

Ein Schnitt der Debatte um die Sterbehilfe in Deutschland : Palliativmedizin vs aktive Sterbehilfe

| | |
|-------|--|
| メタデータ | 言語: jpn 出版者: 公開日: 2008-03-06 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 山本, 達, YAMAMOTO, Tatsu メールアドレス: 所属: |
| URL | http://hdl.handle.net/10098/1635 |

ドイツにおける安楽死論争の一断面

—緩和医療vs. 積極的安楽死—¹

山本 達*

福井医療短期大学リハビリテーション学科

Ein Schnitt der Debatte um die Sterbehilfe in Deutschland
– Palliativmedizin vs. aktive Sterbehilfe –

YAMAMOTO, Tatsu*

*Department of Rehabilitation, Fukui College of Health Sciences***Abstract :**

Die Sanktionierung der Sterbehilfe in den Niederlanden und Belgien gibt auch in Deutschland Anlass zu der Debatte um die Sterbehilfe. Angst vor Leiden, Schmerzen, Einsamkeit, und Verlust der Autonomie am Lebensende sind Hauptgründe für die Befürworter der aktiven Sterbehilfe. Aber die Entwicklung der Palliativmedizin als Lebenshilfe für unheilbar Kranke könne die Nachfrage nach aktiver Sterbehilfe drastisch reduzieren.

Wenn man die aktive Sterbehilfe ablehnen und die Palliativmedizin als überzeugende Alternative wählen sollte, müssen ethische Normen dafür im Kontext palliativmedizinischer Situationen begründet werden. Der Gegensatz der Palliativmedizin zu der aktiven Sterbehilfe schließt ethisch die grundsätzlichen Konfliktsituationen ein, in denen der „Fürsorge“-orientierte Ansatz der „Autonomie-Ethik“ gegenübersteht.

Key Words : Sterbehilfe, Autonomie des Patienten, Fürsorge, palliativmedizinische Maßnahmen, medizinische Indikationsstellung

¹本稿は、2007年10月7日福井大学で開催された中部哲学会大会シンポジウム「終末期医療と倫理」の際に、提題者の一人として準備した発表資料である。

※福井大学医学部非常勤講師

(Received 9 October, 2007 ; accepted 11 December, 2007)

2002年にオランダ、そしてベルギーで積極的安楽死が合法化されて以来、ドイツにおいて積極的安楽死を含む安楽死の道徳的・法的許容性に関する問題が、繰り返しアカデミックな論争の舞台に登場する。だが、現実の社会的規制としては、1. 積極的安楽死は嘱託殺人であり、ドイツでは罰せられる（刑法典 216 条）。2. 二大教会は意図的な安楽死を、人間の尊厳、神への畏敬に対する侵害として斥ける。3. ドイツ連邦医師会など主要な医師団体は、積極的安楽死を医師のエトスに反する行為として斥ける。これに対して間接的安楽死は容認する。

安楽死をめぐる問いがタブーでなくなったのは、1. 家で親しい人々に囲まれて死にたいという願望が依然として満たされないままであり、2. 英国と異なり、ホスピスの整備が遅れたままであり、3. 癌の終末期で鎮痛治療が依然として不十分であり、4. 癌患者の一部は、適切な鎮痛治療を受けてもなお、痛みから解放されないとされている、などなどの事情がある。そのために、緩和医療の充実・強化が各方面で主張され、緩和医療 versus 積極的安楽死という図式で問題提起される。例えば、引用が長くなるが、ドイツの緩和医療の立場については次のような見解が示されてもいる。

「オランダにおける安楽死認可の決定は、ドイツでも論争を巻き起こす。終末期での病苦、苦痛、孤独、尊厳喪失、自律喪失、これらに対する不安は、ドイツの市民にとっても積極的安楽死を支持する主要な理由である。

だがわれわれには分かっている。すなわち、安楽死への要求が、耐えられないことと耐えられること、望みなさと希望、尊厳喪失と尊厳、死の願望と生の願望、これら両者を隔てる溝を橋渡ししてくれる具体的な救済へのアピールである、と。これに応えることが、ドイツでまだ広く知られていない緩和医療の本質的な目標である。多くの市民は、緩和医療が何を果たし得るのかを知らない。緩和医療は、不治の病に罹り、こうした疾患の進行段階にある人々の生を救済する試みである、と理解される。

緩和医療はドイツでは、またオランダを含む世界の大半の諸国でも、未開発である。この劣勢を払拭するためには、すべての人々に支持され遍く行きわたる保健政策上のコンセプトが必要とされる。緩和医療が積

極的安楽死への願い出を劇的に減少させるのに多大に貢献する。これは疑いを入れない。

ドイツで長年積み重ねられてきた緩和病棟での現場経験は、身体的、心理的、社会的、そして精神的・霊的な苦しみを適切に減少させることができれば、死の願望から生の願望が芽生え出ることを示した。緩和医療は、積極的な生の介助である。

専門的な能力のある緩和医療の作業を展開するには、コストがかかる。それはまた、積極的安楽死の合法化よりもずっと至難な途である。われわれは、われわれの倫理的規範を捨て去ることができない。われわれは、われわれの患者たちに、医学的、心理的、社会的、そして精神的・霊的な領域を包括する介助を遍く提供するように配慮しなければならない」（Dietrich Kettler: *Palliativmedizin – eine Alternative zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe?* in: Felix Thiele(Hrsg.): *Aktive und Passive Sterbehilfe*, München (2005) S.136-7)。

緩和医療の充実により、積極的安楽死への要求が本当にほとんど無くなるのか。だが、この将来予測にかかわる問いとは別に、積極的な安楽死を斥け、これに代わって緩和医療が選択されるべきであるとするなら、その規範的根拠が示されなければならない。この問題は、人間の生を形成する基本的な態度決定に関わる倫理の問題である。緩和医療 versus 積極的安楽死の対立図式は、「保護(Fürsorge)」と「自律」との倫理原則上の葛藤を孕んでいる。ドイツでは、終末期の状況で延命治療の差し控えの是非が具体的に問われる場合にも、その倫理問題は基本的に、そうした理論的枠組みで取り扱われている。

安楽死問題はドイツで、多方面で論じられている大変幅の広いテーマであり、今日でもナチズムの過去を背負った根の深い問題であるが、その問題が今日改めてドイツでも繰り返し議論されるようになった社会的背景は、概ね、医療先進国に共通する特徴でもあると思われる。それで、ここでは、単にその論争の一片断を、倫理的・医療倫理的考察に限って、しかも、医療倫理の原則論に立ち返ることで、その対立状況にスポットを当てたい。ドイツでの安楽死論争の倫理的対立軸は、大まかに言って、「自律」と「保護」である。自律の原則に依拠することで安楽死容認への途を拓こうとする立場に対して、保護の原則を堅持することで安

楽死に代わる選択肢としての緩和医療を提供する立場が対立する。それぞれの立場からする議論の内容を紹介したい。ここでは主に、自律論の代弁者として哲学者 D. ビルンバッハーを、保護論者の代表者としては、医療倫理学者 S. ザームを引き合いに出したい。

I. 「自律」の立場(1): ビルンバッハーの「安楽死容認論」

ビルンバッハーは、患者の自律の尊重を第一義に据えて安楽死を擁護する。彼の「積極的安楽死容認論」には、次の状況認識がある。すなわち、患者の安楽死への自発的要請は、呼吸困難・疼痛などの身体的負担、不快・不安の心理だけではなく、さらに自律の喪失や、尊厳喪失の感情、他人に重荷となっているという負担などが動機である。これらは鎮痛治療が適切になされても、本質的に和らげることのできない性質のものである、という状況認識がある。したがって、安楽死論争を、緩和医療と安楽死との対立軸で捉えるのは誤解を招くという。問題は、緩和医療か安楽死かではなく、どの程度、安楽死が許容されるのか、である。緩和医療や、終末期での人間的な世話が広く行き渡ったとしても、終末期での苦悩という問題のすべてが解決されるわけではないであろう。そうした認識に立って、どこまでも患者の自律尊重の立場から、安楽死擁護への途を拓こうとする。

そのために採られる論法は、積極的安楽死と消極的安楽死を、あるいは安楽死と緩和医療を区別し、後者の行為は許されるが前者は許されないとする「行為論的」論証を逐一吟味し批判するという反証の手続きをとる。

一般に消極的安楽死や間接的安楽死は許容されるが積極的安楽死は許容されないという論証で、引き合いに出されるのは、次のようなメルクマールである。

1. 安楽死の措置の行使者が、患者の死を招く文字通りの原因となること。
2. 他者の生命を意のままにすること。
3. 患者の死(を早めること)が意図されていること。
4. 「ダム決壊論証」(滑り易い坂・論証)。
5. 医師と患者の信頼関係の侵害。

ビルンバッハーによれば、これらのメルクマールは、どれも、積極的安楽死に固有のものではない。消極的、

間接的安楽死のケースにも見出される。だとすれば、消極的・間接的と積極的との区別立ては、道徳的に重要な区別にはならない、と主張される。1. 例えば間接的安楽死や、人工呼吸器・人工栄養補給などの生命維持措置を中止するような消極的安楽死でも、医師が患者の死へと繋がる出来事に積極的因果的に介入するケースがある。2. 意のままにするという概念も曖昧である。重病者を死に逝くままにするのは、容認されるというが、不作為によって、生命が「意のままにされる」ことはあろう。例えば、人工栄養の措置を行わないことで飢えさせるという不作為も、生命を「意のままにする」に変わりがなかろう。3. 積極的安楽死の場合にのみ、患者の死を早めることが意図されているが、他の形態の場合には、たんに死が甘受されるだけだとされる。しかし、終末期の状況で患者の意思に従って延命治療を中断し「死に逝くままにする」というのは、正しく記述すれば、患者の早まる死をただ予見し甘受するだけではなくて、直接目指されている。4. と 5. は、積極的安楽死と消極的安楽死との相違を、以上のような安楽死絡みの行為に内的に備わる性質に見届けるのではなくて、そうした行為を遂行する結果が社会的にどのような影響を与えるか、という功利主義的な視点で問題となるメルクマールである。積極的な安楽死が社会的に容認され、あるいは合法化されたら、消極的な安楽死の容認の場合とは違った危険性が生じるというものである。4. ダム決壊論証では、安楽死の悪用の危険、さらには積極的安楽死が非自発的な望まれない領域にまで拡張されるというリスクが取り沙汰される。しかし厳密に考えれば、そうした悪用の危険性は積極的安楽死の場合に限ったことではなく、消極的安楽死のケースでも劣らず懸念される。ひとたび合法的に開始された積極的安楽死の実践は、慈悲殺の領域に飛び火するのではないか。すなわち患者の明示的な要求がないのに苦痛を和らげるという理由から殺すことへ。こうした危険はしかし、間接的な安楽死や治療停止のケースであっても付きまとうのである。特に治療停止では、患者の意思を飛び越えてしまうような試みが、積極的安楽死の場合以上に起こり得る。したがって、こうした危険性それ自身のなかに、積極的安楽死と消極的安楽死との決定的な区別を探り当てることはほとんど不可能である。5. この論証もまた当たら

ない。積極的安楽死を可能にすれば、患者の権利が拡大こそすれ、切り詰められることにはならない。最終の選択肢として、積極的安楽死の行使が残されているというのは、患者たちにとって、本当に脅威であるどころか、むしろ歓迎されるべきことである。

この立場によれば結論的に、積極的安楽死を定言的に禁止することを根拠づけることはできない。だが、ダム決壊の危険は食い止められなくてはならない。そのためには、要請に基づく積極的安楽死の実践もまた、極端なケースに限定されなければならない。「極端なケース」と言うのは、苦しみが苦しむ本人により耐え難いと判定されている場合であり、そして回復の見込みが断たれている場合であり、苦しみを緩和する別の手段が、特に適切な緩和治療がままならなくなった場合である。こうした場合に限って、積極的安楽死は究極の手段として許容されなければならないであろう。患者の自己決定権を保障するために。

自律論者は、延命治療の中止、苦痛を和らげるための薬を（生命を短縮するとしても）注射すること、そして死に至らしめるために薬物を注入すること、こうしたことの間に関差的な倫理的差異はないと見做す。哲学者ジープの思想も、自律の倫理に立脚して積極的安楽死の容認へと途を拓いている。医療行為の正当化の条件は、その目標が患者の意思と福祉に一致することである。自然な生命の価値は、苦しみから解放されたいという十分に理由のある患者の意志よりも上位にあるのではない。また、高度な医療技術の時代にあつては、生と死の経過はもはや「自然的」と言い切れない。そうした生命の価値に対して、自律という価値、苦痛がないという価値が勝ることがある。しかし、第一義的に尊重されるべき患者の意志は、共同体の標準的な価値や目標によって規制されなければならない。つまり他者によって「追体験可能」でなくてはならない。すなわち、個人の自律が法規範、職業エトスなどにより社会的な制限を受ける余地はある。だがその制限は、積極的安楽死を排除することではなく、その実践の帰結に伴うメリットとデメリットを社会的視点から比較考量するという歯止めの域をでない。

II. 「自律」の立場(2): ヨナスの「死ぬ権利」

基本的には患者の自律を基盤に置きながらも、終末

期の患者の自己決定に一定の制限をおき、「積極的安楽死」は許容しないとする主張もある。その例として H. ヨナスの考えに触れておく。

欧米では70-80年代以来、現代の延命治療がもたらした終末期の問題的な状況のなかで、「死ぬ権利」が唱えられ、これにヨナスも早い時期から注目している（The Right to Die, Hastings Center Report 8/4, 1978. Das Recht zu sterben, Scheidewege 14, 1984/5）。一般にこの権利は、患者の権利として論じられる際には、患者の自己決定権に含まれている「治療を拒否する権利」の延長線で問題とされよう。その限り、その権利は法的には自由権、人格権と深く結びついている。ところでヨナスは、終末期の患者で問われる「死ぬ権利」を、法秩序の根幹である「生きる権利」に直結するもの、「生きる権利」に包括されるべきものとしても捉える。そこに彼の特色が見られる。彼の「安楽死」に対する見解は、「消極的安楽死」「間接的安楽死」は患者の意思に基づく限り容認されるが、「積極的安楽死」は患者の自律的要請に基づくことであっても容認できないという穏健な主張になっている（もっともヨナス自身は、安楽死の語は使っていない）。

ヨナスは終末期患者のケースとして、(1) 終末期の癌患者のような、病苦の意識ある患者のケースと、(2) 回復不能の不可逆的な昏睡状態に陥った意識喪失の患者のケースを挙げ、両者に即して、「死ぬ権利」を考察する。

(1) のケース。この場合「死ぬ権利」に意味があるとすれば、それは「真実を知る権利」と不可分である。「死ぬ権利」が問われるとすれば、その前提として、不治の病で僅かな延命だけが可能である患者の状況が事実として患者自身に知らされていなければならない。その「真実への権利」は、患者のいちいちの行為に関係するものではなく、患者の自己存在全体に関わる問題である。これをヨナスは、「死 Tod への観照的な権利」、あるいは「自己自身の死が切迫しているのを意識しながら、死を所持 besitzen する権利」と呼ぶ。死ぬことは、生の不可分の要素であるから、自己自身の生への権利は、この意味での死への権利を含む。

この視点から「死ぬ権利」を捉えるなら、患者が事情を知らされた上で単なる延命治療に反対し、事態の進むに任せること[治療拒否]を決断するなら、その決

断は尊重されるべきである。しかし、致死薬物により直接的に死を招く積極的な措置を医師に要求することまで許容されるのではない。なぜなら、そのような積極的な措置は、法律的に、また医師の職業倫理上、禁止される。「殺す」と「死に逝くことを許す」「死ぬに任せる」との差異はある。患者の意思に基づき、回復の見込みのないままに、生命維持の措置を続けるのを停止することを、致死量の薬物投与と同じ意味での行為と見るのは、詭弁である。患者の意思に基づく生命維持措置の停止は倫理的に許容される。また、致命的な病の患者の願いに応じて、苦痛緩和の措置をとり、その副次的結果として死が早まるとしても、これも医師の職業倫理上、許される。

(2) のケース。このケースで患者は、選択能力のある主体（人格）ではないから、厳密には「死ぬ権利」が問題になることはない。むしろ、患者本人ではなく、患者にとっての他者の権利・義務が論じられる。他者は、そうした昏睡状態を継続させるべきか、あるいはそうした状態を打ち切るべきなのか。理性の要求としては、後者の選択肢が歓迎されようが、これに対しては、「殺すなかれ」の法律と医師の職業倫理が異議を唱える。

この袋小路からの脱出は？生命の保護・維持の捉え直しが求められる。すなわち、永続的な深い昏睡状態にある生命を、尋常でない手段で保持することは、義務ではない。そうした手段を停止することは許される。むしろ停止が義務であろう。なぜなら、患者がかつて人格であったからには、その人格[の生命]を保護するために、そのことが求められるからである。

ヨナスは終末期の患者の「死ぬ権利」を一応、自律の原則に基づいて認めるが、その権利は、直接に死を意図的に引き起こす措置まで正当化するものではない。そして、その限界の根拠を、ヨナスは単に法規範、医師専門職エトス「殺すなかれ」の命令においており、表向きはそれ以上先を問わないようである。だが、「死ぬ権利」を「生きる権利」に含まれるものとして捉えるヨナスの考え方には、含蓄がある。ここでは曖昧であるが、生きることと死ぬことを対立的に見るのではなく、人間の生命と自由とを存在論的に統一する視点に立った人格論をうかがわせる。そうした人格の自律は、自らの生と死の自然的過程を自覚的に受け容れる

自由、生を人為的に引き伸ばすだけの措置からの自由を意味するが、その過程に逆らってまで人為的に死をもたらすことを他者に要求する自由は含まない。「死 Tod への観照的な *kontemplativ* 権利」、あるいは「自己自身の死が切迫しているのを意識しながら、死を所持 *besitzen* する権利」という表現は、そのような消息を語っていると言える。

III. 「保護 Fürsorge」：ザームの「死への付き添い *Sterbebegleitung*」

医療倫理の原則として、自律よりも、むしろ「保護」に優位を置くことで、積極的安楽死を明確に拒否する立場がある。この「保護倫理」が、自律に基づく「安楽死容認論」の対極にあると言える。だが「保護」を強調するからといって、あらゆる代価を払ってまで生命の維持に努めなくてはならないという「延命主義」を説くわけではない。終末期での「過剰医療」という一般の人々が抱く懸念に応えなくてはならない。この課題は、自律論者にも共通のものである。そこで次に、早くからこうした課題を引き受けるドイツ連邦医師会の見解（ドイツ連邦医師会「死への付き添いに関する原則(1998, 2004)」）に寄り添った形で緩和医療の倫理を説くザームの諸説を参考に、「保護」に方向付けられた緩和医療の倫理的側面を探ってみる。その際のキーワードは、「治療目標の変更」「医学的適応」「対話」である。

あらかじめ、積極的安楽死に関して「保護」の立場から指摘される主要な論点を見ておく。

- ① 治療断念、治療制限と積極的安楽死とを同一視できるのか？
- ② 患者の自律は、積極的安楽死を正当化するのか？
- ③ 医学的緊急事態が積極的安楽死を正当化するのか？

ザームは、積極的安楽死反対の論拠を、自律原則に基づく積極的安楽死容認論に対する再反論という形で示している、と言ってよい。積極的安楽死や医師による自殺補助は、患者を殺すことであり、これは社会的タブーであるが、安楽死の自由化の動きに対決するには、敢えてこれを根拠付けることが求められているのである。

- ①治療を続行しても、回復が見込めず、医療措置が

無益である場合、ただ苦しみだけを長引かせるなら、その治療は非人間的である。だが、この場合、治療措置を制限することは、死を意図する行為ではない。治療の制限により死が早まると予見されることがあっても、死を意図する行為ではない。このことは、積極的な安楽死と、倫理的に正当化される治療制限・停止との間を道徳的に区別する根拠であり得る。治療制限・停止と積極的な安楽死を規範的に同一視する論者は、行為の志向性を度外視し、行為の良し悪しをその結果からのみ判定する結果主義に陥っている。

②積極的な安楽死の容認論者は、その論拠として本人の自律を引き合いに出す。要請に基づく積極的な安楽死は、その要請が患者本人の自律的意思決定の現れである限り、道徳的に正当化される。患者が自らの生を終わらせるという自律的意思決定を下すなら、自律論証からすれば、医師はその患者の意思を尊重して積極的な安楽死の措置をとることは正当化できる。これに対しては、自己決定の尊重だけが医療行為の道徳性の基準ではない、と反論される。生命の保護の原則からの自律の制限・相対化は当然である。安楽死問題に関して言えば、当人の自律的な意思に基づくことで積極的な安楽死が倫理的に正当化されるのか、の問いは、抽象的な患者の自律に短絡的に遡及するだけでは答えられない。患者の自律と患者の生命・自然性とのつながり、さらにいえば、患者を人間存在として全体的に把握する視点が不可欠である。自律は、身体から分離された意識統一の次元ではなくて、身体と共に生きる人間の自然性においてのみ表される。だから患者の自律が具体的に尊重されるということには、患者の自然性が同時に尊重されるということが含意されている。患者の自然性を消滅させる（患者の命を奪う）ことは、患者の自律存在を否定するというパラドックスに陥る。したがって、要請に基づく殺しとしての積極的な安楽死を、自律を引き合いに正当化するという論証は説得力を失う。

③ここで緊急事態とは、患者の生命の短縮を意図する以外の方法では当の患者の苦しみを和らげることができないという状況である。生命を保持すべき義務が、苦しみを和らげるべき義務と相衝突する。不治の病で死の迫った状況では、この2つの義務を比較考量するなら、苦しみを和らげるべき義務が優先する。だ

が、生命保持と苦の緩和という医師の義務葛藤は、緩和医療の開発が進んだ今日では、医学的に回避できる事態である。積極的な安楽死の手段に頼らざるを得ない必然性は、医学的適応という意味では存在しない。緩和医療の通常的手段では手に負えない苦の状態がたしかに、稀にはある。心の動揺状態（delir 譫妄状態）などがある。そのようなケースでは、緩和的セデーションと呼ばれる治療法が医学的に可能である。患者本人の意識を低下させる手段として、鎮静剤を投与する方法である。こうした治療に伴う倫理問題が数年来議論されているものの、医療の現場ではそうした処置が取られるケースがある。緩和的セデーションという技法は、苦しみの緩和を目指すのであって、生命を終わらせることを意図しない限り、そのモチベーションの面で、積極的な安楽死から基本的に区別される、と言う。

このように積極的な安楽死を拒否する緩和医療の基本的な主張は、倫理的には、保護の原則に立脚する。その辺の事情は、「治療目標の変更」「医学的適応」「対話」をキーワードに確かめることができる。

治療目標の変更

ドイツ連邦医師会「原則」は、通常、積極的な安楽死に対比される「消極的な安楽死」あるいは「間接的な安楽死」という言い回しを避ける。何故か。それはザームによれば、この区別にこだわると、安楽死容認論者が言うように「グレーゾーン」が避けられなくなるからである。したがって、積極的な安楽死の拒否を徹底するためには、このグレーゾーンが生じないように概念枠を設定し直す必要がある、と言う。

そこで「原則」では、消極的な安楽死の用語を用いずに、その概念に代えて「治療目標の変更」、「特別の治療措置 *spezifische Therapiemaßnahmen* の限定」という言い方がなされる。その狙いはどこにあるかと言えば、医療行為の倫理的評価の基準としては、医療行為・治療の志向 *Intention*・意図が結局決め手になる、ということを強調したいからである。ところで、治療目標は、疾病の進行状態によって左右される。延命から、苦の緩和を専らとすることまで多様なスペクトルがある。生命の保持、救命が前面に立つ通常の医療にあっても、同時に、症候の緩和がいつも求められる。延命が患者

にとり過酷な苦しみを伴い、酷い死を代価とするような場合には、「生命保持」は医療の義務とは言えなくなる。これに対して、「苦しみの緩和」への義務は、いつも求められている。

症候の緩和がどんな医療の局面でも放棄できない課題に数えられるから、連邦医師会によれば、「治療からの撤退 Therapieabbruch」はあり得ない。延命治療の続行が断念される場合であっても、症候の緩和の務めが残されている以上、「治療からの撤退」ではなくて、「治療目標の変更」があるだけである。

医療行為の倫理的評価の拠り所として、治療目標に焦点をすえるということは、その評価に当たって、行為の動機 Motivation, 志向 Intention に重点が置かれるということである。そうすることで、積極的安楽死との境界線を曖昧にするグレーゾーンを回避できる。

臨床の現場で終末期の患者を世話する状況では、安楽死の諸形態を細分化してみても意味がない。むしろ肝心なことは、生命保持が医学的に可能なかどうか、そして生命保持が許されない苦しみを伴わずになしうるのかどうか、である。そしていずれにせよ、可能な限りの苦しみの緩和は義務付けられている。この義務は、延命が目指されている場合であっても、課せられている。延命がもう意味ある目標とは見做されないとときに、苦しみの緩和が残された治療目標となるのである。

医学的適応

一般に欧米では、医療倫理の4原則の1つとして、恩恵の原則 beneficence が挙げられているが、ザームはこれを「患者の福利 Wohl, Interesse を促進せよ」の命題に置き換える。そして、自律と恩恵の緊張関係が、医療の意思決定の場にあつては、医学的適応の見定め medizinische Indikationsstellung の過程で解決されるという考え方を採る。言い換えれば、患者の自己決定には限定・限界があるが、この限定を、医学的適応の概念で正当化できる。欧米のバイオエシックスでは、自律の尊重に過大な意義が与えられてきた経過があり、医学的適応というものを一般に軽視するまでに進んだ。だが、医学的適応の概念を軽く見ることは、医療倫理的には、保護の原則を一般に軽視することに他ならない。

医学的適応とは、治療法の医学的価値に関する具体的なケースに即した専門的判断である。だが、この判断は科学的なデータから帰結される知見に還元されるわけではない。数ある科学的技術的に可能な措置のうちで、どの措置が個々の患者に適切な医療措置なのかの吟味は、個別ケースでの価値判断を含む。医学的適応は、この意味で、価値的要素を含む。

このような医学的適応が、医師と患者の関係、またその関係における医療行為の意思決定に対して、重要な意味を担う。すなわち、医学的適応は、患者の自律や同意に先行する。医学的な適応のないような措置に対しては、たとえ患者が自発的に要求することであっても、いずれにせよ医師はこれを拒むことができる。患者の自律が尊重され、同意が求められるというのは、医学的適応のある医療措置であるという枠組みのなかでの、医療行為の決定・選択の仕方に関することであつて、医療行為の内容自体の決定に直接に関係しない。言い換えれば、医学的適応の強調は、医療行為は患者の福利 Wohl を目標とするということの再確認である。

対話の過程としての医学的適応の見定め

こうした医学的適応の見定めには、医学的専門的知識の客観的な部分と並んで、主観的な部分がある。主観的部分は、患者本人あるいは代理人との対話の中で構築されるほかない。対話をベースにして始めて、一定の医療措置が具体的状況で妥当かつ必要であるのかどうかの具体的な意思決定のプロセスが成り立つ。対話が目指すのは、個別ケースに有効かつ適切な方法を見つけ出すことである。

だから、医学的適応というのは、単に専ら科学的・生理学的な考察から導き出されるものではない。むしろ、医学的適応を見定めるといふことは、患者の生に与りながら、一定のケースにとって適切なことを見つけることであり、それは患者と医師とにとり共通の善として求められている。

自律の尊重ということが単純に医の倫理を構成するわけではない。共通の善を求めることが問題なのである。そのためには、それぞれの具体的な個別の状況にありながら、その中で患者の自律を保持するとはどういふことなのかを、普段の医療の意思決定にあたって反省することが不可欠である。そうした反省の視点に

身を置けば、自律というものに内在する限界も見えてくる。

翻って言えば、そもそも病気という事実が、患者の自律的で合理的な意思決定を損なう契機である。だから、そうした状況にある患者に、自己決定を求めることは、倫理的な過剰を要求することで、それ自身が非倫理的な要求ではないか、という非難もある。病める人の行為及び意思決定のスペンを制限することになる病気という事実は、それ自身多面的である。身体の不自由や苦痛だけではない。病気に起因する不安、恐怖などの心理的要因、それに社会生活上の種々の喪失という社会的要因によっても当人の行動は決定的な影響を被る。

こうした事実を考慮するなら、その上でなお、患者の自律に理念的意義を認めるとしても、外的な力や権威を排するという意味での患者の自律を一方向的に説くことは、的外れである。むしろ先ず求められることは、自律的な意思決定がかなえられるように支援することである。すなわち、患者のために配慮する支援である。この意味で、患者の自己決定は、その本質的な点で、他律的である。患者本人の関心と願いは、他者との対話の中で初めて顕にされるということである。この対話の過程には、医師が、同様に看護師、そして家族が、さらに必要とあらば他の専門家（心理療法士、聖職者 Seelsorger など）が関与しよう。こうしたことが、終末期での医療行為の意思決定にますます当てはまるのは、言を俟たない。緩和医療の主唱者たちが、医学的適応を見定めることの対話的性格を強調するのは実にもっともなことである。

人工栄養補給の措置

終末期の治療停止・制限の問題は、そうした医学的適応の見定めの問題として理解することができる。そして、人工栄養補給の措置をめぐる議論がその典型である。それは、ドイツでも、裁判で争われたが、特に覚醒昏睡の患者で人工栄養による生命維持措置の停止が、許容されるのかどうか、に賛否両論がある。保護倫理の立場では、人工栄養補給は、いわゆる医療措置ではなくて、どんな場合でも患者に提供されるべき基本的措置 Basisbetreuung、医師にとっては義務的な措置であるという考え方もあるが、その措置は専門的医

療措置に結びついていることから言って、基本的措置には入らないという見方が大勢である。したがって、その措置では医学的適応が問題になる。ただし保護倫理の立場では、その治療停止については、きわめて慎重であるという結論になる。もし医学的適応を有すべき措置だとすれば、問題は、その停止・制限がどのような文脈できめ細かに具体的に記述され、そしてそれが倫理的にどう評価されるか、である。

2004年のドイツ連邦医師会「原則」によれば、医師が常に配慮すべき基本的な措置として挙げられるのは、人間らしい収容(入院)、優しい心遣い、身体介護、苦痛・呼吸困難・嘔吐の緩和、そして「飢えと渇きの癒し」である。基本的措置としての「飢えと渇きの癒し」はしかし、人工栄養補給への無条件の義務を意味しない。基本的措置であるというのは、患者本人の主観的な基本的欲求を充足するという主旨である。人工栄養補給の医療措置が、この欲求とどう結びつくかは、患者グループにより異なって評価されよう。連邦医師会によれば、大まかに言って次の3つのグループ分けに応じて、その扱いの評価が微妙に異なる。

<A 死を間近にした患者(死に近づく段階にある患者)>

このような患者にとっては、大切なのは主観的要求である。人工的栄養補給を無反省的に適応するのは、苦しみを長引かせることになる。死に近づく段階への移行は、学問的には明確に境界付けられないが、多くの場合臨床的な徴候を頼りにする。大半のケースで、こうした患者での輸液やカロリーの人工的投与は、ただ苦しみを長引かせるだけだと見做されなければならない。だから、死に近づく段階にある患者に輸液や栄養を与えるのは、無条件の義務ではない。だが、飢えと渇きを癒したいという主観的要求に応えるのは、無条件の義務である。だが、これは人工的な栄養補給では必ずしも果たされない。粥の皮膜を与えるほうが、いっそう助けになり効果的である。だが、こうした患者の飢えと渇きを和らげるのに、経管やゾンデによる人工栄養補給が排除されるわけでもない。つまるところは、個々の患者の状態に左右される。

<B 致命的な予後の患者>

不治の病で死に近づく過程にあるが、死が間近ではない患者では、飢えと渇きの癒しは、人工的栄養補給の措置を介して可能である。この目標をどのように達成

するかは個々のケースに依存する。また一切の治療は、患者自身の意思に対応しなければならないのは言うまでもない。

<C 不可逆的だが補充療法可能な状態の患者（例：覚醒昏睡）>

第3グループ、例えば覚醒昏睡の患者は、補充療法としての人工栄養補給の措置（例えばPEGゾンデ）を用いて数年間も生命を維持することができる。この場合、倫理的には、生命維持措置の開始あるいは続行の意思決定に当たっては、患者の生命の質に関する判断をできるだけ差し控えるべきだという原則が求められる。だから、覚醒昏睡の患者にも、人工栄養補給を含むところの、医療看護措置が完全に提供されるべきである。ただし、患者本人の意思がこれに反対する場合に限って、こうした治療義務の制限がありうる。しかし、こうした患者について、患者本人の意思をどう確認したらよいかという難問は、依然として倫理的・法律的な論争を呼んでいる。

[参考文献]

- Dieter Birnbacher: Tun und Unterlassen, Stuttgart(1995).
- Dieter Birnbacher: Sterbehilfe – eine philosophische Sicht, in: Felix Thiele(Hrsg.): Aktive und Passive Sterbehilfe, München(2005).
- Dietrich Kettler: Palliativmedizin – eine Alternative zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe? in: Felix Thiele(Hrsg.): Aktive und Passive Sterbehilfe, München(2005).
- ルートヴィヒ・ジープ:「ジープ応用倫理学」, 訳者代表・山内廣隆, 丸善(2006).
- Hans Jonas: Technik, Medizin und Ethik, Frankfurt a. M.(1985)
- Stephan Sahn: Sterbebegleitung und Patientenverfügung, Frankfurt a. M.(2006).
- Robert Spaemann: Grenzen – Zur ethischen Dimension des Handelns, Stuttgart(2001).
- Ulrich Eibach: Menschenwürde an den Grenzen des Lebens, Neukirchen-Vluyn(2000).
- Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung(2004), in:<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&id=41760>