

有する倫理性、教養の深さであることを述べ、また、「医師・患者関係」の多様性を指摘して、基本に忠実であるとともに柔軟性をも併せ具えることを求めている。その延長として、法の犯すべからざる重要性を認めながらも、医療においてはあくまで職能人としての自己管理を優先すべきであり、以上の全てを包括する結論として、医師・患者関係では両者間の信頼こそが最も重要であるとした。

第2章「自己決定」では、欧米諸国の実情に対して敬意を払い、参考としながらも東西間の文化の差異がそれぞれの医療に対しても少なからぬ影響を与えることに注目した。同時に、とはいうもののそれらの根源に遡れば両者間には多くの共通点があることを強調し、そこにこそ真の拠り所があろうとしている。そのような基本に立てば、インフォームドコンセントにしても「外国の考え方をそのまま日本社会に当てはめることには無理があり、実態に合わせたインフォームドコンセントを求めていく必要がある」とし、また自己決定とは、「結局、医師と患者の対話を通じて患者が十分に納得できる決定を探るということである」とした。

第3章「出生」は、その問題の性格上、また委員各人がもつ知識、経験の程度にはかなりの幅がある点も否定しえず、その結果、懇談会全体としては、どちらかといえば現状を整理、把握し、自身の勉強に資するという姿勢が目立った。したがって報告書の内容も、委員たちの意見開陳というよりは解説的な部分が多く、新鮮味という観点からはやや不十分である。しかしこのような解説も、本報告に目を通す人々、特に日医会員にとっては有用であると信じている。記述は、着床前診断・出生前診断、夫婦以外の配偶子をもちいた不妊治療などの項目について行われている。ただ、胎児については特にその法的ならびに社会的問題が取り上げられ、全体は解説的ながらも、背後にある基本的考え方として「十分の敬意をもって取り扱うべき」ことが希望されている。

第4章は「末期医療と患者の死」で、委員間の議論が最も活発に行われたところである。まず「末期医療の捉え方」をあげ、その定義については従来よりも広範かつ柔軟な考え方を必要とすると述べている。いずれにせよ、中心となるべきは「患者の利益」であるために、先の「医師・患者関係」において指摘

されたようにそこには極めて幅の広い、多様性が存在することが強調された。

「人間の尊厳・尊厳死」では、最近の議論の中に「医療から限り無く遠いところにある死が尊厳死」であるかのごとき考え方が散見される実情に危惧を呈し、節度ある、適切な医療を受けて生を全うした後に迎える死こそが尊厳死であろうとした。続いて「安楽死」「ガイドラインと医師の裁量権」その他についても論じられているが、要は一人一人の医師が豊かな人間性と教養を身につけ、ガイドラインなども尊重しながら結局は自身の判断で個々の事例に処していくのが現状、かつ理想であり、そのため個々の医師は自らの資質向上に努力すべきことを強く求めた。

最終第5章「医療と社会」では先ず、医療人としての自己管理を整える必要性が論じられている。これは医師個人についても、また医師たちがつくる組織としても必要で、前者については個人間の連携を医師会などが積極的に図るべきであるとし、また後者についても日本医師会などの積極的な取り組みを期待している。法と倫理の関連については法の重要性と共にその限界にも触れ、さらに医師に求められる社会的責任として再び医師の精進、努力を求めるとともに、医師と社会とのより密接な交流の必要性が説かれている。最後に遺伝子解析が社会に及ぼすであろう影響についてさらなる検討を必要とし、また国民皆保険制度に関してはそれを堅持すべきと結んでいる。

以上が各章ごとに記した内容の大略である。これらの意見、提言が、日本医師会にとって、今後わが国の医療について考察を進める上で何らかの参考ともなれば、委員一同、この上ない幸いと感じる次第である。

過去2年間に亘る懇談会運営、特に本報告書をまとめるに当たっての事務局員各位の献身と努力に、深く感謝の意を表したい。

## 第1章 医師・患者関係

### 1 医師・疾病関係

「この頃の医者は病人を診ずに病気ばかり診ている」などと言われるように、たしかに昨今、医療内容の高度化、専門分化が進んだことも一因となって、“医師・患者関係”に思いを致す前に、“医師・疾病関係”が前面に出てしまうことも希ではない。医師には、医学者としての一面が必須のものとして求められるため、患者の治療に熱中すればするほど、“医師・疾病関係”重視に傾くことも理解できるが、真に大切なものは、“医師・患者関係”であることを忘れてはならない。

特に医学研究の場では、“医師・疾病関係”が全面を覆いがちである。研究者には、医学の発展という純粋な動機と目的があり、そのためについ正当な手順をおろそかにし、患者に十分な説明を行わないまま、例えば遺伝子研究のサンプルを採取するなどの行為に走ることがある。確かに、行政が定めたガイドラインなども一部の領域にはあるが、その実態は不十分である。医師・医学者はこのようなガイドラインを念頭に置きながらも、その不確定な部分は自らの行動で補い、真の“医師・患者関係”に配慮した、医療人としての倫理を貫くことが肝要である。

診療・研究を通じてこのような態度が自然に生まれるためには、その基盤としていろいろな段階での倫理教育が大切である。特に医学教育では、あらゆる講義、実習などを通じて倫理観が養成され、それが各人のもつ人間観・価値観の基盤となることが望まれる。また、医学以外の一般教育、特に家庭、初等、中等教育の段階における生命倫理に関する基盤養成も重要である。医師には、科学的態度とともに、患者と痛みを共有する姿勢が問われるため、医療の中での倫理観にはとりわけ、科学を超えた人間性尊重の念が必要であることも忘れてはならない。

なお、人体を対象とする医学研究の倫理原則としては、1964年に世界医師会(WMA)で採択された「ヘルシンキ宣言」がある。ヘルシンキ宣言は、その後いく度かの改訂を経て現在に至っているが、その基本には、①患者・被験者福利の優先、②被験者本人の自発的かつ自由な同意、③インフォームドコンセ

ント、④倫理審査委員会による事前審査と継続的な監視、⑤科学常識に沿った基盤と十分な根拠、の5点を必須条件として掲げている。

## 2 医師・患者関係の多様性

それぞれの地域、対象とする患者、あるいは病院の規模等によって、“医師・患者関係”は当然、多様である。例えば、大学病院や大病院では重要な問題とされる医療情報の取り扱い、カルテの開示などについても、開業医の間では若干、認識が異なるであろう。

倫理に関しても、大病院や国立大学には倫理委員会（IRB:institutional review board、HEC:hospital ethics committee）が存在するが、開業医などではこのような問題をどこに相談したらよいか、必ずしも示されていない。医師会として実情を調査し、今後果たすべき役割があれば、順次対策を講じてゆく必要がある。さらにもし必要とあれば、都道府県医師会がそれぞれの地域において中心的な役割を果たす倫理委員会を設立し、中小の医療機関、個人開業医などが悩む倫理的な問題に立ち向かうなども一つの方策で、今後の検討に値するであろう。

日本医師会総合政策研究機構が行った“良質の医療”についてのアンケート調査結果を見ると、患者の多くが、「安全な医療」を望んでおり、それをもって“良質の医療”とすると回答している。他方、医師の多くは健康寿命が延びるという意味で長く生きられる医療や、高度な技術を駆使する医療をもって、“良質の医療”とすると回答している。この結果からも分かるように、医師が考える“良質”と、患者の言う“良質”とは、必ずしも同一ではない。従って、行われる医療の選択、内容につき最終的な判断は医師が主導するにしても、いわゆる“パターンリズム”によって一方的に押しつけることがないよう、患者の十分な納得を得るべく医師として十二分の努力をしなければならない。

別種の多様性として年齢その他の要因によるものが種々あろうが、例えば患者が小児の場合、“医師・家族関係”ともいわれるものがある。患児自身とのコミュニケーションに努力することはもちろんであるが、その家族、特に母親と

の対話を大切にすることによって、よりの確な診断を下しうることも希でない。

状況に即した対応を図り、でき得る限り患者の全体像を把握し、最善の治療を提供していくことが大切であり、そのためには医師会としても、ある程度類型化した対応の体系を整えておくべきであろう。

### 3 医師・患者関係と法

“医師・患者関係”に関する倫理上の原則を法によって厳密に規制することは不適切であり、また不可能でもある。事実、そのような試みは患者一人一人のさまざまな事情に対応できず、かえって実際の臨床にはなじまないものになりがちである。日本では多くの場合、法的な制約とは無関係に、医師は全力を尽くして患者の病気を診断し、患者並びにその家族とともに話し合いながら患者にとって最善の医療を提供できるように努めてきた歴史がある。それを明文化し、医療人と一般社会人が共に参加するような何らかの制度を期待する向きもあろうが、そのような方向に向けての医師法改正は困難である。社会の側から見て正しい共通ルールが医療現場で守られることが担保されていれば、必ずしも法律が必要だとは考えられない。他方、それを自律に求めるとしても、日本の大学医学部や開業医には、自己管理のためのコストや心構えの準備ができていないため、ただちにこれを医師会内部で制度化するというのも非現実的である。今日の問題点は、必ずしも制度が無いことではなく、むしろ職能人としての自己管理の機能が不十分であるということである。そしてその最大の原因は、互いのピアレビューがあまり効いていないため、社会に提供する医療行為についての良質確保がおろそかにされている点であろう。また、今日の日本の医師たちがやや萎縮して、マスコミに悪く書かれないようにという配慮に傾き過ぎる傾向も無視できない。

しかし医学研究については、被験者保護のための法制定が、患者の信頼を確立する方法として役立つはずである。法のしぼりがあると、そのために研究が進まなくなるという意見もあるが、社会にとって真に価値ある研究であれば、国民は正当にそれを察知するはずである。最も大切なものは信頼で、それがあ

れば必ず理解も得られる。例えば治験にしても、ヘルシンキ宣言にあるように、被験者のインフォームドコンセントを常に文書で得ることは「望ましい」が、わが国の社会では十分に適正な手続きを踏んだ上で、必ずしも詳細な書面への署名によらなくても、被験者の同意が得られる場合があると考えられる。

何らかの形で“医師・患者関係”を律するとしても、法のみに拠ることは少なくとも日本社会には馴染まない。法と共に同じく社会の約束事である倫理、医師個人の考えとしての使命感、さらにはこれら総てを支える何らかの哲学が求められるであろう。

ちなみに、世界医師会では2003年5月に「法律と倫理の関係に関するWMA理事会決議」を採択したが、そのなかで「倫理的義務は法的義務を超える」「倫理的責任は法的責任に優先する」と述べている。

#### 4 医師・患者関係における信頼確立への手だて

先に述べたごとく、“医師・患者関係”においてもっとも大切なものは“信頼”である。では、いかにすればこの信頼を確固たるものにできるか。それは医師として、患者に対するその場その場における最善の治療を行う、ということに尽きるであろう。

しかし、診療の実態はきわめて多種多様で、これら総てを一律に論じることにはできない。例えば緊急的に診た患者については、余りにも過酷な完璧さを求めぬよう、また一般的に、近頃、適切な医療であるにもかかわらず不幸な転帰をとった場合に家族が訴訟を起こす例があまりにも多いので、それらを含め適正な良識をわが国としても養っていく必要がある。

世の中すべての事柄がそうであるように、医療についても「運」のような要素が若干は存在する。また、この程度で満足しなくてはならないという限界のようなものもある。しかし、自分自身をめぐる事柄として悩ましい事態に遭遇する患者の立場からすれば、そのような現実を理解し、寛大さを示すことはなかなか難しいであろう。国民は今でも医師は完璧、万能であって欲しいと願望し、期待しがちであるが、今日の医学・医療は内容が非常に高度であり、かつ

専門分化が進んだため、かつての医療形態とはかなり変わってきているということについては、意外なほど目が向けられていない。このような点についても、国民一般の意識改革と理解を求めていかなければ、医師と患者は何時もすれ違いを繰り返し、医療現場には常に誤解と混乱が絶えないであろう。日本医師会が作成を予定している「医師の職業倫理指針」が完成した暁には、それを広く国民に公表し、どういう点に医師は悩み、国民の理解を求めているかをありのままに示し、現代医療の実情を知ってもらうことが、“医師・患者関係”をよくするためにも大きく役立つはずである。その場合、個々の医師には、当然ながら医療の現場において職業倫理指針を遵守し、職業人としての責務を果たしていくことが求められる。

最近の医療現場では、医師とその他の医療従事者との協力、連携による、“チーム医療”がより重要になってきた。しかし、例えば遺伝がかかわる問題では、患者に対するカウンセリングが非常に大事であるにもかかわらず、わが国では医師にのみ資格が認められ、医師以外の者は直接これに関与してはならないという暗黙の了解がある。他方、病院では会計の時などに、患者に対する治療内容を、医師、医療従事者ではない事務職員までが知ってしまうという実情がある。このような矛盾を解決するためにも、またチーム医療の重要性に鑑み、それを一層促進するためにも、コメディカルの秘密保持義務を法によって整備することが必要である。これは当然、患者情報の保護にもつながることで、患者の信頼を増すための一助となるであろう。

現業である医療は、通常の診療行為を行っているつもりであっても、その結果が必ずしも同じになるとは限らない。このような突発、あるいは不規則事態を予め予測し、分類・格付けし、対応を考えておくことは、事実上たいへん難しい問題であるが、現業部門であるがゆえに重要で、医師会としても努力を怠ってはならない。

## 第2章 自己決定

### 1 欧米諸国にみる「自己決定」

#### (1) 欧米の一般状況

医療や医の倫理の中で、その根底にあつて尊重されるべき概念にオートノミー (autonomy、自主性、自律性) がある。この概念が医師・患者関係について論じられる場合、通常はプロフェッショナル・オートノミー (professional autonomy、医師の専門的な自主性、治療選択) を意味する。専門職としての医師にオートノミーを容認することは古来当然視されてきたものの、他方、疾病構造が急性疾患から慢性疾患の増加へと移行し、患者の医療知識が豊かになり、さらに生死を含む人々の価値観が多様化するにつれて、アメリカをはじめとする国々で患者のオートノミー (patient autonomy) が主張されるようになった。世界医師会の「患者の権利に関するリスボン宣言」(1981年) においても、患者の最善の利益に従って行動すべき医師には、患者のオートノミーを保障する努力が求められている。患者のオートノミーは、具体的には治療拒否であったり、自身に判断能力が失われた場合に備えての事前指示 (アドバンス・ディレクティブ: advance directive、リビングウィル: living will=生前発効遺言) であったり、あるいは自分の代りに医療について同意・決定する権限を有する者 (ヘルスケア代理人) を指定しておく (持続的代理) 制度に向けての主張でもありうる。

このような患者のオートノミーの発現は、医師のプロフェッショナルとしての完全無欠性 (integrity) とどのように対峙するのであろうか。判断能力がある成年者による治療拒否であれば、一般に尊重されるべきことは承認されている。他方、判断能力を失った場合に、一定の条件のもとに作成された事前指示書が完全に有効であることは、イギリスでは実現していないものの、アメリカの多くの州法においては認められている。この事実をみても、欧米諸国の間でさえ患者の自己決定権への対応には、それぞれの社会的背景による差異のあることが明白である。要は、患者にとって最善の治療が提供されるために最も必要な要素として考慮すべきは、医師の専門的な知見と、患者本人の意思との両者をともに尊重することであろう。医師が患者に対して正確な診断と考え得る

いくつかの治療方法を説明したうえで、患者や家族の意思を尊重しつつ、その時点における最善の医療が決定されていく。すなわち患者の十分な納得を得た上で、医師が責任をもって方針を決めることが理想であろう。

## (2) 医療における東と西

西洋では、医療や看護はサイエンスでありつつ、またアートであるという言葉がある。サイエンスであるとは、医療の中の最も大きな柱ともいべき医学、すなわち一つの科学（サイエンス、知ること、知識、技術）を重視し、患者の心とからだに何が起こっているかをよく観察し、理解するために、病理学、生化学、遺伝学、分子生物学などの基礎医学の知識を基盤とし、最新の医療機器を活用するという事とも説明される。しかし同時に、臨床においては、多様な患者に対応した技（いわゆるアート）が求められる。アートとは、医療が臨床の技（アート、組み合わせること、art of practice of medicine）であり、患者の心やからだの傷、苦痛をやわらかく、細心の注意をもって受け止め、あたたかくケアしながら、最善の方策を尽くすものとも言われている。たしかに医療は単なる技術ではない。患者の身になって、患者の心とからだの中に、医師の心と技とを投入、対処することであろう。

東洋では古くから、医は「仁術」であるといわれ、また「自利利他の慈悲」といわれてきた。「仁」は、儒教において孔子が提唱した観念であり、一つは礼にもとづく自己抑制心、もう一つは他者への思いやりである。「術」とは、技能、手段を意味する。また、「自利利他の慈悲」とは、大乘仏教にみられる思想である。「自利利他」とは、自ら利益を得ること（自利）と、他者に利益を与えること（利他）との両面をかねそなえることが理想の行いであり、相手が幸福になってはじめて、自己も幸福になることである。慈悲とは、自分が相手の身になって共感しながら苦しみを和らげ安らぎを与えることを意味し、英語では、コンパッション(compassion)と表現されている。

このように、西洋でも東洋でも、本来、医師のもつ使命、基本的姿勢は共通で、苦しみを抱えた患者に共感しながら、病気を診断し、患者のために最高の手立てを施すことを理想としてきた。ところが、特に20世紀に入ってから、医

療界では科学とその応用である技術のみが、格段に重みを増している。しかし近年、こうした“サイエンス一辺倒”を反省すると共に、昔からの大切な精神や技——これをアートとか慈悲にみられる寛容な心と説明する向きもある——が再び見直されるようになってきた。

先端的医療がさらなる進展を続ける時代であるからこそ、医師は、患者一人一人の苦しみに寄り添うような誠実さと共に寛容さをもちながら、その患者にとって最適の医療を提供することを大切にしなければならない。

## 2 インフォームドコンセント

基本的に、医師・患者関係には、父親対子供（パターナリスティック）のような立場から逃れられない要素がある。ただ、過去において、裁量権という名の下に医師個人の考えを余りにも押しつけ過ぎた日本の医療現場があり、当初はこれを若干修正する意図もあって、アメリカ由来の“患者の自己決定”“インフォームドコンセント”が導入されたものと思われる。

時代の変化とともに、患者の権利意識も高まり、また医療技術の高度化に伴い、病気の治療方法にも以前に増して選択肢が増え、さらに高度情報化社会の中で、一般人のもつ医学知識も高まってきたために、今日、インフォームドコンセントは、医師と患者の信頼関係を築く上で欠かすことのできない事柄となっている。

しかしながら日本では、個人のあり方や対人関係が当然、アメリカや西欧諸国とは異なっているので、外国の考え方をそのまま日本社会に当てはめることには無理があり、実態に合わせたインフォームドコンセントを求めていく必要がある（第Ⅱ次生命倫理懇談会は、平成2年1月に『説明と同意』についての報告」をまとめている。）。

医師は具体的な治療法を患者に説明して同意を求めるだけでなく、それに代わる別の治療法がある場合には、それらについても説明することが望ましい。すなわち、患者や家族が選択できるようにするインフォームドチョイスという概念も含むことが重要である。

最近では、患者と担当医との間のみでのインフォームドコンセントでは不十分な場合があるとして、少なくとも担当医でない第三者の医師や医療従事者、また他の職能者が同席する場面も希ならずみられるようになってきた。これは広い意味で、“カウンセリング”とも考えられる。このようなカウンセリングは、1人の医師と1人の患者との間で行われるインフォームドコンセントの次元を超えて、患者に対する敬愛や傾聴というような、さらなる空間的・時間的広がりを共有できるため、患者にとってより有益なことも多い。しかし、インフォームドコンセントをここまで広げ、カウンセリングという形にして、医師だけではなく他の医療従事者とも協力して行うことが果たして一開業医にできるのか、できない場合には誰に頼むのかなど、その実現性について報酬面も含めて考えるとき、現段階では困難であると言わざるを得ない。今後の課題として、取り組むべきである。

研究用や調査目的の、例えば採血や情報収集に際しても、インフォームドコンセントをなおざりにしないよう配慮すべきであり、その他社会一般の人々の間での倫理的な配慮も、今まで以上に慎重にしなければならない。この場合も、前述した世界医師会の「ヘルシンキ宣言」の遵守が大切である。

### 3 患者の自己決定能力

インフォームドコンセントは、医療従事者が十分な説明と情報を提供し、患者がそれを理解し、認識したうえで与える同意でなければならない。患者に判断能力のあることがその前提である。説明と情報の提供については、患者には「十分理解できる言葉で伝えられる権利」(アメリカ病院協会の患者の権利章典、1973年)があるといわれたり、「患者の理解能力にふさわしい方法で伝達されなければならない」(ヨーロッパにおける患者の権利の促進に関する宣言、1994年)とされている。他方、新生児や植物状態患者のように、明らかに判断能力のない人々が存在する。ある種の精神病患者や痴呆性高齢者のように同意や拒絶を表明はするが、本当に理解したうえのことであるか疑わしい人々もいる。このようなとき、臨床現場ではほとんどの場合、個々の担当医の裁量に任せられ

てきたものと思われる。

最近では同意能力が低下した患者の存在に着目し、その権利擁護策を検討する精神科医その他の医療従事者および法律家の研究グループが生まれた。欧米諸国では精神科医、心理士、生命倫理学者等によっていくつかの判断能力評価法が開発されている。それらを利用したとしてもなお評価しがたい場合等において、英米では最終的に裁判所の判断を求める途が開かれている。そのような方途がない日本の医療現場で判定を下す担当医の責任は重大で、もし自らが勧める治療法を受容する患者には判断能力があり、それを拒否する患者には判断能力がないと判定しやすいとすれば問題である。ここでも判定を外部の専門家に依頼するなど、チーム医療の活用が有用であろう。

小児にいつ病気を告知するかといった事柄については、一般的に、小児が自分のことを理解するのは小学校中学年ぐらいからで、知的障害がなければ学童期には自分の病気についてしっかりと理解できると言われている。小児は、表現する力は未熟であるが、理解する力は高い。また、テレビなどを通じていろいろな情報を知っているので、比較的早い時期でも小児が理解できるような言葉で説明することによって、悲観的にならずに理解することができるのではないかと考えられる。

判断能力がない患者の場合、例えば事理の弁識能力に欠ける成年者のためには成年後見法制が整備されているものの、政府は医療行為に関する決定・同意権は後見人の権限に含まれないと説明した。そのため、家族が事実上決定・同意しているのが現状である。しかし、家族の意見を聴く際にはどの範囲までの家族に尋ねるのか、また、家族間で意見が一致しない場合どのように対応するかなどの問題があり、結局、お互いの知識と判断力とを上手に組み合わせる場や関係を築いていくことが大事で、医師は自己決定をすることのできない患者でも、その権利を十分に尊重した上で、最善の方法を家族に詳しく説明することとなる。

家族がいない場合はどうするか、家族以外に患者とより緊密な関係を有する者はどうするのか、ルーチンといえる医療行為と延命治療の中止のような重大な結果をもたらす処置とでは区別して考える必要はないか、アメリカの諸州に

みられるように優先順位まで定めた家族同意法を制定するのがよいのか、後見人の権限を拡大して医療上の決定・同意権を含めるべきか、医療や身上の福祉について決定・同意する制度を新設するか、そのための専門職を特定すべきか、提案されている医療の是非について判断を下す第三者機関を設けるべきか、最終的には裁判所が認許できるようにすべきか等々、これらの問題に対し、医療者の側からも提言があつてしかるべきであろう。

#### 4 患者の自己決定と医師の対応

個々の医師はそれぞれに独立した職業人であり、かつては、「患者は黙って指示に従えばいい」というパターンリズム的姿勢で、誇りと責任をもって診療を行ってきた。しかし、最近では患者の権利、患者による治療法の選択、あるいは一般に、患者主権などが重視されるようになり、医師だけの意見で治療方針を決定するのは妥当ではないと考えられるようになった。今、医師がどのような姿勢で患者に接するかが問われている。医師は、個々の患者の診療を一人で完結することに固執せず、重要課題については、同僚の意見を聞くことも大切である。また、患者に十分な説明をした上で、自らの治療方針を押しつけることなく、患者の希望に耳を傾け、最善の治療を患者と共に選択していくことが重要である。患者が“セカンドオピニオン”を希望する場合は、快く、冷静に希望に応じるべきである。患者がだれに相談したらよいかわからない場合には、例えば、ピアカウンセリングを行っている、同じような疾病をかかえる患者や家族の集団を紹介することも、患者の要望に沿うことであろう。

“患者本位の治療”という考えの延長として、医師は、治療を拒む患者の選択も受け入れるべきである。例えば、エホバの証人の信者による輸血拒否は、それが自分にとって不利であることを知った上での自己決定であり、その裏には強い自己責任がある。これについては、前述した第Ⅱ次生命倫理懇談会の『説明と同意』についての報告の中でも触れられている。しかし、一般に一つの自己決定がまた新たな苦しみを産んでしまう可能性も否定できない。医療者としては、患者一人一人との関わり合いの中で、そのような点にも配慮しなけれ

ばならないであろう。

自己決定とは、結局、医師と患者の対話を通じて患者が十分に納得できる決定をともに探ることである。そのためには、時間のゆとり、人のゆとりと共に、医師・患者ともに真意を述べあえる信頼関係の存在が望まれる。医師は、患者が多かれ少なかれ心理的な危機に面した立場に在り、それを解決し支える立場にあるのが医師であることを常に、十分に心得ていることが必要である。

## 第3章 出生

### 1 着床前診断・出生前診断

着床前診断とは、体外受精が成功し、卵割が進んだ3日後の胚（8週までの生育過程にある受精卵）から1ないし2個の細胞をとり、染色体検査、または遺伝子解析を行う手技で、この方法により目的にかなう受精卵を選出し、それを母体子宮内に移して、着床・妊娠させる。

出生前診断とは、絨毛、羊水、羊水細胞などを用いて胎児の遺伝学的、または先天的障害の有無を検査する手技で、絨毛は妊娠10～13週に、羊水、及び羊水細胞は妊娠15～18週に採取する。他に胎児血、胎児肝、胎児皮膚などを用いて検査する場合もある。

日本産科婦人科学会では、平成10年10月（平成11年7月改訂）に着床前診断に関する見解を発表したが、日本では現在までに正規には1例も行われていない。その中では、着床前診断のためのIVF（in vitro fertilization、体外授精）を禁止するとはせず、適正な自主規制と歯止めを目的としたルールを示している。

着床前診断・出生前診断で話題となった実例としては、デュシェンヌ型筋ジストロフィーがあげられる。これは、生まれてくる子が男子であった場合には2分の1の確率で遺伝、発症する疾患である。イギリスでは、国の機関であるHFEA（Human Fertilisation and Embryology Authority、ヒトの受精及び胚研究に関する認可庁）が、性別選択によってX染色体連鎖の遺伝病を回避することを認めており、世界的にも同様の立場をとる国がほとんどである。わが国では、「重篤な」遺伝性疾患に対しては着床前診断を許容する方向にあり、それでは何をもって「重篤」とするかという点が目下討議されている段階である。ただし一方では、「生命の萌芽」をどのように考えるか、現在の学問的水準や価値観をもって安易に受精卵の段階で選別をしてよいのかなどの批判もあり、今後さらなる議論が必要であろう。

### 2 夫婦以外の配偶子を持ちいた不妊治療

## (1) 卵子提供

平成12年12月に厚生科学審議会・先端医療技術評価部会生殖補助医療技術に関する専門委員会が出した「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療のあり方についての報告書」(以下、専門委員会報告)の内容を踏まえ、平成15年4月に厚生科学審議会・生殖補助医療部会は「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する報告書」(以下、医療部会報告)を発表した。その中では、提供された卵子による体外受精が認められている。さらに、卵子の提供を受けることができる医学的な条件として、①「卵子が存在しないか、または、卵子に受精能力がない」ことを明確に判断できる(卵巣形成不全、卵巣性無月経、両側卵巣摘出術後など)、②「卵子が存在し、かつ、卵子に受精能力がない」ことを明確に判断することはできないが、卵子に受精能力がないことが推定される(夫婦間の卵細胞質内精子注入法を相当回数実施したが、妊娠にいたらなかった場合で、かつ、その原因が夫側にないものと医師によって判断されている場合など)、の2点を挙げている。

近親者からの卵子・胚の提供については、専門委員会報告の中で「生まれてくる子の福祉(中略)の観点から問題がないこと及び金銭等対価の供与が行われないこと」を条件に認めていた。しかし、提供者の匿名性が担保されないことや人間関係の複雑化などの理由から、医療部会報告では「卵子・胚の提供については、当分の間、認めない」とし、匿名性を条件とした生殖補助医療が実施されてから一定期間が経過した後に、兄弟姉妹等からの精子・卵子・胚の提供による生殖補助医療の実施の是非について再検討することとしている。

日本産科婦人科学会では、卵子提供者は匿名の第三者とするという結論を示している。理由は、提供配偶子を用いた場合の親子関係を確定する法律が制定されていないため、生まれてくる子の地位が不安定になる可能性のあること、法的のみならず社会的にも家族関係・人間関係が複雑化すること、現に生まれてくる子、遺伝的親の両者が長期にわたり心理的苦痛に苦しむ事態が危惧されること、近親者への提供を促すような心理的圧力が加えられる可能性があること、生まれてくる子、被提供者夫婦、提供者夫婦に対する長期的カウンセリングと支援体制が整備されていないこと、が挙げられている。その上で将来、特

例として近親者からの提供を容認すべき事態が生じた場合に、上記諸問題に対処するための体制整備を提言している。

近親者からの卵子提供による体外授精は、政府委員会と関係学会、また医師の間でも意見の一致をみないまま、例外的に行われているという憂慮すべき現状にあり、緊急に国としての明確な指針を確立することが望まれる。

## (2) 子の出自を知る権利

日本では現在、精子提供者はすべて秘密とされている。専門委員会も医療部会も精子・卵子・胚の提供者の匿名性を保持するということが、子が出自を知ることがアイデンティティの確立のために重要であるという見解を有する点で共通していた。専門委員会は、子は成人後、提供者を特定できない情報について、当該提供者が開示を認めた範囲内で、それを知ることができると提案した。医療部会は、15歳以上の者は提供者の氏名・住所等提供者を特定できる情報を含め開示を請求することができると提言している。出自を知るという重要な権利が提供者の開示意思の有無によって左右されるのは、子の福祉の観点から適当でなく、また、提供者の知られたくない意思是、提供時における適切なカウンセリング、情報開示時における子へのカウンセリングの充実によって調整をはかられると考えるからである。

子の出自を知る権利をめぐる立法例としては、フランスのように民法に提供者の身元は知ることができないと規定する国がある一方、スウェーデンやオーストラリアのヴィクトリア州のように提供者の同意の有無を問わず特定情報の提供を認める法域もある。

今後、遺伝子解析がより一般的に行われるようになると、誰が自分の親であるかということも、現在よりは容易にわかる時代が来るかもしれない。AID (artificial insemination with donor's semen、非配偶者間人工授精) 児の出自を知る権利を認めたからといって、もしAID自体が社会的に真に求められる医療であれば、継続されるはずである。

この問題は将来、一層強く主張されることになる可能性があるため、それまでによく検討しておく必要がある。

### 3 胎児

胎児組織とは本来、胎盤、羊水、胎児部分全部を併せて“胎児”であるが、胎児附属物の利用についての本質的な問題は存在しない。

民法では、私権の享有は出生に始まる（第1条の3）と規定されている。胎児が権利能力を認められるのは、相続・遺贈（第886条・965条）および損害賠償請求（第721条）についてであり、刑法では胎児段階での加害はあくまで母体への加害とみなされ、胎児は独立の被害法益として認められていない。

胎児が母体外において生命を保続できないとされる時期は、厚生事務次官通知（平成2年3月20日、厚生省発健第55号）によって妊娠22週未満と規定されているが、12週からはある程度個人としての尊厳を認め、死産の届出に関する規程により死産届が義務づけられており、墓地、埋葬等に関する法律に従って埋葬または火葬されることになっている。12週未満の場合は、死産届の必要はない。しかし、自然流産または中絶した胎児は、礼と尊厳、生命倫理上の配慮と慎重さをもって取り扱うべきである。日本産科婦人科学会では、「死亡した胎児・新生児の臓器等を研究に用いることの是非や許容範囲についての見解」の中に、妊娠12週未満で死亡した胎児の取り扱いが死体解剖保存法に規定されていないことを受けて、平成13年12月、その妊娠期間にかかわらず、胎児とは将来個人になりうる存在として生命倫理上の配慮を払うべきであることを追加している。なお、同会は、ヒト胚・受精卵の研究について、昭和60年3月に「ヒト精子・卵子・受精卵を取り扱う研究に関する見解」を発表し、その中で、14日未満胚にしか手を加えないことを定めている。

人工妊娠中絶について、母体保護法第2条2項では「胎児が、母体外において、生命を保続することのできない時期に、人工的に、胎児及びその附属物を母体外に排出すること」としている。

人工妊娠中絶の適応については、同法第14条において、①妊娠の継続または分娩が身体的又は経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの、②暴行若しくは脅迫によって又は抵抗若しくは拒絶することができない間に姦淫されて妊娠したもの、と規定されている。現在、さらにいわゆる胎児条項（胎児に不治又は致命的な疾患のある場合に人工妊娠中絶を行えるとする条

項) を加えるかどうかは久しく問題となっているが、これらについては、憲法によって国民が等しく保障されている生存権とともに、将来の健全な成長なども含め、幅広い観点から考察することが大切である。

## 第4章 末期医療と患者の死

### 1 末期医療の捉え方

#### (1) “末期医療”の定義

第Ⅲ次生命倫理懇談会が平成4年3月に発表した『「末期医療に臨む医師の在り方」についての報告』のなかで、“末期医療”の定義を「患者が近いうちに死が不可避とされる疾病や外傷によって病床に就いてから死を迎えるまでの医療を指している。その期間は、人によってまちまちであろうが、6ヶ月程度、あるいはそれより短い期間」としている。しかし、平成4年から10年以上が経ち、医学の進歩、医療状況の変化などにより末期医療に対する医師の認識も大きく変わったことから、この際広く、新しい視点をもって“末期医療”の定義を再検討する必要がある。

そもそも“末期”の定義の根幹は、近いうちに死が不可避、ということである。これに従って考えるならば、先ず当然、平成4年の報告書の中で定義された概念がある。しかしさらに視点を換えれば、例えば痴呆を主徴とする場合のように、肉体的な問題は少ないが通常の状態のレベルを取り戻せない人たちの尊厳ある余生、長寿の幕引きとしての末期、また、最近急増する自殺者の自殺に及ぶ前兆を呈した場合の対処などが、死と隣り合わせにあるという点で共通しているとも考えられる。それぞれに必要な医療とともに本人あるいは家族に対する支援を、今日の医療全体の中で捉え直すことが、現実にも求められている。

#### (2) 患者の利益

いかにすれば患者がより幸福で、より楽しい生活を送ることができるかという配慮も、当然、末期医療には含まれる。末期医療にあたっては、医師がもっとも尊重しなければならない要点は、“患者の利益”である。

“患者の利益”は、個々の患者の考え方によっても異なり多種多様であるが、とにかく第一には苦しみを感ぜないことであろう。その他については、患者の意思を十分に尊重し、患者自身がこれこそ自分の利益・幸福だと感じる方向を探り、実現していくことが医師の務めである。患者が明確な言葉で自分の意思を伝えることができない場合には、医師がその気持ちを汲むことも必要であり、