

### ③国

前述したとおり、近年、患者の権利運動の新たな担い手として立法府を司る国会議員が参加してきた。また前政権の話ではあるが、麻生前首相が設置した「安心社会実現会議」は、2009年6月に最終報告書をまとめ、その中で「国民の命と基本的人権（患者の自己決定権・最善の医療を受ける権利）を実現するため、2年を目途にそのことを明確に規定する基本法の制定を推進しなければならない」との提言をした。この提言は、患者の権利の法制化に向けた大きな一歩となると目されたが、その後の自民党から民主党への政権交代により、本提言の行く末も宙に浮いた状態となっている。

民主党のマニフェストには、「患者の権利基本法」ないし「医療基本法」の制定について明記されておらず、今後新政権が本提言をどのような形で継承していくのかは不透明である。しかし前述の通り、民主党はこれまで数回に渡り、患者の権利に関する法案を国会に提出しており、また党内には患者の権利の法制化に前向きな姿勢を示す議員も多数存在することから<sup>8</sup>、今回の政権交代が患者の権利の法制化に必ずしも逆風となるとは限らないであろう<sup>9</sup>。

<sup>8</sup> 2009年10月の「患者の権利宣言案25周年記念シンポジウム」の開催に際し、民主党の20議員から患者の権利法、医療基本法の制定に賛同するメッセージが寄せられた。また、一議員の発言ではあるが、2009年5月開催の「患者の声を医療政策に反映させるあり方協議会」第4回勉強会において、民主党の鈴木寛参議院議員（現・文部科学副大臣）が「民主党の中ではすでに患者の権利法というコンセンサスができています」との発言をしている。

<sup>9</sup> 自民党のマニフェストにも患者の権利法、あるいは

### E. 結論

現在の「医療崩壊」と呼ばれる状況は、もはや個別的な医師・患者関係の問題ではなく、我が国の医療政策上の問題である。単に医療従事者に義務を課すだけでは、患者の人間性・主体性が尊重される医療は実現できない。

この四半世紀ほどの患者の権利運動の結果、我が国にインフォームド・コンセントや自己決定権といった概念は、広く社会に普及した。医療者側にも「患者の権利を尊重する」という意識が広く浸透した。しかし、今の我が国の医療環境は、医療者が患者の権利を尊重したくても、それができないという皮肉な状況にある。いかに医療供給体制を整備し、医療保障を充実させるかが、現在我が国の医療が直面している喫緊の課題であり、その課題に取り組む出発点として「医療基本法」を制定することは、それなりに意味のあることであると考えられる。もちろん、医療基本法の制定によって、医療崩壊の問題が即座に解決するとは思えない。しかし、医療崩壊の問題を根本的に解決するためには、複雑化した患者、医療従事者、国および自治体の関係を今一度整理し、それぞれの権利と責務を基本法という形で明確にした上で、医療従事者の養成制度、医療被害者の救済制度、医療事故の再発防止制度、診療報酬制度等、必要な施策を講ずる必要があるだろう。もはや場当たり的な対策では、日本の医療は再生で

医療基本法の制定は明記されておらず、また前掲の勉強会において、自民党の加藤勝信衆議院からは「残念ながら自民党の中で医療基本法そのものの議論はまだない」との発言があることから、自民党政権下においても、安心社会実現会議の提言が実現される可能性は低かったと推測される。

きない。

特になし

我が国の患者の権利運動は、今まさに山場を迎えようとしている。今後もそれぞれの主体における患者の権利法、あるいは医療基本法の制定に向けた動きに注目しながら、我が国の患者の権利擁護の在り方について考えていきたい。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

G. 研究発表

2. 実用新案登録

1. 論文発表

特になし

特になし

3. その他

2. 学会発表

特になし

## 分担研究報告

### 治療の意思決定過程において医師と患者は何をするのか —ソムリエのモデルと共同探検者のモデル—

研究分担者 佐藤 恵子

京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻  
遺伝カウンセラー・コーディネータユニット 科学技術新興准教授

#### 研究要旨

患者が治療を受けるかどうかを決める際、医師は、診断や、治療の選択肢、それらを受けた場合にどうなるのかなどを説明した上で、患者の意見を取り入れながら意見を調整し、患者に同意してもらわなくてはならない。

しかし、医師と患者が治療法を決める実際の場面において、医師は患者とどのような関係性を築き、どのような話をし、合意に至っているかという実践についてはそれぞれの医師のやり方に依存しているため、さまざまなありようが存在している。これまで提案されている医師—患者関係のモデルの多くは、「患者は希望や価値観を有しており、治療法を合理的に評価し、最善の選択をすることができる」という前提に立ち、患者の自己決定権に重点を置いている。しかし、Schneiderは、患者の自律性の尊重に大きな重点を置き、患者に治療法を決めてもらうというやり方そのものが必ずしも患者の利益になるわけではないことに着目し、医師が専門性と親切心をもって、多くの患者の福利に資すると思われる治療を提案する「消費者の福利モデル」を提唱している。

本研究では、「消費者の福利モデル」を発展させ、医師が、「患者がどのような生活をしたいか」を聴き、苦しみや気がかりといった心情もくみ取った上で、知識や経験をもとに分析し、患者に最善と思われる方法を提案して協議し、患者が納得できればそれを受け入れる、という「ソムリエのモデル」ならびに、患者がゴール自体を有していない場合における医師—患者のありようを想定した「共同探検者のモデル」を提案し、検討した。

#### A. 研究目的

患者が治療を受けるかどうかを決めるためには、治療の目的・内容、リスク・ベネフィットなどの情報を知り、理解する必要がある。このため、医師は、診断や、治療の選択肢、それらを受けた場合にどうなるのか、などについて患者に理解できるように説明した上で、患者の意見を取り入れながら意見を調整し、患者に同意してもら

わなくてはならない。これがインフォームド・コンセントである。

「インフォームド・コンセント」は、患者は、自らの価値観に基づき、目標を達成するために決定を行う権利（自己決定権）を持つという原則に基づいており、理念の中心は、「情報を共有し、意思決定も共有する」という部分にある。したがって、治療法の決定過程においては、医師と患者が

相互に尊重し合い、医師は知識と経験を駆使して必要な情報を伝え、患者は自らの考えや希望を伝え、お互いの意見を調整しながら、患者が最善の治療を選択できるようにすることが重要である<sup>1-4)</sup>。

しかし、医師と患者が治療法を決める実際の場面において、どのような情報をどのように説明しているのか、患者の考えや希望を引き出した上で話し合ったりしているのか、といった実践についてはそれぞれの医師のやり方に依存しているため、さまざまなありようが存在しているものと思われる。

本研究では、まず、治療法の決定過程における医師—患者関係のいくつかのモデルを参照しつつ、患者が納得できる決定が得られるためには医師や患者がそれぞれ何をすべきなのかを検討し、最善のモデルを模索する。

## B. 研究方法

日本や諸外国において公表されている論文等を参照しながら考察した。

(倫理面への配慮)

すでに公表されている文献を用いるため、とくに倫理的な配慮の必要性はないものと思われる。

## C. 研究結果および考察

### 1. 治療法の決定における医師—患者関係のモデル

治療を受けるかどうか、どの治療を受けるかを決定する権利が患者にある理由は、治療を受けて痛かったり苦しかったり、病気が治ったりするのは患者本人だからで

ある。医療行為のリスクや結果を引き受けるのは患者であり、患者以外の人が決めたのでは納得がいかないからである。しかし、患者は医療の専門家ではないし、がんの手術のような大きな侵襲をとまなう治療は、ほとんどの人にとって初めての体験であり、治療を受けたときに自分の身体や生活はどうなるのかを予想することは難しい。また、治療を受けなかったときや、他の治療を受けたときと何がどれくらい違うのかなど、想像もつかないことが多い。予想や想像ができないことについて、評価したり選択したりすることは、非常に難しく、専門家の手助けが必要である。したがって、医師は、治療についてわかりやすく説明したり、患者の質問を促したりするなど、話し合いを主導しなくてはならない。意思決定の過程における医師と患者のありようについては、多くの研究者がモデルを提案しており、ここではまず、3つのモデルを概観し、医師や患者がそれぞれ何をしたらよいのかを検討し、患者が納得できる決定が得られるための最善のモデルを模索する。そして、モデルの医師—患者関係が成立するためには、医師はどのような態度が必要かを検討する。

1) パターナリズムのモデル、情報提供のモデル、解釈のモデル、協議のモデル<sup>5)</sup>  
Emanuelらは医師—患者関係を、4つのモデル、すなわち、パターナリズムのモデル(Paternalistic Model)、情報提供のモデル(Informative Model)、解釈のモデル(Interpretive Model)、協議のモデル(Deliberative Model)に分類している。パターナリズムのモデルでは、医師が、患者

の予後を最大にすると思われる治療を選択して実施する。患者の希望は関係なく、患者には当該治療の内容を説明するのみである。医師の役割は「保護者」にたとえられる。情報提供のモデルでは、医師は患者に治療の選択肢を説明し、患者に選択させる。医師の役割は正確な情報を提供することであり、患者の価値観を考慮したり、自分の考えを述べたりすることはなく、患者は自分の価値観に照らし合わせて治療法を選択する。ここでの医師は「熟練した技術者」である。解釈のモデルでは、医師は患者の価値観や希望をはっきりさせ、それぞれの治療を受けたらどうなるかを説明し、患者が自分の価値観をもっともよく実現する治療を選択できるように支援する。医師の役割は「カウンセラー」である。協議モデルは、患者にとって何がもっとも大事かを話し合い、優先順位をつけて、最重要と思われることを実現する治療を選択できるように支援する。医師は、「友人」または「教師」に近い役割となる。それぞれのモデルは互いに背反のものではなく、利点と欠点も述べられているが、医療者の役割は、専門知識や理解力・教育能力を駆使して、患者の状況を把握し、患者の価値観を分析し、それにあった治療を提案する必要があること、患者の価値観が医療側からみて好ましくない場合は説得したりすることが重要なので、「協議モデル」のような医師—患者関係が最善と考察されている。

2) 患者が独立して選択するモデルと自律を強調したモデル<sup>6)</sup>

Quill らは、医師の専門家としての役割と

患者の自律性のバランスを適正にとるためにどのような関係が最善かを検討しており、「患者が独立して選択するモデル (Independent Choice Model)」と「患者の自律性を強調したモデル (Enhanced Autonomy Model)」にわけて論じている。患者が独立して選択するモデルは、Emanuel らの「情報提供モデル」と同じものであり、医師は治療の選択肢とそれぞれの利点・欠点などを説明し、患者に選択してもらおうやり方である。治療法について、医師が専門家としての意味づけをしたり提案をすることは患者の意思に影響を与えることになるため、医師の役割は、中立的な立場から情報を提供したり、質問に答えたりするのみである。患者は、医師から適切な支援を受けずに治療法を選択せざるをえないので、結果として患者にとって好ましくない選択になってしまう場合も多い。そこで、「患者の自律性を強調したモデル」では、医師と患者は共働し、複数の治療法について患者の価値観と照らし合わせながら検討し、患者が最善の治療法を選択できるように支援する。このため、医師は患者の見通しや価値観を聞いた上で、知識や経験をもとに患者に提案を行い、意見を調整し、最終的には患者が選択する、というプロセスが必要であるとしている。これは、Emanuel らの「解釈のモデル」と「協議のモデル」を融合したようなモデルと思われる。

3) 消費者モデルと消費者の福利モデル<sup>3)</sup>

Schneider は、患者の自律性を尊重に大きな重点を置いて、患者に治療法を決めてもらおうというやり方そのものが必ずしも

患者の利益になるわけではないことに着目し、「消費者モデル (Consumer Choice Model)」と、「消費者の福利モデル (Consumer Welfare Model)」の2つに分類している。「消費者モデル」は、「情報提供モデル」、「患者が独立して選択するモデル」と同様であり、医師は患者に治療の選択肢についての事実を伝え、患者は自らの価値観によって治療法のそれぞれを評価して選択するものである。Schneider は、消費者モデルの根底には、自己決定権があまりにも強調され過ぎた結果、患者に対して自己決定することを無理矢理にでも行使させるべきと考えられるようになったことがあると指摘しており、これは患者の利益を守っていることにならないとしている。この根拠として、患者は、必ずしも「治療法を自分で決めたい」と思っているわけではない<sup>7,8)</sup>、正確な情報を提供されたところで、決められるわけもないということあげている。また、自分自身が歯科医にかかったときに困惑した経験を例に、消費者モデルが患者の利益になっていない状況を以下のように説明している<sup>9)</sup>。

私は、歯の根管の治療が必要であると診断され、手術は必要なのかどうかを歯科医にたずねた。歯科医の答えは「それは患者本人が決めることですから」であった。私が、「どうすればよいかを示してくれるとありがたい」と言うと、歯科医は「私が、あなたが受ける医療について決めるわけにはいかない」というので、「では、あなたが患者だったらどうするか」とたずねると、「私と患者の価値観は違うから、私の判断は関係ない」との答えだった。私は、

情報は得たものの、どう考えたらよいかまったくわからず、当惑し、いらいらもした。

そして、治療法の決定においては、消費者に情報だけを与えて、好きに商品を選択させるようなやり方では患者の利益にはならないので、医師は、専門家としての能力とやさしさをもって、患者に最善と思われる治療を提案しつつ話し合いながら決定するという過程が必要であると述べ、これを「消費者の福利モデル」としている。医師には、患者に適切な治療法を提案するために、診断や治療について適正に評価され、標準化された方法をガイドラインとして有している必要があるとしている。

#### 4) 「消費者の福利モデル」の特性

Emanuel らの「解釈モデル」「協議モデル」、Quill らの「自律を強調したモデル」と、Schneider の「消費者の福利モデル」は、患者に最善の治療を受けてもらうために医師と患者はどのような関係がよいかを考えて提案しているという意味では共通している。しかし、前の2者は、「患者は、自分の目的や価値観を有しており、治療の選択肢を合理的に評価することができ、自ら治療法を決めることができる」ということを前提とし、患者の自己決定権を尊重することを目的にしているのに対し、Schneider は、「患者は、情報は求めているが、自分で決定することを必ずしも望んではない」、「患者は情報をもらっても、どう考えるべきかがわからない」という前提に立ち、患者に自己決定を強いるのではなく、患者の福利を守るべく医師が専門性と親切心をもって対応すべきと主張して

いるところに大きな違いがある。

日本においては、患者の自己決定権やインフォームド・コンセントの概念が重要であることは認識されつつあるが、米国のように医療の基本的な枠組みとして自己決定権の概念が定着しているわけではない。また、日本人も、治療法を自分で決めたいと思っているわけではなく、治療法の決定には医師の手助けが必要と考える人が多い<sup>10-13)</sup>、患者に自己決定権の行使を強要するやり方はなじまないと思われる。そこで、「消費者の福利モデル」を発展させ、患者のライフスタイルや希望、気がかりや心配などを聴いた上で医師が治療法を提案し、合意を形成するというモデル（ソムリエのモデル）を考えた。また、患者自身の中に、自分がどうなりたいかというゴールや、問題をどう考えたらよいかといった解決までの道筋の立て方自体がわからない状態にある場合での医療者のありようのモデル（共同探検者のモデル）を考えてみる。消費者のモデル、消費者の福利モデル、ソムリエのモデル、共同探検者のモデルの概要を、表1に示した。

## 2. ソムリエのモデルと共同探検者のモデル

ソムリエは、ワインに関する知識を有し、お客がワインを選ぶ手助けをする専門家と定義される。日本人ソムリエの田崎によれば、ソムリエの提供するサービスは、「お客のニーズに適切に対応すること」であるが、お客は必ずしも自分自身のニーズを把握しているわけではないので、お客の意識の深層を感じ取りながら対応することが必要であること、お客が自分でもそれと気

づかずに求めている「何か」をお客の心に添いながら共に探って見つけ出すという作業が必要としている<sup>14)</sup>。

### 1) ソムリエのモデル

医師が、「患者がどのような生活をしたいか」を聴き、気がかりや不安などもくみ取った上で、知識や経験をもとに分析し、患者に最善と思われる方法を提案して協議し、患者が納得できればそれを受け入れる、というモデルである。

#### ① モデルの概要

医師は、患者に病状や治療の選択肢とそれらのリスクやベネフィットについて説明をする。そして、患者に「現在どのような生活をしているか」「今後どのような生活をしたか」「何を恐れているか」「何が一番大事と思っているか」などを問いかけて、患者の想いや気がかりを聞き出す。そして、患者の希望をもっともよく実現する方法を、自分の知識や経験から考えて提案する。ここで提案された方法は、患者から見れば、自分の想いや気がかりを聴いた上で専門家である医師が最善と判断したものなので、だいたいの場合は受け入れてもらえると思われる。患者が医師の提案を受け入れられない場合は、次善の方法を検討し、双方が合意するまで話し合う。

ここで患者が選択しているのは、具体的な治療法ではなく、「治療を受けてどのような生活がしたいか」という目的である。今まで健康に生活してきた人の多くは、これまでの生活が今後もずっと続くと漠然と思っており、がんや心臓病のように、生

命を脅かしたりする状況に直面したり、身体の変形や不便を伴う手術や、副作用の大きい薬物療法を受けなくてはならないという知らせは、青天の霹靂のようなものである。診断を受けた患者は、まず「今までの人生が今後も続くだろう」という考え自体をリセットし、生存時間や、身体機能や、日常生活について、多かれ少なかれ制限を受けることを理解し、生活の枠組みを見直し、「自分にとっていったい何が大事か、何がよいのか」ということを考え、そして進む方向を決める、という作業をしなくてはならない。患者の中には、すでにはっきりした希望や価値観をもっている人もいるが、重篤な疾患の場合は「その状況になってみないとわからない」ことでもあるので明確な考えを持っていなかったり、病気により心身が弱っていれば考えられなかったりすることも多い。

ここで、「A 治療と B 治療では、効果は A 治療の方が少し高いがリスクも大きい」と説明されても、がん手術のような治療はほとんどの人にとって未体験であり、どうしたらよいかわからない。風邪のように、誰もが経験したことのある場合であれば、感冒薬が必要とか、必要でないとかを選択することはできるが、初めて遭遇した重篤な疾患については、治療を受けたらどうなるかも想像できないし、何をどう考えて決めたらよいのかもわからないからである。ましてや、治療の効果が限られていたり、不確実な治療法しか存在しない場合など、どうしたらよいものか、患者自身がわからなかったり、恐れや不安しか出てこないこともある。また、患者に「C 治療を受けた場合はこうなる、D 治療ではこうなる」と

いった詳しい説明をしたところで、想像するのも難しいので、患者が「治療法を選ぶこと」はできない。患者は、「わからないことが多いが、それも含めて決断しなくてはいけない」という難しい状況に置かれるので、専門家の手助けがなければ決められないのである。したがって、医師はまず、患者が今までのような生活をしてきたか、今後どうしたいか、何を恐れているか、不安は何かなどを聞き出す必要がある。さらに、患者がどのようなことに生き甲斐を見いだしているか、自分の存在をどう意味づけているかということも聴き、「社会の中で生活している人」としての患者を理解する。話をしているうちに、患者が自分の生活を見直したり、心の奥底にある想いを表明することができたり、価値観が形作られたりすることもある。また、日本では、家族やまわりの人の意見を聴きたいと思う人も多いので、患者が家族の関与を望む場合には家族も含めて話をすることも重要である。

そして、医師は、患者がその人なりの生活を送るのに、もっともよいと思われる治療法を選び、それを提示する必要がある。自分が提案した治療法について、なぜそれが患者に最善だと思っているのかという根拠もつけて説明すれば、患者の納得も得やすくなるだろう。最善の治療を選ぶには、専門知識と経験がなくてはならないし、患者がどうしたいかという答えは、患者の中にしかないので、医師にはそれを患者に形作ってもらったり、引き出したりするスキルも必要である。治療法決定のプロセスで重要なのは、「治療の説明をすること」よりも、「説明したあと、患者の中にしかな



い答えを引き出し、納得のいくまで話をすること」である。

このような医師と患者の関係は、医療に限ったことではなく、サービスを提供する側が専門家で、受ける側がしろうとである場合に見られ、身近な例では、レストランでのソムリエとお客の関係にたとえることができる。筆者は普段ワインを飲まないので、ワインリストを見せてもらっても選べないし、ワインセラーにあるワインの1本1本の産地や味に関するデータをいくら丁寧に解説されても判断のしようがない。そこで、ソムリエは、お客に今日の会食の目的は何か、どのような料理を注文したのか、どのような味が好みなのか、値段はどれくらいまで許容できるか、といったことを聴き出し、自分の頭の中にあるデータベースを駆使して、お勧めの1本を提案する。お客は、そのワインは初めて見たものであっても、専門家であるソムリエが自分の希望や背景を聞いた上で選んだものなので、受けいれやすいと思われる。ワインの場合は、お客がテイastingして、好みに合わなければ変えることもできるので、この点は医療と異なるが、お客や患者が、自分に経験がなくてわからないこと、知らないこと、不確実なことについては、「その治療がどれほど痛かったり苦しかったりするのか」「それを受けたら身体や生活はどうなるか」という予想もつかないので、専門家の手助けなしに決定することは不可能である。田崎は、ソムリエの役割について、以下のように述べる。

高価なワインを味わおうとするときには、それにふさわしい演出があつてこそ、

対価に足るだけの喜びがあるはずだ。……

(中略) ……逆に安価なワインなら、普段着で、気軽に、当たり前前の肴を脇にしながら、ごく普通のグラスで飲むのもいい。そんな演出をしてこそ心地よく感じられる一日もある。サービスを仕事とする上で重要なのは、お客さまそれぞれがその日に望んでいる「ドラマ」をお客様が言外にも語る情報から察知することだ。普段の気持ちで気軽に楽しみたいというお客様に、その方がいかに裕福であるとしても、高価なワインをすすめてしまうとしたり、サービスの基本をはずれてしまう。もちろんソムリエの資格はない。

お客がその日に望んでいる「ドラマ」を察知してその手助けをするのがソムリエの役割とすれば、患者が「このような生活したい」を察知してそれが実現するように手助けするのが医療者の役割といえる。ソムリエは、初対面のお客に対しても最適なワインを提供しなくてはならないが、お客と顔見知りになってその人のことをよく知れば知るほどよい選択ができるようになるので、医療者とよく似た特性を持っていると思われる。ワインを提供する人とお客の関係を、医師—患者のさまざまなモデルにあてはめてみると、お客に関係なく自分の好きなワインを勧めるのが「パターナリズムのモデル」、ワインの1本1本についてデータを説明してお客に決めさせるのが「消費者のモデル」、多くの人に好まれ、値段も手頃なワインを提案するのが「消費者の福利のモデル」になる。これらの人たちは、ワインに関する知識はあっても、いずれも「ソムリエ」とはいえないこ

とになる。

## ②実際の医療での場面

会社の部長の A さん (60 歳, 男性) が, ある日, 駅の階段を昇っているときに, 胸痛と息苦しさを感じた。循環器内科を受診したところ, 狭心症 (心臓を栄養している血管が狭窄する疾患) の診断を受け, 血管拡張薬や  $\beta$  遮断薬などによる薬物療法, カテーテルを用いて狭窄した血管を拡げる治療 (冠動脈形成術) の適応になった場合を考える。

A さんは, 自分が中心となって始めたプロジェクトをようやく立ち上げたところだし, 軌道に乗るまであと 5 年くらいは今と同じくらいの仕事をしたい, 電車通勤で出張も多いので駅の階段は普通に昇り降りできるようになりたい, 父親が心筋梗塞で亡くなっているので, 心筋梗塞の発作を起こすのは怖い, といった思いをもっている場合は, 医師は冠動脈形成術を勧めるだろう。しかし, A さんが会社勤めではなく物書きの仕事をしていて, 1 日のほとんどを家で座って作業しているのであれば, 薬物療法でもよいと思われる。ただし, 薬物療法の場合は, 対処療法なので, 息苦しきなどの症状がコントロールできないときもあるので, それがいやな場合は, 冠動脈形成術をお勧めすることになる。

## ③ソムリエのモデルの問題点

ソムリエのモデルでは, 医師が, 患者の思いや気がかりを聞いた上でそれに最もあった治療法を提案し, 患者が納得できればそれを受け入れる, または, 従うという形になる。この提案は, 患者から見れば,

専門家である医師が, 自分の事情を勘案した上で最善と判断したものなので, だいたいの場合は受け入れられると思われるが, 問題点もある。

一つには, 医師の提案が患者の思いとかけはなれていたり, 意に沿わなかったりした場合は, 患者は断りにくいということである。医師は, 患者が拒否や不満を表明しやすいように, 自分の提案に全面的に従う必要はないことや, 自由に意見を言うてよいことを伝え, 納得のいくまで話ができる環境を作る必要がある。

また, 医師は, 患者が医学的に合理的な治療を拒否したり, 非現実的な治療 (医学的に意味のない治療や, 医療資源を不当に多く使用する治療など) を望んだりした場合は, 説得することも必要である。患者が, 医師が自分には実施できない, または承伏できない治療を望んだ場合は, 他の医師を紹介するなどの選択肢も持っておく必要がある<sup>6)</sup>。

二つめは, 医師が患者の思いや心情をくみ取るため, 医師が恣意的に患者の気持ちを解釈したり, 医師が自分の好みの治療に患者を誘導したりすれば, パターナリズムのモデルと同じになることである。したがって, 医師には, 診断や標準的な治療に関する十分な知識を持っていること, そして, 自分の好みや考えは脇におき, 患者の気持ちをくみ取ることに徹するという態度, ならびに, 患者の苦しみや気がかりに共感しながら対応するというコミュニケーション・スキルを有していることが求められる。医師の態度については, 後述する。

## 2)共同探険者のモデル

患者が、自分がどうなりたいたいというゴールや、問題をどう考えたらよいかといった解決までの道筋の立て方自体がわからないときがある。たとえば、成人期発症の遺伝性疾患の家系であることがわかった人が、発症前遺伝子検査を受けるかどうかを決める場面や、進行期の患者が積極的な治療がなくなり、緩和ケアに移行するか、実験的な治療などを受けるかどうかを決める場面である。

婚約したB子さん(30歳の女性)が、母親から、B子さんの父親は常染色体優性遺伝の神経疾患で死亡したことを告げられ、遺伝子検査を受ける目的で病院を受診した場合を考える。B子さんには、遺伝子変異があった(陽性)とき、B子さん本人はどうなるか、B子さんに年下の兄弟がいる場合にその人に対する影響はどうなるか、B子さんは子どもを持ちたいと思うのか、婚約者にはどのような話しをすべきかなど、検査を受けることによって自分だけでなく家族や婚約者の将来の生活全体に与える影響などを考えてもらわなくてはならない<sup>15)</sup>。しかしB子さんが、遺伝子変異がない(陰性)ことを期待して遺伝子検査を強く希望しているような場合は、その部分しか見ていないために問題の全体像が見えておらず、検査の結果が出たあとに何が起こるのか、そして、何についてどう考えたらよいかもわかっていない可能性が高い。

したがって、医師や遺伝カウンセラーは、B子さんに遺伝性疾患の特性や予後、子どもへの遺伝の確率などのデータを示して、「検査を受けるかどうか決めてください」

というのではなく、B子さんが考えなくてはならない多くの要素、すなわち、B子さんが発症する可能性や予後、子どもへの影響、婚約者やその家族に何をどのように話しをするのか、などについてたずね、問題を整理しながら「どう考えたらよいか」という考える道筋も示す必要がある。自分が検査を受けて陰性であることしか頭になかったB子さんが、陽性のときにはどうしたいのか、子どもを持つのか持たないのか、婚約者との関係性をどう築くのかなど、今まで考えもしなかったことを考え始め、気づいていなかったことに気づき、自分の本当のゴールを見つけられるようになるまで、医師や遺伝カウンセラーは、見通しのよくない森の中を、B子さんの足下を照らしながら一緒に探険する必要があるので、これを「共同探険者のモデル」とした。遺伝性疾患の場合は、来談したクライアント本人の意思を重視することは必要であるが、クライアントが検査を受けることによって、家族や婚約者、次の世代の人にも直接影響することが多いので、医師や遺伝カウンセラーは、これらの人たちの考えも考慮に入れなければならない。また、クライアントも、医療者とかかわったり、まわりの人の考えを聞いたりすることで自分の考えが変わることもあるが、これは、クライアントの自己決定がねじ曲げられたのではなく、クライアントが自己決定に至るのに必要な過程が促進されて導かれた結果であると解釈すべきである。

## 3. ソムリエ・モデルと共同探険者のモデルの実現に必要なこと

ソムリエ・モデルと共同探求者のモデル

における医療者の役割を一言でまとめると、前者は「患者にとってもっともよい治療を一緒に探してくれる人」、後者は「患者にも見えていない、もしくは現在はまだ存在していないゴール自体を一緒に歩いて探してくれる人」になる。これらのモデルが成立するには、医師が十分な医学知識を持っていてそれを淡々と説明しただけではだめで、医師が患者の気がかりや不安に意識の焦点をあて、患者から「自分を援助しようとしてくれる人」として選ばれ、患者が医師に対して本音を言ってくれるような関係性を構築する必要がある<sup>16)</sup>。

たとえば、進行期のがんの患者（C子さん、32歳独身）に今後の方針を伝える場面を仮定する。X医師は「Cさんは、がんが再発して全身に転移がある状態です。手術では取りきることができませんので、抗がん剤治療が適応になります。何もしないと、患者さんの半数は6ヶ月くらいの生存期間ですが、抗がん剤をやってそれが効けば数ヶ月くらい延びると思います。抗がん剤の副作用は、吐き気、白血球減少などいろいろです。積極的な治療を受けずに、痛みをとる治療だけをするということもできます。…中略…というわけですので、化学療法を受けるかどうかよく考えて決めてください」と説明したとする。

Cさんは、来年の今ごろはこの世に存在していないだろうこと、抗がん剤をやっても限られた利益しかなさそうであること、しかも副作用が強そうなこと、などについて「よく」理解するだろう。しかし同時に、「X医師は、私の苦しみを理解したり、援助してくれたりはしないだろう」ということも感じるだろう。その理由は、Cさん

は、「抗がん剤ってなんだ」、「抗がん剤をやるとどうなるのか」、「なぜ32歳の私が死ななくちゃいけないのか」、「これから仕事とかいろいろやろうと思っていたのに」など、苦しみや希望をたくさん抱えているにもかかわらず、X医師は病気や治療の説明しかしていないからである。

同じ内容の話をするにしても、Y医師が、「Cさんの病状は、遠くの臓器まで拡がっている状態です。このような場合は、手術で取りきることができませんので、抗がん剤による治療を行います。抗がん剤は、全身に届くので、身体のだこかに隠れている細胞にも効果があります。抗がん剤によって、がんを完全になくすことはできないのですが、おとなしくさせておくことができます。そうすれば、症状が軽くなったり、病気の進行が抑えられたりしますので、お仕事も続けられるでしょう。抗がん剤は、標準的なものから使いますが、一つの治療が効かなくなったときはまた別の治療を考えます。こうすることで、糖尿病とか他の慢性疾患と同じように、長いことお付き合いすることができるんですよ」と説明したとすれば、Cさんは少なくとも「Y医師は私のことを考え、援助してくれようとしている」と感じるのではないだろうか。

X医師とY医師は、同じ内容の話をしているが、大きな違いは、Y医師はCさんの苦しみに意識の焦点をあて、気がかりや不安な部分をくみ取りながら説明しているところである。医療者が「意識の焦点を患者の苦しみにあてる」ということをして、はじめて患者は医療者を「自分を援助してくれる人」として認識し、心の中にある想いや不安を話すことができる。そして、考

える余裕が生まれ、医師の提案を検討する余裕もでてくるし、医師に「身体をまかせよう」という気持ちにもなれる。残された時間が少ないとか、治療しても完治はしないという、思いもかけなかった現実によって自分の人生の方向変換を迫られたとしても、医師が患者の苦しみに共感したりライフスタイルを理解したりすることで、患者が納得のいくまで話しをするという作業ができれば後悔も少ないと思われる。患者にとっては、最終的に決定した治療の良し悪しが問題なのではなく、そこに至るまでのプロセスが充分納得できるものであったか、が最も重要と想われるため、医師には、患者と援助関係を構築し、患者が本音を語れる環境を作ることが必須である。患者は、身体の不都合を治してもらいに医療にかかるのではなく、自分の生活をまっとうするために不都合や困ったことがあり、それをなんとかしてほしくて医療にかかるものと思われる。患者が求めているのは、豊富な情報を提供してくれる人ではなく、一緒に自分の問題を考えてくれて、何が最適なのかを提案してくれる人ではなかろうか。医療者は、患者の痛みや気がかりをくみ取り、共感することで、患者の人生の中に援助者として迎えられ、ともに歩かせてもらうことが重要であると考え

#### D. 結論

患者の自律性を尊重することは重要ではあるが、患者は、十分な情報をもらっても、経験したことのない疾患や治療について評価し、選択することは難しく、また、患者自身がはっきりした希望や価値観を有

しているわけでもないのに、自己決定を強制するようなやり方は、必ずしも患者の利益にならない。医師は、患者の生活や気がかりなどを聞き、患者の思いや心情をくみ取り、患者がその人なりの人生を送るのに最善と想われる治療法を考えて提案し、患者が納得のいくまで話をして合意に至る、というモデルが必要と思われる。ソムリエのモデルと共同探検者のモデルの医療者は、「患者にとってもっともよい治療と一緒に探してくれる人」ならびに「患者にも見えていない、もしくは現在はまだ存在していないゴール自体と一緒に歩いて探してくれる人」であり、患者はこのような援助があつてはじめて自己決定ができると思われる。医師は、患者の痛みや気がかりに共感することで、患者と援助関係を築き、患者が納得のいく決定ができるまでつきあうことが必要であり、決定された治療法そのものよりも重要なことと考える。患者が自分なりの生活を送るために、医師が専門知識やスキルを使いながら一緒に歩くという営みは、医師—患者関係や、医師と患者の生活を豊かなものにするとされる。

#### E. 文献

- 1) President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine & Biomedical & Behavioral Research. Making Health Care Decisions: A Report on the Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship 1-3. 1982
- 2) Annas GJ. The Right of Patients. New

- York University Press. 2003
- 3) Schneider CE. The Practice of a Autonomy. Patients, Doctors, and Medical Decisions. Oxford University Press. 1998
  - 4) Brock DW. The ideal of shared decision making between physicians and patients. Kennedy Institute of Ethics Journal. 1: 28-47, 1991
  - 5) Emanuel MJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 267: 2221-2226, 1992
  - 6) Quill TE, Brody H. Physician recommendations and patient autonomy: Finding a balance between physician power and patient choice. Ann Intern Med 125: 763-769, 1996
  - 7) Ende J, Kazis L, Ash A et al. Measuring patient's desire for autonomy: Decision making and information-seeking preference among medical patients. J Gen Intern Med 4: 23-30, 1989
  - 8) Strull WM, Lo B, Charles G. Do patients want to participate in medical decision making? JAMA 252: 2990-2994, 1984
  - 9) カール・シュナイダー. アメリカ医事法における患者の自己決定権—その勝利と危機. ジュリスト. 1064: 86-93, 1995
  - 10) Ruhnke GW, Wilson SR, Akamatus T, et al. Ethical decision making and patient autonomy: A comparison of physicians and patients in Japan and the United States. Chest 118: 1172-1182, 2000
  - 11) Hayashi M, Hasui C, Kitamura F. Respecting autonomy in difficult medical settings: A questionnaire study in Japan. Ethics and Behavior 10: 51-63, 2000
  - 12) Sekimoto M, Asai A, Ohnishi M, et al. Patients' preferences for involvement in treatment decision making in Japan. BMC Family Practice 5: 1-10, 2004
  - 13) Nomura K, Ohno M, Fujinuma Y, et al. Patient autonomy preferences among hypertensive outpatients in a primary care setting in Japan. Intern Med 46: 1403-1408, 2007
  - 14) 田崎真也. サービスの極意. 新潮文庫. 2004
  - 15) Uhlmann WR, Schuette JL, Yashar B. A Guide to Genetic Counseling. 2<sup>nd</sup> Ed. Wiley-Blackwell. 2009
  - 16) 村田久行. 対人援助における他者の理解. 東海大学健康科学部紀要. 6: 109-114, 2001
- F. 健康危険情報 :  
なし
- G. 研究発表 :  
1. 論文発表  
佐藤恵子. がん告知とインフォームド・コンセント. 産科と婦人科. 8(15): 915-920, 2009
- H. 知的所有権の取得状況 :  
なし

表1 消費者，消費者の福祉，ソムリエ，共同探検者のモデルの比較

	消費者のモデル	消費者の福利モデル	ソムリエのモデル	共同探検者のモデル
モデルの概要	医師は治療の選択肢を説明し，患者に選択させる	医師は，多くの患者の福利に資する治療を提案する	医師は，患者の想いや心情をくみ取り，最善の治療を提案する	医師は，患者が考慮すべき課題や考える道筋を提示し，患者のゴールを探す
前提	患者は希望や価値観を持ち，治療を評価して選択できる	患者は必ずしも自分で選択したいと思っていない	患者は必ずしも自分で選択したいと思っていない，明確な希望や価値観が形作られていない	患者の中に，ゴール自体がない，考慮すべき要素や考える道筋もわかっていない
医師の役割	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 情報提供</li> <li>・ 患者に選択させる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 情報提供</li> <li>・ 多くの患者に最適な治療を提案する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 情報提供</li> <li>・ 患者の想いや心情をくみ取る</li> <li>・ 患者に最適な治療を提案する</li> <li>・ 患者や家族と協議する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 情報提供</li> <li>・ 患者の想いや心情をくみ取る</li> <li>・ 患者が考慮すべき課題，考える道筋などを提示する</li> <li>・ 患者や家族と話し合いながらゴールを探す</li> </ul>
患者の役割	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 治療法を検討して選択する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 提案された治療を検討して受け入れるかどうかを検討する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自分の想いや心情を伝える</li> <li>・ 提案された治療を検討する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自分の想いや心情を伝える</li> <li>・ 提示された課題について考える</li> </ul>
医師と患者の関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 商品の説明者</li> <li>・ 消費者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 熟練したアドバイザー</li> <li>・ 消費者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ソムリエ</li> <li>・ 消費者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 探検者</li> <li>・ 探検者</li> </ul>
医師の態度	自らの判断などは伝えず，患者の選択にまかせる	疾患や治療に関する十分な知識と親切心をもって，患者に最適な治療を考える	患者の目的をくみ取り，苦しみや気がかりに共感しつつ，患者に最適な治療を考える	患者の苦しみや気がかりに共感しつつ，患者をガイドしながらゴールを探す

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
分担研究報告書

医療の発展と患者の保護をめぐる倫理・法の現代的課題に関する研究

臓器移植法改正について

研究分担者 樋口 範雄 東京大学法学政治学研究科教授

研究要旨

本研究では生命倫理の4原則（nonmaleficence(無危害原則), beneficence (善行原則), autonomy (自己決定原則), そしてjustice (配分的正義原則) )のすべての論点に関わる困難かつ緊要な課題である臓器移植の問題に焦点をあてる。特に日本における最新の動向、臓器移植法の改正の問題を取り上げ、改正臓器移植法の特徴を概括するとともに、英米での最新の動向を踏まえ、臓器移植実施のための運用ガイドラインのあるべき姿について論じる

A. 研究目的

本研究では、日本において、臓器移植の推進を目指して最近改正された臓器移植法を取り上げ、改正臓器移植法の特徴を概括するとともに、英米での最新の動向を踏まえ、臓器移植実施のための運用ガイドラインのあり方について論じる

B. 研究方法

臓器移植の推進のために日本同様最近改正された英米の状況を参考としつつ、日本における臓器移植をめぐる特徴と問題点を検討した。

(倫理面への配慮)

公知の資料のみを検討対象にし、保護が必要な情報は扱わない。

C. 研究結果

調査・検討の結果、以下の知見を得た。

1 臓器移植と生命倫理 4 原則

2009 年わが国において臓器移植法改正が行われた。1997 年に臓器移植法が制定されて 10 年あまり、実際にこの法律に基づいて行われた脳死臓器移植はわずか 80 余例に過ぎず、最近流行の事業仕分けの対象となることがあれば、間違いなく「全面的見直し」となるに違いない。実際、臓器移植法自体に見直し規定はあったが、そのままにされて現在に至ったのである。今回の改正にあたっては、A 案、B 案、C 案等、さまざまな提案が行われ、A 案で決着がついたこと自体、多くの人が予想できたわけではない\*1。それほどに議論が分かれるの

\*1 今回の改正の経緯については、甲斐克則『改正臓器移植法の意義と課題』法学教室 351 号 38 頁 (2009 年)、甲斐克則・岩志和一郎・絵野沢伸・有賀徹『座談会・改正臓器移植法の意義と課題』Law & Technology 45 号 4 頁 (2009 年) を参照されたい。A 案以下各種の提案内容や国



は、脳死が死であるかという難題とともに、あるいはそれ以上に、臓器移植という医療がさまざまな倫理上の課題を抱えているからである。

生命倫理や医療倫理の問題を考えるにあたり考慮すべき要素として、4つの原則が掲げられることが多い。1979年にジョージタウン大学のビーチャムとバージニア大学のチルドレスの2人の共著によるPrinciples of Biomedical Ethics（生命倫理の諸原則）で説かれたもので、アメリカに限らず、生命倫理の諸問題を考えるうえでのいわば常識となっている\*2。4原則とは、nonmaleficence（無危害原則）、beneficence（善行原則）、autonomy（自己決定原則）、そしてjustice（配分的正義原則）である\*3。

医師患者関係を考えると、医師は、患者の身体に直接ふれてさまざまな治療をする。全身麻酔をかけての手術を典型として、その際、患者はまさに身体を委ねている。危害を加えようと思えばきわめて容易である。したがって、まずdo no harm（汝、傷つけるなかれ）という無危害原則が必要

である。だが、医師は、危害を加えないだけでは職責を全うできない。それが可能なら治癒することが求められる。積極的に患者のためになることを行うこと、善行原則が必要となる。かつての医療倫理であれば、あるいは昔の医師患者関係であればこれだけで済んだかもしれない。しかし、20世紀後半以降、何が自分にとってよいかは患者が判断するほかないとして、患者の自己決定を尊重するという原則が重視されるようになった。しかも、以上の3つの原則は医師患者関係の間の問題として理解できるのに対し、最後のジャスティス（正義原則）は、医師も患者も社会の中で生きていることを忘れてはならないという内容の原則である。医療も限られた社会的資源を用いる以上、正義にかなった公正な資源の配分を考慮しなければならない。

臓器移植には、ドナー（donor=提供者）とレシピエント（recipient=臓器受領者）の2人が必要である。まず、ドナーから臓器を提供してもらう段階で、無危害原則との牴触が問題となる。生体移植ならまさに生体を傷つけることになり、死体移植でも、ドナーが本当に脳死になっているかが問題となり、さらに脳死になっていた場合ですら、遺体だから損壊していいということにはならない（刑法には死体損壊罪もある）。次に、臓器移植はレシピエントを救おうとする医療であるから、善行原則については問題がないようだが、それでも移植の結果を保証できるわけではないから、真に患者のためになるケースであるかの吟味が必要になる。3番目の自己決定権も、ドナーの臓器提供意思が真の自己決定といえるか、レシピエントもリスクを理解し

---

会での審議の経過などすべてそちらの論考に委ね、本稿ではその後の問題を論ずる。なお、現行法と改正法との比較対照表を後の頁に掲載するので、それも参照されたい。

\*2 Tom L. Beauchamp & James F. Childress, Principles of Biomedical Ethics (5th ed. Oxford Univ. Press, 2001). その翻訳として、トム・L. ビーチャム/ジェイムズ・F. チルドレス（立木教夫・足立智孝訳）『生命医学倫理』（麗澤大学出版会・2009年）。

\*3 このような観点から救急トリアージの問題を分析したことがある。樋口範雄『医療と法を考える—救急車と正義』210頁（有斐閣・2007年）。

たうえでの自己決定といえるかが問題となり、さらに最後のジャスティス（配分的正義）に至っては、事が1人ひとりの生死に直結するだけに、提供された臓器を誰に移植するかという難問が生ずる。要するに、臓器移植は他の治療にも増して難しい倫理的課題を提起する種類の医療である。

わが国のこれまでの臓器移植法は、他の国にはないユニークな特色を有していた。ドナーについて、脳死を死と認めるという自己決定と、臓器を提供する自己決定の両方が備わった場合とし、さらに遺族についても脳死にも移植にも反対しない場合という限定をしていた。それは2×2の四重の要件を課しており、先の4原則の中では明らかに自己決定を重視し、そこまで自己決定を優先するのかという趣旨のものだった。

そして自己決定は臓器移植を阻む方向の論理として用いられた<sup>\*4</sup>。その結果、自己決定のできない児童はドナーとはなりえず、心臓移植のために外国へという例がいくつも積み重ねられてきたのはよく知られているとおりである。

今次の改正では、このような仕組みに代えて臓器移植を進める方向で次のような大きな変更が行われた。

①ドナーが脳死についても臓器提供についても何もその意思を明らかにしていない場合、遺族の判断で臓器移植が可能となった<sup>\*5</sup>。

---

<sup>\*4</sup> これに対する批判として、三瀬朋子・樋口範雄「小児脳死移植への法的障壁」樋口範雄編著『ケース・スタディ 生命倫理と法』191頁（ジュリスト増刊・2004年）。

<sup>\*5</sup> 改正臓器移植法6条1項2号、同条2項、3

②ドナーが臓器提供の意思を明らかにする場合、自らの親族に優先提供する意思を表示しておくことができるようになった<sup>\*6</sup>。

この第1点は、他国でも同様の措置がとられているところが多いが、第2の点はユニークである<sup>\*7</sup>。明らかに、このようなインセンティブを与えて、少しでも臓器提供を増やそうとしたのである。同時に、現行法では、自己決定が臓器移植を阻む方向で機能しているのに対し、移植先の希望も出せるようにして、臓器移植を進める方向で自己決定を尊重しようとしている点が注目される。ただし、臓器移植制度は公正な分配（ジャスティス）が大きな要点となっていたから、それとの抵触が大きな課題となる。

その後、厚労省では、改正臓器移植法の施行に間に合うようガイドライン作りが進められている<sup>\*8</sup>。優先提供を認める親族の範囲や小児の脳死判定基準等、具体的なルール作りを行う作業班が設置され、厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会での検討が行われている。しかし、そこで提案されているルールには、今次改正の方向性と必ずしもそぐわない点が見られる。本稿はそれらを指摘しつつ、わが国におけ

---

項参照。

<sup>\*6</sup> 改正臓器移植法6条の2。

<sup>\*7</sup> 後に紹介するアメリカ法では、提供したい相手を指定することができるとする規定があるが、親族という限定はない。

<sup>\*8</sup> 厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会での審議の様様（改正臓器移植法については第26回以降）は次のウェブサイトを参照されたい。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/kousei.html#k-i syoku>

る臓器移植のあり方を考える試みである。

## 2 2006年イギリスとアメリカで

まずいったんわが国を離れてイギリスとアメリカの状況を瞥見する。臓器移植に関し2006年にこれらの国では大きな動きがあったからである。

### 【イギリスの動き】

イギリスでは、2004年制定の人体組織法 (**Human Tissue Act 2004**) がこの年に施行された\*9。この法律はその名称が示すように臓器移植ばかりでなく、より広く人体組織の採取・保存・各種の利用について定めたものであり、死体ばかりでなく生体をも対象とする\*10。この法律が制定された目的の1つは臓器移植法制の改善にあり、その要点は次のようなことである。

①臓器移植数と移植を待つ患者の数のギャップは開くばかりであり、脳死・心臓死を問わず、より積極的に臓器移植を推進する方策を工夫する必要がある。世論調査では90%もの高率で臓器移植が支持されているのに、実際にドナー登録をするのは23%に過ぎない。しかも40%のドナー側親族がいざとなると移植に反対し、その結果、毎年移植を待つ患者のうち400人以

\*9 この法律についてはすでに以下のような詳しい紹介がある。宇都木伸＝佐藤雄一郎「人由来物質の研究利用—イギリスの新しい『人組織法』」東海法科大学院論集1号55頁(2006年)。

\*10 以下の説明について、樋口範雄『続・医療と法を考える—終末期医療ガイドライン』139頁(有斐閣・2008年)、ヴェロニカ・イングリッシュ(岩田太・新沼径訳)「英国2004年人体組織法とその影響」樋口・岩田共編著『生命倫理と法Ⅱ』147頁(弘文堂・2007年)参照。

上が死亡している。

②そこで、新法では、ドナー登録に掲載されていれば臓器移植に対する同意として十分だと明記した。イギリスでは現在、ほぼ1450万人がドナー登録しており、それは人口の23%にあたる。なお登録のない人については、定められた同意権者が同意すればよいとされている。

③新法では、ドナー登録がある場合、法律上、遺族に拒否権がないと明記した。

### 【アメリカの動き】

他方、アメリカでは、2006年に統一死体提供法 (**Uniform Anatomical Gift Act : UAGA**) が策定された。すでに作られていた1968年法と1987年法のいずれかを採用する州で分かれた対応を統一するとともに、臓器移植を推進するための改正が行われた\*11。

①ドナーが移植の意思を明示した場合、遺族等の反対でだめできないと明記した。

②ドナーが移植について意思を明示していない場合、それに代わって移植を可能にすることのできる代諾者の範囲を拡大した。

③誰が代諾者となれるかについて順位を定めているが、同順位のうちの1人でも承諾すれば移植可能とし、同順位の中で反対がある場合は多数決で決すると定めた。

\*11 これについては、中川かおり「臓器に関する法律—2006年改訂統一死体提供法」ジュリスト1336号105頁(2007年)、田村京子「統一死体提供法の改定(2006年)—opt-inの破綻?—」生命倫理18巻1号134頁(2008年)。

④臓器提供希望者リストを整備するとともに、移植斡旋機関に対し、臓器提供希望者リストや、その医療記録、自動車運転登録者名簿へのアクセスを認めた。

#### 【医療倫理をめぐる症例】

英米について共通するのは、臓器移植を推進するための法改正が行われ、その手段として、ドナーが移植の意思を明示している場合、遺族の反対が法的に無意味だとしている点である。ただし、医療実務が常に法のとおりであるかは別問題である。その適例として、アメリカ医師会が示す倫理的課題の設例とそれに対するコメントを見ることにしたい\*12。

#### 〈臓器移植をめぐる家族の意見の不一致〉

救急病棟からの呼び出しでS医師が駆けつけると、20歳の男性ジャスティンが交通事故で重傷を負い運び込まれるところだった。110キロ以上のスピードが出ていた車から投げ出され脳に重傷を負い、さまざまな手を尽くしたが脳死状態になった。ジャスティンはドナー・カードを所持しており、S医師は臓器移植斡旋機関(organ procurement organization: OPO)に電話をした。その間にジャスティンの家

族も病院に駆けつけた。OPOの代表であるAは病院に到着すると、家族に説明を始め、ジャスティンの父は移植に同意したが母が反対した。

このような状況について3つのコメントが付されている\*13。そのコメントの1つは、次のような内容である\*14。

イ) ジャスティンのようなケースでOPOに連絡することは、連邦の補助を受けているすべての病院の義務であり、それはドナー・カードの有無に関わらない。S医師の行動は正当である。OPOでは、ドナーとして適格であると判断した場合、家族に移植の同意を求める。同意がなされると、移植コーディネーターがその後を引き受け、脳死判定後の医療費はすべてOPOの負担となる。

ロ) 家族が同意しないケースは珍しくない。その理由の第1は、家族が死亡の事実を受け入れられないところにあり、脳死判定と家族からの同意ははっきりと切り離すべきである(脳死判定を遅らせる必要がある)。第2に、OPOの代表は家族に配慮することのできる十分な訓練を受けた人である必要があり、病院の医師や看護師はOPOの代表が介入する前に移植の話を持ち出すべきでない。OPOと病院スタッフの協働が必要であり、いつ家族に話すのが最善かを協議する必要がある。第3に、家族への要請は別室の静かな環境でなされ

\*12 アメリカ医師会は1999年から医療倫理教育のためのオンライン・ジャーナルを立ち上げた。次のウェブサイトにおいて、無料で誰でも過去の設例に遡って見ることができる。

<http://virtualmentor.ama-assn.org/> ここで紹介する設例は CLINICAL CASES, Family Disagreement over Organ Donation, *Virtual Mentor*. September 2005, Volume 7, Number 9. の例である。樋口範雄「アメリカにおける医療倫理教育」日本医師会雑誌 号 頁 (2010年)でも紹介した。

\*13 なお、このジャーナルで掲げられた意見はアメリカ医師会の意見を代表するものではないと注記されている。

\*14 ハーヴァード大学メディカル・スクールの Douglas W. Hanto 教授 (外科学) のコメントである。