第1章 これだけは知っておきたい倫理学，医療倫理の知識

私たち医師は，倫理学や医療倫理の専門家ではありませんし，また専門家である必要もありません．医療現場では，医学的な問題と同時に倫理的な課題に直面することが少なくありません．そのとき必要なことは，実際に遭遇している倫理的な課題をどう解決していくかです．医療現場で生じている諸問題を倫理学，医療倫理が明確に解決できる手立てを提供してくれるとはとても思えません．倫理学，医療倫理の書籍が提供する情報は確かにその通りだとは思うのですが，それでは解決できない課題が実際の医療現場では山積しているからです．医療現場で遭遇する医学的な問題が患者ごとに千差万別であるように倫理的な課題も患者ばかりではなく，患者を囲む家族の考えや経済的問題など多くの要因が複雑に絡み合っていることから解決がより難しい問題ともいえるのです．本章では，実際の医療現場で遭遇する倫理的な課題について考えるための知識，その問題を解決できるスキル習得のために知っておきたい倫理学，医療倫理の最小限の知識について解説をしています．体系的に倫理学，医療倫理を学びたい読者は巻末の参考書籍をあたってください．

A 事実と価値とは同一ではない

私たち医師は，医療に関する事実を基にその医学的判断を下すことが多いのですが，医療現場ではこの事実と価値とが必ずしも一致するわけではありません．たとえば，外傷によって大量出血を生じている患者が救急搬送されてきたとき，輸血を実施しなければ患者は確実に死亡するという事実および緊急の輸血が必要であるという事実に基づく判断（**事実判断**）は，医師ならびに患者（あるいは患者の家族）に共通するものです．医師は，この事実ならびに事実判断に従って輸血を行うべきであると患者あるいはその家族に伝えます（医療者側の**価値判断**）．しかし患者あるいはその家族は，宗教的信念から輸血を拒否することがあります（患者あるいはその家族側の価値判断）．医療者側と患者，その家

JCOPY 498-14836

族側とでは，事実および事実判断での認識は同一なのですが，生存あるいは救命という価値判断が異なっていることになります．上記のような特殊なケースに限らず医療現場では，事実あるいは事実判断と価値判断とに齟齬がみられる状況にしばしば遭遇します．たとえば，何年も寝たきりになっている90歳を超えた高齢者が誤嚥性肺炎をきたし受診してきた場合を考えてみます．誤嚥性肺炎という事実は間違いなく，さらに肺炎治療に抗菌薬投与が必要であるという事実判断も正しいといえます．担当した医師は，肺炎治療に抗菌薬療法や酸素投与がこの患者には必要であると価値判断を下すのですが，家族は，患者の状況を考えて抗菌薬投与を含めた積極的な治療を望まないとの判断をするかもしれません．ある事実あるいは事実判断に対して医療者側と患者あるいはその家族間で価値判断に違いが存在することは稀ではないのです．輸血をすること，肺炎を抗菌薬で治療をすることは，患者にとって利益になる医療行為であり，倫理的に正しいことであるというべきです．しかしながら宗教的信念で輸血を拒否する，あるいは寝たきり高齢者の肺炎治療を望まないなどの問題は，「患者の人生にとって輸血を行うことは意義があることだろうか」，「患者の自己決定に従って輸血を控えるべきだろうか」，「何年も寝たきりになっている高齢者は抗菌薬治療を望んでいるのだろうか」，「寝たきり高齢者の延命治療は正しいことなのだろうか」などの倫理的な課題に直面することになります．医学的に効果があること，患者に利益をもたらすこと（事実）とその治療を行うべきこと（価値）とは分けて考えていくべきであるといえるのです．

また，医療現場では，倫理的に妥当な判断は誤った事実理解あるいは事実判断から導かれることは原則としてないといえます．重要なことは事実を正確に理解することですが，場合によっては事実を理解しているつもりで実は知らない間にその人の価値観によって事実を誤って理解していることがあるのです．ある医療行為を実施する際，自らの事実判断と価値判断とを区分けしたうえで両者が同一の意味づけになっているのか否かを検討することが重要になってきます．

B 倫理的判断の一貫性

倫理学では，判断に影響を与えてしかるべきものを**道徳的に重要な違い**と規定しています．一般的にある2つの事案で道徳的に重要な違いがひとつも見出

JCOPY 498-14836

されないならば，それらの事案に対して倫理的に同様の判断をすべきである，とされるのです．言い換えると，2つの事案の間で道徳的に重要な違いがないにもかかわらず，それらを異なったしかたで扱うとき，私たちは一貫性に欠けていることになるのです．たとえば，消極的安楽死(治療の中止)と積極的安楽死(致死薬の投与などで患者を直接死に至らしめる行為)との間に道徳的に重要な違いが存在しなければ，消極的安楽死が許容されると判断されるときには積極的安楽死も許されることになります．しかし，現実には，作為と不作為(行為をすることとしないこと)，意図と予見の違いなどを根拠として積極的安楽死は許されないとされています［赤林．2017，p25-27．(児玉　聡．第1章 倫理学の基礎)］[23)]．倫理的判断の一貫性は，安楽死以外にも精神疾患と診断された人と診断されていない人との間の処遇でも問題になります．ダンとホープは，その著書で以下のように述べています．「精神疾患のAという人と，精神疾患でないBという人がいて，2人とも他者に対する危害の危険性が同じである場合，(この危害の危険性という理由から)Aを予防拘禁するのが正しいとすれば，Bを予防拘禁するのも正しいことになる．逆に言えば，Bを予防拘禁することが不正であるならば，Aを予防拘禁することもまた不正である．そうでなければ，われわれは精神疾患の患者を差別していることになる」，「精神疾患でない人々に対して予防拘禁を行うことは受け入れがたい人権侵害であると考えるならば，精神疾患をもつ人々に対する予防拘禁も受け入れがたい人権侵害である．現在の状況は，一貫性に欠け正義に反している」［ダン，ホープ．2020，p81-91］[36)]．

倫理的判断の一貫性を論じる際に重要なことは，道徳的に重要な違いをどのように規定するかであろうといえます．安楽死に関して作為と不作為あるいは意図と予見とに道徳的に重要な違いがないと判断するならば，積極的安楽死と消極的安楽死の間には倫理的判断の一貫性があるとされ，消極的安楽死が許されるならば積極的安楽死も許されると主張できることになります．逆に積極的安楽死が許されないならば消極的安楽死もまた許されないことになってしまいます．そのように考えると安楽死の是非は倫理学あるいは医療倫理では解決できない，倫理的に考える意味が喪失することになり，この問題は法律に委ねる姿勢に繋がっていくことになるのでしょうか．『人をつなぐ対話の技術』という書籍のなかで山口は，「倫理は，感情から始まって法律で終わる，と言ってよい」と述べています(p118, 191)[[1]]．たとえば，人工妊娠中絶について受精後から胎児は一貫して生命をもつことから中絶規制強化を唱えるプロライフ派と女性

JCOPY 498-14836

の選択権を第一とするプロチョイス派が倫理的にも感情的にも鋭く対立をしています．倫理的には，どちらの考えが正しいかの決着を図ることは難しいともいえるでしょう．しかし，現実的にはどちらの意見が正しいかを決めなければならないのです．倫理学は，意見の異なる両者が対話を重ね，お互いが納得できる解決策を探していく作業といえます．いまだ正しさが見出されていないところに共有できる正しさを創造するのが倫理の実践といえるのです．そして，中絶に関する法律が成立することで両者はこの法律を遵守した行動をすべきであるとなるのです．倫理的な対立(衝突)や論争，未解決な事柄は，法律(ハード・ローならびにソフト・ローいずれも意味しています)が作られることで法律に則った手順が確立され，倫理学の役割が終了するということになるのだろうといえるかもしれません．安楽死の是非が法制化されたならば，安楽死に関する論争が展開されることはなく，その法律に従って個々の手順を踏んでいけばよいといえるのです．そこではもはや，安楽死が容認されるか否かとする倫理的な問題は不要となるのです．

C 倫理的判断の公平性

倫理学では，**倫理的判断の公平性**も重要な要素になっています．道徳的に正当な理由がない限り，自分の利益だけではなく他人の利益も平等に配慮しなければならないのです．功利主義を唱えたベンサムは，「誰でもひとりとして数え，誰もひとり以上として数えてはならない」として自分の利益を他人の利益よりも優先して扱ってはならない，自分と他の人々とを異なったしかたで扱ってはならないと述べています．公正な視点に立つために役立つ方法として以下のものがあります［赤林．2017，p27-28．(児玉　聡．第 1 章　倫理学の基礎)］[23]．

① **想像上の立場交換**：想像を働かせて他人の立場になったつもりで物事を考える方法です．医療現場で以前からしばしば言われている「患者さんの立場に立って治療を考えなさい」，「医師のあなたが患者だったらどうしてほしいかを考えて診療をしなさい」というものです．

② **ダイアローグ**：他者との実際の対話や議論を通じて自分の倫理的判断に不適切な偏りがないか，事実判断あるいは価値判断に誤りがないかなどを内省する方法です．医療現場では同僚医師との対話や症例検討会などを通じて治療方針を決定する過程に該当するものです．この方法では，対話や議論を行う相手

JCOPY 498-14836

第7章 病名告知・真実告知は倫理的に適ったことなのか

病名告知という言葉を聞くと，がん治療における必要性が頭に浮かぶのですが，それ以外に神経変性疾患や神経難病，遺伝性疾患，精神疾患，ある種の感染症などに関する診断や予後の告知などにも広がるものであり，病名告知というよりも真実告知と呼ぶべきものかもしれません．さらに医療現場では疾患に限らず，医療者のミス(医療過誤)や医療者の技量，医療施設の治療成績などについてどこまで患者や家族らに告げるべきか，あるいは告げるべきではないかという問題も考えていかねばならない課題といえます．また患者の生前の臨床診断と死後の病理解剖による病理医の診断との間で齟齬が生じることもしばしばあるのですが，遺族にその結果が告知されることはそれほど多くはないでしょう．本章では，病名告知，広い意味での真実告知が倫理学，医療倫理の立場からみて適ったものなのか否かについて考えてみます．

A 医療現場で行われる真実告知と異なる医療行為

私たち医師は，日常診療で常に真実告知を実施しているわけではなく，患者によって真実を告げない医療行為をしばしば行っています．服部の論説を参考にしながらこの問題について考えてみます［浅井．2002，p73-86．（Ⅲ．医療現場のジレンマ．服部健司．第2章 真実告知と開示基準．)］[1]．Burack[1]は，真実告知と相反する行為として欺瞞と隠蔽を挙げています．**欺瞞**は，真実と異なる病名や病態を明確に語る嘘(虚偽)と患者の誤解や誤認を誘う言語的表現あるいは非言語的行為に分類されます．前者としてはがんを良性腫瘍と偽って伝える場合であり，後者では，がんとは断定できないのでもう少し詳しい検査が必要ですと伝える(婉曲的表現)場合などを指しています．睡眠薬の代わりにプラセボ薬を使用するのも後者に該当します．著者の守備範囲である認知症診療では，アルツハイマー型認知症であることが明らかになった患者に対して「年齢相応のもの忘れですね」と語るのは嘘であり,「ものを忘れる病気の傾向がありますね」と

JCOPY 498-14836

伝えるのは誤解や誤認を招く婉曲的表現に該当します．**隠蔽**は，明らかに重要な医療情報を得ているにもかかわらず，その情報開示を意図的に差し控える場合と都合のよい部分を選択的に開示する場合に分かれます．たとえば，血圧が180/88 mmHgであったとき，「(実際の測定値を告げずに)これくらいの血圧ならばよいでしょう」と患者に告げるのは意図的に差し控えることであり，「血圧がやや高いのですが下の血圧が88だから大丈夫でしょう」と伝えるのは都合のよい事柄だけを伝える部分的，選択的な開示といえるのです．

日々の診療を振り返ってみると，私たち医師が患者や家族らに説明する内容の多くは部分的，選択的な開示にとどまっているのではないでしょうか．倫理的には真実告知に反する行為といえますが，果たして患者や家族にすべからく真実を伝えることが有益なのか，患者自身が真にそれを望んでいるのか，いたずらに真実を告げられることで逆に患者が不安にならないか(たとえば，その日の診察時血圧は180/88 mmHgであったが普段は130/90 mmHg前後で推移している患者に対してその日の血圧を告げることで血圧値が気になってしばらく寝られなくなる)などの弊害について十分検討されるべきことではないでしょうか．嘘をつくことと真実を述べないことの差異を強調し，嘘をつくことは許されないが真実を述べないことは許されると考える論者もいるそうです．

医療現場で真実告知をしなければならない場合，どこまで医療情報を伝えるべきなのでしょうか．とくに患者にとってよくない情報をどの範囲まで伝えたらよいかに悩むことはしばしばあると思います．しかし，倫理学，医療倫理は，この課題について明確な指針を示していないのです．個々の患者の病態や信条，医療に対する期待，家族らの考えなどを中心に据えると，開示範囲を定めることができないのは当然ともいえます．ここでは，参考としてインフォームド コンセントにおける説明義務を考える際に誰を基準として説明をするかについて示しておきます．以下の4つの基準が想定されます[川畑. 2021, p48-49][48]．

① 合理的医師基準：平均的あるいは合理的な医師ならば患者に説明するであろうと思われる範囲で説明すれば足りるとする説，医師の間での一般的な慣行に基づいた説明をすること．

② 合理的患者基準：平均的あるいは合理的な患者ならば通常重視するであろう，あるいは必要と考える情報を説明の対象とする説，平均的な患者ならば重視するであろうことを説明すること．

③ 具体的患者基準：具体的に個々の患者が重視している重要なあるいは必要と考えている情報を説明の対象とすべき説，その患者に固有な情報を提供し説明すること.
④ 二重基準：個々の患者が重視しかつ合理的な医師ならば認識できたであろう情報を説明すべきとする説.

インフォームド コンセントに関連する近年の裁判判決の趨勢は，患者を中心とした説明，つまり②③④に準拠したものになってきているようです.

B 倫理理論からみた病名告知

倫理理論のなかで功利主義ならびに義務論，徳倫理学からみた病名告知，真実告知について考えてみます.

1 功利主義

功利主義者であるJ.S. ミルは，「効用という神聖な規則ですら例外のありうることは，すべての道徳論者が認めている．重要な例外としては，ある事実を伏せておくこと(たとえば，犯罪者に情報が伝わらないようにすることとか，重篤な病状であることを病人に知らせないこと)がある．これは，巻き込む意味のない深刻な害悪から人を［特に(情報を知っている)当人以外の人を］守ることになるし，しかも(嘘をつかなくても)口を閉ざしていれば，それだけでできることである」［ミル．2021，p60］[44]と述べています．ミルの言説は，19世紀の時代背景を踏まえたものであり，現在の状況にはそぐわないともいえます．**行為功利主義**(個々の行為に功利主義原理が適用されるとする考えかた)の立場では，より大なる悪を避けるためには小なる悪となる嘘は認められる可能性がある一方，告知によって患者・医師関係の親密さの向上あるいは治療全体の見通しの明確化，治療への満足度の向上，家族の負担軽減などを期待できることから真実告知が正しいと考えることもできるそうです．行為功利主義では，相反する結論を導き出すことが可能になるのです．**規制功利主義**(個々の行為ではなく倫理的規則や制度に対して功利主義原理が適用されるとする考えかた)では，嘘は個別的利益をもたらすことがあるかもしれないが医療者に対する社会の信用を失わせることでより大きな危害をもたらすので認められないと結論されま

JCOPY 498-14836