

医療現場での 意思決定は医師決定？

JA長野厚生連 佐久総合病院
由井和也
yui@koumi-hp.jp

本日の授業のアウトライン

1. 生命倫理の原則と自己決定
2. 医療における意思決定の変遷
3. 確率をどう意思決定に反映させるか
4. フレーミングでゆらぐ意思決定
5. 事前指示のススメ？
6. ACPの前に考えるべきこと

質問

大事なことは自分で決めていますか？

自己決定
自律尊重
※

自律：自分自身で立てた規範に従って行動すること
自立：他の助け、支配なしで、一人で物事を行うこと

生命倫理の4原則

自己決定
自律尊重

善行

無危害

正義

生命倫理 Bioethics

市民運動

社会的、経済的、人種的、政治的な不公正に対する市民運動

医学の進歩による弊害

生病老死におけるさまざまな課題

公害・環境問題

自然の生存権、世代間倫理、地球全体主義

患者の権利の認識

インフォームドコンセント、人体研究指針、医療過誤／薬害裁判、延命治療

Individualism（個人主義）

個人の意義と価値を重視し、その権利と自由を尊重

伝統的制度の変容

家族、社会、教育、宗教

自明とされた価値観、倫理観の問い直し

人間、生命、医学、自然社会などの「生命」に関するあらゆる観点

生命倫理 Bioethics

生

生殖補助医療、妊娠中絶、遺伝子診断、クローンES細胞、再生医療、など

病

治療方針決定、人工呼吸器、研究倫理、医師患者関係
患者の権利、医療過誤、緩和医療、治療中止差し控え

老

認知症、終末期医療、ケア・看取り、虐待、など

死

脳死、臓器移植、延命治療、安楽死、など

生命倫理 Bioethics



参考図書◇医療倫理のバイブル



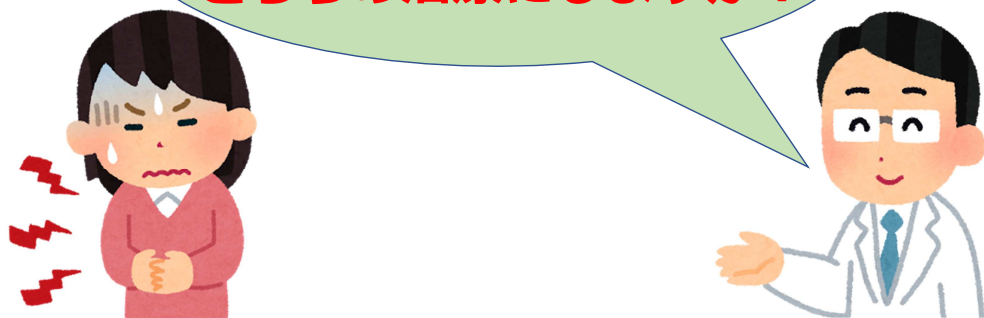
Bernard Lo
医療の倫理ジレンマ

信州大学医学部の
先生たちによる翻訳
これはいいφ(..)

どちらの治療にしますか？

おなかが痛くて病院を受診すると
虫垂炎だと言われました

抗生物質で治療する方法と
手術で虫垂を切除する方法
どちらの治療にしますか？

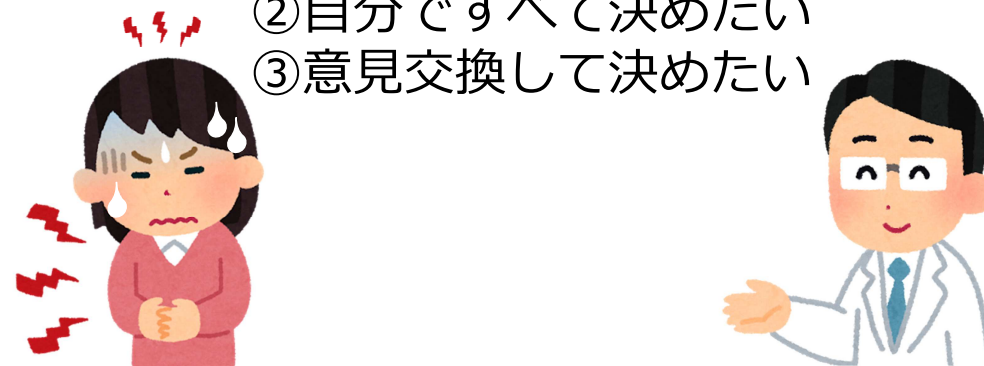


どちらの治療にしますか？

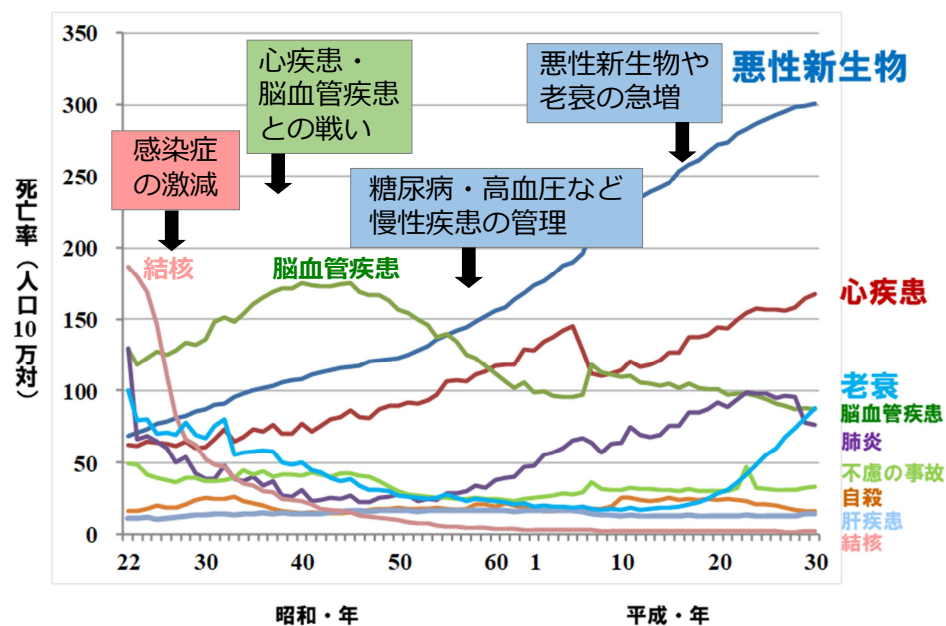
おなかが痛くて病院を受診すると
虫垂炎だと言われました

あなたはどうしたいですか？

- ① 医者にすべておまかせ
- ② 自分ですべて決めたい
- ③ 意見交換して決めたい

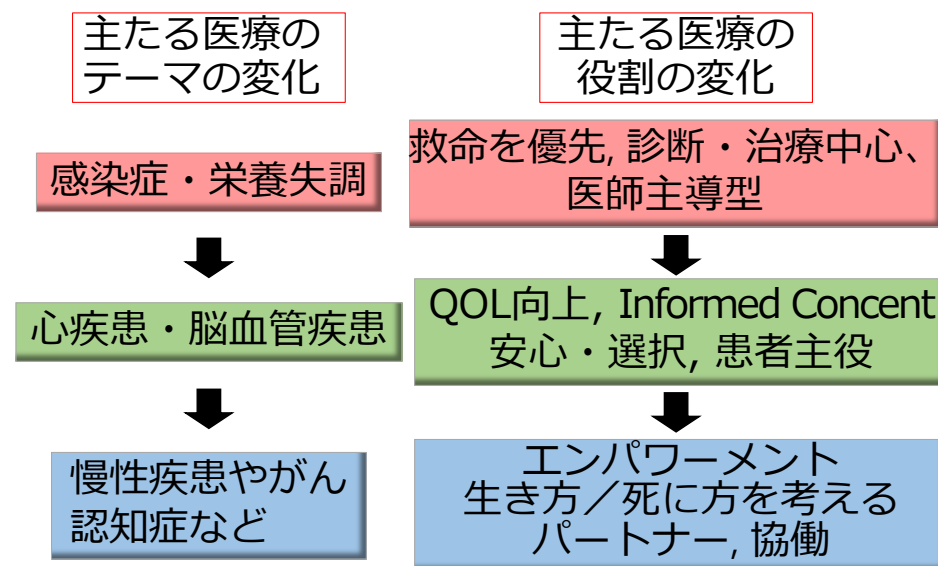


死因別に見た死亡率の年次推移



平成30年 人口動態統計月報年計(概数)の概況 2019.6より作図

医療の役割の変遷



パターナリズムとIC インフォームド・コンセント

かつての医者は、
患者には医学的な知識がないことを前提に、
医者がよいと思う治療法を選択していた。

パターナリズム(温情主義／父権主義)

患者も医学的な知識がないので、
医者に治療法を選択を任せてきた。

医師の保護者としての立場 (ヒポクラテスの誓い, etc)

パターナリズムとIC インフォームド・コンセント

1970年代に当事者の権利運動が医療でも
生じる。医学知識が市民へも普及し説明を
受けた上で、複数の治療選択肢から患者の
好みを反映し自己決定(同意)する患者中心
の医療がはじまった。

医師が病状や治療選択肢を分かりやすく
説明し、患者の同意を得ること。

Informed Consent(説明と同意)

契約関係としての医師—患者関係

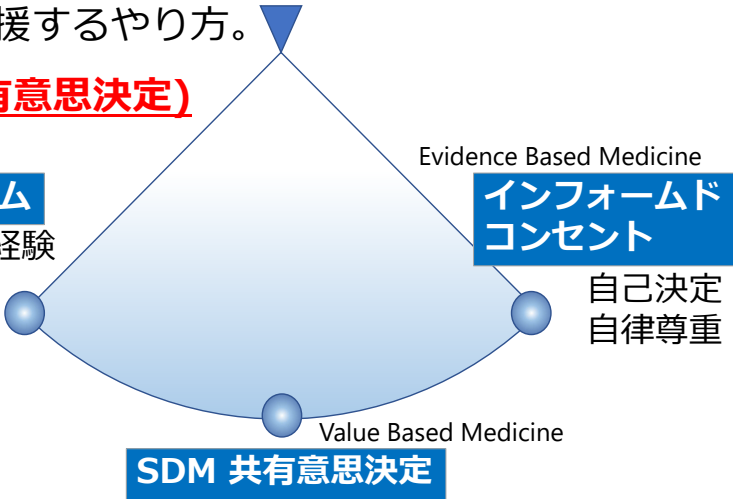
医療者の免責のための形骸的な儀式へと堕していく...

SDM (Shared Decision Making 共有意思決定)

医療者が患者に十分な情報を与えさえすれば患者
が最適な意思決定をするという前提を見なおし、
よりよい意思決定ができるよう医療者が患者の意
思決定を支援するやり方。

SDM(共有意思決定)

パターナリズム
医師の知識・経験



3つのアプローチの比較

		パターナリズム	Shared	Informed
情報交換	方向	一方向 医師 ➡ 患者	双方向 医師 ↔ 患者	一方向 医師 ➡ 患者
	内容	医学情報	医学情報 個人・社会情報 (価値観・生活)	医学情報
	情報量	必要最小限	全関連情報 医学・個人・社会	全関連情報 医学・個人・社会
検討		医師のみ	医師と患者(家族ら)	患者 (家族)
最終決定		医師のみ	医師と患者	患者

Charles C. Social Science & Medicine 49:651,1999

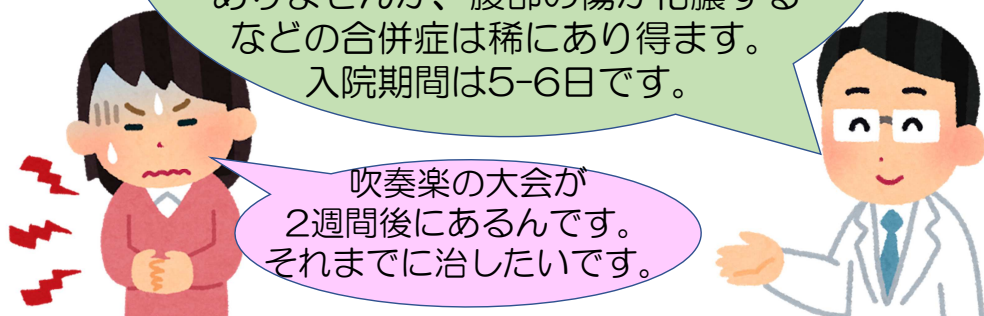
どちらの治療にしますか？

おなかが痛くて病院を受診すると
虫垂炎だと言われ

抗生物質でよくなる
可能性と悪化し手術が必要となる
可能性は半々です。一旦治癒しても
また虫垂炎を生じる可能性は残ります。

手術をする場合の危険性はほとんど
ありませんが、腹部の傷が化膿する
などの合併症は稀にあり得ます。
入院期間は5-6日です。

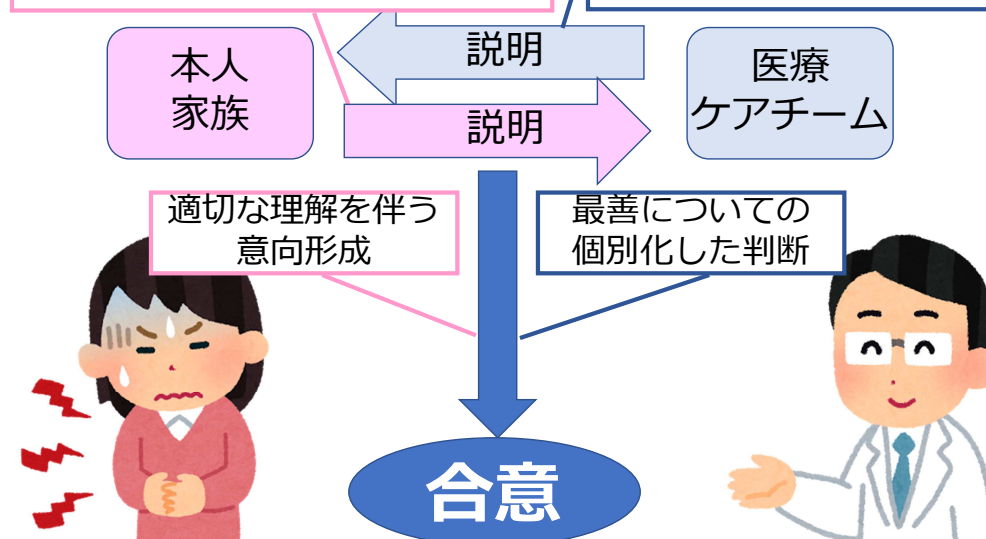
吹奏楽の大会が
2週間後にあるんです。
それまでに治したいです。



どちらの治療にしますか？

いのちの物語りの (biographical)
個々の価値観・人生の生き方・事情

生物学的 (biological)
一般的価値観・医学の
知識に基づく最善の判断



自己決定...自由な意志？

人間が自由意志で何かを為していると思うのは
その人の意志が行為の純粋な出発点になっている
と考えることです。行為に連なる原因の系列
は本当にいくらかでも遡ることができる。
にもかかわらず、
われわれは意志が行為を実現しているという考
えのもとで、その系列を**切断**してしまう。

『〈責任〉の生成 —中動態と当事者研究』 (國分功一郎 熊谷晋一郎)

自己決定...自己責任？

意志の概念を使うことで、ある行為を誰かに
帰属させることができる。行為を私有物にす
ることができる。それによってその所有者に
行為の責任を負わせるわけです。

自己決定と自己責任がセットで語られる

意思決定支援は、限りなく**治療する側や支援す
る側の責任回避**の論理に近づいてしまっている。

『〈責任〉の生成 —中動態と当事者研究』 (國分功一郎 熊谷晋一郎)

自己決定・事前指示の問題

最近、自分の生命の終わりは自分で決めるなどと言われるようになり、「死の自己決定」という言葉が飛び交い、自分で決めることが非常に望ましいことのように広がっている。

本人の意思で決めるといっても、近親者の精神的経済的負担を考えると、そう決めざるを得ない状況のもとでは、「尊厳死」の道しかないと考える。

選択ではなく、それしか方法がないという状況に追い込まれて、自分の意思で決めたと書かざるを得ないのが実情といえよう。

21

自己決定・事前指示の問題

施設に入所している老人が「長生きしすぎた」とか「長生きは恥」と身を引くような表現をしている。老人が子や孫に迷惑をかけずに死んでいきたいと願う。自分が生きていることがまわりに迷惑をかけると考えざるを得ない社会状況のもとでの「死の自己決定」は本当に自分の本心から決めるというより周囲から追い込まれて、「仕方なくさせられる死の自己決定」ではないだろうか。このようにして老人や障害者が一層生きにくい社会に傾斜しつつある。

出典『操られる生と死——生命の誕生から終焉まで』（小学館） 清水昭美

いのちの選別

3 総合 13版S 2020年(令和2年)12月18日(金)

誰に人工呼吸器 重い判断

新型コロナウイルス感染症の拡大が、医療現場に大きな負担をかける。人工呼吸器の確保が、現場の大きな課題となっている。日本集中治療学会が、人工呼吸器の確保を促す。人工呼吸器の確保が、現場の大きな課題となっている。日本集中治療学会が、人工呼吸器の確保を促す。

医療現場の手続き 学会など提言

治療の中止 基準示さず

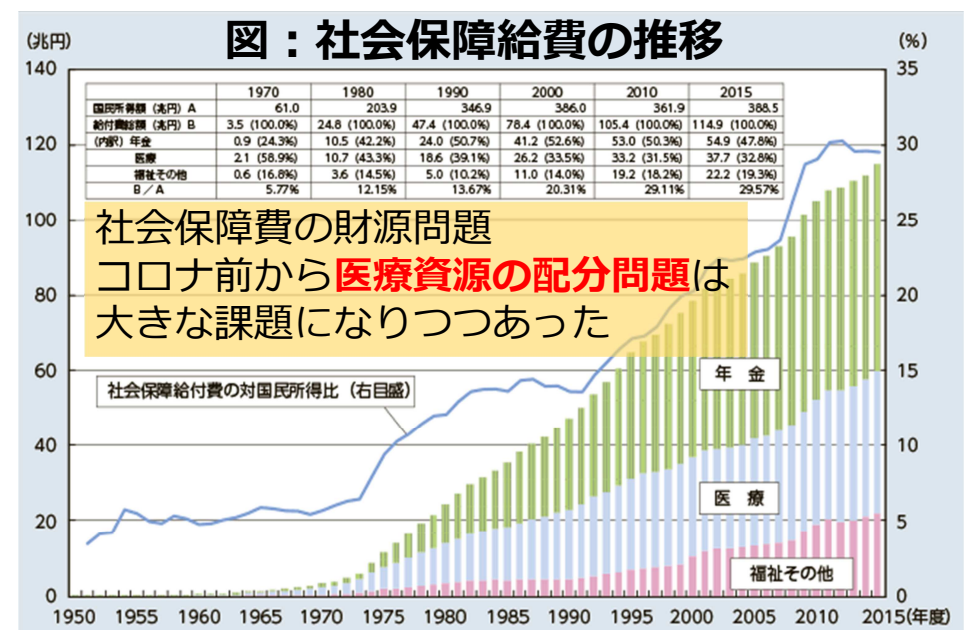
新型コロナウイルス感染症の拡大が、医療現場に大きな負担をかける。人工呼吸器の確保が、現場の大きな課題となっている。日本集中治療学会が、人工呼吸器の確保を促す。人工呼吸器の確保が、現場の大きな課題となっている。日本集中治療学会が、人工呼吸器の確保を促す。

新型コロナウイルス感染症のパンデミックは**希少な医療資源の配分問題**を医療現場につきつけることとなった

救急病床・人工呼吸器・ECMO
医療現場でのトリアージ

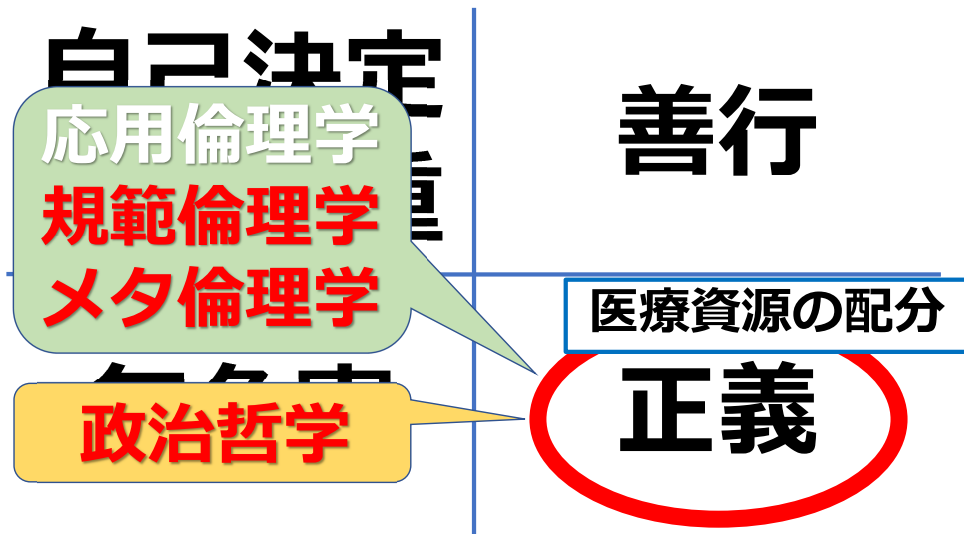
事前指示、ACPの必要性強調
現場の責任回避？

いのちの選別



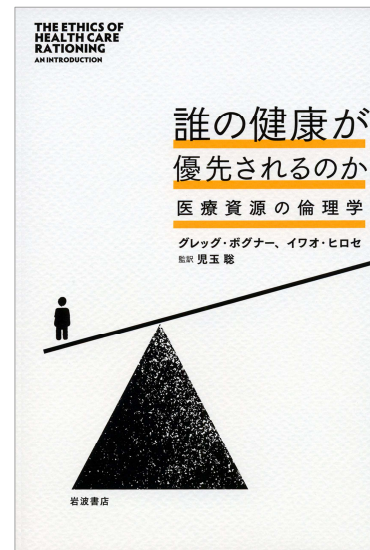
資料；国立社会保障・人口問題研究所「平成27年度社会保障費用統計」

生命倫理の4原則



Beauchamp TL, et al : Principles of Biomedical Ethics. 5th ed. Oxford University Press, 2001
(生命医学倫理. 第5版. 立木教夫, 他, 監訳. 麗澤大学出版会, 2009)

読書案内◇医療資源の配分



『誰の健康が優先されるのか——医療資源の倫理学』
グレッグ・ホグナー、イワノ・ヒロセ (岩波書店)



『パンデミックの倫理学』
広瀬巖 (勁草書房)

どちらの治療にしますか？

検査の結果で血液中のコレステロール値が基準値より相当高いことがわかりました。

コレステロールを下げる
お薬を飲めば脳卒中や心臓病の
発症確率を下げられる可能性が
ありますがどうしますか？



治療ガイドライン



10年以内の冠動脈疾患発症確率
4.2%

同年齢、同性で最もリスクが低い
人と比べて3.7ポイント確率が高い
【中リスクです】

血清コレステロール値や合併症から
心臓病リスクを評価し治療目標値を
設定する

急に具合が悪くなる

EBM(Evidence based medicine)とは
過去の研究による確率のはなし
この治療の効果はこれくらい
「かもしれない」という情報

**人間は数字で理性的には
判断できない**

平均余命や〇年生存率〇%は
個人にとって意味をもつか



『急に具合が悪くなる』
宮野 真生子・磯野 真穂, 晶文社, 2019

どちらの治療にしますか？

治療介入の便益とリスクと比較する **医師アタマ**

今なにも症状ないし
高血圧や糖尿病も無いし

薬始めると一生って言うし
病院に通うのも大変だ

友人は市販のサプリメントで
コレステロール下がったと
言ってたしな...

すれちがう医師と患者の論理

高血圧を放置するとどのくらい危険？

高血圧を放置しておくと脳卒中の危険が高まる。
「70歳代で収縮期血圧が160mmHgの高血圧患者」

高血圧の薬による治療効果は

- ・ 10%の脳卒中を6%に減らす
- ・ 40%脳卒中を減らす（相対危険減少）
- ・ 4%脳卒中を減らす（絶対危険減少）
- ・ 25人治療すると1人脳卒中を予防できる（NNT）
- ・ 薬を飲んで6%が脳卒中になる
- ・ 薬を飲まなくても90%は脳卒中にならない

『治療をためらうあなたは 案外正しい』（名郷直樹、日経BP）

読書案内◇医師と患者の思考のずれ



『医師アタマ 医師と患者はなぜすれ違うのか？』
尾藤誠司（医学書院）



『決められない患者たち』
J.Groopman, P.Hartzband（医学書院）

行動経済学 フレーミング効果

どちらの治療方針を選びますか？

【主治医の説明】

手術を選んだ場合、直後の死亡率は10%、1年後死亡率は32%、5年後死亡率は66%です。

薬物療法の場合、直後の死亡率は0%、1年後死亡率は23%、5年後の死亡率は78%です。

どちらの治療法を選びますか？ **手術 or 薬物療法**

McNeil, B. J., Pauker, S. G., Sox, H. C., & Tversky, A. (1982).
On the elicitation of preferences for alternative therapies. New England Journal of Medicine, 306, 1259-1262.

行動経済学 フレーミング効果

同じ現象のポジティブな側面(ポジティブフレーム)とネガティブな側面(ネガティブフレーム)のどちらに焦点を当てるかで、意思決定が変化することを**フレーミング効果**といいます。

ポジティブフレーム

「治療を受ければ600人中200人が助かります」

ネガティブフレーム

「治療を受けても600人中400人は助かりません」

行動経済学とは

伝統的経済学では、人々は得られる情報を全て用いて合理的な意思決定をされると考えられてた。

しかし実際には、人々は目の前の問題に対して直感やその場の感情に影響された非合理的な意思決定をしている。**「人が判断を下す際の非合理的な思考の枠組み」**を解き明かしてきたのが**行動経済学**

臓器提供意思表示をしていますか？

健康保険証・自動車免許証・マイナンバーカードの裏面には**臓器提供に関する意思表示**欄があります

氏名 ○○○○ 平成 X年 X月 X日生

住所 ○○県○○市○○町xx-xx-x
交付 平成00年00月00日 12345
平成00年00月00日まで有効
運転免許証

第 301000003210 号

平成00年00月00日 平成00年00月00日 平成00年00月00日

運転免許証 表

《意思表示欄（例）》

備考

以下の部分を使用して臓器提供に関する意思表示をすることができます（記入は自由です）。
記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。

1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植のために臓器を提供します。
2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植のために臓器を提供します。
3. 私は、臓器を提供しません。

《1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。》
【心臓・肺・肝臓・腎（じん）臓・脾（すい）臓・小腸・眼球】

〔 特記欄: 〕 《自筆署名》
《署名年月日》 年 月 日

運転免許証 裏

臓器提供意思表示をしていますか？

〔 特記欄： 〕

《自室署名》
《署名年月日》 年 月 日

オプトイン方式のドイツ12.0%、日本12.7%
オプトアウト方式のフランスは99.9%

共通点は、リバタリアンの考え方に基づき、望まない場合は拒否できる設計がされている

『ファスト&スロー あなたの意思はどのように決まるか?』
 ダニエル カーネマン (早川書房)

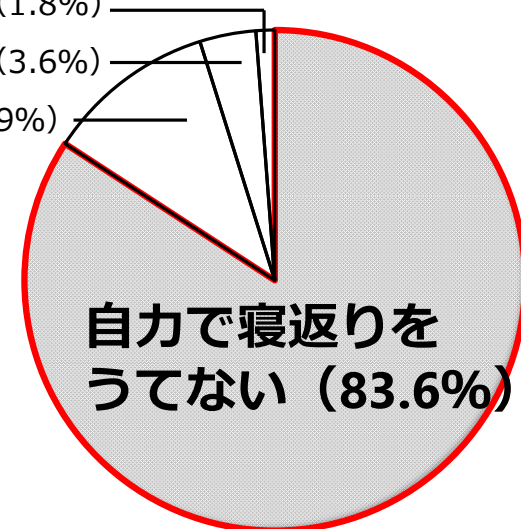
どちらの治療にしますか？

脳梗塞で入院されたおじいさんですが、食事の際誤飲を繰り返し、口から食べるのが難しそうです



胃ろう造設時の身体自立度

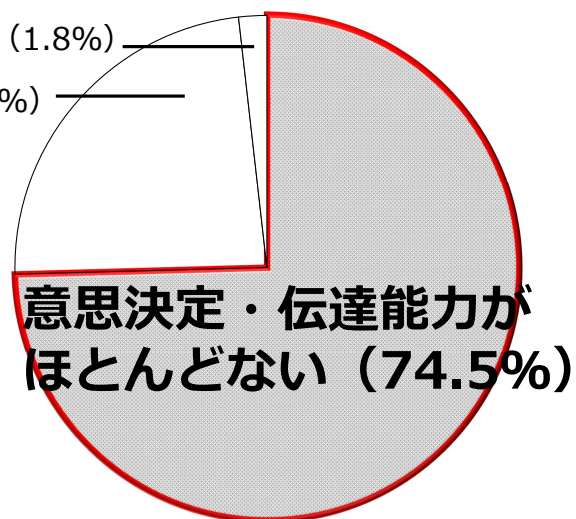
- 介助があれば外出可 (1.8%)
- 介助で車いすに移動 (3.6%)
- 寝返りをうてる (10.9%)



42

胃ろう造設時の意思伝達能力

- 完全に意思疎通が可能 (1.8%)
- ある程度は可能 (23.6%)



43

代理人(家族)の悩み

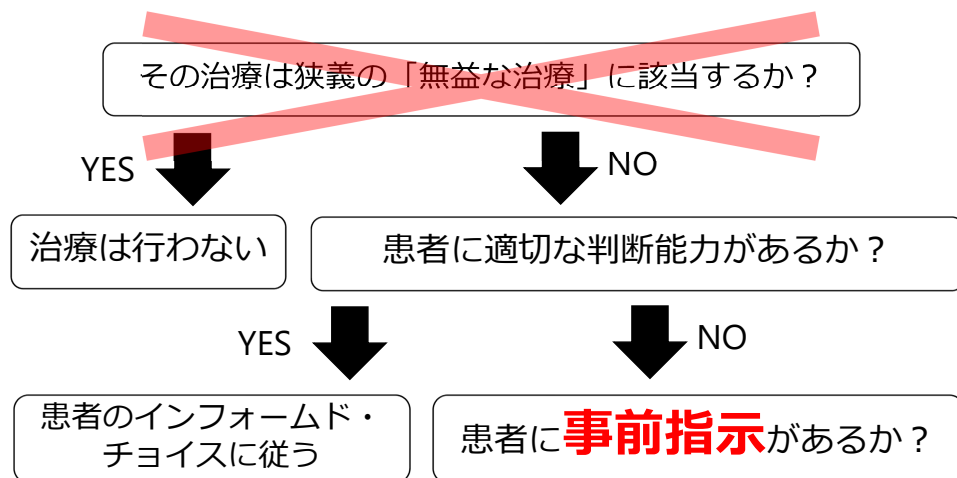
胃ろうを行わなければ
餓死させることと同じでは…
それを自分たちが最終的に
決めるのはとてもつらい。
どんな状態でも
1日でも長く生きていて
欲しいと思う。

寝たきりで口からも
食べられなくて
はなしもできない。
胃ろうを行なっても、
苦痛な時間を
引き延ばすだけでは
ないか…

いったい、本人はどうしたいと
思っているんだろう？

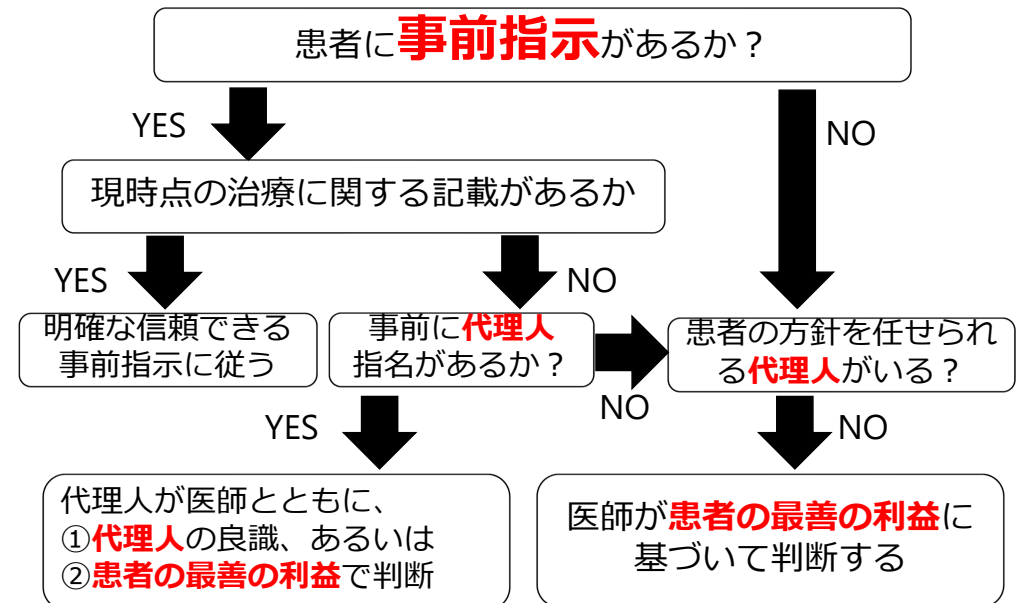
44

治療に関する意思決定の手順



『医療の倫理ジレンマ』 バナード・ロウ（西村書店）p81.

治療に関する意思決定の手順



『医療の倫理ジレンマ』 バナード・ロウ（西村書店）p81.

事前指示の有用性

- ✓ 患者の自己決定権を尊重することになること
- ✓ 治療方針の選択に際して、家族の心理感情的苦悩を避けることができること
- ✓ 医療介護従事者が法的責任追及を免れることができること
- ✓ 事前指示作成のプロセスが、患者・家族医療者の対話・信頼関係を促進すること

将来の医療に関わる個人の価値や人生の目標、優先したいことを繰り返し話し合うプロセス = **Advance Care Planning(ACP)**

事前指示の問題点

- ✓ 病状を十分理解しないままに事前指示を作成した可能性があること。
- ✓ 事前指示の内容が曖昧で、解釈自体が問題となりうること。
- ✓ 事前指示の実行が検討されるとき、代理者による解釈が避けられないこと。
- ✓ 事前指示では、過去の決定に将来の扱いが拘束される。事前指示の内容が現時点での“患者の最善の利益”に反する場合があること。
- ✓ 患者の気持ちが変わることがあること。

自己決定のための条件

生命倫理の四原則の提唱者T.ビーチャムは自己決定のための3つの条件として以下を挙げている

- ①意図的であること
- ②理解していること
- ③何かの影響下にはないこと(非支配)

『インフォームド・コンセント 患者の権利』ルース・R・フェイドン, トム・L・ビーチャム
みすず書房, 1994, p185-188

患者は情報を理解しない？

ある研究によれば

- ✓ 患者は受け取った複雑な情報を不十分にしか理解できない
- ✓ 落胆するような情報や多すぎる情報は望まない患者も多い
- ✓ 情報を得ることができた患者でも治療のリスクや利点を合理的に評価し意思決定をおこなうことはほとんどない

マーシャ・ギャリソン「自己決定権を飼いならすために —自己決定権再考」
『生命倫理と法』樋口範雄, 土屋裕子編, 弘文堂, p6-10.

医療における「情報の非対称性」

その身にならなければわからない

医療に関する意思決定は、専門性が高く不確実性を伴うことがらについて扱う

“終活”で焦点となる葬式やお墓、財産分与のことを決めるのと同じようには決まらない

その身にならなければわからない。

Disability Bias

レスポンスシフト

重度の閉じ込め症候群のALS患者のなかにも主観的なQOLが良好な患者がいる

Kuzma-Kozakiewicz M : An observational study on quality of life and preferences to sustain life in locked-in state. Neurology. : 93(10):e938-e945., 2019

多くの患者は時間とともに慢性疾患や重い障害との付き合い方を身に付け、適切な支援で喜びあふれた暮らしを送る方法を見いだす可能性があり、**レスポンスシフト現象**と呼ばれる。

Sprangers MA, Schwartz CE.: Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. Soc Sci Med. : 48(11):1507-15., 1999

医療者や家族による過小評価

他者は患者本人のQOLを低く見積もる傾向がある

冠動脈疾患や慢性閉塞肺疾患などの慢性的な病気を持つ人のQOLは医師が考えるほど悪くない

Pearlman RA, et al. Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients. J Gerontol. 43(2):M25-30, 1988

集中治療室から無事退院できた高齢者も、自分のQOLの自己評価が家族の評価よりも高かった

Danis M, Patrick DL, Southerland LI, Green ML. :Patients' and families' preferences for medical intensive care. JAMA. : 260(6):797-802, 1988

「内なる優生思想」



朝日新聞 2016年7月26日

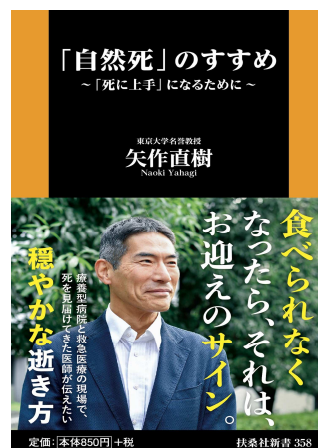
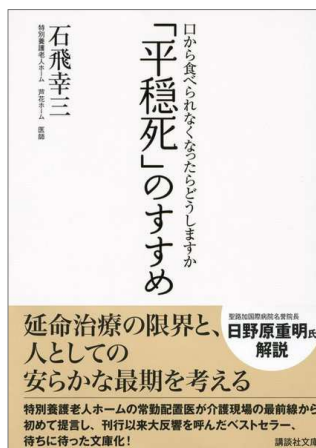
私たちは、“なにかができる”ということに重きをおいてしまう傾向(能力主義)にある。

そのような考えにおいては、“なにかができないこと”は困ったことになってしまう。

これはともすると弱者排除・優生思想につながる危険をはらむ。

胃ろうバッシング

《そんなにまでして生きる意味はあるのか...》
過剰な治療、いたずらな延命医療への反省



平穏死や自然死といったことばの流布

臨床倫理の4つの視点で胃ろうを考える

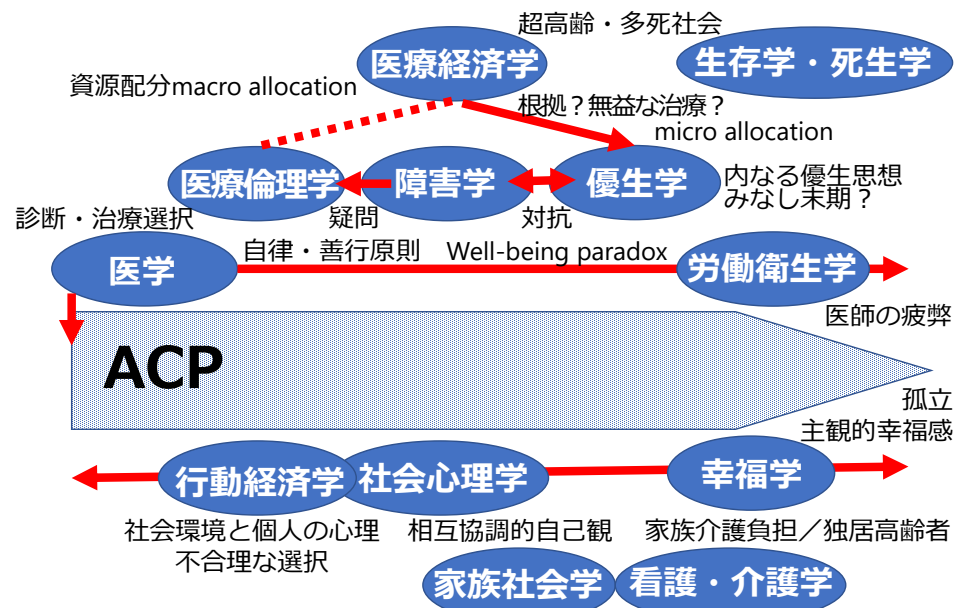
医学的適応 (Medical Indications)	患者の意向 (Preferences of Patients)
<ul style="list-style-type: none">▼介入効果の確率論的情報提供の意義▼リハビリアンパターナリズム <p>客観的情報共有・フレーミング</p> <ul style="list-style-type: none">* 消化管利用の可否* 摂食・嚥下障害の可逆性* 重要臓器の予備能、合併症評価* 根拠に基づく医療 (EBM) 判断* 救命のための強制栄養の是非* 平均余命、終末期判断 (がん・非がん)	<ul style="list-style-type: none">▼判断能力 (理解・認識・論理的思考・選択表明)▼周囲からの同調圧力、相互協力的自己観▼選択における限定合理性▼将来病態への想像性欠如と優生思想▼事前の意思と現在の意思の同異 <p>信頼性・妥当性</p> <ul style="list-style-type: none">* ACP (価値、人生の目標、優先事項)* 口から食べることの価値、胃ろうへの考え* 事前指示 (リビングウィル・代理人指示)* 推定意思
予測困難・内なる優生思想	影響・圧力
<ul style="list-style-type: none">* 患者の価値や意向にあった生活か* 胃ろう後の生活における全人的痛み評価* 快適さ、周囲との関係性 (交流) <ul style="list-style-type: none">▼医療者は患者QOLを低く見積もる傾向▼レスポンスシフト現象▼周囲の人のQOLの考量→総和としてのQOLs▼家族の主體的ケアと本人のWell-being	<ul style="list-style-type: none">* 家族・関係者の状況・意向 (家族介護力、介護負担感と積極性) (経済力、親世代への経済的依存)* 医療・介護施設の状況・方針 (胃ろう・吸痰) <ul style="list-style-type: none">▼健康主義 (healthism) 的価値観の流布▼平穏死や自然死の礼賛、胃ろうバッシング▼医療資源配分の議論
QOL (Quality of Life)	周囲の状況 (Contextual Features)

何かの影響下にはないこと

- ✓ 自由意志 Free willなんてあるのか
- ✓ 同調圧力、相互協調的自己観
- ✓ Relational Autonomy
自律 (autonomy) と独立 (independence) を区別
周囲との関係性の中に位置付ける形で自律を理解

「家族に迷惑をかけたくない」は**“本心”**か

ACPとさまざまな論点



在宅新療；2019, Vol.4, No.12

ACPの前に考えるべきこと

在宅新療

THE JAPANESE JOURNAL OF HOME CARE MEDICINE FOR ALL AGES

〈特集〉
終末期問題“まる
終末期の「
ぶっちゃけ

終末期医療に関するもやもや
老年・緩和・小児在宅な
へるす出版

終末期のもやもやの要因に迫る

アドバンス・ケア・プランニング (ACP)の前に考えるべきこと

由井和也 Yui Kazuya
JA 長野厚生連佐久総合病院地域医療部部長

KEY WORD アドバンス・ケア・プランニング (ACP), 意思決定の限定合理性, 内なる優生思想, リバタリアン・パターナリズム, 医師の疲弊

POINT

- ACPの実施には「恩恵」もありうるが, 「限界」や「問題」も指摘できる
- 専門性が高く不確実性を伴う内容を事前に話し合う点に ACPの根本的な「限界」があり, 合理的意思決定をはばむバイアスや時間的制約も加わる
- 病や障害とともにある生の価値を低く見積もり, 生きるための支援を手控える傾向が強まれば, ACPは個人や弱者にとって「問題」となる

在宅新療；2019, Vol.4, No.12

参考図書◇ACP・意思決定支援



森雅紀 森田達也
Advance Care Planningのエビデンス



阿部泰之
正解を目指さない!? 意思決定⇔支援

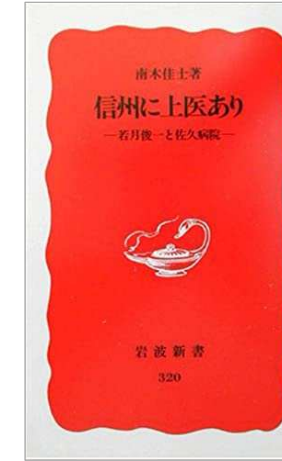
まとめ

- ✓ 生命倫理は医療における意思決定の基盤になる
- ✓ 自己決定が自己責任と対になり支援者の責任回避の理由になりうる
- ✓ EBMは大切だが確率（数字）だけでは人は理性的に判断できない
- ✓ 情報提示フレーミングの仕方で意思決定はゆらぐ
- ✓ 自らの「内なる優生思想」に注意深くなる
- ✓ 患者中心で「よりよく生きる」ための支援を行うために謙虚に学ぶ

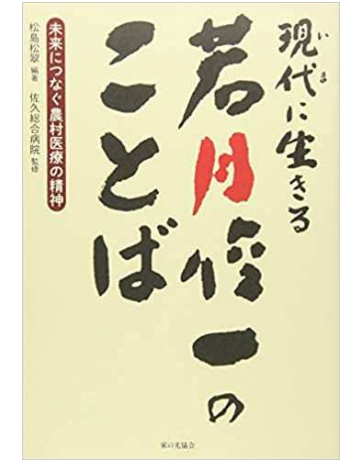
読書案内◇佐久総合病院



若月俊一
村で病氣とたたかう



南木佳士
信州に上医あり



松島松翠
現代に生きる若月俊一のことば