

デフォルト宣言時代の医療者-患者関係

The Relationship between medical practitioners - Clients in the age of default declaration



日本医学哲学・倫理学会・第43回大会シンポジウム

「変容する日本社会と医学哲学：多角的な検討」2024年11月3日1440-1610（C会場臨床講義室3）

池田光穂 2024年11月3日滋賀医大



1

Ver.6.0 2024.11.01

スライドの見方(凡例)



↓ 予稿集の文章の番号 (昇順)

↑ スライドのpdfダウンロードサイト

- **1.0** 加藤穰教授の科研「非標準的治療等の選好の検討を通じた多文化にセンシティブなインタラクションの支援」(21K10325)に参加して「標準的な治療等が様々な理由に基づいて拒否される」事案に出会ったことが、私にD-P関係の再考を迫った。

← 説明が省略されるスライド
- 2.0 私が親しんできた批判的な医療問題研究あるいは保健の政治経済学的な枠組みでは、供給される標準的な治療等の「医療資源」(=昨年の研究大会のテーマ)が不均等に配分される差別あるいは人権侵害の観点から議論されてきた。
- 3.0 そこでは平等原則が最重要視され、差別を是正し、なるべく標準的な治療等の資源を適切に配分しようということが目標とされた。
- 4.0 しかしながら、インフォームドコンセントがデフォルトになると新たな臨床倫理上の課題が生じた。非標準的な治療を選好する人たちの存在であり、それにより医療者ないしは医療機関は、さまざまな倫理上のジレンマを抱えることになる。

IC以降の新しい課題 (問題の所在)



- **1.0 加藤穰教授の科研「非標準的治療等の選好の検討を通じた多文化にセンシティブなインタラクションの支援」(21K10325)に参加して「標準的な治療等が様々な理由に基づいて拒否される」事案に出会ったことが、私にD-P関係の再考を迫った。**

非標準手段の選好と拒否という課題



- 5.0 COVID-19のワクチン拒否のように、これは臨床倫理だけの問題ではなく社会的な問題——パンデミックが沈静化しても副反応や後遺症への対策に対する不満は現在も続いている——に触れる重要な課題である。
- 6.0 非標準的治療選択のなかに「治療拒否」というものもあることも忘れてはならない。
- 7.0 西洋近代的な医療を標準にするという意味では、自然治癒でも信仰治療でも(治療拒否も含めて)「非標準的な治療選択ないしは選好」であると言えるからである。
- 8.0 非標準的な治療は、標準的な治療方針が「真理」である、ないしは「正しい(=正義?)」と信じる医療者や医療機関にとっては、やっかいなそして「余計な」問題を治療という課題に持ち込むことになる。

9-13 患者の債務不履行とはどのようなことか？



- 9.0 患者やその家族の選好する非標準的な治療が、明らかに当人に害をもたらすこと、あるいは、標準的な治療のプロトコルを「阻害」するものであれば、医療者ないしは医療機関は、抱えるケースに、より複雑な配慮を必要とすることになる(→極論としての安楽死/割れ窓的エスカレーション)。
- 10.0 このような選好はより一般的な倫理行為原則として、その患者やその家族の自己決定権を尊重するのか、あるいは何らかの制限をするために「介入」すべきかどうかの判断を求められることになるからである。
- 11.0 先に(→4.0)インフォームドコンセントがデフォルトになると新たな臨床倫理上の課題が生じると私は言った。
- 12.0 デフォルトとはコンピュータでは初期条件の意味のことである。
- 13.0 しかし、この言葉には国際経済において債務不履行の意味がある。

14.1D-P関係における《借款》とは？



- インフォームドコンセントがない時代：患者は、医療者に治療を懇願 (=サービスを要求)するものであり、医療者はパターンリズムという善意にもとづいて医療=サービス行為をおこなう。
- 医師：治療行為という権能をもつ。治療行為に対する債権者
- 患者：治療行為を求める要求者であるが、医師に治療されると「治療された」という心理的債務を負う。保険や自己負担の治療費の負担においても、この債務が無くなることはない (=これをプレICの時代における「よい患者」と呼ぼう)。
- よい患者は負債を抱えているので、医師に対しては、常に従順に従う (=コンプライアンスが良い)。なぜなら、未来において、再度、患者は医師に借款を要求する可能性を秘めているからである。

14.2 患者のデフォルト宣言とは？



- インフォームドコンセント(ポストICを含む)の時代：患者は、医療者に対する全能感をすでに失っている（考えられる原因：疾病構造の変化、権利意識の普及、医療情報の氾濫）。
- 医師：治療行為という義務遂行の責任をもつ。
- 患者：医師に治療行為を求める権利主体。対等的人格性が求められるが、想定されるようには振る舞わない現実。「よい患者」とは良好なコミュニケーション主体。
- 医療者-患者関係：お互いの戦略や思惑が双方にとって十分に知らない同士の「ゲーム論的關係」。お互いに自分にとって都合のよい役割を期待する「利己的な戦略」プレイヤー。
- ここにおける患者のデフォルト宣言とは、治療実践というゲームを放棄したり「降りる」こと。医療者のジレンマは、自らはそのような「宣言」行使をできないこと（→「**18.0** 変わらなければならないのは医療者」という主張の趣旨）。

14.3. 互酬性のなかの医療者と患者



- M・モースの贈与論からいえば「未開」社会の贈与交換は贈与に対する返礼は一回ではおわらない。贈与を受けた側は、ハウ（あるいはタオンガ）という霊を受け取ったからであり、返礼の中にそれを込めようとする。この交換は不均等交換であり、不均質な事象も交換財のなかに含まれる。これにより贈与交換の連鎖性という特徴がある。モースによると贈与が社会的紐帯の永続性を保証するのだ。
- WHR リヴァーズは「未開」社会での病気の診断、治療、回復過程のほとんどは家庭内でおこなわれると100年以上前に指摘した



William Halse Rivers Rivers, 1864-1922 (far left, c 1898)



Marcel Mauss, 1872-1950

9



14.4. 良い患者とは医師のいうことをよく聞く者である(『IC以前の時代の古語辞典』)



- 1980年代の加藤尚武と中川米造の対話
- 中川米造「自分で自分を治せないという思い込みが、患者さん自身を、納得、同意（ICのことと思われる——引用者）というところから離してしまっているんじゃないでしょうか。自分では何もできないんだという思い込みがね」 [加藤 1986:118]

14.5 患者自身は何もできないとい う思い込みの状態を想像する



- 病気の治療とは、患者に対して医療者が債務を押し付ける行為である。患者は負債を返済しようとして、債権者である医療者に対して、誠実に返済すべく、「健康に復帰するための努力」を行う。なぜなら、中川が指摘したように「自分で自分を治せないという思い込みが、患者さん自身を、インフォームドコンセントというところから離してしまっている。患者自身では何もできないんだという思い込み」がある。
- IC以前の患者は権利主体ではないがコンプライアンスは良好だ。なぜなら、病気から復帰した元患者も現代社会では再び傷病に陥る危険性があるからである。
- 近代医療の医師の業務独占が、患者の無力感の醸成に貢献する。

15.0 ポストIC時代に患者はデフォルト宣言をするリスクを抱えている



- 患者は、医師に借款を要求する潜在力をもつが、かつての、それは「負債という負い目」だが、いまや権利となり、それに対する医療者の側の対応やアウトカムによっては、訴訟により、要求したよりも少ない給付しかないとクレームをつける存在である。
- 日本の近代医療が保険制度のもとで、質の保証や病院評価という、市場経済の管理法則(QC)の影響を受けて、貸し付ける側が余計な温情(パターナリズム)を発揮できなくなる。
- ただし非標準的治療を選好することがデフォルト宣言に直接結びつくことではない。非標準的治療を選好後のD-P関係の中で、患者がデフォルト宣言をすることを「可能」にする。

16.1- 開発途上国政府の医療資源は限られており基本医薬品の供給も滞る事態に



- (途上国の医療援助協力に参加した私の所感は)中川米造の表現を借りると「(開発途上国の)保健省あるいは公的保健は、自分たちの病気を治療できず、健康すらまもってくれないという思い込み」のなかで人々は生活していた。
- 「基本医薬品の供給も滞る」なかで、先進国から来た国際ボランティアは「この人たちは死ぬにまかせられ、ネグレクトされている」と、ある局面(=重病人の搬送)では、印象を抱く。

16.2-医療者と国民の間に債務-債権関係が希薄な再初期状態？



- だが、他方では、そのような悲壮感は当事者たちには、それほどなく、生活習慣病は少なく、重い病気にかかる以外は、最低限のラインで平和に暮らしているようだった(=非ヘルシズム状態)。
- 病気になったときに、公的な医療制度や西洋医学というものが魔弾のように万能の治療手段になりえなかった。期待が少ないゆえに、効用も少ない。
- 医療者と国民の間に《債務-債権関係が希薄》であった。

17.0 「文化にセンシティブな治療」は虚妄か？



- ***Back to the present Japan;*** 非標準的な治療の患者による「選択・選好」は、医療者には標準的なプロトコルからはずれる「余計な心配事」になる。そのような患者に対して、ケアの時間的・心的コストがかかるからである。
- 医療費抑制の時代には「文化にセンシティブな治療」はオプション外の保険診療外のサービスになる。実際そのような規格外治療を要求する富裕層に応える医療サービスと市場は存在する
- エセEMBが王道のEBM医療を喰う；だが近代医療が本当に王道のEBM医療であったことがあったのか？

18.0 変わらなくてはならないのは医療者の側



- 【仮説】非標準的な治療の「選択」の登場は、医療者の側の対処行動の戦略の修正や大幅な変更が今後ますます求められるのではないか？
- 宣言をする新しい患者の登場だが、それは、それまでとは異なった医療情報の入手方法の登場、治療の現場の外で増大をつづけるエンハンスメントを謳ったサプリー市場の増大、ネットのサイトで知った後におこる「行動変容」などの、新しい患者のライフスタイルが誕生しつつあるかもしれない。

19.0 デフォルト宣言下で患者と医療者は 対等な存在に



- ***Back to the Past***:非標準的な治療の「選択」は、標準的な治療の最中にも起こりうることであり、かつては、コンプライアンスの悪い「問題」のある行動としてとらえてきたが、いまや、偶発的でいつでもどこでも誰にでもおこる出来事になった。
- 「患者は神様」「患者ファースト」という、パターンリズム時代の、不均衡な医療者と患者の関係「像」を改める必要性がある。
- そこで気になるのは医療人類学者アネマリー・モルのペイシャンティズム（患い主義）である。これは、ポストIC時代の万能薬になるのだろうか？

20.1 ペイシャンティズム（患い主義）とは？

- アネマリー・モルは、糖尿病治療の民族誌研究を通して、生の管理の現場には、**選択のロジック（logic of choice）**と**ケアのロジック（logic of care）**があるという。選択の論理は、インフォームド・コンセントにしたがって、患者に医療者と対等、平等の対応をもとめる態度である。ケアの論理とは、患者に寄り添い、患者と一種の運命を共にして、協働する立場である。後者には、価値自由の論理が希薄になり、ともに共通の目的をもってコラボレーションする共感的平等の論理がみられる。ペイシャンティズムは、ケアの論理にたつて、治療実践を医療者中心的な制度的戦略から、患者の苦悩経験をシェアしながら、患者の生の技法にたつ立場だ。



Annemarie Mol b.1958



19

20.2 ポストモダン時代のパターンリズム2.0



- ケアのロジックを優先するモルのペイシャンティズム（患主義）は、インフォームド・コンセントにしたがって、患者に医療者と対等、平等の対応をもとめる態度である選択のロジックを批判している。IC以前のパターンリズムにおける医療者と患者の非対称的な関係から脱した、対等的な選択のロジックでは、価値中立で冷たい科学的な態度があると批判したいのだろう。
- だが、これは患者の患いを理念化特権化して、それに対して患いから逃れるためには、医療者と患者は同じ思いと価値観を共有しているはずだ、あるいは、そうなるべきだという「自然主義的な誤謬」に陥っていないだろうか？ケアのロジックは、ポストモダン時代のパターンリズム2.0にすぎないというのが私の見解だ。

善を快や望ましいといった自然的性質で倫理原則を還元的に説明することは誤りである(G.E.ムーア)



George Edward Moore, 1873-1958



Richard Mervyn Hare, 1919-2002



21

道徳的言明には「～すべし」という指令的側面と、普遍化可能な方策を求める特性がある(R.M. ヘア)

20.3 リチャード・ヘア先生のように考えると01



- リチャード・ヘアは、道徳的言明には「～すべし」という指令的(prescriptive)側面と、普遍化可能(universalizable)な方策を求める特性があると指摘した。
- モルは、患者の立場になって考え、判断することが理解できれば、医療者もそのように行為すべきだと言っているように思える。彼女の主張は、指令的であるが、非標準的な治療の選択と(標準的な治療を良しとする)医療者の両方が合意できる普遍化可能な方策は最初から締め出されている。古い価値観で表現すればそれは「オートノミーの専横」状態である。

20.4 リチャード・ヘア先生のように考えると02



- 医療者が考える患者の「オートノミー[=自律]の専横」状態に対して、医療者の側が唯一ブレーキをかけることができる論理は、原則主義（プリンシプリズム）の四原則[自律・恩恵・無危害・正義]のうちのひとつ無危害原則を持ち出して、本人が希望しても医療者は(説得=レトリックを行使して)危害行為を抑制するほかはない。
- だが我々のコミュニケーション学をフルに動員してもそこに普遍化可能な解決策を見出すことは困難である。心理学をベースにしてきたこれまでの医療コミュニケーション学は、今後ますます紛争解決学=応用政治紛争法学と変わらなくなる可能性がある。

20.5 デフォルト宣言時代の医療者-患者関係を受け入れる



- 【結論:01】 デフォルト宣言時代の医療者-患者関係とは、両者が相手の対応に応じて、自らの態度を柔軟に変えてゆくダイナミックな関係に他ならない。そして医療コミュニケーション学は(大幅な改訂は必要であるにせよ)やはり必須のサバイバルキットである。そこでのエシックスは(1)規範的な道徳的相対主義と(2)契約主義に落ち着かざるをえないし、現実の医療現場でもそのように運用されているだろう。

20.6 非標準的な治療選択の患者は教師



- 非標準的な治療選択する患者は、医療者-患者関係に新たなレパートリーを追加し、医療的コミュニケーションの場をより対等なものに近づけてくれる存在である。それは臨床倫理を考える上でも新しく登場しつつある私たち にとっての教師なのかもしれない。

ご清聴ありがとうございました



家族揃っての記念写真（昭和十四年頃 左端）



大阪大学で「医学概論」の講義をしていた頃



中川米造先生(1926-1997)の思い出に捧ぐ

26