

ロエヴィ「ターミナルケアの倫理」〔翻訳〕

菅野耕毅

目次

- 第一章 序論
- 第二章 死ぬこと、死と態度
- 第三章 疑問、方法、自律の問題（以上前々号）
- 第四章 死の統合的編成の概念
- 第五章 突然死と終末期（以上前号）
- 第六章 自殺、医師介助自殺と安楽死（以下本号）
- 第七章 ホスピスと終末期
- 第八章 明日への挑戦

## 第六章 自殺、医師介助自殺と安楽死

### 一 序 説

その唯一の選択肢が、生きて長く苦しむか、死んで苦しみを少なくする（患者の視点からみて）かであるような意思決定能力のある患者は、死に際して医師の助力を求めるであろう。この要求は、(1)生を終わらせるのに利用可能な手段およびその用い方に対する質問として、(2)痛みなく平安に生を終わらせるような処方箋（手近で使いやすいか否か）の要求として、または、(3)生を終わらせるための薬剤を医師から直接与えてもらいたいという懇願としてなど、さまざまな仕方提示されうる。ときには、それは、後者二つの要求が結びついたものであるかもしれない。例えば、患者は、彼女が入手してそれが十分でないことがわかった薬を補う準備をすることを医師に尋ねるかもしれない。こうした要求には、つぎの二つが共通している。(a)それは、意思決定能力のある患者によってなされていること、また、(b)それは、長く生きてもつと多く苦しむか、または短く生きて苦しみを少なくするかに、選択肢が狭められてしまった、そういう諸条件の下でなされていることである。

これら三つの要求は、それぞれ、しばしば倫理的に全く違うようにみえる。第一（情報の分かち合い）では、医師または看護師は、自分自身が他の二つにおけるほどに深く関係してはいないとみている。第二（もし十分な量を服用するなら死の原因となるような薬剤を処方すること）では、医師および看護師は、死の原因となる最終的行為が患者によってなされるのだから、彼らはまだ原因行為者ではないと感じていることがしばしばである。第三（死

の原因となるような薬剤を直接に与えること)では、医師および看護師は、直接的に因果関係連鎖の一部であるから、自分たちも直接的に責任があるのだと思いやすい。おそらく、問題に対する取り組みにおいて、個人的な道德および感情が引き起こす差異に関する適切な例証がここにある。まず第一に、個人的道德(しばしば宗教または伝統に由来する)は、一般的倫理思想が規制せずに個人の自由に行っていることから、禁止するかもしれない。第二に、助言する過程は、処方箋を書く行為とは異なる「感じがする」が、それでもまだ、死の原因となる注射を実施することとは似ていない。これらは、些細な差異ではなく、それらは、全く異なった行動の過程に至るであろう。しかし、倫理的に言うならば、助言し、処方し、もしくは注射する医師または看護師は、人の死に至る因果関係連鎖において、すべて必要な輪である。彼らの助言、処方箋、または注射がなければ、患者は、彼が死亡した時には死亡していなかったであろう。ところで、もし仮に医師または看護師が助言を拒否したとしても、その患者は、別のところで、同じ助言を多かれ少なかれ容易に得ることができたであろう、ということが主張されてもよい。さらにまた、あまり大きな説得力はないが、処方箋は不可欠なものではないと主張することもできよう。すなわち、患者は別の手段を選び、またはどこかで薬もしくは処方箋を入手するかもしれないのである。しかしながら、患者が身体の自由がきかず、飲み込むことができず(それが衰弱、吐き気のためであれ、または不能の理由が何であれ)、そして、もはや自分の生を終わらせるために注射を求める体力も衰えたときは、なにか他の選択肢に関する質問もほとんどない。こうして、これらの積極的支援のさまざまな方法の間の違いの一つは、患者が他の選択肢を選んでそれを実行に移すために有する相対的な力である。

これらの多様な活動過程の、医療チームに対する感情的衝撃は、些細なものではない。医療専門職は——ちように患者と同じように——彼ら自身の道德観に縛られた道德的行為者である。主張すべきことの一つは、患者は自分

自身の死亡の時間を決定する権利をもっているということであり、もう一つは、医療専門職は患者がその希望を實行に移すのを支援する倫理的義務があるということである。この差異は、助言することまたは処方することであるときには全く明らかであり、他の活動過程は、患者に対し開かれている（少なくとも理論的には）。その差異は、患者が（衰弱、吐き気、または嚥下不能のため）、医療施設の入所者となったときには、取るに足りないものとなる。そうした困難は、患者および家族との適時の協議により、回避するか、または少なくとも大幅に減少させることができる。患者は、自分自身の道徳観と医療提供者の道徳観の間に、架橋できない不一致が存することがわかった場合は、他の医療提供者を選ぶように強く勧められるべきである。

本章においては、われわれは、例外的な出来事として残るだろうと思うことがらに焦点を絞ることにしたい。それは、意識澄明であり、かつ、長く苦しい生を生きるか苦しみを逃れるため自分の生を終わらせるか以外には全く選択肢をもたない者で、自分の苦しみを終わらせることを望む患者に、死亡をもたらすことへの、医療専門職の積極的な参加である。終末期を統合的によく編成することは、自殺をしたいという願望、そのため自殺の実行を手助けしてもらいたいという要求を減らすのに大いに役立つであろうということが、本書全体の論題である（「終末期の統合的編成」と題する章を参照）。それにもかかわらず、この問題は——われわれは、それが大幅に減少することが可能であると考えるけれども——姿を消すわけではない。

自殺に関する議論は、安楽死に関するのと同様に、決して新しいものではない。それは、少なくとも古代ギリシヤまで、さらに、おそらくは、それよりもはるかに昔にまで遡ることができよう。決して総てではないが大方の古代哲学者たち——彼らのうち、プラトン、ソクラテス、およびストア派哲学者——は、安楽死は倫理的に容認可能であることを発見した。他の者は、有名なアリストテレス（もし自殺に向かう彼の態度からこれを推論してよいな

ら) およびピタゴラス学派の人たちは、容認しなかった。ヒポクラテス倫理学は、キリスト教を予言したピタゴラス学派の人たちから大きな影響を受けて、安楽死に反対した。しかし、ギリシャの医師たちのうち少数の者しかヒポクラテス学派に属していなかったことを理解することは重要である。原始キリスト教徒は、すべての殺害に反対した。確かに、殺害は、正当防衛の方式であろうと、戦争であろうと、死刑であろうと、原始キリスト教徒にとっては、道徳的に容認できなかった。それゆえ、安楽死は、教会によって反対された。中世には、大抵でないにしても多くの医師は聖職者であったし、医療は全面的に教会の監督下にあった。これらの環境にもかかわらず、敬虔なカトリックである聖トマス・モア(一四七八年〜一五三五年)は、他のある程度進歩的な思想に囲まれた、安楽死が採用されるような社会に賛意を表した。安楽死の思想は、次の二つの勢力のおかげで、ますます広く普及してきた。それは、(1)個人主義の拡大およびそれに伴って増大した自己決定に対する個人の権利の強調と、(2)しばしばほとんど際限のない生の伸長を実践的に現実化してきた医学の進歩とである。

## 二 定 義

医師の介助による自殺(以下「医師介助自殺」と略称する)は、安楽死とは異なる。医師介助自殺にあつては、医師は潜在的に死を招く薬剤を処方する——ところが安楽死では医師は投薬を実行する。安楽死は、非任意的なものもあり得るけれども、われわれがここで述べようとしているのは任意的安楽死だけである。すなわち、手段について助言して患者の死亡を引き起こさせること、死亡を引き起こす薬剤の処方をし、または薬剤を実際に投与することである。この討論のためには、それは、殺害されようとしている人の直接的要求の後でだけ、考慮される。も

しも、われわれが、彼らが死ぬことを望んだ時に、彼ら自身の死を求める人間の倫理的権利を認めないつもりなら、われわれは、確かに、事前に用意されたそうした要望に応じること、または他人が彼らを代弁するのを認めることはできない。この討論のためには、われわれは、安楽死を「良い死」であることとする伝統的な解釈を乗り越えたいと思う。むしろ、われわれは、安楽死の倫理を、次のような定義の下で考察したい。

任意的安楽死とは、それに同意している人に対し、避けられない、進行の遅い、苦痛のある死を免れさせる意図をもって、熟慮のうえでその殺害に参加することである。

こうして、われわれの目的のために、いかなる安楽死の事例も、少なくとも次のような条件を共有しなければならない。(1)それは熟慮のうえでなければならない、(2)それは、耐え難い苦しみで満たされて、そうした行動がなければ持続する生を、停止することではなければならない、(3)それは、個人の死が、避け難く、切迫していると合理的に感じられるような環境の下においてでなければならない、そして、(4)それは、死ぬことになっている人の要求または心からの同意によるのでなければならない。

ナチスの時代に、安楽死は、新しい非常に威嚇的な意味を帯びていた。その意味は、残念ながら安楽死に関する議論に影響を与え続けてきた。こうして、われわれは、ナチス（およびそれより以前の人びと）が「安楽死」（ただし、その実は単純な殺人であった）と呼んだものと、その言葉によりかつて理解されまた現在も理解されているものとは、明確に区別しておきたい。一般に使われている安楽死という言葉は、殺される人の福利だけを意図して他人の死をもたらすことを意味する。家族、国家、または施設のための利益（想像上のまたは実際上の）は、考慮すべき事柄ではない。非任意的安楽死（ときどき「慈悲殺」と呼ばれる）においてさえ、それは殺される人の利益であり、他に（良かれ悪しかれ）そうした行動に動機を与えるものは何もない。他の者の利益とわれわれが考える

ようなものは、実は、利益でないかもしれない。しかし、いずれにしても、いかに悪く思われようとも、それは殺される人の利益であり、その行動に動機を与える利益は他の誰のものでもない。ナチスによって用いられた安楽死はこれとは異なるものであり、殺される人のための利益は全く議論されなかった。問題となるのは、伝えられたところによると、そうした人を殺すことが国家ないし社会を利したことである。記録文書が、これを十分に明らかにしている。ナチスによって使われたような「安楽死」という婉曲的な表現は、彼らもすべての文明人たちがそれを単純に「殺人」と呼ぶだろうことを知っていた、単なる「二枚舌」の見え透いた化粧張りにすぎない。

容認可能な（倫理的にも法的にも）殺害は——いかなる文脈においても——倫理的に容認可能な殺害であり得ることが論証可能なものは、明らかに倫理的に許容され得ないことにも門戸が開かれているだろうという、理に適った不安を引き起こす。こうした「滑り坂」論法は、いろいろの点でナチの論法の遠縁に当たるものであるが、われわれがひとたびこの種の足の家屋への踏み入れを認めると、誤用の氾濫が続いて起こりそうであり、それは実体を欠くものでもない。殺害を容認することは、どのような理由であれ、危険な動きであることは疑いない。しかしながら、その動きは、われわれが戦争で自分の敵（都市を爆撃するときのように、個人的には知らず、しばしば個人的でない）を殺害するとか、犯罪者を死刑にするとか、あるいは正当防衛で人を殺すといった段になると、そうした動きをすることを躊躇するようには思われたい、そういう動きである。こうした実例において、他の類型の殺害を促進する際の社会的衝撃が小さくなるよう十分に、われわれはこうした特殊な殺害行為を分離し区別することができるものと考えられる。しかしながら、こうした殺害行為は、安楽死とは異なる。戦争における殺害、犯罪者の死刑執行、または正当防衛の殺害は、死ぬことを望んでいる臨死の人を利するために行われる——われわれがここでその言葉を使う意味における品質照明付きの安楽死——のではない。むしろ、それは個人的または公共団体的な他者

を利するために行われる。最近、ナチ国家が殺すために酷評した慢性的疾患またはそのほかの「障害のある」個人を記述するためナチスにより使われていた概念、すなわち *Lebensunwertes Leben*（「生きるに値しない生」）の概念が、再び、われわれの思想に秘かに入り始めた。われわれは、重要な細部にわたるこれの発展を、後に議論しようと思う。

滑り坂の論法は、本質的にかつ自然に、貧弱である。われわれの諸活動の大半でないにしても、その多くは、「滑り坂」を構成することが可能である。例えば、一杯のワインを飲むことは酪酊に通じるかもしれないし、また美味しいディナーを食べることは暴飲暴食への道の第一歩となる可能性もある。滑り坂は、避けることはできない。滑り坂の存在は、ある思想または行動を許容しないことよりはむしろ、単に選択をするときの注意を助言するだけである。行動をより安全にするための選択の自由は、もし安全でなく、さほど悪くもなく、良くもないとしても、選択をしなければならぬような社会背景において生ずる。結局、滑り坂に最初に「潤滑油をさす」諸要因の一つは、決して良くはない、または正しくない選択案の連なりから、「最も悪くはないもの」または「最も不正ではないもの」よりはむしろ「良いもの」または「正しいもの」として、われわれが最終的に選択または決定をする選択肢のすべてを眺めるための無責任なドライブなのである。

### 三 自殺および死なせること

任意的安楽死は自殺との類似点が多い。自殺では、理性的な人が、いかなる理由のためであれ、自分の生を終わらせることを任意に決定する。任意的安楽死では、その願望を実現するのに、他の人が何らかの方法で支援する。



両者に共通することは、生を終わらせる決定が、終には死に至る人によって行われることである。自殺では、選ばれる手段は直接的である。すなわち、人は自分自身的手段または少なくとも自分自身の手によって自分の生を終わらせる。任意的安楽死では、自分の生を終わらせたいと望む人と、用いられる手段との間に、行為者が介在する。人が他の人の希望の道具となるときさえ、理性はなお、その患者の望みを自殺とみなすように人の心を傾けさせるだろう。仲介者として快く奉仕する行為者は、今度は自分自身の意識と取り組まなければならぬ。すなわち、彼ら是否応なしに、ある人の死で終わる因果連鎖の一部となるのである。われわれは、もしあらゆる環境の下において自殺は倫理的に悪いことであると考えれば、安楽死の実行に倫理的正当性を見つけることはできないだろう。伝統的に自殺に反対してきた人たちは、直接的にか間接的に宗教的価値観に訴えるような理由のためにそうしてきた。カントが彼にとって完全に合理的な基礎であると思われることから（すなわち、自殺の実行においては、人は自分自身を単に手段として取り扱おうとし、自分自身を本質的に目的として取り扱うことができないということ）に基づいて、自殺反対論を試みるときさえも、宗教的動機が一貫して聳えるように現れる。

個人的選択、個人主義、および自律は、われわれの文化においては非常に強調されているが、それは手に負えないほどだと、われわれのある者（著者たちを含む）は考えている。それにもかかわらず、われわれはまた、個人的選択および意思決定の自由は、社会的価値観のヒエラルキーにおいて高い位置づけを受けるに値することにわれわれの誰もが同意するとも考えている。そこで、もし、われわれが、個人の自律の尊重は少なくとも条件付きの倫理的責務であると考えてるならば（すなわち、もしわれわれが、大抵の場合に、人は、この自己決定が明白な仕方で他人を侵害しない限り、自己決定の権利を有するということを信ずるならば）、人がどうして条件付きの自殺をする権利に反対論を述べようとするのかを理解することは困難である。確かに、自殺が倫理的に疑問であると感じられ

るような場合も少なくない。議論の余地はあるけれども、他人に対して適切に果たすことのできる重要な責務をもつ人（例えば、自分の家族の主要な物質的ないし心理的な支えである人たち、または果たすべき重要な仕事をもつ人びと）は、自己を破壊しない責務を負い、そしてその過程で、他人に重大な侵害をしまたは破壊までもするようなことをしない責務を負う。しかし、この討議においては、われわれは、痛みがありかつ衰弱させる病気の最終段階にある患者について話そうとしている。そうした病気の最終段階にある患者は、確かに責務をもち続けるが、しかし大抵の場合、そうした責務は否定的であり、それは倫理的に行動することである。例えば、彼らは、故意に、他人を害し、嘘をつき、盗み、または殺すことはできないし、また、彼らは、他人に強い負担を最小にすることが期待されている。さらにもっと積極的な仕方で行動する能力（子どもたちを保護する能力、学生たちを教育する能力、または患者を治療する能力）は、仮に実際にすでに喪失したのでないとしても、少なくとも薄弱している。個人の権利が尊重されるのみならず、多くの点で国民的な崇拜の対象ともなっている国家においては、自殺に対する反対論（とくに法律的な反対論）は、実際に、われわれ大多数のものを、異常に非論理的で不適正なものとして攻撃すべきである。

自殺をする人が彼らの家族および友人たちに相当の精神的苦痛を残すという論法は、これまでしばしば論ぜられてきた、そして疑いもなくときどき妥当な論法である。そうした判断は、その行為自体を取り巻く環境に依存するのみならず、多くの点で、その行為が生み出されたその道筋にも依存するものと、われわれは考える。（確かに、これは、経験的に決定されうるような何ものかであると、人びとは多分考えるだろう）。多くの実例において、患者が末期的な病気であるときに、自殺をする（実際は、安楽死を引き受けるオランダにおいて）意思決定は、愛する人びとの抱擁の中でなされる意思決定である。自殺が違法となるとき、または何となく恥ずかしくまたは倫理的

に禁じられたものと見られるときは、患者がそうした選択案について家族、友人、またはケア提供者と協議する能力は、厳しく抑制されることになる。その結果、後に残された人びとが精神的苦痛に苦しむと思われる可能性は、相対的に言うなら、減少よりはむしろ増大される傾向となるだろう。

今日では、自殺は、いかなる環境の下においても倫理的に正しくないと主張する者はほとんどいない。たとえば、われわれが、個人の世俗的または宗教的な立場に基づいて自殺に反対するとしても、われわれの大半の者は、似たような環境にある他人に対し、そうした権利を認め、少なくとも条件付きで認めるだろう。そして、自殺は任意的安楽死と同様に道徳的に禁じられたものであると考える人たちでさえも、大抵は、瀕死の激しく苦しむ患者の生を延命しないことに、あまり悪いところを見つけない。積極的介入に反対するわれわれの見かけ上の大多数者が、消極的に「だれかが死ぬことを容認すること」は、どういうわけか、積極的に同じ結果をもたらすことよりも、道徳的に非難されないと考えていることは、心理的にみて全く興味深いことである。

激しく苦しんでいる患者、そしてはや緩解ないし治癒の現実的希望のない患者（言い換えれば、引き伸ばされた助からない苦しみを伴う僅かに長い生存か、早期死亡の自己選択による苦しみの短縮か、の選択に直面している患者）は、大部分は、死ぬことを望まない。彼らは単に、今では周囲が彼らに生きることをいやおうなく押しつけて、そうした仕方でも生き続けたいと思わないだけである。こうした違いは重要であり、そして、万事を考慮して生が再び積極的に見直されるように、適切に終末期の統合的編成をすることの重要性を証明してる。

誰かが死ぬことを「容認すること」については、少なくとも、二つの異なった意味がある。(1)われわれは、そうした介入がなければ否応なく死に至るような一連の出来事において介入することを——容易に可能なときでも——差し控えることもある（例えば、敗血症または肺炎に抗菌物質を施す治療をしないことによる）。または、(2)われ

われは、ほんの僅かに積極的に、患者の生が依存する療法を中止することもある（例えば、永久的な人工呼吸器依存の患者における人工呼吸器を取り外すことによる）。どちらの事例においても、われわれは、死を引き起こしたのではなく、患者の基礎にあった疾病がその死を引き起こしたのだと、主張することもある。しかしながら、そうした言明が何らかの真理を含んでいる（その基礎的条件がなければ、わたしの行為または行為の不履行は死を引き起こすようなことはなかっただろう）ことは絶対に間違いないとはいえ、それは道徳的には不誠実である。われわれは、行うことが容易にできたのに、その行為を怠ること（例えば、抗菌物質を施すことを控えること）または、行為を差し控えることも容易にできたのに、その行為をすること（例えば、人工呼吸器を取り外すこと）は、否応なく、われわれを患者の死を招く因果連鎖の一部にするという事実を認めないわけにはいかない。好むと好まざるにかかわらず、何れの仕方——行うことにより行うこと、または怠ることにより行うこと——も、否応なく、われわれを因果連鎖における必要不可欠の輪にする。もしもわれわれが死が生じることを望まなかったのならば（または、少なくとも、万事を考慮して、この死が可能な諸害悪の小さいほうであったという事実<sup>101</sup>に満足しなかったのならば）、われわれは、実際に行ったようには行わなかったであろう、または行うことを怠ったであろう。われわれは他の方法で行ったであろう。

#### 四 末期鎮静と自己窮乏（餓死）

最近の文学作品において、安楽死の手段がかなりの注目を浴びた。その一つは末期鎮静であり、もう一つは患者に食事（およびおそらく飲み物）を停止して死を早めることができることを示唆することである。

末期鎮静は、基本的に、死に行く過程の間中、患者を麻酔下に置くのである。支援的ケアは停止され、患者は、彼を意識不明にするために十分な薬剤の下に置かれる。「末期鎮静」という表現は、特殊であることに、われわれは気づいた。それは、もうそれ以上積極的な治療がなされないだろう、そして患者はできるだけ速く彼の基礎にあった疾病経過の結果として今にも死ぬだろう、という十分な認識をもってなされる。大抵の患者は、実際に、終末期には鎮静され鎮痛剤が与えられる。このように「末期鎮静」という言葉は、少なくとも、誤解させやすい婉曲語法である。末期鎮静は、法的に異議を申し立てられることはなかったし、またありそうもないという限りにおいては、ある種の任意的な積極的安楽死の主要なものとは異なる、とわれわれは主張したい。末期鎮静は、生を短縮する（そして最も確かなことは延命しないことである）のは無理もない。末期鎮静は、患者が死ぬまで眠っている状態ないし意識不明を保つことを目的とする。患者の死は、この経過の到達点の一つである。それは、予想されもせず望まれもしないような副産物ではない。患者が、終末期に彼らを意識不明にするのに十分な鎮静を求める——そして必要であるように見える——ときは、選ばれた事例では、倫理的反対がほとんどない。患者は——彼らの死を引き起こす意図をもって薬剤を過剰に注射されようと、彼らを死に至るまで意識不明に維持する意図をもって意識不明を維持しよう——いずれも、結局は、全く同じように死んだのである。前者の事例（直接に死を引き起こす薬剤を注射すること）で、死は意図された結果であると言いながら、後者の事例ではこれを否定することは、少なくとも、策を弄した不誠実なものである。おそらく、その差異は、次の二つの理由により支持されている。すなわち、(1)法的困難から逃れること、および、(2)医師および医療チームを慰めることを目的とする一種の自己欺瞞を支持することである。法に順応すること（倫理的価値観と抵触しないように行うとき）にも、医療チームの苦悩を最小化しようと努力することにも、根本的には何も悪いことは存しない。しかし、自己欺瞞を手柄とすることは——

一種の素朴な不誠実を生み出し永続させるその傾向のゆえに——奨励されるべきことではない。<sup>10)</sup>

最近の文学作品の他の不気味な選択肢は、医師介助自殺の支援を求める患者たちが、単純に流動物および栄養物の摂取を停止し、かつ、そのようにして彼らの死を早めることの助言を受けることである。この取り組み方法——すなわち、患者に対し彼ら自身を飢え死にさせることを助言すること——は、医療専門職に対し、彼らが直接的に巻き込まれず、それゆえ、法的にも倫理的にも非難に値しないと主張する自由を残している。ちなみに、信じようと信じまいと、これは、食べまたは飲むことを望まない患者のためだけではなく、まだ完全に飲食する意思のある患者のためでもあると示唆されてきた。われわれの見解では、こうした示唆は、患者の悪い状態を楽にすることに向けられたものではなく、それよりはむしろ、医療専門職を窮地——とくに法的な嫌疑——から解放してやることである。

食することおよび飲むことは、彼らに供給される栄養物または流動物よりもはるかに重要な意味を有する。食することおよび飲むことは、われわれを自分たちの仲間に結びつけ続ける人間的な活動である。食べ物および飲み物を分かち合うことは、深い先祖返りの意義および深い個人的意味を有する。社会的存在（である人間）には、食べることおよび飲むことを停止する権利が与えられていることは確かである。しかし、食することおよび飲むことという社会的儀式に関与する意思があり、またはそれを欲する患者に対して、その停止を示唆することは、われわれの考え方によれば、あまりに鈍感であり残酷である。なぜなら、それは、類推により、彼らが社会的共同体から自分自身を隔てることもまた、非常に容易に示唆することができるからである。われわれの見解では、こうした示唆は、倫理的に正当な、または最小限度ながらも認容可能な選択肢ではない。

## 五 患者に危害を加えること

医師は、他の何にもまして、伝統的に「危害を加えない」ことが義務とされている。一般に「危害を加えない」とは、少なくとも、お互いに（患者および医師に）とって望ましい目標を達成するために必要な危害につき、回避可能なものまたは偶発的なものの発生を最小限にすること、と解されている。医師に、それが何であれ「いかなる危害も加えないこと」を期待することは、現代の医師に実質的な活動停止を宣告することになるだろう（そしておそらく彼の片割れである昔の彼を有罪と判定したことになる）。重大な危害を加えることに対する禁止命令は、臨死の患者に（早期の死を生じさせるため）治療を制限するときに、医療専門職に、重大で全く特有な不安を生じさせたものであるということである。それは、多くの医師たちに、怖さのため、いかなる種類の積極的殺害（それが「慈悲深い」安楽死のためであれ、国家の職務においてであれ）かを調べさせる原因となった。殺害に対する強い嫌悪は、職務上および社会的に条件付けられた固有の反応と見られる。その反応は、患者個人および社会の両者を大いに保護している。

「危害を加えること」は、倫理学論文で使われているように、いつも全く明白な概念であるわけではない。われわれは、殺すことを危害を加えることと同一視する傾向がある。殺されることは危害を加えられることと同等であり、自分の生命を救ってもらうことは利益を得ていることであると、われわれは考える。大抵の（ただし総てではない）環境において、この直観的な信念は、正しいことがわかるだろう。なぜなら、生きていること（生物学的、客観的事実）は、生を享有すること（主体的、伝記的事実）の必要条件であるからである。また、われわれが毎日の生活を経験し、自分の計画を実行することができることは、普通の環境の下においては、われわれ誰もがそう

したいと望むことである。<sup>11</sup>大抵の人は、危害の概念を、負傷または損害を受けていることと結びつける。すなわち、必要のない痛みを引き起こされること、または自分の計画を妨げられることは、自分の計画を妨げられることが回避可能であったときには、われわれが危害の概念と結びつける事柄である。また最も確かなことであるが、医師は、自分の患者の計画を不必要に妨げ、または患者に不必要な痛みを引き起こそうとすべきではない。しかしながら、医療関係における、危害を加えることや利益を得させることとの概念は、単に病気を治すこと、延命すること、または苦しみを緩和することによって包み込まれないほど、はるかに豊かなものである。すべてが言われ、なされるときには、働きかけられた患者だけが、何が彼らに危害を加えるものまたは利益をもたらすものであるかを最終的に決定できる。一人の患者により利益と考えられたものが、他の人により危害と考えられることがあるのは、もつともなことである。すなわち、その環境が存在するのは、患者が生（末期が到来し、彼らは今や重い負担と考えている）の延命を、危害を加えられることと見なすときである。このように、あまりにも弱く身体的依存状態のため自分自身を殺害できない患者、および医療提供者の支援を懇願する患者は、支援の拒否を、一種の危害、遺棄とみなし、または少なくとも支援または利益を拒否されたとみなすかもしれない。それで、「危害を加える」という言葉が、われわれをひどく遠くへ追いやることはない。

安楽死の疑問が発せられる仕方は、われわれの討議にとって重要である。もしもわれわれが、安楽死を「殺すこと」とまたは「殺人」として問いを発するならば、われわれが与える答えは、仮にわれわれがこの質問を「苦しみを避けること」または行動の自由を喪失した人びとの意思の自由を支援することの一つとして問いを発する場合と比べて、全く異なったものとなりがちである。医療の機能は、生物学的生命を支えることのみならず、少なくとも同じ力を尽くして苦痛を緩和することにもある。これらときどき衝突する責務のどれが優先するかは、その情況、境



遇、および現実的可能性などに依存する。短い時間だけ、しかも激しい苦痛の犠牲を負担しただけ、生を支えることができる場合には、その生を支えることを差し控えることは、道徳的に許され得ると言われる。他方において、患者にとって、もはや希望のない生物学的生存を終わらせるという犠牲を負担しただけ苦痛を緩和することができない場合に、この生存を終わらせることは、それを支えることを怠ることより必ずしも道徳的に悪いわけではないに、禁止される。われわれが患者を支えることを怠り彼が死ぬことを認容しようと、あるいは積極的にそして親切にその生を終わらせようと、その患者は死が差し迫っているのである<sup>12</sup>。しかし、前者の事例では、死ぬことが延ばされて苦悶を与えるかもしれない、第二の事例では、もっと速くて穏やかかもしれない。どのような場合でも、殺害が死なせるよりもっと非難されるべきであるということは、少なくとも臨床医学においては、直観的にも明らかでないし、理性的にも明らかでない。「危害を加える」こととは何かという概念は、同じようにして、われわれにいかなる適切な解答を提供することもできない。

## 六 安楽死論議における質問の区分

安楽死の考察においては、三つの異なった質問は、区分して置かれなければならない。第一は、倫理的質問であり、人間を殺すことは果して防衛行為だろうか、もしそうなら、いかなる状況の下においてか?である。第二は、職業的な質問であり、医療専門職の役割を担う人がなぜ患者の殺害に参画すべきでないのか、何かその理由はあるのか?である。第三は、社会的・政治的・文化的質問であり、万事を考慮して、安楽死を合法化することはなすべき賢明なことであるか?である。これらは区分された質問である。安楽死または医師介助自殺に関する討議はすべ

て、あまりにもしばしばその試みが失敗しているので、これらの論点をすべて一度に討議することはできない。

他の人間を殺すことは、はたして道徳的に許されるだろうか？ われわれの大半の者は、少なくとも、正当防衛は自分自身を適切に護るために必要最小限の力を行使することを条件に道徳的に許されることを是認するだろう。そのことは、正当防衛において他人を殺すことを「良い」こととするのではない。しかし、万事を考慮するとき、それは罪のない人が殺されるのを容認することほどには悪くないので、それは許されることとする。しかし、われわれは、その他の殺すことは黙って許す。われわれが、スピード制限を低い速度に替え高い速度に設定するとき、または石炭の採掘を決めるとき、もしくは高層ビルを建築するとき、そうでなければ起こらないと思われる死亡者が相当数増えそうであることをわれわれは知っている。われわれは、戦争に行き、また、われわれの多くの者が、友人たちによる敵の殺戮を英雄的行為とみなす。そして、アメリカでは、われわれは（残念ながらわれわれの見解では）犯罪者たち——または犯罪者であるとわれわれが信ずる者たち——を死刑に処する。さらには、そしておそらく最も明示すべきことは、われわれは、若干の者が富み贅沢に暮らす一方で、多数の者が飢えて、貧しく、家がなく、そして医療も受けられないように、自分たちの社会を組織化し続けている。そして、飢え、貧困、家喪失、および医療欠如による死亡は、少なくともわれわれの社会では、大幅に防止することができはずである。われわれが常に他の人間の殺害を容認できないものとして言明することは、全く真実ではない。

それでは、良い、少なくともより良い代案がない間は、人間の殺害をしてもよい最小限の条件は何であろうか？ そこには社会的理由があり、高層ビルを建築すること、石炭を採掘すること、または法定制限内で自動車を運転することが、その例である。しかし、これらの例では、死ぬかもしれない彼らが、目を見開いて、彼らの死を引き起こす活動に関わっているのである。建設業労働者、炭鉱夫、および運転手らは皆、彼らが危険を冒していること、

それに取りかかるか否かはおそらく自由であることを知っている<sup>13</sup>。防衛戦争（正当防衛の延長）において殺害すること、または罪のない他の人びとを守るために戦争で殺害することは、同じように、倫理的に弁護できる。死を許すためのその他の社会的理由は、ほとんど任意なものではない。すなわち、貧しい者、家がない者、飢えた者または医療を受けられない者は、ごく稀に、賢くかつ快く自分の運命を受け入れてに過ぎない。われわれの社会における生のこうした現実を前提とするならば、意思決定能力を有しそれ以上の選択肢を有しない者、および自分の苦しみを終わらせるのに支援を求める者に対して、彼らが死ぬことを支援することは、倫理的に必然的に、かついかなる情況においても悪であるということを、論証することは難しい。

共同社会は、殺すことを許すことは他の人びとが殺すことを奨励することになるだろうという合理的な議論を主張することができる。その実行は専門家のほかに社会をも野蛮にするのではないか、という決して不合理とはいえない不安がある。社会においてもわれわれの街頭でも、残虐性および無関心が増していることは確かである。われわれは、苦難にある人びとを救助できないでいることがしばしばである。他の者が干渉せずに見守っている間に、人びとが強奪され、強姦されることさえも、稀な出来事ではない。とりわけ、われわれは、子どもたちの飢えや家族の家喪失、そしてしばしば肩をすくめるような記事を読んでいる。それは、さまざまな点で、社会の病理である苦悩に対する無関心さである。もし、教訓が生活態度をつくりあげるのに重要な要因であるとするならば、われわれが生きていることを過大評価し、生を享有することや苦しむことの重要性を過小評価するときは、共同社会は、おそらく間違いない、無関心が少ないよりはむしろ多くなるように助長されるだろう。

人びとの殺害、すなわち彼ら自身の利益のための殺害と彼ら自身の要求による殺害は、これらが二つだけの選択肢であるときは、道徳的な善でないかもしれないが、しかし、選択の自由が与えられるなら、それはおそらく間違

いなく代替案よりはるかに小さな悪であると、われわれは主張したい。しかし、これらの限られた状況の下で安楽死が倫理的に許されないわけではないだろうという、そのことは、だれでも患者がその最期を成し遂げるのを支援する責務を負うべきことを意味するものではない。それはまた「医療専門職」という社会的概念の中に、このグループのメンバーによる参加を疑問視するかもしれないような人物はいないだろうということも意味しない。

末期疾患のある他人を彼自身の求めに応じて殺すことは、彼が意思能力を喪失し自分自身の願望を遂行できない（例えば、彼が非常に衰弱し、手に負えない嘔吐または食道閉塞がある）ときには、もはや非介助自殺が不可能である状況における一種の介助自殺である。もしわれわれが、個人がいつでも自分自身の生を奪う権利を認めていなければ、自殺における介助は明らかに悪である。しかし、もしわれわれが、少なくともあるときには、他人に自殺をする権利を認めることができるならば、そうした人を手助けする者がなぜ必然的に非難されるのかその理由を見つけることは難しい。個人的道徳性（またはわれわれの個々の道徳的飛び地の個々の道徳性）は、われわれの誰かが参加するのを妨げるかもしれない、妨げないかもしれない。あたかも、個人的道徳性（またはわれわれの道徳的飛び地の道徳性）が、われわれの誰かが自殺をしまたは墮胎の補助をするのを妨げるかもしれない、妨げないかもしれないのと同じように。しかし、こうした個人的道徳性は、個人的なものであり、専門的職業グループ全体に一般化することは難しい。

これは、初めに略述した第二の質問へとわれわれを導く。すなわち、医療専門職の特殊な倫理的規範が、彼らの積極的な殺害行為への参加を防止できるかどうかに関する職業的な質問である。たとえば、積極的な安楽死が道徳的に許容可能な選択肢と考えられるべきだとしても、また、素人にとってその適法性が確立されるべきだとしても、医師にとっては厳しい道徳的関心事が残っている。この論争は「その道徳の中枢に触れる」。「もし医師が人殺しとな

るならば、または単に殺す免許を受けているというだけでも、その職業は、けっして再び、治療者、慰める人、生の弱さすべてにおける保護者として信頼と尊敬に相応しいものではなくなるであろう」という感覚は、強力なものである<sup>14</sup>。医師およびその他の保健専門職は、生およびその保護に対して献身的である。たとえば、延命の伝統が古代のルーツを欠くことを認めるべきだとしても、<sup>15</sup>それにもかかわらず、それは今日の臨床医にとって強力な動機づけの力となっている。社会は、治療者との社会的接触において、この献身をその接触の暗黙の土台とみなしている。

別の言い方をすれば、「医療の道徳的飛び地」(医療専門職が分かち合っている基礎的世界観)は、患者が死ぬのを手助けするという概念と両立しないのだろうか? 職業は、他の形式の共同団体と同じように、メンバーにより許容可能な行動の特有の理念を共有する。ある意味では、これらの社会的に確立された規範の厳守は、暗黙の、ときどきは明白な会員資格の要件である。そうした世界観は、静態的ではなく、時期、情況、および社会変動に伴って展開する。その受容は、特有の行動様式を許しまたは非難するグループのメンバー間の、広範なコンセンサスに依存する。今日では、医療専門職は、医師介助自殺および安楽死の論争に関して鋭く分裂している。コンセンサスが存在するということはできない。

医療の伝統は、多くの変動を包含している。それは、死ぬことのケアを用心深く避けることから、そうしたケアは避け難い責務であると気づくことへと発展してきた。「善」が治療者によって説明されるという疑問の余地のないパターンリズムは、「善」が共同して探し求められるという団体組織的モデルによって広く置き換えられてきた。伝統は、発展し、成長したのである。そして、伝統は、多くの点で、われわれが個人として、また専門家として、それが何であるかを説明するものである。疑いもなく専門的職業が関わっている「疾病の現実と直面して治療する善い行為」<sup>16</sup>をもたらすことは、多くの点で説明されることが可能である。苦痛を緩和することは、疾病を治療して

死を引き起こさないことと同じく、重要で同時に存在する責務である。専門家は、諸価値のヒエラルキーを確立する際には、彼らがかつて自分たちの医療精神の特有の理解にもたらしていた、予め考えられ共同社会的に推進された信念や観点などすべてを、その活動に対してもたらずのである。責務が衝突するとき——例えば、望みなき苦痛が患者の死を引き起こすことによってはしか緩和され得ないとき——には、その個人の以前の理解が論争の中心となる。これらの強制される責務のいずれが優先するかを決定することは、各々の治療者により個人的になされるべき個人的決定である。それは必然的に、その個人特有の経歴や信念という周辺状況においてなされるであろう。そうした決定は、その論争自体に関わるよりは、行為者特有のキャラクターに一層多く関わるといえよう。<sup>17</sup>

もしも安楽死がいつか受け入れられるとするならば、その行為者は、医療専門職ではなくて、その行為を実行する特別の訓練を受けた他の人びとであるべきだという示唆が、時折なされてきた。医療専門職は、その議論が進みさえすれば、安楽死が彼らに提起する明白な衝突を免れることができるだろう。われわれの見解では、そうした示唆は、それがいかに表面的に魅力的であろうとも、厳しい実施上の難点を有する。一般人が医学校に入ると、彼らは見ることもなすこと、しなければならぬ多くの事柄に当惑し嫌気がさす。しかし、時が経つにつれて、彼らはそうした活動に慣れるようになる。異性の裸の人を検査することまたは排泄物を取り扱うことは、きまりきった日常的な事柄となっている。稀にはなく日常的に殺害する（たとえばそうした殺害が苦痛を軽減するサービスで行われると仮定しても）ような専門家グループをつくることは、もはや彼らの活動の重大性や究極性により悩まされることがない人びとのグループをつくる危険を冒す。社会的には、それは望ましいことであるように見えぬ。そのうえ、患者を殺すことにより苦痛を軽減する人は、その患者（そしてなるべくその家族および友人たち）をよく知りかつ理解すべきである。それは、日々の仕事の通常の過程において恒常的に行われるべき事柄ではない。他人の

死に因果的に巻き込まれることは——治療を控えもしくは撤回することによるか、またはもっと直接的行為によるかを問わず——おそらく偶然のことではないだろうし、それはきつと苦痛を与えるだろう。そうした行為は、本来、決して「善いこと」ではない。せいぜい、それは代替的に採用可能な選択肢に過ぎない。統合的編成に類推を戻すならば、なぜ指揮者は最終楽章の直前に換えられるべきなのだろうか？ 最後に、技術的な問題がある。できるだけ苦痛を少なくして生を終わらせることは、思いのほか容易ではないだろう。まず第一に、それは、一般人または技術者（医師の監督の下で働く者も同様に）に理解することを期待することができない薬理学、生理学、心理学、その他の諸学問の理解およびそれによる経験を必要とする。また、もし彼らがこの知識、理解、および経験を修得すべきだとするなら、彼らは医師になるはずであったのだ。第二に、それは、ケアされている特定の患者の特異性の理解およびそれによる経験を必要とする。

最後に、われわれは第三の、社会的・政治的・文化的質問に移る。たとえ、積極的安楽死が、ある情況の下で倫理的に容認可能な選択肢であることがわかるとしても、また、少なくともある医師に自発的に参加してもらうことの誠実さを確認するとしても、安楽死を合法化する方策の当否は、まだ明白というにはほど遠いといえよう。全体から見れば、争点は——それは倫理的というよりは政治的である——次のように略述できよう。統制されずに不可避的に継続している業務を非合法とする方が、より安全であるのか、それとも、それが多くの統制と保護により包囲されるのを認める方が、より安全であるのか？

その業務が、大抵の医療専門職が（公に）認めようとしているよりも、もっと広く普及していることは、疑問の余地がない。患者が死ぬのを介助することが違法とされる、これらの法域において、広く起こっていることは、決定は、特異的になされて、専門職的統制が及ばない（刑事的統制を受けているにもかかわらず）ことである。疑い

もなく、指針がないところでは、参加する人たちは個人的基準により情報が知らされ、大きな危険を冒してそれをすることは明らかである。しかしそれでも、患者の生を積極的に短縮した医師は、彼らの「有罪性」の圧倒的な証拠にもかかわらず、しばしば「無罪」の判決を受けるか、または申し訳け程度の罰が与えられる。このことは、医師を指針もなしに放置し、患者を困惑させ無力で不安にさせ、そして結局は、正義を損なったままに放置するのである。目配せや領きは、そうした決定的に重要な論争に対処する方法ではない。

他方、そうした業務を公式に許すこともまた、別個の難点を有する。オランダでは、積極的安楽死の業務が（もし、すべての報告ではないにしても、その大半は信じていることができるなら）かなりうまくいっているが、合衆国はオランダではない。そのオランダにおいてさえも、紛糾する問題の調整が残されている。最近では、子どもたちのために与えられる代理承諾や、末期的疾患でない精神病患者による要求などが、尊重されるに至っている。アメリカ文化は、次の二つのことを引き起こす傾向がある。それは、(1)財政および個人的または共同的な利益が意思決定を推進することを容易に許容する傾向と、(2)そうした自由に必然的に伴う責任を平等に厳正にとることを怠ることにより多くの自由を濫用する傾向である。

その積極的な面としては、オレゴン州の経験がある。しかしながら、この経験は、本書執筆の時点で、わずか一年ばかり調査されたに過ぎない<sup>(18)</sup>。そうした経験は、他の文化に対して（オランダの経験と同じようには）一般化され得ないばかりでなく、それからいかなる結論を引き出すとする試みも、余りにも早すぎる。これまで、オレゴン州法は、合衆国では特異なものである。それは、明瞭に規定され施行されてから最初の年のうちに、注意深くかつ徹底的に分析された。これらの理由のため、そして、それが他の州の類似の法律にとってモデルとして役立つのももつともであることから、簡潔な解説が示されている。いわゆる『尊厳死法』は、医師がその患者のために致死



量の薬剤の処方をするような状況を叙述している。法は、積極的安楽死を禁じている。すなわち、それは、医師が、直接的に死をもたらす意図をもって患者に投薬することを禁じている。処方箋を与えることと薬物を投与することの違いが、法的に支持され得るかどうかにについては、疑問の余地がある。それは、(ある人が主張しているように)合衆国の法域内におけるすべての人に法の平等な保護を保障する、合衆国憲法修正第一四条に反するかもしれない。それはまた、嚔下可能な患者と、食道閉塞ないし重症吐き気および嘔吐のために嚔下できない者との間に、無視できない差異が存するかどうかにも疑問の余地がある。逆説的にいえば、前者は自己の生を終わらせる権利を有する(本法の下で)だろうが、後者はそれを有しないだろう。この点で、その疑問は法的に決定される必要がある——倫理的および論理的にその差異を語ることは取るに足らないと思われる。

オレゴン州法によると、医師が患者に死をもたらす意図をもって致死量の投薬の処方をする前に、一定の判断基準が満たされなければならない。患者は、(a)年齢が一八歳以上であること、(b)オレゴン州の住人であること、(c)意思決定能力を有すると判定されたこと、および、(d)おそらく六か月以内に死ぬだろうと思われる致命的な病気に苦しんでいることである。次の要件も加えられる。

- 1 主治医が、患者から致死量の投薬を処方して欲しい旨の二度の口頭の要求を受けることを要する。これらの要求は、少なくとも一五日の間隔をおいてなされることを要する。
- 2 主治医が、また、患者から、文書による要求を受けることを要する。
- 3 もう一人の医師が、診察のため患者に面会して、患者が意思決定能力を有することを承認するとともに、診断に同意することを要する。患者の意思決定能力について、僅かでも疑問がある場合には、精神科の診察を得ることを要する。

4 患者が、重症の鬱病に罹かっているとみられるときは、心理的カウンセリングを試みることを要する。

5 医師が、患者に対して、苦痛緩和の手段、ホスピスなどのような代替的な活動過程について助言することを要する。

6 医師が、患者に対して、家族に知らせて相談してはどうかと尋ねることを要する。ただし、これを行うように強いてはならない。

近年、二三人の患者が、自殺をする目的のため薬剤の処方を受けた。これらの者のうち、一五人は実際に自身を殺害し、六人は自分の基礎的病気で死亡したが、二人はこの報告書の日付の時点では薬剤を使用していなかった。処方箋の内容は、セコバルビタールまたはペントバルビタール〇・九g、必要に応じて抗嘔吐薬を付加、である。摂取から意識不明になるまでは五分、死亡までは二六分であった。予期に反する効果は報告されていない。八例においては、患者が薬剤を摂取した時に医師が病床に付き添い、六例においては、死亡の時に医師が臨席していた。

今日の合衆国における安楽死の法的状況は、よく知られている。自殺は、大抵の州では（全州ではない）非犯罪化されており、事実上、自殺を禁止する法律があるところでも、それらの法律は強制力がない。医師介助自殺は、多くの州において違法とされ、また、多くの他の州においては、直接的には禁止されていないし、許されてもいない。自殺を違法と見なしていない州において、誰かの自殺（結局は適法な行為とされること）を介助することを違法と見なしていることは、矛盾である。いくつかの州では、一般的に州有権者発案によって、医師介助自殺および安楽死の両方を立法化するための努力がなされてきた。そうした法律は、医師介助自殺または安楽死を明示的に禁止している法律とともに、連邦裁判所のいくつかの段階を通して、争われてきた。一九九八年の厳密に練り上げら

れた最高裁判所判決は、憲法がこの論点の議論に持ち出されたこと、および州は医師介助自殺の適法性に関する彼ら自身の法律を制定する自由があることを、根本的に論述した。そこですぐに、オレゴン州は再び、医師介助自殺（ただし任意的な積極的安楽死は除く）を合法とする州有権者発案を通過させた。本書執筆の時点で、連邦議会下院は、患者の死をもたらす目的のために調節物質を処方することを禁止する法律をすでに通過させていた。こうした法律は、もし上院を通過し、大統領が署名すれば（いずれも疑問視されているが）、オレゴン州法の効力を消滅させることになるだ<sup>19</sup>。こうした法律は、間違いなく、裁判所で争われることになるだろう。われわれのなかで、医師介助死の合法化に全面的に反対するわけではない（少なくとも理論的には）人びとは、いくつかの肯定的情報に加えて、争うための非常に面倒ないくつかの否定的情報もまた持っている。例えば、実際に、われわれが死ぬ責務があるかもしれないという趣旨の文学作品に関心を抱かせる示唆がすでに存在した<sup>20</sup>。

死ぬ責務ないし義務は、特殊な責務のように思われる。何かをする責務またはすることを控える責務は、この責務を有する人または人たちと、これらの責務もしくは義務を負われている人または人たちとの間の関係性を示している。こうした関係性は、共同社会において生ずる。共同社会は、これらの関係性を形づくり、そして、その結果として生じる義務および責務を形づくる。誰でも、家族もしくは共同社会の利益またはその保護のために、ある危険を引き受けまたは不愉快なことに耐える責務を有することを主張すると同時に、われわれが死の危険をおかすだけでなく死ぬかまたはわれわれの確実な死をもたらす義務もまた有することを主張することは難しいであろう。これを（例えば、手榴弾に身を任せることにより）行う人びとは、義務以上の仕方で行ったと言われ、そして英雄であると判断される。彼らの行動は「義務の要求を超えて」しまっている。もし、われわれが死ぬ義務があるとすれば、われわれの家族（または共同社会）は、われわれにそうすることを主張する（そして強要する）正当な権

利があるのだろうか？ 直観的には、われわれは、だれも他の人のために確実に死に行くことを求められないと思う。<sup>(21)</sup>

医師介助死に関する討論においては、人びとが一定の状況の下で死ぬことを責務と思うような社会的条件を作り出す懸念が、そうした処置を合法化することに反対する議論の一つとして現れた。身体障害者たちは、彼らがこれまで以上にずっと脅されるようになるだろうということに関心をもっている。ヨーロッパおよび合衆国の両方における最近の歴史的経験——そして、これを、治療利益および主に経済的考慮の見地からみた負担を求めるアメリカ的傾向と結び付けること——を前提とするならば、そうした懸念は、理解可能で、おそらく正当化されるものである。われわれのうち、ある非常に制限された状況の下での医師介助死（それが医師介助自殺によるものと、任意的な積極的安楽死によるものと）は倫理的に容認可能であると考えている人たちは、そうした過程に法的な位置づけを与えることをこれまでずっと躊躇してきた。今でも、われわれの中には、医師介助死が全く統制されていないで、しばしば個々の医師の私的な気まぐれに任されている現在の事態よりは、厳格な統制の下での合法化の方が好ましいかもしれないと考えている者もいる。<sup>(22)</sup>

われわれが死ぬ責務があるかもしれない旨を示唆する態度は、合法化に隠された危険をもう一度明らかにした。主張すべきことの一つは、家族の考慮は重要であること、そして、その家族が共同社会として含まれる場面において、患者の自律を孤立させる試みは、非現実的であるばかりでなく、実際に哲学的にも支持できないということである。<sup>(23)</sup> すなわち、患者の自分の生を終わらせる決定に家族が何らかの働きかけをすべきである——ちなみに、その一つは、われわれの多くの者が自殺を思い止まらせ、忍耐を勧め、または最後の手段として悲劇的な選択に手を貸すことに、役立つような者でありたいと考えてきたことである——ということは、考えるべきことの一つである。

示唆すべき全く別のこととしては、「重荷」となっている患者は、積極的な治療を停止すべき責務があり、または自分自身の死を求めもしくは死をもたらしべき責務さえあるかもしれない、ということがある。そしてまた、もう一つ全く別のこととして、家族の忠告は、そうした悲劇的な選択を思い止まらせるかまたは悲しみながらも助力するかということから、家族が彼ら自身の自己利益を優先させる資格のみならず（もし死ぬことが本当に義務だとしても）彼ら自身の自己利益が優越すべきであることおよび彼らが親族の生に対し正当な権利があることを主張する資格も与えられているということへと、転換すべきことがある。

人類は、他のすべての生き物と同じように、生き残ろうとする特有の衝動を有する。人の生を終わらせる決定は、人びとが「死ぬことを望む」がゆえになされる決定ではなく（おそらく重症の精神医学的に病的な状態にある場合を除き）彼らが死ぬことを「このように生きること」を避ける唯一の方法と考えるがゆえになされる決定なのである。言い換えるなら、彼らが耐えられない生を「有すること」を免れることができる唯一の方法は——彼らに代替案が与えられるとするなら——生きて「いること」を停止することである。<sup>24</sup> 終末期を統合的に編成する努力を促してきたのは、医師介助死を求める要求を減らすため、患者にとり耐えられる方法で終末期を形作ろうというこの願望なのである。しかし、終末期をうまく統合的に編成することは、本来、共同社会がそうした統合的編成を人間的で効果的なものにする社会的条件をすすんで提供することを前提条件とする、そういうものである。

「死ぬ責務」を創り出すことは、人間的価値の中核というべきものの倫理的冒瀆である。すなわち、これらは、普遍的な人間の経験および能力の本質的部分であるがゆえに、人間的価値の中核なのである。それらは、動物としてのわれわれの生物学的生存に深く根ざしている。その生存は、われわれが欲し、知り、または行うことができる他のすべてのもののために必要な基礎である。このことの他に、なんらかの点でわれわれが自分自身の死を求める

責務があるという期待を創り出すことは、生氣のある成功した連帯を保証する共同社会の感覚を冒瀆する。そうした連帯は、われわれはめいめい、自分自身が他の人びとと一緒にわれわれの共同社会に統合的に取り込まれていると考えるがゆえに、また、われわれは皆お互いに助け合うことが相互の責務であると考えようとしていることを知るがゆえに、生じるのである。共同社会は、一つまたは一組の特定の目標のために、一緒に結合させられた諸個人の共同団体である。しかし、共同社会は、個人的な目標および関心事の合計を超えるものである。それは、ルソーが「lien sociale」すなわち社会的きずなと呼ぶものによって結合されている。この lien sociale なしには、共同社会は個人的利益の集合体に過ぎない。しかしながら、個人は、共同社会の単に特定の建築用石材に過ぎないものではない。個人およびその共同社会は、非常に相互に密接な関係があり、他者を引き合いに出すことなしには、それを定義することができない。どちらも他者に優る「卓越性」を有しないし、他者の利益に対する適切な尊敬なしには、どちらの利益も成就されることはありえない。しかし、それはそこでは終わらない。すなわち、共同社会は（それが家族であれ、もつと大きな共同社会であれ）、彼らがその中で自己自身を発見するもつと大きな共同社会の、そのまた一部である団体的な諸個人である。結局われわれは、個人的にも団体的にも、世界共同体のメンバーであり、その宿命および運命に抜け難く結びつけられている。これらの構成要素のどれでも、それらが起こる周辺状況の外でこれを調査することは、分析的に有用であるかもしれないが、しかし、その調査の仕事を完成することはできない。彼らを全体との関係において、統合的、相互関係的、そして相互独立的なものとして見ることに、個人だけを見ることは、最終的分析では、近視眼的となる。

家族が共同の目標の追求において、負担と利益を分かち合う限りにおいては、それは典型的な共同社会である。われわれの家族がわれわれを援助する用意ができていること——われわれの家族がわれわれの楽しい時間およびそ

の便益を分かち合うことを熱望していることのみならず、彼らは調子が悪いときにもわれわれを支援する用意があること——を知ることが、連帯を創り出すことなのである。連帯の意識なしには、家族は、たまたまビールとホットドックを共に食するグループも同然である。そうしたグループは、真の社会的な献身のきずなをもたない。あたかも、ある個人が「陽気な楽道家（遊び人）」と呼ばれてきたように、その家族は同じ名称を受けるに足るであろう。彼らは、個人的利得の意識があるだけで、献身を分かち合う意識はないのである。

家族共同体は、それがその一部分である大きな共同社会に統合されている。あたかも、家族のなかの個人は負担および利益を進んで分かち合わなければならぬように、大きな共同社会のなかの個々の家族は彼らの負担および利益を大きな共同社会と分かち合わなければならぬ。これは、とりわけ、家族は自分自身を、その一部分である個人と見るべきでないのと同様に、孤立化した個人とも見るべきではない（彼らは「非社会的家族の神話」に署名すべきではない）ことを意味する。共同社会は、それを構成する個人と家族の博愛を正当に分かち合う——公正な社会においては、裕福な人びとは、あまり裕福でない人びとがするよりも、より重い負担（例えば租税の）を支えることが期待されている。個人（団体的個人としての個々の家族、または実際の個人）は、返報として、困った時に援助を期待するのは正当である。それは、献身を分かち合うとは一体どういうことなのかを示している。

生き留まることが他者に筆舌に尽くし難い苦しみを引き起こすような場合には、死を求める責務があると主張することは、一つの主張である。他者にもっと多くの税金を支払わせ、またはすでに膨張している所得をいくらか減らさせる「苦惱」をかけないために、死を求める責務があると主張することは、全く別の主張である。人は自分の家族に他のどんな方法でも軽減できない耐え難い負担をかけないように死ぬ責務があると主張することは、人びとに自分自身を殺すように励ますことが、共同社会に適切な共同体的支援をとおして家族の苦しみを軽減することに

より彼らの支援の役割を果たすように励ますことより容易であると主張することとは、全く異なる。こうした「死を求めざる義務」は、あなたがもはや積極的に貢献することができなくなったときには「義務」となるように容易に拡張され得るのである。そのような視点によれば、積極的な生産性だけが、生きるに値する価値ということになる。それらの非生産的な人びとは、生きるに値しないことになる。それは「Lebensunwertes Leben」（生きるに値しない生）として分類できるような一群の人びとのことである。それらの思想が、悪寒を覚えるような響きがなければ（最近の歴史に照らして）、よいのだが！

この討議全般において、非常に危険な唯物論的なニュアンスがある。この議論によれば、貧困者または貧困家族出身者、弱小家族出身者または貧困被保険者などが、恐らくは、より大きくより早く死ぬ責務を有することは、明らかである。個人を消耗可能な単位、すなわちその者の有用性（少なくともその者が共同体的資源に負担をかけない資力）が彼らの立場を決定するような単位とみなす共同社会は、彼らの弱さ、貧困、および病気を全く排除しようとする共同社会である。ナチス・ドイツにおいては、それはT-4計画として出発し、急速に好ましくない人物の大量虐殺へと突進した。<sup>(25)</sup>

暗黙のメッセージは、共同社会が——彼らの社会的機関を引き受ける業務をとおして——そのメンバーの小集団に対する彼らの責任につき組織的に失敗するときには、個人は自己犠牲という究極的で英雄的な美德を発現させるべきである、ということであるように思われる。確かに、その世俗的な集団的欲望を抑制することによって、共同社会の責任を復興する活動は、英雄的「死ぬ義務」を含む立派な個々人の責任を復興することよりも、倫理的により適切で有望な選択であるに違いない。

われわれが、もはやわれわれの家族および共同社会の生産的メンバーでないときに死ぬ責務というのは、T-4



計画の指令の一段階であり、また社会軽視の是認である。共同社会が死ぬ責務を是認するような状態を創り出すことは、二つのことをもたらす。第一に、それは、われわれが、適当な共同体的な（単に経済的なものだけでない）支援を提供する努力を相対的に小さく分かち合うようなものを作るよりはむしろ、貧困者、虚弱者、高齢者、障害者、および病者の問題を、致死的方法で——すなわち、彼らが英雄的に死を「選ぶ」ことを「容認する」ことにより——取り扱う準備をすることを是認する。第二に、それは、相互関係性、相互利益性、および公正で親切な共同社会の信頼と解け難く結びついた献身の分かち合いの概念を否認する。その結果、連帯——およびそれとともに共同社会——が弱められている。

## 七 大虐殺、集団殺害、および学び得ること

ナチスの経験については、何度も言及してきた。それについては医師介助自殺に関する討議の文脈においてしばしば述べたので、それに特別に向けられた二、三の言葉を整理しておきたい。文献の中で「ナチスの切り札を用いること」（「ナチスがそれを行った」という未確定の事実を、他人を負かす論法として用いること）と呼ばれてきたものは、医師介助死に反対する疑似議論としてしばしば用いられる。そこにいくらかの類似が存在すると全く同じように、そこにはまた深遠な差異も存在する。

われわれがナチスの悲劇から（ルワンダの事件その他歴史を通してみられる事件からと同様に）学ぶことのできる第一の教訓は、医療専門家が、他の人たちよりも悪行から免れているわけでは決していないということである。事実、ドイツにおいては、医師、看護師、および聖職者でさえも主要な演者であった。彼らは、この悲劇を可能にす

る土壌を準備することに巻き込まれたのである。彼らは、それに道具を供給することに巻き込まれ、それから彼らは個人的（または制度的）利益を捜し求めた。<sup>26</sup>反ユダヤ主義は、プロテスタントもカトリック教会も両者とも、ちょうど医師による民族衛生の強調が演じたのと全く同じように、民衆の心を準備する主要な役割を演じた。

第二の教訓は、ごく普通の個人が、社会的に操作され、誘惑され、または強制されて、最も極悪で残虐な悪事に参加させられることもあり得るということである。われわれすべての者には、善に向かう大きな可能性が潜在しているのと全く同じように、SS（ナチス親衛隊）のメンバーが潜伏している。これらのどちらが優位を占めるかを決定するのは、われわれが毎日それを受け入れることにより創り出し承認している社会背景なのである。

第三の教訓は、婉曲的表現の危険性である。それは、われわれが実際に行おうとしていることがさらに心地よい名称で呼ばれるために、われわれの言葉を変える危険性である。「究極的解決」「特殊な処置」「再解決」の言葉を用いることは、殺人、遺棄、および疎外などを、それらが実際にそうであるもの以外の何かほかのものに仕立て上げる試みである。これは、今日の医療環境においても、その類似物を有する。われわれは、ここでは、共通の例を二つだけを引用しておく。品質管理とは、しばしば、単なるコスト管理の婉曲的表現にすぎない。「本国送還」（ある病院に連れてこられた重病患者がもう一つの施設への移送を——ときどき相当の危険を冒し、しばしば彼らの意思に反して——強制されるとき）は、類比的に亡命者送還と考えられる事柄の単なる婉曲的表現にすぎない。

第四の教訓は、経済的要因は重要ではあるが、彼らは社会政策の推進者となることを容認され得ないということである。障害者または社会的に望ましくない者に関する混乱を、好ましいものにする際には、ナチスは経済的要因に訴えた。学校の子どもたちは、障害または望みのない病気を世話する必要がなければ、どれだけのお金が節約されるか、そしてそれにより彼らの父親の給料がどれだけ増加するか、計算することを求められた。<sup>27</sup>有名なプラカー

ドは、ドイツ人の労働者を表示した。彼の肩にまたがって重い棒が横たわり、その一方の側は身体障害者による重みで押さえられ、その反対側は精神障害者による重みで押さえられている。見出しには「Du trägst mit」（あなたは彼らと一緒に運んでいる）と書いてある。それに対する正しい答えは——「もちろん、わたしがそうしない理由はない。わたしがわたしであることは幸運だ」というもので——何が示されたかではなかった。ひどく利己的で金銭的な動機の訴えは明らかである。ここ合衆国において、われわれは、まるで彼らが積極的価値のあることには何の貢献もせず、何らかの敵対する危険な世界から招かれずにやってきたかのように、「違法な居留外国人」に対して教育および救急医療を提供する費用に関してあら捜しをしている。

もちろん、費用は抑制されなければならず、ある方式により配分することは避けられない。その一つは、より良いケアがより多くの国民に与えられることができるように、費用統制および配分が共同社会の資源を節約するために行われるときである。それと全く別の問題は、それが株主等の利潤を極大にするため、および主任行政官に対する莫大な給料を払うためになされるときである。われわれが他者に負担をかけようとしているかもしれないことを理由に、死ぬ責務について話し始めるとき、ナチスの類比が全く明らかとなる苦境に入り始めるのである。<sup>28</sup>

思い起こす価値の十分にある、もう一つの課がある。その課は、医療の業務および終末期に対して何がしか適用できるものである。

われわれのうち、虚弱で不利な立場の者は、二つの仕方を取り扱われ得る。われわれは、彼らをわれわれの共同社会の一部とみなすこともでき、または、彼らをわれわれとは異なるもの（「彼ら」であって、より大きな「われわれ」の一部でない）とみなすこともできる。第一の場合には、われわれの相対的強さと彼らの相対的弱さが、われわれに特別な責務を与える。第二の場合では、彼らの弱さ——彼らの「他人性」——が、われわれの強い立場に

より、われわれが適当と思うように彼らを取り扱う権利をわれわれに与える。要するに、われわれは、虚弱者や要保護者を本当に「われわれ」の一部とみなすことができるか、または、われわれは、彼らを、異なる存在——「彼ら」——として見ることができるか、である。

大虐殺は、集団殺害をもって出発したのではなかった。それは、とりわけ社会内の強力な制度（例えば教会）による一つのグループの絶えざる軽蔑により、その土壌を準備することから出発した。それは、その土壌を準備し、「彼ら」が「われわれの」の一部となることを防止し続けた。それは、こうした弱い住民グループの純粋に社会的な周辺化（アウトサイダー化）から、やがて、根絶へと突き進んだのであった。(1)あなたはわれわれの一員として住んではならない（社会的追放）から、(2)あなたはわれわれの中で住んではならない（居住区域の強制・孤立化）、(3)あなたは住んではならない（根絶）への進行は、われわれすべての者を躊躇させるような何かがある。虚弱者、病者、高齢者、および死に行く者は、例えば彼らに食物と飲物の停止を助言するというような策略（社会的追放のすぐれた方法）によって社会的に帳消しにされ得る他者ではない。彼らは、肉体的に——救助可能なときに——隔離されるべき人びとではなく、決して遺棄されてはならない。何よりもまず、彼らは、彼ら自身の消滅に共謀するよう社会的に操作されるべき人びとではない。

しかし、ナチスの切り札は、過信して用いることもできる。ナチスがT-4制度、子どもたちの安楽死計画、およびアウシュヴィッツにおいて行ったことは、単にナチスが安楽死の言葉の権利を奪ったという理由だけで、安楽死反対を語りかけるものとはいえない。われわれは、ナチスが何をしたのかを、もっと注意深く調査し、分析し、そしてそれから学ぶ必要がある。

安楽死は、いろいろな点で好まれない話題である。他人の殺害、医療専門職による患者の殺害、または殺害を許す社会を、心に思い描くことを好む者は誰もいない。けれども、安楽死は、それがその一部である病気および死と同じように、真つ正面から立ち向かう必要がある。実際に明らかにわれわれが行おうとしていることがなされていないことが、論争ないし主張を混乱させることにはならないであろう。さらに、安楽死およびその実行はすべて、あまりにも容易に、せいぜい疑わしい開業医やおそらく藪医者であるとわれわれ多くの者が思うような者の財産と なった。議論を推し進める代わりに、ある者がそれはもうたくさんだと主張していたように、そうしたスタンダードレーが、それから注意をそらすために大きな役割を果たしたのである。

末期患者に対するわれわれのケアが良ければ良いほど、それだけ安楽死の必要性は減少するだろう。これは、多くの点で、妊娠中絶問題に類似する。われわれの産児制限計画が良ければ良いほど、それだけ妊娠中絶が代替手段となる場合が少なくなるだろう。死ぬことに焦点を合わせることよりはむしろ、すべての他者に対すると同じく、生の最終段階に対して満足感および意義を与えることによつて死を統合的に編成することは、安楽死の必要性を減少するために大きな役割を果たすことができる。それにもかかわらず、安楽死および妊娠中絶に対する必要性は減少するとはいえ、それはなくなりはいないだろう。

すべてが語られ、そして行われるときには、われわれは、次のような真理に直面するに違いないと考える。

1 すべての殺害を非として許容しないことを主張できる社会はない。実際、大抵の場合でないにしても、多くの場合は、医師は（彼らがそれを承認することを好もうと好むまいと）彼らの患者の死に因果的に巻き込

まれる。

2 大体その線にそつて、「もうこの程度で十分である」という決定がなされるし、将来もなされ続けるだろう。より長引く苦痛に耐えて、より遅く死ぬか、またはより短い苦痛でより早く死ぬかの外には、それ以上の選択肢のない人は、しばしば早く死ぬことを選ぶであろう。

3 医師は、医療環境において保持する権力のゆえに、および親密で信頼感のある医師患者関係における彼らの役割のゆえに、否応なしに、安楽死を選ぶ患者を支援するように求められるであろう。

4 安楽死は、良い「統一的編成」の避けられない一部であろう。

5 その業務を全面的に禁止する法律は、その活動を隠すようにいつも強く迫り、それを社会的公共的統制から引き離すのである。

社会としても、専門家としても、われわれはこれらの問題と取り組まなければならないし、また、民主的な仕方で、われわれが、それに耐えて生きることができ、それから学ぶことができ、それをとおして順応し向上することができるような決定を提案しなければならない。社会は、厳格にその限界を設定しその業務を統制するけれども、末期的な病気で、苦痛が多くとも長く生きるか苦痛を少なくするため短く生きるか以外には選択肢を持たない患者が、それがなされることを繰り返し求める場合には、それを許すことを注意深く選ぶことができる、というのが実態であろう。それに参加することを望む医療専門職は、統制されるだろうが、しかし、非難されはしないであろう。自分の道徳的疑念のため自分が参加するのを許さない人たちは、参加しなくとも罰または非難を受けずに自由だろう。結局、そうした業務から学んでいるなら、いずれかの指示に変更がなされることは、無理もないことである。その業務がわれわれによく役立つこと、そしておそらく事前指示書または適正な代理人により求められている安楽

死が容認可能であることが、わかるであろう。他方において、経験は、その業務がわれわれにあまり役立たなかつたこと、そして、それは除外すべきであることを、われわれに教えてくれるだろう。思慮深い分析と対話——一方では慈悲に訴える耳障りな雄弁術でなく、また他方では伝統または宗教でもない——が、われわれによく役立つであろう。

医師介助自殺および安楽死に対する現代の関心は——医師および倫理学者のみならず、とくに一般住民において——これまで終末期が管理されてきたその仕方に大きな不満があることを暗示している。終末期が、大半の民衆が快く受け入れるようなものでないからには、いつも不満があるだろう——しかし、それは、生が終わろうとしているという悲しみであつて、終わらなき苦しみが最後の段階に不可避免的に随伴するという不安ではないであろう。われわれの主要な論題の一つは、ちようど、すぐれた産児制限の方法が容易に利用可能で利用されるときは、妊娠中絶の要求が著しく減少するように、臨死における医学的助力の要求は、終末期がうまく統合的に編成される場合には、大幅に減少するだろうということである。死ぬためのそうした助力の要求は、消滅しないであろう——これが現実的期待となるのに十分なほど、すべての苦しみが軽減され得るわけではない。しかしながら、医師介助死の要求は、統合的編成の失敗とみなされて研究されるべきである。そうした失敗は、さらなる分析に基づいても避け得なかつたかもしれないが、しかし、こうした情報はまた、この分野のさらなる発展を導くのに有益でもある。

医師介助死に関する討議、および、すべての者が終末期の緩和ケアおよび尊厳死の資格が与えられるべきであるという主張は、次のような三つの望ましい目標を達成するだろう。

- 1 それは、統合的編成の技術を合法的な研究分野にするであろう。
- 2 それは、われわれに対し、多学問領域にわたる訓練された環境の中で厳格な手法を用いて、これらの技術

をすべての医療専門職に教えることを勧めるであろう。

3 それは、あらゆるケア（開始しないことを除き、緩和ケアも含む）がすべての者に利用可能であり、尊厳死の機会が尊厳をもった生に対する論理的帰結として考えられるような、そういう公正な医療制度をわれわれが確立するように導くであろう。

(1) The problem is beautifully described in a short story by Richard Selzer who offers an insight into the emotional problem health care professionals encounter in such situations. The story does not offer a solution-indeed it neither sets out to do so nor can. But as a description of a terrible moral (even if not ethical) problem it has no peer. See R. Selzer, *Down from Troy: A Doctor comes of Age* (NY: Chivers, North America), 1992.

(2) P. Carrick, *Medical Ethics in Antiquity* (Boston: D. Reidel Publishers), 1985.

(3) In the first century, early Christianity forbade all killing whether as capital punishment, in war or even in self-defense. This posed a great problem for the Roman Empire. On the one hand, they could not ignore an ever-growing segment of their population. On the other hand, they could not condone capital punishment or give citizenship to persons who refused to serve in the army. The first church-state accord resulted. The church permitted killing those who were fighting an unjust war and those who had broken a just law. The definition of what was "just" and what "unjust" was left up to the state. Curiously enough, killing in self-defense remained proscribed until about the time of St. Augustine. An excellent description of this "doctrine of innocence" can be found in J. Rachels, *The End of Life*. (NY: Oxford University Press, 1986), pp. 11-13.



(4) See Sir Thomas More, *Utopia*, trans. and ed. by R.M. Adams (NY : Norton), 1975. One of the best and earliest discussions of this book can be found in K. Kautsky, *Thomas More and His Utopia*, trans. by R. Ames (NY : Russell & Russell), 1959. Another excellent source is G.M. Logan, *The Meaning of More's Utopia* (Princeton, NJ : Princeton University Press), 1983.

(5) Euthanasia as conceived by the Nazis was neither a "good death" nor a death brought about so as to benefit (or to prevent harm to) the person killed. While this program was carried on in semi-secrecy, the propaganda made for abandoning persons termed "nutzlose Fresser" ("useless eaters") was clearly visible to all. The extermination of the Jews was not termed "euthanasia" : " the euphemism "euthanasia" was too evidently a euphemism to allow its use even at that late date. It is frightening to realize that the tentative lists of persons believed to be "genetically unfit" and proper subjects at least for sterilization, was later used when it came to the Nazi "euthanasia" program. For example, "the feeble-minded, the pauper class, the criminal class, the epileptics, the insane, the constitutionally weak, or the asthenic class, those predisposed to specific diseases or the diathetic class, the deformed, those having defective sense organs, as the blind and the deaf" was a list first suggested by an American, Bleeker Van Wagenen, at a conference in at the University of London in 1912 in his "Preliminary Report of the Committee of the Eugenics Section of the American Breeder's Association to Study and to Report on the Best Practical Means for Cutting off the Defective Germ Plasm in the Human Population," *Problems in Eugenics*, Ed. by W.C. Adelphi (NY : The Eugenics Education Society), 1912. The most definitive work on this subject is E. Klee, *Euthanasie im NS-Staat* (Frankfurt a/M, Deutschland : Fischer Tachenbuch Verlag), 1991. As background, the following also can be recommended : L. Alexander, "Medical Science

under Dictatorship," *New England Journal of Medicine*, 1949 ; 241 : 39-47 ; R.J.Lifton : *The Nazi Doctors*. (NY : Basic Books), 1986 and K. Moe, "Should the Nazi Research Data Be Cited?" *Hastings Center Report*, 1984 ; 14(6) : 5-7.

(∞) E.H. Loewy, "Drunks, Livers and Values : Should Social Value Judgments Enter into Transplant Decisions?" *Journal of Clinical Gastroenterology*, 1987 ; 9 : 436-441.

(∞) I, Kant, *Foundations of the Metaphysics of Morals*, trans. by Lewis White Beck (Indianapolis, IN : Macmillan Publishing, 1986), p.47.

(∞) The point that patient's in hospitals today rarely die when nothing to prolong their life can be done, is a point evident to all who have worked as nurses, physicians or ethics consultants in a hospital. The point is made in two papers : E.H. Loewy, "Futility and its Wider Implications," *Archives of Internal Medicine*, 1993 ; 153 : 429-431 and E.H. Loewy, "Futility and the Goals of Medicine," *European Philosophy of Medicine and Health Care*, 1993 ; 1(2)15-27.

(∞) T.E. Quill, "Palliative Options of Last Resort : A Comparison of Voluntarily Stopping Eating and Drinking, Terminal Sedation, Physician assisted Suicide and Voluntary Active Euthanasia," *Journal of the American Medical Association*, 1997 ; 278(23) : 2099-2104.

(∞) There is a fairly substantial literature on the problem of self-delusion. See : M.W. Martin, *Self-Deception and Morality*, (Lawrence, Kansas : University Press of Kansas), 1986.

(∞) E.H. Loewy : *Moral Strangers, Moral Acquaintances and Moral Friends : Interconnectedness and its Conditions* (Albany, NY : State University of New York Press), 1997.

(∞) J. Rachels, *The End of Life* (NY : Oxford University Press), 1986.

- (13) Of course, one can, with some justification, argue that the “free consent” of persons whose livelihood depends on such a risky activity is rather less than free. In a capitalist society and given the economic conditions of the times many will doubt the actual freedom of workers in such industries.
- (14) W. Gaylin, *et al.*, “Doctors Must Not Kill,” *Journal of the American Medical Association*, 1998 ; 259 : 2139-2140.
- (15) D.W. Amundsen, “The Physician’s Obligation to Prolong Life : A Medecal Duty Without Classical Roots.” *Hastings Center Report*, 1978 ; 8(4) : 23-31.
- (16) E.D. Pellegrino, “Toward a Reconstruction of Medical Morality : The Primacy of the Act of Profession and the Fact of Illness,” *Journal of Medicine & Philosophy*, 1979 ; 4(1) : 32-56.
- (17) L.R. Churchill, “Bioethical Reductionism and Our Sense of the Human,” *Man & Medicine*, 1980 ; 5 : 229-247.
- (18) See A.E. Chin, *et al.*, “Legalized Physician-assisted Suicide in Oregon—the First Year’s Experience,” *New England Journal of Medicine*, 1999 ; 340(7) : 577-57 ; the details can be found on the Internet under [http : //www.ohd.or.state.or.us/cdpe/chs/pas/ar-index.htm](http://www.ohd.or.state.or.us/cdpe/chs/pas/ar-index.htm)(1998).
- (19) R. Pear, “House Backs Ban on Using Medicine to Aid in Suicide” *Ner York Times*, 28. October 1999, Vol.CXLIX (51,689) ; p.1,29.
- (20) J. Hardwig, “Is there a Duty to Die?” *Hastings Center Report*, 1997 ; 27(2) : 34-42.
- (21) There are a number of papers that speak to this issue. Among others, see D. Ozar, “AIDS, Risk and the Obligation of Health Professionals,” *Biomedical Ethics Review*, ed. by J. Humber and R. Almeder (NY : Humana Press) 1989 and E. H. Loewy, “AIDS and the Human Community,” *Social Science and Medicine*, 1988 ; 27(4) : 297-304.

- (22) E.H. Loewy, "Healing and Killing, Harming and not Harming : Physician Participation in Euthanasia and Capital Punishment," *Journal of Clinical Ethics*, 1992 ; 3(1) : 29-34.
- (23) J. Hardwig, "What about the Family?" *Hastings Center Report*, 1990 ; 19(2) : 5-10.
- (24) T. Kushner, "Having a Life versus Being Alive," *Journal of Medical Ethics*, 1984 ; 1 : 5-8.
- (25) The T-4 program, if a reminder is needed, was the destruction of life deemed "unworthy of life" ("lebensunwertes Leben")—precisely life which had become a burden to the community. It actively pursued the destruction of the mentally defective, the crippled, the severely tuberculous, the epileptics and persons deemed to be "asocial." Propaganda posters at that time graphically portrayed how much the community could save by not having to support such persons ; mathematics examples in schools often asked students to calculate by how much not having to support "x" numbers of such "defectives" would increase the wages of "y" numbers of people. Shall we try to introduce such fine examples into our classrooms?
- (28) There is a vast literature dealing with this point. For a general review, which includes discussion about the implication of the churches in both preparing the soil for and failing to resist the Nazi atrocities see, for example, J. Weiss, *Ideology of Death : Why the Holocaust Happened in Germany* (Chicago : Ivan R. Dee, Publishers), 1996 and R. Hilberg, *The Destruction of the European Jews* (NY : Holmer and Meier Publishers), 1985. For the role of physicians in the holocaust, see A. Mitscherlich and F. Mielke, *Medizin ohne Menschlichkeit : Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses* (Frankfurt a/M : Fischer Taschenbuch), 1986 and H. Friedländer, *The Origins of Nazi Genocide : From Euthanasia to the Final Solution* (Chapel Hill, NC : University of North Carolina Press), 1997.

- (27) M. Burtleigh, *Death and Deliverance : "Euthanasia" in Germany. 1990-1945* (NY : Cambridge University Press), 1994.
- (28) E.H. Loewy and R. S. Loewy, "Lebensunwertes Leben and the Obligation to Die : Does the Obligation to Die Rest on a Misunderstanding of Community?" *Health Care Analysis*, 1999 : 7 : 23-36.

## 第七章 ホスピスと終末期

### 一 序 説

本章において、われわれは、ホスピスの哲学と、それが今日この合衆国で現に実施されている特有の諸条件とに対する序論を提示したい。簡略であるが、それは、われわれが倫理的に疑わしいと考える患者Ⅱ臨床医の出会いにおける特殊父権主義的な態度および取組みの執拗な再現を、確認し討議することを可能にするのに十分であろう。要するに、われわれは、合衆国で組み立てられ蓄積されてきた方法を前提とした、ホスピスの理想の最新の具現化は、患者Ⅱ臨床医関係の特質に関して一般人と臨床医との間に今日増大している期待の相違を救済することに失敗しているだけでないことを論じたい。われわれは、それを一層悪化させるように動く——たとえ意識しなくとも——ことが可能であることを論じたい。この失敗の理由を調査することに加えて、われわれは、現在利用可能な救済策よりも、もっと徹底的かつ基本的な救済策が必要とされていることを示唆しておきたい。

この合衆国におけるホスピス運動の興隆は、多くの人びとから、ますます医学的療法すなわち治療という単一の見方で占められるようになった医療制度に対し、これを刷新する長年懸案であった矯正策と見られてきた。こうした偏見は、臨床医（この用語は、本章で、患者のための医療の準備を調整することに従事する専門家を集団的に呼ぶために用いる）が、医療の性質および医療専門家について非常に狭い解釈を採ることを助長してしまう、ということが主張されてきた。その結果、それは、臨床医に、最近まで伝統的に医療的出会いの中心をなしていた重要な

ことを見失わせる原因となった。それは、病氣、疾病または身体障害の治療ではなく、いつか終わりとなる生を有する患者の治療である。言い換えれば、患者は、疾病の撲滅および機能不全に陥った身体部位の修理へと向かう終わりなき道路にそって戦略的に動かされている風景の中の単なる受動的な客体ではない。

生物工学において成し遂げられてきた息を飲むような進歩は——それは歓迎されるかもしれないが——補足物ではなく、その昔からの非常に広範な医学の人間の経験に取って代わると脅している。そして、それらは、その経験が一つの親密な人格的出会いとしてその前景を占めようと、一つの社会制度としての公共的見地においてわれわれ全員が医療との間に有するその非人格的な関係性としてその背景に留まろうとも、そうすると脅すのである。残念ながら、われわれがすでに明らかにしたように、生物工学が単なる生物学的存在の保護のためにしばしば必要であるという事実は、その存在の質に及ぼす効果、またはそれに関係する者および臨床医と患者関係の影響を最も適切に受けている者すべての生に及ぼすその効果については何も語らない。言い換えれば、単なる生物学的存在と同様に、科学技術は、それが生起する周辺状況が要素に分解されて平衡状態に達するまでは、潜在的にはともかく、現実的にはいかなる内容も意味も有しない——言わば、それは価値中立的である。

一方の一般的に医学に関連した広範な伝統的な目標および価値観と、他方の個人開業医と彼らの患者の個性的な関係性および暗黙の期待とのこの混合は、医療専門職の特別の責務を確立するものである。これらの責務は、彼らの患者に、彼ら自身に、彼らの職業に広がり、また彼らの専門的知識を求めのみならず、これを認め補助金を与えもする社会にまで広がる。彼らの表現は異なるかもしれないが、それぞれの個別的な事例およびその特有の情況に依存しているので、これらの特別の責務は伝統的に、以下のものを含んでいる（ここでは、特に重要性の順に掲載しているわけでない）。

- 1 教育をとおして健康を増進すること
- 2 痛み、症状、または苦しみを軽減すること（可能なときに）
- 3 患者に対する、理由のない危害または不必要な危険を避けること
- 4 治療すること（単に生物学的生命を延ばすことに対立するもの）
- 5 機能を維持すること、および増進すること
- 6 機能障害を極小化すること
- 7 証人を引き受けること、また患者の代理をつとめること（とくに、上記のいずれかまたはすべてが、もはや不可能であるときに）

しかし、また、これらの責務は、ただの生物学的存在および生物工学と同様に、プレースホルダー（訳注、式の中の文字のうち、定められた集合の要素の名前を代入しうるもの）の空欄として残る。それらが、ある可能性の方向を示すとはいえ、個々の事例ごとに生物Ⅱ心理Ⅱ社会的情況が特定化するまでは、それらはいかなる現実的な内容も意味も有しない——すなわち、それらは価値中立的である。これは、それぞれあらゆる特殊な境遇を構成する独特の先行条件の注意深い調査を必要とする。これらの先行条件は、それぞれの個別的事例における目標および関心事の利益と負担が、介入効果の影響を適切に受けた人びとすべての生により、確認され討議されることを可能にする。そうした調査なしには、介入は、知的業務の必須条件である予見的、批評的な省察の水準まで向上するよりはむしろ、習慣の盲目的な衝動または力の水準に留まるように運命づけられる。ちなみに、これは、質問における主題が「技術」「科学」に分類されるのか、それとも「倫理」に分類されるのかの問題である。

われわれは、責務の内容に意味を与えるについては、状況の重要性を強調するほかに、同じように重要なその他



の点にも注意を向けようと努めている。それらが衝突するときでも、責務は責務であることを止めることはない。すなわち、適切に割り当てられたすべての人びとの共同の努力が一致した（内容を準備した）という、それだけの理由から、臨床医の特定の責務の特殊な位階制度的ランキングが、いかなる境遇においても、たまたまリスト上の位置が低下したそれらの責務が単純に責務であることを止めるだろうということを意味するものではない。臨床医の特別の責務は、福利、価値観、目標、および関心事など、それらのいくつかは相互に衝突が避けられない、多様なもの一式に起因し——そしてこれを表し——ている。これは、明らかに、人間存在の経験的事実である。

しかし、不適當な責務は、それが実物であれ知覚されたものであれ——また、物質的ないし社会||経済的な見地からだけでなく、非物質的な社会的見地においても同様に——高くつくことがありうる。責務が無視されまたは除外されたときはいつでも——その理由が何であれ——社会を暗黙のうちに結合させているきずなが抑圧の下に置かれ、ある種の「機会費用」がかかる。こうした機会費用には、計測困難なもの——例えば、疎外、信頼喪失——もあるかもしれないが、それらは、具体的にいえばかなり容易に計測されるほど現実的な——そして高くつく——ものである。こうして、臨床の専門的知識の背景にある中心的な諸目的の一つは——暗黙であれ明白であれ——これまでいつも、その人の職業上の責務に適合すること、できるだけ多くの福利、価値観、目標、および関心事を保護するような方法で行うこと、そして他のものよりも（すなわち除外して）一つを選ばなければならない事態を避けることであった。言い換えるなら、福利、価値観、目標、および関心事を評価し分類するその仕方における本質的な要素は、それぞれが残りを増さないまでも保存する可能性を有するその程度を評価することである。

福利、価値観、目標、および関心事のこの多種多様性と矛盾する責務を認識して完全に評価することに関する臨床医の失敗は、なぜ近年の治療に関する狭い偏見が治療の人間関係内部の不均衡の増大に寄与してきたかの理由を

説明する手助けを生み出すことができる。それは、一方で一般人の、また他方では臨床医の、暗黙の——そして時には非現実的な——推測と期待の中に存在する。今日のホスピス現象の評判および支援は、患者が——われわれはみな潜在的患者であるが——その不均衡に対する救済を望んでいる事実<sup>(1)</sup>に帰すべき部分が決して小さくない。こうして、学際的なホスピスチームが典型的に提供するケアの、より親密に調整され、文脈上特定化された統合的編成のなかに、運動の正しい方向があるものと、われわれは考えている。

## 二 ホスピス——その哲学的理想と実践的現実性

「ホスピス」という語は、「ホスピタル」および「ホスピタリティ」などの語と、言語学的に同一の古典的起源を実際に共有し、そして、これまで西欧文化全体にわたって、病み、疲れた旅人たちのための安全な避難所の観念と結びつけられてきた。しかし、一九六〇年代後期以降「ホスピス」の語は、末期的病気の患者の必要に、よりよく適合するように設けられた特殊なケアを、明確に指し示すために用いられるようになっていく。この「現代的」ホスピス運動は、一九六七年にロンドンに聖クリストファー・ホスピスを創立した、医師であるシシリー・ソーンダース女史の指導の下に始まった。キューブラー・ロスの今では古典的テキスト『死と死ぬこと』<sup>(2)</sup>が、急速に社会的現象となり、現代生活に起こる死および死に方を議論することに対する新たな関心を刺激したのは、その後間もなくであった。ソーンダース博士により創られた入院患者ホスピスを手本として、この国で最初のホスピスが一九七四年にコネチカット州でオープンした。一九八〇年代後期までに、すべての州にわたって繰り広げられた約一七〇〇のホスピス計画が存在した。今日では、この一〇年間だけで、合衆国五〇州、コロンビア特別区、プエルトリ

コ、およびグアムに施設を構えたプログラムは三〇〇〇以上にのぼる<sup>(2)</sup>。しかし、全ホスピス・ケア時間の九〇%以上は、患者家庭（ナーシング・ホームを含む）内の外部患者サービスとして提供されている<sup>(3)</sup>。このように、ここ合衆国における「ホスピス」は正確には何であるか、それはソーンダースの最初概念とどう違うか、またそれはなぜか、疑問がある。

ドーランドの図解医学辞典は、ホスピスを「末期的病気の患者およびその家族のために、直接的にまたは診療を基礎として、緩和ケアおよび支援ケアを提供する施設」と定義している<sup>(4)</sup>。これは、かなり率直な叙述であり、またおそらくは、ホスピス臨床家でも一般人でもない大抵の臨床医がホスピスをどのように考えるのかを示す、むしろ公平な描写である。実のところ、自分自身を「合衆国におけるホスピス・ケアの促進に専門的に捧げられた、最大の独立的全国的非営利会員機関<sup>(5)</sup>」と述べている、全国ホスピス機関（NHO）は、ホスピスの基本原理につき次のような見解を提示している。

「ホスピス」は、多種多様な設定環境——患者の家庭、病院、ナーシング・ホーム、または独立入院患者施設など——の要請を満足させることができる人間のかつ共感的なケアの絶えず成長する概念を指し示す<sup>(6)</sup>。

しかし、われわれは、ここに言及されている少なくとも二つの警告——それは両者とも、興味深いことに、横暴な経済的困窮へと追跡されることがあり、ホスピスおよび彼らの依頼人による直接的影響力は、たとえあるにしても、ますます減少しているものである——に悩まされている。第一に、そうしたケアが本当に「多種多様な設定環境の要請を満足させる」ことができるということが、原理的には真理であるとしても、実際には、ホスピスは、どのような種類の入院患者施設にあっても彼らの患者が費やす時間を財政的に極小化するように、嚴重監視の下にある。早くから指摘されているように、全ホスピス・ケア時間の九〇%以上は、外部患者の設定環境において提供されて

いる。ここ合衆国においては、老人医療保険制度および医療扶助制度は、一九九五年に開始してから、全ホスピス・サービスの七三%以上を支払った。<sup>3)</sup>これらは、その同じ期間をとおして、ホーム・ケア（ナーシング・ホームを含む）を一日当たり償還率約九四ドルで、および一般入院患者ケアを一日当たり償還率約四一九ドルで、提供する頭割り計算の計画である。<sup>3)</sup>これらの政府計画で規定された条件によってカバーされない、診断関連の入院患者サービスへの支払資金を有する患者は極めて少ない。また、患者およびその家族は、これがいったいどれほどの出費を必要とするのかを、その確実性のいかに問わず予め知る方法はない。

第二に、NH O（全国ホスピス機関）の会員数は、二一〇〇以上のホスピス計画、および四七の州ホスピス機関を含む一方<sup>3)</sup>、NH O会員の会費（一九九九年現在で、年ごと、入会ごとに6ドル）は、多くのホスピスにとり困難を意味している。例えば、カリフォルニア大学デヴィス校附属のサクラメント・ホスピス施設は、全くこの理由によりNH Oの会員ではない。こうして、その他の点では全く優れた沢山の計画——およびそれらの統計資料——が、実際は、この機関によって代表されないこと、また、NH Oから入手可能ないかなる情報が、その会員ホスピスの概観および統計資料を有力に説明しているのかということ、記憶しておくべき重要なことである。

われわれの研究は、まだ、ホスピスの組織的な資料収集、標準化、および研究もなく、孤立した異種の、そして疑いもなくそこらに散在する錯綜した資料類のための公認の情報センターもないということ、暗示している。このために、いくつかの最近の全国のおよび国際的な定期刊行物において記されてきたように、ここ合衆国において容易に利用可能な情報の代表的な正当性を評価することは極めて困難であり、ましてそこから確かな結論を導き出すことは、なおさら困難である。<sup>6)</sup>すなわち、NH Oは、この国においてホスピスの大多数を代表すること、そして、圧倒的多数のホスピス職員により、ホスピス・ケアの基本原理のため最も適格な代表者であると考えられているこ

とは、依然として真相である。こうして、議論および分析のために、われわれもまた、NHOの立場を、ここ合衆国においてわれわれが有する、ホスピス臨床医および機関の共同の代表に最も近いものであると、考えるべきであろう。

NHOは、ホスピスの五つの特性を明確に特定化し公表している。それは、彼らがそれを他の種類の医療から区別することを主張するものである。それらを、次に引用しておこう。

- 1 ホスピスは、治療的療法よりはむしろ緩和的療法を提供する。
- 2 ホスピスは、疾病ではなく、患者を取り扱う。
- 3 ホスピスは、生の長さよりはむしろその質を強調する。
- 4 ホスピスは、患者だけではなく、その家族全体が「ケアの単位」であると考ええる。
- 5 ホスピスは、患者および家族に、一日二四時間、一週七日間を基本として、救助と支援を提供する<sup>(5)</sup>。

大抵のホスピス臨床医は、暗黙にまたは明白に、彼らの業務の基本原則にこれらの主張を取り入れており、そして、大抵のホスピス教育センターは、彼らの情報パックに、また彼らが教えるクラスでも、NHOからの文章を利用している。率直に言えば、われわれは、これらの主張はそれぞれ、多かれ少なかれ問題性をもつことがわかるので、それらを、簡単にはあるが、一つ一つ取り扱うことにしたい。

上記の第一の主張に示されているように、ホスピス・ケアは「緩和的」ケアに相等しいもの——大抵のホスピス臨床医の考えではもちろんだが、多くの他の臨床医および一般人の考えでも同様である——となっているが、しかし、その二つは、実際には、同一ではない。一般的医学用語においてだけでなく、一般用語においても「緩和的」の用語は、まだ大変広い意味を保持している。『オックスフォード英語辞典〔簡約版〕』によれば、「to palliate 緩和

すること」は、ラテン語の「palliatuſ 覆うことまたは隠すこと」に由来する。そして、その多様な意味は、次のように、裏返しにすること、和らげること、偽装すること、容赦すること、なだめること、および表面的ないし一時的に治すことなどを含んでいる<sup>7)</sup>。ドーランドの辞典によれば、「to palliate 緩和すること」は、単純に「苛酷さを軽減すること、楽にすること」を意味する<sup>4)</sup>。実際に、標準的な一般辞典または医学辞典には、緩和ケアが、唯一または主にこれが、末期的病気のケアに適切であることを示唆するものは何もない。

緩和が、ホスピスの設定環境において臨床医により提供されるケアの種類の中心的な特徴である——確かに、多くの末期事例において、それは中心的な特徴である——からといって、緩和ケアの理念が、そうしたケアを与えられている患者が末期的病気であることを要する（すなわち要求される）わけでは決していない。歴史的に、いかなる患者も臨床医関係においても——診断にかかわりなく——暗黙の理解の主なもの、いかなる患者も臨床医の間の医療関係においても、緩和が主要な価値物の一つであることであると、われわれはこれまで他の多くの場所で論証してきた。緩和は、患者が、(a)彼らの位置づけの性質を理解し、(b)彼ら自身の特有の目標を確認し、また、(c)医療チームにより示唆されたケアの代替案の利益と負担を衡量することを手助けする過程において、いつも真面目に議論しなければならぬ重要論点の一つである<sup>8)</sup>。そうした重要論点<sup>8)</sup>が真面目に処理されないならば、臨床医が、医療の人間関係の成功のために必要な一種の信頼を發展させ支えることは、非常に困難になる。

こうして、ホスピス・ケアは、しばしば緩和ケアと同義語と考えられている——その分野で働きまたはそれを書いている多くの人たちが、その用語を相互交換的に用いているという点で——けれども、そこには重要な理論的および実践的な差異が存在する。これらの差異は、注意深く考慮するに値する（ここ合衆国において両方が実施されるとき唯一の方法を考える場合には、とくにそうである）。例えば、緩和ケア・ユニットまたは「ペイン・クリ

ニック」で働いている臨床医は、彼らが生物学的な生の治療または延命を行うよりも、安楽および機能の保護に一層大きな重点を置く傾向がある。ホスピス・ケアで働いている臨床医は、一般に、生物学的な生の治療や延命——そしてここでは、われわれはNHOの言葉を借りると——よりはむしろ、安楽および機能の保護を強調する傾向がある。これは、微妙であるが、それにもかかわらず重要な差異である。

一方において、合衆国で伝統的な医学によって一般に提供されている緩和ケアの類型は、むしろ狭く心理的痛み（苦しみの一層広範な生物Ⅱ心理Ⅱ社会的現象と対比されるような）に焦点を絞る傾向があり、そして、急性疾患の介入から長期の慢性疾患の治療にまでわたる。こうした療法は、多学問領域にわたる臨床医チームによる、より包括的で統合化された努力の主要部分として、普通に見られるわけではない。例えば、緩和ケア・ユニットまたはペイン・クリニックで見られる患者がすべて、基本医療の医師を有していると仮定しても、緩和ケア臨床医と基本医療医師との間の継続的なコミュニケーションは、もしあるとしても少ないのが、しばしばである。そうしたコミュニケーションは、彼らの各々のケア・プランの全体的な長期の統合および調整を提供する基礎となると、われわれは主張したのである。しかし、その努力がなされるときでさえも、緩和は、あまりにもしばしば、どのよう——またはどちらが——それを完全なものにするのかについてほとんど考慮せずに、狭い生物工学的な関心事のままであり、または、その患者のもっと大きく包括的な、そして長期的な目標とは対立的である。

他方において、この国において利用可能なホスピス・ケアの類型は、調整された多学問領域にわたるチームの取り組みを提供することに成功してきた。その取り組みは、(a)臨死の人ばかりでなく、その家族および大事な他の者をも加えて構成される「複合的全体」として、患者を取り扱うことに捧げられ、また、(b)各患者の特有の立場に関する一層広範な生物Ⅱ心理Ⅱ社会的要素のいくつかに向けて特別に組み立てられる。そうした取り組みは、例えば、患者

の死後一年に至るまで、その前もその間も、死別カウンセリングのようなものを包含したものを可能にする。残念ながら、ホスピス・ケアは、現在、(c)自己の病気のため積極的に死のうとしてしている、そして余命が（彼の医師の判断による限り）六か月またはそれ以下の末期的病気の患者に限定されていること、また、(d)入院を避けるため、またはそれを最小限に抑えるために（経済的理由によるのが増えている）、在宅ケアの厳格な調整に委ねられることもまた真相である。しかし、緩和が、ホスピスのための特に適切な手段であるという理由だけで、それが他のどんな医療類型のためにも、あまり適切でないことを意味するものではない。必要だが不快な肺洗浄の日課に耐えている患者の急性の手術後の痛みと苦しみから、衰弱性関節炎の患者の慢性の痛みと苦しみに至るまで、非末期的な緩和の論争を免れることのできる臨床的専門は存しない（患者は、痛みと不安が彼らを速く浅く呼吸するよう謀るときは「深く呼吸し、また咳をする」ことは期待できず、または、あらゆる動作が滝のような痛みを発するときには「新鮮な空気を十分に取り入れ、かつ運動をする」ことは期待できない）。不必要な痛みと苦しみが患者のケア・プランへの心からの参加に影響する程度に至れば、患者——現実のおよび潜在的な——は、彼らの臨床医の治療関係への献身を信頼しなくなるであろう。

言い換えれば、緩和は、いかなる医療関係にとっても——その重要性が非常にしばしば無視されるという事実にもかかわらず——その本質的構成要素である。ちょうど、人が末期的病気になったときでも、通例の医療を棄てる——または棄てられる——必要がないのと同じように、仮に人が治療的療法を求めるとしても、緩和を棄てる必要はないであろう。要するに、ホスピスと通例のケアの間のこの点について展開された概念的区別は、患者およびその臨床医が実際に自覚した立場の現実性を言い表してはいない。むしろ、われわれは、それら、すなわち専断的な通例の治療は本当は何であるのか、その本質を求めて、これらの特別の概念的区別の調査に着手しなければならな



い。概念的区別それ自体には必ずしも悪いところは何もないとはいえ、それらは精査に値する。それらが、患者Ⅱ臨床医関係の外部にある関心事および条件から起こり、かつそれによって広められ、そして、それに対して、大多数の患者および多くの臨床医は彼らがほとんど効果的な声をもたないと思っっている場合には、これはとくに問題である。

患者は、この点において、とくに傷つきやすい。患者たちは、彼らが認めている——または彼らの臨床医が理解している——よりもはるかにしばしば、彼らを世話する人たちによる影響を過度に受ける。臨床医と患者の間の治療関係の外部にある諸条件が、臨床医に、ホスピスおよび通例の医療を相互に排除し合う選択肢であると言わせるならば、大抵の一般人は、不運だが無批判に、それらをそのように受け取るであろう。しかし、単に治療が有効な選択肢であるということが、緩和が無視されてもよいことを意味するわけではないし、単に患者が末期的病気であるということ——すなわち、彼女が今にも死にそうであること——が、通例の医療がもはや果たすべき正当な役割を有しないことを意味するわけではない。われわれは、忘れる傾向がある——死はわれわれすべての者にとり不可避であり、どんな特別の時点であれ、それが、他の者よりもわれわれの誰かにとって一層切迫しているとしても、当然であることを。

第二の「ホスピスは、疾病ではなく、患者を取り扱う」という主張は、もしも諸州においてこの現行の態度および認識に対する説明がいくらかスローガンに用いられたのだとすれば、それが理想または目標の本質的な変更であるより、もっと興味深いことである。恐らく、この主張の背後にある暗示は、通例の医療は疾病を取り扱い、患者を扱わないということである。しかし、通例の医療があまりに疾病を治療することだけに占領されているという事実は、疾病を治療することに結合した技術的熟練に単純に還元され得ない長年の伝統的基準からの最近の逸脱行為

を反映している。そうした逸脱行為は、ホスピスの概念を緩和ケアの排他的類型に効果的に還元するという、もう一つの相互排他的な技術的熟練をさらに加えることによって、補正されはしない。

争点は、患者を取り扱うのか、疾病を取り扱うのかではない。誰も、疾病をもっているその患者を取り扱うことなしに、疾病を取り扱うことはできない。争点は、むしろ、疾病に罹患している患者が、いかに良くまたは悪く取り扱われるかである。われわれが本章の序説の部で記したように、臨床医が伝統的に彼らの専門的知識を探究する人たちに世話になってきた、少なくとも七つの広範な責務がある。理想的には、臨床医は、自分の提供する治療行為がそれらの責務のすべてを満足させることができないときでも、その責務のそれぞれを心にかける必要がある。なぜ患者は、排他的に疾病および治療のことばかり考えている臨床医と、排他的に人びとの緩和（彼らが末期である時は除く）のことばかり考えている臨床医との中から選択するように求められるべきなのか？ この主張およびそれが示す「選択」は、それが言明することからよってと同様に、それが言明しないことからよって、われわれに不安を与えることになるであろう。

第三の「ホスピスは、生の長さよりは、むしろその質を強調する」という主張は、なお、もう一つの実例「黒白のはっきりした思考法」、すなわち、進歩の必然的な知的含意——複雑性の増大——の一つとまだ取り組むことができないでいる社会による、典型的な復古的な反応を示す。確かに、われわれは、まとめて言えば、実体的変動の必然性と取り組んできた。しかし、われわれの二元論の遺産——われわれが習慣的に物質と精神、時間と空間、道徳と科学、生と死を分離し、これらの少数のものを除き二元論と命名する原因となり、われわれが無批判的に具現化し称賛する遺産——は、邪魔になっている。それは、われわれ各人にとって、生は質と量の間で行為を均衡させる恒常的な複合体であるということを、われわれに理解させる。厳密には、その均衡がどのように量られ

るかは、われわれの間で意味深く異なるであろう。これを理解し損なうことは、われわれが自分を取り巻く生の単なる観察者から変動の創造的な行為者へと動くにつれて、ますます他者および自分自身のために生み出す新しい倫理的責任について（個人的にも集団的にも）取り組むのを妨げる。ホスピスが生の質に活動の領域をもつという主張は、通例の医療に固有の関心事が本当に生の量に限定されるべきであることを——意図的であろうとなかろうと——示唆する。それは、われわれ皆に、臨床医としては確実に、しかしおそらく潜在的患者としては特別に、関係するはずだという示唆である。なぜなら、それは、彼らの患者の末期ケアにおける基本医療臨床医の役割の周辺化を強化するためにしか役立たないからである。

第四の「ホスピスは、患者だけではなく、その家族全体が『ケアの単位』であると考える」という主張は、われわれの社会に通用している簡単に割り切った、そしてあまりに個人主義的な自律の概念の解釈に、大変必要とされる改訂を提供する最近の試みと一致している。個々人は、彼らが自分の存在を自分の環境の残りの部分と機能的に相互連結したものと認識できる程度にまで、人格となる可能性がある——少なくともその語の倫理的に関心をひくいかなる意味においても——ということ、われわれは別のところで主張したことがある。<sup>8</sup>すなわち、わたしの生物Ⅱ心理Ⅱ社会的環境全体は、わたしがその環境に影響を与えるのと全く同じように確実に、わたしの人格形成に影響を与える。わたしは、自分の関心事および関係性——それらは、わたしを、わたしがそうであるものにしてくれる人および物である——の外側では、自分自身を確認しはじめることなどできない。おそらく、その当然の帰結として、人が自分自身の必要および関心事と、自分の環境の残りの部分の必要および関心事との、ホメオスタシス的な均衡を求めることは、人の最善の関心事に属するものである、ということになるだろう。臨床医にとっての争点は、本当は、彼らの眼前の患者よりも他の事物および人物を考えるべきか否かではなく、それが、どのように

して、どの程度まで、どんな条件の下に、適切で正当なものとなされ得るのか、またそうする義務もあるのか、ということであった。最も確かなことは、それは、ホスピスで働く臨床医に対してだけ、独自性がなく適合的でもない争点であるということである。

第五の「ホスピスは、患者および家族に、一日二四時間、一週七日間を基本として、救助と支援を提供する」という主張は、はなはだ人を誤解させるものである。というのは、古典的意味のいかなる専門的職業にも——とくに医療専門職には——必要とされる主要なものは、近づきやすいことだからである。臨床医は、自分の患者たちに自分自ら役に立てないときにはいつでも、患者に「署名させ」代理する資格のある他の臨床医のところへ「外出」させることが期待されている。これは、われわれの社会の患者⇨医師関係の理念に、期待として非常に深く植えつけられているので、それに失敗するそれらの医師たちは、直ちに彼らの同僚からの非難と「患者遺棄」の訴訟の可能性とに身をさらすのである。伝統的医療にとつての問題は、医師⇨臨床医の近づきやすさの欠如ではなく、医療チームの他のメンバーの近づきやすさの欠如にある。そして、自分の患者のためにホスピス・ケアを考えている伝統的医師⇨臨床医にとつての問題は、多くのホスピスが、患者とホスピス相談を始めた医師との関係の継続的な実行可能性のために極めてわずかなチャンスを提供することにより、患者のケアの完全な管理をわがものにする傾向にある。われわれの親友にして仲間が次のように書いている。「わたしは、例えば、彼の患者たちを観察しているその医師と毎週会っている個人専用ホスピス看護師と契約することにより独創的に対応している医師を知っている。その患者たちのある者は、その看護師とともにケース・マネージャーとしてホスピスに雇われ、その他の者は熟練ケアを要する患者とし、その看護師が付き添う<sup>9)</sup>」。なるほど、これは、この種の対応に稀にまたはときどき頼る必要のある医師のための現実的な選択肢であるかもしれない。それでもやはり、同様に献身的な医師にとって、ホス

ピス・ケアから利益を得るといふことは、相当多数の患者をもつ医師を除き、経済的に実行可能な選択肢でないであらう。しかし、たとえそうであったとしても、なぜ、医師⇨臨床医はそうした選択肢に助成金を与えるために選ばされるべきなのか？ われわれは、看護師が患者に関する情報を求める医師と契約すべきであると考えているのか？ なぜ、医師は、臨床医療チーム⇨患者関係の完全性保持に関連した負担をすべて引き受けることを求めらるべきなのか？

非医師医療臨床家による二四時間ケアを必要とする患者は、それを受けるべきであるという主張は、実に、妥当な倫理的主張である。しかし、二四時間ケアを必要とするすべての患者が、彼らが任意にそれを「適格と認める」か否かに関係なく、それを受けるべきであるというのは、まさにそのとおりである。そのようなものとして、それは社会的対応を必要とする倫理的主張である。これは、個々の医師の自発的な慈善感情に基づき応えることにより救済され得るようなものではなく、民主的社會の市民としてのわれわれ全員の責任である。率直に言えば、すべての患者が、ホスピス患者が有する在宅保健サービスに対し同じ接近手段をもつことは「財政的に不可能である」という示唆は偽りである。他の科学技術的に進んだ国々は、彼らの市民全員に公平にもっと多くの包括的な在宅保健サービスを含む医療サービスを提供しているのに、彼らの各々の国内総生産物の消費が、われわれよりも遙かに少ない。われわれの倫理的問題は、われわれがこの豊かな国においてその資力はあるにはあるが、単にそうする一般道徳をもたないだけであることである。しかし、われわれがその資力をもたないと仮定するならば、その利用料金について何がそんなに悪いのか、「よし、そのように、われわれはすべての人びとにすべてのものを与えることにはできないけれども、われわれは何を利用可能にすることを決定するのか、彼らの死が差し迫っているか否かにかかわりなく、それを必要とするすべての者に利用可能にしようとするつもりなのだろうか？」（こうした「システムエ

ラー」のより広い議論のためには、社会的問題点を扱った第二章および七章を参照)。

これらは、もちろん、NHO(全国ホスピス機関)による主張に関する、いささか短いながらも重要な批評であると考えられる。それでも、これらの主張がホスピス臨床医の基本原則および日常の実践の中にすっかり巧みに浸透しているのは、患者と臨床医関係に対するそれらの影響の範囲を理解すること、およびそれらがホスピス臨床医と非ホスピス臨床医の間に誘発しまたは激化させたその区別を理解することは重要である。これは、かえって残念なことである。というのも、公衆にとり最も魅力的になっていると少なくとも一応推定されるホスピスのそうした外観が、さまざまなパンフレットおよび公共的情報のために作られた小冊子に目立って掲載されがちである、ということではないからである。むしろ、一般人に一貫して最も訴えてきた特徴は、彼らが治療指向の通例の医療はもはや提供され得ないと推測するようなことである。これらの特徴は次のものを含む。

1 患者中心のケアへの復帰

2 患者ケアの評価における緩和問題の重要性への再献身

3 一層結合力のある学際的取組みの導入。すなわち、取り扱われるそれぞれ個々の患者の生物と心理と社会的必要により一致したケア計画を、個人の希望に合わせて統合的に編成するために必要な、専門的知識および素材の両者を整理するのにより効果的であることが判明した取組みである。

第一の特徴は、根本的なものであり、病院および診療所が工場で、臨床医が組立てライン上の労働者——多くの臨床医および患者がそのように感じ始めてはいるが——でないことを、われわれに想起させる。そして、態度は、それが全てではないにしても、やはり問題である。それは、われわれの相互に対する信頼や期待の原因であり結果でもある。それは、われわれに毎日の生活を送らせ習慣を鍛える雰囲気を作り上げる。そのことは、いわば「患者の

芝生」上にケアの中心的位置を——肉体的に、心理的に、そして社会的に——維持することが、患者のためであると同様に臨床医のためでもあるのはなぜか、いつそれが可能となるかの理由である。患者は、あまり「客体化」されそうにはならず、また、患者の身近な環境およびその長期的目標の両方につき、より積極的な権利意識および責任感を保ちそうである。他方、臨床医は、患者の態度、環境、およびライフスタイルなどの実態を前提とするならば、より一層明瞭に、かつ誤った憶測をより少なくして、最も成功しそうな介入の種類を吟味することができる。しかし、最も重要なことは、医療関係の期限や条件を考慮するときはいつでも、その考慮は、他者の利益に加えて患者の最善の利益をも含めた見地から、必ず明確にされるだろう。例えば、医療の機構ないし組立てにおける「有効性」に関するいかなる討議もまた、患者に対するその効果の見地から考慮されなければならないだろう。

第二の特徴の重要性は、すでにある程度まで討議済みである。しかし、現代の有名な『サポート研究』<sup>10</sup>の刊行以来、文献における最近の論文続出を前提とするなら、それは強調しすぎるといえることはない。患者は、できるだけ長い間、できるだけ多く自らの生活を支配し続けることを望む。そして、彼らは、緩和をその目的への主要な手段の一つとみている。そして、人は自分の生に対してわずかな支配力も有しないならば「生きていくこと」という単なる生物学的な事実は少なくとも無意味となり、最悪のときは、極端に耐え難いものとなり得る。言い換えれば「生きていくこと」は「生を有する」ために必要であることは、議論の余地がない。しかし、多くの人間にとって「生きていくこと」が、すべての経験が壊滅的に否定されるほどに、ひどく痛みや苦しみに満ちたものであるときは、多くの人がびとが、興味深さや意義深さなど言葉のいかなる意味においても「生を有していること」の真価を認めることはできなくなる。

最後の特徴は、本質的に、救助の方法であり、最初の二つを調整し、監視する手段である。現代の通例の医療の

あらゆる領域における大きな欠陥は、救助の方法にある。「往診」の廃止以来、臨床医は、患者がいかに良くまたは悪くその日常の環境に働きかけまたは対処することができるとかについて、患者および家族の自己報告を当てにせざるをえなくなっている。通例の医療の院外患者制度においては、そうしたケアの——とくに急性でない慢性的症状の患者のための——医学的必要性および調整の效果的監視が必要とされる、批判的、継続的で、冷静な専門的評価のための機会は、比較的少ない。

ホスピスがこれほどまでに成し遂げた成功は、患者と臨床医関係に共通の問題に関する公開の批判的で継続的な討議が起り得るところにおいて、患者、彼らの大切な他人および臨床医などのために環境作りをする献身的努力に相應しいものとなっていることが、決して少なくない。これらの共通する問題は、不当に狭く批判性に乏しく単純化された思考様式から生じる誤解および不一致を含んでいる。そして、繰り返しになるが、それらは、生物医学的介入のみならず、人間としてのわれわれを拘束し続けるそれらの広範な論争、すなわち全人格としての患者の適切なケアを構成すべきものは何か、それはどのように誰によって決定されるのかにもまた関係している。

これらの誤解および不一致は、普通のホスピス臨床医が、通例の医療はホスピスがしているのと同じ種類の親密に調整された学際的なケアを、機械的に提供することはできないと確信している主な理由である。しかし、ただ単に、あるものが機械的には提供されていないという理由により、それは機械的に提供され得ないし、されるべきでもない、結論づけるのは誤りである。しかし、もう一つの理由は、医療がそうした複雑な事業となっていることにある。「ケアの単位」が広げられて、患者の家族および大切な他人を含むようになっただけでなく、臨床医の副専攻もまた急増してきている。今日、患者が受けるケアの種類を見渡して調整する基本医療臨床医をもつ——またはその重要性を理解する——患者はほとんどいない。こうして、基本医療臨床医の周辺化およびケアの細分化が、



普遍的になってきた。NHO（全国ホスピス機関）が、いかにホスピスが通例の医療と異なるかを詳述して強調するのは、そうした周辺化およびケアの細分化を増大するのに役立つだけである。多くの患者が不信感をもち、臨床医が自己防衛的になるのは、驚くに当たらない。

### 三 患者の「福利」、「良い」患者と、臨床的専門知識の統合的編成の落とし穴

すべての臨床医が明けても暮れても直面する最も困難な問題の一つは、最大限に患者の利益となるように自分の専門知識を使うことであるが、それは患者の最善の利益——臨床医から見ても、患者から見ても——を尊重するような仕方である。前に述べたように、患者ケアに対する選択的な方法論および取組みとしてのホスピスの増加は、都合のよい時期にやってきて、いくつかの予期しない有益な結果をもたらしている。それは、臨床医が、通例の医業の習慣とくに患者の治療ではなく疾病の治療に焦点を絞る傾向をもっと批判的に見ることに、および治療技術が強いて死を失敗と同等視するようになっていく事実を知ることによって促してきた。それから、医療の学際的性質を強調する際に、それは、患者の「福利」は患者の「生物医学的福利」と全く同じものではないという助言として役立つように支援してきた<sup>12</sup>。患者の生物医学的福利は、臨床医がそれを理解しているような患者の福利である。患者の福利は、患者がそれを理解し実践しているような患者の福利である。確かにこれらが、補完的または重複的な福利であるような時もある。しかし、それらは同じではないし、たとえば生物医学的福利が通例の医療の見地から解釈されようとホスピスの見地から解釈されようと、患者の福利が患者の生物医学的福利に還元されることはあり得ない。その結果、これらの福利が実際に対立するような時もあるだろう。しかし、患者の最善の利益に

属するものを発見しようとする過程において、その立場から——そして最後の手段ではなく最初の問題として——患者の見解を求めようと考えることは不合理ではない。ここに、われわれは、非ホスピス臨床医とホスピス臨床医の両者に忠告しているのである。

ホスピスの増加が、いくつかの予期しない利益をもたらしたと全く同じように、それはまた、いくつかの予期しない否定的な結果をもたらした。ホスピス臨床医は、ますます末期的病気の患者のケアをする経験を積むようになるにつれて、彼らは、通例の医療における彼らの仲間と全く同じように、彼らが行う仕事について一定の見通しを推測し、また彼らの業務の手段および目的について一定の推測をしがちである。これは、ある患者たちは実際には、ほとんど彼ら自身の特殊な立場を分かち合うことはないだろうという見通しおよび推測である。こうした思考様式は、ほかの点で、知的な人びとが——患者も臨床医もともに——医学特有の手段（すなわち生物医学的介入）および目的（すなわち、単に医学的出会い自体の戦略的で客観的な目標ばかりでなく、それに関わった多様な関係者のより広く包括的で生を豊かにする目標も）の適切性を討議する極めて重要な過程を回避するのを助長してしまう。その場で採用されたものは、それぞれ他人の目的および意図に関する保証のない推測である。

通例の医療の場合には、この種の思考法は、率直で徹底的なコミュニケーションをあらゆる側面で妨げる、死拒否的な態度および行動の流行につき、大いに責任がある。処置の能率化と効果的かつ効率的な業務慣習の確立とによって最大限に患者を利する期待のもとに、ホスピス臨床医は、彼らが通例の医療において反対してきた同種の父権主義的な憶測や業務に対して、自分自身を少なからず抵抗力のないものにしてしまっている。その結果、ホスピスの出会いに適切な種類の手段（すなわち介入）と目的（すなわち目標）についての保証のない推測は、ときどき率直で徹底的なコミュニケーションを同じように妨げる効果をもつことができるような、死指向的な態度（死拒否

的な態度の代わりに) および行動へと導いてしまう。

これは、われわれをこの節の第二点「良い」患者へと導く。患者は、自分に利用可能であるような種類の保健の選択肢に関して、自分自身で意思決定をする権利を有する。彼らは、理性的であつて彼らの立場とそうした選択の含意を明瞭に理解している限り、他人がそのケアにつき「悪い」選択と思うかもしれないものを選択する権利さえも有する。しかし、理性的であることは、合理的であることと同じものではない。純理性は、所定の目的に適切な手段を選ぶために、その目的の「合理性」には関係なく、手段と目的に関し論理的に判断を下す能力を示すに過ぎない。臨床医として、われわれは、ある患者の選択には、不安になり、苛立ちさえするかもしれない。しかし、彼らが彼らの選択の選択肢および結果を理解している——そして、それらの選択の遂行において他者に危険または不相应な苦難をもたらさない——限り、われわれは、その権利の撤回を正当化するプリマ・ファキエ(一応有利な推定)を有しない。こういうわけで、患者の症状、その結果、その可能な治療法またはその結果に関する諸情報を患者が調整するのを否定することが、いつも、父権主義という特別に無償で強制的な方式なのである。そうした否定は、患者が自分で、可能な限り信頼できる、偏見のない、情報に通じた選択をする能力を危うくするだろう。

「良い」患者というイデオロギーは、医学それ自体と同じように古い論題の一変種である。ヒポクラテスの伝統において、医師は、次の二つの戒めにより指導されていた。(1)「危害を加えない」(すなわち悪事の否定) こと、および、(2)「傲慢を避ける」(すなわち自然の均衡を理解し、自然的な制限の範囲内で、忍耐強く、知的に、そして建設的に働く) ことである。「良い」患者は、健康と食餌療法に関する医師の指示に従うことが期待されていたが、その関係性における医師の役割は、慈悲深い親のそれよりは無害な助言者のそれであった。しかし、科学的な研究の進歩と、自然の限界の意図的な操作および試験は、近代的伝統の初期の部を形成した。自然との均衡におけ

る労働の理念は、自然の「征服」または支配への道をもたらした。医学が、より治療指向的になるにつれて、患者の福利は、患者の生物医学的福利の見地から、ますます狭く解釈される——そしてしばしば縮小される——ようになった。驚くほどでもないが、患者—臨床医関係に関するわれわれの認識は、順繰りに、科学の「自然の支配」モデルの影響を受けたし、また臨床医の役割は、父権主義的な慈善の倫理により影響を受けた。「良い」患者——子どもらしく無邪気な——は、臨床医の治療指向的な専門技術に身を委ねること——そしてほとんど聖職者らしい献身——が期待されていた。

「自然の支配」モデルの決して完全でない結果のいくつかが明らかになるにつれて、患者は、いわゆる近代的医学の「奇跡」の多くのものに信頼を失い始めた。医学の目的および目標が、どんな犠牲を払っても延命することに焦点を合わせるようになるにつれて、患者は自分の臨床医の専門技術にそうした全き信頼を置くという知恵に疑いをもち始めた。ますます、患者は、自分の自律、自分の医学的出会いの目的および目標が何であるべきかにつき自分自身の意思決定をする権利を、繰り返し言明する必要性がわかり始めていた。しかし、さらにひどい状態においては、この自主主義者的転換それ自体が、臨床医を、患者が自分自身の私的目標を実現するための外部の行為者同然の者として——いわば単なる手段として——取り扱うようにと迫るのである。そうした環境の下では「良い」患者は、受動的であることができない。健康であるためには、彼女は賢明な買い物の美徳を発達させて実行しなければならぬ。彼女は自分が何を必要とし、それをどのようにして得るかを知らなければならぬ。彼女は、最善の取引きを求めて、商店を見て歩き値段の駆け引きをする時間をもたなければならない。これらは、必ずしも、患者が最も傷つきにくい時期においてさえも——まして終末期において——それを行い、または慰めを見つけるべきである、というような特性ではない。

ホスピスは、人びとが生利益と負担——生の終わり、その終りが近づくときに彼らに利用可能な選択とを含む——に直面するという不可抗力的な窮地を、医療専門職に理解して真面目に受け止めてもらうのに助けとなってきたことは、もちろん否定できない。(われわれが共に働く恩恵に浴してきた個々のホスピス臨床医の多くは、われわれの知るなかで最も無私的で、献身的な臨床医の人たちであることもまた、否定できない)。それでも、患者がとくに被害を受けやすく困窮しているため、彼らの支援に最も適格な人たちを遠ざける恐れが、彼らには非常に現実的であり、その特殊個人的事例における最も現実的な選択肢かもしれないものにつき、他の注意深い精査を妨げる可能性がある。その結果「良い」ホスピス患者(または大切な他者)は、ホスピス・チームにより想像され表現された(おそらく強く勧められもした?)その特有の死志向に対して、不同意または拒否するほどひどく怖さを感じているかもしれない。これが起こるときは、患者はまだ、手段、目的、および行動につき、特別の医療チームの仮定と暗黙の期待によって、その立場を明らかにされようとしているところである。

例えば、キューブラー・ロスが、最初に彼女の今では有名な「死にゆく諸段階」<sup>(1)</sup>を明確に表現して以来、起こってきた事柄に注目しよう。明らかに、これらの諸段階は、死ぬことおよび彼らを失うことの両方のケアにおいて医療専門職のために有益な道標として役立つてきた。他方、これらの諸段階は、ときどき、すべての「良い」患者が通過しなければならぬ委任の入口の地位を達成もしたのである。患者の行動が、その現在の暗黙の基準に適合しないときは、専門的ケア提供者が「何かに重大な間違いがある」(もし患者にないなら彼ら自身にあることは最も確かである)ことを確信していることは、稀なことではない。<sup>(13)</sup> 本当に、ある患者は、成り行きに任せておくこと、および何も介入がなされないことを要求することにより、自分の生涯を静かに終わりたいと望むかもしれない。今日のホスピスを脅して困惑させる観念的な思考枠組みによれば、これらは「良い」ホスピス患者である。しかし「穏

やかに、そうした別れの挨拶をする」ことを望まず、彼らが強引とわかる際限のない理由のため、この特別な闘いを続け、逃れられないものをほんの僅かでも遅らせたいと望むかもしれない、そういう他の人びともいる。なぜなら、そうした患者は、上述の観念的な思考枠組みに適合せず、彼らは「良い」ホスピス患者だと思われようとはしないからである。その結果、現在はホスピスだけが一般に提供することのできる専門的な緩和ケアを、彼らが受けようとすることは、全くありそうもない。残念なことに、厳格なイデオロギーは、選択肢を柔軟に保つ必要性や、必要なときに親切な支援を提供し、求められたときに聡明な指導を提供する——人間の科学的な患者中心のケアの主要な特徴——必要性に対し、医療専門職の判断力を失わせる傾向がある。

ホスピスが今日患者に提供する、経済的に推進される選択肢——すなわち生拡張的ケアと末期的緩和の間の選択——は、意思決定および患者と臨床医関係の性質に関するこれらの疑わしい論争の解決にはほとんど役立たない。それは、買い物客に対して、彼女が今、事前包装されたものと相互排他的なものとの二つの選択権を有していることを、言うだけにすぎない。しかし、これらの選択肢が事前包装であったという方式のゆえに、それらは、患者の目的ないし目標に合わせて作られるべき手段としてはほとんど機能せず、それら自体における既製の目的ないし目標として多く機能する。いずれの場合も、患者は、自分の目的ないし目標の組み立てに積極的に参加する程ではないが、本当に確実な選択をするのに必要な、正式だが効果的ではない自律（自己決定権）を行使する。そして、比較的最近までは、親族関係の部外者である（少なくとも生物医学的には）第三者——例えば、保険会社やマネージド・ケア機関——によって行われた諸種の強制が、問題を一層悪化させるだけであった。これらの諸条件の下では「良い」患者は、賢明な買い物客以上でなければならず、その上、彼女は賭け事をすることも得意でなければならぬ。というのは、今日、良い医療計画を見つけ維持することは、ニーチェ哲学のサイコロ賭博の分け前の性質を

帯びるからである。

ホスピスに、末期緩和に対してだけ近視眼的献身を保持することを強制することは、無意識のうちに医療における真偽二分法の創出に寄与する。それは、患者が治療志向的介入と緩和志向的介入の中から——あたかも、治療と緩和が形のない練り粉に対するクッキー抜き型のように「適用される」のをただ待っているだけの、既製品の、独立的、相互排他的なプラトンの思惟形式であるかのように——選択することを迫られる結果になる。現在の医療費支払いの制度は、患者がますます、緩和的介入と治療的介入の間で——また、あたかも、それらが既製品の、独立的、相互排他的であるかのように——経済的考慮に基づいてのみ彼らの選択を組み立てることを強制されるので、問題を一層悪化させるのに役立つだけである。「選択」の真の意味は、人が選ばうとしている選択肢を確保する現実的手段を有することを前提とする。患者が実際にはそうする手段をもたないときに、理論的に彼がなおそれとは別の選択をするだろうと主張することは、もし徹底的に支援するのでないなら、少なくとも倫理的には無神経である。

それは、まず第一に、ホスピスへの関心を再燃させる際に浮き彫りに描写すべき論題は、個性的人物としての個々の患者の特有のニーズ、問題点、関心事および目標をめぐる医療を統合的に編成したいという願望であったことを思い起こさせる。そうした統合的編成は、それ以上の妥協よりはむしろ、患者の削減しえない生物Ⅱ心理Ⅱ社会的完全性を尊重し回復することを試みるという仕方<sup>8</sup>で、続行しなければならぬ。これに関しては、ホスピスは現在までに、それが補充することや取り替えることを求める通例の医療業務と同じように、時間消費的、労働集約的、制限的なものであることを、すべての点にわたって証明したのである。これは、患者の生物Ⅱ心理Ⅱ社会的完全性は、最良の環境の下でさえも、達成の容易な概念ではないということである。それは、静態的、永久的、または固

定的ではなく、力動的、一時的、発展的である。そして、いかなる複雑な機序をもつてしても、その均衡の回復を支援する試みはいずれも、その個性的な文脈上の細部の正しい評価を要求する。これらの細部は、その特定の患者をあるがままの個性的な人物にすることに寄与するような、先行の、現行の、そして継続している無数の諸条件、および、中間的、相互依存的な関係性などのすべてを含んでいる。人びとが彼らの生物医学的基質に単純に還元され得ないのと同じ意味において、患者のケアは、その介入が延命の形をとろうとターミナルケアの形をとろうと、狭く焦点を絞った一理万事に通ずる傾向の生物医学的介入に単純に還元され得ないのである。

医療専門職が、いかなる理論的根拠のためであれ、ある一般的、既製品の、独立的な、推測、期待または戦略的ケア計画など一式により、内省的調査（および、それが必要とする患者と彼らの大切な他者との開かれた批判的で継続的な対話）が影を投ぜられまたは奪い取られるのを黙認するときは、彼らは特に横暴なパターンリズムの方式に引き込まれ始めたのである。なぜか？ それは、彼らの忠実さとその焦点が、彼らの眼前の個性的患者により編成された医学の理想から、全く存在しない「普遍的な」患者に合うよう調整された戦略上効果的な日課および業務の複雑な性向を改良することへと、移行し始めているからである。これが起こるとき、患者は困惑させられ、特権を奪われた——そしてそれをもっともなことだ——と感じ始める。

理想的には、患者は自分の末期が自分自身の自己像と衝突するよりは、むしろ補足するものであると考えるべきである（第二章参照）。実際的にいえば、延命または治療を狙いとする緩和法と療法との間には本来的な衝突は全くありえない。事実、これら両介入は、医療関係に影響を及ぼす一層大きな問題がより適切に扱われ得る補足的手段でありうるし、そうあるべきである。問題は他のところに横たわっている。それは、個別的には、われわれの失敗の中に横たわり、また、一つの社会としては、その批判的思考法を理解することもまた一つの介入である。それ



は実は「何かを行うこと」の卓越した形式である。われわれは、いかなる価値観、目標および期待が社会的制度としての医療に特性を与えるのかに関する継続的で公開の対話という手段により、介入の多種類間のこの仮定の相違の根源に批判的探究を行わなければならない。コンセンサスが、反応的で反対的思考法からきまってしまう相違および衝突を極小化するように展開する——結局それは力動的な進行過程に対する前進的で批判的な注釈である——につれて、問題の豊富さおよび複雑さはよりよく理解されて、医学的介入は、既製品的目的として取り扱われるのを止めるだろう。しかし、われわれがすでに論じたように、この過程は、賢明な方法として内省的な探究を必要とする。それだけで、時間と場所とを必要とする（それはもちろん今日の思潮においては金銭である）が、われわれがそれを生ぜしめることのできる倫理的および政治的献身もまた必要とする。

初めから考えられていたように、ホスピスは、末期の統合的編成の統合的要素を形成することができるし、また当然にそうすべきである。今日、ホスピスは、ある患者には延命と緩和ケアの間で選択不可能な窮地に陥れる——魅力の等しい二つの干し草の山の間で餓死する驢馬にも似て——こともあるが、他の患者にとっては重要な機能を果たす。これは、実情であるとは限らず、主としてホスピスが資金の融資を受ける人為的な方法であるように見える。ホスピスで起こっていることは、資本主義社会では極めて頻繁に起こっていることである。厳格なイデオロギーは、成長し発展する理念を保証するために創出される積立ての代わりに、積立てに役立てるために創出された。末期期間中の始めから中期および終期を通しての、選択肢およびサービスの円滑な変化が、患者の目標および目的を支援するのに役立つ。現在われわれが有するものは、公平ではなく、不公平に分配されていて、患者を型に入れて必要とされるものという先入観念をつくるサービス一式とは接続していない。ホスピスは、もっとも確実に、そうした過程をつくるのを支援することができる（今日限られた範囲においてだが行っている）。

- (1) Elisabeth Kübler-Ross, *On Death and Dying* (N.Y. : Macmillan Publishing Company), 1969.
- (2) Miscellaneous statistical information culled from the National Hospice Organization's "The History of the National Hospice Organization : 1978-1988."
- (3) "NHO Hospice Fact Sheet," a two-page summary of the most recent statistics available from the National Hospice Organization (Spring, 1999).
- (4) *Dorland's Illustrated Medical Dictionary*, 27th ed.,(Philadelphia : W.B. Saunders, Inc.), 1988.
- (5) "The Basics of Hospice," brochure # 711135, copyright by the National Hospice Organization, 1996.
- (6) The methodological flaws in research done in North America have been noted in a number of articles, two of which we cite here : EK Wilkinson, *et al*, "Patient and Carer Preference for, and Satisfaction with, Specialist Models of Palliative Care : A Systematic Literature Review," *Palliative Medicine*, May 13, 1999 ; (3) : 197-216 ; J. Corner, "Is There a Research Paradigm for Palliative Care?" *Palliative Medicine*, July 10, 1996 ; (3) : 201-8.
- (7) *The Compact Edition of the Oxford English Dictionary* (Oxford : Oxford University Press), 1971.
- (8) For a fuller discussion of the idea of bio/psycho/social integrity, see Roberta Springer Loewy, *Integrity and Personhood : Looking at Patients from a Bio/psycho/social Perspective* (NY : Kluwer Academic/Plenum Publishing), 2000. Bio/psycho/social integrity, in turn, is based on the notion of homeostatic balance developed by Erich H. Loewy in *Freedom and Community : The Ethics of Interdependence* (NY : State University of New York Press), 1993.
- (9) From e-mail conversations with our friend and colleague, Anita Tarzian, Ph.D.
- (10) "A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized Patients : The Study to Understand Prognoses and

Preferences for Outcomes and Risks of Treatment (SUPPORT),” by the SUPPORT Principal Investigators, *JAMA*, 22/ 29 November, 1995,274 ; 20 : 1591-8.

(11) The Greek distinction between “zoe” (“being alive”) “bios” (“having a life”) was first discussed in the medical ethics literature by Thomazine Kushner in an article entitled “Having a life versus Being Alive.” *Journal of Medical Ethics*, 1984, 1 : 5-8.

(12) For a more complete discussion of the variety of “goods” connected to patients, see Edmund D. Pellegrino and David C. Thomasma, *For the Patient’s Good : The Restoration of Beneficence in Health Care* (NY : Oxford University Press), 1988.

(13) For similar criticisms of how Kübler-Ross’ stages have been misappropriated, see Erich H. Loewy, idem, chap. 9 : “Care of the Terminally Ill,” pp. 161-206, esp. pp. 162-7 and Larry R. Churchill, “Interpretation of Dying : Ethical Implications for Patient Care,” *Ethics, Science and Medicine* 1979 ; 6(4) : 211-22.

(14) From the poetry of Dylan Thomas.

## 第八章 明日への挑戦

——われわれはここからどこへ行くのか?——

もし、われわれが終末期を効果的に取り扱うべきであるとするなら、何よりも次の二つの論点に注意を向ける必要がある。すべての医療専門職に対し終末期を統合的に編成する技能に必要な教育を提供すること、および、すべての人のための良い末期ケアが彼らの生涯の全体性へと統合されるような社会的状況を創り出すことである。これらのことをうまく行うためには、まず第一に、われわれは、患者の生涯の終末期における総合的ケアは遺憾な点が多いものであることを、自ら認めなければならない。これらの技能が組織的かつ一貫した仕方で教育されるところは、どこにもない<sup>1)</sup>。われわれはまた、われわれの社会が、尊厳の最小限の受け入れ可能な情況さえも——終末期のみならず生涯を通じて——提供することに失敗していることを認める必要がある<sup>2)</sup>。われわれは、教育者として、専門家として、また最終的に社会として、自らの欠陥を認めることによってのみ、変革の遂行に関する疑問への言及を開始することができる。

### 一 医療専門職の教育

適正な統合的編成における問題の一つは、教育である。医学校、他の医療専門職養成学校および大学におけるわれわれの教育は、主として急性疾患の介入に合うように調整されている。公衆衛生ないし疾病予防の問題は、深く

は取り扱われたいし、学生たちはこれらの領域の臨床経験を体験することを課せられてもいない。同様に、終末期の問題も、組織的な方法では取り扱われていない。もし、それらを少しでも取り扱うとするなら、それは、学生が取ることを選んでも選ばなくてもよい選択コースで取り扱うものとしている。その主題にほとんど関心をもたない学生たち、または、それは各医療専門職がさらなる訓練なしにいかにするべきかを全く直観的に知るような事柄であると信じる学生たちは、これらのコースを取りそこなう。これらの学生は、もし彼らが優れた情け深い専門家になりたければ、こうしたコースを取るべきであるような、まさにそういう学生たちなのである。

学生たちが緩和術または末期ケアを体験するときであつても、そうした体験は、一般的に急性疾患ケアの部類に属する。そのうえ、それが疼痛管理に及ぶときは——学生たちは、急性疾患の設定において、かつ痛み処理に必要な薬理的介入以外には何にもほとんど注意を払わずに、そうした論点について教えられる。同様に、重要かつ正式な勉強および理解の分野としての苦しみ（痛みとは異なつた）の問題についても、ほとんど注意が払われていない。学生たちは、一般に、苦しみの概念にはほとんど注意を払わず、それを認識して取り扱う準備が不十分であり、末期ケアが組織的、効果的、人間的な仕方管理され得るために必要で利用可能な資源についても甚だしく無知である。

急性疾患の介入は、常に特定の臓器または臓器系統に向けられる。これまで、しばしば、特定の疾患に対する過度な強調、すなわち、その機能が身体的構成要素に還元されることの不可能な統合的全体として見ずに、分離可能な一群の病理として、また分離され分離可能な臓器系統として、患者をみる近視眼的見解がみられた。これに関する古典的な例は、腎臓、心臓、および肺の機能不全で、それぞれの病理および臓器系統は、それ特有の専門医により研究的に管理されている場合である。各専門医は、その特定の臓器の機能不全の処置は成功するだろう

と確信している。その推測は、この特定の患者（年齢が九四歳で、多くの共存する諸条件を備えている）の情況からすると全く正しいかもしれないが、しかし、この特定の患者においては正しくない。各専門医は、自分自身の特定の目標を設定したうえ、他者には干渉せずその目標を設定するがままにしている。そして、それは多分非常に悪いだろうが、これらの目標は、取り扱われているものが、諸条件と個人的病歴および前の生活との恐ろしい結合によつて悩まされている人格であることを理解できない仕方設定されている。そうした患者の全生涯にわたる目標は、各専門医により設定された分離された臓器系統の目標と全く矛盾しないかもしれない。欠けているものは、たまたまその疾病に巻き込まれた患者が存在すること、そしてこの患者が、かなり狭く純粹に身体的に方向づけられた「彼の医学的」目標の概念によつては支援されないかもしれない目標および価値観を有すること、という認識である。病歴をもつ患者を取り扱うが、単に患者の病歴だけを取り扱うのではないという事実には、お世辞がいわれるときでさえ、特定の患者の社会背景、価値観、希望や不安については、一般に、ほとんど知られていない。残念ながら、この態度は医師に限ったことではない——看護師は、たとえもつとあるにしても、少ししか知らないことが多い。最も確かなことは、誰でも患者を治すための意欲的な努力に反対を言おうとは思わないだろうということである。しかし、こうした努力は、一般的で、患者に選ばれた目標に向け、調整され、方向づけられている必要がある。終末期を統合的に編成することは、狭く予め定められた多様な目的に対する選ばれた技術的手段それ以上のもの——とくに、患者が話合いの外に置かれるとき——である。統合的編成をすることは、学際的な仕事であり、また、それ自体の理論的および実践的な基礎、それ自体の著作の本論、そしてカリキュラムにおけるその正当な位置に値するものである。

医学教育は、終末期を統合的に編成する技能に対して、それを強調せず、または、お世辞を言う以上のことは全

くしていない。実は、医師または看護師にそうした技能を教えることのできる正規の必修課程を提供するような医科大学または看護大学は、合衆国にも、または外国にも存しない。「医師」または「看護師」の概念は、われわれの考えでは、他の事柄のうち、そうした人びとが有しななければならないと思われる一連の諸能力を掲げる。医療専門職は（少なくともわれわれのイメージでは）、解剖学、生理学、医学、等々を知っている人物である。医師（または看護師）にとっては、これらは本質的な能力である。末期ケアを良く管理することも、同じように本質的である。医師または看護師の概念は、終末期の統合的編成をすること、およびそれを良く実行することに関して、何がしかを知る能力をも含むべきである、とわれわれは考える。

末期ケアを統合的に編成することは、他のすべての医学の技能と同様に、教育され修練する必要のある技能である。それは、今日の医学ないし学術的世界においては統一的な全体を形成すべき技能であつて、個人的講師の気まぐれまたは手当たり次第の取り組みに委ねられるような何かではない。そうした教育が今日現存する医学校臨床実習生の一人に与えられる場合、それが適切な準備なしに与えられることがしばしばである。すなわち、それは、理論的かつ概念的な基礎を欠いており、それゆえ、それが別な方法でなされるほど有益ではない。そうした教育は、それ特有の学問分野出身の講師により与えられなければならないし、その個人の信念、経験、態度、および思想傾向などその人格的特性に関して説明されなければならない。死を統合的に編成することに関する学習が、手当たり次第の自由選択原理に委ねられた場合には、それは要点を捕らえ損ないがちである。一般に、その問題に関心もち、すでに感受性の強い学生は、得るところがあることは確かである。しかし、その問題を知らない学生、またはそれは重要でないと信じている学生は——正にそういう学生こそ、そうしたコースは最も有益であるのだが——その仕事に必要な基礎知識について全く不十分なまま医学校を卒業するだろう。

医学校において、それは、その理論的基礎が、文化的多様性、心理学、宗教的態度、等々が導入される必要のある時期の第一学年において最も良く教育されるような仕事である。そうしたコースは、公衆衛生の科目の一部であることも可能であり、または他の学問分野の中に統合されてもよい。いずれにしても、学際的なグループ、班、または部門は、その内容および調整の両面につき責任があるだろうから、教育課程計画を最適に作り上げるだろう。臨床の学年では、多様な臨床環境において特別にこの技能の実演を目的とした一またはそれ以上の臨床実習期間中に、二ないし三週間のローテーションは、学生たちが以前に教育されたことを理解してその適用を実践することを可能にするであろう。ここで、とくに重要なものは、いかにして多様な学問分野が円滑かつ丁寧に統合され当面の問題に関係づけられ得るかを示すことのできる、役割学習モデルである。自分の理解を深めようとする人びとにとっても、そうした分野の経歴を意図する人々にとっても、上級学年における自由選択科目は、利用可能であろう。本質的なことは、末期ケアの教育が、カリキュラムにおいて明確かつ公認された位置づけを有しなければならないことである。

そのカリキュラムで、そうした場面が保証され得る方法には、多くの可能な方法があり、必ずしも一つの「最善の」方法があるというわけではない。そうした仕事は、もう一つの部門の創設により完結するのか、または現存の部門内で、もう一つの班の創設により完結するのかは、何ら関連性がない。重要なことは、学際的チームが必要な技能を教えることである。言い換えれば、教育努力の統合的編成は、事業にとり決定的に重要である。それは、誰か、出演者チームを集めて、それから実演を指揮する責任および権威をもつ、そういう指導者を必要とする。終末期の統合的編成の仕事は、明らかに多種学際的なものであるからには、学生たちは、多様な学問分野および技能からくる多様な人物により教育されなければならない。医学カリキュラムに何らかのコースを取り入れることは、必



然的に、カリキュラムが全体としてそれを収容するために再構成される必要があることを意味する。今教えられようとしている内容、または今教えられようとしている方法を、修正する準備がないならば、誰も、すでに膨らんでいるカリキュラムに、さらに付け加えることはできない。

看護大学においても、看護師の必要に応じて仕立てられた類似のコースが、作られる必要がある。そうしたコースは——医科大学におけるそれらと全く同様に——多様な学問分野の専門知識を引き寄せることのできるチームにより教育される必要がある。医科大学におけるコースが医学以外の多様な学問分野からの講師を必要とするのと全く同様に、看護大学で教育されるそうしたコースは、看護師以外の人物の専門知識を引き寄せるべきである。大抵の看護師は大学卒業後の（「職務上」以外の）研修を受けていないから、オーケストラにおける主要演奏家のような、彼らの正式な地位を得るために、大学卒業生を教育することが重要である。看護教育全般をとおして教育されるその技能——医学的技能に加え、社会的、心理学的、コミュニケーション的、文化的な技能——は、成功しているチームの中に大学卒業生を統合することを特に目指した教材を含むべきである。

終末期の統合的編成は、ホスピスとともにスタートした仕事ではない。ホスピスは天秤の一方の端に位置する。ホスピスは、首席奏者の一人であることは確かであるが、それは、患者の終末期が到来するよりもずっと以前から適正に開始している努力の中に統合される必要がある。なるべく、ケアの継続は、少なくともそうしたケアに必要な情報の継続は除き、潜在的に致命的な疾病の診断がなされる時点よりも、ずっと早期に開始しなければならない（第三章で指摘したように）。それゆえに、患者を取り扱うすべての人びとに必要不可欠なことは、その過程に精通していること、次に良い統合的編成が展開され得るような土壌を準備することができることである。教育されなければならぬのは、医師または看護師ばかりではない。同じように、患者も、結局は何が提供され得るのかを理

解するようにならなければならない。究極的には、そうしたケアの支援においてその重要な役割を演じるために、それを可能にするように教育されなければならないのは、その共同社会である。

われわれは、医療専門職のために教育的目標を設定するときには、未熟な臨床医に、多様な環境において多様な条件をもった多様な患者の世話をするために必要な技能を授けようと試みる。例えば、医学校における目的は、優れた医師を生み出すこと——これは早計である——であるべきではないと、われわれは示唆したのである。その目的は、学生たちがその年度に提供される教育から成果を得ることのできる優れたインターン（医学研修生）またはレジデント（臨床研修医）となれるように、学生たちを教育することであるべきである。優れたレジデントを生み出すことがインターン研修期間の仕事であり、また、この長い研修過程を通じて最終的に思考および自己教育の習慣を獲得した優れた医師を養成することが、レジデント研修期間の仕事であるべきである。「優れた」という用語は、解明を必要とする。優れたインターン、レジデントまたは医師という言葉によって、われわれは、その知識および技能が手近な仕事に適切であるような人、および次の段階の経験を通じて成長し続けるような準備のある人を意味する。明らかに、医師はレベルがどうであれ、その生涯の終末期にある患者のケアにおいて役割を有する。彼らは、そうした患者およびその大切な他の人たちと話し合いをし、関係をつくることができなければならない。このように、彼らは、そうした患者が提起する医学的、社会的、および倫理的問題に精通している必要がある。

医学校で教育される事柄は、理論的かつ概念的基礎を形成すべきであり、また、その必要な業務に、卒業生が人間的にも専門的にも彼らの卒業後の経験から学ぶ必要がある技能を提供すべきである。医科大学において教育される事柄は、卒業後の修練をとおして補充され拡張されることを必要とし、また学生により選択された特殊な学問分野に適切なように準備される必要がある。

## 二 社会問題、医学および利用法の獲得

ニューイングランド医学雑誌の論文は、合衆国において死ぬことに医師の介助を求める憲法上の権利は存在しないだろうが、緩和ケアを求める憲法上の権利はおそらく存在するだろうと論じて、説得力がある。<sup>4</sup>しかし、そうした権利を厳格に解することは、すべての人に総合的医療を利用する権利を認めてはいないのと矛盾する。それは、基礎的医療の公平な利用が保障されるときは、緩和ケアの公平な利用を含むという注目すべき意味をもつ。しかし、緩和術の利用が保障されるときに、その前のケア——とくに前の予防ケア——の利用を除くのはおかしい。今は誰でも、自分の前立腺癌の転移に適した優れた緩和術——それは今は明らかに進歩している——を利用している。なぜなら、まだ治療または長期間の余裕の可能性があった時点では、その癌を検査し治療してもらう機会がなかったからである。それは、また、すべての人が「尊厳をもった」死の権利を有すべきであると力強く主張している。しかし、緩和ケアの権利が総合的医療の権利の文脈においてだけ意味があるのと全く同じように、尊厳をもった死の権利も、すべての人が尊厳をもった生に対する実質的な機会——単なる理論的な機会と対比した——を有するような社会状況においてだけ意味がある。尊厳をもった生のない、尊厳をもった死——または予防的ないし治療的ケアのない緩和ケア——は、ピラミッドを逆さまにするようなものである。それは、生および健康よりも死および緩和を重視するものである。

それゆえ、われわれは、いくつかの社会事業に着手する必要がある。医業を開業している医師は、自分の患者の問題に基本的に（および法的にも）利害関係を有する。しかし、医師が個々の患者に与えることのできるケアは、そうしたケアが生ずる社会的な状況や枠組みに依存する。もし、他に何もないなら、そうした状況における管理さ

れたケアおよび患者ケアに伴う問題が、われわれにそれを教えている。もし、医師たちが、個々の患者たちに対する優れたケアに本当に関わるならば、彼らは、その中で業務を行う「企業Ⅱ友好的」情況の代わりに「患者Ⅱ友好的」情況を築き上げる役者となることを遠慮してはならない。その中で医師が業務を行う制度的環境は、医師がいかに業務をすべきかを決定するだけではなく、逆に、より広い社会的舞台において行われる事業および意思決定の一表現でもある。患者ケアの問題、制度的構造の問題、および社会的存在の問題は、分離して、または分離可能でもない。

われわれは、少なくとも、誰でも基礎的医療を利用する資格があると仮定して（ここはその点を議論する場ではないので）おきたい。<sup>(5)</sup> 実際には、すべての産業化された国々は（合衆国以外は）この前提を受け入れ、すべての人びとは、少なくとも基礎的医療の利用手段をもっている。しかし、尊厳をもった生は、医療の一般的利用以上のことを意味する。医療は、最も重要な公共的善ではない。<sup>(6)</sup> 他の公共的善の情況の範囲内において、医療は単なる一つの——そして最重要ではない——善である。合衆国においては、健康保険のない者および不十分な者の数が増加し続け、飢餓は稀ではなく、ホームレス状態が広まっている。小・中学校の制度は——富裕層の郊外地域では満足できる（ときには優れている）が、多くの中流階層の地域ではかろうじて満足でき、低所得層の地域では実効性が漸次的に減少し、貧困層の地域では全くひどい状態である——当然のものではないが、できればよいものである。大学は、貧困家庭出身の人びとには、ますます近づき難いものとなり、授業料プラス生活費は、平均的な低所得家族の許容範囲を全く超えている。こうした現状は、尊厳をもった生のための機会を促進することはない。貧困に落ちた人びとに、尊厳をもった死の可能性を勧めることは、暮らし向きのない人びとに、より善良で、有徳で、そして親切であるように感じさせるだろう。しかし、それは、貧しい人びと、恵まれない人びと、または極貧者には、ほと

んど、または全く役に立たない。それは、実際には、来世における天国の慰めを約束することにより一般大衆を静める世俗的な変種と見ることができるといえる。「忍耐せよ、ひとたびあなたが死にそうであるときは、良い緩和ケアの機会はある」といえる。「地上の悲惨な生の後にある永遠の至福の約束と、それほど違わない。自由に話す機会が、極貧に苦しむ人にとって意味がないと同じように、尊厳死の機会も、むさ苦しく生きていく人にとっては意味がない。」

かなり前に、ウイルヒョウ (Rudolf L.K. Virchow, 1821-1902, 病理学の祖にして社会医学の開拓者の一人) は、医師は貧困者の真正の擁護者であると書いた。彼は、貧困と疾病の間の密接な関連を理由に、この主張をしたのである。もしわれわれが、治療的にして延命的なケアと支障なく結びつくような良い緩和術を促進したいと本当に望むならば、そして、尊厳死の機会をすべての人のために確保したいと望むならば、そのうえに「貧困者の擁護者」となるもう一つの理由を要する。一般に、そして大抵は、われわれの倫理は、これまで強者の倫理、権力者の倫理、そして健常者の倫理であった。せいぜい、比較的謙遜した作法として、弱者、貧困者、そして病者のための倫理であったにすぎない。われわれは一庶民として、もう、こうした本質的に分裂を生じる見解を避ける時である。われわれは、弱者のための、貧困者のための、または病者のための倫理というよりはむしろ、貧困者にとっての、弱者にとっての、そして病者にとっての倫理——われわれの共同体および社会の同等な成員としての、彼らの正当な関心事を含む倫理——を作り始める時である。文明諸国家間における社会の地位は、それがその社会の最も弱い成員をいかによく世話するかによって、評価されてきた。このほかに、同じように、われわれは、そうした社会がその最も弱い成員にどれだけ権限を認め、また彼らの「われわれ」を構成する概念の中にどれだけ彼らを本当に含めるかによって、これが決定されることを示唆したのである。

弱者、貧困者、および病者にとっての倫理を創り出すことは、もちろん、われわれの社会の構造を、真の民主制とそれを創り出し維持し支えるのに必要なそれらの変革とに対する献身に一致するように、再構成することを意味する。真の民主制は、それが弱者の支配であり得ないのと同様に、権力者の支配ではない。それは、共通善のために、すなわち世界を「彼らに」（弱者、貧困者、病者等）と「われわれに」（強者、富裕者、健常者等）とに分けないうで「われわれは」として世界を見ることのために、すべての人が共に働くことである。これを完成させるためには、ジョン・デューイ (John Dewey, 1859-1952) が、以前に指摘したように、<sup>⑦</sup> 政治的民主制（われわれが「民主制」と言うときに、通常指示するもの）が、少なくとも三つの前提条件により支持されなければならない。これらの前提条件は、次のものを含む。

1 人格的民主制——われわれが、お互いに他者の関心事に敬意をもって耳を傾け、かつ考慮するような体制。

2 経済的民主制——すべての人のための基礎的必要性が満たされているような体制。そこでは、極貧に苦しむことなく、ホームレスになり、または医療なしとなることもない。

3 教育的民主制——すべての人が、質および量の等しい教育に対し、等しい利用機会を有する体制。

こうした支持なしには、政治的民主制は、私的利益および巨大な権力グループにより支配される——そこではもはや市民が本当の選択に直面することはない——偽物となる。薄幸の人びとを大きな「われわれは」の一部として見ることができるとは、好奇心と想像力を必要とする。それには、ゲッターに住むとはどういうことなのか、健康保険なしに生きているとはどういうことなのか、または本当に飢えるとか身体中癌に冒されるとはどういうことなのかと思案するのに十分な好奇心が求められる。好奇心が提起している疑問に答える方向に少なくとも二、三歩でも進めるためには、われわれの共通にして必然的な人間共通の経験の蓄積から、充実した栄養を描写するのに

十分なだけの想像力を必要とする。好奇心および想像力は、感情移入および推理力と同様に、その成員のすべての関心事に関わる民主制の機能にとってのみならず、倫理にとっても本質的なものである。<sup>8)</sup>

### 三 例証的な事例と解説

われわれは、これまで議論してきたことを論証するための特別の事例を選ぶにあたって、われわれの断片的な社会福祉事業および医療制度を前提として、その変形は無数であることに気づかざるをえない。まず第一に、末期ケアは悪性疾患に限定されることはほとんどない。死ぬことを先導するものは沢山あり得る。二、三その病名をあげれば、気腫、脳血管障害、進行性心不全などである。これらのさまざまな病理Ⅱ生理学的状态のそれぞれのケアの統合的編成は、音楽だけでなく、選ばれる手段の類型に影響を及ぼす独特の問題を提起する。共通の基準は、生のこの段階を、もっと耐えられるようなもの、あるいは（誰もが希望するかもしれない）まだ活動および満足で満たされるようなものにする努力である。古代においては、死ぬ過程は、患者、家族、および共同社会に対して一定の満足を提供することができた。うまくいけば、終末期の統合的編成は、この失った機会のいくつかを回復する手助けになるだろう。

しかし、変形は、疾病の経過における差異のためだけではない。疾病の経過がどうであれ、われわれが死ぬその仕方の変形は、本来的ケアへの初めの利用手段に関する疑問から出発し、そして、文化的ないし個人的な要因のみならず経済的、社会的および構造的な要因にも依存する事例を通じて展開することが多い。こうして、いかなる患者にも通じるほとんど無数の通路を考へることができ、ここで論じることができるのは、ほんの二、三だけで

ある。その事例は、それが生じる特殊な社会的背景および環境によって、特殊な事例への取り組みばかりでなく、そうした取り組みがどのように具体化されるか（われわれのある者は、曲解されたと言うだろう）を論証するためには計画されている。胸部癌をもっていることが発見された女性「ジョーンズ夫人、五九歳の既婚女性」のシナリオの「骨子」から始めよう。

ここで、われわれは、利用手段の第一の問題に突き当たる。すでに「胸部癌をもっていることが発見された」という言い方は、その患者の社会的な環境に依存している。もしジョーンズ夫人が、医療の利用可能な健康保険のない最低賃金の職業に就いているとするならば、ある多様な健康問題のための慈善ケアから、重い病気が日常活動の妨げとなるまで高じた後にだけ利用可能となるケアへと変更したいだろう。仮に、ジョーンズ夫人は、家族構成や価値観が、相当良い職業のために必要な訓練を確保する努力を支援してこなかったような境遇において成人した、としてみよう。良い機会は大変に幸運で非凡な才能のある人を除き）ほとんどなかった。医療の利用は（彼女が急性の病気になった場合以外は）極端に制限されている。彼女が定期の健康診断を受ける機会はずかである。もし彼女が自分の肺に塊状のものを見つけていけば、慈善診療所の一つを利用していかかもしれないということは、大いにありそうな（ただし特有の環境に大きく依存する）ことである。しかし、これはすでに、彼女が交通機関や失業の費用、またはこうした境遇に共通の長い待機期間のいずれかを負担する余裕があったと仮定している。その場合において、ジョーンズ夫人は、その癌がひどく進行していたときは、最終的に医療を利用したであろうこと、そしてそれから、生体組織切除診断を受けて、治療の限界を超えてると思われる条件に適切な療法を施されていたであろうことは、最もありそうなことである。彼女の末期ケアへの進行は、それから急速であっただろう。彼女が良い緩和ケアを受ける機会が、彼女の経済的環境、社会的境遇により、また、慈善ないし公的扶助の患者に利用可能な



条件によって制限されていただろう。たとえ優れた医学的緩和ケアが技術的に利用可能であったとしても、貧困という社会的境遇はそうしたケアの最適な利用するのに適していない。しばしば、少なくとも次善の境遇で、またしばしばむさ苦しい中で生活すること、すなわち、彼女が会うこともできない自分の家族に対する責任を感じ、またその日暮らしの自分および自分の家族をいつも心配して生活することは、可能な緩和ケアの類型と効果を厳しく制限するだろう。

ジョーンズ夫人が、メディケイド〔六五歳未満の低所得者と障害者を対象とした医療扶助制度〕の費用に頼っている（および彼女の居住州に依存している）とするならば、彼女は、定期的にマンモグラフィー検査（X線による乳房撮影法）が行われるようなケア類型を利用していかかもしれないし、そうでないかもしれない。また、もし彼女が利用していて、各州ごとに多様な利用手段に依存しているならば、彼女はそれからは全面的ケアの資格があつたことになるであろう。しかし、ひとたび治療の限界を超えていてホスピス計画に入るならば、彼女の経済的環境および社会的境遇は、これまでどおり可能な緩和ケアの類型における要因を厳しく制限してきたであろう。われわれがすでに見てきたように、合衆国におけるホスピス・ケアは、その大部分が外来患者であり、そしてそれゆえに、その質および効率性は社会環境に大いに依存している。例えば、ホスピス・ケアの利用（少なくとも政府支援基金を通じて）のための三つの規準の一つは、家庭における「基本的ケア提供」の利用可能性を要件とする。もし彼女の家族が、失業の脅威のために、そうした基本ケア提供者の利用可能性を保障できないならば、ジョーンズ夫人はホスピス給付基準を満たすことはできないことになろう。次のようなシナリオに変えてみよう。

スミス夫人もまた、五九歳の既婚女性である。彼女は、彼女の夫の職業と彼女自身の職業との両方を通じての健康保険をもっているが、しかし、定期的な通院、マンモグラフィー検査、または処方薬に備えることがで

きない類型のものである。彼女には、高等学校に入っている子と家庭にいる子の二人の十代の子がある。その患者の所得をもって、その家族が「どうにか切り抜ける」ようにやってはきたが、貯蓄その他の外部の所得財源は全く有しない。

多くの点で、スミス夫人は、前述の非メデイケイドのジョーンズ夫人に類似した境遇にある。その利用は彼女にとつてはもつと容易であるだろう（彼女と彼女の夫は二人とも、少なくとも何かの健康保険をもっている勤め先で働いている）けれども、彼女はまだ予防的ケアを受けることができないだろうし、そのために、彼女の疾病は回復が遅れる傾向にある。そうであるからには、緩和ケアの取扱いにおける彼女の問題は、その患者の給料とともに——それと同時に出費が増加するにつれて——相当に悪化した家族の経済的環境によって再び修正されるだろう。彼女が薬物治療を利用し得る可能性は、それに対する彼女の支払能力——これまで、癌患者が要求するかもしれないモルヒネの平均的服用量の請求書でさえ、一年当たり七五〇〇ドルの範囲内にあると見積もられてきた——によって限定される。院外患者の往診、臨床検査、X線検査、または医薬品の処方などをカバーできない健康保険は、ある点では、患者を無保険者と同様に暮らし向きの悪いものとして置き去りにする。ひとたび彼らが、彼らの一般的なケアが通常カバーされるようなホスピスに入ることに同意したからには、そうした患者は、延命治療を放棄して、ごく速やかにホスピス計画（および生命維持治療の「拒否」）に入るよう強いられるだろう。その後、彼らはほかのことを選択するかもしれない。以下に、この特殊な疾病における別のシナリオを見てみよう。

スワードル夫人は、六四歳の既婚女性である。彼女は、年一度の定期身体検査のマンモグラム（乳房X線写真）において陽性であることが発見された。その後のバイオプシー（生体組織検査）で胸部癌が明らかにされた。彼女の夫は、長年にわたり地方工場のために働いてきて、職長であり、合理的で完全な健康保険をもつて

いる。その患者は二人の子どもをもち、一人は大学院に在学し、もう一人は地方銀行で相当の職に就いている。珍しいことでもないが、物語は、マンモグラム陽性、バイオプシーおよび胸部癌の診断から始まる。もしわれわれが、この患者に適当な（すなわち比較的十分な）健康保険があるものと仮定するならば、われわれは今や終末期の統合的編成をいつ開始すべきかの問題に直面する。一方において、潜在的に致命的な病気の診断が最初になされたときに開始することは最適だろうかであり、他方において、ここから出発することは余りに悲観的に見られ、患者および医師の両者により負担と思われるのではないかである。これは、そうした仕方で患者の継続中のケアを区分しようとする試みの欺瞞性を論証するものである。生涯を通じてのケアと分離したもの、分離可能なものと見られる末期ケアは、一つの人工物である。終末期の優れた総合的ケアは、それが生涯を通じた、優れた総合的ケアおよび受入可能な社会Ⅱ経済的な環境に統合されたときに、最も意義深いものとなる。

末期ケアおよび患者の願望は、以前からその医療提供者と討議されるべき問題である。患者が過去の歴史について尋ねられながら、彼らは将来の計画および意見に関する対話に引き込まれるべきである。医師および他の医療専門職は、彼らの患者の前の病気を理解するほか、その患者の価値観、願望、計画、および不安を理解するよう努めるべきである。もしこれを前にしていなかったのなら、この時にこそ、事前指示を実行する可能性につき、患者および友人たちと討議すべきであり、その詳細も十分に討議すべきである。ある患者は（さまざまな理由のために）事前指示を実行することを望まないかもしれない。しかし、誰でも、意思決定能力を喪失したときに、患者として誰に意思決定者になつてもらいたいだろうかを、明らかにすべきである。今日の世界において、過去も将来もともに、医療専門職の関心事であることは、当然である。そのうえ、価値観、願望、計画、および不安は、経験が増すにつれ、患者が老いるにつれ、また特殊な病気や不具廃失が単に考えられるのでなく実際に体験されるにつれて、

変化する。患者の価値観、願望、計画、および不安が、全く記録されることができないなら、再び討議されるはずもない。適切な討議は、継続されるべきである。今日、患者および医師は、残念ながら、数年ないし数十年にもわたる関係をもつことは稀にしかない。それゆえに、患者の価値観、願望、計画、および不安などを記録すること、およびそれらを患者の世話をする医師に渡すことは、血圧ないし体重の記録と同様に、診療記録の一部として必要不可欠である。

もし、そうした討議が患者にとり初めてでなかったものであるならば（すなわち、それがこの患者が継続的な仕方、患者の医師および他の医療提供者とともに経験してきたものであるならば）、どのようにして、そうした新しい診断が、患者を不当に邪魔することなしに、患者の現在の価値観、願望、計画、不安および前の事前指示などの再調査に容易に導くことができるのかを、知ることは容易である。そうした討議を再度とりあげることは、この時点で討議を始めることよりも、患者にとって負担にならないばかりでなく、表現された願望および理解された価値観という確実な基礎に頼ることのできる医療専門職にとっては、なおさら容易である。そうした論点について考へかつ討議することを前から始めている患者は、そうした考察を彼らの総合的な医療計画の中に含める用意がよくできている。

もし、診断が行われる前に、そうした話し合いがなされていなかったなら、なすべき厳密な「医学的」選択、社会的選択、および倫理的選択をすべて取り扱うために、医療専門職は多くの時間を取っておかなければならないだろう。そうした話し合いは、全部一度になされるのが最善ということはない。癌の診断および治療（または無治療）の選択肢は全く十分であり、そして、おそらく多くの患者が一日だけの過程に招かれるであろう。さらに、患者が選んだ家族の他のメンバーと一緒にこれらの話し合いをもつことは賢明である。もしこれらの話し合いがテープに録音さ

れて、そのテープが自宅で聴くために患者と家族に与えられるならば、それは最も有益である（第三章参照）。患者（および家族）は、不完全に話されていることを、個人的な価値観、願望、不安、期待などのフィルターを通して聴く——そのために、めいめいがその話合いとは全く違ったものを持ち帰るかもしれない——ことがしばしばである。再度話合いをすることができることは、患者が、(a)話されたことを理解すること、(b)筋の通った質問をすること、(c)話されたことの意味について家族や友人と討議すること、そして、(d)将来の話合いにできるだけ完全に加わること、などを助ける。こうした策略は、統合的編成の本質的要素である。

こうした話合い全体を通して、他の医療専門家（交響楽団の演奏者）たちは、すでに話されたこと、および今話されていることにつき、すっかり評価を受けなければならず、そしてまたそのテープのいくつかを聴くように助言されるべきであろう。このように、少なくとも一つの批評的な成果として「彼らの行為をまとめる」こと全体が、異なった情報が異なる出演者により異なる時に提示されることを防止することになる。異なる人びとが異なる「事実」を伝えがちであるということもない。同一の事実が、異なるものと思われるような仕方でも聴く人に伝えられることは、ありそうなことである。ちょうど、著名な交響楽団の音楽家が指揮者の独特の解釈が一体何であるかを理解すること、そして指揮者のそれに自分自身の独特の解釈を加えることが重要であるように、中心的な出演者を重要な話合いに参加させることは重要である。

スワードル夫人は現在、多様な治療および無治療の選択肢を提案されている。もちろん医師は、選択肢および彼らの力の及ぶかぎりの結果について十分に説明することが期待されている。しかし、選択肢および結果を説明すること、それから患者にその選択を尋ね求めることにより、医療専門職の負っている責務が枯渇することはない。患者は、医療専門職の卓越した専門的知識のためだけで彼らに頼るのではない。患者は、そうした問題に関する彼ら

の豊富な経験のためにも、また彼らの助言を求めるためにも彼らに頼るのであり、それは真実である——医師は、患者がするだろう選択がほとんど宿命的に定められるように「カードを不正に揃える」べきではない——が、しかし、彼らは、患者に対して遺棄を暗示するかもしれない中立的な姿勢、および関心の欠如を装うべきでもない。患者を見捨てて彼の自律に委ねることは、彼から自律を奪い取ることと同様に、倫理的に正当化され得ない。医師およびその他の医療専門職は、選択および選択肢を提案するのみならず、彼ら自身はいかなる活動方針を最善と考えるか、また彼らがそう考えるのはなぜかに関して患者に知らせるように当然に勧められる。患者は、自分の価値観および目標によりよく適合する別の選択をするのももつともである。しかし、彼らは（彼らの患者と同じ立場に彼ら自身を置くという）問題に主体的に取り組んでいる正にその最中に、医師は単なる技術的専門家以上の者として振る舞ってしまうだろうと思うだろう。むしろ、彼らは、彼らの関心事および感情移入により、患者がするかもしれない選択について、それゆえ患者自身について彼らが非常に心配していることを、示してしまうだろう。

さらにまた、他の医療専門職たちは、相互に相談し知らせ合うように、そしてできる場合には話合いに参加したは傾聴するように勧められる。もちろん、これは、時間の浪費のように思われるかもしれない。医療専門職たちは、彼らの多忙な生活において、その能力の限界まで仕事に追われていることが多い。それにもかかわらず、そうした取り組みを、総合的な患者ケアに、チーム協議会および事例管理会議に、統合することは、長い目で見れば、人びとがちぐはぐな仕事をする（患者にはそのように見える）場合に失われる相当な時間を節約するだろう。

スワードル夫人が選択をするときには、その選択は、非定型的乳房切断術、病巣切除術、または多様な他の選択肢をとるのかもしれない。もし彼女の選択が無治療でないとすれば、その結果は不確かなまま残るだろう。社会的かつ心理学的な患者および家族の支援は、最初の診断とともに開始し、将来の過程を通じて続くべきである。これ

は全く最初から、彼女のケア提供者が、彼女の「医学的」診断、予後および治療法の選択など以上のことを承知していなければならぬことを意味する。彼らは、彼女の心理Ⅱ社会的必要に加えて彼女の特有の背景および価値観にも等しく注意深くなければならぬ。この患者が手術のため入院したときは、社会的サービス、そうした患者の心理的ケアの資格のある者、もしそれが患者の価値観および願望に適合するならば彼女の精神的助言者または聖職者などとの手近な接触を確立することが望ましいといえよう。言い換えれば、ここではオーケストラは、特定の予期されていた楽曲の演奏のため練習し彼らの楽器を音合わせしているように見られるだろう。

スワードル夫人が、長年ことによると一生涯、疾病に罹らないということもあるかもしれない。手術および回復は、スムーズに進むかもしれない。癌は再発しないかもしれないし、患者は「治癒した」と宣言されるかもしれない。しかし、これが知られるのは、かなりの年数——彼女および彼女の家族にとり面倒で緊張の多い年数、そして彼女の価値観および視野を変えるのも当然と思われる年数——を経て後のことになるであろう。この時間は、不可避的に、それが診断およびその不確実な結果なしに有するものとは全く異なった影響を彼女に与えるであろう。将来の病気に向かう彼女の態度は、この期間を処理した能力および思いやりに大いに信頼して、変わるであろう。というのは、治療されたのは、疾病であつて、不健康自体ではないからである。さらには、そうした診断、治療法の精神的外傷、およびそれとともに引き延ばされた不確実な期間は、必然的に、その患者に対してばかりでなく、その家族、その個々のメンバーとの関係性、そしてそれゆえ社会的状況などに対しても、同じように、その影響を与える。また、この時期の間中は、ペットが最も助けになるだろう。もしペットがまだ存在していないのならば、この時にペットを提案することは、身体的な価値の外にも、同様に、広範囲にわたる優れた心理的価値をもたらすであろう（これを実証するいくつかの文献がある<sup>10</sup>）。

もし患者がそうしたいと思うならば、支援グループから得るところがあるだろう。他方において、そうしたグループは、患者にその注意を自分の疾病に集中させる原因となり、少しもためにならないことを証明するかもしれない。ときどき、患者は、混成支援グループから大いに得るところがあるだろう。その中で、進行性の気腫、癌、心臓疾患、および脳血管障害などをもった患者たちは、支援を手伝い、あれこれ考え、相互に相手から、もっと逆境にある他の人びとがいることを学ぶのである。そうした決意は、患者の人格性および世界観に依存している。指揮者は、楽譜を研究するに際して、また受動者（そしてそれゆえに音楽）とのコミュニケーションにおいて、定められた時に定められた受動者に適切な取り組みを選び出すと試みなければならない。同じように、聖職者の助力は、最も相応しいか、または全然相応しくないかであろう。著者の見解では、医師自身は、患者を改宗させ、または彼らの宗教的信仰に影響を与えようと試みる——そうすることは権限の大きな濫用であると考え——権限はない。医師および患者が教会へ行く仲間であるとしても、医師がそうした活動の手ほどきをする者となることは、倫理的に不適當であろうとわれわれは考える。患者は、その定義からして、すでに自分の病気により譲歩させられているので、それ以上、医学以外の問題につき自分の医師に強いられる（または当惑させられる）必要はない。しかし、例えば、患者が自発的に（そして、そうするように操作されてしまうことなしに）自分の医師とともに祈ることを要望したときに、そしてその医師がそうすることを慰めと思うならば、それはおそらく適切であろう。

もし患者が何年間か疾病を免れていて——胸部癌は何年か後に転移する可能性があることで知られる——それからその疾病が再発するならば、注意深い追跡が必要である。その追跡とともに、現実の実践において何らかの介入をしてもよいだろう。楽器が音合わせされて、初めの楽譜の勉強は完了した。今や、仕事は、患者のみならずその親密な人びととの、対話の継続および注意深いコミュニケーション——患者の価値観、不安、希望、および願望の



変化に関して手がかりを提供するかもしれない方策——を保持することである。これは、聴くことがそれほど重要である——どこでもどの時点においても常に話すことよりも極めて重要である——のはなぜかの理由である。それは、患者が関わっている医療専門職に何を言うか言わないか（全く同じように重要である）のみならず、患者と家族間の対話がどのように進むのかもそうである。患者および家族の話聴くことは、しばしば、そうしなければ逃してしまう沢山の情報をもたらすだろう。例えば、もしスワードル夫人が、自分の夫によって全面的に支配されていることに気づくなら、またはもし彼女が彼を支配するために自分の疾病を使うようであるなら、早期の家族カウンセリング援助が、音楽を統合的に編成する方法の主要な部分となるであろう。この点について重要なことは、自分にとり満足すべき関係を——たとえその関係が他者により「異常な」または「機能障害的な」ものと認められるとしても——喜んで確立し共同で育て続けている人びとに対して、医療専門職は「正しい」関係とは何であるべきかに関する自分自身の理想像を二重焼付けにしないことである。

他方で、物事はそのようにスムーズに行かないかもしれない。紛糾する関わり合いは、一層悪化する予後および補助的な化学療法の過程を示唆するかもしれない。この時点で、不安の水準は高まり、支援および理解の必要性は増大するのみならず、おそらくより多くの異なった行為者を巻き込み始めるだろう。臨床的事実が予後の悪化を示すにつれて、統合的編成が、ますます重要となり、直接的となり、複雑なものとなる。予後が悪ければ悪いほど、われわれが、音合わせおよびリハーサルから、来るべき諸楽章とともに主題の全体を確立しなければならぬ最初の（そして希望どおりに長くかつ満足を与える）楽章を始めることへと進むことは、ますます確かなように思われる。

オーケストラの指揮者は、ここで彼または彼女が習得した技能を、練習させる必要があるだろう。患者の価値観、目

的および目標を学ぶに際して、指揮者は、場面に適切な種類の音楽を理解することを開始し、時間の経過につれ、主題の展開、変化につれて注意するだろうし、それにもかかわらず相互に結び付けられたまま残るだろう。提案された音楽的作品に相応しい演奏者が適切に選ばれることができるように、そして彼らが主題および楽章をスムーズに融合させて一緒に演奏し始めることができるように、楽譜は、点検される必要がある。指揮者は、適切なチームを選抜することができるように必要な演奏者のタイプを理解することを開始し、そして、取り込む必要があるのはどんな演奏者かを予見することを開始し、またメンバーとの討議を開始することができる。すべての者が、統合的編成の過程を、個人的努力としてではなく、チーム努力として受け入れることができる。極めて重要である。これは、チーム・メンバー全員の間での頻繁な協議、他人の提案および関心事に対する丁重な聴取、すべての人が同意して署名できる（ときどきは心からのものでない場合でも）ような問題の解決を必要とする。しかし、また、もっと必要なことは、できるなら、患者、その家族、および患者と親密な他の人びと（それが不可能なら、患者の家族および患者と親密な人びと）をこの話合いに引き込むことである。「トップ・ダウン」式戦略は、そこでは指揮者が音楽家たちの提案を協議して真面目に採り上げることがせず、また、チームによりなされた決定は伝達されるが、患者、家族、および友人たちとともに共同してなされるのではないのであって、この戦略は、ひどく父権主義的であり、注意深く回避する必要がある。優れた統合的編成は、民主的過程の一種として見られるべきである。

患者が意思決定をして実行に移す能力は、できるだけ支援されなければならない。スワードル夫人は、病気の重荷の下で、彼女の医療提供者、家族および彼女の周辺状況にますます依存するようになっていく。疾病が進行するにつれて、このことは、おそらく避けることができない。しかし、彼女の意思決定が確認され、彼女の意思の自由が支援されることのできる方法は存在する。実施可能な多くの小さい事柄が存在する。例えば、自分の庭園でゆっ

たり仕事をする事の好きな患者は、これをする事を可能にする装置のある適切な車椅子を手に入ればよい。漸進的に衰弱してきて階段の昇り降りが困難なことに気付いた患者は、自由に出入りできるように寝室を配置換えさせることもできるだろう。行うのに必要なものが、患者のそうする能力に相応しているならば、欲することを行動に移すことは、より一層容易になされる可能性がある。同様に、鎮痛剤および鎮静剤の使用は、多用よりはむしろ賢明な使用が重要である。患者は——可能な限り、また彼らが欲する限りいつでも——痛みから保護され、また可能な限り痛みから保護されるべきである。しかし、しばしば意思決定能力および自律は、疼痛管理と均衡が保たれなければならない。一般に、常にではないにしても、優れた疼痛管理は、自律を大きく失うことなしに達成されうる。時には、それは、全体的な能力を実際に増大することができ、また自律的に活動することができる。疼痛管理専門家との綿密な共同研究が最も有益であるのは、ここである。患者が疼痛管理のために意識澄明を犠牲にしようと欲するその程度は、患者、環境、時間などにより多様であろうし、患者の選択を決定するには、洞察力の鋭い聴取および注意深い適応を必要とする。しばしば、これまで指摘されてきたように、患者が衰弱するにつれて、自由に選択する能力と自由に行動する能力との間のギャップが広がる。医師は、また彼らと一緒に他の医療専門職は、患者が選択の意思表示をすること、および患者の意思を行動に移すことを手助けすることにより、患者の尊厳の意識を保護するため大いに働くことができる。意思決定がなされなければならないときに、最初に家族の方を向くのではなく、最初に患者の方を向くこと、衰えた脚に対する身体的援助を手配すること、近づき易く便利でとりわけ個人的なトイレを速やかに提供すること、などのような簡単な事が、総て重要な援助となり得るのである。

この点は避け難いことだが、スワードル夫人は、その身体的条件が悪くなるにつれて、医学的および社会的な支援がますます必要になるだろう。ホスピスが重要な選択肢となるのは、この点についてである。それが今日構成さ

れる方式であるホスピスは、すべての患者のためではない。もしスワードル夫人が、ホスピスプログラムに入ろうと意思決定するならば、彼女の前からの臨床医が引き続き意義深く取り込まれる。彼らは、容認された観客のように思わせられる傍観者の位置に追いやられてはならない。むしろ、彼らは、患者ケアにおいて、中心的役割を演じ続けなければならない。彼女の病気全体を通して、関係は発展してきた。これらは価値ある支援であり、この継続を維持することは、患者の全体的ケアにとり必要不可欠である。患者と率直に話し合うことは、保証のないバラ色の絵を描かなくとも、または暗い憂鬱に退歩しても、助けになる。患者は、希望を——治療の希望ではなく社会的支援の希望であり、また彼らの最後の数週または数日の間なお彼らの心に満足の可能性を持ちつづける希望である——保持することができる。

人びとがお互いに飲食物を分かち合うことは、大変に重要である。そうした分かち合いがすべての文化および社会において有してきた象徴的で社会的な価値は、忘れても無視してもいけない。われわれは一緒に食べたり飲んだりしている限り、お互いに共通の人間性を分かち合っているのである。われわれが互いに飲食物の分かち合いを止めるとき、われわれは自分たちのグループ、家族、共同社会から孤立したと感じがちである。われわれは、カロリーや栄養には必要以上に大きな注意を払うが、飲食物のもつ社会的価値には十分な注意を払わない。すべての努力は、患者が家族の食事およびとくに飲食物を分かち合うような社会的行事に参加させ続けるために尽くすべきである。もし、これを可能にするためのわれわれの努力にもかかわらず、患者がテーブルに就くことができないならば、ベッドの枕もとで共に飲食物を分かち合うことが、大変重要だと思われる。どんな犠牲を払っても、患者は人間の共同社会のメンバーの地位を守られなければならない。そのメンバーは、単に世話をされ安全であると感じるばかりでなく、その存在が、他者の生活に重荷を負わすよりは、むしろこれを強めるものとも感じるのである。こ

ここでは誠実が決定的である。スワードル夫人がさらに病気が進み衰弱するにつれて、彼女は自分が重荷になると感じ、家族および社会生活に対する自分の貢献が減少したまたはもはや存在しないと感ずるであろう。ここでは、誠実が、ことのほか重要である。偽って彼女は少しも重荷でないというふりをするのは、現実を回避してすべての人により良く思わせることを意図した大きな嘘である。さらにもっと良いのは、率直になることであり、例えば、もちろん彼女が時間と注意を必要とすること、しかしその注意およびそうした時間の消費を与えるすべての行為において、家族や友人には得ることも多く経験されることを、彼女に告げることである。こうした事柄について共同の責任および関わり合い（よく機能している社会単位において、友人、家族および見知らぬ人までがお互いに暗黙に分ち合っている責任）の言葉で話すことは、重荷について話すよりも、はるかに実り多く、より現実的である。共同社会における連帯は、人びとが楽しい経験だけを分かち合おうとする場合に起こるのみならず、辛い経験を分かち合おうとする場合にもまた起こるのである。

疾病が進行するにつれ、また医師その他すべての関係者が、ともに働き続け、患者および家族を支援し続けるにつれて、患者がもはや家庭の事情で家族による世話が不可能であるという時がやってくるかもしれない。もし統合的編成が順調にかつ十分な見通しをもってなされているならば、そしてホスピスがうまく早期に取り込まれているならば、ケアが家庭で与えられることが可能となることも少なくない。しかし、家族が彼らの生活や仕事を全面的に崩壊しなければならぬときには、それはすべての人にとり情緒的にもまた財政的にも大変な消耗となる。すなわち、そうした活動方針がケア提供者の将来の生活を破壊するかもしれないだけでなく、それは一般に自分の病状が自分の愛する人びとにそうした破壊を強いるのを、ふがいなく見ていなければならぬ患者に重荷を負わすだろう。ある国々では、そうした患者のケアのために使用者が寛大な休暇許可を被用者に与え、またある国々では、

それに加えて、政府が彼らにささやかな給付金を支給するところもある。これは、合衆国における現在の実情ではなく、そしてそれゆえ、もっと現実的な施策が行われなければならない。家族は、患者が死亡した後も長く生き続けるし、彼らの生活が患者のそれよりも重要でないわけではない。ケア提供者——ときどき、特定の時点では特定の患者の擁護者としてだけ自分自身を見ている——は、そうした事実を注意深く考慮しなければならない。

ついには、患者が「生きる意思」を失う時がくる。そうした時点は、患者ごとに晩年における異なった段階にやってくる。すべての人——おそらくは大抵の人——が「その別れの挨拶に穏やかに」入りたいたもつぱら望んでいるわけではないが、しかし多くの人が望んでいることは事実である。この点で、家族の支援のほかに奏楽席の医師およびその他のメンバーの支援もきわめて重要である。まず最初に、治療可能な状態——耐え難い痛み、吐き気、無感動、または遺棄された感覚ないし重荷となつている感覚——のために、生きる意思の喪失が起こつたのかどうかを確定することが必要である。ときどき、ある簡単な調整で、そうした患者の生きる意思が回復するかもしれない。患者は、賢明な薬物治療によりしばしば緩和されることが可能な、臓器の機能低下のために苦しむかもしれない。もちろん、状況による機能低下は、全く正常である(結局、もし患者がこの点で元気づけられたとするならば、人は彼らの現実との接触を真剣に疑うだろう)。その人たちは、一人の人物——彼らにとつては大変に重要な人物——を置き去りにして失ってしまったが、彼らの世界全体を失つたのではないことを忘れてはならない。死んでいく患者は、彼らがこれまで大切に保有してきたものすべてを失おうとしているのである。患者は、生き続けようとする意思を本当に失つたときには、彼らが死ぬことが他者の重荷になること——家族および医療チームを失望させるだろうこと——を恐れることが少なくない。彼らに「われわれは、あなたを失うことは恐ろしいが、なんとかやって行くつもりですから、何も心配しないでね」と言うことにより、死ぬことに直接的「承認」を与えることは、

患者に大きな慰めとなるだろう。いろいろな点で死が道徳的失敗と見られてきた社会で育てられてきたために、自分の意思に反して生き続けてきた多くの患者にとっては、これが真相である。

ある患者は、多かれ少なかれ死を恐れながら死ぬであろうが、ある者は交響楽の終わりに向かうように、立ち去ろうとするかもしれない。医師の介助による自殺または安楽死が条理にかなった選択肢になるかもしれないのは、この点においてであり、結局、それはその遂行を改善するためになされてきたともいえよう。しかし、それは、めったに起こらないであろう。

患者が死亡する——これは比較的突然に起こるか、または長引くかもしれない——場合には、後に残された人びとに支援が与えられなければならない。彼らは患者を失うことになるが、それだけでなく、その死とともに、実際には時間の浪費および神経の酷使であったにもかかわらず彼らの生活で中心的役割を果たすに至っている仕事をも失おうとしているのである。ある意味で、彼らは慰めを感じるだろう——また慰めを感じることに關して罪悪感も感じるかもしれない。これは、その出来事以前の討議の中で正面から話しかけられる必要がある事柄である。別の意味では、彼らは、大切な目的を失ったと思うことがしばしばであるし、また、ある意味では途方に暮れているかもしれない。そうした境遇を記録すること、現に後に残された人びとを形式以上の仕方で支援することは、正当にも統合的編成の要素となるべき仕事である。もしわれわれが、スワードル夫人の関心事を支援するため、そして彼女のこの世の最期を耐えられるものにするために、本当に関わるのならば、彼女の関心事の重要な部分は彼女の夫および愛する人びとの福祉であることを忘れるべきではない。彼らが頼りにするに至っているチームの支援をこれからも受けるだろうと、彼女に再確認して安心感を与えることは、重要な仕事である。愛する人を失うことと、人が頼りにするに至っている信頼される人びとのグループを失うことは、同時に起こらないようにすべきである。

現今の末期関連の諸問題に対する強調は、われわれに、ある種のすばらしい好機を提供している。それは、医師の介助による死に対する不当な強調を回避するうちに、終末期の統合的編成における総合的スキルを可能にする意義深い訓練および諸手続きのために働く機会を、われわれに与えるのである。医師の介助による死に反対する人たちでさえ「終末期の統合的編成」の他の側面のすべてを気づかう。われわれは、同じように利害関係をもつ者であるが、医師の介助による死を不当に強調することにより、多くの点で、また多くの問題につき、われわれの本来の味方であるそれらの人びとを疎外すべきではない。後者は、潜在的には統合的編成の正統な要素であるが、それは明らかにその過程のほんの一部に過ぎず、善意の人びとが異議を唱えることもありうるものである。われわれは、すべての医療専門職の訓練に、終末期の統合的編成を効果的かつ適切に行うのに必要な技能の教育をも含めて、そのために働く機会、ならびに必要な法律によってそれを増加させる機会を有するのである。

同様に、われわれは「即時決定」対処法を回避する機会を有する。良い疼痛管理の必要性を強調すると同時に、われわれは、本来の統合的編成の文脈の範囲においてだけそうすべきである。医師の介助による死の選択肢を開いておくと同時に、われわれは、その代わり、医師の介助による生に対する根本的な願望を強調する。われわれは、広範な社会問題に対する感受性およびその認識の文脈の範囲内で、このすべてを行うための機会を有する。今日死ぬ者または明日死ぬだろう者たちの関心事に言及すること、およびわれわれの全住民の社会的関心事に言及することは、相互に相容れない提案または無関係な目標と見なされてはならない。それどころか、それらは容赦なく絡み合っており、また必然的に相互補足的である。社会は、それ自身を他のものに関係づけることなしに、それにうま



く言及することはできない。医師は、討議において自分の役を演じなければならない。それが本来の手続きおよび訓練の直接的で限られた問題に関わるのみならず、これらの限られた問題が必然的に埋め込まれているより広範な社会問題にも関わるからである。尊厳で満たされた生、しかし恐怖で脅かすように現れる最期は、社会的に望ましくもなければ、その生を強めるための企みでもない。しかし、尊厳を求める機会が本当の最期まで現実味のなかつた生に取り込まれた尊厳死は、悲劇的で皮肉なジョークである。

本書において、われわれは、末期医療が提起する倫理的問題のいくつかを討議しようと試みてきた。われわれが伝えようと試みてきたメッセージは、明らかである。末期は、その生涯全体から分離された時期でも、分離しうる時期でもない。もし医療専門職が彼らの仕事を真剣に受け留めるならば、末期の取扱いおよび統合的編成は、彼らの仕事全体の一部となる。同様に、もし医療専門職が彼らの仕事を真剣に受け留め、彼らが働かなければならない施設および組織により彼ら自身が無理強いされていることに気づくなら、彼らはその組織自体の変更を企てることにおいても、彼ら独自の役を演じなければならない。さらには、末期の患者に施される医療および、より快適でより適正な組織を創り出そうとする企ては、多くの明白な——おそらく、もっと重要な——巧みな方法で社会に影響を与えるだろう。われわれの態度が死および死ぬことに向かう社会のように変わり、われわれの共同社会の観念が一層大きな連帯のそれに向かって徐々に変化するにつれて、医療専門職が彼ら本来の役割を演ずることができることを、われわれは期待することができる。共同社会は、可能性のある分野を形作るとともに、逆にその努力の成果によって形作られるものであり、個人的努力は、そうした共同社会のなかに存在するのである。

(1) See, among others, an excellent recent summary of the problem by J.A. Billings and S. Block, "Palliative Care in Undergraduate Medical Education : Staus Report and Future Directions," *Journal of the American Medical Association*, 1997 ; 278(9) : 733-738.

(2) E.H. Loewy, "Physician Assisted Dying and Death with Dignity : Missed Opportunities and Prior Neglected Conditions," *Medicine, Health Care and Philosophy*, 1999 ; (2) : 189-194.

(3) For the interrelationship between pain and suffering and the differentiation of these concepts in a clinical setting, see E.J. Cassell, "The Nature of Suffering and the Goals of Medicine," *New England Journal of Medicine*, 1982 ; 306(1) : 639-645 ; E.J. Cassell, "The Relief of Suffering," *Archives of Internal Medicine*, 1983 ; 143 : 522-523 ; and E.J. Cassell, "Recognizing Suffering," *Hastings Center Report*, 1991 ; 21(3) : 24-31

(4) In a recent article Burt argues eloquently and persuasively that a constitutional right to palliative care might exist. See : R.A. Burt, "The Supreme Court Speaks — Not Assisted Suicide but a Constitutional Right to Palliative Care," *New England Journal of Medicine*, 1997 ; 337(17) : 1234-1236.

(5) A "right" is conceived somewhat differently in law than it is in ethics. In law a right is something which is legally fixed—it becomes "right" only after a legislature or a court declares it to be. In ethics the term is used in a number of different senses ranging from a "natural law" to a "law" crafted and fashioned by and in community with one another. It is, perhaps, better not to speak of "rights" but rather to look upon the whole concept of "rights" as being a matter of more or less justifiable or justified claims. See L.R. Churchill, and J.J. Siman, "Abortion and the Rhetoric of Individual Rights," *Hastings Center Report*, 1982 ; 12 : 9-12.

(∞) Rawl's "veil of ignorance" can, despite its drawbacks, serve as a heuristic device in making important social choices — see J. Rawls, *A Theory of Justice* (Cambridge, MA : Harvard University Press), 1971. Imagine yourself behind a Rawlsian veil of ignorance which would not have you know who you are, how old, how well or unwell you might be, what race, what gender or what income group you belong to. You are told only that you will have to choose among three different social goods, only two of which would be guaranteed to you -- the third would be up to luck and your own devices. These three would be (a) all biological necessities would be guaranteed ; (b) a full education to develop your interests and talents would be yours for the asking ; and (c) health care would be fully supplied in case of illness. It is likely that most prudent choosers would choose to forego guaranteed health care in favor of the other two.

(∞) John Dewey eloquently speaks to the problem of democracy in more than its political sense. See : *J. Dewey, The Public and its Problems in John Dewey : The Later Works, 1925-1953*, ed. by J.A. Boydston (Carbondale, IL : Southern Illinois University Press), 1988 and J. Dewey, "Creative Democracy : The Task before Us," in *John Dewey : The Later Works, 1939-1951*, ed. by J.A. Boydston (Carbondale, IL : Southern Illinois University Press), 1991. As concerns contemporary problems, we have taken Dewey's ideas and applied them to some of the situations today. See Loewy E. H. Loewy, *Moral Strangers, Moral Acquaintance and Moral Friends : Connectedness nado its Conditions* (Albany, NY : State University of New York Press), 1997 and R.S. Loewy, *Integrity and Personhood : Looking at Patients from a Biopsychosocial Perspective* (NY : Kluwer Academic/Plenum Publishing), 2000.

(∞) E.H. Loewy : "Curiosity, Imagination, Compassion, Science and Ethics : Do Curiosity and Imagination Serve a Central Function?" *Health Care Analysis*, 1998 ; (6) : 286-294.

(8) K. Foley, "Competent Care for the Dying Instead of Physician Assisted Suicide," *New England Journal of Medicine*, 1997 ; 336 : 54-58.

(9) The prolongaion of life in cancer patients with pets seems to be a very real thing.