

医療者－患者関係を考える
— 医療倫理に関する若干の覚書 —

奈良県立医科大学医学部看護学科
池 辺 寧

An Essay on the Professional-Patient Relationship:
Notes on Medical Ethics

Yasushi IKEBE
Nara Medical University School of Nursing

1. 医療行為の倫理的性格

医療行為は患者の身体や生命、患者や患者の家族の人生に深く関わる。それだけに医療行為に携わる者には医学に関する専門的な知識や技術のみならず、人間に対する深い認識、高い倫理的意識を持つことが求められる。今日、医療倫理や生命倫理に関わる問題がさかんに論じられるようになったが、これらは決して流行の話題などではなく、いつの時代にあっても医療のあり方を考えるうえで必ず念頭に置くべき主題である。本稿では医療倫理をめぐるいくつかの事柄を素描し、医療者、特に医師と患者の関係について考えていきたい。

さて、キャッセルはこう言っている。

医学は本来道徳的な職業だと私は考えている。あるいは道徳－技術的職業といってもよい。医学の実践 — 病者を世話すること — は、身体や疾患に関して事実とみなされていることを受けて、その技術的知識の上に立って、人間のために何かをする。この意味において、それは他のいかなる道徳的行動とも同じであると見ることができる。(1)

医学的知識や技術を駆使しながら、患者の健康と幸福に直接関わっているゆえ、医療者は「道徳－技術的職業」に就いているという

のである。キャッセルが挙げている例を用いて言えば(2)、鉛管工であれば彼が不道徳であるのは、人々(仕事の依頼主など)との関係においてであって、パイプとの関係においてではない。感覚を持たず取り替え可能なパイプに対して、鉛管工は上手に、あるいは下手に仕事をするだけである。それに対して、医療者が患者の身体を物のように取り扱うことは、診療上やむを得ない場合を除けば、決して許されることではない。それは言うまでもなく、各々の患者はかけがえのない一人の人間であるからである。病気は機械の部品の故障ではなく、様々な場面で社会との相互関係を持っている一人の人間の苦しみであるからである(3)。

医療行為は医療者の側からみれば、医療行為をする主体である医療者と、医療行為をなされる客体である患者との間で成立する。そのかぎり、医療者と患者は非対称的な関係である。だが、医療行為をなされるという観点からみると患者は客体であるが、患者もまた人間であり、それゆえ主体である。そうである以上、医療行為を行うにあたって、医療者が患者を、尊厳を有する人間とみなさずに単なる物のように取り扱うことは許されることではない。医療行為はあくまで、人と人との間で、言い換えれば主体と主体との間でなされる相互行為である。

患者を尊厳ある人間とみなすことは、患者

が置かれている状況や、患者が体験している痛ましい事態を、自分や自分の周囲の者にも起こりうるものとして受け止めることを医療者に強いてくる。それは老い・病い・死といった、人間である以上は誰もがたどらざるをえない過程を見つめることにもなるゆえ、医療者も苦悩せずにはいられない。一方、患者を物とみなしてしまえば、苦悩を伴わない。医療行為を一連の機械的な作業のように捉えたり、患者が置かれている状況を自分には関係のない他人事として切り離して捉えたりできるからだ。医療行為は患者を物扱いにする危険性を絶えずはらんでいる。だからこそ、医療行為の倫理性は常に問われなければならない。

2. 身体を生きる

患者の自己決定権という考え方の先駆けとなった判例として、1914年のシュレンドルフ事件の判例がよく知られている。この裁判は、患者のシュレンドルフが麻酔による腹部検査にのみ同意し、手術を拒否していたにもかかわらず、医師が子宮筋腫を切除したことをめぐって行われた。裁判を担当したカードゾ判事は判決において、こう述べた。

成人に達し、健全な精神をもつすべての人間は、自分の身体になにがなされるべきかを決定する権利がある。したがって、患者の同意なしに手術をする主治医は暴行を犯すことになり、その損害への責任を負う。(4)

身体は本人の同意なしには介入することができないものである。手術などの身体的侵襲はたとえ有益であっても、本人の同意がなければ暴行とみなされる。このことはふつう、身体の不可侵性といった言い方で表現される。先の判決文には、患者は身体の不可侵性を守る権利を持っていることが明確に示されている。

他人がたとえ善かれと思ってしたことであ

っても、本人の同意なしにしたことであれば認められない。今日、このことは当然のこととみなされている。だが、このことは自分の身体は自分のものだから、他人の介入を拒むことができる、ということではない。たとえば私が所有している車であれば、所有者の私の同意なしには勝手に修理してはならない、売却してはならない、私には自分の車に何がなされるかを決定する権利がある、と主張することができる。しかし、身体の場合は事情が違ってくる。自分の意思に基づくからといって、私は私の身体を自由に処分したり（つまり、自殺）、自由に売却したりしてよいものではない。私の身体は私の所有物ではないからである。マルセルは身体について次のように述べている。

身体性は、存在と所有とのあいだの境界領域である。持つということは、すべて、何らかのしかたで私の身体に関係づけて定義される。そして当の私の身体は、絶対的な所有であるというまさにこのことのゆえに、いかなる意味においても所有であることをやめるところのもの、である。(5)

人は各々、好むと好まざるとにかかわらず、他とは区別される一個の身体を通して生きている。私という存在は私の身体を離れてはありえない。マルセルが言うように、持つということは何らかの仕方での私の身体と関係づけられている（ペンを持つという、直接に身体と関わる行為だけでなく、たとえば車を持つ、夢を持つ、といったことも何らかの仕方での私の身体と関係づけられているといえる）。身体は所有の主体でもある。それゆえ、私は私の身体を持っていると言うことはできない。むしろ、私は私の身体を生きていると言うべきであろう。身体に関して自己決定権があるのは、身体はその人がそこにおいて生きている当の主体だからである。いかに生きるかという問いは、自らの身体とともにいかに生き

るかと問うことにほかならない。とりわけ病いを抱えて生を送る人にとっては、何らかの困難が身体に生じている場合もあり、身体とともにいかに生きるかは切実な問いである。

私は私の身体を生きているが、一方で私は私の身体を対象視することもできる。身体には、私が生きている身体と対象視する身体という二重の側面、すなわち主体としての身体と客体としての身体がある。自分の身体に何がなされることに同意するとき、同意する主体も同意される対象も同じく私の身体である。ところが、医療者のほうはともすれば、患者の身体をもっぱら治療の対象と捉え、患者が生きているところの身体という側面を見過ごしてしまっている。加藤尚武も次のように指摘している。

患者は、単に病気が治ることを期待しているというよりは、自分の訴えを聞いてもらって、それによって治療が成功することを期待している。患者は主観身体から訴えを起し、治療を受けるという形で客観身体に何らかの影響を与え、それを予後の充足感として主観身体で確認する。医師にとっては、患者の訴える主観身体の記述すらも客観身体の見聞材料でしかない。医療倫理と心身問題がふれあう新しい医学と哲学の交差点での問題が主題化されなくてはならない。(6)

3. 共同作業としての医療

今日、インフォームド・コンセントがさかんに語られるようになった背景には患者の権利意識の高まりのほか、疾病構造の変化を挙げることができる。慢性疾患の場合、患者は自らの価値観や人生観に基づいて治療法を選択できる。患者は自己決定権を有している。意思決定の主体は患者である。しかし、患者は十分な医学的知識を持ち合わせているわけではない。それゆえ、医療者は必要な情報をわかりやすい言葉で説明し、患者の自主的な選択を支援しなければならない。

患者の自己決定といっても、患者が主体的に意思決定することを指しているのであって、患者がいかなる決定を下すかに医療者は全く関与しないということではない。医療者は専門家としての見解を述べ、患者の意思決定を支援していく必要がある。治療法を最終的に決定するのは患者であるにしても、意志決定の過程は医療者と患者の共同作業という側面を持つ。大切なのは、素人である患者と専門家である医療者が意思決定を共同で行うことである。患者の自己決定とは、医療者と患者による共同意思決定にほかならない。1983年に出されたアメリカ大統領委員会の報告書『医療における意思決定』にも次のように記されている。

倫理的に有効な同意は、相互の尊重と参加による意思決定を行う過程である。

(7)

患者と医療従事者との相互信頼に基づく共同意思決定が重要であるので、すべての医療行為による医学的侵襲は患者との適切な討議の上で行われるべき……。

(8)

意思決定の過程に医療者が過度に介入することは避けなければならないが、望ましいのはやはり「患者と医療従事者との相互信頼に基づく共同意思決定」であろう。この点で参考になるのは清水哲郎の所論である(9)。彼は医療を医療者と患者の共同行為とみなす。そして、医療者と患者の双方が必要な情報を説明し合って情報を共有することにより、患者にとって何が最善の選択かを考え、治療法を決定するプロセスを、インフォームド・コンセントと捉えている。

医療者から患者になされる説明は、医学的な観点からの説明、すなわち、病名・病状、検査や治療の目的・内容・危険性・予想される副作用・成功の確率、代替治療法の存在、治療拒否の場合の予後などである。この説明はいくら患者の個別性を考慮した説明であっ

ても、やはり一般論の枠を大きく超えるものではない。

一方、患者から医療者になされる説明は、患者が自らの病気をどう受け止めているかについての説明である。患者が病気を自らの人生のなかにどのように位置づけているかによって、病気の受け止め方は異なってくる。それゆえ、清水は患者からの説明を伝記的な説明と性格づけている。

ここで患者に求められているのは自己を語ることである。これは決して容易なことではない。自己を語るためには自己自身の内面と向き合い、自らが抱えている価値観や人生観などを言葉にしていく作業が必要だ。医療者からの説明は医療者に求められる当然の責務である。それに対して、患者からの説明は患者に求められるものというよりも、医療者と共同しながら言葉にしていく作業とみたほうがよいだろう。

自己を語ることは、これまでの自分、今の自分、今後の自分を見つめ、捉え直していく作業にはかならない。われわれが生きているのは現在以外のいかなる時でもない。だが、現在を生きるといっても、過去や将来と切り離された現在という瞬間を生きているわけではない。現在という瞬間は、過去と将来の両方から何らかの仕方で規定されている。現在という瞬間はあえて言えば、人生のあらゆる瞬間と結びついている。したがって医療者が患者の個別性を理解し、状況を好転させようと思えば、家庭や仕事などにおける患者の現在の立場や人間関係に目を向けるだけでなく、患者のこれまでの人生が病気の自己理解にどんな影響をもたらしているのか、逆に病気のおかげでこれまでの人生がどのように解釈し直されたのかを考慮しなければならない。さらに医療者は、病気の経過が患者のこれからの人生の歩みにどのような影響を及ぼすのかも見極めていかなければならない。

医療者は患者の価値観や生活史などから切り離して、患者の症状だけを理解することはできない。患者を理解するためには、まずは

患者の話聞くことが必要だが、それについてキャッセルはこう言っている。

話を聞くことは症状が何かというだけでなく、それらが患者にとって何を意味しているかを聞くことであり、理解するとは言葉の理解だけでなく、共感するという意味で、言葉の背後にある価値を理解することをも意味する。(10)

病気になることによって、患者は場合によれば、これまでの生活習慣の変更を余儀なくされた新しい生活を送ることになるかもしれない。患者がこれまでの人生を解釈し直し、新しい生活を築き上げていくことを支えていくこともまた、医療者の役目である。エントラルゴが言うように、「患者の新しい生活の発明者」として「患者の仲間、教師、友人」になることが医療者に期待されている(11)。患者の側から医療者への期待を述べたフランクの文章を引いておきたい。

私の質問は病気の言葉でいどられてしまうことになるが、しかし私が本当に知りたいのは、病いを抱えていかに生きるかということである。私が望んでいる援助は、質問に答えてもらうことではない。ある仕方で生きようとする、私の試みに立ち会ってもらいたいことだ。私は質問に答えてもらいたくない。私の体験を共有してもらいたいのだ。(12)

4. 信頼

医療を共同作業と捉えることは、医療者と患者が互いに相手を一人の人間として尊重しながら、主体的に医療に参加することを促す。その際、欠かせないのは医療者と患者との信頼関係である。

信頼関係について、私は以前、次のように書いたことがある。

三分間診療などと揶揄される現状を改

善し、患者と医療従事者の間に確固とした信頼関係を構築していくためにもIC [インフォームド・コンセント] は医療行為の中核に据えられるべきである。(13)

こうした主張はよくみかける。たとえば日本医師会が出している「医の倫理綱領」の注釈にも次のように述べられている。

……医師と患者との間のより良い人間関係や信頼関係を築くうえで、インフォームド・コンセントは大切なものであると考えるべきである。(14)

だが、このように捉えてしまうと、インフォームド・コンセントが信頼関係を築くという一方向しか考えていないことになりかねない(15)。日本の現状を踏まえれば、こうした捉え方は妥当だと思うが、医療者と患者の間に信頼関係があるからこそ、インフォームド・コンセントは成立することを見落としてはならない。先に、患者が医療者に自己を語ることが求められると述べたが、患者があまり口外したくないことを含め、自らのことを医療者に語るのには医療者を信頼しているからである。患者は医療者を信頼しないと医療行為を受けられない。また、医療者も患者に信頼されないと医療行為を施すことができない。

インフォームド・コンセントが信頼関係を築くといっても、無の状態から信頼関係を築いていくわけではない。患者がすでに漠然と抱いている信頼にどう応えていくか、このことが医療者に問われている。信頼関係は、「信頼関係を築く」という言い回しからも読み取れるように、時間をかけて築いていかなければ成立しない。しかも、医療者と患者との信頼関係は一度確立されたからといって、その後も持続できるとはかぎらないゆえ、絶えず新たに築き上げていく必要がある。

ところで、信頼について、もう一点、指摘しておきたいことがある。

「患者と向き合う」といった言い回しがよ

くなされる。向き合うとは文字通りの意味での「顔と顔を合わせる事」、このことから始まる。顔とは身体の一部ではなく、中心的な部分である。顔と顔を合わせて言葉を交わすこと、つまり対面的な関係こそが人間にとって最も基本となる関係である。対面的な関係を抜きにしては、患者との間に確固とした信頼関係を築くことはできない。

たとえば遠隔診療について述べた厚生労働省からの通知にも、診療は医療者と患者が直接対面して行われることが基本であることが明記されている。

診療は、医師又は歯科医師と患者が直接対面して行われることが基本であり、遠隔診療は、あくまで直接の対面診療を補完するものとして行うべきものである。(16)

この通知は、医療者と患者のあり方にまで踏みこんだものではない。今後、遠隔診療が進んでも、直接に患者を診ないかぎり適切な診療は行えないことを戒めただけである。だが、この通知は顔を見る、話をする、身体に触れる、等々の一連の行為が最も基本的、かつ主要な医療行為であることを思い起こさせてくれる。医療の世界においてもいわゆるIT化が進み、コンピュータの画面ばかり覗き込んで患者の顔を見ようとしない医師の存在が指摘されている今日、対面的な関係の重要性はいくら強調しても強調しすぎることはない。

対面診療が基本とされるのは、診断や処置を行ううえで欠かせないからといった理由だけではない。患者との信頼関係を築くうえでも必須だからである。ハイムはその著『仮想現実のメタフィジックス』のなかで、顔が見えないことにより「人間の出会いの質が狭まる」と述べている。この本は電子社会について論じた本であり、医療の問題とは直接には関係ないが、人間関係における顔の重要性がわかりやすく述べられており、医療の問題を

考えるうえでも参考になる。ハイムによれば、映像ではない生身の顔をさらすことによって、私たちの間に責任感やあたたかい直接的なつながり、共同体感覚が生まれる。対面的なコミュニケーションは身体的な絆を培うものであり、この絆が長期にわたる親密な人間関係、相手に対する忠誠や義務感を維持させる。彼は端的に言う。「目という窓が信頼関係を築く」、と⁽¹⁷⁾。

5. 結びにかえて — 「医の愛」 —

医学的知識や技術が不十分であれば、患者のことを思う気持ちがいくら強くても、適切な診療を施すことはできない。逆に豊富な知識やすぐれた技術を有していても、患者への思いが稀薄であれば、やはり適切な診療は望めない。医療者に求められるのは、医学的知識や技術に対する絶えざる研鑽と、患者の健康と幸福を願う気持ちであろう。エントラルゴによれば、古代ギリシャでは、人間への愛と医療技術への愛との適正な結合のうえに成り立っている愛を「医の愛（メディカル・フィリア）」と呼び、医療者－患者関係の基礎に置いていたという⁽¹⁸⁾。「医の愛」が端的に言い表されているのはヒポクラテスの次の言葉である。

人間に対する愛があれば技術に対する愛もある。⁽¹⁹⁾

もちろんヒポクラテスの考えに即して「人間に対する愛」という言葉を理解すれば、パターナリスティックに患者のために善かれと思うことを行う、といったニュアンスが強いかもかもしれない。今日、医療者のパターナリズムはもはや否定されねばならないだろう。しかし、ヒポクラテスの先の言葉は、医療技術の発展はあくまで患者の健康と幸福を願う気持ちに基づくべきことを端的に述べており、現代においても決して色褪せていない。今日、医療技術がめざましい発展を遂げつつあるが、そういう時代だからこそ、医療者は技術

一辺倒に陥らない医療のあり方を、「医の愛」を省みながら考えていく必要があるだろう。

註

- (1) E.J.キャッセル（土居健郎ほか訳）『癒し人のわざ』新曜社、1991年、84頁。
- (2) キャッセル、前掲書、85頁参照。
- (3) D.v.エンゲルハルトほか（藤森英之訳）『医学と哲学の対話』創造出版、2005年、3頁参照。
- (4) R.R.フェイドン／T.L.ビーチャム（酒井忠昭ほか訳）『インフォームド・コンセント』みすず書房、1994年、101頁。
- (5) G.マルセル（山本信訳）『存在と所有』、世界の名著『ヤスパース マルセル』所収、中央公論社、1980年、447-448頁。
- (6) 加藤尚武『先端技術と人間』日本放送出版協会、2001年、76-77頁。
- (7) 星野一正の要約による。星野一正『インフォームド・コンセント』丸善、1997年、90頁。
- (8) 星野一正、前掲書、93頁。
- (9) 清水哲郎『医療現場に臨む哲学』勁草書房、1997年、76-77頁参照。清水哲郎／伊坂青司『生命と人生の倫理』放送大学教育振興会、2005年、165-167頁参照。
- (10) キャッセル、前掲書、92-93頁。
- (11) P.L.エントラルゴ（榎本稔訳）『医者と患者』平凡社、1983年、175頁。
- (12) Frank, A.W., *At the Will of the Body*, Houghton Mifflin, 2002, p.14.（井上哲彰訳『からだの知恵に聴く』日本教文社、1996年、19頁）。
- (13) 拙稿「インフォームドコンセント」、近藤均ほか編『生命倫理事典』所収、太陽出版、2002年、76頁。
- (14) 日本医師会会員の倫理向上に関する検討委員会『医の倫理綱領・医の倫理綱領注釈』、2000年。
- (15) 越智貢「日本的インフォームド・コン

セント」、越智貢ほか『医療情報と生命倫理』太陽出版、2005年参照。

- (16) 厚生労働省医政局長通知『「情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）について」の一部改正について』、2003年。
- (17) M.ハイム（田畑暁生訳）『仮想現実のメタフィジックス』岩波書店、1995年、152-157頁参照。
- (18) エントラルゴ、前掲書、35-36頁。
- (19) ヒポクラテス（小川政恭訳）「医師の心得」、『古い医術について 他八編』所収、岩波文庫、1963年、184頁。

付記)

本稿は2005年4月26日、奈良県立医科大学教育開発センターの主催により、同大学医学部医学科において講演した原稿の一部に大幅な加筆・修正を施したものである。

本稿はまた、科学研究費補助金（基盤研究（C）、課題番号：17520023）による研究成果の一部でもある。