

医師の行動と倫理的問題

藤崎 和彦*

Physicians' behaviors and ethical problems

Kazuhiko Fujisaki : Nara Medical University, Department of Hygiene

This paper points out that physicians' behaviors have ethical dimensions at three levels: 1) not harming their patients physically; 2) not harming their patients emotionally; and 3) considering how to take responsibility when physicians have harmed their patients. For each of the three levels, ethical problems caused by physicians' behaviors are examined. This paper points out the inadequacy of the current scientist/technician model of physician-patient relationships developed in the age of biomedicine that leads to physicians' psychological vulnerability. In response, it proposes an alternative helping profession model suitable for the age of informed consents.

キーワード

インフォームドコンセント informed consent

医師の心理的脆さ physicians' psychological vulnerability

援助者モデル helping profession model

I はじめに

医師と患者との関係において、医師の行動が倫理的な問題とかがわってくるのは大きく分けて3つの局面であると思われる。具体的には第1に「事実として患者を傷つけること or 傷つけないこと」、第2には「感情面で患者を傷つけること or 傷つけないこと」、そして第3に「患者を傷つけてしまったときの責

*奈良県立医科大学衛生学教室

任の取り方」の3つの局面である。以下にこのそれぞれの局面における医師の行動の現状とその倫理的問題点について、詳細に検討を加えていきたいと思う。

II 事実として患者を傷つけない

1. 医療行為のもつ潜在的加害性

患者を癒すことを目的とする医療行為の名において、患者が傷つけられるようなことはあってはならないのであるが、この一見至極当然のことが実は医学の歴史においても非常に難しいことであった。たとえば悪い血液や不純物・毒物などを抜くために古くから行われてきた瀉血などは歴史的にも非常にポピュラーな治療法で、通常はランセットで切って出血させるので、ランセットは瀉血をよく行っていた外科医のシンボルの1つになっていたくらいなのであるが、要するに人為的に傷つけて出血させていることには変わりはなく、当然非常にリスクの高い治療法であった。実際、アメリカの初代大統領のジョージ・ワシントンは死の間際まで瀉血による治療を施され、繰り返す瀉血にもかかわらず病状が改善しなかったため結局、亡くなるまでの1日で少なくとも2リットル以上の瀉血が行われたといわれており、今から考えればワシントン大統領は病気のせいで死んだのか、医者たちの治療による出血多量のために死んだのかわからないようなことが医療行為として行われていたのである。また、薬物治療においても同様に、トリカブトや鉛・ヒ素といった毒性の高い薬物が治療薬としても使われてきたという歴史がある。

ヒポクラテスはこういった危険性の高い積極的治療法を嫌い、倫理原則として「患者に害をなさない(Do No Harm)」の原則を掲げ、観察と記述を重んじる自然的・合理的医療を展開したことも、裏返せばそれだけ危険性の高い治療法が古くから横行していたということにほかならない。

もちろん近代以前の医師は、それほど有効な治療法を持ち合わせていなかったのであるから、こういったリスクの高い治療法に頼らざるを得なかったとい

うことはいえるかもしれない。しかし近代医学が治療能力を高めていくにつれて、外科治療であれ、内科治療であれ、有効性が高まると同時に侵襲の度合いも高くなってきており、毒にも薬にもならないような治療法が多かった時代と比べても、潜在的に生体への危険性を内包する割合はかえって高くなってきているといっても間違いではなく、いずれにせよ医療行為には一步間違えば傷害罪や毒物投与として違法性も問われかねない潜在的加害性が存在しているのである。

2. 違法性阻却の絶対要件としてのインフォームドコンセント義務

1997年は、インフォームドコンセントを初めて医療の倫理原則として掲げたニュルンベルク綱領が作られてからちょうど満50年の年であったが、それ以降一貫してある考え方に「インフォームドコンセントは医療行為に伴う違法性を阻却するための必要条件である」という考え方がある。インフォームドコンセントは患者の権利であると同時に、医療行為に先だって医師が遂行すべき義務あるいは前提条件という側面を強調する考え方である。もともとこの考え方は、前記のように医師たるものは患者に対して毒を与えたり、危害を加えたりしてはならないという、ヒポクラテス以来の医師の倫理原則である「患者に害をなさない」の原則によっており、近代医学の進歩とともに生体への潜在的危険性が高くなってきているなかで、それらの治療が傷害罪や毒物投与として問われないための違法性の阻却要件として、患者に対する事前のインフォームドコンセントが必要であるという考え方が急速に浮上してきたのである。特に先端技術を用いた診断・治療行為は裏腹にリスクを併せもつことも少なくないうえ、診断には必要であっても必ずしも直接的に治療に結びつかない診断的検査や、副作用の強い治療法などを行う際に、違法性阻却の絶対要件としてのインフォームドコンセント義務が医師に科せられるようになってきている。

さらには社会的にも、医師の醸し出してきた従来からの聖職イメージが大きく薄れてきており、たとえ医師が患者のことを思って一所懸命に取り組んだことであっても、善意は決して良好な結果を保証するわけではなく、結果的に望

ましくない事態を招いた場合の責任うんぬんが取り沙汰される場合にも、先立って実施されていたインフォームドコンセントの有無が法的にも不可欠の要件として議論されるようになってきているのである。

3. 患者とのリスクの共有と医療行為のリスク管理

医療に先立ってインフォームドコンセントをとり行うことは、とりもなおさず医療にかかわるリスクを患者と共に共有していくことにほかならない。このことは、今まで医療行為に存在する潜在的危険性を患者に対して開示してこなかった医師にとって革命的出来事であると同時に、「おまかせ医療」の名のもとに自己決定に伴う責任を回避してきた患者にとっても今までには考えられなかった新しい事態を生み出している。まさに、インフォームドコンセントは、医師と患者の間にリスクと責任を共有し合う新しいパートナーシップを要求しているといえるだろう。

そのうえ医療にはリスクが常につきまとうものという発想からは、「医療行為のリスク管理」が工学的にも求められるようになり、技術の向上や Quality Control, さらには Evidence Based Medicine というように医療行為を適用するうえでの科学性確立の必要性が倫理的側面からも急務になってきている。

III 患者への医療情報開示をめぐる 4 つの流れ

ここで次の話題に移る前に、前記のインフォームドコンセントに関する概念整理を少し行っておきたい。なぜなら近年、インフォームドコンセントの考え方が急速に普及してきたことは喜ぶべきことではあるが、一方で概念の混乱もあって、どうも患者へ向けた医療情報の開示の取組みは、何でもかんでもすべてインフォームドコンセントと表現されてしまっているように思われる。そこで今後の生産的な議論のためにも、この場を借りてインフォームドコンセントと総称される患者への医療情報開示をめぐるいくつかの流れについて、少し交通整理をしてみたいと思う。

おおまかに言って医療情報開示に向かう流れは4つの潮流があると考えている。箇条書的に言うならば、①患者のもつ個人情報コントロール権、②医師のインフォームドコンセント義務、③慢性疾患中心時代の患者のセルフケアの必要性からくる患者教育、④医療人間化運動としての医師－患者コミュニケーション改善運動の4つである。

①患者のもつ個人情報コントロール権

まず最初の「患者のもつ個人情報コントロール権」であるが、近年進行する行政や自治体の情報公開の流れのなかで、個人に関する行政情報が本人の許可なく一人歩きすることを防ぐとともに、その情報を当該する本人に対して開示していこうというものである。以前より内申書公開について裁判等で争われているものや、最近自治体の情報公開条例などに基づいて行われているカルテ開示等は、この流れのなかにあるものである。簡単に言えば、自分に関する個人情報は本人が知ることができ、かつ本人の管理下にあるとする考え方である。たとえば肺炎で入院中にたまたまルーチン検査で血液型やワッセルマン反応、HCV抗体を調べたりしていたとしたら（当然ながら本来は検査前に許可を得ておくのが筋であるが）、その結果について本人が知る権利があるとするものである。個人情報に関するコントロール権はその当事者である本人に属し、患者本人が希望すればみずからのカルテを見ることができるといった「カルテに対する基本的アクセス権」を保証しようという考え方である。

②医師のインフォームドコンセント義務

2番目は「医師のインフォームドコンセント義務」である。端的に言ってインフォームドコンセントとは、患者の自己決定を前提としたうえで、そのために必要な情報は事前に十分に伝えられる必要があるとするものである。具体的に言えば、たとえば肺癌の化学療法をするかどうかについてのインフォームドコンセントの場合、個人情報であるところのいま患者のおかれた医学的状態に関する情報は当然与えられなければならないのであるが、一方で個人情報であっても血液型やワッセルマン反応など直接当面の意思決定に関係しない情報は、インフォームドコンセントの際に必ずしも必要とされるわけではない。逆に個

人情報ではなくとも、他にどんな代替療法があるのか、それはどこで受けられるのかといった治療法に関する情報等は自己決定に不可欠なので、インフォームドコンセントの際に伝えられる必要があることになる。このように具体的に伝えられる情報だけをとっても個人情報開示とインフォームドコンセントとは似ているようで、微妙に異なっているのである。

前記のようにインフォームドコンセントは医療行為に伴う違法性を阻却するための必要条件であるという考え方があり、医師と患者との権利－義務関係の点からいっても、個人情報開示のほうは、患者の側が求めた際に保証されるべき権利としての側面が強いが、インフォームドコンセントのほうは権利というよりも、医療行為に先だって医師が遂行すべき義務あるいは前提条件という側面のほうが強いように思われる。

よく患者サービスとしてインフォームドコンセントを「してあげてる」的な話を耳にするのだが、インフォームドコンセントとは「サービスとしてしてあげる」ものではなく、医師が医療行為を行うために必須の前提条件で「しなければならないこと」であることを忘れてはならないだろう。

③慢性疾患中心時代の患者のセルフケアの必要性からくる患者教育

医療情報開示に向かう3番目の流れは「患者のセルフケアの必要性からくる患者教育」という意味での医療情報提供である。これは患者の権利保障とかいったものとはまったく関係なく、ただ疾病構造の変化により慢性疾患が増加してきたなかで、医師がいくら頑張っても患者自身が食事や運動、生活面でセルフケアをしていなければ治療自体が進まないという医師側の事情からきている情報提供である。要は以前から患者教育として行われてきたもので、提供される情報はあくまでも効率のよい慢性疾患管理という視点から医療者側の都合で選ばれたものにすぎない。もちろん今までこのレベルの情報提供すらできていなかったことが多かったのであるから、どういった形であれ情報提供が進むのは歓迎すべきではあるが、昔からやってきた患者教育を指して「これがインフォームドコンセントでございます」と言われると、「ちょっと待って、少し違うのではないの」と言いたくなってしまうことが多い。

④医療人間化運動としての医師－患者コミュニケーション改善運動

最後の4番目の流れは「医療を人間化していく一手段としてのコミュニケーション改善運動」のなかでの情報開示の取組みである。この場合、患者に情報を提供することに目的があるわけではない。医師と患者との間の風通しのよいコミュニケーション自体が目的であり、その結果として情報提供も付いてくるということなのである。もちろん水平的でフランクなコミュニケーションが実現していれば、結果として十分なインフォームドコンセントも達成できている場合もあるであろう。しかし「医療人間化」の試みはともすれば「浪花節」や「思い込み」に陥ってしまうことも少なくなく、医師は患者との間によりコミュニケーションが築けていると自己満足をしているにもかかわらず、実際は医師が一方的に自分の言いたいことを言いつけなして、患者は遠慮して何も言えないままに終わっているだけということもあながち存在しないわけではない。医師の「善意」や「想い」がちゃんとした結果に結びつくためには、傾聴や受容・共感といったしっかりしたコミュニケーション・スキルの裏づけが必要なのである。

IV 感情面で患者を傷つけない

医師の倫理的問題としてはインフォームドコンセントのことばかりが議論されているのであるが、実際には現状における診療場面での一番の問題はおそらく、この「感情面で患者を傷つけること」のほうではないかと思われる。そしてこの部分では、医療という不確実性を常に抱えざるを得ない場面において、援助者としての医師の心理的脆さが問題となる。

1. 絶対的権威を失うことへの不安

インフォームドコンセントによって医療にかかわるリスクを患者と共に共有していくことが求められているにもかかわらず、実は医師にとってこの課題はなかなか扱いづらい問題となっている。

まず何よりも、医師には患者にリスクを告げることに對する強い不安感が存在する。もし患者に不確実性や危険性の存在することを告げたならば、患者は医師を信用しなくなってしまうのではないだろうか、さらには患者が医師の言うことを聞かなくなってしまう、患者の状況をコントロールできなくなるのではないだろうかという強い不安感を医師が抱くことが非常に多い。そもそも不確実性や危険性は厳然として存在しているのだから、リスクを共有することは不可避のことなのであるが、従来「おまかせ医療」においては、あたかも医師に任せておきさえすれば何の心配も必要ないように装うことで、そこに内在する不確実性や危険性を患者の目から隠し、そのことによって医学的にも道徳的にも絶対的な權威を患者に対して獲得してきたのである。ところが、ひとたびその隠されていたリスクが患者の目に示されると、従来の絶対的な權威は砂上の樓閣にすぎないことは誰の目にも明らかになり、あくまでも医師の權威は専門職としての専門性に由来する相対的な權威にすぎないことが明白となる。

別に現実的には医師の權威は相対的なものでも何の問題もあるわけではなく、医師はインフォームドコンセントによってみずからの専門性の意義と限界を患者に示しながら是是非非で治療方針を決めていけばいいのであるが、今までの絶対的な權威にあまりにも慣れ親しんできた医師たちは、その絶対的な權威を失うことに過剰なほどの不安と恐怖を感じるのである。

2. パートナーとしての患者の(自己決定・自己管理)能力に対する根源的不信

端的に言うならば、患者にリスクを明らかにできないということは、患者を信頼できていないということにほかならない。『病院で死ぬということ』を書いた聖ヨハネ会桜町病院の山崎章郎氏は従来「私はあなたを信頼できないので本当のことは言えません。しかしあなたは医師である私を主治医であるというただそれだけの理由で信頼してもらわなければ困ります」といった関係であり、真の意味でのコミュニケーションはまずは医師が患者を信頼するところから始める必要があると指摘している。まさにそのとおりなのだが、医師にとってはそれがなかなか怖くてできないのである。パートナーとし

ての患者の自己決定・自己管理能力に対する根源的な不信感がなかなか拭えないのである。

3. 基調に存在するコミュニケーション・スキルの絶対的不足

医師が患者にリスクを告げられないもう1つの理由は、医師のコミュニケーション・スキルが未熟で、悪い事態をどのように告げていいのかわからない点にある。

そもそもわが国の文化は、相手に対して悪い事態を本人に直接面と向かって口に出すことに慣れていない。わが国のコミュニケーションは、伝えられる情報の中身よりは、伝える相手の気持ちのありようのほうを重視する文化であり、たとえ悪いことが過去に起きていたとしても、そんなことをわざわざほじくり出して相手の気を損ねるよりは、きれいサッパリと水に流して何事もなかったかのようにお互い機嫌よく応対することのほう好まれている。また「嘘も方便」であるので、がっかりするような事実はなるべくオブラートで包んでわかりにくくし、相手を悲しませないのが気配りだとされたりする。そういった文化のなかで、患者にとってネガティブな意味のある情報を告げること（いわゆる Bad News Telling）は、そもそも馴染みがないコミュニケーション・スキルなのである。

そのうえわが国の医学教育において、卒前においても卒後においても、まとまったコミュニケーション・スキルの教育はほとんど行われていないのが現状である。一方で欧米の医学校では、半年から1年と時間をかけて、しかも模擬患者や OSCE といった体験実習を取り入れてみっちり繰り返しコミュニケーション・スキルが教育されており、彼我の差はあまりにも歴然としている。

しかし医師は、ある意味で病気や死といったネガティブな問題を専門的に扱う専門職なのであり、悪い情報に関して患者とコミュニケーションする能力が素人とあまり変わらないのでは、とても専門的要請に応えうるとはいえないだろう。

4. 不安から自己防衛への悪循環

以上のようなメカニズムのもとに「感情面で患者を傷つけない」という課題があるにもかかわらず、絶対的権威を失うことへの不安や患者の自己決定能力に対する根源的不信、コミュニケーション・スキルの絶対的不足等があいまって、医師は患者とリスクを共有できるどころか、援助者としての医師の心理的脆さゆえに不安から自己防衛への悪循環に入ってしまう、結果として感情的に患者を傷つけてしまうということが皮肉にも生じてしまいやすい。それでは結果として患者を傷つけてしまったとき、医師はどう責任をとればいいのかという点について最終節で検討したい。

V 患者を傷つけてしまったときの責任のとり方

1. 謝れない医師

患者を傷つけてしまったとき、まず最初に必要なことは「ごめんなさい」と患者に謝罪することにほかならない。しかし、この「ごめんなさい」が言えない医師がどうも少なくないようだ。

薬害エイズ事件において、主治医が血液製剤によって HIV 感染を起こしてしまったことを患者になかなか告げて謝れなかったばかりに、結果的に事実を告げられなかった患者は知らないうちに、最愛の両親や恋人、配偶者にまで二次被害を拡大させてしまう最悪の事態を招いてしまったことが問題になっている。また、多くの医療訴訟において被害者原告たちが、決して多くない損害賠償金をめぐって長い年月にもわたる裁判を闘うその大きな理由として、一言だけでも医師たちに謝罪してほしかったということがあげられてもいる。

なぜ医師たちは、素直に患者を傷つけてしまった事実を認めて、謝罪することができないのだろうか。

2. コントロール不全恐怖症

医師が患者に思わしくない事実を告げて、謝罪することができない大きな理由は、医師のもつ「コントロール不全恐怖症」ともいえるようなメンタリティの存在である。

医師は、様々な形で患者の状態を把握できコントロールできていることに、至上のやりがいを感じている。その一方で、逆に患者の状態を把握できなかったり、コントロールできない状態に対して、医師の耐性が非常に低いことが少なくない。具体的には、不確実性が高かったり、病態がよくわからないような時、あるいは無力感を感じたり、病態の改善が見込めない時など、医師は必要以上にイライラしたり、不安になったり、無関心になったりして、何とかそんな患者とのかかわりを絶とうとすることが多い。そのうえ、みずから引き起こした望ましくない事態に対しては、当然患者は不信や不安をもつだろうと医師は予想しており、そういったネガティブな事態をコントロールできないのではないかという不安・不信と能力不足のために、事実そのものを否定したい気分には医師は陥りがちである。患者のためというよりも、医師自信の自己満足のためとしかいえないような極端な形での「診断・検査至上主義」が生まれてくるその1つの原因に、おそらく医師のもつこの「コントロール不全恐怖症」の影響があげられるのではないだろうか。

そしてこの「コントロール不全恐怖症」のために、患者の陥った思わしくない現実を直視すること自体が、医師にとっては心理的につらい作業となり、できれば医師自身が患者の現状を直視したくない気持ちになっていたりする。ある意味で「患者が傷つくような事態」は、医師にとって最も見たくない現実であり、その心理的防衛の結果として医師が患者に対して事実を告げ謝罪することが困難になったとしても、それほど不思議なことではおそくないのではないだろうか。

3. 科学者・技術者モデルから援助者モデルへ

近代医学が今日の診断治療能力を獲得してきたのは、まぎれもなく近代的な科学者・技術者モデルのおかげである。科学者・技術者モデルとは、言い換えるならば「実験室モデル」であり、実験ゲージ（あるいはビーカー）の中で行われる実験を、医師は絶対的第三者の高みから客観的に観察し、または介入するといったモデルである。もちろん医療における実験ゲージとは患者（あるいは患者の身体ないし臓器）のことにほかならない。医師は神のような高みから患者を対象物として見下ろし、そのことで多くの科学的知見を蓄積してきたのである。患者の人間の問題に巻き込まれることを拒絶する圧倒的高所からの視線こそが、中世の主観主義的医学を排除して、科学的認識に基づく人間理解を形成したのである。

しかし一方で周知のように、実験室モデルに基づく医学は、疾患を見て人間を見ないと批判される医学でもある。科学者・技術者モデルにおける絶対的第三者の高みへの固執は、患者と共に悩み苦しむことの拒否にほかならない。患者とリスクを共有することは、患者と共に悩み苦しむ関係に不可避免的に巻き込まれることを意味している。ルネサンスにおいて神の高みにのぼった医師のまなざしは、インフォームドコンセントの時代に今一度、生活者の視線の高さまで舞い下ることが要求されているのである。

新しい医療の援助者モデルは、健康や闘病の主体である患者を、専門職がその専門性に基づいて援助しようというモデルである。科学者・技術者モデルでは観察対象の客体でしかなかった患者は、ここでは主人公の座が与えられている。問題は、ここでも医師が一人相撲をしていては埒があかないということだ。医師が患者の問題を1人で抱え込んでしまうことはもはや不可能になってきている。患者や家族との連帯、そしてスタッフとの連帯、つまりは患者を中心としたチーム医療の体制が確立してはじめて、医師は新しい時代の援助者足り得るのだと考えている。