

II 部

コメント

第二部の三人の先生方の熱のこもったご講演はいずれも大変興味深く、勉強になるところが多々ありました。ありがとうございます。

この後の皆さまの総合討論のお時間がとても大事だと思いますので、ここでは私はできるだけ短く、かいつまんでコメントを申し上げますと思います。

まず、鍾宜錚先生のご講演においては、安寧緩和医療法から患者自主権利法が制定されるにいたった経緯をお話しいただきつつ、底流にある台湾の道教・儒教の思想を背景にした歴史的文化的な文脈において「善終」とはどのようなものかをお話しいただきました。共通項として日本で理解できるところもあると感じつつ、日本との違いが

会田 薫子



大きい点についても知ることができました。

台湾の患者自主権利法は、日本のエンドオブライフ・ケア関係者から熱い注目を浴びています。といいますが、この患者自主権利法、そしてそれに至る安寧緩和医療法は、東アジアで最初のエンドオブライフ・ケアに関する自己決定を認めた法律であるからです。

ここで株本千鶴先生のご講演の資料をご覧ください。韓国で「ホスピス・緩和医療及び臨終の過程にある患者の延命医療決定に関する法律」が二〇一六年に成立し、二〇一七年に施行されたことが記してあります。株本先生はご自身のテーマに沿って、すなわちホスピス・緩和医療のことについてこの法律に言及なさいましたが、実は、台湾の患者自主権利法と類似のことが韓国のこの法律のなかにも書かれています。延命医療に関して患者さんの自己決定を法的に認めているのです。そして、その自己決定を登録するシステムが韓国ではすでに始まっています。このように、台湾、次いで韓国で法制化が進められてきています。

そうした状況を受け、アジア諸国のなかで患者の自己決定に関する法制化に関して日本は「遅れてしまっている」とおっしゃる方々もいます。しかし、率直に申し上げて、私は日本が遅れているという観測には懐疑的です。それは、鍾先生のお話にもありましたように、基本的に「善終」というのは、それぞれの国の歴史文化を背景にした人びとの認識から成り立っているからです。それに対して、この新しい法律は、西洋の自己決定という考え方の輸入で始まったものです。そのようなわけで、来年、台湾で実際に施行されたら、或る程度のコンフリクト（葛藤）が起こってくるのではないかと思われれます。韓国ではすでに施行されていますが、コンフリクトがじわじわ起こっているのではないかと思われれます。といいますのも、ごく最近、二週間前ですが、韓国老年医学会に参加した際に、ソウル大学医学部の先生方に、「ホスピス・緩和医療及び臨終の過程にある患者の延命医療決定に関する法律」をどう思いますかとお伺いしましたら、「率直なところ、すこぶる評価が

低い」、「なぜこのような法律ができてしまったのか」とおっしゃっていました。「勢いで立法化されてしまったけれど、私たち（韓国の医師たち）はよいと思っていない」などと、私がお会いたした一〇人くらいの方が皆さんおっしゃっていたのです。現場の医師がよくないと思う法律がなぜつくられるのだろうかと私は思っていたのですが、本日の打ち合わせの際に株本先生が教えてくださったところによると、韓国では「さしあたって立法する」という考え方があるのだそうです。法制化についての考え方が日本とかなり違うようです。さしあたって立法し、まずいところは徐々に直していけばよいということで、細則が追加でつくられていくのだそうです。

株本先生がおっしゃる通り、日本はこの件の立法化については慎重です。日本においても、日本尊厳死協会が長年、超党派議員連盟にロビー活動をし、一時、尊厳死法案として国会に上程されそうになった法案がありました。また、現在、自民党の終末期医療プロジェクトが検討している法案もあるそうです。ちなみに、私は数か月前に自民党のそのプロジェクトと呼ばれまして、日本老年医学会が二〇一二年に発表したエンドオブライフ・ケアに関するガイドラインの影響と課題について質問を受けました。立法院としては、何とか国民の役に立ちたいと意欲的なようでしたが、拙速に不適切な立法をしないでいただきたいと話してきました。

私見では、日本において、本人の意思を尊重する意思決定は、いわゆる「尊厳死」や患者の「自己決定」という表現に回収させることなく、現在、進められているアドバンス・ケア・プランニング（ACP）によって取り組んでいくことがやはり適切であろうと、本日のお二人の先生方のご発表をお伺いして思いました。

一方、台湾と韓国においては、ACPはまだ認知度が低いと聞いております。というわけで、この東アジアの三つの国と地域が相互に学びあうことが可能な点はかなりあると思います。おそらく、台湾でも、これから患者自主権立法を施行していった際に生じてくる問題についての対応には、ACPのような対話のプロセスを

通じて本人の意志を尊重する、そして家族らの納得も得るということが重要になってくると思われます。

鍾先生によると、患者自主権利法では、「患者の配偶者や家族が本人の意思決定を妨げることが法的に禁じることが明記されている」そうです。意思決定に関する家族の関与に関して法律で禁じることの背景と意味について、慎重な検討が必要であると思われませんが、やはり、患者さんご本人とご本人を大切に思う人たちとの関係性のなかでの生命の在り方というものについて、日本・韓国・台湾は相互によく学びあつて、最も適切な在り方はどのようなものなのか、考え続けていかなければならないと思います。本日は大変良い機会を得ることができましたので、これからもこのような研究知見の交流を経て、いずれの国と地域に関しましても、西洋から学び得ることは学び、しかし、すべて輸入するのではなく、私たちの文化において適切な方法を慎重に探っていきつつ実現していくのがよいのではないかと思います。

次に、株本先生のご講演についてですが、株本先生のように日韓比較ができる研究者というのは本当に貴重だと思いますので、その点で本日の充実したご講演は大変勉強になりました。

しかし、インタビュー調査を含む実証研究を行う者として少し気になったのは、「医療化」という言葉の使い方です。「医療化」という言葉の使用に際して、株本先生は研究者なので中立的に表現なさいました。しかし、現場の医療者にインタビュー調査で、「医療化について」と質問されたときには、インタビューイ（インタビューを受けた人）のなかには、「このインタビューア（株本氏）は医療化という言葉がネガティブに使っているのではないか」と思った方が或る程度いるのではないかとということです。その認識は、研究対象者の応答内容、つまりデータに影響を与えたかもしれません。研究者が研究対象者に問い、応答していただいたことがデータになるという社会学研究の難しさを改めて認識し、インタビューに応じていただくことで得られたデータの取り扱いについて、私もさらに慎重にしていきたいと思います。

最後に、ジェイスン・デインリー先生のご報告についても、一言コメントさせていただきたいと思えます。冒頭にセンター長の池澤優先生は、「本日のシンポジウムは皆さまがご自分の考え方やものの見方を相対化する機会になります」とおっしゃいました。文化人類学の研究知見の報告を拝聴するということは、まさに池澤先生がおっしゃったようなことです。

デインリー先生は、Aという文化からBという日本社会の文化にいらつしゃつて、Bという文化のなかで起こった事柄をAという文化の人間のフィルターを通してご覧になり、例えば、「寺田さんのこういうところ、感動しました」とおっしゃいました。それをBという文化の私たちは聞かせていただいて、「Aという文化の方は、ここに感動するのだな」と、新たな感慨を覚えるところがありました。

この後の総合討論のなかで、皆さま、さらにご自分の見方をより相対化し——これは研究においては基本的な姿勢ですが——、お互いに色々な見方をエクステンジして、さらにお考えを深めていければと思います。

(あいた・かおるこ 東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座特任教授)