

坂総合病院第2回倫理委員会 報告

日時：2003年3月31日（土）午後4時 - 6時30分

場所：坂総合病院附属成人病クリニック4階会議室

出欠：歯科医師1、宗教家1、弁護士1、医師3、看護師1、事務局3、

議題：

1. 委嘱状の授与

- 委員長より、委嘱状を手渡した。
- 今回から、新しい委員として、弁護士の 氏に参加いただいた。
- 各委員の簡単な自己紹介のあと、以下の協議に入った。

2. 倫理委員会規程の確認

- a、別紙 倫理委員会規程を確認した。
- b、字句上の意見や公開の仕方に意見があり、用語の統一をはかった。またこの規程で実施して必要になった場合に改訂をはかることを確認した。

3. 「輸血拒否患者への対応」について討議

- a、論点説明 事務局員湯田から説明。
 - この間の厚生協会倫理委員会の「輸血拒否患者に関する討議と対応」答申の内容を参考にしながら論点整理し討議にはいった。
 - 1. 輸血拒否という価値観が自己決定権の対象になるとはいえ、自己決定の範疇に、「生死の決定」が含まれ、医療の場面で認めるかどうか。（医の倫理と自己決定権・人格権の尊重・尊厳死・・・）
 - 2. 医療機関として「輸血拒否患者への対応」についてどこまで統一した結論あるいは方針が出せるのか。科ごとの違いや医師個人及び職員の考え方の違いが存在した場合どう対応すればよいのか。
 - 3. マニュアル作成は、以上2点について方向性がはっきりした段階で行なう。（輸血拒否患者の受け入れ、対応の最終決定、責任の所在・・・）

b、意見

- 患者の宗教上の考え方については良く論議されているが、治療する側の医師、職員の宗教観、倫理観についてどう論議されているのか。
- 外科医師集団では、医師間の意見の違いはあまりない。比較的早くから「外科（案）」でまとまっている。看護部門では論議していない。職員間の広い討議が必要かもしれない。
- 現在の段階で、「輸血しないで死亡する」事態が目の前に生じたとき医療人として耐えられるのか、医師個人の倫理観、価値観との整合は取れるか、それらはこれからの論議になる。一民間病院として結論が出せるかも課題である。
- 無輸血治療で、自殺幇助とか自殺教唆とかの刑法上の問題になる局面はないであろう。
- 「エホバの証人」の患者が交通事故で救急車搬入された場合で、「無輸血の結果、死亡」という事態になったとき、刑事責任問われないか。交通事故の加害者が、医師を「業務上過失致死」で告訴するとかいうことはないか。
- 医師は最善の治療をすれば問題ないだろう。交通事故の加害者と被害者との関係での問題は起きるだろうが、病院責任は問われないであろう。

< 生死の決定が自己決定権に含まれるか >

- たとえば白血病などは輸血治療が絶対必要である。輸血しなければ治療ができない場合もある。絶対的無輸血となると、倫理的な課題とか法的な課題が出てくるのではないか。
- 自己決定権の尊重からいうと医療の側からは治療を押し付けられないということであろう。細かい点から言うと「意識のない患者」をどうするかなど問題にはなる。
- 裁判の判決は（判決の読み方として）「生死の決定も自己決定の権利にはいる」というものでない。この判決は「宗教上の信念、固い意思」を前提として自己決定を尊重するということである。確固たる意思が客観的に認められる場合を前提として、生き方の決定を尊重するということである。そこからどう事例に当てはめるかが課題である。
- 自己決定が生死に直結するという場合、どう考えるか。生死にかかわる場合も自己決定を尊重するというのが1つの考え方であろう。
- この宗教は、生死にかかわっても教義を守るという独特のものである。一般の生活する観点からはなかなか受け入れがたいだろう。一般に宗教上の考え方としては15歳とかの年齢には無関係であり、信念は何歳でも存在する。15歳で区切るのは法律的な観点からである。
- もう回復の見込みがないとか助からないとかの事態では、いままでも点滴の中止、投薬の中止、治療の停止、という例はあった。法的、倫理的な問題が無くても高齢者の場合などいままでの事例はあったであろう。
- 確かに、関係者に事実（病状）を告げて（治療中止などの）判断してもらうということは通常行なわれている。自然な流れの中で判断するということは、通常の臨床の現場では行なわれていることである。
- 自然の流れではない場合が発生してきているので、医療側が判断を迫られている。
- 絶対無輸血という方針をとっている病院もあるので、われわれは相対的無輸血という方針を提示し、患者に選択してもらう、他院に紹介するという方針を病院として採用できるのではないか。
- ぎりぎりまで説得すれば50%は輸血を認めるというデータもある。ぎりぎりの努力が必要なことは前提である。
- 現在、一般に輸血をするときにはすべて「同意書」を書いてもらうことが社会的にも法的にも共通のことになっている。いわば自己決定の内容になっている。輸血になった場合、副作用など負の症状も起きうることを了解してもらって手術にはいつている。
- 救急、緊急の事態で、本人の意思決定ができないときは、病院も医師も免責されるであろう。
- 本人に意識がないとかの場合は、家族、関係者の了解を求める。それもできない場合は救命を優先させることになる。
- 他院で、「 病院の方針として断固輸血する」というのは、「病院としての明確な態度表明」であろう。
- 他の例では、家族から「輸血したら自分の子供と認めない！！」といわれて躊躇して無輸血治療となった。マスコミに取り上げられて大きな論議になった。救急病院としては、突発的な事態はいつも可能性としてありうることである。
- 厚生協会（案）と外科（案）では、自己決定権の扱いに違いがある。外科（案）は生死にかかわるからこそ、自己決定を尊重し「無輸血」を貫くことにしている。
- たとえば、死体からの肝臓移植とかの事例が今後出てくる。医師としては対象となる

患者には移殖治療を提案することになるが、やはりどのように自己決定するか、課題になるだろう。

- 輸血実施を説得することが宗教への介入ととられることがありうるだろう。しかし説得は大事なもので宗教信念の深さによっても妥協をはかることが可能になるだろう。
- 子供の場合は、親の考え方だけを通すわけにはいかないし、むづかしい面がある。
- 医療関係者としては、安易にマニュアルどおりに事をすすめるという態度をとらないことが重要である。
- (委員長) ほぼ共通の意見として、生死の決定についても自己決定権の中に含まれるという考え方で論議をすすめたい。
- 最高裁の判決は、「生死の決定が自己決定権にはいる」というよりは、「その手術を受けるかどうか」という決定権があるということを示したと理解すべきだ。

<どこまで統一した方針を出せるか>

- 医療者側の古典的な価値観(救命最優先の考え方)と患者の自己決定権がぶつかった場合にどうするかというのはあまり論議してこなかった。
- 病院としてガイドラインを作るべきかどうか、医師個人がそのガイドラインを認められないときに「業務からはずす」などの対応も必要になるか、課題がある。
- 医師が自分の信条を理由に「手術からはずされる」というのは、医師、医療担当者としての「仕事をする権利」「治療担当責任者の業務」に対する侵害にならないか。
- 輸血の確率の高い場合(10%以上の場合)は手術しない、無輸血で死亡率10%以上の場合には手術自体が認められないと判断する。輸血可能性5%以下の場合で手術中にアクシデント発生したら、悩むことになる。
- 医師個人の技術的力量も判断基準になる。他院に紹介して無輸血治療の危険性が少なければそこに紹介する。病院(組織)としてその様な判断基準、態度を患者に明示していくべきだ。

c、確認事項

次回倫理委員会に、事務局から、ガイドライン(案)、方針(案)の素案となるものを提案することとした。

4. 坂病院職員への倫理アンケート

参考資料として中間報告という形で本委員会に提示した。次回までに事務局でまとめることとした。

5. 次回の倫理委員会開催日程

2003年5月17日(土) 午後4時から6時、成人病クリニック4階にて。

以上