



医の倫理について考える

現場で役立つケーススタディ

平成29年3月

日本医師会 会員の倫理・資質向上委員会

序 文

近年、医学・医療の発展とともに、国民の医療に対する関心、また、権利意識の高まりなどから医の倫理の重要性がより強く叫ばれるようになってきた。倫理は、基本的には各個人の自覚に基づくもので、医師も日頃、医の倫理について常に関心をもち患者の診療に従事することが必要である。特に、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。

倫理の学習ではまず基本的な考え方、原則を学び、事例においてそれをどのように適用していくのが問題となる。特に医学・医療では人を対象としており、また臨床ではいろいろな条件が関与しており、どのような対応が倫理として適切なのか迷うことも多い。ところで、医の倫理の基本は教科書や書籍、講演や講義、あるいはさまざまなメディアを通じて学ぶが、そのほか、倫理の学習ではケーススタディが最も重要である。

臨床例のケーススタディでは一定の結論が得られないことも多く、これには少人数による討議が各自の問題意識の啓発に役立つ最も有効な方法とされているが、この場合、指導者は適切なケースを選択することが重要である。また、最近の試験では客観的評価の高い多肢選択問題（Multiple Choice Question；MCQ）形式が通常で、医師の国家試験も MCQ によっている。しかし、倫理の問題について、この MCQ では適切な選択肢を作ることがきわめて難しい。

ところが、アメリカでは、医師国家試験を予想した倫理問題集として、100のケースについて MCQ の問題集 (Fischer, C, *et al: Master the Boards USMLE Medical Ethics: The Only Ethics High-Yield Review*, 3rd ed, Kaplan, New York, 2012) を発行している。今般、「会員の倫理・資質向上委員会」は医療倫理問題集作成のための作業部会を設け、前述の著書の筆者 Fischer 先生の御厚意を得て、この著を参考に60の問題を作成し、日本版というべき倫理問題集を編纂した。

編集には「会員の倫理・資質向上委員会」副委員長の樋口範雄先生（東京大学大学院法学政治学研究科）を中心に数人の委員の協力のもと、頻回にわたる討論・検討によって成案を得た。検討に当たっては、日米間の倫理についての考え方の相違についていくつか思い知らされたが、特に英米法を専門とされる樋口先生にはケースごとに解説していただき、欧米との違いについても述べていただいた。

医療の現状における倫理的判断は複雑な要因が関与しており、解答は容易でないことが多いが、本書はあえてその困難に立ち向かい完成した、これまでにない意欲的な書である。本書が多くの医師や医学生の学習の一助になれば幸いである。

本書の作成にご協力いただいた「会員の倫理・資質向上委員会」の委員、ならびに北村 聖先生（東京大学大学院医学系研究科）、吉田雅幸先生（東京医科歯科大学）、孫 大輔先生（東京大学大学院医学系研究科）、藍 真澄先生（東京医科歯科大学）に深甚の感謝の意を表す。

2017(平成29)年3月

会員の倫理・資質向上委員会
委員長 森岡 恭彦

医の倫理について考える 現場で役立つケーススタディ

■ | 目 次 | ■

序 文

1 応招義務等	4
Q1. 専門外の診療	4
Q2. 患者による暴言・暴力	5
Q3. 医師と患者の恋愛関係	6
Q4. 自殺未遂患者への対応	7
2 説明義務、インフォームド・コンセント	8
Q5. 遺伝性疾患の患者の家族への説明	8
Q6. 高齢患者への病名告知	9
Q7. 処方に関する虚偽説明	10
Q8. 未成年患者の同意能力	11
Q9. 検査を拒否するせん妄状態の患者	11
Q10. 外国人患者へのインフォームド・コンセント	12
Q11. 同意の範囲を越えた治療	13
Q12. 検査を拒否する知的障害者	14
Q13. 患者と家族の希望の相違	15
Q14. 未成年患者の両親による輸血拒否	16
Q15. 緊急時における輸血拒否	17
Q16. 他の治療選択肢の説明	18
Q17. 精神的に不安定な末期がん患者への説明	19
3 届出・通報	20
Q18. 配偶者による虐待	20
Q19. 児童虐待	21
Q20. 高齢者虐待	22
Q21. 治療を拒否する結核患者	23
Q22. 第三者への危害のおそれがある精神科に通院している患者	24
Q23. 結核に感染した不法滞在者	25
Q24. HIV 陽性患者の配偶者への対処	26
Q25. HIV 感染をパートナーに伝えたくない患者	27
Q26. 高齢者の自動車運転	28
Q27. てんかん患者の自動車運転	29
4 守秘義務	31
Q28. 紹介者に患者の病状を尋ねられた場合	31
Q29. 人工透析クリニックでの HIV 陽性患者への対応	32
Q30. 染色体異常についての相談	33
5 医療過誤	34
Q31. 薬剤の取り違え	34
Q32. 治療法の選択にあたっての不十分な説明	35
Q33. 誤投薬による死亡	36
Q34. 投薬指示を忘れた医師の対応	37

6	医療記録・死亡診断書	38
	Q35. 急逝した患者	38
	Q36. 医療記録の管理	39
	Q37. 医療記録の開示	40
7	謝礼・寄付	41
	Q38. 患者からの贈り物	41
	Q39. 患者からの寄付	42
8	妊娠・出生	43
	Q40. 帝王切開を拒否する患者	43
	Q41. 未成年女子への避妊薬の処方	44
	Q42. 未成年者の妊娠	44
	Q43. 妊娠中絶を希望する4児の母	45
	Q44. 避妊(卵管結紮)	46
	Q45. 妊娠中絶に不同意の夫	47
9	臓器移植	48
	Q46. 脳死状態の患者	48
	Q47. 臓器移植についての説明	49
	Q48. 臓器提供と家族の同意	50
10	終末期医療	52
	Q49. 延命治療とDNRの意義	52
	Q50. 意識のない腎不全患者に対する治療	53
	Q51. 末期腎不全患者に対する血液透析の中止	53
	Q52. リビング・ウィルと人工呼吸器の取り外し	54
	Q53. 延命治療の中止と家族	55
	Q54. 致死薬の投与を希望する患者	56
	Q55. 肺炎に対する治療拒否	57
11	臨床研究	58
	Q56. 多施設臨床共同研究と申請の不備	58
	Q57. 保険薬価収載済薬剤の臨床研究	59
12	遺伝学的検査	60
	Q58. 遺伝学的検査結果の会社への提出	60
13	医師と医師・医師会の関係	62
	Q59. 医師間の治療方針の相違	62
	Q60. 問題のある医師への対応	63

1

応招義務等

Q1. 専門外の診療

あなたは、都心部の内科開業医である。すでに10年以上その地域での診療を続けている。あるとき、倦怠感で受診した初診の患者を「うつ病」と診断し、専門医を紹介すると伝えた。しかし、その患者は、継続して受診したいと希望した。あなたは専門外であるという理由から、その患者の診療を拒否したと考えている。この場合、適切な考え方はどれか。

- a 医師はいつでも患者の診療を拒否できる。
- b 診療を拒否することは倫理的には認められるが、法的には認められない。
- c あなたは患者の診療を断る法的権利を有しているが、倫理的には認められない。
- d 患者が診療を希望した場合、断ることは違法であり、かつ倫理にも反する。
- e うつ病について丁寧に説明しつつ、専門医と連携して治療する方針を伝える。

A1. 正解はeと考えられる。

医師の応招義務、あるいは診療の範囲に関する問題である。

医師法第19条に「診療に従事する医師は、診療治療の求があった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。」とある。この場合、内科医師にとって「うつ病」が自身の専門範囲外であり、診療を拒む正当な事由に相当するかどうかポイントとなる。

昭和24(1949)年9月10日医発第752号の各都道府県宛厚生省医務局長通知において「医師が自己の標榜する診療科名以外の診療科に属する疾病について診療を求められた場合も、患者がこれを了承する場合は一応正当の理由と認め得るが、了承しないで依然診療を求めるときは、応急の措置その他できるだけ範囲のことをしなければならぬ」とある。

実際の診療現場では、うつ病の患者が最初に倦怠感などで内科を受診することが多いため、内科医でもうつ病患者を診療する機会が多いのが実情である。『日本うつ病学会治療ガイドラインⅡ. うつ病(DSM-5)/大うつ病障害2016』では、「紹介する際は、今の主治医と精神科医が協力して心身

両面を支えるという姿勢を示し、『専門家の助言をきいてみましょう』『主治医が変わるわけではありません』ということを丁寧に説明する」と解説されている。

選択肢aは、わが国では医師法上、医師には応招義務があるから誤りである。選択肢bは、内科医にとって精神科疾患の診療が法的に応招義務を免れる「正当な事由」に当たるかどうかグレーゾーンであるため、法的には認められないと明言する点で疑問がある。選択肢cは逆に、専門外の診療を行ったために、患者に危害を及ぼすことがありうると考えると、倫理的に治療に応ずるべきだと断言するのも問題である。また、応招義務にも一定の例外は認められるから、選択肢dのように、患者が求めていれればすべて受け入れるというわけにもいかない。患者に「見捨てられ感」を抱かせないように、上手に説明して専門医に紹介する等の連携を図るeが正解と考えられる。

日本医師会の『医師の職業倫理指針(第3版)』の「2. 医師と患者(8) 応招義務」では、「医師は診療を行っている場所で診療可能な場合、緊急性のある場合を含め、原則として診療を引き受けるこ

とが求められている。しかし、『正当な事由』があれば拒むこともできる。『正当な事由』として、専門外診療、時間外診療、過去の診療費不払いなどが考えられるが、その状況はそれぞれ異なるので、医師は良識に基づき適切な判断をしなければならない」とあって、専門外診療については単純に応招義務があるとはしていない。また、うつ病による自殺の可能性を常に考えておく。

なお、アメリカでは、緊急事態を除いて医師の

応招義務はないとされていて、わが国とは相当に考え方が異なる。しかし、わが国において応招義務が定められた当時の社会背景と現代とは大きく事情が異なっており、現代において、いかなる場合に応招義務を課すことが不適切になるかは、それ自体、再検討すべき課題である。本問についてはともかく、別の事例の場合などでは、少なくとも半世紀以上前の旧厚生省通知がまだ適用されるということ自体を考え直す余地がある。

Q2. 患者による暴言・暴力

40歳の男性。入院中、担当の看護師に悪口雑言を繰り返し、けがをするほどではないがたたいたりしている。看護師長は「このままでは、看護師などに実際にけがを負わせる危険もある」と病棟の医長に訴えている。医長として適切な対応はどれか。

- a 病院の倫理委員会にかけて、退院命令を院長から出してもらおう。命令に従わない場合、警察に連絡して対応してもらおう。
- b すでに入院している患者を退院させるか否かはそもそも医師法の応招義務の問題にならないので、医師として、自分にはこういう患者を入院させ続ける法的な義務はないことをこの患者に説明し、退院するよう説得する。
- c 患者を退院させる場合も応招義務の問題になりうるが、正当な理由があれば応招義務違反にならないので、スタッフの安全を脅かすこのような患者の場合、退院を強制する。
- d 患者が入院の継続を必要としているか否かがまず問題である。入院を必要としているという状況なら、このまま入院を続けるための条件を設定し、それらに同意してくれる場合だけ入院を継続する。
- e 患者の家族に相談して、家族の付き添いがあれば入院を継続させる。

A2. 一応の正解は **d** と考えられる。ただし、暴力行為の程度によっては **a**、しかも直ちに警察に連絡することが選択肢として適切な場合もある。

法的には、入院中の問題も応招義務が適用となる一場面とされる。しかし、暴力をふるうような患者にも応招義務があるかどうかについては大いに疑問である。ただし、法的な問題は別として、医の倫理としては、患者の病状が入院を必要とする程度か否かをまず考えることが優先される。入院の必要がないのであれば、退院の手続をとるべきであるが、必要があるとされる場合には、暴力行為を抑制する工夫が必要になる。いかなる条件のもとで患者への医療を継続するかを考え、たとえばター

ゲットとなっている看護師を担当から完全に外し、さらにリスク・マネジメント部門で患者の管理を行うなどの条件を設定したうえで、最終的に、患者がこれらの条件に同意しないようなら退院もやむなしとするなどのルールをあらかじめ病院でマニュアルとして作成し、職員間で情報の共有を図っておくことも重要である。

医療者と患者の適切な関係を構築することは常に重要であり、大きな課題である。単に、患者を「患者さま」と呼べば解決するようなことではない。患

者の暴言や暴力が、自らの病気と闘うストレスのためである場合もあるが、その人にとって最も弱い相手にそれを発散させるような人もいる。だが、それで病気がよくなるわけではなく、看護師もそのような患者のターゲットとされてよいはずがない。病院には、患者に対してばかりでなく、組織とし

て看護師を含む職員への安全配慮義務もあり、このような事態が発生した場合、特定の看護師が個人で問題を抱え込むことがないように、そしてバーンアウトすることのないよう支えるシステムの対応が必要である。

Q3. 医師と患者の恋愛関係

あなたは40歳独身男性の内科の勤務医である。数年来、ある女性患者を診療しており、彼女は数年前に離婚しているシングルマザーである。あるとき、診療の終わりにその女性患者はあなたに手紙を渡していった。手紙には「先生のことを愛しています。私と付き合ってくださいませんか」と書かれていた。あなたも彼女に好意をもっているが、何と伝えるべきか。

- a 医師と患者がそのような関係になることは不適切なのです。
- b 医師と患者でも社交的な付き合いならできますが、恋愛関係になることはできません。
- c この件については、まず病院の倫理委員会の承認を得ることが必要です。
- d あなたが別の医師にかかるようになれば、お付き合いしましょう。
- e 医師から患者へアプローチすることは問題となりますが、あなたからのアプローチなので、お付き合いしましょう。

A3. 医師と患者の間の恋愛関係に関する難しい問題であるが、正解は、原則としては a とし、ただし、医師患者関係がなくなればよしとする d もありうると考えられる。

日本では医師と患者の間の恋愛関係に関する問題について、特に規定する法律はないため、法的には全く問題とならない。

しかし、倫理的にはさまざまな問題をはらんでいる。医師個人には恋愛の自由はあるが、もしこの医師が患者と付き合った場合、患者という弱い立場を利用したと言えなくもない。また恋愛関係がこじれた場合、医師がこの患者に対する治療を継続するうえで、確実に影響を及ぼすであろう。

選択肢 b の「社交的な付き合いならできる」は間違いではないが、実際には、医師に対して恋愛感情を抱いている患者と社交的な付き合いが継続できるとは考えられない。したがって、不適切である。

ちなみにアメリカ医師会の倫理規定では、患者との恋愛は禁じられている。ただし、医師患者関係が

終了し、女性が別の医師の診療を受けるようになれば、話は別としている。もちろんこの場合、形だけそのようにしておいて、医師としての影響力を行使して交際するようなら、それはまた問題となる。

日本では、日本医師会「医の倫理綱領」の「2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける」の注釈において、医師は「誠実さ、礼節、品性、清潔さ、謙虚さ」をもつべきであると述べられているが、これ以上の具体的な規定はない。

したがって、医師患者関係の基本的なあり方としては、恋愛関係になるのは不適切とする a を正解とし、しかしながら、やや問題もあるものの、医師患者関係が終了した後までは、倫理としてもはや問題にならないとする d の対応もありうると考えられる。

Q4. 自殺未遂患者への対応

50歳の男性。自殺する目的で自宅のマンション5階のベランダから飛び降りた。ショック状態で発見されたが意識は保たれており、妻に付き添われて搬送されてきた。救急室にて行った検査では腹腔内の大量出血と腸管破裂と診断され、救命のためには開腹手術が必要と考えられた。しかし本人は、それを拒否し「死なせてくれ」と言っている。彼は最近、肺がんと診断され、それに対する手術やいかなる延命治療も拒否しており、このまま死にたいと言っている。救急救命室の医師であるあなたは、どうすべきか。

- a 妻に相談し、その意思に従う。
- b 人命を優先し、救命のための手術を行う。
- c 緊急に倫理委員会を開き、そのうえで手術を強行する。
- d 彼の希望に従い、救命のための手術は控える。

A4. 正解はbと考えられる。

これは、がんと診断された自殺願望者が重症を負った場合の、救命救急治療の是非に関するケースである。終末期患者の延命治療拒否の場面とは異なる点に注意する必要がある。尊厳死の場合、十分な情報を得たうえで（家族を含めて）繰り返し本人の意思を確認することや、医療・ケアチームの判断が前提としてあって、本人の選択として治療拒否を尊重するのであり、本問のような緊急時に、初めて患者に遭遇した医師が、本人が「死なせてくれ」と言っているからといって、それを尊重することが尊厳死となるわけではない。

本問の場合、がん疾患によって患者はすでに延命治療を拒否しているとはいうものの、今回は救命のための緊急処置であり、尊厳死の際に問題となる延命治療には当たらないことに留意すべきである。また、がん告知後の自殺願望であり、自分の人生を終わりにしたいという言葉からも、うつ状

態などで正常な判断ができる状態ではない可能性が高い。うつ状態が改善すれば自殺願望も変わる可能性がある。

『医師の職業倫理指針（第3版）』の「2. 医師と患者（3）患者の同意」では、患者に判断能力がない場合、家族などの患者の利益擁護者から同意を得ておくべきとある。ただし、救命救急処置を要し、患者の同意を得ることが不可能な場合、本人の同意なしに必要な処置を行うことが許される場合もあるとしている。

本問では、患者は大量出血の状態にあり、明らかに救命のための手術を行わなければ命が失われるという状況である。このような場合の救命救急処置の遂行は、本人や家族などの同意よりも優先されるべきと考えられる。救急の場面では倫理委員会を開いている余裕もない。したがって、選択肢bが正しいと考えられる。

2

説明義務、インフォームド・コンセント

Q5. 遺伝性疾患の患者の家族への説明

45歳の男性。ハンチントン病の初期症状と診断された。ハンチントン病は30～50歳の中年成人期に発症することが多い遺伝性疾患で、徐々に進行し、精神の荒廃を来すとされている。遺伝形式は常染色体優性遺伝性で、子どもにも50%の確率で発症のおそれがある。現在のところ有効な治療法は確立されていない。患者には妹が2人いるほか、子どもも2人おり、離婚した妻が親権をもち養育している。ハンチントン病はこれら血縁者にも今後発症する可能性があるが、患者は妹も含め、前妻にも診断結果を知らせないように求めている。担当の医師として適切な対応はどれか。

- a 患者に対して他の血縁者に説明すべきだと説明し、もしも患者がそれに従わないというのであれば、患者の担当を辞退して他の医師に委ねる。
- b 医師は守秘義務を負っているので、患者の意思に従う。
- c 遺伝病については保健所に報告することになっており、保健所から前妻に通知が行くようにする。その際、妹2人の存在についても保健所に報告する。
- d 2人の子どもにもハンチントン病の発症の可能性があることを、少なくとも前妻に伝える。
- e 子どもを産む可能性のある年齢になっている妹たちには知らせるが、2人の子どもはまだ小学生なので、前妻には時期をみて知らせることにする。

A5. 正解は d と考えられる。

『医師の職業倫理指針（第3版）』の「5. 遺伝子をめぐる課題（4）遺伝子解析結果に基づく差別への配慮と医師の守秘義務」では、「適切な遺伝カウンセリングを行い、受検者が関係する家族・親族などにも告げることにについて、適切な決定ができるよう支援する」と明記している。

本問は守秘義務の問題として、簡単に b を正解とすることはできない。遺伝性疾患の情報は患者本人ばかりでなく、家族全員の情報としてとらえるべき場合があるからである。

同じ遺伝性疾患でも、家族性大腸腺腫症（FAP）などは治療できる病気であるため、医師の倫理からすると、情報提供をする要素がいっそう強まることになる。ハンチントン病の場合、診断こそできるものの、まだ不治の病とされているため、それよりも困難な判断が求められることになる。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』では患者本人が拒否していても、血縁者の不利益を防止するために開示する場合もあるとしている。

選択肢 a は、単なる責任逃れとみられるので、不適切であろう。b で強調されている医師の守秘義務にも限界があり、倫理的にも、第三者にリスクがあるようなケースでは、守秘義務が及ばないと考えられている。また、c のように保健所に報告する制度は存在しない。e は、子どもについては若年なので様子見をするということであるが、その判断も、本件のような場合には親権者である前妻が行うべきものだと考えられる。したがって医の倫理としては、情報伝達する d が正解と考えられる。しかし、通常の医師患者関係を考えた場合、医師が直接、容易に前妻に連絡できるのかという問題もあり、医療現場でどのように解決するかという課題がある。

Q6. 高齢患者への病名告知

85歳の男性。やせと発熱があり来院した。精密検査で悪性のリンパ腫で全身のリンパ節が侵されていることが分かった。認知機能の低下はない。精密検査の前に患者の家族は、結果が分かったら、まず家族に知らせてくれと依頼していた。特にそれが悪い結果だった場合、85歳の高齢者を苦しめたくないの、発熱など同様の症状を示す別の病名を知らせて、それに対する治療を始めるというかたちで説明してほしいという。主治医はどう対応すべきか。

- a 医師には、患者に対し検査結果を十分に説明したうえで、患者の了解の下で今後の治療方針を定める義務があるので、家族にはそれはできないことだと伝える。
- b 医師には刑法で定められた守秘義務があり、検査結果はたとえ家族でも説明できないことなので、この要請は受け入れられないと伝える。
- c 無条件に家族の要請を受け入れる。
- d いったん家族の要請を受け入れるが、むしろ「患者に真実を知らせたうえで一緒に患者を支えましょう」と家族を説得する。
- e 患者に、患者に代わって判断権をもつ代理人を選ぶとすれば誰であるかを尋ね、その答えで指名された人に説明する。

A6. 一応の正解はdとするが、aとする考え方も十分にありうる。

医療現場ではよくありそうな、しかし難しい問題である。医師が患者に対し一定の義務を負う存在であると考え、家族はあくまでもサポーターのはずであり、基本は医師患者関係であるとしてaを正解とし、さらにはbもありうるという解答も出てくる。bでは、そもそもはじめに精密検査の結果を家族にも知らせることができないというのである。個人情報保護法が定められ、たとえ家族でも個人情報を簡単に伝えてはならないという考え方も、実際に相当程度広まった。

しかし、家族が患者を支える存在である場合、むしろ情報共有しなければ、患者を支えることができなくなる。医療倫理上は、bは多くの場合誤りであろう（死亡保険金を狙うなど、よほどひどい家族の場合は別であるが）。

人生では「知らない方がよかった」と悔やむ場面があるので、知らない権利もあるという議論もありえるが、この権利を行使するためには、そもそも本人に「精密検査の結果を知りたいですか、他の誰かに伝えた方がよいですか」と尋ねる必要がある。その方向性では、eが正解になりそうである。

しかし、医療現場と実務では、特に副作用を伴う治療を始める場合など、本人に十分な説明を行う必要があり、まさに本人を支えて、医療者と家族がタッグを組む必要がある。そういう意味では、最も望ましいのは、病気に立ち向かうチームを作るためのdだと考える。

『医師の職業倫理指針（第3版）』の「2. 医師と患者（2）病名・病状についての本人および家族への説明」では、第1に、本人に説明するのを原則とすること、第2に、その例外については「真の病名や病状をありのまま告げることが患者に対して過大な精神的打撃を与えるなど、その後の治療の妨げになる正当な理由があるときは、真実を告げないことも許される。この場合、担当の医師は他の医師等の意見を聞くなどして、慎重に判断すべきである。本人へ告知をしないときには、しかるべき家族等に正しい病名や病状を知らせておくことが重要である」と述べており、きわめて限定的な例外としている。第3に、患者本人が家族に対して病状病名を知らせることを望まないときにはそれに従うこと、第4に、本間のように家族が本人に伝えないようという場合については、「家族が患者本人に本

当の病名や病状を知らせてほしくないと言ったときには、真実を告げることが患者本人のためにならないと考えられる場合を除き、医師は家族に対

して、患者への説明の必要性を認めるように説得することも重要である」としており、**d**を正解としている。

Q7. 処方に関する虚偽説明

47歳の男性。半年ごとの定期健康診断のために来院した。以前からよく知っている友人でもある。彼は2年ほど前からひどく落ち込んでいるようにみえた。そこで、精神科の受診を勧めたり、うつ病の薬を勧めたりした。ところが、彼は仕事で疲れているだけだと主張し、自分はビタミン剤を含むサプリメントだけ飲んでいれば十分だという。そこで一計を案じて、サプリメント同様の内容のものだと説明して、新しいタイプの保険適用が認められた選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）を院内処方した。3か月の投薬後、彼の状況は著しく改善し、彼自身体調が改善したと感じている。患者に対する行為について適切な評価は次のうちどれか。

- a あなたは精神科専門医ではないので、あなたの行為は適切でない。
- b 患者に虚偽の説明をして投薬しており、適切でない。
- c 実際には患者に利益をもたらしているのであり、適切である。
- d 患者に損害や副作用を何ら生じさせなかったため、不適切とはいえない。
- e 医師として心から患者を助けようとしたのだから、その行為は適切である。

A7. 正解は**b**と考えられる。

まず、選択肢 **a** については、SSRI は必ずしも精神科専門医でなくとも処方することがあり、正解とはいえない。本問では、結果は功を奏しているが、倫理的な観点では仮にうつ状態が原因で彼の判断は正常でないと考えられたとしても、投薬に関する虚偽説明はインフォームド・コンセントの点で不適切である。また、本問の事例であれば、投薬する前に精神科専門医にこの男性の治療について相談するステップがあってもよいと思われる。結果的に病状さえよくなれば患者に虚偽の説明をすることが常に許される訳ではない。

一方で、わが国の医療現場では状況によっては正しいことをストレートに患者に伝えることがはばかれる場面もある。病気によっては、伝えるために時間をかけたり、段階を踏んで説明したりする必要がある場合もある。患者への説明において正しいことを伝えるににくい状況がある場合、他の医

師への相談も含め、慎重に判断することが求められる。

なお、通常は、薬剤を処方した場合、その名前や予想される副作用についての説明が添付されるようになっており、本問のような事案が生ずることは少ないが、偽りが露見すると、医師は患者の信頼を失うことにもなる。

「嘘も方便」ともされ、善意の嘘は許されることもあるが、医師患者関係の場合、嘘は信頼関係を破壊して、結果的に患者に不利益をもたらす。本問のようなケースでは、患者の世代に、いかにうつ病の人が多いかを説明し、それに立ち向かうために医師と患者・家族がどのような協力関係を築いていくことが必要か、さらにその補助として副作用の少ない薬のあることなど、正直で丁寧な説明が求められる。

Q8. 未成年患者の同意能力

15歳の男性。サッカーの試合中に相手方の選手と衝突し、頭部の皮膚裂傷を負って救急部に運ばれてきた。意識は正常だが頭皮の縫合手術が必要だと判断した。手術を行うため適切な手続きは次のうちどれか。

- a 患者には十分判断能力があるから、その同意を得て直ちに手術にかかる。
- b 患者を連れてきた、サッカーチームの指導者が同意をすれば、手術できる。
- c 少なくとも一方の親の同意を得るまで待つ。
- d 両親の同意を得るまで待つ。
- e 上記のいずれの選択肢も適切ではない。

A8. 難しい問題だが、正解は a と考えられる。

縫合手術とあるが、頭部の皮膚裂傷を縫うだけであり、15歳の少年であっても同意能力があると考えられる。さらに早く縫合した方がよいと判断されれば、親の到着を待つ必要性は薄いと考えられる。したがって、正解は a となる。

もしこれが、本人が意識不明で緊急手術が必要な事態であれば、誰の同意がなくても手術は可能である。しかし、本人の意識がある場合、日本の医療現場では、未成年患者本人の同意と合わせて、少なくとも一方の親の同意も得ておくのが通常である。それは、医療の内容についてそのリスクを含めて、親と本人両方の理解を得ることが適切だと考えられているからである。

アメリカでは、未成年者の医療の決定については、原則として親の同意が必要とされている。例外的に中絶手術などでは、未成年者の自己決定が尊重されるというルールになっている。本問のようなケースでは、緊急手術は必要がないので、少なくとも一方の親の同意が必要とされる。緊急に

手術が必要なら、同意は不要とされる。

わが国においても、法律上、親は子の法定代理人とされているので、親の同意だけでもよいと考えられるが、医療の実務では、1通の同意書に親と子の両方のサインをもらうなど、少なくとも子どもにも説明して同意を得るのが通例であり、それが医療倫理にかなうと考えられている。

法律上、未成年者の医療に関する同意権の所在はやや曖昧である。本人に同意能力があれば本人の同意で十分、そうでなければ親の同意だけで十分とされているが、同意能力の有無を容易に判断できるかどうかという問題が残っている。それについては、民法上で遺言能力を有するとされるのが15歳であることから類推すると、15歳程度なら同意能力があるとされている。ただし、医療実務では緊急性がなければ両方の同意を得るとされているわけである。丁寧な説明と同意が医療倫理にかなうとすれば、このような実務も是認できることである。

Q9. 検査を拒否するせん妄状態の患者

28歳の男性。職場から所属長につき添われ、救命救急センターに運ばれてきた。高熱、頭痛、さらに多弁および多動といった症状がみられ、診察した精神科医はせん妄状態と判断した。頭部CTでは異常はみられなかった。髄膜炎の疑いがあったため、腰椎穿刺が必要であったが、患者はそれを拒否した。あなたはどうすべきか。

- a 脳の MRI 検査を行っておく。
- b 腰椎穿刺の代わりに採血して血液培養を行う。
- c 患者に付き添ってきた所属長に、腰椎穿刺の同意書への署名を求め穿刺を行う。
- d 抗不安薬を投与しておとなしくさせ、とにかく腰椎穿刺を行う。
- e 同意を得るために家族が来るのを待つ。

A9. 難しい問題であるが、一応の正解は e と考えられる。

実際には、医療的対応の緊急度が問題となり、緊急性が高い場合には、d という対応もありうる。患者の判断能力を考慮して、同意がとれる状況か否か、他方で侵襲性のある検査を実施して早急に医療上の措置をとる必要性がどれだけあるかの判断が重要となる。髄膜炎を疑うこの状況では、選択肢 a、b は腰椎穿刺に代わるほど重要な検査ではなく、インフォームド・コンセントの点では選

択肢 c、d には問題がある。したがって、家族を待つ余裕があると判断できれば、解答は e となる。

ただし、家族が遠方において到着まで待つことが困難な病状である場合や、身寄りがない場合などには家族に代わる代諾者を探す必要があり、それがかなわないほど緊急性があるなら、d を選択することもやむをえない。臨機応変に対処する必要がある。

Q10. 外国人患者へのインフォームド・コンセント

50歳の外国人女性。左進行乳がんと診断されている。最も適切な対処法は化学療法であると判断し、患者に説明をした。彼女の母国語はポルトガル語であり、片言の日本語は話すことができるが、読み書きはできない。夫は日本人で説明は両者に日本語で行った。その際に、夫が通訳することはなかった。その後、同意書に「signature」と書かれていたため、その場で彼女は何ら質問もせず言われるがままに署名した。治療が始まると、髪が抜け落ちるなど予期されていた副作用が生じたが、患者は、これらについてインフォームド・コンセントが不適切であったとの理由で、あなたと病院を訴えると言ってきた。なお、この同意書には、十分な説明を受けた部分（予期された副作用を含む）について責任はないとの明文規定が含まれていた。本件におけるインフォームド・コンセントについて次のなかで最も適切な指摘はどれか。

- a この化学療法で使われる薬のリスクが、患者に対して十分に説明されていなかった。
- b 説明が患者の理解できる言語ではなかった。
- c 患者は薬で髪が抜けるなどの副作用を被った。
- d a～cのすべて。
- e 髪が抜け落ちることは通常の副作用であり、またいずれ回復する事象でもあるので、問題はない。

A10. 正解は d と考えられる。

外国人の患者への対応として、まず問題となるのは**b**であるが、本問では、**a**および**c**も問題となる。したがって、正解は**d**と考えられる。患者の理解度を確認することは重要であり、片言の日本語が話せても、治療に関する説明まで理解できているかどうかは十分に確認する必要がある。また、日本語が話せる身近な人がいて、その人も説明の場に同席していたとしても、患者本人に伝わっていたと思ひ込むことは危険である。なお、副作用については事前に説明があれば、実際に副作用が生じても通常問題となることはないが、本問のように患者が理解できるような説明がなされていない場合には、説明義務違反になりうる。

国際化が進むなかで、今後いっそう外国人の患者が医療を求めて来院することが予想されており、『医師の職業倫理指針（第3版）』にも「2. 医師と患者（19）外国人患者への対応」という項目が追加されている。医師が英語で対応できて、本問のようにポルトガル語を母語とする患者が英語も話せる場合であっても、十分に意思疎通ができるか

は疑問が残る。いわんや、日本語だけで説明する場合、患者がどの程度理解しているかの確認が重要である。本問のようなケースでは、医療行為の内容が適切であっても、なお適切なインフォームド・コンセントがなかったとして紛争になる。

しかし、インフォームド・コンセントの言葉の発祥地であるアメリカでは、本問のようなケースで、たとえインフォームド・コンセントは不適切だとしても、患者は訴えても簡単に勝訴することはできない。というのも、仮にインフォームド・コンセントが適切に行われ、患者が化学療法を承諾したとしても、その場合にも副作用は起こるからである。しかし、わが国の場合、患者から訴えられれば説明義務違反だけで精神的損害があったという理由で、敗訴する可能性が高い。ただし、勝訴・敗訴という観点からではなく医療倫理として、外国人の患者にも十分理解できるような説明を行って同意を得ることが重要であることはいままでもない。

Q11. 同意の範囲を越えた治療

45歳の男性。左側に気胸の既往があり、左肺の嚢胞に対して胸腔内に内視鏡を挿入して行う縫縮術に同意した。患者が手術室に入り全身麻酔後、執刀医が胸部CTを見直すと、右肺に約1cmの切除可能な肺がんと思われる所見があることを発見した。この執刀医はどうすべきか。

- a** 再度手術をすることになると患者への負担が大きいため、家族を呼んで病状を説明し、同意が得られれば両側肺の手術を行う。
- b** 患者を直ちに覚醒させ、手術室内で同意を求め、左肺に続いて右肺の手術も行う。
- c** 別の外科医の意見を求め、より必要性の高い方の手術のみを行う。
- d** 予定どおりに左肺の手術のみを行う。
- e** より緊急性が高いので右肺の手術のみを行う。

A11. 正解は**d**と考えられる。

本問のようなケースでは、緊急手術の必要性が薄いことや、逆に両側の肺の手術を一挙に行うリスクなどを考慮して判断すべきである。

同意が得られた左肺の手術後に日を改めて右肺の治療を開始するのが妥当であろう。インフォー

ムド・コンセントの内容と緊急性を勘案して判断すべき事例である。生命予後を考えると、右肺がんの手術を優先したくなるが、インフォームド・コンセントは気胸予防の手術に対してのみ取得されている。また、左右とも緊急性のないこの状況で両

肺の同時手術を行うことはリスクが高すぎると考えられる。がんの手術を優先して行うかどうかは、それまでの患者と担当医の信頼関係にもよるが、まず手術中に予定外の重要な所見が発見された場合にどうするのかということも、インフォームド・コンセントに含んでおくことが重要であろう。

なお、選択肢 **b** は、患者を覚醒させ右肺手術の同意を求めるとしているが、全身麻酔覚醒直後の状況では患者の判断能力に疑いが残るため適切ではない。

また、『医師の職業倫理指針（第3版）』の「2. 医師と患者（3）患者の同意」では、「医師が診療を行

う場合には、患者の自由な意思に基づく同意が不可欠であり、その際、医師は患者の同意を得るために診療内容に応じた説明をする必要がある。医師は患者から同意を得るに先立ち、患者に対して検査・治療・処置の目的、内容、性質、また、実施した場合およびしない場合の危険・利害得失、代替処置の有無などを十分に説明し、患者がそれを理解したうえで同意、すなわちインフォームド・コンセントを得ることが大切である」と明記し、現代の医療において、何よりも、患者に対し十分な説明をして同意を得ることが、信頼に基づく医師患者関係の柱であるとしている。

Q12. 検査を拒否する知的障害者

45歳の男性。大腸がん検診として実施した便潜血検査が陽性であったため、大腸内視鏡を受ける必要があると判断され来院した。患者には知的障害があり、理解力や精神年齢は5歳程度である。また生活保護を受けながらグループホームで生活している。検査について時間をかけて丁寧に長所と短所の観点から説明したが、患者は「とにかく検査を受けたくない」と主張し、繰り返し検査を拒否する。どうすべきか。

- a グループホームの所長から同意を得て検査を行う。
- b 家族から同意を得て検査を行う。
- c 患者の判断を尊重し、検査を行わない。
- d 弁護士に相談する。

A12. 正解は **b** と考えられる。

本問のようなケースでは患者の判断能力に着目すべきである。知的障害が重度で精神年齢が5歳程度であれば、代諾者による同意を得ることになるので、家族の同意を得るのが現実的と考えられる。ただし、問題は家族がいない場合である。しかし、選択肢 **a** の場合、グループホームの所長には代諾権限がないと考えられるので不適切である。わが国では、通常はこのような事例で弁護士や裁判所等が関与することはない。したがって、**d** も相談することは悪いことではないが、実際的かどうかは疑問が残る。

5歳の子どもに対する予防接種において、接種の同意を親権者から得ることをイメージできれば、**b**

が最も適切ということになるであろう。なお、この場合、患者自身が検査に同意していても、本人だけではなく家族の同意が必要であると考えられる。

わが国において重要な点は、患者にたとえ成年後見人が付いていたとしても、成年後見人には医療上の決定に対して同意を与える権限がないとされていることである。医療現場では、実際に困った事態が起こっている。本人の判断能力が低いので、患者本人の自己決定によることもできず、かといって、それに代わる同意もなく、医師が勝手に検査であれ手術であれ、医療行為を行うこともできない。

本問のように家族がいるという想定であれば家族の同意を得るが、そうでない場合には、患者を取り巻き見守る人を含めて、病院内の倫理委員会で

検討し、当該検査のリスクとベネフィット等を確認し、十分に公正な手続きを経たうえで、検査に踏み切らざるをえない場合もあると考えられる。

Q13. 患者と家族の希望の相違

55歳の女性。仕事で忙しく健康診断を受けていなかったが、最近になって健康診断を受けたところ、乳がんの疑いがあると言われ来院した。精密検査を行ったところ、すでに相当に進行した乳がんであることが分かった。患者は意識清明で、自分の病状および治療の選択肢について十分な説明を受け、よく理解していた。そのうえで、自分は乳がんに対する一切の治療を受けたくないと担当医師に告げた。口頭で述べたばかりでなく、自分で書面を用意して同じ趣旨を明確にした。しかし、患者の夫と娘はこれに反対した。せめて抗がん薬の投与をしてほしいというのである。そうこうしているうちに2か月が経過し、患者は乳がんの脳転移のために意識障害を来し、自分の状況や治療の詳細を理解することが困難となった。家族は乳がんの治療を開始してほしいと言ってきた。以下のうち、適切な対応はどれか。

- a 家族の希望する治療開始を断り、患者の事前指示に従う。
- b 家族の希望を書面で確認し、そのうえで治療を行う。
- c 治療の成功の可能性があると判断した場合、治療を開始する。
- d 本人はこの時点では希望を表明できないのであるから、家族の希望を尊重して治療を開始する。
- e 病院の倫理委員会に相談する。

A13. 難しい問題であるが、正解は a と考えられる。

何よりも判断能力があったときの本人の意思を尊重することが医療の基本である。本人がいやだと断言する医療を押しつけることは、倫理的にも問題であると考えられる。『医師の職業倫理指針（第3版）』の「2. 医師と患者（3）患者の同意」においても、「医師が診療を行う場合には、患者の自由な意思に基づく同意が不可欠」であることが明記されている。

医師ができることは、治療のための選択肢とそれぞれのリスクおよび考えられるベネフィットを分かりやすく説明し、場合によっては家族を含めて、医療上も合理的と考えられる選択肢を提示して患者の利益を図ることにとどまる。そのうえで、患者が拒絶する医療行為を強制的に行うことはで

きない。

家族が後日、訴訟を起こすのではないかという懸念があるかもしれないが、本人の意思が書面で明確に示され、何度も説明を繰り返すような手続きを経ているならば、訴訟となっても敗訴することは考えられない。自己決定権の尊重とは、医師からみれば不合理な決定を患者がする場合であっても、十分に情報を説明し、理解したうえでのことであれば、その決定を尊重しなければならないという意味である。本問のような場合、できる限り患者家族と患者本人の意思が乖離しないよう働きかける努力もする必要があるが、最終的な決定権は患者本人にあることを、家族と共に確認しておく必要がある。

Q14. 未成年患者の両親による輸血拒否

6歳の女兒。交通事故で救急搬送されてきた。多発骨折と多量の出血で、患者の生命を救うためには輸血が必要である。患者の両親はエホバの証人の信者であり、輸血を拒否している。輸血を行わない場合、命に危険があることも説明したが、両親の意思は頑なである。あなたはどうすべきか。

- a 両親の希望を尊重し、輸血は行わない。
- b 病院のガイドラインに従い、患者への輸血を行う。
- c 輸血を許可する裁判所命令を求める。
- d 患者（女兒）の意思を確認する。
- e 児童相談所に親権喪失を申し立て、親権代行者を立てる手続きを行う。

A14. 正解は **b** と考えられる。両親があくまで拒否するようなら **e** が正解となる。

外傷や手術による出血や血液疾患等の治療において、必要な場合には輸血により救命を図ることは医師にとっては常識である。しかし信仰上の理由から輸血を拒否する患者が、その意思に反して輸血された場合に、患者と医療機関の間で訴訟となることがある。すなわち、医療上の救命行為と信仰とのいずれが優先されるかという問題である。

信仰上の理由による輸血拒否は、その代表的な宗教として「エホバの証人」が挙げられる。信者が国内だけでも約21万人〔平成27（2015）年〕いることからみても稀ではなく、どこの医療機関においても生じうる事例である。実際には、エホバの証人の信者の間でも輸血についての解釈には幅があり、目の前の患者の意思確認が重要となる。患者が輸血拒否をする場合、患者の意思を尊重し、たとえいかなる事態になっても輸血をしないという立場・考え方を「絶対的無輸血」、患者の意思を尊重して可能な限り無輸血治療に努力するが、輸血以外に救命手段がない事態に至ったときには輸血をするという立場・考え方を「相対的無輸血」という。エホバの証人の信者のなかにも、後者でもやむをえないとする信者もいる。ただし、この場合でも、本問のように当初から明らかに輸血が必要な場合には、そもそも「無輸血」とはいえなくなる。

また、本問と異なり、患者が成人の場合、『医師の職業倫理指針（第3版）』の「2. 医師と患者（4）患者の同意と輸血拒否」でも「最高裁判決は、手術に際して救命のために輸血をする可能性のあるとき

には、医師はそのことを患者に説明し、手術を受けるか否かは患者の意思決定に委ねるべきであるとし、その説明を怠り患者の同意がないのに輸血をした医師は患者の人格権侵害の不法行為を行ったとの判断で有責とされているので、この判決に留意する必要がある」と解説している。平成12（2000）年に出されたこの最高裁判決では、「患者が、輸血を受けることは自己の宗教上の信念に反するとして、輸血を伴う医療行為を拒否するとの明確な意思を有している場合、このような意思決定をする権利は、人格権の一内容として尊重されなければならない」と述べている。

しかしながら、患者が未成年者の場合については、また別の考え方が必要である。原則的に、判断能力がない場合を含めて、患者本人に明確な輸血拒否の意思表示がない場合には、必要な輸血を行わない理由は見当たらない。平成20（2008）年2月の関連学会等の宗教的輸血拒否に関する合同委員会報告「宗教的輸血拒否に関するガイドライン」では、患者の年齢による対応を示し、15歳以上で自己決定能力がある場合には、患者の輸血同意書により輸血を実施することとしている。問題は自己決定能力がない幼少の患者への必要な輸血を親権者が拒否し、相対的無輸血や転院の勧告などの方策が取れない場合であり、当該親権者について親権の濫用として児童相談所等を通じて裁判所に親権喪失の申し立てを行うことも考慮される。実際に、緊急輸血を必要とした幼児が病院、児童相談

所、家庭裁判所の連携により救命された例がある。

さらに同ガイドラインでは、「こうした議論の高まりには、医療ネグレクト概念の定着がある。医療ネグレクトとは、医療水準や社会通念に照らして、その子どもにとって必要かつ適切な医療を受けさせない行為を指し、親が子どもを病院に連れて行かない場合だけでなく、病院には連れて行くものの治療に同意しない場合も含んでいる。そのため、親が自己の宗教的信条によって小児に対する輸血治療を拒否し、その生命を危険にさらすことは一種の児童虐待であると考えられる[日本弁護士連合会子どもの権利委員会編:子どもの虐待防止・法的実務マニュアル(2001)]。しかしながら、子どもの年齢や精神的な成長によっては、子ども自身も親の宗教的信条を自己に内面化し、

自己の信仰として輸血拒否の意識を成熟させている可能性も否定できないことから、すべての輸血拒否を一概に児童虐待であると断じることにもまた困難である。以上のような近時の動向を踏まえ、本ガイドラインでは、患者が未成年者の場合の対応について慎重に検討し、基本的には患者自身の自己決定権(輸血拒否権)を尊重しつつも、満15歳未満の小児(医療の判断能力を欠く人)については、特別な配慮を払いながら、輸血療法を含む最善の治療を提供できるようにすることを提唱する」と述べている。

このガイドラインを踏まえつつ、事前に当該医療機関としての方針を策定・公開しておくことが望ましく、病院としてのガイドラインがあれば、それに沿って迅速に対応できるものと考えられる。

Q15. 緊急時における輸血拒否

18歳の女性。交通事故で車にはねられ、救命救急センターに搬送されてきた。大量出血により血圧が低下し、緊急に手術が必要な状況だったが、患者は「エホバの証人」と書かれたTシャツを着ていた。あなたの病院では、院内およびウェブ上の病院ホームページに「相対的無輸血」の方針であることを掲示している。あなたは輸血についてどうすべきか。

- a 家族の到着を待って相談する。
- b 患者の同意なく輸血はできない。意識が回復し、同意書に署名できるようになるまで待つ。
- c 緊急時であるから、速やかに輸血を行う。
- d 病院の倫理委員会に判断を求める。
- e まず輸液のみを行う。

A15. 正解はcと考えられる。

本問の状況では、という条件が付く。エホバの証人でも教義の解釈はさまざまであり、特にわが国ではTシャツが意思表示というコンセンサスはない。通常なら、大量出血による血圧低下がみられることから、緊急に手術・輸血の必要があり、本人に意識がなく同意を得られない状況でも手術・輸血に踏み切つてよいケースである。ところが、Tシャツの表示があるために、輸血を伴う手術を拒否していると解釈できるか否かが問題となる。しかし、Tシャツによる表示をもって、本人の明確な

意思表示とすることはできない。

相対的無輸血とは、輸血を行わずに治療ができるよう最大限の努力をすることを前提としながらも、輸血によって救命・生命維持ができる可能性がある医師が判断した場合には、輸血を実施するという方針であり、現在日本国内の多くの病院はこのような方針を院内に表示し、ホームページ上でも公開している。

Q14の解説にもあるとおり、エホバの証人の信者はわが国に約21万人おり、稀な事例ではない。

わが国の最高裁判決では、待機的手術に際して救命のために輸血をする可能性のあるときには、医師はそのことを患者に説明し、手術、輸血を受けるか否かは患者の意思決定に委ねるべきであり、その説明を怠った医師は、患者の人格権侵害の不法行為を行ったものとした〔最高裁：第三小法廷判決平成12（2000）年2月29日〕。『医師の職業倫理指針（第3版）』の「2. 医師と患者（4）患者の同意と輸血拒否」においても、この最高裁判決に留意するように求めている。

待機的手術等に際しては、患者への説明と同意に時間をかけて対応することが可能であるが、さらに問題となるのは、救急医療など輸血実施前に患者の意思が確認できない状況での緊急輸血時である。緊急時の対応については、あらかじめ医療

施設として方針を定め、それを院内掲示などさまざまな手段・機会を通じて患者に示しておくことが求められる。つまり、緊急かつ必要なときには輸血をするとの方針が明示された医療施設において、患者がこれに応じなければ診療を断ることも許されると考えられる。ただし、医療施設は輸血を拒否する方針だからといって、すべての医療を拒否することは相当ではない。疾病の種類、処置の方法、内容などを勘案して、輸血なしに治療可能なものは治療に応ずることが適切である。

なお、Q14のように患者が判断能力のない未成年者の場合で、親権者が必要な輸血を拒否することがある。「宗教的輸血拒否に関するガイドライン」では、患者の年齢による対応フローチャートを作成している。

Q16. 他の治療選択肢の説明

55歳の女性。初期の乳がんが診断され、乳房切除術を受けた。幸い手術は成功し、有害事象は起きていない。ところが、患者は乳房温存法という別の手段があったことについては説明を受けなかったとして、あなたを訴えると言ってきた。この訴訟について、次の選択肢のうちどれが適切であるか。

- a 手術のリスクについては患者に十分説明し同意を得たので、本件について何ら問題はない。
- b 予想していた範囲の有害事象すらなく損害はなかったから、何ら問題はない。
- c 手術について別の選択肢があることを説明していなかったため、訴訟になれば説明義務違反で患者が勝訴する。
- d この患者の症状から判断して、乳房切除術は標準的治療なので、本件について何ら問題はない。
- e 乳房温存法がより優れた治療法であることから、患者が勝訴する。

A16. 正解はcと考えられる。

『医師の職業倫理指針（第3版）』の「2. 医師と患者（3）患者の同意」では、「医師が診療を行う場合には、患者の自由な意思に基づく同意が不可欠であり、その際、医師は患者の同意を得るために診療内容に応じた説明をする必要がある。医師は患者から同意を得るに先立ち、患者に対して検査・治療・処置の目的、内容、性質、また、実施した場合およびしない場合の危険・利害得失、代替処置の有無などを十分に説明し、患者がそれを理解した

うえである同意、すなわちインフォームド・コンセントを得ることが大切である」としている。ここでも明確に、当該手術のリスクとベネフィットだけではなく、それをしない場合の予測や代替処置についても説明したうえで同意を得ないと、インフォームド・コンセントとはいえないとしている。

本来、考えられる治療の選択肢を説明し、そのなかでこの方法が一番患者に適しているということを事前に説明することが患者にとって最良と考

えられるからである。つまり本問では、患者にとって本来あったはずの選択機会の喪失が認定された場合、慰謝料の支払いを命ぜられる可能性がある。本問の場合、医療としては最善の選択を医師は行っていたかもしれないし、実際に有害事象も起きていないから目に見える損害も生じていない。しかしながら、わが国の事例では、手術の時点で、すでにいくつかの施設で乳房温存手術が行われて

おり、このことを患者に説明しなかったことで、患者の選択する機会が失われたとして、説明義務違反が認められ慰謝料を命じられた判例があることに留意する必要がある。ただし、法律や裁判でどうであろうとも、患者にとって生涯で最大の決断を迫られる場面とも考えられるので、十分に丁寧な説明を行うことは医療倫理の基本であり、それには代替的な治療法の説明も含まれる。

Q17. 精神的に不安定な末期がん患者への説明

70歳の男性。2～3か月前から食欲がないと言って来院した。腹水と軽度の黄疸を認め、諸検査の結果、胃がんとその肝転移、がん性腹膜炎と診断され、根治治療のめども立たない状況である。患者はがんではないかと極度に憂い、精神的に不安定な状況にある。患者への説明として適切なものはどれか。

- a まずは患者へ末期がんで余命いくばくもないことを告げる。
- b がんではなく治療で治る病気であり希望をもつように説明する。
- c 患者に病状を説明する前に家族と相談してどのように患者に説明すべきか決める。
- d 精神科の医師に受診させ本当のことを言ってよいのか判断してもらう。
- e がんであることは説明するが予後不良であることは告げない。

A17. 難しい問題だが、正解はcと考えられる。

がん告知のあり方については、わが国で大いに議論もされ、また近年、がん治療の進歩という背景もあって、医師による対応が大いに変わってきた分野である。本問の場合、患者はすでに末期がんの状況にある。そのような患者にどう告知するかという問題である。

わが国では、がん告知に関して、本人に伝えると大きなショックを与えるなど悪影響を及ぼすという理由で本人に告げないことも許されるという考えが強い。しかしこの場合、医師はその判断を熟慮のうえ行うべきで、また、家族には告げるべきであり、少なくとも家族の誰に伝えるかを検討すべき義務があるという最高裁判決が出ている〔平成14(2002)年〕。日本は家族の役割を非常に重視しているといえるが、そのような判決が出たからといって、本当にそのように指導すべきかどうか悩むところもある。

厚生労働省の「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」では、患者を囲むケアチームを作って、家族とともに患者を支える体制を作るべきだと勧めている。そのなかで、適切な緩和ケアの提供も行われる。本人ががんではないかと疑う状況自体が不安を増幅させ、患者のためにならない場合もある。そのような場合には家族と相談のうえで、患者に、「がんではあるが、治る例が多くなってきた」などとeに近い形で本当のことを説明するという選択肢も、医療倫理上十分ありうると考えられる。

また、高齢化が進む日本の社会では、「家族」が実質的にいない高齢患者も増加している。そのようなケースでは、選択肢cは意味がなく、選択肢eが正解となろう。ただし、そのような場合でも、患者を支えるチームの体制を作り、患者を支えることも合わせて説明することが期待される。

3

届出・通報

Q18. 配偶者による虐待

32歳の女性。慢性疾患のため、月に一度あなたのクリニックを受診している。ある日、診療した際に、多数の擦過傷や打撲痕があることに気づいた。それらについて問うと、数年来同居しているパートナーから日常的に暴力を受けているという。その翌月の診察日にも、新しい傷が認められた。患者はパートナーをおそれており、虐待について警察などに通報してほしいと言う。あなたはどのように対応すべきか。

- a 医師には配偶者虐待について通報義務があり、それを怠れば罰則があるので警察に通報する。
- b 配偶者虐待があるか否かを慎重に確認するため、翌月の診察を待つ。
- c 患者の同意を得て、配偶者暴力相談支援センターへ通報する。
- d パートナーから逃げるのが最善策であるとして、患者にシェルターを紹介する。
- e パートナーとは正式に婚姻していないので、配偶者虐待には当たらない。

A18. 正解はcと考えられる。

平成13(2001)年に施行された配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律(配偶者暴力防止法)では、「配偶者」には婚姻の届出をしていない「事実婚」の場合や、離婚後(事実上離婚したと同様の事情に入ることを含む)も引き続き暴力を受ける場合も保護対象となる。同法の第3章第6条第2項に「医師その他の医療関係者は、その業務を行うに当たり、配偶者からの暴力によって負傷し又は疾病にかかると認められる者を発見したときは、その旨を配偶者暴力相談支援センター又は警察官に通報することができる。この場合において、その者の意思を尊重するよう努めるものとする。」とある。この法律の趣旨によれば、cが正解となる。

法律では、医師による通報は義務ではなく努力義務であり、通報しなくても罰せられない。よって選択肢aは誤りである。

医師を含む医療関係者(医師、歯科医師、保健師、助産師、看護師、心理士、ソーシャルワーカー等)は職務上、配偶者虐待被害者を発見しやすい立場にあり、守秘義務にとらわれずに、患者の意思を尊

重しつつ通報することができる。しかしながら、保護施設やシェルター(緊急避難所)はまだ不足しているという現状があり、医療現場においても家庭内暴力・配偶者虐待に関する知識が十分に普及しておらず、職員に対する研修をもっと進める必要がある。

また、近年では高齢者虐待も問題となってきたため、平成17(2005)年11月に、高齢者の虐待防止や早期発見、養護者の支援などを定めた高齢者虐待防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律(高齢者虐待防止法)が成立した。

しかしながら、わが国のこの種の法律にはまだまだ不十分なところが多い。本問のような配偶者虐待については努力義務にとどめていて、本人の意思を尊重するとあるので、本人がいやだと言えどしようもない。通報した医師等に法的免責が保証されていないなどの問題もある。もちろん、悪いのはパートナーであるが、結果的に、本問の女性が殺害されるような事態が生じて、誰も責任を負わないということになる。だが、このようなシステムでは防止策・対応策として不十分であり、今後、改善の

余地がある。同時に、虐待をする加害者に対しては、警察による警告などだけでなく、アルコール依

存症などが典型的な例であるが、何らかの回復策、治療などを提供する必要がある。

Q19. 児童虐待

3歳の男児。これまでけがで数回受診したことがあり、今回も救急車で運ばれてきた。心配そうに付き添っている母親の説明では2階のベランダから落ちたとのこと。しかし、すでにこの男児は3回救急車で運ばれてきており、あるときは熱傷を負い、あるときは腕に捻挫を起こすほどのけがをしていた。今回も、ベランダから落下したためとは思えないあざが背中や上腕にある。児童虐待のおそれがあるが確証はない。医師がとるべき対応として適切なのはどれか。

- a 児童虐待のおそれがあると判断した医師は、警察への報告義務が課されているので警察に通報する。
- b 医師は児童虐待の早期発見に努める義務があり、直ちに児童相談所に通報する。
- c 児童虐待を発見した場合には保健所に通報する義務があるが、児童虐待があったかどうかの相当の確認をしない限り、通報することはできない。
- d 医師には患者の守秘義務があり、役所へ通報することは守秘義務違反になる。
- e とりあえず入院させて、病院の倫理委員会またはリスク・マネジメント部門と連絡をとって、家族の評価をする。

A19. 正解は b と考えられる。

法律では、もともと児童福祉法第25条に「要保護児童を発見した者は、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。」という規定があったが、これは「みんなの義務は誰の義務でもない」という典型的な条文であり機能していなかった。そこで平成12(2000)年に児童虐待防止等に関する法律(児童虐待防止法)が制定され、第5条で、「学校、児童福祉施設、病院その他児童の福祉に業務上関係のある団体及び学校の教職員、児童福祉施設の職員、医師、保健師、弁護士その他児童の福祉に職務上関係のある者は、児童虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、児童虐待の早期発見に努めなければならない。」とされ、第6条で「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。」とされている。

しかし本法では、これでも「努力義務」にすぎず、その反面で間違った通告をした場合の免責も明記されていない。ただし第6条第3項で「刑法(明治四十年法律第四十五号)の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、第一項の規定による通告をする義務の遵守を妨げるものと解釈してはならない。」とあるため、少なくとも守秘義務違反は免責される(刑事免責)。刑事免責されれば、犯罪にはならないのは明白である。また、厳密には不法行為その他の損害賠償請求が親からなされる可能性がある。しかし、裁判所がそれを認める可能性はきわめて低い(たとえ誤りであっても善意であれば)。それどころか、アメリカでは、通報しなかった医師が訴えられた事例もあり、虐待している親から訴えられることはないにしても、子の代理人から不法行為(義務があるのに何もしなかったこと)を理由に訴えられる「おそれがある」

とさえいえる。

そのような法律論は別として、そもそも医療倫理上、児童福祉機関に届け出るのが適切である。法律も安心して届け出られるように後押しする必要がある。また、児童相談所や地方自治体がある後に適切な対応ができるか否かは、別の問題となる。ともかく患者（しかも児童）を守るのが医師の倫理であり、児童虐待の早期発見に努める必要がある。本問では、3回目の救急搬送で、とされてい

るが、それ以前に疑わしいことがなかったのか、それを見逃したのかどうかの検証が必要である。本問の正解は、すでに3回も疑わしい事態に遭遇しているので「直ちに児童相談所に届ける」となっているが、より早い機会に通告すべきだったとすれば、それを妨げた要因について院内で検討し、より早期の通告を図るような仕組みを作る必要がある。また、社会的にもそれを支援する風潮が醸成される必要がある。

Q20. 高齢者虐待

83歳の女性。救急車で病院に運ばれてきた。ひどい脱水症状で、体重は30キロしかなく、左目にあざ、右まぶたには裂けて切れた跡があった。患者は娘と同居している。だが、娘に放任された状態にあるとか、殴られたことは否定した。医師として現状ではこの件を地域包括支援センターに通報しないことにした。その理由のうち妥当なものはどれか。

- a 通報によって、患者との信頼関係が崩れるのをおそれるため。
- b この事件が裁判になった場合、証言を求められるなど、日常の医療活動ができなくなるため。
- c 患者は明確に虐待を否定しており、医師による介入も望んでいないので、せっかく通報しても難しいケースであるため。
- d 現在の通報制度の下では、通報した医師が逆に家族から訴えられるおそれがあるのに、それを保護してくれる仕組みになっていないため。
- e 上記の理由はいずれも不適切である。

A20. 正解は e と考えられる。

a～dまでの選択肢は、高齢者虐待問題でも先進国であるアメリカにおいて、医師が通報をためらう理由である。これらは日本でも当てはまるであろう。たとえば、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（高齢者虐待防止法）でも第5条「養介護施設、病院、保健所その他高齢者の福祉に業務上関係のある団体及び養介護施設従事者等、医師、保健師、弁護士その他高齢者の福祉に職務上関係のある者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めなければならない。」、第7条「養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命又は身体

に重大な危険が生じている場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。」というように、医師に対し、高齢者虐待発見の義務を課し、さらに発見した場合の通報義務を定めているものの、この場合、刑法上の守秘義務は適用にならないという自明の点しか規定していない。通報した人の匿名性を保護することや、仮にそれが分かった場合でも訴えられることはないなどの保障が明確に定められていないのである。

その意味では、dは適切な理由になりうる。しかし、法律に明記されていなくとも、実際に本件のような場合に家族から訴えられても敗訴する可能性はきわめて低いはずである。医療倫理としては、高

年齢虐待防止法の趣旨に則って、「疑わしきは通報する」という考え方を採用するのが適切であり、解答は e になる。

ただし、今後、安心して通報できるように法律もさらに工夫した改正をすることが求められる。

Q21. 治療を拒否する結核患者

45歳の男性。タクシー運転手。熱、咳、喀痰を主訴としてクリニックを訪れた。X線撮影で肺浸潤影を認め喀痰塗抹で抗酸菌陽性にて肺結核と診断された。独居であり、職員の訪問による自宅でのDOTS（直接服薬確認療法）が選択された。しかし患者は結核の薬を飲むことを拒み、喀痰の抗酸菌はなかなか陰性化しなかった。治療を続けるように、主治医として励まし説得したが服薬を続けようとしなかった。あなたはどうすべきか。

- a 保健所に申し出て、結核専門病院に強制入院させ、院内DOTSに変更する。
- b 患者は自己決定権をもっているので何もしないで様子を見る。
- c 通院によるDOTSに変更する。
- d 警察に相談して一緒に説得してもらい、従わないようであれば公務執行妨害として逮捕してもらおう。
- e 患者を物理的に拘束し、経鼻胃管にて薬を投与する。

A21. 正解は a と考えられる。

結核に関する対策等は結核予防法に基づいてなされていたが、平成18（2006）年に結核予防法が感染症の予防及び感染症の患者の医療に関する法律（感染症法）に統合され、結核は二類感染症に定義された。

いわゆる「感染源隔離」を目的とした入院医療は基本的人権を制限する措置である。結核予防法では、これを「入所命令」と呼んでいたが、感染症法に統合後は、「命令」ではなく入院の「勧告」、すなわち患者の人権を尊重して、入院を「勧める」という手続きに変更された。しかし一方、結核予防法では「命令」といっても強制力がなかったのに対し、感染症法では入院の勧告に応じない場合に強制的な入院措置が可能である。入院勧告の対象となるのは、1) 喀痰塗抹で結核菌陽性の者、2) 感染のおそれがあると判断される者（例：激しい咳等

の呼吸器症状がある者）、3) 外来治療では規則的な治療が確保されず、早晚大量排菌、または多剤耐性結核に至るおそれ大きいと判断される者（例：不規則治療や治療中断により再発した患者）などが含まれる。

この患者の場合、事実上治療中断に至っており、結核菌を排菌するおそれが高い。したがって、感染症法に基づき強制的な入院措置が可能と考えられ、aが正解となる。

選択肢cに関しては、DOTSは院内DOTSのほか、外来DOTS、訪問DOTS、連絡確認DOTSなどが患者の排菌状態や生活状況に合わせて選択される。しかしこの患者では排菌状態により当初、訪問DOTSが選択されているため、外来DOTSに変更すること自体すでにリスクが高いと判断されているはずである。

Q22. 第三者への危害のおそれがある精神科に通院している患者

35歳の男性。すでに1年以上病院の精神科に通院しており、妄想性の症状を呈している。前回の通院時、精神科の医師であるあなたに対し、「先生は信用できると思うので打ち明けるのだが、私の隣家の奥さんが実は警察のスパイで、私の悪口を言いふらし、しかも嫌がらせを超えて危害を加えてきそうな状況にある。正当防衛で先制攻撃をして、思い知らせてやろうと思っている。この人が自分を嗅ぎ回り追いかけるおかげでどこでも生きていけない状況なのだから、彼女を殺さないまでも、少なくとも歩けないような状況にはしないといけない」と伝えた。あなたの対応として適切なのはどれか。

- a 病院の倫理委員会で審議し、対応を考えてもらう。
- b 患者に十分な治療の必要性を説明し、非協力的な場合に、はじめて入院を考える。
- c 患者の秘密を守るのが医師の義務であるから、秘密を守り、妄想が治まるような薬剤を従来よりも多めに処方して様子を見る。
- d 患者の家族に連絡して、病気ゆえにそのような行動に出る危険があると知らせ、対処してもらう。同時に協力や助言もする。
- e まず家族に伝える。他害のおそれと考えられる場合には、隣家に伝えることを考える前に、まず保健所へ連絡。そして必要と思われるときは、保健所から警察へ連絡する。

A22. 正解がこれだとは言にくい問題である。あえて言えば、患者の状況に応じて、b、d、eのいずれか適切な方法をとることが求められる。

『医師の職業倫理指針（第3版）』の「2. 医師と患者（6）守秘（秘密保持）義務」には、「医師が患者情報についての守秘義務を免れるのは、患者本人が同意・承諾して守秘義務を免除した場合か、あるいは患者の利益を守るよりもさらに高次の社会的・公共的な利益がある場合である」とある。本問の場合、患者の同意は得られないと思われるため、犯罪発生のおそれがあり、それを防止するという目的が、「高次の社会的・公共的利益」であるか否かが焦点となる。もちろん、犯罪防止が「高次の社会的・公共的利益」であることは論を俟たないが、問題はその発生の蓋然性判断と、精神科医療において特に重要な医師患者間の信頼関係、さらに通告するとしても「誰に」という課題が残る。

アメリカではタラソフ事件（実際に殺人事件が起り、警告しなかった医師と病院に賠償責任を負わせた事件）という有名な判例がある。もし、本問と同様の事例があれば、ターゲットとなっている隣家の奥さんに警告するとともに、警察にも届け出るようになっていく。

しかし、日本では、このような選択肢が直ちに正

解とされることはないと思われる。いくつかの理由があるが、第1にアメリカでも精神科医の学会は、このような取り扱いに反対している。確かに、他害のおそれがある場合、何もしないで放っておくことは医療倫理に反するが、かといって、秘密を打ち明けると警察に届けられるというのでは、医師と患者の信頼関係が成り立たず、特に精神科医の場合、適切な治療が不可能になるという事情がある。極端な場合、患者が精神科医の元に来ないことになり他害のおそれも増大する。

第2に、家族の役割についてのことである。アメリカの場合、患者の家族を巻き込むという選択肢がない。おそらく家族もさまざまなので、医療倫理上の問題として、常に当てにすることはできないと考えているからであろう。しかし、実際の精神科の医療では、適切な家族が存在する場合に、家族と医療者が協力しなければ回復も望めない場合が多いであろう。

第3に、したがって日本での解答は難しい状況であり、法律上明確な答えはない。しかし、医療倫理上は、何よりも患者が第三者に危害を加えるの

を防止するところに重点を置き、そのための手段として何が適切かを判断することになる。そこで、一応の正解は、**b**、**d**、**e**の組み合わせ、あるいは個別の状況に応じてそのいずれかであると考える。

保健所の役割との関係において、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）第26条の2では、「精神科病院の管理者は、入院中の精神障害者であって、第29条第1項の要件に該当すると認められるものから退院の申出があったときは、直ちに、その旨を、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならない。」と定めているが、これは入院中の精神障害者が対象である。ただし、その趣旨は、第29条「都道府県知事は、第27条の規定による診察の結果、その診察を受けた者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めるときは、その者を国等の設置した精神科病院又は指定病院に入院させることができる。」という措置入院の発動要件と関連しており、これを通院

中にも類推（準用）すれば、保健所を通すルート（都道府県知事による入院）と、それ以外に、保護者の同意による入院のルート（医療保護入院）、さらに本来あるべき任意入院（本人同意による入院）のいずれかによって入院措置をとることが考えられる。

警察や狙われている相手方に知らせるだけで、それによる予防効果が本当にあるのかどうかにも疑問が残る。さらに医療倫理としては、まず患者が妄想に駆られた行動に出るのを防止することが重要であると考え、わが国では**b**や**d**がとりあえず正解かと考えられる。**e**という選択肢は保健所から警察へとなっているが、法律上は守秘義務を解除する「正当な理由」とされる可能性が高いので、医師からの警察への直接の届け出も問題にはならないと思われる。ただし、医療倫理上は保健所からという方が望ましいであろう。

また、アメリカは強制的な入院措置がわが国よりも難しいが、わが国でも入院を含む精神科治療のあり方は、それ自体が重要かつ困難な医療的課題であり、法律的課題でもある。

Q23. 結核に感染した不法滞在者

39歳の外国人女性。疲労感を訴え公立病院の外来に来院した。検査の結果、肺結核であることが分かった。わが国の結核予防法によれば、結核患者を診察した場合には直ちに最寄りの保健所長に報告するものとされている。問題は、この患者が、ビザが切れているにもかかわらず飲食店で働いており、しかも観光ビザで入国してきたということである。明らかな不法滞在者であり、患者はそれが分かったと母国へ強制送還されるのではないかとおそれており、そうならないような手段をとってくれと懇願している。どうすべきか。

- a** 医師は患者の希望と関係なく、犯罪の告発義務があり、不法滞在も罰則規定のある犯罪であるから、保健所だけでなく警察にも届ける。
- b** 医師には守秘義務があり、保健所にも不法滞在であることは言わないからと伝え、治療を始める。
- c** 保健所には知らせないといけないと説明し、さらに保健所からそのような報告が法務省に行く可能性はあると伝える。
- d** 保健所に報告する義務があること、さらに医師としての倫理上の義務として警察にも知らせざるを得ないと伝える。
- e** 公立病院の医師は公務員であり、公務員には犯罪告発義務が法律上課されているので、公立病院の医師としては患者の希望には従えないと伝える。

A23. 正解は b と考えられる。

これに似た問題が実際に生起することの多いアメリカでは、患者が不法移民であることを医師は厚生労働省（保健所）や法務省に当たる機関に報告しないことが医療倫理にかなうとされている。それはなぜかといえば、報告されることが分かっている不法移民の患者は、医師の元に来ることができなくなるからである。それは本件のように病気が肺結核の場合、患者自身の不利益になるだけでなく、社会全体にも望ましくない。同様に考えると、b が正解になる。その場合にも、「医師には守秘義務があるから」という杓子定規な理屈ではなく、何のために「守秘義務」が置かれているかを考えることが、医療倫理では大切である。

なお、公立病院の医師の場合、刑事訴訟法第239条第2項の「官吏又は公吏は、その職務を行うことにより犯罪があると思料するときは、告発をしなければならない。」という規定が気になるかもしれない。しかし、通説は、この規定も「必ず警察に告発する」わけではなく、それぞれの公務員の職務上相当と考えられる程度の裁量が認められるとされており、医療倫理として、まず患者として医師の元に来てもらうことが重要だと考えて b のような態度を示すのは、立派な裁量権の行使である。

同じことは、結核を伝えられた保健所にも当てはまるはずであり、選択肢 c はその意味で正解とはならない。

Q24. HIV 陽性患者の配偶者への対処

23歳の女性。妊娠の可能性を考えて産婦人科を受診したところ妊娠していることが明らかになった。血液検査の結果 HIV 陽性であったため、夫にそれを伝えるように話をしたが、自分で気をつけるから大丈夫だといって拒否している。その日、夫は病院に一緒に来ていて受付の前の椅子で待っているという。あなたはどうすべきか。

- a 直ちに夫を呼び、事実を知らせる。
- b 病院の倫理委員会で審議してもらう。
- c 患者の希望を認める別の医師に紹介する。
- d 母子感染のリスクもあり、その防止を含めて患者の治療にとっても、夫の関与は不可欠と考えられるため、患者に対し HIV に関するカウンセリングを行ったうえで、夫に知らせよう説得する。

A24. 正解は d と考えられる。

アメリカ・カナダでは、従来より HIV 感染の高いリスクがあるにもかかわらず、感染者がその旨を開示せず性行為に及ぶことは犯罪であるという判断から、原則パートナーに開示されてきた。しかし、平成24（2012）年10月5日カナダの最高裁において、「HIV ウィルス量が低く、コンドームを利用する場合には、HIV 陽性であることを開示しなくても犯罪ではない」との判断がなされた。開示することによる感染者本人の不利益（家庭内暴力な

ど）も考慮されたと推測されている。ただし、犯罪となるか否かはともかく、医療倫理上は、医師が感染のリスクがある第三者に対する配慮を行うことも求められており、どうしても本人が開示しない場合は医師が伝えることが倫理的だとされている。したがって、アメリカでは a が正解とされる可能性が高い。

しかしながら、日本における実地臨床では、本人の同意なく結果を夫に開示することは困難であ

ると考えられる。ただし、本問のように母子感染のリスクがある場合には、さまざまな手段を用いて感染事実の開示を行うことになると思われる。なお、HIVの感染リスクは、きちんとした対応で対

処できるものが多い。患者にも十分なカウンセリングをして、夫と共に対処していくよう説得することが重要である。

Q25. HIV感染をパートナーに伝えたくない患者

25歳の男性。血液検査でHIV感染症と診断され、総合病院の外来にて投薬治療を受けている。その患者が、自分のパートナーにHIV感染症で通院していることを告げていないことを知った。彼はコンドームをちゃんと使用しているので告げる必要はないと言う。またパートナーもたまたまこの病院の他科に別の病気で通院中である。あなたは彼に対しどうすべきか。

- a 「私には、医師としてあなたのパートナーに、HIV感染の事実を伝える義務があります」と言う。
- b 「あなたのパートナーに、あなたがHIV感染症であることを伝えるよう強く勧めます」と言って説得する。
- c 「あなたのパートナーに、HIV感染症であることを伝えないのは法律違反であり、罰せられることになります」と伝える。
- d 「保健所から、あなたのパートナーにHIV感染症についての警告が伝えられます」と知らせる。
- e 「あなたのパートナーの主治医から、あなたのHIV感染症について知らせてもらいます」と言う。

A25. 一応の正解はbと考えられる。

医師には患者の病状その他の医療情報について守秘義務が課されており、それは医師患者関係の基盤となるものである。しかしながら、医師の守秘義務を定める刑法第134条に「医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産師、弁護士、弁護人、公証人又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。」とあるように、「正当な理由」があれば守秘義務は解除される。

そもそも、刑法に規定がなくても、医師が患者についての守秘義務を負うことは疑いがない。ヒポクラテスの誓いにも医師の守秘義務は謳われており、「医師の職業倫理指針（第3版）」にも守秘義務について明記されている。医師の守秘義務違反が刑事事件になることはほとんどなかったが、

平成19（2007）年、少年記録に関し京都の精神科医師が秘密漏示罪で起訴された最高裁判決〔平成24（2012）年2月13日、刑集66巻4号405頁〕では有罪が確定している。

医師の守秘義務は道義的、法的、契約的にも基礎づけられる重要な義務であるが、絶対的なものではなく、正当な理由があれば、医師の守秘義務は解除される。

イギリスのGMC（General Medical Council；英国医療評議会）の示す守秘義務解除のガイドラインは以下のようなものである。

- (1) 医療チーム内で共有する場合
- (2) 医療審査で開示する場合
- (3) 法によって求められる場合（日本での伝染病の届出・感染症予防法第12条など）
- (4) 訴訟の関係で裁判所から求められる場合

(日本での証拠提出命令・民事訴訟法第220条以下・医師には証言拒否、押収拒否などの権利もある。刑事訴訟法第105、第149条、民事訴訟法第197条)

- (5) 法的の規制主体(監督官庁)に提出する場合
- (6) 公共の利益のために開示する場合
- (7) 患者や第三者を保護するために開示する場合(例:米国のタラソフ事件)
- (8) 子供や同意を与えることができない者への治療に関連して開示する場合
- (9) 患者が放置や虐待されている際に開示する場合

一般的、原則的には患者の同意(暗黙の同意を含む)があれば患者関連の個人情報開示できる。

同意が得られない場合でも、公共や第三者の受ける利益が大きい場合(第三者の生命の危険が避けられる)などには守秘義務は解除される。

また、患者が虐待されている場合のように患者

を救済する場合にも守秘義務は解除される(児童虐待防止法第6条は発見者の通告義務を規定している)。

本問の場合、患者はHIV感染症を恥じ、あるいは関係が悪化するのをおそれ、パートナーへの告知を希望していない。パートナーへの医師からの直接の告知は避けたほうがよいが、コンドーム使用でも完全に感染防止はできないため、パートナーへの告知を強く勧めるべきである。したがって正解は選択肢**b**となる。

しかし、男性がアドバイスに従う気配がなく、依然として告知に反対するときは、第三者危害防止の観点から、パートナーへの告知を視野に入れることとなる。医の倫理としては、眼前の患者の秘密を保護することも大切だが、第三者に危害が及ぶリスクが高い場合には、事実を告げることも「正当な理由」とされる。そのようなケースでは、正解は**a**と考えられる。

Q26. 高齢者の自動車運転

85歳の男性。独居で、普段は遠方に住んでいる長男夫婦に連れられて来院した。1か月前に軽乗用車を運転中にガードレールに接触し、頭をハンドルにぶつけた。その後、しばらく頭痛は続いていた。現在症状はない。長男夫婦が患者宅を訪れた際に軽乗用車のドアミラーがとれており、複数のぶつけた痕があるのを発見し、患者に確認したところ、自損事故の話をしたため来院した。患者は緑内障と難聴があったが、半年前に運転免許の更新はできていた。この患者に対し、あなたがすべきこととして重要なことはどれか。

- a 家族にのみ、この男性が車を運転することは危険であるからやめさせるよう説明する。
- b 直ちに視力と聴力の検査を行う。
- c 直ちに脳のMRI検査を実施する。
- d 患者自身と家族を含めて話し合い、彼に別の交通手段を直ちに探すように勧める。
- e 放置すると危険であるので警察に通報する。

A26. 正解はdと考えられる。

現在、75歳以上の高齢者の自動車免許更新には、認知症検査を受けて、その疑いがある場合、公安委員会より臨時適性検査通知または診断書提出命令を受けることになる。

本問の場合、更新はできているので、85歳であつ

ても、免許更新時には運転免許を取り消される程度ではないと判断されたわけである。

しかしながら、軽微ではあっても事故が続いている以上、何らかの措置は必要であろう。この状況では自損事故の原因となった疾患を同定するこ

とよりも、今後の事故防止のための方策が優先されると考えられる。すなわち、この患者は高齢であり、脳血管障害や不整脈などによる失神発作をたびたび起こしている可能性や認知症の疑いがあること、緑内障に伴う視覚障害があること等、いずれも精密検査や治療が必要となる可能性は高いが、本人や周囲の人々の安全のためには、まずは患者本人も納得のうえ自動車の運転をやめてもらう必要がある。aは家族のみに説明する点が不適切であり、eは本人が納得しなければ解決しない。

ただし、高齢者になったら自動車運転をやめさ

せるという方策だけでは、今後の超高齢社会の問題の1つを解決したことにはならない。高齢者にも移動の自由がある。また地域によっては、自動車でない限りどこにも出かけられないところもあるので、高齢者こそ自動車のような移動手段が必要となる。自動車免許を取り上げるだけでなく、それに代わる移動手段の確保、あるいは自動運転の実用化など、社会の対応としては、単に免許剥奪が単純に倫理的だとはいえないことに留意する必要がある。

Q27. てんかん患者の自動車運転

31歳の男性。運送会社の自動車運転手。数日前、昼食中に突然、意識消失と全身痙攣発作が起こった。その後発作はないが心配して来院した。脳波検査などの結果、てんかんと診断した。患者への説明として適切なのはどれか。

- a 運転を続けることは個人の自由であるから自分の責任で判断してください。
- b てんかん患者では事故を起こす率が高いので将来とも運転をしてはなりません。
- c 薬を服用し、一定期間発作がなければ運転することもできますが、とりあえず運転は禁止です。
- d 直ちに運転免許センターに届けるので、その指示を受けてください。
- e 会社に連絡して業務としての自動車運転を禁止させますが、自家用車の運転は差し支えないでしょう。

A27. 正解はcと考えられる。

てんかん患者が起こす自動車事故は一般の人の起こす事故の比率と比べて特に高いということはないようだが、防げる事故であれば対策を考える必要がある。しかし、てんかん発作があったからといって一律に運転を禁止すべきでない。最近では薬物治療の進歩によって70%の患者で発作が制御できるとされていて、治療により発作が制御できれば、一定の条件下において運転も許容される。

わが国では平成25(2013年)6月に道路交通法の改正により、自動車免許の取得の際に、申請者にはてんかんなど、運転中に危険がある状態になりうる症状を申告することが義務づけられ、偽りの申告をすると処罰されることになった。平成26

(2014)年5月には自動車の運転により人を死傷させる行為等の処罰に関する法律(自動車運転死傷行為処罰法)が施行され、「自動車の運転に支障を及ぼすおそれがある病気として政令で定めるものの影響によりその走行中に正常な運転が困難な状況に陥り、人を死傷させた者も懲役に処す」とされた。この病気にはてんかんも含まれている。また、政令「一定の病気に係る免許の可否等の運用基準」(令第33条の2の3第2項第1号関係)によると、以下の場合には運転免許を与えらるゝとしていて、てんかん患者について一律に自動車運転を禁止しているわけではない。

ア 発作が過去5年以内に起こったことがなく、

医師が「今後発作が起こるおそれがない」旨の診断を行った場合

- イ 発作が過去2年以内に起こったことがなく、医師が「今後、x年程度であれば、発作が起こるおそれがない」旨の診断を行った場合
- ウ 医師が、1年間の経過観察の後「発作が意識障害及び運動障害を伴わない単純部分発作に限られ、今後、症状の悪化のおそれがない」旨の診断を行った場合
- エ 医師が、2年間の経過観察の後「発作が睡眠中に限って起こり、今後、症状の悪化のおそれがない」旨の診断を行った場合

ともかく、最近の法律による規制強化には一部の人の反発があり、日本精神神経学会などは、患者の自動車運転を制限し、患者の過失による事故に通常人より重い罪を課すことを認める差別法であるとして、患者の社会生活や通院、職業選択に不当な制限を加えるものであり、そのために治療関係にも悪影響を及ぼすとの批判を「患者の自動車運転に関する精神科医のためのガイドライン」に示している。

ともあれ、医師は患者をてんかんと診断したときには、まずは患者の治療に専念すべきであるが、同時に患者が運転免許証を持っているかを確認し、所有している場合には上記の法律などを念頭に運転の禁止を含めて指導すべきである。特に、患者が指導に従わず運転をやめないようなときに

は公安委員会に報告することも求められている。これは医師の義務ではなく、また患者の了承を得ずに報告しても法的に守秘義務違反に問われないものの、これには問題もある。この場合の医師の対応について日本医師会は「道路交通法に基づく一定の症状を呈する病気等にある者を診断した医師から公安委員会への任意の届け出ガイドライン」[平成26(2014)年9月]において以下のように示している。

まずは、「一定の症状を呈する病気等」に該当すると診断した患者が自動車運転免許証をもっているかを確認し、所有している場合は、①患者本人に症状を説明し、運転をしないように指導する。②患者への指導が困難な場合には家族を通じて指導する。③それでも指導に従わない場合には公安委員会に届け出ると説明し、再度指導する。それでも運転をやめないことが確かなら公安委員会に届け出る。

患者への了承なく届け出ることについては医師の義務ではないが、危険な運転をやめさせることは患者のためでもある。しかし、これにより医師と患者との間の信頼関係が崩れ診療に支障を来すことのないように対処することが大切で、これらのガイドラインを参照し、慎重に対応すべきである。また、てんかんの発作は医師自身が目撃していないのが普通で、診断についてはできれば専門医の意見を聴くことも大切である。

4

守秘義務

Q28. 紹介者に患者の病状を尋ねられた場合

60歳の男性。勤務している病院の事務長の紹介で来院した。患者本人は事務長と大学時代の同級生で友人でもある。検査の結果、遠隔転移を伴う進行した肺がんと診断された。紹介者の事務長から患者の病状を尋ねられた。この紹介者に対してとるべき対応で適切なのはどれか。

- a 紹介者は患者の信頼を得ていると考えられるため、患者に関する情報を教える。
- b 紹介者が患者から代理権委任状を受けている場合のみ患者に関する情報を教える。
- c 患者の家族に検査結果をまず説明し、その際に家族に、紹介者にも話してよいかを尋ねる。
- d 紹介者も守秘義務を負っているため紹介者には情報提供してもよい。
- e 患者に検査結果を説明することがまず大事である。紹介者には、口頭でもよいが患者から許可を受けていない限り、説明できないと言って納得してもらう。

A28. 正解は e と考えられる。

わが国の現状では、特に患者の承諾を得ずに紹介医には患者の病状などを知らせるのが習慣となっており、関係する医師の間で患者の情報を共有することは患者のためであり、患者もそのことを了承していると考えられている。また、医師以外の紹介者の場合でも同様に、返事をするのは礼儀でもあり、「患者の了承がなければ教えられない」というわけにはいかないのが現状である。医師が紹介者に病状を伝えることは患者も暗黙のうちに了解していると思われるので、正解は a ということもありうるが、原則正解は e である。

アメリカでも正解は e であると考えられる。Q22. の問題でも紹介したように、『医師の職業倫理指針（第3版）』の「2. 医師と患者（6）守秘（秘密保持）義務」には、「医師が患者情報についての守秘義務を免れるのは、患者本人が同意・承諾して守秘義務を免除した場合か、あるいは患者の利益を守るよりもさらに高次の社会的・公共的な利益がある場合である」とある。紹介者に診療結果を知らせるのは、どちらにも当たらないので、原則は「患者本人が同意・承諾して」という要件が満たされている場合に、知らせることができる。

個人情報保護法（個人情報の保護に関する法律）や刑法上の守秘義務をもちだすのが法律論になるであろうが、医療倫理としても、単に同じ病院の職員だから話してよいということにはならない。微妙なのは c である。病状によっては、本人ではなく家族に説明する慣行がわが国では少なくとも相当範囲で行われてきており、いわば家族が本人の代理人であるとして、家族の承諾さえあれば、本人同意と同じとも考えられるからである。難しい問題であるが、過去に比べれば、がんを含めて本人告知ははっきりと増えている現状を含めて考えると、やはり e の方がより適切と考える。ただし、どのようにして患者に検査結果を伝えるか、今後の治療方針を定めるかという問題こそ重要であり、患者が望めば、場合によっては家族ばかりでなく、紹介者にも同席してもらって、患者の終末期医療にみんなで対処するという体制を作ることも考えられる。

なお、医療の現場では、事務長ではなく、同じ病院の専門を異にする医師からの紹介などの場合、その医師が電子カルテ等を見ることができないのではないかという問題もある。患者の医療に関連したスタッフだけが情報にアクセスできる体制を作

る必要があろう。

他方で、あまりに厳格に情報管理をすると、診療の連携、医療安全の確保を難しくするおそれもある。ほかには、救急隊が搬送してきた場合、善意で「患者さんはどうなりましたか」と聞かれる場合もある。単なる好奇心からではなく、医療の連携や

医療と救急との連携の向上に情報が必要な場合、拘り定規に「患者の同意がない限り」ということが適切といえるか疑問である。本問は、あくまでも「事務長が友人として心配している」事例であるから、原則を守って、「そのためにはあらためて患者本人の同意を得ましょう」ということになる。

Q29. 人工透析クリニックでの HIV 陽性患者への対応

45歳の男性。人工透析を行っている小さなクリニックに通院中である。このクリニックでは日常的に血液を扱うので、患者には同意のうえで HIV 検査を受けてもらっているが、この患者が陽性であることが分かった。このクリニックでは HIV 陽性患者は初めてのことであり、クリニックの院長であるあなたはそれが分かった後、どのように対処すべきか悩んでいる。対応として適切なのはどれか。

- a 従来から、HIVに限らず、感染症のリスクを防ぐ対策は十分に行っており、現場のスタッフに動揺を与えないよう、さらにこの患者と他の患者の間で何らかの差別的行動をとることを防ぐために、スタッフの看護師や臨床工学技士にはこの事実を知らせないでおく。
- b 患者への血管穿刺は、クリニックの院長である自分自身は行わないで、ほかのスタッフにやってもらう。患者は、自身が陽性だと自覚している様子なので、結果は知らせないでおく。
- c 現場のスタッフには医療機関の長として安全配慮義務を負っているため、事実を知らせていっそう注意してもらおう。ただし患者が医療スタッフに HIV 陽性と分かって差別されることを心配することがないように、患者には陰性だったと言っておく。
- d 患者にも現場のスタッフすべてにもこの事実を伝える。重大な秘密を要する事項だと強調し、また差別的取り扱いがないようにと注意する。
- e 患者が既婚、またはパートナーがいる場合に限り、患者に陽性であったことを知らせ、その人に感染しないような措置を指導する。

A29. 正解は d と考えられる。

『医師の職業倫理指針（第3版）』の「2. 医師と患者（6）守秘（秘密保持）義務」では、「医師が診療の過程で取得する患者に関する情報は、患者にとってきわめて秘密性の高いものである。医師がこのような患者の情報を他人（第三者）に漏らすことは患者に実害を与えたり、患者の名誉を毀損することになりかねず、医師・患者間の信頼関係を損ない、円滑な診療を阻害することになることから、古くから医師は職業倫理として患者の秘密を保持する義務、すなわち守秘義務を重視してきた」と述べている。とりわけエイズなど感染性の病気

に対する偏見はこれまで多くの問題を起こしてきたことを考慮する必要がある。

HIV については、感染リスクがきわめて大きいわけではないこと、さらに、HIV に対する治療法も格段に進歩してきたことに対する理解が以前よりも進んできた。それでもクリニックの長としては、a のように、スタッフの動揺や意識的無意識的な差別的行動をおそれて、事実を知らせないでおきたいと思うかもしれない。しかし、医療スタッフは、患者のために、患者の状況を知っている必要がある。さらに、そのような「配慮」の結果、患者

の変調を見逃したり、スタッフに何らかの感染が生じたら、それこそが悲劇であり、防げたはずの事故を誘発したとして、大きな責任が問われる。

医療倫理の観点からは、このような患者も支える体制をスタッフ全員でとる必要があり、またスタッフ自身の安全を守るのも医師あるいは管理者の責任である。同時に、HIV だけを特別扱いする

のではなく、小さなクリニックにおいても、どうしても通院しなければならない透析患者が何らかの感染性の病気に罹患している場合、その罹患のリスクや対処法、患者の病状に変化があった場合に早期に気づく配慮を重視し、さらに情報漏れが起こって差別的行動が生じないように、スタッフ全員に対する教育が必要である。

Q30. 染色体異常についての相談

25歳の男性医師。彼は勤務医で、クラインフェルター症候群（47, XXY）である。彼は最近、自らの染色体検査を行い、その事実を発見した。秘密保持についてはとても用心しており、主治医であるあなたは、彼がクラインフェルター症候群であることを知っている唯一の人間である。彼はあなたがこのことを誰かに知らせる法的義務を負っているのか尋ねた。あなたは彼にどのように示すべきか。

- a 彼の家族に知らせる。
- b 病院長に知らせる。
- c 病院事務長に知らせる。
- d 誰に対しても知らせる義務はない。

A30. 正解は d と考えられる。

本件ではどのような経緯で当該患者が染色体検査を実施したのかは不明であるが、最近では検査によって予期しない結果が明らかになること（incidental findings；偶発的所見）をどのように開示するかが注目されている。しかし、いずれにしてもその結果を本人の同意なく第三者に開示する義務はなく、正解は d と考えられる。

クラインフェルター症候群とは、通常の男性の性染色体は「XY」であるが、これに X 染色体が1つ多く「XXY」となっている染色体異常を示す疾患で、次世代へ伝搬する遺伝性疾患ではない。男性であるが外見が女性的であるといわれているが、症状はほとんどみられないため、染色体検査を行わないと同定されないことが多い。男性不妊であることが多いが妊娠例もみられる。

偶発的所見の取り扱いについては、最近の画像解析・遺伝子解析技術の進歩によって注目される場所となっている。厚生労働省の「ヒトゲノム・

遺伝子解析に関する倫理指針」では、偶発的所見については、「研究責任者は、ヒトゲノム・遺伝子解析研究の過程において当初は想定していなかった提供者及び血縁者の生命に重大な影響を与える偶発的所見（incidental findings）が発見された場合における遺伝情報の開示に関する方針についても検討を行い、提供者又は代諾者等からインフォームド・コンセントを受ける際には、その方針を説明し、理解を得るように努めることとする」とある。つまり、検査実施以前にその取り扱い（開示をするのかしないのか）について医療者・研究者が方針を決めておき、それを被験者に示したうえで検査を実施することが望ましいということである。検査結果のなかには患者の健康に大きく影響を与えるもの（腫瘍の発見など）もあり、必ずしもあらかじめ決めたとおりに開示する、しないの判断ができないこともあるが、これらの問題について医療者として検討しておく必要があると考える。

5

医療過誤

Q31. 薬剤の取り違え

病院に勤務している看護師 A は、自分の子どもと母親の3人でインフルエンザの予防接種を受けた。ところが、その際、同じトレイにあった大人用の容量0.5mL と子ども用の容量0.25mL の取り違えがあった。母親は、いろいろなところに気をつく人であり、接種の際にも変だとは思ったようであるが、その場では何も言わなかった。後日、「医療ミスではないか」と看護師 A を通して母親から病院に対し訴えがあった。病院の担当者としてどのような対応が適切だと考えられるか。

- a 現に被害が出ていない以上、本件に何ら問題はないことを看護師 A に丁寧に説明する。医療事故は、まさに被害が出て問題となるものであり、本件は、その点で医療事故ではない。ただし、今後、同様の間違いがないよう、医師に対し注意することを伝える。
- b このような過ちから重大な事故に至ることは少なくない。苦情を申し立てた看護師 A およびその母親には、今回は被害が出ていないことを説明するとともに、このような報告をしてくれたことを高く評価し、他方で、このような過ちをすることのある病院であることが伝わるのは病院の評価に関わるため、外部には知らせないようお願いする。
- c 本件では幸い被害が出ていないが、重大な結果に至る可能性があったのであるから、このような取り違えが、なぜ発生したのかを検討し、原因究明に努める。再発防止策（たとえば大人用のアンプルと子ども用のアンプルを別のトレイに置くようにすることや、子ども用には明確な印をつけることなど）をとることを、当該看護師 A および母親に説明するとともに、病院のホームページにも掲載する。
- d 看護師 A がこの件を公表しているような場合、病院の適切な対応を待たない点でも問題があり、病院の評価を下げている点でも非難に値する。A など関係者を懲戒処分とする。

A31. 正解は c と考えられる。

現実にこのような事件が起きた場合、b による対応が多いのではないかという意見がある。他方では、医療安全に対する各病院での意識の高まりは大きく、このような事例は「ヒヤリハット事例」として報告するのが当然とされているという意見もある（もっとも本件の場合、すでに取り違えが起こっているのもはやヒヤリハットの域を超えているともいえる）。

何かを隠そうとする態度は倫理的にも問題である。そればかりではなく、危うく被害を受けかけた看護師に、自らも帰属する病院という組織への不信感を生む可能性が高い。真摯に医療安全のため

に再発防止を考える c が正解と考えられる。

ミスや事故は、どんな医療機関にも起こりうる。わが国では、そのような現実から目をそらして「あってはならない」という言い方で、あらゆるミスを批判する風土（blame culture；他人を責める文化）が強まっている。そのような風潮は、かえって隠蔽を生みかねない。医療者も人間であること、“人は過つ”という常識からスタートして、むしろ医療倫理を実践する専門家としてミスを明らかにし、それに真摯に対処して再発防止を図る組織を高く評価する風土（just culture；正義の文化、公正の文化）を育てる必要がある。

Q32. 治療法の選択に当たっての不十分な説明

55歳の男性。急性心筋梗塞で救命救急センターに運ばれてきた。血栓溶解薬を投与された後も強い胸痛が継続し、心エコー上、左心室機能が低下している状況であった。あなたを含めた主治医グループは、カンファレンスで、経皮的冠動脈形成術を行う方針を決め、患者に説明することにした。ところが、患者に対し、この経皮的冠動脈形成術の利点とリスクについて説明する際に、あなたは冠動脈形成術のリスクとして血腫や冠動脈破裂が生じうると述べた。彼は、そのリスクをおそれて冠動脈形成術を受けないと主張し、結果的にその後死亡してしまった。遺族から訴えられた場合、どのような結論が予想されるか。

- a あなたは敗訴する可能性が高い。なぜならあなたは冠動脈形成術を行わない場合に生ずる重大な結果について患者に話していなかったからである。
- b あなたは敗訴する可能性が高い。なぜなら、あなたは血栓溶解薬投与の前に、緊急状態にあるとして経皮的冠動脈形成術を行うべきだったからである。
- c あなたは敗訴する可能性が高い。なぜなら、医療者が最善と決めた手技を実施すべきだったのであり、患者の主張を聞き入れるべきではなかったからである。
- d あなたは勝訴する可能性が高い。なぜなら、あなたは冠動脈形成術のリスクについて患者に十分説明しており、これはインフォームド・コンセントの手続きを経た結果であるからである。
- e あなたは勝訴する可能性が高い。なぜなら、患者は提案された治療を自ら明確に拒絶したからであり、それは自己責任というべきだからである。

A32. 正解は a と考えられる。

『医師の職業倫理指針（第3版）』の「2. 医師と患者(3) 患者の同意」では、インフォームド・コンセントを得ることの重要性が述べられているが、その前提となる説明として、「医師が診療を行う場合には、患者の自由な意思に基づく同意が不可欠であり、その際、医師は患者の同意を得るために診療内容に応じた説明をする必要がある。医師は患者から同意を得るに先立ち、患者に対して検査・治療・処置の目的、内容、性質、また、実施した場合およびしない場合の危険・利害得失、代替処置の有無などを十分に説明し、患者がそれを理解したうえで同意、すなわちインフォームド・コンセントを得ることが大切である」とあり、経皮的冠動脈形成術を実施しない場合のリスクについても十分に説明しなければならないことが明示されている。

患者の自己決定権は重要であるが、その判断には医師からの基礎的な情報の提供が十分でなけれ

ばならない。経皮的冠動脈形成術を行わなければ生命に危害が及ぶ可能性があることを明確に説明しておく必要がある。また、説明の仕方も重要であり、この施術の最大の利点は救命であることと、それに対するリスクが利点に比べてはるかに小さいものであることを理解してもらわなければならない。救命救急センターに運ばれてきた患者は精神的に混乱している場合も少なくない。救命のための時間的制約もあるため、必要事項をシンプルに分かりやすく説明することが重要であることはいうまでもない。患者の家族が来院している場合には、緊急手術にはリスクはあるが、行わなければ死亡する可能性が高いことを説明したうえで、医療者と共に患者を説得してもらうことも考えられる。

ただし、本問のような事態がアメリカで起こった場合、仮にその説明があっても、通常は冠動脈形成術を行わないリスクが小さいときには、結果は異ならないであろうとして勝訴する場合もあ

る。それに対し、日本では、説明義務違反があれば少なくとも慰謝料が請求できるので、医療過誤とされる可能性が高いといえる。しかし、本問ではそのような法律的な問題よりも、医学的にみて患者にとっていくつかの選択肢があり、それらについて専門的な助言を与えることの重要性を考えるの

が本筋である。その説明の仕方に不十分なところがあり、患者が自己決定と称して医療者からみて誤った判断をした場合に、そのような事態を防ぐ責任が医師にあることは、医療倫理上も明らかである。

Q33. 誤投薬による死亡

50歳の男性。心室性不整脈で入院した。まだ経験の浅い若手の医師が抗不整脈薬としてリドカインを100mg 静注するつもりで指示箋を書いたが、手書きの字が乱暴で読みにくいものであった。看護師と病棟薬剤師は、医師に確認することなく患者にリドカインを500mg 静注してしまった。翌日、患者は心機能が低下し、集中治療室に入り治療を受けたが死亡した。その時点で医師らはリドカインの過量投与に気づいた。患者の家族はこの投与ミスに気づいていない。この責任について適切に説明しているのは次のどれか。

- a 医師には責任はない。彼の字は判読しにくかったが、指示自体に間違いはなかったからである。
- b 誰にも責任問題は生じない。それは、患者も家族も問題に気づいていないからである。
- c 医師にも病院にも責任がある。まずこの状況を患者の家族に説明する責任がある。
- d 責任問題は生じない。投薬量と患者の状態の悪化には因果関係があるとはいえないからである。
- e 看護師と薬剤師の過ちによるので医師には責任がない。

A33. 正解はcと考えられる。

本問の場合、直接の当事者である医師、看護師、薬剤師のみならず、病院全体やシステムに問題があると考えられるべきであろう。個別の当事者の責任はそれぞれ問われることになるが、院内の指示出し・指示受けにおけるチェック機能や間違いやすい薬剤についての啓発など、不十分であった点を洗い出し改善することが重要と考えられる。なお、リドカインに関する医療ミスは10年ほど前まで頻繁に起きていた。それまでも薬剤のアンブル等には含有量や投与方法について注意を促す記載がされていたが、事故が頻発したため、製剤容器の形を替えたことで減多に起きなくなった。また、指示受けの際および投与時の確認は看護師、薬剤師などのコメディカルの間で徹底されるようになり、患者取り違え事故予防のための患者確認の徹底と

ともにシステム改善が図られている。

なお、本問のようなケースでは、医師、看護師、薬剤師のうち誰が悪かったのかという、犯人捜しのような対応がなされることは不適切である。仮に死亡と薬剤の過剰投与との因果関係が必ずしも明らかでない場合であっても、医療事故が生じたことは明白である。なぜ、生じたのか、防ぐためにはどうすればよかったのか、今後の再発防止のために何ができるのかを考えることこそが、医療倫理の課題である。また、分かっている事実を正直かつ迅速に家族（遺族）に説明することも、結果的には長期的にみた医療の安全に資するものであり、医師患者関係の信頼の基盤となると考えるべきである。

Q34. 投薬指示を忘れた医師の対応

72歳の女性。心内膜炎で入院した。主治医であるあなたは標準治療として行うとされている抗菌薬の点滴投与を14日間行う予定で、その旨を患者に説明した。しかし、週末に入った5日目と6日目の点滴投与の指示を出し忘れた。週明けの7日目にこの事態に気づいたが、幸い患者に重大な悪化はみられなかったため、この日から投与を再開した。今後あなたはどのような対応をすべきか。

- a 今後は二度とこのような失敗をしないよう注意し、様子を見る。
- b これは臨床的には重大なことではないので、あなたは患者に何も話す必要がない。
- c 患者に謝罪し、自分が抗生物質の投与指示を出し忘れたのだが、幸いあなたには全く問題が生じていないと話す。
- d 病院にはヒヤリハットの報告はするが、患者には不安を与えるだけなので知らせない。
- e このミスについて、病院内のメディエーター的な役割を果たしている看護師に対して患者に説明するよう依頼する。

A34. 正解はcと考えられる。

本問では、医療上のミスはあったものの患者に被害がない場合、どうすることが倫理的に正しいのかをあえて問うている。患者に対して誠実に接するという倫理的観点では、この時点で実害が生じていないとしても、患者にはミスによって標準治療から逸脱したことについて告げるべきである。何も患者に被害がないのに告げてしまうと、患者に余計に不安を与えてしまうのではないかという考え方もあるかもしれない。また、患者は週末に2日間点滴の投与がなかったことは、何か意図があってそうしているのだと思うかもしれない。後に合併症などの症状が出たとき、この2日間の休薬のせいではないかと疑われる場合もありうる。そのようなことを総合的に考慮すれば、説明すべきであると考えられる。

『医師の職業倫理指針（第3版）』の「8. 医師と社会（2）医療機関内での医療事故の報告と原因の究明」において、「患者・国民の生命・身体の安全を確保し、これを守ることは、医師および医療機関の患者・国民に対する基本的な責務である。この責務を全うするために、医師および医療機関は、組

織内に医療事故の報告制度を作る必要があり、そこで起こった医療事故については、原因を究明し、事故が起これないように医療機関内において組織的対策を立て再発防止に努めなければならない」としている。本問のようなケースでも、患者に謝罪し説明するだけでなく、このような事例の再発防止について、院内で情報共有する仕組みが必要である。

また、同指針は「8. 医師と社会（1）医療事故発生時の対応」において、「診療中、患者に障害を与えるような事故が起こった場合、担当医はまず患者の治療に全力を尽くすことが重要である。それとともに、患者や家族に対して事情を説明することも大切である」とするが、本問のように、患者に障害を与えないような場合にも、やはり説明すべきである。患者に、医師などの医療者や病院は完全無謬の存在だという幻想を抱かせるのではなく、人間ができるだけ過誤を少なくするよう努力している機関であり、その構成員であるという事実を伝えることの方が、長期的にみれば、医療への信頼を高めると考えるからである。

6

医療記録・死亡診断書

Q35. 急逝した患者

80歳の男性。3年前から高血圧症のために近所の診療所のA医師が診察している。2年前、心筋梗塞で市立病院に1か月入院し退院したが、その後も狭心症様発作が数回ありニトログリセリンの舌下錠の服用で治まっていた。5日前に診療所に来院しA医師が診察したが、患者は元気で降圧薬を処方した。ところが今朝、患者の娘からA医師に電話があり、「朝、父が寝室のベッドの傍に倒れていた。意識もなかったので救急車を呼んだところ、すでに死亡しており死後硬直もあると言われたが、どうしたらいいのか」と相談された。A医師はどのように対応すべきか。なお医師からみて話に不審な点はない。

- a 死亡のときに立ち会っていないので死亡診断書は書けないから警察に連絡するように話す。
- b 医師が死亡診断書を書けるのは法律では24時間以内に診察している場合に限るとされ死亡診断書は書けないので、保健所に連絡するよう指示する。
- c 救急車にお願いして監察医務院に遺体を運んでもらうよう伝える。
- d 患者の家に行き死体を検案し心筋梗塞が死因と判断されれば死亡診断書を書いて渡す。
- e 5日前の診察では診療継続中といえないので、死体検案書を作成して家族に渡す。

A35. 正解はdと考えられる。

現在、少なからぬ医師が、医師法第20条「医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後二十四時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。」という文言を文字どおりに受け取って、24時間を越えた時点で診察した場合には、死亡診断書を作成できないと考え、警察に知らせるように計らう。すると、犯罪性がない死亡でも、警察は「疑うのが仕事」なので、遺族は容疑者扱いされ、いやな思いをすることになる。

超高齢社会と呼ばれるわが国において、在宅で安らかに看取ることが重視されようとしているが、このようなことがあると、在宅において穏やかに死亡することが難しくなる。実は、厚生労働省の通知でも、24時間にこだわらず、かかりつけ医が経過をみている患者の場合には、数日前に診療した

ケースでも、異状死と考えられないと判断すれば死亡診断書を書くことができるとされている。

医療倫理上もそのことに何ら問題はない。たとえば、「読売新聞」平成23(2011)年6月13日付けの記事では、以下のようなオレゴン州在住の家庭医の話が載っている。「とてもびっくりしたのは、オレゴン州では、在宅ホスピスで死亡した場合、医師が患者の家に行く必要はないそうです。家族が看取り、亡くなりましたということで数日後に医師の診断書をもらえばいいそうです。医師は遺体を診ずにサインできます。ホスピスサービスを受けているのですから、亡くなるのは自然なことです。でも日本人の感覚からすると“医師が確認しないで大丈夫?”と心配になりますが、これも家族による看取りを大切にすることなのではないでしょうか」。

医師が死亡の状況を確認することは必要だと考えるが、外国における在宅でのホスピスでは、上記のような取り扱いまでなされていて、それでも医療倫理上の問題はないとされているのである。

今後、わが国でも在宅や介護施設での死が増えることが予想される。その際、当該地域でかかりつ

け医が高齢者の穏やかな最終段階を見守るネットワークを作り上げることこそ重要である。

Q36. 医療記録の管理

医師としての患者の医療記録の取り扱い、特に医療記録を作成する目的として、以下のうち適切なものはどれか。なお、この背景には、あなたが年齢的な事情から、長年続けてきた診療所の閉鎖を考えていることがある。カルテ保存義務は5年と法律で定められているので、少なくとも5年以上前のものはすべて廃棄しようかと考えており、その関連で、そもそも医療記録の目的とは何かという基本的な課題を考えるようになったという事情もある。

- a 患者の診療をきちんと行ってきたことを記録し、今後もそれを続けるための基盤として記録を作成するため。
- b 患者の診療に関し、院内および院外において、その記録を共有し、協力体制を築くため。
- c 患者について、可能であれば誕生から死亡まで一貫した医療記録を作成する一環として。
- d 万一の場合の訴訟に備えて、いかなる医療が行われたか証拠を残すため。
- e 医学研究や教育に利用するため。
- f 上記 a と d のため。
- g 上記 a ～ e のため。

A36. 正解は g と考えられる。

問題文にもあるように、医師法第24条では、「医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。

2 前項の診療録であつて、病院又は診療所に勤務する医師のした診療に関するものは、その病院又は診療所の管理者において、その他の診療に関するものは、その医師において、五年間これを保存しなければならない。」と定めている。この法律では5年間だけ医療記録を残せばよいようにみえる。

この場合、医療記録は医師の記入する診療録ばかりでなく、看護記録なども含めるのが普通である。看護記録については、直接の規定がなく、医療法において、地域医療支援病院や特定機能病院では2年間の看護記録保存が規定されている。

これらを見ると、日本の法律上は、一定期間だけ患者の医療記録を保存すればそれで十分ということになるが、それはあくまでも法律上のことである。特に、この保存期間は紙の形で記録が保存され

た場合のスペースや管理の困難性などが考慮されたと思われるが、今後、医療記録の電子化が進めば、これらの問題は解消する。医療の実務や倫理を考えれば、患者の医療記録を保存し、必要な際に活用するのが当然である。選択肢 c で「誕生から死亡まで」とある点にも注目すべきである（2年や5年では医療実務とはマッチしない）。また、この患者の医療記録は、患者自身のために利用されると同時に、プライバシーに配慮しながら、社会全体のためにも利用されるべきだというのが医療倫理である。

わが国では、このような意識がまだ薄く、医療記録（情報）は誰のものか（医師のものか患者のものか）というような意味の薄い問いかけや、個人情報保護法によって、医療機関・医療従事者、さらには医療・介護間での情報共有にも壁があると考えがちであるが、だからこそ、医療倫理上の正解は、最後の g であると考えられる。

『医師の職業倫理指針（第3版）』では、「2. 医師

と患者(5)診療録の記載と保存」において、医療記録作成・保存により「医師は次回の、あるいは将来の患者の診療に備えるとともに、過去の医療内容を確認し点検する材料とすることができる。また、医師が日常的に診療に関する記録を作成し保存す

ることは、業務内容の科学性、透明性を確保するためにも大切である」としており、今後、医療データの情報化が進み、公衆衛生上、医療政策上でも利用されることが見込まれる。データの社会的公共的意義もいっそう強く認識する必要がある。

Q37. 医療記録の開示

35歳の女性。慢性腎臓病で3年間通院し、治療を受けている。患者は、この3年間の医療記録がほしいと言ってきたが、病院はその理由を明らかにしない限り、それは認められないと断った。そこで、患者は、それはおかしいと訴えてきた。担当医としてどのように考えるべきか。

- a 患者は医療記録にアクセスできないため担当医がその記録をコピーして患者に渡せばよい。
- b 患者が自分の記録をみる権利は正当な理由がある場合に限られるので、請求理由を尋ねる。
- c 患者には自分の記録をみる権利があるが、医療費の自己負担分の支払いがなされていない場合は断ることもできる。
- d 患者には自分の記録をみる権利があり、それについて理由は不要である。
- e 病院が保有している医療記録は病院のものであるから、患者の請求を拒否してもよい。

A37. 正解はdと考えられる。

医師患者関係が、患者による医師へのお任せ的な関係で済んでいた時代には、患者が医療記録をほしいと言ってくるのは、この医師は信用できないので、記録をもって他の医師に相談に行く(セカンド・オピニオン)か、何らかの理由で医師を訴えるための準備をしているのではないかと考えたりおそれたりする医師が少なくなかった。

しかし、現在では、セカンド・オピニオン外来が増えていることから分かるように、記録請求は当然とされており、訴訟等の紛争事例では、たとえ断ったとしても、証拠保全等、むしろはっきりした訴訟手続がなされる可能性が高い。そもそも、このような理由から患者が医療記録を求めてくるといふ想定自体が、かつての医師患者関係を前提としている。現代の医師患者関係のなかでは、患者の医療記録はPHR(personal health record;個人の医療記録)として、いつでもアクセス可能であり、生涯における医療記録を基に今後の生活習慣病予防に役立てるなどの利用が図られるようになってきている。

『医師の職業倫理指針(第3版)』では、「2. 医師と患者(7) 患者の個人情報、診療情報の保護と開示」において、次のように解説がなされている。

「医師の守秘義務や診療情報の保護と関連してしばしば問題になるのは診療記録など本人に対する開示の問題である。患者やその代理人が開示を要望したときには、原則としてこれに応じなければならないが、以下のような場合は、開示を拒みうる[個人情報保護法第25条第1項但し書き。平成27(2015)年改正法では第28条第2項]。①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、②医療機関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、③開示することが他の法令に違反する場合」

要するに、開示が原則であり、例外に当たる事例はごく限られており、本問のようなケースでは例外に当たるとは思えない。また、自らの個人情報の開示に理由は不要であり、平成27(2015)年の個人情報保護法改正では、患者の権利として明確に開示請求権が示されている。

7

謝礼・寄付

Q38. 患者からの贈り物

75歳の女性。高血圧など複数の病気で通院している。患者の家族は、日頃から担当医に深く感謝しており、デパートで購入したケーキと手作りのマフラーをもってきた。担当医はどう対処すべきか。

- a 「ありがとう」と言ってそのプレゼントを受け取る。
- b これらのプレゼントを受け取るが、院長に報告だけはする。
- c 購入してもってきたケーキは断り、手作りのマフラーだけ受け取る。
- d これらすべてのプレゼントを拒否する。
- e ケーキを病院スタッフと分けるのであれば、そのプレゼントを受け取ることは倫理的にも許されるので受け取る。

A38. 正解は a と考えられる。

患者からの贈与に敏感なアメリカでも正解は a とされるであろう。少額のプレゼントの場合、まさに医師患者関係の良好さを示すものであり、院長その他への報告義務もない。ただし、これらの贈与の結果、処方仕方など、医療のあり方に影響を与えてはならないのは当然のことである。

わが国においても a が正解と考えられる。医師患者関係の特殊性は、一方（患者）が他方（医師）に感謝することが多いところである。そのような感謝の念を、「物の贈与」で表現することには異論もあるであろうが、それが少額のものである限り、感謝をお歳暮等の形で表すことが社会通念上も認められているわが国では、医療倫理に反するとまではいえないと考えられる。

「少額」がどの程度までを指すのかは難しい場合がある。ただし、金銭ではなく、本問のようにお菓

子や手作りの物品などであれば、まさに良好な医師患者関係を示すものである（もちろん感謝の言葉だけで十分にそれは示されるのであるが）と考えられる。

なお、『医師の職業倫理指針（第3版）』の「2. 医師と患者（17）医療行為に対する報酬や謝礼」には「医師は医療行為に対し、定められた以外の報酬を要求してはならない。また、患者から謝礼を受け取ることは、その見返りとして意識的か否かを問わず何らかの医療上の便宜が図られるのではないかという期待を抱かせ、さらにこれが慣習化すれば結果として医療全体に対する国民の信頼を損なうことになるので、医療人として慎むべきである」とあるが、これはまさに金銭的報酬やそれと同視される謝礼（商品券など）を念頭に置いた記載である。

Q39. 患者からの寄付

60歳の男性。パニック発作による異常な動悸を訴えて入院した。躁病気味で、その態度に不安な様子がみられる一方、話が飛躍する傾向もあった。本人もそのような状況に陥っているのを深く悩んでいた。幸い、入院後の手当が奏効し、症状が急激に改善した。彼は起業して一代でかなり大きな企業に成長させた成功者であり、相当の財産があるので「是非ともあなたの研究を援助したい」と言って1,000万円の寄付を申し出た。どう返答するのが適切か。

- a ありがたく受け取ります。
- b 双極性障害の研究のためにありがたく受け取ります。
- c 本当にありがたいのですが、その前に、精神科医の診察を受けてもらわなくてはなりません。
- d 病院の利益相反委員会で承認されたら、受け取りましょう。
- e 大変ありがたいのですが、患者さんからは金品を受け取ることはできないことになっています。

A39. 正解は e と考えられる。

本問のようなケースの場合、アメリカでは受け取らない。その理由としては、患者が精神的な問題を抱えている場合、それがたとえ判断能力がないとはいえない程度のケースであっても、その患者から何らかの贈与を受けることは、一定の影響力の行使を疑わせるので、倫理上問題とされているからである。

わが国では、従来、本問のような精神的症状がみられるケースであれ、そうでない場合であれ、手術等の前後に、患者から主治医に対し一定の「御礼」をする慣例がみられた。

医師患者関係は、本質的に対等なものではないので、このような慣行が拡がれば、実際に医師の側からこのような「御礼」を要求するケースも出てくる可能性がある。患者サイドからも、「御礼」をしないときちんとした医療が受けられないのではないかという疑念も出てくる。そのような懸念を払拭するには、このような「御礼」の慣行はなくす方向で考えるべきであるが、他方で、術後に成功不成功にかかわらず、「同様の病気に対抗するため

の研究に」と言ってくる善意の申し出をすべて排除すべきかどうかは疑問である。

そのような場合には、個人的な収入となるのではなく、当該病院のなかで、透明性を確保し、きちんとした研究費として受け入れることのできるような仕組みがあれば受け取ることも妥当で、bも正解としうる。

したがって、本問の正解は e と考えられるが、わが国の場合、アメリカほどには厳格ではなく、治療の結果、現在の患者の判断能力に何ら問題がないことなど、一定の条件をクリアすれば受け取ることも可能と考えるのが適切である。それが「利益相反委員会」で確認されるようなら d が正解とされる可能性もあるが、本問のようなケースでは、くれぐれも慎重な対応が求められる。患者の家族等から、患者の病気につけ込んで多額の寄付を得たというクレームがくる可能性もあり、倫理的にみても適切な対応が十分になされたというプロセスを経ることが求められ、形式的に利益相反委員会を通しただけでは不十分とされる場合もある。

8

妊娠・出生

Q40. 帝王切開を拒否する患者

23歳の妊婦。妊娠36週の段階で児頭骨盤不適合と診断され、入院した。主治医であるあなたは帝王切開を勧めた。彼女は、帝王切開でなければ胎児はおそらく生まれてくることができないだろうと説明を受け、この状況を理解していたが、入院期間が延びることを理由に帝王切開を拒否している。あなたはどうすべきか。

- a 精神科を受診させる。
- b 38週になったら鎮静剤を投与し、帝王切開を行う。
- c 院内倫理委員会に相談する。
- d 胎児の父親に状況を説明し、彼に帝王切開の同意を求める。
- e 彼女の希望を尊重し帝王切開を行わない。

A40. 難しい問題であるが、一応の正解はcと考えられる。

本問のようなケースでは、胎児が死産になった場合、母体も危険である。このことも妊婦に十分に説明することが必要であろう。また、入院期間が延びることが帝王切開拒否の理由となっているが、なぜ入院期間が長くなるのが問題となるのか、妊婦とよく話し合うことも必要である。

実際には、出産および帝王切開にかかる費用が高額になると思って拒否しているのかもしれない。日本国内では、帝王切開の費用は健康保険でまかなわれ、低所得の場合には自己負担額は低額に抑えられる。また、加入している健康保険から出産一時金が支払われるため、帝王切開を行うことになったとしても経済的な負担はほとんど変わらない。このような経済的援助や保障があることを説明することでこの状況を解決できるかもしれない。

わが国では、妊娠中絶については、母体保護法上、夫の同意が必要とされているが、本問のようなケースで夫の同意だけで帝王切開することはできない。ただし、夫を交えて、何がこの夫婦と胎児のために最善の選択であるかを十分に話し合う必要はある。

施設によっては倫理委員会にかけて一定の判断が示されれば、それも相談内容に含まれて、最終的な判断に至ることになる。ただし、それだけの手続を経てなお、帝王切開を拒否した場合、強制的にそれを行うことはできないので、選択肢eになる場合もあろう。この場合、それによって起こりうるリスクなどを説明したうえで拒否の理由をじっくりと聞いて、誤解があればそれを解くような努力が求められる。

Q41. 未成年女子への避妊薬の処方

16歳の女性。コンビニのパートタイマーとして働いているが、同じ職場の男性と恋愛関係にあり、避妊薬のピルの処方を求めて来院した。本人はこのことについては秘密にしてもらいたいという。産婦人科医として適切な対応はどれか。

- a 未成年者であるので親の承諾がなければ応じない。
- b 家庭裁判所の調停委員を紹介して判断してもらおう。
- c 本人の話を聞き、本人に責任能力があると判断されれば処方する。
- d ピルは処方せず、相手にコンドームの使用を強制するよう本人に勧告する。
- e ピルを処方したうえで、密かに親に話し了解を求める。

A41. 難しい問題であるが、正解はcと考えられる。

これは実際にイギリスで論争があった事例に近い問題であり、結局最後はcということになった。したがって、イギリスなら解答はcと考えられるが、日本でもcだと言切れるかどうかの問題となる。

なお、アメリカでは、未成年者の医療はすべて親の判断で、当然、親に通知がなされるのが原則であるが、例外として、妊娠に関わる問題では、未成年者も「成熟した未成年者 (mature minor)」とされて、患者本人が望んだ場合、親の同意は不要であるとされている。少なくとも親への通知もすべきであるとする州法もあるが、親もさまざまであり（児童虐待の例などもある）、親への通知をしなくてよい例外も認められている。

わが国の場合、法的には、一般論として本人に判断能力があれば医療については本人の判断が優

先するとされており、本問のようなケースでなくとも、法律上はcで問題ないことになりそうである。しかし、実際のところは、法的にも医療倫理としても、未成年者が受ける医療について、明確なルールが定まっていないというのが実情であり、したがって、未成年者を対象とする臨床試験などでは、未成年者と親権者双方の同意を得るという慣行がある。

ただし、日本でも妊娠に関わる決定は微妙な問題があり、何でも親に伝えてよいというわけにはいかない場合もある。少なくとも医療倫理としては、丁寧に本人に事情を聞くこと、避妊についてのさまざまな方法のメリット、デメリットなど、十分な説明をして、それが十分理解できる程度の判断力があるかどうかを確認しておく必要があると思われる。

Q42. 未成年者の妊娠

15歳の女性。自分が妊娠していることに気づいて来院し、妊娠3か月と診断された。相談した後、彼女は中絶をすることを決めた。彼女の両親は彼女が妊娠していることを知らず、彼女はこのことを両親に知られたくないという。そして、それには理由があるという。あなたはどのようにすべきか。

- a 本人の意思を尊重して、両親に知らせずに中絶をする。
- b 両親の電話番号を調べて両親に知らせ返答を求める。
- c 両親の同意書がなければ、中絶をすることはできないと伝える。
- d 彼女はこのケースでは親権から自由に自己決定できるとの確認を裁判所に求める。
- e この問題について両親と話し合うよう彼女に強く勧める。

A42. 正解は e と考えられる。

母体保護法に基づく、両親の許可を得ることは中絶の必要条件ではない（配偶者あるいはそれに相当するものの同意書は必要と規定されている）。また、法的には15歳になれば医療的な同意は自分の考えでできるが、倫理的に考えれば（通常の親子関係を想定すると）親の同意や診察の同伴が望ましい。選択肢 a は、仮に法律上は正しいとしても、医療倫理として直ちに正解とはしづらい。

選択肢 b は、通常、親の指導が必要な年齢であることを考えれば、倫理的に誤りとはいえないが、他方で、親にもさまざまな親がいることも事実であり、親の性的虐待による妊娠や家庭内で暴力をふるう親というケースすらありうることであるから、慎重な対応が求められ、すぐに正解とはいえない。

ない。

ちなみにアメリカでは、両親に通知する法律は州法によって異なり、場合によって通知しなくてよい例外のあることを認めているようであれば合憲、両親に同意を求める法律の場合は違憲になっている。親への通知については、親が患者にとって危険な場合（性的虐待など）には、通知自体が問題となることが認識されている。そもそも妊娠中絶では、一定の自己決定権を mature minor という法律用語で、未成年者にも認めている。

そのようなアメリカでも、医療倫理としては、（それが近親相姦による妊娠のようなケースであるなど親が危険な存在でない限り）、e が原則的な正解とされており、わが国でも同様だと考えられる。

Q43. 妊娠中絶を希望する4児の母

36歳の妊婦。胎児は正常で妊娠24週と推測されたが、彼女には4人の子どもがおり、中絶を望んでいる。彼女は健康であり、22週における胎児の超音波検査と遺伝学的検査では特に異常を認めていない。この中絶について、あなたはその女性にどのように話をすべきか。

- a 法的には、あなたの命が危険である場合にのみ中絶できるのです。
- b 倫理委員会で認めてくれるようなら、中絶手術を行いましょう。
- c 絶対にだめです。妊娠24週における中絶は禁じられています。
- d 分かりました。中絶手術を行いましょう。
- e 胎児が正常なので中絶はできません。

A43. 正解は a と考えられる。

現代の日本では母体保護法第2条第2項により、人工妊娠中絶を行う時期の基準は、「胎児が、母体外において、生命を保続することのできない時期」と定められており、厚生事務次官通知等により、現在は妊娠22週未満となっている。

医療上の理由で母体救命のため速やかな胎児除去の必要性が生じた場合でも、早産の新生児が母体外でも生存可能な時期以降は帝王切開など胎児の救出も可能な方法を優先すべきである。しかし、こうした処置が不可能な状況のとき、または他の方法を施しても胎児の生存の見込みがないと判断されたとき、人工中絶の緊急措置が行われることも想定される。したがって正解は選択肢 **a** となる。

しかしながら、実際にはこのように希望する妊婦がいた場合、単に中絶はできないと告げるだけ

ではなく、何らかの精神的サポートをすることが非常に重要である。中絶を希望する理由を聞き、場合によっては精神科医受診やカウンセリングによるサポートを勧め、その後の妊娠経過を注意深くフォローする必要がある。

また、胎児についての出生前診断などで、胎児の状況を理由に中絶を求めるケースもある。それが単に根拠のないおそれである場合もある。さらに、母体保護法上は、胎児適応による中絶（胎児の異常を理由とする中絶）は認められていない。他方で、経済的理由だけで22週未満なら中絶できるというアンバランスも放置されたままである。医療倫理上は大きな課題が残されていることに留意すべきである。

Q44. 避妊（卵管結紮）

26歳の妊婦。すでに2人の子どもがいる。今回は医学的理由から帝王切開術による出産の方針となったが、その際、妻は卵管結紮による不妊手術を希望した。しかし夫は不妊手術に対して強く反対している。妻の卵管結紮を望む決心は変わらない。あなたはどうすべきか。

- a 妻が求めたとおり、卵管結紮を行う。
- b 妻の精神鑑定を行った後に方針を決める。
- c 妻は若いので、卵管結紮を行ってはならない。
- d 妻の気持ちは変わるかもしれないので、卵管結紮を行ってはならない。
- e 夫の同意がある場合にのみ、卵管結紮を行う。

A44. 正解は e と考えられる。

母体保護法によると不妊手術を行うときは、配偶者（あるいは事実上婚姻関係と同様な事情にある者）の同意が必要であり、法律的には **e** が正解となる。

しかしながら、この夫婦には今後の家族計画について十分な教育と話し合いが行われているか不明である。このような場合、実際は夫婦に各種避妊法に関する十分な説明と、夫婦間の話し合いを促すことが重要であろう。

卵管結紮術とは、不妊手術の一種で永久的避妊法である。アメリカでは、避妊しようとしている夫

婦の1/3が、特に女性が30歳以上の場合に、精管切除術あるいは卵管結紮による不妊手術を選択する。手技としては、卵管を切断して一部を切除するか、卵管を結紮・焼灼、または器具等を用いて閉鎖する。閉塞成功後の妊娠率は、最初の1年間は0.5%未満であり、10年後は1.5～2%となる。一度、卵管結紮術を行うと、基本的には再び自然妊娠可能な状態に戻すことは不可能である。

避妊法にはその他に、コンドーム・ペッサリー、経口避妊薬、子宮内避妊器具などがある。

以上のような基本的な知識を提供すると共に、

まずは夫婦で今後の家族計画を話し合うよう勧めるのが医師としての責任である。また、母体保護法も、夫婦が一致してこの種の決定をすることのできるような状況を前提としているからこそ、夫

の同意を必要としているのであり、その前提がない場合に、女性の受ける手術について夫に拒否権を認めるような考え方は、今後再検討される可能性もある。

Q45. 妊娠中絶に不同意の夫

37歳の女性。妊娠初期（妊娠12週未満）にあるが3人の子どもをもち、これ以上の子どもを望んでおらず、妊娠中絶を希望して来院した。夫の同意書もあったので、中絶手術を予定した。ところが、その日の夕方、彼女の夫から電話がかかってきて「先生、私はやっぱり中絶してほしくありません。一度同意しましたが、やはり子どもがほしいのです」と言っている。あなたはどのように答えるべきか。

- a もう一度、奥様とよく話し合われることを強く勧めます。
- b 中絶手術をやめます。
- c あなたはすでに同意書にサインしているので、中絶をやめることはできません。
- d あなたの気持ちよりも、本人の希望が優先されますので、中絶をやめることはできません。
- e 私から奥さんに中絶をやめるように話してみましょう。

A45. 正解は a と考えられる。

母体保護法によると中絶手術には配偶者の同意が必要となる。このケースでは同意者の夫が迷っており、その夫が同意を撤回するというのであるから、法律上は、選択肢 b にあるように、中絶しないと決めることが適切なように見える。しかしながら、中絶するか否かについて、夫に拒否権を認める日本の母体保護法の妥当性自体が、今後、問題になる可能性もある。しかも、あなたが「こういう事情で中絶できません」と言ったからといって問題解決とならないケースもある。女性は別の医師の元に行き、今度は夫の同意を偽装して中絶するかもしれない。このような問題は、夫婦でよく話し合っ解決することが望ましい。また、これは夫婦で決めるべき問題であるから、夫の考えだけで最終決定するのは非倫理的である。あらかじめ計画された妊娠ではなく4人目の子どもであるとす

ると、避妊教育がこの夫婦には重要となる。

なお、同意書は絶対的なものではなく、いつでも撤回できるので選択肢 c は正しくない。

ちなみにアメリカでは、妊娠中絶に夫の同意は必要なく、むしろ女性の意思が最優先されるため、女性の決定を優先する選択肢が正解となる。アメリカでは、夫に同意権を与えること自体が憲法違反（女性の自己決定権侵害）とされている。

ちなみに、妊娠中絶ができる時期は、厚生事務次官通知等により、現在では妊娠22週未満である。一般的に妊娠5週以降で中絶が可能となる。いつまで中絶が可能であるかを、通知で決めていてよいのか、さらに前頁でも述べたが、経済的理由での中絶を安易に認めている現状などについて、わが国には重要な倫理的な課題が残されている。

9

臓器移植

Q46. 脳死状態の患者

30歳の男性。仕事中に突然、意識を失い倒れ、心肺停止の状態で救急車にて来院した。蘇生処置で救命されたが、48時間経過しても意識は戻らず、自発呼吸もなく人工呼吸器が装着されている。また瞳孔も散大固定しており脳死状態と思われた。なお諸検査の結果、原因はくも膜下出血と診断された。本人は臓器提供意思表示カードに臓器提供に同意のサインをしている。主治医のとるべき対応で適切なものはどれか。

- a 日本臓器移植ネットワークに連絡して脳死の判断を依頼する。
- b 家族の意思にかかわらず、本人の意向に従い、脳死の判定、移植への手続きを進める。
- c 院内にたまたま肝臓移植を希望する人がいるので、院内の倫理審査委員会の承認を得て、脳死の判定と同時に移植希望患者への移植の手続きを始める。
- d 移植のために脳死判定を行うが、一定の時間を置いて再度判定を行い、脳死を確定する。
- e 脳死判定の専門医と移植予定執刀医とチームを作り脳死判定を開始する。

A46. 臓器移植についてはわが国では法律で規制されており、ここで問題とされているのは倫理というよりも法的問題ともいえる。正解は d と考えられる。

日本臓器移植ネットワークは脳死の判定には関係していないので、a は誤りである。選択肢 b は、日本の現行の臓器の移植に関する法律（臓器移植法）上、家族の同意も必要とされているので誤りである。選択肢 c も、臓器移植のレシピエント決定には、厳格に公正な手続が定められており、必ず臓器移植ネットワークを通じてドナーを選択するので明らかな誤りである。選択肢 e も、脳死判定に執刀医は参加してはならないとされているので正しくない。この選択肢のなかでは d が正解と考えられる。ただし、実際に臓器移植が行われるためには、ドナー側の手続（本人の同意があるか否かの確認、家族の同意を得ること、そのうえで脳死判定を慎重な手続で行うこと）、レシピエント選択の手続（多くの候補者のなかから、医療上の判断により決められた順番が上位の人を選択する手続）などが、きわめて短時間に行われる必要がある、臓器移植に関係する医療者はこれらの手続に習熟する必要がある。

なおレシピエント選択の基準は臓器によって異なるが、適合条件が合致した希望者のなかで親族や待機期間の長い人などに一定の優先点を与えることになっており、それ自体は医療倫理にもかなっているようにみえる。しかし、圧倒的にドナーが少ない状況のなかでは、十数年待ちということもある。また、高齢者では体力その他の関係で、ようやく移植が行われても成功率やその後のQOL（quality of life）の点で問題が残る。レシピエント選択についても、どのような基準が、本当に医療倫理にかなうのか不断に検討を続ける必要がある。

最大の問題は、ドナーの数とレシピエントの数のギャップにある。たとえば韓国のように、ドナーになった人の親族について臓器移植の必要が将来生ずる場合、それらの親族に一定の優先点を与えることなど、ドナーを増やすための工夫をさまざまに考える必要がある。改正臓器移植法では、親族への優先提供という工夫がなされたものの、次

のような厳しい要件を課している（これに適合するのはきわめて稀な事例であろう）。それは、親族優先を反倫理的だとする議論があったことに影響されている面があり、何が医療倫理にかなうのかという議論が必要である。

[日本における親族優先規定の運用]

①ご本人（15歳以上の方）が臓器を提供する意

思表示に併せて、親族へ優先提供の意思表示を書面により表示している

②親族（配偶者^{*1}、子ども^{*2}、父母^{*2}）が移植希望登録をしている

③医学的な条件（適合条件）を満たしている

※1 婚姻届を出している人。いわゆる事実婚の人は含まない

※2 実の親子の他、特別養子縁組による養子および養父母を含む

Q47. 臓器移植についての説明

20歳の男性。2日前に交通事故で緊急入院した。意識の消失、呼吸停止がみられ症状が改善せず、すでに脳死状態である。この患者のポケットから臓器提供意思表示カードが出てきて、臓器提供を認める欄に○が付けられていることが分かった。

患者の家族は突然の事故で憔悴した感じがあるが、他方では何度かの医師の説明を受けて、もうだめかとも感じているようである。なお、医師は誠実に対応しており、その点は患者の家族も深く感謝している。そこで臓器移植の話をする段階になっていると考えられるが、どのように話を進めるべきか。

- a 移植について家族へ説明して、家族から臓器提供についてもっと説明をと言われたら、日本臓器移植ネットワークに連絡し、家族の同意があれば脳死判定手続に移る。
- b 病院のリスク・マネジメント部門または倫理委員会の担当者が、臓器提供について賛成するように家族に話す。
- c 担当医師はこの問題に一切触れず、臓器提供意思表示カードの存在も家族に伝えずに家族の方から臓器移植の問題が提示されるのを待つ。
- d 脳死判定のための専門医が説明に当たり臓器提供に賛成するように説得する。賛成の意思があるといわれたら、早速、脳死判定を始める。
- e 脳死になって救命できないことが分かった場合には、主治医は患者の意思を尊重し、その意思を家族に伝えて臓器提供に同意するよう説得する。

A47. 正解は a と考えられる。

『医師の職業倫理指針（第3版）』には、臓器移植の問題を取り上げた項目はない。おそらく、日本臓器移植ネットワークを中心にして、公平なシステムが機能しているからであろう。しかしながら、どんなシステムも完全とはいえない。たとえば、日本臓器移植ネットワークは平成26（2014）年11月、優先順位の高い患者に連絡せずに、別の患者に移植を行うミスを起こし、厚生労働省の業務改善指示を受け、臓器移植法に基づく厚生労働省による立ち入り検査が行われた。さらに平成27（2015）年3月と平成29（2017）年1月にも優先順位の低

い患者を選ぶミスがあったとされる。

臓器移植はどこ国でも大きな問題となっている。たとえば、本間についても、アメリカとの比較では興味深い対照がみられる。アメリカでは、脳死状態（あるいは脳死以外の死亡）の患者が出そうになった場合、病院は臓器移植ネットワークに連絡することになっており、臓器移植ネットワークの担当者が病院に来て家族に説明するということである。つまり、患者が入院した病院の医師はあくまでも患者の治療に当たるのであり、臓器移植はそれとは別の組織の担当者が扱うことになって

いるのである。わが国では、臓器移植コーディネーターと呼ばれる人がこのような役割を担っているが、当該病院の職員であるという点では、アメリカほどには役割の分離がなされていないことになる。アメリカでこのような分離を厳格に行うのは利益相反（conflict of interest；COI）に敏感であるからであり、わが国でも、今後このような意識が強まることが予想される。

臓器移植が本人と家族の善意に基づく以上、本人の意思の尊重を言うだけで、それを尊重しない（可能性のある）家族を説得するという **d** や **e** は、説得する人が入院した病院関係者である点を含めて、現状では問題が残るかもしれない。かといって、主治医がこの問題を無視する **c** にも問題が残

る。わが国の医療現場では、脳死であることと共に臓器提供意思表示カードがみついていることを家族に話して、さらに説明をというのであれば、臓器移植ネットワークにつなぐという **a** が正解と考えられる。

臓器移植をめぐるわが国の本当の重要課題は、臓器提供数と臓器移植を必要とする患者のあまりに大きなアンバランスである。ごく少ない数の提供者について、どれだけ精緻で公正な配分制度を作っても、社会全体としては大きな話にならない。いずれは再生医療の進展で臓器移植がなくなる可能性があるものの、臓器移植法を制定し、臓器移植を推進する立場をとるのであれば、まずその増加をどうやって図るかは倫理的課題の1つである。

Q48. 臓器提供と家族の同意

25歳の男性。高速道路を自動車で行きながら交通事故に遭い、救急部に運ばれたが、呼吸停止のために人工呼吸器が装着された。検査の結果、患者は脳死状態にあると考えられた。彼の所持品のなかに臓器提供意思表示カードがあり、そこには脳死状態における臓器提供の意思が示されていた。そこで救急部医師は彼の家族と連絡をとり、臓器提供について本人の意思表示があることを伝えたが、家族は本人から臓器提供について聞かされていなかったとして臓器提供の同意書への署名はできないと言っている。このような場合にはどうしたらよいか。

- a** 本人の意思を尊重し、脳死判定を行い、臓器を取り出す。
- b** 倫理委員会での判断を経たうえで、臓器を取り出す。
- c** 患者の心拍動が停止するまで待ってから臓器を取り出す。
- d** 家族の希望を尊重し、臓器提供は行わない。
- e** 法律で決められている脳死判定を行い、脳死と診断されたら治療は無駄であるから、人工呼吸器を外して治療を打ち切り、脳死として死亡診断書を書く。

A48. 正解は **d** と考えられる。

わが国においては、平成22（2010）年から施行された改正臓器移植法において、臓器移植にはドナーの家族の同意が必須とされているから、本問の場合、臓器提供を行うことは難しいと考えられる。

そもそも臓器移植については、脳死問題との関係で相当の議論があった。平成9（1997）年に臓器移植法が成立し、脳死後の臓器移植が可能とな

たが、脳死判定・臓器摘出ともに本人の意思表示および家族の同意が必要とされた。平成18（2006）年11月に内閣府によって行われた臓器移植に関する世論調査では、臓器提供意思表示カードなどをもっていると答えたのは8.0%に過ぎず、またカードをもっている人のうち、それに何も記入していない人が39.7%となっており、実際に臓器提供の意思表示を行っていた人の割合が少数であること

が明らかになっている。これらの状況を踏まえて、多くの議論のなか進められ、改正臓器移植法は施行されている。改正の主たる条文である第6条のなかから該当する第一項を下記に抜粋する。

「医師は、次の各号のいずれかに該当する場合には、移植術に使用されるための臓器を、死体（脳死した者の身体を含む。以下同じ。）から摘出することができる。

- 一 死亡した者が生存中に当該臓器を移植術に使用されるために提供する意思を書面により表示している場合であって、その旨の告知を受けた遺族が当該臓器の摘出を拒まないとき又は遺族がないとき。
- 二 死亡した者が生存中に当該臓器を移植術に使用されるために提供する意思を書面により表示している場合及び当該意思がないことを表示している場合以外の場合であって、遺族が当該臓器の摘出について書面により承諾しているとき。」

このことから分かるように改正法では、本人からの拒否の意思表示が示されていなければ、家族の同意によって脳死判定および臓器摘出が可能となった。しかし、家族が臓器摘出を拒む場合にはやはり臓器摘出は不可能となる。また、わが国では脳死は臓器移植を前提にしたもので、その他の場合には死として認められていない。したがって、倫

理を論ずる前に、本問では、法律によって正解が導かれる状況である。

しかしながら、アメリカとの対比を考えると、興味深い点がある。本問では、本人が臓器移植を承諾しながら家族は臓器移植に反対しており、その場合、医師はどうすべきかが問われている。繰り返しになるが、その場合、日本では法律により臓器移植はできない。

これに対し、アメリカでは、すべての州法で脳死は死であり、さらに臓器移植の決定は本人の自己決定によるとされているので、このような場合、臓器を移植してよい（実際、これが司法試験の問題ならそれが正解となる）。しかし、「家族が反対する場合、臓器移植はできない」というのを、医療倫理上の正解としている。要するに、法律上の正解と、医療倫理上の正解が異なるのである。

日本の場合、仮に再度臓器移植法が改正されて、本人の意思だけで臓器移植が可能と明記された場合、アメリカのように医療現場で家族の反対があっても「法律で決まっていますから」と家族に告げて臓器移植をする医師が出てこないだろうか。仮にそうだとすると、法的なルールと医療倫理によるルールとの役割分担がないともいえる。医療の場面においてわが国では何でも法によって定めるという傾向があるとすると、それはそれで問題である。

Q49. 延命治療と DNR の意義

80歳の男性。末期肺がんで入院し、抗がん薬の投与を受けているが小康状態にある。回復の見込みはほとんどない。さらに併発している糖尿病性腎症による腎不全に陥っている。患者の意識ははっきりしており、自分の診断名および予後についても十分理解している。患者は不必要な延命治療は受けたくないと意思表示し、心肺蘇生についての延命治療拒否を求めている。家族と本人の意向について相談した結果、延命治療拒否の指示（DNR order）を出すことにした。しかし、患者の血清カリウム値は、今や著しく高く8mEq/Lである。この患者について適切な処置はどれか。

- a 透析治療についての明確な拒否はないので、透析治療によって高カリウム血症の治療を行う。
- b 延命治療拒否の指示があり、また末期がんであるので透析は行わない。
- c 透析治療を行うには、倫理審査委員会の許可が必要である。
- d 透析治療のような高額な治療は差し控える。

A49. 正解は a と考えられる。

DNR 指示は「治療拒否」の意味ではなく、特に条件の記載がなければ「心停止後の蘇生に限り拒否をする指示」と解釈され、抗生物質の投与、不快感や痛みの緩和の治療、輸液、透析、その他の治療は、必要に応じて提供されてもよい。したがって、必要があれば透析も実施可能で、高カリウム血症についても治療が行われるべきであり、高額であるという理由で差し控えることはない。

DNR (do not resuscitation) とは蘇生措置拒否を意味し、「患者本人または患者の代理者の意思決定をうけて心肺蘇生法を行わないこと」とされている。最近欧米では、DNR よりも、DNAR (do not attempt resuscitation) という言葉を用いられることがある。DNR という言葉では蘇生する可能性が高いのに、治療するなというイメージが強いのにに対して、DNAR は蘇生の可能性はもともと低いので、蘇生を試みることを控えるという意味が込められているようである。

平成7(1995)年日本救急医学会救命救急法検討委員会では「DNR とは尊厳死の概念に相通じるもので、癌の末期、老衰、救命の可能性がない患者

などで、本人または家族の希望で心肺蘇生法(CPR)をおこなわないこと」、「これに基づいて医師が指示する場合をDNR指示(do not resuscitation order)という」との定義を示している。したがって、DNR 指示は「治療すべてを拒否」することではなく、心肺蘇生だけを拒否するということであり、それ以外の延命治療(抗生物質投与、輸血、透析、人工呼吸器の使用など)は実施されることがある。また、痛みや不快感を和らげる治療(緩和ケア)は行われることが一般的である。終末期医療については、医療者と患者・家族との間で、丁寧な説明と希望の聴取が何度も行われる必要があり、DNR 指示を出すまでの過程が大事である。

近年、地域社会で生活される終末期患者が増加しているが、家族が主治医と連絡がとれず救急車を呼んだために、救急隊が自らの法的・倫理的義務であると家族を説得し、「心が痛む蘇生」を行うケースもあるようである。DNR の意義の確認、手続、さらにそれが関係者に情報共有されていないのでは意味がない。それらの点を踏まえた体制作りが必要とされている。

Q50. 意識のない腎不全患者に対する治療

75歳の男性。4か月前、脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血を起こして入院し、救命されたが、遷延性意識障害（植物状態）になった。全体として、すべての内臓も弱りつつある。最近、誤嚥性肺炎を起こし気管内挿管による人工呼吸を行い呼吸状態は改善してきた。しかし、腎不全が進行し血液透析を必要とする状況にある。腎不全の対策として、家族に対して勧める治療として最も適切なのはどれか。

- a アルブミン注射
- b 血液透析
- c 腹膜透析
- d 腎臓移植
- e 上記のいずれでもない

A50. 正解は e と考えられる。

患者は終末期状態にあると思われる。この状態での血液透析は実施しても救命は期待できない。実施したとしても、どの程度「延命」できるかは疑問であり、その効果はきわめて限定的であろう。

『医師の職業倫理指針（第3版）』の「3. 終末期医療（1）終末期患者における延命治療の差し控えと中止」では、「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終末期状態にあり、②治療行為の差し控えや中止を求める患

者の意思が確認できることが必須の要件である」としている。ただし、患者が判断できない状態では、患者の家族などとよく相談し、何が患者の意思で何が最善かを考えるべきであるとされている。

本問では、透析治療が医学的にもほとんど効果が期待できないことから、透析治療をしない判断は容易であり、実際には家族にそのように説明して意思決定を行うことになるであろう。したがって、選択肢 e が正解となる。

Q51. 末期腎不全患者に対する血液透析の中止

68歳の男性。末期腎不全により血液透析を3か月前より受けているが、主治医であるあなたに透析を中止するように頼んできた。透析をやめれば数日間ないし数週間で死亡することを患者は十分に理解している。患者は、うつ状態ではなく、判断力の障害もない。透析中止の希望理由は明確であり、これ以上、透析治療による苦痛が続くのに耐えられないということであった。あなたはどうか患者に告げるべきか。

- a すみませんが、私はそういうことは行いたくありません。
- b 腎移植や腹膜透析への変更を検討しましょう。
- c あなたは心の病気の可能性があります。精神科を受診しましょう。
- d 法律上、いったん透析を始めたら、透析を続けなければならないことになっています。
- e 家族によく相談し、それでも決断が変わらなければ透析中止を検討しましょう。

A51. 難しい問題であるが、正解は b と考えられる。あるいは e という可能性もある。

腎不全末期における腎代替療法という延命治療の中止に関する問題であり、このケースでは患者に意識があり、判断力も保たれていて本人の意思が明確である。

平成20(2008)年日本医師会生命倫理懇談会の「終末期医療に関するガイドラインについて」では、「患者の意思が確認できる場合には、インフォームド・コンセントに基づく患者の意思を基本とし、医療・ケアチームによって決定する。その際、医師は押し付けにならないように配慮しながら患者・家族等と十分な話し合いをした後に、その内容を文書にまとめる。上記の場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、その都度説明し患者の意思の再確認を行う。また、患者が拒まない限り、決定内容を家族等に知らせる」とある。

透析治療の中止に関する理由が、耐え難い苦痛ということで明確であり、透析治療の中止に関し

て患者の家族とも十分に話し合った後文書にまとめようとして、個人ではなく医療・ケアチームによって決定するというプロセスを経れば、透析中止という判断をすることができると思われる。

しかしながら実際には、腎代替治療は血液透析のみでなく、腹膜透析があり、また腎臓は2つあるため生体からの腎移植の道もある。血液透析による針の穿刺や長時間の拘束による苦痛ということであれば、上記のような他の腎代替療法によって苦痛が軽減されたり回避できたりする可能性がある。血液透析導入前に他の腎代替療法については検討されたと思われるが、もう一度、現時点で検討することは必要であろう。

したがって、正解はまず**b**であると考えられ、そのような検討のうえで透析中止の希望が明白である場合には**e**と考えられる。

Q52. リビング・ウィルと人工呼吸器の取り外し

75歳の女性。脳卒中のため入院し、気管内挿管および人工呼吸器の装着を余儀なくされた。回復の見込みはまったくなく、患者はコミュニケーションをとることもできない昏睡状態である。患者の夫は患者による署名があるリビング・ウィル(事前指示書)を提出した。そこには「私は回復の見込みがない場合には人工呼吸器を取り外すことを希望します」と書かれており、夫もそれに同意している。あなたはどうすべきか。

- a 患者を担当している医療者チームに諮り、方針を決める。
- b 直ちに挿管チューブおよび人工呼吸器を取り外す。
- c 救命を優先し人工呼吸器は装着したままでおく。
- d 夫以外の家族に、どのように考えるかを聞く。
- e 院内の臨床倫理委員会に諮り、方針について審議してもらう。

A52. 正解は a と考えられる。

このケースはリビング・ウィルが明瞭な場合の、人工呼吸器取り外しのケースである。延命治療としての人工呼吸器の取り外しは「延命治療の中止」と判断される。

しかしながら、人工呼吸器の取り外しは「殺人罪に当たるおそれがある」という議論が、現在も残っており、このようなケースで「法的免責を明確

に認める法律がない」と、そのような議論は続くことになる。そのため、いわゆる尊厳死法案を作成して国会に上程する動きもある。

ただし、医療現場では、厚生労働省の「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」や、日本老年医学会、日本救急医学会など関連学会のガイドラインを参考にして、本人の

意思を尊重しながら、他方で医療・ケアチームで慎重な検討を行った結果として、人工呼吸器の取り外しを含む延命治療の中止を行うことは正当なことだという意識が強まっている。実際、これに基づく人工呼吸器の取り外しによって医師が起訴された例はない。

平成20(2008)年日本医師会生命倫理懇談会の「終末期医療に関するガイドラインについて」では、「患者の意思の確認が不可能な状況下であっても『患者自身の事前の意思表示書』がある場合には、家族等にその意思表示書がなお有効なことを確認してから医療・ケアチームが判断する」、また「医療・ケアチームの中で医療内容の決定が困難な場合、あるいは患者と医療従事者の話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合には、複数の専門職からなる委員会を別途設置し、その委員会が治療方針等についての検討・助言を行う」としている。

また、「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」では、物事の是非を線

引きする性質の法律とは対照的に「適・不適」の線引きを一切せず、患者本人の意思（推定的意思を含む）が確認できる場合は患者の意思決定を基本とし、確認できない場合は家族の意思を尊重して最善の治療を選択するという決定のプロセスのみを提示している。

終末期医療の現場での決定に際しては、患者の自己決定の尊重を基本に終末期ガイドラインに沿って吟味し、実際に本人の意思であることもしっかり確認したうえで、さらに病院のガイドライン、倫理委員会、倫理コンサルテーションなどで再吟味しながら、その決定を支えていくことが重要である。

本問のように、回復の見込みのない高齢の終末期患者において、人工呼吸器取り外しの事前指示書が明確にあり、家族も同意しているケースであればaが正解と考えられるが、より慎重な手続をとるのであれば選択肢eにより、倫理委員会に諮ることも考えられる。

Q53. 延命治療の中止と家族

70歳の女性。脳梗塞で倒れ入院したが、認知障害と左半身麻痺があり、経口摂取ができず胃瘻を造設した。すでに1年を経過するが症状はほとんど不変で、寝たきりの状況が続き、コミュニケーションもほとんどとれない。家族は胃瘻による栄養の中止を求めている。本人には正常の判断能力はなく、またリビンク・ウィルを示すものはない。主治医の対応として適切なのはどれか。

- a 医師として延命処置をやめることはできないので治療を続ける。
- b 本人に決定能力がないので家族の意思に従い直ちに栄養補給を中止する。
- c 家族など患者関係者からこれまで本人はこのような事態になったら治療を中止してほしいと言っていたという証言があればそれに従う。
- d 経口摂取が可能になる可能性が残されているかを確認するため、さらに6か月間はそのまま栄養補給を続ける。
- e 栄養補給は医療ではなく、生活の基本的事項でこれを中止すべきではないので持続する。

A53. 正解はcと考えられる。

超高齢社会を迎えているわが国では、認知症患者が増加しており、そのような患者が本問のように急性の発作に倒れた場合、どこまでの治療を行

うかが難しい課題となっている。栄養の経口摂取ができない場合、胃瘻を設置するのが、救命目的だけでなく、将来的に経口摂取ができる状態に回

復する可能性があればよいが、そうでないケースもある。たとえば、経口摂取を常に補助するのは施設等での人員を考えると難しいため、救急病床から施設に移す条件として胃瘻を設置するという、いわば施設側の事情で胃瘻の設置となる場合がある。胃瘻設置は本当に患者のためなのか問われている。

そのような事情を背景として、最近では、本人の意思表示があれば、栄養補給を中止してもよいという考えが強まってきた。かつてのように、人工的水分・栄養補給は、医療とは別であるとする考え方も、終末期の患者にとっては合理的な区別ではなく、これもまた医療的介入の一種ととらえるという考えである。その際に患者の意思を重視すべきであろうが、患者の意思は文書によって明らかにされる必要はなく、日常会話等から、このよう

な考え方が患者の考えだったということを家族から聞き取ったうえで推認する、推定的な意思でもよいとされる。ただし、家族の意見に従い中止することではない。あくまでも、本人もここまでのことは望まなかったであろうということであり、それを患者のこれまでの話や生き方から推認するものであり、家族もそれに納得して、人工的水分・栄養補給の中止を求めるといってでなければならない。したがって、正解は **c** と考えられる。

実際の医療の現場では患者の意思を推定できないことも多く、この場合は、医療・ケアチームと家族が何度も丁寧に協議を重ね、何が患者の利益であるかについて一致すれば、胃瘻による栄養の中止もありうるという方向性が、日本老年医学会のガイドライン等で推奨されている。

Q54. 致死薬の投与を希望する患者

68歳の男性。進行した膵臓がんで、全身へのがん転移を認め、抗がん薬の投与が行われたが無効で、また背部の痛みなどの疼痛が強く、通常量の鎮痛薬の投与では効果がなく、本人は致死薬の投与を求めている。主治医としての説明で誤っているのはどれか。

- a 世界で医師による致死薬の投与が法律で認められているのは少数国にすぎませんし、わが国でもそのような法律はありません。
- b 医師の倫理として致死薬の投与はできません。
- c 生命が短縮する可能性があります、よろしければより多量の麻薬を投与するなど、緩和ケアについてさらに工夫してみましょう。
- d あなたが文書で意思表示されるならば致死薬を処方いたしますが、それを服用するかどうかはあなたの判断次第です。
- e わが国の裁判例では一定の条件があれば医師による致死薬の投与も認めています、その条件で致死薬を投与し安楽死させたという話は聞いたことがありません。

A54. 適切でないものを選ぶ問題である。正解(明らかな誤り)は **d** と考えられる。

選択肢 **a** にあるように、オランダその他のごく少数の国では、一定の厳しい条件の下ではあるが、いわゆる安楽死が認められている。しかし、わが国ではそれを認める法律はない。

選択肢 **e** のように、わが国の裁判判決では一定の条件さえ満たせば積極的安楽死は容認されると

しているが、実際にそれを容認した判例はない。

選択肢 **d** との関連では、アメリカにおいて、オレゴン州その他、少数の州において、厳しい条件の下、医師が致死薬の処方を行い、患者自らが服用することを認めているが、アメリカ医師会は医療倫理として医師が「医師の支援を受けてなされ

る自殺」(physician assisted suicide ; PAS) に関するのは不適切であるという立場をとっている。選択肢 **b** にあるように、わが国の医療倫理としても、致死薬の処方認められていないと考えるべきである。

厚生労働省の「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」でも、医師が1人で判断しないこと、どのような治療を行うか行

わないかについて、本人の意思を尊重するとともに、家族も含めて何度も丁寧に協議することを勧めており、**d** のように簡単に自己決定に委ねるとはしていない。そもそもこのガイドラインでも積極的安楽死に当たるような行為(致死薬の処方および投与)は、終末期医療の範囲を逸脱するものとしている。

Q55. 肺炎に対する治療拒否

78歳の男性。進行性のパーキンソン病にかかっている。長引く発熱、咳、喀痰、息切れで来院し、肺炎と診断された。患者は、パーキンソン病が悪化して、最近では不眠、早朝覚醒、体重減少、喜びの喪失なども認める。患者は抗菌薬による治療を拒否し、死に至るための緩和ケアを希望している。あなたはどうすべきか。

- a 精神鑑定を行った後に方針を決める。
- b 患者の希望に従い、抗菌薬治療を差し控える。
- c 患者が DNR (蘇生措置拒否) に署名すれば、彼の希望を尊重する。
- d 家族と相談し、抗菌薬による治療を開始する。
- e まず患者に鎮静薬を投与し落ち着かせる。

A55. 正解は **d** と考えられる。

患者の精神症状(気分の落ち込み、喜びの喪失、不眠、体重減少など)からはうつ病に至っている可能性が高く、彼の現在の希望はうつ病の影響を受けていると考えるべきであろう。よって、患者が正常な判断ができる状態にあるとは考えにくく、その意思に従い治療を差し控えることはためられる。また、通常の細菌性肺炎であれば、抗菌薬治療に反応し肺炎が治癒する可能性も高く、回復が望めるため、特に終末期患者の緩和治療や延命治療のケースにも相当しないと考えられる。

したがって、肺炎に対する治療を積極的に考えるとすれば、選択肢 **d** が正解となる。実際の現場

でも家族に説明し、理解してもらうことが重要となるであろう。また、同時にうつ病の治療を進めることも重要であり、精神科コンサルトのうえ、うつ病に対する投薬治療なども検討したい。

医療倫理の観点からいえば、本人の自己決定を尊重することは常に重要な原則となるが、患者がうつ状態にあるようなケースでは、自己決定の基盤が失われていると考える。そのため、うつ病状態にあるか否かの診断や、仮にうつ病と診断された場合は、その治療に当たることが必要となる。その間、肺炎の治療を放置するわけにいかないため、家族と相談のうえで治療を行う。

Q56. 多施設臨床共同研究と申請の不備

あなたは大学病院の医師である。今回、全国レベルで行われる臨床研究において、その大学の研究責任者になった。中心となる研究施設は東京にある T 大学である。あなたの大学は共同研究実施施設の1つで、外来診療している患者に説明をして、通常診療に追加して血液サンプルを採取し、T 大学で解析することになる。臨床研究の倫理審査申請をあなたの大学の倫理審査委員会に提出したところ、参考資料として提出した T 大学の申請書に不備があるので、このままでは委員会で審査ができないと事前審査で通告された。あなたがとるべき対応として適切なものはどれか。

- a T 大学の申請書について本学の倫理審査委員会が意見をすることは権限外のことで、無視して研究を開始してもよい。
- b T 大学の申請書のどこに不備があるのかを具体的に確認し、不備がみつければ訂正するように T 大学に要望する。
- c 本学での事前審査で疑義があったため、研究実施が困難であると T 大学に対して共同研究の中止を申し入れる。
- d 学内よりももっと簡単に早く倫理審査承認がもらえる民間外部の倫理審査委員会 (institutional review board ; IRB) を探し、そこで改めて倫理審査を申請する。
- e 通常診療とあまり変わらないため、研究が終わってから改めて倫理審査の申請を検討する。

A56. 正解は b と考えられる。

倫理審査委員会の重要性については世界医師会のヘルシンキ宣言をはじめ、わが国の各種研究倫理指針でも定められている。研究の倫理性、科学性、安全性を担保する必要がある。特に近年増加している多施設共同研究の場合には施設によって倫理審査判定の条件が異なる可能性があるため、倫理審査の質の均一性が求められる。

本問のように主たる施設の審査結果については、一般的には従たる施設で議論をすることは少ないものの、著しい指針逸脱や不明確な点があれば、どんどん主たる施設に確認を行うべきである。本問の研究は通常診療に近いとはいえ、新たな血

液サンプル採取も予定されており、倫理審査委員会の承認は必須である。自施設に倫理審査委員会がある場合に外部の IRB を利用するところは例外であり、また、すでに終了した研究について倫理審査を行うことはできない。

わが国の倫理審査委員会は、各種倫理指針によって相当程度、統一的ルールが定められているものの、その審査内容は、実際にはさまざまだといわれる。本問のような多施設共同研究においては、いわばそれぞれの倫理審査委員会のあり方が問われており、倫理審査委員会の質の向上を図るためにも、b が正解と考えられる。

Q57. 保険薬価収載済薬剤の臨床研究

医師であるあなたは、ある薬剤の自主臨床研究を準備している。この薬剤はすでに臨床的に有効であることが証明されており、厚生労働省から承認され、保険薬価収載されている。研究は、その薬剤をどのくらい増量すると、より効果が高まるかを調べたいというものである。研究の手続きとして適切なのはどれか。

- a この薬剤はすでに当局（医薬品医療機器総合機構）の承認を得ているから、患者のインフォームド・コンセントは必要ない。
- b 患者のインフォームド・コンセントは必要だが、倫理審査委員会の承認は不要である。
- c 患者のインフォームド・コンセントと倫理審査委員会の承認の両方が必要である。
- d 倫理審査委員会の承認が得られれば、患者のインフォームド・コンセントは必要ない。
- e 当該薬品を販売している製薬会社から支援を受けている場合だけ、倫理審査委員会の審査を必要とする。

A57. 正解は c と考えられる。

すでに承認された薬剤を用いた臨床研究でも、患者の治療以外の目的でこれから行われる研究であれば倫理審査委員会の承認が必要とされ、さらに患者にその内容について説明をしたうえで同意を得る必要がある。

遺伝子解析を伴わない人を対象とした医学研究に関しては、これまで厚生労働省の臨床研究に関する倫理指針および疫学研究に関する倫理指針が適応されてきたが、2つの指針は統合され「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」という形になった。

ただし、通常診療と臨床研究との境界を定めることは容易ではなく、診療に当たる医師のなかで自律的にその境界を意識することが必要かもしれない。特に、すでに承認されている薬剤を用いる臨床研究は通常診療との差の判別が困難で主治医

以外には判断できない場合もあると思われる。しかし、昨今の臨床研究をめぐるさまざまな問題の噴出とその対応のなかで臨床研究のあり方がこれまで以上に注目されている。このような状況を踏まえると、実地診療が中心の医療者においても研究倫理指針についての理解が求められていると考えられる。

なお、本問のような研究は、当該薬品の製薬会社との利害関係が深いものであるため、利益相反への配慮も重要になる。選択肢 e はそれに関連したものであるが、仮に製薬会社から独立した研究として行われる場合であっても、繰り返しになるが、人を対象とする研究である以上、インフォームド・コンセントと倫理審査委員会の承認は必須である。

12

遺伝学的検査

Q58. 遺伝学的検査結果の会社への提出

33歳の女性。生命科学の博士号取得者である。ゲノム情報をビジネスに応用しようとする会社への就職を希望しており、会社に提出する健康診断書を希望して来院した。健康診断書は、就職試験の一部として必要であった。その書類のなかに、遺伝性乳がん・卵巣がんの遺伝学的検査（BRCA1/2）の実施の有無と、実施している場合にはその結果を記載する項目があった。会社は、将来重要なプロジェクトに彼女を参加させるか検討するためにこのデータを使用したいとしている。あなたはどのように対応すべきか。最も適切なものを1つ選びなさい。

- a 遺伝学的検査の実施、およびその結果を（会社に）知らせることを承諾するか否か本人に確認する。
- b 遺伝学的検査は行うが、その結果を会社には知らせないように本人に話す。
- c 遺伝学的検査は行うべきでないと本人に伝える。
- d 遺伝学的検査を行い、その結果を会社に知らせる。
- e 患者の家族に乳がん患者がいる場合にのみ、検査を行うことを勧める。
- f 遺伝学的検査を実施する意義として適切であるかをガイドライン等で確認する。

A58. 正解は f と考えられる。

日本ではまだ馴染みの薄い遺伝差別の問題である。しかし、昨今、遺伝学的検査を簡易に実施する会社が現れ、さまざまな形で遺伝学的検査を利用しようとする傾向が現れているので、わが国でも早晚問題となると思われる。なお、アメリカではすでに遺伝学的検査の結果による差別が問題となっている。検査の実施については当然、本人の承諾が必要と考えられるので、選択肢 d は論外である。さらに、会社がこのような情報を得るには、本人の明確な同意が必要であるから、a が最も適切に見える。しかしながら、本人の同意の任意性が問題になりうるので、正解がどれかは難しいものの、f が正解と考えられる。2003年の日本遺伝カウンセリング学会、日本遺伝子診療学会など10団体共同のガイドライン「遺伝学的検査に関するガイドライン」では、本人の承諾がある場合であっても、検査結果を雇用者、保険会社、学校には開示しないとされており、これに従えば、このようなガイドラ

インが出ていることを本人に伝えることになる。

日本では、1年間に約9万人の女性が新たに乳がんと診断され、女性の部位別がん有病者数の第1位も、乳がんである。他のがんと同じようにその発症には環境要因、生活習慣と遺伝要因が関与している。乳がん・卵巣がんの遺伝的要因として現在知られているものに BRCA1/2 遺伝子がある。乳がん・卵巣がんの原因としてこの遺伝子の変異が同定されると、遺伝性乳がん・卵巣がん症候群（hereditary breast and ovarian cancer ; HBOC）と診断される。HBOC ではそれ以外の乳がん・卵巣がんと比べて、

- (1) 若い年齢で乳がんを発症する
 - (2) 両方の乳房に転移ではなく、独立して乳がんが発症する
 - (3) 乳がんと卵巣がんの両方を発症する
 - (4) 男性の血縁者に乳がん発症者がいる
- などの特徴があるといわれる。さらに、この遺伝子

変異は親から子へと伝わる可能性があるため、次世代にも影響を与える可能性がある。近年、アメリカの有名女優がこの遺伝子変異が陽性であったため、予防的乳房切除術や卵巣摘除術を受けたことが話題となっている。日本でもこの遺伝学的検査を受けることは可能となっているが、遺伝学的検査の実施に当たっては検査実施の前後に十分な遺伝カウンセリングができるなどの医療機関としての体制整備が必須である。特に結果の開示に関しては、その波及効果（社会的・家族内など）を含めて検査実施以前に十分被検者に考慮してもらうことが必要である。

さらに、一般的にあって、遺伝学的検査によって将来が分かるかといえば、まだまだ分からないことが多い。少なくとも、2つの倫理的課題がある。第1に、安易な検査の流行について、どのように対応すべきか。第2に、その結果の利用として、本問のように雇用に関連した利用および保険加入に関連した利用についてである。遺伝学的検査に基づく差別を禁止する法律がアメリカではすでにできている。わが国でも、法制化するか否かはともかくとして、遺伝学的検査の結果に基づく差別をいかに防ぐかは、それに関与する医師の倫理的課題である。

Q59. 医師間の治療方針の相違

60歳の男性。下腿蜂窩織炎で入院したが、うっ血性心不全の既往があり、心電図は正常であるものの心機能は低下していた。循環器科の担当医から、ジゴキシン、および利尿薬を投与されていたが、 β 遮断薬は投与されていなかった。カルテ等から β 遮断薬を投与しない理由は見当たらなかった。同じ患者を担当している新人医師のあなたはそれに気づき、上司の担当医になぜ β 遮断薬を投与していないのか尋ねた。すると彼はあなたを見下したように「私は30年間循環器専門医として診療をしてきた。自分の投薬内容に問題はない。 β 遮断薬はうっ血性心不全の患者には危険だ」と叱られた。あなたはその後どうすべきか。

- a 地域の医師会にその担当医について報告する。
- b 患者に、担当医の診療は時代遅れだと伝える。
- c 何もしないで様子を見る。
- d その担当医がいないときに、その患者に β ブロッカーの投薬指示を出す。
- e このことを循環器科部長に報告する。

A59. 正解はeと考えられる

『医師の職業倫理指針（第3版）』では、「6. 医師相互の関係（5）医師間の意見の不一致と争い」において、「医療上の意見が医師間で一致しないことがしばしばみられるが、多くは健全な治療方針決定過程の現れである。そうした場合、原則的には主治医の意見を尊重することが相当であるが、ときに他の医師を交えた討議をすることが必要とされる」としている。

本問は、過去の標準治療が現在の標準治療と異なることがある場合に、とりわけ世代の異なる医師の間で見解が異なる場面を扱う。新しい技術や薬剤の登場で標準治療が変わることや、エビデンスの蓄積により、過去の治療法の有効性が否定されることもある。医師をはじめとした医療者は常に知識をアップデートしなければならない。本問は、残念ながらその努力を怠るベテラン医師への対応事例である。解答として、現実的な対応はeと考えられる。選択肢bは不適切な対応であり、指針でも、上記文章に続けて「医師間の意見の相

違に基づく討議は、医学的判断の相違である限り、医師間で科学的な論争の下に解決されるべきで、その過程に患者を巻き込んだり、マスコミや第三者を含む論争に発展させるべきでない」と述べている。

医師はまず患者のことを考えるのが第1であるが、同時に現在の主治医と患者との関係に一方的な考えで介入するのも問題である。まず現場で、治療方針を決める権限のある上級医に相談するのが妥当と考えられる。この状況で、選択肢a～dは問題の解決にならない可能性が高い。何もしなければ解決しないのは当然であるが、投薬変更自体は正しいとしても患者がその変更を受け入れられない可能性がある。同様に良好な医師患者関係が築かれている状況で担当医を変えるように助言をしても受け入れられないであろう。医師会等に報告することは長期的には解決するかもしれないが不確実と考えられる。

Q60. 問題のある医師への対応

患者に対しての暴言・理不尽な対応などがあまりにも酷いとして、ある医師に対する苦情が、多数の患者から都道府県医師会に寄せられた。そこで、都道府県医師会役員会で検討し、まずは郡市区等医師会に対応を依頼することとした。郡市区等医師会で調査を行い、苦情に十分な根拠のあることが分かったため、郡市区等医師会の役員から当該会員に対し、再三にわたり注意をしたが、事態はまったく改善されなかった。そこで、裁定委員会を開くことになり、当該会員に出席を要請したところ、退会届が提出され、郡市区等医師会はそれを受理した。問題は何も解決しておらず、当該医師は何の対応もされていないのが現状で、それまでどおり診療を続けている。どのような対応が適切だったのだろうか。

- a 退会したからには会員ではないから、医師会としてはもはや手の打ちようがない。むしろ除名処分と同様の効果が実現されたわけであり、問題はない。
- b 退会届を安易に受理したことが問題である。すでに裁定委員会を開催しようとしているのであるから、とりあえず受理せず、保留の形にして、裁定委員会を続行し、その結論によってはきちんと除名処分にすべきだった。
- c 退会届を受理して処分しないことにも問題はあるが、地域住民にとっては何ら解決していない。医師会が地域住民のための適切な医療提供に責任を負う存在であるなら、厚生労働省その他医師の資格について処分権限のあるところに告発すべきであった。
- d 当該医師の再教育を図るべきである。個別の指導医を付けたり、患者とのコミュニケーションの講習を受けてもらうなどして、当該医師が適切な医師患者関係を結べるよう働きかける必要があった。
- e 退会届を受理せず、裁定委員会で結論を出す際に、本当にこの医師が反省するような措置を講ずる必要があった。例えば一定の制裁金を課すなどの規定を置くことも考えられる。

A60. 正解は d と考えられる。

本問について、選択肢 a の対応がなされていることがこれまでは多かったであろう。退会届が出されてしまえば受理せざるをえず、医師会としては会員でなくなった当該医師にもはやどうすることもできないという理屈である。

ただ現在では、選択肢 b が可能となるよう、裁定委員会の審議にかかっている会員からの退会届の受理を保留する旨の規定を、日本医師会をはじめとする多くの医師会で設けている。医師会として、当該会員の立場になって慎重に審議を行い、必要な支援の方策や、改悛の情を呼び起こすためにやむをえず制裁を課すことも有用であろう。

本問は、患者に対する暴言等があまりにも酷いという事例であり、したがって、c や e のように単に告発や制裁に走るのではなく、当該医師が再び地域住民（患者）と適切な医師患者関係を結べるよ

う、医師として再生できるような工夫が望まれるので、ここでは d が正解と考えられる。

なお、今後は医師の高齢化も課題となる。医師の資格には年齢制限である定年がないため、高齢となって判断力が鈍ったり、怒りっぽくなったりしても、誰も止められない場合が増加することも予想される。そのような場合、専門家集団たる地域の医師会が中心となって対処していくことが望まれる。何しろ、専門家たる医師が加齢によって専門家としての責任を果たせなくなり、患者に迷惑をかけるという事態は避けねばならない。

このような事例は、実はさまざまな地域で隠れている可能性がある。先にも述べたように、当該医師に制裁を課したりするのではなく、なお医師として働ける可能性を探るような仕組みが医師会組織にも求められている。

医の倫理について考える 現場で役立つケーススタディ

2017(平成29)年3月31日 第1刷発行

2017(平成29)年7月31日 第2刷発行

■ 監 修 森岡 恭彦
■ 編 集 樋口 範雄
■ 制 作 日本医師会 会員の倫理・資質向上委員会
■ 発 行 公益社団法人 日本医師会(担当事務局：総務課)
〒113-8621
東京都文京区本駒込2-28-16
電話 03-3946-2121(代表)

■ 制 作 協 力 株式会社 協和企画
■ 印 刷・製 本 恒陽社印刷所

