

<報 告>

医学教育と倫理学：臨床倫理担当の 臨床系教員としての考察

三浦 哲嗣（札幌医科大学）

医療の場では、社会一般の倫理的な問題のほかに診療や医療ケアを受ける人々の生命あるいは人生と密接な「臨床倫理」の問題が生じる。生命は哲学の主要テーマの一つだが、臨床倫理には生命に関する具体的行為選択への判断基準が求められる。生命や医療、医師という職業を哲学的に考察する機会が医学部教育で十分ではないことは数年前に述べたが¹⁾、今も状況は変わっていない。本稿では、臨床倫理担当の臨床系教員として教育の現状と考察の概要を述べたい。

日常診療における倫理的問題の在り処と解決を困難にしている要因

理想的な医療の提供を実現するためには、診療の一連の流れを適切に進めることが必要である。問診（病状の聞き取り）、診察、検査の説明と同意（インフォームド・コンセント）、検査結果を含めた病状の説明、治療方法やケアについての説明と同意、治療結果の説明、追加診療の必要性の有無について説明と同意その結果の実行、が基本的な流れである。しかし、こうした手順のなかで、患者・家族と医療提供者側との間、あるいは患者と家族との間で意思統一が困難となる場合はまれではない。臨床倫理の教育における事例検討では、治療方法の選択に関するものが取り上げられることが多い²⁾。その理由は、自己決定権の考え方、患者個人とその家族や医療提供者の価値観、社会資源についての考え方、などの違いによって、治療方針についての判断が大きく異なり得ることを理解させやすいためであろう。しかし、倫理的な問題は治療方針の選択以外についてもしばしば起きている。

臨床倫理の課題を検討する際の基本的な視点として、医学的適応、患者本人の意向の尊重、患者の利益、社会的な視点、などが挙げられている^{3) 4)}。これらの視点が重要であることは論をまたないが、いずれにも不確実な要素が含まれている。1990年代から大規模臨床試験や長期観察研究を基盤とした、いわゆるエビデンスに基づいた医学（evidence-based medicine, EBM）が重視されているが、EBMが特定の個人に対して確実に十分な判断材料を提供するわけではない。社会的な公平性、社会的資源の配分など社会的な視点としても、実際に個々の患者について適応する場合には限界がある。従って、臨床倫理の問題は、患者本人の意向の是非をめぐる検討に単純化されがちになる。また、患者本人（あるいは後見人）の愚行権を含めての自己決定権を重視する 경우가少ないとは言えない。例えば、患者あるいはその家族から「できる限りのことはしてください」という要望に対して倫理的な対応をすることは、容易ではないのである。

医師と患者が協力して疾病治療に取り組み最善の結果をもたらそうとすることが、医師と患者の間の契約である以上、医療倫理的な行動の基盤はそうした医師患者関係の構築にあると考えられる。そうした信頼関係構築には相互理解が必要であるが、医師患者間では、医学的知識や経験、疾病や生育環境を含めた人生歴、社会経済環境、価値観（特に生命観や人生観）が、大きく異なっていることが多い。つまり相互理解の障壁は高く、さらに多忙な診療現場では意思疎通の機会を十分もつことは実際のところ容易ではない。近年、患者の意思決定の支援には、医師だけでなく看護師を含めて多職種が関与すべきであるとの考え方が制度にも取り上げられつつある。多職種が関与することは情報の収集や問題を多面的にとらえるうえで有益であるが、関与する人数の増加のみで困難な倫理的課題の解決が容易になるわけではない。加賀乙彦が自らの体験として述べているように⁵⁾、熟練した精神科医であっても個人心理の幅と深さは容易に計り知れないのである。

医学研究における倫理違反

医学教育モデル・コア・カリキュラム⁶⁾には、医師として求められる基本的な資質と関連して、医学研究への志向の涵養が含まれており、本学を含め国内の医学部では最新の医学研究にふれる機会をカリキュラムに組み入れている。卒後の研究者には研究倫理教育研修への参加が義務付けられ、研修では研究倫理における重大な不正（捏造、改ざん、盗用、研究費の目的外使用など）の実態とその防止のための取り組みが解説されている。卒前の教育では、研究倫理に関して割かれている時間はわずかであるが、研究不正による社会的損害を認識させる必要がある。

研究倫理違反は様々な点で社会に損害を与えるが、捏造や改ざんを含む論文が影響力の大きい学術雑誌に掲載された場合はその損害は甚大になる。不正が告発された場合にもその検証には長い時間を要するため、不正が確定され論文が雑誌掲載を撤回されるまでの間は、その論文は他の研究者に大きな影響力を及ぼし続けることになる。公正な研究の推進を目的とした Retraction Watch というウェブサイト⁷⁾が2012年に立ち上げられ、学術論文雑誌に一旦掲載されたが不正などの問題で掲載撤回となった論文のデータベースを構築しその分析結果を公表している。その一例として、引用回数が最も多かった撤回論文として2013年に New England Journal of Medicine に掲載の論文を挙げ、この論文が掲載撤回に至るまでに5年を要し、その間に1,895回他の論文に引用され、撤回後にも371回引用されていることを報告している。この例からも、不正な内容を含む論文が実際に大きな影響を与え、その悪影響を取り除くことが困難であることが理解できる。

医学部学生を対象とした医療倫理・哲学教育

医療倫理に関する個々の事例の多様性を考えると、実際に必要な知識と技術は経験を通して学ぶことが主になる。では、卒業までに医学生にはどのような倫理教育が必要だろうか。医療倫理の基本的な視点の解説や、成功事例の解説のみで十分でないことは明らかである。同じ疾病や倫理的葛藤であっても、対象となる患者や家族によって正しい選択が異なる場合も少なくない。学生の年代までの経験は患者・患者家族の理解に不十分であり、自身のみの経験を偏重せず好悪の感情を排除した思考を自らに課している学生は残念ながら少ない。こうした現状を踏まえると、社会的な背景や価値観の異なる他者を理解する能力、少なくとも理解しようとする姿勢の習得と、感情ではなく論拠にもとづく思考の訓練が、卒前教育に求められているように思う。これら二つは、行動規範から逸脱し、指導対象として教員を訪れる学生に明らかに欠けている点でもある。

医学教育に必要なものとして、中村雄二郎は「臨床の知」を挙げている⁸⁾。それは、「科学の知」と対比されるものであり、個々の場合や場所を重視して深層の現実にかかわり、世界や他者がわれわれに示す隠された意味を相互行為のうちに読み取り、捉える働きをする知であるという。「(医師が) 自己を括弧に入れて責任を回避する客観主義や普遍主義の落とし穴に陥り」、また「医学の悪しき専門化、不必要な処方、そして病気でもないものまで病理学的な実態と信じ込ませること」が助長されたのも、「科学の知」の偏重にありこの問題の解決には「れっきとした根拠をもった臨床の知」の教育が必要であると主張する。しかし、中村は、「臨床の知」の認識に至った過程のなかで、アリストテレスやデカルトの「共通感覚」を述べているが、「れっきとした根拠」がどのようなものであるのか、説明は明確ではない。彼が、「臨床の知」は直観と経験と類推の積み重ねから生まれる、としていることを踏まえると、「科学の知」と「臨床の知」の対比は、「病気の理解」と「病人の理解」に近似することもできるかも知れない。中村が医学教育における「臨床の知」の欠如を批判して20年以上が経過したが、現在の医学教育が彼の批判に十分応えているとは言い難い。

今後の課題：診療ガイドラインの倫理と延命の倫理

1990年代になり多くの学会が、診療のためのガイドラインの策定とその定期的な改訂を行うようになった。その作業は、当該疾患の専門家による委員会が編成され、彼らが大規模臨床試験ならびに多くの観察研究の成果を、文献検索システムを用いて網羅的に収集して整理、分析し、一定の根拠に基づいた医行為の勧告レベルを設定するものである。現在多くの疾患に関して診療ガイドラインが策定され、診断から治療までの標準化が図られている⁹⁾。診療ガイドラインはあくまでも標準を示すものであり、主治医は個々の患者の病態などの違いを考慮してガイドラインの適用を検討すべきとしている。しかし、医療過誤をめぐる訴訟では診療ガイドラインへの準拠の有無が問題とされ、実地診療においてガイドラインを逸脱した選択は容易ではない。医療の均てん化は社会全体としては望ましいが、診療ガイドラインが、限られた選択肢からの選択を患者に強要することに利用されることが起きるという懸念はぬぐえない。また患者側の意見が診療ガイドラインの策定に反映されることはまだ例外的である。診療ガイドラインの策定や運用における倫理について今後さらなる検討が必要と思われる。

1980年代以降、医療倫理の問題として報道機関が大きく取り上げ社会問題としても議論されたものに、癌の告知、脳死臓器移植、安楽死を挙げることができる。これらについては、多くの議論がなされ、治療方針決定のために本人に癌を告知することや、脳死基準に合致した場合には臓器提供者となり得ることは、現在は日常診療の一部となっている。安楽死の問題については、国内では制度の変化には至っていないが、ヨーロッパではその合法化にふみきった国が近年増えている^{10) 11)}。しかも、安楽死の条件について当初の「治癒の見込みがなく苦痛を緩和することができない悪性腫瘍」から拡大が進み、認知症にまで広げた国もある。一方、医療現場では深刻な問題でありながら医療の現場で未解決の問題に、延命治療・処置の適応と中止の基準がある。近年の医療の進歩による寿命の延伸は、疾患と加齢による障害を抱えた人口を増加させている。現在、国内の90歳以上の人口が200万人を超え、国民全体の平均でも死亡前の約10年間は自立した生活ができない状態にある。寿命の延伸とならんで医療の目的の一つである「生活の質」をどう定義するか、医療の限界をどのように認識するのか、など延命治療・処置の基準を考察するうえで、リビングウィル (living will) 以外にも検討しなければならない点が多い。こうした点に、哲学、法学、社会学など医学以外の広い分野を含めた議論が活発になされ一定のコンセンサスの形成に至ることを期待したい。

引用文献

- 1) 三浦哲嗣 「上級学部」に対抗する「下級学部」への期待 心臓 2012年, 44巻, 10号, p.1223.
- 2) Gregory E. Pence 著 宮坂道夫 長坂成夫 訳: 医療倫理 みすず書房, 2000年.
- 3) Albert R. Johnsen 他著 赤林 朗 他訳: 臨床倫理学—臨床医学における倫理的決定のための実践的アプローチ 新興医学出版社, 2006年.
- 4) 赤林 朗 編: 入門・医療倫理I 勁草書房, 2017年.
- 5) 加賀乙彦: 科学と宗教と死 集英社, 2012
- 6) 医学教育モデル・コア・カリキュラム (平成28年度改定版) 文部科学省ホームページ
https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/033-2/toushin/1383962.htm
(アクセス日 2020年 2月10日)
- 7) Retraction Watch <https://retractionwatch.com/>(アクセス日 2020年 2月10日)
- 8) 中村雄二郎: 臨床の知とは何か 岩波書店, 1992年.
- 9) 公益財団法人 日本医療機能評価機構 Minds ガイドラインライブラリ
<https://minds.jcqh.or.jp/>(アクセス日 2020年 2月11日)
- 10) 松田 純: 安楽死・尊厳死の現在-最終段階の医療と自己決定 中央公論社, 2018年.
- 11) 宮下洋一: 安楽死を遂げるまで 小学館, 2017年.