

は、例えば、乳がんで肺に転移して呼吸困難感が出たり、(どのがんでも) 骨に転移して痛みが出たり、だるさが出たり、そういった体の苦痛が出る。それから、がんという病気が再発してしまったさまざまな理由で、不眠や抑うつという苦痛も出てくる。また、社会的な苦痛もある。「この手術をしてよかった」と思ったら再発してしまった。化学療法、放射線療法、そうこうしているうちに働けなくなった、収入が減った…苦しい中でいろんながん医療を受けている。そういう社会的な苦痛もある。またスピリチュアル・ペインという4つの苦痛の中でも、我々でもまだ恐らく解決できない、病気があってもなくてもある苦痛がある。生きる意味とか死に対する恐怖、死んだらどうになってしまうのか、という苦痛である。また、がんの患者さんは進行すると衰弱してきて自分のことが自分でできなくなる(排泄行為も含めて)。背骨に転移したがんで、突然、活動的な方が歩けなくなったり、時には四肢麻痺といって手も動かなくなったりする。また、痛みも取れて精神医学的に抑うつもなく、社会的にもお金も十分あり、家族のサポートがあっても、この“生きる意味”が見出せないことがある。こういう“スピリチュアル・ペイン”が全面に出てきて、自殺企図をされる方もおられる。

<がん患者のうつ病発生の危険因子> (提供資料より)

- ・ フォローのない安易な病名や病状のインフォーム
- ・ 治癒や延命を目的とした抗腫瘍治療で無効
- ・ 疾患の進行に伴う身体症状の悪化
- ・ 進行したがんの病期
- ・ 早期の再発
- ・ 痛みの存在
- ・ その他：若年、うつ病・アルコール依存の既往、神経質な性格、不十分なソーシャルサポート

<スピリチュアルペイン spiritual pain> (提供資料より)

- ・ 自己消滅への不安、人生の意味・目的の喪失など、人間の根源的な苦痛・苦悩であり、終末期に増強する。
- ・ 本邦の緩和ケア病棟の報告では、希死念慮を訴えた終末期がん患者の約40%に依存の増大に基づく苦悩が認められている。
- ・ 欧米の報告では、患者が自殺幫助や安楽死を希望した主な理由に尊厳の喪失、依存の増大、独立性の喪失があげられている。
- ・ 対応は傾聴、共感、ライフレビュー、さらに医療者以外の介入(宗教、哲学、倫理学、法律学など)が求められる。

3. PCU : Palliative Care Unit 構想と“緩和ケア・ファースト”

WHOはもともと緩和ケアというのは早くから行うべきとしている。転移・再発がんで、抗がん剤治療を始める頃というのは、多くの場合すでに苦痛を持っている。亡くなる前の医療ではなく、早くから苦痛があれば始めようというのが PCU の概念である。ICU : 集中治療室、CCU : 心臓疾患のときに入る集中病棟があるが、それと並び緩和ケア病棟 PCU と呼べないか。苦痛があるとき、例えば外来でも取れない苦痛があるとき、また一般病棟で苦痛が取れなければ、そこで集中的に苦痛を取るというセッティングにする。緩和ケア病棟には「亡くなる最後の1カ月しか入らない病棟」、「入ったらもう出られない、入ったら亡くなる病棟」、「治療しない病棟」という誤解がある。そうではなく、がんに伴う苦痛の治療・ケアをインテンシブ（集中的）に行って、取れたら退院していただく、または化学療法をまた再開する、外来通院に切り替える、必要があるときに入院していただく病棟という位置づけにするのである。

目標は、患者さんのQOLの向上、苦痛の緩和で、その方らしい、なるべくその方らしい生活に戻す、ということである。また、闘病生活が長くなると、家族の方、親しい方もみんな疲弊する。例えば抗がん剤治療を受けた日、苦痛があるときでも、家に帰れば、例えば奥様が抗がん剤を受けた日の夜は吐き続けて、その看病をしなければいけないとか、痛みが強くて夜中じゅう背中をさすって、その足で会社に行くという方も非常に多い。そのため家族の方も非常に疲れているので、我々の緩和ケア病棟の入院のプログラムにはレスパイトという家族の方の休息も入っている。つまり一、二週間、患者さんを薬剤の調整に入ってもらい、その間は家族の方は旅行したり家の改築をしたり休んでいただく。また定期的に入っていただくプログラムもある。まだ日本では少ないが、イギリスなどでは、昼間だけがんに伴う苦痛のある患者さんを拝見するデイケアや、夜は患者さんのご家族にゆっくり休んでいただくナイトケアというシステムも出てきている。日本ではまだ非常に少ない。

<予防的がん緩和ケア Protective Cancer Palliative Care> (提供資料に説明付記*)

- ・ がんが転移・再発した時から、苦痛なく、高いQOLを維持し、より長くがんと共存するための戦略
- ・ 生命予後が長い骨指向性転移の乳がん、前立腺がんに対する有用性 (*罹患率は上昇するであろうし、患者は複数の疾患を持ち高齢化する)
- ・ 薬物療法、放射線療法、Interventional Radiology : 経皮的椎体形成術、ラジオ波焼却法、腹腔-静脈シャント、動注塞栓術)、精神腫瘍学、リンパドレナージ (MLD)、アロマセラピー、鍼灸、などの集学的治療による対応
- ・ 抗がん剤治療や放射線治療の副作用対策の重要性
(がん⇔患者さん⇔抗腫瘍治療 (緩和ケア外来))

4. グリーフケア

もう1つ緩和で大事なことはグリーフ・ケアという、亡くなった遺族の方の悲嘆のケアである。遺族の何%かの方には、不眠、適応障害や抑うつがある。親しい方を亡くされた遺族の方というのは、1年以上もそういう心の苦痛を背負っている方も少なくない。早いうちから関わらないと、なかなか痛みが取れないこともある。

5. せん妄について

Q: せん妄というのはどうして起きるのか、それは患者さんにとって苦痛なものであるか？

A: せん妄の原因はいろいろある。1つは、電解質の異常。カルシウムが非常に高いとか、ナトリウムが下がるなど。また苦痛を取る薬でせん妄が起こる。例えばモルヒネや鎮痛薬、そういうものの副作用など。さらに、がん自身が出すサイトカインという物質、これが脳の中枢に作用してせん妄、抑うつ、食欲不振、不眠を起こすことが明らかになっている。インターロイキン6という物質が上がってくると、せん妄、だるさを起こしている。

実際に、せん妄がづらいのか、つらくないのか、患者さんはせん妄があるとき、大体ベースに倦怠感もおっしゃると思う。つらいかと聞いて、活動性のせん妄の高いときには、もちろん意味不明の言動は多々あるが、よく聞くとつらいんだよと言われる。やはり見ている家族の方も非常につらい。今までの父とは全然違う。あるいは母とは違う。妻や夫とは違うような意味不明の言動で、特に活動性の高い、活動性のせん妄の場合は、もう非常に人が変わったように、例えば一番かわいがっていた孫をどなったりする場合もある。それで、お孫さんがあんなに好きだったおじいちゃんが何でこんなになっちゃったんだと。それは脳転移がなくても、そういう電解質、特に頭頸部がんや肺がん、子宮がんという扁平上皮がんで、カルシウムの溶け出す高カルシウム血症というのをかなり起こしている。それが見落とされている場合がある。そのときはすぐカルシウムを下げる薬を使ってあげればそういうせん妄を抑えられる。どうしてもがんに伴う衰弱でがんが出すインターロイキン6、そういう物質によるせん妄というのはもう、さまざまな介入をしても取れないところがある。

低活動性のせん妄では、暴れたりはないが、何か独り言を、意味のわからないことを、ずうっとしゃべり続ける方もおられる。精神腫瘍科医というがんの専門の精神科医がいるので、そういう医者にも相談しながら専門の薬を処方する。

Q: せん妄のときには正常な判断能力は期待できないのか？

A: できないと思われる。いろんなアプローチがあるが、その急性期というのは抑えられない。まだらのせん妄もあり、その環境の整備を含めて、せん妄対策は薬だけでなく医療者の介入の仕方、もちろん部屋移動や部屋のセッティングも含めてさまざまなアプ

チが必要になってくる。がんの進行に伴う、特に終末期のせん妄は取れないし、治らない。そこで、事前にせん妄がないときに事前意思があればいいが、そういうことを聞いていない方の場合、せん妄の合間に話したことが、本当にその方の本音なのかどうか、迷うことは日々多々ある。そのため、せん妄は大きな課題の1つである。

6. インフォームドコンセントについて

現在摘発されているような民間療法に走る原因の一つに、がん治療医の安易なインフォームの仕方があるのではないか。「もうあなたは治りませんから、もう抗がん剤がきかないからどこかへ行ってください」とある日突然言われたりすれば、患者さんはどうしたらいいかわからない。そうしたら、たまたま本屋さんに“がんが治った”とかいう本があったり、部屋の患者さんの仲間同士でうわさになっている食品があったり、リンパ吸収があったりすると、そこへ行ってしまう。今、特に若い医者は安易なインフォームをドライにやり過ぎているように思われる。例えば打撲や切り傷、そういう怪我だったら、ケロイドが残りますと言われて、ダメージはあってもそれほどないかもしれないが、やはり治らないがん、難治がんで6カ月の余命、例えばそこで“抗がん剤をやって3カ月延命できます。やらなければこれぐらいです。どちらにしますか”と、“次のときまでに決めてきてください”と聞かれても、決められないであろう。

セカンドオピニオンもある。セカンドオピニオンをやらせない医者というのは減ったが、逆にセカンドオピニオンを受ける方、セカンドオピニオンを提供する医者もまたドライなことがある。“前と一緒にだね”とか“今のところはこんなところですよ”、“やっぱりあとはあなたが決めることですよ”という説明で、十分なセカンドオピニオンがされているかという、実際はそうでもないことがある。

最近日本でもバッドニュースをどう伝えるかということが問題になっている。“SPIKES”[資料4]という、悪いニュースを伝えるときに、十分にゆったりとした環境を設定したり、どれぐらい患者さんが自分の病気に関して認識されているか、またどれぐらい知りたいか、情報を提供する方法もどういう方法がいいか、つらさを共感したり、どういふふうには本当は思っているかを丁寧に質問する方法がある。その面接の最後には、今これがきかなくなったけれど、今後こういう方法でやりましょう、今日はそういう話は終わりにしましょうね、というようなプロトコルがある。すべてのがん治療医がこういうことを丁寧にやってくれれば、患者さんや家族の方というのは、少なくともつらい病気であっても何とか頑張れるのではないか。また、適応障害、抑うつになる患者さんも減ると思われる。

<がん性疼痛 up - to - date > (提供資料より)

- ・ がん性疼痛は食欲不振、全身倦怠感、不眠、不安、抑うつなど、心身の苦痛の原因となり、QOLを著しく低下させる ⇒ 「苦痛の悪性サイクル」
- ・ 欧米から、適正で積極的な高投与量モルヒネ投与による除痛が延命に寄与することが報告されている ⇒ 確立されたオーダーメイドがん医療
- ・ フェンタニル貼付剤と硫酸モルヒネ除法錠との比較試験では、前者が簡便で副作用が少なく患者満足度やQOLが高い
- ・ レスキュー・ドーズ、オピオイド・ローテーションのスキル

<終末期の輸液と苦痛> (提供資料に説明付記*)

- ・ 輸液をしないと脱水は強まるが、輸液による口渇の緩和効果は乏しい ⇒ 口腔ケアの重要性
- ・ せん妄は神経・筋過敏症候群を除くと輸液による改善効果はない
- ・ 輸液の減量により気道分泌、浮腫、腹水の改善が見込める(1000ml/日が境界、例:2000mlを1000mlに減量*)
- ・ 輸液の嘔気・嘔吐に対する影響は結論できないが減量で改善が得られるとの報告が多い。

資料

1. 都立病院における末期医療の在り方について. 東京都立病院倫理委員会 平成 13 年 2 月.
2. 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン. 厚生労働省厚生科学研究・「がん医療における緩和医療及び精神腫瘍学のあり方と普及に関する研究」班・苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン作成委員会・(作成 2004 年 09 月 30 日) 日本緩和医療学会理事会・(承認 2005 年 01 月 29 日)
3. 終末期患者に対する輸液治療のガイドライン-第 1 版-. 日本緩和医療学会「終末期における輸液治療に関するガイドライン作成委員会」厚生労働科学研究「第 3 次がん総合戦略研究事業 QOL 向上のための各種患者支援プログラムの開発研究」班. 日本緩和医療学会(承認 2006 年 10 月 15 日)
4. Walter F. Bailea, Robert Buckmanb, Renato Lenzia, Gary Globera, Estela A. Bealea, Andrzej P. Kudelkab. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. The Oncologist, Vol. 5, No. 4, 302-311, August 2000.

治療同意判断能力に障害のある場合の医療行為の同意手続きについて

第3回班会議講演より

熊本大学大学院 臨床行動科学分野(こころの診療科) 北村俊則

(研究班編集)

1. インフォームドコンセントについて

インフォームドコンセントの起源は *Schloendorff v. Society of New York Hospital* にさかのぼる。インフォームドコンセントの要素は3つあり、情報開示、判断能力、自発性(強制の欠如)である。コンセントには2つあり、インフォームドコンセントの原理原則は倫理原則と法的根拠があって、倫理原則は Beauchamp、Childress の4つの原則のうちの3番目の autonomy である。また法的には憲法の31条と13条に準拠するものである。

学生向けのレクチャーのポイントとしては、インフォームドコンセントの理念は“患者の治療を拒否する権利の実行手段である”ということである。ところが、多くの生命倫理や医療法の説明をする方は、患者さんに情報を提供しなさいとだけ言っておられる。本来的には治療を拒否する権利が認められるというのがインフォームドコンセントの基本理念で、患者さんが受けたいと言っている治療を受けるのは権利といえば権利であるが、今まででもやっていたことである。問題は John Stewart Mill が言ったような侵害原理に例外はないのかということであるが、Mill が言った例外が3つある。1つは自己決定を本人が放棄する場合。2番目は自己決定の際に、それに必要な情報を欠いている場合、必要な情報を得ないで判断しても、それは判断にはならないというのが Mill の基本的な考え方である。3番目、これが医療でどうしても問題になるが、John Stewart Mill は生物学的・心理学的基礎を欠いた場合には判断能力が欠如しているので、国家が国家権力でその人の自由を侵害しても構わないと述べている。

3番目が今回、話題になるべき状態であるが、こういったときに John Stewart Mill でさえ、パターナリスティックな国家による介入が正当化されるというふうに述べている。そのときにどうするかというと、判断能力の審査をし、判断能力があれば患者自身の判断を尊重する、判断能力がなければ、今度は逆に治療を受ける権利が発生するし、国家が判断能力のない人に治療を与えなければいけない *Parens patriae* 的な義務が発生するということになる。

患者さんが治療を拒否したときに、通常は判断能力が欠如していれば医療の必要がある

かどうか考え、もし判断能力が欠如しているということであれば、例外的に言えば国家権力が *Parens patriae*、国親権能でオーソリティーを医師、看護師等の医療者に与え、そこで初めてコミットメント、強制が働く。これは国家による強制であり、当然に明確な目的と合法的な合理的な方法が供給されていなければならない。つまりガラス張りの手続が要求される。目的は当然適切な医療を国民に与えるということであるし、方法は判断能力審査ということになる。

したがって、説明責任、挙証責任は国と、国から権限を委譲された医師の方にあるのであり、患者の方に「私はあのとき判断能力がありました」ということを証明する必要はないということである。こういった重大な決定をする相手だからこそ、国家は例えば指定医というような資格を医師に与える、つまり資格認定と権限委譲がカップリングされている。だからこそ、医師には応召義務がある。

2. 治療同意判断能力の概念と定義

2.1. 治療同意判断能力とは

治療同意判断能力は広く意思能力の一部であって、意思能力には物を買ったり売ったりするものとか投票する能力とか結婚する能力（これ全体が意思能力であり）、それから民事上の意思能力の1つが治療同意判断能力である。さらに、治療同意判断能力は入院について、薬物療法について、心理療法について、電気けいれん療法について、検査についての判断能力などがある。これらは内容が異なり、決して同一ではない。つまり、治療同意判断能力という血圧のようなものがあって、あるレベル以上であれば判断能力があり、したがって、入院も薬物も心理療法も電気けいれん療法も検査も、みんなオーケーですというわけにはいかないということになる。

したがって、同一人物において何か怖がっている患者がいる場合、追跡妄想、会話性幻聴などがあって、そのことで統合失調症という診断がつき、ご本人は治療同意判断能力がないときには強制医療が行われるが、全く同じ人が急性の下腹部の激痛などがあり、先ほどのように急性虫垂炎という診断がついたときに判断能力を評価すれば、この人には急性虫垂炎の外科療法をすることに関する判断能力があり、本人の同意をもって治療ができるということになる。

2.2. 治療同意の代行判断者

また、代行判断者の問題があるが、判断能力がない場合には当然代行判断者がつき、患者に判断能力があったとすれば、するであろう判断を代行するということと、あとは患者のベスト・インタレストに合った判断をするということのみできるということになる。精神保健法では保護者が代行判断者になっている。医療法では（指定されて）いない。法定された代行判断者はいない。これが身体疾患に対する身体的な医療において大きくもめる

要素である。むしろ、精神疾患で精神科医療的な治療をするときには、唯一保護者お一人であるので、その人の判断さえいただければ、ほかの家族が大反対しようと私どもは聞く必要がないという制度になっているのである。

判断能力が問題になりやすい領域というのが幾つかある。小児科、老人内科、産科、精神科、非可逆性の治療、生体肝移植などで問題になりやすい。産科は母体保護法で15歳になれば本人の同意で墮胎、中絶手術ができるが、では、14歳6カ月の人が来て、お父さん、お母さんには言わないでくださいと言われたときにどうしますかというのが、産科医へのクエスチョンということになる。

2.3. 治療同意判断能力の信頼性

治療同意判断能力の概念と定義は、いろんな意見が出ていて統一されていない。臨床医の行う判断能力評価はお互いに一致するのか、つまり信頼性の問題があり、これは2000年に我々（北村ら）が発表したデータであるが、日本の精神神経学会の会員にアンケート調査を行い、事例を5つ出し、その事例が判断能力があるかどうかを問うたところ、一致率がICCの値で0.31という非常に低いものであった。通常、研究であれば0.80以上、臨床でも0.60以上、普通は要求されるものであるが、0.30という一致率はとても使い物にならないということが判明した。さらに、精神科の臨床医の持つ判断能力のイメージが一般国民の持つイメージと一致していればよいが、一致しなかったときには問題となる。

<臨床医の行う判断能力評価はお互いに一致するのか：信頼性>（提示資料）

- ・ 対象：日本精神神経学会会員793名に参加を依頼、248名(31%)が承諾。送った調査票を182名が返送
- ・ 方法：ETCを予定している患者5名の判断能力評価審査用面接のスク립トを提示
- ・ 指標：判断能力があると思うか否かを回答させた
- ・ 結果：評価者間一致度（信頼性）を interclass correlation coefficient 係数で求めた $ICC = .31$

前述の事例を、MHPsというのはMental Health Professionalsで、これは日本精神神経学会の会員、それから次が日弁連、日本弁護士連合会の会員、その次に某大学の医学部生、次に某大学の法学部生に聞いてみたところ、5つの事例のうち、これは判断能力がないと判断した数が他の3群に比べて、精神神経学会の会員が断トツに高いという値が出た。つまり、一般の人々が、弁護士であれ医学部の学生であれ法学部の学生であれ、判断能力ありとするような事例を、精神科医に限って判断無能力とすることがある、ということがわかった。

これでは問題であるので、治療同意判断能力を評価する必要がある。治療同意判断能力の評価のポイントは、一言で言うと認知の能力、コミュニティパワーの低い方からだん

だん上に上がってきていることである。同意・不同意の選択の明示というのは非常に低い認知力でできることである。実際的理解は少し高めになる。情報処理の合理性がさらに上になるということになるので、同意・不同意の選択の明示ができない人は、それ以上のことは要求できない。ただ、同意・不同意の選択の明示をしたところで、実際的理解がないかもしれない。そうすると、そこを測定しなければいけないということになる。

測定できるのかというと、去年のAJPに出た論文では、たしか十幾つぐらい発表されているようである。ポイントは、発表者、尺度、次に調査状況があるが、これは例えばうつ病だけに限るとか、電気けいれん療法だけに限るとかということ、一般的には使えなくなる。そして、前述の同意・不同意の明示や実際的理解など、できればすべての項目について評価できるものが必要ということになる。

一応全部そろっているのは、1つはグリッソンのMacCAT-Tがある。もう一つは北村らが93年に発表したSICIATRI、医療行為一般ですべての項目について判断するというものを作成した。私共の尺度は、前述のいろいろな要素について、一つ一つ「あり」か「なし」かで聞いていくものである。そもそも告知の存在については、医者が言っていなければしょうがないので、「聞いていますね」ということは確認する。ただ、これは患者さんが本当に聞いていないという場合もあるので、患者さんにたずねる。あとは大体ほかの生命倫理、臨床倫理に書いてあるものと同じであるが、1つだけ実は精神科医療で特徴的なことがある。それは回復願望である。患者さんが自分はこういう病気だとわかっている、治療はどういう治療かわかっている。治療のメリットはわかっている。副作用もわかっている。普通考えれば、どちらがいいと思うか、治療を受けた方がいいと思う。では、最後に、“あなたは治療を受けますか？”とたずねる。“嫌です”と言ったときに、“ではどうしてですか？”と聞くと、“治りたくないからです”という方がおられる。そうすると、精神科医療のかなりの部分は回復願望を同意能力に入れないと、患者さんは“わかっているから治療しません”というとなんもできなくなってしまうので、いたし方ない、回復願望を入れている。

* 治療同意判断能力とは？（資料より）

- ・ 同意不同意の選択の明示
- ・ 実際的理解
 - ・ 個別の治療法の利益・危険の理解
 - ・ 情報処理の合理性
- ・ 幻覚・妄想などに左右されない
 - ・ 状況の特性の把握
- ・ 自己決定の将来にわたる影響の理解
- ・ ? 選択結果の合理性

2.4. 治療同意判断能力に影響するもの

患者の治療同意判断能力というけれども、しかし、それは決して例えば小学生の跳躍力とか中学生の英語のリスニング・コンプリヘンションとか、あるいは入院した患者さんの知能水準をWAISではかるとかというものとは違う部分がある、ということである。それは事前に医師が与えた医療医学情報量が多ければ多いほど、前述のテストをすれば能力が高いと出てくるし、与えている情報が少なければ、同意判断能力が低いとされてしまい、これは不公平であろうと思われる。

不公平であるならば、医師がどのぐらいの情報を開示したのかを明らかにしてもらいたいということで、説明した担当医に治療同意判断能力評価の項目と全く同じの医師版をつくり、医者になんかふうに説明したのかも書かせる。例えば副作用を3つ説明したというのであれば、その3つを患者さんが言えれば、この人は判断能力がありとするけれども、10も説明したけれども、3つしか思い出せなかったといったら問題あるかな、というような判断をしよう。つまり、こちらの情報を分母にし、患者さんの反応を分子にして、判断能力評価をしようというのが私どもの基本的な考え方であった。

そして、私たちの調査票のお手本になった Martin と Bean の 92 年の論文から、論理的に判断能力の段階評価をゼロから4まで行い、これを使って調査を実施した。内科の患者さん、自由入院の精神科の精神疾患の患者さん、任意入院の精神科の患者さん、医療保護入院の精神科の患者さんについてである。

1つは評定者間信頼度を求め、もう1つは、前述の段階評価をして（ゼロから0、1、2、3、4、5まで）、我々の評価とは独立して担当医、主治医がそれぞれの患者さんについて判断能力があるかないかを概括評価で2群に分けてもらった。その結果、こちらと一致するかどうかをよく見たが、sensitivity と specificity、どこで切るかは問題だが、そこそこいいかなというところまでは得ることができた。

それで、次に問題になったのは Competency といっても、先ほど言ったようにいろいろ項目があるため、因子構造上、1因子ではなく複数の因子から構成されていないかということである。因子分析を行ったところ、3因子あった。つまり、同意・不同意の選択の明示、病識、病的決定要因の欠如（例えば妄想がないとか）である。それから無治療の危険に関する理解、これは恐らく病識と選択の明示だろうと思われる。判断の他者への委譲がない（私は決められないからお兄さんに決めてもらいたいとかというのが他者への委譲である）、それから同意権限を理解している、回復願望があること。最後の4つは、予測できる危険に関する理解、無治療の利益、代替手段、期待できる利益などであるので、治療内容の理解だと考えられる。恐らく因子分析をすれば、これまでの議論で Competency の幾つかのエレメントといったものは、因子構造は3つに分かれるのだろうと考えられた。

治療同意判断能力がもしこういった複数の因子構造から成立されているのであれば、臨床家に対するメッセージは、“判断能力評価に関してはすべての軸を評価しなければいけないだろう”ということである。法学者に対しては、これまでの“判断能力=自己決定権、

判断無能力＝代行判断者による保護という法学理論あるいは生命倫理理論は、もう書き直さなければならない”ということである。つまり判断能力というのは一次元のものではないからである。立法者・行政者には、強制入院・強制治療と自己決定権に関する法律の改定がどうしても必要だということ、メッセージとして論文には記述してある。

2.5. 同意能力の判断方法と手順

前述のように、入院も薬物も心理療法も電気けいれん療法も検査も個別のことであるので、それぞれに能力を評価しなければいけないということになってしまい、煩雑で仕方がない。さらに、民法の原則は明らかな証拠のない限り、成人には判断能力があると推定するというふうに言っている。そうすると精神障害者に限ってのみ、判断能力があるかないかを評価することは、法律の上での公平原則に平等原則に反することになる。そうすると、さっき言った判断能力の審査をし、判断能力があったらこうする、なかったらこうするというのは、恐らく適切なフロー図ではないのだろうと、もっと別なフロー図を書かなければいけないということになる。

さらに、実務的なことを言うと、まさか全患者に毎日判断能力審査を行うということは不可能である。それから一定の条件に合った患者に対して判断能力審査を行う、例えば精神障害者ということになると、判断能力の低減があると疑われる者がその条件で、これは疾患名による差別ということになってしまう。つまり、Justice の方の問題になる。

では、どうするか。一つの方法は、診断名によらず、医師が最もよいと思う医療行為を提示し、患者がイエスと言ったら、はい、ではあなたの意見を尊重しますということにする。患者がノーと言ったら、患者さんは本当に判断能力があるのかと疑って、そこで判断能力の評価を実施するという考え方もある。それを言っている研究者もいるが、そうすると判断無能力でただ単に assent を与えた者の法的保護が全く欠如することになり、これでは問題であろうと思われる。

発想の転換をすれば、1 つには、治療同意判断能力という psychological faculty は存在しないということである。治療同意判断能力は与えられた情報に左右される。それから、治療同意判断能力は患者本人の決めたいという意欲に左右されてしまう。

結論は、患者の判断能力を審査するテストではなく、医者がどれほど十分正しく、わかりやすく情報を開示したのかを審査する方法に変えるべきだということである。確かにトマス・グリッソのつくった MacCAT-T や、我々のつくった SICIATRI、似たような情報になっているが、私の現在の提案、精神科医療でも、それから医療全般でもそうだが、次のように考えている。

医師が例えば電気けいれん療法をご提案するとか、入院した方がいいですよという治療を提案するといったときに、それが非常に重要なことであれば、まず、情報開示審査をする。それで、MacCAT-T を使うなり SICIATRI を使う。誰がそれをやるか？患者さんになるほど能力があれば、それは患者さんが医師の提示した内容を理解しているはずだ。したがっ

て説明は適切である。したがって患者の決定を優先する。しかし、この情報開示審査で患者さんがわかっていないというときに、それは患者さんが無能力だったのか、医師の説明が不適切だったのかで、不適切だったという結果をポイントにする。一度、あの先生は K さんという患者さんに説明したそうだが、K さんは例えば治療の効果はわかっていたけれども、合併症とか副作用はほとんどわかっていない、何を教えたんですかと言ってバックする。そうすると担当医は、K さんという患者さんにもう一回同じことを説明する。もう一回テストをする。そのときに患者さんの理解が十分であればそちらへ行く。不適切であればもう一回やる。これを繰り返す。何回繰り返すかは医療の緊急度によって違うというふうに言っている。

何遍も繰り返して、何遍が何回かというのはわからないが、何遍も繰り返して、なおかつ患者さんの反応が悪かったときには、そこでは医療担当医の説明が不十分だったというのではなくて、民法で言う本人の判断能力が欠けていることを示す 1 つの証拠になるであろう。そのときに初めて判断能力審査を行うということになる。同時に、判断能力審査を行うときには強制治療をするような場合とか（強制治療をするときにはその場で決めなければならない）、重大な医療行為、後には引けないような医療行為をするときには判断能力審査をすべきで、判断能力審査をするときには、今度はきちんとした評価法で、第三者が来て判断能力審査をし、その結果、患者の判断能力がある場合には患者の決定を優先し、患者の判断能力がないと判定されたときには、後は同じである。代行判断者を決めて、代行判断者の判断で医療を強制するというふうにするべきである。

2 段階にすべきであろう。つまり、日々行っていくようなときは簡単に行えばよい。医師が説明して、その後で看護師さんが患者さんと呼んで、「患者さん、さっきの話はわかりましたか」と聞くのは第三者的なことではない。そのときに患者さんがわかっていなければ、この人は判断能力がないと決めるのではなくて、すぐドクターに「きのうの説明はわかっていなかったみたいです。ここところがわかっていないみたいだから、もう一回説明してください」と言って担当医に頼む。担当医はそれを繰り返す。ところが重大な手術をするとか、電気けいれん療法をするとか、一たんやったら、もうもとに戻らないようなことをするときには、第三者を呼んできて、患者の判断能力評価をきちんと行う。そこで、判断能力がなければ代行判断者をつけるという具合である。

これまでの議論というのは権利に依拠したアプローチがほとんどであった。つまり、自己決定権は権利だというふうに出てきた。ところが、欧米ですら、特にアメリカですら、インフォームドコンセントとか患者の自己決定というのは、医療者と患者の関係性の中で起きるものだというを言い出している人がいる。Olsen がそうである。

精神保健福祉法には 2 種類の強制入院制度があり、措置入院と医療保護入院がある。特に本題で問題になるのは医療保護入院で、精神障害の診断もあり、医療及び保護のための入院が必要だが、患者さんに任意入院をするだけの判断能力がないときに、これを行うと

いうことになっている。

医療の中で、特に精神科医療の中でもめるのは、先ほど来見ている判断能力というのは“あり”か“なし”かではなくて、“十分あるか100%ないか”で、その間にかなり広いグレーゾーンがある。ところが、実際の医療で要求されるのは、この人の意思を無視して強制入院させるかさせないか、この人の意思を無視して注射を打つか打たないかという、ありかなしか、プラスかマイナスかの判断が迫られている。そのプラスかマイナスかの判断を迫られているにもかかわらず、根拠になる治療同意判断能力が体温とか血圧とか脈拍をはかるのと同じように連続量だというのが問題で、一体どこで切るのかは統計が教えられるものではない。

3. 判断能力のない患者の尊厳

これまでの生命倫理理論というのは、治療同意判断能力がある方の自己決定権は尊重しなさいとは言ってきたが、では、治療同意判断能力のない患者様の尊厳はどう尊重するのか、その議論がほとんどない。

しかし、憲法13条を見るとすべて国民は個人として尊重される。プライバシー権、そして、そこに含まれる医療における自己決定権の源泉は、憲法学上は13条と言われる。13条の文章は「すべて国民は」と書いてあって、「治療同意判断能力とか判断能力のある国民は」とは書いていない。そうすると生きている国民は、0歳児であろうと百何歳のお年寄りであろうと、すべて国民に入るわけなので、そうすると判断能力のない人もここに入る。判断能力のない人が国民として尊重されるときに、医療の中でどのような法的なあるいは手続的な担保が必要なのかについては、法的に言うとLRA: less (least) restrictive alternativeの原理だろうと思われる。

<LRAの臨床における原理> (資料より)

同一の効果を得られるのであれば

閉鎖病棟より開放病棟に

強制入院の開放処遇

隔離室より一般病室に

身体拘束より非拘束に

向精神薬による過鎮静より非鎮静に

「命令」より「説得」に

また医療者にとって重要であるのは、患者が提供された医療の一部を拒否し、他の部分については同意したらどうするのかという問題がある。原則については前述どおりであるが、患者の選択の範囲でベストを尽くそうということである。

<ICの法理を臨床に翻訳すると> (資料より)

時間をかけて説明しよう

分かりやすく病名を伝えよう

患者が理解したことを確認しよう

患者に結論を出すまでの時間の余裕を与えよう

医師の考えと異なる結論を出した患者の理由を聞こう

患者の選択の範囲でベストを尽くそう

関連業績・文献

1. Kitamura, T., Kitamura, F., Higuchi, H., Tomoda, A., Kijima, N., Kato, M., Mimura, M., Matsubara, K., Hayakawa, T., Koishikawa, H. and Tsukada, K.: Structured Interview for Competency and Incompetency Assessment Testing and Ranking Inventory (SICIATRI): Inter-rater agreement, factor structure, and ethics of informed consent. The 4th International Conference on Philosophy and Psychiatry: Madness, Science and Society, 29 August, 2000, Florence, Italy.
2. Kitamura, T.: Midwives' psychological group and individual support sessions as prevention of postnatal depression: A randomised trial in Japan. Symposium 1 "Postnatal depression: Epidemiological, medical and sociocultural dimensions. The International Congress of the International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 13 May, 2007, Kyoto, Japan.

第 4 章

第4章

医療行為における患者の判断能力について

国立保健医療科学院 児玉知子 林謙治

1. 患者の判断能力について — 科学的判断

患者の判断能力については、患者の同意能力評価が必要とされ、Appelbaum 教授らは法的にも関連する基準として4つの項目を挙げている。①患者は自分の好む治療の選択肢を明確にしているか、②医師とのコミュニケーションによって得られた情報を基本的に理解しているか、③医学的な状態と治療の意味について認識しているか、④関連する情報を論理的なプロセスで扱うことができるか、である。特に MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment (MacCAT-T) は患者の治療同意判断能力を評価するツールで、構造化面接とそれに付帯する採点法となっている[1-3]。

2. 判断能力に障害がある者に対する国内の法制度

2.1. 成年後見制度

国内では一般に判断能力が無い人について、成年後見制度が整備されている[4]。成年後見制度は認知症の高齢者、知的障害者、精神障害者等精神上の障害により判断能力が不十分なものを対象としている。身体機能に障害があるため、一人では十分に財産上の行為を行うことができなくても、判断能力が十分にある者は対象者から除かれる。

成年後見制度には法定後見と任意後見がある。任意後見では判断能力が衰える前から、法定後見は後見、保佐、補助の3つの類型があり、精神上の障害により本人の判断能力が不十分である場合に、家庭裁判所が法律の定めに従って、本人を援助する者（成年後見人等）を選任し、この者に本人を代理するなどの権限を与えることにより本人を保護するものである。対象者はそれぞれ、後見「精神上の障害により事理を弁識する能力を欠く常況にある者（民法7条）」、保佐「精神上の障害により事理を弁識する能力が著しく不十分である者（民法11条）」、補助「精神上の障害により事理を弁識する能力が不十分である者（民法15条1項）」である。

旧制度（平成12年の制度改正前）のうち禁治産（心神喪失の常況にある者：自己の財産を管理・処分することができない程度に判断能力が欠けている者）が現行制度の後見に、

準禁治産（心神耗弱者：自己の財産を管理、処分するには常に援助が必要である程度の判断能力しか有しない者）が現行制度の保佐に相当する。補助は、現行制度で新規に設けられた類型で、判断能力が不十分ではあるが、その状態が後見や保佐の対象となる程度には至っていない者を対象としている。

2.2. 裁判所による監督

後見、保佐又は補助が開始された場合、家庭裁判所は、後見人、補佐人又は補助人に対し、その事務について報告を求めたり、本人の財産の状況を調査することができる。ほかにも、事務について必要な処分を命じることや、後見監督人等を選任して監督に当たらせることができる。また、後見人等が不正行為をするなど、その任務に適しない事由があるときは、家庭裁判所は後見人等を解任することができる。

任意後見では、家庭裁判所は、家庭裁判所が選任した任意後見監督人を通じて任意後見人の事務を監督することになるが、後見等の場合と同様に、任意後見人にその任務に適しない事由がある場合は解任することができる。

2.3. 後見制度における判断能力の評価

この鑑定にあたって評価される事項は、精神の状態として8項目の評価例がある。

①意識・疎通性、②記憶力、③見当識、④計算力、⑤理解力・判断力、⑥現在の性格の特徴、⑦その他（気分、感情状態、幻覚・妄想、異常な行動等）、⑧知能検査、心理学的検査、である。⑧については、a) WAIS-R テスト（言語性 IQ、動作性 IQ、総合的 IQ）、b) 田中ビネー式知能検査、c) 長谷川式簡易知能評価スケール改訂版（HDS-R）、d) 柄澤式「老人知能の判定基準」、e) ミニ・メンタル・ステート検査(MMS)等の検査のうち、症状に応じて適切なものを実施するとなっている。

しかし、これらの判断能力については、財産管理が主の目的であり、自分自身の医療行為についての判断項目は含まれていない。また鑑定にあたっては、本人の精神の状況について医師その他適当な者に鑑定をさせなければならないとされているが、明らかに鑑定の必要が無いと認めるときはこの限りではなく、補助及び任意後見については、鑑定を要さず、医師の診断書で足りる。

3. 国内の判断能力障害がある者に対する医療行為の意思決定について

3.1. 成年後見関係事件の概況報告

成年後見制度がスタートしたのは平成12年4月である。当初の申し立て件数は一年間で9,007件であり、本人が65歳以上のものは、男性で約43%、女性で約73%を占めている。このうち、本人の生活状況については、病院に入院しているものが最も多く44%、老人ホ

ームなどの施設に入所しているものは約 17%、家族と同居している者は約 27%、一人暮らし 6.4%となっている[5]。最も新しいデータでは、一年間の申し立て件数は 32,629 件と前年比約 55%増、平成 12 年の 3.6 倍である。その内訳は、後見開始 29,380 件（前年比 64%増）、保佐開始 2,030 件（前年比 3%増）、補助開始 859 件（前年比 9%減）、任意後見監督人選任 360 件（前年比 24%増）となっている[6]。この中で、申し立ての動機は財産管理処分が 70%と最多であるものの、介護保険契約 3,401 件(10.3%)、身上保護 10,057 件(30.4%)となっている。また本人が 65 歳以上のものは男性では全体の 34%、女性では 55%を占めている。これらのデータから、成年後見制度の一般周知がなされた影響がある一方で、後見を必要とする者の増加（顕在化）、即ち医療においても意思決定能力に障害があるものが増加（顕在化）していることが類推される。

3.2. 弁護士へのインタビュー調査による事例

そこで、実際の弁護士らにインタビュー調査を実施し、現状で医療行為の判断について、どのような問題点があるかについて考察した。

3.2.1. 医療同意が問題となった事例（6 例）

- ① 80 代女性：成年後見人が選任。認知症（ウェルニッケ脳症）による判断能力喪失。有料老人ホーム入所。親族無し。肝臓がん末期（手術不能）で治療選択肢がほとんど無く、苦痛緩和が優先。
本人は病期の理解もインフォームドコンセントも不可能。
- ② 90 代女性：保佐人が選任。認知症（アルツハイマー病）で療養型老人病院入院。大腿骨骨折で手術が必要。親族は妹が同病院入院。本人自身のインフォームドコンセントは不可能。主治医は手術が最善の治療と説明。
- ③ 70 代女性：成年後見人が選任。認知症（アルツハイマー病）による判断能力喪失。脳梗塞による失語。夫は死亡。子供なし。妹のみ。誤嚥性肺炎で緊急入院。主治医から人工呼吸器取り付けの承諾を求められるが、妹は抵抗感があり。治療の一貫という説明で納得し人工呼吸器装着。治療は甲を奏して退院。
- ④ 80 代女性：成年後見人が選任。重度の認知症（アルツハイマー病）で会話は成立せず。夫は死亡。胆石症にて胆管炎、胆汁の逆流。誤嚥性肺炎。胆石除去術について、弟の同意で手術。
- ⑤ 80 代男性：財産管理契約・任意後見契約を締結（現在は財産管理人の状態）。財産管理契約・任意後見契約の代理権には医療同意はない。脳出血で入院。意識障害・嚥下困難あり。元々、夫婦で有料老人ホーム入所。胃瘻手術が必要である。妻は判断能力あり。
- ⑥ 80 代女性：任意後見契約・財産管理契約締結。（現在は財産管理人の状態）。誤嚥性肺炎、老衰で入院。元々有料老人ホーム入所。夫は死亡。子供無し。

夫の弟が唯一の親族。医師から終末期医療をどこまでするか問われる。答える親族の範囲は問題にされない。答えがない間に発作があれば、人工呼吸器を付けるとのこと。義弟と成年後見人が相談して回答。

3.2.2. 医療同意の内容

大別すると、「①手術への同意」「②終末期医療の判断」に分かれる。①については、手術の侵襲度、標準的治療の確立の有無、患者のQOL等を考慮して、家族や後見人が判断することは可能である。今回の事例では、①末期がんの治療（緩和ケアへの同意）②大腿骨骨頭置換術の決定、③誤嚥性肺炎に伴う呼吸機能低下に対し、一時的な人工呼吸器装着、④胆石除去術、⑤胃瘻造設術、等である。しかし、④については、本人の生前の意思が大切であり、書面等にて本人の意思が残されていれば、成年後見人の判断は必ずしも必要でない。③については、恒久的な人工呼吸器装着の可能性もゼロではないため、⑥と同様に事前に検討されていることが望ましい。

昨今の医療倫理で検討課題に挙げられているのは、比較的簡便に行われている⑤胃瘻造設術の是非、である。認知症患者で、脳血管障害後遺症もしくは老衰による人工栄養補給が必要である患者に対し、生前に本人が人工的栄養補給を望まない発言をしていた場合、また家族が本人への侵襲行為を望まない場合の医療判断は難しい。医療は、全ての患者に標準的な医療を提供できるよう（当該病院にて限界があれば、他の医療機関に紹介するなど）対処が必要である。

3.2.3. 医療同意の決定者

上記の事例について、実際に同意書に署名をしたのは、①成年後見人、②保佐人（妹と相談）、③妹（成年後見人と相談）、④実弟（成年後見人と相談）、⑤妻（財産管理人は、身体の不自由な妻と立会いを行った）、⑥財産管理人（義弟と相談・生前の意思を推定）であった。これに際し、医療側では「成年後見人・保佐人・財産管理人・任意後見人」が権限を有するか、その権限に差異があるかについては認識がほとんどない様子であったとされる。親族についても、夫婦・親子・実・義理の兄弟姉妹の区別はされていない。このような医療側での対応についても、標準的治療のある疾患や病状、また予防注射や軽症感染症についての対応の場合は成年後見人でも対応しうると考えられるが、終末期医療の判断に際するような決断について対応しうるかどうか、疑問が残る。

3.2.4. 医療同意の手続き

1) 医療同意にあまり困難が伴わないと思われるケース

- ①比較的軽易な病期で、通常医師が正式な医療同意を求めない治療。
- ②標準的な治療方法が確立している。
- ③医的侵襲がほとんどない。

④予め、本人自身が希望する治療方法を明示していて、それが妥当と思われる（持病があり、過去に度々値樓を受けている）。

2) 医療同意の手続きを厳格に行う必要があると思われるケース

①治療にいくつかの選択肢がある場合。

内科的治療、外科手術、放射線治療などの選択肢がある。

手術の方式（開腹手術・内視鏡手術）。

②医的侵襲が大きい。

③生命の危険が伴う確立が高い。

④終末期医療。

3) その他

①親族で意見が分かれている。

②最高と思われる治療は、治療費が高額で負担できない。

③その病院の治療技能に疑問がある場合。

医療同意の手続きを厳格に行う必要があると思われるケースは、現場の医療従事者においては感覚的に捕らえられていることが多く、大筋で間違いは無いとしても知識として知っておく必要がある。昨今の医療訴訟の増加する現場では、このような情報や知識の必要性を感じている医療従事者は多いと考えられる。

3.2.5. 成年後見人が選任されている場合の同意権者

1) 成年後見人に優先して医療同意できる親族とその優先順位

例：高齢の妻は、後見人には選任されなくても、夫の医療についての同意能力がある場合は少なくない。

例：子どもの間で財産管理について対立があつて、専門家の後見人が選任される場合もある。

2) 同意できる親族の範囲

成年後見人が選任されている場合は、選任されていない場合より、親族の範囲は狭くてもよいのではないか。専門家の成年後見人が選任されているということは、親族の中に後見人として適切な人がいないということである。現在のような、「親族ならだれでもよい」という状況は妥当ではない。本人と利害が対立していたり、何十年も音信不通の親族に同意権を与えてよいとは考えられない。

3) 親族がいない場合（*）

成年後見人の同意権が問題となる。

3.2.6. 成年後見人に医療同意が求められる場合

1) 親族がいない