

# メディカル・リーガル・パートナーシップ

## —— 新たな可能性 ——

澤 田 知 樹

DV 被害者への対応についての新たな試みとして、医療分野と法律分野の専門家が協働してあたるという対応方法が行われていることを、「介入か自律か？ DV の例から考える」<sup>1)</sup>において少し紹介した。また、DV 被害者と最初に接触するのは医療関係者が多いことから、医療と法務との連携の重要性について以前に少し紹介した<sup>2)</sup>。本稿ではその医療法律協働であるメディカル・リーガル・パートナーシップ (Medical-Legal Partnership : 以下 MLP と略す) について紹介しようとする。MLP は DV に対応するために考案されたというわけではなく、医療と法律の専門家たちによる協働の試みとして米国において始められたものである。その対応の中で弱者への対応という観点から述べる論文も見受けられ<sup>3)</sup>、その中において DV 被害者への対応をも含むことが書かれている。本稿では、今回は DV そのものについてではなく、MLP について一般的に紹介することを試みるものである。第 1 章では MLP を概観し、第 2 章では患者情報の扱いについて述べ、第 3 章では医療の新しいかたちとしての MLP について述べ、そして第 4 章では医療と福祉の関係について述べる。医療分野と法律分野の専門家による協働・連携による新たな可能性への取り組みについて紹介する。

### 1. メディカル・リーガル・パートナーシップの概観

MLP (Medical-Legal Partnership) モデルは、1993 年にボストン市立病院 (現ボストン医療センター) に於いて、低所得者の小児科の親やその家族を支援するパートナーシップとして創設された。2006 年に、MLP の発展を全米に促進するために MLP 国立センターが設立された。MLP モデルの成功を意識して、米国法曹協会 (American Bar Association ; 以下 ABA と略す) は 2007 年、MLP の発展を推奨する議決を採択した。さらに 2008 年、ABA はこれらのプログラムの創造をさらに薦めるために MLP 公共支援プロジェクトを発した<sup>4)</sup>。

大半の MLP 部門が小児科から発したのではあるが、いくつかは他の医療部門に引き継がれて枝分れしていった。MLP は、患者の大半が健康問題として関係する法律の領域についての支援を提供した。たとえば、政府が提供する福祉サービス、移民問題、保険との関係、家族法といった領域についてである。

MLP に必要不可欠な要素は、そのモデルの如何にかかわらず、法律と医療のパートナーとの間で、患者が法的な支援にアクセスできることを容易にし、あるいは、ケアを強化すること

を進めるための、協働である。MLPは医療従事者がしばしば患者を法律支援に紹介することについてすでに患者とのあいだに築かれた信頼関係のうえに成り立っている<sup>5)</sup>。

MLPが盛況するにつれて法律と医療との倫理問題について予期しないわけではない問題が生じてきた。2009年には13,000人以上がMLPスタッフから支援を受けており、さらに小児科以外での部門における広がりにより、MLPは、新たな倫理上のディレンマを惹き起すような人々と出くわすことになるであろう。腫瘍学や患者接待におけるMLPは、終極医療の問題に遭遇することは確実なことであろう。そして、MLPがより総合的になり病院や医療について活動する人々をより多く巻き込むにつれて、このようなシフトは、新たな倫理問題全体に関わる課題となるであろう。MLPはその規模や関わる人数の拡大に伴い広範な倫理問題に遭遇することになる。それらの人々が関わる法律倫理や生命倫理の枠組みを理解することにより、それらのサービスを患者に提供しあるいはそれらのスタッフを養成するについての効果を高めることができるであろう<sup>6)</sup>。

## 1. 法的倫理の優位

法的倫理やプロとしての責任はとりわけ重要である。ABAは一連の倫理ルールを設定(Model Rules)している。これは任意の懇願ではあるが、ほとんどの州で、法律家の行為を規制する倫理ルールそしてガイドラインとして機能している。1983年に最初のモデルが設定されて以来、ほとんどの州はそのABAのモデルルールとほぼ一致したあるいはとても類似したフォーマットを採用している<sup>7)</sup>。基本となる原理は次の五つの中核となるコンセプトである。

### i) 法律家・依頼人の関係

法律家・依頼者の関係の定式は、あらゆる場面において、法律家の行為を統制するルールの適用が始まる重要な機能である。ここでMLPの法律家は、法律家・依頼者の関係との間で形成されるわけではないことを忘れてはならない。たとえ、その法律家が、公式の支援や社会福祉を受けるためのコンサルタントやアドバイザーとして、その専門職によって働いているとしてもある<sup>8)</sup>。MLPの法律家がインターディスプレイン・チームに参加し、そして共に働いていたとしても、自分はスタッフの法的アドバイザーでないことをチームに対して明確にしなければならない<sup>9)</sup>。州の規制やコードによる法律家としての倫理的義務は、法律家が依頼者に接触するまでは適用されないのである。

### ii) 熱心な推奨者としての法律家

法律家は、依頼者の目標や目的がとても不快なものであることがわかっていたとしても、勤勉で有能な推奨者として依頼者の立場に立って主張するように拘束される<sup>10)</sup>。このユニークなコンセプト、依頼者の目標とかけ離れながらも熱心に依頼者を推奨することはしばしば「中立的関係」の原理と言われている<sup>11)</sup>。だが、MLPの法律家は依頼者のための推奨者として従事しなければならず、他(法律家以外)のMLPのメンバーの勧告と衝突することもある。協働チームのメンバーは、法律家の倫理的義務は、依頼者の見解あるいは活動を保障するもの

ではないことを、そして求められる倫理的役割を満たすように働いていることを、理解すべきである<sup>12)</sup>。

### iii) 利益の衝突

MLP の設定において、法律家は、利益調整をコントロールする従来型のルールに適応しなければならず、現在の依頼者の問題が、他の依頼者や、第三者に対する法律家としての責任あるいは、以前の依頼者に関する問題に実質的に関わる事柄と、衝突しないようにしなければならない<sup>13)</sup>。MLP においては、次のような場合に、利益の衝突が起きてくるであろう。

ひとつは、現在あるいは将来に代理するであろう依頼者と協働パートナーとの間での利益衝突の可能性。いまひとつは、現在あるいは将来に代理するであろう依頼者とその家族のメンバーと間での利益衝突の可能性である<sup>14)</sup>。

### iv) カウンセラーそしてアドバイザーとしての法律家の役割

法律家は、法律的な合理性についてのみならず、社会的、経済的、政治的そしてモラルの要因などについても勘案して、独立したアドバイスをしなければならないという原理に基づいた倫理的ロイヤリングについての大きな責任がある<sup>15)</sup>。

### v) 守秘義務

法律家・依頼者の関係の最重要点は守秘義務である。守秘義務は依頼者と法律家の間で交わされた口頭でのやり取りのみならず、依頼者を代理するにあたって関わる情報についても重要である<sup>16)</sup>。法律家・依頼者間の守秘義務についての共通の認識は、依頼者から法律家にもたらされた情報は、秘匿義務によって保護されており、いくつかの要件を満たさない限り、破られることがないということである。「代理人・依頼人間特別関係」(attorney-client privilege) は、証拠原理から引き出されたものであり、法廷などにおける証言によっても、秘密開示から保護される<sup>17)</sup>。

## 2. 生命倫理の優先

法律は何をなさなければならないかを問うが、倫理的な問いかけは何をなすべきかを問う。ヘルスケアにおいて、倫理的実践のコンセプトは新しいものではない。実際、2000年前のヒポクラスの誓いは、医術の適正な行使の理念を指示し、そこでは相対する患者についての守秘義務を優先し、患者にとって何が最善であるかを一方的に決めるについて父権的な主張を保持することを示している<sup>18)</sup>。しかし、20世紀には発達したヘルスケア技術により、替って新たなコンセプトがもたらされた。どのような治療をどのように施すか、医療者たちの見解は人間性についてどのような意味を持つか、そして誰を助けそして見放すかを誰が決めるべきかというコンセプトがもたらされた。加えて、患者たちの自己決定をガイドする医者に与えられた権限について個人が異を唱えることが次第に増加してきた<sup>19)</sup>。

技術の進歩も相俟って、事の複雑さと限られたリソースでの治療コストが問題となってきた。生命倫理は、それ自身が適用される領域での「医療倫理」の伝統的理解から生じた。多くの専

門の領域を越え、個人、機関、政策そして公衆について環境が複雑さを増し変化しているという状況にある<sup>20)</sup>。ヘルスケアでの意思決定における法の役割は遠のくことはない<sup>21)</sup>。むしろ、生命倫理は論争を解決するのを支援するもうひとつのメカニズムになった<sup>22)</sup>。

#### i) 生命倫理とアプローチ

生命倫理について述べるにあたって、医療倫理とどのように区別するかを考えなければならない。それらは実践においては互換的に用いられるであろう。医療倫理は、技術的な観点からは、医療者（例えば医者）の医療的職業的専門性と結びつけられる。職業的専門家としてどのように実践すべきかという観点から、医者を統制するものである。そして、それは伝統的に医者の分野においてのみ、見られるものであった<sup>23)</sup>。生命倫理は、近年のより複雑化した健康管理環境を認識するにあたって、医療倫理の軌道の中にあって、そして医療関係者たちの専門的職業と個人との範囲についての倫理問題をも含んでいる。加えて、医療問題のみならず、施設、研究、公衆衛生そして政策レベルにおいて起きることといった臨床以外での、より多くの問題を含んだ倫理的な問いかけに拡がることとなった<sup>24)</sup>。

また、ふたつの主要な論理が学問的に論議されている。ひとつは個人の義務であり、いまひとつは個人の行為がもたらす結果について焦点をあてている。義務に拘束された職業者は、関連する義務が記述されたものに従うであろう。かわって、結果優先者は予見された義務よりもむしろ行為の可能性からの結果を重視し、よからぬ結果より善行を最大化すること求めるであろう<sup>25)</sup>。

理論を実践するにあたって、医療における生命倫理問題の枠組みにはしばしばある原理が採用されている。1) 利益 2) 悪行でないこと 3) 公正さ そして4) 自律である<sup>26)</sup>。利益は患者の健康に利益のために行動ことであり、悪行でないことは単に「害を行わない」ことを意味する。公正さは利益の分配・負担そして限られた健康ケアのリソースの配分についての公正な基準である。自律は法律と倫理において最も重要な事項であり、自己決定に関係する。十分な判断能力を持つ成人が、自分が求める治療と求めない治療を決定することである<sup>27)</sup>。

#### ii) 医療設定における倫理コンサルタント

倫理問題はヘルスケア設定においてどのように作用するか？ 倫理コンサルタントは、問題が複雑になり悩み多くあるいは新奇になるにつれ分析を導きそして意思決定プロセスを誘導するためにさらなるトレーニングが必要とされる<sup>28)</sup>。コンサルタントは他の医療チームと共同して事態を明らかにし、主要な要因や争点を確認する。このようなときに、MLPが置かれた設定基準に依拠して、健康コンサルタントはMLPが直面した悩み多い事例に基づく異なった観点を受けて、さらなるリソースとなることができるかも知れない。事例によっては倫理分析を助けるために法的なリサーチが求められるかも知れないが、純粋な法的あるいはリスク管理の観点がコンサルタントの本質ではない。この時点でMLPの代理人が相談を受けるかも知れない。MLPの法律家はこれを、事例の進捗に参加することにより、協働を強化するための

機会とみるべきである<sup>29)</sup>。

なぜ、コンサルタントが求められるのか？ 時として医療チームがチーム内での意見の不一致から、コンサルタントを要求することがある。あるいは患者や患者の家族が治療について過剰または不十分であるとして求めることがある。さらに患者の意思決定の能力に関する問題や、患者の最善の利益のために意思決定の代理人が必要かどうかということもある。決定に至るにあたって、どのような種類の評価が行なわれそして採用されたかについてよく考えなければならない。倫理コンサルタントは、その判断を医療-患者関係に重ねたり治療についての決定を行うのではなく、倫理問題を明らかにし倫理的理由づけによる意思決定を導くために討論による解決方法を強化すべきである。目標は、それぞれの選択肢の結果を考慮することによる合理的な判断を通じたより好ましい選択肢をサポートすることである<sup>30)</sup>。

## 2. 患者の情報の扱い

### 1. 起こりうる問題

MLP モデルはヘルスケア機関の活動に法律や支援団体を加入させ、医療機関だけでは対応できない患者の医療ケアのニーズを提供することを目的として調整されている。これらのパートナーシップの目標は、患者の医療と福祉を医療・法務の協働を通じて促進することである。それらの患者の多くは自分をよりよくするためのリソースや資金に窮している。

MLP モデルはこれらの支払ができない人々について法律および支援サービスを公共の利益によって提供するものである<sup>31)</sup>。患者がどのような問題をかかえているかを見定め、その医学的条件や社会的経済的状況に対して何ができるかを示す。そして患者が同意するのであるのならば、支援スタッフは患者についてより包括的な経緯についての情報を集め、可能な介入の手段を提案する<sup>32)</sup>。

医療関係者と支援スタッフとの間のコミュニケーションは MLP モデルの不可欠な要素である。多くの異業種協働には情報の交換を必要とするからである。医療条件はしばしば社会的あるいは環境的要素を有する<sup>33)</sup>。これらの相互作用を理解することは、多くの異業種 MLP モデルの中核であり、適切な介入や処置をあたえる (tailor) ために必要なことである。同時にこのモデルはそれぞれの MLP の提供の職業的義務や倫理的義務の間での衝突を生じさせ、MLP の努力を維持するために患者の権利を妥協させなければならない潜在的リスクを有する<sup>34)</sup>。法的サービスの規定を統合し、ヘルスケア設定に組み込むことによる多大な利益にもかかわらず、そのようなリスクが予期せぬ結果を生じることのないように十分に検証されなければならない<sup>35)</sup>。

### 2. 守秘義務との関係

MLP 活動の多樣的異業種性の性質は、MLP スタッフの間でどのような情報が共有できるか



という重要な疑問を投げかける。MLP モデルは、患者についての守秘義務を侵したり、その情報の開示を求めるなどの結果を生じるかも知れない。守秘義務はすべての代理機関において見られるものであり、依頼者となり得る者が法律家に助言を求めたときから始まり、代理関係が終了した後も続く。裁判所による命令がない限り、依頼者とのコミュニケーションは開示されない。法律家が代理関係から得たことについては法律家は、一部の例外を除いて、依頼者の明示または黙示の承諾がない限り、他の者と共有してはいけない<sup>36)</sup>。秘密情報の第三者への開示は代理人・依頼者の特別関係を破壊することになる<sup>37)</sup>。

第三者の同席が許されるかどうかは、州によってそして状況によって異なる。重要なのは、依頼者が未成年であるときには、保護者や加えて法律家が同席することは特別関係を破壊することにはならない。医者とのあるいは医者が同席してのコミュニケーションが特別関係を破壊するか否かは、州や状況によってことなる。実際には特別関係が医者にまで拡張されることはほとんどない<sup>38)</sup>。

法律家に課された守秘義務が解除されることは、特別の場合を除いて、ほとんどない。MLP は、医療関係者や他の提供者に対する情報開示にあたって、その性質と範囲について注意深く制限を設けるべきである<sup>39)</sup>。

### 3. 専門性による不一致

法律家、ソーシャルワーカーそして他の専門家たちはそれぞれの専門的能力で患者に接する。そのスキル、価値そして問題解決アプローチはそれぞれの職業的専門的トレーニングが異なるために、義務が一致しないことが生じる。医者は還元主義的問題解決型アプローチを採り、ソーシャルワーカーは広い視野での患者の懸念事項について考える。そして法律家は一般的に討論による解決方法のたたき出しと個人の権利の保護を進めるようにトレーニングされている。このようなそれぞれの異なった文化と多様なアプローチにより、多種の専門家による協働からは前提論的介入を提供する恐るべきチームがもたらされる。このような相互異業種的(interdisciplinary) パートナiershipによりそれぞれの専門家としての独立性や義務を妥協する結果となることを考慮すべきである<sup>40)</sup>。

専門的判断の独立性はそれぞれの専門家にとってのホールマークであり、それは医者、ソーシャルワーカー、法律家であると問わない。それぞれの専門家たちが異なった教育と訓練を受け、異なった実践を行い、異なった倫理コードに従っていることにより、それぞれの専門家はそれぞれが典型的に実施してきたような専門的自律(autonomy)の一部を妥協することが求められることになるかも知れない。このような専門家間での独立性の衝突は、MLP の介入について、どのような事例が適切であるか、どのレベルの介入が必要か、そしてそれぞれの個別の事例についてどんな介入が最も適しているかを決定することが求められるであろう<sup>41)</sup>。

### 4. 異なる倫理コード

ABA の職業的行為に関するモデルルール (Model Rules of Professional Conduct) は、法律家

でない者が法律家の専門的判断に対して指示や統制を行うような状況の下では、法律家が法律の実践を行うことを禁止している<sup>42)</sup>。また、米国医療協会（American Medical Association）の医療倫理コード（Code of Medical Ethics）は同様に専門的判断を妥協しなければならないような管理条件を、医師は拒否すべきであることを規定している<sup>43)</sup>。そして全国ソーシャルワーカー協会（The National Association of Social Workers）の倫理コードは、ソーシャルワーカーの倫理的实施に干渉するような管理命令を受け入れるべきではないことを指示している<sup>44)</sup>。これらの3つの職種、3つの倫理コードそして3つの解決の可能性が、個人の権利について還元主義から脈絡化にいたるまで、ひとつの具体的な問題を解決するために用いられるのである<sup>45)</sup>。

ある種の専門家、たとえば医師やソーシャルワーカーには、州法によって命令的報告が課されている<sup>46)</sup>。それに対して代理人には児童虐待について報告義務が課されるものではない。代理人は依頼人の秘密を保護するために、法的な特権と免除が与えられている。命令的報告をとめない、医師やソーシャルワーカー、そして法律家について、MLPを進めるにあたって児童虐待などについて職業的義務の不一致を生じる。多くの州での命令的報告条項は、「信じるに足りる合理的な理由（reasonable cause to believe）などを要求しているぐらいである<sup>47)</sup>。

MLPを実践するにあたっては、州の報告義務への対応に慣れておくべきであり、MLPのチームの中で命令的報告義務者とそうでない者とを確認しておくべきである。そしてチームの構成をよく見て、患者について提供する情報の範囲を検討していくべきである。もし、チームの中に報告義務者がいるときには、MLPはそれぞれのメンバーの報告義務が一致していないことを患者に理解させることを確保すべきである。MLPはまた、秘密保護情報を報告義務者に知らせることを制限すべきかどうかを考慮する必要がある。そして、どのような介入をなすかという究極の問いに答えを出す時には、自分たちの倫理義務や個々のトレーニングだけではなく、法律的に要求される事項との相互作用やそれによる患者に対する影響についても考えるべきである<sup>48)</sup>。

## 5. HIPAA — 参考的考察 —

MLPのようなマルチディシプリナリー（multidisciplinary）なモデルにおいて多くの利益（benefit）がもたらされるが、そのようなパートナーシップはいくつかの重要な問題を生じる。MLPは健康保険情報移行説明義務法（Health Insurance Portability and Accountability Act：以下HIPAAと略す）<sup>49)</sup>の適用を受けるか？ 患者情報の秘密保持はコモンローの規律の中に反映され、さらにヒポクラテスの誓い<sup>50)</sup>の中に組み込まれている。1996年に連邦議会はこれらの義務を正式にHIPAAの中に成文化した。それは、プライバシーと患者情報の安全を高め、そしてヘルスケアシステムの効率性と効果性を改善するために制定された。HIPAAは一部では、電子情報交換における医療情報における保護のための基準と要件とを設定しているが、特にプライバシー・ルール（Privacy Rule）<sup>51)</sup>は2002年に発効したが、それによりカバーされる団体、ビジネス連合、複合的団体による情報の開示や利用について規制している。

ところでMLPはHIPAAにカバーされるか？ HIPAAの一部の規定は医療関係者にどのように影響するか。MLPにおける患者の回付はHIPAAの適用ないか。弁護士－依頼人間の特別関係がMLPの記録の情報に適さないと仮定すれば、原告はHIPAAに基づいて記録を請求できるか<sup>52)</sup>。

MLPは特に患者の回付において、患者情報を共有する多くの方法を利用する。最小でも、これらの回付には患者との接触による情報や回付する理由が含まれる。このような限られた情報であっても、HIPAAのプライバシー・ルールによって規制を受ける保護された医療情報を含む。口頭のコミュニケーションによるは除外されるという誤った認識があったとしても、HIPAAによる保護は、保護された医療情報を含むあらゆるタイプのコミュニケーションに適用される。また、医療現場におけるインターンの存在は、HIPAAの下、重要な疑問を生じる。患者と接見中の医療関係者に対するインターンの付随や観察は、専門教育の重要な不可欠要素であるが、同様に、MLPの設定においても重要である。インターンの付随は社会的にも療法的にも価値があるが、保護された医療情報のインターンへの開示ということでは、HIPAAに関わる問題を生じる<sup>53)</sup>。

ここで重要なことに、HIPAAは処置、支払、そしてヘルスケアの運用(operation)については患者の承諾なしに保護された医療情報の開示を許容している<sup>54)</sup>。インターン付随のようなトレーニング・イニシアティブについては、おそらく(arguably)ヘルスケアの運用に適合するであろう。HIPAAはヘルスケアのトレーニング・プログラムを含むことを規定しており、学生や訓練生、実習生が、ヘルスケア・プロバイダーや医療以外のケアの専門家などとしてスキルを積むための学習を認めている。しかし、多くのプログラムでは、少なくとも医療者への学生の付随を紹介し、その役割を説明し、そしてそれぞれの患者の口頭での同意を得ることが行われている<sup>55)</sup>。

## 6. 開示についての患者の同意

一般的なルールとして、患者の保護された医療情報についての付随学生やMLPパートナーへの開示について、書面による患者の同意を得ておくことが、裁判所が特にこの問題について判断していない領域においては、賢明であろう。特に医療と法務の提供者間の統合によるひとつの包括的な承諾、異なった目的による開示について説明し、別々のセクションごとの同意を伴ったような承諾フォームを作ることも可能であろう。HIPAAの下、有効な承諾としていくつかの中核となる要件は、(1) 利用され開示される情報について特定し意味をなす記述がなされていること、(2) 開示される情報がどのような個人や人々についてか特定されていること、(3) どのような個人や人々が開示を要求しているかを特定すること、(4) 開示や利用の目的、(5) 期限の日付、(6) 患者あるいは患者代表の署名と日付<sup>56)</sup>である。開示される情報は必要最低限であること、利用の目的を満たすこと<sup>57)</sup>がHIPAAを遵守するために必要である。だがHIPAAはMLPチームなどについては保護された情報の開示を制限しているが、裁判所や行



政手続における命令、召喚状、開示請求については障害を設けていない。HIPAAの対象となる団体は、裁判所や行政手続上の命令に応じて、保護された医療情報を開示することになるであろう。患者情報の一部が召喚状による開示請求のリスクにさらされることになる。このリスクはMLPがヘルスケアの提供を目的として創設されているとき、HIPAAの免除条項の扱いを受けるとき、MLPにおいて医療と法務の提供者間で相互に記録が共有されるときに、とくに顕著になるであろう<sup>58)</sup>。

HIPAAについての知識は、学生インターンや他のメンバーに付随する者達を含めて、MLPチームのそれぞれのメンバーに周知されなければならないであろう。そして、MLPチームの間でのコミュニケーションは、開示の目的と必要性に応じて効果を生じるために必要最低限の情報のみを含むように、要素ごとに詠え (tailor) られるべきであろう。必要であれば、情報にアクセスできる者は許可された者のみとするようなファイアウォールを設けるべきであろう<sup>59)</sup>。

### 3. MLP —医療の新しいかたち

#### 1. 中核の要素として

MLPは法務とヘルスケアの専門家が連携し、予防的な法的対応を通じて社会的弱者の健康と福祉を改善していくことを図る。MLPにおいて法律スタッフのメンバーは、職務の一部を医療現場で行い、ヘルスケアチームのメンバーについて考慮する。法的チームは、ヘルスケア提供者に対して、法的介入による解決法や修得により患者やその家族の健康問題にどのように対処できるかを教示する。健康に関わる法律事項についてより効果的に対処できるように誘導する。MLPは単に患者回付のシステムではなく、真のパートナーシップである。密接に共同 (cooperate) することにより、ヘルスケアや法的チームがもたらす価値を尊重することを学ぶことである。互いがそれぞれのスキルや経験を補完しあって患者と依頼人との問題を解決し、患者の生活をよりよくし、より健康にしていくものである<sup>60)</sup>。

MLPの中核となる要素と活動は社会的弱者の人々についての医療と法務サービスの提供を改革することである。MLPプログラムは広範であり、医療についての法的支援を提供するについてあらゆる局面に関わるが、医療と法律に関わる制度や実務を改革し、そして政策の変更に影響をもたらすことである。そのためには3つの要素が考えられる。ヘルスケア設定における法的支援の供与、医療や法律の制度や実務を改革すること、政策の変化をもたらすことである<sup>61)</sup>。

##### i) ヘルスケア設定に対する法的支援

MLPは、低所得の患者が日常直面している複雑な法律についてのニーズに適合するように、法律の専門家を配置することができる。初期における法的問題や法律や医療についての危機を

防止することに焦点をあてているという点では、MLPの法実務は初期医療に類似するものとして理解されることがしばしばある。患者をスクリーンすること、あるいは大きなリスクファクターを見定める、貧弱な医療に対して対応する者を選別するといったより集中化した作法により対応することが求められる。MLPのもと、その定期用者は、患者の収入や住宅事情にどのような影響が及ぶかを問うことを訓練される<sup>62)</sup>。

## ii) 医療と法律の制度と実務の変革

患者の保護および利用可能医療に関する法律(The Protection and Affordable Care Act)はMLPの展開について多様な機会を創出している。法が、社会弱者のヘルスケアへのアクセスを拡張しているにともない、法的問題を抱える低所得の患者は、ヘルスケアセンターや病院に集まり、それによりそれらの人々のニーズに適合するような新しい方策が求められる。さらに法律は一面では、医療についての格差を調整するように作られており、MLPが影響をもたらすすべての領域について、調和のとれたケアができるように改善することを目指している<sup>63)</sup>。

MLPの重要な要素のひとつは、ヘルスケア提供者の患者の抱える法的必要事項を早期に見定める能力を高めることであり、そのためには、ヘルスケアチームの社会的弱者へのアクセスを増加させ、第一線における支援を改善することを通じて行われることが求められる。患者・医療者そしてヘルスケアシステムとの相互作用を増加させることにより、MLPスタッフメンバーは、患者たちのニーズに適合しないパターンを見定め、彼らが必要とするところを考慮するについての制度的体系的な改善をもたらすことができるような特別の位置につくことができる。日々の挙動において社会的弱者についてケアする法的専門家や医療スタッフたちの洞察力と経験を組み合わせることにより引き出せるものから、MLPは制度的なプログラムや政策をより効果的・効率的なものへと変えていく手助けができるであろう。

## iii) 政策変更への影響

MLPの真の威力は広範囲の政策変革を通じて多くの人々に影響を及ぼす可能性の中にある。MLPは、社会的弱者の医療や福祉に効果を及ぼすような連邦、州や自治体の法律や規制を改善するために、ヘルスケアや法務の専門化を促進することにより、多くのレベルにおける改革変化をもたらす法整備を進める<sup>64)</sup>。

社会的弱者が法的サービスを受けることにつき、それを阻む現存する障壁により、政策レベルでの変革を進めることに焦点が向けられる。このことはすべての人々に効果を及ぼす。社会的弱者の患者すべての人々のレベルでの医療を確保するためには、MLPは全体的なシステムの変革を進めるために、他のコミュニティグループと連携し、特別の専門性や経験を提供する。それには、医療促進に関わる現行法の遵守を確保すること、医療促進を害するような法律や規制の制定に反対することが必要となってくる。人々の医療や福祉について、真に政策はどのような効果を及ぼすかに重点を置き、実行方法や従来型の訴訟モデルからはずれていたような戦略を採り入れるについて、MLPは政策領域における新たな表記として見通しを示すことがで

きる独自の有利さを持っている。それは医療の現場や経験を新たな表記によって提示し、法律・規制そして実務を見据えた討論について新たな見通しを示すことができる<sup>65)</sup>。

## 2. MLP と法律サービスの進化

中核として、MLPは従来型法律サービス活動の本質的(natural)なものである。第一に、MLPは法律サービスをそれを受ける人々にとって親しみやすく快適なものとなるような設定をもたらすものである。第二に、医療や福祉に関する個人やそのコミュニティに必要なことについての優先順位に焦点をあてることである。第三に、医療ケア制度について、限られたリソースを最大限に活用し、最も重要なコミュニティのリソースのいくつかとの架橋を行うことである。第四は、法律サービス界が、医療や公衆衛生についての熟練(disciplines)を修得することを支援することである<sup>66)</sup>。

MLPは、近隣(neighborhood)法律サービスがコミュニティの基本組織の一部であった初期の時代に遡る。近隣住民たちは、法律家がいつもすぐそばにいてくれるということから、彼らを信頼していた。ここ数十年の間に法律サービスのプログラムは数々の理由から、地域モデルからかけ離れてしまった。多くのプログラムは、そのような無形の信頼や関係を失ってしまった。法律関係のリソースについて、多くの低所得者、中でも言語、文化的障壁あるいは障害をかかえる人々にとっては、アクセスしづらいものとなってしまった。MLPはこれを、法律家が、依頼者にとって最も親密で安全な場所である医者とのオフィスで会えることを可能にすることによって、変革をもたらすものである<sup>67)</sup>。

MLPのもと、法律サービス提供者は、個人や組織的な問題に対面することにあたって、法律と医療ケアの専門知識を組み合わせた知力から、利益をこうむることができる。個人が依頼者のケースでは、医療との共同(cooperation)や協働(collaboration)をより強力により手軽に発展させることができる。たとえば、住宅サービスなどについて、医者との専門的な誘導により、法律家は依頼者の障害の状況や必要とする住宅についてよりよく理解することができる。医療ケア依頼者はプログラムを一瞥し、異なった観点(vantage point)から解決法を探ることができる。彼らはともに、それぞれの独自の問題解決のスキルをもたらすことができる。また、医者による証言は、立法者に対して住宅コードや児童医療の変革について、法律家によるものよりもより強いインパクトをもたらすことができる<sup>68)</sup>。

単に法律問題を解決するというよりはむしろそれを予防するということに焦点をあてることにより、法律サービスの進化における実質的な次への論理的ステップとなるかも知れない<sup>69)</sup>。

## 4. 医療と福祉

### 1. 福祉サービスの受給

障害のある人の自律(autonomy)という観点から考えてみると、それらの人々は自律するこ

と、社会に参加すること、その前提としてストリートに出ていくことについて他の人々あるいは機械や装置の助けを必要とすることも少なくない。ここで、ストリートに出ていくこと、他の人々とのコミュニケーションについては、すべての個人は日常の活動の中や人生を通じてコミュニケーションする権利を有する<sup>70)</sup>。たとえば重度の障害を有する人々のコミュニケーションの必要性についての両院協議会（National Joint Committee of for the Communication Need for Persons with Severe Disability）が公表したコミュニケーション権利章典（Communication Bill of Rights）は、コミュニケーションは人間が最も基本的に必要とするものであることを強調している<sup>71)</sup>。

だが、障害状態を経験したことのない人々は、自分たちの能力を当然与えられたものと思っている。よって、独立や自己実現（self-actualization）を達成するためのこれらの能力の根本的な本質が強調されることはない。それに対して、障害を有する人々は、18世紀19世紀には、個人としての尊厳や自己価値を享受することができなかった。コミュニケーションは自己決定、人生のクオリティ、そして社会との相互作用を高めるために必要であるから、それを支援することは障害を有する人々の自律や独立を促進するための重要な手法である。障害を有する人々との統合（integration）という重要な観点からは、コミュニケーションの確保は必要である。そして個人の自律といった目標を進めることは医療プログラムの心臓部でもある<sup>72)</sup>。

だが、問題はコストである。障害を有する人々に医療ケアを提供するためのコストは十分に賄えるものではない。あるケアについてコストをかければ、他の医療サービスのコストを制限し、さらに福祉提供コストをも削減することになる。しかし、費用対効果の改善を超えて、障害を有する人々についての有害なステレオタイプ観を除去し、それらの人々も尊厳と完全な個性を享受する価値があることを進めるといったコミュニティ統合の目標を進めなければならない。障害を有する人々が受ける抑圧は、身体的精神的制限といった固有の条件からもたらされるものよりもむしろ、社会の機能といった非本質的外部（extrinsic）原因によるものである<sup>73)</sup>。つまり、障害は慢性の疾病によってもたらされた不可避的なものではない。むしろ、一部においてはヘルスケアの選択、労働条件、住宅事情、交通そしてあらゆる環境という観点から障害はもたらされているのである<sup>74)</sup>。障害を有する人々が直面する多くの問題は、社会的差別や障害に対する誤った図式によるステレオタイプ観から生じるものである。障害に起因する制約がどのような社会的構成から成るかを認識することにより、障害を有する人々について異なる方向からの見解を持つことができることになるであろう<sup>75)</sup>。

## 2. 受給のための申請

だが、医療給付の受給を申請するにあたっていくつかの障碍が待ち構えている。医療給付の受給申請が拒否されると、それに対する訴訟が始まる。多くの受給申請者にとってそれはとても長引くものであり敵対的なものである。実際に医療関係の訴訟は、医者の方箋に対してではなく必要な給付を拒否されたことに対するものである。まず、医療受給者が利用できる法律

家の不足も相俟って、医療関係法の解釈が、法律家にとっても裁判官にとってもとても骨の折れる作業であるということである。裁判官の中には、英語の文言について悪化させる攻撃である<sup>76)</sup>とか、バーチャルではかり知れない<sup>77)</sup>ものと表現する者もいる。

また、医療給付に関する訴訟について、受給申請者には不服申立について二つの選択肢を有す。受給申請者は、関係機関のインフォーマルなヒアリングを求めることである。加えて、医療給付にたずさわる行政機関の独立した部門に正当なヒアリング (fair hearing) を申し立てることができる。どちらにも障壁は多い。それらの障壁は三つに分類される。不服申立についてのディスインセンティブ、行政のヒアリングにおける不公平、決定にあたっての不正確あるいは不十分な情報である。これらの理由のために、訓練された補助者なしには、受給申請者は必要な受給の権利をあきらめることになるであろう<sup>78)</sup>と批判される場所である。

i) 申し立てについてのディスインセンティブとは、ヘルスケアのシステムだけが厄介であるということではなく、その準備をするための時間や手間がとてめにかかるという意味である。事実関係を証明する書類を作成してもらうためには、医者以外の多くの専門家と相談しなければならないが、それにあたって、それらの専門家の予定に合わせなければならない。時間とエネルギーをどのようにつぎ込むかについて注意深く選ばなければならないことになる<sup>79)</sup>。

ii) 行政機関によるヒアリングもとても厄介である。受給申請者は正当なヒアリングを受ける権利を有するが、伝統的な Goldberg 判決<sup>80)</sup>により、受給申請者に対して聴聞の機会が提供されるが、これらには合衆国憲法修正第 14 条デュープロセスが求められる<sup>81)</sup>。正式なヒアリングの係官は法律家であることは必要でない。彼らは中立な意思決定者であるように努めるが、しかし、彼らは州の役人である。彼らが真に中立であるという保証はない。彼らは、それぞれ監督を受けている行政機関から給料を支給されているのである<sup>82)</sup>。

また、医者はヒアリングに参加することをあまり好まない。彼らは、患者を診ることによって報酬を受けているのであって、ヒアリングに参加することによってではない。ときどき医者の中には、患者に対して相応の時間給を受け取れないのであれば証言するつもりはないと言う者もいる。また、法律家と関わることについて消極的な医者もいる。医学界での法律家の評判では、医者は一般的に法律家を敵対する者と見ているようである。好意的な医者といえども、不慣れたヒアリングや相互尋問については戦慄を覚える<sup>83)</sup>。

### iii) 不正確な情報

行政機関は実際にカルテを記入した医者から情報を得るわけではない。記録に上がってきた情報についてのみ審査して決定を行う。そのような記録のみを用いる理由の一つはディスインセンティブである<sup>84)</sup>。

もう一つの要因は、医者たちの書類によるものである。医者は医療用語で書類を書き、それは適用される基準の法律用語に沿うものではない。そのように条文や基準に合致しない言葉で書かれたものは、不服申立においては致命的である。そして、証人不在のヒアリングにおいて



証拠として用いることには、伝聞証拠の問題を生じさせる。申請拒否の理由について、医者には正式には応答の機会が与えられない。このように、医療に関する行政ヒアリングプロセスにおいては、申請拒否に対する不服申立をしようとする受給申請者に対して様々な障壁が立ちほだかる<sup>85)</sup>。

## むすびにかえて

ところで、福祉について考えるときコストの問題をも考えることが避けられなくなってきている。米国、日本その他福祉制度を持つ国々ではこのことは共通する問題である。特に先進国においては財政赤字の問題も相俟って、増大する福祉や医療のコストは国家財政を圧迫するに至っている。医療に関する必要性、患者救済の必要性について理解することができても、予算による制限がそれに対する障壁となる。したがって限られた予算をいかに配分するかについて考慮されなければならない。そのためには、患者の必要とするところと、法律やそれに基づく基準との齟齬をいかに解消していくかが模索されなければならない。このような増大するヘルスケアコストについて、MLPは医療ケアと公衆衛生との双方について表明していくことができるかも知れない。いかに効果的にそして医療の格差を縮小していくかについて考えることができよう。医療に影響を及ぼす政策が法律や法的権利に関連しているか否かはあるが、法律は医療についての社会的決定づけ (determination) における中心的役割を担うことができるであろう。そして医者は、社会的条件が個人やコミュニティに与える影響を見定めるについてのみならず、それらの条件を変革していくことを進めるについても、最も適した位置にいるであろう<sup>86)</sup>。このようにMLPは医療・法律といった技術的側面のみならず、政策や社会問題に対する適用を押し進めることができるかもしれない。

## 注釈

- 1) 拙稿「介入が自律か? DVの事例から考える」経済理論第359号(和歌山大学経済学会2011年)63頁
- 2) 拙稿「DV法の執行段階での難点に関する一考察」経済理論第344号(和歌山大学経済学会2008年)69頁
- 3) Marcia M. Boumil, Debbie F. Freitas and Cristina F. Freitas, Multidisciplinary Representation Of Patients: The Potential For Ethical Issues And Professional Duty Conflicts In The Medical-Legal Partnership Model, 13 Journal of Health Care Law & Policy 107 (2010).
- 4) Amy T. Campbell, Jay Sicklick, Paula Galowitz, Randy Retkin, and Stewart B. Fleishman, How Bioethics Can Enrich Medical-Legal Collaborations, 38 Journal of Law, Medicine & Ethics 847 848 (2010).
- 5) Id.
- 6) Id.
- 7) American Bar Association, "Center for Professional Responsibility: Links to Other Legal Ethics and Professional Responsibility Pages;" available at <<http://www.abanet.org/cpr/links.html>>

- 8) Model Rules of Professional Conduct, at Preamble (2002); American Medical Association, at R. 2.1 (“Advisor”)
- 9) P. Tames et al., “The Lawyer Is In: Why Some Doctors Are Prescribing Legal Remedies for Their Patients and How the Legal Profession Can Support This Effort,” *Boston University Public Interest Law Journal* 12 (2003).
- 10) Model Rules of Prof'l Conduct, supra note 8, at Preamble § 2.
- 11) D. L. Rhode, “Ethical Perspectives on Legal Practice,” *Stanford Law Review* 37 (January 1985) : 589–651, at 605.
- 12) Model Rules of Professional Conduct, supra note 8, at R.1.2 (b).
- 13) Model Rules of Professional Conduct, supra note 8, at R. 1.7 and 1.9.
- 14) Supra Note 4, at 850.
- 15) Model Rules of Professional Conduct, supra note 8, at R. 2.1.
- 16) Supra Note 4, at 850 citing Restatement (Third) of Law Governing Lawyers § 68 (2000).
- 17) L. Vaughn, *Bioethics: Principles, Issues, and Cases* (New York: Oxford University Press, 2010) : at 51.
- 18) D. J. Rothman, *Strangers at the Bedside* (NY: Basic Books, Inc., 1991) : at 1.
- 19) A. R. Jonsen, *The Birth of Bioethics* (New York: Oxford University Press, 1998).
- 20) C. Scott, “Why Law Pervades Medicine: An Essay on Ethics in Health Care;” *Notre Dame Journal of Law, Ethics and Public Policy* 14, no. 1 (2000) : 245–303.
- 21) Supra Note 4, at 852.
- 22) Supra Note 18, at 102.
- 23) For an interesting discussion of “Bioethics as a Discipline,” see Jonsen, Supra Note 19, at ch. 10.
- 24) Supra Note 4, at 852.
- 25) T. L. Beauchamp and J. F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 6th ed. (New York: Oxford University Press, 2008).
- 26) Supra Note 4, at 852.
- 27) Id.
- 28) Id., at 853.
- 29) Id.
- 30) Barry Zuckerman et al., Comment, *Medical-Legal Partnerships: Transforming Health Care*, 372 *Lancet* 1615, 1616 (2008).
- 31) Supra Note 3, at 110.
- 32) Abraham E. Morse et al., *Environmental Correlates of Pediatric Social Illness: Preventative Implications of an Advocacy Approach*, 67 *Am. J. Pub. Health* 612, 615 (1977).
- 33) Supra Note 3, at 111.
- 34) Id.
- 35) Mass. Rules of Prof'l Conduct R. 1.6 (a) - (b) (stating the general rule and exceptions); Model Rules of Prof'l Conduct R. 1.6 (same).
- 36) 493 F.3d 345, 361 (3d Cir. 2007).
- 37) Supra Note 3, at 112.
- 38) Id., at 122.
- 39) Id., at 123.
- 40) Id., at 123–4.
- 41) Model Rules of Prof'l Conduct R. 5.4 (d) (3).
- 42) Council on Ethical & Judicial Affairs, Am. Med. Ass'n, *Code of Medical Ethics of the American Medical Association* § 8.0501, at 220.
- 43) Nat'l Ass'n of Soc. Workers, *Code of Ethics* § 3.09 (d).
- 44) *The Genuine Works of Hippocrates* 780 (Francis Adams trans., *Classics of Medicine Library* 1985) (1849).

- 45) Lisa Hansen, Comment, Attorneys' Duty to Report Child Abuse, 19 J. Am. Acad. Matrimonial Law. 59, 67 (2004.)
- 46) Mass. Gen. Laws Ann. ch.119, § 51A (West 2009); Nev. Rev. Stat. Ann. § 432B.121 (1).
- 47) Supra Note 3, at 128.
- 48) Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, Pub. L. No. 104-191, 110 Stat. § 261, 110 Stat. at 2021.
- 49) Supra Note 3, t 128 citing, "The Genuine Works of Hippocrates 780 (Francis Adams trans., Classics of Medicine Library 1985) (1849).
- 50) Per their statutory duty, the Department of Health and Human Services has promulgated five rules and standards under Title II of HIPAA: the Privacy Rule, the Transactions and Code Sets Standards, the Security Rule, the Unique Identifiers Standard, and the Enforcement Rule. U.S. Dep't Health & Human Servs., HIPAA Administrative Simplification Statute and Rules, <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/administrative/index.html> (last visited Feb. 21, 2010).
- 51) Supra Note 3, at 131.
- 52) Id., at 132-33.
- 53) 45 C.F.R. § 164.506.
- 54) Supra Note 3, at 133.
- 55) Health Insurance Portability and Accountability Act, § 164.508 (c) (1).
- 56) Id. § 164.502 (b) (1).
- 57) Supra Note 3, at 135-36.
- 58) Id., at 136.
- 58) Pamela C. Tames, Colleen M. Cotter, Suzette M. Melendez, Steve Scudder, and Jeffrey Colvin, Medical-Legal Partnership: Evolution or Revolution, 45 Clearinghouse Review: Journal of Poverty Law and Policy 124, 130 (2011).
- 59) Id., at 130.
- 60) Id.
- 61) Id., at 131.
- 62) Id.
- 63) Id., at 132.
- 64) Id.
- Boston, Atlanta, and Cleveland offer some success stories. In 2008 Medical-Legal Partnership I Boston worked with the Massachusetts Department of Public Utilities and local and national organizations to achieve state regulatory reform that protects the utility service of low-income, chronically ill persons. In 2009 the Health and Law Partnership in Atlanta, Georgia, secured corrective state legislation that helped Medicaid-eligible disabled children access home health agency services. The Cleveland Community Advocacy Program in Ohio collaborated with the local police department to advocate U visas, a form of relief for immigrants who are victims of criminal activity and are suffering from physical or mental abuse. A resolution in support of U visas was unanimously passed by the Cleveland City Council in 2010.
- 65) Id., at 132-33.
- 66) Id., at 133.
- 67) Id., at 134.
- 68) Id., at 135.
- 69) David I. Schulman et al., Public Health Legal Services: A New Vision, 15 Georgetown Journal on Poverty Law And Policy 729 (2008).
- 70) Access to Communication Services and Supports: Concerns Regarding the Application of Restrictive "Eligibility" Policies, Am. Speech-Language Hearing Ass'n, at 6, <http://www.asha.org/docs/pdf/TR2002-00233.pdf>

- 71) The National Joint Committee for the Communication Needs of Persons with Severe Disabilities provides research, demonstration, and education efforts directed to helping persons with severe disabilities communicate effectively. Its member agencies include the American Speech-Language and Hearing Association, American Association on Mental Retardation, American Occupational Therapy Association, American Physical Therapy Association, Council for Exceptional Children with Communication Disorders, The Association for Persons with Severe Handicaps, and the United States Society for Augmentative and Alternative Communication. History of the National Joint Committee for the Communication Needs of Persons with Severe Disabilities, Am. Speech-Language-Hearing Ass'n, <http://www.asha.org/NJC/history.htm>.
- 72) Mary Beth Musumeci, *Augmenting Advocacy: Giving Voice To The Medical-Legal Partnership Model In Medicaid Proceedings And Beyond*, 44 *University of Michigan Journal of Law Reform* 857, 864-5 (2011).
- 73) Paul K. Longmore, *Why I Burned My Book and Other Essays on Disability*, 238-39 (2003).
- 74) Marilyn J. Field & Alan M. Jette, *Dealing with Disability*, *Issues in Sci. & Tech.*, Winter 2008, at 1, available at <http://www.issues.org/24.2/field.html>
- 75) *Supra* Note 72, at 868.
- 76) *Friedman v. Berger*, 409 F. Supp. 1225, 1226 (S.D.N.Y. 1976).
- 77) *Ross v. Giardi*, 680 A.2d 113, 116 (Conn. 1996).
- 78) David I. Schulman et al., *Public Health Legal Services: A New Vision*, 15 *Geo. J. on Poverty L. & Pol'y* 729, 776 (2008).
- 79) *Supra* Note 72, at 871-2.
- 80) *Goldberg v. Kelly*, 397 U.S. 254, 266 (1970).
- 81) *Id.*, at 266.
- 82) *Supra* Note 72, at 873.
- 83) *Id.*, at 875.
- 84) *Id.*, at 881-2.
- 85) *Id.*, at 883-4.
- 86) Elizabeth Tobin Tyler, *Aligning Public Health, Health Care, Law and Policy: Medical-Legal Partnership as a Multilevel Response to the Social Determinants of Health*, 8 *Journal of Health & Biomedical Law* 211, 222, 229, 233 (2012).

## Medical-Legal Partnerships: Possible Innovation

Tomoki SAWADA

### Abstract

Medical-legal partnerships present an opportunity to harness the benefits of interdisciplinary work on behalf of common clients/patients through collaboration. But there are some concerns.

In the future, the MLP lawyer may take a more active interest in considering how an ethical consultation or bioethics approach could clarify patients' wishes via a more "collaborative" process. This would help to build bridges between legal and clinical advocacy for patients.

Cross-disciplinary file-sharing poses confidentiality concerns with mandated reporting consequences. Assuming that lawyer-client privilege does not attach to the information in the MLP record, can the plaintiff seek the MLP records under HIPAA?

Another source of inequity in the appeals process is that Medicaid beneficiaries often lack access to doctors willing to participate as witnesses in hearings.