

臨床倫理メティエーション

国立大学法人山形大学医学部
総合医学教育センター 中西 淑美

12 選択と自己の意思決定との間の不一致

はじめに

前回、多職種連携の必要性と患者を含めたチーム内の相互の対話過程に、臨床倫理における医療メティエーションの可能性について提示した。臨床倫理における医療メティエーションは何故必要なのか。その理由を選択するという意思決定の行為を通して考えてみたい。

通常、終末期のみならず、救急の場面でも、あるいは日常診療の場面ですら、診療契約の内容は種々の不確定な要素が含まれている。患者

の意思決定を問題とする場合、通常は意思決定能力や行為能力の異常がないことが前提である。しかし、医療では異常な状態にある場合もある。

(1)臓器移植の生前意思尊重での2つのあり方に改訂臓器移植法が全面施行となつた。その改正の理由は、脳死臓器提供は増加しなかつたことと、世界においても臓器の提供者は足りておらず、2008年の国際移植学会で「移植が必要な患者の命は自国で救える努力をすること」という主旨のイスタンブル宣言が出されたことによる。つまり、1997年10月16日に脳死後の臓器提供を可能にする「臓器移植に関する法律」(臓器移植法)が施行された際の規定が、脳死後に臓器を提供する場合、本人の書面による意思表示が必須という厳格な規定であったためである。

「Opt in (オプトイン、以下opt inと称す)」と「Opt out (オプトアウト、以下opt outと称す)」は、それぞれ英語の『opt in』と『opt out』を語源としている。『opt』とは(自動)決定を支援する対話の意義を、選択と意思決定の中で考えてみよう。

つまり、opt inは、自らの明確な意思で「参

加する」「加入する」という意味合いを持ち、一方、opt outは、「参加しない」「脱退する」という意味合いの表明になる。

opt inは、explicit consent/contract in (明示的同意／契約)とも言われ、opt outは、presumed consent/contract out (推定同意／契約解除)とも言われる。この2つの設定で重要なのは、意思決定の「主導権」が設定側にあるのか、当事者本人にあるのかという点である。

2008年12月1日に施行された迷惑メール対策関連法の改正では、インターネット配信の広告・宣伝メールなどの送信において、それ以前のopt out方式から、opt in方式へと変更されてくる。opt outは、メールの発信者は原則自由に送信でき、拒否したい受信者は個別に送信者宛に受信拒否通知をする設定になる。これに対し、opt inは、受信者が事前に発信者に対してメール送信に対する同意を与える、あるいは依頼するという設定になる。つまり、参加の意思表示をopt inの手続きをするか、不参加の意思表示をopt outとして手続きするかという2つの設定があることになる。また、広く国政選挙に際して行われている最高裁判事の選択に

おいても、opt inとopt outが使われている。
opt inとopt outのことで、臓器移植について表すと下記のように定義する」ともできる。
Opt in：生前に臓器提供する意思が明確な場合は、臓器提供を認める規定

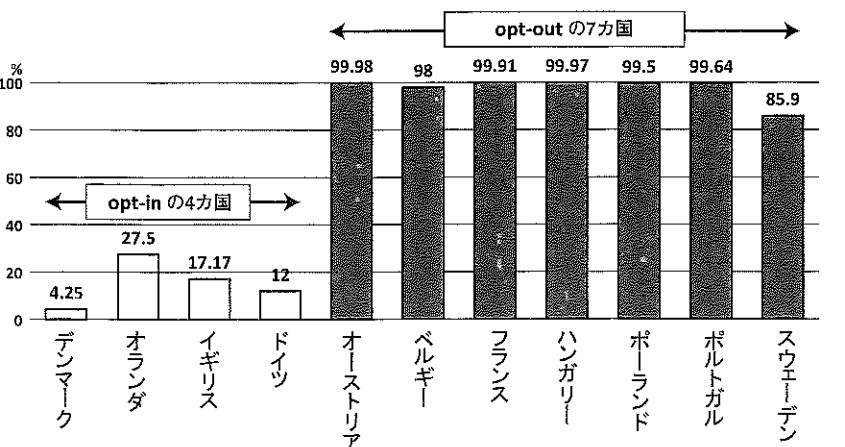
Opt out：生前に臓器提供の拒絶意思が不明確な場合は、臓器提供の意思ありと認める規定

この初期設定は、明示的同意であるopt inをしているようだ、実は、主導権が書式や記載事項次第によってはopt outにもなり、「選択」自体の意思に影響を与えることがある。

勿論、その人の性格、背景、生活信条、宗教、民族によって、意思の「選択」は変化するだろうが、書式や記載事項による情報から導き出される「隠された主導権」によって、明示的承諾がつくられる。何故なら、人は拒絶する意思が明確な場合は確固たる理由や論拠を必要とするからである。

それでは、本当にそうなのか、ヨーロッパの国別臓器移植提供について

図 ヨーロッパの国別臓器移植提供について



Eric J. Johnson and Daniel Goldstein, Effect consent rates by country. :Science, vol.302. 21 November 2003.
Explicit consent (opt-in 左側4か国). And presumed consent (opt-out 右側7か国).

(本稿筆者が邦訳しわかりやすく改編し図示、小数点以下の表記は原文のまま)

器提供に同意した国民の比率のデータがある。⁽³⁾

(図参照)。

左側の4カ国（デンマーク、オランダ、イギリス、ドイツ）と、右側の7カ国（オーストリア、ベルギー、フランス、ハンガリー、ポーランド、ポルトガル、スウェーデン）では同意率に顕著な差がある。何がこの差を作り出したのか。2つのグループでは、臓器提供の意思表示の設定が違っているのである。これは、同意率が高い国のグループでは、臓器提供しないことを何かの手段で意思表示するようにするopt out方式で、意思表示がない場合の設定は「臓器提供する」意思を表示しているとみなしている。同意率が低い国は、opt in方式で、積極的に臓器提供する意志を表示するようにする。設定が「臓器提供しない」ならば臓器提供しない意思を選択するが、設定が「臓器提供する」ならば臓器提供する意思を選択する傾向があることを示唆している。

つまり、人間は設定にある選択をしやすい傾向にあるのである。この知見を利用して、制度・政策の設定によって、個人の行動に影響を与えるとする考え方がある⁽³⁾。

これは、認識の錯覚、または、意思決定の錯覚である。

覚でもない。この2つのグループの国々の著明な差は、通常、文化や宗教の違いだらうと言われる。未知なる他者に臓器を与えるというのは、どれほど他者を思いやれるか、どれほど社会を思いやり、社会と繋がっているかを考えられる。国々なのか。ところがこのグラフを見ると、似たような文化背景と思われる国が、実はかなり異なる振る舞いをするのがわかる。例えば、スウェーデンは、右側にあるが、文化的に似ていると思われるデンマークは左側で、ドイツ（左）とオーストリア（右）、オランダ（左）とベルギー（右）である。

この図の出典論文の著者であるJohnsonとGoldsteinによれば、オランダについては、提供しない国々のグループの中では、臓器提供する割合が27・5%と高いが、この人たちだけではなく、臓器提供のプログラムに入るよう嘆願する手紙をオランダの被験者全員に送付した結果の回答であった。つまり、オランダは個人の自由を尊ぶ安樂死法の国であり、死について寛容であるが、「頼まれても、臓器提供しない」という選択をしていた。左側の国々に比べ、右側の国々が何をしているにせよ、頼み込むよりもずっと、臓器移植の提供に関する同意がとら

れていることは疑いがない。

著者は、この差の理由として、当局の記入用紙に原因があり、左側の国々の書式の違いになるとする。つまり、左側の国々と右側の国々は、以下のような記入用紙を使っている。

左側の国々、「臓器提供プログラムに参加したい場合、下のチェックボックスに印をいれてください」（Opt-in）。結果は、図通り、大半はチェックを付けずに参加しないことを表明する。

右側の国々・記入用紙がわずかに違い、「参加たくない人は、下記のチェックボックスに印をしてください」。

左側の国々・記入用紙がわずかに違い、「参加したい場合は、下記のチェックボックスに印をしてください」。

人間は、実際、決断しているようで、多くの決断を、自分一人ではしていないこと、それは、同じく印をしない。その結果、参加することになる（Opt-out）。

興味深いことに、この用紙を受け取った人もこの記入用紙の設定・規定によって、個人の行動が多大に影響力を受けることからもわかる。これらの結果を予感するのは非常に難しく、政策に埋め込まれる「選択」があることは前述したとおりである。

これだけ顕著な差が生じている理由としてさて

まざまな意思表示の方法以外の要因が考えられるが、2つのグループの同意率のこれほどの違いは、意思表示の設定以外では説明できない。

2. 日本の臓器移植提供の意思決定と表示法

現在、日本臓器移植ネットワークの臓器提供意思カードでは、①意思の選択、②提供したく

ない臓器の選択、③親族優先やその他の臓器提供の意思などの特記事項の欄、④署名などで構成される。(1)の意思の選択については、次の3つの選択肢の中から、1つだけを選ぶように設定されている。

1. 脳死後および心停止後のいずれでも臓器を提供してもいい方

2. 脳死後での臓器提供はしたくないが、心臓が停止した死後は臓器を提供してもいい方

3. 臓器を提供したくない方

また、臓器を提供する意思表示は15歳以上からを対象とするが、臓器を提供しない意思は、15歳未満でも有効で口頭によるものも認めている。(3)の親族優先などの特記事項の記載にあたっては、臓器提供目的の自殺の場合は提供を認め

など、日本の家族文化背景に考慮した留意事項もあり、基本的に本人の意思を尊重するが、家族が反対した場合には臓器提供は実施されない。しかし、本人の意思が確認できない場合は、家族の承諾や自発的な申し出があれば臓器提供が実施できる。この場合、遺される家族による本人の意思を推定し、家族の意思の「選択」による「初期設定」の規定となっている。

改正臓器移植法施行後、本人の意思が不明な場合でもご家族の承諾があれば臓器提供が可能となつたことで、1997年から2010年までの13年間で脳死後の臓器提供者86名に対し、2010年から2012年の約2年間で92名の臓器提供者が増加した。このうちの約8割は家族の承諾による提供である。心停止後の臓器提供者は、13年間83名で、同様に2010年から2年間では121名の提供があつた。2011年では、1年間で脳死後の臓器提供者は64名、心停止後の臓器提供者は32名で単年合計96名の提供が行われている。厚生労働省の「脳死下での臓器提供事例に係る検証会議200例のまとめ」によると、患者または家族の臓器提供の意思を把握するのは、医療機関側の今後の治療における説明の際であり、検証終了200例のう

ち、家族の自発的な申し出が144例（72・0%）と多くを占めている⁽⁴⁾。つまり、家族の意思による臓器提供が7割以上である。

報告書によれば、本人意思事例109例では、家族の自発的な申し出が96例（88・1%）であつたが、家族承諾事例91例では、家族の自発的な申し出が48例（52・7%）、主治医等からの選択肢提示が43例（47・3%）であり、真に本人の意思選択である明示的同意opt inとするのかを問われれば、家族の申し出に基づく推定同意opt outの域であることは否めない。

人々がその規定や設定を選択しやすい理由としては、その「選択」について十分に考え抜いていないことが考えられる。意思決定とは、自己決定しているという幻影を観ていて過ぎないのだという考え方⁽⁵⁾は理解できても、現実にはこの考えは臨床倫理では受け入れがたい。

実際には、考えていないからでも、我々が気にかけないからでもない。考え方抜いてないこともあるが、むしろ逆である。我々は、選択するとき、それを気にかけている。しかし「選択」

は難しく、しかも複雑で、時には複雑すぎてどうしていいのかわからなくなる。ふつしてよいかわからなくなるから、何であれ、選ばれらる設定をそのまま受け入れたりする。その設定、あるいは規定を、今、何の感覚で「選択」する。

臨床倫理の場面やインフォームド・コンセントの場面で、ある初期設定や規定をしてしまって人々の行動に大きな影響力を与えてしまう（アンカーリング）。影響によく限界を感じてしまふのも、どうも我々は、限界を見えない、見えないなかでの「選択」や「意思決定」をしてしまう。

自口決定による意思決定に際しては、人のような認識的な限界を理解する必要がある。医療メディエーションモデルの臨床倫理への応用は、隠れた「選択」や「意思決定」によって、立ち止まる機会や情報交流の過程を奪われる。臨床倫理メティエーションにおける「選択」や「意思決定」では、次の三つが不可欠である。

①一人一人異なるいじり、②より良いものを目指すなら、答えは一つではないじと、③相互交流のあるプロセスで、対話し関係でいくをする

「場」で展開されることは、ある。何故なら、その「選択」とはこのたん誰ひとりの最善かを確かめるためだ。

参考文献

- (1) 日本臓器移植ネットワーク Web site HP, <http://www.jotnw.or.jp/studying/1-3.html>, ハタヤ 20170328

- (2) Eric Johnson and Daniel Goldstein (2003), "Do Defaults Save Lives?", Science, Vol.302, 21 November 2003, pp.1338-1339.

- (3) Richard H. Thaler and Cass R. Sunstein (2008), Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness, New Haven: Yale University Press.

- (4) http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/zoutki_ishoku/index.html テクセトドの臓器提供事例に係る検証会議 150例の検証のまとめ」、その後行った50例の検証結果を追加）200例とした報告書。

- (5) 小松美彦 「自口決定権は幻想である」 洋泉社、2004

書籍紹介

2016世界の社会福祉年鑑（2017年度版）

佐見耕一・小笠原明・後藤玲子・原島博 编集委員
旬報社／1万5000円＋税／2016年11月／A5判／440頁



日本と世界はどのように違うのか。26名の専

門家・研究者が集結して作成されたのが本書です。世界各国の1年間の変化や進展、事例・課題を紹介し解説するレポートアレンジです。

2017年度版の注目の特集は「難民・移民問題と社会福祉」です。近年、増加の一途をたどる移民・難民。難民とは、人種、宗教、国籍、政治的意見、または特定の社会的集団の構成員であることを理由に、迫害を受けるおそれがあり、母国へ帰国できない人たちを指します。そして、移民とは、生活・仕事のために、異なる国家や文化地域へ移住する人たちを指します。世界中には、約6500万人の難民・庇護申請者・無国籍者が存在しています。推計約10億人の移民がいます。世界の総人口から割り出すと、なんと120人に1人は難民、7人に1人

は移民です。

世界経済の行方を左右するの社会現象に、社会福祉・社会保障はどうに対応しているのか。「本編」では、各国の社会福祉の制度・政策の内容、児童・障害者・高齢者福祉をめぐる現状と課題、実践事例などを具体的に解説していくます。「特集」では、難民問題の国際的な動向や移民の送り出し国と受け入れ国それぞれの事情、社会・経済への影響を明らかにします。

「第1部 各国社会福祉の現状」で、各国の社会福祉の現状に即して、移民・難民政策の現状と課題について紹介・検討します。「第2部 国際社会福祉」で、様々な国際機関（NGO・NPOを含む）の活動を通じて、国際レベルでの移民・難民の救済に向けての取り組みを紹介します。

（小笠原明）

私が注目したのは「イギリスEU離脱」です。2016年6月、イギリスは国民投票でEU離脱を選択しました。EUの歴史上、加盟国の離脱は初めてで衝撃的な出来事でした。この出来事も移民・難民問題と関係しています。最大の海外植民地を持っていたイギリスは移民が多く近年は外国人の受け入れに比較的抑制的な政策をとつてきました。外国人排斥を強調する勢力も次第に拡大していました。国民投票に際しても、これ以上外国人は受け入れたくないと思うならEU離脱、容認ならばEU残留という構図でした。他にも論点はありましたが、移民問題が大きな論点であったことは確かでした。もうひとつは、ドナルド・トランプ米大統領が2017年1月25日、メキシコとの国境に「通過不可能な具体的な障壁」を建設するよう、大統領令で命令したことです。未登録移民の保護区となっている米国内の都市への連邦交付金を撤回する命令にも署名しました。これに対してメキシコのエンリケ・ペニャニエト大統領は同日、壁の費用を払うつもりはないと言明。予定書では、このメキシコとアメリカの難民・移民をめぐる状況も取り上げています。（小笠原明）

編集部からのお願い

本誌の発送先につきましては、間違いないように見直しをしています。また、提供していただいた情報を他に流用したり漏洩したりというようなことのないよう適正に取り扱い管理することに努めています。

ですが、人事異動などによる内容を間違えていたり、変更が漏れていたりする場合もあります。細心の注意をはらって変更作業をしておりますが、特に大幅な人事異動がある時期には、間違の起こる可能性が高くなってしまうのが現状です。

また、提供していただいた情報から漏れてしまっている情報もあるようです。ですから、定期的な人事情報以外にも、宛名ラベルに記載されている「部署名」「役職名」「氏名」「部数」等の修正・変更等がありましたら、随時、Eメール、FAX等で、編集部までお知らせください。

お手数をおかけしますが、よろしくお願ひ申し上げます。