

広島文化学園大学看護学部公開講座

— 尊厳死、安楽死、終末医療を考える —

看護学部教育課程委員会

前信 由美 加藤 重子 進藤 美樹 藤原 隆 佐藤 敦子
迫田 千加子 林 君江 山田 晃子 藤本 和恵 奥田 鈴美

平成 30 年度広島文化学園大学主催公開講 (いのちの講座)は、看護学部開設 20 周年の記念の公開講座として呉市共催のもとに以下のごとく開催されました。

1. 日時：2018(平成 30)年 10 月 12 日 (金)

音楽演奏会 13：20～13：50、講演 14：00～15：30

2. 場所：呉文化ホール

対象：本学学生・地域住民・病院関係者 参加者：737 人

3. 講師 上野正彦先生 (法医学評論・元東京都監察医務院院長)

講演題目：「尊厳死、安楽死、終末医療を考える」

4. 趣旨と概要

本学では例年、「命」をテーマとして看護学部公開講座を実施しています。近年、医療技術の進歩は著しく、個人の思いとは裏腹に治療が進んでいく現状の中、どのように自分らしく生きるか、死んでいくかが終活という事とともに考えられ始めています。その中で尊厳を持ちながら自分の死を考えていく事は、生きる事すなわち命を考える事でもあります。今回の公開講座は、看護学部開設 20 周年記念講座として、高齢者の虐待や尊厳死の問題に取り組んでおられる上野正彦先生を講師として、「尊厳死、安楽死、終末医療を考える」という視点から命を考える公開講座として開催しました。

講座の内容は、医学の発展に伴い我が国の健康管理は向上し、健康健診の普及もあり、早めに予防対策をする、あるいは食文化の違いなどもあって世界有数の長寿国になっています。しかしその反面、病で倒れたとしても救急医療や延命術によって救助されますが、日常生活が出来るまで回復できればいいのですが、必ずしもそうとは限りません。言語障害、半身不随などの後遺症があり、最悪の場合は意識不明昏睡状態が固定し、回復の見込みがないまま長期間生き続けることもあります。そうすると医療費はもちろん家族の心身的負担は増大します。他人事ではありません。なぜならば自分自身が患者になる場合もあり、患者の家族になる場合もあります。また第 3 者の場合もありますが、医療人として現場に立つ場合もあるかも知れないからです。命をサポートする医療人が、逆に死を与える側に立たされる場合もあり、この大きな矛盾、ジレンマに直面し医療人として如何にあるべきか、考えなければなりません。追い込まれた家族は尊厳死、安楽死など終末医療の在り方に直面し、苦悩しているのです。とくに高齢社会にあるわが国ではもはや個人的問題ではなく、大きな社会問題になっています。事例をあげると、アメリカでは 1975 年(昭和 50 年)カレン事件がありました。多量の睡眠剤と酒をのみ 7 か月間も昏睡状態で、人工呼

吸器をつけたままの娘(21 歳)に、両親は「安らかに死ぬ権利を認めてほしい」と裁判で訴え続けました。1 年後最高裁は人工呼吸器の取り外しを認めた世界最初の尊厳死容許でした。日本でも安楽死事件が 2 件起きています。1961 年(昭和 36 年)愛知県では病気で苦しみ余命 1 週間と診断された父(52 歳)を見兼ねて、長男が牛乳に農薬を入れ飲ませ、懲役 1 年、執行猶予 3 年となっています。

生と死について厳しい思想をもつわが国も長い論議の末、脳死と臓器移植を容認したと同じように、この終末医療のあり方にも、やがて結論を出さねばならない日が、やってくるのではないのでしょうか。命を扱う医療の現場では避けて通れない重要な課題であり、講座の中で、命に向き合う課題を明確にされていました。

今後も「いのちの講座」から本学部の教育理念である、生命に対する畏敬の念と倫理観に基づいた行動が出来る感性豊かな人間を育成すること、グローバルな視点を持ち、専門的知識と実践能力を有する看護専門職者を育成する事ができるように公開講座を開催していきたいと考えています。

公開講座配布資料：上野 正彦

“尊厳死、安楽死、終末医療を考える”

医学の発展に伴い我が国の健康管理は向上し、健康健診の普及もあり、早めに予防対策をする、あるいは食文化の違いなどもあって世界有数の長寿国になっている。

しかしその反面、病で倒れたとしても救急医療や延命術によって救助されるが、日常生活が出来るまで回復できればよいが、必ずしもそうとは限らない。言語障害、半身不随などの後遺症があり、最悪の場合は意識不明昏睡状態が固定し、回復の見込みがないまま長期間生き続けることもある。そうなると医療費はもちろん家族の心身的負担は増大する。

他人事ではない。なぜならば自分自身が患者になる場合もあり、患者の家族になる場合もある。また第三者の場合もあるが、医療人として現場に立つ場合もあるかも知れないからである。

命をサポートする医療人が、逆に死を与える側に立たされる場合もある。この大きな矛盾、ジレンマに直面し医療人として如何にあるべきか、考えなければならない。

追い込まれた家族は尊厳死、安楽死など終末医療の在り方に直面し、苦悩しているのである。とくに高齢社会にあるわが国ではもはや個人的問題ではなく、大きな社会問題になっている。

事例をあげると、アメリカでは 1975 年(昭和 50 年)カレン事件があった。多量の睡眠剤と酒をのみ 7 か月間も昏睡状態で、人工呼吸器をつけたままの娘(21 歳)に、両親は「安らかに死ぬ権利を認めてほしい」と裁判で訴え続けた。1 年後最高裁は人工呼吸器の取り外しを認めた。世界最初の尊厳死容許であった。

日本でも安楽死事件が 2 件起きている。

1961 年(昭和 36 年)愛知県で病気で苦しみ余命 1 週間と診断された父(52 歳)を見兼ねて、長男が牛乳に農薬を入れ飲ませた。懲役 1 年、執行猶予 3 年となっている。

もう 1 例は東海大学病院で 1991 年(平成 3 年)に起こった。末期癌で昏睡状態の父(58 歳)を、早く楽にして欲しいと家族に懇請された医師は、薬を注射し死亡させた。懲役 2 年、執行猶予 2 年の判決を受けている。

いずれも我が国の安楽死の許容条件をクリアしていないからである。

ところがオランダ、ベルギー、ルクセンブルグ、アメリカの4州などでは、終末医療として安楽死を容認している。これらの国では、安楽死の定義や前提条件をクリアした場合に限られていることは当然であるが、手段方法は積極的安楽死(医師が致死薬を投与し、患者に死をもたらす)と消極的安楽死(医師による自殺幫助)になっている。

消極的方法は、患者の自殺を幫助するため、医師が睡眠剤を注射し、家族に見守られながら、死を迎える安楽死である。

医師は患者が死亡した後、警察に届け出る義務があり、法律家、医師、学識経験者らによる安楽死審査委員会の審査を受けることになっている。

わが国は終末医療として安楽死は容認されていないが、しかし延命術を希望しない人が70%と多いのも事実である。

生と死について厳しい思想をもつわが国も長い論議の末、脳死と臓器移植を容認したと同じように、この終末医療のあり方にも、やがて結論を出さねばならない日が、やってくるのではないだろうか。命を扱う医療の現場では避けて通れない重要な課題である。

植物状態も脳死状態も症状は同じで、昏睡を続けている。しかし植物状態というのは、解剖学的には終脳にダメージを受けた昏睡で、運動麻痺や知覚麻痺があるが、脳幹(自律神経の中核)に異常はないので、心拍数や呼吸、消化作用は出来るのである。

ところが脳死というのは、脳幹のダメージなので、心拍数や呼吸、消化吸収で心肺を動かし、点滴で栄養を補給し生存させている昏睡状態なのである。

命令を発している神経細胞は再生力がないから、一度ダメージを受けると、どのような治療をしても脳死状態になった人を、生の方向に戻すことは出来ない。2~3週間後には薬にも器械にも反応しなくなって死亡してしまう。その期間を脳死といっている。

植物状態(終脳のダメージ)と脳死(脳幹のダメージ)の違いを明確に理解した上で、医療人として、終末医療のあり方を考察しなければならないのである。

