

第9回講義 生命倫理・医療における事故

科学の進歩は、遺伝子操作を可能にした。試験管ベビーは、半世紀前には、夢物語であったが、現在は、当たり前のように行われ、ヒトクローンさえ技術的には可能になっている。私たちは、このような科学の進歩を上手に使う“知恵”を持っているであろうか。一生をかけて得た知恵を、ヒトからヒトへ伝承することは困難であり、ヒトの死とともに失われる。生命をどう扱うかという難題に、現代は直面している。医療の進歩が賞賛される中、医療事故、訴訟の報道も多い。医療者が、かつてほど尊敬されない状況がある。

Key Word: 生命倫理、医療倫理、安楽死、尊厳死、人工多能性幹細胞、代理出産、アクシデント/医療過誤/インシデント、共感/能力/自律、事前指示、DNR、インフォームドコンセント

主な参考資料

- (1) WMA（世界医師会）医の倫理マニュアル、日本医師会発行
- (2) 小松秀樹、医療崩壊、朝日新聞社

倫理とは、「道徳性の検討」であり、「道徳的な判断と行動について、慎重かつ体系的に考察し、分析すること」である¹⁾。医療倫理は、主に「医療行為から生じる問題」を扱い、生命倫理は、もっと一般的に「生物科学の発展によって生じる道德問題に関わる非常に幅広い分野を対象」とする。倫理に対して、文化、宗教、国、時代などが影響をおよぼす。

かつての医療は、疾病治療において、現代よりはるかに無力であったが、医療者は現代より尊敬される存在であった。一方、高度な医療を実現した今日、医師は自分たちがかつてほど尊敬されていないと感じている。そして、医療事故や訴訟の恐れをいだきながら、診療にあたっている。医療現場で直面する様々な状況において、どのように行動すべきかについては合意がないことが多く、合意がない場合の判断は難しい。医療者として適正に判断しても、患者そして司法は、不適正との判断を下すかもしれないのである。医療倫理に関する勧告が、世界医師会より示されているが、これらは具体的な指針ではない（例、私は良心と尊厳をもって私の専門職を實踐する）。医療の場で、倫理的決定とその実行に対して、最終的に責任を負うのは個人である。医療の変化にともなって生じてきた具体的な状況において、コンセンサスを作らない限りは、困難な状況は続くと考えられる(1)。

医の倫理の中心的価値には、「共感」「能力」「自律」がある(2)。「共感」は患者の苦痛に対する理解と気遣いであり、常に努力により実践が可能である。また、医療者は「能力」を高めなくてはならない。「自律」とは、かつては、医療専門職が、自分たちのとるべき行動（倫理）基準を、決定できたことを意味していた。しかし現在では、医師以外の人が、医師の行動基準を策定し、その遵守の監視機構に参加しており、その自律性は不安定なものになっている。近年は、患者の「自己決定」という観点から、患者の自律が重視されるよ

うになった（医師にはかつて患者をどのように治療するかを決定する権利と義務があり、後述するインフォームドコンセントをとる義務はなかったとされる）。

現代の生命倫理に関わる問題は、多様である(3)。このような倫理問題に対する「合理的な」アプローチとして、「義務論」「結果主義」「原則主義」「美德」などがある(4)。**義務論**では、「道徳的決定の基礎となる根拠の確かなルール」を探求する。例えば「すべての人は等しく扱われるべきである」「人を殺してはいけない」といったルールである。**結果主義**は、「最善の結果を生む方法を正しい行動とする」立場で、例として、「最大多数の最大幸福」を求めた功利主義がある。結果を測る尺度としては、費用対効果（費用に見合った効果があるか）や QOL がある。この立場では、原理・原則をあまり使わない。**原則主義**は、「倫理原則を道徳的決定の基礎とする」立場で、米国において重要視されてきた。患者の自己決定を尊重する「自律尊重」、患者の最大限の利益を重んじる「仁恵」、害を与えない「無害」、誰にも公平、公正に接する「正義」が四原則である(5)。**美德**は、共感、正直、思慮分別、献身などの優れた道徳性である（有徳者であっても、自分の決定に確信がもてないことはあるはずで、誤った決定は起こる）。

医療倫理においては、「医療行為から生じる問題」を扱う。医師は患者にとって（近年は、医療資源の配分といった社会の要請も考慮し）最も望ましいと考えられる努力を要求される。望ましい倫理的レベルの行動とは、本来人としてあるべき道徳的レベルと、法的ルールの影響をうける(6)。臨床倫理的な決断は、診断、予後などの医療的な判断を前提とし（この判断は、時に簡単ではない）、本人の意向、QOL、そして家族の意向、宗教、医療的資源（医療費、病院の施設など）などの要因を考慮する。患者の自律を重んじ、その判断が尊重されることと、患者や家族の意向通りに検査や治療を行うこととは異なる(7)。

ここで、医療倫理にかかわる、具体的な事例を紹介する。

（事例 1）症例は、米国で 15 年にわたって植物状態が続いた女性に対して、法的な保護者である夫が「患者本人の意志」に基づき、チューブでの栄養補給を中止する（結果的に死亡することになる）ことを繰り返し要請したことに対し、両親の要請によりチューブ栄養が繰り返されたケースである(8,9)。米国では、本人が、病気で意思表示をできなくなった際、本人に代わって意思決定をする代理人が決定される。あらかじめ本人からの指定がない場合は、（州により異なるが）法律により決まる。このケースでは、両親より夫にその権利がある。米国の制度では、「患者本人の意志」が確認される限り、判断は難しいものではなかったと、考えられる。しかしながら、本ケースでは、「患者本人の意志」としての明確な証拠がなかったため、大きな議論となった。また、このケースが、当時ブッシュ大統領の弟が州知事をしていたフロリダ州でおき、裁判所が夫の主張を認めたのに対し、ブッシュ大統領が、チューブ栄養の続行を支持する介入を試みたため話題となった（結果的には、裁判所の決定が守られた）。米国においては、経管栄養（つまり食事を与えること）は、歴史的な議論を経て、現在は、医学的な治療とみなされる。日本では、食事を治療とするというコンセンサスはなく、したがって基本的な生命の営みである食事（栄養補給）を中止

するという判断は困難になる。本症例は、治療の中止による自然死と考えれば（消極的安楽死といわれることもある）、尊厳死となる（あくまで事前の患者の意志表示が必要になるのであるが）(10)。(積極的)安楽死は、ベルギー、オランダ、ルクセンブルグ、スイス、米国のオレゴンおよびワシントン州で認められている。

（事例 2）ES 細胞は、本来胎児となる細胞である。その利用は、パーキンソン病、糖尿病、脊髄損傷に対する革新的な治療となる可能性が期待されている。しかしながら、ES 細胞が胎児由来であることから、その利用には大きな議論が起こった。米国では、ブッシュ政権時は、ES 細胞を用いた研究に対して、国からの補助金を認めなかったし（オバマ大統領になり ES 細胞利用の国によるサポートが再開された）、ドイツでは、自国内での ES 細胞の作製を禁止するなどの、厳しい規制をしていた。京都大学の山中教授らによって作られた iPS 細胞（人工多能性幹細胞）は、ES 細胞利用の倫理的な問題を解決する上に、ES 細胞利用による免疫拒絶の問題も解決可能である(11)。ES 細胞利用の問題は、人口妊娠中絶をどのように考えるかということと、関連していると考えられる(12)。中絶される胎児は、現在何にも利用されないのであるから、人を助ける可能性のある医療へ貢献できるのであれば、なぜ禁止するのかとの主張もある。

（事例 3）宗教の自由という観点から、エホバの証人の輸血の拒否は、過去の判例で認められている(13)。手術において輸血をしなければ生命が危険という判断において行った輸血においても、エホバの証人である患者から事前に輸血拒否の意思を示されていたので、輸血を行ったのは、医療側の過失とされたケースである。医療側にとっては、死に直面している患者さんを全力で助けることは、その根本的な信条であり、必要な輸血は行うという考え方も当然ではある。エホバの証人が自分の子供に対する輸血拒否をするケースも考えられる。親の代理決定がどこまでの権限をもつかということである。これまでの判例においてみられるのは、あくまで成人したものが、自己の治療に関して意思を表明した場合で、子供に関することではない。

（事例 4）「生殖医療はどこまで利用可能か」という判断も、非常に複雑である。娘の子供を自分が産むといったことの是非も問われている(14)。身体上の理由から子供を産めない場合に、その母親がかわりに元気な子供を産むこと自体は素晴らしいことと思われる。しかしながら、母体にとって妊娠出産は安全とは限らない。科学（技術）は、不可能と思われたことを可能にし、出産においても自然と考えられた方法から、大きく変えてしまう。このような変化に対して、誰もが納得する答えをだすことは、不可能である（が、ルールをつくる必要はある）(15)。

「末期がんにおける耐え難い苦しみに対する最終的な手段」として何が許されるか、という点に関し、**法律、権利、倫理**という視点からみると、米国ではどのように決められているかが報告されている(16)。例えば、「自発的に飲食を中止する」ことで、結果的に死を選んだ場合、合法ではあるが、倫理的な意見は一致してない。このような方法をとるか

どうかを、決めることができるのは、本人のみである。飲食は、米国では医療行為のひとつとして考えることができるため、その中止は治療の中止による死であるので、自然死として（消極的な安楽死ともいえる）、合法的に、受け入れることが可能なのである。日本においては、現代医療では、痛みのコントロールは可能であるから、本人を説得して「自発的に飲食を中止する」ことは避けるのが普通と考える。

がん患者の8割が、「徹底闘病」すると答えたのに対し、医師は余生を重視し、死生観にギャップがあるという調査報告が近年された(17)。宗教的影響の少ない日本人において、「死生観」と呼べる確固とした観念に基づいて、回答をしたのかどうかは疑問である。このギャップの理由として、最もわかりやすいのは、「医師は医療の限界を知っているので徹底闘病しても治療できないことを知っているから」ということである。ではなぜ、医療の現場では、死の直前まで徹底的な治療をされることが多いのであろうか。それは、医学的に無益または無駄という判断は、困難なためである(18)。医師の判断に、生理学的に無益かどうかは任せられる。しかし、「ある植物状態の人が絶対に回復しない」と言い切ることができないといった事例を示したように、医学的な判断は確率でのみ示すことができる場合が多い（例 癌の5年生存率は90%）。そして、コスト的判断（例えば、A氏には植え込み型除細動器はとりつける価値がある、B氏にはそれだけお金をかけられない）は明確な基準がなければ、医師には判断できない。また、QOL的な判断（例えば、このような重い病気で寝たきりであれば延命の価値はない）も、いかに医療側が善意から判断しても、患者の考えとは異なる可能性があると考え、判断は難しい。結果的に、現代医療は、過剰なものになっている可能性がある。患者側から、訴えられることを避けるために、過剰な医療を行うことは、Defensive Medicineと呼ばれる。

医療の進歩により、新たな治療手段が発見、開発されている。過去においては、癌が進行し、静かに見守るしかなかった患者においても、現在は延命治療（血圧、呼吸を維持する、少しでも癌の増殖を抑える、など）が可能となり、苦痛を取り除くことが、治療の主眼である緩和医療への移行の時期が明瞭でなくなった。いわば、延命治療と緩和治療を同時に行う状態が生じている(19)。過剰な医療は、多くの場合、結果的には患者にとっても望ましいことではないことを、多くの医療者は感じていると考えられる。過剰もしくは無益な治療を中止することの困難さは、すでに述べてきたとおりであるが、医療制度の継続が困難となりつつある現状で、現在の医療の持続は可能とは考えられない。例えば米国では、貧しいと医療を受けられないが、医療における経済格差が日本にも確実に生じる。また、特定の患者に多くの医療費を使えば、そのために基本的な医療を多くの人が受けられなくなる。公平な医療を望むのであれば、医療資源も特定の集団のために使われないような、国民的コンセンサスと制度を構築すべきである。

医療事故に関して

近年、医師が延命を中止したことで、殺人罪として訴えられるといった報道が、たびた

びなされている。このような報道の詳細は、専門的にみるとしばしば不適切である。医療倫理においても、法を遵守する必要があるのは当然だが（医療倫理は、時には法よりも上位にあることも事実と考えるが）、マスコミ、警察、そして裁判所の判断が、医療の現場の実態とかけ離れ、公正なものではないと感じることが、しばしばある。結果的に、医療者自身が、医療をすることに対して不安な状況になっている。

小松秀樹氏が述べているように²⁾医療は不確実なものであり、医療の結果が予想通りにならないことは、当然起こる。医療者が細心の注意を払い医療を行ったとしても、一定の割合で事故も起こりうる、という認識が必要である。さらに、高度な医療を行おうとすれば、ミスの可能性は高まる。このような医療の不確実性を考えた時、ミスを罰する、つまり医療事故に刑事罰が導入された日本特有の状況は、正当なこととは思えない(20)。当然ながら、ミスが起こることは遺憾なことであるわけであるが、大きなミスをした医療者は、非常に大きな痛みを受ける。名古屋大学付属病院でも、「隠さない、ごまかさない、逃げない」という姿勢で、医療ミスを減らそうとする努力を行っている(21,22)。患者を守るとともに、医療者を守らなければ、医療は成り立っていかない。

医療におけるトラブルを減らすためには、医療をうける側も、医学的な知識を持つことが必須である。現代医療は、医療者と患者の契約であり、医療側が一方向的に与えるものではない。例えば、尊厳死という言葉は一般によく知られるようになったが、その内容を正しく理解している人は多くないと考えられる。「事前指示(23)」「DNR(24)」「インフォームドコンセント(25,26,27,28)」といった内容は、医療を受ける誰もが知っておくべき内容である。日本では、医師は患者に十分な説明をしないまま、医者まかせの医療が歴史的に行われてきた。これは、医師が信頼されていたとも、解釈できると考えられる。医の倫理に特有なこととして紹介した「共感」「能力」をもった医師が、その「自律」性をもって医療を行ってきた経過によるものと考えられる。現代では、患者の自律性（自己決定権の重要性）が重要視されるようになった。パターナリズムは否定的にとられることが多く、インフォームドコンセント（医療行為に対して患者が許可をするという考え方）を中心とした医療と、相対する考え方とされる。しかしながら、医師はプロフェッショナルとして、患者に最も望ましい医療を行うという考え方は、否定されるべきではなく、そのような考え方を、すべて否定すべきではないと考える。

世界医師会は、医の倫理に関係して、「WMA ジュネーブ宣言(1948年)」「WMA 医の倫理綱領(1949年)」「ヘルシンキ宣言-ヒトを対象とする医学研究の倫理的原則(1964年)」「患者の権利に関する WMA リスボン宣言 1981年」(30)を発表しており、今日まで修正されてきている。これらは、医師や医療のあるべき姿の原則を示したものである（最後のスライドはレオナルド・ダ・ビンチ墓碑銘より〈31〉）。