

## ホスピスと医師による死の幫助に関する論文紹介 Courtney S. Campbell and Jessica C. Cox, “Hospice and Physician-Assisted Death: Collaboration, Compliance, and Complicity”

南木喜代恵<sup>1</sup>

### 1. 本稿の主題

もし、ホスピスを安らかな死を迎える場所と想像するなら、医師による死の幫助というみずから死に向かう行為を選択することとホスピスとは無縁のものに思われるかもしれない。しかし、尊厳死法が施行されている米国オレゴン州では、医師による死の幫助の多くの事例がホスピスで行われたという報告がある。確認のために、オレゴン州尊厳死法（Oregon Death with Dignity Act、以下「尊厳死法」と略記）の概要を記すと以下のとおりである<sup>2</sup>。

参考：オレゴン州尊厳死法（Oregon Death with Dignity Act）

1994年に成立した、医師による死の幫助を合法化した法律である。一定の要件のもとで、患者には主治医から致死量の薬物（以下「致死薬」と略記）の処方を受けることが認められている。この制度の濫用を防ぐために、致死薬が処方されるまでには多くの手続きを必要とする。

この法律の要旨は以下の通りである。

・患者の適格

-18歳以上のオレゴン州民

<sup>1</sup> 南木喜代恵（なんぼく きよえ）。関西大学大学院文学研究科博士前期課程。本稿は、第18回関西大学生命倫理研究会（2012年3月16日、関西大学）における報告に加筆修正を加えたものである。

『倫理学論究』, vol.1, no.1, (2014), pp.2-12, 関西大学倫理学研究会

<sup>2</sup> 久山亜耶子、岩田太「尊厳死と自己決定権：オレゴン州尊厳司法を題材に」、『上智法學論集』47(2)、2003年を参照した。

-余命 6 カ月未満と診断された末期患者

-みずからの健康状態について決定を下し、伝達する能力をもち、任意に致死薬の処方を主治医に要請した者

・致死薬処方のために踏む手続き

-主治医による診断

患者の適格を確認する。

-主治医による十分な情報提供

病状、予後、致死薬の服用に伴う危険・結果、他に取りうる代替案について十分な説明を行なう。

-顧問医による診断

末期疾患についての診断を下すための専門性・経験をもつ医師によって主治医の診断を吟味する。

-精神科医・心理療法士による診断

鬱病などの精神障害によって判断能力が損なわれている可能性がある場合にのみ実施される。

-近親者に対する通知の勧め

近親者の猛反対などによって患者の自己決定が害される恐れもあるので、患者に義務づけられているわけではない。

-致死薬処方の申請の方式と待機期間

最低、口頭で 2 回、書面で 1 回要請しなければならない。一回目の口頭での要請から 15 日以上経たなければ 2 回目の口頭での要請を行なえない。また、1 回目の口頭での要請から 15 日以上、書面での要請から 48 時間以上経たなければ処方してはならない。

-致死薬処方の申請の撤回の機会の付与

致死薬処方の要請を撤回する機会を与えたうえで、主治医は致死薬を処方できる。

-記録・報告義務

主治医は一定事項の記録とオレゴン州厚生省への報告が義務づけられている。

・致死薬処方に携わる者の免責

主治医は尊厳死法に基づいて適切な手続きを経て致死薬を処方した医師は、法的責任を免れ、職業上の懲戒処分もない。

・致死薬の管理と服用

患者みずからが処方薬を管理し、服用しなければならない。

上にみるように、同法には、ホスピスの果たす役割は指示されていない。それでは、医師による死の幫助がホスピスで行われるとき、実情はどのようであり、どのような問題がそこにあるのだろうか。以下は、それについて論じた論文の紹介である<sup>3</sup>。2で同論文の概略を記し、3に簡単なコメントを付す。

## 2 .C.S.キャンベル、J.C.コックス「ホスピスと医師による死の幫助 協働、法令遵守、共謀」

### 2.1 医師による死の幫助の現状

1998年から2009年の間に尊厳死法による処置によって亡くなった患者の88.2%が、ホスピスに入所していた。また、調査期間の最後の2年間はさらにこの割合は95.1%に増加している。この調査結果から筆者らは、死を幫助してもらっているのは十分な緩和ケアを受けていた患者であると指摘する。そして、ホスピスが医師による死の幫助が責任をもって行なわれていることを保証する社会機構として見なされているらしいとも推定する。

オレゴンホスピス協会 (Oregon Hospice Association) の公式見解によれば、ホスピスは患者の死にたいという要望を扱う特殊な資格をもち、患者はホスピスが医師による死の幫助かの二者択一を迫られているのではない。そのうえ同協会は、ホスピスは患者が致死薬の処方を担当医に頼んだからと言ってその患者へのケアを決して拒んではならないという見解を打ち出している。しかし実際には、オレゴン州にあるホスピスのほとんどが医師による死の幫助への関与について、職業的・道徳的な観点から制約を設けている。そのため、尊厳死法に基づいて患者が意志決定した死の実行には、ホスピスはほとんど関わっていない。

では、医師による死の幫助に関してホスピスはどの程度関わっているのか。これを調査

<sup>3</sup> Courtney S. Campbell and Jessica C. Cox, "Hospice and Physician-Assisted Death: Collaboration, Compliance, and Complicity", in *Hastings Center Report* 40, 5(2010):26-35.

するために筆者らは、オレゴンホスピス協会に属すホスピス 64 院のうち、56 院の方針に相当する 40 本の文書を手に入れた。そのうち 1 院の方針は作成中だったので、55 院の方針を分析した。

この分析から筆者らは、オレゴンホスピス協会の公式見解と同協会に属すホスピスが行なっているケアの実情とが食い違う理由は、ホスピスの法令遵守の態度と、医師による死の幫助に共謀するのを道徳的に避けたいというホスピスの意向にあるのではないかと問題提起する。

## 2.2 ホスピスのもつケアの哲学と価値観

そもそも医師による死の幫助がなぜホスピスにとって問題になるのか。この理由を探るため、まず筆者らはホスピスが背景にもつケアの哲学を 4 点あげる。

死は人間の生に自然なかたちで続くものであるべきだ

死にゆく患者の尊厳は保障されるべきだ

患者の余命の質は最高のケアによって促進されるべきだ

ホスピスは緩和ケアに専念すると明示すべきだ

筆者らの調査に協力した 56 院のうち、とくに宗教と深い結びつきをもつホスピスは 11 院あったが、以上の哲学は宗教的な背景に関わりなく広くみられる。こうした哲学を背景に、医師による死の幫助においてホスピスがみずから有していると考えられる価値はさまざまである。その自己評価には、たとえば、ホスピスは死期を早めることも遅らせることもしない、ホスピスは患者やその家族を見捨てない、ホスピスは医師-患者関係を尊重する、といった例が挙げられる。しかしながら、こうした価値観をもつホスピスが医師による死の幫助を手伝おうとすれば、次のような倫理的問題が生じる。

死期を早めてはならないという義務（commitment）と、致死薬を得るために医師の幫助を求める患者の要求との間に折り合いをつけること

患者やその家族へのケアを放棄しないという義務と、致死薬にかんする手助けをしないという基本姿勢との間に折り合いをつけること

医師による死の幫助を求める患者にとっての医師-患者関係の統合性を尊重すると

いう義務と、看護師やソーシャルワーカーやスピリチュアルケアカウンセラーその他を含む学際的で全体的なホスピスのあり方との間に折り合いをつけること

のそれぞれにおいて対立している価値観は、医師による死の幫助に対するホスピスの異なる対応を示唆していて、結局のところ医師による死の幫助へ取り組む方針を示さない。それゆえホスピスは、いずれかの価値観を優先させるか、もしくは実際に行なうケアの内容を特殊化することによって、この処置への方針を立てる。したがって、「積極的」「直接的」な関与を禁じることで「消極的」「間接的」には関与する余地を残すホスピスもあれば、そのホスピスがもつ宗教的背景に影響を受けた方針を打ち出すホスピスもあれば、あるいは、宗教に依拠しないホスピスでは患者の意向を最優先するなど、医師による死の幫助に対するホスピスの取り組みは異なっている。

筆者らによれば、この違いは、どのホスピスも法律の政策にしたがっているとはいうものの、尊厳死法に対する態度はその価値観や哲学によってのみ説明されるためである。

### 2.3 ケアと加担の境界線

なぜホスピスによって医師による死の幫助への取り組みが異なるのか。筆者らは、ケアをめぐる考え方の違いが、この処置への取り組みの違いを生んでいると指摘する。違いがみられるのは以下の4つである。

いわゆる「医師による死の幫助」の呼び方

医師による死の幫助にかんする患者からの質問に応じて提供する情報の程度

患者の主治医と連絡を取り合う程度

薬物の服用にスタッフが立ち会ってよいかどうか

に関して：呼び名と道徳的共謀

尊厳死法の制定に先立つ調査で、「自殺 suicide」「安楽死 euthanasia」という表現を支持する人は少ないことが分かった。それゆえ「尊厳死 death with dignity」という表現が採用されることになった。

調査対象となったホスピスの大半（29/55）が「医師による自殺 suicide 幫助」と呼ぶ。残りのうち 12 院が「医師による死 death の幫助」と呼び、14 院は「尊厳死法 Death

with Dignity Act」という言い方で言及している。「自殺suicide」と表現することによって、尊厳死法に関与しないという立場を表明することになる。また「死death」「尊厳死death with dignity」と表現することで、患者とも医師とも協力し合う態度を示すことになる。この協力は、場合によっては、「道徳的共謀」<sup>4</sup>にも見えてしまう。筆者らはここに、本来のホスピスの目的とホスピスが実際に行なっているケアとの間の統合性の問題があると指摘する。

に関して：十分な説明を受けての選択とホスピスの中立性

筆者らの調査によれば、ほとんどのホスピスは、患者が十分な情報を得たうえで決定を下すのを手助けすることもみずからの義務のひとつと考え、それゆえこの処置についての情報提供を行なうべきだと見ている。しかし、死期を早めることも遅らせることもしてはならないというホスピスの哲学に基づいて、あくまで中立な立場から説明するよう決められている場合がほとんどである。筆者らによれば、こうしてホスピスは患者の死の帮助に共謀していないと訴え、本来のホスピスの目的とホスピスが実際に行なっているケアとの間の統合性を守ろうとしている。あくまで「中立」を固持することによって、医師による死の帮助を患者が選択する際に影響を及ぼしたり、役割を果たしたりすることをできるだけ避けていると筆者らは述べている。

に関して：主治医との連絡と協力

尊厳死法の規定によれば、医師による死の帮助を求めることができるのは末期患者自身である。それゆえ調査対象となったホスピスの35%は、医師による死の帮助を依頼するのは医師-患者間の問題であり、この段階にはホスピスは関与しなくてよいと見ている。ホスピスの関与を求めない患者もいる。ホスピスがここに関与すること自体には問題はない。実際に、医師による死の帮助に協力しない、関与しないという方針を採用しているホスピスを除くほとんどのホスピスは、患者が主治医や、医師による死の帮助に関する教育や相談をする機関<sup>5</sup>と連絡を取り合うことに肯定的である。中には、ホスピスの学際的チームからこの処置についての研究や関心を教わることができると患者に伝えているホスピスもある。

<sup>4</sup> Ibid., p.28.

<sup>5</sup> Compassion and Choices of Oregonなどがある (Ibid., p.30.)

しかし、主治医やこうした機関と連絡をとるための手配や、連絡を取りあっていることの黙認を患者から依頼された場合、ホスピスがそれに応じてしまうと、ホスピスは医師による死の幫助に加担したように見られるかもしれないという問題が生じる（道徳的共謀）。調査対象となったホスピスのうち 9 院は、患者と主治医がこの処置について話し合うことに手を貸すことはホスピスの方針に反するとみている。その他のホスピスはこの点について何も言っていないが、話し合いに関与せず両者に任せるという方針を明言しているホスピスはない。ホスピスがこのようにみずからの行動を制限する理由について筆者らは、そうすることでみずからの医師-患者関係の統合性を尊重するという原理を守る一方、あくまで医師による幫助であると主張したいからだとの見解を示す。

に関して：放棄しないことと立ち会うこと

尊厳死法では、患者が致死薬を服用する際に誰かが立ち会わなくてはならないというわけではない。しかしながらホスピスのスタッフの中には、患者へのケアを放棄しないということはホスピスのもつ価値観のひとつで、それゆえ患者が致死薬を服用するときに立ち会うのは当然だと考えている人もいる。ところが実際には、スタッフの立ち会いを認めているのは 11 院だけで、31 院は禁止し、12 院は立ち会いについて言及してさえいない。筆者らは、ホスピスがスタッフに立ち会いを禁じる理由を 2 つ挙げる。ひとつは上で見たような「道徳的共謀」と取られる可能性を回避するためである。もうひとつは、患者が致死薬を服用するときにトラブルが生じる場合を想定してのことである。しばしば患者は嘔吐などのトラブルを起こす。スタッフが立ち会っていれば、トラブルが生じてもすぐに解決できるが、そのスタッフは結果的に患者の死の実行を手助けすることになってしまう。

ホスピスは、スタッフが行なうべきは「人間的なニーズ」<sup>6</sup>に応えることを含む、「適切な質のホスピス・ケア」だという方針を採用している。筆者らによれば、ここにはホスピスの次のような論理がある。トラブル発生時に患者に対してホスピスのスタッフが行なうケアは「人間的なニーズ」への応答であり、「医療的なニーズ」への応答ではない。このようにホスピスのスタッフの任務と医師の任務とを区別すれば、医師による死の幫助は医療の範囲に含まれることになる。それゆえ、死の場面で患者のニ

<sup>6</sup> Ibid., p.31.

ーズに応じる責任は医師にある、という論理である。

尊厳死法が致死薬服用時に誰かの立ち会いを要請していないとはいえ、しかし、医師が立ち会う割合は 25%にも満たない。筆者らはこの点に注意を喚起して、ホスピスのスタッフが立ち会わなければ、事実上患者は放置されるという問題を提起している。

#### 2.4 致死薬の服薬に関わることの禁止

死の実行を手助けすることはどのホスピスにも共有される禁止事項である。筆者らは医師による死の幫助への不関与を表明しているホスピスが禁止するのは当然だが、ある程度は関与するという態度をとるホスピスが禁止する理由は法令遵守にあると指摘する。尊厳死法は死に繋がる措置を行なうのは医師の責任であると定めており、この規定を受けてホスピスは、共感にあふれるスタッフが死の手助けしないようにするために立ち会いを禁じていると筆者らは考えている。

筆者らが冒頭で示したデータについて、医師による死の幫助を肯定的に見る人は、ホスピスの緩和ケアが不十分だから医師による死の幫助を選択したというわけではないと考える。反対派は、ホスピスには終末期の患者に対して十分なケアができるので、医師による自殺幫助は不要であると訴える。賛否いずれの意見も医師による自殺幫助とホスピスとが深くかかわっているとみているが、ホスピス自身は医師による死の幫助と距離をおいている。したがって筆者らは、こうした前提を抱いて、医師による死の幫助にホスピスが関与していると考えるのは間違いであると指摘する。

#### 2.5 ホスピスが関与する形態

では、ホスピスと医師による死の幫助はどのような関係にあるのか。筆者らは医師による死の幫助へホスピスが関与する度合いを 4 段階に分ける。

##### 法の範囲内で完全に関与する

「医師による死 death の幫助」と呼ぶ。患者からの要望に応じて、この処置に関する情報を提供し、致死薬を服用する際のスタッフの立ち会いを認めている。服用時にトラブルが生じれば、スタッフは患者の「人間的なニーズ」を満たすべきだと考える。

#### 中程度に関与する

「医師による死 death の幫助」と呼ぶ。患者からの要求があればこの処置について情報公開するが、あくまで「中立」であるという制限を設けている。患者やその家族からの要望があれば、看護師以外の選ばれたスタッフは立ち会うことが許されている。こうした制限が設けられているのは、看護師を立ち合わせることによって、ホスピスが致死薬服用時に生じるかもしれないトラブルに対応する姿勢にあると見なされないためである。

#### 限定的な関与を行なう

「医師による自殺 suicide 幫助」と呼ぶ。この処置の手続き自体には関与しないが、患者へのケアは続け、患者の死後に遺族へのケアも行なっている。

#### 法的に求められた非関与、非協力を貫く

「医師による自殺 suicide 幫助」と呼ぶ。ホスピスがあればこの処置は不要になるという考えから、これに関する情報提供は行なわず、もちろん立ち会いもしない。したがって、この処置に関心をもつ患者をケアする数は比較的少ない。

筆者らによれば、調査対象となったすべてのホスピスは以上4タイプのいずれかに分類される。つまり、ほとんどすべてのホスピスが尊厳死法に関与してはいるが、ある程度関与しているだけに留まっている。筆者らは以上の分類を通じて、医師による死の幫助で亡くなった人の多くがホスピスに入所していたからと言って、ホスピスが医師による死の幫助と深くかかわっているとは言えないと断定する。

### 2.6 考え抜かれた中立性に向かって

以上の調査について筆者らは、調査の対象が大都市にあるホスピスに偏っており、それぞれのホスピスの方針が定められた経緯については明瞭ではなく、さらに掲げられた方針と実際に行なわれているケアとは異なるといった不足な点をみずから指摘している。

しかし筆者らはこの調査から重要な示唆を引き出す。それは、医師による死の幫助に対する方針はホスピスによってさまざまであることである。筆者らはこの点について、患者がホスピスに入所してしかこの方針の違いを知りえないということの問題視している。しかも、それぞれのホスピスがもつ哲学をみても方針の違いは明らかにならず、また、そのホスピスの奉じている価値観からもスタッフがどのような対応をするかは分からない。医

師による死の帮助への対応は、哲学的背景よりも、法令遵守のほうが重視されるためである。

この調査によって明らかになった問題は以下の2つである。ひとつは、尊厳死法による死を選択した患者の88%がホスピスに入所していたが、ホスピスはこの処置に関わらないようにしていたという点である。もしホスピスのスタッフがこの処置について患者に対して情報公開せず、医者との協力も行わず、立ち会わないとすればどうなるか。筆者らによれば、医師が患者の死に立ち会うケースは全体の四分の一にすぎない。したがって、死にゆく患者に対するケアの問題が生じてくる。医師もホスピスのスタッフも致死薬の服用に立ち会わないとなれば、多くの患者はもっとも信頼をおいていた人間に見捨てられたと感じるだろうという問題である。

筆者らここで、QuillとCasselの提唱する「考え抜かれた中立性」<sup>7</sup>を提言する。その目的は、医療従事者とホスピスのスタッフと患者との間には多様な見解があることを認め、この問題について議論を進めることである。現在オレゴン州のホスピスは、患者の死にたいという要望を扱う特殊な資格をもっており、患者はホスピスか医師による死の帮助かの二者択一を迫られているのではないとするオレゴンホスピス協会の公式見解にたしかにしたがっているが、実際には多くのホスピスが医師による死の帮助に対して「積極的」「直接的」な関与をしないという方針を採用している。そのためにホスピスは、みずからの立場の道徳的な曖昧さや入所者が医師による死の帮助を選んだ場合の手続きの不明瞭さといった問題を抱え込んでしまっている。この道徳的に曖昧な説明を回避するには「考え抜かれた中立性」をめざして必要な対話を交わし、不透明な手続きを明瞭にすべきである。そうすることによって、ホスピスはみずからが奉じているもろもろの価値観のあいだの緊張関係を認識でき、みずからの価値観・方針・手続きを一致させようと試みることができる。とりわけ、ホスピスの統合性を構成するケアの哲学を批判的に見つめることができるようになるというのが、筆者らの主張である。

### 3. 報告者によるコメント

筆者らは、医師による死の帮助によって死亡した患者の約9割がホスピスに入所してい

---

<sup>7</sup> Ibid, p.33; T.E. Quill and C.K. Cassel, "Professional Organization's Position Statements on Physician-Assisted Suicide: A Case for Studied Neutrality," *Annals of Internal Medicine* 138(2003):208-211.

たにもかかわらず、当のホスピスはこの処置に消極的である点を問題視する。そのうえで筆者らはこの不一致の背後に控える法的・道徳的問題を指摘した。それによれば、すでに尊厳死法が施行されているオレゴン州では、オレゴンホスピス協会がホスピスにおいて医師による死の幫助が行なわれる可能性を認めている一方、そこに属す個々のホスピスは法令遵守の精神と各自の方針からそれに積極的に関与しない。患者が致死薬を服用する際に医師が立ち会う割合は25%にも満たないというデータがあり、さらにホスピスのスタッフも立ち会わないとなれば、結果として患者は死に際に放置されることになってしまう。こうした問題を解決するための第一歩として筆者らは、医療関係者、ホスピスのスタッフ、患者たちが異なる見解を持ち寄って討議し、それぞれの求めるところの折り合いをつけるよう試みることを推奨している。

しかし死を望むほどの苦しみにある余命いくばくの患者に対して、筆者らのいう「考え抜かれた中立性」を生み出す議論の場で討議するように求めることは現実的といえるだろうか。仮にそれが可能だとしても、三者にはそれぞれ、議論においてどのような役割を担うことが求められるのだろうか。たしかにホスピスが尊厳死法をめぐる問題について法令遵守を盾に実情から目をそむけているという筆者らの指摘は適切で、互いの見解を交換しあうことは問題解決に向けた重要な段階である。しかし上の論文では、こうした議論の場をいかに形成するか、またそこでの議論を実りあるものにするにはどうすればよいかについて、具体的な方向づけは示されていない。それゆえ、データの分析と問題の背景の洞察の点では優れた成果を示しているのに比して、結論はやや抽象的に終わった印象がある。

#### 参考文献

飯田巨之、甲斐克則編、『終末期医療と生命倫理』、太陽出版、2008年。