

選択的治療停止に関する医学生の意識

村岡 潔* 森本兼曩**

Viewpoints of Medical Students on Medical Decisions Concerning Selective Nontreatment for Seriously Ill Involuntary Patients

Kiyoshi Muraoka and Kanehisa Morimoto

Department of Environmental Health (Hygiene and Preventive Medicine),
School of Medicine, Osaka University

In order to gain insight into the backgrounds of arguments in Japan about selective nontreatment or so-called “passive euthanasia,” this paper analyzed the results obtained through questionnaires sent to 193 medical students. The questionnaire consisted of 12 questions about three seriously ill involuntary cases; (1) a 10-year-old “brain death (BD)” boy, (2) a 21-year-old persistent vegetative state (PVS) girl and (3) a four-day-old handicapped newborn with 18-trisomy syndrome, permitting every student, given that he or she is the attending physician, to decide whether or not the respirator on each patient should be taken off to stop simply prolonging the patient’s life.

In the case study of BD, 62% of the medical students acknowledged the definition that BD is the death of a human being, but only 16% adopted immediate stopping the terminal care, while 69% maintained that whether to stop it depends on the decision of his parents. In the case study of PVS, it was only 16% who regarded PVS as dead, while 82% denied it. Accepting the parental request, 23% agreed to withdrawal of respirator, whereas 60% disagreed to it on the assumption that it means allowing her to die unjustly. In the case study of the handicapped baby being placed on a respirator after a respiratory crisis, 34% chose the non-treatment decision because the suffering of the baby should not be prolonged, on the one hand, and 53% wanted the medical intervention against death to continue even though hope seemed virtually nonexistent, on the other. (What brought about the variations in medical decisions among the lower, middle and higher classes of

* 大阪大学医学部・環境医学教室 ** 大阪大学医学部教授

the medical students was also discussed and the cause was more than just a difference of their medical knowledge.)

In a word, most of the medical students trend toward categorizing these involuntary conditions into two groups; (i) the one with much probability of nontreatment such as BD, and (ii) the other with few possibility of nontreatment such as PVS or handicapped newborns, the latter of which belongs to the sanctity-of-life ethic concepts.

On the contrary, in most of the western quality-of-life ethic concepts, as we finally reviewed, there could be found no difference amongst those three conditions. All of them basically belong to the quality-of-life ethic concepts which assigns hardly any value to the involuntary conditions regarded as ‘non-person’ whose life is not expected to be a meaningful life, especially viewed from “personalistic perspective.” why selective nontreatment does matter to health care of the involuntary patients should get more attention in common medical practice, research, teaching and public debate in Japan.

キーワード

選択的治療停止 selective nontreatment 「脳死」 “brain death”

植物状態 persistent vegetative state

障害新生児 handicapped newborn 医学生 medical student

I はじめに

現代医療における診断や治療行為の選択と決定は、「脳死」・臓器移植、生殖技術等の先端医療の諸問題にみられるように複雑・多様化してきている。特に「脳死」状態や植物状態のような意識障害患者の治療は、回復の見込みのない終末期の治療とみなされ、いわゆる「消極的安楽死」などの選択的治療停止の対象として吟味されてきている（プロディ1985、レイチェルズ1991、ワイヤー1991）。つまり、医療従事者や患者の家族にとって、いわゆる「延命治療」を続行すべきか中止すべきかといったジレンマに満ちた問題となっている。この場合、人工呼吸器（以下、呼吸器）の使用、抗生物質の使用、胃管・点滴による栄養・水分補給などのうち、どれが「延命治療」にあたりどれがそうでないかなどの問題が、個々のケースごとに解決されなければならない。また「障害新

生児」の場合も、同様のジレンマを生み出している。これらの事例をさらに困難なものにしているのは、昨今、医療行為の決定の際に不可欠な患者の自己決定を保証するインフォームド・コンセント（十分な情報を得たうえでの同意）が、患者本人から直接得られず、両親や近親者などの代理同意によらざるをえない点である。

筆者らは、こうした先端医療のジレンマに対して将来医療従事者となる医学生がどのような判断を示す傾向にあるかを知る目的で、「脳死状態」「植物状態」および重篤な「障害新生児」の模擬的ケースにおける治療方針としてどのような選択を行うかをアンケート調査した。本稿では、調査で得られた医学生の倫理意識の分析と解釈をふまえて、ターミナル・ケアにおける選択的治療停止に関しても考察を行った。

II 対象および方法

①対象は、大阪大学医学部学生304名で、無記名・自記式によるアンケート調査を実施した。そのうちの有効回収数は193（回収率63.5%）であった。その内訳は、進学課程1年（以下、C1）75名、学部1年（以下、M1）44名および学部4年（以下、M4）74名であった。調査は1990年に行った。なお事前には調査者による調査内容に関する医療倫理の講義や説明は行われていない。

②用いたアンケートは、H・プロディ『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、1985年）より「インフォームド・コンセント」「ガン告知」「脳死状態」「植物状態」「障害新生児」などの現代医療のトピックス的テーマから8つのケースを選び、それに筆者らが選択肢を加え（表現、内容も一部変更）医療者や患者、医学生などの医療倫理の意識調査用に作成したものである。本稿ではこのうち、選択的治療停止と関連が深いテーマとして(1)「脳死状態」、(2)「植物状態」、および(3)「障害新生児」の3つの事例を中心に検討した。質問紙のケースには、先入観を与えるのを避けるため、これらのタイトルはつけていない。(1)(2)(3)のアンケートの内容は、それぞれ順

表1 「脳死状態」のケースとアンケートの結果

(1)「脳死状態」のケース・スタディ				
<p>あなたは脳外科の研修医で、昨日入院した重症頭部外傷の10歳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まったくなく、すぐに人工呼吸器がつけられました。脳波は平坦脳波でした。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、まだ昇圧剤は使用していません。尿量も普通です。</p> <p>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、人工呼吸器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。</p> <p>あなたは、両親に何と言いますか？</p>				
設問(A) あなたは患者の両親に何と言いますか？				
合計 193(100%)	C1 75名	M1 44名	M4 74名	選択肢
30 (16)	7%	16%	24%	①『お子さんは「脳死で既に死んだ状態」であり、これ以上、治療する意味がありません。人工呼吸器を止めたいと思います。』
133 (69)	71	73	69	②『お子さんは「脳死で既に死んだも同じ状態」ですが心停止まで人工呼吸器をつけておきますか？』
19 (10)	19	9	1	③(脳死と言わず)『お子さんは重篤ですが、最後(心停止)まで望みを捨てず積極的に治療しましょう。』
(B) 現在、「脳死」をもって個体死(人間の死)と考えていますか？				
193(100%)	C1	M1	M4	選択肢
119 (62)	47%	55%	81%	①脳死=個体死と考えている
15 (8)	5	11	8	②脳死=個死体とは考えていない
56 (29)	45	34	10	③どちらとも言えない
(C) 将来、「脳死」=個体死(人間の死)とすべきだと考えますか？				
193(100%)	C1	M1	M4	選択肢
126 (65)	61%	55%	76%	①将来は、脳死=個体死とすべきである
12 (6)	4	5	10	②将来も、脳死=個体死とすべきではない
51 (26)	32	39	14	③どちらとも言えない
(D) 「脳死」と判定した時点で治療はどうすべきだと考えますか？				
193(100%)	C1	M1	M4	選択肢
10 (5)	0%	9%	8%	①すぐに中止すべきである
120 (62)	37	77	78	②家族の意向に沿うべきである (家族が心停止まで治療を希望する場合を含め)
4 (2)	1	2	3	③脳死であっても、従来どおり、心停止まで治療すべきである
16 (8)	12	9	4	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
17 (9)	16	2	5	⑤脳死でもすぐに治療を中止せず、臓器提供を考えて、臓器の希望者が現れるまで(最長、心停止まで)治療すべきである

に、表 1、表 2、表 3 の冒頭に示した。

III 結 果

1. 各々のケース・スタディについて

(1) 「脳死状態」の評価

このケースは、ハーバード大学の脳死判定基準 [a)非感受性・非応答性, b)運動・呼吸の欠如, c)無反射 (瞳孔散大固定・対光反射などの脳幹反射や腱反射などの脊髄反射の消失等), d)平坦脳波, e)24時間後の不可逆性の判定 etc.]

(Beecher 1968) を満たしており、H・プロディのように「脳死」=人間の死とみなす立場にとっては、この患者はすでに死体であるから治療の余地はなく、呼吸器の撤去に際しても両親の許可を得る必要はないという設定になっている

(プロディ1985)。このケース・スタディのねらいは、医学生が、この事例を「脳死状態」とみなすかどうか、また、「脳死=人の死」と判断した場合、その後の治療方針、すなわち選択的治療停止についてどう考えているかをみることにあつた。その結果は表 1 に示した。以下、ことわりのない場合の%は、193名 (100%) に対応したものである。また、各設問の無回答の数の記載は全表で省略した。

まず、設問「(A)あなたは患者の両親に何と言いますか？」では、選択肢①の「脳死=人の死」と考え(死体の治療はしてはならないのだから)呼吸器もはずす意思決定をしている立場が16%なのに対し、選択肢②の「脳死≒ほぼ人の死」としながらも、呼吸器をはずすかどうかの判断は両親の選択にゆだねる立場が約 4 倍の69%を占めていた。また、選択肢③は、最後まで積極的に治療を続けると表明しており、「脳死=人の死」としないと考えられる立場であるが10%にとどまった。表中に記していない残りの 5%は無回答・その他であった(以下、他の表でも、これらの記載は省略した)。

また、学年間の変化では、①については、C 1 の 7%、M 1 の16%、M 4 の

24%の順に増えているが、②については各学年ともほぼ70%前後であった。一方、学年が進むにつれて③の保留はC1の19%からM4の1%へと減少した。[学年間の変化については $\chi^2=19.173$; $P<0.01$ (以下, 同様)].

次の一般論の設問では、(B)の現在、①「脳死状態＝個体死」とみなす意見が62%で、そうとはみなさない②の意見が8%であった。この学年間の変化では、①についてはC1とM1がほぼ半数で、M4で81%に達したが、②は各学年で5～11%であった。一方、学年が進むにつれて③の保留はC1の45%からM4の10%へと減少した。[$\chi^2=24.639$; $P<0.05$]. また「脳死状態＝個体死」とする判断は(C)の将来の場合も同様に優勢であった ((B)と(C)の間の定性相関係数 [=独立係数 coefficient of contingency]=0.530; $P<0.01$).

(D)の「脳死状態」と判定した後の治療方針を問う選択では、①の「すぐに治療を中止すべきだ」とする意見は5%で、過半数の62%が②の家族の意向に沿うべきであるとしていた。「脳死状態＝個体死」とするならその時点で治療は終了(中止)するのが医療の原則だが、この①と②の回答は(A)の結果に沿い、(B)の結果とは乖離している。また、③の「従来どおり心停止まで治療すべきだ」とする意見は2%であった。さらに、④や⑤のように「脳死状態」からの臓器提供を考えている意見は、計17%を占めていた。この場合の学年間の目立った変化では、②についてはC1が37%だったのに対し、M1とM4ではともに約80%に達したことである。一方、学年が進むにつれて、④と⑤は、どちらもC1からみてM4では1/3に減少した。[$\chi^2=26.554$, $P<0.01$].

(2) 「植物状態」の評価

このケースは、まだ遷延性意識障害(「脳死」や植物状態などの慢性脳障害)の分類が混乱していた時期の事例であり、ハーバード大学の脳死判定基準を満たさないために医師団は呼吸器をはずさないでいた。しかし、両親ははずすことを希望しており、ここに倫理的ジレンマが生じている。このケースでは最終的に呼吸器がはずされたが、カレンはその後9年余り、意識回復のないまま生存し続け、結果的に植物状態であることが判明した事例である(プロディ1985)。このケース・スタディでは、カレンの状態を植物状態と把握しなくとも、また、

表2 「植物状態」のケースとアンケートの結果

—(2)「植物状態」のケースとアンケートの結果—				
<p>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歳のカレン・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に該当しないので治療を中止せず、人工呼吸器と胃管栄養で5か月間、昏睡状態のまま生きていた（遷延性意識障害）。医師たちは人工呼吸器をはずせばカレンは死ぬと考えていた。</p> <p>意識回復の希望がないままなので、カレンの両親は人工呼吸器をはずすよう要求した。両親の考えでは、これは神の意思にそったものであり、カレン自身が望むところであるという。医師団は「脳死」していない患者の治療停止を拒否した。</p>				
設問(A) あなたは人工呼吸器をはずすことに賛成しますか？				
合計	C1	M1	M4	選択肢
193(100%)	75名	44名	74名	
44 (23)	28%	32%	12%	①YES
115 (60)	48	59	72	②NO
31 (16)	21	9	15	③保留
(B) あなたは、胃管栄養を中止することに賛成しますか？				
193(100%)	C1	M1	M4	選択肢
30 (16)	21%	23%	5%	①YES
128 (66)	52	68	80	②NO
30 (16)	21	9	14	③保留
(C) カレンが肺炎になった時に、抗生物質使用などで積極的に治療することにあなたは賛成しますか？				
193(100%)	C1	M1	M4	選択肢
86 (46)	20%	55%	64%	①YES
33 (17)	19	21	14	②NO
54 (28)	37	25	20	③保留
(D) 現在、植物状態＝個体死（人間の死）と考えていますか？				
193(100%)	C1	M1	M4	選択肢
31 (16)	29%	11%	5%	①植物状態＝個体死と考える
159 (82)	68	89	93	②植物状態＝個体死とは考えていない
(E) あなたは、将来、植物状態＝個体死（人間の死）とされる可能性（あるいは危険性）があると考えますか？				
193(100%)	C1	M1	M4	選択肢
74 (38)	49%	27%	34%	①植物状態＝個体死とされる可能性がある
61 (32)	15	34	47	②植物状態＝個体死とされる可能性はない
55 (28)	33	39	18	③わからない（考えがまとまっていない）
(F) 植物状態と判定したら、治療はどうすべきだと考えますか？				
193(100%)	C1	M1	M4	選択肢
10 (5)	7%	5%	4%	①点滴も胃管栄養も中止（終了）すべきである
13 (7)	3	11	8	②胃管栄養だけは続行すべきである
96 (50)	9	68	80	③心停止まで薬物療法を含め通常の治療はすべきである
32 (17)	33	11	3	④臓器提供を考えて希望者が現れるまで治療は続けるべきである

医師団と同様、呼吸器をはずせば心停止に至ると想定していてもかまわない。要するに、カレンのように、「脳死状態」状態よりはよい状態とみなされている昏睡患者の選択的治療停止について医学生がどう考えているかをみることにあつた。その結果は、表2に示した。

設問(A)の呼吸器をはずすことに賛成が23%、反対が約3倍の60%を占めた。このことから、このケースは選択的治療停止を考えず、医療行為を継続し患者を助ける方向性を選択しているといえよう。そのためか(B)の結果的に餓死を招く胃管栄養の中止にも反対は多数(66%)であり、賛成は16%と少なかった。また(C)の抗生物質使用などによる肺炎の積極的治療に対して賛成のものは46%、反対は17%であった。

また、このケースの選択的治療停止に対する意見で学年間の目立った変化は、(A)の呼吸器に関しては反対がM4で72%と多くなり賛成が12%に減り [$\chi^2=12.284$; $p<0.05$], (B)の胃管栄養では反対がM4で80%と多くなり賛成が5%に減り [$\chi^2=17.011$; $p<0.05$], (C)の抗生物質使用については、賛成がC1の20%から、M1の55%、M4の64%の順に増えた [$\chi^2=20.838$; $p<0.01$] ことである。

次に、一般論の設問では「植物状態」という用語を使用することで、カレンのケースが植物状態に関する問題であることを示唆した。設問(D)では、現時点で「植物状態=個体死」とはみなさない意見が82%と大多数を占め、そうみなす意見は16%にとどまった。しかし、(E)の将来「植物状態=個体死」とされる可能性があるとする意見は2倍以上の38%と増える傾向がみられ、そうみなさない意見は、現時点の半分以下の32%に低下した。このことは将来的には「植物状態」の昏睡患者に対する見方が、現時点とは異なり、いわば「脳死」状態の評価に似てくる可能性を示している。この変化は学年間でもみられた。すなわち、「植物状態=個体死」とする見解についての学年間の変化は、(D)の現時点で賛成とする意見はC1の29%からM4の5%へと漸減し、反対はC1の68%からM4の93%へと漸増している [$\chi^2=17.282$; $p<0.01$]。 (E)の将来の見方も賛成がC1の49%から、M1の27%やM4の34%のレベルに減って、反対がC

1の15%からM1の34%やM4の47%に増加している [$\chi^2=22.159$; $P<0.01$]. しかし、将来的にはC1やM1だけでなくM4でも「植物状態=個体死」となる可能性(危険性)があるとする観点が増加している。

一方、設問(F)の「植物状態」患者の治療方針としては、①のただちに中止すべきとする意見は、「脳死」状態の時と同様、少数(5%)で、50%が③の「心停止まで治療すべきだ」を選択した。これに②の「胃管栄養だけは続行すべきだ」を選んだ7%を加えると計57%が治療停止を選択しなかった。また、④の臓器提供を考へつつ治療を継続するという、折衷案的な選択も、(1)「脳死状態」の時と同様、17%を占めていた。

これの学年間の変化は、C1では④の折衷案的な選択が33%と多かったが、M1では11%、M2では3%と減少し、逆に③の「心停止まで治療」はC1では9%だったが、M1で68%、M4で80%と増加している。①のただちに中止は各学年とも数パーセントにとどまった。 [$\chi^2=68.740$; $P<0.01$]

(3) 「障害新生児」の一例の評価

このケースの生後4日目の新生児は、第18染色体のトリソミーという重度の障害児であり、人工呼吸器なしには生存が不可能な状態にある。この患者の運命を決めるべく病棟会議が開かれている。プロディは、この意思決定の際にも、人間の生命の質という概念が問題になるとしている(プロディ1985)。つまり、この患児は、人格的存在としての人間に必要な最小限の能力ももたないほどの重度の「精神遅滞」であるから倫理的判断上はカレンと同じカテゴリーに入ると考えるか、それとも、この患児は「生命の質」が非常に限られたものであるとはいえ、人格的存在としての人間としてその質に応じて医療上の意思決定がなされなければならないとする。もし前者が正しいと考えれば、この家族にとって何が最善かだけを考へて医療行為の決定(この場合には、選択的治療停止を意味する)がなされることになる。このケースでは、こうしたセッティングにそって小児科医長(+小児科のレジデント)と病棟の看護婦(+精神科医)との間に倫理的義務に関する対立が設定されている。この結果は、表3に示した。

表3 「障害新生児」のケースとアンケートの結果

—(3)「障害新生児」のケース・スタディ—

生後4日目の新生児が重篤な呼吸障害のため人工呼吸器をつけています。検査の結果は、第18染色体のトリソミーという診断でした。これは重篤な精神遅滞と成長障害と種々の解剖学的異常（手指奇形、小顎、内臓奇形など）を起こす遺伝病です。この奇形をもった者が成人まで生きたという報告もあるが、87%は1年以内に死亡するといわれています。この子をどうするのかを決定するための病棟会議が開かれています。

- ①小児科医長（主治医）：両親は「子供が正常に成長する保証がないなら何もしてもらいたくない」と言っている。私も同じ意見である。
人工呼吸器をはずし、治療を中止すべきだ。
- ②精神科医：両親と何回も話したが両両親は動揺し混乱している。今、彼らの言うとおりの人工呼吸器を止めたら、彼らは後で罪の意識から精神医学的な問題を起こすであろう。
その意味で人工呼吸器は、はずすべきではない。
- ③病棟の看護婦：私たちは、この子を一番世話している。この子には生きる権利がある。
この子を人の手で殺すことはできない。
- ④小児科のレジデント：自分の受け持ち患者のことを聞いてもらいたい。その患者にも呼吸困難があるが、この新生児が人工呼吸器を使用しているために人工呼吸器が使えず、50%の確率で発生する脳障害のリスクを冒している。人工呼吸器が使えれば、私の患者は健康になれる。
人工呼吸器を私の患者にまわすべきだ。

設問(A) あなたは誰の意見を支持しますか？

合計 193(100%)	C1 75名	M1 44名	M4 74名	選択肢
34 (18)	21%	16%	15%	①小児科医長（主治医）
☞ 55 (28) ← 計	36	11	31	②精神科医
☞ 49 (25) ← 53%	19	25	32	③病棟の看護婦
30 (16)	12	30	11	④小児科のレジデント
11 (6)	4	11	4	⑤誰も支持できない

(B) あなたは誰が最終的に決定すべきだと思いますか？

193(100%)	C1	M1	M4	選択肢
☞ 66 (34) ← 計	31%	48%	30%	①小児科医長（主治医）
2 (1) ← 70%	1	2	0	②精神科医
0 (0)	0	0	0	③病棟の看護婦
0 (0)	0	0	0	④小児科のレジデント（研修医）
☞ 69 (36) ←	37	31	36	⑤両親
26 (13)	16	7	15	⑥病院の倫理委員会

設問(A)では、呼吸器をはずすとする①小児科医長（主治医）と④小児科レジデントの意見を支持したのは、順に18%と16%で、計34%が選択的治療停止を採用したことになる。逆に呼吸器をはずすべきではないとした②精神科医と③病棟の看護婦の主張を支持する意見は、順に28%と25%で、計53%となり、選択的治療停止を上回っていた。学年間では、①+④については、C1の計33%、M1の計46%、M4の計26%となり、②+③については、C1の計55%、M1の計36%、M4の計63%となり、M1が最も選択的治療停止に賛同する集団となっていた。[$\chi^2=20.331$ ； $p<0.01$].

しかし、(B)の「最終的に誰が決定すべきか」という問いに対しては、呼吸器をはずすと主張する①主治医や②両親が決定すべきだとする意見が、それぞれ34%と36%の計70%を占めた。これは、結果的には選択的治療停止につながり、(A)での選択とは矛盾しているように思われた。逆に、②精神科医（1%）や③病棟の看護婦（0%）を選んだ意見はほとんどなかった。これは、患児を世話していかなければならない両親（あるいは家族）や医療上の責任者である主治医が実際的には最終的な意思決定を下すことがほとんどである現実を反映しているといえる。また、13%が、関係者の合議の形態の1つとしてあげた⑥「病院の倫理委員会」が決定すべきとしていた。各学年も、ほぼ同じ傾向を示し、3学年間の変化には有意差は認められなかった、[$\chi^2=6.334$ ； $p>0.25$ でNS.]。

2. 各々のケースの間の関連について

(4) 3つのケース・スタディにおける治療停止の相関性について

表4は、「脳死状態」のケース(1)での治療停止（呼吸器の使用中止）に関する①②③の3つの選択の決め方（横系列）と、ケース(2)のカレンの「植物状態」における呼吸器使用の中止についての賛成、反対、保留の意思決定の仕方（縦系列）の間の関連をみるためにアンケート結果から作成した3×3の分割表である。この表からは、2つの系列の間には相関がないことが示された（定性相関係数 $C=0.0973$ ； $p>0.5$ でNS.）。このことは、医学生たちは「脳死状態」

表4 「脳死」状態での呼吸器の使用中止に対する判断 [ケース(1)の(A)] と「植物」状態での呼吸器の使用中止に対する判断 [ケース(2)の(A)] との対比

(2) 両親の希望によって呼吸器をはずすことに	(1) 両親に	①脳死＝死なので呼吸器を止めたいと説明する	②脳死≒死と同然だが、心停止まで呼吸器をつけるかとたずねる	③重篤だが最後(心停止)まで積極的に治療しましょうと言う	合計
①賛成		7	31	5	43
②反対		18	80	12	110
③保留		5	24	1	30
合計		30	135	18	183

表5 「脳死」状態での呼吸器の使用中止に対する判断 [ケース(1)の(A)] と「障害新生児」の選択的治療停止に対する判断 [ケース(3)の(A)] との対比

(3) 新生児の治療方針で誰を支持するか?	(1) 両親に	①脳死＝死なので呼吸器を止めたいと説明する	②脳死≒死と同然だが、心停止まで呼吸器をつけるかとたずねる	③重篤だが最後(心停止)まで積極的に治療しましょうと言う	合計
①小児科医長(主治医)		10	21	4	35
②精神科医		3	40	8	51
③病棟の看護婦		9	38	3	50
④小児科の研修医		7	23	0	30
⑤誰も支持しない		1	7	2	10
合計		30	129	17	176

(注) ①④は呼吸器の使用中止に賛成, ②③は反対.

表6 「植物」状態での呼吸器の使用中止に対する判断〔ケース(2)の(A)〕と「障害新生児」の選択的治療停止に対する判断〔ケース(3)の(A)〕との対比

(3) 新生児の 治療方針で 誰を支持するか？	(2)	呼吸器を はずすことに	呼吸器を はずすことに	呼吸器を はずすことに	合計
		①賛成	②反対	③保留	
①小児科医長 (主治医)		16	13	6	35
②精神科医		11	33	11	55
③病棟の看護婦		8	37	6	51
④小児科の研修医		7	20	0	27
⑤誰も支持しない		1	6	3	10
合計		43	109	26	178

(注) ①④は呼吸器の使用中止に賛成, ②③は反対.

とカレンのような昏睡患者(植物状態)の場合の選択的治療停止を違った観点から判定していたことを示唆している。ちなみに、植物状態の患者は、定義上、自発呼吸が可能であるから、一般には、呼吸器の使用中止は選択的治療停止の問題にはなりにくい、その経過のうちには、肺炎を併発するなどして呼吸器が必要になることもある。

次の表5は、同様に、「脳死状態」のケース(1)での治療停止(呼吸器の使用中止)に関する①②③の3つの選択の決め方(横系列)と、ケース(3)の「障害新生児」における呼吸器使用の中止について①～⑤までの誰の意見が支持されたか(縦系列)の間の関連をみるために作成した3×5の分割表である。この表からは、2つの系列の間には相関がないことが示され(定性相関係数 $C = 0.283$; $p > 0.05$ でNS.), 医学生たちは「脳死状態」と「障害新生児」の選択的治療停止を違った観点から判定していたと考えられる。

また表6は、同様にケース(2)の「植物状態」における呼吸器使用の中止に対する賛成、反対、保留の意思決定の仕方(横系列)と、ケース(3)の「障害新生

児」における呼吸器使用の中止について①～⑤までの誰の意見が支持されたか（縦系列）の間の関連をみるために作成した3×5の分割表である。この表から、2つの系列の間には有意の相関があることが示された（定性相関係数C = 0.330；P < 0.01）。つまり、医学生たちは「植物状態」と「障害新生児」の選択的治療停止を類似の観点から判定していたといえる。

これらの結果から、医学生たちにとって、「脳死状態」の患者に対する選択的治療停止と、「植物状態」の患者や「障害新生児」の選択的治療停止との間には何らかの区別があることが示唆される。つまり、後者の2つの治療停止は選択されにくいと考えられる。

表7 現時点で「脳死＝人の死」かどうかに対する判断〔ケース(1)の(B)〕と現時点で「植物状態＝人の死」かどうかに対する判断〔ケース(2)の(D)〕との対比

現在の判断 \ 現在の判断	① 植物状態＝人の死	② 植物状態≠人の死	合計
①脳死状態＝死	23	94	117
②脳死状態≠死	1	15	16
③保留	8	47	55
合計	32	156	188

表8 将来、「脳死＝人の死」かどうかに対する判断〔ケース(1)の(C)〕と将来、「植物状態＝人の死」かどうかに対する判断〔ケース(2)の(E)〕との対比

将来の判断 \ 現在の判断	① 植物状態＝人の死	② 植物状態≠人の死	③ 保留	合計
①脳死状態＝死	52	50	24	126
②脳死状態≠死	4	6	2	12
③保留	17	8	26	51
合計	73	64	52	189

(5) 「脳死状態」と「植物状態」の意味づけの相関性について

表7は、一般論として、現時点で「脳死状態＝人の死」とみなすかどうかの価値判断と、現時点で「植物状態＝人の死」とみなすかどうかの価値判断との相関性について、アンケート結果から作成した3×2の分割表である。この表からは、2つの系列の間には相関がないことが示された（定性相関係数 $C = 0.106$ ； $p > 0.25$ でNS.）。このことは、現時点では、医学生たちが「脳死状態」の価値判断と「植物状態」の価値判断とを違った観点から行っている可能性を示唆している。

次に表8は、一般論として、将来「脳死状態＝人の死」とみなされるかどうかの価値判断と、将来「植物状態＝人の死」とみなされるかどうかの価値判断との相関性について、アンケート結果から作成された3×3の分割表である。この表からは、2つの系列の間には有意の相関があることが示された（定性相関係数 $C = 0.322$ ； $p < 0.01$ ）。つまり、医学生たちは、将来の時点では「脳死状態」の価値判断と「植物状態」の価値判断とが同じ観点から行われるようになると考えているといえよう。

この結果は、現時点で「脳死状態」の患者に対する選択的治療停止と「植物状態」の患者の選択的治療停止との間にある見方の違いが、将来的には同じ観点で行われる可能性があることを意味している。つまり、選択的治療停止が「脳死状態」だけでなく、「植物状態」にも拡大される傾向が示唆されたといえよう。

(6) 「脳死＝人の死か？」や「植物状態＝人の死かどうか？」に対する判断と「障害新生児」の呼吸器使用の中止に対する判断の組合わせの主要なパターン

表9は、ケース(1)(B)の「脳死状態＝人の死」かどうかの判断と、ケース(2)(D)の「植物状態＝人の死」かどうかの判断と、ケース(3)(A)の「障害新生児」の呼吸器の使用中止に対する判断の組合わせの主要なパターンを示している〔%は、193名(100%)に対応〕。表中、各ケースからの3つの選択肢の組合わせの中ではパターン④＝{①脳死＝個体死と考える；②植物状態＝個体死とは考えていない；②精神科医 or ③病棟の看護婦たちの主張を支持(この障害新生児の呼吸

表9 「脳死＝人の死か？」や「植物状態＝人の死かどうか？」に対する判断と「障害新生児」の呼吸器使用の中止に対する判断の組合わせの主要なパターン

(1) (B)「脳死＝人の死」かどうかに対する判断 (2) (D)「植物状態＝人の死」かどうかに対する判断 (3) (A)「障害新生児」の呼吸器使用の中止に対する判断	
193(100%)	〈組合わせのパターン〉 (ケース)
9 (5%) ①	①脳死＝個体死と考える (1) ①植物状態＝個体死と考える (2) ①小児科医長(主治医) or ④小児科のレジデントの 主張を支持(この障害新生児の人工呼吸器をはずすべき) (3)
11 (6%) ⑧	①脳死＝個体死と考える (1) ①植物状態＝個体死と考える (2) ②精神科医 or ③病棟の看護婦の主張を支持 (3) (この障害新生児の人工呼吸器をはずすべきではない)
31 (16%) ①	①脳死＝個体死と考える (1) ②植物状態＝個体死とは考えていない (2) ①小児科医長(主治医) or ④小児科のレジデントの 主張を支持(この障害新生児の人工呼吸器をはずすべき) (3)
55 (29%) ⑩	①脳死＝個体死と考える (1) ②植物状態＝個体死とは考えていない (2) ②精神科医 or ③病棟の看護婦の主張を支持 (3) (この障害新生児の人工呼吸器をはずすべきではない)
7 (4%) ⑨	②脳死＝個体死とは考えていない (1) ②植物状態＝個体死とは考えていない (2) ①小児科医長(主治医) or ④小児科のレジデントの 主張を支持(この障害新生児の人工呼吸器をはずすべき) (3)
6 (3%) ④	②脳死＝個体死とは考えていない (1) ②植物状態＝個体死とは考えていない (2) ②精神科医 or ③病棟の看護婦の主張を支持 (3) (この障害新生児の人工呼吸器をはずすべきではない)
6 (3%) ⑦	③「脳死＝個体死」については保留 (1) ①植物状態＝個体死と考える (2) ②精神科医 or ③病棟の看護婦の主張を支持 (3) (この障害新生児の人工呼吸器をはずすべきではない)
17 (9%) ⑤	③「脳死＝個体死」については保留 (1) ②植物状態＝個体死とは考えていない (2) ①小児科医長(主治医) or ④小児科のレジデントの 主張を支持(この障害新生児の人工呼吸器をはずすべき) (3)
26 (14%) ①	③「脳死＝個体死」については保留 (1) ②植物状態＝個体死とは考えていない (2) ②精神科医 or ③病棟の看護婦の主張を支持 (3) (この障害新生児の人工呼吸器をはずすべきではない)

(3%未満の組合わせは省略)

器をはずすべきではない}が最多で、29%を占めていた。この結果は、前節(4)の結果と類似している。

また、3つのケースともに治療停止を選択する、組み合わせのパターン①={①脳死=個体死と考える；①植物状態=個体死と考える；①小児科医長(主治医) or ④小児科のレジデントを支持(この障害新生児の呼吸器をはずすべき)}は5%であった。また、逆に3つのケースともに治療停止を否定するパターン④={②脳死=個体死とは考えていない；②植物状態=個体死とは考えていない；②精神科医 or ③病棟の看護婦たちの主張を支持}は3%であった。ただし、④に、③「脳死=個体死」については保留とする組み合わせ①の14%を加えると選択的治療停止に批判的な意見は17%になる。さらに、これに「脳死状態」の治療停止のみを考える②を加味すると、46%が「植物状態」と「障害新生児」の治療停止に反対していることになる。このことも前節(4)を裏づけている。

一方、①に近いが、「障害新生児」の選択的治療停止のみを否定する立場の組み合わせ⑥が6%あったが、これは前節(5)の結果と関連がありそうである。逆に、「障害新生児」の選択的治療停止のみを肯定する立場②は4%であった。また、「脳死状態」や「障害新生児」の選択的治療停止は肯定するが、「植物状態」の治療停止には反対する立場のパターン⑦が16%に達していた。

VII 考 察

① 今回の193名の医学生意識調査では、たとえば一般論では62%が「脳死状態=個体死」とし、「脳死状態」のケース・スタディでも69%が「脳死状態=個体死」と両親に説明していることは、先述したプロディのいうように米国の生物医学的理念との一致をみせている。しかし、その一方で62%が呼吸器をはずすかどうかの判断を両親の意向にゆだねるという意味決定を示している。個体死と判断しても死体には治療しないという原則に則ってただちに治療を中止するというのは5%にすぎず、生物医学の理念上の評価と実際の治療行為の選択における意思決定とが乖離するパターンが優勢を占めていた。つまり医学生た

ちの論理には、「脳死」状態＝個体死としながらも呼吸器をはずすことは両親が決定すべきこととみなす論理展開が特徴的であることがうかがえる。本稿では、このような「分裂した」論理展開のパターンを **S論理**（＝“split”logic）と呼ぶことにする。

⑥また、一般論では 8%が「脳死」状態＝個体死とは考えず、臨床的にも、「脳死」状態と言わずに「お子さんは重篤だが最後（心停止）まで望みを捨てず、積極的に治療しましょう」と両親に説明する論理展開が10%にみられた。こうした、いわば伝統的な論理展開のパターンを **T論理**（＝“traditional”logic）と呼ぶことにする。これは米国のバイオエシックスの文脈で言う「生命至上主義 vitalism」の論理に相当していよう。生命至上主義とは、いわゆる延命治療を肯定する立場で、加藤は、その観念の形態を「一．人工妊娠中絶は禁止されねばならない。二．早産児の治療には全力をつくし、治療の結果重度の障害児が生き残る結果になっても、延命をはからなくてはならない。三．回復の見込みのない患者が、極度の痛みのために精神異常となるほどになっても、安楽死は認められない。四．脳死状態にある人は、可能な限り栄養と酸素を補給し、細胞腐敗の開始まで延命をこころみるべきである。人間として生を享けたものすべての命を、いかなる犠牲を払っても、一秒でも長く延命すべきであるという」ものであると描写している（加藤1990）。臨床上は、これほど極端ではなくとも、T論理が展開される背景にはこうした観念があるといえよう。

⑦また、「脳死状態＝個体死」とみなし治療を中止（終了）したいとする意見が 5%あったが、死と判定したならば不思議ではない。先述のように、プロディは、このケース・スタディに関して「脳死の概念を受け入れるなら例題18 [このケース]はかなりはっきりする。脳外科指導医が……呼吸装置をはずすなり、することに対する同意を両親からとるように助言したのは間違いである。すでに死んでいる人を死なせることはできないし死体から呼吸装置をはずすのに同意を求める必要もない」と述べている（プロディ1985）。この調査のケース(1)では、学生の16%が両親に呼吸器を止めたいと意思表示していた。

さらに彼は、「他方、両親がジョニィ [このケースの10歳の少年] の腎臓を寄

付することに同意するなら新鮮な腎臓を得るため摘出手術がすむまで呼吸装置を使って悪いことは何もないだろう。この場合もやはり、腎臓は死体から取るのであって、腎臓を摘出したとか、その後の呼吸装置を止めたことで死ぬのではない」とし、臓器移植の場合、特例措置として臓器摘出まで「脳死」者（死体と解釈される）の呼吸器使用による血圧等の管理を行うことの倫理的正当性を強調している。こうした価値判断が行われる中心的な背景には、限られた医療資源や医療費をすべての人に無制限に使用するわけにはいかないのだから、より必要と認められる患者に制限し適切に分配すべきであり、延命医療の費用を公共的に負担すべき理由はないとする功利主義的な観点があろう。このような実利的な論理展開のパターンを、便宜上、U論理(=“utilitarian”logic)と呼ぶことにする。

この調査の「脳死状態」に関しては、学生たちの価値判断はS論理が主流であり、残りの一部にU論理とT論理がみられる状況といえよう。看護学生の「脳死・臓器移植」観については、青木らや筆者の調査でも同様の傾向があった（青木他1990, 村岡1991）。後者では、看護学生92名中、一般論で73%が「脳死=人の死」と「脳死からの臓器移植」に賛成したが、それが自分や家族など身近の人のことでも意見を変えなかったのは17%にとどまり（これは、U論理に近い）、差の56%は意思決定が変わってしまうS論理に相当していた。いずれにも反対したT論理に相当する者は14%と、この調査と同様に少数だった。

④次に、カレンのケース・スタディでは選択的治療停止に関しては、学生193名中、60%が反対し延命を続けることを主張していた。一般論でも「植物状態=人の死」とは考えない人が82%の大多数を占め、植物状態の選択的治療停止（点滴や胃管栄養の中止）に賛成の者は5%にすぎず、74%が何らかの延命措置に賛成していた。つまり、この調査では、植物状態に関してはT論理が優勢であるといえよう。しかし、将来的には38%が「植物状態=人の死」となるとしており、U論理が増える可能性はあろう。また「障害新生児」のケース・スタディでは、U論理は、選択的治療停止に賛成する小児科医長（両親の代弁者）と小児科のレジデントを支持した34%であり、T論理は、治療停止に反対する病

棟の看護婦と精神科医を支持した53%であった。ただし、精神科医の治療停止への反対は両親の立場に立ったものであり、看護婦の論理とは質的には異なっている。

◎ところで、T論理の観点からみれば、「脳死状態」「植物状態」「障害新生児」のいずれも治療対象になるのに対し、U論理の観点からは、これらのケースは、どれも選択的治療停止の対象となりうる。それは、後者では、各ケースの「生命の質」がないか、あってもきわめて低く、医療上の意思決定の際に重要視すべき「人格条件」が欠如しているとみなされるからである。その条件とは、自己意識があり理性的であることを指し、その条件を備えた人間だけを「パーソン person」（人格を有する存在）とみなす。この条件を欠いた者は、人類という「生物学的なヒト」とはいえども「パーソン」ではないと区別されることになる（エンゲルハート1988、加茂1991、プロディ1985、水谷1992、Gervais1986）。人格条件としては、この自己意識要件に加え、具体的に、意識（特に苦痛を感じる能力）、問題解決能力としての理性、本能や強制ではなく自分の意思で行為できること、コミュニケーションの能力などがあげられる（香川他1992）。これらは生理学的には大脳皮質（新皮質）の機能に相当しており、結局は、大脳の機能の有無がパーソンか否かの分岐点になるのである（Gervais1986）。つまり、「脳死」患者も「植物」状態の患者も障害新生児も生物学的にはヒトとしても、大脳機能がないために、生存する重大な権利を有するパーソンのカテゴリーには属さない。その結果、選択的治療停止の対象になるわけである。

また、サンパイオも、回復の見込みがまったくない場合、呼吸器や栄養チューブで意識のない患者を生かし続けることは非人間的であるとして、こうした場合の尊厳死の権利のための国際的なガイドラインの草案を紹介している。ここでは、無意識で自由意志のない患者などの場合には、患者側や医療者側から中立の専門家が、患者に同意や拒否能力がないこと、および、提案された治療が患者の健康にとって最善の利益であることを認め、かつ、患者がリヴィング・ウィルなどの事前指示を出していないなどの条件が満足された場合、患者のインフォームド・コンセントなしに「尊厳死」のための選択的治療停止を行うこ

とができるとする。また彼は、事前指示 advance directives としては、リビング・ウィルよりも DPA (Durable Power of Attorney for Health Care ; 医療上の意思決定に関して代理人に持続的な決定権を委託するもの) のほうが有用だとしている。なぜなら、リビング・ウィルは前もって予想して意思決定した範囲でしか効力がないのに対して、後者は、病気の経過に沿って、患者の苦痛やどの時点で「生命の質」が損なわれたかを随時評価して判断できるからである (Sampaio1992)。

①実際米国では、カレンのケース以降、ハーバードやコンロイの事例にみるように、選択的治療停止の内容の争点が、「解決済み」の人工呼吸器から点滴や経鼻的胃管栄養などの人工栄養の是非に移ってきている (レイチェルズ1991)。つまり、治療停止の対象が、植物状態などの昏睡患者だけでなく、さらに意識があっても「精神的な能力を失った (つまりパーソンでない)」老人に拡張されてきている。

逆に、彼らのような意識障害の患者に対する日本の取組みは一般に T 論理的である。たとえば、植物状態の治療で意識やコミュニケーションの回復した例は少なくない (立花他1991)。発病直後なら、「脳死状態」に対しても、救急車で病院に到着した時すでに呼吸も心臓も停止している DOA (到着時死亡) 同様、強力に治療されることが一般的であろう。福田らは、2年半に80例の DOA を治療し、その結果、1人が完全に社会復帰したと報告している (福田他1992)。米国などのように、U 論理が優勢とみなされる社会では、こうした治療は無意味とされてしまうであろう。日本でも、結果の(4)と(5)のみたように、選択的治療停止の対象として、将来的には、現在は「脳死」状態と植物状態の間にあると思われる垣根が取り払われてしまう可能性 (危険性) がある。

⑧ちなみに、ワイヤーの「選択的治療停止 (selective nontreatment)」という言葉 (ワイヤー1991) は、しばしば医療倫理で使用される「安楽死 (特に消極的安楽死)」とほぼ同等の行為を指している。レイチェルズは、塩化カリウムなどを注射して死なせる積極的安楽死と区別し、消極的安楽死は、延命治療 (薬や呼吸器の使用や手術) を控えて、患者を苦しめている当の病気で「自然に」

死なせることであり、殺すこととは違うと強調している (レイチェルズ1991)。しかし、安楽死という言葉にも、たとえば、よかれと思ってやったなどといった、医療者や家族などの行為者の意図や様々な価値観が含まれてしまう。そのため、ヴァン・デル・マースらは、臨床上多義的な「消極的安楽死」という言葉の使用を避け、「非治療の決定 (non-treatment decisions)」と具体的に言い直している (Van Der Maas 1991)。「選択的治療停止」も、これと同じく、もっぱら救命治療の不開始や延命治療の中止という意味決定およびその行為だけを指示している。

⑥最後に、対象とした3つの学年 (C1, M1, M4) というサブ・グループ間の差異について触れてみたい。今回の結果では、どのケース・スタディでも、学年が進むにつれて「脳死」や「植物状態」などの生物医学的な知識は深まるようだが、それがただちに選択的治療停止には結びつかないといったように、知識と実際的意思決定との間の幅が広がる傾向が示された (たとえば「脳死状態=個体の死」とする割合は学年が進むにつれて漸増するが治療中止の是非の判断は家族の意向に沿うとするなど)。ところで、米国の客観性・科学性を強調する医学教育でも、医学生たちは、上級に進むにつれて、むしろ医療の人間性に関する意識は強くなり、社会的問題として具体的現実的な行動を提起できる状況になり、学生や臨床教師たちの科学性への志向・関心の強さが医療における人間性や責任の軽視につながると短絡的に判断することはできないという (中川1977)。このように医療倫理上の価値判断と医学知識の獲得とが必ずしも平行ではない点は、医療倫理の教育を考慮するうえでも重要な点であると思われる。

V おわりに

193名の医学生のアンケートを分析し、その「脳死状態」、「植物状態」および「障害新生児」のケースに対する選択的治療停止に関する意識調査を行った。その結果「脳死」状態の場合、一般論では62%が「脳死=人の死」としながら

も、ケース・スタディでは逆に69%が治療停止（ここでは呼吸器の使用中止）の判断を両親に求めるとした。一方「植物状態」の場合には、一般論でも大多数の82%が「植物状態は人の死ではない」とし、ケース・スタディでも60%が選択的治療停止に反対した。「障害新生児」の場合も53%が選択的治療停止に反対した。つまり医学生の倫理的価値観では、前者の「脳死」状態と、後者の「植物状態」や「障害新生児」との2つの間に線が引かれていることが示唆された。また、3学年間の変化は医学知識の深化とは必ずしも相関していなかった。

これに対し、海外の「パーソン」という概念を支持する倫理的立場からは、これらの三者を非「パーソン」という同一のカテゴリーとみなし、いずれにも選択的治療停止が適用可能とされうることを文献的に考察した。

最後に、今回のアンケートのように、あるテーマ（たとえば植物状態）の典型的あるいは特殊なケースへの設問と、一般論的な設問を併設することは、より具体的な場面での意思決定が、どのように一般論と一致し、またはくい違っているかを検出することを可能にしている。ことに先端医療や終末期医療における複雑で多面的な意思決定プロセスやパターンの調査には、ケース・スタディを伴うアプローチは有用であると考えられた。

引用文献・参考文献

- 1) 青木秀暢, 他, 1990, 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, No3460: 99-102.
- 2) エンゲルハート, H.T.他, 飯田亘之他編訳, 1988, バイオエシックスの基礎—欧米の「生命倫理」論, 東海大学出版会, p.1-66.
- 3) 香川知晶, 他, 1992, バイオエシックス入門, 東信堂, p.44-58.
- 4) 加藤尚武, 1990, 世紀末の思想, PHP 研究所, p.47-116.
- 5) 加茂直樹, 1991, 生命倫理と現代社会, 世界思想社, p.150-165.
- 6) 立花隆, 他, 1991, 脳死, 日本放送出版協会, p.89-178.
- 7) 中川米造, 1977, 医の倫理, 玉川大学出版部, p.197-207.
- 8) プロディ, H., 館野之男他訳, 1985, 医の倫理 (原書第2版) —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.33-110.

- 9) 福田充弘, 他, 1992, DOA 完全社会復帰例の経験, 大阪救急, 3月号: 51-53.
 - 10) 水谷雅彦, 1989, 「生命の価値」, 塚崎智他編: 生命倫理の現在, 世界思想社, p.131-147.
 - 11) 村岡潔, 1991, 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, vol. 6 : 75-91.
 - 12) レイチェルズ, J., 加茂直樹監訳, 1991, 生命の終わり—安楽死と道徳, 晃洋書房, p.165-196.
 - 13) ワイヤー, R.F., 高木俊一郎他監訳, 1991, 障害新生児の生命倫理—選択的治療停止をめぐる, 学苑社, p.240-279.
 - 14) Beecher,H.K., 1968, A definition of irreversible coma. Report of Ad Hoc Committee of Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. JAMA, vol.205 : 337—340.
 - 15) Gervais,K.G., 1986, Redefining Death,Yale University Press,London.
 - 16) Sampaio.L., 1992, To Die with Dignity,Soc.Sci.Med.,vol.35 : 433—441.
 - 17) Van Der Mass,P.J., 1991,Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life.The Lancet,Vol.338 : 669—674.
-