

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

24 現場の医療をめぐる臨床倫理④—患者選好と期待権

1. 何が倫理的な問題か

—前号の事例について

前号では、診断に対するインフォームド・コンセント(以下、IC)のあり方によって、患者のAutonomyに影響を与えること、特に、その影響要因として患者の不安を挙げた。

この不安への対処に対しては、精神心理学的なアプローチ(例えば、不安の増悪・減弱要因)やコミュニケーション論(例えば、共感、開かれた質問などの技法論)からしばしば取り上げられる。しかし、協働意思決定(Shared Decision Making: 以下SDM)と倫理問題という視点から不安に言及されることはない。この不安への対処には、医療メデイエーション

概念によるSDMが臨床の倫理問題に大変有用だと考えている。

さて、表1は、この連載のなかで、紹介したJonsenの4分割法である^①。これに沿って、前回の乳がんの診断と治療にみられた患者の不安が、SDMにどのように影響を及ぼし、このことが倫理問題のどの要素に関係しているのかを考えてみたい。

まず、Jonsenの4分割の1つ、「医学的適応」では、①安易に乳がんと宣告したこと、②乳房切除に関するベネフィットとリスク、③医療ミスの誤解が、不安を生み、ICでのSDMに影響を与えたと推測できる。また、SDMの方向性や深さと関係がある患者の選好(インタレスト)では、①事前の意思表示(Advance

Directive: AD)の機会、②ICでの代替治療や検査、③治療目標についての情報提供、その上での、④医師と患者・家族との対話を経た情報共有がない。⑤「周囲の状況」は、幼い子供がいること、経済的なこと、法律的な検討がある。ここでの課題は、医師が、この問題を自覚しながら、仕方ないこととして黙認し、Biographical(生物学的)な治療の提供になっていることである。その結果、患者の選好を反映する患者のQOLは、切除の有無や成否にかかわらず、不安という心理的影響を受けたことは否めない。

患者選好の重要な構成概念として、「自己決定権」と「患者の権利」について再度確認する。

(1) 患者の権利と自己決定権とは何か

患者は、いかなる医療技術や治療でも、それが始められる前に、ICを与えるものに必要なる情報を受ける権利がある。世界医師会は、1981年リスボン宣言(患者・および生物医学研究対象被験者の権利)において、11項目の患者の権利を提言している。特に、①良質の医療を受ける権利、②選択の自由(セカンドオピニオン)、③自己決定権、④患者の意思に反する処

置と治療、⑤情報に関する権利、⑥秘密保護に関する権利、⑦健康教育を受ける権利、⑧尊厳性への権利、など、個別具体化した医療を重視し、倫理、法学からの権利の擁護を提言している。アメリカの倫理では、この患者の自己決定能力について、法的な観点からの法的判断力(Competence)と、医療側の判断による意思決定能力(Decision-Making Capacity)の二つの能力に分類している^②。また、臨床的に重要となる後者の意思決定能力があるとすると、

意思決定能力は、①理解能力、②評価能力、③伝達能力の要素から成り立つ。また、「代理同意(Proxy Consent)」による決定もある。代理同意とは、意思決定能力がないと判断される場合で、一般に近親者による決定が多い。Jonsenの4分割では、ICは、「医学的適応」ではなく「患者選好」に属している。周知のとおり、医学的診断に基づく「医学的適応」には難しいケースがあるのは当然である。この事実を踏まえた上でのICは、この患者選好に際して、法的観点の期待権の問題に無頓着であってはならない。

患者の権利と自己決定権は、期待権の問題をふまえた上で、患者選好として、ICのなかで、SDM過程を検討する事項なのである。

(2) 検討される期待権とは何か^③

期待権侵害については議論がある。最高裁は、平成17年12月8日の判決(判時19233号26頁)の補足意見にて、「反対意見(期待権に基づく賠償を認めるべきとした)は、実定法に定めのない「期待権」という抽象的な権利の侵害につき、不法行為による損害賠償を認めるものであるから、医師が患者の期待権を侵害すれば

過失があるとされて直ちに損害賠償責任が認められ、賠償が認められる範囲があまりに拡大されることになる。」と、純粹な期待権による損害賠償を認めるべきでないと指摘した。つまり、期待権という権利は実定法の中には定めがないと最高裁での判例の補足意見として提示されているのである。

このように、期待権は実定法には定めがなくとも、実際の臨床の場では、問題になることが多いことはしばしば遭遇するところである。さて、期待権を考慮に入れて、「患者選好」について再整理してみよう。

(3) あらためて、インフォームド・コンセントとは何か

1970年頃米国より導入されたICの理論において重要な構成要素は、①適切な情報の開示、②情報の患者による理解、③患者の自己決定能力の有無、④患者が決定を行う際の自由意志・自発性の尊重、⑤患者の同意がある^④。日本では、それまでの日本固有の文化的背景や国民性から、1990年日本医師会生命倫理懇談会による提言では、米国式ICの理念を採り入れず、医師主導の限定された「説明と同意」と

表1 Jonsenの4分割法

医学的適応 (恩恵無害) 1 診断と予後 2 治療目標の確認 3 医学的効用とリスク 4 無益性 (Futility) 5 医療ミス	患者選好 (Autonomy) 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 5 代理決定
QOL (人生の充実度) 1 定義と評価 心理、社会、身体、魂 偏見の可能性 誰がどのように決定? 2 影響を与える因子	周囲の状況 (誠実と公正) 1 家族や利害関係者 2 守秘義務 3 経済 4 施設方針 5 教育 6 法律、宗教 7 その他 (情報開示)

(出典) 赤林朗/大井玄監訳「臨床倫理学」新興医学出版社、東京、1997

してのICの在り方から普及した。その後、1995年の「厚生省ICの在り方に関する検討会」の提言で、ICは患者の医療に対する積極性の確保のため不可欠であり、患者主体のICの在り方、すなわち、どのように患者に説明を行い、同意を得るべきかを、多面的にIC確立が推進されるべきだとされ、第三次医療法改正における「ICの努力義務」の明記を経て現在に至っている。しかし、現在でも、ICを正しく実施するための必須条件を医療従事者が遵守せず、その結果、患者が大きな不利益を被る事例は発生している。また、医療従事者のみならず、ICの本来的な相互作用による説明と同意が、患者・家族側に必ずしも浸透していないことも要因の一つである。

ICは、SDMでなくてはならない。SDMを構築するには、期待権の限界を提示し、患者選好に基づいたAutonomyを考慮できる対話プロセスが重要になる。

人の日々の生活の中での語りでは、個人がもつ「認識の枠組み」を用いて、理解をするために、解釈、記述、情報の共有が行われる。この語りの背景と文脈は、典型的意味づけと、個人特有の体験や経験に、意味づけられていく。そして、細胞診ではクラスIIであった。手術後、化学療法も受けたほうがいいと言われたが、副作用が強く、辛くてたまらない臥床状態となった。原疾患と治療による副作用と闘ううち、病院に対する不信感が涌出し、「2週間前は良性で、その後、急に悪性になり、乳房切断後は良性になるなんてことがあるのか。これは、医療ミスではないか」と、主治医に詰問した。主治医がセルフメデイエーションにより倫理的な問題として考え、それをSDMに結び付けたケースである。

（Ptは患者、M①は非医療者のメデイエーター、セルフM②は主治医がメデイエーター）

Pt「先生は、手術して良かったというのですが……。私は、先生を信じていますが、最近、いろいろ調べるうちに、2週間で、良性が悪性になるなんてことは非常に稀で、そんなことはないとわかりました。最初の細胞診は、良性で、その2週間後が悪性、そして、手術中が良性なんて、どういうことでしょうか。私は、真実が知りたいんです。本当に、乳房切除する必要があったのかなんです。」

M①「今は、辛いですよね。本当のことが知りたい、真実が知りたい、お気持ちがよくわかり

こうした意味付けにより、現実はその人の現実の事象として構築されていく。筆者は「ナラティブとは語りにある意味と語り継がれる意味とで現実的に構築されるもの」と定義づけている。

期待権を考える場合には、これらの意味付けとなるナラティブの理解と共有が大切である。このことを念頭に置くと、医療現場に於ける説明義務の大切さが首肯できよう。

医師は、患者に対して医学的侵襲を伴う医療行為を行う場合、医療行為の違法性をなくすために、患者の同意が必要であり、有効な承諾を得るための前提として説明義務を負うとされる。「患者が自らの身に行われようとする療法（術式）につき、その利害得失を理解した上で、当該療法（術式）を受けるか否かについて熟慮し、決断することを助けるために行われるものである。」（最高裁判決H13年11月27日第三小法廷判決民集55巻6号1154頁）

また、患者の自己決定権を保障するため、医師は、その医療行為の内容、目的等を患者に説明して患者の同意を得なければならぬ。

説明義務は、医療を提供するにあたり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めることであり、当該疾患に関して他に

選択可能な治療法について、重度の合併症なども、その利害損失、予後などについて具体的な値を挙げながら平易な言葉で説明すること（医療法1条の4第2項、民法645条とされている。

再度別の事案からもICにおけるSDMと倫理問題の「もやもや」と匂いについて考えたい。

事案3. 乳房検診（細胞診2週間前が良性で、2週間後が悪性）

Bさんは45歳。既婚。妊娠・出産歴なし。既往歴は罹病歴・入院などの経験全くなし。一年半前の会社の検診で、左乳房に1cm大のしこりを発見され、W病院の外科を受診。その後、定期的にW病院での検診や細胞診・組織診を続け、良性と診断され続けてきた。師走になった日の定期検査結果は良性と診断された。数日後、どうも、なんとなく、しこりが大きくなっていくような気がして、2週間後に再診して、再度、組織検査を受けた。24日の再診検査結果は、なんと細胞診はクラスIVの悪性で、すぐに乳房切除術を勧められた。以前から、癌に対しては覚悟を決めており、思い悩むこともなく、明確な意思として患者と家族は同意し、胸筋温存の乳房切除術を受けた。ところが、手術中の迅速の

まず、初めての診察から、手術後まで、細胞診の説明に関して、どのように、先生がおっしゃっているのか、具体的にお聞かせ下さいませか。」

セルフM②「大切な女性としての切除手術をしたことで、乳房切除する必要があったのかと考えてしまい、辛いですよね。乳がんの細胞診の診断についてこんなことがあるのかと思っ

ています。手術前後の説明では、この細胞診の診断について、どんな風に、ご説明したのか、具体的に聞かせ下さいませか。僕が話したこと、Bさんが理解したこと、どこに問題があったのか、一緒に考えたいのです。時間の制約がありますが、ひとつでも情報を共有していきたいです。」

再度の細胞診の結果、乳房切除は正しく、医学的介入としては、化学療法も今後の治療として必要である。この事例ではないが、今あるがんと可能な限り小さくして次の治療に臨むための術前に行う抗がん剤治療もある。全摘出術をするのに、辛いことは回避したいと考える患者もいるかと思うが、再発予防に効果が高いことなどを考慮している場合もある。

また、がん治療に関して、医学的介入は何もしないという選択もあったのか否かについて

は、医学的な介入は期待できないと断言する前に、その医療者こそが、まずその根拠に関して、個別の患者に対して情報共有と理解の点で、倫理的な検討を実施する必要がある。

前回と今回で部分的な事例を挙げてICにおける倫理的な検討について述べた。

臨床倫理の検討は「Professionalとして、二つの生命（生物学的Biologicalな命とその人の人生としてのBiographicalな命）に、常に向き合う姿勢や態度である。それこそが、倫理的な匂いから「もやもや」という知覚を養うことにつながるのである⁹⁾。

参考文献

- (1) Ganzini L, Ten myths about decision-making capacity. *J Am Med Dir Assoc*. 2004;5(4): 263-267
- (2) 中西淑美・臨床倫理問題における実践的アプローチ、文化連情報2016:7(460):48-52
- (3) 患者の権利章典:(アメリカ病院協会、1973)
<http://www.arsvi.com/1900/73.htm>
アクセス20180331
- (4) インフォームドコンセント―患者の選択―Ruth R. Faden, Tom L. Beauchamp 酒井忠昭 秦洋一訳。みすず書房。1994