

医師の 職業倫理指針

〔改訂版〕

平成20年6月

医の倫理綱領

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

平成12年4月2日採択

於 社団法人 日本医師会 第102回定例代議員会

序 文

「医師の職業倫理指針」改訂にあたって

日本医師会は1951年に「医師の倫理」を定め医師の職業倫理の向上に努めてきたが、その後の社会状況の変化に応じて見直しが急務であるとの認識から、2000年に新たな「医の倫理綱領」を作成し、これは同年4月の第102回定例代議員会で採択された。引き続き2004年に具体的事例についての「医師の職業倫理指針」が作られ、日本医師会会員全員に配布された。

この倫理指針は、任意加入団体であるアメリカ医師会の倫理コードなどを参照し、わが国の医師が守るべきルールを示したものであるが、2年間という限られた時間で作成されたこともあって、いくつかの不備もあり、またその後の医療環境の変化によってもたらされた問題もあって、今般その改訂版を出すことにした。

前回の倫理指針を含め、その倫理は、①患者の自立性 (autonomy) の尊重、②善行 (beneficence)、③公正 (fairness) の3原則を基本にしているが、個々の事例においてはこれらの原則間の対立もみられ判断の難しい場合もある。また、倫理についての重要事項は法律によって規制されている。しかし、法律は倫理を基にしているとはいえ、その文言の解釈では必ずしも一致しておらず、さらに新たに起こった事例に対応できないことも多い。法律の不備についてその改善を求めることは医師の責務であるが、現行法に違反すれば処罰を免れないということもあって、医師は現在の司法の考えを熟知しておくことも必要である。そもそも倫理にはこのような問題が内在しており、事例によっては一律に論じられないこともあり、また、現行法にも問題があることもあって、本倫理指針ではこのような事例については問題点を指摘し解説を加えた。また、診療に従事している一般の医師には直接関係の薄い医学研究や生殖医療についての最小限の指針、解説を加えた。

倫理は社会的ルールといえるが、基本的には個人的、内省的、非強制的なものであり、各個人が自覚を持ってルールを認識しそれを遵守することが最も大切であることは言うまでもなく、この倫理指針がそのお役に立てば幸甚である。

今回の改訂版は日本医師会会員のみならず看護師、法律関係者、それ以外の方々から構成された委員会で作成され、さらに都道府県医師会、医学関連学会などにご意見を求め、インターネットを通じて広く一般国民からもご意見をいただき修正を加えたものであるが、なお問題を残したところもある。これについては、将来起こりうる社会状況の変化に応じてさらなる改訂が必要であることを付記しておく。

改訂にあたりご協力くださった方々に感謝の意を表す。

2008年

日本医師会 会員の倫理・資質向上委員会

医師の職業倫理指針〔改訂版〕

◆◆ 目 次 ◆◆

序 文

第1章 医師の責務	1
1. 医師の基本的責務	1
(1) 医学知識・技術の習得と生涯教育	1
(2) 研究心、研究への関与	1
(3) 品性の陶冶と品位の保持	2
2. 患者に対する責務	2
(1) 病名・病状についての本人への説明	2
(2) 病名・病状についての家族への説明	3
(3) 患者の同意	4
(4) 患者の同意と輸血拒否	5
(5) 診療録の記載と保存	6
(6) 守秘義務	9
(7) 患者の個人情報、診療情報の保護と開示	11
(8) 応招義務	13
(9) 緊急事態における自発的診療(援助)	14
(10) 無診察治療の禁止	15
(11) 処方せん交付義務	17
(12) 対診、またはセカンド・オピニオン	18
(13) 広告と宣伝	19
(14) 科学的根拠のない医療	20
(15) 医療に含まれない商品の販売やサービスの提供	20
(16) 患者の責務に対する働きかけ	20
(17) 医療行為に対する報酬や謝礼	21
(18) かかりつけ医の責務	21
3. 医師相互間の責務	21
(1) 医師相互間の尊敬と協力	21
(2) 主治医の尊重	22
(3) 患者の斡旋や勧誘	22
(4) 他の医師に対する助言と批判	23
(5) 医師間の意見の不一致と争い	23
(6) 医師間での診療情報の提供と共有	23

4. 医師以外の関係者との関係	24
(1) 他の医療関係職との連携	24
(2) 医療関連業者との関係	25
(3) 診療情報の共有	25
5. 社会に対する責務	25
(1) 異状死体の届出	25
(2) 医療機関内での医療事故の報告と原因の究明	27
(3) 公的検討機関への医療事故の報告	28
(4) 医療事故発生時の対応	31
(5) 社会に対する情報の発信	31
(6) メディアへの対応	32
(7) 公衆衛生活動への協力	32
(8) 保険医療への協力	33
(9) 国際活動への参加	34
第2章 終末期医療	35
1. ターミナルケア(terminal care:終末期患者のケア)	35
2. 終末期患者における延命治療の差し控えと中止	37
3. 安楽死	39
第3章 生殖医療	41
1. 生殖補助医療	41
2. 着床前診断	45
第4章 人を対象とする研究と先端医療	47
1. 高度技術と医の倫理	47
2. ヘルシンキ宣言—ヒトを対象とする医学研究の倫理的原則	50
3. CIOMSの「ヒト被験者を含む医生物学的研究の国際的倫理ガイドライン」	52
4. 新薬の開発、GCP	53
5. 臨床研究に係る利益相反	55

第2章

終末期医療

1. ターミナルケア (terminal care; 終末期患者のケア)

古来、医師の倫理観として、医師は可能な限り患者の延命に尽くすべきであると強調されてきた。しかし近年になって、回復の見込みがなく死期が近いような患者に対しては、いたずらに延命のための医療を継続するよりも、患者の生活・生命の質 (quality of life ; QOL)、人間としての尊厳を尊重したケアを行うべきであるとする考えが起こってきた。しかし、患者のQOLは患者自身の選択にかかるとのことであり、その終末期における延命治療も、患者の意思に基づくものでなければならない。患者が延命治療を望むと考えられる場合には、その意思に基づいてケアを選択すべきである。

言うまでもないことであるが、終末期の患者であっても、そのインフォームド・コンセントに基づいて適切な医療を受ける権利をもつ。この権利が阻害されることのないように努めることは医師の義務である。近年、医療保険財政などの経済的観点から老人医療費、特に終末期における医療費が問題視されるが、医師は、患者の生存権が侵害されることのないよう最善の医療を提供し、在宅医療などの多様な看取りの形を提供しなければならない。

また、終末期医療においては、患者を見守り、そのケアを行う家族の役割の重要性を認識しなければならない。医師は、家族との意思疎通を図り

ながら、適切な医療を行っていくことが必要である。特に在宅医療の充実が叫ばれている現在、家族の役割の重大さは一層増しているといわなければならない。終末期医療の方針は、特に、老齢等による患者の意思決定能力の減退などの状況があるときには、患者にとって何が最善であるかについての家族の意見を十分考慮しながら決定される必要がある。

近時、死に至るまで意識が清明で苦痛の多い癌末期患者の場合が問題とされており、このような患者に対してその苦痛・苦悩を取り除き、残された人生をより快適に過ごせるように支援することの重要性が指摘されてきた。患者の苦痛には肉体的、精神的、社会的苦痛、spiritual painなどがあり、担当医のみならず看護師、ソーシャルワーカー、宗教家、家族などが協力してチームとしてケアにあたり、患者の苦痛の緩和・除去に努める必要がある。

癌末期の患者においては、まず疼痛の緩和が重要であり、適切にして十分な鎮痛薬や鎮静薬の投与が大切である。ときには麻薬などの強力な薬の投与も必要であり、これにより患者の命が縮まることも考えられる。これを問題視する人もいるが、これは疼痛緩和のための結果であって患者の意思に基づくときには許される、というのが多くの人々の考えである。

最近ではわが国でもこのようなケアを行う専門の施設、緩和ケア病棟（ホスピス）が数多く造られており、また在宅でのケアも推進されるようになってきた。ターミナルケアにおいては、患者は最後まで適切なケアを受け、あたたかく看取られなければならない。医師は最後まで患者と関わりをもたなければならない、患者を見捨てるようなことがあってはならない。

現在、終末期は多様化してきており、癌末期患者に加えて、慢性症状が徐々に進行し死に至る慢性疾患の終末期、衰弱が緩慢に進む高齢者の終末期などがあり、それぞれの終末期の状態、患者のQOL、その意思能力などを考慮した医療が行われなければならない。終末期の多様化のなかで、終末期医療の重要性がさらに増しているが、それに伴い、何が患者のための最善の医療であるかに関する判断には、困難な問題が生じてきている。医師は、このような状況のなかで、患者のための医療を行わなければならない、その責任の重大性を自覚しなければならない。

◆厚生労働省終末期医療に関する調査等検討会：今後の終末期医療の在り方 2004年12月

2. 終末期患者における延命治療の差し控えと中止

近年、医学・医療が進歩し、多くの患者の命が救われるようになった。その一方で、回復の見込みがなく、死期の迫っている患者があてどもなく延命させられている状態が目立つようになった。その結果、このような治療は無意味であるだけでなく、ときには患者の尊厳を毀損するものであるため、中止すべきであるとする考えが強くなってきた。

世界医師会が1981年9月/10月に採択した「患者の権利に関するWMAリスボン宣言」でも、患者は人間的な終末期ケアを受ける権利を有し、尊厳を保ち、安楽に死を迎えるための権利が謳われている。このようにして、一途に患者の延命を試みるよりも、患者のQOLをより重視し、場合によっては延命治療の差し控えや中止も終末期医療にあたって考慮すべきことである。特に、薬物投与、化学療法、人工透析、人工呼吸、輸血、栄養・水分補給などの措置が問題となる。しかし、それらの治療の中止は患者の死につながるものであるだけに、その決定には慎重さが求められる。延命治療の差し控え、中止の判断は、主治医一人だけで行うことは適切ではなく、チーム医療として、他の医師や医療関係職種などから構成される医療・ケアチームの意見を聞いたうえで、最終的には主治医が行うべきである。

治療行為の差し控えや中止は、①患者が治療不可能な病気に冒され、回復の見込みもなく死が避けられない終末期状態にあり、②治療行為の差し控えや中止を求める患者の意思表示がその時点で存在することが重要な要件である。

①の回復不能であるとか、死期が迫っているといった判断は必ずしも容易ではない。②の場合、患者の口頭による意思表示のほかに、患者が正常な判断ができないような状態では、患者の事前の文書による意思表示（アドバンス・ディレクティブ、リビング・ウィル）を確認することも大切である。また、患者本人の直接的な事前の意思表示がなくても、患者の意思を推定させるに足りる家族の意思表示があればよいとする意見もある。し

かしこの場合には、医師はしかるべき家族などから推定の根拠となる十分な情報を得ておかなければならない。一言でいえば、医師は患者の家族などとよく相談し、何が患者にとって最善かを考えるべきである。

いずれの要件の判断も困難を伴うものであり、主治医は一人で判断することなく、上述のチーム医療の手続きに則って、慎重に判断しなければならない。

終末期医療における治療行為の差し控え、中止とその手続きについては、医療倫理的にも、法的にも不明確な状態が続いていることは、患者の権利と医師の責任の双方について好ましいことではない。医師は、本倫理指針や厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を遵守するとともに、さらに、医療現場においても具体的なルールを作成することが望ましい。

【解説】

必ずしも終末期患者といえないが、ALS(筋萎縮性側索硬化症)患者の延命治療、持続性植物状態患者の延命治療、特に経管栄養の中止についても問題がある。これについても容認する意見があるが、なおかなり強い反対意見もあり、さらに国民的な議論が必要とされよう。

◆日本学術会議：死と医療特別委員会報告書—尊厳死について 1994年5月

◆日本医師会第Ⅲ次生命倫理想談会：「末期医療に臨む医師の在り方」についての報告 1992年3月

◆日本医師会医事法関係検討委員会：終末期医療をめぐる法的諸問題について 2004年3月

◆日本医師会第Ⅸ次生命倫理想談会：「ふたたび終末期医療について」の報告 2006年2月

◆日本医師会第Ⅹ次生命倫理想談会：終末期医療に関するガイドラインについて 2008年2月

◆患者の権利に関するWMAリスボン宣言 1981年9月/10月、その後1995年、2005年に修正

◆厚生労働省：「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」〔同 解説編〕 2007年5月

◆横浜地裁：東海大学安楽死事件判決 1995年3月28日

◆横浜地裁：川崎協同病院安楽死事件第一審判決 2005年3月25日

◆東京高裁：川崎協同病院安楽死事件判決 2007年2月28日

3. 安楽死

安楽死 (euthanasia) とは、元来「回復の見込みのない病に罹り激しい苦痛に悩まされている患者に対して生命を絶つことによりその苦痛を取り去る行為」を指すものであるが、今日この言葉はいろいろな意味に使われており、用語の混乱がしばしばみられる。このような行為は殺人行為と紙一重のところがあり、問題が多い。

安楽死に関して最も問題とされていることは、回復の見込みがなく苦痛の強い終末期患者について、その命を縮め苦痛から解放する行為 (積極的安楽死) を認めるべきか、また認める場合どのような要件が必要かということである。医師の (積極的) 安楽死への関与には、医師が直接致死薬を投与し患者を死なせる行為と、医師が致死薬を処方して患者に与え服用は患者に任せる、いわゆる自殺幫助 (自殺援助) とがある。近年、欧米の一部では、これらを、「医師による自殺援助」 (physician assisted suicide ; PAS) として認めようという動きもある。

わが国では、初めて医師が関係した「東海大学安楽死事件」に関する 1995 年の判決 (横浜地裁) では、下記の要件があれば積極的安楽死も容認できるとされた。

- ①患者が耐えがたい肉体的苦痛に苦しんでいること
- ②患者の死が避けられず、その死期が迫っていること
- ③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
- ④生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示があること

しかし、最近の緩和医療の発達を考慮するならば、肉体的苦痛を除去するために、あえて (積極的) 安楽死を行う必要がある場合は考えにくい。法律家のなかにも (積極的) 安楽死を合法とする見解は少数である。また、倫理的には、医師は (積極的) 安楽死に加担すべきでない。

世界医師会では、1987 年 10 月にスペイン・マドリッドで開催された第 39 回総会において、「安楽死は、患者の生命を故意に断つ行為であり、たとえ

患者本人の要請、または近親者の要請に基づくものだとしても、倫理に反する」との宣言が採択され、さらに2002年10月のワシントン総会における決議も、安楽死は医療の基本的倫理原則に相反することを再確認している。

【解説】

安楽死 (euthanasia) という言葉は、人によりいろいろと使い方が異なっており、この用語の使用については留意する必要がある。第二次世界大戦直後、ニュルンベルク裁判に関連して、ドイツの刑法学説の古典的分類 (Karl Engisch, 1948) では、安楽死の概念を次の5つに整理し、これがわが国の法律家の間では広く用いられるものとなっている。尊厳死、終末期医療における治療行為の差し控え・中止が問題となったときにも、法律家は、これに「3. 不作為による安楽死」の許容原理を当てはめることができないかを議論するところとなった。

1. 純粹の安楽死

死苦緩和の措置が死期を早めるまでには至らない行為。

2. 間接的安楽死

死苦緩和の措置が意図しない副作用として死期の短縮をもたらす行為。

3. 不作為による安楽死

医療を引き受けないという不作為によって死期を早める行為。

4. 積極的安楽死(直接的安楽死、本来の安楽死)

患者の生命を断つことにより死苦を免れさせる行為。

5. 生きる価値のない生命の抹殺(不任意の安楽死)

障害者などに、本人の意思に関わりなく、「憐れみによる死」を与える行為。ナチス政権下で行われたが、現在はこのような行為が許されないことは明らかだとされている。

上記のなかで、現在最も問題とされているのは「4. 積極的安楽死」で、本項ではこれについて述べた。

◆厚生労働省・日本医師会、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：がん末期医療に関するケアのマニュアル(改訂第2版) 2005年6月

◆安楽死に関するWMA宣言 1987年10月

◆安楽死に関するWMA決議 2002年10月

◆名古屋高裁：殺虫剤事件判決 1962年12月22日

◆横浜地裁：東海大学安楽死事件判決 1995年3月28日