

### 第3章 臨床医学

#### ドナーとレシピエントの選択

ドナーの適応基準と適応評価

ドナーとレシピエントの適合，選択，優先順位

#### 臓器摘出術と移植術の実際

多臓器摘出術における呼吸循環器管理

心臓

肺

肝臓

腎臓

膵臓，膵島

小腸

角膜 （第2章基礎医学・移植に関わる臓器・組織の解剖・生理「角膜」に記載）

皮膚 （第2章基礎医学・移植に関わる臓器・組織の解剖・生理「皮膚」に記載）

骨

#### 臓器保存

温阻血，低温阻血，阻血の限界

臓器・組織の保存法，保存液

虚血，再灌流細胞障害

#### QOLと社会復帰

心臓移植後のQOL

肺臓移植後のQOL

肝臓移植後のQOL

膵臓移植後のQOL

腎臓移植後のQOL

小腸移植後のQOL

## 第1章 一般科目

### 医学概論

#### 医学概論

寺岡 慧 国際医療福祉大学熱海病院 病院長

### 1. 医学・医療とは何か

医学とは人間と自然を観察する学問である。人間、より広くは生物と自然との相互作用を人間（生物）の側から観察し、とくにそこに生じる「異常な状態」を観察し、その対策を検討し、講ずることである（「異常な状態」とは「正常な状態」からの変異であるが、「正常な状態」からどれだけ隔たった場合に「異常な状態」と呼ぶかの定義は明らかでない）。「異常な状態」が細胞、器官、臓器の機能の障害を引き起こす場合にこれを「病的な状態」と呼び、ある特定の「異常な状態」が常に一定の「病的状態」を引き起こす場合にこれを疾患・疾病と呼ぶ（脳出血、脳血栓、脳梗塞などの疾病を脳血管疾患と総称し、疾患をより広い概念とすることもある）。対策とは疾患・疾病の病因、病態の解明、診断法および治療法の研究・開発、予防法の研究・開発などである。

疾患・疾病の対極にある状態が健康であり、健康な人体においては、細胞レベルから臓器レベル、さらにはそれらを包含する内部環境において恒常性（ホメオスタシス）が維持されており、何らかの異常が発生してもそれを修復・是正する自然治癒力を備えている。自然治癒力とは生体防御能（自然免疫、適応免疫を含む）、細胞再生、血管新生、創傷治癒、恒常性維持などの総称である。

病的な状態を把握するには、健康な人体（それに含まれる臓器・器官およびそれを形成する細胞など）の形態、機能、電気生理的、化学的性状、代謝を研究する学問が必要であり、解剖学、組織学、生理学、生化学、分子生物学などがそれにあたる。病的な状態の把握には病理学、症候論、疾病論に基づいた診断学、治療学などがあげられ、医療とはこれらの学問に裏付けられた実践行為の総称であり、健康の維持、増進、回復などのための諸活動、およびその実践を保障する体制、システムなどを包含する概念である。

Medicine（医学）は *medeor* 「癒す（ラテン語）」に由来しており、Patient（患者）は *patior* 「耐える、苦しむ（ラテン語）」から、Pathology（病理学）は *pathos* 「受難、受苦（ギリシャ語、ラテン語では *passio*）」と *logos* 「理性から転じて学問（ギリシャ語）」から派生した単語である。すなわち医学とは元来は「苦しみに耐える患者を癒す」ことであり、「時に癒し、しばしば救い、つねに慰む」（*guerir quel-quefois, soulager souvent, consoler toujours*）という米国の結核療養所運動の先駆者 William Trudeau（1848-1915）に捧げられた患者たちの感謝の言葉は、医学・医療の原点であることを忘れてはならない。

### 2. 近代医学の到達点と課題

医学は20世紀後半から飛躍的な発展を遂げ、コンピューターとハイテク機器を駆使した医療が実践されている。また新薬の開発も目覚ましいものがあり、遺伝子工学を駆使した

生物学的薬剤、分子標的治療薬が次々と開発されつつある。またかつては救命できなかった vital organ の機能不全に陥った患者も臓器移植で救命できるようになった。さらには ES 細胞、iPS 細胞の樹立、あるいは種々の増殖因子、分化誘導因子、転写因子を用いて組織、器官、臓器の再生を目指す再生医療が試みられている。

他方では「医療が疾患の治療に偏り患者という人間が忘れられている（全人的医療の不在）」、「専門分化しすぎてトータルなケアができていない（縦割り医療）」、「十分な説明がなされていない（医療の密室性）」などの批判が医学・医療に向けられ、薬剤の副作用、院内感染、医療事故、医療過誤、さらには医原病などの問題とともに近代医学の限界、問題点との指摘もなされている。また近年、上記の問題点を自然治癒力を重要視していない近代医学自体の限界と捉え、自然治癒力の活性化を重視した代替医療あるいは補完医療と近代医学とを統合した統合医療が必要との指摘もなされている。

### 3. 生命倫理の潮流の台頭と医療の改革

第二次大戦後、ナチスの人体実験などが弾劾され、このような非人道的行為の再発を防ぐ目的でニュルンベルグ倫理綱領（1947年）が採択され、これは医学的研究のための被験者の意思と自由を保護するガイドラインの原型となった。ついでジュネーブ宣言（1948年世界医師会（WMA））、医の国際倫理綱領（1949年 WMA）などが公布され、これらはヘルシンキ宣言（1964年 WMA）へと結実していった。その後ヘルシンキ宣言は何度かの修正を経て、より詳細かつ具体的に規定され、今日では臨床研究のみでなく診療の場においても遵守すべき規範となっている。

また米国国立衛生研究所(NIH)は1966年、研究計画を事前に審査する委員会(施設内審査委員会:IRB)の設置を義務づけ、1974年医学研究全般を規制する国家研究法(National Research Act)が成立した。IRBによる審査という概念は、当時はヘルシンキ宣言にも規定されておらず、画期的なものであったと言えよう。

臨床研究における被験者の保護をさらに具体的にまた詳細に規定するものとして「研究対象者保護のための倫理原則および指針」(ベルモント・レポート)（1979年保健福祉省国家委員会）、「人を対象とする生物医学研究の国際倫理指針（CIOMS/WHO 国際倫理指針）」（1982年国際医科学団体協議会/WHO）などが公表されている。わが国においても「臨床研究における倫理指針」（2003年厚生労働省）が策定されている。

さらに薬剤治験等における「医薬品の臨床治験に関する基準（GCP）」（1989年厚生省）、また企業と研究者との「利益相反（Conflict of Interest: COI）の管理に関する規定」（2003年厚生労働省）など、臨床試験を多面的、多角的に規制する規定が策定されている。

上記の種々の指針が策定される際の倫理学上の議論の命題は、臨床試験を行うことなく新しい治療法や薬剤の開発を行うことは不可能であるが、「被験者に利益をもたらさない研究、あるいは被験者にとって治療的意味を持たない研究が、人類の福祉という目的のためにどこまで許されるのか」、「許されるとすればいかなる条件下で許されるのか」というものであった。「最大多数の最大幸福」に集約される功利主義に根ざした帰結主義（行為などの価値は行為の結果によって左

右されるとする) と、カント倫理学に由来する義務論 (行為自体の価値をその行為が何らかの義務、規則を遵守しているか否かによって判断する) という相対立する立場の議論を経て、T.L.Beauchamp & J.F.Childress は「自律 (Autonomy) の原理」、「恩恵の原理 (beneficence)」、「無危害 (non-maleficence) の原理」、「正義 (justice) の原理」をバイオエシクスの四つの基本原理として提唱している(「生命医療倫理の諸原理」1979 年)。H.T.Engelhardt, Jr. はとくに「自律 (Autonomy)」と「善行 (beneficence)」の重要性を指摘しており、またベルモント・レポートでは、「人格の尊重 (Respect for person)」、「善行 (beneficence)」、「正義 (justice)」を基本的な倫理原則としている。

一般診療においても患者の権利を尊重する憲章として、米国ベス・イスラエル病院による「患者としての権利」(1972 年)、米国病院協会による「患者の権利宣言」(1973 年)、「患者の権利に関するリスボン宣言」(1981 年 WMA)、「ICN 看護師の倫理綱領」(1953 年国際看護師協会)、わが国においても日本医師会による「医師の倫理」(1951 年)、「医の倫理綱領」(2000 年) および「医師の職業倫理指針」(2004 年)、日本看護協会による「看護者の倫理綱領」(2003 年)、「看護業務基準」(2006 年) などがあげられる。米国病院協会による「患者の権利宣言」においては、「個人の尊厳」、「平等な医療を受ける権利」、「最善の医療を受ける権利」、「知る権利」、「自己決定権」、「プライバシーの権利」が患者の固有な権利として規定されている。とくに「個人の尊厳」において、患者は「医療を施される受動的な存在」としてではなく、「病を自ら克服しようとする主体」として捉え、「自己の自由な意志に基づいて、医療行為を選択しあるいは拒否する権利を有する」と規定していることであり、パターンリズムからの完全な脱却を目指すものとして画期的なものと言えよう。この点についてはベルモント・レポートの「人格の尊重」の項においても、個人(患者)は「自律した主体」として扱われるべきであると規定している。

ここで問題となるいまひとつの命題は、自律性、自己決定を尊重する立場と「個人の価値観が共同体の中で共有された価値観に制約される」とする立場との相克である。この問題は、生殖補助医療、事前宣言書 (Living will)、事前指示書 (Advance directive) に示される尊厳死、安楽死の問題などに表れている。また自己決定の能力 (理解力・判断力とされる) は、個人が生きてゆく中で成熟するものであるが、それが何らかの理由で部分的にあるいは完全に失われることがある。これらの自律性が完全に失われた個人には保護が不可欠であるが、「自律性が未熟あるいは部分的に失われた個人には保護 (protect) を与えるべきか、自発性 (volunteer) を尊重すべきか」という命題は倫理学上いまだ解決されていない (ベルモント・レポート)。

上記の議論の過程を経て、患者の人格の尊重、自律性の尊重、自己決定権の保障、知る権利の保障という観点から、インフォームド・コンセントの徹底と Quality of Life (QOL) を尊重する医療が目指されている。また最善の医療ならびに平等な医療を受ける権利の保障という観点から、統計学的に証明された科学的な根拠に基づいた Evidence-based medicine (EBM) が提唱され、現在ではコクラン共同計画によりランダム化比較試験の論

文が世界中から収集され、これらの中から科学的に信頼できる試験だけを選び、システムティック・レビューとしてデータベースに収載されている。科学的根拠に基づき、標準化された医療の実践のための種々のガイドラインが作成され、個々の治療、処置、検査などの医療行為の手順をまとめたマニュアルが作成されている。

さらに EBM の実践、各診療科間の連携、各職種間の連携によるチーム医療の実践などにより、患者中心の全人的医療を目指すという観点から、科学的根拠に基づき標準化された治療、処置、検査などについてクリニカル・パス（クリティカル・パス）が作成されている。これは患者の知る権利の保障、リスク・マネイジメントにも有益であると考えられる。

しかし EBM は患者を共通の疾患を有する均一な集団としてとらえるため、個々の患者の独自性を無視するという限界があり、一般にその有効率は 60～90%とされている。そのために EBM で有効とされる治療法を個々の患者に適用するか否かは、患者個々の病態、年齢、予測される副作用、合併症、さらには患者個々の病歴、生活史、死生観、家族関係などを考慮して最終的に判断する必要がある。これらを患者との対話を通じて患者固有の”Story”として把握し、全人的（身体的、精神・心理的、社会的）アプローチを目指す Narrative-based medicine（NBM）が提唱されている。NBM は EBM を一部補完するものとして位置づけられていると言えよう。

患者のプライバシー保護については、医師、薬剤師、助産師には刑法第 134 条により、保健師、看護師、助産師には保健師助産師看護師法第 42 条第 2 項により、放射線技師には診療放射線技師法第 29 条により、守秘義務が課せられている。また個人情報保護法（2003 年）第 21 条は、個人情報取扱事業者（医療機関、臓器移植ネットワークなど）に個人情報の安全管理についての監督義務を課しており、この規定から事務職など医療職以外の従業者についても雇用契約上、守秘義務が課せられていると理解される。臓器移植の分野においては、臓器の移植に関する法律（臓器移植法）第 13 条により守秘義務が課せられている。

さらに医療事故、医療過誤を防止する対策として、医療行為における安全管理をシステムとして確保するリスク・マネイジメントの手法が医療の現場に導入され、多くの施設で取り込まれている。感染症予防についても、施設全体として組織的に感染を防止するためのマニュアル、態勢作りがなされている。上記のように 21 世紀の医療は大きく変貌を遂げつつあるが、これは飛躍的な発展を遂げた近代医学が他方で生み出した深刻な問題を克服するための医学界・医療界をあげての取り組みによるものと言えよう。今後はさらに積極的に予想される問題を先取りし、医学・医療をさらに変革してゆくことが不可避であろう。そのためには医療者の意識改革、そして「自ら病を克服しようとする主体」としての患者、よりひろくは市民の意識改革、そしてその上でのより成熟した「患者－医療者関係」の構築、さらにそれを前提とした両者間の信頼関係の構築が必要と考えられる。

## 第1章 一般科目

### 医学概論

#### 生命倫理と臓器移植

平山正実 聖学院大学大学院人間福祉学研究科学科 教授

生命倫理、すなわちバイオエシックスは、生命科学、医療、保健分野において、人間の尊厳と人権に基盤をおいて、様々ないのちに関する価値判断やあり方を倫理、宗教、文化、法律、哲学等から系統的に論ずる学問である。1970年代にアメリカで発達し、医療技術やバイオテクノロジーの進歩に伴い、医の倫理のみならず多元的な解釈が必要となった。特に、疾病の治癒の望めない患者への対応、Quality of Life、患者の自己決定権、尊厳死、インフォームド・コンセント、生殖医療、出生前診断、脳死と臓器移植、死の判定、遺伝子治療等の問題が昨今クローズアップされている。

特に臓器移植との関連では、生体移植では、健康な臓器提供者（ドナー）を傷つけることの是非、ドナーの自由な意思決定の担保、ドナーの範囲等、死体移植では脳死判定、ドナーの家族の自由な意思決定の担保、移植者（レシピエント）の選択方法、ドナーとレシピエントの関係性等の問題がある。

#### 死別における悲しみ

日本語でひとことで「悲しみ」と言っても、英語では、死別(bereavement)、悲哀(mourning)、悲嘆(grief)、悲しむこと(grieving)といった言葉に分けられる。

死別(bereavement)とは、死による人と人との離別という客観的な現象をさす言葉として使われている。その意味では、死や死別は、選択の余地のない出来事であり、人間の自由意志や決断の届かない運命的・宿命的・神秘的・摂理的側面を持つ。

悲嘆(grief)は、喪失(死別)に伴う反応ないし症状、すなわち喪失体験に伴う悲しみの感情そのものをさす。つまり、悲嘆の感情は、誰かを亡くした時に、人間の心の中に引き起こされる苦悩の一部であると解釈される。したがって、悲嘆は、悲しみという出来事の横断面的側面である「反応」や「症状」のみをさし、その心理的内面や経過(プロセス)にまで言及することはない。

悲哀(mourning)は、喪失体験後の心理的過程をさす。「死んだ人との関わりを転換するために、遺された者が自分の内面で行おうとする様々な心の営み」(トーマス・アティッグ)と定義される。つまり、悲哀(mourning)は、死別(bereavement)によって悲しみの感情(grief)に耐えられなくなった時、どのような心理的变化が起こっているのかといった心の内面まで踏み込んだ概念ととらえるべきであろう。その意味で、悲嘆(grief)が、横断面的な反応ないし症状なのに対し、悲哀(mourning)は、悲しみの経過、すなわち歴史性、時間制をもった縦断面的な側面を有していると言える。

悲しむこと (grieving) は、grieve (悲しむ、悲嘆にくれる) という動詞に接尾語 (-ing) をつけて動名詞化したものである。死別にともなう衝撃、混乱、悲しみから精神の安定をもたらすための対処行動全体をさし、人間の主体的意志が関わっていると言える。死別の悲しみ、苦しみにどう対処し、どう乗り越えていくのか。かつてフロイトは、「喪の仕事」 (grief work) という言葉を使った。ふつう、人は愛する者と死別するとまず衝撃を受け、悲嘆の各段階を経て、最後に相手が死んだのだという現実を受容し、さらに今までの生き方や考え方を見直し、新たな決意を持って自立していく。こうした過程をフロイトは「喪の仕事」と呼んだ。悲しむこと (grieving) は、フロイトの「喪の仕事」に近い。悲しみを受容し、それを乗り越えることは、人間の主体的意志と決断に基づく「仕事」であり、死別による悲しみへの対処法といえる。死別後の悲嘆経験から立ち直り、人生に対し意味と目的を持って生きていくためには、世界を学び直す必要がある。「死者なしで生きていくすべを見つける」ことである。遺された者が他者や故人との交流を作り直し、自己と社会に対して新しい理解、態度、あり方を学び直すこと。それが悲しむこと (grieving) から導き出されることであり、死別経験者にとっての一生の仕事と言える。

#### 平山正実「悲しみを癒すための10ヶ条」

- 第1条 悲しみにはいろいろな側面があることに気付く
- 第2条 自分を見つめ直す
- 第3条 悲しみを表現してみる
- 第4条 悲しみを癒すための組織を利用してみる
- 第5条 過去の苦しい体験を振り返ってみる
- 第6条 亡き人が遺したすばらしさを見つける
- 第7条 死を喪失ではなく解放としてとらえてみる
- 第8条 夢のリラックス効果に注目してみる
- 第9条 悲しみを和らげる信仰を考えてみる
- 第10条 悲しみを社会貢献に活かしてみる

## 第1章 一般科目

### 心理学

#### 相談心理学

重村朋子 日本医科大学学生相談室 助教

相談（コンサルティング）は適切な情報ないし対処法をその領域の専門家ないし熟達者が相談者に対して提示、指示することであり、心理専門家がクライアントの心理的な問題に対して行う心理的介入としてのカウンセリングとは異なる。しかし相手の話を如何に聞くか、また如何に伝えるかと言うことでは共通点が多い。

相談を受けるに当たって、一般に傾聴と言われるが、それは相手が何を話しているのか、何を伝えたいのかを聴く側の先入観なしで受け取ることである。その点では基本的に相談を受ける人はまず自分自身の先入観について知っておく必要がある。自分の思考方法や価値観、どのような場面では、またどのような対象者には如何に反応するかを予め知っておく必要がある。そこを押さえながら話を聞かないと無意識的に自分の考えで聞いてしまう恐れがある。次には相談者に対しての理解である。同じ言葉でも人によりその事柄に対しての意味、思いや価値付けは違う。その人にとってその言葉の意味が何であるのかは、本来その人自身について知らないと分かるのは難しい。しかし一般の相談場面では全ての相談者について詳しく知るのは簡単なことではない。そうすると相談者に関する限られた情報の中で、その人の言葉がどのような意味づけや思いがあるのか、その可能性をいくつか考えながら聞いていく必要がある。その中で他の言葉との関連性である程度その人の言葉の意味が見えてくる。そこまで来て相談者の話の内容がこちらがとらえたものでいいのか確認し、そこで初めて相手の話の内容が聴けたということになる。相談者が一生懸命話し、聴く側も一生懸命分かろうと努力しながら聞いているにもかかわらず、話した側に「分かってもらえなさ」が残る多くの場合はこのプロセスが抜けていたり不十分であったりする場合が多い。

そうして相談内容がわかって初めて、それに対する情報なり解決法の提示になる。その際に、こちらが何を何時どのような言葉で話すかが重要である。こちらが知っていること、伝えたいことを全て提示すればよいのではなく、相談者が今その内容をどこまで受け取れるのか、理解できるか、こちらが話した後でどのようなことが相談者に起こるのかを考える必要がある。そこでは相談者本人に対する理解だけでなく、その人の周囲のサポートしてくれる人についても考慮しながら話す必要がある。

また時として相談内容やそこでの言葉では表していない気持ちが背景にある場合も少なくない。特にストレス負荷がかかっている時や解決できない問題を抱えている場合、その怒りや思いが整理されぬまま「相談」という依存的な関係を生み出しやすい場面に現れることもある。何回も同じ内容が出る場合、理解できていないとだけとらえるのではなく、今その人が置かれている状況やその人について今一度考察する必要がある。



臓器移植に関連した場面では、ドナー側の家族は非常にストレスフルな状態にある。関係者はまずは落ち着いて考えられる場所の提供をする必要がある。そして家族の状態を見ながらどこまで状況を把握できているかを査定する必要がある。「はい」という言葉は状況を分かっている、もしくは納得している、了承していることではなく、単に話を聞いたという返事に過ぎないのである。また医療側からの情報は一回に一つのテーマが出されるのが望ましく、そうでないと家族が混乱する。時間をかけて一つのテーマが充分理解されたことが確認できてから、次のテーマに移ることが望ましい。また家族の言葉は両価的であったり矛盾に満ちていたりすることが多い。したがって一つの言葉に捕らわれず、言葉の奥にある複雑な思いに配慮しながら家族関係を含めた全体を考慮しながら、その言葉を受け取っていくことが必要である。

## 第1章 一般科目

### 心理学

#### 医療心理学

重村朋子 日本医科大学学生相談室 助教

医療における全人的アプローチという考えが浸透してくるにあたって、医療領域における心理学の関与の重要性が認識されてきている。すなわち病だけを診るのではなく、その人の心理的・社会的側面をみながら、またその人を取り巻く周囲の人々を含む多様な要因を考慮しながらQOL(Quality of Life:生活の質)を高めていく医療では心理学的アプローチは必要となってくる。

そのような全人的医療への心理学的な関与は大きく以下の三つの機能に分けられる。第一はアセスメント、すなわち対象理解のためのものである。対象となる人の現在の心的状態を把握するための知的能力、認知能力、発達状態、性格傾向、精神症状などを測る種々の心理検査はその代表的なものである。またその人が育ってきた過程を発達心理学的な視点からみることで、その人の思考や行動パターンの理解が深まり、家族心理学や社会心理学的観点からその人を取り巻く家族、集団、地域、文化がどうその人に影響を及ぼしているかをみていくことで対象理解が深まる。

次には対象に直接的、間接的な心理的アプローチをすることである。「こころ」の問題を直接的に扱うという心理的介入は精神医学、心身医学領域における様々な心理療法、小児科における治療教育面での支援、精神保健領域でのメンタルケアなどの形で行われる。また糖尿病患者の自己管理を妨げる心理的問題、サイコネフロロジーとしての腎疾患患者の腎機能の保存的治療や透析、移植に関する心理的問題を扱い、サイコオンコロジーでの癌患者のストレスや不安へのケアを行うなど身体医学領域においても、本人および家族に対しての心理的支援や心理教育が行われている。

第三の機能としてはチーム医療の中で、患者—医療関係者間、患者家族—医療関係者間の媒介者としての働きである。医療の専門性が増してくる中で、患者およびその家族にとって医療側の努力があっても言葉や医療システムの理解が充分できないことが多く、病という中にあるとそれは不安や怒りを引き起こす。そのことが医療関係者との間にミスコミュニケーションを引き起こしいろいろな問題に発展することもある。医療にかかる人の心理を把握し、治療者に伝えることや、または仲介者としてよい治療関係の構築をはかることである。また医療関係者間の調整やストレスケアなどもチーム医療の中では求められる。かつての医療におけるパターンリズムが変容し、医療に対しての患者側の期待と要求が高くなると医療者はかなりの緊張を強いられる。環境調整も含め医療者のバーンアウトを防ぐためにも、第三者的な関わりの存在としての心理的関わりは必要である。

臓器提供に関した場面では、家族がどのような心理的状态であるのか、的確に判断できる状態であるのか、また家族関係含みつつ家族の状態を査定する。また家族が医療者の説

明をどの程度理解できているかを把握し医療者に伝えるなど、家族と医療者またはコーディネーターを繋ぐ働きを求められる。また家族は分からないこと、不安に思うことをどのように質問していいか、また多忙な救急医療の中で質問しがたい思いを抱くことがある。家族が安心して質問できる場の提供、また質問に対しての説明が家族のわからなさの気持ちを充分理解し、単に情報を伝えるのではなくなぜその質問ないし発言が出たのかを忖度しながら答えていけるようにすることが大事である。家族は移植に当たっての説明は言葉として理解はできていても、体験したときの「実感」で初めて感じられるものであり、その違和感が生じることが多い。また家族間の意見の違いがその後の生活に葛藤を生む場合も考えられる。その程度を把握しながら、場合によっては心理的介入も考える必要がある。

## 第1章 一般科目

### 心理学

#### 死別患者家族の心理

重村朋子 日本医科大学学生相談室 助教

死別の体験は人生での数ある喪失体験の中でも取り返しのつかなさという点では決定的であり、その後の心身の生活に大きく影響を与えるものである。愛着対象が存在していることが当然のこととである生活が崩れる死別経験は、代表的な悲嘆反応として人に不信感、怒りを引き起こし、失った人への強い思慕の感情が生じ、抑うつ感も出てくる。Maciejewskiら(2007)の研究では死別後6ヶ月がもつとも反応が強くなるといわれ、ほぼ24ヶ月で治まってくると言われるが、悲嘆反応は個人差があることを覚えておく必要がある。また多くの家族が疲労感と寂寥感を訴えるが、中には社会的引きこもりや逆に過活動になる家族もいる。複雑性悲嘆と呼ばれる専門的治療が必要な症状が生じることもある。悲嘆からの回復のプロセスとしては現在ではStrobeら(2001)の二重過程モデルやNeimeyerら(1998)の意味の再構成モデルがいわれている。二重過程モデルは愛着の対象者が存在しないことに対するコーピング(対処する力)とその対象者がいない生活を送っていくコーピングのプロセスを辿りながら新たな生活を送っていくことである。また意味の再構成モデルは対象者との関係性を活発に探究されて再定義していくプロセスである。いずれにしても失った愛着対象を「無いもの」として忘れていこうという作業よりは、その対象と対象に対する気持ちを大事に取り扱っていくことであろう。しかしこの作業は年単位のものである。

臓器提供に關した死別では多くの場合予期せぬ死であることが多い。予期せぬ死別が心的外傷後ストレスを引き起こす出来事であるかについては論議が分かれているが、しかしトラウマティックな出来事であることには変わらない。臓器提供に關した話が出る時期は、家族にとっては周トラウマ期といわれる、トラウマ体験の状態が続いている、もしくはその直後の状態である。多くの場合は種々の感情や思考がまとまらず、黙して語ることができない状態にある。準備のない家族の中には周トラウマ期解離といわれる非現実感、時間感覚の変容、離人感、記憶の欠損、失見当識や不自然な自動的な行動などの症状が見られたりする。したがって状況を適切に判断していない場合もあり、家族の心理的状态を正確に把握することが必要である。また家族は「(生前) こうしておけばよかった」という後悔や「いつまでこの状態が続くのか」と思い、そう考えることに罪責感を感じたりする。その中でも現実の生活の対処も強いられている。最近のトラウマ理論からはこの時期には家族が望まない限りは感情に焦点を当てる関わりは避けた方がよいといわれ、むしろ家族が安全を感じられる場面を設定し、自主的に行動できるように、また現実的な生活が維持できるように支援していくことの方がPTSD(心的外傷後ストレス障害)の予防や後の生活に役立つと考えられている。すなわちこの時期に接する関係者はむやみに感情を引き出すことなく、家族が疲れないような現実的な対応を心がけるべきである。また家族が患者の

ケアに可能ならば参加できることは、能動的に動けた感覚を持つ可能性につながるので望ましいと言える。

また患者脳死下では、家族は上記のような予期せぬ死別のみならず、脳死という馴染みのない死のかたちに、「認知の不一致」といわれる不思議さと戸惑いを覚えることが多い。それは説明されて分かっているにもかかわらず現実的に見て感じられる状態は、通常の「眠っている」状態と変わりなく、そこに不確かさを生じることがある。これが後に決断への疑念や不安につながる可能性もある。多くの家族が「分からないじゃないですか」と思い、自らの医療知識の限界に悔しい思いをしている。医療者との信頼関係の構築、脳死の説明のガイドラインの確立、家族の様々な感じや思い、疑問を忌憚なく表出できる場面が設定されることが望ましい。

## 第1章 一般科目

心理学 齊藤清二

### インフォームドコンセントを理解するための基礎概念

齊藤清二 富山大学保健管理センター 教授

#### はじめに

インフォームドコンセント (informed consent : 以下 IC) は、本邦では「説明と同意」と訳されることが多いが、IC の本来の目指すところから言えば誤解されるおそれのある用語である。IC とは、医療者からの十分な情報提供を前提にして、医療者と患者・家族が共同して方針を選択・決定していく一連のプロセスである。欧米ではむしろ shared decision making : SDM という用語が用いられるようになってきた。IC においては、医療側と患者・家族の間での十分な対話による信頼関係の構築が必須であり、その関係を基盤として、交渉、決断、合意形成といったプロセスが進行する。本稿では、IC のプロセスに必要とされる、基本的なコミュニケーションスキルの概念について整理する。

#### 1. 面接の基本構造

効果的な面接の基本構造はどのような場面においても共通であり、面接の言語的な内容 (コンテンツ) を支える前提としての、雰囲気 (文脈=コンテクスト) の形成が最も重要である。そのために必要な基本的態度は「かかわり行動」と呼ばれる主として非言語的なメッセージからなる技法群である。臓器提供等に関する重大な面接の場合、「コーディネーターの側からどういう話をするか」ということにばかり、注意が行きやすい。しかし、面接の基本構造の中では、その前に、患者や家族の話を引き出し、傾聴し、感情を受けとめるといふ、「基本的傾聴の連鎖」の技法が実行されることが必要である。質問や、これまでの病歴の要約や、要所、要所での感情の受けとめが適切に実行されることによって、良好な関係が促進され、医療者に対する信頼関係が育つ。このような、受容的な雰囲気の形成、傾聴的な態度に支えられて、初めて、情報提供や説明などの言語的なやりとりが有効な意味を持つことになる。

#### 2. 面接への導入

面接への導入は、医療者側と患者・家族の間に、とりあえずの信頼関係を創り出すために重要な役割を果たす。導入の技法を省略せずにきちんとして行うことにより、その場にリラックスした雰囲気を作り出すことができる。挨拶、名前の確認、(初めて会う場合には) 自己紹介、これから何をしようとしているのかの説明が、基本的な導入のセットである。

#### 3. 情報提供と説明

説明とは、相手がまだ知らないこと、理解していないことを、理解してもらうための技

法である。専門用語はできるだけ使用せず、相手が理解できているかどうかを丁寧に確認しながら話を進めていく。説明や情報提供は、医療者から患者あるいは家族への一方的な情報の伝達ではなく、双方向的な対話の形をとることが望ましい。患者・家族からの質問やコメントに対しては、傾聴の技法を用いて、十分に感情を受けとめるように努力する。

#### 4. 行為選択を助ける技法

ICの際によく用いられる技法として「論理的帰結」がある。これは、「○○のようにすればこうなり、△△のようにすればああなるでしょう」という言い方で、治療方針などに複数の選択肢がある時、患者・家族と相談しながら方針を決定していく時によく用いられる。できる限り具体的に情報を提示し、患者・家族が自己決定することを助けることがこの技法の目的である。しかし、決定を患者・家族にまかせてしまうということではなく、医療者も一緒に考えていくという態度をきちんと示すことが重要である。

#### 5. 協力関係の強化と終結

臓器提供のICのような深刻な面接において、患者・家族が必然的に抱く不安に対して、最も援助的な対応は、「責任を持って最後までかかわって行きます」という、「協力関係の保証と強化」のメッセージである。もちろん、このような、関係性は、単なる言語的なメッセージだけによって形成されるのではなく、面接全体を通じての細やかな配慮によって醸し出される雰囲気により実感されるものである。特に面接の終結時には、関係性を強化する暖かいメッセージを添えることを忘れないようにしたい。

#### <文献>

斎藤清二：はじめての医療面接—コミュニケーション技法とその学び方。医学書院，2000.

## 第1章 一般科目

### 宗教学

#### 死生学と臓器提供

アルフォンス・デーケン 上智大学名誉教授

##### 1. 死生学とは

私たちの人生はある意味で喪失体験の連続であり、身近な人との死別、そして最後には自分自身の死と直面せざるを得ない。死を見つめることを通して、時間の尊さに気づき、どのように生きるか、を考えるのが「死生学」である。

大切な人との死別後の悲嘆は苦しいものであるが、悲嘆のプロセスと呼ばれる一連の情緒的反応があり、ある程度まで共通するパターンが見られる。遺族が積極的に立ち直るために悲嘆のプロセスの12段階を知ることは重要である。

##### ● 悲嘆のプロセスの12段階

- ① 精神的打撃と麻痺状態
- ② 否認
- ③ パニック
- ④ 怒りと不当感
- ⑤ 敵意ルサンチマンとうらみ
- ⑥ 罪意識
- ⑦ 空想形成、幻想
- ⑧ 孤独感と抑鬱
- ⑨ 精神的混乱とアパシー（無関心）
- ⑩ あきらめ—受容
- ⑪ 新しい希望—ユーモアと笑いの再発見
- ⑫ 立ち直りの段階—新しいアイデンティティの誕生

悲嘆を経験する人のすべてが、これらの12段階を通過するわけではなく、必ずしもこの順序通りに進むとも限らない。時には複数の段階が重なって現れたりもする。

遺族は、悲しみや苦しみを時の流れにまかせたまま、ただ受動的に過ごしがちであり、



また「どうして自分だけがこのような目にあうのか」と閉じこもることもある。しかし、悲嘆は積極的な心構えと意欲を持って乗り切れば、人格的成長を促す可能性がある。喪失体験からどのように立ち直るか、を学ぶのが「悲嘆教育」である。「死への準備教育」の一環として、学校教育の段階で学ぶことも必要であろう。また、周囲からの温かい支えはかせない。

また、死別後の立ち直りには少なくとも1～2年かかる。悲嘆を乗り越えるための期間は、さまざまな要素、たとえば、故人との関係性、死別の状況（自死、戦死、犯罪被害）によっても左右される。喪失が重なるような複雑な悲嘆は時間がかかる場合が多い。

## 2. 臓器提供と臓器移植コーディネーターによる遺族ケアについて

キリスト教の立場から、自らの臓器を何の見返りを求めずに、見知らぬ他人のために提供することは「美しい愛の表現」であり、この上なく美しい人間愛の発露といえよう。

ドイツでは、カトリック教会とプロテスタント教会が共同で臓器移植に関する委員会を作り、ガイドラインを策定し、見解を発表後、提供者が増えたという。このように社会的な問題意識を広めることと臓器提供を積極的に支援することは望ましいであろう。

遺族が臓器提供したことを肯定的にとらえられるように、移植者の回復状況や健康に生活をしている様子を伝えることはとても大切だと思う。また、故人が臓器提供によって美しい寛大な愛を示したことを称賛することは、遺族の悲しみを癒し、悲嘆を乗り越えるうえで、助けとなろう。それはまた、故人のイメージをプラスに高め、遺族の心の支えになると思われる。遺族が医療関係者と臓器提供後も相談や心のケアを受けられるようにすることも大事である。

また、家族は、大抵の場合、親族の突然な死によって短期間のうちに臓器提供について決断をしなければならないので、極端な苦しみの中にあることをコーディネーター等周囲の者は理解することが大切である。担当者は、思いやりにあふれ、話をよく聞く態度、あらゆる質問に答えること、何度でもいねいに説明すること、意思決定に十分時間をかけることが必要である。そして、臓器提供の話の前には、患者の医学的な状態について家族は十分に説明を受けることが欠かせない。その際、医療者は「患者さんの命を救うことができそうにないことを残念だ」というメッセージを伝えることもおろそかにしてはならない。これは家族が医療者と信頼関係を構築するうえで重要である。特に脳死状態の場合、

家族は「生き返ることが不可能だ」と理解しなければならず、あまりに急ぐと、あとで臓器提供を後悔する家族が出てきて、問題が生じるおそれがある。医療者の持つ時間意識と家族が考え、納得するまでの時間意識は異なることを、医療者は意識しなければならない。他方では、臓器提供の場合、承諾までの時間を無制限に延ばすことはできないので、限られた時間内での家族の意思決定への配慮と提供のタイミングを図ることは困難なことであるが、とても重要である。

## 第1章 一般科目

### 社会福祉、社会制度

長谷川友紀 東邦大学医学部医学科社会医学講座 教授

#### 1 社会保障

社会保障は、生存権の保障、健康（well-being）の向上を目的としており、公衆衛生、所得保障、医療保障、社会福祉などが含まれます。医療保険は社会保障の中でも医療保障の中核をなす制度です。

表1 社会保障の体系

医療	医療保険、労働者災害補償保険 後期高齢者医療制度、公費負担医療（結核、精神、その他） 生活保護（医療扶助）、公衆衛生サービス
年金	年金保険 労働者災害補償保険（年金給付）
福祉その他	生活保護（医療扶助以外）、児童福祉（保育所、児童手当、児童相談所、児童療 護施設等）、母子福祉（児童扶養手当、就業支援、母子福祉資金等）、障害者福 祉（知的障害者、身体障害児・者、特別障害者手当等）、老人福祉（在宅福祉サ ービス、施設サービス）、介護保険（在宅サービス、介護保険施設）、雇用保険 （失業給付）、労働者災害補償保険（休業補償給付）

#### 2 医療保険

保険は、リスクの分散を目的としており、保険料を支払った者のうち誰が受益者になるかわからないので、参加者は同等の関係にあります。自由契約に基づいて関係が生じます。医療保険も原型はこの保険と同じです。しかし、医療保険でこの仕組みをそのまま用いると、保険に加入する・しないは自由なので、もし保険に加入していない場合には、無保険となり、医療機関の受診をためらい治療が遅れる、医療機関も患者の支払能力を常に留意しながら、場合によっては高価な治療を避けて治療を進めなければならない、などの問題を生じます。先進国では、米国を除いて、何らかの形の公的医療保険に国民全員が加入することが一般的です。（米国では、高齢者を対象にしたメディケア、低所得者を対象としたメディケイドなど、公的医療保険は一部に限定されており、国民の約 17%が無保険者であるという問題を抱えています。オバマ政権の医療制度改革の主要な目的は無保険者を減らすことです。）

日本の公的医療保険は全員加入の社会保険方式(social insurance)をとっています。これは、自由契約にした場合、疾病リスクの高いものは加入できない(逆選択)、あるいは保険に加入しているから過度な医療を受ける(モラルハザード)などの弊害が生じないようにするためです。英国、豪、フランス等の国では、社会保険ではなく、国からの予算措置により医療を行う方式(tax-based)をとっています。どちらの方式がよいかは一概に言えません。医療資源はそもそも貴重で有限なものです。医療サービスと負担の関係が明確に理解され、無駄な使用をみなが控えるような仕組みが望ましいとされています。

社会保険では財源は保険料です。税方式では、目的を限定しない一般財源でまかなう場合と、医療または社会保障に目的を限定した目的税でまかなう場合があります。人口の高齢化、医療サービスの高度化に伴い、先進諸国はいずれも増大する医療費にどのように対応するかに苦慮しています。先進諸国においては、国民の主たる関心は、健康、医療、年金、育児など、厚生労働関係の事柄であり、これらは、しばしば選挙において主要な争点となります。一般に、保険料の値上げは、増税より受け入れやすいとされています。社会保険方式では、保険料値上げにより値上げによる財源確保が容易である利点があります。

### 3 医療保険の仕組み

医療保険の仕組みは図1に示すとおりです。被保険者(国民一般です)は、所属する医療保険の種類に応じて毎月保険料を支払います。医療保険を運営するものを保険者といいます。医療保険は、居住地により決まる国民健康保険と、職場により決まる被用者保険に大別されます。保険者は、国民健康保険では市町村、大企業の組合管掌健康保険では健康保険組合、中小企業の全国健康保険協会管掌健康保険では協会けんぽ、公務員等では共済組合です。

被保険者は、病気や傷害に際には医療機関を受診します。日本では、どこの医療機関でも患者の判断で受診することができるようになってきました。かかった費用のうち、原則3割の一部負担金を支払います。

一部負担金は原則3割ですが、未就学児は2割、70歳以上は所得により1割または3割と比較的低額になっています。それでも医療費が高額となると、一部負担金も高額になり家計を圧迫し、破綻を生じることもあります。これを避けるために高額療養費制度があります、所得に応じて一部負担の上限を設け(標準的な所得で月額約10万円)、これを超過した分は払い戻される仕組みです。

医療機関は、一部負担金を除く医療費の7割を審査支払機関に請求します。この請求書のことをレセプト(審査支払明細書)といいます。審査支払機関は、国民健康保険では国民健康保険連合会、被用者保険では社会保険診療報酬支払基金です。審査支払機関では、診療内容を確認して、保険者から預かった医療費を医療機関に支払います。審査結果により、書類の不備などのための返戻(差し戻し)、過剰な医療などに対する査定減(支払い拒否)