

第1章

倫理学の基礎と 医療倫理の四原則

はじめに

本章では、救急・集中治療の臨床倫理において必要とされる倫理的知識について、その概要を述べる。本稿で述べる倫理的知識は、臨床倫理に関わる臨床医や看護師などが身に付けることが望ましいものである。本稿では、倫理学の基礎と医療倫理の四原則を中心に、倫理的推論と倫理的分析のスキルについての知識を説明する。

1 臨床倫理における倫理的知識の位置付け

臨床倫理においては、医療者側と患者・家族側の意見が分かれる場合など、臨床上の意思決定が困難なケースについて倫理的な評価を行わなければならない。米国生命倫理学会による「病院倫理コンサルテーションに必要とされる諸能力」(ASBH, the Core Competencies for Health Care Ethics Consultation, 2009)によると、臨床ケースの倫理的評価を行うために必要とされる知識として、「倫理的推論と倫理理論」が挙げられている。そこで、以下ではどのように倫理的推論を行うのかについての説明をするとともに、臨床倫理に関連する基礎的な倫理理論を概説する。

1) 倫理的推論とは

臨床現場では、患者の治療方針について、最終的に何らかの意思決定を行う必要がある。倫理的推論とは、その意思決定に至るための考え方の筋道(プロセス)のことを指す。推論の仕方にはいくつかのタイプがあるので、以下で説明する。

倫理的推論には、大きく分けると、帰結主義的なものと、非帰結主義的なものがある。帰結主義とは、判断を行う際に、行為の生み出す様々な結果を

比較考量するという考え方である。帰結とは行為の結果のことを指す。例えば、ある患者に関して、ある治療を行うべきかどうかの判断を迫られているとする。帰結主義では、その治療の結果や別の治療を行ったときの結果を比較することによって、何をなすべきか判断する。最大多数の最大幸福を生み出す行為や規則が正しいとする功利主義（後述）は、帰結主義の一種であり、その代表的な理論と言える。

それに対して、非帰結主義は、何をなすべきかを考えるときに、行為が義務や規則に従っているかどうかを重視する立場である。例えば、ある患者の治療を中止すべきかどうかの判断を迫られているとする。非帰結主義では、治療を中止した結果について考えるのではなく、治療を中止することは患者の権利に反していないか、あるいは、医師の義務に反していないかというように考える。つまり、重要なのは行為の結果ではなく、行為が義務や規則に従っているかどうかなのである。非帰結主義の代表的理論は、義務論（後述）と呼ばれる立場である。

このように帰結主義と非帰結主義の大きな違いは、行為の正しさを考えるときに結果に注目するか、あるいは義務や規則に注目するかという違いである。臨床倫理においては、どの理論が一番正しいか考えるよりは、自分がどのような形で倫理的推論を行っているか（行為の帰結を考えているのか、義務や権利について考えているのか？）を分析することが重要である。また、それとともに、こうしたいくつかの理論を使って、様々な観点からケースを考察するのが重要である。

2) 基礎的な倫理理論

次に、基礎的な倫理理論として、功利主義と義務論を説明する。これらは医療現場に限らず様々な状況において適用可能なものであり、次節で解説する臨床医療に特化した倫理理論の基礎をなす考え方である。

a. 功利主義

功利主義は、帰結主義の一種で、重要な帰結は人々の幸福であり、また人々の幸福を最大化する行為が正しいとする理論である。そこで例えば、ある患者の治療方針について判断する際には、その患者一人の幸福あるいはQOLについて考えるだけでなく、その患者の家族や担当医や担当看護師らの幸福に対する影響も考慮に入れる必要がある。

しかし、個々のケースについて、毎回、人々の幸福に対する影響を計算し

て判断するというのは大変な作業であり、現実的ではない。また、例えば、院内指針などを作ることなく、各自が功利主義に従って結果を考えて行動すると、一貫性がなく、場当たりの行動になる可能性が高い。むしろ、院内指針を作り、統一的な方針を守って行動したほうが、より良い結果が得られるだろう。そこで、現在では次に説明する規則功利主義という立場が重視されている。

規則功利主義は、意思決定における規則の役割を重視する考え方である。上で述べたように、個々のケースにおける結果について考えるよりは、一般に一定の規則を守ったほうが、良い結果を得られることが多いと考えられるためである。そこで例えば、ある病棟の院内指針を作るに当たっては、規則功利主義では、まず、どうすれば患者や医療者全員の幸福を最大化できるかを考えて院内指針を作り、次に、個々のケースにおいては医療者がその指針に従うことで、功利主義に従った判断を行うことができる。このような規則功利主義の考え方は、以下で述べる医療倫理の四原則の基礎になっている。

b. 義務論

義務論とは、非帰結主義の一種で、行為の正しさについて考えるとき、義務に従っているかどうかを考える理論である。例えば、あなたが患者に病名を告知するかどうかを判断しなければならない場合、病名の告知が医療者の義務であるかどうかについて考え、判断を行う。

ある行為が義務であるかどうかについては、代表的な二つの考え方がある。一つは、カントの理論であり、次の問いを考えるべきだという。「その行為を行うことが、普遍的な規則となることを意思できるかどうか」（より具体的には、「自分の判断が、そのまま院内指針になってもかまわないかどうか」と問うとよいだろう）、また、「その行為によって、誰かを単なる手段として扱い、当人の人格を否定していることにならないかどうか」である。カントによれば、定言命法と呼ばれるこのようなテストに合格しなければ、その行為は道徳的義務とは言えない。カントは、人に嘘をつくことと、自殺をすることはどんなときでも義務に反していると主張した。例えば、患者に病名などに関して嘘をつくことは、患者の自己決定を妨げるため、患者の人格を否定することになる、とカントなら言うだろう。

もう一つは、ロスの理論であり、例えば嘘をつかない、困っている人を助ける、他人に危害を加えない、感謝の念を忘れない、など、われわれが従うべき義務は常識的に自明だとする立場である。ロスによれば、こうした義務

表 医療倫理の四原則

(1) 患者の自律尊重原則	患者の自律（自己決定）を尊重せよ
(2) 善行原則	医療者は、患者の最善の利益を考えて行為しなければならない
(3) 無危害原則	患者に有害なことをしてはならない
(4) 正義原則	複数の患者がいる場合に、公平に扱うことを命じる

が衝突する場合には、その状況をよく考えて、どの義務が重要かを判断する必要があると言う。例えば、患者へ病名を告知する場合、患者に嘘をつかないという義務と、患者にショックを与えないという義務が衝突する可能性がある。この場合、その状況をよく考えて、どちらの義務を優先するかを考えるべきだと言う。このようなロスの考え方は、以下で見る医療倫理の四原則の基礎をなす考え方となっている。

2 臨床医療に特化した倫理理論

臨床における倫理問題を考える際に、より実践的な倫理理論として、医療倫理の四原則を用いる考え方や、決疑論とケアの倫理の考え方がある。以下ではそれぞれを順に解説する。

1) 医療倫理の四原則

医療倫理の四原則とは、医療現場で何をすべきかを考える際に、以下で説明する患者の自律尊重、善行、無危害、正義という四つの原則を用いて、院内指針を策定したり、ケースを分析し結論を導き出そうとしたりする考え方である。以下でそれぞれの原則を詳しく説明する（表）。

a. 患者の自律尊重原則

患者の自律尊重原則とは、文字通り患者の自律（自己決定）を尊重せよ、という原則である。いわゆるインフォームド・コンセントは、この原則によって支持される。インフォームド・コンセント、すなわち患者が十分な情報に基づいて治療に同意するためには、医療者から十分な説明を受ける必要がある。そのため、例えばがんの告知など、意思決定のために必要な情報を知らせることも重要である。また、患者の意識がないなどで本人の意向がわからない場合は、リビング・ウィルなどの事前指示や、家族による患者の推定意

思に従うことが支持される。

また、患者の治療の拒否もこの原則によって支持されると考えられる。例えば医療者が必要だと考える治療を患者が何らかの信念に基づき拒む場合、自律尊重原則は、患者の意思を尊重することを支持するだろう。これは、たとえその決定が本人にとって不利益なことでも自己決定の権限をもつ愚行を行う権利を認めているという意味で、愚行権と呼ばれることもある¹⁾。とはいえ、患者の自律を尊重することは必ずしも本人の考えをそのまま受け入れることと同じではない点に注意すべきである。例えば患者が医療を受けなくてもがんは治るといった誤った信念に基づいて治療を拒否する場合、適切な情報を与えて患者に対して可能な限り説得することが、本人の自律を尊重することにつながると考えられる。

b. 善行原則

善行原則とは、医療者は患者の最善の利益を考えて行為しなければならないという原則である。昔から「医は仁術」と言われたり、「人類の健康を向上させ、守ることは、医師の責務である」と世界医師会のヘルシンキ宣言にも謳われたりしているように、医療者の本質をなす倫理原則の一つである。

医学的に最良の判断に基づき、患者の利益になる事を行うべきだというのがこの原則の考え方である。何が患者の最善の利益になるのかは、一概に言うことは難しいが、例えば、緊急に手術をしなければ、患者の生命に危険がある場合、手術をすべきだということを善行原則は支持するであろう。また、身寄りのない患者で、しかも本人の意向がわからない場合には、患者の最善の利益になる医療を行うことが支持されるだろう。

c. 無危害原則

無危害原則とは、患者に有害なことをしてはならないという原則である。古代ギリシア時代のヒポクラテスの誓い以来、伝統的にこれは人工妊娠中絶の禁止や、安楽死の禁止を意味していた。今日では、こうしたことのほかに、患者にとって利益のない治療や検査、あるいはリスクの高い医学実験の実施などをこの原則は支持しないだろう。

d. 正義原則

正義原則とは、複数の患者がいる場合に、公平に扱うことを命じる原則である。これは医療資源の配分という問題に、大きく関わる。例えば、人工呼

吸器が足りない場合や、ICUのベッドが不足している場合、あるいはトリアージの状況などのように、どの患者の治療を優先するかを決める場合に問題になる。

こうした時にどうすべきかは、個々のケースによっても大きく異なるが、一般には、なるべく医学的な見地からの評価に留まり、社会的な地位や人種や貧富の差といった考慮事項は除外するのが望ましいと言える。とくに、いわゆる社会的弱者と言われる、身よりのない高齢者や重度の障害者、生活保護にある人などを十分な理由なく差別することは、この原則に反していると考えられるだろう。

e. 四原則の使用の仕方

以上で見た四つの原則については、以下の三つのポイントに留意する必要がある。

一つは、四原則を用いて考えることの長所は、何が倫理的に問題になっているかを分析できるということである。臨床倫理においては、まず何が倫理的に問題なのかをはっきりさせなければならない。しかし、症例の記述を読んだだけでは、そもそも何が倫理的に問題なのかを言葉で言い表すのが難しい場合がある。その場合、四原則を用いて分析すると、問題がクリアになることが多い。例えば医学的に見て最善の治療を患者が拒否する場合、善行原則と自律尊重原則が衝突していると表現できる。また、終末期の患者が安楽死を求めている場合、自律尊重原則と無危害原則が衝突していると表現できる。このように述べることで、解決すべき問題がクリアになり、議論のポイントを皆で共有することが可能になる。

もう一つは、これらの原則は、「一見自明な原則」だということである。一見自明な原則とは、それが倫理的原則であることは間違いなく、どんなケースにおいても尊重されるべきだが、絶対に守らなければならない原則ではないということである。例えば、これはよくある誤解であるが、無危害原則が常に最優先で守られなければならないとすると、患者に対する侵襲や医学実験は一切認められないということになる。また、患者の自律尊重原則が常に最優先で守られなければならないとすると、安楽死を求める患者には安楽死を行わなければならないと、一切の治療を拒否する患者には有益な治療を全く行えなくなる。したがって、これらの原則は、それぞれのケースにおける相対的な重要性を考慮して、すべての原則を可能な限り尊重しつつも、当該のケースにおいてどれが優先するかを決める必要がある。

最後に、四原則を用いた問題解決には、経験が必要だということである。四つの原則は、そのすべてに従った判断をすることが望ましいが、上で述べたように、ケースによっては原則同士が衝突する場合がある。こうした場合にどちらの原則が優先するということは四原則のアプローチでは直ちには言えない。臨床倫理においては、ケースをよく検討して、すべての原則を満たす解決策がないかをまず考え、それが無理であれば、いずれかの原則を、法律や院内指針も参考にしながら、優先させる決定をしなければならないであろう。四原則をうまく用いるためには、経験を重ねるしかないとも言える。ある人が述べているように、「原則が問題を解決するのではなく、人が問題を解決する」のである²⁾。

2) 決疑論とケアの倫理

次に説明する決疑論とケアの倫理は、医療倫理の四原則のような「原則に基づくアプローチ」とは異なる倫理的推論を行うことにより、個々のケースで何をすべきかを考えようとする理論である。

a. 決疑論

決疑論とは、「ケースに基づくアプローチ」とも言われるように、これまでに経験したケース（症例）を参考にして、何をすべきかを考えようとする立場である。例えば、身よりのない終末期の患者の治療方針について決めなければならないとする。医療倫理の四原則の考え方では、上で見たように、四つの原則を用いてケースを分析するが、決疑論の立場では、過去に同様のケースがなかったかどうかをまず考える。身よりのない患者の治療方針に関して過去にうまく解決できたケース（典型例）があり、それと今回のケースが十分に類似していると言えるなら、以前と同じ判断を行う。このような形で、個々のケースにおける判断を積み重ねて典型例をストックしておくことで、問題を解決しようとするのが決疑論である（決疑論の「決疑」とは、「疑いを決する」、すなわち解決するという意味である）。いわゆる臨床倫理の四分割法は、決疑論の考え方に基づくものである。

b. 臨床倫理の四分割法

臨床倫理の四分割法は、臨床ケースの倫理的問題を分析するのに用いられる方法である。紙の上に十字に線を引き（あるいは、線を引く代わりに紙を二つ折りにしてから開いてもよいだろう）、左上のマスの「医学的適応」、右

医学的適応	患者の意向
QOL	周囲の状況

図 臨床倫理の四分割表

上のマスに「患者の意向」、左下のマスに「QOL」、右下のマスに「周囲の状況」と書き入れ、そこにケースの事情を書き込んで分析を行う(図)。

「医学的適応」のマスには、診断や予後など、患者の治療に関する医学的な情報を書く。ここを詳しく書くことはもちろん重要だが、ここだけ詳しく書き込むのではなく、他のマスにも十分な注意を払うことが大切である。「患者の意向」のマスには、治療方針に関する患者自身の意向があればそれを書き、なければ家族などの意向を書く。「QOL」のマスには、患者のQOL評価について書く。QOL評価については、本人によるものか、第三者によるもので大きく異なる可能性があるため、誰の判断なのかについて注意する必要がある。最後に、「周囲の状況」のマスには、患者や家族の文化的・宗教的背景や経済的事情、法的問題など、他のマスには入らなかった様々な状況について書き入れる。

このようにすることで、ケースの詳細についての理解が深まり、過去のどのケースと似ているか(あるいは似ていないか)が明確になり、次に何をすべきかがより明確になることが期待される。

ややもすると抽象的になりがちな四原則の考え方が「トップダウン」(上からの演繹的な思考法)と言われるのに対して、具体的なケースに基づく決疑論の考え方は「ボトムアップ」(下からの帰納的な思考法)と言われる。このような思考法は、普段から多くのケースを経験する医療者に向いているだろう。

ただし、決疑論の考え方には二つの問題がある。一つは、過去のケースを参考にするため、判断が保守的になりがちだということである。もう一つは、これまでに経験しなかった全く新しい倫理的問題が出てきたときには、この考え方では対応しにくいということである。したがって、多くの点で過去のケースとは異なるケースが現れた場合には、無理に過去のケースを当てはめて同じように判断しようとせず、四原則などを用いて十分な分析を行った上で解決策を考える必要があるだろう。

c. ケアの倫理

ケアの倫理も、決疑論と同様、あるいはそれ以上に、個々のケースにおける具体的な事情を重視する立場である。四原則のアプローチにおいては、「原則の衝突を解決するにはどうしたらよいか」という、ややもすれば抽象的になりがちな問いを考えるのに対して、ケアの倫理では、「このケースにおける人間関係の中で、各人の気持ちやニーズをよく理解するにはどうしたらよいか、また、それに対してわたしはどのように応答すればよいのだろうか」という具体的な問いを考えることになる。

例えば、安楽死を望んでいる終末期の患者の治療をどうすべきかについて判断を迫られているとする。四原則アプローチでは、患者の自己決定を尊重せよという自律尊重原則と、患者に危害を与えるべきでないという無危害原則が対立しており、この対立をどのようにして解決できるかを主として考えることになる。それに対して、ケアの倫理であれば、なぜその患者は安楽死を望むようになったのか、患者と家族はどのような人間関係であるのか、また患者と医師や看護師はこれまでどのような関係を築いてきたのか、といった具体的な人間関係の物語を描き出すことによって、自分は患者の望みに対してどう応答できるかを考えることになるだろう。

もともとケアの倫理は、四原則アプローチのような原則や公平性を重んじる倫理的推論を批判する立場として登場し、女性特有の倫理的思考を特徴づけていると主張された。しかし、今日では、必ずしもケアの倫理は女性特有の思考というわけではなく、男性にも重要な考え方だと認める人々が多い。また、「ケアの倫理か四原則か」という考え方をする必要は必ずしもなく、柔軟に両方の考え方を併用して考えるのがよいと思われる。例えば院内指針の策定の際には四原則のほうが適しているように思われるし、臨床現場の個々のケースにおいては両方を使って考えることにより、より多面的な考察が可能になるだろう。

まとめ

本章では、臨床倫理に必要な倫理的知識について、帰結主義と非帰結主義、医療倫理の四原則、決疑論とケアの倫理を中心に、いくつかの倫理的推論のあり方を説明した。最初に述べたように、本稿で説明した倫理的知識は、臨床倫理に関わる臨床医や看護師などが身に付けることが望ましいものである。また、臨床倫理上の意思決定をする際には、上で述べたどの理論が一番正しいかと考えるよりは、自分がどのような形で倫理的推論を行っているかを分析するとともに、こうしたいくつかの理論を使って、様々な観点からケースを考察するのが重要と言える。最後に、本稿で見たいいくつかの倫理的理論については、それらを単なる知識として身に付けるのではなく、ケーススタディなどを通して学ぶことにより実践的に使えるようにすることが大切である³⁾。

ミニ知識：タスキギー梅毒研究とベルモント・レポート

第二次世界大戦後の米国で起きた非倫理的な医学実験の代表例としてしばしば挙げられるものとして、タスキギー梅毒研究がある。これは、米国の公衆衛生局が、1930年代半ばからアラバマ州タスキギー郡とメイコン郡に住む梅毒の黒人患者約400名を研究対象として、梅毒の自然経過を調べるために行われた研究である。周知の通り、梅毒は性感染症の一種であり、感染すると皮膚に異常が出るほか、場合によっては中枢神経系（脳と脊髄）がおかされ、身体各部の麻痺や、精神異常をきたす疾患である。研究が始まった1930年当時は、まだ梅毒の効果的な治療法がなかったため、梅毒がどのように進行するか（自然経過）を観察する目的で上記の研究が行われた。研究参加者がすべて黒人であったことが一つの問題であるが、それ以上に大きな問題は、1945年ごろから梅毒の治療に効果があるペニシリンが利用可能になったにもかかわらず、研究参加者にはそのことが知らされなかったことである。この研究がメディアで大きく報道されて問題視され研究が中止になったのは、実に1972年のことであった。

米国ではこれがきっかけとなり、1973年に研究倫理を検討するための国家委員会が設置された。この委員会が1978年に公表した有名な報告書が『ベルモント・レポート』である。この報告書では、①人格の尊重、②善行、③正義の三つの原則が明示された。人格の尊重とは、研究参加者を研究のための単なる道具として扱ってはならず、その自律性を尊重しなければならない、ということである。また、善行とは、研究参加者に対するリスク（危険）を最小化するとともに、研究によるベネフィット（利益）を最大化するということである。最後に、正義とは、研究参加者の選択にあたっては、公平な基準を用いて行わなければならないということである。翌1979年には、生命倫理学の古典的な教科書として知られるピーチャムとチルドレスの『生命医学倫理』が出版された。そこでは上記の三原則を少し修正して、いわゆる医療倫理の四原則、すなわち、①自律尊重原則、②善行原則、③無危害原則、④正義原則の四つが示された。これは今日でも米国型の医療倫理学の中心的な枠組みを形成しているものである。

【注・文献】

- 1) 加藤尚武. 現代倫理学入門. 東京: 講談社学術文庫; 1997. p.177.
- 2) Churchill LR. Theories of justice. In: Kjellstrand CM, Dossetor JB, Dordrecht, editors. Ethical Problems in Dialysis and Transplantation. Kluwer Academic; 1992. pp.21-34.
- 3) 本稿は下記の論稿に加筆修正を行ったものである。見玉聡. 臨床倫理において必要な倫理知識 (特集ICU, CCUにおける臨床倫理入門). ICUとCCU 2012; 36(9): 637-642.
- 4) 赤林朗編. 入門・医療倫理 I. 東京: 勁草書房; 2005.
- 5) ヘルガ・クーゼ. 竹内徹, 村上弥生監訳. ケアリング 看護婦・女性・倫理. 大阪: メディカ出版; 2000.
- 6) アルバート・ジョンセン他. 赤林朗, 蔵田伸雄, 見玉聡監訳. 臨床倫理学 (第5版)―臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ. 東京: 新興医学出版; 2006.
- 7) トニー・ホープ. 見玉聡, 赤林朗訳. 一冊でわかる医療倫理. 東京: 岩波書店; 2007.
- 8) トム・L・ピーチャム, ジェイムズ・L・チルドレス. 生命医学倫理 (第5版). 千葉: 麗澤大学出版会; 2009.
- 9) D・ミカ・ヘスター編. 前田正一, 見玉聡監訳. 病院倫理委員会と倫理コンサルテーション. 東京: 勁草書房; 2009.

(見玉 聡)

第2章

法学の基礎

はじめに

日本において、救急・集中医療をめぐるのは、この十数年間、医学あるいは倫理学、法学の分野はもとより、報道を中心として社会全体でも大きな議論が展開されており、しかもその議論がやや錯綜気味で収束の気配を見せていない。その大きな要因として、救急・集中医療に関する法制度あるいは法解釈において、関係する医学・医療関係者と法律家・法学者、そして社会の間で合意が形成されていない点が挙げられる。そこで、本章では、救急・集中医療に関する現行の法制度を概観し、法的問題点を抽出し、そして法的側面で救急・集中医療の問題点の解決方向を展望することを目的として設定する。

1 法律と法学

1) 法律の基礎

法律は、社会規範の強制といういわば古典的な役割と、諸種の政策目的の実現という現代的な役割を担っている。まず、社会規範の強制という面から述べていこう。

法律とは、基本的に国家による強制力に裏打ちされた社会規範である。法律以外の社会規範としては、道徳、倫理、学会等の団体による内部規範がある。道徳は、主に個人の内面の規範意識を意味し、その違反には基本的に個人の良心と社会的などがめという形態での制裁が加わる。道徳の典型例としては、自分の周囲の者に対する尊敬の念、帰属する集団への調和などが挙げられる。これらの道徳にもとる行動をとった際には、周囲の者から遠ざけられたり、友好的な関係を損なったりという制裁が加わる。しかし、それらの制裁は、国家による強制の発動として加えられるものではない。また、道徳違

者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

②家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

③家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

(3) 複数の専門家からなる委員会の設置

上記 (1) 及び (2) の場合において、治療方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で病態等により医療内容の決定が困難な場合
- ・患者と医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合
- ・家族の中で意見がまとまらない場合や、医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合

等については、複数の専門家からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

平成19年5月

厚生労働省

救急・集中治療における 臨床倫理

< 検印省略 >

2016年2月5日 第1版第1刷発行

定価 (本体 2,900 円 + 税)

編集者 前田正一
氏家良人

発行者 今井良

発行所 克誠堂出版株式会社

〒113-0033 東京都文京区本郷3-23-5-202

電話 (03)3811-0995 振替 00180-0-196804

URL <http://www.kokuseido.co.jp>

ISBN978-4-7719-0454-5 C3047 ¥2900E 印刷 新協印刷株式会社

Printed in Japan ©Shoichi MAEDA, Yoshihito UJIKE, 2016

- ・本書の複製権・翻訳権・上映権・譲渡権・公衆送信権 (送信可能化権を含む) は克誠堂出版株式会社が保有します。
- ・本書を無断で複製する行為 (複写, スキャン, デジタルデータ化など) は、「私的使用のための複製」など著作権法上の限られた例外を除き禁じられています。大学, 病院, 診療所, 企業などにおいて, 業務上使用する目的 (診療, 研究活動を含む) で上記の行為を行うことは, その使用範囲が内部的であっても, 私的使用には該当せず, 違法です。また私的使用に該当する場合であっても, 代行業者等の第三者に依頼して上記の行為を行うことは違法となります。

・**JCOPY** < (社) 出版者著作権管理機構 委託出版物 >

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は, そのつど事前に (社) 出版者著作権管理機構 (電話 03-3513-6969, Fax 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp) の許諾を得てください。