付与された固有の決定権ではなく、あくまで、本人の利益のためになされる、あるいは、本人の不利益にならないようになされる場合のみ正当化される。

川崎協同病院事件控訴審2007年

家族の意見をそのまま採用することに慎重な姿勢

☆家族は患者の自己決定の代行⇒不可

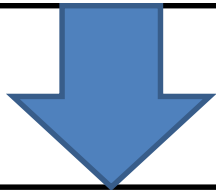
☆家族は患者の意思推定⇒フィクション？

家族の意思を重視することは必要だが、家族の経済的・精神的負担の回避という思惑が入る危険がある。

自己決定権という権利行使により治療中止を適法とするのであれば、このような事情の介入は、患者による自己決定ではなく、家族による自己決定となるので否定せざるを得ない。

本人が意思表示できない時には、
家族が決めることは悪いことではない

家族による自己決定 (家族の願望・都合)



『適切な代理判断者による』

『適切な代理判断の手順』

(本人の意思願望・価値観を、ちゃんと反映しているのか?)

「その人のために」「皆で考えよう」

「適切な代理判断者による」 「適切な代理判断の手順で」

元気な頃の母の考
え方と現在の表情か
ら..



適切な代理判断者
による

適切な代理判断の手順

- ①事前指示の尊重
- ②代行判断(本人意思の推定)
- ③最善の利益判断

看取りにおける様々な問題

- 延命治療をするのか？ しないのか？
- 家族は代理判断者(キーパーソン)として適切か？
- 本人は、本当に延命治療を望んでいなかったのか？
- 家族の代理判断は適切か？
- 「命」に関わる判断を施設長が決めていいのか？
- 本当に終末期なのか？ 治療は役立たない(無益)か？
- 予期していなかった事態が起きたときはどうしようか？
- 医師による正式な書類(蘇生不要指示DNAR)が必要なのでは？

Advance Care Planningの重要性

—対話・コミュニケーションの重要性—

終末期医療に関する倫理的問題は、今後、これらの問題を、**社会全体【患者・家族】【医療】【介護】**で**事前に**考えておくこと、あるいは**倫理コンサルテーション**によって、解決に近づける可能性

【患者】事前指示の普及

【医療】DNAR指示(POLST)を適切に作成すること。病院&在宅

【介護】適切な「看取りの意思確認書」を適切な手続きで作成すること