

受験番号	
16	
16	

氏名

※机上の受験番号を記入してください。

(1 / 6)

問題一 次の漢字の読みを平仮名で書きなさい。

- ① 遊説 ② 般若 ③ 湯治 ④ 銀杏 ⑤ 居候

問題二 次のカタカナの部分を漢字に直して書きなさい。

- ① 足腰をキタえる。
② イサギヨい最期。
③ 悪事をソソノ力す。
④ 家族とのイコいの場。
⑤ 子供が猫とタワムれる。

問題三

次の□に漢字を入れると、四字熟語になります。正しい漢字を書きなさい。また、解答用紙の「読み」の欄に完成した熟語の読みを平仮名で書きなさい。さらに、その意味を後のア～クから選んで、その記号を解答用紙の「意味」の欄に記入しなさい。

- ① □息吐息 ② 巧□令色 ③ 佳人□命 ④ 生殺与□

ア どうにでも思いのままであること。
イ 他人の思いのままに自分が利用されること。
ウ 体力消耗の極限状態や臨終における苦しい息づかいのこと。
エ 苦しい時や困りきっている時に吐く息、またそういう状態のこと。
オ 善人であっても短命な人や不幸な人が多いこと。
カ 美人には短命な人や不幸な人が多いこと。
キ 相手の気に入るように言葉をうまく飾り、顔色をつくらって相手に媚びへつらうこと。
ク 話し手が即興の逸話や仕草で聴き手を魅了する巧みな話術のこと。

問題四 次の文章を読んで、後の問いに答えなさい。

医師の「父権主義」(バターナリズム)が最近よく問題にされるのも、あるいは患者の自己^①権が喧伝^②されるようになったのも、単に患者の権利意識が高まった結果ではない。

もちろん、そうした動きには、過剰医療への反省、あるいは患者のQOL^③の尊重といった、現代医療のもたらす様々な問題への応答と、それに絡む患者の権利への慎重な配慮という側面があることを、私は軽視するつもりはない。軽視するどころか、そうした動きのなかで、患者は、単に保護されるべき弱者として、医師の前に立つ(あるいは座る)存在ではなく、人格を認められた医師と対等の人間として、医師に助言と助力を求めているという考え方が、ようやくはつきりしてきたし、IC^④(十分説明を受けた上での、患者の意志の表明)に基づいた治療という概念も、主としてアメリカからの移入という形ではあるが、日本社会にも受け継がれ、論じられ、定着し、あるいは要求されるようになってきたこと、またそこから新しい医師-患者関係を求めて、医療側でもあるいは医療の受益者の側でも、真摯な模索が重ねられていることに、私は大きな期待をもっているし、それを進めるために自分なりの努力もしているつもりである。

⑥、一九八二年アメリカのICに関する大統領委員会が起草した報告書は、価値観を必ずしも共有しないわれわれ日本人の心にも、感動を惹き起こすに足る見事な文章を刻んでいる。ICはこれまで、ともすれば、意志決定のために十分な教養と理性をもつ人間だけが享受できる、特別の権利だと思われ、またそういう形で論じられてきたことを、この報告書は認めた上で、この委員会はそうした見解を明確に拒否すると宣言する。そして次のように言う。「(ICは)医療に実際に携わる者が、すべての患者との関係において、倫理的に要求されるものであって、少数の人々のゼイタク品ではない」。「(ICは)相互の尊重と

受験番号	
16	
16	

氏名

※机上の受験番号を記入してください。

(2/6)

相互の参加に基づく意志決定の共有であり、(単なる書式を読み聞かせて相手にサインを求めるというような)儀礼的行為では断じてない。

このような文章が運ぶ理念は、文化が異なり、人間の行動規範が違い、^⑧人間どうしの関係(そのなかには当然医師―患者関係も含まれる)のパターンも異なる日本に、アメリカに展開しつつあるICをそのまま導入することの可否の議論とは別に、まさしく個人尊重の原則の表明として、否定できない厳しさと勁さをもつてわれわれに迫ってくる。

どのような治療法があるのか、選択肢はどれだけあり、その得失は何なのか、それぞれの選択肢の結果はどのようなのか、そのなかから一つの選択肢を選ぶことは、そこに絡む医療上の問題が深刻であればあるほど、その患者の全生涯(それは時間的な将来にありうべき人生だけでなく、彼もしくは彼女の過去全体をも含めた、文字通りの全生涯である)にかかわることであり、そこで何を選択するかは、まさしくその生涯を賭けた決定であればこそ、専門家の助言と助力のなかで、患者本人が決定に参加しなければならぬ。それがICという理念の核心である。この精神を現実の場面にどのように活かすか、という点では、^⑨の柔軟さが必要だとしても、この核心は揺るがないものとしなければならない。上の文章のもつ厳しさと勁さは、それをわれわれに教えている。

^⑩、仮に医師の側から見ても、患者の下した決断が不合理であつたとしても、^⑥、それが、その医師が扱う患者の平均救命率を下げるような決断であつたとしても、それが患者の十分な配慮のなかで引き出されたものである限り、医師はそれを引き受ける義務があるだろうし、逆に医師は、^⑪そのような決断を患者から引き出すために、あらゆる努力を傾ける義務も担わされていることになるだろう。

如何なる生を生きるか、それは、他人の容喙を許さないことであり、その人自身の決定すべきことである。医師が、患者の生を左右できると考えたり、自分にすべてを任せない患者は間違っていると考えたとすれば、それは、ここ一五〇年ほどの近代医療の「成功」なるものがもたらした傲慢の結果である。医療行為が患者の生を支配できるという^⑫主義の悪しき結果である。抗生物質やワクチンを使つた療法が、比較的確実に患者から死を遠ざけ、生を招き寄せることに成功してきたことへの、あえて言えば、「過信」に由来するものである。

^⑬、患者が選んだ「生き方」のなかには、最終の決定を自分で行わずに、誰かに任せてしまう(その誰かが当の医師であることもあろう)、という選択も有りうる。それを他人が非難することはできない。しかし、その選択もまた、十分な本人の考慮と意思決定に基づいているべきである。「先生にお任せします」という患者の意思決定も、また、単なる医師に対する盲信によつてではなく、あるいは医師にあるとされてきた医療上の絶対的な權威のゆえにでもなく、患者の側のICの結果でなければならぬのである。そこに初めて、人間と人間としての医師と患者の新しい、豊かな信頼関係も得られるはずである。

こうして患者の自己^⑭権の問題は、人間の意志による生の選択という最もゲンシユクな場面に立ち入ることになる。

臓器移植の問題も、同じ観点から眺めることはできないだろう。臓器移植も、そういう言葉で十把一からげにできないほど、現在では多様化している。輸血もまたその一つだとすれば(そしてその主張には十分理があるが)、すでに定着した技術として、長い歴史をもっているし、角膜もまた制度として成立して十分な時間が経っている。腎臓に関しては、そういう歴史を今造りつつある。

ただ、肝臓、心臓などに関して、現在行われている、あるいは行われようとしている移植の試みが果たして上に挙げられたような十分な当事者の選択と諒解とに基づいているのかどうか。目の前に、何もしなければ死を迎えることが決定的な患者がいるとき、そして何もしない場合よりは、少しでも延命の可能性の確率の高いと思われる選択肢が、自分の手にあると医師が信じているとき、それを試みようとすることは、本質的に推奨こそされ、非難さるべきではあるまい。

ただし、その成功の確率や、臓器移植後仮にある程度の期間延命に成功したとしてもその間の生活の質、いわゆる予後の質、あるいはひどく現実的な話ながらそれに要する費用などなどについて、またドナーの状況やその家族の反応について、どこまで徹底的に患者もしくは患者の家族が伝えられ、諒解し、十分の熟慮の時間と機会とを与えられているのか、それは実はドナーについても同じことが言える。このことをあえて言わなければならないのは、^⑮かもしれない(そうであつてほしいという望みは私にもある)にせよ、そう言わせるような事例がなかったわけではない、という認識に基づいている。

言うまでもなく、臓器移植は、一方において、脳死の問題と絡んでくる。その点に関する私の見解は、本書の別の場所にも記してあるので、ここでは詳細には繰り返さないが、少なくとも人間の「死」に関する限り、それは科学の埒外にある、という私の信念は変わらない。言いかえれば、しばしば脳死採用に積極的な論者の言う「脳死とは、科学的な新しい死の定義である」という主張だけは、受け入れるわけにはいかない。一人の人間の死は、物質系の破壊や崩壊ではなく、その喪失でもない。たとえ

(3 / 6)

受験番号	
16	
16	

氏名

※机上の受験番号を記入してください。

生まれてすぐに亡くなった新生児や嬰兒であろうとも、ましてや長い人生の時間のなかで人格の歴史を積分してきた人間が「死ぬ」ということは、身体の一部(脳の一部)が不可逆の変化を起こしていったとしても、それだけで済ますことはできないものと考えられる。手脚の一部に不可逆の変化が起き、それを人工的手段でカヴァーしているから、われわれは他の「人間」としての機能も認めず、残った「死体」から何を取り出してもよいなどとは決して言わないはずである。だとすれば、脳の一部に不可逆の変化が起きているとして、それを人工的な手段でカヴァーしているからと言って、他の「人間」としての機能、例えば胎児を育てる、出産する、生体生成物質を造る……といった機能を人間のなかに認めず、それは「死体」だからどう扱ってもよい、という論理は、成り立たないではないか。むしろそこに「意識」という厄介な問題が介入してくることは、私も承知しているが、逆に言えば、自分以外の意識を問題にした瞬間から、それは「科学」の領域から離れてしまう。

もとより医療は科学より大きなものである。その一部として科学を組み込み、あるときはそれに頼り、あるときは利用するとしても、人間を相手にする医療が、人間を物質系としてのみ扱うはずはないし、また扱えるはずもない。

そうだとすれば、いわゆる脳死体からズイイに臓器を摘出するという行為は、医療の本質と摩擦を起こし、それを危うくする要素を内包していることを認めなければならない。それゆえ、法律的に脳死を認め、そうした行為を容認、もしくは奨励することとは、避けるべきであると私は信じる。とりわけ日本社会では、一旦法律に任せると、それが絶対的な基準であるかのように働き、個人の判断や意志が尊重されなくなる惧れの大きいことを思えば、この点には慎重になり過ぎるということはないと思う。

こうした慎重論には、最も手ごわい反論がある。つまり上にも述べた、目の前の患者をどうするかというとき、今にも死にゆく患者を前にお前はそれでも慎重論を唱えるのか、という反論である。そのような慎重論は医療の現場を知らない評論家的な主張だという俗耳に入りやすい批判は、単にそれだけのことから、黙殺しても構わないと思うが、医師としてそのような場に立たされたときの自分を想像してみるくらいの想像力は、私にも備わっていると思う。そして、私はある意味ですでにその答えを書いた。そのときこそ、先に触れた、人格と人格との切り結ぶ医師―患者関係にあつて、十分な対話によるICの追求のなかから、医師は十分な説明を尽くし、その上で患者とその家族から熟慮の末の選択を引き出すこと、そして、そのことが確認できるなら、それは、医療における必要な行為として、医師の側は法的に免責される余地があること、この程度のことを、社会的に合意しておくだけでよいのではないか。

しかし、「キュア」から「ケア」へ、という移行は、あるいは中川米造教授がしばしば言われてきた権威者モデルや魔術師モデルから援助者モデルへの医師の役割の変化は、このような人間の存在そのものに触れるような、場合によっては抽象的と言ってもよい(その重要さに関して私が軽視しているのではないことは、もう誤解が生じる懸念をもたなくともよいとは思うが)理念に由来する医師―患者関係の変化だけにとどまらない、というのが、私の論点の一つである。

そのような変化が、社会の高齢化の必然的な結果の一つだということは、先にある程度触れた。成人病は、患者自らが自分の生に責任をもち、それを自分で制御していくことを要求する。すでに病気の性格そのものが、ただ援助を求めてベッドに横たわる弱者という患者像をはみ出したところをもっているのである。むしろ成人病においては、患者は自己(1)権を否でも受け入れなければならないのだ、と言いかえてもよいだろう。治療の主体は、患者が嫌だと言っても、結局は、患者自身になるからである。

少しどぎつい表現を使えば、高齢化社会にあつては、医療は一種のサービス業になる。これはサービス業を貶めているのではなく、そうなった時の医療を貶めているのでもない。かつて、医療が抗生物質やワクチン療法などの「魔弾」をもたなかったころ、医療はまさしく「サービス」業であつた。西欧にあつては、それは神からそのためにとりわけて優れた才能と豊かな他人に対する愛の心を与えられた人間が、神の意志、神の召命にしたがつて、神の目的に叶うように、苦しんでいる人々に愛のサービスを提供すること、それが医師であり、聖職者であり、法曹家であつた。

医師は、自分の療法によつて、患者の生や死を支配し制御できるとは考えていなかった。自然(神)が与えた力によつて、患者が治癒するとすれば、医師のサービスはそれを横から助けるだけであり、患者に内在する治癒力を引き出すように援助することだけであることを、まともな医師ならばよく知っていた。東洋では、創造主たる「神」こそいなかったが、しかし、医師の役割とその自覚においては、西欧の場合と大きな差はなかったと言えよう。

ここ一五〇年の間、近代医療の成功の陰で、医師や医療のこのような側面が、後方に退いていたことは確かである。そして今、われわれは、色々な現象面でも、あるいは理念の上でも、さらには社会構成の点から見ても、そうした医療の本来的な姿の一つが再び新しい相貌の下で現れてきつつあるのを目撃しているのである。

それは、別の言い方をすれば、医療が謙虚さを取り戻す、あるいは取り戻さなければならない兆候ではなからうか。

(4 / 6)

受験番号		氏名
16		
16		

※机上の受験番号を記入してください。

(村上陽一郎『生と死への眼差し』、青土社)

(注1) 容喙^{ようかい}：横から口出しすること。

(注2) 中川米造^{なかがわよねぞう}：医学哲学者、医学史学者(1926-1997)。元大阪大学教授。

問1 空欄(1)に入る適切な語を、次の①～⑤の中から一つ選んで、その番号で答えなさい。

- ① 尊重 ② 管理 ③ 決定 ④ 満足 ⑤ 疎外

問2 傍線(2) (5) (21)の漢字の読みを平仮名で書きなさい。

問3 傍線(3)の「QOL」という略語の元の英語として適切なものを、次の①～⑤の中から一つ選んで、その番号で答えなさい。

- ① question of life ② quantity of life ③ quiz of life
④ quality of life ⑤ queen of life

問4 傍線(4)の「IC」という略語の元の英語として適切なものを、次の①～⑤の中から一つ選んで、その番号で答えなさい。

- ① intensive care ② internal communication ③ informal contest
④ informed compliance ⑤ informed consent

問5 空欄(6)に入る適切な語句を、次の①～⑤の中から一つ選んで、その番号で答えなさい。

- ① 例えば ② すなわち ③ 要するに ④ とは言え ⑤ とにかく

問6 傍線(7) (15) (20)のカタカナの部分の漢字に直して書きなさい。

問7 空欄(8)に入る適切な語句を、次の①～⑤の中から一つ選んで、その番号で答えなさい。

- ① なぜなら ② したがって ③ おそらく ④ にもかかわらず ⑤ ただし

問8 空欄(9)に入る適切な語を、次の①～⑤の中から一つ選んで、その番号で答えなさい。

- ① 切磋琢磨 ② 以心伝心 ③ 臨機応変 ④ 是々非々 ⑤ 付和雷同

問9 傍線(10)の「そのような」について、具体的に一〇字以内で説明しなさい。

受験番号				氏名	
1	6	1	6		

※机上の受験番号を記入してください。

(5 / 6)

問10 傍線(11)の「傲慢」と反対の意味内容の二文字の漢字を、本文の中からそのまま抜き出さない。

問11 空欄(12)に入る適切な語を、次の①～⑤の中から一つ選んで、その番号で答えなさい。

- ① 樂觀 ② 自由 ③ 浪漫 ④ 功利 ⑤ 古典

問12 空欄(13)に入る適切な語を、次の①～⑤の中から一つ選んで、その番号で答えなさい。

- ① だが ② まるで ③ いわんや ④ もちろん ⑤ まず

問13 傍線(14)の「医師にあるとされてきた医療上の絶対的な権威」の立場を表明する四文字の言葉を、本文の中からそのまま抜き出さない。

問14 傍線(16)の「同じ観点」とは、具体的にどういうことなのか、それを二〇字以内で説明しなさい。

問15 傍線(17)の「ながら」と同じ意味の「ながら」を含む文を、次の①～④の中から一つ選んで、その番号で答えなさい。

- ① 兄弟三人ながら非常に優秀だ。
② このあたりは昔ながらの景色だ。
③ 遺憾ながら、それは事実だ。
④ 脇見しながら運転するのは危険だ。

問16 空欄(18)に入る適切な語句を、次の①～⑤の中から一つ選んで、その番号で答えなさい。

- ① 他山の石 ② 下衆の勘繰り ③ 渡りに船 ④ 暖簾に腕押し ⑤ 藪から棒

問17 傍線(19)の「人間の『死』に関する限り、それは科学の埒外にある」について、筆者がそう思う理由を六〇字以内で述べなさい。

問18 傍線(22)の「医療の本来的な姿」とは、具体的にどういうことなのか、それを三〇字以内で説明しなさい。

問19 本文における筆者の立場に適合するものを、次の①～⑤の中から一つ選んで、その番号で答えなさい。

- ① ICに基づいた治療という概念も、主としてアメリカからの移入という形ではあれ、日本社会にも受け継がれ、論じられ、定着し、あるいは要求されるようになってきたが、アメリカと日本では文化や行動規範や人間関係のパターンが異なるので、アメリカに展開されているICの理念をそのままの形で日本に導入するのは、かなり無理がある。

(6 / 6)

受験番号			
1	6		
1	6		

氏 名

※机上の受験番号を記入してください。

② 患者が選んだ「生き方」のなかには、最終の決断を自分で行わずに、誰かに任せてしまうという選択も有りうるが、その選択もまた根本においては患者本人の十分な考慮と意志決定に基づいているものだから、それを他人が非難することは、患者の基本的人権の侵害である。

③ 日本社会では、一旦法律に任せると、それが絶対的な基準であるかのように働き、個人の判断や意志が尊重されなくなるおそれの大きいことを思えば、法律的に脳死を認め、そうした行為を容認、もしくは奨励することは、避けるべきであるが、こうした慎重論には手ごわい反論がある。

④ 「キュア」から「ケア」へ、という移行は、あるいは権威者モデルや魔術師モデルから援助者モデルへの医師の役割の変化は、社会の高齢化の必然的な結果の一つであり、とりわけ超高齢社会の日本において顕著であるが、それにもかかわらず治療者―非治療者という基本的な医師―患者関係は、時代や社会状況を超えて維持されるべきである。

⑤ かつて医師は、自分の療法によって患者の生や死を支配し制御できるとは考えていなかったが、西洋医学の進歩によって今日それが可能となり、それによって、患者の医師への依存度が増すぶん、患者に対する医師の医療的責任も大きくなるのは当然である。