第１０回　ハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会

－　議　　事　　次　　第　－

１．日　時　　平成２０年２月２２日（金）１０：００～１２：００

２．場　所　　東海大学校友会館「望星の間」

３．議　題

（１）開　会

（２）患者・被験者の諸権利に関する検討

【配付資料】

・資料１：安藤委員資料（1点）
・資料２：飯沼委員資料（3点）
・資料３：谷野委員資料（2点＋回覧資料）
・資料４：中島委員資料（1点）
・資料５：日野委員資料（1点）
・資料６：宮崎委員資料（1点）

「ハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会」に係る委員名簿

平成 20 年 2 月 22 日現在

	氏　　名	所　　属　　等
	秋　葉　保 次	（社）日本薬剤師会 相談役
	安　藤　高 朗	（社）全日本病院協会 副会長
	飯　沼　雅 朗	（社）日本医師会 常任理事
＊	内　田　博 文	九州大学法学研究院 教授
	太　田　謙 司	（社）日本歯科医師会 常務理事
	尾　形　裕 也	九州大学医学研究院 教授
	畔（くろ）柳（やなぎ）　達 雄	弁護士
	硲（こだま）　雄 二	違憲国賠訴訟全国原告団協議会 会長
	鈴　木　利 廣	明治大学法科大学院 教授
	高　橋　茂 樹	弁護士／医師
◎	多田羅　浩 三	放送大学 教授
	田　中　　滋	慶應義塾大学大学院 教授
	谷　野　亮 爾	（社）日本精神科病院協会 副会長
	中　島　豊 爾	（社）全国自治体病院協議会 副会長
	花　井　十 伍	全国薬害被害者団体連絡協議会 会長
	日　野　頌 三	（社）日本医療法人協会 副会長
	藤　崎　陸 安	全国ハンセン病療養所入所者協議会
	宮　崎　忠　明	（社）日本病院会 副会長

◎は座長　＊は座長代理

資　料　1

ハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会
「患者・被験者の諸権利の法制化」

平成20年2月22日

全日本病院協会
安　藤　　高　朗

わたくしたちの病院の目標

- 患者さんに公正な医療を提供します。
- 医師による説明と患者さんの選択に基づく医療を進めます。
- 患者さんのプライバシーを尊重します。
- 診療情報を患者さん自身にお伝えします。
- より良い医療が行われるよう、研修、研鑽いたします。
- 患者さんの人生が最後まで豊かであるように、その意思を尊重します。

以上の事をするためにも患者さんのご協力をお願いします

病院機能評価

平成7年　財団法人日本医療機能評価機構　設立

平成9年　本格的に病院機能評価実施

平成20年　1月28日現在　　認定　2438病院／約8892病院

病院機能評価の項目

1. 病院組織の運営と地域における役割り
2. 患者の権利と安全の確保
3. 療養環境と患者サービス
4. 診療の質の確保
5. 看護の適切な提供
6. 病院運営管理の合理性
7. 保護と隔離の機能（精神病院）
8. リハビリテーションとQOLへの配慮（長期療養）

病院機能評価
日本医療機能評価機構

2　患者の権利と安全確保の体制

2．1　患者の権利と医療者の倫理

2．1．1　患者の権利に関する方針が明確である

2．1．2　職業倫理に関する方針が明確である

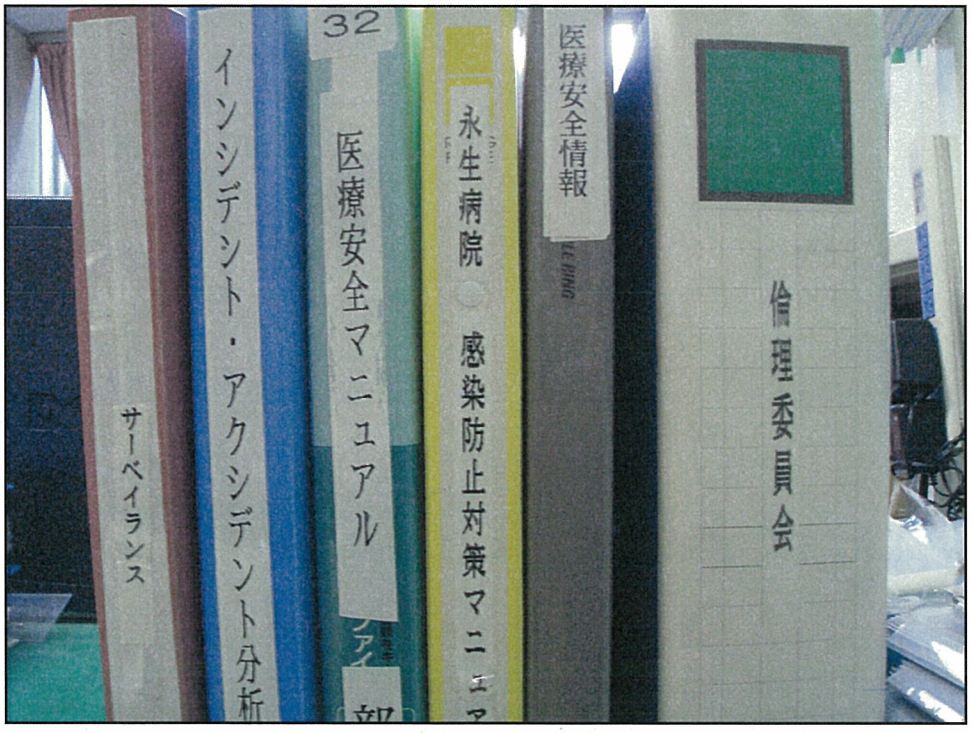
2．1．3　臨床における倫理に関する方針が明確である

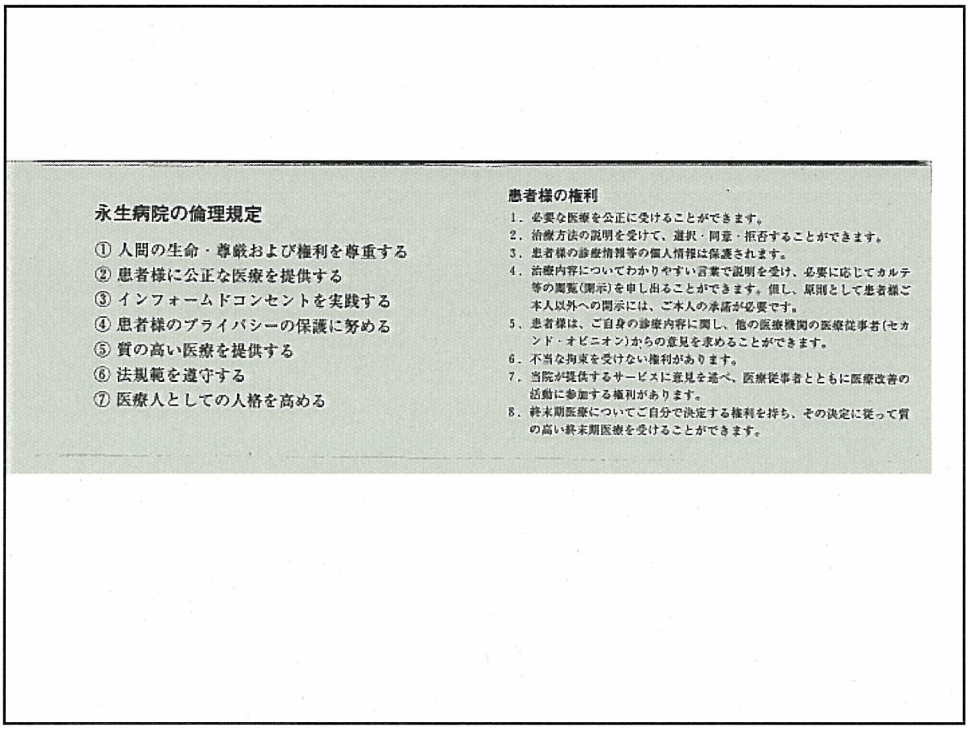
2．1．4　治療に関する倫理が明確である

2．1．5　臨床研究に関する委員会が機能している

患者の権利に関する方針が明確である

2.1.1患者の権利に関する方針が明確である	①明文化されている	◇平等で最善の医療、安全確保、自己の医療に関わる情報の入手、説明を受ける、選択の自由、自己決定権、プライバシー保護、苦情申し立てなど
	②内容は、一般的な人権・医療の価値観・病院の特性（役割・機能）に矛盾していない	
2.1.1.2 患者の権利について組織的に検討が行われている	①検討の場がある	
2.1.1.3 患者の権利が患者・家族に周知されている	①院内掲示・病院案内・入院（外来）案内・広報誌への掲載がなされている	
2.1.1.4 患者の権利が職員に周知されている	①院内掲示、教育・研修等でとりあげている	
	②職員手帳等、ハンドブック、冊子、名札などに記載されている	





患者様の権利 （説明文） 2004/6/30 22

1. **必要な医療を公正に受けることができます。**

必要な医療とは、患者様の容体に合わせてそのときに受けるべき医療を意味しております。

公正に受けるとは、その医療を公平に順番で受けるのではなく、容体が重い方、早く医療を受けないと容体が悪化してしまう方など早めに医療を受けなければならない方は、順番ではなく早く医療を受けることを意味します。

2. **治療内容をわかりやすい言葉で説明を受け、必要に応じて診療記録等の閲覧（開示）を申し出ることができます。但し、原則として患者様ご本人以外への開示には、ご本人の承諾が必要です。**

永生会の理念である「安心な医療」を提供する上で最も重要なことは当会の職員が患者様を含めた来訪者に誠実に対応し信頼を得ることである。医療において信頼は、必要条件であり、信頼のないところに安心は存在しない。厚生労働省「インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会」座長を担当した作家、柳田邦男氏は「医療とはそれぞれの人生を歩んできた患者と、専門的職業人として知識と経験を積んできた医療者が、それぞれの人生街道が交差するところで出会い、両者が協力し合って作るもの、合作する「作品」と呼ぶことができる。」と述べている。患者様から信頼を得、このような医療を実現するためにはコミュニケーションが重要であり、またコミュニケーションをとる上での「ことば」は「わかりやすい言葉」でなければならない。「わかりやすい言葉」とは、医学の知識を持たない一般の人々でも理解することができるものであり、患者様が治療を自己決定するに足る説明をしなければならない。「説明」の目的は、患者がどのような治療を受けるのが最善なのかについて、自己決定できるように手助けすることにある。患者

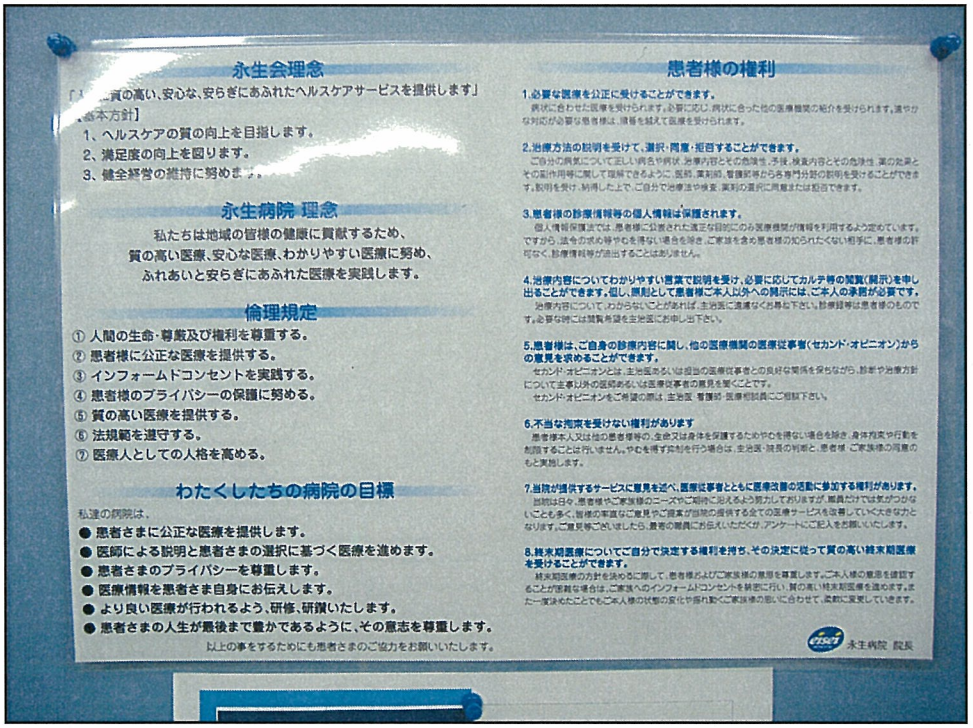
患者様の権利（説明文：職員用）

（注）患者様の権利を保障する為に、職員がしなければならないことを記載してあります

1. 必要な医療を公正に受けることができます。
   病状に合わせた医療を安全に提供しましょう。
   必要に応じ、病状に合った他の医療機関を紹介し、患者様・ご家族様のご希望により治療を受けて頂きましょう。早く医療を受けないと悪化してしまう方など病状に応じて順番を越えて、治療を行いましょう。

2. 治療方法の説明を受けて、選択・同意・拒否することができます。
   医師・薬剤師・看護師など医療従事者は、各専門分野において、病名・病状・治療内容とその危険性・予後・検査内容とその危険性、薬の効果とその副作用などについて、患者様やご家族様が理解できるように説明をしましょう。患者様への説明に際しては、主治医の了解が必要です。患者様又はご家族様にその説明を理解し納得していただいた上で、治療法や検査、薬剤についてのご意見を伺いましょう。

3. 患者様の診療情報等の個人情報は保護されます。
   『診療情報等の個人情報』とは、カルテや各種指示箋はもちろん患者様のことが特定できるような



永生会理念

「[illegible]質の高い、安心な、安らぎにあふれたヘルスケアサービスを提供します」

基本方針】

1、ヘルスケアの質の向上を目指します。

2、満足度の向上を図ります。

3、健全経営の維持に努めます。

永生病院 理念

私たちは地域の皆様の健康に貢献するため、
質の高い医療、安心な医療、わかりやすい医療に努め、
ふれあいと安らぎにあふれた医療を実践します。

倫理規定

① 人間の生命・尊厳及び権利を尊重する。
② 患者様に公正な医療を提供する。
③ インフォームドコンセントを実践する。
④ 患者様のプライバシーの保護に努める。
⑤ 質の高い医療を提供する。
⑥ 法規範を遵守する。
⑦ 医療人としての人格を高める。

わたくしたちの病院の目標

私達の病院は、

- 患者さまに公正な医療を提供します。
- 医師による説明と患者さまの選択に基づく医療を進めます。
- 患者さまのプライバシーを尊重します。
- 医療情報を患者さま自身にお伝えします。
- より良い医療が行われるよう、研修、研鑽いたします。
- 患者さまの人生が最後まで豊かであるように、その意志を尊重します。

以上の事をするためにも患者さまのご協力をお願いいたします。

患者様の権利

1.必要な医療を公正に受けることができます。
病状に合わせた医療を受けられます。必要に応じ、病状に合った他の医療機関の紹介を受けられます。速やかな対応が必要な患者様は、順番を越えて医療を受けられます。

2.治療方法の説明を受けて、選択・同意・拒否することができます。
ご自分の病気について正しい病名や病状、治療内容とその危険性、予後、検査内容とその危険性、薬の効果とその副作用等に関して理解できるように、医師、薬剤師、看護師等から各専門分野の説明を受けることができます。説明を受け、納得した上で、ご自分で治療法や検査、薬剤の選択に同意または拒否できます。

3.患者様の診療情報等の個人情報は保護されます。
個人情報保護法では、患者様に公表された適正な目的にのみ医療機関が情報を利用するよう定めています。ですから、法令の求め等やむを得ない場合を除き、ご家族を含め患者様の知られたくない相手に、患者様の許可なく、診療情報等が提出することはありません。

4.治療内容についてわかりやすい言葉で説明を受け、必要に応じてカルテ等の閲覧(開示)を申し出ることができます。但し、原則として患者様ご本人以外への開示には、ご本人の承諾が必要です。
治療内容について、わからないことがあれば、主治医に遠慮なくお尋ね下さい。診療録等は患者様のものです。必要な時には閲覧希望を主治医にお申し出下さい。

5.患者様は、ご自身の診療内容に関し、他の医療機関の医療従事者(セカンド・オピニオン)からの意見を求めることができます。
セカンド・オピニオンとは、主治医あるいは担当の医療従事者との良好な関係を保ちながら、診断や治療方針について主事以外の医師あるいは医療従事者の意見を聞くことです。
セカンド・オピニオンをご希望の際は、主治医、看護師、医療相談員にご相談下さい。

6.不当な拘束を受けない権利があります
患者様本人又は他の患者様等の、生命又は身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体拘束や行動を制限することは行いません。やむを得ず実施を行う場合は、主治医・院長の判断と、患者様・ご家族様の同意のもと実施します。

7.当院が提供するサービスに意見を述べ、医療従事者とともに医療改善の活動に参加する権利があります。
当院は日々、患者様やご家族様のニーズやご期待に応えるよう努力しておりますが、職員だけでは気がつかないことも多く、皆様の率直なご意見やご要求が当院の提供する全ての医療サービスを改善していく大きな力となります。ご意見等ございましたら、最寄の職員にお伝えいただくか、アンケートにご記入をお願いいたします。

8.終末期医療についてご自分で決定する権利を持ち、その決定に従って質の高い終末期医療を受けることができます。
終末期医療の方針を決めるに際して、患者様ばよびご家族様の意思を尊重します。ご本人様の意思を確認することが困難な場合は、ご家族へのインフォームドコンセントを終末に行い、質の高い終末期医療を進めます。また一度決めたことでもご本人様の状態の変化や振れ動くご家族様の思いに合わせて、柔軟に変更していきます。

永生病院 院長

職業倫理に関する方針が明確である

2.1.2.1 職業倫理についての検討が組織的に行われている	①検討の場がある	◇医療者としての信用失墜行為・職務違反行為・個人情報および秘密漏洩などを起こさないための方針を確認する
	②記録がある	
2.1.2.2 職業倫理に関する方針が明文化されている	①方針があり明文化している	
2.1.2.3 職業倫理に関する方針が職員に周知されている	①院内掲示、教育・研修等でとりあげている	
	②職員手帳等、ハンドブック、冊子、名札などに記載されている	

臨床における倫理に関する方針が明確である

2.1.3.1 臨床における倫理について組織的に検討している	①病院の特性・機能に応じて、重要な課題を特定している	◇胎児診断、人工授精、終末期医療、脳死判定、宗教に関する問題、医療行為の妥当性などついての方針を確認する
	②組織的に検討する場（委員会など）がある	
	③検討した記録がある	
2.1.3.2 臨床における倫理に関する方針が明文化されている	①明文化されている	
	◇例えば、積極的治療を希望する／しない場合、治療の中止を希望する／しない場合などへの対応	
2.1.3.3 臨床における倫理に関する方針が周知されている	①院内掲示、教育・研修等でとりあげている	
	②職員手帳等、ハンドブック、冊子、名札などに記載されている	
2.1.3.4 臨床における倫理に関する教育・研修が行われている	①全職員を対象にした教育プログラムがある	
	②実施された実績がある	
	◇医の倫理や医学研究、あるいは患者の権利のあり方、およびこれに関する宣言文などが課題として取り上げられていることを確認する	

永生病院　倫理委員会規定

（目的）

第一条　患者様の権利、医療者の倫理及び患者様と医療者のパートナーシップについて検討し、周知を図ることを目的とする。

2　永生病院及びその職員が行う、人を対象とした臨床研究及び医療行為について、ヘルシンキ宣言（最新の修正版を含む）の趣旨に沿って審議し、倫理的配慮を図ることを目的とする。

（倫理委員会の設置）

第二条　永生病院内に、前条の目的を達成するため、倫理委員会（以下「委員会」という。）を置く。

（委員会の審議理念）

第三条　委員会はこの規定の対象となる事項に関し、一条の目的に基づき医学的、倫理的、社会的観点から審議する。審議にあたり、特に次の各号に掲げる観点に留意しなければならない。

1．対象となる個人の人権擁護（社会的に弱い立場にある者を被験者とする可能性のある臨床研究には、特に注意を払わなければならない）
2．対象となる個人への利益、不利益及び危険性
3．医学上の貢献の予測
4．個人及び親権者に同意を得る方法

治験に関する倫理が明確である

2.1.4.1 治験に関する委員会が機能している	①検討した実績がある
	◇委員会などがない場合は機能・役割を鑑み妥当かどうかを確認する
2.1.4.2 治験に関する規程が遵守されている	①規程がある
	②遵守している
	◇行政の指針（GCP：医薬品の臨床試験の実施に関する基準）に合致していることを確認する

治験の原則

治験は、次に掲げる原則に則って実施されなければならない。
製造販売後臨床試験を実施する際も準拠すべきである。

1．治験は、ヘルシンキ宣言に基づく倫理的原則及びＧＣＰを遵守して行われなければならない。

2．治験を開始する前に、個々の被験者及び社会にとって期待される利益と予想される危険及び不便とを比較考量するものとする。期待される利益によって危険を冒すことが正当化される場合に限り、治験を開始し継続すべきである。

3．被験者の人権、安全及び福祉に対する配慮が最も重要であり、科学と社会のための利益よりも優先されるべきである。

4．治験薬に関して、その治験の実施を支持するのに十分な非臨床試験及び臨床試験に関する情報が得られていなければならない。

5．治験は科学的に妥当でなければならず、治験実施計画書にその内容が明確かつ詳細に記載されていなければならない。

臨床研究に関する倫理が明確である

2.1.5.1 臨床研究に関する委員会が機能している	①検討した実績がある	◇臨床研究・疫学研究、および移植医療・遺伝子治療・生殖医療等での運用に着目する
2.1.5.2 臨床研究に関する規程が遵守されている	①規程がある	◇運用要項や議事録で確認する
	②遵守されている	◇病院規模と機能に配慮する
	◇臨床研究の記録を確認する	

但し、委員長が必要と認める場合は、記名投票により、３分の２以上の委員の合意を持って判定することが出来る。

第七条　倫理委員会は、次の事項について治験審査委員会と合同で調査審査し、記録を作成する。

(1)　臨床研究または医療行為を実施することの倫理的、科学的及び医学的見地からの妥当性に関する事項

・永生病院が十分な臨床観察及び試験検査を行うことができ、かつ、緊急時に必要な措置を採ることができる等、当該研究等を適切に実施できること
・臨床研究または医療行為をする者が当該研究等を実施する上で適格であるか否かを検討すること
・臨床研究または医療行為の目的、計画及び実施が妥当なものであること
・被験者の同意を得るに際しての同意文書及び説明文書の内容が適切であること
・被験者の同意を得る方法が適切であること
・被験者への健康被害に対する補償の内容が適切であること
・予定される研究等費用が適切であること
・被験者に対する支払いがある場合には、その内容・方法が適切であること
・被験者の募集手順（広告等）がある場合には、募集の方法が適切であること

(2)　臨床研究または医療行為実施中又は終了時に行う調査・審査事項

・被験者の同意が適切に得られていること
・以下にあげる研究等実施計画書の変更の妥当性を調査・審査すること
① 被験者に対する緊急の危険を回避するなど医療上やむを得ない事情のた

患者－医療者のパートナーシップ

2.2.1患者－医療者のパートナーシップを強化する体制がある	◇パートナーシップとは、患者の主体的な参加のために、患者・家族と医療者が協同する仕組みを指す	◇医療の質を向上させるための委員会、倫理委員会、医療事故防止委員会などで検討されているかを確認する
2.2.1.1 患者－医療者のパートナーシップを強化する方針が明確である	①患者－医療者のパートナーシップを強化する方針が明文化されている	
	②具体的な実践方法を明示している	
2.2.1.2　患者－医療者のパートナーシップの強化について組織的に検討している	①組織的に検討する場がある	
	②検討の記録がある	

説明と同意

2.3.1説明と同意を行う体制が確立している		◇判断能力やコミュニケーション能力の障害者への対応が明示されている。
2.3.1.1 説明と同意についての方針が明確である	①基本的な取り組み姿勢が明文化されている	◇患者の権利を尊重する方針が明確でそれに沿って説明と同意を推進することが示されているかを確認する
	②セカンドオピニオンが保証されている	
2.3.1.2 説明をして同意を得る手順が明確である	①明文化されている	◇重要事項とは、運営規定の概要、従業者の勤務体制、その他の患者のサービスの選択についての事項などを指す
	②文書で行い、両者（医師・患者ならびに立会人）の署名を行うことが示されている	
2.3.2 患者の請求に基づく診療記録などの開示に対応している		
2.3.2.1 診療記録などの開示請求について検討する体制が機能している	①組織的に検討する仕組みがある	
	②個々の事例について検討し、記録に残されている	
	③開示した実績がある	
2.3.2.2 診療記録などの開示請求に関する方針と手順が確立している	①基本的な取組み姿勢が明文化されている	
	②開示請求に応ずることを明示している	
	③手順が整備されている	

地域包括支援センター

- 包括的支援事業
  - 総合相談・支援事業
  - 権利擁護事業（生命権や財産権等の基本的人権の養護）
  - 包括的・継続的ケアマネジメント事業
  - 介護予防ケアマネジメント事業
- 指定介護予防支援事業
- 特定高齢者の把握に関する事業

医療の安全と向上を目指す民間病院中心の団体です
社団法人 全日本病院協会

目次一覧

Google WWW を検索 www.ajha.or.jp を検索

全日病の理念・行動基準

戻る

全日病協会の理念、病院の行動基準(倫理綱領)の策定に関する基本的考え方

全日本病院協会（全日病）の目的は、定款に明記されているごとく、「日本全病院の一致協力によって、病院の向上発展とその使命遂行とを図り、社会の福祉増進に寄与すること」である。

その目的を達成するために、各種事業をすることも明記している。しかし、これらの事業の目指すべき理念や行動基準は明確には定められていない。

『病院のあり方に関する報告書　2000年版』の中で提言し、機関決定されたごとく、全日病として、病院のあり方に関する基本的考え方を理念および行動基準（倫理綱領）として制定し、それを社会および会員病院に示すことが必要である。

報告書には、「組織的医療を提供する病院の団体として、病院のあり方を検討し、病院や病院団体の進むべき方向を示すことが、全日病の重要な役割であり、ここに本報告書を出版する意義がある。その精神を説明するものとして、病院理念と病院行動基準を作成することが必要である。さらに、全日病はこのような活動を推進し、会員病院が各々の理念を明示し、行動基準を作成し、その内容を実践するための支援をする必要がある。」「医療を提供するに当たっては、経営を考えると同時に、社会的責任を考慮しなければならないため、組織（企業）倫理の確立が求められているのである。」と述べられている。

病院のあり方に関する基本的考え方を定めるに当たり、立て前や理想を掲げるだけではなく、理想を目指しつつ、しかも現実をふまえた実現可能な方策が必要である。その基本的考え方は、以下の3つである。

(1)病院を組織として機能させること
(2)患者・家族・地域・職員等すべての関係者との信頼関係に基づくこと
(3)病院は社会的存在であるとの認識に立つこと

この基本的な考え方に立って、全会員よりいただいたアンケート結果も参考に検討し、全日本病院協会の理念を策定すると共に、会員病院における行動基準（倫理綱領）策定のための例示を掲げた。

全日本病院協会の理念

全日本病院協会（全日病）は、関係者との信頼関係に基づいて、病院経営の質の向上に努め、良質、効率的かつ組織的な医療の提供を通して、社会の健康および福祉の増進を図ることを使命とする。

病院の行動基準（倫理綱領）

私たち（全日病会員）の病院は
公正な医療を提供します。
医療の質の向上に努めます。
患者や家族との信頼関係に基づいた医療を提供します。
患者志向の医療を提供します。
安心して医療を提供し、安心して医療を受けることができる体制を創ります。
社会の一員としての責任を果たします。

行動基準（倫理綱領）詳細

私たち（全日病会員）の病院は

- 全日病のおすすめ情報
- 全日病・四病協　最近の活動情報
- 医療行政関連の重要情報

公正な医療を提供します。
差別なく、緊急性・必要性に応じて適切な医療を提供します。
科学的な医療を提供します。
法律に基づいて医療を提供します。
医療の質の向上に努めます。
組織的な医療を提供します。
科学的な医療を提供します。
効率的な医療を提供します。
良質な医療を提供します。
継続的に研修・研鑽します。
患者や家族との信頼関係に基づいた医療を提供します。
患者志向の医療を提供します。
納得できるように、分かりやすく説明をします。
患者本人に医療情報を提供します。
患者の意思を尊重して（選択に基づいた）医療を提供します。
プライバシーを尊重します。
安心して医療を提供し、安心して医療を受けることができる体制を創ります。
医療従事者も患者も満足できる医療体制を創ります。
安全への対応と事故防止に努めます。
社会の一員としての責任を果たします。
医療経営（運営）の成果を他の医療機関・患者・地域社会等に還元します。
環境保全・保護に努めます。
安全管理・確保に努めます。
省資源・省エネルギーに努めます。
リサイクル・廃棄物処理に留意します。

以上のことをおこなうために、患者さんのご協力をお願いいたします。
（資料：賢い患者になるための10ヶ条参照）
地域の皆様のご支援とご協力をお願いいたします。

Copyright(C) 2001-2006 All Japan Hospital Association All Rights Reserved
Tel：03-3234-5165（代表） Fax：03-3234-5206 info@ajha.or.jp

質経営（TQM　Total Quality Mana-gement）*1が必要ということである。

【3】医療の特性と特殊性

医療の特性として、①侵襲性*2、②個別性、③緊急性、④地域性、⑤不確実性、⑥科学性と非科学性が挙げられる。質の高い医療を提供するためには、これらの特性を考慮した医療制度とその運営が必要である。

しかし、医療は特殊であるといって、問題解決を回避し、あるいは、できないという口実に使われる場合が多い。確かに医療特有の特徴や特性はあるが、社会活動あるいは組織運営という観点からは、一般企業や一般産業と共通する点が多い。この観点に立てば、多くの問題を解決する可能性があることを、我々医療人は認識しなければならない。

【4】医療提供の理念

法律で規定されるまでもなく、医療提供の主体である病院あるいは病院団体には、それぞれの組織の理念がある。

医療を受ける対象は、基本的に、心身の健康に関する悩みや問題や希望を持っている。したがって、医療の目的は、心身の健康に関する悩みや問題を軽減あるいは解消すること、さらに、健康を維持し増進することである。

どのように医療を提供すべきかは、受療者の立場に立つと自ずと導き出される。すなわち、患者志向であり、質管理でいう顧客志向である。

医療提供の主体としての国の理念が必要である。1992年の第2次医療法改正で初めて医療提供の理念が医療法第1条に記載された。

2006年の第5次医療法改正法では、『（1）「医療を受ける者による医療に関する適切な選択を支援するために必要な事項」、「医療の安全を確保するために必要な事項」および「医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を推進するために必要な事項」をこの法律に定める事項として追加するとともに、「医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保」をこの法律の目的として明記すること』と、さらに踏み込んだ内容となった。

医療従事者、病院、病院団体、職能団体は、この追記事項を重く受け止めなければならない。1992年の理念規定が実現していないと指摘されていることを意味するからである。

医療提供の理念を実現する唯一の方策は、組織を挙げて継続的な質向上に努めることである。すなわち、これまでの本報告書で推奨してきた、質を重視した病院運営、質重視の経営（ＴＱＭ）を導入することが必要であることを自覚しなければならない。

【5】患者の権利の尊重

国民や患者の価値観の多様化と権利意識が急速に高まり、医療機関は、患者の選択権や決定権をより尊重しなければならない。

第1に求められているのが、患者が選択するために必要な、医療機関に関する情報の整備・公開である。第2には、患者の診療情報の開示である。

患者の知る権利を尊重するだけではない。個人情報保護法の施行によって、患者に関する情報の制御権が求められている。医療機関は、個人情報取扱事業者として、今まで以上に、個人情報の保護と情報開示に留意しなければならない。

また、病院経営や医療内容の透明性を確保し、説明責任を果たすことが最重要課題であるが、権利擁護という受け身の対応では不十分であり、患者との間に信頼を創造するという観点から積極的に取り組むことが大切である。地域や患者が安心し、信頼できるよう種々の情報開示を行い、分かりやすく、質の高い医療を継続して提供することが必要である。

【6】最善の医療

医療の質向上は強い社会的要請であり、医療機関および医療者は、常に最善の医療を提供することが期待されている。最善の医療とは、患者の心身の苦痛を軽減・除去し、健康や機能を維持・回復・増進するために、その時点でもっとも有効と思われる医療を可能なかぎり提供することである。さらに、他の医療機関と連携し

＊1　総合的質経営（Total Quality Management）
質重視の経営、すなわち、経営組織の総合的な質向上を追求する実践活動。一般にはＴＱＭと略称する。医療ではMQI（Medical Quality Improvement＝医療の質向上活動）という概念を用いることもある。第2章3.(2)医療の質向上活動における留意事項　を参照

＊2　侵襲性
検査や手術等治療にともなって身体に傷をつけるなど患者に負担をかけるという性質

資　料　2

医師・患者関係に関する現状の取り組み

平成 20 年 2 月 22 日
日本医師会常任理事　飯沼　雅朗

Ⅰ.はじめに

医師・患者関係をどのように捉えるか

医療は、心身に病いや傷を負った患者に対して、医師が診察、治療をし、薬を処方し、この過程を治癒に向けて繰り返すという、個人的な人間関係の反復、継続の場である。したがって、提供される医療がよりよいものであるためには、医師と患者が深い信頼関係で結ばれていることが不可欠の条件となる。

Ⅱ.診療情報の提供に関する指針　＜添付資料参照＞

（平成 11 年 4 月制定、平成 12 年 1 月施行
第 2 版　平成 14 年 10 月改定、平成 15 年 1 月施行）　約１６万人の全会員に配布

１基本理念

１－１この指針の目的

日本医師会は、医師が診療情報を積極的に提供することにより、患者が疾病と診療の内容を十分に理解し、医療の担い手である医師と医療を受ける患者とが、共同して疾病を克服し、医師、患者間のより良い信頼関係を築くことを目的として、会員の倫理規範の一つとして、この指針を制定する。

Ⅲ.医師の職業倫理指針

医の倫理綱領　　平成 12 年 4 月 2 日採択　　第 102 回定例代議員会

医師の職業倫理指針　＜添付資料参照＞

平成 16 年 2 月制定　　約１６万人全会員に配布

第１章　　医師の責務

１．医師の基本的責務

1）医学的知識・技術の習得と生涯教育
2）研究心、研究への関与
3）品性の陶冶と保持

２．患者に関する責務

1）病名・病状についての本人への説明
2）病名・病状についての家族への説明
3）患者の同意
4）患者および遺族に対する診療情報、診療記録（カルテ）の開示
5）応招義務

等２１項目

Ⅳ.その他

法的拘束力を伴う法令レベルによる規律　：ハード・ロー
業界内部の自律的規範に代表されるような
法的拘束力をもたない規範　　：ソフト・ロー

医学・医療という進歩、発展が著しい分野に関する実務的で詳細にわたる事柄は、柔軟な運用が可能なソフト・ローに委ねることが適切と考えられる。

医療施設の開設・管理や、医師をはじめとする各医療職種の資格や身分、業務範囲に関する事項など、一定の資格や要件を充たさない者による行為を禁止する内容は、法律を中心とするハード・ローの規定に馴染む。

医療界内部の行為規範にかかわるもの、たとえば診療情報の提供、診療記録の記載方法など、個々の業務の内容や手順等に関する事柄は、たとえそれが患者、国民と医療提供者の関係に密接に関わるものであっても、医療界内部の自律を前提として、ソフト・ローにおいて規律すべき。

患者の責務（患者が順守しなければならないこと）

医療提供者が安心して診療行為に集中し、最適な治療効果を提供することができるよう、患者に最低限守ってほしい事柄。

・療養上の医師の指示に従い、治療に協力すること
・受診・入院中は医療機関が定めたルールに従い他の患者や医療従事者に迷惑を及ぼさないこと
・診療代金を確実に支払うこと　　等

米国医師会倫理綱領（Code of Medical Ethics）“Patient Responsibilities”でも患者の責務の重要性を指摘

※医師・患者関係のあり方については、慎重かつ十分な検討が必要。

日本医師会雑誌　第128巻・第10号　平成14年11月15日発行［付録］

必携

第2版

診療情報の提供に関する指針

平成14年10月

日本医師会

序 文── 第2版発行にあたって

日本医師会
会長　坪井　栄孝

「診療情報の提供に関する指針」は平成12年１月の施行開始以来、都道府県医師会ならびに郡市区医師会の関係者のご努力と、会員をはじめとする医師のかたがたの真摯な取り組みのお陰をもちまして、国民医療の質の向上に貢献できていると自負しております。

ところで、今、人々が心から望んでいることは、健康であることに加えて、日常生活の安全と、真実を知ること、そして精神的な豊かさであると思います。これは、国民が医療に対して求めている内容とも一致します。

この「指針」は、医療に向けられた国民の期待に応えるための、日本医師会の象徴的な取り組みといえます。医師から誠意のこもった説明を受けた患者さんは、医師との深い信頼関係のなかで、疾病を克服しようという勇気を感じ、また、疾病に対する理解を深めることにより、治療効果も向上することが期待されます。

このように日常診療のなかで大切な役割を担う「指針」を、去る10月22日開催の第107回臨時代議員会において、制定後初めて改定し、平成15年１月１日から施行することといたしました。この改定は、約３年にわたり「指針」を実践してきたなかで生起した問題を慎重に検討した結果であります。今回の改定により、さらに一歩、患者さんの期待に応えうる「指針」へと成長したと確信しております。

この改定された「指針」を日常診療のなかで存分に活用され、さらに血の通った「指針」にしていただくことを、切にお願いいたします。

第1版 序 文

日本医師会
会長　坪井栄孝

医療提供体制として改革に必要なことは、医療を受ける側が如何にわかりやすく、かつ容易に医療情報を得ることができるか、医療を提供する側からいえば如何にして徹底したディスクロージャーができるかということだと捉えております。

この課題を実現する方策の一つとして、かねてより日本医師会は、インフォームド・コンセント理論の具体的な実践を提言し、患者さんに対して積極的に診療情報を提供することの重要性を、機会あるごとに会員の皆様にご理解をお願いしつづけてまいりました。

このたび、われわれがこれまで実践してまいりました診療情報の提供を、「診療情報の提供に関する指針」としてまとめ、去る4月1日開催の第100回日本医師会定例代議員会において、日本医師会会員の倫理規範の一つとして制定することを議決いただきました。

日常の診療の場で、本指針を診療情報提供への取り組みに是非ともご活用いただきたいと存じます。

また、本指針の実践によって、国民との強い信頼関係をもった医療提供体制の構築を図っていっていただきたいと考えています。

最後に、高い見識をもって採決されました日本医師会代議員の諸先生と、本指針をまとめられました「診療情報提供に関するガイドライン検討委員会」委員の先生方に心から感謝申しあげます。

（平成11年4月）

診療情報の提供に関する指針

目　次

診療情報の提供に関する指針 ……1

1　基本理念 ……1
1－1　この指針の目的 ……1
2　定義および適用範囲 ……1
2－1　この指針で使う用語の意味 ……1
3　診療情報の提供 ……2
3－1　診療情報提供の一般原則 ……2
3－2　診療の際の診療情報提供 ……2
3－3　診療記録等の開示による情報提供 ……3
3－4　診療記録等の開示を求めうる者 ……3
3－5　診療記録等の開示を求める手続き ……3
3－6　費用の請求 ……4
3－7　医療施設における手続き規定の整備 ……4
3－8　診療記録等の開示などを拒みうる場合 ……4
4　医師相互間の診療情報の提供 ……5
4－1　医師の求めによる診療情報の提供 ……5
5　遺族に対する診療情報の提供 ……5
5－1　遺族に対する診療情報の提供 ……5
6　その他 ……5
6－1　教育、研修 ……5

６－２　苦情処理機関の設置 ……6
６－３　指針の見直し ……6
附則 ……6

付；指針の実施にあたって留意すべき点 ……7

指針１－１関係 ……7
指針３－１ないし３－８について ……8
指針３－１　ｂ関係 ……8
指針３－３関係 ……8
指針３－４関係 ……8
指針３－５および３－７関係 …… 10
指針３－６関係 …… 12
指針３－８関係 …… 12
指針４－１関係 …… 13
指針５－１関係 …… 14
指針６－１関係 …… 14
指針６－２関係 …… 15

診療情報の提供に関する指針

1　基本理念

1－1　この指針の目的

日本医師会は、医師が診療情報を積極的に提供することにより、患者が疾病と診療の内容を十分に理解し、医療の担い手である医師と医療を受ける患者とが、共同して疾病を克服し、医師、患者間のより良い信頼関係を築くことを目的として、会員の倫理規範の一つとして、この指針を制定する。

日本医師会のすべての会員は、この目的を達成するために、この指針の趣旨に沿って患者に診療情報を提供する。

2　定義および適用範囲

2－1　この指針で使う用語の意味

この指針で使う主な用語の意味は、以下のとおりである。

(1) 診療情報・・・診療の過程で、患者の身体状況、病状、治療等について、医師またはその指揮・監督下にある医療従事者が知り得た情報

(2) 診療録・・・・医師法第24条所定の文書

(3) 診療記録等・・診療録、手術記録、麻酔記録、各種検査記録、検査成績表、エックス線写真、助産録、看護記録、その他、診療の過程で患者の身体状況、病状等について作成、記録された書面、画像等の一切

(4) 診療記録等の開示・・・患者など特定の者に対して、診療記録等の閲覧、謄写の求めに応ずること

3 診療情報の提供

3－1 診療情報提供の一般原則

a 医師は、患者に対して懇切に診療情報を説明・提供するよう努める。

b 診療情報は、口頭による説明、説明文書の交付、診療記録等の開示等、具体的状況に即した適切な方法により提供する。

3－2 診療の際の診療情報提供

a 診療中の患者に対する診療情報の説明・提供は、おおむね、次に掲げる事項を含むものとする。

(1) 現在の症状および診断病名

(2) 予後

(3) 処置および治療の方針

(4) 処方する薬剤については、薬剤名、服用方法、効能、特に注意を要する副作用

(5) 代替的治療法がある場合には、その内容および利害得失

(6) 手術や侵襲的な検査を行う場合には、その概要、危険性、実施しない場合の危険性、合併症の有無

b 患者が、「知らないでいたい希望」を表明した場合には、これを尊重する。

3－3　診療記録等の開示による情報提供

a　医師および医療施設の管理者は、患者が自己の診療録、その他の診療記録等の閲覧、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応ずるものとする。

b　診療記録等の開示の際、患者が補足的な説明を求めたときは、医師はできる限り速やかにこれに応ずるものとする。

3－4　診療記録等の開示を求めうる者

診療記録等の開示を求めることができる者は、原則として次のとおりとする。

(1)　患者が成人で判断能力ある場合は、患者本人

(2)　患者に法定代理人がある場合は、法定代理人。ただし、満15歳以上の未成年者については、疾病の内容によっては本人のみの請求を認めることができる。

(3)　診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人

(4)　患者本人から代理権を与えられた親族

(5)　患者が成人で判断能力に疑義がある場合は、現実に患者の世話をしている親族およびこれに準ずる縁故者

3－5　診療記録等の開示を求める手続き

a　診療記録等の開示を求めようとする者は、各医療施設が定めた方式にしたがって、医療施設の管理者に対して申し立てる。

b　前項の申立人は、自己が〔3－4〕に定める申立人であることを証明するものとする。

c　a項の申し立てを受けた医療施設の管理者は、速やかに診療記録等を開示するか否か等を決定し、これを申立人に通知する。

3－6　費用の請求

医療施設の管理者は、診療記録等の謄写に要した代金等の実費を、診療記録等の開示を求めた者に請求することができる。

3－7　医療施設における手続き規定の整備

医療施設の管理者は、診療記録等の開示請求、実施、費用請求等に関する規定および申し立て書等の書式を整備する。

3－8　診療記録等の開示などを拒みうる場合

a　医師および医療施設の管理者は、患者からの診療情報の提供、診療記録等の開示の申し立てが、次の事由に当たる場合には、〔3－1〕、〔3－2〕および〔3－3〕の定めにかかわらず、診療情報の提供、診療記録等の開示の全部または一部を拒むことができる。

(1)　対象となる診療情報の提供、診療記録等の開示が、第三者の利益を害する恐れがあるとき

(2)　診療情報の提供、診療記録等の開示が、患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れがあるとき

(3)　前二号のほか、診療情報の提供、診療記録等の開示を不適当とする相当な事由が存するとき

b　医師および医療施設の管理者が前項により申立の全部または一部を拒むときは、申立人に対して〔6－2〕に定める苦情処理機関があることを教示するものとする。

4　医師相互間の診療情報の提供

4－1　医師の求めによる診療情報の提供

a　医師は、患者の診療のため必要があるときは、患者の同意を得て、その患者を診療した若しくは現に診療している他の医師に対して直接に、診療情報の提供を求めることができる。

b　前項の求めを受けた医師は、患者の同意を確認したうえで、診療情報を提供するものとする。

5　遺族に対する診療情報の提供

5－1　遺族に対する診療情報の提供

a　医師および医療施設の管理者は、患者が死亡した際には遅滞なく、遺族に対して死亡に至るまでの診療経過、死亡原因などについての診療情報を提供する。

b　前項の診療情報の提供については、〔3－1〕、〔3－3〕、〔3－5〕、〔3－6〕、〔3－7〕および〔3－8〕の定めを準用する。

ただし、診療記録等の開示を求めることができる者は、患者の法定相続人とする。

6　その他

6－1　教育、研修

日本医師会および都道府県医師会は、医師がこの指針を遵守することを促すために、診療情報の提供、診療記録等の開示等に関する教育、研修などの措置を講ずる。

6－2　苦情処理機関の設置

医師と患者との間の診療情報の提供、診療記録等の開示に関する苦情受付の窓口および苦情処理機関を医師会の中に設置する。

6－3　指針の見直し

日本医師会は、この指針を、診療録その他の診療記録等の作成・管理に関する環境の整備、ならびに医療をめぐる諸条件の変化に適合させるため、2年ごとにその内容を見直す。ただし、必要があるときは、何時でも適宜、検討することができる。

附則（平成11年4月1日 制定）

1　この指針は、平成12年1月1日から施行する。

2　この指針は施行日以前になされた診療および作成された診療記録等については適用されない。

附則（平成14年10月22日 一部改定）

この改定指針は、平成15年1月1日から施行する。

付；指針の実施にあたって留意すべき点

指針１－１関係

1　この指針が働く場合

第一次的には、日常診療の中で起きる診療情報の提供、診療記録等開示の問題を扱う。第二次的には、日常診療が継続している場合に、患者が転医し、あるいは他の医師の意見を求めたいと望んだ場合の情報提供、診療記録等開示の問題を扱う。裁判問題を前提とする場合は、この指針の範囲外であり指針は働かない。

2　この指針の前提

この指針は、診療記録、特に診療録の記載方式が、千差万別である現状を前提にして作られている。診療録などの記載方式、管理の仕方等はできるだけ早く標準化する必要がある。特に、これまで、診療記録に医師自身の自筆による手書きを要求する旧厚生省の指導があったことなどが改革を妨げる大きな要因となっていた。厚生労働省等に対しては、診療録などの記載等の改革に早急に取り組むことを改めて要求するものである。

3　この指針の位置づけ

この指針は、日本医師会会員が守るべき「最小限基準」を定めたものである。したがって、それぞれの医師が、その責任において、この指針が定める以上の開示の道を選ぶことを禁ずる趣旨ではない。しかし、無用な混乱を避けるためには、会員が開設しまたは管理する同一医療施設内の基準は、統一されている必要がある。

指針３－１ないし３－８について

指針〔３－１〕から同〔３－８〕は、診療記録等の開示を含めて、患者に対する診療情報の提供について定めたものである。

指針〔３－１〕、同〔３－２〕が診療情報の提供についての一般原則、指針〔３－３〕から同〔３－８〕までが、主として診療記録等の開示についての定めである。

指針３－１ ｂ関係

診療情報提供の際に診療経過の要約などの説明文書を交付する場合には、患者の理解できる平易な言葉で記載することが望ましい。

指針３－３関係

本項は、診療記録等の開示を求められた場合の対応について定めたものである。診療記録等を開示する際には、紛失等の事故を避けるために、原本を渡すべきではない。費用がかかっても写しを作成し、これを交付すべきである。

指針３－４関係

診療記録等の開示を求め得る者は、患者本人であることを、先ず、確認しておく必要がある。患者の同意がないのに、患者以外の者に対して診療記録等を開示することは、医師の守秘義務に反し、法律上の規定がある場合を除き許されない。

しかしながら、この指針で扱う診療情報の提供、診療記録等開示

の趣旨が、患者の自己決定権を尊重し、診療の質を高め、医師・患者間の信頼関係強化を目的としていることから、代理人となりうる者の範囲を、「親族」に限っている。患者の診療情報が、代理権の付与を通じて、営利企業などに利用されることを防ぐとともに、代理人の範囲をここまで拡げておけば、十分実務的な対応ができるからである。もっとも、親族の範囲は、法律上、6親等という広範囲にわたるため、今後の状況を見て、将来的には、例えば扶養義務者とされる3親等内の親族および同居の親族に限ることも考えられる。

(2)号は、例えば未成年の場合の親権者、平成12年4月1日の民法改正に伴い発足した成年後見制度における成年後見人、診療契約に関する法定代理権を付与されている保佐人および補助人などがこれに当たる。

(2)号の但書きの満15歳以上の未成年者については、妊娠中絶等の事案で未成年者と親権者とが対立する場合が生じ、その場合の解決法如何が、諸外国でも問題になっている。欧米では、このような場合には、未成年者の意思を尊重すべきだとの意見が大勢であり、この指針も一応それにしたがった。なお、満15歳は、代諾養子を定めた民法第797条、遺言能力を定めた民法第961条等が、満15歳以上の未成年者に対して、これらについて行為能力を認めたことを参酌して選んだ年齢である。ちなみに、後者から、満15歳以上の未成年者も、移植のための臓器提供の意思を表明できるとの解釈が導かれている（平成9年10月8日健医発第1329号「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針――ガイドライン――参照)。

(3)号の「任意後見人」は、平成12年4月1日、任意後見制度が発足したことに伴い追加された。任意後見人の権限は任意後見契約に関する法律に基づき、公正証書によって作成される任意後見契約の

なかで定められている。任意後見契約により診療契約に関する代理権が付与されている場合には、家庭裁判所による任意後見監督人の選任がなされた時点以降、任意後見人を法定代理人と同様に扱うものとした。

(5)号は、成人患者で判断能力に疑義がある場合である。

この指針は、これまでの経験から、現実に患者の世話をしている親族に開示等の道を開いた。しかし、内縁、事実上の養親子関係、実際に患者の世話をしている親族以外の縁故者などもあり得るので、これらの者を含める意味で「これに準ずる縁故者」にも道を開いている。もっとも、この場合の開示は、医師の守秘義務とも関係するので、「これに準ずる縁故者」と認定することには、慎重の上にも慎重を期することが必要である。

指針３－５および３－７関係

1　診療記録等の開示を求める手続き

手続きの問題は、医療施設の態様、規模等とも関係する。それぞれの施設が「指針〔３－７〕医療施設における手続き規定の整備」を考える際に、それぞれの施設に応じた方式を工夫する必要がある。その場合に、施設の大小を問わず、一般的には、申請の方式は書面による申請とすることが望ましい。後日のことを考えると、申請があったこと自体を記録しておく必要があるからである。

2　申請人の身分の証明

指針〔３－５〕ｂは、守秘義務を遵守するうえで重要である。しかし、身分の確認の問題も医療施設の大小等と関係する。住民の移動が少ない地方の診療所などにおいては、お互いが顔見知りであり、

顔を見るだけで誰であるかを確認できるが、大都会の病院などでは、申請者が誰であるかを確認することは容易ではない。大規模医療施設などでは、これまでも必要がある場合には、印鑑証明書、運転免許証の写しの提出等によって、本人であることの確認をすることも行われているので、それらを参考にするとよい。

3　開示申し立てと理由の記載

患者の自由な申し立てを阻害しないために、申立理由の記載を要求することは、不適切である。

4　申し立てを受けた場合の措置

申し立てを受けた場合には、できるだけ早く、その可否を決定し、申請者に回答する必要がある。もっとも、閲覧、謄写を認める場合には、日常診療への影響を考慮して、日時、場所、方法等を指定できる。

なお、病院などの医療施設では、診療情報の提供、記録の閲覧等の申し立てを誰が受け、誰が決定し、誰が立ち会い、誰が説明するかなどの問題がある。申し立てを受ける名宛人は医師法の規定上、医療施設の管理者とすべきである。しかし、開示の可否を決定する場合には、医療施設の管理者は担当の医師の意見を聴くのが相当である。また、立ち会い説明は、診療を担当した医師が行うのが適切であると思われる。担当の医師が不在などの場合、医療施設の管理者である医師が対応しなければならない。謄写などを除き、医師以外の者に問題を委ねることは、不相当なことがあるので注意を要する。

指針３－６関係

１　実費負担について

この項は、診療記録等の閲覧、謄写などに要した代金の実費を、請求することができる旨を定めるものである。例えば、エックス線写真等の謄写に要する費用は、当然、患者など請求者の負担となる。記録の量が膨大な場合には、施設内で謄写をするために長時間、職員等を謄写業務に専念させる必要が生ずる。その場合の人件費を謄写費用のほかに加算できるかという問題があるが、合理的な範囲であれば許される。

２　診療情報提供の対価について

この指針では、診療情報提供の対価についての定めがない。これは、むしろ診療報酬体系の中で決める方が、妥当であると考えるからである。したがって、指針に定めがないことは、診療情報提供に対する報酬請求権を否定することを意味するものではない。

指針３－８関係

この項の(1)および(2)は、診療情報の提供、診療記録等の開示の求めを拒絶できる典型的な事例として、諸外国でも承認されている場合である。しかし、それ以外にも、診療情報の提供、診療記録等の開示を不適切とする場合があり得るので、その場合に備えて(3)を設けた。(3)の不適切事由は、(1)および(2)に匹敵する事由であることを要する。

指針４－１関係

この項は、日本医師会第Ⅳ次生命倫理懇談会報告の「４(2)医師相互間の関係」の提案を明文化したものである。専門家と非専門家との協力、診療所と病院との連携、したがって、それに伴う転医が、病院と診療所相互間で、今後、益々盛んになることが予想される。また、患者が第二医の意見、第三医の意見を求めることを希望する場面も、今後、多くなるものと思われる。

それらの中で、転医先あるいは紹介先の医師等が、その患者を以前に診療した、若しくは現在診療している医師に対して、診療上必要とされる診療情報等の提供を求める際に、備えるべき条件と手続きについて定めたのがこの指針である。周知のとおり、医師は自分が診療した患者、患者情報等について、守秘義務を負っている。したがって、患者本人以外の第三者に診療情報を提供する場合には、原則として本人の同意が必要である。この原則は、医師が他の医師に診療情報を提供する場合にも当てはまる。そこで、医師が他の医師に対して、診療上必要とされる診療情報の提供を求める場合には、患者本人の同意を得て行うべきであるとしたのが、ａ項である。これに対して、ｂ項は提供を求められた医師に、同意の存在の確認を求めるとともに、各種検査記録、エックス線写真などを含めて、提供を求める医師が必要とする診療情報を提供すべきことを定めたものである。医師相互間の診療情報の提供に際しては、診療記録等の管理者としての責任を全うし、円滑な診療情報の交換を推進するため、できる限り、医師相互間で直接に、検査記録等の写しの受け渡しをすることが望ましい。

指針〔４－１〕の精神は、他の医師へ患者を紹介する際の情報提供などについても参酌されるべきである。

指針５－１関係

平成14年の改定において新設されたものである。患者が死の転帰をたどった場合、従来から、死亡に至るまでの診療経過、死亡原因などについて、遺族に対して説明をする慣行があり、これは医師として当然の責務である。

患者・遺族および医師間の信頼関係をより強固なものとして維持し、高めるために、医師は従来にも増して一層積極的に懇切丁寧な説明――たとえば、診療上の諸記録を遺族に呈示しながらの説明――を遅滞なく実施する必要がある。

同時に、遺族（ただし法定相続人に限定）から診療記録等の開示を求められたときは、医療施設の管理者は、患者を対象とする本指針の定めに準じて、請求に応ずるべきものとした。

なお、本項に基づく説明および診療記録等の開示は、患者本人に対するものでないことから、本人の生前の意思、名誉等を十分に尊重することが必要である。特に遺族間に争いがある場合には、一層慎重な配慮が必要とされる。

指針６－１関係

指針〔１－１〕で述べたように、この指針は単なる宣言的指針ではなく、日本医師会、あるいは都道府県医師会などの倫理規範の一翼を構成することになる。したがって、日本医師会および都道府県医師会は、診療情報の提供に関する教育、研修を通じて、会員に対し、この指針の徹底を図るとともに、指針を守らない場合には、会の倫理規範に反するものとして、医師会の行う強力な指導、教育、研修などを受けさせるものとした。

指針６－２関係

１　苦情受付窓口、苦情処理機関設置の必要

診療情報の提供、なかんずく診療記録等開示の請求をめぐって、医療施設の管理者・医師と患者との間に紛争が発生した場合の受け皿として、都道府県医師会内に、患者からの苦情相談を受け付ける窓口および苦情処理機関を設置することが有用である。苦情処理機関内に当事者と利害関係のない第三者が介在することによって、当事者の誤解が解消し、事態に即した円満な解決が期待されるからである。

２　苦情処理機関の公平性

苦情処理機関を設置する場合、法律家、その他の医師以外の学識経験者を含む構成とすることが望ましい。これにより、苦情処理機関の公平性が担保されるからである。

以　上

診療情報の提供に関する指針

［第２版］

日本医師会雑誌　第128巻・第10号　平成14年11月15日　付録

平成11年４月１日　第１版
平成14年10月22日　第２版

■発　行　　日本医師会
■お問合せ先　　日本医師会 事務局 医事法制課
〒113-8621 東京都文京区本駒込２－28－16
電話　(03)3946-2121(代表)
■制作協力　　協和企画
■印　刷　　興和印刷

©㈳日本医師会　2002　Printed in Japan

JMA

医師の職業倫理指針

平成16年2月

＜第2刷＞

日本医師会

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

医師の職業倫理指針

目次

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 —— 8
(7) 患者および遺族に対する診療情報、診療記録(カルテ)の開示 —— 10
(8) 応招義務 —— 11
(9) 緊急事態における自発的診療(援助) —— 13
(10)無診察治療の禁止 —— 13
(11)処方せん交付義務 —— 15
(12)対診、またはセカンド・オピニオン —— 16
(13)広告と宣伝 —— 17
(14)科学的根拠のない医療 —— 17
(15)医療に含まれない商品の販売やサービスの提供 —— 17
(16)患者の責務に対する働きかけ —— 18
(17)医療行為に対する報酬や謝礼 —— 18
(18)かかりつけ医の責務 —— 18
(19)ターミナルケア(terminal care;末期患者のケア) —— 19
(20)末期患者における延命治療の差し控えと中止 —— 20
(21)安楽死について —— 21

3. 医師相互間の責務 …… 22
(1) 医師相互間の尊敬と協力 —— 22
(2) 主治医の尊重 —— 22
(3) 患者の斡旋や勧誘 —— 23
(4) 他医に対する助言と批判 —— 23
(5) 医師間の意見の不一致と争い —— 24
(6) 医師間での診療情報の提供と共有 —— 24
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 …… 26
(1) 異状死体の届出 —— 26
(2) 医療事故の報告について —— 27
(3) 社会に対する情報の発信 —— 29
(4) メディアへの対応 —— 29
(5) 公衆衛生活動への協力 —— 30
(6) 保険医療への協力 —— 30
(7) 国際活動への参加 —— 31

第2章 生殖医療 …… 32

第3章 人を対象とする研究と先端医療 …… 35

1. 高度技術と医の倫理 …… 35
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 …… 39
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」 …… 41
4. 新薬の開発、GCP …… 43

第1章

医師の責務

1．医師の基本的責務

(1) 医学知識・技術の習得と生涯教育

専門職としての能力、すなわち確かな医学的知識と技術は、医師にとって当然備えるべき条件である。そのためにも、医師は生涯にわたり常に学習に励み、学術的知識と技術とを習得する義務がある。また、医師は自ら行う医療の内容に対して責任をもつ。

単なる経験やいわゆる勘だけに頼る医療では適切な診療を行うことは困難であり、より確かな根拠に基づいた医療を提供する姿勢が不可欠である。学習は、活字をはじめとするさまざまなメディアを通じ、また学会や医師会の講演会や学習会への参加など、さまざまな機会をとらえて行われるべきである。そして広い視野で情報収集を行ったうえで自らの実践する医療を決定し、その学習の成果を日々の医療の実践において発揮すべきである。

◆日本医師会：医の倫理綱領注釈(1) 2000年4月

(2) 研究心、研究への関与

医師は、その従事する職種にかかわらず、常に医学の進歩と発展のために貢献すべきである。医療の向上のためには、個々の患者に対する診療のみならず、診療の基礎となる研究の向上を図ることも重要である。

研究への参加には、研究に直接携わることのみならず、他人の研究に協力すること、さらに他人の研究に対して適切な評価を行うことなども含まれる。

また、新しい医療技術の研究・開発にあたっては、ヘルシンキ宣言（p.39参照）の趣旨を重んじ、誠実と謙虚を旨とし、科学的態度と倫理的視点の両側面に常に配慮すべきである。行おうとする研究が倫理的問題に抵触するおそれがあるときには、しかるべき機関に評価を依頼することも必要である。

◈日本医師会：医の倫理綱領注釈(1) 2000年4月

(3) 品性の陶冶と保持

医師は、日頃から多くの人と交わり、さまざまな学識や経験を生かした多面的なものの見方ができるように見識を培い、また、医師としての責任にふさわしい品性の陶冶に努めなければならない。さらに医師は、医業の尊厳と医師としての名誉を重んじ、患者や社会の信頼に応えるよう努めなければならない。この名誉や信頼は、医学知識や技術だけでなく、誠実、礼節、品性、清潔、謙虚、良いマナーなどのいくつかの美徳に支えられ培われてきたものであり、医師個人として品位の向上と保持に努めることは、社会および医師集団に対する医師の義務でもある。

医師は医療の遂行にあたり、服装や髪などを清潔に保ち、自らの言動に注意を払わなければならない。

また、職場外でも言動を慎み、品性の保持に努め、そして国民の医師に対する信頼を毀損するような行為は慎まなければならない。

◈日本医師会：医の倫理綱領注釈(2) 2000年4月

2．患者に対する責務

(1) 病名・病状についての本人への説明

医療における医師・患者関係の基本は、直ちに救命処置を必要とするよ

うな緊急事態を除き、医師は患者に病状を十分に説明し、患者自身が病気の内容を十分に理解したうえで、医師と協力しながら病気の克服を目指す関係である。したがって、一般的にいえば、医師が患者を診察したときは直ちに患者本人に対して病名を含めた診断内容を告げ、当該病気の内容、今後の推移、およびこれに対する検査・治療の内容や方法などについて、患者が理解できるように易しく説明する義務がある。

しかし例外的に、直ちに真の病名や病状をありのまま告げることが患者に対して過大の精神的打撃を与えるなど、その後の治療の妨げになるような正当な理由があるときは、真実を告げないことも許される。この場合、担当の医師は他の医師等の意見を聞くなどして、慎重に判断すべきである。また、本人へ告知をしないときには、しかるべき家族に正しい病名や病状を知らせておくことも大切である。

【解説】

正しい病名や病状を正直に患者に知らせることは医の倫理として大切であり、また患者にその後の検査や治療についての同意を得、診療についての協力を得るのに不可欠である（インフォームド・コンセント）。

しかし、癌などの悪性の病気や不治の病であることを知らせると、患者は強い精神的打撃を受けるものであり、告知にあたっては、医師は慎重な配慮をすることが必要である。また、正しい病名や病状を知らせることが患者にとって好ましいことでなく、その後の診療の妨げになることが予想されるときには、告知を控えることも許される。しかし、その判断は慎重に行うべきであり、時には他の医療スタッフと相談することも必要である。

ともあれ、正しい病名や病状を患者本人に知らせることが原則で、もし患者本人に告知しない場合には、配偶者、親子、時には兄弟姉妹など、患者の世話・保護にあたっている、しかるべき家族に知らせておくことも必要である。

◆最高裁判決：秋田県成人病医療センター事件判決　2002年９月

(2) 病名・病状についての家族への説明

病名・病状についての説明や告知は、患者に正常な判断能力がある限り、患者本人に対して行うことが原則である。わが国では患者と家族の関係が

親密であり、相互に寄り添っている関係が認められることが多いので、この場合には患者・家族を一団と考えて、家族に対して真の病名・病状を詳細に説明することも必要である。

しかし、患者本人が家族に対して病名や病状を知らせることを望まないときには、それに従うべきである。家族が患者本人に本当の病名や病状を知らせてほしくないと言ったときには、真実を告げることが患者本人のためにならないと考えられる場合を除き、医師は家族に対して、患者への説明の必要性を認めるように説得することも大切である。

また、このような経過および事情は、後日のため記録にとどめておくべきである。

【解説】

前項の解説を参照。

(3) 患者の同意

医師が診療を行う場合には、患者の自由な意思に基づく同意が不可欠であり、その際、医師は患者の同意を得るために診療内容に応じた説明をする必要がある。医師は患者から同意を得るに先立ち、患者に対して治療・処置の目的、内容、性質、実施した場合およびしない場合の危険・利害得失、代替の有無などを十分に説明し、患者がそれを理解したうえでする同意、すなわち「インフォームド・コンセント」を得ることが大切である。また、侵襲性の高い検査・治療などを行う場合には、説明内容にも言及した同意書を作成しておくことが望ましい。

患者に正常な判断能力のない場合、あるいは判断能力に疑いがある場合には、しかるべき家族や代理人あるいは患者の利益擁護者に対して病状や治療内容を説明し、同意を得ておくことも大切である。

【解説】

患者が成人で、かつ判断能力がある場合には、同意するのは患者本人である。これに対して、患者が判断能力のない未成年者・精神障害者・高齢者の場合、あるいは患者の正常な判断能力に疑いがある場合には、両親や後見人などの法定代理人、患者の保護・世話にあたり患者の利益を擁護しているしかるべき家族などに対して、病状や治療内容を説明し同意を得て

おくべきである。

しかし、上記は原則であり、救急救命処置を要し、患者などの同意を得ることが不可能な場合には、同意なしに手術など必要な診療を行うことも許される。なお、判断能力のある未成年者については、診療内容によっては本人の同意だけでもよいとする見解が有力であるが、親権者の同意が不可欠な診療内容もあるので、慎重に対応する必要がある。

(4) 患者の同意と輸血拒否

医師の診療と患者の同意取得に関しては、信仰上の理由から輸血を拒否する患者が出現し、必要ある場合には輸血により救命を図るという医学常識との間に抵触が生じている。救命と信仰のいずれを優先すべきかということについては、なお議論の余地がある。しかし、最近の最高裁判決では、医師は患者の承諾が得られない限り輸血をすべきでないとしており、留意する必要がある。

【解説】

平成12年２月29日、最高裁は「患者が、輸血を受けることを自己の宗教上の信念に反するとして、輸血を伴う医療行為を拒否するとの明確な意思を有している場合、このような意思決定をする権利は、人格権の一内容として尊重されなければならない」と述べたうえで、「手術の際に輸血以外には救命手段がない事態が生ずる可能性を否定し難いと判断した場合には、甲〈患者〉に対し、乙〈医療施設〉としては…（略）…輸血するとの方針を採っていることを説明して、乙への入院を継続した上、丙医師らの下で本件手術を受けるか否かを甲自身の意思決定に委ねるべきであったと解するのが相当である」との判断を示している。しかし、この判決で留意すべきことは、医師は輸血を拒否する患者の自己決定権を尊重し、患者に対して自己決定権行使の機会を与えなければならないと述べてはいるが、それを超えて医師が患者の意思に従い無輸血手術をしなければならないとは命じていないということである。

したがって、このような場合に医師は２つの方向で対応することができる。第１は、輸血する主義であることを明確に説明して患者に自己決定の機会を与え、患者が拒否した場合には治療を断るという対応である。第２は、患者

の意思に従い無輸血手術を行うことである。後者の場合には、無輸血下手術の際に一般的に求められる注意義務を尽くしている限り、患者が出血死しても、医師は少なくとも民事責任については責任を免れることになる。

緊急かつ必要なときには輸血をするとの方針を定めた医療施設は、あらかじめその方針を院内掲示などさまざまな手段・機会を通じて患者に示しておき、患者がこれに応じなければ診療を断ることも許される。したがって、この問題で重要なことは、それぞれの施設であらかじめ明確なガイドラインを定めておき、関係者はそれに従って誠実かつ真摯に対応することである。ただし、輸血を拒否するからといって、すべての医療を拒否することは相当でない。疾病の種類、処置の方法、内容などを勘案して、輸血なしに治療可能なものは治療すべきである。

なお、患者が判断能力のない未成年者の場合、医学的に輸血が必要とされながら、親権者が輸血を拒否することがある。先進諸国の判例では、救命のための医学的判断を優先させるのが国あるいは社会的利益であるとされている。

(5) 診療録の記載と保存

医師は、患者を診療したときは、患者ごとに作成する診療録（診療記録）に、その時点で診断した病名、主要な症状、およびこれに対して行った検査や治療内容を具体的に記載し、各種検査データ・資料などとともに保存し、必要に応じて取り出せるようにしておくことが大切である。これらを行うことによって、医師は次回の、あるいは将来の患者の診療に備えるとともに、過去の医療内容を回顧し点検する材料とすることができる。さらに、医師が日常的に診療に関する記録を作成し保存することは、業務内容の科学性、透明性を確保するためにも大切である。このような趣旨から、古来、医師は自発的に診療録をはじめとして診療諸記録を作成し保存してきた。

わが国では、医師法、医療法、あるいは保険医療機関及び保健医療養担当規則（療養担当規則）などが、医師などに対して診療録等の作成や保存を法律上の義務として定め、関係者にその履行を求めている。

【解説】

1．診療録の作成（記載）および保存について、医師法第24条は次のよう

に規定している。

(1)医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。

(2)前項の診療録であって、病院又は診療所に勤務する医師のした診療に関するものは、その病院又は診療所の管理者において、その他の診療に関するものは、その医師において、五年間これを保存しなければならない。

「診療に関する事項」とは、医師法施行規則第23条により、「一　診療を受けた者の住所、氏名、性別及び年齢」「二　病名及び主要症状」「三　治療方法（処方及び処置）」「四　診療の年月日」とされており、本法制定当時の技術水準を前提に、紙媒体を用いて個人別診療録を作成することを予定している（近年になって電子媒体による記録および保存が可能になったことから、一定要件を備えることを条件に、電子媒体による診療録等の作成・保存が認められることになったが、基本原則は紙媒体と変わるところがない〈平成11年４月22日健政発第517号『診療録等の電子媒体による保存について』〉）。

2．療養担当規則第22条は、「保険医は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、様式第一号又はこれに準ずる様式の診療録に、当該診療に関し必要な事項を記載しなければならない」とし、同法第８条は、「保険医療機関は、第二十二条の規定による診療録に療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない」と規定している。また、同法第９条では、「保険医療機関は、療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から三年間保存しなければならない。ただし、患者の診療録にあっては、その完結の日から五年間とする」と規定している。

3．しかし、療養担当規則に挙げられたのは必要最小限の項目であり、現実にはさまざまな記録が作成され、医師の作成する診療録と一体となって、いわゆる「診療記録」として保存されている。たとえば、医師の処方せん・指示簿、エックス線写真フィルム、電子・磁気的検査データ、生化学的、物理・化学的検査記録・報告書、看護記録などである。これらのなかには個別的に診療録よりも短期の保存期間が定められているも

のもある（療養担当規則では３年間、医療法施行規則第20条11号、第22条の３第３号では２年間）。将来、記録保存形式の主流が紙媒体から電子媒体に移行した場合には、診療諸記録の保存期間は診療録の保存期間と同じになることが望ましい。

4．さらに、現在、先進諸国では記録の保存期間を長期化する傾向があり、法律の定めにかかわらず、最小限10年間保存することが望ましい。特に産科分野で、周産期障害などの予測される新生児については診療録を長期間保存することが必要である。

5．なお、病院などで看護記録の作成が求められている場合には、看護師などもその業務に求められる項目を記載した記録を作成する必要がある。

◆日本医師会医事法関係検討委員会：診療録のあり方について―適切な診療情報の提供を促進するために　2000年１月

◆日本医師会医事法関係検討委員会：患者情報のあり方について　2002年３月

◆日本医師会：外来診療録―書き方の手引き　2001年７月

◆日本医師会：外来診療録の上手な書き方―POMRの実践をめざして　2002年３月

(6) 守秘義務

医師が、診療の過程で取得する患者・家族の健康・家族関係に関する情報（以下「患者情報」という）は、患者・家族にとり、きわめて秘密性の高いものである。医師が患者情報の秘密を守ることは、医師・患者間の信頼関係を保つうえで基本的に重要であり、これまでも医師は職業倫理として患者情報の秘密を守ってきたが、法律でも刑法などを通じて患者の秘密とこれを守る医師の立場の保護を図っている。また患者情報については、診療の必要性から同一の医療機関内では医療関係者間で利用しうるが、関係者はこれを外部に漏らしてはならず、管理者はそのための対策を立てるべきである。

医師が患者情報についての守秘義務を免れるのは、患者本人や相続人が同意・承諾して守秘義務を免除した場合か、または患者・家族の利益を守るよりもさらに高次の社会的・公共的な利益がある場合で、多くの場合その開示は法律上規定されている。

医師が正当な理由なく患者情報を外部（第三者）に漏らした場合は、倫

理上非難されることはもちろん、刑法などの罪にあたり処罰される。また、民法上プライバシー・名誉毀損を理由に損害賠償請求されることもある。

【解説】

患者の秘密とこれを守る医師の立場は、法律によっても保護されている。たとえば、医師は患者の秘密について証言拒否権が保障され、あるいは患者の秘密に関するものの押収命令を拒否する権利が与えられている（刑事訴訟法第149条、同第105条、民事訴訟法第197条参照。なお、刑事訴訟法の場合には但し書きで拒否が認められないことがある）。

医師が正当な理由なく患者情報を外部（第三者）に漏らした場合は、倫理上非難されることはもちろん、刑法第134条の秘密漏示罪（親告罪）、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第67条第１項などの罪にあたり処罰される。また民法上、プライバシー・名誉毀損を理由に損害賠償請求されることもある。

患者本人（相続人）が同意・承諾して秘密保持の義務を免除する例としては、交通外傷患者が保険金の受け取りの必要性から保険会社に同意書・委任状など渡して診療記録の閲覧を認める場合などがある。

法律上の規定に基づき官公庁などが患者の健康情報などについて問い合わせ、資料提供を求める例は非常に多いが、秘密保持義務が免除される場合は限られており、次の４つの場合が考えられる。

１．法律の規定があり、開示を義務づけられている場合：監督官庁から「報告」を命じられた場合や、監督官庁から診療録等の「検査」や「提示」を求められた場合などがこれにあたる（麻薬及び向精神薬取締法第58条の２、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条、医療法第25条、健康保険法第27条参照）。なお、証言拒否が権利の濫用と認定された場合には、開示義務が発生するものと考えられる（刑事訴訟法第149条、同第105条の但し書き参照）。

２．法律の規定はあるが、開示が義務づけられていない場合：検察官、検察事務官、司法警察職員による捜査のための必要事項の「照会」（刑事訴訟法第197条第２項）、裁判所による「調査嘱託」（民事訴訟法第186条）、「送付嘱託」（同第226条）、弁護士会による「照会」（弁護士法第23条の２）は法律上の根拠に基づいて行われるが、医師の自発的な情報開示を

求めるにすぎないものであり、守秘義務を負う医師としては拒否できる。問題は履行に応ずる場合に生ずる。回答・履行の内容如何（たとえば患者の病名などを知らせる、診療記録の写しを送る）によっては秘密の漏示にあたり、損害賠償の対象となりうる。したがって、裁判所など官公庁からの求めだからといって安易に応えることには注意を要する。弁護士に相談するなど慎重な対応が求められる。

3．法律の根拠（規定）がない場合：①報道媒体への情報提供や、学会・学術誌などへの発表で個人が同定できるような場合には、本人の承諾があっても学術的に必要のない個人情報は極力省き、患者人格をいささかでも傷つけることのないように配慮すべきである。②保険会社などからの問い合わせに対しては、本人の書面による承諾がない以上、絶対に開示してはならない。

4．最も困難な問題は、司法警察職員などが捜査のため、事実上さまざまなことを聞いてくる場合の対応である。捜査協力が「正当な事由」になる場合もありうるので、一律に拒否、一律に協力という態度はとるべきではない。質問内容、捜査の必要性との関係などに応じて、是々非々の対応をすることが望ましい。

なお、平成15年５月に個人情報の保護に関する法律が制定されたが、診療記録・診療情報に関して医療施設などに対してさまざまな義務づけをしているので、医師はこの法律の内容につき熟知しておくことが求められる。

(7) 患者および遺族に対する診療情報、診療記録（カルテ）の開示

患者の診療記録中に含まれる診（医）療情報は、患者本人にとって最も秘密性の高い健康情報などであり、記録の作成・利用に関与した医師などの医療関係者に対しては、法律上はもちろん、職業倫理上も厳重な守秘義務が課せられている。

しかし、患者が医療情報、診療記録（カルテ）の開示を求めてきた場合は、開示の対象が患者自身の情報であり、開示の相手方が患者本人であることから、秘密漏示の問題は起こらない。したがって、医師は原則として患者の開示請求には応ずるべきである。開示については、日本医師会が策定した診療情報の提供に関する指針がある。すなわち、開示は医療の円滑

化に役立ち、患者または遺族との間の信頼関係に必要なことであり、医師は、患者または遺族に対して懇切に診療情報を説明・提供するように努めることが大切である。診療情報の提供は、口頭による説明のほか、説明文書の交付、診療記録の開示など、具体的状況に即した適切な方法による。患者の遺族が開示請求してきたときも同様であるが、遺族は原則として相続人に限られることに留意すべきである。

診療記録等の開示などを拒みうる場合としては、①対象となる診療情報の提供、診療記録等の開示が、第三者の利益を害するおそれがあるとき、②診療情報の提供、診療記録等の開示が、患者本人の心身の状況を著しく損なうおそれがあるとき、③診療情報の提供、診療記録等の開示を不適当とする相当な事由があるとき、の3つがある。ただし、患者または遺族の納得の得られない場合には、医師会などの中に設置された苦情処理機関があることを知らせ、相談させることも大切である。

【解説】

診療情報、特に診療記録（カルテ）の開示については、なお議論の多い問題である。一般的に診療記録には患者の客観的データと医師の主観的な意見や考えが書かれており、後者については開示の対象とすべきでないとする意見もある。なお、診療記録の開示については、平成15年5月30日に制定施行された個人情報保護に関する法律により、生存者に限ってではあるが、個人情報取扱事業者とされる医療施設の患者に対する開示などの義務が認められた。開示の方法、内容などは日本医師会の指針とほぼ同じである。開示などに関する部分は、平成17年4月を目途に施行が予定されているので、その動きを注意する必要がある。

◆日本医師会：診療情報の提供に関する指針　2002年10月

◆厚生労働省局長通知：診療情報の提供等に関する指針　2003年9月

(8) 応招義務

現行医師法では「診療に従事する医師は、診察治療の求があった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」とし、いわゆる「応招義務」を定めている（第19条）。

「診療に従事する医師」とは「自宅開業の医師、病院勤務の医師等公衆

又は特定多数人に対して診療に従事することを明示している医師」をいうとされており、「応招義務」は、診療場所とは密接に関係するが、医師身分に付随する義務ではない。

医師は診療可能な場合、特に緊急性のある場合には、できるだけ診療を引き受けることが必要である。しかし、「正当な事由」があれば拒むこともできる。これには、専門外診療、時間外診療、過去の診療報酬不払いなどが考えられるが、その状況はそれぞれ異なるので、医師は良識に基づき適宜判断しなければならない。

【解説】

診療拒否の「正当な事由」にあたるか否かが問題になる事例として、「専門外診療」「時間外診療」「過去の診療報酬不払い」などがある。

前二者はしばしば同時に発生する。ある医療施設（医師）が、診療時間中であればもちろんのこと、診療時間外でも診療可能な場合には、できるだけ診療を引き受けることが相当である。これに対して、専門医が不在で緊急性のない場合には、専門医のいる施設への受診を勧めるべきである。しかし、患者の状態が緊急性のある場合には、できる限り診療に応じ、専門医不在の折でも、求められれば専門医不在である旨を十分告げたうえで、救急処置をするべきである。

「過去の診療報酬不払い」については、一般論としては拒否すべきではないと解されている。しかしながら、支払い能力があるにもかかわらず常習的に不払いを重ねる患者については、緊急性がない限り診療拒否が許される場合もありうる。

現在の医師法の規定は明治７年の「医制」中に萌芽があり、明治13年制定の旧刑法第427条９号、昭和17年の国民医療法第９条を経て今日に至っている。応招義務に関しては旧刑法以来、拘留、科料などの罰則規定がおかれていた。しかるに昭和23年の医師法制定の際には、このような義務を法定すべきではないとの意見があったが、医師職務の公共性よりみて応招義務は残しておくべきとする意見が大勢を占めて、今のような形で残された。しかし、罰則規定は削除され、医師の良心に委ねられることになったといわれる。

アメリカ医師会の考え方は、日本の医師法とは対極的である。アメリカ

医師会倫理綱領は「医師には患者を選ぶ権利がある。しかし救急処置が決定的な意味をもつ緊急時には、能力の最善を尽くさなければならない。また医師は、一旦引き受けた患者を遺棄してはならない」「医師は、患者関係に入るか否かを選択する職業上の特権を有し、それに従って患者に治療を提供する責務を果たし続けなければならない」としている。

現在では、わが国でも医師・医療機関と患者間の基本的な関係を民法上の契約関係としてとらえることが、法律上はもちろん、社会的にも常識化してきている。また一方において、昭和23年からでも半世紀余が、明治初年からは実に1世紀有余が経過し、この間に交通手段・交通網が縦横に発達し、医療の専門分化・供給体制が進み救急体制が質的に変化していることを考えると、医師法の見直しも検討すべきかもしれない。

(9) 緊急事態における自発的診療（援助）

新幹線・長距離航空機中などで、医師の救急援助を求められる場面にしばしば遭遇する。また、路上に倒れている人を見ることがある。このような場合、医師は自ら進んで可能な範囲で診療にあたるべきである。

【解説】

緊急事態が発生した場面で、医師が自発的に行う診療（援助）活動で起こった医療上のトラブルについては、「緊急事務管理」について定めた民法第698条が適用され、医師の責任は大幅に軽減されている。すなわち、このような事態で法律上の義務がないのに、いわば自発的に診療行為を行った医師は「…（略）…悪意又ハ重大ナル過失アルニ非サレハ之ニ因リテ生シタル損害ヲ賠償スル責ニ任セス」と同条は定めている。この条文はドイツに由来するものであるが、同じような考え方は英米法上も「良きサマリア人の法理」として認知されている。特にアメリカでは、近年、全50州およびコロンビア特別区が何らかの形でこの法理を採用した法律を制定して、医師の責任軽減を図るとともに救急事態への協力を期待している。

(10) 無診察治療の禁止

患者を直接診察することなく治療・措置を講ずることは危険性も高く、患者の身体・生命に思わぬ被害を及ぼすことから、医師は患者を直接診察

せずに臨床診断を下し、投薬などの措置をとってはならない。これは、医師法第20条にも定められている（無診察治療の禁止）。

電話、ラジオ、テレビ、インターネット、手紙、新聞、雑誌などを介して相談を受けた場合に、具体的な診断を下し、さらに治療方法まで指示するようなことはしてはならない。相談内容から必要性があると判断したときは、医師の診察を受けることを勧めるべきである。

【解説】

医師による対面診療が医療の原則であるとの考え方に対しては、新しい通信技術の発達との関係などを考慮する必要がある。すなわち、専門医のいない離島などの医療施設で患者の診療を担当している医師が、その面前で患者を診察しながら画像などの診療情報を都市部中核病院に送って専門医の診断を仰ぎ、その指示を受けながら治療・措置を行うことが可能となり始めたからである。同様のことは、医師の常駐しないへき地の施設、あるいは自宅から看護師などが画像情報などを拠点病院に送り、それらを検討した医師の指示に基づき措置を行うことができるか、という形で問題になる。

情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）については、平成15年３月31日付の厚生労働省医政局長通知があり、参考にされたい。

なお、社会保険法上「電話再診」の報酬請求が認められているが、現在診療継続中の患者に関する特例であり、初診患者の電話相談、治療指示とは異なるものである。

〈参考〉

厚生労働省医政局長通知『「情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）について」の一部改正について』（一部抜粋）

１．基本的考え方

診療は、医師又は歯科医師と患者が直接対面して行われることが基本であり、遠隔診療は、あくまで直接の対面診療を補完するものとして行うべきものである。

２．留意事項

(1)初診及び急性期の疾患に対しては、原則として直接の対面診療によること。

(2)直接の対面診療を行うことができる場合や他の医療機関と連携することにより直接の対面診療を行うことができる場合には、これによること。

(3)(1)及び(2)にかかわらず、次に掲げる場合において、患者側の要請に基づき、患者側の利点を十分に勘案した上で、直接の対面診療と適切に組み合わせて行われるときは、遠隔診療によっても差し支えないこと。

ア．直接の対面診療を行うことが困難である場合（例えば、離島、へき地の患者の場合など往診又は来診に相当な長時間を要したり、危険を伴うなどの困難があり、遠隔診療によらなければ当面必要な診療を行うことが困難な者に対して行う場合）

イ．アに準ずる場合であって、直近まで相当期間にわたって診療を継続してきた慢性期疾患の患者など病状が安定している患者に対して、別表に掲げる遠隔診療など遠隔診療を行うことにより患者の療養環境の向上が認められるものについて、患者の病状急変時等の連絡・対応体制を確保した上で、行うとき

(4)遠隔診療は、患者側の要請に基づき、患者側の利点をも勘案して行うものであり、直接の対面診療と適切に組み合わせて実施するよう努めること。

(11) 処方せん交付義務

医師法には「医師は、患者に対し治療上薬剤を調剤して投与する必要があると認めた場合には、患者又は現にその看護に当っている者に対して処方せんを交付しなければならない」と定められている。いわゆる医師の処方せん交付義務の規定であるが、大幅な例外が認められている。

【解説】

医師法第22条には医師に対する処方せん交付義務が定められているが、以下のような大幅な例外が認められている。

第１に、患者などが処方せん交付を必要としない旨を申し出た場合である。そのほかに、①暗示的効果を期待する場合において、処方せん交付がその目的の達成を妨げるおそれがある場合、②処方せん交付が診療または疾病の予後について患者に不安を与え、疾病治療を困難にするおそれがある場合、③短時間ごとの病状変化に応じて薬剤を投与する場合、④診断・

治療方法の決定していない場合、⑤治療上必要な応急措置として薬剤投与する場合、⑥安静を要する患者以外に薬剤交付を受けることができる者がいない場合、⑦覚せい剤を投与する場合、⑧薬剤師不在の船舶内で薬剤を投与する場合、などがこれにあたる。

なお、本条違反に対しては罰金刑がある。

「処方せん」には、「患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、用量、発行の年月日、使用期間及び病院若しくは診療所の名称及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」とされている（医師法施行規則第21条）。

病院などに入院している患者については、「この場合は、通常入院患者は、診断治療全般について入院した病院又は診療所で行われることを承諾し、薬剤の調剤も、その病院又は診療所で行って貰う意思を有するものと推定されるので、特に患者又はその看護に当たる者の申出がない限り、処方せんを交付する必要はないものと認められる」とされている（昭和31年3月13日薬発第94号医務局長薬務局長通知、同旨昭和50年1月24日保険発第2号保険局医療課長通知参照）。

(12) 対診、またはセカンド・オピニオン

医学・医療の進歩、複雑化に伴い、医師が診療上自ら解決できない疑問をもつことも多くなってきた。そういった場合には、他の医師にその患者の診察を求め意見を聞いたり（対診）、情報を提供して意見を求めることが必要である。また、医師は患者から要請を受けた場合はもとより、そうでない場合においても、必要とあれば患者に対診あるいはセカンド・オピニオンを求めることを勧めるべきである。その際、他の医師の意見を求めやすい環境や雰囲気を作るよう努めることが望ましい。一方、対診を引き受けた医師は、与えられた情報のなかで患者に対し客観的な所信を誠実に述べ、その結果を遅滞なく主治医に報告する必要がある。必要にかなう対診やセカンド・オピニオンは患者・医師双方に有用であることが多く、より良い意思決定のために推進されるべきである。しかし、対診であっても診療上の責任は最後まで主治医にあることを認識し、他の医師の意見を尊重して自己の診療方針のなかに取り入れ、最も適切と思われる治療を行う

よう努力すべきである。

◆日本医師会：医師の倫理　1951年９月

(13) 広告と宣伝

医師の広告および宣伝については、虚偽もしくは誇大な広告により患者が誘導されることがないようにするため、以前から法的規制が設けられてきた。また、過大な広告や宣伝により患者を誘致する行為は医師の品位を傷つけるものである。医療法では、定められた事項を除いて広告をしてはならない旨を規定している。最近では、患者の自己決定権の尊重と情報公開の観点から、適切な情報提供の拡大に努める必要性が主張されるようになり、広告は規制緩和される方向にある。こうした状況を考慮し、医師は過大な自己宣伝に陥ることなく、適切な情報提供媒体を選んで節度ある広告・宣伝を行うことが大切である。

◆日本医師会：医の倫理綱領注釈(5)　2000年４月

◆医療法第69条、同第70条、同施行令第５条の３、同施行規則第42条の３、健康増進法第32条の２

(14) 科学的根拠のない医療

医師は医療従事者であるとともに、経験と実証の双方を見据えた科学者でなければならない。しかし、医療の進歩は未知の領域に挑戦するなかで得られるものでもあり、先端的・実験的医療と詐欺的ないわゆる「えせ医療」との区別は往々にして難しい。また、臨床の実地では、現在の科学の枠組みでは必ずしも説明ができないような伝統医学や代替医療などの医療の意義も否定しえない。しかし、原則として医師は科学的根拠をもった医療を提供すべきであり、科学的根拠に乏しい医療を行うことには慎重でなければならないし、たとえ行う場合でも根拠が不十分であることを患者に十分に説明し、同意を得たうえで実施すべきである。いやしくも、それが営利を目的とするものであってはならない。

◆日本医師会：医の倫理綱領注釈（前文）　2000年４月

(15) 医療に含まれない商品の販売やサービスの提供

医薬品・医療器具以外で、食品や日常生活上の用具など、人々の健康の

増進や生活の便宜に役立つ物やサービスを推薦することは、健康に関する専門家たる医師の社会的役割の１つであって、広く認められるべきである。しかし、医療施設の中で患者の療養に必要な物品を販売することは許されるが、それらはあくまでも患者の便宜上有用なものに限られる。患者の健康被害を生じかねないもの、あるいは医療機関としての品位を傷つけるものを販売することは不適当である。さらに、医師や医療経営者は、そのような商品やサービスの提供によって利益を目論むことは慎むべきである。医療機関の外にあっても、医師の地位を利用して科学的根拠のない健康に関する商品の販売に加担すべきでない。

(16) 患者の責務に対する働きかけ

医療は医師と患者の共同行為であり、医師が患者の意思を尊重しなければならないことは当然であるが、患者も相応の責任を果たさなければならない。たとえば、患者は医師に対して自らの病状や希望を正しく説明し、同意した療法上の指示を守る責務がある。最近では医学的知識の普及に伴い国民の医療知識は向上したが、それでも一般の人が病気について十分に理解することは難しく、なかには誤った知識をもっている人もいる。したがって、医師は患者が病気や医療について正しい知識を得るよう、患者に対して助力することも大切である。

◆医師法第23条、医療法第１条の２第２項、健康増進法第２条

(17) 医療行為に対する報酬や謝礼

医師は、医療行為に対し定められた以外の報酬を要求してはならない。患者から謝礼を受け取ることは、その見返りとして意識的か否かにかかわらず何らかの医療上の便宜が図られるのではないかという懸念を抱かせ、またこれが慣習化すれば結果として医療全体に対する国民の信頼を損なうことになるので慎むべきである。

(18) かかりつけ医の責務

患者からかかりつけ医として選ばれた医師は、平素から患者の生活歴や薬歴など、診療に必要な患者の全体像を把握しておく必要がある。かかり

つけ医は、継続的な診療の結果として患者の診療情報を最も多くもち、患者が病気の際に第一に選択する医師である。それゆえ、日頃から患者の相談にのり、必要に応じて専門医へ紹介するなど、医療・保健・福祉上のさまざまなニーズに対応できるよう自ら積極的に研鑽を積んでおくことが大切である。また緊急時はもちろん、一般時においても、患者に対し常に対応できるよう地域医療の連携体制を整備し、これをあらかじめ患者に知らせ、その不安をなくすよう心がけていなければならない。

(19) ターミナルケア (terminal care；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、延命のためのみの治療をするよりも、患者の生活・生命の質（QOL）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。もちろん、患者によってはあくまで延命治療を望む人もおり、患者の意思に基づいてこのようなケアを選択すべきである。

特に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。

癌末期患者ではまず疼痛の緩和が重要であり、十分な鎮静薬や鎮痛薬の投与が大切である。時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副次的効果であって患者の意思に基づくときには許される、というのが最近の多くの人々の考えである。また、鎮痛薬や鎮静薬の投与にあたっては適切な薬物を選び、むやみに意識を失わせるような処置は控えるべきである。

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

になってきたが、ターミナルケアにおいては、患者を見捨てることなく最後まであたたかく看取るという気持ちが大切であることを忘れてはならない。

(20) 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、時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。単なる延命よりも、患者の生活・生命の質（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考慮すべきであるが、治療行為の差し控えや中止は患者の死につながるものである。したがって、医師はそれなりに慎重に判断すべきであり、特に患者の意思を尊重しなければならない。患者が治療を希望すれば、それに従うのは当然のことである。特にこの場合、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。

このような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。

前者の場合、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。主治医は一人で判断することなく、しかるべき医師に相談し判断することが大切である。

後者の場合、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とも、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、慎重に判断すべきである。

【解説】

必ずしも末期患者といえないが、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同様の問題がある。これについても最近では容認的傾向が強いが、なお反対意見もあって議論されており、慎重な判断が求められよう。

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

◈横浜地裁判決：東海大学安楽死事件判決　1995年３月

(21) 安楽死について

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、用語の混乱がみられ注意すべきである。ともあれ、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。

今日、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末期患者について、その命を縮め苦痛から解放してあげる行為（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。この（積極的）安楽死には、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、いわゆる自殺幇助（自殺援助）とがある。近年、欧米の一部では一定の要件のもとにこのような行為を認めようという傾向にある。

わが国でも、1995年になされた、いわゆる東海大学の安楽死事件の判決（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、注目されている。

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、この判決文にはいろいろ批判もある。特に肉体的苦痛に限れば、最近の緩和医療の発達を考慮すると、あえて(積極的)安楽死を行う必要は

なさそうである。現状では、医師は(積極的)安楽死に加担すべきでない。

◆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（改訂版）　2002年３月

◆横浜地裁判決：東海大学安楽死事件判決　1995年３月

3．医師相互間の責務

(1) 医師相互間の尊敬と協力

医学や医療に関するさまざまな技術の進歩に伴い、医師のなかにもさまざまな専門家が増えているが、他方において総合的な医療を行う医師の必要性が強調されている。このように医師の専門化と多様化が進んでいるなかで、医師相互間の意見交流や病診連携といった医師相互間の協力の重要性がより高まってきた。医師は、それぞれ異なる学識や経験をもつ医師に対して相互に尊敬を払うべきであり、この医師相互間に存在すべき敬意と協力の関係は、患者からの信頼の基礎ともなるものである。また、医師は自分の専門や能力の範囲を心得ていることも必要であり、患者の疾病が自分の専門外である場合や、自己の能力に限界を感じた場合には、ためらうことなく他の医師に協力や対診を求めたり、紹介をしなければならない。そのためにも、医師は日頃から互いに十分な交流を行うよう心がけるとともに、相互の交流を通じて互いに助け合うことが必要である。

◆日本医師会：医の倫理綱領注釈(4)　2000年４月

◆日本医師会第Ⅳ次生命倫理懇談会：「医師に求められる社会的責任」についての報告　1996年３月

(2) 主治医の尊重

主治医は、当該傷病の診療につき一切の責任をもち、他の医師は主治医の判断や立場を尊重しなければならない。ただし、主治医の判断について、より適切なものがあることが客観的に明白である場合は、他の医師は患者の利益のためにも、直接あるいは同僚の医師を通じるなどして主治医に対

して意見を述べ、また指導することも必要である。

主治医の紹介なく患者が他の医師を受診した場合、医師は患者の話を十分に聞いたうえで、主治医から治療方針などの診療情報を得るように努めるべきである。診療の後は、状況により患者が再び主治医を受診するよう図らうことが望ましい。

◈日本医師会：医の倫理綱領注釈(4) 2000年4月

(3) 患者の斡旋や勧誘

医師は、報酬や利得を得て患者を斡旋したり、そのような行為をする業者に対し協力すべきではない。また、自分の利益を優先して患者を勧誘するような行為をしてはならない。患者にとって必要であると考えられる場合には、その旨を患者に説明し、患者の希望に応じてしかるべき他医を紹介すべきことは当然であるが、必要な文書料を除き、紹介についての報酬を求めてはならない。

(4) 他医に対する助言と批判

医師は、自分の習得した知識や技術を他の医師に教え、他の医師の不適切な医療行為に対しては直接あるいは間接的にその医師に忠告、助言、指導することが大切である。

一方、不用意な他医への批判は、医師としての品性をおとしめ医師の信頼を傷つける行為であるばかりか、患者に無用な不安を与えるなど、思いもかけぬ大きな影響を与えかねないため慎むべきである。特に以前に診察した医師をいたずらに批判することは、古くから「前医の批判をすべからず」「後医は名医」などといわれ戒められてきた。これは上述の理由のほか、前医と後医では診察時の状況や得ている情報が往々にして異なっており、前医が患者に注いだ努力と専門的判断を後医がにわかには判断できないことも多々あるために、前医への批判が結果として誤っているか不当なものであることも多いからである。前医に対する浅薄な批判が、不毛な医事紛争の発端となりうることを心すべきである。これは対診の際にも心がけなければならないことである。また、特に自分の声価を高めようとして、いたずらに他の医師を誹謗することは許されない。

◆日本医師会：医の倫理綱領注釈(1) (4)　2000年４月

(5) 医師間の意見の不一致と争い

医療上の意見が医師間で一致しないことはしばしばみられるが、多くは健全な意思決定過程の現れである。そうした場合、原則的には主治医の意見を尊重するが、時にセカンド・オピニオンを採用することも必要となる。医師間の論争は医師に原因がある限り医師間で解決されるべきで、患者を巻き込んではならない。

(6) 医師間での診療情報の提供と共有

複数の医師が患者の診療を行う場合、患者の診療情報が適切に継承または共有される必要がある。医師は患者の診療のために必要があるときは、患者の同意を得て、担当医に対して検査記録などの診療情報の提供を直接求めることができる。他医から診療情報の提供の求めを受けた医師は、患者の同意を確認したうえで、各種検査記録、エックス線写真などを含めて、提供を求める医師が必要とする診療情報を提供すべきである。ただし、同一医療機関内の医師間では、特に患者に異存がない限り、診療情報を共有することができる。その際、患者の情報が第三者に漏れないよう配慮する必要がある。

◆日本医師会：診療情報の提供に関する指針　2002年10月

◆医療法第１条の４第２項

4．医師以外の関係者との関係

(1) 他の医療関係職との連携

医療の専門化・多様化に伴い医療に関連する学問領域も発展し、薬剤師や看護師をはじめさまざまな医療関係職種が生まれ、専門的知識・技術を発揮しながら医療チームを形成し、現代の医療を支えている。また、介護

を要する高齢者、病気や障害を抱えて施設や在宅で生活する人々への対応、さらには地域住民の健康の維持・増進を図るために、医療職と福祉職との連携も不可欠になっている。

このように多職種の人々と協働して良質な医療を進めるにあたって、まず医師はこれらの職種の業務内容と法的責任を正しく理解し、これらの人々の立場を尊重しながら相互協力を進めるべきである。チーム医療において、医師はチームメンバーとの意見交換を踏まえ、自らの専門的知識や価値観に照らし、医療提供にかかわる意思決定についてリーダーシップと責任をもつ必要がある。

また、医療現場には医療資格をもたない人々やボランティアも多く働いており、医師や医療管理者は、医療資格者と同様に、こうした人々が適材適所に働けるよう配慮したうえで職務内容について適宜指導し、医療が適正に運営されるよう心を配る必要がある。特に患者情報の保全を図り、無資格者が医療行為に及ぶことがないよう注意を払うことが必要である。

◆日本医師会：医の倫理綱領注釈(4)　2000年４月

◆医師法第17条、同第18条

(2) 医療関連業者との関係

医師は、製薬会社の医薬情報担当者や医療機器会社の営業員をはじめとして、医療関連業者と関係する機会は多い。このような人々との関係によって、商品に関連した新しい学問的知見や診療に役立つ有用な情報が得られることも多く、良好な協力関係を作ることが望ましい。しかし、医薬品などの医療資材購入の採否や使用については、業者との個人的利益関係を優先させてはならない。業者との取り引きは適正なものでなくてはならず、特に薬品や医療資材代金の支払いに関する不適正な対応は医師の信用をおとしめる行為であり、避けるべきである。

(3) 診療情報の共有

患者の診療にあたっては、主治医のみならず看護師などの医療従事者をはじめ、ソーシャルワーカー、臨床心理士、事務職員など幅広い人たちと情報を共有することが必要なことも多い。この際、職務上必要な場合に限っ

てのみ、同一医療機関内の各医療従事者や事務職員は患者の診療情報にアクセスすることが許される。患者の医療情報は、それ自体きわめて秘密性の高い個人情報であることから、管理医師は各医療従事者や事務職員などの教育を徹底し、必要な関係者以外に患者の情報が漏れないようにする必要がある。医療機関外の者に診療情報を開示するには、裁判所の命令など法律に定められた場合を除き、原則として患者の同意が必要である。

5．社会に対する責務

(1) 異状死体の届出

医師法第21条は、「医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検案して異状があると認めたときは、二十四時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」と定めている。「異状がある」とは、大正７年の大審院判決では、「死体等に異状ありとは純然たる病死に非ずと認むべき状況が死体に存する一切の場合を指称するものにして医師が死因に犯罪の嫌疑なしと認むる場合と雖もその例外をなすものに非ず」との判断を示しており、今日でも裁判所の考えは変わっていない。しかし、特に診療中の患者の異状死の具体的な定義・範囲については論議のあるところである。

【解説】

１．異状死とは

前述の医師法の趣旨は、異状死の届出を通じて犯罪捜査の端緒をつかむことを目的としており、異状死の定義・範囲を広くしている。また、日本法医学会が示した異状死についてのガイドラインはこの考えに準拠している。しかし、診療中の患者の異状死については外科系学会などの考えとの間に差異があり、なお論議されている。

２．死体検案書と死亡診断書

「継続診療中の患者が診療に係る疾病と関連しない原因により死亡した場合」には、医師は死体検案書を交付することになっている(厚生労働省大

臣官房統計情報部・医政局「死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル」）。しかし、診療中に予測されない経過で起こった死亡については、死亡診断書を書くべきか、死体検案書を書くべきか迷うこともある。この場合、これまでの判例では担当医は異状死体を検案したとして死体検案書を作成し、所轄警察に届け出る義務があるとしている（都立広尾病院についての平成15年５月19日東京高裁判決）。

３．問題点

(1)現行の医師法の規定は、診療中の患者の異状死を想定したものと思われないところがある。特に医療上の過失が関与している可能性がある場合に、担当医はあえて自分の不利益になりかねない届出をしなければならないのか、憲法上の論議がある。

(2)また、死亡原因の究明は医学上の問題で、警察の能力外の仕事であり、法律上すべての異状死を警察への届出対象とする現行法は問題である。特に診療中の患者が医療上の事故によって死亡した疑いのあるような場合については、直ちに警察に届けるのではなく、適切な第三者機関を創設し、そこで事案を吟味し、警察への届出を含めて検討するというシステムを具体的に検討することが望まれる。

◈日本法医学会：「異状死」ガイドライン　1994年５月

◈日本外科学会、他：診療行為に関連した患者の死亡・傷害の報告について　2002年７月

(2) 医療事故の報告について

患者・国民の生命・身体の安全を確保しこれを守ることは、医師および医療施設の設置者・管理者の患者に対する基本的な責務である。この責務を全うするために、医師および医療施設の設置者・管理者は、医療施設内に医療事故の報告制度を作る必要がある。

医療施設内の報告制度は、医師および医療施設の設置者・管理者が、大小・軽重を問わず、自己の医療施設内で発生したすべての医療事故や医療上の過失を把握するとともに、その原因を究明して将来の再発防止に役立てることを目的とする。したがって、施設内で作成・提出する報告（書）は自発的なものとし、外部に公表する必要はないものとするべきである。同時に、過失や事故を報告したことにより不利益処分がなされないように

制度設計する必要がある。

診療中、患者に障害を与えるような事故が起こった場合、担当医はまず患者の治療に尽くすことが重要であるが、それとともに患者や家族に対して事情を説明することも大切である。

事故発生後あるいは紛争発生後に、責任を逃れるために診療記録の改ざんをするような行為があってはならない。診療記録を訂正する必要がある際には、どこをどのように改めたかを分かるようにし、訂正した日時を記載し署名をしておかなければならない。

なお、重大な医療事故については、担当医・医療施設の管理者は、患者・家族に十分に説明したうえで、保健所など所轄部署への届出も考慮すべきであろう。

【解説】

医療事故の報告については２つの異なる報告制度が考えられる。

１つは、本文に述べたような医療施設内で作る報告制度である。この制度は医療施設の成員および管理者が自己の施設内で発生した医療事故について熟知し、その原因を究明して将来の同一事故の発生を防止することを目的とする。だれかを処罰する目的ではないことを明確にしたうえで事故原因を徹底的に究明し、事故原因がどこにあるかを探り、必要な防止策を立てて将来に備えるものである。趣旨がこのようなものであることから、法制度上、内部資料として裁判資料の対象外とすべきである。また、施設内の検討対象であることから、最初から匿名化して検討することも有益である。

もう１つは、国・都道府県などで作ることが期待される公的な報告制度である。近年、医療の安全確保のため、先進諸国の間では国などの公的な機関を設置して重大事故の報告制度を創設することが検討されている。わが国には異状死の所轄警察署への届出義務に関する条文はあるが、重篤な事故については何らの規定も置かれていない。国立病院に関しては厚生労働省への届出義務を課しているが、一般医療施設については現在のところそれぞれの施設に委ねられている。しかし、将来的には適切な第三者機関を設置して、そこへの届出も考慮すべきであろう。

(3) 社会に対する情報の発信

医療が医療従事者と患者の共同作業として定着し、それが社会的に認知されるためには、医療に関連するさまざまな知識や医療の現状が常識として広く社会に共有されることが重要である。そのために、医師は医学や病気に関する専門的知識のみならず、医療制度や現在医療が置かれている問題について、さまざまな形で社会に対する教育啓発活動を行う必要がある。また、高度に発達した情報社会の中にあって報道機関の役割もますます重要となっており、医師はこうした分野の人々と協力して、各メディアを通じて患者をはじめ社会一般の人たちに正しい医療情報を提供することが大切である。

医師が医学・医療の専門家としてテレビ、新聞、雑誌、インターネットなどのメディアを通じて専門的な情報を提供し、適切な発言をすることは、社会的責任という意味で重要な活動である。医師が医学的知識を公衆に対し伝達し説明する際には、まず学問的に十分な根拠をもった代表的意見を提供するよう努めるべきである。その発言は品位をもって行われなければならないし、自己宣伝は慎まなければならない。

◆日本医師会：医の倫理綱領注釈(5)　2000年4月

◆日本医師会第Ⅱ次生命倫理懇談会：「説明と同意」についての報告　1990年1月

◆日本医師会第Ⅳ次生命倫理懇談会：「医師に求められる社会的責任」についての報告　1996年3月

(4) メディアへの対応

メディアに求められて対応する場合には、情報の受け手に対して誠実かつ公正であることが最も重要である。また、医療に関する事故や過誤などについての論評には慎重さを要する。情報が不足する段階で、メディアを通じて不特定多数に対して不用意なコメントをすることは無責任な行為であると認識すべきである。

取材を受ける際には、報道の趣旨と自分の位置について説明を求め、納得のうえ応じることが重要である。そして、報道される内容に関しては、可能な限り報道される前に目を通し、自分の発言が編集などによって曲げられて伝わらないように注意を払う必要がある。また、患者の了承なしに患者の症状などについてメディアへ情報提供してはならない。特に話題性

のある患者や公人に関しても、患者の人権やプライバシーの保護を最優先してこの原則を遵守することが重要である。

(5) 公衆衛生活動への協力

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、個々の患者に対する診療行為にとどまらず、医学および医療の専門知識を有する者として、地域住民全体の健康、地域における公衆衛生の向上および増進に協力し、もって国民の健康な生活を確保するという社会に対する重い責任を負っている。このような観点から、医師に対しては、健康診査、予防接種、公衆の場における禁煙指導など公衆衛生に対する協力、地域医療体制に対する協力が求められる。特に近年問題となっているいくつかの重大な感染症や生活習慣病（成人病）などの予防については、一般の人々に対して教育・指導を行うことも重要である。また医師は、一般の人々の健康な生活を確保するために、正しい医学的知識の普及・啓発に努め、地域における保健活動などへの協力を通じて公衆衛生の向上および増進に努める必要がある。

◆日本医師会第Ⅱ次生命倫理懇談会：「説明と同意」についての報告　1990年1月

◆日本医師会第Ⅴ次生命倫理懇談会：「高度医療技術とその制御」についての報告　1998年3月

◆医師法第1条

(6) 保険医療への協力

医療はそれ自体が社会的な行為であり、医師は専門的な知識を有する者として、人々の健康、地域における福祉の増進などについて、その責任の一端を担わなければならない。そして医療が強い公共性を有し、かつ人々の生命、身体の健康の維持もしくは回復を目的とすることに鑑み、適切に十分な医療行為が行われるような健全な社会保障制度、特に医療保険制度・介護保険制度をより良く構築していくことが重要である。保険診療を行う医師は、健康保険制度に基づく適切な診療を行うと同時に、制度をむしばむいかなる不正行為も許されないことを自覚しなければならない。

医師は保険医療の保持と改善に対しても責任を有する。社会保障制度を維持するためには限られた医療資源の適切な配分が必要であり、医師は公

共の医療財源を守るという観点から制度の適切な運用を行う責任を負っており、医療保険制度の円滑な運用に資することも必要である。また、患者の不利益となるような規則・制度については不合理の是正および改善に努力することも、医師に求められる重要な責務といえる。

◈日本医師会：医の倫理綱領注釈(5)　2000年４月

◈日本医師会第Ⅴ次生命倫理懇談会：「高度医療技術とその制御」についての報告　1998年３月

(7) 国際活動への参加

医師の専門的能力は、国境を超えて役立てることができる。世界各地に発生する局地的な紛争、あるいは地震や洪水など大規模自然災害発生の際に、域外諸国が医師の派遣や医薬品の供給などを通じて援助活動をすることは、人道上の重要な活動である。他方、発展途上国は医療の面においても解決すべき多くの問題を抱えている。先進国の援助は大切であり、WHO（世界保健機関）への積極的な協力など、さまざまな方法で国際的医療支援や協力活動に貢献することが望まれる。

また、世界医師会との協調も含め、国境を越えて相互に医療情報を交換し、世界的規模で医療協力をすることも大切であり、医師は各自の良心に従って国際活動へ貢献することも必要である。

◈日本医師会：医の倫理綱領注釈(5)　2000年４月

◈日本医師会第Ⅳ次生命倫理懇談会：「医師に求められる社会的責任」についての報告　1996年３月

◈世界医師会：武力闘争時の医の倫理　1983年11月

第2章

生殖医療

1．生殖補助医療は、子を持とうとする被施術対象者夫婦の精子と卵子を用いて行うことを原則とする。

生殖補助医療における倫理規範を論ずる際に、最も社会的関心が高いのは「第三者からの提供配偶子を用いた生殖補助医療」に関する倫理的妥当性に関する議論である。わが国においては、匿名第三者からの提供精子を用いる非配偶者間人工授精は昭和24年の最初の児の誕生以来、50年以上の臨床経験の蓄積があり、すでに１万人以上の児が誕生している。しかしながら、民法上の親子関係の構築や、出自を知る権利などの子の福祉に関するさまざまな問題を考慮すれば、第三者の配偶子を用いる生殖補助医療を担当医師が薦めることはあってはならない。当該医療はあくまで不妊夫婦の配偶子を用いることが原則であることを認識することは重要である。第三者からの提供配偶子を用いる生殖補助医療が、当該以外の医療行為では妊娠成立の可能性が全くないと医学的に判断され、必要な医療情報を十分に理解した夫婦を対象に行われることは、必ずしも非倫理的とはいえない。しかし、この場合は、子の出自を知る権利に対する対応や、配偶子提供者の個人情報保護の観点から、特に国の定めた医療機関においてのみ実施されることになろう。

【解説】

第三者からの配偶子、胚提供による生殖補助医療に関しては、厚生科学審議会生殖補助医療部会報告書（平成15年４月）において、厚生労働大臣

または地方自治体の長が指定する施設のうち、その指定条項としてあらかじめ国が定めた施設基準と人的要件に合致したものでなければならないと定められている。

2．体外受精・胚移植およびGIFT（配偶子卵管内移植）を実施する施設は登録制とし、実施件数、成績などの報告を行うこととする。

体外受精・胚移植およびGIFT（Gamete Intra-Fallopian Transfer；配偶子卵管内移植）を実施する施設は、日本産科婦人科学会に登録しなければならない。登録にあたって、その施設は施設基準、人的基準、書式によるインフォームド・コンセントの徹底、カウンセリング機会の保持、施設内倫理審査委員会（Institutional Review Board；IRB）構成の適否などを慎重に調査され指導される。

また、登録施設は生殖補助医療の実施件数、臨床成績などを報告しなければならない。

さらに、報告する臨床成績を上げる目的で、生殖補助医療技術の適応を緩めるような行為は絶対に慎まなければならない。

3．代理懐胎は認められない。

代理懐胎として考えられる様式としては、子を望む不妊夫婦の受精卵を妻以外の女性の子宮に移植する場合（いわゆるホストマザー）と、依頼者夫婦の夫の精子を妻以外の女性の子宮に人工授精する場合（いわゆるサロゲートマザー）がある。現在、海外での症例をみても前者が代理懐胎の主流となっている。

前者・後者のいずれもさまざまな問題があるが、子の福祉の観点からみれば非倫理的である。児童の権利に関する条約（1989年国連総会採択）において、児童はあらゆる目的のための、またはあらゆる形態の売買または

取り引きの対象とされてはならない、と定める第35条にも抵触する。

営利目的で代理懐胎を斡旋することや斡旋に関与すること、あるいは代理懐胎を前提とした生殖医療の一端を担うことは非倫理的であり、慎まなければならない。ただし、クライアントの依頼で海外の施設に患者情報を提供することは斡旋にはあたらない。

第3章

人を対象とする研究と先端医療

1．高度技術と医の倫理

医師は、高度医療技術については特に自らその在り方を常に考え、そのような手段を選ぶ際には患者側の希望をよく聞き、話し合い、同意を得たうえで自ら責任をもって医療行為にあたるべきである。医師が患者の心を尊重し、患者が医師の医学的知識や人間性に信頼をもつことができる場合にこそ、高度医療技術は社会のなかであるべき方向性を失うことなく健全に発展することであろう。

医師は、人を対象とする研究を行う際には、研究者の立場をもつ専門職業人として以下に従うものとする。

(1) 研究の対象となる者（以下「対象者」とする）の安全・福利・権利への配慮は、研究の利益および社会の利益への配慮よりも優先する。

(2) 個々の対象者について、予想される危険を正当化しうる益があることを確認したうえでなければ、研究を実施してはならない。研究の益とその危険は、独立性をもち、かつ適正な構成の委員会によって評価されなければならない。

(3) 対象者には、その研究参加の自発性を確保するために、研究への参加に対する報酬が支払われてはならない。研究において用いられる人体の一部またはその情報は、有償の取り引きの対象にしてはならない。

ただし、参加あるいは保存、加工、輸送などに要する経費の授受は正当な範囲で認められる。

(4) 対象者には、研究の意義、研究に参加しない場合の取り扱われ方、目的、予想される益と危険、安全および情報の保護の方法、参加拒否と同意撤回の自由などの必要事項についてあらかじめ十分に説明し、対象者が理解し判断に必要な時間を与えられなければならない。対象者の自発的な意思による明示の同意がなければ、研究の対象としてはならない。意思能力の欠けた者への配慮は、CIOMS（The Council for International Organizations of Medical Sciences；国際医学団体協議会）のガイドラインおよびヘルシンキ宣言に従うものとする。

(5) 研究に参加することで対象者に健康被害が生じた場合には、過失の有無にかかわらず、また因果関係の証明はなくても、必要かつ最善の医療を提供しなければならない。

【解説】

1．医の基本

医療は、人々の人間的出来事としての心身の悩みに対して、それを回復させる専門的な知識と技術をもっていると期待される医療従事者が、その悩みを当事者とともに癒していく営為である。それゆえ、医療は科学的行為であると同時に、病者と医療従事者との相互関係を前提とする倫理的行為である。また、医療の基盤となる医学研究も優れて倫理的な問題を内包しているといえる。

いずれの場合も、いわゆる「医の倫理」は医を外から拘束するものというよりは、むしろ医そのものに理念として本来的に内在している課題である。それは生命への畏敬を本旨とし、個人の尊厳を中心的な柱とするものというべきである。

医というプロフェッションには、個人としても、集団としても、治療の現場においても、また医学の基礎的研究においても、厳正に自己規律し、かつ相互批判を徹底することが求められる。

診療と臨床研究とが明瞭に分けられていなかった古い時代から、ヒポクラテスの誓いには上記のような規律が定められていた。これはコス島の医の一派のための入門の誓いといわれ、ヒポクラテス自身の筆になるものか

否かも問題となっているものである。社会的現象の変化した現代では、父権主義的であるともいわれ、また中世には宗教的な潤色を受けたと考えられている。しかし、その基本となっている２つの理念、すなわち、①患者に危害・不正を加えない、②自己の技術の最善を尽くす、という医療の原則は不変のものというべきである。

２．技術革新とその制御

(1)経　過

物理学上の原理の発見とその技術への移転の早さは時代とともに著明になった。たとえば、第二次世界大戦下における医の技術の人権を無視した動きは、ナチスの行った人体実験などにもみられた。このことは、戦後ニュルンベルク国際裁判の裁くところとなり、この判決文をもとに裁判規範として1947年ニュルンベルク綱領が創られることになった。これは人体を用いる研究における被検者の納得・承諾を基本とするものであり、後に1964年のヘルシンキ宣言―人体実験に関する世界医師会倫理綱領として結実することとなった。

ヘルシンキ宣言はその後４回の修正を経て、2000年のエディンバラ改訂によって大きく修正され、当初の副題「ヒトを対象とする生物医学的研究に携わる医師に対する勧告」から「ヒトを対象とする医学研究の倫理的原則」へと変更された（ｐ.39参照）。

ヘルシンキ宣言は多くの機関の倫理審査委員会（IRB）の守るべき基本原則として採用されており、医薬品開発の国際的基準（International Conference on Harmonisation Guideline for Good Clinical Practice；ICH-GCP）の則るべき基本原則となっている。しかし、その思想・理念の定着はいまだ確立されていないといわざるをえない。

その基本原則は、被験者へのインフォームド・コンセントと、「特別に指名された独立した委員会」のもとに医学研究は制御されるべきであるとするものである。かつ、この改訂作業の承認がなされたエディンバラ総会において議長が口頭で行った発言、すなわち、この宣言が固定化し、ドラマ化することなく、時代の変化とともにさらに改訂が続けられるべきであるという指摘は、忘れてはならない点である。

(2)基　本

近代の新しい医学的技術は、人間の安全を守るために法によって制御されている例が多くなってきた。

たとえば、

①ヒトに関するクローン技術等の規制に関する法律（平成13年）

②ヒトES細胞の樹立及び使用に関する指針（平成13年）

③ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針（平成13年）

④遺伝子治療臨床研究に関する指針（平成14年）

⑤疫学研究に関する倫理指針（平成14年）

などがある。

しかし、これらを通覧すると、いずれも最終的には各機関内の倫理審査委員会にその判断を委ねている。しかも、倫理審査委員会は外部の者、医学以外の分野の者、また女性の委員を含むことが望ましい旨、要請している。このような条件を満たすためには、わが国の人的資源はまことに貧弱といわざるをえない。

アメリカの行っていることがすべて良いとはいえないが、大統領諮問委員会などの国の機関が多くの分野の専門家を集めて種々の生命倫理の論理化を行っていることには学ぶべきところがある。1979年に発表されたいわゆるベルモント・レポートが、生物医学・行動研究における被験者保護のために国家委員会により作成されたことがその例といえよう。

このなかで主張された基本的倫理原則は、

①人格の尊重（respect for persons）

②善行（beneficence）

③正義（justice）

である。

その後、生物医学・行動研究における倫理指針は、常にこの原則に基礎をおいて具体的指針を作成している。

日本医師会は平成10年に『「高度医療技術とその制御」についての報告―高度医療技術の健全な発展のために―』を発表した。このなかで、高度医療技術が健全に発展・進歩するためには、①法による制御、②医師集団による自己制御、③経済面からの制御、④社会の要望による制御、

⑤医師・研究者個人の判断に基づく制御があることを指摘している。

また、その報告で次のように強調していることも述べておきたい。「医師は専門家であり、当然、患者よりも遥かに医学的知識に精通しており、またしていなくてはならない。しかし多種多様な対象に対して真の医療をおこなうためには、同時に、医師にはその職にふさわしい教養とともにあたたかい人間性が要求される。そして、それらの総合として、各種医療技術について方法のみならず背後にある精神にも精通した上で、その正しい適用を決して誤ってはならない。すなわち、高度医療技術を制御するために最も大切なものは、外部の要因というよりは、むしろその使い手である医師個人の良心であり、知識であり、思慮分別を含む良識といえるであろう」。

◆The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research : The Belmont Report　1979年4月

◆日本医師会第Ⅴ次生命倫理懇談会：「高度医療技術とその制御」についての報告　1998年3月

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

ヘルシンキ宣言は、世界医師会がヒトを対象（被験者）とする医学研究（以下「医学研究」という）の際に、医師を含めたすべての研究関係者が遵守すべき倫理諸原則を定めた国際的な宣言である。宣言の核心は医学研究における被験者の人権擁護であり、1964年にヘルシンキ総会で採択されたことからこの名がある。この宣言は1975年の東京総会、2000年のエディンバラ総会で大幅な改訂がなされて今日に至っている。

この宣言の重要な基本原則は、「患者・被験者福利の優先」「本人の自発的・自由意思による参加」「インフォームド・コンセント取得の必要」「倫理審査委員会による事前審査、監視の継続」「研究は科学常識に従い基礎実験を経て」の5つである。2000年のエディンバラ改訂は、宣言を守るべ

き対象者を医師だけでなくすべての研究者に広げ、保護対象をヒトからヒト由来の物質、遺伝子、診療情報などにまで拡大した点に特徴がある。これにより宣言の及ぶ研究対象は著しく拡大された。

ヘルシンキ宣言は、現在すべての医学研究関係者が遵守すべき国際的な倫理原則としての地位を確立しており、国内・国外を問わず医学研究のさまざまな場面でヘルシンキ宣言の遵守・尊重が謳われている。日本ではICH-GCP合意を通じて薬事法の新薬開発の省令中にその精神が受け継がれているほか、厚生労働省の「臨床研究に関する倫理指針」や、医科系大学および国・公立医学研究機関の倫理審査委員会規定、そのほか国が作成する各種医学研究のガイドライン中にヘルシンキ宣言の遵守が謳われている。

【解説】

ヘルシンキ宣言のなかで重要な基本原則は次の５つである。

1．患者・被験者福利の優先：「医学研究」においては、患者・被験者福利が科学的・社会的利益よりも優先されなければならない（Ａ章第５条、Ｂ章第10条、第16～第18条、Ｃ章第28条など参照）。

2．本人の自発的・自由意思〈自由な同意〉による参加：患者・被験者が「医学研究」に参加するのは、本人の自発的・自由意思〈自由な同意〉によることが絶対的な条件である（Ａ章第８条、Ｂ章第20～第26条参照）。この考え方はニュルンベルク綱領の冒頭の句にさかのぼる。

3．インフォームド・コンセント取得の必要：「医学研究」に参加する患者・被験者から参加の承諾を得る際には、参加者が意思決定をするのに必要な重要情報を十分に提供され、それを理解したうえで意思決定がなされることを要する。換言すると、インフォームド・コンセントを得ることが必要である（Ａ章第８条、Ｂ章第20条、第22～第26条、Ｃ章第31条、第32条参照）。

4．倫理審査委員会による事前審査、監視の継続：「医学研究」は、実験開始に先立ち、実験計画書（プロトコール）を作成して倫理審査委員会に提出し、科学的・倫理的見地から検討・点検を受けて承認されなければならない。倫理審査委員会は進行中の研究を監視する権限と責務がある（Ｂ章第13～第26条、Ｃ章第28～第32条参照）。

5．研究は科学常識に従い基礎実験を経て：「医学研究」は、一般に受け

入れられた科学原則に従い、科学上の十分な知識・情報、動物実験を含む十分な実験に基づいて行わなければならない（B章第11条、第12条参照)。

以上のほか、A章第1条には宣言の保護対象が単にヒトだけにとどまらず、ヒト由来の臓器・組織・細胞・遺伝子、さらには診療情報まで含むこと、および宣言の対象者が医学研究にかかわるすべての人々であること、同第9条には研究者は「医学研究」に関する国際的規制および自国の倫理・法規制を知る必要があるが、いかなる国の法規制もこの宣言が定めた被験者保護を弱め、無視することは許されないこと、B章第27条にはこの宣言が定めた諸原則に沿わない実験報告書は公刊のために受理されてはならないことなど、研究者が常に念頭に置くべき重要な規定が置かれている。

なおCIOMSはWHOと協力して、1993年にヘルシンキ宣言を前提にしてこれを敷衍したガイドライン“International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects”（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）を発行し、さらに2002年にはエディンバラ総会の改訂ヘルシンキ宣言を前提にした新しいガイドラインを発行した。このCIOMSのガイドラインにはヘルシンキ宣言にはない損失補償条項などの記述もあり、ヘルシンキ宣言を補う役割を果たしている。実務的にはCIOMSのガイドラインを参考にして処理することが勧められる。

◈厚生労働省：臨床研究に関する倫理指針　2003年7月

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」

CIOMSはWHOと協力して、ヒト被験者を対象とする研究の国際的な指針であるヘルシンキ宣言を低開発国・発展途上国にも普及定着させるために、1982年に“International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects”という手引き書を出版した。同

書はヘルシンキ宣言の大幅改訂に併せて2回改訂されている。現在出版されているのは2002年版で、2000年にエディンバラ総会で大幅改訂されたヘルシンキ宣言を前提にして組み立てられている。全部で21項目の具体的な指針が示され、これを分かりやすく解説している。CIOMSのガイドラインに特徴的なことは、ヘルシンキ宣言の重要条項を全部網羅しているほかに、同意取得に際して被験者に対する補償条項の必要性を明示している点、女性・子ども、低開発国・発展途上国の人々など、いわゆる「弱い立場にある人々」に対する目配りが効いている点にある。臨床研究一般に携わる人々、発展途上国の研究者と共同して研究する人々にとって必読文献である。

【解説】

CIOMSは、WHOとユネスコの援助のもとに1949年に設立された国際的な非政府組織で、国際連合の援助のもとに主として低開発国・発展途上国の医療の向上、医の倫理の普及などを目指して活動している。CIOMSはWHOと協力して、ヘルシンキ宣言を低開発国・発展途上国にも普及・定着させるために1982年に“International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects”を出版した。CIOMSは、これに次いで1991年に“International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies”を出版したが、1993年には再び82年版と同名のガイドラインを作成・出版した。93年版は、その当時の改訂ヘルシンキ宣言を前提にしてその内容をさらに敷衍させ、これに分かりやすい解説を加えた手引き書である。このような手引き書を作成した理由は、HIV/AIDSの蔓延に対処するため低開発国・発展途上国における治験が必要となり、それらの治験の際にも被験者保護というヘルシンキ宣言の精神を遵守させる必要があったからであるといわれている。完成した93年版ガイドラインは、ヘルシンキ宣言に比して内容がより具体的であるだけに、ヘルシンキ宣言を補う具体的な手引き書として先進国でも十分に通用し役立つものである。

ヘルシンキ宣言が2000年10月にエディンバラ総会で大幅に改訂されたのを受けて、CIOMSは三度WHOと協力して“International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects”(2002年版)を作成した。このガイドラインは全部で21項目からなる。21項目はさらに細分されて、

具体的詳細な解説が付されている。以下、参考のために21項目の内容を列挙しておく。(1)ヒトを対象とする医生物学的研究の倫理的正当性と科学的有効性、(2)倫理審査委員会、(3)外国から資金援助を受ける研究に対する倫理審査委員会、(4)個別ごとのインフォームド・コンセント、(5)インフォームド・コンセントの取得：研究対象予定者に必要とされる基本的情報、(6)インフォームド・コンセントの取得：資金提供者と研究者の責務、(7)研究参加の誘引（報酬）、(8)研究参加の利益と危険、(9)インフォームド・コンセント無能力者を含む研究の際の危険についての特別制限、(10)医療資源を限定された人口集団と共同体における研究、(11)臨床試験と対照の選択、(12)研究被験者グループを選ぶ際の負担と利益の公平分布、(13)弱者を含む研究、(14)子どもを含む研究、(15)精神または行動異常を理由に適切なインフォームド・コンセントができない人々を含む研究、(16)研究対象者としての女性、(17)研究対象者としての妊婦、(18)秘密保持、(19)被害を受けた被験者の治療と補償を受ける権利、(20)倫理および科学審査ならびに医生物学研究の能力強化、(21)外国資金援助者の医療サービス提供に関する倫理上の責務。

以上の21項目から明らかなように、ICH-GCP中にすでに取り入れられている項目もあるが（19項、21項）、ヘルシンキ宣言にはない項目もある。特に21項などは、研究が複数国で、しかも先進国から低開発国にわたる場合も視野に入れており、ヘルシンキ宣言よりも一歩前進したガイドラインになっている。さまざまな国との共同研究が増えている日本の研究者にとっても、非常に参考になるものである。

4．新薬の開発、GCP

薬は人体に作用するものであり、新薬の開発過程で直接人間に使用して安全性や効果などを確かめる必要がある。ある種の人体実験であり、避けて通ることのできない研究過程である。そこで多くの国々の薬事法制では、

一般には基礎的な研究と動物実験を経て、健常人を対象にした安全性の確認試験などの研究を行い、次いで患者を対象にした安全性と効果の研究などを行い、一定以上の効果が認められたときに初めて薬として承認される、という仕組み・考え方を採用している。ヘルシンキ宣言に端を発するもので、1970年代後半ごろから欧米諸国で“Good Clinical Practice for Trial of Drugs”（医薬品臨床試験における良き臨床慣行）という名称で新薬開発過程で守るべき基準として用いられてきた。

日本では、厚生省が1989年10月「医薬品の臨床試験の実施に関する基準」（GCP基準）を制定し、1990年10月から実施されたが、1996年５月に新薬の開発基準を国際的に統一させる「ICH-GCP基準」についての国際的合意が成立したことから、厚生省は1996年に薬事法を改正して「医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令」（新GCP）を定めて公布し、1997年４月１日から施行している。この新GCPは被験者の人権擁護を図るもので、きわめて重要な役割を果たしている。

【解説】

厚生省は1989年10月「医薬品の臨床試験の実施に関する基準」（GCP基準）を制定し、1990年10月から実施に移した（ちなみに“GCP”とは欧米で用いられている“Good Clinical Practice for Trial of Drugs”〈医薬品臨床試験における良き臨床慣行〉の前半部分の頭文字を並べたものである）。実施に先立ち作成した「医薬品の臨床試験の実施に関する基準（GCP）マニュアル」の第10章「被験者の人権保護」では、「…（略）…GCPは治験が倫理的な配慮のもとに科学的に適正に実施されることを目的として作成されたものであり、ヘルシンキ宣言の精神が尊重されている」と明記している。

その後、1991年に日・米・欧三極の国々の間で異なっている新薬の開発に関する基準（医薬品の臨床試験の実施に関する基準；CP基準）を統一・調和させるための国際会議が発足し、1996年５月、参加国間で統一基準としての「ICH-GCP基準」についての合意が成立した。これを受けて、厚生省は薬事法を改正して「医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令」（新GCP）を定めて公布し、1997年４月１日からこれを施行している。

内容の詳細は省令に譲るが、新GCPで重要なことは、新薬の開発のため

に行われる健常人・患者を対象とする治験を「ヒトを対象とする医学研究」の１つに位置づけて、ヘルシンキ宣言の遵守を謳っていることである。したがって、新GCPのなかには「患者・被験者の福利優先」「本人の自発的な意思による自由な参加」「インフォームド・コンセント取得の必要」「倫理審査委員会によるプロトコールの事前点検・監視」などの４原則がさまざまな形で取り入れられている。そればかりではない。患者・被験者に健康被害が発生した場合には必要な治療および補償が行われる旨の条項を置くことが必須とされており、ヘルシンキ宣言よりも患者・被験者の保護がさらに一歩強化されている。また新GCP第51条では、治験実施者に対して、同条第１項に掲げる15項目を記載した説明文書を被験者に交付し説明する義務を課している。この説明文書の書式は、わが国の他の医学研究の際に作成される説明文書のモデルとして利用されている。

医師の職業倫理指針

―― 平成16年2月 ――

平成16年7月28日　第2刷発行

■発　行……社団法人 日本医師会

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16
電話 (03)3946-2121

■制作協力……株式会社 協和企画

※第1刷は日本医師会雑誌 第131巻・第7号／平成16(2004)年4月1日発行〔付録〕として平成16年4月1日発行

ⓒ㈳日本医師会　2004　Printed in Japan

JMA

（谷野委員資料）

資　料　3

基　本　理　念

○　私たちは、**専門性の高い医療**を提供するよう常に研鑽に努めます。

○　私たちは、気軽に相談にのれる地域医療に根ざした、**保健・医療・福祉の複合サービス**を提供することに努めます。

○　私たちは、専門職としての**チーム医療**を展開し、全人的サポートに努めます。

○　私たちは、あらゆる社会資源、関係機関と連携して、患者さまの**リハビリテーション活動・自立援助**および**権利擁護**に努めます。

○　私たちは、広く**情報公開**に努め、ご家族、患者さまと共に考える医療をすすめるよう努めます。

基　本　方　針

○　社会復帰施設の充実を図り、入院中心から地域サポート中心への転換を図ります。

○　訪問看護・デイケア・デイナイトケアの充実、専門外来（小児・思春期・統合失調症・認知症等）の充実を図ります。

○　ケアマネジメントの技法を使い、地域連携パスを進めます。

○　精神科救急体制の充実を図ります。

医療法人社団　和敬会
谷野呉山病院理事長・院長　谷　野　亮　爾
谷野医院　院長　谷　野　芙美子
職員一同

患者さまの権利宣言

私たちは患者さまの人権を尊重し、患者さま中心の医療を推進するため、ここに「患者さまの権利宣言」を定め、これを守り、患者さまの意思と希望を尊重した医療を行ってまいります。

医療法人社団 和敬会

1　自由な選択・自己決定の権利

患者さまはだれもが自らの意思で病院や医師を選び、治療方法を選択する権利があります。

2　十分な説明を受ける権利

患者さまは自身の医療について十分な説明を受け、それをもとに適切な治療を受ける権利があります。

3　秘密保持に関する権利

患者さまはご自身の健康状態ならびに個人情報やプライバシーが守られる権利があります。

4　良質の医療を受ける権利

患者さまはだれもが差別されることなく、平等に適切な治療を受ける権利があります。

5　情報を知る権利

患者さまはカルテに記載されたご自身に関する情報の開示を求めたり、関連法規や病院の諸規則などを知る権利があります。

これらの権利を擁護するために、患者さまには主体的に診療へ参加・協力していただくとともに院内では通常の社会生活では生じない制約を受けざるを得ない等の義務が生ずることもご理解いただくようお願いいたします。

富山大会宣言

私たちは精神の病気があっても、当り前の生活をしたいと思います。家族とともに暮らし、友人と交流し、縁があれば結婚し、子が授かれば、子育てに苦労したいと思います。また、親戚づきあいに顔を出し、学校行事や地域活動に参加し、人の目を気にしないで服薬し、病気を隠さないで仕事に就きたいと思います。

そのような生活の実現のために、困ったときには、気軽に相談できる専門家が身近にいてほしいと思います。病気が悪化したときには、いつでも適切な治療を受けることができ、入院しても長期にならず、効果のあるリハビリテーションを受けて自分でも対処する力を高め、地域で生活したいと思います。仕事に就けない場合でも、地域の中にひとりひとりに応じたさまざまな活動の場があり、自分らしい自立のあり方を自分で決めることができれば良いと思います。

このような精神科医療・リハビリテーションおよび福祉のシステムが、まだ十分に創り上げられていないように思われます。

よって、私たちは、我が国において、以下のことが１日も早く実現するようめざし、ここに宣言します。

１．専門性の高い精神障害リハビリテーションの確立

病気の発症から回復までの段階に応じたさまざまなリハビリテーションメニューが揃い、質の高い技術を提供できる多くの専門家が養成され、また、それらの技術が、科学的に有効性・有用性を持ち、検証可能であるようなリハビリテーションの仕組みを確立することが必要です。

２．精神障害リハビリテーションのネットワークの創造

専門性の高い精神科医療とリハビリテーションの提供を通じ、円滑な社会参加ができるよう、医療・福祉サービスシステムが有機的に連携する包括的リハビリテーションネットワークを創造することが必要です。

３．当事者の視点に立った精神障害リハビリテーションの展開

当事者自身が主体的に選び、持てる力を自ら発揮し、市民とともに支えあって当り前の生活ができるよう、常に当事者の視点からみたリハビリテーションを展開することが必要です。

私たちのかけがえのない人生を豊かなものにするために、これらのことが１日でも早く実現し、精神障害リハビリテーションが広く知られるよう、富山よりメッセージを送ります。

2006年11月25日

日本精神障害者リハビリテーション学会

第14回日本精神障害者リハビリテーション学会富山大会参加者一同

資　料　4

ハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会

平成 20 年 2 月 22 日

中島豊爾
（独）岡山県精神科医療センター　理事長・院長

(1) 患者の権利擁護に関する現状の取り組み

１．日本精神神経学会

・精神科病院の打ち続く不祥事（宇都宮病院事件、大和川病院事件等）を受けて、「精神医療と法委員会」において実地調査と再発防止策の提言を行ってきた。　◀

・臨床研究のなかに人権侵害と考えられるものが複数あり、「研究と人権問題委員会」で調査提言を行った。これらをもとに「臨床研究における倫理綱領」まとめ、会員に告示した。

・患者の権利擁護の基本規定である「精神保健福祉法」の改訂にあたっては積極的に提言を行っている。

２．全国自治体病院協議会

・権利擁護のためには、十分な医師、看護師、コメディカル職員の確保が条件となるが、医療法の実質的「精神科特例」が撤廃されておらず、医療法の改正と一般科並みの診療報酬を要望し続けている。

３．（独）岡山県精神科医療センター

・10 年前から独自の試みとして、月 1 回の無料法律相談を開設している。
弁護士は、岡山弁護士会から無料で派遣されている。
（病院の理念は「患者の尊厳回復を第一に・・・」としている）

(2)「患者・被験者の諸権利の法制化」について

精神科医療では、精神保健福祉法により多くの点は法律で規定されている。
しかし、長年の社会的入院のために生活能力を喪失した人々への支援策がないままである。
また、明確な意思表示ができない人々の権利擁護には、細心の留意を要する。
また、権利とともに、患者としてのマナーを謳うことが必要ではないか。

資　料　5

平成20年2月22日

ハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会での意見概要

特定・特別医療法人　頌徳会
理事長　　日野　頌三

1．医療崩壊に象徴される医療（特に医師と患者の関係）を取り巻く環境について

（1）モンスターペイシェント化する患者と疲弊する医療従事者

（2）医療訴訟の多発とその影響

2．パンデミック発生時の対応について

（1）パンデミック発生時の混乱が法になじむか

（2）最近の若い医師の志向（自己中心、家庭中心）

以上のことからも、「患者・被験者の諸権利の法制化」について、慎重な取り組みが必要と考える。

以上

（宮崎委員資料）

資　料　6

日本病院会の倫理綱領

我々病院に働く者は、地域の人々の健康を守るために、限りない愛情と責任をもって最善の努力を尽くさなければならない。この使命を達成するために、我々が守るべき行動の規範を次のとおり定める。

1．医療の質の向上

我々は医療の質の向上に努め、人格教養を高めることによって、全人的医療を目指す。

2．医療記録の適正管理

我々は医療記録を適正に管理し、原則として開示する。

3．権利擁護とプライバシーの保護

我々は病める人々の権利の擁護と、プライバシーの保護に努める。

4．安全管理の徹底

我々は病院医療に関わるあらゆる安全管理に、最大の努力を払う。

5．地域社会との連携の推進

我々は地域の人々によりよい医療を提供するために、地域の人々とはもちろんのこと地域の医療機関との緊密な連携に努める。

病院憲章

一、病院は、社会機能の一環として、公共的医療サービスを行う施設であり、地域の人びとの健康と福祉を保証することを目的とする。

二、病院は、生命の尊重と人間愛とを基本とし、常に医療水準の向上に努め、専門職的倫理的医療を提供するものとする。

三、病院は、利用しやすく、且つ、便益を人びとに公正に分ち合うサービスを志向するものとする。

四、病院は、患者中心の医療の心構えを堅持し、住民の満足を得られるように意欲ある活動をするものとする。

五、病院は、地域医療体系に参加し、各々のもてる機能の連携により、合理的で効率的な医療の成果をあげることに努めるものとする。

社団法人　**日本病院会**

生 命 倫 理 委 員 会 規 程

（長野赤十字病院）

（名称）

第１条　この委員会は、長野赤十字病院生命倫理委員会（以下「倫理委員会」という。）と称する。

（目的）

第２条　この倫理委員会は、長野赤十字病院において人体を対象とする臨床研究、臓器移植などを行う場合に、医の倫理に基づいて適正に行われるよう審査することを目的とする。なお、審査に際し医の倫理に関する事項についてはヘルシンキ宣言（世界医師会）およびジュネーブ宣言（世界医師会）、患者に関する事項についてはリスボン宣言（世界医師会）の趣旨に沿う倫理的配慮がなされているかを審議する。

（審査事項）

第３条　倫理委員会は、前条の目的を達成するため次の各号に掲げる事項について審査する。

(1)　新しい診療技術の開発・実施に関すること。

(2)　治験用医薬品の使用に関すること。

(3)　臓器移植に関すること。

(4)　救急医療に関すること。

(5)　その他生命倫理に関すること。

（組織）

第４条　倫理委員会は、委員長および委員をもって構成し、委員長には院長をもって充てる。

２．委員は院長が委嘱する。なお、委員１名は院外学識経験者とする。

（委員の任期）

第５条　委員の任期は２年とする。

２．任期中に委員が欠けたときは補充する。

３．補充により就任した委員の任期は、前任者の残任期間とする。

（会議等）

第６条　倫理委員会は、委員長が招集し議長となる。但し、委員長に事故あるときは、委員長が指名する委員がその職務を代行する。

２．委員長は、必要に応じて委員以外の者を会議に出席させ意見を聞くことができる。

（幹事）

第７条　委員会に幹事を置く。

２．幹事は院長が委嘱する。

３．幹事は、委員長の指揮を受けて委員会の庶務に従事する。

附　　則

（施行日）

1．この規程は、平成2年7月1日より施行するものとする。

（一部改正）

平成１０年７月１日

平成１１年４月１日

平成１２年４月１日

平成１８年８月１日

病院の基本理念

私たちは、人道、博愛、奉仕の赤十字精神にのっとり、患者中心の医療を実践します。

病院の基本方針

1．人権を尊重し、説明と同意に基づいた医療を行います。
2．自己研鑽に励み、安全で高度な医療に努めます。
3．災害救護、国際救護、医療保健衛生などの社会活動に積極的に参加します。
4．医療関係機関と連携し、一貫した医療の提供に努めます。
5．健全経営の維持に努め、その成果を医療活動を通して地域に還元します。

長野赤十字病院

患者の権利

私たちは、次に掲げる患者の権利を尊重し、十分な説明と同意に基づき、最善の医療の提供に努めます。

１．個人の尊厳が保たれる権利

２．適切で安全な医療を受ける権利

３．医療上の十分な情報提供と納得のいく説明を受ける権利

４．医療行為を選択する権利

５．個人情報が保護される権利

６．セカンドオピニオンを求める権利

長野赤十字病院

診療の基本方針

私たちは、病院の基本理念・基本方針に基づき次に定める診療を行います。

1．医学的な根拠に基づく質の高い医療を公平に実践します。

2．医の倫理に基づき、患者の人権と意思を尊重した医療を実践します。

3．医療の内容について十分な説明を行い、納得と同意のうえで適切な診療を行います。

4．医療事故・院内感染の防止に努め、安全な医療の提供を行います。

5．個人情報の適切な管理に努めるとともに、必要な医療情報は開示します。

長野赤十字病院

看護部の理念

私たちは、一人ひとりを尊重し、その人らしい生活を支援するために、人間愛を基盤とした質の高い看護を提供します。

看護部の方針

1．根拠に基づいた安全な看護を実践します。
2．患者さんの気持ちに寄り添った看護を実践します。
3．患者さんの身近な存在として、チーム医療の中で調整役を果たします。
4．地域の保健、医療、福祉機関と連携し、住み慣れた地域で生活できるよう支援します。
5．看護者として資質を高めるために自己の能力を開発します。

長野赤十字病院

職員の倫理要綱

私たちは、患者中心の医療を実践するため、守るべき行動の規範を次のとおり定める。

1．すべての患者に対し、平等で公平な医療の提供に努めなければならない。
2．病める人々、障害のある人々には思いやりをもって接しなければならない。
3．守秘義務を厳守し個人情報の保護に努めなければならない。
4．常に自己研鑽に励み、根拠に基づく医療、安全で効率的な医療に努めなければならない。
5．十分な医療情報を提供したうえで、患者の権利を尊重しなければならない。
6．日本赤十字社職員としての任務を自覚し、職務に専念しなければならない。

長野赤十字病院

当院の個人情報保護方針

当院では、病院の基本理念のもと患者様に最善の医療を提供できるよう努めております。また、患者様の個人情報保護につきましても、以下の個人情報保護方針を定め確実な履行に務めます。

○ 当院を受診される皆様などから提供されました個人情報は、次に掲げる目的以外には原則として利用いたしません。
- 患者様などに対する医療や看護・介護などのサービス提供や、医療保険事務、外来・病棟管理、会計・経理、医療安全対策、院内感染対策、個人情報保護対策等管理運営に関する必要な業務のため
- 患者様などに対する医療や看護・介護などのサービス提供をするために必要な、他の医療機関、調剤薬局、介護施設等への情報提供や情報交換、意見・助言の交換、照会と回答など連携のため
- 患者様に対する医療提供のために、病院が契約を結んだ業者への検体検査業務の委託、その他の業務委託のため
- ご家族等への病状等説明のため
- 医療保険事務・介護保険事務業務のための、審査支払機関等へのレセプト等の提出や同機関からの照会と回答などのため
- 事業者等からの委託を受けて健康診断等を行った場合における、事業者等への健康診断結果の通知のため
- 医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体や保険会社等への相談または届出等のため
- 医学生、看護学生などへの実習のため
- 院内において行われる症例検討・研究のため
- 外部監査機関への情報提供のため

○ 先に掲げました利用目的については、個人情報をご提供いただきました本人からお申し出がない限り、この掲示をもって目的の利用に対してご同意が得られたものとして取扱いをいたします。
なお、同意しがたい利用目的がある場合は、おかかりの診療科の窓口、担当医師・看護師などにお申し出ください。また、同意や保留は、いつでもお申し出により変更することができます。

○ ご提供いただきました個人情報は、提供していただきました本人にお断りなく第三者への提供はいたしません。
なお、次の場合はこの限りではありません。
- 各種法令に基づき届出をする場合など

・ 生命、身体または財産の保護のために必要があり、本人の同意を得ることが困難な状況に際し、関係機関へ照合する場合など
・ 公衆衛生の向上または児童の健全な育成の推進のために特に必要があり、本人の同意を得ることが困難な状況に際し、関係行政機関等と情報の交換や情報提供を行う場合など
・ 国の機関などが法令の定める統計などの事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき
・ 検査等の業務委託の場合
・ 外部監査機関への情報提供
・ 先に掲げました利用目的のうち、個人情報をご提供いただきました本人以外の第三者に情報を提供する可能性のある項目で、本人より同意しがたい旨のお申し出がない場合

○ 来院された患者様やご入院中の患者様に関する受診等のご案内、受付窓口でのお呼び出しや緊急時のお呼び出し放送に関しましては、特に受付窓口でのお呼び出しなどにあたっては、患者様の取り違い事故を防止するため患者様をしっかりと確認させていただくことが大切と考えお呼び出しをしておりますが、呼び出し放送をされることに不都合などがある場合はおかかりの診療科や入院病棟の窓口等にお申し出ください。
特にお申し出がない場合はお呼び出しにご同意をいただいたものとして取扱いをさせていただきます。
なお、お呼び出し放送にあたっては、必要最小限の内容で呼び出す等配慮をすることとしております。

○ 患者様の入院情報に関しては、原則入院患者様以外の第三者に情報を提供いたしません。
このことから、電話等による入院に関するお問い合わせには原則お答えいたしませんので、ご入院にあたっては、ご家族、ご親戚、友人・知人などに、必要に応じてその旨をお知らせください。
なお、ご入院に際し第三者の面会を希望されない場合は、入院時に担当看護師等にその旨をお申し出ください。

○ ご提供されました個人情報に変更が生じ、訂正や追加・削除が必要な場合はおかかりの診療科の窓口、担当医師・看護師などにお申し出ください。
また、個人情報の開示をご希望の場合もおかかりの診療科の窓口などにお申し出ください。開示の場合は、コピー代金等実費を申し受けます。
なお、次のいずれかに該当する場合は個人情報の全部または一部を開示することができない場合もあります。
・ 本人または第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがある場合
・ 当院の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合
・ 他の法令に違反することとなる場合

○ その他、ご自身の個人情報に関するお問い合わせやお申し出などがありましたら、開示や訂正等のお申し出と同様に、おかかりの診療科の窓口などにご相談ください。
また、当院は受診される皆様などの個人情報を適正に管理するため、事務部長を個人情報管理者とし、更に各部門の責任者を個人情報管理補助者に任命するなど、その管理に万全を期しております。

長野赤十字病院長