

日本医学教育学会・倫理プロフェッショナル委員会
ユネスコ・ケースブック・シリーズ翻訳・担当一覧（敬称略）

第1集 30事例、第2集 33事例

監訳担当（分担）

- 熊本大学大学院：浅井 篤（全体監訳、「まえがき」、「はじめに」、1-1 翻訳、coordinator）
- 宮崎大学大学院：板井孝彦（「まえがき」、「はじめに」、1-1～1-2 1 監訳・推敲）
- 立教大学：大生定義（1-2 2～1-3 0と2-1～2-1 2 監訳・推敲）
- 横浜市立大学大学院：後藤英司（2-1 3～2-3 3 監訳・推敲、同委員会委員長）

翻訳担当者（割り当て数） および担当事例

熊本大学医学部医学科4年：本田宏介（1） 1-2

熊本大学大学院医学教育部博士課程：正木左希子（3） 1-3、4、5

熊本大学大学院生命科学研究部研究員・Monash University Masters Course of Bioethics：
門岡康弘（4） 1-6、7、9、23

野村病院内科：川崎彩子（1） 1-8

熊本大学大学院医学教育部修士課程：石本博子（3） 1-10、14、16

野村病院内科：村瀬尚哉（2） 1-11、2-19

熊本大学大学院生命科学研究部：宇治雅代（3） 1-12、2-4、32

熊本大学医学部医学科4年：坂口 忍（1） 1-13

熊本大学医学部医学科4年：井上絵梨（1） 1-15

野村病院内科：土屋晶子（1） 1-17

国立循環器病研究センター研究倫理研究室：会澤久仁子（3） 1-18、20、21

野村病院内科：溝渕杏子（1） 1-19

関西医科大学心理学教室：西垣恒代（２） １－２２、２６

東京慈恵会医科大学総合診療部：細谷 工（１） １－２４

野村病院内科：三浦靖彦（１） １－２５

熊本市西区役所保健子ども課：藤井可（３） １－２７、２８、３０

野村病院内科：浅川香織（１） １－２９

横浜市立大学大学院医学研究科：井上 祥（１） ２－１

北斗病院在宅緩和療養センター：谷田憲俊（３） ２－２、３、５

東京大学医学部附属病院心療内科：宮脇佳世・瀧本禎之（３） ２－６、７、８

川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科：伊東美佐江（３） ２－９、１０、１１

青森県立中央病院救命救急センター：大西基喜（３） ２－１２、１３、１５

野村病院内科：坂川英一郎（１） ２－１４

九州大学大学院医学研究院保健学部門看護学分野：中尾久子（３） ２－１６、１７、１８

東北大学東北メディカル・メガバンク機構：戸田聡一郎（３） ２－２０、２１、２２

京都大学医学部附属病院早期臨床試験部：八田太一（３） ２－２３、２４、２５

国立循環器病研究センター知的資産部：中田はる佳（２） ２－２６、２７

大阪大学文学研究科：大北全俊（３） ２－２８、２９、３０

神戸大学大学院国際文化学研究科：山崎康仕（２） ２－３１、３３

ユネスコ・ケースブック

- 1 人間の尊厳と人権
- 2 利益と害

ケースブック・シリーズ 生命倫理コア・カリキュラム、社会人間科学セクター (Social and Human Science Sector)、倫理教育プログラム、ユネスコ (UNESCO、国連教育科学文化機関)

この本は次のように引用されるべきである：ユネスコ、2011年、『人間の尊厳と人権 (利益と害) に関するケースブック』、生命倫理コア・カリキュラム、ケースブック・シリーズ、1 (2)、ユネスコ：パリ、144 (140) ページ

この出版物で表明された見解や意見は筆者らのものであり、必ずしもユネスコの考え方を表すものではない。著作物に含まれる名称 (designations) や資料 (material) の提示方法は、ユネスコ側の、あらゆる国家、領土、都市または地域に関する、およびその当局の法的地位に関する意見、またはその国境または境界に関する意見を、どんなものであれ、意味 (imply, ほのめかす) するものではない。

出版：国連教育科学文化機関、社会人間科学セクター、科学技術倫理部門、倫理教育プログラム、7, place de Fontenoy, 75352 Paris 07-SP, France

デザインと制作：Jeddi Editorial Design

SHS/EST/EEP/2011/PI/1

ISBN 978-92-3-104202-7

UNESCO 2011、All rights reserved、Revised edition

内容一覧：ケース (ブック 1：1～30、ブック 2：1～33)

謝辞

ユネスコ・生命倫理コアカリキュラム・ケースブックシリーズのための人間の尊厳と人権に関するケースブックは、ユネスコ倫理教育諮問専門委員会内の、次のメンバーで構成されるワーキンググループの支援を受けて作成された。

Mr. Amnon CARMI, Israel (Coordinator)

Mr. Ruben APRESSYAN, Russian Federation (COMEST)

Mrs. Nouzha GUESSOUS-IDRISSI, Morocco (IBC)

次の人々によって、本著作に関するさらなる支援が提供された。

Mr. Tee Wee ANG

Ms. Adi HEFETS BITON

Ms. Rachel NISSANHOLTZ

Ms. Meredith GRAY

Ms. Jennifer CHEVINSKY

Mr. Tasman MURRAY

ユネスコ・生命倫理コアカリキュラムは、次のメンバーで構成されるユネスコ倫理教育諮問専門委員会の支援を受けて作成された。

Mr. Ruben APRESSYAN, Russian Federation (COMEST)

Mr. D. BALASUBRAMANIAM, India (TWAS)

Mr. Amnon CARMI, Israel (UNESCO Chair)

Mr. Leonardo DE CASTRO, Philippines (IBC)

Mr. Donald EVANS, New Zealand (IBC)

Mr. Diego GRACIA, Spain (COMEST-IBC)

Mrs. Nouzha GUESSOUS-IDRISSI, Morocco (IBC)

Mr. Henk TEN HAVE, Netherlands (UNESCO)

Mr. John WILLIAMS, Canada (WMA)

このケースブックの出版は、ユネスコのためのイスラエル国立委員会による寛大な経済的支援と、イスラエルのハイファ大学のユネスコ生命倫理学議長 (chair) の研究支援で可能になった。

前書き

ブタペストでの科学に関する1999年世界会議の行動枠組みは、ユネスコと国際科学会議（ICSU）の後援のもと、科学の倫理と責任はすべての科学者の教育とトレーニングの不可欠な部分であり、彼らは科学の基本的倫理原則と責任を尊重し、それらにしっかりと即して行動するように奨励されるべきだと述べている。2003年の第32回のユネスコ全体会議中に、メンバーの国々は、生命倫理教育だけでなくすべての科学のおよび専門職教育において、倫理の教育プログラムを開始し支援する必要性を表明した。こうした声明や、科学的知識と技術をめぐる倫理に関するユネスコ世界委員会によって作成された報告書*倫理教育(The Teaching of Ethics)*(2003年)に呼応して、生命倫理領域におけるメンバー各国の能力の強化と向上のために、ユネスコは2004年から倫理教育プログラム（EEP）を開始した。」

EEPのひとりの活動側面(dimension)は倫理教育諮問専門委員会の設立であり、そのメンバーは COMEST のメンバーと、国際生命倫理会議（IBC）、そしてユネスコ生命倫理議長（chair）、発展途上国のための科学アカデミー（TWAS）、世界医師会（WMA）の諸代表から構成されている。この特別（アドホック）委員会の最初の仕事は、ユネスコ生命倫理コアカリキュラムを作成することで、それは2008年に立ち上げられ、2005年の生命倫理と人権に関する世界宣言（以降は宣言）を大学生に紹介するために始動した。

この宣言は、世界のすべての領域の独立した専門家または政府の専門家が参加した、熱心な推敲とコンサルテーション手続きを経て、ユネスコのメンバーの国々のよって合意された一連の生命倫理原則をまとめたものである。

この一組の生命倫理原則が、ひとつの世界的な共通基盤を提供することになる。そしてこの共通基盤は、生命倫理がメンバー各国内に浸透し、強化されることを可能にするであろうし、ユネスコには、これらの原則を実践的な目的のために、促進し、普及し、さらに磨き上げていく権限が与えられているのである。

多くの国の多くの大学で生命倫理教育が導入されていないため、ユネスコ生命倫理コアカリキュラムはそのような教育（teaching）の導入を開始する刺激を与えることができる。さらに、その内容は生命倫理のひとつのモデルや特定の見解を押し付けず、異なる文化的、歴史的、そして宗教的背景を持つ多様な国々からの科学の専門家、政策策定者、そして医療専門職にとって共有されている倫理原則をはっきりと表現している。

あなたの目の前にあるケースブックは、ユネスコ・生命倫理コアカリキュラム・ケースブ

ックシリーズの一部であり、2011年にユネスコによって立ち上げられ、コアカリキュラムと共に、またはその宣言の中の生命倫理原則のひとつを学ぶための独立した教材として、使われるようにデザインされている。ケースブックシリーズは、特に発展途上国での倫理教育 (teaching) の導入を強化することを意図している。このシリーズの広範な普及と使用を促進するために、このケースブックは無料で、冊子体で、またはユネスコのウェブサイトを通してダウンロードで入手可能である。

ユネスコの代表として、ユネスコ倫理教育諮問専門委員会、特に本ワーキング・グループのまとめ役 (コーディネイター) である Amnon Carmi 教授に、そしてこのケースブックの作成に責任を持った本ワーキング・グループの他の諸メンバーにも、世界中の倫理教育を強化するユネスコの仕事への彼らの献身と自発的支援に対して感謝の意を表したい。

Dafna FEINHOLZ

生命倫理部門、部長

科学技術倫理分野

社会人間科学セクター (Social and Human Science Sector)

はじめに

1945年11月16日に採択されたユネスコ憲章では以下のことを謳っている。文化を広く普及すること、ならびに正義と自由と平和のために人間性を教育することは、人間の尊厳にとって不可欠であり、すべての国家が相互扶助と配慮の精神をもって遂行せねばならない神聖なる義務を構成するものである。

2005年10月19日、ユネスコ全体会議の第33回セッションで、*生命倫理と人権に関する世界宣言*（以降は宣言）が採択された。宣言の第3条は次の通りである。

- 1 人間の尊厳と人権、基本的自由は全面的に尊重されなければならない。
- 2 個人の利益と福利は科学または社会だけの利益に優先されなければならない。

尊厳にはいくつかの概念がある。尊厳のひとつの意味または使用法は、生得的なものであれ獲得されたものであれ、人の価値に対する敬意と尊重を指す。このように、それは人間の卓越性と特定の人を他の人から区別する特性の「高貴さ **height**」を示すために使われるかもしれない。他方、特定の宗教では、人間の尊厳は人間が神の姿に似せて創造されたことで前もって決定されていると考えられている。人間は神の姿に似せて創造されているという聖書の主張は、しばしば人間の等しい価値の根拠とされてきた。

現代の哲学者たちは、尊厳の概念を人権という考え方と結び付ける傾向がある。個人は生得的な不可侵の権利を持っている。尊厳という用語は尊重すべき生来の権利を意味する。尊厳という考え方（観念、**idea**）の使用は、世界における自然な人間のあり方について言及することである。イマニュエル・カントの、人間を手段としてではなく目的として扱うという原則は、人権概念の基礎として道徳および政治哲学において受け入れられている。いなかの人間も「対象」(**subject**: カント哲学における「主体」と正反対のものとしての「客体」: 監訳者)として扱われ、また見なされてはならない。彼は、価値の観点から論じられるべきでないものがあり、それらは「尊厳」を持ちうると主張した。道徳性と、道徳性を持ちうる限りでの人間性だけが、尊厳を備えているのである。

尊厳はあらゆる人間に帰属する最低限の尊厳を意味する。尊厳の観念は、いかなる人間に対してもそれ以下の扱いはすべきではないという、ある種の尊敬と配慮 (**care**)、つまり閾値を意味する。公に認知された個人の業績の具現化としての価値と異なり、個人は人間であるというだけで尊厳がある。人間の尊厳は、人権が生まれる源として、また人権を促進する理由として、際立った役割を果たしているようである。人権は人間の尊厳を保障し維持するために必要であり期待されている。

人間の尊厳は、まれにしか正確に定義されないが、国際的な法律文書に様々な形で登場する。現代の国際法、各国の憲法、そして他の規範的文書において、人間の尊厳は人権と結び付けられている。世界人権宣言（1948年）の第一条によれば、「すべての人間は自由に生まれ、尊厳と権利において平等である」。この条項があらゆる人間の生得的尊厳に基づいた人権を確立した。ヨーロッパ会議は1997年のオビエド総会で、個人として、そして人類の一員としての両方で、人間を尊重する必要性と、人間の尊厳を保障する重要性を認識する必要性を表明した。人間の尊厳は基礎的な概念であり、それを個人的活動の機能的特徴に還元するのは理論的および規範的に不適切である。そして、*生命倫理と人権に関する世界宣言*の第12条で言及されているように、文化的多様性に対する敬意を理由に、人間の尊厳が侵害されてはならない。

すべての人間は、性、年齢、社会的身分、または民族に関係なく、尊厳において平等である。我々の社会は平等な人間の尊厳の実現に献身している。この概念は、特定の人間的に相応しい特性が具現化されたときに生命を評価する質の倫理ではなく、共通の人間性の観点からすべての人間に価値を見出す平等性の倫理を採択する。もちろん、人々を等しく扱うということは、彼らを全く同じように扱うことを意味する必要はないし、すべきではない。

尊厳という考え方（観念、idea）は、平等性に対して配慮すること、および害を被ることから保護することの両方に関係する。尊厳はいかなる特別な地位の取得も認めない。尊厳は獲得されたり失われたりすることはできない。どのような人間であっても、たとえ重度の障害者であったとしても、人間の尊厳を失いはしない。自由が法によって否定されても、尊厳はなお存在しなければならない。

最も下劣な犯罪者でさえ 人類に共通する尊厳を持つ人間であることに変わりはない。

William Brennan 判事
アメリカ合衆国最高裁判所
Furman 対 Georgia (1972)

個人の尊厳を認識するためには、その個人の人権、自己評価、そして自己決定を積極的に尊重することが前提として必要である。人間の尊厳は、それがなんであれ、個人的な価値によって測られるべきではない。尊厳は人間の価値、つまり人間個人そのものの生得的な卓越性と同義である。社会はその各構成員を、人間の尊厳の概念に基づいて個人（person）として尊重すべきである。この概念はまた社会の全体的利益に先立って、個人の利益と福

利を考慮することを要求する。個人は社会や科学のために決して犠牲にされてはならない。しかし、他者や共同体全体としての利益が非常に重要で、それらを守るために、個々人の利益を侵害することが避けがたい、例外的状況があるかもしれない。

このケースブックには30のケーススタディーがある。すべてのケースが高等裁判所レベルで審議されており、関連する倫理的問題の類型についての記述を提供している。各々のケースには引き続き、講師の指導の下、自分自身でケースを学習し、可能な解決策を議論し、彼等自身の結論に達する前に彼等が自分では適切ではないと思ったことを受け入れてしまわないように、学習者たちのための一般的な指針が記載されている。本プロジェクトの目的は意思決定プロセスに学習者が積極的に参加するための道具と基盤を作成することである。

このような体系的な方法を用いた教育方法(teaching)、教育内容(education)、そしてトレーニングを統合する努力は、学習者の心に、患者をケアするすべての医師を導く倫理的価値を植え、根付かせよう。

この点において、私はこのプロジェクトに対する彼等の忍耐と献身に関してこのケースブックのワーキング・グループの同僚に、同様にハイファ大学の健康・法・倫理・国際センターとユネスコ事務局からの編集助手に感謝の意を表したい。

アンモン・カルミ (Amnon CARMI)

人間の尊厳と人権に関するワーキンググループ・コーディネイター

ユネスコ倫理教育諮問専門委員会

ユネスコ生命倫理議長

イスラエル・ハイファ大学

各症例の「倫理的問い」リスト（ケース、ページ、問い、国名、時期（西暦））

作成 浅井 篤

Book 1 『人間の尊厳と人権』

ケース テーマ 倫理的問い	国	時期
Case Study 1 プライバシー 「これら2つの病院はD医師の疾患を開示すべきか」	米国	1991
Case Study 2 医師の権利 「Hさんから手術への同意を得る前に、M医師はてんかんについてHさんに開示すべきだったであろうか」	カナダ	1998
Case Study 3 患者の個人的な医療情報における患者の権利 「A医師はX氏の精神的な状態についての医療情報の提供を拒否できる立場にあったか」	イスラエル	不明
Case Study 4 未承認治療に対する異議 「患者が受けたいと願う治療法を病院が拒む権利があるか」	米国	1977
Case Study 5 尊厳を持って生きる権利 「この医師は違った行動を取るべきであったか」	日本	1984
Case Study 6 終末期にある未成年者に対する治療の中止 「医療倫理委員会は生命維持の中止を決定すべきか」	米国	2007
Case Study 7 救命治療の差し控え 「もし将来、彼の状態が再び悪化し自力で呼吸できなくなったら、医師たちはJに人工呼吸器を装着し、この装置に関連した集中治療を行うべきだろうか」	豪州	1991
Case Study 8 終末期（エンド・オブ・ライフ）に関する考察 「餓死はABさんの死を早める方法としてふさわしいか」	イングランド	1993
Case Study 9 疼痛の緩和 「GCさんの疼痛と苦しみに基づいて、R看護師は違った行動をとるべきであったか」	米国	1997
Case Study 10 拒否の権利 「医師は生命維持治療を受けることをHAに強制すべきか」	米国	1993
Case Study 11 命の終わり 「医師は、死ぬ時期を決めたいというSRさんの願いをかなえることを許されるべきか」	カナダ	1993
Case Study 12 精神疾患の強制治療 「当該病院は精神疾患患者に自分たちの治療の方向性を決めることを許容すべきであろうか」	米国	1986

Case Study 13 精神疾患患者による骨髄提供 「Yには同意する能力がないという事実があるにもかかわらず、Yは姉のために骨髄ドナーとなるべきか」	英国 UK	1997
Case Study 14 未成年者の代わりに救命治療を拒否すること 「DJは、宗教的信念に基づく両親の意に反して、輸血による治療をされるべきか」	チェコ	2004
Case Study 15 信仰を理由に救命のための治療を拒否する未成年 「LDKの治療について責任を持つ医師たちは、輸血を含む化学療法を受けることを彼女に強制するべきか」	カナダ	1985
Case Study 16 宗教的信念により治療を拒否すること 「医師は、輸血を受けないというAと彼の家族の希望を尊重すべきか」	イングランド	1992
Case Study 17 インフォームド・コンセント 「S氏が非常に不安を感じていた患者であったことを考えると、医師は、彼に違った説明をすべきだったか」	カナダ	1985
Case Study 18 インフォームド・コンセントに必要な情報 「たとえ減胎処置がNP夫人と夫の宗教に反し、医師の良心に反し、医師自身の宗教的信条に反しても、医師は彼らに減胎の可能性を知らせる義務があったか」	イスラエル	不明
Case Study 19 代替治療法についての情報 75 「医師は、当時、しっかりと確立されていなかった乳がんの乳房温存術について、患者に説明する責務があったか」	日本	1998
Case Study 20 予期しない医学的問題のために事前の同意なく治療を行うこと 「Mさんが同意を与えることができるまで、C医師は手術を延期すべきだったか」	カナダ	1933
Case Study 21 不可逆的処置に関するインフォームド・コンセントの特別な重要性 「P医師はSKさんの同意なく生殖器官の摘出手術を行うべきであったか」	インド	2008
Case Study 22 意識のない患者の推定同意 「病院は胎児の命を救うために、夫の強い反対とC夫人の明白な同意なしでも、帝王切開を実施すべきか」	香港	2003
Case Study 23 精神障害患者に対し、同意なく実施される不可逆的な医療行為 93 「手術に対して精神障害のために同意できない出産可能な女性のケースにおいて、不妊手術は容認されるか」	イングランド	1989

Case Study 24 患者の決定を尊重すること 97 「医師は、M 夫人の明確な反対にもかかわらず手術を行わなければならなかったであろうか」	米国	1914
Case Study 25 保健医療サービスを提供する際の平等性 100 「そのような治療を受ける余裕がない S 氏のような人に、国家は、望まれる治療を提供しなければいけないのだろうか」	南アフリカ	1997
Case Study 26 国家が救急医療を提供する義務 「上述の（諸）病院が HS に対する治療を拒否し別の病院に紹介したことは正しいといえただろうか」	インド	1996
Case Study 27 「不当な生命（ロングフル・ライフ、wrongful life）」という主張 「まったく存在しない（死とは区別される）という状況は、生きているよりもよいこととしてみなされるべきなのか」	イスラエル	不明
Case Study 28 義務的な予防接種 「州議会は、L と K が予防接種を受けていないことを理由に、保育園への入園を拒否することで差別する権利を与えられているのだろうか」	豪州	1996
Case Study 29 囚人の尊厳保護 116 「患者が医療行為中に、手錠をかけられていたり、プライバシーが確保されていない場合、医師はこれに口をだすべきか」	イングランド	2007
Case Study 30 配偶者間体外受精のための無断の精子採取 「病院は、MAW の願いに従って、GAW の明確な同意がないまま、昏睡状態の彼から精子を採取するべきであろうか」	豪州	2000

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-1：プライバシー

翻訳 浅井 篤

D 医師は産婦人科レジデントで州立大学医療センターと地域の病院が提供する共同研修プログラムに参加していた。侵襲的外科手技施行中に、D 医師は患者の主治医に誤って切られてしまった。患者と D 医師との間で実際に血液の接触があったかどうか記録からはわからない。血液暴露はなかったようだが、誰も確信は持てない。

後日、D 医師は自主的に HIV についての血液検査を行い、検査結果は HIV 陽性であった。検査結果を知らされた後、D 医師は進んでその後の外科手技への参加を辞退し、関係部署に自分の状態を説明し、自発的に休職を要請した。

医療センターの調査では、診療の経過で D 医師とある程度関わった 279 人の患者の存在が確認された。同様に地域の病院では、D 医師が共同研修プログラムを開始して以来、168 人の患者が D 医師と接触していた。残念ながら病院の記録には、毎回の医師の切創発生が必ずしも示されていないし、外科手技における各医師の役割に関する記録もない。このように、合理的に考えて D 医師と接触した機会があったと想定されるすべての患者が上記に挙げられた統計に含まれた。

医療センターと地域の病院はともに、D 医師との接触によって感染しているかもしれないこれらの患者に、D 医師の病状に関する情報を開示する「確固たる」必要性があると主張する申し立てを裁判所に提出した。加えて同二病院は、D 医師を助手とした侵襲的手技を受けた患者に連絡が取れるようにするため、D 医師の病状を産婦人科の他の医師たちにも開示する確固たる必要性があると確信した。

それに対して、D 医師は自分のプライバシーの権利を主張し、自分の HIV 関連の情報を開示することを正当化できる程の確固たる必要性はないと主張した。

これら 2 つの病院は D 医師の疾患を開示すべきか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とと

もに定めなさい。

YES 医療機関には患者の健康を最大限保障する義務がある。したがって、病院には感染したかもしれない個人に HIV への暴露の可能性を伝え、彼らに治療、検査、そしてカウンセリングを提供する責任がある。加えて、D 医師の身元の開示がエイズの広がりを防ぐために必要である。

NO この二つの病院には D 医師の名前を産婦人科の他の医師たちに開示する権利はない。D 医師のプライバシーの権利は、他の誰のそれとも変わりがない。それゆえに、D 医師の名前を開示することは重大なプライバシーに対する権利の侵害である。

YES 疑いもなく、個人の健康問題はプライベートな事項であり、インフォームド・コンセントに従って扱われるべきである。しかし D 医師の健康問題は彼個人の問題ではない。彼が手術器具を手にして侵襲的手技を行うチームに参加するようになった瞬間から、彼だけではなく公共の懸案となった。したがって、病院は D 医師の疾患について開示しなければならない。

NO この D 医師の疾患に関する開示は社会の人々に、もし HIV に感染した医師の治療を受けたなら彼らはエイズに感染する危険性があるというメッセージを送ることになる。それゆえ、将来的に病院は似たような確証のない患者へ通知をしないことによって訴えられる危険性が発生するだろう。高価な医療ケアは、必要のない HIV 検査の繰り返しと高価な医師の損害賠償保険のせいで更に高騰だろう。さらに医師および他の医療従事者は HIV に感染した人々を治療する気を失うだろう。

NO このような広範な通知は、医師および医療専門職が HIV 感染患者をケアする気持ちを萎えさせるであろう。

本ケースについてのノート

判決

本事例はその国の裁判所で審議された。裁判所は社会に対する開示と医師のプライバシーの権利の競合する必要性を比較衡量した。裁判所は病院側の訴えは正当性があると判断し、D 医師の身元と彼の HIV 関連情報は条件付きで開示されてよいと判決した。

地方裁判所の命令：

・・・原告（病院）はこれによって D 医師の身元を以下のように開示することを許可されるが、以下のようにのみ許可される：

1 レジデントプログラムの医師も含めた産婦人科分野の医師たちには D 医師の名前を知らせること。

2 D 医師が外科手技または産科手技に参加していた患者への通知を作成することを許可された医師にはD 医師の名前を知らせること

3 患者への手紙および記者発表においては、D 医師を「我々の産婦人科共同レジデントプログラムの医師のひとり」と描写し、D 医師が勤務していた期間を説明すること。

上記1と2でD 医師の名前を提示されたすべての医師は、本決議がこのような情報を上に定めた以上に開示することを禁じていることを心得ておくべきである。

最高裁判所はD医師のHIVの状態を患者に開示することを病院に許可した地方裁判所の命令を支持し、病院は潜在的にHIVに暴露した患者に情報を伝え治療するという確固たる必要があるため、他の状況であれば秘匿されるべき原告に関する情報を開示することが許されると述べた。

ディスカッション プライバシー

人間の尊厳は生命倫理のもっとも重要な原則のひとつである。この原則には明確な定義はないが、それは単なる言い回しではなく、むしろの個々の人間の内在的価値に対する敬意を促進する必要性を反映したものである。この目標を達成するため、国際生命法 (international bio-law) は尊厳を、プライバシーのような他の効果的で実践的な権利を伴った、すべてを包含する原則として定義する。

プライバシーに対する権利は、すべての人間の尊厳に対する生来の権利の不可欠な一部分である。それはすべての個人が、いつ、そして、どれだけ個人的情報を衆目にさらしてよいかを決める権利を表す。すべての人間はプライバシーに対する権利を持ち、それゆえに、医療従事者と同様に、患者もその権利を与えられる。

この権利は実際に個人が彼らの自律性を維持し彼らが望むように生きることを可能にする。国によっては、この権利に『生命倫理と人権に関する世界宣言』の第9条に述べられているように、法的根拠を与えている。

当事者のプライバシーと個人情報の秘密保持は尊重されるべきである。最大限可能な限り、そういった情報は、国際法、特に国際人権法に整合して集められ、同意が得られた目的以外には用いられたり開示されたりすべきではない。

にもかかわらず、プライバシーに対する権利は時に、他者が自分の健康状態に関する真実を知る権利などの、他の権利と対立することがある。そのような状況では、我々は異なる権利と利害関心の間で均衡状態を見つけなくてはならない。

機密で統一？秘密保持に対する権利は絶対的な権利ではない。時に第三者がこの権利の撤回を要求するような危険に直面することがある。我々はその脅威の重大さと切迫性を考慮しなくてはならない。脅威が深刻で切迫している場合、その時には強制的な開示ですら適切となるだろう。

国によっては、このような開示を合法とする動向があることを強調しておく。

加えて、自分たちに影響がありそうな出来事に関して知る公衆の権利もまた彼らの尊厳に対する権利の一部をなしている。

関連する重要情報だけを開示する一方で氏名等の開示を避けるという選択が、二つの権利の均衡を保つために最もよく取られる方法の一つである。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-2：医師の権利

翻訳 本田宏介

M 医師は産婦人科医であった。M 医師は53歳の女性患者 H さんに、腹式子宮摘出術を行った。

手術に先立ち、M 医師は手術の危険性や予測される合併症について H さんに告げた。M 医師は、H さんが受けることになるであろう一般的な麻酔薬やそれによって起こり得る合併症について、H さんと話し合った。M 医師は子宮に近接する他の臓器を傷つける可能性を H さんに伝え、その中には腸、膀胱、そして直腸が含まれていた。術中や術後の出血の危険性、および術後の感染の危険性についても2人の間で話し合われた。手術に付随する全ての重要な危険性を M 医師が開示した後、H さんは手術に同意した。

M 医師は1989年以来てんかんを患っていたが、それは H さんには開示していない情報であった。H さんの手術中、M 医師は手術室でてんかん発作を起こさなかったし、摂取していた薬物が M 医師の手術を行う能力に影響を及ぼすということもなかった。

最初の手術の時にできた膀胱への切り込み（膀胱切開）のために、術後2日間、H さんの膀胱は正常に機能しなかった。膀胱の損傷を治療するため、泌尿器科医が呼ばれた。次の日の朝早く、肺塞栓症により H さんは亡くなった。

H さんから手術への同意を得る前に、M 医師はてんかんについて H さんに開示すべきだったであろうか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES 外科的処置について患者の同意を得る時は、主治医による処置を受けるかどうかの患者の決定に影響を及ぼすかもしれない個人的病歴はいかなるものであれ、主治医は開示しなければならない。そのような情報を開示しないことは、自分で治療法の指示する患者の権利を故意に侵害したと定義される、医療上の暴行と見なされるかもしれない。M 医師

が自分の医学的状態を開示しないままに、Hさんが子宮摘出術の同意書に署名したならば、それはHさんに対する虚偽の説明または詐欺行為に相当することになる。

NO Hさんの同意を得るとき、M医師がてんかんを患っているという事実は開示するべきではない。医師の医学的状態が手術を行う能力に害を及ぼさない限り、秘密保持に対し、医師はその他の人と同様の権利を持つ。

本ケースについてのノート

判決

本事例はその国の裁判所で審議された。裁判所は、M医師が自分の医学的状態をHさんを開示しなかったことは、推奨される手術に伴う重要な危険性を患者に知らせるという外科医の義務に含まれないと結論付けた。

M医師には自分の病歴をHさんを開示する義務はなかった。M医師や彼の同僚医師によると、証拠として提示された文書にあるように、M医師の摂取していた薬物はてんかんを抑制していた。手術室においてHさんの手術を行っている時、M医師にてんかん発作は起こらなかった。

予定されていた手術に伴う重要な危険性について患者から同意を得る際、M医師は求められる配慮の基準（*standard of care*）を満たしていた。M医師が自分の医学的状態を開示しなかったことは、患者に対する虚偽の説明や詐欺行為にはまったく当たらない。

ディスカッション 医師の権利

個人のプライバシーとは、自分や自分に関する情報を守り、そうやって自分のことを選択的に公開する能力のことである。患者がそうであるのと同じように、医師にもプライバシーが与えられている。人権の一つとしてのプライバシーは、他人を傷つけない限りにおいて、個人の意思から生まれる。プライバシーのような権利は生まれつきのものであり、全ての人が、ただ人であるというだけで与えられる。この主題に関する最も難しい問題の一つは、ある人の権利を保護することが、どういう場合に他の人の権利を害することになるのかを決めることである。

医師のプライバシーに対する権利は、医師の尊厳に対する権利と自律性に関する社会的な概念に由来し、（患者に危害を加えない限り）医師はその権利により自分の行動を決め、働き続けることができる。さらに、医師が自分の患っている病気を開示する場合、患者は不

安感を持つようになり、その医師による治療を避け、ひいては患者自身に害が及ぶかもしれない。

一方、医師を信じること、つまり、医師は患者の福祉だけを切望するものだと信じて疑わないこと、医師は患者の秘密を守ると信じること、医師と患者との信頼関係を信じることは、患者の特権である。医師が患っている病気を患者に開示することがうまくなされない場合には、この信頼関係が著しく損なわれることもあり得る。

しかしながら、医師が病気を患っている場合には、医師としての、そしてまた人間としての自らの権利と責務について深く考えなければならない。これには、医師が自分の病気を明かさないう権利と、患者に無用な害や不安感を与えず、最善を尽くしてケアをする責務が含まれる。

このような場合、さじ加減の難しいバランスを検討するため、そして、十分な情報に基づいた判断 (**informed decision**、インフォームド・デシジョン) に到達する助けとするため、倫理委員会や他の外部の専門機関に助言を求めるのも良いかもしれない。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-3 患者の個人的な医療情報における患者の権利

翻訳 正木左希子

1999年、福祉当局はX氏（女性）の精神状態について多くの問い合わせを受けた。そのひとつは地元病院の精神科クリニックの所長であるR医師宛のものだった。

R医師はX氏が自傷の恐れがあると懸念し、地域の精神科医であるA医師に彼女の引き継ぎを依頼し、A医師はX氏の診察（検査）をすることになった。

X氏はA医師のクリニックを受診した。X氏との会話の後、A医師は、彼女がパラノイア患者と判断したが、強制的に精神科治療を受けさせる根拠はなかった。それにもかかわらず、A医師は彼女に自発的に精神科治療を受けるよう促した、しかしX氏はA医師の提案を拒んだ。

X氏は「精神疾患患者」のレッテルを貼られたように感じた。彼女はA医師による医学的所見や診断を含む医療情報を提供するよう求めた。

A医師はX氏の要求を拒否した。

A医師はX氏の精神的な状態に関する医療情報の提供を拒否できる立場にあったか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES A医師は、患者がその情報を知るべきではないと判断した場合には、患者に医療情報を提供することを拒否する権利がある。

NO 医療情報は患者のものである。精神科医は、その情報が患者にとって有害であるという明確な根拠がなければ、患者からその情報を剥奪する権利はない。

本ケースについてのノート

判決

このケースはその国の最高裁判所で審議された。裁判所は、医療情報の開示を受ける患者の権利がこのケースの出発点だと結論づけた。患者の状態に関する情報は医師または医療機関の私的所有物ではない。情報は患者のものであり、医師はその情報を誠意を持って扱わなければならない。患者が医療情報の開示を受ける権利は、患者の人間としての自律性と尊厳に由来するものである。その医療情報を患者から奪う重大な理由がない場合、患者の権利が優先され、医師は患者に情報を提供しなければならない。

しかし、患者が医療情報の開示を受ける権利は絶対的な権利ではない。医師は、情報が開示された結果生じる患者の身心の状態に対する影響を考慮しなければならない。

ディスカッション 個人的な医療情報についての患者の権利

「尊厳の尊重」という概念は完全には明確ではない。またそのフレーズは多くの法的、倫理的文書で用いられているが特定の定義は存在しない。定義できない理由の一つは、それが様々な文脈で用いられ、かつその意味が異なってしまうため、単一の定義によって完全には捉えきれないからだ。しかしながら、「尊厳」という言葉を私たちの生活の中で使用するために、いくつかの実践的な原則が確立された。

世界のほとんどで他者の尊厳の尊重の必要性に同意しているが、(世界各国で「尊厳」という用語には異なる意味が存在するが) 実践的な原則に関して議論がある。例えば、精神疾患患者の尊厳の尊重の必要性は受け入れられるが、その人に対してすべての医療情報を(この尊厳の一部として) 提供することには意見が食い違い得る。

時に、知識の欠如が患者の恐怖心や感じるプレッシャーを助長してしまい、治療が好ましい効果を発揮する機会が奪われてしまう可能性があるからだ。また、適切な仕方では情報を伝えることは、患者が医師に対して感じる信頼に寄与する。

他方、患者が自分自身の病気の程度を把握できない場合もあり、情報を明らかにすることが患者を傷つける場合もある。例えば、その情報により患者が落胆したり、うつ状態になったり、自傷行為を導いてしまうこともあるということだ。

医師の目的は患者に利益を与えることであり傷つけることではないので、医師は特定の患者に関して、どの情報が明らかにされるべきか否かを考慮しなければならない。

情報を明示しない理由は患者を守るためであることに留意すべきである。倫理委員会や外部機関内の枠組みにおいて、一方で尊厳と尊重に対する患者の基本的権利として情報を開示する重要性、他方で患者の自傷の恐れをふまえて決定されうる。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-4 未承認治療に対する異議

翻訳 正木左希子

CSさんは78歳の未亡人で末期ガンに罹患している。彼女は入院した病院で末期ガンに対する集中的治療を受けた。CSさんは強力な化学療法を受け、彼女に最善の回復の希望をもたらすであろう全ての技術を使用した。しかしその治療は彼女のガンの進行を阻止したり、治癒したりする効果はなかった。彼女の病状は徐々に悪化し、予後は不良である。死が目前に迫っている。

標準的な治療が失敗したため、CSさんは彼女のガンを効果的に進行阻止したり治癒に導く代替薬を受けたいと希望している。この薬はアプリコットの種から抽出された化合物で、長年がん治療のため推奨されていた。

この薬は、一般的に有資格の専門家からは安全で効果的な抗癌剤とは認識されていないが、その支持者たちによってガンを治癒したりその転移を防ぐか、もう少し控え目に言うなら、治癒はさせないがガンに付随する症状を軽減すると主張されているものである。

この薬はその国の食品医薬品局（FDA）や、国立ガン協会から認可されていない。それはガンの治療法としては承認されていない。このことから、病院は、最善の医学的判断として、この代替薬による治療をCSさんや他の入院患者に使用することを拒否している。

患者が受けたいと願う治療法を病院が拒む権利があるか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

NO 希望する治療法が病院によって認められていないとしても、CSさんには、どの治療を受けるかを決定する基本的な権利がある。CSさんが病院から提供された治療法の全てを試したという事実によって、この権利は一層強化される。

YES どの治療を受けるかを決定する基本的な権利が患者にあることは周知の事実である。それと同様に、病院にもこのような治療を拒む権利がある。もしCSさんが代替薬を用いた治

療法を追い求めるのならば、その薬の使用を禁止していない他の病院で受けることは彼女の自由である。

本ケースについてのノート

判決

このケースは、その州の最高裁で審議された。裁判所は、その治療法が州や病院から承認されているか否かは関係なく、免許を持つ医師の助言のもと、どのガン治療法を選びまた拒否するかという患者の権利は、それ以上根本的な問題にはなりえないと結論づけた。

裁判所による略式命令を拒めば、まさしく自由に選択できるというプライバシーの権利にとって根本的な基盤が事実上損なわれてしまう。

疑いなく、病院は国民を守り、そうすることによって病院の名声を守ることを欲している。しかしながら、その国とこの州の憲法は、最終的に個人は自分の運命を決める際に最大限の自由を与えられなければならないという原則を不可侵なものとして明言している。さらに、人が癌の終末期にあり他の治療に反応を示さない時、代替薬を投与することにより生じると申し立てられている公的損害は相当に小さくなる。

病院は、もしCSさんや彼女の主治医が代替薬を使用した治療法を追い求めるのならば、その薬の使用を禁止していない他の病院で受けるのは彼らの自由であると断言している。裁判所は、彼女の年齢や衰弱した身体状況を考慮して、この時点で病院を変えることを余儀なくされることは、CSさんと家族の双方に対して、途方もない負担になるだろうと述べている。

裁判所は、CSさんが彼女の体を襲った病気と戦うための方法を選択する最後の機会を否定することは、自由社会における個人の権利の意味を理解していないことを表明することになると付け加えた。

ディスカッション 非承認治療に対する異議

標準的治療に反応しない状態の末期患者は非常に難しい状況に直面している。医師は患者の疼痛緩和や問題解決への新たな方法を、最善を尽くしながら、模索している。

承認されていない技術を使用することは、技術の発展と道徳の対立の問題として提起され

る。科学の進歩は、我々の道徳的価値観に影響を与えている。例えば、しっかりと限定された制限のない進歩は危険であり、革新的な技術を受け入れる前にそれらの制限を設定する必要があるという議論がある。別の視点から提起されることは、人類（humanity or mankind）は医療や科学の進歩に対する倫理指針を定義できるということにある。

このようなケースにおける1つのオプションは、患者に対して実験的治療を紹介する際には、まだ未承認であること、あるいはまた「標準的治療」とは定義されていないこと、しかし医学的治療と市販流通において最終段階にあることに言及することである。各国は通常、治療に関する医学的研究に法的ガイドラインを適用している。我々は研究を必要としている一方、最大限、患者への利益は高められ、害は予防されなければならないことを忘れてはならない。

研究が問題となる場合、研究は常に予測可能ではなく、医師も患者自身も研究を行う際、患者の状態にどのような影響をもたらすかをいつも予期できるわけではないので、上記の原則にさらなる注意を払わなければならない。新しい技術は道徳性と人間性における質を向上できる時にのみ適用されるべきである。しかし難しい問題は、治療法のない状態にある患者において、「実験的技術」がそのような質を促進できるのかということであり、これこそが、医師が直面している課題である。

時に現存する治療法に絶望した患者は、リスクを承知で安全性も有効性も保証されていない薬物、物質または治療に関する研究に進んで参加する。このようなケースでは、彼らは研究に参加することでより大きな害を被り得る。彼らに誤った希望を持たせるだけでなく、緩和的だが治癒的ではない従来の治療を中断するかもしれないために、彼らの死期が早まったり被害が生じたりするからである。したがって、医師は、患者が安全な方法によって治療を受けることを保障する責務がある。

初期段階にある実験（例えば動物実験）に同意する時は、患者も家族も感情的ストレスにさらされる。すでに（潜在的に危険で、しかも十分には検証されていない処置にすすんでお金を使わなくてはならないという）難しい立場にあるために、医学的状态の悪化と同様に激しい失望を受けやすい。

最小限の効果と安全性の保障もない初期段階にある実験的治療に対して同意することは、公的な容認を損ね、利益がないだけでなく有害でさえある治療に、表面上は患者が「放り込まれた」というメッセージが伝えられる可能性があることが強調されなくてはならない。『生命倫理と人権に関する世界宣言』第4条は、全人類への利益と同様に患者個人への利益を保障する必要性を強調している。

しかしながら、標準的でない医学的治療を受ける患者の希望と権利にもかかわらず、医師は、有効性と安全性を確信できない場合、治療に対する患者の希望を満足させる責務はない。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディ 1-5：尊厳を持って生きる権利

翻訳 正木左希子

妊娠26週の女性 X は、民間の産婦人科医院で医師に相談し、妊娠中絶を行うことを依頼した。

その医師の医院には、病院では提供可能な、例えば保育器など未熟児のための施設や設備が十分にはなかった。

医師は自分の医院で妊娠中絶を行った。前述の妊娠中絶の結果、分娩された胎児は生きていた。その未熟児の推定体重は1000グラム以下だったが、その児は成長が継続する可能性はあった。

医師は迅速かつ容易に救命措置を行う技術を持ち合わせていた。しかし、医師は、児が生き延びるための処置を自分の医院では一切行わず、放置した。その結果、児は生後54時間で死亡した。

この医師は違った行動を取るべきであったか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

NO X は彼女の自由意志で妊娠中絶を求め、中絶することを望んだ。胎児が生きるか死ぬかを決めるのは彼女の権利である。胎児はどのような権利も持たない。それゆえ、医師は義務に反していない。

YES もし胎児が母親の子宮外で生きる可能性があるのなら、胎児はその他の人間と同じとみなされるべきである。適切な治療が施されていたら、児は生存できたかもしれない。医師は適切な医療を提供するという義務に違反しただけでなく、児に残酷な死を運命づけ宣告した罪を犯したのである。医師は妊婦を病院に紹介するべきであった。

本ケースについてのノート

判決

このケースはその国の最高裁判所で審議された。最高裁は以下のように判決を下した。これは産婦人科の専門医が妊娠 26 週の女性から妊娠中絶を依頼されたケースである。当該医師は、前述の中絶手術の結果生まれた未熟児にも適切な医療が施されていたら、成長し続ける可能性があったことを認識していた。

さらには、当該医師は何ら問題なく迅速に処置を提供する能力があった。それにもかかわらず、医師は自分の医院で前述の児を放置し、54 時間後に死に至らしめた。このような状況下、専門職による犯罪的な妊娠中絶と死という結果を招いた保護者による放棄という犯罪が立証される。

ディスカッション 尊厳を持って生きる権利

尊厳に対する個人の権利と並んで医療関係者が患者を尊重して行動する責務は、医師が直接担当する患者だけでなく、医療的な補助が求められて患者となったような人たち、例えば、実際には産科の患者であった女性から生まれた児も含まれるのである。

今回のような状況下で、親の人生が、生まれたばかりの子どもと同等の尊厳と権利を持っているかどうかをわれわれは自問しなければならない。

どのような形であれ生命は尊敬に値することを基礎にした立場では、胎児も母親と同様に尊厳に対する権利を享受しており、妊娠中絶は許されないのである。ある人々は、胎児は妊娠が始まった時から、もしくは少なくとも妊娠初期から人間として見做されるべきだとしている。その場合、妊娠のどの周期においてもその「最善の利益」を考慮しなければならず、また我々は母親の利益を胎児のそれより優先すべきではない。

他の立場では、親の人生 (life) は生まれたばかりの幼児の生命(life)とは同等ではないというが、そうは言ってもやはり、妊娠中絶するという母親の選択は容認されやすい。通常、国によってこのような案件では異なる立場の間でバランスを取れるように法律を通過させる。しかしながら、ある意見では¹『生命倫理と人権に関する世界宣言』は、生まれていない胎児には尊厳に関する権利はないと主張していると述べている。

しかし、「生まれていない胎児」が生まれた場合どうなるのか？生まれた後の彼の尊厳は母親の尊厳と同等なのか？もしそうならば、母親が彼を中絶したいと思っていたとしても、

彼は他の患者と全く同じように扱われるべきである。このようなケースにおいて、医師は赤ん坊に対しても義務を負うのである。

さらに、我々は生まれたばかりの幼児（特に未熟児）は非常に傷つきやすい集団であることを忘れてはならず、それゆえ、完全に保護され、守られねばならない。

母親の福利（good）が、母親も自覚しているように、胎児の福利（good）とぶつかる時は、胎児（すでに生まれ、生きている）をどうするかを決定できる立場としての彼女の独占権を無効にすることができ、母親の希望を考慮せずに、幼児の個別の権利を評価することができるかもしれない。

しかし、幼児の福利（good）を考慮する時、その命が助かるようなケースの場合、治療は施されるべきである。客観的に幼児の福利（good）を母親のものと区別して考慮し、医療の介入が求められる時に治療することを避け、手を引くことは犯罪だと考えることができるだろう。

¹ 追加情報は下記参照：シュミットH. 2007、誰の尊厳か？ 『生命倫理と人権に関する世界宣言』の「人間の尊厳」の範囲にあいまいさを解消する。*Journal of Medical Ethics*, 33 : 568–584.

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-6：終末期にある未成年者に対する治療の中止

翻訳 門岡康弘

D は、ハンター症候群に罹患している、14歳の少年である。既知の治療法がない遺伝性疾患で、彼の余命は2年未満と予測されている。

D は、呼吸困難が原因で、大学病院に入院した。入院当日に人工呼吸器を装着された。誤嚥の発生に伴って気管切開が施され、栄養チューブ（PEG）が胃内に留置された。

D の状態は安定していると思われる。意識は清明であり、目で人々を追い、母親を認識し、テレビを楽しんでいるように見える。普段、D は痛みを感じることはなかったが、気道の吸引を嫌がる。彼の体には浮腫があり、移動の際には疼痛を自覚する。彼の結合組織には水分が充満しており、それはこわばりと疼痛の原因となっている。痛みはほんの一瞬であるから、彼は鎮痛薬を服用していない。移動、清拭あるいは吸引の際に彼は疼痛を経験する。

D の両親は人工呼吸器の取り外しを決意した。母親も父親もともに、取り外しがD の死を早めることを理解していたが、それが彼にとっての最善の利益であり、彼の苦痛を終わらせるのだと証言した。D の母親は彼の病室を毎日訪れ、彼が入院するまでは第一の介護者であった。D にとって最善であることを彼の両親が望んでいることに疑いはない。

D の両親が、彼から人工呼吸器を取り外し、ほかの治療を中止することを希望した際に、C 医師と H 看護師はその意思に賛成しなかった。したがって、C 医師は病院の医療倫理委員会に審査を求めた。

医療倫理委員会は生命維持の中止を決定すべきか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES 医療倫理委員会は、両親の決定を承認し、彼らの気持ちを尊重しなければならない。

この事例では、D の両親が善き親であることに疑いはなく、彼らの唯一の希望は息子の苦しみを終わらせることである。D は自身の治療について同意する能力を欠いており、終末期疾患に苦しんでいる。D の希望を知ることはできないから、彼の両親は D の当然の後見人として、息子の意向を述べている。したがって、人工呼吸器の取り外しは不可避である。No 医療倫理委員会は D の両親の要求を拒否しなければならない。医師の第一義的責務は患者に対するものであり、C 医師は間違いなく彼の患者の利益において任務を果たしている。医学的観点からは、D は意識を失っている段階ではない。したがって、D の意識は清明で、彼は周囲の状況を認識しているから、この時点において人工呼吸器を取り外すのは医学的には適切ではない。

本ケースについてのノート

判決

医療倫理委員会のメンバーたちは、両親の決定は息子に対する気持ちと彼の幸福についての関心に基づくものであることを理由に、それは倫理的であるという結論を独自に出した。

この倫理委員会の決定に基づいて、この事例は国の最高裁判所で審議された。

裁判所は、S を D の権利と利益を保護するための法定後見人として指名した。S はまた、病院倫理委員会の決定を考慮し、D から人工呼吸器を取り外すという両親の決定を支持した。

病院倫理委員会と法定後見人である S は両親の決定を支持したが、裁判所はこの決定に反対した：

本法廷は、若い D が進行性で死に至る変性疾患に苦しみ、とても困難な人生を送っていることを認める。しかし、生きることは D の権利であり、本法廷は、D 以外のいかなる者の観点からも、それが生きるに値する生命であるかどうかについて、考慮したり決定したりはしない。

続けて裁判所は述べた：

この決定は、D と彼の両親が今の経験に耐えてきたということに対する心ある理解と、この家族によってこれから起こるであろうことへの慈悲によってなされた。彼の両親は献身的で、良心的で、誠実で、愛情深く、子供にとって最善であることを行おうとした。彼ら

は避けられないことの受け入れに備えており、D を死なせるほどに愛情を注いでいる。しかしながら、審問で示された証拠に基づくと、彼が意識清明で、反応し、見るからに疼痛に苦しんでおらず、延命による苦痛が、いかなる楽しみ、感情的喜び、あるいは人生から得ることのできるかもしれない他の満足感にも勝るほどに大きくない時期に、人工呼吸器を取り外すことがDの最善の利益であるということが、明白で説得力のある証拠によって示されたとは、本法廷は認めない。

相応の審議の結果、本法廷は、この患者は治療に関する合理的決定を行う能力に欠けていること、および、彼の両親による治療中止の要求は時期尚早であり、この時点において患者の最善の利益でないと考える。

ディスカッション 生命の終末期にある未成年者に対する治療の中止

このケースはいくつかの問題点を示す。その一つは個々人の選択を尊重することの必要性である。生命の神聖さを強調する考え方は、生命の短縮を目標としたいいかなる行為も容認しない。尊厳を反映するものとして意思を尊重する見解は、この種の要求を考慮するだろう。しかし、最強の‘権利としての意思’の信奉者でさえも、悲嘆を理由とした自殺の援助を得る権利を与えないであろう。境界はどこにあるのだろうか？それは明らかではない。一つの答えは、合理性の原則かもしれない。その際には、別の問題が浮上する。。すなわち、誰が合理性を定義するのだろうか？

もう一つの問題点として、その子供に代わりそのような決定を行う両親の判断能力が考慮されうる。一方において、一般的に両親はその子供の最善利益において行為し、そして後見人として彼らはこのような決定を行う権利をもつ。さらには、彼らはその子供に愛情をもち、痛みや苦しみを最小限にすることを望む。他方において、状況がどのように彼らに影響するか、彼らが経験し立ち向かう困難、そしてどの程度にこの状況が彼らの決定に影響するのかについて、我々は確信を持つことはできない。

この状況におけるもう一つの問題点は、「インフォームド・コンセント」の問題である。治療の差控えや中止は、治療に関するインフォームド・コンセントの原則の一部分である。実際に、身体への治療に関する個人の同意は、たとえその治療が生命を延ばすことができても、そのような治療を拒否する権利を含んでいる。

このことが、実際的にも（未成年者があまりに若いであるとか）あるいは法的にも（法律が年長の未成年者にそのような同意の権限を与えないなど）特定の治療を回避する可能性に関する同意に基づく意思決定に至ることができない未成年者に関係する場合には、両親

は当然の後見人として、彼の代わりにインフォームド・コンセントの書類にサインするだろう。この原則は、未成年者の年齢と親の関与の範囲が定められているあらゆる国において、法律によって保障されている。

このケースにおいて最も重要な考慮すべき点は、未成年者の最善の利益である。後見人の決定はつねに未成年の最善の利益になるわけではなく、また、その決定が彼の最善利益にあたるかどうかについて我々は必ずしも知りえない。その決定は客観的でなくてはならず、その未成年の幸福、最善の利益、そして善行のみを考え、他のことを考慮してはならない。

未成年者が青年期にあるなら、年齢の点において、状況と治療を受ける・受けないことの結果を理解する能力に応じて、彼にはその状況に関する自分自身の意見と意思を表明する機会が与えられるべきである。

自分の身体に何が行われるべきかについて決定する能力と権限を持たない未成年者については、『生命倫理と人権に関する世界宣言』の第7条に定めてあるように、その最善利益が何よりも先に考慮されなければならない：

同意する能力を持たない人には、国内法に則って特別な保護が与えられなくてはならない。

(a) 研究と医療の実施の認可は当事者の最善の利益に則って、かつ国内法に則って取得されるべきである。しかしながら、当事者は同意の意思決定プロセス並びに同意の撤回に可能な限り最大限関与すべきである。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-7：救命治療の差し控え

翻訳 門岡康弘

ベビーJは、1990年5月28日に妊娠27週の早産で生まれた。出生時の体重はたったの1.1kgであった。彼はその短い生涯の間に、想像し得るほとんどすべての不幸に苦しんだ。彼は生まれた時に呼吸していなかったため、すぐに人工呼吸器を装着された。感染を抑えるために、抗生物質を投与された。頻繁に脈拍が高度に低下し、出生後10日間は、彼はかろうじて生存した。1990年の9月までに、その時はわずか生まれてから3か月目だったが、彼は計6週間となる2回の人工呼吸治療を受けた。

Jの現在の病状は、出生時の低酸素と血流低下が原因となった高度の脳障害である。このダメージは永続的であり、損傷を受けた脳組織は回復しない。彼が上半身を起こし、頭を持ち上げるようになるかは疑わしい。Jの視力はいくらか回復するかもしれないが、盲目であることが判っている。同様に彼はおそらく耳が聞こえない。彼は情動をあらわす音を出すことができるかもしれないが、話すことは到底できないだろう。限られた知的能力の発達さえも、ほとんど望みえない。すべての不幸の中で最悪なことは、疼痛はきわめて基本的な反応であるので、おそらく彼は正常な乳児と同程度に痛みを感じることができるだろうということである。彼は微笑んだり泣いたりできるようになるかもしれない。そして、予想されるように、彼の余命はかなり短い。長くて10代後半まで生きるだろうが、おそらくそのずっと前に死んでしまうだろう。

Jは終末期状態ではなく、死の段階でもなく、死プロセスにあるわけでもない。

今のところ、Jは安定しているように見え、自力で呼吸をしている。いくつかの点において彼の状態は改善している。そうはいつても、この回復は不安定なものであり、いつでも危機が生じるだろう。

Jの治療を担当する医師たちは、もしそしてさらなる長期の人工呼吸器治療と集中治療の必要性が生じた場合には、それらを提供したくないことで完全に一致した。しかし一人の医師は、非常に短期間の人工呼吸が適切な状況があるかもしれないと考えた。医師らは、そのような治療がJにとってとても不快であり、苦痛となることを強調した。

Jの両親の立場は、一貫していない。当初、彼らは医師のすすめを受け入れたが、現在は、可能性のあるいかなる機会でもJに与えられることを希望している。

もし将来、彼の状態が再び悪化し自力で呼吸できなくなったら、医師たちはJに人工呼吸器を装着し、この装置に関連した集中治療を行うべきだろうか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES 患者のQOLに基づいて救命治療を差し控えることは、決して正当化されない。その生命が生きるに値するののかについては患者以外の誰も決定することはできない。Jは終末期状態ではなく、10代まで生きると予測されている。したがって、可能ならば、維持されるQOLと治療することに伴う苦悩とは関係なく、つねに治療によって延命させられるべきである。

NO これらの状況では、Jの生命を維持するのに必要な治療は痛ましい性質のものであり、彼を苦しめるものである。生命は、どんな犠牲を払ってでも維持されるべきようなものではない。保つべきQOLと、生命維持に必要な治療によって生じた苦痛が考慮されるべきである。前述の治療は患者の最善の利益にはならないかもしれない。

このケースについてのノート

判決

本件は国の控訴院で審議された。第一審の判事は、蘇生を必要とするさらなる急変時の際に、彼の治療の関係者にとって人工呼吸器治療が適切であると考えられないならば、Jはその治療を受けるべきではないという、新生児科専門医の勧告を承認した。医療機関はその勧告に一致した治療を継続するよう、判事はその勧告に基づいて指示した。

公認事務弁護士は上訴した。控訴院はそれを却下し、生命維持に賛成する強い推定はあるけれども、Jの最善利益にとって代わる生命の神聖さ (Sanctity of Life) に関連する公的政策の原則はないということを支持した。したがって、たとえJが終末期状態でなくとも、裁判所としては救命治療に対する同意を保留するとした。

ディスカッション 救命治療の差し控え

終末期状態にある小児の延命をめぐる問題は、我々が対応を強いられる課題の中でも最も困難で痛ましいものの一つであると考えられる。今日、昔とは異なり、我々は未熟児を生存させる技術をもっている。しかし、そのような生命はその患者と家族にとって多大な苦痛を伴う。

われわれが自身に問わなければならない重要な問題は、QOLが著しく低い人が「人間」として考慮されるかどうかということである。言い換えるなら、人を人間として定義するのにQOLは影響するのだろうか？その人が人間ではない、あるいは人間の定義にいくつかの度合いがある、と論じる人々は、治療の差し控えに賛成し、おそらくはそのような状態の人を研究の対象とするかもしれない。もう一つのアプローチは、彼は人間であり、彼の尊厳は他の人々の尊厳と同じように維持されるべきであると論じる。彼のQOLが高くないという事実は、いかなる人間にも与えられる基本的権利として彼の尊厳に影響を与えることはない。

これらのケースにおけるもう一つの問題は、自分の考えや意思を伝えることのできない人が関与しているということである。赤ん坊にとって、理解し、情報を処理し、決定することは不可能である。それらについて決定を行う最適な候補者は両親であるとするのは、どの両親であっても子供の最善の利益を考慮するという想定に基づいている。しかしながら、もしも両親がそのような決定を下せないとしても、決定はそれでもなお下されなくてはならない。もし我々が技術を利用するなら、我々にはその結果を受け止める義務がある。

最も考慮されることは児の幸福であるべきであり、両親の幸福や医療ケア制度であってはならないが、『生命倫理と人権に関する世界宣言』第3条(2)において、以下のように定められている。

個人の利益と福祉は、科学または社会単独の利益よりも優先されなければならない。

したがって、われわれには児の利益を保護する責任がある。その責任とは、このケースと同じような状況におけるにきわめて困難な責任である。

この問題に関わるきわめて重要な原則は生命の神聖さ(SOL)である。人間の生命には価値があり、それゆえにいかなるQOLの状態であっても、直接的あるいは間接的に人の生命を終わらせる手段をとることは誤りであると論じることができる。一方で、ある人のQOLが非常に低い状態にあるので、生命の維持が技術的に可能であっても、そうすべきではないと論じる者もいる。後者を支持する人たちだけが、誰かを殺すことと、ある人を救命ないしは生命維持する手段を差し控えることとの違いを容認できる。しかし、QOLに

関する最も困難な問いは、それをどのようにして、そして誰が定義するのかという問題である。もし赤ん坊の J が盲目というだけであったなら、裁判所は同じ判決を下したのだろうか？

児の苦痛が何に由るものなのか、児を救うことができる技術、あるいは児の障害に起因する苦痛を軽減する技術があるのかないのかなどの医学的な観点を含んだ、あらゆる規定要因を考慮しなければならないことに疑いの余地はない。あるいはまた、児は現在の病状においても愛情や優しさを受けているのだろうか、そして今の困難な状態においてそもそも何かを改善することができるのかというような別の要因も考慮しなくてはならない。

たとえ児を延命しないことを決定したとしても、彼の苦痛を予防しうるすべてのことを行うこと（例えば、鎮静薬を差し控えないこと、窒息させないようにすること）は適切である。そして、たとえ同情心からだとしても、積極的安楽死（致死薬を注射することなど）を実施しないことは妥当である。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-8 終末期（エンド・オブ・ライフ）に関する考察

翻訳 川崎彩子

ABさんは重篤な胸部挫傷によって壊滅的かつ不可逆的な脳の高次機能障害を受け、3年半ものあいだ遷延性植物状態(PVS)で総合病院に入院している21歳の男性患者である。大脳皮質機能を失っているにもかかわらず、脳幹は生きており機能し続けているという状態だ。彼は自力で呼吸し消化機能も持続しているにもかかわらず、見ることも聞くことも味わうことも匂いのかぐことも、話したり他のあらゆる手段でもコミュニケーションをとることができないし、不随意運動もなく、痛みを感じることもできず、認知機能も全くない。

彼は鼻から胃に挿入された経鼻胃管で人工的かつ機械的に栄養を供給され続けている。

K医師はABさんを診察したうえで、これまで経験した中で最重症例だと診断した。さらに彼はABさんがあと数年は生存するかもしれないが、感染を合併するリスクが高いことが主な原因で5年を超えて生存することはないと述べた。

彼を診察した医師全員に一致した意見は、今後あらゆる回復も何らかの機能改善も見込めないという点であった。

ABさんは受傷前に自分自身の意向を全く示しておらず、彼の家族も彼にかわって同意することはできなかった。両親は息子に対して知っていることに基づいて、彼は現在の状態を続けることを望んでいないだろうと言った。

これらのことから、病院の老年医学の専門医にコンサルトした結果、これ以上の治療は差し控えるべきとの明確な結論に達した。このことには経鼻胃管を介した人工的な栄養補給の中止や感染を合併した際の抗菌加療の差し控えも含まれる。もしこの方針が採用されたならば、10日から14日以内にABさんの身体機能は終結を迎え、餓死することになる。この過程は関係者にとって不快だが、ABさん自身は何が起きても全く気付くことなないであろう。

餓死はABさんの死を早める方法としてふさわしいか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES ABさんが最も尊厳を保って死ぬ方法は人工栄養法の中止によるものである。もしこの行動を起こさなければ、5年以内に栄養を差し控えることによる死よりももっと悲惨な死を感染によって迎えるだろう。彼の死に方は悲惨でも屈辱的でもあるべきでない。それゆえ栄養の中止は、彼を死へと導く最も思いやりのあるコントロールされた方法である。

NO ABさんへの栄養を否定することは決して尊厳のある死に方にはならない。食べ物は人が必要とする基本的なものであり、栄養を差し控えることは、例え患者自身が何も感じていないとしても、それを見ているのはつらいことである。

YES 人工栄養と薬物治療を継続すればABさんは生き続けるが、それは本来の正常な生活を取り戻すことにはならない。もし彼が自分の希望を示すことができたとしたなら、おそらく彼自身の屈辱と家族の苦痛を終わらせることを選ぶだろう。彼が死ぬことを許し、家族によって哀悼することこそが、この異様な形で生命維持よりも、もっと彼を尊重することになるだろう。

本ケースについてのノート

判決

前述のケースは控訴審で審議された。ABさんの治療を行う総合病院はABさんを遷延性植物状態のまま生命を存続する持続的人工呼吸管理や人工的栄養水分補給などのあらゆる生命維持治療を中止することを病院と医療者に対して法的に許可するよう裁判所に求めた。さらに彼らは、ABさんが十分に尊厳を保ち、最小限の痛みと苦痛、ストレスのもとに平穏な死を迎えられることを唯一の目的とした治療を除いて、彼に対する他の医療行為を法的に中断し、その後も治療を提供する必要がないということ、裁判所が判決することを依頼した。

病院の訴えはABさんの両親と家族によって支持された。判決はその訴えを認めるものであった。公的弁護士は高等裁判所に控訴したが、控訴審はその訴えを認めた。結果的に公的弁護士は、生命維持の中断は、患者を診療するという、医師の無制限の義務に対する違反であり、かつ、犯罪行為でもあるという主張を議会に提訴した。

議会も主張を棄却し、侵襲的生命維持装置を継続することは患者の最善の利益ではなく、医師はもはや患者の生命を維持する義務はないので、このような状況下で人工的栄養の中

断によって生命維持を継続しないことは犯罪行為とはならないと述べた。

この症例で人工栄養を中断することは、患者を餓死させることにつながるといえるのは事実で、そのことは我々に通常の人がゆっくりと餓死し、そのような死に関連するあらゆる痛みや苦痛に苦しむ姿を思い浮かばせる。しかしもはや何も感じない AB さんはそのような痛みも苦痛も全くないということが根拠に基づいて明らかである。さらにそのように死にゆく過程の外見上の症状は、ケアを行う看護師やお見舞いに来る家族のストレスになるかもしれないといわれるが、それは鎮静剤の使用により和らげられる。このような状況において、単に人工栄養の中断を含む提案だという理由だけで、本事例においてその主張を拒絶する根拠を、私は全く見出せない。

ディスカッション 終末期（エンド・オブ・ライフ）に関する考察

終末期というのはとても複雑な状況である。人のどんな権利も「自由（liberty、束縛・圧政からの自由、または解放）」と考えられているとはいうものの、たとえ自分自身であっても破壊したり傷つけたりすることを無制限に許可するもの（open permit）ではないという考え方もある。この考え方に基づけば人はもはや尊厳を保てていない状況でさえ、生きることへの道徳的権利を放棄することはできない。

もう一つの考え方としては、尊厳を保って人生の終末を迎える権利は、名誉から切り離すことはできないというものである。死は人生の一部であり、それゆえ人はその人自身の価値観に従って、尊厳を保った方法で死を迎えることを基本的な権利のひとつとして許容されるべきである。

機能が著しく障害され、QOLがとても落ちている場合がある。認知機能および／もしくは身体機能が失われ、尊厳も保たれない現状の「生」を続けるよりも、生命を終わらせることを望む場合、その人が本当に人生の終末を望んでいるのかどうかを検討すべきである。さらにそれが本当に彼の希望であるならば、尊厳に対する望みは尊重されるべきである。

しかし我々が彼の望みを確信をもって決めることができない場合には、その仮定は我々の視点に基づくので、彼が死を望んでいると推定することはできない。倫理的な世界では、何が患者の望みか確信を持っていない場合には、「過ちを起こすとすれば、過ちは生の側に (*err on the side of life*)」という考えのもと、「生」を選ぶことが受け入れられる。

積極的安楽死(実際に生を終結されることを要求する)は一般的に禁止されており、患者の健康と幸福を第一とする医師の基本的な義務と対立する。しかし疾患や病状が各々の経過を

たどり、生命が終わりを迎えるのを許容する消極的安楽死(延命治療の回避)を可能にすることはより前向きのものである。

医師はそのような場合に、患者の最善の利益を熟慮すべきである。そしてその人の生命の終結が「最善の利益」と考えられる状況というものもある(人生の終結が許容できると認識する人々にとっては)。

患者がはっきりと意向を示しておらず、本当の希望を確かめることができない場合は、最も問題が生じるケースの1つである。そのような場合には、本当の意向を照らし出してくれそうな本人が書いたものや発言、これまでの行動傾向などのあらゆる手掛かりからその人自身の人生の見方をもっと理解しようと努力をするべきである。

我々が取り組むべきもうひとつの問題は、誰かの人生の終わりをどのように迎えさせるかを選ぶかということである。食事と水分を差し控えることは極端な手段であると考えられ、社会は人生の終結の方法としてそのような方法を用いることを躊躇する。しかし薬物の中止は極端な手段とは考えられず、多くの場合、許容できるとみなされている。それは文化的な要因と主義 (principles) に関わる問題かもしれない。したがって我々は薬物の中止と栄養の中止には大きな違いがあるのかどうか、もしくは心理的感覚の問題に過ぎないのかわれわれ自身に問う必要がある。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-9：疼痛の緩和

翻訳 門岡康弘

GCさんは28歳の囚人である。彼女は子供を出産したとき、妊娠およそ7か月であった。その出産の前に、妊娠経過のチェックをより詳しく行うために、彼女は女性刑務所からMedical and Classification Center (MCC：医療および分類センター)に移送された。

GCさんには5回の妊娠歴があり、そのほとんどは早産であった。この事実はMCCに記録された。

午後7時頃に出血が始まり、GCさんは下腹部に激しい痛みを自覚した。彼女はMCCの医療部門に行き、R看護師の診察を受けた。Rはバイタルサインの確認、膣内診の実施、体児心音のチェックを行うことなく、GCさんをMCCの居住区域に帰らせ、陣痛が6分から7分間隔になったら戻ってくるよう指示した。

午後9時30分頃、GCさんの痛みはひどくなった。彼女は医療部門に戻り、まだ腹部に激しい疼痛を伴う出血があり、陣痛が6分間隔であることをR看護師に報告した。Rは手をGCさんの腹部に当てたが、子宮収縮を触知することができなかった。Rは胎児の心音をチェックし、毎分142回であった。

GCさんには‘早産の可能性’があると判断できたが、R看護師は彼女を居住区域に帰らせ、出血量の増加あるいは陣痛の増強する場合のみ医療部門に戻ってくるよう指示した。

R看護師の指示にしたがい、GCさんは居住施設に戻った。疼痛は強くなっていたが、彼女は午後11時25分までベッドの端に腰を下ろしたが、疼痛は強くなり、彼女は激痛から悲鳴を上げ、コンクリートの床の上に胎児のように体を丸めて横たわった。

午後11時45分頃にGCさんはMCCから病院に搬送された。到着後まもなく、午前0時20分に彼女は未熟児を出産した。分娩中には、母体と児の両方に特に合併症は生じなかった。後に赤ん坊は病院からGCさんの母親の保護下へ送られた。

GCさんの疼痛と苦しみに基づいて、R看護師は違った行動をとるべきであった

か。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

NO GCさんは、ほとんどの女性が出産の際に耐えること以外の何も経験していない。R看護師は、たとえGCを病院へ送ったとしても、苦痛を緩和するために何もできなかったはずである。GCが合併症のない健康な赤ちゃんを出産したという事実は、R看護師がすべきことを行ったということを示している。

YES R看護師は別の行動をとるべきであった。GCさんの苦痛が緩和され、疼痛の少ない尊厳ある分娩を援助するために、彼女を午後7時に病院へ移すべきであった。R看護師はGCさんの人権と尊厳をその行為によって侵害した。

本ケースについてのノート

判決

このケースはその国に控訴審で審議された。GCさんは、囚人が公民権法の下に訴えを起こすための不服申立書を作成した。R看護師はGCさんの陣痛の訴えに対する無関心さによって、残酷でそして尋常ではない罰から自由でありえた彼女の権利を侵害し、身体的かつ感情的な痛みを与えた、という訴えであった。

控訴審は、R看護師の行為が「公民権法が与える、生命に必要な最低限の文化的な手段」をGCさんから奪ったということを主張する地方裁判所の決定を支持した。

R看護師は、午後9時30分からGCさんが病院へ搬送される11時30分までの間に、彼女の疼痛と苦しみに対する責任を負っていた。さらに地方裁判所は、R看護師がGCさんの病院への到着を遅延させたという行為は冷淡な次元にまで達するものであり、将来のそのような事態を予防するための懲罰的な損害賠償の根拠となることを主張したが、控訴審はこの決定は破棄した。

ディスカッション 疼痛の緩和

「尊厳の尊重」は未だに定義されないフレーズである。多くの者が、「個人の尊厳を尊重すること」はその人の自律の尊重を意味すると考えるが、これは正しくない。尊厳は多くの

文脈において言及されるが、このフレーズは、普通の者であろうと、罪を犯し服役中の者であろうと、すべての人間がもつ本質的価値を守るための必要性と主に結びつくと考えられる。

患者の尊厳を尊重することは、医療スタッフから見て患者にとって適切な治療を要求するだけでなく、その患者の視点から（できる限りにおいて）、彼が望んでいるような形で、彼らの要求、訴えそして希望を重んずることを医師たちに求める。

個人の尊厳を尊重することは、その人の疼痛を緩和することを含む。疼痛は耐えがたくなり、個々人の痛みの閾値は異なるかもしれない。ある人はいかなる痛みも感じないかもしれないが、別の人はそれに耐えることができないかもしれない。したがって、患者の言うことに共感し、その希望について考え、適切な治療を施すことは重要である。

囚人のような弱者たちについて話し合う際に、医療制度上のすべての機会において彼らの尊厳を保ち、他の患者たちと同様に治療を受けるに相応しいことを念頭におくことが重要である。そのような尊厳を保証するために、囚人の脆弱性に向けられるべき十分な留意が促されなければならない（集団における弱者に関する領域については『生命倫理と人権に関する世界宣言』第8条でも述べられている）。

医療スタッフが患者の疼痛あるいは訴えに対処できないケースにおいては、その患者を別の医療機関や部署に紹介しなければならず、そこで患者が適切な治療をうけるべきだということを強調しておく。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-10：拒否の権利

翻訳 石本博子

HA は、医療刑務所で終身刑に服している。HA は、入所中の 1991 年 5 月 24 日に塀から飛び降りたか、落下した。その結果、彼は頸椎を骨折し、四肢麻痺の状態になった。彼は首から下の身体感覚がなくなり、動かすこともできない。

HA は深刻な身体障害や不可逆的な身体の状態に苦しんでいる。医療関係者は、彼のすべての身体機能を援助しなければならず、食事を与えられ、薬を与えられている時は、HA も彼らに協力しなければならない。彼の状態は、すべての身体機能を完全に他者に頼るだけでなく、さらなる医学的治療を必要とする疾患や感染症の影響を受けやすい状態でもある。

1991 年 10 月 11 日から、HA は食事を与えられることをたびたび拒否するようになり、それが深刻な体重減少の原因となって、彼の健康を脅かしている。彼はまた、一般的ケアのために必要な薬や治療も拒否した。その結果、彼は肺動脈塞栓、飢餓、感染症、腎不全の可能性による深刻な死の危険にさらされている。

精神科医であるスタッフは HA を診察し、彼が四肢麻痺の状態にあることでうつ状態になっているが、状況を理解したり認識したりする精神的な能力はあると判断した。

医療刑務所のスタッフの一員であり、HA の主治医である T 医師は、HA に生命維持治療を行いたいと思っている。

医師は生命維持治療を受けることを HA に強制すべきか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい

YES HA は意思決定能力を有しているものの、国事犯として T 医師の保護監督ケアの下にあるため、T 医師は、彼が適切で必要であると考える通りに、無理やり食べさせることや、

その他に相手の意に反する治療を行う責務を負っている。

NO 彼の立場に関わらず、HA は、たとえ拒否することで彼の死を早めるとしても、生命維持治療を拒否する権利がある。法によって、個々人は自分自身の身体の支配者であると見做されており、もしも健全な精神状態ならば、彼は明白に医療を拒否してもよい。医師は、手術やその他のいくつかの治療形態が望ましく、必要であると信じているのであろうが、法は、いかなる形の策略や手口によっても、医師が患者の代わりに判断することを許さない。

NO 死は人生の自然な結末なので、死に至るまでの時間経過の質と比べるなら、死の瞬間についてはそれほど重要視しなくてもよいであろう。特に完全に回復する予後の見込みが低い場合、利益と負担の相対的なバランスは、患者の独占的権限の範囲内でなければならない。

本ケースについてのノート

判決

本事例はその州の最高裁判所で審議された。裁判所は、意思決定能力を有する、十分に情報提供を受けた成人は、たとえ死の危険があろうとも、その個人に何が結果として起きるかに関係なく、あらゆる医療の中止を求め、拒否するという、自己決定の基本的権利を持つと判断を下した。その権利は、拒否または中止される治療の性質によらず、そしてまた、終末期の状態に苦しむ人々のために限定されたものでもない。患者がそれ以上の医学的介入を拒否した時点で、そのようなケアの中止をするのが医師の義務である。

医療を拒否する権利は、平等に基本的であり、インフォームド・コンセントの概念に不可欠である。私たちは、自分自身の価値観に従って選択をする自由を個人に与えることによって、人間の尊厳を尊重する。自律の原則は、インフォームド・リフューザルの権利を含む、インフォームド・コンセントの法原理にとって道徳的な基本である。

本ケースに関わる事実を考えると、組織的安全や公共の安全にとっての脅威を立証する証拠がないため、医療関係者を含む刑務所の職員はそのような治療を実施する積極的な義務 (affirmative duty) はなく、州刑務所に収監された人の選択の自由を拒否してはいけない。

ディスカッション 拒否の権利

人の選択を尊重することは、人が選択し、その選択に基づいて行動する機会を与えること

を意味する。私たちは人々の選択を尊重しなければならないという前提は、私たちが生きる社会の特徴を形作る。生きないという誰かの選択を尊重することは、そのような選択が健全な精神状態で熟慮した結果であるならば、人間としてその人を受け入れることを意味する。

たとえ救命医療であっても、医療を受けることを拒否する権利は、自律という個人の権利や、治療のためにインフォームド・コンセントを取得する必要性によって表される。人が治療を受けないという選択をしたということは、彼の希望の表れでもあり、彼の自律に不可欠な部分である。患者のほんのささやかな選択は、彼の尊厳の表現であって、私たちが社会として彼に与える敬意の表現でもある。

個人が選択を与えられている理由の一つは、自分の選択による結果を担わなければならないのは患者自身であり、それ故に、その選択や結果に対する責任は彼にある、という事実は、『生命倫理と人権に関する世界宣言』の第5条に述べられ、裏付けられている。

人が治療を拒否することを決定し、その選択が死のような劇的な結果をもたらすものである場合、私たちは彼の決定が十分な情報に基づき意思決定能力に基づくものであるのか、それとも感情的または他の圧力を受けた決定であるのかを、検証しなければならない。治療への同意は、「十分な情報に基づいている」ことを確認することが医師の責務であり、同様にまた、治療を受けることへの患者の拒否は、関連するすべての影響への理解と認識をもって行われなければならない。

たとえ私たちが、患者が違う選択をすべきだったと感じたとしても、私たちは患者の個人的熟慮や、彼の宗教的、社会的観点に注意を向けていないのかもしれないということを、私たちは思い起こさねばならない。これらのすべての熟慮を考慮に入れることによってのみ、私たちは正しい決定をもたらすことができ、そしてそれを、医師が尊重し、患者が実現できるように支援しなければならない。

本ケースでは、本質的に脆弱な患者である囚人について話をしている。そうは言っても、私たちは「標準の」人に対してすると全く同じように彼の希望を尊重しなければならない。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-11：命の終わり

翻訳 村瀬尚哉

SRさんは、8歳半の息子を持つ42歳の既婚女性である。彼女は、一般にルー・ゲーリック病の名前で知られる筋萎縮性側索硬化症（ALS）に罹っている。余命は2～14か月と考えられ、病状も急速に悪化している。間もなく、彼女は嚥下、発語、歩行が不能となり、介助なしでは身体を動かすこともできなくなるだろう。そしてその後は、人工呼吸器なしでは呼吸もできず、胃内へ挿入された胃瘻チューブなしでは栄養も摂れない、寝たきり状態になるであろう。

SRさんは、自分自身の状態を理解している。そして、病気がどのように進行するかとか、死が避けられないことも知っている。彼女の望みは、自分が死ぬ時の環境、タイミング、方法を、自分でコントロールすることである。

SRさんは、人生を楽しむことができるうちは死にたいと思わない。しかしながら、もはや楽しむことができなくなった時には、彼女は身体的に手助けなしに自分の命を終わらせることが不可能となっているだろう。

SRさんは、適任の医療従事者によって、彼女が望んだ時に自分の命を終わらせることができるような技術的な手段を彼女の治療に組み込むことが許されることを求めている。

医療従事者は、死ぬ時期を決めたいというSRさんの願いをかなえることを許されるべきか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES 尊厳を持って生きる権利は、同時に尊厳を持って死ぬ権利を含む。それ故に、SRさんは終末期の患者として、自身の願いをかなえるべく死に方を選び、医療スタッフから手助けを得る権利を持つ。

YES SRさんの願いは、人の死期を早めるために人工呼吸器を止めるのと何ら変わりはない。

い。よって、彼女がもはや人生を楽しむことができなくなった時点で、医療スタッフは彼女の命を終わらせ得るべきである。

NO 安楽死は禁止されている。そして、医療スタッフはSRさんの望みにかかわりなく、その死に手を貸すべきではない。

このケースについてのノート

判決

この事例は、国の最高裁判所で審議された。裁判所はSRさんの主張を退けた。裁判所は、国家憲章第7条を拠り所とするSRさんの主張は、彼女個人の自由と安全についての利益に対する侵害に基づくと申し立てられていると結論した。これらの利益は生命の神聖さ、つまり第7条によって守られている3番目の価値から切り離すことができない。死が切迫した時でさえ、自身の死に方、そのタイミングをコントロールしようとするのは、生よりも死を意識的に選択することになる。そして価値あるものとしての生命もまた、当事例の中にも含まれることになる。

第7条における個人の安全は、個人の自律性（少なくとも自分自身の身体について選択を行う権利に関して）や、国家の干渉から自由な自身の肉体的、精神的統合性についての支配、そして基本的な人間の尊厳の概念を含む。

判決に異議を唱えた裁判官は、個人の生命、自由、安全に対する憲法上の権利を人々に授ける憲章第7条は、人間という存在が生得的に持つ尊厳を強調していると結論付けた。死は人生に統合された要素であり、人生の一部として第7条の下に守られてしかるべきである。そして、尊厳をもって死ぬ権利も、生命に対する権利の別の側面として守られるべきである。理性的だが無力である末期的病状の患者に、恐ろしく、苦痛に満ちた死を強いることになりかねない国による禁止令は、人間の尊厳に対する侮辱である。

正常な精神状態にある人の治療拒否による尊厳死選択を認めることと、末期的病状にあるが精神的には正常な人の生命維持療法を中止することによる尊厳死を認めることは、たとえ身体を動かさないために、こういった行為が患者の指示に基づいて他の人によって物理的に遂行されるとしても、違いはない。そしてまた、死に直面した末期的病状にある患者が、仲介として行動する他人によって彼または彼女の生命を終わらせることに許容範囲を広げてはいけない理由はない。身体的に障害を持たない患者に対して死を選択する権利が認められているのであるから、障害を持つ患者のこういった選択が否定される理由はない。

ディスカッション 命の終わり

命が終わろうとしている人々と接するときには、いくつかの重要な原則を考慮に入れるべきである。

もっとも重要な考慮すべき事柄の一つは、たとえ私たちが異なった選択をするとしても、患者の選択を尊重することである。権利というものは、その権利が与えられているということに由来し、その比類なき特徴は、個人によって放棄することができるという点である。もし、私たちが生命を権利とみなすなら、私たちは、その根本的な特徴は、どのようにしていつそれを終わらせるかを定めることができる点にあると主張することもできる。

命の終わりについての議論において、きわめて一般的な主張として「生命の神聖さ」というものがある。命は価値あるものであり、命を終わらせようとすることは間違っていると信じている人々は、人の生命を短縮させるどのような行為も否定するだろう。人間は自分の生き死にをコントロールすることが可能であり、そうすべきであると主張する人たちは、積極的に誰かの命を奪うことと、人の命を長引かせたりあるいは保持したりするかもしれない行動を差し控えることの違いを明らかにすることができるとする。医学的な文脈において、この違いは、医師は人の命を終わらせる為に致死的な注射薬を投与してはいけないが、生命を維持しうる治療を差し控えることはできるということの意味するであろう。

このような状況下で私たちが検討すべきもう一つの問題は、自律性の尊重である。すなわち、どのように自分の命をどのように終わらせるべきかの決断も含め、患者が自分自身の生命をコントロールする権利の承認である。意思決定能力を持つ患者は、自分の希望を表出し、主観的な視点から QOL を明示することができる。ある人たちはこういった環境下において、私たちはたとえ彼の命を終わらせることになったとしても彼の望みをかなえるべきだと主張するだろうし、一方他の人たちはそれは多くの国々で違法である自殺幫助と同じことだと主張するだろう。

選択し選択を尊重する能力は、社会にその選択に含まれた意味に対処する義務を負わせる。とはいえ、その選択が他人に危害を及ぼすものでない限り、私たちはそれを尊重しなければならない。

私たちは、どのような事例であろうと、医師はこういった決断を一人または一方的にしてはならないことを強調しておく。医師は、事例ごとに最善の行動方針を決定すべく、倫理委員会や別の司法組織に委託すべきである。さらに、たとえ当該事例において積極的な安楽死が認められたとしても、この決定は、医師が自身の道徳的良心に反して行動すること

を義務付けられないし、医療スタッフがこういった医療行為を行うことを強制されることもあり得ない。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-12: 精神疾患の強制治療

翻訳 宇治雅代

MR 氏 (男性)、FZ (女性)、そして FG 氏 (女性) は、精神医療センターに強制入院させられていた。彼らは強制的なケアと治療が必要な状況にあるとする、それぞれ郡の地方裁判所による決定に則って、以下の理由で拘束されていた。それは、彼らは「精神疾患」を患っており、病院内で患者としてケアと治療を受けることは必須であり、彼らの判断能力はひどく損なわれているためそのようなケアや治療の必要性を理解できないというものである。

患者らは、抗精神病薬の投薬を拒否した。彼らの不服は却下された、そして引き続き様々な抗精神病薬が投与された。

MR 氏と FZ 氏は、その後、精神医療センターの局長と職員に対し、裁判所に宣言判決 (declaratory judgment) を求める訴えを起こした。彼らは、同意に基づかない抗精神病薬の投与に対する差し止め命令、および、慣習法や憲法に基づく投薬を拒否する権利の宣言を求めた。

FG 氏は抗精神病薬による治療を拒否したが、その後、強制的に投薬された。彼女は、抗精神病薬を強制的な使用が、自身の治療の方向性 (course of treatment) を決定する、慣習法と憲法に基づく彼女の権利を侵害したと主張した。

当該病院は精神疾患患者に自分たちの治療の方向性 (course of treatment) を決めることを許容すべきであろうか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES 成人期における、そして健全な精神をもったすべての個人は、自身の医学的治療の方向性を決定する権利を有する。この基本的な権利は、精神疾患の患者をも対象とする。州立施設にいる患者が精神的に病んでいる、もしくは強制的に収容されてきたという事実は、

投薬を拒否する彼らの決定によって生じる結末を理解し、なおかつその拒否が彼らの健康に重大なリスクを引き起こすことを了解する能力において欠如しているという十分な論拠とはならない。

NO 治療を拒否する権利は健全な精神を持った患者に当てはまるものである。前述の患者は障害があり、提示された治療について合理的な決定をなす能力が欠如しているようだ。従って、これらの患者は彼らの治療の経過を決定することができないし、彼らの最善の利益に基づいて抗精神病薬で治療されるべきである。

このケースについてのノート

判決

この事例は、第一審裁判所 (trial court) が、主として投薬を拒否する権利に関する患者らの訴えを却下した後に、郡の控訴裁判所 (Court of Appeal) で審議された。それに加えて、第一審裁判所 (trial court) はこれらの患者は、精神疾患ゆえに相当の障害があり、彼らの治療に関して正当な選択をすることができないと決定した。下級裁判所 (Lower court) は、この却下を支持し、患者らは上訴した。

上級裁判所は、判決を覆した。その論旨は以下の通りであった。個々人は、自分に対してなされる治療行為を決めるに際しての最終決定権を持たねばならない。治療行為とは、最大限に可能となる保護が、当該患者の自律およびその人自身の要望を促進するにあたり望まない干渉から自由であることに沿うことを保証するものである。この権利は精神疾患を有する患者にも同等に及ぶものであり、彼らは疾患を患っているからといって低い地位や尊厳にある人間として処遇されるべきではない。

裁判所は、患者らが精神疾患に罹患していて強制的に収容されたという事実は、彼らの決定を理解する精神的能力がないと結論付ける十分な論拠にはならないと述べた。裁判所は、どんな形にせよ、上訴人が精神疾患であるというだけの事実が、抗精神病薬の投薬を拒否する根本的な自由を減じるというどんな議論も却下した。

裁判所は、患者の訴訟の却下を覆し、この事例を第一審裁判所に差し戻した。

ディスカッション 精神疾患患者の強制治療

患者の尊厳を尊重することは、われわれが彼の決定を尊重する責任を負うことである。精神の障害があることは、選択することや尊重される権利を排除するものではない。人の尊

厳は、彼らの選択する能力に包含されるのではなく、人としての存在を例証するものである。そうであるならば、人の選択を尊重し、その結果として彼を尊重すべきかどうかということについての問題ではなく、彼を人として尊重し結果として彼の選択を尊重するのかどうかという問題なのである。

かくして、精神的に障害のある人々は、他のどんな人とも同程度の尊厳を有し、彼らの選択は尊重されるべきである。例えば、彼らは治療を拒否する権利を有する。全ての患者の決定は、特定の状況を視野に入れて審査されねばならない。入院という処遇を選択する患者が、必ずしも全ての治療に同意している人であると自動的に見なされるべきではない。

重要な決定をする能力がないという見解に基づき、彼らの権利の否認は、強制治療への理由付けとはならない。

さらに、インフォームドコンセントは基本的な権利であり、患者は自由な存在であるという認識と、彼の尊厳を尊重する社会の義務に基づいている。

治療を拒否することは、患者による自律と尊厳の表明の一部である。

我々の事例において、患者らの後見人の有無についての言及はない。もし、後見人がいれば、後見人は患者らの最善の利益において行動し、治療に同意するのかどうかを考慮すべきであろう。もし、後見人がいなければ、患者らはおそらく幾分は意思決定能力があり、自身の決定をなす能力があるのだから、今度はこれを尊重しなければならないのである。

完全な同意を示すことができない人間の保護は、世界人権宣言 (*Universal declaration Human rights*) の第 8 条に述べられているように、その人たちの障害を利用したり価値のない目標に向かって押し勧めたりすることに利用されないように、強固に、そしてできるかぎり注意深く遂行されねばならない。

科学的知識や医療行為と付随する技術を適用し発展させるに当たり、人間の脆弱性は考慮に入れられるべきである。特別に脆弱な個人と集団は保護され、そういった個々の全人性は尊重されるべきである。

医療スタッフの責務は、精神科領域の患者の障害された状態によって、強化されるのであるが、患者が社会にとって危険性がなければ、患者の治療を拒否する要望は、選択肢として考慮さなければならぬということは、強調しておくことは重要であろう。

担当責任のあるスタッフは、患者の最善の利益において、そして患者に利益をもたらすよう行動することが義務付けられている。しかしながら、患者の個人的な選択や状況に対する考え方に加えて、善行についても考慮されるべきである。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-13：精神疾患患者による骨髄提供

翻訳 坂口 忍

Yは、25歳の女性で、出生時から重度の心身障害があり、コミュニティホーム(a community home)に住んでいる。10歳まで、Yは両親と3人の姉妹と一緒に結びつきの強い家族の中で生活していた。コミュニティホームに移ってからは、Yの母と姉妹が定期的にYを訪問している。家族による訪問はYにとって、とりわけ外の世界とのつながりを維持するためにも極めて重要なものである。家族の訪問はYにとっては意味のあることであり、それがないと外界との接点を失ってしまう。

Yの一番上の姉は、36歳で、結婚していて、6歳のひとり娘、Eがいる。Yの姉は骨髄異形成症候群として知られる前白血病骨髄障害に罹患している。Yの姉が回復する唯一現実的な見通しは、健康で適合したドナーからの骨髄移植である。しかも、他人からの移植よりも、姉妹からの骨髄移植の方がなお良い。予備調査では、3人の姉妹のうち、Yだけがドナーに適しているだろうと示されている。移植をしないと、Yの姉が生存する可能性はとてもわずかで、どんどん悪化している。

Yの障害のため、Yは姉の病気について知らず、骨髄提供に伴う検査や外科的処置に同意することができない。Yは、自分自身が基本的に必要とするものはわかるが、自分以外の人が必要とするものを理解することができない。

骨髄採取処置によるYへの不利益は非常に小さい。

Yには同意する能力がないという事実があるにもかかわらず、Yは姉のために骨髄ドナーとなるべきか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

NO インフォームド・コンセントを与えることができないYから、検査用に採血し、骨髄を採取することは、Yへの暴行にも等しいと考えられ、それゆえに違法となるだろう。

YES 提案された処置は Y のための治療ではないが、そのような処置が行われることは、Y にとって最善の利益である。Y の姉を助けることによって、Y は、家族が Y を訪問し続けられるようにでき、そうすることで、Y に最善の利益がもたらされるだろう。

本ケースについてのノート

判決

このケースは裁判所で審議され、このような場合に適用される審査事項 (test) は、そうした処置を行うことが Y にとって最善の利益であるとその証拠が示すかどうかを問うことであると結論づけた。Y の姉を助けた結果として、Y 自身の最善の利益ももたらされない限り、そうした処置が明らかに Y の姉に利益をもたらすであろうという事実は当を得ていない。

Y の姉が亡くなることは、重い健康上の問題にすでに悩まされている Y の母に、きっとマイナスの影響を与える。この先予想される母親の健康状態の増悪だけでなく、もし姉が死亡したならば、たったひとりの孫である E の面倒を母親がみなくてはならなくなることで、ほとんど Y を訪問できなくなるだろう。

この状況で母親と会う機会が減ったり無くなったりすることは、明らかに Y に害を与えることになるだろう。したがって、Y が姉のドナーとなることによって、母親との有益な関係が長続きする見込みが高くなるのだから、ドナーの役割を担うことは Y にとっての利益となる。さらに、移植を行えば、心の中で明らかに移植が行われることを願っている Y の母と Y の関係がより良くなりそうである。また、永遠に Y に感謝すると思われる Y の姉と Y の関係もより良くなりそうである。

したがって、Y の姉に骨髄を提供することは感情的、心理的、社会的に Y の利益となるだろう。

ディスカッション 精神疾患患者による骨髄提供

尊厳は、いくつかの伝統によれば、本質的で象徴的な個人の関心事 (care) である。したがって、すべての個人は尊厳を持ち、それを尊重するために、プライバシーや自分自身の願望を満たす能力などの権利を我々は認めている。精神疾患の人たちの場合のように、個人が意思を持つことが全くできない状況がある。にもかかわらず、この事実は、ある人が依然として持っていて、我々が依然として尊重しなければならない尊厳を損なうものではない。

精神障害者—多くの場合、自己認識を欠いており、周囲から引き離されている人々—に対する侵襲的な医療処置を検討する際、提案された治療は、患者自身の福祉と利益に基づいてのみ評価されなければならない。患者の利益は、保健医療（healthcare）における重要な倫理的原則である。しかし、議論されている福利あるいは利益は、異なる個々の患者にとって同じものではない。医療スタッフは、この善行の責務を果たす上で、時には意図的に患者の同意を得ずに医療を実施している。

自分の願望を表現できない患者の利益になることに関連するとき、一般(非医療)の問題も、治療による全体の損害と利益を評価する際の考慮に入れることができる。この文脈において、近親者の死によって患者が苦しむかもしれない感情的トラウマ、その人に対する患者の愛着や、その人を失ったことから立ち直る患者の能力に対する合理的な期待を考慮に含めるべきである。患者の生活をあらゆる角度から検討し、それについて他の側面から治療の医学的結果を切り離して考えないことが重要である。

したがって、予期される患者への害が軽微であり利益が多数である状況では、患者の同意がなくても、この処置を続けてよいかもしれない。

全体的な利益と損害を評価すると同時に、できる限り患者を関与させるようにして、患者が最大限に理解できるように事情を説明するべきである。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-14：未成年者の代わりに救命治療を拒否すること

翻訳 石本博子

DJは6歳である。彼は、もしも適切な治療を受けなければ必ず死に至るであろう、極めて悪性度の高い腫瘍であると診断された。現時点では、有効な治療方法を行うと、回復の望みがあるのだが、これらの治療方法は、血液製剤の使用を必要とする。

DJの両親は、これらの事実を知らされた。エホバの証人であるにも関わらず、彼らは自分たちの息子の病気の重症度を知り、治療に同意した。

3ヶ月後、両親は、病気を治療するためにはさらなる一連の化学療法治療が必要であると聞いた。

数日後、未成年である息子の状態が悪化した。彼は大学病院に入院し、そこで、他にも輸血が必要であることが決定した。このとき、両親は病気の重症度のことは承知しているという旨の意思を述べた。しかしながら、未成年者である息子の治療がさらなる輸血を必要とするならば、彼らは治療に同意することはできなかった。彼らの宗教的信念に基づき、またさらに健康上の理由で、彼らは輸血による危険性を警戒した。

その結果、彼らは未成年である息子が、鎮痛剤のみで治療されることを要求した。有効な代替治療がない場合、輸血を含むさらなる化学療法による治療を拒否し続けることで、両親はDJの回復のひとつの望みを拒絶していた。このように、彼らは、息子の健康と命をひどく脅かしていた。

DJは、宗教的信念に基づく両親の意に反して、輸血による治療をされるべきか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

NO 両親は、自分たちの子供のための一連の治療を決定する権利がある。

YES 両親は、自分たちの子供のための一連の治療を決定する権利があるが、彼らは子供か

ら、唯一の生きる機会を奪うことはできない。従って、本ケースでは、子供に輸血を含む救命治療が行われるべきである。

本ケースについてのノート

判決

本事例はその国の憲法裁判所で審議された。裁判所は一審判決（first instance decision）を支持した。この判決は、未成年である子供の両親がさらなる化学療法治療を拒否した事実を考慮して、彼らは回復の唯一の望みを子供から奪い、それ故に彼の健康や命を脅かしたと判断を下した。大学病院の小児腫瘍学の外来医長によると、子どもに回復の望みを与える代替療法は当時も今もなく、彼の両親はこの事実気付いている。裁判所の意見によると、治療に対する態度を堅持する両親は、子供の健康だけでなく、命をも脅かすことになる。それ故に、彼らは親としての義務、特に彼らの子供たちの健康のために適切なケアを提供するという義務に違反した。

個人生活や家庭生活を尊重する権利は無制限のものではない。公権力がこの権利の行使を次の場合には妨げてもよいからだ。つまり、そのような妨害が法に適っており、また（諸権利の中で）他人の健康や権利そして自由を保護するという利益のために民主主義社会において必要である場合に限って、公権力の介入が許される。

ディスカッション 未成年者の代わりに救命治療を拒否すること

未成年者は、他の人間と同じように、尊重されるべき尊厳のための権利を持っている。尊厳はまた、文化的多様性の側面を含む。社会の人々が、彼らの信念が原因で規範を守ることができない場合、私たちは彼らを尊重し、また医療に同意もしくは同意を差し控え介入を避ける彼らの権利を尊重すべきである。

未成年者は一般的に医療に同意する権限がないと考えられている。従って、彼らの両親が彼らの代わりにそのような同意をする。彼らの子供たちの医療ケアについて意思決定する場合、両親は子供たちの幸福や、治療が子供にもたらすことができる最大限の利益を考慮しなければならない。

両親が彼らの子供たちのために意思決定をする状況において、問題のほとんどは、彼らが彼らの子供の最善の利益と相反するように思われる選択をする場合に生じる。

治療の目的を決定づけるときに使われる基準に関する議論がある。今日、「最善の利益」基準は最も受け入れやすい。しかしながら、特に、親としての決定が、核となる信念や信仰、他の諸考慮を含むようなケースで、価値観を担った選択になる場合、子供の最善の利益とは何かを決定することは難しいであろう。原則的に、これらの熟慮は『生命倫理と人権に関する世界宣言』の第12条に述べられているように、尊重されるべきである：

文化の多様性と多元主義の重要性には然るべき配慮がなされるべきである。しかしながら、そういった配慮は、人間の尊厳と人権、基本的自由、並びに本宣言に定める原則を侵害したり適用範囲を制限したりするために発動されてはならない。

しかしながら、親の信念がとても極端である、またはあまりに強く固持されているために実質的な害をもたらすかもしれない例外的な事例がある。このような事例の場合、両親の考え方が子供に損害を与えているかどうかを判定することが重要である²。

親の自律を覆すために満たすべき様々な条件がある。

- a. 医療専門職は個別の事例において、適切な治療の定義について合意していること。
- b. 期待される治療の帰結が、ある程度良質で比較的普通の生活であること。
- c. 治療しなければ子供が死亡してしまうこと。

親の意見に反対を示す決定は、第一に子供のニーズや福祉に重きを置く、倫理委員会や同様の組織によって検討されるであろう。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-15：信仰を理由に救命のための治療を拒否する未成年

翻訳 井上絵梨

LDK は12歳の患者で、急性骨髄性白血病という命に関わる疾患を患っている。小児疾患専門病院の医師たちとの話し合いの結果、LDKの家族は、推奨される治療法は輸血を必要とする化学療法であると助言された。この治療法は強力でかつ侵襲的であり、かなりの期間続くことになる予想された。他の治療法は提案されなかった。

LDKとその家族はエホバの証人であったため、血液や血液製剤を用いた輸血を必要とするいかなる治療にも同意することができなかった。

LDKは輸血を伴う、伴わないに関わらず、化学療法を強く拒否した。LDKは他の白血病患者と共に入院させられており、他の子どもたちが化学療法による治療を受けているのを見ていた。その子どもたちの中には、髪の毛が抜け落ちてしまったり、痛みで泣き叫んだり、それ以上の治療をしないように懇願したりする者もいた。

LDKは、もし自分に無理矢理輸血をしようとするのなら、自分の持てる力の全てを使って輸血に抵抗するとはっきり宣言した。

世界中のいくつかの病院で援助を得ようとしたLDKの家族の努力は全て無駄に終わった。LDKの状態は悪化しはじめた。再度確認するが (again)、提供された唯一の選択は化学療法と輸血であり、この選択はLDKとその家族にとっては受け入れられないものだった。

LDKとその家族は彼ら独自の治療計画を提案した。家族はLDKを退院させ、親戚の家に住まわせ、そこで医師の指導のもとでビタミン大量投与療法による治療を行うつもりだった。ビタミン大量投与療法による治療の奏効率についての統計学的データはない。

LDKは実年齢以上に思慮分別があり精神的に成熟している。彼女は物事をよく考えており、堅固ではっきりとした宗教的信念を持っている。

LDKの治療について責任を持つ医師たちは、輸血を含む化学療法を受けることを彼女に強制するべきか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

NO LDK は未成年ではあるが、彼女は年齢の割に精神的に成熟しており、推奨された治療法の結果を理解することができる。それは彼女の信念と対立するだけでなく、侵襲的で痛みを伴うものである。それゆえ、たとえその治療の有用性が明らかでなくても、LDK やその家族が提案した治療方針に従うべきである。

YES LDK は精神的に成熟しているが、彼女は未成年であり、死のリスクを見極めることができない。彼女の願いは聞き入れられるべきだが、痛みを伴う治療に対する恐怖のせいでその治療に前向きになることができない。さらに、彼女の宗教的な信念が彼女から命を救うための治療を受けるという選択を奪うなら、それを尊重することはできない。加えて、彼女とその家族から提案された治療法はその有用性がまだわかっていないので、(化学療法の) 代わりとなる治療法とはいえない。

本ケースについてのノート

判決

本事例は州の地方裁判所で審議された。LDK とその両親が輸血を伴う治療を受けることを拒んでいたため、子どもの援助団体 (The Children's Aid Society) は LDK が保護の必要な子どもであることを示す命令を求めた。裁判所は、その機関が LDK は保護の必要があると証明するための法的責任を示すことはできなかつたと結論を下した。

病院から提案された治療法は身体的な病気にしか焦点を当てていない。それは患者の感情的な要求と宗教的信念について考慮していない。いかなる場合でも輸血を行うことの結果として彼女が経験するであろう感情的なトラウマは、彼女が受けるいかなる治療においても悪い影響しか及ぼしえない。

LDK は尊厳と心の平穏を持ってこの病気と闘う機会を与えられるべきである。それは彼女とその家族によって提案された治療計画を受け入れることによってのみ達成される。ビタミン大量投与療法の有効率についての統計学的データがないとしても、この治療はなお好ましいものである。この治療の間、LDK は家族に囲まれ、自由に神とコミュニケーションを取ることができる。彼女は心の平穏を保ち、尊厳を持ってこの恐ろしい病気を克服しようとし続けることができる。

ディスカッション 信仰を理由に救命のための治療を拒否する未成年

我々は、世界的な規範を定めるために人権を用いている。しかし、これらの規範は歴史的、社会的状況から発展したものなので、異なる信条や文化を持つ社会や人々との間には関わらないという認識がある。そのような主張に対して考えられ得る解決策は、人権がある特定の文化に根源を持つとしても、文化的な多様性に対応するだけの十分な柔軟性をもっているということである。

我々は命を救うための治療を拒否することを、個人の自律性の尊重において受け入れる。個人の治療に対する拒否は、その結果に対して個人的な責任を負う一方で、人間としての自分の尊厳の表現でもある。医療従事者は患者の内に秘めた想いを彼ら自身の考えと置き替えてしまうことはできない。

このような考えを未成年者に関連付けて考える時、未成年者は法的には意思決定能力がなく治療に対する拒否や同意はできないが、一方でその状況や重大さを理解することができるので、決断の際には出来る限り未成年者の願いも考慮し、決断に関与させなければならない。この問題については『生命倫理および人権についての世界宣言 (Universal Declaration on Bioethics and Human Rights)』の第7条の(a)、そして子どもの権利条約 (Convention on the Rights of the Child) の第12条などのような、様々な医療関連の国際的な機関や国連協定に記されている。

若者がより成熟し、より深く物事を理解できるようになれば、我々はよりいっそうその尊厳や願望を尊重することを心がけなければならない。子どもが我々のものと一致しない信条を持っている時、また異なる文化に住んでいる時、我々は柔軟になり、子どもの意思意志 (will) をよく考慮すべきである。

患者が未成年であるという事実と、完全に状況を理解していて精神的にも意思決定能力があるという事実との均衡をとる必要性は、医療チームに対して、一方では各地域の法令 (local regulation) を考慮し、もう一方では未成年者の要望に注意を払うことを義務づける。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-16：宗教的信念により治療を拒否すること

翻訳 石本博子

15歳10カ月の未成年者であるAは体調を崩し1990年9月8日に病院に入院した。そして白血病と診断された。

Aの病気にとっての標準的治療は、4種類の薬剤投与を必要とする。それらのうち2種類の薬剤は副作用のため、時に応じて輸血が必要となる。この推奨される治療は、80%から90%の確率で完全寛解の可能性がある。Aと彼の家族は信心深いエホバの証人の信者であり、輸血は彼らの信仰の教義に反するので、病院はこの標準的治療を行うことができなかった。

Aは必要とされる輸血を受けることを拒否する旨を述べた。彼の拒否は、同じように同意することを拒否する彼の両親によって支持され、支持され続けた。しかし、彼らは他のすべての入院治療には同意した。

代替治療では、寛解の可能性は60%だけである。その子供が輸血を受けることを拒否する旨を表明し、彼の両親によって支持されていたので、病院は代替治療を用いた。2週間以内に、その子供の状況は、彼の命が脅かされる段階にまで悪化した。

現地の法によると、16歳に達した未成年者は、法律に基づいて医療に同意することができる。同意のない治療は、成人の場合と同じように、未成年者を不法に侵害することに相当する。

医師は、輸血を受けないというAと彼の家族の希望を尊重すべきか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES 医師は、Aの希望と彼の治療の拒否を尊重すべきである。Aはほぼ16歳であり、完全な意思決定能力（mental capacity）を持つ成人患者であるため、たとえその決定が、医学的、または法的な見地から誤っていたり、不合理であったり、あるいは不適切である

としても、そしてまた最終的な結果が死であるとしても、治療を拒否する絶対的な権利がある。

NO Aは未成年者であり、従って法的に決定する能力はない。たとえAが法的に彼の治療を決定する能力があるとしても、彼の最善の利益は輸血を受けることである。従って、医師はA自身の希望を犠牲にしたとしても、Aの最善の利益のために行動するべきである。

本ケースについてのノート

判決

上記の事例は、病院が輸血の投与を含む適切と思われる治療をAに行うことを裁判所に承認を求めて、州の家庭裁判所によって審議された。裁判所は、Aは彼自身の幸福について決定することができる十分な知能を持っている少年だが、彼の病態においては決定の範囲が必要であり、その中には彼の理解能力を超えた意味合いを持つものがあると述べた。しかし、裁判所は、彼の明快な知性や、影響についての冷静な議論、そして結果として彼は死ぬかもしれないと分かっているにもかかわらずという彼の主張に感銘を受けた。

裁判所の意見では、Aは彼が経験するであろう恐怖や、被るであろう苦痛を十分に理解していなかった。そうした心痛苦悩は、恐怖によってのみ引き起こされるものではないこと、そしてまた重要なことに、愛されている息子として彼が必ず経験するであろう苦悩は、彼の両親や家族の苦しみをなすすべもなく見ることである。Aは治療を拒否することによって生じることになるすべての意味合いを、完全には理解していなかった。

裁判官の追加意見：

私の判断としては、彼が同意をする、あるいは同意を差し控えるにあたり十分な理解をしていたか否かは私にとって問題ではない。彼の幸福とは何かを考えると、私は彼の希望を顧慮しなければならない。彼が何を望んでいるかということは、私が考慮する重要な要素のひとつであり、彼がもうすぐ16歳になることを顧慮すると、私がバランスを保たなければならない秤において、きわめて大きな重点を置いている非常に重要な問題である。

私の判断では、Aは彼がこれまで保ち続けてきた姿勢から言って、すでに彼の信仰の殉教者である。彼が示した信念に基づく行動を我々は、実際にはほとんど困惑するが、称賛しなければならない。彼は、信仰のために死ぬ覚悟ができていると言う。それだけで彼は殉教者である。しかし、残念ながら私は、彼自身と彼の家族から彼を守ることが彼の幸福にとって必須であると考え、彼と彼の両親の決定を覆す。私が本当に切望する判決において、

自分で物事を決めるという基本的人権に対する家族の決定の根底にある宗教上の原則に対し、あらゆる尊敬を払い、最大限に重視する努力をしてきた。そうであるにもかかわらず、Aの福利について客観的に考察すると、私はたった一つの結論を下すことを強いられる。その結論は、病院は自由にこれらのさらなる薬剤の投与や、その結果として輸血、血液製剤の投与を彼に行うべきだということである。

ディスカッション 宗教的信念により治療を拒否すること

文化の多様性を尊重することは、人権に不可欠な要素である。私たちは全ての人間は生きる権利と尊厳にかかわる権利を持つという公理を認めるにもかかわらず、人がある特定の仕方で生き、特定の信念を持つこともまた尊重しなければならない。

たとえ救命医療であっても、宗教的文化的な信念により医療を断る権利は、人間の尊厳の一部であり、私たちは、まず彼を尊厳と自由な心を持った人間として尊重し、彼の選択を尊重しなければならない。これは、『生命倫理と人権に関する世界宣言』第 12 条に述べられている。

文化の多様性と多元主義の重要性には然るべき配慮がなされるべきである。

治療をしないことは、たとえ患者の死につながりうる場合でも、患者の望みを尊重する社会的生命倫理の基本であることを裏付け、また、私たちが異なる治療を行うべきだと信じるときでも、彼自身が決めることが彼の自律の実現となる。

医療を断る権利は、全ての医療処置についてインフォームドコンセントを受ける責務から導かれる一側面である。患者は生きるためにどのような生活を望むのかを決めることができ、彼の人生があまりにも不幸で、彼の信念や希望に照らして『人生』と見なせないときがあることを、私たちは受け入れる。

人が治療を拒否するとき、特にその治療が患者の健康を著明に改善する可能性がある場合、彼が決定の結果を完全に理解し自由で自発的に決定したことを確認することが重要である。

特にもうすぐ成人する未成年者の考え方は最も重要である。私たちは、彼らが、彼らの状況や、拒否した結果を理解していることを確かめなければならない。また、私たちは彼らの観点や希望を聞き、それらを考慮に入れなければならない。

現地法は時に、たとえ同意がなくても治療を行うことを強要するが、医師は患者がこのカ

テゴリーに分類されるかどうかを決定しなければならない。患者が状況および、またはその結果を理解できないような場合は、通常、患者の健康を大いに改善することができる治療の方が選ばれる。

エホバの証人の場合、特に子供が関わるときには、裁判所はしばしば治療を強いる。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-17：インフォームド・コンセント

翻訳 土屋晶子

56才の男性 S 氏は、呼吸器の異常のためかかりつけ医を受診した。レントゲン検査を施行したところ、肺にまだら状の浸潤影がみられたため、呼吸専門医に紹介された。病変は両側にあり、開胸肺生検を勧められたが、S 氏は拒否した。

S 氏の状態がさらに悪化し、呼吸器疾患を専門としている内科医である D 医師を紹介された。D 医師は S 氏を診察した際、非常に不安が強いことに気付いた。医師の最初の診断は、肺の線維化が肺胞にも及び進行していくタイプの間質性肺炎であった。肺の生検が、確定診断のために必要であった。しかし、S 氏は開胸肺生検を受けることを拒否し続けていた。

D 医師は肺穿刺を代替の検査として提示した。針生検は開胸肺生検より劣っているが、S 氏の当該検査に対する拒否を考えると妥当な代替案であった。D 医師は、S 氏に手順を次のように説明した。ベッドの端に腰掛け、穿刺部に局所麻酔を行った後に、特殊な針で肺を穿刺し、病変を採取する。針の先端にドリルが付けられていることも話した。それから D 医師は検査のリスクについて、痛みはそれほどないが、2つの合併症がおこる可能性について話した。D 医師は、稀であるが死亡のリスクに比べればそれ程稀ではない、脾臓や肝臓を傷つけてしまう可能性があることには言及しなかった。明らかに、D 医師はこのリスクを意識していなかった。

S 氏は書面で針生検手技に同意した。検査前、S 氏はとても不安で、心配で、神経質になっていた。彼は D 医師に、自分はまだ死ぬわけにはいかないと述べた。彼はアトロピンを与えられ、適量のモルヒネで鎮静された。鎮静した後に、D 医師は彼に説明をして使用器具がどのように使われるかをデモンストレーションして見せた。局所麻酔薬が投与されたあと、針生検が始まった。重要な穿刺時に、S 氏は息を止めるように言われた。しかし、息を止めるかわりにたじろぎ動いてしまい、その結果、脾臓に針が刺さってしまった。

D 医師は、必要な組織標本が得られなかったと S 氏に話したが、脾臓を穿刺したことは話さなかった。S 氏が D 医師に何がとれたのかを尋ねると医師は、「何か他のもの」と答えた。その直後に、痛みが出現し、脾臓破裂が明らかになり、外科的処置が必要となった。

S氏が非常に不安を感じていた患者であったことを考えると、医師は、彼に違った説明をすべきだったか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES D医師は、違った説明をすべきだった。患者は手技施行時に求められる自分の役割に対して心理的に十分な準備ができていなかった。S氏が通常よりも神経質な患者であると認識されていたので、D医師は、より良くもっと効果的なコミュニケーションをとりS氏の信頼を得るべきであった。S氏に検査中の説明をしデモンストレーションをしたのは、鎮静された後であった。鎮静される前に手順について説明され、使用器具の使われ方についてもデモンストレーションしなければならなかった。さらに、このような特に神経質な患者に対しては、どのように息を止め、動かないようにするかを教え、リハーサルをして検査に備えるべきであった。S氏が検査直前にD医師に伝えた、自分はまだ死ぬわけにはいかないという言葉は、彼の不安感をはっきりと示していた。その時点において、S氏に鎮静がされていない覚醒した状態でD医師は、S氏が検査を進める意思があるか否かを評価すべきであった。

NO D医師は適切に行動していたし、S氏に検査手順についての説明を行う責務を怠っていなかった。検査前に全ての提供されるべき説明がなされていた。この行為が医師の責務に違反していると決定することは、医師が責任を負う責務を耐えられないレベルまで高めてしまうことになるだろう。

本ケースについてのノート

判決

S氏はD医師を過失で訴えた。インフォームド・コンセントを十分に得なかったこと、正当な水準に達した生検の実施に失敗したこと、そして生検後の処置が合理的な水準に達していなかったことが、申し立てられた過失に含まれた。

裁判所は、D医師が適正水準の医療を提供できなかったと判決した。不安傾向の強い当該患者は、検査中の自分の役割に対して心理的に十分な準備を受けていなかった。鎮静を受ける前に彼の協力が必要であることの説明と、十分なリハーサルがなされるべきであった。D医師は、鎮静下であっても激しい不安感を表出しているS氏を見て、検査を中止すべきで

あった。患者が鎮静下でない時に検査について話し合うことで、検査に対する合意が引き出されたかもしれない。

裁判所は、この症例において、医師－患者間の関係が満足のいくものではなかったとした。たとえ法に関わることでなくても職業的関係に関わることとして、D 医師は、S 氏の信頼を得られず、S 氏が提供される権利のある情報を提供しなかった。

D 医師は脾臓を穿刺したことを S 氏に知らせる責務があった。S 氏が生検で何を得たかについて尋ねた時に、D 医師が率直に説明しなかったのは、責務違反であった。

個別的には判断の誤りとして特徴付けられるものであっても、それらが蓄積することにより、被告の過失に対する法的責任が確立する。

ディスカッション インフォームド・コンセントとは何か

あらゆる治療は、患者のインフォームド・コンセントを必要とする。この同意の重要性は、その個人が治療、身体に対する「侵襲」に合意する自分の医学的状況や治療の意味、危険性と利益を理解し、強制なしに納得することであると『生命倫理と人権に関する世界宣言』第6条に述べられている。

いかなる予防的、診断的、治療的な医療介入行為も、関係する個人の十分な情報に基づき、事前の、自由な同意がある場合にのみ行われる。

インフォームド・コンセントは、何年もの時間を費やして法廷で発展し、いくつかの西洋諸国の法に定着している理論である。この理論は、患者が受ける医療行為について、自由に情報に基づいた意思決定に到達するように患者を支援することで医師-患者間の相互信頼と敬意を強化する。

「情報に基づいた」決定を得るために、3つの要素が規定されなければならない。

- ① **自由意思**：強制や外圧がない状況での患者の希望。
- ② **情報**：患者は、自分の状態と第一選択となる治療法、代替治療、副作用や治療を受けない事による影響についても含めて全ての情報を受けなくてはならない。
- ③ **意思決定能力**：患者は、情報に基づいた決定をする意思決定能力が無くてはならない。

同意は、提案された治療に関して与えられた限りで有効になる。

医師の責務は、彼が患者に対して負っている自律性尊重と尊敬の一部として、インフォームド・コンセントの原則を厳守することである。したがって、医師は常に患者の個人的な性格や、たとえば、それらが存在する限りは不安やその人の特別な独自性を、そしてユニークな個性やそれに関連する状況を理解した上で、適切な説明をしなければならない。各々の患者に適切な情報を提供することは、医療スタッフが直面している困難な仕事の一つである。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-18：インフォームド・コンセントに必要な情報

翻訳 會澤久仁子

結婚して約一か月後、NP夫人はすぐ妊娠できるように援助を求めてA医師の診療所へ行った。排卵誘発剤治療を受けてまもなく、NP夫人は妊娠し、四胎妊娠であった。妊娠が進行するにつれ、胎児へのリスクが高まった。それゆえ、NP夫人は地域の病院の外来へ紹介され、そこで引き続き妊娠の観察と治療がされた。

NP夫人は毎日お祈りをしている敬虔な信者である。夫人が治療を受けていた病院もまた宗教法人である。

早産とそのあらゆる合併症のリスクのため、そのような妊娠が臨月に至る確率は低い。これらの問題を克服するため、近年、胎児の数を減らすいくつかの技術が開発されてきた。減胎により、他の胎児の健康を保ち、妊娠を臨月まで延長する。減胎術は、妊娠初期と中期の初めでも実施することができる。本方法は「残酷」とも考えられているが、成果を挙げている。しかしながら、減胎には全胎児を殺すリスクもある。

当該病院と医療スタッフは、この方法が宗教的信条によって禁じられていると信じているので反対している。それゆえ、病院ではこの処置を行っていない。

NP夫人と夫は、減胎という可能性を知らされなかった。

NP夫人は妊娠合併症のため、四胎児を妊娠25週で出産した。出産後まもなく全胎児が死亡した。

たとえ減胎処置がNP夫人と夫の宗教に反し、医師の良心に反し、医師自身の宗教的信条に反しても、医師は彼らに減胎の可能性を知らせる義務があったか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES 医師はたとえ良心と自身の信条に反しても、NP夫人と夫にあらゆる可能性を知らせるべきである。あらゆる情報を受け取った後に、NP夫人と夫は自分たちの良心に従って何をすべきかを決めることができる。NP夫人と夫に関連情報を伝えないことは、彼らの自律権の侵害である。

NO 医療スタッフは、彼らの宗教的信条によれば胎児を減らすことが禁じられていると信じている。それゆえ、彼らが宗教によって禁じられている選択肢についてNP夫人と夫に伝える義務はない。

本ケースについてのノート

判決

本事例はその国の地方裁判所で審議され、現地の法律によると、ある処置が医師の個人的良心に反するならば、医師はその処置を行う義務はないと結論された。本事例では、NP夫人と夫は、宗教法人で治療を受けている信者である。病院職員は、減胎が宗教に反すると信じているので、それが選択肢であるとは考えていない。

病院が自らの原則と価値に従って行為することは、病院の権利である。しかし、病院はたとえそうした処置に反対でも、NP夫人と夫にその処置があることを伝えるべきであったし、NP夫人と夫にその処置について決定させるべきであった。

ディスカッション インフォームド・コンセントに必要な情報

尊厳は生命倫理において中心的役割をもつが、それは呪文ではなく、それが機能するためにはインフォームド・コンセントのような実践的規範を必要とする。どんな治療も患者のインフォームド・コンセントを得たうえでのみ施行できるとされ、インフォームド・コンセントはすべての人間の権利と見なされる。患者がインフォームド・コンセントを与える権限は、自分の身体に対してなされるべきことを決定する自律権にとってなくてはならないものである。

インフォームド・コンセントを与えるために、患者は、詳細な病状と予後、利用できる治療選択肢、治療と無治療の影響を含めて、あらゆる関連情報を受け取らなければならない。

多くの場合、患者は個人的で、主観的、非医療的な要素、つまり感情や、信仰、その他に基づいて、提案された治療過程について決定する。

患者がよく考えたうえで決定に至ることができるように、医師にはあらゆる関連情報を提供する義務がある。関連情報には、ある場所ではより高価であったり利用しにくい代替的治療選択肢が含まれる。医師は、治療の選択肢から選ぶために患者が熟慮することを、自分のものに取り換えてしまうべきではない。たとえ医師が患者とその信条について知っていても、たとえ医師が患者の選ぶものを知っていると思っても、患者が自分にとって最良の選択肢について自主的に決定できるように、完全で最新の情報を提供する医師の義務は免除されない。

他方、医師と医療施設にも、自らの信念と規範を尊重する資格がある。したがって、宗教的信条や文化的伝統に従って行為する医療機関は尊重されるべきである。だから、そのような施設に対して、その信仰に反する処置を行うよう強いることはできない。しかし、これのみによっては、その施設は代替的処置の存在を患者に知らせる義務を免れることはできない。

医師には自身の個人的信条に反して行為する義務はない。たとえば、もし医師が中絶は悪いと信じているなら、医師にそれを行うよう強いてはならないし、同じく、もし医師が患者の死を手助けすることを殺人であると信じているなら、医師にそうするよう強いてはならない。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-19：代替治療法についての情報

翻訳 溝渕杏子

1991年1月28日、53歳女性のXさんは、医師を受診し、外科的生検を受けた。1991年2月14日、生検の結果により、乳がんであることが判明した。

当時、Xさんを治療するために、2つの治療法があった。ひとつは乳房切除術で、これは乳房組織を外科的に全て切除するものであるが、その下にある胸筋は温存される。もうひとつは保存的治療または乳房温存術として知られているもので、腫瘍とその周囲の組織を少量のみ切除するものである。担当医はXさんに、乳がんの乳房温存術は行われてはいるものの、まだ完全かつ正確には理解されていないと助言した。医師はまた、胸筋は温存されるが乳房は全摘されるだろうと述べた。

手術当時、乳がんの乳房温存術はまだ一般的でなく、乳房切除が主に行われていた。乳房温存術についての症例報告は多くなく、結果についても短期間経過観察されただけであり、この治療法はまだ確立されているとはいえなかった。しかし、Xさんの手術が実施された当時、担当医は、かなりの数の医療機関で乳がんに対する温存術が行われていることを知っていた。

担当医は1991年2月28日にXさんの乳房切除を行った。術前に、Xさんは、乳がんと診断され、乳房を切除した状態で生き続けなければならない女性の複雑な心境を概説した手紙を担当医に渡した。

医師は、当時、しっかりと確立されていなかった乳がんの乳房温存術について、患者に説明する責務があったか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES 医師は、Xさんに代替療法があることを話すべきだった。乳房は、顕著に体の正面

にあり、女性らしさの象徴である。乳房切除術によって乳房を失うことは、患者の外見を変え彼女の心と精神状態に重大な影響を及ぼす。医師は、患者に治療法を決定する機会を与えるべきであり、まだ確立されていないからといって、彼女から温存術についての情報を奪うべきではなかった。

NO 医師は、乳房温存術について X さんに説明した。彼は、多少は乳房温存術についてふれ、その賛否と術後の予後について言及した。

NO 温存術の実行率は低く、安全性は確立されていない状況で、患者がリスクを無視してこの治療法を試みたいと思っているかどうかを医師が尋ねる段階には達していなかった。したがって、医師の説明は他の術式もあるという説明として不十分とはいえなかった。

本ケースについてのノート

判決

本事例は、国の最高裁判所で審議された。裁判所は医学標準に則ったいくつかの確立した方法があるならば、医師は、当然の事として、明確に、そして、はっきりと、治療法の違いとそれらについての賛否の違いを説明することが要求され、そうすることで、患者は十分に考慮した後治療法を選択できると結論した。

しかし、一方の治療法は医療の標準を厳守しながらすでに確立されていて、他方はまだ確立されていない場合、医師が後者の治療法について常に説明する義務があるとは言えない。他方、医師には確立されていない治療法であっても説明する義務がある例があることは否定できない。本症例では、この術式を用いて多くの医療機関ですでにかなりの数の手術が行われ、その結果は、この治療法を用いた医師達によって肯定的に評価されていた。

この担当医は、この手術が患者に適応があるかもしれないということ、そして、医師自身はこの治療法に対して否定的な見解を持っており、それを実行することを拒否していたにもかかわらず、患者はこの治療が自分に適応があるものとして強い関心を抱いていることに気がついていた。このような状況では、この治療を提供する医療機関の名前や住所だけでなく治療の内容、その適合性、賛否について彼の知識の範囲内で医師は患者に知らせる義務がある。

乳がんに対する乳房切除術は、乳房を取り除く手術である。外科的に乳房を切除することで外見が変わることは、患者の心や精神状態に重大な影響を及ぼす。このような手術は、患者のQOLどころか、彼女の生活の仕方の全てに影響を及ぼす。それゆえ、医師は乳がんに対し胸筋を温存するものの乳房組織の外科的な切除を決定する前に、代替治療法として

乳がんに対する温存術について説明する責務があり、それは患者の外見やQOLに影響を与えない一般的な手術においてよりも強く求められる。

ディスカッション 代替治療法に関する情報

尊厳ははっきりした概念ではなく、出典が違えばその意味するところも異なる。尊厳の定義を統一するために、いくつかの「実践的な権利」、たとえば「インフォームド・コンセント」を伴わないで治療を承認する権利というような、特定の定義を必要とする。

この権利を効果的に用いるために、患者は代替治療法についての情報を含む全ての医学的手法について知らなければならない。一つの考え方によれば、医師は利用できる全ての選択肢を、実行不可能なものも含め明らかにする。そうすることで、患者は十分な説明に基づく決定をすることができる。もう一つの見解は、患者が、治療法が利用できない、あるいは、代替治療を受けても大丈夫ではないときには、それについて話さなくてよいというものである。

インフォームド・コンセントに関する権利は、病状、一般的な生命についての認識、価値観、信条、そして、感情に基づいて患者が自分に最も適した治療法を自律的に決定するために不可欠なものである。この自律的な決定は、治療が成功するしないにかかわらず、患者はその結果と共に生きていかなければならないという事実から、個人の責任の一部になる。この原則は、『生命倫理と人権に関する世界宣言』の第5条で述べられている。

意思決定を行う個人の自律は、当人がその決定に責任を取り、かつ他者の自律を尊重する限り、尊重されなければならない。

患者の誠実で自由な意思に基づいた真のインフォームド・コンセントを取得するためには、患者の病状、利用できる治療の選択肢、ならびにそれぞれの治療法の利益と危険についての包括的な情報が明らかにされなければならない。もちろん、すでに確立され医学的プロトコルとして受け入れられている限り、あまり一般的でない治療やより高価な治療も含まれる。たとえ治療方針に稀にしか適用されなかつたり費用が高かつたりしても、患者とよく話し合うべきであり、コストにかかわらず患者はその治療法を選択するかもしれない。

インフォームド・コンセントに対する権利は絶対ではない。患者がその説明によって傷つけられるかもしれない状況では、特定の情報を差し控えることは倫理的である。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディ1-20：予期しない医学的問題のために事前の同意なく治療を行うこと

翻訳 會澤久仁子

Mさん、52歳男性は、C医師のもとへ紹介されてきたとき重体であった。Mさんの症状は、発熱と、頭痛、舌の乾燥、副鼻腔炎、敗血症があった。尿検査では重症の尿路感染症の存在が示された。膀胱結石があり、大きな腎結石もあった。C医師は5月にMさんの手術をし、膀胱のドレナージと膀胱結石の摘出をした。患者は続いて抗生剤点滴療法を受け、膀胱の状態は改善した。しかし、左体側に激しい痛みが続き、鼠径ヘルニアもできていた。

腎結石を摘出して全身状態を改善するため2回目の手術が行われた。2回目の手術の数か月後、Mさんはヘルニア修復術に同意した。その手術の1、2日後、MさんはC医師から、精巣が潜在的に問題を引き起こしていたかもしれないので、外科手術中に精巣も摘出したと知らされた。

それに対してMさんは、精巣摘出には同意を与えなかったし、それが必要かもしれないとはまったく知らされていなかったと応じた。

3人の著名な外科医がC医師の処置の正当性を支持した。その病状を予想できた外科医はいないだろうし、追加の外科手術は必要であったと彼らは述べた。

Mさんが同意を与えることができるまで、C医師は手術を延期すべきだったか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

NO 精巣摘出はヘルニア修復術に必要であったし、外科手術に着手するまで精巣摘出の必要性を合理的に確かめることはできなかった。また、追加手術の同意はMさんのヘルニア修復の要請に含意されていた。

YES Mさんは精巣摘出に同意しなかった。このような状況で精巣を外科的に摘出できるのは、処置が緊急または救命処置であると見なされる場合のみである。処置が緊急でなけ

れば、患者が同意するまで医師は処置を延期すべきである。しかし本事例では、患者の精巣の状態は直ちに患者の生命や健康を害するほど深刻だとは見なされなかったし、外科的精巣摘出について患者の同意を取得する合理的な機会があったと想定すべきである。

本ケースについてのノート

判決

本事例は州最高裁判所で審議された。裁判所は、患者の同意を取得する機会がある通常の場合は、同意を取得しなければならないと述べた。手術に同意していなければ、その人の身体はメスによる侵襲を免れ、侵されることなく保持されなければならない。外科手術は患者の同意があるときのみ行うことができる。もし同意なく行われたなら、それは法律上、暴行である。成年で判断力のあるどんな人間も、自分自身の身体になされるべきことを決定する権利をもつ。患者の同意なしに手術を行う外科医は、暴行をはたらいたのであり、その暴行に対して損害賠償の法的責任を負う。患者が無意識で、同意を取得できる以前に手術することが必要な緊急の症例は例外となる。

係争事例において裁判官は、どの当事者も予期せず、被告も合理的に予見できなかった状態を、Mさんの身体を切開後、C医師が発見したことを認めた。精巣摘出の際、C医師は患者の利益のため、患者の健康と恐らくは生命の保護のために、行動した。その意味では、摘出は必要であったし、摘出を後日に延期するのは不合理であったであろう。Mさんの明示の承認も、考えられ得る黙示の承認もないにもかかわらず、裁判官はこのような結論に至った。

ディスカッション 予期しない医学的問題のために事前の同意なく治療を行うこと

ある人の人間としての尊厳を尊重する際、我々はその人の自律を尊重し、どんな医療処置を行う前であってもインフォームド・コンセントを要求する。患者は、処置が成功するか否かにかかわらず、その帰結を負う者であり、医療処置を行うに先立ちインフォームド・コンセントを与えるべきである。

インフォームド・コンセントの「インフォームされた（情報を知らされた）」という構成要素を確証するには、患者が病状と、提案された治療法、およびあらゆる起こりうる帰結を、その他の治療法や、全く治療しない場合と対比して、確実に理解していることが不可欠である。もし患者がこの情報を認識していない場合、同意は「インフォームされた」ものだ

と見なすことはできない。

しかしながら、患者の同意を取得できないが、それでも患者の病状改善を助けるためにどんな治療でもなされる状況がある。そうした状況の一例は、事故で負傷した患者の治療である。ときにはそのような患者から治療への同意を取得することができる場合もあるが、そのためには何らかの追加の治療を患者が受けなければならなくなる。たとえば想定できるのが、患者が麻酔をかけられているときに、事前に分からなかった問題があるのを発見し、それに対して別の処置を行う必要があるが、患者はそれにはインフォームド・コンセントを与えていない、という筋書きである。

この問題を事前に解決できるとすれば、患者が法定代理人を指名し、その人が患者の代わりに決定できる場合、かつ／または、治療開始前にそうした可能性を認識し、事前に選択的処置に対するインフォームド・コンセントを与える場合である。

よくある見解では、もし患者が事前に情報を得ておらず、そのことに対して同意を与えていなかったならば、「新たな」治療をすべきではなく、患者の同意を取得すべきである。しかし、もし患者の代わりにインフォームド・コンセントを与える権限のある人が親またはパートナー（特に配偶者）であれば、処置を中止する必要はないという主張もある。個人の生活において家族が大きな役割を果たす社会ではこの見解が許容される。

強調すべきことは、「新たな」治療をしければ患者の生命に現実的で直接的な危害が及ぶ場合は、そのような治療が許されるということである。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-21：：不可逆的処置に関するインフォームド・コンセントの特別な重要性

翻訳 會澤久仁子

SKさん、44歳未婚女性は、9日間続いている月経出血を訴えてP医師の診療所を訪れた。P医師は診察し、同日に超音波検査を受けるよう勧めた。超音波検査の結果を見て、全身麻酔下の腹腔鏡検査にて確定診断を行うため、翌日の来院をさらに勧めた。

そこで、翌日SKさんは母親を伴ってP医師の診療所へ行った。入院時、SKさんは入院治療同意書と、外科手術同意書に署名した。入院診療計画書には1995年5月10日に腹腔鏡による検査及び手術のために入院とあった。

その後、SKさんは全身麻酔をかけられ腹腔鏡検査を受けた。意識が戻らないうちに、P医師の助手が手術室の外へ出てきて、SKさんの救命を名目に子宮摘出術に同意するよう母親に求めた。そしてP医師は、腹式子宮摘出術と両側卵管卵巣摘除術を行った。

P医師はSKさんの同意なく生殖器官の摘出手術を行うべきであったか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES SKさんの母親が子宮摘出に同意した。P医師の行動には何の問題もなかった。

NO 患者本人以外は、誰も患者に代わって生殖器官の摘出に同意することはできない。この不可逆的処置により、SKさんは母親になり家族をもつという基本的人権を奪われた。母親も、医師も、誰も本人に代わってこの選択をすることはできない。

本ケースについてのノート

判決

本事例は最高裁判所で意見聴取され、次の結論が示された。患者が許可していないさらな

る追加処置が患者の救命や健康維持のために必要であって、患者が意識を回復して決定できるまでその処置を延期することが不合理でない限りは、医師はそうした処置を患者の同意なく行ってはならない。腹腔鏡検査中、緊急または生命にかかわる状況はなかった。

患者がある特定の外科的処置に同意している場合、患者の生命や健康への切迫した危険なしに、ある器官の摘出が患者にとって利益となるだろうとか、将来何らかの危険が生じるのを予防するだろうという理由だけでは、その同意をもって、器官摘出を含む患者が許可していない追加処置への同意もあると解釈すべきではない。

同意書には腹腔鏡による診断および治療と書かれていた。本同意書に署名したことは、子宮と、卵巣、卵管の摘出術に同意したことにはならない。MKさんは子宮摘出及び両側卵管卵巣摘除術には同意しなかった。SKさんの母親による同意は、有効な、真の同意と見なすことはできない。

ディスカッション 不可逆的処置に関するインフォームド・コンセントの特別な重要性

患者の尊厳の一端は、提案した医療処置へのインフォームド・コンセントを取得する医療チームの義務に表れている。生命倫理と人権に関する世界宣言第6条第1項にもこれは示されている。すなわち、

いかなる予防的、診断的、治療的介入も、当事者による適切な情報に基づいた事前の自由な知らされたうえでの同意がある場合にのみ行うことができる。同意は、それが該当する場合には、明示的でなければならず、また、いつでもいかなる理由によっても本人への不都合や不利益なしに撤回することができる。

本原則の重要性は、処置ごとにインフォームド・コンセント取得の責務が課されることによって、実際に示される。包括的な (broad-ranging) インフォームド・コンセントは倫理的ではなく、真正な同意と見なすべきではない (生命にかかわる緊急時で、医療処置への患者のインフォームド・コンセントを取得することが不可能な場合は例外である)。

しかし、同意は人間の尊厳を表現するものであって、同意の取得が患者を害し、尊厳をそこなう状況もありうる。それゆえ、どんな状況もどんな患者も、個別に、症例の特殊な状況に応じて、尊重すべきである。

たとえば、近親者 (親や配偶者) が意思決定過程に加わるのが容認され、患者のことを

近親者に話すことが文化的に必要とされる社会もある。

また別の状況が、将来に重大な影響をもたらす不可逆的な医療処置が行われるときに生じる。その処置が大きな波及効果をもち、その結果に否応なく向き合わねばならない当事者が同意するか拒否するかを決めるべきであることが理にかなうときには、その人からインフォームド・コンセントを取得する必要性はなおいっそう正当かつ重大になると考えられるだろう。

それゆえ、不可逆的処置を行う場合は、患者を麻酔から覚醒させて同意を得てから再手術する必要性や、病気について詳細に開示する必要性などのように、一定の不快感を患者に与えることになるとしても、患者の希望を厳密に確かめるべきである。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-22

翻訳 西垣悦代

Cさんは31歳の女性で、重篤な頭蓋内出血を起こして病院の集中治療室に収容された。その結果、彼女は不可逆的な脳損傷を受けた。Cさんは意識不明の状態が続き、その生命は人工呼吸器と彼女の治療を担当する医師とスタッフの手によって維持されていた。

そのときCさんは妊娠していた。Cさんの夫は、胎児が生存し続け出産可能になるまで妻の生命維持装置が継続されることを強く望んだ。妻もまた胎児が生存可能になるまでは自分の命を維持してほしいと望んでいるだろう、というのがその時点の夫の明白な意見であった。もし、彼女の生命が何らかの形で犠牲にならざるを得なくなったとしても、子どもだけでも生きる機会を与えられるべきだということだった。

Cさんの担当医は胎児が成長し、生存できる可能性を得られるよう、生命維持装置を継続することに同意した。それは医学的に可能であるとみなされただけでなく、母親の願いはいかなるものだったであろうかということも考慮に入れた結果、子を出産するためにCさんの生命を維持することが、彼女にとっての最善の利益であると判断され、下された決定であった。

その結果、Cさんは集中治療室で高度な生命維持装置に繋がれ続けた。妊娠32週に達するころ、Cさんと胎児の生存にいくつかの困難が生じた。彼女は「重篤な脳損傷を伴う長期にわたる生命維持による複数の感染症とその他の生理学的および代謝性の合併症」を発症していた。帝王切開による出産が適用可能な時期に達していた。

手術は直ちに行わなければならなかった。一日の遅れが胎児にさらなる危険をもたらし、遅延が長引くごとに、危険性は増していく。

しかし、帝王切開を早産であると思い込んでいる夫は、強硬に反対した。夫は彼の霊的指導者から霊的な癒しの力を整えるためにはもう少し時間が必要であるから、最低あと10日は出産を延期することが必須であると言われていたのだった。夫は出産の延期だけが母と子の福利を同等に確実にするものだと思っていた。

病院は胎児の命を救うために、夫の強い反対と C 夫人の明白な同意なしでも、帝王切開を実施すべきか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES C さんの希望は非常に明白である。彼女は自分が生かされることで胎児が出生し生きる機会を得ることを望んでいた。よって、病院は帝王切開を実施することによって彼女の希望を満たすことになる。C さんの希望は強く明白であるから、夫の反対は考慮しなくてよい。

NO C さんの夫は手術の同意をしなかった。C さんがこの手術に明白な同意をしていない以上、手術は実施されるべきではない。

NO 明白な同意が得られていない以上、病院はまだ生まれていない子のために、患者の生命を危険にさらすべきではない。

YES C さんはまだ生まれていない子を産むためだけに生かされ続けてきた。よってたとえそれが C さんの生命を危険にさらすとしても、手術は実行されるべきである。

本ケースについてのノート

判決

本事例はその国の裁判所で審議された。裁判所は母親が重篤に脳損傷を受け、出生前の子の生命に関わっているという、このような悲劇的な事態において、これらの利益が決定における生死に関わる要因である以上、その子の利益を直接考慮することは自然なことだと思われる。しかしながら、胎児はその誕生の瞬間までは、母となるべき女性に対して帝王切開を実施するかについて法廷が考慮すべきいかなる個人としての法的利益も持ち合わせではない。端的に言えば、法廷は胎児の利益を保護するためだけに明文化された決定を布告する司法権は持っていない。

裁判所は第一に母親の意思を考慮しなければならない。もし、母親がいかなる意思の表明もできないのであれば、その場合に限ってのみ、母親の最善の利益が考慮されるべきである。

本ケースにおいては、重篤な大脳の損傷の状態が続き、深いこん睡状態にある C さんが帝

王切開に対して同意を与えるあるいは控えることをいかなる形でも実行できないことに議論の余地はなかった。本ケースの状況に道筋を与えるには、Cさんの最善の利益を考慮しなければならない。その最善の利益は、単にCさんを臨床的に生存させ続けるために必要なことには限定されず、特に彼女自身は何を望んでいたろうか、といったより広範な要因を包括している。

このような状況下では、健康な子どもを誕生させるべく試み、それを確実にするために手術を実行することが患者の最善の利益である。それ以外のすべての制約をさておいても、子どもの生命を危険にさらすリスクを取らないように、胎児の母親の子宮外での生存について、特別な配慮を払わなければならない。

申し立ては承認されたが、それは母親と胎児が異なる利益を持っていたからではない。胎児は独自の体組織を持ち、完全に独立した生命の可能性を持っているので、Cさんと胎児はもはやひとつの存在であるとは見なされない。母親の意思は、もし自らそれを表明することが可能であったなら、健康な子を産むことであつたらうと手に入る証拠から示唆されている。これらすべての状況から、出産は明らかに彼女の最善の利益であつた。

ディスカッション 意識のない患者の推定同意

すべての人は尊厳の一部として、自身の意思を尊重されるべき権利を持っている。我々が自ら問いかける質問は、誰が人間とみなされるべきか、ということである。人の生命についてはいくつかの形態と概念がある。(たとえばカトリックでは)、人の生命のすべての形態は人間とみなされるべきであるとし、従って保護される権利があると論じる。他の見解では、「生まれた人」だけが人間とみなされるべきであると論じている。別の疑問は、回復の見込みのないまま人工的な生命維持装置に依存している人に対する責務や、他の人の権利と衝突するかもしれない胎児に対する責務に向けられる。

一人以上の人に関わっている状況での第一段階は、誰が患者であるか決定することである。胎児は権利を持っていないので、その利益を考慮する必要はない、と言う人がいるかもしれない。また他の人は、胎児は人間としての正統な利益を持っていないかもしれないが、母親を傷つけることがない限りは、その最善の利益を考慮しなければならないと主張するかもしれない。しかし、もし、母親が患者であるのなら、我々は、彼女が最善の利益だと考えること (her best interest as she sees it) にそって行動しなければならない。

母親と胎児の利益が衝突するとき、両者の間の平衡点を見出さなければならない。このよ

うなバランスを考慮するとき、我々はそれぞれの患者の視点からみた利益を考慮に入れなければならない。

母親であれ胎児であれ、人の名誉を支持する重要性は、我々が社会として彼女に感じる名誉、願望、彼女の願いを具現化する際に与える尊重、などの自律性こそがその中心であることを強調する。個人の名誉を支持することの一部には、その人の希望を具現化するために医学的治療を実行することも含まれる。もっとも他のケースや患者の場合には、医師は異なる手続きをとるかもしれない。たとえば、子の誕生のための保育器としての役割のためだけに何カ月も生命を引き延ばすことは、必ずしも患者を尊重していることにはならない。しかしながら、もしそれが彼女の望みであり、患者の生命を延長することが生命を新たに創造することのためならば、医療従事者はその人の希望を実現する義務を負う。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディ1-23 精神障害者に対し、同意なく実施される不可逆的な医療行為

翻訳 門岡康弘

Fは、重度の精神障害を持つ36歳の女性である。母親の同意により、彼女は14歳の時から入院患者として、病院に入れられていた。

Fの精神障害は、精神発達の停止ないしは不完全を特徴とする。彼女は、2歳児の言語能力と、4ないしは5歳児の一般的知能をもっている。彼女は自分の意見を口頭で伝えることができなかったが、好きあるいは嫌いなことを示すことはできた。彼女は、喜び、悲しみ、そして恐怖といった感情を覚えるが、それらの表現は他者とは異なる傾向にある。彼女は攻撃的になりがちである。彼女の母は、彼女のたった一人の親類であり、定期的に彼女を訪れる。両者の間には愛情による強い結びつきがある。

Fは、入院中に実施された治療のおかげで、かなり病状が改善した。あまり攻撃的ではなくなり、病院の広い敷地内をあちこち移動する大きな自由を与えられている。しかし、彼女の知能が好転する見通しは全くない。

Fは、ある男性患者Pと性的関係を結ぶようになり、ひと月に2回ほど彼と会うようになっている。その関係は完全にFの自発的意思であり、おそらく彼女はそこに喜びを得ている。Fが、その年齢の女性が通常に持つ妊孕性があるは明らかである。

医学的エビデンスは、妊娠は彼女に精神的に悲惨な結果を招くということを示す。彼女の場合、すべての一般的な避妊法が効果的ではなかった、なぜなら、それらを効果的に使用できないからであり、あるいはそれらが彼女の身体的な健康に危険をもたらすからである。

Fの母親の同意とともに、担当医療スタッフは、彼女にとっての最良の方針は卵管結紮による不妊であるという結論に至った。

手術に対して精神障害のために同意できない出産可能な女性のケースにおいて、不妊手術は容認されるか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES たとえ F が手術に同意するための判断能力をもたないとしても、医学的エビデンスは、妊娠は彼女の精神的健康に有害であることを示す。手術が実施されれば F の身体ならびに／あるいは精神状態の悪化を予防することになるだろう。それゆえ、不妊手術は彼女にとっての最善の利益である；それは不可避であり、それゆえに正当である。

NO そのような手術は、根治的あるいは予防的治療として行う場合に限って実施されうる。F のケースにおいては、提案された避妊法は罹患した臓器を治療するためのものではない。というよりも、この手技は健全な生殖臓器をもつ女性に対して避妊のために行われるということになる。そのような状況において、避妊法は根治的あるいは予防的のどちらであると考えることができない。したがって、この手術の実施は F の最善の利益ではない。さらには、このようなケースにおいて我々は、社会として、不必要な避妊という侮辱から自身を保護できない者を保護する手段を見出さなければならない。

NO 不妊手術には特有の性質が数多くある。第一に、多くの場合においてその手術は不可逆的である。二つ目に、その手術の不可逆性に起因するほぼ確実な結果は、女性としての基本的権利の一つ、すなわち子供を産む権利を奪ってしまうということである。これらの特徴は、病院が他の解決法を見つけることを要求する。

このケースについてのノート

判決

このケースはその国の裁判所で審議された。F は、その精神障害を理由に、手術に対する同意を与えることができない。彼女の母親（；彼女の味方の役割を果たしている）は、F の同意能力の欠如を理由に不妊手術が不法な行為であるとされないという決定をするよう裁判所に求める宣言を依頼した。

提案された F に対する不妊手術はその状況において彼女の最善の利益であり、彼女の手術に対する同意能力の欠如にもかかわらず合法的に実施される、という宣言がなされた。

ディスカッション 同意能力を欠く精神障害患者に対して実施される不可逆的手術

精神障害の患者に関してよくある誤りは、我々は、患者は選択する能力をもたないと考え

るから、彼らの尊厳を尊重しないという点である。尊厳はその人のありように当てはまるのであり、その人のすることに当てはまるのではない、ということが真実である。とはいってもときにその人は自身や社会に危害を与えるかもしれないようなことを選択する。そして、その時点において、どこで、そして、いつその人が阻止されるかについて考えるべきである。

人間を対象に実施されるすべての医学的治療と研究は、なによりもまず、対象者の最善の利益を考慮しなければならない。そして、対象者が弱者である場合には、「生命倫理と人権に関する世界宣言」の第8条に述べられているように、その利益は保護されるべきである：

科学的知識や医療行為と付随する技術を適用し発展させるに当たり、人間の脆弱性は考慮に入れられるべきである。特別に脆弱な個人と集団は保護され、そういった個々の全人性は尊重されるべきである。

「最善の利益」は必ずしも全ての患者にとって同一はない、ということへの留意は重要である；それらはその患者と状況に特化する。したがって、ある治療は一人の患者に対しては最善の利益と考えられるが、他者にとっては有害な行為となり得る。医療者は、ある特定の状況において、その患者の最善の利益をよく考える責務がある。

選択能力が疑わしい人たちに対応する場合、彼らが「選択できない（多くの国において女性はこの理由から投票権をもたなかった）」と我々は考えるからという理由で、彼らの権利を無視していないことを確認するよう特に注意すべきである。

さらに、すべての医学的治療は、治療あるいは予防目的にかかわらず、患者の同意を必要とする。治療があるならば、それがどのように提供されるのかという点において、このインフォームド・コンセントは患者である個人に対する社会からの尊重を表すものである。

患者がインフォームド・コンセントを与えることができないケースがある。そのような場合には、患者の最善の利益を保証するための行為は、さらに重要になり、より高められた感性をもって実施されなければならない。その人の最善の利益に従うこと念頭に行為すべきであり、そして、**Universal Declaration on Bioethics and Human Rights**（生命倫理と人権に関する世界宣言）の第7a条にあるように、健康に関する意思決定に患者を参加させるようできるかぎり努めるべきである：

研究と医療の実施の許可は当事者の最善の利益に則って、かつ国内法に則って取得されるべきである。しかしながら、当事者は同意の意思決定過程ならびにその撤回過程に可能な

限り最大関与すべきである。

インフォームド・コンセントを与えることができない患者に対する治療は、一方において医療スタッフの側に格別の感性を要求し、他方において、社会として彼の意思決定能力に相応な説明を受けた上での決定をする自律性と能力を保護しつつ、その人ならびにその利益のために行動するという我々の責務を表す。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-24：患者の決定を尊重すること

翻訳 細谷 工

M 夫人は、上腹部の愁訴を訴え病院を受診した。

彼女は病院に入院し、数週間の治療の後、住み込み研修医の B 医師は類線維腫瘍とあとで判明する腫瘍を発見した。彼は主治医権のある外科医(visiting surgeon)の S 医師にコンサルトし、手術の実施を提案された。

医師らは、腫瘍の性状は M 夫人を検査しないとはっきりしないと彼女に説明した。このためには、彼女はエーテルによって麻酔される必要があった。彼女はそのような検査には同意したが、彼女の主張によると、彼女は B 医師に対し手術は行わないように話したという。

彼女は内科病棟から外科病棟へ夜間に移され、看護師によって外科処置の準備をされた。彼女は、手術を希望しないという自身の願いを繰り返した。朝、彼女はエーテル麻酔をされ、意識のない間に腫瘍は外科的に摘出された。

医師は、M 夫人の明確な反対にもかかわらず手術を行わなければならなかったであろうか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES M 夫人はすでに麻酔を受け、腫瘍は摘出されねばならなかった。もしそのときにそうしなければ、将来そうしなければならなかった。

NO M 夫人は手術の施行に同意していなかったことが施行しない十分な理由になっただけでなく、彼女は非常に明確に手術に反対していた。医師は彼女の決定を尊重すべきであった。

このケースについてのノート

判決

本事例はその国の控訴審で審議された。裁判所は、健全な精神を持つ意思決定能力のある成人は、彼自身の身体に何がなされるべきなのかを決める権利を持ち、そして、彼自身の患者の同意なしに手術を行う外科医は暴行を与えているとみなされ、彼はその損害に対して責任を負うものと結論付けた。例外は、患者の意識がなく、かつ患者の同意なしに手術を行わなければならないような緊急の場合であるとした。

ディスカッション 患者の決定を尊重すること

治療を受ける人の権利を守る欠かせない面は、提案された治療の道筋に本人の自由意志によって与えられた同意を要することである。この合意の必要性は、インフォームド・コンセントとして知られ、「生命倫理と人権についての世界宣言」の第6条1項で確立されている。

インフォームド・コンセントの教義は、何が自身の体になされるのかを決定する際にあたっての、各々の個人の自律性の認知に基づく。あらゆる個人に各々の個性があるという理解は、どんな身体的な傷害や介入もその人の同意を必要とし、彼の独立した存在への尊重をもって実行されなければならないという結論につながる。

しかし、この認識は、今日においてはまったく一般的ではあるが、必ずしも完全な総意にはなかった。それとは別の、より家父長的 (paternalistic) 認識は、医師は何が患者のために最善かについて知っており、さらに、患者には治療の結果を考慮する能力が必ずしもないと主張する。さらに、多くの場合、患者は完全に情報の全てを理解することができず、そして、彼の意見を受け入れることは有害である場合がある。そのような場合、決定がその人の尊厳を損なうため、医師は彼のために決定をする人でなければならない。と主張することになる。

この意見への一つの回答は、総体としての人間の存在としての個人は、彼の医学的状況に基づいてだけでなく、宗教的信条、世界観と個人の欲求にも基づいて医学的決定に至るということである。これらの願望は医師には分からない。患者自身だけが、決定に至る際に、それらに適切な重みを与えることができる。考慮しうる選択肢に基づく重みづけされた決定にまだ達していない、そして提案された治療に対して自発的な同意を示していない個人に対して医学的処置を実施することは、倫理的ではない。

また、我々は、患者が治療を拒否する権利を有する点に注意しなければならない。そのよ

うな拒否は彼の自律性の一部であり、医療スタッフは、彼を治療しないことによって、彼の尊厳に対して敬意を表することになる。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-25：保健医療サービスを提供する際の平等性

翻訳 三浦靖彦

Sさんは41歳の無職の男性である。彼は糖尿病であり、虚血性心疾患と脳血管疾患もあり、1996年に脳卒中を起こした。

1996年、彼の腎臓機能も低下した。彼の状態は不可逆的であり、慢性腎不全の末期の状態となった。彼の生命は、定期的な透析治療により延長することができる。彼は、公的病院の腎ユニットに、透析治療を求めたが、その病院は限られた人数の患者にしか透析治療を提供することができなかった。

資源の不足により、その病院は透析資源の使用に関して設定された方針に従っていた。腎臓透析によって治療し、改善することができる急性腎不全を患っている患者のみが、その病院で腎臓透析を自動的に受けることが出来た。Sさんのように、不可逆性の慢性腎不全に罹患している患者は自動的に腎臓透析プログラムに入ることは出来ない。Sさんのような患者のための透析治療へのアクセスは、腎臓移植の候補者に限られている。Sさんは、虚血性心疾患と脳血管疾患に罹患しているため、腎臓移植を受ける資格がない。そのため、病院は、彼が要求した治療をS氏に提供することはできないのである。

S氏はなんとか私的病院の医者たちから透析治療を受けることができたが、彼の資金は枯渇し、もはや、これ以上このような治療を受けることができないと主張している。

そのような治療を受ける余裕がないS氏のような人に、国家は、望まれる治療を提供しなければいけないのだろうか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES 自分で治療をする余裕がない人に適切な医療を提供するのは、国家の責務である。治療を提供しないことによって、治療のために支払うことができない人々を差別していることになり、実際、彼らを死に至らせしめることになるのである。

NO 国家の資源にも限りがあるので、すべての国民に、望まれる医療を提供することはできない。実際、透析プログラムは、治療の対象が誰であるかを決定するという特殊な基準を持っている。そして、残念ながら、Sさんは、このプログラムの対象ではない。

このケースについてのノート

判決

本事例はその国の憲法裁判所で審議された。Sさんは、「誰もが緊急的な医療を拒絶されてはならない」という憲法の項と、更に別の項に規程される「誰もが生きる権利を持っている」という項に主張の基礎を置いている。裁判所はS氏の主張を棄却した。

生命を延長するための治療を確保するためには、貧困に陥らざるを得ないというジレンマに直面するS氏とその家族に同情の念を抱くしかないであろう。厳しく、不愉快な事実であるが、S氏が裕福な男性であるならば、彼が個人の財力によって、そのような治療を手に入れることができるだろう。しかし、彼は裕福ではないため、国家に対して、治療を与えてくれるよう主張しなければならないのである。しかし、国家の財源には限りがあり、Sさんは、腎透析プログラムに入るための適格性の基準を満たしていない。残念ながら、これはSさんだけでなく、腎臓透析ユニットや他の保健医療サービスへのアクセスを必要とする多くの他の人々についても同様である。

ディスカッション 保健医療サービスを提供する上での平等性

保健医療サービスを提供する上で平等性の問題が最も困難な医療問題の一つである。健康問題における不平等の話題に関しては、かなりの文献がある。ユネスコ生命倫理と人権に関する世界宣言の第10条に、この問題に関して、平等に振舞うことは、国、組織、機関の義務であると、規定している。

人が正当かつ公正に扱われるために、尊厳と権利において全ての人類の基本的な平等は尊重されなければならない。

我々が取り組むべきもう一つの問題は、社会が社会に属しているすべての人々に、権利と資源を分配すべきであるという、配分的正義の問題である。その原理から、いくつかの疑問が生じる。たとえば、配分可能な資源とは何であろうか？平等に配分されるべきである自由や政治的権利等のような権利と、健康、住居、金銭など、すべての人々に自由に配布することができない福祉とは異なるものであるという説がある。それに従うと社会が専念

すべきものは、権利の配分であり、福祉の配分ではないのである。

もう一つの考え方によれば、社会は、功利主義的な方法ですべての資源を配分すべきとする。その場合、同じ状態にある患者に対して、より効果のある人のために、ある人の治療を延期することができる。このシステムは、誰にとっても平等であるとは考えられない。

平等性は、保健医療システムが働いている民主主義の国において、基本原則である。人を平等に治療することは、彼らの尊厳と名誉を尊重することである。しかし、資源の欠乏は社会が無視することができない問題であり、そして、治療の差し控えをどう峻別(差別)するかが、尊厳の軽視に由来しているのか、むしろ資源の欠乏に由来するものなのかについて、我々は注意を払わなければならない。

人の尊厳も守るということは、礼儀正しく、根気よく、思慮深く、そして、屈辱を与えることなく、彼を扱うことでもある。したがって、ある患者に治療に対する権利を遮断することは、実際、彼らを傷つけ、屈辱を与えることであり、非倫理的である。

さらに、我々が注意すべき点は、患者達を選択的に治療から妨げることは、生命倫理と人権に関する世界宣言第 11 条 (下記) に明らかに反しており、差別であると考えなくてはならないという点である。

人間の尊厳と人権、基本的自由反して、個人または集団はいかなる理由によっても差別されたり汚名を着せられたりすべきではない。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-26：国家が救急医療を提供する義務

翻訳 西垣悦代

HSさんは、7月8日の午後7時45分頃に列車から転落した。その結果彼は重症の頭部損傷と頭蓋内出血を負った。彼は地域のプライマリーヘルスセンターへ搬送された。そこには必要な治療設備がないため、センターの担当医務官はよりよい治療のため最寄りの病院に紹介した。

HSさんは7月8日の午後11時45分に病院に搬送された。当該病院の救急担当医務官は、彼を診察し頭蓋骨のX線写真を2枚撮影した後、さらなる治療のための即時入院を勧めた。しかし、当該病院の救急外科病棟および一般外科病棟はいずれも満床で空きベッドがなかったため、彼は入院できなかった。

彼はその後7月9日の午前12時20分頃別の病院に搬送されたが、そこでも満床ため入院とならなかった。そして7月9日の午前1時頃、彼はまた別の病院に搬送された。その病院には耳鼻咽喉科救急および神経救急部門がなかったため、彼は受け入れられなかった。7月9日の午前2時頃、彼はさらに別の病院に搬送されたが、満床を理由にそこでも受け入れられなかった。7月9日の午前8時頃、彼は神経学研究所に搬送された。その私立病院で支払いを済ませたのち、CTスキャンによる検査を受けた結果、医師たちは前頭部の出血を認め、当該の研究所では対応できない緊急の症例であると結論づけた。7月9日の午前10時頃、患者はまた別の病院に搬送されたが、その病院には神経外科の設備がないとの理由で受け入れられなかった。

最後に、彼は私立病院に搬送され、そこで入院患者として7月9日から7月22日まで治療を受けた。

上述の（諸）病院がHSに対する治療を拒否し別の病院に紹介したことは正しいといえただろうか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とと

ものに定めなさい。

YES 前述の病院のほとんどは、**HS** に対して初期治療は実施している。しかしこのケースのような複雑な状況に対応できる設備や医療サービスを持っていなかったため、彼に対して十分な治療を提供できなかった。このような容体に対応できる施設に **HS** を紹介する方がよかったといえる。

NO 緊急のケースで治療を拒むことは、その人の生きる権利および尊厳を持って生きる権利を実際に剥奪することになる。

本ケースについてのノート

判決

本事例はその国の最高裁判所で審議され、その間に州政府はこの一連の出来事を審査するための諮問委員会を立ち上げた。委員会はこのような出来事の将来の再発を抑制し、切実なニーズのある患者に対して直ちに医学的処置と治療を確保するための改善策を答申した。

裁判所は、憲法では州レベルだけではなく国家レベルでの社会保障制度の確立を認識していると判断した。社会福祉国家では、政府の第一義的な義務は人々の福祉を保障することである。人々に適切な医療設備を提供することは、社会福祉国家の政府によって保証されるべき義務の最重要部分である。

政府は必要としている人々に対して医療的ケアを提供する病院やヘルスセンターを運営することによってこの義務を果たす。憲法は国に対し、あらゆる人の生命に対する権利を保護する義務を負わせている。人の生命の保護がもっとも重要なのである。国によって経営される公立病院とそこに雇用されている医務官は、人の生命を維持するための医療的支援を果たす義務を負っている。一部の公立病院がそのような治療を必要としている人に対して、適時的な医学的治療を提供することに失敗したのは、憲法で保障されている人の生命に対する権利の侵害に当たる。本ケースでは、憲法で保障されている **HS** の上述の権利は、その時の症状が深刻で、直ちに医療的関心に向けられる必要があるにもかかわらず、数々の公立病院で治療を拒否されたことによって侵害された。

たしかにこれらの設備を提供するには経済的な資源が必要である。しかし同時に国民に対して適切な医療サービスを提供するのは国家の責務であることも無視できない。この目的のために必要なことは何であれ、実施されなければならない。貧しい人に対する無料の法的支援を提供する憲法上の義務の文脈で、政府は財政的制約を理由に憲法上の義務を回避

することはできないと裁判所は判決を下した。

ディスカッション 救急の医療ケアを提供する国家の義務

市民に質の高い医療サービスを提供するよう努め、その地域のヘルスケアを向上させることを願う国家は、倫理的な原則を受容する義務を有し、病気の人々の尊厳を保護し、強化するように行動すべきである。

しかし、資源の不足から、国は常にすべての人に質の高い医療を提供する能力を有しているとは限らない。社会の個々の成員がヘルスケアのサービスを受ける道徳的権利（個人の尊厳の一部として、そしてこの権利が存在する限り）と、社会がそれを提供する能力のギャップは、多くの国にとって対処しなければならない問題である。

ふさわしい解決法は道徳と法的権利を区別し、その後その経済的帰結を決定することであろう。ひとつの立場は、ヘルスケアの権利は、財産権を上回るものではないというもので、それゆえ、国はすべての人に医療サービスを提供するために、裕福な人々に課税することはできないというものだ。また別の立場は、ヘルスケアの権利はその他の多くの権利を可能にする基本的権利であるから、持っている人からお金を取って、すべての人に質の高い医療サービスを提供することは倫理的なことである、とみなす。

別の問題は、国家が限られた質の医療サービスしか提供できていない一方で、私立の施設がよりよい医療サービスを提供しているという状況に関連している。いくつかの国では、すべての住民が同じ質の医療サービスを受ける資格を持っており、たとえある人がお金を持っていても、よりよいヘルスケアを受けることができない。他の国々では、医療サービスの提供は限定的であり、個人は自由によりよいサービスをよそに求めることができる。さらに別の立場は、個人はその能力に応じて自身のレベルに合う医療サービスを買求め、国家は貧しい人に対してのみ、医療サービスを提供している。

しかしながら、国と医療機関が適切な治療を提供する責務は、患者が適切な治療を受け続ける権利の上に加えられるものである。それゆえ、集中治療室のような設備があり、収容人数いっぱい、現在いる患者を害することなくそれ以上ベッドを追加することが不可能な状況のとき、「新たな」患者に対する倫理的責務は、現在の患者に対して適切な治療を提供する責務と衝突する。この2つの権利の均衡は、難しいジレンマをつくりだす。

これらすべてを超えて、すべての人々に対する適切な治療を可能にする資源を増やす努力

がなされなくてはならない。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011

『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-27:「不当な生命(ロングフル・ライフ、wrongful life)」 という主張

翻訳 藤井 可

A は、結婚前に遺伝カウンセラーに相談をした。彼女は、彼女の未来の子孫たちが、特に彼女の家系に伝わっているハンター症候群という遺伝性症候群を発症するリスクを持っているかどうかを知りたがっていた。この疾患は主として男性に発症するので、もし彼女の子孫が発症の危険にさらされていることがわかったら、彼女は男の子を生まなつもりであった。

検査時の、あるいは結果の解釈に過失があったため、遺伝カウンセラーは A の子孫がその病気に悩まされるリスクはないと判断した。カウンセラーの意見に基づき A は妊娠し、ハンター症候群の男児を出産した。疾患は彼の身体と精神の発達に重篤なダメージを与えた。

特記すべきことは、A の息子にはただ二つの可能性しかなかったということである。すなわち、この疾患を持って生まれるか、生まれなにかである。これ以外の、この遺伝性疾患を持たずに生まれることを可能にするような、医学的選択肢は彼には存在しない。

まったく存在しない(死とは区別される)という状況は、生きているよりもよいこととしてみなされるべきなのか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES 稀ではあるが、ある人にとっては重篤な生涯を持って生きることよりも、生まれないうでいることのほうが良いだろうと判断されることが可能なケースもあり得るだろう。

NO 障害とともに生きることを、まったく命を持たないことと比較することは決してできない。全ての人間は生きる権利を持っており、生きない権利は持っていない。存在しないことが障害とともに生きることよりも好ましいという状況は決してあり得ない。

本ケースについてのノート

判決

このケースは国の最高裁判所で審議され、とりわけ、存在しないことが障害とともに生きることよりも好ましいと決定され得るかどうかという問いについて議論された。

判事の一人は、このケースでの問題は次の仮説を軸に展開していると述べた。:

この子どもの権利の認識のためには、存在しないことは障害とともに生きることよりも良いと結論することにより、カウンセラーの過失後の子どもの状態と、カウンセラーに全く過失がなかった場合の、つまり出生以前の子どもの状態とを比較することを必要とする。そのような比較は、決して解決することができない哲学的・道徳的問題を喚起するため、不可能である。

裁判所は生命があることと生命がないことを比較することはできなかった。たとえ、障害とともにある生命よりも生命がないことを選ぶ未成年者が主張したとしても、裁判所は子どもの権利のためにこの主張を聞き入れることはできない。子どもの権利は、生存のための権利であり、生存しないための権利ではないからである。したがって、まったく存在しないことの価値と、障害とともに生きることの価値を比較する必要はない。

遺伝カウンセラーによってよってもたらされた損害は、障害とともに生きるというものであった。この損害は、生命をもたらしたり阻んだりすることに言及するような類のものではない。それゆえ、「不当な生命（ロングフル・ライフ）」という表現は不適當で欺瞞に満ちたものである。この主張は生命に反対するものではないし、そのもう一つの代替案も生命がないことではない。この主張は障害とともにある生命に反対するものであり、その唯一の代替案は障害のない生命である。遺伝カウンセラーは障害とともにある生命を引き起こしたという点において過失があり、この損害の責を負うべきである。

ディスカッション 「不当な生命」という主張

すべての人は尊厳とともに生きる権利を有している。『生命倫理と人権に関する世界宣言』の第3条1項に定められているように、この権利は、根源的で各々の人間に固有な権利である。

人間の尊厳と人権、基本的自由は全面的に尊重されなければならない。

医学的処置とは無関係に遺伝的肢体不自由を伴った子どもが生まれる状況もある。これを不可抗力と表現する人もいるだろうし、運命と呼ぶ人もいるだろうが、その障害が医療スタッフや他の誰かの行為や不作為によって生じたものでないことは明らかである。しかしながら、もし、医師によって発見されるべきこの障害が妊娠中に見つけられなかったならば、その子どもは医師を訴えるかもしれない。

これらのケースにおいて、障害は、苦しめられている人が、彼らの肢体不自由とともに生きることよりも、むしろ、存在しない方が好ましかったであろうと主張するほどに、非常に深刻になり得る。

この主張は複雑な哲学的・法的ジレンマを惹起する。患者によるそのような主張は、極度の機能不全と苦悩に悩まされている場合には、現在認められている。われわれは、これを、患者が侵襲的治療を止めて、尊厳を持って生を終わらせる選択をする状況と似ているものとして理解することができる。同様にわれわれは、彼らの障害とともに生まれてしまったことよりも、生まれてこなかったことの方がむしろましだと主張する人を尊重すべきである。その一方で、そのような主張を受け入れることは一つの曖昧な問題をもたらす。もし生まれていなければ、この人間（子ども）は医療スタッフを訴えることができないからである。彼が訴えるための唯一の可能性は、ともかく彼が生まれたという事実に依拠するのである。したがって、もし彼がその主張通りに生まれていなかったならば、彼は「人間」ではないのだから、訴えることはできないだろう。訴えることによって、彼は自分が腰かけている枝を切り落とすことになる。そしてそれゆえ、われわれはそのような主張を受け入れることはできない。

もう一つ、SOL（人間の生命の神聖性）の問題がある。人間は生まれることを選択する能力を持っているか？それは神の意志であるため、あるいは、物理的に生まれるまで人は欲求を持つことがないため、人間は生まれるか否かを選ぶ権利を持たないと論じる人は、「不当な生命」という概念を受け入れることができない。生まれるか否かの判断はすべての人間の権利であると論じる人は、それは、この世に生まれ来るか否かを決定する彼の自律に固有な一部であるのだから、そのような主張を受け入れるだろう。

これらのケースにおけるもっとも深刻な倫理的問題は、その子どもへの害悪を評価しなければならないことである。一方で、その子どもは障害に苦しんでいる。他方で、その子どもには、障害を持たないで生まれるか、まったく生まれないでいるかという選択肢はなかった。われわれは彼と健康な子どもを比較することはできない。しかしむしろ、彼と「子どもではない」存在とを比較すべきである。だから、その損害はあまりに複雑すぎて評価できない。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-28 義務的な予防接種

翻訳 藤井 可

B 夫妻には、10歳のLと3歳のKという二人の幼い子どもがいる。B 夫妻は、彼らの子どもたちに予防接種をすること、および予防接種一般に対して、個人の健康増進や公衆衛生の増進のための予防接種、いずれについても強く反対している。

B 氏の見解では、予防接種は単に有害であるだけでなく、ことによれば悲惨な副作用を伴う無益な処置である。彼は、夫妻は彼らの子どもたちが予防接種を受けるか否かを決定する基本的権利を有すると主張する。したがって彼は当然、予防接種は国民の健康を守るために合理的に必要とされる手段であるという提案を拒否することとなる。

L と K は、医学的に必要な予防接種を受けていないという理由で州議会(the Council)が運営する保育園への入園を拒まれた。

少なくとも1976年以降、州議会によって管理されている保育園に通おうとしている子どもは誰でも、受け入れ前に医学的に必要な予防接種を受けなければならないという方針がとられてきた。登録とそれぞれの予防接種後の更新に関する予防接種の証明書が求められる。必要とされる標準的予防接種は最新の「保健医療当局勧告」に定められている。

B 夫妻は彼らの子どもたちへの予防接種を拒んで譲らない。

州議会は、L と K が予防接種を受けていないことを理由に、保育園への入園を拒否することで差別する権利を与えられているのだろうか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES 子どもたちが予防接種を受けていないということで、保育園に通う他の子どもたちが危険にさらされる。他の子どもたちの利益のために、B 夫妻の子どもたちは保育園への登園

を禁じられるべきだ。

NO 保育園から B 夫妻の子どもたちを排除することによって彼らを差別することは、違法である。全ての人間は予防接種を受けるか否かを決定する権利を持つ。

本ケースについてノート

判決

この事例はその国の人権および機会均等委員会で審議された。委員会公判は、保育園から子どもを除外するという評議会の決定は公衆衛生を守るために理にかなっていて必要なものであると結論づけた。

コミュニティの中での深刻な感染症の発生は、公衆衛生に関連する問題である。経験によれば、個人や人々のグループが、まさにその性質上、感染症であると考えられているいくつかの病気の犠牲になるかもしれないことは明らかである。一人の人の疾病が、他の人の感染源になるかもしれない。その病気の深刻さと感染過程の強さ（感染力）は、たとえば、より広いコミュニティの健康と幸福に影響を及ぼすようなものであるかもしれない。一方で、より深刻でない感染症についての死亡率のレベルについては、公衆衛生的問題はもたらされないと考察されるだろう。なぜなら、それらに対する適切な治療や予防策は個人で対応できる範囲内にあるからである。

このような理由のために、予防接種は公衆衛生の基準として提案されてきた。そして、予防接種の擁護者は、広報と教育プログラムを通じて、さまざまな潜在的感染症に関連するコミュニティのいわゆる「集団免疫」を上げることに余念がない。その「集団免疫」の要求される水準は、免疫の獲得とそれによる標的疾患の感染阻止のために予防接種を受けるべき目標集団の割合として、感染症領域と公衆衛生領域の専門家によって定められるべきであろう。

委員会公判の全体的な要点は、B 氏の子どもたちと、「身体障害」の拡張された定義に含まれる、他の未接種児童を接種から除くための決定が、実に差別的な決定であったということである。それにもかかわらず、それは公衆衛生を守るためには合理的で必要な決定であった。要するに、未接種児童たちの保育園入園を許可しなかった委員会公判の主張は、差別的ではあるものの、公衆衛生を守るためには合理的で必要なことであるといえる。

リスクのバランスをとる過程において、病児や、神経疾患や遺伝疾患の既往がある子ども

たちを除いて、すべての子どもたちが定期予防接種をうけることは、疑いなく望ましいことである。結果として生じる利益は、個人によってだけでなく、集団免疫の増進を通じて、公共によってもまた共有されるだろう。

ディスカッション 義務的な予防接種

人権論者によって語られる議論のひとつに、「文化帝国主義」がある。すなわち、人々は彼らの信念に従って彼らの人生を生きることができ、社会は彼らを尊重し、彼らが望まないことを信じたりおこなったりするように強いることを避けるべきであるというものである。

しかしながら、それらの人権は個人を念頭に置いて考えられたものであるけれども、手段的な権利、さらに教育の権利や平和への権利、健全な環境への権利等のような第二、第三世代の権利発布に対する強い傾向性（trend）があった。

そうはいつでも、われわれは、そのような個人が予防接種を拒否する権利を持つこと、そしてそのような社会が健康増進のために市民に対し予防接種をする権利を持つことを理解できる。通常は、『生命倫理と人権に関する世界宣言』の第3条2項で述べられている通りである。

個人の利益と福祉は、科学または社会だけの利益に優先されなければならない。

しかしながら、個人の利益が公の利益に優先しない状況もあり得る。

今日、いくつかの病気の最も有効な治療法と考えられている予防接種は、義務ではなく恩恵である。それゆえ、予防接種を受ける欲求をもたない人々は通常はそれを受けないのだろうが、彼らは、接種を受けないために生じる結果があるかもしれないことを心に留め、その帰結を進んで引き受けなければならないことを心得ておくべきである。

『生命倫理と人権に関する世界宣言』の第14条1項に定められているように、政府には公衆衛生に対する責任がある。

国民の健康及び社会的発展の促進は政府の中心的目的であり、社会の全部門が共有するものである。

集団への予防接種は、疾患発症率を減少させる。その結果、公共の利益が、予防接種を促

進する政策に影響を与えることが期待される。公共の福祉を保ち疾患を減ずることは、重大な価値を持つ。そして、それらと処置を拒否する個人の権利とが対立する場合には、個人と公共の権利の間のバランスがとられるべきである。

各々の状況はそれ自身の利点にもとづいて評価されるべきである。そして、個人の権利に実際的な重みを与えるのであれば、社会、国、政府はそれぞれ、自身の価値に基づいた均衡の取れた政策を示すべきである。

そのような価値の均衡を取る際に、われわれが考えるべきことは次のような事柄である。

- ① 疾患の重篤度
- ② 危険の切迫性
- ③ 予防接種を受けていない人々の人数
- ④ 感染の能力

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-29： 囚人の尊厳保護

翻訳 浅川香織

B氏は1996年に懲役20年に処された囚人である。Bはテロ行為を共謀して有罪判決を受け、ハイリスクの囚人とみなされている。

2006年8月、Bは精巣癌と診断され、治療のために手錠をかけた状態で通院することになった。

彼の状況が個人の秘密の関わるものであるにもかかわらず、看守がBの診察や治療に同席すること数回あった。

Bは手術を受け、片側の精巣を摘出した。彼は手錠をかけたまま手術室へ入り、麻酔から覚醒するときも、刑務所へ戻るときも手錠をかけたままだった。

その上、申し立てによると、Bは看守がいる状況の中で、精液などの検体を提出することを求められたということである。また、申し立てによると、別な際には片手を手錠にかけられたまま精液を採取しなくてはならなかったという。

Bは屈辱を感じた治療を拒否した。

Bは診察および治療中に屈辱を感じ、卑しめられ、また痛みや不快感に苦しんだと訴えている。彼のプライバシーは、自分が弱者だと感じた時点で侵害された。

患者が医療行為中に、手錠をかけられていたり、プライバシーが確保されていない場合、医師はこれに口をだすべきか？

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES 医療倫理の基本原則のひとつは医師の患者に対する責務である。患者の診察および医

療行為中の患者の尊厳とプライバシーに対する権利はどんな時でも尊重されるべきである。これらの権利が否定されるときにはいつでも、医師は、その権利を保障する適切な方法をとるよう努力すべきである。

YES 医師との診察および医療行為中に B のプライバシーの権利を手控えると、患者と医師の関係が崩壊してしまう。患者は医師に対する信頼を失い、治療の質は害される可能性がある。B が治療を拒否したことが、そのような起こりうる害を示している。

NO B はハイリスクの囚人であり、医師は警備態勢に介入するべきではない。医師のなすべき責務は、その環境下で最大限に B を適切に治療することである。

本ケースについてのノート

判決

本事例はその国の裁判所で審議された。原告である B は医療行為を受ける間にとられた警備処置の判断に異議を唱えた。

本事例では医師に対しての訴えはなかった。原告は、人権条約の第 3 条と第 8 条が侵害されたと主張した。裁判所は、B が証明すべきこと、すなわち彼にかかわる判断は誤りで、邪道で、不合理であり、さらに人権条約第 3 条と第 8 条に違反していることについて立証できなかったと結論した。裁判官はまた、この問題に関して医療スタッフから申し立ては無かったと述べている。秘密情報が漏らされた兆候はなく、かなりの期間にわたって、すでに設定されている要因の中ではどんな干渉も不相応とは言えないとも述べた。

ディスカッション 囚人の尊厳保護

我々はどの程度まである人の尊厳を重んじなければならないのか。基本的な主張は、誰しも人間として当然尊重される権利があるということである。しかしながら、男を、女を、子供を殺害したテロリストのような他人の尊厳を重んじない人間についてはどうだろうか？尊厳はその人が何をするかではなく何であるかについてであるから、重んじるべきだと言えるかもしれない。さらに、その人が囚人であるという事実は、根本的な権利を否定するものではなく、その人は他人と同じように権利を有する。

彼は他人を尊重しなかったのだから、彼には尊重される権利がない、実際に殺人や他人の生きる権利を尊重しなかったことで自分の権利を放棄したのだと言う人もいるだろう。しかしながら、たとえこの考え方を受容したとしても、彼がテロの企てを計画しただけで、実行しなかったとしたらどうだろうか？彼は人の生命や尊厳を軽んじなかった一方で、恐

ろしい攻撃の実行を計画していて、もし彼が逮捕されていなかったらそれらは実行されていただろう。

もうひとつの問うべき質問は次の通りである。もし、彼の尊厳を制限することになったとき、どの程度まで制限するべきだろうか。彼の自尊心を傷つけるように振舞うべきだろうか？医療行為を差し控えるべきだろうか？除痛なしで治療をすべきだろうか？誰が限界を決められるのだろうか？

我々にわかることのひとつは、囚人は最も弱者であるグループに分類され、医学的治療の必ずしもすべてのことについて権利を擁護することができないということである。というのは『生命倫理と人権に関する世界宣言』は脆弱性を取り扱ってはいるが、脆弱性に関わる条項（序文、8条、24条）は教育を受けていない人や障害を持った人たちなどの脆弱性について記している。

ハイリスクの囚人は他の人たちと同等の尊厳に値しないという考えに従えば、彼らのプライバシーに対する権利が制限されることは正当化される。別の見方に従えば、他の人たちと同等の尊厳を持ち、脆弱であると分類されるのだから、医療制度は彼や他の囚人たちとの接触や彼らへの医療行為提供にはより一層の注意を払はなければならない。

我々が言及しなければならないもう一つの問題点は、他の人々の安全である。人の権利は、我々の他のほとんどの特権と同じように確定的なものではなく、他の人々の利益、たとえば公共の平和や安全など、と引き換えになり得る。囚人に関していえば、彼が麻酔下に医療行為を受ける間、一人にしておくことがどれだけ危険かを人は正確に評価しなくてはならない。例えば、通常の診療所の中や開け放たれた大きめな部屋で看守の同席の下で診察をするよりも、看守を囚人に付けず室外に待機させ、窓のない、出入り口が1つの部屋ですべての診察するほうがより適切である。

医師たちが自分たちが難しい環境で患者を治療していることに気づくであろうし、このような環境下における最良の治療の提供はひとつの挑戦へ向き合うことなであろう。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『人間の尊厳と人権についてのケースブック』1

ケーススタディー1-30：配偶者間体外受精のための無断の精子採取

翻訳 藤井 可

NAW と GAW は 1993 年 6 月 29 日に結婚した。

彼らは経済的に安定するまでは子どもをもうけないと決めた。時々、彼らは子どもをもつことについて話し合ってきたが、少なくともしばらくは子どもをつくらないでおこうと決めていた。

2000 年 4 月 20 日、GAW は自動車事故に巻き込まれた。彼は、道を横断している途中に、前部にバンパーを装着した大型車両にはねられた。結果、彼は脳に損傷を受け、昏睡状態に陥り、そして切迫した死の危険にさらされていた。彼の余命はごく僅か、約 48 時間であった。

MAW は GAW から精子を採取するための暫定的指示を得られるように懇願した。彼女の目的は、将来、夫の精子を用いた受精を行うという選択肢を保持することであった。十分な情報を得た上での意思決定が可能だと彼女が思うときまで、彼女は夫の精子を使用するつもりはなかった。彼女は、夫の精子を使って子どもをもうけることは、「夫の一部をのこす」唯一の方法であると感じていた。その時点では、それが彼女が望むことであり、そして彼女は、それを夫の死にもかかわらず彼が彼女と共にあり続ける一つの方法であると考えていたので、彼女は、その選択肢を保持することを望んだ。

GAW は、彼の精液を採取、保管、あるいは使用するための実際の同意はしていなかった。

病院の生殖医療部門長は、ひとたび患者が死んでしまえば、その精子はもう使えなくなってしまうので、GAW の精子は彼の生存中に採取されなければならないと説明した。

病院は、MAW の願いに従って、GAW の明確な同意がないまま、昏睡状態の彼から精子を採取するべきであろうか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議

論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES たとえ、そのような処置についてGAWが明確な同意を表明していなかったとしても、MAWは夫の精子を使用することができる。妊娠し子どもをもうけるということは、夫婦としての本来的な状態である。

NO GAWの明確な同意なしでは、外科的介入を含むこの処置をおこなうことはできない。

本ケースについてのノート

判決

このケースは国の最高裁判所で審議された。裁判所は、彼の精子を採取・保存し、妻の妊娠のために用いることに関して、患者側のいかなる同意についてもそれを推測することは不適切であるし、とりわけ、患者の死後にそのようなことをおこなうことは不適切であると結論づけた。

裁判所の決定は生まれるかも知れない子ども（potential child）について言及していた。裁判所はこれらの状況下では、またNAWによって熟慮された状況において、そのような子どもの最善の利益は、ある意味、その時点で、生み出されることによってもたらされるものではないと述べた。そのような子どもは、父親を知る可能性を決して持ちえないだろう。そのような子どもは、父の生存中に生まれることを求められなかったことを認識するようになるだろう。そのような子どもは、法の下での相続の権利や、父親の死を生じさせる状況が発生した際の家族保障を受ける権利を持たないだろう。さらに、妊娠時の状況について知られた場合、地域の人々はその子どもを自分たちと異なる存在としてみなす傾向をもつだろうから、そのような環境は、特に子どもにとって、幸せな状況であるとはいえない。これらを考察すると本ケースでの妊娠可能性に承認を与えないとする決定は受け入れやすくなる。

ディスカッション 配偶者間体外受精のための無断の精子採取

女性が、配偶者間体外受精のために亡き夫の精子を用いたいと望むとき、そこにはいくつかの「人間」が関わっている：

① 女性自身：養育過程において配偶者支援が得られぬという困難が生じる、父親のいな

い子どもという帰結に至る妊娠過程を開始することが、その女性の最善の利益に含まれるのかを、われわれは、われわれ自身に問うべきである。ある人は、それはこの女性にとって酷いことに違いないと言うかもしれない。他の人々は、如何に生き、如何に夫を悼むかということを決定する権利を彼女は持っているというかもしれない。

- ② 亡き夫：二つの重大な問いがある：まず、われわれはこの人を「人間」としてみなすべきなのだろうか？倫理学の文献の著者たちの多くは、死んだ人も人間として考える。同様に、彼らは尊厳を持つし、われわれは彼らの願いを考慮すべきである。他のアプローチは、死んだ人々は人間の生命体ではないので、尊厳をもたないと主張する。従って、彼らが存在しなくなれば（死んでしまえば）、われわれは彼らの願いや最善の利益を考慮しなくて良い。もう一つの問いは、もしわれわれが、この故人はまだ尊厳を持っていると言うならば、彼の精子を採取することが彼にとっての最善の利益なのかを、われわれはどうやって知ればよいのであろうか？自分で育てることができないとしても、彼は子供を欲しいだろうか？彼は、他ならぬこの女性との子どもを望んでいるだろうか？
- ③ 未来の子ども：未来の子どもは「人間」か？われわれは子どもの最善の利益を考慮する必要があるか？1948年に採択された国連『世界人権宣言』第1条では、「すべての人間は、生まれながらにして自由であり、かつ、尊厳と権利とについて平等である」と述べられている。ある人は、この未来の子どもはまだ生まれておらず、ましてや胚ですらないのだから、権利も尊厳も持たないし、われわれはその利益について考慮することはできないしすべきでもない、と主張する。しかしながら、たとえ未来の子どもの尊厳を承認することにわれわれが同意するとしても、子どもの未来の人生における利益・不利益を評価することは不可能である。

われわれが考慮すべきもう一つの問題は、インフォームド・コンセントの取得方法についてである。

いかなる医学的介入も、インフォームド・コンセントを必要とするし、もし与えられたのであれば、その同意が明確なものであることを確かめるためにあらゆる努力が払われるべきである。そのことは、『生命倫理と人権に関する世界宣言』の第6条1項に表されている。

いかなる予防的、診断的、治療的な医療介入は、適切な情報に基づく当事者の事前の自由な知らされたうえでの同意がある場合にのみ行うことができる。同意は明示的でなくてはならず、またいつでもいかなる理由によっても当人の不都合や不利益なしに撤回することができる。

この合意は患者の望みが表されたものであり、そして、自律の権利と不可分の患者の名誉を高めるためにわれわれが行為しているということを表明したものである。関連する望みを叶える際には、目標は患者の視点からとらえられなければならないということを強調することが重要である。このとは、医学的介入を実行する際に考慮されるべきである。

とはいうものの、患者の詳細・明確な同意を得ることが常に可能なわけではない。そのようなケースでは、われわれは、彼の生活様式、彼が述べていた意見、そして、彼が望んでいたことを知る近しい人々から得られた見解に基づいた根拠を通じて、彼の望みは何であったのかを確かめようと努力する。したがって、患者が自身のインフォームド・コンセントを表明する能力を持たないようなケースにおいては、彼の望みが何であったのかについて外部資源から知り、彼が望んでいたことを実行することは倫理的であるといえる。

父親の死後におこなわれた介入での「計画された、父親のいない状態」の場合、精子採取と受精過程との区別をすべきである。一方では、その人が子どもをもつことを望んでいたであろうと明確にみなすことができるようなケースにおいて、そのような精子採取を可能にする機会は狭いながら存在する。他方では、決定が、激しい感情が存し、分別のある決定に到達することが不可能な場合には、強烈なプレッシャーのただ中でおこなわれる。それゆえ、受精、未来の子どもにもたらされる帰結等々に関する議論が保証されての採取ができる場合に限り、われわれは死亡者の精子からの受胎の技術的選択についての徹底的な議論を、その後追っておこなうことができるだろう。

子どもの利益に関して、ある人は子どもはまだ生まれていないのだから、われわれは子どもの利害について考慮することができないと言うだろう。しかしながら、われわれは父親無しで「生を得る」ことが子どもにとっての最善の利益なのかどうかを考える努力をすべきである。さらに、たくさんの世界中の子どもたちと同様に、たとえ父親なしで生きているあなたが有益な存在であり、生きていないよりもましだと認識されることができたとしても、この世に生を受けることはその子どもにとって有害なことであるという主張もある。

はじめに

「利益と害」に関わる *生命倫理と人権に関する世界宣言 (2005)* の第4条は、科学的知識、医療行為、そして関連技術を適用し進歩させるにあたっては、患者、研究参加者、そして他の影響を受ける個々人の直接的および間接的利益が最大化されるべきであり、彼らへのいかなる可能性のある害も最小化されるべきだと強調している。第4条は「人間の尊厳と人権」に言及した第3条から導かれる。両条項は尊厳を人間であることの生来的特性として扱っている。人権と倫理において尊厳がその中心にあると認識することは、他の人間に対する人類の責務を考慮に入れることである。

古代の医療倫理において、ひとつの重要な道德原則は「とりわけ害をなすな」であった。この概念は現代医療においても重要な倫理原則として使われ続けている。あらゆる害に対する完全な保護は、理想的な状況においてさえ可能ではない。一方、通常の医療の場合には、善行 (beneficence) は専門職倫理の第一の道德的な認知である。利益には幾つかの種類がある。患者または社会の利害関心 (interests) を促進させる、または将来の患者らにとって価値ある新しい知識を生み出す等である。リスクは患者または社会を傷つける見積もり、確率、または可能性である。害は身体的、情緒的、または経済的なものかもしれない。治療によってもたらされると意図された利益があることが、リスクに晒すことが許容されるための道德的な裁定条件である。

医療実践において利益と害を評価することは重要である。治療選択は患者間でなされなければならない。評価は害が生じるリスクと潜在的利益の間でなされなければならない。このことは、時間も乏しく物質的な資源も希少なとき、資源配分にとってはとりわけ重要になる。第4条の責務を果たすためには、思慮深い判断と技術的有能さの両方が必要とされる。提案されている治療法が個々の患者および社会にもたらすと予想されるインパクトの確率と見積もりが評価されなければならない。

このケースブックは、ユネスコ *生命倫理コアカリキュラム・ケースブックシリーズ* の一部として、*生命倫理と人権に関する世界宣言 (2005)* に記されているような「利益と害」の倫理原則の教育を強化することを意図している。そして最近の科学の発展の複雑さと、われわれが生きるこの物質主義的な時代に負けずに、倫理的価値を学習者に植え付けるための教育的な新しい制度の形式で要求される保護手段を考慮に入れている。

このケースブックには33のケーススタディーがある。すべてのケースが高等裁判所レベルで審議されており、関連する倫理的問題の類型についての記述を提供している。各々のケースには引き続き、講師の指導の下、自分自身でケースを学習し、可能な解決策を議論

し、彼等自身の結論に達する前に彼等が自分では適切ではないと思ったことを受け入れてしまわないように、学習者たちのための一般的な指針が記載されている。本プロジェクトの目的は意思決定プロセスに学習者が積極的に参加するための道具と基盤を作成することである。

このような体系的な方法を用いた教育方法(teaching)、教育内容(education)、そしてトレーニングを統合する努力は、学習者の心に、患者をケアするすべての医師を導く倫理的価値を植え、根付かせよう。

この点において、私はこのプロジェクトに対する忍耐と献身に関してこのケースブックのワーキング・グループの同僚に、同様にハイファ大学の健康・法・倫理・国際センターとユネスコ事務局からの編集助手に感謝の意を表したい。

アンモン・カルミ (Amnon CARMI)
人間の尊厳と人権に関するワーキンググループ・コーディネイター
ユネスコ倫理教育諮問専門委員会
ユネスコ生命倫理議長
イスラエル・ハイファ大学

各症例の「倫理的問い」リスト（ケース、ページ、問い、国名、時期（西暦））
作成 浅井 篤

Book 2 『利益と害』

ケース テーマ 倫理的問い	国	時期
Case Study 1 同意なしの治療—医療行為の拒否 「医療スタッフはEBさんに強制的な栄養補給を行うべきだろうか」	米国	1986
Case Study 2 同意のない治療—患者の拒否にもかかわらず施行された治療 「医師たちは術中にBに輸血をすべきであったか」	日本	1998
Case Study 3 同意なしの治療—患者の意見を無視した治療 「M医師はこういった状況においてHSの手を切断すべきであったか」	カナダ	1935
Case Study 4 同意のない治療-第三者を通じて行われる治療 「この精神科医は、患者が何の知識も得ないまま、母親を援助して患者に薬物療法を行うことで、母親と協力することは許されるべきであっただろうか」	イスラエル	不明
Case Study 5 未成年者の治療 「両親の拒否にもかかわらずPにPKUテストを行うべきか」	アイルランド	2001
Case Study 6 未成年者の治療—患者の福利 「子供は両親の拒絶にもかかわらずHIV検査を受けるべきか」	英国 UK	1999
Case Study 7 未成年の治療—ティーンエイジャーの治療 「どのような状況においても、医師はいつでも合法的に避妊のアドバイスや処置を16歳未満の少女に対して両親の同意なく行えるだろうか」	英国 UK	1985
Case Study 8 未成年者の治療 「行政は給水を介してフッ素を供給し続けるべきか」	アイルランド	1965
Case Study 9 未成年者の治療—10代の未成年者における美容外科 「Sは美容外科を受けるべきか」	米国	2004
Case Study 10 選択的処置 「医師は、他方の双胎児の安全な誕生を保証するために「動けない」双胎児の選択的人工流産を実行すべきか」	香港	1998
Case Study 11 選択的治療 「手術はマリーの死を引き起こすであろうということを知りながら、病院は双生児を分離すべきであろうか」	英国 UK	2001
Case Study 12 選択的治療 「Kの事例で中絶や避妊手術は適切な解決策であろうか」	ニュージーランド	2004
Case Study 13 選択的治療	ニュー	1992

「医療スタッフはこの提唱された電気ショックによる治療を行うべきか」	ジール ンド	
Case Study 14 選択的治療 近年開発された医学的治療 「医師は、X ナイフで G を治療すべきだったか」	シンガ ポール	2002
Case Study 15 選択的治療 「G 医師は依存性のある薬物で薬物依存の患者を治療すべきであろうか」	英国 UK	2002
Case Study 16 研究—患者の知らされていない研究への参加 「G 医師は、JM の担当医として本人に知らせないまま、また本人にとって治療的価値のない研究に携わってよいであろうか」	米国	1991
Case Study 17 新薬の利用と手続き—新薬の賢明な使用 「政府は、公的医療施設で治療を受けている HIV に感染した妊婦が母子感染のリスクを防止・軽減することを希望した場合、彼女らが薬剤 N を使用することを拒否する権利があるのか」	南アフ リカ	2002
Case Study 18 新薬の利用もしくは手続き— 実験的医療 対 科学的根拠に基づく医療 「RM へのこの物質の使用は許可されるべきか」	イスラ エル	不明
Case Study 19 新しい薬剤または手技の使用 「CS さんに、入院している病院が認可していない薬剤の使用は許可されるべきか」	米国	1977
Case Study 20 新しい薬剤や手技の使用— 証拠に基づく治療ではない場合— 「JA と JS は提案された実験的治療法で治療を受けるべきだろうか」	英国 UK	2003
Case Study 21 移植—未成年からの骨髄移植 「CD から妹への骨髄移植は許容されるだろうか」	イスラ エル	不明
Case Study 22 移植—精神的な障害を持つ患者からの腎臓の提供 「H は移植に対して同意する能力がないが、H から父親への腎臓提供は許容されるべきだろうか」	イスラ エル	不明
Case Study 23 臓器移植 「判断能力を持たない若い J が、兄の命を救うために腎臓を提供することは許されるべきか？移植手術は行われるべきか」	米国	不明
Case Study 24 生殖医療 「この子どもたちは X2 の生物学上の子どもとして認められるべきか」	日本	2006

Case Study 25 生殖医療 「遺伝疾患を持つ同胞を治すことを目的に、組織が適合する健康な子どもを産むためだけに、この技術（体外受精：翻訳者追加）の使用は認められるべきか」	英国	2003
Case Study 26 情報—第三者に対する責務 「医師には、患者が治療中の疾患が遺伝性であることを患者の子どもに警告する注意義務があるだろうか」	米国	1995
Case Study 27 情報—患者に医学的な秘密情報を開示しないことについて 「B医師はKP氏がHIV陽性であるかもしれないことを告げるべきであっただろうか」	カナダ	1994
Case Study 28 情報—医療における秘密保持とその諸限界 「病院はXがHIV陽性であることをAの家族に情報提供すべきだったのだろうか」	インド	1998
Case Study 29 情報—医療上の秘密保持の侵害 「医師はXの尿サンプル中に覚せい剤が検出されていることについて、彼女の両親と警察官に情報を開示すべきだったのだろうか」	日本	2002
Case Study 30 情報—AIDS患者の秘密保持 「医師はPDとFH両者の医師という彼の立場において、共同相談実施を理由に、PDにFHがHIV陽性であることを開示すべきだったのだろうか」	豪州	2004
Case Study 31 情報 「病院は、彼女の拒絶に拘わらず、協議会にX夫人の診療記録を開示すべきか」	豪州	2006
Case Study 32 情報-犯罪者に関する秘密の保持義務 「E医師は、自分の報告書を国務大臣に送付すべきであったか」	英国	1990
Case Study 33 雑録—医療の広告と宣伝 「K医師が想定していることは正しいか」	香港	2006

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011

『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-1：同意なしの治療—医療行為の拒否

翻訳 井上 祥

EBさん（未婚）は28歳の女性であり、生まれた時から彼女は重度の脳性麻痺に苦しめられ続け、四肢麻痺の状態である。彼女は現在、公立病院に入院している。

EBさんの麻痺による身体的障害と四肢麻痺は完全に寝たきりになるまで進行している。片手の何本かの指を動かすことと、わずかに頭と顔面を動かすことを除いて、まったく動くことができなくなっている。彼女は身体的に無力で、身の回りのことを一切できなくなっており、全てのニーズを周囲の人に完全に頼っている。それらには食事をとる、身体を洗う、体を清潔に保つこと、身じまいする、体位交換をする、排泄行為やその他の身体機能を助けることが含まれる。彼女は立つことも車イスにまっすぐ座ることもできず、ベッドに寝た状態のまま残りの一生を過ごさねばならない。また、進行性かつ重度な機能障害を伴う関節炎を患い、ずっと痛みと戦っている。彼女は胸に常置されたチューブを通して定期的にモルヒネを注入されている。それは多少、彼女の痛みや不快感を和らげるが、全てをではない。

彼女は聡明であり、十分な意思決定能力がある。彼女はスプーンで用いて食事を与えられなければならない。餓死したいという彼女の事前の意思表示により、医療スタッフは彼女の体重が致死的なレベルにまで落ちることを恐れている。彼女の体重は65～70ポンド（訳注：29.5kg～31.8kg）になっている。その結果、医療スタッフは彼女の意思に反して栄養チューブを挿入した。

EBさんは終末期の状態にあるわけではない。彼女はこれから15～20年生きると予想される。

医療スタッフはEBさんに強制的な栄養補給を行うべきだろうか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

NO EBさんは医療行為を拒否する基本的権利を持っている。それゆえに、医療スタッフは彼女に強制的な栄養補給をすべきではない。

YES 食事は基本的に必要なものであり、医学的な治療ではない。EBさんに栄養補給を強制しないことによって、医療スタッフは彼女の自殺を幫助することになり、それは公共の利益に反する。EBさんの治療を拒む権利と彼女の自殺による公共政策に対する損害の兼ね合いを考えると、医療スタッフは自殺を止めなければならない。EBさんは自ら餓死しようとしているが、国家は自殺と関与しない。

本ケースについてのノート

判決

この事例はその国の控訴裁判所で審議され、もしEBさんが強要的に栄養補給された場合には、モルヒネの定期投与によってのみ耐えながら、15～20年の間、痛みのみちたまま存在する事態に直面すると結論された。彼女の状態は不可逆的である。彼女の麻痺と関節炎のための治療方法はない。EBさんは食事も、清拭も、体位交換も、ベッドの上に寝るのも、身じまいするのも、15～20年の間、他人によってなされなければならないであろう。彼女は意識清明で、注意深く聡明で、敏感で、さらには勇敢で気力に満ち溢れているのにも関わらず、全く動けず、他人の身体的な助けなしには生きることができない。彼女の心と精神は自由に大空に羽ばたくかもしれないが、彼女は閉じ込められ、身体的に無力でまま横たわり、不名誉、恥辱、屈辱、そして彼女の身体的障害によって生じる非人間性的な側面に曝されなければならない。

すべての生命は、苦しむ者の意思に反してでも守られなければならないというのは国（このケースを審議した控訴裁判所の所属する）の方針ではない。医療従事者が、他の誰かが生きなければならない命、より正確にはその人が「15年～20年」の間耐えなければならない命を維持する権利があると主張するのは、極悪非道とは言えないにしても、不適切である。国家の方針として、誰に対してでもそのような試練を与えることができるということを、控訴裁判所は考えることはできない。

彼女の容態が変化した結果として、経鼻胃管によって強制的に栄養されて生きるよりもむしろ、必要なら早めの死を受け入れ、彼女は今や彼女自身の身を棄てているのは明らかである。自然の成り行きを受け入れるという彼女の決意は、幫助と教唆をする関係者ともに自殺すると決心することと同じではない。

治療を拒否する EB さんの権利は、それが生命維持治療の種類であっても、意に反して体内に挿入された経鼻胃管を即時に抜去する権限を彼女に与えるものである。病院や医療スタッフは、彼らの義務の大部分ではないにしても相当のこと、つまり EB さんの痛みや苦しみを軽減することは、それでも自由に行うことができる。

死ぬ権利は、他人の権利が影響を受けない限り、私たち自身の運命をコントロールするための私たちの権利の不可分な部分である。可能な限り痛みがなく、なおかつ迅速に死を迎えるために医療従事者を含む他者から援助を受けることができるということもその権利には含まれるべきである。

ディスカッション 医療行為を拒否するということ

我々が取り扱わなければならない最初の問題は、栄養や水分の補給が医療行為なのかという点についてである。一般的には、もちろんそうではない。両親が子どもに食物と水を与えるのは、子どもの健康を守るために必要にもかかわらず、医療行為ではない。しかし、自分で食事ができず周囲に依存せざるをえない患者が強制的に栄養と水分を与えられる時には、それが一体何なのかは不明瞭となる。単純な症例では、第三者、つまり看護師や親戚や看護助手がスプーンを用いて患者に食事されることができた。これは医療行為というよりは親が子どもに食事をさせることに近い。このやり方は、人的労働力が必要という性質を持つゆえに、時折、チューブからの栄養と水分補給が用いられる。これらは侵襲的な静脈ラインと経鼻胃管を挿入するという医療行為が含まれている。このようになされる限り、チューブからの栄養と水分補給は医療行為である。少なくともそれらの開始は医療行為である。しかし、これらはより一般的に便利だからという理由で用いられ、臨床的に必要性という理由からではない。

患者が嚥下反射を失った時、もし患者の生命を維持するのであればチューブによる介入が必要である。このような場合では、栄養と水分補給は必要な医療行為となるだろう。

しかしながら、ひとたび医学的適応とされる治療となれば、それらはその他のすべての医療行為と同じようにみなされる。それらは拒否する権利を持つ患者に供されることになる。人々が潜在的に延命的な意味を持つ医療行為—がん患者であれば化学療法と放射線治療、肝臓手術においては輸血、あるいは心臓移植やその他の延命行為のような—を拒否する権利を持つのが確かであると同様に、彼らは栄養と水分補給を拒否する権利を持つ。医療行為を拒否する権利は全ての個人に与えられた基本的な権利である。治療が提供される時には、患者は治療の利益と治療をしない時の結果について、自身の信仰上の信念と見解、そして人生経験と照らし合わせて判断しなければならない。

死ぬ権利というのは医療倫理においては新しい考えではない。何世紀もの間、医師は「汝、生かすためにさしでがましく努力するなかれ」という指針を提示されてきた。今日「さしでがましく努力」する時にとられる異常な手段が将来には標準的な手段になってしまうことが問題なのである。一度こうなってしまうと、医師は患者の希望に関係なく治療する責務があるように感じてしまう。これらのうちいくつかの治療提供は生命にとって欠くことができないと考えられるから、容易に「坂を転げ落ち始めて」、患者の権利が無視されるようになる。今回のケースでは、栄養と水分補給をしないことが患者に死ぬことを許すことにはなるけれども、彼女は医師に自分を助ける許可を拒否しているので、患者を殺すことと同等ではない。

このような拒否がない場合でも、その補給によって避けられない、差し迫った、そして長引く苦痛に満ちた死が引き起こされるという理由で、栄養と水分を補給しないことが正当化されるかもしれない。

そのようなケースにおいて人工的に栄養と水分補給をすることにより達成される場合の引き延ばされた死は、患者の生命を守ることと同義でもなければ、それ自体に臨床的な適応はない。しかし、いくつかの国では終末期であっても患者に水分補給をしないことが禁じられているということについても注意しておかなければならない。

患者の治療拒否という選択が究極的な結果（死のような）を招くような時でさえ、依然として患者は医師に、医師自身の良心や信条と矛盾する行為を強制することはできないということは強調されなければならない。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011

『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-2：同意のない治療—患者の拒否にもかかわらず施行された治療

翻訳 谷田憲俊

Bは1963年に「エホバの証人」に入信した。それ以来、Bは彼女の宗教では禁止されるとして、輸血はいかなる状況においても固く拒否してきた。

1992年6月17日、BはF病院に入院した。1992年7月6日、彼女には悪性肝血管腫があると告げられた。輸血なしに手術は行えないと医師が彼女に告げたので、彼女は無輸血手術ができる病院を探しに1992年7月11日にその病院を去った。

EはD病院に働く医師で、無輸血手術に優れると知られていた。Bは肝腫瘍除去の手術をするために、D病院に1992年9月16日に入院した。Bは彼女の輸血拒否と輸血をしなかったことから生じるいかなる損傷に対しても医師と他の病院職員の責任は問わないこと示した免責証書に署名していた。

D病院のエホバの証人に属する患者の手術に関する施策は、患者の輸血拒否の意思を尊重すること、そしてどのような状況でも可能な限り輸血を控えると述べていた。しかしながら、輸血以外に患者の生命を救う手段がない場合には、病院は患者または家族がその治療に承諾するか否かにかかわらず輸血するとしていた。

Bの腫瘍を除去する手術中、出血量が2,245ミリリットルに達した。医師らは輸血なしにBの命を救うことは非常に困難と判断し、手術中にBに輸血をした。手術後、Bは退院した。彼女は4年後、1997年8月13日に死亡した。

医師たちは術中にBに輸血をすべきであったか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

NO Bの輸血を受けないという望みはとても明白であった。彼女に輸血することによって、

医師らは彼女の宗教上の信仰と彼女の治療方針を決める権利を侵害した。

YES もし輸血が行われなかったならば、Bは死亡したであろう。彼女の命を救うことはE医師の義務である。治療方針を決めるBの権利と輸血によって救命される可能性を秤に掛ければ、彼女にとって生きていることの方がより有益であることは明白である。

本ケースについてのノート

判決

本事例はその国の最高裁判所で審議された。裁判所は、次のように結論付けた。輸血を受けることは自己の宗教上の信念に反するとして、患者が輸血を伴う医療行為を拒否するとの明確な意思を有している場合、このような意思決定をする権利は、人格権の一内容として尊重されなければならない。事実は、Bは宗教上の信念からいかなる場合にも輸血を受けることは拒否するとの固い意思を有しており、輸血を伴わないで肝腫瘍を除去する手術を受けることができると期待してD病院に入院したことである。こういった事実関係の下では、医師は手術の際に輸血以外には救命手段がない事態が生ずる可能性を否定し難いと判断した場合には、Bに対しD病院としてはそのような事態に至ったときには輸血するとの方針を採っていることを説明すべきであった。それによって、D病院の医師の下で手術を受けるか否かをBが意思決定できたであろう。

医師が説明を怠ったことにより、Bが輸血を伴う可能性のあった手術を受けるか否かについて意思決定をする権利を奪ったと言わざるを得ず、この点においてBの人格権を侵害したので、その侵害によってBが被った精神的苦痛を慰謝すべき責任を負うべきである。

ディスカッション 患者の拒否にもかかわらず施行された治療

もし個人が自分の総体的な世界観と価値観に基づいてその治療が害あると判断するならば、人は医学的に適応のある治療を拒否する権利を有する。これは、自分の身体に対して行われることについて決定する個人の権利の具現化であり、それゆえ診療提供者と一般社会は父権主義的に個人の判定を却下するのではなく、患者が個人の見解に照らして見込んだ利益と害の評価を尊重すべきである。

医学は、何が治療の成果として成功かについて、患者の視点を参照することなしに、科学的手法によって判定することはできない。患者の中には、死より悪い状況が存在することもある。手術がこの患者の延命に成功したとはいえ、たとえ彼女が生存を望んだとしても、患者の目には成功の成果を得たとは見なせない。彼女には、手技によって引き起こされた

損傷は取り返しのつかない根源的なことである。人にとって生きていることがみな、平等に価値あるものではないし、彼女は今や生きる価値のない命で生きていると非難されると感じていたかもしれない。

したがって、幾つかの国では、治療を拒否する個人の権利を尊重するため、たとえその治療が個人の状態を改善できるとしても、我々は診療を提供することを控えなければならない。しかしながら、治療が明確に拒否されたとしても、医学的介入に緊急の重大な利益があることと、重大な傷害の恐れから治療によって患者は大きな利益を受けることが示される極端な事例において、患者の意思をくつがえすことが倫理的である。可能であれば、このことは予め患者に説明されるべきである。

このことは、極端な状況のみに適用される希な出来事にすべきであることは強調されなければならない。こういった事例における行動の決定は倫理委員会、あるいは多様な見方を表せるメンバーから成る公平な機関に諮問のうえでなすべきである。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-3：同意なしの治療—患者の意見を無視した治療

翻訳 谷田憲俊

交通事故で HS 氏の手がひどく傷つき、彼は地域の病院に搬送された。

正式の診療資格を有する外科医の M 医師が病院に呼ばれた。初めての場所で M 医師を知らない HS 氏は、地元に戻って治療するので手を固定するだけで切断しないよう依頼した。

そのあと、手術室において、HS 氏は手の切断を望まないという要請を繰り返した。医師は、患者の苦痛を取り除くことに気をとられていて、麻酔が導入された後で診断された状態により左右されるであろうと返答した。HS 氏は何も言わなかった。

手は服の切れ端に覆われていたので、何はともあれ麻酔を導入することが必要であり、医師はどうされるべきか助言する状況にまだなっていなかった。診断に基づいて、医師は手を切断する手術が必要と決定した。M 医師は、手の状態は治療が遅延すれば血液に毒素が回り患者の命を危険にさらす状況にあるとして、創傷は手術を必要と示していると言った。同席の二人の医師もその決定を支持した。

M 医師はこういった状況において HS の手を切断すべきであったか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES M 医師は HS 氏の手を切断しなければならなかった。もし外科医が手を切断しなかったならば、患者は命を脅かす血液中毒の危険を負ったであろう。いずれにしても、手を保存する方法はなかった。

NO 切断は不可逆性の治療である。HS 氏が手を切断しないよう明確に依頼した、彼の指示はとても明白であった。

本ケースについてのノート

判決

本事例はその国の最高裁判所で審議された。裁判所は、次のように結論づけた。すなわち、手術は必要であったし、とても満足すべき方式で実行されたと認定した。実際、それ以外の方法は考えられなかった。障害と喪失、及び義肢の費用は事故のための結果であって、無断で行った手術のためではない。しかしながら、HS氏は彼の人格への侵害によって生じた損害に対する保障を受ける権利がある。

HS氏は現地の言葉でも十分な教育を受けていなかった移民であり、たぶん平均的知性以上の人ではない。彼が返答がなかったとき、あるいは医師の話に反対意見を述べなかったとき、M医師は彼の診断に基づき得られた所見に従い、彼が必要とみたなら診療を進め手術を実行する権限を与えられたと解釈した。他方、たぶんHS氏は医師が意味したことを理解していなかった。つまり、もし理解していたなら、かれは手術を拒否していたことが十分に考えられた。

こういった状況においては、M医師はより詳しい説明をすべきであったし、必要ならHS氏から手術への同意をとるよう試みるべきであった。

ディスカッション 患者の意見を無視した治療

患者は自分の身体になされることを決定する個人の基本的自律の一つとして、患者に提供される医学的治療を拒否する権利を有している。そのうえで、可能な限り、こういった決定は明確な最新の情報に基づかなければならず、患者は治療の結果とともに生きていかなければならないので患者の同意あるいは拒否は偽りのない明白なものであるべきである。しかしながら、知らされたうえで決定するためには、患者は治療によって起こりうる結果あるいは治療拒否の成り行きを認識しなければならない。そのため、患者が麻酔をかけられる前は患者の手が覆われていて視診できなかったという外科医の主張は弁解として受け入れられない。

さらに、外科医は患者が切断を拒否すると聞いていたので、麻酔の前に彼の手を診断することを少なくともすべきであった。医師は、彼の手を診断するなかで必要と判断したことをするであろうと告げただけであった。もし、彼がはじめに外傷の性状を観察して、それから診断の結果で得られた情報の成果に基づき患者から同意を得ようとしたなら、患者の見方も異なったかもしれない、手術を執行するのに問題は生じなかったであろう。こういった手段が可能なとき、患者から手術的介入にインフォームド・コンセントを与える能力を奪うこと、この場合は患者を麻酔してしまうこと、は誤ったやり方である。

たとえ視診に基づき患者の生命を救うためには切断が必要であると外科医が迫られても、患者に拒否する意思決定能力がある限り治療行為を進めることへの患者の拒否を覆すべきではない。意思決定能力がない場合、外科医は生命を救うほうにそれるべきである。何が受け入れられる治療かについて外科医の見方と患者の見方が一致しない場合は、患者の見方が優先されるべきである。

このような状況において医師が直面する誘惑は、患者の拒否は患者の利益に反することがとても明白なので、患者には意思決定能力がないに違いないと結論することである。これは患者を「キャッチ=22」(訳注)の状況に置いてしまうことであり、患者が同意するなら治療行為が進められ、拒否したとしても治療行為が進められることになる。

訳注：「キャッチ=22 (Catch-22)」はジョゼフ・ヘラーの戦争の狂気を描いた小説。「自分は狂っている」と申し出て出撃を避けようとしても、「真に狂っているなら狂っていると申し出られない」として出撃を強いられる状況(基準)をいう。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011

『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-4：同意のない治療-第三者を通じて行われる治療

翻訳 宇治雅代

ある43歳の患者は、20歳より統合失調症に罹患していた。現在は、統合失調症の慢性期の様相を呈しており、慢性的な欠陥状態、明らかな陰性症状、そして常に存在する妄想といった症状に特徴付けられていた。

患者は、医師の診察を受けることを拒むため、彼の状態はその母親からの報告によって医師に知らされている。彼は、他人に対して攻撃的になったことはなく、強制入院に対しての診断基準を満たしたこともなかった。

最近、彼の母親は、彼の社会的機能を損なう陽性症状の増強などを含め彼の状態が悪化していることに気がついた。母親は強制入院を依頼した。精神科医は、患者の最善の利益に基づいて行動し、母親が患者のスープの中に入れるようにと、リスペリドン内用液を処方した。

この治療は効を奏した。患者はこの6年で初めて犬の散歩を始めた。

この精神科医は、患者が何の知識も得ないまま、母親を援助して患者に薬物療法を行うことで、母親と協力することは許されるべきであっただろうか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES 患者の健康への利益は、この行動を正当化するものである。

NO 精神科医によって治療されるのは、患者なのである、患者だけなのである。そしてその精神科医は、単独で関わり、影響を与える責任を持つ。医師が、患者の自律を剥奪することにおいて協力することは許されるべきことではない。

このケースについてのノート

判決

原則として、患者には自身の健康に関連する情報を入手利用できる権利がある。患者との面識もないままに患者を治療することは、通常は倫理的とはみなされない。さらに、患者を診察することなしに、薬物を患者に投与することは、容認できることではなく、深刻な副作用の場合には法的な責任が生じることも意味する。

たとえその医師と患者の母親が善意であったとしても、その患者に自分の状態を知りさらに治療に積極的に参加するという利益を与えずに治療を行うことは自律の侵害であり、診察と患者に関しての十分な知識のないままになされる治療は、すでに誤った前提である。改善が得られたという功利主義的な論議は、義務論的という、欺くことは決して行動の望ましい根拠にはならないという事実を変更するものではない。

しかしながら、この解決方法が考慮される数多くの状況はあるのかもしれない： その患者に意思決定能力がない場合、または、その患者が例えば、発展途上国などの多くの地域で生じているように、非常に辺鄙な地域に居住していて医師が近くにいない場合ときなどである。患者の情報を提供される権利は、患者の健康への深刻な害を防ぐために制限が加わることもある。しかしながらこの特権は大きな乱用につながりかねない。精神科医は極端な環境においてのみそれを利用すべきである。

ディスカッション 第三者を通しての治療

患者の人としての尊厳と権利は、いくつかの表現がある。その中には、医療的な情報の機密保持、医学的治療やその他のことに関連しての決定への患者参加などが挙げられる。

時として、患者は精神的な理由で意思決定能力がないこともあり、治療過程に参加できないこともある。そのような状況では、他の人を介して患者をケアする可能性を模索できるであろう。たとえ治療を実施するために仲介者を利用するとしても治療の決定は、患者と患者の福利のみを考慮しなければならない。われわれは、具体的に挙げられている治療が真にその患者に利益をもたらすのか、そしてその患者に害が生じないのかをもっと注意深く調査しなければならない。

この事例では、患者の状況や彼が自傷他害の恐れがあるのかなどについて十分には情報はない。さらに、彼が引きこもった状態にいたことが患者にとって深刻な害に帰結するのかにについての情報もない。この情報は、患者が強制的治療の下に置かれるのかにについて考慮するのに重要である、なぜならば、多くの精神医療の法律で適用されているその条件は、そのような状況では、患者や他の人を保護するために、拘束力を必要とすると定めている。

上記の類の状況において、もちろん、同意はとりわけ要求されるわけではない。従って、そのような状況にある人が治療について合理的な決定をなすことができないことは通常明確であるため、患者が自身のために決定する意思決定能力は問題ではない。

その医師が、患者をじかに評価しなかったという事実は、医師が、その男性の状況が治療を依頼したり拒否する意思決定能力が損なわれていたわけではないと推定したのであることを示している。その医師が、患者に意思決定能力がないと考えたのであれば、医師は少なくともその患者を強制的に診察する許可を得るべきであった。もし、患者に意思決定能力があったと考えたのであれば、その医師は、患者が非自発的に処方薬を内服するように仕向けるように共謀したという点で強制治療を提供したことに等しい。これは、意志決定能力のある患者が同意もなく治療されたという意味において、単に悪い実地診療ということだけではなく、明らかに法的に違反している。医師がその母親を治療の過程に巻き込むことは、専門職としてはふさわしくない行動である。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-5：未成年者の治療

翻訳 谷田憲俊

ある国では、フェニールケトン尿症などの代謝疾患の頻度が世界中で最も高い。したがって、新生児に対して PKU テストと称される任意の検診が行われる。

PKU テストは、たとえ子どもが健康で健常と見えても特定の生化学的または代謝疾患に罹っているか否かを診断する。それは、幼児の皮膚、通常は踵、を穿刺して得られる血液の検査である。

PKU テストは、フェニールケトン尿症とガラクトース血症、ホモシスチン尿症、メープルシロップ尿症の4代謝疾患と甲状腺機能低下症の1内分泌疾患を同定する。これら全ての疾患は治療可能であるが、ひとたびそれらによって傷害が生じてしまうと通常は不可逆性である。そのため、可能な限り早期に診断することがとても重要であると医学的に考えられる。

H と C は5人の健康な子を持つ両親である。彼らの4人の子はテストを受け、陰性であった。P は彼らの5人目の生まれたばかりの子である。生後まもなく、公衆衛生的健康診断の一環として PKU テストの機会があった。P の両親は、PKU テストの血液採取のような侵襲的手法で血液を抜くことに原則として強く反対するので、テストを受けることを拒否した。非侵襲的手法であるなら、彼らは PKU テストが行われることを拒否しないという。

血液採取のために踵を穿刺することによる子どもへの危険性はわずかである。たとえテストがひどいやり方で不適切に行われたとしても、生じる可能性で最悪の事態は用いられる小剪刀による皮膚の感染、あるいはさらに最悪の事態でも骨への感染程度である。このテストがこの国に導入された1966年以来、このようなことが生じたという兆しはない。

P が PKU テストを受けるべきであるという特別の理由はない。関連する家族歴はない。P をテストすることが特に適当とする状況もなかった。

両親の拒否にもかかわらず P に PKU テストを行うべきか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES PKU テストは単なる血液検査である。それは侵襲的でないし、不適切に行われたとしても重大な結果を引き起こさない。この国における代謝疾患の頻度は世界最高レベルにある。したがって、早期診断によってそれらの集計を減らすことが公共の利益にかなう。

NO P が代謝疾患に冒されているかもしれないという兆候はない。彼の同腹はすでに検査されて健康と判明している。害がいかに少なからうと、害がテストすることを正当化しない。したがって、彼らの息子を不必要な害から予防しようとする P の両親の願いは尊重されなければならない。

本ケースについてのノート

判決

本事例はその国の最高裁判所で審議された。裁判所は、次のように結論づけた。すなわち、この事例について天秤にかけて評価する際には、家族歴がないこと、すなわち子が検診の対象疾患に罹患している可能性はとても低いという事実が重要であるとした。彼の同腹はテストをされて、陰性と診断された。もしその子が検診の対象疾患を持っていると本当のあるいはかなりの可能性があるなら、テストを受けることは適切であろう。この事例の事実に基づけば、それは考えにくい。決定は統計のみに基づくべきでないし、全て子どもは憲法に則った原則のもとに大切にされる。

それでも、たぶん、困難な事例がいかに悪法を作る潜在力を有するかを統計学は示すことができる。裁判所は、今回の状況において、任意であるテストを実質的に強制化するような命令をすることは権限の独立の原則を侵害するであろう、そして国はこれに相当する法律を導入し強制化することを決して求めないと付け加えた。

ディスカッション 未成年者の治療

様々な国によって採用される健康問題を発展させる国際水準に基づく行動は、多数の様式に現れる。これら様式の一つは、国の保健医療機関がその国においては不正規の健康問題がある、あるいは不正規の健康問題の一部があると認定するとき、そしてそれに対処するため、あるいはそれを予防するために、その国である種の行動が採られるときに発生する。

通常、治療やテストに関して考慮に入れられるべき一つの事柄は、治療を受ける患者の拒否である。たとえ日常的な検査だとしても、私たちは検査されたくないという個人の意思を尊重しなければならないし、患者が検査を受けないときに被りうる害と検査を受けるなら得られるであろう利益を対比させて評価しなければならない。私たちはこの課題を患者の視点から検討しなければならない。つまり、診断の利益と患者に生じうる害を秤にかける場合は、害と潜在的な利益に関する患者の信念は公共の視点より優先されなければならない。

それでも、国は一般的水準に基づいて行動し、一人一人に関する全ての事柄を考慮に入れることはできない。子どもについて話すなら、両親は、つまりは全ての他の人々も、心から彼らの子どもたちの最善の利益を考えているのであり、したがって最善の利益に基づく判断ができない彼らの子どもたちのために最善の利益の判断をするにふさわしい人であるというのが主たる決めごとである。

さらに、子どもの最善の利益に関する両親の視点は、時々臨床医の判断と異なるであろう。このような状況において、臨床医が子どもの最善の利益を知るのに最も適しているという視点を私たちが採るなら、私たちは子どもに代わり同意を与える両親の権利という決めごとを害してしまう。こういった同意を求めることは比較的無意味な活動になる。なぜなら、もし彼らが同意すれば子どもは治療されるであろうし、子どものためには不適切な選択ゆえに彼らの拒否する権利は廃されるべきと臨床医が決めつけられるなら、彼らが拒否しても結局は治療されてしまうであろう。

しかしながら、個々の決定あるいは行動において最も重要なことは、子どもの福利の保護と重大な害を避けることを考慮に入れることである。それが、時にこの決めごとが問題視され、ほとんどの州が子どもに代わり決定する両親の権利を、ある程度、あるいは完全に否定する理由である。後者の場合は、両親は子どもに代わり決定する権利を持たない。

新生児血液検査の実施から生じる別の課題があり、真摯な議論を引き起こした。この議論は多くの状況に遺伝子検査が可能で利用できるようになって激しくなってきた。これらの課題で主に問題となるのは血液標本の保存と利用である。多くの答えられなければならない疑問がある。それらには、「目的があるとすればそれは何、患者の同意なしに血液を利用できるのか?」「臨床研究?」「集団検診?」「犯罪捜査?」「生命保険申し込み?」「父性検査?」「患者は成人に達したら血液標本を廃棄することを選択する権利を有するべきか?」などがある。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー 2-6 : 未成年者の治療—患者の福利

翻訳 宮脇佳世・瀧本禎之

Xさんは32歳女性。1990年に彼女が長く付き合っていた男性から彼がHIV陽性であることを告げられた。そこで彼女はHIV検査を受けたところ陽性であった。

XはHIV陽性であることが判明してから、代替医療療法、厳しい食事療法や健康的な生活を含めた療養に取り組み始めた。彼女の見解では、8~9年後に彼女がHIV陽性であっても、この療養によってすばらしく健康でいられるのではないかと考えている。1997年、彼女はあらたな男性と出会った。彼とは婚姻状態ではない。彼のHIV検査は陰性であった。彼女と彼は子供をもうけようと考えた。

彼女たちの娘は1999年4月8日に出生した。彼らは、標準的な医療を基準とした受け入れがたい出産方法を選ばなくてはならなくなる懸念があり、病院で正規の手続きをとる出産前後の母子看護を受けない選択をした。彼女は助産師の助けを借りて自宅で出産した。彼女は自然分娩で出産し、子供は大変元気で健康であった。

この子供がHIV陽性で生まれる可能性は25~30%であるため、医師は子供がHIV検査を受けた方がよいと考えた。もし、子供がHIV陽性であれば、さらなる治療が望まれる。さらに、母親は出産後から母乳で育てていた。もし、子供がHIV陽性であれば、このような母乳育児をもちろん続けることができる。しかし、もし、子供がHIV陰性であれば、専門医たちは母親は母乳を与えるべきではないと口をそろえて言うだろう。医療スタッフの要求にも関わらず、この両親は子供のHIV検査を拒んだ。

子供は両親の拒絶にもかかわらずHIV検査を受けるべきか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES 通常、両親は子供の治療過程を決定する権利がある。しかし、このケースでは、両親

が児の HIV 検査を拒否することは児にとって有益ではなく、診断がなされなければ有害になりうる。そのため、この様な状況では、HIV 検査は行われるべきだ。

NO 両親は子供の治療過程を決定する権利があるため、だれも両親に異なった行動をとるよう強制すべきではない。

YES HIV は伝染性の強いウイルスであり、恐ろしい病気に至る可能性がある。誰がこのウイルスに感染しているかを調べることは公共の利益がある。そのため、この子供は HIV 検査を受けるべきである。

本ケースについてのノート

判決

このケースは最高裁判所で審議され、子供の病状が不明な場合、明らかにこの子供は危険にさらされると結論が出された。この医学検査がこの子供の侵害になる程度は極めて小さい。この子供を病院に検査に連れていくよう家族に強要することは、たいていの人にとっては、些細な強制にしかないだろう。このケースでは、両親が HIV 検査を行う前提を全く受け入れなかったために、彼らが今回のことを大きな問題として誇張している。それでもなお、子供の幸福が最重要である。

この子供は、HIV 陽性の母親から出生または母乳育児の結果のために、HIV 陽性になっているかどうかを思慮があり責任のある人に調べてもらう権利がある。医師によれば、この子供は HIV 陽性の母体から出生したため、HIV 陽性である可能性が 25%ある。このリスクは母乳育児により増加する。

もし、この子供が検査を受けなければ、2つの可能性が考えられる。ひとつは、この子供の置かれている状況を知っており、HIV 陽性かどうかわからない医師たちは、子供の治療をしなければならぬと考えるため、もし子供が HIV 陽性でない場合には不当に過激な治療を施されてしまう。もうひとつは、両親が子供の置かれている状況を医師に伝えないために、この子供が適切な治療が受けられず、実際重症となる可能性がある。どちらにしても、健康状態を調べるためにこの段階で検査を受けることによるのみ叶えられる権利を有している。

ディスカッション 患者の福利

すべての医療処置において、患者の福利はまず念頭に置かれなければならない。未成年、

幼児、治療への同意あるいは拒否ができない成人の場合、その決断が本当に客観的にみて患者にとっての福利をみたすかを評価する必要がある；決定を下す者が客観的にみて患者の本当の利益に従って行為していないと証明された場合、患者にとっての利益のみが考慮されるべきであり、その患者は可能な限り一番効果的な治療介入を受けるべきである。

実際、通常では保護者が患者の最善の利益のもとに行動しているとみなされているため、保護者の指示に反して処置は行われぬ。患者が提案された治療から得る利益とは対照的に、患者に対して治療を行わなかった場合に生じる損害が考慮されなければならない。

子供の代理として、両親が治療的または予防的な医療処置に対する同意をする権利は、条件付き権利である。その権利は、両親は誰よりも一番に心から子供のために思っているため、医療処置の判断ができない子供の代わりに「最善の利益」を判断するのに適切な人物であるという仮定に基づいている。

場合によっては、何が子供の最善の利益に適っているかという両親の考えと医療者が考えるものが異なるときもある。もしこのような状況で、医療者に子供の最善の利益を評価する能力があるとみなすならば、子供の同意を代行する両親の権利を弱体化させる。このような同意の取得の仕方は、比較的無意味な行為となる。というのも、両親が同意した場合も子供は治療され、両親が拒否した場合も医療者が両親の拒否する権利を子供の代理としては彼らの判断は貧弱であるとして撤回し、どのようにしても子供の治療が行われるためである。

患者（未成年）が重病に罹患する可能性がある状況では、罹患する可能性を減らしたり、患者に必要な治療を施したりするために、簡単な検査のような予防措置をとることが倫理的である。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-7：未成年の治療—ティーンエイジャーの治療

翻訳 宮脇佳世・瀧本禎之

1980年12月、政府機関は若者のための家族計画サービスについてのガイドラインを發布した。これらのガイドラインには、少なくとも「例外的な」ケースにのみ、両親の同意がなくても16歳未満の少女に避妊薬を合法的に処方することができる」と述べられ、または含意されていた。

このガイドラインはさらにまた、医師は両親の同意なしに16歳未満の少女に避妊のアドバイスや処置をすべきではなく、医師は両親がこの問題に関わるように少女の説得を試みるべきであることを前提として実施するよう記載していた。それでもなお、医師と患者の間の守秘義務の原則は、避妊薬を求める16歳未満の少女たちに適用される。そのため、例外的な場合で、医師の医学的な判断により避妊薬処方が望ましい場合は、医師は少女の両親に相談することなく、あるいは両親の同意を得ずに避妊薬を処方できる。

5人の16歳未満の娘たちの母親であるG夫人は、このガイドラインに反対し、地域保健所に、娘たちが16歳未満の間はG夫人への事前の告知や同意を得ることなしに、避妊に関するアドバイスや治療を娘たちに行わないよう保証を求めた。

どのような状況においても、医師はいつでも合法的に避妊のアドバイスや処置を16歳未満の少女に対して両親の同意なく行えるだろうか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES もし、医師がそうしなければ、若者は安全な性行為のアドバイスが得られないだろう。このアドバイスがなければ、避妊法により予防できたはずの、望まない妊娠や性病のケースが増えてしまう。そのため、このような若者や社会にとっての利益は両親の同意を得ることや両親に告知をすることよりも大きい。さらに、もし、両親に告知をしたら、若者は医療者からのアドバイスを求めないであろう。

NO 子供が未成年である限りは、全ての治療は両親による同意も得た上でなされなければならない。

本ケースについてのノート

判決

本事例はその国の裁判所で審議された。裁判所は、子供たちは年齢が上がるにつれて独立心が芽生え、それに伴い両親の権限は小さくなっていくという現実をふまえ、固定的にある一定の年齢までの両親の絶対的な権力を法律では認めないと判断した。代わりに、両親が子供を守る必要がある場合に限り、両親の権利は法律によって認められる。このような権利は、子供が自分自身の決断をするのに十分な理解と知性を備えたときに、彼らが自分自身の意思決定をする権利にとって代わられる。そのため、16歳未満の少女が、単に年齢という理由だけで医師による避妊のアドバイスや治療を受ける法的行為能力を失ってはならない。

この判決では、ひとたび未成年の子供に対する両親の絶対的な権力としての役割が放棄されると、もはやどんな年齢においても両親の厳正な権利に言及することによって、このような訴えにおける問題を解決することはできないと付け加えている。解決は、何がその子供にとって最高の幸福なのかという判断に基づいてなされる。圧倒的多数のケースにおいて、両親が子供の幸福を判断するのに最適であることは万人の認めるところである。明らかに、16歳未満の子供の重要な医療処置は、通常両親の許可のもとで行われている。

そのため、医師にとって両親の認識や同意がない状態で、子供に避妊をアドバイスすることは「とても異常」であり、のはずである。もしG夫人が彼女の求める最初の言明得ようとするなら、彼女は一段と踏み込まなくてはならない。彼女は両親の絶対的な否認権を正当化する必要がある。それでもやはり、医師の方が両親よりも、少女の幸福につながるよりよい医療のアドバイスや処置を判断できる状況があるかもしれない。

男児も女児も性に関することを両親に打ち明けることに消極的であることはよく知られている。検討中の政府機関のガイドラインは、16歳未満の少女に対して避妊のアドバイスをするために守秘義務の原則を放棄することは、専門科のアドバイスを全く求めなくなる人が出てくる可能性があり、結果として少女たちを「直ちに妊娠や性感染症のリスク」にさらすことになる」と指摘している。もし患者が性交渉を控えれば、疑いなくこれらのリスクは避けられるだろうし、特定の患者が自制するようなアドバイスに従い、期待通りに行動するかを判断することは医師の責任のうちの一つである。かなりの数のケースにおいて、

このような自制はあまり期待できない。

ディスカッション ティーンエイジャーの医療

このケースは、生命倫理学の文献において「ギリック意思決定能力 (Gillick competence)」と言われる概念を生み出した。この概念の創造により、事例記述における「子供」という単語の使い方が注目を集める。私は生きている限り母親の子供であるという事実（第一の意味での子供：訳者追加）があるが、母親は幼児の意思決定権を持つという考え方と同じように、母親は私が生きている限り私のために決断する権利を持つということにはならない（第二の意味での子供：訳者追加）。極めて重要な問いは、いつ第二の意味での子供が、第一の意味だけの子供になるのかということである。しばしば 16 歳（ある国では 17 歳か 18 歳になるかもしれないが）は重要な暦年齢として医療法で使用されてきた。しかし、ギリック判決は、判事の視点から見ると、子供が十分に成熟したときに、それ（第二の意味での子供が第一の意味だけの子供、つまり子供が意思決定能力を持つ：訳者追加）が起きると指摘している。法律には一般的に、子供たちが彼らの犯した悪事に責任がとれると見込めるほど成熟しているとされる暦年齢があるが、それが起きる恣意的な暦年齢はない。

P25 訳者注：*Gillick competence

16 歳未満の子供が、両親の許可や知見を要せずに医療処置の同意ができるイギリスの医療法のこと

意思決定能力という言葉は、保健医療の文脈のなかで、ある人がその人自身で決断できる能力があるという意味でたびたび使われてきた。意思決定能力は彼らが、提供された情報を理解できるほど十分に成熟していることや、彼らの決断の結果を理解して受容することができるほど十分に情緒が成熟していることによって決まる。他の若者に比べ、早い時期に意思決定ができるようになる若者もいるだろう。

ギリック判決は、若者が彼ら自身のために意思決定する能力があるとき、善意に基づくものであったとしても、第三者が意思決定を行うことをしつこく主張し続けることにより成熟した人間の尊厳をむしばむことは、非倫理的であることを示唆している。

子供に関するさまざまな宣言において、ティーンエイジャー自身の医療に彼ら自身が関与する必要があるというより多くの認識がみられる。この傾向はいくつかの国の法律でも同様である。

ティーンエイジャーが成熟し、彼ら自身で意思決定ができるようになった時、我々は彼らをもっと意思決定の過程に参加させて、最終的にはティーンである患者に彼らの世界観に基づき、医療処置に対して熟考した意思決定をさせる必要がある。

この判決によれば、上述の意味で、若年患者の両親が彼ら自身の意思決定に関与すべきかどうかを決める前に、若年患者が成熟しているかを判断するのは医師の責務である。時折、若者が意思決定をするという概念への口だけの賛同がなされることがある。このような場合、若者が彼らに関わる医療問題に関して相談した時に、大人にくらべてより厳しい意思決定能力の適性基準が若者に適用される。これは若者の権利を軽視しており、医師は若者をこのように扱わないように注意を払わなければならない。

倫理的な重要性を有する結果に関する考慮もまたその判断に情報を与えた。多くのティーンエイジャーの妊娠が大きな懸念となってきた。それらはしばしば、公共医療サービス外で中絶が行われ、若い女性に重症で有害な結果を引き起こしたり、あるいは子育ての責任があるのに母性の成熟が伴わないとても若いシングルマザーになったりという結果になった。

避妊に関するアドバイスを含めた性に関する教育はこのような現象を減少させるために重要な手段であると考えられる。多くの若者が彼らの両親と性に関して議論したがないため、この当局の意向は、若者は医師からのアドバイスを受けやすくすることだった。この倫理的な利益は、両親が子供に代わって医療において意思決定をする権利への明らかな侵害に勝ると考えられた。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-8：未成年者の治療

翻訳 宮脇佳世・瀧本禎之

R 夫人は彼女の夫と5人の子供たちと暮らしている。彼女の家は公共の水道が通っており、飲水や料理に可能な水の供給はほかにない。

R 夫人はフッ素が水道に加わっていると抗議した。彼女は公共水道のフッ素は子供の齲歯を防ぐ目的であることは分かっていた。彼女の子供たちの齲歯予防に関しては、彼女は徹底した栄養が重要であると信じていると語り、彼女とその夫は子供たちの食事が健全な食べ物だけから構成されるよう注意を払っていた。

R 夫人は公共水道にフッ素を加えることを、親の権利の侵害であるという理由で反対した。彼女は子供たちのしつけに配慮することや、彼らのしつけの他の側面と同様に子供たちが何を食べて飲むべきかを定めることは彼女の務めであると信じていた。彼女は個人として、彼女自身の人としての真摯な意志の侵害であると異議を申し立てた。彼女は公共水道にフッ素を加えることは、子供の場合は投薬に等しいことであり、フッ素は大人にとってはどんな作用もないとされていても、彼女自身に対して害を及ぼす可能性があるように感じると抗議した。彼女はさらに、大量のフッ素は病気を引き起こし、フッ素は野菜、肉、シリアル、果物、魚、紅茶などのほとんどの食物に微量元素として存在しているとも付け加えた。フッ素が含まれる食物は130種類以上ある。

行政は給水を介してフッ素を供給し続けるべきか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

NO フッ素は130種類の食物にも含まれている。給水を介してフッ素を供給することは、フッ素の量をコントロールできないため、さらに示唆されたように大量のフッ素は危害を及ぼす可能性があるため、有益ではない。そのため、フッ素を給水に加えることは有益ではない。

YES フッ素は公共に、とりわけ子供たちに有益であることが証明されている。子供の歯において、フッ素は発生期のエナメル質に結合し、よくある病気のうちのひとつである齲歯の発症を遅らせたり、ある程度防いだりする効果がある。

本ケースについてのノート

判決

このケースは最高裁判所で審議され以下のような判決がなされた。現代社会では、公的な給水の提供は社会の義務であり、もしこの水に健康に良い元素が含まれていない場合において、公共の健康に害を及ぼしたり危険にさらしたりせずにこの不足を補うことは、社会的義務とはいわないまでも、権利であると判決した。食品や水に不足元素を添加することや、潜在的に害のある元素を取り除くことがよいことは、よく知られており、広く実施されている。有益であることが示されている場合は全て、水は塩素化され、塩にはヨウ素が添加され、マーガリンにはビタミンが添加され、小麦粉は栄養価が高められている。

齲歯は目新しいものではない。代々引き続いて悪影響があり、もし対策がとられなければ、悪影響は継続する。このようなタイプの危険に対しては、行政には市民を守る権利だけでなく義務が生じる。この齲歯の問題に対して、政府は公共水道をフッ素化することを選んできた。R夫人は、この方法が最適で、確かに唯一効果的な方法であることを示す証拠に対して反論できなかった。この方法は、身体機能を損なわせたり、普通の人が認識できたりするようなものではない程度の身体組織への最小限の障害しか来さないことは疑いようが無い。裁判所は、R夫人の居住地の範囲のフッ素化された水が、当該地域の人の身体全体や健全性に変化をきたさないことは明らかであると述べた。そのため、このフッ素化した水の摂取は、R夫人とその子供たちの身体の安全を侵害する行為でもなく、尊重していないことでもないと言った。

ディスカッション 未成年者の治療

国は市民の安全や健康を保証すべく、諸々のレベルで機能している。この活動は国の市民に対する責任のひとつであり、『生命倫理と人権の世界宣言』の第 14 条に、以下のように述べられている：

国民の健康と社会的発展の促進は政府の中心的目的であり、社会の全部門が共有するものである。

多元的民主主義の社会では、個人は、保護される権利があり、個人の願望を現実化することが可能である。しかし、時々、公共の利益は個人への危害よりも重要になる—このような場合、我々は全体としての公共の利益を求め続け、個人に一定の対価が発生する（例えば：解決のために個人が自らのお金をやむを得ず支払う）としても、個人的な解決方法を見つける努力をする傾向がある。個人と個人に生じた危害は考慮されなければならないし、また一方で、公共全体に対する政府の介入による著しい利益を無駄にしてはならないことも我々は心に留めておかなければならない。

さらに、集団生活を可能にするために、個人の自由に対する譲歩が存在している。これらの制限により人々は自由に社会で生活することができる。たとえば、交通規則によって、道路上のどこでも自由に運転するということはできない。しかし、結果として大混乱が避けられ、皆が自由に道路を運転できるようになる。

フッ素化した水の給水は、このような譲歩の例であるが、この公衆衛生の介入と他の介入との間には奇妙な倫理的な違いがある。これらの問題を把握するためには、この水の論拠とその他の納得のいく論拠と比較するとよい。

- ① 建築安全条例。この場合、健康と安全を保証するために自由が制限されるが、それにより直接身体的危害を被ることはない。本件での主張は公共の水を飲むことは危害の可能性があるということである。これは重要な差異である。しかしながら、建築のケースにおいても、影響を与えて悪い結果をもたらせる可能性もある。彼らには迷惑であろうが、彼らの家やその他の代替品などに対してもっと多くの支出が必要になるだろう。R夫人の家族が公共水道の使用を避けると、同じような不便さと経費が出現する可能性がある。
- ② 感染症コントロールモデル。齲歯は多くの人に重大な健康に影響を与える健康問題であると考え、強制的に個人の自由をなくすことは納得のできる譲歩だろう。しかしながら、これと水の論拠の違いは、感染症の論拠で制限される自由とは、公共の健康への脅威を与える人の自由をさし、介入による受益者の自由のことではない。R夫人は彼女自身がそのような脅威になっていない。
- ③ 人口全員の健康を守るためにデザインされた百日咳ワクチンのプログラムは、とても恐ろしい病気に対して集団で免疫力をつけるために予防接種をした子供人口の十分に大きな割合に依存している。その予防接種を受けた多くの人たちは、予防接種を受けても受けなくても、いずれにせよ病気にかからなかったであろう。そういう意味では、予防接種を受けた人たちには、重篤な身体症状の恐れを小さくする効果を有した、不必要な

保健介入を受けてきた。これは価値のある自由の制約である。この保健介入はリスクを伴い、水道の事例よりももっとリスクがあるように見える。しかし、重要な違いは、個々の両親がこの予防接種のプログラムに参加しない自由があることである。この予防接種を行わない人が少ないうちは、集団免疫は損なわれない。もしこの予防接種のプログラムが吟味の対象だとしたら、R夫人はそのような一人になり得ただろう。しかしながら本給水事例では、R夫人の家でフッ素が含まれている公共給水を受けないという選択をする可能性はない。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-9：未成年者の治療—10代の未成年者における美容外科

翻訳 伊東美佐江

Sは、両側の女性化乳房、すなわち拡大した乳房組織として知られる状態を持つ17歳の少年である。彼の仲間たちからの嘲笑によって起こるひどい当惑や苦悩を避けるようと、Sは決して泳がず、決して海辺へ行かず、決して彼の胸を人目に触れるかもしれないどのような活動にも関わらなかった。

学校で体育のある日は、Sにとって特に難しかった。彼はついにかかなりの量の体重を減量し服のサイズも8サイズ小さくなったけれども、Sの女性化乳房は追い払えなかった。だからSは、彼の状態が他者にみえるかもしれない状況を避け続けた。そのうえ、彼は他州の大学への入学を許可されたけれども、嘲笑の対象とされるような寮に住むのを望まなかったのので、その大学に進学しないと決心した。

Sの小児科医であるG医師は、Sの奇形とその結果として生じる情緒的な痛みを除去するために外科手術を勧めた。G医師によると、処置は医学的に必要であった。

Sは美容外科を受けるべきか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

NO Sはまだ未成年であり、医学的に必要とされないどんな外科的処置も受けるべきではない。彼の奇形に対処することにおける困難さは精神衛生的な処置によって治療することができる。

YES 外科手術はSの利益のためである。彼の外見を改善させるだけでなく、典型的な青年として役目を果たす可能性をも提供するだろう。

本ケースについてのノート

判決

本事例は地区の民事法廷で審議され、Sの父親が、拡大した乳房組織を除去するためにSに行われる外科処置のために被告側である健康保険会社からの償還を要求した。法廷は、Sの外見を改善させるために乳房切除術が第一義的に意図されたけれども、そのような改善自体が目的ではないと指摘した。むしろ、それは、Sが普通の青年として役目を果たすことができるという目的のための手段であった。

分析的考えると、外科手術が選択的で美容的かの決定は、Sの奇形に起因するどの程度の「機

能欠損」かの範囲に左右された。Sの障害は、彼の胸を他者にあらわにするようなあらゆる状況への恐怖という形をとった。彼の恐怖のせいでSは正常の思春期と関係する多くの活動を避けた。多くの青年は実在するあるいは想像される異常に起因する感情的な動揺による活動を避けるけれども、Sの女性化乳房は、大きな鼻、重いにきび、青年期の女性における小さい胸よりは内反足や口蓋裂に、より類似して、他覚的ではっきりと把握される、動揺の異常な原因であった。他覚的で実体的なこれらの後半の状況（訳者注：内反足や口蓋裂を示す）は相対的によく見られ、しばしば選択的な美容的治療へ導かれる。

青年の精神的健康は、知覚する異常に対する青年の反応の範囲を決定する重要な役割を担っている。だから、異常が小さく、心理的な理由で青年の反応が大きく不合理な例であるかもしれない。そのような事例では、心理的治療がむしろ外科処置より適応されるかもしれない。比較して、Sの異常は小さくなく、全く適切であったとはいえなくても、それに対する彼の反応は理にかなっていた。そして明らかにSの情緒的障害に対する精神的理由は何もなかった。実際、被告側の医師の一人は、Sは彼の状況から「精神的苦痛」を経験していると信じるのは「確かに理にかなっていた」と認めた。

これらの理由のために、被告は、乳房切除術が選択的でもなく、美容的でもない証拠が優勢であること示すべき立証責任を果たすことができなかった。むしろ、外科手術はSの異常や機能障害を除去するために医学的に必要な治療であった。

ディスカッション

一般的に、美容外科の目的は、生命を助けるというよりはむしろ人の外見を改善することである。しかしながら、ひとの外見の改善は顕著にひとのQOLを改善し、ひとに情緒的に利益を与えることができる。

未成年における美容外科の事例では、我々は、その処置が子どももしくは青年に利益を与えるか否か注意深く検証しなければならない。未成年を含めて人々はときどき身体的外見に嫌悪感を抱いている、そして、美容外科は、特に潜在的な損害や障害のリスクが大きくなければ、彼らに非常に利益を与えることができる。

本事例の患者は17歳であり、彼に提示される処置を理解し、そのような処置の成り行きに重みをつけるには十分に成熟していることはほとんど疑わない。患者の見解は本事例では非常に重要である。（乳房切除術を受ける決定における、彼の、もしくは彼の役割に関する診察について、何の記述もない。しかしながら、本手技が彼の希望に反して行われたと信じるのは困難である）

ティーン・エイジャーの未成年を扱うとき、我々は患者を引き入れ、彼／彼女の価値や感情により、彼／彼女が状況にどの程度の重要性を置いているかを理解するように努めるべきである。もし、未成年がその状況を気づくだけに十分な年であり、その状況が彼／彼女の日常生活を妨げているので処置を希望し、彼／彼女が同僚と一緒に活動したり体験するのを妨げているのであれば、美容的処置を実行するには倫理的であろう。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011 『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-10

翻訳 伊東美佐江

Bは双胎が双胎児間輸血症候群であることがわかったとき、双胎妊娠の24週3日であった。素人のことばで、双胎は同じ胎盤を共有し、血液は一方から他方に輸血している、そして、一方の胎児は他方より羊膜のなかでより多くの液体を有す。双胎の一方は羊水過多症を持ち、つまり、胎児を包む膜の中で多すぎる羊水で満たされているが、他方は「動けない」双胎児と表現されるように、重症な羊水過少症を持っている、すなわち、標準的な羊水量より少ないのである。

F医師は、一方のそのような双胎児が死亡した場合、他方の双胎児の周産期死亡は30%–70%の可能性であることを文献が示していることを説明した。しかし、一方の児に対する人工流産が首尾よく行われれば、他方の双胎児の死亡は全く報告されていない。それゆえ、F医師は、動けない双胎児の選択的人工流産を勧めた。もし、その「動けない」双胎児の状態が悪化し、手術が実行されるのが少しでも遅れるならば、他方の双胎児の周産期死亡が70%にまで見込みが高まるだろう。

F医師は、もし無治療のままならば、周産期死亡の可能性は、つまり出産前か出産後間もなくおこる死亡は、ほぼ100%であると言った。明確な事実は、「動けない」双胎児が死亡する可能性は胎児が生きて産まれる可能性より高いことであった。そして、医師がその状況を改善するために行うことができることは何もなかった。「動けない」双胎児が、重症な身体的に精神的に障害があるけれども、生きて産まれる可能性はわずかであった。

地方の法律によると、誠実に女性の生命を助ける目的のために2人の開業医によって認可された医学的な妊娠中絶事例以外は、中絶は犯罪的な法律違反であること、は指摘すべきであろう。本事例には、この除外規定は当てはまらない。

医師は、他方の双胎児の安全な誕生を保証するために「動けない」双胎児の選択的人工流産を実行すべきか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES もし、選択的人工流産が実行されなければ、両方の双胎児が死亡する可能性は高い。それゆえ、医師は彼らのひとつを助けるために努力しなければならない。

NO 中絶は本事例では許されない。さらに、医学スタッフはどちらの命が生きる価値があるのかないのかに関する決定を下すべきではない。「動けない」双胎児は生きる可能性があるから、たとえその可能性が低いとしても、医学スタッフはその可能性を児に与えるべきである。

本ケースについてのノート

判決

本事例は、その国の法廷で審議された。法廷は、見込みをすべて考量すると、死亡の可能性は胎児が生きて産まれる可能性より高いと結論づけた。もし一方の児に対して人工流産が首尾よく行われた場合、他方の双胎児の胎児死亡の医学的証明は何も報告されていないのに対して、一方に中絶が実行されないかぎり、他方の双胎児の死亡の可能性は約 30%から 70%である。

もし、現時点で胎児たちが娩出されれば、死亡の可能性は 90%までになる。もし、何もされないと、母親が分娩に入り、胎児の出産時死亡の可能性はまた 90%である。

B と彼女の夫は、勧められた手術に同意した。可能な限り早く手術が行われることが、両親と双胎児のひとりの最善の利益である。

ディスカッション

2 名の胎児を扱うことが彼らの状況に関する疑問を提起する。ある人々は胎児をひと (person) と考えないが、他の人々はそう考える。胎児は「ひと」ではなく何の尊厳も持たないので、前者にとって選択的に中絶を行うことは全く倫理的であるかもしれない。胎児をひととして考える者にとって、処置を行わないことによってほとんど確実に他方の「強い」胎児の死を導くであろうから、尊厳を持って生きるその胎児の権利をひそかに傷つけているとも言うことができる。もう一方の「動けない」胎児は、ほとんどたぶん出産前かもしくは出産後間もなく死亡するであろうから、その権利を主張することはできないかも知れない。ない。

通常的生活を営む能力は、「強い」胎児にのみ、選択肢となるが、しかし、この選択肢も「動けない」胎児が彼と共にいる限り脅かされている。そのうえ、処置を差し控えることは両方の死亡を引き起すであろうし、ほとんど起こらないかもしれないが、両方とも乏しい QOL で生きるかもしれない。我々が尊厳を持って生きる「強い」胎児の権利、もしくは「動けない」胎児の単に生きるという権利を否定する。それは、誰の権利がより重要であるのかという問いである。より強い双胎児はより重きが置かれる、そして統計的に可能性の高い権利を失うことになるので、人工流産に行い「動けない」双胎児の死亡を確実にする決断は正当化される。言い換えると、それぞれの双胎児に対する潜在的な害と利益の比較によって、この差別待遇は明らかに正当化される。

我々が取り扱わなければならないもう一つの区別は、殺すことと死亡に至らしめることとの間の区別である。あるものは二者間の相違とみるけれども、他の者はみない。二者間にどのような相違としない人々は、一人の胎児の中絶に賛同しないであろう。しかしながら、彼らの間に相違があると信じている人々は、医師が単に動けない胎児を死に至らしめているという点で、人工流産に賛同するであろう。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-11：選択的治療

翻訳 伊東美佐江

JとMは、一か月の結合双生児（である。それぞれが、腕や足と同様に、各自の脳、心臓、肺やその他の生命維持に必要な臓器を持っている。彼らは腹部の下部で接合している。

重要な外科的複雑性があるけれども双生児は分離することができる、しかし、手術はより弱い双生児を死なせることになるだろう。Mの肺や心臓は、彼女の血液を酸素化し、血液を体中に押し出すには十分に強くない。もし、彼女が単体児で生まれるのであれば、生存可能ではなかったであろう。蘇生は断念させられ、彼女は出生後間もなく亡くなるであろう。共通の動脈がより強い彼女の姉妹に生命を維持するための酸素化された血液を彼女たち双方に送り出すことを可能にしているゆえに、彼女は生きている。

分離はその共通の動脈を締めて、それから切断することを求める予定であった。そのように行う数分間の間にMは死ぬだろう。たとえ手術が行われなくても、Jの心臓が最終的には働かなくなるので、両方の双生児は3か月から6か月の間に、またはたぶんもう少し後に死ぬであろう。

両親は彼ら自身を手術に同意するようにすることはできなかった。彼らの目には、双生児は平等であり、彼らは他方を助けるためでさえも一方を殺すことに賛同できない。信心深いローマ・カソリック教徒として、彼らは彼らの子供たちがあるがままに悩まされていることは神の意思であり、彼らは神の手の中にいなければならないと誠実に信じている。

医師は、Jに価値のある人生を与える手術を実行することができるかと確信している。普通に言って、Jは普通の、あるいはかなり普通の生活を送りであろう。そしてMとは反対に、彼女の平均余命は正常である。

手術はマリーの死を引き起こすであろうということを知りながら、病院は双生児を分離すべきであろうか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES もし、双生児を分離しなければ、彼女たちは両方とも数カ月以内に死ぬであろうから、病院は手術を実行すべきである。しかし、もし手術が実行されれば、Jは普通の生活を楽しむであろう。したがって、Jが分離から得られるかもしれない利益は、確実に起こるであろうMへの害を、たとえその害がMの死であるとしても、正当化する。

NO 結果が別の患者の確かな死である場合、手術が実行されることは倫理的でも道徳的でもない。どの生命が奪われどの生命が生き残るのかを決めることは、病院の権利でも権威でもない。

本ケースについてのノート

判決

上述の事例は、その国の控訴裁判所で審議された。法廷は、手術は J に比較的普通の生活を与えることが予測できると結論づけた。その手術は M の生命を短くするであろうが、しかし、いずれにしても彼女は死ぬように運命づけられている。J は明らかに独立の尊厳に対する完全な資格 (claim) を持ち、それは人間として彼女の権利 (entitlement) である。人生を生きるの能力は、その処置が実行される如何にかかわらず、損なわれているので、M は死ぬべく「指名」されている。J の完全な人生に対する見通しは、M の確かな死を進めることによって釣り合う。その天秤は、J に有利に大きく傾く。

それぞれの子どもが個別に自分の生きる権利をどのように行使できるかを無視することは不可能である。M は生きる権利を持っているかもしれないが、しかし、彼女は生き続ける権利がほとんどない。彼女が生きているのは、遠慮なしに言えば、そうはいつでも正確には、彼女が J からの生きるための血液を吸い取っている以外の何ものでもないからである。彼女は J が生きている期間のみ生きるだろう。J は身体が対応できなくなるので、長くは生きられないであろう。M の寄生的な生活が、J が生きることを止める原因となるであろう。

たとえ、とても異常に維持されている生命を犠牲しなければならないという損失があるとしても、有利にこの機会を使うことのできる実質的な身体の状態である子どもに生きる機会を与えることは、その双生児の最善の利益である。J の利益に対して M の利益のバランスをとること、そして、M の利益に対して J の利益のバランスをとるなかで、最も少ない害のない選択は、手術の実行を許可することである。

本事例では、手術の目的は、J に長く比較的普通の生命に対する理にかなった良い見通しを与えるために、その双生児を分離することである。M の死は、避けられない結果であるけれども、手術の目的ではない。手術は、彼女を死に至らしめるかもしれないが、人間として肉体的な統合性をもたらされるであろう。彼女は、意図的に殺されるのではなく、彼女自身の身体が生命を維持できないので、亡くなるのである。

一方に利益を与えることが他方に害を与えることになる時、その両者のために行動する義務は、最も困難な倫理的葛藤のひとつであり、医師は利益と害を比較検討すべきである。結合双生児の事例では、我々は以下のように葛藤を表わすことができる：双生児を分離することを拒むことは彼女の早期の死亡を引き起すため、尊厳を持って生きる J の権利を損なう。M は、J の死を超えて尊厳を持って生きる権利を主張できない。J の命は、その意味では脅かされていないので、彼女は M と同じくらい長く生きることができると主張する必要はない。M の死亡後に生きることが彼女にとって可能なことであるが、自分の姉妹に結合されている限り生命が脅かされているのは J である。つまり、M はその生命を主張する権利を持っていない。両方の双生児が双方にとって可能となる生活を生きる権利を満足させることは不可能である。したがって、彼女たちの権利のひとつを、無視しなければならない。双生児を分離することを差し控える選択は、J の権利を否定する。彼女たちを分離することは M の権利を否定する。だから、どちらの権利がより大きいと考えられるかを決定することが問題になる。明らかに、J はより重い権利を失うことになり、双生児を分離する決定は適切に正当化されることができ、他方、無介入は正当化できない。

M が J に完全に依存していることが、この区別 (discrimination) を可能にする。もし、子どもたちが異なる親の元に別々に生まれ、ひとりが他方より生きる機会が少ないとしたら、

それぞれの生命を延長する治療を行う価値がある人間を、二人の中から選ぶことは、道徳的に受け入れられないであろう。

ディスカッション 選択的治療

本事例は、生命倫理におけるいくつかの重要で顕著な原則に焦点を向けている：第一に、二重結果の原則である。つまり、利益を意図された介入が、不幸なよく知られる副作用も持っている。これらの副作用を成し遂げることが介入の目的ではないので、利益の要素が介入を正当化する。（この原則は通常、苦悩を軽減するために、呼吸抑制や生命を短くしてしまう結果になるという可能性を伴った、終末期のがん患者に対するジアモルヒネ投与のような、終末期の治療に適用される。）

本事例へのその適用は、もちろん、二人の患者が関わり、一方の利益が他方の死亡に対置されているという事実によって複雑になる。にもかかわらず、Jの生命を助けるために、継続されるJによるサポートをMに与えることを否定し、このように彼女の死を早めてしまう副作用を知っていてさえ、その介入の適切な意図の結末には得るところがある。もちろん、もう一つの選択肢は、どちらの生命も救わないことしかない。

別の課題として、殺すことと死ぬに任せることの区別に関する議論がある。ある者たちはそのような区別は何もないと主張する一方で、他の者たちは多くの状況で違いがあると主張する。後者のグループは、どんな状況でもMの死亡が必然的なものとするだろう。そしてJによるMの生命維持を除去することは、Mを死ぬに任せる一方でJに生きることを許すことに注目するだろう。そして、もし殺すことと死ぬに任せることの区別が否定されるなら、介入しないことは、Jを不必要に死なせることにより、Jを殺す結果になる。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011 『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-12：選択的治療

翻訳 大西基喜

Kは29歳の女性である。彼女は部分トリソミー8として知られる、まれな先天性疾患を患っている。この疾患は、軽度の知的障害、発達遅滞、および部分トリソミー8に特有のいくつかの障害を示す。

知的障害のため、Kは抽象的思考や金銭の価値、また自分の行動がもたらす結果を理解できない。彼女は他人を怖がらず、危険という概念を持たない。人々が彼女をサポートしようとするといらいらす。そして、怒りやすく、苦痛を受けやすい。知的障害に加え、人を信じやすいため、彼女は他者から容易に搾取を受けてしまう。

Kは40人の人々とともに生活支援の付いた宿泊施設に住んでいる。1991年4月以降、Kは避妊治療として定期的な注射を受けてきた。しかし、彼女は2001年妊娠したいという思いから治療を中断し、再度治療を受けようとしなかった。その結果、Kは妊娠し、現在14週に入っている。

Kは妊娠を受け入れ、「夢が叶う」と言っている。彼女は妊娠中絶も、出産後に子どもを養子に出すことも望まないと言明している。また今回の子どもが自分から取り上げられても、今後も子どもを持つつもりだと主張している。

精神科医のS医師は、Kが子どもの世話をし、適切なケアを提供することは大変難しく、特に子どもが彼女と同じ遺伝性疾患に罹患している場合は更に困難であると言っている。彼はまた、彼女が支援を受けている状況で暮らしており、それを考えると妊娠を継続してもそう大きな心理的問題はないだろうと思ってもいる。ただし、出産後に子どもの世話をすることはできないだろうと考えている。

中絶はKにとって大きなストレスを生じうるだろう。しかし、S医師の診るところ、妊娠を中断することから生じうる害は、子どもを産んで、しかる後に彼女から離されることから起こりうる害に比べれば、かなり軽いものであろう。

Kの事例で中絶や避妊手術は適切な解決策であろうか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

NO 中絶や避妊手術は、Kの家族、医療スタッフ、社会全体にとって利益はあるかもしれないが、母になりたいというKの要求や希望に対して害となるだろう。妊娠自体はKに害を及ぼさないだろう。それ故、彼女から母親になる権利や、胎児を出産する権利を奪う理由はない。

NO 避妊手術は不可逆的であり、したがって、解決策としては最も望ましくないものである。より穏やかな解決策があるのではないか。

YES S 医師が述べているように、妊娠を中断することから生じうるKに対する害は、子どもを産んで、しかる後に彼女から離されることから起こりうる害に比べれば、かなり軽いものであろう。このジレンマを回避するために、避妊手術を施行すべきである。

本ケースについてのノート

判決

このケースはその国の高等裁判所で審議された。家庭裁判所の判決では妊娠の中断がKの最善の利益であり、またKの無能力の程度に鑑みて、中断が最も制約の少ない介入であろうとされたが、その判決に対して上訴されたためである。前判決で、避妊手術に関連して、判事はKが避妊の薬物治療に協力することをずっと嫌がってきたと指摘している。彼はまた、Kが将来再び妊娠することになれば、彼女にさらなる訴訟に巻き込むことになり、それは望ましいことでなく、そのような状況下では避妊手術が最も制約の少ない介入であろうとした。

上級審は、女性に避妊手術を課す場合には次のような要件を考慮しなければならないと結論した：すなわち、その女性の理解と、その時点での選好；障害の程度；医学の進歩や時間の経過を考慮した時の病状改善の予測；妊娠の起こりうる蓋然性；避妊手術を受けなかった場合と受けた場合とで彼女に生じうる害；避妊のほかの方法の存在、それらが尽くされ、排除されたか；今切迫して行うことの必要性；彼女の子どもをケアする能力；及び避妊手術を主唱するものが自身の利害や公衆の利便からではなく、彼女への善意で、また彼女の最善の利益を考えて行っているのかどうか、という点である。上級審は家庭裁判所に

この事案の再審理をするよう差し戻した。

ディスカッション 選択的治療

この場合の主要課題は、一方で障害を持つ人々の権利であり、他方では意思決定能力の評価に関わるものである。今回の状況全体を通して、Kは妊娠の中断について決定する意思決定能力がないと仮定されてきた。具体的な例示がないまま、彼女は抽象的思考を理解しないとされている。また、Kは彼女の行為の帰結を理解しないとされている。

Kが避妊薬のない状況での性的交渉の帰結を理解しているのは明瞭である。まさにそれこそ、彼女が避妊薬を使いたくない理由である。付言すれば初めて親になるほとんどの人は子どもを持つことの帰結を十分理解していないが、だからといって、彼らが親になることを認められる前に、今後の方向を強制的に決められることはないのである。さらに、彼女は子どもを養子に出すことの意味も理解している。彼女が自分の子にそれが適用されることを断固として拒んでいる。彼女は子どもが彼女から取り上げられた場合、次に取るべき手段も考えることができている。

この事例での全状況からすると、妊娠中断を提案する主要な理由は、生まれてくる子どものためを考え、Kが母になることをやめさせようとしているように見える。しかし、Kはすでに支援付きの宿泊所の環境で生活していくことが可能となっている。育児行動も支援のもとで可能になるのではないかと。事実、厳しい身体障害をもった人々もそのような機会に恵まれているのである。もし仮に、全く不確かなことではあるが、支援の下でもKが良き母親にならない場合は、子どもの福利を守るための社会的な保障もある。このことは極めて劣悪な育児をしてしまう全ての人々にも当てはまる。こうした場合には子どもの利害が親の利害より優先するものとみなされる。

この状況は、我々が議論の対象としている事柄が、不可逆的医学的手段に関するものであることから、さらに重要なものとなる。選択肢の一つとして、このような患者の生に重大な結果を生じうる手段の行使を検討する場合、そうした手段を実行する理由や目的については、注意深く考慮しなければならない。徹底した吟味によって、医学的ないしその他の配慮のみならず、家族への善行ではなく患者への善行が考慮されているか、それを明らかにする必要がある。

さらに言えば、我々の目標のひとつは、社会として、能力の障害を有する人々を包含しつつ、誰もが平常の生活と考えられる生を送れるようにしていくことである。障害者運動は

常に、能力の障害を持つ人が無能な人ではないことを主張している。この観点に立てば、障害を持つ人々を支援し、平常の生活が送れるよう、我々ができることを全て行わなければならないのである。この姿勢は尊厳の原則から生じるもので、その原則により、すべての人間の存在にかれらの信念に従い決定する権利が付与されているのである。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011 『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-13：選択的治療

翻訳 大西基喜

Mは31歳の男性。知的障害を患っている。彼のIQは35程度であり、どのような環境でも相応の援助がないと対処できない。話すことはできず、意味不明のわずかな語を発するのみである。Mは最近、病院からホームケアに移されてきた。

Mは絶えず食物を吐き、口腔内への逆流を認めた。その結果、胃酸で大部分の歯は、う歯となっていた。喉や食道には慢性炎症が生じていた。また、体重は45kgで、平均を20kgも下回っていた。最大の懸念は、彼の血液生化学上の値が異常になっており、補液や鉄バランスの調整が必要なレベルとなっていることであった。習慣性嘔吐が生命の脅威になっていた。レントゲン検査や胃カメラの検査では、嘔吐や逆流を起こしうる器質的ないし解剖学的な原因は認められなかった。

Mは行動分析士のX医師に紹介された。X医師の見解では、3通りの対処が可能であった。1つ目は「飽食」である。つまり、食べたいだけ食べさせる。2つ目は「分化強化」。逆流や嘔吐以上に彼が好むものを、逆流や嘔吐をしない報酬として与える。3つ目は嫌悪刺激法である。逆流や嘔吐に罰を科すものである。最初の2つの方法、飽食と分化強化はMの場合成功せず、嘔吐は以前の状態に戻った。繰り返しアセスメントを行ったが、すべて徒労に帰した。

そこで、X医師は「最終的手段で、必要な場合のみ行われる」手立てとして、Mの逆流や嘔吐に対し、嫌悪刺激として電気ショックを与えるという治療法を勧めた。ここで注意しておくが、提唱された電気ショックは精神分析で用いられる、脳に電流を流す電気-けいれん療法とは全く異なる。刺激発生装置に金属線で結び付けた電極をMの前腕の柔らかい部分に取りつけるというものである。この装置はリモコンで電源が入り、1/3秒に20回の振動が発生する。振動は局在化され、身体のほかの部分には全く痛みを与えない。

この提唱された装置は電気フェンスや牛追い棒などを作っている地元の会社で作製される予定である。装置はまだ開発段階にもなく、臨床試験も全く行われていない。

医療スタッフはこの提唱された電気ショックによる治療を行うべきか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES すべての治療が失敗した今となつては、Mの医学的状況において、電気ショックは最も有益な解決法である。Mは生命が危機的な状況にある。それゆえ、彼の生命を救う試みはなんであれ試みるべきである。

NO 電気ショックのような賛否両論の治療は患者に害を及ぼす可能性があるばかりではなく、市民感情にも影響を与える可能性がある。もし仮にMにとって有益だとしても、電気パルスは彼に理不尽な痛みを引き起こしうる。それゆえ、電気ショック療法は他の医学的手段に代わりうる、適切な選択肢とすべきではない。

NO 電気ショック療法は未だ試されたことがなく、その副作用は未知である。この提案された治療は、疑問の余地なく遺棄されるべきである。

本ケースについてのノート

判決

このケースは地方裁判所で審理された。審判では、精神的に障害をもつ人々への嫌悪刺激の使用は、たとえ生命の危険がある疾患に苦しむ人に対してであれ、国際的に深刻な議論を惹起すると結論された。電気ショックは嫌悪刺激のなかでも最も議論のある事項の一つである。過度に感情的にとらえられる可能性があり、特定の方面から干渉を受ける危険性をはらんでいる。

提案された治療はかなり議論の余地があり、決して標準的でないので、法廷は慎重に対応し、その治療全般に関して詳細に精査する必要がある。

本ケースのショック治療については、その装置はまだ開発段階にあり、まだ臨床試験を受けていない。Mの体重はかなり正常を下回っており、この治療が及ぼす彼への身体的影響を正確には予測できないという観点から、この治療がMの行動を成功裡に変容させるかどうか、確信をもてない。

Mの嘔吐などが生命への脅威になるということは事実であるが、Mの生命への脅威がどれほど切迫しているのか明確な証左はない。治療しないと、彼が数日中、もしくは数時間中

に死亡するという示唆されない。ここで提案されている介入は深刻なものである。電気ショック治療が認可されていないものであるとするならば、M の健康へのリスクは、この介入と他の利用可能なポジティブ心理学的介入とを比較した上で、決めるべきものとなる。M の現在の環境と障害の程度を考慮すると、電気ショック療法が最も制約の少ないものであるという確証はない。さらなるポジティブ心理学的介入（そのいくつかはそれまで病院で試みられたかもしれないものではあるが）が M の置かれている新しい環境でも可能であろう。それ故、当法廷で電気ショック療法の使用を是認することは適切性を欠くと考えられる。

ディスカッション 選択的治療

このケースでの倫理的問題の主たる焦点は新しい試行的治療法の導入を巡る問題である。このような療法はすべて倫理委員会に付されて、患者の同意の問題や、それ以外に害となりうるすべての事項について吟味されるべきである。この段階では、介入が実験的なものであるため、効果があるという保証はありえない。

嫌悪刺激療法は、その定義から、不快を与えるものである。その治療が患者にとって、修正を求められる行動に比べ、より不快な手立てを採用することによる。扱いにくいケースでは、不快を与えることが、有意義に思える場合もあるかもしれない。しかし、どの程度まで不快であれば、倫理的に許容できないことになるのであろうか？患者は確かに電気ショックで辛い思いをする。対象者にその程度の苦しみを科すことがどの程度許容されるかについては、非常に多くの議論がなされている。許容できる治療と折檻との境界は、この場合かなりあいまいである。まして、その行動が彼らの病の症状であるような精神疾患患者に対処する場合は、この種の療法は不適切とされるべきである。

しかし、こう考える向きもあるかもしれない。すなわち、すべての他の可能性が試され、患者の唯一の選択肢が試行的な療法を取るか、または、死ぬか今以上に苦しむかという極端な状況で、その療法が正当化される場合もあるのではないかと。

嫌悪刺激療法で与えられる苦痛が、その効能によってどのような場合に正当化されるかという研究課題は興味深いものである。人によって疼痛耐性には相当幅があるため、この問題の解決は難しい。我々はこの問題に関してデータをもっていないため、倫理委員会が精神疾患患者にこの療法の適用を許容するとは考えにくい。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011

『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー 2-14：選択的治療 近年開発された医学的治療

翻訳 坂川英一郎

G は 36 歳の女性。1995 年 10 月に、左脳室に腫瘍があると診断された。彼女は、脳神経外科の JK 医師の診察を受けた。JK 医師は、1995 年 11 月に、開頭術を施行し腫瘍を取り除いた。その後の検査で、腫瘍は神経細胞腫、すなわち神経細胞の癌としては良性であることが分かった。

G は、残存した腫瘍を根絶し、術後の再発を防ぐため、放射線腫瘍医の KTH 医師に紹介された。しかし、1996 年 2 月に放射線科の ET 医師により MRI が施行され、左側脳室の上部に浮遊する小結節が認められた。ET 医師は、その結節が瘢痕組織なのか腫瘍なのか不確実なので、「経過観察 (watch and wait)」を助言した。しかし、JK 医師はそれには賛成せず、腫瘍であろうと推測した。JK 医師は G に、X ナイフ放射線治療を受けるよう助言した。

G は、個人で開業している脳神経外科医の HKP 医師にセカンドオピニオンを求めたところ、彼も結節は腫瘍であると結論づけた。JK 医師、KTH 医師、HKP 医師は、G が 1997 年 1 月 31 日に治療を始めると決心する前に、G と放射線手術の危険性について話し合ったと主張した。

1997 年当時、放射線治療はこの国では比較的新しい治療法であった。それは、直線加速器 (リニアック) から発生した X 線ビーム (一本の高用量の放射線) を脳の標的領域にコリメータを通して照射するというものであった。しかし、放射線治療は、放射線壊死、すなわち健常組織を死滅させるという重篤な副作用を引き起こした。G は結局、死滅した細胞を取り除き放射線壊死の進展を防止 (halt) するために、1998 年 3 月に 2 度目の開頭術を受けた。手術は成功したが、その結果として、身体障害は永久のものとなった。彼女は、重度の失語症と右不全片麻痺という障害をもったままになった。彼女は、書くことができ

ず、介助により車椅子に移動することができる程度だった。また、健忘症を煩い、鬱傾向や失語症に悩まされた。

医師は、XナイフでGを治療すべきだったか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES 全ての治療には副作用と危険性がある。この症例では、治療は成功した。それゆえに、Gには有益であった。

NO この治療は、有害であり、Gには重度の身体障害が生じた。ゆえに、医師は、そのような侵襲的な治療は行うべきでなかった。

本ケースについてのノート

判決

この事案は、国の控訴裁判所において、医師がその診断、治療や助言について怠慢であったか否かについて審理された。第一審により、医師は業務上の過失（negligence）があったと見なされた。控訴審においては、医師の控訴を受け入れ、診断、治療、Gへの助言について過失はなかったと認めた。

ディスカッション 近年開発された治療法

患者に特定の治療を提供する際に、医師が最優先すべき主要基準は、患者の福利に資することでなければならない。医師は、患者に最も利益をもたらすと信じる治療を提案しなければならない。そしてもちろん、患者に害を与えると、「先験的（a priori）」に知っている治療であってはならない。危険性を減らすと同時に、利益を最大化することの重要性は、『生命倫理と人権に関する世界宣言』の第四条に示されている。

科学知識、医療行為及び関連技術を適用し推進するに当たり、患者、被験者及びその他の影響が及ぶ個人が受ける直接的及び間接的利益は最大に、また、それらの者が受けるいかなる害悪も最小限にとどめるべきである。

しかしながら、医療は厳密な科学ではなく、多くの症例で治療の結果は予測できない。このことは、特に新たな治療法に当てはまる。新しい方法が臨床試験の全段階をパスしたとしても、まだ普及はしていないし、生じうるすべての副反応や副作用に関する十分なデータも未だ得られていない。付け加えると、好ましくない結果が生じうる治療法は他にもある。例えば、手術は常に複数の危険性をはらむ侵襲的な方法である。それにもかかわらず、期待された結果が得られないたびに、外科医に過失があったとはみなされない。なぜなら手術の結果は、完全には予測できないからである。

それゆえに、治療方法の選択に患者が参加することが重要である。なぜならば、『生命倫理と人権に関する世界宣言』の第五条に述べられているように、治療のいかなる結果も最終的には患者が受け入れることになるからである。

意思決定を行う個人の自律は、本人がその決定の責任を取り、かつ他者の自律を尊重する限り、尊重される。自律を行使する能力を欠く個人に対しては、その権利及び利益を守るための特別な措置が取られる。

患者に勧める治療方法の利益について熟慮し、治療が比較的新しいものかどうか言及し、さらに、その他の可能な選択肢について患者と検討する時に、医師は倫理的にふるまっていると見做される。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-15 選択的治療

翻訳 大西基喜

G 医師は 1974 年に医師の資格を取り、総合診療医としてトレーニングを受けた。多くの薬物依存症患者を治療する、ある大都市の医療センターに勤務した後、G 医師は 1991 年に自分のクリニックを持ち、開業した。このクリニックは薬物及びアルコール依存治療クリニックと呼称された。

G 医師は薬物依存者に規制医薬品を処方した。これらの処方薬に使われたものとして、注射可能なメサドン（アヘン剤の一種で、ヘロインの代替物として用いられ、通常経口混合薬の形で処方される）、デキシドリン（硫酸デキストロアンフェタミン、覚せい剤で、調剤薬物として利用可能な唯一のアンフェタミン）、さまざまなベンゾジアゼピン、特にロヒピノール（非常に依存性の高いベンゾジアゼピンで政府出資薬剤として使用できない）、及び注射可能なジアゼパム（通常は錠剤で処方される）があった。

患者の中には、これまで定期的に服用したこともない、硫酸デキストロアンフェタミンのような薬剤に依存的になった者もいた。

G 医師の信ずるところによれば、こうした薬剤を処方することが、難治性で、傷ついた中毒者のためには臨床的に適切な行為である。患者に害を及ぼしたケースはなく、また処方薬を不正に流用したという確かな証拠もなかった。麻薬中毒者への長期治療で 7.5% が中毒を離脱することに成功し、また死亡率が低下するという、患者と公衆の双方に明瞭な利益があった。また患者にとっては、クリニックで治療を受けることで、売人からの薬物に頼らないですむことも有益であった。

G 医師は依存性のある薬物で薬物依存の患者を治療すべきであろうか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES G 医師の患者はクリニックで治療を受け、売人の薬剤に頼らず、治療が奏功している。
NO 依存性のある薬物によって薬物依存の患者を治療することで、G 医師は彼の患者の習慣を変えるための手助けができなかった。

本ケースについてのノート

判決

このケースは国の枢密院で審理された。G 医師は医事委員会 **General Medical Council** の職業倫理委員会に対して規制医薬品の不適切使用者登録リストから自分の名を削除することを求めた。この制裁措置は究極的なものではあったが、それは公衆の利益に対して、過度でも、不均衡でも、不適切でも、また不必要でもない指摘されていた。

委員会の証言と結論は非常に深刻な問題であることを示している。裁判官は、患者が害を被らないという論拠を認めることはできなかった。患者を一般的な経口薬で安定化する試みは全くなされておらず、また、維持処方以外に患者と関わろうとする試みも一切なされなかった。それゆえ、患者に害が生ずることは不可避であった。

医療法 36(1)条項のもとの訴訟法では、公衆を保護すること、専門性につき公衆の信頼を維持すること、医療専門職において適切な基準を維持することが定められている。本事案のような状況においては、特に障害を受けやすい人々と関わる困難な領域で働く医療従事者において公衆の信頼を維持することが重要な問題となる。裁判官は委員会が明確に示した以下の部分を重要視している：

委員会が得た証言によれば、患者に彼らが望むものを供するというあなたの方針は、社会的利益や患者の健康上の利益に寄与し、一部の患者を不純な売薬から守るのに役立つ可能性はあったのかもしれない。しかし、委員会は、あなたの患者と公衆に対し、全体として、そのような利益をはるかに凌ぐ危険性があると結論づけたのである。

ディスカッション 薬物依存者の治療

傷つきやすく、また影響を受けやすい状態にある患者は、しばしば、適切な治療を自分で選択することができない。医師の役割は、彼らの状態を客観的に診断し、彼らに対し、患者・社会双方の利益になるよう、適切な治療方針を見定めることにある。治療の利益を定めるにあたり、当の患者の福利は最も重要だが、その一方で、その患者の病や治療で影響

を受ける他の人々のことも考慮されることになる。生命倫理と人権に関する世界宣言の第4条にもそのことが記されている：

科学知識、医療行為及び関連技術を適用し推進するに当たり、患者、被験者及びその他の影響が及ぶ個人が受ける直接的及び間接的利益を最大に、また、それらの者が受けるいかなる害悪は最小とすべきである。

治療には患者に害になる側面があっても、医師は（おそらく患者もまた）それを有益で善いものと信じがちである。一般的でない治療が適切であると医師が信じる場合は、倫理委員会への諮問が必要である。委員会はその治療のすべての側面を明らかにし、当該医師に関し他の医学的見解に照らして評価することができる。客観的で、専門的な手法で当該事例を検討するにあたって、委員会は患者の福利と公衆の福利を考慮し、十分に吟味された結論を導く必要がある。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー 2-16：研究—患者の知らされていない研究への参加

翻訳 中尾久子

JM は自分が有毛細胞白血病であるとわかった直後に、大学の医療センターで治療を受けた。

診断した G 医師は特定の血液製剤と血液成分が、商業的で科学的な取組みに非常に有用であることを知っていた。これらの物質を含む患者の血液を入手できれば、非常に競争力のある、商業的で科学的な利益を生み出すことになる。

G 医師は JM に脾臓の摘出を勧めたが、病状は生命にかかわる深刻な状態にあり、脾臓を摘出することによって病気の進行を遅らせることができると説明した。G 医師の説明を受け、JM は脾臓摘出を承諾する同意書に署名した。

手術の前に、G 医師と Q 医師は JM の脾臓摘出後にその一部を採取することを決め、これを別の研究施設に持ち込む手配をした。この研究活動は JM の治療に影響を及ぼすものではなかった。しかし、G 医師も Q 医師もこの研究の計画について JM に知らせず、また彼の許可を得なかった。JM の脾臓は摘出された。

術後、JM は G 医師の指示により大学の医療センターを数回受診した。受診のたびに G 医師は血液検体、血清、皮膚、骨髄穿刺液、そして精子を追加採取した。

G 医師は JM の T リンパ球から細胞株を作製した。1984 年 3 月 20 日、この細胞株に対して特許を取得し、G 医師と Q 医師がその発明者となった。

ヒト細胞に関する研究は医学研究において重要な役割を果たす、ということに留意しなければならない。研究者によって、自然界に存在する医療に有用な生物学的物質を単離し、遺伝工学によりこれらの物質を必要な量を生成することができるようになってきている。これらの努力が今、実を結び始めている。いくつもの恐ろしい病気を治療する、バイオテクノロジーを駆使した製剤が開発され、その販売がすでに承認されている。

G 医師は、JM の担当医として本人に知らせないまま、また本人にとって治療的

価値のない研究に携わってよいであろうか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

NO G 医師の JM の細胞への興味は診療に対する専門的判断に影響を及ぼし、患者にとって効果のない治療を勧めることになりかねない。したがって、G 医師が研究に対して JM の同意を得ない限り、その研究を行うべきではなかった。

YES このような研究によって医療は進歩していくため、こういったケースで医療の研究が禁止されるべきではない。ただし、医師は絶対に患者を傷つけないという立場に立って始められなければならない。JM または他の患者はそのような研究には参加せず、他の病院で治療を受けることを選択する可能性も十分にある。そうなれば、医学の進歩が妨げられ、社会的利益の損失にもなりかねない。

本ケースについてのノート

判決

このケースはその国の最高裁判所で審理された。裁判所は医師が自身の診療分野の研究を行うことを禁止する法律はないと結論した。医学の進歩は、しばしば JM が治療を受けたような患者の診療と同時に研究も行う大学病院の医師達の努力にかかっている。

しかし、患者を治療する医師は、その治療に研究的興味 (research interests) もある場合、潜在的に対立する複数の忠誠心を持つことになる。というのは、患者の治療は、患者のリスクとベネフィットを天秤にかけて決定されるからである。

医師がこのバランスに彼自身の研究上の利害関心を加味した場合、患者にとってはあまり、またはまったく利益のない、しかし科学的には有益な処置や検査の指示を出したくなる可能性がある。分別のある患者であれば、提示された治療内容に同意するかを決める際に、患者の健康には関係のない利害関心が医師の判断に影響を与える可能性について知りたいと思うであろう。それは患者が判断する上で重要であり、同意の前提となる。

裁判所は対立意見があることも認めている。研究上および経済上の利害関心の公開を義務付けることで、患者は自分の健康にとって必要なことが分からなくなり、その判断を誤ら

せることになりかねない。しかしこの州の法律は、医師に何を開示するかを決定する無制限の裁量権を認めてはいない。逆に、患者が自分に有益と信じる治療方針を決めることは、患者の特権である。

医師は患者の健康に関係のない、研究上であれ経済上であれ、個人的な利害関心が医師の専門家としての判断に影響を与える可能性がある場合には、それらを公開しなければならない。医師がそのような利害関心を公開しなかった場合、インフォームド・コンセントなしの医学的処置実施または受託者義務違反の訴因となる可能性がある。

ディスカッション 研究について知らされていない患者の参加

科学研究は今後の医学のさらなる進歩や発展にとって非常に重要である。医学研究は医療の原動力である。それによって、数年前まで治療法がなかった疾患を治療することができる。

しかし、『生命倫理と人権に関する世界宣言』第6条2項に規定されているとおり、医学研究は倫理的基準を満たしていなければならず、患者は同意をした上で自由意思により臨床研究に参加すべきである。

科学的研究は、当時者の事前の自由な明示的かつ知らされたうえでの同意が得られた場合にのみ実施されるべきである。情報は、適切で分かりやすい形で提供され、同意を撤回する方法も含むべきである。同意はいつでもいかなる理由によっても当時者の不都合や不利益なしに撤回することができる。

研究プロジェクトに関連するすべての情報を提示し、プロジェクトに参加することの意味合いを完全に理解した上で同意されなければならない。

外科的治療の過程において採取された組織の使用に関して、いかなる目的であれ、それがその患者自身の治療である場合を除き、同意に関しての問題に注意を払うことは非常に重要である。

この患者の場合、脾臓を摘出するという同意には、それがその後研究目的で外科医によって使用される、ということが含まれていなかった。特に、細胞株の作製は脾臓摘出に対する同意に含まれていなかった。

過去には、臨床医が患者（またその家族）の承諾なしに研究や教育目的で人体の一部を保存することがあった。しかし、今日ではそのような行為は非倫理的とされ、その行為自体、患者の尊厳に対する侮辱、また家族（関係者）にとっても相当な苦痛の原因とみなされる。ほとんどの先進国で、ヒト組織法は、それが患者のために摘出される場合を除き、いかなる目的でも患者の組織を採取、使用することを禁じている。

研究者は患者の安全を確保し、実験的治療により患者の状態が悪化、または症状が改善しない場合にはその研究を中止しなければならないということが強調されるべきである。

患者のための医療判断とそれ以外の目的のための医療判断の境界線があいまいになることについても倫理的な問題が含まれている。患者の治療と研究を分け、診療にあたる医師は研究を行わないとする考えがある。一方、我々は研究の重要性を理解しており、臨床医がその診療分野の研究を行うことを妨げるという判断は、研究実施によって予測される事態に過剰に反応しているようにみえる。研究を行う臨床医がその臨床分野に精通していることを考えれば、そういった研究を行うことができる非常に優秀な人材といえる。受け持つ患者から採取した組織を用いて研究を行うことを許可しないというように規制を緩和すれば、診療と研究の両方を行うことができ、医師の研究に関する専門知識も活用できる。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011

『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー 2-17：新薬の利用と手続き－新薬の賢明な使用

翻訳 中尾久子

HIV/AIDS の蔓延はその国では公衆衛生上の大きな問題であり、「理解を超えた苦難」とも表現されている。この疫病は何百万もの人の命を奪い、苦痛と悲しみ、恐怖と不安をもたらし、経済をも脅かした。HIV の小児への最も一般的な感染経路の 1 つは、出生時の母子感染である。政府は 1998 年以降毎年この感染経路により 7 万人の小児が感染しているとみている。

医薬品協議会は HIV の母子感染のリスクを軽減するために使用する薬剤として、薬剤 N を登録した。これは薬剤 N がこの目的に適していることが明らかになったことを意味し、またそれが安全で、品質基準に適合し、治療効果もあることを意味している。

2000 年 7 月、薬剤 N の製造業者は、HIV の母子感染のリスク軽減のため、この薬剤を政府に無償で 5 年間、提供することを申し出た。

この薬剤 N は HIV/AIDS への感染リスクを軽減する上で有効であることが明らかになっているが、政府は、薬剤 N を限られた試験的な医療施設（パイロット施設）（1 つの州に 2 か所）でのみ使用することを決めた。この薬剤は民間の医療施設でも入手可能である。その結果、薬剤は無償で政府に提供されたが、これらのパイロット施設以外の公的医療施設に勤務する医師達は担当する患者にこの薬剤を処方できないことになった。

薬剤 N は効力のある薬物であり、その潜在的な危険性は分かっていないことに留意すべきである。

政府は、公的医療施設で治療を受けている HIV に感染した妊婦が母子感染のリスクを防止・軽減することを希望した場合、彼女らが薬剤 N を使用することを拒否する権利があるのか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES 政府は危険性が明らかになっていないどんな治療でも許可しない権限を持つ。その治療は利益よりも大きな害を引き起こす可能性がある。

NO 薬剤 N は登録された薬剤であり、HIV/AIDS の母から新生児への感染を軽減、防止するのに有効であることが明らかになっている。この薬剤は疾患への感染を軽減するため公的施設においても使用されるべきである。

本ケースについてのノート

判決

このケースは憲法裁判所で審理された。裁判所は政府に対し、薬剤 N の配布に対する規制を遅滞なく解除するよう命じた。研究や教育を行わない公立病院やクリニックにおいても HIV の母子感染リスクを軽減するため薬剤 N を使用できなければならない。実際、薬剤 N の使用は HIV の母子感染リスクを軽減するためにその使用が許可され、促進されなければならない。施設の医療管理者と協議の上、母親に対する適切な検査やカウンセリングを含め薬剤 N を用いた治療が医学的に望ましいと担当医が判断した場合、病院やクリニックでその薬剤が使用できなければならない。

裁判所は政府が闘っている HIV/AIDS（特に、母子感染の軽減）の問題の性質とその深刻さを過小評価しているわけではない。裁判所は、有効だが詳細が明確ではない薬剤の使用については慎重になる必要があることも理解している。しかし問題の性質上、緊急な措置が必要である。薬剤 N は人命を救える可能性がある。その安全性と有効性は確立されている。HIV 母子感染リスクの軽減のため、包括的規模での薬剤 N の最善の使用法を検討する必要がある。加えて、薬剤 N の安全性/有効性とその耐性関連する問題は監視しなければならない。その間も、可能な限り人命を救わなければならない。

ディスカッション 新薬の慎重な使用

生命倫理と人権に関する世界宣言第 14 条 1 項に規定されているとおり、中央政府は国民の健康を守り、促進しなければならない。

国民の健康と社会的発展の促進は政府の主要な目的であり、社会の全部門が共有するものである。

蔓延する疾患に対してその治療法がある場合、その治療の使用は、予測されるベネフィットとリスクを考慮した上で、対象地域において推奨されるべきである。その薬剤の安全性と有効性が検証されれば、より広く使用することができる。もし、その薬剤がまだ実験的段階で十分に検証されていないのであれば、その使用は制限され、慎重に監視されるべきである。

国民を薬剤による潜在的な被害から守るという義務と、国民にベネフィットをもたらす治療を提供する必要性とのバランスを取りながら、政府は予測されるベネフィットを調べ、予想される被害と比較し、治療した場合に得られる効果と治療しなかった場合を比較検討しなければならない。

今回のケースは、薬剤の安全性が検証され「登録」されているのか、もしくは「比較的未知の薬剤」であるのかが明確ではない。薬剤の使用が制限されるのは、その効力と予測される被害が明らかでないためかもしれない。その場合は、適切な専門家がその使用を監視し、有害な事象に対処できる場合に限りその使用が認められるべきである。そのような方針が倫理的といえる。

しかし、そのような専門家がこの薬剤を使用できる州の 2 つのパイロット施設に常駐するように配置されているかどうかは疑わしい。

もし、その薬剤が安全で、品質基準を満たしており、治療効果もあるのであれば、その使用制限に対して倫理的妥当性を見いだすことは難しい。すべての既承認薬には長期の重篤な有害事象を引き起こすリスクがある。市販後かなり時間がたって有害事象が確認され、それまで非常に広く使用されていた薬剤が市場から回収され話題となった事例は多い。このため、すべての薬剤の使用について、監視と有害事象を報告する必要がある。この点においては、薬剤 N も他の既承認薬と同じである。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011

『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-18：新薬の利用もしくは手続き— 実験的医療 対 科学的根拠に基づく医療

翻訳 中尾久子

RM は肺がんを患っており、地域の医療センターに入院し、集中治療を受けた。しかし、その治療効果はみられなかった。彼の病状は徐々に悪化し、医療従事者たちは助ける手段がなかった。死が避けられない。

生き延びるために必死な思いで、RM は癌研究を専門とし、新しい薬物 X を開発した医師を受診した。この医師はその新しい薬物が癌治療に対して安全かつ有効であり、RM に対しても効果がある可能性があるると信じている。彼はこの物質を使って RM の治療を行うことに同意した。

RM が X での治療を希望する 2 年前、保健省の委員会においてヒトでの研究目的で、この薬物が検証された。委員会では、被験薬のヒトへの使用の承認申請に必要な動物実験から十分なデータが得られていないとして、この薬物のヒトへの使用を承認しなかった。

臨床試験委員会もまたこの薬物の使用により、人命を救い、健康を回復し、苦痛を緩和できる可能性があるかどうか合理的には判断できないとした。さらに、その使用におけるリスクも評価できていない。

この薬物の使用は承認されておらず、保健省長官はそれを承認するつもりはない。RM の主治医はこの薬物の使用について反対であり、病院その他の施設でその薬物を用いて RM を治療することに意欲的ではないことにも留意したい。

RM へのこの物質の使用は許可されるべきか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES 従来の治療法では効果がみられない。またほかに彼の苦痛を和らげる治療法もない。したがって、その薬物の使用により、彼が生き延びる可能性があるのであれば、たとえそれが実験的な薬物であっても、彼はそれを使用する権利を奪われるべきではない。**RM**の末期の病態を考えると、この実験的な薬物の使用によるベネフィットは予想される被害よりも大きい。

NO この物質はまだ実験的な薬物であり、研究、あるいは患者の治療を目的とした利用は未承認である。その副作用もわかっていない。したがって、その薬物の使用は禁止されるべきである。

本ケースについてのノート

判決

このケースはその国の最高裁で審理されることになった。裁判所は実験的な薬物の使用の許可を求めた **RM** の要望を棄却した。裁判所は、毎年、研究者たちが人命を救うと信じる何千もの薬剤が検証されるが、そのうちヒトへの研究が承認されるのはごくわずかであるとした。ヒトでの実験が承認される前に、潜在するリスクを慎重に評価し、予測されるベネフィットと比較する動物での試験が必要である。

そうしている間にも、**RM**のような絶望的な状況にあり、実験的な薬物での治療の承認を切望している多くの患者の命は奪われ続けている。それでもやはり、そのような要望を承認することは、薬物の使用を監督し、患者が危険で効果のない薬剤によって最悪の状態に陥らないよう保護する保健省規制当局の体制を損なう危険をすべり坂のように招くことになりかねない。

未検証の薬物の使用を許可することはまた、患者への被害をも引き起こす可能性がある。未検証薬剤への熱望や過度の根拠のない希望を持つことで、患者は、疾患の治癒、苦痛の緩和などの効果が得られる可能性がある従来の治療法を諦めてしまうかもしれない。

この薬物の使用許可は、重篤な患者や、必死に治療法を探すためにすべてを犠牲にすることもいとわないその家族を利用することになる可能性もある。にもかかわらず判事のひとり、もし自分の意思で自由に判決できるとすれば、**RM**の要望を承認しただろうと述べている。

ディスカッション 実験的医療 対 科学的根拠に基づいた医療

広く認識された治療法の選択肢がない重篤患者はその安全性/有効性が科学的に検証されていない薬物や治療法に目を向けることが多い。『生命倫理と人権に関する世界宣言』第4条に記載されているとおり、医師には患者が被害を受ける可能性がある治療法に患者を曝してはならないという義務がある。

科学的知識、医療行為と付随する技術を適用し発達させるに当たり、患者や被験者及びその他影響される個人が受ける直接的及び間接的利益を最大に、またそれらの者が受けるいかなる害は最小にすべきである。

他に治療の選択肢がない場合でも、患者は安全性が立証されておらず、また期待される効果ははっきりしない場合は治療を受けることはできない。そのような治療は患者に重大な損傷を与える可能性がある。

提供された従来の治療法では効果がなく、希望を失っている患者は、不安定な状況に陥り、多くの場合、治療のためには何でもしようとする。これらの患者には、理解と大いに思いやりをもって接しなければならない。極端なケースや稀なケースでは、安全性/有効性が確認されていない治療法の使用を重視することも可能であるが、その場合は地域の法律に準じて、患者の明確な同意を得た上で、対応をする必要がある。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-19：新しい薬剤または手技の使用

翻訳 村瀬尚哉

78歳の未亡人であるCSさんは、末期癌である。彼女は入院し、そこで徹底的な癌治療を受けている。強力な化学療法と、回復が期待されるあらゆる治療を受けてきた。しかしながら、彼女の癌の治癒や進行抑制の効果は認められなかった。彼女の病状は徐々に悪化し、予後不良で、死が切迫している。

通常の治療が不成功に終わったので、CSさんは癌の治癒または進行抑制のために、代替的な薬剤の使用を望んでいる。この薬剤は、何年にもわたり癌の治療に薦められてきた杏の種子から抽出された化学物質である。

その薬剤は、有資格の専門家が必ずしも安全で有効な抗癌薬であると認めているわけではないが、さまざまな人が、その薬剤が癌を治したり進行を制御したり、あるいは治すことはなくとも少なくとも症状を軽減すると主張している。

この薬剤は、食品医薬品局（FDA）や癌学会に承認されていない。一般的に認められた癌治療法であるとは証明されていない。それゆえに、CSさんが治療を受けている病院では、医学的判断の下、当該代替薬を用いた治療をCSさんやその病院の他の患者に許可することを拒否している。

CSさんに、入院している病院が認可していない薬剤の使用は許可されるべきか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

NO 比較的毒性はないが有効性が証明されていない代替薬の使用を病院が許可すると、一般人が「誤った希望」にすぎることを助長することになりかねない。このような誤った希望は、一般に、医療の専門家が癌患者に対して有益で効果があると認めている診断や治療を遅らせたり控えさせたりする方向へ導きかねない。

YES CSさんは、「通常の」治療方針に基づいて提案されたすべての選択肢を試みたが、何ら成果は得られなかった。それゆえに、CSさんは彼女の最後の希望として、そして医療の専門家によって現在提供される最も有効な治療を受けたのちに残された唯一の選択肢として、今度は既存のものに代わる薬剤へ目を向けたのである。したがって、公共への害、すなわち、化学療法が奏功しなかった患者に代替薬治療を受ける機会を与えないことで起こりうる問題をかなり緩和することができる。

NO もし未登録薬の使用を許可すれば、その病院は信用を失う可能性がある。特にその治療は連邦医薬品局や癌学会に支持されていないものなので、患者へのケアにおける義務を果す上で、そして、最良の医学的判断を下す上で、この薬剤を使用することは容認されない。

本ケースについてのノート

判決

上記の事案は、その州の上位裁判所で審理された。裁判所は、資格を持った医師の助言に基づいて癌治療を選択あるいは拒否する患者の権利が、国または病院がその治療を認めていようといまいと、本質的に最も基本となると結論した

即時の指し止め命令の請求を棄却すれば、裁判所は事実上、個々人に認められた選択権を損なうことになってしまう。この選択の権利はプライバシー権の基本的原理をなすものである。

ディスカッション

疑いなく、病院は一般の人を守り、そうすることによって病院の評判を守ることを望んでいる。しかしながら、国と州の法律は、最終的に個人が自身の運命を決める際に、最大限の自由を与えることを義務付けている。さらに、患者が癌の終末期にあり他の治療に反応しない場合、代替薬を投与することにより生じるとされている公共への害は相当に小さい。

自身の体を蝕む病気といかに戦うかについて、本人の最後の選択を下す機会を奪うことは、自由な社会における個人の権利の大切さに関する理解が欠如していることを示すことになるであろう。

従来の治療に反応しない深刻な病状にある患者がおかれている状況は大変難しい。患者にとって最善を尽くすことを望む医師は、患者の問題を軽減すべく新たな方法を模索するであろう。

こういった症例における一つの選択肢は、登録されていないあるいは通常の治療と定義されていない治療法を患者に提示することである。患者の利益を求めため、有効性が証明されず、無害であることも証明されていない薬剤の使用を、通常、国は許可しない。

それゆえに、医師は、特に自然療法が標準的な毒性評価を受けていない場合、当該物質が有毒でないことを確認しなくてはならない。

とはいえ、この事例では、患者の回復が絶望的なのか、緩和治療の適応があるのか、また、患者と共有した情報があるのか、その記述がない。このような患者は、死を恐れるというより死に方を恐れることが多い。緩和ケアの多大な進歩は、こういった患者に大きな安心を与え、根治をめざした危険で無益な治療は回避されることになるであろう。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011

『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-20：新しい薬剤や手技の使用—証拠に基づく治療ではない場合—

翻訳 戸田聡一郎

JSは18歳の少年で、JAは16歳の少女である。二人は変異型クロイツフェルト・ヤコブ病（vCJD）で苦しんでいる。JSとJAは親戚関係にはないが、二人とも、この恐ろしく、致命的な病に苦しめられており、病気の進行度は両者とも同じである。

二人とも、普通の活力ある十代の生活を奪われ、救いようがなく、寝たきりの病弱者となっており、人生を楽しむ能力は極端に制限されている。JSとJAは、自宅でケアを受けている。家族は大変献身的であり、子どもには高水準のケアを施している。

JSとJAについて、専門家の間では、その病状について意見の一致をみており、また、新しい治療がない場合の避けられない転帰についても同じ意見となっている。vCJDの治療法はなく、現在のところは、余命を延長したり、進行する神経の退化を食い止めたりする効果があると認められた薬も発見されていない。JSとJAは死の淵にいる。いったん症状が出てしまうと、患者は平均して14カ月しか生きられない。しかしJSは発症してから15カ月経過しており、JAにいたっては発症後3年が経過している。この若い二人がまだに生きているという事実は、自宅で受けている素晴らしいケアの賜物である。

両患者に提案された治療法は同じもので、Pとして知られるものである。この治療法は、新しいものであり、今までのところ人で試されたことがない。患者の家族はこの病気のこと、この治療法についてよく説明を受け、リスクや考えられる利益についても説明を受けている。両家族は提案された治療法に強い賛意を示した。

Pの導入によって考えられるリスクは容量依存的である。高投与ではPは毒性を示すので、治療の効果と考えられる毒性とのバランスを取らなくてはならない。試験的プロトコルにおいて提案された投与量には、細心の注意がはらわれており、リスクは大きいようには見られなかったが、人における効果は当然のことながら分かっていない。Pの導入によって得られる利益ははっきりしないし、査定もしにくい。利益は全くないか、あっても少しかもしれない。たかだか、いくばくかの改善が見られる程度かもしれない。他の可能性は、もし何もしなければ不可避免的に進行する神経細胞の退化を、治療によって食い止められるか

もしれない、ということである。三番目の可能性は、患者の状態を保ったまま余命を長くするかもしれない、ということである。

議論の余地なく、JS も JA もこの提案された治療法について決定を下す意思決定能力を有していない。

JA と JS は提案された実験的治療法で治療を受けるべきだろうか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES この状況下では、致死性の病気であり、治療法がないことを考えると、苦痛を取り除く可能性がある治療法を受けるチャンスを彼らから奪うべきではない。提案された治療法に伴うリスクを、利益が上回る可能性がある。

NO 提案された治療法は人で試行されたことがない。特にこのケースでは、この治療法の使用は禁止されるべきである。JA と JS は、この治療法を受けたいかどうか、決定できる同意能力はないからである。

事例についてのノート

判決

この事案は国の高等法院で審理された。裁判所は、もし他に代替治療法がなく、その疾患が進行性で致死性である場合、利益とリスクが不明な実験的治療法も検討するに値すると結論付けた。その時の条件は、患者の苦痛を増大させる大きなリスクがないことと、患者に利益をもたらす可能性があることである。もし患者に意思決定能力があったとしたら同意したであろうという状況において、先駆的な治療を受ける機会を同意する能力がない患者から奪うべきではない。

患者にとって価値を持つ余命の延長の可能性がもしあるのならば、また、治療を施さなければ患者が早晩死に至るのであれば、この若い二人が治療を受けることによって失うものはほとんどない。当該治療法にはリスクを伴うがそれは妥当なものである。患者は、いかに死ぬかということと同様に、余命をどのように生きるかについて、真の利害関心を持っているのである。

すべての考慮すべき事項を考量すると、この治療法が適用され、また治療を実行するための外科的・追加的治療を施すことは、JS と JA にとって最善の利益となる。この治療法の適用は、研究プロジェクトとして実行することはできないが、初めて、vCJD 患者に対する PPS の効果を知る機会を提供するだろう。

ディスカッション 証拠に基づく医療でない場合の治療

この事例における探求の第一の論点は、実験的治療に関して患者が同意することができないということである。このような場面は、救急救命室や集中治療室においてよく見られる。このときの倫理的スタンスは、患者が意思決定能力を持たないことにより臨床医が確信を持っていない場合、患者の最善の利益を尊重するために、介入を施行し、救命しようとするなら間違っても仕方が無いというものである。

通常、「証拠に基づいた医療」ではない医療的介入を行うとき、たとえば提案された治療が、研究の様々なステージのすべてを完了していない場合、臨床医は、提案する治療法から予測される利益を査定しながら、患者の利益になるよう努めなければならない。

原則的には、危機的なステージにある患者には、認識されている結果を伴う治療—臨床試験をクリアし、その効果が分かっている治療—が与えられるべきである。このことは、提示された研究的治療法について患者がインフォームド・コンセントを与えられない場合は、なおさらそうである。

同時に、当該治療から得られる患者の利益を増大させ、考えられる危害を減少させるように、臨床医は努力している。したがって、医療チームが、慣れ親しんだ治療を行う方向に傾くのは、ごく自然なことである。

しかしながら、特定の状況下では、承認されていない治療を行うことが許容されることもあるだろう。その状況とは、現在研究段階にある選択肢以外に選択肢がないような状況、そして、患者がその治療により利益を得る蓋然性があるような状況であり、（緊密なモニタリングを通して）患者に対して重大な危害が生まれないことを確認できることが可能なき、証拠に基づく医療ではない治療法が適用できる。

さらに、このような状況における患者への保護となるのは、独立した倫理審査委員会の承認を受けた、しっかりとした研究プロトコルの存在である。ここでは利益とリスクのバランスが、その在るべき姿も含め、徹底的に議論される。臨床研究においては、最小限のリ

スクが基準となるが、何をもって最小限のリスクとするかは事例ごとに異なる。本事例は、スペクトルの端の一つ、つまり、様々な事例の中でも極端な一例である。つまり、実験的治療を行わなければ、死や、重篤な障害が避けられないという状況である。介入を行わない結果に比べて、より大きなリスクを構成するためには、治療の副作用は大変重度でなければならない。したがって、計算されるリスクは最小であるべきである。スペクトルのもう一方の端では、健常者が新薬の試験に参加するという場面があり、そのとき計算される最小限のリスクは、われわれが普段の生活で勘案しているような種類のリスク—たとえば往來の激しい通りを横切るときのそれ—と比較して算出される。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-21 移植—未成年からの骨髄移植

翻訳 戸田聡一郎

AB はゴーシェ病という不治の病に冒されている3歳の女の子である。この遺伝病は先天的な酵素の欠失に由来する。患者の症状として重度の貧血と、肝臓・脾臓の肥大による肺への圧迫と呼吸困難があり、肺炎にかかりやすくなっている。ABの悪化しつつある病状は、2か月前の脾臓摘出後、一時的に良くなっている。だが、肝臓は日々肥大しつつあり、ABの状態は悪くなり続けている。現在、ABには運動障害があり、立ったり歩いたり困難となっている。彼女の状態は数週間で急激に悪くなるであろうことが予測されている。

失っている酵素を彼女が獲得し、病気を治癒させる可能性が高い唯一の治療法は、適合者からの骨髄移植である。もしABが骨髄移植を受けない場合、遠からず彼女は死を迎える。ABの兄弟はこの病気により、1歳のときに命を落とした。ABの姉であるCD(8歳)は、検査の結果、ABと組織適合することが判明した。ABとの適合者はおそらく他にはいない。ドナーへのリスクは最小限度である。唯一のリスクは麻酔によるものである。CDの身体から骨髄を採取することは単純な手順—血液採取と同等の量の骨髄を抜き取る—により可能である。

児童精神科医であるS医師は、CDから骨髄を採取するのは、トラウマ(精神的な外傷)になるかもしれないと考えている。また彼は、CDが、妹の命を助けるためにできる限りのことをしなかったと感じながら生きていかねばならないことによって、よりひどく傷つくだろうと考えている。この精神的な外傷は、CDが思春期を迎えるとさらに大きくなるであろう。S医師は、CDが骨髄を提供することが彼女にとって最善の感情的利益になると考えており、移植を勧めている。

CDから妹への骨髄移植は許容されるだろうか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES 麻酔の危険性を除いて、移植の手順に固有のリスクはない。ABに対する危害、つま

り確実な死は、骨髄を採取するリスクを上回る。

YES S 医師は、救えたはずの妹の命を救わなかったという事実により、将来、CD が感情的に傷つくということが、骨髄提供を正当化すると考えている。

NO CD は未成年であり、身体から骨髄を採取することによる微小な危害の可能性にも曝されるべきではない。

本ケースについてのノート

判決

この事例は国の地方裁判所で審理された。裁判所は、妹の AB のために、未成年者 CD から骨髄提供を許可した。裁判所は、CD へ与えられるリスクと考えられるダメージを考慮して、骨髄を提供することが CD の最善の利益であると結論した。CD の心的な福祉は、身体的な福祉同様に重要である。

ディスカッション 未成年者からの骨髄提供

医療を施すにあたって、われわれは、患者の福祉を考えると同時に、当該治療のプロセスによって影響を受ける、患者と直接結び付きのある人々の福祉も考える。『生命倫理と人権に関する世界宣言』第 4 条は、利益を最大化してダメージを最小化するように努力するよう、指導している。その患者だけではなく、影響を受けるすべての人々についてである。

科学的知識、医療行為と付随する技術を適用し、発達させるにあたり、患者や被験者、及びその他影響される個人が受ける直接的及び間接的利益は最大に、またそれらの者が受ける害も最小とすべきである。

未成年者が臓器提供者とみなされる場合、われわれは、その子どもの人生における提供したときの効果と提供しないときの効果を見きわめなくてはならない。提供しないときの影響が深刻であり、その子どもに身体的危害や心理的負担を与える場合で、提供の手順がほとんどダメージを与えないとき（骨髄は、たとえば腎臓と比べて提供が簡単である）、その子どもにドナーとなるよう要請することは倫理的であろう。反対に、提供することが重大な負の効果を生みだし、侵襲的であったり長期的なリスクを伴うものであったりし、提供そのものがドナーに直接利益をもたらすものでないとき、未成年者をドナーとすることは倫理的でないであろう。

未成年者がドナーにならざるを得ない時は、『生命倫理と人権に関する世界宣言』6条(1)の最後で宣言されているように、提供の意味や、その子どもが受ける処置についての説明に、出来る限り努力がなされるべきである。

いかなる予防的、診断的、治療的な医療介入は、適切な情報に基づく当事者の事前の自由な知らされたうえでの同意がある場合にのみ行うことができる。同意は、それが該当する場合には、明示的でなければならず、また、いつでもいかなる理由によっても本人の不都合や不利益なしに撤回することができる

加えて、この種の決定においては、決定が子どもドナーの福祉を踏まえてなされていると、いうことを確約するために、提供を必要としている患者と結びつきのない者も関わるべきである。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011

『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー 2-22 : 移植—精神的な障害を持つ患者からの腎臓の提供

翻訳 戸田聡一郎

Hは、39歳の男性で、法的に意思決定能力がないとされてきた。1歳の時、彼は軽度から中程度の精神遅滞であるとの診断を受けた。子ども時代の運動発達は非常に遅く、彼はその人生のほとんどを知的障害者施設で過ごした。26歳になった時、彼は自宅に戻り、そこからは父親の献身的な世話を受けてきた。

Hは、社会生活に関する理解力が制限されており、日常生活においても十分な判断ができない。学習能力も制限されており、彼の性格はとても幼い。彼は衝動を抑えようとするものの、容易に痲癩を起してしまう。

父親の献身的なケアのおかげで、Hは地域社会に適合できてきた。彼は職にも就いているし、身なりはきちんとして、清潔である。

Hの母親は62歳で戦争での残虐行為の生存者である。彼女は心的に病んでおり、Hのケアには一切参加しない。彼女の息子との関係は一種の拒絶である。

Hの父親は65歳。この3年間、彼は末期の腎不全のために透析を受けており、自宅で8時間ごとに透析機械に繋がれている。彼の生活の質を改善するには、腎臓移植が必要であり、移植を受ければ、余命は最高で5年間延びることが期待される。

Hは検査を受け、腎移植について50%の確率で適合することが分かった。Hの二人の姉は検査を受けなかった。

Hは移植に対して同意する能力がないが、Hから父親への腎臓提供は許容されるべきだろうか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES 父親がHに提供してきた献身的な治療は、Hの福祉や生きやすさに資するものである。父親の健康面の悪化は、父親がもうHの面倒を見られなくなることから、直接Hに悪影響を及ぼす。さらに、腎移植から期待されるように、父親の状態が少しでも良くなれば、父親はHの面倒を見続けられ、そのことはHの助けにもなる。したがって、Hは自身の腎臓を父親に提供することが自らの利益になるはずである。

NO 腎提供は、その行為に内在するリスクがあり、また、腎臓を失うことによって生じる危険性があることから、Hに危害が加わるかもしれない。さらに、腎移植がうまくいったとしても、その移植は父親の余命をたかだか5年間しか延ばすことができない。よって、手術は正当化されず、他の選択肢が考えられるべきである。

本ケースについてのノート

判決

この事例は国の最高裁判所で審理された。裁判所は65歳での腎移植は非常にまれであるという結論を下した。移植の成功率は予測できず、うまくいったとしても、父親の余命は5年間しか延長できない。手術からの回復には約2カ月がかかり、Hが父親に面倒を見てもらえるのはその後になる。

腎移植の結果Hに生ずる利益と、考えられる彼への危害との間のバランスを考えれば、結論は、腎提供は禁止されるべき、となる。Hが家族、主に父親から受けてきたケアが尋常ではないことは疑いがなく、そのケアは献身的で称賛に値するものである。明らかに、Hにとって、施設にいるよりも自宅にいるほうが彼の最善の利益になる。それでもなお、Hは自分の身体から腎臓が摘出されるとどうなるのか理解する能力がない。父親は、腎移植を受けないと息子の面倒が見られないというような危機的な状況にはない。

腎臓を提供することで見込まれるHにとっての利益は、自分の身体に何をされるか理解できず、その行為について同意する能力がない人からの腎臓摘出を十分に正当化できない。

ディスカッション 心的障害を持つ人からの腎臓の提供

医療においては、われわれは治療の利益を最大化し、ダメージを最小化しようと努力している。それは患者だけに関するものではなく、治療によって直接影響を受ける患者の周囲の人々にかかわるものである。これは、『生命倫理と人権に関する世界宣言』第4条で謳わ

れている。

科学的知識、医療行為と付随する技術を適用し、発達させるにあたり、患者や被験者、及びその他影響される個人が受ける直接的及び間接的利益を最大に、またそれらの者が受ける害は最小とすべきである。

ハンディキャップを持つ人や精神障害を持つ人が他人、通常は親族や後見人への医療によって恩恵を受けるという事例はよくある。したがって、障害を持つ人はその後見人への医療によって利益を受ける。

これらの事例においては、後見人への治療によって考えられる利益やダメージを推定する場合、彼らに依存している人の考えられる利益やダメージをも考慮に入れなくてはならない。

しかしながら、障害者に腎臓を提供させることを考えた場合、われわれはいくつかの重大な点を考慮しなくてはならない。

第一に、臓器移植は、提供者の人生全体に大きな影響を与える、ということである。われわれが精神障害者、つまり臓器移植が意味するところやその帰結について理解できない人々に腎臓を提供するよう依頼するとき、その処置がドナーにとって多大な利益を生むことをよく確かめなくてはならない。その利益は、臓器提供に付随する大きなリスクやダメージを十分に上回るものでなくてはならない。

第二に、われわれは別の方法で同じ利益を達成する可能性（たとえば別の健常なドナーを探す）などの可能性を探らなくてはならない。もしそのような可能性があるとしたら、その障害者よりも好ましいドナーを探すために努力が傾けられるべきである。

ともあれ、倫理委員会や他の権限を持つ組織に決定プロセスに関わってもらうのが重要であり、提供される臓器を必要とする患者に決定を任せないことが重要である。これは、患者が障害者の後見人であるとき、特にあてはまる。そのような状況下では、後見人が、自身の医学的ニーズを考えることなく、明確に被後見人の最善の利益を評価することは難しいからである。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-23：臓器移植

翻訳 八田太一

S氏（54歳）とS夫人（52歳）には、TとJの二人の息子がいる。

T（28歳・男性）は既婚で、PS鉄道に勤務しながらパートタイム学生としてC大学に通っている。Tは致命的な腎臓病である慢性腎不全（注1）を患っており、今のところ頻回に透析療法を受けることで命を繋ぎ止めているが、もはやこれ以上続けられない状況にある。

J（27歳・男性）は正当な司法手続きによって禁治産（注）を宣告されており、州が運営している知的障害者のための療養教育型施設に収容されている。彼のIQは約35、およそ6歳の精神年齢にあたる。また、彼には言語障害があり、彼をよく知らない人とのコミュニケーションは困難である。

医師団はTが生き残るためには腎移植が必要であるとした。死体ドナーまたは適合する生体ドナーから新たな腎臓の提供を受けることができる。Tの母、父、その他多くの血縁者を含め全家族が検査を受けたが、誰も血液型や組織型がTに適合せず、生体ドナーとしての医学的条件を満たすことができなかった。最後の手段としてJが検査を受け、彼のみがTに高い適合性を持つことが分かった。

Jを診察した精神科医はTの死はJにとって衝撃となると確信を持って述べた。JにとってTはロール・モデルであり、施設で治療・教育を続けるために欠かせない存在である。

判断能力を持たない若いJが、兄の命を救うために腎臓を提供することは許されるべきか？移植手術は行われるべきか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES このような特殊な状況下では、移植手術はTにとって有益であるだけでなく、Jにとっても有益である。Jは感情的にも精神的にもTに大きく依存しており、腎臓を摘出するよ

り兄を失う方が大きく J の幸福を損なうであろう。

NO 適合性が十分に高い兄弟から提供された腎臓を用いた場合ほど手術の成功率は高くないが、適合性がそれほど高くないドナーからの移植手術は可能であり、また死体腎が利用可能であることはよく知られている。J が判断能力を持たないことを考慮するならば、このような代替手段が唯一の治療方針である。

本ケースについてのノート

判決

本事案は州の控訴裁判所で審議された。多数派意見は、精神障害者である J の感情や反応は健常人とほぼ同程度であると結論した。彼は自分の兄である T を自分と重ね合わせている。つまり、J にとって T はロール・モデルとなる人物であり、家族とのつながりを保つ存在である。T が生き続けることは J が療養施設で治療・教育を受けるために必要不可欠である。T と会うことは J にとって非常に大切である。J は、兄の抱える健康上の問題を解決するために、自分がきわめて重要な役割を果せることを認識している。もし T が亡くなる場合には、精神衛生部門は J が抱きうるあらゆる罪悪感が生じないように可能な限りの策を講じなければならない。なぜなら、そういった罪悪感には J の治療に悪影響を及ぼし得るからである。この事案において、移植手術は J にとっての最善の利益となる。J にとって腎臓を失うことは、彼の兄が亡くなった時に生じる害を考慮するならば益となる。

これに対して、少数派意見は、責任能力の無い弟は六歳児の精神的能力を有するというものであった。六歳児にとって身近な親戚や友人を亡くすことはさほど大きな影響を及ぼさないことは、一般に明白である。心的外傷に関連する意見はどれも推測に過ぎず確からしさに欠ける。さらに、移植臓器は宿主からしばしば拒絶されるため、移植が成功するという保証はない。この判断能力の無い人間の生命は危険にさらされていない。しかし推奨された外科的手技にはリスクが伴う。適合性が十分に高い兄弟から提供された腎臓を用いた場合ほど手術の成功率は高くはないが、適合性が低いドナーからの移植手術は可能であり、また死体腎も利用可能であることが実証されている。

ディスカッション 臓器移植

特定の医療行為をすることで生じる利害得失を考える場合、その医療行為を施すことで当該患者が得る利害得失だけでなく、包括的な利害得失も勘案しなければならない。つまり、

腎臓を提供したとしても、患者は損失よりも大きな利益を享受することができる。

このような事例において最も重要な問題の一つにドナーの同意があげられる。判断能力のない臓器提供候補者の同意に関しては、二種類の漸近的同意が倫理的に正当化されうる。

第一に、代行判断の利用があげられる。この判断は、臓器提供時にドナーが意向を示すことができない場合、社会に定着した価値観やそれまでのドナーの考え方や選好に基づく。

第二に、仮説的判断の構築があげられる。これは、(特にドナーが子どもの場合には)ドナーの将来を推測し、ドナーが成熟したときに、臓器提供に対して取ると考えられる態度に思いめぐらせることにより築かれる。(おそらく同胞の命を助けた結果として)もしその判断が肯定的な内容となる可能性が大であれば、仮説的判断が成立しうる。(ドナーの健康に起こりうるリスクを踏まえ)、その判断が否定的な内容になるようであれば仮説的判断は成立し得ない。

ドナー候補者が知的障害を持つために、本事例にはいずれの判断も厳密には適用し得ない。一つには、Jには判断能力がなく自分の希望や信念などを容易に表現できないため、Jの価値観や関心の類を根拠とすることは難しい。一方、ドナーが正常に知的、感情的に成熟した状態を推測することができない。

しかし、いずれの判断においても多少は有用な点を見いだすことができる。

第一のアプローチには、ドナーとレシピエントの過去の間接的な関係を知ることによって価値を見出すことができる。

第二のアプローチには、JにとってTは手本となる存在でありTの死はJにとって精神的な打撃になるかもしれないので、二人の関係の維持を考慮するという点に価値を見出すことができる。どちらの場合であれ、Tの死がもたらす精神的な衝撃は軽視されるべきではない。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー 2-24：生殖医療

翻訳 八田太一

X1 と X2 は 1994 年に結婚した。2000 年、X2 は子宮頸がんの治療のために子宮摘出術と骨盤のリンパ節郭清を受けた。手術中、X2 の卵巣は、術後に予定されていた放射線治療による障害を回避するために、骨盤腔から摘出され保存されていた。

2003 年、X1 と X2 は、海外に住む女性 A の助けで代理母出産を準備しようと決心した。同年、X1 と X2 は A の国に渡り、C センターにて X2 の卵巣から得た卵子に X1 の精子を人工授精させた。このようにして得られた 2 つの受精卵は、数日のうちに A の子宮へ移植された。

その後、2003 年 11 月、同国の D センターにて A は双子を産んだ。

子どもたちが生まれるとすぐに X1 と X2 は育児を始めた。出産が行われた国の政府は、X1 を子どもたちの父親とし X2 を母親とする出生証明書を発行した（証明書発効日は 2003 年 12 月 31 日）。

2004 年 1 月、X1 と X2 は子どもたちと一緒に帰国した。

2004 年 5 月 28 日、X2 による分娩の事実が見当たらないこと、ゆえに X2 と子どもたちに法的な親子関係を認められないことを根拠に、X1 と X2 の出生届けの受け入れを拒否するという処分が通知された。民法における母子関係の規定では、子どもを産んだ女性が母親になると解釈されるため、X2 は法的にはその子どもたちの親とは見なされない。

注目すべきことは、この国における現行の法体系が代理母出産に対しては未整備であることだろう。

この子どもたちは X2 の生物学上の子どもとして認められるべきか？。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とと

もに定めなさい。

YES X2はこの子どもたちの生物学上の母親である。たとえ彼女が子どもたちを産んでいなくとも、彼女の卵子を受精させている。社会は科学技術の進展による便益を認識する必要がある。

NO 社会がこのような技術の進歩を法的に認めないかぎり、必要のない被害を避けるために、この技術の使用は禁じられなければならない。なぜなら、本例のように、両親の国では子ども達は X2 の生物学上の子どもとしては認められず、その上、子ども達が生まれた国でも代理母の子どもとして認められない可能性があるためだ。

本ケースについてのノート

判決

本事例はその国の最高裁判所で審議された。民法では規定されていない代理母出産については現に行われており今後も行われていくと考えられるため、現行の法体系上で代理母出産をどのように位置づけるかについて議論する必要があると最高裁で結論づけられた。

この問題は医療サービスにおける法制度と親子関係に関する法制度の両側面から議論されるべきである。そこであらゆる現実的な問題に注目すべきである。たとえば生じうる医療問題、医療当事者間に起きうる問題、そして、これから生まれる子どもの幸福に関する問題などがある。

女性は自分と遺伝的なつながりのある子どもを産みたいと心から願うものだという事、同様に他の女性に自分の子どもの出産を依頼する女性の決断が社会に一般的な倫理観として受け入れられるかが考慮されるべきである。この点においては、可及的速やかに法的に策を講じるべきである。

本件においては、子どもたちを自分の子として育てたいという X1 と X2 の願いを当然配慮すべきである。彼らの希望が叶えられるには、彼らと子どもたちの間に法的な親子関係が認められるべきである。現行の民法においても、X1 と X2、そして彼らの子ども達の間には特別養子縁組 (special adoption) を成立させる余地は十分にある。

ディスカッション 生殖医療

医学の急速な進歩に伴って、様々な新しい医療技術が開発され臨床応用されている。そのような技術的進歩によって、男女が結婚しているいないにかかわらず、自分達の子どもをもつことができなくとも、子どもを授かりたいという彼らの願いを叶えることが可能となった。しかしながら、このことによって予期していなかった多様な法的課題も生じることとなった。

本件の争点である代理母の問題は前述の課題に含まれる。技術的進歩の結果として生じる身分法上の問題は、民法が制定された時代には予期されていなかった。このため、このような問題を扱う条項が民法に盛り込まれなかったことは不思議ではない。

単に民法に定められていないという理由で法的な親子関係を即座に認めないというのは適切ではない。裁判所には、係争中の法的な人間関係に関連した事実の確認を行う義務、そして、現行の民法体系を基盤として、許容されるのであればその親子関係を認める義務がある。

多くの人々が悩むことなく医学の進歩を享受できるようにするために、社会で共通の理解を構築し、その理解を基盤にした法的措置をとるよう努力すべきである。

医療技術の進展に伴い、その適切かつ効果的な利用法とその帰結について、社会の中で検討する必要が出てきた。

代理出産という技術は子どもを授かりたい人の願望の実現を助けている。代理出産がすでに技術的に可能であるという事実が、両親、代理母、そして特に子どもを含めた全ての当事者の権利を守り、彼らの幸福が実現するように、社会でこの技術の法的倫理的側面に対応することを求めている。

世界の国々は、法律やその他の分野から、医療による便益を最大化するための原則、『生命倫理と人権に関する世界宣言』の実践援助、そして、患者に対するさらなる利益の付与を表明すべきである。

代理母協定にはいくつかの倫理的問題があるが、そのほとんどは、生まれてきた子どもの母親が誰なのかということに集中している。ほとんどの国の法律では、妊娠し出産した女性が子どもの法的な母親であると明言している。ゆえに、子どもを身ごもることは出来ないが、代理母の子宮に移植される胚を作るために自らの卵子を用いる女性は、自分自身が不安定な立場であることに気づく。彼女が自分自身の生物学的子供だと考えている子は、

法的母親として、もう一人の母を持つ。多くの国々において、法的な母親が生物学上の母親に子供を譲り渡すことを義務付ける、また、子どもが生まれた時に（代理出産を）委託した母親が（自分の子として）子どもを受け入れるように義務付けるという契約書は作成できない。

前者の状況は、代理母が妊娠期間と分娩を通して子どもとの絆を持つようになり、子どもを手放せなくなった場合に起こりうる。他方、後者の状況は、子どもが重篤な健康上の問題や障害をもって生まれてくる場合に起こりうる。どちらの状況も当事者となる女性にとっては悲惨である。

こういった状況のどちらかが起きて、倫理的に行き詰まった場合、単純な解決策は存在しない。したがって、代理出産のプロセスに入る前に女性が十分に準備することが非常に重要である。専門家との周到な話し合い（カウンセリング）がなければ、賢明とは言えない委託がなされる可能性が増え、心構えができていない状況で好ましくない結果に女性たちが直面する可能性も増えるであろう。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-25：生殖医療

翻訳 八田 太一

H 夫妻には5人の子どもがいる。彼らにはZという名の4人目の子（男児）がおり、彼はβサラセミアとして知られる遺伝性の血液疾患をもって生まれた。2歳半になるまでに、毎日混合薬の服用が必要になり、生きながらえるために定期的な入院で輸血しなければならないほど状態が悪化していった。彼の余命は明らかでない。

Zの組織に適合したドナーからの幹細胞を移植することでZを治療できる可能性がある。幹細胞は新生児の臍帯血や骨髄から得られる。最も組織適合性が高いのは同胞と思われる。

H 夫人がZの組織に適合した子どもを産む確率は4回に1回である。なお、この確率はβサラセミアを持たない子どもが生まれる確率より幾分高い。Zの兄姉3人の中にZに適合する組織を持つものはいない。

H 夫人はZに適合する組織を持つ子どもが生まれることを期待してもう一人産む決心をした。彼女は妊娠したが、出生前診断によってその子はβサラセミアに罹患する可能性が示され、彼女は中絶をした。彼女は再び妊娠し今度は健康な男の子を産んだが、彼の組織はZには適合しなかった。

この時点でH夫人は、その国で体外受精（IVF）を提供する最大の団体の運営技術責任者であるF医師に相談した。F医師はH夫人に海外で開発された最新の技術について説明をした。この方法は彼女の抱える問題を解決し、Zの組織に適合する健康な胚を生じさせる。

遺伝疾患を持つ同胞を治すことを目的に、組織が適合する健康な子どもを産むためだけに、この技術（体外受精：翻訳者追加）の使用は認められるべきか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

NO このような技術の使用は公の秩序に反する。この技術が遺伝疾患を治療するために今

日使われたとしても、将来的には、より美しい、より聡明な、といった子どもを造り出すために利用される可能性がある。それゆえ、Zの組織に適合する同胞を造ることで得られるZの利益により、このような技術の使用を認めた時に想定される害を正当化することは出来ない。

YES 社会としては、技術の進歩から得られる恩恵を無視することは出来ない。もし遺伝子疾患を治療できる手立てがあるなら、家族からその一員を助ける機会を奪うことは出来ない。社会として、現時点で治療不可能な他の病気を治すために、そのような技術の使用を推奨すべきである。さらに、道徳に反する目的での使用は法令によって防ぐことが可能だろう。

NO 他のすべての意見は別にして、自分の同胞を助けるためだけに自分が生まれたことを知らされることで、その子が心の傷を負う可能性があるため、そのような技術の使用は禁じるべきである。

YES この技術が無ければその子どもは生まれることがないため、(技術によって生まれる)子どもの心の傷への配慮は妥当とはいえない。

本ケースについてのノート

判決

本事例はその国の最高裁判決で審議された。前述のジレンマは争点にはならなかった。本件におけるジレンマは、特定の状況で体外受精という技術の使用を認める法案に対する解釈の食い違いであった。この国では、体外受精を用いた治療は(当局より)認可を受けた場合にのみ可能である。

この数年間、体外受精による治療の一環としての遺伝子疾患スクリーニングは認可されていた。しかし治療の一部として組織適合性が検査されたことは無く F 医師は、この手技には公的認可という形の明白な許可が必要であると確信していた。組織適合性検査を行うことの意味等を慎重に検討した結果、体外受精を行うクリニックが組織適合性の検査を含めた治療を自施設で統括できるように認可申請を行った。

そこで、H 夫妻は着床前遺伝子診断と組織検査を含めた体外受精治療を2回行った。この2回の試みは失敗した。H 夫妻のさらなる体外受精治療の試みは裁判所によって禁じられたが、彼らは上告を申し立て、その後の体外受精治療が認められた。

ディスカッション

健康増進のために技術と科学的知見を利用する場合、当該患者の福利が考慮される必要がある。しかし、それだけではなく、新しい技術の実践応用によってもたらされる便益と害悪を比較衡量する場合には、将来の患者を含む他の患者の福利も考慮する必要がある。このような技術を臨床に応用する場合、潜在的な便益と害悪のみならず、起こり得る精神的、家族的、社会的な便益と害悪も比較衡量されなければならない。

救世主同胞に関しては、二つの主要な議論が必要だ：

第一に、行為 X と行為 Y に概念的なつながりが何も無い場合でも、今日 X を行うことが明日 Y を行うことにつながるという経験的事実を論拠とする「滑り坂論法」がある。本件においては支持する論拠はないが、その主張には実証的な裏付けが求められる。さらに、いくつかのそういった可能性は予想されうるし、その増長を抑えるための効果的な規制を実施することは可能だろう。この状況において、人々は技術の進歩の便益を受けることができ、一方で社会はその責任を果たし、その技術の使用に関する規制を構築することができる。

第二に、ある一人の一生が同胞を助ける目的で始まったということを知ることは害を及ぼす可能性があるという指摘がある。どんなことでも害悪にも便益にもなりうる。つまり、本件においても知ることがどちらにもなる。救世主同胞は、自分が助けた兄に対してより強い特別な愛着を持つようになるかもしれないし、たとえ上手くいかないにしても兄の命を救うために死力を尽くしている存在であることを誇りに思うかもしれない。我々にはどちらが起こるか知り得ない。しかし、悪い結果よりも良い結果の方が起こる可能性が高いだろう。

新しく生まれてくる子どもは明らかに望まれていることを忘れてはならない。おそらく、世界中の人間の大多数は、望まれて生まれてきたわけではなく、あるいは、予定外に生まれている。本件のように高尚な目的で誕生が望まれることは、まったく望まれないより良いと指摘する者もいるかもしれない。

救世主同胞に注目するならば、その子がどのような処遇を受けるか我々は注意深く観察しなければならない。一方で、救世主同胞の臍帯から完全な幹細胞を収集したいと願うこと、他方で、必要に応じて組織や臓器を供給するために彼（救世主同胞）を用立てること、これには実に大きな違いがある。臍帯は子どもの組織ではないため、臍帯血を採取することは子どもの健康に何の脅威も及ぼさない。将来的に臓器や組織の提供が要請される場合は、救世主同胞の利益が最優先されるように、個々のケースに正当性が求められるだろう、

加えて、我々はあらゆる制度に注意を払い、その技術が社会全体に及ぼす影響を詳らかに検討しなければならない。このような技術の潜在的な危険性は、その技術が治療や健康を目的としない場合にも利用されるという危険な方向に転がり落ちてしまう可能性があるということだ。それゆえ、その技術が必ず正しい目的にのみ使用されるように、当事者である医師と医療政策の意思決定機関はその技術の使用に対して特に厳しい姿勢で臨まねばならない。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー 2-26: 情報—第三者に対する責務

翻訳 中田はる佳

1987年3月、M夫人は、遺伝的に伝わる可能性のある甲状腺髄様癌と診断された。

主治医たちは、M夫人にもその子どもたちにも、子供たちがこの遺伝子疾患を受け継いでいる可能性や、それゆえに致死的な疾患を発症するリスクがあるということを伝えていなかった。言うまでもなく、M夫人の主治医たちはM夫人やその子どもたちに、子供たちに甲状腺髄様癌の検査を受けるよう勧めなかった。

M夫人の子どもたちは、母親の疾患による潜在的な影響を知らなかったため、何の検査も受けなかった。

3年後、Mの成人した娘(H夫人)は、自分も甲状腺髄様癌にかかっていることを知った。

H夫人は母親が甲状腺髄様癌と診断された時に検査を受けていれば、予防策を取れたかもしれないし、彼女の病気は治癒できた可能性が高い。

H夫人は進行した甲状腺髄様癌に罹患しており、その様々な症状により衰弱している。

医師には、患者が治療中の疾患が遺伝性であることを患者の子どもに警告する注意義務があるだろうか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最もあてはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES その情報が第三者にとって有益であり、医師が当該第三者の存在を知っているのであれば、秘密医療情報の開示という代償を払ってでも、医師の責務は当該第三者にまで拡張される。一般的な注意義務基準は明らかに患者のみならず、予測可能なリスクの範囲内にいる患者の子どもの利益のために定められた。したがって、この医師はMの子どもに対する注意義務も負っている。

NO M夫人の主治医は彼女に対しては、彼女の病気が遺伝性のものであることを警告し、M夫人の子どもが甲状腺髄様癌の検査を受けることの重要性を説明する義務があった。この義務はM夫

人の子どもに警告をすることにまで拡張されない。さらに、患者の様々な家族メンバーを捜し出し、警告することを医師に義務づけることは困難で、非現実的でもあり、医師に過度な負担を課すことになる。

本ケースについてのノート

判決

本事案はその国の最高裁判所で審理された。裁判所は、一般的な注意義務基準により、ある特定の第三者にとって明白に利益となる場合の義務が定められ、かつ当該医師がこの第三者の存在を知っている場合には、この医師の義務は当該第三者に対しても拡張されると結論づけた。

しかし、この警告は当該患者に向けて行われるべきである。医師は、疾患について個人的に患者の子どもに警告することは求められない。さらに、医師は患者の許可なく病状を他人に開示することは禁じられている。したがって、医師に遺伝性疾患に関する警告をする義務がある状況下において、この義務は患者に警告することによって果たされる。

本事案において、当該医師は、現在治療中の致死性の疾患は遺伝性があること、および患者の子どもがこの疾患を発症するリスクがあることを患者に対して警告する義務を怠った。裁判所は、Mの娘のHの夫が主張した過失を棄却した判断を覆し、審理を差し戻した。

ディスカッション 第三者に対する責務

患者に対する医師の責務は、医療専門職としての根幹をなすものである。医師は常に自身の患者の最善の利益のために行動しなければならない。患者が自らの身体に対する権利を認識すれば、医師が患者の病状やその影響を患者に伝えるという責務は増大する。加えて、医師には、患者に関する秘密情報を、家族であるか否かに関わらず、第三者に開示しないという責務もある。

とはいうものの、医療データの秘匿性は絶対的なものではない。医師は特定の状況下においてはこの義務から解放される。特に、ジフテリアのような感染症の管理や、公共交通機関の運転手に対するてんかんの診断など公衆衛生の脅威に関する場合が考えられる。公共の福祉が個人のプライバシーに勝るときは、医師は関連規制当局に知らせる責務が生じる。

患者に関する臨床情報から提起される脅威は、ときに一人のみである。しかし、非常に深刻な脅威

の場合は、例えそれが一人に対するものであったとしても、患者の健康情報の開示が正当化される。

多くの人々が医療情報を自らの利益のために利用できるということは、科学的な情報から健康上の利点を引き出すという基本的権利であり、また、公衆衛生を促進するという医師の責務でもある。

患者が重要な情報を第三者に打ち明け、第三者自身の健康を促進するために用いようとしていると考えられる場合には、医師が、包括的にすべての潜在的な受益者の利益に資する情報を患者に開示する責務が拡大される。

遺伝データには特有の難しさがある。遺伝データはプライバシーが常につきまとう単なる個人情報ではないのである。治療施行患者の遺伝情報は、その患者の親族の情報でもある。これら患者に関わる人々が患者の親族の遺伝子検査結果を知らされるべきか否かについては、通常の診療において、患者が純粋な個人情報を他人と共有したがると思われない状況と比べて、判断が不明確である。

われわれが考慮する二つの要素は、脅威の深刻さと切迫性である。ある脅威が深刻だが切迫していない場合、あるいは脅威が切迫しているが深刻ではない場合は、医師が自発的に情報を開示するのが適切であろう。脅威が深刻かつ切迫している場合には、影響する人々に対して開示するのが適切かもしれない。

本事例では、状況は後者と考えられるだろう。というのは、早期介入によって深刻かつ切迫した健康上の問題を避け得たと考えられるからである。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011

『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-27： 情報—患者に医学的な秘密情報を開示しないことについて

翻訳 中田はる佳

1984年後半、KPは心臓手術を受け、手術中に出血を止めるために寒冷沈降物（クリオプレシピテート）を輸血していた。止血は成功したが、誰も気づかないうちにヒト免疫不全ウイルス（HIV）が混入していた。輸血はKPにとって致命的なものとなり、KPは1990年にHIV関連の肺炎により死亡した。

この血液は1984年11月から、感染に気付いていないドナーL氏から採取されていた。1985年11月、Lは2回目の献血をするために同じセンターを再訪した。その時には、そのセンターでHIV血液検査をすることができるようになっていた。Lの血液がHIVに汚染されていることが判明し、センターはL氏にそのことを知らせた。

1987年6月、センターは、汚染の可能性があるL氏の1984年の献血が、KPが心臓手術を受けた病院に渡ったことをつきとめ、そのことを病院に知らせた。その病院では、1989年2月になるまで、その血液が1984年のKP氏の輸血に使用されたことをつきとめられなかった。

1989年4月、病院の血液バンク長はKP氏のかかりつけ医であるD医師に電話し、KP氏への1984年の輸血はHIVに汚染されていた可能性があることを伝えた。この時、患者は既に慢性的な心疾患に悩まされており、不安や抑うつ状態を呈していた。

B医師は自身の患者の精神衛生と不良な心臓状態を気にかけていた。B医師は、KPがKP夫人と性交渉をもっていないと考え、KP氏がHIVに感染している可能性があることを夫人に伝えなかった。

1990年3月、KP氏は肺炎関連の原因で死亡した。4月、B医師は、KP氏がHIV陽性であったことを知った。同年9月、KP夫人は自身がHIV陽性であることを知らされた。

B医師はKP氏がHIV陽性であるかもしれないことを告げるべきであったらうか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最もあてはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES 疑問の余地なく、B 医師は KP 氏の精神状態に関係なく、HIV 感染の可能性を告げなければならない。HIV 感染を治療しないことによる KP 氏への危害は、KP 氏の状態を告げられることによる潜在的危害とストレスに比べて、はるかに大きなものである。

NO KP 氏は心疾患を患っており、状態は良くなかった。もし、B 医師が KP 氏に HIV 感染の可能性を告げたとしたら、KP 氏が心臓発作を起こす可能性がある。これらの状況下では、HIV 感染について知らない方が KP 氏の健康上の利益になる。

本ケースについてのノート

判決

本事案は国の最高裁判所で審理された。裁判所は、B 医師が KP 氏に対して情報提供を差し控えたことは、B 医師の経験に照らして、合理的で良識あるかかりつけ医としての注意義務水準に達していないと結論付けた。たとえ、B 医師が情報提供を差し控える権利を有していたとしても、同時に患者の健康状態を注意深く監視する責務も負っており、B 医師は自身の通常の技能と能力をこれに活かしていなかった。

特定の状況下では、医師は、特定の情報提供を差し控えることが患者にとって最善の利益になると判断するかもしれない。特定の例外的な状況においてのみ、患者に対して情報を差し控えることが許容される。本事案は、こうした例外的な状況に至っていない。B 医師が KP 氏に対して情報を差し控えたのは「保護的」とはいえず、可能な予防治療があることを開示する責務があった。

B 医師は、KP 氏に対して、1984 年に受けた輸血が HIV に汚染されていた可能性があることを伝えなかった点において過失があった。この情報が与えられていれば、KP 氏は治療を求め、約 2 年は生きながらえたかもしれない。さらに、KP 氏にこの情報が伝えられていたら、これを KP 夫人に伝えたであろう。倫理的な立場は、この判決、すなわち、患者への理解が不十分なことによる不確実性が存在するのであれば、医師は患者の最善の利益を尊重するために、治療の過程において、過ちを犯すにしても人命を尊重する立場を採ることである。

おそらく KP 夫人は、夫の人生の最後の年に、夫から HIV に感染した。KP 夫妻がこのリス

クを知っていたら KP 夫人を守る手立てを取っていただろう。

ディスカッション 患者に医学的な秘密情報を開示しないこと

医師は、患者に対して医学的な状態に関するすべてのデータを開示する責務がある。

患者に真実を開示する必要性は、個人の尊厳と患者の生来の自律性に由来するものであるが、同時に、このような開示によって生じる利益と潜在的な危害との考量に関する問題でもある。医師は患者の最善の利益のために行動すべきである。それゆえ、患者は情報の受け取りを拒むのと同様に治療を拒む権利が与えられている。

さらに、特定のケースにおいては、開示原則の例外として、医師や医療スタッフは患者に対して情報を差し控えるかもしれない。こうしたケースでは、たいていの場合、医師と患者など当事者以外からの承認が必要となる（例えば倫理委員会など）。情報を患者に伝えないことが認められるのは、医療情報を明らかにすることにより患者に危害が生じたり、状態が悪くなったりすると考えられる場合であろう。患者本人の状態と性格が考慮されなければならないことは強調されるべきである。なぜなら、重篤な疾患について患者に知らせないことが患者の利益となり、人生を快適に過ごせる場合もあるからである。しかし、自身の疾患の詳細が開示されず、それを知らないことがストレスとなることもあり、また、疾患の特性を開示することで、自分にとって大切なことをしながら人生を過ごせる場合もある。それゆえ、状況と患者特有の性格を吟味することは非常に重要である。

患者の健康状態が他者の健康に脅威を与えるような場合には、医師は利害関係のある当事者に伝える責務があるかもしれない。医師は、当該脅威の深刻さと切迫性を考慮しなければならない。国によっては、医師は患者の性的パートナーに対して責任があり、そのパートナーは患者と性的関係を持つことによるリスクを知る権利があり、リスクからの保護について助言を受ける権利があるとされている。

本事例において、妻が夫の感染原因について知らされていたとしたら結末は全く異なっていたらう。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-28：情報—医療における秘密保持とその諸限界

翻訳 大北全俊

Xは国立医療サービス（the State Health Service）で研修外科医（assistant surgeon）として働いていた。

Xは中央政府 the National Government に指示されて、Yが先進治療を受けるべく国立病院 the State Hospital に同行した。Yは、暫定的ではあるが大動脈瘤と診断された状態に苦しんでいた。Yは1995年の5月31日に手術をするよう日程が調整されていたが、輸血用の血液の不足のため手術はキャンセルされた。

1995年の6月1日、XとYの運転手はYの手術のために血液を提供するよう求められた。彼らの血液サンプルが採取され、検査された。その結果、XはHIV陽性であることがわかった。その時点では、Xは感染していることに気付いてはいなかった。

1995年の8月、XはAに結婚を申し込んだ。彼のプロポーズは受け入れられ、結婚式の日取りは1995年の12月に決まった。しかし、病院がAの家族にXがHIV陽性であるという情報を提供すると、その結婚の取り決めは解消された。

結婚の準備が整えられていたにも関わらずその後解消されたため、Xの家族や彼のコミュニティの人たちなどの中にはXの病気に気付く人もいた。その結果、Xは厳しい批判を受け、コミュニティから排斥され、立ち去ることを余儀なくされた。

病院はXがHIV陽性であることをAの家族に情報提供するべきだったのだろうか。

ここに、すべてではないが複数の考えら得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

NO 病院には、プライバシーに関わる人権を守るために、基本原則として秘密保持を守る義務がある。XがHIV陽性であるということを開示することはその義務に違反することで

ある。

YES 秘密保持は医師-患者関係において基本的な責務であるが、それは絶対的な責務ではない。この責務についての例外の一つとして、秘密を保持すべき情報の開示が A のような無垢な人々を「保護」することとなり、このような恐ろしい疾病に人々をさらさないようにするという場合がある。

NO 秘密を保持すべき医療情報を開示する場合、全体としての医療の専門職性（**medical profession**）がこのような医師-患者関係の侵害によって害されるかもしれない。この痛手は、A に生じるいかなる利益よりも甚大である。

本ケースについてのノート

判決

この事例はその国の最高裁判所で審議された。X は、医療倫理の標準によれば秘密保持すべき情報を違法に開示され、それゆえ病院は被った損害に対して責任があるとして、病院に対して損害賠償を訴えた。

最高裁判所は、医師-患者関係においてもっとも重要な側面は秘密保持を維持するという医師の義務であると結論をだした。医師は、治療の過程で集められた患者に関するいかなる情報も誰にも開示することは出来ないし、治療様式（**mode**）や医師によって患者に与えられたアドバイスも開示できない。しかしながら、秘密保持に関する一般的な規則は絶対的ではない。それは以下のような開示を許容する例外を内包する。それは、患者の同意を伴う場合や患者の最善の利益にかなう場合、裁判所の命令や他の法的な強制力を持つ義務に服従している場合、そして公共の利益に鑑みて開示が求められるといったごく限られた状況の場合である。

X が HIV 陽性であると判明していることを考慮すると、このことに関する情報を開示することは、X が結婚しようとしていた A を保護するが故に、秘密保持を維持する責務も、また X のプライバシーに関する権利のいずれをも侵害してはいないだろう。さもなければ、もし結婚が執り行われ性交渉も行われたなら、A もまた恐るべき病に感染しただろう。

ディスカッション 医療上の秘密保持とその諸限界

医療上の秘密保持の責務が意味することは、医師は患者の病状に関するすべての情報を秘

密保持すべきものとして保護しなければならないということである。この責務は、医師と患者の関係の根幹をなすものであり、ヒポクラテスの時代から存在してきた。これこそが、医師と患者との間の信頼と信用を一それなしには適切な治療が提供されえないところの信頼と信用を一生み出すものである。この責務は、ユネスコ生命倫理と人権に関する世界宣言の9条に以下のように定義されている。

関係する個人のプライバシー及び個人情報に関する秘密は尊重されるべきである。そのような情報は、国際法、特に国際人権法に適合して、最大限可能な限り、その情報が集められ、同意を得た目的以外に使用され又は開示されるべきでない。

さらに、医療上の秘密保持に関する権利は絶対的なものではなく、他の権利と衝突する場合には撤回される可能性がある。例えば、患者自身が秘密保持を放棄する権利を持っており、患者が選択した人に病状に関する情報を暴露する場合である。また、(様々な国の)国内法が特定の事例ではこの権利を制限している場合もある(例えば、誰か運転することが叶わない人がおり、医師がその事実をその国の交通を管轄する機関に通報するよう求められる場合や、ニュージーランドのように性的パートナーは相手が HIV 陽性であるか否か知る権利を持つといった場合などである)。

このような情報の非開示が第三者を害する可能性がある場合、関係者全員の諸権利が考量されなければならない。脅威とされるものの深刻さや切迫性が考慮されなければならない。脅威が深刻なものではあるが切迫したものではない場合、あるいは切迫はしているが深刻なものではない場合、医師によって促された患者の自発的な開示 (**voluntary disclosure by the doctor**) が適切であるだろう。もしその脅威が深刻かつ切迫している場合は、影響を被る関係者への非自発的な開示が適切であるだろう。

患者の HIV 陽性という状態は、深刻かつ切迫した脅威を患者の性的パートナーの健康にもたらすものとみなされる。自発的な開示が望ましいが、そうなることを保証するものとして、患者とそのパートナーが共同して相談すること **joint consultation** が求められる。もちろん、これは患者が性的接触の同定に関して偽りが無い場合にのみ有益である。

事例を調べ(第三者に情報を開示すべきか否かという)決定を下す委員会を通じてこのような問題を解決する国もあり、医師は自分の国の状況を周知しておくことが重要であるということに留意しておきたい。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-29：情報—医療上の秘密保持の侵害

翻訳 大北全俊

2003年の4月18日、Xは彼女の同居しているパートナーと諍いになり、彼女は背中の中の右下のわきのところをナイフで刺された。彼女は国立病院に搬送された。担当した医師はXを診察し、背中の中の右下のわきのところの刺し傷はおよそ3センチメートルの長さにわたることに気づいた。さらに、彼女の衣服はひどく血に染まっていた。

刺し傷が腎臓を傷つけていないかはっきりさせるために、血液が混じっていないか尿の検査が必要であると医師はXに説明した。しかし、彼女はかたくなに尿検査を受けることを拒んだ。医師は彼女に麻酔をかけ、それから出血を止めるために縫合する治療をすることを最終的に決めた。医師は治療についてXに説明し、尿道カテーテルが体に挿入されることを彼女に告げた。Xは抵抗を示すことなく麻酔の注射を受け入れた。

Xが麻酔にかかっている間、医師は彼女の体にカテーテルを挿入することで尿のサンプルを採取した。採取された尿のサンプルは血液を含んではいなかったが、医師はXが違法な薬物を摂取しているのではと疑った。彼はそれゆえ簡単な薬物の検査を実施し、その結果アンフェタミンの陽性反応がでた。

その間に、Xの両親が彼女のもとを訪れた。医師は両親に彼女の傷の程度を説明し、そして彼女の尿サンプルから覚せい剤が検出されたことを知らせた。医師はさらにXの両親に、国家公務員として、自分はこの事実を警察に通報する責務があることを説明した。医師はそれから警察官に覚せい剤がXの尿サンプルから検出されたことを通報した。

医師はXの尿サンプル中に覚せい剤が検出されていることについて、彼女の両親と警察官に情報を開示するべきだったのだろうか。

ここに、すべてではないが複数の考えら得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

NO 医師はXの医療上の秘密保持に関する権利を守るよう責務がある。医師がXの両親と

警察官に情報を開示したという事実はその責務に違反するものであった。

YES 医師は警察に情報を開示するべきだった。なぜなら、覚せい剤の検出は重罪を犯していることを示しており、警察が将来的に覚せい剤に関する事案を防ぐために、そういった事案を開知させることは、公共の利益に叶うことであるからだ。警察への情報の開示に関する公共の利益は X の秘密保持とプライバシーの権利より重大である。しかしながら、医師は X の両親に情報を開示するべきではなかった。

本ケースについてのノート

判決

この事例は国の最高裁判所で審議された。裁判所は以下のような問いに取り組んだ。救急患者からサンプルを採取し医療目的で薬物検査を行った医師の通報を受けた警察官が尿サンプルを押収する場合、当該尿サンプルの入手のプロセスは違法なものであるか？

上述の事実に加えて、医師は被告である救急の患者から尿サンプルを採取し、治療の目的で薬物検出のためにサンプルを検査したということを裁判所は付け加えた。このことは、上記の行為には医療上の必要性があったことを示唆している。それゆえ、たとえ医師が被告から同意を得ていたとは見なせないとしても、医師の行為は違法な医療行為とみなされない。

さらに、必要な医療行為や検査の過程で患者から採取した尿サンプルに違法な薬物が検出されたという事実を医師が捜査機関に通報する場合、当該行為は正当化可能なものとして許容され、秘密保持の責務の違反にはあたらない。

ディスカッション 医療上の秘密保持の侵害

医療上の秘密保持は患者にとって重要かつ貴重な財産である。秘密保持を維持するという医師の責務のおかげで、患者は自分の個人的でプライベートな事柄が公衆の知るところとなるという恐れを抱くことなしに、自分の医師を頼り、自分の抱えている問題のあらゆることを暴露することが出来ると感じている。さらに、この医療上の秘密保持のため、患者は自らの問題のあらゆることを暴露するがゆえに、医師はもっとも有益な治療を患者に提供することが出来る。

患者の医療上の信頼を破棄することは以下の二つのレベルで危害と損害をひきこしうるだろう。一つは、プライベートなレベルであって、患者は情報開示ゆえに危害を被り、その後将来的に自分が受診する医師を信用しなくなる。二つ目は一般的なレベルであって、このようなことは公衆に、自分の医師を信用しないほうが良い場合があるというメッセージを送ることになるだろう。

このようなメッセージは患者が自分の医師に抱く信頼をひどく傷つけるものである。この事例について言えば、尿道カテーテルを挿入することがどういう結果をもたらすかということ、患者が理解していたか否かという問いについては十分には明確ではない。患者は、尿に血液が含まれているかどうか検査しないことの危険性を十分に知りながら、尿検査を受けることを固く拒んだ。彼女はカテーテルの挿入に引き続きそのような検査が行われたいということを再確認されるべきだった。カテーテルを挿入する唯一の目的が尿サンプルを採取することだったのなら、その場合この行為は身体的暴行を構成していた。

私たちの事例の場合、患者の年齢が分からないということに留意しなければならない。患者の陽性結果のでた薬物検査に関する情報を両親と共有することは、秘密保持に関する重大な違反にあたるかもしれない。

警察に知らされた情報について言えば、医師は、何よりもまず、患者の利益のために行わなければならないのだということに留意しなければならない。しかしながら、医師が警察の一員として行為し、患者にまつわる犯罪活動を見抜くために医療ケアの過程で不必要な検査を実施するのであれば、医師は医師として専門職者に付託されている権限を踏み越えている。

警察が捜査の過程で、患者がある犯罪に関わっており、医師が誠実な医療診療の過程で集められた関連情報を所持しているかもしれないという十分な根拠をもっているのであれば、警察は医師からそういった情報の提供を求めてもよいだろう。医師はデータの開示を拒否することで、このような状況下で公務を遂行する警察を妨害するべきではない。しかしながらこのことは、犯罪に関わる事柄の捜査員として、証拠を探し求めることだけのために医師自らが自発的に行為することとは全く異なる。医師による活動のこのような拡大によって、患者のなかには必要とされる保健医療を求めることを確実に阻まれるものもでてくるだろう。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-30：情報—AIDS患者の秘密保持

翻訳 大北全俊

PDは将来彼女の夫になるFHと医療センターに行き、両者ともいかなる性感染症のキャリアではないことを確かめるべく結婚前の血液検査を受けた。両者が共同で相談していた(joint consultation)時点では、PDとFHは、性交渉はもっていて予防に気をつけたセックスをしていたが、一緒に住んではいなかった。PDの求めに従って、FHは検査を受けるためにセンターにやってきた。彼女は将来夫となる人の性感染症の状態が気がかりだった。というのも彼は性感染症の感染率が通常に比べて極めて高い国から来ていたからだ。

医師は検査の目的とPDの気がかりについてよく知っていた。しかし医師は、PDとFH両者の同意が欠けている場合、一方のパートナーのHIVあるいはAIDSの状態に関するいかなる情報も他方のパートナーに開示することは法的に禁じられているということを、どちらにも情報提供しなかった。検査の結果がどのように扱われるべきかということについて彼らは話し合っただけではなかった。PDは、彼女がFHの結果を知りまたFHも彼女の結果を知るものと信じていたが、しかしその話題が特にとり挙げられることはなかった。

PDとFHはお互いが居合わせるところで、おのおの自分の性行動についての立ち入った質問に答えた。

PDとFHの両者ともお互いが居合わせた共同の相談の場で血液を提供し、それから診療所を立ち去った。病原体検査報告(pathology report)の結果が得られるだろうおよそ1週間後にもう一度診療所に来るように医師は二人に伝えた。

1週間後、医師はPDの病原体検査報告を受け取り、その結果はB型肝炎もHIVも両方とも陰性であった。翌日、医師はFHの報告を受け取り、その結果はB型肝炎もHIVも両方とも陽性であった。

PDは最初の相談のあと1週間後から2週間後の間にセンターを再訪した。受付担当者は彼女に関する病原体検査報告の写しを彼女に渡した。彼女はFHの報告の写しを要求したが、それは機密事項であり、彼女には渡すことは出来ないと伝えられた。もしFHが同意するのであれば、彼女はFHの報告を手にすることが出来るということに関するいかなる説明

も受付担当者はしなかった。

医師は電話で FH に彼の検査結果が陽性であることを知らせたが、PD には FD の結果については知らせなかった。さらに、FH が PD に彼の検査結果について知らせよう確保するいかなる手だても医師はとらなかった。医師はまた、診療所あるいは FH 自身が PD に情報を開示することについて、FH に同意してもらうよう試みることもしなかった。

FH は PD を欺き、彼女に自分の検査結果は陰性だったと伝えた。

数年後、PD は自分が HIV 陽性であることに気づいた。

医師は PD と FH 両者の医師という彼の立場において、共同相談実施を理由に、PD に FH が HIV 陽性であることを開示すべきだったのだろうか。

ここに、すべてではないが複数の考えら得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES 医師は検査の目的について知っており、医師は少なくとも彼らに検査の結果を共同で受け取りたいかそれとも別々に受け取りたいか尋ねるべきだった。さらに、共同の相談のときに、医師は彼らに個々の性行為について立ち入った質問をおのおのにしていた。その際、医師は PD に、彼女が FH の結果を受け取るような印象を与えていた。

NO 医療上の秘密保持は医療行為において基本的な原則である。医師は両者にその責務を負っており、一方の要求を満たすために他方を害することはできない。

本ケースについてのノート

判決

この事例は最高裁で審議され、裁判所は以下のように結論づけた。この事例で生じたような共同相談との関連で言えば、医師は、PD と FH 両方の患者に対して検査結果を相互に開示するか否かという問いと検査結果が両者不一致の可能性があることについて取り組む義務を負っている。彼はその義務を遂行しなかった。この点を鑑みれば、義務の違反を構成している。

最初の共同相談の過程で、もし医師が検査結果を相互に開示することに関する問いと検査

結果が両者不一致の可能性のあることに取り組む義務を満たしていたならば、結果を一緒に受け取ることに関する同意をPDと同様FHからも医師が確実に手に入れていただろうということは十分起こりうる結果である。更なる共同相談の場で医師を通じてお互いが相互に各自の検査結果が知られることに同意したであろうこともありうることだ。さらに、たまたまFH氏が拒否したとしても、PD氏がFH氏との関係を終わらせるということもありうることだ。いかなる場合であっても、PDは彼女が被った被害から逃れることが出来ただろう。というのもFHは彼女をだますことが出来なかったからだ。

ディスカッション AIDS患者の秘密保持

医療上の機密情報は患者に帰属するものであり、その保護は医療専門職の根幹をなすものの一つである。医師が患者の医療情報のプライバシーを尊重するという事実が、両者の信頼を深め、医療措置の更なる効果に寄与するのである。

それゆえにこそ、医師はカップルあるいはその個々と相談する機会がある際には慎重にそしてきわめて明快でなければならない。この事例で起きたような様々な諸問題を避けるためにも、またスティグマ化されることをはじめ保険やローンの拒否、雇用差別など、陽性の結果故に生じる別の社会的帰結に関して情報提供に基づく決定を可能とするためにも、HIV検査を実施する前に患者と相談することは、倫理的に望ましいと考えられている。このような考える事象がカウンセリングのセッションで徹底的に議論されると、想定される受検者は検査を進めるか否かということについてよりよい状態で決断することが出来る。

この事例で触れられているような状態でカウンセリングが提供されるとしたら、共同のカウンセリングのセッションをもつことが妥当であることは明らかである。

この事例の場合、相互の信頼は、最初の場面でカップルが検査を要求するその基礎にあったように見える。カウンセリングのセッションで、もし検査結果を相互に開示することの承認をどちらかが拒否したとすれば、このような相互の信頼が欠けていること、そして彼女のパートナーにとっては開示に問題が生じる可能性があるということの何らかの警鐘を他方に与えただろう。

医療上の秘密保持に関する患者の権利が他の人の権利と衝突したり、プライベートな情報を開示することを拒否することがそれら他の人の諸権利を侵害する可能性があるといった状況について考慮すべきである。こういったことは、両方の患者が、両者に専門家として責務を負っている同じ医師のケアのもとにいる場合は、より複雑さを増す。医師は、彼

ら患者が他方の医療情報を知らされない場合に、もう一方に極めて大きな損害をもたらすことをよく考えておかなければならない。しかしながら、関係者が情報開示の方法について同意しえない場合には、医師はもろもろの手続きを進めるべきではなかった、という見方も出来るかもしれない。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011 『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-31：情報

翻訳 山崎康仕

X夫人は、妊娠しており、胎児は32週目であった。超音波スキャンの結果、彼女は、胎児が一般に小人症として知られる障害である骨異形成になっている可能性があるとして伝えられていた。X夫人は、カウンセリングを受けるように言われ、さらに超音波検査がおこなわれ、骨異形成の診断が確定した。

X夫人は、RW病院（Royal Women's Hospital）の救急部へ行き、妊娠中絶を求めた。そのとき、彼女は、ヒステリックで自殺傾向のある様子で中絶を要求した。

彼女は、精神科医のカウンセリングと診断を受けるように言われた。数日後、精神科医は、X夫人の精神医学上の健康を維持し、彼女の生命を保全するためには、妊娠中絶が必要であると勧告した。

その病院の多数の臨床医に意見が求められた。彼らは、精神科医の勧告と同意見であった。2000年2月の初旬、減数手術（fetal reduction procedure）が実施され、X夫人は、死産で女兒を分娩した。

2001年5月1日に、豪連邦議会の一議員（ヴィクトリア州選出の連邦上院議員：a Senator for the State of Victoria）がその中絶に関して医療協議会（Medical Practitioners Board、以下「協議会」と呼ぶ。）に告発の手続きをとった。2002年4月に、協議会は、その医療処置と、病院を含む関連医師の行為とについて予備調査を開始した。

協議会は、その調査のために、病院に証拠書類の提出を求めた。X夫人は、その調査のために（病院が保持する）自分の診療記録を開示することには同意しないと病院に連絡した。

病院は、彼女の拒絶に拘わらず、協議会にX夫人の診療記録を開示すべきか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とと

ものに定めなさい。

YES そのような事例を調査することは公益に属することである。十分な調査を行うには、関連する情報と診療記録のすべてが必要である。

NO X 夫人が拒絶しているにも拘わらず、それらの診療記録を開示することは、彼女のプライバシーと秘密保持の権利に対して重大な侵害となるであろう。医療においてこの重要で基本的な原理に反しないことも、公益に属することである。

NO もし患者の記録を協議会に開示すれば、他の類似の医療上援助を必要としている深刻な状況にある女性は、援助を求めることや、彼女らの状況について医師に率直に話すことを思いとどまるだろう。最悪の場合、その困っている女性が、他の安全ではない中絶手段を求めることになるであろう。

本ケースについてのノート

判決

この事案は、その国（豪・ヴィクトリア州）の控訴裁判所に上訴された。この上訴での争点は、RW 病院が公益を理由とする秘匿特権 (public interest immunity) を根拠にして、協議会に患者の診療記録の提供を拒絶できるかどうかである。すなわち、その情報を開示しないことが公益に属するという主張である。病院の主張によれば、その公益を守るために、「公立病院において、産婦人科の医療を含む生殖問題に関して助言と治療を求める女性患者」の診療記録はすべて、強制的な開示を免除されるべきである、ということになる。

裁判所の判決では、病院は、その文書の提出を拒否するためのいかなる根拠も立証することができなかったとされた。

ディスカッション 情報

治療による介入の結果を監査することは、良好な医療を行う上で必要な標準的要件である。そのような監査をするには、たいていは、その処置自体に関与しない医療者（例えば、病理学者や管理職員）を雇用する必要がある。そのような人々は、治療を行う医師と同一の秘密保持の規範に服するが、医療のプロとして「need-to-know の原則（必要性のある人に必要のある範囲でのみ知らせるという原則）」に基づいて患者の個人情報入手できる。そのような情報の入手は、医療上の秘密保持違反とは考えられていない。本件に含まれるよ

うな調査は、同種のものである。ここで臨床医と管理についての実務が監査されているのは、患者医師関係に対する一般人の信頼の基礎となる専門職の規範を維持するためである。

治療に対する患者の同意には、その治療に関連するすべての人々が含まれているのであり、それには、「need-to-know の原則」を理由として、患者についての情報を、他の専門職、例えば X 線技師、病理学者、看護師などと共有することが含まれる。彼らが患者の情報を入手するのに別個の同意は必要とされていない。したがって、医療専門職の規範逸脱を調査する場合にも同様の考え方が当てはまると、十分に説明できる。

さらに、医療専門職に対する公の信頼は、医師と関連専門職が有する能力と専門職の規範に対する信頼に依拠しているし、彼らの能力と規範を患者は当然のことと考えている。もしそれら専門職としての規範逸脱を調査するために、当該ケースの事実を完全に開示することが必要とされる場合に、その調査で専門職規範が擁護されないならば、医療専門職に対する信頼は根底から崩れ去ることになるであろう。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー 2-3 2: 情報-犯罪者に関する秘密の保持義務

翻訳 宇治雅代

W は、銃で 5 人殺害し、2 人に傷を負わせ、司法精神病院 (secure hospital) に期限を設けない形で拘留された。W は市民の安全を脅かす可能性があると考えられた。拘留されて 10 年経た後、W は退院、もしくは退院することを最終目的として、まずは地域の医療収容施設 (regional secure unit) に転院されるように、精神疾患の再調査について裁判を申し立てた。

病院の担当医官は、W は薬物で治療する統合失調症に罹患していると診断し、彼の申し立てを支持したが、それは国務大臣 (Secretary of State) から反対された。W の事務弁護士は、顧問精神科医師の E 氏に、W の医学的な状態について検討して報告するように指示した。彼らの意図は、W 氏の裁判の申し立てを支持するためにその報告書を使用することであった。

E 医師は、W の転院に強く反対し、さらなる検査と治療を勧告した。彼は W が長期にわたり小火器と爆発物に興味を抱いていることに注目した。E 医師は、自分の報告書が裁判で提出されると考えて W の弁護士に報告書を送付したが、W はその報告書の内容から考えて事務弁護士を通して裁判の申請を取り下げた。

E 医師が、W の裁判の申し立てが取り消され、裁判所も W の施設も自分の報告書を受け取っていないことを知った時、彼は自分の病院の責任者と連絡をとった。その責任者は、W の事例について E 医師と話し合い、W の今後の治療のために W の病院は報告書を受け取るべきであるということに同意した。E 医師の働きかけで、W の病院は国務大臣 (Secretary of State) に報告書のコピーを送り、今度は国務大臣が、本件を裁判所に付託したときに、検討資料としてその報告書を裁判所に転送した。

E 医師は、自分の報告書を国務大臣に送付すべきであったか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

YES この事例において、W によって実行された殺人の数と性質とは、市民に、安全に関する重大な懸念を生じさせる。W の治療と管理に責任ある当局には、たとえそれが W の秘密保持の権利に反していたとしても、W の状態に関する十分で詳細な情報が与えられなければならない。

NO W は秘密保持の権利を持つ。これは単に彼の権利ではなく、この権利を行使することは、広い意味での公共の利益となる。さもなければ、精神疾患の人は医療者とは協力できなくなる。

このケースについてのノート

判決

この事案は、控訴院の民事部(Civil Division) で審理された。E 医師が W に関する秘密を保持することによる公的な利益とそれとは相反する報告書の開示による公的な利益とを秤にかけた結果、裁判所は「報告書の開示に賛成する」という判断を支持した。W による殺人の数と性質は、転院判決に至る判断が直接あるいは間接的であったとしても、W を管理監督する当局が十分な情報に基づいてそのような殺人が起こる危険性が容認できるほどに小さいと判断できない限り、そのような判決はなされるべきではない。

したがって、結局は、E 医師は W の状態に関して多くの情報をもっていたため、W の将来に関する決定をなす上で責任のある当局へその情報を伝達したことは正当化された。そのような情報を隠蔽していれば、国務大臣や病院が、公的な安全についての問題に関連する詳細な情報を得る機会を奪っていたかもしれない。

ディスカッション 犯罪者の医学的な個人情報の保持

医学的な情報の秘密保持は、守られるべき必須の権利でもあり、医療スタッフはこれを尊重するよう義務付けられている。この義務は、“生命倫理及び人権に関する世界宣言(Universal Declaration on Bioethics and Human Rights)” の第 9 条の中に表明されている。

当事者のプライバシーと個人情報の秘密保持は尊重されるべきである。最大限可能な限り、そういった情報は、国際法、特に国際人権法に整合して収集され、同意が得られた目的以外には用いられず開示されたりすべきではない。

秘密保持は、医師と患者の間の信頼関係を構築するだけでなく、治療的な効果を強化するものである。しかしながら、この義務は絶対的なものではなく、時として、公衆、たとえばそれがたった一人の人を指す場合にも、この義務は取り下げられる。

危険にさらす可能性がある人々から市民を守るべきかどうかを決める際には、脅威の深刻さと切迫性を考慮しなければならない。これらの要素が、情報を開示することが倫理的であるかどうかを決定づける。

罪を犯した人の拘留期間に様々な出来事があったかもしれない。怒りのマネージメント、性的な問題への対処、彼らの犯した罪への正面からの立ち向かい方などの講習に参加したかもしれない。そのような対応の結果、そして相当な時間が経過したため、もう他人に危害を加えないとみなされるかもしれない。そのような変化が生じたにも関わらず拘束しておくことは、生まれながら自由であり尊厳と権利において平等である個人として、犯罪者を尊重しないことになるであろう。

さらに、加害者の再犯の可能性について判断を下すことは大変難しい。市民もまた、自分たちの生命と自由が脅かされないという権利をも含む諸権利を有する。従って、加害者の再犯の可能性の判断過程は、徹底的で包括的でなければならない。どのような関連事項においても、専門家の見解を得る場合に、入手可能な情報を隠すことは、評価プロセスが徹底的かという点で信憑性を落としてしまう。そのような隠蔽は、非倫理的であり、今度は保護されるべき公衆の利益を損なうことになる。

我々は、そのような決定とその倫理的な意味合い (implications) は、異なる見解を持つ多方面の人々によって構成される委員会において検討されるべきであると提案したい。

ユネスコ・生命倫理コア・カリキュラム、2011
『利益と害についてのケースブック』2

ケーススタディー2-33：雑録—医療の広告と宣伝

翻訳 山崎康仕

ある国（Hong Kong）の医療評議会（Medical Council）は、これまで医療に関する規定集を定立してきた。その中には、医師に専門職規範を遵守させることが含まれている。

その規定集は、とりわけ、医療に関して、医師による適正な宣伝方法を規定している。その宣伝方法の中には、サービス（診療科目・内容）と料金を広告することが含まれている。医師は、自分の資格や提供するサービスと処置について、一定の基礎的な情報を伝えることができる。その方法としては、ウェブサイト、診療所内や診療所のすぐ外のサービス情報に関する掲示や看板、そして医師の電話帳がある。しかし、その規定集は同じ情報を新聞や、雑誌、その他の印刷メディアで伝えることを禁止している。規定集はまた、医師が掲示できるサービス情報の数を5項目に限定している。さらに医師が一般人に講演をしたり、テレビやラジオの番組に出演したり、書物を出版して医療上または保健上の進歩について一般人に情報提供を行ってもよいとしているが、その場合に、医師は、「*医師自身の経験や技術、評判あるいは実務について言及する場合には、宣伝していると解釈できる方法で言及しないということを保証しなければならない*」。

K 医師は、サナトリウムと病院の副院長である。彼は、病院のサービスについての情報、とくに一般人が利用できる治療と技術についての情報を発信する責任者である。

K 医師は、この厳格な規定集のゆえに、国民は、医師とその実務について十分な情報を与えられていないので、どの医師を、そしてどのような医療サービスを必要としているかに関して、真に十分な情報を与えられた上での選択できないと考えている。**K** 医師によれば、これらの規定の、違反に係わる懲戒手続きに対する恐れのために、医師は、利用できるサービスや技能、技術について一般人に完全な情報提供を行うことを制限されている。

医師が、公に医療の話をする際に話題の分野における自分の経験と技能に言及しないのは実際的ではない。医師の話を書く聴衆は、話題となっている問題について、医師の個人的な経験について知りたいと考えているものである。

K 医師が想定していることは正しいか。

ここに、すべてではないが複数の考えられ得る解決法がある。これを他の解決案と共に議論しなさい。倫理的な論点を明確にして、あなたに最も当てはまる解決策をその理由とともに定めなさい。

NO これらの制限の目的は、高い水準の医療を維持することである。それらの制限は、医療専門職のイメージに資する。

YES その規定集の制約は、健康問題と医療の進歩についての重要な情報を一般人から奪うだけである。このことは、その専門職のイメージには有益かもしれないが、一般人には利益にならない。というのは、一般人は、新しい治療方法に関する知識を得られないままになるからである。一般人が医療の料金とサービスについてより多くを知ることによって得られる利益と、医療専門職がその専門職の尊厳を保持する義務とを比較衡量すると、一般人の知る権利の方が、専門職の尊厳よりも重要であると考えねばならない。というのは、後者は、他の方法で維持することができるからである。

本ケースについてのノート

判決

この事案は、その国の裁判所に提訴された。裁判所の判決では、その規定集における禁止は、明らかに、医師間の競争を公平に保つために必要な最小限の介入ではない、とされた。評議会が当該制限を正当化する根拠を何も提示しなかったため、K医師の批判は妥当なものとして是認されねばならない。裁判所は、宣伝可能な項目を5項目に制限することによる表現の自由への介入を正当化する十分な理由は何もないと付け加えた。さらに、医師が、新しい医療上の技術や処置について語る際に、自分の個人的な経験、技能、評判に少なくとも間接的に言及しないことは、実際上の問題として不可能である。医師の信頼性を検証できずに、どうして一般人が医師の提供する情報を重要視するだろうか。

その規定集は、利用できる医療サービスについての重要な情報を一般人に提供することを制限している。医師がある新しい技術や処置や手術について一般人に語ろうとするたびに、規定集は懲戒手続きのリスクを医師に課している。医師は、一般人に語るという方法をとることによって彼らの実務を不可避免的に広告することになるし、その結果、その規定集の

自己広告に対する制限に違反することになる。その結果、医師は、一般人の正当な関心事である医療上または保健上の進歩について遠慮なく話すことを控えるようになるだろう。その規定集で、付随的に生じる自己広告を制限することは、立法趣旨とは釣り合わない働きをすることになる。

ディスカッション 医療の広告と宣伝

医療の広告と宣伝の問題は、最近数年間、西洋世界の中心的な関心事となってきた。個人の職業の自由が基本的権利と考えられるようになるにつれて個人が専門職のサービスを宣伝する自由へさらに扉が開かれるようになった。宣伝を部分的または全体に制限することは、次のような他の重要な原理を考慮して立法化されている。すなわち、その専門職に対する尊重という原理、とりわけ、医師同士の競争を防止するという原理である。その競争では、若年の医師が害されたり、富裕な医師だけにその分野が限定されたりすることが生じるのである。

情報発信行為を許可または禁止するいかなる決定にも利益と不利益があるということに留意すべきである。たとえば、もし医師がそのサービスを無制限に宣伝することを許可されるならば、医師は、虚偽の主張を公表したり、誤った希望を鼓舞したりするかもしれないし、また、逆に、医師は、治療が失敗すれば、彼らの「名声」を傷つけるかもしれない難病患者の治療を拒絶するかもしれない。他方、もし様々な医師の長所や経験についての情報の公開を控えるならば、おそらく患者は、ある特定の医師が患者の疾病を治療する専門医であるということを知らないことになる可能性がある。

さらに、真正の臨床資格 (*bona fide qualifications to practice*) をもつ臨床医は、彼らが資格をもつ分野のサービスを遂行する上で信頼できる者であるとみなされるべきである。それゆえ、臨床医が、患者が利用できる資格範囲を宣伝することは適切である一方、臨床医が他の有資格の臨床医に比べてより適格性を有すると主張することは、臨床医のプロフェッショナルリズムを根底から崩すものであると考えられてきたのである。