

# 医療倫理研究における事例演習の役割

村 岡 潔

## 〔抄 録〕

近年、「脳死・臓器移植」・不妊治療・遺伝子医療など、先端医療の登場によって医療倫理上の意思決定のしかたは複雑・多様化しており、有効な応用医療倫理学の教育研究の方法が望まれている。筆者は、投薬要求、輸血拒否、「脳死」状態、植物状態、ならびに中絶に関する臨床事例を取り上げ、これらの事例演習が倫理教育においてどういう点で寄与できるかについて検討を加えた。また、看護学生と一般大学生に行なった「脳死」状態及び中絶に関する事例演習から得られた回答結果も統計的に検討した。とくに「脳死」状態の事例では「具体的情況（人工呼吸器をはずすべきか否か）」と「一般論的な設問（脳死は人の死か否か）」を対比することで、現実的意思決定と理念的定義の間にある倫理意識のくい違いが検出された。このことは、事例演習が医療倫理研究にとって重要な役割を有している可能性を示唆している。

**キーワード** 医療倫理、事例演習、医学教育、看護学生、一般大学生

## I はじめに～インフォームド・コンセントと契約モデル

二十世紀後半、現代医療、特に先端医療の分野では、脳死・臓器移植、生殖技術、遺伝子診断・治療など新しい医療テクノロジーが続々と開発されている。こうした先端医療の展開は、臨床医学の現場で治療行為に際して、患者・家族や医療従事者（以下、医療者）のなすべき意思決定をこれまでに増して多様化かつ複雑化することになった。

本稿では、こうした状況認識に基づいて医療倫理研究の一つのアプローチとして、事例を用いた医療倫理演習の重要性を指摘する。とくに今後は、医療倫理教育を、従来のような医療者や医学生に限らず、さらにその利用者側である患者・家族あるいは、将来、患者になる可能性がある非医学系学生の一般的学生に提供する必要がある。この視点から筆者は、最近、看護学生と一般学生とにおこなった倫理演習の結果の統計結果を一部交えながら医療倫理研究・教育における事例研究（ケーススタディ）の意義について考察する。

この節では、本論に入る前に、イントロダクションとして、現代医学の患者側対医療者側と

いう人間関係（以下、患者－医療者関係）における倫理的アプローチの枠組みについて簡単に解説しておきたい。

日本でも、1980年以降、北米の医療倫理の在り方に影響されて患者の自己決定権を保証する必要性が指摘されてきた。そのために患者側が必要な医療情報を熟知した上で自らの受ける治療を選択する「インフォームド・コンセント」という考え方が評価され、その名称は医療現場に一定の普及・流行を見るに至っている。このことは、患者とその家族が、自己（あるいはその家族）の治療方針の決定に参加する機会がそれ以前に比して増加しつつあると言えよう。

本稿では、インフォームド・コンセントを「患者が、自分の病気の診断や治療方針に関して、医療者側の説明、病院図書館の書物・ビデオ等の閲覧などによって意思決定に必要十分な医療情報を得た上で、医療者側の提案する医療（診断・検査・治療）に同意したり拒否したりすることが保証される制度」と定義し、患者（やその家族）と医療者と双方がインフォームド・コンセントに代表される「患者の自己決定権」を中心に、医療における「義務と利益」および「意思決定の責任」を共有する患者と医療者の関係（以下、「患者－医療者関係」）を「契約モデル」<sup>(1)(2)</sup>の関係と呼ぶことにする。

ちなみに、従来のパターンリズムに基づいた患者－医療者関係は、「牧師モデル」と呼ばれ、医療者は親（保護者）のように患者は親に保護される子供のようにふるまう。このモデルでは、医師が、専門的立場でおこなう診断・治療の必要性の判断以上に、患者という一つの人生にとってどの治療法が最良かという判断まで行なう主体的役割を果たす一方、患者は医療者に治療を「おまかせ」する形となりやすい。このモデルは、特に癌患者ががんの病名を告知されていない場合、その人の人生の最後の在り方を左右する意味で問題を含んでいる。

また、「工学モデル」の患者－医療者関係では、医療者は、もっぱらCTスキャンやレントゲン検査などの画像診断や血液検査などから得られた科学的データをとりあつかう身体の科学者・技術者・修理工としてふるまう。このモデルでは、ヒトは脳・心臓・肺・肝臓・腎臓などの部品（臓器）で構成されると規定する人間機械論の立場に立ち、治療とは、これらの故障した部品（臓器）を修理したり交換したりすることと考える。工学モデルでは、牧師モデルと違って、医師が病気に関する情報を患者側に情報提供・開示する度合いは高い。しかし、そのやり方は、もっぱら科学的データに基づいて可能性のある診断や治療法やそれぞれに対する利点や危険性が専門用語のまま手短かに告げられたり、医学の教科書様にリスト・アップされるもので、患者や家族が治療を受けるかどうかの意思決定をするのに的確な情報開示とはなりにくい。言わば「医療者中心の情報告知」なのである。

後者二つのモデルは、いずれも、患者の自己決定権を侵犯して患者の自律性を損なうために問題性が指摘されるものである。これに対して、インフォームド・コンセントやそれに基づく契約モデルでは、医療者は、患者の抱える苦悩・苦痛からの解放が患者にとって最良のやり方で解決されなければならない。患者は、単に治療されて治ればよいという問題ではなく、また、

医学的に最良と考えられる治療法も患者の理解なしには実施してはならない。契約モデルにおける治療は、患者と医療者の相互参加・相互行為なのである。

筆者は、10年ほど前より、医学部や看護学校の医学概論や医療倫理の講義を担当してきた。また、医学生・看護学生だけでなく、さらには臨床検査技師や理学療法士などコメディカルを目指す学生に、通年か短期集中で医療倫理に関する講義を受け持ってきた。さらに、一昨年より、本学において文学部や社会学部などの非医学部系学生（以下、一般学生）に「一般教養・共通科目」として医療倫理について講ずる機会を得た。その際教材として、先述のインフォームド・コンセントや契約モデルを導入して事例的に医療倫理を考えさせる、H・プロディ著『医の倫理～医師・看護婦・患者のためのケース・スタディ<sup>(3)</sup>』のケースをもとに、それを改変し、さらに、回答者の倫理的行動科学的傾向を見る目的で、各事例に対して回答用紙に選択肢を設けた事例を用いてきた。

これらの事例としては、1) 抗生物質の投薬要求、2) 宗教上の理由による輸血拒否、3) 脳機能の不可逆的喪失（いわゆる「脳死」状態）、4) カレン・クインラン（植物状態）、5) 「中絶したが生まれた子は生きていた」、などがある（なお番号・題名は、筆者による）。

以下、本稿では、これらの各事例に要点部分を紹介しながら、コ・メディカル（医師以外の医療者）の学生や一般学生の医療倫理教育に対して、医療上の意思決定のシミュレーションとして事例を用いたアプローチで期待される効果や意義について見て行こう。また、3) と5) の事例については統計結果も交えて考察する。

## II 事例と設問による倫理演習の意義

まず、通常の医療の事例（1）、（2）と先端医療に関する事例（3）、（4）、（5）に分けて説明する。ここで言う通常の医療とは、先端医療のような実験的要素がない定常的に行なわれている医療をいう。つまり、医療倫理の問題は、多分に日常的な外来の診察風景から始まっている。必ずしも、不確定な未知の要素を含んだ先端医療に限らないのである。

したがって、次の1) は導入にふさわしい事例と言えよう。ちなみに「投薬要求」とは、患者が、診察前にすでに薬の必要性を決定していて、医師に薬物治療（経口薬だけでなく注射なども含む）を要求することを意味する。要求の程度は、たとえば、「カゼをひいたから薬ください」という漠然とした希望から、薬の名前をあげてその処方や注射を要望したり、時に、その薬物療法の実施を医者に迫ることを言う。<sup>(4)</sup>

---

### 【事例1】抗生物質の投薬要求：

「あなたは小児科の開業医です。ある日の夕方、4才の女兒が両親に連れられて外来を受診しました。その娘は、今朝から、熱感、せき、鼻水、のどの痛み、下痢を訴えています。両親は「カゼをひいたので抗生物質を出してほしい」と希望しています。診察の結果、子供の病気

はウイルスによる「普通感冒」だと診断しました。しかし、抗生物質は、この「普通感冒」には効かないと考えています。さて、あなたはどうしますか？」

---

この事例は、「あなたは小児科医です」と最初に想定されているように、回答者が医師の立場で考える役割練習（一種の Role Play Game）になっている [以下の事例も同様]。回答者、特に一般学生は、最初はとまどうことが多いが、演習を進めるうちに慣れてくる。

このことは、将来医療者になる学生にとっては当然、訓練すべき設定であるが、一般学生にとっても、将来、患者－医療者関係において対峙することになる医療者の立場で事例を検討することは、契約モデルという相互参加の医療を考える上で重要なことである。実際、一般学生の中には、こうした演習を通して「医者がこんなふうを考えているとは知らなかった」と気づいたりして、医療者側も治療上の意思決定において様々な局面を考えていることを理解する結果になる者が少なくない。

プロディのテキストでは、この事例を提示したあと、学習者に自由に議論し考えてもらうスタイルになっている。契約モデルが理想型であることは示唆してはいても、各々の事例について、倫理的に一つの結論に導くような指導は行っていない。筆者も、同じ立場から、医学部や看護学校なので学生の意見を求めたり、学生同士の討論などを行っているが、本邦の学生はクラスにおいてみんなの前で発言する習慣が少ないため、十分な議論に至るまで授業時間が終了してしまうことがしばしばだった。

そこで、ある時期から、議論の円滑化を進めるために、ヒントとしてハイ/イエで答える設問と複数の選択肢のある設問を設定した。その結果、講義時間内に、一定程度、議論・推論を展開し、また、事例について解説することが可能になった。また、選択肢を含んだ設問に対して、アンケート方式で学生から回答してもらうことで数十名以上の大クラスでも演習の形式をとることができるようになった。

さて、事例1) に対する設問としては次のような問を設けた。

---

**【問A】**「子供の両親に『風邪のウイルスには、抗生物質は効かない』と説明しますか？」

---

この問に対しては、大多数の学生が契約モデルに対応するためにハイと答える傾向が見られる。医学的には、風邪やインフルエンザはウイルス性がほとんどだが、抗生物質は一般に細菌に対する薬であり、風邪一般には適用とならない。

しかし、実際の医療現場では抗生物質が処方されることはよくある。学生の中にも、風邪をひいて医者に行き、抗生物質を処方された経験を持つものが必ずと行ってよいほど1人は存在する。そのような医師は「抗生物質」が風邪には効かないことは説明しない。そう医学的に説明すれば、牧師モデルの医師も、道義的に抗生物質を処方できなくなるからである。

【問B】治療に関して、次のどれを選びますか？

- ①「2～3日様子を見ましょう」と告げ休養と栄養を充分とるよう指導するが薬は処方しない。
- ②解熱剤や止痢剤は処方するが、抗生物質は処方しない。
- ③適当な解熱剤や胃腸薬を「抗生物質」と称して処方する。
- ④適当な抗生物質を処方する。また、その他の薬も処方する。
- ⑤適当な抗生物質だけを処方する。
- ⑥「私は抗生剤を処方しないから、他の医者に行きなさい」と言う。
- ⑦その他。→（この場合、どうするか？具体的に書いて下さい。）

次に問Bでは、この事例での治療方針を複数の選択肢の中から選ばせるものである。すると大多数の学生は、薬嫌いの人も含め、①か②の抗生物質を処方しない方の選択をしやすい。これは、問Aで、風邪には抗生物質が効かないという医学的知識を身につけるからでもあろう。この場合、細菌学的知識（医学的真理）を守ることが倫理的に正しいと判断されるからである。

つまり、理論的に効かないはずの薬を処方することには道徳的に問題があると言えるからだが、これまた、実際の患者-医療者関係では、この事例のように、患者側は抗生物質を希望し、医師は、その要望に応えて（あるいは応えるまでもなく）抗生物質を処方することが一般的だと思われる。すなわち、④（時には⑤）の選択が実際の頻度としては最も高いと言えよう。工学モデルの医師なら、その理由に、風邪だと軽く見ていたら肺炎になる危険性があるので、抗生物質の予防的投与を行なうのだという理由付けを行なう可能性がある（ただし、こうした予防的投与は、正しい抗生物質の使用法とは言いがたい<sup>(5)</sup>。

ここで学生は、多数の者が行なっている行為が倫理的には必ずしも正しいとは限らないことを学習することができる。また、③の選択は患者に偽りを述べている点で倫理的に問題がある。一方⑥は、日本ではありえそうもないが、工学モデルの医師の選択肢の1つであろう。

この問題は、さらに、抗生物質の濫用が、薬の効かない細菌、いわゆる薬剤耐性菌を生み出し、その結果、起こっている院内感染の問題とも連動している。ちなみに院内感染とは、病気を治すために入院した病院で、こうした耐性菌に感染して新たな病気を発病し、時には命を落とすことを意味している<sup>(6)</sup>。つまり、抗生物質の多用・濫用は、自分の周りの患者-医療者関係というミクロな局面だけでなく、院内感染という集団感染をもたらすマクロの局面をも含んでいる。こうした事実関係を認識することが、外来のミクロの場面で、正しい医療倫理的判断を下す根拠となるのである。

つぎに、通常医療の中でも、少し特異的な事例を見てみよう。

---

【事例2】宗教上の理由による輸血拒否：

あなたは救急病院の医師で、自動車事故で大けがをした22才の女性の主治医です。彼女は、脾臓破裂と診断され、治療には手術が必要で輸血しないで助かる確率はほぼ0%と考えられます。しかし、患者は「ある宗教」の信者で、輸血しなければ死ぬことは冷静に認めるのだが、信仰にそむくとして輸血をかたくなに拒否しています。さて、あなたはどのようにしますか？  
(ただし、人工血液はなく、近親者とも連絡がとれない状態です。)

---

【問A】患者が、輸血なしの手術を希望している場合；

- ①輸血なしに手術を貫徹する。(ただし、出血死の場合の念書をとっておく)。
- ②輸血はしませんと言って、手術をはじめ、必要になったら、医師としての自分の判断で輸血をする(輸血してもそのことは本人には教えない)。
- ③同意が得られるまで説得を続ける。そして、出血により意識を失ったところで緊急処置として手術室に運び、手術を開始する(必要なら輸血し結果は教えない)。
- ④輸血なしには手術は出来ないと本人に言って、手術はしない。

---

この事例は元は「エホバの証人」という宗教の信者がモデルになっている。彼らは「聖書のなかのいくつかの節(創世記9章3、4節、レビ記17章13、14節、使徒行伝15章28節、29節)の意味を解釈して、輸血は靈魂の汚染を意味するので最後の救済を望む者は絶対に許されないとする」<sup>(7)</sup>。

問Aでは、いずれもすっきりした選択肢ではないが、強いて言えば、選択肢①が契約モデルと言えよう。文中の「念書」に相当するものは、「エホバの証人」の信者の場合は、自ら携帯している場合がある。②は工学モデルであり、③は前半は工学モデルないし契約モデルの様態だが、後半の緊急避難においては牧師モデルに転化する。また④は、工学モデルの一種である。

学生の多くは、最初は、宗教のために輸血を拒否するのは「愚行」とであると見なしやすい。しかし、輸血それ自体が医学的に見て安全なものとは限らないことも事実である。他人用の血液を医療ミスで輸血されるだけでなく、血液自体がHIVやB型肝炎ウイルスに汚染されていることも少なくない。また、稀ではあるが、GVHD(移植片対宿主病)という致命率の高い副作用を起こすこともある。これは骨髄移植の際によく見る副作用であるが、移植した血液に含まれる免疫系が受血者の身体全体に対して拒絶反応を起こすものである。輸血には、こういう危険性があるので、このことを輸血に際しても患者によく説明してインフォームド・コンセントを得ることが昨今では不可欠になっている。

このことは、結果的にではあるが、輸血拒否があながち「愚行」とは言い切れない面を持つことを示している。また、この事例の患者は、治療全体を拒否しているわけではない。医学的

見地から、①の輸血しないで治療する選択を支持することは、手術時における出血はできる限り少なくすべきとする外科学の本分とも一致している。その結果、無輸血手術の技術も開発されて<sup>(8)</sup>おり、日本でも実施されている。

これらをふまえて、再考を促がすと、学生は、信仰者の立場、宗教的立場を一概に否定することの問題性に気づかされることになる。

---

【問B】宗教上の理由から、子供の手術は輸血なしでやってほしいと親が主張するとき、あなたは、次のどの点を重視して判断しますか？(複数回答)

①子供が信者かどうか？；②子供の年齢(意思表示できるかどうか？)；

③医療上の判断；④親の意見；⑤信者以外の親族の意見；

⑥その場にいる関係者の多数意見；⑦その場の雰囲気；

---

この問Bの場合は、子どもである患者本人に十分に同意できる根拠があるかについて疑問の余地があることをふまえて回答することが必要である。子どもが信者であるといっても親が強制的に加入させたか、親の強い影響を受けたかであり、厳密には「自由意志」とは言えない。

したがって、プロディによれば、米国でも医師の訴えに応じて裁判所が輸血命令を出すことが一般的である。また、判断能力がある成人でも未成年の扶養家族がある場合、親の輸血拒否は違法であるとされやすい。さらに、エホバの証人の患者自身が混乱して輸血命令を裁判所が出すなら甘受すると発言することもあり、この場合には、裁判所がやはり輸血命令を出すことになる<sup>(9)</sup>。

この未成年者の自己決定能力の問題は、そうした能力がない者に代わって親などが行なう「代理決定」が、常に患者本人の利益を十分に代弁できるかという問題を含んでいる。この問題は、次の先端医療のから生じてくる事例3) 4) 5)の問題とつながっている。

---

【事例3】脳機能の不可逆的喪失(いわゆる「脳死」状態)

あなたは脳外科の研修医です。昨日入院した重症頭部外傷の10才の少年の治療を受け持っています。入院時、少年を観察したところ、瞳孔は散大・固定し対光反射は消失しており、自発呼吸もなく、疼痛刺激に対しても反応が全くなく、すぐに、レスピレーター(人工呼吸器)がつけられました。脳波は平坦脳波[脳の電氣的活動なし]でした。また、今日の状態も、昨日と変わりなく、脳波はやはり平坦です。患者の心拍動と血圧は正常で、まだ昇圧剤[強心剤]は使用していません。尿量も普通です。あなたは、患者の両親にこれからの治療方針を説明しなければなりません。あなたを指導している脳外科医は、レスピレーターを止めて患者を死なせる許可を両親に求めるべきだと言っています。あなたは、両親に何と言いますか？

〔表 1〕 事例 3：脳機能の不可逆的喪失 (いわゆる「脳死」状態)

	【問 A】 この患者の人工呼吸器を止めるか？ (家族になんと言うか？)			
	①人工呼吸器を止めたい	②家族の意向に尋ねる	③治療を継続しましょう	④その他
看護学生 (N=71)	0%	76	18	6
一般学生 (N=85)	2	86	9	2
医学生* (N=193)	16	69	10	4

	【問 B】 現在、「脳死」 = 「人の死」と考えているか？		
	①脳死=人の死	②脳死≠人の死	③わからない
看護学生 (N=71)	21%	20	59
一般学生 (N=85)	31	29	40
医学生 (N=193)	62	8	29

\* 1990年の調査の再掲

\*\* 看護学生と一般学生との間は問題 A, B ともに有意差なし ( $\chi^2$ 検定)

この事例は、プロディによれば、ハーバード大学の「脳死」判定基準を満たしているので「脳死」状態と考えられる。ちなみに、その基準とは；

- 1) 非感受性・非応答性 (外界からの強い痛み刺激にも何の変化も起こらない)
- 2) 運動・呼吸の欠如 (1時間観察。人工呼吸器をつけている場合3分間の無呼吸テスト)
- 3) 無反射 (瞳孔散大固定・対光反射などの脳幹反射消失・脊髓反射 [腱反射] 消失など)
- 4) 平坦脳波 (痛み刺激を加えても脳波に反応がないこと。連続十分間記録する。)
- 5) これらのテストを24時間後に繰り返して不可逆性を判定すること。
- 6) ただし、バルビタールなどの薬物中毒、低体温 [体温90°F (33.2°C) 以下] を除く。

【問 A】 あなたは、患者の両親に何と言いますか？ 次の内から選んで下さい。

- ①『お父さんは「脳死」です。これは、すでに「死んでいる状態」ですから、これ以上、治療を続ける意味がありません。すぐにもレスピレーターを止めたいと思います。』
- ②『お父さんは「脳死」状態です。これは、もう「死んだも同じ状態」ですので、今後は、ご家族のご要望に合わせたいと思います。レスピレーターをはずしますか？  
それとも、心拍動が停止するまでレスピレーターをつけておきますか？』
- ③(「脳死」と言わずに)『お父さんはたいへん重篤ですが、最後 (心停止) まで望みを捨てず、積極的に治療しましょう。』
- ④その他：(この場合、何と言うか、具体的にお書き下さい。)

【問 B】 あなたは、現在、脳死をもって個体死 (人間の死) と考えていますか？

- ①脳死=個体死と考えている

- ②脳死＝個体死とは考えていない
- ③どちらとも言えない (考えがまとまっていない)

---

この問題は、「問Aに示したような具体性を持たせた具体的な治療上の意思決定の選択行為」と「一般論的な問B」とを併記することによって、言わば、ホンネとタテマエの部分の違いを学生に考えてもらう教材になっている。世論調査などでは、一般論が中心となりがちなので、具体例と併記することで、考察・検討の幅を広げることが可能になる。たとえば、藤村らの意識調査では、一般論で「脳死を人の死として受け入れますか？」という問を日・独・米の学生に問うているが、自分自身の場合と家族の場合とでは、日本とドイツの学生は、受け入れの姿勢が異なり、いずれも家族の場合は「脳死」状態を人の死と見なす割合が自分自身に対してより減少している<sup>(1)</sup>。同様に問Aと問Bとを比較することでも、倫理教育の場合に重要な思考過程の整合性を学生に、自己検討させることが可能になる。

すなわち、この事例では、「脳死」を「人の死」と考える学生が何%いるかどうかということを検出することが目的ではない。ここで取り上げた設問は、問Bで「脳死」を「人の死」と見なす学生が、問Aでの回答で、「どのくらい人工呼吸」をはずすべきとするのか？ また、脳死状態を人の死と考えない学生はどのくらい人工呼吸器をはずさないという判断をするのか？」という論理の整合性を見ることができるところである。

問Aでは、指導医が研修医（の役割を演ずる回答者）に対して「人工呼吸器を止めるべきだと言っているが、あなたは家族に何と申すか」という前提で、設問が作られている。その選択肢は、「①医師が呼吸器を止めるという判断を示す。」「②医師は判断を保留し、呼吸器を止めるかどうかの判断を家族にまかせる。」「③医師が呼吸器は止めないという判断を示す。」という説明内容であり、これらは、それぞれ「①「脳死」は「人の死」とだからという理由。」「②「脳死」は「人の死」と医師自身は考えているが、コンセンサスの選られていない複雑な問題であるので、家族の判断に委ねるといふもの。」「③脳死は人の死ではないからという理由。仮に、脳死状態という遷延性意識障害（意識障害が持続している）の状態であることを認めるとしても、それ自体は『死んだ状態』ではなく、治療を継続するという意思表示であるから脳死という言葉も使用しない。」とするという理由に対応していることになる。

ちなみに、これはあくまでも「脳死」や植物状態などの、自分で治療方針に対して意思表示できない遷延性意識障害を取り上げた講義の最初に行なうもので、このアンケートを書いてもらうところから、講義を始めている。また「脳死」や「植物状態」を扱ったビデオを見たりして、できればグループ討論を行なうなどして、こうした遷延性意識障害に対する理解を深めることも重要である。

---

【問C】脳死と判定した時点で、あなたは治療をどうすべきだと考えますか？

- ①すぐに中止すべきである
- ②家族の意向にそうべきである (家族が心停止まで希望する場合を含め)
- ③脳死であっても、従来通り、心停止まで治療すべきである
- ④家族に臓器提供を勧めるが、断われたらすぐに中止すべきである
- ⑤脳死でもすぐに治療を中止せず、臓器提供を考えて、臓器の希望者が現われるまで (最長、心停止まで) 治療すべきである。

---

問Cの質問項目は一般論としての治療方針を問うもので、問Bの①②③に対応する方針にさらに「臓器提供」を考慮するかどうかを加えたものである。問Cの②は、医師が最終決定を保留しているのに対して、同じく④は、医師は明確に「脳死」＝「人の死」と考えている。その内容も、②は「治療中止」から「三徴候死 (心停止)」までと幅があるのに対し、④は「治療中止でしかないところが異なる。④と⑤は、臓器提供を考えており、とくに⑤は、臓器提供を考慮する場合、選択する学生が多いと思ったが、(表1) に示すように案外%は少ないようである。

家族に委ねるという選択肢は、先端医療における意思決定の場においては (通常医療においても、一定程度、そうであるが)、家族の決定は、医療者側が無視できない重要な要素である。とくに、「脳死」や植物状態のような遷延性意識障害、あるいは「障害 (をもって生まれた) 新生児」における親などの代理決定の場合、不可欠な判断項目となっている。それは、先にしめしたように藤村らの統計にも示唆されている。筆者の印象では、日本の場合、こうした先端医療における意思決定では、医師は、最終的な判断を家族に委ねることが過半数であるように思われる。

---

#### 【事例4】遷延性意識障害 (いわゆる「植物状態」)

1975年4月15日、パーティーでアルコールと大量のドラッグ (麻薬) を飲んだ21才のカレン・クインランは昏睡状態で米国ニュージャージー州の病院に収容された。ハーバード大学の脳死基準 [前述] に該当しないので治療は中止されず、レスピレーターと胃管 [チューブ] 栄養で5カ月間、昏睡状態のまま生きていた (遷延性意識障害)。医師たちはレスピレーターをはずせばカレンは死ぬと考えていた。意識回復の希望がないままなので、カレンの両親はレスピレーターを外すよう要求した。両親の考えでは、これは神の意志にそったものであり、カレン自身が望むところでもあろうという。医師団は、「脳死」していない患者の治療停止を拒否した。

【問A】あなたは、レスピレーターをはずすことに賛成しますか？

【問B】あなた胃管栄養を中止することに賛成しますか？

【問C】カレンが肺炎になった時に、抗生物質使用など積極的に治療することにあなたは賛成しますか？

【問D】あなたは、現在、植物状態＝個体死（人間の死）と考えていますか？

- ①植物状態＝個体死と考える
- ②植物状態＝個体死とは考えていない
- ③わからない（考えがまとまっていない）

【問E】植物状態と判定したら、その患者の治療はどうすべきだと考えますか？

- ①点滴も胃管栄養も中止（終了）すべきである
- ②胃管栄養だけは続行すべきである
- ③心停止まで薬物療法を含めて通常の治療はすべきである
- ④臓器提供を考えて、希望者が現われるまで治療は続けるべきである

---

この事例5)は、まず多くの学生が混乱している「脳死」状態と植物状態の類似性と相違とを明確に分別して理解することを目的としている。そのために、事例4)と問A、問D、問Eは同様の設問になっている。異なるのは問B、Cであるが、これらはいわゆる「尊厳死」の手段である。日本では植物状態の患者に対して、問Cの抗生物質の不使用（その結果として肺炎で亡くなるのは止むをえないとする）を認める医師は少なくないが、問Bの水分・栄養補給まで絶ってしまうことを選択することはまれであろう。なぜなら、「脳死」状態を人の死と判断する医師でも、植物状態まで人の死と認めることは少ないからである。しかし、米国では、近年この選択が「尊厳死」の医学的意味なのである。

また、事例3、4は、次の事例と同様、人間の価値を人格性（パーソン論）によって決定する米国の目的論的医療倫理の考え方とも関連が深い<sup>(12)</sup>。

---

【事例5】「中絶したが生まれた子は生きていた」

あなたは産科病棟の責任者です。今、24才の女性が腹痛を訴えて救急車で搬送されてきました。問診すると、この婦人は、町の診療所で昨日、分娩誘発を受けていました。診察では、腹痛は陣痛であり、妊娠22週と推定されました。彼女は、実は赤ん坊を欲しがってはならず、中絶を強く望んでいました。この女性はまもなく分娩しました。新生児の体重は1700グラムでした。医師のあなたが立ち去ろうとした時、看護婦が、突然、「新生児には、呼吸はないが心拍動があります。どうしましょう？」と言ってきました。あなたの病院の方針では、生下時体重が1000グラム程度までの新生児には全員に蘇生術を試みることになっています。然し、中絶の失敗により生れてしまった時の規定は定められていません。

【問A】あなたは、この新生児に蘇生を試みますか？

【問B】一般論として、あなたは、ヒトはいつ人間〔人格；パーソン〕となると思いますか？

- ①精子と卵子が受精した時
- ②受精卵が着床した時（受精後約1週）

- ③器官形成期の始まり (受精後約3週)
- ④胎児の心臓が拍動し始めた時 (受精後約4週)
- ⑤胎児の脳皮質の細胞ができた時 (受精後約20週)
- ⑥胎動が始まった時 (妊娠5～6ヶ月)
- ⑦母親から生まれ出た時
- ⑧新生児期 (生後7日間) を無事過ぎた時
- ⑨その他: 具体的にいつから?

〔表2〕事例5: 「中絶したが生まれた子は生きていた」

	【問A】この新生児に蘇生術を行なうか?		
	①行なう	②行なわない	③保留
看護学生 (N=71)	90%	3	7
一般学生 (N=61)	77	21	2

\*\*看護学生と一般学生間で有意差あり ( $\chi^2$  検定;  $P < 0.05$ )

	【問B】ヒトが人間・人格と認められる時期	
	①看護学生 (N=66)	②一般学生 (N=59)
①受精した時	20%	19
②着床時	12	2
③器官形成開始	5	8
④心拍動開始	24	22
⑤脳皮質の形成	14	10
⑥胎動感じた時	9	8
⑦出生時	9	24
⑧生後7日	0	0
⑨その他	8	7

\*\*看護学生と一般学生間で有意差あり ( $\chi^2$  検定;  $P < 0.05$ )

問Aでは、多くの者が「蘇生をおこなう」を選んでいる。ただし、この事例の人工妊娠中絶の問題は、そう単純には決定できない。この事例も先述した他の事例も実例に基づいたものだが、プロディによれば、この場合、医師は蘇生術はほどこさなかった。彼の判断もパーソン論に基づいており、次のように議論を展開している<sup>(13)</sup>。

「この胎児は、子宮内にいる間は、生みたくないという母親によっても、また妊娠24週までの中絶を許可する法律によっても (米国ニューヨーク州の場合)、ともに「(人権を持つ人格としての) 人間ではない」と定義されていた。しかし、胎児は出生によって新生児となり、今や、事実上、人間 (パーソン person) であることになった。そうして、あなたは、それを認めるか否定するかどうかの決定権を握っている。」

そして、この場合、人格 (パーソン) 論の見地から、次の三つの主張が成り立つが、どれが

最も受け入れられるかと次のような選択肢を挙げている。

1) 子供の「人格」の問題は、母親が中絶を決定した時に既に決まっている。今ごろになって、あなたが干渉することはない。赤ん坊は予定通り死なそう。

2) 「人格」を持たないとした最初の決定は、胎児が子宮内にあった時、一人で存在を維持できないという仮定にたってなされた。だから、母親は胎児を「人格」的存在としての人間ではないとすることができたのである。しかし、今、状況は変化し、新生児(胎児)は、あなたの助けがあれば、潜在的には自分自身で生きる可能性があるということがわかった。従って、以前の決定は当てはまらなくなる。新生児はもはや母親の権利の及ばない一個の人間なのだ。

3) あなたが自分でこんなに複雑な決定をするのはおこがましい。母親が、意見が言えるくらい元気なら、新生児の蘇生をやるかどうか、彼女に尋ねるべきである。

プロティ自身は、2)を推奨しているようである。それは彼が、出生によって赤ん坊に「人格性」が付与されパーソンとなったとするからである。このように、中絶の議論においては、問Bが問うている「ヒトはいつ人間(パーソン)」となるかという考察は重要な意味をもってくる。なぜなら、パーソンとなった胎児(あるいは受精卵・胚)を中絶することは「殺人」に相当する行為になってしまうからである。

ちなみにパーソン論では、生物学的ヒトを「人格性がある person (人間)」と「人格性なしの非 person」に分類する。人格性を有する存在であるには、①自己意識、とくに苦痛を感じる能力がある、②欲求や目的を持つ、③最低限の認識力(記憶・期待・信念)を持つ、④問題解決能力としての理性ある、⑤コミュニケーションの能力がある、⑥本能や強制ではなく、自分の意思で行為する、⑦大脳皮質機能がある、等の証明が必要になる。パーソン論者は、こうして、「脳死」・植物状態の患者、無(大)脳症児、「精神障害」、「老人性痴呆」、新生児(遺伝子異常など)、受精卵診断の卵 etc. の存在にこの二分法を当てはめて、これらの対象が人間かどうか(したがって治療対象かどうか)を判断することになる。この意味で、事例3、4、5の間には共通の問題が認められることになる。

こうしたパーソン論に基づいた倫理を QOL (Quality of Life) 倫理、または「生命の質」倫理と呼ぶが、それに対抗する考え方としては、SOL (Sanctity of Life) 倫理、または「生命の神聖さ」倫理がある<sup>(14)</sup>。後者は、生命の間には価値の差はなく、それらは平等であるとして、「脳死」状態も生存しており、治療対象となるという考え方である。仏教の立場は、一般に後者に近く、受精の瞬間から人間となると考える者が多いと言えよう。<sup>(15)</sup>

### III 統計的比較

この節では、事例3)と5)の回答に関する統計的比較について簡単に示したい。対象は、大阪市内のR看護専門学校生(以下、看護学生)71名(1回生31名;うち2名は男子、3回生40名;全員女子)と、B大学で筆者の医療倫理の講義を受講した学生85名(文学部、社

会学部、教育学部生で1回生から4回生まで；女子63名、男子22名）である。時期は、1998年と1999年であった。データの集計と検定には、EXCEL95を用いた。

### 事例3)「脳機能の不可逆的喪失」の結果：

結果は、(表1)に示した通り、看護学生の集団でも一般学生の集団でも、この②「家族の要望に合わせる」の選択が、それぞれ76%、86%と大多数を占めていた(ただし、両者の回答の度数分布には $\chi^2$ 乗検定で有意差なし。なお、【問B】も、両集団の判断パターンの間には有意差はなかった)。この値は、筆者らが、1990年、医学生を対象に行なった結果(69%)と同一の傾向を示した。<sup>(16)</sup>この3者の間では、治療継続は看護学生に多い傾向があり、治療中止は、医学生に多い傾向が見られ、一般学生は、その中間的位置にあった。

【問B】の「脳死」は人の死かどうかの判断の結果、「①脳死=死」と「②脳死≠死」がほぼ同率の結果となった。ただし、看護学生の集団では59%が、一般学生の集団では40%の人が「わからない」としていた。1990年の医学生は62%が「脳死=死」と定義していた。

なお「脳死≠人の死」とする理由は、単に医学知識の不足のためだけとはいえない。患者は、医学的見解よりも、自己の生活や家庭の事情といった文化社会的な条件によって、医療行為に対して意思決定をおこない、医療者の治療方針にに応じていることも少なくないからである。

「脳死=死」として、治療停止をしている者は、一般学生85名中、1名のみであった。看護学生では、21%が「脳死=死」と答えているのに、治療停止を支持した学生は0人であった。このように事例における実際では、一般論とは異なった対応が起こることを示している。

事例3)全体をみても、治療継続か否かに関して「家族の意向」という判断基準が大きな比重を占めていることがわかる。このことは、本邦において患者—医療者関係を考慮する際にも、「家族」という「患者とその家族構成員からなる共同体的単位」があり、それが医療行為の選択に際して強い力を有していることを意味している。

例えば、日本においては、いまだに、がん告知が行なわれにくい現状がある。佐藤純一によれば、それは、患者ががんであるという「真実」を知っている医師・看護者・家族が構成する「虚偽の三角形」によって、(嘘の病名を告げられた)患者本人が囲まれているという構造が形成されるからだという。<sup>(17)</sup>この場合、医師は、家族に告知したことで情報開示の義務を果たしたつもりになっている。

「脳死」状態に対する対応を家族の意向に委ねるということは、死の判定を家族が行なうことと同義なのかどうかの検討を要する課題となろう。また、看護学生の中には、自分は医療者になるのだから「脳死」状態になったら臓器提供を考えてもよいが、家族には三徴候死(心停止)まで治療したいという意見も少なくない。この場合、もしこの学生が「脳死」状態になったとしても、その対応は、家族の意向に委ねられるので、必ずしも本人の希望通りになるわけではないという構造を、家族という単位は示している。

### 事例5)「中絶したが生まれた子は生きていた」について：

この事例は、中絶に失敗して仮死状態で子供が分娩された場合で、特殊なケースに見えるかもしれないが、母親が育てる意思のない赤ん坊の人権や人格を論ずるのには最適な事例の一つであろう。人工妊娠中絶の問題は、米国では、医療倫理でも大きなテーマとなっており、中絶禁止側の保守的立場から、中絶容認のリベラル派まで、多様な議論を展開しているが、日本では、医療関係者の中でも問題としてとり挙げられることは少ない。

逆に、日本では、事例3)のような「脳死」に関する議論が展開されてきたが、米国の人工妊娠中絶の議論に見るように、それは、ある一つのコンセンサスに向かうのではなく、賛成派から反対派までの多様な倫理的多元主義の方向に拡散していく可能性があることを示している。

結果は、(表2)に示した通りであるが、【問A】の蘇生術を試行するか否かについては、看護学生と一般学生の集団ともに、行なうが大多数を占めたが、一般学生の方に行なわないとする傾向が強かった ( $\chi^2 = 12.65, P < 0.05$ )。

その背景には、親が望んでいない子供は、生まれてきても不幸になるとか、誰が育てるのかといった問題にとらわれすぎて、新生児の人権・人格を無視してしまう理由付けが少なくなかった。解説や討論では、この点を指摘することは言うまでもないが、この意思決定の背景には、家族という共同体的意識が働いている可能性があり、「一家心中」などとも関連する複雑な文化社会的問題があることは否定できない。

【問B】は、こうした人権・人格がいつ生じるのかという問である。その意味は、それ以前の人工妊娠中絶は、文化社会的に許容可能と言えるが、それ以降は、殺人と同等の行為と見なされる時期を、受精から、出生以降までの生物学的発展の時系列上に定める練習である。その結果は、①受精時から⑦出生時までまでに広範に分布していた。

両方のグループに共通していたのは、④心拍動の開始した時が20%強で一番多く、ついで、①受精時が20%弱をしめ、三番目は⑤大脳皮質の細胞ができた時が10%強であった。ただし、両者の分布には違いがあり、⑦出生時が20%強と一般学生に多かったのに対し、看護学生では、②受精卵の着床時が10%強を占めていた ( $\chi^2 = 39.60, P < 0.05$ )。また、その他の中には、法律的には妊娠22週未満が一定の条件下に認められている根拠としての胎児の「母体外生存可能性」も挙げられるが、こうした生物学的な時系列とは相関の少ない「母親の妊娠したという意識の成立」を挙げる意見も少数あった。

#### IV まとめ

以上、医療倫理研究に際して、前半では、具体的な事例1)から5)までを解説して、事例研究の重要性を見てきた。後半では、看護専門学校や医学部以外の大学生に対して医療倫理演習を行なった経験の一部を統計的な比較として報告した。特に、一般の学生も、一見、難しいと思われた事例でも、簡潔に医学的用語や知識の解説を加味すれば、医療倫理の問題を真剣に熱心に考えることができるものと思われる。医療者となる学生だけでなく、彼らにも、系統的

な医療倫理教育の機会が必要である。一般学生の中には、事例の内容が難しいと感じる半面、医療者も、このような点で悩んでいるのかということを知って、認識をあらたにしたというポジティブな評価の意見も見られている。

事例に基づく倫理演習は、さらに、事例性と一般論の対比検討によって倫理的な思考過程(一貫性整合性)のチェックを行なうに有用である。学生に、複数の事例を連関させて質問・分析することにより、教育スタッフ側も学生の意思決定の傾向を行動科学的に把握することも可能であり、かつ、医療倫理の考察に不慣れな学生が、各設問に対して、整合性のない対応をしめす程度も理解される。例えば、一方で、人工妊娠中絶は容認すると回答しながら、他方では、人権・人格は、受精の瞬間から始まると回答したりするような場合がしばしばみられる。こうした点を講義中に取り上げて議論を展開すると、学生が、より一層の関心を高め理解を深めることが期待される。

また、一般学生の医療倫理に関する関心が高いこと、また、将来、患者やその家族・友人として医療上の意思決定に参加する可能性があることを考えると、非医療系の学生にも事例を用いた系統的な医療倫理教育が行われる必要があり、それは、教育者の医療倫理研究にとっても有用であると思われた。ここで言う「系統的」の意味は、倫理学史的な理論体系の講義ではなく、医療現場で遭遇するであろう基本的な事例検討を中心としたカリキュラムのことである。

(なお、本稿は、平成10年度、佛教大学個人特別研究の成果の一部である。)

#### 注

- (1) プロディ, H:『医の倫理』(館野之男、榎本勝之訳)、東京大学出版会、35-38頁、1985年
- (2) 村岡 潔:『現代医療の倫理』『看護学入門4巻』(共著)メヂカルフレンド社、37-51頁、1999年
- (3) プロディ、前掲書
- (4) 村岡 潔:『投薬要求』(医療人類学研究会編)文化現象としての医療、344-347頁、メディカ出版、1992年
- (5) 朝日新聞「風邪に抗生物質はなぜ必要?」1月12日、2000年
- (6) 富家恵海子『院内感染』河出書房新社、1990年
- (7) プロディ、前掲書、88頁
- (8) 大鐘稔彦:『無輸血手術』さいろ社、1998年
- (9) プロディ、前掲書、89頁
- (10) プロディ、前掲書、71-72頁
- (11) 藤村直樹他:『脳死臓器移植に関する日・独・米学生の意識調査』日本医事新報、No.3723(9月2日号)、pp.50-54、1995年
- (12) 村岡 潔:『現代医療の倫理』『看護学入門4巻』(共著)メヂカルフレンド社、52-56頁、1999年
- (13) プロディ、前掲書、164-169頁
- (14) 村岡 潔:『脳死』『QOL』(医療人類学研究会編)『文化現象としての医療』、14-21頁、メディカ出版、1992年
- (15) 中野東禪:『中絶・尊厳死・脳死・環境～生命倫理と仏教』雄山閣、18-27頁、1998年
- (16) 村岡 潔、森本兼曩:『選択的治療停止に関する医学生の意識』日本保健医療行動科学会年報、

8 : 162-185頁、1993年

- (17) 佐藤純一：現代医療における〈癒し〉の概念について—〈マハトロス〉への治療戦略を事例にした医療思想史的一考察—、日本医学哲学・倫理学雑誌、第9号、68-82頁、1991年
- (18) 村岡 潔：看護学生の流動的「脳死・臓器移植」観—特に、意思決定を左右する家族のファクターについて、日本保健医療行動科学会年報、6 : 75-91頁、1991年
- (19) 村岡 潔、森本兼曩：人工妊娠中絶における看護学生の意識、日本保健医療行動科学会年報、9 : 161-179頁、1994年

(むらおか きよし 仏教学科)

2000年10月18日受理