

2) ロッテルダム地裁判決¹⁰

1981年12月1日のロッテルダム (Rotterdam) 地裁判決で、安楽死行為の正当化9要件が新たに提示された。本件は、自分が癌に患っていると信じ込んでいた老婦人（遺体解剖の結果癌ではないことが判明した）に、オランダ自由意思安楽死協会の会員が致死薬を与えた自殺幫助事例である。行為者は医師ではないとして有罪（自由刑6月執行猶予1年）とされ、その際、8年間用いられて来た前述のレーワーデン判決での要件に新たな要件が加えられて、安楽死行為正当化9要件が提示された¹¹。

【ロッテルダム地裁による9要件（1981）】

- ① 肉体的あるいは精神的に耐え難い苦痛が存在すること、
- ② 苦痛と死の希望が永続していること、
- ③ 自由意思によって生命終結の決断をしていること、
- ④ 自分の状況や代替手段について認識し相互に衡量していること、
- ⑤ 他に苦痛を緩和する手段は存在しないこと、
- ⑥ 死が他者への不必要な苦痛を伴わないこと、
- ⑦ 死への援助の決定は1人によってなされていないこと、
- ⑧ 医師が注意深く判断し実行すること、
- ⑨ 死への援助の決定は最大限の慎重さをもってなされること、そのために専門家に相談すること、である。

この中で出てくる注意深さ (zorgvuldigheid) については、以後も重要な要件となる。このように、本件ロッテルダム事件判決は安楽死容認の方向付けを明らかにし、後述のアルクマール (Alkmaar) 事件の最高裁判決でも、判決の中で安楽死許容の方向づけがなされたと評価された¹²。また、本判決後、前述の政府安楽死委員会が組織された。

3) アルクマール事件判決

そしてさらに、1984年と1986年の最高裁判例によって、オランダにおける安楽死合法化要件が確定化したと評価される¹³。それぞれ、地裁名が各事件の呼称とされているので、ここでもそれに倣うことにすると、まず、アルクマール事件判決である。1983年5月10日、アルクマール地裁は、回復不可能な状態で、耐え難い肉体的苦痛のあった95才の女性患者を、本人の要請により安楽死させた医師（患者のホームドクター）を無罪とした¹⁴。患者は意識も明瞭で、自尊心が強く他人に頼って生きて行くことは耐え難いことであると考えていて、ホームドクターに書面及び口答で生命終結の意思を繰り返

8

¹⁰ NJ1982 nr.63.

¹¹ NJ1982 nr.63 p.223.

¹² NJ1985 nr.106 p.462, R Emmelink, Conclusie.

¹³ Keown J.:The law and practice of euthanasia in the Netherlands, Law Quarterly Review, 108, 51-78, 1992.

¹⁴ NJ1983 no.407.

し表明していた。死の1週間前、病状が悪化して意識を失い、意識が回復したときには口を利くことも、口で栄養分を補給することもできなかった。その後一時回復し、先の状態には耐えられないとホームドクターに訴え、彼女の息子も母親の望みをかなえて欲しいと述べたため、被告人は他の医師にも相談し患者の要請に従う決意を固め、薬剤を注射して死に至らしめた。最期の場面には、彼女の息子夫婦と被告人の助手（医師）が立ち会った。

一審では、オランダ国民が次第に生命の終結に関する自己決定権を認めるに至っていること、及び認容されうる非暴力的な方法で生命を終結するために第三者の介助が必要となることもあることを認めた上で、本人の自由意思に基づく、生命終結行為への第三者の援助は、形式的には刑法293条あるいは294条に該当するとしても実質的に違法性を欠くことがあるとした。そして、本件においては、真摯な要請に基づいて被告人の決意も慎重であったことから、行為が実質的違法性を欠くとして無罪とした。

検察側の控訴に対し、1983年11月17日、アムステルダム（Amsterdam）高裁は、刑法293条に該当し有罪、ただし9a条により処罰免除という判決を下した¹⁵。ここでは、本件における被告人の行為について、違法性を欠くといえるほど社会において一般に受け入れられているとはいえないとされたのである。「耐え難い苦痛」についても、被告人である医師が被害者の生命を終結させた時点において「合理的に考えて安楽死以外に苦痛を取り除く手段がなかった」ほど耐え難いものと判断すべきであったということまでは十分に明らかになっていないとし、責任阻却事由としての「良心による圧迫（gewetensdrang）」という意味での不可抗力にあったという弁護側の主張も退けた。

さらに被告側控訴に対し、1984年11月27日、最高裁は、破棄差戻し判決を下した¹⁶。原審である高裁が検察側の「不可抗力がなかった」という主張を退けたのは誤りで、苦痛の程度について十分な判断を下しておらず、「通常の医学的倫理基準に従って（良心による圧迫とは別の）不可抗力という状態が存在していたか」を審理すべきであったとした。つまり、原審が「良心による圧迫」という意味での不可抗力の主張を却下したことは正当であるが、「良心による圧迫」を理由とする以外にも不可抗力の抗弁を用いることができるので、「苦痛」に関しては専門的な医学的判断に従って、次の3点についても審理することによって不可抗力の抗弁を審理すべきであったとした。

- ① 患者の人格がより醜悪な方向に退行すること、及び患者の耐え難い苦痛がさらに激化することが予想されたかどうか、
- ② 患者において人間らしい尊厳さをもって死することが、間もなく不可能になることが予想されたかどうか、
- ③ 患者の苦痛を緩和する機会が残されていたかどうか、である。

9

¹⁵ NJ1984 nr.43.

¹⁶ NJ1985 nr.106. Leenen, H.J.J.: Supreme court's decisions on euthanasia in the Netherlands, *Medicine and Law*, 5, 349-51, 1986.

本件では、「不可抗力」が適用されて安楽死が正当化される際の要件が箇条書きで明らかにされたわけではないが、以下の要件が備われば安楽死行為が正当化され得るとの最高裁の判断を示したと評価される¹⁷。

- ① 安楽死の要請は、完全に自由意思に基づいて自己決定したものであること。
- ② 患者の要請は十分に熟慮されて、永続的かつ持続的であること。
- ③ 患者は回復する見込みがなく、肉体的あるいは精神的に耐え難い苦痛が存在していること。
- ④ 安楽死が、あくまで最後の手段であり、他には方法がないこと。
- ⑤ 医師によって実行されること。
- ⑥ 安楽死を実行する医師は、安楽死の経験がある他の第三者的立場にある医師に相談すること。

これらの要件は、日本での許容要件とされた名古屋高裁の6要件¹⁸や横浜地裁の4要件¹⁹と比較すると、患者の回復可能性の不存在、苦痛の存在、代替手段の不存在、患者の意思表示が要件とされている点では一致している。しかし、オランダでは、患者本人からの要請が特に重要視されている点、複数の医師の判断に委ねられている点に特徴があり、苦痛に関しては肉体的な苦痛だけではなく精神的苦痛をも含めるとされている点が大きく異なっているといえよう。王立オランダ医師会はこの点につき、苦痛とは、①痛みからくる苦しみ、②痛みを伴わない肉体的及び精神的苦痛、③肉体的苦痛のない精神的苦痛があるとしているが、①②のカテゴリーに関しては安楽死が許容され得るとしている。

差戻し審となったハーグ（Den Haag）高裁において、1986年9月11日、刑法40条の適用により被告人は無罪とされ、判決が確定した²⁰。本件においては「医師としての専門的知識と、被告人のホームドクターとしての経験に基づき、医学的倫理基準に照らし、相反する衝突する義務を慎重に注意深く考慮に入れて行った選択」が、「合理的な医学的見解によって合法とされる選択」であると認められ、正当化され得ると判断された。

4) フローニンゲン事件最高裁判決

同年、1986年には安楽死に関する第2の最高裁判決も出た。フローニンゲン（Groningen）事件判決である。

1984年3月1日、フローニンゲン地裁は、進行した多発性硬化症の73才の友人に繰り返し要請されて安楽死させた医師を、有罪ただし処罰免除とした²¹。本件では、患者は

10

¹⁷ Keown; op.cit., p.56

¹⁸ 名古屋高裁 1962年12月22日判決。高刑集15巻9号674頁。

¹⁹ 横浜地裁 1995年3月28日判決。判例タイムズ877号148頁以下。

²⁰ NJ1987 nr.608.

²¹ NJ1984 nr.450.

身体が衰弱し、もはや回復の見込みはなく、医師の提供する医療も拒否して安楽死を望む旨を伝えていた。被告人医師は、他の医師とも相談し、安楽死の方法を話し合い、さらに患者の意思を確認した上で薬物とワインを与えた。患者は意識を失ったがまだ死ななかつたため、モルヒネを注射して死に至らせたのであった。

フローニンゲン地裁判決では、次の5要件を安楽死の要件として示した。

【フローニンゲン地裁5要件（1984）】

- ① 患者を診察した他の医師に相談すること、
- ② 患者の容態が回復不可能でかつ耐え難い苦痛に悩まされていること、
- ③ 明白で真摯で継続的な要請が患者自身の自由意思に基づくものであること、
- ④ 他の解決方法が存在しないこと、
- ⑤ 死への援助は最大限の慎重さを持って行われること。

しかしながら、本件において被告人である医師は他の医師に相談はしたが、自分自身も相談された医師も患者を診察しておらず、第一の要件が満たされていなかったのである。

同年レーワーデン高裁においては自由刑2月（執行猶予2年）の有罪判決が下された²²。いわゆる「医学特例（medische exceptie）」（形式的には法に抵触する行為であっても、医師が医学的倫理基準に従えばその行為は刑罰から除外される）による不可抗力の抗弁は、本件では適用を否定された。

医師側の上告に対し1986年10月21日、最高裁は、原審の高裁が緊急避難と呼び得るような状況が存在したか、あるいは心理的不可抗力の要件存在について審理を尽くしていないとして、破棄差戻しとした²³。この際、心理的不可抗力も安楽死行為の正当化事由として認められることが確認された。

1987年2月27日のアーネム（Arnhem）高裁では、客観的に独立した他の医師の判断がなかったことが、ただちに緊急避難の成立を排除するものではないとしながらも、今までの判決で述べられて来た「客観的に独立した他の医師の診断」だけではなく、行為者に、自ら患者を診察した結果に基づく判断を要求した²⁴。つまり、執行猶予付きの自由刑として有罪としたのである。

さらに、被告人側は、緊急避難及び心理的不可抗力の主張に対する高裁の却下理由が不十分として再上告したが、1988年5月3日、最高裁は、上告趣意に理由なしとして上告棄却の決定を下すに至った²⁵。後者について、被告人の行為は精神科医であるという立場とは無関係に、患者の友人という立場にあったことから心理的に強制されていた、つまり、心理的不可抗力の下にあったという主張に関しても、原審がその主張を認めな

11

²² NJ1985 nr.241.

²³ NJ1987 nr.607.

²⁴ NJ1989 nr.391.

²⁵ NJ1989 nr.391.

かったことを正当とした。一定の地位²⁶（本件においては精神科医）にある以上、心理的な圧力があつたとしても、不可抗力の抗弁は認められないとされたのである。

5) シャボット事件最高裁判決²⁷

さらには、シャボット(Chabot)事件で、最高裁が判決を下した。患者に身体的な疾患がなく、この判決が遺体埋葬法改正直後だったこともあり、安楽死に関する国民の関心はさらに高まった。

本件は、50歳の女性患者に自殺幫助を要請され、精神科医（シャボット医師）が致死薬入りのカプセルと水薬を手渡し死亡させたという事件で、いわゆる「シャボット事件」といわれる。

ソーシャルワーカーであつたこの女性は、日ごろからアルコール依存症の夫から暴力をふるわれていたが、1986年、当時20歳であつた長男が自殺したショックから自殺を考えるようになり、長男の死から立ち直るため、精神科医の治療を受けるようになった。長男の自殺後には、夫の暴力がさらに頻繁になり、エスカレートする夫の暴力を回避する目的で、精神病院にも入院した。また、そのころから、次男に何かあつたら私も後を追う、と親しい人たちに洩らすようになっていた。夫婦カウンセリングを夫が拒否したことで、夫とはますます不仲になり、1990年2月、離婚するに至つた。1991年5月、唯一の生きがいであつた次男が悪性腫瘍で死亡し、同日、精神科医に処方してもらつて保存していた睡眠薬を大量に飲んで自殺を図つたが、目的を遂げられなかつた。その後、自分のホームドクターも含めて4人の医師に自殺幫助を要請したが拒絶されたので、オランダ自由意思安楽死協会に救いを求め、そこで精神科医であるシャボット医師を紹介された。1991年7月16日から手紙と電話によるシャボット医師との接触が始まり、シャボット医師は自殺を幫助した9月28日までの4週間の間回数にして4回、合計24時間かけて本人と話し合い、心理療法士など計7名の専門家にも相談した。その内容は詳細な診断報告書として作成された。シャボット医師は専門家以外でも本人の妹夫婦、友人、ホームドクター、以前担当していた精神科医等にも相談し、その結果、「患者本人の決意は次男を失つたという喪失感による一時的な状態によるものではなく、完全に生きる意義と意欲をなくし、死の選択しか残されていない」という結論に達した。また、自殺を幫助しなければ本人が安らかでない死を試み、周囲にも本人にも苦しみを与えることになるであろうとということも考えた。そして1991年9月28日、シャボット医師は友人のホームドクターと共に患者の家を訪ね、本人に自殺を翻意する意思がないことを確認したのち、薬品を処方した。そして本人は、待機していた友人たちが見守る中、

12 _____
²⁶ 心理的不可抗力及びその前提となる保証人的地位 (Garantenstellung) に関しては、本判決評釈 G. E. Mulder, NJ1989 nr.391、アルクマール事件最高裁判決評釈 TH. W. van Veen, NJ1985 nr.106 参照。

²⁷ NJ1994 nr.656.平野美紀「オランダにおける安楽死問題の行方—シャボット事件を中心に」日蘭学会会誌 22 卷 4 号 (1996) 1 頁以下。

処方された薬を服用し、約 40 分後に死亡した。シャボット医師は地方検死官にその旨を電話で報告した。

第一審のアッセン (Assen) 地裁は、1993 年 4 月 21 日、オランダ刑法 40 条にいう「不可抗力」での行為として無罪とした。①患者には耐え難く回復不可能な苦痛が継続的に存在していたこと、②被告人である医師は可能なすべての治療方法を勧告したが患者は一貫して治療を拒絶していたので苦痛からの回復あるいは緩和は不可能であったこと、③患者は提示された治療の可能性を含めて自己のおかれた状況に対しても十分に認識した上で、自由意思に基づいて十分に考慮して、死にたいという希望を継続的に表明していたことが認められた。そしてその結果、医師の行為は、「患者の生命を維持するという義務」と「患者の人格の尊重および最善のケアを与えるという義務」の 2 つの義務が相互に衝突する状態の中で緊急の選択をしなければならなかったという緊急避難における行為、つまり、不可抗力の下での行為であった、として無罪とされたものである。

さらに、地裁は、被告人の行為は医学的に慎重かつ責任ある方法での行為であるとし、また、被告人と患者とが接触していた期間が比較的短かったことは、緊密な人間関係があることを考慮すると重要ではないとした。検察側は、被告人が相談した医師が直接患者を診断する必要があったと主張したが、これに対しても、地裁は、被告人が相談した 7 人の専門家は十分な専門的知識を有し、経験も深く、被告人の間診及び診断に対して異なった見解を述べる者はなく、被告人の決断が慎重かつ専門的知識に裏づけされた上でなされたものであるという点では一致している、と判断した。

その後、当該事案は、1993 年 9 月 30 日レーワーデン高裁でも無罪とされ、検察側は以下の理由により上告した。

- ① 患者の苦痛は肉体的な原因によるものではなく、死期は迫っておらず、医師の行為は正当化され得ないこと、
- ② 患者はうつ状態であり、精神疾患を有する患者による自殺幫助の要請は決して自由意思による要請にはなり得ないこと、
- ③ 被告人が相談した専門家の直接的な診察を欠くので、緊急避難の抗弁の妥当性に欠けるとするものであった。

最高裁では ①と②については退けたが、③については精神的な苦痛が理由で自殺幫助を求められた場合は、最低もう 1 名の医師が直接的に診察しない限り緊急避難の抗弁は適用されないとして、刑法 294 条自殺幫助罪により有罪ただし刑罰なしとして確定した。

以下、少し詳しく最高裁の判断根拠を述べていくことにする。

上告理由①は「肉体的に苦痛が存在しておらず、死に至る過程にはない患者の要請に際して医師の自殺幫助は正当化され得ない」という主張であった。これに対し、最高裁は、「緊急避難の抗弁は、患者の耐え難くかつ回復の見込みがない苦悩が肉体的原因に

よるものではなかったという理由だけで排除されるべきではないし、また単に患者が死に至る過程になかったという理由だけで排除されるものでもない」とした。「苦悩が肉体的疾患によるものではなく、また、末期患者でない事例においても、安楽死の実施及び自殺幫助が、医療倫理の観点から受け入れられないというわけではない。非常に耐え難く回復の見込みのない苦悩ゆえに、刑法の禁止する自殺幫助を行っても、それが緊急避難の抗弁を適用して正当化され得るかどうかは、苦悩が苦痛の原因から抽象化された後の問題である。苦悩の原因は、苦痛を感じている患者によっては必ずしも最重要事項ではないが、それは苦悩は肉体的な苦痛や身体的機能の喪失に由来するとは限らないからである。しかし、そのような場合において、耐え難いものであるかどうか、また、回復不可能であるかどうかの判断は客観的に困難であるので、裁判官は格別の慎重さが必要とされる」としたのである。

上告理由の②は、「精神科の患者による自殺幫助の要請は決して自由意思による要請にはなり得ない」という主張であった。これに対して最高裁は、原審の下した「精神的苦悩からの死の切望であっても自由意思による決断であるといい得る」という判断について異議を唱えることは困難であるとした。しかし、上告理由①に対して判断したように、「事情が特殊である場合には、裁判官は緊急避難として正当化する判断において特に慎重を期さなければならない」とした。

さらに、上告理由③は「第二の精神科医による直接的診断を欠く」というものであったが、「緊急避難の存在について判断するにあたり、回復可能性や自殺幫助以外の他の可能性について当該患者を独自に診察した専門家が必要である」とした。そして、患者が自由意思によって熟慮の上決断を下したか否かについて、当該事件では被告人以外の医師が診断していないことから、緊急避難の抗弁の適用を否定すべきであった、という主張である。しかし、最高裁は、「被告人の行為は刑法 294 条に該当し、可罰的であり、緊急避難の抗弁は退けられるが、しかし、9a 条を適用し刑罰を免除する」と判断した。

なお、通常、オランダの最高裁では原審の判決に際し事実関係や法の適用に誤りがあれば判決を破棄し差戻すだけであるが、本件においては例外的に最高裁で破棄自判となった。

6) ボルンヘルスマ事件最高裁判決²⁸

1998 年、86 歳の元国会議員のボルンヘルスマ (Brongersma) 氏が「自分の存在自体の苦痛 (existentieel lijden)」ということを理由に安楽死した事件があった。本件は一番で無罪となったものの、二審で覆されて有罪となり、被告人側が上告したが 2002 年の最高裁判決でも上告が棄却された。本事例で安楽死したのが著名な人物であったことや、安楽死要請の理由が肉体的疾患にはまったく無関係でかつ自分の存在について苦痛を感じるという、精神的苦痛かどうかという非常に特殊なものであったこと、また、

14

²⁸ NJ2003 nr.167.

最高裁判決は安楽死に関する新たな法律が制定後最初であったこともあり、非常に話題となった事例である。

事件の概要は以下の通りである。

ボルンヘルスマ (以下、B という) 氏は 1911 年生まれで、弁護士でありユートレイト (Utrecht) 大学犯罪学研究所の研究者・教員であり、上院議員であった。婚姻歴はなく、家族もなく、晩年はかつてのような幅広い交友関係はなかった。1986 年から被告人である S 医師がホームドクターとなった。

S 医師は、1988 年 3 月より B 氏に安楽死の要請を受けていた。B 氏の言葉を借りれば「多忙な生活のあと、空虚な存在であることの無意味さや、この先身体が退化し続けること、そして長く待っていると自殺さえできなくなってしまうことがこわい」ことが、要請の理由である。

1984 年に B 氏は、安楽死宣言書に署名しホームドクターに渡し、その後、S 医師の求めに応じて、1993 年と 98 年に新しいものに書き換えていた。しかし、1993-98 年の間には、B 氏と S 医師の間に、安楽死についての会話はなかった。1998 年になって B 氏は、はじめて加齢に伴う身体の退化を感じ始め、98 年 3 月半ば、B 氏は、S 医師にこの 2 年間死を望んでいたことと、96 年に自殺企図があったことを述べた。そして同年 3 月 21 日、B 氏は S 医師に、安楽死要請について長い手紙を書き、10 回程度話し合った。S 医師は、B 氏の精神状態について精神科医である N 医師の診察を求め、4 月 6 日、N 医師が B 氏を診察した。この結果「B 氏は真摯に安楽死を要請している、精神医学的な疾患はない」とした。4 月 14 日には W 医師 (ホームドクター) が診察し、「安楽死要請は、自由意思に基づいている。要請は熟慮の上で、死の望みは絶対的であり、永続的である。彼にとって、生きていくことは望みがない。」とした。そして、4 月 22 日、S 医師は B 氏を訪問し、同氏の自殺を幫助したというものである。自殺幫助には、以前から薬剤師に相談していた薬物を使用した。そして、検死官への報告書類の「主診断」の箇所に「孤独感、無力感、身体の退化、精神医学的な意味でのうつ状態ではなく、長期にわたる死への希望」とした。「肉体的・精神的苦痛は耐えがたいものであったか」の欄には、「苦痛は耐えがたいものであった」とした。「苦痛は治療が可能であったか」の欄には「不可能であった」とした。

2000 年 10 月ハーレルム (Haarlem) 地裁は、「B 氏の苦痛は、耐えがたく望みのない (精神的) 苦痛という安楽死の要件に該当する」としてオランダ刑法 40 条を抗弁とした無罪とした。

しかし、検察側の控訴により 2001 年 11 月、アムステルダム高裁は有罪ただし刑罰なしとした。

B 氏が「存在することについて苦しんでいたのは確かだが、それは医学的なものではない。医師はこのことについて判断する立場にない。被告人医師は実行が早急すぎた。代替手段を探すべきであった。しかし、患者のための行為であった」としたので

ある。

2002年12月、オランダ最高裁は上告棄却として、確定した。最高裁によれば「安楽死の要件である耐え難く、望みのない苦痛については、医学的あるいは精神医学的状态と結びついていなくてはならないとし、新安楽死法も、存在することの苦痛については想定していない」とした。精神的苦痛も苦痛に含まれるとしながらも、その苦痛は精神医学的状态と結びついていなければならないと言明したのである。

7. 安楽死の要件：注意義務について

オランダの安楽死に関する判例では、それぞれ、要件として“zorgvuldigheid”（「注意深さ」あるいは「慎重さ」）が安楽死の許容要件として示されている。そして、2002年に施行された安楽死法では、医師が安楽死法2条（下表参照）に定める「注意義務（zorgvuldigheidssesen）」に基づいて行って届出した安楽死行為は、刑法上でも処罰の対象となくなつたのである。

【オランダ安楽死法2条1項】刑法293条2項にいう注意深さの要件とは、次の各号に掲げる医師の所為をいう。

- a 患者の自発的かつ熟慮ある要請を確信していること
- b 患者の回復の見込みのないかつ耐え難い苦しみの存在を確信していること
- c 患者の現状と予後について患者に情報を提供していること
- d 患者の現状では他の合理的解決策がないことを患者と共に確信していること
- e 独立的な立場にある、少なくとももう一人の医師と相談したものであり、その医師は患者と面接し、前記aからdにいう注意深さの要件についての判断を文書にて提出すること
- f 生命終結または自殺幫助を医療的に注意深く実施したものであること

このようにして、オランダでは、2002年に安楽死が刑法的に許容される以前にも、実質的に容認されてきており、その要件は判例の中で既に明らかになっていた。新しい安楽死法という法律ができたことで、急に安楽死に関する法政策が変更されたわけではない。一方で、医師は安楽死行為の実行を強制されることまでは要求されず、宗教的な理由などによって拒否する権利を有している（ただし別の医師に紹介する義務を負う）。実行する場合には注意義務を負うし、患者の生命を短縮するという精神的負担は少なくないという。そして実行後には報告義務を課せられているのである。これらが、安楽死のセーフガードとして機能しているといわれる。

8. おわりに

現在、オランダでは、要件が整っていれば安楽死行為は刑法上処罰の対象とはならない。これは、患者側や医療側をはじめとして国民の間で十分に議論が行われて、多くの判例が積み重ねられた結果である。当初安楽死は刑法的に処罰の対象とされる行為でありながら、それを実行した医師は、患者を最後まで見捨てずに安楽死を行うことが患者

の権利を守るためであり、医師の義務であると考えていた。一方で患者の願いは自分の生命について自分で決定し、自分の死後、自分の希望をかなえてくれた医師から、法的責任というさらなる負担を免除することであった。

現在は刑法上一定の要件が整えば処罰は免除されているが、安楽死を刑法の枠組みからまったく外しているわけではない。現在の安楽死報告制度は、患者の意思を尊重すべく患者の権利を認める一方で、その実行行為にあたっては、透明性の確保や実効的なセーフガードという権利擁護的視点をいれた法制度なのである。なお、現在ではオランダ国民の95%近くが安楽死に賛成しているといわれるが、安楽死は強制されるものではなく、それを希望する患者にだけ実施される。

終末期医療における生命終結の問題は、その国の医療事情・医療水準・医療保険制度・司法制度と運用システムを含む、法律的・社会的・医学的・医療経済的・倫理的側面から多角的に論じられなければならないであろう。医療の発達と共に、自己決定権尊重が自明の理となり、終末期医療において自己決定の尊重は、日本においても重大な課題である。とはいえ、国が違えば制度が違うことは当然のことであり、オランダにはオランダのやり方がある。そこから学ぶべき点はたくさんあるが、諸外国の制度をそのまま日本に持ち込んでうまくいくはずがない。ただ、問題を隠すことなくオープンに議論し、解決方法を思索するオランダの姿勢は大いに学ぶべきものでありと考える。

ドイツにおける緩和医療ガイドライン

長谷川敏彦 児玉知子

ドイツ・バイエルン州ミュンヘンにあるミュンヘン大学医学部を訪問し、末期医療に関する現地調査の機会があったり、そのスタッフから報告を受けたので、それに基づいてドイツの末期医療の現状についてまとめる。そこで入手した末期医療のガイドラインを紹介したい。

1. ドイツの末期医療の発展と現状

ドイツは連邦制をとり、医療については各州の独自性を重んじるどころから多くの医療活動や制度でさえもがまず、州のレベルで提案され、施行され評価を得て全国的に広がるボトムアップの発展するケースが多いと言われている。

末期医療についても同様で、他の国に遅れてではあるが、まず90年代ケルンにおいてがんを中心とする末期医療が始まり、疼痛ケアなど基本的な末期医療の考え方や技法が確立され、そこで多くの専門家が教育を受けて全国に広がっていった。その後、神経内科医を中心とする末期医療チームがミュンヘン大学の医学部附属病院内に確立され、次第にがんのみならずその他の疾患の末期医療に対象を広げて、末期医療の研究や研修の拠点となっていったとされている。

ミュンヘンは人口約1400万人のバイエルン州の州都でミュンヘン大学はバイエルン州の末期医療の政策と実施の拠点として活動していると言えよう。従ってミュンヘン大学における試みが普遍性を持ち得るならばそれがドイツ全体に広がるという可能性を秘めている。

2. ミュンヘン大学 末期医療センター

ミュンヘン大学の末期ケアセンターは2003年から末期ケアにおける急性期の7病床を持つ病棟を開設するに至り、院内での末期ケア患者に対するコンサルテーションと並びに院外から在宅の末期ケア患者の支援とあわせてシステムティックな活動を展開するに至っている。このセンターを率いるボザジオ教授は情熱と思慮に満ちた末期医療のリーダーで末期医療をこれまで医療の中では比較的未開拓であった新たなフロンティアと位置づけて研究や教育に情熱を注いでいる。ボザジオ教授によると末期医療の中に

も急性期や回復期そして長期ケアが存在し、ミュンヘン大学病院の7床は末期の長期の施設ケアを担うにはあまりにも数が少なく、むしろ末期ケアの中での急性期、即ち急性増悪した症状をコントロールし、在宅に返すことを目的とした施設として機能している。従って平均在院日数は数十日で、退院死亡率は50%に留まっている。

ボザジオ教授によると末期医療の目的は最終末期に向けての生活の質を向上することにつきていう感じで、末期医療の急性期においても治療法の選択はその目的に叶うべきものだとしている。そして末期医療は種々の指標で評価することが可能で、すなわち生活の質の向上、例えば末期の状態に入ってから死亡までの期間、あるいはその期間における生活の質、あるいはその期間内での在宅滞在の割合等々である。

3. リビング・ウィルの重要性

生活の質と言っても、それは誰にとっての生活の質かが大きな課題となる。特に終末期での患者の理解力、判断力は低下し、出来る限り早い時期にリビング・ウィルやアドバンス・ディレクティブによって患者本人の意向を取得しておくことが望ましいとしている。しかし一方でがん等の末期の状態が診断されても最終末期の状況を想像するのは難しく、ましてや健常人がリビング・ウィルやアドバンス・ディレクティブを書くのはなかなか難しい。そこでボザジオ教授は死の教育 (Death Education) の重要性を指摘している。個人個人にとって一生に一度しかない重要なイベント「死」をどのように迎えるかは個人個人にとっての一大事業であり、学習し予測した上での意向表示が必要となると言う考え方である。

末期医療センターでは医学生に対して 100 時間以上にも及ぶ末期ケアの教育を行っており、少なくともミュンヘン大学を卒業した若手医師の中には新たな考えが根付いていくことが感じとられた。

4. ドイツでのガイドライン

1) 歴史

ドイツでは、2003年3月17日、連邦高等裁判所 (Federal High Court: BGH-Bundesgerichtshof) が患者の指示 (order) が尊重されるように、それを強化する基準 (criteria) を設けた。連邦司法省は研究グループに委任し、2004年6月10日、患者の指示を扱う際の助言を公表した。研究グループメンバーでミュンヘン大学の臨床複合病棟、緩和ケア医療学際センター (interdisciplinary center) の Gian Domenico Borasio 教授と同大学の医療法施設の実行委員である Wolfgang Eisenmenger, Wofgana Putz 弁護士によって “Deutsches Aerzteblatt” と呼ばれる臨床用の緩和医療マニュアルが作成された (別刷資料集7)。Clinical Complex of University of Munich
Recommendations regarding the question of changes in the therapy goal with seriously ill patients and the handling patient wills

2) 緩和医療実践マニュアル

このマニュアルの中では、主に意志決定について、また未成年者や精神疾患・認知障害者などの特別なケースの意志決定方法についても述べられている。基本的に諸外国と大きな差異は見られないが、本人に判断能力があるときには本人の意見が尊重され、医師に薦められる治療を拒否する権利も有する。このとき、実際の診療では親戚や友人、治療している医療従事者とよく議論した上での決定をするよう注意されている。患者に判断能力がない場合には、代理人か看護者を任命することができるが、基本的に文書が必要となり、文書内容は患者本人が再考できる。これらのことは連邦法にて明記されている。

この中では、延命治療に関しては、その中止と差し控えが倫理的、法律的に同等のものとして保証されている。呼吸器の停止や栄養チューブの中止などは、患者の意志がない場合は施行することができない。(ガイドラインの簡易版は付録を参照のこと)

3) 事前指示書

事前指示書に関しては、Living Will が患者の意向 (Patient Order) として優先されるが、積極的安楽死は認められていない。特定のフォーマットは指示されていないが、文書化することと、定期的な見直しをすること、使用するときは医学的判断を依頼することが推奨されている。医師らは、患者の意向が提出されたときには、それが適切かどうか、また変更が無いかどうかをチェックする必要がある。

付録：ガイドライン簡易版

韓国の終末期医療と医療倫理指針

金 基玉

1. 医療倫理指針制定の契機

○ 1997年12月「ボラメ病院事件」

【事件概要】

被告人Aは被害者Bの妻で、被告人Cはボラメ病院神経外科専門医、被告人Dは同じ科のレジデントであった。（レジデント制については文末注釈参考）被害者Bは硬膜外出血でボラメ病院に救急搬送した後、被告人Cの執刀と被告人Dの補助により硬膜外出血の血腫除去手術を受けた。時間の経過により被害者の対光反射と衝撃に対する反応速度が早くなり、名前を呼ばれると自ら目を覚ましようとするまでに状態が好転し、継続的に治療を受けると回復する可能性が大きかったが、脳手術による脳浮腫で自ら呼吸が難しい状態で人工呼吸のため酸素呼吸器を付着して継続治療を受けている中、被害者Bの妻Aは被告人D医師に「それ以上医療費を負担する能力がない」という理由で退院させて下さいと要求した。被告人CとD医師は被害者の状態と回復可能性、治療を中断して退院させる場合、被害者が呼吸困難になり死亡することを知って、被告人Aに被害者が退院すると死亡することになると説明して退院を引き止めたが、被告人Aの継続的請求について退院を許した。被害者Bは集中治療室から救急車に運ばれ、被害者の家に到着した後インターンEが被害者に付着させ受動作動中の人工呼吸補助装置と気管に挿入された管を取り除くと脳幹圧迫による呼吸困難で死亡した。

【法院判決】

以上の事件について1審では被告人CとDの医師に対し、殺人罪として懲役2年6ヶ月、執行猶予3年を宣告した。2審では被告人CとDの医師に対し殺人罪が適用された1審を棄却し、殺人幫助罪を適用、懲役1年6ヶ月、執行猶予2年を宣告した。この判決は1審より適用嫌疑と刑量は減量したが、医師が殺人を助けた嫌疑は認め、保護者の決定権を医療的判断より優先した慣行に制動を掛けた。

2審裁判部は「無意識状態の患者の退院を、経済的負担を理由として軽率な考えで許したのは良心的決断とは言えない」として、「但し、両医師が数回退院を引きとめたこ

と、医療費用のため退院する患者家族のための公的扶助制度が不十分な点等を考慮すると医療人に無限定の責任を負うことはできない事情を勘案し、刑を減刑した」と示した。最後に2004年6月24日、大法院は「ボラメ病院事件」医師達の上告を棄却し、殺人幫助罪を確定した。従って、被告人CとDの医師は殺人幫助罪で懲役1年6ヶ月、執行猶予2年を、インターンEには無罪を宣告した。

【法院判決に対する医療界の反応】

ボラメ病院事件は家族の要求がある場合、重症患者の治療を中断し、退院させるいわば医学的忠告に反する退院(discharge against medical advice : DAMA)に対して、司法部が殺人罪を適用、有罪判決を下した点では、そのような慣行を長い期間維持してきた国内医療界全般に大きな波紋を投げかけた。

1997年12月「ボラメ病院事件」の1審判決後「患者の生命を保護するための医療行為を続ける医師の義務はどこまでか」、また「医学的回復不可能な患者に対して過度な延命治療は続けるべきか?」に対する疑問が提示され、多数の臨終患者に対して医学的無意味な治療の中断を回避して、集中治療室入院、心肺蘇生術など過度な治療によって家族には経済的負担を、医師には倫理的葛藤を起すなど倫理的・社会的問題になった。そして、大韓医師協会は2001年4月「回復不能患者の診療中断」等医師倫理指針を発表した。

2. 2001年大韓医師協会によって発表された医師倫理指針

第28条 (診療中断と退院要求がある場合の留意事項)

- ① 医師は生命の危急な患者、また家族等の代理人が医師の医学的判断と忠告に反して、生命維持装置をはじめ診療の中断及び退院を要求する場合、慎重または適切に対処しなければならない。
- ② 医師の十分な説明と説得があった以後にも、生命の危急な患者が自分の自己決定によって生命維持治療をはじめ診療の中断また退院を要求する場合、医師は不可避にその要求を受け入れることが許される。医師はその場合でも患者が心理的に安定な状態でそのような決定をしたか綿密に確認しなければならない。
- ③ 医師は患者が意識不明に落ちるなど自己決定をすることができない状況で、生命が危急な患者を代理して、家族等患者の代理人が医師の十分な説明と説得以後にも生命維持治療を始め診療の中断及び退院を文書で要求する場合、その要求が患者の利益に附合するかを慎重に考慮しなければならない。患者の代理人の要求が患者の利益と意思を十分に反映していると判断される場合、医師が不可避にその要求を受け入れることは許される。

第29条 (判断が難しい場合の諮問)

- ① 第28条の場合と同じように危急な患者、または患者の正常判断ができない場合、家

族等の患者の代理人が医師の医学的判断と忠告に反して生命維持治療を始め診療の中断と退院を要求する場合、担当の医師は医療機関、医師会、専門学会等の倫理委員会または大韓医師協会の倫理委員会に諮問を受けることが望ましい。

- ②特に経済的な理由で第1項の要求を受ける場合、担当医師は国民健康保険公団の諮問と協力を求めるのが望ましい。

第30条（回復不能患者の診療中断）

- ①医師は医学的に回復の可能性がない患者の場合でも生命維持治療を始め診療の中断及び退院を決定するのに慎重しなければならない。
- ②医学的に回復の可能性がない患者の自己決定及びそれに準ずる家族等患者の代理人の判断によって、患者またはその代理人が生命維持治療を始め診療の中断、退院などを文書で要求する場合、医師はその要求を受け入れることが許される。
- ③医師が十分な説明と説得をした以後にも患者、または患者の代理人が回復の可能性がない患者に対して医学的無益また無用な診療を要求する場合、医師はそれを受け入れないことが可能である。

第57条（末期患者に対する役割）

- ①医師は死を迎える患者の身体的・精神的苦痛を減らせるために最善を尽くさなければならない。
- ②医師は死を迎える患者が自分の死を肯定的に受け入れて、品位ある死を迎えるように必要な助けになることが出来る。
- ③医師がホスピス運動に参加するのは望ましい。

第58条（安楽死の禁止）

- ①“安楽死”というのは患者の耐え忍べない、治療と調節の不可能な苦痛をなくすために、患者本人以外の方が患者に死を招く物質を投与する等人為的・積極的方法で自然死より死亡の時期を早めて患者を死亡させる行為をいう。
- ②医師は“安楽死”に関与してはならない。

第59条（医師自殺幫助禁止）

- ①“医師による自殺幫助”というのは患者が自分の生命を切るために必要な手段及びそれに関する情報を医師が提供して患者の死を促進することである。
- ②医師は“医師自殺幫助”に関与してはならない。

第60条（医学的に意味のない治療）

医師が回復不可能な患者に対し医学的に無益、無用な治療を保留または撤回するのは許容される。

第61条（脳死認定）

脳死は心臓死とともに死の判定になる。但し、医師が脳死を判定する場合には、慎重に適切な手続きが必要である。

3. 2002年5月大韓医師協会によって発表された「臨終患者の延命治療中断に関する医療倫理指針」

【背景】

2001年発表された医師倫理指針の中で「回復不能患者の診療中断」の内容は、意図されていなかった「受動的安楽死」の問題を起した。従って、社会で提示された生命軽視発想という心配を払拭すると同時に臨終患者の人間的な死を迎えることができるように、医療現状に適用可能な、社会の受容できる対案及び手続きが必要になり、大韓医師協会は2002年5月第30次学術大会で「臨終患者の延命治療中断に関する医療倫理指針」を発表した。

【臨終患者の延命治療中断に関する医療倫理指針】

1) 十分な説明に根拠する患者の同意 (Informed Consent)

臨終患者に対しても診療の自率性は尊重されなければならない。そして、医師は患者が自分の病状を理解し、理性的に選択するように助けて、意識がはっきりして、自分の治療に関して十分に考え、自ら決定したことは尊重すべきである。意識不明の患者の場合、医師は患者の代理人に医学的事実を正確に伝え、その決定が患者に最善の利益になるようにして、より優れた医療措置の勧告をするべきである。また、予想される今後の治療方向と心肺蘇生術可否等、重要な決定に対して医師は患者と代理人等と十分に協議し、なるべく事前指示を受けて、記録を残すように勧奨する。

2) 治療留保 (Withholding) と治療中断 (Withdrawing)

延命治療は臨終患者に行なわれる人工呼吸器、腎臓透析、抗癌化学療法、抗生剤、そして人工栄養と点滴治療等を含んでいるし、それよりも広範囲な措置も含まれる。行なわれている治療を中断することを医療人は憚るが、延命治療の留保と中断では倫理的差はない。深刻な状態の患者の治療水準に対しての意思決定の時、主な考慮事項は患者が最善にあり、家族または社会の負担を減る事ではない。治療中断の論議は患者の生きる可能性が極端に少ない場合、または治療によって患者の受ける身体的、精神的負担が治療による効果よりもっとも大きいと思われる場合、また、もし回復するとしても患者が受けるQOLが低く、受け入れることができないと判断する場合、患者または代理人が決める。その時、患者の生活の質は患者の通常の価値観によって定義される事が延命治療を持続また中断する決定の重要因子である。

延命治療の留保または中断の決定過程で、医師は患者または代理決定権者に関連するすべての医学情報を知らせなければならない。もし、患者の選択しようとする価値の証拠がある場合はその判断に基づくことになるし、代理決定をする場合、代理人は平素患者の人生に対する価値観とか死に関する態度などを考慮するべきである。また、決定能力がない患者の選好と価値に対して適切な証拠がない場合は、その決定は患者に最善の利益が何かによって決定すべきである。医師は死に間近い患者の苦痛を軽くさせて、患者の品位と自立性を尊重する義務がある。そのために医師は臨終患者に行なわれる効果的緩和治療が死を早める恐れがあるとしても持続的に続ける（米国医師協会倫理指針 2.20 生命維持治療の留保また中断；1981年制定、1994年6月改定）。従って、死が間近い患者のすべての生命維持装置を留保また中断するのは倫理に反することではない。しかし、医師は「安楽死」また「医師自殺幇助」に関与してはならない（世界医師協会—安楽死に関する宣言；1987年採択）（世界医師協会—医師助力自殺に対する声明；1992年9月採択）。また、集中治療の中断が患者の状態を放置、放棄するのではなくて、医療提供者は死亡に至るまでの患者の苦痛、恐怖を緩和するための努力をしなければならない。

3) 無意味な治療 (Futile Management)

それ以上治療が患者に効果より害になる恐れが大きいと思われ「無意味な治療」の判断に対して、医師と患者、家族の意見が違う場合、紛争になる可能性がある。わが国は国家が提供する診療費補助制度、公共看護サービス制度等の脆弱で、患者に対する治療が無意味であるかどうかの争いは外国と違い。経済的困難によってそれ以上治療を受けることが難しい患者にとって、無意味な治療論争の多数は診療費負担がその原因である。また、診療費負担はそれ程深刻ではなくても、治療後深刻な後遺症を残すと思われる場合は、退院後の患者看護の難しさが無意味な治療論争の原因になる。

この場合、患者の家族は治療の中断を要求しながら、それ以上の治療は無意味だとする場合もある。国内の場合、保護者とこれらの異見が発生した時は、その倫理的、法律責任が全的に患者の代理人と医師に限定されている。したがって、国家的診療費補助体系、公共看護サービス制度等が定立する前には外国の医療倫理の判断の基準を国内医療状況に全部適用するのは現実的に難しい。それでも医療提供者は医療倫理的に最善の判断を取り決まるように努力しなければならないし、無意味な治療に対する見解の差があれば、これを調整するために患者、その家族と十分な対話をするべきである。即ち、医療提供者は患者、家族と治療の目的に対し十分に論議し、その過程を共有することによってお互い満足できる水準の治療が行なわれるように努力するとともに、出来れば文書で記録すべきである。

もし患者、家族と医療提供者の間に無意味な治療に関して紛争が発生した場合、医療提供者はできる限りその解決を独自の判断に依存するのは望ましくない。もし医師が思

う無意味な治療を患者また家族から要求される場合、医師はそれを拒否できるが（米国医師協会倫理指針 2.035 無意味な診療；1994年6月制定）、これらの医師の決定は適当な診療基準に従って、有意義に定義できる概念に根拠すべきである。また、その決定を単独に決定するより同僚医師または病院倫理委員会の諮問を受けることを進める。治療費を支払う医療保険組合で意味のない治療と判断された場合も、医師は医学的に適切な決定をしなければならぬ。持続的植物状態にある患者は特別な理由がない限り、集中治療室で治療してはいけない。また、脳死者に継続的に治療行為を続ける事は医学的に根拠ない行為であり、脳死として診断される場合は治療中断を積極的に検討すべきである。

4) 心肺蘇生術をしない (Do-Not-Attempt-Resuscitation、DNSR)

医療提供者は心臓または呼吸が停止した患者を蘇生させるように努力するはずであるが、心肺蘇生術を施行する事が不適切な場合、または患者の意思及び最善の利益に反する場合は例外である。医師は心肺蘇生術に対する患者の希望を尊重する倫理的義務を持っている。医師は生活の質に関する自分の個人的判断によって心肺蘇生術に対する患者の意志決定を無視してはならない。心肺蘇生術によって患者の生命を延長できるとしてもその生活の意味がないと予想される場合は、患者自身、患者の代理人、または担当の医師により心肺蘇生術の放棄問題が提示されて、患者または代理人、医師の間に前もって心肺蘇生術の放棄諾否を討議し、決定する事ができる。その事実は患者のカルテに文書化されるべきである。これは患者にとって疾病による死亡を自然に受け入れ、死亡に至る不必要な苦痛と時間を軽減し、尊厳を維持し、臨終することに役に立つ。

5) 臨終患者の集中治療室治療の拒否

一般的に集中治療室の病床は不足し、病床の配分に対する葛藤が起こる。制限された医療資源を患者達に均衡に配分する決定において、医学的必要による妥当な基準だけが考慮されなければならない。これら基準は治療効果の持続諾否、現在の障害と関連して予想残余生存期間、集中治療必要の緊急性、生活の質の変化、患者の意志、そして成功的治療のため必要な医療資源の有無及び程度等が含まれる。患者の治療費支払い能力、年齢、社会的価値、予想される治療の難しさ、その疾患の発生原因に対する患者の責任、過去に患者が医療資源を使用した経歴等、医療と関係がない基準は考慮しない。死亡が間近になった患者、または持続的昏睡状態の患者のように集中治療が役に立たない患者に対して集中治療室の入室を拒否するのは非倫理的な事ではないが、その判断が難しい場合は同僚医療人及び病院倫理委員会の諮問を求めるべきである。

6) 臨終患者の移送と自意退院

医師は患者の利益のため、患者を他の医療機関に送ることができるし、患者の診療資

料の提供に積極的に協力すべきである。他医療機関に送る場合はその医療機関は患者に必要なサービスを提供する能力を持つべきである（世界医師協会—医療倫理に関する国際協約；1983年11月採択）。医療人が患者の臨終を予想できる状況で、自ら判断する能力のある患者が、延命治療を留保また中断し、家庭で退院する事を要求する場合、その意思は尊重されるべきである。医療人が患者の臨終を予想できる状況で、自ら判断する能力のない患者の適切な代理人が患者に対する延命治療の留保また中断を要求し自宅への退院を希望する場合、その意思を尊重し、妥当な手続きの論議を経た後、決定するべきである。

7) 臨終患者の延命治療の中断に関する患者、患者の代理人及び医療人の仲に発生した異見の調整

医療人と患者、その代理人の仲で意見が一致してない場合、合理的な意思決定のため医療機関内の倫理委員会の諮問を受けることと、倫理委員会の構成されてない場合は患者と直接関係がなくて患者の疾病状態を判断できる他の医師の意見を求めるように勧める。もし自ら決定できる精神的能力のある患者が治療を継続的に反対する場合、医師はたとえその治療が有効だと判断しても治療を留保する事が医療倫理に反するのではない。但し、その治療が患者の生命に直結していて、その事実を十分に説明した後も患者が治療を拒否する場合は、担当医師はその原因を探る努力をしながら精神心理専門家の助言を受ける。精神心理専門家の助言等でも問題は解決できない場合は、同じ病院または他の病院の医師に患者の移送の依頼をする等、他の対案がある。治療諾否に関して患者またその代理人と医療人の仲に意見の不一致がある場合、その患者を他の医療機関に移送できるし、その時患者の他医療機関での移送が不可能な場合は妥当な根拠をもって、家族の要求を拒否できる等、患者の状態をよく見ながら次の決定をする（図1参考）。