

# 緩和ケアと安楽死の社会的基盤

宮坂いち子

## 1. 緩和ケア

緩和ケアというのは、これまで濃厚な治療と延命を目指してきた現代医療が、その反省から主に末期のがん患者のQOL(Quality of life = 生命・生活の質)を重視するという考えに基づいて、終末期医療において患者の肉体的、精神的な領域で、全人的に痛みや苦しい症状を緩和することに重点を置いたケアのことを呼ぶ言葉である。ここでは死を否定的に捉えるのではなく、死は生を受けた人間にとって自然なこととして、不自然な過度の延命治療をせず、医師、看護職、薬剤師、ソーシャルワーカーなどがチームを組んで支えるというものである。

私が倫理学という専門分野から「生き方の問題」つまりは「死に方の問題」として、人間の生涯の最後において、今日の我々が「人間らしい尊厳を持って生涯を終えられているか」という終末期医療の問題点を探求してきた限りでは、20世紀の最後の数十年は、この問いに否定的な回答をせざるを得なかった。

これまで世界の数カ国を訪問し、その国の終末期医療事情を学んできた。現代の終末期医療における緩和ケアの発端が、1967年のイギリスのシシリー・ソングラス女医が創設した苦痛を取り除く安らかな最期を目的とした施設としてのセント・クリストファー・ホスピスにあり、また近代ホスピスの発祥が1876年のアイルランドのダブリンにあるアワー・レディーズ・ホスピスであったため、ホスピス運動はアメリカやオーストラリアなど英語圏に圧倒的なスピードで広まった。ドイツがこの運動に取り組むことに躊躇したのは、第二次大戦中精神病者や重度の障害者を社会的に無用なものとして「安楽死」させたことが足かせとなったといわれている。しかしそのドイツもイギリス、アメリカに10年ほど遅れたとはいえ、今日の末期医療対策は国や州をあげて進められており、その充実度は世界の中でも非常に高いものである。

それではフランスやベルギーなどフランス語圏の末期医療対策はどのような状況なのか。それを学ぶため今年の夏はベルギーの首都ブリュッセルに集中して研修することができた。折りあたかも、ベルギーではオランダの2001年5月の安楽死法案の議会通過に次いで、世界で二番目に安楽死法が議会を通過し、2002年の8月から実施されることになったところであった。

そこで「安楽死法」とは如何なるものなのか。またその問題点は何処にあるのか。オランダ、ベルギーという隣接国で安楽死法が次々と通過したが、安楽死が社会的に承認される基盤は何であろうか。

安楽死とホスピス運動はどのような連関があるのだろうか。日本でも将来安楽死は可能なのか、といったことに的を絞って以下で論じていきたいと思う。

## 2.「安楽死」とは何か

安楽死とは今日の医学の力では治る見込みがなく、その上に厳しい苦痛が伴う患者を、様々な条件をクリアした時、他人の力、つまり医師の援助によって死に至らしめることである。この安楽死を意味する euthanasia という言葉はギリシア語に由来し、euは“良い”，thanatosは“死”を意味するもので、“良い死”つまり“安楽死”なのである。日本では戦前は「安死術」と呼ばれており、戦後「安楽死」という訳を euthanasia につけたのは、昭和23年8月号のリーダーズ・ダイジェストの訳からのようである。

安楽死は自然に迎える自然死に対し、死を何らかの方法で他人が操作し早めるものである。自らが実行する死は自殺であるが、自殺もヨーロッパのキリスト教圏では厳しい罰則を設け、厳しく禁じられてきた。ローマ時代のキリスト教迫害時代に、キリスト教徒が殉教を勝利とした時代があったのだが、キリスト教公認後殉教することを禁じることで、つまり自殺の禁止がキリスト教の要目となった。そのためにイギリスでも1961年まで自殺は厳しく禁じられてきた。自殺者に対して教会の葬儀は禁じられ、教会内の埋葬も認められず、遺族の財産も没収された時代もあった。ましてや他殺はモーセの十戒以来禁じられている戒めである。

ドイツでナチス統治下の1933年に出された「新刑法に関する覚書」によって行われた優生学的な立場からの「安楽死」は、ユダヤ人や社会にとっての厄介者や重荷になる者を病人、犯罪者、障害者まで含め、本人の意思にかかわらず排斥するというものであり、これは国家が強制的に与える死であった。このためその後、安楽死という言葉は否定的意味合いをおび、とりわけドイツではかつての犯罪行為を反省し、長年にわたりこの言葉に拒絶的であったといわれる。

しかし近年「良い死」に対する反対概念としての「悪い死」が、社会で多々問題にされるようになって、改めて「良い死」としての「安楽死」が、かつてとは異なった次元で取り上げられざるを得なくなった経緯がある。その原因は近年医療が非常に高度化し、それに伴い延命技術も著しく高度化したことである。そこに見られる延命は、不治の末期患者に対しても高度の医療を施し、酸素や栄養剤などの管や様々な計測機器のコードに繋がれたいわゆるスパゲッティー症候群といわれる状況を呈しながら、集中治療室などで亡くなる姿であった。根本的には治らない患者に、何度も大手術を施すことは必要なのか。その治療や手術を中止し、残された時間にしておきたいことをしながら自分らしい最後を迎えることは出来ないのかなどという問題が、患者の中から次第に声高に上がってきたのである。

この問題は末期がんを告知された患者達の手記や日記、何人かの医師達による告発の著などからも確証を得られるようになった。ここで感じ取られたことは患者達が自分の治療を自分で決定出来ることへの願望の大きさだった。つまり病院では患者が自らの最期の在り方を選択する権利を持たしてもらえないことが多かったのである。しかし、患者が自己決定権を行使するには、患者が十分な医療上の情報を得た上であることが前提であり、それには医療者の十分な情報開示と患者とのインフォームド・コンセントが必要であった。

その上で、治療において患者は生命の「質」を求めているのか、或いは生命の「量」つまり時間的長さとしての延命を求めるのか、或いは何処までの治療と、同時にどういった治療の選択と中止を求めているのか、その決断の決定権を患者の権利として認めることが可能かどうかの問題となるのである。

### 3.日本の安楽死問題

日本において安楽死事件として新聞紙上で近年問題になったのは、1991年の東海大学病院の安楽死事件である。東海大学医学部附属病院に入院していた53歳の多発性骨髄腫の男性に、家族の要請で若い主治医が塩化カリウムを注射して死に至らしめたというものである。この医師は横浜地方裁判所に提訴され、1995年執行猶予付きの有罪となった。この時裁判所から示された安楽死の許容条件は以下の4件であった<sup>1)</sup>。

- ①患者が絶えがたい苦痛に苦しんでいること。
- ②患者には死が避けられず、死期が迫っていること。
- ③患者の肉体的な苦痛を除去し緩和する他の代替手段がないこと。
- ④生命の短縮を承諾する患者の明確な意思表示があること。

東海大学事件の場合①と④に関しては、妥当していなかったため、被告は有罪となっている。

翌1996年に京都府の京北病院の院長が、末期がんの患者に筋弛緩剤を投与して死に至らしめたとして警察の捜査を受けた。この事件は患者と院長が長年の知人であり、患者の苦痛を見兼ねての処置であったと報道されたが、患者の意思確認はなされていなかったことが問題点として指摘されている。

また、2002年12月殺人容疑で逮捕された川崎共同病院の女性医師は、1998年気管支ぜんそくの重積発作で心肺停止の状態入院してきた58歳の男性患者の口から、気管内チューブを抜き、抜管のさい人工呼吸器を用意せず、苦しむ患者に鎮静剤と筋弛緩剤を投与し、呼吸困難に陥らせ死に至らしめたというものである。患者の家族は抜管の申し出をしていないと主張しており、医師が「九分九厘脳死状態」と家族に説明しているが、自発呼吸していて死が差し迫った状況ではなかったし、脳死と厳密にいえる検査を行ってもいなかった。終末期の患者に自然的な死を迎えさせる抜管は正当な医療行為であるが、この医師は患者本人の意思を確認しておらず、家族も依頼していないと主張している。このように近年問題になった日本の安楽死問題はがん末期の患者に関してのものが多く、これらに対し法は厳しい判断を示している。

しかし安楽死という言葉で呼ばれてはいないが、日本には欧米に比べ、自殺さらには他殺にも一定の条件下で寛容な土壌があったように思われる。つまり武士の切腹や、また武士が切腹する時の介錯などは、苦しまずに死なせるための安楽死の一方方法であったと考えてよいだろうし、心中に対しても今日なお日本社会は寛容であるように思われる。しかし末期医療などの場面においては、まだ日本の場合大きな声で安楽死が問題化されるに至っていないし、以下で述べる消極的安楽死が徐々に患者から要求されるようになってきている現状である。

さて正当な治療行為でなく医師がその患者の生命を操作して死を早めたり、遅らせたりすることを安楽死と呼ぶとすれば、安楽死には二つの方法があると考えられる。一つはなすべき治療行為をせず治療放棄をすることにより死を早める消極的方法と、もう一つはある行為を取ることによってその結果命を縮める積極的方法である。医師の使命が患者の命を長らえさせることである以上、生きられる者に対し治療行為を中止することは医師の本分に反し、当然殺人罪に当たる。今この時にこの治療をしなければ助からない緊急時に、黙って手をこまねいていれば患者は亡くなってしまうからである。そこで具体例をあげて、医療者の行為が患者の死を操作する行為の程度に応じて、消極的、間接的、積極的と区分したものを示してみる。

- ①消極的な安楽死=これは患者が死へのプロセスを進んでいる場合、意識が失われても医療者は心肺蘇生術などを施さない。また、昏睡状態にある場合に人工栄養や補液を差し控える。つまり医療的な行為は取らず見守るというものである。
- ②間接的な安楽死=苦しい症状や痛みを取るためのモルヒネや鎮静剤の注射などの患者の症状緩和を目的とした処置が、結果として間接的に死を早めてしまうような方法である。或いは自然死を望む目的のため、一旦装着した人工呼吸器などを外すことによって、死を早めてしまうなどの場合である。
- ③積極的な安楽死=苦痛を取るために薬剤や致死量の塩化カリウムや筋弛緩注射などの投与で、直接に死を招く行為を取るというものである。

今日安楽死という言葉で呼ばれているのは、この第三番目の積極的な安楽死である。2002年末現在で、この積極的な安楽死が法的に認められているのは、国としてはオランダとベルギーであり、アメリカではオレゴン州で医師が与える経口薬のみによる安楽死が住民投票で可決されている。しかしアメリカ司法省はサンフランシスコの連邦高等裁判所に違法の申し立てをしており、現在係争中である。また、オーストラリアの北部準州では、1995年に安楽死を許容する「終末期患者の権利法」が一端通過したが、施行7ヵ月で連邦政府の違憲判決により廃止になっている。

日本で医療上ではなく安楽死が問題になったのは、1916年に森鷗外が発表した小説の『高瀬舟』である。話は徳川時代で、病気で自殺をはかった弟が死に切れないでいるところを兄の喜助が見つke、弟の懇願で最期の命を絶つ手助けをしたため遠島となる。その罪人を京都から大阪に運ぶ高瀬船の船頭が、喜助の内心を聞き知ったという形で、安楽死の問題を提起している。死に切れず断末魔で苦しんでいる者を苦しませておくのが道徳的なのか、楽にしてやるのが道徳的なのかを問いかけているものであった。

法廷で初めて安楽死が取り上げられたのは、1949年の成吉善が全身不随の病状の悪化した母が早く死にたいと懇願するので、青酸カリを飲ませて安楽死させた事件である。裁判所は被告を懲役1年、執行猶予2年の刑に処した。裁判所は安楽死を否定したが、この時安楽死もやむを得ないという情状酌量が認められたのである。

1962年の名古屋高等裁判所の判例は、安楽死の法的条件が示されたことで国内外に注目を浴びた。激痛の父親から殺してくれと頼まれた息子が、牛乳に劇薬を混ぜて飲ませて死なせた事件である。裁判所は囑託殺人として、被告に懲役1年、執行猶予3年を言い渡したが、この時安楽死に必要な6条件<sup>2)</sup>を提示しているのである。

- ①不治の病で、死が目前に迫っていること。
- ②苦痛が激しく、見るに忍びない程度であること。
- ③死苦の緩和が目的であること。
- ④本人の囑託と承認があること。
- ⑤医師が行うこと。
- ⑥その方法が倫理的であること。

横浜地方裁判所の判例の4条件は、名古屋高等裁判所の6条件の①から④に当たり、横浜の場合は⑤と⑥は既に医師が行ったものであったため、条件として取り上げられてはいなかった。

名古屋高裁でも横浜地裁でも問題として取り上げられている本人の意思表示であるが、意識がはっきりしている場合、本人の意思に反する行為は違憲である。しかし、本人が意思表示が出来なくなった場合や新生児などの場合は、様々な要件を満たしていれば、本人の意思に反しない、かつ意思に沿っているものとして家族が決断を代行している例が日本では多い。これに対する反論ももちろんある。

#### 4. 尊厳死

こうした積極的安楽死に対して、消極的な安楽死及び間接的安楽死も、その行為が患者の命を縮めるがために、近年まで社会的に許されなかった。しかし、これらは今日特別に「尊厳死」と呼ばれ、多くの医療者が取っている処置となっている。尊厳死で最初のもは1976年アメリカのニュージャージー州の最高裁判所で出されたカレン・クインラン嬢の判決がある。

1975年4月14日当時21歳のカレンが友人達とのパーティーで、精神安定剤と睡眠剤をアルコールと一緒に飲み、昏睡状態になった。直ちに病院に運ばれたが、音や光などに反応するだけの植物状態になってしまったため、のどを切開して人工呼吸器を取り付け、流動食をチューブで流し込んで、かろうじて一命を取り留めていた。しかし意識がないままやせ衰えていく娘の姿を愁いた両親が医師に、無駄な延命措置を中止して自然に死なせて欲しいと訴えたが拒否されたため、裁判所に「尊厳をもって死ぬ権利」を請求した。最終的に最高裁判所が「個人が死を選ぶ権利は人間の生命の継続を尊重する州の方針に優先する」という判決を出し、医師団立ち会いのもと人工呼吸器は取り外された。この裁判は世界で初めて「尊厳死」の権利を認めた判決として画期的なものであった。

しかしカレンの場合人工呼吸器は外したが自分の力で呼吸し、人工栄養と水の補給を続けたため植物状態でその後10年間生き続け、1985年肺炎で亡くなった。

アメリカのミズリー州で有名になったもう一つの例は、植物状態になったナンシー・クルーザンという25歳の女性の問題である。

彼女は1983年に交通事故にあい、意識はないが人工栄養と水分の補給をし続ければ、30年くらいは生きられる状況であった。しかし医師はこの人工装置を外すことに同意しなかったため、彼女の両親はこのような状況で生き続けるのは娘の意思ではないと、ミズリー州の裁判所に「死を選ぶ権利」を訴え、その権利が連邦最高裁判所で認められた。1990年ナンシーは栄養と水分の補給を中止され、尊厳死をした。彼女は自発呼吸をしていたので、栄養、水分の補給を中止することによって餓死の道を選んだのであるが、積極的安楽死と比較し、尊厳死も見守る家族にとっては同様にかんがりの心理的抵抗があるように思われる。治療を諦めても、栄養や水分の補給までは中止しないという選択もあるのである。

日本で裁判になった事件の問題点は、患者本人の生前の「死への意思表示の確認」が、いずれの場合も取れなかったことである。まだ死ぬ権利が認められている国は少ないが、世界各国で消極的間接的安楽死を認めて欲しいという要求は強く、そのためには意思表示が先ず前提される。

消極的間接的安楽死というのは、積極的な行為をとるのではなく、死に行く自然に任せるものとして「自然死」を意味している。そして、「過剰な治療を拒否する」立場を表明したものであり、人間としての尊厳をもって死ぬための「死へのありかたを自ら選ぶ権利」でもあり、それゆえ安楽死と区別して、「尊厳死」と呼んでいるのである。

日本における「日本尊厳死協会」の本部は、東京の本郷に1976年に設置され、今日全国に8支部をもつ任意団体として活動している。2002年現在で9.5万人の会員がいる。この協会の意図は<sup>9)</sup> ①不治で末期となった場合、無意味な延命処置を拒否する ②苦痛を最大限に和らげる処置をして欲しい ③植物人間になった時、生命維持装置を付けなくて欲しいといった内容の書かれた尊厳死の宣言書(living will)をこの協会に提出しておき、必要となった時この宣誓書を協会から主治医に提示してもらい、安らかな自然死を迎えられるような処置を求めるというものである。

海外との情報交換も行っており、2002年現在「死の権利協会世界連合」には日本尊厳死協会も含め20カ国の33団体が参加しているという。

## 5. オランダの安楽死

1993年オランダでは既に事実上積極的安楽死を容認する法が施行された。これに先立ち安楽死問題を検討するためのレムリンク検事総長を委員長とする委員会が1990年に設置され、1990年と施行2年後の1995年に実態調査がされ、国民に支持されている事が確認され、今日、年間約2,000名の安楽死が行われているという。日本のテレビでも放映された56歳の男性が、筋萎縮性側索硬化症と診断され、後数ヶ月で自発呼吸すら難しくなるという状況下で安楽死を望み、ホームドクターの医師による致死量の注射により、医師と妻に見守られながら眠るように亡くなっていった。その折の安楽死の許容条件は横浜地裁同様に4条件を含んでおり、実施にあたってはその他細かな手続きが多々要求されていた。意思の確認は本人の自筆が必要であり、その確認は実行まで何度か再確認され、かかり付けのホ



ームドクターだけでなく、郡医師会から派遣される他の医師による客観的な確認と承認が必要であった。オランダでは住民登録を行う時必ずホームドクターを決めて、その医師名を登録しなければならない程、市民の生活とホームドクターは密接している。病院に入院する時も、専門医にかかる時も、医療品を買う時も、各人のホームドクターを通さなくてはならない。そして患者とホームドクターとは長年にわたる身近な付き合いがあり、患者の病歴や治療歴も熟知している。入院してもホームドクターが病院に往診に来るシステムとなっており、患者の家庭の事情や精神的事情も知った上で、思いを自由に語り合える環境が整っていて、なお望むなら患者「個人の権利」の一つとして「死ぬ権利」も保証されているのである。

オランダの安楽死の運動はトルース・ポストマ医師が、彼女の末期がんの母に安楽死を施したことが切っ掛けとなった。1973年判決が下され、懲役1週間、執行猶予1年というものだった。彼女の裁判中、何の医学的・法的知識も無い村民達が、ホームドクターを救うため、プラカードを作ってデモを行い、裁判中は花束を持って裁判所に通い、オランダ社会に安楽死問題を考える切っ掛けを作ったのである。1973年に自発的安楽死協会の創立者となったクラジーン・シブランディ女史も、トルース・ポストマ医師の支持者であるが、医師でもなく、法律家でもない彼女が初代会長だった。このようにオランダの安楽死の運動は医療に対する専門知識も無く、団体を組織した経験も無い庶民の間から盛り上がったものであり、こうした運動に医師や法律家、倫理学者などがその後加わって、社会的に認知される組織に成長していった経緯があるのである。

しかし実はオランダに「安楽死法」というのが出来たわけではなく、1973年のポストマ医師の事件以後、政府が政策委員会を設けて実態調査を行い、医師会、法務局、検察局で議論を重ね、1990年に「安楽死届出制度」が確立されたのである。一般に安楽死法と言われているが、そういう名前のものがあるのではなく、苦痛の激しい末期患者に尊厳死を実施した場合、それを警察に届け出ても罰せられないという、この「安楽死届出制度」のことを呼んでいるのである。その届出は「周到なるケアのガイドライン」<sup>4)</sup>と呼ばれる報告形式のものである。手続きは、安楽死あるいは自殺補助した医師は直ちに検死官に届け出る。検死官が60分以内に現場に到着し、医師は検死官の「ガイドライン」上の質問に答え、その報告書を検死官が地方検察庁に提出する。不審なところが無ければ市町村長を通じて埋葬・火葬の許可が下りる。医師の報告書と検死官の検死報告書は検察庁の首席検事委員会に提出され、その医師を訴追するかどうか決定されるという手続きを踏むのであり、ガイドラインに適應していれば不起訴になる。

それ故、そのガイドラインの内容が1993年の「改正埋葬法(22572号)」の付記として法制化され、①患者の明確な強い要請がある(文書による要望を受けてから安楽死まで少なくとも1ヵ月以上の経過が必要) ②耐えがたい苦痛がある ③他に取りうる手段がない ④他の医師の同意があるなどを満たせば、刑法上犯罪の「嘱託殺人」ではあるが、刑事責任を免れた。しかし、犯罪被疑者として送検される医師の精神的負担が重い上に、オランダ市民の92%が安楽死法を支持している<sup>5)</sup>という高さに基づいて2001年の上院での可決となったわけである。成立当初は耐えがたい苦痛は肉体的な病氣と関連していたが、現在は精神的・心理的苦しきも含まれると解釈されている。年齢は両親の同意があれば12

歳以上の者に認められている。ここに至るまでに、ポストマ医師の事件から30年にわたる市民、医師会、法務局などの長い議論を経て、今日実現したものなのである。

このオランダと地続きのベルギーで、オランダに次いで世界で2番目に安楽死法が通過し、実施となったのは2002年8月20日のことである。国民の半数がオランダ語を母国語とするベルギーも、安楽死は同じように長年非合法ではあるが潜在的にはなされており、それが2002年国民の合意として実現したものである。安楽死の要件は①本人の2回以上にわたる強い要望 ②耐えがたい痛み ③二人以上の医師の同意があることである。オランダとベルギーの相違の大きな点は、オランダでは12歳以上であれば両親の同意があれば安楽死できるが、ベルギーでは18歳以上にのみ認められた点である。

各国の安楽死の要件を見れば皆第一に患者本人の明確な再三にわたる死の要望があげられている。自らの意思に反して死ぬことが決してないように設けられた条件である。しかし患者の意識が明確で再三の要望がある場合は問題ないが、患者の意識が明確に測れない場合の安楽死が、オランダやベルギーでもかなり多いということである。オランダの安楽死に関する調査のためのレムリンク委員会が1990年から1991年にかけて行った調査によると、本人の自発的な安楽死は全死亡者の1.8%、本人の持続的要望がないが患者が昏睡状態などに陥った場合、医師が関係者の総合的判断で行ったものと思われるが、この確認が取れないままの積極的安楽死が0.8%で、これは1,000人を超していたことが判明している。1995年の調査でも0.7%とあまり変わっていない<sup>6)</sup>。

患者の意思確認がないまま生命終焉行為を行った理由は、「治療に希望が持てない状況で、耐えがたい苦痛があり、治療を続ける無意味さ」から、医師が同僚、家族などと相談して行っていたと報告されている。

安楽死の法制化はアメリカやイギリスなどでも、がん末期の患者や臨終間近な結核患者に対して安らかな死を迎えさせてやって欲しいと試みられてはきた。1906年のオハイオ州議会や、アイオワ州議会では可決したが、合衆国政府によって否決され、ワシントン州で1991年、カリフォルニア州で1992年住民投票が行われたが、数パーセントの僅差で法制化はされなかった。イギリスでも1969年に貴族院に安楽死法が提出されたが、やはり否決されている。

## 6.安楽死に対する社会的容認の基盤

各国で安楽死法が否決されている中、オランダ、ベルギーという隣接2カ国で法案が通過した社会的基盤はどこにあるのだろうか。日本人の母、アメリカ人の父を持ち、オランダ人の夫と結婚し、二人の息子を育てながら長年オランダに住んでいる1947年生まれのジャネット・あかね・シャボットさんは、その著書の中でオランダの安楽死について「日本のように患者に病気を告知するか、しないかを討議している国の国民が、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ゆえに実施できるオランダのことを理解できるだろうか」<sup>7)</sup>と疑問を投げかけている。そして先ず第一に安楽死の選択はオランダという自主性を尊ぶ個人主義の国であるがゆえに可能なのだという。確かにオランダの自主決定権は徹底していると思われる。社会に害を与えない限り、個人の選択権を広く認め、社会や政府



は個人を支援している。オランダは世界で最初の麻薬使用解禁国であり、登録した中毒患者は政府から無料で麻薬を貰うことが出来る。同性愛者の結婚も認可していて、囚人にも妻や女友達による一晩泊まりの面会をゆるす刑務所など、個人の人間としての権利が徹底して認められている。夫婦、親子の間でも自己決定権が尊重されるから、他人の思惑で死が決定されることはなく、自らどのように死ぬかを選択決定できるのであり、担当医に対しても自立して安楽死が要請出来るのである。国民もまたそれに疑惑を持たないのである。

しかし様々な著書や報告書を読むと、安楽死や自殺補助を行うことがオランダの医師にとってもそう簡単なことではないことが分かる。安楽死を依頼された医師は患者と共に悩み、真剣に考え、大きな苦悩を持って実施している。実施したある医師はホームドクターであるから、患者の苦悩を見過ごせない。依頼されれば考えなければならないが、「安楽死の実行はしたくない。出来れば次回は私ではなく、他の医師に頼んで欲しい」と言い、他の医師は「あの日のことを思い出すと今でもまだ眠れなくなってしまふ」と述べている。これらの言葉から推測しても安楽死の実施が、患者、家族のみでなく、医師にとっても精神的に如何に重いものであるかが分かるのである。

社会的容認の基盤の第二は、こうした個人の自己決定権が実現されるための十分な情報が与えられているということであろう。情報開示ということは、隠し立てをしない社会状況だということである。初めてオランダで母を安楽死させたポストマ医師も、初めて末期患者ではない生甲斐を失った健常者の要請で自殺補助を行ったバウドワイン・シャボット医師の場合も、不利なことを承知で自主的な報告を行っている。そして社会の批判を正面から受け止めている。その態度に彼らの患者や市民は、自分達のホームドクターを支持し、社会の批判から守ろうと行動を起こしているのである。

第三にオランダには個人が徹底して自立して生きられるような制度があり、個人が皆自立して生きていることである。オランダの学生は18歳になれば親の収入に関係なく政府の奨学金を受けられる。学ぶ気持ちがある者は親に頼らず学ぶことが出来る。失業すれば失業保険で暮らすことができ、難民もこの国に入国すれば生活保護で暮らしていくことが可能である。離婚すれば養育費も払われ、老後の福祉も充実していて、子供の世話にならなくても暮らしていくことができる。誰もが自立して暮らせる制度となっている。そのために大変な税金を取られたとしてもそれは国民の義務として当然であり、国民は不満を述べないのである。

第四のオランダの特色は、患者の生活に密接したホームドクター制のあることであろう。国民は誰もが掛かりつけ医としてのホームドクターを持たなければならず、これが患者と医者との信頼関係を深めている最大の原因であろう。そのため数週間前まで知らなかった医師によって、患者の個人的事情が分からないまま安楽死を施されるようなことはなく、ホームドクターもずっと関わってきた患者を最後まで見過ごしには出来ず、患者の本当の要望に沿いたいと思うのである。

オランダに限ることなく安楽死に寛容で容認する考えの学者の根拠は、「患者への慈悲」である。新約聖書の山上の垂訓で「あわれみ深いものは幸いである、天国はあなたたちのものである」と述べているが、苦しみに喘いでいて助けを求めている患者を見殺しにせず、慈愛をもって対処することはキリスト教の教えに反するものではなく、安楽死も是認されるというのである。

キリスト教国では他殺は当然罪である。しかし安楽死を肯定する声の根拠は人間尊重であり、人間への慈悲の心である。科学の力で数日延命できても、その間苦痛にのたうちまわっているならば、それを冷静に見ていることができないのが、人間の心だというのである。

安楽死の拒否される最大の根拠は、古代ギリシアの医師の「ヒポクラテスの誓い」であるといわれる。医学を学ぶ者はこの誓いをまず学ぶ。その誓いの中で「医師の任務は患者の命の保護と延命」であると述べられている。そのため患者を最後まで全力で治療することが医者に義務付けられてきたのである。しかし今日はヒポクラテスの時代から2,500年を経過している。時代の経過の中で医学も進歩し、社会も様々に変容し、今日は人間性を尊重するヒューマンイズムの時代となってきた。医師の任務は従来のように「健康を保つこと」であると同時に、「苦痛をのぞくこと」も重要な任務となってきているのである。また、「健康を保つこと」と「生命の延長」は同じ意味ではなく、不健康な生命の延長も今日の医療にはあるのである。

安楽死容認の考えを持つ太田典礼は「生の尊重と生命の尊厳ははっきり区別しなければならない」と述べている<sup>8)</sup>。確かに命は絶対で、一つしかなく、一度失えば取り戻すことが出来ない、かけがえが無い大切なものである。

しかし、ここで生命が唯一絶対のものであるだけに、その生命の尊厳も大切なものとなるのである。ある患者の手記に、治療をすれば若干の命の延命は可能であるが、もし植物人間になる可能性があるのなら、その長引いた命は「生物としての命」であって「人間の命」では無いと述べていた。「人間の命の形骸である」と。そこである治療をするか否かの規準は、その治療を受けることによって、受ける患者本人がどれだけ幸福になれるかということであろう。ところがその幸福の内容が人によって異なるとすれば、選択の自由が認められなければならないのではないだろうか。

問題は「生命の質」「生活の質」つまりQuality of life=QOLであろう。生活の質の保証は生活の中での人間らしい尊厳の保証である。人間が考え、感動する限りにおいて人間らしいと考える者にとって、それが保証されない生活は質として低く、受け容れがたいものなのである。ソクラテス以来の伝統である「生きること」と「よく生きること」の違いである。

オランダ人が自立した生活を信念とし、誇りとしていることを考える時、他者の助けなしには生きられないことが尊厳の失われた生活と考え、その苦痛を訴えたとすれば、その精神的な苦しみは、肉体的苦しみに劣るとみなすことはできないであろう。「生活の質」はその個人にとってのよさであって、その個人にとっての「内的視点」によるものである。

オランダではこの精神的苦しみも、今日安楽死の条件に加えるようになってきている。個人によって幸福の内容が違い、個人に選ぶ自由があるとする考えは、近年の「人権尊重」の考えの流れである。「人権尊重」は歴史的にはイギリス、アメリカ、フランスの改革、革命、大戦などを通して今日の国連憲章に結実しているが、今日までの人権は生存権や自由権を保証しようというものであった。それが1970年代のアメリカを中心にした消費者運動の盛り上がりを通して、医療も消費の対象と拡大解釈され、「より良い医療を受ける権利」と「好まない医療を受けない権利」が保証されつつあるのである。

しかし、世界の大勢は安楽死容認に反対である。生命は神より与えられた神秘的なもののゆえ、最後ま

で命を尊重すべきであるという。また安楽死は医学の進歩の敵であり、その実施に至っては医学の敗北だという。或いは悪用され、乱用される恐れがあるから認められないという。つまり社会にとって厄介な寝たきり高齢者や障害者などが切り捨てられる恐れがある。また、長期療養者に対し、この安楽死法を暗にあげて、長期療養者に心理的圧迫を加えることも考えられ、長期療養者自身が家族や周囲に遠慮して自らの死を早める恐れがある。さらには周囲が遺産相続や生命保険によって利益を早く受け取りたいために、安楽死への偽造書を他人が強制して作る危険もあるというものである。これらの危険は無条件に安楽死を認めるならその可能性は確かにあるが、オランダもベルギーもそれを防ぐ手立てを十分に設けて実施に至っているのである。

さてここで考えておかなければならないのは、現代の医学は終末期の苦しい症状緩和や痛みを取り除くことがかなりの程度可能になっていることである。安楽死の条件が耐えがたい苦痛があり、余命がわずかであることであったが、WHOの出しているホスピスケアのためのモルヒネの使用方法によれば、かなりの程度緩和は可能となっている。とすれば安楽死を選ばなくても安らかな最期を天命まで送ることが可能であり、そのための終末期医療をさらに充実するべきなのではないか。

ベルギーのエラスムス病院で面会した政府の安楽死研究班の委員であるボーレン医師の言われるように「安楽死を問題にする前に、十分な末期医療の充実が無ければならない。その上で、なお耐えがたい苦痛の在る者が安楽死を考えるべきだ」の言葉は、彼が安楽死容認の権威であるだけに、意味深い。

オランダにおいて多くの患者が、苦痛が激しくなってきた時、医師に安楽死が出来るように要請するという。しかしこの中には安楽死ができるという安心感を得たことや、緩和ケアがうまくいき苦痛が和らいだことが原因で、最終的に安楽死を選ばず、実際実施した者は要請者の三分の一だったという。

このことから理解されることは、緩和ケアの充実は最後まで生きるための条件として非常に大きな意味を持ち、もし痛みが取れるなら多くの患者が安楽死を選ばなくても済むということであろう。

## 7.ベルギーの終末医療の概略

オランダで2001年4月10日安楽死法が可決されたのに次いで、ベルギーでも2002年5月16日、賛成86、反対51、棄権10で国会を通過した。ベルギー国王の署名を得て、8月20日から実効されている。賛否の数字から見て推測されることはこの法案が決して満場一致で通過したのではなく、キリスト教民主党员などの宗教関係者の多くが反対し、彼らはストラスブルにある「ヨーロッパ人権裁判所」に提訴するとしており、ベルギー・ローマン・カトリック(ベルギーの国民の75%がカトリック)司教も、「人間の生命を基本的に尊重することに反している」と否定している。しかし、国会で安楽死容認の法が通過したのであり、今後公の状況で実施をされていくと思われるが、前節で述べたように、安楽死にとって終末期医療の徹底した充実が前提であり必要であることは、多くの者が指摘するところである。そこで2002年の夏視察したベルギーの緩和医療が如何に充実しており、その実現に向けて庶民が如何に努力してきたかを以下で述べ、緩和医療事情の概略を紹介したいと思う。

ベルギーは人口約1,000万人。東京都の人口に近い。国民が言語・文化的に2系統に分かれている。一つはフラマン圏、もう一つはワラン圏である。フラマン人はオランダ語を話し、ワラン人はフランス語を話す。1830年にオランダから独立したが、独立の時の公用語はフランス語であった。現在、北部はオランダ語、南部はフランス語、首都ブリュッセルは両方が使われている。今回の研修ではブリュッセルを中心にして、大半はフランス語圏の施設であったが、オランダ語圏の施設も訪問した。

ベルギーの在宅末期医療の改革は1995年から始まった。終末ケアは80年代はバラバラだったが、95年に政府の調査結果が出て在宅支援が法的に決まり、在宅患者に対し国から終末ケアの費用も出るようになった。また2000年からは600床以上の病院には緩和ケア院内循環チームを設置すること、2001年からは老人ホームにも緩和ケアを導入することも決められた。

そこでまず国内を30万人ほどに分け、その各々の区分けに一つの終末医療センターを作って、ベルギー中をカバーするようにしたのである。新たに作ったものもあるが、それ以前の1980年代から在宅医療を行っていた所もあったので、そういった所を拠点にもして、全政府(州政府の上にある)がその拠点に運営費を出すことになったのである。フラマン圏に15拠点、ワラン圏に13拠点、ブリュッセルに1拠点、計29拠点を持っている。フラマン圏ではそれをネットワークと呼び、ワラン圏ではプラットフォームと呼んでいる。組織としては国内に3つのがん協会があり、一つはワラン圏のプラットフォームを統括し、一つはフラマン圏のネットワークを統括し、もう一つはブリュッセルに置かれ、このブリュッセルがん協会が本部となって、ここで会議や事務処理などを行っている。

がん協会は末期医療全体を対象として扱い、がん協会の下には国内の終末期医療に関わる全ての機関、病院、開業医、老人ホームの末期医療担当者などが会員として参加しており、全プラットフォームおよびネットワークは月一回の例会を持って、患者や医療施設から上げられてくる問題を常に検討している。それらの問題を上部組織のがん協会と連携して、必要な時はがん協会が政府との交渉を行い、今日までさまざまな要求を実現するまでにこぎつけている。一例は全医学部に終末ケアの授業を入れたことや、大学院の修士課程に終末医療のコースを入れさせたことなどである。

2000年から、600床以上の全病院が終末緩和ケアチームを院内に持つこと、2001年からは老人ホームにも緩和ケアチームを置くように定められたが、しかしその対応ができない病院や老人ホームなどの責任者に、専門教育を費用を政府持ちでするのがこのプラットフォームの仕事の一つでもある。また終末ケアの施設で働きたい人、ボランティアをしたい人の教育も担当する。終末緩和医療の専門看護師になりたい人には、プラットフォームが実施している120時間の講習と3ヵ月間の実習を受ける必要がある。さらに毎年、雇用主はこの在宅専門看護師に毎年40時間緩和ケアの研修を受けさせていくことが義務づけられている。プラットフォームは政府機関ゆえ、直接具体的仕事をするのではなく、各プラットフォームと連携しながら、実際に働いている者の労働条件や、実際に看護を受ける者が十分な条件で、国民として平等の看護を受けているか、あるいは病院や老人ホームでの末期患者の待遇に問題が無いかどうか、あればその解決策をどうするかなどを監督し、コーディネーターもする政府の終末ケアセンターなのである。

何時でも、何処でも、国民として同じ待遇の終末ケアが受けられるようにというのがベルギー政府

の定めた法律である。病院から自宅に帰りたければ、病院スタッフが自宅に近いプラットフォームに連絡し、在宅ケアチームを組む手はずを整える。老人ホームにいた人が、症状が厳しくなりホスピスに入りたいとなると、ホスピスに連絡を取り、入院の手はずを整える。移動した先でもこれまでと状況が変わらないように、同じ介護・看護が受けられるように、プラットフォームが手助けをする。老人ホームなどから引っ越す時は、移動時の問題点をホームの所長、ナース、引っ越し先の担当ナースなどがプラットフォームに集まって検討する。このようにがん協会と終末ケア組織の連携がよく機能し、ベルギーの末期緩和の在宅ケアを充実させつつあるのである。しかし、政府はさらに2002年から、2007年の5年を期限に、がん協会に今日の在宅医療の問題点と、さらに在宅を広げるための検討と調査を依頼してきているという。

この状況を日本の現状と比較してみると、早期がんの告知は進んできているとはいえ、不治であることや再発の告知はまだまだ少い。それ故ホスピスケアの進み方も遅々としている。さらには医療も「先生に良いようにお任せします」のパターナリズムであって、患者の自立も権利の主張も少ない日本においては、安楽死は時期尚早であり、消極的尊厳死を何処まで選択していかれるかが今日の問題である状況のように思われる。

## 注

- 1) 1995年3月28日朝日新聞朝刊
- 2) 「資料にみる尊厳死問題」中山研一、石原明著 日本評論社 1993 p68
- 3) 日本尊厳死協会 尊厳死の宣言書（リビング・ウィル） 1976
- 4) 「時の法令」1450号 星野一正 大蔵省印刷局 pp4-5
- 5) 朝日新聞「私の視点」池永満 2001年5月28日
- 6) 「自ら死を選ぶ権利」徳間書店 ジャネット・あかね・シャボット著1995 p233
- 7) 同上書 p188
- 8) 「安楽死のすすめ」太田典礼 三一書房 1979 p167

