

そのためにも、医師・患者間の信頼が何よりも大切である。

医学的にはできることが何もなくなったとして、医師が患者のベッドサイドから遠ざかってしまうことに対する不満の声がある。それが患者や家族にとってどれほど寂しく、辛いことであるか、また医師が思いつくことのほかにも、患者や家族が医師に対してして欲しいと思っていることがあるのだということを、医師は十分に理解し、行動で示さなくてはならない。

また、患者が「死にたい」と言った場合でも、その言葉の背後を十分に思いやる必要がある。「死にたい」という言葉は、時として単に「迷惑をかけたくない」「今の自分は好きではない」という気持ちの表現であり、さらには「生きたい」といった気持ちの裏返しですらありうる。患者の気持ちや感情は、その時の病状や人間関係によって変化する。患者はしばしば、生涯の愛を確かめあう会話や時間をひたすら求めており、そのような際に医師がなしうる大切なことは、患者のそばに座り、その患者の気持ちをありのままに聞きながら、対話することであろう。1つ1つの場面ごとに、患者が今何を一番願っているかを知ることが大切であり、患者と家族、医療従事者が少しでも苦しみをわかちあえるような絆を築いていくことが望まれる。日本でも、末期医療のなかで欧米のチャプレンのような存在が求められるのであれば、そうした方向で考えを進めていくことも必要であろう。

## 2 人間の尊厳・尊厳死

長らく日本では、一人の命の尊厳は、医師、家族、あるいは友人等の相互関係によってこそ確かめられるものとされ、従って自分一人で最期を決定できるものではなかった。しかしながら今日においては、本人が信じる“人間としての尊厳”を保ったまま死を迎えたいとする患者の自己決定は、基本的には認められるべきである。第IV次生命倫理懇談会が平成8年3月に出した『「医師に求められる社会的責任」』についての報告「一良きプロフェッショナリズムを目指して一」の中で、「医師は、末期医療についても患者あるいはその家族と十分に話し合い、患者のクオリティ・オブ・ライフを尊重しなければならない。その

上でならば、たとえ積極的な延命治療を行わないために患者の死期が若干早まったとしても、医師は責任を負うことはないであろう」としている。

尊厳死とは、苦痛のない安らかな死を願ったもので、平安な臨終は人々の期待するところである。しかし、実際には「死の縁は無量」といわれるように、交通事故や災害、超急性疾患など、突然に死を迎えることもある。そこで、日本では昔から、どのような悲しい死を迎えても、死ははかなくも尊いものであり、その善し悪しを問題にしなくてもよいとしてきた歴史がある。従って医師は、安らかな死が最高の医療であるという見方を念頭におきながらも、他方いかなる“死”も尊いと受け止めることができるような深い人生観をもつべきである。医師たるものは、単に患者が安楽に死ぬことを援助するのではなく、その患者が人生の終末を立派に生きようとしている努力を最期まで支援することも必要である。最近の一般の議論には、尊厳死をめぐるさまざまな解釈がみられ、なかには、「医療から限り無く遠いところにある死が尊厳死」であるかのごとき考え方も散見されるが、そうであってはならない。患者がどのような状態であろうとも、例えば仮に植物状態の人間になったとしても、その患者によって生かされていると感じることのできる人たちの存在を認識すれば、人間が今ここに生きている尊厳を見守ることが、重要な意味をもっていることに気づかされる。節度ある、適切な医療を受けて生を全うした後に迎える死こそ、尊厳ある死であろう。第Ⅲ次生命倫理懇談会の『「末期医療に臨む医師の在り方」についての報告』では、その審議の中で、「リビングウィル（アドバンス・ディレクティブ）を公認する自然死法を制定すべきだという意見（中略）が多かった」と紹介している。しかし、アドバンス・ディレクティブは、患者の、その時点よりはやや以前の意思を知るための重要な手がかりの1つと考えるべきで、これにより末期医療についての治療方針が万事決定されているとみなすことには、慎重さを要する。もし立法化する場合には、失効や書式の要件までも広く考慮する必要があるだろう。それが最終決定ではなく、状況の変化により繰り返し確認することにしておかなければ、アドバンス・ディレクティブの存在が反って障害になり、実際に末期医療に入るそのときの患者の気持ちに沿うことができなくなるおそれがある。

なお、平成14年度における厚生労働省の終末期医療に関する調査によると、延命治療の拒否を事前に文書で提示するリビングウィルに賛成する国民は59%、医師は75%にのぼる（平成9年度の前回調査では48%、70%）。ただ、リビングウィルの法制化を求める意見は、前回調査では国民で49%、医師で55%であったが、平成14年度にはそれぞれ37%、48%と減少している。

判断能力が十分なうちに、その能力が不十分となった場合にそなえて、患者本人に代わって延命治療の中止を決定する等の権限をもつ代理人を指定しておく制度は日本には存在しない。2000年4月1日から施行されている任意後見契約法は財産管理を目的とするものであって、医療行為については適用されない。ヘルスケアに係る代理人制度の是非は、将来の立法課題の1つであろう。

### 3 安楽死

第Ⅲ次生命倫理懇談会の「『末期医療に臨む医師の在り方』についての報告」では、安楽死について「苦痛を訴える末期患者の求めに応じて、医師その他の他人が注射などの積極的な方法を用いて、患者を死に至らしめること」と定義している。また、安楽死の立法については「不適當」とし、安楽死そのものも「特別の事情がある場合に個別的に、例外として認めるという現状を維持するほかはない」としている。この判断は、今日なお変わらないものであると考えている。

死を迎えようとしている人が安楽死を望むのも、一つの権利論としては十分にありうる。しかし、安楽死の法制化について本格的な議論をしていないわが国では、要件を満たさないままにその手伝いをすれば、犯罪行為として取り扱われる。従って医療の場において、患者のこの種の権利にどこまで配慮するかは、結局その場に携わる個々の人間が自らの思想、信条や哲学の下で処さざるを得ないのが現状である。

裁判例としては、安楽死をめぐる近親者が被告人とされた事件がわが国にも数件存在する。平成7年には医師の手によるはじめてのケースである東海大学安楽死事件に判決が下された（横浜地判平成7年3月28日）。同判決では、

まず従来安楽死の方法とされてきたものを、①不作為型の消極的安楽死(延命治療の中止)、②治療型の間接的安楽死(苦痛緩和・除去の治療の結果、患者の死期を早める行為)、③積極的安楽死(苦痛から解放するために意図的に死を招く行為)に分け、この中の③積極的安楽死を認める要件としては、i) 患者が耐えがたい肉体的苦痛に苦しんでいること、ii) 患者は死が避けられず、その死期が迫っていること、iii) 患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし、他に代替手段がないこと、iv) 生命の短縮を承諾する患者の明らかな意思表示があること、の4要件を示した。この判決をめぐっては、積極的安楽死の許容要件を判決のなかで提示すること、あるいはそれぞれの要件に対しても批判がある。しかし、苦痛の緩和が近年ペイン・クリニックの発達によって可能になってきていることを考えると、安楽死が許容される範囲はいつそう狭くなったというのが現実である。

#### 4 ガイドラインと医師の裁量権

諸種ガイドラインに与えられる重みは、各国、各社会において医療職能集団がもつ管理機能の強さによって異なる。日本の場合、本来ならば職能集団が自らの責任において決めるべきものであるが、国民皆保険制度上厚生労働省が定めてきた経緯がある。その意味では、厚生労働省が決める物事の影響は非常に大きい。すなわち、政府が定めたガイドラインを遵守しなければ物事が進まないということになりかねない。

これまでも医師の職業人としてのあり方については繰り返し議論されてきた。仮に、医師が医療上の専門性をもたないとすれば、すでにその存在は無意味であり、その意味からすれば“医師の裁量権”という言葉は使わないまでも、医師のあり方そのものが、社会もしくは医療を受ける人々にとって有益な存在であることを前提にしている。ただその場合、個々の医師がどの程度の見識を有しているかが問題になる。例えば、患者の精神的ケアに際して、聖職者と呼ばれる程に十分な精神的指導が常にできる水準までも医師に期待するのは酷としても、一応は精神的な問題に関しても理解、対応できるだけの感性と能力を医

師が備えていなければ、治療の総てを委ねることはできない。この厚みをどう考えるか、そしてそれを指導や教育のなかでどう体得させていくかが、重要な課題である。

## 5 末期医療にあたる医師および医療機関のあり方

### (1) 日本における末期医療への取り組み

日本でも高齢化社会をむかえ、ホスピスに対する関心や必要性が年々高まってきた。1980年代初頭より、日本でもホスピスケアへの取り組みが始まり、1990年に緩和ケア病棟として厚生省に初めて認可されたのは、淀川キリスト教病院ホスピス、聖隷三方原病院ホスピス病棟、坪井病院ホスピス病棟などであった。全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会が編集・監修した『ホスピスってなあに?』によると、ホスピスについては次のように説明されている。「あなたがどのような状態にあるかということ、ホスピスケアに携わるスタッフ全員が理解し共有することを大切にします。(中略)あなたとご家族と話し合いながら、限られた時間のなかであなたが一番あなたらしく振る舞えるように、チームが一丸となって考え、支えます。ホスピス・ケアとは、“その人がその人らしい生を全うすることができるように援助すること”と言えます。」

### (2) 日本における死の看取りの伝統

キリスト教を中心として進展してきたホスピスと同じように、東洋においてもそのような看取りの歴史がある。仏典によれば、釈尊は、「病を看取ることは、自分自身を看取ると異なる。」と記している。看病する自分自身が、逆にその病める人から、はかなくも、かけがえのない生命の姿を学んだのである。仏教は、あらゆるものは相互に支え合っているという縁起の真理を学び、生きとし生けるものの安らぎを願って、心の成熟をめざす宗教であり、仏教徒は病気をまじないによって治すのではなく、運命としてただあきらめるのではなく、医師に診断された病気として理解し、医学的な治療を受けて少しでも快方に向かうように願ってきた。仏教は医療に対し、常に敬意を示してきた。

日本では、7世紀に、聖徳太子が隋王朝に学び、世界の平和と平等を願って寺院を建立した。彼の願いを受けて、8世紀に、光明皇后が慈悲の心をもって、悲田院（貧困による病人や孤児を住まわせてケアした社会事業施設）、施薬院（薬草を栽培して薬を調合し、貧窮の病人を診療し、無償で薬を施与する施設）を開いた。死の看取りを確立したのは、10世紀後半、源信が著した『往生要集』（985年）で、それによると源信は、インドの祇園精舎（ぎおんしょうじゃ）や中国における死の看取りの実践内容を学んでいる。

死に直面するとき、人は自己の人生の意味をふりかえり、真の優しさと愛情に気づく。看取るものは患者を孤独の中に置き去りにせずに、限られた命を生きることを支援し、病人と看取るものとの、互いに死を超えた温かい心の絆を育んでいくことを、日本では求められてきた。

### （3）末期医療における患者の苦痛

1967年、シシリー・ソングースは患者の全人的苦痛を四つに分類しているが、それをまとめたWHO（世界保健機関）によると、末期患者は、身体的苦痛（physical pain）・心理的苦痛（mental pain）・社会的苦痛（social pain）・精神的苦痛（spiritual pain）を抱えているとされている。精神的苦痛とは、霊的苦痛、実存的苦痛とも訳され、「患者が自らの死に直面するとき、自らの人生の意味を求め、自分の存在意義をふりかえること。過去から抱えてきた罪の慚愧、感謝、家族や知人との和解を求めること。また苦しみの中で神の愛や仏の慈悲に心の救いを求めること」を意味する。

キリスト教のホスピスと仏教の看取りのめざすところは、同じである。患者と家族を温かくもてなし、肉体的な苦痛や精神的な苦悩を和らげ、なお生きることを全人的に支えようとする点についても、両者には何の違もない。さらには患者自身が苦境のなかで見出す優しさ、深い願いから、看取る人々が多くのことを学ぶのも、両者に共通する点である。キリスト教には旅人に仕える隣人愛の精神があること、死は最後でなく、天国への通過点というはっきりした死生観がある。仏教にも、生きとし生けるものをわけへだてなく敬愛する慈悲の精神があり、死は浄土に往生することであり、浄土で亡き人と再会でき、ま

た亡き人は仏となり、浄土より還って愛する人々の心に生きつづけるという死生観がある。神をたてるかたてないかの違いだけで、愛と慈悲には共通点が多い。

#### (4) 医師のあり方と教育

医師のあり方を論ずるのであれば、医学教育から論じなければならない。医学生時代の教育と、医師になってからの生涯教育を通じて、全ての医療人が、医療を実践しながら生命や死について考え、最良の医療を実現していく必要がある。医師会にも、医学生教育の中での倫理教育の充実・提言や、卒後教育・生涯教育のカリキュラム作成など、積極的な活動が求められる。殊に高齢者が激増した今日、医師は、死を看取る・助けるということについての学習・習得にもしっかりと取り組む必要がある。

#### (5) 死に対する挑戦と生の完遂

医師はある時期までは死に対する挑戦を続けるが、ある時点でその努力を控えることになる。その後は、どういう生を実現し終えるかという方向に向かう。その“生の完遂”ともいうべき部分が、日本の医療では整備されておらず不十分である。死に対する戦いが終わったとき、他にもう一つの医療が準備されていることを患者に話し、これからは残された生を全うするお手伝いをします、と告げ、情報を提示し、次の段階に進む。その医療を提供できる体制を整えることも、これからの日本医師会に求められる大きな課題である。ホスピスでは、医師がときどき赴いてアドバイスを与えるものの、実質的には看護師が日々患者のケアを行っている。そのため、ホスピスの医療では、医師ではなく看護師が主導する部分が多い。将来、医師はこの点にも十分な認識をもって、ホスピスケアにあたるべきである。

死に対する戦いの終わりとともに、より良い生を完遂する努力、すなわち尊厳を保って生を全うすることの手伝いできたという成功感を共に確かめ、心の中に整理しておくことが、国民に対する責任を果たすことにも通じるであろう。

緩和ケアの理念に、「何かをすることではなく、そばにいてあげることである (Not doing but being)」という言葉がある。絶望的な状況におかれている人に、何もできなくてもそばにいて、手を握ったり、優しく肩をさすったりするだけで、ささやかな支えになることを、この言葉は教えている。慈悲の悲の原語カルナーは「呻き (うめき)」を意味する。悟った仏はいつも人間の苦しみをなんとか共有し、決して見捨てずに安らぎに導こうとするから呻くという意である。この仏の呻きの意味から、人々は多くのことを学ぶことができるであろう。「そこにいる」という姿勢は、死にいたる苦しみにある患者を決して見捨てない勇気であり、誠実さであるともいえる。病が重くなり、死が近づくほどに、言葉にならないコミュニケーションが重みを増してくる。まさにその時、どのように共にありうるかが重要になってくる。患者とは、家族やよき理解者にめぐりあい、愛されていると実感できたとき、寂しさが和らげられ、安らぎを感じることができる人たちである。

#### (6) 末期医療における医師の決断

第Ⅲ次生命倫理懇談会の『「末期医療に臨む医師の在り方」についての報告』では、「組織的な医療を行う医療機関では、看護師、ケースワーカーなど、コメディカルの担当者を加えた医療意思決定組織を設け、末期医療に関する決定を行う必要がある」としている。

しかしながら、現状では多くの場合、基本的に医師は一人で死を迎えようとしている人と向き合って、彼等がどういう選択を望んでいるかを知り、できるだけそれに沿うよう、最終的にも一人で、決断を引き受けざるを得ない。次いで、その判断を実行するにあたっては、患者本人はもちろんのこと、できるだけ家族の意見も聴くことが重要である。本人の意思がはっきりしないまま、その後も意識不明という場合には、もっぱら家族と相談せざるを得ないが、その際、主治医として患者についての状況把握には限界があろう。臨床の第一線にいる医師は、ときには複雑な課題を引き受ける覚悟で、患者の死に対応することも必要になる。

末期医療においては、基本的に医師一人の判断や本人の自由意思だけで事を

進めることは、できるだけ避けた方がよい。特に死に関わる決定は、同僚など複数の医師に相談するように努め、独断専行は慎むことが大切である。そのため、証人としての複数の医師、家族の立会い、あるいは親族等の範囲を定義するなど、種々の条件や前提の明確化を図っていくことが急務である。

ちなみに、東海大学安楽死事件判決（前出）は、傍論としてではあるが、医学的にもはや無意味となった治療を打ち切り、尊厳をもって自然な死を迎えたいという患者の希望は、自己決定権に基づき、一定の要件のもとに許されるとしている。まず、末期患者が十分な情報と正確な認識に基づいて明示に中止の意思表示をしている必要がある。そのような意思表示が存在しない場合には、家族の意思から患者の意思を推定することが許されるとする。しかし、医師による推定の濫用は厳にいましめられている。家族については、①患者の意思を適確に推定しうる立場にあること、②患者の病状、治療内容、予後等について十分な情報と正確な認識を持っていること、③患者の立場に立った真摯な考慮に基づいた意思であることが要件とされる。さらに医師の側についても、患者と家族の関係の程度や密接さ等について必要な情報を収集し、患者と家族双方をよく認識し、理解する適確な立場にあることを要件とする。なお、同判決が、かかる要件を提示するに当たって、複数の医師、看護師等によるチーム医療等末期医療のための体制作りないし環境整備にまで言及している点も、医療従事者にとって傾聴に値する。

## 第5章 医療と社会

### 1 医療人としての自己管理の構築

医療とはたいへん人間的な消費であり、強いてこれを削減する理由はない。ただし、サービスとしての医療の内容、質、あるいは平準化を考えると、ある程度の規制にも理解が得られるであろう。だがこれらを総て医療行政に委ねることは、医療サービスを享受する国民の側からみても適切ではない。

現場で働く医師は、医療の実践のなかで判断に迷うような例に多々出会い、日々試されている。従って、そうしたさまざまな場面での成功・失敗や、組織としての医療現場での改良や知識、ノウハウなど、貴重な体験がなるべく共有され、蓄積・整理されるような態勢を、医師会としても整備・強化すべきである。

また、現在の医療のなかで医師と患者とは、求めるところが時に互いに一致したり、時に拮抗したりする。患者としての要望を、重要度に沿って編集し、医療の現場に届けることを目的としたNGO（非政府組織）あるいはNPO（非営利組織）としての「患者会」の機能は有用なものであろう。特に難病については、同じ経験を持つ患者や家族が交流し、その貴重な情報を医療に届けることによって、よりきめ細やかな治療法が確立できる。このような難病支援のための情報ネットワーク機構を援助し、交流していくことが、医師会に求められている。

医療サービスを受ける社会の側からすれば、本来、生命倫理的課題のほとんどは医療職能集団としての自己管理が機能している限り、これに託してよいはずのものである。究極的な解決法の1つは医師法を改正し、強制参加の身分組織を設けることであろうが、これは急には実現できない。現状のように、任意団体である医師会であっても、常時社会が直面している問題について調査を行い、その結果を社会に向かって公表したり、職能集団としての見解を時宜に合わせて発する責任があると確信する。こうすることによって職能集団としての求心力が強まり、かつ社会との良好な関係を確保することができると考えられる。

裁判についても、医療関係の事例には特に時間がかかっている。他の国と比

べても異常に長い理由の1つは、鑑定医の選定などに時間がかかることもあろうが、結局は管理能力の強い、医療職能集団の不在にも起因する。

## 2 法と倫理

医の世界における法に関連して、法律は最低限の最も基本的な規範であるが、それとは別に、医の倫理が独立して存在しなくてはならない。倫理面から判断して法を超えなければならない事態が起きた時、医師の集団として、どのような姿勢でこれに対応するのか予め考えておく必要がある。

日本では、先進国として当然整備されていてよい法律が欠けていたり、そのため社会的紛争や争点が裁判所に持ち込まれたり、あるいは裁判所に持ち込む方途さえない場合、または持ち込んだとしても裁判所が積極的介入を拒む場合も少なくない。このような社会では医の倫理面について、とりわけ医療職能集団の内部で十分に検討しておくことが何よりも重要である。

医師たちは、延命、救命、国民の保健の保持という明確な価値を実現するために、ある種の特権を与えられている職能集団であり、国民の健康保全という目的に合致しないと考えられる社会的決定に対しては、真のあり方を主張することが求められている。

## 3 医師に求められる社会的責任

昔の医療と今の医療とでは格段の差があるので、医師が旧来の治療法にのみとらわれ、それに固執することは間違っている。自らの知識、技量を常に新しくする努力を怠ると、過去の経験や医学的根拠が反って曲げられて使われ、国民が迷う恐れすらある。医療は現業部門であるから、その対応により不均一が生じることは免れないが、そのなかでもあまりにも逸脱した事例については、職能集団として問題にしてとりあげ、助言や勧告を行うべきである。職業人として法的根拠のあるなしとは別に、そのチェック・アンド・バランスの機能を強化し、医療に関しては常に一定以上の質を保証することが求められている。

また医師には、最先端の医療技術を患者への安全性を確認した上で、遅滞なく実用化していくことも望まれる。

国民一般は、理想的な医療を求めがちである。しかし、個々の医師がどこまで完璧であり得るか、逆を言えば、社会としてどれぐらいの寛容さをもつのかを見極めることも大切である。医療といえども安全性などに限度があり、不確実性をはらむものであることを、当事者の医師ではなく、一般有識者の意見として示してもらうことは、日本の医療にとって健全であろう。社会に対して真摯に、正確な情報と実情を提示し、伝え、それを国民が十分に理解し、そしてその内容が世の中の常識となり、倫理的規範を形作る前提になっていくことが必要である。現在政府が行っているタウンミーティングのような行事を充実し、医師が何を行っていて、何に悩んでいるのかを社会に伝えることも、医療の現状に対する理解を深める上で有効であろう。

一口に社会と言っても、時代、場所、構成している人々など様々であるため、画一的に対応するのではなく、面する患者たちの気持ちを十分慮るのが本当の医療である。

#### 4 遺伝子解析

ゲノム研究に関してはWHO、UNESCO、文部科学省・厚生労働省・経済産業省の3省合同のものなど、内外で様々なガイドラインがあるが、例えば、「遺伝情報はだれのものか」という部分などについては、それぞれに差異があり、注意を要する。

英国では「バイオバンク計画」が進められている。バイオバンク計画とは、病歴、生活習慣とゲノム解析をともにマッチングさせてデータベース化し、医学研究のためのインフラにしようという計画で、30年間で50万人の壮・老年の人を対象者に予定している。そのバンクを整備するに当たっては、①市民に研究参加の意思があること、②監視機構があること、③法に基づくプライバシーの保護・個人情報の保護が行われていること、を必要な要素としている。また基本理念として、①多くの税金を使ったことについての国民に対する説明を

行うこと、②国民の積極的参加が必要であり、国民の理解と支持を得ること、③研究成果を大きな不安なしに自らの人生に還元できる市民を育てること、を重要な柱としている。

日本でも東京大学の研究者を中心に、30万人を対象とする遺伝子解析計画が発足した。一方、広島県で実施されようとした大規模な遺伝子解析計画は、情報の秘密保持などに問題があるとの指摘を受けて実施が延期されている。このような調査、研究には日本医師会会員の多くが参加、あるいは関与するので、遺伝情報に関する倫理問題に対応する審査・監視機構を医師会が中心となって構築していく必要がある

現在、遺伝情報が保険リスクであるというのは事実であり、例えば、日本において、先天性代謝異常児に関する簡易保険加入を郵政事業庁が一律拒否したことや、民間保険でも、遺伝子異常が保険リスクかどうかということが争われている。アメリカでは、最近、国際連合の世界人権宣言（1948年）第1条「すべての人間は、生まれながらにして自由であり、尊厳と権利とにおいて平等である（以下略）」に基づいた、遺伝情報による差別を禁止する法案が可決され成立した。これにより、むしろ遺伝子研究が進展するだろうと期待されている。これと前後して、最近、FDA（Food and Drug Administration、アメリカ食品医薬品局）は申請する新薬に、ゲノムタイプに関連した副作用の情報を入れるよう求める方向に進み、投薬が体質と結びつく状況が実現するようになった。

研究サンプルの扱いについては、個人情報保護のための厳重なセキュリティシステムをつくらなければいけない。と同時に、被験者が望んだ場合、研究プログラムからの離脱も容易でなくてはならない。

疫学研究の原則として、長期間にわたって国民の確実な信頼を得なければ研究自体も進まない。このことは、英国においてナショナル・ヘルス・センターがほとんどの国民の病歴を記録していたため、疫学推進の核になったことや、日本において地域医師会の健診事業が重要な柱となり、疫学情報をずっと地元の医師会雑誌等に掲載しているという蓄積があったことが核となったことを見ればあきらかである。

遺伝情報に関して、現状では、規範を逸脱する例も見られるが、その部分をうまく調整し解決する国レベルの機関はない。ゲノム疫学は、うまくいけば国民の健康を推進することになることは間違いないであろうが、問題はそれをどう進めていくかである。医療と社会、あるいは社会における医療を考える重要な因子になる可能性がある。

## 5 国民皆保険制度

国民皆保険制度は絶対に崩してはいけない。国では、医療費が大き過ぎるということを前提に議論しているが、医療ほど人間的な消費はないし、GDPとの比較でも日本は決して大きいわけではない。しかし、本格的な比較研究がないため、医療費が決して大きくはないという見解には、必ずしも説得力がない。

国民全体で社会保障を支える意志が一番重要ではあるが、そのために必要な費用はこれを拠出して、医療保険制度をしっかりと構築しておくべきである。社会保障のなかの医療費財源を確保するために保険料、税金だけではなく、国の予算配分を構造的に変えれば、皆保険制度をより強固にして国民が幸せになる施策を採ることも不可能ではないのではなかろうか。日本における保険医療制度の今後の方向性として、予防医学的な面にも保険適用をしていくべきである。さらに、遺伝相談、カウンセリングについても、保険の適用になっていないことが障害となっている。そういった問題について、保険の適用の拡大を図るべく、医師会としての努力が期待される。

# Guidance on Clinical Ethics

**Written and produced  
by the Clinical Ethics Committee  
September 2004**

## **Editors**

Dr Monica Baird, Consultant Anaesthetist  
Dr Catherine Tuffrey, Paediatric Specialist Registrar

## **Contributing members of the Clinical Ethics Committee**

Revd. Phillip Sutton  
Dr Mike Osborn  
Mr Julian Hunt  
Dr Peter Rudd

## **Additional contributors**

Dr Jerry Nolan  
Dr Paul Duvall

## **Members of the Clinical Ethics Committee, January 2004**

Dr Peter Rudd (Chair)  
Mr Julian Hunt (Vice-Chair)  
Dr Monica Baird  
Dr Mike Osborn  
Mr Steve Pope  
Ms Sarah Knight  
Revd Phil Sutton  
Dr Sarah Wexler  
Ms Valerie West  
Dr Richard Huxtable (University of Bristol)  
Dr Emma Williamson (University of Bristol)

Secretary: Ms Anna Jenkins

## **Contents**

1. The RUH Clinical Ethics Committee
2. Introduction
3. Confidentiality
4. Consent
5. Withholding and withdrawing medical treatment
6. Brain death
7. Permanent vegetative state
8. Organ donation
9. Tissue retention
10. Advance directives
11. Breaking bad news
12. Role of the chaplaincy
13. Specific issues in children
14. Specific issues in the elderly
15. Specific issues in the mentally ill
16. Jehovah's Witnesses and blood products
17. Treating prisoners
18. Hospital policies
  - Do not attempt resuscitation orders
  - Retrieval of gametes from dying males
19. Glossary of terms

## **1. The RUH Clinical Ethics Committee**

This is a group that provides advice in a hospital setting on problems with an ethical component. The members include clinicians (doctors and nurses), an academic ethicist, a psychologist, a chaplain and a solicitor. There is also a representative from the management team.

Members of the group can be contacted at any time by staff who would like the group to help resolve particular ethical problems. We accept any referral about a clinical ethical problem. We are unable to consider matters of clinical competence, professional discipline or resource allocation. Enquiries outside our remit will, with the enquirer's permission, be forwarded to the relevant person or group.

Once a member is contacted and the nature of the problem established, additional members will be contacted as necessary. Members' views may be summarised in a written response.

The enquirer and any people involved in the referral (staff and patient) will normally remain anonymous during discussions and when records are kept, although it is accepted that this will not always be possible. With the consent of those involved, a note about the consultation may be put in the patient's notes.

The group meets every three months, but is available to make decisions at any time. The group is chaired by one of its members on a rotating basis.

Anyone who wants to refer a case to the Clinical Ethics Committee can do so by phoning the Committee secretary, Anna Jenkins ext 5725 during office hours, and switchboard out of hours.

## **2. Introduction**

All doctors are required under the terms of their registration with the GMC to practice ethically. Some areas of medical ethics and law may be unclear to staff and this booklet was designed to give brief guidance on a number of situations which may be encountered in hospital practice. The Clinical Ethics Committee was set up to give advice to any member of RUH staff on any ethical issue and members would be very happy to answer questions or receive comments from anyone after they have read this booklet.

## **3. Confidentiality**

Patients are entitled to expect that medical staff will not divulge their personal information to others. This expectation is enshrined in tradition and in law. If an adult does not wish to have medical or other personal information discussed with others, even with their close family, then such wishes must be respected. Medical staff must not hold discussions about patients' private medical details in public places or otherwise allow personal information to be inappropriately divulged.

There are few exceptions to this obligation. Confidentiality can be broken under circumstances where there is an expectation of harm to others, and that harm would outweigh the harm done by breaking confidentiality. A decision to act in this way is not to be taken lightly, and should follow discussion with senior colleagues. There are legal circumstances in which a patient's condition must be reported, for example if public health is at risk from a disease outbreak. Finally, children are not normally able to insist that their medical condition be kept from their parents.

This does not automatically entitle parents to know other personal information unless there are overriding reasons for disclosure (see Specific issues in children, Section 13).

It is particularly important when treating members of staff and their families to be mindful of confidentiality. Where patients are your colleagues it is inappropriate to be sharing information about their medical management, reading their case notes and so on, unless you are directly involved in their care.

For further information please see the GMC booklet 'Confidentiality: Protecting and Providing Information' at [www.gmc-uk.org](http://www.gmc-uk.org)

#### **4. Consent**

You may treat an adult patient where he or she has consented to be treated. In essence, consent comprises three elements: it must be **voluntarily** given, by a **competent** person, who is sufficiently well **informed** as to the nature of the procedure, its risks and benefits and any alternatives that may be available. When a patient **refuses** to consent to treatment, this must be respected, unless you believe - in good faith - that the refusal was not made voluntarily or that the patient is not competent.

The extent of disclosure required is generally greater for elective compared with emergency procedures, where there may not be sufficient time to discuss issues fully. However, all possible efforts should be made to ensure that patients consent as far as circumstances allow. Particularly stringent rules apply to obtaining consent for procedures involved in research.