

ヒトの死と、人の死

—その3. 残されたバイオエシックスの問題点—

高橋 紀美子・千田 好子・池田 公子

I. はじめに

既報¹⁾²⁾の後を追うように、我が国で生体・肝臓移植の第12～20例目が行なわれた。また『死者からの脾・腎臓同時移植』が東京女子医大で実施され(1990-12-25),『脳死者で心拍動の停止をまって、脾臓移植』が行なわれている(1991-3-15)。

間もなく日本政府の『臨時脳死及び臓器移植調査会』の中間報告(平成3年6月予定)が発表される今となって、移植医たちは「今しばらくの猶予」の時間がない程に性急に事を進めなければならないのだろうか。今迄通りに基礎研究を行ない、一方ではバイオエシックスの背景を広く考究する事に時間を費やす訳には行かないのだろうか、と思うと残念である。すなはち近年の生物・医科学技術の進歩・発展には「目覚ましく・急激な」ものがあり、今迄は想像もしなかった『新しい問題』が台頭している。その一つに「生命現象とその解明、そして操作への実現」があり、『生命の質』で表現される、〈人間存在の価値観〉への模索があると考ええる。

米国では1970年代から、本人の生前の意志表示が明確な場合には『延命術治療の中止』について〈社会的な合意〉がほぼ出来ている。すなはち自然死については、決定権を誰が持つかについての議論を徹底的に行なう特有な風土があり、その解決をみている。しかし日本では医療の現場が〈こうした問題〉を抱えて、議論する事を避けている。

日本の医療は〈ただ単なる生命の延長〉に終始する過去の医学から脱却して、医学の本質・存在価値を模索しなければならないのではないだろうか。その一つとして『人間の死』がある。すなはち社会生活をしている〈人の死〉であって、『脳死移植』のための「ヒトの死」であってはならないと考える。

筆者らと共同研究者は「死と、死の過程」を基本的テーマとして文献渉猟し、医学面のバイオエシックスの背景としては「生命の延長、蘇生術」が残された課

題となっている。従って本稿では、この問題に関連する『患者の自己決定』あるいは『死の権利』の解明が必要であると考ええる。すなはち、①真実の告知、②informed consent、③症状のコントロール、④静かな死への援助、⑤家族・地域社会に対する援助、などを中心に文献考察する。その結果、医療が単独に『肥大化』をするのではなくて社会的承認を求め³⁾、『全人医療(表1)』への模索が必要であり⁴⁾、医療が真に「人間性豊かな社会づくり」へと貢献しなければならないという結論に到達している。しかし、その道程には幾多の課題がある事を得ている。

II. 人間の『生』と『死』、そして医療

最近の科学、とくに生物・医科学に関する技術の発達には急激なものがあり、この傾向は益々増大している。人類はこれによって多くの恩恵を受けているが、その反面では①社会構造の大きな変革、②全く未知な内容の新しさ、③生活環境の変化(崩壊)、④これらの進行が超加速化していること、に戸惑いを見せている⁴⁾。すなはち現代人は新しい価値観を創り出すべき、転換期にあるといえる。もちろん専門分化した学問領域については専門家に任せるべきであるが、これらの問題の最終的な帰納は自己に尽きることになる。

人間の「生と死」についても同様であり、個人の価値観に基づく『死生観』の確立が求められる。ここで筆者らは『人間論』を展開する能力も、余力も持ち合わせていない。しかし「人間が社会に生きる動物である」ことや、「考える動物である」ことについては、万人も認め・確信もできる。また近代社会機構の特性と長寿化社会の現実を把握しているので、「生命の重要性」とともに「死への覚悟」を知らねばならない。すなはち過去には「死は生の延長線上にある」との思いを抱いていても、現在では「死と生とは裏表である」ことへの認識の必要性を知らねばならない⁵⁾。従っ

表 1. 全人医療と、従来の医療

	全 人 医 療	従 来 の 医 療
病 気	<ul style="list-style-type: none"> ●人間と環境との調和の乱れや、個人の内面の分裂をも病気の大きな要因とみる。 ●個人のライフ・スタイルが病気に重大な関係を持つ（喫煙・夜更し・偏食・精神の不安など）。 	<ul style="list-style-type: none"> ●病気とは計量化され得る生物学的・身体的な異変による常態からの逸脱と考える。 ●化学物質やバクテリア・ウイルスなど、特定の病因子により引き起こされ特定の徴候を示す。
患者の立場	<ul style="list-style-type: none"> ●患者は病気の原因に直接・間接に責任がある。みずからの健康の主体として、自覚的・積極的に医療の過程に参加し、みずからの判断を下すための詳しい説明を受ける。 	<ul style="list-style-type: none"> ●患者は医療従事者に絶対服従するのが原則。専門家を信頼し、依存することが強調される。説明はなく真実は伝えられず、医療従事者との交流が十分に行なわれない。
医療従事者の役割	<ul style="list-style-type: none"> ●医師は医療チームの平等な一員として協力しつつ、その責任を担う。医療専門家は患者個人に適した健康保全・増進、病気の治療をするための患者の言葉に十分に耳を傾ける。 ●健康教育者としての役割を重視する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●医療チームの中で、全権を有する専門家としての医師が指揮・命令を発する。医療チームとして他の治療方法を検討したり、患者の発言を十分に考慮したりしない例も多い。 ●病気の治療者としての役割の重視。
治 療	<ul style="list-style-type: none"> ●精神的・肉体的バランスの調和の回復が基本である。患者の独立心・自助精神が治療を早める。なるべく薬剤の使用を控え、手術や入院を避ける。治療者と患者との人間関係を重視する。 ●治療における選択の余地と、患者・家族の意向を尊重する（インフォームド・コンセントの原則）。 	<ul style="list-style-type: none"> ●病気は征服されるべき対象であるので、治療に当たっては科学的な一定の手続きに従って、積極的な薬剤の使用、手術及び入院が当然視される。医療従事者への全面依存。 ●治療方針に選択の余地がほとんどなく、説明不十分のまま同意書に署名を求められる。
健 康	<ul style="list-style-type: none"> ●自分の精神と健康が「良い状態」にあるという「心持ち」を大事にする。精神と肉体の調和や、内面的安定性を健康の維持に重要な要因とみる。 	<ul style="list-style-type: none"> ●病気の徴候が存在しないことで健康を意味させたケースが多い。精神的・心理的要因（病因と関連ある場合は除き）は余り重視されない。

—木村利人『いのちを考える』⁴⁾—

て「人生の喜び」とともに「死への覚悟」を知らねばならない。その実現に必要なものは「人間性豊かな生活」であり、「社会へのサービス提供」に尽きるのではないだろうか。

1. 人間の誕生と、科学技術

ヒトの子の誕生には、他の動物とは異ったものがある。それは第一に父と母との「期待」による誕生であり、第二に親戚・縁者あるいは近隣からの祝福があり、第三には「社会の一員」としての擁護がある。もちろんその子の誕生には「夫婦の愛情」が先行して、母となる女性の10か月に及ぶ懐妊の経過を経ている事は言うまでもない。すなはち『着床』の成立、『流産』の防止、『胎児の育成』への配慮、そして『満期・安産』への過程で、多くの問題を克服する母となる

者の「心構え」、あるいは父となる者の「協力」に負う事が多い。さらに『誕生の過程』では助産婦の援助を得て、女性は最大限の努力を惜しまない。一方、生れ出てくる胎児の側からは『生』はその始まりから「不平等」であり、「不自由」なものである。すなはちその素質も、環境も同じではない。また「呼吸」についても胎児の意志とは関係なく、分娩の過程を経て「反射の機構」によっている。そのうえ人間社会には多くの規範が取り巻き、厳しく新生児の自由は制約されている。しかし人間の子は「擁護」を受けて成育され、基本的な「個の人生」があり、『自由と平等』の絶対性が存在している。

医学的には人間の誕生に関して『受精』の機構は解明されていても、近代医学は人体内における正常な受精の成功には到達していない。すなはち臨床的には『不妊症』に対する様々な

治療の試みが功を奏し、人工受精の成立を可能とし、体外受精への成功は日常的となっている。しかし今もなお正常な受精に関しては現代医学は恣意的とは成し得ていない。それは非科学的な表現ではあるが、『神秘』と言わないわけにはゆかないものがある。

『体外受精』に関して医学技術は既に完成の域に達し、生命倫理に関しても社会の容認を得ていて¹⁾、我が国でも現在(Sept., 1990)までに657人の誕生を認めている⁶⁾。また日本の産婦人科学会では「日本の体外受精はその技術レベルが欧米に近付いていて、定着しつつある」との見解を報告している。すなはち1983年に第1例(東北大)を経験しているが、1989年の1か年には446人(Sept. 1990までには、657人)の誕生を認めている。そのうえ体外受精による「子供への弊害」についても、皆無の状態である(軽い心臓の奇形が3

人／211人、染色体異常の発生は認めていない）。また凍結受精卵を用いた体外受精⁶⁾は1989年までに7例の妊娠報告がある（米国の例、表2）。しかし不妊症に関しての全てを解決したものではなく、治験報告（1989年1カ年の不妊症・治療例3,381人）では580人の妊娠を認める程度である（流産率；36%，出産数；348人）⁶⁾⁷⁾。従って体外受精についての今後の課題は①成功率の向上への工夫、②多胎妊娠率への低減対策、③男性不妊への治療法の確立、そして④「胚などの凍結保存」に関する問題など、多くの課題を残している。

表2．体外受精胚の凍結保存の現況⁹⁾

凍結胚数	30,850個
融解胚数	18,322個
施設数	80カ所
妊娠例数	738例
妊娠率	11.5%
(1回の胚移植あたり)	
出産例数	302例
妊娠進行中	220例
先天異常	3例
流産率	29.3%

(1989年7月第7回日本受精着床学会
Jean Cohen博士の発表より)

2. 人間の死と、現代の社会

『死』は人間が誕生して＜人生を送る＞ことに比べると、実に瞬間的なものであり・繰り返しのきかない・人生の終焉である。従って人は死からの逃避を求め、反面では「人生の締め括り」を求めることにもなる。一般的に「人間は＜死＞を知っている唯一の動物である」と言われているが、第三者の＜死＞は知っていても自分の死ぬ事については考えないでいる。しかし配偶者・親戚縁者・その他関係の深い人の死については、また違ったものを考える。

現在社会のように、享楽を許し・長寿を約束されていると、平素は死を忘れている。もともと人間は誰しも＜欲望＞があり、ヒトは他の動物に比べて欲求の度が強く、その為に人類の繁栄を導いたものとも考えられる。従ってこの欲望の低下・消滅という現実（精神・心理的な逆境や、健康を損ない・瀕死の状態など）に遭遇すると、誰しも生きる事への執着が低下するものである。しかし多くの者は「生の営み」を続けるが、中には＜自殺＞を求める者もある。また『不治の病』の宣告・瀕死の状態では、「平穏な死」あるいは

は「威厳を保った死」を希求する場合もある。しかし『死』には多くの不安を伴い＜離別＞という淋しさがあるので、＜その受容＞には様々な心理的な過程を経ることになる。これに関しては割愛するが、キューブラ・ロス(Elisabeth Kübler-Ross)の調査結果が参考となる⁸⁾。

最近の欧米、とくに米国では公民権・平等権などを求める運動が盛んであり、一般市民や学生のような運動が繰り広げられている。こうした運動に連動したのであるが、『患者の権利運動』が台頭している。その一つに「死の権利」運動がある⁴⁾。もともと人間社会には規範があり、法律的には基本的人権で擁護されている。従って死亡は国家による『保障』の消滅に結果する。それにも拘らず、少なくとも日本の現行法では＜死についての定義＞は存在しない（監獄法、死産の届け出に関する省令はある）。しかし「死の法律的决定」は民法の喪失宣言や戸籍法の死亡認定制度の例のように、社会的要請には応じている。また訴訟における＜死亡＞は事件ごとに決せられ、とくに「死亡の有無」や「死亡の時間」が問題となる時には専門医師の鑑定証言が材料となる。

バイオエシックスの視座⁴⁾からは、「本人または関係者の意志」が決定の判断に関して最大の要因となる筈である。とくに現代においては医療面の診断・治療のプロセスおよびコストなどの要因が大きいので、例え疾病や事象が＜死への決定的な要因＞となっても、希望を容れて「通常ではない特別の医療行為」を避けることもあるだろう。また反面には希望する「通常の医療行為」だけで済まされない事もあるだろう。しかし現実には日本では医療側の意志が先行して、患者側の希望通りにはなっていない事が多い。

3. 近代医療の方向性

もともと医学は疾病の治療に始まり、医学研究は＜生命の延長＞に重点が置かれていたために＜死＞は医学技術の失敗であると考えられてきた。また現代医療は科学・技術至上主義の様相を呈し、医師の一方的な科学理論の押し付けが優先している現状である。しかし科学技術の向上と医学研究の進歩・発展は多くの業績を残し¹⁾、中でも『人工心肺装置』の開発は心臓外科に大きく貢献している。すなわち人工呼吸による＜蘇生＞である。その結果は医学の求める人類の幸福とは別に、死の過程を人為的に延長して人々に精神的・肉体的・経済的苦痛を余儀なくすることにもなっている。

日本の医療行為に着目すると、何時とはなしに習慣が個々に信頼関係を生み、暗黙の意志表示による契約と慣行による事務管理とによって成立している。しかし近年になって医療は急激に医学技術の多様化を進め、医療体制はマンモス化している。その一方で医療の社会化が拡大された事によって、人々の権利意識を高める結果となっている。こうした現状にあっても医療側の「医師の特殊行為」が基盤となって、徒らに医師の「特権的な意識」に左右されている。こうした事から医師と患者との信頼関係の破綻が芽ばえ、『脳死臨調』の場でも討議されている¹⁾。また一方では「医療過誤」による訴訟が惹起している。こうした現状への対応として、医療従事者は波平恵美子の指摘する「現代医学と、社会のあり方」³⁾に目を向けねばならないだろう。

従って近代の医療では「生と、死」をはじめ、患者の肉体的な苦痛への配慮とともに、患者自身の生活に眼を移して治療が進められねばならないものと考ええる。すなはち「生活している人間そのもの」への配慮が必要である。そのためには医療は医師と患者との「対等・平等」の立場に立って「疾病の治療」へと、目的達成のパートナー・シップを求めるという『全人医療(表1)』を模索せねばならないと考える⁴⁾。すなはち①Informed Consentの必要性和、②「真実の告知」について、考えなければならない。さらに「人を生かす」という医学本来の目的を拡大解釈して、＜死＞に関しても「平穏な死」への配慮が求められることになると考える。

Ⅲ. 生命の質

現代は「生命の質」について論じられることが多く、筆者らもその論稿を周知している。しかし「生命の質」については不明なことが多く、理解に苦しむことが多い。岡本祐三⁹⁾は生命の質を規定する要素として、①本人の満足度・快適性を挙げ、②医療の質としては安全性・合理性・安心感を示している。その上で合理性の貫徹よりも、むしろ人間関係の円滑化を重要視して「不安」をうまく解決するという、①に重点を置くことを指摘している。また河野博臣は現代医学の欠点を指摘し¹⁰⁾、科学一辺倒で・臓器中心的であり、病気を持った人間への精神・心理的なケアに欠け、患者の不安に対するケアが第二義的であると述べている。

W.H.O.憲章の「前文」には、肉体的・精神的・社会的に＜より良い＞状態を『健康』として示されている

が、この内容がまさに『生命の質』(Quality of Life; 以下Q.O.Lと略す)に相当すると考える。すなはち『量』に対する『質』(quantityとqualityとの関係)の問題である。例えば今迄の医療では＜延命＞が最大の目的とされていたが、生命の質を考慮すると「延命された生命に、さらに生き甲斐のある・質の高いケアを提供する」ことがQ.O.L.の向上につながる。従ってQ.O.L.は医療側の問題というよりも患者側の問題であり、患者・家族によってチェックされ・評価されねばならないことになる。すなはち河野博臣によると¹¹⁾、チェック項目としては以下の内容が考えられる。

[患者本人のチェック項目]

- (1) 痛みその他の症状(食欲不振・悪心・嘔吐・腹部の膨満感、呼吸困難などの肉体的な症状、あるいは不安・焦燥・怒り・抑うつなどの精神的な症状など)がコントロールされる。
- (2) 手術や治療による、機能的な状態と運動性の低下が少ない。
- (3) 社会的関係性からの疎遠がない。
- (4) 毎日の生活が充実している。
- (5) 他者からの孤立がなく、医療スタッフや家族との温かい交流が持てる。
- (6) 受けたケアに対する満足度が大きい。

[患者の家族へのチェック項目]

- (a) 患者の看護のために、家族が必要以上の苦痛を受けていない。
- (b) 患者が受けた治療・ケアに、家族が満足している。
- (c) 家族の苦しみは十分に表出されている。
- (d) 万一の場のグリーフ・ワーク(grief work)が十分に、患者の死後の悲嘆への援助ができています。

Ⅳ. インフォームド・コンセントと真実の告知

1. インフォームド・コンセントの動向

Informed Consent(以下、I.C.と表記)には定着する日本語訳はなく、「知らされた上での同意・情報提供と自己決定」などの意味に使用される。もともとI.C.はニュールンベルグ判決(1947年)で、ナチスの非人道的な人体実験を裁いた時に使用されたもののようである。その後「研究対象となった人間の自発的な同意が絶対に必要である」という明確な概念¹²⁾が打ち出されて、国際的にも関心を呼び、単に人体実験に限らないで＜日常診療＞の場合にも適用されるに至っている。とくに米国では1960年～1970年代の市民権運動・消費者運動に連動し、医事紛争の頻発を契機

として、I.C.が浮上して来ている。すなわち米国社会では鮮明に、現代医療の一般的な矛盾が露呈されてI.C.の必要性を生じ、①『患者の権利章典』に関するアメリカ病院協会宣言(1973年)¹³⁾、②患者の権利に関するリスボン宣言(1981年)¹⁴⁾、③『生命倫理に関する大統領委員会報告(1983年)¹⁾²⁾などを生み出し、「倫理的命令」として臨床医学と医療に於ける人間関係の基本的枠組となっている。

日本に於ては弁護士らが中心に、「医療事故の被害者救済と、事故の再発防止」を目的に『患者の権利宣言(案)』が提案されて¹⁵⁾、「患者の知る権利」あるいは「患者の自己決定権」を強調し・医療界への考慮を呼び掛けている。また厚生省・国民医療総合対策本部は中間報告(1987年6月)を発表し、その第4に「患者サービスの向上」を取り上げて¹⁶⁾、④情報提供の機会拡大と、⑤医療機関に於ける医師—患者関係が双方向性に関係を確立することの必要性を示し、I.C.を紹介している。このような動向の中で、日本医師会は「説明と同意」に関する報告書を公表し(1990年)¹⁷⁾、平成2年を『I.C.推進の年』としている。

こうした経緯によって、現在では次第に「説明と同意」の必要性を医師へは勿論のこと患者へも啓蒙して医師と患者が対等な人格体として接して、共同して「疾病に取り組む」という具体化の表われとなりつつある。最近の発表(総理府、平成3年3月3日)では『医療における倫理に関する世論調査』(全国の成人3,000人を対象・74%の有効回収率)の結果は、患者の

理解を得るためのI.C.については肯定的意見が63.2%で消極的意見(28.2%)を大きく引き離している(図示、参照)。しかし日本の現状は「医療制度上の問題」あるいは「医師側の問題点」などによって、I.C.に関しては不十分なものがある。それにしても最近の岡山・大・倫理委員会は『脳死・肝臓移植の承認』(H.3-3-7)の中で、I.C.を重要視する条件を付けている事には着目すべきものがある。

2. インフォームド・コンセントの背景

I.C.の考え方の背景には、①疾病構造の変化を考え、②「サービス産業」としての医療の方向性が期待され、③患者側の実情の変化があり、そして消極的なものとして④医療過誤の「受け皿構成の要件」¹⁸⁾がある(後述)。しかし現在の医療のサービス産業化には時代的背景として、⑤医療制度に関わる内容、あるいは⑥医療従事者の養成に関する問題、⑦その他、など様々のものがあって実現への道は遠いように思える。それでも患者の利益優先の点を考えると、I.C.の必要性は焦眉の急である。

1) 疾病構造の変化

急性疾患を中心とした時代に比べて、現在は『成人病(習慣病)』を主体とする疾病構造である。従って病気の予防、あるいは治療については個人あるいは患者自身の努力に負うところが大きいものとなっている。これを可能とするためには「疾病に関する情報」の提供が必要である。すなわち「医療情報の提供」が積極的なものとして位置付けられねばならない。

また『悪性腫瘍』の場合ではその告知(後述)とともに、I.C.に関しては多くの問題点が考えられる。その一つには医師にとっては比較的単純と考えられる『悪性腫瘍(下記の例示)』の場合である。しかしこの場合では「他の臓器への転移」が予想されるが、医師(とくに外科医)からは比較的簡単に「悪性腫瘍の切除」あるいは「身体の末端部分の切断」を奨められる。すなわち患者の選択が無視されている事になる。こうした場合にはI.C.としての多くの内容があると、筆者らは気付く。もちろん『医療診断学』(後述)を待つまでもなく、十分な説明と患者自身の選択が期待されねばならない筈である。具体的なI.C.の内容を、以下に例示とする。

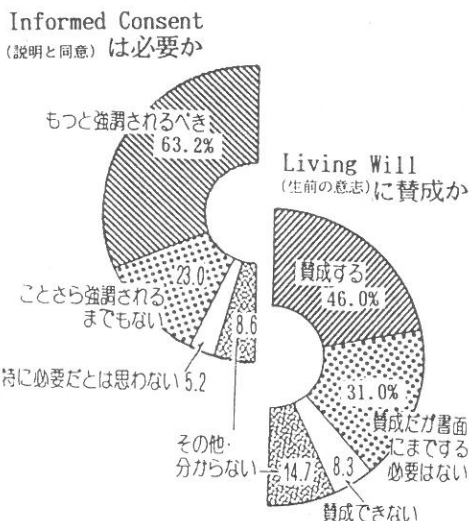


図. 「生前の意志」と「説明と同意」
—総理府、平成2年10月—

【例示】下肢の悪性腫瘍

- (1) 下肢の「切断術」を行なう：「転移」の確率は最も少ないが、下記予測を伴う
- ①他の臓器に転移しない場合：内科的な治療を主体とする
 - ②他の臓器に転移した場合：次の事が予測できる。
 - (7) 外科的な治療を行なう：転移の確率は少ない。
 - (4) 内科的な治療を行なう：また別の転移があり得る。
(「死」の予測を必要とする)
 - (9) その時点で考える。
- (2) 手術をしないで「内科的治療」を行なう：転移の確率は大きい。
(「死」の予測を必要とする)
- (3) すべての治療をしないでおく：患者は予想される「苦痛」や「疼痛」への覚悟が要る
その対応には次のものが考えられる。
- ①自宅で、療養する。
 - ②今のまま、入院を続ける。
 - ③「終末期の看護」を専門とする施設へ入所する
- ⑤上記のそれぞれについて、次の説明を必ず付け加える。
- ⑥必要に応じた医師の個人的な見解
 - ⑦予想される「症状」や、日常生活上の状態、あるいは諸種の危険度について
 - ⑧入院期間と、患者が必要とする経費

上記を勘案すると、果して現在の医療界にあってI.C.を実施できるか否かは疑問であり、むしろ「どの範囲まで可能であるか」と否定的な見解へと傾く。

2) 患者側の実情変化

嘗ては「患者側の中途半端な疾病への理解は、却って治療効果を阻害する」などが指摘されて、「病気は医者に治してもらおう」が全てであった。しかし現在は情報化時代と言われ、多くの医療情報が一般に氾濫している。また個人も高学歴化によって、情報に対する受容能力は著しく高まっている。しかし米国において「医療事故訴訟」の中で発展してきたI.C.を日本に導入する場合、上記の事情に加えてわが国の社会構造と国民感情を配慮しなければならない。すなわち我が国では家族主義と、温情主義（パターナリズム）が確立していて、このパターナリズムの体質は現在の米国の文化とは根本的に異質なものであり、「I.C.の概念」と「パターナリズム」とは対の概念であるからである¹⁹⁾。従って周囲の人々との和を優先する日本にあっては、たとえ医療情報を受容する能力はあっても、従来の習慣（自己の受ける治療法を自分で選択・決定しない）を急に変更することは仲々むづかしいことである。

星野一正²⁰⁾はI.C.の目的の達成には「患者の権利と医師の義務関係からではなく、むしろ医師のパターナリスティックな態度がなくなって、患者が納得した医療を享受できるように活用することである」と示唆している。

3) わが国の医療過誤・裁判例

わが国ではドイツ、アメリカ合衆国など欧米に比べて「医師の裁量」については、その許容範囲が広いので『説明義務の違反』の事例は＜緊急外＞の医療行為に関するものが大部分である。中谷瑾子の裁判例の記録収集報告によると¹⁸⁾、122(実質事件数:105)件のうち37件が『未熟児網膜症』に関するものである。これらは何れも民事事件の領域に属し、刑事事件は皆無である。この一連の裁判は「医療水準」に関するもので、医学的研究段階による「医学水準」と臨床医の「医療水準」との差異についての問題である。すなわち司法での争点は『光凝固法』の「医学水準」と「医療水準」との差異であったが、医学的にはI.C.の皆無・不十分さに問題があると筆者らは考える。

医師の説明義務違反のケースについてその経緯を見ると、集中的に昭和40年代後半から50年代半ばまでとなっている。昭和60年代以降は激減している。すなわちI.C.が医療側に周知されるようになり、実施に移された結果であると考えられる。

3. インフォームド・コンセントの根拠となるもの

1) 患者の自律性

人間はあらゆることに關して自律し(autonomy)、自己決定(self determination)しなければならない、またその権利を持っている。すなわちautonomyの意味する内容は「他人の保護や干渉を受けずに、自分の判断で独立して行動すること」であり、例えば家族であっても侵害できないものである。しかし医療に関しては今まではその権利を行使しないで、徒ずらにその権利を放棄して＜治療法＞を始め一切の医療行為を医療側に委ねてきた。しかし最近になって種々の「権利宣言」の中で患者の権利が明示され¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾、患者としても自分の受ける治療法を選択し・決定する権利が得られるようになった。それには診療行為の特殊性と、医療の不確実性が根底にあるからである。すなわち医師の診療行為は薬剤投与から外科手術に至るまで、患者の身体に対する＜侵襲的行為＞であり・安全性を害する行為である。それにも拘らず医師に診療行為が特に許される条件には、④診療するという目的があり、⑤診療のための手段や、方法が妥当であり、⑥十分な説明があり、本人の承諾がある、という三項目が満たされている事がある。従って「患者本人の承諾」のためには、説明を要することになる。また医学の水準と医療の水準との間には差異があり、診療の妥当性があっても必ずしも有効性と繋がるとは限らないものである。

患者の自己決定権を尊重するということは、医療側からは「リスクを冒す者」として当然の行為でもある。また慢性の病気を持つ者が自分自身の病気を知り、病気による自己の社会的役割の変化を受容して、「依存性からの脱却」を図って疾病治癒への努力にもI.C.は必要なものである。しかし日本の実情は上述したように患者自身で自分が受ける治療法を選択決定する習慣には乏しく、個人の人権の主張には慣れていないので、医師が積極的にI.C.を行なうことが必要となる。

2) 現代医療の不確実性

近年になって特に医学水準の向上には目覚ましいものがあり、医療の水準も著しく向上している。しかし医学水準と医療水準との間には差異があり、医療の水準と法律上の責任追及水準との間にも格差が存在する。医療事故の訴訟ではこれら水準格差が問題となり、被害者およびその関係者は「泣く」ことになる。そこには「医療の不確実性」が問われる。すなわち医療には「相対的な確率への接近」によって真実へ接近する要素が多いからである。それは医学そのものの宿命であり、医学の実態である。従って医学の診断・医療技術が進歩しても、それらの成果が必ずしも万人に通用されるものではない。また医学には実験的治療法を伴うものがあり、予測を超越した結果を招くこともある。従って最近では「医療の意志決定」に『医療診断学』が研究されている程である²¹⁾。すなわち一つの医療手段に関して多くの不確定要素の存在する場合には、①選択できる全ての方法を提示し、②その予測される結果・可能性を示し、③結果の価値判断(効用値)を示し、④さらに期待効用値を計算して「治療法の判断」へと進むものである。

一方患者には各人の人生観・世界観・価値観などの違いがあり、社会的条件・家庭の背景があり、患者自身の「生命の量・質」が考えられるので、他人の介入は例え医療側の者であってもできるものではない。従って患者・その関係者は医療決定そのものは試行錯誤的であり、継続的であることを十分に認識しなければならない。その上で、患者自身の人生目標に照らして、自己決定が行なわれことになる。もちろん医療決定には医師——患者関係の開始当初から、医師と患者とが共同して行なわれることは言うまでもない。

4. 真実の告知

一般的に「真実の告知」を問題にする時は、多くはその対象がガン患者や不治の病気である場合(終末期

医療)である。しかし終末期に限らず、今日のように情報の氾濫する時代には、真実を隠すことは仲々難しい。とくに「自己決定」を強調する現在の医療の在り方からすると、「情報の提示」が前提条件となる。もちろん医師だけが終局的な価値判断を引き受けるものではなく、重大な意志決定の責任は患者と医師との間で分かち合わねばならない。従って「患者に真実を告げるべきか、どうか」ではなくて「どのようにして、患者と真実を共有するか」という立場がバイオエシックスの理念であると考ええる。木村利人²²⁾は「真実を伝えることを恐れることなく、むしろはっきりと事実を伝えるという<誠実さ>の中に真の<医の倫理>の新しい展開を見出す人々が増えてきた」と述べ、正しい治療や死への準備には「正しく開かれたコミュニケーション」の必要性を強調している。また河野博臣²³⁾は『論理的真実(正確さ)』と『道徳的真実(正直さ)』の区別の重要性を述べて、医師が信じている内容を正直に・修飾しないで・曖昧とはしないで語る事を求めている。すなわち医師が一度事実を語ると、患者に対して同じ責任を持たねばならない。また医師がウソを告げるときには「自己防衛」であることが多いものである。

I.C.には三つの要素(段階)、①開示、②理解、③自由意志による同意、があるが、とくに砂原茂一は医師にとって「真実の開示(truth telling)」は患者との人間性を堅固なものとし、必要不可欠なものである²⁴⁾と述べている。

5. 病名告知の是非と、告知時の配慮

既述のように、最近では病名を知りたいという希望者が増え、医師・医療従事者の側でも「告げるべきである」の考えをもつ者が増えてきている。病名告知の最大の意義と目的は「患者自らの、医療への参加」であり、患者自身の意志と能力とに負うところとなる。しかし実際には臨床の場では『告知』が全くといっていい程に行なわれていないのが現実である。永田勝太郎は「告知の利・不利(表3)」について患者側・医療者側に分けて表示しているが²⁵⁾、その多くの原因は告知する側に、問題があると考えられる。

厚生省および日本医師会は『末期医療に関するケアの在り方』について、検討報告(1989年)を出している²⁶⁾。これによると告知による患者・医師の共通の利点として、次の4点を挙げている。すなわち①患者が自らの状況を認識して、精神的に安定することが期待できる。②その後の治療方針について、患者自身が

表3. 病名告知によるメリットと、デメリット

内 容	告 知 に よ る 『 利 点 』		告 知 に よ る 『 欠 点 』	
	患 者 側	医 療 者 側	患 者 側	医 療 者 側
生 理 学 的	①治療に協力できる(辛い治療に耐えられる) ②再発・転移の早期発見ができる	①病態・治療について説明し易い ②正しい、適切な医療がすすめられる	①不用意な告知により混乱し、予後の悪化に繋がる	①治療の継続ができなくなる場合もある
心 理 学 的	①不安が軽減し、安定する ②適応障害(焦燥、抑鬱、医療に非協力的など)が起りにくい ③家族も安心する(付添い易い)	①ストレス(矛盾、葛藤、恐怖など)が少なくなる ②患者の気持ちを受容し易い	①闘病意欲が低下する(退行反応を起こす)	①対応が困難となる(否認、怒り、うつ状態、などが持続する時)
社 会 学 的	①社会的問題を整理し、身辺整理ができる ②社会的役割を果たせる③家庭での生活ができる	①医事紛争問題が発生しない	①遺産問題などに発展することがある(法的トラブル) ②社会的役割を果たせなくなる場合がある ③疎外感を体験する	①法的トラブルに巻き込まれることがある
生 命 倫 理 的	①知る権利・自己決定権が守れる(自分の望む人生が選択できる) ②現状を正しく把握できる ③自ら参画する医療となる ④「生命の質」の向上が期待できる(充実した余生、ライフ・ワークの完成) ⑤人生の総括ができる(自分の人生を自分の手で閉じられる) ⑥尊厳死が可能となる	①信頼関係が深まり、全人的医療ができる ②治療的自我が向上する(人間的成長につながる) ③チーム医療が充実する(終末期の医療)	①自殺につながる場合もある	①告知後の支援体制に問題が生じ易い

—永田勝太郎ら『死の臨床』²⁵⁾から改変—

自らの意志を医療関係者に伝えることが可能となる。
③患者自らが最も必要と判断する事に、残された時間を当てることができる。④財産の処分などに関する、法的なトラブルを未然に避けることができる。さらに報告書は末期状態を患者に告知するときに配慮すべき点に関しては、a告知の目的が明確である、①患者に受容能力がある、c医師およびその他の医療者側と、患者・家族との間に十分な信頼関係がある、④告知後の、患者の身体面あるいは精神面でのケア・支援ができる、などを附記している。

1) ガン告知について

柏木哲夫は、告知時に考慮すべき条件として具体的に、①患者自身の希望、②患者の受容能力、③患者の性格、④患者の生活歴(とくに過去の自律的な生活)、⑤身辺整理の必要性、⑥年齢(若い人には告げるが、高年齢者には告知しない)、⑦遺族・社会への影響、⑧家族の賛成、⑨患者自身が「他人の死」をどのように受け止めてきたか、⑩信仰について、などを挙げている²⁷⁾。また永田勝太郎²⁸⁾はa患者自身の条件、b家族などの条件、c医療者側の問題に分けて、次のように纏めている。

『病名告知』の条件

(1) 患者自身の条件:

- 1) 医療者側への信頼を持っている
- 2) 人生観・死生観を持っている
- 3) 身辺整理が必要であり、その能力があ

る

- 4) 「真実を知る」意志があり、理解能力がある
- 5) 今後の「生命の質」を高めることができる
- 6) 身体的・心理的に苦痛に耐え、対処できる
- 7) 告知後、医療に協力できる
- 8) 家庭で、生活できる

(2) 家族・周辺条件:

- 1) 患者・家族との間に信頼関係が確立している
- 2) 告知に対する家族の同意が得られる
- 3) 家族・友人の支援が得られる
- 4) 告知しない場合、遺族・社会への問題を生じる

(3) 医師・医療チームの問題:

- 1) 診断・治療方針が確立している
- 2) 医療チーム内のコンセンサスが得られる
- 3) 患者の身体的・心理的な苦痛への対処ができる
- 4) 快適な入院生活への配慮ができる
- 5) 告知についての知識・技術がある
- 6) 患者の感情を受容し、共感できる
- 7) 患者の精神的危機への介入ができる
- 8) 患者が社会的役割を果たす事への支援ができる

2) 終末期医療における医療者の不安

とくにガン告知については医師自身に不安がある。すなはち真実の提示の後に患者が何らかの反応を起こし、医療者側はそれに即応してそれに対処できるか否かの不安がある。反面では医師はそうした不安が先行するから、また患者にショックを与えるから、というすり替えの側面が医師の逡巡する理由である。しかし医師が「患者はショックを乗り越える強さ」を持っていることを知っていれば、真実の告知が必要であることを念頭に置くようになるだろう。

アンケート調査(1987-10-5, 毎日新聞)によると、『がんに関する全国世論調査(1987-9-4~6, 面接調査, 毎日新聞社)』では「告知」について「末期ガン」の場合でも病名を知らせて欲しいという人が過半数(59%)に達している(表4)。その理由は「残された時間を真剣に生きたい」が63%で、トップを占めている。反面同じ時の医師 500人への別途調査(表5)では告知についての消極派が過半数を占めている。しかし日本人の場合、本音と表出とは差異を伴うことが多いので、アンケート調査をそのままに受け取ることは遠慮する。それにしても最近では『病名の告知』は、次第に一般的な理解へと拡がりつつあることは確かである。

表4. 一般人(5,600人)対象のアンケートから

末期癌であっても	病名を知らせてほしい	59%
	病名を知らせてほしくない	39%
治る見込みのあるとき	病名を知らせてほしい	78%
	病名を知らせてほしくない	20%
家族が末期癌になったとき	病名を知らせると思う	18%
	病名を知らせないと思う	80%

㊤ 調査対象: 5,608人(回収率76%)

回答者の内訳 男: 49% 女: 51%	20才代:	16%
	30才代:	24%
	40才代:	22%
	50才代:	19%
	60才代以上:	19%

—毎日新聞社, 1987年—

表5. 医師(500人)対象のアンケートから

治る見込みのないとき (医師が患者に対して)	病名を知らせるべきである	21%
	病名を知らせるべきでない	76%
治る見込みのあるとき (医師が患者に対して)	病名を知らせるべきである	68%
	病名を知らせるべきでない	30%
医師自身が末期癌になったとき	病名を知らせてほしい	56%
	病名を知らせてほしくない	42%

—毎日新聞社, 1987年—

V. 「平穏な死」について

1. 事例にみる「生命延長」への判断

米国では1970年代から、本人の生前の意志表示が明確な場合には『延命術治療の中止』については社会的な合意がほぼ出来ている。その一つは医師団による協議・判断が先行し、次いで司法への判断の委譲という選択をする。もちろん患者の意志は(生前のものを含めて)尊重され、家族の申し立ても重要視される。すなはち自然死については、決定権を誰が持つかについての議論を徹底的に行なう特有な風土があるからで、日本では医療の現場がくこうした問題を抱えて「判断の場」について考えないのとは大きな差異がある。次に掲げる事例の①~⑤は米国の司法判断に基づくものであるが、そのうち①は生前の本人の意思を推量して「延命の阻止」を容認するものであり、②および③では家族の申し立てに対して「生命の延長への阻止」を認めている。また④新生児(重症・重複奇形)の例では人間存在に伴う基本的なく生命権を事由に、「手術の遂行」を容認している。さらに『尊厳死』に関しては⑤ハリーさんの事例で容認しない判断を、『安楽死』については⑥重症火傷の事例で認めない判断を下している。⑦『自殺』については、今後の課題となるだろう。

日本では判断基準が医療側で先行するなどの現況があるので、米国のような例示は少ないが参考例を記載する(⑧の事例)。

①ナンシー・クルーザンさんの事例

[新聞報道, 1990-6-7・朝日新聞]

交通事故(1983)による『昏睡』(植物状態)患者の両親の訴えに対して、①米国連邦最高裁判所の判決(1990-6-25)は栄養補給装置の除去については「延命治療を拒みく死ぬ権利」を認めるが、要件として「患者の意志を明確に示す証拠がない」を8対1の多数で決めている。②これより先(1987年)にミズリー州ジャスパー郡裁判所は両親の訴えに「チューブの取り外しを認める決定」を下していた。これらを受けて③郡・裁判所は再び審理し、〈元・同僚の証言〉を要件に「生前の本人の意思を確認」して「チューブの取り外し」を認める(1990-12-14)。

④Karen Ann Quinlan(ニュージャージー州・1976)の事例は事故による「植物状態」で、生命維持装置を除去している²⁹⁾。また⑤SaikewicsはI.Q.値が10の男性(重度の精神障害者)が『急性骨髄性単球性白血病』に罹り、化学療法を拒否した事例である²⁹⁾。

ともに患者自身の意思表示が得られないために家族の申し立てによっているが、最高裁判所の判決は「生命の延長への阻止」に同意する判断を下している。

④重症重複奇形を有する新生児の事例³⁰⁾

1974年米国メイン州で出生した奇形児に対して、医師団は早急な手術を要すると提案したが、両親はそれを拒否した。しかし医療側の裁判所への提訴によって、裁判所は「手術の遂行を認める」判断を下している。

⑤ハリー・ジャッキーさんの事例

[新聞報道, 1990-7-11・朝日新聞]

『脳卒中』による意識不明(肺炎の併発)で、医師は「回復の可能性は百万分の一」と宣言し、夫(牧師)は「生命維持装置の除去」を申し立てたが・棄却される(最高裁判所の判決・1986年)。「その後奇跡的にジャッキーさんは意識を回復している」

⑥ ダックス・コワートさんの事例³⁰⁾

彼は1973年に米国テキサス州で、自動車の大爆発によって全身の重症火傷を受ける。その結果、両眼は潰れ・手指は焼け付き・顔面も口や耳が変形し・毛髪は損傷などを認めている。医療チームは生命の救助のために全力を尽くしたが、治療中のコワートさんの「死なせてください」という何度も何度も大声の訴えを無視している。医療チームの努力は成功して、彼自身も結婚し・職場にも恵まれて現在も活躍している。

しかし10年を経た彼の心境は複雑であり、あの時の医療側の決定は<正当>とは言えないと「自分自身の自己決定権への拒否」に憤慨している。もちろん彼は失明し、耳も聞こえないし、歩くことにも不自由し、手も一つの<塊>となって自由ではない。それでも治療の過程で自分を支えてくれたのは、「私に共感して慰め・力づけ・励ましとともに、黙って・静かに私と時間を共にしてくれた看護婦さん」への気持は忘れない。

この事例に関しては直接的なコワートさんの心情が筆者らには掴み切れないので、真意が何処にあるのか現状では記載できない。

⑦アルツハイマー病の女性で、脳の機能の低下患者

[新聞報道, 1990-7-11・朝日新聞]

「自殺装置(ジャック・キボキアン の考案)」を、自らが用いて絶命した事例である。

「装置の発明者は<自殺のほう助>で、告訴されている」

⑧第3回脳死・脳蘇生研究会での一報告

(H.2-6-2, 於・広島市)

生後まもなく脳死となった新生児から人工呼吸器を取り外した体験例である。この症例は出生の翌日に、心臓と肺臓の機能が突然に停止したが「蘇生術」が功を奏した。しかし『脳出血』を認め、間もなく<自発呼吸の停止>など『脳死と同じ症状』を呈した。医師団は脳死判定基準(6才未満の小児は対象から除外されているので、「生後7日〜2カ月への基準例」を準用)により、13日目に『脳死』と判定している。その患児の父親は医師で、集中治療室の勤務経験がある。もちろん<脳死>に対する知識も豊富であるが、「心臓が止まるまで、人工呼吸器を外して欲しくない」と希望し・治療が続けられた。この病児は日に日に痩せ細り、病日98日目にその母親から「この子は生きてゐるとは思えない、呼吸器を外して欲しい」との申し出がある。これに対して医療チームで頻回の会合があり、看護婦の反対の声も多くあったが、両親の強い希望を容れて119日目に人工呼吸器の装着を取り止め永眠している。

2. 尊厳死など、『死の権利』

「生命の質」の観点からは<自己決定>が先行し、自分のことは自分で決めなければならない。「治療への参加」をはじめ「死の決定」についても、患者自身の選択が迫られることは言うまでもない。すなわち自分の病気について医師から十分な説明を受けて自分で考え、現実を見る眼をもって<自己の生命の流れ>を直視することである³¹⁾。しかも困難なことや理不尽なことにも尻込みしないで、乗り越えるだけの心構えが必要である。

既述のように米国では種々の市民運動を契機として、『尊厳死(安らかに・苦しめない死の権利)運動』があり、その条件として①不治の病が進行して、②死期が迫っている、ことを基に③延命の医療措置の停止が挙げられている³²⁾。さらに又『リビング・ウィル』の提唱へと広がっている。その結果カリフォルニア州では世界最初の『死の権利』法案として『自然死法案』が成立し(1976)、現在では米国の41州でこれらの法案が成立している³³⁾。また最近の調査(Washington Post 紙, March, 1991)によると、米国・ワシントン州の医師会は会員の543人/1,105人が「尊厳死に関する住民提案」を支持すると回答した、と発表している(最終的には11月の住民投票にかけられる)。

日本でも日本尊厳死協会(会長:植松正・一橋大学名誉教授)の設立があり、その会員数が12,000人を越

えていると側聞する。また「尊厳死の宣言(カード)」の発行もしているという。しかし我が国では現実には、医師がこのカードを受け入れてくれるか・家族や親族が納得するか、などの不安が残る。また医療者側がこのような動きに対して「不治の病に対する医療の進歩を否定するものである」・「医師に対する信頼を全く否定するものである」・「安楽死の考え方は医師の敗北である」などの反対意見が輩出することは確実であり³⁴⁾、医療側の対処が注目される。一方総理府の発表「医療における倫理に関する世論調査(March, 1991)」によると、リビング・ウィルの「賛成」は46.0%で「賛成できない」の8.3%を大きく上廻っている。また延命医療については「寿命に任せる」が65.2%となっていて(図示参照, 1991-3-4・山陽新聞)、極めて興味深いものを覚える。

とくに子供の場合では不治・瀕死に遭遇して、その対処には当惑するのではないだろうか。河合洋³¹⁾は現状を危惧して、①子供にでも、死を迎えるという事実は勇気をもってキチンと伝えるべきであり、②その事実を押し隠すことによって、事務的になったり・作り笑いやネコなで声を出したり・やたら陽気に振る舞ったり、同情や哀れみを振りまく、などは極めて不自然で子供にとって残酷である。また③技術優先で操作的なカウンセリングや、精神療法などは禁忌である。④子供との間に人間としての満足できる関係をつくり、死に対する不安や苦痛を解消してゆくという真の医療者としての意見を述べている。しかし筆者らの体験を回顧する時、真実が伝えられることは少ない。また患児自身は周囲に対する疑いと、自分自身の身体的苦痛とから夜ごと大声で泣き叫んでいた姿は、今も忘れられない。細谷亮太³⁵⁾はトータル・ケアの実践者の立場から、「すべてのことを話す必要はないが、子供には下手なウソはつかない方がよい」と述べ、「両親からの希望があった場合に限り、子供に〈病名の告知と、病態の説明〉を行なっている」が、その告知が悪い影響を与えていることは見当たらない、と報告している。その上で、個々の症例については当分の間は専門家の判断に任せなければならない、と慎重である。

日本では市民感情や『権利・義務の意識』に関しては、米国などと異なっているのと同じようにはゆかない。また『法体系』なども違っているので、今すぐに『死の権利』などを解決できるとは考えないが、例示でも知られるように次第に迫り来る問題である。

3. 終末期のケアについて

事例にみる司法あるいは医療側の判断については、多くは米国のものであってこれが今すぐに日本の現情に即応するものではない。また筆者らも将来への課題として、その解決方法を見出さねばならないと考えている。しかし日本の医療界はまだ医師優先の状態で、また移植医たちの性急さがあるので、『延命医療』あるいは『尊厳死』などに関してはその方向性を見出すことには程遠いものがある。しかし臨床医学に於ける最近の情勢には「説明と同意」への関心は次第に浸透しつつある。とくにガン患者に対する「真実の告知」そして終末期への対応には「生命の質」を基盤として、配慮の兆しを感じられる。すなわち医療側が患者個々について、Q.O.L.をどのように考えるかが課題となる。しかし「生命の質」の全てに関して、ここで論じるには筆者らの能力に限界を感じる。従って本稿では最も関心のある『ガン患者』へのQ.O.L.向上のための筆者らに課せられる要点を列記して、稿を閉じることとする。

1) 全人的アプローチ

従来の医療は余りにも対象とする患者が軽視されてきた。とくにガン患者の場合では患者の心理・精神的、家族的・社会的、宗教的なニーズなどを中心にケアを考えねばならない。それには『全人医療(表1)』への試みが必要となるだろう。

2) 患者の自己決定権

生命倫理を俟つまでもなく、ガン患者に関しては特にQ.O.L.への配慮から「真実の告知」あるいは「十分な説明」は不可欠なものとする。もちろん患者自身は〈自己の人生〉を振り返って、人生の最終を考えなければならない。すなわち医療側は既述の「ガン告知の条件」または「配慮すべき要件」を熟慮して、「自己決定権」への援助が必要である。

3) 症状のコントロール

『W.H.O.がん疼痛治療指針』³⁶⁾に示された肉体的な疼痛へのアプローチはガン患者の求める最大の願いであり、患者のQ.O.L.に大きく関与するものである。また心理的なストレスについても患者には大きな課題である。医療者側は最後まで患者の言葉に耳を傾け、患者の傍に最後まで付いている事が大きな要件となる。

4) 静かな『死』

終末期医療に関しては積極的な治療は考えられない。従ってただ単なる医学的要求による種々の検査の実施、あるいは一面では延命とも思われる治療(輸液

などの与薬、化学療法や放射線療法など) 過剰と思われる医療手段などは避け、最も大切な「死のプロセス」を見守る必要がある。また患者にとって身近な人々が傍に居て、手の温もりを感じながら逝くことは「消極的な尊厳死」ではないだろうか。

5) 家族への配慮

患者にとって家族はその精神・心理的な協力者・援助者であり、患者の意志あるいは苦悩を代弁する存在者である。従って患者のQ.O.L.を十分なものとするためには、家族・親族への心配りは医療にとって重要なものとなる。また患者の死後には家族・親族の悲嘆が原因でその崩壊の起ることも予想される。

6) 地域社会でのケア

高齢化社会ではもちろんのこと、終末期では次第に在宅での生活が求められる。すなわち患者のセルフ・ケアあるいは在宅ケア、そして地域に於けるホスピス・ケアも重要なものである。ただ単なる継続看護に限らない、この方面への配慮が医療側にも求められる。

Ⅶ. む す び

現在の医学は極めて急速に進歩・発展し、医療技術の向上にはく目覚ましいものがある。もともと医学の目的は『治療医学』への貢献である。しかし最近では、この目的がさらに拡大して『延命・蘇生術』への介入に至っている。しかし後者については、その道が二つに大きく別れる。すなわち①延命・蘇生術による「生命の復活」であり、②ただ単なる「延命」のための介入である、と考えられている。

日本と異なると、米国では個人の権利意識が強く「死ぬ権利」を主張し、『尊厳死』が日常化しつつあると側聞する。既に1938年に『安楽死協会』が発足し、1960年代になって「死ぬ権利」の法制化や社会教育に力を注いでいる。現在(1990年)米国では「リビ

ング・ウイル(生前発効の遺言書)」を41州で認め、『自然死法』を制定している。

日本では『安楽死』・『自然死』などに関しては歴史的には十分なものが無いので、現今ではこの問題について言及するには困難が多い。しかし日本の医師に対する国民感情については医療従事者として反省しない訳にはゆかない。すなわち近代医学に対する「陰・陽」二つの感情である。敢えて言えば医学に対する「信頼感」と「違和感」のせめぎ合いである。なるほど医療に対する「恩恵」については、多くの人々が近代医学を謳歌し・医療技術の向上を賛美している。反面では医学水準の向上・発展には追従し得ないものを、国民感情として抱いているようである。その代弁は『脳死臨調』の示す「医師に対する不信感」が検討の対象となっている事である。最近では医療過誤による「告訴事例」は減少しているが、その原因は医師のI.C.への関心の高まりの結果であったとも考えられる。しかし医療におけるI.C.の内容はまだまだ十分と言えるものではなく、「治療の実施」に際して、あるいは「終末期の医療」への対応、とくに「ガンの告知」など医療におけるI.C.の必要性は拡大されねばならないようである。

筆者らと共同研究者は『ヒトの死と、人間の死』について考究を重ねてきたが、「人間の死」にはただ単に『臓器移植』の目的に限定せず、社会生活を送っている人を対象とした根本的な対応が迫られるとの結論に到達している。すなわち「平穏な死」への配慮も含めて、「死を見詰めることは、生を重要視する」ことであり、医療本来の目的とも合致するのではないだろうか。

現在の医療界に求められている事は「国民からの全幅の信頼」であり、患者と医療者側との「対等・平等」な対応であると考ええる。

(平成3年3月18日、脱稿)

引 用 文 献

- 1) 三木福治郎；(その1) 脳死問題をめぐって、岡山県立短期大学・研究紀要，35，90～98 (1991)
- 2) 千田好子ら；(その2) 臓器移植と、その背景、岡山県立短期大学・研究紀要，35，99～106 (1991)
- 3) 波平恵美子；病いと死の文化，朝日新聞社，195～206 (1990)
- 4) 木村利人；いのちを考える，日本評論社，p.18，28 & p.30 (1989)
- 5) 三木福治郎；文明と死，看護教育，17，12，766～773 (1976)
- 6) 森崇英；生殖医学の登録に関する委員会報告，日産婦誌42，4，393～395 (1990)
- 7) 飯塚理八ら；不妊をめぐる最近の話題，産婦人科治療，60，4，365～367 (1990)
- 8) 三木福治郎ら；平和な死への援助のために，岡山県立短期大学・研究紀要，20，41～53 (1976)
- 9) 岡本祐三；Q.O.L.と医療の本質，メディカル・ヒューマニティ，7，41～49 (1987)

- 10) 河野博臣；死の不安への援助，臨床看護，14，812～816（1988）
- 11) 河野博臣；新版・死の臨床，医学書院（東京），13（1989）
- 12) 星野一正；インフォームド・コンセント，メディカル・ヒューマニティ，5，2，55（1990）
- 13) 厚生省健康政策局医事課・編；生命と倫理について考える，医学書院，294～295（1985）
- 14) 若月俊一；病院に「患者の権利宣言」を掲示して，病院，44，2，114～118（1985）より孫引き
- 15) 患者の権利宣言全国起草委員会；患者の権利宣言（案）全文，看護教育，26，3，136～143（1985）
- 16) 野島康一；なぜ今インフォームド・コンセントか，病院，47，7，572～575（1988）より孫引き
- 17) 阿部正和；「説明と同意」再考，メディカル・ヒューマニティ，5，2，29～37（1990）より孫引き
- 18) 中谷瑾子；I.C.法理とわが国の裁判例，メディカル・ヒューマニティ，5，2，62～69（1990）
- 19) 加藤尚武；医の倫理とインフォームド・コンセント，病院，47，7，583～596（1988）
- 20) 星野一正；I.C.とは何か，メディカル・ヒューマニティ，5，2，5～9（1990）
- 21) 福岡誠之；これからの医療倫理，からだの科学，No.141，113～117（1988）
- 22) 木村利人；真実告知について，病院，41，3，236～237（1982）
- 23) 河野博臣；死の臨床，医学書院（東京），34～36（1974）
- 24) 砂原茂一；現代医療とインフォームド・コンセント，病院，47，7，579～582（1988）
- 25) 永田勝太郎編；死の臨床，誠信書房，p.9（1982）
- 26) 厚生省・末期医療に関するケアの在り方の検討会；末期医療に関するケアの在り方の検討会報告書，看護，41，9，151～162（1989）
- 27) 柏木哲夫；臨死患者ケアの理論と実際，日本総研出版（名古屋），87～91（1980）
- 28) 永田勝太郎編；死の臨床，誠信書房（東京），p.7（1982）
- 29) 青地修；延命術はどこまで許されるか，からだの科学，臨時増刊号，75～80（昭59）
- 30) 木村利人；いのちを考える，日本評論社（東京），15～30（1987）
- 31) 河合 洋；子どもにとっての死，小児看護，2，561～565（1979）
- 32) 佐羽城治；死の権利とはなにか，からだの科学（臨時増刊），94（昭59）
- 33) 佐羽城治；死の権利とはなにか，からだの科学（臨時増刊），94（昭59）
- 34) 植松 正；安楽死を選ぶ自由，現代のエスプリ，No.83，29～30（昭49）
- 35) 細谷亮太；悪性腫瘍の患児その家族へのかかわり方，小児看護，12，1027～1030（1987）
- 36) World Health Organization；Cancer Pain Relief，World Health Organization，Geneva（1986）

平成3年3月19日受付

平成3年5月16日受理