

臨床倫理に関する指針

臨床現場において医療関係者、患者およびその家族は、医学的・科学的判断だけでなく倫理的問題を把握し解決することが求められる。本指針では、個々の患者の具体的な臨床場面で、よりよい倫理的意思決定を模索していくことを臨床倫理と定義し¹⁾、患者のみならずその家族や医療関係者が、個々の診療において発生する倫理的問題に対してお互いの価値観を尊重しながら最善の対応（価値観の「不確実性」と「対立」の調和）を模索するための指針とする。

1. 本院医療者における倫理綱領

→「倫理委員会 指針・マニュアル類」内 「関西電力病院の倫理綱領」

2. 患者の権利と責務について

→「倫理委員会 指針・マニュアル類」内 「患者様の権利と責務およびお願い」

3. 当院における臨床倫理において真に取り組むべき典型的な問題

道徳的・法的問題が含まれ、患者の自立、インフォームドコンセント、能力、医療従事者の良心、医療的無益、医療資源の分配、秘密性、代理判断などに関する問題など多岐にわたるが具体的な問題として以下のように整理する

- 1) 治療選択の決定（適応外治療の選択、輸血拒否、治療拒否に関することなど）
- 2) 生の終末期に関する決定（延命治療の差し控え、DNRの希望など）
- 3) 臓器提供と移植
- 4) 遺伝子検査
- 5) 感染症の拡大予防に関すること

4. 問題の認識、評価方法

医療者は医学的適応を十分に認識すべきであるが、他の問題点の認識にも注力すべきであり、個人の評価に留まらず、チーム、委員会による評価も参考にすべきである。

以下に示す観点から問題の認識を行い評価する一助とする。

1) 医学的適応

主として医師が判断し施行される医療行為の基本的事項であり十分な説明がなされなければならない。

(1) 診断と予後

診断と治療による予後の予測は臨床倫理の基本事項である。

(2) 治療目標の設定

治療目標を共有することで医療者と受け手（患者・家族）の価値観が近くなるようにする

(3) 医学の効用とリスク

治療には必ず作用と副作用が存在する。よく勘案して治療方針を決定する。

(4) 無益性

医学的に治療の目標達成が困難であると判断され医学的介入が無意味あるいは制限的と判断される場合、医学的介入を行わない。

2) 患者の認識

医療者は患者の自律性を尊重し、判断するための十分な説明を行わなければならない。

(1) 患者の判断能力

重度の認知症、意識の低下、うつ状態など、患者の判断力に問題がある場合は事前の意思表示や代理決定を尊重する

(2) インフォームドコンセント（コミュニケーションと信頼関係）

医療者は患者および、その家族に病状、治療の方法、治療によって予想される結果、考えられる合併症、その他の方法を十分に説明し、理解を得た上で承諾を得なければならない。←「共通マニュアル」内 「インフォームドコンセント」

(3) 治療の拒否

患者は提示された医療行為を拒否する権利が保障されており、医療者は別の治療方法や、治療しなかった場合の対応についても伝える必要がある。

(4) 事前の意思表示（Living Will）

医療者は入院時およびその後、患者の望む治療方針について文書によって確認しなければならない。また、変更することを阻んではならない。

(5) 代理決定（代行判断、最善利益）

患者に判断が出来ない場合は代理人に文書で説明と同意を得なければならない。その際、医療者と代理人は患者の最善利益を目指すべきである。

3) QOL

(1) QOL の定義と評価

QOLとは生きることの質、生命の質、人生の質などいろいろな意味を含んでおり、身体、心理、社会、スピリチュアル（生きる意味）などの側面より多角的に評価する

(2) 誰がどのように決定するか（偏見の危険、患者にとって優先されるもの）

患者が評価することが前提であるが、判断力のない場合は代理決定が必要である。その際は文書による説明と同意が必要である。→説明同意書における代理承諾

(3) QOL に影響を及ぼすもの

医療スタッフ、家族、介護者を含めて QOL を保持されるよう努力する必要がある

4) 周囲の状況

医療は医療者と患者だけで行われるものではなく、家族、社会の仕組みが絡み合ってくる。それぞれの価値観を調和する必要がある。

(1) 家族や利害関係者

日本の場合家族の意向が強いことがある。家族の力は治療に効果的に作用することもあれば阻害因子にもなりえる。また、患者家族もケアされるべき人である。

(2) 守秘義務

病状について話してよいのは原則的には患者と患者が望む人である。疾患によっては社会的偏見の強いものもある。患者の診療情報はプライバシーでもある。医療者と患者との信頼関係を構築する重要なパーツである。

(3) 経済的側面、公共の利益

経済的問題から医療を拒否することもある。コストだけでなく医療資源の効率的利用や、公共の利益が優先される場合（感染症による隔離など）がある。

(4) 施設方針、診療形態、研究教育

大学病院（研究所、教育機関）と一般市中病院では施設内容、スタッフ数が異なり診療内容も違ってくる。医療者間の意見の相違もある。

←セカンドオピニオンの活用、カンファレンスやチーム医療の充実、倫理委員会

(5) 法律、慣習

成年後見法、感染症予防法、虐待予防法、患者の人権を守る法律等について知っておく必要がある。

(6) 宗教

信仰は信仰者における人生のよりどころでありながしろに出来ない。ある種の宗教的な特別な治療（輸血拒否など）や、終末期の治療において重要な役割をすることがある。

(7) その他

5. 代表的な問題への対応

1) インフォームドコンセント ←「共通マニュアル」内

2) 末期患者における延命治療の差し控えについて、および DNAR 指示について
←「病歴委員会 指針・マニュアル類」内「終末期医療に関する希望の取り扱い手順書」参照

治療行為の差し替えや中止を求める患者の意思表示がその時点で存在する。

あるいは患者の口頭による意思表示のほか、患者が正確に判断できない状

態では、患者の事前の文章による意思表示（リビング・ウィル* 1、事前指示* 2）を確認する。

* 1：リビング・ウィル（Living Will）。患者本人が、心身共に健康な時点で家族や医師、その他の医療従事者への人生の終末ケアについて希望を表明したもの。

* 2：事前指示（Advance Directives）。本人ではなくかかりつけの主治医などが、リビング・ウィルを参考にして書く事前指示書。

患者本人にとって最善かを考え、慎重に判断する。

3) 有益な治療を拒否される場合の対応

医師は治療によって生じる負担と利益を明確に提示しなければならない。患者本人は医療行為を受ける最終決定する権利がある。患者は公共の福祉に反する場合を除き望まない処置・治療を拒否する権利がある。

(1) 治療拒否の尊重

(2) 治療拒否の制限

感染症法に基づき新感染症第一類、第二類感染症においては治療拒否は制限される

4) 輸血拒否された場合の対応 ←「輸血療法委員会 指針・マニュアル類」内「輸血療法委員会規約および輸血療法マニュアル」

5) 移植に関すること

当院では脳死判定を行っていないので、脳死下の臓器移植は行わない。

心停止後の臓器移植については、「臓器の移植に関する法律」に沿って当院で作成した「心停止下の臓器移植フローチャート」および日本移植学会による「診療ガイドライン」に従って実施する。←「倫理委員会」内「心停止下の臓器移植フローチャート」

6) 遺伝子検査に関わること

文部科学省、厚生労働省、経済産業省による「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」に沿い、当院の倫理委員会の承認を得て行う

参考資料

- 1) 藤沼康樹「臨終の立ち会い方」(臨床倫理) JIM6, p617-618, 1998