

「人間」概念の変容と生命倫理

〔セッション趣旨説明〕

高草木光一（慶應義塾大学）

前回（2010年度）のセッションで、AID（非配偶者間人工授精）に関わる「グリーフワーク」が問題となったが、今回は、「グリーフワーク」や「グリーフケア」という言葉が最近頻繁に使われるようになった背景とその問題点を考える。一つには、医療それ自体が「グリーフ」をつくりだしているという現状がある。医師と患者の信頼関係の欠如や医療過誤がもたらす「グリーフ」があり、先端技術が想定していなかった「グリーフ」（広義）もある。また、「グリーフケア」のマニュアル化・企業化によって、「ケア」が形骸化している実態もある。人間の「グリーフ」という根源を見据えながら、今後の「グリーフワーク」「グリーフケア」のあり方を展望したい。

〔報告〕「医療事故のグリーフケア」

打出喜義（金沢大学）

1899（明治 32）年に「産婆」に免許制（産婆規則・産婆名簿登録規則）が敷かれるが、当時の妊産婦死亡率は出生 10 万人あたり約 450 人であったのに対して、2004 年頃には 4.3 人にまで劇的に減少した。この 100 年で妊産婦死亡率は およそ 1/100 となった。産科医療の現場でも、「死」が日常から非日常へと変容してきたと言える。このように死亡率が大きく変化すれば、「医療事故」や「医療過誤」に対する社会的認識も変わってくる。

医療現場での「死」を、便宜的に「平和な死」、「非業の死」、「暴力的死」と階層化してみた。「平和な死」は天寿を全うした大往生、「非業の死」は天災等の不可抗力による突如の死、「暴力的死」は人為的ミスが引き起こした死、である。遺族がその死をどのように受けとめるかによって、グリーフもまた階層化されるだろう。しかし、医療現場での予期せぬ死が、「非業の死」か「暴力的死」かの判断は、遺族の立場では難しい。そこに、遺族の「グリーフワーク」が進展しない大きな要因があると思われる。

2004 年に起こった福島県立大野病院事件では、妊産婦は前置胎盤と診断され、2 度目の帝王切開を行なった。胎児娩出後、胎盤剥離を試みたが、癒着があり、剥離に大量出血を伴った。輸血到着を待って子宮を摘出したものの、妊産婦は死亡した。

2006 年 2 月 18 日に執刀医が逮捕されると、逮捕は行き過ぎだ、という声が医学界から相次いであがった。事件の真相が明らかになっていない段階で、執刀医を擁護しなければならないという空気が医療者全般に広がったことに、私は危険なものを感じた。難手術であることが術前にわかっていたにも関わらず十分な態勢を敢えてとらず、控えていた先輩医師を呼ぼうともしなかった執刀医の姿勢に大きな問題があったと、私は判断している。

日本産婦人科医会は、患者の死亡について遺憾の意を表明したが、同会が必要とした「専門家集団による透明性のある事故調査」は、結局行なわれなかった。遺族としては、同様の事故の予防につながる動きがあれば、ある程度納得してグリーフワークのステップが進むはずだが、このような状況では、悲しみは同じ場所に押し止められる。

では、なぜ遺族の望む事故調査、原因解明が行なわれないのか。医療者側の問題点を考えると、まず、医療者は医療の無謬性、権威性を叩き込まれているので、自分の「過誤」を認めようとしないうし、ましてや医療者が刑事罰を受けることには極度に反発する。他方で、「誰にでも誤りはある (To err is human)」という空気があり、社会的に「過誤」と認定されることを拒絶する。また、「ヒポクラテスの誓い」や「フーフエラントの医戒」でも、「日本医師会医師倫理」(2000年に廃止)でも、「他医の批判をするな」とある。このような風土があるうえに、「高度に専門化された医療」のなかでは、ピアレビューも難しい。

医療者と患者の関係を悪化させている社会的な要因もある。(1)拙速なインフォームドコンセントが、医師の責任逃れのために利用される傾向がある。(2)医師のパターナリズムが罪悪視されることが、医師のプロフェッショナルリズムを稀薄にさせている側面がある。(3)「医療化」「病院化」が急速に進むなかで、医師と患者の関係が見えにくくなってきた。

医療事故で遺族が抱く悲しみを和らげるために、では医療者にどのような援助ができるのか。とりあえず、患者と医療者が事故に関する事実関係を共有すること、「医療者・患者双方にサポータティブな社会制度」を確立すること、医療者の「健全なプロフェッショナルリズム」を養成すること、の3点を挙げておく。

〔コメント1〕「脳死状態患者の家族の『死の受け入れ』の過程について」

山口研一郎 (現代医療を考える会)

打出氏より「拙速なインフォームドコンセント」の指摘があったが、同様に、本来患者家族を支えるためのグリーフケアが医療者側に都合よく利用されるかたち歪められているという懸念がある。改正臓器移植法(2010年7月施行)では、本人の意思に関わらず家族の同意で臓器移植が可能となり、多くのケースが家族同意のみの提供となっている。ドナーの家族に対して、医師はどのような「グリーフケア」を行なっているのだろうか。

「脳死」と判定される人は、事故か急性の病気で病院に運び込まれてくる。家族には何の覚悟もない。ところが、救急医療現場では、いま大きな意識変革が起きている。これまでは脳死判定、臓器提供は、患者家族からの申し入れを受けて実施するものであり、医師は救命、治療に専念していたのに対して、最近では医師のほうから積極的に臓器提供を「オプション提示」することが当たり前になってきた。また、脳死判定、臓器提供をする医療機関には大きな負担がかかるため、脳死判定から臓器提供への時間を短縮しようとする動きがある。さらに、従来の「死」の概念を改め、「死」の手前の段階で見切りをつけて、他人の救命のために臓器を提供する環境づくりが、医療者側から提案されている。

自分が運転する車の事故で9歳の娘に重傷を負わせた母親の件を例に挙げる。自責の念が強く、最初の10日間の治療期には、自傷行為も何度かみられた。10日後に「脳死状態」であることを告げたところ、僧侶の父親から「ケシの実の医療」をやってほしいと言われた。釈迦は、死んだ子を抱いた母親が助けを求めに来ると、「この子を助けるためには、死人が一人も出たことのない家の庭になったケシの実がいる」と言う。母親は探し回った挙

げ句、「死人が一人も出たことのない家」のないことに気づき、自分の子の死を受け入れることができたという話である。医師と看護師で話し合い、約 30 日間「ケシの実の医療」を模索しながら実践した。その過程で、母親の表情も和らいできた。臨終のときには、「有紀ちゃん、ありがとう」という言葉をかけて、笑顔で見送りをすることができた。

臨終の場には、さまざまなドラマがある。一人一人の死が異なる様相をもっている。今回の改正臓器移植法は一律に人の死を規定し、医療現場では臓器移植の効率化、マニュアル化が進んでいる。問題は、脳死・臓器移植の医療現場だけにはとどまらないと考える。

〔コメント2〕「Sit-in Grief Work」

最首悟（和光大学）

「シット-イン」は、グリーフワークにおける広義のグリーフケアないしグリーフケアの前段階としての、お節介、介入の可能性を意識した非当事者が、参加、侵入、介添え、代役、ガード、共労、協働、共生を試みる様態を示す。端的には座り込みであり、結果として動作的心理的に当事者の傍に居続けることを指す。

座り込みは「長引かせる」行為であり、時間短縮化の風潮に対して「時間を取り戻す」ことをめざす。たとえば、臓器移植コーディネーター養成の一環としてアメリカで行なわれている「想定 (presumptive) プログラム」は、家族との面談時間を最短にするノウハウを叩き込むが、これに真っ向から対抗するものである。

「シット-イン」は、当事者のグリーフに対して二様の介入をする。一つは、現実を認めて受け入れるように介入することであり、もう一つは、当事者を悲しみに浸らせておくことである。後者は、「励まし、慰め、癒し」を旨とする業者たちが、拙速に悲しみから抜け出させようとする動きをブロックする働きをもつ。

「シット-イン」は、非当事者自身の主体的な関心によって支えられていないと、当事者の納得をえられない。「あなたには迷惑かもしれないが、私は座り込む」という態度が必要である。生物学では、痛みを耐えている人の発火する神経細胞と同じ場所が、見ている人の側でも発火するという「ミラーニューロン (Mirror neuron)」の例が報告され、共感の物質的根拠とされている。その解明はいまだ不十分であるが、ともかく、「私も痛む」から「座り込む」ことが「シット-イン」の基本となる。

「シット-イン」のなかで芽生えてくるのは、「いのちに開く」という共有の思いである。そして、「いのち」という大きな場を思うときに、かえって小さな人間の一对一のこだわりが生まれる。障害者には「健全」や「無辜」とは逆のイメージが張りついているため、そのグリーフワークのためには、宗教的な救済よりもさらに大きな「いのち」という土俵が必要である。

〔質疑応答〕臓器移植をめぐる死の企業化・ケア技術の政治化、「脳死」概念の受け入れ方、「シット-イン」と協働・コミュニケーション行為、医療過誤告発の実際、等の論点がフロアから出され、活発な議論が展開された。参加者は 15 名だった。（文責・高草木光一）

