

オランダ・ベルギー・ルクセンブルク安楽死法の比較的研究

富山大学大学院医学薬学研究部 (哲学) 教授

盛永 審一郎

QOLの向上を図るためのこのリサーチに、QOD（死の質）というのとは、いぶかしく思われる方もおられるかと思いますが、決して死と対立するのは生ではなく、死と対立するのは誕生です。生とは誕生から死に至る過程ですので、生の質を高めるためには死の質を高めることが大切である。その点を分かっていたくださった選考委員の先生方の達見に、大変感謝しております。

オランダ、ベルギー、ルクセンブルク、このベネルクス3国が現在安楽死法を持っている国です。オランダが一番先で2002年4月1日。続いて9月にベルギー。ルクセンブルクはやっとの間、2009年ということになるわけで、まだルクセンブルクはデータが少なく、主にオランダとベルギーの比較になります。ルクセンブルクはベルギーの安楽死法をほとんど踏襲していますが、違いは、緩和医療法を策定するにあたって、安楽死法の必要性に気がついて安楽死法を作ったということです。

【スライド-1】

これはオランダの安楽死の推移です。

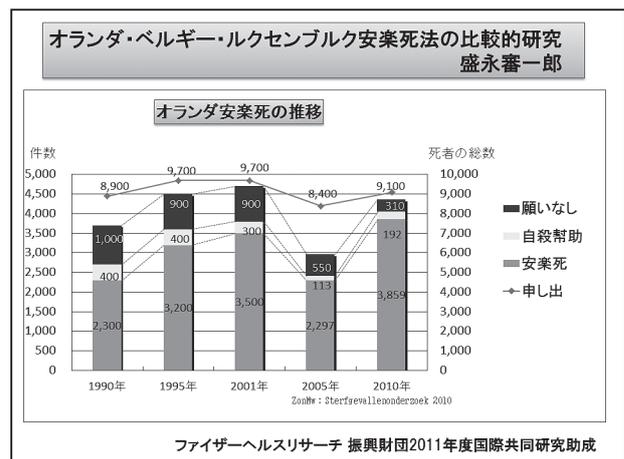
オランダは5年ごとに調査研究をやっていて、2010年の調査報告が2012年に公刊されました。2002年に安楽死法が施行されて、最初は減りましたが、また再び同じ数へと戻ってきているということが、この報告から分かります。

これはお医者さんたちが安楽死法に慣れてきたということを示しています。

【スライド-2】

一方で、いわゆる治療の中止とか、それから緩和医療、特にセデーションは増大しています。それが特に安楽死法ができてから増大したのはどういうことかということ、お医者さんたちがはじめ煩雑な手順が必要な安楽死を避けて、緩和医療あるいはセデーションの方に向かったということで、それがはっきりと数値に見て取れます。

スライド-1



それから、2010年度の調査で、自死が増えたということが出てきます。これはどうしてかという、安楽死法ができて安楽死を要請しているにもかかわらず、医師がそれに応じないということで、薬をためたりして自分で死ぬケースが出てきているということが分かります。

【スライド-3】

「いかに」ということですが、安楽死が多いです。本当は自殺補助へと持っていこうとしたのですが、自殺補助はやはりうまくいかないということで、安楽死が多いということです。

【スライド-4】

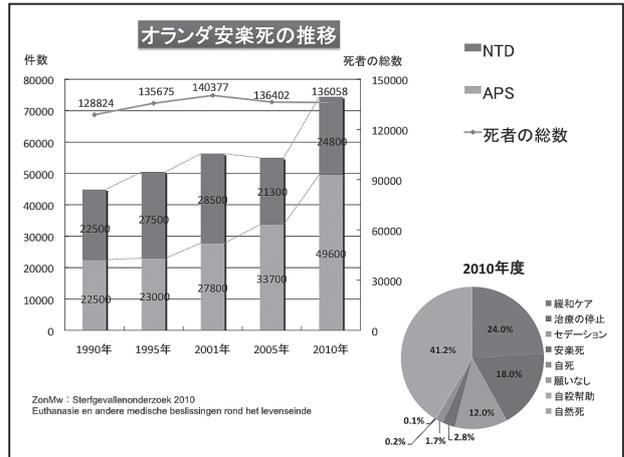
「だれが」行うのか。

オランダの特徴は、90%がホームドクターの手によって行われている。これは非常に重要で、日本の医療制度はこれを学ぶ必要があると思います。

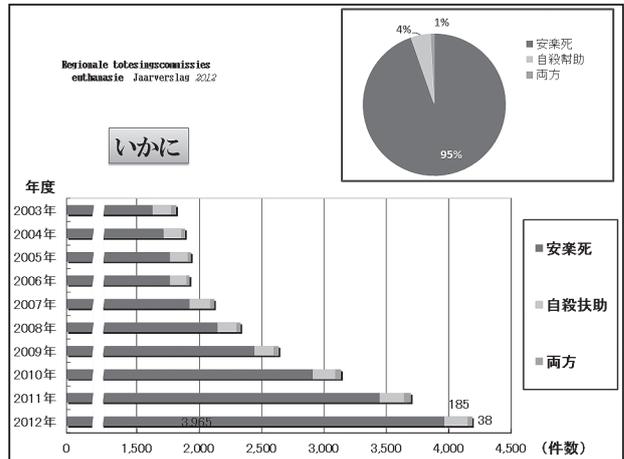
【スライド-5】

それから「なんで」ということですが、これは「がん」がほとんどです。それから最近、認知症のケースが出てきました。現在このケースが議論になっています。

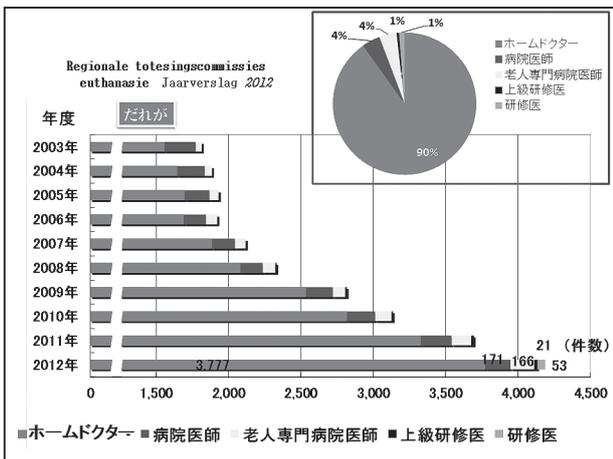
スライド-2



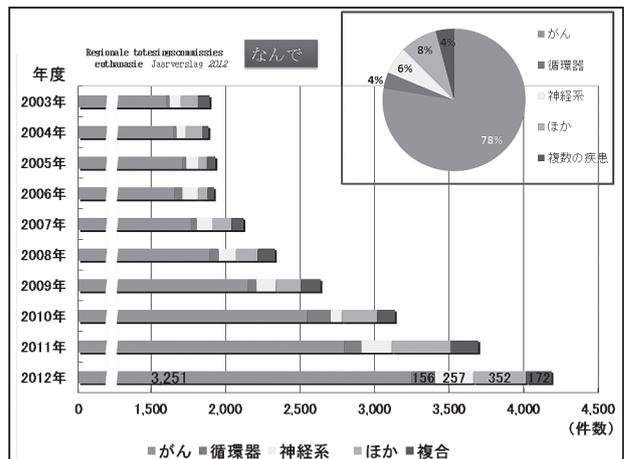
スライド-3



スライド-4



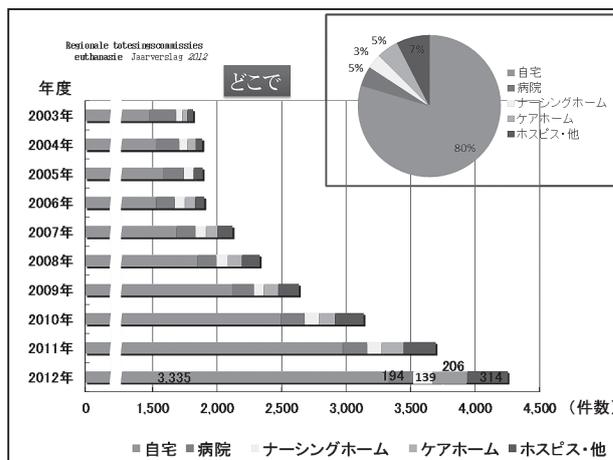
スライド-5



【スライド-6】

「どこで」ということですが、ホームドクターの手によるということから、自宅です。自宅で死を看取る。家族と別れを告げて、そして投薬。安楽死委員会の委員長が言っていたのですが、「これこそがまさに理想的な死である」と。「薬で眠らされてしまって死につくのは、そんなに理想的なんでしょうか」ということでした。

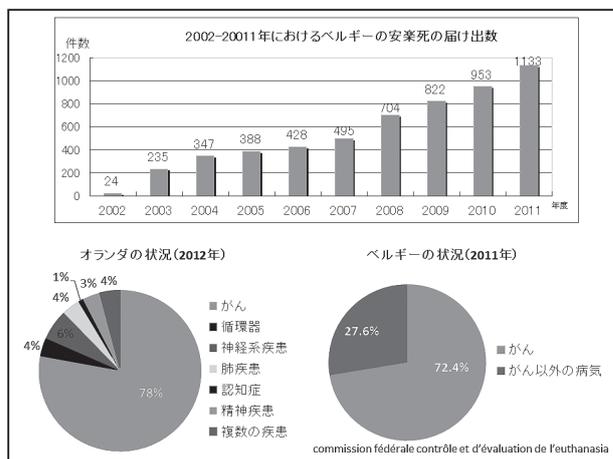
スライド-6



【スライド-7】

このグラフはベルギーとの比較ですが、ベルギーも増えてきています。どんどん安楽死が増えてきているというよりも、届けられて増えているということでしょう。

スライド-7

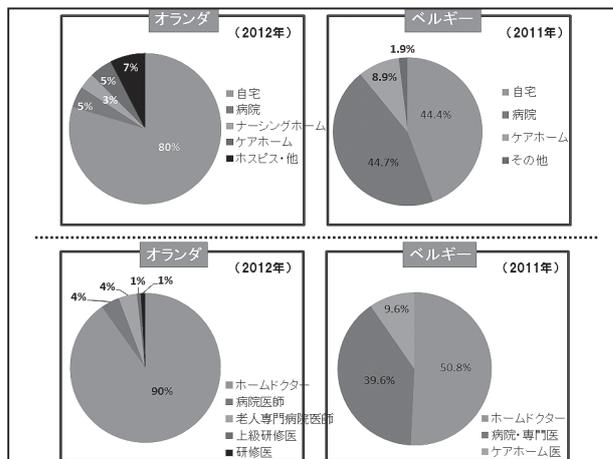


ベルギーの状況でも、やはり基礎疾患はがんが多い。

【スライド-8】

それから「どこで」ということですが、ベルギーは病院が半数くらいになっています。ホームドクター制が違って、オランダの方がしっかりしているということですね。

スライド-8



「だれが」というところも、病院・専門医が40%です。なぜ見ず知らずのお医者さんに最期を託すのだろうというのが、私には疑問なのですが、共同研究者のベルギーの先生は「医師は信頼されているんだ」と。盛んに、「家族よりも医師の方が信頼されている」ということをおっしゃっていたのが、すごく興味深かったですね。

【スライド-9, 10】

オランダとベルギーの安楽死法はいくつかの点で経緯も違いますし、共通点もあり、相違点もあります。

今細かいことは言いませんけれども、特にベルギーがこの頃すごく過激になってきてい

スライド-9

| オランダとベルギーの安楽死法の比較 | |
|-------------------|---|
| 経緯 | オランダ 30年間、安楽死の実践を律してきた手順と規範を成文化するもの。 ベルギー 患者の生を終わらせる際の医師の行為を修正するための法案。立法の際に、医師の参加なしに、政治家が政治的決断で法律を作った。 |
| 共通点 | ・安楽死の定義。患者の要請にもとづいて、患者の生を意図的に終結させる。 ・「厳密な要件」と「コントロールと評価の手続き」がある。 ・患者の要請は、自発的voluntaryで十分に思惟されているwell-considered、堪えられない苦痛 unbearable sufferingがあることに基づく。別の医師が確認。 ・医師が安楽死について決定し、それを実施する際に医師を支援するフォーマルな訓練システムを設けてきた。オランダSCEN、ベルギーLEIF。 |
| 相違点 | ・オランダでは、患者の苦痛は耐えがたいもので改善の余地がないものとされている。ベルギーやルクセンブルクでは、病気になるいは事故の結果としての身体的あるいは精神的苦痛ないし苦悶で、堪えがたく不変のものとなっている。特にベルギーでは末期疾患でない場合でも可能である。 ・緩和ケア法の有無。オランダでは緩和ケアは通常の医療なので、オランダ王立医師会の指針で規制。ベルギーは緩和ケア法を2002年6月14日に公布。ルクセンブルクは、緩和ケア法を3月16日同時に公布、というよりむしろこちらの法が先。 ・オランダは12歳以上に認められた。ただし、12-16歳は患者の要請と親または保護者の承諾、16-18歳は患者の要請のみ。一方ベルギーは成人である18歳以上の患者及び結婚し親権から解放された未成年。 ・事前指示書。オランダの法律に独立した項目として明記されていないし、文書化されたものはない。地域の評価委員会に医師が提出するレポートには書式的モデルがある。ベルギー、ルクセンブルクの法には、事前指示書に関する項目がある。特に後者では書式的ひな型がある。 |

スライド-10

| 安楽死法の運用に関して | |
|-------------|--|
| 類似点 | 1)実施においては「すべり坂」の仮説を支持する兆しを示すものはない。医師-患者関係は信頼があり、透明性が手順において担保されているからである。 2)緩和ケアと安楽死は、相互に排他的なものではなくて、よき生の最終ケアの不可欠の要素である。 3)安楽死は比較的若い患者でがんの患者によって、生を終える最後の手段としてしばしば選択されている。 |
| 相違点 | 1)オランダは安楽死を行う医師はホームドクター(信頼関係ができてい)が80%以上であるのに対し、ベルギーは病院の専門医が40%と多い。 2)オランダでは、医師が医療スタッフに相談せず一人ですべて決めるケースが増えている。ベルギーでは医療スタッフに相談し、医療スタッフも医師を信頼している。また緩和ケアチームへの相談も多い。法律にも看護チームへの相談、親族への相談の項目がある。ルクセンブルクも「看護チームへの相談」、「患者が選んだ人との相談、合意」が条文化されている。 3)ベルギー、ルクセンブルクには事前指示書の項目がある。ベルギー5年間、ルクセンブルク5年間有効。 4)調査の仕方が異なる。オランダは1990年に政府がレメリック委員会を設置し、オランダにおける医師による生命終結の実施の頻度と主な特徴に関する調査を委託した。1990年、1995年、2001年、2005年、2010年に実施。ベルギーは研究者ベースで、弁護士事務所に協力してもらい医師の匿名を担保して行うシステムを立ち上げた。 |

ます。去年の暮れに双子の兄弟が目が見えなくなって、お互いの顔を見れないのは辛いと言って安楽死をしています。今年になり、性転換手術に失敗した女性が「もういやだ」ということで、安楽死をしています。そして一昨日、子どもの安楽死を認めるということがベルギーの上院で可決されました。だからベルギーはすごくりべラルに動いている。「何故なんだろう」ということが一つ疑問に出てきます。

それに対してオランダの方は、早くから安楽死の問題に取り組んできた国ですけれども、慎重です。特に認知症の患者をめぐるは、オランダでは2012年に42件の届け出がありました。2件だけが「注意深い要件」を満たしていないと、安楽死委員会により裁定されました。だけど訴追はされなかったということです。そういう案件が出てきています。

この様にオランダの特徴は、やはりホームドクター制にあります。先ほどの永井先生のお話にもあったように、一人の患者を責任持って診るのがホームドクターで、カルテがそこに全部集まっています。「30年近く私は一人の患者を診ています」ということで、専門医に紹介しても専門医の方からカルテが戻ってくる。身体だけではなくて心もすべて相談にのっているというところに、オランダの特徴がある。だから最後はやはり「この先生に頼もう」ということになってくるのだと思われます。

類似点、相違点はまだ色々あります。

【スライド-11】

批判的考察に移りたいと思います。

自発的、積極的安楽死は認めてもよいけれども、いったん積極的、自発的安楽死を認めると、反自発的、非自発的安楽死も行われることになるという、いわゆる「すべり坂」議論が必ず出てきます。ところがベルギーやオランダの調査にあたっては先生方によると、低学歴で貧しい年寄り、未成年、精神疾患を患った患者、

スライド-11

批判的考察(1)すべり坂

自発的安楽死を認めると、非自発的、さらには反自発的安楽死も認められることになるというのが、すべり坂論法である。ドイツではこれを「ダム決壊議論」と呼んでいる。それに対してオランダの調査では、2005年次より、2010年次の安楽死の件数が増加しているが、「すべり坂はない」と報告されている。安楽死が法制化されても、必要がない人まで安楽死をすることはなかったということ、低学歴で貧しい年寄り、未成年、精神疾患を患った患者、人種、民族マイノリティが特に安楽死するということはなかったということである。

ベルギーも、数値の上では毎年確実に増加(2003年235件→2011年1133件)しているが、調査しているデリエンスによると「ここ何年かの展開は、滑りやすい坂道の仮説を検証するための何らの指摘にすらなっていない」。

人種、民族マイノリティが特に安楽死することはなく、むしろ高等教育を受けた人のほうに安楽死は多いということも、オランダ、ベルギー両方で見えてとれます。だから数値が毎年増加していても、そういう仮説（「すべり坂」）を検証するための何らの指摘にすらなっていないということです。

【スライド-12】

安楽死法を認める条件とは何だろうかと考えますと、もうすでにオーストラリアの生命倫理学者のクーゼという人が『ケアリング』という本の中で、いみじくも4つの条件を挙げています。それが「信頼性」、「透明性」、「同意原則」、「高福祉」です。この4つの条件がすべてオランダには一応当てはまるということを、話の結果、私たちは受け止めたわけです。

「高福祉」ということを挙げると、「高福祉」だから、逆に死んでもらわなくては困るという意見が必ず出てくるのですが、オランダの人たちは「そういうことはまったくなく」とおっしゃっていました。

スライド-12

安楽死法の4条件
「信頼性」、「透明性」、「同意原則(自律性)」、「高福祉」

- ・クーゼは安楽死法の成立のための4条件を提示している。「信頼性」、「透明性」、「同意原則(自律性)」、「高福祉」である。「確かなことは、安楽死の処置の乱用を防ぐ最善の方法は、医療における生命を終わらせる決定を透明性のあるものにするにあり、そのためには、社会の監視が機能するような制度を整備することである。判断能力がある患者の場合は、医師の意図ではなく患者の同意に焦点を移すことで透明性を実現することができるだろう。」「判断能力のある患者の場合には、意図／予見の区別を放棄し、患者の同意を重視するのである。」「意図という捉えにくい概念に重きを置いていくならば、……医師と患者の信頼関係が損なわれていくことになる。」「もちろん、弱者が害を被らないように保護しなければならぬし、安楽死を希望するよう圧力をかけられることのないよう保証しなければならぬ。このような危険は真剣に受け止められるべきであり、国民皆保険が制度化されていない国においては、これは大きな問題である」(Helga Kuhse, *Caring: Nurses, Women and Ethics*, Blackwell, 1997, p171. 邦訳『ケアリング』(竹内・村上監訳)メディカ出版)

【スライド-13】

批判的な考察の2番目として、取り上げなければいけないのは「緩和ケアと安楽死の対立」の問題です。

日本では今度、尊厳死法案が国会に上程されます。「安楽死とは違う。尊厳死なんだ」ということで治療の中止・停止を認めてもらおうと考えているようですが、オランダやベルギーではまったくそういう考え方はない。むしろ相補的なもので、患者が選ぶ、いわゆるアラカルトというような感じで捉えています。つまり「相違はないんだ」ということですね。相違があるという意見は日本の緩和医療学会などではありますが、作為と不作為、意図と予見、積極的と消極的、そういう区別はまったく意味がないということです。もっと大事なことは、いったい患者が何を望んでるのかについて知る、ケアリングする必要がある、ということになるのです。

そういうようなことで、日本に出てくる尊厳死法案は、私は論外だと思います。まずもってやらなければいけないのは、患者の権利法を確立することであり、その後に安楽死を含めて議論すべきだと思います。それをやらないと、やはり問題が出てくるのではないかと。

スライド-13

批判的考察(2)「緩和ケアと安楽死は相補的關係」

日本やドイツでは緩和ケアと安楽死とは相互に対立するものとしてとらえられている。しかし、安楽死法のある国ではそうとはいえない。オランダでは「棲み分けができてい」し、ベルギーでは「緩和ケアで培われた医師—患者間の信頼関係に基づいて、安楽死が実施されている。ルクセンブルクでは「緩和ケアと安楽死・自殺補助が対立するものとしてはとらえられていない」、「補足し合う」として、評価委員のブラウムは指摘している。自発的安楽死を認めると、反自発的安楽死も許容されるとはならない。

作為と不作為、意図と予見、積極的と消極的の区別は意味があるのか？

「「医師がある行為を行った時、何を意図していたか」や「患者の予見された死は、どのようにして、いかなる方法で起きたのか」などは、重要な問題ではなくなる。代わって「これは患者が望んでいる死に方か？」「これは患者自身の考えに沿った尊厳ある死と言えるか？」そして「患者は同意していたのか？」という問題が重要になってくるだろう。」

【スライド-14】

課題としては、オランダでは安楽死クリニックが登場しましたが、これで死の自動化・機械化が生じないかということです。

つまり、医師のほうでは安楽死をしなければならないという義務はないのです。良心的拒否ができます。そうすると拒否された患者さんが困ってしまう。そこで、安楽死クリニックが登場するのですが、「これは問題があるかな」とオランダ医師会も監視中です。

それから認知症の患者に対する安楽死のケースも、同意原則に関して検討が必要な問いが残ります。

また、さきほど言った「実存的な苦悩」のケース（性転換手術に失敗した患者の安楽死）でどこにボーダーラインを引くか、これがオランダの現在の問題です。

以上、オランダの調査結果報告を基に、議論してまいりましたが、世界へと目を向けて、世界ではどうなのかということ、今日の午後からの日本生命倫理学会でやります。

スライド-14

課題

- オランダで安楽死クリニックが登場した。
 - 死の自動化・機械化が生じないか？監視中。
- オランダでは、認知症の患者に対する安楽死のケースが、2012年で42例とでてきた。
 - 同意原則に関して、検討が必要な問いが残る。
- また、ベルギーでは性転換手術に失敗した患者に安楽死が施されるケースが2013年にあった。「実存的苦悩」のケースである。
 - 「耐え難い苦痛」のボーダーラインをどこに引くかという問題は、安楽死法のアキレス腱であり、注意が注がれている。

研究に際し助成を受けましたことを、ファイザーヘルスリサーチ振興財団に厚く御礼を申し上げます。

質疑応答

座長： この3つの国を選ばれたのは何故でしょうか。

盛永： 安楽死法を持っている国ということです。

座長： この3つ以外は…

盛永： ないです。アメリカの3つの州で、いわゆる自殺幫助を認める尊厳死法というのがありますけれども、医師が注射とか薬剤を用いて直接死に至らせるという法律を持っているのは、この3国だけです。

座長： 分かりました。あと、この「すべり坂」論証ですが、日本で考えられる「すべり坂」というのは何かお考えになることはありますか。

盛永： 日本では、医師がもしそういう死に手助けをするようなことをしてしまったら、医師という職業が疑いを持って見られるという心配をなさっている人たちもいる

ようです。けれども、そういうことを言いますと、中絶にも医師が手を貸しているわけですが、それで医師に不信感が生まれたかと言うと、そうでもない。だからそれとは別議論で、ちゃんと理論で考えていかなければいけない。安楽死は「患者の要請に基づいて」ということがまず第一にあるわけで、そこが一番の問題です。ところが尊厳死法などを日本で認めると、その点が曖昧なまま医師の判断で行われるということになります。オランダでも問題があるとすると、そこなのです。通常の医療が問題なのです。

座長： わかりました。それではその日本の現状で安楽死法導入が難しい、その理由は何でしょうか。

盛永： 先ほど言いましたように、まず信頼性。ホームドクターのような人がいない制度です。

座長： 信頼がないということですね。

盛永： 治療では信頼できるのですが、トータルとしてはどうでしょうか。つまりシステムとして、いわゆるオランダのような「信頼」を構築するホームドクター制がない。「家庭医」という言葉はこの頃たくさん聞くようになりましたけれども、日本では家庭医も一つの専門医であって、オランダのホームドクターとはまったく役割が違います。その点があげられます。それから福祉の問題です。オランダは高福祉です。もちろんそれだけみんな高い税金を取られているわけですが、だからといって、高福祉を維持するために、死へと駆り立てられることにはならないということです。それから同意原則。いわゆる自己決定権です。オランダは12歳以上の人ならば安楽死が認められています。つまり自律させる教育が行われているのです。