

医療における個人の尊厳と自己意思決定権

Personal Dignity and Self-decision making point in Practices of Medical and Health care

松 本 博 志

1. はじめに

医療は簡単にいえば患者と医師との信頼関係に基づいた無言、無署名の暗黙の契約にて行われてきた。医師は患者を納得させるだけの見識、経験を基に患者を診療することが自然な姿であった。いわゆるインフォームドコンセントの原型である。医師は診療の過程で自分の力では十分な医療が施せないと自ら認識したときには然るべき診療能力を持つと考え、医師に紹介した。また、患者の側も懸かっている医師の診療に不安を感じたときは黙って別の医師の門をたたくということが行われてきた。今日で言うセカンドオピニオンの原型である。診療能力の低い医師は藪医者との悪名を頂き、診療能力が無いのに何時までも患者の診療を続ける医師を患者離れが悪いと巷間では言った。この医療の姿の中に医師と患者の人間愛の交換が見られた。しかしながら、医学の進歩、それによる医療、医療技術の進歩、複雑化などが医療に係わる者の範囲を広げたためなどによって法の整備を必要とした。なお、これに拍車をかけたのが医療に係わる保険制度の整備である。わが国では国民等しく最高の医療を平等に受けられることを法は唱っている。このことは内容的には最高が平等にと言う経済効率に基づいた底辺医療を強制している面がある。最高の医療を平等にと言うことは立法における法文の中の枕詞的修辭であるであって、文言は法文に納得性を持たせるために、この種の手法が歴史的遺産として過去から引き継がれてきている。

2. 関連法規とその概要

医療における個人の尊厳と事故決定権について医療の現場でどう関わっているかを考えると個人の尊厳は全ての医療行為に関係しており、医療に係わる全ての人、すなわち、医師、看護師、検査技師、放射線技師、薬剤師、医療事務職員が関わっている。

自己意志決定の行使はこれらの医療従事者全ての人々との間で医療を受ける患者本人との間で双方の事故決定権が行使されるが、一般的に言って患者の自己意志決定を唆していることが多い。ここでは患者本人の自己決定権を対象に話を進める。研究を進めるに当たって医療に関係する法規について概略どうなっているかを記しておく以下のようなものである。

(1) 医療法

昭和23年7月30日 法律第205号として制定されている。第1章総則から第6章罰則まで附則を除いて77条からこうせいされている。その後、人口の高齢化、医学医術の進歩、疾病構造や患者の受療行動の変化に対応し、患者の心身の状況に応じた良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保するための改正がなされてきているが、基本概念に変更は無い。

医療法ではその目的、医療提供の理念、国および地方公共団体の責務、医師等の責務、それらの付帯事項について定めている。

医療提供の基本的理念は 1) 医療が生命の尊重と個人の尊厳の保持、2) 医療の担い手と医療を受ける側との信頼に基づき、医療を受ける者の心身の状況に応じて行う、3) 医療は単に治療するだけでなく、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションまでを含む良質かつ適切なものであることを定めている。

(2) 医療従事者に関する法規

医療機関において医療にかかわる業務に携わる多くの人たちは、その業務が、国民の健康や生命に直接影響を与える重要性を持つだけに、国はそれらの業務を行うことのできる者に対し、医師法をはじめとした免許制度を定め、その資格と権利義務を厳格に定めている。また、正規の免許制度にはなっていないが、医療に対する補充的機能を果たしている職種もある。

(3) 医師法

昭和23年7月30日 法律第201号として医師法が制定されている。この法律は医師の資格（身分）とその権利義務に関して定めたもので、総則、免許、業務などに分けて規定している。もっとも重要なのは業務である。第1条では、医師の任務について定めており、国民の健康な生活の確保に努力することが使命とされている。第2条から第8条までの条

文は医師の免許資格の要件がさだめられている。医師免許は、医師国家試験に合格した者に対して厚生労働大臣から与えられる。第17条は、医師でない者が医療を行うことを禁止した、医師の業務の独占を規定したものである。医業は人間の生命に関する業であり、高度の医学知識と医療技術を必要とする行為であるから、みだりに資格の無いものが従事することを禁ずるのは当然である。医業の内容をなす医行為は複雑であり、医学の進歩に伴って常に変化し発展する。第19条は、医師の応招義務および診断書などの交付の義務について規定したものである。医師は患者から診療を求められた場合は、これに応ずる義務を負う反面、適当な事由があれば、患者の診療の求めを拒否することができる。この正当な事由に該当すると考えられる場合とは、(1) 医師本人の不在、病気などによる診療の不能。(2) 自己の専門外で、他の専門医による診療が時間的、距離的に可能な場合など社会通念上妥当と認められる場合に限られる。第20条では、医師が診察をしないで治療をおこなったり、診察をしないで証明書類を交付することを禁じている。診察にも、問診、聴打診、触診等いろいろな方法があるが、どの方法によるにしても診察をした上で、投薬、注射、処置、手術などの治療を行うこととされている。診断書、処方箋、出生の証明書等の交付は、いろいろと重要な影響をもつので自ら診察しないで作成、交付してはならないとされている。診断に関する文書類には次のようなものがある。診断書、死亡診断書、死体検案書、死胎検案書、死産証書。第22条は、医師の処方箋交付の義務を定めている。処方箋の記載事項は、第21条に次のように規定されている。「医師は、処方箋に患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、容量、発行の年月日、使用期間および病院もしくは診療所の名称および所在地又は医師の住所を記載し、記名押印又は署名しなければならない。」第23条では、医師が単にその疾病に対する治療を行うだけでなく、日常の療養方法についても必要な指導をおこなうことを義務づける定めをしている。第24条では、診療録（カルテ）の記載の義務と保存の義務を規定している。カルテは、医師が診療による所見、処置の内容、経過などを具体的に記録した文書で、患者にとってはもちろんのこと、医師にとっても臨床医学上の重要な資料となるので、正確かつ詳細あることが望ましい。カルテの記載事項は、施行規則第3条に次のように定められている。(1) 診療を受けた者の住所、氏名、性別及び年齢、(2) 病名及び主要症状、(3) 治療方法、(4) 診療の年月日、カルテの保存期間は5年であるが、その始期は、診療を開始した日ではなく、その患者に対する一連の診療の終了日の翌日からとされている。診療録の保存義務者は、病院等に勤務する医師が行った診療については、その施設の管理者であり、その他の診療つい

ては診療を行った医師である。

(4) 保健師助産師看護師法

この法律は昭和23年7月30日、法律第203号に定められている。本法は、保健師、助産師、看護師の資格や業務について定め、その資質を向上することにより、医療及び公衆衛生の普及向上を図ることを目的として制定されたものである。第1条はこの法律の目的を定めており、第2, 3, 5, 6の各条では、保健師、助産師、看護師又は准看護師それぞれの職務についての定義を定めている。また、

保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治医、又は歯科医師の指示があった場合のほかは、診療機械の使用、投薬などの行為してはならないことになっている。ただし、応急の手当てをすとか、助産師が臍の緒を切るなどの助産師の業務に当然付随する行為はして差し支えないとしている。なお、助産師には、異常妊婦などに対する臨時応急手当以外の処置の禁止、応招の義務や証明書などの交付、異常死産児の届出の義務、助産師の記録及び保存の義務などが規定されている。

医療法、医師法などは法の正義の実現について詳細に記述されているものの、人間愛との関連については記述されていない。

3. 現在の医療の姿

現代の医療の姿を簡単にまとめると以下のように言えるであろう。

医療は患者と医師との間の契約に基づいて行われる。その背景には個人の尊厳、すなわち個人に固有の何人も犯すことの出来ない権利、厳かで尊い人権の尊重し、医療を施す側の医師の十分な医学知識、医療経験のあることが前提となっている—この条件は医師免許を持つ、医師研修を終了している事—。すなわち、医療は緊急の場合を除いて医師と患者の間の契約において行われるのが通常である。したがって、医師は契約条項すなわち疾病とその処理の全容については患者が理解できるように十分説明する義務がある。患者は十分理解できるまで説明を受けるように努力する必要がある。すなわち納得することが前提である。通常は、保護者、後見人を必要とする場合を除いて、医師と患者の間に契約は成立するのであって、家族との間で成立するものではない。契約の成立を証左する立場で家族、他の医師、看護師などが個人のプライバシー守秘の立場で同席する事もある。わ

が国ではこの契約と言う習慣が定着していない。米国などのように医師が情報を十分に開示して契約をすることは少ない。任意加入の保険契約の条項などが参考になる。医療問題の発生はこの契約処理の曖昧さにあることが多い。

4. 研究事例

医療における個人の尊厳と自己決定権について研究するに当たって、社会的に問題となった最近の医療事故の中には個人の尊厳、自己決定権が関係すると考えられるものがあるのでそれらを取り上げる。しかし、この事故は訴訟に持ち込まれ、詳細が公表されないものが多い。テレビ、新聞、雑誌などで報道される情報にも限界があり、さらにこれが刑事事件、民事事件などとして処理されはじめると正確な情報は把握しにくくなる。このような場合に医療に携わる専門家としての医学的知識、医学的経験を基に判断するしか方法は無くなる。事件に直接関係した関係者も医師は守秘義務があるので事件の内容については話さなくなるが、専門家にとっては話の矛盾を把握することはそれほど困難ではない。自験例を含めてその問題点を指摘して行きたい。

(1) 東海大学での医師による安楽死例

この事件は裁判の判決も確定しているので無駄なコメントは不要であろう。

ただ、次の事件と同様の性格の事件であり、問題点は何処まで患者方の正義が尽くされているかと言う疑念が無いわけではない。患者の自己決定とその確認で、この事件は安楽死の問題とのかかわりが大きい事件と考えてよいと思われる。一定期間、主治医として患者を診療していると疾患が難治性のもので、患者自身も日々の苦痛、周囲への負担などを考え生きることへの自身を失う事がある。その現場をみて医療をしている医師の心、眼にどのように映るかは医師本人の感性にもよる。家族関係が物を中心に形成され、心の関与が少なく、宗教も力なくなっている現代に医師の判断が先に出すぎた事件といえるのではなかろうか。

(2) 川崎市の病院での喘息患者の医師による執行(?)例

この事件も前記の事件と同様に安楽死の問題とのかかわりが大きい事件と考えてよいと思われる。一定期間、主治医として患者を診療していると疾患が難治性のもので、患者自

身も日々の苦痛、周囲への負担などを考え生きることへの自身を失う事がある。その現場をみて医療をしている医師の心、眼にどのように映るかは医師本人の感性にもよる。家族関係が物を中心に形成され、心の関与が少なく、宗教も力なくなっている現代に医師の判断が先に出すぎた事件といえるのではなかろうか。患者の自己決定を検証する方法を確かなものとした上で家族、親族の患者の医療への関わりを十分に確かめながら医療方法残存の道を模索し、その可能性が無いとの判断。

(3) 東部地域病院での腸閉塞小児患者の死亡例

この事件は小児のヘルニアカントンによる腸閉塞だと考えられる。自己決定の出来ない小児の医療の困難さを両親などの家族の判断を踏まえて行うのが普通であるが、報道による医師と看護師との対話から考えると医師の側の診療姿勢、能力の是非が問われる事件であると言える。この病院の診療体系が関係していることは勿論のこと、同時に医師の医療者としての人格が関与している部分が大い事件であると言えよう。この病院の院長は新聞紙上にて診療体制を見直したいとして次のように述べている「当初はベストを尽くしたと考えていたが、内部調査で医師が入院から急変まで」の間、回診に行けなかったことなど至らない点が明らかになった。ご家族にお詫びするとともに、病院の診療体制を見直し、医師をはじめとした医療スタッフの対応が適切だったかどうかについて、今後案件としていきたい」。この院長の紙面上の説明では診療体制の何処をどのように見直すのかが具体的にはっきりと明示されていない。それとも全体が完全に無茶苦茶で一からの建て直しかとも受け取れる発言であると解釈するのは私一人だけであろうか。医療における初歩の初歩の問題提起であると言える。

(4) 東京大学病院でのステンドグラフト挿入時の死亡例

この事例は医師側の技術の未熟さ、経験症例数を正確に開示していないことなど医療側に不利な、情報を患者に十分に開示しないで同意を得ている可能性がある。患者に不十分な情報で自己決定を求めている可能性があると考えられる。患者が死亡するケースではどのような説明をしたかは十分に知る由はないが、わが国では患者が成人であっても慣例として関係家族全員が決定に係わり、患者本人とだけで決定を下すことが無いという特殊性があること十分に認識していない。

(5) 自験例

① 自験例その1

ある建設会社の社長A氏が急性心筋梗塞で急患として救急救命センターに救急搬送されてきた。到着時心停止状態で懸命に蘇生処置を行ったところ、蘇生に成功したのでICUに収容した。いずれは数時間の内に死亡することは確実な状態である旨を家族に説明した。家庭内の事情で相続問題もあるのでその確認ができるような状況が実現できないだろうかと、家族、同席の弁護士からの申し出があり、人工心臓による一時的救命処置をすることを決断し、希望に添えるかどうかは不明であるが、人工心臓による左心補助を行うべく人工心臓の装着を行った。幸いに全身の循環維持と意識の回復を得ることが出来て、ICUでの弁護士家族による相続の手続きは終了した。その後、家族は何時死なせて貰っても結構ですとのことであったが、人の命はそれほど軽いものではないと説明して、人工心臓による2週間の延命で死亡した。

—このケースでは個人の尊厳の取扱に問題はなかったと考える。自己意思決定権は医療には実現されていない。財産相続にだけ自己決定権が尊重されている。—

② 自験例その2

A医師が下血をしたので自分の病院でB医師の内視鏡検査を受けた。このとき内視鏡検査を施行したB医師は検査画面を被検者であるA医師と共に見ながら胃癌である旨を告げた。A医師は続いて腹部超音波検査をそのB医師から受け肝臓に転移のあることも直視した。A医師は自分の消化器癌の重症度を自ら知ることとなった。

このとき内視鏡検査、腹部超音波検査を施行したB医師は患者であるA医師にことさらな説明、言及をしなかったという。その後間もなく、私はA,B両医師から個別に病状を告げられどのような道が治療として残されているか？ 最善の方法があるのか相談があった。私は個別に最善の方法を本人の納得の行く方向で考えるべく話をした。A医師は死期が自ずとわかったようであったが、自分の考えてきた人生観で最後まで医師としての使命を纏うべき時間を可及的に長く伸ばさないものかと悩んだ末、病が癌であるから癌の専門病院で最高の医療を受けるチャンスが作れないものかと私に相談された。その気持ちを汲み最高の国立の癌専門医療機関の責任ある立場のC医師の診察を受けるように手配した。患者であるA医師と家族はそのC医師の診察を受けるべく病院を訪ねた。診察の結果、診察したC医師は消化器癌の病状は外科手術の適応ではなく、抗癌剤による化学療法の適応で

ある旨伝え、今後残されている余命について触れ、その病院の化学療法科のD内科医師の受診を指示をした。A医師は化学療法科を受診し化学療法を受けるべく入院手続きをとり帰宅した。その後、入院指示の連絡があり、化学療法科に入院し化学療法を開始された。化学療法科の担当D医師からもこの病状ではこの化学療法が基本的標準の選択肢である旨など詳細な説明を受け、自分の余命についてもどんなに長くて来年の来年の今ごろは死んでいるでしょう。まずは後3ヶ月の余命ですとの説明をされ「告知」、化学療法を2ヶ月間受け、完全な脱毛と、痩爽状態となり、肝臓転移の腫瘍マーカーも上昇の一途である旨の報告を受けた。患者であるA医師はこのままだと、告げられたように「予定どおり」死ぬと考えられる。未だ遣り残していることがあるので他に残されている道は無いのだろうかとの相談を私は受け、癌の化学療法を長年手がけ研究をされているE先輩医師を紹介した。患者であるA医師は後のこともあるので丁重に国立の癌専門病院のC,D両医師にご挨拶し、他の治療を受けてみたいとの意向を伝えた。化学療法科のD医師からは「何処に言っても結果に変わりはないと思いますよ」と告げられたとのことであった。そのE先輩医師のF同級生医師の計らいもあり、入院し化学療法をE医師の病院で受けることになった。新しい方法による化学療法は効果があって、画像診断的にも肝臓転移の縮小も著しく、内視鏡検査による胃癌の硬化縮小も顕著となった。この入院中に自分の病院に勤務している看護師の夫が同様の病態で他の病院で治療を受けているがよくならないとの相談を患者であるA医師に持ちかけられ、その患者を紹介し自分と同じ抗癌剤の化学療法を受けさせている。医師である患者には、その後、退院し定期的に抗癌剤化学療法を受けると言うスケジュールが組まれた。最初の1,2回は入院し治療を受けたが、注射だけなら自分の病院でうてないかとその病院の別のG医師に相談したところ、「先生の病院で指定薬剤を注射されれば良いでしょう」と言われ、通院はしないで自分の病院で化学療法を行いつつ診療に励む日々を過ごしていた。この時点で抗癌剤化学療法の専門家の手を離れた格好になった。つつい注射回数が減り、検査回数も減り、完全なフォローがなされなくなった。退院後、暫くして検査データの悪化、画像診断の所見悪化が判明してから自分で受診し担当のE専門医師から病状悪化を指摘され、更なる追加治療のすすめがあり、自分でその病院の二人のE、G医師に追加治療について見解をただし、意見が分かれているので、追加治療の是非について私に相談をされたので、その病院の先輩であるE専門医師に私の検査所見の理解を基に追加治療についての見解を糾した。その結果は治療の妥当性を強調するもので私と同様の見解であるから追加治療を受けるべく処置にA医師は同意され入院した。追加治療

のための処置を行ってもらった後、抗癌剤の投与で悪寒戦慄が起き、追加化学療法の投与を中止して、退院した。退院後は自分の病院で初回の化学療法を時々行う日々が続いていた。その内、痰に血が混じるようだと訴え、A医師は自分でも肺に転移したものと判断し自分の病院のB医師に相談し種々検査を受け、胸壁近くに転移と思われる異常陰影を認め、これに対する治療の必要性、治療効果について呼吸器科の専門医の判断を委ねたいとの、この病気になったからには潔く死にたいとの話をする一方、生に対する非常に強い執着を持っていた。その病院のB医師のコメントを求める一方で、最高の専門医の意見を聞きたいとの話で本邦で最初の癌専門病院の呼吸器外科の責任者であるH医師の診察を受けるような手配をしてあげた。そのH医師を受診した。そのH医師からは診断は転移癌で原発癌の治療が第一で此の転移巣の治療には、体力の消耗だけで意味の無いことが告げられた。A医師の意気消沈ぶりには目に余るものがあった。このころから腫瘍マーカーが上昇の一途を辿るようになり、それまで無理して継続していた診療も不可能となり、腹水貯留による倦怠感も強くなり、対症療法ではなく抗癌剤による癌治療をシッカリしてくれる病院は無いかと病院に勤務しているI医師に相談し、近くで入院治療をしてくれる専門家のいる病院を見つけて話をつけて欲しいとの要望があり、いろいろと奔走のはて某病院の消化器病センターに入院してJ医師の化学療法を受けることになったが、その病院では家族には治療の可能性は残っていない状況である旨の説明があり、対症療法のみとの宣告があった。患者であるA医師には現時点での病状の説明はせず、本人の希望する状況になれば、化学療法に入るが、準備段階の治療をするとの説明をした。患者には入院中に受け持ち医師が回診しても診察で体に触って見ることもしないとの不満があり、退院して自分の病院で治療したいとの申し出をJ主治医に持ちかけ治療の大まかな指示についてのメモをもらい退院した。

—医療における個人の尊厳と自己決定権の行使がいかに簡単なもので無いことの一例である。医学、医療については経験の深い人間でも自己決定が如何に難しく、その判断は一回や二回の説明で簡単に決定できるものでないことを如実に物語っている。また、癌のような悪性疾患では残された余命を充実したものにすべく病名の告知が一般化しつつあるものの、一様に対応することの困難さを物語っている。健康人が病人に気持ちが理解出来るかどうか？ 全てのケースを一様に医師に論理で進めることが適当かどうかを考えさせるものがある。告知は個人の尊厳と言う点でもっとも難しい。

③ 自験例その3

ある患者の娘さんから夜間電話を貰った。その主旨は一番親しい友人の夫が感染性動脈瘤である大学付属病院に入院せいでいるが、人工血管移植では救命できず人間の動脈を用いた手術が必要で、人間の動脈はうちの病院には無くて東大にあるから東大病院に搬送するが、本日は連絡が取れないので何とか骨折り願えないであろうかととの事であった。詳細がわからないので家族から直接話を聞きたい旨伝えて家族と電話で話した。患者の妻と言う女性の話では仕事に行っていて、職場で急に40度越える発熱があり職場の近くで処置を受け帰宅した。その後、暫くして発熱、しかも弛張熱の繰り返しが起こるようになったので近くの病院に入院、入院後弛張熱の繰り返しとそれに対する処置、検査で腹部に動脈瘤があり壁が薄く何時破れてもおかしくない状況で人工血管による置換が必要であるが、現在感染がある状態なので人間の血管を用いて置換するのが良い。しかし、当病院には人間の血管は無いので人間の血管のある東大病院に搬送したいが、本日は未だ連絡が取れていないという主旨の話であった。患者の妻は「私はどうすればよいのか」、それを教えて欲しいと言う。

—この患者の病気はおそらく解離性動脈瘤の偽腔に reentry がついていないところに感染が起こり偽腔の拡張ための切迫破裂の状態にあるものと考えられる。このケースの問題点は患者が仕事人間で自己の健康管理が十分で無かったことも考えられ、また、医療情報が正確でなく、救急患者の一次、二次、三次救急の搬送システムについては一般住民は熟知していないことである。自己決定が行われても選択肢が限定されている。これが医療の成果を曲げている。患者が入院、ICUなどに収容されると、家族、親類縁者が情報収集、自己決定に参加するようになる。医師の診断、治療についての情報提供が十分でないことが考えられる。

5. 考察

(1) 医療における個人の尊厳と自己意思決定権の問題

医療における個人の尊厳と自己決定権の問題点は 1) 医療内容についての説明と理解のための双方の環境作り、2) 医療実施での当事者双方の意思疎通を基にする合意を背景とした契約にあることへの認識不足、二点に集約できると考えられる。

1) について

医療の必要性とその内容についての十分な納得のいく説明、いわゆるインフォームドコンセントがその前提にあるが、これが医療を受ける側に理解できているかどうか、理解できる状況にあるかどうか、疾病の種類によっては理解できない状況が存在する。たとえば、痴呆、難聴、失語症などが該当する。すなわち、痴呆、難聴者などでは十分な理解が不可能な状況での自己意思決定は不可能である。また、失語症者などでは医療の必要性、内容は理解できているが、同意の意志を医療を実施する側に伝えることが不可能な状況にある場合、この場合に第三者を介しての伝達による伝え方があるが、正確に伝えられない場合がある。さらにはインフォームドコンセントが行うことが不可能な場合、たとえば医療の実施に緊急性があり、医師の判断に委ねられるべきと考えられる場合がある。この場合、医療の内容については医師の識見、経験による判断に依存する。いわゆるインフォームドコンセントを得るに当たっては個人の尊厳がその背景にあるかどうかである。この場合の個人の尊厳は、医師、患者双方の個人の尊厳意味することは当然である。現今では患者の側の尊厳を意味しているように解釈された論理が展開される傾向が識者の間でも見うけられる。自己意思決定に当たっても十分なインフォームドコンセントが前提であるが、わが国のような保健医療においては経済効率が加味された範囲での医療ではこれが考慮されないことが医師の間にも、患者の側にも見られる。

2) について

医療内容実施に先立って暗黙に行われている契約で見過ごしされているのが、わが国は国民皆保険の国であること、この保険は経済原則が組み込まれていることへの認識不足がある。わが国のような保険医療の現場においては経済効率が加味された医療であるが、現実の医療ではこれが考慮されないことが医師の側にも、患者の側にも見られる。現実の医療において自己決定権は制約されたものになっている。しかし、大病院では最近はある種の医療行為に患者本人の同意、承託を求めることが行われる傾向がある。

(2) 将来の医療に予想される問題点

将来はこれからの先端医療を考えると生命倫理を背景とした問題が起こる可能性が多々あると考えられる。将来の先端医療において個人の尊厳、自己決定権がどのような位置付けをされるのであろうかと考えるとき、多方面の意識集約、検討が必要である。これらに関する規制についても考えられ、また考えられつつある。これは将来の医療が医療法、

医師法など従来の法規制を超えた「民法、刑法にまで」かかわるようになってきている点にある。これらに対する対応が必要である。しかし、いずれにせよその背景には根幹として人類愛、人間愛がなければならない。たとえば、クローン技術規制法(2001/11 成立)、特定胚取扱指針(2001/12)、ヒトES細胞の樹立及び使用に関する指針(2001/9)、ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針(2001/3)、ヒトゲノム・遺伝子治療臨床研究に関する指針(2001・3)、疫学研究に関する倫理指針(2002・6)、などについて十分検討する必要がある。

6. まとめ

米国での医療における自己決定は医療行為全てに全ての関係する医療担当者の考えが盛り込まれたフローチャートが出来ており、それぞれのクリティカルな場合にいずれのステップも二者択一で死亡につながる設定が組み込まれ、その時の医師の処置、判断の同意を求めるようになっておる。この場合の自己決定はあくまでも患者本人の決定が求められている。これらのフローチャートは米国における医療訴訟の深刻さをものごとたっている。それでも現実には医療訴訟が頻発している。国民皆保険の医療制度のわが国と比較困難ではあるが、その是非は別として、わが国にもこのような訴訟社会が持ち込まれようとしている。わが国では社会通念として医療行為についての契約は患者自身による自己決定の習慣に習熟していない。契約現場に同席する家族、親族、知人などと契約するものでないことなど、個人のプライバシーの保護などについての認識は厳格なものではない。法の整備にもまして社会通念の変革が必要な時代にさしかかっている。

参考資料

医事関連法規(医学通信社 平成元年版)

新聞各社関連記事