

患者の自己決定のための援助

— M.S.W.による治療拒否患者へのアプローチ —

堤 郁 美

1 序 論

近年、医療において患者の自己決定権ということが注目され始めた。患者の自己決定権とは「患者はその基本的人権のゆえに、自己の生命や健康保持向上の権利を有し、これに基づいて医師のとるべき診療の方法、手段について最終的にこれを許容するか否かを自由に決定する権利」のことをいう（注1）。

このことは医療社会において患者の権利が向上してきたことを示しており、非常に重要なことであることは言うまでもない。しかし患者の自己決定の内容は、時に患者にとって非常な不利益をもたらすことも否定できない。

患者の自己決定に関して、患者はもちろんのこと医師や法律家も、患者の最終的な自己決定の内容が患者の死を意味するものであっても尊重しなければならないと言っている。しかし患者の自己決定権の尊重は、注意深く扱わなければ、誤用される可能性が高い。

もちろん癌末期などで医療の限界を越えた状況にある人が、人工的な処置により心停止を一刻のばしにするよりも、意識があるうちに人間らしい最期を迎えられるように、輸液を拒否することなどは必要なことである。しかし時には、患者の自殺同然のことが「自己決定権」という言葉のもとで堂々といわれることがある。このようなことを防ぐために、病院で働く医療ソーシャル・ワーカーはどのような手順を踏む必要があるか考えてみた。特に患者が医師の勧めに反して治療を拒否したときに、最低限行う必要のある援助はどのようなことであるか考えてみた。

2 社会の変化に伴う医師・

患者関係の変遷

近年マスコミで医療事故や治療方針を巡って医師と患者が争っていることが度々報道されている。そのぐらいい人々は医療における患者の権利意識に目覚めてきているといえることができる。しかしこのような傾向は比較的新しいことである。

原始時代に医療の起源があり、医師という特別な役割が神代にできあがってから、第2次世界大戦後に至るまで（正確にはごく近年まで）、医療の中心は医師であり、患者は医師による治療をうやうやしく受け取っていたと言える。

伝統的な医師と患者の関係では医師は患者を哀れむべき弱者として取り扱い、患者は「お医者様に治療していただく」というへりくだった気持ちで診療を受けていた。そして「知らしむべからず、依らしむべし」をモットーにして、医師は患者にいちいち病気や治療のことを話すこともなかった。また患者も自分には到底理解し得ない医学的なことを、いちいち医師から聞き出すことはなかった。

それというのは「医師は常に患者のためを思って最善のことをしてくれるものだ」と信頼を寄せられていたからであるといえる。医師はその特別な知識・技術と地位ゆえに地域住民に一目置かれており、リーダーのような存在であった。ゆえに地域住民の相談に乗ったり、仲人を引き受けたり、治療費のあるとき払いを許したりしていた。このようなことができたのは、現在のような大病院に勤務する医師が非常に少なく、地域の中で開業する医師が圧倒的に多かったため、同一

地域内に生活する人々の生活事情も良く知っていたからといえる。このような事情のもとでは、治療の限界や医師の力不足があって結果的に患者が死亡してしまっても、医師を恨むことは非常に稀で、それよりも「あの先生に診てもらって死んだのだから仕方ない」と言うことが多かったようである（注2）。

3 新しい医師と患者の関係

かつて医師と患者の間は信頼関係で結ばれていたが、近年ではその信頼関係が崩壊しつつある。病気になって医師の力を借りなければならなくなっても、患者は安心しきって医師に全てを任せることなどは少なくなった。むしろ医師の診断・治療に疑問を抱いたり、治療上の指示を守らなかったり、医師の診療態度を批判したりすることも見られるようになった。

このような医師と患者の信頼関係の崩壊に結びついた事柄を以下の6項目にまとめてみた。

①民主主義思想と患者の権利意識の向上

第2次世界大戦後、新憲法が制定され基本的人権としての健康権が確立された。これによって病気を治療することは特別な恵みではなく、当然の権利となったわけである。

また1961年に制定された国民皆保健制度は医療費の自己負担額を減らした。これによって患者が医療費の重圧から逃れることができた。そして医師と患者の関係は平等になり、医師は治療者としての役割にすぎなくなったのである。

②医学を巡る価値観の多様化

病気になった時に、まず第一に病気の回復を願うのは当然のことである。まして今死にそうだというときは、その命を取り止めることに全力を傾けることも当然であろう。もともと医療従事者も以上のような価値観を持って働いてきた。

しかし現在は以上のような価値観が最優先されると

は言い切れなくなってきた。自分の生命の存続よりも信仰個条を重要視したり、障害を持って生きることよりも治療を受けずに死ぬことをよしとすることがしばしば見られるようになった（注3）。

③病気の質の変化

第2次世界大戦直後までの医学は、細菌戦と言われるくらい伝染病による死亡が多かった。しかし新薬の開発などにより伝染病が克服されるにつれ、慢性の病気が多くなった。急性の伝染病に罹患した場合は、医師の指示に従って苦痛の除去に務める気持ちにもなりやすいが、慢性の病気の場合はさほど苦痛もなく、あっても一過的で今日明日の命に別状はない。そうなれば医師の指示に忠実に従うという気持ちにもなりにくい。また長い病気との付き合いのなかで自分なりに病気に対応する術を身につけることもある（注4）。こうなれば治療関係において、医師が一方向的にイニシヤチブを執ることは不可能になり、医師・患者の協力関係が重要になる。

④医学知識の膨大化と一般化

今日知られている病気は2000種類ほどであるが、原因不明の病気は1000種類くらいである（注5）。このような実態の中では医師といえども全ての病気をまんべんなく理解することは不可能であるといえる。

また国民の教育水準が向上し、医学知識は医師でなければ理解できないというものではなくなった。医学知識に関する様々な本、テレビやラジオの番組なども氾濫している。情報がある程度自由に入手できるので、患者の中には自分の病気については専門外の医師よりも詳しく知っている場合もある。

他にも患者会を結成して知識・情報を交換することがあり、医師の言うことよりも説得力があったりする。

⑤医療の組織化と人間疎外

医療の大衆化、科学的医療に伴う医療の専門分化、

診療手段の近代化による医療の価格の高額化により、医療形態に変化が生じた。医師が地域に開業し、往診中心の医療を提供することは不可能になった。医療の中心は病院になり、多くの診療スタッフが一人の患者に関わるため、患者は自分の治療に責任を持つ人が誰なのかわからなくなった。

⑥乱診・乱療

従来は表面化しにくかった医療ミスが、医師と患者の信頼関係の崩壊と共に表面化してきた。マスコミや被害者団体などのアピールによって、一般庶民が自分も医療の被害に会う可能性があることを知り、治療を受ける際に「医師に全てをおまかせします」という態度は少なくなってきた。特に手術的治療が必要な場合や苦痛を伴う治療の時には、複数の医師の判断を要求することも見られるようになった。

〈医師と患者の関係回復手段の登場〉

医師と患者の間に人間性を取り戻そうという動きが30年ほど前から、アメリカを中心に起こってきた。その中心的な考え方は、医師が一方向的に自分の判断を患者に押しつけるのではなく、患者が主体的に自分がこれから受ける治療の内容を選択したり、最終的に治療を受けるか否かを決定したりする権利を持つものであるという考え方である。

このような権利は一般的に患者の自己決定権と言われている。この自己決定権を生かすために、患者は医師によって必ず、(1)診断の正確な内容、(2)予想される治療方法の性質と目的、(3)その治療方法の成功の可能性とそれによる患者の利益及び不利益、(4)他のふさわしい治療方法の代案、(5)それらの治療方法の行われぬ場合の予後、について説明される必要がある(注6)と言われている。そしてこれらの説明は、医師によって患者に理解可能な威圧的でない方法によって伝えられなければならないし、患者は説明の内容が理解・納得できるまで何度でも説明を受ける権利を

持っている(注6)。

この説明の際に、医師は単に利用可能な治療方法を並べるのではなく、専門家として自分は何の方法を勧めるかということも付加して説明する。それでも患者と治療に関する意見が食い違った時には、脅迫でない範囲で医師がよしと思う治療方法を受けられるように説得する必要もある。(注7)。

以上のような説明を受けた後になされた患者の自己決定の結果がたとえ死を意味するものであったとしても、医師はその決定の前に降伏しなければならないのである(注8)。

このような医師による情報の提供は、患者の自己決定権行使を有意義なものにするというばかりではなく、患者が持つ医師についての誤解を少なくする、医師・患者間のトラブルを少なくする、患者からの情報提供を促すという意義をも持つと言われている。そして自己決定権とそれを具現化するための手段としての患者の知る権利(インフォームド・コンセント)は、徐々に現代医療にとっては不可欠な事柄として我が国においても認識されてきている。

4 患者の自己決定権に関する問題点

患者の自己決定権については、我が国でも近年になって研究が盛んになり、理念的には「尊重すべき権利」として取り扱われていることは事実である。そして自己決定権とそれを具現化するための「知る権利」を尊重することは、医師の意識さえ高ければ実現可能であるような、わりあい楽観的な考え方をされているようである。しかし実際に医療機関(特に病院)で働く医療従事者は、いくら医師が熱心で善良であっても、現時点では多くの問題や限界があると考えている。以下にその理由を整理して挙げることにする。

(1)医師は患者を見る際に病巣のみに関心に向ける傾向があるので、患者の全人的な背景を考慮することができにくい。それゆえ医師は治療の医学的・医術的な意味については説明できるが、患者の生活全体にとっ

て、その治療行為が占める意義を十分に判断し得ない(注9)。また患者は正確な診断内容と治療方法を説明されただけでは、自分にとって最善の治療手段を選択できるといいきれないであろう。

(2) 医師は患者に治療の説明をしたり、患者の権利を尊重するにはどうしたらよいかというような教育は、全くというほど受けていない。それにもかかわらず実際には、治療に対して拒否的な患者、了解不能な患者、攻撃的な患者など、様々な個性の患者に対して一様に理想的に接触することを期待されている。援助専門職にある人々でも、日々出会う患者の個性への対応に苦慮するのであるから、専門外の医師であればなおのことであると言える。

(3) 患者の自己決定のための援助を研究する際に、医師と患者という非常に限定された閉鎖的な環境で完結させようと考えている傾向がある。しかし病気によっては、患者の生活と複雑に絡み合った問題が存在することもある。それらの問題は、医師が熱心で善良だということだけで発見され解決される種類のことはない。病気と生活の関連についての専門的な視座があって初めて明らかになることだといえる。

(4) 患者は個人開業の医師よりも、総合病院や大学病院を受診することを好む傾向がある。それゆえ大学病院や総合病院では、患者は3時間待ちの3分診療という実態である。3分診療を肯定はしないが、いくら熱心な医師でもカルテが山積みされていくなかで、一人一人の患者に十分説明のために時間をかけることは困難なことであろう。

(5) 医師による説明行為が医療点数として認められていないこともまた問題である。この問題を患者へのサービスの質の低下という形で補ってはならない。しかし病院によっては、一人一人の医師の診療にかかる時間の問題が病院経営に影響することもある。医師や診療スタッフでは背負い切れないような問題をも含んでいるのである。

(6) 医師と患者では医学の認識の仕方に大きな違いが

ある。医師の世界では常識的なことであっても患者には予想外なことであったりする。特に誤診については、医師の間では無理もないレベルのことであっても、患者にとっては「専門家のくせにとんでもない」と思うこともある。まだ「医師は全能」というような幻想も存在する。

以上の医師の限界を考慮した上で、病院に勤務する医療ソーシャル・ワーカーは社会福祉の立場から、患者の自己決定のためにどのような援助ができるのか、特に患者の治療拒否にぶつかったときに最低限どのようなことを確認したうえで患者の自己決定を尊重したらよいか考えてみたい。

5 治療拒否患者への具体的援助

1) 患者や家族に対する援助

①不安や衝撃の受け止め

強い不安状態になると、人はたいてい不安感に心を占領されてしまう。このようなときは、冷静さを失い刹那的に不安から逃げようとしがちである。それゆえ建設的・積極的に自己決定を行うことは非常に困難であると考えられる。このような状態でワーカーのところへやってきた患者に対しては、患者が感じている不安や衝撃を十分に受け止め、それらの原因が何であるかを確認する必要がある。不安感の強い患者の治療拒否的な態度を「自己決定」と決めつけないように注意する必要がある。

②医師による説明の補足

医師が病気の説明をする際には、診療時間や医師と患者の認識の違い、医師の力量の問題などが存在して、一人一人の患者にとって十分な説明を提供することは不可能であることは先にも述べた。

しかし病気によっては患者の生活と深い関わりがあり、生活問題を表面化させて病気との関連を明らかにしていく必要が出てくることもある。このような時に、ワーカーが患者の生活状態を聞き取った上で、医師に

よる説明の補足をする必要がある。

③現状認識を促し、治療の動機付けをする

●病識を持つように援助する

痛みや不快感、出血や腫れ、その他いつもとは違った身体の様子は、自分の身体に変調をきたしていることを知る一つのバロメーターになる。しかし病気によっては痛みや不快感などがほとんどないこともある。このような時は積極的に治療を受けようという気持ちになりにくい。また身体症状があっても、日常生活にさほど影響がない場合なども同様に治療に対して積極的になれないことがある。

患者本人に病識がなかったり、自覚症状が少ないにもかかわらず、有効な治療方法が手術的治療しか考えられないような場合、患者は非常に混乱する。患者の病気についての認識や理解度を確認しながら、患者が病気を受け止められるような基盤を作った上で、客観的な病状を伝える必要がある。

●子後の見通しを伝える

病気の治療に必要な期間がどれくらいか、どのようなプロセスを経て治療が進むのか、予後の見通しはどのようなのか、必要な費用はどのくらいなのか、再発はあるのか、再発したらどうなるのかということなどを、患者の個別的な生活事情を考慮したうえで個別的に情報を提供する必要がある。

病気によっては発病以前と全く同じ程度には回復できない場合もある。その時にはいかにして失った身体機能の代替をしたらよいか、どのように生活したらよいか、同じ病気を持つ人々がどのように生活しているのかということ伝えることも有効である。

④問題解決のための情報提供、調整活動

●社会資源の紹介

患者が治療拒否的な態度を示しているときに、その背後に経済的な問題が存在し「医療費を支払うことが不可能だ」と思い込んでいることがある。そしてそのことを正直に話すことができずに「治療は受けたくない」と言っていることがある。このような患者に社会

資源を提供するために、ワーカーは患者から経済的な困惑をうまく引き出せるように務める必要がある。

その上で該当する制度があれば利用し、制度的な資源が存在しないときは患者が持っているインフォーマルな資源の活用を試みることも有効である。極端に親族の扶養義務を強調しないことを意識して、親族の協力を求めることが、かえって親族間の交流を活性化させることもある。

また経済的事情というのは、ただ単に収入が低くて貧困であるということだけを意味しない。仮に収入が多くても、それがどのように使われているのかということを知る必要がある。収入が賭け事に使われるのか、住宅ローンに使われるのか、薬物の購入に使われるのかというようなことを知る必要がある。ワーカーが患者一家の収入がどのように使われるのかを知ることによって、その陰に存在する問題を芋づる式に引き出していくこともできるのである。

経済的な問題の他にも「入院中に子供や年寄りの面倒をみてくれる人がいない」という問題を持つ人もいる。このような人にも制度的に利用できる資源とインフォーマルな資源とを組み合わせたり、あるいはどちらかを単独で用いて援助する必要がある。

●環境調整活動

患者が長期間の入院が必要だという診断を受けた時の治療拒否には注意が必要である。長期間の入院が、患者にとって不可逆的な不利益をもたらすことがある。例えば働き盛りの企業戦士が長期入院することで出世に影響する、学生が長期入院することで進級に影響する、問題を抱えた夫婦のどちらかが長期入院することで関係が破綻することがある、などということが挙げられる。長期の入院の後に、自分にとって大きな不利益があれば入院を拒否することも十分考えられる。

このような事情が背後にあるときには、ワーカーが直接的に、あるいは間接的にこれらの問題に関わり、企業や学校がどのくらいこれらの問題に柔軟に対応できるか調査する必要がある。(時には柔軟な対応を要

求することもある)。そのうえで患者に意思決定を再度促すことが重要である。家族の危機については、ワーカーのカウンセリング的機能を利用することもある。必要があれば他の専門機関に送り、その機関と連携して治療拒否に対応する必要もある。

⑤人生の諦めに関わる

近年は、治療を受ければ十分に生きることができるにもかかわらず、治療を受けることを拒否する患者が目だってきた。若い世代に迷惑を掛けたくないという老人、病気を持って生きるよりは何の治療も受けずに死にたいという慢性疾患患者、などである。

これらの患者は本人の努力や援助者の関わりによっては、人生の目的や楽しみを見いだすことができるという可能性を持っている。この様な患者たちの「治療を受けずに死にたい」という言葉を患者の本心として受け取って「患者の自己決定の尊重」とするのは、早計であろう。

この様な人々が生きていくための条件整備（制度的な整備、精神的な安定をはかることなど）を抜きにして、表面的な患者の言葉だけを受け止めてはならない。

2) 医療スタッフへの働きかけ

患者が本当に自分の利益を考えたいという自己決定をするために、ワーカーが直接的に患者に働きかけて行う援助について論じてきた。次にこのようなワーカーの行う援助の重要性を病院内のスタッフに理解させるにはどうしたらよいかということについて考えてみる。このことは間接的に患者の権利につながる事なので、決しておろそかにできないことなのである。

病院におけるワーカーの重要性は、今のところ医療スタッフには十分に理解されていないといえる。その理由として考えられることは、①ワーカーによって提供される患者や病院にとっての利益は、目で見たり、触って確かめたりすることが不可能であること、②ワーカーの有する援助技術は、一見、簡単で誰にでもできるように思われがちであること③病院は数多くの有

資格者で構成される集団であるにもかかわらず、ワーカーは専門職としての資格が未確立な職業なので権威が薄い、などである（注10）。このようにワーカーをとりまく状況が厳しい中で、患者の自己決定のための援助をワーカーが行う必要があるということを示すことには非常に困難を伴う。ワーカーの専門性に対する理解が低い以上は、机の上での議論を他のスタッフと行うことは、必要なことは確かであるが、徒労に終わることが多い。

それよりも効果的なことは、他のスタッフが「もうこれ以上関われない」とか「もうお手上げ」というケースをワーカーが社会福祉独自の理論に基づいた技術を駆使して問題解決して見せることである。

そのために、時にはワーカーの面接場面に医師・看護婦、保健婦などを臨席させて合同面接を試みることも必要である。「こちらの手のうちを見せる」というやり方である。そのためには、ワーカーの確実な実践力が必要であることは言うまでもない。このように事例の一つ一つを確実に解決していき、病院内での実績を作っていくことが現時点ではもっとも有効な説得力のあるやり方と言えるのではないだろうか。

このほかにも、ワーカーが収集した患者の背景についての情報を医師・看護婦に伝えていくということも必要である。しかし医師の中にはワーカーに仕事を回した以上、自分はそのケースに関わる必要がないという情報そのものも受け取らない医師もいる。このようなタイプの医師に影響を及ぼすには日頃最も彼等の近くで仕事をしている看護婦にワーカーの必要性を理解させて、医師とワーカーとの媒介的な役割を果たしてもらうことも有効である。

6 今後の課題

①社会制度の課題

患者が自己決定できるような社会制度の整備が急務である。特に患者が心理的に抵抗を感じずに受給できる経済的な保証が必要である。このことは必ずしも新

しい制度を作ることだけを意味するのではなく、現行の制度に含まれる社会的偏見の除去をも問題にしている。また制度利用に当たった手続き上の面倒さ（制度が複雑で分かりにくく、手続きに時間がかかること）を解決することも必要である。

次に必要と思われるのは、保育施設や老人施設、ホームヘルプ事業などのサービス内容の充実である。介護主担者や家事労働の担い手が、自分が病気になっても残された子供や老人のことを考えると入院できないということがないように、公的なサービスの体系を整えることが必要になってくる。

診療点数の問題もある。医師による説明行為は今のところ診療点数にカウントされていない。このことが医師の「説明に対する不親切さ」を生み出す大きな原因とは言いきれないが、少なくとも説明することが治療の一貫であるという意識を持ちにくくしているということができよう。医師による説明行為が点数化される必要があろう。

②ソーシャル・ワーカーの課題

患者の治療拒否について、ワーカーがなしうる役割について述べたが、それはワーカーが存在してこそできることである。今のところ病院にワーカーを設置することは病院経営者の裁量に任されている。

国家資格を確立して、病院にワーカーを必ず置くことにすることを目指して10年以上になるが、ワーカー協会内部で資格に関する意見統一ができないまま資格制度は宙に浮いている。「病院にワーカーが必要である」と言いつつ、自分たちの業務内容の検討・整理が不十分な実態である。ワーカーの身分制度の確立を急がなくてはならない。

また若手のワーカーのスーパービジョン体制の確立が必要である。大学を卒業してワーカーになっても、即座に良いワーカーとなって仕事ができるわけではない。仕事に対する自信がないままに、次々にやって来

る患者に接触するのである。それゆえできるだけふりかかってくる責任を少なくしようという気持ちから「患者の人生上の決定は、患者自身が行う権利がある」という言葉で、ワーカーの責任をを縮小しようとする傾向が伺える。ワーカーの資質向上のために、卒後教育や現任訓練が充実される必要がある。

またワーカーの仕事の内容は、医療の受け手となる人々に事前に知らされる必要がある。病気になって、治療上の問題を抱えて初めてワーカーに出会うのではなく、普段からワーカーの存在や利用方法について知っているほうが患者の困惑は少なくて済む。マスコミなどを利用して、ワーカーの存在を知らせることも有効ではないだろうか。

③医師の課題

特に医学教育の課題として、人間の体を分断して勉強する前に人間の心・社会・体について総合的に学習する必要があるのではないだろうか。そういう意味で、医学教育の場と福祉教育の場が相互に歩み寄り、互いの立場を学び合うことが有意義ではないだろうか。そうすることによって、医学的な問題以外の問題を抱えた患者を発見できるようになることが予想される。そしてその問題の解決のためには、医師以外の専門家が介入することを許容していけるようになりはしないかと思う。

④医療サービスの受け手の課題

医師と患者の間に存在している、医学についての認識の差を埋めるために、医師が医学知識の提供をすることも非常に重要である。しかしそれと同時に、患者も医学や医療について学習しようという気持ちを持つことが重要であろう。一生医療の世話にならないという人はほとんど存在しないのであるから、より良い医療を受けるための責任の一端を、医療サービスの受け手も担う必要がある。

(つつみ いくみ：本学大学院生)

注

- (注1)高橋正春「医療における医師と患者の主体性について」『日本医事新報』No9632 1981
のすすめ』日本評論社 1987 p.82 参照
- (注2)水野 肇「患者学入門」主婦と生活社
1966 p.16~19 参照
- (注3)エホバの証人の輸血拒否事件が有名である。他にもダウン症児の腸閉塞の手術を拒否した両親のケースがある。
- (注4)砂原茂一「医者と患者と病院と」岩波新書
1983 p p.44~50 参照
- (注5)前掲書 (注4)p.9 参照
- (注6)木村利人「いのちを考える バイオエシックス
のすすめ』日本評論社 1987 p.82 参照
- (注7)日本医事法学会編『医事法学叢書1. 医師・患者の関係』
日本評論社 1986 p p.49~51 参照
- (注8)前掲書 (注7) p p.89~90 参照
- (注9)西山雅明「患者の同意と医師の説明義務」
『刑法雑誌』22 1979 p.343 参照
- (注10)姉崎正平・姉崎宣子・袖井孝子訳「病院・その複雑な人間関係」
医学書院 1979 p p.93~97 参照