

18 これは「安楽死」ではない

末期がんの患者に心臓停止を招く薬を注射した東海大医学部付属病院の医師に「殺人罪で有罪」の判決が出た。それから一年しかたっていないというのに、同様の事件が京都府京北町の町立病院で起きた。

院長が、末期がんの患者に呼吸停止を招く薬を点滴して死なせたのだ。この院長は、「信念をもってした」と語っている。

二つの病院の事件には共通する問題がいくつもある。安楽死論議をする前に、以下のことを認識しておく必要がある。

第一は、どちらも「安楽死」とはいえないことだ。患者は、ともに「昏睡状態」だった。昏睡状態の患者は苦しみを感ずることはないといえる。安楽にするために、死期を早めたりする必要は乏しい。

安らぎを必要としていたのは、患者よりも

むしろ、患者の姿を見てパニック状態になった家族や医師自身だったのではないか。

第二は、どちらの医師も、末期がんの苦しみを除く医療技術の動向に習熟していなかったように見えることだ。

苦しい、痛いといった感覚は、今では、かなり軽くできるようになっている。町立病院の院長は、「末期患者に投与するモルヒネの量を増やしたこともある」「死期が早まったとしても、それは苦痛をやわらげるためだった」といった発言をしているが、このようなモルヒネの使い方は最新のものとはいえない。

超小型ポンプで皮下に少量ずつモルヒネを入れる持続皮下注入法などを適切に行えば、死期を早めたりせずに、苦痛を取り除けるようになってきているからだ。

事件の引き金となった^{けいれん}痙攣を鎮める方法は

いくつもあった、専門家の常識になっている。「がんは痛い、苦しい」だから「安楽死」と短絡的に考える時代は過去のものになりつつあるのだ。

第三は、どちらも、医師が独断で重大な決断をしていたことだ。

末期医療は、本人、家族と看護婦などさまざまなスタッフが、チームで取り組んでこそ成果があることが知られている。

今回の場合は、「進行したがん」と二年前からわかっていたのに、院長は看護婦たちと末期医療について話しあった様子がない。

呼吸停止を招く筋弛緩剤を使うことさえ、家族に知らされたのは、報道陣の取材を受けた後だった。

共通する第四、そして一番大事な点は、東海大でも京北町立病院でも、「安楽死」が許されるための最も基本的な条件、「本人の意思」なしに、死期を早める注射や点滴が行われたことだ。

「本人の意思なき致死行為」を安楽死と呼ぶ国はない。欧米の安楽死論議は、患者本人が病気の見通しなどを知り抜いた上で死を願うケースをめぐらるものだ。

ところが、東海大でも京北病院でも、患者は、病気についても知らされていなかったようだ。治療方針の決定にも参加していなかった。その延長線上で、「死」までも他人に決められてしまったのである。

患者自身が病気を知り、いくつかの治療法の中から自身の人生観や人生の計画に合ったものを選び取っていく。これが、先進諸国の医療の潮流である。

日本の医療は、その流れから取り残されている。本人が知らないうちに使われた非加熱血液製剤によるエイズ感染や、抗がん剤による被害が日本に多発しているのは、そうした閉鎖的医療の結果でもある。

今回の事件を、そうした日本の医療のゆがみを変える契機ともしたい。

●その後

社説が出て八日後、帝京大市原病院集中治療センター長・福家伸夫氏の次のような投稿が「声」欄に、載りました。

「筋弛緩薬を使用した『安楽死』事件が議論されているが、この薬は患者に『安楽』をもたらさず、むしろさらに強い苦痛を与えることを指摘したい」

「筋弛緩薬は筋肉活動を停止させるが、知覚神経と脳細胞には作用しないので、痛みはそのまま残り、意識も失われないうま体が動かせなくなる」

「動けなくなるために安静に見えても、実は患者は元々の痛みに加え窒息の苦痛と闘わなければならない」

●その後―本

『ナチストイックと障害者「安楽死」計画』H・G・キヤラフア―著、長瀬修訳、現代書館、96年11月号
『特集・安楽死事件と「看護の倫理」―その時々のため』日本看護協会出版部

『がんの痛みが消えるとき』武田文和編、社会保険出版社、97