

医療倫理と意思決定 ——パターナリズムと自律性の問題——

谷口文章*

Medical bioethics and decision making : concerning paternalism and autonomy

Fumiaki Taniguchi : Faculty of Letters, Konan University

The purpose of this paper is to clarify the difficulty of the dilemma between the physician's paternalism and the patient's autonomy, so that we come to realize the needs for a new criterion, or standard of division, so as to make soft decisions with which everybody is content. A consensus by everyone related to the client can then be reached in order to incorporate the clinical decision making of the client.

First, I would like to deal with two levels of decision making by citing R.Descartes' Cogito. It is usually thought of as "hard" decision making of the Ego level but, in fact, includes not only thinking and reasoning, but also feeling and imagining. That is "soft" decision making of the Self level.

Second, I will consider issues of the physician's paternalism and the patient's autonomy. Traditional medical treatment used to be practiced according to the paternalism which is derived from Hippocrates, but recently people who engage in medical treatment should take into consideration the rights of the client, such as the right to self-decision.

Third, I will show the problems of medical bioethics as follows. The origin of bioethics is caused by the dilemma between the paternalism on the physician's side and the autonomy of self-decision on the client's side. In addition, we should also think of the decision making by everybody who is involved in the medical treatment. For instance, in the due course of time, the hard decisions of the client gradually change into soft ones on the verge of his death. Assistants such as the nurse, physical therapist, and social worker also have to change their attitudes and decisions in accordance with the change of the client's

*甲南大学

soft and fluctuating decisions.

In conclusion, with the use of soft decision making emerges a free space in which it is possible to elicit sincere opinions and unbiased information from all concerned. This is possible only where there is no severe dilemma in the relationship between the client and those who engage in the treatment.

キーワード

医療倫理 medical bioethics

パターナリズム paternalism

意思決定 decision making

ハードとソフトの意思決定 hard and soft decision making

尊厳的・創造的人生 dignified and creative life

I はじめに

現在まさに、臓器移植法・介護保険法・クローン羊・エイズ・環境ホルモンの問題など、医療をめぐる諸問題が緊迫した雰囲気の中で論じられている。これらの諸問題は、医療倫理と意思決定にかかわっており、他人事ではなくただちに私たち現代人に影響を及ぼしている。

バイオエシックス (bioethics) という言葉は、ポッターによって1971年に最初に用いられた。それは、生物諸科学 (Biological Sciences) を中心に地球環境の危機を克服して人類の生存と質の改善を図る「生存科学 (Sciences of Survival)」であった。その後ポッターの意図とは別に、ケネディ倫理研究所による『バイオエシックス百科事典』によってバイオエシックスは「医療倫理」として知られるようになった。そこでポッターは、短期的な「医療のバイオエシックス (Medical Bioethics)」と長期的な「生態のバイオエシックス (Ecological Bioethics)」を総合して人間の健康・生殖コントロール・人口問題などを地球的視野で取り扱う「グローバル・バイオエシックス (Global Bioethics)」を考える。すなわち彼は、“いのち”をめぐる「生命倫理」と「環境倫理」を総合的に

とらえる必要を主張する。これからの医療倫理を考える場合、医療の環境も含みつつ、このような両者を統合した倫理を考慮に入れなければならないであろう。

ところで医療倫理が要求される場合、患者や医師および医療関係者それぞれのレベルの意思決定が必要である。そのために、医療倫理の基本となる意思決定のレベルや基準となる区別について、まず考えてみる。その後、パターンリズムにおける「医師—患者」の定式化されたハードな意思決定を論じる。それから、意思決定が時間の経過とともに、「ゆらぐ」感情に左右される患者の不安定でソフトな自己決定について考察しよう。そして臨床現場では、このような患者の心のゆらぎに合わせて種々のレベルで臨機応変にソフトな意思決定がなされることにも注意しよう。したがって、時間の経過を伴った臨床現場における患者・医師・看護婦・理学療法士・介護士のソフトな意思決定の状況を具体的に知ることが大切となる。そして具体的なケースによって、人間の尊厳的自律性と創造的な人生の可能性について考察することで、ハードなパターンリズムの制限とソフトな自律性の過剰の制約を通して、ハードもソフトも含んだ意思決定と自己責任の自律的倫理の必要性を指摘したい。結論として、どのような状況にあっても人間は尊厳的な自律性と創造的な人生を歩むことを示し、「医療倫理と意思決定」の問題を従来とは違った視点から照明を当ててみたいと思う。

II 意思決定のレベル

1. ハードな意思決定とソフトな意思決定

デカルトは、人間存在について「我考える、故に我あり Cogito, ergo sum」といった。人間がものごとを判断するときに必要な意思決定とは、ふつう「考える」ことである。しかし、デカルトのコギトには「考える」という意味だけでなく、「推理する」「思う」「感じる」などの意味を含む。そうであるとするな

ら、すべてのものを疑って、疑い得ない存在である「自分＝近代自我」は、「考え」「推理する」だけでなく、「思い」「感じる」ことによっても意思決定していることになる。このことから、デカルトの近代自我をふつつ考えられているよりも広くとって、「考え」「推理する」知性的判断だけでなく「思い」「感じる」感性的判断も含むような幅のある機能をもつものと考えてよいであろう。

したがって、フロイトやユングなどの深層心理学的には、意思決定がハードで厳格な場合は意識的な「自我」の意思決定といえようし、ソフトで緩やかな場合は無意識的な面も含めた感情を伴う「本来的自己」の意思決定であるといえよう。

本稿のテーマに合わせると、前者は、医学や法律上のパターンリズムの解釈とそれらが患者に期待する意思決定である。それは、「考え、推理する」理論による安定したハードな意思決定の1つと考えられ「医師－患者」関係の定式化がなされる基本である。後者は、現実的に患者当事者のゆらぐ感情や心の不安定な動きによるソフトな意思決定である。この場合の「ソフト」は固い決意によるものではないという意味である。したがって臨床現場におけるケアする人たちの臨機応変な実践の意思決定も、患者に対応した変化のあるソフトなものとならざるを得ないと考えられる。この場合の「ソフト」は、不明確な患者の意思決定に合わせるという意味である。

2. 意思決定を行う基準としての「区別」の問題

健康と病い・生と死・生命の質と量・パターンリズムと自律性などの二項対立した「区別」は、現実の生活では、それほど厳格にそして明快に定式化できるであろうか。たとえば、健康が100%であるということはほとんどあり得ないし、近視で眼鏡をかけているからといって病いであるとは言えない。また、生と死の区別も明確でない。癌細胞のように死なないで生のみを求める細胞は、本来永遠の生命を求めようとする人間にとっては好都合であるはずだが、実際には癌化する細胞に死のプログラムが働かないため癌細胞となって、生命システム全体のバランスを崩し、最後には生命体を死に至らしめるのである。この

意味で生と死は一体である。さらに臨床の現場で、患者の症状に合わせて刻々と変化せざるを得ない医師の治療方針についての意思決定は、どこまで患者の自律性を尊重しているのか、またどこまでパターンリズムが関与しているかは明確ではない。医師の側においてもハードな意思決定は変化するのである。

したがって、意思決定を行う「区別」の基準は、時間的要素が入った動きつつある現実の世界ではあまりハードに定式化できるものではない。まして心がゆれ動く患者の不安定でソフトな意思決定は厳格なものではない。

それはどこに起因するのであろうか。人間の意思決定は、意識的な「自我 (Ego)」の知性的判断のレベルだけでなく、無意識的で本能的生命がもつ「本来の自己 (Self)」の感性的判断のレベルも含んでいる。そのため、一方で知的にハードに決断しても、時間の経過とともに、他方で感情的にその決断が常にゆらぎを伴うソフトなものとなるのである。

たとえば、臨床現場では、看護婦や理学療法士や介護士たちは患者の感情面を尊重したケアと意思決定を行っている。また、患者自身によるリビング・ウィルなどのハードな意思決定も、その気が変われば変化することがある。つまり、健康なときのハードな意思決定と死に臨んだときのソフトな意思決定では時とともに変化する。言い換えるなら、理性的に尊厳死を望んでいても、いざ死に臨んだときには本人も家族も少しでも長く生きたい、生きていてほしいという感情によって、それぞれの意思決定が変わるのである。これらの変化は、無意識的で本能的な生命力に根ざした「全体としての本来の自己」のソフトな意思決定に起因するのである。

このように考えると、生と死をめぐる意思決定の「区別」の線は緩やかなものでなければならないであろう。

III 医療倫理におけるパターナリズムと自律性をめぐって —医学・法律のハードな意思決定

1. パターナリズムと自己決定権：「医師－患者」関係の定式化

医療は、伝統的にパターナリズムを容認してきた。ヒポクラテスは、「医師はみずから自己の務めを果たすだけでなく、患者にも看護者にもまた環境にも協力させる用意がなければならない」（『箴言』）、また「すべてのことを静かに手際よく行い、救護の間に患者は多くのことに気づくことがないようにする。必要なことは晴れやかに喜々として指図するが、彼自身の受ける治療からは注意をそらすようにし、あるときは優しい心づかいをもって元気づけ慰めるようにする。その際、これから起こる事態や現在の状況は何一つ明かしてはならない」（『品位について』）と述べている。

これらの言葉と、「私が自己の能力と判断に従って医療を施すのは、患者の救済(福祉)のためであり、損傷や不正のためにこれを慎むであります」（『ヒポクラテスの誓い』）という言葉結びつけるならば、医療がこれまでパターナリズムにのっとってきたことが理解できる。医師の役割は、患者の救済や福祉という利益（仁恵の原則）を判断して、それに基づいて医療行為を行うことである。他方、患者の役割は、その医師の下す意思決定に従うことである。こうしたパターナリズム的な「医師－患者」関係が、定式化して、伝統的な医療を支配してきたと見てよいであろう。

もとより医師と患者との間に意思の一致があるならば、医師のパターナリズムや患者の自律性の問題が生じることはない。しかし、医療技術の発達によって、治療上の決定について医師と患者の間に意思の一致を想定することが困難になってきた。たとえば、延命技術が発達した現代においては、患者の意思に関係なく、死に至る過程を人為的に延長できるようになった。そのため医師が考える患者の利益と患者自身が考える自分の利益とが一致しないケースが多くなってきた。これは医師の側の定式化した「ハードな意思決定」と患者のゆら

ぎを伴う定式化しにくい「ソフトな意思決定」のズレの現れといえる。

医療倫理の議論においては、パターンナリズム的な「医師—患者」関係の序列的定式化が問題にされており、それを改善するために、インフォームドコンセントなどによって患者の自律性を高めてハードな上下秩序の「区別」の線を動かして「医師—患者」関係をより対等なものにすることが求められているのは、今日ではよく知られている。

2. パターンナリズムの制限：医療倫理の基本問題

パターンナリズム批判の議論が J.S.ミルの説を根拠としているのは、周知のことである。すなわち、功利主義者のミルは、「人間の行為のなかで、社会に従わなければならない部分は、他人に関係する部分である。自分自身にだけ関係する行為においては、彼の独立は、当然絶対的である。彼自身に対しては、彼自身の身体と精神に対しては、個人は主権者である」（『自由論』）と、人間の「自由な選択の絶対価値」について述べている。

これは、人間は自律的に自由な意思決定を行うわけであるから、自己の人生の主体者であり価値の形成者であることを意味している。人間は、自己決定の能力を有する者として「道徳的主体」であり、その限りにおいて「他と異なる価値」をもち、尊重と称賛に値するのである。

したがって、パターンナリズムが問題となる状況は、患者の自律を尊重すること（自律尊重の原則）と患者に恩恵を施すこと（仁恵の原則）が対立する場面であることがわかる。そのような場合、医師が患者にどこまで介入できるのだろうか。

パターンナリズム的医療行為とは、①医師は患者の利益（仁恵の原則）となる治療行為を行う、②その治療行為は患者の自己決定の自由（自律尊重の原則）を侵害することがある、③ただし、患者の回復（利益）によって、彼の自由への干渉は「正当化される範囲」の治療行為であると考えられる（Dworkin 1983）。

正当化されるパターンナリズムとは、パターンナリズム的行為の基礎に、「恩恵」

という患者にとっての利益があり、一般的に「他人に善であることをせよ」という原理が認められる医療行為である。

したがって、正当化されないパターナリズムが問題となる。なぜなら患者の側にはなんらかの「自己決定の能力」の存在が前提とされ、それに対してパターナリズムは、個人の自由な自己決定（「自律」）を制限することでもあるため、行き過ぎた医療行為は不正であるからである。パターナリズムの問題が生じるのは、「仁恵の原則」と「自律尊重の原則」をめぐって、パターナリズム的仁恵の原則が患者の自律尊重の原則よりも優先されるべきだ、と主張されるときである。

したがって、パターナリズムが正当化されるのは次のような場合であろう。パターナリズムが個人の合理的に思考する能力と自己決定を遂行する能力を保持し高めるような場合にパターナリズムは正当化され、2つの原則の対立は解消される（Dworkin 1983）。また患者に意思決定能力が欠けていて、かつ干渉がなされないならば重大な危害を被る危険性が高い場合に、パターナリズム的な干渉は認められる（Childress 1982）。

こうして、これらの説はパターナリズムが正当化される範囲を限定することによって患者の自律が守られかつ患者の利益にも寄与し得ると考える。

このようにしてパターナリズムに関してのハードな意思決定を制限する考え方は、ある意味において必要なことである。なぜなら、今まで、医師の側からのパターナリズムが強すぎる定式化が行われてきたが、それは医療の現況に妥当しなくなってきたからである。

3. 自己決定権と自律性の抑制：自己責任の問題

次に、自己決定権と自律性について概観してみよう。医療における自己決定権は、治療を受けるか否か、どのような治療を受けるかを定める自己決定の自由からなるため、輸血拒否・妊娠中絶・臓器移植・尊厳死・安楽死・ホスピス選択等々の問題を含んでいる。

法的視点では、人権としての「個人の尊厳」と「自己決定権」が憲法（13条）

で保障されていると解釈される。それは、法である以上、最も厳格でハードな枠の中で個人の意思決定の自由が与えられているといえる。したがって法律上の次元では、自由な自己決定権の存在が保障されている。しかしながら、個人の自己決定権を尊重するだけで、倫理、特に自律的倫理と呼びうるものが本当に成立するのか、ということが問題になる(加茂 1991)。つまり、個人の自由・自己決定・自律を認めるだけでは、ある人をまさに全体としてその人たらしめていると考える「人格的統合論 personal integrity」(Kleining 1984)に一步近づくことができて、自己意識の存在の有無を基準とする、障害者差別につながる「パーソン論」の問題を引き起こそう。その意味で、自己決定権や自律性尊重の原理をある程度制約してこそ、自律的倫理が可能となる。

そこで、患者の自己決定権を制約する要因を検討してみよう。

それには、①自己決定権が行使できない事態、②医師と患者以外の第三者の存在、③費用と医療資源の配分の問題があると考えられる。

「自己決定権が行使できない事態」は、病状の告知、自殺の制止、子どもの治療、判断能力の喪失者、心理的・社会的抑圧下での決断など、自己決定能力が不可能という問題である。この場合、当然、正当化されたパターンリズムが必要である。

「第三者の存在」については、現代の先端医療技術において、治療行為そのものに第三者が介在するケースが多くなっていることである。たとえば、臓器移植におけるドナー、体外受精や人工授精における精子・卵子の提供者、代理母などは、患者と医療関係者以外の第三者である。こうした第三者の自己決定権も考慮しなければならない。経済的な授受関係がないならば、第三者と患者との関係は、一方が善意と自己犠牲の提供者であるのに対して、他方が一方的な受益者という「人格と身体の手段化」の問題が生じる。

「費用と医療資源の配分」の問題については、医療資源の公正な配分、社会差別を助長する浪費型の医療技術の抑制、生活習慣病の防止策としての自己管理の責任などによって、自己決定権は制約されよう。

このようなことから、医師の側におけるパターンリズムの制限だけでなく、

患者の側における自己決定権が制約される必要があるのがわかる。

さらに、現実には、パターンリズム的な医師と自律性を有する患者という「静的」でハードな定式の下における医療が進行するのではなく、時間の経過とともに患者の意思も変化する「動的」な時間軸上に医療行為は営まれている。特に臨床の現場では医師、医療関係者、患者自身のそれぞれの意思決定は刻々と変化するダイナミックでソフトな決定によって医療が行われる。

こうして、個人の自己決定権だけをただ自由であるとして尊重するだけでは「自律的倫理」は成立しない。自由の概念が含む自由な選択である自己決定権と個人の尊厳である自律性は、決意とその結果という時間経過において「自己責任」をもたなければならぬであろう。そこではじめて自律的倫理の下で医療倫理の適切な判断がなされよう。

最初に、医療倫理と環境倫理は、共通のバイオエシックスという言葉で同じ根源をもつと述べたが、それは「生命」が両者に関係するということを意味しよう。これからの「生命」のとらえ方こそが、近未来の医療と環境にとって大切なものであることを理解するのである。

Ⅳ 臨床現場における医療倫理の意思決定 —当事者と医療関係者のソフトな意思決定

時間的推移を含む現実の意思決定がソフトなものでなければならない、という本稿の主張を2つのケースからみてみよう。

まず、テレビで放映されたドキュメンタリー（『あなたの声が聞きたい』）をあげよう。脳梗塞などによるいわゆる「植物状態」の患者たちは一般に自己決定能力がないとされる場合があるが、このドキュメンタリーは、看護婦や理学療法士などの医療関係者の努力によって回復していくプロセスを示す。このケースのように、次第次第に意思が明確になっていく場合、意思決定の範囲をどこに決めるべきであろうか。また医療関係者の意思決定も状況に応じたケアを行う熟練したソフトな合意の下でなされていることも知る必要があろう。

次に、患者の自律性の程度を、「障害者の心」を通じてみてみよう。

写真集『だれが わたしたちを わかってくれるの』のなかのダウン症の姉妹であるが、意思決定を言語的コミュニケーションで表現できなくとも、表情や涙などで意思表示ができていくケースである。様々な手段で自己の意思を訴えることができる彼女たちが、他の人のケアが必要だということだけで、自律性がないとはいえないであろう。

これらのケースから意思決定には、常識的に考えられている以上に個々の主体性が存在しており、医療環境がソフトであってこそ自律性が発揮できることがわかる。

V おわりに—尊厳的な自律性から創造的な人生へ—

結論を述べる前に、さらに3つの具体的ケースをあげておきたい。

まず第1のケースとして、身体障害の少年の場合である。T.I君(16歳、画家)は、1歳のとき急性小児麻痺にかかりその後も重度の症状を繰り返しながらも、絵を描くことでみずからを表現する。なかでもお寺や仏様を絵の対象とすることは、彼の心に1つの悟りがあるように思える。身体的に多少不自由であっても、日常的な判断能力もあり、それ以上に宗教的境地も体験しているように思える(写真①)。自己決定や意思決定能力の問題を超えて、尊厳的な自律性をもって創造的な人生を実現しているよう。

第2のケースとして、T.W.氏(24歳、カメラマン)の場合である。彼は癌を



写真①「祈り」(文献15)より



写真②「虹彩」(文献16)より

告知されてから、白鳥の写真を3万枚も撮り続けた。癌告知から人生の意味を見出した彼の写真集は、美しい白鳥の写真で満たされている。写真②は、残された有限な生を見つめつつ、大空へ飛び立ち天国に安らいでいる、彼の「生」を感じられないであろうか。これは、生命の質 QOL を真に示していよう。

第3のケースとして、M.T.ちゃん(小学2年生)をあげよう。彼女は生まれながらの心臓病であった。何度も手術を受け、努力して努力して普通の子どものように生活しようとするが、結局、小学校4年の時に亡くなってしまった。しかし、彼女には健全な子どもたちが感じられない神の臨在感があった。幼ないながらも、自己の生き方、自己の責任のとり方を悟っているような少女であった。

これらのケースから、人間はどのような状況においても尊厳的な自律性を獲得でき、さらには創造的な人生を実現できることを理解できる。このような自己責任を有した意思決定のできる道徳的主体として成長してこそ、医療の倫理のみならず、生きるうえでの自己決定は真なるものとなる。そのとき、その人は「他と異なる価値」をもち、尊重と称賛に値する円熟した生き方をしているといえよう。その人生は生命の量の長さではなく、質の高さを示していよう。

また、医療倫理と意思決定に関しては、パターナリズムと自律性に関してある種の制約を設けることによって、一方でハードな意思決定の新たな枠組みを設定すると同時に、他方で柔軟で創造的なソフトな意思決定を実践することによって、医療社会における関係者の誰もが納得できる合意形成の場をつくることができるであろう。

本稿は、第12回日本保健医療行動科学学会大会(於:甲南大学,1997年6月21日)の基調講演の原稿に加筆修正したものである。

参考文献

- 1) Pottor, V.R. (1971): Global Bioethics, The Science of Survival, 1970;

Bridge to the Future, Prentice-Hall.

- 2) Pottor, V.R. (1988) : Global Bioethics, Building on the Leopold Legacy, Michigan, State Univ.
 - 3) デカルト『省察』（中央公論社「世界の名著」, 1967, p. 247.）
 - 4) ヒポクラテス『箴言』（中央公論社「世界の名著」, 1974年, p. 215.）
 - 5) ヒポクラテス『誓い』（中央公論社「世界の名著」, 1974年, p. 249.）
 - 6) ヒポクラテス『品位について』, ヒポクラテス全集（第2巻）, エンタプライズ, pp. 1010-1011.
 - 7) ミル『自由論』（On Liberty, Everyman's Library, 1929）（中央公論社, 「世界の名著」, 1967年, p. 225.）
 - 8) Dworkin, G. (1983) : Paternalism <Rolf E. ed., Paternalism, Univ. of Minnesota Press, 1983, PP. 19-34.>
 - 9) Childress, J.F. (1982) : Who Should Decide?, Paternalism in Health Care, Oxford Univ. Press, pp. 12-13.
 - 10) Kleining, J. (1984) : Paternalism, Rowman & Allanheld.
 - 11) 高島学司編（1994）：医療とバイオエシックスの展開, 法律文化社.
 - 12) 加茂直樹（1991）：生命倫理と環境倫理（『人権問題の教育に関する研究Ⅲ』）京都教育大学.
 - 13) 加藤尚武, 加茂直樹編（1998）：生命倫理を学ぶ人のために, 世界思想社.
 - 14) トーマス・ベイリマン（1979）：だれが わたしたちを わかってくれるの, 偕成社.
 - 15) 岩下哲士（1994）：岩下哲士のイメージの世界, 日本放送出版協会.
 - 16) 若本俊雄（1993）：白鳥一生命の讃歌一, 芸艸堂.
-