

がん告知を巡る過去20年間の推移とその問題点

正 木 晴 彦

“The Change and Several Problems in Truth Telling of Cancer during 20 years”

Haruhiko MASAKI

— 目 次 —

<序>

- a) 米国の動向
- b) 「朝日」の初の全国調査
- c) 厚生省の本人・家族への胃がん告知調査
- d) 医師の対患者、又は自身に対する意識と実状の調査
- e) 違う一般論と自分の場合
- f) 告知後の「患者の精神状況の変化」の調査
- g) 余命告知及び末期医療の在り方に就いて
- h) 末期医療への対応調査と日医の指針
- i) 介護人からの意見調査
- j) 変わらぬ性差・老若での相違
- k) 告知・不告知を巡る訴訟
- l) 告知問題に関する推移の概略
- m) 不安の在りか
- n) 告知のメリット
- o) 「がん告知」に於ける癌
- p) 転移と転成^{てんじょう}
- q) むすび

<序>

筆者ががん告知の問題に強い関心を抱くに至った大きなモメントが二つある。一つは今から40年近くも昔のことである。「宗教学」担当の岸本英夫教授は、時折講義を中断してがん

の治療に行っておられた。同教授は米国の大学に滞在中に米人医師によりがんを知らされ、余命も半年迄は保証すると宣告されていた事が広く学内でも知られていた。左頸部の黒色腫であるから本人に隠しようも無いが、その後10年間に何と数10回もの手術を繰り返し乍ら、その絶望的な恐怖の中で無宗教の立場から今迄以上に研究や仕事に打ち込む等、死との対面に依って生を充実せんとされた生き様は後に公刊¹⁾されたが、その姿は実に痛々しい限りであった。当時、これを切っ掛けの一部でがん告知問題が話題に上がったが、十分には熟する事無く、やがて下火になって行った様に思う。

それから約20年を経た頃から、がんは徐々に世間的関心事となりつつあったがその後、昭和天皇が逝去されたのを機に、一寸した論争が起こった。これが第二の契機である。筆者はその頃から、公人の告知云々の問題とは別に、がんの告知に伴う諸問題に就いて、それ迄に集めた資料を少しずつ点検、整理し始め、今回はそれをまとめたものである。

尚、文末に註とは別に「過去20年間の生命科学の主要データ²⁾」の続篇を添付し、此の間の問題の推移を追った上で若干の吟味を試みた。資料の分類、記載、引用法はすべて前回に準じたものである。以下の論述に際しては、前回及び今回の資料Ⅲと併せて利用されると参考になると思う。

I. 是非論の推移に就いて

a) 米国の動向

過去20年間の手許の資料で見ると、我国でがんの告知問題が話題にされはじめているのは昭和50年代の半ば頃からである。先ず米国での出来事が伝えられ一石が投じられた。米国では医師ががんの事実を患者に知らせる事が多いとは聞き及んでいたが、バージニア大学のデニス・ノバック教授が、昭和54(1979)年2月に医師60人を対象に調査の結果、「患者にがんを告知している」の回答が97%との記事(79. 6. 28長崎・夕)には驚いた。理由は「患者には知る権利がある」と知って、さすがに権利・義務関係を重視する米国的な発想だと感じた。けれどもノバック教授は昭和36(1961)年にも同趣旨のアンケートを実施しており、その時には逆に90%の医師が「患者には知らせるべきではない」と回答していたと言うから、米国では此の問題に対する医師達の態度が概ね1960~80年代の20年間に大きく変化しつつあった事が窺える。そのうねりは約20年遅れて日本にも押し寄せて来ているが、いまだ当時の米国の様な状況には至っていない。

「がん告知」のもたらす積極的側面を日本人に初めて具体的に提示して見せたのは、同じく昭和54(1979)年初夏の頃に72才で世を去った、かの西部劇の王者ジョン・ウェインの生き方であろう。彼はこの年の初めには胃がんを克服し、15年前に

は肺がんを乗り越っていたが、三度目の腸がんは既に手術不可能な末期段階であった。しかし彼はがんである事を「知った」上で、絶望する処か自ら新治療法の実験台を申し出、最後の二週間は「がん基金」の創設に執念を燃やしていたと言う。その基金で彼の死後、ロサンゼルスに「ジョン・ウェインがん研究所」が出来、がん研究に成果を上げている。斯様にその不屈の闘志でがんに挑戦し続けた彼の最期は、日本では考えられぬ生き方であっただけに称賛の思いも一入であった。

同じく米国で、がんと知らされた後に思い切った生き方をして話題になったのは昭和53(1978)年に手術不可能な乳がんを診断された精神分析医で画家のジョー・ローマン女史(62)である。10年前から自殺に関心を抱き、70才代には人生に自ら区切りをつけるべく著書「理性的自殺」の執筆を進めていたが、がんの告知と病状の進行で計画の実行を早める事にし、1979年6月10日を自殺の日と定めた。彼女は友人や家族に自殺を宣言し、招いた人々と自殺を巡る議論を戦わした果てに、35錠のカプセルを飲んで計画通り、本当に息を引き取った。最後の半年間の様子は友人R・エリソン氏にビデオ記録が依頼されており、ドキュメンタリー番組「自殺の選択」として全米の公共テレビ網(PBS)で放映(80.6.16)されたのである。放送の是非を巡って米国中に論争が起こり、宗教関係者から「神への冒瀆」との反発もあって、放送を中止した局もあったと報じられている(80.6.19)。

b) 「朝日」の全国調査

がん告知の問題について我国で初めて全国規模の調査に着手したのは朝日新聞社(以下「朝日」と略す)であったと記憶する。調査(1980.10.21~22)は広く「健康とがん」意識を探る目的であったが、その中で「がん宣告」について興味深い結果が出たと報じられた。調査結果によると、一般論としては「患者にはがんを知らせない方がよい」との意見が48%で、「知らせる方がよい」の37%を上回り、約半数の人々が日本の医師の、手術で確実に治せる早期がん以外に原則として取られている「伏せる方針」を支持している。処が、本人自身ががんになった場合には、一転してその事実を「知りたい」と言う人が61%にも及んでいる。同紙はこの結果に就いて「宣告の是非の間で揺れる複雑な心境の表われ」とコメントを加えている。推察するに類似の現象は臓器移植等の是非に於いても見られると思われるが、この種の問題は単なる「是か非か」の選択肢では問えないと言う事であろう。いわゆる「総論」としての、日本人に共通する態度を前提とした一般論と、個別の事情を加味した「各論」たる、自己自身の場合では、置かれた状況の違いから対応にかなりの変動がある。当人の年齢、性差や精神的な成熟度、性格や公私の立場等により結果は可変的であり得る。

本調査によれば、自分は「知りたい」と回答した61%の中、男性は10人中7人迄

が告知を望み、男女共に若年層ほど「知りたい」派が増える傾向が見られる。更に興味深いのは、成人病の中から「一番怖い病気」を選ばせた処、当時日本人の死亡原因としては、がんは脳卒中に次いで第二位であったにもかかわらず、第一位に挙げた人は、がん55%、脳卒中13%であった。此の様に老若に関係なく襲われ、かと言って予防の決め手も無く、末期には堪え難い苦痛を伴う等、この病に対する人々の漠たる恐怖こそは、罹患確認時に「告知」の名で表現されるに相応しい病なのであろう。回復不能な末期がんの激痛に悩む患者に対しては、せめて適切なペイン・クリニックが期待される処である。日本安楽死協会などの目指す末期がんの堪え難い苦痛に対して医師等が積極的に介入する、所謂「積極的安楽死」を原則として認めず、鎮痛医療の進歩により苦痛除去に応じて呉れる医療機関をコンピューターに入力しておき、患者の求めに応じて連絡して呉れる民間の「痛み110番」づくりを目指す「鎮痛医療推進協会（仮称）」も各界の有志によりこの時期に東京で発会している（82.10.15）。

c) 厚生省の本人・家族への胃がん告知調査

昭和60（1985）年になると、厚生省が本格的な調査に乗り出している（85. 9. 9）。同省がその翌年に公表した「保健衛生基礎調査」の中、「胃がんの検診と告知」（86. 6. 11公表）の結果は大変興味深い。この基礎調査は毎年行われており、今回は全国の30才以上の男女約28,000人を無作為に抽出し、99%から回答を得ており、かなり大規模かつ精度の高い調査と言えよう。今回は所謂がん一般に対する質問ではなく「検診で胃がんと判った場合」と言う設定の下に告知の可否を尋ねている処にその特徴がある。「胃がん」のみに限定した背景には次の諸事情があった事が、その結果等からして考えられる。

- ① 昭和56（1981）年以降、がんが死因の第一位になっているが、昭和59（1984）年には18万人を超すがん死亡者中の、「胃がん」が肺がんの2.7万人を大きく引き離して約5万人と最も多く、がん死亡者中の27.3%を占めていること。
- ② 胃のX線検査を一度も受けた事の無い人が全体で4割、胃がん・危険年齢とされる40代以上で3割いる事が判明したが、この事は逆に、胃がんの「集団検診」がかなり普及し、半数を超え60~70%に行き亘り、今後胃検診を「受けようと思う」人が86%もあると言う現実。
- ③ その必然的な結果として早期発見のチャンスも多く、治療方法の進歩とも相俟って消化器系、殊中胃の早期がんであれば必ずしも「死病」ではなくなりつつあり、此の調査時期でも小さな胃の粘膜にとどまっている初期がんでは、5年生存率が100%に近い（86. 6. 14読売）とすら報じられている点。
- ④ 依って、がんの「告知」問題に変化の兆候が表れるとすれば、先ず「胃がん」

の場合からと考えるのが自然である事。

以上が、他のがん全般と切り離して調査された意義と言って良からう。

さて、調査の結果であるが、検査で胃がんと判った場合に「知らせて欲しい」が56.8%に達し、「どちらとも言えない」22.5%、「知らせて欲しくない」の20.7%を圧倒している。この結果は5年前の「朝日」の、がん一般の場合に「知りたい」と回答した61%に比べると、やや告知派が減少した様にも思えるが、何れにしても条件付き乍ら過半数の人々が告知に傾斜しつつあると言えよう。性別に見ると告知の希望は男性60.9%、女性53.0%、年齢別では30代前半では告知派が61.6%であるのに対し、75才以上では約半分の38%に止まっており、女性よりも男性に「知りたい」と回答する者が多く、告知希望率の増加には若い世代の意見が大きく影響している点など、何れも先の「朝日」の調査結果と符合している。「朝日」が一般論と自分自身の場合に分けて告知問題の意識の差に注目したのに対し、厚生省の場合は本人と対家族に分けて問うている。家族が胃がんと判った時には「本人に知らせない」が43.9%と最も多く、「知らせる」は僅かに19.2%である。此処でも男性（22.8%）の方が女性（16.0%）よりやや積極的で、30～34才の層では20.8%が「知らせる」と回答しており、女性より男性に、高齢者よりも若年層に告知派が多い点は同じである。

d) 医師の対患者及び自身に対する意識と実情の調査

今回の患者の側からの国民意識調査とは別に治療者側の調査も為されている。同省は全国100の国立病院、療養所で昭和58（1983）年1月から12月迄の1年間にがんで死亡した患者2,584人に関して、主治医、病棟婦長に問い合わせた「がん告知実体調査」がそれである（86. 6.14読売）

その報告に依ると、医師が患者に「がんを告知」したケースは2,584人中たった6人で僅かに全体の0.619%にすぎない。これは97%もの医師が当然の事として患者にがんを知らせている米国の場合と、正に好対照である。仮に医師が知らせなくても看護婦や家族から聞いたり、或いは周辺の雰囲気や言動から察知すると言う事もある。その何れに依るかは不明だが、本人が結果としてがんの事実を「知っていたと思われる」との推定意見の20.4%を含めても「知っていた」のは25.8%、即ち4人に1人の割合でしかない。

この日米に於ける「告知」に際しての医師の態度の相違、及び、患者の側の希望（最大61%）と実態（0.619%～25.8%）の落差に就いては後に吟味する。

実はこの調査より前の昭和56（1981）年に浜松医大の大原健士郎教授らが、静岡県内の医師、看護婦、一般人約1,200人を対象にユニークなアンケート調査を試みており、医師の中、がんである事をはっきりと「告げるべき」が1.3%、「それとな

く自然に」が7%ととの結果が出ている。

その方針を承けて、4年後の昭和60(1985)年に九大診療内科の手嶋秀毅講師が日本胸部疾患、癌治療両学会の評議員及び彼等の属する病院の医師、看護婦、福岡市内の一般人の合わせて1,300人を対象にアンケート調査をし、昭和62(1987)年になって結果をまとめた(87. 2. 6朝日)。それを見ると、末期患者にがんである事を明確に「告げるべき」と答えた医師はこの数年間で1.3%から3.2%へ、「それとなく自然にがんである事を告げる」も前回の7%から18.3%へと増え、絶対数は未だ未だ少数ではあるが、割合としては何れも倍以上に増加している事が判る。ところが、医師自身が末期がんと仮定した場合には、告知希望者は10倍以上に跳ね上がり、約40%がはっきり「告げてもらいたい」と答えているのである。

それぞれの調査はその対象者や、患者か治療側かどうか、初期か末期か、一般論か自身の場合かで異なった結果となっており、それが後述する様に、今後如何にがんに対応すべきかを判断する為の良き材料を提供していると言えよう。

e) 違う一般論と自分の場合

平成の時代に入って「朝日」は昭和55(1980)年以来9年振り、2回目のがん告知についての国民の意識を探る全国世論調査を実施(89. 3.15~16)している。その結果は、一般に、本人にがんを「知らせた方が良い」と思う人が37%、「そうは思わない」が40%と意見が完全に二分される結果となった。だが自分自身ががんにかかったと仮定した場合には「知らせて欲しい」が59%(前回56.8%)で、「そうは思わない」の34%(前回20.7%)を大きく上回り、告知派は年輩層よりも若い世代に目立つ点、女性より男性に多い等の傾向は9年前と全く変わっていない。尚、自分が重いがんにかかっていると判ってからどうするか、の問いには「家族や親しい友人との時間を大切にする」の38%が第一位、以下「医師に頼る」26%、「身辺を整理する」15%、「したい事をする」14%と続き、限られた6項目の選択肢乍ら、未だ未だホスピスや末期の専門家よりも、家族の絆の中に救いや安らぎを求めんとする傾向が見られる。

「がん告知」の問題が次第に人々の話題となりつつある中で、長崎大学医学部の「第12回医学展」(89. 5.20~21)でも、他に先駆けてがん患者や家族、医師を交えたパネル討論会が催された。

f) 告知後の「患者の精神状況の変化」の調査

過去の調査を見て判る様に一がんの種類にも依るが一これ迄医師の側からはその事実を「知らせる」と答えた者は精々数%止まりであった。処が、国立がんセンター病院(東京)の笹子三津留医師は、かねてより手術の前に事実を患者と家族にじっくり説明して来た。のみならず、斯かる告知後の患者の様子に就いて昭和63

(1988)年から、自らが主治医となって手術した胃がん患者123人とその家族、更に死亡した患者31人の遺族に、同センター倫理委員会の承認を受けてアンケート調査を実施(90年10月)、患者111人、遺族23人からの回答を得、大変興味深い結果を発表(91. 1. 13)した。集計に依ると、がんと告知された時の患者の気持は「目の前が真っ暗になった」が15%、「或る程度予期していた」が24%は理解出来るとして、意外であったのは「ショックだったが、すぐに受け止める事が出来た」が51%、更に驚いた事に「がんと告げられたショックから1ヶ月以内に立ち直った」と言う、積極的にがんと立ち向かう態度を示した者が何と88%もあったのである。患者本人も、死亡した患者の遺族の回答もほぼ同様であった。これは飽迄も「胃がん」の場合ではあるが、医師の側も患者に対してじっくり説明をすれば、却って積極的な闘病の姿勢となり、死の話題をタブー視する事なく患者をバック・アップする事で家族との絆も強まり、医師との信頼関係も深まり得る事をこの「がん告知後の追跡調査」は示していると思う。

g) 余命告知及び末期医療の在り方に就いて

厚生省の「保健福祉動向調査」も初めてがん全般に就いて「病名の告知」のみならず、治る見込みが無い場合の「余命の告知」及び「延命治療か苦痛緩和か」に就いて、全国300地区の成人32,430人を対象に調査を実施し(90年6月)、96.5%の回答を得て翌年その結果を発表(91. 5. 25)した。

がんの告知に就いては前回(85. 9. 9)と同様、自分に対してと家族の場合に分けて問うている。自分に対して「知らせて欲しい」は58.0%、「家族に知らせて欲しい」は何と70.2%の結果が出ている。性別に見た場合の是非は男、女の回答がそれぞれ前者が61.9%対54.4%、後者に就いては71.0%対69.4%となっており、男性が告知にやや積極的であり、告知派が年齢が高くなるに従って減少する傾向は、従来の諸調査と軌を一にしている。

次に、がん等で治る見込みが無く、残された時間が限定された場合の「余命の告知」に就いての傾向は、「がん告知」の諸結果と殆ど相関しており、「自分に」は59.7%(告知58.0%)、「家族に」が70.9%(告知70.2%)、「知らせて欲しくない」は、自分、家族がそれぞれ19.7%(告知18.7%)、11.8%(告知11.7%)であった。また瀕死の末期がんに対する医療の在り方に就いては「医療技術を駆使、苦痛があっても一日でも延命を」と望む人は僅かに5.2%で、「苦痛を和らげる事に重点を置き、出来る限りの医療を望む」人が79.5%にも達している。この傾向は家族に対してもほぼ同様で、何としてでも延命したい人が9%と若干多くはあるが、とにかく苦痛の緩和が圧倒的に望まれていると言って差し支えない。

以上の調査で注目すべき諸点を以下にまとめて見ると

- ① 自分自身のがんの「告知」に就いては、同省が7年前に胃がんを前提として問うた56.8%、10年前の「朝日」の61%、同じく1年前の59%以来一貫して56~61%で定着しており、ほぼ6割の日本人が告知を希望している。
- ② 家族ががんである場合の告知に就いては、これ迄の19.2%（厚生省85年9月）、21%（「朝日」89年3月）と2割前後であったものが今回一挙に70.2%に跳ね上がっている。余りの急変ぶりに筆者は「家族に対して」知らせたいか否かの設問の中身が「自分のがん」をか「家族のがんの場合」なのか両様に解釈された為に、回答者に混乱があったのではないかと疑ったが、余命の場合の設問と比べて、そうでは無いと納得した。要するに、此の場合には7割の人が家族のがんを知らせたいと思っている。
- ③ 「がんの告知」や「余命の告知」の是非に就いての比率は、「望む人」が58.0%対59.7%、「望まぬ人」が18.7%対19.7%で殆ど相関し、「がん告知を希望する人」と「余命を知りたい人」とはオーバーラップしていると思われる。
- ④ 末期状態に対する医療の在り方に就いては、延命治療よりもペイン・クリニックを望む人が79.5%と8割にも達している事、などとなろう。

先に述べた如き回復不可能な末期がんに対する希望処置として、約8割もの人が延命よりも苦痛緩和を求めていると言う事は、患者の側の知る権利意識の高まりと言った欧米流の考え方の影響も然る事乍ら、医療機関の側に於けるインフォームド・コンセントの広がり、或いは従前に比べて余りにも不自然な延命治療や死の迎え方となった事に対する、人々の抵抗意識などを反映した面もあるのでは無かろうか。

昭和51年（1976）年に設立された日本尊厳死協会によれば、登録者は永らく1,000人台で横這い状態であったが、昭和63年頃から急速な伸びを見せ始め、平成2（1990）年5月迄の3年間で8倍増の8,000人に達した事が報じられている（90.6.2朝日）。「尊厳死」の場合は、がん等で死期が迫っている事例の他に、植物状態になった時の生命維持装置の取り外し等を含むので、是れを以って直ちに断言する訳には行かないが、此の頃から末期がんの延命治療に対する国民意識に変化が見え始めた点には注目すべきであろう。

回復の見込みの無い末期患者の安楽死殺人や自殺の幫助の例は昔から数多く知られ、別に特筆すべき事でも無いが、末期がんの告知や延命治療、苦痛緩和等のあり方についてようやく世間の関心が高まりつつある中で、幾つかの残念な事件が続発した。

平成2（1990）年3月、5年前から末期がんで苦しみ、自殺をはかって失敗した妻（53）に哀願されて安楽死させた夫に、執行猶予付きの有罪判決が下された。また、翌平成3（1991）年には医師の手に依る初の「安楽死」事件が発生した。東海

大付属病院の助手が、末期がんで入院、こん睡状態でけいれんを起こす姿を見かねた家族の要望で、塩化カリウム20 cc 他を注射 (91. 4.13) して安楽死させていた事が一ヵ月後に判明した (91. 5.14)。同大学の倫理委員会では、死に臨む患者の自己決定権の尊重を改めて確認し、尊厳死そのものは否定しないとの見解を示しつつも、此の場合、こん睡状態で患者本人の意思確認が得られなかった点、及び家族の懇請のみに基づいて為されたのは人命の尊厳を軽視し、医の倫理にもとる行為であるとの答申を出している。その他の点でも塩化カリウム等の注射の際に家族に対して一切の説明が無く、看護婦の制止にも拘らず実行された等、問題も多く、当該医師は翌年4月に懲戒解雇され、神奈川県警からも、医療範囲を逸脱した殺人の容疑で書類送検される事となった。この場合、昭和37 (1962) 年の名古屋高裁の所謂六要件に照らしても、「死期の切迫と医師の手に依る」以外の四要件、即ち「苦痛が激しい、死の苦しみの緩和、患者本人の囑託又は承諾、方法が倫理的に妥当」の諸点で批判は免れ得ぬ処ではあるが、彼の場合には声欄その他で見る限り、世間の同情が少なからず見受けられ、それは判決にも反映されている。

家族の気持ちや医師の置かれた立場を推察すれば、「当該医師の行為は勿論悪意からでは無く、大いに同情出来る」とか、病院や法曹の関係者の間にも「患者本人が事前に表示していない限りは、こん睡状態の人の意思は知りようもない」として、毒薬と迄は行かずとも、家族との話し合いを通しての俗に言う阿吽の呼吸で「投薬や栄養の補給を中止する結果として死に至らしめるケースは、全国で多数ある筈だ」等の噂が行き交っているからである。結局、横浜地裁は判決 (95. 3.28) に際して医師に積極的安楽死が許される為の具体的な四要件 (①耐え難い肉体的苦痛②死期が迫っている③苦痛を除く為の方法を尽くし、代替手段が無い④患者本人が安楽死を望む意思を明らかにしている) を示し、医師に患者の自己決定権を重視する事を司法の場で初めて認めた上で、東海大の事件では①と④を満たしていないと判断された。然し、チーム医療が十分機能せず、元助手には大きな負担がかかっていた等、裁判長も「医師の苦悩」に同情して執行猶予付きの有罪判決を言い渡し、双方とも控訴せぬ方針の為、判決は確定した。

この様に、所謂「安楽死」は我が国では公式には認められておらぬにも拘らず、東海大病院での事件が明るみに出た事で、末期医療と尊厳死などに世間の関心が高まった同年9月に、毎日新聞社 (以下「毎日」と省略) は、死期が迫り患者が苦痛に襲われている時、患者や家族の頼みで医師が延命治療を中止する事の是非などを問う調査を、全国の20才以上の男女5,508人を対象に、アメリカンファミリー生命保険会社の協力を得て面接調査により実施 (91. 8.30~9. 1) した。回収率は72%であった。その結果は「いたずらに延命をはかるだけの治療の中止」に就いて、止

める事を「認めて良い」が77%、「認められない」が20%であった。認める理由としては、患者の立場に立って「その苦しみを見てもらえない」が約半分の55%、「介護する人の心身の負担が大きい」と言う周囲の人の苦勞を判定根拠とするものが約2割の18%、「患者や家族が強く望んでいる」が6人に1人の16%であった。末期の延命治療の中止に対する77%の人々の容認は、前年実施の厚生省の79.5%ともほぼ一致し、全国民の約8割が無用とされる延命治療の中止を希望している事が裏付けられ、それが先の東海大病院の事件への同情論や、斯かる事件を惹起せしめぬ様に、生前に予め自己の末期治療の方針を定めておくリビング・ウィル（生前発効の遺言書）への傾斜となっている事が確認される形となった。

h) 末期医療への対応調査と日医の指針

医師の側の明確な態度決定が問われている中で、厚生省の研究班は平成3(1991)年7月、入院中がんで死亡した末期がん患者への対応について、国立がんセンター等全国の国公立病院21施設(中18施設が回答)の医師を対象にアンケート調査を実施している。その結果は翌年(92.9.14)に発表された。末期がん患者411人中、医師がはっきり病名を「告知」したのは19%、「何も知らせない」が14%、「別の病名を告げた」が33%で最多であった。気懸りなのは、患者の中の73%に告知した病院が一施設あった反面、全く告知しなかった病院が六施設と、担当医師等の方針次第で非常にばらつきの多い点であるが、何れにしても従来のこの種の調査結果に比べて告知派が一割に6倍近くに増加している一方、延命治療に就いては、途中で「打ち切った」の68%が、「最後まで実施した」の17%を大きく上回り、此処数年来の、無理な延命治療が中止されつつある傾向を実証した。

医療の担い手の集団たる日本医師会の「生命倫理懇談会」(以下「日医倫懇」と略す)は、「『末期医療に臨む医師の在り方』に就いての報告」をまとめ、発表(92.3.18)した。先ず、がんの「告知」に就いては、「原則として病名は告知すべきである」とし、余命に就いても「患者が生前に計画を立てられる様に期間を示す事も必要」と述べている。この報告は6~10年前迄の医師サイドからの告知の実態が数パーセントから20%弱であった事実を思えば、これが当為命題であるとは言え、相当に踏み込んだ提言である。次に、薬剤などで積極的に死をもたらす「安楽死」は原則的に認めないが「患者の意思を尊重」して「患者が尊厳死を臨む場合は、積極的な延命処置を停止しても良い」として、尊厳死を求める患者の為の「自然死法」制定を打ち出す方向となっている。これは、患者の生前の意思に依って生命維持装置を外した場合等の民事、刑事上の責任等に就いても「医師は法的責任を問われぬものと為す」考え方に向かうものである。但し此の場合の末期患者の処置法は①無制限に最大の治療をする②治療法を選択する③生命維持の治療を止める、の三クラ

スに分けて医療チームが本人や家族と協議して最良の選択をする事としているのである。「生命維持の治療」と言うからには、酸素呼吸や水、栄養以外の薬剤や輸血などと考えられる。

尚、患者の自己決定権の尊重とは言っても医師や医療機関はその意思などを確認する為に、看護婦（士）やケースワーカーを加えた「医療意思決定組織」を設けて討議し云々と言うが、患者本人の文書や口頭の表明があっても、それが拒否され得るのか、本人が重態などで意識が不明の時でも「家族などの同意を得ていたりすれば」積極的な延命処置を打ち切って良い、としている点には問題が残る。

尚、がん告知の問題そのものでは無いが、この事との関連で末期状況たる事の事実を知らされた後の患者の意思の表示や、医師の側のそれへの対処法と言う点で、この時期（1992～94年頃）の諸外国に於ける末期患者への対応の仕方を一瞥しておこう。

- ・カナダの、ギラン・バレー症候群と呼ばれる神経系の病気で「テレビを見るより他に何も出来なくなった」24才の女性に、ケベック州の裁判所は主治医に人工呼吸器の取り外し許可の決定（92. 1. 6）を下し、
- ・米国では、自殺装置の発明者で、前年11月に医師免許をはく奪されている例のジャック・キボキアン元医師（63）が、過去4人に続きミシガン州でも末期の肺がんを患っていた女性（52）の自殺を助けている（92. 9.26）。彼はその後も次々と20人以上の患者の自殺を手助けしているが、殆ど無罪となっている（95. 4.24現在）。
- ・カリフォルニア州では大統領選挙と併せて「医師による死の援助」提案161号、即ち所謂「積極的安楽死」の案件が住民投票にかけられ、末期患者の要請により医師が薬物を投与する等して死を早める事を内容とするこの提案は小差で否決（92.11. 4）されている。既に91年に、ワシントン州の住民投票でも同様の法案が否決されている。
- ・米国のオレゴン州では、本人の意思など厳格な基準を盛った上で、余命6ヶ月以内の末期患者からの薬物に依る安楽死の申し出があった場合に、医師は致死量の薬を処方出来るとした、所謂「積極的安楽死法」案が中間選挙と同時に住民投票に付され、52%対48%でオランダ（93.10.30）に次いで米国で初めて可決（94. 11. 8）された。

この様に国外では徐々にではあるが、本人の意思による申し出を前提に、末期患者の死を助ける事を容認する国や州がこの頃から出現し始めている。

一方我が国では、平成5（1993）年3月になって厚生省の「末期医療に関する国民の意識調査等検討会」が、がんの末期や植物状態で助かる見込みのない状況に陥った時の対応に就いて、20才以上の男女5,000人に対して郵送でアンケートを実施、

60.6%の約3,000人からの回答を得て結果を公表(93. 8. 4)した。痛みを伴う病気で、自分が末期状態と診断され(それを告知され)た場合、単なる延命だけの為の医療でも「続けるべきだ」が14%に対して、「止めた方が良い」、「止めるべきだ」とした人は合計75%であった。この数字は前述した此処数年来の調査結果にも通ずるものである。要するに患者の意思を尊重する医療を望む者が約8割に達していると言う事である。更にこれが「植物状態で治る見込みの無い場合」になると、治療の続行派と中止派は10%対80%と一層際立っている。本人の意思が不明の場合、肉親の判断に任せて良いかに就いては「それで良い」、「そうせざるを得ない」が合計51%と半数を超え、「そうは思わない」の7%に比べ圧倒的で、家族の意向に依る延命中止を是認する人が増えつつあるのは気になる処である。

同じく平成5(1993)年10月には日本学術会議の「死と医療特別委員会」が、患者の明確な意思がある場合、医師は回復が望めない患者に苦痛のみを与える延命治療を中止する「義務がある」と明記し、尊厳死を「積極的に容認」する中間報告をまとめた(93.10.21)。この尊厳死を認める素案は翌年に最終報告として提案され、学術会議の総会で承認(94. 5.26)された。処がそこには延命治療を中止する方法として「(水分を含む)栄養補給を中止して良い場合がある」と明記されているのである。既に特筆した様に、2年前の「日医生倫懇」の医師の在り方に就いての報告(92. 3.18)は、末期患者の処置法の選択を三クラスに分け、最も悲観的なケースでも、生命維持の「治療を中止する」と述べていた。それに対し今回の学術会議の報告案は、輸血、薬剤などの積極的な「治療」のみならず、水や栄養の補給、鼻に通したチューブ等の生存に必要な処置の中止をも明記している点で、日医の見解とは大きく異なるものである。

i) 介護人からの意見調査

再びその後の「がん告知」の問題を追って見よう。告知を受ける側、とりわけがんで死亡した人に付き添った近親者や介護人の側からの初の全国規模の調査も行われている。厚生省の「平成4年度人口動態社会経済面調査の概況」は、平成4(1992)年にがんで亡くなった40~65才未満の人の介護者2,810人から回答を得て発表(93. 5. 7)されたものである。それに依ると、がんである事を患者は「告げられており、知っていた」は18.2%、「察していたと思う」が42.5%で、「最後迄知らなかったと思う」は25.1%であった。約2割の患者が「知っていた」と言う結果は、近年、告知を是とする医師が微増し、平成3(1991)年の厚生省研究班の調査結果(19%)や、家族に対して「知らせるべき」と答えた厚生省や「朝日」の結果(19.2%及び21%)とも見事に符合する。(但し、厚生省の91年5月発表の70.2%は例外)

この調査に際しては、亡くなった遺族に対して告知や末期医療に就いての選択式

アンケートの他に、自由記載方式の回答も求められており、その方は遅れて平成6(1994)年7月に発表された。何等かの形で記載のあったものは有効回答1,918人中1,344人であったと言う。これはアンケート結果の数字を吟味する上で非常に貴重な資料であると思う。例えば、「最後まで知らなかったと思う」人は数字の上では25.1%であるが、その間の事情を読むと「絶対に教えるべきでは無い」との確乎たる信念に基づいて知らせなかったのでは無く、本当は「知らせるべきか否か」に就いて何度も迷い、苦しみ、悩みつつ、結果としてその機会を失し、知らせずに終わった人も多かった様に思う。問題はかくも複雑なのである。

j) 変わらぬ性差・老若での相違

「毎日」の「世論フォーラム調査結果」(63. 6.11毎日)の「がん告知」の項に依れば、自分ががんになった場合には「知らせて欲しい」人が71%に対し、「知らせて欲しくない」人が20%と、7対2の割であるが、家族ががんに罹った場合となると、その事を本人に「知らせる」32%、「知らせない」39%で、自分の場合と違って家族に知らせる人は半分以下しかおらず、然も非告知派の方が7%上回っている。自分には知らせて欲しいが家族には躊躇が多い、と言う事であろう。告知派は自分の場合、女性(68%)よりも男性(75%)に多く、家族の場合も24%対41%と男性が圧倒的に多く、世代別でも、自分・家族何れの場合にも若い世代に告知希望者が多い傾向は以前から変わっていない。

k) 告知・不告知を巡る訴訟

最後に、がん告知を巡るいくつかの訴訟事件に就いて触れておく。

- ① 先ず最初のがん「不告知訴訟」から取り上げる。自分はがんと確信しているのに医師がそれを知らせて呉れないのはけしからん、として訴えた事件で名古屋地裁は、患者の事情を総合的に考慮した上で専門的な見地から告げるべきか否かの判断は医師に依って為さるべきであり、不告知が直ちに違法ではないとの判決(86. 8.29)を下した。
- ② この種の「不告知」訴訟には次の様な事例もある。名古屋の看護婦K・Mさん(当時50才)は、昭和58年(1983)年1月末に腹部の痛みを訴え、市内の第二日赤病院で診断を受け、CTなどの検査結果から医師は「胆のうがん」と診断したが本人には告知せず、「胆石が悪化しているので早急に手術が必要」と伝えた。その為に本人は、胆石症ならばすぐに入院しなくても大丈夫と判断し、通院も入院もせぬまま同年6月に倒れ半年後に死亡した為、夫ら4人は、せめて家族にでもすぐに告げていれば直ちに入院し治った可能性もあったとして、病院側の責務不履行を追及、4,850万円の賠償を求めて名古屋地裁に訴えた。判決(89. 5.29)では、医師には患者や家族に病気の内容などを説明する義務があるが、説明の相

手や内容、程度に就いては「医師の裁量の範囲内」であり、特に不治ないし難治の疾患に就いては、患者に与える精神的打撃への配慮が望まれるが、この場合は未だがんの疑いの段階であり、対応に落ち度があったとは言えぬ、として訴えを全面棄却した。但し、それには「患者の自己決定権を侵害しない限りで」との条件が付いている。

③ 次は前とは逆の事例である。名古屋ではこれより丁度6年前の昭和58（1983）年に、顎の手術の後にがんが肺に転移した患者に「がんセンターへ行く様に」と勧めた為に、本人ががんと知ってしまい、ショックで死を早めたとして医師が不法行為の責任を問われた所謂「がん告知訴訟」があった。判決（83. 5. 27）は「患者は自分の病名を知らずに治療が受けられる」と言う法律上の権利がある訳ではなく、わざと患者に打撃を与えんと意図せぬ限り、告知の是非は「患者の心理的影響を配慮し、担当医師が決めるべき」であるとの「医師の裁量論」を此処でも全面に打ち出している。

④ それに対し、がんでは無いのに「不用意にがんと告知」され、多大な精神的苦痛を受けたとして医院側を訴えた会社員（54）に対して、大阪地裁は、余命が無い事を不用意に示唆し、医師としての注意義務を怠ったとして100万円の支払いを命じた（96. 5. 2）。患者は平成4（1992）年4月に入院、悪性リンパ腫と診断され、翌年1月に退院する迄抗がん剤の投与を受けたが、転院先の病院で「がんに非ず」と言われた事から提訴、治療の際にも墓地のある地名を挙げたり、某宗教の護符を勧める等で死の恐怖を植え付けられたと言うから、此の場合には医師の側の対応に慎重さが求められ、賠償が命ぜられたのは当然と言える。

1) 告知問題に関する推移の概略

以上の経過の主要な点を簡単な一覧表にして見ると次の如くである。言う迄も無い事であろうがこの種の統計では更に詳しい分析や検討が必要である。例えば、仮に80%の医師ががんを「告知せず」とのデータがあったとしても、全国の10人に8人の医師が100%告知していないのか、凡ての医師が患者10人中2人にしか告知していないのか等々は全く不明なのである。それを承知で敢えて表の形にまとめて見たのである。アンケートの設問は調査に依り若干のニュアンスの相違があるので、便宜上、「是か非か」等と類型化した。空欄はデータの詳細が不明なものを指している。説明抜きでこの表の数字のみが絶対視されては困るが、20年間の大よその傾向は把握できるであろう。

「がん告知と末期延命治療」に就いてのアンケート結果の推移

(公表年月日)	調査年月日及び	調査主体	がんの種類	[I] がん告知の是非に就いて																		[II] 末期の延命治療に就いて					
				(1) 一般人及び患者の側から												(2) 医師の側から			(3) 介護者の側から			し何として延命を	延命よりも苦痛緩和を	延命維持装置を外し、生命を止す			
				(a) 自分自身の場合						(b) 家族の場合						(c) 一般論			(知らすべし)	知らせたい	知らせたい						
				告知希望			告知希望せず			告知希望			告知希望せず			(方が良い)	(方が悪い)	告知の希望の									
				全	男	女	全	男	女	全	男	女	全	男	女												
①	昭55 (1980) 10.21~22	朝日新聞社	がん全般	61	約70		34																37	48			
②	昭56 (1981)	浜松医大 大原教授	がん全般																			1.3	7				
③	昭58 (1983) 1~12 (1986. 6)	厚生省 「がん告知実態調査」	がん全般																		0.619		20.4				
④	昭60 (1985) 9. 9 (1986. 6. 11)	厚生省 「保健衛生基礎調査」	胃がん	56.8	60.9	53.0	20.7						19.2	22.8	16.0	43.9											
⑤	昭60 (1985) (1987. 2. 5)	九大(医)手嶋講師	がん全般																		3.2	18.3				約40	
⑥	平成1 (1989) 3.15~16	朝日新聞社	がん全般	59			34								21		64										
⑦	平成2 (1990) 6月 (1991. 5. 25)	厚生省 「保健福祉動向調査」	がん全般 ※余命の告知	58.0 59.7	61.9	54.4	18.7 19.7					70.2 70.9	71.0	69.4	11.7 11.8									5.2	79.5		
⑧	平成3 (1991) 8.30~9. 1 (1991. 9. 22)	毎日新聞社	がん全般																						20	77	
⑨	平成3 (1991) 7月 (1992. 9. 14)	厚生省 研究班	末期がん	14			46														19				17	68	
⑩	平成4 (1992) 10月 (1993. 5. 7)	厚生省	がん全般																					18.2	42.5	25.1	
⑪	平成5 (1993) 3月 (1993. 8. 4)	厚生省 末期医療に関する国民の意識調査等検討会	末期がん ※植物状態																						14 約10	75 約80	
⑫	平成5 (1993. 6. 11)	毎日新聞社 「世論フォーラム」	がん全般	71	75	68	20	16	23	32	41	24	39	33	45												
⑬																											

がん告知を巡る過去20年間の推移とその問題点

図表からは次の様な事が判る。

- (1) ⑦の平成2（1990）年の厚生省のデータは、家族のデータに関する限り特異である。がんである事を家族にも知らせる（べし）と答えた者はこれ迄19.2%（85年厚生省）、21%（89年「朝日」）と約2割に止まっていたものが、この時にのみ70.2%と一挙に7割を超えている。然しその後の調査（93年「毎日」）では32%となっている。この時のみは「告知」の急増に伴い、家族への「不告知」が激減しているが、家族への非告知は大概4～6割位である事が判る。
- (2) 上記の影響で「告知」を是とする場合の「本人」と「家族」の場合の落差も、これ迄約1/3弱、1/3強で「自分は知りたい」派が圧倒的に多かったのが、この時のみは「家族には知らせたい」の方が1.2倍となっている。この比率はその後の調査では71%対32%と約1/2以下の関係に戻っているが、全体としては本人の時の「知りたい」と家族の時の「知らせたい」の差が多少縮まりつつある。
- (3) 自分ががんと判ったら「知りたい」との回答は最初の頃から約6割～7割へと一貫して微増しているが、「知りたくない」の方は2～3割の間を行き来しており、中間回答の増減にも依るのであろうが、余り一定していない。
- (4) 一方、医療側に就いては「それとなく知らせる」派も多く、「知らせるべき」は絶対数としては2割位に止まっているが、漸次増加の傾向にある。
- (5) ⑫の平成5（1993）年の「毎日」の結果では「家族」に対する場合に非告知派は32%対39%と僅かに7%しか上回っていない。従来は非告知派が告知派よりも2～3倍は存在した事を思えば、両派が互いに二極分化の傾向にならつつあるのかも知れない。
- (6) 最後に訴訟に関して言えば、「不告知」を訴えられた最初の二つの事件は、共に昭和61（1986）年と平成元（1989）年に判決が出たもので、医師の裁量権云々も然る事乍ら、当時の医師一般の告知者が、図表を見て判る如く数パーセント止まりであった実情からすれば、止むを得なかったであろう。次に「告知」と言うか、本人にがんと判って了った場合であるが、当人が知った事と、死期の早まった事の必然的因果関係の証明は困難である。けれども不必要なショックを与えぬ様にとの十分な配慮は求められるであろう。

要するに我が国に於ける告知問題は、これ迄見て来た通り過渡的状況にあり、告知しても訴えられ、告知しなくても訴えられると言う事が此の問題の本質を示唆していると思う。

m) 不安の在りか

次に告知に係わる医療側、患者側の諸問題、更に知らせなくても不安は存在する事に就いて触れて見たい。

前の図表が示す様に、知らせて欲しいと希望する患者は一貫して約6割、最近の例では7割であるにも不拘、医師の側から「知らせた」者は(0.619~19%)と僅かに2割弱に過ぎなかった。此の両者の意識の落差は一体何を意味するのであろうか。少ないデータ乍らこの表の中にもその答えの一部は示されていると思う。即ち医師は、自分自身ががんの時には患者に対する場合の2倍の約40%が告知を希望している。これは逆に、他人に死に相当し得る重大な事実を知らせる事が如何に苦悩を伴い、躊躇せざるを得ぬ行為であるかを端的に物語っている。譬えは悪いが、一般に宣告を以て終わる裁判官と違い、告知後にこそ更なる困難が予想されるからであろうか。また普通の人々の60%~70%が告知を希望しているのに医師の方が40%と少ないのは特に知らせなくても自分で判っているのでその必要がない為か、或いは専門家として種々の事例を知りすぎている為であろうか。

然しがんと知れば必ず寿命が縮まると言う告知と死期の科学的因果関係は、若し可能であれば新薬の効果を調べる時の二重盲検法のように、同程度のがん患者を告知、不告知の2グループに分けて調べて見ないと何とも言えないであろう。けれどもこれとても、薬剤の様に人間は一樣では無いので、ショックを受けたまま終わる人、やがて立ち直る人、全く平気な人等々があって定量分析に類する試みには期待は持てない。

米国の告知率が97%と言うが、これを直ちに日本の約20%に対比して両国の人格成熟度の差と見做す考えにも無理がある。裁判王国と言われる彼の国では、早く告げなかった事に依る訴訟にならぬ為の自己保身的動機から、医師は患者への細かい配慮もせずに他の諸データや診断結果と同時に事務的、機械的に告げているのかも知れない。

それに対して日本では、患者の人生観、思想、宗教、環境にも依るが、告げても治療効果が無い処か、却ってマイナスの方が多いと予想される時には医師の裁量でこれを隠す事が法的にも認められた形になっている。但しその後の対応次第ではショックから立ち直る人もあるので、この辺りは必ずしも断定は出来ぬ処である。そこで現実が一番多いケースは、両者間の阿吽の呼吸で周囲の雰囲気から何となく本人が暗黙の了解をする場合であろう。厚生省検討会(93. 5. 7)の調査で約2割弱しか「知らせていなかった」のに、当人は「知っていた」又は「知っていたと思う」が合わせて7割近くにも達しているのは、如何にも日本的なショック緩衝法だと思う。何故ならば本当の不安は告知か否かの言動にでは無く、がんの事実そのものの有無と、その及ばず本人や周囲への不利益などに在り、告げないからとて不安は無くならないのである。

n) 告知のメリット

患者に対してハッキリとがんの事実を告げた後の追跡調査も為されている。

慶応病院放射線科の近藤誠医師は、老若に拘らず受け持ちの患者にがんに知らせているが³⁾、自殺したり自暴自棄になったりした人は居ない許りか、患者、家族、医師、看護婦の関係が温かくなったと言う。症状のない初期の胃がんなどでは、がんと言わなければ手術を納得してくれぬかも知れない。病名を知らせてあるからこそ点滴にこっそり混ぜたり、栄養剤と偽って薬を飲ませたりする必要は無く、治療内容も詳しく説明出来、抗がん剤に伴う強烈な吐き気や抜け毛の副作用にも、事前に知らせてあるので患者は耐え抜いて呉れる、との事である。

鹿児島市の産婦人科医、堂園晴彦医師が鹿大と協力して平成3（1991）年から2年の間に診察した子宮がんや卵巣がん等の患者30人に対して試みた調査の結果、告知には十分なメリットがあるが、それには医師の在り方に厳しい条件が付く、と発表した（94. 4. 9）。それに依ると告知前は30人中「不安定-消極型」6人、「安定-積極型」8人であったが、告知後には情緒が安定し積極性の高まった者が26人と、75%にも増えたと言う。但し、告知後は十分な説明はもとより、①患者の病室に1日3回は顔を出す②24時間何時でも連絡が取れる③痛み止めの使い方に通じている、等の条件が必要であると述べている。

厚生省も告知の長所に就いて提言している。同省の「末期医療に関するケアの在り方の検討会」は、末期がんの告知問題に就いては、残された時間を患者が最も必要とする事に充てられる点などを挙げ、「一律の告知は適当ではないが、告知は有益な点が多いので告知問題に一層積極的に取り組むべきである」として、次の様な「告知に依るメリット」を挙げている（89. 6.16）

- ①自分の状態を正視し、精神的安定が期待可能
- ②「単なる延命医療を望まない」など自身の意思表示が出来る
- ③仕事、趣味など、残された時間を必要とする事に充てられる
- ④財産処分など、法的トラブルを避けられる

「依らしむべし、知らしむべからず」なる方針の医師は今時見当たらずと思うが、裁判などがあって「不告知」が直ちに誤謬であるとの証明でも為されぬ限り、告知に消極的となるのにはそれなりの訳もあろう。密室治療などとあらぬ批判を受けぬ為には、なるべくならば事実に基づく十分な説明とケアの為される事が望ましい。従来、不告知の理由として度々持ち出されるのは次の様な話である。

- ・精神的に強いショックで治療効果も下がった
- ・がんは治ったのに（再発を恐れる為か）自暴自棄になり、人が変わった様に酒びたりで生命を落とした

・或る年老いた高僧が、覚悟は出来ていると言うので真相を伝えたら死期を早めてしまった

この中、前の2例はごく一部の人を除いては告知の上でどの様な事後のケアをするかの問題である。それに関しては告知に前向きな立場からの、厚生省の付帯条項(89. 6.16)が参考になる。告知に際しては、

①告知の目的が明確である②患者に受容能力がある③医師、看護婦等との間に十分な信頼関係がある④告知後の患者の心身面でのケア、支援が可能の四点が配慮されるべきであると言う。

後の例は田崎勇三氏(「死よおごるなかれ」1955刊)や沖中重雄氏(「医師の心」東大出版)の著書発刊以来、不告知理由が話題となる毎に引用されて来たエピソードである。これに関しては、その高僧が一体誰であるかを、当時の医療関係者、入院者に就いて綿密にチェックした結果該当者は実在せず、どうやら著者の「譬え話」らしいとの報告(「がんとの対決」No12 80.11.18朝日)がある。

o) 「がん告知」に於ける癌

医療関係者ががんの宣告に際して真相を語り、或いは病名を隠す事に拘泥し続けて来ているのは、単に患者等との治療を巡る関係のみに依るのではなく、それが社会的な意味を持ち、結果的に患者を巡る状況に悪変化をもたらすと言う事もその背景にあると波平恵美子氏⁴⁾は指摘している。著者自身の調査では、或る地方では「家族内にがんによる死亡者が2人以上出たことがわかると、結婚差別が生じている」と言う。こうなると医師の側には大変な精神的重圧がのしかかり、結果としてがんの病名を告げにくくなる、と言う事情は十分理解出来る。

所謂「ヒトゲノム計画」の進行に伴い、遺伝子と疾病の関係の解明が進み、将来は「遺伝子診断」なども行われる様になろう。過大な期待は勿論すべき段階では無いが、仮に、遺伝情報の解明からがん等の診断、治療へと進む様になったとすると、告知の結果が結婚や保険加入問題等にも重大な影響を及ぼす事が予想される。がんと言う病の有する「治療困難で転移もあり得る」、「末期の激しい苦しみ」、「死亡原因の上位にある」等の特徴は何れも事実ではあろうが、それがデマやフィクションに依る誇張や、社会的な偏見、噂などに依って二重三重に悪しき相乗効果を発揮し、実際以上に恐怖や不安を煽り、益々告知を困難にしているのではないだろうか。そして之等すべての不安や恐怖は、がんの持つ致死性に由来するのであるから、根本的な解決法はがんを単なる風邪や腹下し並みに「死の病いで無くする」しか無い。

告知の問題はとにかく複雑である。医師も家族も知らせて無い筈なのに患者本人は知っていたと言うデータを先に紹介したが、その結果に就いて医師や家族は「気づいていない」のかも知れない。然し本人は事実を察知し、一人苦しんでいたらす

る。

国立九州がんセンター（福岡市）の瀬尾洋介医長が昭和56（1981）年から6年間、がんで亡くなった人の遺族1,182人を通して行った「末期患者の心理」に就いてのアンケート調査（681通57.7%回答）によると、がんを宣告されなくても「半信半疑」だった患者が43%、「知らされたり、知っていた患者」が34%で、双方に就いての心理状態を見ると、「死後の事を家族に話した」は前者が16.2%で後者が17.4%と何れもほぼ同程度に死と向き合っているのであるが、「死を非常に恐れていた」のは前者が14.5%で後者は9.3%となっており、知らされないで半信半疑の患者の方が心の動揺や不安が大きい、と報告されている（87. 6.12第46回九州癌学会）。

最近では患者の諸事情を見極めてから告げる「選別告知派」や、少数乍ら必ず知らせる「告知実行派」も出現している。若しも本当に、知らせても不安、知らせなくても不安と言うのであれば寧ろ「知らせるべきではない」除外側に就いてもっと本格的に検討するのも一法である。今、この問題の二極分化の傾向を前提にすれば、どの様にして告、不告の判断材料を得るかが問題になる。入院後に医師や看護婦が本人に接する中で、コミュニケーションを通じて受け止めた結果を医療チームで討議する事は勿論第一に必要なが、病状等に関して「何があっても知らせて欲しい」か「知りたくないのですべてを一任する」か「場合による」か等を何らかの方法で事前に問うておく必要もあろう。それはなるべく婉曲な表現で、健康診断の折の「健康質問表」や初診時の「既往症、アレルギー調査」等と一緒にでも良いであろう。

道具や機械は有機体ではないので死ぬ事が無い。各種家庭電化製品、クルマ、オーディオ、パソコンにゲーム機などと言ったハイテク機器の中で寝起きしている現代人は、いつの間にか自分に死の有る事を忘れ、死に就いて考えたり、語ったりする事を恐れてはいないだろうか。老病死に触れる機会は核家族化によっても少なくなった。それが重い病いを恐れ、事実があってもなるべくその事を知りたがらぬ傾向となる。然しそれでは何の解決にもなっていないのである。だとすれば医療関係者のもとより、健康な社会一般の人々に対して、かねてから学校教育その他に於いて死すべきものとしての人間の在り方を話し合う機会を増やす努力なども、告知問題解決の案外近道ではなかろうか。

p) 転移と転成^{てんじょう}

末期がんにあつては「延命より苦痛緩和」を希望する人が70-80%に上る（前掲図表⑦、⑨）ことは既に触れた。然し、既に1986年に世界保健機関（WHO）が、「がんの疼痛治療法」を発表しており、これで約90%の除痛率といわれているのに日本では余り知られていないのは何故であろうか。然も、世界中で実行できる様に、

入手し易い薬品を用いて三段階の処方提示しているのである。

- (1) 痛む時には直ちに鎮痛剤を経口投与す
- (2) 痛みが無くなる迄、薬を段階的に選択する、即ち
 - ①アスピリンなどの非オピオイド（中枢神経系のオピオイド受容体に作用する薬）
 - ②それで効かない時はコデインなどの弱オピオイド
 - ③それでも効果の無い時にはモルヒネ等の強オピオイドの薬を用いる
- (3) 何れも4～6時間ごとに規則正しく投与するとの内容である。勿論、使えない場合も多々あろうし、便秘などの副作用、医師の緩和医療への習熟やきめ細かい手当などが求められる等の問題もあろう。仮りに余命が変らなくても、末期の激痛が除かれれば、最近ではポータブル式の使い捨て点滴装置もあると言うから、病院のベット上で七転八倒して過ごす事なく自宅へ帰って静かにやり残した仕事をするなり、家族と最後の旅行に出る等も可能となり痛みから解放されて食欲も増せば余命も延び得るし、「安楽死云々の議論」は自ずと収まるのではなかろうか。その為には医師の新技术修得の問題以外に、訪問看護のシステム作り等の課題も解決すべきであろう。

がんに対する姿勢は本当に人に依って様々である。結果的に身体はがんで死亡したとは言え、積極的にこの病と立ち向かった例としては、最初に引例した岸本教授やジョン・ウェイン、ジョー・ローマン女史の他にも、ユル・プリンナーがたばこによる肺がんと闘いながらテレビで禁煙を訴えたり、その後沢山のドキュメントや闘病に際しての著作が世に出回っている。それ等の中には傍目にも痩せ我慢の様に映ずるものや哀れを誘うもの、読者をほのぼのとさせるもの等、実に種々様々であるが、此処ではそれ等を一々取り上げる積もりはない。

最後に仏教的な視点から一言しておこう。「智慧」と並んで仏教のキイ・ワードとなる徳目は「慈悲」である。種々の解釈があるが、これは元来は慈と悲の異なる二つの概念より成っている。即ち、他者に安楽や利益を与える（与楽）ことを意味する *maitrī*（友愛）に由来する「慈」と、他人の苦悩に感情を移入して共に苦しみ、それによって苦痛を軽減（抜苦）せんとする思いやりたる「悲」（*karuṇā*）の合成語である。依って別名、「抜苦与楽」とも意識される。その趣旨は人間にとっての良き、楽しき、嬉しき事どもは、親友の如き立場で心を共にして喜び祝福すれば数倍にもなり、悲しき、苦しき、辛き出来事も、事情を親身に聞き、共に涙して呉れる者を得れば大いに軽減される事を意味している。末期の痛みや死の恐怖をモルヒネで麻痺させ、精神安定剤で緩和する必要性は勿論あるが、精神や意識に係わる状況改善を薬剤のみに頼っては、中毒等の思わぬ落とし穴にはまる事もある。斯かる場合にビハラーやホスピスの果たす役割は重要である。精神的な事柄である

から一律の定量化は不可能であるが、末期状況に置かれた人々の心身の苦悩が念仏や座禅、読経や写経などの精神的集中により副作用なしに和らげられる事は、それが意識に関係する現象である限り十分にあり得る事である。

今年（1996）1月に死亡した仏国のミッテラン大統領は、初当選から半年後に前立腺がんの告知を受けており、二期14年の間は、いわばがんと大統領職を兼務していた様なものであった。彼は晩年には女性心理学者のマリー・ド・エヌゼルさんに末期療法を受け、彼女の助言で昭和62（1987）年にフランスで初のホスピスを設立する。彼は愛人との間に娘がいる事を認め、第二次大戦中にナチスに協力したビシー政権にも関与した事実を明かす等、自らの人生の「負の真実」をも公表するなどして、周到に身辺を整理し、死を以て人生完成へのモメントにせんとする生き方であったと報じられた（96. 4. 27長崎）。

これは「良き死」を迎えるには苦楽を共にする人々や心の治療が如何に重要かを物語るものであり、またやり残しの無い「良き死」こそが納得の行く「良き生」であった事の証しでもあろう。

がんの診断や治療で最も恐れられているのは「転移」である。次々と他の部位に病巣が広がっては希望が持てなくなる。然し老、病、死は一切の人に平等に訪れると為す仏教的な観点からすれば、自分の望む「生」のみを求め、「老病死」はこれを拒否すると言う訳にも行かぬ。自己にとっての都合の良し無しを超えて一切を在りのままに受容して人生を構築する事が求められていると言えよう。何故なら、願わしからざるものとして、材料無くしては人生は描けないのである。よって、好ましからざるマテリアルを除去するのではなく、それ自身をより良きものへと変えて行く生き方も可能であろう。大変困難な事ではあるが、がんの事実を「受容」した上で状況を「転成」する生き方である。

がんと知らされてから約4年半の間に病床で記した一女性の信仰体験詩集とでも言うべき書物⁹⁾がその一例である。信仰で必ずこうなる、等と短絡する積りはないが、そこには著者の、「ガンの病を下さった」お蔭で生を考え自己を見つめ凝視する機会が与えられた事への感謝の念、自分の有限性に気付き、永遠なるものへと目覚めさせられた喜び、そして満ち足りた平安な心で死を迎える過程などが感動的に詩に詠まれているのである。

g) むすび

小論は「がん告知」を巡る約20年間の推移を時間の経過と共に追ったものであるが、その目的とする処は「がん告知の是非云々」では無い。平均罹患率が個人の発がん率と関係が無い如く、病状や本人を取り巻く諸条件等の違いで対応は無数にあらうから、一般論のみを振りかざしても余り意味はないであろう。医療は元来病い

を「治す」事であったが、原因が判っていても完治の困難な神経痛やリウマチ及びある種のがんに在っては「鎮痛」も又重要な医療である。脳死論議の中で近年「死なせる事」も立派な治療に含められたと耶揄する向きもある。昨年には「がんと闘うな」との過激な論陣を張る放射線科医師も出現し⁶⁾、事態は未だ未だ流動的であるが、がん告知に係わる論議や状況判断の一助にと期待して一文にまとめた次第である。

95. 2.27 鳥大、N. ソフィキテス助手グループの「卵子への DNA 注入法」(2/4) 妊娠の4組とも流産。
- 3.24 鹿大倫委「日本初の受精卵の遺伝子診断の正式承認を先送り」男性特有の遺伝病の子誕生防止のため、「性別判定のみ」の条件で、女性となる場合のみ受精卵を子宮へ着床させる方法で承認の予定であった。「先端医療によって望まれる命と、望まれない命を選別すべきではない」等の申し入れが脳性まひ者の団体からあり、「一大学が決めるべき事に非ず」との理由。
- 3.28 英大衆紙サン。「受精卵凍結4年2ヶ月で代理母が女兒出産」英国では凍結は5年の制限があるが、これは歴史的記録。
- 3.30 ローマ法王回勅「体外受精認めぬ。妊娠中絶は犯罪」との見解。受精の瞬間が生命の出発点であり、体外受精は受精卵の中、多くは子宮に移されずに捨てられる。これは人間生命をモノ並みに扱う事であり、治療目的以外の出生前の遺伝子診断は、胎児選別の恥すべき行為と明解。
4. 3 北九州、St. マザー病院「不動精子を卵子内注入で出産成功」と発表。
- 4.10 (英)凶悪犯罪者から「強制的にDNA採り、国が管理」開始。世界初で、殺人、レイプ、強盗 etc. の容疑者のだ液より。現場に残った毛髪 etc. のDNAとつき合わす。
5. 9 名大医、国内初の「清巣から精子採取で妊娠」に成功
- 5.27 産婦人科学会「国内の体外受精児1万人」と発表。
- 5.29 厚生省「国立成育医療センター」(仮称)整備基本計画検討委、国の不妊治療の拠点に、との構想発表。遺伝子診断なども研究。
6. 4 厚生省人口動態統計「出生率21年振りに大幅増加」。晩婚・晩産化は続いているが前年より5万人増、離婚19.5万組も史上最高。
7. 6 日本受精着床学会、長野の根津八紘医師を招いて、多胎妊娠の減数手術の具体例(171例)及びタブー視についての意見を始めて公式に聞く。
7. 6 (米)カリフォルニア大アーバイン校不妊治療センターの調査結果で「体外受精卵の取り違えなど30件、他人の子育て例7件」と公表。多い年では

年間700人が治療を受けていたが本人の知らぬ中に卵子を他人に提供したり、他人の子供を育てたりしていた事例が判明。

7. 7 北九州のセントマザー産婦院と広島 HART クリニックの二病院で「精子細胞の核で体外受精」15例中1人が妊娠。精子になる前段階たる「精子細胞」の核を用いる。受精時に卵子を電気刺激するため、安全性に疑問も。
- 7.26 国立予防生研の倫委、無精子症男性の「精子細胞核による体外受精は、不妊治療に応用できる段階にあらず」と産婦学会へ意見書。
95. 7.28 長野の根津医師、国内で来夏めどに「代理出産実施」の意向を表明。夫婦の受精卵を用い姉妹の借り腹によるホスト法。
8. 2 代理母出産情報センター（鷲見ゆき代表）米国人代理が凍結受精卵を希望した為、「太平洋を挟んだ1年違いの双児、年内に出産予定」を明かす。米国の卵子ドナとの体外受精卵をアリゾナ州の代理母に依頼して男女の双児を出産、余った11個の凍結保存分を同じ代理母に寄贈、更に来年には別の代理母にも産んで貰うとのこと。これ等の子はすべて同日受精のため1～2年違いの双児～三つ児となる。
8. 3 代理出産情報センター代表、日本人独身女性の「体外受精シングルマザー」発表。米国バンクより白人の精子と東洋系の卵を購入し、離婚した独身女性が出産。目下10人の独身女性と契約中で、30～40代の弁護士やスチュワードが多い由。
8. 7 栃木、中央クリニックと高度医療技研のグループ「精子直前細胞で顕微受精、妊娠」22人に実施し、3人妊娠。動物実験経ず想定外と学会注意。産婦学会では顕微受精は「精子」を使うと規定。
- 9.12 代理母出産情報センター代表、「実施や妹等の卵提供により米国で体外受精出産計画中の日本女性」少なくとも10例。「前夫との間に生まれた娘の卵と再婚した夫の精子による体外受精」も準備中と公表。
- 9.14 (米) ロチェスター大 E. シャフ博士等、抗がん剤とかいよう剤の併用で「手術せず妊娠中絶する法」を米医師会誌に。先ずメソトレキセートを注射、5～7日後にミソプロストールを座薬に与え、100人中98人が自然流産。安くて簡単と見るか安易な胎児殺人法と受け取るか。
- 9.20 日本母性保護産婦人科医会（日母）、減数手術例多数表面化で「容認へ向けて海外の法律調査などの検討を開始」
- 9.21 日本人類遺伝学会「遺伝子診断に初の歯止め指針」。12項目のガイドラインにて、受診者の利益、人権を尊重し、むやみな診断に歯止めと、本人の「知りたくない権利」を強調。

10. 7 (仏) パリのアメリカ病院のジャン・デリック博士「精子細胞を開いた顕微受精で2人の男児出産」妊娠例は日本にもあるが出産は世界初。
- 10.16 NHK・NC9インド、ビハール州では女の子が産まれると殺すことが多く、男女比率は1000:450。女子は嫁入り時に年収の5倍の持参金必要。
- 95.10.23 優生思想を問うネットワーク(障害者、女性等19団体で組織)鹿大倫委及び日本産婦学会へ「受精卵診断の実施凍結求める意見書を郵送。主に男性に発症する筋ジスの子の出生防止目的で受精卵の性別判定で男児分を母体に戻さぬのは「生命の選別」。鹿大は一旦容認後結論を先送り中、産婦学会も9月の倫委で黙認の結論。
- 10.28 北九州セントマザー産婦院、「精巣精子、直接採り顕微受精で国内初の出産に成功」
11. 6 ジャカルタ、1992年地球サミットで採択の生物多様性条約に基づき開催の第2回締約国会議(133ヶ国の政府やNGOが参加)にて「遺伝子改変生物規則に初の国際的規制」の見通し。生態系への悪影響を心配する北欧諸国や途上国側と、医療品や農作物の開発に現在の指針で十分とする日米の間で激論。
11. 8 NHK ニュース、東日本の産婦医、3年間に夫、妻以外の精、卵を用いた体外受精21人実施、産婦学会の「夫婦以外禁止」は何故悪いか判らぬから従わぬと公言。
- 11.19 代理母出産情報センター「妹の卵子貰い米で体外受精の日本人出産」明かす。近親者の卵子提供による出産例は国内初。本来なら姪が甥になる筈の卵子が「民法上は実子」(産んだ女性を親とす)。
- 11.24 毎日新聞調査「不妊治療 HMG-HCG 製剤の副作用で1人死亡、11人重症」。卵巣に異常な過剰反応起こり易い為、欧米では慎重な観察、多数排卵禁止。日本では妊娠成功率上げる為にずさんな患者管理、過剰投与が指摘さる。
- 12.12 厚生省報告分のみで「排卵誘発剤の副作用による重軽症者」1年半に20人以上。
- 12.16 日本産婦学会、排卵誘発剤添付文書に「重大な副作用」明記にも拘らず、十分な調整せず学会誌に「重なものはない」と繰り返し公表して来た為、改めて使用実態と副作用の緊急調査を開始。
- 12.17 (米) NBC-TV、共和党大統領候補のドール氏、1980年以来中絶禁止のための憲法修正を明記した同党の政策より転向、「中絶の容認」を提唱、保守派の烈しい非難を浴ぶ。大統領選のたびに中絶問題がクローズアップさる。

- 12.23 秋田大病院、体外受精に使用の「排卵誘発剤副作用で6年間に1310例中33人入院」発生率一時3.4%、中一人は脳血栓で後遺症。全国的には相当数の可能性あり。
- 12.30 関東の不妊専門医、副作用もある排卵誘発剤を「1年で50人の患者に自己注射さす」一週間~10間 HMG 剤の連続投与必要なれど厚生省は自己注射認めず。
96. 1. 1 厚生省、10月迄の届出をもとに95年人口動態統計発表、「出生数再び減少傾向」自然増は27万7千人で戦後最低。
- 1.23 名瀬市のリュウキュウアユの人工幼魚放流に「淡水魚研究者より待った」。野生アユの遺伝子に悪影響。人工的放流より天然状態維持の努力を。
- 1.31 愛媛・陣痛促進剤による被害を考える会、乱用を防ぐため「被害者の実例集出版」。前年9月現在で120例中、子宮破裂(33)、死亡(17)、植物状態(2)など。お産の操作で、夜間、日祝日生まれの赤ちゃんはほとんど無い由。
- 1.31 中国「人口13億人」と発表。昨年より1億人増。産児制限違反(一人っ子)の罰金逃れで第二子以降を無届のケースが多いため。
2. 3 東大病院、出産2日前にアレルギー治療薬(ステロイド剤)の副作用で妊婦が植物状態、三つ子の胎児は死亡。昨年来の処置ミスも重なり家族が訴訟準備。
- 2.12 徳島大と昭和大のグループ、排卵誘発剤投与を工夫し「多胎妊娠防止に成功」。日本母性保護産婦人科医会は減数手術を認めておらず、産婦人科学会は体外受精卵の母体戻しは3個までと決めてはいるが、多胎防止の有効な方法は無かった。
- 2.12 陣痛促進剤による被害を考える会、2月13日から2日間「被害110番を開設」3月には東京でも集会の予定。1992年の厚生省警告後も無理な使用による事故が散発の由。
- 2.28 (米) 共和党大統領候補ブキャナン氏、同党最大の保守派最大の集票マシン、キリスト教徒連合の会合で「中絶反対・生命尊重」のプロ・ライフを連呼。
- 3.13 (千葉) かずさ DNA 研、世界初の「らん藻の全遺伝情報を解読」。光合成の仕組みの解明で大気浄化などの応用期待。
- 3.25 (新潟) 新潟大病院で排卵誘発剤副作用死の夫が国に賠償求め提訴。
- 3.26 鹿大倫委、情報公開の一環として「受精卵遺伝子診断でシンポ(4/27)」を発表。

- 4.10 (北九州) セント・マザー医院、無精子症の夫の精巣から「直接採集の凍結精子使い出産(4月始め)」判明。国内初。
- 4.10 ワシントン、母体が危険で、他に手段無き場合以外は「妊娠後期の中絶を禁止する」法案に、クリントン大統領が拒否権。曰く、医師の判断した手術は正当。キリスト教徒連合などは一斉反発、選挙戦の争点に。
- 4.12 中央薬事審、今年2月迄の3年間に排卵誘発剤の副作用30件、うち2人死亡と報告。
- 4.18 世界銀行。国連環境計画(UNEP)「2050年に世界人口100億人」と予想。2025年迄に50%以上増加して83億人に。エネルギー使用の50~100%増、CO₂排出量増加による気候変化の可能性45-90%高まり、飢えの問題も。
- 96. 4.21 (英) 実母が不妊の娘の代理母に。
- 4.26 DNA 問題研究会(市民団体)、鹿大医学部などに「受精卵遺伝子診断凍結」の申し入れ書を送る。社会的、倫理的に問題のあるこの診断は社会全体で検討すべきで、今、行えば影響は尽大との趣旨。
- 4.27 鹿児島、鹿大倫委で審議中の重い遺伝病の子の誕生を防ぐ「受精卵の着床前診断を話し合う公開シンポジウム」開く。同大産婦人科永田教授は、遺伝性疾患で出産断念者にとり朗報、人工中絶より倫理的問題少ないと述べた。倫委への学外者の参加、診断上の問題点の積極的公開を求める意見も出た。
- 95. 2.28 全国11国立病院共同研究「人工肛門の臭気防止にニンジンの葉」が有効と判明。
 - 3. 1 大阪医大、子宮内部の治療で、患者11人に対し「倫理委承認前にレーザーを照射」判明。人を対象とする研究に際して必要な倫委の承認を無視の為、文部、厚生両省が実態調査開始。
 - 3. 4 厚生省・渡航移植施設共同調査研究班「心臓移植で20人が渡航」と発表。半数がこの2年以内に集中、法制化の遅れも原因か。
 - 3. 6 骨髄移植推進財団及び東京弁護士会ドナー保護と提供後のトラブル防止の為「ドナー最終同意に弁護士立ち会い」を制度化。
 - 3. 9 厚生省、中央薬事審に「遺伝子治療用医薬品調査会」を設置、ベクター安全性チェックへ。
 - 3.21 (米) 国立保健研究所(NIH)、先天性免疫不全症に用いた「遺伝子治療に特許取得」を公表。(欧州、日本では治療や診断の方法は特許対象外)
 - 3.22 鹿大倫委、「遺伝子診断で障害者団体と話し合い」
 - 3.30 (熊本) 拡張型心筋症の萩元晴史さん、米で心臓移植のため「守る会」で

- 支援。
- 3.30 熊大遺伝子治療臨床研究審査委「国内初のエイズ遺伝子治療」を承認（北大のADA欠損症とちがい、発病抑制効果は不明）
- 4.1 千葉県佐倉市の国立佐倉病院に「全国規模で登録・選定の腎移植ネット」発足。
- 4.10 名大医グループ、外科学会で、ヒト特有の「O型血液ブタ誕生」を発表。血液型の基になる糖類に働く酵素を作る遺伝子をブタの受精卵に注入、ブタ本来のG型に加え、O型も可能に。異種移植に光明。
- 4.10 (独) ベルリンの心臓センター、心筋症の男性、160日間の「人工心臓で心臓機能を完全に回復」して社会生活と発表。珍しい例だが、移植に代わる一法となれば幸い。
- 4.17 日本胸部疾患学会第4団体、「脳死、肺移植」に適応規準。年齢、病名を限定。
- 4.18 (豪) 福岡の久米若奈(14)さん、王立子供病院で脳死肝移植の手術。
- 4.24 東女医大病院、岩国市の松本夏稀(9ヶ月)ちゃんの母子間生体肝移植。
- 5.1 厚生省94年度調査「がん告知壮年期死者の28.6%」に。92年度比10%増。
- 5.13 (米) ピッツバンク大病院にて出水市の中満陽一(19)君の心臓移植手術。
- 5.18 (長崎) 日本組織培養学会の細胞バンク委、「ヒト細胞の利用、提供に初の原則」を定む。
- 5.18 ワシントン、新旧キリスト教、仏教、ユダヤ教、イスラム教、ヒンズー教など80宗教団体が結集「遺伝子特許に反対」の運動へ。ヒトや動物の遺伝子を商業特許の対象にするのは生命の尊厳を汚すと声明。(95. 3.21の記事参照)
95. 5.21 「遺伝子治療学会」が発足、初の総会（東大にて）
- 5.23 那覇地裁、子宮筋腫の女性から「患者の同意なく子宮摘出」の病院に賠償命令。珍しいインフォームドコンセントのみを巡る裁判。
- 6.8 東女医大太田和夫教授（日本移植学会理事長）、移植ネットの中止要請にも拘らず「輸入腎移植再開、13人に」。移植ネットを通さぬ移植は認めぬ、C型肝感染者はドナーにせぬetc.の取り決めを学会理事長が無視。
- 6.8 厚生省研究班調査、エイズの恐れある輸入非加熱血液製剤を血友病以外の100人(34病院)にも投与判明。原因不明の免疫不全で死亡者も。
- 6.20 熊大、HIV 遺伝子治療 (cf. 95. 3.30)、方針変更。「厚生、文部両省への申請前に患者の同意を」
- 6.22 厚生省検討会「インフォームド・コンセント医学教育、研修にも充実」求

- む。責任会費の為、形式的同意になる恐れのため法制化には否定的。
- 6.26 名大グループ、「パーキンソン病動物実験で世界初の遺伝子治療」成功。伊弉弘之医師ら、ドーパミン（神経伝達物質）の受容体（D2R）の遺伝子を脳内に注入し、ラット脳内でD2R発生を確認。
 7. 2 東大医、医用電子研、「人工心臓のヤギで動物実験では世界最長（389日）記録」。ポンプ機能の一部を補う「補助人工心臓」は実用化が進み、臨床例多い。「全置換型」は米国に622日の生存例があるが材質が人体に合わず感染症になりやすく認可されていない。然も体外駆動の為支障も多いので、体内埋込式を開発中。
 - 7.14 米食品医薬品局（FDA）「エイズ末期患者にヒヒの骨髄移植」承認、9月にも手術へ。治療効果無しとの批判も。
 8. 1 北大、ADA 欠損症の4才男児に「日本初の遺伝子治療」開始。
 - 8.19 東女医大の東、太田チーム、1992年に「C型肝炎ウイルス（HCV）感染者の腎臓と知り乍ら未感染患者6人に移植、4人が感染」と判明。移植時に免疫抑制剤使用でウイルス増加→感染の危険がある為、95年4月からは移植ネット基準では不適に。
 - 8.24 東大本田医師ら、東女医大チームを「人体実験の疑い」と公開質問状。従来からB型肝炎からの移植は厳禁、C型も危険度不明とされ実施されず。
 - 8.24 阪大、イヌを使い「拍動停止24時間後の心臓移植に成功。心臓死者からの提供へ可能性も。
 - 8.28 北大、ADA 欠損症の男児に2回目の遺伝子治療。
 95. 9. 1 腎移植ネット中央評価委、太田教授の「移植は違反」認定、処分を検討。国内移植はすべてネットを通す決定を無視、95年4月からの2ヶ月に5個を米国より取寄す。2個はC型肝炎ウイルス感染者、1個、望ましくないとされる高齢者（72才）のドナーより。
 9. 4 移植学会特別委、太田教授の移植は「社会に不信と疑惑を与えた事は遺憾」と報告、同人は理事長辞任。
 10. 2 北海道の12才少女、今春、L. A. 小児病院で両院から肺の一部をもらい「日本人初の生体肺移植」し、順調に回復。提供者の危険大きく我国では計画はない（米国には30例）
 10. 4 広徳倫委脳死による心、肺などの移植承認。
 - 10.17 埼玉医大倫委「女性から男性への性転換手術（20代と30代の2人）の申請を検討中」と分かる。正常な卵巣摘出が法に触れるか否か、本人の「女性である事の違和感」が認められるか。先進諸外国では手術を認めているが、

- 日本では1969年に手術（男→女）の婦人科医が有罪に。女→男への手術を受けた日本人は記録なし。
11. 3 東北代グループ調査「本人へのがん告知率（29%）日本は最低水準」との結果。28ヶ国中、オランダ91%、フィンランド89%など。
11. 7 NHK ニュース、大阪国立循環器病センター、体内埋込型の人工心臓を山羊で実験中、モーターとポンプを分離し油圧で動力を伝う。バッテリーは腹部へ埋込み、体外充電可。
11. 9 熊代、HIV 遺伝子治療実施計画を厚生、文部両省へ申請。北大に続き 2 例目、エイズについては初。来夏迄には臨床試験へ。
- 11.13 北大、遺伝子治療の男児、4 回目の治療後の採血でリンパ球数正常に。
- 11.17 米科学誌サイエンス、ワシントン大の Dr. チェ・チャン・ツァイ・グループが動物実験で「エイズ感染未然防止の新薬（PMPA）を発表。
- 11.27 NHK ニュース、北大（工）、高井教授、北海道の産廃たる鮭の皮（コラーゲン）とイカの骨（チキン）を貼り合わせて「人工皮ふ」を開発。
12. 4 厚生省、熊大より申請の「エイズ遺伝子治療」を中央評価会議にて公開審査（12/25）に決定。
12. 6 NHK ニュース、6 才の女の子に「人工内耳」で訓練中。
12. 6 日本腎移植ネット、東女医大太田教授を輸入腎移植での基準無視で嚴重注意処分に。
- 12.14 衆院厚生委「臓器摘出・移植を認める法案、6 回連続継続審議」に。94年 4 月に超党派で提出以来。公聴会一回のみ。提供は家族の承認のみで果たして良いか否かで修正、廃案の声も。
- 95.12.14 （米）S. F. 総合病院にて「エイズ患者にヒヒの骨髄移植手術」（8 月に FDA 承認済）
- 12.24 腎移植ネットに登録ミス。待機中を死亡、優先順位混乱も。公正、公平な配分の為に発足の組織の公平性に不安。
96. 1.17 日本腎移植ネット尾前理事長、患者1400人が実質的に移植を受けられなくなった件で辞任。初代の山川理事長も太田教授のネットワーク無視の移植で辞任。
- 1.20 九州、山口の学者「福岡生命倫理学会」発足、九大で第一回会合。
- 1.23 岡大医、「肺がん患者に遺伝子治療を計画」副作用などを学内審査へ。がん細胞増殖を抑えるとされる「P53」遺伝子を、風邪の原因となる「アデノウイルス」を無害化したベクターにし、がん組織に注入。

- 1.24 鳥大（工）井上倫夫助教授、コンピューター利用の「脳波読み取り意思を知る装置」開発。体が不自由で言葉や動作で意思の伝えられぬ筋萎縮性側索硬化症（ALS）などの患者の会話に役立つ。未だ「TV、看護婦、ありがとう」など五つの単語。
- 1.25 厚生省、代替ない場合、投与中断の悪影響を避けるため、例外的に「難病新薬を承認前使用の制度」の方針を固む。費用負担や事故時の責任を検討。
- 1.26 前年4月、中立・公正・厳選・迅速の精神で運営開始の社団法人「日本腎臓移植ネットワークが迷走」状態に。前年12月に移植希望者の死亡（395人）登録を含め1400人のデータに不備判明。業者と管理者（佐倉病院）と指導した厚生省で責任のなすり合い。
- 1.31 東大病院としては初の生体肝移植を成人間で実施。1989年鳥根医大以来全国10ヶ所以上で300例を越す。
2. 5 NBC ニュースの森「角膜移植をインター・ネットでPR」。渡米手術を150万円で募集。臓器売買につながるので民間個人（斉藤英人氏）では為すべきでないとの厚生省見解に、本人は、役所が禁止すれば外国から発信と強気。
2. 8 岡山大病院、肺がんへの遺伝子治療の第一回審査委、「中身や倫理性を大筋で了承」早ければ3月にも学内承認。
2. 9 北大、遺伝子治療6回目はリンパ球の増殖が思わしくなく中止。
- 2.18 岡山県内の総合病院で昨年4月携帯電話で電磁波障害「点滴中ポンプ誤差動し急停止」の事件判明。厚生・郵政両省共同で対策着手。
- 2.21 北九州氏八幡病院、2年前の5月に心臓検査のミスで主婦が植物状態と分かる。
- 2.21 厚生省、薬害エイズの内部資料公表。83年には危険性を認識、省ぐるみで資料隠し。
96. 3. 7 昨年大阪に設立の民間団体「臓器移植推進援助会」で会員の静岡の男性が初めて「買った腎臓でフィリピンで生体腎移植手術」。数千万円を全額自己負担。国際的に禁止された臓器売買は望ましくない、と厚生省は言うが…。
- 3.18 腎移植西日本ネット、現時点では登録者の「3人に1人は移植を希望せず」、改めて全員の意思を再確認中の由。理由の一つに希望者の死亡扱いなどのデータ更新ミスも。
4. 4 長大とベラルーシ医大、原発事故後に多発の小児甲状腺がんの原因解明共同研究へ。WHO から医療支援担当機関に指定された長滝教授らの世界的役割に対しウクライナの研究所からも提携の要請。疫学的調査に加え遺伝

子レベルでの研究も。

- 4. 5 岡山大、出産前把握の先天性左心室憩室症の5ヶ月男子の手術に成功し退院。同症は世界で100例、乳児の手術成功は世界初。
- 4. 8 長崎・北松、生体肺移植の為渡米の荻原佳奈ちゃん（11才川崎市）の支援の為、乳の故郷長崎に「救う会」結成。
- 4.15 南カリフォルニア大小児病院、渡米の佳奈ちゃんに「両親からの部分的肺移植手術」
- 4.18 厚生省調査「骨髄移植の白血球型（HLA）の型合わせ、1/3が不一致」と判明。血清法で一致しても遺伝子法では異なる例見つかる。
- 4.25 信大病院、来月より週2日「遺伝子診療の外來を開設」。独立した部門での遺伝治療取り組みは国立大付院では初。
- 95. 3.26 日本尊厳死協会（植松正会長）協会報「リビング・ウイル」No.77で「尊厳死受け入れる30医療機関と医師152人を初公表」。3月30日発行の協会報4月号で。
- 3.28 横浜地裁、東海大元助手の安楽死事件（1991. 4.13）に有罪判決。名古屋高裁の「安楽死の6要件」（1962）を変更し、新たに①耐え難い肉体的苦痛②不可避的な死が迫っている③他に代替手段なし④患者の意思表示の「4要件」を示し、医師の苦痛に同情しつつも①、④の条件を欠くとして、執行猶予2年に。
- 4.24 （米）連邦最高裁「キボキアン元医師と2人の末期ガン患者の上告を棄却」医師の自殺ほう助は認めず。1990年以来、独自の自殺装置開発、使用で21件の末期患者の自殺を助く。
- 5. 9 天台宗（延暦寺、30万信徒）、脳死及び臓器移植に関する特別委、「脳死は人の死と認めず」の見解。臓器ドナーは、本人生前の意思表示ある場合のみ。
- 5.25 （豪）同国北部の準州議会、がん、エイズ etc. の末期症状に苦しむ人の安楽死を認める「末期患者の権利法」を可決。オランダ、米のオレゴン州に続き世界で3番目。
- 7. 2 厚生省発表「日本人の平均寿命世界一を更新」男76.57才、女82.98才
- 7.16 厚生省アンケート（救急医学会認定医1758人中657人回答）「脳死は医学的に人の死」には約8割が同意。但し、「社会的にも死」は2割。
- 12.21 天台宗特別委、1年半余りの審議の結果「脳死は死に反対。臓器提供は菩薩行」の見解を明示。
- 96. 3. 6 （米）S. F 米連邦高裁「安楽死認める判断」。末期患者の安楽死の為の薬

物処法をした医師を罰する1854年制定のワシントン州の州法、「死の権利」を侵害し違憲と11人中8人の判事の多数意見で。ワシントン州内の末期患者3人と医師グループが提訴、判決は1994年可決のオレゴン州の法律にも言及、「十分な判断能力を持つ末期患者は尊厳を保ち乍ら死を選ぶ権利があり、自ら死を選ぶことは無分別とは言えぬ」と。

- 3.12 東北大、老人性痴呆症、脳中心部の二つの器官の萎縮に由来するとして、萎縮器官を特定、同症に光明。
 - 3.15 東大、湯本助手、アルツハイマー病の「アルミニウム原因説」で市民団体や水道業者、メーカー対象に研究会。神経に強い毒性あるアルミニウムが脳に入り蓄積され得る事を証明。
 - 4.24 鹿児島 TV 社長、上園辰巳氏 (71)、肺がんの診断で社長退任 (6月) し、「がんと闘う」と宣言。
96. 5. 2 大阪地裁、がんでないのに、がんと宣告され入院、抗がん剤の投与を受けたが、他の医院で、がんに非ずと診断された会社員 (54) が、多大な精神的苦痛を受けたとして外科医院と医院長に1,200万円の損害賠償を求めた「がん告知訴訟」に「不用意な告知」として100万円の支払い命令下す。

＜註＞

- 1) 岸本英夫「死を見つめる心ーガンとたたかった十年間ー」講談社1964年刊
- 2) 正木晴彦「生と死のネオパラダイムと倫理ーカレンさんの死ぬ権利判決・試験管ベビーから20年間の生死に係わる諸問題ー」長崎大学教養部創立30周年記念論文集の中の特に pp. 27~66を参照1995年3月刊
- 3) 近藤誠「『がん』ほどつき合いやすい病気はない」講談社1995年刊. pp. 38-59.
- 4) 波平恵美子「脳死・臓器移植・がん告知」福武書店1988年刊 P. 115
- 5) 鈴木章子「癌告知のあとでー私の如是我聞ー」探求社1989年刊.
- 6) 近藤誠「あなたがガンになった時」雑誌「文芸春秋」1995年2月~11月号に連載 翌年同社より出版

(1996年4月30日受理)