

## 死にゆく人をめぐるポリティックス： 医療における真実告知

宮地尚子

### はじめに

癌など重篤な病気に陥った患者に、真実の病名や治る見込みなどを伝えるべきかどうかといういわゆる「告知」の問題について、私はここ数年研究を続けてきました。

もとはと言えば、自分が医師となってから臨床場面で、告知をしないまま患者さんをみてきたことに対するわだかまりに、どうにか決着をつけたいという思いがありました。本当のことは言わない方がいいという「常識」はどこからきたのか、患者さんを作り話でだまし、家族と口裏を合わせて演技を続けることを、自分はどう正当化すればいいのか……。

さまざまな文献を読み、留学を機会に、告知が広く行われているといわれるアメリカでその状況を探り、医師達にインタビューを行い、帰国後はあらためて日本での状況をみなおし、日本の医師達にインタビューを行いました<sup>1)</sup>。そういった過程の中で、私の問題意識はどんどん変わっていきました。

はじめの頃は、告知をするのがよいのかよくないのか、どうすれば望ましい告知ができるのか、そんな臨時的、実践的な関心を中心でした。けれど徐々に、そもそも告知問題ってなんなのか、なぜ問題になるのかといったことを考えるようになり、そこでの専門職制度の役割とか、専門家と素人との関係、知識のあり方に関心がおよび、また「家族」「死」「思いやり」「善意」「信頼」「感情表出」「権力」といった基本的な概念をほりおこす作業につながっていきました。

それは、既存の告知に関する言説にひそむ暗黙の前提（神話といってもいいものもあります）を一つずつ壊してゆく過程でもあり、同時に「医師らしさ」を身に付けようとがんばってきた自分の、医師としての「社会化」の過程を、逆に辿っていく試みでもありました。

そろそろ研究の終着地点に近くなった今、私の中で明らかになってきたことは、「告知問題」というのは優れて現代社会の問題なのだということ、今の社会や文明の在り方、その中で文化的に修飾された生や死の扱いかた、様々な人間関係のありかた、そして知と権力の問題であるということです。

ここでは、私がなぜそう考えるようになったかといった過程を飛ばして、今いきついている限りの結論らしきものをまとめてみたいと思っています。随所でどうしてそう解釈し断定するのかという疑問が出るかもしれませんが、根拠となる調査データや分析過程については、文末

の各論文や、今後のより詳しい報告に譲るということをご了承ください。

## 病名告知と予後告知

まず、私がここで告知問題としてさししめす内容について限定しておきたいと思います。ここではテーマを「癌告知」ではなく、「真実告知」その中でも特に「予後告知」に絞っています。告知というと普通「癌告知」という言葉が思いうかびますし、日本でなされている告知論争も、癌患者に本当の病名を告げるかどうかという点が中心になっています。けれど私は、告知問題の最重要ポイントは、癌という病名よりも、治る見込がなく近いうちにその病気で死ぬだろうという「予後」を患者本人が知るかどうかだと捉えています。本当は、病名や予後のほか、治療の選択肢や内容、経過等を含めた、病状に関する知識一切への患者のアクセスの可能性が重要なのだと思っていますが、その中でも最も「要取り扱い注意」とされる情報が予後なのです<sup>2)</sup>。病名は真実の一部に過ぎません。癌告知イコール真実告知とみなすことが、医師による情報コントロールのからくりを隠してしまうことについては、後で触れたいと思います。

さて、癌（病名）告知でなく予後告知について考えるとすると、その対象となる人も「癌患者」から、治る見込がなく近いうちにその病気で死ぬだろうと考えられる「死にゆく人」に移ります。

私は、告知の問題を、この「死にゆく人」を周りの人がどう扱うかというポリティックスの問題だと考えます。死にゆく人と、医療従事者、患者の家族や友人がどのような人間関係を結び合うか、その結び合い方を告知／非告知という知（情報）の分配によってどう操作するかという問題だと思うのです。

ここで、死にゆく人をめぐる人間関係といわず、あえてポリティックスという言葉を使うのには理由があります。それは、関係という言葉が日本の文脈において、調和のとれた麗しいもの、支えあいといった意味合いをもつためです。とくに告知のような、ショックや悲しみなど強い感情をひきおこす非日常の場面では、皆がよい人のようなふりをしていたわりあい、思いやりを示すことが重視され、権利とか利害の衝突、戦略や操作といったことを表に出したり、冷静に分析することがタブー視されがちです。実際の関係のなかに必ず含まれているにもかかわらず、「関係」という日本語が隠蔽している、相手を操作し合う動き、策略や戦略、非対等性、非対称性、権力や権威といったものにも注意を向けて、告知問題を考えてみたいのです<sup>3)</sup>。

告知という、情報の絡むポリティックスにおいて、決定的に重要な登場人物は、患者、医師と家族です。看護婦や患者の知人友人も重要な役割を担うでしょうが、「情報の分配」に関してはほとんど権限をもちません。患者と身近に接し、患者の希望や性格を恐らく医師よりも把握できる立場にある看護婦に告知の決定権がなく、医師にのみ裁量があること自体は問題にされてよいことですが、ここでは触れません。

本稿では、ポリティックスにおいて、強い発言権、決定権をもつ（「権力者」たる）医師の視点から見える、告知／非告知の風景を探っていきたいと思います。そのため、死にゆく人の「管理」という側面が強くてでてくることになるでしょう。また、そこでは、「死にゆく人」

の特性から、専門職者と素人との関係、知識の偏在、死の現代社会においてもつ意味、不確実なものごとへの対処のしかたといった問題がからんでくることになるでしょう。

## 死にゆく人の誕生

私は日米両国の医師への調査において、「死にゆく人」を「3年以内に95%以上の確率で死亡すると考えられる人」と操作的に定義したうえで、死にゆく人達にどのように情報を伝えるか、とくに予後についてのそれを詳しく尋ねました。お気づきのとおり、ここでいう死にゆく人は一般的に使われる「臨死患者」や「終末期患者」よりも、またこれまでの有名な研究<sup>4)</sup>で用いられている意味よりもかなり広いものです。すでに体力も衰えベッドに横たわって、もはや延命治療もうちきられそうな状態の人だけでなく、まだ社会生活も十分できる、時には病気の自覚症状さえない人をもこの定義は含んでいます。

現代の社会における「死にゆく人」の特徴は、その定義が医学に依存しているということです。医学がこれほど発達し、医学的知識技術が専門家に独占されるようになるまでは、表に出る症状から本人や周りの人間がどんな病気かを類推し、治る見込みをみきわめました。数多く見慣れているという点で、医師は他の人よりその予測が上手だったかもしれませんが、症状から探るといふ点ではむしろ本人の感覚、「これはもちそうにない」とかのほうが正確だったことも多いでしょう。けれども、現在はレントゲンや内視鏡、病理検査、はては遺伝子検査など、患者が直接結果を知りえない方法を用いて診断がなされます。情報をまっさきに手にし、解釈し、真実が何かを認定し、将来を予測するのは医師です。患者は症状もないのに、癌の「早期発見」という検診結果をもらい、それを鵜呑みにするしかないのです。

自分の身体のことなのに、他の人から情報を教えてもらえるかどうかという告知問題は、このように医学という専門知識技術（それは現代文明という巨大なシステムの一分業制度でもあります）の発達と、それをになう専門職者の存在、そして専門職者への知識の偏在を前提にしてこそ存在するのです<sup>5)</sup>。

アリエスの言葉を借りれば、「子供の誕生」ならぬ「死にゆく人の誕生」という事態が、医学の発達によって特殊な形（医学への依存と脱主観化）でおこってきたわけです。

医学が発達し、早期診断と延命技術がすすむほど、死にゆく人の数は増え、死にゆく期間は延長します<sup>6)</sup>。死にゆく人の質も変わってきます。期間が長くなれば、死にゆく人の主体性が問題になってきます。死にゆく人との付き合い方も変わってくるでしょう。身体が弱ってベッドに寝たきりの人への一方的な態度（それが献身ではあっても）は、症状もなく社会生活のできる「死にゆく人」に使えるものではないからです<sup>7)</sup>。

死にゆく人の定義に、3年以内という期間を選んだのは、こういった理由からです。多くの人は3年くらい先のことまでは視野にいれて生活を営み、その間に死ぬという情報は、人生設計や人生観に根本的な変化をおこす重要なものではないかと思えます<sup>8)</sup>。リビングニーズ（生存期間中支払付き生命保険）では、余命半年と診断された人に保険金がありますが、半年だと、かなり身体的に衰弱した状態で、病院に生活の場が限られ、その人が主体的にお金を使うのは

かなり困難でしょう（それでもこの保険は死にゆく人をめぐるポリティックス、特に家族力動を大きく変えうると思います）。

死にゆく人についてはもうひとつの大きな特徴があります。それは、死にゆく人であるかどうかには、常に曖昧さがつきまとうということです。死にゆく人とそうでない人との間に明確な線を引くのは不可能です。病名（癌かどうか）はほとんどの場合明確ですが、予後というのはあくまでも将来の予測に過ぎず、統計的事象としてしか語れません。死にゆく人に分類されていても、5%未満で死なない人がでてきます。また予後の予測は画期的な治療が開発されれば大きく変わります。患者による個人差も大きいとされます。

日本ではここしばらく脳死の定義が問題になっていますが、「死にゆく人」の定義は脳死よりよっぽど不確実なものです。そして不確実であるということは、それだけ専門家による解釈や、表現のしかたに幅を与えます。癌を癌でないとすると嘘になりますが、「死ぬだろう」というかわりに「ひょっとすると治る可能性もなくはない」と言っても、全くの嘘とはいえません。そして不思議なことに、予後予測の確実さは、医師の能力としてさほど重視されていないのです（予測が間違っただけが望ましいということもあるせいでしょうが、不確実性をきらうはずの科学の枠組みからは明らかに例外的な現象です）。

「死にゆく人」の定義の難しさ、医師による解釈範囲の大きさが、実は告知をめぐるポリティックスに作用する主要ファクターのひとつとなっていることを、ここでは指摘だけしておきたいと思います。

### 死にゆく人と権力の逆転

社会では、それぞれの人が役割をもち、その役割に合わせて行動（演技）しながら、人間関係をつくっていきます。「死にゆく人」が誕生すれば、その人がどんな役割をにない、周りの人とどのような関係を取り結んでいくか、きめる必要があります。けれども今のところ「死にゆく人」は、その数の多さにもかかわらず、明確な社会的認知がされていません。死にゆく人の役割とか、死にゆく人とそうでない人との付き合い方、礼儀作法は、多くの社会において不在か、あっても表面下にとどまり、死にゆく人本人には隠されたものも多いようです（癌の再発宣言をしたテレビキャスターに対し、死後「ホスピスという選択もあったのでは」という意見がでしたが、生前に同じ意見が公の場にだされなかったのは、このことをよく示していると思います。）。

これはよく言われる死のタブー化<sup>9)</sup>、望ましくないもの、避けられるべきものとして現代の死があることと関係します。現代社会を支える価値、自然を支配し、効率よく生産をのぼし利益をあげ、確実に将来を予測し計画をたてる、といったものを維持するには、絶対的な無や不条理である死は、日常風景から消える必要があります。死を忘れてこそ、自分の人生をコントロールできるという感覚は維持できます。

「死にゆく人」はこのタブー化された死と、かけがえがないとされる生の境界にいます。そして、そのことで、死にゆく人は、死ぬことを忘れた（忘れようとしている）現代人に対して、

ある種の権力を獲得します。

人類学において、境界性と通過儀礼に関する有名な理論があります。簡単にいうとこういうことです。人間は様々な事象を分類し名前を付けることによって意味のある対象に区切り、世界を秩序だてているが、自然においてはほとんどのものが連続しており、分類とは連続している部分に恣意的に引いた線に過ぎない。従って、常にその分類のどっちに含まれるともいえない曖昧なものが存在し、こういった境界性（リミナリティ）をもつものは、社会の秩序を脅かす危険なものと考えられ、タブーやけがれと結びつく。通過儀礼は、境界にあるものを一時的に隔離し、明確な移行点を社会に示し、人々に共有させることで、その文化の意味体系や秩序を危険から守る、と<sup>10)</sup>。

死にゆく人は、まさにリミナルなものです。生きながら、死の影を帯びている。日常の世界に、非日常を垣間見させる。死が日常の風景から隠されれば隠されるほど、死にゆく人は危険な存在になり、周りの人に恐れをいだかせます。

「いのちは地球より重い」といった「かけがえのないいのちイデオロギー」が支配的になればなるほど、死にゆく人の権力は増します。束の間の主人公として他の人より自分を優先させ、まわりのものを思い通りに動かし、丁重な扱いを要求できます。「死にゆく」ということは、「相談にのってもらおう」「苦痛を受けとめてもらおう」など、自分のための時間や労力を請求する切り札となり、医師を含めまわりの「生きていく人間」はそれを拒否することはできないと感ずるので<sup>11)</sup>。

死にゆく人は、このように周りの人に対し権力をもちますが、医師にとってはもうひとつ別の脅威が加わります。医師の権威は、患者を治すための専門的知識技術をもつこと、そしてそれを共同体や患者のために用いることにあります<sup>12)</sup>。病人の役割、とくにパーソンズの定義のような受け身の役割（責任の不問、通常の役割からの免除、治ろうと努力すること、医師の援助を求めたがうこと<sup>13)</sup>）は、この権威に対応しています。近年、慢性疾患の増加によって医師患者関係の変化が指摘され、医師の過度の優位を前提とするパーソンズの役割論も批判されてきました<sup>14)</sup>。確かに回復可能な急性病の場合、治してもらえと思うから患者は一時的に主体性を捨て、感情も自己主張も抑え「よい患者」を演じます。けれど、病気を医師が治せないことを知った患者は、病人役割から逸脱し、医師と患者の権力関係は大きく揺らぎます。患者は病気と戦う義務も、医師に従う義務もなくなります。患者の自己主張やわがままにも、感情の爆発にも、医師からの規制力は弱まります<sup>15)</sup>。

## 医療という管理社会

医師が通常生きている病院という世界は、効率を重視し、理性によって支配される管理社会です。公的な、国家の制度で定められた制度にのっとり、「科学的」な方法で病人や怪我人を処理していく場所です。そこでは、健康や生命の維持といった医療的価値が最優先され、治療をスムーズに能率的に遂行することが追及されます<sup>16)</sup>。そして、医師はその社会のヒエラルキーのトップに立ち、システムが動くようつかさどる立場にあります。

もちろん、医療現場は生死、苦悩や痛み、性など人間の最も根源的で私的な部分を扱う場所であり、非日常の出来事がコンスタントに持ち込まれます。けれど医療はそういった非日常の出来事をこれまたコンスタントに処理していく専門機関でもあります。患者の死や告知の場面は、患者や家族の日常生活の流れをひっくりかえすクライシスですが、医師にとってそれは、数多くの任務、労働の一つに過ぎません<sup>17)</sup>。「かけがえのないのち」を効率よく扱うという矛盾したことが求められるために<sup>18)</sup>、またそこに渦巻く感情のポテンシャルがどんなところよりも高いだけに、非日常の出来事は厳しいルールのもとで扱われ、死にゆく人といった危険な存在は強力な管理下におかれるのです。

## 医師の戦略

死にゆく人の権力を制限し、医師としての権威を維持し、自分達の生きる世界の秩序を守るために、医師達はいくつもの戦略をこらすことになります。

まず、死にゆく人にそのことを知らせない、つまり非告知という選択が考えられます。真実の尊重や患者の権利、主体性を重視するといった規範が強くなく、医師に知識の分配権が委ねられている社会では最も一般的な方法です。死にゆく人は死んでしまえば力をなくします<sup>19)</sup>。家族は患者の死後も解剖を拒否したり、裁判に訴えられるなど一定の権限をもっていますが、家族の意向さえくんでおけば、おそれるものはありません。

つぎに、死にゆく人に対して、治るかもしれないという望みを強調する方法があります。これは、真実を知る権利が患者に認められているアメリカで特に盛んな方法です。周知の通り、アメリカではここ30年ほどの間に一気に癌告知が広まりました。けれど私がアメリカでの調査で気づかされたのは、告知をするという医師の半数は、癌だとはいっても死ぬだろうことは患者に知らせていないことでした。

既に述べたように死にゆく人とそうでない人の間に明確な線引きはできません。治る可能性を強調し、死を隠蔽しても、「嘘ではない」と主張できます。医師の権威は維持され、患者には「病人役割」を要求できます。とくに科学技術の進歩を信じ、医療に夢を託し、楽観的であることが望ましいとされる社会では、5%の可能性にかけることが奨励されます<sup>20)</sup>。ただ、日本でも最近告知をするようになったという医師が少数ながらもいますが、その人達がアメリカの医師と同様のやり方で患者の希望をつなごうとしているのをみると、専門家の権威を維持しようとする特性は文化によって変わらないようです。

第3に、限られた状況でのみ告知をする方法もあります。

医師のイメージする望ましい死は、告知を受けても前向きに精一杯生きるという「覚悟の死」か、知らずにぼっくりいく「無自覚の死」、その反対に望ましくない死は、真実を知って精神的にとりみだし、生産的な結果を生まずに亡くなる「とりみだす死」です<sup>21)</sup>。そのため、医師が告知方針をきめるときの考慮要因としては、患者への精神的影響が重視されています。また、告知をしてもよいと医師が考える患者の条件や、家族のうち誰に情報を伝えるかという選択基準をみても、告知のショックにも耐えられる、精神的にしっかりした人というのが

まず出てきます。具体的には、とりみだしたり感情的にならない人、医師の指示を守り、治ろうと努力する人などです。反対にすぐ泣いたり不安を表に出す人、また医療者に怒りをぶついたり治療に協力的でない人は、精神的に弱い未熟な性格だと見なされ、ときには問題患者とか問題家族とされ、情報の分け前は極端に少なくなります。

実際にはストレートに感情をだしたり、治療方針に逆らう患者の方が、精神的に強いことはよくあります。「患者の本当の強さなどわからない」と正直にいう医師もいます<sup>22)</sup>。具体的な内容を改めて見直すと、死にゆくことを知らされる人間は、パーソンズ流の病人役割を模範的に振る舞う患者や、家族としての役割を「わきまえている」人間、つまり日常の社会規範に忠実で、秩序を乱さない人間ともいえます。はっきりした理由があって告知を望む人、たとえば、やり残した仕事をしあげるとか、家業を整理するという場合も告知を受けやすくなりますが、これも「生産性」といった従来の社会規範に一致した人といえるでしょう。その人が強いかどうかより、日常が維持されるかどうか、医師にとっては問題なのです<sup>23)</sup>。

日常性の維持のために、管理されるターゲットのひとつが感情表出であることは注目しておいてよいと思います。感情は秩序と相対します。社会の規範が成り立つ日常のなかでは、人々の感情はかなりコントロールされていますが、いったん感情が表出されると非日常が暴露されます。治ると信じ込ませている患者になら「気持ちをしっかりとれないと治るものも治りませんよ」と患者役割（治ろうとする義務）をおしつけて統制できますが、「死にゆく人」にはつかえません。

感情はコミュニケーションの一種です。感情表現の統制は患者の発言を抑えることでもあります。医師が「とりみだす死」を一番望ましくない死とするのも、患者の自殺を恐れるのも、「とりみだす死」や「自殺」が、ある意味では死にゆく人の究極の感情表現であり、見送る側の人間がその強烈なメッセージ（「助けて欲しい」「つらい」「誰も助けてくれない」といった）に耐えられないからではないでしょうか。医療者はいい安易に患者を励まして患者の弱音をはかせられないという指摘がありますが、はかせられないのではなく、はいてもらうと立ち往生してしまうのだと私は思います。

第4の方法は、善意や思いやりを強調するというやり方です。

前述のように医師の権威には、専門的知識技術の所有と、それを共同体や患者の為に用いるという道徳意識（善意）の所有という二つの面がありました。効果が明らかな治療をする場合は前者の権威だけでも十分ですが、病気を治せないことがあからさまになる状況では、前者の権威の正統性は危うくなります。一方、このような状況では、二つめの道徳的権威を強調するのは簡単です。患者が肉体的精神的に危機に陥る可能性のある「不治の病い」という条件は、患者を脆弱で無力な者として、医師が保護的役割を演じ、「死の影に脅える患者」への思いやりや善意を示す格好のチャンスです。嘘であっても希望を与えるようなことを患者に言うのは、科学者としての前者の側面より、「癒しの師」ともいべき後者の側面を強調して演じているわけです。

医師は基本的に自分達を科学者として意識し、前者の能力を重視し、後者の点については両面的な感情をもっています。医学教育においても前者の能力の修得に圧倒的な比重がおかれて

います。だから、「告知後の患者をフォローする仕事は重要で、それができないなら告知しないほうがいい」と主張する半面、「フォローは本来の医師の仕事ではない」「医療ではなく宗教の領域」とも述べ、フォローという癒しにつながる仕事は「正直うとうしい」と本音をもらします。けれど、ターミナルケアやフォローの部分を、他の職種にそっくり譲ろうという動きは実際にはありません。他職種ができて、医師はチームの最高責任者の地位を確保したがります。医師は、癒しを与える者として善意を示す機会をなくせば、権威が分散してしまうことを敏感に察知しているのです。よく医療はサイエンスとアートだといいますが、この両方を都合よく示すことで、医師は十分能力をもたない領域にも権威を維持しているのです。

## さ い ご に

死にゆく人をめぐるポリティックスは、医師が患者をどう扱おうとするかだけでもありません。医師と家族との間に、患者と家族の間に、そして家族のメンバー間に様々な思惑や、葛藤、共通理解や、操作があります。医師が家族に期待する役割については既に別稿にまとめていますが、そこでは、利害を共有する一体化した家族というものが、情報の分配操作によってつくられたものに過ぎないこと、家族はときに医師との共謀者として、時には患者の代理人として、矛盾する役割を果たすことがわかりました<sup>24)</sup>。

現代の日本では医師に過大ともいえる裁量権が認められ、また、知識の分配の在り方がどれほどの権力を生むかについての認識がまだまだ不十分です。けれども、医師の専門職支配だけで今の状況を維持するのは不可能です。自分は知りたいけれど、家族には伝ええないという大多数の人間、薄々おかしいと思いながらもまわりの人間を問いつめない患者がいるから、非告知は成り立っているのであり、患者や家族の思惑も明らかにせねば、ポリティックスの全体の構図は見えてきません。

これまでの分析の枠組みに添って考えると、家族にとっては、日常が続くかのように患者と接していきたい、死にゆく人と生きていく人との断絶を家族の中であらわにしたくない、という「日常生活ルールの維持」をのぞむ気持ちや、死にゆく人に我がまま放題されたら困る（なにしろ「夫の大往生は、妻の大看病」ですから）といった「患者の権力の制限」、がっくりきたり泣き叫ぶのを見るのはつらいといった「感情表出というコミュニケーションの制限」が、非告知を選ぶ背景として考えられそうです。

患者にとっても、「日常生活ルールの維持」をのぞんだり、「死にゆく人」という新しい役割のもとで周りとの関係をつくりなおすことを回避したり、生きていく人への思いやりや気遣いとして「死にゆく人」の権力を抑えたり、医師の望むとおりの患者を演じることで最大限のことをしてもらおうと知恵や戦略をめぐらしたり、といったことがあります<sup>25)</sup>。

これらはいくまでも仮説に過ぎませんが、今後そういった視点から、あらためて家族や患者の言動を見ていくと、思いやりや善意と力の不均等の関連がより鮮やかに見えてきたり、知の分配と役割操作の重層構造がうきぼりになるのではないかと思います。

また、現在盛んになっている尊厳死運動や、ホスピス、ターミナルケアの推進、死の準備教



育などは、死にゆく人のとるべき役割や、望ましい付き合い方を社会的に定めていこうとする動き、儀礼を形成していく動きといえます。アリエスは「社会心理学の情報がよりよくなれば、医療スタッフはそれを使って死を飼い慣らし、人文科学の進歩の影響下に生まれた新しい儀礼のなかにそれを閉じ込めることが可能になるのではないか」と将来を予測しています<sup>26)</sup>。

従来儀礼に関する人類学的理論においては、社会の秩序の維持といった側面が目され、儀礼を受ける当事者にとっての経験や意味や、誰のための儀礼なのかといった疑問は不問にされてきた傾向があります。こういった限界を見直し、当事者の主体をとりもどす試みが、いまフェミニズム人類学を中心に行われていますが、死にゆく人をめぐる儀礼では、まさに主体性をどう位置づけるかが大きな分岐点になるでしょう。

例えば、ホスピスは、境界性をおびた人達が集まったときもつコミュニタス<sup>27)</sup>ともいうべき一種の破壊性、カタルシス形成性を育む可能性もありますが、医療という狭い枠組みにあてはめ、「望ましい死」を量産することで、死にゆく人たちのコミュニタスを無毒化する営みにもなりえます。

死者を弔う儀礼は（とくに現代社会では）基本的に残される者のためにありますが、死にゆく人を扱う儀礼ではそうはいきません。これまで、死にゆく当事者からみえる風景には無頓着なまま、告知の在り方が論議されてきました。今後はポリティックスの網の目を、いろんな角度からほぐし、ターミナルケアをめぐる新しい動きの中で、死にゆく人の主体性を真正面から受けとめる側面と、死にゆく人を管理する側面がどうせめぎあうかを、監視していくことが重要だと言えるでしょう。

## 註

- 1) 宮地尚子：終末期医療における真実告知—米国医師の視点から。日本医師会雑誌 108, 4, 623-630. 1992 宮地尚子：告知をめぐる日米医師の倫理言説 日本医事新報 3688, 31-34, 1994 Miyaji, N. T.: Informed consent, cancer, and truth in prognosis. (Letter to the Editor). *New Engl J Medicine* 331: 12, 810. 1994. 他参照。
- 2) もちろん、癌（病名）告知を抜きに予後告知というのは普通ありませんし、癌が現代社会においてもメタフォリックな意味の大きさを考えるとまず癌告知について論議することに意義はあると思いますが、ともすると「癌も治る病気になったのだから告知してもよい」という安易な結論に流れる危険性があるようです。
- 3) ただ、ポリティックスとか権力という言葉も、ア priori に悪いものとしてのみ用いられるべきではありません。本文で触れますが、権力と「善意」を相反して考えると告知問題は解けません。権力とは、人間の関係の強さ、そこにある力の均等、差異といったものです。必ずしも個人の権利を侵害するもの、抑圧装置ではなく、個人を一定の行動に仕向けてしまう力、目に見えず、権力ではないとされているから抵抗できないような力、強制力を表にださず、自らが選び取ったかのように感じさせる力、力の存在自体も隠蔽する機能をもったそんな装置を、私は「権力」としてイメージしています。権力から解放されることはないのです。

権力については、別の論稿が必要になります。ここでは以下を参照ください。大庭健：権力とはどんな力か。勁草書房。1992。フーコー：知への意志。新潮社。1976。ルーマン、N.: 信頼。勁草書房。1990。小阪修平：権力と人称 オルガン5。旋回する権力。1988。山本哲士：ディスクールの政治学。新陽社。1987。池田清彦：思考するクワガタ。1994。（「好コントロール装置」について）

- Comaroff, J. & Comaroff, J. : Of Revelation and Revolution. 1991, Univ. of Chicago Press. Margaret Lock : Encounter with Aging 1994 Univ. of California Press. (“Non agentative Power” について) ブルデュー, P. : 実践感覚. みすず書房. 1988 (ハビトウス、プラチックについて)
- 4) 例えば, D. サドナウ : 病院でつくられる死. せりか書房. 1992, B. グレイザー & A. ストラウス : 「死の 아우エアネス理論」と看護. 医学書院. 1988, P. アリエス : 死と歴史. みすず書房. 1983, など。
  - 5) カルテの開示は、最もなまに近い情報や、それがどう解釈されたかというプロセスまで一般の素人に開放されうるという意味で、知識の偏在と分配に関しては、革命的な意味をもっているように思います。
  - 6) 詳しくは、宮地尚子 : 告知をめぐる日本の医師の死生観. ターミナルケア 4 : 5, 427-433 & 4 : 6, 497-504. 1994. 参照。
  - 7) アリエスによると、18世紀末までのヨーロッパでは死にゆく者が、死の直前の儀式を中心になってつかさどっていたそうです。そういう意味では、主体性をもった死にゆく人は誕生したのではなく復活したとも言えるでしょう。P. アリエス : 死と歴史. みすず書房. 1983
  - 8) もちろん3年という期間に絶対的意味はなく、癌だと5年生存が治癒とみなされることもあり、5年でもよいのですが、予測がかなり不確実になるきらいがあります。おそらく個人によってその辺りの感覚も違うでしょう。
  - 9) アリエスのいう「飼い慣らされた死」から「恐れられる死」への流れです。
  - 10) ファン・ヘネップ, A (綾部恒雄、裕子訳) 通過儀礼、弘文堂. 1977. ターナー, V (富倉光男訳) : 儀礼の過程、思索社. 1976. リーチ, E. R. (青木保、宮坂敬造訳) : 文化とコミュニケーション : 構造人類学入門、紀伊国屋書店. 1981. 波平恵美子編 : 文化人類学. 医学書院. 1993. も参照。
  - 11) ただし、死にゆく人が権力を失う状況もあります。例えば HIV 感染者や AIDS 患者の場合、生物学的な死を迎えるまえに、仕事を解雇される、重要な任務をまかされなくなるなど、社会的な死を与えられることが問題になっていますが、他の重篤な疾患を抱える人も、同様の経験をするのは多いようです。
  - 12) Parsons, T. The professions and Social Structure. 1939. (Repr. in Essays in Sociological Theory, Free Press 1954)
  - 13) Parsons, T. Social Structure and Dynamic Process. (in The Social System, Free Press) 1951. Parsons, T. The Sick Role and the Role of physician Reconsidered. (in Action Theory and the Human Condition, Free Press) 1978
  - 14) Szasz, T. S. & Hollender, M. H. : A contribution to the philosophy of medicine. Aech. Intemal Med. 97, 585-592. 1956. Freidson, E. Patient's Views of Medical Practice. Univ. Chicago Press. 1961. 進藤雄三 : 医療の社会学. 世界思想社. 1990. も参照。
  - 15) もちろん、今の「医療化」された社会では、医師の診断書がなければ休業手当でも保険もでませんし、医業が医師に独占されている手前、痛みや他の症状を押さえてもらうといったことのためにも、医師へ依存せざるを得ない状況は残ります。また、患者や家族の方が、医師に「見捨てないで下さい」と縋り付く場合もあるようです。
  - 16) 医師は告知方針の決定に、患者の病状がどうなるか、治療がスムーズに行えるかといった、治療への影響を最も重視しています。ところが自分が患者だったとしたら、「自分の人生だから」とか、残された仕事や家族のことをあげて告知を望む人が多く、見事なほど医療的な考慮は消え去ります。医師は医師という役割を背負ったとき、患者の人生の一部にしかかかわっていないことを忘れがちなようです。
  - 17) Straus, A., Fegerhough, S., Suczek, B and Wiener, C. Social Organization of Medical Work. University of Chicago Press, 1985.
  - 18) 森岡正博 : 脳死の人. 東京書籍. 1989
  - 19) いまでも、死んでから恨まれたら困るという思いは、ある程度行動を制限する力はあると思いま

すが。

- 20) Miyaji, N. T. : The Power of Compassion : Truth telling among American Doctors in the Care of Dying Patients. *Social Science and Medicine*, 36. 3. 249-264, 1993. 宮地尚子：米国における真実告知：医師の意識調査から見えてくるもの. *治療* 76 (9) 172-174. 1994
- 21) 宮地尚子：告知をめぐる日本の医師の死生観. *ターミナルケア* 4: 5, 427-433 & 4: 6, 497-504, 1994
- 22) 医師がどれほど患者の終末期意識を正しく推測していないかを調査したものとしては、大井玄：終末期医療. 弘文堂. 1989. 参照。
- 23) 「末期医療に関するケアの在り方の検討会」も告知の前提条件に、告知の目的がはっきりしていること、患者・家族に受容能力があることをあげています。厚生省・日本医師会編：末期医療のケア—その検討と報告. 中央法規出版. 1989
- 24) 宮地尚子：医療における真実告知と家族. *日本医事新報* (印刷中)
- 25) 前出のグレーザーらの研究は、死ぬことを忘れさせる度合いに応じて、患者が医療スタッフに高く評価されることを明かしています。
- 26) 前出、アリエス参照。
- 27) 前出、ターナー参照。

