

## 東京女子医科大学学会 第49回総会

## シンポジウム 「医療における死をめぐる」

## 追加・討論

- (司会) 太田和夫(腎センター所長, 外科)  
 神津忠彦(消化器病センター内科)  
 長谷川浩(看護短大心理学)  
 長谷川美恵子(看護部腎センター)  
 小柳仁(心研循環器外科)  
 天野恵市(脳神経センター脳神経外科)  
 高橋公太(腎センター外科, 泌尿器科)  
 唄孝一(東京都立大学法学部)

太田和夫(司会者, 腎センター所長): 今までのお話で臨床における「死」について, いろいろと問題点が出されたわけですが, まず最初の神津先生のお話の中では, 癌を知らすべきかどうか大きな問題となっていたと思います。先生の調査結果では, むしろ医師の方が臆病である, 患者さんの方は家族も含めてむしろ知らせたいというデータが出ていたように思います。神津先生はこのようなデータを御覧になって, どのようにお考えになりますか。

神津忠彦(消化器内科): 癌の告知の問題は, 日本の現状でみる限り, きわめて個別的なもので, 一般化, 普遍化のむずかしい事柄だと思います。今回の集計ではたしかに患者側が積極的に「知る権利」を主張するような傾向が窺えました。しかし観念的な原則論でなく, 現実に関心する末期癌患者となった場合には, また別の反応を示すかもしれません。自分が末期癌であったら事実としてそれを知りたいという意見の背景に, 真実を知ることによって心が整理され, 安らぎが得られるという期待がこめられているとすれば, それは虚像ではないかと思えます。事実を知ることによって一層傷つき, 一層苦しむ, それを覚悟の上でお真実を求めるとかが問われることが多いのではないのでしょうか。医師の側の答えが慎重であったのは, それだけ日頃現実的な対応を迫られていることの表われかもしれません。ただし, 少なくとも癌の告知をこれまでのように単純

にタブーとして避けるだけでなく, 個々の側で慎重に考慮した上で, 適当と判断された場合には, 癌であることをはっきりと, あるいはそれとなく教えて, 残された日々の生き方に役立てることが, 日本でも次第に多くなるのではないかと思います。その場合でも, 是非を決定する者は誰か, それがむずかしい問題だと思います。

太田和夫(司会者): 有難うございました。長谷川先生, 心理の面からはガン告知ということはどうでしょうか。

長谷川浩(看護短大心理学): これはなかなか難しい問題で, 私が答えられるようなことではないと思いますが, ガン告知に関する問題は, 患者さんが診断名を知りたいのかどうかということだけに集約できないように思います。つまり, ガンであるということを知りたいと願っている人には, その気持の背後に, もっと何か複雑な思いがあるかも知れませんし, また仮にガンであることを知ったとすれば, その時点からいろいろな問題が発展するでしょう。

実は私も家にガンの, ——末期ではなく幸い手術を受けて今は普通の生活を送っている——老人を抱えておりますが, 現在までのところ, ガンであることを知らせていません。手術を繰返し, その闘病の過程の中ではいろいろな精神症状をおこし, その際にはどうもガンであることを予感しているのではと思われること

もありました。よく、ガンの患者さんの中には家族を思うあまり、逆に知らないふりをするというようなこともいわれていますが、多分そうじゃないかと思われるふしもありました。しかし状態がよくなってしまおうと、そのようなことについての質問や懸念をまったく表明しないのです。ですから、未だに、本人がガンであることを知っているのかいないのか、こちらもわからないわけです。今のところ状態がいいものですから、こちらにもなりません。また、転移でもすれば、この問題、つまり果たして言うべきかどうかという問題が出てくると思っています。アメリカなどでは8割か9割まで言うことになっているそうですし、病気を知るという前提でホスピスケアが始まっていくという考え方もあるのですが、果たして我々の社会でもそういうことが可能かどうかという疑念を私はもっています。それから、これはちょっと関係があるかどうかわかりませんが、最近そういう方面の文献等を見ますと、アメリカでは、中学、高校での death education が非常にさかんに行なわれるようになったとのこと。それはたぶん、そういう病気とか、あるいは自分の死というものに迫られた時のために、すでに子供時代からそういう問題に触れさせておこう、触れさせておかせるのがいいということだと思います。ただ、どのような内容で death education が行なわれているかということは全然知りません。我々の社会の子供達の場合には、大変平和な社会の中で育てており、小説とかテレビなどを通す以外では人の死の現実感を持っていないし、また death education も受けていませんので、今後そういう難病へ直面したり、死へ直面した時には、現在以上にもっと難しい問題に見舞われるのではないかというふうに思います。結論として私の思っていることは、告知すべきであるとか、すべきではないとかいう一般論よりも、仮に患者さんがそういうことを聞いてきた時に、なぜそういうことを聞くのかを患者との対話にのせていくことを通じて、その患者が何を一番求めているか、あるいは不安になっているのか、それを理解することの方が大切だと思います。つまり、そうした話題を避けて通るとか、あるいは激励でそれをすませしてしまうということよりも、それを媒介にして、医療者は患者さんと連がりを作っているのではないかというふうな気がします。

淀川キリスト教病院の柏木先生のお話をいろいろ伺っていると、そういうアプローチを続けていくうちに、やがて患者さんは、診断名は別にどうでも良い

と思うようになるようです。診断名を知ることよりも、医療者からいかにきちんと守ってもらえるかどうかということのほうが、患者にとっては大きな不安になっているのだとも聞きます。我々は死について患者と話しあうことに、非常に臆病になっている面もあるのではないかというふうに思います。

太田 和夫(司会者)：ありがとうございました。長谷川先生は特に死に臨む患者の援助者として、自分自身が自分の死に対してどういうふうに対処するかという基本的な、自分の考え方が問われるというわけですね。

長谷川美恵子(腎センター看護部)：死を迎えなければならぬいろいろな患者さん、癌の患者さんも大勢みさせていただきましたが、癌という病名について告知をしたという患者さんに、今まで、まったくおめにかかっています。最近病名をお知らせするにしても、以前だったら例えば胆管癌であれば胆管結石とかいう形で患者さんにムンテラされていましたが、先程も神津先生のお話にありましたように、最近胃に腫瘍があるとか、肺に腫瘍があるとか、腫瘍に悪性はつかないけれども良性という形で患者さんにムンテラされていて、ある程度医療者自身の気持の負担を軽くしている部分もあるかと思えます。一時退院で軽快して帰る時点では、患者さんは「やっぱり良性なのかなあ」という気持ちでお帰りになります。が、二度目に悪くなって入院されてくる時には、かなり疑いの気持をもっておられるようです。私達も患者さんがどう思っておられるのか、本当の気持をこわくて聞けないでいる状態ですが、患者さん自身はうすうす察しているんじゃないかという感じが致します。ですから、やはり告知のことも、本当に患者さんが知りたくて、ガンだろう、ガンだろうと言っているのか、それとも仲々快方に向わないことへの不安に対して言っているのか、私達は良く患者さんの話を聞いていって、告知後の生活のことも踏まえた上で、本当に知らせてあげたほうがこの人にとっていいのかどうか、患者、家族、医療者みんなでいろいろな角度から検討し、必要であれば話してあげた方が、残された人生を有意義に過すためにはいいのではないかという気が致します。病名告知のことはケースバイケースで考えていかなければならない問題であると思います。

太田 和夫(司会者)：ありがとうございました。いろいろとガン、その告知をめぐる御意見があると思いますが、ここで問題を心臓の方に変えたいと思いま

す。

小柳先生は心臓の病気で手術できるものとできないものがあるという御発表をされたわけですが、特に子供の心臓の奇形などで手術できない場合、両親にはどのような説明をされますか。これは家族に対するガンの告知と多少意味が違いかもかもしれませんが、実質的には非常によく似たようなものだという気がします。その辺のところをどう扱っておられるのでしょうか。

小柳 仁(循環器外科)：座長のおっしゃるとおりで、癌の告知と似たところもございます。ただ私共心臓ばかりをやっております人間は、oncologyの素養がございませんので、その点、病名の告知の問題などに突きあたりますと、多少 complex inferiority の方を感じるわけです。果してどのくらいそういうことを真剣に考えているかということを見ると、多少気恥ずかしくさえ思うこともあります。と申しますのは、循環器疾患の診療をやっておりますと、内科・外科の診療では、その治療体系が渾然一体となっております。病名は患者も含めてみんな知っております。手術をしないということと、できないということは、これはまた別でございまして、手術できないことを手術しなくていいというふうに詭弁を弄することもかなりあります。実際には手術できないわけですが、それが必ずしも死の告知にはなっていない、それが悪性腫瘍とは違うところだと思います。実際には、例えば心臓移植をやっております施設では、病棟を回診しまして、この患者は通常の心疾患の治療では救命できない、replacementが必要であると決めましてからの平均余命は28日から6カ月以内であります。ですから、実際にはその時点で、悪性腫瘍と同じような死の告知が行なわれているのだと思いますが、その伝わり方はもう少し穏やかに伝わるように思います。「私は手術ができない」というふうに、実際に患者は受け取ると思います。悪性腫瘍で病名をはじめて知るとこのに比べますと、多少ショックは少ないのではないかと、それが実態であるように思います。

太田 和夫(司会者)：そのような状態を治療するならば、心臓移植が問題になるわけですが、家族の方から心臓の移植ができないかというような希望が寄せられていますか？

小柳 仁(循環器外科)：この2年程、適応外回診というのをやっております。土曜日の午後ですが、病棟を回診して、手術できないという患者のリストをずっと作っております。不思議なことに recipient

の側からはそういうお話はできません。むしろ、この2～3カ月間の間に、心臓のドナーカードもいうものがないかというドネーションの申し出を外部の病院から何度か頂いております。これをどうやって扱っていいか、今のところ no idea ですが、本学の移植に関する委員会で検討していきたいテーマであります。

太田 和夫(司会者)：どうもありがとうございます。それでは、移植の方に話を移させていただきますが、私達は透析治療を行なっている関係上、腎移植をやりたいという患者さんは私達の目の前におられるわけですが、特に小児では、移植をしないと成長もしませんし、やがて衰えて死んでしまうことも多いわけです。そのため時機を逸せずに移植してほしいという非常に強い希望があります。その場合に、私達としてはその切実性がよくわかりますし、何とかしてあげなければならないという気がするのですが、私達はドナーと直接関係していないため、私達が脳神経の先生にお願いします。すると、この脳神経の先生が今度は患者さんの御家族にお願いするということになり、そこに2つのシナプスといえますか、junctionがあるわけですから私達としては腎移植を進めて行く上には、とにかくひたすら脳神経の先生にお願いする外にないわけですが、患者さんの家族には、脳神経の先生がお願いするというので、隔靴搔痒の感といえますか、この辺が移植の進まない大きな原因です。今日も天野先生がお話されたように、脳死と植物人間というのが混同され、それからまた、特に医師ももちろんそういった面があるわけですが、またマスコミがそれをしょっちゅう混同して、脳死の状態で助かったとか、そういうようなことを書くものですから、一般の人は脳死は助かるんじゃないとか、ないしは脳死の状態で子供を生んだというのは——私はこれは生命は別ですから、あり得ることだと思うのですが——そういうことでも、子供を生むくらいなら十分生きてるんじゃないか、というような印象を与えてしまうと思うのです。私達はこれから医学生を教育していく過程で、脳死のことを脳神経の先生方に十分教育して頂きたいと思っておりますが、我々として今何をしたらこの問題が進むか、脳神経外科の立場からお教願したいのですが。

天野 恵市(脳神経外科)：私は、講演の中でも発表させていただきましたが、やはり臓器移植というのは、将来日本でも、結局はやらなくてはいけない問題だと思います。ところが、現在まで日本ではどうもさっぱり臓器移植に対する前向きな動きがない。その理由と

して一つはやはり、移植そのものは文明の問題でありますけれども、移植を前提とした死というものは文化の問題である…すなわち、今まで日本では伝統的に心臓死が死であるということでありましたけれども、そうではなくて、その一つ手前の脳死で死を定義してよろしい、脳死にするべきだということにしましょう。たとえ厚生省がいろいろな委員会を設けて死の規約を作ったとしても、しかしそれが果たして伝統的な日本の文化の中で、そういう脳死というものでもう死を認めてしまうということが、一億一千万の日本人の心の中に根づくかどうかという問題だろうと思うのです。ですから、これは非常に私は時間がかかると思います。例えば、よく和魂洋才といいますが、臓器移植というのは洋才なわけですが、しかし和魂、すなわち spirit は、私どもはやはり日本人ですから、日本の文化の中に育って、そしてそういう伝統の中に日本人の精神というものが生きている。宗教も西洋とは違う、中には、私は無宗教だと言う方もいらっしゃるかもしれませんが、とにかくそういったものが—spiritual world—が臓器移植の行なわれている西洋とは違う。ですから、例えば私なんかでも、たまにフランス料理が旨いと思うことはあっても、毎日毎日となるとやはりお茶漬けが食いたいと…、ですから死の定義に関して、なぜ、日本では心臓死の方が今までよかったのか、日本の文化の中でやはりまず考えてみる必要があります。臓器移植の問題が出てきたから、今慌てて死というものを考えるというのは問題だろうと思います。私はたくさんの脳死を見てまいりましたので、あるいはたくさんの植物状態の患者さんとともに闘ってまいりましたので、それはやってもらいたくない、今は臓器移植ということが、ともすると誤解を受けて、臓器移植をするために、例えば死の定義というものを考え直そう、あるいは植物状態とは何であったかということを考えてみようというのであれば、あまりにも私は便宜的であると思います。そして、そういう便宜的な死に対するアプローチは、必ず社会の中でつぶれて行くと思います。これは心臓移植がかつて日本で社会的な意味においても失敗に終わったのと同じことでありまして、例えば学会で沢山臓器移植の報告をしたいとか、そういうことを今の時代で思っている方はないと思いますけれども、そういう一種の売名行為で臓器移植をやれば、これはもう当然社会の中で、つぶれて行く。ですから、臓器移植というのは、原点に戻りますと、これは是非やらなくてはいけないもので

はありますが、しかしそれを何かと日本の精神文化の中で、臓器移植という文明を根付かせるための努力をしなくてはいけない、そのためには私は、時間が非常にかかるであろうと思います。

太田 和夫(司会者)：ありがとうございました。私達、実は、つい最近も、「脳死の患者さんが今いるのです」という話がありましたので、「是非臓器提供のお話をして下さい」とお願いしたところ、「しかし我々はどうも話しくくて」とその脳神経の先生がおっしゃいます。「いや先生、とにかく話して下さいよ」、意外と患者さんの方ではOKして下さることがあるんですよ」と、私達の経験からそういう話をしましたところ「いやあ、それは難しい」というお話で、押し問答をした結果、「とにかく話してみる」ということで話をして頂いたところ、「OKしてくれたよ」とびっくりして帰ってこられたのです。最近では意外と患者さんの方が進んでいるのです。私達としてお願いしたいことは、とにかく脳死の患者さんが発生したら、臓器提供の話をしてもらえないだろうかということなんです。

ヨーロッパで腎移植をさかんに進めている原動力となっている Europe Transplant の van Rood という所長が来たんですが、いろいろと移植について話をしておりましたところ、オランダでは今年初めて透析に入る患者よりも移植した患者の方が多かったということをおっしゃいました。欧米では Transplant Coordinator といわれる職業があります。移植を促進するための調整人、いってみれば移植のケースワーカーみたいな人です。その職種は半分くらいが医者で、あとは看護婦、技術員、それから事務関係の人、いわゆる secretary、そういった人達がやっている仕事でございますが、脳神経の先生は Transplant Coordinator に今 donor candidate がいるという話をなさるわけです。そうするとその Transplant Coordinator がその患者さんの家族にお会いして話をすることになるのです。私は脳神経の先生がお話しくいという気持ちは十分わかりますし、特に自分で手術された患者の術後などになりますと、特に話がしくいのではないかという気がするのですが、何かそういった Transplant Coordinator みたいな職種の人々を、日本で育てて行くという努力をしななければならないと感じた次第です。本例の4月にオランダで第1回目の会合があり、本日の演者である高橋講師に行ってもらったんですが、非常に活発な会であったようです。

高橋君は非常に熱心に死体腎移植をすすめているわ

けですが、例えばの話、自分のお子さんが腎不全になった時、先生はどうしますか、透析ですか、移植ですか。

**高橋 公太(腎外科)**：私はB型です。生体腎移植では1人にしか提供できませんが、子供が3人いて、幸いにも子供の血液型は1人がA型、1人はO型、もう1人がB型で、B型の子供にしか提供できません。まあ、これは冗談ですけど、もし生体腎が可能であれば、私は一つ腎臓をやります。それくらいまで生体腎移植の成績は向上しています。135例の生体腎移植を行ってきました。すなわち、135例の方に提供していただいたわけですが、古い方は1例目の13年経過していますが、今のところ1つの腎臓を提供してもらっても、術後問題はありません。それから死体腎移植ですが、やはり先程太田教授が話しておられましたように、子供は発育の面から、透析では絶対成長しません。生体腎移植が何らかの理由でできなければ、死体腎移植の成績も向上していますので、移植を何回でもやってあげたいというのが私の自分の考えです。

**太田 和夫(司会者)**：ありがとうございます。最近私達が使っておりますサイクロスポリンという薬、これは日本で使える施設が限られておりまして、よそから分けてくれないかといわれて困っているのですが、この薬はやはり画期的な薬で、これを使えば、ひょっとすると、かなり組織適合性の壁を越えられるのではないかという気がしますし、また、更にもっといいものがでてくる可能性もあります。そうしますと、今は組織適合性が悪いからやらないといっている夫婦間の移植、例えば旦那さんが腎不全になり、奥さんは健康であるとする、腎移植をどうするかということが一応話題には出るだろうと思うのです。そうすると、舅、姑まで絡んで、「愛しているのだったら腎臓ぐらい提供してあげたらいいのに」などと言われて、奥さんが居たたまれなくなるというようなことがおきてくる可能性が十分ある。そういうことがおきないうちに、是非死体腎でもって充分賄いをつくようにしたいと考えている次第です。

最後に法律的な問題ですが、私は脳死ということを経験的に考えた場合に、一つ問題となることは、死亡の時間をどうするかという点にあると思います。これは従来の心停止とちょっと違っていて、いろいろな可能性が考えられます。私は脳死と診断した時とすべきだと思いますが、天野先生のお考えはいかがでしょう。脳死と診断した場合、これを「点」で決められますか、それとも「線」になりますか？

**天野 恵市(脳神経外科)**：従来は、心臓死の時刻で、いつ死んだということを記載しております。例えば財産相続に関係して、死が何時何分であったとかいうことを診断書に書けば、それでその診断書が社会的意味をもつものであることは皆さんも知っていらっしゃると思います。しかし、私は死はやはり点ではなくて、ある幅のあるものだろうと思います。実際問題では、例えば呼吸についていうと、自発呼吸がないといいますが、なくなる前に非常に弱いけれども、存在しているという時期があるんです。しかし、そのときはそれじゃ黙って見ているかという、私どもはそうではなく、なるべく命を延ばそうという立場ですから、自発呼吸が非常に弱くなってきたら呼吸器につけるわけですが、呼吸器につけちゃいますと、今度は機械が呼吸運動を行ないますから、実際どの時点で自発呼吸が本当に0になったかということは、判定が出来ないわけですが、従いまして、今の座長の御質問でいきますと、死はやはり点でも線でもなくて、幅のあるものだと思います。

**太田 和夫(司会者)**：ある程度の幅、そうすると唄先生、法律的にどうでしょうか。ある程度幅が出来ちゃうということは非常に不都合でございましょうか。

**唄 孝一(都立大法学)**：その話は、それこそ1時間位頂かないと正確には申せません。敢えて簡単に言いますと、生物学的に事実のプロセスとして幅があるということを経験とした上で、それに即応する法技術を考えようとして、脳死と心臓死の間に $\alpha$ 期(アルファ期)を認めるか、という趣旨の論文を私自身書いたこともあります。その内容も細かくいわぬと誤解を受けるでしょうけれども、今は省略します。とにかく、今の気持としては、その前の提唱は凍結して、やはり一点を決めざるを得ないと考えています。死はすべての問題に対して、同一の一点でなければならぬ、つまり、移植のための死体になるのはこのときでよろしい、それから相続のためのときはこの時点にする、等々、それぞれの効果に応じて異なった点を決めるというふうな決め方でなくて、やはり全効果に共通の一点を唯一つ決めなくてはいけないだろうというふうに思っております。そこをどう理解するか、問題がむづかしいので、そのことがまた脳死という言葉非常に複雑にしている理由です。つまり不可逆的に脳の全機能が消滅するということを、脳外科、脳神経の方々が確実に決められるといわれるとき、それを示す生物学的医学的用語としての脳死と、それから、そ

うなったときには個体そのものが死んだ、つまり、その一点で個体が死んだということを皆が認めるという意味での脳死ということと、やはりどうしても概念としては2つある。今その2つの概念が非常に混同してきている。殊に、昨年頃まではお医者さん方も脳死で診断しているということになるべく言わないようにされていたのですけれども、最近になって、むしろだんだん「自分たちは脳死でやっている」と言うようになってきています。そうなってくると、ますます、どっちの意味でその人が「脳死」を使われているかということをはっきりして頂きたいと思います。それから、前者、つまりお医者さんだけで判断できる脳死（第一の意味）について、どういう基準で判定したかということ当該医師からやはり発表していただいて、それに対して、お医者さん仲間できっちりと、それはよろしい、それはいかんという理非曲直をはっきりさせて頂きたい、これは法律家やジャーナリズムの関与すべきところでない、その時点での専門家の間の相互の批判、そして、それに基づいて、お医者さん仲間での脳死についてのきっちりした合意、それにもとづく規範を

作っていただきたい。どうもそのプロセスが抜けているという気がします。それが出来た後で、今度は私達がかかわるんだというふうに思っております。

木田 和夫（司会者）：どうも有難うございました。随分時間は過ぎておりますが、どなたか、言い残したから言っておきたいという方はおられませんか。時間が15分と限られておりましたので、皆さん言い尽くせない点が非常に多かったと思います。この「死をめぐる問題」というのは、今まで避けて通りがちだったのですが、今や避けて通れなくなった問題で、私達、医療の現場にいる者として、この問題を常に考え、しかも「死に行く患者をめぐる臨床心理」というお話もいろいろお伺いしましたが、患者さんの心理を充分考えて、その方が安楽に死を迎えられるような医療をやっていかなくちゃいけないんじゃないかということ強く感じた次第です。

どうも今日は長時間にわたりまして、また、司会の不手際から大分時間が延長しまして申し訳ありませんでした。これをもちましてこのシンポジウムを終わらせていただきます。どうも御静聴有難うございました。