

臨床倫理メデイエーション

国立大学法人山形大学医学部
総合医学教育センター

中西 淑美

臨床事例における倫理と意思決定—がん事例からみる

はじめに

がんの治療の基本は、(1)外科治療、(2)薬物療法、(3)放射線治療の三大治療がある。現在は、さらに、造血幹細胞移植療法、免疫療法、代替療法、緩和療法がある。こうした治療法の進展と生存率の向上の背景から、2002年、WHO（世界保健機関）は、がん緩和ケアを「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族が抱えている身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな苦痛を早期に診断し、適切に対応・治療することでQOL（生活の質）を向上させる医療」と改訂した。すなわち、1990年頃までの死を看取る「終末期医療」とされ

てきた時代から、がん治療の開始から始める緩和療法が提唱されるようになった。医学的には、他の慢性疾患と同じような疾患の位置づけに移行している。

前回、国立長寿医療センターによる国際比較調査から世界と日本の看取りについて検討した。そこでは、看取りの時期のみならず、がん治療を受ける患者は、常に意思決定を迫られていることが示された。この意思決定には、本人の意思表示や権利について、患者自身が抱える具体的な諸条件の中で、患者自身が何をどこまで重視し、どのような過程でそれを実現してゆくのかということが求められる。医療者にとっては、この意思決定を、倫理的な課題としてどのよう

に感受するかによって、患者の意思決定への関わりが異なってくる。何故なら、患者は、人の関わりの中で、病（やまい）と共存しながら意思決定を行なっているからである。ここに、本人の意思決定をどのように支えるのか、すなわち、多職種連携の必要性と患者を含めたチーム内の相互の対話過程が重要になる。

I. インフォームド・コンセント
における倫理—自律の原則の重視

通常の治療では、医療者と患者との間の対話の中で、治療法の決定が行われる。これにより複雑な「治療とケア」という医療行為の意思決定は、患者と医師、看護師など、患者をめぐる関係者間の対話過程における説明と理解、確認のうえの同意によってなされる。すなわち、インフォームド・コンセントによる意思決定の過程を重視する方法を避けては通れない。

医療者は、インフォームド・コンセントによって同意を得るのではない。患者の意思決定という問題へのかかわりが重要である。医療者として最優先してきた「善行の原則」の前に、「自

律の原則」をいかに実現していくのかという課題に医療者は直面する。このことは、医師によるパターンリズムの意思決定から、患者の自律に基づく意思決定を担保するという、本来的なインフォームド・コンセントの在り方が問われていることを示している。

医師にインフォームド・コンセントの基準を示したのは、生命倫理学のフェイドンとビィチャムで、その著書のなかで、下記のように明記した。

①患者が自らの情報を理解して、医師の介入に同意したものでなければならぬ。
②同意については医師によって操作されてはならない。
③同意については介入に対して自発的に承認を与えたものでなければならぬ。

勿論、患者の理解力や意思決定能力を測定することは困難であり、臨床現場では様々な問題もあり、コンフリクトは発生しやすく、倫理的な問題を内包していると考えられる。

ここで、実際の事例で、がん治療にあたった医師のインフォームド・コンセントとその経過について、患者と医師のナラティブを通してみてみよう。

2. あるがん治療の事例

(1)患者のナラティブ

私は70歳です。自覚症状は全くなかったのですが、黄疸が少し出てきて、家人の勧めで、受診したら、総胆管癌と診断されました。浸潤があるかもしれないし、手術してみないとわからないが、胃と膵臓の頭部も繋ぐかもしれない大きな手術になるといわれました。主治医の先生にすがる思いで、昨年の8月に、8時間の手術を受けました。

とても難しい手術でしたが成功で、手術後の経過は辛いけど我慢できました。先生は、毎日きてくれたようですが、あまり覚えていません。主治医の先生のお蔭で、肝臓4割、胆嚢、胆管を切除しました。手術前の説明と違って、膵臓は触らなくてよかったです。手術で、癌は全部取れたと聞いています。先生から念のため抗がん剤治療をしましょうといわれ、1年半以上経過しています。現在、外来で経過をみながら治療を続行中です。

最初の外来通院の頃は、抗がん剤治療の副作用でとても苦しかったです。先生は、血液検査の胆管系の値や、腫瘍マーカーなどの説明をし

てくれましたが、抗がん剤の副作用についてはあまり説明してくれませんでした。これがいいからということはありません。

新しい抗がん剤治療のときはとても辛かったです。先生は、血液の白血球や血小板、CRPといった感染の指標もみてくれて、きちんとすべて説明してくれ、再発は大丈夫ですといわれた次の検診で、再発の危険性があるといわれました。

そして、また新しい抗がん剤を使用したのですが、同意をとりたいたいといわれました。私は動揺しました。

その時のことでは、先生と私の間で嫌な思い出があります。いきなり急にそんな事を言われ頭がパニックになりました。

再発なんて寝耳に水でした。その頃、副作用についての説明が少ないことや辛かったことについては、先生は気がつかず、先生の説明する肝胆管系の血液検査ALP、LAP、ALT、γ-GTP、AST、CRP、白血球、血小板、エコーといったことで説明が終わります。私は、経済的なことや娘の結婚のことで悩んでもいたので、つい、「どうして再発したんですか。再発がいきなりあるなんておかしいではないで

表1 術後の薬物療法経過

	臨床経過	治療・説明等
8月	総胆管癌根治手術	がんは全部摘出 イリノテカン治療開始
翌年3月	下痢など消化器症状あり	イリノテカン継続
翌年6月	検査等著変なし	再発所見なし イリノテカン継続
翌年7月	腫瘍マーカー上昇傾向	再発の可能性あり 抗がん剤の変更について説明
翌年9月	肝臓に転移	抗がん剤をアービタックスに変更
翌年12月	肝臓転移の消失	抗がん剤休業 年明けにCT予定

い抗がん剤を使用したので、同意をとりたいたったら、急に、大声を出したのです。患者と私の間で、再発の認識が違ったようなのです。再発の可能性をいきなり言った私の説明の仕方かもしれません。そのときは、ちょっと私は吃驚しましたが、後の外来診療では、肝胆管系の血液検査のALP、LAP、ALT、γ-GTP、AST、CRP、白血球、血小板、エコーといったことをきちんと説明しています。

すか！先生は患者のことを本当に考えているんですか！と大声で叫んだことがあります。大声で叫んだだけで、先生には、お世話になっていたので詳しい事情を言えませんでした。そのとき、主治医は吃驚していたようですが、きちんと対応してくれました。それ以来、お世話になった先生に歯向かった自分が許せず、その後の外来診療では、何も質問できず、いつも家に帰ってからいろいろ知りたいことが出てきていました。看護師さんや担当者はいますが、何も話せません。最近の外来での説明は、また新しい抗がん剤治療のことで説明したいといわれています。私も慣れてきたので、そのまま帰ってきますが、最近、体が少しだるいのと、以前、急に再発したといわれたときの腫瘍マーカーの値が気になっていきます。以前のことがあり、私は、なかなか質問できずにはいます。先生が察知してくれるといいのですが、私はがんの進行度も知りたいし、腫瘍マーカーの値も実は知りたいのです。私は自分がどうしたいかを決めるために先生に助けて欲しいのです。がんの専門の看護師さんにも相談しましたが、虚しい気持ちがしています。私は先生

にこの気持ちをわかってもらいたいだけなんです。

(2) 医師のナラティブ

患者は70歳です。自覚症状は全くなかったのですが、黄疸が少し出てきて、家人の勧めで受診したら、総胆管癌と診断できました。浸潤があるかもしれないし、手術してみないとわからないが、胃と脾臓の頭部も繋ぐかもしれない大きな手術になると説明しました。昨年8月に、8時間の手術を実施しました。とても難しい手術でしたが、成功しました。入院中は、毎日行つて励ましましたが、あまり覚えていないようです。

早期受診・早期診断で、肝臓4割、胆嚢、胆管を切除しました。手術前の説明と違って、胃切除も脾臓も扱わなくて済みました。手術で、癌は全部摘出できました。念のために、抗がん剤治療を開始していきまして、1年半以上経過しています。現在、外来で経過をみながら治療を続行中です。最初の外来通院の頃は、抗がん剤治療の副作用でとても苦しかったようですが、患者さんは辛いとは一言も言いませんでしたので、あえて触れませんでした。強気で、痛いか

聞いても、「痛くない」、「辛くない」と言い通す人だったので。

外面は、素直ですが、神経質そうな性格の人でした。詳しく説明したかったのですが、「治るなら我慢する。がんの治療をしているのだから、仕方がない。痛みは心配しないで」と私に言いました。また、不安に思うことは言わないでほしいと奥さんから頼まれていました。外来では、血液検査の胆管系の値や、腫瘍マーカーなどの説明を中心に行いました。抗がん剤とその副作用については、あまり説明しませんでした。うちの病院では、がん専門の看護師とそのチームのコーディネーターが説明することになっていました。治療とケアにおいて、前向きで特に問題はないとの情報提供を受けています。

毎回、外来での説明は、エコーから血液の白血球や血小板、CRPといった感染の指標もみて、グラフやデータにして、きちんとすべて説明しました。再発の危険性も少ないようでしたので、「大丈夫です」と言ったのですが、その次の検診で、再発らしき可能性があったので、早めにいいました。そうすると、いつになく激昂されたことがありました。

再発の可能性を食い止めるために、また新し

その後、すぐに患者さんは、納得して帰られました。その後、抗がん剤治療にも慣れてきたようです。

あともう一歩なので、また新しい抗がん剤治療を使つて、癌の再発を食い止めたいと思えます。そのことで同意をとるために、インフォームド・コンセントしたいと思つています。この事例の術後の薬物療法経過を表1に示した。

3. 患者と医師を繋ぐ意思決定への臨床倫理メデイエーションによる支援

患者が治療法の選択を自分で決定しても、その医療提供を医療者に任せることは揺るがない。これは前述した対話過程の重視と矛盾しないか、という疑問がでるかもしれない。この過程の意味は、事例に示されたように、ただ対話することではなく、その意思決定を医療者が支援する、あるいは、患者からは、信頼できる医療者かどうか、という意味である。山岸は、信頼について二つの意味があるという。つまり、相手の「能力」に対する期待としての信頼と、相手の「意図」に対する期待としての信頼の二つがあると

する。また、自己決定の別の側面を指摘する者もいる。小松は、人は純粋に自己決定、すなわち、意思決定はできない、「自己決定権は幻想である」と主張した⁴⁰。臨床倫理における医療メデイエーションは、このような存在の患者自らの意思による自己決定をサポートする。対話過程の中で医療者と患者の情報交換に基づく相互交流から生まれる意思決定のモデルである。対話は、医師と医師以外の医療者ならびに家族を含めた関係者の価値観を尊重しつつも、しかし、患者本人の価値観とは決して一致することはないという認識論的前提から開始される。

まず、受け止めることから始める。このことを誤解して、関係者との意見の折り合いをつけたり、合意領域を決めて、善行の原則のみで意思決定を急ぐ人がいる。この意味ではない。患者本人のインタレスト(最も重視する価値観や関心等)を何より大切なものとする。しかし、そのインタレストは、情報や状況や登場人物や時間によって、移ろっていく動的なものであることを理解する。第二の誤解は、患者に複数の選択肢を提示し、患者がみずから学習し、医師に提示することだ、という点である。第三の

誤解は、多職種がただ意見を言い合うだけの「場」であり、コンフリクトを増大させるという考えである。価値志向性を把握するために、対話するのであり、対話は互いの価値を一致させるために言い合うものではない。医療メデイエーションでは、倫理の場のみならず、以下の点での意見交換と調整・交流を目指す。つまり、意見をぶつけあうのではなく、意見が言いやすいように、意見の背景にあるナラティブに気づくことで、その多様性を重んじ、多価値の中の情報を相互に共有し、意思決定への自律を覚醒し、さらなる対話を促進することで、合意形成過程に自然に包含されていくことである。

特に、臨床倫理の場における医療メデイエーションでは、患者と医療者の両者の病の語りと、双方が語り得ない語りや逡巡する思いに寄り添い、そして、関係者間で互いに交流しながら対話していく過程のなかで、意思決定の輪が拡がっていくことを意味している。この過程は常に本人を見つめていく支援であり、同時に関係者との協働で成り立っている。不安定で心許ないが、患者を見つめる振る舞いを継続することで拓かれる知覚の相互作用といってもいいだろう。

めには、医療者側の振る舞いを見直すこと、あらゆる情報の開示をすること、そして、自律の尊重をすることである。

臨床倫理における医療メデイエーションによる意思決定支援とは、①干渉されずに自律して、②本人自らが、今、その時を生きるためのその人の欲するインタレストを覚醒し、③その実現のための選択が創生できるように、④関係者の合意形成の「場」をつくる支援なのである。

註 文中に記載した患者さんと医師の情報とナラティブについては、患者さん本人と「家族全員、また医師の両方から公開してもよい」という許可を得ていた実録である。その後、患者さんは医師と共にがん闘病続けられ、そして安らかに天に召された。合掌。

なお、この患者と家族、医師の情報については、現在筆者の所属する施設の事例ではない。

参考文献

- (1) WHO (世界保健機関) 2002年改訂緩和ケアの定義: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (マクヤス20161110)

たとえば、酸素吸入が既に量的には十分に投与されている、息苦しそうな患者をみた時の医療メデイエーター(以下Mediator)の振る舞いの始まりを挙げてみよう。深呼吸をした方がよいという場面で、「しっかりと深呼吸してください」という発話をした場合でもそうでない場合でも、その場にいたとき、情報を増やす。その状況の胸郭の動き、呼吸の状態、呼吸数、顔貌、そのような状況のなかで、患者情報の観察データを増やし、そのうえで、患者の、今、ここでのインタレストを感受し、患者本人が欲する関係者が寄り添えるよう、患者を受け止め、聞かせる。関係者にも投げかけ、患者に寄り添うのである。自分の発話の妥当性、相手の関心・欲求、背景に配慮する。

患者の応答をみてから、また話しかける。Mediator: 「深呼吸はできそうですね。息苦しそうですね、息苦しそうですね。お話しかけていいですか」。

患者: 「先生、深呼吸ができません。呼吸は元気がない感じがします。呼吸ができません。辛い。浅い呼吸で」

「いい」と言われますが、浅い呼吸は怖いんです。止まるかなって(微笑む)……」。

Mediator: 「息苦しいと不安ですね。自分のペースでいいですよ。呼吸は大切です。息苦しいと不安ですね、先生」

患者: 「ありがとう、先生」

と言って、目を閉じて深く呼吸し開眼する。それを確認し、患者に触れ、家族と共に、しっかりと温かく手を握ってあげるような「場」を提示する。

このように、医療メデイエーションは、本人の今、ここでのインタレスト (Interest) に応じるだけの交流の「場」である。ウィーチのいう、最善の利益 (Best Interest) でも、宗教、価値観といった持続的な世界観 (Deep-Value-system) でもなく、今、ここ (Here & Now) の思い、関心、期待、自律による意思を支えるのみである。しかし、この場では、当事者を中心にした「非援助の支援」の合意を行なっている。インフォームド・コンセントは、関係者を取り巻くすべての場面にある。そこに覚醒することで、「場」は展開する。

以上をまとめる。インフォームド・コンセントにおける意思決定は、患者の主體的な参加と意思決定を支援することが重要である。このた

その他、がん研究センター がん情報サービスHPに記URL参照。 http://ganjoho.jp/public/support/relaxation/palliative_care.html (マクヤス20170224)

- (2) 「日本の看取り、世界の看取り」在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究、国立長寿医療センター 2011年3月発行 www.ijcapan.org/study/doc/summary_1001.pdf (マクヤス20170117)
- (3) Faden R.R. Beauchamp T.L. "A History and Theory of Informed Consent." Oxford University Press, 1986, pp. 45-46
- (4) 山岸俊男 『信頼の構造 人間の社会的進化ゲーム』東京大学出版会、1998、212頁
- (5) 小松美彦 『自己決定権は幻想である』洋泉社 2004、222頁
- (6) Veatch R.M. "Modern Vs. Contemporary Medicine: The Patient-Provider Relation in the twenty-first Century." Kennedy Institute of Ethics Journal 6 (4), pp. 366-370.

投稿募集

本誌では、厚生連・農協にかかわるさまざまな領域からの投稿を募集しています。

- ①〇〇厚生連や〇〇農協のニュース
- ②読者論壇……医療や厚生連にかかわること、農業や農協にかかわること、その他、社会全般に対しての、意見・提言等を、論旨を明確にお書きください。
- ③実践報告
- ④研究発表
- ⑤その他

1頁1100字を目安にしてください。テキストデータを jouho@bunkaren.or.jp までお送りください。筆者顔写真を1枚添付してください。郵送の場合は、〒151-0053 渋谷区代々木2-5-5 新宿農協会館 文化連情報編集部(電話03-3370-2529)まで。掲載の採否は編集部で行い、掲載された方には本誌規定の原稿料をお支払いします。