エイズをめぐる生命倫理(2)

—エイズ告知について—

李　文昇

1．はじめに

現代はハイテク不安の時代である。医療においてもその傾向は顕著で，患者は常に高度に発達した医療技術に対して不安を抱きつつ，診療に臨んでいる。その原因の一つは疾病に対する診断検査と治療法のギャップのなかにあるといってもよい。例えば，代表的な疾患は致死性の高いがんや遺伝病であるが，これらの疾患は，診断検査法はあっても確たる治療法がないわけである。エイズにおいても同様で，免疫学的検査や遺伝子検査等の診断検査は日進月歩の勢いで進歩しているにもかかわらず，治療法は未だ確立していないのが現実である。そこで，免疫不全ウイルス（ＨＩＶ，以後エイズウイルスと略す）感染者の検査成績に対する告知が，がんや遺伝病とともに，生命倫理の課題として論議の対象になってきている。前回は，エイズをめぐる生命倫理(1)として，スクリーニング検査とプライバシー保護[1]という内容で報告したが，今回はその(2)として，「エイズ」告知について，現状の諸問題を抽出し，生命倫理の視点からまとめたものである。その内容の第一は，医療現場における告知の現状とその問題点を整理，紹介した。第二は，告知の是非について種々のアンケート調査を参考にして日本とアメリカの固有性と社会的受容性について述べた。第三は，「エイズ」告知で問われている問題点について致死性の高いがん，遺伝病と比較し，整理して述べた。そして最後に，まとめの章は「エイズ」告知の是非について再考を試みた。

2．医療現場における「エイズ」告知の現状

この章では，「エイズ」告知についてアメリカと日本の医療現場の現状を比較して紹介したいと思う。

(1) アメリカの現状

まずはじめに，日本の現状を浮き彫りにするためにアメリカの告知の現状について述べる。

エイズの多発しているアメリカでは医師の患者に対する告知はインフォームド・コンセント（説明と同意）の一環として行っている。すなわち，アメリカ防疫センター（CDC）は，国民に対する告知はインフォームド・コンセントの考え方を基本に，原則として告知推進を行っている。具体的には本人の了解のもとにエイズ検査を行い，さらに告知を行うことが大前提となっている。さらに，３分の２の州においてエイズウイルス感染に関する検査に際しての「説明と同意」の要件が法律の明文によって定められている。例えば，1988年に制定したニューヨーク州の法律は，感染の告知に際して「検査結果を受検者に知らせるさいに検査を指示した医師は，受検者にカウンセリングをあわせて行うか，またはカウンセリングが与えられる場所を紹介することが義務付けられている。」と記載している[2]。それ故に，アメリカにおいては検査を受けた個人に対して告知しないことは犯罪行為に等しくなるのである。

具体的には，1993年６月に，手術時に医師が患者にエイズ感染の有無をたずねた際，患者が抗体陽性であることを告知しなかったことで訴訟問題となった例などがある。そこでは，「感染者の医療を受ける権利」と「医療従事者の安全確保」の争いとして患者からの逆告知問題が表面化しているわけである[3]。また，医療従事者においても感染者が従事しているケースがあるため，医療を受ける一般患者がエイズ感染従事者からの感染予防をめぐって従事者の告知を義務付けるか，あるいは医療活動を制限するべきか否かの議論も存在している[2]。

(2) 日本の現状

では，日本の現状はどうであろうか。その告知の周辺を紹介してみたい。まずはじめに，非告知の姿勢をとっている血友病専門医療の現状について述べる。

エイズ患者，感染者の約７割を占めている血友病患者をみる血友病専門医療では，帝京大学，安倍英教授の発言に代表されるように，「検査は是非受けてほしいけれども，結果は聞かないでほしい。患者には結果を教えませんが，適切な治療をします。抗体告知は必ずしも患者を幸福にしません。なお私どもの患者さんでは，現在47.7％の方が抗体陽性で，これは年を追い少しずつ増えていくように思われます」と述べ，非告知が原則であるとしている[4]。しかし，この事実はエイズ薬害訴訟によりさらに明らかになった。つまり，患者を担当する血友病専門医は血友病患者の抗体検査を1984年頃から無断で実施し，結婚している血友病患者に対しては，家族も同様に検査の対象にしてきたというものである[5]。この検査成績は本人にも家族にも報告されていない。その後，血友病患者が，自ら進んで検査を受けるようになってからも，担当医は告知を避けているというのが現状のようである。その理由も，安倍英教授のいう「治療法が確立していないのに感染事実を告げることは残酷だ」という点に立脚しているのである。

それに対して，血友病患者で血液製剤を投与したことによりエイズウイルスに感染をした石田吉明氏らは，「エイズ」告知を大前提として国と製薬会社を相手どりエイズ薬害訴訟を起こしているが，彼は血友病エイズ患者を代表し，告知を前提条件として，「本人が予期していない時に，ＨＩＶ感染を突如しらされることは困難である。ＨＩＶ感染の検査をすることの合意を得て，その後に検査結果を知らせる」と発言し，原則に告知をすべきであると主張している[6]。

この非告知がもたらした悲惨の影響は，関西の血友病患者を中心とした「輸入血液製剤被害者救援グループ」の全国血友病患者1000人を対象にしたアンケート調査[7]からも知ることができるので付記しておきたい。すなわち，これ

は，1988年秋に行われた，200人分の中間報告であるが，このなかには感染者が69人，陰性者が40人含まれている。また，告知を受けていない者は91人で約半数という高い数字を示している。このため，感染告知を受けていない血友病患者は，健康状態に異変がなかった場合において自分は感染していないと判断し，妻や恋人へ感染を拡大してしまったわけである[8]。

患者不在の集団告知という例もある[5]。これは，厚生省の告知推進を受けて実施している東北大学病院の例である。具体的には，担当医はそれぞれ生活環境の異なる輸入血液製剤でエイズウイルスに感染した血友病患者とその家族22人を一か所に集め，「血液製剤の投与を受け，その結果ＨＩＶに感染した方で，エイズを発症した方々……」と書いたピンク色の冊子を配布し，エイズの感染告知とエイズについての基本的な知識について説明したというものであるが，患者の気持ちを全く無視したものとして，医師の倫理観が強く問われている。

次に，機械的な「エイズ」告知に困惑する保健所の例を紹介する。エイズウイルス抗体検査を受ける人の多くは保健所で受検するわけであるが，最近では新聞紙上において感染者の増加により保健所の担当者の戸惑う様子がある。例えば，品川区の保健所について紹介すると，エイズ検査の実施数は毎月20～30人，検査結果はほとんど陰性ばかりである。そのなかでも万にひとつの割合で陽性者がみつかるという。ある日，担当者が「住宅地の保健所で陽性者が出る訳がない」とたかを括っていたところへ，若い女性の陽性者が出て緊張感が走る。彼は，「検査結果は信頼関係ができてから教えよう」と悩むが，実際には検査の告知は１人３分以内と短く，陽性者に対して十分時間を費やしてカウンセリングを行う時間など何処にもない。このような機械的な保健所の業務のなかで，陽性を告げられた人は，数少ないエイズ患者を受け入れる病院の紹介状を受け取る。担当者が病気の説明をしても，虚ろな精神状態で，一言も話さず帰っていく人が殆どだという（朝日新聞，1992年12月20日，朝刊）。

その他に，実際に検査を受けた人への告知方法はまちまちで問題は多い。例えば，1991年２月に厚生省の「保健所での検査結果の告知は医師が行う」という通知にもかかわらず，「医師が出張中ということで保健婦が陽性の告知を代

行した」,「医療機関で看護婦から告知を受けた」,「医療機関で受けた検査結果を電話で知らされた」とか，抗体陽性者に対しては十分にカウンセリングが必要となるにもかかわらず,「陽性の告知の時にカウンセリングがなかった」「カーテン越しに他の人にも聞こえるようなところで結果をいわれた」等々，現場ではカウンセリングなき患者不在の告知業務が問題になっている（毎日新聞，1992年11月17日，朝刊)。

一方，わが国で初の「エイズ専門外来」をもち，エイズ患者を受け入れている都立駒込病院では，エイズ患者との出会いのなかで，一番重要な問題として病名告知をあげている。そして，告知を前提として診療方針を実施している。具体的な内容は，感染者の自覚を重視する意味において，診療代は自分で支払い，患者の氏名を医師側から確かめない匿名方式をとっている。検査成績は直接本人にのみ告知し，本人以外には知らせない，電話や郵便では通知しない等々の配慮もある。しかし，駒込病院においてさえ４件のエイズウイルス感染者やエイズ患者の自傷事件が起き，その対応が迫られてもいるのである[9]。

以上は,「エイズ」告知をめぐる日本の現状を述べたものであるが，アメリカに比べインフォームド・コンセントの未熟さが際立っているといえよう。

３．告知の社会的受容性

この章では「エイズ」告知の社会的受容性について医療の固有性という視点からアメリカと日本の比較を試みた。

(1) アメリカの場合

先にも述べたが，アメリカの医療では，告知は患者本人が拒まない限り，本人の了解のもとに実施している。この考え方の基本理念はインフォームド・コンセントであることはいうまでもないが，欧米の民主主義の歴史を背景に，1970年代に患者の人権運動の延長上に権利主張型医療としてアメリカ，イギリスを中心に発展したものである[10]。病名告知という観点からいえば，医師の説明により本人の同意のもとに行われた検査は，例え患者にとって不利なもので

あろうと，隠すことなく告知を行う義務を生じ，医師が勝手にその情報を隠蔽することは許されないというものである。このアメリカにおける医療の基本理念は，そのまま同国の固有性とみることができる。

この固有性を基盤として「エイズ」告知が社会的に広く受容されているということを次の調査成績は示している。サウス・カロライナ州衛生局はエイズウイルス感染の告知を感染者のパートナーがどのように受け入れているか，その理解を求めるために調査[11]を実施している。この調査は感染者以外に，そのパートナーの告知に対する認識を推し量るものとして貴重なものである。調査は実際にかつて追跡調査の成績から告知を受けた132人から得たものである。また，ここでいうパートナーとはエイズウイルス感染者との性的接触や麻薬や覚醒剤等の回し打ちのパートナー等を指している。第一の設問は州当局による感染告知の実施について，その是非を問うたものであるが,「州当局が告知の責任を果たしている」と回答したものが87％であった。第二の設問は「州当局が今後も感染告知を続ける必要がある」かどうかでは,「必要がある」と回答したものが92％であった。

そして，これらの回答の傾向は同性愛・両性愛者，異性愛者を問わず，麻薬常習者間，男女間，人種間において同様の傾向を示している。さらに，彼ら自身の抗体検査の成績は30人が抗体陽性，91人が陰性，11人が抗体検査の保留であった。また，告知を肯定する人たちの理由として，77％の人は自分の生き方に「役に立つ」と回答，７％の人は自分たちの生き方に何らかの意味において「有害」と考え，その他の16％は「不明」と答えている。告知を有害とした人のコメントとしては，人を憂うつにするといった弊害や予知できない未来への恐怖や自信喪失の恐れ，さらに被験者がパートナーの彼に自分がエイズウイルスに感染していることを打ち明けたら，彼はどんなに気を動転させるだろうか，等々の内容であった。

これらの調査成績から州衛生局は結論として，エイズに感染していた場合は，その事実を知りたいという，告知は彼らにとって受容できる手段と判断している。一州だけの調査成績であるが，以上の結果からアメリカの「エイズ」告知

に対する高い社会的受容性をみることができる。

(2) 日本の場合

さて，日本の場合についてはどうであろうか。我が国の医療の固有性は父権主義的医療である。その弊害として医療現場の現状は，告知したことによる一般病院の診療拒否が表面化している。それは先にも示した「輸入血液製剤被害者救援グループ」の調査[7]から，医療拒否を受けた数は全体の５分の１にのぼり，さらに，拒否された理由として「血友病と名乗ったから」は60％，「感染者といったから」は10％と併せて70％を占める割合が物語っている。このように，例え告知が行われていたとしても診療治療の受け皿がないことや，告知したあとの患者の治療法や精神的動揺に対するケアー等の医療体制がないことなど，告知に関連する問題も山積みしているが，これらについては後述する。

実際に，医療における告知の受容性はどうであろうか。この問いに答えるものとして次の調査成績を示すことができる。1993年に日本病院会が実施した参加病院を対象とした「エイズの診療体制と検査体制について」という調査[12]である。その内容はインフォームド・コンセントという医療倫理にとって重大な課題に対する調査にもかかわらず，回収率が35.2％と極めて低いものである。設問の第１は，「エイズ検査が充分なインフォームド・コンセントの上で行われているか否か」についてであるが，「ＹＥＳ」と答えた病院は67.0％，「ＮＯ」と答えた病院は5.7％，また，場合により異なると答えた病院は26.8％，無回答が0.5％というものであった。さらに，「侵襲性の措置が必要と思われる患者に対する検査のあり方」については，インフォームド・コンセントを充分に実施した上でできる限り検査する66.9％，検査を拒否した場合，専門病院を紹介する20.8％，全患者へ検査を実施する5.5％，無回答6.9％であった。

以上，この調査成績は，回収率が全体の35.2％と低値であることと，インフォームド・コンセントの実施率が全回答の３分の２の低さから，日本の医療現場の告知の受容性は高いものとは判断し難い。これらの調査成績は，先に述べた従来の血友病担当医のなかに告知消極論が多いことや，告知の消極的態度か

ら診療拒否が増加していることを考え併せると，我が国における告知の問題はアメリカと異なり，日本の固有の問題として理解することができる[13]。また，エイズ患者の周囲への告知にともなう葛藤の調査は，我が国の医療を受ける患者の受容性を裏付けている。その内容は，駒込病院外来通院中の74名の感染者を対象にした調査であるが，「病名を他に知られることが気になる」と答えた人が80％，エイズウイルス感染の事実において「罪悪感を感じたことがある」と答えた人が63％とかなり高い値を示している[14]。

一方，社会的受容性の一部を示すものとして次の調査成績がある。それは性行動の活発な大学生を対象に，「大学生におけるエイズに関する意識調査」の成績から，彼らが告知をどのように考え，受容しているかをみたものである[15]。具体的には，1993年４月，大分大学に入学した新入生と４年生を対象にしたものである。第一の設問である「大学での抗体検査と結果の告知」についての，「抗体検査を希望するかしないか」に対して，「希望する」とした回答は，新入生が38％，４年生が50％，「わからない」とした回答は，新入生が40％，４年生が27％であった。その他の回答は「希望しない」であった。第二の設問は「検査結果の告知を希望するかしないか」についてで，「希望する」とした回答は，新入生が77％，４年生が84％，「希望しない」との回答はそれぞれ４％と３％で低値であった。これらの成績から調査機関は，「抗体陽性であるならば，告知を希望すると回答した者が80％前後に及んだことの意味を重視して，大学生を含む性に目覚める世代の若者の悩みを率直に理解し，カウンセリング体制の充実を早急に取り組まなければならない」と結論付けた。このことから少なくとも学生を中心とした年齢層において告知の受容性は高いと推定できる。

以上，我が国の医療の固有性から「エイズ」告知の受容性の低さは容易に理解できる。しかし，最後の大学生を対象とした意識調査の結果は，将来における告知の重要性を示唆するものと理解できる。

今まで述べてきたように，日本のエイズをめぐる医療の固有性は告知においてその社会的受容性の低さを裏付けている。このことから，我が国の医療の固有性を配慮していろいろな考え方が出ている。そのなかで東京大学，大井玄教

授は日本医療の固有の考え方は，我が国の倫理感覚に由来するという視点から次のように述べている。すなわち，「その地域において，そこの文化の持っている最も基本的な倫理感覚に合った情報の伝達の仕方をしなければ，非常に不幸な目にあうということを重視したいからです。私は，その人がオートノマスな人間であることが保障されているかぎりは，根岸先生と同じようにストレートに告知すべきだと思います。しかし，その社会において，告知することでその人が集団から追放され，疎外される，そこに支援もないというような状況では，告知に際しては相当，気をつけないといけない。つまりその人があくまでも支援を受けるというところが保障されることが，告知の一つの大きな条件と考えております。」と，日本固有の社会的な事情を考慮して告知を考える必要性があることを述べている[13]。確かに，我が国では1986年以来，厚生省が告知を原則とするとの通達，指導[16]を出しているが，一般病院における診療拒否や患者の精神的動揺に対するケアー等への具体的な対策を伴わなければ，いたずらにエイズ患者や感染者に大きな不安を抱かせるだけで，かえって医療不信による感染者の潜在化を招いていくかも知れない。

4．「エイズ」告知で問われるもの

病名告知の是非の問題は，今日ではとくに個人と社会の係わり合いのなかでその医療情報の開示を如何に対処すべきかという問題点を有している。しかし，これは医師と患者との関係においてこと新しいテーマではなく，古くからの医療倫理の問題としてもみることができる。ヒポクラテス以降の医療では，難病に対して「真実を知らせる」ことを禁じた歴史をもっている[17]。何故ならば，告知の難しさは時として単なる病名告知ではなく，致死性の高い難病であるがんや遺伝病にみられるように，不治の病として「死の宣告」に等しいからである。この章では，「エイズ」告知の是非を考えるにあたり，がんや遺伝病の告知の問題点を比較整理し，その特徴を抽出することを試みた。さらにエイズと遺伝病に関してはヒトからヒトへ伝播，あるいは遺伝するという類似性をもつことから，これらの問題点を表１にまとめた。

表１　生命倫理の視点からみたエイズと遺伝病の諸問題

	エイズ	遺伝病
(1) 医学的な諸性質		
原　因	ウイルス	発現遺伝子
伝播様式	性行為，血液感染	親から子孫への遺伝
診断検査	免疫学的検査	遺伝子検査
治療法	根本的治療法はない	
致死性	高い	高い
身体に出る疾患名	日和見感染症 カリニ肺炎 カポジ肉腫	ハンチントン舞踏病 アルツハイマー病
(2) 生命倫理の諸問題		
検査・告知	告知を前提に充分なカウンセリングを行う。知らないでいる権利は許されるか。	告知を前提にカウンセリングを行う。知らないでいる権利も尊重される傾向にある。
情報管理	プライバシー保護のため守秘義務は重要	
倫理観の動向	患者本位の医療の確立と患者の隔離，偏見差別のない共生社会を目指すことが指向されている。	

(1)「がん」告知

さて，「がん」告知は個人の精神的打撃が中心的課題となっているが，いまだに一律的な解答を見出せていない。「がん」告知はなぜ難しいかという点について，森岡恭彦氏は彼の著者[18]のなかで「がんは不治の恐ろしい病と考えられ，これといった治療手段のなかった頃は，患者に「がん」であることを正直に伝えてはならないとされていた。これが医師の義務であった。すなわち，「がんの告知」は死刑の宣告にも似て，患者に与える精神的打撃は大きく，患者は生きる希望を失い，ときには自殺しかねないといったことから，医師は患者に「がん」の「が」の字すらしられないように気を遣ってきたものである。」と述べている。

このような患者の精神的なダメージを考慮しなければならないという難しさから，日本医師会生命倫理懇談会においては「がん」告知を次のような前提条

件が揃った場合にのみ実施している。それは，(1)告知の目的がはっきりしていること，(2)患者・家族に受容能力があること，(3)医師およびその他の医療従事者と患者・家族との関係がよいこと，(4)告知後の患者の精神的ケア，支援ができること等々である。

また，診断や治療法の進歩により，今日では完治するがんも増加したことから，「がんの告知はケース・バイ・ケース」であるとする考え方も出ている。ケース・バイ・ケース論をもつ河野博臣氏は「がん」告知をした方がよいとする場合の条件として，(1)早期がん，(2)社会的に遂行する任務をもっている人，(3)信仰の強い人，(4)精神的に安定し，宣告したほうが治療に好都合な時，(5)隠してもわかる症例等々の場合と述べているが，その一方で，「がん」告知をしない方がよい場合の条件として，(1)不安の強い人，(2)精神的に不安定な人，(3)末期がん，等々の場合を挙げている。

以上，いずれの告知に対する考え方においても，その検査情報が個人に対する精神的な打撃に対して，どのように対処すべきかという医療としての課題に中心を置いている。

(2) 「遺伝病」告知

「遺伝病」告知は個人の精神的打撃に加え，子孫への遺伝という家系への影響も計り知れない問題[19]で，近年の急速な遺伝子診断法の発展により，にわかにこれら疾患群の告知の是非がアメリカ社会の問題として浮上している。つまり，従来の診断検査は病気の結果として生じた異常を検出するものであるが，遺伝子診断法は発病前に異常を検出することができ，高い確率で病気の発症を予測することが可能である。このことから，この診断法で得られた遺伝情報は予防にも有効である反面，予防法や治療法がない病気についてはその病名告知の是非が，社会倫理的問題と発展してきているのである。

例えば，優性の遺伝病で，ハンチントン舞踏病がある。この疾患の原因遺伝子は1993年，アメリカの研究者により同定されたとしている[20]。症状は遅延性で30代前後で発症し，進行性に運動機能障害や精神神経障害を呈し，顔面や身

体の痙攣などの舞踏病様運動と痴呆化しながら10年～15年ぐらいで死に至る。現在のところ有効な治療法はなく，保因者であることを本人に告知することは近い将来の死を意味する。また，本人のみならず，この遺伝疾患は子孫に影響を及ぼす確率が高く，夫婦の「健康な子供をつくる」という視点から本人が配偶者にその事実を知らせるか否かで「知りたくない」あるいは「隠しておきたい」という主張が議論の対象になっている。それ故に，「遺伝病」告知は患者本人，配偶者およびその家系に対して大きな影響を及ぼすことになる。

(3) 「エイズ」告知

今まで，がんや遺伝病の告知の是非について，そこから派生する問題点を整理してきたが，これらの疾患は第三者に対する危害や影響は少ない。このため患者が「知りたくない」「隠しておきたい」というならば，その主張も許容してもよいではないかという意見もある[20]。では，「エイズ」告知の場合はどうであろうか。エイズもがんや遺伝病と同様に現在のところ確たる治療法がない。そのため病名告知は将来の死を宣言したに等しい。しかし，「がん」告知より辛いことは，エイズが性行為感染症であることから，個人，家族の精神的な打撃はさることながら，社会的な影響は大きい。具体的には，エイズが1980年代に蔓延した欧米における感染の原因は男性同性愛性行為と麻薬や覚醒剤等の注射による回し打ちによるもので，その性行動のあり方が問われた。また，中央アフリカやアジア等では異性間性行為によることが大部分である。我が国においても当初は，ウイルスに汚染した血液製剤投与による感染様式が多かったが，現在では異性間性行為による感染が増加し，社会的問題として発展してきているのである。つまり，エイズは主に人間の性行動を介することから患者や感染者が自ら感染している事実を知らなければ配偶者や性行為のパートナーへと二次感染は激増することになるのである。

さらに，深刻な問題は母親から子供へという母子感染の拡大が広がっていることである。現状では，欧米先進国のエイズ発生率はやや横ばい状態になりつつあるといわれているのに比べ，世界的視野でみると多くの途上国では感染者

は急増し，2000年には１億人以上になるとしている。そのなかでも女性間での感染率の上昇が懸念され，母子感染による小児エイズの患者数は150万人に至るのではないかと推定されているのである[21]。

以上，エイズ流行の社会的影響は大きく，現代医療では「個人のプライバシーを尊重する」ことと，「社会的防衛を重視する」こととを，どちらを優先すべきかという問題が突きつけられている。

今まで述べた現状を踏まえると，生命倫理の視点から表１にも示したように幾つかの問題点を示すことができる。その第一は，エイズ告知は，がんや遺伝病と同様にその事実を「知らないでいる」あるいは「隠しておきたい」という主張を許容することができるか否か。また，第二は，検査情報の管理という点において，エイズが社会的な偏見差別を誘発するという理由から極めて慎重な対応が望まれているわけであるが，検査情報をもつ医師あるいは医療に携わる従事者の間での守秘義務を守ることができるか否か。第三は，エイズ医療における倫理観の動向は患者本位の医療の確立と偏見差別のない共生社会を指向しているか否か，等々と懸案となるべき課題は山積している。

５．まとめ

今まで，「エイズ」告知の是非をめぐり，我が国の医療の固有性と告知の社会的受容性の現状とその問題点についてアメリカ医療と比較しながら述べてきた。そこで，この章は本論文のまとめとして，著者なりに「エイズ」告知の是非について再考を試みた。

アメリカ医療は1970年代に末期がん患者に対して告知をインフォームド・コンセントの原則のもとに推進している。その結果として，アメリカでは日本とは対照的に告知の是非は議論の対象になっていないという[18]。むしろ，診断検査を行ったにもかかわらず，患者本人をおろそかにしてその成績を報告しないことは，インフォームド・コンセントの原則から逸脱した医療行為として医師および医療機関は訴訟の対象となるのである。一方，父権主義的倫理観の強い我が国の医療では，末期がん患者の精神的ダメージを考慮し，治療に悪影響を

与えるという医師の裁量を重視して告知を避けるケースが多い。「エイズ」告知においても同様な傾向が強く，医師が告知を行わなかった故に，二次感染を引き起こした例は少なくない。このことから，我が国の「エイズ」告知で最も要求される医療の課題はインフォームド・コンセントの適切な実施であると考える。

我が国にみられるもう一つの弊害は，患者自身の医療に対する自律性の欠如である。その原因は，医師が親・保護者であり，患者は子供・保護される者である，という父権主義により生み出された結果ともいえる。現状の医療現場では，医療の決定権は全面的に医師が握り，患者は医師に治療のすべてを任せるという「おまかせ医療」になっているのである。

また，自律性の欠如については我が国の医療にみられる体質的なものだけでなく，国民性の問題としても社会一般に問われている。この点に関して中島俊介氏は心理学者の立場から競争社会の弊害として分析し，次のように述べている[22]。つまり，彼は「自律とは，主体性と言ってよいと思いますが，自分で自分を統制（コントロール）する内的な力，意志の力とも言い換えられます。思考と態度の自律は人間性の要なのです。……他者の評価と思惑が気になり，『競争原理』のなかで頑張らなくては生きていけないと考えている。ですから，乳幼児期に，わが子の気持ちを大事にして，ゆったりと子育てするためには，親自身が周囲の目や評価を気にせず，自分の価値尺度をしっかりと持つ自律した生き方をすることが必要だと思います」と，我が国における『競争原理』を優先した社会の歪みが人間の自律性の喪失を生み出すことを指摘しているのである。

さて，日本においては以上のような倫理的，社会的背景が自律性を尊重した自己決定型医療の成立を著しく阻害してきたと考えられる。しかし，「エイズ」告知の推進はとくにこの病の社会的影響性から患者に対して強く自律性を要求している。この考え方は，告知を推進する立場から感染症医療の現場を中心に出てきている[23]。そのなかでも駒込病院の根岸昌功医師は，エイズ患者との出会いのなかで，最も重要なこととして告知を前向きに位置付けている。その基

本的な内容は，第一に，感染者の自覚を促し，人生設計をたててもらえること，第二に，免疫の状態が把握でき，日和見感染の早期発見と治療が望めること，第三に，子供の場合は生ワクチンの投与を避けることができること，将来の薬剤の開発に速やかに対応できること，等々であり，カウンセリングを重視し感染者本人の自覚で他人に感染させることがないようにと主張している。さらに，同病院の玉川重徳医師はエイズの疾患的特徴を考慮し，その告知について「告知の問題はガンの場合と比較される。……ガンはまったく個人の問題である。しかし，エイズは個人の問題であるばかりか，他人に感染させるかもしれない点で極めて社会防衛的な意味合いが強い。告知することで，本人に『他人に感染させない』という生きがいが芽生える」という，患者の自らの生活における主体性と自律性の重要性を強調している。

以上のように，「エイズ」告知を推進する場合において，インフォームド・コンセントの導入と患者の自律性の確立は我が国の医療の最優先課題になると考える。

一方，告知の是非で見逃してはならないもう一つの側面がある。それは「知らないでいる権利」あるいは「隠しておきたい権利」等の権利主張である。「知らないでいる権利」は，患者が医療情報を不本意に知らされたり，暴露されたりすることに対する抗議で，プライバシー擁護の観点からこの権利はアメリカでは論議の対象となっている。具体的には，この権利主張は検査を受けたにもかかわらず，病名告知を受けることを避けることであるが，この場合，告知を受けていない感染者の性行動が社会的問題となっている。また，「隠しておきたい権利」は，先に述べたアメリカの訴訟例[2)]でみられるように，エイズウイルスを感染している医療従事者がその感染の事実を知っているにもかかわらず，自らの意志によってその事実を周囲の人に隠しておくことである。これらは，確かに患者の「知る権利」に対して消極的な主張と考えられるが，一概に無視すべきものではない。何故ならば，この主張の出てくる背景にはエイズ患者に対する社会の執拗な偏見差別が存在するからである。

しかし，患者，感染者に対する偏見差別に関しては先の論文[1)]にも述べたよ

うに人権擁護の観点から明確に否定すべきであるが，「知らないでいる権利」を主張する人に対する対応にはどのような基本的な考え方が必要となるのであろうか。この命題の一つの解答として，他者危害の禁止の原則がある。この原則は，確かに両刃の剣の側面をもっており，この原則論を大上段に構えてエイズ患者や感染者を犯罪者扱いするならば「エイズ」告知の健全な推進は阻害されていく。しかし，この原則を患者の自律性の尊重とインフォームド・コンセントの基底部に置くならば，「エイズ」告知の推進は効果的に機能するものと考えるのである。

最後に，エイズが与える社会的影響の大きさからその対策は公共性という視点で見直さなければならない。まず，その第一は「エイズ」告知の推進という視点から公共機関（厚生省，国公立病院等）によるカウンセリングの充実が挙げられる。とくに，アメリカは告知を病める患者の心の問題として重要視し，検査と告知の前後に充分なカウンセリングを行っている。こうした例をみると我が国においても患者の増加が予想されるため，カウンセリングを担当する専門スタッフの増員とカウンセリング内容の充実を積極的に押し進めるべきである。さらに，死に行くエイズ患者の「生命の質」あるいは「生活の質」の向上を目指して，社会からの隔離ということではなく，社会に開いたホスピスの建設にも充分な公共資金を投じる必要性があると考える。

謝辞

本論文をまとめるにあたり貴重なアドバイスを頂きました生命倫理プロジェクトチームの木暮信一先生に深謝致します。

参考文献

1）李　文昇「エイズをめぐる生命倫理(1)スクリーニング検査の現状と患者のプライバシー保護」『東洋哲学研究所紀要』NO. 10，111-129（1994）
2）丸山英二「医療現場でのエイズをめぐる法律問題」『ジュリスト』12月1日号，15-25（1993）
3）松山幸弘『エイズ戦争』東洋経済（1994）

4）広川隆一『薬害エイズ』岩波書店（1995）
5）広川隆一『日本のエイズ』徳間書店（1993）
6）石田吉明，石田熱子『そして僕らはエイズになった』晩聲社（1993）
7）池田恵理子『エイズと生きる時代』岩波書店（1993）
8）横川和夫，保坂　渉『熱い鼓動』共同通信社（1994）
9）根岸昌功，他「HIV感染者／AIDS患者における自傷事故の検討」『第7回日本エイズ学会総会』東京（1993）
10）水野　肇『インフォームド・コンセント』中央公論社（1990）
11）Jeffrey L.「サウス・カロライナ州衛生局によるHIV感染の告知を感染者のパートナーはどのように受け入れるか」『JAMA日本語版』264，83-86(1991)
12）西　三郎「情報と医療，報告1」『ジュリスト』4月1日号，92-95（1994）
13）山田卓生，大井玄，根岸昌功『エイズに学ぶ』日本評論社（1991）
14）有馬美奈，他「HIV感染者の身体的，心理的，社会的問題ーアンケート調査を実施して」『第8回日本エイズ学会総会』札幌（1994）
15）寺尾英夫「大学生におけるエイズに関する意識調査」『日本医事新報』4月23日号，52-54（1994）
16）厚生省「HIV医療機関内感染予防対策指針」『日本医師会雑誌』101，付録（1988）
17）マイケル・ロックウッド『現代医療の道徳的ジレンマ』晃洋書房（1990）
18）森岡恭彦『インフォームド・コンセント』日本放送出版協会（1994）
19）遺伝子問題研究会「遺伝子問題についての報告」『ジュリスト』，6月15日号，91-97（1995）
20）フィリップ・フロッサール『DNAと新しい医療』日本放送出版協会（1992）
21）玉城英彦「HIV感染とAIDSの疫学」『最新医学』50，328-334（1995）
22）中島俊介「『自律』について」聖教新聞，1995年8月30日朝刊
23）三和　護「あなたはエイズ患者を護れますか」『日経メデイカル』，5月10日号，152-162（1989）

（りぶんしょう・委嘱研究員，富士レビオ株式会社主席研究員）