

オランダの安楽死問題

— 要請なしの生命終焉行為 —

長岡成夫

現在世界の中で自発的積極的安楽死が、法律の条文はともかく、特定の条件下で認められているのは、オランダのみである。しかしながら、日本においてオランダの安楽死が紹介されるとき、その一面のみが強調されがちで、全体像が示されていない傾向があるように思われる。強調される一面とは、公式的なガイドラインに従って安楽死が実施されるという面であり、そこでは、患者が耐え難い苦痛に苦しめられつつ、担当医に対して自律的(自立的)に安楽死を要請し、医師は代替手段を試みつつ、それらが不成功に終わる場合最後の手段として、患者の自己決定権を尊重して致死的な薬剤の注入等を行い患者の安楽死を可能にするというものである。そのような報告において、意図的に無視されているとはいわないまでも、少しは触れられつつも主観的には論じられず、片隅に追いやられているように見えるのが、患者からの明確で持続的な要請なしに医師により実施される生命終焉行為(Life-terminating Acts Without Explicit Request of the patient, LAWER)である。1990年から91年にかけてレムリンク委員会の依頼を受けてなされた調査における推測値としては、1990年のオランダでの全死亡者中、自発的積極的安楽死による死亡が1.8%、医師による自殺幫助による死亡が0.3%であるのに対し、LAWERは、0.8%を占めている。その年のオランダでの全死亡者128,786人から判断すると、LAWERによる死亡者は1,000人を越すことになる。しかも、1995年になされた再度の調査におい

ても、このLAWERは、全死亡者中の0.7%において発生したと推測されている。このLAWERを、安楽死とは全く異なる慈悲殺であり否定されるべきものと見るのか、あるいは患者が自分の意思を表明することができなくなった時点での関係者の総合的判断によるものであり一概に否定すべきではないと見るのか、この点の評価については個々のケースに即した判断がなされなければならない。しかし、とにかく、LAWERが現実には数多くなされているという事実注目せずに、オランダの安楽死問題を語ることは一面的のそしりを免れないであろう。

以下では、まず第一に、オランダで使用される生命終焉に関する医学的決断(Medical Decisions related to the End of Life, MDEL)に関する用語の定義を述べる。第二に、この問題について日本で出版されている書籍の内から、ジャネット・あかね・シャボット著『自ら死を選ぶ権利ーオランダ安楽死のすべて』(徳間書店、1995)での、オランダの安楽死の紹介の仕方の特徴を指摘する。第三にレムリンク委員会の委嘱によってなされ、1991年に発表された調査報告を概観する。第四に、1995年から96年にかけて行われた調査報告を概観する。最後に若干のコメントを加える。

1. 定義

New England Journal of Medicine, 1996; v. 335, pp. 1699-705 に掲載された P. J. van der Maas et al, "Euthanasia, Physician-Assisted Suicide, and Other Medical Practices Involving the End of Life in the Netherlands, 1990-95" を中心に参照しながら、関連する用語の定義をあげ、いささかのコメントを付け加える。「安楽死」とは、患者の明白な要請があるときに、患者の生命を終焉させようという明白な意図をもって薬剤を投与することである。それ故、オランダの文脈では、安楽死とは、自発的(患者の意志に基づく)で積極的(致死性薬剤を投与する)なものである。「医師による自殺補助」とは、患者が自分の生命を終焉させることができるようにという明白な意図をもって致死性薬剤を処方あるいは供給することである。致死性薬剤の投与に際

して医師と患者が共同して行う場合は安楽死に数えられる。「明白な要請なしの生命終焉行為 LAWER」とは、患者からの明白で持続的な要請がないときに、医師が患者の生命を終焉させようとの明白な意図でもって致死の薬剤を投与することである。患者が病気の初期に、末期状態になれば安楽死を願うと医師に告げていても、その要請が一時的なものである限り、それは明白で持続的な要請とはならず、LAWER に数えられる。LAWER が考慮される典型的な状況は、アドバンス・ディレクティブを作成していない患者が昏睡状態になった場合であるが、私見ではアドバンス・ディレクティブが書かれていたとしても、そこに記載されている条件が患者のその時の状態に正確に適合していない場合には、アドバンス・ディレクティブが存在するからといって、医師の致死薬投与という行為がLAWER から安楽死に簡単に変わるとは思えない。「オピオイド(阿片と同様の効果を持つ薬剤)による苦痛や症状の軽減 APS」とは、死期を早める効果がかかなり高いほどの多量のオピオイドを投与することである。これは、間接的安楽死に相当する。「治療を行わない決断 NTD」とは、生命を延長させる効果のあると思われる治療を行わないあるいは停止することである。これは、消極的安楽死に相当する。以上の五つのカテゴリーが、90-91 年、95-96 年の二回の調査において用いられた生命終焉に関する医学的決断の種類である。

2. 日本での紹介のされ方

まず、ジャネット・あかね・シャボット著『自ら死を選ぶ権利』から、いくつか引用し、その特徴を指摘する。

第一の引用は、オランダと日本の国民性を比較する箇所での一節である。「「安楽死をさせる」という言い方はオランダ語ではできない。「治療を行う」と同じ使用方で、医師が「安楽死を実施する」と表現できるくらいだ。というのもオランダでは、「安楽死」は他者の影響なしに本人が自主的に要請する場合のみ成立するの

だから。第三者が死の決定に関われば、一般的には殺人としか表現のしようがない。だから家族が、本人が苦しむのを見ていられないから楽にさせてあげてくれという考えを持てば、もうそこには本人が外部の影響を受けずに自分自身の意思で決める安楽死は存在しない。」(p. 51) ここでは、単に安楽死の内容として、本人の自発的要請が不可欠という説明だけではなく、本人からの要請のない生命終焉は殺人にあたるとの指摘がなされている。殺人の疑いがあれば、オランダでは警察や検察が厳重な調査を開始すると想像するのが自然であろう。しかし、1991年のレムリンク報告で、一年に約1,000件のLAWERが行われているとの推測が公表されても、警察や検察が、かくも多数の殺人が行われているらしいとの理由で、より厳格な調査を開始したとの報告は見あたらない。

では、著者がLAWERの存在をまったく無視しているかということそうではない。1993年の上院での審議経過の叙述のなかで、埋葬法改正のための法案22572号への反対理由の一つとしてその点が触れられている。「もう一つの理由は、埋葬法の適用付記となる報告届出は「要請のある生命終焉」(安楽死と自殺幫助)と「明確な要請のない生命終焉」の両方に適用されるようになるからだ。」(p. 173) さらに巻末に付された「安楽死、自殺幫助、明確な要請がない場合の生命終焉の報告届出ガイドライン」でもその点が確認されている。にもかかわらず、『自ら死を選ぶ権利』は、LAWERにはこれ以上焦点を合わせることなく、むしろ安楽死がオランダにおいて社会的に受け入れられた理由、そして安楽死にかんする刑法の条文は変更しないまま個々の安楽死の妥当性の判断を司法にゆだねるという形の決着がはかられた理由の説明に意を注ぐ。

「なぜオランダが?」という章で、オランダ人の国民性の特徴がいくつかあげられている。個別項目に先立って、日本の状況と比較した一般論が述べられている。日本で癌告知が問題とされている状況と比較して、「癌だろうがエイズだろうが、自らの病状と治療の可能性を熟知し、リスクも承知した上で患者が自発的に安楽死

を要請し、患者の自己決定権を尊重するがゆえに実施できるオランダ」(p. 175)と述べ、患者が自己決定を望みしかもそれが最優先されることを強調する。続く項目中、(三)「現実主義」にのみ言及する。「現実主義」は、安楽死を法的には禁止しながら実質的にそれを容認する方法を採用したことにかかわるものである。「第三者が積極的に、意図的に命を奪うことの是非となると、これは大変な哲学的論争となる。しかしオランダ人の考え方というのは、安楽死は実際に行われているのだから、それをできるだけ適正に行うための規則を作って管理する方が安全で、公平ではないかということだ。」(p. 179) オランダでは四大政党がさまざまな形で連立政権を構成して今日に至っている。著者も指摘しているように、1993年当時、野党の民主六六党、与党の労働党が、刑法を改正し安楽死を合法化すべしとの立場をとっていた。そのままでは、法案 22572 号の上院通過は危ぶまれたが、一種の政治的妥協の末、埋葬法改正が可能となったのである。このような政治的駆け引きの産物を、国民性の現れと解するのに、私は釈然としないものを感じる。たとえば、臓器移植に関する法律が最近日本でも国会を通過したが、法案提出から長期間の店晒し、衆議院での審議、参議院での修正、これらの過程を見てきた者は、結論部分だけを取り上げて「日本人は臓器移植についてこれこれの選択をしたのだ」と国際的に報じられたとしたら、強い違和感を覚えるに違いない。同様に、オランダにおいても、安楽死法制化を進めようという立場の人々がかなりおり、その人たちは筆者のいう「大変な哲学的論争」をいとうわけではない。さらに、1995-6年の調査に基づき、オランダ議会では届出制度をどう変更するかについて、これからさらなる検討がなされる予定であり、94年に始まった制度が最終的なものではない。それらの多様で流動的な状況をすべてひっくるめて、現実主義と総称するのに抵抗を覚えるのは私だけであろうか。

これに続く章「安楽死先進国の素顔」でも、オランダの特徴がいくつか述べられている。私にとって興味深いもの、つまり LAWER との関連で問題にするに値する

と思われる記述を紹介する。(三)「患者の権利の尊重」では、「オランダでは安楽死・自殺補助は、一点の疑いもなく明確な患者自身の要請が口頭と書面によってなされない限り実施されない」(p. 183)と述べられる。これは、家族等の意向を排除するとの意味で語られているのだが、LAWER の存在を考慮しながら読むと理解に苦しまざるをえない。つまり、もし定義上安楽死が自発的なものであるなら、患者の意に反する安楽死はありえないが、これはオランダの文脈では一種の同語反復であり、わざわざ述べるにあたらな。他方慈悲殺をも含めた広い意味での安楽死がここで意味されているとしたら、これはLAWER の存在を隠すものである。(四)「隠さない態度」では、多くの医師が、訴追の恐れがあるにもかかわらず、安楽死の報告届出をしてきた点が強調される。この点については、1996年に公表された届出手続きについての報告について述べるさいに言及するが、半数以上のケースが依然報告されないままである。

オランダの安楽死については、私の知る限り、星野一正著『わたしの生命はだれのもの』(大蔵省印刷局、1996)、宮野彬著『オランダの安楽死政策—カナダとの比較—』(成文堂、1997)があるが、それらの内容は、私見では上記の書と大差不いように思われるので、その内容検討は省略する。

3. 1990 から 91 年にかけての調査

レムリンク委員会の依頼を受けてなされた調査については、van der Maas ら四名の筆者による“Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life”, *Lancet*, 1991; v. 338, 669-74. および同じ筆者たちによる“Life-terminating acts without explicit request of patient,” *Lancet*, 1993; v. 341, 1196-99. の二つの論文により、その内容を概観することにする。

調査は三つの方法により行われた。第一は、405 人の医師(152 人の家庭医、50 人の養老施設の医師、203 人の病院勤務医)への面接であり、平均して二時間半がか

けられた。第二は、オランダ全国で1990年8月1日から12月1日までの間に提出された死亡証明書41,587通のうち、生命終焉に関する医学的決断(MDEL)がなされたとされる程度に応じて抽出割合を変えた上で選択された5,197件の死亡について、匿名を保証された担当医師からの報告をデータにしたものである。この報告は、送付された質問票の返送という形で提出された。質問項目の中心的なものは、MDELに際して、1)医師は何を行ったか、あるいは行わなかったか、2)そうするときの医師の意図はどのようなものであったか、3)その行為は、患者の要請によってあるいは患者との話し合いの後に選択されたのか、4)患者の要請がなかった場合、患者は決定能力をもっていたのかいなかったのか、であった。第三は、第一の面接に応じた医師の中から322人が、面接後6ヶ月の間に自分の担当患者で死亡した例を報告したものである。2,257人の死亡例について報告がなされた。第一から第三の報告に関して虚偽をできるだけ防ぐための手段として、法務省は、いかなる報告がなされても法的責任を問うことはないと保証した。

三つの研究からの最終的な推測値だけを述べると、1990年のオランダの全死亡者128,786人中、MDELがとられたのは38%(約49,000人)である。その内訳は、治療をしないあるいは治療を停止する(NTD)と、苦痛や症状の緩和(APS)がそれぞれ17.5%(約22,500人)、安楽死が1.8%(約2,300人)、医師による自殺幫助が0.3%(400人弱)、LAWERが0.8%(約1,000人)である。この年、届出ガイドラインに従って安楽死・自殺幫助として報告されたのは486件、推測される数の18%であった。

次に、患者の意思がそれぞれの決定にどれだけ関わっていたかについての記述に目を向ける。安楽死に関係する場合には特に、患者の意思というときその内容について注意が必要である。オランダでは、多くの患者が、苦痛が耐え難くなるなら、安楽死ができるようにと前もって医師に依頼し、それを通して安心感を得ようとするという。毎年約9,000件の安楽死・自殺幫助の明白な要請があるが、実際に実施されるのは、上の推測によれば1/3以下であって、他の場合には苦痛軽減の方策が

見つけられたり、すでに死亡してしまっていたりする。それ故、単に明確な要請が過去においてあったというだけでは、実際は不必要な生命終焉が安楽死の名の下に行われる可能性がある。それ故、単に「明確な」安楽死要請では不十分であり、安楽死実施の時点まで「持続的な」要請である必要がある。他方、病状の進行によっては、苦痛がひどすぎるようになった場合の安楽死実施の要請を、かなりの期間にわたって繰り返し行っている、実際にそのような状況が発生するときには、患者が自分の意思を表明できない場合も起こりうる。このような場合に誰が判断するかが問題となってくる。

患者の意思の関わり方についてのデータにもどる。第一に、安楽死・自殺補助の場合、研究一の面接での187ケースについては、「明確で持続的な」要請のあったのが96%、繰り返し要請のなされたのが94%、そしてすべてのケースにおいて患者は自分の病状について十分な知識を持っていたとされる。第二に、明確な要請なしの生命終焉行為(LAWER)においては、半数強のケースで、患者が以前に安楽死を希望していたか、医師と患者の会話のなかで安楽死が一つの選択肢として話題にされていた。他の場合(つまりそのような要請が全くなかった場合)では、「おそらく数例の例外を除いては」患者の死期が迫っており苦痛が激しいにもかかわらず、患者との意志疎通が不可能であった。その際の生命終焉の決断は、「家族、看護婦、あるいは一人かそれ以上の同僚との相談の後(after consultation with the family, nurses, or one or more colleagues)」になされたと記述されている。本人が意思表示できないとき、家族の了解は必須とも思われるが、この書き方は、家族の承諾が常にあったわけではないことを示している。1993年に発表された第二の論文では、この点についてのより詳しいデータが公表されている。それによれば、死亡証明書による第二の研究の結果として、調査された47件を基礎に推定すると、同僚との相談が70%、看護スタッフとの相談が66%、縁者(Relatives)との相談が83%、誰との相談もなしが2%あったと報告されている。つまり、約17%のLAWERが医療者側の判断だけ

でなされたことになる。第三に、苦痛や症状の緩和においては、約 40%のケースで、患者は投与薬剤の増量と生命短縮の可能性を承諾していた。それ以外の場合はすべて、患者が意志疎通能力を欠いていた場合かと予想されるが、そうではなく患者に能力がなかった(incompetent)のは残るケースの内の 73%であると記されている。第四に、治療を行わない決断においては、30%の患者が了解しているのに対し、63%の患者についてはそれが行われなかった(未回答があるためこの数字のギャップが生ずる)。そのうち患者に能力のなかったのは 88%であったと記されている。

上の報告における LAWER の存在は、多くの人の注目の的となった。そこで、同じ著者たちは約一年半後の 1993 年にこの点にしばった第二の論文を発表し、より多くのデータと著者たちの意見を公表した。

新たに提供された情報のうち興味深いと思われるものをいくつか列挙する。第一は、それにかかわる医師のタイプである。安楽死・自殺幫助においては、家庭医が 70%、専門医(病院医)が 29%であるのに対し、LAWER では、家庭医が 26%、専門医が 69%と逆転している。安楽死問題については、家庭医との信頼関係が安楽死の不当な拡大解釈を押さえる防護となるとの指摘がなされるが、これを裏返せば患者との交流がさほどない専門医により、患者自身の意思を確認しない生命終焉が行われていることになる。もっとも、病院という状況では、病状の進行が早く、患者の意思を確認する時間のないままに患者の意思表示能力が失われるという面があるのかもしれない。第二は、患者以外の誰との相談で決定がなされたかであるが、それについては前述したとおり、17%程度は医療者側のみの決定により実施されると推定されている。第三は、三つの具体例(いずれも家族の了解があったもの)を示すなかで、LAWER が実施された理由について述べられている点である。第一の例は、かつて安楽死の依頼があったが持続的な要請には至らなかったものである。その際の実施理由は、過去の要請ということではなく「希望のもてない状況、耐え難い苦痛、治療続行の無意味さ」であった。第二の例は、患者の意思についての情

報が全くなかったもので、終末期の長引くことを避けようとするのが理由であった。第三の例は、かなり例外的なものであるが、脳腫瘍のため永続的に無意識状態に陥っている患者に対してなされたものである。生命の質が非常に低く改善の見込みが全くなく治療の続行が無意味という点が理由であった。この場合生命終焉処置がとられなかったなら、患者は一ヶ月から六ヶ月生き延びたと想像されている。これらの例において特徴的と思われるのは、患者の要請が過去において何らかの形でなされたかどうかはほとんど影響を与えておらず、耐え難い苦痛や無益な治療が理由となっている点である。

筆者たちは次のような問いを投げかける。LAWER は、安楽死の要件を満たしていないから、殺人として扱うべきなのか、あるいは患者の生命を保持するという義務と苦痛を緩和するという義務とが対立するときに一つの苦渋の決断として採用されたものであるから、一つの医学慣行として認めるべきなのか。ただし、後者の選択肢を述べる際に、筆者は患者と長く交流のあった家庭医と苦痛に苦しむ患者との関係を念頭においている。とすると、上に新たな情報の第一として述べた点(専門医による LAWER が多い点)は、筆者たちにとっても正常とは映らないにちがいない。

なぜ患者が明確な要請を行わなかったのか、という点について三つの理由があげられている。第一は、患者の病状の進展が思いの外急激であったため、話し合う時間がなかったというもの。第二は、年輩の患者によく見られることであるが、医師は最善のことをしてくれると期待する傾向があるという。第三は、死について論ずるには、医師にとっても患者にとっても同様に、勇気と開かれた心(open mind)と時間が必要であり、また病状が末期にあることや強く苦しむことがありうるということはそう簡単には受け入れられるものではない、人によってはそれを直視しようとするのを避けようとする、という点があげられる。第二、第三の理由に接すれば、オランダの安楽死容認の背後にある、自己決定権尊重の国民性という説明が疑

わしく思えてくるであろう。どの国にも、いわゆる先進的な人たちとそうでない人たちがいるようである。

筆者たちの結論は二つある。一つは、安楽死に関して公の場面で種々の議論がなされるならば、医師と患者の間でも死についての話が容易になり、本人の意思が確認できないという状況が減少するであろう、と予想されるというものである。ただし、上の第一の理由からも推測できるように、LAWER が必要とされる状況が全くなくなると予想するのは、非現実的である。結論の第二は、最初に発せられた問いに対する解答である。LAWER を殺人と呼ぶのは適当ではないが、それを正常な医療慣行と見なすのも誤りであり、これはあくまで例外的な処置と見なすべきである、というものである。

4. 1995 年から 96 年にかけての調査

1994 年に埋葬法に適用付記された届出ガイドラインの実施状況を見るため、オランダ政府は、第一回目の全国調査を行ったのとはほぼ同じグループに対して、1995 年での生命終焉に関する医学的決断の行われ方の調査、および届出制度の評価を依頼した。前者の調査は、van der Maas et al, "Euthanasia, Physician- Assisted Suicide, and Other Medical Practices Involving the End of Life in the Netherlands, 1990-95," *New England Journal of Medicine*, 1996; v. 335, 1699-705. において、後者の評価は、同じ雑誌において、van der Wal et al, "Evaluation of the Notification Procedure for Physician-Assisted Death in the Netherlands," *NEJM*, 1996; v. 335, 1706-11. において発表されている。まず前者の論文の内容から見ていこう。

第一の医学的決断に関する調査は、1990 から 91 年の第一回目の調査とかなり似た形で行われた。これは、405 人の医師に対する面接(再び平均して二時間半を要した)と、1995 年 8 月 1 日から 12 月 1 日までに発生した死亡についての死亡証明書から、再び抽出度合いを変えた上で選択された約 4,600 件の死亡証明書についての質

問票送付とそれへの解答という二部門から成る。前回の調査では、個々の研究からの推定値のほかに、それらを総合した上での推測値が示された(先に引用したのはこれである)が、この調査では、面接からの推測値と死亡証明書からの推測値が別々に示されている。1995 年の全死亡者 135,546 人中、安楽死が実施されたのは 2.3% から 2.4%(3,100 から 3,200 人)(この二組の数字は、それぞれ、面接調査からの推測値と死亡証明書調査からの推測値を指す。以下同様。)で、1990 年の 1.8%から増加している。医師による自殺幫助は 0.4%から 0.2%(500 人から 250 人)で、1990 年の 0.3%とさほど変わっていないと想像できる。LAWER は、0.7%(900 人強)であり、1990 年の 0.8%(約 1,000 人)からは若干減少している。

LAWER について、調査結果をもう少し詳しく引用する。面接調査によれば、LAWER を行ったことがある、あるいは状況次第では行う可能性があるとする医師は、1990 年で 59%、1995 年で 55%、LAWER は絶対行わないとする医師は、1990 年で 41%、1995 年で 45%である。死亡証明書調査によれば、約半数のケースでは、安楽死あるいは似た手段をとることが医師と患者の間で話題にされていた。残りの約半数のケースでは、患者に意思表示の能力が失われていた。もう一点私に興味深いと思われるのは、LAWER の決断をする際に誰と相談するかである。再び死亡証明書調査によれば、90 年では 83%の医師が縁者と相談したとされていたのに対し、95 年では縁者(Relatives or others)と相談する医師は 70%に減少している。身よりのない人が急増したとも思えないとすれば、医療者側だけの判断でなされる LAWER が増加したことになる。

上記第二の論文で報告されている届出制度の評価のための調査においては、405 人の任意抽出の医師のほかに、医師により幫助された死(安楽死に加えて医師による自殺幫助・LAWER を含む)の実施を報告した 147 人の医師、116 人の検死官、48 人の検察官の面接、さらには 1994 年 8 月 1 日から 95 年 2 月 1 日までに届出のなされたケースの内半数近くの 353 件についての書類検討、そして告訴を検討する検察

会議の秘密記録についても検討がなされた。

1990年には医師により幫助された死の報告は486件であったが、91年には866件、92年には1,201件、93年には1,304件、94年には1,487件、95年には1,466件であった。91年・92年での急激な増加は、91年から実施された届出制の影響によると思われる。他方、93年以降大きな増加は見られないことは、94年の埋葬法改訂が特別影響をもたらさなかったことを示唆しているように思われる。90年と95年の数字を、安楽死と医師による自殺幫助の合計の推定値で割ると、18%から41%への増加になる。増加を評価するのか、あるいはなお60%近くが報告されていない点に注目するのか、意見が分かれるところであろう。なお、論文では分母として「安楽死と医師による自殺幫助の合計の推定値」をとっているが、これにLAWERを加えた数値を分母とすると、13%から33%への増加となり、届出率は依然低いという評価になるかもしれない。

面接された405人の医師の内、49人は、もっとも最近の安楽死あるいは自殺幫助を報告しなかった。また、70人は、もっとも最近のLAWERを報告しなかった。また、医師の別のグループ、医師幫助による死亡の届出をした147人の内、84人は少なくとも一回は報告しなかったことがあると解答した。これを統計的に拡大すると、報告したことのある医師全体の内52%においては、報告しなかったケースもあったことになるかとされている。

報告しなかった理由について、上記の49人は次のような理由を述べる。検察の調査を避けたい(25人)、患者の縁者を検察の調査から守りたい(12人)、検察の調査を受けたくないとの、患者の縁者からの要請(10人)、起訴される不安(10人)、安楽死の要件を満たしていない(8人)、死の幫助は医師と患者の間の私的なことからであるとの考え(6人)。

報告されたケースと報告されなかったケースの相違点は、どのグループの調査においても、患者の病状にではなく、むしろ主として死を幫助する際にとるべき手続

きを満たしているか満たしていないかにある。要請が書式にしてあったのは、報告されたケースで 73%にに対し報告されなかったケースで 44%、他の医師との相談は、それぞれ 94%と 11%、死亡の正確な記録を残すという点では、97%と 57%である。

これらのデータからの結論として、筆者たちは次の点をあげる。第一に、届出制度の採用により、安楽死と自殺幫助については報告が増加した。この制度は、医師による死亡幫助の公開に、そして公的な管理(public oversight)に寄与していることになる。第二に、明確な要請なしの場合には、届出は無に等しいままであり、このことは大きな問題でありつづける。この理由として、前法務大臣が、LAWER は常に起訴されると明言したことが考えられる。第三に、届出制度を改善し、報告を実施推定値に近づけるための方向としては、報告ケースの検討を検察官以外の人(つまり、医師)が行うとか、起訴・不起訴の基準を明確にすることが考えられる。第四に、総合的な結論として、用心深い楽観主義(cautious optimism)を持つことができるとされる。安楽死そのものがさほど増加しないと予想されること、報告が増加したこと、届出制度の改善の方向が同定されたこと等が、その理由である。ただし、LAWER の原因となるような状況、つまり患者の意思は明確でないが、その苦痛の激しさが明らかであるような状況が消滅しはしないし、困難な医学的決断をせざるをえない場合が残るうることまでは否定できない、と付言されている。

最後に

特定の条件下でなされる安楽死は、過去 20 年の間にオランダ社会で市民権をえてきた。しかしながら、90-91 年の調査で浮かび上がった LAWER の数の多さは、安楽死反対派を勢いづかせるだけでなく、安楽死容認派にとっても頭の痛い問題であった。93 年の国会審議において、法案 22572 号への反対理由の一つもその点にかかわるものであった。従来市民権を得てきた安楽死とは、耐え難い苦痛を経験している患者が、医師に対して自らの生命の終焉を、自発的にそして明確で持続的に要

請するという条件を備えているものであった。ところが、法案 22572 号は、そのほかに LAWER の場合の届出についても規定しているものであり、LAWER も容認されるかのような印象を与えるものとして、反対されたのであった。もっとも、この危惧は杞憂に終わった。というのは、LAWER の届出は依然ほぼ皆無のままであったからである。

90-91 年、95-96 年の調査グループは、LAWER の存在を問題ありとしながらも、その減少する可能性があると考えている。届出制度の改善により、安楽死・自殺補助がよりオープンに語られるようになるなら、医師と患者の間での死の到来や死に方についての話し合いがより頻繁に行われるであろう。とすれば、多くの人々が、アドバンス・ディレクティブを準備するようになり、医師が LAWER の決断を迫られるという状況は、なくなりほしないにしても、大きく減少すると期待される、というものである。

ここで、アドバンス・ディレクティブについて少し考えてみる。患者が、耐え難い苦痛にさいなまれつつ、医師に対して明確かつ持続的に安楽死を要請するならば、その医師によりなされた安楽死は容認されるものである、ということを一応の出発点としよう。患者が、昏睡等により自らの意思を表明できなくなったとき、患者の意思が文書の形で残されておれば、医療者はそれを本人の意思と見なし、治療停止から安楽死に至るまでの種々の方法を採用することが許される。これがアドバンス・ディレクティブの思想である。しかし、アドバンス・ディレクティブを作成したときの本人は、病状が進行して判断能力なしと周囲により見なされるときに本人とは、正確には同一人物とは言えないであろう。種々の連続性が認められる一方で、ものの考え方や欲求がかなりの程度変化していてもおかしくはないからである。

たとえば、先に引用したシャボット著『自ら死を選ぶ権利』に次のような一節がある。「万一の場合には、アドバンス・ディレクティブの指示が当人の最終的な願いと異なっても、それを本人がすでに明らかにすることができなくなる可能性がある

ることを理解して、そのような危険も受け入れるとして、要請者の希望と医師の立場のいずれも保護できるように作成されている。」(p. 46)そして同書の巻末付録にある「安楽死宣言／治療拒否書」(オランダ自発的安楽死協会による雛形)には、事実これを明記した条項が記されている。

ここに示されているのは、現在の自分が将来の自分に対して支配権を持っており、自分の身体に関することがらについては、現在の決定を将来の自分に押しつけることがあっても許される、という考え方である。確かに我々は契約行為等をする形で自分の将来の行為を拘束するし、契約の当事者が合意しているなら、そのことに何の問題もない。しかし、もし私が、強制されずに自ら進んでであろうと、自分の生命を担保するような契約を結んだとしたら、そのような契約は公的には認められないであろう。ところが、アドバンス・ディレクティブにおいては、本人の生死について、他人が代わって判断することは許されない(だから、LAWER が問題視される)が、本人なら決定権を持つのである。通常、アドバンス・ディレクティブは意識のある間は変更することが可能であり、自分の死を遠くに見ていたときの作成されたものを病状進行時に破棄あるいは変更することができる。それ故、作成時の本人と無能力時の本人とが異なるといっても、さほど大きな差異ではないと主張されるかもしれない。しかし、これは程度問題であろう。周囲からは無能力と見なされつつもなおかつ何らかの意識を持っているという極限状態を想定してみれば、病気がかかり進行してはいるが意識がはっきりしている状態も、健康人であった状態も、同じ程度にその極限状態からかけ離れているということが十分考えられるからである。

別の表現を使うなら、極限時の本人にとって、アドバンス・ディレクティブ作成時の本人は、密接な関係を持ちつつも他人であると言えないだろうか。他方、近親者も他人ではあるが、本人と密接な関係を持っている。死線期の患者から見れば、健康時の自分も近親者も程度が異なりこそすれ他人であり、同時にまた、再び程度

が異なりこそすれ自分と密接な関係を持っている。密接さの程度の違いが決定的である、と反論されそうであるが、それを質的相違とする理由は、特定の自我観を前提しない限り、見あたらないように思われる。本人の意思が不明確な場合家族の意思が尊重されるのは、日本に限ったことではなく、たとえばアメリカでは家族が臓器移植の提供承諾者となる場合がかなりある。

このような拡張をしていけば、すべての他人が、当の患者と何らかの関係を持っており、生死に関する代理判断をする資格を程度の差こそあれ持っていることになる。にもかかわらず極限状態の本人にできるだけ近い他人が決定者として求められる。その理由について、独断的に私の意見を述べるならば、人は一般に他人の生死や治療方針選択に関する判断を責任を持って行うことができないため、何らかの判断を下さなければならない場合には、いわば消去法で本人にできるだけ近い他人がその決定を下さなければならないのである。それが、アドバンス・ディレクティブを作成する本人であったり、家族であったりする。

以上から、一般に医療場面における患者の自己決定権といわれるものについても次のように言えるかもしれない(というよりは、以下の考え方が上のような議論を導き出したのかもしれない)。患者の自己決定の根拠として、医師による情報開示義務についてのアメリカでの判決は、患者が自分の身体の唯一の正当な管理者であるとの前提にたって、患者が治療上の知的な決定をするためには、医師からの十分な情報開示が必要である、と論じてきた。しかし、現実の多くの人々が、パターンリズムを排するこの前提を支持し、それに基づいて行動しているのか、といえ、それはかなり疑わしいものである(たとえば、N. E. Kass et al, "Trust: The Fragile Foundation of Contemporary Biomedical Research," *Hastings Center Report*, 1996: v. 26. 参照)。患者による自己決定の根拠は、このような積極的な前提にあるのではなく、むしろ患者本人以外の者は十分な責任を持って治療方針を決定することができないから、一種の消去法により、患者本人が最終的な決定を行う責任を負うことにな

るというものであるように私には思われる。

この考えを少し説明すれば、インフォームド・コンセントの実現を困難にしているのは、Jay Katz (“Informed Consent—A Fairy Tale? Law’s Vision,” *University of Pittsburgh Law Review*, 1977; v. 39)によれば、一つには、患者の心の中に共存している、自律を保ちたいという欲求と自律を放棄したいという欲求という相対立した二つの欲求、二つには、医療行為が持つ不確実性、つまりどんな医療行為もまったく確実ではありえず何らかのリスクを伴うものであり、運悪くそのリスクの被害を被る人が出現しても不思議はないという事実である。多くの医師が、自分の診断・治療方針に自信を持って(あるいは、装って)患者に接しているのは事実であるが、それは自分に正直な態度ではないだろう。医師が、ある治療法の利益とリスクを比較考量したとしても、最善の解答を出せるものではない。リスクは、その可能性がいかに低いものであろうとも、破壊的な結果をもたらしまうものであり(多くの医療事故がそのことを物語っている)、合理的選択のための各種の方法はこの場合の判断には無力である。「医学的適応」という判断の頼りなさを自覚するならば、医師は、自分が医療上の最終意思決定者としてはふさわしくないことを知るはずであり、そこから、各種の情報を患者と共有しながらも、最終判断を患者に、つまり被害を受けるかもしれない当人に任せざるをえないのではないか。これが、消去法による患者の自己決定尊重という考え方の根拠である。

(ながおか しげお 新潟大学教育学部教授)