



## 生命 (いのち) への対応の傾向について考える

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2009-08-25 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 岡田, 麗江 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://doi.org/10.24729/00010812">https://doi.org/10.24729/00010812</a>

講義資料

## 生命 (いのち) への対応の傾向について考える

岡田麗江

(大阪府立看護大学医療技術短期大学部看護学科)

### Consideration on Attitude toward the Life

Reiko Okada

(Department of Nursing, Osaka Prefecture College of Health Sciences)

**Key words:** 生命 (いのち) の軽視の予防, 脳死, 尊厳死, 中高年者の自殺, 看護師等の静脈注射

#### はじめに

生命 (いのちと読む) を護るとは, どのようなことであろうか。そのためには生命を愛おしむ心が必要だ。現在, 生命を慈しみ, どのような状態であれ, 存在して良いという生命への対応のあり方が軽視される傾向にあるように思う。

科学や医療の驚くべき進歩の一方で, 脳死という死の概念を創り, また, オランダにおける安楽死法制化にみられる尊厳死など, 死についての新しい概念を受け止めながら生きていかなければならない社会に生きている。死について多くが語られ, 生命を慈しむ社会風潮が生まれるべきであると考えられるが, 少年たちのおやじ狩りにみられる弱者の生命を軽視するような事件, 生命への真摯な態度を疑わせるような医療事故が発生している。また, 21世紀の戦争であるイラク戦争も多くの生命のあり方に影響を与えている。

看護をとおして, 生命を護ることに携わってきた立場から, 脳死という死の概念と臓器移植, 尊厳死, 中高年者の自殺, 看護師等による静脈注射に関する法解釈の変更への対応の仕方を取りあげ, これらへの対応のあり方が生命の軽視の風潮を生み出すのではないかという筆者の危惧と共に, 生命を慈しむ心を育てることの必要を述べたいと思う。

#### 1. 脳死と臓器移植

脳死という死の概念は, 臓器移植医療の発達とともに明

確にされてきた。日本では, 1997年臓器移植法の制定により2つの死の判定が生じたともいえる。従来の文化の発展のなかで保たれてきた死の三徴候を中心とした心臓死と, 臓器移植法の中にみる見えにくい死といわれる脳死である。

##### 1) 脳死判定の難しさ

脳死判定の必要性の発生は, 臓器移植を行うためのものであったと言っても過言ではない。また, 臓器移植法制化は, これまで行われていた移植医療を厳しく制限する役割を果たすことになったといわれる。脳死による臓器移植は, 誰かの死を前提に成り立つものであり, ここに脳死の必要が生じ, 脳死者の発生の期待が生まれてしまうという連鎖がある。ここに移植希望者のジレンマもあるであろう。

脳死判定には, 厚生省の法的脳死判定マニュアルがあり, そのプロセスを完全に実施することが必要だが, 基準項目の無呼吸テストによる血中二酸化炭素の上昇による血液の酸性化が, 脳に多大なダメージを与えて, 脳死を作り出すことに働くという意見がある<sup>1)</sup>。特に脳死判定を急ぎ無呼吸テストを行うことは許されないことである。初期には判定ミスも報じられ, 脳死を作り出しているのではないかと考えられた。このようなミスは, 生きてほしいという家族の願いとは反対に死へと押し進めることになりかねない。脳死にならないよう救命のためのあらゆる努力が行われたのであろうか, という不信を招くことにもなる。

蘇生限界点 (ポイント・オブ・ノーリターン) は, 医師の能力に影響されるという<sup>2)</sup>。人の生死を左右する者として, 指定施設の専門医や関係者が訓練される必要のあ

るものである。また脳死の段階では、一般に心臓停止まで体温があり、暖かい手は家族が死を受け入れることの難しい状態を残してしまうこともある。このような家族の苦悩を無視することはできないことである。

臓器移植は、術後に組織の拒絶問題への対応の難しさやがんの発生の危険を持つこと、心理問題など多くの問題点をもって生活していくことが多いが、その生き方があまり公になっていないこともある。これは人間の様々な欲望の満たし方をどのようにするかの問題を提起することにもなるであろう。

## 2) 生かす努力を惜しまないこと

臓器移植法制定後、2002年11月12日法的手続きを踏んだ脳死判定23例目、臓器摘出22例目という経過であり、比較的遅々とした歩みである。脳死以外による生体の臓器移植は、アメリカに比し多く、生体部分肝移植をみても1989～1997年で522件にまで達している<sup>3)</sup>。医療の名のもとに健康な身体にメスをいれることが問題ではないのかと、生体移植も医療倫理の様々な問題を抱えているが、ここでは脳死によるものに限定する。

日本大学板橋病院の林成之教授等から始まった脳低体温療法は、遷延性意識障害者の回復に大きな効果を与えている。これは、医師、看護師、家族の生命に対する執着や生命を惜しむ並々ならぬ努力、忍耐があったからである。

また、頭部にケガをした植物状態患者が十分なケアをすれば意識が回復し、仕事に復帰できているものが6割もいるという報告がある(朝日新聞、2003. 11. 1)。このことから、弱者や障害者を切り捨てるのではなく、生き続けられることができる援助に力を注ぎ続けることが必要である、と言えるのではなからうか。また、脳の状態はまだ不明なことが多く、治療や看護のあらゆる研究の効果を期待できる可能性を秘めているようである。‘いま、この生命’を大切にす姿勢が必要であろう。

臓器移植法は、2000年から改正のための検討が始まっている。脳死による臓器移植には、先ずドナーになることを表現するドナーカードに意思表示することが必要である(自己決定すること)。ドナーカードは、1999年末までに4000万枚配布されているという。アメリカではドナー不足が大きくなってきており、1996年心臓移植待機者は3698人、移植件数は2342人であった<sup>4)</sup>。日本でも先に述べたように、脳死による臓器移植数が遅々としており、それはドナーが増えないことにもよると考えられ、ドナーを増やすために、ドナーカードの活用を力をつけようとしている。そのため町野案では、人間は善意を持つ存

在であるから、ノー(No)と意思表示のないものは全てイエス(Yes)と考えたいというような意見まで出ている<sup>5)</sup>。

また、ドナーとして適任となりやすい交通災害者は、2000年には115万5693人と増加傾向にあり<sup>6)</sup>、交通事故による死亡数は2002年に1万1743人であった<sup>7)</sup>。ドナー候補者を増やすという生命への対応の仕方ではなく、交通事故者を増やさないことが重要であろう。

日本の臓器移植法は、例えばオーストラリアやイギリス等の法に比し、移植禁止法かと揶揄されるような厳しさをもっているといわれる。臓器移植法の改正を望む人たちは、脳死による臓器移植の条件を家族のみの承諾でもよいとしてドナーの増加を求めたいとすることであり、最大の問題は、子供の心臓移植に必要な15歳未満者がドナーになることを可能にしたい、ということである。

ドナーになるためには、自己決定や家族の承諾が必要となるが、小児は自己決定が可能だろうか。一林らの調査によると、入院児童にかかわる小児科部長は6～12歳の児童で56%、看護管理者は50%が理解できるとしている<sup>8)</sup>。入院の体験は小児に優しい気持ちを起こさせ、臓器を与えることの同意を可能にし易いであろう。しかし、この優しさは、臓器移植の内容に対する理解のレベルの問題であると考えられる。子供の脳の再生能力はまだ未解明なことが大きいといわれる。小児の自己決定能力の問題や親子の人間関係の問題である児童虐待の多い現状では、15歳未満者の臓器移植には疑問を感じざるを得ない。これは子供の権利を奪うことになるという意見もあるが、そのためにも、反対に、大人が勝手に可能と決めることこそとってはならないこと、のように思う。

脳死の概念はある程度社会化され、自然に、死の2つの概念は選択されてきているように考えるが、前述したように、見直しの主眼は、家族の承諾と本人の自己決定という2つの条件を必要とする厳しい束縛をはずすことにある。脳死者を増やそうとする努力をするのではなく、死はわかりやすい心臓死を主とし、脳死判定は最低臓器移植が必要(真の愛の贈り物)な場合のみに行われるものであってほしいと思う。ドナーになることを強要するような社会になるような作用をしないことが重要である。左室縮小形成術等、また脳低体温療法のような医療がますます発達することを期待したい。生命を慈しむ努力が低下しないようにする努力が必要であろう。

## 2. 誰のための尊厳死か

医療技術の進歩にともない、長期に生命維持装置のもとに生きることを意味が問われ、高齢社会において、医

療費の再分配問題が生じることにより、どのように生きるかが問題になってきた。

自分の所有者である個人は、自己の尊厳を護るために死のあり方を自己決定し、それらは必然的に生き方を決めることになるという、尊厳死を求めている。また、ターミナル期にあり、絶えられない身体の苦痛をさけるために安楽死を望むことになる。尊厳死は安楽死のもとに得られるという関係でもある。意識消失し、機械による生命維持状態下で生きること、意志決定のできない状況に置かれることは、尊厳の低下であろうか。

生きる過程では、生老病死などを伴い、苦痛を味わうことが多い。生きることにより生じる苦悩を、逃げないで味わうことによって、希望を見出し生きていくことができる。このことは実存的に生きることであり、人間の尊厳のあり方であるといわれている。

オランダでは2001年4月に世界初の安楽死法が可決され、人間としての価値を自分で護るために、安楽死を選ぶことができるようになった。即ち尊厳死が選べることになるのである。法制化までの多くの隠れた安楽死や自殺補助をなくし、透明性を維持するためにも重要な法となっているといわれる。しかし、ヘンディンは、オランダで「末期患者の緩和ケアが発達したのは過去10年のことだが、オランダ人が安楽死を始めるようになったのは、それ以前のことで。仮に今、安楽死論議がスタートに立ったとしたら、同じ結果にならないことは間違いない」と緩和ケアの遅れを指摘している<sup>9)</sup>。また、「社会的弱者の障害者や高齢者を『生きていなくていい生命』とみなす考えが広がるような気がする。それは恐ろしいことよ」とのべる者もあり、さらに、オランダのカルバン主義の死生観に基づく孤独な死生観が社会の根底にながれていて、安楽死容認につながったといわれる<sup>10)</sup>。

日本でも尊厳死を求めるという意思表示をしておく、日本尊厳死協会によるリビング・ウィルの運動がある。また、家族に迷惑をかけないよう“ポックリ死にたい”という考えがよく言われる。ポックリ死にたいということは、一方では障害を持って生きることは良くないという考え方が含まれていて、生命の価値の評価につながってゆくものではなからうか。

日本では安楽死は法的に認められていない現状で、絶えられない苦痛を恐れ、尊厳を維持するなどと称して、自然死に至るといわれるナチュラルコースが実施された。それは、必要な酸素吸入を行わず、また生きるために必要な水分補給も減らしていく方法であって、このコースがもたらすものは自然死ではないと考える。また、患者

やその家族へのインフォームド・コンセントも不十分な状態であった。元来、インフォームド・コンセントとは、患者や家族に寄り添い、安心を与えてゆくことである。苦痛緩和の方法は麻薬の使い方などにより進歩している。苦しくなく生き延びたいという患者の本心に答えるためには、安楽死の法制化ではなく、緩和ケアの充実こそが重要であろう<sup>9),11)</sup>。

人間としての尊厳を持った存在のあり方とは、意識を持ち自己決定できることのみであろうか。人は関係のなかで人として生き、他者のために存在することも重要である。意識のない状態や脳死の状態であろうと、子供のためや親のため、家族は生きていてほしいと望み、そこには、他者のために存在することの意味がある。それはどのような状態であろうと人間としての尊厳を保ち、存在することであると考えたい。人間の尊厳のためにといって、尊厳死や安楽死を考えなければならないという社会をつくらないようにしたいと思う。

人間の尊厳を護るとして、そこでは生命の価値の比較がなされてしまう。即ち、生きる意味のないもの、生きる価値のあるものとしてである。意識がなく、自己決定のできない状態は人間の尊厳を持たないとされる傾向を作ってしまう。他者のために存在することも人間としての尊厳があるのである。どのような状態になっても人間として存在することに意味を見いだしたい。尊厳死を求めるのは誰のためか。尊厳死は、ともすればどのような状態でも生きようとするのを阻害することにつながりやすいと考える。ありのままに生きたい方法で生きることのできる社会にしたいものである。そのためには、どのような生き方でも支える隣人関係を育てることであり、更にどのような生命をも慈しみ、大切にするための医療や緩和ケアの充実が必要である。

死を考えることによって、それぞれの尊厳を持って生きる方法をクローズアップすべきははずのものが、死の方法の選択を強要される力となって、後押しされてしまわないようにすることが重要であろう。

### 3. 中高年者の自殺

日本の自殺者の急増は、中高年男性層によるものであり、平成10年以降自殺者が3万人を越え、今なお横這いの状態にある。その原因は、経済生活問題や健康問題が多い。特徴的なことは不況によるリストラなどから鬱状態をきたし自殺へとつながっているといわれる。90年代をみると完全失業率と自殺率は正比例して上昇している。またバブル崩壊後の長い不況の影響は過労自殺者も出現

した。川人の報告によれば、1988年から2003年5月末までに、過労死電話相談のうち過労自殺は626件あったという<sup>12)</sup>。さらに、平成7年の阪神淡路大震災後の神戸の自殺者は震災被害者の多い地区に多かった。不況による地域経済の低迷も影響して経済生活問題、勤務問題が自殺者全体の約3割になり、これらは自殺者を押し上げる要因になっているといえる(神戸新聞, 2003.8)。

生き甲斐ともなる働く場が保障されず、真剣に生きる努力も報われない、むなしい状況が続いているといえる。自殺者数の報道が、死を選ばざるを得なかったということの苦しみがいつの間にか薄められて、死は日常的であり当たり前のことである、と自殺者の増加の現状にたいして、あきらめに似た心情を生じさせていくことに影響するのではないかと思う。

2002年厚生労働省は「自殺防止対策有識者懇談会」を設立、2003年には自殺予防対策費が予算措置された。しかし、川人は雇用政策上の社会的セイフティ・ネットを抜本的に強化する事の必要を提起している。自殺念慮をもつ人たちに、生きる希望をもつ方向へ向かわせる援助が望まれる<sup>12,13)</sup>。自殺や死が日常になり、生命を大切に感じる感覚が麻痺すれば、環境破壊による死や、特に戦争などの大量死にも痛みを感じなくなる社会にならないかと恐れる。

#### 4. 看護師等の静脈注射について

「新たな看護のあり方検討会」の報告の後、平成14年9月30日付け厚生労働省医政局長通知で看護師等による静脈注射の実施に関して、「看護師等による静脈注射は診療補助行為の範疇である」という厚生労働省の法解釈の変更がなされた<sup>14)</sup>。静脈注射は1951(昭和26)年の国立鯖江病院における誤薬事件での判決で、医務局長見解は「…法第5条に規定する看護師の業務の範囲を超えるものであると解する」であり、看護師の仕事には無理である、と判決がでて以来法律上は看護師の業務ではなく医師業務のはずであった。しかし、平成13年度に実施された看護師等の静脈注射の実施について、の厚生労働科学研究の結果では、病院の看護師等の90%が静脈注射を日常業務としているという。これは鯖江事件後50年間を経ながらも、静脈注射が実施され続けて増加してきていることを示し、医師の怠慢や診療体制を整えるための看護婦へのしわ寄せの形であったと考える<sup>15)</sup>。また、過去1年以内の静脈注射による重大事故の発生は、90%が「なし」と答え、「あり」、「時にあり」が9%を示しているという調査報告もある<sup>16)</sup>。鯖江事件後の看護業務の範疇の解釈

の変化の中でもこのような状況が続いたのである。

今回の法解釈の変化の段階で、看護の状況は変化しているであろうか。現在の看護現場では、人員不足もあるが、様々のヒヤリ・ハット内容の中でも、特に与薬や注射に関するものが多い。また医療事故も「看護師のミス」として報道されているものがある。一人の看護師が準・深夜勤等に多人数の患者を担当している現状がある。清水の研究<sup>17)</sup>では看護師が望む病床数は、平均38床以下となっている。また、患者全員の顔と氏名、ベッド、病名を正確に把握できないことが「ある」「しばしばある」が95%と圧倒的に多かった。さらに、休日、連休日、休暇明けに新入院があるととまどうことが「ある」「しばしばある」と87%が答えているという。現在の基本診療料の施設基準等により一般病棟の病床数60床以下、施設基準の在院日数は、一般病棟入院基本料一群一(看護職員配置2対1)の場合、平均21日以内であり、看護師は一人、一人の患者を把握することはかなり難しい状況に置かれており、さらに十分な看護は難しく、医療事故の危険は絶えない状況のように思える。

李によれば、対医療費効果としてプラスのプラセボ効果が有効である。即ち、医師や看護婦が、患者に同情心を持って接し、疾患や治療法について丁寧な説明をし、治療への熱意を示すことであるという<sup>18)</sup>。また、看護師が受け持つ患者が1人増える毎に患者の死亡率は7%ふえる(JAMA 2002:288)を引用し、人員配置と患者安全に関する報告を伝えている(週刊医学界新聞, 第2564号, 2003.)。2002年に国立大学病院で実施された「職員への期待」という患者へのアンケートの結果でも、看護師に対する患者の期待は、「患者の話をよく聴くこと」(67%)、「患者を尊重した態度やマナー」(54%)、「診療内容を詳しく説明すること」(40%)であった<sup>19)</sup>。一般に在院日数21日では医師・看護師共に忙しくなっていると考えられる。

今回の法解釈の改正により、静脈注射は医療行為の1つであるが診療補助の範疇となれば、医師、歯科医師の指示のもとに看護師等が実施をすることも多くなるだろう。静脈注射は看護師等業務の多くの時間を占め、看護者のストレスを増強させるであろう。新卒1年の看護師のストレスは大きく、早期退職の原因ともなっている。

看護者としては患者や家族とのコミュニケーションや、インフォームド・コンセントを充分に行うことが重要である。これは、医療過誤を防ぐために、医療行為の透明性と説明責任を果たし<sup>18,20)</sup>、看護の質を良くすることにつながるであろう。

日本看護協会は静脈注射に対するガイドラインを作り、看護界の混乱を治めるための努力を懸命に行っている。各病院もガイドラインに沿った工夫を続けている。しかし、患者の生命を護る専門職の立場からこの受け入れは時期尚早ではなかったかと思う。社会的地位を向上させるための一つの方法としての教育の完備と人員増加、医師－看護師関係の確立などの看護の環境を整えることや看護師等全てが行うのではなく、アメリカのIVナースのように、ある特定のライセンスや資格を持った者が静脈注射を行うなどのシステムを作ることが必要と考える。

現状では、診療の補助の範疇であれば患者の状態から判断して、必要時には、静脈注射行為の拒否をする判断をしていくことが望まれる<sup>15,19)</sup>。国立大学病院の看護部長会では保留の姿勢を示していた。主体性のある判断は、患者の生命を護る看護者の責任を取ることもなるだろう。看護の役割拡大のチャンスとして受け止めることもできるが、静脈注射に対する看護行為の範囲など明確にし、準備期間を明確にして受け入れていくべきだろう。一方看護基礎教育をみると、看護者の静脈注射の実施のための準備状態は、今、不十分である。特に臨床薬理学や感染予防、コミュニケーションやインフォームド・コンセントの技術が不足しており、現在のカリキュラムの改善には時間を要するだろう。臨地実習でも対患者に実施できる環境は整っていない。看護倫理の側面からも、まだ根本からの改善は緒についたばかりといえるだろう。

なぜ今なのか。在宅看護の領域においては、看護者の静脈注射の実施が必要とされるという分析のもとに急がれたと聞く。実際上、医師不足を看護師等で補うことになったのではなかろうか。患者にとってしっかりとした医学的管理のチャンスを奪うことにならないかと危惧するが、反面、李によると、同じような医療であれば、患者は医師よりもナースプラクティショナー（アメリカの開業ナース）を選ぶという。それは医師より十分なコミュニケーションがあるからのようである<sup>18,20,22)</sup>。診療の補助業務が拡大し、それらの業務を安全に実施するためには、多くの時間を要すると思う。早急な業務の拡大が、看護に対する社会のニーズに答え、良い看護の質を保証することに逆効果にならないようにしたいと思う。専門職の責任として医療過誤を予防し、生命の軽視につながらないように活動することが重要である。

## おわりに

脳死と臓器移植、尊厳死、中高年者の自殺や看護師等の静脈注射について考えることによって、生命に対する

考え方が軽くなっているのではないかという考えをのべた。その中にいて、筆者自身が大きな流れの中でもがきながらも、何もできていない自分を見いだしている。

特別なことをすることではない、人間的な立場から、おかしいと感じたら発言し、行動をすることが全体を変える一要素になるであろう。定年退職で現場を去るにあたり、このように、筆者の思いを述べる機会を与えていただき、感謝している。

## 文 献

- 1) 山口研一郎, 桑山雄次 (2000) “脳死・臓器移植拒否宣言－臓器提供の美名のもとに捨てられる命”, 主婦の友社, p.23-24.
- 2) 高知新聞社会部「脳死移植」取材班 (2000) “脳死移植いま考えるべきこと”, 河出書房新社, p.199-200.
- 3) 澤田愛子 (1999) “今問い直す脳死と臓器移植” 第二版, 東信堂, p. 80.
- 4) 3), p.102.
- 5) てるてる (西森豊) (2000) 脳死否定論に基づく臓器移植法案改正案について, 現代文明学研究, 3:39-179 (<http://www.kinokopress.com/civil/0302.htm>)
- 6) 厚生統計協会 (2000) “国民衛生の動向”, p.304.
- 7) 植田紀美子 (2003) 厚生労働省における自殺予防対策について. 第9回日本臨床死生学会プログラム・抄録.
- 8) 一林千賀, 澤田愛子 (2003) 日本における子供の心臓移植について－現状と課題. 第22回日本医学哲学・倫理学会大会抄録, p.21.
- 9) 清水昭美 (2001) オランダ安楽死案可決と安楽死の実態, 看護教育, 42 (10):854-858.
- 10) 三井美奈 (2003) “安楽死のできる国”, 新潮社, p.148
- 11) 9), p.856.
- 12) 川人博 (2003) 働く者の自殺を予防するために一過労死110番の相談活動から－(資料) 第9回日本臨床死生学会プログラム・抄録.
- 13) 12), p.1.
- 14) 社団法人日本看護協会 (2003) 静脈注射の実施に関する指針.
- 15) 高田利広 (2002) 「看護師等による静脈注射の実施について」(厚生労働省)を読んで. 看護教育, 43 (12):1052.
- 16) 迫田睦子, 石本傳江, 兼安久恵, 宗正みゆき, 長谷川浩子 (2003) 安全な静脈注射には何が必要か,

- 看護職の静脈注射実施の現状から考える. 看護学雑誌, 67 (4):332.
- 17) 清水昭美 (2003) 医療事故防止対策として, 一看護単位の考察, 医事法学会 (18):9-17.
- 18) 李啓充 (2001) “アメリカの医療の光と陰”, 医療過誤防止からマネジドケアまで, 医学書院, p.219-220.
- 19) 宮崎美保子 (2003) 薄らぐ患者—看護師関係—ケアリングを看護に引き戻す—. 医学哲学・医学倫理, 21:144-145.
- 20) 18), p.253.
- 21) 15), p.1055.
- 22) 18), p.261.
- 23) 木村利人 (2000) “自分のいのちは自分できめる”, 集英社.
- 24) 近藤均他編集 (2002) “生命倫理辞典”, 太陽出版, 東京.
- 25) 高田利広 (昭和51年) “看護業務と法律”, 医療過誤・労働法の手引き, 医歯薬出版株式会社, 東京.
- 26) 立山龍彦 (2002) “新版自己決定権と死ぬ権利”, 東海大出版会.
- 27) 山本俊一 (1992) “死生学のすすめ”, 医学書院, 東京.