

令和六年度 東京純心大学 看護学部 看護学科

学校推薦型選抜試験（第一回）【小論文】

試験問題

試験時間 90分

注意事項

- ・ 解答は、解答用紙に記入すること。
- ・ 問題用紙及び下書用紙は、試験終了後回収する。

受験番号

令和5年11月12日

以下の文を読み、設問に答えなさい。

尊厳死をめぐる最も知られている事例は、アシロマ会議の開催と同じ一九七五年の「カレン裁判」です。アメリカ、ニュージャージー州に住んでいたカレンという二十一歳の女性がパーティで酒と鎮静剤を服用して意識不明になり、酸素欠乏症によって脳に回復し得ない損傷を受けました。植物状態のカレンに尊厳なき生を強いることになるから人工呼吸装置をはずしたいと望む両親と、あくまで生命の尊厳を重視する医師団とで意見が対立し訴訟になって、州最高裁まで争って翌年、呼吸器を外してよいという判決が下りました。ちなみに、呼吸器を外したカレンは自力で呼吸をはじめ、そこから九年間を生き延びました。

このような、臨床の現場ではどう対応も判断もできないケースの増加に、まず医療の側が音を上げました。たとえば、六〇年代の半ばから、医療の場で人工呼吸器、心肺蘇生術が発達したことで、かつては助からなかった患者が延命しただけでなく、回復しないまま植物状態で生き続けるケースが爆発的に増えたことが挙げられます。こうした事態をうけ、また急増する医療訴訟から医師を守る必要もあって、各病院にいつせいにIRB（倫理委員会）が設けられるようになりました。ここでは専門家としての医師のほか、第三者として法律家や牧師や倫理学者、さらに医療体験をもつ他の患者家族などが加わってそれぞれの知見を提供しつつ議論を重ねました。

同時に、アメリカの州法では患者が不要と考える延命処置を拒む「リビング・ウィル」の制度が定められ、一九八三年には大統領直轄の生命倫理に関する委員会が「延命治療とりやめの自己決定権」をガイドラインとして発表しています。

ともあれ、IRBは、非常に重要なことを世に問うことになりました。医学の世界は専門家の排他的独占物であって、クライアントである患者やその家族は医療側の判断に身をゆだねるだけというわけにはいかなかった、つまり医療は、外部の人たちの「介入」と「判断」を許したのです。

そしてこの結果は、当事者である患者とその家族のもとにもちこまれ、あくまで患者自身の問題として追求されることになります。

高度に専門化した知識の体系として、医療もまた排他的な共同体の価値観を持って発達してきました。むしろ患者という一般生活者に対し、すべての点で圧倒的優位にあるという価値のみが、内外に認められてきたといつてよいでしょう。その医師・患者関係が見直されなければならなくなつたのには、いくつかの理由があります。

第一に、社会における疾病構造の変化があります。

イギリスのある疫学者は、文明の進歩の度合いに見あった社会の疾病構造の変化について、次のような仮説を立てています。すなわち、文明の第一段階にある社会では、主たる死因は「消化器系の感染症」である。第二段階に進むと、それは「呼吸器系感染症」に変化する。第三段階では、人々の多くが「生活習慣病」に悩むことになる。そして最終段階では、「社会的不適合」による死が主役になるだろう、というものです。

WHOの二〇〇一年度の統計でみると全障害に対する脳神経障害の比率が、アフリカ一八パーセント、東南アジア二七パーセントに対して、米国とヨーロッパでは各四三パーセントと突出して高く、つまり第四段階の状況を鮮やかに示していると考えられます。

日本の疾病構造の経年的変化をたどると、明治期に圧倒的な重みで社会を苦しめたのはコレラや疫痢・赤痢、つまり消化器系感染症でした。昭和期に入ると、結核や肺炎などの呼吸器系感染症が主役に躍り出てきます。もちろん、こうした変化は、ある部分は医療の進歩の結果であるにしても、たとえば上下水道の普及など社会的なインフラストラクチャーの整備が与つて力があつたと考えられます。戦後の一九五一年に結核、

肺炎は主要死因の第二位、三位に退き、第一位は脳血管疾患が、そして四位にがんが台頭してきます。以下今日までがん、心疾患、脳血管疾患の三つが主要死因を占有しています。いずれも、生活習慣病に属する疾病と言ってよいでしょう(二期期はトップ五から消えていた肺炎が四位に定着している理由は、生活習慣病を抱えた高齢者がそれらの治療を継続しつつ、しかし直接の死因としては肺炎という形をとることが多いためと推測されます)。第五位の事故も近年は不動ですが、二〇一〇年は自殺が事故を上回るのでは、という推測があります。

また、高齢者人口の総人口に対する比率は一九五〇年に五パーセントだったのが、わずかに六十年で二二パーセントに急増しています。これは、主要死亡原因の感染症から成人病への移行と同時に進行しているわけですが、医療がこれらの変化をもたらしたのと同時に、これらの変化が医療にもたらした影響もかなりあります。

これらのデータと、先の疾病構造の変化に関する仮説とを重ね合わせてみると、現代の日本社会は、まさしく文明の第三段階から第四段階へ進もうとしている、と考えられます。それでは、このことは何を示しているのでしょうか。

感染症の場合には、医師と患者の関係は対等ではなくても、それなりに医療は成り立っていました。感染症における治療の目標は、体内の病原体を叩くことと明確に決まっています。患者は点滴や注射、あるいは投薬など、医師の裁量がよく見える範囲で治療を受け、抗生物質や化学療法の進歩とあいまって、病気から解放されることが可能になりました。つまり、こうした感染症治療においては、患者の側の治療への参加の余地はほとんどありません。

しかし、生活習慣病の場合はどうか。がんの場合はやや性格が違いますが、多くの生活習慣病は、いったん発症すれば患者は文字通り「死ぬ」までその病気を引きずっていかなければなりません。もともと遺伝的要素(多因子的)と、その個人が歩んできた生活の歴史との相互作用によって発症するこの種の病気は、発症後はその個人の「性格」のように、完全に変えることの不可能なものとして、どのような治療を施したとしても「根治」のおぼつかない性格のものです。

たとえば薬一つにしても、患者は社会の中で活動を続けつつ、自分で服薬をしなければなりません。いわゆるコンプライアンス(医療側の指示に従って服薬すること)を高めるために医療側も努力をし(たとえば「お薬手帖」の整備)、調剤薬局や薬剤師の役割も大切になりましたが、何と言つても薬をきちんと服み続けるのは本人の意志にかかっています。あるいは、こうした病気には食生活や運動など日ごろの生活態度を改善することが症状を抑えるために決定的に重要で、それも医師や看護師の努力より、多く患者自身の意志と努力にかかっています。糖尿病では、すでにインスリンの投与も自身でできるようになっています。

医療は根治を目指すのではなく、患者が病気と共に生きるのを援助し、QOLの向上を目指していくことになります。よく言われる「キュア(治療)からケア(看護)への変化」は必然的であり、われわれは医療が「援助サービス」であることを認識するべきだと思えます。

出典 村上 陽一郎 著 『人間にとって科学とは何か』 新潮選書 二〇一〇年

設問

著者の主張を踏まえ、それに対するあなたの考えについて、具体的な経験や例を示しながら一〇〇〇字以内で論じなさい。