

**我々は意思決定能力を欠いた患者の治療拒否を尊重すべきか**

熊本大学大学院生命科学研究部 生命倫理学分野教授 浅井 篤  
熊本大学大学院医学教育部修士課程・生命倫理学分野 石本 博子

**Should we respect an incompetent patient's refusal of treatment?**

Atsushi Asai  
Hiroko Ishimoto

**Abstract**

Should we respect treatment refusal of incompetent patients who cannot decide for themselves? What principle or reason could justify compulsory interventions against the patients' will? This paper deliberates various factors that possibly influence our attitudes toward an incompetent patient's refusal of treatment. Issues discussed would include standard treatments at a given time in a given culture, advance directives, perpetuity of incompetency, nature of refused interventions, alternatives, emergency, ethical and medical uncertainty, our discriminatory feeling, human dignity, fundamental liberty, and patient's moral obligations. We conclude that compulsion against incompetent patients should be exceptional and must not be forced unless there is a serious reason.

**1. はじめに**

医療現場で働きつつ生命・医療倫理を教育・研究してきて、患者ケアにおいて実現しなくてはならない大切な原則がたくさんあると実感している。患者の意向を尊重し、診療に関する同意を取得する。可能な限り自由を奪わない、最善の利益を実現し、生じる害を最低限にする。患者にあらゆる意味で公平に、そして丁寧に接し、プライバシーを厳守する。患者の脆弱性を認識し、その人の社会的文化的価値観を尊重し、個人の人権と人間の尊厳を保護する。そして常に医療専門職としての自覚を持って、関係者に対して共感的な態度で臨むなどである。しかし次のような諸事例ではこれらの原則尊重だけでは十分な対応ができない恐れがある。

認知機能が低下している高齢者が胃ろう造設を拒否している場合、我々はどう振る舞うべきか。神経性食思不振症の女性が栄養補給を拒否している場合はどうだろうか。希死念慮がある重度うつ病の成人男性が精神科受診を拒否している時はどうしたらよいか。根治手術が可能な乳がん罹患した統合失調症の女性が手術を拒否している場

合は、説得以上のことをすべきだろうか。小さな子どもが予防接種の注射を嫌がったら、打たずにすませるべきか、それとも無理矢理行うか。この種のケースには枚挙の暇がなく、他にも同種の事例は幾つもあるだろう。表 1 に医療における強制的介入の例を挙げる。

### 表 1 強制的介入の諸例

強制治療

強制入院

強制不妊手術

強制帝王切開、

強制ワクチン接種

強制隔離

強制ケア（身体拘束）

社会の高齢化と患者の重症化で意思決定能力を欠いた患者の割合が増加しており、自分で自分のことを自分のために決められないと思われる人々の治療方針決定について、我々が何を原則にしてどう行動すべきかが増々重大な問題になってくる。我々は意思決定能力を欠いた患者の治療拒否を尊重すべきだろうか。どんな根拠や理由があれば、本人の意に反した強制が正当化されるのだろうか。何をいちばん大切なものとして守るべきなのだろうか。

患者が自分で自分のことを自分のために決められるのであれば、適切なインフォームド・コンセント取得の手続きが取られるだろう。疾患のために適切な意思決定を行うことができない患者がどんな意向も表明しないとき、またはできない時には、その人の意向を推定したり何が最善の利益なのかを検討したりして、家族等が本人に代わって診療方針を決定するだろう。事前指示が有用となる得る場面である。自律尊重や最善利益実現で医療現場のすべての問題が解決するとは思わないが、原則としては受け入れられるだろう。

では患者が明確に、医療側や家族がその人のためになると考える診療行為を拒絶する場合はどう考えるべきだろうか。患者に意思決定能力がある場合には、その治療拒否を受け入れることが、いろいろ問題はあるにしても、原則になるかもしれない。では上記の諸事例のように、当人の意思決定能力が不十分な場合はどうだろうか。これが本論の主たる問いである。医療倫理領域のケースブックやケーススタディーにも同種のジレンマ—意思決定能力を欠いた患者の治療拒否への適切な対応—への対応が中心となる事例があり、患者の意思決定能力判定の難しさ、関係者間での治療方針の不一致、強制を可とする法制度を利用するか否かの判断、代理判断の問題点、意思決定能力を低下させる医学的状態が現在の患者の価値観に影響しているか否か、患者の道

徳的責務などが論じられていた<sup>1)2)</sup>。

本状況は当人の意思が不明瞭な場合よりずっと厄介である。なぜなら意向無視や強制という、同意取得や患者の自由尊重と正反対のことをせざるを得ない場合が生じ得るからだ。患者に自律的な意思決定ができない場合にはパターナリスティックな介入、つまり強制が許されるという見解もあるが、何が善いことなのかわからない場合や介入が患者の害になる可能性がある場合には、弱いパターナリズムでの正当化が困難になり再考の必要がある。本論では上記のような問題意識や疑問をもって、意思決定能力を欠いた患者の治療拒否に対する我々の態度に影響すると思われる要因を可能な限り取り上げ、その意義を議論する。強制的介入を正当化する議論の問題点も同時に検討する (表 2)。

## 表 2 一般的に強制を正当化する理由一覧

本人または他者・社会への危険性

本人に対する治療介入の必要性 (緊急介入の必要性)

患者が理性的であったなら介入を望むに違いないという推定

結果的には患者の自律性を尊重する結果になるという判断

総合的長期的には患者の利益になるという判断

患者は脆弱な立場に置かれているため手厚い保護が必要だという見解

最後に結論として、意思決定能力を欠いた患者の治療拒否を尊重すべき条件を特定する。最初に一言断っておくが、以下で論じることの多くは、実証研究から得られたデータに基づくものではなく、筆者らの推測を基礎にしている。

## 2. 関係者の判断に影響を及ぼし得る因子

本セクションでは、意思決定能力を欠いた患者の治療拒否に対する我々の態度に影響を及ぼす可能性がある要因を可能な限り多く検討したい。表 3 に一覧を示し、以下ひとつひとつ検討する。

## 表 3 我々の判断に影響を及ぼす因子一覧

- 1 その場所その時の標準的行為と拒否の了解性
- 2 事前指示の有無
- 3 意思決定能力欠如 (incompetency) の治療可能性・永続性
- 4 拒否されている治療の種類
- 5 強制介入に代わる代替案の有無 (「待つ」という代替案含む) ・緊急度
- 6 倫理的な不確実性・医学的不確実性・心理的不確実性 (患者の「心変わり」の可能性)
- 7 患者に対する差別感情

## 8 人間の尊厳と自由

## 9 患者の道徳的責務

### 1 何がその場所、その時の標準的行為か

認知症によって意思決定能力を損なわれている高齢患者に、根治的な手術が可能な胃癌が発見されたとしよう。患者は「腹を切られるのは嫌だ」と手術という選択肢を拒否している。その患者が生きている社会の高齢者の胃癌に対する標準的治療が開腹手術だった場合、この患者の手術拒否がすんなりと、医療専門職や家族を含む関係者に受け入れられる可能性は低い。推奨される手技が腹腔鏡手術でも本質的には同じである。なぜなら患者が理性的であったならその介入を望むに違いないという推定がなされるからである。判断の基準になる仮想上の合理的患者は手術を望むと予想されるわけだ。医療側は「普通は切るだろう」「普通は取るだろう」と思い、患者の拒否を覆そうとするかもしれないし、家族の代諾で手術を行うかもしれない。患者の視点からすれば強制的な手術となる。

一方、その患者の生きている社会の標準が、高齢者には侵襲的な外科手術を行わないというものだった場合、患者の「腹を切られるのは嫌だ」という希望はもっともなことだと多くの者が見なすだろう。そもそも手術等の積極的治療が薦められない可能性が大きく患者の拒否が発生しない可能性もある。したがってその場その時の医療標準によって、患者の希望が拒否とみなされる否かが左右され、またその拒否が認められるかどうかが決まってくる。患者の医学的状況が同一であっても、患者がたまたま生活している場所で拒否が受け入れられるか、それとも強制的介入が行われるかがかわる。このことは介入が癌に対する外科治療でも、経口摂取不可能な患者に対する人工的水分栄養補給実施に関しても全く同様である。その場その時の社会の標準で優先的に守るべき価値が判断され、患者の拒否の了解性や異常性が判断される。家族の意向も大きな影響を持つが、家族の意向もその場その時の社会通念に大きく影響を受けるであろう。家族の発言力や決定権も時代や場所で非常に異なる。したがって文化圏や時代で介入の仕方が大きく異なる診療行為の強制には慎重であるべきだ。

### 2 事前指示（推定意思）の有無

意思決定能力を欠いて、かつ意思表示ができない患者の治療方針決定の際には、その適用が適切な場合、事前指示の内容が重要な根拠のひとつとして参考にされる。では意思決定能力を欠いているが意思表示をする患者の場合はどうだろうか。たとえば、脳梗塞後遺症のため意思決定能力を欠いている衰弱した寝たきり患者が肺炎に罹患したとしよう。よくある誤嚥性肺炎である。患者は「もう針を刺すな、もう点滴は嫌だ」と断固として抗生物質の点滴の使用を拒否している。この患者は適切な手続きで作成された信頼できる事前指示を残しており、そこには明確に寝たきりになって回復の見

込みがなくなったら、可能な限り自然に逝かせてほしい。貧血も肺炎も腎不全の血圧低下も不整脈も治療してほしいと書かれていた。この場合、一定数の医療専門職はこの患者の抗生物質拒否を受け入れようとするだろう。

一方、この患者が事前指示を残しておらず、意思決定能力が保持されていたときの患者の意向が全くわからなかったとしよう。この場合には患者の抗生物質使用拒否を尊重する医療専門職の数はかなり減るのではないだろうか。抑制してでも抗生物質点滴を開始する可能性が高まると思われる。なぜなら抗生物質不使用を正当化する有力な理由がひとつ欠如するからである。

しかし意思決定能力を欠いた患者の現在進行形の治療拒否が、過去に表明された意向の有無によって、尊重されたり無視されたりすることは妥当なことだろうか。言い換えれば、ある治療を事前指示で拒否していたらその治療を強要することは不当で、事前指示に言及がなければ強制は正当化されるのかという問いになる。事前指示に書かれている内容と矛盾しない治療拒否を表明している患者は、意思決定能力の欠如のために治療を拒否しているのではなく、以前の正常時の人格の価値観に基づいて拒否しているとみなせるのかもしれない。しっかり話し合う努力をすれば、患者の治療拒否にはもっともな理由があるかもしれない。しかし今現在ほぼ同一の医学的状況にある患者の治療方針が、過去の意向の有無で、大きく左右されてしまってよいのだろうか。事前指示がないことだけを理由に、患者の治療拒否は病気のせいだと断定してしまってもいいのだろうか。それとも我々には事前指示を書くという義務があって、その義務を前もって果たしていない場合には、意思決定喪失後の治療拒否権を失うのであろうか。したがって事前指示がある場合はもちろんのこと、それがなくても、意思決定能力を欠いた患者の治療拒否を慎重に検討するべきだ。

### 3 意思決定能力欠如 (incompetency) の永続性 (回復可能性)

治療を拒否している患者の意思決定能力欠如が永続的なものか、一時的なもの、つまり治療法がある、または時間経過で回復・獲得可能なものかで、我々の態度は変わるであろう。一時的な強制治療で患者の意思決定能力が回復する場合、多くの医療専門職および家族は患者の拒否にもかかわらず強制的介入を行うであろう。

たとえば、希死念慮がある重度うつ病の成人男性が精神科受診を拒否している時は、うつに対する強制的治療が行われる可能性が高いと思われる。抗うつ薬治療が患者のうつを改善させ、治療に対する拒否をも消失させる可能性が高いからである。ヘルペス脳炎で意識障害があり入院を拒否している患者も強制入院と治療の対象になるであろう。今の一時的な強制によって将来の長期的な自律性の回復につながり、当人の利益になると主張できよう。いわゆる「ユリシーズ契約」も一時的な意思決定能力喪失状態には有効であろう。つまり意思決定能力低下状態を来している状態に対して有効な治療がある、または継時的変化で回復が期待できる場合、患者が治療拒否にもかか

ならず、治療が強制される可能性は高いだろうと予測される。小さな子どもに効果が確立しているいくつかの予防接種の注射を強要するのも、時間が彼らに意思決定能力を授けるからであり、彼らの生存が彼らの利益になるからである。

他方、永続的不可逆的意思決定能力喪失の場合はどうだろうか。将来の認知機能の回復が望めない多くの認知症患者や脳神経疾患患者が当てはまる。彼等が最終的に自律を回復する可能性は極めて小さく、強制的介入によって得られた利益を理解し感謝する (appreciate) する可能性もほぼない。たとえば中等度以上の若年性アルツハイマー患者が根治術可能な乳がん治療を拒否しているような場合であろう。不可逆的意思決定能力喪失患者の治療拒否に対する関係者の判断には幅がでる可能性がある。したがって意思決定能力の回復が見込めない患者は、見込める患者と異なった扱いをすべきである。

#### 4 拒否されている治療の種類

回復可能性がある意思決定能力低下状態の患者が、意思決定能力低下とは関わりのない治療を拒否している場合はどうだろうか。たとえば根治可能な乳がん罹患した未治療統合失調症の女性が治療を拒否している場合である。統合失調症に対する治療によって意思決定能力を回復し、その上で本人の同意をとって乳がんの治療を行うことが通常最初に試みられるであろう。しかし抗精神病薬での統合失調症治療を患者が拒否した結果、同意を得た上で乳がん治療の実施できない場合の対応はどうなるだろうか。つまり直接的に意思決定能力回復に寄与する介入と、そうでない介入では対応に差が出るだろうか。

精神疾患に対する強制治療を正当化する状況は一般的に本人または他者・社会への危険性および本人に対する治療介入の必要性となろう。統合失調症のために自殺や殺人の危険がある場合には、強制的介入が正当化されるであろう。しかし乳がん治療を拒否している場合はどうであろうか。乳がんの治療を拒否しているからという理由で、精神科治療および (and/or) 乳がん治療が強行されるだろうか。いずれにせよ、患者が何を拒否しているかで介入の有無がかわる可能性がある。そして、どちらの種類介入に対して強製の度合いが強くなるのかははっきりしない。したがって意思決定能力は全般的なものではなく個別的なものなので、それぞれについてしっかりした説明を試みるべきである。

#### 5 強制介入に代わる代替案の有無 (待つという代替案) ・緊急度

急性腹症患者を救命するには緊急手術しか選択肢がない場合や、遅滞なき大量抗生物質開始なしには細菌性髄膜炎患者に重大な障害が残る場合、または今すぐ強制入院させなければすぐにも自殺を犯す危険度がきわめて大きいうつ病患者の場合、たとえばこれらの患者が意思決定能力を失っている状態で頑なに治療を拒んでも、強制的介入

行われる可能性が高い。まさに救命救急治療である。

しかし短時間であれ経過観察をするという代替案が存在し得る場合には、治療を強行しなくても患者を説得する時間的な余地があるだろう。また患者が拒否する治療に変わる治療、たとえば点滴治療に変わる内服治療が有効な場合は、点滴を拒否する患者に内服をすすめることができるかもしれない。したがって意思決定能力を欠いた患者が薦められた治療を拒否する場合、適応可能で患者が拒否する可能性の小さくなる代替案を探ることが大切であろう。

#### 6 倫理的不確実性・医学的不確実性・心理的不確実性 (患者の「心変わり」の可能性)

医療には不確実性が伴う。少なくとも医学的、倫理的、そして心理的不確実性の 3 つが存在する。医学的不確実性は、医療側が目指す治療目的が必ず達成できるとは限らないことを指す。医療には不確定要素がつきまとう。治療成功の可能性がどの程度高ければ、患者の拒否にも関わらず強行することが正当化されるのだろうか。

倫理的な不確実性とは、医療側が患者にとっての最善に関する判断が必ずしも正しいか否かわからない状況を指す。意思決定能力を欠いた患者の最善を検討する関係者の判断は、客観的、中立的、普遍的、患者中心的なものだろうか。利益判断は価値判断であり、判断者それぞれの立場 (視座、*perspective*) やそれまでの人生経験に大きく左右される。判断者の主観性や価値観、偏見が入り込まない保障はない。患者が利益と感じていることと彼等の最善利益判断が一致するとは限らない。意思決定能力を失っているからといって利益享受能力まで失っているとは限らないのだ。また患者の最善利益に関する判断に、関係者の自己利益によるバイアスが入り込む可能性も常にある。我々は完全に利他的になることはできないのではないか。さらに患者は心理的に不安定であり、患者の推奨治療に対する態度は変化し得る。患者側の心理的不確実性である。少し時間がたてば拒否から受け入れに転ずる可能性もゼロではない。時間がたてば強制しなくてもよい可能性が常にある。さらに意思決定能力の判定に関しても不確実な点、グレイエリア、不安定さがあり、判定者によって意思決定能力の有無の評価に差がでてくる可能性もあることを忘れてはならない。

最初の 3 つの不確実性の最悪の組み合わせは、もう少し話し合えば受け入れたかもしれない医学的介入を緊急性が低いのに時を置かずに強行し、治療は失敗し期待された医学的効果を実現できず、患者に不利益しか生じさせない事態だろう。胃ろうを拒否している経口摂取ができない意思決定能力の低下した人に、身体抑制して延命のために胃ろうを強行する。しかし期待したほど栄養状態は上がりえず胃ろう部からは出血が止まらず感染も起こし、抑制と合併症のために患者の一層精神状態が悪化し、患者の QOL が大幅に低下してしまったというような事例である。したがって医学的倫理的・心理的不確実性が大きい場合には、強制的介入には慎重でなければならないだろう。関係者間で意思決定能力判定に関して意見が分かれる場合も同様である。

## 7 患者に対する差別感情

意思決定能力を欠いた患者は、子供や一過性の意識障害患者を除いて、認知機能障害または精神障害を持っていることが多い。たとえばアルツハイマー病患者や統合失調症患者である。そしてこれらの患者は医療現場や社会において医療関連差別の対象になりやすいことが知られている。意思決定能力を欠いた患者に対する差別感情は、患者の苦痛や怒り、さらには存在価値そのものに対する過小評価につながる危惧がある。我々は「意思決定能力を欠いた患者の苦痛は、自分の場合より軽い」という偏見を持っていないだろうか。意思決定能力を欠いた人々の経験ははっきり言って不可知である。

状況にもよるが、患者には強制されたという感情的トラウマが残らないだろうか。医療専門職や家族への不信や怒りが生じるかもしれない。強制された後の患者の心理はわからない。また強制された治療が永続的であり何等かの不快感や副作用がある場合、患者は目的を認識できない苦痛に苛まれるという不条理な状況に陥ることも起きうる。強制治療に身体拘束が必要とされる場合、患者は自分が縛られる理由がわからないかもしれない。これはある種の拷問になるのではないだろうか。したがって、我々は自らの内なる差別感情に敏感でなければならないだろう。

## 8 人間の尊厳と自由

意思決定能力の有無に関わらず、患者の人権は守られるべきであり、また人間としての尊厳は最大限に大切にされなければならない。明らかな拒否にもかかわらず患者が望まないことを強制するのは人権および尊厳の侵害にあたる、という主張は可能である。たとえば身体拘束は基本的自由という概念と真っ向から対立する。縛られたままで死を迎えるのは尊厳ある最後とは言えないだろう。意思決定能力を欠いた人間は尊厳死や自然死といった概念をもはや持ちえないと断言できるだろうか。意思決定能力低下によってその人の人間としての価値や尊厳が低下するのだろうか。否であろう。

自分の望みに反した医療を強要されて生き続けること、または死ぬことを望む者はいないであろう。他方で、患者は脆弱な立場に置かれているため手厚い保護が必要だという見解は有効であり、将来的な自由や尊厳の回復または、少なくともそれ以上の悪化防止のために介入するという意見もあり得る。人間の尊厳の定義は様々である(表4)。したがって我々がどのように人間の尊厳を定義するにしろ、それを守ろうとする姿勢が大切であろう。

### 表 4 人間の尊厳の様々な定義

- 人間が人間である限り有する絶対的価値であり、すべての人によって相互に尊重されるべきものである<sup>3)</sup>。
- 理性、自律性、選択能力などの人間の特定の属性に人間の尊厳の根拠を求める。



- 「人間らしさ」「自由であること」「惨めさや屈辱を感じないこと」「人間としてのプライドとなくさずに生きる」と説明する論者もいる<sup>4)</sup>。
- 「患者は、敬意を持って丁寧に扱われるべきである。そして彼らの社会的文化的価値が尊重されるべきである。」(尊厳原則)と述べている<sup>5)</sup>。
- 「自らが誇ることができ他者に敬意と尊重を要求する、精神的道徳的人格で実感可能な価値」<sup>6)</sup>
- 人間(自分と他者)の大切さ

### 9 患者の道徳的責務

意思決定能力を欠いた患者に対する強制で達成しようとしている価値は何なのか。患者が妊婦で胎児に対して害になり得る状態を放置している場合、強制治療は胎児の命を守る。患者が危険で感染力の強い感染症の隔離治療を拒否している場合、強制隔離は他者の命や共同体の利益を守るであろう。患者本人の命も共同体の利益と考えることができる。つまり他者や社会に対する直接的または間接的害が想定される場合、意思決定能力を欠いた患者には治療を受ける道徳的責務が生じると主張できる。たとえば、治療(細菌性感染症に対する抗生物質治療)拒否によって簡単に治る疾患が悪化、慢性化して、他の家族や社会全体に迷惑を掛ける場合には、強制治療が用いられるかもしれない<sup>2)</sup>。したがって治療方針決定時には、患者の個人の尊厳と人権に十分配慮すると同時に、当該患者の他者および社会に対する道徳的責務を考慮する必要があるだろう。

### 3. 結論 我々は意思決定能力を欠いた患者の治療拒否を尊重すべきか

表 5 に意思決定能力を欠いた患者が推奨された治療を拒否している場合の治療方針に関する留意点をまとめた。

#### 表 5 意思決定時の留意点

- 文化圏や時代で介入の仕方が大きく異なる診療行為の強制には慎重に対応する。
- 事前指示がない場合でも、意思決定能力を欠いた患者の治療拒否を慎重に検討する。
- 意思決定能力の回復が見込めない患者は、回復が見込める患者と異なった扱いをする。
- 意思決定能力は個別的なものなので、介入に関して具体的に説明する。
- 適応可能で患者が拒否する可能性の小さくなる代替案を探す。
- 医学的倫理的・心理的不確実性が大きい場合には、強制的介入には慎重にあたる。
- 関係者間で意思決定能力判定に関して意見が分かれる場合も慎重な態度を取る。
- 自らの内なる差別感情に敏感になる。

- どう定義するにしろ、人間の尊厳を最大限守ろうとする姿勢が大切。
- 患者の尊厳と人権に十分配慮した上で、当該患者の道徳的責務を考慮する。

しかし実際にはどうしたらいいだろうか。この問いに対する普遍的な回答はあるだろうか。最も重視すべき原則は何だろうか。我々は次のように考える。まずは表5にあげた観点はどれも大切である。また、たとえ意思決定能力を欠いた患者が対象であっても、強制は原則的方針ではなく例外的手段であるべきだ。よほどの理由がない限り強制をしてはならないだろう。患者利益は確実に長期的でなければならない。利益が不確実な場合は弱いパターンリズムを根拠にした介入の正当化はできない。

公益は重要だが、患者の治療拒否が他者や社会にとって危険でないならば、患者の治療拒否の要望は、選択肢として真剣かつ慎重に考慮さなければならない。たとえ意思決定能力がなくても、患者は強制によって苦しみ傷つく。その苦痛は理解を欠く故に一層ひどいものになるのではないか。強制治療の効果だけでなく悪影響も十分に検討すべきである。強制によって患者に慢性的な苦痛や永続的な苦悩が生じる場合には強制を行ってはならない。患者に対して強制的介入を行なおうとする時、我々は慎重かつ謙虚であるべきであろう。

最後に強制的介入を行った者は、最後までその介入によってもたらされた帰結に責任を持つべきである。何等かの措置を行って、あとのことは知らないでは済まされない。それは終わりではなく、むしろ重大で永続的な責任の始まりである。胃ろう造設のように、その後の管理の方が介入そのものよりも大変で重要なものもある。さらに精神疾患患者では、患者の自己管理や自立が重要であるため、強制的な治療は逆効果となる。なぜなら、いったん患者の拒否を踏みにじると、彼らのその後の人生においても、責任感や自己管理の点で問題を残しかねないからである<sup>7)</sup>。したがって、強制は原則的方針ではなく例外的なものであり、かつ介入する場合にはそれに伴う重大な責任を引き受ける義務が生じることを忘れてはならないだろう。

## 文献

- <sup>1)</sup> Benjamin Freedman, The roles and responsibilities of the ethics consultant A retrospective analysis of cases (edited by Françoise Baylis), University Publishing Group, 2000, Maryland, pp.27-33.
- <sup>2)</sup> James M. Gustafson, Francis C. Pizzulli, "Ain't nobody gonna cut on my head!" In Bette-Jane Crigger preparation. *Cases in bioethics 3<sup>rd</sup> edition*, St. Martin's Press, New York, 1998, pp.186-190.
- <sup>3)</sup> 高橋隆雄 ヒト胚問題への「反省的均衡」の適用、高橋隆雄編 ヒトの生命と人間

の尊厳 2002 年、九州大学出版会、福岡、pp.51-101.

- 4) 伊東隆雄、身体拘束。井部俊子監修、服部健司・伊東隆雄・宮城昌子著 医療倫理学の ABC 第二版、メディカルフレンド社、2012 年、pp.185-190.
- 5) British Medical Association Ethics Department. *Medical Ethics Today The BMA's handbook of ethics and law* Second Edition, BMJ Books, 2004, London, p.100.
- 6) 浅井篤、會澤久仁子、門岡康弘、谷田憲俊 「今の日本では尊厳死は無理」『在宅ケアとホスピスケア』2012 年；20：46-57
- 7) バーナード・ロウ 医療の倫理ジレンマ 解決への手引きー患者の心を理解するためにー、北野善良、中澤英之、小宮良輔監訳、西村書店、2003 年、p.363.