

医療における無益性に関する議論の変遷：レビュー

大山司郎^{*1*2}

A Review of Medical Futility Debate

Shiro OHYAMA^{*1*2}

1. はじめに

1970 年頃から生命維持に関する医学的技術が導入されたことにより、倫理的な問題も生じてきた。例えば、その治療によって生命が維持されるものの、その状態が患者にとって利益にならないと患者やその家族が考える場合に、患者や家族はいつ生命維持処置を中止できるかという問題や、無益であると考えられる治療を患者やその家族が求める場合に、医師はそれを拒否できるかという問題である。このような問題に関する議論のひとつに、医療における「無益性 (futility)」とは何かに関する議論がある¹。この無益性についての議論は、1988 年のヤングナー (Youngner) の論文「Who defines futility?」によってクローズアップされた。ヤングナーは、無益性を定義する際に、患者・家族の視点の重要性を取り上げた。これ以降、数々の論者が無益性について論じてきたが、未だに無益性の定義がなされたとは言い難い現実がある。それゆえ、無益性という言葉そのものを、その不明確さゆえに使用しないほうが良いと考える論者もいる。しかし、現在も無益性に関する論文は発表され続けており、解決すべき重要な問題がなお存在するがゆえに、無益性を定義する試みや無益性に関する議論が継続していることがわかる。

本稿では、無益性について、およそ年代順にどのように論じられてきたかを検討し、今なお残る問題について明らかにしたい。そこで、医学的無益性についてこれまで頻繁に参照されてきた論文で、倫理的観点からのものを中心に持ち上げてレビューを行う。加えてデータベース PubMed、Google Scholar および GU Library (1980 年～2022 年) を用いて、検索語 futility、medical futility、futile care および definition あるいは concept を組み合わせて抽出した論文のうち、無益性の概念の理解やその有効性を理論的に考察した論文を検討する。

2. 無益性の議論の移り変わり

無益性に関するこれまでの議論の焦点はおおよそ 3 つに整理す

ることができる。すなわち、「無益性についての理解と対立」、「無益性をめぐる対立を越える模索」、「患者・家族と医療者の対話へ」である。以下では、それぞれの議論の焦点ごとに、論者の主張を確認する。

2.1 無益性についての理解と対立

ヤングナー (Youngner 1988) は、無益性に関して、同じく医師であるマーフィ (Murphy 1988) の主張に反論する。マーフィは、長期療養施設に入居している高齢の慢性疾患患者や重度の認知症患者に対する蘇生処置拒否指示 (a do-not-resuscitate order) を医師が一方的に決定することを提唱する。これに対してヤングナーは、心肺蘇生の現場で家族の苦悩や罪悪感などによって治療決定が困難になる場合に、そのような困難さを避ける為に医師が一方的に医療処置の無益性を評価することに反対するのである。

ヤングナーによれば、無益性については、純粋な意味で生理学的観点からの無益性がある。その例としては、(1) 特定の昇圧剤が患者の血圧を上昇させたり維持したりできるか、(2) 体液管理に注意を払うことで電解質バランスを維持できるか、(3) 蘇生の現場での心肺蘇生術は自発的な心拍を回復できるかなどがある。ただし、これらの生理学的無益という観点があるものの、その他に治療の目標が何かを検討する観点も必要であり、それゆえ無益性を判断するには価値判断が含まれる。つまり、例えば、心肺蘇生術に関しても、それを行った結果 24 時間後に死ぬならばその処置は無益なのか、一週間後ならば無益なのか、6 ヶ月後まで生きられるが自力で歩けるまでには回復しないならば無益なのかという価値判断が関係するのである。

ヤングナーは、心肺蘇生処置現場での意思決定プロセスから患者と家族を除外し、医師による蘇生処置拒否指示の決定を彼らに知らせないことに反対し、そのように医師のみで判断することをパターナリズムへの逆行と論じている。また、特定の医療行為の成功確率がどれくらい低ければ無益と評価されるのかという問題や、医師が医療の専門知識と適切な医療資源配分への

¹ この理解については、Youngner (2004) を参照した。

*1: 岡山大学大学院ヘルスシステム統合科学研究科

*2: 林道倫精神科神経科病院 (非常勤医)

*1: Graduate School of Interdisciplinary Science and Engineering in Health Systems, Okayama University

*2: Hayashi Michitomo psychiatric neurology hospital

配慮を装って、患者の価値判断ではなく自分の価値判断によって決定してしまうことの問題についても指摘する。

すなわち、ヤングナーは、生理学的無益性の存在を認める一方で、医療の決定においては治療の目標に対する価値判断が含まれるため、医師のみによる無益性の判断に異議を唱えている。

ラントス (Lantos 1989) は、医師が治療の無益性を判断する明確な基準をもっているわけではないと論じる。無益性という概念の曖昧さは、無益という言葉が何を意味するかに関する言語的誤り、統計的数値が何を意味するかについての統計的誤謬、医療者と患者が求める治療目標の不一致から生じており、そのような曖昧さがその意義を減じている。そのためラントスによれば、無益性の判断は、合理的な医学的判断のみに基づくものではなく、患者の価値判断を無視できない。無益と見なされる治療を控える決定は、治療成功の可能性に関する臨床的診断と患者の治療目標の明確な考慮の双方に基づいてなされなければならないのである。

シュナイダーマン (Schneidermann 1990) は、医学的無益性には量的無益性と質的無益性があると主張する。治療成功の確率・蓋然性が極めて小さく、直近の 100 例において成功しなかった治療が量的無益性の基準となる。例外 (稀なる成功例) はあるとしても、医師が無益性を判断することが可能である、量的無益性の概念をシュナイダーマンは提示した。一方、患者の生活全体に及ぼす利益に関わる質的無益性が存在する。患者の生活全体を改善するような利益が得られない場合には、質的無益である。ある治療がこのような意味での無益性を示すケースの場合、医師は他の医療従事者と連携して行動すべきであるが、治療を行わないことに関して患者や家族からの同意を得る必要はない。

ヴィーチ (Veatch 1992) は、医学的に無益な治療の概念を明らかにするために、2種類の無益な治療を特定した。第一に、明白な効果をもたらさない治療であり、第二に、効果をもたらすが患者によっては利益を生まない治療である。治療などの介入によって患者が受ける利益があるか否かは、その介入が生理学的に効果をもたらすのか、潜在的利益があるのかに関連する。そのため、患者やその代理人と医師との意見が分かれている場合には、医学的に無益であると適切にラベルづけできないことがある。このため医学的に無益と見なされる医療へのアクセスを制限する決定を、医療専門家に任せるべきではない。延命およびその他の基本的治療 (苦痛の除去など) については、医師がその介入を無益と判断しても、患者が希望するならば、医師はそれを提供する義務がある²。問題となるのは、医師が文字通り何の効果もないと信じるケアではなく、効果はあっても利益がないと信じているケアである。無益性は医学に基づいた判断ではなく、むしろ人の信念や価値観に基づくものであり、価値判断が重要であることをヴィーチは主張している。

さらに、ヴィーチ (Veatch 1993) によれば、生理学的無益と規範的無益の違いがある。ヤングナーが生理学的に無益な治療と呼んだものは、医療者が求める生理学的効果を生み出さないも

のである。これは、期待される効果はあるものの純利益はないと誰かが信じるケアとは区別される必要がある。ヴィーチは、後者の種類の無益を規範的無益と呼び、その効果には何の利益もないという判断が含まれていると論じる。

また、ヴィーチ (Veatch 1994) は、無益性の判断に関して「医師は治療の効果を判断できるか」という問いを立てている。この問いに対して、個々の医師は治療の効果を裏付ける統計的な根拠を十分に示せず、明らかに科学的な問題の専門家の合意でさえ、必然的に概念的かつ評価的な仮定によって形成されるので、医師は治療法が有益かどうかを判断できないばかりか、場合によっては提案された治療法が効果あるかを最終的に判断することもできないという結論を出している。それゆえ、医師は医療が無益であることを判断できない。

シュナイダーマン (Schneiderman 2011) は、医学的無益性という用語は、ある特定の場合に特定の患者に適用される特定の治療に言及すると前提して議論を展開している。シュナイダーマンによれば、医療においては、治療によって身体に引き起される影響を確実に知る方法はない。確率に基づいて当該治療がそれを引き起した原因であると推察するのみであり、医療行為は実証的経験に依存している。そのため、医学的無益性の量的側面については、特定の治療の成功率が特定の個人にとってどの程度であるか、さらにその確率の閾値がどの程度であれば治療を行う意味がないかという医療的な判断には不確実性がある。しかし、その中で閾値判断 (成功率が 100 分の 1 以下なら無益な医療と判断するといったもの) を含めて、専門職の立場から医療者が治療の無益性を判断することはできる。無益性の質的側面に関しては、治療目的に関する患者の選好という価値判断に合わなければ無益である。この実践的な定義としては、もし患者が治療によって得られる利益に価値を認める能力を欠いているなら、あるいは治療によって患者が生きるために急性期病棟に完全に依存している状態を脱することが出来ないのであれば、治療は無益である。明確な例として、永続的植物状態の人は苦しみを感ずることなく、医療の目的である苦しみを和らげたり防いだりするという利益を感じられないゆえに、医学的無益性を考える対象とはならない。

2.2 無益性をめぐる対立を越える模索

無益性に関するそれまでの議論について、ブロディ (Brody 1994) は、無益性を判断する際の医師の役割を制限したり、その行為を過小評価したりする主張がなされてきたと指摘する。医療における無益性を正確に定義することは困難であり、無益性の判断には還元できない価値観という要素が含まれており、その価値観は単に医師の専門知識の範囲内にはおさまらない。これは、医師によるパターンリズムに対して患者の自律を尊重することが優先されているということである。

このことに同意した上で、ブロディは、患者の自律が医療倫理

² ヴィーチ (Veatch 2018) は、1992 年の主張と同様に、医療専門家は社会的に付与される免許の条件として、医療技術を提供する義務を負っ

ていると論じる。それゆえ、医師は合法的な医療サービスに関して、無益であるとの判断から治療を拒否することはできないのである。

における唯一の道徳的価値ではなく、重要な道徳的価値が他にもあることを論じる。つまり、自律に対する明らかな競合的価値として、正義の価値と、無益性の議論においてあまり注目されてこなかった「職業上の誠実さ (professional integrity)」¹⁾、すなわち医療専門家が医師として守るべき価値に基づいて、場合によっては患者が求める治療を拒否する権利が医師にあると論じる。正義の価値とは公正な配分を指すが、医師が社会全体に代わって稀少な医療資源を正当に配分するシステムを設計できるはずはない。公正な配分は選出された、あるいは任命された代表者を通じて社会が決めるべきである。

医師は、極めて限られた方法でのみ無益性を決定するのであり、患者の自発的な同意や要求があったとしても、それに応じることが「職業上の誠実さ」を毀損することがある。その事例としては、意識回復可能性が1%未満の場合の心肺蘇生実施や、ウイルス性の風邪に対する抗生剤の使用、重量上げの選手へのタンパク同化ステロイドの処方など7つが挙げられる。意識回復の可能性がほとんどない患者に治療を続けることで身体の損傷を招いたり、ウイルスに対する抗生剤の投与が無効にもかかわらず患者の要求によって投与することで別の副作用による害を及ぼしたり、ステロイドを病気以外に用いる弊害などを指している。「職業上の誠実さ」には、患者を害してはならないという原則から、侵襲的で効果がないのにも関わらず苦痛を伴う治療を行わないことが含まれている。

トゥルオグ (Truog 1992) は無益性が客観的な概念ではなく、多義的な概念であるとする。無益性には確率と価値に関する多様な前提が含まれている。加えて、医療資源を誰に配分するか、誰を優先するかについて医療者の内部での決定を正当化するために、無益性が配分の正義として不適切に用いられるかもしれない。それゆえ、医療における決定に関しては無益性という言葉を使用しない方が良く、トゥルオグは提唱している。

マックレイ (McCrary 1994) は、医療専門家の間で治療の無効性の判断について合意が得られていないことを示した。これは、シュナイダーマンが無益性を量的側面から定義しようとしたことについての異論である。シュナイダーマンは、ある治療が直近の100症例で医療的な効果を示さない場合に、その治療を無益だとする。しかし、マックレイによれば、医療的な効果を示さない症例がその頻度であれば無益と考えない医療者もいる。つまり、量的無益性の閾値認識が医療専門家の間で異なる可能性がある。このため、無益性の量的側面からの定義は困難なのである。

ウィルソン (Wilson 1996) は、それまでの議論の中で、無益または無益な治療を明確に定義した論者はいないと指摘する。ウィルソンによれば、無益な治療とは、治療目標を達成する可能性が低いものではなく、全く達成できないものである。このとき、治療目標を達成するかどうかは、生理学的無益性の概念によって判断され得る。しかし、生理学的な観点から治療成功の確率を評価し、その低さによって無益であると説明することにウィルソンは反対する。むしろ、無益性の判断は二つのタイプの価値に基づいている。それは、治療目標をどこに置くかの価値観と、治療目標を達成して得られる利益とそのための負担 (苦痛やその他の犠牲) の衡量に基づく治療の決定における判断とであり、これらは区別されるべきである。治療目的の判断は、特定の治療が

無益であるかどうかに関する決定と同じではない。つまり、医療者と患者における治療目的に関する不一致を、無益という概念に訴えることで解決すべきでないとウィルソンは論じる。

2.3 患者・家族と医療者の対話へ

ハリデイ (Halliday 1997) は、ウイルス感染症に対する抗生物質の処方が医学的に無意味であるという事実が示すように、一般論として、医学的見地から無益な治療が存在することを全面的に否定するのは困難であろうと論じる。根本的な問題は、生理学的無益という概念が純粋に事実であり、それ自体が有用であるという考えにある。記述的なものと規範的なものとの区別を無視して、記述的なものである生理学的無益性の定義を、ある治療を行うべきではないという規範的な切り札として使用する人々は、生理学的無益という事実認定によって医療的な決定がなされることが最も適切であると論じる。しかし、無益性を厳密に生理学的に判断するという考え方は、臓器の機能や物質的な身体に主な価値を置くような還元主義的アプローチを示している。これは、医療行為の目標を患者中心とする伝統からはかけ離れた選択に向かってしまうことになる。そのため、医学的見地からの無益な治療は存在するが、無益性の概念を実際に応用するためには、価値判断を含む規範的・社会的文脈を考慮する必要がある。したがって、無益性を根拠とした治療の差し控え・中止は、医学の範囲を超えた決定になるとハリデイは主張する。

ヘルフト (Helft 2000) は、1987年以前には概念として認識されてなかった医学的無益性に関して、1995年には文献発表が134例でピークに達し、その後1999年になると31例に減少したことと、無益性の判断における医師または患者・家族の権利の優位性の議論について、コンセンサスが得られていないことを指摘する。また、無益性の定義に関する議論が資源配分の議論へシフトすることに警鐘を鳴らす。そして、プロディが示した「無益性における職業上の誠実さと患者の自律との対立」という見方ではなく、医療者と患者の両者の対話が重要であることを論じる。つまり、無益性を定義する試みよりは、無益であるかどうかを議論するプロセス、すなわち医療者と患者および家族との対話を重視している。

バーナット (Bernat 2005) によれば、医学的無益性は議論の余地がある概念であり、治療が無益であると見なされる統計的閾値については必ずしも共通理解が確立していないために、医師と患者や家族の間では深刻な意見の不一致が生じる。無益性は、医師と患者や代理人とが治療の決定権をめぐる権力闘争の中で概念化されてきた。この無益性をめぐる論争は、両者のコミュニケーションを最適化することで回避するのが最善である。医師は、家族に対して正確で最新の子後予測を頻繁に提供して、家族の感情的な要請に対処し、家族の視点から問題を理解しようとすることを保証するのが重要である。

バーンズ (Burns 2007) は、無益性に関する議論を3世代に分類している。このうち第1世代は、医療者側からの特定の臨床基準に即して無益性を定義しようとして失敗し、第2世代は、無益性に関して益のある治療とは何かのコンセンサスが得られてい

ない中で、家族の求める医療が無益かどうかの判断を病院が病院倫理委員会に委ねた。そして、そのような病院倫理委員会に（一方的に）治療実施の可否を決定する権限を与えようとした手続き的なアプローチを普及させようとして失敗した。第3世代は、そのような無益性の問題に関して、ベッドサイドでのコミュニケーションと交渉（裁定）によって解決することを支持している。

バゲーリ（Bagheri 2008）によれば、医療における無益性の支持派は医療的処置の無益性を判断して、治療の継続か中止かを決定する医師の独占的権利を擁護している。その一方で、反対派は、医師の支配を強化する手段として医療における無益性の概念が構築されたと批判する。このような議論をふまえてバゲーリは、無益性をめぐる問題を解決するためには、病院または国家レベルでのガイドラインの確立が必要であり、過度に患者の自律の尊重あるいは医師のパターナリズムのどちらかに基づいた政策をとるべきではないと提唱している。

さらに医学的無益性の国際比較研究において、医学的事実、規範的価値観、社会経済的考慮から独立して医療における無益性を定義することはできないとバゲーリ（Bagheri 2013）は主張する。そのため、無益性に関する運用上のガイドラインを作成する場合には、その中に患者と家族の意見を含める必要がある。医師は患者の懸念に耳を傾け、患者や家族は医療の限界を認識し、限られた資源に対する他者の正当な主張を尊重すべきなのである。

無益性の判断に含まれる要素について、トゥルオグ（Truog 2009）は、それまでの議論をふまえて次の5つに整理する。無益性の判断の第一の要素は、治療を要求する権利が誰にあり、これを拒否できる権利を誰が持つかである。第二の要素は医療システムへの信頼と関係する。第三の要素は患者の希望であって、これは必ずしも合理的でないものも含まれる。第四の要素は経費である。本来は無益な治療を否定することと資源配分の節約とは関係ない。しかし実際には、無益な治療と社会資源との関係が問題として論じられる。安い費用の治療の場合には効果が無いことは許容されるが、高価な費用で効果のない治療は容認されない。第五の要素としては苦しみの感情がある。患者や介護者の苦しみは医療が緩和し得るが、無益な治療を行う医師や看護師の道徳的苦痛、燃え尽き症候群が問題である。トゥルオグは無益性の概念を多義的にするこれらの要素があるため、無益性を定義しようとするより、医療者と患者との対話の必要性を強調した。また、アメリカ医師会の倫理および司法問題評議会（Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association 1999）が、医療紛争の解決のために無益性を定義したり規則を定めたりはできないとして、個別のケースにおける手続き的アプローチを支持したことに応じて、家族が病院の治療行為に納得しない場合には、法廷でその是非について裁定を受けることを促した。

カプラン（Caplan 2012）は、医師がパターナリズムの悪と戦い、

患者の自律を尊重することによって、終末期に何をなすべきかについて医師自身の見解を示そうとすることを禁じられていると指摘する。しかし、患者の自律は専門家の思慮深い意見を聴くことによって脅かされるものではない。むしろ専門家がその見解を知らせることは患者の権利を擁護することの一部である。患者の自律には医療者のアドバイスと相互の対話が必要である。無益性に関する共通認識を得ようと論争しても、患者の苦痛を取り除く見込みは少ないため、どのようなケアをするかについて、患者と医療者の両者が良くコミュニケーションをとることこそが意味がある。

ミサック（Misak 2014）によれば、無益性の議論は、患者と医師の双方の権利と義務、専門的なガイドライン、社会的権利擁護、法律、訴訟など多くの面から行われている。細菌性髄膜炎に抗生剤を使用する場合や、突然の心停止を起こした患者に対して患者の同意なしに心肺蘇生術を施行する場合などとは異なり、治療がその目標を達成するかどうかには大きな科学的な不確実性があるケースが存在する。そのようなグレーゾーンのケースでは、医師には同僚から助言を得たり文献を確認したり、患者や家族と相談したりする義務がある。グレーゾーンのケースで医療者側と患者側の意見が一致しない要因は、患者または代理人と医療専門家のそれとの間で齟齬が生じていることである。この場合には、臨床において医師が一方的に意思決定することはほとんどまれであるため、無益性に関する見解の相違が問題となっているのではない。むしろ、論点となるのは、医師が患者の治療の是非をめぐって暗黙の社会契約³に従って、個別の患者の合意を得ないままに特定の決定を下すことが許容されるか否かであるとした。

これに加えて、ミサック（Misak 2016）はまた、無益についての議論の歴史を一連の失敗と見なすのではなく、複雑で困難な問題への繰り返される経緯であると論じる。無益性に関するAMA（American Medical association）声明が定義的アプローチからプロセススペースのアプローチに移行する理由として、無益な治療の決定に起因する価値観の対立がある。例えば、どんな犠牲を払っても家族である患者の命を守るという家族の価値観と公平な資源配分を配慮しつつ生命維持に伴う患者の苦しみから緩和ケアへ移行しようと望む医師の価値観の対立である。多様な価値として、患者の尊厳の考慮、不適切な治療を余儀なくされる医師の感情的負担、患者および医師の個人的な道徳的および宗教的信念、患者の権利と自律、法的価値および限られた医療資源を公平に分配する必要性などがある。しかしそれらの価値が対立する場合に、そのすべての価値が満たされるわけではないので、無益性の議論は、医療専門家、法曹界、および政策、慣行と法律の対象となる市民（患者と医療従事者の両方）を含む常に流動的な対話となる。現実的な認識に基づいて問題を解決する必要があるのである。そしてグレーゾーンのケースを解決する方法を考える際に、解決策（個々の治療決定へのプロセス）が社会で物議を醸さないことと正当性が保たれることが重要である。

³ ミサックによれば、暗黙の社会契約とは、医師が特定の条件下で、特定の種類の判断をすべきであると社会から認められているという合意の

ことを意味する。

3. 考察

無益性の定義に関しては、ヤングナーの「誰が無益性を定義するのか」という問いを契機に生理学的無益性が意味する内容がまず議論の焦点となった。そして、医療を受ける人にとっての無益性は治療の目的に直接関連する意味であることから、生理学的無益性に加えて治療内容についての価値判断を伴う側面がクローズアップされるようになった。さらに、無益性を定義するのではなく、対話による無益性の判断や個別のケースでの解決を重視する議論や、医療資源配分との関係を考察する議論が継続されている。これまでに確認した無益性の定義の試みや無益性に関する議論について、次の4つの論点から考察する。

3.1 医学的判断に基づく無益性の重視

無益性の判断において生理学的無益性を重視し、これを治療決定の最重要判断要素と考える主張がある。これには、治療成功の見込みである蓋然性が算出できないほど小さいことを無益（量的無益性）として、医師が医学的無益性を判断できるとするシュナイダーマンや、医師は限られた方法においてのみ無益性を決定できるのであり、その限りにおいては患者の自発的な同意や要求に制約されないとするプロディの主張が含まれる。

生理学的無益性を重視することは、無益性の判断に患者の価値判断が反映されない場合があることを意味する。シュナイダーマンは、質的無益性の観点においても、患者が価値評価できない、例えば植物状態の場合には、医療者が無益と決定できると論じるが、このような特殊な状態においては質的評価を患者ではなく、医療者が生理学的無益性を重視した視点から判断しているものと考えられる。一方、プロディの主張は、患者の価値判断に基づく治療の要求があっても、それが患者を害するものであるならば生理学的無益として、「職業上の誠実さ」の点からその治療を行わない決定をすべきとする。これは、医療者が患者に対する無危害を追求する姿勢として、許容される必要があろう。生理学的無益性を考慮することが、患者の価値判断に利益を与える効果は大きい、患者に利益をもたらすかについては、質的無益性の観点からの価値判断を無視するものではない。

3.2 患者の価値判断の重視

医療はそれを受ける患者の治療目的をも包含するので、医学的無益性の判断においては患者の価値判断を最重要判断要素と考える主張がある。これには、医師は治療の無益性を判断する明確な基準を持っていないゆえに、患者の価値判断を優先する必要があると論じるラントスや、医療には蓋然性が伴い、その蓋然性の大小の意味を医療において判断するため医療そのものが価値評価であるとするヴィーチ（1992, 1994）の主張がある。これは、生体への操作は何らかの効果を生み出す、それ自体に意味は無く、治療とは目的を前提とするから、目的に対する利益の有

無についての価値判断が必須であることを指している。

これらの主張をふまえるなら、医療者は、治療による生体への作用が生体の生命力を維持しなかったり増さなかったりすることを第一義的な無益（生理学的無益）と考えるが、身体的所有者である患者は、生活全体において利益がなければ、その生体への作用を無益と考えるという視点の違いが存在することがわかる。さらに、医師は生理学的無益についても客観的判断はできず、結局、医師自身の価値判断をしていることが指摘される。そうであるならば、医師が治療の効果についての最終判断を行うことはできず、患者の価値判断を医療者が尊重することになるが、生理学的無益を含む、生理学的観点からの治療の可能性を如何に判断するかについて、医師の判断を無視するものではない。さらに、プロディが指摘した患者への無危害を追求する「職業上の誠実さ」の点から患者の価値判断の尊重にも限界がある。このような場合によっては、対立関係にある生理学的無益と規範的無益の概念を区別し、無益性の概念を実際に応用するためには、価値判断を含む規範的・社会的文脈を考慮する必要性と無益性を根拠とした治療の差し控え・中止が医学の範囲を超えた決定になると主張したハリデイは、次なる対話・合意の立場を先駆的に導いているともいえるのである。

3.3 対話・合意の必要性

医学的無益性の定義が困難であり、臨床の現場で起こる混乱を解決するためにコミュニケーションや対話の必要性を推奨する主張がある。これには、無益性を定義する試みよりは、無益であるかどうかを議論するプロセス、すなわち医療者と患者および家族との対話を重視したヘルフト、無益性について、医師と患者や家族とがベッドサイドでのコミュニケーションによって解決することを提示したバーンズ、無益性に関する論争は、医師と患者のコミュニケーションの最適化によって回避するのが最善であるとするバーナットの主張が含まれる。また、過度の自律尊重でも過度のパターナリズムでもない解決策として、ガイドラインの確立を求めたバゲーリ、無益性についての共通認識を得ようと奔走するよりも、どのようなケアをするのかに関する良いコミュニケーションを目指す方に意味があるとするカプラン、無益性には多義的要素があるので、無益性を定義しようとするよりは、医療者と患者との対話の必要性を強調したトゥルオグの主張もある。さらに、無益性の議論の対象となる臨床の場面には意見の不一致があるが、その解決の為には現実主義的な態度として暗黙の社会契約認識・許容が必要であると論じるミサックの主張が含まれる。

これらの主張にあるような対話とコミュニケーションによる合意は、現実的な問題の解消の決め手になり得るが、その決め手が双方の十分な理解の上で成り立つためには、ある程度は無益性の意味づけが確立されており、それが相互に理解されていることが前提として必要であろう。

3.4 無益性と医療資源の配分との関係性

医学的益性と医療資源の配分との関係を論じる主張がある。この中には、およそ3つの立場がある。

まず、a) 無益性を医療資源の配分と混同すべきではないと考える立場がある。この混同とは、無益性を資源配分の決定のための根拠として用いることであり、医療資源の不足が医療的処置を行わないことの理由とされる可能性があることである。その結果、無益性を論じることが、資源が稀少な場合の配分の正義を論じることにも利用される。医学的無益性に関しては特定の治療が及ぼす効果や利益が問題になるのに対し、誰を治療すべきかを判断することには、社会的な価値判断としての正義の概念が含まれており、後者は医学的観点から決定すべきでない。無益性の定義が試みられる議論のなかで、無益性が個別の患者の治療の可否を決定する概念であるのに対し、医療資源の不足のためにいずれの患者の治療を選択するか判断の理由として、患者間の無益性の程度の比較に用いられるものではない事については、ヤングナー、シュナイダーマン、ヴィーチなどがこれを指摘している。

また、b) 無益性を医療資源の配分と混同すべきではないという前提の上で、現実的には無益性の判断は医療資源の配分の問題との関係から逃れないとする立場がある。医療の現場では、トゥルオグラが指摘しているように、集中治療室の運営において、どの患者を優先的に治療すべきかの選択が行われる現実がある。その際、患者の治療可能性に関する無益性が個人間で比較されている。

さらに、c) 医療経済的観点から無益性の要素のひとつとして経済的無益性を考慮する立場がある。バゲーリによれば、医療経済的観点から、経済的無益性を政策的に無益性判断に適用することを明確にしている国がある。代表的にはベルギーであり、この国の法学者は無益性を生理学的無益性、量的無益性、質的無益性および経済的無益性の4つに分類する。このように経済的無益性を医療の無益性の要素に挙げている。

このような3つの立場をふまえるならば、無益性という言葉が容易に資源配分との関係において誤解されることに留意するだけでなく、無益性の理解に強く影響を与える要素として、どのようなバランスで個別の患者に対する治療の無益性と社会の資源を配分する問題との折り合いをつけるべきかの問いが含まれている。

以上のような無益性に関する議論の論点の考察からわかるように、無益性の定義や判断において優先される要素を解明しようとする論者、現実的な問題の解決のために対話や合意を模索する論者、医療資源配分と無益性との混同を危惧する論者などが、無益性の概念を十分に確定できない根本的問題を抱えながら、検討を続けているのである。

4. おわりに

医療における無益性に関しては、定義が困難であることや、そ

の意味を判断する主体の違い（患者がその決定権を持つのか、医療者に決定権があるのか）、あるいは、根拠の違い（生理学的見地からの判断であるのか、価値判断に基づく判断であるのか）について議論が続けられていることがわかる。医学的に判断される生理学的無益性と、医療を受ける主体の価値判断である規範的無益性が存在すると論じられている。生理学的無益性は医療的な治療効果を意味するが、生理学的効果の有無にかかわらず、患者にとっての利益の有無を問うという価値判断に基づく無益性という意味も存在する。治療決定においては、それらの無益性のうちどちらを優先させるのかについて、それぞれの立場の論者の主張が継続的に展開されている。

医療現場では、まず医療者が医療行為を生理学的な身体の回復・向上を目的とする意味において評価するのであり、生理学的無益性を評価することは必要である。また、医療は患者の治療目的を包含するので、患者の意向が最大限に尊重されることも重要である。そのため、治療が医学的に効果を及ぼす確率と、患者の治療目標、目標を達成するための負担（苦痛や経済的負担など）との衡量、そして「職業上の誠実さ」などの相互に関係する要素について、医療者と患者とが考慮し、両者の間で合意が得られなければ、両者が納得する治療行為は成立しない。このことをふまえるならば、無益性を定義する試みが困難であるためにそれを一旦保留にし、現実的な行動を決定する為の方法論の模索がなされているのは当然の経過と考えられる。現実的には対話の重要性を強調することやそのための適切なアプローチが必要である。

ただし、そのような治療決定に至る適切な手続きを整えることと同時に、医療者側と患者側との納得ゆく相互理解のためには、無益性の概念自体についての深い理解も必要となるであろう。特に、無益性の評価に影響を及ぼす「職業上の誠実さ」と患者の価値判断との関係はいまだに整理されていないし、医療資源配分との関係を明快に解釈し、解決することも依然として難しい。近年のシステムティック・レビューによる分析においても、無益性は多くの要素の影響を受けるため定義が困難であることが指摘され、無益性に関わる臨床的・量的閾値のコンセンサスも得られていない⁴。また、それらのレビューでは、本稿で論じたような、無益性に関する議論の変遷やそれぞれの論者が何に関心を向けて論じたかを明示的に捉えておらず、無益性に関する議論の今後の展開への示唆を与えるには至っていない。無益性に関する問題解決の現実的方向性として、例えば、ミサックが指摘するように、無益性に関する議論では、対話の充実化を目指した社会の議論として関係する様々な専門家と市民が討議する環境の整備も求められている。また、無益性と配分の正義との関連についても、医療者だけが直面するジレンマとは限らず、治療決定をする患者の立場になったときに、我々皆が自己の利益と他の利益（社会の利益）とのバランスをいかにとっていかを考えるとという必要もある。

医療者は、患者の利益を如何にして追求するのか。患者自身のあるべき姿を、個人として社会の一員としてどのように求める

⁴ これには例えば、Aghabarary (2016) や Beck (2022) がある。

のか。また家族や代理人自身は、患者にどのように在ってほしいのか。患者の利益をどのように追求したいのか。無益性を指標として、これらの問いに正面から対峙すべきではないだろうか。我々は、その時に起きる自己の中にある対立に直面し、折り合いをつけながらその後の行動を決定していくこととなる。今後の課題として、無益性に潜む対立の要素を、如何に自身の中で統合していくか、社会的議論の資ともなり得るように理論構築を追求したい。

参考文献

- [1] S. J. Youngner. Medical futility. Bruce Jennings ed., Encyclopedia of Bioethics 3rd ed., 2004, pp.1718-1721.
- [2] S. J. Youngner. Who Defines Futility?. JAMA, 1988, vol.260, no.14, pp.2094-2095.
- [3] D. J. Murphy. Do-not-resuscitate Orders: Time for Reappraisal in Long-term-care. JAMA, 1988, vol.260, no.14, pp.2098-2101.
- [4] J. D. Lantos, P. A. Singer, R. M. Waker et.al. The illusion of futility in the practice. Am j Med, 1989, vol.87, pp.81-84.
- [5] L. J. Schneiderman, N. S. Jecker and A. R. Jonsen. Medical futility: Its meaning and ethical implications. Ann Intern Med, 1990, vol.112, no.12, pp.949-954.
- [6] R. M. Veatch and C. M. Spicer. Medically futile care: The role of the physician in setting limits. Am J Law Med, 1992, vol.18, no.1-2, pp.15-36.
- [7] R. M. Veatch. Why some “futile” care is appropriate. Perspect Biol Med, 2018, vol.60, no.3, pp.138-448.
- [8] R. M. Veatch and C. M. Spicer. Futile care. Physicians should not be allowed to refuse to treat. Point. Health Prog, 1993, vol.74, no.10, pp.22-27.
- [9] R. M. Veatch, Why physicians cannot determine if care is futile. JAGS, 1994, vol.42, pp.871-874.
- [10] R. D. Truog. Beyond futility. The journal of Clinical Ethics, 1992, vol.3, no.2, pp.143-145.
- [11] H. Brody. The physician’s role in determining futility. JAGS, 1994, vol.42, no.8, pp.875-878.
- [12] S. V. McCrory, J. W. Swanson and S. J. Youngner et.al. Physicians’ quantitative assessments of medical futility. The Journal of Clinical Ethics, 1994, vol.5, no.2, pp.100-105.
- [13] B. E. Wilson. Futility and the obligations of physicians. Bioethics, 1996, vol.10, no.19, pp.43-55.
- [14] R. Halliday. Medical futility and the social context. Journal of Medical Ethics, 1997, vol.23, pp.148-153.
- [15] P. R. Helft, M. Siegler and J. Lantos. The rise and fall of the futility movement. N Engl J Med. 2000, vol.343, pp.293-296.
- [16] J. L. Bernat. Medical Futility: Definition, determination, and disputes in critical care. Neurocritical Care, 2005, vol.2, pp.198-205.
- [17] J. P. Bums and R. D. Truog. Futility: A concept in evolution. Chest, 2007, vol.132, no.6, pp.1987-1993.
- [18] R. D. Truog. Medical Futility. Ga. St. UL Rev, 2009, vol.25, no.4, pp.985-1002.
- [19] A. Bagheri. Regulating medical futility: Neither excessive patient’s autonomy nor physician’s paternalism. Eur J Health law, 2008, vol.15, no.19, pp.45-53.
- [20] A. Bagheri. Medical futility: A cross-national study. 2013, Imperial College Press.
- [21] R. J. Schneiderman and N. Jeker. Wrong Medicine, doctors, patients, and futile treatment. John Hopkins Univ. Press. 2nd ed. 2011.
- [22] A. Caplan. Little hope for medical futility. Mayo Clin Proc, 2012, vol.87, no.11, pp.1040-1041.
- [23] C. J. Misak, D. B. White and R. M. Truog. Medical futility: A new look at an old problem. Chest, 2014, vol.146, no.6, pp.1667-1672.
- [24] C. J. Misak, D. B. White and R. D. Truog. Medically inappropriate or futile treatment: Deliberation and justification. Journal of Medicine and Philosophy, 2016, vol.41, pp.90-114.
- [25] M. Aghabarary and N. Dehghan. Medical futility and its challenges: A review study. J Med Ethics Hist Med, 2016, Oct 20, pp.9-11.
- [26] K. Beck et.al. Medical futility regarding cardiopulmonary resuscitation in in-hospital cardiac arrests of adult patients: A systematic review and Meta-analysis. Resuscitation, 2022, vo.172, pp.181-193.