

生命と人権

人権問題の最前線

—どこから読んでもかまいません—

医療・医学と人権

インフォームド・コンセントをめぐる

土屋 貴志(大阪市立大学文学研究科准教授)

医療と インフォームド・ コンセント

医療は病気を治すために行われます。そのために医療者は患者の身体を、さわったり、手術を行ったり、薬を飲ませたりします。しかしながら私たちは、《勝手に自分の体にさわられたり、体の部分を切られたり、薬を飲まされたりしない権利》をもっています。そこで、《たとえ病気を治すためであったとしても、本人の了解を得ないで患者の体をさわったり切ったり薬を飲ませたりしたならば、それは「暴行」を加えたことになるのだ》という考え方が有力になってきました。すなわち《患者に医療行為を行うに先立って、患者の病気はどのような状態にあり、どのような医療行為を何のために行うのか、成功する確率はどのくらいか、どんな危険

性や副作用や後遺症がどのくらいありうるか、ほかにはどんなやり方があり両者を比較した場合のメリットとデメリットは何か、といったことを患者本人にきちんと説明し、患者が正確に理解して承諾を与えてからにすべきだ》と考えられるようになります。これを「インフォームド・コンセント(情報を与えられた上での同意)」の考え方と呼びます。

「コンセント」とは「同意」ですから、主語は必ず患者でなければなりません。「医師がインフォームド・コンセントをする」という表現をしばしば見かけますが、これはインフォームド・コンセントの考え方をまったく理解していない証拠です。

人を実験台にする必要性

ところで、《この治療法を行うと患者の病気が治る》と、ど

うしていえるのでしょうか。それは、その治療法を患者に実際に試してみても効果があったからにはかなりません。つまり医療の発展は、人間を実験台にした研究を繰り返して、成功例と失敗例を無数に積み重ねることによって成し遂げられているのです。

もっとも、みなさんの中には「人間を使って実験しなくても、治療効果は動物実験で確かめられるはずだ」と思う人がいるかもしれません。しかし、動物実験でいくら成果が上がったとしても、実際に患者がその方法で治らない限り、治療法として認められることはありません。人間と動物では生理学的な違いがあるので、たとえば動物で効果が認められた薬でもそのまま人間に効果があるとは限りませんし、そもそも、人間に感染したり病気を発症させたりする菌やウイルスが、動物には感染しなかったり感染しても病気を発症させなかったりする場合もある

のです。

そして、医学が科学的になり治療効果の実証的裏づけが求められるれば求められるほど、科学的に厳密な実験がますます必要になります。今日では次のようなものが最も厳密で科学的な治療法開発実験とされています。ある病気の患者のできるだけ属性を揃えた集団を作り、開発中の治療法を行うグループと、行わないグループ（対照群）とに、各患者を無作為に割り付けます。そして「プラシーボ効果」（治療してもらった）ということだけによる効果）を差し引くために、個々の患者がどちらのグループに属しているかを、患者自身や医師にすらわからないようにします。そうしておいて、開発中の治療法を行ったグループのほうが、平均的にみて対照群よりも高い効果が上がっているかどうかを調べるのです。

人体実験の インフォームド・ コンセントの問題

医学研究では患者を実験台にせざるをえないので、通常の治療面よりも、さらに厳格なインフォームド・コンセントが必要になります。しかしながら、ここには医学実験ならではの複雑な問題があります。

第一に、従来の標準的治療法が効かない患者に新しい治療法を試してみるような場合にはとくに、実験なのか治療なのかわかりにくくなります。ときには、非常に実験性が高く危険も大きい方法すら、治療の名の下に行われかねません。

第二に、予防薬の開発や、人体に関する生理学的知見を得るための実験では、何の病気にもかかっていない健康な人を実験台にしなければならぬ場合もあります。たとえば新薬開発の毒性試験では、健康な被験者を危険にさらすこととなります。また、HIV感染予防薬の開発実験で、被験者が開発中の薬の効果を過信してHIVに感染してしまうということも起こりました。

第三に、健康な人を実験台にする場合はもちろん、患者を実験台にする場合にも、他の同じ病気の患者や将来の患者のためには貴重なデータとなり医学の進歩に貢献するけれど、実験台になる本人にはなんら利益がないと明らかな研究があります。しかし、このような実験が患者に対して行われる場合に、患者本人は、いくら説明されても、どうしても何らかの治療効果を期待して実験台を志願してしまうことがあります。

おわりに

以上に述べたように、人間を実験台にした研究は医学にとつて必要不可欠なので、医学研究倫理は医療倫理学の重要な柱をなしています。治療と研究のちがいをよく理解して、求められているのはどちらのインフォームド・コンセントなのか、きちんと見分けていくことが大切です。

医療と人権

佐々木 洋子(神戸松蔭女子学院大学非常勤講師)

医療とはいったいどのようなものだろうか。私たちは何かトラブルに直面し、そのトラブルが心身に関わるもの——病氣——と考えたとき、病院や診療所などの医療機関を訪れる。現在では、病気を治すには医療はもつとも有効な手段とみなされていて、少なくとも「先進国」では、医療を受ける権利は基本的な権利として、国家の保障すべき事柄の一つと考えられている。また、社会にとつても医療は大事である。人はふつう社会の一員として、自分の立場(親、妻、子ども、学生など)に応じて様々な役割を担っている。同様に他の人々も役割を担っていて、それらがうまくかみ合うことで、社会の秩序だった営みが成立している。だが、病氣のために役割を遂行できない人があまりに多くなると、その営みは成り立たなくなってしまう。これを防ぐためにも人びとを健康に戻す仕組みが必要になる。医療保険制度はこれらの一つの場合である。

こうしてみると、医療は私

ちの生活において重要で不可欠のもののように思えるし、おそらく実際にそうである。だからこそ私たちは、医学の研究が蓄積されること、これまで知られていなかった病氣や治療法が「発見」されることを、素直に「よいこと」として捉えがちであるし、医療が十分に受けられないことこそ、基本的な権利が損なわれていると感じるのである。

だが、医療をめぐる営みは、もう少し複雑である。医療は治療という実践的な営み以外にも様々な働きをもっている。以下ではこのことについて少し考えてみたい。

医療をめぐる問題を考えるために、治療の対象となる、病人や病氣について考えてみよう。私たちは、ある人が病氣だと知ると、それによって振る舞い方を変えることがある。わかりやすくは、病人に対して「病氣になったことは仕方がないから、少しの間なら仕事(役割の遂行)を休んでもいいよ、そのかわりなるべく早く回復してね。そのためには病院にいった方がいい

よ」といったような態度をとる(もちろん現実には、そうならないこともある)。そして病人側もこれに応え、病人として振る舞うように期待されている。

病氣は私たち自身の体にかかることでありながら、自分自身では「理解(対処)」できないものでもある。私たちの身体で起こっていることは、複雑すぎて「素人」の私たちには理解できない。このことは、健康なときはあまり意識されないが、病氣になると途端に困ってしまう。自身の体内で何が起きているのか、どうすればいいのかわからない。そこで、専門家である医師の助けを求めるのであり、多くの人は、そうすればトラブルは解決すると考えている(実際には医師にもわからないことはたくさんあるのだが)。つまり、医療を利用するということは、自分がどのような状態であるか、どうするべきかについての判断を、多かれ少なかれ、他者に委ねることもある。

では、こうした営みを成り立たせる医師の知識とはどのよ

うなものか。日本の場合、医師が持つのは「近代医学」に基づく知識であるが、治療法に関するものだけでなく、「何が病気か」という判断にも及んでいる。これらは当然、いずれも人間が生み出した知識である。しかし、治療法については比較的そのことが理解されやすいが、「何が病気か」という判断もそうであることは忘れられがちである。私たちは、ついつい、アプリアオリに病気があると考えがちだが、実際には、人間がある心身の状態を「望ましくないので治療すべき」とみなして初めて、病気が「発見」されるのである。つまり病気とは、そもそも「望ましくない」という意味が付与されているのであり、私たちの振る舞いは無意識のうちにそれを前提としているのである。

近年では、病気とみなされる事柄が増えていく。従来は医療の問題として考えられていなかった事柄も、医療の問題（つまり「病気」や「障がい」とみなされていく。例えば、過度のアルコール摂取は、個人の意志の弱さによるものではなく、依存症という病気によるものと考えられる。これを「医療化 (medicalization)」という。医療化は医療的な関心以外、例えば関連する製薬企業に利益をもたらすといった理由によっても促進される。

では、ある状態が病気と見なされると、何が起きるのだろうか。それには「明るい面」と「暗い面」がある。「明るい面」について見てみよう。医療化の対象となった事柄は、そもそも「望ましくない状態」として「問題」視されていた事柄である。治療対象となることで、この「問題」は治療可能である、つまり解決可能であるという希望が生みだされる。また、治療という対処方法は、他の方法（例えば司法による統制）に比べて、人道主義的で、柔軟で効率的である。

他方で「暗い面」もある。ある状態が医療化されると、その状態は、病気の一症状であり、本人の意志によるものではないとみなされる。そうすると、その人は自分の行動の責任を取ることができない人（自分の意志では行動をコントロールすることができない人）とされ、一人前の人間として扱ってもらえない可能性が生じる。また、ある「問題」を病気の症状とみなして治療を施すことは、その原因を個人に帰することになり、現在の社会制度が「問題」の原因となっているかもしれない、という可能性を無視してしまいやすい。例えば、「子どもの「問題」行動は、教育や家族などの制度的な問題に起因しているかもしれないが、そういった可能性は考慮されず、子どもを矯正することのみが優先されてしまう。そして、ひとたびある事柄が医学的な問題として定義され、解決が医師に委ねられると、一般の人々は、その事柄や、その経緯について、考えたり議論したりしなくなり、自分たちでその事柄に対処することも困難になる。その「問題」を抱えたときには、とにかく医師のもとを訪れるべきだと考えるようになるだけでなく、そうしなければ、周囲から責められる場合もある。

はじめに述べたように、通常、医療とは私たちにとって有益であることは間違いない。また、病気の経験がすべて望ましくないとはみなされるわけではない、個人的に意義深い体験として意味付けられることもある。だが、こうした事実によって、また、こうした事実が素晴らしければ素晴らしいほど、忘れられてしまう面がある。医療には様々な面があり、私たちが医療という言葉でふつうイメージする「治療」は、それを構成する一部に過ぎない。病気というラベル自体が、ある状態に対する人間の道徳的な価値判断（善し悪しを決めること）であるという側面は忘れられがちであるし、それがどのようにして構成されてきたか、それが用いられることで、どのような影響があるのかといった面は、忘れられがちである。医学的な枠組みを通して他者と接するということは、そうした面と無縁ではないし、そうした面こそが、他者との相互作用に影響をもたらしているのである。



べてるの家の「当事者研究」

浦河べてるの家著

医学書院 2005年

「浦河べてるの家」とは、北海道浦河町にある、主に精神障害者が地域で様々な活動を展開している共同体である。そこで精神障害をかかえる当事者が、自身の苦悩に向き合い、仲間らとそこからくりを解き明かしていくのが「当事者研究」である。

本書の「研究事例」は、地域社会からみれば「怖い」「不気味」と映る姿、例えば幻覚、妄想、リストカット、爆発、被虐待体験、多重人格、などが並び、堅苦しい研究ではなく、ありのままの自分を解放し、抑圧された感情や本人なりの意味づけを、研究仲間との対話からストーリーを作る作業である。困り事に対して、あえて憎めないような愛らしいネーミングにしたり、可笑しいキャラクターを創造するなど笑いと共に、新たなストーリーが書き換えられる。堂々たる「研究結果」には、もはや不気味、不可解という文字はない。

自分に取り込まれた苦悩は、研究により外在化され、自ずとそのつきあい方が変容し、効力ある対処が可能となる。本人のみならず、研究仲間も、そして読者にも、頭上のもやもやした雲が晴れていくような感覚が心地よい。そこには、苦悩が精神障害者だけの特別なものではなく、私もその研究結果から学べる普遍的な苦悩が横たわっているからだと思う。

精神障害者本人の世界観を本人の視点から理解することができ、そして、いまや精神障害者福祉領域にとどまらず、多領域、海外にも知られるようになった「当事者研究」を知ることができる、良書である。

清水 由香（生活科学研究科 助教）



重い障害を生きるということ

（岩波ブックレットNo.671）

高谷 清著

岩波新書 2011年

著者は、心身ともにきわめて重い障害のある子どもや成人へ必要な医療と介護を行っている「びわこ学園」に勤務してきた医師です。著者は、このような人達の日常を細やかに捉え、人が生きるということ、その生を保障する社会について語っている。障害者はもちろん、障害者を取りまき支える人々の生き方について、考えさせられる本です。『『生きているのがかわいそうだ』『生きているほうがよいのであろうか』ではなく、『生きていることが快適である』『生きている喜びがある』という状態が可能であり、そのことを実現していくことが、直接かかわっている人の役割であり、そのようなことがなされるように社会的なとりくみをおこなうことが社会の役割であり、人間社会の在りようではないかと思うのである』という最終章での著者の言葉が印象的です。

米澤 広一（大阪市立大学法学研究科 名誉教授）



終の信託

朔立木著

光文社文庫 2012年

折井綾乃が公害喘息患者江木の担当医になってから、十数年が経過していた。機械の設計技師をしていた知的で穏やかな江木は、炎症の繰り返しと薬の副作用で気道が変形し、重篤な発作を頻繁に起こして入退院を繰り返すようになっていた。ある日、発作がおさまったあと、江木は綾乃に言った。…つくづく疲れました。そろそろ終わりにしてもいいんじゃないか。ベッドにつながれて、醜態をさらしながら苦しみ続けなければいけないのかと考えると、たまらない…、お願いがあります。ただ生かしておくためにいつまでも苦しめないで。ひどく汚れないで終われるように…。僕は先生を一番信頼しています。そうなった時には、決めてください。もう我慢しなくても許される時を…、僕は先生に預けます…。

それから三カ月ほど経ったある日、江木は道路で倒れているのを発見され、救急車で病院に運び込まれる。家族に黙って家を出て、多摩川に向かって歩いていったという。心拍が戻り、自発呼吸が戻っても、脳の浮腫が確認され、二度と意識が戻らないことは明白だった。江木の信託に応えなければならない。綾乃は覚悟を決めた。回復の見込みがないこと、気管内チューブを外せば最期になることを家族に説明して、チューブを外す。しかし…。

綾乃はその後、殺人罪で逮捕される。ベテランの医師がなぜ罪に問われねばならなかったのか。この小説は実話にもとづいており、『私がしたことは殺人ですか?』という本も出版されている。映画化もされていて、綾乃を草刈民代、江木を役所広司、綾乃を追い詰める検事を大沢たかおが演じている。

梅宮 典子 (工学研究科 教授)