

may be unaware which issues have reached social consensus and which problems remain controversial. Accordingly, we believe that educators should avoid the possibility of "biased education"—selecting materials that reinforce their own views on an ethical problem and should provide students with as much information as possible on the current debate regarding an issue. It is necessary for an educator to express his or her ethical position only once he or she has provided his or her students with a summary of what has not yet reached social consensus and where deep rooted disagreements exist.

Here is where an educator's integrity may become an issue. Educators may experience psychological conflict between being a good educator and living according to their own ethical ideals. Likewise, questions arise as to what bioethics educators should do if their own ethical positions conflict with local law or widely accepted ethical guidelines when teaching bioethics to healthcare students. Is it all right to refer to one's beliefs as ethical in the classroom even if they are illegal? For instance, would it be all right for a teacher to tell his or her students that voluntary active euthanasia is justifiable even when it is currently forbidden legally? This could possibly lead a student, when he or she becomes a professional, to committing the crime of practising euthanasia. We need to consider what type of behaviour could harm a student and how much freedom, autonomy, and discretion educators should be allowed. Although we cannot reach a conclusion about this normative inquiry immediately, we must carefully keep on considering what kind of role we expect of a bioethics educator and what the goals of bioethics in healthcare education are. We leave these questions for further discussion.

In conclusion, this study found that the way in which bioethics educators dealt with ethical disagreement in the classroom at Japanese healthcare universities depended largely on their own ethical position, despite their holding similar educational goals. We found that the relationship between educator and student involved many complicated problems, just as the relationship between physician and patient does. The way an educator teaches in the classroom is an important issue, and one that is of fundamental importance to the ethics of bioethics education. Our findings may not be limited to Japan. Possibly a large scale survey or a more detailed qualitative study could provide a more accurate description and deeper insight into this area. We, as bioethics educators, need to begin a normative discussion on these issues based on an accurate understanding of the current situation.

Authors' affiliations

K Itai, Department of Biomedical Ethics, Faculty of Medicine, University of Miyazaki, Miyazaki, Japan

A Asai, Department of Bioethics, Faculty of Medical and Pharmaceutical Science, Kumamoto University, Japan

Y Tsuchiya, Department of Clinical Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki, Miyazaki, Japan

M Onishi, Kamifousan Public Health Center, Towada, Aomori, Japan

S Kosugi, Department of Biomedical Ethics, School of Public Health, Kyoto University Graduate School of Medicine, Kyoto, Japan

Ethical approval: This study was approved by the research ethics committee at Miyazaki University, School of Medicine.

REFERENCES

- 1 **British Medical Association Ethics Department.** *Medical ethics today. The BMA's handbook of ethics and law* [2nd ed]. London: BMJ Publishing Group, 2004:648–75.
- 2 **Consensus statement by teachers of medical ethics and law in UK medical schools.** Teaching medical ethics and law within medical education: a model for the UK core curriculum. *J Med Ethics* 1998;**24**:188–92.
- 3 **Hope T, Fulford KWM, Yates A.** *The Oxford practice skills course: ethics, law, and communication skills in health care education.* Oxford: Oxford University Press, 1996:28–104.
- 4 **A Working Group, on behalf of the Association of Teachers of Ethics and Law in Australian and New Zealand Medical Schools (ATEAM).** An ethics core curriculum for Australian medical schools. *Med J Aust* 2001;**175**:205–10.
- 5 **Lo B.** Ethical issues in clinical medicine. In: Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, et al. *Harrison's principles of internal medicine* [13th ed]. New York: McGraw-Hill, 1994:6–8.
- 6 **McKneally MF, Singer PA.** Bioethics for clinicians: 25. Teaching bioethics in the clinical setting. *CMAJ* 2001;**164**:1163–7.
- 7 **Battin MP, Bioethics, Frey RG, et al.** *A companion to applied ethics.* Oxford: Blackwell Publishing Group, 2003:295–312.
- 8 **Myser C.** How bioethics is being taught: a critical review. In: Kuhse H, Singer P, eds. *A companion to bioethics.* Oxford: Blackwell Publishing Group, 1998:485–500.
- 9 **Beauchamp TL, Childress JF.** *Principles of biomedical ethics* [4th ed]. New York: Oxford University Press, 1994.
- 10 **Asai A, Nagata S, Fukui T.** What ought to be done regarding healthcare ethics education in Japan? *Eubios J Asian Int Bioeth* 2000;**10**:2–5.
- 11 **Asai A, Itai K, Slingsby BT.** Iryokei gakusei ni taisuru seimeirinrigakukyoiku to rinritekitaido. *Rinsho-Rinri* 2004;**3**:80–9, In Japanese.
- 12 **Warren MA.** Abortion. In: Kuhse H, Singer P, eds. *A companion to bioethics.* Oxford: Blackwell Publishing Group, 1998:127–34.
- 13 **Singer P.** Voluntary euthanasia: a utilitarian perspective. *Bioethics* 2003;**17**:526–41.
- 14 **Lo B, Dornbrand L, Wolf LE, et al.** The Wendland case—withdrawing life support from incompetent patients who are not terminally ill. *N Eng J Med* 2002;**346**:1489–93.
- 15 <http://www.asahi.com> (accessed 25 Feb 2004).
- 16 **Stevenson CL.** *The nature of ethical disagreement. Fact and values.* New Haven: Yale University Press, 1963:1–9.
- 17 **World Medical Association.** *Declaration of Helsinki.* Geneva: WMA, 2000, <http://www.okusuri.org/pub/gcpdoc/helsinki/heldecj.htm> (accessed 30 Dec 2005).
- 18 **The Ministry of Health and Labor.** *Rinsho kenkyu ni kansuru rinnrinsis.* Tokyo: Ministry of Health and Labor, 2003, In Japanese.
- 19 **Kawauchi T.** Direct donation of an organ from a brain dead patient. *Mainichi Newspaper* 29 Oct 2002. In Japanese.
- 20 **Health Sciences Council, Policy Section for Disease, Committee on Organ Transplantation.** The handling of an organ donor's wishes made before dying. <http://www.mhlw.go.jp/public/bosyuu/iken/p0718-1a.html> (accessed 14 Dec 2004).
- 21 **Shirahama M.** Clinical ethics education: using case studies of dilemmas faced by students. *Seimeirinri* 1998;**8**:81–8, In Japanese.
- 22 **Miyasaka M, Yamauchi H, Dewa K, et al.** Bioethics education at Niigata University school of medicine—toward the improvement of medical ethics education in Japan. *Seimeirinri* 1998;**9**:75–80, In Japanese.
- 23 **Shoji S.** *Seiroibyoshi—Jissen rinsho ninngengaku nyumon.* Tokyo: Asahi Sensho, 2003, In Japanese.
- 24 **Davis AJ, Ota K, Suzuki M, et al.** Nursing students' response to a case study in ethics. *Nurs Health Sci* 1999;**1**:3–6.
- 25 **Pang SM, Sawada A, Konishi E, et al.** A comparative study of Chinese, American and Japanese nurses' perceptions of ethical role responsibilities. *Nurs Ethics* 2003;**10**:295–311.

Research article

Open Access

Experts' attitudes towards medical futility: an empirical survey from Japan

Alireza Bagheri*¹, Atsushi Asai² and Ryuichi Ida¹

Address: ¹Graduate School of Law, Kyoto University, Yoshida, Sakyo-ku, 606-8501 Kyoto, Japan and ²Department of Bioethics, Faculty of Medical and Pharmaceutical Science, Kumamoto University, 1-1-1 Honjo, 860-8556 Kumamoto, Japan

Email: Alireza Bagheri* - bagheri@research.mbox.media.kyoto-u.ac.jp; Atsushi Asai - aasai@kaiju.medic.kumamoto-u.ac.jp; Ryuichi Ida - ida.ryuichi@law.kyoto-u.ac.jp

* Corresponding author

Published: 10 June 2006

Received: 08 May 2006

BMC Medical Ethics 2006, 7:8 doi:10.1186/1472-6939-7-8

Accepted: 10 June 2006

This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/7/8>

© 2006 Bagheri et al; licensee BioMed Central Ltd.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Background: The current debate about medical futility is mostly driven by theoretical and personal perspectives and there is a lack of empirical data to document experts and public attitudes towards medical futility.

Methods: To examine the attitudes of the Japanese experts in the fields relevant to medical futility a questionnaire survey was conducted among the members of the Japan Association for Bioethics. A total number of 108 questionnaires returned filled in, giving a response rate of 50.9%. Among the respondents 62% were healthcare professionals (HCPs) and 37% were non-healthcare professionals (Non-HCPs).

Results: The majority of respondents (67.6 %) believed that a physician's refusal to provide or continue a treatment on the ground of futility judgment could never be morally justified but 22.2% approved such refusal with conditions. In the case of physiologically futile care, three-quarters believed that a physician should inform the patient/family of his futility judgment and it would be the patient who could decide what should be done next, based on his/her value judgment. However more than 10% said that a physician should ask about a patient's value and goals, but the final decision was left to the doctor not the patient. There was no statistically significant difference between HCPs and Non-HCPs ($p = 0.676$). Of respondents 67.6% believed that practical guidelines set up by the health authority would be helpful in futility judgment.

Conclusion: The results show that there is no support for the physicians' unilateral decision-making on futile care. This survey highlights medical futility as an emerging issue in Japanese healthcare and emphasizes on the need for public discussion and policy development.

Background

In the industrialized nations facing an ageing population and escalating healthcare costs, the issue of medical futility has become the object of extended critical attention especially among medical doctors, bioethicists and health policy makers.

In particular, the care of the elderly is going to be a major health problem in more developed regions of the world like Japan and Western countries. These concerns have led to a call for a re-approach to the matter of medical futility. The question however is the appropriate use of technology at the end of life. Issues have also arisen regarding the

quality of life, medical procedure with sometimes only marginal benefits to the patients and the burdens that medical technology imposes on patients, families, and the society. The impact of the futility concept on decision-making has been hampered by a lack of a clear definition of medical futility itself. The current debate about the issue of medical futility is mostly driven by theoretical and limited personal assumptions. There is a lack of empirical data to document experts and public attitudes towards medical futility.

Like many other countries, in Japan too the issue of medical futility is relatively new to the health care system and there is a lack of practical frameworks or regulations to deal with the issue. This paper presents empirical data about Japanese experts' attitudes towards medical futility and its relevance and application in Japanese healthcare system.

The healthcare system and end of life decision making in Japan

Japan with more than 126 million habitants has emerged as an industrial country after World War II. Currently life expectancy at birth is 78.64 for men and 85.59 for women and the population of Japanese over 90 years old is 1,016,000 and is estimated to become 3,149,000 by 2029. The number one cause of death is malignant neoplasms in both sexes [1]. The important feature is that the nature of such diseases makes the end of life period longer, more burdensome and costly for the family and the society alike.

The average length of hospitalizations in Japan, excluding those for special cases such as psychiatric illness, is about 45.4 days, which is much longer than in most Western nations. For the elderly, hospitals often assume the function of nursing homes [2].

There is universal health insurance, which supports the concept of social justice and access for all to health care in Japan. Aged people are also expected to pay a slight proportion of the medical costs themselves. It is noteworthy to mention that the post-World War II baby-boom generation begins turning sixty years old in 2007. There are concerns in the Japanese society, and among health policy makers about how they can cope with the new situation. For instance the effect of fee-for-service payment for long-term care has been cited as leading to over-treatment [3]. In order to accommodate ever increasing medical costs, the Japanese government has taken initiatives to reform the medical system.

With the anticipated increase of the healthcare costs in an ageing population which is rapidly growing, ongoing changes in national health insurance, pension, and mass

retirement of nearly nine percent of the nation's workforce in Japan, the issue of medical futility is going to appear as an emerging issue in years ahead and hit the ethical and health policy debates. Japanese traditional culture, the role of family, physicians' strong authority and the current socio-economical situation, all have a great influence in shaping the health care system. Many commentators have demonstrated the important role of the family in Japanese society and family decision-making on behalf of the patient is generally an accepted behavior. The process of dying is regarded not as an individual event but as a family event in the Japanese culture [4]. However the end of life decision making policy is under criticism. For instance it has been claimed that the problem in the end of life issues is not lack of resources but too much attention to the goals of sustaining life, without enough attention being given to the wishes of the patient as a person [5]. Regarding physicians' authority in clinical settings, Hamano refers to the Japanese health care as a paternalistic medical system and argues that because of doctors' paternalism and lack of sufficient communication between doctors and patients, individuals are under pressure for end of life decision making [6].

Methods

The respondents' attitudes towards medical futility were assessed by conducting a questionnaire survey. A pilot study has been done to develop a 20-item questionnaire in Japanese. The final questionnaire was handed out to 212 members of the Japanese Association for Bioethics (JAB) during the 21st annual meeting in November 2005. General definitions of terminology were provided in the questionnaire sheet [7,8] as follow:

a) Quantitative (physiologic) futility: if a treatment in 100 consecutive previous cases is seen to be futile, then sufficient quantitative evidence exists to declare that this treatment is futile in a current case (the treatment is medically ineffective because it would not work).

b) Qualitative (evaluative) futility: if a treatment could not result in patient's discharge from the hospital independently (the treatment is inappropriate because it would just not be worth it).

The data was finally analyzed using a statistical package for social sciences, SPSS version 13.0.

Results

A total number of 108 responses returned via a return postage-paid envelope, giving a response rate of 50.9%. As the profile of the respondents shows in table 1, of respondents 62% were health care professionals, 37% were non-healthcare professionals. Of the respondents, 41% were female and 57 % male.

Table 1: Profile of respondents to medical futility survey

	n (%)	Missing
Sex		3 (2.8%)
Male	61 (56.5%)	
Female	44 (40.7%)	
Age		3 (2.8%)
≥ 55 y/o	36 (33.3%)	
35 ≤ y/o < 55	51 (47.2%)	
< 35 y/o	18 (16.7%)	
Background		1 (0.9%)
HCPs	67 (62%)	
Non- HCPs	40 (37%)	

Healthcare professionals (HCPs), Non-healthcare professionals (Non-HCPs)

Attitudes towards medical futility in general

The majority (67.6%) of respondents believed that physicians' refusal to offer or continue a treatment on the ground of futility judgment can never be morally justified but 22.2% approved such refusal with conditions. Of them 66.7% said "it can be justified if the demanded treatment is physiologically futile" and 12.5% said "if care can be provided to another patient who has a more just claim on the scarce resources". As the table 3 shows, there were no statistical significance differences between HCPs and Non-HCPs. Although a higher proportion of healthcare professionals (73%) disagree with the morality of such refusal based on medical futility, compare to non-healthcare professionals (60%), the difference did not have statistical significance ($p = 0.252$, $\chi^2 = 1.315$).

Asking how to evaluate a futile case, almost two-third responded that it should be evaluated based on the doctor's medical judgment and the patient's value judgment. However 19.5% said that it should be decided based on a pure medical judgment, and only one person said it should be based on a doctor's own medical and value judgment.

Of the respondents 28.7% said professional judgment never allows physicians to dictate the care of the patient, but more than 31% said it allows if it is not in conflict with patient's value. However almost fourteen percent said in case of a pure physiologic futility a doctor could decide about the treatment by him or herself.

Regarding the important factors in futility judgment in a multiple choice question, 77.8% marked "patient/family wishes" and 63.9% and 45.4% marked "availability of resources" and "patient's age", respectively.

Experts were asked to rank how disagreement between physician and patient/family about ongoing treatment

should be solved in a multiple choice question. The option "physician should try to convince patient/family by providing more information", was the first choice for 67.6% of respondents with no significant difference between health care and non-healthcare professionals ($p = 0.175$). The other option of "resolving the issue by hospital ethics committee" was the first choice for 9.3% of respondents. The least acceptable solution was "taking the case to the court" as a first option, marked by only one respondent.

Regarding decision making about the persistent vegetative state (PVS) in a society with scarce health resources, 58.3% preferred a shared decision-making by physician and patient/family. While almost 18% preferred decision making using guidelines set by the health authority, six people marked decision making based on guidelines set by the hospitals. Eight respondents were in favor of decision making only by the patient's family and interestingly nobody was agreed with physician's unilateral decision-making in case of PVS patient.

Whether practical guidelines by the health authorities can help physicians in decision-making on futile care, almost 68% of respondents believed it could help and ten persons disagreed. However 21.3% said it is uncertain to achieve such a goal by guidelines development.

Attitudes towards physiologic and evaluative futility

It was asked, if in physician's judgment a treatment is physiologically futile, is there any obligation on physician to inform the patient or family? The majority (85.2%) affirmed such obligation. Among those who affirmed, 91.2% believed that doctor should also let the patient to decide about the treatment, but 8.8% believed that still it is the doctor who should decide what to do. As the table 3 shows there was no difference between HCPs and Non-HCPs, as more than 86% of both groups believed physicians must inform the patient and let them decide about the course of treatment ($p = 0.844$, $\chi^2 = .039$). However eight percent of the respondents disagreed and said it is not necessary to communicate the issue with patient and her or his family.

Respondents were asked a control question regarding physiologic futility based on physician's judgment, with different wording, the answers to both were comparable, as a three-quarter believed that physician should inform the patient/family about his futility judgment and it is the patient who can decide what has to be done next based on his/her value judgment. Only one respondent believed that unilateral decision-making by doctors is the solution. However more than 10% said that physicians should ask about patient's value and goals, but the final decision is left to the doctor not the patient. There was no statistical

significant difference between HCPs and Non-HCPs ($p = 0.676$).

Replying to the question "if the family still wants everything done in case of physician's physiologic futility judgment, what is the next step?", more than 24% replied that patient and family wishes had to be followed. Half of the respondents believed that physician should try to convince the patient/family about his judgment by negotiation. Only two respondents believed that physician should be authorized for a unilateral decision-making. Five respondents said that the next step was to transfer the patient to another doctor. Of the respondents 46% believed that if professional judgments differ from patient/family's values, physicians should compromise their value and the priority should be given to patient's value. Interestingly in choosing this option, there was a significant difference ($p = 0.028$) between respondents age over 55 years old (82.6%) and respondents younger than 55 years old (100%). Only 4 respondents believed that physicians should rely on their own values because professional judgment had a privilege. The written comments include: Continue discussions to reach a mutual understanding (twenty five responses), the ethics committee involvement (three responses), asking for second opinion (two responses), respecting patients' wishes (four responses).

As table 2 shows, 87% of respondents believed that physicians' professional judgment would not be a "value free" judgment. When a hypothetical case was presented in which the treatment would likely achieve the patient's goals, but the clinician perceived those goals to be valueless, almost 70% replied: they did not believe that physicians had a legitimate role in blocking access to the treatment. However 13% believed so. Asked whether physicians should be allowed to judge about evaluative futility and rely on their own personal beliefs and values? Almost 65% believed that physician could only judge on physiologic futility and "value judgment" had to be left to the patients. In contrary 28.7% said yes, because medical

judgment is always mixed with value judgment. However, as the table 3 shows there was no significant difference between HCP and Non-HCP ($p = 0.648$) and also no significant difference between male and female participants in this survey ($p = 0.463$). In written comments for this question some respondents have authorized physicians to judge about evaluative futility in the following situations: in an emergency case which patient's life is in danger (seven responses); in case of incompetent patients when no family is available (two responses); and finally when the patient leave all decisions to the physician (two responses).

As table 2 shows 55.6% of respondents believed when an aggressive treatment works, physicians should not be authorized to refuse the treatment even if they believe it is not worth trying because of the patient's poor prognosis. However, one-fourth of the respondents have authorized physician to do so.

The question was asked whether in their opinion decision based on value judgment can be considered as patient's right, 67.6% said no, and 16.7% replied yes, more than 11% marked "I do not know".

In a multiple choices question as "what would be the consequence of granting physicians wide latitude in formulating and imposing their own personal value (evaluative) judgments", more than 70% said it would be a paternalistic medical system. Almost 60% said it would cause mistrust of medical professions. However four respondents said it would provide better health for the patients.

As the table 2, shows when asked whether physicians should be empowered to impose evaluative judgment that conformed to professional standards and emerging societal norms and interest, a three-quarter said no, because nobody can deprive patients from their rights to health services. Only five people said yes, because physicians are responsible for spending health resources. Nineteen, gave their comments such as: the ethics committee

Table 2: The role of physicians in decision making about futile care

Questions	Yes	No	Comments*	Missing
If treatment is physiologically futile, is there any obligation on physician to inform the patient?	85.2% (92)	7.4% (8)	5.6% (6)	1.9% (2)
Should physicians' professional judgment be "value free"?	6.5% (7)	87% (94)	4.6% (5)	1.9% (2)
Do you think that physicians have a legitimate role in blocking access to the treatment even if it would likely achieve the patient's goals?	13% (14)	69.4% (75)	13% (14)	4.6% (5)
Should physicians be allowed to judge about evaluative futility and rely on their own personal beliefs and values?	28.7% (31)	64.8% (70)	-----	6.5% (7)
Should physicians be authorized to refuse a treatment which works but because of the patient's poor prognosis he believes that it is not worth trying?	25% (27)	55.6% (60)	17.6% (19)	1.9% (2)
Should physicians be empowered to impose evaluative judgment that conforms to professional standards and emerging societal interest?	4.6% (5)	75% (81)	17.6% (19)	2.8% (3)

* In some questions, an option was to write their own comments.

Table 3: Comparison between HCPs and Non-HCPs.

Question	HCP	Non-HCP	P Value
Overall	67 (62%)	40 (37%)	2.
Is a physician's refusal to provide or continue treatment on the ground of futility judgment morally sound?			
Yes	13(19.4%)	11(27.5%)	
No	49(73.1%)	24(60%)	0.252
Others (Comments)	5(7.5%)	5(12.5%)	---
If treatment is physiologically futile, is there any obligation on a physician to inform the patient?			
Yes	56(86.2)	35(87.5%)	
No/Others	9(13.9%)	5(12.5%)	0.884
Should physicians be allowed to judge about evaluative futility and rely on their own personal beliefs and values?			
Yes	18(29%)	13(33.3%)	
No	44(71%)	26(66.7%)	0.648

* Written comments were excluded in the analysis.

should intervene, brain death should be considered an exception, and information disclosure is necessary.

Medical futility and Japanese situation

In this survey we have asked two questions which were directly related to the Japanese health care system. Replying to the question whether "medical futility" is related to Japanese healthcare, almost 64% of respondents believed that medical futility was an especially relevant issue to Japan. One-fourth thought that because of the growing elderly population it would be an emerging issue in future. However two persons believed that medical futility was not relevant to Japanese healthcare.

We also asked the question: "given the fact that currently in Japan there is enough financial support and health insurance coverage; do you think that an aggressive treatment should never be stopped on the ground of medical futility?" Twenty four percent of respondents agreed but 56.5% disagreed and believed that despite a good financial support still the treatment could be stopped. Comments include (each, one response): In Japan, financial support still is not sufficient; treatments might be stopped if public support limited; the treatment should never be stopped solely based on futility; we should not relate financial problems to the question of life; consensus should be developed by the third party; if aggressive treatment inflicted pain on the patient, then it should be stopped and passive treatment should take over.

Discussion

Although the size of our study's target group prevents us from drawing definitive conclusions about the Japanese healthcare system, a few observations are worth highlight-

ing as possible leads for further research and directions for improvement.

As mentioned earlier the current debate on medical futility is mostly based on the theoretical assumptions and there has been no similar empirical study either in Japan or elsewhere to compare with the results of our study.

Japanese traditional and contemporary views of life and death derive mainly from Shinto and Japanese Buddhism. The latter has a great impact on the end of life decision making.

While the "dying process" is important in Shintoism, "reincarnation" has received more attention in Buddhism. As Noritoshi Tanida points out regarding end of life decision making in contemporary Japan, the prevailing practice is "prolongation of the dying process" [9]. In our survey the majority of respondents were in favor of following patients' and family wishes which in many cases are prolongation of life. They have also emphasized on establishing a dialogue between physicians, patients and their family to reach an agreement.

While ethics consultations were found helpful in resolving the conflicts over treatment decisions [10], the results in our survey don't strongly support a role in solving disagreement on futility judgment for the hospital ethics committees. In Japan hospital ethics committees are not well established. A study shows that more than 75% of the hospitals in Japan have no ethics committee [11]. This might be one of the reasons why our respondents rarely mentioned about the role of ethics committees in solving the conflict over futility judgment. Interestingly the least

acceptable solution of a disagreement between physician and patient/family about ongoing treatment was taking the case to the court.

Despite the widespread practice and a general idea that in case of physiologically futile treatment the HCPs should be able to refuse the treatment, the majority of respondents believed that even in case of physiologic futility the decision-making have to be left to the patients and their family. In case of evaluative futility also, they did not authorize physicians to withhold the treatment.

In our survey there was a strong support for the shared decision-making process involving physicians, patients and their family, and in case of disagreement respondents believed that physicians should compromise their own values and the priority should be given to patient's wishes. Whether the reason behind this finding as Campbell and Ikegami points out is that: "in Japan physicians and hospitals must strive to keep patients satisfied because provider income depends on volume", needs more investigations [12]. Although many commentators have referred to Japanese healthcare system as a paternalistic medical system, which physicians have more power to dictate the treatment, in our survey there was no support for physician's unilateral decision-making. The respondents expressed their concern about the consequences of granting physicians wide latitude in formulating medical futility based on their own values, and called it "paternalism". They believe that it may cause more mistrust of medical professions. However whether our result support the idea that Japanese medical professions are transforming from a paternalistic to non-paternalism (or an individualistic one), or to claim that the final decision-making authority is with patients and family as a widely accepted practice amongst Japanese HCPs, requires another study with the participation of HCPs who are not directly involved in bioethical discussions. Again, acknowledging the limited data, we draw attention that the participants in this survey were medical and non-medical professionals involved in bioethical discussions and are unlikely representative of the Japanese HCPs. Therefore the authors can not generalize the survey's results for all Japanese medical professions.

In Japan, end of life decision-making is more family-oriented as Seishi Fukuma says; whether life-prolonging treatment to be administered, physicians ask the family and more often not little consideration is given to the opinion of the elderly persons themselves [13].

However the experience of legislation on brain death and organ transplantation in Japan shows that in any policy making for end of life issues, how to include the role of

family in balance with the individual autonomy is very crucial [14].

As it has been shown in a survey in Canada, physicians were cited to provide futile care because of prognostic uncertainty (84%) and legal pressures (75%), [15]. In Japan also it seems that the impact of some court cases such as the recent case in the Hokkaido Haboro hospital influences physicians' attitudes towards futile treatment. In February 14, 2004, a 90 years old patient with cardiac arrest has been put under the ventilator after cardiopulmonary resuscitation. The next day, respirator was removed from the patient by the attending doctor after convincing the family that continuing the treatment is futile. But in April, 2005, the Hokkaido police filed a lawsuit against doctor-in-charge, stating that withdrawal of life sustaining treatment was an act of murder by the doctor (Yomiuri Newspaper, May 19, 2005). Although the Hokkaido attorney office decided not to prosecute for murder, according to the media report, police involvement and being questioned by the police is sufficient enough to make doctors to think that stopping life sustaining treatment is not only immoral but also illegal.

Asai and Onishi pointed out some years ago that in Japan, societal interest and scarcity of resources are not big concerns and withholding treatment for a particular patient in consideration of financial or societal interest is rare in the clinical decision making [16]. Our results show a slight change in that direction; concerns on health expenditures and financial health care support are growing and many of the respondents believe that medical futility is going to be especially relevant to Japanese health care system.

Conclusion

In a constructive approach to the issue of medical futility, both theoretical and empirical researches are crucial and neither could fulfill it alone. The synergy of theoretical discussions and empirical data would offer policy makers appropriate tools to adopt more accurate and efficient policies for medical futility in clinical settings.

The majority believe that in case of physiologic futility physician has to inform the patient/family about his futility judgment and decision-making should be left to patients and family. There was no support for the physicians' unilateral decision-making about futile care and the respondents were in favor of a shared decision-making.

Discussions about medical futility are relatively new to Japanese health care and along with ongoing reform of the medical system, health insurance policies and an increasing aging population, discussion about the application of life sustaining treatment in marginal benefit and

medical futility are going to be more important in Japan. There was more support for developing national guidelines on dealing with medical futility rather than guidelines set up by local hospitals. The legislative experience of brain death and organ transplantation in Japan shows that an important issue in policy development on medical futility would be how to include the role of family. However a rational approach to the role of family in Japanese society based on current cultural changes will be the key issue to success or fail of such regulatory attempts.

Competing interests

The author(s) declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

Alireza Bagheri contributed substantially to the conception and design, analysis and interpretation of data, drafting the article and revising it critically and gave final approval for the version to be published.

Atsushi Asai contributed substantially to the analysis and interpretation of data and revising it critically and gave final approval for the version to be published.

Ryuichi Ida contributed substantially to the conception and design, interpretation of data, revising it critically and gave final approval for the version to be published.

Acknowledgements

This survey was supported in part by the Japan Society for Promotion of Science. Authors would like to thank Prof. George Agich and Dr. Saman Zamani for their valuable comments on the earlier draft of the paper and also we would like to thank the members of the Japan Association for Bioethics who participated in this survey.

References

1. Japan Ministry of Health Labour and Welfare Statistics: [<http://www.mhlw.go.jp/english/>]. [visited 10 April 2006]
2. Campbell JC, Ikegami N: **The art of balance in health policy, maintaining Japan's low-cost, egalitarian system.** UK: Cambridge University Press; 1998:70-1.
3. Ikegami N, Campbell J: **Medical care in Japan.** *New England Journal of Medicine* 1995, **333(19)**:1295-99.
4. Kimura R: **Death, dying and advance directives in Japan: Sociocultural and legal points of view.** In *Advance directives and surrogate decision making in Health Care* Edited by: Sass HM, Veatch RM, Kimura R. Johns Hopkins University; Baltimore; 1998:187-208.
5. Macer D: **End-of-life care in Japan.** In *End-of-life decision making, a cross-national study* Edited by: Blank H, Merrick J. The MIT press; Cambridge; 2005:109-129.
6. Hamano K: **Should euthanasia be legalized in Japan? The importance of attitudes towards life.** In *Bioethics in Asia in the 21st century* Edited by: Song SY, Koo YM, Macer D. Christchurch NZ: Eubios Ethics Institute; 2003:110-17.
7. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR: **Medical futility: Its meaning and ethical implications.** *Ann Intern Med* 1990, **112**:949-954.
8. Rubin S: **When doctors say no: the battleground of medical futility.** Indiana University press, Bloomington and Indianapolis; 1998.
9. Tanida N: **The view of religions towards euthanasia and extraordinary treatment in Japan.** *Journal of religion and health* 2000, **39(4)**:339-354.
10. Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, Dugan DO, Blustein J, Cranford R: **Effect of ethics consultations on nonbeneficial life sustaining treatments in the intensive care setting: A randomized controlled trial.** *JAMA* 2003, **290**:1166-72.
11. Nagao N, Takimoto Y, Akabayashi A: **A survey on the current state of hospital ethics consultation in Japan.** *Journal of Japan Association for Bioethics* 2005, **15(1)**:101-6.
12. Campbell JC, Ikegami N: **The art of balance in health policy, maintaining Japan's low-cost, egalitarian system.** UK: Cambridge University Press; 1998:202.
13. Fukuma S: **End of life care for the elderly.** *Japan Medical Association Journal* 2005, **48(9)**:387. (Editorial)
14. Bagheri A: **Criticism of brain death policy in Japan.** *Kennedy Institute of Ethics Journal* 2003, **13(4)**:359-72.
15. Palda VA, Bowman KW, McLean RF, Chapman MG: **Futile care: Do we provide it? why? A semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses.** *Journal of Critical Care* 2005, **20**:207-13.
16. Asai A, Onishi M: **Reasons for discontinuation of treatments for severely demented patients: A Japanese physician's view.** *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 2001, **11**:141-4.

Pre-publication history

The pre-publication history for this paper can be accessed here:

<http://www.biomedcentral.com/1472-6939/7/8/prepub>

Publish with **BioMed Central** and every scientist can read your work free of charge

"BioMed Central will be the most significant development for disseminating the results of biomedical research in our lifetime."

Sir Paul Nurse, Cancer Research UK

Your research papers will be:

- available free of charge to the entire biomedical community
- peer reviewed and published immediately upon acceptance
- cited in PubMed and archived on PubMed Central
- yours — you keep the copyright

Submit your manuscript here:
http://www.biomedcentral.com/info/publishing_adv.asp



視点

思い知らされた終末期医療と生命倫理への無理解 —射水市民病院報道を受けて

谷田 憲俊

(山口大学大学院医学系研究科医療環境学)
(アジア生命倫理学会副会長)

▶▶ はじめに

1984年3月23日、米国マサチューセッツ総合病院(以下、MGH)を取材したニューヨーク・ポスト紙は、MGHの「自然な経過で死亡した患者に心肺蘇生を行わない」方針を「医師が患者の命を勝手に選別している」と報道しました。

MGHの方針は心肺蘇生術の適正化にあったのです。しかし、報道に米国民は怒り狂い、マスコミはMGHを襲って「助かる患者を見殺し」と医師を非難しました。以来、最近まで「病死した患者」に延命医療が続けられました。

富山県射水市民病院での終末期患者からの人工呼吸器取り外しが話題になっています。報道に22年前のアメリカが重なります。しかし、一般市民は延命医療に否定的なのに、報道では終末期医療に対する無理解が目立ちます。そこで、限りある情報という条件下で、生命倫理の面から本件を考察します。なお、本稿での「延命医療」「無益な医療」とは、「医科学的に無益な延命医療」に限定します。

▶▶ 射水市民病院事例の概要

本件は同院外科部長が男性患者の人工呼吸器を外すよう指示したことを、看護師長が病院長側に告げたことから始まりました。

院長は取り外しを禁止し、外科部長とのやりとりのうちに、院内で2000年から2005年まで7人が人工呼吸器の取り外しを受けていたことが分かりました。き

っかけの患者は脳梗塞で意識不明の状態、他はがんなどで終末期にあったとされます。

外科部長は、関与した6件(残る1件は自分ではないと言明)のうち5件で、「回復の見込みがない」「他の医師と相談し、家族と共に最期を看取った」としています。1件は、医師は彼1人であったため、彼が判断し取り外しました。「医師による安楽死の疑いがある」と院長が富山県警に資料を提出し、県警は殺人の疑いも視野に入れ、外科医らから経緯などを聞いているとされます。

報道から目立つのは「延命医療の是非」です。関連する「延命医療の中止」「延命医療の導入と中止は異なる」という指摘もあります。他に、「患者の意思が不明確」「家族の同意は口頭だけ」「他の医師らに相談していない」「患者の容態の判断は適切だったか」「延命措置の中止に関するルールがない」「指針が確立していない」「法的整備が必要」「倫理上問題がある」などがあります。

これら提起された問題は、実際には“問題”ではなく、“理解不足”とするのが適切です。ここで“生命倫理の4原則”の「自律尊重」「害をなすな」「善行」「正義」をふまえて、²⁾ “問題”について背景も交えながらみてみます。

▶▶ 「延命医療」について

ヨーロッパで、こういったことが話題になったのは古代ギリシャからです。近代医学との絡みでは16世紀から文献に現れます。

1957年にはローマ法王ピウス12世は、「瀕死者も命と健康を保持するすべての手だてを受ける権利と義務がある。それは、個人、場所、時、文化に規定される“通常の方法”による。“法外な治療”を医師も患者も強制されない。“法外な治療”をせずに死に至っても、意図的に誘導した安楽死には相当しない」と説教しました。同時に、「家族は“法外な治療”を中止させることができ、医師は応じられる」と述べています²⁾。

“無益な医療”も、それに準じて考えることができます。その後には紆余曲折はありましたが、倫理的・法的に問題ないと延命医療の中止は受け容れられています。

致死的疾患で、意識もなく死を迎えるばかりの容態での「延命を図る医療」は、死の過程を単に長引かせるだけです。それを望む人はいますが、それは知性・理性からではなく、死を恐れるヒトの本能からでしょう。

それを裏づけるように、米国人も日本人も教育レベルが高いほどそういった延命医療を望みません^{3,4)}。合理性ない延命医療は行わないのが、「害をなすな」「善行」「正義」の原則にかないます。日本学術会議も『死と医療特別委員会』において、いわゆる尊厳死を認めています⁵⁾。

「自律尊重」は、患者が希望した時に問題となります。自己決定権として他人を害さないかぎり認められる消極的権利に「延命医療」も入るでしょう。例として、母親が無脳児にあらゆる医療を求めた米国のベビー-K事件が有名です⁶⁾。裁判の結果、「法的に医師は治療継続の義務がある。医学的に無益かどうかは、その義務に関して無関係」と判定されました。しかし、この判決の妥当性は疑問視され⁶⁾、同様事例でイギリスやオーストラリアは医師の判断を裁判所が支持しています。患者側が「延命医療」を望んだ場合における「自律尊重」にどう対応するかは、米国医師会の指針を参照ください⁷⁾。

また、あまり指摘されませんが、延命医療に医療費支払制度が関係します。「すること」が病院収入になる国（アメリカや日本）の医療者が「延命医療は続ける」と主張します。

▶▶「人工呼吸器を着けることと外すことは別」という意見について

かつて欧米でも話題になりましたが、今では「着けることも外すこと（延命医療一般では、導入することと中止すること）も生命倫理・医療倫理・法的に同じ」という結論で、異論は生じません⁸⁾。理由は、「別だ」という意見は患者からでなく、医療者などの周りから生じているからです。つまり、患者にとって“現状”が変わるわけでないので、同じことなのです。これは、いったん外してみた状態を想定すれば分かります。

筋萎縮性側索硬化症が「着けることと外すことは別」という考えの典型例ですので、その場合を考えてみましょう。「着けない」選択をした場合、病勢が進行して「着けなければ死亡する」という時点に到達します。その時点は、「着ける選択」をして、「着けていて、気が変わって外す選択」をして「外した選択」と病態は同じです。

お分かりでしょうか？ 外したからすぐに死ぬわけではありません。“再装着しない”から死亡するのです。ここで、初めの「着けるかどうか」のインフォームド・コンセントに戻ります。つまり、「外すこと」は「(再び)着けること」の課題であり、両者は行為の外見が異なるだけで、医学的・倫理的に同じなのです。

実用的視点では、「着けたら外せない」は、「着けてから有効性、QOL、他の状況や経過をみてから続行するか判断したい」という患者の意向を否定することです。さらに「着けたら外せない」は、「着けるな」という患者への「脅し」にもとれます。いずれにしても、患者の権利である選択の自由を否定することで、「患者の自律尊重」に反します。

一方、「外すことは殺す行為」として、「害をなすな」「善行」「正義」の原則に触れるという見方があります。それら3原則と「患者の自律尊重」は並立できないことがある典型例とされます。この意見は、「外すことで死亡する」という考えに基づきます。世俗法や宗教法で「延命医療の導入は患者の自由」としておきながら、「延命医療の中止」を禁止している発展途上国があります⁹⁾。

これは、前に示したとおり、外見上異なるために生

じた誤解からの現象です。「外すから死亡するので、救命義務に反する」という意見も生じるかもしれませんが、

しかし、「治る病気」には「救命義務」が生じるでしょうが、そうでないのが延命医療なので「救命義務」は生じないと考えられます⁹⁾。生命倫理的には、「外すから死亡するのではなく、病気で死亡する」という考えから、「外すこと」は「害をなすな」「善行」「正義」の原則に触れないのです。ただ、医療者にとって、「着けない」より「外す」選択の方が、心情的に受け入れが困難です。「心情」はとても大切ですが、「医療者の心情」より「患者の心情」を優先するのが医療の務めです。もちろん、患者・家族や医療者の心情的負担は大きいので、その人々へのケアが大切です。

▶▶「患者の意思が不明確」「家族の同意は口頭」「法的整備が必要だ」

多くのがん患者が告知を受けるようになりました。しかし、致死性まで説明を受ける患者は少ないのが実態です。たとえば、終末期の患者本人に治療方針を確認する割合は47%、余命告知は26%とあります¹⁰⁾。脳死臓器移植でも本人の意思は二次的に扱われます。そういった実態を無視しながら、本件で本人の意思を問題視するのは笑止千万です。

本人の意思が不明なら、意思代行者（多くは家族）が本人に代わって意思を表明できます。「こう言っていた」程度の意思表明でも、十分に本人の意思を押し量れます。それらがなくても、代行者が判断しても問題はなく、生命倫理の4原則にも触れません。その際に、事前指示書があった方が参考になります。しかし社会生活で、書面で意思表示などによる契約をしなければならぬ状況は少ないでしょう。口頭での約束は、法的にも有効な契約で、医療でも同じです。

「書面同意が必要」には、「外すには、より厳しい基準が必要」という意見も含まれるでしょう。しかし、現実に事前指示を用意している人は少ないので、患者の意思が無視されたり、逆に患者の同意なしに導入することにつながります。延命医療を拒否することは他の医療行為を拒否するより難しいので、意思代行者による判断を尊重しても不合理性は生じません。

「個別性に応じられるように詳細を決めるべき」とい

う意見もあります。しかし、多様な医療状況に応じられる詳細を記すことは、「詳しくすればするほど個別性が増す」という厳然たる事実から逃れることができず、「個別に応じた詳細なルールをつくる」は実現不可能で誤った考えです。ある一定の指針をつくり、具体的には患者や家族が決めるというのが実用的です。

「法的整備」が望ましいのは事実です。延命医療の是非に関してはありません。今回のように、医療者がマスコミから非難されたりします。また、見たこともない遠くの親類が突然現れて、方針決定した意思代行者を非難します。そのような中、方針決定した人を理不尽な人々から守るために法律が役立ちます。

なお、米国の『自己決定法』では事前指示で「心肺蘇生術は希望しない」と表明がない場合は、「患者は蘇生を望む」とみなされます。そのため、ホスピスでがん末期で死亡した時も、蘇生術を施さなければ法律違反になってしまいます。実際の法整備にあたっては、注意が必要です。

▶▶「独断」という非難について

「他の医師らと相談せよ」ということでしょうか、患者（意識がないなら家族）の許可を得たうえでないとプライバシー侵害となります。したがって、まず「これからこういう理由で他の医師に相談します」とインフォームド・コンセントをとります。患者の許可があれば相談できますが、延命医療を中止するといった段階では「延命医療を続行する相談」を意味します。延命医療を望まない患者や家族が多いことから、他の医師との相談はしない方が適切な場合が多いでしょう。

また、こういった意見の背景に、医師への不信があります。しかし、教育と訓練を受けていれば、死亡の1～2週間前には回復の見込みはないと医師は判断できるようになります。原則として、他の医師に相談しなければならない状況にありません。つまり、相談する相手は決定権者の患者や家族とであり、第三者の医師ではありません。もちろん、患者や家族に迷いがみられたり、医学的に少しでも疑義があるなら、患者や家族の許可を得てセカンド・オピニオンを求める必要があるでしょう。

関連して「医療チームに相談せよ」「倫理委員会に相

談せよ」があると思います。しかし、患者を診療しているチームなら相談していることを意味します（それができないならチームと名乗る資格はありません）。倫理委員会は第三者ですので、プライバシーの問題を解決してから相談します。米国などは、問題があれば倫理委員会に付託します。しかし、延命医療中止に関しては倫理的・法的な問題は解決しています。ほとんどは臨床倫理士が倫理的・法的側面を判断して、逸脱がなければ患者の意図がそのまま通ります。

倫理委員会付託は、多くは延命医療を望む患者・家族に対応するためですが、逆に今回のように医療者（看護師長）が治療継続を望む時にも対応できます。私は、それを日本緩和医療学会などで「臨床倫理室（相談員）」として制度化するよう提唱しました¹¹⁾。しかし、実現化できていません。また、他の国では罪に問われないことで、日本では医師や看護師が逮捕されたり罪に問われます。欧米には非難を受けている医療者をケアする組織が存在しますが、日本にこそ、そういったケアが必要だと思います。

▶▶ おわりに

以上、おもな論点をまとめました。安楽死に関する誤解が本件の根底にあると思いますが、記した内容からその誤解のほとんどは解けていると思います。

本件については、結論は2通り考えられます。1つは、「患者の容体の判断は適切であり患者（家族）の同意は得ていたので、生命倫理・医療倫理上、射水市民病院外科医長の行為に問題ない」となります。

もう1つは、看護師長と病院長側が正当であった場合です。この場合は「延命医療」に該当しないわけですから、「患者は回復する」のが前提で、「外科医長の行為は問題」となります。

警察の捜査が入っていますし、どちらに正当性あるかは、第三者の判断を待つほかないと思います。なお、院長は警察に届けるにあたって家族から了承を得たのかも、気になります。外科医長を殺人罪で告発したのなら了承は必要ないかもしれません。もし、そうでな

いなら、患者の秘密を暴露するわけですから、当事者の同意が必要です。患者の家族に大きな負担をかけたことにも、院長側になんらかの対応が求められます。

今回の報道では、終末期医療や生命倫理への無理解が目立ちました。最近、終末期医療や生命倫理・医療倫理の入門を兼ねながら、さまざまな臨床課題に対応できる有用なガイドブックが発行されました¹²⁾。本稿の足りない点はそれに記されており、各病院には是非それを備えて、本件のような場合の参考にされることを望みます。

文 献

- 1) Beauchamp TL, Childress JF: Principles of Biomedical Ethics. 5th ed, Oxford University Press, New York, 2001
- 2) Gillon R: Ordinary and extraordinary means. *BMJ* 292: 259-261, 1986
- 3) Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G, et al: Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. *JAMA* 274: 820-825, 1995
- 4) 「安楽死」67%が容認。毎日新聞, 1996年10月2日
- 5) 日本学術会議: 死と医療特別委員会報告—尊厳死について。ジュリスト (No.1061): 70-73, 1995
- 6) Annas GJ: Asking the courts to set the standard of emergency care—the case of Baby K. *N Engl J Med* 330: 1542-1545, 1994
- 7) Medical futility in end-of-life care: report of the Council on Ethical and Judicial Affairs. *JAMA* 281: 937-941, 1999
- 8) Casarett D, Kapo J, Caplan A: Appropriate use of artificial nutrition and hydration? Fundamental principles and recommendations. *N Engl J Med* 353: 2607-2612, 2005
- 9) 谷田憲俊: 延命医療中止は自殺補助にあたらぬ。薬のチェックは命のチェック。Vol.17, p.44-50, 2005
- 10) 「尊厳死に関する厚生労働省研究班」の初の全国調査結果。読売新聞, 2005年6月22日
- 11) 谷田憲俊: 臨床倫理相談室(員)の提案。日本緩和医療学会ニューズレター。Vol.9, p.23, 2004
- 12) 重症疾患の診療倫理指針ワーキンググループ 著, 浅井篤, 福原俊一 編: 重症疾患の診療倫理指針。医療文化社, 2006

みつせ(村)診療所日記⑨

地域で見守る高齢者の死と、
地域医療を支えるサポート

佐賀市立国民健康保険三瀬診療所 所長 白浜 雅司

今回は三瀬で最期を迎えたお二人の患者さんのこと、診療所がたくさんのお支えのおかげで地域に根づいている話を書こうと思います。

◆二人の高齢者の死

お一人は、住民票を三瀬に移さないまま長く住んでいた方でした。「たまたま近くのお宅を定期訪問していたら、歩くのもつらそうな姿を見かけた」と、ヘルパーから診療所に往診の依頼があったのです。その方とは以前にインフルエンザのワクチン接種で何度かお会いしたことはありましたが、まったくそのときの面影がないほどに痩せておられました。食べ物を飲み込むのが難しく、またうまく話ができないなど神経難病を強く疑う状態だったので、精密検査を受けるように専門医への受診を勧め、からだがとてもにだるいということだったので、応急手当として採血と点滴をしました。「どなたか相談できるご家族はいらっしゃいますか?」と聞いたところ、「誰もいない。もう縁を切った」とのこと。話したくない過去があるのでしよう。ただ受診するための健康保険証が手元になかったため、保健師が住民票のある町村に問い合わせ

せて何とか1ヵ月有効の健康保険証を発行してもらいました。

血液検査の結果、貧血が判明し、その原因として食事がとれていないか、消化管の病気でもあるのだろうかと考えていました。その夜、同じヘルパーから、「患者さんの呼吸がおかしいようなので来てください」という連絡がありました。駆けつけたところ、吐血と下血があり、すでに意識はなく、死の間際に特徴的な呼吸をしていました。もし昼に診ていなかったらすぐに救急車を呼ぶところでしたが、この方はこれからさまざまな検査や治療を受けても回復するとは思えない状態で、近所の方と私、看護師、ヘルパーで息を引き取るのを見守りました。この方はこの地域で生活していたからこそ、何人かの人に見守られて旅立たれたのでしょう。そういう地域であり続けてほしいと思いました。

もうお一人は長い間家で寝たきりの状態でしたが、稲刈りで家人が忙しくなるという理由でしばらく介護老人保健施設にショートステイをしていました。ある日、施設の看護師から「いよいよ食事を飲み込むのが難しくなりました。夜間は看護師が一人しかいないので、もし急変した場合に十分な対応ができません」という電話がありました。ちょうど往診日だったので、ご家族にも来てもらいました。そこで一緒に患者さんの状態を見ながら、「さあ、どうしましょう。このまま施設にいますと、夜間は看護師が一人しかいないので、呼吸が止まっても気づくのが遅れるかもしれません。もちろんそれでこの方が特別苦しむわけではないし、そのときには私が往診して死亡診断をします。病院に入院すれば、看護師たちは頻りに診てくれるでしょう。でもご自宅から車で30分かかると、家族がずっとそばにいることは難しいと思います。どの方法も一長一短ですね」と話したところ、「もう1ヵ月ということはないでしょう。それならば家に連れて帰って家族で看ます。幸い稲刈りも終わりましたし、私も



みつせ(村)診療所

定年で今月仕事をやめたので何とかかなるでしょう」と言われました。

そのようなご家族の申し出に「それはいい。家は施設よりも診療所に近いから私も駆けつけやすいし、今月は遠くに出かける出張ありません。もし診療所を空けるときは研修医に代わりを頼んでおきます。それからオムツ交換など、家で看るのは大変だろうから、ヘルパーや訪問介護の回数を増やしてもらいましょうね」という話が自然にできました。そして「ばあちゃん、明日家に帰ろうね」という家族の声に、患者さんが少し微笑んだようにも見えました。

しかし残念ながら、その日の夕方のオムツ交換のときに患者さんの息が止まっていたという連絡が施設からあり、死亡診断に行きました。職員が減る夜勤帯になる前に息を引き取ったのかなとも思いました。

研修医はレポートに「何とか明日ご自宅に戻れると思っていましたが、急に息を引き取られたという連絡を受け、施設に駆けつけました。安らかな顔で、まだ息をされているように思えました。過剰医療と思われる現代において、こんな安らかな死があるのかと勉強になりました」と記していました。これは同時に、私の感想でもありました。

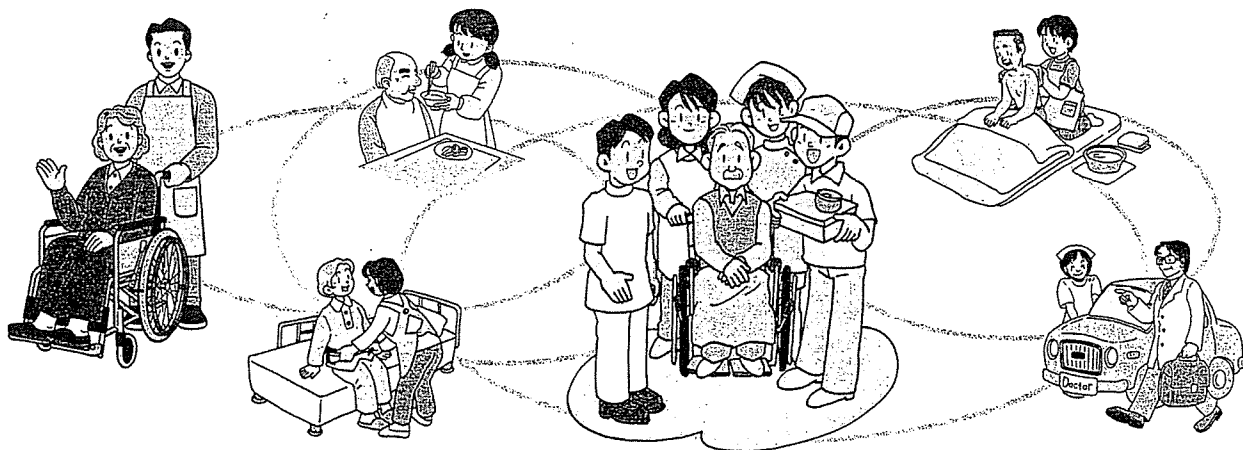
◆たくさんのサポートで成り立つ地域医療

先日、30年間役場の運転手一筋で働いた方が退職なさいました。診療所の送迎バスの運転手として、あるいは三瀬地区のコミュニティバスの運転手として患者さんからも慕われていました。交通事故に遭った奥さんを看病するための1年早めた退職だったのですが、この方は患者さんの体調に合わせて家の近くまで送り迎えをしていたので、多くの患者さんがその退職を残念がっておられました。そのことを送別会で伝えると、「お年寄りの夫婦が支えあって送迎バスに乗っているのを見て、自分も将来あのような

夫婦にならんといかんと教えられたのですよ」と話されました。その言葉を聞いて、私は新しく佐賀市交通局から赴任したバス運転手に、「ぜひ患者さんの友達になってください。定時運行も大事なことです。患者さんの状態を見ながら運行してください」とお願いしました。どうなるかと不安だったこのコミュニティバスの運行も、きちんと継続されることが決まり感謝しています。

以前にも書きましたが、2005年の春から研修医がそれぞれ1か月間診療所で「地域医療」を研修しています。インフルエンザや嘔吐下痢症などが家族内や学校内で流行することを肌で感じた経験は、病気が生活のなかにあることを知るきっかけになったようですし、認知症が進んできた独居老人の対応について保健師やケアマネージャーから相談を受け、実際に往診してその家の様子を見ることで、人々の生活を支えるという医療の側面を理解してくれたようです。医師一人では対応できないことでも、保健・医療・福祉の仲間の協力があれば何とか対応できるのです。それに何より彼ら研修医の助けがなかったら、一時期看護師一人体制になった診療所が、患者さんに迷惑をかけずに診療を続けることは難しかったでしょう。

また、文部科学省が公募した「地域医療等社会的ニーズに対応した医療人教育支援プログラム」に佐賀大学医学部の「県民医療アカデミー オブ e-Japan」が採択され、その補助金の一部が三瀬での地域医療教育のためのIT環境整備や、私の学会出張時の旅費や代診医派遣費に使えることになりました。研修医の教育を担うことで、きびしい診療所の収支が何とかトントンになる道が開けて感謝しています。今後も焦らず怠けず、地に足のついた地域での医療を続けていきたいと思っています。





地域医療に関わる楽しみ

佐賀市立国民健康保険三瀬診療所所長 白浜 雅司

◆小さな地域で地に足がついた 臨床倫理の実践

12月1日、村の診療所の医師(正式には去年から佐賀市の一部ですが)としての仕事が14年目に入りました。今ではDrコトのTVドラマなど地域医療の大変さと同時に面白さが世間に認知されてきたのですが、10年前には、「いつ大学に戻るのですか?」「そんなところでやりがいがありますか?」ちょっと意地の悪い方からは「教授とけんかでもして飛ばされました?」というような質問を受けることがありました。ところが最近「たぶん先生がやっておられるような小さな地域の人々に寄り添うような医療が、一番やりがいがあって楽しいの shouldn't でしょうね」というような意見を聞くことが多くなりました。

私はこのような地域の医師として働きながら、一方で臨床倫理という患者と家族、医療者それぞれの思いの違いを調整していく方法の教育に関与してきました。臨床倫理の4分割法というアメリカで開発された方法を改変して使っています。簡単にいうと「医学的な最善」「患者さんの思い」「QOL:患者さんの人生の充実度」「周囲の状況(家族の思い、世間の目)」という4つの側面から、日常診療のなかで患者と医療者との意見の違いなどでもやもやしている事例を分析して対応を検討する方法です。最近、大学病院など高度専門病院から中小病院まで、この臨床倫理関係の勉強会に呼ばれることが増えてきました。いま振り返ると、地域にいたからこそ、医学的な最善だけでなく、患者さんの願いや周囲の状況が少しは見え、また医師一人ですることが限られていたから、他の専門職、住民と協力して地に足のついた臨床倫理の実践を続けられているのだと思います。

◆診療所と病院の連携で納得の看取り

最近また、お二人の方を在宅で看取りました。そのなかで関係者の思いを調整することの難しさとやりがいを感じました。

お一人は、脳卒中で訪問診療をしていた方です。数年前、くも膜下出血の手術を受け、半身麻痺は残

るものの、奥さんの叱咤激励により、徐々に自立した生活を取り戻しておられた方でした。その奥さんからある朝、「先生すぐ来て。お父さんが突然嘔吐してそのまま意識を失っている」という電話があったのです。往診したときには、すでに近くに住む診療所の看護師が心臓マッサージを始めていたのですが、自発呼吸、自発心拍はなく、のどに異物がないことを確認したうえで、マウスツーマウス(口うつし人工呼吸)とAED(自動除細動機)をしましたが、まったく反応がありません。「すでに15分救急蘇生をしたのですが、残念ながら、心臓も呼吸も止まったままです」と話したところ、近くにいた親戚の方が、「先生、家での死亡診断は困る。ほかの家族はまだ来ていないし、原因もわからないし、なんとか病院まで連れて行ってほしい」と言われるのです。そこで救急車を呼んで、後方支援病院に転送することにしました。先方の病院に「儀式的に死亡を確認するだけの受診になるかもしれないけれど、やはり患者の急変を家族が受け入れるにはこの手続きは必要だと思うので」と電話したところ、日頃からよく知っている医師は「いいよ、準備して待っているから」と了承してくれました。

揺れる山道を救急隊の方と交代で心肺蘇生をしながら救急搬送しました。病院で蘇生のための注射をしても反応がなく、空気をバッグで送り込みながら頭部CTまで撮りましたが、結局原因もよくわかりませんでした。ただこの頃には奥さんも助かることが難しいことを受け入れられたのか、「家族は間に合いませんが、先生もう十分です」と言われました。病院の医師が「残念ながらご臨終です」と話し、私が「死亡確認は〇時〇分です」と伝えました。

一般的には病院の医師が死亡診断書を書くのですが、今回は私が書かせてもらいました。その場にいなかった家族の方への説明はこれまで関わってきた私がすべきだと判断したからです。後で臨終の場に間に合わなかった子どもさん方が死亡診断書を取りに来られ、最期の様子をお話してきましたし、お葬式に行った看護師からも「『できることは

全部してもらった。思い残すことはありません』とご家族が感謝されていました」という報告を受けました。診療所と病院の双方向の連携ができてはじめて在宅で看取ることが可能だということを感じました。

◆夫婦互いの労をねぎらって迎えた最期

もう一人は、遠くの病院に受診されていた男性でした。最近末期がんが見つかり、ホスピスを予約したのですが4人待ちで、ほかの病院を探そうとしていたときに、患者さんが「家ではだめかな」と話されたのをきっかけに家に戻ってこられた方でした。もう自分で動くのはつらいので、電動ベッドを貸してほしいと役場に連絡があり、対応した保健師を介して往診の依頼があったのです。ひと目で年を越すことは難しいなという感じがして、介護されている奥さんに「これから徐々に悪化していくでしょう。突然死もあります。ただ本人が1日でも長く家にいたいと思われるならできるだけその希望を支えましょう。まず何より介護に当たる奥さんが倒れないようにすることが大事ですよ。地域の公的サポートシステムを最大限使しましょう。毎週1回診療所から訪問診療にうかがい、週2回は訪問看護に来てもらって清拭をしてもらいましょう。三瀬診療所は在宅支援診療所として朝でも夜中でも対応しますから」と、診療所と私の携帯の電話番号を記入した連絡表を渡しました。

1週間後の早朝、犬の散歩から帰ると、妻が「患者さんの奥さんから電話があった」と言います。「『急ぎますか』と聞いたのだけど、『急ぎませんが、ちょっと先生に相談したいことがあるので』とおっしゃっていた」と言うので、電話をかけ直しました。「朝早くにすみません。本人がつかうようなので、早めに先生に診ておいていただいたほうがいいかと思って」とのことでした。まだ外来診療が始まる前だったのですぐ往診をしたところ、呼吸音は問題ないのですが、貧血が進んでいて、酸素濃度が86(正常98)と低下していて、息がつかうようなのです。すぐ在宅酸素の会社に在宅酸素のレンタルを手配しました(肺の病気でないと医療保険ではレンタルができないそうですが)。なぜかそのとき、残された時間で患者さんと奥さんにこれまでの人生で楽しかったことと、互いの労をねぎらってほしいと思い、患者さんに「家で過ごせてよかったですね。奥さんに感謝しなくっちゃね」と話したところ、少しうなずかれたようでした。

ところが、その日の昼、子どもたちの予防接種をしていたときに「嘔吐した後、呼吸が止まりました」とい

う連絡があったのです。佐賀市と合併した影響か、これまで1日4~5人だった予防接種が、今年は20人ほどに増えたせいで、私がおの場を離れるわけにいきません。そこでいつも一緒に往診にいていた研修医に死亡診断を頼まざるを得ませんでした。しかしベテラン看護師のサポートで、しっかり死亡確認をしてくれました。研修医は、「先生が朝往診して患者さんと家族にそれとなく互いの労をねぎらうというお別れの準備をされていたので、家族もそんなにあわてずに最期の時を受け入れられたのではないでしようか」とレポートに書いていました。ほんとうにいい経験をしてくれたと思います。

予防接種が終わって患者宅に行ったところ、さっきまで予防接種をしていた保健師が看護師と一緒に死後の処置をしてくれていて、この村の保健医療福祉はほんとうによく連携しているなど実感しました。遠くから駆けつけてこられた患者さんの妹さんが、「兄は大満足だったでしょう。お義姉さんありがとう。でもこんな在宅支援をしていただける先生がこの村におられるとは思っていませんでした。福岡の在宅専門の診療所にお願いしなければと思っていたのです」と語られました。この村でやっていることを患者さん以外にもPRする必要があるそうです。

◆地域住民の支え合いが 保健医療福祉の連携に

医療福祉の専門職と住民が、これは私の仕事だと奪い合ったり、これは私の仕事ではないと押しつけあったりするのではなく、できることで精一杯協力しますというお互いの顔の見える「いい加減」の関係が作れることが大切なのだろうと思います。

この2日間、診察室での会話の半分は、ある患者さん宅の火事の話です。「びっくりした」「手伝いが大変だった」「けが人がなくてよかった」「山火事にならなくてよかった」などなど。奥さんの外出時、目の不自由なご主人が異変に気づいて隣人を呼んだときには、火が回っていて薬まで燃えてしまったとのことでした。部落の人の応援でその夜から村営住宅での生活が始まり、2日後には家も片づいたということです。このような住民の支え合いの意識がある限り、この村の保健医療福祉の連携は何とか維持されるのだろうという思いを強くしました。

10回にわたってみつせ(村)診療所日記をお読みいただきありがとうございます。感想などお寄せいただければ感謝です。(完)。

日本の精神科医療における情報開示：実態と規定要因

北村總子、北村俊則、塚田和美、加藤元一郎

I. インフォームド・コンセント

人間は古来より健康・生命の維持・回復に願望を抱き、その目的を実現することを生業とする職業も存在し、発展してきた。医師は、患者の病気を治すことを第一に考え、その時代の医療の水準に照らして、最善の治療や介護を施すべき者と信じられていた。患者も、医師に任せておけばよかった。このようなパターンリスティックな関係が、医師と患者の間に存在していたことは、広く認められているところである。いわゆる、メディカル・パターンリズムといわれるゆえんである。

しかし、やがて、医学の発達、医療制度の整備等がすすむ中で、パターンリスティックな医師・患者関係の均衡が揺らぎ始める。メディカル・パターンリズムの下、自分自身の権利意識に目覚めた患者が、患者の意思を無視した医療行為、すなわち専断的医療行為というものに対する不信を抱くようになり、医療の場における患者の主体性の回復が叫ばれるようになった。医療の中心は医療の受け手である患者におかれるべきである、との考えが急速に広まっていった。こうして、インフォームド・コンセント（告知同意）の考えが発展し、広く受け入れられるようになる。

歴史的にみるとそれは、アメリカにおいて判例法理で発展してきたものである。

19世紀から20世紀はじめにかけてアメリカでは、患者が医療に主体的に参加しようとする傾向が始まった。患者は、自分たちが治療行為の実施について同意権を持っているということを自覚しはじめ、医師が患者の同意を得ずに治療行為を行ったならば、その医師の行為は、不法行為になる、という訴訟を提起するようになった。

裁判所は当初、「患者の同意」は、患者が医師と診療契約を締結するという合意の中に含まれている、言い換えると白紙同意されている、と考え、いったん診療契約が締結されたならば、以後どのような診療・治療が行われるかは、もっぱら医師の裁量の問題であると考えた。

19世紀の医学倫理規範では、必要な治療を患者が拒否したくなる可能性のあるときは、医師は患者に情報をむやみに与えない方がよいと考えられていた。従って、患者の治療への異議や不満に耳を傾けることもあったかもしれないが、患者の受身の態度から、同意していると推論することが多かった。また、患者の容態や治療についての説明が不十分であったり、明らかに誤解を招くようなことを言って、同意する気持ちにさせることが多かった。このような状況での同意は「単純同意 simple consent」と呼ばれてきた。20世紀になってアメリカの裁判所は、次第に「患者の同意」に積極的な意義を認めるようになった。20世紀後半の一連の訴訟で、裁判所は単純同意を排斥し、それまでの考え方とは根本的に違う「インフォームド・コンセント」と呼ばれるようになった考え方を支持するようになった。その新しい理念は、患者には、自分たちの前にある選択肢から、意義のある選択をするための十分な情報を得る権利がある、という信念に基づいたものであった。裁判所は、望まぬ選択を拒否することの重要性のみではなく、自分の望む選択肢を選ぶことのできる重要性を示唆し、患者が自律的な決定をする権利に焦点を当てたのである（Grisso and

Appelbaum, 北村總子, 北村俊則訳『治療に同意する能力を測定する：医療・看護・介護・福祉のためのガイドライン』4-5頁)。

このような時代の流れの中で忘れてはならないのは、初期の判決である 1914 年の Schloendorff v. Society of New York Hospital 事件判決である。判決の中で「すべての健全な精神をもつ成人は、自己の身体に何がなされるかを決定する権利を有している」とし、患者の決定によらない限り、治療行為は違法なものとする旨、判示した。

その後 20 世紀中頃には、人々が権利意識に目覚め、反戦運動、女性解放運動、反核運動、消費者運動などが盛んになっていった中で、医療においても患者の権利運動が盛んになっていった。このような社会の流れの中で、画期的な判決が様々な分野で次々と下されて行った。

この頃の有名な判決に、1957 年の Salgo v. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees 事件判決 (1957) がある。カリフォルニア州第一地区控訴裁判所は、「十分な説明を受けた上の同意 informed consent に必要とされる十分な説明」がなければならないとして、医師の説明義務について積極的にその重要性を認めた。

さらに 1960 年の Natanson v Klein 事件判決 (1960) において、医師の説明義務が確立されたといわれている。本件においてカンザス州最高裁判所判決で、患者の同意を得る前に医師が患者に伝える必要のある情報の概要が示されている。それらは、提案されている治療・処置の内容と目的、その利益と危険の可能性、そして行うことのできる他の代替的方法、その利益と危険性である。

インフォームド・コンセントの理念が発達するにつれて、治療を受けるかどうかを決定するにあたって三つの要素が要求されるようになった。第 1 に、医師からの情報が開示されること。第 2 に、自発的な選択ができるような環境でなされること。第 3 に、患者に治療を受けるかどうか判断する能力が備わっていることである。これらのうちのどれか一つが欠けても、患者の与える同意は倫理的にも法的にも有効ではない。ただし、緊急の場合や患者自身が同意に関する権利を放棄した場合などは例外として、患者の同意に基づかない治療が認められるであろう。また、患者への情報の開示そのものが患者にとって害になるかもしれない状況においては、医師は情報によってはそれを伝えない権限を持つことを認める考えもある (浅井, 2004; Grisso and Appelbaum, 北村總子, 北村俊則訳『治療に同意する能力を測定する：医療・看護・介護・福祉のためのガイドライン』)。

インフォームド・コンセントはこのように主としてアメリカで発展したものであるが、アメリカ以外における発展にも注意しなければならない。1947 年には、ナチスの非人道的な人体実験への反省から、医師にむけられた倫理綱領である「ニュールンベルグ綱領」において、いち早くインフォームド・コンセントの原則が打ち出されている。これを受けて、1948 年には、第 2 回世界医師会総会で「ジュネーブ宣言」が採択された。しかし、ジュネーブ宣言は、患者に対する医師の恩恵的な立場にたったものであった。世界医師会はその後、1964 年には第 18 回総会において「ヘルシンキ宣言」を採択し、ここでインフォームド・コンセントの原則が確立された。

日本では 1970 年代のはじめ頃から研究者によってインフォームド・コンセントの研究がなされ紹介されるようになったが、インフォームド・コンセントの法理が広く知られ、その重要性が認識されるようになったのは、ようやく 1990 年代に入ってからだといわれている

る（松下正明、高柳功、中根充文、斉藤雅彦監修『インフォームド・コンセント ガイダンス—精神科治療編—』, 1999）。

II. 医療情報の開示¹

インフォームド・コンセントの3つの構成要素のうちの一つである情報開示は、患者が自己決定する上で必要不可欠な要素である。医師の説明が患者の自己決定の前提であり、当然のことながら、説明は医療行為より以前に個別具体的に示される必要がある。

インフォームド・コンセントに関するごく初期の判例の一つである *Natanson v. Klein* 事件判決 (1960) で示された開示すべき情報のリストは、基本的には今日も変わっていない。開示すべき情報をどのくらい、どのように伝えなければならないかが、次の問題となる。*Natanson* 判決 (1960) が示唆したのは、同じ職業（医業）の「合理的なメンバー reasonable member」（最も平均的な医師）が、同様な状況におかれたら患者と話し合うであろう量の情報を開示する責任が専門家にはある、というものである。この基準は一般に「専門家基準」と呼ばれている。しかし、「専門家基準」に誰もが満足していたわけではない。自分にとって最も意義ある選択を患者がするための十分な情報を、医師は患者と共有していないのではないかという思いが、インフォームド・コンセント（告知同意）の法理を発展させてきた。従って、その後、「専門家基準」に代わって、患者主体の開示基準を取り入れる裁判所が多くなってきた。患者主体の開示基準とは、合理的な患者 reasonable patient（平均的患者）が提案された治療について受けるか否かを判断する資料になると思うであろう情報を開示しなければならない、ということである。このような「合理的患者基準（資料基準）」は今日では大多数の州のルールになっている。この他に患者の主観的要素、例えば信念や価値観を重視した個別患者基準（主観的基準）も主張されているものの、多くの支持を得るには至っていない。情報開示は医師の側に焦点をあてたものではなく、受け手である患者の理解を助けることを目的とした方法で行われるべきであり、医学的専門用語は素人が理解できるような言葉に置き換えられるべきものと理解されている（松下正明、高柳功、中根充文、斉藤雅彦監修『インフォームド・コンセント ガイダンス—精神科治療編—』）。

III. 精神科医療とインフォームド・コンセント

アメリカにおける人々の権利の目覚めは、精神科医療においても例外ではなかった。アメリカにおいて、精神疾患を有する者を強制的に入院させる理念的根拠は、パレンス・パトリエとポリス・パワーであるといわれている。パレンス・パトリエは、何らかの障害や加齢等を理由として自分自身を保護できない人の保護を目的として、この者にパターンリスティックな介入を行うために州が行使する権限である。パレンス・パトリエに基づく入院とは、入院や治療の必要性について判断する能力を欠いている者をもつばら恩恵的に入院させるもので、その入院は、対象者の最善の利益 best interest に資するものでなければならぬとされる。また、ポリス・パワーは、公共の安寧、秩序が侵害される、もしくは侵害される虞がある場合に州が行使する権限である。ポリス・パワーが精神疾患を有する者の強制入院のために発動されるには、その対象となる者が精神障害の故に法の要求するところに従って自己の行為を制御する能力に欠けているか、刑罰を科すことによって犯罪を抑止しようとする法の目的を理解する能力に欠けていることが必要である（*Harvard Law*

Review, 1974)。

20世紀の半ば頃までにアメリカでは、大型の公立精神病院が数多く建設され、多数の精神疾患を有する者が強制的に収容されていた。こうした公立の大型精神病院では、従業員数の不足や専門的訓練の不足が深刻であり、過剰収容状態が一般化していた。そのような過酷な状況におかれた精神科患者に、治療を受ける権利が保障されるべきであるとの主張（Birnbaum, 1960）に端を発し、アメリカにおける精神疾患を有する者の権利保障は多くの判例の積み重ねによって実現してくるのである。

日本へのインフォームド・コンセントの導入は欧米から遅れること20年余。精神科医療にインフォームド・コンセントの法理が当然のこととして認識されるようになるには更に20年余を要することになる。ましてや精神科医療においては、強制入院制度が法定されていること、また精神疾患を有する者にはそもそも治療を受けるか否かを判断する能力が備わっていないという偏見や差別が根強くあり、インフォームド・コンセントの導入を阻んできた。

日本において精神疾患を有する者の治療・入院は医療法に基づいて内科で受ける治療や自由入院という形態をとることは少なく、一般には「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下「精神保健福祉法」という）の下で治療・入院が行われ、精神科を標榜する科や精神病院、精神科診療所（あるいはクリニック）で対応している。

精神保健福祉法には、主として措置入院（法29条）、医療保護入院（法33条）という強制入院（患者本人の意に沿わない入院）制度と任意入院（法22条の2、患者本人の同意に基づく入院）の制度が法定されている。任意入院は患者本人の同意に基づく入院ではあるが、行動の制限、退院制限が加えられることがあり、自由入院とは本質的に異なるものである。強制入院のうち措置入院の要件は、精神障害のために自傷他害の虞があると認められたときに、その者を国もしくは都道府県の設置した精神病院又は指定病院に入院させることができる制度である。また、医療保護入院とは、医療及び保護のために入院の必要があると認めた者について、本人が任意入院できる状態になく、保護者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる入院形態である。精神保健福祉法には、強制治療についての規定は特段おかれておらず、強制入院によって強制治療が当然に行われている。この点につき、手続的な問題が論じられなければならないところ、残念ながらその点に関する関心は低い。

アメリカは勿論のこと世界的にも、1960年代後半から精神科医療の領域では、大きな考え方の変革があった。すなわち、法の介入をできるだけ排除して、医師の判断に委ねた医療を行う、というメディカル・モデルから、デュー・プロセスを尊重し、裁判所を強制入院手続きに介在させるというリーガル・モデルへの転換であった。このような世界的な傾向を反映して、「精神病者の擁護及びメンタルヘルスケア改善のための原則について（国連人権原則）」が1991年12月の国連総会で採択された。

国連人権委員会で議論されていた丁度その頃に、日本では入院患者に対する虐待や殺人、人体実験等が明るみとなった宇都宮病院事件が起こった。この事件を契機とした精神保健法改正（1987）は、国際的な批判を受けてなされたものである。国連人権原則には、治療がインフォームド・コンセント（告知同意）に基づいて行われるべきであることが明かにされている。日本でも1994年になってようやく、第90回日本精神神経学会総会ではじめ