

【10】 安楽死と尊厳死・解答例

＊現在、医師が行う安楽死の合法化が世界の国々に広がりつつあります。医療課題から離れた安楽死や「死の自己決定権」などの是非については、様々な考え方はあると思いますが、その根底には、否定されても仕方のないほど価値のない命があるということではないでしょうか。それは優生思想に近いところにありそうです。だから、フランクルは安楽死への批判を強く主張したのでしょう。でも、本当に苦しい時、そこから逃れたいと思う気持ちを完全に否定することはできないでしょう。

しかし、医師が仕事として患者を安楽死させる「安楽殺もしくは自殺ほう助」については医師を目指すものとしては基本的スタンスを持つべきです。つまり、苦しみやより良い生の状態を支える医学・医療で、「殺す」ことでその役割を果たしたことになるのか、ということです。「支える」ということは、「生きる」ことを支えるということではないでしょうか。日本の医学教育の出発点は「生命第一主義」です。世界医師会をはじめ、日本を含むほとんどの国の医師は「殺人や自殺ほう助」を医療とは認めません。それはなぜかじっくり考えてください。医師を目指すものの基本課題です。

また安楽死と尊厳死の違いは知識としてしっかり理解してください。この両者が混同されると論文でも面接でも、まともな対応はできません。医療倫理及び用語知識としての必須課題でもあります。**(巻末参考資料P.114～参照)**

…安楽死と尊厳死についてどのように考えますか。あなたの考えを述べなさい。(600字)

解答例 1

安楽死とは死が避けられない病状で、苦痛を解消するために患者の強い要望に応じて医師が致死薬を投与して安楽殺を行うか、または提供して自殺を幫助することである。これに対して、尊厳死は同じような病状において、医療によって行われる延命措置が単に死期を引き延ばすだけで、苦しみを助長してしまう場合に、この措置を拒否することである。安楽死が「死」を直接的に要求し、医師が死を導くことを目的とした行為を行うことであるのに対し、尊厳死はあくまで過剰な医療行為の拒否であり、死を目的にしたものではないということだ。

日本で安楽死が認められないのは当然のことである。医療の目的は患者の苦しみを軽減し、支えることである。しかし、いかに強く本人が望もうと、命を奪うことで済まそうとするのは医療とはいえないからである。患者の病苦に対して医療は様々な苦痛緩和努力をしてきた。その努力により「緩和ケア」という医療分野が進歩し、終末期医療の大きな柱となっている。

これに対して、尊厳死は苦痛緩和のための措置を十分に行うとともに、苦しみを助長するような過剰な延命措置は控えるという終末期医療のあり方に合致している。ただし、どのような措置が苦しみにつながるのかは事前に、医師・患者間でしっかり検討する必要がある。

ある。その上で患者望む最後の時間を十分にバックアップできる態勢があれば、尊厳死は認められてよいと思う。

解答例 2

安楽死と尊厳死は目的、要件、方法等で大きな違いがある。そのため、設問にあるように、日本ではそれぞれ異なる取り扱いがされてきた。しかし、いずれも本人の明確な意思に基づく点で共通している。この共通点にこそ私たちが考えるべき課題があるのではないか。

私が強く疑問に感じるのは、本人は本当に死あるいは延命措置を受けないことを望んでいるのかということだ。安楽死ならば耐え難い身体的な苦痛があり、それを取り除く方法が他にない場合、本人は死にたいと考える。また、尊厳死の場合、本人が延命措置に意味がないと考えて拒否する、という説明は理解できる。しかし、いずれも生きる「望み」がないことによるのではないか。時間的にも意味的にも限られた命であっても、そこに何らかの「望み」があれば、もっと生きたいと願う人もいるはずだ。

人工呼吸器の装着に悩む患者の話を読んだことがある。彼は生きたいと願っていたが、家族が 24 時間の看護・介護を担える状況になく、延命をあきらめざるを得なかったのだ。それは彼の本心ではなかった。しかし、彼の心中や事情を知らない人からすれば、自らの意思で生をあきらめたかのように見えるだろう。人間の意思とは明確なものではなく、いつも大きく揺れ動く。安楽死と尊厳死をめぐる議論が要件、手続き論に終始し、最も肝心なところに届いていないのがもどかしい。

リビング・ウィル—Living Will —人生の最終段階における事前指示書— 2022 年 11 月改訂版

この指示書は私が最後まで尊厳を保って生きるために私の希望を表明したものです。私自身が撤回しない限り布効です。

- ・私に死が迫っている場合や、意識のない状態が長く続いた場合は、死期を引き延ばすためだけの医療措置は希望しません。
- ・ただし私の心や身体の苦痛を和らげるための緩和ケアは、医療用麻薬などの使用を含めて充分に行ってください。
- ・以上の 2 点を私の代諾者や医療・ケアに関わる関係者は繰り返し話し合い、私の希望をかなえてください。

私の最期を支えてくださる方々に深く感謝し、その方々の行為一切の責任は私自身にあることを明記します。

(この改訂版では「意識のない状態が長く続いた場合は」という一文が改定前の③の項目を曖昧にして入れ込んだという印象を与えます。)

【参考類題】ALSにおける呼吸器使用の停止・解答例

課題文のまとめ

- * ALSでは本人の希望による人工呼吸器の使用停止を法整備すべきか
- * 慎重に議論すべきだが、それ以前に療養環境整備が先決（日本ALS協会事務局長）
- * ALSは運動神経麻痺により余命3～5年とされているが、呼吸器装着による長期療養と適切なサポートでの前向きな生活が可能。（海外の会議参加や、仕事、趣味の継続）
- * しかし、たん吸引など24時間在宅介護体制や長期入院先がなく、ケアに習熟したヘルパーを見つけるのも困難で、呼吸器装着を断念し死亡する場合もある。
- * このような現状の解決が先決。

設問の要求

次の文は日本ALS協会事務局長の新聞への投稿である。この文を読んであなたの考えを600字以内で述べなさい。

解答例

ALSについては、人工呼吸器の停止という「死」の選択ばかりが注目されてきたが、課題文の最後にある「生」を選択できない現状という問題提起は強烈だ。

日本は国民皆保険制度という人々の互助を中心とする医療制度をとっている。これは、病で苦しむのは本人だけの責任ではなく、より良い生を目指して支え合い、共に生きようという国民的価値観による制度である。生活保護などの福祉政策もこれに基づいている。その日本でも、支援がないために生きることのできない人がいるという現実がある。これは医療を目指す者にとって見過ごしにはできない問題である。ではどうすればよいのか。

こうした支援体制さえあれば生きることのできる難病については、医療関係者だけでなく、社会全体で課題解決を考えるべきだろう。課題となるのは、「家族の介護負担、療養先がない」ことである。介護負担を軽減するには、患者・家族の隣人・友人の協力も必要だ。しかし、そのような自助・互助・共助には限界がある。やはり、課題の根本的解決には、公助つまり国・自治体による支援体制の構築が必要だろう。ALSだけでなく在宅医療の時代と考えれば、これからは介護士による身体ケア面の領域拡大や訪問看護の継続などで、自宅療養を支える体制は不可欠である。また重度障害者のための医療保健施設の拡充などを可能にするために、国民も応分の負担を負う覚悟が求められているのだ。