

## 第2章

# 医師と患者

目標

第2章を終えると、以下のことが習得できるはずである。

- すべての患者が尊重され、平等な扱いを受けるべきである理由を説明できる。
- インフォームド・コンセントの本質的な要素を特定できる。
- 自分で決定することができない患者のために、どのように医学的判断をすべきかを説明できる。
- 患者に対する守秘義務の正当性を説明できるとともに、守秘義務に合理的な例外があることを理解できる。
- 生命の始まりと終わりに生じる主な倫理的問題を理解できる。
- 安楽死/自殺補助という行為に対する賛否両論、およびこれらの行為と緩和ケア (palliative care)\* もしくは治療の差し控えとの間の相違の要点を述べられる。



心のこもった医療  
©Jose Luis Pelaez, Inc./CORBIS

## ケース・スタディ①

P 医師は、経験と技術のある外科医である。地域の中規模病院に勤めており、今まさに夜勤を終えようとしていた。そこへ若い女性が母親に連れてこられた。だが、この母親は、受付の看護師に他にも子供たちがいて面倒を見なくてはならないと伝えると、すぐに帰ってしまった。患者は腔から出血していてひどく痛がっている。P 医師は彼女を診察し、流産か自己墮胎をしたのだと診断した。彼はすぐに子宮頸管拡張と内膜搔爬を行い、退院するまでの費用を負担できるかどうかを患者に尋ねるよう、看護師に指示した。そして後を Q 医師に頼み、患者と一言も交わさないうまま帰宅した。

## 1 医師・患者関係に特有なこととは？

医師・患者関係は医療の要であり、それゆえに医の倫理の要です。前述したとおり、WMA **ジュネーブ宣言**は、医師に、「私の患者の健康を私の第一の関心事とする」ことを命じ、**医の国際倫理綱領**にも、「医師は患者に対して完全な忠誠を尽くし、患者に対してあらゆる科学的手段を用いる義務がある」と記されています。第1章で論じたように、医師・患者関係をパターンリスティックなものとしてとらえる伝統的な解釈、つまり、医師が決定し、患者はそれに従うという考え方は、近年では倫理においても法においても、ほとんど受け入れられていません。しかし、多くの患者は自分自身の医療について決定することができないか、それを望まないため、患者の自律が大きな問題となることが少なくありません。それ以外にも医師・患者関係に関して、同じように問題になるものとして、コンピュータ化された医療記録と管理医療の時代における守秘義務や、死を早めたいとの望みに逆らって生命を維持する義務があります。

本章では、日常の診療業務において医師が特に問題とする6つのトピックスを扱います。個人の尊重と平等な扱い、コミュニケーションと同意、判断能力のない患者のための意思決定、守秘義務、出生に関する問題、そして終末期に関する問題です。

\*：イタリック体の用語は用語解説(付録A)に掲載。

## 2 個人の尊重と平等な扱い

すべての人間は尊重と平等な扱いを受けるべきだという信念は、比較的最近のもので、ほとんどの社会において、個人を尊重せず不平等に扱うことは、普通で当たり前のこととされていました。奴隷制度はこのような慣習のひとつで、ヨーロッパ植民地とアメリカ合衆国では19世紀になるまでなくなり、世界にはまだ続いているところもあります。南アフリカのような国における、非白人に対する制度的差別の廃止はごく最近のことです。ほとんどの国で、女性はまだ十分に尊重されず、不平等な扱いを受けていると感じています。年齢、障害、性別に基づく差別は広範囲にわたって存在します。すべての人間は平等に扱われるべきだという主張に対し、明らかに相当の抵抗が残っているのです。

人類がゆっくりと変化させてきた人間は平等であるとの信念は、ヨーロッパおよび北アメリカで17、18世紀に始まりました。それは2つの対立するイデオロギー、すなわちキリスト教教義の新しい解釈と、反キリスト教的合理主義によってもたらされました。前者はアメリカ独立革命と権利章典を、後者はフランス革命とそれによる政治の発展をもたらしました。これら2つの影響下で、非常にゆっくりとしたペースではありますが、民主主義が定着し、世界中に普及していきました。その根底には、すべての男性(それよりはるかに遅れて女性)には、政治的平等と、誰が自分たちを治めるべきかについて発言するのは、当然の権利だという信念がありました。

20世紀には人権という観点から、人間の平等という概念の精緻化が行われました。新しく設立された国際連合が真っ先にとった行動のひとつは、**世界人権宣言**(1948年)の採択であり、その第1条では、「すべての人間は、生まれながらにして自由であり、かつ、尊厳と権利とについて平等である」と規定しています。他の多くの国際組織や国の組織も、全人類、全国民、あるいはあるグループの人々のために、権利宣言を制定しました(「子どもの権利」「患者の権利」「消費者の権利」など)。これらの宣言に基づく行動を促進するための組織も多数作られました。しかし残念なことに、人権は多くの国においていまだに尊重されていません。

長年、医療専門職は、患者の平等と権利について、やや矛盾する見解をもってきました。医師は、「私の医師としての職責と患者との間に、年齢、疾病もしくは

障害、信条、民族的起源、ジェンダー、国籍、所属政治団体、人種、性的志向、社会的地位あるいはその他どのような要因でも、そのようなことに対する配慮が介在することを容認」してはならないと言われてきました(ジュネーブ宣言)。ところが同時に、医師は、救急の場合を除き、患者の受け入れ拒否の権利を主張してきたのです。拒否の理由には、業務過多、教育上の資格(の欠如)、および専門外などの正当な根拠もありますが、もし患者を拒否するのに理由をあげなくてもよいとするならば、医師は説明責任を負うことなしに、簡単に差別を行ってしまう可能性があります。この点では、法や懲戒当局よりもむしろ、医師の良心が人権侵害を防ぐ唯一の方法かと思われれます。

たとえ医師が患者を選択する時点で、個人の尊重と人間の平等を侵害しなかったとしても、それでもなお患者に対する態度や扱い方のなかで、侵害してしまうおそれがあります。本章の冒頭に示したケース・スタディは、この問題を示しています。第1章で述べたように、共感<sup>1</sup>は医療における中核的な価値のひとつであり、良好な診療関係に不可欠の要素です。共感とは、患者の尊厳と価値観に対する敬意に基づくものですが、それだけでなく、病気や障害に直面したときの患者の弱さを理解し、それに応えることでもあります。患者は、医師の共感に気付くと、医師が患者の最善の利益のために行動していることを、より深く信頼するようになります。その信頼は治療のプロセスを助けるのです。

患者を尊重するならば、医師は治療の間、患者を回避可能な有害リスクにさらしてはなりません。近年、患者の安全は医療従事者や医療機関にとって主要な懸案事項となっています。いくつかの研究で示されているように、感染症対策(手指衛生を含む)、正確なカルテの記録、理解可能な医薬品ラベル、医薬品、注射および外科的処置の安全性が不十分であったことなどから、多くの患者が被害を受け、死亡例さえ出ています。WMAの**患者の安全宣言(Declaration on Patient Safety)**では、医師に、「医療専門職という立場を超えて、患者を含むすべての関係者と協力して、患者の安全のために、プロアクティブ・システムズ・アプローチに取り組まなければならない」と求めています。

医師・患者関係に不可欠な信頼とは、一般に、医師がいったん引き受けた患者を見放してはならない、という意味に解釈されてきました。WMAの**医の国際倫理綱領**では、医師・患者関係が終了するのは、患者が別の技術をもった医師に診てもらいたいとするときだけだと特定しています。「医師は患者に対して完全な患

誠を尽くし、患者に対してあらゆる科学的手段を用いる義務がある。診療や治療にあたり、自己の能力が及ばないと思うときは、必要な能力のある他の医師に相談または紹介すべきである」。しかしながら、医師が患者との関係を終わらせたいと望む理由は他にもあります。たとえば、医師が移転や閉業する場合、患者が医療費の支払いを拒否するか支払い能力がない場合、医師と患者がお互いに反感をもっている場合、患者が医師の勧めに従わない場合などです。それらの理由は、まったく正当な場合も、非倫理的な場合もあります。医師が患者との関係を終了させることを考えるときには、倫理綱領やその他の関連する指針を参照し、自らの動機を丹念に検討すべきでしょう。自分自身、患者、そして必要ならば第三者に対して、自らの決定の正当性を説明できなければなりません。その動機が正当ならば、患者が他の適切な医師を見つけられるように、またそれができなければ、患者にサービス中止についての適切な注意を与えるべきです。そのことによって、患者は別の医療サービスを見つけられるからです。たとえば人種の偏見のように、その動機が正当でないならば、その問題点を何とかするための対策を講じなければなりません。

多くの医師、特に公的機関に属する医師は、診療の対象となる患者を選べないことがあります。なかには暴力的で医師の安全を脅かす患者もいます。反社会的な態度や行動ゆえ、大迷惑としか言えない患者もいます。このような患者は、人として尊重され、平等な扱いを受ける権利を放棄したと見てよいのでしょうか。あるいは、医師は彼らとの間にすら、英雄的と言われるくらいの医師・患者関係を築かなければならないのでしょうか。このような患者については、自分自身とスタッフの安全および利益を守る責任と、患者の利益を促進させる義務との間のバランスをとらなければなりません。これら両方の責務を果たす方法を探すのです。もしそれができなければ、患者の治療のために、何か別の方法を考える必要があります。

すべての患者の尊厳と平等な扱いの原則に対するもうひとつの難問は、感染症患者の治療です。焦点はHIV/AIDSであることが多いのですが、それはこの病気が生命を脅かすというだけでなく、社会的な偏見を受けやすいからです。しかし、HIV/AIDSよりも医療従事者に感染しやすい疾病を含め、重篤な感染症は他にもたくさんあります。医師のなかには、自分が感染するのをいやがって、このような状態の患者に侵襲的な処置をするのをためらう人もいます。しかし、医師の倫理綱領は、すべての患者を平等に扱うという医師の義務に関して、感染症

患者の例外を認めていません。HIV/AIDSおよび医療従事者に関するWMA声明(Statement on HIV/AIDS and the Medical Profession)は、以下のように述べています。

医師による HIV / AIDS 患者への不当な差別は、医療業務から徹底的に排除されなければならない。

すべての HIV / AIDS 患者に対しては、適切な予防策、サポート、治療が思いやりをもって行われ、また人としての尊厳が尊重されるべきである。

医師が現時点における自らの能力により治療ができる状態の患者を、HIV 陽性であるというだけの理由で診療拒否することは倫理的に許されない。

HIV / AIDS 患者が必要とする治療やケアを行うことができない医師は、治療を行うことのできる医師または医療機関への紹介を適切に行うべきである。患者の紹介が不可能な場合、あるいは紹介するまでの間、当該医師は自らの能力の限り患者に対処しなければならない。

医師・患者関係の親密な性質が性的関心を生じさせることがあります。伝統的な医の倫理の基本ルールによれば、そのような関心には抵抗しなければなりません。ヒポクラテスの誓いに次のような約束があります。「いかなる家を訪れるときも、私は病人の利益のために訪れ、意図的な不正や危害を一切行わず、とりわけ女か男か……にかかわらず性的関係を避ける」。近年、多くの医師会は、改めて医師と患者の間における性的関係の禁止を宣言しています。その理由は、2500年前のヒポクラテスの時代にあった理由が今でも有効だからです。患者は弱い立場にあり、自分をよく治療してくれる医師に信頼を置いています。彼らは自分の治療が疎かにされるのではないかというおそれから、医師の性的な言い寄りに抵抗できないと感じるかもしれません。さらに、患者への感情移入によって医師の臨床的な判断が、悪影響を受ける可能性もあります。

後者の理由は、医師が自分の家族を治療する場合にも当てはまり、多くの医の倫理綱領において避けることが強く求められています。しかしながら、倫理綱領の他の要件と同じように、その適用は状況によって異なります。たとえば、へき地で働く個人開業医は、特に救急のときを含め、家族の治療をすべきことが認められます。

## 3 コミュニケーションと同意

インフォームド・コンセントは、今日の医の倫理における中心的な概念のひとつです。自らの医療について自己決定を行う患者の権利は、世界中の法律や倫理規定において謳われています。WMAの**患者の権利に関する宣言**は以下のように述べています。

患者は、自分自身に関わる自由な決定を行うための自己決定の権利を有する。医師は、患者に対してその決定のもたらす結果を知らせるものとする。精神的に判断能力のある成人患者は、いかなる診断上の手続き、ないし治療に対しても、同意を与えるかまたは差し控える権利を有する。患者は自分自身が決定を行ううえで必要とされる情報を得る権利を有する。患者は、検査ないし治療の目的、その結果が意味すること、そして同意を差し控えることの意味について明確に理解する必要がある。

インフォームド・コンセントに必要な条件は、医師と患者間で、うまくコミュニケーションがとれていることです。医療パターンリズムが当たり前だった時代のコミュニケーションは比較的単純です。それは、これこれの治療に従いなさい、と医師が患者に命令することでした。現在、医師は患者とのコミュニケーションにおいて、ずっと多くのことを要求されます。患者が決定をするために必要とされるすべての情報を提供しなければなりません。複雑な医学的診断、予後および治療方法をわかりやすい言葉で説明し、患者に治療方法の選択肢について、それぞれの長所と短所を含めて理解させ、質問があればそれに答え、患者が到達したような決定についても、可能であればその理由も含めて理解しなければならないのです。人は多くの場合良好なコミュニケーションの技術など生まれつきもっていません。それは意識的に、反省の繰り返しによって、身につけていかなければならないものなのです。

医師と患者の良好なコミュニケーションに対する2つの主な障害は、言葉と文化の違いです。医師と患者が同じ言語を話さない場合には通訳が必要となります。残念ながら、多くの場合には通訳の適任者がおらず、医師は何とかそうした人を探し出さなければなりません。文化は言語を含むだけでなく、さらに範囲が広いものなので、コミュニケーションの問題は倍加します。病気の性質や原因につい

て異なる文化をもつ患者は、医師から示された診断や治療の選択肢を理解できないかもしれません。このような状況では、患者が健康と治療をどう理解しているかを探り、医師としての助言をできるだけ上手に患者に伝えるために、なすべき努力を払うことになります。

患者が必要とし、知りたがっている診断結果、予後および治療方法の選択肢について、医師がすべての情報を首尾よく伝えることができたならば、患者はどのように治療を進めるかを、情報を得たうえで決定することになります。「同意 (consent)」という言葉は治療の承諾を示唆しますが、インフォームド・コンセントの概念は、治療拒否や他の治療方法の選択も含まれます。意思決定能力のある患者には、治療の拒否によって障害や死に至る場合でも、その治療を拒否する権利があります。

同意の証拠は明示的な場合も黙示的な(暗に示される)場合もあります。明示的な同意は口頭または書面によります。患者が何らかの行為によって処置または治療を受ける意欲を示しているときは、同意が暗に示されています。たとえば、静脈注射を受ける同意は、腕を差し出すことによって暗示されます。リスクを伴うか、軽い痛み以上の苦痛を伴う治療の場合には、黙示の同意よりも明示的な同意を得ることが望ましいと思われれます。

例外として以下の2つの場合には、意思決定能力のある患者からも、インフォームド・コンセントを得る必要がありません。

- 患者が自発的に自らの意思決定の権限を、医師もしくは第三者に委ねている場合。内容が複雑か、もしくは患者が医師の判断を全面的に信頼して「あなたが最善だと思うことをしてください」という場合があります。このような要望には、すぐに従おうとせず、治療の選択肢についての基本的な情報を患者に与え、自ら決定するよう勧めるべきでしょう。ただし、このような働きかけの後でもなお、患者が医師の決定を望む場合には、医師は患者の最善の利益に従って決定すべきです。
- 情報開示が患者に対して危害を及ぼす場合。伝統的な「治療上の特権」の概念は、このような場合に利用されます。医療情報の開示が、患者に対して身体的、心理的もしくは感情的に深刻な危害を及ぼす可能性がある場合、たとえば診断



が終末期疾患を示すものだったときに、患者が自殺するおそれがあるような場合には、医師は医療情報を伝えないことが許されます。ただし、この特権は濫用の危険が大きいので、最後の手段として行使するようにする必要があります。まずは、すべての患者は困難な事実に向かうことができると期待することが第一で、非開示にするのは、真実を伝えないよりも伝えるほうが、より大きな危害を生じさせると確信する場合に限るべきです。

文化圏によっては、診断が終末期疾患である場合には、医師が患者に情報を伝える義務はないと広く考えられています。そのような情報によって患者が絶望し、残された日々が、回復の希望がある場合よりも、ずっと惨めなものになってしまうからです。世界中において、患者の家族が、患者が死に向かいつつあることを伝えないようにと医師に懇願することはまれではありません。医師は悪い情報、とりわけ死が差し迫っていることを伝えるときには、その個人に特有の問題もさることながら、文化についても配慮しなければなりません。しかしながら、患者のインフォームド・コンセントの権利はますます受け入れられてきているので、医師の第一の義務としては、患者のこの権利の行使に手を貸さねばなりません。

医療を消費財にたとえ、患者を消費者にたとえる傾向が強まるのに伴い、患者とその家族が、医師が適切とは思わない医療サービスへのアクセスを要求することもまれではなくなってきました。このようなサービスの例は、ウイルス性の症状に対する抗生物質投与から、脳死患者に対する集中治療、さらには、見込みはあるが効果の立証されていない医薬品や外科手術などがあります。患者のなかには、自分に効果がありそうだと考える医療サービスは、何でも受ける「権利」があると主張する人もおり、医師が、患者の状態にはまったく医学的な効果がないと思いつつも、言われたとおりに従っていることもあります。この問題は、資源が限られていて、「効果のない」もしくは「利益のない」治療を、ある患者に提供することであり、他の患者が未治療のまま放置されてしまうような状況下では特に深刻です。

**効果のない (futile) や利益のない (nonbeneficial)** ということの意味は、次のように理解できます。ある治療によって回復の希望や進展がない場合や、患者に長いこと何の改善も見られない場合には、医師はその治療は「医学的に」効果がない、または利益がないと判断できます。それ以外に、治療の有効性や効果が、患者自身の体調についての主観でしか判断できない場合もあります。一般原則とし

では、治療に効果がないかどうかの判断には、患者自身に関わるべきです。例外的に、このような議論自体が患者の最善の利益に反することもあります。医師は、患者に効果または利益のない治療を提供する義務はありません。

インフォームド・コンセントの原則は、患者が医師に提示されたいいくつかの選択肢のなかから選ぶ権利を含んでいます。患者とその家族が、医師から勧められていない治療を選ぶ権利がどこまであるのかについては、倫理、法、公共政策の議論における大きなテーマとなりつつあります。この問題が、政府や医療保険の提供者、あるいは医療専門職組織によって決定されるまでの間、不適切な治療の希望に応じるべきかどうかは、それぞれの医師が自分で決めなければなりません。その治療が利益よりも害をもたらすと思う場合は、希望に応えないほうがいいと思います。たとえ害はなくとも、利益をもたらさそうにない場合も、プラセボ効果は無視できないものの、拒否することをためらうべきではありません。もし限られた資源が問題ならば、資源配分の責任者に相談すべきです。

## 4 判断能力のない患者のための意思決定

自分自身で意思決定を行うことのできない患者はたくさんいます。たとえば幼い子どもや、何らかの精神的、神経的な疾患を患っている人、一時的に意識不明や昏睡状態にある人などです。これらの患者には、医師かその他の人間が意思決定の代理人となることが必要です。倫理的問題は、誰が、判断能力のない患者 (incompetent patient) に代わる適切な意思決定の代理人かを決定するときや、決定基準を選択するときにあります。

医療パートナーリズムが広く行われていた時代には、医師が判断能力のない患者のための適切な意思決定代理人と考えられていました。医師はいくつかの治療について、患者家族に相談していたかもしれませんが、最終的な決定は医師がしていました。このような医師の権限は、患者が、判断能力を失ったときの意思決定代理人を自ら指名する機会を与えられるようになるにつれて、多くの国々で次第に失われていきました。さらに、国によっては、適切な意思決定代理人が順位付けされています(例：配偶者、成人した子ども、兄弟姉妹など)。このような場合、緊急事態によく起こることですが、その指定された代理人を見つけることができ

ない場合に限って、医師は患者のために決定を行うことになります。WMAの**患者の権利に関する宣言**は、この問題における医師の義務について以下のように述べています。

患者が意識不明かその他の理由で意思を表明できない場合は、法律上の権限を有する代理人から、可能な限りインフォームド・コンセントを得なければならない。法律上の権限を有する代理人がおらず、患者に対する医学的侵襲が緊急に必要とされる場合は、患者の同意があるものと推定する。ただし、その患者の事前の確固たる意思表示あるいは信念に基づいて、その状況における医学的侵襲に対し同意を拒絶することが明白かつ疑いのない場合を除く。

問題となるのは、適切な意思決定代理人とされた人々、たとえば家族のメンバーが、そのメンバー内で合意に至らない場合、もしくは合意したとしても、その決定が、医師の見解では患者の最善の利益にならない場合です。第一の場合なら、医師は調停者の役割を果たしますが、それでもなお合意ができない場合は、他の方法、たとえば家族の年長者に決めさせたり、多数決で解決することになります。意思決定の代理人と医師との間に深刻な意見の食い違いがある場合について、**患者の権利に関する宣言**では、次のような助言をしています。「患者の代理人で法律上の権限を有する者、あるいは患者から権限を与えられた者が、医師の立場から見て、患者の最善の利益となる治療を禁止する場合、医師はその決定に対して、関係する法的あるいはその他慣例に基づき、異議を申し立てるべきである」。

前節で検討したインフォームド・コンセントの原則と手続きは、患者が自分で決定する場合と同様に、意思決定代理人が決定する場合についても当てはまります。医師は、意思決定代理人が決定をするために必要なすべての情報を提供する義務を負っています。複雑な医学的診断、予後および治療法をわかりやすい言葉で説明し、意思決定代理人にいくつかの治療方法について、それぞれの長所と短所を含めて理解してもらい、質問があればそれに答え、意思決定代理人の下した決定について、可能であればその理由も含めて理解することが必要となります。

判断能力のない患者のための治療の決定に用いられるべき第一の基準は、その患者の示せる範囲での意向です。この意向は、事前指示書 (*advance directive*)\*中に書かれることもあれば、指定された意思決定代理人、医師または他の医療チームのメンバーに伝えられていることもあります。患者の意向がわからない場合に

は、治療は次の点を考慮したうえで、患者の最善の利益に基づいて決定すべきです。(a) 患者の診断結果と予後、(b) 患者のもっている価値観、(c) 患者にとって重要で、その最善の利益を配慮できる人からの情報、(d) 治療の決定に影響を及ぼすと思われる患者の文化的、宗教的要素。この方法は、患者が治療について何らかの指示を残していた場合に比べると不確実ですが、意思決定代理人は、現在の状況において患者ならどう決定したかを、患者が過去に行った他の選択や人生全般についての考え方に照らしながら推測することができます。

医療上の決定を行うことができるかどうかは、特に、若者や、急性・慢性の疾患によって論理的な思考ができない人の場合、判断しづらいことがあります。あることについては決定できても、他のことについてはできないかもしれません。同様に、判断能力が1日のある時間は明晰で、他の時間はそうでないかもしれません。そのような患者は、法的には無能力者とされているかもしれませんが、彼らのための決定を行う際には、本人の意向が考慮されるべきです。**患者の権利に関する宣言**では、この問題について、次のように述べています。「患者が未成年者あるいは法的無能力者の場合、法域<sup>訳注1</sup>によっては、法律上の権限を有する代理人の同意が必要とされる。それでもなお、**患者の能力が許す限り、患者は意思決定に関与しなければならない**」。

患者が、病気による不安感や精神的不安定さのために、さまざまな治療のなかから、理性的によく考えたうえで決定をすることができないこともよくあります。しかし、特定の侵襲的医療行為、たとえば静脈内栄養補給などについては、拒否の意思表示ができるかもしれません。そのような場合は、もちろん患者の治療計画の全体目標から考える必要はありますが、拒否の意思表示を重視すべきでしょう。

精神または神経的な病気を思い、自分自身や他者に対して危害を及ぼすおそれがあると診断されている患者については、特に困難な倫理的問題が生じます。彼らの人権、特に自由権を可能な限り尊重することは重要です。それでもなお、彼ら自身あるいは他者に対する危害を防ぐために、本人の意思に反して強制的に入院させるか治療を行うこと、あるいはその両方が必要になる場合もあります。強制

訳注1：法域とは、アメリカのState、ドイツのLandなどのように1つの法律体系の支配する地域のこと。日本の場合、国法は1つであるから法域も1つであるが、アメリカの場合、50の州がそれぞれ法域とされるうえに、連邦の法域もあるので、少なくとも51の法域があることになる。

入院と強制治療とは区別されます。患者の権利を主張する人たちのなかには、強制入院はやむをえないとしても、治療拒否権は守らねばならないと考える人がいます。治療を拒否する正当な理由としては、たとえば向精神薬のひどい副作用など、過去の治療の辛い経験が考えられます。医師がこのような患者の意思決定代理人となる場合には、患者が他者や患者自身にとって、単なる迷惑程度ではなく、本当に危害を及ぼすおそれがあることを確認すべきです。医師は、その意向に沿えなかったとしても、治療に関する患者の意向と、その理由を確認しておくことです。

## 5 守秘義務

患者の秘密情報を守るという医師の義務は、ヒポクラテスの時代から医の倫理の基本です。ヒポクラテスの誓いは次のように述べています。「治療の途中または治療外であっても、ある人間の生に関して見たり聞いたりしたことは、誰にも話さず、それについて話すことを恥ざすべきことだと考える」。この誓いも、そしてそれを現代化した最近の倫理規定にも、守秘義務の例外をまったく認めていないものがあります。しかし、それ以外の倫理規定のなかには、守秘義務に関するこのような絶対的な考え方を認めないものもあります。たとえば、WMAの**医の国際倫理綱領**は、「患者が同意した場合、または患者や他の者に対して現実に差し迫って危害が及ぶおそれがあり、守秘義務に違反しなければその危険を回避することができない場合は、機密情報を開示することは倫理にかなっている」としています。守秘義務違反が正当化されることもあるとなると、まさに守秘義務という理念自体の明確化が必要です。

守秘義務には重視される3つの柱があります。自律性、他者への敬意、そして信頼です。自律性は、個人情報個人に属し、本人の同意なしには他者に知らされるべきではないという点で守秘義務に関連します。人が個人的な情報を他者、たとえば医師や看護師に明かしたとき、もしくは医療上の検査によって新たな情報が生じたとき、それを知った人は、当事者が公表する権限を与えない限り、その秘密を守る義務を負います。

守秘義務は、人間は敬意を払われるべき存在であるので、さらに重要です。人間

に敬意を表す重要な方法のひとつに、プライバシーの保護があります。医療においてはプライバシーを犠牲にせざるをえない場面が多くありますが、だからこそ個人の私生活に対するそれ以上の不必要な侵入は防がなければなりません。プライバシーに対する要求度は人によって異なるため、すべての人が自分と同じように望むだろうと仮定することはできません。患者が秘密にしておきたい個人情報と、他者に明かしてもよいと思う情報とを区別するには、注意が必要です。

信頼は、医師・患者関係に不可欠な要素です。医療を受けるためには、患者は、自分にとって他人である医師やそれ以外の関係者に対して、個人情報を明かさなければなりません。他の誰にも知られたくない情報です。患者には、医療提供者がこの種の情報を漏らさないと信ずるに足る十分な根拠が必要です。この信頼の基礎には、医療専門職が遵守することを期待されている守秘義務についての倫理的および法的な基準があります。秘密が守られるという前提がなければ、患者は個人情報を打ち明けないでしょう。そうすると、医師は効果的な医療を行えず、一定の公衆衛生上の目標も達成できなくなります。

WMAの**患者の権利に関する宣言**は、守秘義務に対する患者の権利を以下のよう  
にまとめています。

- 患者の健康状態、症状、診断、予後および治療について個人を特定しうるあらゆる情報、ならびにその他個人のすべての情報は、患者の死後も秘密が守られなければならない。ただし、患者の子孫には、自らの健康上のリスクに関わる情報を得る権利もありうる。
- 秘密情報は、患者が明確な同意を与えるか、あるいは法律に明確に規定されている場合に限り開示することができる。情報は、患者が明らかに同意を与えていない場合は、厳密に「知る必要性」に基づいてのみ、他の医療提供者に開示することができる。
- 個人を特定しうるあらゆる患者のデータは保護されねばならない。データの保護のために、その保管は適切になされなければならない。個人を特定しうるデータが導き出せるようなその人の人体を形成する物質も同様に保護されねばならない。

このWMA宣言が述べるように、守秘義務には例外があります。たいして問題にならないものもありますが、医師にとって非常に困難な倫理的問題を提起するものもあります。

ありふれた守秘義務違反は、ほとんどの医療機関で頻繁に起こっています。多くの人々——医師、看護師、検査技師、学生など——が適切なケアを提供するため、そして学生については臨床医学を学ぶために、患者の医療情報へのアクセスを求めます。患者が医療提供者と異なる言語を使う場合には、コミュニケーション円滑化のために通訳が必要です。自分の医療についての決定を行うことができない患者の場合には、患者の代わりに決定し、治療を行うために必要な情報を他者に与えなければなりません。医師が死亡者の家族に死因を伝えることは日常的に行われています。通常、このような守秘義務違反は正当化されます。しかし最小限度にとどめるようにし、秘密情報を知ることができる人々にも、患者や子孫の利益にとって必要である範囲を超えて広めてはならないことをよく認識してもらうべきです。できれば、患者にはこのような守秘義務違反が起こることを知らせておくことが望まれます。

守秘義務違反が一般的に肯定されるもうひとつの理由は、法的な要請に従う場合です。たとえば、多くの法域には、自動車の運転に適さないとみなされる指定疾患の患者や、児童虐待の疑いがある患者について報告を義務づける法律があります。医師は、患者情報の開示に関して、自分の働く地域の法的要請を知っておくべきです。しかし、法的要請は、医の倫理の基礎をなす人権尊重と対立する場合があります。それゆえ、**守秘義務を守れなくする法的要請については常に批判的な目で検討し、従う前にその正当性を自分自身で納得しておく必要があります。**

患者の医療情報の開示を求める法的要請に従うことに納得した場合には、事前に患者と開示が必要かどうかについて話し合い、患者の協力を得ることが望まれます。たとえば、児童虐待の疑いがある患者は、医師立会いのもとで児童保護局へ電話をして自己報告するか、あるいは保護局へ連絡する前に、医師が患者の同意を得ることが好ましい。この方法は、その後の段階の準備にもなります。もしこのような協力が期待できず、通知の遅れが子どもに深刻な被害を及ぼすおそれがあると考えられる場合には、直ちに児童保護局へ通知し、患者には事後に報告するべきです。

このような法的要請による守秘義務違反に加えて、医師は、患者から危害を受ける危険性のある人に対して、患者の秘密情報を伝えるという倫理的義務を負う場合があります。このような状況が起こりうるケースは2つあり、ひとつは、患者が精神科医に他者を傷つける計画を明かしたとき、もうひとつは、HIV患者が

配偶者やパートナーと感染防止策をとらずに性交渉を続けようとしていることが判明したときです。

法律の要請がない場合に守秘義務違反をするための条件は、予期される危害が差し迫っており、重大(かつ取り返しがつかないもの)で、許可なく情報を開示する以外には手段がなく、開示による不利益よりも危害のほうが大きいと確信されることです。疑問がある場合は、専門職の助言を求めたほうが賢明です。

法的に開示の許可が得られなくても、警告する正当な義務があると判断した場合、医師はさらに2つの決定をしなければなりません。誰に伝えるべきか？ どの程度伝えるべきか？ です。一般的に言って、危害を防ぐために情報を必要としている人に、予期される危害を防ぐために必要な情報だけを開示すべきです。開示によって患者に生じうる危害や不快感が最小限となるよう、妥当な措置をとる必要があります。患者に対しては、患者自身や被害の及ぶことが予想される人々を保護するために、守秘義務が守られないことがあると伝えるようにします。できれば、患者の協力も求めるようにすべきです。

HIV患者の場合、配偶者や現在の性交渉のパートナーに対する開示は非倫理的でないし、まして患者自身がこれらの危険にさらされている人に伝えたがらないときには、正当化されると思います。このような開示には次の要件をすべて満たすことが必要です。パートナーがHIVに感染する危険があり、その危険を知るには他に合理的手段がないこと、患者が性交渉のパートナーに伝えるのを拒んだこと、医師が患者に代わって伝えようと申し出ても、これを患者が拒否したこと、そして医師がパートナーに情報を開示するという意図を患者に伝えたこと、です。

被疑者あるいは犯罪者の医療は、守秘義務に関して特に困難な問題を引き起こします。拘留されている人に医療を提供する場合の医師の独立性は制限されていますが、できる限り他の患者の場合と同じように扱うよう最善を尽くすことです。特に言えることは、患者の同意をあらかじめ得ないで、患者の医療状態の詳細を刑務所当局に明らかにすることがないようにし、こうした方法で、患者の秘密情報を保護すべきです。



## 6 出生に関する問題

医の倫理における最も重要な問題の多くは、人間の出生 (beginning-of-life) に関わっています。本書の内容は限られているため、詳しくは扱えませんが、ここにリストアップしますので、その本質が倫理的なものであり、かつ倫理的なものとして扱う価値があることを認識してほしいと思います。それぞれの問題は、医師会、倫理学者および政府の諮問機関によって広く分析の対象とされており、多くの国にそれらに関する法律、規則および方針があります。

- **避妊 (contraception)** — 望まない妊娠の予防を含め、生殖をコントロールする女性の権利に対する国際的な認識は高まりつつあるものの、医師は避妊薬を求める未成年者の問題や、さまざまな避妊方法の危険性についての説明などを含めた難しい問題を扱わなければなりません。
- **生殖補助医療 (assisted reproduction)** — 自然な妊娠ができないカップル(および個人)のために、人工授精や体外受精、胚移植などといった、さまざまな生殖補助医療技術が大きな医療施設で利用できるようになっています。代理母 (surrogate)\*または代理妊娠 (substitute gestation)\*もひとつの選択肢です。これらの技術はどれも、個々のケースとしても社会政策としても、問題がないとは言えません。
- **出生前遺伝子診断 (prenatal genetic screening)** — 現在、遺伝子診断は、胚または胎児に何らかの遺伝子異常がないかを調べたり、男女を判別するために利用できます。その結果次第で妊娠を継続するか否かの決定ができます。医師は、そのような検査をいつ提案し、その結果を患者にどのように説明するかを判断する必要があります。
- **中絶 (abortion)** — これは、医師にとっても政府レベルでも、医の倫理において長い間最も議論が分かれている問題のひとつです。WMAの**治療的妊娠中絶に関するオスロ宣言 (Declaration on Therapeutic Abortion)** は、このように見解や信念が分かれていることを認識したうえで、「これは各個人の信念と良心の問題であり、その信念と良心は尊重されなければならない」と結論づけています。

- **重症障害新生児 (severely compromised neonates)** — 極端な早産や先天性異常によって、生き延びる可能性がごくわずかしかない新生児もいます。このような新生児の延命を試みるか、死ぬに任せるかについて難しい決定をしなければならぬことがあります。
- **医学研究 (research issues)** — このなかには、治療への応用のために幹細胞を取得する目的で新たな胚を作成すること、あるいは余剰胚（生殖のために用いられなかったもの）を利用すること、生殖補助医療のための新技術の試験、ならびに胎児に対する実験といった問題が含まれます。

## 7 終末期に関する問題

終末期 (end-of-life) に関する問題は、たとえば動物臓器の移植などの高度に実験的な技術を使って、終末期患者の延命を試みることから、安楽死や医療的な自殺補助によって早く死に至らせることまで広い範囲に及びます。これら両極の間に、延命の可能性のある治療の開始または中止、終末期患者のケア、および事前指示書の適否と使用などに関わる数多くの問題があります。

ここでは、安楽死と自殺補助の2つについて注目してみます。

- **安楽死 (euthanasia)** とは、明らかに他者の生命を終わらせることを意図した行為を、それを承知のうえで意図的に行うことをいいます。これには次の要素が含まれます：対象となる人には判断能力があり、自身の回復不能の病気についての情報を与えられており、自分の生命を終わらせることを自発的に求めている；その行為者は本人の病状と死にたいという意思を知っており、その人間の生命を終わらせることを本来の意図として行う；その行為は思いやりをもって、個人的な利益なしに実行される。
- **自殺補助 (assistance in suicide)** とは、自殺のための知識か手段のどちらか、またはその両方を、それを承知のうえで意図的に提供することをいいます。これには、薬物の致死量についての相談、そのような致死量の薬物の処方、またはその薬物の提供が含まれます。

安楽死と自殺幫助はしばしば道徳的に同義とみなされますが、実際には明確な実践上の区別があり、法域によっては、法律で区別されています。

上記の定義による安楽死と自殺幫助は、たとえ同様に生命を短くするものであっても、不適切、無益もしくは望まれていない治療を差し控えたり中止したりすること、あるいは思いやりのある緩和ケアの提供とは区別されます。

安楽死や自殺幫助は、患者がそのような状況で生き続けるぐらいなら、むしろ死にたいと考えるような耐えがたい痛みや苦しみの末に求められるものです。さらに、死ぬことを決める権利、さらには死ぬ手助けを求める権利さえあると考えている患者もたくさんいます。医師は医学的知識をもち、苦しまず早く必ず死ぬことのできる薬をもっているという理由から、死ぬための最も適切な手段とみなされています。

当然ながら、医師は安楽死や自殺幫助をしてくれと言われても、簡単に応じるわけにはいきません。このような行為は、ほとんどの国で違法とされ、多くの医の倫理綱領でも禁止されているからです。この禁止はヒポクラテスの誓いの一部であり、WMAの2005年の**医師の支援を受けてなされる自殺に関する声明 (Statement on Physician-Assisted Suicide)** および2005年の**安楽死に関する宣言 (Declaration on Euthanasia)** でも改めて強調されています。後者文書は次のように述べています。

安楽死は、患者の生命を故意に絶つ行為であり、たとえ患者本人の要請、または近親者の要請に基づくものだとしても、倫理に反する。ただし、このことは、終末期状態にある患者の自然な死の過程に身を委ねたいとする望みを尊重することを妨げるものではない。

そうかといって、安楽死や自殺幫助を拒否することは、終末期にあつて適切な治療的手段がない致命的な病気をもつ患者のために、医師は何もできないということではありません。2006年のWMA **終末期医療に関するベニス宣言 (Declaration of Venice on Terminal Illness)** と2011年のWMA **終末期医療に関する宣言 (Declaration on End-of-Life Medical Care)** は、特に緩和ケアによってそのような患者を支援するうえでの指針を与えています。近年では、痛みや苦しみを和らげ、生活の質を高める緩和ケアが大変進歩しています。緩和ケアは癌

の子どもから死の間近な老人まで、どのような年齢の患者にも合っています。緩和ケアのなかでも、すべての患者のために重要と思われるのは、ペインコントロール(疼痛管理)です。死の迫りつつある患者を診るすべての医師は、この領域における十分な技術をもち、できれば、緩和ケアの専門職から有用な助言を得られるようにしておくべきでしょう。何よりも、**医師は患者を見捨ててはならず、もはや治療が不可能な状況になっても、思いやりのある診療を続けるべきです。**

死が間近になると、患者、意思決定の代理人、医師には、他にも多くの倫理的な難題が出てきます。薬物、蘇生措置、放射線治療および集中医療などを頼ることにより延命の可能性があるならば、これらの治療をいつ開始し、それらが効かないときにはいつ中止するのかを決定しなければなりません。

先にコミュニケーションと同意に関する部分で論じたように、判断能力のある患者には、治療を拒否することが死につながる場合でさえ、どのような治療も拒否する権利があります。死に対する考え方は人によって大きな差があります。どんなに大きな痛みや苦しみを伴うとしても、延命のためには何でもするという患者もいれば、細菌性の肺炎に効く抗生物質のような、延命を見込める簡単な処置でさえ拒絶して死を望む患者もいます。医師は、可能な治療法とそれらの効果についての情報をできる限り患者に提供したら、その後は、いかなる治療の開始もしくは継続についても、患者の意思を尊重しなければなりません。

判断能力のない患者についての終末期の意思決定はさらに難しい問題です。もし患者が事前指示書のような形で、あらかじめその意思を明確に表明していれば、決定はもう少し簡単になります。しかし、そのような指示の内容は非常に曖昧であることが多いため、患者の実際の状況に照らして解釈する必要があります。患者がその意思を明確に表明していない場合、しかるべき意思決定代理人は、治療の決定に際してのもうひとつの基準、すなわち患者の最善の利益を考慮して決定しなければなりません。

## ケース・スタディを振り返って

本章で示された医師・患者関係を分析してみると、P 医師の行為にはいくつかの点で不備が見られる。

- (1) コミュニケーション——彼は患者の病気の原因、治療法の選択、入院にかかる経済的な面について、患者自身と話し合おうとしていない。
- (2) 同意——彼はインフォームド・コンセントを得たうえで治療していない。
- (3) 共感——彼の患者の扱いは、患者の苦痛に対してほとんど共感を示していない。外科的にはきわめてよい処置だったかもしれないし、夜勤の後で疲れていたかもしれない。しかし、そのことは倫理違反の言い訳にはならない。