【11】　臨床の倫理・解答解説

＊医療倫理の基本中の基本です。1960 年代の終わりごろから 70 年代にかけて米国で患者の権利運動が高まり、また医療の高度化により患者の了承なしに医療が行われることへの批判が強まりました。そして、同意なき医療行為で高額な請求をされることに対して訴訟が頻発し、患者の勝訴が続きました。それに対し医療側も防衛策としてインフォームド・コンセントを経て同意書への署名を求め、訴訟に対応するようになり、インフォームド・コンセントは医療の中で定着していきました。

この時期、日本ではこのインフォームド・コンセントの考えを「契約医療」として冷たい商取引のように受け取り、良いものとは考えない傾向が強かったようです。確かに、患者と医療が対立する訴訟への防衛手段という当初の在り方には抵抗があったでしょう。しかし、1980 年代の終わりころから日本でも、終末期医療が課題になりはじめ、また慢性疾患治療などでも患者の要望が重視されるようになり、日本型のインフォームド・コンセントが医療の側から提案されるようになりました。それが課題文の日本医師会の「生命倫理懇談会『説明と同意』についての報告」に反映されています。

米国でのインフォームド・コンセントは患者の同意→選択権→自己決定権へと進みますが、それだと医師の側の役割や責任が希薄になっていきます。医療方針の選択を患者への丸投げで進めることがよいことではないという考えから、医師の役割と患者に意思決定を応分なものにする「共同決定」論が重視されるようになってきました。

対話を通して方針の合意を求める共同決定は、ＡＩの導入によっても代替できない医師の重要な役割です。しかし、どうしても患者と医師の合意が得られないまま、患者の決定に従うと、危険な結果になるという場合どうすればよいのか。論文ではこうしたところ考える問題も増えています。解答例の後に日本医科大で出題された、ひねりのきいた問題を紹介しておきます。

課題文のポイント

医療に導入された経緯

① 「説明と同意」は本来、法律上の言葉として生まれたが、一方、医の倫理的な性格を含んだものでもあった。

② 1964 年に「ヘルシンキ宣言」が採択され、人体実験に関してインフォームド・コンセントが取り入れられた。

③ 1973 年に、アメリカ病院協会の「患者の権利章典に関する宣言」で、日常診療の場でも患者は、緊急の場合を除き、担当の医師から診断、治療、予後に関して、必要かつ十分な情報を受ける権利を有することがうたわれた。

④ 1981 年に「患者の権利に関するリスボン宣言」が採択され、患者は十分な説明を受けた後に治療を受け入れるか、またはそれを拒否する権利を有するとされた。

⑤ 1983 年には、「生命倫理に関するアメリカ大統領委員会」の最終報告書で、「説明と同意」は医療における意思決定の中軸であり、患者と医師にとって益すること大とされた。

⑥ 「説明と同意」は本来、アメリカの医療事故裁判で法的概念として強調されたが、その後、一般診療の場で、医師と患者の信頼関係を確立の原則として普及、定着した。

「説明と同意」の意味

医師の説明と患者の同意の関係

⑦　患者の身体に直接の侵襲を加えるについては、患者の同意を得るのが原則。直接的ではなくても､間接的に患者の身体に影響を及ぼすことであれば､患者の同意を要する。
⑧　医師の説明は患者の同意の前提になる。患者の判断ないしは選択のために、必要にして十分な説明を、医師は患者にすべき。
⑨　医師には患者に対する説明義務があるとされるようになった。
⑩　患者がすべて医師に任せ、説明を望まない場合でも、診療の内容によってはある程度説明する必要がある。
⑪　医師としては､一切を自分が引き受けるというよりも､必要な説明をして患者の理解・納得と協力を得ることが、医療を効果的にすることを念頭に置く必要がある。

「説明と同意」の今日的意味

⑫　医師には説明義務とともに裁量権がある。他方で、患者には、真実を知る権利と自己決定権がある。この両者の均衡をどうとるかはきわめてむずかしい。
⑬　日本では患者が医師にまかせ、医師が引き受ける関係が根強かった。この医療上のパターナリズムは医師に一方的な権威を与えるとして批判されるが、患者の信頼と医師の最善の努力の下での関係であれば、良い意味でのパターナリズムといえる。
⑭　良い意味での「医師任せ」は、患者が良い医師にめぐりあったことを示す。
⑮　患者の医療知識が豊かになり、疾病構造が急性疾患から慢性疾患の増加へと移り、医療が専門化・細分化され、心と心の触れ合いがより重要になる。ここに「説明と同意」の重要性がある。
⑯　その場合に、アメリカ式の「説明と同意」をそのまま日本に導入するのでなく、医療の歴史、文化的な背景、国民性、国民感情などを十分に考え、わが国に適した「説明と同意」が行われるようにしたいというのが生命倫理懇談会の基本的な考え方。
⑰　患者と医師が互いに信頼し合い、協力して医療を進めることができればすばらしいことだが、<u>いつも医師と患者の間に、望ましい協力作業が行われるとは限らない。医師の専門性・判断力と、患者の人権・自己決定権とが、正面からぶつかり合うこともありえよう。このようなときに一体どうしたらよいのであろうか。</u>その判断をいかに下すかがこれからの重要課題。
⑱　「説明と同意」の難しさは、医師には説明するだけの時間的余裕のないこと。
⑲　説明に要する時間については、現在の医療保険制度の中で、適切な報酬の設定を考慮することが必要。医師に時間的かつ精神的余裕をもたせる医療保険制度改革が望まれる。

（設問１解答例）

「説明と同意」は日常診療で医師と患者の信頼関係を確立の原則として定着した。しかし、医師の裁量権と患者の自己決定権の均衡をとるのは難しい。良い意味での「医師任せ」とパターナリズムは信頼関係を示すが、患者の医療知識が増え、慢性疾患の増加、医療の専門化・細分化により、相互の対話による心の触れ合いがより重要になる。だが、米国式「説明と同意」をそのまま日本に導入するのでなく、わが国に適した在り方が必要。

（設問２解答例）

設問の要求

◎　文中下線部の「医師の専門性・判断力と、患者の人権・自己決定権とが、正面からぶつかり合うこともありえよう」とはどのような場合が考えられるか、具体例をあげる。 ◎　そして、そのような場合医療者はどうすべきか自分の考えを述べる。

解答例

医師の判断からすれば辛い治療だが、この治療法がベストだと判断した場合、あまり辛くないが効果も少ない治療法はすすめられない。しかし、医療に絶対はありえない。もし、不測の要因で悪い結果が出たとして、患者はそれだったらもっと楽な治療を選びたかったと思うかもしれない。したがって、一応、効果の低い治療法の説明もしたとする。そこで、患者が辛い治療を避けて効果の低い方を選んだとしたら、医師はどうすればいいのか。

医師の経験や専門的判断からいってベストと思われる治療法と、患者の「辛い治療は嫌だ」という思いが対立した時、それが生命に関わるような場合であれば全力で説得しなければならないはずだ。たとえ生命に関わらなくとも、専門的判断をおろそかにするわけにはいかない。丁寧に説明し、十分話し合った末に、それでも患者が意思を曲げなければ最終的にはその意思を尊重する以外にないだろう。そうだとしても、もしそれで患者の状態が悪くなった時、患者自身が望んだことだからといって、そのまま同じ治療を続けるべきなのか。患者の意思はどうあれ、ともかく助けたいと考えるのが医療者であろう。

時間の制約の中で、患者との対話を地道に続けるのは容易なことではないはずだ。しかし、その対話こそが信頼を生み、患者が医師の専門性と経験を信頼し、納得する根拠を生み出すのだろう。医療がそのような困難な営みであることは心しておきたいと思う。

(資料)　医の倫理＝教材の巻末を参照

1946　ニュールンベルク綱領（医師裁判）
1948　ジュネーブ宣言（世界医師会）
1949　医学倫理の国際綱領
1954　研究および実験の原則
1964　ヘルシンキ宣言

アメリカでの人体実験

1930~70　タスキギー事件
1945~74　　プルトニューム人体実験
1973　患者の権利章典（アメリカ病院協会）

（新聞記事から）エホバの証人最高裁判決（朝日新聞 00・2．29）

「エホバの証人」の信者だった千葉県内の主婦（当時六八）の遺族四人が、「信仰上の理由から輸血を拒否したのに、手術の際に無断で輸血されて精神的な苦痛を受けた」として、東大医科学研究所付属病院（東京都港区）側に総額千二百万円の損害賠償を求めた訴訟の上告審判決が二十九日午前、最高裁第三小法廷であった。千種秀夫裁判長は「輸血をする可能性があることを告げなかったのは、患者が手術を受けるかどうかを決める権利を奪い、人格権を侵害したことになる」という判断を示した。これに基づき、国や医師に約五十五万円の賠償を命じた二審・東京高裁判決を支持し、国側の上告を退けるとともに、賠償額が低いとする遺族側の上告も棄却した。

これにより、患者側の請求を一部認めた二審判決が確定した。輸血拒否者への輸血をめぐって、最高裁が、患者が医療行為を選ぶ権利を人格権の一つとして明らかにし、医師の説明義務違反を認めた初めてのケースとなった。

裁判では、「救命手段がほかにない事態が生じた場合に患者の意思に反しても輸血をする」という治療方針を持ちながら、医師がその説明を怠ったことが違法かどうかが争いとなった。

第三小法廷は、「信仰上の理由で輸血を伴う医療行為を拒否することは人格権の一つとして尊重されなければならない」と指摘。そのうえで、「患者が宗教上の信念からどんな場合でも輸血を受けることを拒否するという固い意思を表明しているのに、非常事態には輸血をする方針を決めていながら医師がそれを伝えなかったのは、人格権の侵害だ」と判断した。医師には精神的苦痛に対しで慰謝料を支払う義務があると結論づけた。

一審の東京地裁は一九九七年三月、「医療は患者の治療救命が第一の目標である」として、治療方針を説明しなかったことについて医師の責任を認めなかった。しかし、二審判決は九八年二月、「治療方針が患者の思いと一致しなければ、医師はそのことを患者に説明し、それでも治療や手術を受けるかどうか、選択する機会を与えるべきだった」と述べ、この手続きを怠った医師らに損害賠償を命じていた。

宗教理由で輸血拒否　15 歳未満認めず（朝日新聞 08・2・29）

宗教的理由で、輸血が拒否された場合の医療機関の対応を示した新しいガイドラインを日本輸血・細胞治療学会など 5 学会の合同委員会（座長、大戸斉・福島県立医大教授）が 28 日まとめた。親権者が拒否しても、「患者が 15 歳未満で、救命のため必要と判断されれば輸血を行う」とした。また、状況によって児童相談所に虐待通告し、裁判所から親権者の職務停止処分を受けてから輸血する。

「がん告知無神経発言で自殺」病院・医師に賠償請求（朝日新聞 02・6・1）

昨年 9 月、肺がんを告知された直後に病院内で自殺した男性患者（当時 55）の母親が、自殺したのは告知で無神経な発言をしたからだ、などとして埼玉県川越市内の病院と主治医 2 人を相手取り、慰謝料 1 千万円を求める訴訟を 31 日までにさいたま地裁川越支部に起こした。

訴えによると、男性は肝臓に腫瘍が見つかり昨年 9 月 6 日に入院した。肺がんが転移していることがわかり、転院して手術することになった。家族は男性の心身の状態から告知に反対したが、主治医は「転院するには告知が必要」として、9 月 20 日に家族立会いで告知した。

家族が「治療も良くなっているから大丈夫だよ」と男性を励ましていると、主治医は「そんなのはごく一部だよ」などと発言。その後も「車いすの生活になっても死ぬよりはましだろう」などと男性に話したという。男性は告知から 5 日後、病室内で電気コードで首をつって自殺した。

原告側は「告知には、患者に受容能力があり、医師と患者・家族に信頼関係があることなどが条件。家族が告知に反対する理由も考慮していたのか」と訴えている。

病院側は「手術後、車いすになるかもしれないと、主治医は責任上言ったかもしれないが、配慮を欠いた発言はしていない」と反論している。