

「説明と同意」と「自己決定（権）」に関わる小考察

大平整爾

札幌市内のある外科クリニック診察室（大学院1年目、アルバイトで医局長が週に1~2度生活費を稼がせてくれていた）。

「お腹のどこが痛いのかな」とK先生が尋ねると、診察台に横たわっていた小学6年の子は「ここ！」と右下腹部を指さした。K先生は最初静かにゆっくりとその部位を押してみても「どうかな」と男児に問う。「少し痛い」との答えを得た後、K先生は前より強く指で腹部を押し急にその指を離した。「あっ！痛い！」と男児が叫ぶ。rebound tenderness（反跳圧痛）を診ていると知る。K先生は悠然と患児と母親に向かって、「盲腸だね、手術」と言う。母親が無言で頷くと、K先生は次の患者へ向かう。すこぶる無駄のない会話とでも言えようか。溢れる外来患者を捌いていくうえで生まれたやむをえない方式であったのかもしれない。ただし、この続きは、診察室の外で外来主任看護師と母親の間で行われるのが常であった。

患児の母親には聞いて確認したい事柄は山ほどあるわけで、それを捌くのが看護師であり、時にはベシュライバー（書記役）の私が駆り出されることもあった。K先生がこの事後処置を知らないわけではないのだが、初めてこの診察風景を見た折には大きな驚きであった。都下立川市にあったアメリカ空軍病院のインターンとして、アメリカ人医師が外来で時間をかけ自分でよく説明する診察風景を経験していたからである。昔々、もう半世紀も前の話である。

K先生は決して寡黙な人ではなかったが、現代の医師のように「説明と同意」を強要される時代ではなく、

その当時としてはごく平均的な外来風景であったと想起するのである。「手術はいやだ」という患者はいるにはいたが、啄木が謳ったように「そんならば 命が惜しくないのかと 医者に云われて 黙りし心」に収まる患者や家族が圧倒的に多かった。この当時、説明も同意も医師からの目線で言葉少なく、まるで「剛毅木訥 仁に近かし」か「巧言令色^{すくな} 鮮し仁」を金科玉条としているがごとくであった。

時代は移り変わって、自己決定の時代が到来した。「患者は自分の受ける医療を自分で決められる」という理念が、現代医療の根幹として、至極当然なこととして医療界でも一般社会でも捉えられているふしがある。言うまでもなく、この自己決定権を容認する一般社会は、医療者にしかるべく適正な説明を患者に与えて、相互の質疑応答のうえで、患者から自主的な同意というプロセスを採ることを要求している。

医師はもはや寡黙ではいられない。医師に言語表現能力の豊かさが求められる時代になっていることを、自覚しなければなるまい。渡辺淳一の『神々の夕べ』（1978年出版）に、乳がん末期で強い疼痛を訴える婦人とその娘が登場する。母親の苦しみをそばで見続けてきた娘は「人を生かすのも医者だが、殺すのも医者だろう。（生死の判断を患者本人や家族に委ね）万事相手のせいにして、傍観者として自分（医者）はそとにいる」と担当医を詰る場面がある。医学部出のこの作家は患者の生死に対する医療者の関わり方がどうあるべきかを問うており、確かに「患者の自己決定（権）を隠れ蓑として医療者がまったくの他者たりえない」

のであって、絶妙な介入度（お節介度）が要求される微妙なシーンであろう。

同時に患者側は、生殺与奪の権を自らの手から完全に手放すことは許されないであろう。医師が己の最も信ずる、または可能な治療法のみを患者側に示して、他の選択肢を無視したいいわゆる父権主義には大いに問題があった。しかし、刑法学者が「……医師の判断はあくまでも医学的な治療の有効性などに限られるべきである。医師があるべき死の迎え方を患者に助言することはむろん許されるが、それはあくまでも参考意見に止めるべきであって、本人の死に方に関する価値判断を医師が患者に代わって行うことは、相当でない」と論述していようと、苦しむ患者の最も近くにいる医療者が当該患者に「最も望ましい死の迎え方」を用意することは義務であり、許されえることであろう。既述の「絶妙な介入度」がむろん考慮されなければならない。自己決定とは「自分で決めていいのですよ」ということなのだが、これには「自己責任」を容認する強い自意識・自律心が必須となる。

「自分で決めていいのですよ」が「自分で決めてください」という自己決定への強制になりがちなことへの反省の弁を、2012年のN Engl J Med¹⁾で見かけると意外感を持つ。たしかに、独立心が旺盛で個人主義が謳歌されるアメリカであるが、自分の行く末をあらかじめ決めておく事前指示書（AD）の作成率は30%程に止まっている。日本のこの比率は約3%であるから、彼我に大きな差異はあるが、30%ではアメリカ人の大部分がADを作成しているなどとは言い難い。

2004年頃発表のMarsha Garrisonの『自己決定権再考』を読むと、「患者は、自己決定権の理念が前提としているほどに、自らの治療に関する運命を決定したいと思っていないし、また、そうする能力も有していない²⁾」とあって、アメリカの実態を知る。アメリカを非難しているのでは決してないし、ADの不要さや不備さを言い募っているわけではない。生き死にという重大な局面でそう易々とは自己決定ができないことが多かろうと、正直に危惧するのである。医師が患者や家族に多くの選択肢を提示したうえで「さあ、ご自分の命に関することです。どの道に行くかを自分でお決めなさい」といういい方や態度は公平でもっともらしく見えるが、重大な決定の責任を医師から患者や家族に転じており、患者の自主性はendless choiceと

同義ではないとLamasらは警告している。

常識的なところ、患者の自己決定権を尊重しつつ、患者のわからないところや迷いに対して、医療側が公平な立場で支援しつつ、共同的意思決定を行うという仕儀になろうか。当の患者の意向を引き継いで、または付度して代理判断を余儀なくされる事態も、実臨床では少なくない。しかし、ここにも拭いきれない曖昧さが残ってしまって、医療の現場を預かる者を苦しめる。重篤な病態を迎えつつある患者、現に重篤な病態にある患者と彼等の逝く末を語り合うことは双方にとって、容易な作業ではない。医師が終末期患者と実のある対話をかわすことは難行であり、シャントの作製や心エコーの読影などと同様に一つの明確な医療の一領域であるとして、各医師が訓練と反省を積まなければなるまい³⁾。

「自己決定の許容範囲」がまた、大きな問題である。自分のことならなんでも自分で決めてよいのか、決められるのかという大問題である。例えば、「死にたい」と述べる患者の意向をどう取り扱えばいいのだろうか。「はい」と言って死への幫助をしていいのか、「否」と拒否してなお生きること、生きる意義を説くべきなのか。自己決定権はわが国でも憲法第13条（すべての国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大限の尊重を必要とする）が保障するとされている。この条文は「包括的基本権」と称され、いわゆる「自己決定権」はこれを根拠とする。自己決定権の及ぶ範囲はきわめて広く、尊厳死・安楽死・人工妊娠中絶・結婚・離婚・避妊・服装/髪型の自由・同性愛/飲酒/喫煙の自由などに関連する複合的権利である。日本のそれは実効法を欠いている点でアメリカと大きな差異がある。

一般的に患者の自己決定権は「公共の福祉に反しない限り尊重される」とされるところで一定の歯止めが課せられているが、個々の事例に及ぶと不明確さは否めない。実効法を有さない日本の自己決定権は言わば道義的・倫理的な規範として尊重されてきたのであったが、先刻ご承知のエホバの証人事件（不同意輸血事件）で最高裁判決（2000年）が医療側の人格侵害と治療拒否権違反とを承認して以来、自己決定権はわが国でも強い個人的な権利と見なされている。命に関わる出血があっても、医師が患者の信条に反して輸血を

行うことは患者の人格と治療拒否権の双方を侵害することになり、患者が医療側から見て適切な選択を行わないとしても強い信念から出た不退転の決意であれば、医療側はこの決定に従わなければならないということである。「愚行権の承認」とも言われる事態である。

一方で、医療側にも自己決定権は存在するのであり、したがって、患者の選択を受諾するか否かは、①医療者自身の信条を損なわず、かつ、②公序良俗（社会常識）に反しない範囲で、③第三者（行政・司法・学会・一般社会など）が許諾する範囲で決められる。①～③の範囲を逸脱した要求が患者（側）から出れば、他医への紹介義務は残るかもしれないが、これを拒否できるとされている。

先に述べたように、意思決定者には理性的・論理的な強い自我が要求されるが、「自己決定（権）」から涌出する問題点は次のように要約できる。

- ① 与えられた情報への理解度
 - 疾病による見当識障害・痛み・不安
 - 統計的な判断の訓練不足
 - 基礎的な用語への理解度
- ② 欲しい情報の質や範囲
 - 自分のことであっても、すべての時間を「医療」に割けない
 - 絶望的な情報は欲しくない
- ③ 決定に対する他者の関与
 - 誰かの関与を望む
- ④ 十分な情報を得たとしても、「合理的な決定」

が必ずしも下されない

- 患者は自分に好都合な情報を継ぎ合わせがちである

⑤ 自己決定権は自立性のない者を保護できるか

日常的に患者と接する私共医療スタッフはさまざまな医療行為を意識的・無意識的に行ってきたが、すべては選択・自己決定という作業の連続の結果である。患者側・医療側の自己決定の重さを自覚して、その基盤となる説明に誠意を込めることを銘記したい。

自己決定・自己決定と医療界でしばしば言われはするが、多くの事例が現状では医療者側と患者側との共同の意思決定（shared decision making）となると予想されることから、対峙する医療者にはこの領域への学習、覚悟と備えと支える力量が必要となることを自覚したい。EBMが声高に叫ばれる今日、医療を目指す若手に対して、早期から患者の心理精神面に関する適正な教育が行われることが望まれることを痛感している老医の一人である。

文 献

- 1) Lamas D, Rosenbaum L : Freedom from the Tyranny of Choice — Teaching the End-of-Life Conversation. *N Engl J Med* 2012; 366 : 1655-1657.
- 2) 樋口範雄：ケーススタディ 生命倫理と法, Session 14 : 自己決定権 (ジュリスト増刊号). 有斐閣, 2004: 230-241.
- 3) Mandel EI, Bernacki RE, Block SD : Serious Illness Conversations in ESRD. *Clin J Am Soc Nephrol* 2016 Dec 28. pii: CJN.05760516. doi: 10.2215/CJN.05760516