

医療現場から見た死の介添えと緩和医療

新しい死の文化のための弁論

確かに我々の社会においては、今日重病患者や死に逝く人との関わり方である種の無力が広がっている。死に逝く人々は、制度に押し付けられ、しばしば非人間的な仕方で一人きりにされてしまう。我々がほとんど恥じらい禁止されたものであるかのように捉えている死、それは公衆の目に触れぬよう隠されていなければならない。死は、いわばタブーとなってしまった。ある程度までは医学における進歩もこれ又、この問題に一枚かんでいる。というのは、寿命が延びた結果、高齢者や体の弱い者の病状が現れるに到り、これが多くの問題を生じているからである。人間に相応しい死の文化は、我々の身近から著しく失われてしまった。従って、再び新しく獲得されなければならぬ。解決はもちろん、病人や死に逝く者を消し去ることに求めることはできない。

ヨハネス・ボネリ
山田 秀 訳

オーストリアでは、殺害は人間の尊厳に即した死を決して意味しないという点について広い意見の一致が見られる。このことは「人間の尊厳に即した死」の宣言にも示されており、これには政治的、社会的あらゆる思想陣営からの著名な五十名が著名している。ここでは共和国大統領ルードルフ・キルヒシュレーガー博士、アロイス・モック博士、ヘルムート・ツイルク博士、衛生局議員ゼップ・リーダー博士、州政府首相からはヴァルトラウト・クラズニツチ及びヴェンデリン・ヴァインガルトナー博士、国民議会議長で大学教授のヴィリー・ブラウネーダー博士、医療弁護士ヴィクトル・ピクル博士、著名な医者からは、例えばヴェルナー・ヴァルトホイスル博士やヨハネス・ポイゲンフルスト博士といった大学教授の名が見える。

いわゆる同情について語ること

同情、これこそが嘱託殺人の許可を正当化するものとされる。だが、病人自身を消去するに到る同情とはどんな同情なのだろうか。それは実のところ、健常者と病人とを脱連帯化する行為ではないのか。即ち、本当に同情を有する者は、〈共に「苦しむ」用意のあるその相手を消去しはしない。反対に、その病気が少しでも耐えられるように、何でも行うものである。患者が私に「先生、私に「注射」をして下さい。私は死にたいのです。」と言ってきたときには、それはいつも本当では絶望的な援けを求める叫びなのであって、その合図として送っていると見られるものは、「先生、私は一人ぼっちで放っておかれていますように感じます。不安なのです。私には誰もいません。もつと構ってもらわなければならないのです」ということである。事実また、ほとんどすべての患者が、一度は注射をしてもらいたいと望んでいたにも拘らず、後に喜んで感謝しているのである。

人間の尊厳と自己決定権

安楽死の擁護者はしばしば人間の尊厳を口にする。安楽死は自己決定権によって基礎づけられ、ここから希望に基づいて殺される（殺してもらおう）権利が導出される。尤も、この権利は不治の患者に限定される。しかし、正にこの限定によって明らかになるのだが、これは実際には、恐らく意識されてはいまいが、人間を侮蔑する要求

なのである。もし自己決定権が真剣に捉えられるのであるならば、成人の、責任能力を有し説明を受けた者の死の希望は、悉く実現されなくてはならないだろう。しかし、こんなことを事実上望んでいる者はいない。即ち、明らかに、高齢者と病人だけが、その生命保護を医者が留保なしに保持すべきものとされない。（この趣旨はほば次の如くである。安全ベルトの一般的着義務は六十五歳迄導入されるのであるが、年金生活者、高齢者、病人は自己決定の論議によって解除されている。）従って、若者、健常者、労働能力保有者には無条件にこれまで同様関心が注がれる。しかし、人間の尊厳は、それ自身の故に存在する点に核心があるのであって、それは元気であろうと病気だろうとそれとは無関係である。

自分が存在することの意味を疑っている病人は、国家手続により執行官に渡されることによって、その絶望を強化されるべきであると言うのか。これは真の人道性ではない！このような絶望状況にある患者が主権的自己決定「能力」を完全に所有していると本気で今日の誰が考えようか。死を望む者のその望みは、通例（即ち実例中九〇パーセント）重大な精神的危機の表現であり徴候である。有名な精神科医で自殺に関する専門家エルヴィン・リンゲルは、自殺者は押しなべて帰責能力がない、と見なしている。そこでは自由も自己決定も話にならない。我々医者は自殺を喰い止めるために努力をしているのであって、自殺を可能にするために取り組んでいるのではない。私は有名な「自殺阻止のための危機介入センター」

(Krisen-Interventionszentren zur einschlägigen Selbstmordver-

hinderung)を想い起こす。こうした制度は、ひょっとして逆の機能を果たすべきなのであろうか？

医者への使命

数日前に逝去したオーストリア医師会会長であったノイマン医長は次のように定式化している。「医師の際立った使命は、人間の生命を守ること、苦痛を和らげること、死に逝く者に人間的に寄り添うことにある。その使命は殺害の依頼を引き受けることには決してない」と。ヒポクラテスの誓いの第四条にはこうある。「たとい頼まれても私は誰も死に導くような薬を与えない。それを覚らせるようなこともしない」。この誓いに医者(医療従事者)は二千年以上に亘って義務づけられてきた。しかも、それは今日でも尚、医療の職業倫理の基礎である。

我々の使命は、病人を助け、苦痛に満ちた人生においても尚、意味を見出す(ヴィクトル・フランクルノ)ことではなければならない。我々の社会は、これに踏み込んでいる筈である。そのために、恐らくは、いくつかの改革や補助策が準備されなければならない。自己決定権と自己責任の記号の下で殺害の権利を要求する者は、しかし、現実を素通りすること甚だしい。私は他の職業集団(例えば、警察や軍隊)が、その生命を職務上守ることとされている同胞市民に武器を向けるよう求められたとしたばあい、どのように反応するであろうか、それを知らない。

人間の尊厳に則した死の介助 Sterbehilfe に関して現行法の状況を変更する必要は全くない。誰も自分の意志に反して不必要に扱われることは許されず、また扱われ得ない。病気の末期が非可逆的段階に到ったときには、医者は治療しようとの考えを諦めて患者の死を容易にすることを試みなくてはならない。ここに、死の真の尊厳を語る本来の出発点がある。医師として我々は、我々の医療技術が底をついたときは何よりもそれを受け容れなければならない。そして、無意味な活動を行ってこうした敗北が存在しないかのように思いなし、こうした仕方では自己を満足させてはならない。

緩和医療

度を過ぎた治療の偽りの留め金具を認識し苦痛緩和医療に献身する医者の能力こそが決定的な点である。

緩和医療は、病人の病気が既にさうとう進んではいるが、苦痛の改善への希望が存在するときに、その不治の病人に関わる。緩和医療の課題は、それ故に、病気と付き合っていく人生を容易にすることである。医師はあらゆる医療上の可能性を最適に集結し、患者にとって最適の条件を作り出し、それらすべてにも拘らず患者の生命を制御しようとする。そのとき苦痛との闘いは重要ではあるが、唯一の出発点ではない。専門的緩和医療の本来の強みは、その多くの専門分野にまたがる性格、即ち、患者の病床で多くの専門家が協同していることにある。更に、病人だけでなく、その親族の精神的看

護も、これまた、非常に重要である。定例の合同会議でそれぞれの患者について、最適の苦痛緩和の療法が相談されるべきである。その際、苦痛処理と並んで外科的補助介入が考量され、食事計画が作成され、苦痛緩和の化学療法や放射線療法が検討される。緩和医療の重要部門は胃腸領域ないし肝臓と胆管の閉塞箇所を拡張や小管導入によって、人工的に架橋することである。^(訳註)これにより再び食事を摂取できるようになり、胆汁排出が保証され得る。このような新しい方法で、しばしば複雑でもあり患者に負担になっていた、退屈な入院を伴う手術が避けられるようになった。

緩和「医療」病棟に来る者は、癌患者だけではなく、例えば、胃腸の激しい損傷や拒食のため、痩せ衰えて生命の危険にさらされた者も含まれる。こうした患者は、電子ポンプを通してプログラム制御された人工的な特別な栄養補給を受ける。呼吸障害のあるあらゆる種類の患者も又、緩和病棟にやって来て、特別な呼吸機器を利用して、あるいは規則的な穿刺（せんし）によって支援される。

目標は、あくまでも患者の健康である。追求されるのは、患者が最終的には自宅に戻り、家族の中で生活できるということである。そのとき重要なのは、自宅でも世話が実際確保されているということである。そのためには、当然のことであるが、第一に「家族」関係者との協力が成功のための支柱である。患者だけでなくその親類の精神的看護は、それにしても重要であって、決して侮れない役割を演じている。それにとどまらず、多くのばあい家族の主治医との連絡が、そしてしばしば社会奉仕との連絡が重要である。特定のば

あいには、患者を更に家庭的看護がえられるように緩和医療チームに、例えば、ホスピス運動に委ねることが必要になることもあるだろう。

特別の価値が医師―患者関係に置かれる。医療チームが患者を本当によく知って患者が病棟にいて、あたかも家にいるかのように寛ぐことができるときにだけ、患者と医療チームと親類との間に信頼関係が存するときだけに、そのときにだけ努力は本当に成果を収めることができるであろう。それに属するものとしては重病人との正しい心理的かわりと並んで、精神的看護、とりわけ看護チームの真実で人間的な愛情がある。苦痛をかかえる患者との経験そのものが示してくれるのであるが、心理的要因は器官の原因とは無関係に、苦痛の激しさに本質的に影響しているのである。希望のないこと、不満といった雰囲気、共感の欠如、不安や人間的緊張、こうしたことが最適の医学上の療法にも拘らず、苦痛を著しく悪化させるのである。反対に、調和的平穏な雰囲気は苦痛を驚くほど本質的に緩和し、それによって鎮痛剤を使わずに済むことすらしばしば見られるのである。これは決して看過できない意義を有する。鎮痛剤だけが、とにかく多量に投与されさえすれば、最高の治療剤である、などと考えるはならないということである。鎮痛剤は、吐き気、便秘、動揺、呼吸麻痺などの重大な副作用を伴う。患者にとってはこの副作用の方が苦痛自体よりもしばしば耐えがたいことがあり得るのである。それ故に、心理的看護、とりわけ愛情あふれる家族のような環境こそが、実効性を発揮する苦痛緩和治療のための不可欠の

前提条件なのである。

こうした連関で重要な要因となるのが、自宅で「療養中に」問題が発生し、あるいは状態が悪化したりなどして必要が生じたばあいには何時でも、緩和病棟に受け容れてもらえるという、患者の確信「がもてること」である。

死の介添え

死に逝く者にその人生の最後のときを、これ以上無いといえるほど美しく、平和に過ごしてもらえようにすることが我々の義務である。患者がその最期の数日ないし時間に技術的操作可能性や職務上のルーティンだけを経験するのではなく、真に人間的な温かさ、関わり、隣人愛を経験するならば、苦痛に満ちた人生の中で恐ろしくなお意味を認識し、その人生を早く終らせたいという希望を表明することはほとんどないであろう。

ところが、もし希望に基づく殺害（囑託殺人）が社会的規範性を以て一旦通用するようになると、多くの不治の患者の目には、この希望はやがて社会的義務として現れることであろう。自由意志について語ることなど、こうした条件下ではできないのである。逆に、自己の意志に反する殺害に、オランダの経験が示すように、扉と門とが開かれてしまうのである。

訳註

以下の解説は、訳者の質問に対して、極めて解りやすく丁寧にご回答くださった国立病院機構香川小児病院放射線科医師の山下恭博士の説明を、ご了解を得てほぼそのまま掲載させていただいたものである。紙面を借りて、心からなる感謝の念を表したい。「訳者」

緩和医療の部門では現在悪性腫瘍の患者が大多数とされます。特に腹部の悪性の患者さんの場合、食べ物の通り道である、口↓食道↓胃↓十二指腸↓小腸↓大腸↓肛門の経路のなかで例えば癌が十二指腸に浸潤したため十二指腸を閉塞し、食べ物を口から食べても十二指腸までしか行かず、詰まってしまつて逆に口から戻ってしまうような状態になってしまう患者さんもおられます。こういった場合は全身状態が良く他に転移などなくここを取つてしまえば問題なくなるような方の場合は摘出しますが（こういう患者さんは緩和部門には来られないと思いますが……）、ほかに転移があつたり全身状態がよくなかったりなど、摘出しても生命の予後には影響しない場合には食べ物と小腸をつなぐ手術をしたりすることもあります。こうすると再び食事をとつても胃から小腸に流れて以下大腸、肛門と進んで問題なくなるため口から食事が取れるようになりますのでいわゆるQOL（生活の質）の向上につながります。

また胆嚢は消化酵素をためておくようなところで食べ物を食べると胆嚢が収縮して十二指腸内に胆嚢内にためていた消化酵素を含む液体（これを胆汁といいます）を出します。この際、胆嚢は肝臓の近くにあり十二指腸とはある程度の距離があるためこれをつなぐ管（これを胆管といいます）があり、この胆管を通して胆汁が十二指腸内に出されるのですが、この胆嚢↓胆管↓十二指腸という胆汁の通る経路が癌などにより閉塞されると胆汁が排泄されない状況になりこれが黄疸といわれる症状となります。黄疸そのものはかゆみの原因となる程度で問題はないかも知れませんが、胆汁はもともと肝臓で作成されるため、排泄ができなくなると肝機能の低下をまねいてきます。こうなると生命の危険性に関係してきますので例えば閉塞しているようなところに細いガイドワイヤーと呼ばれる針金のようなものを通した後その針金を

伝って細い小さな管を入れ込むことによって閉塞状況を解除したり、狭いところを無理やり広げるような風船のようなものを狭いところで膨らませることによって閉塞を解除したりする方法があります。

その他、胃ろう造設（腹部皮膚表面と胃内をチューブなどで連結させてこのチューブを通して体の外から胃内から腸へと栄養分を送り込む方法。その造設方法は手術による方法や内視鏡を用いた方法などがあります。）なども人工的に架橋する技術の一つとなります。

こういった手段を「胃腸領域ないし肝臓と胆管の閉塞箇所を拡張や小管導入によって人工的に架橋する」と表現しているものと思われれます。

原典

Sterbebegleitung und Palliativmedizin aus der Perspektive ärztlicher Praxis, in: J. Bonelli u. E. H. Prat (Hrsg.), *Leben-Sterben-Euthanasie?*, Wien 2000.

著者

Johannes Bonelli: 一九四四年生れ。医学博士。内科、心臓病学、医療薬物学専攻。聖エリザベット病院内科長。IMABE（医療人類学及び生命倫理学研究所）所長。

翻訳許諾及び謝辞

二〇〇四年九月十六日付け電子メールにて、IMABE事務局長のエンリケ・プラート博士から翻訳許諾を正式に戴いた。

Ich bedanke mich bei Herrn Geschäftsführer Dr. Enrique Prat für die per E-mail vom 16. September 2004 erteilte Genehmigung der Übersetzung ins Japanische sowie der Veröffentlichung in der Zeitschrift "Gesellschaft und Ethik". (Hideshi Yamada)