

市立奈良病院

医療倫理規程

策定：2015年10月1日

改正：2021年7月6日

V 治療の差し控えと中止 改正

改訂：2024年2月6日

V 治療の差し控えと中止 改訂

改正：2025年2月18日

V 生命維持治療の中止・不開始に関する指針(ANDガイドライン) 改正

倫理委員会

市立奈良病院 医療倫理規程

I 医療倫理の原則	1
II 医療倫理に沿った代表的行動指針	1
III インフォームド・コンセント	2
IV 患者の権利と責務	3
V 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関する指針	4
VI 意思決定能力のある患者の治療拒否	6
VII 臨床現場における倫理的問題に関する解決のための体制	6
VIII 臓器提供を含む脳死判定	7
IX 生殖医療	7
X 人工妊娠中絶	7
XI 人を対象とする研究	7
参考文献	9
資料	10
A リスボン宣言(患者の権利に関する世界医師会)	10
B 医の倫理綱領(日本医師会、2000年)	12
C 看護者の倫理綱領(日本看護協会、2003年)	12
D Do Not Attempt Resuscitation(DNAR)指示のあり方についての勧告 (日本集中治療医学会 2016年)	13

第1章 市立奈良病院 倫理規程

I 医療倫理の原則

基本的人権、患者の権利、医の倫理、職業倫理に基づき、医療者は患者にとって最も望ましい医療行為を遂行することを原則とする。そのための医の倫理綱領を以下に定める。

医の倫理綱領

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持や増進を図るもので、医療者は、人類愛を基に奉仕の精神を持たねばならない。

1. 医療者は生涯学習を通じて、絶えず医学の知識・技術の習得に努め、その進歩・発展に尽くす。
2. 医療者は本職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。医療者は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
3. 医療者は互いに尊敬し、医療関係者はお互いに協力して医療に尽くす。
4. 医療者は医療の公共性を重んじ、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
5. 医療者は医業を営利目的としない。

II 医療倫理に沿った代表的行動指針

当院の職員は医療を受ける人々の尊厳と権利を尊重し、本指針に基づいて質の高い医療の提供に努める。

1. 患者権利の尊重

- 1) 医療者は、治療によって生じる負担と利益を患者に明確に説明する。
- 2) 患者には、治療の危険性や副作用が長期生存の可能性や症状の改善に見合うか否かを自ら決定し、望まない治療を拒否する権利が保障されている。
- 3) 医療者は、判断能力のある患者の意思が、たとえ家族等の希望や医師の勧めに反していても、それを尊重する。
- 4) 患者の意思決定能力が病気や薬剤によって損なわれている場合には、医療者は、家族等・代理判断者との緊密な話し合いにより治療方針を決定する。
- 5) 有効性より危険性の方が高い可能性のある治療を患者が希望する場合には、医療者は患者が要求する治療の有効性と負担を再評価する。

2. 真実の告知

- 1) 医師は、患者が自己決定できるように診断・治療や予後についての正確な情報を提供する。
- 2) 医師は、がん患者に対して、患者や家族等の特殊な事情を除き、原則として正確な病名を告げる。
- 3) 医師は、患者が理解・納得するまで説明し、意思決定を促す。

3. 守秘義務

- 1) 医療者は、診療の過程で得られた患者・家族等の健康・家族関係に関する患者情報の高い秘密性を認識し、特にがん、精神病等の情報が漏れることによる被害から患者を守る義務がある。
- 2) 医療者が守秘義務を免れることができる場合については、個人情報保護法令等の規程を遵守する。

4. 約束の遵守

- 1) 医療者は、患者・家族等との約束を厳重に守り、専門職として患者・家族等との信頼関係の構築に努める。
- 2) 患者との約束を守ることが他の倫理原則に抵触する場合には、医療者が約束を遂行しないことも正当化される場合もあるが、自己の裁量を超える重要事項については、患者側と約束しない。

5. 患者利益の優先

- 1) 医療者は、患者に優しい心で接するとともに、医療行為の内容について理解を得るよう十分に説明し、患者利益のために積極的な行動をとる。
- 2) 患者にとって最善であるとの医師の判断と患者の自己決定が対立する場合には、医療者は患者の意向を良く聞き、最善の治療に応じるよう説得を試みる。患者との合意が得られなければ、患者の自己決定が優先される。
- 3) 患者が意思決定能力を欠く場合には、医療者は患者の利益を守る立場で、家族等・代理判断者と相談し、治療方針を決定する。

6. 医療資源の公平配分

- 1) 医療者は、患者に対応すべき時間や手配等の医療資源の割り振りにおいて複数の患者間で競合する場合には、医学・医療上の必要性を最優先させて、これら限られた時間と資源を患者に公平に提供する。
- 2) 患者の得失に関連しえる臨床治験における倫理的配慮に関しては「治験審査委員会標準業務手順書」を、臓器移植における倫理的配慮に関しては「脳死判定・臓器移植マニュアル」を参照する。

Ⅲ インフォームド・コンセント

1. インフォームド・コンセント(informed consent) とは

患者が良質な医療を受けるためには、患者の自律的な意思に基づく同意が不可欠である。そのためには、医療者から十分な説明を聞き、患者が納得・同意して自分の治療法を選択することが重要である。医療者は、患者・家族との信頼関係を崩さないよう努め、告知及びインフォームド・コンセントが患者の自己決定権、自律の原則を守るための行為であることを念頭に実践しなくてはならない。医師は、患者の尊厳を守るために真実告知のあり方及び告知の方法を考慮したうえで、患者・家族の権利・心情を配慮したインフォームド・コンセントになるように働きかける必要がある。

1) 実行

- (1) 患者・家族にとっての告知の意味を理解し、告知やインフォームド・コンセントが影響する心理的側面に配慮する。
 - (2) 医師は、患者・家族に対して検査・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を得ることが重要である。また、医療者は患者・家族が主体的に、医療行為について意思決定ができるよう丁寧に対応する。
 - (3) 医療者は、告知やインフォームド・コンセント後、患者・家族が納得のできる選択であったかどうかを確認し、選択したことを受け入れることができているか留意する。また、受け入れることができいない場合は、再度説明の場を設けるなど努力する。
 - (4) 患者に判断能力がない場合の説明と同意に関しては、「リスボン宣言」の「4意識喪失者」「5法的無能力者」の内容を遵守するよう努める。
- 2) 医療チームで検討が必要と判断し、倫理的に慎重な対応が求められる以下のような場合には、倫理委員会への相談を推奨する。

- (1)告知をすることで患者に害を与えることが強く予想される場合
- (2)病名を知らせないでほしいなど患者本人が前もって意思表示していた場合
- (3)軽度の認知症や精神疾患等で判断力が疑わしい場合
- (4)家族が強く反対した場合、など

IV 患者の権利と責務

医療とは患者と医師をはじめとする医療提供者とが相互の信頼関係に基づき、協働してつくり上げていくものであり、「みんなでやさしい明るい医療」の提供を目指す当院の理念の下、患者の立場に立った良質で安全な医療を提供するため、患者の基本的な権利と責務をここに定める。

1. 患者の権利

- 1) 個人として尊重され、良質な医療を公平に受ける権利
患者はだれでも、治療や検査などに当たり、社会生活を営む一人の人間として尊重され、一切の差別を受けることなく、適切な医学水準に基づいた安全かつ適切な医療を公平に受ける権利がある。
- 2) 十分な説明と情報提供を受ける権利
患者はだれでも、検査や治療の必要性、危険性、他の治療方法の有無などについて、理解しやすい言葉や方法で納得できるまで十分な説明と情報の提供を受ける権利がある。
- 3) 自らの意思で選択・決定する権利
患者はだれでも、自分の意思で受ける検査や治療方法を選定し、または望まない医療を拒否する権利がある。そのため、自らの診療情報の開示や他院を含め他の医師の意見（セカンドオピニオン）を求める権利がある。
- 4) 個人情報やプライバシーを保護される権利
患者はだれでも、診療過程で得られた自らの個人情報とプライバシーを守られる権利がある。
- 5) 新しい薬の臨床試験や研究途上にある治療について、これを受け、またいつでも拒否できる権利
当院で実施している新しい薬の臨床試験や新しい治療法の研究開発については、その目的、危険性などに関して十分な情報提供を受け、患者自らの自由な意思に基づいてこれを受け、またいつでも拒否することができる。

2. 患者の責務

- 1) 正確な情報を提供するとともに、疾病や医療を十分理解する責務
患者には、医療提供者が的確な判断を行えるよう、自らの健康に関する情報をできる限り正確に医療提供者に伝える責務がある。また、納得できるまで質問をするなどして自らの疾病や医療について十分理解する責務がある。
- 2) 医療に積極的に取り組む責務
患者には、検査や治療について納得し合意した方針に意欲を持って取り組む責務がある。
- 3) 快適な医療環境づくりに協力する責務
患者には、他のすべての患者が快適な環境で医療が受けられるよう、病院の規則や病院職員の指示を守る責務がある。
- 4) 社会的ルールを守る責務
患者には、社会的なルールを遵守し、他の患者のプライバシーや権利を尊重し、また、医療費を適正に支払う義務がある。

V 生命維持治療の中止・不開始に関する指針(ANDガイドライン)

目的

厚労省は2018年3月に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」⁽¹³⁾を定めた。そこでは「医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける患者が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、患者による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。」とされている。

この原則を踏まえて、当院は、上記医療・ケアについて適切な意思決定を支援するための指針として、以下のとおり定める。

1. 生命維持治療の中止・不開始の倫理的位置づけ

- (1) 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける患者が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、患者による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。

また、患者の意思は変化しうるものであることを踏まえ、患者が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、患者との話し合いが繰り返し行われること（アドバンス・ケア・プランニング：ACP）が重要である。

さらに、患者が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから家族等の信頼できる者も含めて、患者との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、患者は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。

- (2) 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- (3) 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。
- (4) 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は行わない。
- (5) 人生の最終段階（終末期）の定義
当院では、以下の3つの条件を満たす場合を人生の最終段階（終末期）とする。
 - ①複数の医師が客観的な情報を基に、治療により病気の回復が期待できないと判断すること。
 - ②患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得すること。
 - ③患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し対応を考えること。

2. 医療・ケアチーム、患者、家族の間のコンセンサスに向けての体制

人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定にあたって、医療・ケアチーム、患者、家族の間のコンセンサスについては、次の手続によるものとする。

(1) 患者の意思の確認ができる場合

- ① 方針の決定は、患者の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされることが必要である。そのうえで、患者と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合い（ACP）を踏まえた患者による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。
- ② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて患者の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、患者が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、患者が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。
- ③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(2) 患者の意思の確認ができない場合

患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族等が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて、患者に代わる者として家族等と十分に話し合い、患者にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には患者にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(3) 複数の専門家からなる倫理委員会の関与

上記（1）及び（2）の場合において、方針の決定に際し、

- ・ 医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合
- ・ 患者と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
- ・ 家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合

以上については、倫理委員会において、方針等についての検討及び助言を行うものとする。

VI 意思決定能力のある患者の治療拒否

1. 患者の自己決定権を尊重する。

患者の治療拒否を尊重し、強要は認められない。

2. 患者が拒否できる治療の範囲

1) 手術、人工呼吸療法、血液透析療法、抗生物質、心肺蘇生術、胃管による栄養補給などが対象となる。

2) 患者に判断力があれば、治療拒否によって寿命を縮める結果をもたらす可能性があっても、患者には治療を拒否する権利がある。

3. 輸血の拒否

1) 「エホバの証人」等の信仰上の理由から輸血を拒否する患者で、輸血による救命を図る医療行為が問題になっているが、これら患者の輸血拒否は原則として尊重される。輸血を必要とする治療が行なわれる可能性がある場合は、診療内容および治療方法の説明を行い輸血の必要性、輸血のメリット、デメリットについて説明する。その上で、信仰上の理由を元に輸血を拒否される場合は、治療を行わず転院を勧める。[絶対的無輸血の拒否]

2) 当院は「無輸血を希望した場合でも、緊急に輸血をしなければ生命の維持が困難な場合は輸血を行う」方針とする。[相対的無輸血]

全ての手術や出血する可能性のある検査および治療では輸血の可能性があり、輸血なしでは生命維持が困難になった場合は輸血を行うことを伝え、輸血同意書にサインをもらう。また、輸血が予想されない治療であっても、「救命のために、必要であると判断される状況においては同意書が得られない場合であっても輸血を行う」ことを伝え、説明同意書を作成する。

3) 具体的な対応については、個別の状況により異なりえるので、「市立奈良病院 輸血マニュアル」の「X 輸血拒否患者（エホバの証人等）に係る治療対応マニュアル」の章を参照する。なお、本規程は、医師個人の専門職業人としての信条に反する行動を強制するものではない。

*絶対的無輸血：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。

*相対的無輸血：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。

4. 治療拒否の制限

感染症法の定める一類・二類・三類・四類・五類感染症、新型インフルエンザ等の感染症、指定感染症、新感染症については、患者の治療拒否は制限される。

VII 臨床現場における倫理的問題に関する解決のための体制

1. 臨床倫理現場で倫理的な問題が発生した場合、各部署で関係者を招集して検討会を開催し、対策を実施する。

2. 自部署で解決が困難な事例は、「倫理委員会」へ相談依頼をする。

1) 緊急性のあるもの

・ 職場責任者が窓口となり、倫理委員長に相談し関係部署と連携し対応する。必要時、医療安全管理者、感染管理者などと連携を図る。

・ 休日、夜間などの場合、担当主科だけでなく、複数の診療科、職種を交えて患者の最善の利益について話し合い方針を決定する。

2) 緊急性がないもの

・ 倫理委員会に検討を依頼する。

3. 倫理委員会による直接的なフィードバックを行う。

主治医、部署はカンファレンスの内容を参考に対策を実施する。

4. 倫理コンサルテーションの結果は倫理委員会で報告される。

VIII 臓器提供を含む脳死判定

臓器提供を含む脳死判定においては、「臓器の移植に関する法律」(平成21年7月改正)および「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針(ガイドライン)」(平成24年5月一部改正)を遵守し、「法的脳死判定マニュアル」(厚生労働省、平成22年度)、「臓器提供施設マニュアル」(厚生労働省、平成22年度)を参照し、当院の脳死判定委員会が示すマニュアル(「市立奈良病院 脳死判定・臓器摘出マニュアル」(平成22年9月))に則って倫理的な配慮を行う。

1. 倫理的配慮と対応

医師は、家族の心理状態・それぞれの思いを十分把握した上で、移植ネットワークに連絡し、医療者は移植コーディネータの話をきけるよう家族を支援する。医療者は、移植コーディネータが慎重に意思確認を進める中で、家族の気持ちが変わった場合はどの段階でも撤回ができることを念頭に対応する。一方、患者に対してはたとえ脳死状態であっても尊厳をもって対応する態度が求められる。

以下に示す内容は慎重に対応すべき内容であり、移植医療の透明性と公平性の確保、ドナーおよびドナー家族のプライバシー保護の両立、虐待児童と知的障害者等の保護のため積極的に関与する。

- 1) 児童に対し虐待が行われた疑いがあるかどうかに関心し、虐待を受けた児童が死亡した場合に当該児童から臓器が提供されることのないように適切な措置を講ずる。その疑いがある場合には、虐待防止委員会・倫理委員会で検討し、その結果に基づいて対処する。
- 2) 患者が知的障害者等の臓器提供に関する有効な意思表示が困難となる障害を有する者であることかどうかに関心し、当該の障害を有するものであることが判明した場合においては、年齢にかかわらず、当面、その者からの臓器摘出は見合わせる。

IX 生殖医療

当院では生殖補助医療は行っていない。出生前診断について希望があった場合は、検査をしているセカンドオピニオンを紹介する。

X 人工妊娠中絶

当院における人工妊娠中絶の適応は、「母体保護法」(平成23年6月改正)の第十四条「一 妊娠の継続又は分娩が身体的又は経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの」「二 暴行若しくは脅迫によって又は抵抗若しくは拒絶することができない間に姦淫されて妊娠したもの」に基づく場合のみとなる。実施に対しては、中絶が選ばれるやむを得ない事情を持つ場合があり、当事者の心理的葛藤にも配慮しなければならない。医療者は、心療内科医師や臨床心理士のサポートが継続的に受けられるように調整をはかる。

XI 人を対象とする研究

先端医療を含めた人を対象とする基礎・臨床研究を行う際には、「医師の職業倫理指針」(日本医師会、平成28年10月改訂)、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(平成26年12月22日公布、平成27年4月1日施行、平成29年2月28日一部改正)、ヘルシンキ宣言(1964年採択、2013年フオルタレザ総会改訂)に沿って、研究者の立場に立つ専門職業人として行動する。

なお、以下に定める基本原則にない事については、上記3つの指針を参照とする

1. 意思決定能力のある患者

- 1) 研究の対象となる者(以下「対象者」)の安全・福利・権利への配慮は、研究の利益および社会の利益への配慮よりも優先される。

- 2) 個々の対象者について、予想される危険を正当化する利益があることを確認したうえでなければ、研究を実施してはならない。研究の利益と危険性は、独立性をもつので、適正に構成された委員会によって評価されなければならない。
- 3) 対象者には、研究参加の自発性を確保するために、研究への参加に対する報酬が払われてはならない。また、研究において用いられる身体の一部とその情報を有償の取引の対象にしてはならない。ただし、参加あるいは保存、加工、輸送などに要する経費の授受は正当な範囲内で認められる。
- 4) 対象者には、研究の意義、研究に参加しない場合の取り扱われ方、目的、予想される利益と危険性、安全性および個人情報の保護の方法、参加拒否と同意を撤回する自由な どの必要事項について、医師は、あらかじめ十分説明し、対象者が理解して判断するために必要な時間を与えなければならない。
- 5) 対象者の自発的意思による明示の同意がなければ、研究の対象としてはならない。
- 6) 研究に参加することで対象者に健康被害が生じた場合には、過失の有無にかかわらず、また因果関係の証明はなくても、必要かつ最善の医療を提供しなければならない。

2. 意思決定能力が損なわれている患者

意思決定能力が病気や薬剤によって損なわれている患者に基礎・臨床研究を行う際には、医師は、家族等・代理判断者の意思を尊重し、同意を得られた場合に限り、「医師の職業倫理指針」（日本医師会、平成30年10月改訂）に準じて行動する。

3. 生体材料及び摘出臓器・組織材料の取り扱い

- 1) 剖検により得られる、ないしは既に保存されていた患者の各種生体材料を用いた医療者による基礎・臨床研究は、倫理委員会で評価し承認された上で行う。2) 倫理委員会は、原則として「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（平成26年12月22日公布、平成27年4月1日施行、平成29年2月28日一部改正）の規定に沿って当該研究を評価・承認する。

4. 公表

臨床研究によって得られた結果についての発表に際し、被験者の名前等が公表されないよう、被験者のプライバシー保護には十分配慮する。なお、「市立奈良病院個人情報保護管理規定」を参照する。

<注釈>本文中に用いられた「家族等」とは、法的な意味での親族だけでなく、患者が信頼を寄せている人を含む。

参考文献

1. 厚生労働省・終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン・平成19年5月
2. General Medical Council. Treatment and care towards the end of life, London:GMC 2010 .
3. Royal College of Paediatrics and Child Health. Withholding or Withdrawing Life Saving Medical Treatment in Children: A framework for practice, 2nd Edition. London: Royal College of Paediatrics and Child Health 2004.
4. Committee on Bioethics. Guidelines on Forgoing Life-Sustaining Medical Treatment. PEDIATRICS 1994;93;532
5. 終末期医療の在り方に関する懇談会「終末期医療に関する調査」の結果について（案）平成22年10月
6. 日本学術会議・臨床医学委員会終末期医療分科会・「対外報告:終末期医療の在り方について一亜急性型の終末期について」平成20年2月14日策定
7. 日本救急医学会・「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）」平成19年11月5日策定
8. 日本老人医学会・「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドラインー人工的水分・栄養補給の導入を中心として」平成24年6月24日策定
9. Sprung CL et al. End-of-life practices in European intensive care units: The Ethicus study.
10. Royal College of Paediatrics and Child Health. Withholding or Withdrawing Life Saving Medical Treatment in Children: A framework for practice, 2nd Edition. London: Royal College of Paediatrics and Child Health 2004.
11. 世界医師会（WMA）「ヘルスケアに対する子どもの権利に関するWMAオタワ宣言」第9条・1998年
12. Seckler AB et al. Substituted judgment: How accurate are proxy predictions? Ann Intern Med 1991;115:92-99
13. 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」平成30年3月
14. 救急医学会、集中治療医学会、循環器学会「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～」平成26年11月
15. 全日本病院協会「終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～改訂版」2016年11月
16. 日本脳卒中学会「脳卒中における終末期医療に関するガイドライン」2018年12月

資料

A リスボン宣言(患者の権利に関する世界医師会、1981年採択、1995年改訂、2005年改訂) 日本医師会訳

序文

医師、患者およびより広い意味での社会との関係は、近年著しく変化してきた。医師は、常に自らの良心に従い、また常に患者の最善の利益のために行動すべきであると同時に、それと同等の努力を患者の自律性と正義を保証するために払わねばならない。以下に掲げる宣言は、医師が是認し推進する患者の要な権利のいくつかを述べたものである。医師および医療従事者、または医療組織は、この権利を認識し、擁護していくうえで共同の責任を担っている。法律、政府の措置、あるいは他のいかなる行政や慣例であろうとも、患者の権利を否定する場合には、医師はこの権利を保障ないし回復させる適切な手段を講じるべきである。

原則

1. 良質の医療を受ける権利

- a すべての人は、差別なしに適切な医療を受ける権利を有する。
- b すべての患者は、いかなる外部干渉も受けずに自由に臨床上および倫理上の判断を行うことを認識している医師から治療を受ける権利を有する。
- c 患者は、常にその最善の利益に即して治療を受けるものとする。患者が受ける治療は、一般的に受け入れられた医学的原則に沿って行われるものとする。
- d 質の保証は、常に医療のひとつの要素でなければならない。特に医師は、医療の質の擁護者たる責任を担うべきである。
- e 供給を限られた特定の治療に関して、それを必要とする患者間で選定を行わなければならない場合は、そのような患者はすべて治療を受けるための公平な選択手続きを受ける権利がある。その選択は、医学的基準に基づき、かつ差別なく行われなければならない。
- f 患者は、医療を継続して受ける権利を有する。医師は、医学的に必要とされる治療を行うにあたり、同じ患者の治療にあっている他の医療提供者と協力する責務を有する。医師は、現在と異なる治療を行うために患者に対して適切な援助と十分な機会を与えることができないならば、今までの治療が医学的に引き続き必要とされる限り、患者の治療を中断してはならない。

2. 選択の自由の権利

- a 患者は、民間、公的部門を問わず、担当の医師、病院、あるいは保健サービス機関を自由に選択し、また変更する権利を有する。
- b 患者はいかなる治療段階においても、他の医師の意見を求める権利を有する。

3. 自己決定の権利

- a 患者は、自分自身に関わる自由な決定を行うための自己決定の権利を有する。医師は、患者に対してその決定のもたらす結果を知らせるものとする。
- b 精神的に判断能力のある成人患者は、いかなる診断上の手続きないし治療に対しても、同意を与えるかまたは差し控える権利を有する。患者は自分自身の決定を行ううえで必要とされる情報を得る権利を有する。患者は、検査ないし治療の目的、その結果が意味すること、そして同意を差し控えることの意味について明確に理解するべきである。
- c 患者は医学研究あるいは医学教育に参加することを拒絶する権利を有する。

4. 意識のない患者

- a 患者が意識不明かその他の理由で意思を表明できない場合は、法律上の権限を有する代理人から、可能な限りインフォームド・コンセントを得なければならない。

- b 法律上の権限を有する代理人がおらず、患者に対する医学的侵襲が緊急に必要とされる場合は、患者の同意があるものと推定する。ただし、その患者の事前の確固たる意思表示あるいは信念に基づいて、その状況における医学的侵襲に対し同意を拒絶することが明白かつ疑いのない場合を除く。
- c しかしながら、医師は自殺企図により意識を失っている患者の生命を救うよう常に努力すべきである

5. 法的無能力の患者

- a 患者が未成年者あるいは法的無能力者の場合、法域によっては、法律上の権限を有する代理人の同意が必要とされる。それでもなお、患者の能力が許す限り、患者は意思決定に関与しなければならない。
- b 法的無能力の患者が合理的な判断をしようする場合、その意思決定は尊重されねばならず、かつ患者は法律上の権限を有する代理人に対する情報の開示を禁止する権利を有する。
- c 患者の代理人で法律上の権限を有する者、あるいは患者から権限を与えられた者が、医師の立場から見て、患者の最善の利益となる治療を禁止する場合、医師はその決定に対して、関係する法的あるいはその他慣例に基づき、異議を申し立てるべきである。救急を要する場合、医師は患者の最善の利益に即して行動することを要する。

6. 患者の意思に反する処置

患者の意思に反する診断上の処置あるいは治療は、特別に法律が認めるか医の倫理の諸原則に合致する場合には、例外的な事例としてのみ行うことができる。

7. 情報に対する権利

- a 患者は、いかなる医療上の記録であろうと、そこに記載されている自己の情報を受ける権利を有し、また症状についての医学的事実を含む健康状態に関して十分な説明を受ける権利を有する。しかしながら、患者の記録に含まれる第三者についての機密情報は、その者の同意なくしては患者に与えてはならない。
- b 例外的に、情報が患者自身の生命あるいは健康に著しい危険をもたらす恐れがあると信ずるべき十分な理由がある場合は、その情報を患者に対して与えなくともよい。
- c 情報は、その患者の文化に適した方法で、かつ患者が理解できる方法で与えられなければならない。
- d 患者は、他人の生命の保護に必要とされていない場合に限り、その明確な要求に基づき情報を知らされない権利を有する。
- e 患者は、必要があれば自分に代わって情報を受ける人を選択する権利を有する。

8. 守秘義務に対する権利

- a 患者の健康状態、症状、診断、予後および治療について個人を特定しうるあらゆる情報、ならびにその他個人のすべての情報は、患者の死後も秘密が守られなければならない。ただし、患者の子孫には、自らの健康上のリスクに関わる情報を得る権利もありうる。
- b 秘密情報は、患者が明確な同意を与えるか、あるいは法律に明確に規定されている場合に限り開示することができる。情報は、患者が明らかに同意を与えていない場合は、厳密に「知る必要性」に基づいてのみ赴他の医療提供者に開示することができる。
- c 個人を特定しうるあらゆる患者のデータは保護されねばならない。データの保護のために、その保管形態は適切になされなければならない。個人を特定しうるデータが導き出せるようなその人の人体を形成する物質も同様に保護されねばならない。

9. 健康教育を受ける権利

すべての人は、個人の健康と保健サービスの利用について、情報を与えられたうえでの選択

が可能となるような健康教育を受ける権利がある。この教育には、健康的なライフスタイルや、疾病の予防および早期発見についての手法に関する情報が含まれていなければならない。健康に対するすべての人の自己責任が強調されるべきである。医師は教育的努力に積極的に関わっていく義務がある。

10. 尊厳に対する権利

- a 患者は、その文化および価値観を尊重されるように、その尊厳とプライバシーを守る権利は、医療と医学教育の場において常に尊重されるものとする。
- b 患者は、最新の医学知識に基づき苦痛を緩和される権利を有する。
- c 患者は、人間的な終末期ケアを受ける権利を有し、またできる限り尊厳を保ち、かつ安楽に死を迎えるためのあらゆる可能な助力を与えられる権利を有する。

11. 宗教的支援に対する権利

患者は、信仰する宗教の聖職者による支援を含む、精神的、道徳的慰問を受けるか受けないかを定める権利を有する。

B 医の倫理綱領(日本医師会、2000年)

医師および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
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。
3. 医師は医療を受ける人々の人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

C 看護者の倫理綱領(日本看護協会、2003年)

1. 看護者は、人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する。
2. 看護者は、国籍、人種、民族、宗教、信条、年齢、性別及び性的指向、社会的地位、経済的状態、ライフスタイル、健康問題の性質にかかわらず、対象となる人々に平等に看護を提供する。
3. 看護者は、対象となる人々との間に信頼関係を築き、その信頼関係に基づいて看護を提供する。
4. 看護者は人の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する。
5. 看護者は、守秘義務を遵守し、個人情報の保護に努めるとともに、これを他者と共有する場合は、適切な判断のもとに行う。
6. 看護者は、対象となる人々への看護が阻害されているときや危険にさらされているときは、人々を保護し安全を確保する。
7. 看護者は、自己の責任と能力を的確に認識し、実施した看護について個人としての責任を持つ。
8. 看護者は、常に、個人の責任として継続学習による力の維持・開発に努める。
9. 看護者は、他の看護者及び保健医療福祉関係者とともに協働して看護を提供する。
10. 看護者は、より質の高い看護を行うために、看護実践、看護管理、看護教育、看護教育の望ましい基準を設定し、実施する。
11. 看護者は、研究や実践を通して専門的知識・技術の創造と開発に努め、看護学の

発展に寄与する。

12. 看護師は、より質の高い看護を行うために、看護師自身の心身の健康の保持増進に努める。
13. 看護師は、社会の人々の信頼を得るように、個人としての品行を常に高く維持する。
14. 看護師は、人々がより良い健康を獲得していくために、環境の問題について社会と責任を共有する。
15. 看護師は、専門職組織を通じて、看護の質を高めるための制度の確立に参画し、より良い社会づくりに貢献する。

D Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) 指示のあり方についての勧告 日本集中治療医学会 2016/12/20

1. DNAR指示は心停止時のみに有効である。心肺蘇生不開始以外は集中治療室入室を含めて通常の医療・看護については別に議論すべきである（注1）
2. DNAR指示と終末期医療は同義ではない。DNAR指示に関わる合意形成と終末期医療実践の合意形成はそれぞれ別個に行うべきである（注2）。
3. DNAR指示に関わる合意形成は終末期医療ガイドラインに準じて行うべきである（注3）。
4. DNAR指示の妥当性を患者と医療・ケアチームが繰り返して話し合い評価すべきである（注4）。
5. Partial DNAR指示は行うべきではない（注5）。
6. DNAR指示は日本版POLST - Physician Orders for Life Sustaining Treatment - (DNAR指示を含む)「生命を脅かす疾患に直面している患者の医療処置（蘇生処置を含む）に関する医師による指示書」に準拠して行うべきではない（注6）
7. DNAR指示の実践を行う施設は、臨床倫理を扱う独立した病院倫理委員会を設置するよう推奨する（注7）。

注1：心停止を「急変時」の様な曖昧な語句にすり変えるべきではない。DNAR指示のもとに心肺蘇生以外の酸素投与、気管挿管、人工呼吸器、補助循環装置、血液浄化法、昇圧薬、抗不整脈薬、抗菌薬、輸液、栄養、鎮痛・鎮静、ICU入室など、通常の医療・看護行為の不開始、差し控え、中止を自動的に行ってはいけない。

注2：終末期医療における治療の不開始、差し控え、中止に、心停止時に心肺蘇生を行わない（DNAR）選択が含まれることもある。しかし、DNAR指示が出ている患者に心肺蘇生以外の治療の不開始、差し控え、中止を行う場合は、改めて終末期医療実践のための合意形成が必要である。各施設倫理委員会がDNAR指示と終末期医療に関する指針（マニュアル）を明確に分離して作成することを強く推奨する。

注3：厚生労働省「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」、あるいは日本集中治療医学会・日本救急医学会・日本循環器学会「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～」の内容を忠実に踏襲すべきである。

注4：DNAR指示は患者が終末期に到る前の早い段階に出される可能性がある。このため、その妥当性を繰り返して評価し、その指示に関与する全ての者の合意形成をその都度行うべきである。

注5：Partial DNAR指示は心肺蘇生内容をリストとして提示し、胸骨圧迫は行うが気管挿管は

施行しない、のように心肺蘇生の一部のみを実施する指示である。心肺蘇生の目的は救命であり、不完全な心肺蘇生で救命は望むべくもなく、一部のみ実施する心肺蘇生はDNAR指示の考え方とは乖離している。

注6：日本版POLST（DNAR指示を含む）は日本臨床倫理学会が作成し公表している。POLSTは米国で使用されている生命維持治療に関する医師による携帯用医療指示書である。急性期医療領域で合意形成がなく、十分な検証を行わずに導入することに危惧があり、DNAR指示を日本版POLSTに準じて行うことを推奨しない。

注7：日本集中治療医学会倫理委員会が評議員を対象に施行した「臨床倫理に関する現状調査」では、臨床倫理を扱う独立した倫理委員会が設置されている施設は67.1%である。DNAR指示は臨床倫理の重要課題であり、終末期医療の実践とともにDNAR指示を日常臨床で行う施設は独立した臨床倫理委員会を設置するよう推奨する。

E その他

- 1 医師の職業倫理指針（日本医師会 平成30年10月改訂）
- 2 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（平成29年2月28日一部改正）
- 3 ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針（文部科学省、厚生労働省、経済産業省、平成13年3月29日策定、平成29年2月28日一部改正）
- 4 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（平成30年3月改訂）
- 5 薬剤師行動規範（日本薬剤師協会、平成30年1月改訂）

改正・改訂履歴：2021年7月6日 医の倫理綱領追加、治療の差し控えと中止 追加
2023年2月6日 DNARガイドライン追加

