

# 医療倫理(柳澤輝行) 保健看護学科4年生

## 教科書:小坂樹徳先生『現代医療論』

- ① テーマ:医療の進歩と医の倫理 p1~18  
内容:倫理、バイオエシックス、先端医療と倫理問題、ほか
- ② テーマ:医療における患者の権利 p19~50  
内容: 臨床医学研究と倫理  
患者の権利尊重と権利主張、患者の自己決定権、ほか
- ③ テーマ:病状(真実)告知 p51~74  
内容:死の告知、がんの告知と死の受容、医師の責務、ほか
- ④ テーマ:終末期の医療 10月11日 p75~108  
内容:脳死、安楽死、死と生命保持、死を共有する医療、ほか

## 現代医療論


---

平成14年11月29日 第1版第1刷発行  
平成18年12月13日 第2版第1刷発行  
平成24年11月30日 第3版第1刷発行  
平成29年1月31日 第3版第10刷発行

小坂樹徳先生(故人)は、柳澤が医学生時代(1975年頃)、先生の糖尿病に関する総説を読み、「踏み込んだ内容をとても明快に説明されている」と感服した心の恩師です。

編 著 代表 田村 京子<sup>©</sup>

発行者 小倉 啓史

発行所  株式会社  
メヂカルフレンド社

# 目標：専門職にふさわしい職業倫理について説明できる。

- 今日、医療の高度化・専門分化が進み、看護師は看護の現場でさまざまなジレンマに遭遇する。
- 本講義では医療の倫理・看護の倫理の基本と最新の動向を学び、専門職にふさわしい職業倫理を身につける一助とする。
- 授業前にテキストの該当箇所を読み、疑問点を整理すること。
- 授業後は授業とテキストの内容をあわせて整理しまとめること。
- 主体的に積極的に、考えることを大切にしてください。

# 現代医療論、メヂカルフレンド社

まえがき （2006年11月 小坂樹徳）

本書『現代医療論』は、医学・歯学・看護学を学び、医師・歯科医師・看護師として、健康を保つよう同胞を支援するとともに、病苦に悩む同胞に献身しようとする人たちに、「医学・医療とは何か、現代医療はどのように行われ、どのような問題をかかえているのか」を理解し、深く考え、正しく実践してもらうことを目的としている。

- 歴史は現在と過去との尽きることのない対話である。
- 医療は健康の保持と病苦からの解放・回復を願う。
- 第5章では現代医療がかかえるいくつかの問題を取り上げた。

# 第5章 現代医療における諸問題 p203

- I 医療の進歩と医の倫理 田村京子 204
- II 医療における患者の権利 小坂樹徳 245
- III 病状(真実)告知 251
- VI 脳死と臓器移植 257
- V 死と生命保持、安楽死、死を共有する医療  
小坂樹徳 268

# 第5章 現代医療における諸問題 p203

## I 医療の進歩と医の倫理 田村京子 p204

- A 医療に関する誓約、規範などにみる倫理  
の歴史的あゆみ 204
- B 現代医療における倫理 207
- C バイオエシックス(生命倫理) 217
- D 先端医療と倫理問題 220
- E 臨床医学研究と倫理 238

# A 医療に関する誓約、規範などにみる倫理の歴史的あゆみ 204

## 1 ヒポクラテスの誓い 204

ヒポクラテス (Hippokrates 古代ギリシアの医師. 前460?~前375?) 合理性、観察に基づく目的論的推論; 表5-1 ヒポクラテスの誓い

## 2 唐の時代『備急千金要方』、江戸時代『養生訓』 205

・『備急千金要方』(略称『千金要方』)30巻 孫思邈(そんしばく、581?~682)

『千金翼方』30巻(682年、補完版)の両大著。 総合医学百科全書: 医学道徳の規範、臨床知識、婦人・小児・内・外科、...

# A 医療に関する誓約、規範などにみる倫理の歴史的あゆみ 204

- ・【養生訓】1713年（正徳3）、貝原益軒（1630～1714）
- ・『解体新書』1774年（安永3）刊。前野良沢（1723～1803）、杉田玄白（1733～1817）

3 ナイチンゲール誓詞 206 表5-2

4 世界医師会のジュネーブ宣言 206 表5-3



# B 現代医療における倫理 207

## 1. 倫理ethicsとは何か 207

### 1. 「倫理」の意味

1. 2つの社会的ルール
2. 倫理と法
3. 職業倫理

「法はあなたを守る。」

### 2. 倫理と自由

1. 倫理は固定的ではない
2. 倫理と自由－倫理の基本

「内発的」であってほしい。

自由は倫理の存在根拠であり、倫理は自由の認識根拠である。カント

人倫：人の道

倫  
(人の輪、仲間)

+

理  
(模様、ことわり)

=

倫理  
(仲間の間での決まりごと、守るべき秩序)

「倫理」が最初に見られるのは『礼記』  
楽記篇（前漢、BC2世紀）である。

凡そ音は人心に生ずる者なり。

樂は**倫理**に通ずる者なり。

是の故に声を知りて音を知らざる者は、禽獸是なり。

音を知りて樂を知らざる者は、衆庶是なり。

唯君子は能く樂を知ると為す。

是の故に声を審らかにして以て音を知り、

音を審らかにして以て樂を知り、

樂を審らかにして以て政を知り、

而うして治道備わる。

# 【倫理学、道徳哲学】 『広辞苑』 [礼記楽記]

(ethicsに明治時代に井上哲次郎が当てた訳語)

社会的存在としての人間の間での共存の規範・原理を考究する学問。

倫理の原理に関しては大きく二つの立場がある。

一つは、これをア・プリオリな永遠不変のものとする立場で、プラトンやカントがその代表。

他は、これを社会的合意による歴史的発展的なものとする立場で、アリストテレスや近現代の英米系の倫理思想の多くがこれに属する。

## 2. 医療倫理とは 209

科学としての医学<非倫理的>; cf. 権威の善用 p149

パターナリズムpaternalism from 医師の善行原則

### 1. 医師の職業倫理、「医の倫理綱領」 表5-4

1. 日本

2. アメリカ 「患者を中心とする医の倫理原則」

3. イギリス 登録医の患者に対する義務

### 2. 看護倫理 214

1. 看護師の立場・看護の専門性

メイヤロフ、ミルトン(1925-79, 哲学者、ケアリング論)

ワトソン、ジーン(1940-, 人間主義的ケアリング科学)

2. 看護師の倫理

On Caring (1971) 『ケアの本質—生きることの意味』 (1987); Milton Mayeroff (1925–79) p215

I 他者の成長をたすけることとしてのケア : Caring as Helping the Other Grow

II ケアの主要な要素 : Major Ingredients of Caring

III ケアの主要な特質 : Some Illuminating Aspects of Caring

IV 人をケアすることの特殊な側面 : Special Features in Caring for People

V ケアはいかに価値を決定し、人生に意味を与えるか : How Caring May Order and Give Meaning to Life

VI ケアによって規定される生の重要な特徴 : Major Characteristics of a Life Ordered Through Caring

- ICN看護師の倫理綱領（資料1、p298）

国際看護師協会 International Council of Nurses

普遍的ニーズ

基本的責任

倫理原則

- 日本看護協会の「看護者の倫理綱領」

- チーム医療

- 医師との関係づくり

- 地域医療

<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html>

- 看護専門職 Nurse practitioner

- 認定看護師、特定看護師

## C バイオエシックス(生命倫理) 217

### 1. バイオエシックスbioethicsの生まれた背景 217

1. バイオエシックス誕生の基盤
2. バイオエシックスとは

### 2. バイオエシックスの基本的テーマと対応 217

新たに登場した倫理問題

表5-9 バイオエシックスの研究領域

### 3. 生命倫理の4原則 218

1. 自律尊重原則 (autonomy)
2. 無危害原則 (non-maleficence)
3. 善行原則 (beneficence)
4. 正義 (justice)

# 表5-9 バイオエシックスの研究領域

## 1. 人間生命の始期をめぐる諸問題

遺伝子操作, 人工授精, 体外受精, 生殖医療, 胎児の保護, 胎児実験, 胎児の遺伝子診断, 妊娠中絶, 遺伝相談, その他

## 2. 人間生命の質をめぐる諸問題

自然・社会環境と生命・生命権, 治療と看護, 人工臓器, 臓器移植, 再生医療, 患者の権利, 医学研究における倫理綱領, 保健・医療と政治・財政・法律, その他

## 3. 人間生命の終期をめぐる諸問題

死の定義, 死期の医療・看護, 延命装置の使用, ホスピスケア, 安楽死, 医療辞退・尊厳死, その他



# 生命倫理の4原則 218

• ビーチャム (Beauchamp, TL) とチルドレス (Childress, JF)

① 自律尊重原則 (autonomy) → p238; p247

1) 無危害原則 (non-maleficence) について

2) 善行原則 (beneficence) について

3) 正義 (justice) について

人間の「尊厳(dignity)」の尊重重視、対米

4) 4原則批判とヨーロッパ大陸型の考え方

具体的解決策ではない。自律的・合理的人間観の批判

# 人間の「尊厳(dignity)」の尊重、不可侵性 人権の擁護 心身一体の統一性(integrity) (p220)

人体は不可侵なものであり、その人が自由に処分してよい(売買してよい)所有物ではない。

人間は人間相互の関係性のなかで守られるべき「傷つきやすい存在(vulnerability)」であり、「社会的連帯性(solidarity)」により、社会が個々人を支えていかなければならない。

ヨーロッパ大陸では、公共の秩序を守り、個人と公共のバランスをとろうとする傾向が強い。

# 医療倫理(柳澤輝行)

① テーマ: 医療の進歩と医の倫理

内容: 倫理、バイオエシックス、先端医療と倫理問題、ほか

② テーマ: 医療における患者の権利

内容: 臨床医学研究と倫理

患者の権利尊重と権利主張、患者の自己決定権、ほか

③ テーマ: 病状(真実)告知

内容: 死の告知、がんの告知と死の受容、医師の責務、ほか

④ テーマ: 終末期の医療 10月11日

内容: 脳死、安楽死、死と生命保持、死を共有する医療、ほか

20180920 641教室

# D 先端医療と倫理問題 220

1 遺伝子解析・遺伝子医療と倫理 220

2 出生前診断と倫理 224

3 生殖補助技術と倫理人工授精、体外受精・胚移植、  
代理懐胎、クローン人間 229

4 再生医学へ向けての倫理問題 234

# 1 遺伝子解析・遺伝子医療と倫理 220

## 1. 遺伝子解析研究

## 2. 遺伝子(ゲノム)医療の倫理的な問題

1. 遺伝情報の特性—その倫理問題
2. 遺伝情報は私的情報—その倫理問題
3. 遺伝情報—オーダーメイド医療の倫理問題
4. 遺伝情報—予防医学の倫理問題  
ハンチントン病  
認定遺伝カウンセラー
5. 遺伝子治療の倫理問題
6. 遺伝情報は人類共有の遺産 the heritage of humanity

2018年1月1日

第3254号

週刊 (隔週刊号発行)

購読料 1冊1,000円 (税別) 1年10,000円 (税別)

発行=株式会社医学書院

〒113-6719 東京都文京区本郷1-29-23

TEL (03) 3817-5864 FAX (03) 3815-7890

E-mail: oshibun@igaku-shoin.co.jp

ISSN (出版者責任者代表者) 0548-0686

New Medical World Weekly

# 週刊 医学界新聞



医学書院

www.igaku-shoin.co.jp

## 今週号の主な内容

- 特集 ゲノム「サイエンス」から「医療」へ ..... 1-8面
- 「カラー解説」臨床と研究のデータ蓄積・共有がゲノム医療をさらなる発展へ
- 「座談会」日本のゲノム医療(中川典夫, 高野新一, 船友朋士, 小嶋謙次)
- 「寄稿」日本のがんゲノム医療(廣田雅晴)
- 「寄稿」しほ取り組むべき3つの課題(廣田雅晴, 高野新一, 船友朋士, 小嶋謙次)
- 新春雑感 ..... 10-13面

# ゲノム

g e n o m e

ex vivo 実験

ex vivo 医療

## 「サイエンス」から「医療」へ

ゲノム情報に基づく個別化医療 (=ゲノム医療) が、さまざまな疾患分野において実現に向かっている。臨床ゲノム情報統合データベース整備事業やがんゲノム医療中核拠点病院の立ち上げなど、医療現場での基盤が構築されつつあり、国民皆保険制度下でのゲノム医療実施に向け国を挙げた議論がなされている。本企画では、がん、難病・遺伝性疾患、認知症、感染症といった各領域でのゲノム医療の最新情報、背景にある次世代シーケンズ技術やデータ解析技術、データベース、人材育成などの基盤構築の現状を紹介し、日本のゲノム医療の新時代を展望する。



## ゲノム医療の変遷

## ゲノム情報に基づく個別化医療 オーダーメイド医療 p87

1953 ワトソンとクリックがDNAの2重らせん構造を提唱

1977 DNAシーケンス技術（サンガー法）の発表

1982 ヒトがん原遺伝子RAS発見

1983 ハンチントン病の原因遺伝子の染色体上の位置解明

1994 遺伝性乳がんの原因遺伝子BRCA1同定 変異

2002 ゲノムワイド関連解析（GWAS）によって、心筋梗塞発症の原因SNPs同定

2003 ヒトゲノム計画完了（1991開始）

2004 EGFR変異に基づく肺がんの個別化治療の効果を報告

2005 世界初の次世代シーケンサー（NGS）「454」発売

2007 ワトソン博士の全ゲノムをNGSで解読

2008 米国で遺伝情報差別禁止法（GINA）成立

2010 日本人の全ゲノムを初めて解読

2012 多民族から成る「1000人ゲノム計画」データ公開  
ヒトのVariantデータベース「ClinVar」運用開始

2014 「HiSeqX Ten」ヒト全ゲノムシーケンス費用1000ドルの壁を突破

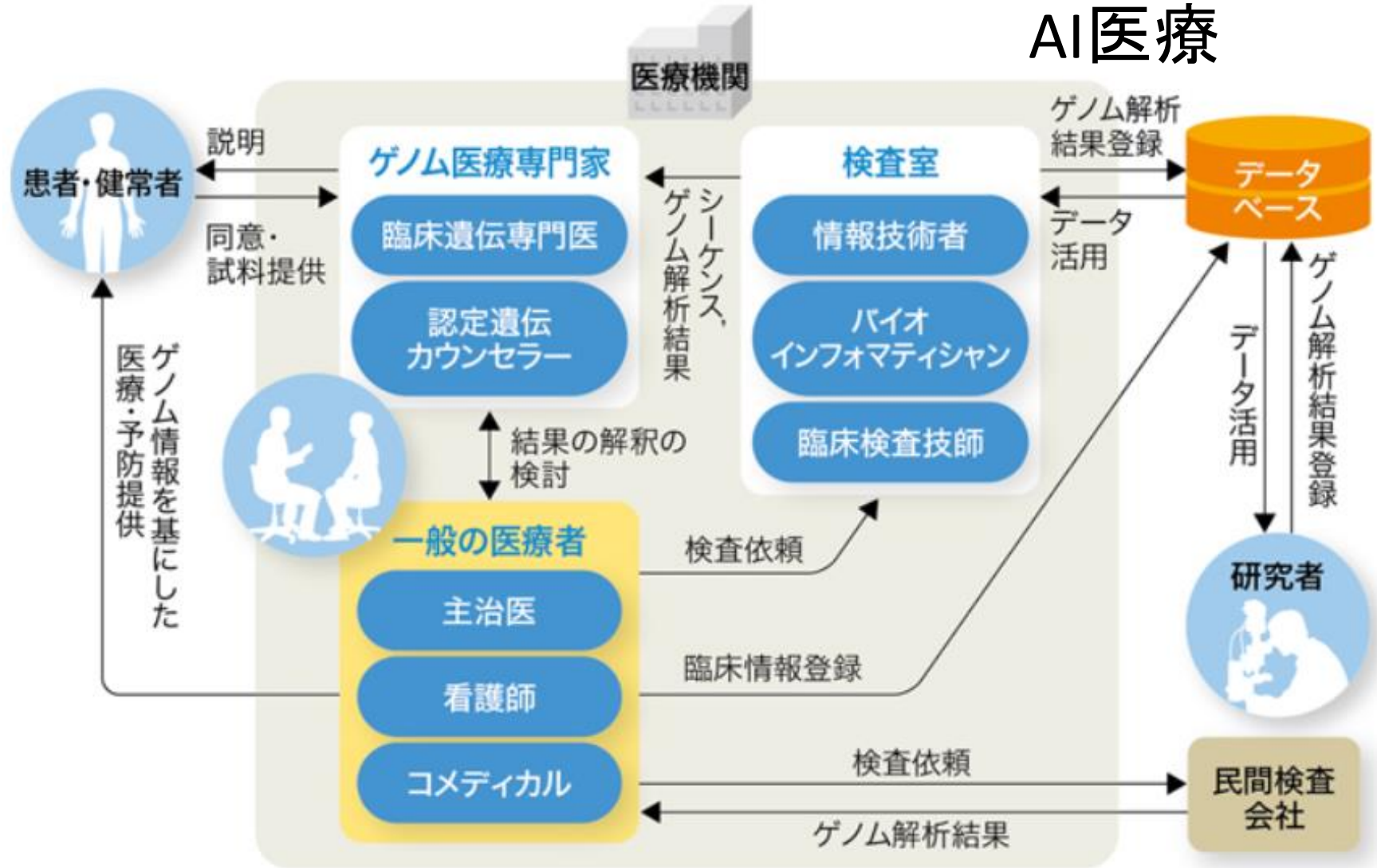
2015 オバマ米国大統領（当時）が「Precision Medicine Initiative」を発表  
東北メディカル・メガバンク機構（ToMMo）日本人1070人の全ゲノムデータ公開

2017 米国「Genome Aggregation Database（gnomAD）」14万人のゲノムデータベース公開

[http://www.igaku-shoin.co.jp/contents/picture/paper/nwsppr/n2018dir/n3254dir/n3254gif/n3254\\_01\\_big.jpg](http://www.igaku-shoin.co.jp/contents/picture/paper/nwsppr/n2018dir/n3254dir/n3254gif/n3254_01_big.jpg)

# ゲノム医療にかかわる人材

*in silico* 医療  
AI医療



専門家だけでなく、一般の医療者もゲノム医療に必要な知識を持ち、チーム医療で取り組んでいく必要がある。[http://www.igaku-shoin.co.jp/contents/picture/paper/nwsprr/n2018dir/n3254dir/n3254gif/n3254\\_12\\_big.jpg](http://www.igaku-shoin.co.jp/contents/picture/paper/nwsprr/n2018dir/n3254dir/n3254gif/n3254_12_big.jpg)

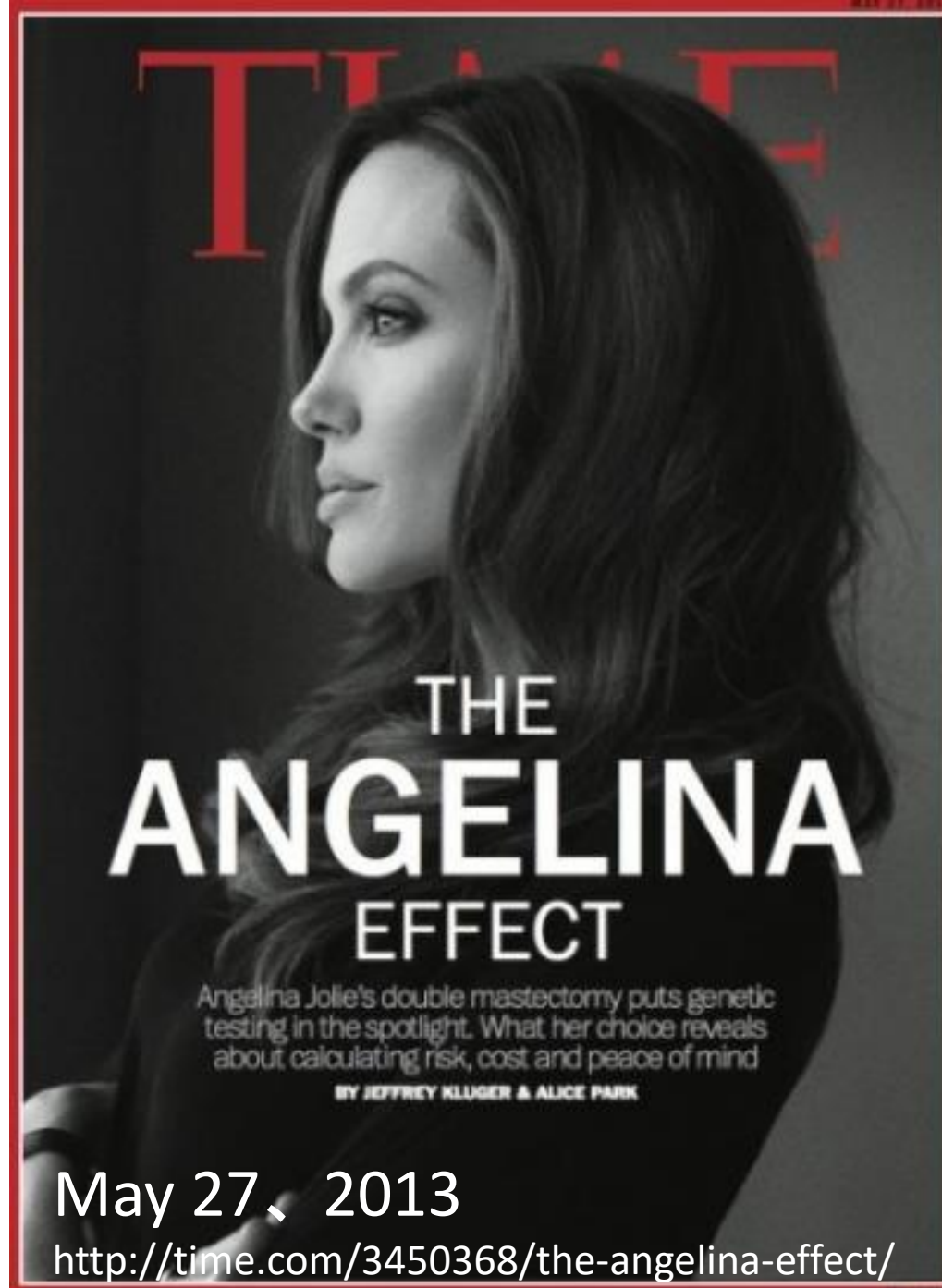


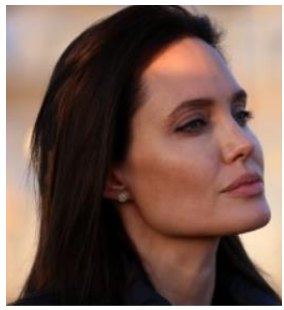
# 家族性(遺伝性)腫瘍

BRCA1 (breast cancer susceptibility gene 1) の遺伝子突然変異

遺伝子修復と細胞分裂  
(染色体配列)に関与する  
遺伝子

彼女は母親、祖母、そして叔母を、がんで亡くしている。





# ジョリーさん、卵巣摘出を告白 「簡単なことではなかった」

BRCA1 (breast cancer susceptibility gene 1) の遺伝子突然変異  
遺伝子修復と細胞分裂(染色体配列)に関する遺伝子

- 2013年、乳がん予防のための両乳房切除手術を受けている。遺伝子検査で、乳がんになる確率が87%だと分かったの予防手術だった。
- 2015年3月24日、腹腔鏡下両側卵管卵巣摘除術。がんの兆候となりうる炎症マーカーが見つかった後の予防手術。
- 摘出卵巣の1つから小さな**良性腫瘍**が見つかったが、どの組織にもがんの兆候は無かった。

[http://www.huffingtonpost.jp/2015/03/24/angelina-jolie-ovaries-surgery\\_n\\_6930200.html](http://www.huffingtonpost.jp/2015/03/24/angelina-jolie-ovaries-surgery_n_6930200.html)

からだ、病気、薬 <http://hdl.handle.net/10097/60019>

# 家族性(遺伝性)腫瘍

乳がん

5~7%  
遺伝性

**BRCA1**  
**BRCA2**

ATM  
CHK2  
PTEN  
p53  
etc.

25% (Lorenzo et al. Human Genetics 2013)



**Hereditary Breast and Ovarian Cancer Syndrome (HBOC) 遺伝性乳がん・卵巣がん症候群**



散发性

## HBOCのがんの発症リスク

乳がん

一般集団  
日本人女性

7%  
(1/14人)

乳がん  
家族歴あり

14~28%

遺伝性乳がん・卵巣がん症候群  
(BRCA1/2遺伝子変異あり)

50~80%

対側乳がん

40%

卵巣がん

BRCA1変異 40~50%

BRCA2変異 20%

# ゲノム編集 CRISPR/Cas9 (2013年)

- 文章を編集するように、狙い定めてゲノムの編集
- 遺伝子の一部を自在に切り貼りする技術で、狙い通りに遺伝子を壊したり、付け足したりできる。
- 難病治療や品種改良、そしてエンハンスメント(増進的介入)\*に期待
- 受精卵の遺伝子改変は子孫に受け継がれるので、倫理面や安全面で問題が大きい

\*: 健康の回復と維持という目的を越えて、能力や性質の「改善」をめざして人間の心身に医学的に介入すること

## 2 出生前診断と倫理 224

### 1. 出生前診断の方法

1. 受精卵診断

2. 胎児診断 表5-10

### 2. 出生前診断における倫理的諸問題 226

1. 診断内容

2. クライアント、医師

3. 決定主体

4. 胎児

### 3. 出生前診断の賛否

### 4. 望ましい社会はどのような社会か

cf. 優生社会

表5-10 ● 胎児診断の主な検査方法

検査方法	検査内容	検査の目的（時期）
超音波断層法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 画像診断の一つ</li> <li>・ 動画がリアルタイムで観察できる</li> <li>・ 血流などは色をつけて表示できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 胎児発育（初期～後期）</li> <li>・ 先天異常の診断（初期～後期）</li> <li>・ 羊水量、胎盤の状態、臍帯巻絡の有無、胎児の血流（中期～後期）</li> </ul>
絨毛検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 少量の絨毛を採取して分析する</li> <li>・ 直接分析もできるが培養が必要なこともある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 胎児が染色体異常、代謝異常、DNA診断可能な疾患などに罹患していないかどうか（初期）</li> </ul>
羊水検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 羊水中の細胞を培養して分析する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 胎児が染色体異常、代謝異常、DNA診断可能な疾患などに罹患していないかどうか（初期～中期）</li> </ul>
母体血清マーカー検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 母体血中の<math>\alpha</math>-フェトプロテイン、hCG、uE3などの増減から、胎児がダウン症である確率を算出する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 胎児がダウン症である確率（初期～中期）</li> <li>・ その他、エドワーズ症候群、無脳症などの確率も算出できる</li> </ul>

初期：妊娠15週頃まで、中期：16週頃～27週頃まで、後期：28週以降。

21トリソミー症候群

18トリソミー症候群

生殖補助技術(assisted reproductive technology; ART\*)

表5-10 主な生殖補助医療

「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療のあり方についての報告書」

- ①生まれてくる子の福祉を優先する。
- ②人を専ら生殖の手段として扱ってはならない。
- ③安全性に十分配慮する。
- ④優生思想を排除する。
- ⑤商業主義を排除する。
- ⑥人間の尊厳を守る。

# 表5-11 主な生殖補助医療 230

		遺伝子の親		受精場所	産みの親
		精子	卵子		
1	配偶者間人工授精 AIH: AI by husband	夫	妻	体内	妻
	非配偶者間人工授精 AIH: AI by donor	ドナー	妻	体内	妻
2	配偶者間体外受精・胚移植	夫	妻	体外	妻
	非配偶者間（精子提供）	ドナー	妻	体外	妻
	非配偶者間（卵子提供）	夫	ドナー	体外	妻
	非配偶者間（胚提供）	ドナー	ドナー	体外	妻
3	人工授精型代理懐胎*	夫	ドナー	体内	第三者
	体外受精型代理懐胎	夫	妻	体外	第三者
	体外受精型代理懐胎（精子提供）	ドナー	妻	体外	第三者
	体外受精型代理懐胎（卵子提供）**	夫	ドナー	体外	第三者

\* 卵子提供者と出産する女性は同一人物。

\*\* 卵子提供者と出産する女性は同一人物である場合もあるが、別人の場合もありうる。別人の場合は、子にとって遺伝上の母と産みの母と育ての母の3人がいることになる。



### 3 生殖補助技術と倫理人工授精、体外受精・胚移植、代理懐胎、クローン人間 230

1. 人工授精 artificial insemination (AI)
  1. 配偶者間人工授精 AIH: AI by husband
  2. 非配偶者間人工授精 AID: AI by donor
2. 体外受精・胚移植 231
3. 代理懐胎・代理出産 232
4. 女性観、価値観、社会通念の問題
5. クローン技術による不妊治療(クローン人間) 233  
羊のドリー誕生(1997)  
クローン禁止法

## 4 再生医学へ向けての倫理問題 234

- 再生医学の可能性と問題点
  - 表5-12 特定胚の性質
- 再生可能な幹細胞の種類
- ヒトES細胞
- iPS細胞
- 胎児細胞
- ゲノム編集 CRISPR/Cas9 (2013年)

# ゲノム編集 CRISPR/Cas9 (2013年)

- 文章を編集するように、狙い定めてゲノムの編集
- 遺伝子の一部を自在に切り貼りする技術で、狙い通りに遺伝子を壊したり、付け足したりできる。
- 難病治療や品種改良、そしてエンハンスメント(増進的介入)\*に期待
- 受精卵の遺伝子改変は子孫に受け継がれるので、倫理面や安全面で問題が大きい

\*: 健康の回復と維持という目的を越えて、能力や性質の「改善」をめざして人間の心身に医学的に介入すること

## E 臨床医学研究と倫理 238

- 1 臨床医学の主な臨床倫理綱領 238
- 2 知らされたうえの同意(インフォームドコンセント)  
240
- 3 倫理審査委員会の設置構成と責務 242
- 4 医薬品の臨床試験における倫理 243
- 5 臨床疫学研究における倫理 244

# 1 臨床医学の主な臨床倫理綱領 238

## 1. ニュルンベルク綱領 資料3

内容と歴史的意義

ナチスの医師、ニュルンベルク裁判

## 2. ヘルシンキ宣言

宣言の内容

複数回の修正

医学研究の指針

## 3. その他の倫理規定 240

1. 被験者の保護と倫理規定

2. 倫理に関する国際的ガイドライン

## 2 知らされたうえの同意（説明と理解、そして選択、インフォームドコンセント: informed consent, IC） 240

1. インフォームドコンセント IC の基本
2. 開示の内容
3. 被検者（研究協力者）の理解
4. ICの目的

## 3 倫理審査委員会の設置構成と責務 242

1. 倫理委員会の設置
2. 倫理委員会の構成
3. 倫理委員会の責務

## 4 医薬品の臨床試験における倫理 243

### 1. 医薬品の臨床試験の実施

1. 治験依頼者(製薬企業)の責務

2. 実施医療機関の長の責務

3. 治験審査委員会の責務

Institutional Review Board (IRB)

4. 治験責任医師(または歯科医師)の責務

治験コーディネーター(CRC)－看護師

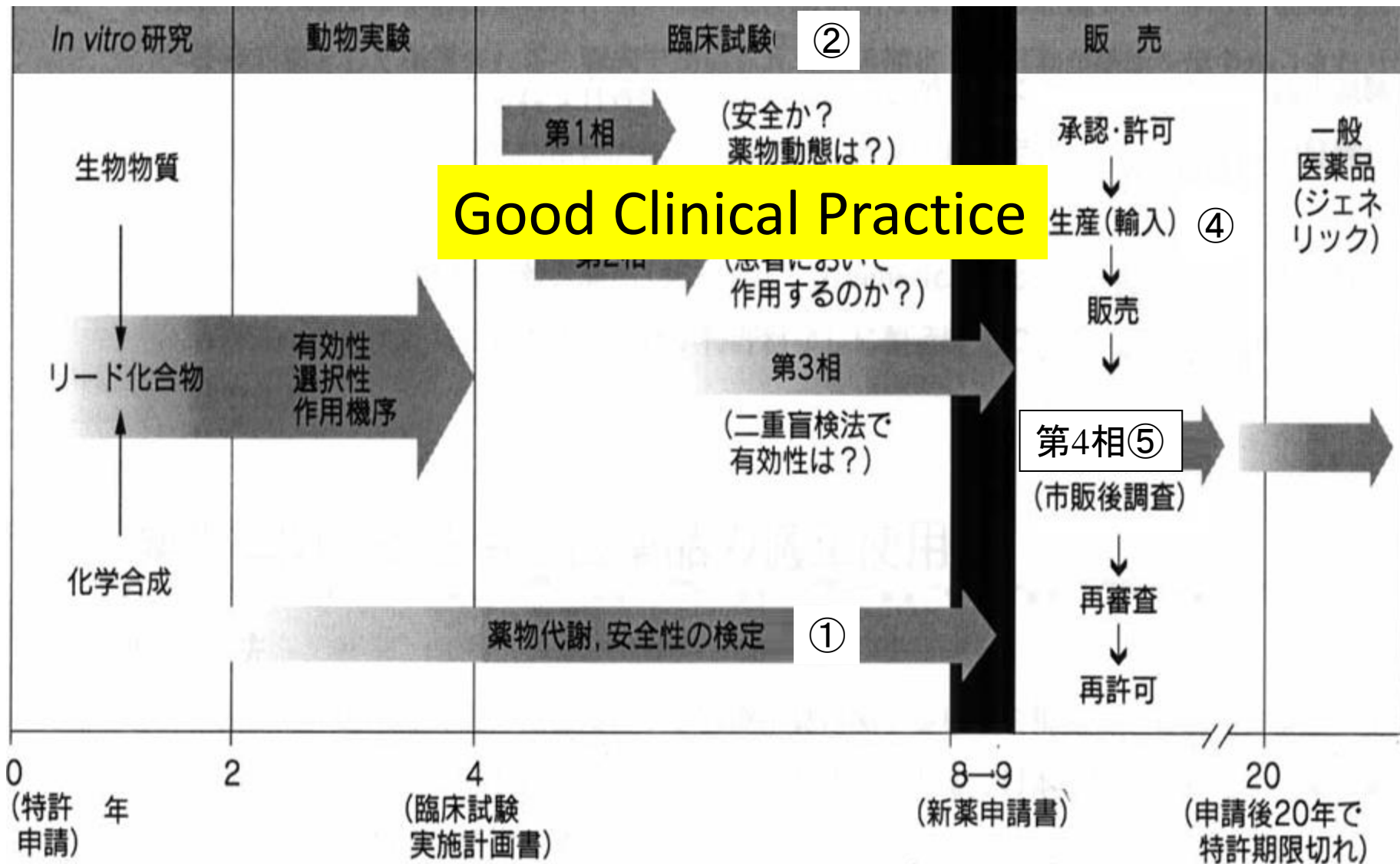
Clinical Research Coordinator

## 5 臨床疫学研究における倫理 244



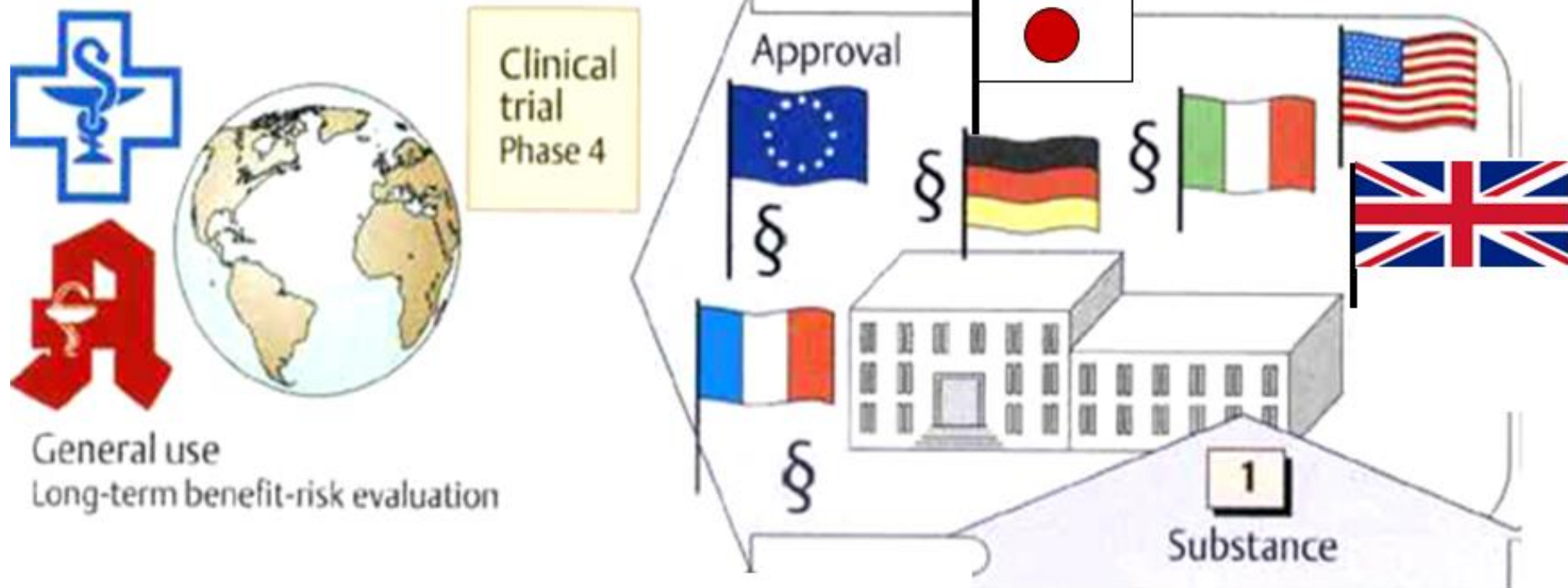
# 図 1-13 薬物開発と販売までの過程

『新薬理学入門』



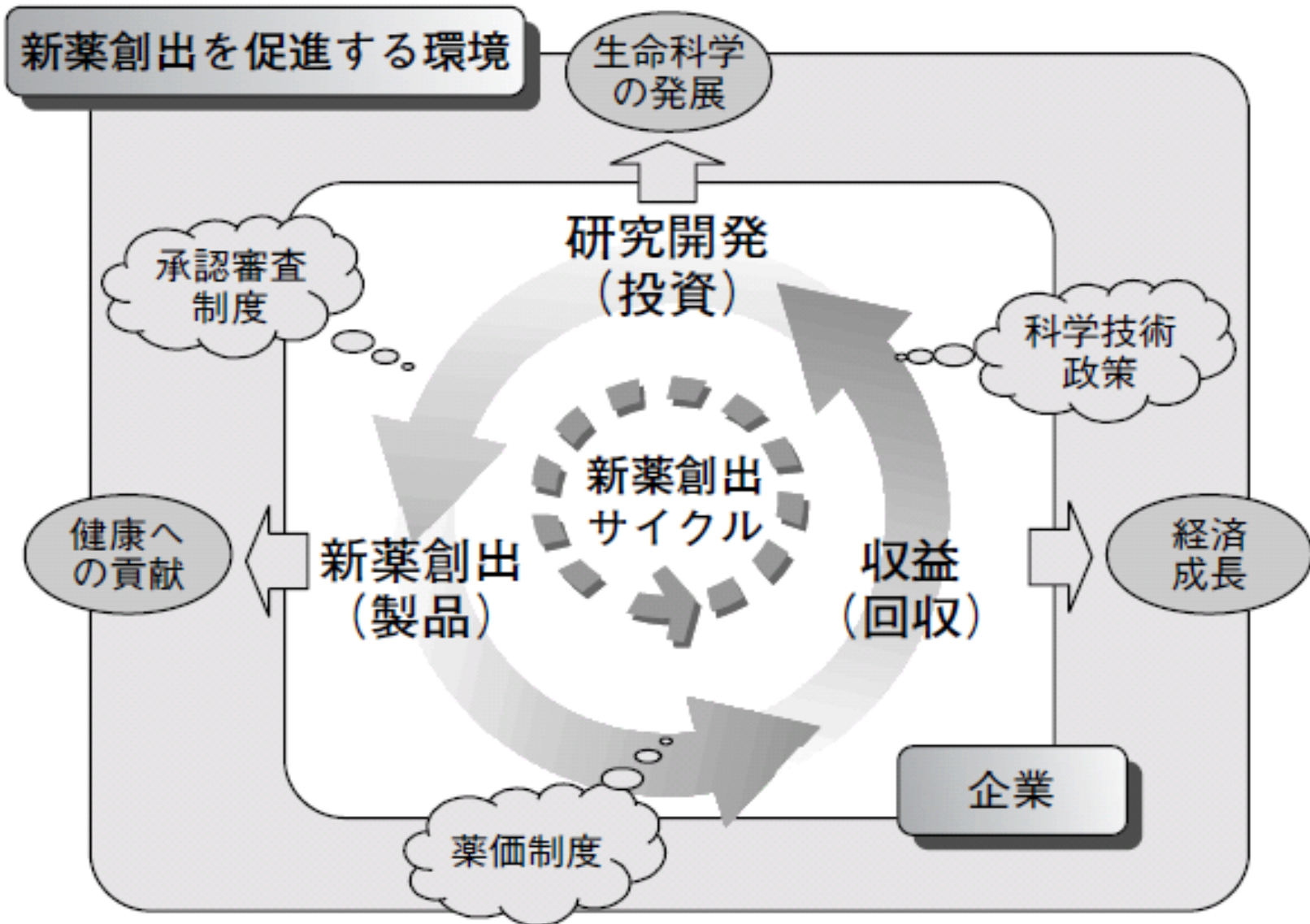
①GLP; ②GCP; ③GMP; ④GQP, GVP; ⑤GPSP

# 新薬開発力のある国はわずか！



新薬の開発においては、医学や薬学だけでなく理学、工学など幅広い分野の技術が必要で、しかもゲノムやITなど最先端で高度な知識・技術が求められる。こうした技術力を備えている国は世界でも10カ国にも満たない。日本はそれらの国々の中でもトップクラスの技術を持つ国として、世界中で認められるような新薬を開発している。日本で開発されたくすりは、欧米をはじめ多くの国々でも発売され、世界中の患者さんの治療に使われている。

# 新薬創出サイクル



# 創薬 インフラ

## 「創薬」を支える社会経済的要因

- 1 先端医学研究活動が活発である
- 2 質の高い研究者（生物・医学・薬学・化学・情報工学・工業技術）が確保できる
- 3 知的財産権制度が確立されている
- 4 発達した精密化学・精密機械・情報技術など周辺関連産業がある
- 5 組織だった臨床評価が可能な医療システムがある
- 6 開発投資に見合う市場がある
- 7 患者・一般の人々の理解と協力が得られる

# 医薬品の適正使用法 『新薬理学入門』

薬物開発シーズの可能性・ニーズの掘起し

医薬情報担当者 Medical Representative (MR)

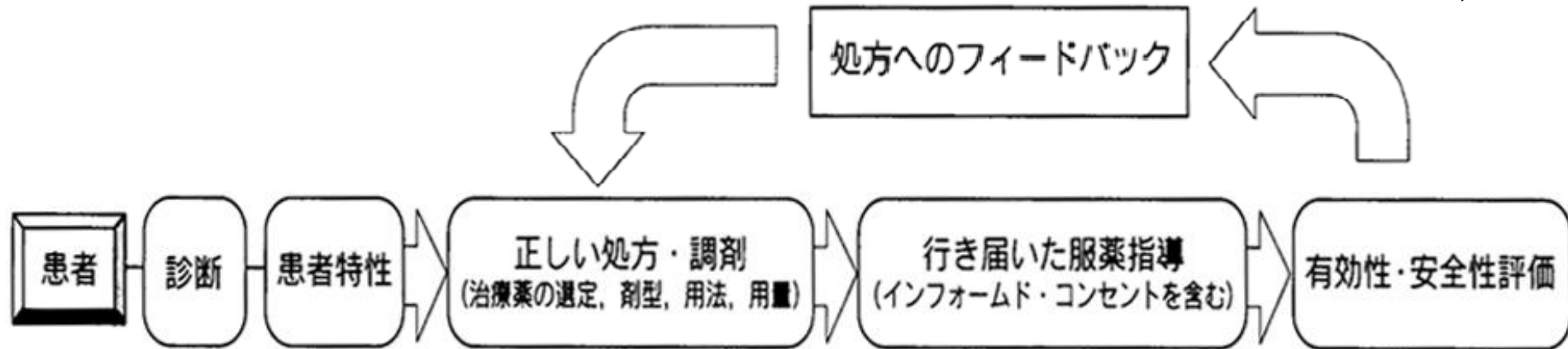


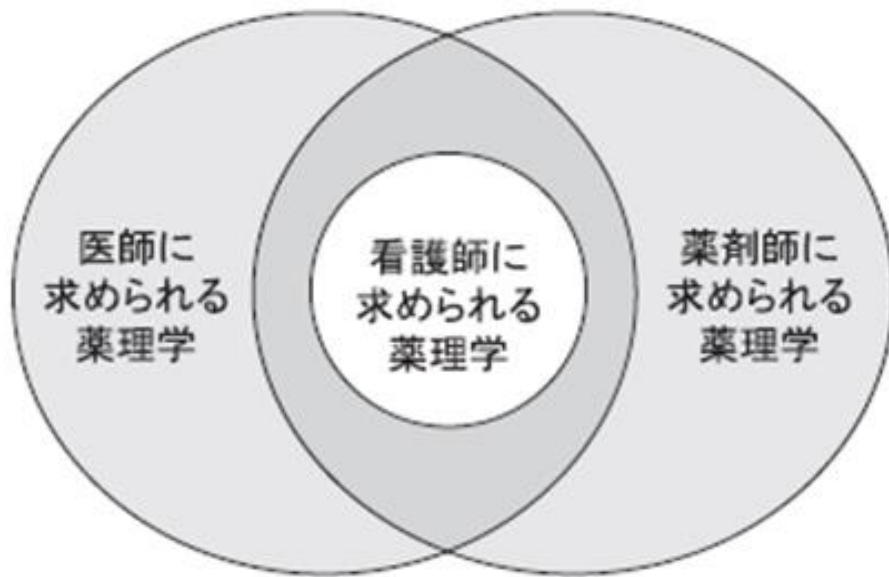
図 1-14 医薬品の適正使用法 (「21世紀医薬品のあり方懇談会」)

適正使用法とは、① 的確な診断、② 患者の特性、③ 病態にかなった正しい処方と調剤(治療薬の選定、剤型、用法、用量)、④ 行き届いた服薬指導(インフォームド・コンセントを含む)、⑤ 有効性・安全性評価、⑥ 医薬品 についての絶えざる評価の処方へのフィードバックからなっている。

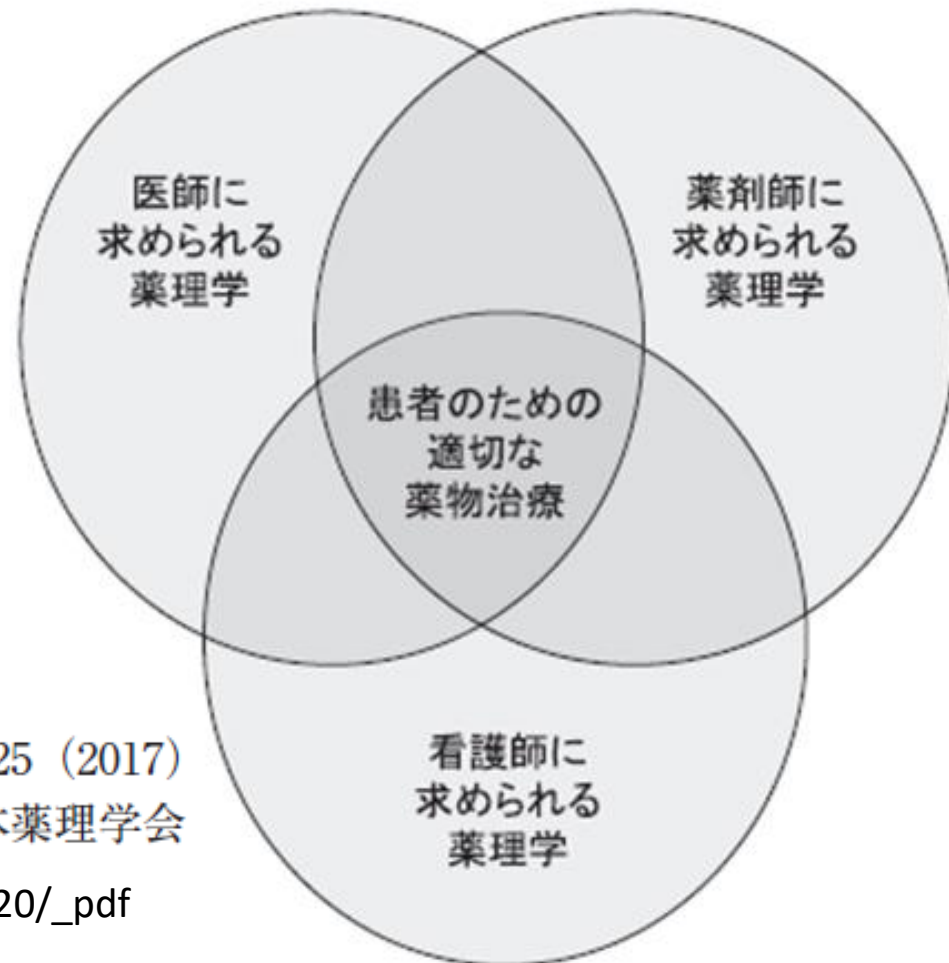
# 柳田俊彦: 薬物治療に強い看護師を育てるには: Patient-oriented Pharmacologyに基づいた看護における薬理学教育

## 治験コーディネーター(CRC)－看護師

A) 従来の看護師への薬理学・臨床薬理学教育



B) Patient-oriented Pharmacologyに基づいた看護師への薬理学・臨床薬理学教育



日薬理誌 (*Folia Pharmacol. Jpn.*) **149**, 20~25 (2017)

©日本薬理学会

[https://www.jstage.jst.go.jp/article/fpj/149/1/149\\_20/\\_pdf](https://www.jstage.jst.go.jp/article/fpj/149/1/149_20/_pdf)

# 身体抑制の3要件＜安全確保と倫理

看護職のための自己学習テキスト＞基礎知識編＞  
看護職が直面する倫理的問題とその考え方＞安全確保と倫理

切迫性

本人または他者の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと

非代替性

身体拘束その他の行動制限を行う 以外に代替する方法がないこと

一時性

身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

出典:「身体拘束ゼロへの手引き－高齢者ケアに関わるすべての人に」を一部改変

<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/text/basic/problem/anzen.html>

# 身体抑制を行う際の留意点

- 患者又は利用者等や家族に身体抑制の必要性について説明の上、書面で同意を得る
- 患者又は利用者等の安全を守るため、最も効果的かつ負担の少ない方法で行う
- 関節や筋力、皮膚の状態、精神状態など、身体抑制の悪影響について丁寧に観察を行なう
- 身体抑制の必要性や方法について継続的にチームで評価し、必要に応じて方法や期間を変更する
- 身体抑制を開始・継続・解除した根拠、患者又は利用者等の状態・反応等についてチームで情報を共有し、記録に残す



## C 患者の自己決定権 247

### 1. 患者の不安-期待と医療の現実 247

1. 患者の不安

2. 受容を促す医師の努力

3. 患者の期待と医療の現実

**4. 医療の厳しさ**と患者・医師の営み

患者の捨てるもの、持つもの。

### 2. 患者の自己決定権の尊重 248

カント p209, 233

- 人間の「手段化・道具化」
- 人間は「目的であり、」

## ④ 次の用語の英訳と略語を記しなさい。

- a 治験コーディネーター      Clinical Research Coordinator (CRC)
- b 終末期医療（ケア）      Terminal Care (TC)    End-of Life Care (ELC)
- c 治験審査委員会      Institutional Review Board (IRB)
- d 医薬品の臨床試験の実施の      Good Clinical Practice (GCP)
- e 医薬情報担当者      Medical Representative (MR)
- f 配偶者間人工授精      Artificial Insemination by Husband (AIH)
- g 非配偶者間人工授精      Artificial Insemination by Donor (AID)

# 医療倫理(柳澤輝行)

① テーマ: 医療の進歩と医の倫理

内容: 倫理、バイオエシックス、先端医療と倫理問題、ほか

② テーマ: 医療における患者の権利

内容: 臨床医学研究と倫理

患者の権利尊重と権利主張、患者の自己決定権、ほか

③ テーマ: 病状(真実)告知

内容: 死の告知、がんの告知と死の受容、医師の責務、ほか

④ テーマ: 終末期の医療 10月11日

内容: 脳死、安楽死、死と生命保持、死を共有する医療、ほか

20180927 641教室

II 医療における患者の権利 245

A 患者の権利尊重の医療背景 245

1. 疾病の変貌

2. 医療に対する価値観の変化

3. 医療技術の変化

## B 患者の権利主張とその承認 246

1. 医療史にみる患者の権利
2. アメリカ病院協会の「患者の権利章典」（資料5）
3. 患者の権利承認における日・米の違い

## C 患者の自己決定権 247

### 1. 患者の不安-期待と医療の現実 247

1. 患者の不安

2. 受容を促す医師の努力

3. 患者の期待と医療の現実

4. 医療の厳しさと患者・医師の営み

現代医療の効果・効率と限界 under 不確実性

### 2. 患者の自己決定権の尊重 248

### 3. 患者の自己決定への支援ーインフォームド コンセント 249

1. 患者の知る権利
2. 選択権・自己決定権
3. 決定分析decision analysisの導入  
決定分析の進め方;期待**効用**

### 4. 自己決定権と患者の責任 250

依存性からの脱却

信頼関係



# 【期待効用理論 expected utility theory】

行動の帰結が不確実な状況における合理的な経済主体の判断は、結果に関する効用の期待値に基づいてなされるとする理論。1730年ごろD.ベルヌーイ(スイスの数学・物理学者、1700-82)は、利得の期待値が無限大である賭であっても、実際にはそれに大金を払って参加しようとする者はいないという〈セント・ペテルブルグの逆説〉を、人は貨幣に関して限界効用が逓減する効用関数をもっており、賭の数学的期待値ではなく、賭のもたらす効用の数学的期待値あるいは期待効用を判断の基準とするという仮説により説明した。

「ごくわずかな富の増加から得られる満足度(効用)はそれまで保有していた財の数量に反比例する」〈限界効用逓減の法則〉 「**効用は、金額の対数で得られる**」

<https://kotobank.jp/word/%E6%9C%9F%E5%BE%85%E5%8A%B9%E7%94%A8%E7%90%86%E8%AB%96-1158161>

<https://ja.wikipedia.org/wiki/サンクトペテルブルクのパラドックス>

ミクロ経済学で、不確実性の議論の際に用いられる概念である。

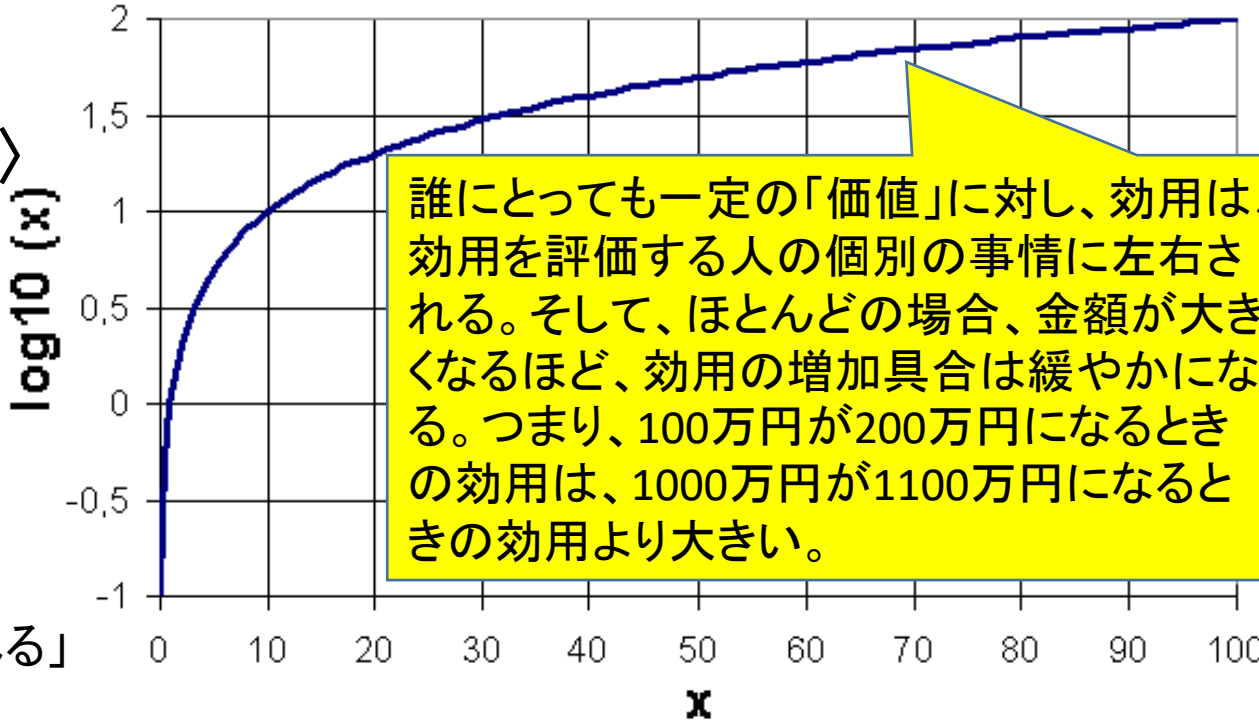
市場において不確実性が存在し、複数の状態 $i$  ( $i = 1, \dots, n$ ) があり、それぞれの状態 $i$  が起きる確率 $\alpha_i$  が与えられている、という環境の元で得られる効用の期待値を表している。

ミクロ経済学では一般に、不確実性下にある個人は、期待効用最大化公準に基づいて(この期待効用を極大化するように)行動すると仮定する。

<https://ja.wikipedia.org/wiki/期待効用>

# 対数曲線

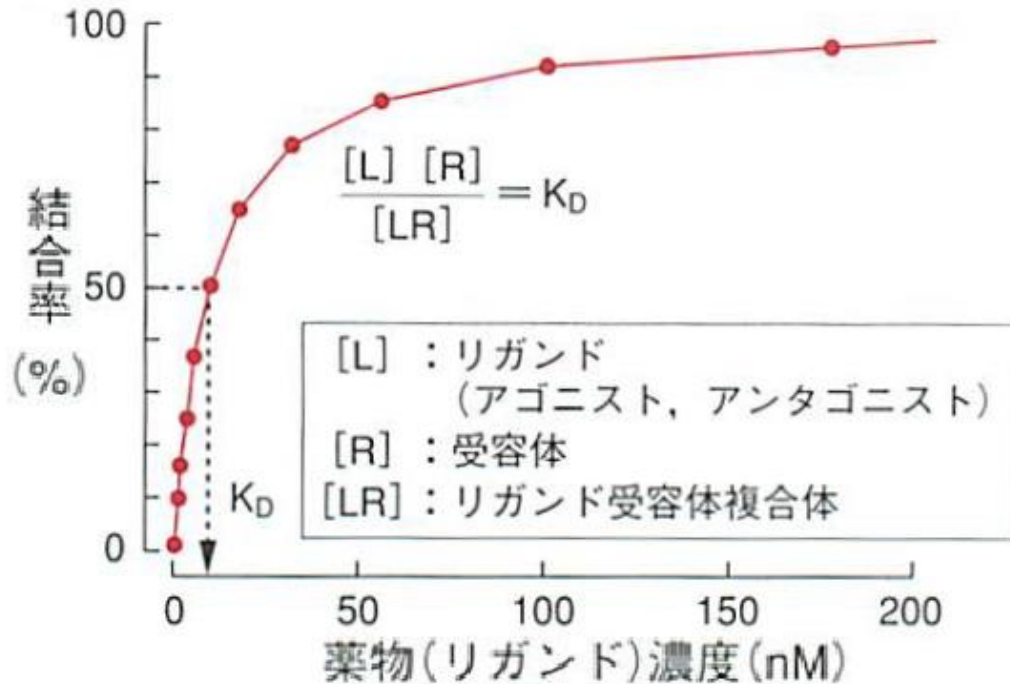
〈限界効用逓減の法則〉



「効用は、金額の対数で得られる」

## 〈参考〉濃度結合 (濃度反応) 曲線

$$\text{受容体占有率} = [L] / (K_D + [L])$$



<https://ja.wikipedia.org/wiki/サンクトペテルブルクのパラドックス>  
 『新薬理学入門』3版、p3

# Ⅲ 病状(真実)告知 251

A 死の告知について 251

B がん告知における1980年頃までの日・米の相違とその  
後 252

C 致死を知った患者の反応 254

D 死の告知と死の受容と医師の責務 254

# Ⅲ 病状(真実)告知

251

## A 死の告知について

1. 末期医療における医師の苦悩
2. 1990年頃までのわが国の医師の考え方
3. 真実の告知

# B がん告知における1980年頃までの 日・米の相違とその後

p252

1. がん告知に対する日・米医師の差
2. がん告知に関する文化的背景
  - がん告知の是非
  - 患者の「知る権利」への対応
  - 告知への対応の変化（表5-13）

表5-13 がん告知に関する新聞社の調査結果

- どちらとも言えない(41%)
- わからない(6%)

質 問		読売新聞 (1988.6)	朝日新聞 (2000.9)	朝日新聞 (2002.10)	朝日新聞 (2009.10)
あなたががんにかかったとしたら、がんであることを	知らせしてほしい	65%	76%	77%	81
	そうは思わない	29	19	18	4
あなたの家族ががんにかかったとしたら、そのことを本人に	知らせると思う	21	37	39	40
	そうは思わない	60	46	43	13

# 【告知を希望する理由】

◇がんを含めて病名を知ること、患者の知る権利の一つだから	41.8%	(36.8%)
◇患者本人が病名や症状を正確に知ること、最も適切な治療法を選択できるから	58.6%	(52.8%)
◇がんと闘いたいから	27.0%	(16.6%)
◇万一、がんが進行し、手遅れになった場合、残された時間を有意義に過ごしたいから	66.1%	(57.4%)
◇万一、がんが進行し、手遅れになった場合、あえて延命治療をすることなく、自然の死を迎えたいから	29.3%	(18.9%)
◇その他	0.8%	(0.9%)
◇特に理由はない	0.8%	(0.9%)

# 【家族に告知する理由】

◇がんを含めて病名を知ること、患者の知る権利の一つだから	41.5%	(38.1%)
◇患者本人が病名や症状を正確に知ること、最も適切な治療法を選択できるから	59.4%	(57.0%)
◇がんと闘ってもらいたいから	35.0%	(26.3%)
◇万一、がんが進行し、手遅れになった場合、残された時間を有意義に過ごしてもらいたいから	60.0%	(47.3%)
◇万一、がんが進行し、手遅れになった場合、患者にとって最もふさわしい死期を迎えてほしいから	25.6%	(18.6%)
◇その他	0.9%	(1.1%)
◇特に理由はない	1.3%	(0.9%)

# C 致死を知った患者の反応 254

## 否認～受容の過程

- キュブラー=ロス Kuebrer=Ross, Elisabeth  
「死ぬ瞬間－死に行く人々との対話」
- 最初のショック相の後の5相（段階）
  - ①第1段階：否認と隔離,
  - ②第2段階：怒り,
  - ③第3段階：取り引き,
  - ④第4段階：抑うつ,
  - ⑤第5段階：受容



# 「死」に対するこころの変化 p254

## キューブラー・ロスの終末期にある人の心理過程

そんなはずはない  
何かの間違いだろう

第1段階

否認  
(否認と孤立)

なぜ私が死ななければならないのか  
私が一体どんな悪いことをしたというのだ

第2段階

怒り

神様、**仏様**、どうか助けてください  
病気さえ治るなら何でもしますから

第3段階

取引

何をしてももう助からないんだ…

第4段階

抑うつ

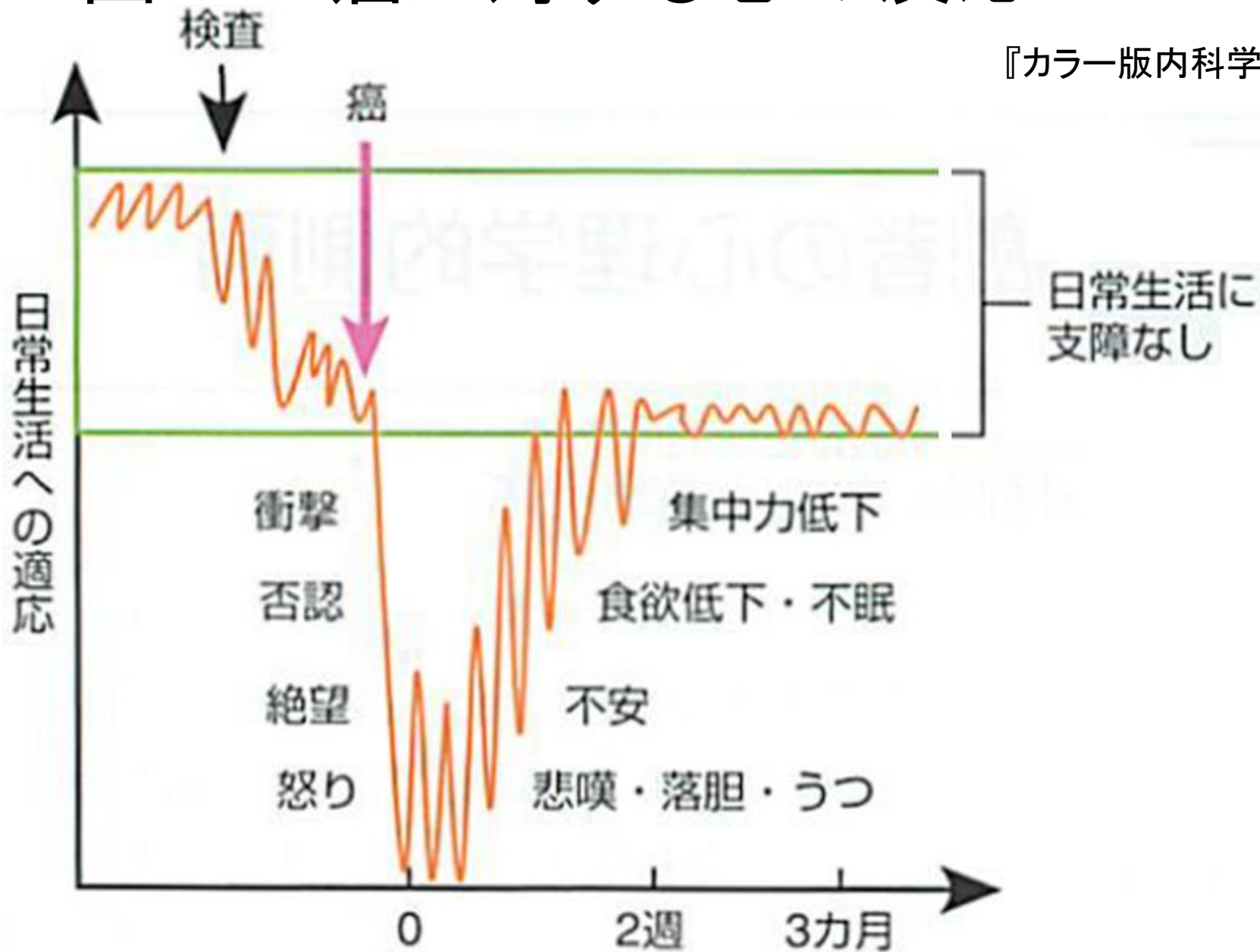
死ぬのは自然のことなんだ  
最後は皆死ぬのなら、  
残された時間を自分らしく過ごしたい

第5段階

受容

# 図22-1 癌に対する心の反応

『カラー版内科学』



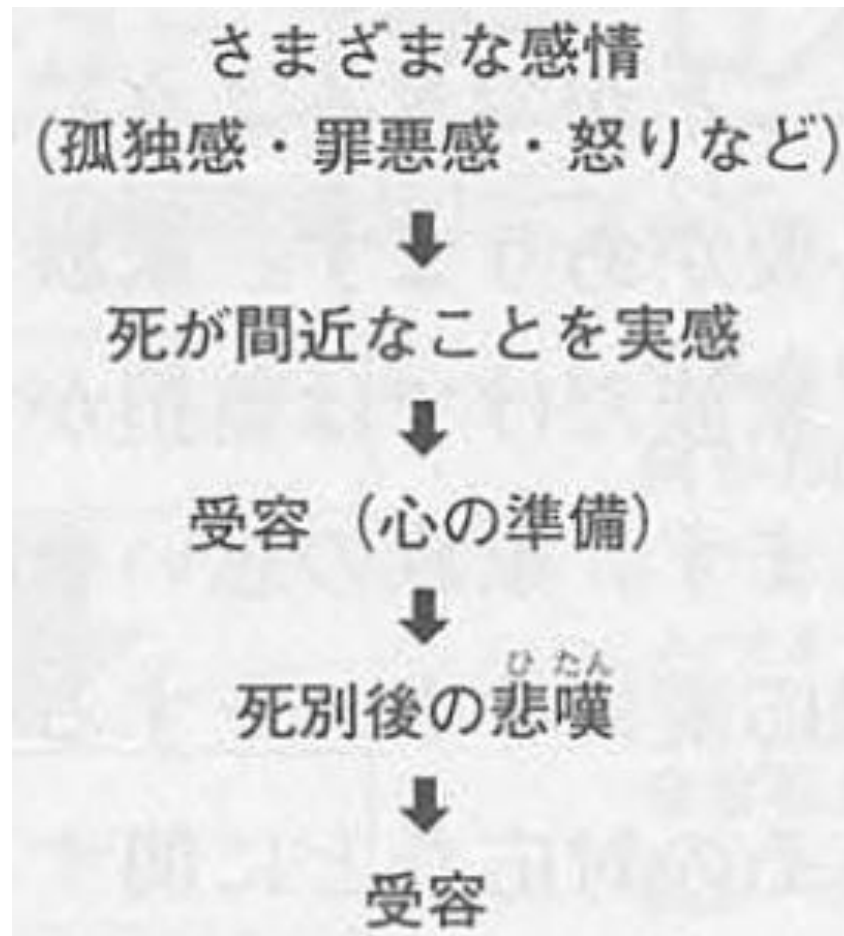
## 4 家族の負担軽減

- 終末期
  - 身体機能の変化が全身に及ぶ
  - 身体機能の低下とともに介護量が増える
  - 家族の身体的・精神的な負担が増える
- グリーフケア、ビリーブメントケア  
Grief care, Bereavement care

# 「死にゆく人」を受容する

## 家族が「死」を受容できるための支援

### 家族の死を受容する段階



## D 死の告知と死の受容と医師の責務 254

1 意思決定は患者と医師で 255

2 死という厳粛な現実 255

3 告知に関する留意点 256

4 死の告知に伴う責務 256

# 人生の最終段階における医療ガイドライン 話し合いのプロセス



人生の最終段階における医療と  
ケアの方針決定

十分な  
情報の  
提供

患者の意思が  
確認できる



患者と医療従事者とが十分に話し合い、  
患者が意思決定を行う

家族が患者の  
意思を推定できる

患者の推定意思を尊重し、  
患者にとって最善の治療方針をとる



患者の意思が  
確認できない

- ・ 家族が患者の  
意思を推定できない
- ・ 家族がいない

患者にとって最善の治療方針を、  
医療・ケアチームで慎重に判断  
(※家族がいる場合は十分に話し合う)

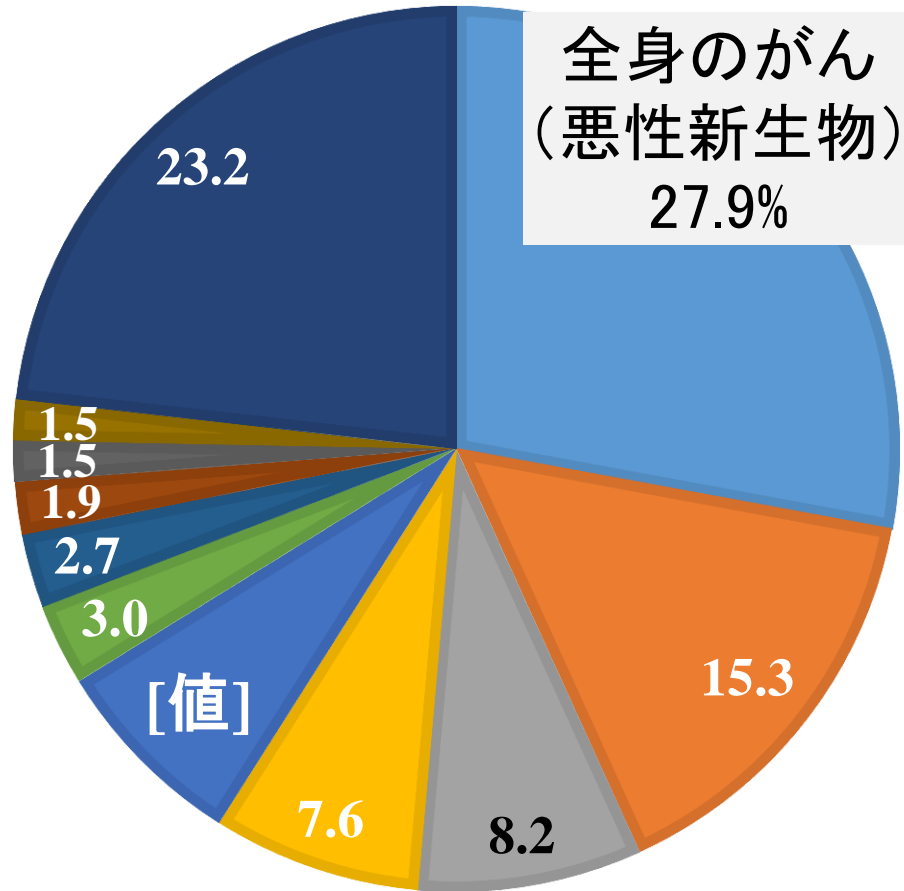


・ 病態などにより医療内容の決定が困難  
・ 家族の中で意見がまとまらないなどの場合  
→ 複数の専門家で構成する  
委員会を設置し、  
治療方針等の検討や助言



# 日本人の死因 (2017年、死亡数 134万397 人)

肺がん  
7.4万人



- 悪性新生物<腫瘍>
- 心疾患
- 脳血管疾患
- 老衰
- 肺炎
- 不慮の事故
- 誤嚥性肺炎
- 腎不全
- 自殺
- 血管性等の認知症
- その他

肺炎  
9.9%

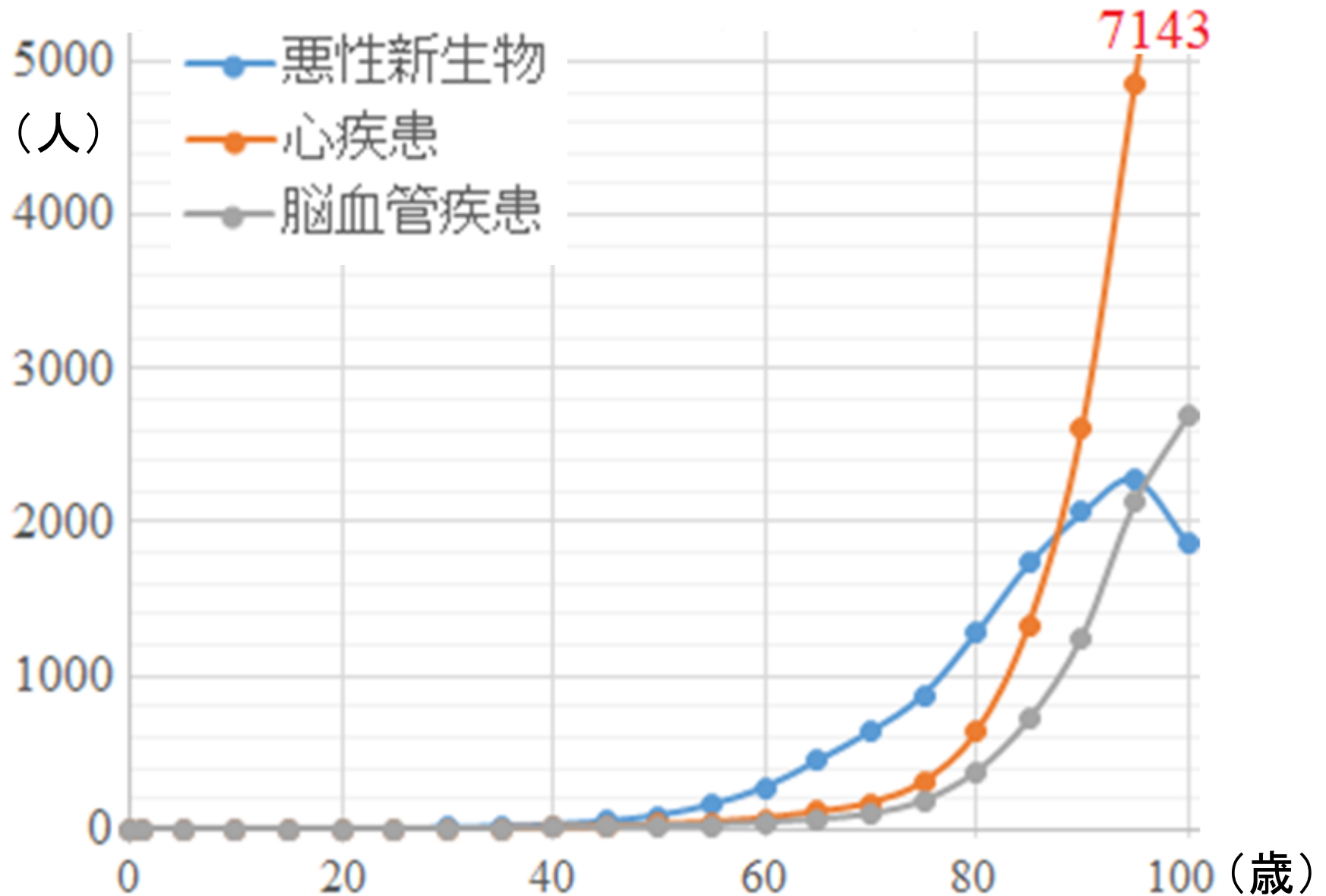
- 11) 大動脈瘤及び解離 19 126(人)
- 12) 間質性肺疾患 18 549
- 13) 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) 18 523
- 14) アルツハイマー病 17 238
- 15) 肝疾患 17 018

腎臓 = ネフロン + 血管網

認知症と腎不全の半分を加えて

心血管系疾患死 = 28%

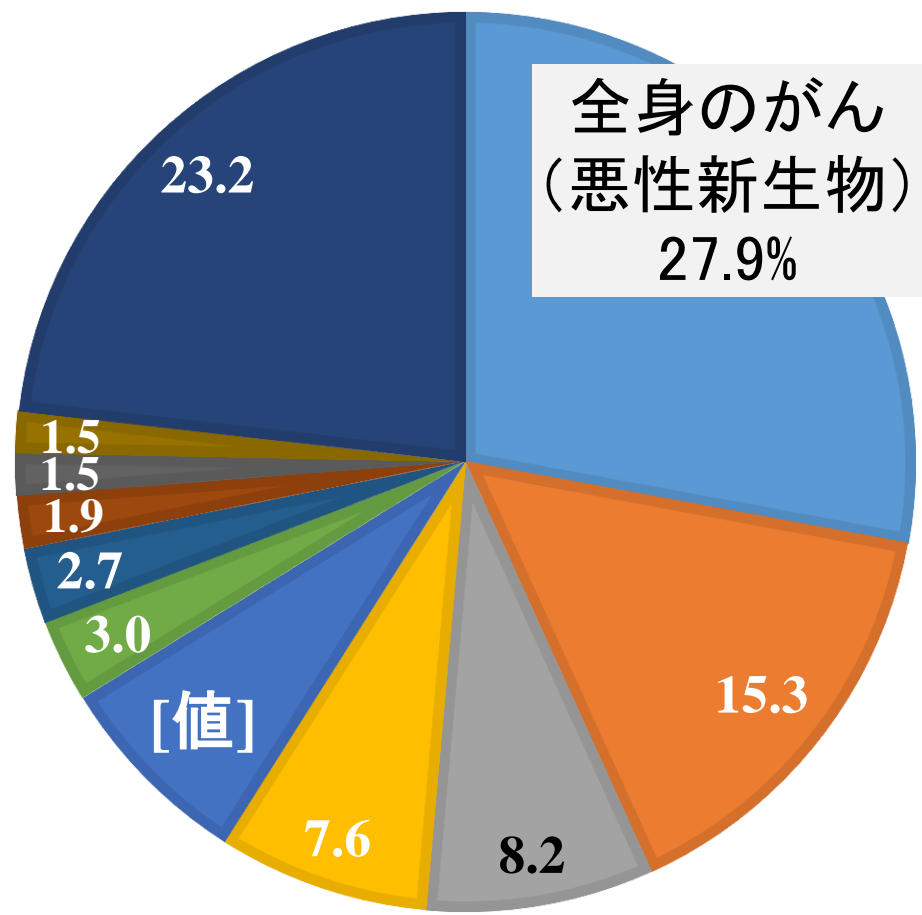
# 年齢別死亡率(対10万人, 2017年)





問題1 昨年<sup>1</sup>の悪性新生物を除く主要な呼吸器系疾患による日本人の死亡率はおよそ何%で、およそ何人になるか、計算しなさい。

# 日本人の死因 (平成29年、死亡数は 134万397 人)



- 悪性新生物<腫瘍>
- 心疾患
- 脳血管疾患
- 老衰
- 肺炎
- 不慮の事故
- 誤嚥性肺炎
- 腎不全
- 自殺
- 血管性等の認知症
- その他

肺癌  
7.4万人  
(5.7%)

肺炎  
9.9%

- 11) 大動脈瘤及び解離 19 126(人)
- 12) 間質性肺疾患 18 549
- 13) 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) 18 523
- 14) アルツハイマー病 17 238
- 15) 肝疾患 17 018

134万人×10%=13.4万人  
12)と13)合わせて3.7万人  
17万人

17万人÷134万人=12.7%

# 医療倫理(柳澤輝行)

① テーマ: 医療の進歩と医の倫理

内容: 倫理、バイオエシックス、先端医療と倫理問題、ほか

② テーマ: 医療における患者の権利

内容: 臨床医学研究と倫理

患者の権利尊重と権利主張、患者の自己決定権、ほか

③ テーマ: 病状(真実)告知

内容: 死の告知、がんの告知と死の受容、医師の責務、ほか

④ テーマ: 終末期の医療 10月11日

内容: 脳死、安楽死、死と生命保持、死を共有する医療、ほか

20181011 641教室

脳死と臓器移植とは、本質的には次元を異にする問題である。

脳死はあくまで生命の尊厳という立場から、

臓器移植は人間相互の信頼感や人類愛の立場から。

しかし、心臓、肝臓、膵臓などの臓器移植は、脳死状態にある者からの臓器提供が前提となるので、現実的には両者は並行して議論されてきた。

A 脳死—新しい死の概念	257
B 脳死は人の死(個体死)かの論議	260
C 脳死臓器移植に関する法的整備	261
D 残されている法的・倫理的問題点	266
E その他、移植医療についての問題点	267

# A 脳死—新しい死の概念 257

## 1. 従来の死の判定 257

死の3徴候

心臓死

## 2. 生命維持装置の登場と新しい死の概念 257

## 3. 脳死の判定基準 258

1. アメリカにおける脳死の判定基準 表5-14

2. わが国における脳死の判定基準

1. 脳死の考え方

2. 判定の対象症例

3. 除外例

4. 判定基準

5. 判定の手続き

# B 脳死は人の死(個体死)かの論議 260

## 1. 世界の動向

## 2. わが国における論議のながれ

### 1. 日本医師会 1988.01.17 最終報告

1. 死の定義
2. 脳の死の判定基準
3. 患者本人または家族の意思の尊重
4. 脳の死による判定の正当性
5. 脳死判定による死亡時刻
6. 臓器移植

### 2. 日本弁護士連合会 1988.07.15 意見書

## C 脳死臓器移植に関する法的整備 261

1. 国会・政府の取り組み脳死臨調 261
2. 脳死臨調答申への反応と対応 262
3. 「臓器の移植に関する法律」の成立・公布（1997年）
  1. 臓器移植法の概要
  2. 臓器移植法運用のガイドライン
4. 臓器移植法その後の改正 264
  1. 臓器移植法の問題点
  2. 2009年改正の概要

D 残されている法的・倫理的問題点 266

E その他、移植医療についての問題点 267

## 1. 生体臓器移植

- 生体臓器移植の現状
- ドナーの人権の擁護

## 2. 組織移植

- 組織移植の現状とガイドライン(2002年)
- 組織バンクの整備



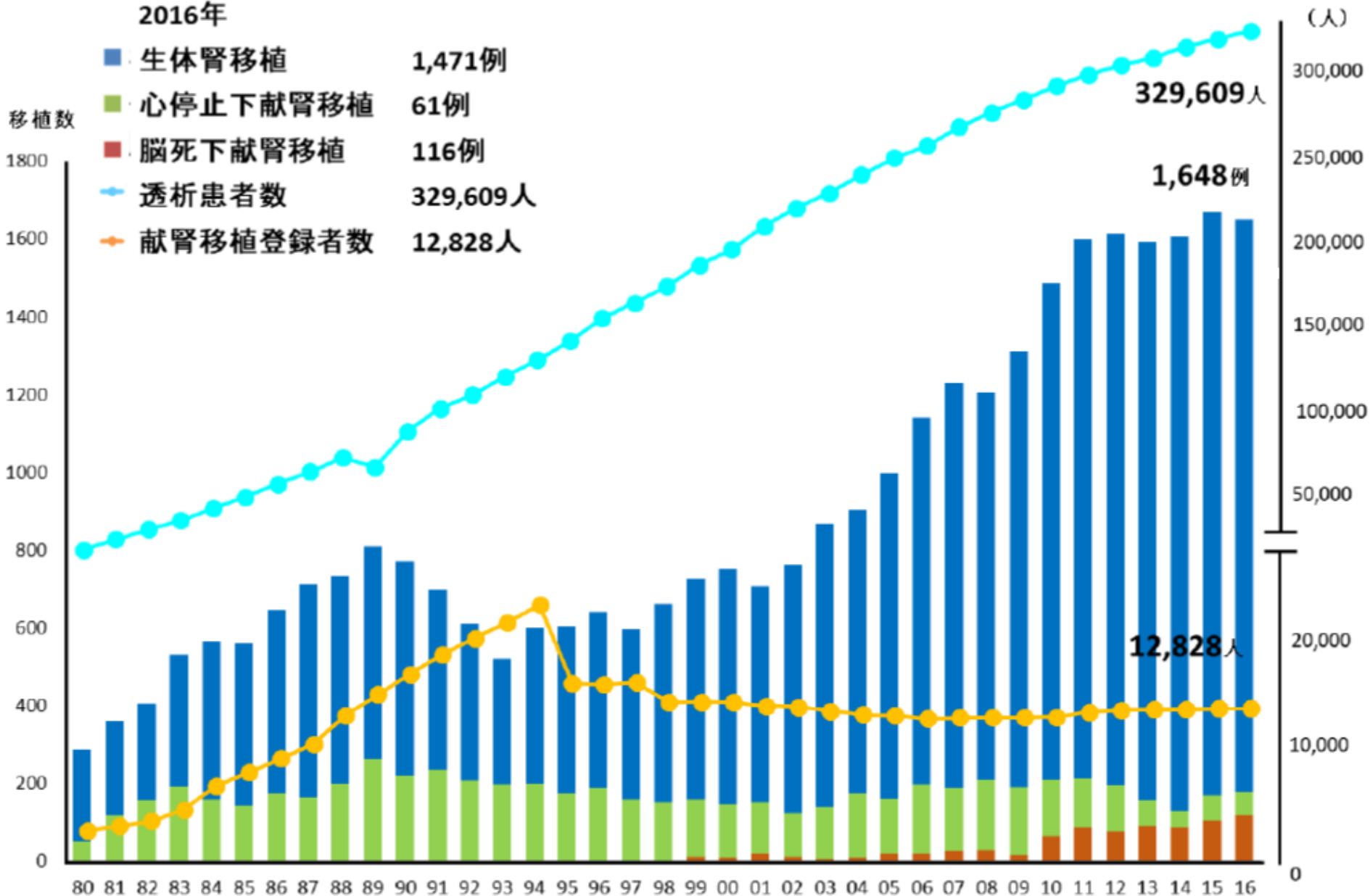
表 2. 各臓器の脳死下移植、心停止下移植ならびに生体移植数

	脳死	心臓死	生体	総数
腎臓	116	61	1,471	1,648
肝臓	57	0	381	438
心臓	51	0	0	51
肺	49	0	17	66
膵臓	38	0	0	38
小腸	1	0	0	1
全臓器	312	61	1,869	2,242
(2015年)	286	63	1,901	2,250

# 腎移植数の推移

2016年

- 生体腎移植 1,471例
- 心停止下献腎移植 61例
- 脳死下献腎移植 116例
- 透析患者数 329,609人
- 献腎移植登録者数 12,828人



V 死と生命保持、安楽死、死を共有する医療 268

A 臨死患者 268

B 死の解釈と問題点 269

C 死への対応－ターミナルケア 272

D 安楽死 275

E 尊厳死、消極的安楽死、自然死 285

F ホスピス(緩和ケア病棟)と死の共有 289

1. 死の解釈

2. 脳の死

Column 植物状態とは

3. 死への準備のない現代人

1. ソクラテスの死の理解；哲学的  
ハイデガー

2. 宗教家たちの死の理解  
デーケン、アルフォンス

1. 死の解釈

2. 脳の死

Column 植物状態とは

3. 死への準備のない現代人

1. ソクラテスの死の理解；哲学的  
ハイデガー

2. 宗教家たちの死の理解  
デーケン、アルフォンス

## Column 植物状態とは

遷延性意識障害；グレイ・ゾーン

正常な生活を行っていた人が疾病または事故により、3か月以上、種々の治療にもかかわらず、以下の6項目を満たす状態にあるもの。

- ①自力移動が不可能である
- ②自力摂食が不可能である
- ③便，尿は失禁状態にある
- ④声を出しても，意味のある発言がまったく不可能である
- ⑤眼を開き，手を握れというような簡単な命令にはかろうじて応じることもあるが，それ以上の意思疎通が不可能である
- ⑥眼球はかろうじて物を追っても認識はできない

エイドリアン・オーウェン『生存する意識 植物状態の患者と対話する』（みすず書房）グレイ・ゾーンの2割弱に、意識が存在する。fMRIなどで対話すらできる。

# C 死への対応ーターミナルケア 272

人生の最終段階における医療及びケア（平成27年3月 改定）

1. 医療施設での「孤独な死」
  1. 家族生活から遠のいた死
  2. 機器の中での孤独な生・死
2. 延命治療への疑問
  1. 死に対する医師の意識と行動
  2. 延命治療の問題点
3. cureからcareへ
4. 末期医療の場での医師・看護師の役割
  1. 医療者の役割
  2. 大切なコミュニケーション
  3. 末期医療の場の医の道

# D 安楽死 euthanasia 275

## 1. 弱者、特に先天異常の扱いのあゆみ 276

1. 安楽死の歴史
2. 優生保護法との関係
3. 死なせる権利をめぐって

## 2. 安楽死と医師の立場 277

- 安楽死の区別：消極的－、間接的－、積極的－
- 臨死患者の痛みの除去
- 医学的倫理
- 医学界の姿勢



D 安楽死 euthanasia 275

3. 安楽死の法的解釈・立法化 279

- 裁判所の判断; 6要件
- 法律家の解釈の一例
- アメリカでの立法化の動き

安楽死に直接かかわったオランダ医師(カイゼル)の信条  
284

「人間らしく死を迎えられるような様々なケア > 安楽死」

# E 尊厳死、消極的安楽死、自然死 285

## 1. アメリカのあゆみ 285

1. 尊厳死の要望
2. 自然死法の制定
3. 生前の意思表示

## 2. 尊厳死に対するわが国の動き 286

1. 安楽死国際会議の決議 1978.11
2. 安楽死法試案
3. 安楽死法への反対の動き
4. 日本尊厳死協会の動き
5. 日本医師会・日本学術会議の意向

表5-17 尊厳死の宣誓書(リビング・ウィル)

[http://www.songenshi-kyokai.com/living\\_will.html](http://www.songenshi-kyokai.com/living_will.html)

6. 最近のわが国の動向

# 安楽死で 死なせて下さい

橋田壽賀子

人に迷惑を  
かける前に  
死に方とその時期くらい  
自分で選びたい

92歳「渡る世間は鬼ばかり」の  
人気脚本家が語る究極の往生論

衝撃の問題提起で2016年「文藝春秋読者賞」受賞！



橋田壽賀子(著) 安楽死で死なせて下さい

ISBN-13: 978-4166611348 (2017/8/18)

目次 1925年(大正14年)5月10日 生まれ。

第1章 戦争で知った命の「軽さ」

第2章 命とは誰のものか

第3章 人間の尊厳とはなんだろう

第4章 私は安楽死で逝きたい

第5章 死に方を選べる社会を

第6章 二十歳になったら、死を見つめよう

付録・読者メッセージとの対話

NHKクローズアップ現代 2017年9月26日(火)

スイスのように法的制度を願う。

ディグニタス登録の3%が、自殺幫助を受ける。

「安楽死に登録して、いつでも安楽死できると  
思ったら、いつか平穏死になったっていうのは  
とてもいいこと。」

1. ホスピスの起源      Hospice < hosuptum; palliative care

2. ホスピスとその使命

1. ホスピスという場所

2. ホスピスの使命: 病人の死の準備への援助

3. ホスピスにおける治療(ケア)

1. 患者の期待するホスピス像

2. 救いの術

3. 医療者に必要な死への哲学

## 4. ホスピスに寄せる期待

## 5. わが国のホスピス

### 1. ホスピスの広がり

施設累計 386、病床累計 7904 (201709)

[http://www.hpcj.org/what/pcu\\_sii.html](http://www.hpcj.org/what/pcu_sii.html)

### 2. ホスピスをめぐる動き; 緩和ケアプログラム(資料8)

### 3. ホスピス・緩和ケアの課題

緩和ケアチームの活動

『死すべき定め 死にゆく人に何が出来るか』アトール・ガウンデ〈著〉  
みすず書房 (2016/6/25)、ISBN-13: 978-4622079828

Being Mortal: Medicine and What Matters in the End

# Memento mori. メメントモリ; 危険な題材(「序」p.x)

アトゥール・ガワンデ

## 死すべき定め

死にゆく人に何が出来るか

原井宏明 訳

Atul Gawande  
Being Mortal

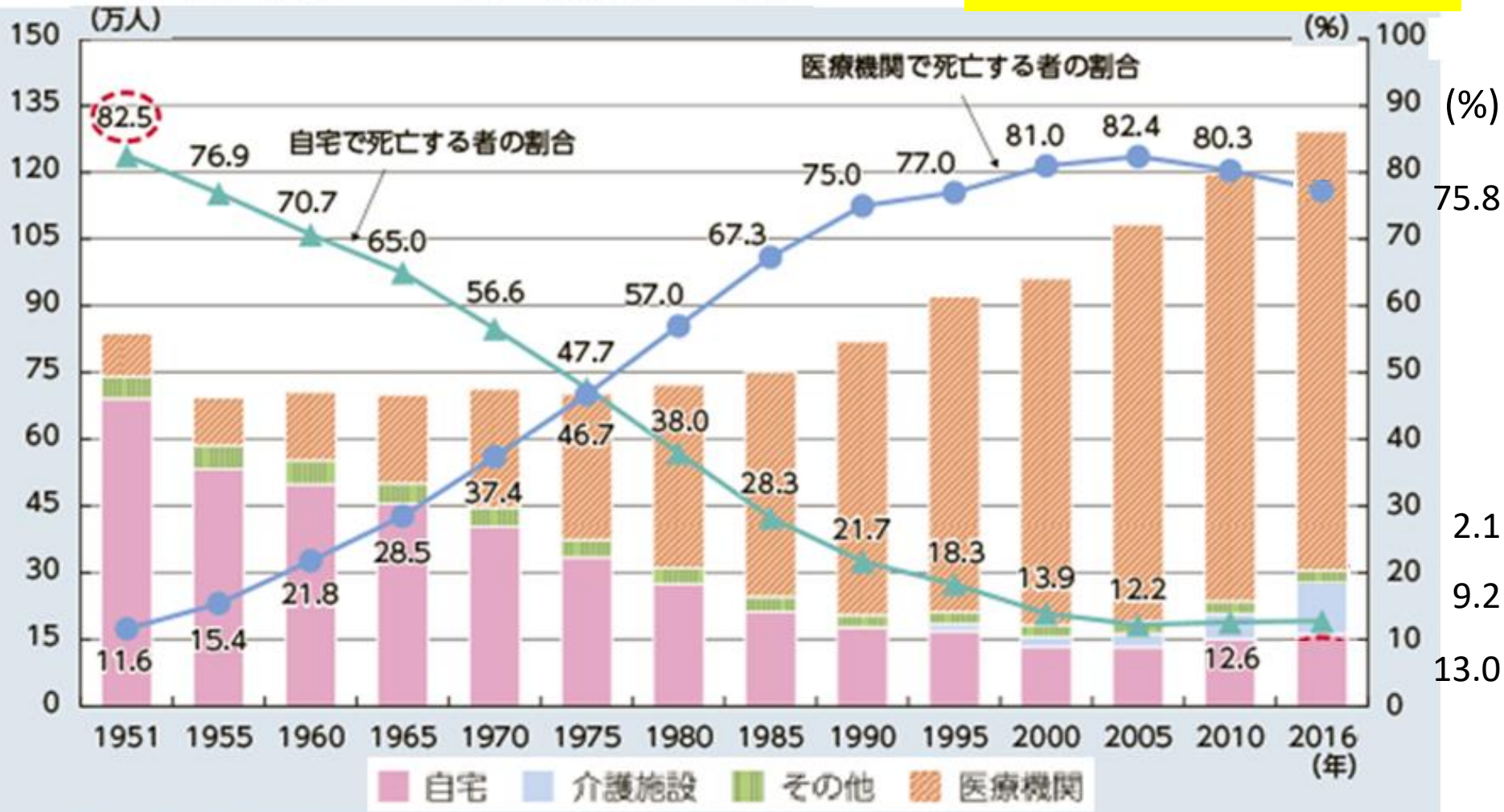
みすず書房

現代の科学技術の能力は人の一生を根本的に変えてしまった。人類史上、人はもっとも長く、よく生きるようになっている。しかし、科学の進歩は老化と死のプロセスを医学的経験に変え、医療の専門家によって管理されることになりしてしまった。(「序」p.vii)

人の顔が見えないルーチン化された治療手順によって人生において大切なものすべてから引き離される。老化と死という経験を率直に検討することを躊躇することで、私たちは患者の苦痛を増し、患者がもっとも求めている基本的な癒しを与えないようにしている。(「序」p.x)

# 死亡場所別に見た、死亡数・構成割合の推移

130万人、自然減:33万人



資料：厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」より

- (注) 1. 「介護施設」は、「介護老人保健施設」と「老人ホーム」を合計したもの。
- 2. 「医療機関」は、「病院」と「診療所」を合計したもの。
- 3. 1990年までは老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれる。

<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/backdata/01-01-01-12.html>より改変

[http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei16/dl/00\\_all.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei16/dl/00_all.pdf)

### 3 終末期（ターミナル期）

### 3 終末期（ターミナル期）

#### ●終末期に退院する例

退院前の準備

カンファランス

アセスメント

#### ●ターミナルケアのポイント

「終末期医療」⇒「人生の最終段階における医療」に変わります



# 終末期のアセスメント バイタルサイン

## ① 死生観を尊重するための情報

- ・ 信仰の有無
- ・ 生活歴（生活環境、生活習慣、人生観）
- ・ 家族歴

## ② 身体状況

- ・ 食事、<sup>はいせつ</sup>排泄、睡眠、バイタルサイン  
(呼吸・体温・**血圧**・脈拍・意識状態)
- ・ 痛みや苦痛の症状

## ③ 精神状況

- ・ 精神状態、死への不安・恐怖など
- ・ コミュニケーション

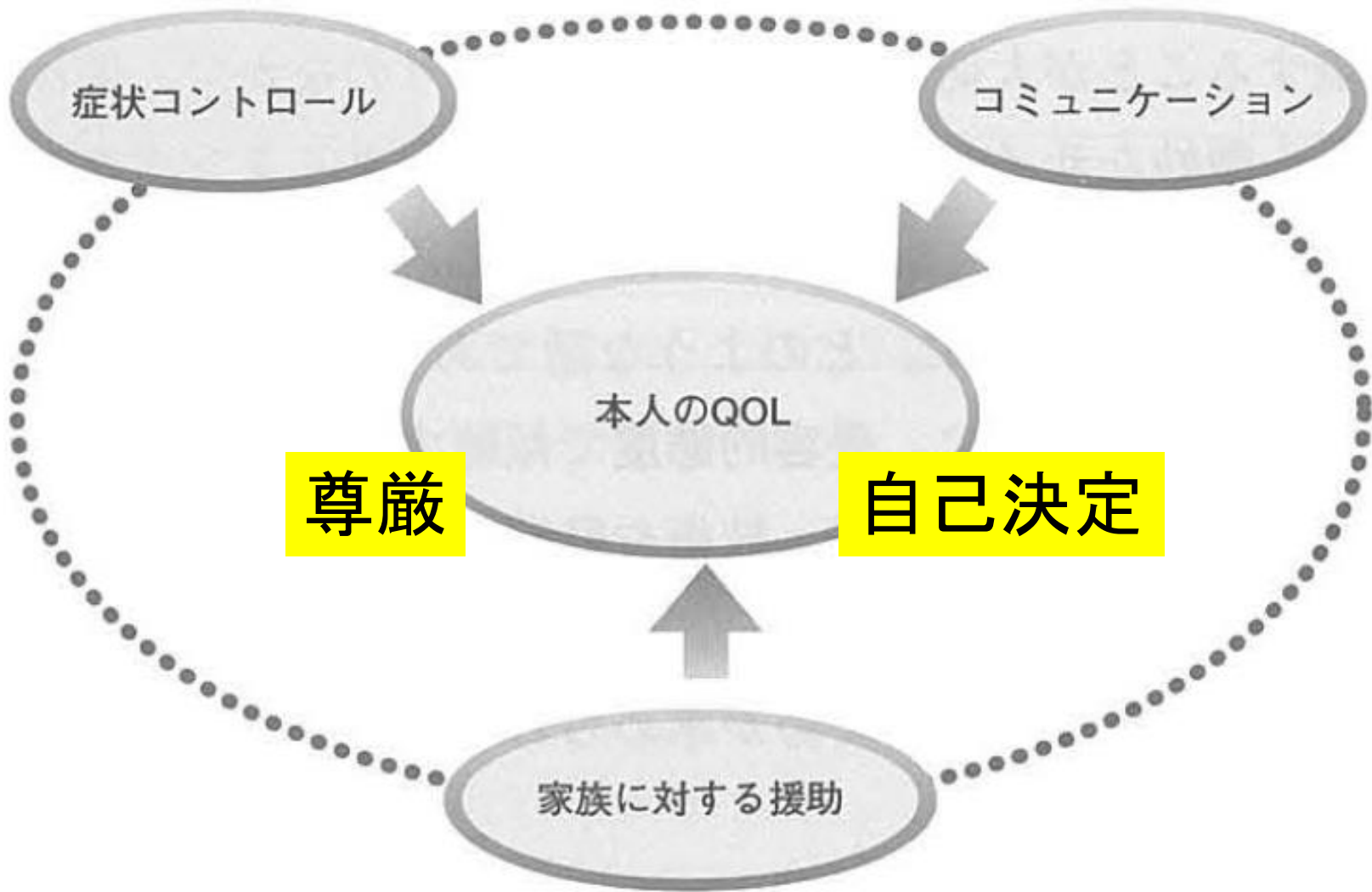
## ④ 社会的な状況

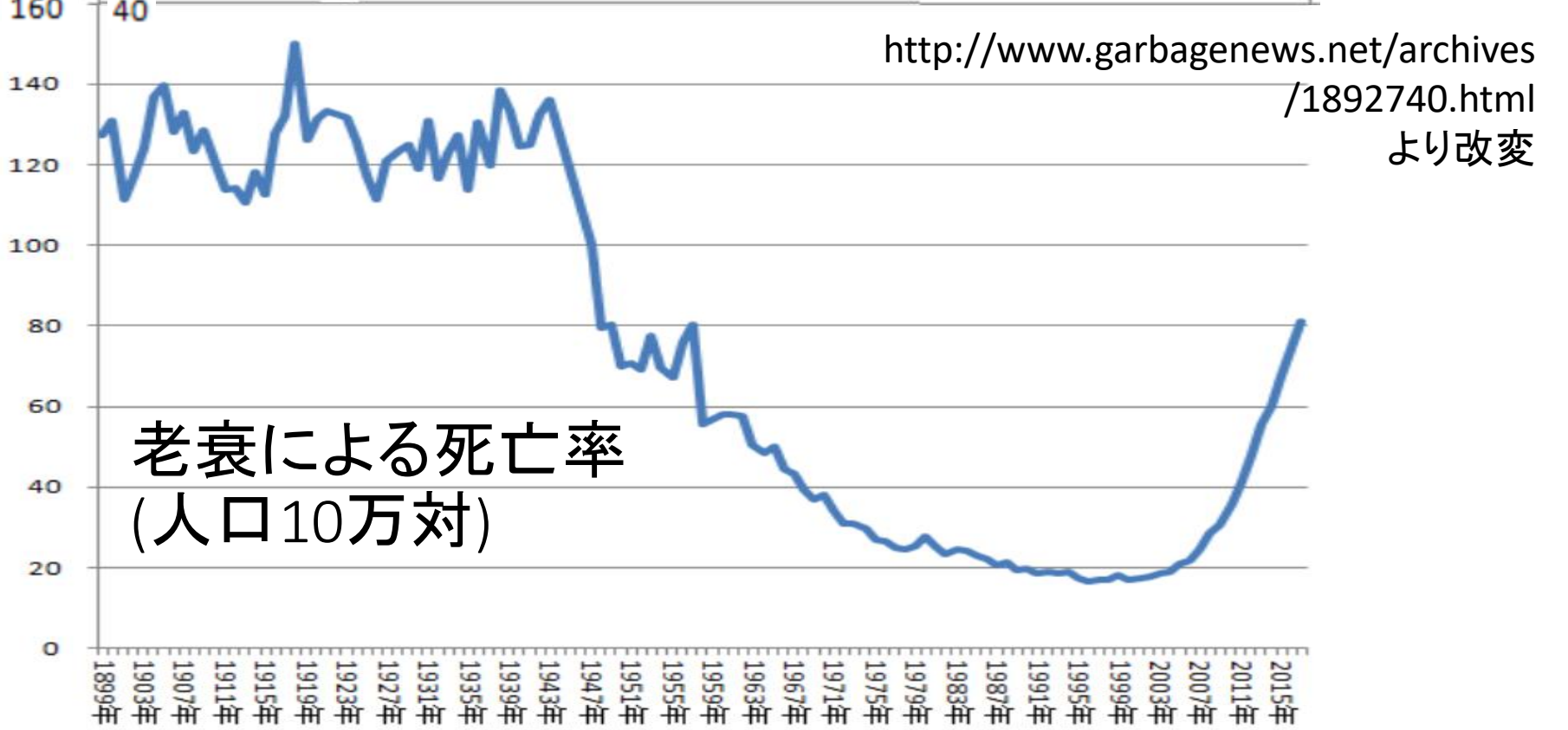
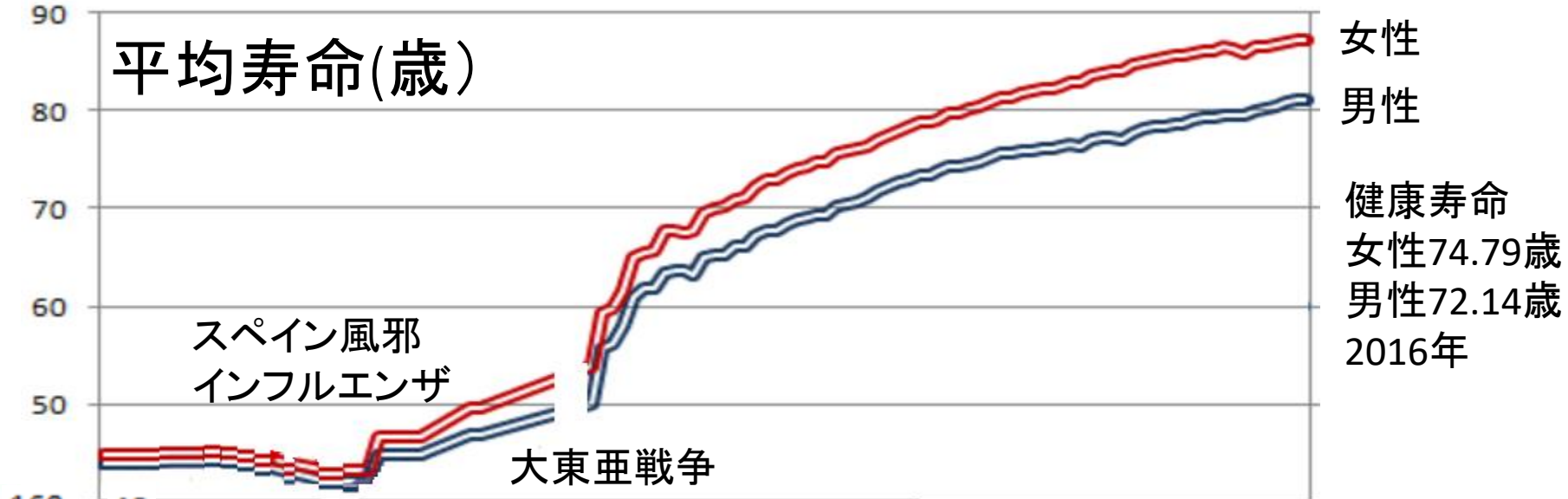
- ・ 仕事や職場の問題
- ・ 社会との交流や接点の変化
- ・ 家族のなかの役割変化
- ・ 経済面

## ⑤ 介護力

- ・ 家族関係
- ・ 家族の就労状況や健康状態
- ・ 近隣の協力者など地域の社会資源

# ターミナルケアのポイント





# 健康生成論 salutogenesis

- Aaron Antonovsky (1923.12.16 – 1994.07.07) was an Israeli American sociologist and academician whose work concerned the relationship between stress, health and well-being (salutogenesis ⇔ pathogenesis).
- Salutary (形)《正式》有益な (favorable) ; 健康回復によい (curative) <salus「健康」
- Unraveling the mystery of health : how people manage stress and stay well 『健康の謎を解く : ストレス対処と健康保持のメカニズム』アーロン・アントノフスキー著 ; 山崎喜比古, 吉井清子監訳, 東京 : 有信堂高文社 , 2001.4

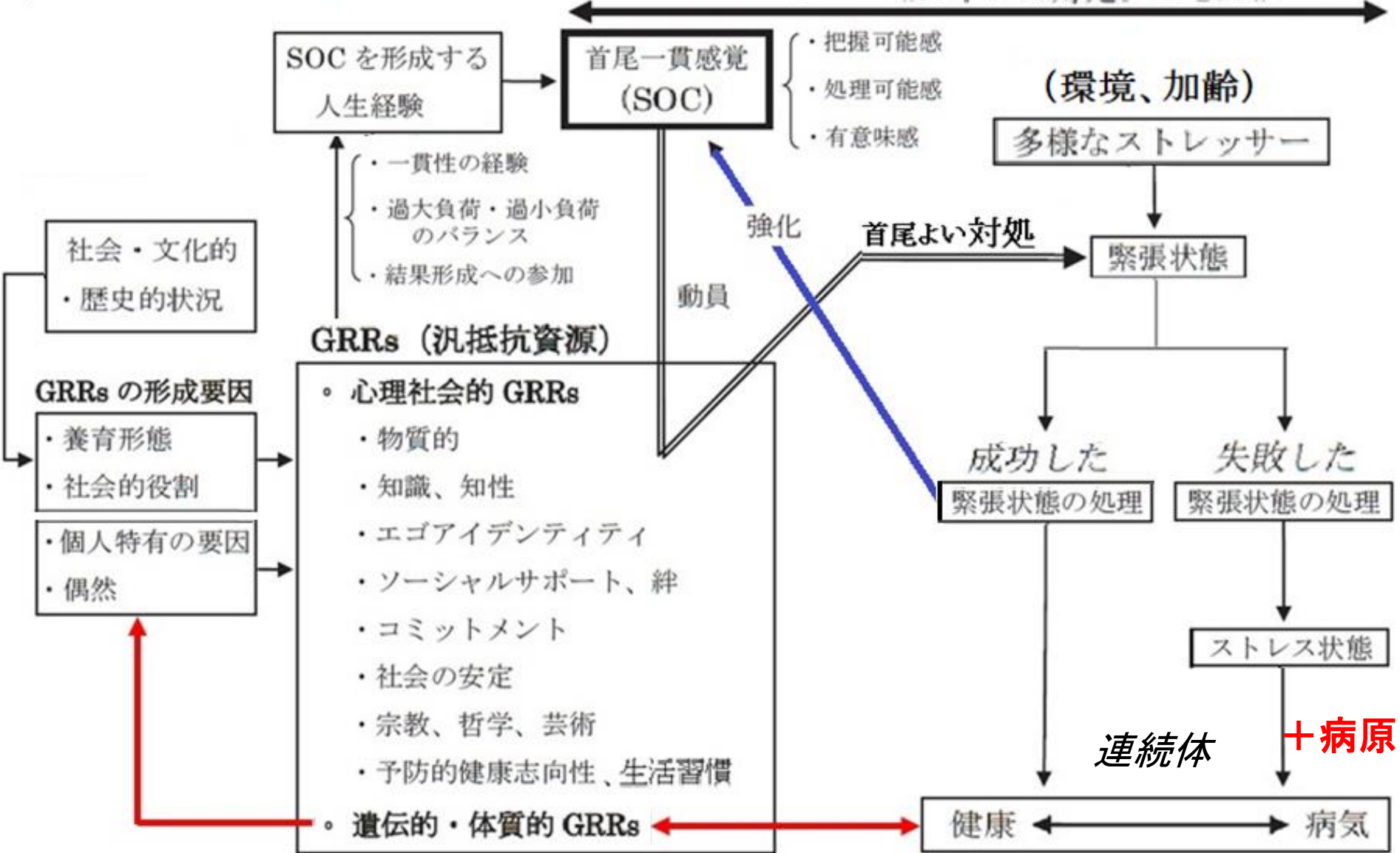
# Salutary factor, Antonovsky, A (1979)

- 人間の健康状態を「健康or 健康破綻(病気)」の二分法で捉えるのではなく、「健康—健康破綻の連続体」上のある地点に位置するものとして捉える。
- 人間は、環境から受ける様々なストレスや身体の老化など健康破綻の方向へと向かわせる刺激に常にさらされながらも、これに逆らいながら「健康—健康破綻の連続体上」のある位置で健康状態を維持している存在である。
- ストレスは疾病生成的とはかぎらない (著書p10)
- このように健康状態を維持し、さらにはより高い健康へ向かわせる可能性を持つ要因のことをAntonovsky は健康要因(サリュタリーファクター; salutary factor)と呼んでいる。そして彼の理論の中で中心となる概念が健康要因としての首尾一貫感覚 (Sense of coherence; SOC) である。

# 首尾一貫感覚 (sense of coherence: SOC) と健康生成モデル

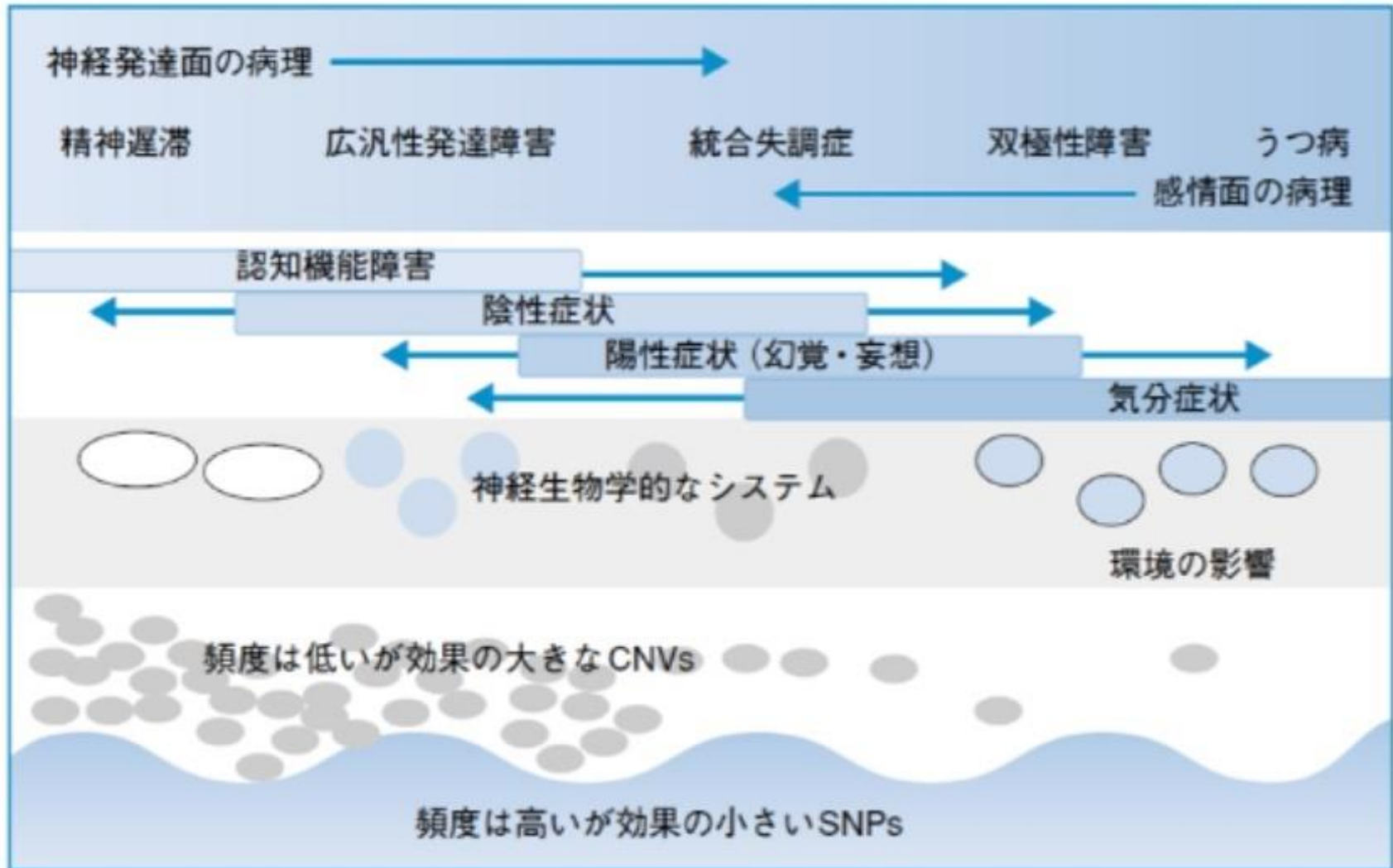
《SOC 形成プロセス》

《ストレス対処プロセス》



# 精神疾患の再定義 ゲノム情報

図2 ゲノム情報からみた精神疾患の再定義

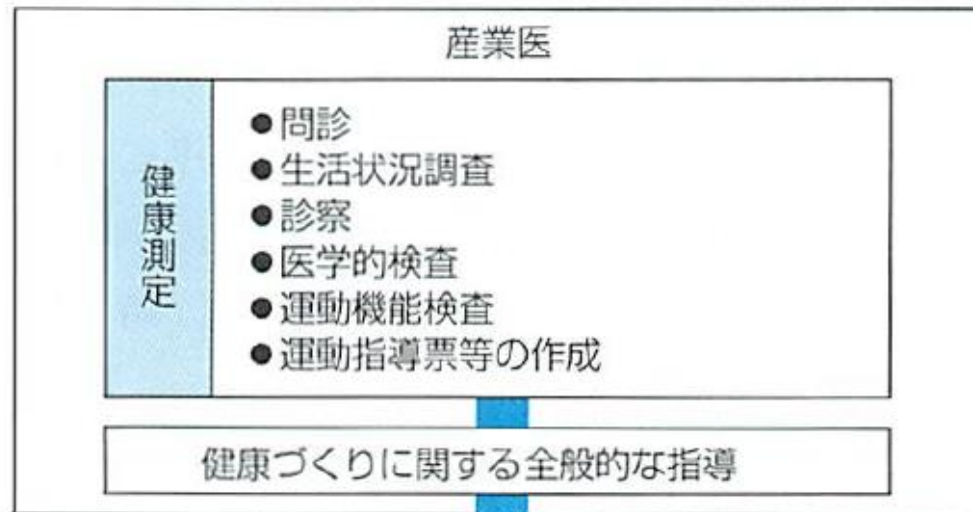


CNV: コピー数多型, SNP: 一塩基多型

Craddock N, Owen ML. Br J Psychiatry 2010; 196: 92-5 より一部改変.

図: 引用元⇒ 三田こころの健康クリニック

図2-45 THPにおける健康づくりスタッフと役割



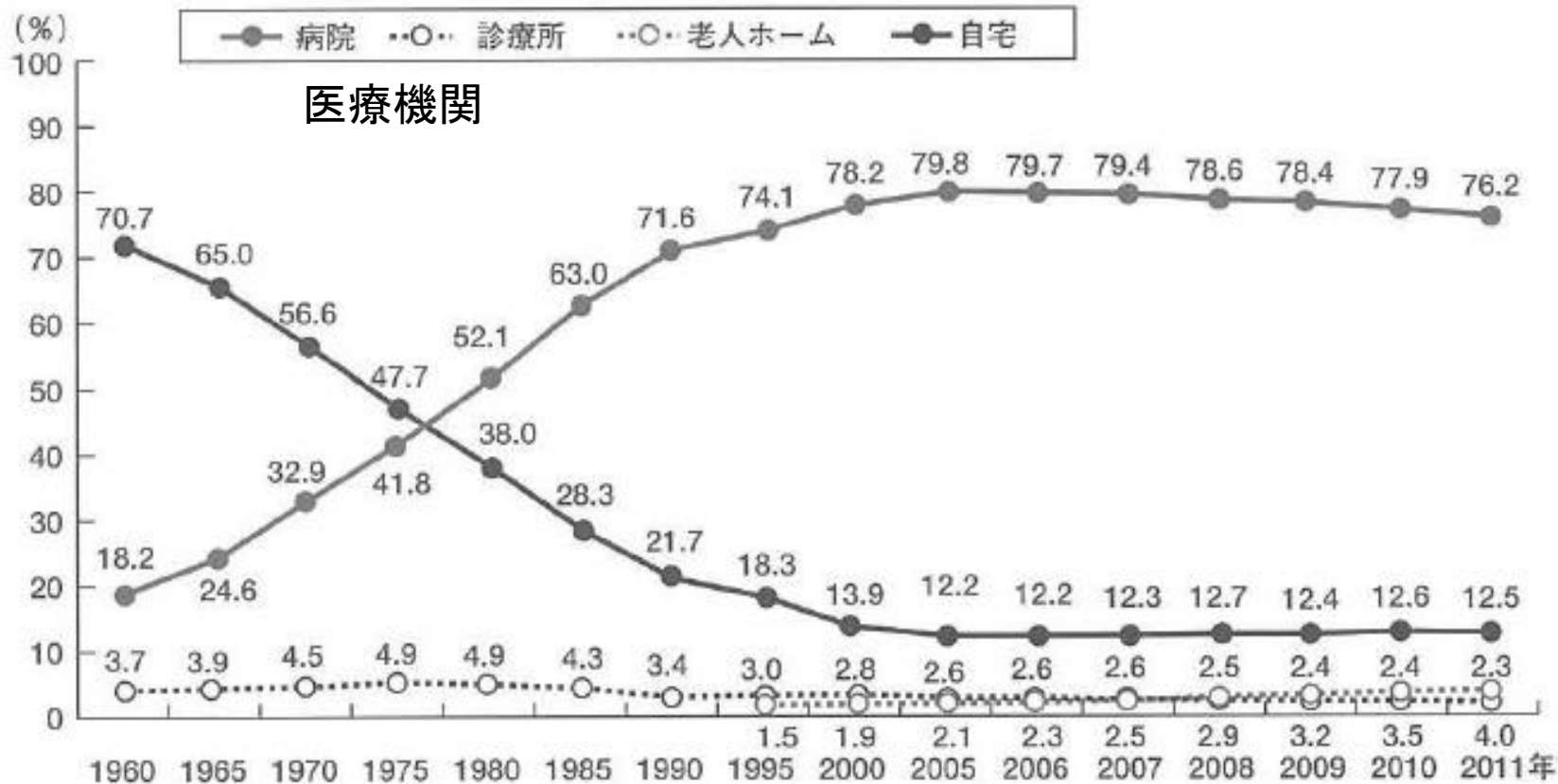
心とからだの健康づくり運動  
 [トータル・ヘルス・プロモーション・プラン (THP)]  
 1988(昭和63)年



運動指導		保健指導		メンタルヘルスケア		栄養指導	
運動指導担当者	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 運動指導プログラムの作成および運動指導</li> </ul>	産業保健指導担当者	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 勤務形態や生活習慣に配慮した生活指導</li> </ul>	心理相談担当者	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ストレスに対する気づきの援助</li> <li>● リラクゼーションの指導</li> <li>● 良好な職場の雰囲気づくり</li> </ul>	産業栄養指導担当者	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 食生活・食行動の評価と改善指導</li> </ul>
運動実践担当者	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 運動の実践のための援助</li> </ul>						



# 死亡場所の変化 p272



2014年  
医療機関  
98万人  
77.3%

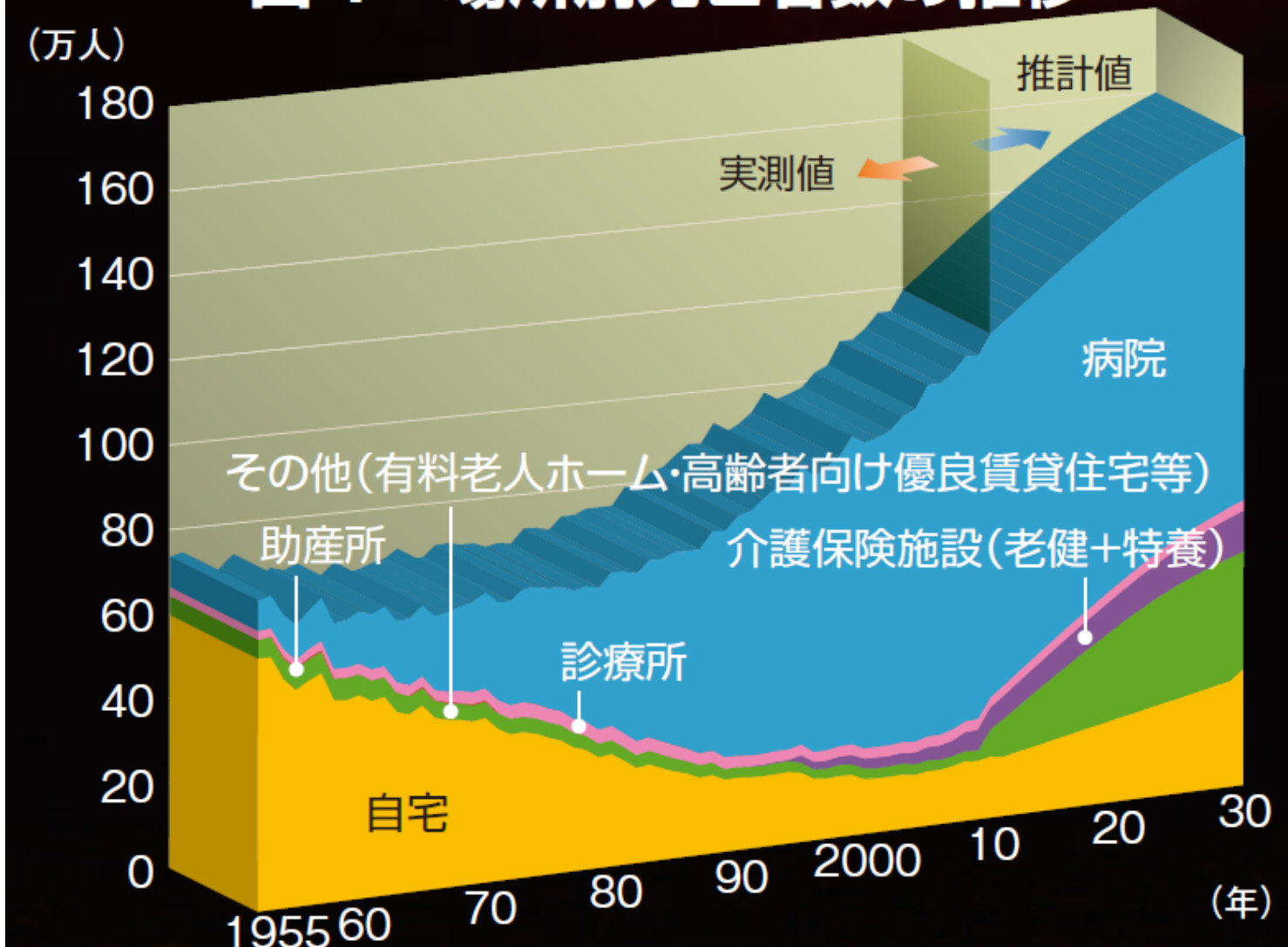
介護施設  
10万人  
7.7%

自宅  
16万人  
12.8%

その他  
3万人  
2.3%

# 2030年 47万人 死に場所難民

## 図1 場所別死亡者数の推移



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成18年12月推計)

# 第1節 「死」を理解する

## 0 ライフサイクル(エリクソン)

### 1 死のとらえ方

- ①生物学的な死
- ②法律的な死(脳死)
- ③臨床的な死

### 2 尊厳死

### 3 終末期(ターミナル期)

- 終末期に退院する例
- ターミナルケアのポイント

アンケート用紙に学籍番号と氏名を書きなさい。

アンケートの内容に答えなさい。

【設問1】 Memento mori. とは何か。語句の言語的意味と考えるところを簡潔に述べよ。

【設問2】 植物機能とは何か。語句の言語的意味と考えるところを簡潔に述べよ。