

臨床倫理メデイエーション

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

25 現場の医療をめぐる臨床倫理(5)
— 生命危機下の患者の選好 (Autonomy) —

臨床倫理では、これまでも述べてきたよう

に、(1) 医学適応 (恩恵無害)、(2) 患者の選好 (Autonomy)、(3) QOL (人生の充実度)、(4) 周囲の状況の4つの大項目が倫理の検討項目となる。しかし、実際の救急の場面では、患者や家族の選好と医師の医学適応の判断の乖離に直面して、患者の「自律性を重んじる」、決定が患者の死、そして訴訟に至ることがある。

(1) 概要と経過

平成19年9月13日昼頃、36歳男性Xは胸が苦しくなるなど胸部の不調を覚えた。そのため、午後4時頃、Y病院でA医師の診察を受けた。A医師は、心電図検査、血液検査、心エコー検査、および胸部造影CT検査を行ったところ、心室壁運動の局所的な著明な低下、心筋特異的酵素であるトロポニンTの陽性、左冠動脈前下行枝#6から#7における動脈硬化性粥腫の破綻による冠動脈閉塞等が見られ、病変部の先では辛うじて冠血流が保たれている状態だった。この時、心筋梗塞ないしそれに極めて近い状態の急性冠症候群の発症を確認した診断をした。

患者Xの症状は極めて重篤で、至急、経

皮冠動脈形成術、PCI (Percutaneous Coronary Intervention) 治療を行う必要があった。Y病院でPCIを実施できる医師はA医師1人であった。AはXにこのことと治療はリスクを伴い重篤な合併症による死もあり得るので、転院を勧めた。しかし、Xはこれを拒否した。そこで、Aは、Xの母親に来院してもらい、Xに治療のため、入院しよう説得した。しかし、XはAの全ての提案を拒否し、帰宅することを希望した。母親もXの「帰宅」という選好・自己決定には逆らえなかった。Aの最終決定はXの帰宅を受け入れることであった。

このため、Aは、Xに対して、バイアスピリン、ブラビックス錠、ニトログリセリン、及びシグマート錠を処方した。同時に、Aは、Xの帰宅に先立って、何があっても責任をY病院に求めない旨の記載のある書面を作成し、その文書にXは署名し、帰宅した。

結局、Xは午後7時50分頃、帰宅し、翌14日午前1時頃、友人宅で心筋梗塞により死亡した。その後、この患者Xの両親は、A医師が、他の病院への転送義務、説明義務、投薬義務、及び投薬の際の説明義務、または入院や体調管理な

1. 事例

千葉地裁平成24年6月15日判決事件番号 平成22年(ワ)第2652号より引用・改編したケースである。

などを働きかける義務を怠った結果、Xが死亡したなどと主張し、損害賠償を求めて提訴した。

(2) 裁判所の判断

被告医師Aらが4時間近く説得に対応しており、裁判所の判断は、入院の意味や本件の同意書の文意を理解できなかったとは到底認められず、説明も十分行っていたと認めた。また、投薬義務または投薬の際の使用方法・説明義務を怠ったともいえず、原告(Aの父と母)の請求はいずれも理由がないと棄却した。

この事例で何か釈然としない、もやもやとした倫理問題があることを感じただろうか。

2. 患者の選好 (Autonomy) から

みた倫理の問題点

(1) 「患者の選好 (Autonomy)」尊重はどのようにするのが倫理的か

「患者の選好」は、前述したように、臨床倫理を検討するうえで、Jonsonの4分割法の重要な大項目の一つである³⁾。「患者の選好」には、①患者の判断能力、②インフォームド・コンセ

ント、③治療拒否、④事前の意思表示 (Advanced Directive)、⑤代理決定の小項目がある。

この事例について順番に検討してみる。

①の「患者の判断能力」については、この事例では患者は理解力があり、判断が通常に行なえたと考えてよいだろう。②の「インフォームド・コンセント」も妥当であり、違法性はないと考えてよい。平成19年当時、このような急性冠動脈症候群の治療方針はPCI (Percutaneous Coronary Intervention 経皮的冠動脈形成術) を行い、その後CCU (Coronary Care Unit) と呼ばれる循環器疾患専門の集中治療室で管理するのが一般的であった。A医師が、早急な治療が行なえる施設への転院を勧めたのは妥当な判断であった。この時、PCIによる合併症として、急性冠動脈閉塞、冠動脈穿孔・破裂、重篤な不整脈、脳血管障害等についても説明したと思われる。しかし、Xは、転院、及び入院を承諾しなかった。このため、残された治療法の選択として、Aは血栓形成抑制薬と冠動脈拡張薬を処方した。その際、症状の一時的な改善があってもこの病気は治癒しないことを、Xに説明したのであろう。

インフォームド・コンセントとして問題はない。残る③の「治療拒否権」と④の「事前の意思表示 (AD)」に関してはどうか。

本事例に示されているように、医師は生命の危機的状況に遭遇していても、治療法選択に対して患者の自律を尊重してしまっている。そして、死という最悪の結果を招来した際には、患者の決定を承認したにもかかわらず、家族は悲嘆から、医師の「回避」や「諦観」が、患者に損害を与えたという意味付けを行う。「患者の選好」を尊重した医師に、死の責任付与という形で、悲嘆感情を訴訟へと転化していくことがある。Aは治療の選択肢をXに説明した。その上でXは転院やPCIに対する「治療拒否権」を選択し、何らかの「選好」根拠から処方薬による治療を選択した。また、④の「事前の意思表示 (AD)」は「死」とその責任所在について意思表示し、書面に記載している。この2つも問題は無いようである。

これらの4つの小項目の内容は各要件を満たしているようである。では、どこに倫理的問題があるのか。異なる視点から見た時にXの自律性は、確保されていたのであろうか(普遍化可能性)。

(2) 悲嘆から生まれる期待権と

倫理メデイエーション

この例のように「患者の嗜好」の尊重は、悪しき結果をもたらした場合には、遺族が患者の生存権や治療機会が奪われたことに対して、生存可能性の期待権として、原因究明や責任所在を求める損害賠償訴訟へと至る場合がある。遺族が損害賠償請求に衣を変化させたその内なるものは、遺族となつてしまった家族の悲嘆であり、「あのとき、どうして帰宅させたのか、何故Xを止めなかったのか」という、自責の念でもある。この自責の念が強いほど、仮想敵をつくることで、責任追及はしやすく、過去への期待権は高まる。

当事者として、医師が再度行なう説明は容易に遺族には受け入れられない。医師は自分の判断と治療選択に責任を感じているために、説明は様々な状況と検査データに基づいて行われるが、これを妥当性と合理性の主張として遺族はとらえてしまう。コンフリクトがコンフリクトを呼ぶ過程となつてしまう。

しかし、倫理メデイエーションは異なる視点に立つ。医師の判断の妥当性を受け入れてもらうためではない。医師、あるいは医療者が、何

故、Xが提案を受け入れられないのか、その理由の情報を開示させる対話の場を設ける、という視点である。勿論、家族も同じ「場」で、一緒にXにとって最善とは何であったかを考えて検討していく。

このことを事後ではなく、自律に基づいてXが選択を行なうという時点で試みていくのである。ここでは、「生命の危機」とXの嗜好が一致しているのか、不一致なのかを、Xのその時のインタレストを基に考える機会を設ける。すなわち、X自身やその家族との対話過程の中で不一致を気付かせる。勿論、脅すのではなく、生命を大切に考えていることを伝え、相手の関心に沿い、相手を尊重した対話を行なう。こうしたことは、臨床倫理の、(1)医学適応、(2)患者の嗜好、(3)QOL(人生の充実度)を一緒に決めて行く協働意思決定ということになるのではない。

3. 「わかりあえないときこそ、対話過程をもつ」ことの重要性

通常、「わかりあえない」ときは、臨床倫理の4大項目内の、(3)QOL(人生の充実度)

患者の理解と意向 ⑦家族の理解と意向 ⑧患者の生活全般の個別情報

3. 当事者の背景と経過における分岐点
4. 今、ここでのインタレスト
5. 調査する問題とその問題に対する改善点の情報開示と共有

以上をまとめると、緊急治療場面での倫理メデイエーションのポイントは、「患者の嗜好」を単に受け入れるのではなく、医学的判断を上回ってまで固執する嗜好を選択する背景要因を、今ここでの「インタレスト」として情報開示・交換が行なえる対話過程を設けることである。

参考文献

- (1) 千葉地裁平成24年6月15日判決事件 番号 平成22年(ワ)第2652号
- (2) 赤林朗／大井玄監訳「臨床倫理学」 新興医学出版社、東京、1997

その理解と共有のためには、患者が何を最も気にしているのか、今、そこにある関心(インタレスト)は何なのかを、「生命の危険」ではなく、「かけがえない生命」として、考えてみる。知識や立場が違つても相手に関心を持てば、わかりあえないと感じても対話はできる。この対話過程は、家族や利害関係者、経済的側面、施設方針、診療形態、研究教育、法律、慣習、宗教、情報等のインタレストが語られ、相互交流のある場となる。

逆説的ではあるが、「わかりあえないときこそ、対話過程をもつ」のである。その対話過程では、快か不快か、その自己決定に至るまでに3つの問いを対話で問いかける。

つまり、①何があつたかをめぐる対話、②感情をめぐる対話、③アイデンティティをめぐる対話を、一緒に考え、問いかける。

時間的な余裕があれば、上記3つの対話に関しては、以下の項目のJonsenの4分割シートを用いてアセスメントを行なう。

1. 事実の検証↓ 時系列経過の把握
2. 情報の検証↓ ①患者への説明 ②家族への説明 ③選択肢のメリット・デメリット ④社会的側面 ⑤経済的側面 ⑥

と患者の「いまここでのインタレスト」の観点から、検討する。患者の自己決定が強固な治療拒否の場合、医学的適応によるインフォームド・コンセントを検討しても、互いの対話が拓くとは限らない。むしろ、そのような強固な治療拒否に固執する理由や影響を与えている因子を見つけ、その具体的などころから検討したほうがよい。すなわち、その人の「QOL(人生の充実度)」の意味を検討する。医療者は、患者を頑なにさせる周囲の状況や何かの原因があることに気づく必要がある。

こうした視点に立つと、医療者は患者の自律ということと、対話を閉じていたのではないかという疑問が生まれる。時間は限られているからこそ、対話の時間を創る。何故、生命の危険が迫っているという説明を聞きながら、頑なに「生命の危機」を克服する治療提案を拒否するのかという視点を持つ。そして、説得ではなく同意書をとることでもなく、患者の「生命の危機」という状況で、その患者が見ている「現実」を共有することはできないのかを、医師は追求する。このことを、医師のみならず、家族もその場にいる医療関係者も協働で検討するのである。

伊勢原協同病院 チャレンジデー-ISEHARA2018に参加

5月30日、「チャレンジデー-ISEHARA2018」に参加しました。

チャレンジデーとは市民参加型のイベントで、人口規模がほぼ同じ自治体同士が、15分以上継続して体を動かした「住民の参加率」を競い合います。伊勢原市は今年で5回目の参加であり、山梨県甲斐市と対戦しました。

J A 神奈川県厚生連・伊勢原協同病院(井上元保病院長)は、香川県丸亀市に勝利した昨年に続き、このイベントに参加しました。当日は病院敷地内の清掃をする予定でしたが、雨になってしまったため大会議室でラジオ体操を行い、約100人の職員が体を動かしました。



ラジオ体操

翌日発表された結果は、残念ながら甲斐市に負けてしまいましたが、地域のイベントに参加することで一層地域との一体感を強めました。

(神奈川県厚生連企画管理課 金田理沙)