



HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	病気，怪我によって（一時的に）制限された自己決定の再拡張：自己決定をトレードオフとインフォームド・コンセントで確保するために
Author(s)	村松，哲夫
Citation	研究論集，47(左)-66(左)
Issue Date	2012-12-26
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/51911
Type	departmental bulletin paper
File Information	003_MURAMATSU.pdf



病気、怪我によって（一時的に）制限された 自己決定の再拡張

— 自己決定をトレードオフと
インフォームド・コンセントで確保するために

村 松 哲 夫

要 旨

傷病の治療には、自己決定の範囲をある程度制約することによって、完治の可能性を患者は得るというトレードオフが必要である。外来受診科から始まる治療の実施は、「簡易な」インフォームド・コンセントだけで済む場合がある。急場を凌ぐ治療開始のために「簡易な」それが実施され、その後、「厳格な」それが実施される場合もある。どちらも有効ではない場合もある。治療拒否の場合、医療者は温情的パターンリズムの立場を取って患者を説得すべきである。

キーワード：患者 受診 トレードオフ 「簡易な」インフォームド・コンセント 「厳格な」インフォームド・コンセント 例外 温情的パターンリズム

1. はじめに

病気になったり、怪我をしたりすることは、誰にとっても不愉快であるが、一旦そうになってしまえば、否が応でも医療機関を受診せざるを得ない。患者となった我々¹は治療が完了するまで、様々な制約を甘受しなければならない。我々には医学的知見がほとんどないので、治療の細かい内容を指図することができないからである。そうは言っても、治療を受けるのは我々自

¹ 本稿における「我々」は、医学的な知識をほとんど持たない、いわば医療の素人である。一方、医療者は、医学的な知識と技能を備え、医療行為を実施する資格を有しているものとする。医学的な知識を十分に備えた医療の素人というものも十分想定できるが、本稿では割愛する。

身である。自分になされることを自分で決めることは、原則的に、当然のことである。我々は、医療者に対し、自分の意向や希望を説明する機会を必要とする。

他方、医療者が患者の希望や意向を斟酌せず、専ら医学的妥当性のみに依拠して治療を始めしてしまうことは、看過され得ない重大な問題である。このようなことは、21世紀の今日では、許されない。所定の手続き、すなわち、インフォームド・コンセントの実施を経て、患者から当該治療案の実施の許可を得なければならない。このような要請は、かつて医療者がその権威の上にパターンナリスティックに振る舞っていたことを踏まえれば、患者の自己決定と人権を守るためにも欠かせない。

だが、現実的な問題として、いかなる場合も、治療すべてに対して、インフォームド・コンセントの原則を適用する必要があるのだろうか。つまり、一刻を争う状態の患者、公衆衛生上重大な懸念のある患者等を除き、医療者は判断能力のある患者に対し、常に、現状と治療案、代替案、それぞれのリスクと予後を説明し、患者はそれを十分に理解した上で書面を交換し、許可しなければならないのか、ということである。もし、このような厳格な適用が常に必要であるならば、患者が速やかに治療を始めてほしいのにもかかわらず、煩雑な手続きをしなければならないことになる。これでは、何のためのインフォームド・コンセントであるのかわからなくなる。

本稿では、具体的な事例を通して、我々がどのように患者になり、治療が開始されていくのか、そして、治療が継続されるのかを検討する。そのなかで、インフォームド・コンセントの原則が厳格に適用されなくても、患者が医療者に治療の実施を許可できる場合があることを指摘する。換言すれば、「簡易な」インフォームド・コンセントと「厳格な」それがあるということである。これによって、インフォームド・コンセントの原則が柔軟に運用できることを示す。

その上で、患者が事実上の治療拒否をした場合、医療者がどこまで介入できるのかを検討する。ここで避けて通れないのが「医療者のパターンナリズム」である。インフォームド・コンセントの原則が確立される過程で、それは批判の対象であった。すべての医療者のパターンナリズムを排除すれば、治療拒否の問題は簡単に解決される。すなわち、医療者は患者の希望や意向に従うだけでいい。しかし、そのような患者の決定が患者にどのような悪影響を及ぼすのかをわかっているならば、医療者は何かすべきである。その根拠としての倫理的に容認され得る医療者のパターンナリズム、つまり、患者の自己決定を阻害しないパターンナリズムを考える。

以上の考察を経て、できるだけ多くの患者が医療の恩恵を得られる可能性を考察して結論に至る。

なお、事例に共通することは、外来診療科を受診するところから始まることである。そして、完治に至る可能性の極めて高い事例に限定する。

2. 「患者になる」ということ

1. 総論

「病気になる」「怪我をする」ということは、理屈の上では、誰にも起こり得る事象で、珍しいことではない。問題は、それらが「いつ」起きるのかということである。小さな子どもが夜中に突然熱を出すことは、しばしば起きることである。加齢によって様々な病気に罹ることはよくあることである。遺伝子診断によって発症のリスク、時期等の大まかな予想が立てられそのような病気もないわけではないが、大半の病気については、生活習慣などの要因でそれに罹患する可能性が大きく変わる。感染症などの疾患は、生活環境や季節などの外的要因と、年齢や免疫系疾患の有無といった内的要因で、罹患する可能性は大きく変わる。だが、「いつ病気になるのか」ということは、誰にもわからない。同様に、怪我をする、もしくは、させられる可能性は常にあり、それがいつ現実のものになるかもまた、誰にもわからない²。

換言すれば、病気、怪我の時期と内容は想定外であることが多いが、病気になること、怪我をすること自体は、想定内の出来事 (events) である。いつ病気になるのか、いつ怪我をするかはわからないが、その可能性は常にある。それらがいつ現実化するかがわからないのである。

この想定内の出来事が現実のものとして実際に自分に起きた時、それは、程度の差はあれ、ある種の緊急事態である。大袈裟な表現かもしれないが、当人は生存の危機に直面しているのである。このような状況において、我々の多くはこの危機から脱しようと試みる。つまり、しかるべき医療機関を受診し、適切な医療を受けようとする。その時、病気を患った、怪我をした我々は、患者にならざるを得ない。我々は、罹患した、発症した疾患、外傷を治療するため、医療機関を受診する。その瞬間、我々は、治療が完了するまで、患者になる。

行為という観点からみると、我々が患者になるのは、医療機関に受診の申し込みをした瞬間である。具体的に言えば、その医療機関が初診の場合、窓口で申込用紙に必要事項を記入し、医療機関にそれを提出した瞬間である。また、再診の場合、もしくは、その医療機関に以前なかったことがあり、診察券を持っている場合、それを窓口に提出した瞬間である。

このような行為は、誰かに強制されるわけでもなく、患者になる前の我々が、自分の意思で遂行する。「自分は今の病気、もしくは、怪我を治すために、この医療機関を受診する」ということである。つまり、各々の個人が受診するという決定を自分で下すのである。自己決定は、

² 相手に怪我をさせようと意図をもって行動し、その結果、相手が怪我をした場合、この行為者は、相手に怪我を負わせようとしており、相手が怪我人になることを十分に予想している。この行為者の意図と期待に反して相手が怪我をしなかった場合は、相手にとっては幸いである。しかし、この行為者の意図と期待が実現されてしまえば、「いつ怪我をするということは誰も知らない」という主張は、厳密に言えば、間違っていることになる。しかし、ここでは、これ以上の言及は本稿の範囲を超えてしまうので、割愛する。

このような文脈に限らず、誰もが当たり前のように行っていることである。ところが、「患者になる」ということには、日常生活で行われている自己決定とは異なる部分がある。それは、程度の差はあれ、自分の命がかかっている、ということである。「今日のお昼は、カレーライスにするか、うどんにするか」といった自己決定とは、深刻さにおいて、全く違うのである。場合によっては、今後の生活に決定的な影響を与えることもある。例えば、今受診しなければ、今罹患している疾患の治療に必要な治療を受けることができず、その結果として、その疾患がさらに悪化し、治療の手だてがなくなることもある。大抵の場合、医療機関を受診する方を選択し、決定する。しかし、適切な、必要な治療を受けるための受診を拒否する可能性も排除できない。

医療機関への受診を拒否する理由は様々あるだろう。例えば、病院が嫌い、注射が嫌だ、等といった大人気ないものもあれば、医者が信用出来ない、病院そのものに信頼が置けない、といった医療倫理に関わる理由もあるだろう。理由はどうであれ、医療機関への受診拒否が正常な判断能力に基づいて決定されているのであれば、それは個人の自由であり、自己決定の範疇であり、他人が干渉すべきことではない。近現代の思想的潮流では、他者の干渉は、正当な事由がなければ、原則的に認められるべきではない。各々の個人と医療機関との関係においては、判断の主体が正常な判断能力をもっており、それに基づいて判断しているのであれば、その受診拒否を覆すことは原則的には、誰にもできない。その一方で、受診拒否が正常な判断能力に基づかずに決定された場合が考えられる。例えば、アルコールによる酩酊状態、薬物等による錯乱状態では、正常な判断能力があるとはみなされない。この場合は、医療機関以外の第三者、公的機関が強制的に医療機関を受診させ、治療させる必要がある。というのも、アルコールによって酩酊状態にある者を放置すれば、犯罪に巻き込まれたり、適切な措置が受けられずに死亡したりする可能性があるからである。一方、薬物によって錯乱状態にある者には、犯罪に関与している疑いがあり、適切な治療と保護観察が行われなければ、社会の安寧秩序に重大な影響を与える可能性があるからである。

ここで、自分の意思とは別の意思によって、医療機関を受診させられる場合が三つあることを指摘しておかなければならない。第一に、我々が医療機関を受診するかどうかを決定する判断能力が一時的に低下、もしくは、消失する場合がある。これは、医療者のパターンリズムに関する問題である。急病で気を失ったり、瀕死の重傷で意識が朦朧としていたりする場合、正常な判断能力があるとは言えない。また、このような状態では、受診を拒否しているかどうかは定かではない。このような人が医療機関に担ぎ込まれたり、救急車で搬送されたりした時は、医療機関を受診することを希望し、かつ、診察と治療を受けることに同意したものとしてみなすことができるし、みなされるべきである。そして、診察と治療が開始される³。ここにおける

³ 自殺を試みた人が医療機関に担ぎ込まれた場合、救急搬送されてきた場合、医療機関はどのように対

医療者のパターンリズムは、第4節で後述するように、倫理的に容認され得る医療者のパターンリズムである。

第二に、知的・精神障害のため、判断能力が十分ではない、もしくは、ない場合がある。また、子どもも十分な判断力のない場合がある。特に後者については、幼児はもちろん、小学校の中学年程度までは、医療機関の受診をするかしないかを定めるだけの判断能力がまだ備わっているとは言えない。これは、後見人、親の義務（保護責任）に関する問題である。保護者が子どもの異変に気づく、または、保護者が医師の診断を必要と考えるならば、保護者が付き添って医療機関を受診させる。医療機関（病院）の好きな子どもはあまりいない。確かに子どもは受診を嫌がるだろう。子どもの自主性は尊重されなければならないし、子どもの主張も大人は聞かなければならない。しかし、病院を受診することに関しては、子どもの意見よりも大人の判断を優先しなければならない。子どもの命がかかっているからである。

第三に、社会の安寧秩序に重大な脅威になる伝染性の疾病に罹患している疑いが出た場合である。これは、社会防衛の問題である。本稿では、第3節2項ivで取り上げる結核のような事例である。職場や学校で感染の疑いのある者が出て、確定診断の結果、結核に感染していることが判明し、その人に対して入院措置が取られたとする。その場合、濃厚接触している同僚、学友、家族は、医療機関を受診して、感染の有無を診断してもらわなければならない。これは任意ではなく、強制である。さらなる感染者を増やさないための予防的措置であり、社会的にも重要なことである。感染していると診断された場合は、本人の意思とは関係なく、担当医は治療を始めなければならない。

さて、医療機関を受診することに決めて（もしくは、強制されて）、所定の手続きを取れば、我々は患者になる。そして、患者として、我々は外来診察室で医療者と対面する。医療者の中でも、医師は治療方針を決めるキーパーソンである。医師は、治療方針を決めるために、問診や観察、様々な検査を行う。これらの実施は、患者となる我々が医療機関を受診する手続きを取った時点で承諾したことになると考えられる。というのも、受診するのは、適切な治療を受けるためであり、そのためには、問診や検査が欠かせないからである。ただし、これらは医的侵襲度の低いものに限られる。血液検査や尿検査、単純X線写真程度に収まる。医的侵襲度が

応すべきなのだろうか。自殺志願者の意思を尊重し、遺書があればその通り、何もしないという選択肢は考えられる。つまり、この自殺志願者に受診の意思はないので、本人の希望を尊重し、診断も治療もしないということである。しかし、自殺志願者の多くは、本当は死にたくないが、このような行為に出ざるを得ない様々な切迫した状況がある。いわば、最後のSOSである。もし、この自傷行為がその人のSOSであれば、当人には、医療機関を受診する意思があると解釈されるべきである。その一方で、搬送されてきた時点で、本人にそれを確認できるかどうかといえ、難しいと言わざるを得ない。従って、自殺志願者については、搬送された場合は例外なく、受診の意思があるという前提で、受け入れるべきである。

これ以上の場合、例えば、内視鏡検査、CT、MRI、生検等の実施には、次節で説明するインフォームド・コンセントが必要になる。

問診や一連の検査によって、医師は、患者の医学的状況、すなわち、この患者がどのような疾病に罹患しているのか、傷害を負っているのか、ということのおおよその判断ができる。そして、医師は、医学的に最も妥当と思われる治療案を準備する。

患者は、医師から今の状態について説明を受けることになる。ここからは、患者の疾病、傷害の内容によって患者の受ける治療内容がかなり異なってくるので、具体的な事例を元にそれにアレンジを加え、考察していく。というのも、たとえば、自宅での静養と処方された薬の服用で済む場合と、入院加療を含む治療が必要である場合とでは、患者の受ける治療の内容がかなり違うからである。

3. 各論——個別的状況設定

i. 事例1：咽頭痛と39度台の発熱で外来（内科、もしくは、耳鼻咽喉科）を受診したA

受診する2日前程から喉に違和感があり、前日から39度台の発熱が続いている。喉の痛みで食事が喉を通らず、特に前日からは、ほとんど食べ物を摂れていない。医師が舌圧子を使い、扁桃腺を観察すると、全体的に赤く腫れあがっており、一部が白くなっているのを目視した。Aからの情報と、所見を総合的に判断すると、細菌の感染による扁桃腺炎である。入院の必要はなく、処方された薬を服用して自宅で療養すれば、1週間程度で全快すると見込まれる。喉の炎症がひどいので経口で食物を摂取できず、高熱も出ているので、軽度の脱水症状が認められる。喉の痛みが治まり、食べ物を口から摂れるようになるまで、通院して外来処置室で点滴（補液）をする。

Aは、とにかく早く治療してほしいと希望している。医療者（担当医）も、早急に治療を開始した方がいいと考えている。

これは、患者と医療者との意見の相違はなく、入院加療を要せず、通院と自宅療養で治癒する疾病の事例である。

ii. 事例2：1ヶ月前程度から全身の倦怠感があり、2～3日前から嘔吐を繰り返すと訴えて外来（内科、もしくは、消化器科）を受診したB

食物も水分も受け付けず、ひたすら嘔吐し続けている。肌の色が黄色みかかっている。医師が緊急で血液検査を実施したところ、肝機能関係の数値が尋常な値ではないことが判明した。急性肝炎の疑いが極めて濃厚である。このまま何もしなければ、Bが劇症肝炎で死亡する可能性は極めて高いと思われる。また、自力で帰宅できる状態ではもはやない。Bには、このまま家に帰らず、すぐに入院してもらわなければならない。肝機能関係の数値が落ち着くまで、少なくとも、2～3週間の絶対安静が必要である。つまり、食事、洗面、トイレ以外は

できるだけベッド上で安静にしてもらわなければならない。治療は、静脈から補液と薬剤の投与が中心である。入院中に肝炎の原因になったウイルスを特定する。それが特定できれば、そのウイルスに最も効果的な治療を行う。

B は入院せず、通院で済ませたいが、今の体調では早期の退院や復帰はほぼ不可能であることに薄々気づいている。B の担当医は、B に直ちに入院してもらい、少なくとも肝機能が危機的状况を脱するまでは必要な治療を実施したいと考えている。

これは、患者の希望と医療者の意見は異なるが、緊急性のある、すなわち、直ちに入院して必要な治療を始めなければ、B の命に関わるような疾病の事例である。

iii. 事例 3：出先で転倒した際に転び方が悪く、足首をひねってしまった。直後から激痛があった動けなくなり、救急車で搬送された C

搬送先の外来診察室で医師が C の足首を診る。C の足首は明らかに腫れている。レントゲン写真を撮り、画像診断した結果、骨折が認められる。応急処置として、ギプスで固定した。ギプスで固定しないと、動くたびに激痛が走るし、骨折面の摩擦で予後不良が予想されるからである。この骨折は、外科的な処置、つまり、手術して修復しなければならないものである。術後、しばらくは松葉杖を 2 本使い、手術した方の足に体重をかけてはならない。抜糸するまでに 2 週間を要する。抜糸後、本格的にリハビリテーションを開始するため、理学療法の実施が必要である。入院期間は約 4 週間を要し、全治 8 週間が見込まれる。

C もまた、通院で済ませたいと思っている。一方、C の担当医は、ギプス固定は速やかに行ったが、手術による修復は今すぐに行う必要はないと考えている。そして、手術に備えて入院してもらおうと考えている。

これは、患者の希望と医療者との意見は違うが、一部処置には緊急性は認められるものの、残りの部分の処置に関しては患者が最終的に決めなければならない事例である。

iv. 事例 4：「ただの風邪」と思っていたが、咳が 4 週間ほども続いているので、心配になって外来（内科、もしくは、呼吸器科）を受診した D⁴

D は、微熱、食欲不振も訴えている。胸部 X 線撮影で肺結核の疑いが見られるので、感染の有無の検査と喀痰検査を実施した。その結果、肺結核に感染していることが判明した。さらに、排菌（咳や痰に結核菌が混じって排出されるようになること）も認められたので、入院措置を取らなければならない。排菌が収まって、通院で療養できるまで、2 ヶ月程度の入院が必要であると思われる。また、入院期間中を含め、6 ヶ月、D は薬を服用しなければならない。

直ちに隔離病棟に移される。患者の希望よりも感染拡大防止と患者の治療が優先される。

⁴ 公益財団法人結核予防会 http://www.jatahq.org/about_tb/index.html (最終閲覧日：2012 年 8 月 7 日)

感染症法の定めにより、他への感染の可能性がなくなるまで、入院措置が取られた。

Dは、通院で済ませたいと思っている。Dの担当医は、可能であれば、Dの希望に添いたいが、法律の定めるところにより、強制的に入院さえざるを得なかった。

これは、患者の希望や意向とは無関係に、社会防衛の観点から、入院と治療開始が開始される事例である。

4. 患者として医師から説明を受ける — インフォームド・コンセントの登場

これまでの考察で明らかになったことは、意識不明の状況で救急搬送される等の例外を除いて、初診、再診を問わず、受診の手続きを行った段階で、我々は、医療者との関係において、患者になるということである。事例1～4に登場する人物は、子ども等の場合は保護者の意思で、それ以外は自分の意思で受診する。一方、彼らの要求に応需した医療者が、医師の指示のもとで様々な検査を行い、医師は医学的観点から患者の状態を診断する、ということも明らかになった。

ここでようやく患者は、治療を受けるかどうかの選択を迫られる。外来を受診し、診断結果が出たとしても、判断能力の十分にある大人が治療を拒否することも可能である。だが、そのような判断をするためには、もしくは、治療を受けるという判断をするためには、判断材料となる必要十分な情報が必要である⁵。

一方、医療者は、患者の今の状態に関する最新の情報を持っている。そして、特に医師は、その患者が罹患している疾病、負っている傷害を治療するのに医学的に最も効果的、かつ、最適と思われる治療方法を知っており、それを実際に行うことが、能力的にも、法律的にも、可能である。だからといって、医師の一存で治療を開始していいというわけではない。原則的に、患者の許可が必要である。この枠組みこそが、インフォームド・コンセントである。

インフォームド・コンセントの原則に従えば、医師は、患者に対して、患者の現在の状態を説明し、医学的に最善と思われる治療案、代替案を説明する。それぞれの治療案を実施した場合に得られる便益、リスクについて説明する。そして、それぞれの治療案を実施した場合の予後についても説明する。患者は、わからないことについては、納得がいくまで医師に対して、説明を求める。いずれの治療案を採用するにせよ、患者が医師の説明を十分に理解した上で、自分の希望や意向に添った治療案を選び、その実施を医師に対して、許可するのである。

インフォームド・コンセントによって、治療方針が決まる。つまり、患者は、自分が受ける治療方法を選び、その実施を医師に許可するのである。これによって初めて、医師が当該治療

⁵ 必要十分な情報を患者に開示することは枢要であるが、この情報開示が患者にとって有害になる場合がある。それについては、稿を改めて議論したい。

案の実施が許可される。どのような治療方針であれ、患者としての我々は、この治療方針を受け入れれば、それに従う。治療完了まで、日常生活は大幅に制限される。普段の生活では、法律に抵触せず、他人に迷惑をかけなければ、何をしてもいい。例えば、我々は何を食べてもいいし、何を飲んでもいい。どんな不摂生をしていたとしても、咎められる理由はない。自分が決めたことによって生じる結果に対する責任は全て自分にある。どのような結果であれ、自分がそれを引き受ける。これは、至極当然のことである。そして、社会と関わることのほとんどのことについて、同じことが言える。例えば、友人や取引先との約束を履行するのも、反故にするのも、上の立場を取れば、当人の自由である。約束を一方的に反故にすれば信用を失うのは当たり前である。取引先との関係で言えば、債務不履行で損害賠償を請求されるのも当然である。これら全て、約束を反故にした結果責任である。

患者がなぜ、普段の生活の自由を制限してまでも治療を受けることを選択するのだろうか。それは、前述の通り、疾病や傷害といった自分の生存を脅かす緊急事態に対処して、この危機的状況から脱したいからである。治療が始まれば、飲食を含めた様々な決定が制約されてくる。例えば、事例1のような入院せずに自宅療養で済むような疾病だとする。毎食後、処方された薬を服用しなければならないとする。この場合、毎食後、処方薬の服用という面倒なことをしなければならない。事例2、3のように入院加療を必要とするような疾病、傷害である場合、普段の生活と全く違う環境でしばらく過ごさなければならない。病室が相部屋の場合、否応なしに赤の他人の存在を感じながら、過ごすことになる。室料差額を支払う経済的余裕があり、個室に入れたとしても、普段通りの生活ができるわけではない。プライバシーは確保できるが、消灯時間等の制約がある。事例4のように、隔離され、面会も制限される状況もあり得る。

このような制約を受け入れれば、完治する見込みは極めて高い。この制約を受け入れなければ、この危機的状況はさらに悪化し、場合によっては、取り返しのつかない状態、すなわち、重大な後遺症や、発症前、受傷前とほぼ同じような生活が送れなくなることもあり得る。最悪の場合は、死に至る場合がある。従って、患者が、治療を受けるという選択をすることは、合理的なことであり、当然の帰結である。これはジレンマというよりはむしろ、トレードオフである。すなわち、治療のために、ある程度の自由の制約を受け入れことと引き換えに、今そこにある危機から脱しようとするのである。

ここから、前節で取り上げた事例にインフォームド・コンセントの原則を適用する。事例1の場合、Aの体調がすこぶる悪いことは想像に難くない。咽頭痛、高熱、軽度の脱水症状で、意識は朦朧としていると思われる。Aの希望、意向は、早く熱を下げて喉の痛みを緩和して欲しいということである。処方された薬を決められた手順で服用することや、点滴を打つために外来に来ることはわずらわしいことであるが、それと引き替えに今の症状が改善され、快方に向かうのであれば、このトレードオフには、するだけの十分な値がある。Aは、迷うことなく、治療開始の許可を医師に与えることを選択するだろう。医療機関を受診したのは、このような

状態から一刻も早く脱したいからである。

医療者側から見れば、事例1は、入院して医療者の管理下で経過観察するほどの重症ではない。医師から留意事項を聞き、点滴を打ってもらい、処方された薬を受け取り、帰宅後、その指示に従って薬を服用しながら自宅で静養すれば、完治する可能性が高いからである。熱が収まり、食べ物を飲み込めるようになるまでは、通院して点滴を打ってもらい、症状が治まり、通院の必要がなくなれば、治療が終了する。

この経過においては、治療開始の許可に関する書類のやりとりが行われているわけでもなく、患者が医師から十分な説明を受け、それを十分に理解した上で治療の実施を許可したわけでもない。むしろ、そのようなことは、省略、簡略化されている。インフォームド・コンセントの原則を常に厳格に適用すべきだという立場を取れば、事例1のような経過においては、患者の有効な許可がないことになる。しかし、実際には、滞ることなく、治療が進み、完治に至っている。このような入院加療を要しないような症状の治療に関するインフォームド・コンセントは、厳格である必要はなく、むしろ、簡易であるべきであるように思われる。すなわち、患者が医師の説明を聞いて、それを十分に理解しなくとも、程々に理解し、書面の交換を省いても、実質的な支障はないということである。これは、インフォームド・コンセントの原則の簡略化とも言える。

もし、それでもなお、インフォームド・コンセントの原則が常に厳格に適用されなければならないならば、以下のようなデメリットが生じる。すなわち、入院する程の重症ではなく、すぐに必要な治療と薬の処方を受け、早急に帰宅したいのにもかかわらず、患者はいしからこれから実施されようとしている治療案の便益、リスク、代替案の有無、その便益とリスク等について説明を受け、それを十分に理解した上で治療開始の諾否を決めなければならない、ということである。これは医療者にとっては訴訟対策の一つになるだろうが、患者にとっては要らぬ負担である。また、患者は治療を円滑に受けることができず、医療者は治療を速やかに開始することができなくなる。このような状態は、両者にとって、望ましいものではない。

ここにおいて、インフォームド・コンセントには、厳格なそれと簡易なそれがあり、両者を症状に合わせて、柔軟に運用されるべきであるということを指摘できる。事例1の場合、簡易なインフォームド・コンセントが行われたと考えるのが妥当であると思われる。インフォームド・コンセントの原則を厳格に適用すれば、患者が医師の説明を十分に理解出来ていなかったこと、Aが治療開始を担当医に対して許可した旨の書類を交わしていないということから、この医事契約は無効になる。しかし、上述の通り、事例1には、インフォームド・コンセントの原則を厳格に適用する必要は必ずしもない。厳格に適用すれば、患者にも医師にもメリットよりはむしろ、デメリットの方が大きい。従って、事例1においては、簡易なインフォームド・コンセントが成立したと認知されるべきである。すなわち、患者は、医師の説明を十分には理解出来てはいないし、できる状況ではないが、判断能力は十分にあり、患者の決定は、有効で

ある。そして、書面による治療開始の許可は省略されている，ということである。

事例２の急性肝炎は，外来診療科で対応できる疾病ではない。速やかに入院し，安静にしていなければ，劇症肝炎になって死に至る可能性が極めて高い。Ｂの状態では，医師の言われるままに入院し，急性肝炎の症状を緩和するような治療がとりあえず実施されることになると思われる。Ｂの理解の程度も，事例１のＡ同様，十分ではない。にもかかわらず，Ｂに対する入院勧告，Ｂの受諾と担当医に対する治療開始の許可は，厳格なインフォームド・コンセントの適用の観点から見れば無効であるが，実際には，入院と治療開始は有効である。

事例２においても，簡易なインフォームド・コンセントが成立したと認知されるべきである。ただし，事例１とは違い，Ｂのおかれている医学的な状況を考えれば，Ｂは入院して医療者の管理下で速やかに治療を開始しなければならない。このような緊急性こそが，事例２における簡易なインフォームド・コンセントで，当面の治療方針を決定し，実施する正当性の根拠になる。すなわち，患者が医師の説明を十分に理解しておらず，治療開始の許可を出すのに逡巡する時間的余裕も残されておらず，その一方で，自分に起きていることが正確に理解出来ていなくても，直観的に自分の生存が危ぶまれることがわかっていれば，厳格なインフォームド・コンセントのような厳しい要件を満たさずとも，当該治療行為の速やかな実施は，認められるということである。これは，患者にとっても，医療者にとっても，メリットである。患者にとって，この状態では，自分が生存するためには選択肢は「すぐに入院して治療を始める」しかなく，議論の余地はない。一方，医療者にとっては，速やかに治療を始められることで，患者の回復の可能性を高められる。

病状が危機的な水準から脱し，Ｂに治療案を選択する余裕が出てきた段階で，厳格なインフォームド・コンセントが実施される。すなわち，患者は医師から現在の現状の説明を受け，医学的に最善の治療方法，代替案，それぞれの便益とリスクについて説明を受ける。この場合は，持続的点滴，急性肝炎の治療に有効な薬の投与を継続する。肝炎の原因がウイルスである場合は，それに最も効果的な治療方法を選択するかどうかを患者が決めるということである。

事例３の骨折は，事例２のような緊急性はあまりない。つまり，緊急で手術をしなくても命に関わる事態に陥る程の症例ではないということである。この点においては，手術による修復が医学的に最善であっても，代替案を説明するだけの時間的余裕はある。そして，それぞれの便益とリスクについて説明を医師がする時間もある。だが，手術をするか否かは別にして，予後，すなわち，骨折した部位を固定しなければ動くたびに激痛が走るだけでなく，骨折した部位が動くことによって骨折面が擦れてしまい，手術して固定してもうまく接合されなくなる可能性が高くなることを考えれば，少なくとも，ギブスによる固定は，速やかに行われなければならない。手術による修復術を実施するかどうかについてのインフォームド・コンセント，さらに，理学療法の実施に関するそれについては，入院加療を前提とするので，この時点では実施できないが，ギブスによる固定を医師が実施することに関するインフォームド・コンセント

は、簡易な形で、速やかに成立し、ギブス固定が実施される。

ここで、Cに残されている選択肢は少ない。このまま入院して、手術を受け、復帰に向けた理学療法を受けるか、ギブス固定で保存的に治療するかである。事例3の場合、後者の選択は、医学的に有効ではない。骨に亀裂が入ったというレベルではなく、手術して修復しなければならない程の骨折なので、保存的な治療で治癒するとは思われないからである。

しかし、いずれの治療案を選択するにせよ、外来診療科で行われたギブス固定の時とは違い、厳格なインフォームド・コンセントが実施されなければならない。ギブス固定は、予後を考えれば、速やかに行われることが必要な処置であった。これには緊急性があった。一方、手術による修復の実施にはギブス固定のような緊急性はなく、患者が自己決定権を放棄しない限り、最終決定は患者自身が行うことになるからである。手術による修復を行えば、それに伴う様々なリスクがあり、さらに、社会復帰に向けた理学療法も実施も視野に入れなければならない。これらのことを簡易なインフォームド・コンセントで済ませることはできない。差し迫った緊急性がない一方で、患者が判断し、決定すべきことが沢山あるので、これ以降の決定事項に関しては、患者がイニシアチブを持たなければならない。従って、厳格なインフォームド・コンセントが実施されなければならない。すなわち、医師は、手術による修復によって出られる便益とリスク、(医学的には最善とは言えない) 保存的な治療方法によるそれらを患者に説明し、患者はどの治療方法を選択し、その実施を許可するかを決め、許可した旨を記した書面を交換することになる。

一方、事例4の場合、事情が異なってくる。どのような疾病、傷害であれ、それから一刻も早く快復したいのは誰でも同じである。そのために、外来診療科を受診している。事例1のように、医療者による管理が必ずしも必要ではなく、自宅療養で十分な場合は、簡易なインフォームド・コンセントによって治療が開始されても、不都合が起きる可能性はほとんどない。事例2, 3のような緊急性のために、最優先されるべき治療を、簡易なインフォームド・コンセントによって、実施することは、患者にとっても医療者にとっても、メリットのあることであり、正当化される。事例1～3は、治療を受けるために受診し、形式はどうであれ、治療開始を許可している。そこには、患者の明確な意思がある。日常生活における自己決定の内容を一部制限しても、治療を優先させる。ところが、事例4では、Dの意思とは関係なく、入院措置が取られる。これは、Dの結核の感染が陽性であり、排菌が認められた以上、後述の社会防衛の観点から、個人の自己決定を強制的に制限するということである。もちろん、「あなたは結核に罹っていて、周りの人に移す恐れがあるから入院していただきます」といった一方的な説明で入院措置がとられ、隔離されるというのは、原則的には、明らかな人権侵害である。インフォームド・コンセントという概念が登場する歴史的背景を振り返れば、患者、被験者の意思や人権が治療や医学の進歩のためという大義名分のもとにないがしろにされてきたことが思い出される。このようなことが二度と繰り返されてはならないということは、人類共通の認識であるよ

うに思われる。これからどのような治療が行われるのか、その治療のリスクや副作用はどのようなものがあるのか、どのくらいの期間隔離されるのか、完治までどのくらいの時間がかかるのか、等といったことについて、医師から十分に説明を患者は受ける権利がDにはある。そして、それを行使してよいのである。だが、Dに選択の余地はない。Dは治療を受けなければならない。医師から代替案について、提示も説明もないのである。この点において、事例4では、インフォームド・コンセントなしに治療が開始される。より正確に言えば、患者の同意なしに治療が始まる。

この場合、簡易なインフォームド・コンセントと厳格なそれとの区別は、有効ではない。そもそも、インフォームド・コンセントの枠組みが適合しないのである。Dの希望、意向によらず、場合によっては、それらに反しても、隔離と治療開始が優先される。

結核のような二類伝染病は、罹患が確認され、他者への感染が懸念される場合、法律の定めるところにより、該当者を強制的に入院させることができる⁶。医療者は、それに従い、Dを入院させるのである。結核は、治療方法の確立された第二類法定伝染病である。感染した結核菌が耐性を持つものでなければ、薬の服用で完治する。Dにとって、結核菌に感染したことは不幸であり、強制入院の措置がとられることは、精神的にも苦痛であるように思われる。しかし、治療しなければ、死に至る病である。さらに、排菌している状態で普段通りの生活を送れば、自分以外の第三者に感染させる恐れがある。それが現実のものになれば、感染者が続出し、社会の混乱を招く。事例4では、Dのためでだけではなく、公益のためにも、強制的な治療が必要である⁷。それでもなお、Dは、治療、そして、完治によって、便益を享受できる。

以上の考察から明らかになったことは、以下の通りである。救急搬送等の例外的な状況を除き、外来診療科を受診する手続きを取った時点で、我々は、「患者」になる。患者になった我々は、医的侵襲度の低い検査の実施を承諾していることになる。検査の実施によって、医療者は、患者の現在の医学的状態を知ることができる。インフォームド・コンセントの原理を厳格に適用するならば、医師は、患者に十分な説明を行い、患者はそれを十分に理解した上で、治療開始の許可を医師に与えるかどうかを決定しなければならない。しかし、事例1～3の考察で判

⁶ 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年十月二日法律第百十四号）最終改正年月日：平成二十三年一月四日法律第一二二号。正確に言えば、都道府県知事がこのような措置を取ることになっている。便宜上、医療者の判断とした。

⁷ このような立場は、あくまで、緊急避難的、かつ、例外的である。運用を誤れば、重大な人権侵害が起きる。その典型例として、我々が忘れていけないのが、ハンセン病罹患患者に対する隔離政策である。適切な治療を行えば完治する、伝染力の低い疾病であるにもかかわらず、施設への強制入所といった措置が取られた。社会からは、不当な差別を彼らは受けた。このような轍を踏まないためにも、正しい知識と正しい理解が我々には必要である。そして、このような差別を許さないように留意しなければならない。

明したのは、インフォームド・コンセントの原理を厳格に適用する必要は必ずしもないということである。この原理を厳格に適用すると、治療開始の許可を速やかに患者が出せなくなる可能性があるからである。患者の負担ですらある。そこで、簡易なインフォームド・コンセントが成立したと考えるのが妥当である。事例4の考察から明らかになったのは、患者の意思とは関係なく、治療開始が積極的に容認される場合があるということである。

事例1～4に登場する人物たちに共通するのは、自分の意思で外来診療科を受診しているということである。つまり、自分の傷病を治療するために、受診したということである。従って、治療を拒否するという可能性はほとんどない。日常生活における自己決定を大幅に制限しても、治療を選択することで、今自分が罹患している疾病、負っている傷害を治療し、それによって、便益を享受する。これは、一種のトレードオフである。

その一方で、自分の希望や意向とは違う場合も考えられる。例えば、社会人であれば、「翌日の会議に出席しなければならない」「取引先とのアポイントがある」ということで、自宅療養や入院をしている時間がないので、応急処置だけをして、仕事に戻らなければならない、等といったことが考えられる。学生であれば、「出席日数が足りない」「どうしても聴きたい講義がある」ので、学校を休みたくない、等といったことが考えられる。

上で考察した事例の場合、このような無理をすれば、命に関わる重大な事態を招きかねない。大抵の場合は、医療者の説明に患者が納得し、医学的に妥当な治療方法を選択し、その実施の許可を与えることになる。社会人であれば、会議への出席や取引先との会合をキャンセルすることによって、学生であれば、留年や講義を聴けないことによって、自分の命を守ることができる。さらに、事例4のような場合は、自分だけではなく、周りの人間に感染させないという公益を守ることができる。ここでもまた、トレードオフが成立している。

つまり、患者の希望や意向と医療者の意見が異なる場合、ほとんどの場合、患者は自分の命を守ることと引き替えに自分の希望や意向を変えるトレードオフが必要である。

だが、医療者の説明に納得せず、説得にも応じない患者に対して、医療者はどの程度介入することができるのだろうか。つまり、トレードオフを拒否し、事実上の治療拒否をする患者に対して、医療者は何ができるのだろうか。

5. 患者の希望、意向と、医療者の意見が異なるとき

—— 事実上の治療拒否に対し、医療者は何ができるのか

前述の通り、患者になれば、煩わしいことが増える。事例1の場合、通院と処方薬の服用という煩雑なことをしなければならない。事例2、3の場合、慣れない環境で、プライバシーの制限を受けながら、退院できるまで病院で過ごさなければならない。事例4の場合、自分の意思とは全く関係なく、非日常的な生活を送らなければならない。これに対して、拒否反応を示

す患者がいてもおかしくはない。

患者には、様々な社会的背景がある。やむにやまれぬ事情がある。それらを斟酌せずに、医学的妥当性から最善と判断された治療案を患者に押し付けるのは、患者の自己決定の観点から見れば、医療者のパターナリズムになる。これは、生命倫理でも医療倫理でも批判され続けていることである。インフォームド・コンセントの成立の過程を見れば、医療者のパターナリズムに対する批判もその背景にある。

しかし、ここで留意すべきは、「パターナリズム＝患者の自己決定に対する脅威」という単純な構図を鵜呑みにすべきではないということである。問題なのは、患者の意向や希望を斟酌せず、専ら医学的妥当性だけに依拠をして、治療の方向性を医療者が決めようとするようなパターナリズムである。「患者は医学に無知だから、医学の知識や技量のある医療者の言うことを聞いていればいい」ということは、現代では通用しない。批判されるべきは、このような、いわば、権威主義的なパターナリズムなのである。どの治療方針を採るのか、それを実施するのかということの最終決定は、患者自身が行うのであり、医療者が行うのではない。

その一方で、医学的妥当性に依拠して治療方針を決めようとはするが、患者の希望や意向に十分に配慮し、患者の決定を最大限に尊重しようとする態度は、医療者には必要である。これを、権威主義的なパターナリズムと区別するために、温情的パターナリズムと呼ぶことにする。医療者が温情的パターナリズムの立場を取れば、患者から自分の希望や意向を聞く、もしくは、説明してもらう必要がある。

事例1～2の患者の場合、それぞれの患者の希望や意向を明確に聞き出すことは、困難であるかもしれない。というのも、自分の意思を明確にする気力、体力すらないからである。それゆえ、簡易なインフォームド・コンセントが成立し、それによって、治療が開始されている。事例1の場合、Aの意向は、とにかく熱を下げ、喉の痛みと脱水症状を緩和してもらうことにある。換言すれば、自宅療養する算段をつけてくれさえしてくれれば、治療の内容は、深刻な副作用が発現する可能性が極めて低い限り、Aにとって、大きな問題ではない。処方された薬を受け取った時点で、Aに対する医療者の管理責任は一旦終了する。以後、医療者が権威主義的なパターナリズムを採ったとしても、温情的なそれを採ったとしても、Aの症状がある程度緩和され、Aが処方薬の服用を自己判断で中止⁸した場合、医療者が処方薬の服用を再開させたり、再受診させたりするすべはほとんどない。医療者ができるのは、再受診した時に診察し、

⁸ このような事態はよくあることである。特に、自己判断による抗生物質の服用中止は、大きな問題である。感染した細菌を死滅させるために、抗生物質を服用する。その服用を途中で止めると、感染した細菌が体内に生存してしまう恐れがある。生存した細菌は、抗生物質に対する耐性を獲得する可能性がある。耐性菌の出現である。耐性菌に感染すると、従来の抗生物質が効かないので、より強い抗生物質の服用が必要になる。そのような薬は副作用が強いことが多く、値段も高い。医療経済学の視点に立てば、医療費の高騰の一因になる。

処方された薬を指示通りに服用しているかどうかを尋ねる、点滴の必要があれば補液することである。

事例2の場合、肝機能がある程度回復するまで、Bは持続的補液と絶対安静を強いられる。肝機能がある程度回復しても、引き続き、入院加療を必要とする。医学的観点から見れば、入院直後の危機的な状況からは脱したもの、当面の間の経過観察が必要なのである。一方、Bの感覚としては、退院して仕事なり、学業なりに復帰可能であるように思われるかもしれない。医療者の意見とBの感覚が異なってくるのである。そして、希望や意向が合わなくなってくる。

簡易なインフォームド・コンセントによって、入院直後の危機的な状況に対する緊急避難的な治療の開始は、Bによって許可されている。だが、このような事態を脱した以上、簡易なインフォームド・コンセントによる治療継続は、正当化されない。厳格なインフォームド・コンセントによって、担当医が改めて現在の状況等を説明し、患者から許可をもらわなければ、理論上、治療継続はできない。もちろん、常識的に考えれば、このまま治療を継続し、退院できるまで辛抱するはずである。治療を拒否する、肝炎の再発のリスクを抱えてまで、無理やり退院することはしないだろう。だが、これはあくまで一般論であって、患者の中には、無理を押し付けてでも退院することを主張する患者もいるかもしれない。インフォームド・コンセントの原則に従えば、患者が同意をいつでも撤回することができる。つまり、Bが治療を中止し、速やかに退院することは、理論上可能である。

「患者が決めたことだから、患者の決定に従う」というのがインフォームド・コンセントの原理から導きだされる結論になる。患者の自己決定を尊重しなければならないからである。だが、患者がこのまま退院すると、肝炎が再発する可能性が極めて高い場合、医療者が、患者の決定を尊重するという理由で、この患者を退院させた場合、法律的な問題はともかく、倫理的に容認されるのだろうか。

医学的な見地から見れば、この退院は、患者に明らかに有害である。退院を強行すれば、それほど近くない日に、この患者は肝炎を悪化させてどこかの病院に搬送される。今よりも状態はさらに悪くなっており、手の施しようのない状態になっている可能性がある。このことを医療者が十分に承知した上で、退院を許可するのであれば、不作為の誹りを免れない。

従って、この場合、医療者は患者が退院を強行する前に、温情的パターンリズムの立場を取り、患者がなぜそのような決断を下そうとしているのかを訊かなければならない。その理由がやむにやまれぬ事情であれば、治療継続を前提とした厳格なインフォームド・コンセントを実施すべきである。つまり、治療を継続しなければ、肝炎が再度悪化する可能性が極めて高い。治療継続を強く推奨する。このまま治療を継続すれば、時間はかかるが、肝炎は快方に向かう可能性は高い。一方、治療を継続しない方を選べば、命の保証はできない、ということである。例えば、Bがある企業の代表取締役社長であったとする。急な入院だったので、引き継ぎがまだ完了していない。そのような折に、社長の決裁がどうしても必要な事態が起きた時、社長

はどうしても出勤しなければならない。そうしなければ、会社が大きな損失を出してしまう。このような事情がある場合は、医療者は、患者に現在の状況を十分に理解してもらった上で、条件付きで、患者の意向や希望に従わなければならない。すなわち、外出、外泊の形を取り、Bに用事を済ませてもらったらずぐに病院に帰り、治療を再開すべきである。

患者の主張する理由が、この引き継ぎの終わっていない社長の例のように切迫しておらず、治療を中止して急遽退院することを容認せざるを得ない合理的なものでなければ、医療者は、患者が治療継続を選ばずに退院するという選択が極めて有害であることを十分に理解してもらうよう、努力しなければならない。例えば、「相部屋では落ち着いて寝られない」「病室での人間関係がうまくいかない」「医療者の態度に承服しかねる」といったものが考えられる。入院の経験のない人々や、入院を他人事のように思う人々には、他愛のない、検討に値しない理由であるように感じられるだろう⁹。しかし、当事者にとっては、極めて深刻な問題である。治療に専念したいのに、このようなストレスがたまってくると、冷静な判断を下せなくなることもよくあることである。例えば、このようなストレスのある状況では、「我慢するか」、それとも、「治療をやめて家に帰るか」、の二者択一をするしかないと思ってしまう患者もいる。このとき、この患者の判断能力は、冷静さは欠くものの、入院直後のそれよりもしっかりしているので、判断能力の有無が争われるほどの重大な事態ではないと判断される。患者の判断は最優先されるべきではあるが、この患者の思い込みによる判断は患者自身に有害である。この場合、治療を継続してもらうように医療者が温情的パターンリズムの立場を取り、積極的に説得するのは、倫理的にも容認される。というのも、治療を中止すれば、患者の状態が悪くなるのを医療者は十分にわかっているからである。そして、これらの精神的なストレスになっている事柄の大部分は、医療者が解決できる。病室の人間関係がうまくいかないのであれば、病棟の責任者の権限で部屋を変えて様子を見てもらうことができる。医療者の態度が気に食わないのであれば、担当医を変えたり、病棟を変えたりして、治療を継続してもらうようにすることができる。相部屋が嫌で個室を希望するのであれば、室料差額を支払えば個室で治療に専念できるということを提案できる。

それでも、患者が自分の決定を翻意しなければ、患者の判断能力に問題がない限り、医療者は、この患者の治療中止、及び、退院を認めなければならない。外来診療科でのフォローを希望するならば、そのような体制を整えなければならない¹⁰。

⁹ ただ単に「酒が飲みたい」といった、このような状態では自殺行為に等しい行為をしたいがために、退院したいという患者もいるだろう。このような場合、患者の自己決定も重要ではあるが、このような患者が今の状態で飲酒し、病状を悪化させて、再度入院治療することになれば、社会全体から見れば、医療費の無駄遣いと言わざるを得ない。このような患者に対してどのようなことをすべきか、ということについては、筆者は今のところ、見識を持ち合わせていない。

¹⁰ 出張先、校外活動先で病変に気づき、最寄りの医療機関を受診した場合、家族や知人のいる、自分の

事例3の場合、簡易なインフォームド・コンセントによって、応急処置のギブス固定がすでに終了している。これから手術による修復術、その後の理学療法の実施に関する厳格なインフォームド・コンセントの実施が必要になる。すなわち、骨折部位の修復には手術をしなければならず、それに伴う様々なリスクがある。術後、しばらくは、痛みがある。術後2週間程度で抜糸できる見込みであり、それから、しばらくは理学療法を受けてもらうことになる。このようなことを患者は十分に理解した上で、手術と理学療法の実施を許可するかどうかを決めるということである。

事例2同様、患者が手術と理学療法の実施に関する厳格なインフォームド・コンセントを拒否し、これ以上の治療を中止することは、現実的には考えにくい。会社や学校を休まなければならないになってしまうが、ここできちんと治療しなければ、後々に重大な影響がある。常識的に考えれば、治療を受けて完治させるのが当然である。だが、インフォームド・コンセントの原則から考えれば、応急処置のギブス固定は認めるが、それ以上の治療を拒否することも可能である。

このとき、医療者ができることは、温情的パターンリズムの立場を取って、患者がなぜそのような決断を下そうとしているのかを訊くことである。事例3のCは、入院直後から十分な判断能力があると思われる。手術を受けることが初めてで、それに恐怖心を抱いているのかもしれない。それであれば、手術中は、意識をなくすことができることを説明すべきである。麻酔管理下で手術中意識をなくし、手術が終わったら覚せいさせることは、可能だからである。このような疑問点の一つずつ解決し、患者が手術と理学療法の実施に許可を医療者に与えるように積極的に説得するのが、倫理的にも要求されることである。

しかし、それでもなお、これ以上の治療を拒否するのであれば、事例2同様、これ以上の引き留めはできない。患者の決定を優先し、手術や理学療法の実施を含めた治療の実施は、出来ない¹¹。

一方、事例4の場合、入院措置については、患者が拒否することはできない。感染症法が定めるところにより、入院させられる。Dがどのような希望や意向があっても、治療を拒むことができないのである。排菌が確認されなくなるまで、隔離されて治療を受けなければならない。この事例の場合は、厳格なインフォームド・コンセントは、適用外である。医療者は、患者に対して、十分な説明をしなければならないのは当然である。だが、治療開始の許可を患者から得ることは免責されている。患者の許可がなくても、治療を始めなければならないからである。

生活圏にある病院での治療を望む患者がほとんどではないだろうか。この場合は、治療拒否ではなく、転院希望である。

¹¹ 事例2同様、出先で負傷し、自分の生活圏ではない病院に入院した場合は、自分の生活圏にある病院に転院し、そこで手術と理学療法の実施を含むインフォームド・コンセントを実施し、治療を開始することになる。これもまた、治療拒否ではなく、転院希望である。

そして、入院措置に関する患者の同意は最初からないので、撤回の余地もない。

この事例の場合、患者から見れば、限りなく権威主義的なパターンリズムの立場をとっているように見える。患者の希望や意向のうち、面会制限と治療開始のイニシアチブを医療者が持っている。医療者ができることは、より丁寧な説明によって、入院措置が取られなければならない事情を患者に十分に理解してもらうことである。通院治療ができる状態になるまで、このような隔離入院が実施され、ここにとどまらなければならない。そして、これ以上の感染者を出さないために、このような措置が必要であり、公益の観点からも承服してもらわなければならないからである。

事例1～3の場合、このような措置は、明らかな人権侵害であり、到底容認されない。しかし、この場合は、例外であり、インフォームド・コンセントの原則を適用出来ない。

以上の考察で明らかになったことは、以下のことである。患者の事実上の治療拒否に対して医療者ができることは、入院加療を要しない場合は特にない。入院加療を要する場合は、医療者が患者の希望や意向を十分に斟酌する一方で、患者は自分の状況を十分に理解し、事実上の治療拒否を翻意することが要請される。医療者は患者の利益のために積極的に説得し、患者に翻意を促す。それでも患者が翻意しなければ、患者の決定を尊重せざるを得ない。ただし、患者の希望や意向よりも治療開始が優先される例外的状況がある。

6. 結 論

我々は、救急搬送等の例外的状況を除き、医療機関を受診する手続きを済ませたときから患者になる。そして、現在の医学的状況を判断してもらうため、医療者に対し、診察に必要な検査の実施を承諾する。それに基づき、医療者が検査を実施し、患者の今の状況に関する情報を収集する。この情報に基づき、医療者は、当面必要な治療を始める。このとき、「簡易な」インフォームド・コンセントが実施されている。これによって、患者は危機的状況から脱するのである。この過程において、患者は、自分の自己決定の範囲を狭めることで、治療を始めさせるというトレードオフを行っている。

このあとで治療継続などに関する「厳格な」インフォームド・コンセントが実施される。そして、このような二段構えのインフォームド・コンセントの実施によって、患者の状況に合わせた柔軟、かつ、効率的な医療が可能になる。この二つの事柄が、患者と医療者の意見が対立した場合には、現実的な解決案を得る上で肝要になる。

一方で、患者が治療継続を拒否する場合も想定できる。そのとき、医療者は、患者の希望や意向を斟酌しつつ、患者の決定を翻意してもらうよう、説得すべきである。それでも、翻意しない場合は、患者の決定を尊重しなければならない。

そして、患者の希望や意向よりも治療開始が優先される例外的状況があることにも留意する

必要がある。

(むらまつ てつお・思想文化学専攻)

参考文献

- Beauchamp, Tom L., et Childress, James F., *Principles of Biomedical Ethics Fifth Edition*, Oxford University Press, 2001
- Jonsen, Albert R., Siegler, Mark, Winslads, William J. (2002), *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine, Fifth Edition*, McGraw-Hill Companies, Inc. (アルバート・R・ジョンセン, マーク・ジューグラー, ウィリアム・ウィンスレイド [著] 赤林朗, 蔵田伸雄, 児玉聡[訳] (2006), 『臨床倫理学 第5版—臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ』, 新興医学出版社)
- Berg, Jessica W., Appelbaum, Paul S., Lidz, Charles W., Parker, Lisa S. (2001), *Informed Consent: Legal Theory and Medical Practice Second Edition*, Oxford University Press
- Faden, Ruth, et Beauchamp, Tom L., *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford University Press
- 村松哲夫(2006), 『現代医療におけるインフォームド・コンセントの意義と限界について』(修士論文), 2006
- (2008a), 『現代医療におけるインフォームド・コンセントの成立要素と限界について』(参考論文)
- (2008b), 『病気腎移植における「免罪符」としてのインフォームド・コンセント』, 北海道大学大学院文学研究科研究論集 第8号
- (2010), 『修復腎移植におけるインフォームド・コンセントの限界』, 北海道大学大学院文学研究科研究論集 第8号
- 吉川昌之介 (1985), 『細菌の逆襲』, 中央公論新社

参照 HP

公益財団法人結核予防会 http://www.jatahq.org/about_tb/index.html