

医療の進歩と医療倫理

村上 國男

はじめに

医学あるいは医療における進歩のスピードは近年ますます加速されて、5年あるいは10年前の医学水準はしばしば書き改められなければならないほどである。そのために、10年前には不可能と考えられていた未来小説的な医療技術が、いま手の届くところにきている。そのことは基本的には進歩と考え、喜ぶべきことなのだが、一方、その結果として10年前には考える必要のなかった医療倫理が新しい課題として取り上げられ、価値観が問われている。また、死を間近に控えた患者の医療においては、患者の死生観を尊重しながら医療を行うべきだとする考え方が現れ、医療の枠組みを大きく変えようとしている。

いまや医療倫理が改めて問われている時代である。

I 診断学の進歩に伴う新しい課題

昭和40年代までは、癌が早期発見されれば幸運であると考えられていた。大多数の癌は進行癌として診断されていたからである。しかし、昭和50年代に入って、全部ではないが多くの種類の癌は、集団検診とか予防検診の手法に加えて診断技術の向上によって、患者と医師がその気になって一定の金とエネルギーを注ぎ込めば、早期発見はさほど困難ではないことが分かった。

ことほどさように、他の疾患群でも診断技術は急速に進歩した。そして、最初の頃は、診断技術

が進歩することは人類にとって無条件によいことであると考えられるようになった。事実多くの場合にそれは人類の福祉に貢献したからである。ところが、数多いなかには必ずしもそうとはいえないものが現れて、人はいま戸惑いを感じている。その代表のひとつが羊水診断である。

羊水診断とは、ある種の先天性異常、たとえばダウン症（蒙古症）が染色体異常によって起こることが明らかとなったために、胎児の間に母体の子宮内の羊水を穿刺採取して、その中の細胞の染色体を調べ、ダウン症と診断するようなことをいう。ところが、この検査ではついでにその胎児が男児か女児かということも分かってしまう。男と女では性染色体が違うからである。ところで、羊水診断を受けた母にすでに子供が1人か2人いて、それが女だったとしたら、羊水診断の結果がもし男であれば喜んで産みたいと思うだろうが、女の場合、中には産みたくないと思う親もいるかも知れない。その逆のこともある。

診断技術としての羊水診断は独り歩きして、男女産み分けの手段になり得ることは容易に理解できる。しかし、このような産み分けを認めることが、倫理的によいことかどうかということになると、かなり問題を感じる人もいる。

このように、診断学の進歩それ自体は一見人類にとって幸福をもたらしたように見えるが、しかし倫理に照らして見るとときにいろいろの問題を提起する。

II 臓器移植と脳死

心臓移植や腎移植に代表される臓器移植は、いまや医療技術進歩の象徴のひとつである。移植される臓器としては、その他に角膜・皮膚・腎・骨髓等があり、研究中のものとしては肝臓・肺などがある。

さて、角膜や皮膚は死後速かに採取すればよいので、提供者と遺族の意志の確認が重要であるが、技術的に問題は少ない。ところが腎臓や心臓の場合には死後長い時間を経過してしまうと、移植しても生着する可能性が急速に低下するので、早ければ早いほどよい。移植された臓器が生着することだけを考えれば、生きている人間から臓器を取り出すのが最もよいことになる。たとえば腎臓は2つあるので、1つを摘出しても死ぬようなことはないので、親子とか兄弟の間で生きている間に腎移植が行われることは決して珍しくはない。しかし、これでは提供者に限りがあるので、アメリカなどでは腎移植は死体から腎を摘出して行う死体腎移植が主流となっている。ここで前に述べたように、死後早ければ早いほどよいということから、「死にかけている人」から臓器を取り出すことが考えつかれた。

死にかけているといっても、助かる可能性のある人から心臓を取れば殺人罪になるし、腎臓だとしても傷害罪は免れない。そこで、間違いなく死ぬはずで、しかも死にかけているが臓器はまだ生きているという患者がクローズアップされた。このような条件に当てはまるのは脳死といわれている状態の患者で、脳外傷などに際して完全な死亡の前の段階として数時間ないし数日間認められるものである。この時間を利用して臓器を摘出し、移植を行えば、生体から取ったのと同様により条件で移植ができると考えられている。

いまここで脳死について詳細に述べる余裕はないが、要点は脳の機能は完全な意味で死んでいるが、心臓は自分で動いており、他の臓器も一応は生きている状態をいう。このような状態を「生きている」と考えるか「死んでいる」と考えるかに

ついての問題がまだ解決していない。というのは、日本の場合、現在社会通念としても、医学常識としても死の判定は心臓の停止、呼吸の停止および諸反射の消失の3つのすべてが揃ったときであるとするのが普通であるから、脳死のように呼吸停止などがあっても、心臓が動いていると数時間ないし数日後に確実な死が迫っていると分かっているにもかかわらず死亡診断を下すことができないという考え方があり得る。

ここまでくると、これはもう医学の問題ではなく、社会的コンセンサスの問題であり、倫理の問題となってくる。科学的・純医学的にはそれは間違いなく「死につつ」あるのであって、逆戻りはあり得ないという意味で死と同意義であるといえるが、感情的には、まだ「動いている」のに死んだといわれても納得できないと主張する。

このように、医学的には当然と考えられることでも、感情的に納得できないことは他にもある。たとえば、末期癌患者が徐々に衰弱して遂に死亡する場面での蘇生術（心臓マッサージや人工呼吸）である。著者が先に調査したところでは、入院中に死亡した肺癌患者の72.4%、つまり約4人に3人は蘇生術を受けていた。全部末期癌であって、その大部分は蘇生術の効なくそのまま死亡しているのだが、日本人は無駄と分かっていることでも、死に関してはこれをそうやすやすと受け入れることを拒否するという国民性をもっているようである。もちろん、患者自身が、あるいは患者の気持ちを推し量って家族が、死亡に際しては蘇生術を行わないで、静かに、つまり自然に死なせてやって欲しいという希望を明確に、あるいは遠回しに表明するケースも決して少なくはない。その場合には、多くの医師・看護婦はその希望を尊重する方向で対応していることも事実である。そして、そのような患者が年々少しずつふえていることも事実である。しかし、それはいまのところまだ全体としては少数派である。

脳死をもって死と判定し、臓器移植のために臓器を摘出することを認めるということは、長い医学の歴史のうえでは当然のこととして徐々に社会的認知を受けるかも知れない。しかし、10年ある

いは20年後には社会的・倫理的に承認されるであろうことを、「いま」先取りして実施してよいかどうかは別の話である。倫理は生きている。時代とともに変わっていくのだから、いまは現在の倫理に従うしか仕方がないであろう。

III ターミナル・ケア（末期医療）と延命医療

医学の目的ないし使命のうち最大のものは、人が死なないようにすることであり、もし死ななければならぬとしても、少しでも延命できるようにすることであるという点に関しては、誰も異存はない。次いでながら、第二の使命は苦痛の除去である。ここまでは誰も異論のないところである。

第三、第四としては、リハビリテーションとか予防医学を挙げる人もいれば健康増進を加える人もいる。しかし、私はいつもここに「望ましい死への援助」をつけ加えることにしている。

死は人生にとって避けて通ることのできない終着駅であり、すべての延命医療の試みは遂には死をもって裏切られる。医学・医療が死を拒否している限りは、その結末は必ず敗北である。むしろここは、医学的にも死を人が当然受け入れるべきひとつのプロセスと考えて、いかにスムーズに到達させるかを医学の使命と考えるのが自然ではなからうか。スムーズにというのは、なにも安楽死をさせようというのではない。死を望む人はいないにしても、死が避けられないものであるならばせめて望ましい死を迎えたいと願うのが普通である。望ましい死の内容は1人1人で異なるが、医療の立場でこの援助をすることをターミナル・ケア（末期医療）と呼んで、いまやプライマリー・ケア（初期医療）と並んで医療の二大テーマとなっている。

望ましい死とは、その内容はいろいろあるが、一言でいえば、死んだ後になって患者に最も近い肉親が、これでいいのだ、このような死に方なら納得できるというような死に方のことである。

さて、自分が癌であることを知らないような場合には、つまり前提条件が間違っているような場

合には、望ましい死がどのようなものであるかという結論も違ってくことはやむを得ない。望ましい死のあり方のひとつとして、どこまで延命医療を行うかということがあるが、最後の試みとして行う医療としての副作用の強い抗癌剤などは、つゆほども癌を疑っていない患者は拒否する態度にでることが少なくない。致死的でない病気に、そこまでやる必要はないと考えるからである。

さて、末期癌のように不治の病にかかった患者が、そのことを知っていた場合に延命医療をどこまで望むかについては一般にはあまり知られていない。

著者が主治医としてかかわった末期癌患者のうち、少数ではあるが数名の者に対して病名告知が行われた。これらの患者に対して、延命的医療をどこまで行うかについて、患者の意見ないし希望を尋ねた例が何人かあった。その結果は、大きく分けて明らかに異なる2つのグループがあることが明らかになった。第一のグループは、どうせ治癒の見込みがないのなら、まだ体が動ける間に自分のやりたいことをしたいから、そのことの妨げになるような延命医療はやって欲しくない（妨げにならない程度の、つまり外来で使える程度の副作用のほとんどない抗癌剤は拒否しない）という人たちである。もう1つのグループは、医学的に可能なせいっぱいの延命医療を行い、もし副作用が強くてもそれに耐えていく、そして余力がある場合に限ってその合間を縫って自分のやりたいことをするという考え方である。ただ、後者の場合に、死ぬ間際のあまり実効の期待されない延命医療である蘇生術、つまり心臓マッサージや人工呼吸については、これを行って欲しいという少数のグループと、そこまでは必要ないという多数のグループに分かれる。

今日、末期癌の延命医療に関する研究の進歩は著しく、その成績はたしかに急速に向上している。10年前には肺癌の中でも最も悪性度が高いとされている小細胞性未分化癌では、手術をしない限り発見されてから1年以上生存することは不可能に近いとされており、仮に手術をしても2年以上は滅多に生存しないとされていた。現在では、手術

できなくとも1年以上生存する例はよくあることであるし、2年以上生存する例さえ見られるようになった。他の種類の肺癌でも、生存期間の差はあるが、事情は同じである。ただ、延命効果が飛躍的に向上したのと軌を一にして、副作用も強くなった。ある種の抗癌剤などでは、1回の注射後1～2週間は死ぬかと思うほどの強い副作用で、嘔吐・腹満・便秘・食欲不振・手足のしびれ・歯ぐきの痛み・脱毛等々が続くものもある。しかも、治療成績が向上したとはいっても、それは平均値をとればの話であって、個々の患者についていえば、中には副作用のために苦しみ抜いたあげくに、寿命を縮めるものさえある。すなわち、延命医療といっても、これは一種の賭であることが分かる。

先に述べたように、延命医療がときには積極的な意味での望ましい死への援助である事実は認めなければならない。しかし、1つにはその副作用や危険性のために、もう1つには人生にかかわる価値観（死生観）のゆえに、延命医療を希望しないことをもって望ましい死と考える患者のいることを知らなければならない。

以前に著者らの病院に入院したある肺癌患者は、学校の絵の教師であったが、主治医は患者の切なる希望により病名と予後の不良であることを告知した。この患者は、もし治療に同意すればまだ延命医療の方法は残されていたが、そのことを承知で、この患者は断固として退院した。別に医師や看護婦とけんかをしたためではなく、病名を告げられたこと、親切にされたことを感謝しながら、わがままを許して欲しいといって退院したのである。彼は、自宅の広くもないアトリエを病室と定め、長年の間に描きためた絵（おそらく展覧会に出したこともないような習作であっただろうが）を壁いっぱい飾り、日夜家族に見守られ、教え子の訪問を受け、最後は信仰をもつようになって天国への希望を抱きながら死んでいった。仮に彼が病院に居続けて、放射線療法や抗癌剤の点滴を続けていたなら、おそらくあと2～3ヵ月は長生きしたであろう。痛み止めの薬ももう少し十分に使ってあげられたかも知れない。それを承知で、自分にとっての望ましい死に方、つまり残された

短い人生の「別の生き方」を望んだ彼は、幸福な死に方をしたといつてよいであろう。人は、自分が正しいと信ずる死生観にかなった死に方をすることが最も望ましい死に方である。ターミナル・ケアにあつては、医療をする側は「医療者自身」の死生観によって延命医療をしたりしなかったりするのではなく、「患者」の死生観が何であるかを正確に探り出して、真の望ましい死を遂げさせてあげることが大切である。

IV 医療倫理の相対性

1980年代は倫理の時代といわれるくらいに、新聞や雑誌で倫理の問題が取り上げられている。しかし、たとえば政治倫理という言葉ひとつとっても、新聞の論調は古今東西に照らして不変かつ確固たる倫理の指標があつて、現在それから外れているのがいけないのだといったきめつけ方をしている。はたして倫理とはそのようなものであろうか。

倫理に関して多くの人がもっている大きな誤解がある。それは、倫理的に正しいと自分が信じていることは、他人も同様に信じているに違いないという思い込みである。したがってある人が自分にとって倫理的と思われる行動をとれば、相手もそれを倫理的であると受け取ってくれると信じている。仮に、それが親切の押し売りであつて、受ける側にとっては有りがた迷惑なことであっても、そのことに気づかない。それがたとえば、足腰を鍛えるために電車の中で好んで立っている老人に席を譲ろうとする程度のことであれば、それは笑い話で済まされるであろう。ここで立っていたいとする老人の価値観と、席を譲りたいとする若者の価値観は、どちらか一方が正しくて、他方は間違っているというものではない。しかも、この若者も年を取れば同じように立って足腰を鍛えようとするかも知れないし、老人もあと何年かすれば喜んで席を代わってもらかも知れない。このように価値観とは相対的なものであり、価値観の具象としての倫理も相対的なものである。

倫理観が対立した場合、座席の譲り合いのうち

はよいが、それが医療の場では笑い話として見過ごすわけにはいなくなる。

羊水診断の技術を利用して男女を産み分けることが可能となったが、このことについて2つの倫理的立場がある。産まれる児の性別は神の摂理にまかせるべきであり、人智をもって左右すべきではないとか、あるいは、男女を産み分けると将来世界人口に占める男女比に著しいアンバランスが生じるとする否定的な立場がある。一方で、世襲的職業とか家族制度・社会慣習の中にあって、どうしても男児あるいは女児を産みたいが、母体の健康状態からあと1人か2人しか産めないようなとき、羊水診断を利用することを切望している母親を非難することは倫理的とはいえない。

臓器移植に際しての脳死の問題も、ことはそれほど簡単ではない。死の判定は、呼吸・心拍動・諸反射の全面的停止（普通、代表的に「心臓死」といわれている）をもってすべきであるとする保守的な立場に立つ主張も、ひとつの倫理的立場であって十分に尊重されなければならないが、一方では、失われつつある2つの命のうち、1つを助けるためには心臓死を待たなくても殺人にならないとする新しい倫理的立場について、脳死状態の患者の利益を代表するすべての関係者が同意するなら、このことは倫理的には承認されてもよいように思われる。もっとも、法律的に死の判定が二通りあっては困るのだが、死の判定に関する規定自体がはなはだあいまいで、明文の規定がない。したがって、実際には社会通念とか倫理にまかされているというのが実情である。

倫理の相対性は、ターミナル・ケアにおいて最も顕著であり、実際の医療の場でしばしば問題となるところである。ターミナル・ケアで、もし倫理の相対性を認めないならば、それはもはや正しい意味ではターミナル・ケアとはいえないであろう。

私自身が以前に経験したことであるが、ある末期肺癌患者が、徐々に衰弱して遂に死亡したことがあった。家族は病院から遠くに住み、たびたびは病院に来られない事情にあったので、職業的家政婦がついていた。死亡のとき、家族は誰もおら

ず、この家政婦だけがいた。患者の平素からの言動と、家族（子息たち）の意見によって、私は死に立ち会ったにもかかわらず死ぬ間際の蘇生術をまったく行わなかった。死亡の直後、この家政婦は激しい言葉で蘇生術を行わなかったことに対して、私に向かって非難の言葉を浴びせた。家族との間にそのような話し合いがあることを知らなかったことにもよるが、そのこと以上に、この家政婦がそれまでつき添った患者はいずれも大学病院や大病院であって、死亡に際してはなかば儀式化した蘇生術が行われているのを見慣れていたのも、それが倫理的であると堅く信じていたからである。人間らしく、自然に、安らかに死なせるという倫理的立場を理解することができなかったのである。

蘇生術を行うことも、行わないことも、それが患者の望みである限りどちらも等しく倫理的には正しい決断である。どちらか一方が間違っているというものではない。そして、このことはただ蘇生術のみに限らず、延命医療一般についてもいえることである。

このように、医療倫理は本来相対的であり、絶対的なひとつの立場などはないのだと認めるところからターミナル・ケアは出発する。大切なのは、患者の1人1人の死生観を確実にとらえ、その望ましい死が何であるかを確認することである。医療者の恣意によって左右されたのではない。

医療倫理とは一般に相対的なものであり、そのことは幾つかの例によって明らかにされた。新しい医療技術が発展し、新しい分野が開かれるのに従って、古くからの倫理はチャレンジを受け、多く的人是戸惑いを感じるかも知れない。しかし、そこで踏み留まって、倫理が相対的であることを確かめ合うことから、次のステップに進まなければならない。

〈文 献〉

- 1) 村上國男；『医の倫理』，農文協刊，1979年。
 - 2) 村上國男；「新しい医療課題と医療倫理」『看護技術』27巻(2号)，225～231頁，1983年。
 - 3) 村上國男；「医療における当事者の倫理・傍観者の倫理」『医の心(二)』，67～97頁，丸善刊，1984年。
- (むらかみ・くにお 国立療養所東京病院外科医長)