

# 臨床倫理に関する方針

基本的人権、患者の権利、医の倫理に基づき、患者にとって最も望ましい医療を行う。臨床現場で医療スタッフを悩ませる医療行為の選択については以下の倫理原則を参照し、臨床倫理上の問題に対応する。

## 1. 臨床倫理の原則

### (1) 個人の尊重

判断能力のある患者の決定は家族の希望、医師の勧めに反していても尊重する。患者の意思決定能力が病気、薬剤によって損なわれている場合、家族または法定代理人との緊密な話し合いに基づいて治療方針を決定する。

### (2) 真実を告げる

患者が自己決定できるように、医師は診断や治療法、予後の見通しについての正確な情報を提供する。誤解や誤った情報に基づいて、意思決定をさせない。

### (3) 守秘義務

診療の過程で取得する患者・家族の健康・家族関係に関する情報(患者情報)はきわめて秘密性の高いもので、がん、精神病等の患者情報が漏れることによる被害から患者を守る義務があり、同時に医師は患者から情報を守秘することを期待されている。なお、医師が守秘義務を免れることができる場合については個人情報保護法等に法律上規定されている。(「星ヶ丘医療センター個人情報保護指針」を参照)

### (4) 約束

患者との約束はしっかりと守り、医師個人、医療専門職としての信頼感を高め、医師・患者間の信頼関係の構築につとめる。医師患者関係はお互いの信頼関係に基盤があり、約束を守ることが重要である。しかし、約束を守ることが他の倫理原則に抵触する場合もあり、重要なことは軽々しく約束しない、自分の裁量を超える約束をしない

ことである。

#### (5) 患者の最善の利益

医師は患者の人権を尊重し、優しい心で接するとともに、医療内容について、患者に理解できる言葉で説明し、患者の利益のために積極的な行動をとる。患者の分別を欠いた決定（医師による患者の最善の利益の追求と患者の自己決定が対立する場合）には、医師はプロフェッションとしての責任を持つ立場から患者の話を良く聞き、有効な治療に応じるように説得を試みる。もし合意が得られなければ、患者の自己決定が優先される。意思決定能力を欠く患者においては、患者の利益を守る立場で、家族・法定代理人と相談し決定する。

#### (6) 医療資源の公平な配分

ベッドサイドにおいて複数の患者が医師の時間、集中治療室でのベッド手配といった限られた医療資源の割り振りの際に、競合することがある。医師は患者の医療上の必要性によって、医師の時間と資源を患者に提供する。

## 2. 代表的な臨床倫理問題への対応

### (1) 有益な治療を拒否する患者への対応

医師は治療によって生じる負担と利益を明確に提示する。手術・検査の危険性や治療の副作用が長期生存の可能性や症状の改善に見合うかを決定するのは患者本人であり、望まない治療を拒否できる権利は患者に保障されている。

#### (ア) 治療拒否を尊重

患者の自己決定権を尊重する。治療の強要は認められない。（但し、輸血療法の拒否については、(2)を参照）

#### (イ) 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。

## (2) 輸血療法を拒否する患者への対応

信教上の理由などで輸血療法を拒否する患者であることが判明した場合、患者および家族に対して検査法・治療法を含む診療内容、特に輸血療法の副作用を十分に説明し、救命処置としての輸血療法の必要性に理解を求める。

(ア)同意を得られた場合には、通常診療を実施する。

(イ)輸血療法なしでの診療が不可能あるいは輸血療法が必要となる可能性が高く、十分な説明をしても同意が得られない場合には、当院では診療を引き受けられない旨を告げる。

(ウ)救急受診などの緊急時に意識障害等で患者本人の意思が確認できない場合には、

- ① 家族などの代理人が代諾可能な場合には代理人から同意を得る。
- ② 同意が得られない、あるいは家族などの代理人がいない場合には、医師法、医療法の理念に基づき輸血療法を含む必要と考えられる治療を行う。

(エ)この方針を院内に明瞭に掲示する。この掲示には、輸血療法を受けらるうえでの患者の意見を求めていることも示す。

## (3) DNAR (Do Not Attempt Resuscitation、蘇生不要) 指示について

CPR (Cardiopulmonary Resuscitation、心肺蘇生術) は心停止に陥ったすべての患者に行われる救急処置である。しかし、がん末期など重篤な疾患の場合、CPR は臨終を先延ばしにしているだけのことが多い。また、見せかけだけのCPRは家族に対する欺瞞にもなり、何よりも患者が他人のために利用されてはならない。CPR の有効性、DNAR 指示の適切性を患者や代理人と話し合い、倫理的側面を考慮し、症例ごとに適切性を検討しなければならない。

### (ア) CPR の有効性

多くの臨床の場で CPR の効果は限られていることを、患者または代理人に理解してもらおう。CPR が一般病棟で試みられたとき、回復し自宅復帰できる患者は 14%である。転移がん、敗血症、血清クレアチン高値の患者が無事に退院することは非常にまれである。CPRによって生き延びた患者に重度の脳神経障害が発生することがある。CPR 中に肋骨や胸骨の骨折は 30%にみられる。

DNAR は「すべての治療を行わない」を意味するものではなく、「心停止後の CPR だけを実施しない指示」といえる。従って、DNAR 指示があったとしても、

抗生物質治療、輸血療法、透析治療等は必要に応じて提供される。

(イ) DNAR 指示の適切性

① 患者の意思を尊重する。

医療従事者は自分自身の経験と根拠に裏付けられた基準を持ち、病状説明のなかで、患者や患者家族と DNAR 指示について話し合いをする。医療従事者の思いや信念をも情報の一部として参考にして、患者が自己決定すべきである。

② DNAR 指示を最終的に決めるのは誰か。

患者の意思を確認し、CPRが医学的適応を持たないとき、DNAR 指示を下す最終的な決定者は医師である。ただし、担当医一人で決定するのではなく、指導医などを含む複数の医療従事者と協議して決定する。

③ 患者の意思を確認できない場合。

不可逆的昏睡状態患者の場合や患者が「家族と相談して決めてください」という場合は、患者家族と医療従事者の話し合いで決めるが、医師は患者本人の利益や希望を最優先し、倫理面に十分に配慮する。

(ウ) DNAR 指示の実際

① DNAR 指示の記載。

連絡ミスを防ぐため、関係する医療スタッフ全体で検討し、診療録に記載し、患者または代理人より同意文書をとる。特に当直者などへの連絡ミスのないようにグリーンシート(MESSAGE TO OTHER STUFF)へ必ず記載する。

② DNAR 指示の見直し。

少なくとも1週ごとに、或いは患者の状態が変わった際には、指示を見直し再度妥当性を検討し同意をとる。

(4) 末期患者における延命治療の差し控えと中止

回復の見込みがなく死期の迫っている患者では、単なる延命のための治療は無意味であるだけでなく、時には患者の尊厳を毀損するとして中止するべきであるとの考えが強くなって来ている。しかし、治療行為の差し控えや中止は患者の死に直接つながるものであり、慎重に判断すべきであり、特に患者の意思を尊重することは最も重要である。薬物療法、化学療法、人工透析、輸血、栄養、水分補給などの措置が判断対象となる。

治療行為の差し控えや中止の要件には以下がある。

- ① 患者が治療不可能な病気に冒され、回復の見込みもなく死が避けられない末期状態にある。ただし、回復不能、死期が迫っているという判断は主治医一人ではなく、指導医などのしかるべき医師に相談し判断する。
  - ② 治療行為の差し控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。あるいは患者の口答による意思表示のほかに、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、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。
- ①と②の両方を満たすことが重要であるが、患者本人にとって最善かを考え、慎重に判断する。

参考:

1. 日本医師会編「医師の職業倫理指針」
2. AHA編「ACLSプロバイダーマニュアル」

2005年12月5日  
2014年4月1日改訂  
星ヶ丘医療センター  
医の倫理委員会