

第3章

医師と社会

目標

第3章を終えると、以下のことが習得できるはずである。

- 患者に対する医師の義務と、社会に対する医師の義務が衝突する場合を知り、その衝突の理由を理解できる。
- 希少な医療資源の配分に伴う倫理的問題が何であるかがわかり、それに対処できる。
- 医師が公衆衛生や国際保健に対してどのような責任を負っているかを認識できる。



エイズに立ち向かう
©Gideon Mendel/CORBIS

ケース・スタディ②

S 医師は、自分が診察する前か後かにかかわらず、同じ病気で他の医師の診察を受ける患者に対して、徐々に不満を感じるようになっていく。医療資源の無駄で、患者の健康にも逆効果だと考えるからである。彼女は、このような患者には、同じ病気で他の開業医の診察を受け続けるのなら、これからはもう治療しないと伝えようと決めた。さらに、彼女は国レベルの医師会組織に働きかけて、政府にこの種の医療資源の無駄遣いをやめさせるよう運動するつもりである。

1 医師と社会の関係に特有なこととは？

医療は専門職 (profession) です。この「専門職」という言葉には、密接に関連しつつも異なる2つの意味があります。(1) 他者の幸福への献身、高い道德水準、知識と技能の集合体および高度な自律性によって特徴づけられる職業。(2) この職業に従事するすべての個人。「医療専門職 (medical profession)」は、医療の実践を指すこともあれば、医師一般を指すこともあります。

医師の専門職意識 (medical professionalism) に伴う関係は、第2章で扱った医師と患者との関係や、第4章で扱われる医師と同僚およびその他の医療専門職との関係だけではありません。社会との関係もあります。この社会との関係は、「社会契約」とみなすことができます。すなわち、社会がある専門職に対して、職業上の特権、つまり特定のサービスを提供する排他的あるいは第一次的な責任および高度の自主規制などを含む特権を与え、代わりにその専門職は、これらの特権をまず他者の利益のために行使し、自らの利益は二次的にしか追求しないことに同意するというものです。

今日の医療は、かつてないほど、厳密に個人的というよりも社会的な活動となっています。医療は、政府と企業の組織や資金を背景にして成り立っています。医療の知識基盤と治療法は、公的機関や企業による医学研究と製品開発に依存しています。多くの治療には、さまざまな医療機関が複雑に絡んでいます。扱う疾病・疾患は、生物学的原因と同じくらい社会的原因のものが多くなっています。

ヒポクラテスの誓いなどの伝統的な医の倫理は、社会との関係については、ほとんど参考になりません。この伝統的倫理を補完するために、今日の医の倫理は、個々の患者・医師関係を超越して生じる問題に焦点を当て、これらの問題に対処するための基準と手順を示しています。

医療の「社会的」特徴という直ちに、次のような疑問が起こります。社会とは何か？ 本書では、社会とは共同体または国家を指します。これは政府のことでありません。政府は社会の利益を代表すべきものですが、現実にはそうでないことも多く、仮に社会の利益を代表している場合であっても、政府は**社会のために (for)** 行動しているのであって、**社会そのものとして (as)** 行動しているわけではないからです。

医師は社会とさまざまな意味で関係しています。社会とその物理的環境は、患者の健康にとって重要な要素なので、医師は専門職集団一般としても個人としても、公衆衛生、医学教育、環境保護、共同体の医療や福祉に影響を及ぼす立法、および司法手続きにおける証言などで重要な役割を担っています。WMAの**患者の権利に関する宣言**が次のように述べるとおりです。「法律、政府の措置、あるいは他のいかなる行政や慣例であろうとも、患者の権利を否定する場合には、医師はこの権利を保障ないし回復させる適切な手段を講じるべきである」。医師はまた、社会の希少な医療資源の配分においても主要な役割を果たさなければなりません。ときには、患者が、受ける権利のないサービスを受けようとするのを止める義務も負います。これらの責任を果たそうとすると、特に、社会の利益が個々の患者の利益と相反するような場合に、倫理的な衝突が生じます。

2 二重忠誠

医師が患者と第三者の両者に対して責任 (responsibility) と説明責任 (accountability) を負い、しかも両者に対する責任と説明責任が両立しえない場合、その医師は「二重忠誠 (dual loyalty)」の板ばさみになります。医師に忠誠を求める第三者には、政府、雇用主 (例: 病院やマネージドケア組織)、保険会社、軍当局者、警察、刑務所当局、患者の家族などがあります。WMAの**医の国際倫理綱領**は、「医師は、患者に対して忠誠を尽くすべきである」と述べていますが、**医師が患**

者の利益よりも他者の利益を優先しなければならないという例外的状況があることは、一般に認められています。倫理的に難しいのは、第三者からの圧力を受けた場合に、いつ、どのようにして患者を守るかを定めることです。

二重忠誠の状況には、社会の利益を優先すべき状況から、明らかに患者の利益を優先すべき状況まで幅があります。両者の間には大きなグレー・ゾーンがあり、そこで何が正しい行為かを見極めるには、相当の見識が必要です。

一方の端には、特定疾患の患者、車を運転すべきでない患者あるいは児童虐待が疑われる患者などの報告義務があります。このような報告がなされることを、患者は事前に知らされるべきですが、これらの義務は躊躇せずに果たすことが必要です。

反対の端には、たとえば拷問等の、基本的人権を侵す行為に参加するようという警察や軍による要求または命令があります。WMAの2007年の拷問または他の残虐な、非人道的なもしくは品位を傷つける取扱いを医師が記録し公然と非難する責任に関する決議 (Resolution on the Responsibility of Physicians in the Documentation and Denunciation of Acts of Torture or Cruel or Inhuman or Degrading Treatment) のなかで、WMAはこのような状況にある医師に対して具体的な指針を示しています。特に、患者の最善の利益を見極めるために、専門職としての独立性を保持するように努め、通常の倫理要件であるインフォームド・コンセントと守秘義務は、可能な限り守られなければなりません。これに違反する場合には、その正当性を説明し、患者にも開示しなければなりません。患者の治療に対して不当な介入がある場合、特に基本的人権が否定されている場合には、しかるべき当局へ届け出るようにします。もし当局が動かない場合には、各国の医師会、WMAおよび人権団体が支援してくれるでしょう。

上記両極端の事例の間の中央付近には、治療方針を決定する医師の臨床上の自律性を制約するようなマネージドケアの運用という問題があります。この運用が必ずしも患者の最善の利益に反するわけではありませんが、その可能性はあります。医師は、そのようなマネージドケアに関与するかどうかを慎重に考慮しなければなりません。このことについて、たとえば他のプログラムがなく選択の余地がない場合、自分の患者はもちろんのこと、医師会を通じて、そのようなプログラムによって制約を受けるすべての患者のニーズを強く擁護 (advocate)* していくこ

とが大切です。

医師が直面する二重忠誠に特有の問題として、一方において企業の利益と、他方において患者および/または社会の利益が相反する可能性があったり、実際に相反する場合があります。製薬会社、医療器具メーカーやその他の企業は、しきりに医師に贈り物やその他の利益供与を申し出ることがあります。それは無料サンプルであったり、教育行事に参加するための旅費や宿泊費、さらには研究活動に対する過剰な報酬に至るまでさまざまです(第5章参照)。このような企業の贈り物の背後には、一般的に、自社製品を使ってもらいたいという動機があります。しかし、こうした製品は患者にとって最善のものとは限らず、社会にとっても余計な医療費となるかもしれません。WMAの2009年の**医師と企業に関する声明(Statement Concerning the Relationship between Physicians and Commercial Enterprises)**は、このような状況に対するガイドラインを定めており、多くの国の医師会もガイドラインを定めています。これらのガイドラインの根底にある第一の倫理原則は、**医師は自らの利益と患者の利益との間に利益相反があった場合、すべて患者の利益となる方向で解決しなければならない**というものです。

3 資源配分

最も豊かな国を含め、世界のどの国をとっても、医療に対する要求や希望と、そのために必要で利用可能な資源の間にはすでに大きなギャップがあり、それはさらに広がりつつあります。このギャップがあるために、既存の資源は何らかの方法で配分される必要があります。医療の配分、いわゆる「資源配分(resource allocation)」は、次のような3つのレベルで行われます。

- 最も高い(マクロの)レベルでは、政府が次のような事項を決定します。予算全体からどの程度を医療費に配分するか。どの医療費を無料にするか有料にするか、有料の場合は患者負担か医療保険の適用とするか。医療予算のうち、いくらを医師・看護師・その他の医療関係従事者への報酬、病院やその他組織の資本

*：イタリック体の用語は用語解説(付録A)に掲載。

や運営費、研究費、医療従事者の教育、結核やAIDSなどの特定疾患に割り当てるか。

- 組織の(中間の)レベルでは、病院、診療所、医療組織などの経営陣がどのようなサービスを提供するか、スタッフの person 費、設備、セキュリティ、その他の運営費、修繕、拡張にどのくらいの費用をつけるかを決定します。
- 個々の患者の(ミクロの)レベルでは、医療提供者、特に医師が次のような事項を決定します。どのような検査を行うか。他の医師へ紹介すべきか。入院が必要か。ジェネリック薬よりもブランド薬を使ったほうがいいか。推計によれば、医師は医療費の80%の支出決定について優位な立場にあり、マネージドケアが徐々に浸透してきているものの、患者がどのような医療を受けるかに関して、今なお相当の裁量権があります。

各レベルで行われる選択は倫理的要素を多く含んでいます。それらの選択は価値観に基づいて行われ、個人や共同体の健康と福祉に重大な影響を与えるからです。個々の医師は全レベルで、その決定の影響を受けますが、一番大きく関わっているのはミクロのレベルです。したがって、以下ではこのミクロのレベルの問題に焦点を当てていきます。

上述のように、医師は昔から他者のニーズは考慮せず、自分の患者の利益のためだけに行動するよう期待されてきました。医師の共感、能力、自律という主要な倫理的価値は、自分の患者の要求に応えることに向けられていました。医の倫理に対するこのような個人主義的アプローチは、医師のパターナリズムから患者の自律へと変化していても、つまり、患者が受ける医療内容を決定する基準はまず患者自身の意思だというように考え方が変わってきても、生き残りました。けれども、近年になって、もうひとつの価値、すなわち正義(justice)が医療上の決定における重要な要素となってきました。それは、資源の分配について、もっと社会的なアプローチ、すなわち他の患者のニーズを考慮に入れるアプローチを要求しています。このアプローチによれば、医師は自分の患者だけでなく、他者に対してもある程度の責任を負います。

資源配分における医師の役割に関する以上の新しい理解は、多くの国の医師会の倫理綱領に表明されており、またWMAの**患者の権利に関する宣言**も次のよう

に述べています。「供給を限られた特定の治療に関して、それを必要とする患者間で選定を行わなければならない場合は、そのような患者はすべて治療を受けるための公平な選択手続きを受ける権利がある。その選択は、医学的基準に基づき、かつ差別なく行われなければならない」。

医師が資源配分に責任を果たす方法のひとつは、たとえ患者からの求めであっても、無駄で効果のない治療は断ることです。抗生物質の過剰投与は、無駄で有害な治療の一例です。他の一般的な治療法の多くも、無作為臨床試験によって、それらが使用されている症状に対しては効果のないことが示されています。多くの症状について臨床ガイドラインがあり、治療法の効果の有無を確認するのに役立ちます。医師は、資源節約のためだけでなく、患者へ最適な治療を提供するためにも、これらのガイドラインに精通しなければなりません。

多くの医師が行わなければならない配分決定のひとつに、希少なものを必要としている患者が複数いる場合の選択という問題があります。たとえば、救急スタッフの割当て、ICUの残り1つのベッド、移植用臓器、先端技術を利用した放射線テスト、ある種の非常に高額な薬などです。これらの資源を管理・調整する医師は、それを拒否された患者が結果として苦しみ、死亡する可能性さえあることを十分承知のうえで、どの患者がそれらの提供を受けることができ、どの患者ができないかを決めなければなりません。

なかには、特に、自分の患者に影響を与えるような一般の方針作りに関わったために、こうした問題についてますますジレンマに陥る医師もいます。これは、医師が病院その他の機関で管理職についていたり、方針の提案や決定を行う委員会の一員である場合に生じます。多くの医師は、自分の患者のことは切り離すよう努めるものの、なかにはその立場を利用して、より大きなニーズのある他の患者よりも自分の患者を優先させようとする医師も出てくるかもしれません。

このような配分の問題を扱うにあたり、医師は共感と正義という原則のバランスをとるだけでなく、どの正義へのアプローチが適切かを決めなければなりません。正義のためのアプローチには以下のようなものがあります。

- **自由主義 (libertarian)** — 資源は市場原理に従って分配されるべきである（支払いへの能力と意欲を条件とした、個人による選択。貧困者には多少の慈善的

配慮あり)。

- **功利主義 (utilitarian)** — 資源はすべての人の最大の利益に従って分配されるべきである。
- **平等主義 (egalitarian)** — 資源は厳密にニーズに従って分配されるべきである。
- **修復主義 (restorative)** — 資源は歴史的に不利に扱われた人に有利なように分配されるべきである。

上述のように、医師は、自由主義的アプローチを好むと思われる伝統的個人主義の医の倫理から、自らの役割をより社会的にとらえる方向へと徐々に変わってきました。たとえば、WMAの**医療へのアクセスに関する声明 (Statement on Access to Health Care)** は、「ケアを必要とするいかなる人に対しても、支払い能力がないという理由で門戸を閉ざしてはならない。社会は必要なケア、すなわち困窮者のケアを適正に扶助する義務を負っており、医師はこの種の扶助ケアに適度に参加する義務を負っている」と述べています。しかし、たとえ自由主義的アプローチが一般に否定されたとしても、その他3つのどのアプローチが優れているかについて、医の倫理学者たちは合意に至っていません。どの検査をするか、他の医師へ紹介すべきか、入院が必要か、ジェネリック薬よりもブランド薬を使ったほうがいいのか、誰が移植臓器を受け取るべきかなどといった問題に当てはめた場合、明らかに、それぞれのアプローチからは、非常に異なる結果が生じます。功利主義的アプローチは、おそらく個々の医師が最も実践しにくいものです。なぜなら、さまざまな医療行為から予測される結果に関する膨大なデータが、自分の患者だけでなく、他の患者全員についても必要だからです。残り2つ(自由主義を含めるなら3つ)のアプローチからどれを選択するかは、**医師自身の個人的道徳観とともに、医師が働く国の社会政治的環境にもよります**。米国のように自由主義的アプローチを好む国もあるし、スウェーデンのように平等主義で知られる国もあります。さらに南アフリカのように修復主義的アプローチを試みる国もあります。多くの医療政策立案者は功利主義を推進します。このような相違にもかかわらず、正義に関するこれら複数の概念が、一国の医療システムのなかに共存していることも少なくありません。そしてそのような国では、医師は自分の好むアプローチと一致する職場環境(例：公的病院か民間病院か)を選択できる場

合があります。

現存の医療資源の配分について医師がどのような役割を担うとしても、これらの資源が患者の要求にとって不十分ならば、医師にはさらに資源の拡大を求めて主張し続ける責任があります。そのためには、医師が国内外で、専門職組織を利用して結束し、このような要求の存在とそれに応える最善の方法について、政府その他の意思決定者たちに不断に働きかけることです。

4 公衆衛生

残念なことに、20世紀の医療では、「公衆衛生 (public health)」とそれ以外の医療 (おそらく「私的 (private)」または「個人の (individual)」医療) とが区別されてしまいました。この区別が残念である理由は、上述のように、公衆は個人から成り立ち、公衆の健康の保護と促進を目指した施策は、結果として個人の健康にとっての利益となるからです。

「公衆衛生」という言葉が「公的資金でまかなわれる医療」(例: 国の税制や強制的皆保険制度でまかなわれる医療) という意味にとられ、「私費でまかなわれる医療」(例: 個人または民間保険によって支払われ、通常、誰もが受けられるわけではない医療) の反対語とみなされるならば、混乱も生じます。

ここで用いられる「公衆衛生」という言葉は、公衆の健康という意味だけでなく、個人よりも集団の観点から健康を扱う医学の専門分野をも指します。各国はこの分野の専門職を大変必要としています。彼らは、感染症や健康に対するその他の危険から公衆を守るための活動に従事することはもちろん、健康促進のための公共政策に対する助言や主張も行います。公衆衛生学の実践 (ときに「公衆衛生学 (public health medicine)」や「地域医療 (community medicine)」と呼ばれる) は、その科学的基礎を大きく疫学 (epidemiology) に頼っています。疫学とは、集団における健康と疾病についての分布と決定因子の研究です。実際、専門課程を追加して履修し疫学者となる医師もいます。しかしながら、すべての医師は、個々の患者の健康状態に影響を与える社会的、環境的決定因子を認識しておくことが必要です。それは、WMAの健康増進に関する声明 (Statement on Health

Promotion) が次のように述べるとおりです。「医師と医師会は、常に自分の患者の最善の利益のために行動する倫理的責務と専門職としての責任を負うものであり、この責任を公衆衛生の確保・促進というより広い配慮や主体的な活動とも結びつけるようにしなければならない」。

予防接種キャンペーンや接触感染症の発生に対する緊急対応といった公衆衛生対策は、個人の健康における大切な要因ですが、住宅、栄養、雇用といった社会的要因も、同じくらい重要です。医師は、利用可能であればどのような社会サービスでも患者に紹介すべきですが、個々の患者の病気の社会的原因そのものを治すことはほとんどできません。けれども、たとえ間接的であっても、これらの問題の長期的解決に貢献することはできます。たとえば、公衆衛生や医学教育活動への参加、環境リスクの監視と報告、虐待や暴力等の社会問題から生じる健康への悪影響に関する広報、および公衆衛生サービス向上のための活動などの方法があります。

しかし、ときには公衆衛生上の利益が、個々の患者の利益に対立することもあります。たとえば、副作用のリスクのある予防接種は、他者への感染は防いでも、接種を受けた本人への感染は防げません。特定の接触感染症、幼児や老人の虐待、あるいは車の運転や飛行機の操縦等の特定の行為のように、本人や他者に危険を与えるような健康状態は、報告が義務づけられています。これらは前述した二重忠誠の板ばさみの例です。これらの状況や関連する状況を扱う手順は第2章の「守秘義務」で扱われています。一般的には、医師は、公衆衛生上の要請に従った結果として、個々の患者に及ぶ被害を最小限にする方法を探そう努力しなければなりません。たとえば、報告が求められている場合でも、その法的要請に従いつつ、患者の秘密情報を可能な限り守るようにします。

個々の患者の利益と社会の利益とが対立するそれ以外の種類として、医師が患者から、たとえば保険の支払いや療養休暇のような、本来は受け取る権利がないのに、便宜を図るよう頼まれる場合があります。医師には、患者がそのような便宜を受ける資格となる病状を証明する権限が与えられています。患者から実際の病状には当てはまらない内容の証明書を頼まれても、断りたくないとする医師もいます。しかし、こういう場合には、非倫理的な行為とならない他の手段を探そう患者に言うことが必要です。

5 国際保健

医師は自分が住んでいる社会に対して責任があります。この認識は近年拡大し、国際保健(global health)に対する責任にまで広がってきています。この国際保健という言葉は、国境を越えた保健問題や課題で、他の国々の状況や経験から影響を受ける可能性があり、協力して解決に取り組むことが最も望ましいもの、と定義されます。国際保健とは、情報、通商、政治、旅行、その他さまざまな人間の活動を含むグローバル化という、はるかに大きな現象のひとつです。

グローバル化を支えているものとして、個人と社会がますます相互依存を深めているという認識があります。インフルエンザやSARSのような疾病が急速に拡大することからわかるように、このことは人々の健康という観点で明瞭になっています。このような感染症をコントロールするには、国際的な取り組みが必要です。ある国の1人の医師が感染性の高い病気に対する認識と処置を誤ると、他国の患者へ甚大な被害が及ぶおそれがあります。それゆえ、医師の倫理的責務は、自分の患者だけでなく、地域や国をもはるかに超えたものなのです。

保健を地球規模でとらえる視点が確立するにつれて、世界中の医療格差に対する認識はますます高まっています。最も貧しい国々において、乳幼児死亡や衰弱性疾患と闘う大規模キャンペーンが実施され、天然痘の撲滅といった一定の成功がおさめられているものの、所得が高い国と低い国とでは、健康状態のギャップが広がるばかりです。この一因には、貧しい国々で最悪の被害を出しているHIV/AIDSがありますが、過去数十年間に世界全体としては豊かになったにもかかわらず、低所得の多くの国々がその豊かさの恩恵を享受できなかったことも原因です。貧困は主に政治や経済に起因するため、医師や医師会の力が及ぶ問題ではありませんが、貧困が作り出す健康被害に対応するのは医師です。低所得国において、医師はそのような患者に提供できる資源をほとんどもっておらず、その希少な資源をいかに配分するのが最も公正かという困難に常に直面しています。しかし中所得国や高所得国においてさえ、医師は、たとえば難民のような、グローバル化の影響を直接に受けた患者や、ときにはこれらの国の国民が受けている医療保険に入れない患者に出会います。

グローバル化のもうひとつ他の側面として、医師を含めた医療専門職たちの国際

的な移動があげられます。発展途上国から先進国へ医師が移動することは、医師本人とその受入国の双方にとって利益となりますが、出て行かれる側の国にとっては損失です。WMAの**医療従事者の国際移動の倫理ガイドライン (Ethical Guidelines for the International Migration of Health Workers)**は、医師はキャリア向上の機会を求めて他国へ行くために、自分の国を離れることを妨げられてはならないと述べています。しかし、WMAは、すべての国に対して、自国のニーズと資源を考慮に入れたうえで、十分な数の医師を教育するよう最善を尽くし、医師に対する自国の需要を満たすために、他国からの医師の移住に依存しないようにと求めています。

先進諸国の医師は、古くからの伝統として、その経験と技能を発展途上国のために提供してきました。これには多くの形態があります。たとえば赤十字社、赤新月社、国境なき医師団のような組織による救急医療援助、白内障や口蓋披裂などを扱う短期的手術キャンペーン、医学校での客員教授としての赴任、短期ないし長期の医学研究プロジェクト、医薬品や医療設備の提供などです。これらの例はグローバル化の明るい面であり、貧しい国から豊かな国への医師の流出を、少なくとも部分的に補っています。

6 医師と環境

公衆衛生と国際保健の両方に対する大きな脅威として環境の悪化があります。2006年のWMA**環境問題における医師の役割に関する声明 (Statement on the Role of Physicians in Environmental Issues)**は次のように述べています。「効果的な医療活動にとって、医師や医師団体が個人と集団の健康に関わる環境問題に目を向ける必要性が高まっている」これらの問題には、空気や水や土壌の汚染、持続不可能な森林伐採や漁業、および消費者製品中の有害化学物質の急増が含まれます。しかし、おそらく健康に対する最も深刻な環境課題は気候変動です。2009年のWMA**健康と気候変動に関する德里ー宣言 (Declaration of Delhi on Health and Climate Change)**には、「気候変動は現在、世界的な疾病という負担と早世の一因となっている……現在の早期段階において影響は小さいが、今後すべての国および地域で徐々に増加すると予測される」とあります。この宣言では、個々の医師と医師会は、患者や地域社会に対して、地球温暖化が健康にも

たらしうる結果について教育するとともに、政府や産業界に対して、二酸化炭素排出や他の気候変動因子の大幅削減を働きかけることを奨励しています。

ケース・スタディを振り返って

本章で示された医師と社会の関係の分析に従えば、S 医師は、彼女の患者の行為が社会に及ぼす影響を考慮している点では正しい。たとえ他の医師への相談が、S 医師の働いている医療システムの外で行われ、社会に何も金銭的コストがかからないとしても、その患者は S 医師の時間を取っており、それは、彼女のサービスを必要としている他の患者のために使うことができたはずの時間だ。しかし、S 医師のような医師は、このような状況に対応する際、慎重にならねばならない。患者はさまざまな事情から、完全に合理的な決定を下すことができず、自分自身と他者の最善の利益が何であるかを理解するのに、相当な時間と医療に関する教育が必要なことも多い。S 医師はまた、この問題に対する社会的解決を求めて医師会に働きかけるという点でも正しい。この問題は彼女自身やこの 1 人の患者だけでなく、他の医師や患者にも影響を与えるからだ。