

## 安楽死と疼痛緩和医療

－オランダ「要請による生命の終結および自殺幫助（審査手続き）法」施行を機に考える－

五十子 敬子

Euthanasia and Palliative Care: an overview in the light of the 2002

legislation in the Netherlands

IRAKO Keiko

### Abstract

On 1 April 2002, the following act came into force in the Netherlands: Review procedures for the termination of life on request and assisted suicide and amendment of the Criminal Code and the Burial and Cremation Act. This legislation allows patients experiencing unbearable suffering to request euthanasia, and the doctors who carry it out to be free from prosecution, provided they follow strict procedures.

The legislation was passed in a society where individual independence and social welfare are well developed. However, the British Select Committee on Medical Ethics, which reported on the state of palliative care in Holland, together with some Dutch doctors, have expressed the view that palliative care is not as advanced in Holland as it is in Britain. One view is that legalization of euthanasia can become an obstacle to improving palliative care.

Given this relationship between palliative care and euthanasia, it is impossible to consider one without looking at both. In this paper, I examine this relationship with reference to the effects of the new legislation in the Netherlands.

**Keywords** : euthanasia, palliative care, hospice, cancer, self-determination

### [要約]

オランダでは、2002年4月1日に、「要請による生命の終結および自殺幫助（審査手続き）法」が施行された。本法は国家の法としては世界初の安楽死法となるものである。オランダは自立して生活するための社会福祉も充実しており、弱者を切り捨てない平等主義が行き渡っている。その社会背景の中で、判例の積み重ねによって安楽死を許容するための基準が形成された。1993年には遺体埋葬法の一部が改正され、安楽死への厳格なガイドラインとなっていたが、本法はさらに刑法と遺体埋葬法を改正し、その要件を満たした安楽死を実施した医師を刑事訴追しないこととした。

他方、1994年の英国の「医療の倫理特別委員会報告書」は、オランダの疼痛緩和医療が英国ほど進んでいないこと、また厳格な要件のもとであるにせよ安楽死許容の方向をとっていたことが、疼痛緩和医療を更に進めるための部分的障壁となっていることを指摘している。

本論文はオランダの安楽死について疼痛緩和医療との関連のもとで考察するものである。

キーワード：安楽死, 疼痛緩和医療, ホスピス, 癌, 自己決定

はじめに

オランダでは、2002年4月1日に、「要請による生命の終結および自殺幫助（審査手続き）法」が施行された。この法律は、2000年11月に104対40で下院を、2001年4月10日に46対28で上院を通過していたもので、国家の法としては世界初の安楽死法である。

そもそも現代における安楽死論争のきっかけとなったのは、英国における「不治の病人の新治療法(The new cure for incurables)」という論文で、これはS. D. WilliamsがSpectator誌上で、安楽死を望む者がその希望を伝えられない程の重傷者である場合に安楽死させてよいかを問題にしたことに応じてTollemacheが1873年に安楽死合法化の提案をしたことによる。それからほぼ60年後の1932年には安楽死合法化運動が始められた。そして安楽死の医学上の論争が本格化するきっかけは、同じ年の英国保健医学会におけるミラード (Dr.C.Kilic Milardo) 会長の挨拶にあった。その後1936年をかわきりに幾たびか安楽死法案が上程されたが法制化されなかった。論争の本格化から60年余を経た1994年の英国における医療の倫理特別委員会の報告以来、法律委員会、議会、政府見解および判例において安楽死は許容されず、疼痛治療、緩和療法を推進し、治療方法の選択に関しては本人の自己決定を尊重するとされて今日に至っていたのである。

本論文では英国およびオランダにおける安楽死と疼痛緩和療法について次の順序で考察する。

## 1. 安楽死について

### 1.1 安楽死の分類的理解

### 1.2 本人の意思に基づく分類

## 2. オランダにおける安楽死について

### 2.1 安楽死法法制化への過程

### 2.2 安楽死事件判例の動向

## 3. 疼痛緩和医療（パリアティブ・ケア）について

### 3.1 癌の痛みからの解放

### 3.2 強作用阿片系麻薬の使用法

### 3.3 パリアティブ・ケア

### 3.4 ホスピス

#### 3.4.1 ホスピスの語源

#### 3.4.2 ホスピスの史的展開

### 3.4.3 近代のホスピス

### 3.4.4 現代のホスピス

## 4. オランダにおける安楽死と疼痛緩和医療 —むすびにかえて—

[資料] 要請に基づく生命の終結と自殺幫助の再審理手続きおよび刑法と遺体埋葬法改正「要請に基づく生命の終結および自殺幫助（再審理手続き）法」（重訳）

### 1. 安楽死について

#### 1.1 安楽死の分類的理解

安楽死とは通常次の五種類に分類される<sup>7</sup>

##### 1.1.1 生きるに値しない生命の湮滅

##### 1.1.2 直接的・積極的安楽死

##### 1.1.3 不作為による（消極的）安楽死

##### 1.1.4 間接的・積極的安楽死

##### 1.1.5 純粹安楽死（生命の短縮を伴わない）

##### 1.1.1 生きるに値しない生命の湮滅

かつてナチス・ドイツにより悪用され、精神障害者およびユダヤ人の大量虐殺が実施されたのは歴史的に顕著な事例だが、この問題に関する考察は別の機会に譲る。

##### 1.1.2 直接的・積極的安楽死

安楽に死なせる行為であるゆえ、植松正教授の述べていたように「安死術（実体からいったら安楽殺）」といったほうが正確であろう<sup>8</sup>。または前述のように臨死介助とも言えよう。しかし昭和25年を機に安楽死という言葉が一般的に定着したので、本論文においても安楽死という用語を用いることとする。

病者の死期をはやめるのであるから刑法上、嘱託殺人罪（刑法§202）ないし殺人罪（刑法§199）に該当するが、厳格な要件の下で行われた場合は正当行為とするのが通説である<sup>9</sup>。

##### 1.1.3 不作為による（消極的）安楽死

積極的に延命のための医療行為を行わないというだけのことであるので自然死といえよう。瀕死の病者に対し、たとえばカンフル注射をすれば生命を多少延長できる場合に、あえてそういう方法を取らずに死期を待つ。我が国では実際にはずいぶん行われていたようである<sup>10</sup>。

##### 1.1.4 間接的・積極的安楽死

多少死期を早めても苦痛を取り除き末期患者のQOL（Quality of Life）を高める医療行為である。「二重効果の原理」といわれてきたものであるが、しいて安楽死に含めるならば阿南成一教授のいわれるように「結果的安楽死」と言えよう<sup>11</sup>。

##### 1.1.5 純粹安楽死

生命の短縮を伴わない医療行為で、そこには何等の問題もない。

## 1.2 本人の意思に基づく分類

安楽死はまた、本人の意思の有無により、非任意的安楽死と任意的安楽死にも分類される。

### 1.2.1 非任意的安楽死

ナチス・ドイツが実施したような、明らかに強制的で、生きるに値しないと断定して生命を湮滅する強制的安楽死も、非任意的安楽死に含まれるが、一般的にはそうした場合を除き、本人の明示による同意のない安楽死を言う。厳しい苦痛のなかにある臨終間近の患者で、明示の同意を示していない場合に安楽死を施すことを指す。慈悲殺とも呼ばれる。

### 1.2.2 任意的安楽死

今日、安楽死運動をしている人達が抱きつつ用いている安楽死の観念は、本人の自己決定に基づく安楽死で、それを任意的安楽死とする<sup>13</sup>。

## 2. オランダにおける安楽死について

### 2.1 安楽死法制化への過程

1991年にレメリンク委員会は次の4項については正常な医療実務と指摘した。

- (1)患者の生命を短縮する多少の副作用があるとしても緩和療法や対症療法を施すこと。
- (2)延命治療を中止したり、または延命治療を開始しないこと。
- (3)生命維持に必要な生活機能がすでに衰えてしまった場合に、積極的に生命を終焉させること。
- (4)患者から依頼がなくても、激痛がある場合には、生命維持に必要な生活機能がなお作動しているときでも積極的な生存の終結を図ること<sup>14</sup>。

オランダ政府はこの委員会の報告に従って、刑法は改正せずに、それまでの「遺体埋葬法10条」を修正し、1993年12月2日に安楽死を実施した際に医師がとらねばならない報告手続きを特定化した。続いて同年12月17日に、「遺体埋葬法第10条に関するフォームを決定する1993年12月17日の規則」を制定し、それを安楽死への厳格なガイドラインとした<sup>15</sup>。ちなみに刑法には、第293条「他人の明示かつ真摯な囑託に基づきこれを殺したる者は12年以下の拘禁刑または第5類の罰金に処する」と囑託殺人罪が規定され、294条には「人を教唆または幫助して自殺させた者は、3年以下の拘禁刑または第4類の罰金に処する」と自殺幫助罪が規定されていた<sup>16</sup>。「要請による生命の終結および介助を伴う自殺（審査手続き）法」の制定は、そうした刑法を改正するものとなった。

### 2.2 安楽死の分類的理解

### 2.2.1 ポストマ医師安楽死事件<sup>17</sup>

1971年の、開業医トルス・ポストマ女医による事件。脳溢血で倒れ、部分麻痺、言語障害、難聴などの後遺症に苦しみ、自殺未遂を繰り返し、「死にたい」といい続けてきた実の母親をポストマ女医が致死量であるモルヒネ200mgを注射して安楽死させた。

レーウワーデン地方裁判所は有罪を宣告、しかし、量刑は懲役1週間、執行猶予1年という軽いものであった。

レーウワーデン地裁が公表した安楽死4要件は次の通りである。

- (1)患者は不治の病に罹っている。
- (2)患者は耐えられない苦痛に苦しんでいる。
- (3)患者は自分の生命を終焉させてくれるよう要請している。
- (4)患者の担当医、またはその医師と相談した他の医師による施術。

この要件によると、患者が末期である必要性はないと考えられる、その点は特に注目すべきであろう。

この事件を契機に「オランダ自発的安楽死協会」および「自発的安楽死財団」が設立された。

前者は自発的安楽死の実施を法的に容認するよう法改正を求める運動を展開し、後者はファン・テイル博士が中心となり、「良い死の迎え方」の援助をしたり、患者が無理に安楽死することがないように、論理的・倫理的に良い方法を模索するのを目的としている。

1981年にロッテルダム刑事裁判所で自殺幫助の裁判が行われた際に、医師を不起訴にする9要件が作成された。これは「ロッテルダム要件」と言われるが、「レーウワーデン・ロッテルダム基準」と呼ばれることもある。

### 2.2.2 アルクマール安楽死事件<sup>18</sup>

1984年11月、オランダ最高裁判所での最初の安楽死容認の判決となった事件である。

「自分がもはや尊厳を保てる状態にまで回復することが期待できなくなった場合には、安楽死させて欲しい」というアドヴァンス・ディレクティブを書いていたマリアは、94才の時に、腰を骨折した上、難聴で、かつ目が見えず、時々言語障害も起こるような状態となった。死ぬ前の週に、病状が悪化して昏睡状態に陥ったが、意識が戻った時に、「こんな状態を繰り返しながら生きていたくない」とはっきりと意思を表明したので、医師Sは自分の助手の医師とマリアの息子に相談したところ、二人とも「患者の希望を入れてあげるべきだろう」と安楽死の実施に同意した。医師Sは、マリアに最後の説明をした上で話し合ったが、「どうしても死にたい」という希望は変わらず、安楽死を実施した。

アルクマール地方裁判所では無罪。

アムステルダム高等裁判所では、「不法行為はない」とした地方裁判所の判決を覆した。弁護人の緊急避難の主張を認めず、医師Sが助手の医師と患者の息子の意思を徴しただけでは、充分客観的かつ独自の意見とは認められないとして有罪とした。しかし刑罰は免除する旨宣告した。

医師Sは最高裁判所に上告した。

最高裁判所は、1984年11月に、「アムステルダム高等裁判所が、不法行為はないとした下級裁判所の判決を覆したことについては支持するが、緊急避難を認めなかったのは誤りであった」として、ハーグ高等裁判所に事件を差し戻した。ハーグ高等裁判所は最高裁判所の指摘通りに裁決し、被告人を無罪とした。

最高裁判所の裁決とハーグ高等裁判所のこの判決により、オランダにおける「本人の意思に基づいて真摯に要請された医師による安楽死の容認」が判例として定着した。

### 2.2.3 シャボット(Chabot)事件<sup>19</sup>

1991年精神科医シャボット・バウドワインによる事件。

女性(50才)は、夫と離婚、長男は銃で自殺、その四年後、交通事故で入院した次男が癌の末期であると知った。次男の死んだ晩、その女性は睡眠薬自殺を図ったが死ねなかった。尊厳ある形で死ぬために自殺を幫助してくれる医師を求め、オランダ安楽死協会に要請し、精神科医シャボット・バウドワインを紹介された。シャボットは1991年7月13日から9月28日までに合計24時間の話し合いを行い、その決意をサポートし、精神科医4名、心理療法士、別のホームドクターの計六名に相談した結果、その女性の安楽死希望は、次男喪失を原因とする一時的な状態によるものでなく、完全に生きる意義と意欲とを失い、死のほかには人生の目的はないという結論に達し、自殺幫助による安楽死を実施した。

一審、二審とも無罪。

検察は最高裁に上告するにあたり、次の三つの理由を挙げて、不可抗力による「緊急避難」の適用を翻すことを求めた。

- (1) 要請者の苦痛は肉体的原因によるものではなかったため、死期は迫っていなかった。
- (2) 要請者は鬱状態であったため、熟慮したうえの自発的要請ではなかった。
- (3) 被告シャボットが相談した医師はだれも直接要請者に面会していなかった。

最高裁判所は1994年6月21日に、有罪、しかし刑罰免除の判決をくだした。

最高裁判所の判決理由は次の通りである。

「担当医以外に最低もう一人の医師が要請者と面接診断しなければ『緊急避難』の適用はできない。

同僚と相談するというのは安楽死の必須条件であるが、担当医以外の医師が面接診断しなくてはならないということについては、法律もオランダ王立医師会

(RDMA)も明らかにしていないが、精神的苦痛の理由で自殺幫助を求められた場合には、通常より慎重に判断すべきである。」

この判決は安楽死と自殺幫助について、次の原則を明確にしたのである。

- (1) 精神的苦痛も理由となりうる。
- (2) 終末期でなくても認められる。
- (3) 精神科患者も意思能力が認められる。
- (4) 精神的苦痛が理由の時には担当医以外に最低もう一人独立した立場の医師が面接診断する必要がある。

#### 2.2.4 乳幼児安楽死事件<sup>20</sup>

1993年、産科医プリンス(Purins)による事件。

1993年3月、生後3日の乳児は重い障害があり、苦痛もひどく、余命数週間と診断された。両親の承諾のもとにその生命を絶った産科医プリンスは起訴されたが、1995年4月26日、「不可抗力」の抗弁が容れられ、無罪となった。

重大な障害を持った乳児の生命を両親の承諾のもとに絶ったという事例で、すでに検事長会議において訴追の必要がないとされていたのだが、法相が、かかる場合の医師が「不可抗力の抗弁」を主張することができるかについて裁判所の判断が出されていないことを理由に、検察官に医師達の訴追を求めた結果この判決になったのである。

オランダ小児学会によると、先天的な障害などをもつ乳児の延命治療を放棄、中断する例が同国では年間に数百件あり、薬などで死に導く「安楽死」も年に10件程度あると推計されている。

### 3. 疼痛緩和医療について

平成11年、日本では290,556人が癌で死亡している。これは、死亡総数の29.6%にあたる<sup>21</sup>。これは3人のうち1人が癌で死亡していることになる。

そこで、まず癌の痛みを中心に疼痛治療について紹介し、ついで、ホスピスについて紹介、検討する事とする。

1984年、ジュネーブで「癌疼痛の包括的治療に関するWHO会議」が開かれ、この会議の成果は、1986年にWHO編集の「癌の痛みからの解放」としてまとめられ、同年に出版された。そしてこの中の付属文書として、1982年作成のWHO疼痛治療暫定指針(WHO Draft Interim Guidelines on Relief of Cancer Pain)を基盤にしたWHO方式癌疼痛治療法<sup>22</sup>(Method for Relief of Cancer Pain)が公表された<sup>23</sup>。そこには鎮痛薬を用いる治療法について、「鎮痛薬は、正しく用いれば、90%以上の患者の痛みをコントロールすることができ」と記されている。

#### 3.1 癌の痛みからの解放

国際疼痛学会 (International Association for the Study of Pain)が公表している痛みの

定義によると、「痛みとは、不快な感覚体験および感情体験であって、一般に何らかの組織損傷が起こった時、または組織損傷が差し迫った時、ないし組織損傷に引き続き、特異的に表現されるものである。痛みは、いつも主観的なものである。人間は生涯の早い時期に遭遇した負傷の経験から、痛みという言葉の使い方を学習する。痛みが、身体の一部、あるいはいくつかの部分に渡って起こる感覚であることには議論の余地がないが、いつも不快な体験であるため、痛みは常に感情的な体験である。」<sup>25</sup>

WHO方式癌疼痛治療法によると、癌患者に生じる痛みは、治療が可能であり、かつ治療しなければならない症状であるから、痛みの症状や原因について検討を進めると同時に、適切な鎮痛薬の投与を開始すべきである、とされている。<sup>26</sup>

### 3.2 強作用阿片系麻薬の使用法

モルヒネ経口投与方法：経口投与によれば、痛みを伴い、その上そのつど第三者の手を借りなければならない注射が避けられるので、患者は第三者への依存から解放され、患者の自立性が維持される。塩酸モルヒネまた プロンプトン・カクテル は硫酸モルヒネ単純水溶液（1～20mg/ml）として与え 塩酸モルヒネ 15mg することができる。<sup>27</sup> 塩酸コカイン 10mg

かつてイギリスでは、右表に示すような、プロンプトン・カクテル（プロンプトン病院で最初に用いた）と称するモルヒネの水溶液を患者の必要に応じて投与量を変えて経口投与していた。<sup>28</sup>

90%アルコール	2mg
シロップ	4mg
<u>クロロホルム</u>	<u>15mg</u>

日本では水溶液としては処方せず、粉末や錠剤（10mg/錠）とし、処方して患者の好きな飲み物と共に服用させるのが通例である。<sup>29</sup>

除痛に必要なモルヒネの経口投与量は、一回量として5mg以下の少量でよい場合から200mg以上も必要とする場合など広い幅があるが、大部分の患者に対しては5～30mgを4時間毎に投与すれば充分である<sup>30</sup>ということである。もっとも最高の投与量は一日5400mgという例も報告されている。<sup>31, 32</sup>

### 3.3 パリアティブ・ケア（緩和的医療）

WHO専門委員会報告書（WHO Technical Report Series No.804）は、パリアティブ・ケアについて、次のように定義している。<sup>33</sup>

「パリアティブ・ケアとは、治療を目的とした治療に反応しなくなった疾患をもつ患者に対して行われる積極的で全体的な医療ケアである。そこでは痛みのコントロール、痛み以外の諸症状のコントロール、心理的な苦痛、社会面の問題、精神的な問題（spiritual problems）の解決が最も重要な問題となる。パリアティブ・ケアの最終目標は、患者とその家族にとって、できる限り有効なクオリティ・オブ・ライ



フを実現させることである。

このような目標をもつので、パリアティブ・ケアは、末期だけでなく、もっと早い病期の患者に対しても癌病変の治療と同時に適用すべき多くの利点を持っている。

パリアティブ・ケアは、

- ・生きることを尊重すると共に、誰にも例外なく訪れるものとして死に行く過程にも敬意を払う。
- ・死を早めることにも死を遅らせることにも手を貸さない。
- ・痛みのコントロールと同時に、痛み以外の諸症状のコントロールを行う。
- ・心理面のケアや精神的なケアも行う。
- ・死が訪れるまで患者が積極的に生きていけるよう支援する体制をとる。
- ・患者が病気に苦しんでいる間も、患者と死別した後も、家族の苦難への対処を支援する体制をとる。』

### 3.4 ホスピス

#### 3.4.1 ホスピスの語源

ラテン語のホスピティウム (hospitium) に由来している。さらにホスピティウムの語源をたどると、客と主人の両方を表すホスベス (hospes) に行きつく。もともとはヨーロッパで巡礼や旅行者あるいは病人達を休ませた宿泊施設を指す。多くの場合、各地の修道院の一角がこれに当てられ、怪我や病気で倒れた人々を手厚く介抱し休養させた。それがホスピスの原型となった。<sup>34</sup>

#### 3.4.2 ホスピスの歴史

ヨーロッパにおける古代ホスピス施設の始まりは、初期キリスト教時代にさかのぼる。ファビラオという貴族女性が長旅に疲れ果てた巡礼者達のためにささやかな憩いの家を造った。ここでは食事と宿が与えられ、病気や怪我をしている者は必要な手当を受けることができた。

中世初期には、ヨーロッパ中の主な都市や町にホスピスが設けられていた。この時代のホスピスも、病人や怪我人に限らず、貧しい老人や空腹な旅人さえも、差別することなく温かく迎え入れた。

ホスピスは憩いのひとときを提供し、まさにホスピタリティ (親切なもてなし) の場となっていた。11世紀から13世紀にかけての十字軍の遠征は、こうしたホスピスの活動に拍車をかけた。多くの施設や看護婦が必要となり、各地のキリスト教修道院は競って建物を造り人員を派遣して、その任に当たった。中でも有名なものが、12世紀に入ってエルサレムの聖ヨハネ修道会に創設されたホスピタル騎士団 (ナイト・ホスピタラーズ) である。ホスピタル騎士団は、キプロス、ロードス、マルタの島々からイタリア、ドイツ、イギリスへと、六百年にわたって、その活動を発展させた。修道士達は、清貧に甘んじる誓いのもとに、患者よりも粗末な食べ

物と寝床で生活しながら、病人や疲れた旅人たちへの奉仕に明け暮れたのである<sup>35</sup>。

### 3.4.3 近代のホスピス

16世紀の宗教改革の後、多くの修道院が閉鎖され、ホスピスの活動も衰退に向かい、さらに産業革命以後、修道院の閉鎖が相次ぎ、ホスピスの活動は衰退の時期を迎えた。とくに産業革命後の社会では、従来の社会通念は大きな変化を遂げ、新しい産業社会の仕組みに貢献できない者は次第に不必要な存在と見做されてしまい、そうした中でイギリスのホスピスはやがて救貧院と名称を変えられて、初期の理想は影を潜め、かつてのホスピスの温かい看護からははるかに隔たるものとなってしまった。

勿論、この時代にも時流に抗して中世からの伝統を守る少数の人達はいた。ローマンカトリック教会に属するアウグスチヌス会、ベネディクト会などの修道士やクエーカー教徒達がそれである。

その一人にフランス人、ヴィンセンシオ・ア・パウロがいた。彼は奴隷囚人のためのホスピスや、貧しい病人のための施設 (settlement) と、「慈善の淑女達」という看護修道院を建設した。この「慈善の淑女達」の献身的な働きによって、ホスピスは再びフランス中に広まり、その活動が現代ホスピスの原点を形作ることとなった。

18世紀の初め、プロシアのシュタイン男爵は、フランスのホスピスを訪問して深く感動し、やがて、彼の影響を受けたプロテスタントの牧師フリードナーによって、ドイツにカイザースヴェルト (Kaiserswelt) が誕生した。看護のための女性たちの集団をもつ、史上初のプロテスタントの病院である。以来19世紀にかけて、ヨーロッパ各地でこうした運動が次々と育っていく。1840年にカイザースヴェルトなどのホスピスを視察したイギリスのクエーカー教徒エリザベス・フライは、看護婦達の謙虚な奉仕の姿勢に触発されて、それからの人生を牢獄と病院の改革に捧げたという。

同時代のフローレンス・ナイチンゲールも、パリの慈善修道会のホスピスにしばらくいた後、カイザースヴェルトで看護婦の訓練を受けた。

19世紀の中頃、アイルランドのダブリンには、慈善修道会の一員であるメアリー・アンケンヘッドによって、「死に行く人のホスピス」と呼ばれたホスピスが建てられた。それはやがて「聖母ホスピス」と改称されて、現在に至っている。これに直接繋がるのが1906年にロンドンに作られた聖ジョセフ・ホスピスである。

19世紀末のアメリカでも、ニューヨークに聖ローズ・ホームやカルヴァリー・ホスピスが建てられ、ようやく末期患者のために温かい援助の手が差し伸べられるようになった<sup>36</sup>。

### 3.4.4 現代のホスピス

現代のホスピスのモデルといわれるのは1967年にロンドンに創設された聖クリス

トファー・ホスピスである。創始者のシシリー・ソングース博士は、長い間聖ジョセフ・ホスピスで疼痛緩和の研究に従事していた。そして亡命ユダヤ人患者の遺した500ポンドの寄付金を建設資金として、聖クリストファー・ホスピスを開設した。これが現代のホスピスの第一号である<sup>37</sup>。ソングース博士は1950年代にプロンプトン病院で、外科手術後に用いられたプロンプトン・カクテルを用いることにより末期患者の疼痛を緩和することを思いつき、以来疼痛除去に心を尽くした。ホスピスでのその疼痛除去がWHO疼痛治療指針作成への働きかけとなったといわれている。英国の人口は日本の半分ほどであるが、入院施設数は1991年には130カ所<sup>38</sup>、1998年1月には228カ所<sup>39</sup>へと増加しており、現在日本のホスピス入院施設数81カ所<sup>40</sup>と比べると、よほど行き渡っていることを知ろう。さらに1980代後半以降、ホスピス活動も在宅、デイ・ケアなどをも行う形へと転換している。

#### 4. オランダにおける安楽死と疼痛緩和医療 -むすびにかえて-

2001年版『安楽死に関するQ&A』<sup>41</sup>の報告によると、オランダの医療制度はすべての人を対象にするもので、終末期医療または疼痛緩和医療についてもすべてが保険でカバーされている。自宅で、または自宅療養が適当でない場合の宿泊型の長期療養施設でも疼痛緩和医療は実施されており、またオランダの病院には、すでに長年にわたって緩和ケア・ユニットがあるほか、老人ホーム内にも療養所や末期医療施設があり、最近では不治の病に罹っていて自宅で過ごすことができない人々のために、ホスピスを併設した「ホーム・フロム・ホーム」ユニットというものが展開してきているという。しかしこれと考え合わせなければならないのは1994年の英国『医療の倫理特別委員会の報告書』の中のオランダについての記載である。それによるとオランダ医師連盟は、英国の疼痛緩和医療の報告をうらやましく思うとして、「もしオランダにおいてもケアのレベルが英国と同じようであったならば、安楽死を必要と感じる人はより少なかったであろう。1988年の調査によると、終末期の癌患者の50%以上は、彼らの苦痛はあまり緩和されなかったと言ひ、医師の56%は疼痛緩和の知識が十分でないということが分かった<sup>42</sup>」と述べているということである。

これに関連して、オランダの医師ファン・デル・バルが安楽死を実施した家庭医を対象にした1992年のアンケート調査では、患者が安楽死を求める理由は「耐えられない状況」「希望のない状況」「意味のない状況」が上位をしめ、痛みは35%でしかなく、さらに「意味のない苦しみ」「屈辱の恐れ」「耐えられない苦しみ」「窒息の恐れ」「痛み」のなかでもっとも重要なものは何かという質問に対しては、「痛み」は5%でしかなかった、と報告し、「オランダの痛みの治療は世界に比べても進んでいるから当たり前のこと<sup>43</sup>」と語っているが、その彼も英国の1994年報告書の中では、「安楽死の効力はオランダにおける疼痛緩和医療がさらに進歩するための部分的障壁として作用しているかもしれないということを認める<sup>44</sup>」と述べ、痛みが安楽死を要請する主な原因とされるのはかならずしも事実といえず、患者の意識はもっと深いところにあると考えていた。

オランダで安楽死容認の要件が整っていく時期は、英国におけるホスピスおよび疼痛緩和

医療の発展の時期とほぼ時を同じくしている。オランダにおける安楽死の90%は末期癌の患者であるといわれている<sup>45</sup>。その反面、オランダにおいてもホスピスの患者で死にたいという希望はあまり出ていないと聞いている。癌患者の末期の苦しみの除去の治療に対する選択から考えると、英国は疼痛緩和医療へ、オランダは安楽死容認へと方向づけられていったとも受け止められる。こうしたいくつかの事実と意見あるいは推察から、ホスピスなどにおける精神的ケアの重要性は、疼痛緩和医療と安楽死容認との関わりと共に、なお考えていかなければならないことが少なくない。

オランダでは、自立して生活できる最低の収入は保証されており、国民健康保険制度も行き届いている。またそれを含めて社会福祉も充実しており、弱者を切り捨てない平等理念が行き渡っていると言われている。またなにか大きな問題が起きた場合には、公開討論会などを経て、倫理的態度の構築を求めるのがオランダの文化であり、そうした社会背景の中で、判例の積み重ねにより安楽死を許容するための基準が形成され、その上に法制化が果たされてきたのであろう<sup>46</sup>。しかし、先述のオランダ医師連盟の指摘を合わせ考えると、安楽死問題はパリアティブ・ケアを考えることなくしては結論を導き出すことはできないと思わざるを得ない。この問題については、今後もなお考察を深めていきたいと考えている。

#### 【注】

1. The BBC in London reports, Monday April 2002. Sender: Owner-right to die@efn.org.
2. CSD フラッシュ&トピック、<http://csd-news.gospjlyjapan.com.flash/flash2000>.
3. 日本経済新聞、2001.4.11. 3版、p.18.
4. Lionel A. Tollemache, The new cure for incurable, THE FORTNIGHTLY REVIEW, Vol13, 1873, p.218.
5. 阿南成一『安楽死』、弘文堂、1977年、p.45.
6. Report of the Select Committee on Medical Ethics, HL Paper 21-1[H.L.] Session 1993-1994, HMSO,1994.
7. 中谷瑾子「死をめぐる法的問題」、『クリニカ』11巻6号、1984年、p.47.
8. 植松 正「安楽死の許容限界をめぐる」、『ジュリスト』269号、1963年、p.42.
9. 中谷瑾子、前注7、p.48.
10. 植松 正、前注8、p.48.
11. 阿南成一、前注5、p.14.
12. 阿南成一、前注5、p.17.
13. 阿南成一、前注5、p.18.
14. 土本武司、「安楽死とオランダ法」、『判例時報』1499号、1994年、p.8.
15. 土本武司、前注5、p.5.
16. 土本武司、前注5、pp.15.
17. 星野一正「本人の意思による死の選択 オランダの場合(2)」、『時の法令』1478号、1994年、pp.43-45.

18. 星野一正、前注17、p.46.
19. ジャネット・あかね・シャボット『自ら死を選ぶ権利』、徳間書店、1995年、pp.147-158.
20. De Volkskrant,1995.4.27.
21. (財)厚生統計協会『国民衛生の動向・厚生指標』第48巻9号2001年p.51.
22. WHO編、武田文和訳『癌のいたみからの解放』、金原出版1987年p.45.
23. WHO編、武田文和訳『癌の痛みからの解放とバリアティブケア』、金原出版、1993年、p.2.
24. WHO編、前注22、p.1.
25. WHO編、前注23、p.15.
26. 鎮痛薬の使用方法は、

- 1) まず経過を詳しく聞き、注意深く診察のうえ、特定の治療を必要とする緊急事態のないことを確認する。
- 2) 適切な鎮痛薬の十分量を正しい時間的間隔で投与すれば、通常すぐれた除痛が得られる。
- 3) 持続性の痛みに対しては、鎮痛薬を「時刻を決めて」投与すべきであって、痛みが再発するたびに患者が要求する「頓用方式」によるべきではない。
- 4) 軽度ないし中程度の痛みには、非阿片系鎮痛薬の投与を行い、最適まで増量し、これを維持し、必要に応じて鎮痛補助薬を併用する。
- 5) 非阿片系鎮痛薬の処方が必要な効果を発揮しないときには、この処方に、弱作用阿片系麻薬を追加する。必要に応じて、鎮痛補助薬を併用する。
- 6) この追加処方も効果が不十分なときには、強作用阿片系麻薬の投与に切り替える。同時に、必要に応じて、非阿片系鎮痛薬や鎮痛補助薬の併用を考慮する。
- 7) できる限り頻回に患者を訪問し、投与中の鎮痛薬処方が十分な除痛状態を維持しているか否かを確認し、同時に副作用の発生を最小限に抑えることが必要である。

WHO編、前注3、p.53-77.

基本薬は下記リストの通りである。

基本薬リスト（\*は日本で入手できない薬）

群	代表薬	代替薬
非阿片系鎮痛薬	アスピリン	パラセタモール (アセトアミノフェン)
弱作用阿片系麻薬	コデイン	*デキストプロポキシフェン
強作用阿片系麻薬	モルヒネ	*メタドン ペチジン ブプレノルフィン 標準化アヘン *ヒドロモルフォン *レボリファノール
鎮痛補助薬		
抗痙攣薬	カルバマゼピン	フェニトイン

向精神病薬	プロクロルペラジン	クロルプロマジン
ハロペリドール		
抗不安薬	ジアゼパム	
	ヒドロキシジン	
抗うつ薬	アミトリプチリン	
コルチコステロイド	プレドニゾロン	デキサメタゾン

WHO編、前注22, pp.52.

27. WHO編、前注22, p.62.
28. 尾山力、『癌の痛みとの戦い』、岩波書店、1990年、p.213.
29. WHO編、前注22, p.85.
30. WHO編、前注22, p.63
31. 恒藤暁「身体的痛みのケア」、黒田輝政編『日本のホスピス これでもいいか』、ミネルヴァ書房、1994年、p.124.
32. 副作用の防止法
- 嘔気：モルヒネ投与初期に嘔気を訴えることがある。その場合の制止薬としてプロクロルペラジン、メトクロプラミド、ハロペリドールのいずれかを用いる。
- 傾眠：投与開始時に見られることがあるが、投与量を変えずにそのまま投与していると3～5日後には消失する。
- 錯乱：老人の場合で最初の数日間見られることがあるが、増量せずに投与を続ければ消失する。注意深い観察が必要である。めまい感、不安定感：錯乱の場合と同様に、経過を観察していれば良い。
- 便秘：モルヒネを投与した殆ど全ての患者に副作用として便秘がみられる。そこでモルヒネ投与開始とともに緩下剤を夜間投与し、できれば食事管理も行う。
- WHO編、前注22, p.65.
33. WHO編、前注23, p.5.
34. A.デーケン、「ホスピスの思想と歴史」、A.デーケンおよび飯塚眞之編、『日本のホスピスと終末期医療』、春秋社、1919年、p.6.
35. A.デーケン、前注34, pp.7-8.
36. A.デーケン、前注34, p.12
37. A.デーケン、前注34, p.12.
38. Ibid.
39. 生井久美子『人間らしい死をもとめて』、岩波書店、1999年、p.33.
40. 厚生労働省保健医療局資料、2000年7月現在。
41. 2001年版『安楽死に関するQ&A』、オランダ外務省ホーム・ページ。
42. 生井久美子、前注39、p.258.
43. Report of the Select committee on Medical Ethics, HL Paper 21-1-, H.L. Session 1993-4, Vol.1. HMSO, 1994, p. 67.
44. オランダ外務省、前注41.
45. [http://pweb.sophia.ac.jp/a-mataix/\(3\)diaryoftheheart/2000Dic..htm](http://pweb.sophia.ac.jp/a-mataix/(3)diaryoftheheart/2000Dic..htm)

46. 五十子敬子『死をめぐる自己決定について—比較法的視座からの考察—』、批評社、1997年、p.105.に詳しい  
[資料]

要請に基づく生命の終結と自殺幫助の審理手続きおよび刑法と遺体埋葬法改正「要請に基づく生命の終結および自殺幫助（審理手続き）法」（重訳）

## 第1章：定義

### 第1条

本法の解釈上、以下の定義が適用される：

- a. 大臣：法務大臣および健康福祉スポーツ大臣
- b. 自殺幫助：刑法294条2項2節に示される他者の自殺を意図的に援助すること、およびその手段を提供すること
- c. 担当医：要請に基づき生命を終結させた、あるいは自殺幫助の提供をしたと、通知書に署名する医師
- d. 中立医：要請に基づく生命の終結あるいは自殺幫助の提供に対し担当医の意図に関する意見を求められた医師
- e. ケア提供者：民法第7巻446条1項に示される人々
- f. 委員会：第3条に示される地方審査委員会
- g. 地方検査官：公衆衛生監督局、ヘルスケア調査部により雇用された地方検査官。

## 第2章：相当なケア基準

### 第2条

1. 刑法293条2項に示される相当なケア基準に従うため、担当医は：
  - a. 患者が任意にかつ注意深く考慮された要請を行ったということを、確信していなければならない
  - b. 患者の苦痛は耐えがたく、かつ回復の見込みがないことを、確信していなければならない
  - c. 患者に本人の現状とこれからの見込みを伝えていなければならない
  - d. 患者の状態にかんがみて、患者と共に合理的な代替策がないという結論に達していなければならない
  - e. 患者を診断し、上記 a. および b. に示される相当なケア基準に関する意見書を提出した他の中立医の、少なくとも一人に意見を求めていなくてはならない
  - f. 適切な医療処置および配慮のもとで患者の生命を終結させること、または自殺幫助していなければならない。
2. 16歳以上で意志を表現することが出来ない無能力の状態にあるが、その状態になるまでは本人の利益に関し合理的な判断を行う能力があったと考えられる患者が、本人の生命の終結の要請を書面により意志表示をしていた場合、担当医はこの要請に従う。1に示される相当なケア基準の準用。
3. 患者が未成年で16歳以上18歳未満の場合、本人の利益に関し合理的な判断を行う能力があると考えられる場合、患者に関する責任を負う両親か一方の親、またはその他後見人に相談の上、担当医は生命の終結または自殺幫助の提供に関し本人の要請に従う。
4. 患者が未成年で12歳以上16歳未満の場合、本人の利益に関し合理的な判断を行う能力があると考え

られる場合で、患者に関する責任を負う両親か一方の親、またはその他後見人が患者の生命の終結、または自殺幫助の提供に同意した場合、担当医は本人の要請に従う。2の準用。

### 第3章：要請に基づく生命の終結および自殺幫助の為の地方審査委員会

#### 第1部： 設立、構成および任命

##### 第3条

1. 刑法293条2項および294条2項2節に示される、報告された要請に基づく生命の終結または自殺幫助事件に関し報告された事件を審査する地方委員会を設けるものとする。
2. 委員会はいかなる場合でも、委員長を務める法律専門家1名、医師1名および倫理または道徳問題の専門家1名を含む奇数の委員により構成されるものとする。また委員は上述の各分野からの予備委員を含むものとする。

##### 第4条

1. 委員長、委員および予備委員は6年を任期として大臣より任命されるものとする。任期6年を一度に限り再任出来るものとする。
2. 委員会は書記を一名、書記補佐を一名以上おくものとし、その全員が法律の専門家でかつ大臣により任命された者とする。書記は諮問の立場として委員会の会議に出席するものとする。
3. 書記は委員会での本人の職務に関し、委員会にのみ報告責任を有するものとする。

#### 第2部： 辞任および解任

##### 第5条

委員長、委員および予備委員は何時でも大臣に辞意を申し出ることが出来るものとする。

##### 第6条

委員長、委員および予備委員は、不適任、無能力または他のやむ得ない理由から大臣により解任されることがあるものとする。

#### 第3部： 報酬

##### 第7条

委員長、委員および予備委員の職務費、旅費、特別手当は、それらの費用が国から別に支払われていない限り、現在の政府規定に従って支払われるものとする。

#### 第4部： 義務および責任

##### 第8条

1. 遺体埋葬法第7条2に示される報告書に伴い、担当医が要請に基づき生命を終結させるかまたは自殺幫助の提供をした際、委員会は第2条に示される相当なケア基準に従って行動したかを評価するものとする。
2. 担当医の行動に関し適切な評価を下すのに必要な場合、委員会は担当医に対し口頭 もしくは書面で本人の報告書を補足するよう要請することが出来るものとする。



3. 担当医の行動に関し適切な評価を下すのに必要な場合、委員会は自治体の病理医、中立医、または関連ケア提供者から情報を得ることが出来るものとする。

#### 第9条

1. 委員会は第8条1項に示される報告書を受け取ってから6ヶ月以内に、調査結果をその理由と共に担当医に通知するものとする。
2. 以下の場合、委員会は調査結果を検察庁検事長官局、および地方医療検査官に通知するものとする：
  - a. 委員会の見解において、担当医が第2条に示される相当なケア基準に従って行動をしなかった場合、もしくは
  - b. 遺体埋葬法第12条最終節に示される事態が起きた場合、委員会はしかるべく担当医に通知するものとする。
3. 上記1に規定された期限は、1度に限り最大6週間延長出来るものとする。委員会はしかるべく担当医に通知するものとする。
4. 委員会は担当医に口頭で調査結果を説明する権限が付与されている。この口頭説明は委員会もしくは担当医の要請に基づき提供することが出来るものとする。

#### 第10条

委員会は検察官が必要とする情報を全て提供するよう義務付けられている：

- (1) 第9条2に示される場合において、担当医の行動を評価する目的、または
- (2) 刑事捜査の目的のため。

委員会は検察官へ情報提供したことを担当医に通知するものとする。

#### 第6部：手続

##### 第11条

委員会は報告を受けた要請に基づく生命の終結および自殺幫助の全事件に関し、記録作成の責任を負うものとする。省令により大臣はこの点に関する追加規則を制定出来るものとする。

##### 第12条

1. 委員会は単純多数の票決で調査結果を採択するものとする。
2. 全委員が投票に参加した場合に限り、委員会は調査結果を採択出来るものとする。

##### 第13条

地方審査委員会の委員長は委員会の活動方法および運営に関し協議する目的で、少なくとも年2回会議を開くものとする。これらの会議には検事長官局代表、および公衆衛生監督局のヘルスケア調査部代表が出席を求められるものとする。

#### 第7部：守秘義務および資格剥奪条項

##### 第14条

委員会の委員および予備委員は職務の過程で知り得た全ての情報に関し、当該情報の開示が法廷規則によ

り求められるか、あるいは当該情報開示の必要性が責務上必然の結果でない限り、守秘義務があるものとする。

#### 第15条

特定案件の審理を行っている委員会の委員は、本人の判断の公平性を歪め兼ねない事実や状況があった場合、委員の資格を失い、かつ異議申立てを受け得るものとする。

#### 第16条

委員会の全ての委員、予備委員および書記は、要請に基づく生命の終結または自殺幫助の提供に関して担当医が表明した意図に対し、いかなる見解も控えるものとする。

### 第8部：報告に関する必要事項

#### 第17条

1. 委員会は毎年4月1日までに前年度の活動に関する共同報告書を大臣に提出するものとする。大臣は省令に基づき報告書の様式を規定出来るものとする。
2. 1に示される報告書はいかなる場合も以下の事項を明記するものとする：
  - a. 委員会が通知を受け、委員会が評価した要請に基づく生命の終結および自殺幫助事件の数
  - b. それら事件の性質
  - c. 委員会の調査結果とその理由。

#### 第18条

毎年オランダ国会に予算を提出する際、大臣は第17条1に示される報告書に基づき、委員会の活動に関する報告をするものとする。

#### 第19条

1. 大臣勸告により、以下の規則が枢密院令によって定められるものとする：
  - a. 委員会の数および権限
  - b. 委員会の配置。
2. 以下に関する追加規則が枢密院令に基づき、または準じて大臣により規定することが出来るものとする：
  - a. 委員会の規模と構成
  - b. 委員会の活動方法および報告手順。

### 第4章 他の法に関する改正

#### 第20条

刑法は以下のとおり改正されるものとする。

#### A

293条は以下に解釈されるものとする：

#### 293条

1. 本人の意志表示および真摯な要請に基づき他者の生命を終結させた者は、12年未満の懲役または第5等級の罰金を課せられるものとする。

2. 要請に基づく生命の終結および自殺幫助（審理手続き）法第2条に示される相当なケア基準を満たした医師によって行われた場合、および遺体埋葬法第7条2の条項に従い、医師がその行為を自治体の病理医に通知した場合は、第1項に示され行為は犯さないものとなる。

B

294条は以下に解釈されるものとする：

294条

1. 意図的に他者に自殺を教唆した者は、その後その者が自殺した場合、3年未満の懲役または第4等級の罰金を課せられるものとする。
2. 意図的に他者の自殺を幫助したり自殺手段を提供した者は、その後その者が自殺した場合、3年未満の懲役または第4等級の罰金を課せられるものとする。293条2項の準用。

C

以下が295条「293」の後に挿入されるものとする：、1項、。

D

以下が422条「293」の後に挿入されるものとする：、1項、。

第21条

遺体埋葬法は以下に改正されるものとする。

A

第7条は以下に解釈されるものとする：

第7条

1. 検死を行った者は、死因が自然死によるものであると確信した場合、死亡証明書を発行するものとする。
2. 死が刑法293条2項、または294条2項2節にそれぞれ示される、要請に基づく生命の終結または自殺幫助によるものである場合、担当医は死亡証明書を発行せず、自治体の病理医が複数いる場合はその内の1名に対し、通知用紙を記入して死の原因を速やかに知らせるものとする。担当医は要請に基づく生命の終結および自殺幫助（審理手続き）法第2条に明記される相当な注意基準に従い、詳細な報告書を上述の通知書と共に同封するものとする。
3. 2に示される以外の場合で担当医が死亡証明書を発行できないと判断した場合、担当医は通知書を記入し自治体の病理医が複数いる場合はその内の1名にしかるべく知らせるものとする。

B

第9条は以下に解釈される：

第9条

1. 担当医および自治体の病理学者により提出される死亡証明書の書式は枢密院令により規定されるものとする。
2. 第7条2項に示される通知書と詳細な報告書、第7条3項に示される通知書および第10条1、2項に示される書式は、法務大臣および健康福祉スポーツ大臣の勧告に基づき枢密院令により規定されるものとする。

C

第10条は以下に解釈される：

第10条

1. 自治体の病理医が死亡証明書を発行できないと判断した場合、速やかに書式に記入して検察官に通知し、また出生死亡婚姻記録係にも速やかに通知するものとする。
2. 第7条2に示される通知を受けた場合、上記1を損なわずに自治体の病理医は書式に記入し、要請に基づく生命の終結および自殺幫助（審理手続き）法第3条に示される地方審査委員会に即時に通知するものとする。第7条2に示される詳細報告書を同封するものとする。

D

第12条に以下の文が追記されるものとする：

第7条2に示される場合で、検察官が埋葬・火葬同意証明書の発行が出来ないと判断した場合、自治体の病理医および要請に基づく生命の終結および自殺幫助（審理手続き）法第3条に示される地方審査委員会に速やかに通知するものとする。

E

第81条1「7の1」は「7の1および2」に変わるものとする。

第22条

総合行政法は以下に改正されるものとする。

第1条6、(d)の最後の句点（ピリオド）はセミコロンに置きかえられるものとし、また以下の5点目が追記されるものとする：

- e. 要請に基づく生命の終結および自殺幫助（審査手続き）法施行の判断および行為。

## 第5章：最終条項

第23条

本法は女王令により決定された日から施行されるものとする。

第24条

本法は要請に基づく生命の終結および自殺幫助（審理手続き）法として引用されるものとする。本法は法令集に掲載され、本法に関わる全ての大臣、政府当局、団体および政府関係者が本法を正しく履行するよう命じるものとする。

法務大臣、

健康福祉スポーツ大臣、

下院、1998年－1999年会期、26 691、1－2番。

(尚、本重訳はオランダ外務省提供の英文法令を五十子が訳したものである。)