

2008年9月30日  
第0801号苦情調査申立事件  
申立人  
相手方

## 調 査 報 告 書

NPO 法人患者の権利オンブズマン  
理事長 池 永 満

\*\*\*\*\*

### 目 次

- 第1 事案の概要
- 第2 調査の経過
- 第3 申立人の苦情の内容と相手方の弁明
- 第4 インフォームド・コンセント手続と診療情報共有の実情
- 第5 患者の権利オンブズマンにおける判断基準
- 第6 申立人の苦情および相手方病院の弁明に対する評価
- 第7 相手方に対する勧告と要望

\*\*\*\*\*

### 第1 事案の概要

大分県内に居住する申立人の娘（本件患者・当時19歳）は、急性骨髄性白血病（注1）を発症し、2005年7月22日、大分県内に所在する相手方病院に入院し（第1回入院）、同年10月31日、臍帯血幹細胞移植手術（以下「臍帯血移植」という）を受けたが、移植後の同年12月から翌年1月にかけて重度のGVHD（移植片対宿主病、注2）を発症し、大量の下血、腸管、肝、造血障害等が持続したためステロイド剤の長期大量投与を受けることとなり、その副作用による著しい免疫不全、易感染状態となって、同年3月頃には、長期臥床による廃用性筋萎縮とステロイド・ミオパチー（ステロイド投与に伴う筋原性疾患）も合併して寝たきり状態となり、その後も腸管GVHDが重症化・難治化するなど多岐にわたる疾患に苦しむ闘病生活を余儀なくされ、6回にわたる入退院を繰り返して、第1回入院から約1年半後の2006年12月1日死亡するに至った。

#### 【注1】急性骨髄性白血病

急性白血病の一つである。急性白血病とは分化の途中段階にある未熟な血液細胞が腫瘍化し、骨髄中で無制限に増殖するものである。非リンパ系細胞の性質を有しているものを急性骨髄性白血病（acute myeloid leukemia :AML）という。形態的な特徴をもとに分類したものがFAB分類（French-American-British Classification）であり、M0からM7のタイプに分類され、本件患者はM0（エムゼロ）タイプと診断されている。

【注2】GVHD：移植片対宿主病（Graft-versus-host Disease：GVHD）

移植された造血幹細胞が増殖していく過程で、そのなかに含まれているドナーの成熟リンパ球が宿主である患者を「非自己」と認識し、免疫学的に攻撃する反応をいい、造血幹細胞移植後における命に関わる合併症の一つとして、そのコントロールが最大の課題となっている。

移植後早期に起こるものを急性GVHDといい、皮膚症状、消化管症状、肝障害などを来し、重症度によりステージⅠ～Ⅳの4段階で表現する。本件患者はGVHD発症時にステージⅢと診断されている。

（参考文献）堀田知光編集：血液・造血器疾患の治療と看護、南江堂、2002など

## 第2 調査の経過

申立人は、相手方病院の病状説明が一貫して不十分であり、入院期間中における医師及び看護師らの患者家族に対する対応が不適切で、患者の人権が侵害されたとの苦情を抱き、NPO法人患者の権利オンブズマン（大分相談室）に相談するとともに、相談員の同行支援を受けて相手方病院との話し合いを行ったが、納得できる回答が得られなかったとして、本件苦情調査の申立を行った。

患者の権利オンブズマンにおける調査経過は以下のとおりである。

- (1) 定例オンブズマン会議（2008年6月8日）は、同年5月3日付で提出された申立人の調査申立を受理することを決定し、医療専門家を含む4名のオンブズマン会議メンバーと法律専門相談員（弁護士）の中から特別委嘱された2名の調査委員で構成する調査小委員会を発足させた。
- (2) 第1回調査小委員会（同年6月8日） 調査の方針と日程の検討、医療記録の分析作業の進め方に関する協議
- (3) 第2回調査小委員会（同年6月27日） 申立人からの事情聴取項目などの検討
- (4) 申立人から事情聴取（同年7月5日） 大分において実施
- (5) 第3回調査小委員会（同年7月13日） 相手方病院に対する質問項目などの検討
- (6) 相手方病院から事情聴取（同年7月23日） 相手方病院において実施。主治医、看護師長、事務長らから聴取
- (7) 第4回調査小委員会（同年7月26日） 相手方病院の調査結果の報告および苦情調査事案における論点の検討
- (8) 申立人からの再度の事情聴取（同年7月31日） 患者の権利オンブズマン事務局において実施
- (9) 第5回調査小委員会（同年8月3日） 委員会としての調査報告書案の概要を検討
- (10) 第6回調査小委員会（同年8月10日） オンブズマン会議に提出する調査報告書案を決定
- (11) 定例オンブズマン会議（同年8月10日） 調査小委員会から提出された調査報告書案を検討し、オンブズマン会議としての調査報告書の作成に向けた協議をおこなった。
- (12) オンブズマン会議常任運営委員会と調査小委員会の連続合同会議（同年8月20日、9月7日） オンブズマン会議としての調査報告書案の内容を協議・決定。
- (13) オンブズマン会議常任運営委員会案に基づきオンブズマン会議メンバー全員の意見集約を行い、必要な修文を行った上で、全員一致で本調査報告書を採択（9月30日）

### 第3 申立人の苦情の内容と相手方の弁明

#### 1 申立人の苦情の骨子

申立人の苦情は多岐にわたっており、相手方病院において患者が治療を受けていた全期間に及んでいるが、内容的には、①急性骨髄性白血病の治療法の選択や臍帯血移植後の症状悪化過程における病状説明等に関連するもの ②入院中の医療・看護サービスの内容やあり方に関するものに大別することができる。

従って、本件苦情が発生した原因や背景等について検討を加える前に、上記の区分にそって可能な限り時系列的に、申立人の苦情の概要とこれに対する相手方病院の弁明内容（調査小委員会による文書質問をふまえた事情聴取で行われたもの）を表現を含めてなるべく当事者の言葉を生かしながら簡潔に整理しておく。

#### 2 急性骨髄性白血病の治療法の選択や臍帯血移植後の症状悪化過程における病状説明等に関連するもの

##### (1) 患者らが臍帯血移植療法を選択を受け入れた際の状況

###### ① 申立人が訴える苦情の内容

申立人は事前の化学療法（抗癌剤治療等）がうまくいったので移植は必要ないのではないかと思ったが主治医から「移植をしなければ死ぬ」と言われた。

主治医は治療法について臍帯血移植のメリット、デメリットについての概略的な話をし、デメリットについては、下痢、脱毛、発熱などを話しただけで、酷い下血があることなどの具体的な話は聞かなかった。また主治医はステロイド剤で直せると話したので、そう思っていた。

移植がうまくいかないと死亡もあり得るとの説明はあったが、主治医に「移植は生存への可能性が高い」と励まされて決意した。臍帯血移植の成功率は40~50%という話であったが、後日、相手方病院内で行われた主治医の講演を聞きに行くと、28%程度と説明とは大きく違う数字が話されたので、娘と申立人はショックを受けた。

###### ② 相手方病院医師らの回答・弁明

臍帯血移植の前に骨髄移植の可否を検討し、患者家族3人のHLAの型を調べたが不適合であったので、骨髄バンクで数人、年齢が若く体重の重いドナーを探したが適合する者が見つからなかった。そこで臍帯血移植を検討した。

臍帯血移植のメリット・デメリットも説明しており、治癒率も60%程度であること、移植片対宿主病（GVHD）の発症、感染症、合併症が起こることがあり、生命を落とすことがあることも話した。臍帯血移植のメリットとして、GVHDの発症が骨髄移植より少ないことも説明した。

カルテには説明した内容のすべてを記載しているわけではない。製薬会社のパンフレットなどを使ってわかりやすくする工夫をしているつもりだが、そもそも血液内科では十分なインフォームド・コンセント手続は不可能であると感じている。

##### (2) 臍帯血移植術後、合併症などが発生して以降の治療方針等に関する説明状況

###### ① 申立人の訴える苦情

移植後の病状について個別的な話はあったが、GVHDがいつ発症したか、ステロイドの影響などについては必ずしも早期には説明してくれなかった。ステロイドの副作用については、娘の身体が動かなくなったので主治医に手紙で質問して、初めてステ

ロイドのせいだと話してくれた。

また拒絶反応（注：申立人はGVHDのことを拒絶反応と理解していた）には折り合いをつけていくと説明されていた。

## ② 相手方病院医師らの回答・弁明

移植後に再発はなく、3週間以内に白血球が増えた後にGVHDが発症した。白血病は寛解期にあること、患者がGVHDに苦しんでいることは、その都度説明していた。

GVHDへの対応には、国内では基本的にはほとんどステロイド剤投与である。GVHDにはG（グレード）Iから～IVまでであるが、GⅢ、GⅣになるとステロイド剤が反応せず、重症化していく。ステロイド単体で身体が動けなくなることはないし、言葉が出なくなることもない。

繰り返す侵襲により患者は段々と生きる確率は下がって行き、身体の状態、筋力、血液の状態も悪くなっていったが、そのことの説明はしていない。

もう命が助からないと思ったのは、2006年11月の消化管出血のときである。それまでは若いので、どうにか助かると思っていた。申立人には「今は苦しいけれど若いので、いつか元気になれる」と話していた。申立人が理解できていないとは思ってなかったが、患者本人は年齢に比して幼稚な印象を受け、ありのままに話せないと思っていたし、ありのままを話すのは恐かった。父親にも生存の確率が下って行くことは説明していない。

## 3 入院中の医療・看護サービスの内容やあり方に関する苦情

### (1) 入院中の医師の診療態度に関連して

#### ① 申立人が訴える苦情

- ・ 2005年9月、移植直前の放射線治療の時に、娘が精神的にハイテンションになったことの原因として、病棟の看護師たちは娘が統合失調症であることが影響していると疑っていたと思う。

2006年3月17日、心療内科のA医師は「寝たきりになって赤ちゃん返りしていただけ」と話したので、娘の中学時代の統合失調症について説明しようとする「紹介状に書いてあるのでわかっている」と言って、申立人の話を聞こうとしなかった。

同年9月11日頃、心療内科B医師（同年5月より勤務）から「幻聴がまだ聞こえるか」と質問され、申立人が娘の入院前の日々の状態を話すと、B医師は娘に2~3の質問をしてから病室を飛び出し、廊下で主治医や看護師に「患者は正常ですよ」と告げると、主治医も看護師も驚いていた。

相手方病院はその時点まで統合失調症の先入観（偏見）をもって娘に（差別的に）対応していたのではないかとの疑いを払拭できない。

- ・ 2005年12月下旬から娘がトイレに行くのもフラフラなので、貧血ではないかと看護師、医師に訴えるが聞き入れられず、12月31日には激しい吐血と血便が出た。2006年1月2日に輸血を頼んだが、主治医は血便であることを否定し輸血をしてくれなかった。ところが翌3日には「極度の貧血状態で出血が止まらなければ危険で覚悟するように」と言われた。相手方病院で移植を決めた際に、申立人と夫は病院側に担当医一人が受け持つのではなく、チームで治療を行ってほしいと切望していた。しかし娘の状態が悪化し、申立人の夫が看護師に緊急輸血を頼んだ時も、外出中の主

治医に緊急連絡をして20分ほどして帰院してから輸血を行っており、血液内科の医師が在院中であつたのに対応してくれず、連携がとれていなかった。

- ・ 2006年11月3日に一時退院させたことについては、病院側は娘に退院できると話して喜ばせていたが、娘は外出すればストレッチャーでやっとな帰ってくる状態であり、退院は無理な計画と思われたので、やめてほしかった。主治医は看護師らと一緒に、「退院しても大丈夫」と言って一時退院させた（4日と5日は通院し、6日に再入院した）。

## ② 相手方病院医師らの回答・弁明

- ・ 患者の精神状態が統合失調症によるという説明はしていない。逆に、そういうことには触れないように注意していた。患者の精神症状で治療上困ったこともなかった。一時的だが言葉が出なくなったが原因不明であり、強いストレスからの精神症状かもしれない。CTでも器質的病変はなく、原因は不明である。
- ・ 2006年11月の退院は早くから目標にしていたし、患者とも申立人とも話していたので退院について悪く言われるのは意外である。退院とGVHDの増悪は直接関係がなく偶然である。退院も一時的退院であつて先が短いという理由から一時帰宅させたものではない。

## (2) 入院中の看護師らの対応に関連して

### ① 申立人の訴える苦情

- ・ 2006年1月20日、患者の筋力が衰えて動けなくなった状態であるのに、看護師が「いつまでゴロゴロ寝ちよるつもりなん、少しは動かんかね。それともあんた、いつまでもここにおつてこの病棟の主になるつもりなんかい。」などと言つた。同年2月半ば頃、下痢で苦しんで便意があつても便が出ない患者に、看護師が「わざとトイレに行きたがつている」と娘がウソを言つているかのように疑い、娘の気持ちを傷つけた。同年2月22日、看護師が娘の衣服を着替えさせる際に痛いと言つているのに加減せず、終わると20歳になる娘に赤ちゃん言葉で話しかけて頬ずりをしたり、大量の下血に「血が一杯、生理が始まったんじゃない」などと述べたり、娘が腹痛で「痛い」と言つて苦しんでいるのに「そうでもなさそうよ」と言つて立ち去る看護師もいた。
- ・ 同年3月10日頃から、娘の咳の様子がおかしかった。同室の他の患者達もおかしいと感じ、「娘さんは特に移植で弱つているので、なおさら早めに注意した方がよい」と助言してくれ、共に再三看護師に訴えてくれたが、その度に看護師は「ステロイドを減らしているから悪く見えるだけ」と答えるのみで何の対応もしてくれなかった。ところが、3月16日に主治医から肺炎と診断され、「もう助からないかもしれない」と言われた。
- ・ 同年3月26日頃に、申立人は受け持ち看護師に今までの不満をぶちまけたが、それ以降、同看護師とコミュニケーションがとれなくなり、看護計画書も渡されなくなった。さらに娘が楽しみにしていた入浴も週1回に制限され、催促をしないと2週間を過ぎてても入浴させてくれないこともあつた。同年8月頃、入浴制限があり特に看護師に頼んで入浴させてもらったところ、受け持ち看護師から「勝手なことは許しませんよ」と怒鳴られた。

- ・ 同年 2006 年 9 月 2 日、受け持ち看護師が来室し、突然 10 月末に退院と告げられた。申立人は、娘に命の危険があり退院はできないと言ったのに、看護記録には、申立人から「退院希望があった」と虚偽の記載がされている。
- ② 相手方病院看護師らの回答・弁明
  - ・ 原則として入院患者に付添いは付けないが、本件患者の場合は不安が大きく、患者の状態から事故の危険性もあったので、合意により付添ってもらった。付き添いについては、2005 年 10 月の放射線全身照射処置の際に、患者が興奮して笑い転げて照射台から落ちたことがあり、その際に、申立人に付き添ってもらうかもしれないと話したのがきっかけであった。  
しかし、終日の付き添いは下血が酷くなった 1～2 ヶ月間で、入院中の全期間ではない。夜間は 50 床に対して看護師 3 人体制で、本件患者の 2～3 分おきのナースコールに対応するのが困難でもあった。
  - ・ 申立人は入浴が制限されたというが、本件患者の病状や病棟の人員体制、設備などを総合的に考慮のうえ、週 1 回（木曜日）と決めたが、病院としては精一杯の努力をしていたし、入浴については家族側と合意ができていたと思う。
  - ・ 申立人から受持ち看護師の変更願いが出されたことは聞いていないが、看護体制の変更で C 看護師から D 看護師に変更した。看護計画書は 1 回と 2 回および 5 回と 6 回には申立人のサインがあるが、3 回と 4 回にはサインがない。申立人は計画書が来なかったので教えてくれなくなったと感じているのではないか。計画の説明は口頭でも行う。
  - ・ 申立人の具体的な苦情の指摘については、いずれも看護師として、そのようなことがあったという認識はない。

#### 第 4 インフォームド・コンセント手続と診療情報共有の実情

1 相手方病院の診療記録は、本件治療が患者の明確なインフォームド・コンセントを得ないまま開始されたものであることを示している。

- ① 第 1 回入院時（平成 17 年 7 月 22 日）において、相手方病院の主治医が診断の結果と治療方針を申立人らに説明したのは 7 月 25 日であるが、その際の説明内容は診療記録上、下記のとおり記載されている。（なお診療記録中の英語表記に対する括弧内の日本語訳は調査小委員会が付したものである。）

<7 月 25 日の父母に対する説明として記録されている内容>

- 「・ AML（成人急性骨髄性白血病）の M0（エムゼロタイプ）で rare(まれ)な白血病で予後不良
- ・ chemo (化学療法)での CR（完全寛解）率 50～60%で他の AML より悪い
  - ・ chemo での長期生存期待できない
  - ・ allo-SCT（同種同血幹細胞移植）の適応
  - ・ AML の死因 90%以上は感染症、他に DIC など」

説明内容は、診断結果と、化学療法では長期生存が期待できないとして移植を勧めるものであるが、移植治療における合併症の危険などについては触れられていない。

<同日の本人に対する説明として記録されている内容>

- 「・ AML である
- ・ 移植治療をして治癒を目指す 髪は抜ける
- ・ 治癒を期待するが、治療期間は半年はかかる
- ・ 目標は来年春の社会復帰」

患者本人に対する説明は、申立人に対するものよりもさらに簡略であり、急性骨髄性白血病自体に関する病態や予後などに関する説明すら省略されている。

診療記録においては、上記のそれぞれに対する説明内容を記述したあとに、

「本人、父母涙するが、受け入れ可能な様子」

と記載されている。

- ② 主治医の説明態度において極めて特徴的なことは、既に自らが治療方針を決定した上で、それを当然のごとく申立人らに受け入れさせるという姿勢に終始しているということである。

しかも説明内容の中には、治療方法に関する患者の同意を得る上で不可欠とされている危険性情報がきわめて少なく、希望のみを抱かせるような内容が多い。

なお、主治医は、同日付で、紹介先の病院に対して、次のような報告書を提出している。

「骨髄穿刺行い MPO 染色陰性 CD7, 13, 33, 34+ CD56, DR- でした。AML M0 と診断し、JALSG に登録して DNR での寛解導入を行います。CR 後に同種移植を計画します。」

ご紹介いただきましてありがとうございます。」

さらに診療記録に綴じられている JALSG（骨髄バンク）への登録内容を確認する所定の用紙には、登録日は 2005 年 7 月 25 日で、登録適格要件の一つである患者の同意の存在を確認する項目には「書面で同意を得た」と記載されている。

- ③ さらに、前記の説明を行った翌日である 7 月 26 日には、移植前の「地固めコース」と言われているところの DNR（ダウノルビシン）などの抗がん剤を使用して白血病細胞をたたく寛解導入療法を開始している。

こうして着手された移植前措置を経て、臍帯血移植を行うこととなるが、その直前である 10 月 17 日の医師記録に記述されている父母への説明内容も、前述の内容とほぼ同じであり、骨髄移植ではなく臍帯血移植を実施する理由については、次のように説明している

- 「・ 兄、父母 HLA 不一致で、UR-doner（非血縁者移植）
- ・ バンクは時間がかかるので CBSCT（臍帯血移植）へ
- ・ CB は生着遅いが、GVHD が少ない」

つまり、臍帯血移植の場合には他の非血縁者骨髄移植に比べて GVHD 発症の危険性が少ないというのみで、GVHD 発症のメカニズムやその危険性、重症 GVHD が発症した場合には致死的事であることなどに関する情報はいっさい提供されていない。

こうして、10 月 24 日から 3 日間、移植前措置として全身放射線照射が実施され、10 月 31 日臍帯血移植が行われたのである。

2 診療記録の分析の結果、申立人らと相手方病院医師らには多面的に認識の齟齬・不一致があったが、これが解決されないまま治療が継続されていた。

- ① 調査小委員会は、前述したように、申立人の訴える苦情が多岐にわたり、また1年半に及ぶ入院治療の全期間に及ぶものであったこと、苦情の大部分は、申立人と相手方病院医師らの認識上の齟齬に由来していると思われたため、苦情をもたらした背景や根本原因を解明するために、相手方病院の医療記録自体に記録されている患者に対する情報提供や、患者からの質問に対する対応を含め互いのコミュニケーションの内容を全て抽出して一覧表を作成した。（この一覧表は、本報告書に添付する資料として、申立人と相手方に交付される。）

その結果、記録されている対話の総数は117回あり、主治医を含む医師らが関わっているものが21回、残りの96回は看護師が単独で対応したものである。また117回のうち患者本人が関わるものが76回に及んでいるが、そのうち58回は患者本人から質問や疑問、訴えが出されたものであり、医療側から話しかけられたものは18回にすぎない。しかも、患者本人からの質問等は、ほとんどが治療内容や自分の体に発生している症状等を理解できないことから生じている疑問や不安であるのに対して、医療側は、その機会を生かして共通認識を作り上げるのではなく、逆に患者本人の疑問をはぐらかすような対応に終始していた。さらに医療側から発せられている18回の内容のほとんどは、最初の数回をのぞき断片的な医療措置の説明や励ましの声かけに属するものであって、患者自身が困難な病に立ち向かう力を引き出すために必要な本質的な情報提供等はほとんど見受けられない。

- ② とりわけ重要なことは、本人から発せられている疑問は、治療内容や病状進行の意味について患者本人が理解せず、あるいは納得していない状態のまま本件治療が推進されていったことを浮き彫りにしていることである。

即ち、最初に主治医から病名が知らされ移植治療に関する治療計画が提起された2005年7月25日における記録では、「涙するが受け入れは可能な様子」と記載されている。しかし、その後の7月29日「治療や副作用について心配して質問」、7月30日「移植の必要性に疑問」、8月3日「吐き気に疑問」、8月8日「下半身浴時に点状出血に驚く」、8月24日「脱毛や無菌室で孤独に耐えることへの不安を訴え」、9月6日「再発を恐れ、将来に対する不安を訴える」、10月12日「治療方法についての細かな質問」、10月12日「移植で不妊になることに対する不安を表出」というような疑問が出され続けているにも拘らず、そのまま臍帯血移植に着手されている。

さらに移植着手後の11月5日においても「移植の副作用について不安を表出」、12月10日「下痢が続くことに対する不安を表出」など患者からは一貫して疑問や不安が提起され続けており、2006年11月23日の「こんな状態にさせられて不安。移植しなければよかった」という言葉が、診療記録に記載されている本人からの最後の発言である。

- ③ 第2に重要なことは、文字通り医療スタッフとともに患者の支援にあっていた申立人自身も、患者本人と同様な状態におかれ、医療側において申立人との共通認識を確立するための努力がなされた形跡がほとんど記録されていないことである。

即ち、2005年9月29日「本人・父親は早期治癒のため移植に前向き。しかし自分



は不妊になってまで元気な今なぜ移植をするのか疑問」とする申立人に対して「臍帯血移植の説明をし、母親の迷いを断つ。」と記述されてから1ヶ月後の10月20日、「移植の重みを私自身がわからないのに本人はもっとわからないのではないかと不安」と迷いが断ち切られてない心境が披露されているにも拘らず「本人が移植に前向きなのだから我々と情報交換しフォローしていこうと励ます」のみで臍帯血移植が実施されている。

移植後においても、2006年1月3日「本人がイライラし母親に当たることのつらさを表出」、1月5日「腰痛が少しあるがおむつ交換を一人でしようとしている。疲労がみられる」、2月23日「看護師によって処置手順や対応に違いがあること、看護師の発言に気分を害したことへの不満をもらす。本人の筋力の衰えと大部屋にポータブルトイレをおいてもらえなかったことを結びつけ、きちんとリハビリ計画を立ててくれと訴え」、3月17日「こんなに苦しむなら移植しなければよかった。脳CTもしてくれ。ほかに良い薬はないのか」、4月22日「入浴回数について決まりがあるなら知りたい。本人は入浴したがっている。看護師が忙しいから入れないというのでは納得できない」、7月5日「本人も私も先が見えなくて不安。先生に『ステロイド減らししているから骨折しやすい』と初めて聞いてショックを受けた」など、治療や看護に対する不満が次々に噴出していったことが記録されている。

そうした中で、主治医により申立人と夫の両名を対象とする「ムンテラ」がなされ「病状についての認識が薄く、治療内容に不信感を持っている発言あり」と記録されているのは、患者が死亡する4日前の2006年11月27日のことである。

### 3 重症GVHDが発症した後においても、新たな事態が示す意味やそれに対する治療方針、その副作用、予後の見通しなどを説明し、患者や申立人のインフォームド・コンセントを得る手続が十分に行われた形跡は見受けられない。

臍帯血移植の2週間後には手足を中心に紅斑が出現したため、11月14日付で biopsy 検査が実施され、確診は得られなかったが、医師記録によればその後の下痢や発熱症状発現に伴い12月26日には grade III という重症 GVHD の診断を行った上でこれに対する治療を開始している。しかし、そうした患者の病状について申立人らになされた説明の記録は、翌年2月にいたって本件患者の父（2月23日付）と申立人（前同日）から文書による治療計画に対する疑問や質問が出されたあとの3月19日付の「現在の状態 3/16A/P に沿って両親へ説明」という記述しか見あたらない。

なお日付は定かでないが、申立人らの前記質問書のあとに綴じられている「歩きたいという希望が強い患者・母親への支援ー移植後 GVHD 症状が強く出現した20歳女子学生ー」と題した相手方病院の院内カンファレンスに提出された担当看護師らのレポートには、「看護師は、GVHD 症状が強いため足踏み運動などの援助から行き ADL 拡大に向けて援助を行っている。しかし、患者は『歩きたい』『リハビリに行きたい』という思いが強い。患者・家族が現状を受け入れられ、希望を持ち続けられるようにどのように援助したら良いか検討してほしい」という問題提起に基づいて検討がなされた結果が記述されている。その際、「移植前、化学療法前にオリエンテーションはしていたのか？ 副作用症状についての理解はできていたのか？」との問いに対して「プライマリナーナースを中心とし本人のわかりやすい言葉でオリエンテーション実施。移植後の発熱、

咽頭痛、下痢症状出現することは理解できていた」とのやり取りが記録されている。

これらの記録からも、患者の病状変化として最も本質的な事柄に属する重症 GVHD の発症に関する情報はほとんど患者や申立人には理解されておらず、その結果発生している医療側との病状認識の齟齬が、患者・申立人らが抱く治療看護サービスに対する様々な疑問や不満の背景にあることが伺われるのである。

## 第5 患者の権利オンブズマンにおける判断基準

### 1 患者本人の意思決定が保証されず、納得を得ないままに進行していった治療経過

本件は1年半余という長期の入院治療期間において、患者本人が繰り返しその治療状況に疑問や不安を呈し続けていること、その間、約1年にわたり患者に付き添って事実上相手方病院の看護を補完していた申立人においても、治療や看護に関わる措置に関して相手方病院の措置に対し深い不信感を抱き、患者の死亡後、2年近い歳月を経てもなお不信と怒りが解消していないという事案である。

患者本人の意思決定を保証せず納得を得られないままに実施された治療ということは、即ち、インフォームド・コンセントを欠く治療であったということにほかならない。

この点に関して、相手方病院の主治医は、急性白血病などの治療においては、「そもそもインフォームド・コンセント（を得ることは難しい）」という認識を表明している。

しかしながら、言うまでもなく今日においては、あらゆる医療は患者の事前の意思決定に基づいて行われる必要がある（「患者によるインフォームド・コンセントは、あらゆる医療行為にあたって事前に必要とされる」WHO 患者の権利に関するヨーロッパ会議「ヨーロッパにおける患者の権利の促進に関する宣言」3.1 項、1994年3月）。そして、「（治療上の）意思決定を行う権利は、人格権の一内容として尊重されなければならない」、つまり憲法上の基本的人権に含まれるものである（最高裁「エホバの証人事件」判決、2000年2月29日）。

つまり、患者のインフォームド・コンセントを得ていない治療は、それ自体人権侵害を構成するものである。患者が表明した同意をインフォームド・コンセントと認めることができるためには、十分な情報が提供されるにとどまらず、その情報が理解された上で、自発的なコンセントがなされることが必要であり、十分な納得のないままに「同意」が表明されていたとしても、その治療を正当化することはできない。また、いったん同意した場合であっても、患者はいつでも同意を撤回することができる。

これらのインフォームド・コンセント原則は、今日においては国際的な人権規範として確立されているものであるが、日本の医療界の一部には未だ正確な認識を欠いている状況が残存しているので、以下簡単に触れておきたい。

### 2 国際的な規範であるインフォームド・コンセント原則とその実践

① 完全な情報の提供を受けた上で意思決定（代替的治療法の選択や治療拒否を含む）を行うことは患者の権利である。

・ 患者の治療上の意思決定（インフォームド・コンセント）を得るためには、その前提として、完全な情報が提供される必要がある。

「患者は、容態に関する医学的事実を含めた自己の健康状態、提案された医療行為及びそれぞれの行為に伴う危険と利点、無治療の効果を含め提案されている行為に代り

うる方法、並びに診断、予後、治療の経過について、完全な情報を提供される権利を有する。」（前述の WHO「患者の権利促進宣言」2.2）

- ・ とりわけ危険性情報など患者にとって不利益な情報は、患者自身が治療方法の選択をするにあたって極めて重要である。

「医療は、手術を含めて、医師の専門的知識に基づく広範な裁量行為によって初めてその目的を達するものであることは言うまでもないけれども、あくまで患者の自己決定権を基礎とするものでなければならない」「医師には・・・当該手術が重大な危険性を伴うものである場合には、専門的見地から可能な限りその危険性のみならず、その発生頻度を具体的に患者に説明した上で、患者の自己決定に委ねる義務がある」（仙台高裁、1994年12月15日）

## ② 急性骨髄性白血病治療におけるインフォームド・コンセント手続の実際

- ・ 本件で実施された臍帯血移植を含む造血幹細胞移植療法においては、移植前措置における化学療法において強力な抗白血病治療を行うとともに、移植片対白血病効果、即ち移植したドナーのリンパ球が患者の白血病細胞を免疫学的に攻撃するという効果も期待されている。しかし GVHD が強く出すぎたばあいには致死的となるので、それへの対応は造血幹細胞移植療法において解決しなければならない最も重大な問題であるとされている。

つまり、移植療法は有効な治療手段である一方、身体への負担が非常に大きい治療であるので、化学療法を行った後に治療の有効性や移植条件を十分に検討したうえで選択されるとされている（慶大医学部内科学教室血液内科『目で見える急性骨髄性白血病』）。そうした観点に加えて、専門家の中には、薬物療法の成績が向上して来たことから、初回の寛解期には GVHD が強く出る非血縁ドナー移植は行わない方が良いとの意見もある。

従って、下記のとおり、国内の専門的医療機関においても、治療開始前に、治療法の選択に関して極めて慎重なインフォームド・コンセント手続をとることとされている。

- ・ 例えば、愛知県がんセンターでは（同センターのホームページより）「一口に造血幹細胞移植といっても現在では様々な移植法があります。自分の造血幹細胞を保存し移植する自家移植を行うのか、HLA(白血球型)の一致した兄弟姉妹からの移植にするのか、骨髄バンクに登録し、非血縁者間骨髄移植を予定するのかなど、その治療法の選択は患者さんの病気やその進行度、年齢や全身状態によって異なってきます。主治医の先生と十分に話し合う中で、移植を行わない治療法についてもよく検討し、どの治療法が患者さんにとって最善の道であるかを納得して決めることが必要です」と述べている。

また国立がんセンターにおいては、治療法の決定からその実施段階における情報提供の方法などを以下のように進めていくとされている。「まず新患外来では、担当スタッフがこれまでの治療内容の確認、移植のメリットと危険性について説明させていただきます。個々の患者さんの病状、ドナーの有無などに応じて、骨髄移植、末梢血幹細胞移植あるいは臍帯血移植などの中から、一人一人の患者さんに合った移植方法を決めます。これらの決定に際しては、果たして移植治療そのものが該当の患者さんにとって最善の治療となり得るのかも含め、移植専門スタッフに加えて血液内科医師、看護師、薬剤師も含めた会議を毎週月曜日に開き、様々な角度から十分に意見を出し合います。」「移

植日がある程度決まった段階で、ご家族と一緒に移植のプレオリエンテーションを入院前に受けていただきます。」「入院中は、毎朝、移植の全スタッフで全ての入院患者さんを回診し、夕方は各担当医・副担当医ごとに回診します。」「移植を安全に行うにはチーム医療体制が非常に大切で、当院では特にパラメディカル部門が充実しているのが最大の特徴です。…特に移植後合併症として問題となる皮膚や口腔のケア、腸管 GVHD の合併時の食事、感染対策、移植後の QOL など、経験豊富な看護師を中心に取り組んでいます。専属の薬剤師チームは、免疫抑制剤や様々な薬剤の投与量調節、副作用対策のアドバイスをを行います」（同センターのホームページより）

- ・ さらに、がん治療全般において日本の医療現場にも普及しつつある米国臨床腫瘍学会（ASCO）公式カリキュラムによると、重要なコミュニケーションスキルのうち、情報提供項目では「悪い情報を伝える」ことが重要であり、特に注意すべき点として、患者の理解度や語彙レベルに合わせることで、患者を孤立させるような態度をとらないこと、情報は理解しやすいように少しずつ分けて提供すること、定期的に理解を確認すること、などがあげられている（国立がんセンター内科レジデント編『がん診療レジデントマニュアル（第4版）』（医学書院、2007年参照）

### 3、尊厳を守られ、最善の治療や支援を受ける患者の権利

WHO患者の権利促進宣言においては、以下のとおり確認されている。

「患者は、自己に対する診断、治療及びケアにおいて、尊厳をもって扱われる権利を有する。」（5.8）

「患者は、ケア及び治療の過程において、家族、親戚、友人からの援助を受け、いつでも精神的な支援と指導を受ける権利を有する。」（5.9）

なお、本件事案のあとであるが、がん対策基本法が施行され（2007年）、がん治療の領域では、いっそう具体的な配慮がなされている。すなわち「がん患者の多くは、疼痛等の身体的な苦痛だけでなく、がんと診断された時から不安や抑うつ等の精神的な苦痛を抱えている。…（中略）こうしたことから、治療の初期段階から緩和ケアの実施はもとより、がん医療の更なる充実、がん医療に関する相談支援や情報提供などにより、「すべてのがん患者およびその家族の苦痛並びに療養生活の質の維持向上」を実施することを目標とする」「がん患者を含めた国民は、その恩恵を享受するだけでなく、主体的かつ積極的に活動する必要がある」「がん患者およびその家族は、がん医療が医療従事者とのよりよい人間関係を基盤として成り立っていることを踏まえ、相互に信頼関係を構築することができるように努めること」などとされている。

本件臍帯血移植手術とその後の治療の時期（2005年～2006年）には、がん対策基本法はまだ存在しなかったが、こうした内容は従来からがん治療における医療のあり方として医療従事者（医師・看護師等）が遵守し、実行すべき基本原則であったと考えられる。

## 第6 申立人の苦情および相手方病院の弁明に対する評価

### 1 治療開始段階におけるインフォームド・コンセント原則にもとづく評価

前述したインフォームド・コンセント原則や本件と同種疾患の治療における他の医療機関等の実践状況に照らして検討すれば、本件治療においてインフォームド・コンセント原則違反があったことは明瞭である。その病気が重篤なものであり、その治療方法にも危険性が

伴うものであればあるほど、患者本人のインフォームド・コンセントを得る手続が重要である。

ところで急性骨髄性白血病の治療、とりわけ移植治療については、「現在の医学においては、どの患者にどの方法で移植を行うのが最もよいかは、まだはっきりしていない」との指摘もある（岡本真一郎／慶大准教授）「ここまで進んだ白血病の治療『移植を考えると』」（NHK 出版『きょうの健康』2007年11月号97頁）。

そうだとすれば、医療機関はいつそう各治療法の得失を説明し、最悪の可能性を承知した上で、患者が最終的に治療法を選択できるようにしなければならない。

相手方病院の主治医は「（移植）治療しないと生存が困難」なことは話しているが、本来患者が移植手術を選択するにあたり知るべき情報、特に手術後の GVHD の発症、ステロイド剤の副作用が身体に及ぼす影響、感染症、合併症を起こす可能性、そして移植後に現にそれらが生じた時に、最悪の場合にどのような療養生活を送ることになるのか等に関してはほとんど説明していない。臍帯血移植後の困難な状況を乗り切るためにも当初から患者にマイナス情報も含めて説明し、患者自らがマイナス情報も念頭においた上で治療法を決定していくべきものであり、マイナス情報に接した患者が精神的なショックを克服して自ら病気に立ち向かえるようにサポートするのが医療機関の責任である。

この点に関する相手方病院主治医らの姿勢は、今日のがん治療におけるインフォームド・コンセント手続の実践例からも大きくかけ離れていたものと評価せざるを得ない。

相手方病院の主治医は本件調査小委員会の事情聴取において「移植を強く勧めたことはない」と回答しているが、診療記録上、他の治療方法が提示され、その選択についても患者や申立人に熟考させたという事跡は全く記録されていない。仮に、そうした対応がなされていたのであれば、申立人は臍帯血移植の準備段階としての化学療法で寛解状態に達した段階（2005年9月末から10月頃）で、「臍帯血移植に踏み切ってもよいものだろうかと不安を表明していた」のであるから、とりあえず本件移植治療への着手を留保したうえで、そうした場合のリスクや予後の見通しなど、可能な限りの情報提供を行いながら十分な意見交換をした上で、改めて患者自身の意思決定を得た上で再出発をすることも可能であったであろう。

しかし相手方病院においては、申立人の「迷いを断」って（看護記録）、移植方針の続行に同意させたということが記録されている。

## 2 臍帯血移植後、重症 GVHD が発症した段階におけるインフォームド・コンセント原則にもとづく評価

さらに、GVHD の発症が少なく軽症で済むことを説明して、医師主導で臍帯血移植を選んだにも拘らず重症 GVHD が発症するという事前説明とは異なる事態が発生した中で、本来であれば発生した深刻な事態を患者や申立人に対して誠実な態度で伝え、それに対する治療方法や発生しうる副作用、合併症、予後の（深刻な）見通しなどに関する情報提供を行い、改めて患者本人からインフォームド・コンセントを得る必要があったにもかかわらず、そのような事態が発生したことについてすら正確な情報提供がなされておらず、それ故に医療側と患者・申立人らとの認識の不一致や齟齬が一層拡大して様々な苦情を発生させたものである。

一般に、臍帯血移植を含む造血幹細胞移植においては、移植後に移植片が生着し免疫

反応（GVHD など）が発生する可能性が想定されており、重症の GVHD が発症した場合には、その治療としてステロイド剤を大量使用せざるを得ず、ステロイド使用に伴う副作用があり、感染症に罹病しやすく、多臓器不全になって生命が重篤になる危険性もあり、最悪の場合には死にいたる。しかも、そうした症状は継続的に発生し、患者の身体は徐々に（あるいは急激に）衰弱していく。

本件の場合には治療法選択時に、移植術後に生じ得る事態をほとんど説明していなかったため、不幸にして発症した GVHD とステロイド剤治療がもたらしうる事態について丁寧に説明しなければならなかったことは言うまでもなからう。こうした情報提供があつてこそ、患者・家族は病状が現在どのような状態にあるかを理解し、手術後の副作用や感染症に立ち向かう意欲と気力を持つことができる。申立人など患者の家族も正確に患者の状況を把握したうえで患者をサポートできるのである。

しかし、移植前はもとより、移植後においても、移植後に患者に発生しうる深刻な事態に関して、患者と家族はほとんど情報を得ていなかったため、（患者の権利オンブズマンの事情聴取によると、申立人は GVHD について、相手方病院からの正確な情報提供を得ていなかったために、単に「拒絶反応」としてしか理解していなかった。）、実際に筋力低下、寝たきり状態、相次ぐ下痢、下血、皮膚の脆弱化（すぐに傷つき皮膚が剥離する）、肺炎、胃潰瘍、消化器出血、肺、肝臓など多臓器不全など次々に出現する病状を前にして、単に「白血病の再発はない」と言われても到底理解も納得もできずに、困惑し、混迷に陥り、ついには気力をなくしていくことになるのは当然であろう。

この間、主治医は、患者本人について「年齢のわりに幼い印象を持ち、ありのままを話せないし、話すのが恐かった」と回答しているので、そもそも患者は病状説明の対象にもされていなかった。そのために患者は自分に次つぎに起きる病状の意味を理解できず、苦しい闘病生活を余儀なくされ、多臓器不全に陥り重篤状態になったときに「お母さん、もうダメかもしれない」と自らの運命を初めて悟らざるを得なかったのである。

### 3 相手方病院においては、家族に対する情報提供も、極めて不十分なものであった。

この点に関して、申立人夫婦が相手方病院に渡した書簡（平成 19 年 4 月 22 日付）で「年頃の娘が歩けなくなりオムツされる可能性があることなど患者、家族は事前に聞かされていません。拒絶反応（注：GVHD を指す）がきつくなる可能性のある移植の場合、事前に知らせなくても良いのか？」と問い糺している。

相手方病院は、患者の権利オンブズマンに対して、申立人ら家族には「その都度説明し、理解してもらっているはずだ」と回答しているが、相手方病院主治医は調査委員会の事情聴取において「血液内科では十分なインフォームド・コンセントは不可能だ」と答えており、このような主治医の姿勢こそが手術後約 1 年に及ぶ治療段階で本件の患者・家族と相手方医療機関の信頼関係を構築することができなかつた真の原因であり、その後の入院生活全般に悪い影響を及ぼしていたものと判断せざるを得ない。

2006 年 11 月 27 日（患者死亡の 4 日前）に、主治医が申立人夫婦に病状説明をした際の申立人らの対応について「（申立人夫婦は）病状についての認識が薄く、治療内容に不信感を持っている発言あり」と看護記録にあるが、患者・家族の不信感入院以来の説明の不十分さからするとむしろ当然であり、相手方病院の説明不足の累積結果が家族

の「病状についての認識の薄さ」を生み出した根本要因にはほかなるまい。

以上の検討から、相手方病院における治療はインフォームド・コンセント原則に反するとの趣旨にもとづく申立人の苦情は支持できるものである。

#### 4 その他の医療看護措置に対する多くの苦情も不十分な情報提供を背景としている。

ところで、本件治療経過において、前述したインフォームド・コンセント原則に直接関わる事項以外の相手方病院における医療看護サービスを構成する個々の措置に対して申立人が訴える苦情内容は多岐にわたっている。そのような苦情の多くが、相手方病院においてインフォームド・コンセント手続が実践されず、本来提供されるべき情報も十分には提供されない中で発生した不安や疑問を背景として提出されているものと判断できる。

従って、これらの苦情についても、個々の細目についてあえて吟味するまでもなく、全体として支持せざるを得ないものであるが、本報告書においては申立人が強く訴えている下記の3点についてのみ若干言及することとしたい。

##### (1) 統合失調症への対応について

前述したとおり、申立人は患者の中学時代に発病した統合失調症が寛解状態にあるのに、手術に対する緊張感でハイテンションになったり、ステロイド剤の副作用の影響や寝たきり状態になったストレスなどから精神が不安定になったことが、あたかも統合失調症であるかのごとく誤解されて患者を精神障害者のように扱ったのではないかと疑念を抱いている。

これに対し、相手方病院はそのようなことはないと否定し、むしろ、統合失調症という言葉も極力避けてきたと回答している。

しかし、「統合失調症」について触れることを避けるだけでは解決しない。患者の権利オンブズマンが参考意見を聴取した精神科専門医は、統合失調症にありがちな「ストレス脆弱性」等についても考慮した対応について、むしろ積極的、かつ具体的に申立人から家族と話し合うことが必要であったのではないかと述べている。

本件においては、せつかく心療内科医が関与しながら患者・家族の話を開かなかったことからすれば、精神面でのサポート体制が不十分であったと言わざるを得ず、相手方病院には、がん治療の緩和期の患者・家族へのケアの必要性の認識が乏しかったのではないと思われる。

##### (2) 一時退院の実施について

2006年11月3日から5日までの一時退院について、申立人らは患者の病状が厳しく一時退院は無理と考え、退院を希望していないのに退院させられ、そのために病状が悪化して死亡に至ったと受け止めている。

相手方病院は、調査小委員会の事情聴取に対し「10月退院は早くから計画しており、しかも一時退院であって帰宅中も外来で点滴など必要な受診ができることになっていた。患者も退院を喜んでいたし、一時退院後のGVHDの悪化も偶然であり、苦情を言われるのは意外である」と回答した。なお医療記録には、移植後1年以上にわたる入院治療で患者本人の「精神的苦痛が限界」であったと記載されている。

一時退院の目的が何であれ、退院は家族の関与と負担も大きいことから、その目的を患者・家族に説明し、十分に納得してもらう必要があることは言うまでもない。仮に、

相手方病院が主張するように患者の精神的苦痛が限界であったということが理由であれば、一時的にでも患者の精神的解放を実現する必要があるという病院の判断を、退院時における支援を余儀なくされる家族に対しても十分説明し了解を得た上で実施しなければ、その目的を達成することも困難であったものと考ええる。

### (3) 看護に関する苦情

申立人の苦情の多くが看護に向けられている。

相手方病院の看護計画には、患者・家族へ細かい配慮が記載されているが、その計画の意図や看護側の考えは申立人ら患者・家族には理解されていない。また、看護計画が申立人に渡されていない場合もあったが、看護サービスにおいても十分な情報提供を行った上で患者の同意を得る必要があることは言うまでもない。

申立人は2006年3月以降、受け持ち看護師との軋轢から、看護計画書不交付、入浴制限などの入院生活を制限されたと受けとめ、受け持ち看護師との対立を解消してくれる者もなく、孤立化を深めたと感じていた。看護師の患者・家族の心を傷つける言葉や応対が一部あったことは、相手方病院も申立人への書簡で認め「申し訳なく思っています」と謝罪しているが、他方において、多くはその場になかったので「お応えのしようがありませんことをお許してください」と述べている。

しかし相手方病院に求められていることは、過去の発言や対応の事実を確定することではなく、このような苦情を生み出した看護の課題や看護体制のあり方に関する検討をおこなうことであろう。相手方病院における看護体制において、患者や家族からの苦情提起を受けて、組織的に課題や問題を解決していく体制が不十分であったのではないかと考えざるを得ない。

## 5 相手方病院においては苦情解決システムが機能していない。

なお今日においては、医療福祉サービスの利用者である患者は、医療機関などから提供されるサービスに対して苦情がある場合には、いつでも苦情を申し立てて、迅速にその原因を調査し、問題を解決して、その結果の報告を受ける権利が保障されなければならない（「苦情調査申立権」）。

「患者が自己の権利が尊重されていないと感じる場合には、苦情申立ができなければならない。裁判所の救済手続に加えて、苦情を申し立て、仲裁し、裁定する手続を可能にするような、その施設内での、あるいはそれ以外のレベルでの独立した機構が形成されるべきである。」（WHO・患者の権利促進宣言 6.5）

相手方病院は2006年に医療相談室を設置しているが、患者・家族が苦情の調査と解決を求める窓口としては広報されていないし、そうした運営もなされていないのが実情のようである。患者・家族の苦情を適切かつ迅速に解決するシステムが整備されていなければ、患者・家族の苦情が累積するとともに、不信感が増幅して新たな苦情を生み出すにとどまらず、尊厳をもって処遇されるという患者の基本的な権利が保護されないという深刻な事態を招くことは必定であろう。

本件においても、相手方病院に苦情解決システムがあり、患者や申立人の苦情に対する適切な対応がなされていれば、ここまで深刻な問題に至らなかったのではないかとと思われる、残念でならない。



## 第7 相手方に対する勧告と要望

以上の考察に基づき、NPO 法人患者の権利オンブズマン・オンブズマン会議は、相手方病院に対して、以下のような勧告と要望を行う。

### 1 相手方病院に対する勧告

(1) インフォームド・コンセント原則に基づき医療看護サービスを提供する体制を早急に確立されたい。

とりわけ、急性骨髄性白血病の治療のように複雑な治療の組み合わせを要する治療方針を決定するに際しては、各治療方法それぞれのメリット・デメリット、何もしない場合の予後の見通し等に関する完全な情報が患者本人に提供され、患者自身が十分理解納得したうえで治療方法の自己決定を行なう（提案された治療方法に同意すること、他の代替的治療方法を選択すること、あらゆる医療措置を拒否することなどを含む）権利が十分に保障されなければならない。

その際、特に患者が後になって不安に苛まれることがないように予測可能な各治療法におけるマイナス情報も具体的に提供されなければならないことは言うまでもない。

また様々な病状の経緯とそれに応じた治療法について、それぞれの状況と段階に応じて患者に対する情報提供を尽くすとともに、必要に応じて改めてインフォームド・コンセントを得るように徹底すべきである。

なお、看護計画を患者に提示することは、看護師の決定した事項を患者に伝達することを意味しているのではない。患者との共同意思決定のプロセスを保障するためであり、相手方病院看護部においては、看護もインフォームド・コンセント原則に基づいて提供されなければならないという倫理原則を徹底することが必要である。

(2) 患者の苦情調査申立権を保障する為に、患者の苦情を受け付け、迅速・公正に解決できる苦情解決システムを整備されたい。

例えば、苦情窓口を設置して専任の苦情窓口担当者を配置するとともに、病院各部門の担当者に院外の第三者メンバーや患者会の代表等を加えた委員会を設置することもひとつの方法であろう。また現在ある医療相談室を、患者・家族の苦情相談窓口の一つとして位置づけ、苦情解決に向けて有効な役割を果たしうるように、その体制を整備することにも取り組まれない。

### 2、相手方病院に対する要望

がん緩和ケア（がん治療推進計画）に準じて患者本人の精神的サポートを行う体制を整備されたい。

白血病治療では、どの療法でも感染症や合併症のおそれがあり、とりわけ移植療法では GVHD やその抑制の薬物（ステロイド剤など）の副作用に苦しむおそれがある。それらは多臓器に渡るのでの的確な対応を行うためにも各専門医の協力が不可欠であるから、移植療法を実施するにふさわしいチーム医療体制を整備されたい。

また看護サービスはチーム医療の重要な一環であり、患者の病状とその心理状態、および家族の状況を的確に把握し、有効適切な看護を実施しうる看護体制を構築されたい。特に、白血病などの治療のように、生と死が隣り合わせとなって闘病する場合の看護のあり方や、患者・家族と協同して病気と闘うための情報を共有していくことができるような体制を看護研修教育も含めて整備されたい。 以 上