

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——

村岡 潔*

“Brain Death” and Organ Transplant: Variable Viewpoints of Nurse Students

Kiyoshi Muraoka, M.B.

Department of Environmental Health,

Graduate School of Medicine, Osaka University

Ninety-two short essays of nurse students in Osaka were surveyed regarding personal opinions concerning “brain death” and organ transplant in order to know what the pros and cons depend on in Japan. Sixty-seven(73%) of them supported both “brain death” as the new definition of death and organ transplant from brain-dead cadavers, four(4%) agreed only with the former, nine(8%) agreed only with the latter, and thirteen(14%) opposed both of them.

Of the 67 opinions supporting both “brain death” and organ transplant, however, fifty-one were ambivalent or inconsistent opinions:e.g. “When I am declared brain-dead, I will permit withdrawing respirator support, but if one of my family becomes brain-dead, I would believe that he or she is still alive.” ; “I will donate my organs for transplant, but I cannot permit my family to be donors.” ; “When I become brain-dead, I can give my organs not to others but to my family.” ; “I can understand and agree with the concepts of brain death and organ transplantation, but I would practically deny that brain-dead patients are really dead and refuse the removal of organs from the bodies because of the presence of their warm bodies and beating hearts.” etc.

These changeable opinions mainly concerning the family would regulate medical decision-making regarding “brain death” and organ transplant. The family, therefore, is one of the most useful cultural factors when we try to interpret why there still in Japan

* 大阪大学医学部・環境医学, 医療倫理・医療思想史
連絡先: 〒631奈良市右京5-9 右京団地13-302

exists a wide range of personal beliefs and opinions regarding the new-fashioned western medical concepts.

キー・ワード

家族 family 「脳死」“brain death” 臓器移植 organ transplant
医療上の意思決定 medical decision-making 看護学生 nurse student

はじめに

「脳死」を人の死とし、脳死者からの臓器移植を可能とする考え方（以下、「脳死・臓器移植」と略）は、今世紀半ばより欧米を中心に広まってきたが、現在のわが国の医学・医療の主流の考え方とは一致せず、医療者の間でも意見が分かれている¹⁾⁶⁾。日本はこれまで欧米の先端医療の多くを受け入れてきたので、「医療者や市民の意識が欧米より遅れているから」といったような進歩史的な説明では、この状況の理解は難しい。また「脳死・臓器移植」に単に賛否のみを問うアンケート調査では、両者の意見の分布の把握は可能だが、その医療上の意思決定の基になった意見や理由に関する情報は得にくい。

そこで筆者は、「脳死・臓器移植」という欧米に出現した医療思想が現在まで日本で受け入れられにくいことの背景の一端を推察する目的で、看護学生の意識調査を行った。

この小論では、調査で得た回答のレポート92通にみられる「脳死」観・「臓器移植」観について賛否の意見の割合とその意味づけ、および学生の論理展開のパターンの紹介や、意思決定の理由の説明等について分析および検討を行った。とりわけ、多くの学生の主張や論理展開に混在し意思決定を複雑にしている「流動性」あるいは「両義性」の部分に着目し、その際にみられる代表的な論理パターンを提示するとともに、そうした可変的な論理パターンの基になっていると思われるファクターについても考察を加えた。

I 方法と結果

1. 調査対象

本調査の対象者は、調査者（筆者）が1988年と1989年に医学概論の講義を担当した大阪府のM、Y 2つの看護専門学校³⁾の学生、合計124名である。全員が1年生で女性であり、当時の年齢は18歳から40歳までの平均20.7歳であった。また、M校生は勤務経験なし、Y校生は全員が准看護婦として病院で勤務している者であった（表1）。

レポートは、毎年4月から6月までの講義の終了直後、調査者が課題としたものの一部である。テーマは「脳死」「臓器移植」を含む複数のテーマのなかから選択し、約600字前後で自由に意見を書く形式をとった。そのうち「脳死・臓器移植」に関するレポートは92通あり、今回はこれを分析の対象とした（表1）。また、講義ではH・プロディの『医の倫理』のなかから選んだ「脳死」に関するケース・スタディ⁴⁾を使ったので、その功利主義的医療倫理の観点が学生のレポートに影響していることは否めない。

2. 分析 I とその結果

各レポートの論旨・論理から「脳死＝人の死」に肯定的（表2ではYES）か否定的（表2ではNO）か、および「(ここでは脳死体からの)臓器移植」に

表1 調査の対象集団の年齢構成と回答数

クラス	人数	平均年齢	±標準偏差	(範囲)	回答数
<Y89>	29名	22.0	± 3.0歳	(18歳～33歳)	20通
<M89>	33名	18.9	± 0.5歳	(18歳～20歳)	25通
<Y88>	29名	23.0	± 6.2歳	(18歳～40歳)	23通
<M88>	33名	19.1	± 0.6歳	(18歳～20歳)	24通
合計	124名	20.7	± 3.7歳	(18歳～40歳)	92通

表2 「脳死」と「臓器移植」に関する論理パターン(分析I)

群	『脳死=人の死』	『脳死者からの臓器移植』	割合
A	YES	YES	67 (73%)
B	YES	NO	4 (4%)
C	NO	YES	8 (9%)
D	NO	NO	13 (14%)
回答数の合計			92 (100%)

肯定的(表2ではYES)か否定的(表2ではNO)かによって、対象とする全92通を表2に示すようなA, B, C, Dの4群に分類した。すなわち、「脳死=人の死」および「臓器移植」に肯定的なA群は67通(73%)、「脳死=人の死」に肯定的だが「臓器移植」には否定的なB群は4通(4%)、「脳死=人の死」には否定的だが「臓器移植」には肯定的であるC群は8通(9%)、そして「脳死=人の死」にも「臓器移植」にも否定的なD群は13通(14%)であった($\chi^2=103.0, p<.01$) (表2)。

3. 分析IIとその結果

次に、前項で分類したA, B, C, Dの各群をさらに、確定的断定的な判断がなされているサブ・グループ(Pグループ)と、それ以外の不確定的で両義的な判断が含まれているサブ・グループ(Qグループ)とに二分した。ここでいう確定的断定的な判断とは、一般論としても、自分や近親者や友人に具体的に当てはめたとしても、例外なしに「脳死=人の死」とすることや「脳死者からの臓器移植」に対して賛成か反対か(肯定か否定か)を首尾一貫して明確に記述しているレポートを指している。またそれ以外のレポートは不確定的両義的な判断とした。

たとえば、一般論として「脳死=人の死」を肯定し脳死者からの臓器移植に賛成するが、一方で家族や自分の場合は例外とする「流動性(両義性)」が対照的に記述されているもの(これは「論理逆転」タイプとして次項で詳述する)。

あるいは、脳死状態になったら親などの近親者の判断に任せるというもの、将来年をとってみないとわからないなどと判断を保留する型、または、一般論としても文面上「脳死・臓器移植」をはっきりとは肯定していないもの（調査者が文脈からみると肯定的ととれるのだが）などがあつた。

さらに、言葉づかいの問題もある。論理の展開上は「脳死＝人の死」と主張するものと解釈できるのだが、「脳死する」とか「脳幹死する」というように「脳死」や「脳幹死」という名詞を動詞化して使っている場合がある。この場合、その意味は、脳死状態になるまで（＝まだ死んではない）を指すのか、あるいは「脳死状態＝死んだ状態」となることまでを指すのか判然としない。また、このことは「脳死は認めたほうがよい」という表現にもいえることである。今回、このような表現に遭遇した場合、前後の文脈から調査者の判断で分類した（多くの場合、「脳死・臓器移植」を肯定するものと判断した）。

このような基準で「論理のパターン」を分類した結果、A群67通のうち、確定的断定的なPグループは16通、不確定的両義的なQグループは51通を占めPグループの3倍であつた($\chi^2=18.28, p<.01$)。つまり前項の分析Iでは「脳死・臓器移植」に賛成はレポート全体(92通)の73%となつたが、その実「脳死・臓器移植」を確定的断定的に賛成する(肯定する)レポートは17%で、逆に、賛成といってもその判断が不確定的両義的なものが56%を占めたことになる。B群は4通ともQグループであつた。C群ではPグループは1通、Qグループ

表3 「脳死・臓器移植」の論理パターンの確定性・不確定性(分析II)

群	『脳死＝人の死』	『脳死者→臓器移植』	(p)：確定的・断定的判断	(q)：不確定・両義的判断	(p+q)：確定・不確定を合わせた割合
A	YES	YES	16(17%)	51	67 (73%)
B	YES	NO	0	4	4 (4%)
C	NO	YES	1	7	8 (9%)
D	NO	NO	4	9	13 (14%)
回答数合計			21 (23%)	71 (77%)	92 (100%)

は7通であった。D群ではPグループが4通、Qグループが9通であった。したがって全体では、不確定的両義的なQグループは71通（77%）で、そうでないPグループは21通（23%）となり、前者は後者の約3.4倍を占めていた（ $\chi^2=27.17$, $p<.01$ ）（表3）。

4. 分析IIIとその結果——「論理逆転のパターン」について

前項の集計でみられた不確定的両義的なQグループのうちでは、意思決定が流動的に変化している「論理逆転」のタイプが32通にみられた（表4）。これらは、D群を除くA、B、C各群のQグループの合計の約半数を占めていた。ここに含まれる流動性は学生たちの「脳死・臓器移植」に対する意識の重要な部分と考えられた。レポートの論理逆転のパターンを類別化したところ、表5のような12の論理逆転のパターンが数えられた。

以下、レポートの抜粋を例示しながら各々のパターンを列挙する。ここでいう「臓器提供」とは「脳死状態からの臓器提供」を意味する。また、番号①から⑤までは一般論として「脳死・臓器移植」に賛成の立場であることが前提となっている。なお、番号①から⑫は表5の番号①から⑫に対応している。引用文中の[]内は、筆者の補遺。

① <家族からは臓器提供しない> が <自分は（誰かに）臓器提供する>

『もし、私が、脳死と判定された患者の家族で、[その]臓器提供を求められた場合、それで一つの生命が助かると思っても、まだ心臓が停止していな

表4 調査集団の構成と論理逆転

クラス	人数	回答数	論理逆転
<Y89>	29名	20通	8通
<M89>	33名	25通	9通
<Y88>	29名	23通	8通
<M88>	33名	24通	7通
合計	124名	92通 (100%)	32通 (35%)

表5 「論理逆転のパターン」に見られる自分・家族等のファクター (n=32通)

①	[家族≠ドナー]	× [自分=ドナー]	9通
②	[家族≠ドナー]	× [家族への臓器提供は希望]	5通*1
③	[自分≠他人のドナー]	× [自分は家族へ臓器提供]	3通
④	[家族≠ドナー]	× [自分への臓器提供は希望]	1通*1
⑤	[自分≠ドナー]	× [自分への臓器提供は希望]	1通
⑥	[一般論：他人=ドナー]	× [家族≠ドナー]	8通
⑦	[一般論：他人=ドナー]	× [自分≠ドナー]	4通*1
⑧	[一般論：他人=ドナー]	× [知人≠ドナー]	1通*1
⑨	[一般論：他人の脳死=死]	× [家族の脳死≠死]	3通*2
⑩	[一般論：他人の脳死≠死]	× [自分の脳死=死]	1通
⑪	[自分・家族の脳死≠死]	× [自分・家族=ドナー]	1通
⑫	[一般論：他人の脳死≠死]	× [一般論：他人=ドナー]	1通

- 注) ・{ドナー} → {脳死時の臓器提供者}
 ・{[主張A]×[主張B]} → {[主張A] かつ [主張B]}
- ・{[自分≠他人のドナー]} → {[自分は他人のドナーにならない]}
- ・{[一般論：他人の脳死=死]} → {[一般論として他人の場合は脳死は人の死である]}
- ・{4通*1} → {1通は他と重複の意味}

い体から臓器をとりだすことは反対すると思う。しかし、反対に自分がそうなった時は、矛盾しており、治療は中止し、臓器提供を希望する。……私の考えは、脳死した場合、自分の考えはもつことができず人工呼吸器によって生かされているので、人格*はもっていないと考える。人工呼吸器で生かされるより、一つの生命を助けその人に人格*を与えたい。』

(* 人格：医学概論の講義で筆者が紹介したプロディの「パーソン論」⁴⁾でいう「人間としての資質」を指すと考えられる)

『脳死の段階で人間の個体死と認めたほうがよいのでは？ と思う。……私自身脳死状態になったら臓器移植には抵抗はないが自分の子供などが私より先に死んでしまい「子供の臓器をください」などと言われたら憤りのあまり倒れてしまうだろう。』

② <家族からは臓器提供しない> が <家族への臓器提供は希望する>

『家族のなかの1人が脳死で臓器提供してくださいと言われても私は拒否すると思います。でもその反対に自分の家族に臓器が必要だったら提供を望むでしょう。……死ぬ時は、きれいな体で死にたいと思っています。こんなことばかり書いていたら、臓器提供を待っている人もいるというのに……。少し恥ずかしいと思っています。』

『私の家族が「脳死」という状態に陥った場合、きっと私はその状態を「死」と認めないと思う。……もし私が臓器移植を待ち望んでいる立場だったら、私の家族の誰かが臓器移植が必要だったら、「脳死」は死と認められ臓器移植を心より望むでしょう。』

③ (自分は) <他人へは臓器提供しない> が <家族へは臓器提供する>

『死後、自分の体の一部を何の見返りも期待せず、見知らぬ人の幸せのためだけに贈ることは、本来美しい行為であるが、私は典型的な日本人であり、動いている心臓を摘出するという事に抵抗があり、やはり見知らぬ人には臓器を贈ることは私はできないと思う。これが自分の身内ならば別問題で臓器を提供すると思う。』

『脳死と臓器移植が直接関係があり、移植のために死の判定基準を定めたのか、よくわからないが、一般に臓器提供者は少ないと思う。知人または親兄弟に身体の一部を分け与えて、その人の健康が取り戻せるなら、提供してもいいと思うが、他人の身体の一部にはなりたくない。自分の分身が誰かを幸せにしていると割り切ればよいのかもしれないが……。』

④ <家族からは臓器提供しない> が <自分への臓器提供は希望する>

『私の家族が……どんな状態でも私は生きていると思うから、脳死の状態でも臓器移植はきっと拒否するでしょう。……「脳死」の人や家族の人たちにはとても悪いと思うけれど、それでも私は、自分のために、自分の家族のために臓器移植を希望すると思います。』

⑤ <自分からは臓器提供しない> が <自分への臓器提供は希望する>

『私が脳死と判定され、レスピレーターなしでは呼吸できず、あと数週間の命でしかないとなれば、レスピレーターを除去してほしいと思いますが、

臓器提供しようとは思いません。……しかし、もしも自分が臓器提供を受ける立場であれば、今の考えをすべて撤回し、是非にでもほしいと思うかもしれません。』

⑥ <(一般論として) 他人の臓器提供はよい> が <家族からは臓器提供しない>

『私の結論としては、[脳死を] 死と見なすべきだと考えた。その理由としては、その人を死とみなすことにより、臓器を他の人に移植することができると思ったからである。そのうえ他の人に提供することにより、その人の臓器も立派に生き続けるのだから、決して死が無駄になるわけではないと思ったのである。……私自身もし身内のものを臓器移植のために脳死と認めてくださいと言われても、決して認めないと思う。事実、脳は死んでいても心臓は動いているのだから死んでいると認めたくない。』

⑦ <(一般論として) 他人の臓器提供はよい> が <自分からは臓器提供しない>

『私は、自分が脳幹死して*も自分の体を傷つけられたくない。臓器に欠陥がある人は、その人の力の限りで生きるのが本当の姿である。また脳幹死した*人も、レスピレーターなどで生かされる義務などない。医学の進歩には多くの犠牲を伴うものだと思う。だけど不自然な生命維持には同意できない。ただ本人の了解と両親の同意があれば積極的に移植を行うべきだ。それ以外の時には肉親をまるめ込んでの移植など絶対に反対したい。』

(* 脳幹死する：主に英国で採用されている脳死概念の一種である「脳幹死」を動詞化したものと考えられる。この場合は文脈から「脳死状態になり死ぬ」意味に解釈した。)

⑧ <(一般論として) 他人の臓器提供はよい> が <知人からは臓器提供しない>

『私は、脳死の人は死ではないかと考えます。それは人間とは感情をもち、考えることをして人なのではないかと思うからです。生命維持装置をつけてただ生かしているだけというのもどうかと思います。それならば脳死の人の臓器を、移植すれば生きられるという方にあげたほうがいいとも思います。しかし、いざ自分の親や知人が脳死した場合、素直に臓器を提供できるかは疑問です。脳死状態で話すことができなくても、存在があるのとないのとで

は大きく違って来るからです。』

(注：このパターンは親の臓器提供もしにくいと考える点で⑥と類似している。)

⑨ <(一般論として) 他人では脳死=人の死とする> が <家族では脳死=人の死ではない>

『私は脳死を死と認めるが、もし家族が脳死と診断されて、目の前に生命維持装置をつけた家族が寝ているとする。なにひとつ変わってない状態で、死と同じ状態であることを忘れるだろう。生命維持装置を取り外すことなどできなくなる。しかし「こんな装置をつけてかわいそう。早くとってあげたい……」という気持ちも起こる。』

⑩ <(一般論として) 患者では脳死=人の死ではない> が <自分の場合は脳死=人の死とし臓器提供する>

『自分が患者で脳死の状態なら、脳死を認めて*、臓器をどなたかに提供したいです。……しかし、それはあくまでも、健康な時の私の意見だから、もし私が、不治の病いにかかっていたり、老人だったら、心臓死まで治療してほしいと思うかもしれない。患者としての自分でなく、医療者としての自分なら、脳死状態でも、できる限りの治療をするべきだと思う。矛盾しているがそう思う。』

(* 脳死を認める：先述のように文脈から「脳死状態を人間の死と認める」ことと解釈した。)

⑪ <(自分や家族では) 脳死=人の死ではない> が <自分や家族の臓器は提供する>

『自分が脳死状態になったら、やはりある程度までは治療してもらいたいです。自分の家族がもしそうであっても、やはりある程度までは治療してあげたいです。そして、臓器提供については、大いに賛成しますし、自分がその立場になったときは、喜んで協力し「提供します」というと思います。人の命を救うという職業につく身として、その自覚が、私をそうさせるだろうと思います。』

⑫ (一般論として)〈脳死=人の死ではない〉が〈脳死・臓器移植は肯定する〉

『もし今、私の両親が死んで臓器移植を待っている患者のために臓器を摘出したいと申し込まれても、きっと断るだろうと思う。……臓器移植をするための臓器はできるだけ新しくなければならない。そのために脳死患者の臓器が注目される。しかし脳死患者の臓器を摘出することは許されてよいのだろうか。脳は死んでも体は生きているのだから許されてはいけないことだと思う。脳死患者の臓器を摘出して、そのまま患者を死なせてしまうことは殺人行為ではないかと思う。……臓器移植とは人間にとって最も大切な愛である。愛があるからこそ肉親を失った悲しみを超えて、臓器提供に同意してくれるのだ。』

以上、学生のレポートの論理逆転の典型例を提示した。いずれも一般論や他人を対象とする場合と自分・家族・知人等を対象とするときとは主張が逆転している点が特徴的であった。今回は、このように看護学生が「脳死・臓器移植」に対して一方で賛同しているようでも他方では様々に論理を逆転してみせる流動的(両義的)な現状を提示することが目的であり、ここで示したパターンの分類自体やその頻度を重要視するものではない。

5. 分析IV——確定的な意見と家族

最後に、前項のような「論理の逆転」のない確定的なレポートでは家族のファクターはどう扱われているのか。たとえば、自分は「脳死・臓器移植」に賛成で「腎臓バンク」に届けを出したが家族は賛成しなかったとか、自分は「脳死・臓器移植」に賛成だがその決定は家族の意思を尊重したい、または「脳死」状態でも家族は希望をもっているから「脳死」を死と認めることはできないなどの意見があった。

以上のように、確定的な賛否の論者も(全員にはないが)、不確定的な論者と同様に家族などの身内のファクターを重視していることがみてとれる。なお、学生の脳死患者受持ちの経験者は3名、移植患者受持ちの経験者はなしであった。

II 考 察

④ 「脳死・臓器移植」に対する92名の看護学生の見方は、賛否のみを問う分析Ⅰ（表2）で見るかぎり両者を指示する意見が73%に達している（このうち「脳死＝人の死」とするものが77% [A群+B群]、「脳死状態からの臓器移植」に賛成のものは82% [A群+C群]である）。ところで、これらのテーマに関してアンケート調査を試みた1990年2月の青木らの結果¹⁾では、対象とした看護学生69人のうち「脳死＝人の死」とするものは35.7%で、「心臓死＝人の死」とするものが48.6%、「わからない」が15.7%であった。青木らの結果は筆者の調査と違って「脳死＝人の死」とした者の各位が「臓器提供」に対してどのような選択をしたかが直接示されない(表2, 表3のような4群に分けられない)ので、そのまま比較することには問題が残るが、「脳死＝人の死」とするかに対する筆者の調査結果の賛同者の割合は青木らの結果の約2倍であり、両者の開きは大きい。

これは分析Ⅱ（表3）に示されるように、学生の賛否（意思決定）が確定的断定的な判断か不確定的両義的判断かによっていると思われる。前述したように、今回の結果では、A群でも4群全体でも不確定的両義的判断が有意に多かった ($p < .01$)。不確定的両義的判断は、流動性に支配されるものであるから、実際の場面では、反対の判断に変わりうる性質のものである。したがって、今回の学生レポートの結果は、「脳死・臓器移植」に対して表2のように92人中の73%が賛同したというように一点でとらえるのではなく、その賛同者は17%～73%の範囲に属している（としかいえない）と解釈するのが妥当である。神戸生命倫理研究会が1990年8月～91年1月にかけて社会科学・人文科学系研究者に行ったアンケート166通の集計結果³⁾は「脳死＝人の死」とすることに無条件承認6.0%、条件付き承認48.2%であったが、これも賛成に幅のあることを示している。

⑤ 不確定的両義的要素では、分析Ⅲ（表4, 5）の結果のように、一般論

に対して個別利害を優先させる「論理の逆転」のパターンが注目された。表5にみられるようにパターンは12種類（32通）と様々だが、論理逆転の要因としてはそのうちの8種類（26通）に家族のファクターがあり、2種類（4通）は自分を例外とするもの、1種類（1通）は知人を例外とするものであった。つまり、学生が主張や意思決定を行う際には「一般（他人）」の問題か「家族（身内）」の問題かを峻別し、それぞれの家族の個別利害に応じて流動的に対応する、一種の「家族中心主義」が存在しているものと推察された。

先述の青木らの結果でも、「自分が脳死状態での臓器提供について」は「提供する」が58.0%、「親族なら提供する」が21.7%、「提供しない」が2.9%、「わからない」が17.4%であったが、「家族が脳死状態での臓器提供について」となると、「提供する」が24.3%に低下、「親族なら提供する」は21.4%、「提供しない」が22.9%に増加し、「わからない」も31.4%に変化した。このことから、青木らのアンケート調査においても、筆者の分析IIや分析IIIに示されたほど明確ではないが、自分と家族とでは論理の逆転が起こっていることが示唆される。また、神戸生命倫理研究会のアンケートでも、家族の場合「脳死＝人の死」とする率は31.9%（臓器提供まで含めると20.5%）で、一般論における肯定より少なくなっている。そして「臓器提供の決定について」は「本人の生前の意志による」が30.7%なのに対し、「本人の生前の意志と家族の意志の両方が必要」が約2倍の59.0%を占めていた。

これらの結果は、矛盾した論理とするより、家族の個別利害を中心とした論理からみれば、そこには逆に「合理性」すら感じとれる。この視点でみると、学生の「自分としては脳死・臓器移植に賛同する」という主張は、結果的には一般論となりやすい。たとえば、学生が脳死状態となった場合、それを死と認めるか、さらには、臓器提供するかどうかの決定は、学生の親・兄弟などの家族が行うからである。つまり、彼らから見たとき、学生は家族の一員なので、ちょうど学生が親・兄弟を特別扱いしたように、今度は親・兄弟が家族の利害を中心とする論理に基づいて「家族としての学生」を特別扱いすることになる。もちろん、この「家族のファクター」の影響力が普遍的でスタティックなも

のだとする根拠はない。近年、わが国でもインフォームド・コンセントに代表されるように、患者－医療者関係において患者の自己決定権が重視されてきている。それに対し、日本的な「家族のファクター」が患者の自己決定権の阻害要因として作用する場合も少なくないであろう。だが「家族のファクター」が常に阻害に成功するとは限らないし、阻害に失敗する場合も今後は増えていくであろう。「家族のファクター」はこのような患者－家族間、あるいは医療者－家族間の相互作用のなかで時代とともに変遷していくであろう。先端医療も、このような形で「家族のファクター」に変化を与えていくものと考えられる。だが「家族のファクター」の影響力の全くない患者－医療者関係も存在しないと考えられる。

実際、医療上の意思決定に関与する家族のファクターの問題は英米においても重要な存在と思われる。たとえばピンカスは、12人の米国の脳外科医に対する聞き取りを通じて、脳死の患者と家族の問題を論じている¹⁰⁾。脳死の患者の呼吸器をはずす際に、彼らの4人は家族の許可を求めるという（ここでは脳死＝人の死であり、死者には治療しないことは前提である）。考察のクレインの調査結果（脳外科医650人、内科医1410人が対象）をみると、約7割が脳死状態で呼吸器をはずすが、そのうちの約7割が家族の同意のもとにはずすとしている。また、エヴァンスらは調査した米国の1291名の心臓移植用ドナーのうちドナーカードの携帯者（すなわち、自動的な臓器提供者）は4%以下で、95%以上が最近親者から臓器摘出の許可を得たものだったと述べている⁸⁾。これらは「脳死・臓器移植」の状況がわが国とは異なる北米でも意思決定上、家族のファクターは無視し難いことを示唆している。

また、シールは¹¹⁾、論文「ホスピスで何が起きているか」で、ホスピスにおいては家族をケアする側とみなすことが多くのホスピスの明確な目標になっていることをあげている。このことは、日本の医療施設で習慣化しているお見舞いや患者の世話に対する家族の参加が、文化的な相違はあるものの、英米からみて評価すべき点があることを意味している。ただし、パールら⁹⁾は、脳死状態にある夫からの呼吸器除去や臓器提供を拒否し夫を在宅で加療したいとする妻

が、主治医から精神科を受診するように勧められた事例等をあげ、集中治療室などでは家族－医師間の意思決定の差という医療倫理上のジレンマが単なる精神科的な問題にすり替えられる危険性があることも報告している。

◎ 今回の結果の解釈には学生という対象集団の特質も加味する必要がある。学生たちが学習したばかりの「脳死・臓器移植」という医療思想を「最新医学の結果」として肯定する傾向があっても不思議ではない。青木らの結果でも、看護学生は病院職員（医師・看護婦・各種技師ら）全体より、「脳死＝死」とする率も「自分の臓器提供」の率も高かった。移植医を対象にアンケートをとるなら「脳死・臓器移植」に関して最高の賛同率を得られることが予想される。逆に、それらに関心がなく自分も家族もそういった問題をかかえていない人を対象とするなら、賛同率が低くなっても不思議はない。

ウォーカー²⁾は、米国ミズーリ州の調査では脳死＝人の死と考える人は10%たらずであり、また米国で脳死基準で死亡宣告された25%だけが臓器提供者となったにすぎないと述べ、一般の人々の思惑と実際のギャップを指摘している。彼は、さらに、脳死の宣告で患者はそのままなのに瞬時に死体になることに對して看護婦が欲求不満と強いつつ状態に陥る可能性や、通常の死と違い脳死による死亡宣告に對して心の準備の余裕がない家族に対する看護婦の援助の必要性などのように、「脳死・臓器移植」の導入で看護婦の役割に起こる様々な変化のもたらず問題についても考察している。

④ 「脳死・臓器移植」などの先端医療の問題を考えるうえでは、これまで医療者の間で軽視されがちであった〈家族〉等の文化・社会的なファクターの検討は不可欠となろう。ロックは、先端医療に對する日本と北米の対応の相違は「脳死・臓器移植」がいかに文化的な範囲の問題であるかの例証になると指摘している⁷⁾。波平も、臓器移植という医療思想には「死者を医療のレベルでどのように生者に役立てるかという考え方が大変強いことがわかる」とし、移植を行う医療側と日本の一般の人々との間の身体観念の違いを強調している⁵⁾。

おわりに

92名の看護学生の「脳死・臓器移植」観に対して意識調査を行い、その賛同者は17%～73%の範囲に属していること、この賛同の幅は学生が「脳死と臓器移植」に対する観点のもつ「流動性（両義性）」を表現していること、および、それに対して「家族のファクター」が大きく影響していることを報告した。その流動性（両義性）は、看護学生が「脳死」＝人の死とする死の再定義の問題の切実さや臓器提供という行為のもたらす深刻さに抱いた一般的なイメージが、家族（あるいは自己）という身近な設定において具体的に増幅されて出現したものと推察した。

参考文献

- 1) 青木秀暢, 他: 脳死と臓器移植について—当院職員及び看護学生の意識調査—, 日本医事新報, No.3460:99-102, 1990.
- 2) ウォーカー, A. E: 脳死 医学と社会の接点, メディカル・サイエンス・インターナショナル, p.131-138. 1987.
- 3) 神戸生命倫理研究会: 脳死・臓器移植問題をどう考えているか—社会・人文科学研究者へのアンケート調査報告・抄, 新医療, 18 (3): 28-34, 1991.
- 4) プロディ, H: 医の倫理—医師・看護婦・患者のためのケース・スタディ, 東京大学出版会, p.66-110, 212-229, 1985.
- 5) 波平恵美子: 脳死・臓器移植・がん告知—死と医療の人類学, 福武書店, p.78-166, 1988.
- 6) 村岡 潔: <<状態Xをめぐる>>; 「脳死と臓器移植」～その医療思想の流行と政治性について, 『医療人類学』 ニュースレター, 3(6), 1991.
- 7) ロック, M. M: 北アメリカにおける生命倫理, 日本保健医療行動科学会年報, 第5号, p.221-241, 1990.
- 8) Evans, R.W. et al: Donor availability as the primary determinant of the future of heart transplantation, JAMA, vol.255 (No.14), p.1892-1898, 1986.
- 9) Perl, M and Shelp, E.E: Psychiatric consultation masking moral dilemmas in medicine, N Eng J Med. 307, p.618-620, 1982.

- 10) Pinkus, R.L : Families, brain death, and traditional medical excellence, J Neurosurg 60, p.1192-1194, 1984.
 - 11) Seale, C.F : What Happens in Hospices: A Review of Research Evidence, Soc. Sci Med., 28(6) : 551-559, 1989.
-

投稿規定

1. 本誌への保健医療行動科学に関する論文、資料、短報等の投稿を歓迎いたします。
2. 投稿は原則として本学会会員で、原稿は未発表のものに限ります。
3. 論文は、400字詰め原稿用紙30枚以内、図表類は原則として8点以内とし、資料や短報等は原則として10枚以内とし、横書きで「である」調でお書き下さい。
 - a. 論文については、表題、著者、所属は英訳をつけ、400字以内の英文抄録を添付して下さい。
 - b. 論文については、日本語およびそれに対応する英語のキー・ワードを5個以内でつけて下さい。
 - c. 参考・引用文献については、本文中に著者名と発表年次を括弧表示し、論末に著者名、タイトル(単行本は書名)、誌名(単行本は出版社名)、巻・号、頁数の初めと終わり、発行年次の順に表示して下さい。なお、文献の配列については、著者名が英文の場合はアルファベット順、和文の場合は五十音順に配置して下さい。
4. 原稿の採否等は本会の編集委員によって決定されます。
5. 本誌は当面、年報という形で刊行され、毎年6月に発行されます。原稿の締切は3月末となります。
6. 原稿送付先：
〒272 市川市八幡2-6-18-401
日本保健医療行動科学会事務局 (TEL 0473-32-5631)