

# 坂総合病院 第4回倫理委員会 報告

日時：2003年7月19日（土）午後4時 - 6時40分

場所：坂総合病院東2階患者教室

出欠：歯科医師1、宗教家1、弁護士1、医師4、患者会1、事務局3、

議題：

## 1. 委員の補充について

- 院内の医師から1名、患者会から1名オブザーバー参加、紹介した。
- 医師会の医師から - - 依頼中
- 院外の薬剤師から 依頼中
- 委員それぞれの紹介と、あいさつのあと協議に入った。

## 2. 「輸血拒否患者への対応」について 最終検討

\*この部分についての決定には、初めての参加である各氏の責任を問わないことを確認した。またこれは院長あての答申であり対外的に出る文章は、坂病院としての決定になるため方針決定の責任は坂病院にあることを委員長から付け加えた。

a、字句上の問題など最終検討。

### はじめに

「相対的無輸血」「絶対的無輸血」について用語解説、注釈する。

保証 保障へ（誤字訂正）

「生と死」に関する考え方をより個々の人間の感性に帰属させていくという、の文章の「感性」という用語 「自己決定」？別途適切な用語を検討する。「輸血拒否という価値観」の文章の「価値観」という用語 価値観が自己決定の対象ではなく「拒否すること」が自己決定の対象。判決もそのように扱っている。

「患者の死を回避するために最大の努力を尽くすというのが医療側の倫理であり、この倫理観は最大限尊重されるべきものである。」 下線部削除。

「担当医師から「良心的診療拒否」を表明されたときには、当該患者から担当をはずれることや、患者を他の医療機関へ転送することも管理部の承認の元に許可することとした。」の文章変更 「担当医師から「良心的診療拒否」を表明されたときには、当該患者から担当をはずれることを管理部の承認の元に許可することや、患者を他の医療機関へ転送することも選択肢の一つとする。」

「患者の意向や要求を安易に受け入れる方向を示したものではない。むしろ安易な解釈の変更から生じる様々な危険性を回避するために作成された指針」の文章の「安易」という用語 「機械的」または「 」と変更する。

### 第一章 基本的な考え方

1、「価値観」 変更

1、人格権を構成する信教の自由に基づく権利 下線部削除

3、輸血拒否という「価値観」 削除

- 4、 「説得」という言葉にインフォームドコンセントを当てているがそぐわない。「(インフォームドコンセントを前提とする)」を文章のうしろにもってくる。

## 第二章 基本的指針

【A】の3の文章。「医学的に最善と考えられる治療を行う際の輸血の危険性(当該患者にとっては生物学的死を意味する)と、無輸血で行い得る他の治療法の治療効果を対比検討して、」 わかりやすい文章に。

【A】の3の「輸血を要する可能性が極めて高い手術、治療法であるにもかかわらず患者が強く希望した場合で、かつ医学的側面から科学的合理性がないと判断された場合は、」 波線部に無輸血治療を患者が強く希望した場合にと一部追加。下線部は表現をわかりやすく検討。

【B】の1に文章追加する。 近親者で意見が分かれた場合は意見の統一を促す。最終的に近親者の意見が統一されないと判断された場合は、救命上必要な輸血は医師の判断で行う。

### 輸血拒否兼免責証書 患者本人記入用

「私の命や健康を保つためには輸血しか方法がない」の文章検討 下線部検討。  
病院当局 病院と変更(当局を削除)

### 輸血拒否兼免責証書 近親者記入用

「この指示は、私以外の当患者の親族に対しても拘束力を有します。」 削除する。

### フローチャート(案)

【C】「扶養義務を負う家族」 「本人および親権者」と変更。

### 参照資料

弁護士の委員に全面見直しをお願いする。

## 3. 次の検討課題について討議、確認

### a、臓器移植について

- この課題については、全日本民医連の倫理委員会委員でもあり脳外科医でもある内部委員に提案(現状と課題、指針について)をお願いすることとした。
- 提案文書が出された時点で、この委員会での討議をすすめることとした。

### b、終末期医療について

- 職員のアンケート結果について、事務局から説明報告。
- 現場の課題や問題点を鮮明にするため、看護部門による座談会を企画することとした。参加者の了解を得られれば、ビデオを撮影し倫理委員に提供することとした。日時は、9月1日(月)午後3時から5時。
- 次回9月の倫理委員会からこの課題について検討することとした。2003年度内(04年3月まで)に院長あて答申することを目標とする。

- 職員のアンケート結果は職員全体に公表する。
- 「末期医療」と「終末期医療」という用語について 内容はほぼ同義と判断し、当倫理委員会では「終末期医療」として統一する。
- 委員会での討議の進め方は、座談会のあと事務局で整理し、各委員に事前提案する。 文書発送する。
- 倫理委員会委員の学習書籍については、1 - 2冊を病院費用で購入することとした。

### c、意見交換

用語についてはわかりやすく提示する。

宗教においては、「終末思想」がある。生きたいという思想と、(なかなか死ぬことができない場合などに)死にたいという思想(願望)が出てくる。死の世界を永遠的喜びの世界と考えるようになる。延命医療という考え方とのかかわりも課題である。

終末期医療を一般化できない。老衰、ガンなどでそれぞれ課題として検討が必要である。議論の入り口でしっかりした議論、終末期医療の定義、議論の進め方が必要。具体的なケースごとの検討が必要。 延命したいという考えと、無駄な医療はしないで、という考えもあり、入り口での一定の抽象的な論議が必要。積極的な治療をしない時期については、ガン末期については一定の社会的な合意ができていよう。ガン末期については、明文化してもよい時期ではないか。

寝たきりの状態になったときや老衰のどんな時期にDNR を検討するか、患者・家族といつの時期に相談するか、いつから末期ととらえるかなど、そのような指針を検討・提案する時期に来ているのではないか。

座談会では、議論の進め方をしっかり整理して進める必要がある。

患者の自己決定をどうとらえるか、社会的に無駄な医療をしないという要求をどう見るか、医療側の患者への接近、説明の基本、などしっかり論議が必要。

自己決定権については「ほぼ絶対のもの」という考えが確立しつつあると思う。患者の知る権利、学ぶ権利に対して、医療者側としては大変ではあるが、十分な情報提供と説明する努力が必要になる。

患者としては最後まで生きたいと願っている。ガンの再発を繰り返しても目の前に「死」があるとは思っていない。患者はあきらめているわけでない。終末とは人間らしく生きて人間らしく死ぬということが終末であろう。煩雑な医療の中でもホスピスのような雰囲気のところインフォームドコンセントをきちんと取ってほしいと願っている。

患者にとって「終末」とは医療の限界、医師の未熟さ、力量の不足ということであり、医療者だけでは決められない。しかし患者は医療については医師にゆだねるしかない。医師は終末期だけでなく、最初に診察したときから患者に寄り添ってインフォームドコンセントをとり続けることが大切である。そのようにしてはじめて人間らしく生き、人間らしく死ぬことができる。医師のそうした真剣な決意が患者に伝われば、患者は安心する。

治療を続けていて死が避けられない時期がくる。患者も医師もその時期がわかってくるときがくる。終末期医療の検討はそのときの対応を考えるということ。

自己決定権の尊重は告知の問題と切り離せない。自己決定の行使は、いったん決定しても変えられるものである。終末期医療に関する検討の背景は、医師と家族

の自己満足で終末にしてはいけないということにある。患者の希望、要求から出てきているし、医師の専任放棄が背景にあるわけではない。

リビングウィルとか「すでに死を受け入れている人」へはどう対応するか。ガンを告知したときに手術しないとかが発生する。

老衰や障害ある人には告知できない。終末期の患者への告知はできない。どう対応するか。

現実には、意識混濁の終末期には家族に相談する。本人の意思を尊重する相談をする。意識のある間に患者の意思をある程度認識できる。ただし脳卒中とか急な終末期の場合は家族との相談しかない。

家族という言葉をあいまいに使うことも問題。代理決定はなかなか難しい。3親等までというのが検討されている。今後いろんな形で整備されていこう。これから代理決定人を決めておくことも大事。

本人の人格を尊重するところから出発すればよい結果が生まれると思う。

患者が末期になってから家族がいろいろ話に割り込んでくるとき、医師の立場、姿勢が試される。

最近、患者は、無駄な延命はしないでというのは多い。でも生きたいと思っている。痛みをとってほしいということ。

人工呼吸器をいきなり止めれば殺人になる。そうでなく相談して止めた場合に「死期を早めた」とかなると困る。そういうことにならないように、一定の指針のようなものを提案することは必要。研修医の教育にも役立つだろう。

自宅で死にたいという患者には、自宅でできない治療を無理にはやれない。別の医療行為が発生する。したがって無駄な医療をしないということは単純に医療の手抜きではなく、別の治療をするということでもある。

- 21 終末期医療とは、患者の生きたいという延長で「死を受け入れること」が必要で、その上で成り立つもの。しかし死を受け入れられない患者にどう対応するか、どう支えるか、医療がどう関与するかなど課題になる。死を受け入れられるようにどうするか、プロセスや手順が必要であれば文章化していきたい。
- 22 いきなり検査結果説明で本人にガンの告知があり大混乱になった例も経験した。告知については、され方、仕方、が大きな問題。また本人のかかえる背景を考えていねいな告知が望まれる。告知された本人が家庭・家族のことで悩んで自殺した例もある。告知に至るプロセスが非常に大事。

#### 4. 倫理委員会の役割について、追加提案と確認

##### a. 委員長から提案

- 一部の個別の課題について検討することとする。 緊急性のある事案については、院内の倫理委員会委員で対応することとしたい。ただし「事故・紛争」課題は検討しない。
- 対象となるもの 院長からの諮問に基づいて検討する。
  - \* 病理標本を学術研究に供する場合
  - \* 薬剤の治験を行う場合
  - \* 人工授精など不妊治療、研究にかかわるもの
  - \* 遺伝子治療、研究にかかわるもの
  - \* その他

以上の提案を倫理委員会として確認した。

b、意見・質問

- 社会的に責任が問われないかどうか 問われない。体外的な責任は病院管理責任者にある。倫理委員会があくまでも「院長に対する答申」をする。最終的な病院の決定は管理者にある。
- 法的な問題は無いだろうが、ずさんな検討をして問題になった場合、誰が委員をやっているかという話にはなるだろう。
- 病理関係とは 標本は患者の体の一部なので、学会に提供したり研究に使用する場合には、患者からの同意が必要になる。大変厳しい時代になっている。
- 大学などの研究計画に参加してよいかどうかなど、倫理委員会の判断が求められる。

**5. 次回の倫理委員会開催日程**

2003年9月20日(土) 午後4時から6時、場所は、南8階大会議室

以上