

安楽死問題と自己決定

— オランダの精神的苦痛の事例を中心に —

豊岡 めぐみ

Euthanasia and Right to Self-determination

— With a Focus on the Case Study of Mental Suffering in the Netherlands —

Megumi TOYOOKA

要 旨

諸外国で安楽死や自殺幫助の合法化が加速している。従来、安楽死や自殺幫助を希望するのは耐え難い肉体的苦痛が主な要因であったが、近年、その理由が変化しており、肉体的苦痛から精神的な苦痛、尊厳の保持、生きる意味の喪失まで多種多様であり、複雑な要素が絡み合っている。

そこで、本稿では2001年4月に世界で初めて安楽死を合法化したオランダに着目し、精神的な苦痛による安楽死や自殺幫助の事例を中心に、痛みに悶え苦しみながら病に侵された身体を伴ってなぜ生きるのかという生への意味を問いただす終末期の在り方や多様化する価値観の中での生命終結に関する自己決定の在り方を考察した。第一章では、オランダの事例を考察し、安楽死法の成立までの背景と経緯を追った。第二章では、精神状態および精神的苦痛・認知症による安楽死について取り上げ、オランダの安楽死の現状や課題を探った。第三章では、実存的苦悩による安楽死の実態を明らかにし、その是非を検討した。

以上、生命終結に関わる諸問題およびそれについてのわれわれの自己決定の在り方を倫理的観点から考察することを通じて、オランダにおける精神的苦痛や実存的理由による安楽死容認の流れに対する問題点を指摘した。

キーワード：安楽死，自殺幫助，自己決定，認知症，精神的苦痛

はじめに

2020年7月、当時51歳の神経難病の筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者が会員制交流サイト（SNS）を通じて知り合った医師2名に殺害されたというショッキングな事件が起こり、メディアによってこの事件は大きく取り上げられた。京都新聞はこの事件を「安楽死」という見出しでもって報道し、朝日新聞は「囑託殺人」という見出しをつけて伝えた^①。その後、この事件は、果たして「安楽死」事件と呼んで良いものなのか、

そもそも「安楽死」とは何なのか等、様々な論点をわれわれに提示することとなる。

日本では「安楽死」も「自殺幫助」もどちらも認められていないのだが、日本ではこれらの違いが時に非常に曖昧であり、しばしば混同されているように見える。というのも、「自殺幫助」の延長線上に「安楽死」があるように思えるからである。その理由を以下でみてみたい。

「安楽死」という漢字を見てみると、「安らかな楽な死」という意味が見てとれる。これは、ラテン語の euthanasia を踏襲しており、もともとこの euthanasia という語は、ギリシア語の eu「よく」および thanatos「死」という語に由来する⁽²⁾。「安楽死」という語は、元来は苦痛のない死を意味しており、「大往生」という意味を有していた。ところが、現代では、「安楽死」とは、病に倒れもう余命が短い患者を、本人の自発的意思を尊重し死に至らしめることを指し示すようになり、その意味が変遷していった。

では、「安楽死」と「自殺幫助」の差異はどこにあるのだろうか。日本臨床倫理学会によれば、「安楽死」とは「行為主体として他人が関与するのに対して、自殺幫助は、その時点で意思能力のある患者本人が関与し、患者は、例えば処方された薬物、あるいは毒物、あるいは他の行為によって自分の命を絶」⁽³⁾ つことであり、「自殺幫助」とは「自殺の意図をもつものに、有形・無形の便宜を提供することによって、その意図を実現させること」⁽⁴⁾ だと定義している。さらに、「安楽死」は「行為自体として他人が関与し、「自殺幫助」は「患者本人」が関与する点で両者は相違があると説明されている。確かに、このように行為主体に着目し、「安楽死」と「自殺幫助」を線引きすることはできるだろう。しかし、行為が誰によって遂行されたかという以前に、なぜその行為が引き起こされたのかという理由や動機が肝心であり、もっと複雑な要素が絡み合っているように思われる。

元来、「安楽死」は、耐え難い苦痛を和らげたり取り除いたりすることができない場合に生命を終結することであった。肉体的に耐え難い苦痛があるからこそ、人は「死にたい」と思い、「安楽死」へと踏み切る。その根底には肉体的な耐え難い痛みが存在している。しかし、現代では、末期がん患者の痛みで代表されるように、医療が進んでもなかなか取り除けない肉体的痛みが依然として存在するものの、昔と比べればはるかに疼痛緩和ができるようになっている。

ところが、肉体的な苦痛はある程度コントロールできるようになったにもかかわらず、日本でも諸外国でも「死にたい」と希望する患者は増加傾向にある。実際、医師が患者に致死薬を投与し死に至らしめる「積極的安楽死」を合法化している国もある。なぜ彼らはそんなに「死にたい」と希望するのだろうか。そこには、肉体的苦痛に耐えられないという、従来の安楽死へと駆り立てていた理由以外の別の理由が存在するのではなかろうか。生きることに對する絶望や、痛みで悶え苦しむ病に侵された身体を伴ってなぜ

生きるのかという生への意味を問いただすわれわれの終末期の在り方が大きく関わっているように思われる。

われわれが問題として取り上げたいのはこのような生への意味を問いただす終末期の在り方や生命終結に関する自己決定の在り方である。この問題を考えるための手がかりとして、精神的苦痛を理由として安楽死が認められているオランダに着目したい。その際、われわれはオランダの安楽死の現状およびそれに至る経緯に焦点を当てながら、苦しまずに死ぬことができる選択肢の是非について考察したい。とりわけ吟味したいのは、精神的な苦痛や人間としての尊厳を失ったと感じた際の喪失感や絶望といった状況にわれわれが陥った時、患者の「自己決定」は容認されるのだろうか、また、その際に医療従事者の患者の死への介入は認められるのだろうか、という問である。

本稿では、従来から長期にわたって着目されてきた、肉体的苦痛に耐えられず死期が迫っているような患者ではなく、死と隣り合わせにいるわけではないが、もう生きるのが辛いというような、精神的な苦痛や実存的苦悩を抱える患者に焦点を当て、患者の「自己決定」^⑤の在り方を考察することを目的とする。

第一章 オランダにおける安楽死問題

ひとえに安楽死と言っても安楽死は以下の3つの種類に分類できる。

- 1) 消極的安楽死 延命のための積極的措置を取らない、もしくは積極的措置を中止し患者を死に至らしめるもの。ただし、延命治療を停止する場合も苦痛を除去する治療は続けられる。
- 2) 間接的安楽死 苦痛緩和のために薬剤を投与し、結果的に患者の死期を早めるものの。
- 3) 積極的安楽死 医師が患者に致死薬を投与し、患者の生命を直接断ち切るもの。

現在、医師が患者に直接致死薬を投与し患者を死に至らしめる、いわゆる「積極的安楽死」を合法化している国として、ベルギー、ルクセンブルグ、カナダが挙げられる。また、スイスやアメリカでは、国レベルでは認められていないが、州レベルで、医師が患者に致死薬を投与し患者を死に至らしめるという方法、もしくは、患者自らがボタンを押し致死薬を自分の身体に取り込み死に至るという方法あるいは食べ物や飲み物の中に致死薬が含まれており、患者自らそれを口に運び死へと至るという方法が取られ、医師による自殺補助が合法化されている。オランダの安楽死の方法は、これらのうち、医師が患者に致死薬を投与し患者を死に至らしめるという方法および患者自らがボタンを

押し致死薬を自分の身体に取り込み死に至るという方法の2通りの方法が採用されてきた。その背景には耐えられない痛みにもだえながら死を待ち続けるよりは、本人の希望があれば、医師によってであれ、自らによってであれ、致死薬によってすぐさま死を迎えた方が良いという考えがある。オランダでは、医療従事者は苦しみを軽減したり消滅したりするための代替手段が他に存在しないことを鑑みて、患者の意思を尊重し穏やかに死を迎えることに重きを置く。患者は死を希望するなら、自分の意思が自発的なものであることおよび生きることが耐え難い苦痛であることを医師に訴え、それを認めてもらう必要がある。これらの条件が揃ってはじめて、患者は死に向かうことが可能となる。死に向かうことができると言っても、オランダの安楽死や自殺補助は医学的な疾患に基づいた苦痛が要件となっている。しかしながら、近年オランダでは身体的苦痛はそれほど大きくないが、「生きるのが辛い」という精神的苦痛や絶望的苦悩によって安楽死を希望するケースが増加している。

精神的苦痛や絶望的苦悩を訴える患者の死への決断は容認されて良いものなのだろうか。このことを考察するために、今列挙した国や州のうち、そのような患者への安楽死に最も寛容なオランダの事件をみてみよう。

第一節 オランダの事例——最初の安楽死事件と最初の安楽死許容判決

オランダで最初に安楽死の裁判が起こったのはいつであろうか。それは1952年にまで遡る。重い病を患っており、耐え難い苦痛に悩んでいる男性（兄）の要請に応じて、医師が致死薬を投与したという事件があり、刑法293条の嘱託殺人罪で起訴された。その後、医師は、兄の苦痛は一時的なものではなく永続的なものであり切実な要請だったとして裁判で説明したが、良心の呵責は正当化の法的根拠となりえないとして却下された。誰かの要請に基づく殺害は、オランダ刑法293条では最高12年の拘禁刑、また自殺補助は最高3年の拘禁刑とされる。

オランダでは、1960年以前にはキリスト教の影響が色濃く、生命はいわば神から与えられたものであり、自分で自らの命を処するということが否定的だった。この世の生は、死後の永遠の不死なる魂に備えるための試練であり、その道りに過ぎないと考えられていた。それが少しずつ変化していったのが1960年以降であり、個人主義的な考えが広がり、死への考えも多様化していった。そして、そうした多様化と共に、医療技術の進歩や多元的な社会の構築によって、死に直面した時のわれわれの自己決定がいち早く着目されるようになっていった。

このように、オランダ社会が変化を遂げ、死への考えも延命という長さ（量）よりも質を重視すべきだという考えが注目され始めたころ、オランダでまたしても安楽死を巡る事件が起きた。しかし、1952年と大きく違うのは、この事件はオランダで最初の安

楽死が許容されるものとなったという点だった。暫くこの事件の概要を追ってみよう。

第二節 オランダの事例1 — ポストマ事件⁽⁶⁾

1971年、脳溢血によって、言語障害や肺炎を引き起こし、何度も自殺を試みる行為をしている患者に、ポストマ医師は200ミリグラムのモルヒネを投与し死に至らしめた。この患者はポストマ医師の母であり、身体の麻痺により生きる意欲を失くし、娘であるポストマ医師に「死にたい、生命を絶って欲しい」と懇願していた。最終的に、ポストマ医師は、1973年2月21日に、レーワルデン地裁判決において刑法293条に違反したとして起訴されたのだが、その経緯を以下にまとめてみよう。

1972年、オランダでは苦痛を緩和するため薬剤を投与しそのことによって患者の生命が短縮されたとしても、それはあくまでも医療行為の一環であるとの考えから許容されるとの見解が医療従事者に支持されていた。地裁は、この考えに立脚し、むやみな治療により延命し患者の生命を徒に長引かせるのではなく、患者の苦痛緩和に焦点を当てるのが重要としたうえで、ポストマ医師が致死薬を投与し非合理的な手段を用いたことを批判した。地裁によれば、ポストマ医師が薬剤を順次その状況に応じて増加していくことは可能であったのであり、もしそのように処置していたならば、精神的および心理的に抵抗できない状態に陥ることはなかったとして、1年の執行猶予付き、1週間の拘禁刑を言い渡した。その際、判決において、安楽死を容認できる条件が提示されたがそれは以下のようなものだった。

1. 医師は患者が治療不可能であることを確認していなければならない。
2. 医師は患者が身体的または精神的に耐え難い、または深刻な苦痛を抱えていることを確認していること。
3. 患者が生命の終結を希望していること、あるいはその苦痛から解放されたいと切に願っていることを示した事前の文書があること。
4. 生命の終結は、患者の担当医またはその医師と相談した他の医師によって行われること。

この判決で注目すべき点は、「精神的苦痛」が考慮されていること、および苦痛から解放されたいと願う患者の意思が確認できる文書が必要だという点である。このポストマ医師の事件が報道されると、ポストマ医師に対する同情と支持が、医師と同じ小さな村に住んでいる患者や多くの市民から寄せられた。また、開業している多くの医師たちは、「私どもも、今までに少なくとも一回は同様な罪を犯している」という公開状に署名し、オランダ法務大臣に提出した⁽⁷⁾。

第三節 オランダの事例2 — シャボット事件^⑧

オランダで容認されている安楽死は、不治の病による耐え難い痛みとそれに伴う精神的苦痛を理由におこなわれてきた。そのオランダで、純粹に精神的な苦痛だけを理由にした安楽死が裁判で認められた、ある事件（シャボット事件）がある。以下でこの事件の概要を追ってみたい。

1994年6月に安楽死した50歳になるソーシャルワーカーの女性ボスエル（Bosscher）は、医学的にはまったく健康な状態だった。彼女は結婚していたが、夫はアルコール中毒でしばしば彼女に暴力をふるった。彼女には、二人の息子がいたが、数年前に20歳になる長男は失恋によるショックから自殺し、唯一の生き甲斐だった次男も末期の癌で苦しんでいた。長男を失った悲しみから、彼女は自殺を考えたが、次男のために何とか生きようと頑張っていた。そして、この頃から、彼女は精神科の治療を受けるようになった。長男の死後、夫婦仲はさらに険悪となり、彼女はしばらくして離婚した。その4年後、次男の容態が悪化し、彼女は医師と相談して次男の生命維持装置を取り外したその晩、睡眠薬を飲んで自殺を図ったが、死にきれなかった。その後、彼女は、ホームドクターをはじめ6人の医師に安楽死を求めた。しかし誰もその依頼に応じなかったため、最後にオランダ安楽死協会に救いを求め、精神科医のバドワイン・シャボット医師（Boudewijin Elise Chabot）を紹介された。

シャボット医師は、手紙や電話による話し合いを何度も行い、彼女を診察するだけでなく、親戚や友人からも事情を聞いたが、彼女の自殺への意志は堅固で、シャボット医師は、彼女には死を選択する以外、絶望的な精神的苦痛から逃れる道がないと判断するようになった。シャボット医師は、彼女のホームドクターと、彼女を以前担当していた精神科医から診療の記録を受け取り、精神科医を含む7人の専門家と相談した。その結果、彼女は精神医学的には正常であり、また、彼女の決意は一時的なものではなく、生きる意欲を全く失った彼女には、死の選択しか人生の目的はないだろうという結論に達した。もし自分が彼女の依頼を断れば、彼女は間違いなく自殺し、本人も周囲の人々も必要以上の苦しみを負うことになると考えたのである。安楽死の当日、彼女は、親友と、シャボット医師と、もう一人の医師が見守るなかで致死薬を飲み、約40分後に亡くなった。シャボット医師は検死医にそのことを報告した。

その後この事件は、検察庁が、安楽死の条件を完全に満たしていないことを理由に裁判にもちこまれ、最終的には最高裁判所で審理された。検察側は、(1)ボスエルの苦痛は肉体的なものではなく死期も迫っていなかったこと、(2)彼女は当時鬱状態で自己決定する能力がなかったこと、(3)相談を受けた第三者の専門家は誰も彼女に会っていなかったこと、以上の3点を理由に禁固6ヶ月、執行猶予1年を求刑した。1994年6月、最高

裁が下した判決は有罪だった。有罪となった唯一の理由は、精神的な苦痛が理由の安楽死の場合には、慎重に判断を下すために、もう一名の医師が要請者を面接診断しなければならないというものだった。また、最高裁はこの判決のなかで、安楽死の要件に関する新たな見解を付け加えた。それは、安楽死が認められる理由として、患者の苦痛が肉体的あるいは精神的疾患と関係があるかどうかは重要ではなく、患者の耐え難い苦しみ が最も重要な要件であるというものだった。その結果、シャボット医師は有罪の判決を受けたが、刑罰を免除された。

第四節 シャボット裁判の結果と安楽死法の成立

この事件後、オランダでは2001年に「要請に基づいた生命終結と介助自殺に関する審査、並びに、刑法と遺体処理に関する法の改正」（以下、安楽死法と略す）が成立し、2002年4月1日より施行されている。これによってオランダでは安楽死が合法化され、規定された手続きを踏み、決められた基準を遵守していることが証明できれば、安楽死を実践する医師は法的に訴追されることはないとされる。この法律が施行されるようになってから、オランダでは安楽死件数が増加している⁽⁹⁾。

この事件はわれわれに重要なことを示唆している。というのも、最高裁判所は、医師が、肉体的に苦しんでいる患者ではなく、精神的に苦しんでいる患者を死に至らしめることを容認したからである。シャボット事件の結果をまとめておこう。

〔シャボット裁判の結果〕

1. 精神的苦痛も医師による安楽死あるいは自殺幫助の理由となり得る。
2. 終末期でなくても医師による安楽死あるいは自殺幫助は認められる。
3. 精神科患者も、一般に意思決定能力をもっている。
4. 耐えられない苦痛が精神的な理由にある場合、担当医師以外にも、最低もう一人の独立した立場の医師が、直接に診断しなければ、「緊急避難」を適用して違法性を阻却することは認められない。

このように、シャボット事件は、精神科の患者に対する自殺幫助についての最初の裁判判決である点で注目に値する。最高裁判所は、鬱状態などの精神的なものからやってくる不安や苦悩は、それに悩んでいる患者にとってはなかなか取り除くことが難しく、耐え難いと共に、回復の見通しが立たないケースが存在し得ると判断した。また、最高裁判所は、このシャボット事件のように、苦悩がいかほどであるか、回復の見込みを決定することはかなり困難なので⁽¹⁰⁾、裁判官は「格別な注意深さをもって」緊急の状態だったかどうかを審議すべきだとした。その結果、オランダでは精神的苦痛による安楽

死は原則として禁止されていたのだが、以下で言及する「注意深さの要件」を満たす場合は認められることとなった。

オランダでは、2001年に安楽死法が成立した。この法律は、以下の6つの「注意深さの要件」を遵守していれば、刑事責任を免除することができるとするものである。さらに、安楽死について2名以上の医師が賛成していることが条件とされる。6つの「注意深さの要件」とは、

- 1) 医師が、(生命終結または自殺補助への)患者の要請が自発的で熟慮されたものであることを確信していること
- 2) 医師が、患者の苦痛が永続的かつ耐え難いものであると確信していること
- 3) 医師が、患者の病状および予後について、患者に情報提供をしていること
- 4) 医師および患者が、患者の病状の合理的な解決策が他にないことを確信していること
- 5) 医師が、少なくとももう一人の独立した医師と相談し、その医師が患者を診断し、かつ上記までに規定された注意深さの要件について書面による意見を述べていること
- 6) 医師が、注意深く生命終結を行うか、または自死を介助すること

ここで挙げられている「注意深さの要件」の中でも最も注目に値するのは1と2の要件であるように思われる。というのも、生命終結または自殺補助への「患者の要請が自発的で熟慮されたもの」かどうか、「患者の苦痛が永続的かつ耐え難いものである」かどうかは曖昧さが残るからである。われわれは他者の心を推測することはできるが、他者の心に到達することができない。そこにあるのは、単に他者への慈悲心や思いやりである。しかし、患者に対する慈悲心や思いやりはパターンリスティックな介入になる恐れも否めない。さらに、もしそこにわれわれが功利主義的考えを持ち込むならば、慈悲による安楽死が容認可能になってしまうように思われる。功利主義によれば、「最大多数の最大幸福」がその基本原則なのだから、われわれのある行為が、幸福の総量を増やし、不幸の総量を減らすことになるならば、その行為は倫理的に正しいということになる。とすれば、先の「患者の苦痛が永続的かつ耐え難いものである」とき、その患者の要望通りに殺すことは、不幸の総量を減らすことになる。もしその患者の家族も承諾していれば尚更その行為は正当化されてしまう。しかし、本当にそうだろうか。功利主義は幸福と不幸とを重要視し、そこから善悪と幸不幸とを一致させる。功利主義は、われわれの幸福の長さにはばかり着目し、幸福の種類や質を考慮していないという欠陥があるのではなからうか。このように考えるならば「注意深さの要件」の扱いもまた難しさがある

るように思われる。

第二章 精神状態および精神的苦痛・認知症による安楽死

オランダで2018年の安楽死の死亡者数は6126人であり、これはオランダにおける2018年度の全死亡者数（153328人）の4%に相当する⁽¹¹⁾。また、1年遡って2017年を見てみると、その年に安楽死の志望者数は6585人であり、これはオランダにおける2017年度の全死亡者数（150027人）の4.4%に相当する⁽¹²⁾。オランダにおける最近の安楽死の動向として、認知症である場合の安楽死の実施が挙げられるように思われる。2018年の認知症からの苦しみによる安楽死はRTEによると146件であり、そのうち、初期の認知症のケースは144件、重度の認知症のケースは2件となっている⁽¹³⁾。なお、精神疾患によるケースは67件である。また、2019年では162件であり、そのうち初期の認知症のケースは160件、重度の認知症のケースは2件、精神疾患によるものは68件といずれも増加傾向にある。この68件のうち、精神的状態および精神的苦痛によるものは42件もあり、この42件の報告医師は精神科医であった⁽¹⁴⁾。RTEの報告書によると、精神的状態および精神的苦痛による安楽死や認知症患者の安楽死についての注目すべき事件がいくつかある。以下でそれらの事件をみてみよう。

第一節 精神的状態および精神的苦痛の60代男性のケース⁽¹⁵⁾

2019年、60代の男性患者は鬱病を患っており、自己愛性パーソナリティ障害および反社会性パーソナリティ障害に苦しんでいた。RTEの報告書では、自己愛性パーソナリティ障害には2つの側面があると説明されている。2つの側面とは、一方は、ありのままの自分を愛することが出来ず、自分は優れていて素晴らしく特別な存在であると思いたい込むというような自己の重要性が膨らみすぎた感覚および自己への深い賞賛を持っていること、他方で極端な劣等感と不安感を持っていることである。反社会性パーソナリティ障害を持っている人は、規則を順守したり、他者に注意を払ったりすることが難しく、それは時に過敏性、攻撃性、衝動性および無関心を伴う可能性がある。患者は何らかの行動を行う際に、前もって計画を立てることが難しく、自己もしくは他者に対する行動の結果や安全性を考慮しないという特徴がある。

患者は何年にもわたって、薬物療法と心理療法によって治療を受けたが、一向に改善しなかった。2010年から彼は施設に住むようになり、2016年に行動や感情、とりわけ他者との関わり方に焦点を当てたメンタライゼーションに基づく治療⁽¹⁶⁾を開始した。しかしながら、十分な結果を得ることは出来ず、彼の死の6ヶ月前にこの治療を中止した。

患者の悲しみは、他者に対する不信感から成り立っていた。他者と表面的な関わりを持つことは出来たが、他者と有意義な関係を築くことは出来ず、彼は一人になると大きな虚無感に襲われ他者への不信感を募らせていった。その結果、彼は自分の孤独や不安を癒すためにアルコールへと逃げ、深刻なアルコール依存症を引き起こした。アルコール依存となった彼を周囲の人は避けるようになり、彼はますます孤独と不安を感じるようになっていった。彼はこうした自分の状況を「耐え難い苦しみ」だと感じ、医師に安楽死を要請した。医師は、患者の要請は永続的で一貫したものだとは確信し、また自発的で熟慮の上で為されたものだとは結論づけた。精神科医もまた、患者の安楽死の要請は自らの意思でもって決断したものだとは判断し、患者の希望通り安楽死が遂行された。

オランダでは、精神疾患や精神的苦痛による安楽死や自殺幫助の場合には、患者を独自に診断する独立した医療専門家（この事件の場合は精神科医）の判断が必要とされる。独立した医療専門家は、患者の苦しみは耐え難く回復の見込みがなかったかどうか、自殺幫助をする以前に代替手段がなかったかどうかを考慮した上で、患者がその疾患に影響されることなく自発的かつ明確な意思でもって決断をしたかどうかを診断しなければならない。シャボット事件では、「注意深さの要件」が1名の医師によって満たされていたけれども、もう1人の独立した専門の精神科医に相談されておらず、医師の行為は正当化できないものと判断され、最高裁判所は医師に有罪判決を下した。この事件が着目されるのは、先に述べたように、精神的に苦しんでいる患者の生命終結が容認されたという点が大きいですが、その他にもこの事件後、医師自身による直接診断の必要性が徹底され、精神疾患の患者に対する安楽死および自殺幫助のケースに対して厳格な要件を課すことによって、弱い立場にある精神科の患者の安楽死や自殺幫助に制限をかけようとしたことにもある。2019年のこの事件では、患者は生命終結に際し、医師と対話し他の専門家との相談も行っていることから、RTEは「注意深さ」の要件を厳格に満たしていると判断した。

ところで、精神的苦痛は精神疾患によるものだけではないだろう。われわれが尊厳を喪失したと感じる時や生きることに絶望的苦悩により「生きるのに疲れた」と感じる時、安楽死や自殺幫助の要求は認められて良いのだろうか。そのことを考察するために、認知症のケースを考察してみよう。

第二節 認知症の70代女性のケース⁽¹⁷⁾

2016年、女性医師は認知症の70代の女性患者に対し、致死薬を投与した際に苦しまないように前投薬としてコーヒーに15mgの催眠鎮静剤ドルミカムを入れた。さらにその45分後に皮下注射によりさらに10mgのドルミカムを追加し、40分後に2000mg

のチオペンタール（致死薬）を静脈に注射したが、注射をしている途中で女性患者が立ち上がったため、家族が協力して体を押さえ付け、その間に医師は残りの薬である 150 mg のロクロニウムを注射した。患者はしばしば怒ったり夜に徘徊したりする兆候が見られたため、医師はこうした症状を「耐え難い苦痛」とみなし死に至らしめた。

介護施設に入居する数年前に作成された女性患者の意思表明書によると、安楽死を「自分で心構えができたときに限る」という条件付けで希望していた。患者は、日頃から死にたいと言っていたが、死にたくないと言うこともあった。患者は認知症がかなり進行しており、安楽死が行われる際に患者の意思は不明確であり、コーヒーの中に鎮静薬が入れられることや最終的に致死薬が投与されることについて、医師から説明を受けてもいなかった。医師はこの事件を安楽死として位置付けたが、検察はこの医師を起訴した。医師は患者と話し合い、今も死にたいと思っているかどうかを確認すべきだったと後になって主張した。それに対して、この患者の家族は医師を擁護した。

この事件はオランダで衝撃的な事件として報道された。なぜなら、認知症患者の意思表明の在り方や自己決定の在り方がクローズアップされることとなったからである。

2019 年の RTE の報告書によれば、認知症による安楽死では、その進行期が重要と説明され、患者の要求に応えるためには、事前指示において患者の要求の自発性やコミュニケーションに重きが置かれている⁽¹⁸⁾。しかし、この事件のように、認知症患者の場合、意思表明書が不明確であったり、矛盾していたりすることがしばしばある。その際、問題となるのは、医師は何を基準として判断すれば良いのかという点である。

オランダの安楽死の要件として、日本と大きく異なる点は、患者の余命が残り少なく死期が迫っていることが考慮されていないことである。日本の場合は、例えば有名な「東海大安楽死事件」に代表されるように、「患者が耐え難い激しい肉体的苦痛に苦しんでいること」、「患者は死が避けられず、死期が迫っていること」、「患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くしほかに代替手段がないこと」、「生命の短縮を承諾する患者の明示的な意思表示があること」が 4 つの要件として制定され、さらにこれに「患者に病名を告知している 2 名以上の医師が安楽死に同意している」ことおよび「致死薬の選択が適切である」という 2 つの留意点を含んだ、これら 6 つの項目すべてを満たす場合に限り安楽死が認められることとなっている。オランダの場合は、余命がどのくらいかということは考慮されず、患者の被っている苦しみが「耐え難い」ものであるかどうかということが最大の問題となる。ブロングルスマ判決では、「その苦痛は、身体的なものでも精神的なものでもよい」とあるように、日本の「身体的苦痛」に限定している文言と比較すると、許容範囲が広いことが分かる。オランダでは、医師がこの患者は耐え難い痛みを苦しんでおり、治癒の見込みもないと判断すれば安楽死が実施できる。その時医師が依拠しなければならないのが、「注意深さの要件」を満たしている

かどうかという点である。つまり、患者の意識的かつ自発的な意思および要請が認められていれば、安楽死は問題なく実施される。しかし、認知症の場合、次第に判断能力が鈍るためどの段階で自己決定をするかということが課題となる。重要な点は、患者の苦しみが軽減したり消失したり変化を伴うことが予想される場合は、安楽死は認められないということである。たとえ患者の家族が、患者の痛みは耐え難いものであると医師に告げたとしても、医師はそれを鑑み安楽死に踏み切る必要はない。オランダでは、安楽死要請の際、家族が関わることはしばしばあるものの、死の切望と安楽死要請は常に患者が主体であり、患者自身によって為されなければならないものとされている。

第三節 認知症の 60 代女性のケース⁽¹⁹⁾

次に 2018 年の 60 代女性のケースをみてみよう。

2018 年、60 代の女性患者は彼女の死から遡って 6 年間、アルツハイマー型認知症を患っており、認知症の進行具合を遅らせる治療を受けていたがほとんど効果がなかった。患者は永続的な不安状態にあり、夜になると動揺し介護施設の廊下を歩き回り時に叫ぶことさえあった。認知症が進み、次第に自分が何に悩んでいるかということさえ分からなくなり、人々が彼女に話している内容を理解できず、話しかけられたことに対してどのように返答すべきか分からなくなっていった。そして、一人でお手洗いに行くこともできなくなり、医師は患者がしばしば発した叫び声から、患者にとってこのことは「耐え難い苦痛」だと推測した。医師は、患者はもはや喜びや癒しを見つけることができないと判断し、こうした認知症に関連する症状は彼女の尊厳を脅かしていると感じた。

患者は死の 5 年くらい前に、医師と何度も対話した上で意思表明書を何度か更新し、その中で自分は Quality of Life（生命の質）および尊厳のある生命の終結を重要視していることを強調し、もし認知症が進み、自分が「耐えられない苦痛」を感じるようであればすぐさま安楽死をしたいと医師に要請していた。医師は、患者の要請は自発的で熟慮の上で為されたものだとみなし、様々な状況から「耐え難い苦痛」を感じていると判断して、彼女の要望に即して死に至らしめた。介護施設のスタッフが彼女に 7,5 mg のドルミカムを含む錠剤を渡し、彼女はそれを経口摂取した。さらにスタッフがその約 45 分後に鎮痛クリームを塗布した後、医師は皮下注射によりさらに 10 mg のドルミカムおよび 25 mg の睡眠薬として使用され鎮痛の効果を高めるとされるノジナンを投与した。

RTE は、患者が意思表明書を作成する際もそれを更新した際も、彼女がすでに意思決定をする能力を欠いているとみなすいかなる理由も見当たらなかったと主張している。医師もまた、認知症の初期段階で作成された患者の意思表明書に従い、「注意深さの要件」を満たしていると確認した上で安楽死を行ったと説明している。

先にみた 2016 年のケースと大きく違うのは、この 2018 年のケースは、患者の意思決定ができなくなる前に、医師と患者のコミュニケーションが円滑に行われていたということ、患者の意思表示が明確であったこと、さらに安楽死を行う前に投与された薬剤が医療行為の一環として適切に機能していたという点である。また、両者のケースは、医師が患者の「耐え難い苦痛」に寄り添い、理解しようとしているかどうかという点も大きな差異だと思われる。

これまで見てきたように、オランダでは死期が迫っているということが安楽死条件の中に組み込まれていないので、認知症の患者が「自分が自分でなくなることが怖い、耐えられない」という理由での安楽死が認められることになる。ただし、RTE は初期認知症患者の安楽死に対する要請が自律的かつ自発的であると判断できる場合にのみ患者の安楽死を承認している。今見た認知症の 60 代女性のケースのように、認知症の初期段階で意思表示書を作成し、今後、認知症が進み自分や周囲のことが分からなくなった場合、自分の尊厳を守るために安楽死したいと要請することに大きな問題はないと思われる。医師と何度も対話した上で意思表示書が何度も更新され、患者の堅固で一貫した意思決定がみられるからである。

しかし、後期の重度認知症の場合も許容されるのだろうか。もし、ある患者が検査を受け認知症の初期段階であると告げられ、「家族のことや自分のことも分からなくなるくらいなら死んでしまいたい」とか「家族など他者に迷惑をかけてまで生き続けることは耐えられない」と考え、安楽死を要請する意思表示を事前指示として文書で作成したとする。その要請は途中までは明示的で一貫性を有していたものの、後期の重度認知症の段階へと進行した際、その患者が死ぬことに対し何らかの形で躊躇したとしたらどうなるのだろうか。冒頭にあった ALS 患者のケースにせよ、認知症のケースにせよ、「これ以上生きるのが辛い」という理由で安楽死や自殺幫助を要請することは許されるのだろうか。

盛永審一郎氏によれば、『実施手引書』には以下のように書かれていると説明されている。

認知症後期（患者がもはや意思表示を保っていない進行した認知症）、およびもはやコミュニケーション不能（あるいは簡単な意思表示やジェスチャーのみ）である場合の安楽死の実施については、患者がまだ意思表示能力を充分有していた時期に、書面による意思表示書を作成していた場合には可能である。それは発生した認知症症状に対して必ず安楽死を適用すべしと明記された書面である必要がある⁽²⁰⁾。

医師と相談医は、患者の疾患経過の全体とそれに付随する考慮すべきすべての状況

に関与すべきである。疾患の経過中および安楽死の実施の直前、その両方における、患者の態度や発語の解釈に安楽死適用可否は帰着する。安楽死は、患者が書面による意思表示書に指示・明記された状況となったその時点で、安楽死実行が受諾されるものとなる。ただし、その直前に、対立する兆候、(生命終結を欲していないといったはっきりしたサインを患者が呈した事実) がなかった場合に限る。さらに、患者が耐えがたい苦痛を経験していると明らかに見て取れる場合である⁽²¹⁾。

この『実施手引書』にあるように、患者の判断能力が有効である時の書面による意思表示書が重要なことは確かにそうだと思うが、われわれ人間は長い人生の中で常に理性的かつ首尾一貫した判断ができるであろうか。人間は、理性 (reason)、情動 (passion)、意志 (will) が組み合わさった複雑な存在者である。理性で理解できたと思っただことであっても、直前になって情動がそれを拒否することはあり得る。患者が時間の経過や心身状態の変化によって、以前の意思表示と齟齬が生じていないか、医療従事者は適時確認することが重要な課題となるように思われる。

第三章 実存的苦悩による安楽死

これまで医学的疾患に基づいた上での精神的苦痛や認知症を理由にした安楽死や自殺補助について考察してきた。先にみたように、オランダの安楽死法は身体的苦痛でも精神的苦痛でも安楽死が認められるが、精神的苦痛の場合、何らかの医学的疾患に基づいた上での苦痛という条件が付けられている。しかし、われわれが尊厳を失った時や生きる意味を失った時の「これ以上生きるのに疲れた」と感じるような精神的苦痛による安楽死が近年増加しており、今後、オランダでこのような安楽死の拡大が懸念される。以下で、医学的疾患に基づいた上での苦痛ではなく、単に「生きるのに疲れた」という理由で安楽死を希望した、ブロングルスマ事件をみてみよう。

第一節 ブロングルスマ事件

1998年当時86歳であった、ブロングルスマ (Brongersma) は身体的には特に問題を抱えていなかったが、自分の人生を全うしきったと感じ、死ぬことを欲していた。彼は自分の存在意義について自問し、このまま生きていても無意味であると強く感じるようになった。ブロングルスマは医師たちと対話を重ねた結果、主治医によって致死薬を投与され死に至った⁽²²⁾。

この事件はオランダでも大きく報道された。ブロングルスマのように実存的苦悩の場合も、安楽死は認められるのかという問題が新たにわれわれに突きつけられることとなっ

たからである。結論としては、実存的苦悩のような苦しみは安楽死実施の適用外であり、あくまで安楽死が遂行されるのは医学的な疾患に基づく何らかの苦しみによるものとされる。つまり、患者が「これ以上生きるのが辛い」と感じた時、そこに医学的疾患による苦しみが見られると判断され、かつその苦しみが永続的で耐え難いものだとみなされるならば、「注意深さの要件」を満たしていると考えられるということだ。

さらに、この事件は、精神的な苦痛の解釈についてもわれわれに問いかける。繰り返すが、安楽死の要請は患者による自発的意思によって為されるものでなくてはならない。それは熟慮の上での一貫した要請である必要がある。単に患者の病気が家族にとって重荷になっているという理由や患者自身が孤独や不安から「生きるのに疲れた」、「これ以上生きるのが辛い」といった理由による安楽死の要請には応じられないこととなっている。医師は患者の家族構成や家族関係を把握し、患者と多くの話し合いを持たなければならない。患者が精神的苦痛に苛まれている場合も同様に要請が一貫したものでなければならない。しかし、患者によって苦しみの感じ方は様々であり、生命終結に関する患者の態度や考え方も大きな相違がある。とりわけこの事件のように、実存的苦悩の場合、苦しみや絶望の基準は主体的体験によって大きく異なる。その際、患者の苦しみがいかほどであるか判断することは困難を極める。

このことは、われわれに「苦しみ」の定義についての吟味を余儀なくさせる。オランダでは、「苦しみ」とはそれ自体として単独で判断されるべきものではなく、回復の見込みのない病気に侵され、永続的で、耐え難く、深刻で、絶望的なものを指す、医学に裏打ちされる客観性を伴ったものと解釈されている。RTEの報告書によると、患者の苦しみの様々な側面の組み合わせによって引き起こされるので、医師は患者の苦しみを耐え難いものにして様々な理由や側面を調査しなければならないと説明されている⁽²³⁾。それゆえ、オランダでは、医師によって診断可能であったり、認識可能であったりするような「耐え難さ」に大きな基準が置かれる。しかし、たとえ医学がどんなに進歩しようとも、医師が患者の苦しみが耐え難いものであると確実に診断することは困難であるように思われる。ブロングルスマ事件のように、「生きるのに疲れた」、「これ以上生きるのが辛い」といった理由で死を希望する場合、そこにあるのは、単に死に急ぐのではなく、生きる意味や価値を模索する姿である。苦しみながら人生を歩みつつ不条理を受け入れるか、死ぬことで悩みや不安から解放されて生きる意味や価値を見出そうと努めるかの二択であるが、その場合、医師はどのようにして患者の苦しみの耐え難さを理解したり、苦しみに寄り添ったりできるのだろうか。さらに、患者の安楽死要請が一貫したものであるかどうかも重要なポイントであり、一時的な衝動や一過性の気分の浮き沈みによって為された要請であってはならない。しかし、とりわけ実存的苦悩の場合、医師は、患者が恐れ不安を抱いている苦しみが実際に存在し、その原因が何であ

るか等、死の緊迫性を確信することは難しい。苦しみの原因は、病気であったり、老いであったり、生きることそのものであったり様々であるが、精神的苦痛を身体的苦痛から独立したものととして明確に区別することは出来るのだろうか。というのも、例えば老苦の場合、体力や気力が共に衰退していき、精神的にも身体的にも自分の思うようにならない状態に陥り自由が利かなくなる。医学的には、精神と身体は明確に区別でき、苦痛も同様に精神的苦痛と身体的苦痛は明確に区別できるとされているが、人間は精神と身体が合一した存在者であり、精神と身体は相互に作用しあっている。今自分の感じている苦しみの大きさや深刻さを決定するのは、当の苦しみを感じているまさにこの「私」であり、苦しみは心身が合一したこの「私」から生じるものであって、苦しみを精神の側あるいは身体の側の一方に帰属させることはできないように思われる。

ブロングルスマ事件では、当初、検察は医師を執行猶予付き3ヶ月の懲役を求刑したが、後になって無罪判決を下した。安楽死法も判例法も人生の継続を無意味なものとし死を希求することを明確に認めていないにもかかわらず、無罪が言い渡されたことはオランダで驚くべきことであった。これまで、患者の苦しみの「耐え難さ」に重点が置かれていたが、この事件後から少しずつ、いつ、どのような形で人生に幕を閉じるかという、患者の自己決定すなわち患者の自律性が重んじられるようになってきているように思われる。言い換えれば、「耐え難い苦しみ」という基準から、自発的意思の尊重という基準へと安楽死要件の優先度が移行していると言える。この事件はそういった意味で自己決定の在り方の新たな一步を踏み出すものとなったといえよう。

とはいえ、問題がないわけではない。現在、オランダは認知症患者の安楽死や自殺補助と並んで、このブロングルスマ事件のように実存的苦悩を理由とする安楽死や自殺補助への拡大が問題となっている。もう一つ、2017年の実存的苦悩による安楽死事件をみてみよう。

第二節 80代女性の実存的苦悩による安楽死のケース⁽²⁴⁾

2017年、患者は80代の女性で、変形性関節症を患っていた。彼女は関節や手足、背中にまで痛みを引き起こし、移動する際に身体がこわばり歩行が困難だった。さらに、彼女は血管の問題を抱えている疑いがあり、浮腫や息切れ、長期的な高血圧という症状に長期的に悩んでいた。彼女は自宅で数回転倒し、次第に一人で外出することができなくなっていった。彼女は犬を飼っていたが自分で世話をすることができなくなり、犬が生きがだった彼女にとって、このことは彼女の生命の質を悪化させることに繋がると感じられた。犬が心の支えであり、生きる活力になっていた彼女にとって、自分で犬の世話ができなくなったことは何よりも悲しいことだった。彼女が自宅でできることといえば、読書やテレビを見ること、あとは寝ることくらいで、こうしたことは彼女にとっ

て耐え難い苦痛と思われた。そのため、彼女はこれ以上時間を浪費し、自分の身体を弄り回されることを望まず、専門家による検査や治療を拒否し安楽死を要請した。今までのように犬と一緒に生活できないことは、これ以上生きていても仕方がないという気持ちへと彼女を傾かせ、彼女に生きる意味を喪失させていった。彼女のこうした状況や生活は、彼女の思い描くものとかけ離れたものとなり、このことは彼女に安楽死へと踏み出させる契機となった。

彼女は、死の数ヶ月前から家庭医と安楽死について話し合い、安楽死を要請したが、家庭医にこれは実存的苦悩による安楽死であると判断され彼女の要請は断られた。その後、彼女は自殺未遂を繰り返し、最終的に「生命の終結クリニック協会」⁽²⁵⁾（以下、SLK と略す）に連絡し安楽死を要請した。SLK の医師は、彼女が亡くなる1ヶ月以上前に彼女の自宅を2回訪問し、3回の話し合いの時間を設け、安楽死の手順について説明をした。医師は彼女の運動障害は歩行器を使用することで改善すること、痛みや息切れは投薬によって軽減されることを説明したが、彼女の死への意思は堅固で一貫していた。家庭医は実存的苦悩による安楽死には同意せず彼女の要請を断ったが、SLK の医師は彼女の苦悩を考慮し彼女の要請に従い死に至らしめた。RTE は、SLK の医師の行為は「注意深さの要件」の2) および4)、つまり、医師が、患者の苦痛が永続的かつ耐え難いものであると確信していることおよび医師および患者が、患者の病状の合理的な解決策が他にないことを確信していること、という2つの要件を満たしていないと判断し批判した。

なぜ、オランダでこのような実存的苦悩による安楽死が増加傾向にあるのだろうか。一つは、多様化する価値観の中で生命終結に関する自己決定の自由を重んじる風潮が高まっていること、もう一つは、「注意深さの要件」が厳しすぎて、死を希望しても医師がなかなか死なせてくれないという人がたくさんいるため⁽²⁶⁾である。家庭医が安楽死の要件に当てはまると確信できないような複雑なケースがSLK に持ち込まれることが多いため、SLK が扱う案件によって、安楽死の適用範囲が拡大⁽²⁷⁾している。

今後、こうした事件のように、実存的苦悩による苦しみまでもが安楽死として明確に認められるならば、弱者が死に追いやられる可能性が否めないのではなかろうか。

おわりに

これまでみてきたように、オランダでは何らかの身体的あるいは精神的苦痛を伴う疾患が存在しており、なおかつ「注意深さの要件」を満たしていれば安楽死が認められる。問題は、認知症に陥った際などの患者の非理性的で一貫性を欠く意思をどのように扱うかという点である。先に見たように、患者の意思表明書は医療の現場で重要視されるが、

そもそも患者の自律、いわゆる「自己決定権」が尊重されるのは、われわれが判断能力を備え意思と行動を自分自身でコントロールできるという前提のもとである。いつか認知症を患い認知能力を欠いたら、われわれは尊厳を守るために人生に終止符を打ちたいと願うかもしれない。その際、われわれは「死ぬ権利」を有しているのだろうか。「死ぬ権利」は「自己決定権」と言えるだろうか。生きることの意味を失ってしまったら、「生きる権利」をも放棄して良いのだろうか。

確かに、われわれは自由に選択する権利を有している。このことを重んじ、この権利を死の選択にも適用するならば、自分の生命をいつ、どのような形で断ち切るか決めるのは自分自身であると言える。安楽死や自殺幫助が容認される背景には、こうした「死ぬ権利」を擁護する考えがあるのだが、死の選択は他のさまざまな選択と異なり修正不可能な選択であり、自らの欲求や意思と行動が一致しない場合は、選択の自由に制限を設けるべきではないだろうか。

精神的苦痛による安楽死の拡大で最も懸念すべきなのは、快楽や苦痛といった感情だけで死への自己決定が行われることである。今後、実存的苦悩による安楽死が容認されるならば、「耐え難い苦痛」をどう捉えるかという安楽死の基準が弱くなり、「耐え難い苦痛」に苛まれ、死への明確で自発的な意思があれば、誰でも簡単に生を放棄することができることになる。実存的苦悩による安楽死の容認は、死への撤回不可能な自己決定を正当化することに繋がり、単に「生きるのに疲れた」という理由での安楽死の拡大に歯止めが効かなくなる恐れがある。こうした安楽死の拡大は、まだ生きたいと願い闘病している患者に大きな影響を及ぼすように思われる。というのも、単に「生きるのに疲れた」という理由での安楽死が容認され、速やかな死という選択肢が用意されてしまうならば、家族による医師への安楽死要請への圧力や医療費の経済的負担への精神的な負荷を助長する可能性が高いからである。最も危惧するのは、貧富の差がそのまま生死の差となることである。このことは生命の質の問題へ繋がっていくように思われる。

われわれの決断は過去と現在の対比でもって行われる。しかし、延命までもがコントロールされるようになった現代、認知症という誰もがいつか経験するかもしれない疾患への、未来における決断がクローズアップされる。安楽死を巡る問題は、われわれのこうした決断の在り方と尊厳に大きく関わっている。安楽死と「死ぬ権利」との関わりが最大の問題なのではない。認知症や精神疾患を理由とする精神的苦痛による安楽死や自殺幫助が今後多発する可能性が高く、そうした安楽死や自殺幫助と「死ぬ権利」との関わりが問題なのである。今後、安楽死の適用が拡大し、自分の死を自己決定したいという想いを正当化するような社会的濫用が起こらないよう注視していくべきだろう。

《注》

- (1) 2020年8月14日の京都新聞および2020年7月24日の朝日新聞朝刊1面参照。
- (2) アクセル・カーンによると「最初にこの単語が使われたのは、1605年のフランシス・ベーコンの著作においてである。ベーコンは、医師は診療の治療的な側面だけを重視するので、患者の苦痛を軽減することや、瀕死の患者に付き添うことを忘れてしていると叱責した」とある。Axel Kahn, *Un type bien ne fait pas ça … Moral, éthique et itinéraire personnel*, NiL, Paris, 2010, p. 78.
- (3) 「日本臨床倫理学会クイックレスポンス部会 アメリカオレゴン州ブリタニー・メイヤー」2014年11月19日参照。
- (4) 同上。
- (5) 「自己決定」と「自律」という語がほぼ同義として使用される。自律性 (autonomy) という語は、古代ギリシアの自己 (autos) と規律 (nomos) に語源を持つ。この語が医療の場面で「自己決定権」と権利として用いられたのは1914年アメリカの判例が最初のように思われる。そのことを裏付けるのは、シュレンドルフ事件であろう。「成人に達し、健全な精神をもつ人間は、すべて自らの身体になされることを決定する権利を有する。したがって、患者の同意を得ない手術を行う外科医は暴行を犯しているのと同じである」とベンジャミン・カードーゾ裁判官によって説明されている。
- (6) ユトレヒト地裁判決, 1952年3月11日。J. M. van Bemmelen, *Ons strafrecht 3 : Het materiele strafrecht. Bijzondere delicten*. Samson H. D. Tjeenk Willink. Alphen aan den Rijn. 1990. P. 29.
- (7) 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』1480号, 44頁。また、甲斐克則訳「要請に基づく生命終結および自殺補助法」, 盛永審一郎『安楽死法 — ベネルクス3国の比較と資料』, 東信堂, 2016年も参照させていただいた。
- (8) レーワルデン高等裁判所, 1993年9月30日の判決およびそれに対する最高裁判所の1994年6月21日の判決。J. H. Hubben, *Hulp bij zelfdoding en psychiatrie ; het arrest Chabot*. In : *NJB 15 juli 1994 afl. 27*. P. 912.
- (9) この一連の事件については、NHK ハートネットの「生命操作—復刻版—」のケーススタディ 30例のうちの28「つらいから死なせてほしい」を参照させていただいた。
https://www.nhk.or.jp/heart-net/life/case_study/c28.html.
RTE の報告書 (Regional toetsingcommissie euthanasie Jaarverslag, 2003–2005) によると、オランダの安楽死件数は、2003年 (1815件), 2004年 (1886件), 2005年 (1933件) と推移しており、安楽死法が施行された2002年以降増加傾向にある。
- (10) オランダでは、耐えがたい苦痛や苦悩の深刻さでもって安楽死あるいは自殺補助の是非が判断されるが、精神科患者の場合、例えば鬱病を患っている場合は、それを確定することは困難である。それゆえ、医師が患者を診断し、患者が病気によるものではなく、自由意思でもって決定を下したかどうかを調べることとなっている。シャボット事件はこうした診断が行われていなかった。最高裁判所は、医師 (精神科医) は患者を診断し、安楽死の要請が、病気や障害の結果としてではなく、意識的であるかどうかを判断すべきだとして、「注意深さの要件」の徹底を義務づけた。オランダでは、鬱病のような精神的な病気を抱えている患者は、直ちにその意思を決定できない状態にあることを意味するものではないと考えられている。この点については、山下邦也『オランダの安楽死』, 成文堂, 2006年, 14頁に詳しい説明がある。
- (11) RTE, *Commissions Regionales de Controle de L'Euthanasie, Rapport 2018*, p. 11. このRTE (安楽死審査委員会) は、オランダにおける安楽死に関する年次報告書を作成して

- いる組織である。オランダは1993年に遺体処理法を改正し、安楽死を行った場合の届け出の手続きを制定したが、免責条項がなく訴追される恐れから無届や、患者の安楽死要請が明示的ではないケースがあるとされた。このことを解消するために、「注意深さの要件」を満たして安楽死を行った医師を免責とする安楽死法が2002年に成立した。この裁定を行うのがこのRTEという組織である。RTEがどのような組織かについては、盛永審一郎『終末期医療を考えるために』、丸善出版、2016年、p.18を参照。
- (12) 盛永審一郎、前掲書、p.11.
 - (13) RTE, Regionale Toetsingscommissie Euthanasie, levenseindekliniek jaarverslag 2018, https://www.eerstekamer.nl/bijlage/20190412/jaarverslag_2018_regionale/document3/f=/vklxliqxlfnuw.pdf.
 - (14) RTE, Regionale Toetsingscommissie Euthanasie, p.12. <https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken/jaarverslagen/2019/april/17/index>
 - (15) RTE, regional euthanasia review committee annual report 2019, p. 53-55.
 - (16) メンタライゼーションとは、自分自身と他者の行為を対象に向けて投影したり、欲望したり、感じたりするなど、志向的精神状態に基づく意味のあるものとして解釈する精神過程だと定義されており、メンタライゼーションに基づく治療とは、集団療法のセッションと個人セッションを交互に行うことによって、情動を適切に抑制あるいは喚起するために独特の技法を用いつつ、自分や他者を心的な存在として理解するものである。Cf. Bateman, A.W., Fonagy, P., “Mechanism of change in mentalization based treatment of borderline personality disorder”. *Journal of clinical Psychology* 62, 2006, pp. 411-430.
 - (17) RTE, regional euthanasia review committee annual report 2016, p. 54-56.
 - (18) RTE, Regionale Toetsingscommissie Euthanasie, p. 11-13.
<https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken/jaarverslagen/2019/april/17/index>
 - (19) RTE, regional euthanasia review committee annual report 2018, p. 45.
 - (20) 盛永審一郎、前掲書、p.69.
 - (21) 盛永審一郎、前掲書、p.69-70.
 - (22) 松田純『安楽死・尊厳死の現在』、中央口論社、2018年、p.17.
 - (23) RTE, regional euthanasia review committee annual report 2018, p.37.
 - (24) RTE, regional euthanasia review committee annual report 2017, pp.61-64.
 - (25) 「主に家庭医である主治医に安楽死を拒否された場合、患者にとっては、安楽死の機会がなくなる。その問題を解決するために、オランダ自発的生命終結協会の支援を受けて、2012年に『生命の終結クリニック協会』(SLK)という団体が設立された。家庭医に安楽死を拒否された患者の要望に応えるために、現在では53の巡回チームがオランダで活動している」。松田純、前掲書、p.26.
 - (26) 松田純、前掲書、p.31.
 - (27) 松田純、前掲書、p.27.

(原稿受付 2020年10月14日)