

## 第2区分（社会医療保険）

かかりつけ医、歯科医、理学療法士、産科医、病院の受診費、薬剤、医療補助器具、補聴器、医療外透析、遺伝子検査、慢性呼吸補助器具、リハビリ関連費用、血栓予防等がこれによって賄われることになる<sup>9</sup>。

- ・ 強制医療保険法 Compulsory Health Insurance Act (ZFW: Ziekenfondswet)  
ある規定の収入以下（2002年は収入 30,700 ユーロ以下）の人の保険（強制保険）は、これによって賄われることになる。また、1998年以降、65歳の年金所得者でも収入が一定以下（2002年は 19,550 ユーロ）であれば、この対象となった<sup>9</sup>。この保険料は次の2つの区分によって徴収されている<sup>15</sup>。
  1. 収入額に応じて、一定のパーセントの割合で収入額から引かれる部分(basic premium)  
保険料として、加入者は収入の 1.7%、事業主負担は 6.25%（2002年）  
65歳以上の年金所得者に関して、年金収入の 7.95%（2002年）
  2. 個々の保険基金が設定した額（supplementary premium）
- ・ WTZ: Wet Tarieven Gezondheidszorg<sup>16</sup>  
ZFWに区分されない人のうち、65歳以上の人がこれの対象である。
- ・ Private insurance<sup>16</sup>  
ある一定額以上の所得を得ている人は ZFW の対象外となり、ZFW にも WTZ にも区分されない人は、個人で私設の保険に加入する形となる。

## 第3区分

- ・ Private insurance<sup>16</sup>  
個人で追加加入する保険。強制保険で賄われない部分の費用がこれの対象となる。これは収入額に関係なく、個人が保険会社との契約で加入するものである。  
  
1997年における健康保険総支出額は 633 億ギルダー（GDP の 9%）（1ギルダー＝約 50 円）であった。そのうち AWBZ の区分に入るものが 50%であった。私設保険の割合は少なく、保険料の約 90%は公的保険料で賄われていた<sup>16, 17</sup>。

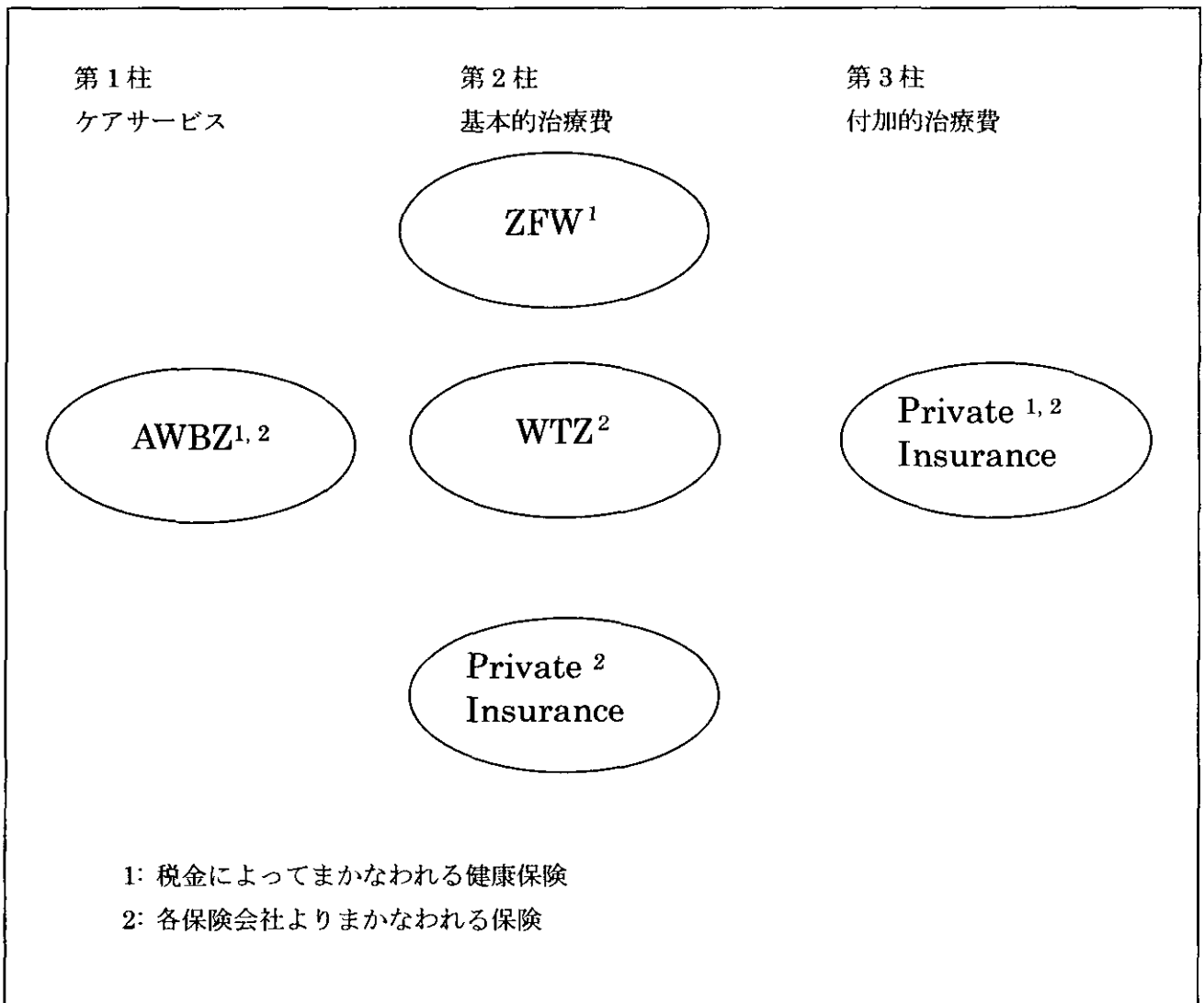


図6 オランダの健康保険制度<sup>16</sup>

近年、高齢化に伴い、在宅ケアにかかる保険費用がますます増大の傾向にある。病院入院期間の短縮、一人暮らしの老人人口の増大、ホームなどに入らず自宅での生活を希望する人が多いこと、などがこれらの支出増大の理由の一つとなっている<sup>18</sup>。

### Spending on home care and total care

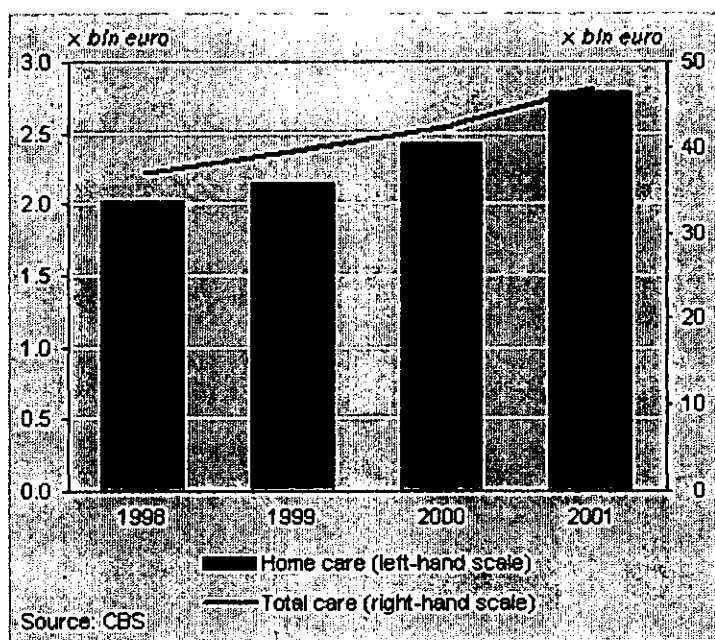


図7 在宅ケアに関わる費用

オランダの在宅ケアにおける支出は、2001年は15.1%増の280億ユーロであった。このカテゴリーの増加は、この間の健康および福祉に関する支出増加率を上回るものであった。

### 待ちリストの削減のための支出

看護ホーム、ケアセクターにおける待ちリストの削減のためのさらなる改善が在宅ケアの支出増の主な理由であった。

高齢化、入院期間の短縮に伴う、在宅ケアに対する需要はますます増大の傾向にある。また、ケアを要する多くの人々が、ホームに行かずになるべく自宅で独立した生活を送ろうとする傾向もこれに影響を与えている。

**Spending on home care by activity**

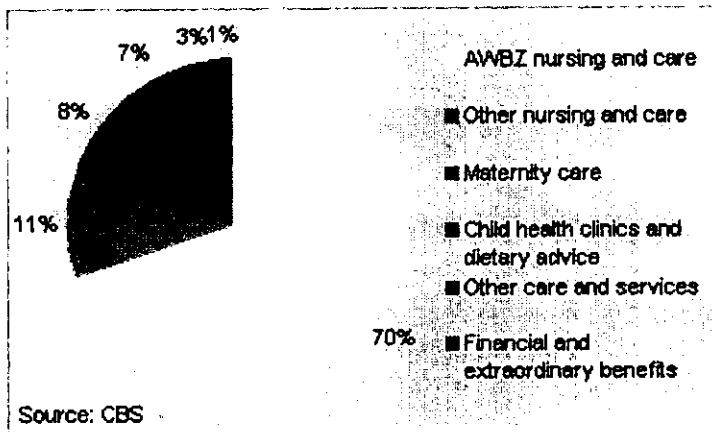


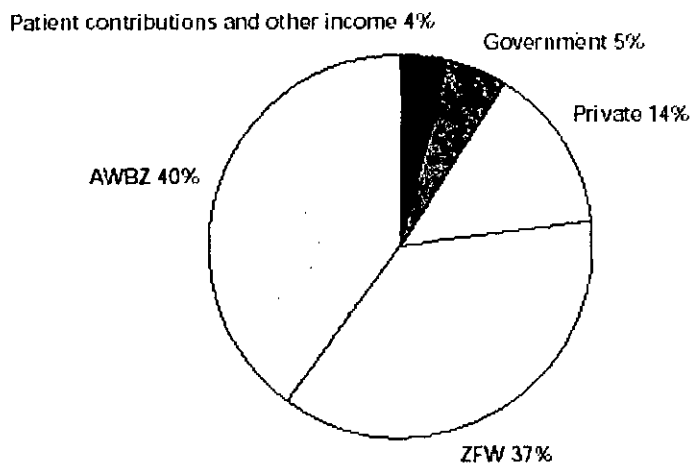
図8 在宅ケアに関わる費用

看護と在宅ケアに関わる費用 AWBZ が 70%を占める

在宅における患者、障害者、高齢者の、家事や個人のケアがこのカテゴリーの主な支出である。看護とケアが在宅ケアの予算の80%を占め、そのうちの70%が特殊医療費法 General Medical Expenses Compensation Act (AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)に該当する。

図7～8 <sup>18</sup>[www.cbs.nl/en/publications/articles/webmagazine/archive](http://www.cbs.nl/en/publications/articles/webmagazine/archive)より引用

**Funding of expenditure on health care**



**Health care funding sources**

in billions of euros

	15.5
	14.7
	5.7
	2.0
	2.6
	40.5

Source: VWS

図9 健康保険の財源（2002年）<sup>9</sup>

#### 4. 安楽死

##### ① 法律 17, 19-26

オランダ刑法<sup>19</sup>

9条のa 裁判官は、行為の軽微性、行為者の人格、または行為が行われた状況若しくはその後生じた状況との関連において適切と考えるときは、判決でいかなる刑又は処分も科しないことの言い渡しをすることができる。

40条 不可抗力により強制されて行為を行ったもの(force majeure)は、可罰的でない。

293条 他人の明示かつ真摯な囑託により、その者の生命を奪った者は、12年以下の拘禁刑又は第5類型の罰金（10万ギルダー以下）に処する。

294条 故意に他人を自殺に駆り立て、彼をその際に助け、又は彼にそのための手段を提供した者は、自殺がなされたときには、3年以下の拘禁刑又は第4類型の罰金（2万5千ギルダー以下）に処する。

遺体埋葬法（1993年12月2日の改正法）（Wet op de lijkbezorging）<sup>19</sup>

10条 ① 地方自治体の検死官(gemeentelijke lijkschouwer)は、死亡証明書を発行することができないと思料するときは、遅滞なく行政府の命令(algemeenemaatregel van bestuur)で定められた様式に記入して検察官に報告し、さらに、遅滞なく戸籍係官に通告する。前段にいう行政府の命令は、法務大臣及び福祉・厚生・文化大臣がこれを提案する。

② 第1項にいう行政府の命令は、それが掲載された官報の発行日より3ヶ月を経過するまでは効力を有しない。その掲載については、遅滞なく両議院に通知される。

オランダの法律は、たとえ個人が死ぬことを希望していたとしてもその幫助をすることを禁じている。しかしながら、近年、法曹界と医学会において「十分な配慮の必要性」が明確化され、Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act として法律に組み入れられた。2002年4月施行となったこの新しい安楽死法は、それ以前に法曹界や医学会で適用されていた要件を制定し、またその手続きについても見直している。この法改正により、医師が安楽死法の要件を満たして行い、不自然死を安楽死地域評価委員会 regional euthanasia review committee に届け出た場合、医師は殺人容疑者扱いを免れるという、オランダ刑法に医師の容疑者扱い免除の規定が組み込まれた。満たすべき要件とは：

1. 患者の安楽死要請は自発的で熟慮されていた
2. 患者の苦痛は耐えがたく治療の見込みがない
3. 医師は患者の病状や見込みについて十分な情報を与えた
4. 医師は少なくとももう一人の別の医師と相談し、その医師が患者と面談して上の要件を満たしていると判断し文書にて意見を述べた
5. 医師は医療上の十分な配慮を行って患者を絶命させた

6. 医師と患者が共に、ほかの妥当な解決策がないという結論に達した  
である。この最後の要件にあるように、医師、患者共に終末期医療による苦痛緩和の可  
能性がないということを確認しなければならない<sup>7</sup>。

安楽死法において、信頼に基づいた医師—患者関係は非常に重要視されている。安楽  
死を行える医師は、その患者を治療している医師でなければならない。医師は患者が安  
楽死の要請をしたとき、それが患者の自由意志に基づいているものなのか、熟慮された  
ものなのか、本当に耐えがたく見込みのない苦痛なのか、という判断を下すに当たって、  
患者を十分に知っていなければならないからである。

安楽死地域評価委員会は、医師の医療行為と安楽死の決定に至るまでの流れを検閲す  
るシステムになっている。国内5ヶ所に設置されたそれらの委員会は通常、政府任命の  
法律家、医師、倫理問題専門家というそれぞれ独立した立場の人によって構成されてい  
る。検閲後、委員会が要件を満たしているという結論に達すると、そのことは届け出た  
医師に伝えられる。その場合、ケースは検察官には送検されない。すなわち医師は送検  
されないので刑罰を免れることになる。しかし、要件を満たしていないという結論に達  
したとき、ケースは送検され、検察官と保健検閲官は医師が起訴されるべきかどうかを  
協議する。

要件に沿って安楽死を行った医師は、自分が犯罪者であるという考えを持つ必要はな  
く、とった行動を堂々と正直に認めている。また、自発的に生命を絶つことを決めた患  
者は、再審査においても保護される。逆に、医師は患者の要望に従う義務はなく、また  
患者は安楽死の資格を持っているわけでもない。さらに、他のケア提供者（看護師、ケ  
アワーカーなど）はいかなる場合でも安楽死を行う医師の補助を強要されることはない。  
安楽死や自殺幫助要請に対する拒否権は、医師が自分の信念を曲げて行動する必要はな  
いことを保証している。別の言い方をすれば、安楽死は医師が提供しなければならない  
ケアの中に含まれないということである。實際上、すべてのケア施設で安楽死が行われ  
ているというわけではない（いくつかのホスピス施設やナーシングホーム、ケアホーム  
の一部は安楽死に対する協力を行っていない）<sup>7</sup>。

## ② 歴史 7. 19-25

### 1971年 ポストマ事件

ポストマ医師が脳卒中後の母親からの度重なる要請で、致死量のモルヒネを静  
脈注射し、死に至らせたケース。1973年レウワーデン地方裁判所の判決では、  
ポストマ医師は安楽死執行をしたとして、オランダ刑法 293 条に基づき有罪の  
判決を受け、懲役 1 週間、執行猶予 1 年間の刑を言い渡された。さらに、レウ  
ワーデン地方裁判所は判決の中で、安楽死容認の要件を発表した。すなわち、①  
患者は不治の病であること、②患者は（身体的にも精神的にも）その苦痛が耐え  
難いものであると感じていること、③患者自らの生命の終焉の要請であること、  
④担当医師あるいはその医師と相談した他の医師が患者の生命を終焉させるこ  
と、⑤患者は病気の終末期にあること、である。

この事件を契機にして、安楽死合法化運動に火がついた。判決が下った2日後の1973年2月、1600人の人たちによって「自殺的安楽死協会」が設立され、延命治療の拒否や将来の安楽死希望を表明する事前指示（advance directive）の普及活動が開始された。

#### 1981年 検察長官委員会の設置

オランダの検察庁は、すべての安楽死事件について審議を行う検察長官委員会を設置した。

さらに、オランダ国家安楽死委員会が同年設置されている。この委員会の役割は、安楽死および自殺幫助のこれからの政策や法律の適用に関して政府に勧告することであった。

#### 1983年 アルクマール事件

1980年に「リビング・ウィル(事前指示)」（Levenstestament / Euthanasieverklaring）にサインしていた95歳女性の安楽死の希望をかなえたかかりつけ医に対し、アルクマール地裁は無罪の判決を下した。その後、アムステルダム高裁では刑罰なしの有罪判決としたが、1984年最高裁ではオランダ刑法40条（「不可抗力によって罪を犯した者は処罰されない」）にのっとり、一審判決を支持した。この事件は、患者本人の要請に基づいた医師による安楽死を、最高裁が容認したことで注目された。

最高裁の判決の前に、王立医師会は1984年に発表した報告書で、「患者の自決権」をもとに「無益な延命治療の自粛」を打ち出した。安楽死については、①患者の自発的要請による、②患者の要請は、熟慮された継続的なもの、③患者には耐え難い苦痛がある、④安楽死を行う医師は、事前に別の医師と相談する、の要件を満たして医師が行った場合、その行為は容認されるという見解を示した。この報告書では患者が終末期にある、という要件をはずし、患者の自決権に比重を置く内容であった。

#### 1984年 議会の動き

民主66は1984年、刑法を改正して安楽死を合法化する法案を国会に提出した。

翌1985年司法省は、判例に示された要件を満たす安楽死については、医師を不起訴とする方針を正式に発表した。

#### 1985年 ハーグ下級裁判所事件

多発硬化症で悩む34歳の女性の安楽死依頼を受けた医師に対する裁判で、判決は緊急避難行為を認め不起訴処分とした。患者自身の要請に基づいていれば、必ずしも終末期でなくてもよいことが、裁判上初めて認められたケースである。



## 1990年 安楽死報告届出制度

11月より、患者の生命を短縮させる目的で薬の投与または処方をした医師は、すべて検視官に報告する義務がある、という法を議会は発令した。1991年よりこの法律は施行された。

安楽死を実行した医師は、まず検察官に報告する。そして、監察医務官による検死後、地方検察庁で審議され、不審な点がなければ、そのまま埋葬の許可がおりる。さらに、地方検察庁を経て、検察長官委員会によって審議され、起訴するか否かの決定が下されるという法律であった。

## 1991年 9月 レメリンク調査

「人生の終結における判断」についての全国的調査の結果が報告された。この調査では405人の医師へのインタビューと共に、6,000人の死を診断した医師へのアンケートが行われた。この調査の結果、死亡数の約39%はその直前の医療行為によって死期が早められた可能性が高いこと、死を目的とした致死量の薬の投与をしたケースは年間2,300人(1.8%)、自殺幫助で死亡した数は年間400人(0.3%)であり、その場合のほとんどは患者の希望によるものであったこと、しかしながら、年間約1,000のケース(0.8%)では患者の明白な希望がなく行われていたこと、などが明らかになった。また、面接調査では、54%の医師が「安楽死か自殺幫助を行った経験がある」と答え、34%が「経験はないが、条件が整ったら行う用意がある」と答えた<sup>27, 28</sup>。

この調査の結果、まだ安楽死が秘密裏に行われている実態があることが判明した。これについて、きちんと報告される必要があるとの見解から、議会において制度改正が検討され、1994年の(埋葬法に関する)法改正へとつながった。

## 1993年 シャボット事件

1991年シャボット医師が、うつ状態で自殺未遂を繰り返していた50歳の女性に自殺幫助を目的として致死量の薬を処方したケース。

1993年刑事裁判では、シャボット医師は「2つの相反する利害のはざまに立たされ、よりよいと思われる決断を下さなければならない状況にあり、不可抗力であった」との判決を下されたが、1994年の上告審では「免責を主張するためには、患者は別の医師の診察も受けるべきであった」とし、シャボット医師の行為はこれに欠けていたため、294条にのっとって有罪との判決が下されたが、実際の刑罰はなかった。このケースは、身体的苦痛という司法省のガイドラインの要件を越えて、精神的な苦痛のある人に対する自殺幫助が事実上容認されたことを示す事件であった。

#### 1994年 遺体埋葬法に関する法律の改定

これによると、安楽死（自殺幫助を含む）を行った医師の報告の結果を、検視官は検察官に報告し、検察官はこのケースが刑法40条の”force majeure”（「不可抗力」）に値した場合は刑事事件として起訴しないという法に改定。

#### 1996年 第2回目全国調査

「人生の終結における判断」についての全国的調査（第2回目）の結果が報告された。内容は1990年の調査（1991年発表）を模したものであった。これはまた、1991年に施行となった安楽死報告届出制度の評価を行う目的もあった。この調査の結果、この5年の間に安楽死の率は有意に上昇したが、自殺幫助率と患者の希望のない生命の終焉の率は変化なしということが判明した<sup>29</sup>。1990年の調査では検察庁への安楽死報告が18%であったのが、1995年の調査では41%に増大していたが、これにより、まだ過半数の症例は報告されていないことが判明した。医師たちは、検察庁と直接関わらなければならないことを、報告をしないことの原因として挙げていた<sup>30</sup>。この調査の結果、安楽死報告に関する法が改定された。

#### 1997年 安楽死地域評価委員会の設置

11月司法省と保健省は、国内に5つの安楽死地域評価委員会の設置を提案した。委員会は通常、政府任命の法律家、医師、倫理問題専門家というそれぞれ独立した立場の人によって構成されており、その目的は医師の医療行為と安楽死の決定に至るまでの流れを検閲することであった。この委員会の設立により、医師は直接検察庁と関わる必要がなくなり、この委員会が中間的立場をとることになる。

1998年 5月27日 上記案（安楽死地域評価委員会）の発令。11月より施行。

#### 1999年8月 埋葬法に関する新たな法案

安楽死がきちんとした手順で行われた場合、行った医師は刑事上の罪を問われないとする法案が提示された。医師は検死官に報告しなければならないが、条件を満たしていれば検死官は検察官に報告しなくてもよい、としたものである。

2000年11月28日 オランダ議会による上記法案の承認

2001年4月10日 要請に基づいた生命終結と自殺援助に関する審査、並びに、刑法と遺体埋葬法の改正が成立した。

2002年4月1日 2001年4月に改定されたオランダ安楽死法の発効。

法改正により、医師が安楽死法の要件を満たして行い、その医師が不自然死を自治体の検視官に届け出たのち、検視官より安楽死地域評価委員会 regional euthanasia review committee が報告を受け、委員会が違法性がないと判断した場合、医師は検察に送検されない、すなわち医師は殺人容疑者扱いを免れるという、オランダ刑法に医師の容疑者扱い免除の規定が組み込まれた<sup>23</sup>。

2003年 第3回目全国調査

「人生の終結における判断」についての全国的調査（第3回目）の結果が報告された。これによると、年間死亡数は1990年から1995年の間に1.7%の増加を認め、1995年から2001年の間では、5.3%であった。安楽死および自殺幫助の要望は1990年の8,900から1995年には9,700に上昇したが、2001年は同じ9,700に留まった。死亡診断書の調査では、安楽死による死亡は、1990年で全死亡の1.7%、1995年は2.4%、2001年は2.6%であった。2001年において安楽死あるいは自殺幫助を行った医師は57%で、その中で家庭医がもっとも大きな割合(生涯で1度以上安楽死を行ったことのある割合は71%)を示しており、看護ホームの医師は36%、専門医は37%であった。安楽死および自殺幫助のケースは主に癌患者であった<sup>31</sup> (表8参照)。

表8 オランダにおける1990, 1995, 2001年の生命の終結の判断、実施について  
(文献31より和訳)

	1990年	1995年	2001年
<i>インタビュー調査</i>			
安楽死及び自殺幫助の要望数	25,100	34,500	34,700
自発的安楽死及び自殺幫助の要望数	8,900	9,700	9,700
安楽死を行った率	1.9%	2.3%	2.2%
自殺幫助を行った率	0.3%	0.4%	0.1%
患者の自発声明なく生命を終焉させた率	情報なし	0.7%	0.6%
<i>死亡診断書調査</i>			
安楽死を行った率	1.7%	2.4%	2.6%
自殺幫助を行った率	0.2%	0.2%	0.2%
患者の自発声明なく生命を終焉させた率	0.8%	0.7%	0.7%
症状緩和目的で 生命を短縮させる			
可能性のある薬剤を使用した率	18.8%	19.1%	20.1%
治療停止決意	17.9%	20.2%	20.2%
安楽死及び自殺幫助 (インタビュー調査)	n=405	n=405	n=410
したことがある	54%	53%	57%
過去24ヶ月にしたことがある	24%	29%	30%
したことはないが一定の条件下なら行う	34%	35%	32%
やらないが他医を紹介する	8%	9%	10%
やらないし紹介もしない	4%	3%	1%
患者の自発声明なく生命を終結させた			
したことがある	27%	23%	13%
過去24ヶ月にしたことがある	10%	11%	5%
したことはないが一定の条件下なら行う	32%	32%	16%
やらない	41%	45%	71%

### ③ 一般論

“Euthanasia”とはギリシャ語の“良い死”という意味の言葉に語源を発している。近年、安楽死問題は政治的、社会的問題としてオランダや他国でとりあげられてきた。もし質の高い終末期ケアが提供されるのであれば、安楽死を求める人はいなくなるであろうという意見があるが、その一方で、最高の質の終末期ケアが提供されたとしても、安楽死の要望を全くなくすることはできないと主張する人々もいる。すべての選択肢をもってしても、耐え難い絶望と苦の瞬間はありうるのだ、と<sup>7,25,26</sup>。

オランダにおいて安楽死とは、患者の要求により医師が生命を終結させること(絶命)で

ある。これは自殺幫助 doctor (physician) - assisted suicide (PAS) も含まれる。安楽死は、さらなる治療が無効だからという理由で、積極的治療を終結させることを指しているわけではない。疼痛対策のため、多量の麻薬が投与されたことの副作用として命が短縮された場合は、積極的治療の終了の範疇になる。オランダにおける安楽死において重要なポイントは、安楽死が患者の希望によるものであること、そしてそれが継続して数度に亘って表明された意思であること、である。よって、他の国における患者の要望なくして行われた安楽死とは異なる。

患者が安楽死を希望した場合、そのことについて担当医師は十分患者と話し合う必要がある。しかしながら、安楽死を希望するような状態になったとき、患者自身がそれを表明できないような状態にある場合もある。この場合、事前にかかりつけ医とそうなったときのことを相談しておけば、その意思は重要視される。また、リビング・ウィルで安楽死を希望していた場合も、法的に有効視される。しかし、この場合においても、患者がいまだにその希望をもっているのかについて担当医師は調べる必要があるし、この事前指示(advance directive)は意識清明な状態で書かれたものである必要がある。保健福祉スポーツ省は、“Talking in good time about end-of-life issues in the event of a life-threatening condition”という文書をウェブサイト上で公開している<sup>32</sup>。この文書は終末期にある患者とその関係者を対象としている。患者がもはや自分の意思を有効な発言として表現できなくなる前に、いかにかかりつけ医と話し合い、関係を作っておくことが大切か、ということ述べている。医師にかかる際の質問のチェックリスト(下記参照)や、意思の表明の仕方について(事前指示 advance directive の種類、意見を述べてくれる代理人の選定など)、palliative care の目標とするところ、関連した情報を提供してくれる団体名などが紹介されている。

2002年の法改正以降、安楽死にまつわる疫学的調査をした報告は今のところ見当たらないが、今回の法改正は今まで実質上行ってきたことを文書化するという手続きをとったに過ぎず、数値上の大きな変動はないだろうとの見解が強い。

現在、安楽死と平行して関心が向けられているのは“terminal sedation”である。安楽死が患者の確固たる意思のもとに行われる生命の人工的終結の手段とすれば、terminal sedationは本人の意思とは関係なく、苦痛緩和を目的として大量の鎮静剤が医師によって投与されることである。この結果、婉曲的ではあるが死期を迎えることになったとしても、それは安楽死とは区別されるのである。実際に『死』を目的として大量の鎮静剤を投与したケースもある(患者の自発的な声明なく生命を終焉させた率は1995年で0.6%)<sup>11</sup>。この扱いをどうして行くか、乱用されないための何らかの手段を講じる必要性があるのか、といったことが今後の課題として挙げられている。

## 医師にかかる前の質問チェックリスト (文献32より和訳)

### 一般論

このような話を担当医とするとき、医師は、あなたの病状、最近の検査の結果、診断、予後、治療法などについて説明します。また、医師はあなたに、あなたの病状が回復不可能で治療の方法がなく、いずれ死ぬであろう事実についても話し合います。このチェックリストは、その話の中であなたが聞きたい内容を含んでいます。

### チェックリスト

#### 診察の前に

- ① 誰かと一緒に話し合いを受けたいか？
- ② 話し合いにどれくらいの時間を割きたいか？
- ③ 先生は私が希望するだけの時間を割いてくれるか、もしそうでなければいつならそれが可能か？
- ④ 会話内容を録音しておきたいか？そうするにはどのような準備が必要か？(自分でカセットを持っていかなければならないか、医師が用意してくれるか？)
- ⑤ 医師に、どのようにこの話し合いを行いたいか伝えてあるか？

#### 私の現状

- ⑥ 私の健康状態は今どういう状態か？予後は？
- ⑦ 寿命はどれくらい？
- ⑧ どんな症状が予想されるか？
- ⑨ 週/月/年単位の症状の進行はどうなりそうか？
- ⑩ この病気の結果、私はどんな精神的苦痛を体験しているのか？
- ⑪ 今の時点で、どんなことは話し合いたくないか？(たとえば、私の病気が治療不能だということとか、予後とか、予想される寿命についてとか)

#### 医療上の選択肢 — どこで死にたい？

- ⑫ どんな治療方法が残っていて、それはどんな効果があるのか？
- ⑬ 医療上どんなことが不可能なのか？
- ⑭ 現状の身体症状について医師としてどんなことができるのか？
- ⑮ 現状の精神症状について医師としてどんなことができるのか？
- ⑯ 治療によって私の予後は長引くのか、それとも短縮するのか？
- ⑰ その治療法はどれくらいつらいものなのか？
- ⑱ それはどんなことを伴うのか？
- ⑲ どんな副作用があるのか？
- ⑳ もしその治療を拒否したらどんなことになるのか？
- 21 私はどこで死にたいのか？自宅、ホスピス、それとも別のところ？
- 22 それはどのようにして手配すれば良いのか？

## 緩和ケア

- 23 この施設ではどんな緩和ケアの手配が可能なのか？
- 24 もっと専門的な緩和ケアを受けられる場所はないのか？
- 25 医師／施設の人はそのような緩和ケア施設とつながりがあるのか？その人たちに私の治療法についてコンサルトしたり、参加してもらったりすることは可能か？
- 26 どんな緩和ケアプログラムの設定が可能か？
- 27 痛みや他の症状の治療法としてどんな選択肢があるのか？
- 28 この点についてどれだけ確固とした意見の一致が持てるのか？

## 医療代理人

- 29 自分の意思を表明できなくなったら、私は医師にどうして欲しいか？
- 30 私の意思の代理人として、医師といろんな決断するのは誰が良いか？
- 31 私の代理人にすべてを任せたいか？例外事項はあるか？
- 32 私は私の医療代理人と確固たる意見の一致をみているか？
- 33 万が一、私の医療代理人と連絡がつかないときのために、ほかの人の名前も挙げてあるか？
- 34 私は代理人の情報（名前、住所、電話番号）を書き留めてあるか？
- 35 これらの情報を担当医師や関係している人たちに渡してあるか？

## 蘇生 — 治療の拒否 — 苦痛除去ケアのみの指示

- 36 過去に私はこのような事前指示を書いたことがある：どんな？その考えは今も変わらないか？
- 37 過去に私はこのような事前指示を書いたことがある：このことを担当医師や関係している人たちに知らせてあるか？

もし過去にこのような事前指示を出していないとしたら、今それをしてほしいか？

## 蘇生

- 38 蘇生を拒否したい状況について、事前指示を書くことはできるのか？それはどうしたらいいのか？

## 治療の拒否

- 39 治療の拒否をしたい状況について、事前指示を書くことはできるのか？それはどうしたらいいのか？

## 苦痛除去のみの指示

- 40 苦痛除去のみの指示をして欲しい状況について、事前指示を書き、どんな状況下でも生命停止措置はとって欲しくないという意思表示はできるのか？
- 41 苦痛除去のみの指示を表明した場合、どんな治療を希望するかも指示しておきたいか？

### 安楽死／自殺幫助

もしあなたが安楽死あるいは自殺幫助を希望するのであれば、早い段階で担当医と相談しておくことをお勧めします。

- 42 担当医師の安楽死／自殺幫助に対する考え方は？
- 43 施設には、安楽死／自殺幫助に対するなんらかの方針があるのか？あるとしたら、それを説明した文書があるのか？そのコピーをもらうことはできるのか？
- 44 安楽死／自殺幫助に関して、私はさらに質問したいことがあるか？
- 45 私は生命の終焉についてどのような希望を持っているのか、そしてそれを実行するにはどのような手はずを整えなければならないのか？
- 46 私は私の配偶者、家族、そして／または身近な友人にどうしてもらいたいのか？
- 47 いろいろ決断するにあたって彼らにも参加して欲しいのか？
- 48 担当医師との間で決めたことはどのように記録されるのが一番いいのか？

### その他の援助 — 情報提供、サポート関連

- 49 ほかにどのような支援をうける機構がこの施設内や外にあるのか？どんな問題や質問事項か？
- 50 セカンドオピニオンを別の医師から受けたいか？どうすればいいのか？
- 51 直接担当医師と連絡を取りたい場合、それは可能か？
- 52 担当医が不在のとき、もし緊急を要する質問や疑問が生じた場合どうすれば良いか？どこの誰に連絡をとればいいのか？
- 53 宗教的側面で私を助けてくれるのは誰か？牧師・司祭のケアサービスはあるのか？

### 患者協会

- 54 有用な患者協会はあるのか？
- 55 有用な自助グループはあるのか？

その他担当医に知らせたい・知らせることのできる情報

・  
・

まだ、理解できていない部分、もっと担当医と話し合いたい内容

・



安楽死にまつわるオランダ政策の目的は、安楽死の決定に関する条件を統一化し、なるべく入念に行われるようにし、制度の透明性を確立することにある。そうすることによって、暗に影で行われることを防ぎ、また、患者の意思を尊重しようとする医師の立場を守ることにもなる。法律で立場を保護することによって、安楽死を行った状況の報告がすべてなされ、そのことにより安楽死のケースアセスメントをより効果的に行うことができるようになることを目的の一つとしている。

医師は患者が安楽死を希望したとき、それを行う義務を課されているわけではない。医師にはそれを行わないと拒否する権利がある。しかし、この場合医師は患者に他の安楽死を行ってくれる可能性のある医師を紹介しなければならない。実際に、安楽死要請の3分の2は医師によって拒否されている。多くの場合、まだ苦痛緩和のための手段が残っていると判断され、患者の一部はそれを受け入れるし、いざ安楽死を行える状況になったら担当医師が安楽死を行ってくれると知っただけで安心する場合もある。また、多くの患者は安楽死の条件を満たしているという判断に達する前に死亡している<sup>7,24,32</sup>。

#### D) 報告

2001年度の5つの安楽死地域評価委員会の年間報告書によると、委員会は2054件の安楽死の報告を受けた。うち1819件が積極的安楽死で、191件が自殺幫助、44件が上2つの複合であった。安楽死地域評価委員会は、ほとんどの場合において医師は医療上の十分な配慮をもって行ったと報告している。しかしながらいくつかのケースでは、医師は文書または口頭にて委員会に追加的情報を提供しなければならなかった<sup>7</sup>。

## 5. 国民性、民族性、文化的背景

### ・オランダの国民性

オランダでは個人の意思を尊重する。医師は治療に当たって個人の意思がいかなるものであるかを重視する。患者がすでに意思疎通の取れる状況にない場合は、それ以前に患者がどのような意思を持っていたかを家族や知人など患者を知っている人に確認し、なるべく患者の意に沿うように心がける。患者がサインした文章であれば、それは有効な発言とみなされる。しかしながら、より有効性を増す目的で、自発的安楽死協会 (NVVE) はホームページでリビング・ウィルの書式を提供している(図 10)<sup>33</sup>。

**VOLMACHT**

NAAM

**EUTHANASIEVERKLARING**

NAAM

**BEHANDELVERBOD**

NAAM

DIJCHTEL AAN

ECHTEL AAN

LICHTMEE

---

Voor het geval ik mijn wensen op medisch gebied niet meer kan aangeven, richt ik mij met deze verklaring tot iedereen die bij mijn medische behandeling of verzorging betrokken zal zijn.

**1 UITGANGSPUNTEN**  
Als ik in een toestand kom die geen uitzicht biedt op terugkeer tot een voor mij redelijke en waardige levensstaat, wil ik geen behandeling meer.

**2 SITUATIES WAARIN IK NIET MEER BEHANDELD WIL WORDEN**  
Onder een toestand die geen uitzicht biedt op terugkeer tot een voor mij redelijke en waardige levensstaat, versta ik in ieder geval:

- een coma van langer dan                      weken;
- een permanente vegetatieve toestand;
- een leven aan beademingsapparatuur.

図 10 Living Will の書式

<sup>33</sup>[www.nvve.nl](http://www.nvve.nl)より引用

・ 国際的立場上の安楽死政策

ほとんどの国と同様にオランダでも、安楽死は司法下におかれている。一般に法律では、いかなる場合でも、たとえそれが個人の強い希望によったとしても、殺人は禁止されている。オランダ安楽死法の基本は、この法には例外があるということである。医師が（そして医師のみが）法の規定するところの十分な配慮をもって行い、行った事実とその理由を公表した場合は法の例外とするところとなる。

オランダは、生命の終わり方について公に討論できるように情報を開放することを選択した。実際の生命の終結の実施に関しての責任は、かかわっている人々におかれ、法は監督的役割をとっている。オランダ政府は、「政府や市民は生命に対する権利を保護する義務がある」という国際法を、安楽死法は侵害しないという見解をとっている。この基本的人権における義務に関しては、国際連盟規約にも、人の権利に対するヨーロッパ連盟規約にも、その他のところでも記載されている。上の規約の根底にあるのは生命に対する敬意である。これらの規約は、個人の意思に反してその人の生命を終結させる権利が政府やその他にないことを規定している。規約の条項にも、法の歴史的な流れからしても、どの時点で侵害が違法になるかという点について述べているものはない。安楽死に関して、一般的な意味での禁止は、国際連盟規約や条項などから推し量るわけにはいかない。しかしながら、これら規約の基本理念は「生命に対する敬意」である。オランダの安楽死法はこれにのっとっている。個人の自由意思による安楽死の実行は、上の規約に規定されている「故意に個人の生命を取り上げること」と同義ではない。よってオランダの安楽死法は、規約の言うところの基本的人権を侵していることにはならない。オランダ政府は基本的人権を保証しているが、それぞれ個人の人生が生きるに値するかどうかの判断を個人に任せるところまではいっていない<sup>17</sup>。

安楽死容認派の医師として知られるコーヘン氏は、「オランダの安楽死法は輸出できないんだ」という。安楽死の制度化には、社会に4つの条件がそろっていなければいけない、と。すなわち、①誰もが公平に高度な治療が受けられる医療・福祉制度、②腐敗がなく信頼度の高い医療、③個人主義の徹底、④教育の普及、の4点である。このうちの1つが欠けても「合法化は危険」という。金持ちだけが高度医療を受けられる社会では、貧しい人が安楽死に追い込まれる危険がある。寝たきりになっても医療費の心配や家族への負担を考えるとなく、安心して暮らせる制度が必要である。個人主義とは、安楽死という自分の生死に関する最重要の問題に、自分自身が向き合って、主体的判断が下せるか否か、を指す。この決断において、患者の家族よりも患者本人の気持ちに第一義を置く環境は欠かせない。そうでなくては、患者を負担に思う家族が安楽死を要請する危険がある。また、患者自身が、決断を下すにあたって、十分に状況を理解する必要があり、そのためには、医学的知識だけではなく、医師と向き合ってその言葉を正しく、かつ冷静に理解する能力が重要となってくる<sup>17</sup>。

## 6. 医学教育

現在のところ、オランダの医学教育では、特に **palliative care** として独立した項目で講義や実習がなされているわけではない。看護、癌、老人医療といった各項目の中で関連事項として **palliative care** にもふれられているところが多いようである。

### ① 卒前教育

各大学によってそれぞれ方針が異なるため、**palliative care** に関する講義がどの程度なされているのかを一般論としてのべるのは困難である。

例としては、ナイメーヘン大学では、1年次の看護・社会福祉の実習(約1ヶ月間)で実際にホームなどを訪れ、そこで行われているホスピスケアなどを見学する機会がある。また講義の中では、癌、医学倫理、看護、老人医療の各講座の中で、終末期医療、安楽死問題が取り上げられている。全体としては講義にして2週間くらいが割り当てられている。

アムステルダム自由大学の医学部は COPZ (緩和医療推進センター) の研究の一環として **palliative care** をもっと体系的に講義に織り込んでいこうとの試みから、カリキュラムの改正を提案した。それによると、2年次では血液学/癌の講座の中で2講義 **palliative care** に関連する講義がある。3年次では、精神医学でグループワークを2回(ターミナル、ターミナルでない患者のそれぞれのうつ状態について)、消化器学で **palliative** あるいは終末期の患者の吐気、嘔吐、食思不振、悪液質とイレウスの治療について2講義が設定されている。また3年次では実際に模擬患者を使って患者-医師のロールプレイを行うトレーニングがあり、この中では、患者に治療不能の病気であることを伝えるセッションを設けた。ロールプレイの中で、どのようにして終末期にあるということを伝え、そのときの患者の情緒的变化をどのように受け止め対応するか、といったことがテーマになっている。臨床講義のセクションでは、4年次に肺がんの終末期患者の呼吸不全について、3年次に終末期の重症患者の身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな問題の相互作用についてどのように対応していくかが教育要綱としてあがっている。また、精神科医による終末期の患者の対応についての講義が1回設けられている。老人医療学のブロックでは、どの **palliative care** がどの分野の中で関連してくるかについての要綱が取り上げられている。さらに、人生の終末期における判断についての講義が1回あり、その中では安楽死問題も取り上げられる。また、終末期の脱水症状についての要綱、かかりつけ医のための **palliative care** のガイドラインについて、特に疼痛緩和など症状の対応の仕方について、などが挙げられている。これに加えて、痴呆患者のさまざまな問題についてのグループワークが設けられている。考察講義(8日間)では、さまざまなテーマが取り上げられるが、その中で死期を迎えた患者の対応についての項目がある。実習講義ではグループワーク(1日間)として5項目(それぞれ終末期の患者の実際例)の中の2項目を選んで、終末期医療における治療方針についてのディスカッションをする要綱があげられている。この研究は実際に医学生対象に行い、その後5、6年次の医学生に対してアンケートを行い、フィードバックしていくことになっている<sup>34</sup>。

ナイメーヘン大学でも、医学教育の中に4週間の **palliative care** のモジュールを組み入れていく案が提示されている<sup>35</sup>。近い将来、ターミナルケア科が独立する予定である。