患者の自己決定権を考える
―その思想的背景から―

女性放射線腫瘍医の会（JAWRO)

2016年4月16日（土）

- パシフィコ横浜（日本医学放射線学会）

山田　有希子（宇都宮大学　　哲学・倫理学研究室）

◆山田　有希子

宇都宮大学　教育学部　所属　　哲学･倫理学　担当

◇ドイツ観念論哲学　ヘーゲル　G.W.F. Hegel　1770－1831

カント　I. Kant　1724-1804

「弁証法（Dialektik)」「矛盾（Widerspruch)」

「生（Leben)と死」 の 概念分析　を軸に

･･･ 基礎論･原理論

◇「生命（医療）倫理」研究

終末期医療における患者の自己決定について

介護福祉士 / 病院倫理委員会委員　･･･ 応用･実践 1

◇「道徳」「倫理」教育　研究　･･･ 応用･実践 2

宇都宮大学　附属小学校　道徳　授業　共同研究者

死生学教育 （「死への準備教育」）

§０　患者の自己決定権を考える意味

§１「生命倫理学」(bioethics)における自己決定権の概念

§２　自己決定権 と インフォームド・コンセント
ー 医師と患者の関係モデル

§３　展望と課題　：　今後の生命倫理学のあり方について

§０　患者の自己決定権 を 考える意味

■Q　次の事例において、担当医師はどうすべきであるか？

　３３歳の女性ボクサーが、ウエルター級チャンピオン戦で、頸椎を損傷。C1とC2の部位損傷のため、首から下が麻痺し、人工呼吸器が取り付けられた。

　ただし、意識は十分に清明であり、自分の症状を理解している。直近の3ヵ月間で改善は見られず、回復の希望はなかった。

　彼女のマネージャーが医療に関する代理人（health-care proxy)であり代理人委任状を保持している。

　患者はいらいらした様子は見せるものの、鬱状態にはなく、繰り返し、そして明確に、人工呼吸器の取り外しを要求している。あなたはどうすべきと考えるか？

【樋口　２０１５　】

a. 彼女の要求通り、人工呼吸器を取り外す。

b. 人工呼吸器を付けたままにするための裁判所命令を得る。

c. 人工呼吸器の取り外しについて家族の同意を求める。

d. 人工呼吸器の取り外しについて医療代理人であるマネージャーの同意を求める。

e. 患者を鎮静剤で落ち着かせて、人工呼吸器をとりつけたままにする。

（1） 日本における「自己決定権」をめぐる動向

■臓器移植法（臓器の移植に関する法律）の改正から

◆改正前：患者（成人）の提供の意思表示あり→家族に拒否権あり

◆改正後：患者（成人）の提供の意思表示あり→家族に拒否権あり

☆　提供反対の意思表示なし→ <u>家族が判断</u>

＊個人の自己決定権以上に家族の判断が重要視される。

＊そもそも、日本は自己主張を是としない風潮や文化がある？

（2）世界医師会宣言から

◆自己決定権　＝　患者の権利のうち、もっとも重要な権利

→　その尊重は、患者の権利全体、および、

医療のあり方（評価）に関わる

◆リスボン宣言（WMA　2005）

１１項目中　第3項目　：　自己決定の権利

3．自己決定の権利

a.　患者は、自己決定一自己に関して自由な意思決定をする権利を有する。医師は、患者に対して、患者の意思決定によって生じる結果について知らせるべきである。

【大野　2013】

（3） アメリカ由来の生命･医療倫理学（Bioethics）
四　原則　における　自己決定権の位置づけ

1）与益　(beneficence)

患者の利益になるようにせよ

2）無危害　(non-maleficence)

患者に害を与えるな

利益＝善　⇔　害＝悪

医療行為が目指す価値

3）自律尊重（respect of autonomy)

患者の自律を尊重せよ

医療行為の決定プロセスに関わる原則

1）2）の 「価値」は自律尊重の原則に基づいて決めよ

☆4）正義ないし公平（justice and / or equality)

正義ないし公平を保て

患者の自由の制限に関わる原則

1）～3） の　基準をチェックする　第三の視点

☆　4）正義ないし公平（justice and / or equality)　 に注目

患者の自由･自己決定【　原則1）～3）　】が、
他者に不当な危害を及ぼすものではないか、
不公平にならないか等、を考える視点

↓

＊生命倫理の原則

･･･　必ずしも、患者の自己決定　至上主義ではない。

＊「他者」 ･･･　 他の患者 （公平な医療資源の配分） / 潜在的な患者。
家族　 （精神的･身体的に不当な負担がないか）。
医療従事者 （無理な治療の強制はないか）

参考1）「日本尊厳死協会」より

「尊厳死法の法制化を求める運動」の目的

①患者の意思に基づいて、「延命治療」を中止できるようにすること。

→患者の自己決定の重視

「いかに医学が進歩しようとも、不治の病、終末期医療においては、進歩した延命措置が、

むしろ患者に苦痛を与える場合がある。」

と同時に、

②その際、医師が免責されるようにすること。

→医療従事者の保護　（社会的公平性）

＊ただし、実際上は、尊厳司法がなくても医師の法的な免責はなされるというのが法学界での多数意見。

Ｑ ドクターのみなさんとって
「生命／医療倫理」はどのような印象のものでしょうか？

Cf 「リンリ、リンリと夜も眠れず」

ある大学病院教授の悩み（？）

→ 生命倫理は、患者「さま」だけのものではなく、

医療従事者の利益も配慮するもの。

§１「生命倫理学」(bioethics)における自己決定権の概念

（1） 応用倫理学　と　倫理学

◆生命倫理学　＝応用倫理学（applied ethics）の一分野

- 1970年代以降
- 基礎倫理学を原理にしつつも、
  その限界の自覚と乗り越えを目指し、
  現代社会の緊急の問題に答えようとする分野。

１）生命倫理学（bioethics）

◆脳死・臓器移植問題　◆安楽死・尊厳死問題
◆クローン（人間）問題　◆生殖医療問題

２）環境倫理学（environmental ethics）

◆地球温暖化　◆エネルギー資源問題　◆持続可能な開発（南北格差）
◆未来世代への責任（新しい責任概念）

３）情報倫理学（information ethics）

◆個人情報保護法の制定　◆遺伝子情報の取り扱い（cf. 生命倫理問題）

４）企業倫理学（business　ethics）

◆企業の社会的責任／コンプライアンス

◆企業の私的利益追求　ｖｓ　社員個人としての倫理　◆知的財産権

５）工業倫理学　もしくは
技術倫理学（engineering ethics）他

◆「基礎」倫理学(Ethics, Moral Philosophy)一般の起源

「哲学（Philosophy）」の一部、それも、中心的な部分

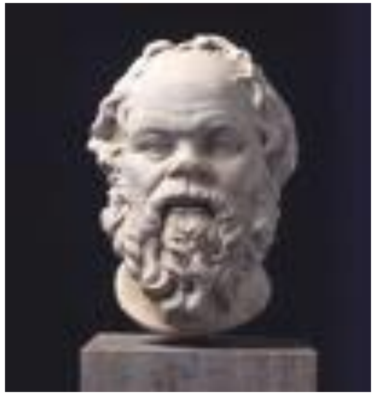
- 人間の行為、生き方についての善悪、 あるいは、
- その評価基準等を探求する学。

Sokrates (BC470/469-399)

「いちばん大切なことは、

たんに生きることそのことではなくて、

善く生きることである」（『クリトン』48b）



【　考察　】

① 「応用倫理学」の「応用」の意味とは～～

「前例のない事例」に対処するために要請された学

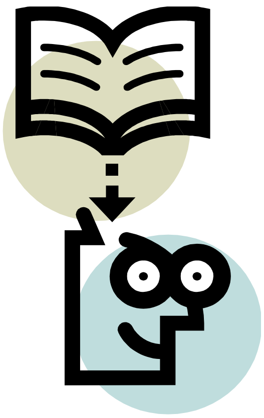
cf 「新しい倫理学」をつくる　　by　Tom L. Beachamp

ex1）免疫抑制法・人工的延命装置

⇒「　臓器移植　」が可能

⇒「　心臓　　」死から

あらたな　死の基準「　脳死　」



ex2）　生殖補助技術（人工授精、体外受精）

⇒「代理母」出産が可能

⇒「遺伝的母」と「産みの母」の分離

⇒伝統的「家族」観への影響

以上のように。。。。

★「生命倫理学」をはじめ応用倫理学の諸問題

登場の背景にあるのは･･･

→「　科学技術の進歩　　」

◆応用倫理学の登場　～その背景は？

◆「科学技術の進歩」

「以前は、できなかったこと」

・・・・→「科学技術の進歩」・・・・→

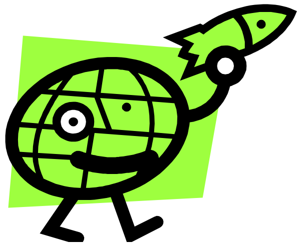
「今は、できること」になった。

⇒しかし、「できること」ではあるが〔可能性の拡大〕

「すべきことか？」　　・・・　善

「してもよいことか？」

「してはいけないことか？」　・・・　悪



◆新たな「問題」に対して、

一定の「判断・結論」を下す際。。。同時に、

（新たな）「根拠」（原則）を模索しなければならない。

判断　・　結論

↑

根拠　（原則)

例）　問題　「脳死」は人の死とみなしてよいか？

◆2016年現在の
日本社会の判断・結論は・・・

◆「判断・結論」

「脳死」は、法的に人の死としてみなしてよい。

（＊脳死判定、臓器摘出の手続きへ）

◆「根拠・原則」

ただし、脳死患者本人の自己決定、自由意思尊重を原則（書面による意思表示）とする。

（＊不明な場合には、遺族による代理決定）

cf　平成21年7月 「臓器の移植に関する法律」一部が改正

（2）倫理学・哲学者の果たすべき　or 果たしうる役割

1） 学術論文、メディアでの発言を通じて自分の見解を公表
2） 国家の諮問員会の一員として医療政策の決定に参加
3） 病院などで同様の委員となる
4） 特定の医療組織の一員として医療関係者の育成・教育に携わる
CBEL　東京大学　生命・医療倫理教育研究センターhttp://cbel.jp/modules/pico/about.html
5） 特定の医療組織の一員として、医師-患者関係についての相談など、個々の臨床上の方針決定に関与する。

【　品川　1998年】

ただし、医療の「素人」に過ぎない哲学者・倫理学者
→＜医療の専門家＞に対して、＜言葉の専門家＞として、
医療者の代理人として「医療の現場を、記述、分析、整理する」役割

【　清水　1998年】

さらに、「生命倫理学」の営みについて（補）

（『医療現場に臨む哲学』　清水哲郎　勁草書房　1998年　p2）より

「 医の倫理とか　生命倫理とかいっても、
そこで本当に問われているのは、
考えることが専門家に委ねられているような問題ではなく
およそ人間はどうあるべきか、どうあるのがよいか、という
だれもがどこにおいてでも考えざるをえない問題
にほかならない」

◆生命倫理問題の特徴

①「学際的」領域　（医学／法学／宗教学／医療経済学　等々）

諸科学の専門化　（　タコツボ　化　）

専門家と非専門家、専門家同士の分離の克服へ

②問題の当事者＝全「市民」

「市民」の立場から、誰もが潜在的患者として考えるべき問題。

→哲学者・倫理学者の役割

＊自分の見解も含め、多様な判断に適切な言葉を与え、

対話や民主的討議の場に乗せること。

(3)「生命倫理学」の誕生　と　自己決定

◆　日本への導入；1970年代後半から

1979年8月15日　上智大学にバイオエシックス使節団（Sargent Shriver,Engelhardt Jrら）が来日。

【講演内容】 日本においても

伝統的 「 医の倫理 （medical ethics）」から、

アメリカ型「Bioethics」 モデル　　　　への転換を　！

◇バイオエシックスの原理　＝　自己決定権

- ◆ 自己決定権（self-determination)

  自律性原理（autonomy)　〔←→　他律性〕

ある人格(person)(＝権利の主体)は、

・他者に危害を及ぼさない　限り、

・他者から強制　されることなく、

自分の人生や身体の処遇について決定を下せる権利を有する。

◇思想的背景

自由主義（leberalism, libertarianism）

by J. S. Mill

① 判断　能力のある大人なら　…「理性」のある大人なら

② 自分の　財産　、　身体　、　生命　にかんして、

③ 他人に　危害　を及ぼさない限り

④ たとえその決定が、愚かなことに〔周りからは〕見えても

…「愚行」権

⑤ 自己決定の権限をもつ

Cf 『現代倫理学入門』加藤尚武　講談社学術文庫　1997年

§2　自己決定権　と　IC

ー医師と患者の関係モデル

（1）牧師モデル【医師主導型】　牧師　　と　信者

（or 父　と　子　／　知る者　　と　知らない者）

（2）工学モデル【患者主導型】

医療技術提供者　と　技術享受者

～　科学（技術）としての医療（技術）

【　村岡　2007年　】

（3）共同行為としての医療　cf　清水

（1） 牧師モデル【医師主導型】

◆伝統的パターナリズム（父権主義）に由来

＊古代ギリシャ時代

「西洋医学の父　ヒポクラテス（BC459—350）の誓い」

“専門職集団”としての医療者という位置づけ

⇒専門職　（Profession）集団　とは？

⇒専門職集団　とは

cf 『生命倫理とは何か』(市野川　容孝　平凡社　2002年)

1）　専門 性　：

一般人にはない特殊で専門 的な知識

その専門性は、制度 化されたもの　　～　免許　制

2）　自律 性:

自分たちがおこなうべき職務が何であるかを、

他の社会集団から干渉 や支持 を受けずに

自律的に決定できる。

◆中世　以後　キリスト教の「愛」の理念 が追加

paternalism（　父権　主義・　温情　主義）

「　pater(father)が、親の権威　によってわが子のことを
配慮し、その子の為に、助言し　干渉　すること。
また、場合によっては　子供を保護するという理由で
強制を加え、温情は見せるが、相手の権利を認めないこと」

（2）工学モデルへの移行
― 患者主導型の自己決定権の確立へ

① 社会的・文化的背景

◆「公民権運動」(civil rights movement)の高まり
～1960年代 アメリカ

自己決定権という生命倫理の思想的土壌が整う。

◆1966年 H. ビーチャ「倫理と臨床研究」

知的障害児等を対象とする人体実験の実態を告発（別紙参照）

→ 患者の権利 運動の展開へ

◆女性解放運動（ウーマン・リブ）

人工妊娠中絶の自由化、ピル解禁を求める運動

同時に、

- ◆　医療行為を一種の「サービス業」として捉える見方も。
  医師側の権利という側面も配慮（訴訟社会）

- ◆１９９０年代
  日本の大半の大学病院では医学的諸問題を検討する
  生命倫理委員会が設置。
  ＊医師と患者の二者関係　から、第三者機関の設置へ

②　工学モデル　における　IC　と　医師と患者の関係

◆Informed　Consent

「　医師が　患者に対して、

その病状・治療法についてよく　**説明**　し、

患者が　それを十分に **理解**　した上で、

誰にも強制されない自由な立場で治療法を選び、

患者の　同意　に基づいて医師が医療を行う　」

cf　informed　choice

informed　decision

◆ どのように生きるかは、

最終的には　患者**個人の決定**　に委ねられるべきであり、

十分な　**情報**　にもとづいて

患者に　**最終**決定権が与えられるべきである。

（ex) 乳がんの治療について）

③　工学モデルの弊害

◆医療者側の問題

ⅰ）　医療行為＝　一種の**契約**　関係　に陥る危険性

医師側の　**責任感**　の　希薄化へ

cf　背景　：　医療訴訟問題

ⅱ）　伝える べき　**情報**　について

医師は患者に対して、

何を、**どのように**、知らせるべき　か

cf　「告知」問題　「知らされない権利」

◆ 患者側の問題

ⅰ）患者が自己決定権を放棄し、

パターナリズム を望むような場合は？

ⅱ）患者の 自由意思 はどこまで認められるか。

cf エホバの証人の輸血拒否問題

cf 「愚行権」問題等

◆心身二元論　と
西洋近代医学〔＝科学としての医学〕

■心身二元論　→人間身体＝機械論の発想へ

デカルト　René Descartes（1596~1650）

～近代哲学の父

～身体へのまなざし

唯物論的発想（←→唯心論）

身体＝モノ，交換可能なパーツからなるという観方

ex)　臓器移植、臓器バンク　人体･ヒト由来試料の資源化 etc

⇔ 全体論（holism)

ex ）代替医療としての東洋医学

◆「ヒト（身）」と「人（心）」

←・・・「ヒト」：生物学的・医学的観点

～キュアの対象

←・・・「人」（人格）

：社会的・倫理的観点

～ケアの対象

→「魂」（⇔肉体）

＊“遺言”：死者の魂との約束？

＊死をいかにむかえるか。

（3）＜共同行為としての医療＞～その可能性について～

清水哲郎　『医療現場に臨む哲学』（勁草書房　１９９７年）

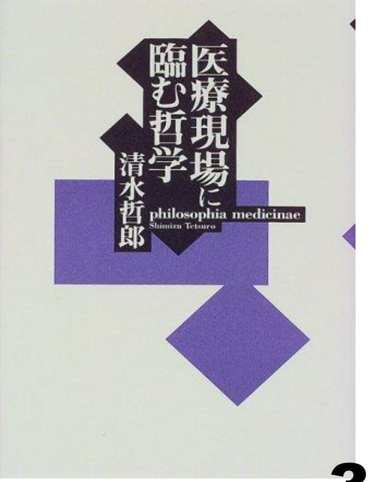
◆**医療**

＝患者　と　医師（医療チーム）　との　＜共同行為＞　である

◆**医師　と　患者は、**

その基本において

人格　対　人格　という関係にある



◆ICの原理を、

患者　側のICとしてだけではなく、

同時に　医療者　側のICとしても捉えるということ

◆患者の自己決定権を

「治療法に関する　最終的審判を下す　権利」

としてではなく、

「治療法の決定への　参加　権」として捉える。

◆従来のICにおける 「説明」「理解」「同意」という3要素から

◇従来型； 医療者 が 「説明」し、

患者 が 「理解」し、「同意」する。

◇＜共同行為としての医療＞では、同時に、

患者 も 「説明」し、その説明を

医療者 も 「理解」し、

そして、最終的に

患者だけではなく 医療者 の側の「同意」

＝両者相互の「 合意 」を

必要不可欠なものとしてとらえられる。 *例】エホバの例

＊医師と患者が「知」を「分かち持つ」

cf　キューブラー・ロス

『死ぬ瞬間―死にゆく人々との対話』

（川口　正吉訳　読売新聞社　1971年）

◆両者が 「相互」に「情報」を与え合い、

それにもとづいて「合意・決定」に至るという

「プロセス」をたどること。

§３　今後の生命倫理学のあり方について　　―課題と展望―

◆２１世紀に生きる市民　レベルにおいて

＊患者の権利と同時に義務（責任）

→そのための教育の必要

cf　死生学教育

生と死のリテラシー教育

cf　パターナリズムを望む場合→自己決定しない自己決定

『弱くある自由へ』（cf　立岩　2000）

◆医療現場における＜言葉の専門家＞としての

哲学者・倫理学者の活用を！

【別紙】　米国における人体実験スキャンダル

（出典：　香川　知明　『いのちの倫理学』(コロナ社　2004 年))

《ユダヤ人慢性疾患病院事件》1960 年代初めスローン・ケタリングがん研究所のサウタム医師がガンに対する免疫システム研究のために、生きた転移性のガン細胞をニューヨーク市ブルックリンのユダヤ人慢性疾患病院の入院患者 22 名に投与した事件。実験の詳細は患者はもちろん、病院関係者にも知らされていなかった。サウタムはニューヨーク市から保護観察処分の対象とされるが、研究者としての道が断たれることはなかった。

《ウィローブルック事件》　知的障害者施設、ウィローブルック州立学校で、ウイルス性肝炎を対象にクルーグマンたちが実施した実験研究。実験は 1950 年半ばから開始され、1000 名近くの児童が被験者とされたが、後期には、児童にウイルスを接種して肝炎に感染させることもおこなわれた。この実験によって研究グループはワクチンの改良に成功した。実験に関しては、特に 1970 年代初頭から批判が高まったが、研究者たちは、実験に参加した児童の大部分は不衛生な施設に入れば、遅かれ早かれ自然に発病することになったのであり、特に高い危険性にさらしたわけではないと弁明した。

《タスキーギ梅毒研究》1 932 年から 1972 年まで米国公衆衛生局によって継続された梅毒の自然経過研究。研究は、米国南部アラバマ州メイコン郡タスキーギの貧しい黒人男性の梅毒患者 400 名と健常者 200 名とを比較対照する形で行なわれた。被験者には、梅毒患者であることはいっさい説明されず、梅毒治療に有効であることがわかっていたペニシリンが第二次大戦後には広く入手可能になったにもかかわらず、投与されることはなかった。梅毒の進行度を判定するための検査だけがおこなわれたが、検査を嫌がる被験者を集めるために、昼食の無料提供、梅毒以外の病気の無料治療、無料での埋葬などの便宜がはかられた。この研究に疑問をもった新人の公衆衛生局員ピーター･バクストンによる内部告発は 1966 年に始められたが、実験の中止は、1972 年の新聞報道後のことであった。この政府機関による｢倫理的悪夢｣は一大スキャンダルに発展し、1974 年の国家研究法の成立に結びつく。しかし、連邦政府の公式謝罪は 1997 年のクリントン大統領の時までもちこされた。

【参考・引用文献】

大野　博　「患者の自己決定権の国際比較とわが国への示唆」
日本医療経済学会会報 30(1), 28-43, 2013

樋口　範　「終末期医療と法」
医療と社会 25(1), 21-34, 2015

村岡　潔　「医師—患者の関係において工学モデルはなぜ問題となるのか？」
佛教大学社会学部論集　44　101 - 113，2007

品川　哲彦「哲学や倫理学の研究者は生命倫理学において何をなすべきか」
加藤尚武編著『生命倫理学を学ぶ人のために』324－334，世界思想社 1998

立岩　真也　『弱くある自由へ—自己決定・介護・生死の技術』 青土社　2000

ＰＰ資料でその他の文献出典を記載しております。