

'Local Research Ethics Committees' (HSG(91)5). Department of Health, Richmond House, 79 Whitehall, London, SW1A 2NS. 1991.

'Multi-Centre Research Committees' (HSG(97)23). Department of Health, Richmond House, 79 Whitehall, London SW1A 2NS. 1997.

'ABPI Guidance Note. Patient Information and Consents for Clinical Trials'. Association of British Pharmaceutical Industry, 12 Whitehall, London, SW1A 2DY. May 1997.

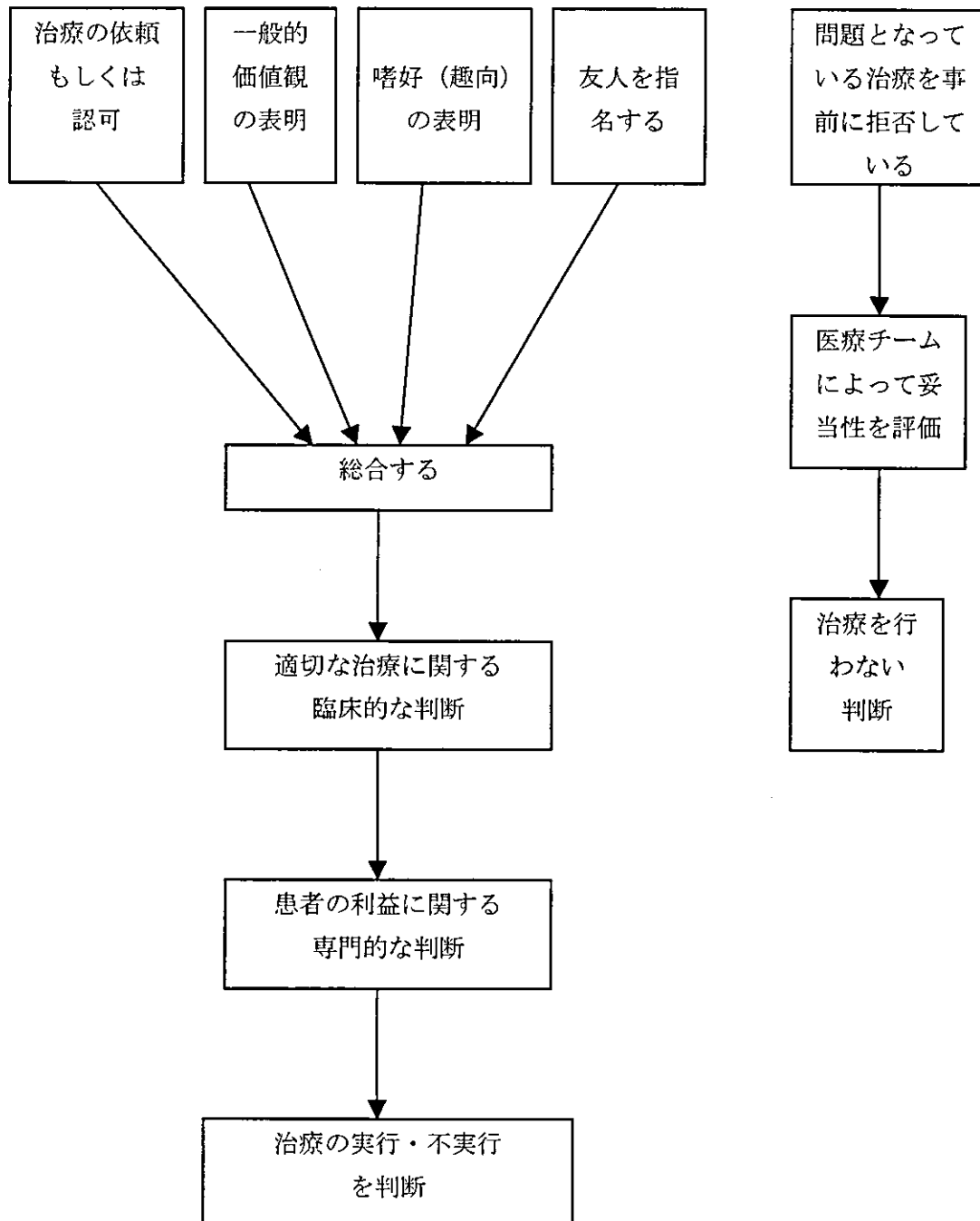
'International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects'. Council for International Organisations of Medical Sciences (CIOMS), c/o World Health Organisation, Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland.

'Charter for Ethical Research in Maternity Care.'1997. National Childbirth Trust, Alexandra House, Oldham Terrace, Acton, London W3 6NH.

'Human Tissue: Ethical and Legal Issues 'Nuffield Council on Bioethics, 28 Bedford Square, London WC1B 3EG April 1995.

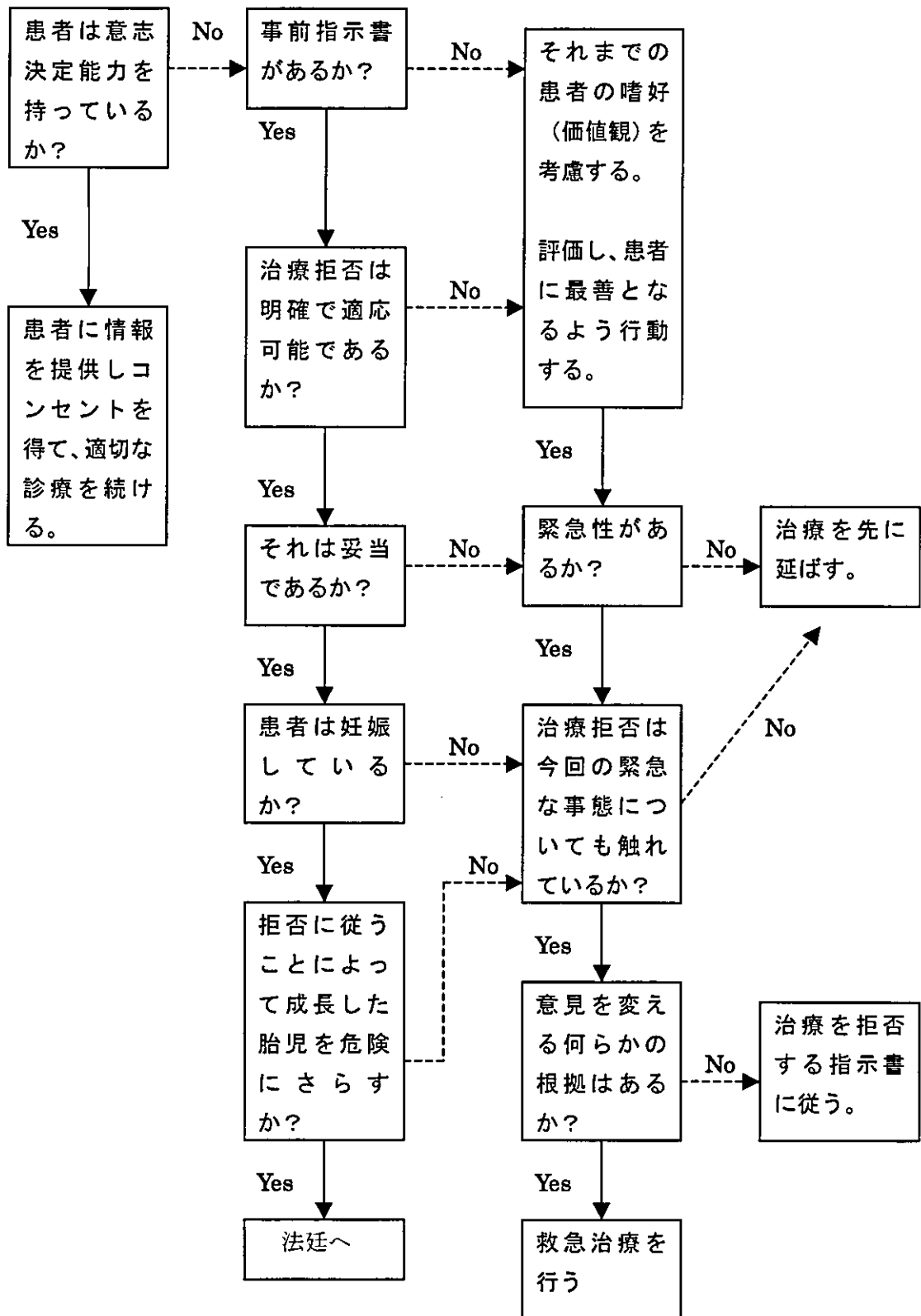
<事前指示書の種類>

Types of advance statement (living will リビングウィル)



Advance Statements about medical treatment – code of practice, April 1995, BMA より筆者が邦訳

< 意志決定のアルゴリズム >



Advance Statements about medical treatment – code of practice, April 1995, BMA
より筆者が邦訳

イタリアにおける緩和ケア（施設/在宅）の現状と課題

福島智子

1. はじめに

イタリアの医療制度は、基本的に英国のNHSと同型のSSN (Servizio Sanitario Nazionale) であり、国民は出生と同時に国から家庭医を割り当てられ、死亡まで保健/医療サービスは原則的に無料である（1983年から利用者の一部負担導入）。イタリアにおいても少子高齢化は顕著で、1997年の統計では65歳以上が占める割合は全人口の1/6、1世帯の構成員数の平均は2.7人で、過去10年間で大きな変化はない。

従来、緩和ケアという医療のあり方は国によって承認されておらず、SSNの保障する医療施設や在宅サービスに含まれていなかったが、1998年、緩和ケアに対する公的な資金援助が法制化された。それ以前の緩和ケアの活動は、在宅ケアを中心として地域医療との連携を試みてきた宗教系の非営利団体によって支えられてきた（1995年時点で宗教系/非宗教系合わせて270）。

2. 方法

イタリアにおける緩和ケアの状況を、（在宅ケア団体におけるフィールドワークを含む）現地調査と保健省（関連団体）の文書/資料分析を通じて明らかにした。

イタリアの緩和ケアの形態は、①施設を基盤とするもの（ホスピス）、②在宅ケアを中心とするものに大きく分かれるが、もっとも重視されていることは医療サービスの継続性を保証する、多様な保健/医療サービスを繋ぐネットワークの構築である。とくに、①医療的介入 (sanitario)、②社会-医療的介入 (socio-sanitario)、③（介護福祉などの）社会福祉的介入 (assistenziale) の統合が目指されている。緩和ケアの主要な対象は悪性腫瘍の末期段階にある患者とその家族であるが、それ以外の疾患を排除するものではない。

3. イタリアにおける終末期医療に関する特徴

イタリアの社会/文化（宗教）的特色として以下4点が指摘できる。①緩和ケアにおいて、安楽死の問題は（原則的に）浮上しない（カトリックによる禁止）、②麻薬性鎮痛剤の使用に対する宗教的忌避（2001年以前はこの傾向が強く、緩和ケアの発展が遅れたとの指摘がある）、③悪性腫瘍の患者に対する余命告知に際しての家族を含めた「集団的決定権」の重視、④ボランティア（非営利団体/宗教団体）の活動—豊富な社会資本、である。今後の課題は、統一的な国家施策を通じた、地方レベルでかなり幅がある制度的パフォーマンスの全体的な向上となっている。

日本との類似点として、イタリアにおいても現在、治療に関する「事前の意思表示」の法

制化に向けた動きが指摘できる。そのなかで、カトリック教会によっても、医師の職業倫理規定によっても厳しく禁止されている（消極的安楽死を含む）安楽死と、「過度な治療の回避」（治療中止）をどこで区別するかという問題が生じている。カトリック教会による支持を背景として、「事前の意思表示」による治療中止という個人の決定は、今後、法律によって保護される可能性が大きい。しかし、両者の差異は、最終的に医師の「倫理性」に依存する傾向が強いといえるだろう。

4. イタリアの概要

1) 基礎データ¹

南欧に位置するイタリアの人口は約 6000 万人（2001 年のデータで 57,844,017 人）、大家族というイメージとは異なり、世帯平均人員は 2.7 人（2001 年）で、過去 10 年間で大きな変化はない。高齢化指標は 60 歳以上人口比 24.5%、65 歳以上人口比 18.2%（2001 年）、イタリアにおいても少子高齢化の傾向は顕著である。65 歳以上の割合を推計人口動態でみると、2010 年で 20.6%、2020 年で 23.9%、2030 年で 28.6%、2050 年で 35.9%となっている。平均余命は男性 75.8 歳、女性 82.0 歳（1999 年）である。宗教はローマ・カトリックが 90%以上を占め、イタリア社会に与えるカトリック教会の影響は大きい。イタリア南部の失業率は 21.0%、イタリア全体では 9.5%、女性の失業率は 14.5%と、地域差、性別差がみられる。こうした地域による格差（概して南部の状況—貧困・失業など—は北部に比べて深刻であり、南北問題といわれる）は、医療福祉制度にも及んでいる²。

2) 保健/医療制度

イタリアの保健/医療制度は、英国の NHS とほぼ同型の Servizio Sanitario Nazionale（国民保健医療サービス）で、1978 年に導入されている。医療費原則無料が、1983 年、利用者の薬剤/検査料の一部負担が導入された。1992 年から 1994 年にかけて実施された医療制度改革では、国民保健医療サービスの州営化や地域保健機構（Unità Sanitaria Locale USL）が地域保健公団（Azienda Sanitaria Locale ASL）へと再編され、県³レベルに一つの ASL が設置され、独立した企業体としての性格をもつことが目指された⁴。表 1 は 1999 年の機能別社会保障給付である。

表 1 機能別社会保障給付（通貨単位：100 万ユーロ）⁵

総額	医療	高齢者	障害	家族/子供	遺族	失業
対 GDP (%)	対総額 (%)					

¹ 『世界の社会福祉年鑑』2002 年版、旬報社、73 頁。

² ロバート・パットナムは、様々な領域において州/県（地方自治体）レベルの独立性が高く、国家の制度的パフォーマンスの地域格差が大きいことを指摘している（パットナム、ロバート、2001 年『哲学する民主主義—伝統と改革の市民的構造』NTT 出版）。

³ イタリアは 20 の州（うち 5 州が特別州）からなり、州は 110（2001 年時点）の県からなる。県は コムーネ からなる。

⁴ 小島晴洋 1999 年「社会保障」、馬場康雄、奥島孝康『イタリアの社会—遅れて来た「豊かな社会」の実像』、158～172 頁、早稲田大学出版部

⁵ 『世界の社会福祉年鑑』2002 年版、560～571 頁。

270067	64045	142800	16880	9912	30115	5864
25.3	23.7	52.9	6.3	3.7	11.2	2.2

人口 1,000 人当たりの医師数は 5.9 人 (1990～1998 年)、人口 1,000 人当たりの病床数は 6.5 (1990～1998 年) となっている。

5. 緩和ケアの概要

1) 緩和ケアの歴史

英米や日本と比較して、イタリアにおいてホスピスという施設を基盤とした緩和ケアの歴史は浅い。がんの末期患者を対象とした緩和ケアの必要性が、医療者や宗教者のあいだで認識され始めたのは、1980 年代初頭である。イタリアにおける緩和ケアの基礎を築いたのは、当時国立ミラノがん治療リサーチ・センター、疼痛治療部門の責任者であったヴィットーリオ・ヴェンタフリッダ教授とヴィルジリオ・フロリアーニ技師であり、彼らによって練り上げられた緩和ケアの方法論が、その後「フロリアーニ・モデル」(がんの末期患者を取り巻く問題解決に向け、既存の病院における身体的苦痛の処置に加え、人生の末期を過ごすのにより適した環境提供の実現のため、従来の病院と私立・公立の諸団体との連携の指針を示したもの)としてイタリア全土に広がっていく⁶。

イタリアで緩和ケアという医療のあり方が国民保健医療サービスの一部として法的に承認されたのは 1998 年である。イタリア政府は 1998 年から 2000 年にかけて、英国のホスピスをモデルとする緩和ケア施設の設立に約 150 億円、末期患者の在宅ケアに約 75 億円の資金援助を決定した⁷。イタリアにおいてホスピスという施設 (2000 年時点でイタリア全土に施設型緩和ケアホスピスは 4 施設—約 70 床) がこれまで発展しなかった背景には、こうした財政基盤の脆弱性があり、法制化以前の緩和ケアの活動は、在宅ケアを中心として地域医療との連携を試みてきた宗教系の非営利団体によって支えられてきた。そうした非営利団体の数は 1995 年時点で、宗教系・非宗教系合わせて 270 存在するといわれる。2005 年のデータ⁸によると、施設型緩和ケア (病院/老人ホームなどの福祉施設の一部病床を含め) は 86 (894 床) と、この数年で 10 倍以上の増加を示している。しかし、各州に最低一つの緩和ケア施設 (ホスピス) の設立は果たされず、一部施設でも各州 0～38 と大きな幅がある。

2) 国家による在宅緩和ケアの取り組み

イタリアの厚生労働省にあたる衛生省 (Ministero della Salute) は、2002 年 4 月、緩和ケ

⁶ De Micheli, Patrizia, *L' amore ultima parola della morte*, Sady Francinetti, Milano, 2000. そうした流れを汲んで、ローマ、カトリック大学附属病院放射線治療科の医師、故アッティリオ・ロマニーニ氏が創設したのが、在宅ケア団体「ロマニーニ会」である、報告者はロマニーニ会を対象として 2000 年 5 月から約半年間、フィールドワークを行っている、本報告では、そのときのデータも参考にしていく。

⁷ 拙稿 2002 年「イタリアにおける緩和ケアの動向」『保健医療社会学論集』13 巻 2 号 67 頁。暫定措置令 450 号 28/12/1998 は後に 1999 年法律 38 号として成立。

⁸ 緩和ケア協会 (Federazione Cure Palliative ONLUS) の HP のデータから。緩和ケア協会はイタリア緩和ケア団体 ((Sociea Italiana di Cure Palliative) と協力して、緩和ケアを行う UCP、非営利団体の技術/構造/組織に関する最低基準を設定している団体である。

ア委員会報告（Sirchia 衛生省大臣）のなかで、がんによる年間死亡者数約 16 万人（ISTAT, 1998）の 90%が、人生の終末期における QOL 向上のためのケアを必要としている、と述べている。公衆衛生政策の基盤となる国民保健医療計画 2002 年-2004 年では、1) 介入の合理化、2) 緩和ケア実現のための組織モデル、3) ネットワークと費用の多様性についてまとめている。各章の要旨を以下にまとめた。

（1）介入の合理化

①医療的介入、②社会-医療的介入、③社会福祉的介入の三者の連携を達成するネットワークの構築が重要である。とくに、緩和ケアの潜在的利用者の約 8 割を占める在宅ケア/在宅医療においてその重要性が高い。三者の連携の重要性は、65 歳以上の男性の 5.4%、女性の 7.4%が貧困状態、高齢者の 21%は日常的動作に困難があり、65 歳以上の障害者の 34%が独居している、というデータによっても強調されている⁹。また各地域で活動する多くの非営利団体、ボランティア、宗教団体などが、国あるいは各州が決めた技術的、構造的、組織的認可基準を満たす形で統合されることが急務である。

（2）緩和ケア実現のための組織モデル（2001 年 4 月 19 日協定）

緩和ケアに関わる医療形態は、①外来診療、②総合的在宅介護、③専門的在宅介護、④一般入院/デイ・ホスピタル、⑤施設型緩和ケアにおける介護に分けられるが、現在、①～⑤の連携に向け、多くの地域で緩和ケア機構（UCP）が設立されている（地域保健公団（ASL）に最低ひとつの緩和ケア機構（CPU））。CPU 設立の背景には、イタリアにおける緩和ケアに特徴的な問題が指摘されている。それは、在宅緩和ケアを受ける患者の 15-20%は、サービス開始後 1 週間で死亡¹⁰するという、極めて高い患者の重症度である。これまで、①～⑤の各部門間の連携がうまくいかず、介入の合理化が達成されていなかったという反省から、患者/家族のニーズに応じた対応・サービスの「継続性」を保証するためのより効果的な介入が目指されている。

イタリアの在宅緩和ケアは、終末期の患者を対象とし、家庭医と UCP チームによって提供される①総合的在宅介護（ADI）と、緩和ケアの責任が家庭医から UCP チームへと委任される専門的在宅緩和医療（Ospedalizzazione domiciliare：在宅医療＝在宅で病院と同レベルの医療を保証する）に二分される。現在、この専門的在宅緩和医療が、イタリアにおける今後の緩和ケアの中心的組織として推進されている。2002 年 9 月 30 日、「在宅緩和医療」推進に向けたガイドライン「在宅緩和医療に関する委員会による包括的な報告書」が作成された。報告書は、I-法律に関する全体状況、II-在宅ケアの潜在的需要の分析、III-在宅ケアサービスの特徴（ケアの質/質の基準¹¹）、IV-経済的評価で構成されている。

⁹ Comitato Ospedalizzazione Domiciliare (D.M. 12/4/2002)-Documento conclusivo より。

¹⁰ 緩和ケアを受けた（がん）患者の平均ケア日数は、在宅の場合 45 日、ホスピスの場合 17-20 日（緩和ケア委員会報告）。

¹¹ アメリカ医療経済学者 Donabedian による医療の質の評価の三要素（構造/過程/結果）に基づく。患者に照準した機能 5 項目（権利と倫理/評価/援助とサービス/教育/ケアの継続性）、組織の機能 6 項目（パフォーマンスの向上/リーダーシップ/器具使用と環境の安全性/人的資源の管理/情報管理/監督・コントロール・感染予防）について計 76 の指標を設定。

一方、施設型緩和ケアに関しては、1999年9月28日保健省令39号/2000年1月20日首相令により「ホスピスに関する最低条件」が定められた。各州あるいは各県が最終的に設定する基準は異なっても、最低限満たすべき基準として、最低条件の人員（従事者）組織、アクセスの容易さ、サービスの継続性と従事者の監督、適切な費用について言及されている。

(3) ネットワークと費用の多様性

現在、施設型緩和ケア（ホスピス）、在宅緩和医療の費用について、国による統一的な指標は存在しない。サービスの提供主体や各地域で利用できる資源の差異によって費用はさまざまである。ロンバルディア州、ピエモンテ州、シチリア州、ラツィオ州での調査では、1日当たりのホスピス入所料金（1998～2001年）は約180～250ユーロであった。

一方、デイ・ホスピタル/外来診療サービスに関しては国あるいは地域による統一基準が存在するものの、外来診療に関して定められた費用は不十分であることが指摘されている。

「在宅緩和医療に関する委員会」(Comitato sulla Ospedalizzazione Domiciliare) は、患者/家族にとって有益かつ適切なコストでの在宅緩和医療の整備、実現を促している。

ここ数年における緩和ケアの発展要因として、1)麻薬性鎮痛剤の使用を含む疼痛コントロールの可能性の増大（適切な投薬によってがんによる痛みの約80%が緩和できる）、2)他の症状コントロールの改善、3)死に臨む患者の意思の尊重、4)終末期患者に対する人工栄養と水分補給についての理解、5)過度な治療の拒否、が挙げられている。

6. イタリア（南欧）社会の特色

1) 従来社会福祉論におけるイタリアの位置づけ

エスピン=アンデルセンは、社会福祉制度を表2のように分類し、イタリアを②保守主義的制度に位置づけた。

表2 制度別による各国分類（エスピン=アンデルセン1990、表33、74頁¹²）

①自由主義的制度	②保守主義的制度	③社会主義的制度
オーストラリア	オーストリア	デンマーク
カナダ	ベルギー	フィンランド
日本	フランス	オランダ
スイス	ドイツ	ノルウェー
アメリカ	イタリア	スウェーデン

メリアン（1997=2001）は、エスピン=アンデルセンの議論を次のようにまとめている。②保守主義的制度（「コーポラティズム的保守主義的福祉国家」）は、賃金労働者に支えられ、部分的には事故、疾病、老齢などの労働外の環境に陥った労働者の所得の維持を目指す。再配分機能が弱く、個人の諸権利は階級や身分に関連しており、家族・保育所サービスは低発

¹² Esping-Andersen Gösta, *Les trios mondes de l'Etat-providence. Essai sur le capitalisme moderne*, Paris, PUF, 1990.

達である。続けてメリアン（1997=2001:122）は、エスピン=アンデルセンによるこうした分類に対する M・フェレーラの批判を紹介している。

フェレーラによると、南欧諸国（イタリア/スペイン/ポルトガル/ギリシャ）を②に分類するのは、以下の理由から困難である。まず、社会領域においては、分節化したビスマルクの方策に基づく収入保障制度が存在するが、最低保障の考えが伝統的に欠如している点、国家医療制度を普遍的使命として全国民に実施している点、（退職年金に関して）賃金労働者がときとして著しく社会的優越性をもつ点、賃金労働社会に統合されない人々は、家族的ネットワークまたはインフォーマルセクター（法規定のない非公式セクター）のなかでしか考慮されない点、国家機構の弱さに支えられた縁故主義、腐敗行為という特徴、である（メリアン 2001:122）。イタリアはさらに、社会福祉/医療政策の地域格差が著しいという特徴もあり、他の欧州諸国と比較しても概して北部は高度に発達した社会福祉/医療政策を地域住民に提供しているとの研究結果もある。

2) 社会/文化/宗教的特色

イタリアの社会/文化/宗教的特色として以下4点を指摘したい。

- ① 緩和ケアにおいて安楽死問題は「原則的に」浮上しない
- ② 麻薬性鎮痛剤の使用に対する忌避（欧州の国の中で最低の使用）¹³
- ③ 末期患者に対する余命告知に際しての家族を含めた「集团的決定権」の重視¹⁴。
- ④ ボランティア（非営利団体/宗教団体）の活発な活動¹⁵

上記4点のなかでも、特に重要な①緩和ケアにおける安楽死¹⁶、の問題について詳述する。先述したとおり、国民の90%以上をカトリック教徒が占めているため、医療におけるカトリック文化の影響は強い。イタリアでは積極的安楽死はもちろん、消極的安楽死も厳しく禁止されている。イタリアの医師に加盟が義務づけられる医師会が定める「医師の職業倫理規定¹⁷」では、5章36条に次のように明記されている。「5章36条-安楽死 医師はたとえ患者の要請があっても、死をもたらす介入（治療）を行ってはならない」。さらに、緩和ケアに関わる「回復不可能な病者の援助」について、5章37条では「死が確実な病気の予後あるいは

¹³ 2001年法律8号「疼痛治療における麻薬性鎮痛剤使用に関する規定」により、この傾向は徐々に変化しつつある。麻薬性鎮痛剤使用に対する見方の変化は、緩和ケアの発展に寄与したと考えられている。

¹⁴ 報告者が行ったローマでのフィールドワーク（在宅緩和ケア団体を対象として2000年に実施）から、実際のケア現場では、医療者による家族に対する告知が先行し、患者本人に対する明確な「余命告知」は控えられる傾向が明らかになっている（拙稿2003）。また、積極的治療から緩和ケアへの移行の決定に関しては次のことがいえる。まず、医療提供者から患者あるいは家族に緩和ケア（在宅ケア）への移行が提案され、患者あるいは家族（原則的には患者）の意思を尊重して最終的に決定される（2000年時点では法的手続き/国のガイドラインなどは特に存在しなかった）。

¹⁵ パットナム(2001)は豊富な「社会資本」として提示している。緩和ケア領域においても、こうした豊富な社会資本をどのように生かしていくかが今後の課題とされている。

¹⁶ 安楽死の定義として、回勅(L' Enciclica Evangelium vitae-n.65)は、「安楽死とは、苦痛を除去する目的のために死をもたらす意図をもった作為、不作為を指す」、また国家生命倫理学団体(Comitato Nazionale di bioetica)では、「安楽死とは、苦痛に襲われている終末期の患者からの要請に基づいた、直接的殺人、嘱託殺人」である。

¹⁷ イタリア医師会の規定。1946年の暫定措置令が1950年、国家元首令(Decreto del Presidente della Repubblica, 5 aprile 1950, n. 221)として施行。「医師の職業倫理規定」の罰則規定は1)忠告、2)戒告処分、3)医師としての職業活動からの一時的停職、4)医師会からの除籍、がある(40条)。

ターミナル期の患者のケースでは、医師はその職務を、可能な限り生活の質を守るよう、道徳的な援助と無益な苦痛を和らげる治療に制限すべきである」「患者の意識がない場合、医師は、有効だと合理的に判断する限り、生命維持を行わなければならない」「生命維持は、すべての大脳機能の不可逆的喪失が確認されるまで行われなければならない」とされている。

安楽死に対する宗教的あるいは倫理的抵抗が根強いなかで、ミラノで実施されたある調査¹⁸では以下のような実態が明らかにされている。集中治療室の医師 257 名を対象とした質問票による調査において、3.6%の医師は「積極的安楽死」を最低1回は行ったことがある、一方、96.4%が「積極的安楽死」を一度も行っていないと回答。さらに、38.6%の医師は「消極的安楽死」を最低1回は行ったことがあると答え、うち50%は患者に意思を確認していないという。「積極的安楽死を行ったことがある」と回答した3.6%の医師は、通常殺人罪に問われるケースである。実情は明らかでないが、その数字は、イタリア国民の4%が安楽死に賛成であるとの調査結果に準じる、としている。ただし、「過度な延命治療の回避」と「死の過程を早めること（いわゆる安楽死）」との差は非常に曖昧であると指摘されている。両者を「消極的安楽死」と一括りにはできないが、今後、安楽死を要請する患者の権利についての議論が、国会レベルでも開始されるだろうとの予想通り、現在イタリアでは「過度な治療の回避」に向けた法案が審議されている。その現状を以下にまとめた。

イタリアでは、先述した「医師の職業倫理規定」においても、またより一般的な、カトリック教会による信者に対する指針(*la Pastorale della Chiesa Cattolica*)においても、「過度な治療」は排除されている。しかし、「患者の治療に対する要望」と「過度な治療」の区別は困難であるともいわれ、現在上院をはじめ、様々な関連諸団体によって議論が行われている。二人の上院議員(*Ripamonti, Del Pennino*)は、2003年5月23日、下院に「インフォームド・コンセントと医学的介入についての事前の意思表示に関する規定」と題する法案を提出した。法案は「過度な治療の回避」に向けて、1条2項、2条2項、3条4項、4条3項から構成されている。

医学的介入についての事前の意思表示、に関連する部分を抜粋、要約すると、2条1項：人は治療について同意する権利、拒否する権利がある、3条1項：治療の同意/拒否の権利-表明された意思は判断能力喪失後も有効である、3条2項：(判断能力喪失後にその人を保護する)信頼できる誰かを指定できる、3条3項：意思は常に取り消すことができる、3条4項：判断能力喪失時、信頼する人を指定していない場合、裁判官が当該者を保護する、4条1項：信頼する人の決定と医療者の提案が異なる場合、裁判官への申し立てができる、となっている。

このような動きに対して、教会は承認の意向を示しているが、他方、高齢者の延命手控えに繋がるなどの指摘や安楽死問題への言及など憂慮する識者も存在する。しかし教会が承認していることもあり、将来的な法制化の可能性は高いとみられる。「インフォームド・コンセントと医学的介入についての事前の意思表示に関する規定」が法制化された場合の具体的な意思表示の方法として、*Testamento di vita (living will)*、*Testamento biologico/Biocard*¹⁹、

¹⁸ ミラノ市にある集中治療室に勤務する医師 257 名を対象とした無記名によるアンケート調査 (カトリック大学ミラノ校、*Adriano Pessina* 教授) で 87% の回収率。

¹⁹ *Biocard* の例として *Associazione per le libertà (自由のための団体)* が提示 (添付資料)。

Direttive anticipate (Advanced Directive などが提案されている)。

今後の課題として、「消極的安楽死」と「過度な治療の回避」の線引きが困難であることが指摘されている。「消極的安楽死」は、かなりの苦痛に襲われている終末期患者に対し、無益と判断された通常の治療を開始しないこと、あるいは中断することと定義されている。

(この点で遷延性植物状態の患者に対する人工栄養や水分補給中止は禁じられる)「過度な治療」とは、無駄あるいは不適切(で/または無益)な治療を執拗に行うこと、とされている。一方、「通常の治療」とは、たとえ人工的なものであっても、水分と栄養補給と考えられている。多くの議論があるなかで、「死をもたらすこと(安楽死)」と「死を認めること(死の自然なプロセスに任せること=過度な治療の回避)」を分けるものは、その行為を行う医師の倫理性や宗教的信条(意図)でしかないように思われる。

(参考文献)

- エスピノーザ=アンデルセン、ゲスタ(渡辺雅男、渡辺景子訳) 2000『ポスト工業経済の社会的基礎—市場・福祉国家・家族の政治経済学』桜井書店
- 小島晴洋 1999「社会保障」馬場康雄、奥島孝康編『イタリアの社会—遅れて来た「豊かな社会」の実像』(158~172頁)、早稲田大学出版部
- パットナム、ロバート(河田潤一訳) 2001『哲学する民主主義—伝統と改革の市民的構造』NTT出版
- 福島智子 2002「イタリアにおける緩和ケアの動向」『保健医療社会学論集』13巻2号(66~71頁)
- 福島智子 2003「患者本人に対する告知の理論と実践—カトリック生命倫理学の原理と実際—」『医学哲学医学倫理』21号(13~30頁)
- メリアン、フランソワ=グザヴィエ(石塚秀雄訳) 2001『福祉国家』白水社
- 『世界の社会福祉年鑑』2002、旬報社

Associazione per le libertà, A Buon Diritto 公式ホームページ

Comitato Ministero Salute Cure palliative.

Comitato sulle Cure Palliative, Ministero della Salute.

Disegno di Legge d' iniziativa dei senatori RIPAMONTI e DEL PENNINO Comunicato alla Presidenza il 23 Maggio 2003.

Documento Consultivo “Caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari,” Comitato Ospedalizzazione Domiciliare, Roma, 30 settembre 2002.

参考資料

Dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari

(医学的介入に関する事前の意思表示)

DICHIARAZIONE

		はい	い い え
1	たとえ病気が重症で回復不可能なものであっても、自分の健康状態について情報を与えられたい		
2	診断や治療の利益とリスクについて情報を与えられたい		
3	たとえ私の同意がなくても、治療者が以下の人（.....）に情報を与えることを認めます		

DISPOSIZIONI GENERALI

私はこれらの介入（以下）を希望します

4	私の死を遅らせる結果になる介入が開始され、継続されること		
	私の死を遅らせる結果になる介入が開始されず、継続されないこと		
5	回復の見込みがないまま、永続的な無意識の状態を維持するような介入が開始され、継続されること		
	回復の見込みがないまま、永続的な無意識の状態を維持するような介入が開始されず、継続されないこと		
6	回復の見込みがない重度の痴呆状態を維持するような介入が開始され、継続されること		
	回復の見込みがない重度の痴呆状態を維持するような介入が開始されず、継続されないこと		

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

		はい	い い え
7	たとえ私の生命の短縮をもたらすとしても、苦痛を緩和する（麻薬性鎮静剤の使用などの）すべての措置を開始することを希望します		
8	4、5、6 について、人工呼吸器装着の場合、治療者が可能であると判断すれば、心肺蘇生が行われることを希望します		
9	4、5、6 について、自然の栄養補給ができない場合、治療者による人工の水分/栄養補給が行われることを希望します		

DISPOSIZIONI RIGUARDANTI L' ASSISTENZA RELIGIOSA

		はい	い い え

11	宗教的な援助を希望します 宗教の種類.....		
12	葬儀は次を希望します	宗教的	世俗的

DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE

		はい	いいえ
13	移植を目的として私の臓器を提供します		
14	科学的/教育的目的のため、私の身体を提供します		
15	私の身体は次のようにしてください	土葬	火葬

オランダ：法的視野からの考察

平野美紀

1. はじめに

終末期医療において、自己決定権を尊重するというのは世界的な動きであり、オランダは特にその最先端を走る国といわれる。というのも、オランダは、患者の自己決定を最大限に尊重するために、時には死の自己決定という究極的な選択までも認めて、安楽死を世界で最初に合法化した国として知られるからである。当初、安楽死が実務上許容され、その後合法化された背景には、さまざまな要因があるが、本稿では、法的な視点を中心にオランダにおける安楽死について述べることにする。安楽死という選択肢は、終末期医療においてもひとつの側面にすぎないが、そこにいたる経緯については、学ぶことも多いと思われる。

2. 医療における同意：WGBO

オランダには、医療における同意について定めた法 WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst 医療同意法) が存在する点で日本と異なる。WGBO は、1994年にオランダ民法第7編(446条－468条)に組み入れられ、95年より施行されている¹。本法は成人だけではなく未成年者の医療同意についても定めている。

WGBOによれば、16歳以上は独立して医療に関して自己決定できるとし(オランダ民法7編447条)、12歳から15歳までは、自分の利益について衡量することができれば医療行為に関する同意能力があるとする。ただし、この場合は本人の同意のほかに、両親か法定代理人の同意も必要である(同450条)。そして、12歳未満は医療行為に関して同意能力がないので、両親か法定代理人により権利が代行される(同465条)。

3. 治療中止と安楽死

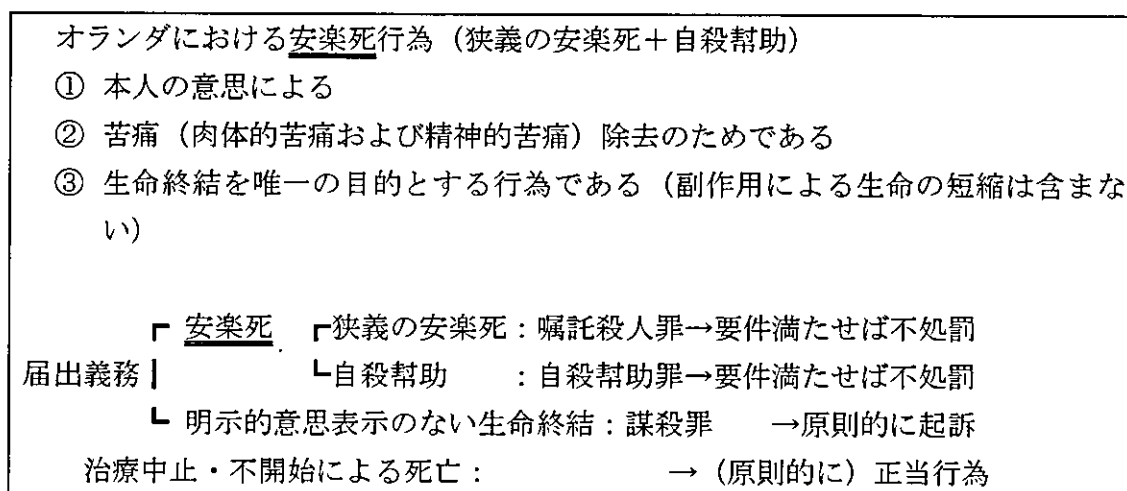
オランダにおける通常の医療方針は、「疑わしきは治療中止」(in dubio abstine)で

1

¹ Stb.1994, 837. Netherlands, International Digest of Health Legislation, 46(2), 196-199, 1995; 手嶋豊「患者権利確立への歩み：オランダ診療契約法とその周辺」リーガルマインド4号(1998)13頁以下。

ある²。ただし、その決定の前提として、医療技術の発達と医療へのアクセスが広く保障されており、また福祉も行き届いていることを強調しておきたい。

また、「治療中止」は安楽死の概念には含まれない。なぜなら、オランダでいう「安楽死」は、①本人の意思によって、②苦痛除去のために、③生命終結を唯一の目的とする行為をいうからである（下図参照）。鎮痛医療の副作用による死亡（間接的安楽死）や治療中止による死亡（消極的安楽死）は、死を唯一の目的としておらず死という結果が付随的であるので、③の要件には該当しないのである。したがってこれらは、オランダでは安楽死と定義されず、通常の医療行為の範疇にあり、法的に問題となることのない行為である。また、苦痛について、精神的苦痛と身体的苦痛は密接な関係があるとしており、我が国のように身体的苦痛に限定しているわけではない。さらに、病気については、不治の病であるということは前提となるが、末期であるかどうかは問題としない。そして、安楽死は本人の意思をできるだけ尊重するために実行されるものであり、本人の要請が大前提となる。



オランダでいう「安楽死」とは、狭義の安楽死と自殺幫助をあわせたものをいう（上図参照）。狭義の安楽死とは、医師が注射等によって患者の生命を終結させることをい、自殺幫助とは、医師の処方した薬剤を患者が自ら服用することによって死亡することを意味する。オランダでは、それらの行為は、刑法上、それぞれ囑託殺人罪と自殺幫助罪に該当するが、ある一定の要件が備われば実務上は許容されてきた。

現在では「要請に基づいた生命終結と自殺援助に関する審査法（Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding）」（以後「安楽死法」という）が施行されて刑法も改正されたために、耐え難い肉体的苦痛あるいは精神的苦痛に苦しむ、16歳以上の患者本人の要請に基づいて、注意深く行われた生命終結行為は、刑法上処

² Huibers A. K.: Beyond the threshold of life treating and non-treating of critically ill newborns in the Netherlands, Journal of Legal Medicine, 16, 227-245, 1995.

罰されないこととなった³。

もちろん、本人の意思が不明確であり、その生命を終結すればオランダ刑法上の謀殺罪（下表参照）に該当する。そして①の要件が満たされないために、その終結行為は、そもそも安楽死とはいえないはずである。しかしながら、本人意思が明確でない場合、たとえば痴呆症の高齢者など、明確な意思があるかどうかの境界線は曖昧となる場合があり、また生命終結行為という点に着目すれば、法的・倫理的・社会的にも共に議論すべき問題である。そのために、届出制度運用上、本人の意思が明確でない場合にも安楽死に類する行為として届出義務が課せられてきた。

法改正前も後も、問題があれば、起訴されることはかわらないが、起訴されても、オランダ刑法 40 条にいう「不可抗力 (overmacht) の抗弁」によって、無罪となるケースも多くあった。数々の裁判例の中で、「不可抗力の抗弁」についても詳細に検討されているが、この抗弁が用いられるのは、主に、緊急避難 (noodtoestand) を理由とした違法性阻却事由として、あるいは、心理的不可抗力 (psychiatrische overmacht) を理由とした責任阻却事由としてである。詳しくは 6 章の裁判例の中で扱うことにする。

現行オランダ刑法（安楽死法施行に基づく法改正によって 293 条、294 条はそれぞれ第 1 項となり、第 2 項が追加された）

謀殺罪【289 条】 予謀をもって他人の生命を奪った者は、終身刑または 20 年以下の自由刑または第 5 カテゴリーの罰金刑に処される。

嘱託殺人罪【293 条】 他人の明示かつ真摯な嘱託に基づきその者の生命を終結した者は、12 年以下の自由刑または第 5 カテゴリーの罰金に処する。

【293 条 2 項】 1 項にいう行為が、要請に基づいた生命終結と自殺援助に関する審査法（著者注：安楽死法）2 条にいう注意深さの要件を遵守した医師によって実施され、かつ、遺体埋葬法 7 条 2 項に従い、医師がその行為を自治体の検死官に届出たときは処罰しない。

自殺幫助罪【294 条】 人を教唆または幫助して自殺をさせた者は、自殺が実行されたときは、3 年以下の自由刑または第 4 カテゴリーの罰金に処する。

【294 条 2 項】 他人の自殺を幫助し、またはその手段を提供した者は、自殺が実行されたときは、3 年以下の自由刑または第 4 カテゴリーの罰金に処する。293 条 2 項を準用する。

3

³ 新制度については、平野美紀「死の自己決定—自殺と安楽死」精神保健研究 49 号 supplement (2003)67 頁以下；大嶋一泰「安楽死をめぐる展望と課題—オランダにおける『嘱託に基づく生命の終焉と自殺援助の審査法』の成立を契機として」現代刑事法 31 号 (2001) 69 頁以下；山下邦也「オランダにおける安楽死申告手続の改正—新たな政令と報告書」庭山英雄先生古稀祝賀論文集（現代人文社、1999）521 頁以下；同「オランダ新安楽死法（正文）」同志社法学 53 卷 5 号 (2002) 229 頁以下。

不可抗力【40条】 不可抗力によって強制された行為は処罰されない

4. 安楽死届出制度

このように、オランダでは、一定の条件さえ備われれば安楽死が許容されてきた。これは、1970年代から事例が蓄積され、その一部が起訴され裁判となり判例として積み重ねられてきた結果である。判例については、6章で扱うことにする。

1990年以降は、安楽死、ならびに安楽死に類する行為として本人の意思が明確に確認できない場合の行為には、王立オランダ医師会と司法省との合意によって、届出制度が導入されていた（ただしこの制度が法的な効力を有したのは、遺体埋葬法が改正された1994年6月1日以降である）。本制度によれば、安楽死行為ならびに安楽死行為に類似する行為については、検死官への届出義務が課され、さらに判例や王立オランダ医師会等が定めた要件が満たされていると検察官が判断すれば、捜査は開始されなかった。遺体埋葬法が改正されたときに、安楽死が合法化されたという誤報道が目立ったが、そのときに「ガイドライン」という誤解をうけたのは、安楽死を行った医師が提出する報告書である。

1998年以降は、新しい制度が運用され、安楽死届出を受けた地域審査委員会が、安楽死を実行した医師について注意義務を遵守していたかどうかの審査を行うことになった。ただ、当委員会は、検察の諮問機関としての役割を果たしているに過ぎず、安楽死法3条から19条によって、実質的審査権限を有することになった。つまり、事件とはせず捜査も開始しないか、あるいは、予審を開始するかどうか、地域審査委員会が実質的に判断する法的枠組みができたのである。いずれにしても、問題があれば捜査が開始され、公判となるのは安楽死法施行前も施行後も変わらないが、刑法が改正されたことによって、問題がない場合には処罰の対象とならないことが刑法の条文で明確にされたのである。

ただ、当初の制度は、意思が不明確な患者の生命終結行為にも同じ届出書式を使用したために、その行為が安楽死と同様に扱われるものと誤解され、諸外国からの批判も多かった。そのため、1998年以降の新しい安楽死届出制度では、明示的な意思がない患者の場合には異なる書式を使用することになっている。

地域審査委員会の年報によると、2004年には、年間1,886件の報告があったが、その数は2003年の1,815件、2002年の1,882件から大きく変化しているわけではない⁴。

現在の安楽死届出制度

4

⁴ Reginonale Toetsingscommissies Euthanasie, Jaarverslag 2004(2005).

(安楽死を実行した) 医師 → 検死官→地域審査委員会

報告書届出

審査

5. 安楽死をめぐる背景

このようにオランダは、安楽死に関して非常に先進的な制度を有しているが、安楽死制度が導入された背景を理解することが重要だと思われる。簡単に挙げるとすれば、次のようになるであろう⁵。

第一に、オランダは医療制度や福祉制度が整っていることである。また、鎮痛医療が発達していることも重要な点である⁶。さらに、安楽死の要請が経済的理由であってはならないが、この点でも、オランダでは保険制度が行き届き、長期にわたる医療についても完全に保障されている⁷。医療技術が発達し、経済的な問題がなく、国のどこからでも誰にでも平等に医療と福祉にアクセスできなければ、安楽死を論じることはできないであろう。それらが保障されていなければ、いわゆる「滑りやすい坂」の危険がある。さらに、オランダはホームドクター制がとられており、患者と医師との関係が密接かつ良好であり対等である。これらは、オランダ人の権利意識や国民性とも関連する。

第二に、多様性を重んじ、お互いの自己決定を尊重しあう風土ができていることである。貿易国として繁栄し、多様な民族との商業で栄えてきた歴史を有するオランダでは、多様な価値観が共存している。その中で、患者と医師は、ホームドクター制とも相まって、対等な関係を構築することが可能なのである。

また、自己決定は自己決定として「善」「悪」とは別の判断として尊重される。一方で、決定の結果を自分自身で担う責任についても明確に認識されている。そして決定に対する他者からプレッシャーを感じることも少ない。患者の自己決定も最大限に尊重され、前述の WGBO (医療同意法) により法的に保障されている。しかし、患者が死を望み、第三者である医師が介入した結果として患者の生命が終結すれば、行為者である医師の法的責任が問われる可能性がある。オランダで患者の権利として安楽死を望む声

5

⁵ 平野美紀「オランダにおける安楽死をめぐる諸問題」法学政治学論究 30 卷(1996)321 頁以下；同「安楽死の現状とその背景」日蘭学会 21(1)1 頁以下。

⁶ オランダの鎮痛医療が発達していることを述べるものとして、Janssens, R.J.P.A., Ten Tave, H.A.M.J., Zylicz, Z.: Hospice and euthanasia in the Netherlands- An ethical point of view. *Journal of Medical Ethics*, 25, 408-412, 1999; Janssens, R. J. P. A.. The concept of palliative care in the Netherlands, *Palliative Medicine*, 15, 481-486, 2001; Gordijn, B., Janssens, R.: The prevention of euthanasia through palliative care- New developments in the Netherlands, *Patient Education and Counseling*, 41, 35-46, 2000; Zylicz Z., Finlay I.: Euthanasia and palliative care - Reflections from the Netherlands and the UK, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 92, 370-373, 1999.

⁷ Pjinenborg, L., Van der Maas, P. J., Van Delden, J.J.M., Looman, C.W.N.: Life-terminating acts without explicit request of patient, *Lancet*, 341, 1196-1199, 1993.

が高まったのは、患者側が、自分の死後に医師が責任を問われることのないようにその権利を求めるようになったためである。

そして、刑法改正あるいは新たな立法が 1980 年代から国会で議論され、そのような動きを踏まえて 1990 年に安楽死の全国統計が集計された⁸。当初の安楽死届出制度は、安楽死についての刑法改正に至る妥協案であり、かつ、透明性の確保のために導入された制度であった。

第三に、オランダでは、小さな国土であることもあり、安楽死制度に限らず、柔軟に法制度が運用されている。遺体埋葬法、あるいは、安楽死法の施行以前から、法的な効力を有しないままに届出制度を導入することが可能であった。

現在の制度は、国民の間での 30 年以上にわたる議論を踏まえた上で、届出義務がセーフガードとして運用されているのである。そして届出制度は、問題の所在を隠すことなくオープンにし、その上で議論を進めて解決への糸口を探るというオランダ的な問題解決へのアプローチである。

6. 判例の流れ

5 章で述べた要因を背景として、いくつかの事例が裁判となり、裁判所が詳細な判断を示してきた。判決内容は医学界に影響され、また医学界は逆に裁判所の判決結果だけではなく裁判内容から影響を受けているので、次に判例の流れについて少し詳しく触れてみたい。

1) レーワーデン事件判決⁹

1971年に起きた安楽死事件を契機として、国中で大きな議論が起きた。本件はナーシングホームにいた78才になる女性患者の要請により2ミリグラムのモルヒネを、医師であった娘（母親の入院先に所属していたわけではない）が注射して死に至らせたものである。母親は重い脳溢血で半身不随になり、言語障害、難聴、肺炎に苦しみ、回復不能な状態で、ナーシングホームの関係者に繰り返し死の希望を告げており、治療に対しても非協力的でリハビリも困難であった。何度もベッドの上で頭から床に落ちて自殺しようと試みたが失敗し、娘である被告人は母親の望みを叶えさせるのが自分の務めである

6

⁸ Commissie-Remmelink: Medische beslissingen rond het levenseinde (Den Haag, 1991). 同報告書については、Van der Maas, P.J., Van Delden, J.J.M., Pijnenborg, L., Looman, C.W.N.: Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life, Lancet, 338, 669-674, 1991; 平野美紀、前掲「オランダにおける安楽死をめぐる諸問題」参照。年間死亡数の約2-3%、年間2700件の安楽死が行われていることが明らかになり、また、安楽死要請について、「尊厳喪失」などが主たる理由であって、痛みだけを挙げたものが少なかった。

⁹ Nederlandse Jurisprudentie(NJ) 1973 nr.183.

と、安楽死させることを決意した。ナーシングホーム長が自然死としての死亡診断書の署名を拒否したことから事件が発覚し、その後、18人の医師が、過去に自分も安楽死させたことがあるという声明文を発表したり、公判中女性医師の患者たちが連帯の象徴として花を携えて裁判傍聴に通いつめたり、検事が当ナーシングホームにいる他の重症患者をも安楽死させていたら大量殺人になると述べるなど、国民の関心が高まった。

1973年2月21日レーワーデン (Leeuwarden) 地裁は、オランダ刑法293条（嘱託殺人罪）により1週間の自由刑（執行猶予1年）を宣告した。地裁が王立オランダ医師会（KNMG）に諮問機関として証言を求めた結果、医師会は、患者の死ぬ権利が医学界で認容される場合について、次のような5要件を表明した。

【王立オランダ医師会による要件（1973）】

- ① 病気あるいは事故により医学的見地から不治の状態であること、
- ② 肉体的及び精神的に耐え難い苦痛が存在すること、
- ③ 患者自身による書面での生命終結の希望があること、
- ④ 医学的見地から死の段階が始まっていること、
- ⑤ 医師により実行されること

である。これらの要件が整ったときに、医療行為者は患者の生命を苦痛を伴ったまま最期まで無理に引き伸ばす必要はないと見做すという見解であった。

それに対し裁判所は、④の末期であるという要件は必要でないとしてそれ以外の他の4要件を、必要条件として示した。

【レーワーデン地裁による要件（1973）】

- ① 病気あるいは事故により医学的見地から不治の状態であること、
- ② 肉体的及び精神的に耐え難い苦痛が存在すること、
- ③ 患者自身による書面での生命終結の希望があること、
- ④ 医師により実行されること

その上で、同地裁は、「患者の回復のための代替手段は存在せず、被告人の行為は実質的違法性が欠如」し、「（精神的な）緊急避難という意味における不可抗力の下での行為であった」という被告人側抗弁を退けて有罪とした。被告人の動機は患者の苦痛除去という合理的な目的ではあったが、注意深く、漸次苦痛緩和剤の量を増加させるような手段をとらず、致死量の薬物を与えるという手段は合理的ではなかったとして有罪したのである。

これらの要件は、以後8年間踏襲されることになった。また、本件をきっかけに、現在でも活動を続けているオランダ自由意思安楽死協会 (Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie) 及び現在は無いが長い間安楽死研究のために重要な位置を占めた自由意思安楽死推進財団 (Stichting ter bevordering van de Vrijwillige Euthanasie) が組織された。