

講演

シンポジウム「ベネルクス3国安楽死法の比較検討」
安楽死：ヨーロッパおよび
ベルギーにおけるスタンスと実務

リュック・デリエンス
甲斐克則・福山好典・天田悠（訳）

まず、私をかくも魅力的な国日本にお招きいただくとともに、本日、京都／東京でのこの興味深いシンポジウムにおいて報告の機会を与えてくださった盛永審一郎教授に感謝申し上げたい。

われわれは、大陸や文化を横断して終末期の諸問題を議論する機会をあまり多く持っていないし、それが安楽死ともなればなおさらである。私は、死（death）とか死にゆくこと（dying）について、われわれが互いの経験や問題提起から学びうると確信する。

簡単に自己紹介させていただきたい。

私は、ベルギーのブリュッセルに住んでいる。保健学博士（PhD in Health Sciences）、社会学修士（MA in Sociology）である。ベルギーとオランダの両国において公衆衛生および緩和ケア学講座の教授をしている。2000年から、ベルギーのゲント大学（Ghent University）とブリュッセル自由大学（Free University of Brussels）の終末期ケア研究グループ（End-of-Life Care Research Group）の長を務めている（www.endoflifecare.be）。私の終末期ケア研究との関係で、2009年、ベルギー王立医学アカデミー（Royal Academy of Medicine of Belgium）の会員にもなった。実は、王立アカデミーにおいて緩和ケアおよび終末期ケア部門を代表する最初のしかも唯一の会員である。

本日報告するのは、以下の内容である。

1. 安楽死へのスタンスに関するヨーロッパにおける展開

2. ベルギーとオランダにおける安楽死法
3. ベルギーにおける届け出られた安楽死事例からみた安楽死に関する医療慣行
4. ベルギーにおける医師への大規模調査からみた安楽死およびその他の終末期の意思決定に関する医療慣行
5. 社会的弱者グループにおける安楽死の利用

I. 安楽死へのスタンスに関するヨーロッパの展開

過去数十年に亘り、安楽死は、多くの産業社会において公共の議論の主要なテーマになってきた。この議論の中心的な問題は、医師が末期病者の生命をその明示的な要請に基づき致死量の薬剤を投与することによって終結させることを容認しうるかどうか、である。

医療技術の進歩により、かなりの程度まで生命を維持し引き延ばすことができるようになってきた。平均余命が延びるに従い、ますます多くの人が、現在、苦痛、依存および／または尊厳の喪失によって特徴づけられる、生活の質の悪化を伴う慢性的な衰弱性症状に直面している。こうした展開により、個人、家族および医療提供者は、延命治療を拒否もしくは中止すべきか否か、安楽死を要請すべきか否か、または自殺幫助を求めるべきか否かといった困難な終末期の意思決定 (end-of-life decisions) を行うますます多くの責任を負わされるようになってきた。同時に、死へのスタンスも変わりつつある。いつ、どこで、どのように死ぬかに関する意思決定は、もはや医療職者だけの領域ではない。自らの死にゆく状況をコントロールしたいと願う人々は、ますます増えているのである。

ヨーロッパにおいて、安楽死の非犯罪化をめぐる議論は、近年、前進がみられ、中には、法律を改正して [医療] 慣行を許容するよう政府に圧力がかけられた国もあった。2002年、オランダでは、ヨーロッパ諸国ではじめて、厳格な条件の下においてではあるが、医師が安楽死を実施することを許容する法律が施行された。この出来事は、ヨーロッパ中で、支持者の間でも反対者の間でもセンセーションを巻き起こした。同年、ベルギー議会は、活発な議論を経て、オランダの例に倣うことを決定した。ルクセンブルクもこれに続き、2009年、類似の厳格な条件の下で安楽死を合法化した。フランス、イギリス、スペインといったその他のいくつかの国では、安楽死論議は、ますます激しさを増して

おり、このテーマは、毎回のように国政上のアジェンダに掲げられてきた。

さらに、広く知られることになった個別事例がヨーロッパ中で絶えず論争を再燃させている。例えば、癌を患い、安楽死を受けることを求める訴訟に敗れた後の2008年に自殺したフランスの元教師シャンタル・セビール（Chantal Sebire）がそうである。また、アルツハイマー病の漸次的な衰弱プロセスを経験したくないという理由で、2008年に安楽死によって自らの生命を終結させることを選択したベルギーの作家ヒューゴ・クラウス（Hugo Claus）もそうである。後者のケースは特に重要であった。なぜなら、このケースは、安楽死を許容する国々と安楽死を禁止する国々のいずれにおいても、安楽死を容認する事例について徐々に寛容的になっていくリスクをめぐる議論を再開させたからである。このような事情を背景として、このテーマに関するヨーロッパ世論の現状と、この世論がここ最近どのように展開してきたのかを調査することは、きわめて重要である。

前回の国際比較調査は、1999年に33か国で収集されたヨーロッパ価値観調査（European Values Study (EVS)）データを基礎とするものであったが、この調査からは、安楽死容認度がヨーロッパ各国で大きく異なっていることが分かった。[安楽死]容認[度]は、オランダ、デンマーク、フランスのような国では非常に高く、マルタ、トルコ、ルーマニアのような国ではきわめて低かった。

ヨーロッパ諸国間および諸国内における安楽死へのスタンスの相違をよりよく理解するためには、安楽死への世論のスタンスを確認するだけでなく、世論が社会人口統計学的・イデオロギ的・文化的な特徴によってどのように構成されているのかを調査することが重要である。1999年のこのヨーロッパ価値観調査によれば、信心深さ（religiosity）がヨーロッパにおける安楽死容認[度]に関する最も重要な説明因子であり、信心深い人は、信心深くない人よりも安楽死に否定的であった。ヨーロッパ圏外で実施されたものだが、その他の多くの調査からも同じような結果が得られた。カトリック、イスラム教、ギリシャ正教、プロテスタントまたは博愛主義のような宗派の役割は、その影響が国ごとに大きく異なっていたため、さほど明らかではなかった。さらに、安楽死容認度が加齢とともに減少し、教育レベルや社会階層の上昇とともに増加することが認められた。この結果は、その他のいくつかの非ヨーロッパ圏調査の結果とも一致するものであった。

近時、私のチームは新たな調査を実施し、われわれはこの調査を繰り返し

た。その際、2008年に実施された最新のヨーロッパ価値観調査からのデータを利用した。これらのデータのおかげで、安楽死を実施するための法的枠組みを有する国々と有さない国々における世論をはじめて比較する機会が得られた。しかも、2008年調査の対象は、より多くの国々、すなわち47か国に及んでおり、モルダビア、グルジア、アルメニア、アゼルバイジャンのように、新たに加わった国々の大多数は、主としてイスラム教徒またはギリシャ正教徒が居住する国であった。これらの国々を調査対象に含めたことにより、ヨーロッパにおける安楽死に関する宗派間のスタンスの相違をより徹底的に調査することが可能になった。

本調査が扱った調査項目は、以下のとおりである。

- (1) 47のヨーロッパ諸国における現在の世論の安楽死容認度はどうなっているのか。
- (2) 宗教的・社会人口統計学的な因子は、これらの諸国間および諸国内における安楽死容認 [度] の相違をどの程度説明しうるか。

本調査のためのデータは、ヨーロッパ価値観調査から得られたものである。ヨーロッパ価値観調査は、暮らし、家族、仕事、宗教、政治および社会に関する長期的な大規模国際アンケート調査プログラムである。これは、ヨーロッパ全土の市民の思想、信条、好み、スタンス、価値観および意見を明らかにするユニークな調査プロジェクトである。第1回目のヨーロッパ価値観調査は、1981年に開始された。この調査は、9年ごとに、対象国を増やしつつ繰り返されている。

分析に利用したのは、最新の第4回調査からのデータである。この第4回調査は2008年に実施され、その対象国は47のヨーロッパ諸国に及んだ。各国で、その国の典型的な成人に対しインタビューが実施された。ほぼすべての国で、対面インタビューの形式が用いられた。

アンケート調査票は、安楽死について1項目を設けており、それは以下のような文面であった。

「あなたは、安楽死（不治の疾患を患う者の生命を終結すること）について、常に正当化される、決して正当化されない、両者の中間のどれか、のいずれとお考えですか」。

回答者は、1（「決して正当化されない」というレベル）から10（「常に正当化される」というレベル）までの評価尺度に基づいて回答するか、「わからない」と回答するかしなけりばならなかつた。

結 果

合計67,786名のヨーロッパ市民が調査に参加し、その全体的な回答率は69.3%であつた。

安楽死容認〔度〕の平均スコアは、47のヨーロッパ諸国間でかなり違つていた。最も高いスコアの国はデンマークであり、そのすぐ下にベルギー、フランス、オランダ、そしてスウェーデンが続いた。

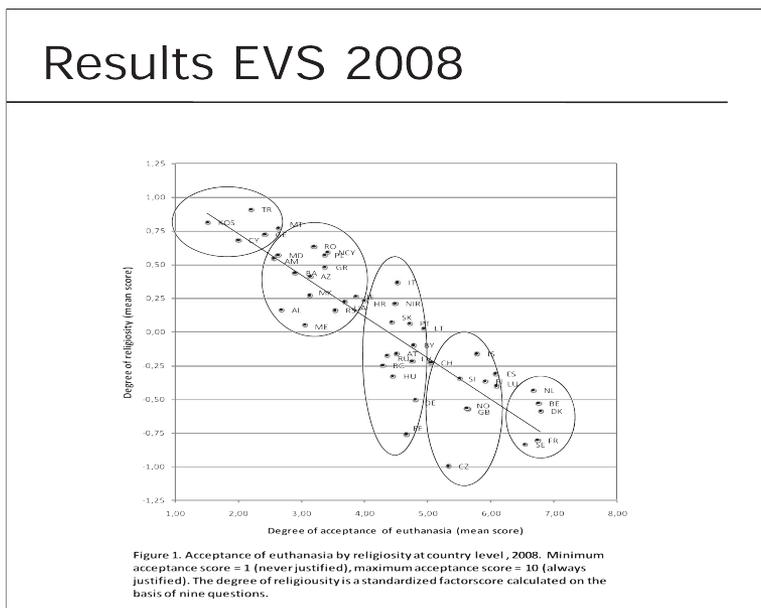
安楽死容認〔度〕に関する2008年の国別順位を前回〔=1999年〕の国別順位と比べると、最も順位を上げたのは、スペイン、ポルトガル、イギリス、ドイツ、イタリアであつた。順位を最も下げたのは、ロシア連邦、ウクライナ、ギリシャ、スロバキア共和国、ベラルーシであつた。

国別の安楽死容認度と信心深さの度合を軸にとつた図表は、2変数間の中程度以上の負の相関関係を示した（図1）。エストニアとチェコ共和国だけが、一般的な相関パターンからやや外れているように見える。クラスター分析（Cluster analysis）をすると、対象国は5つのクラスターに分割され、図1の左上のクラスターと右下のクラスターが最も均質性が高かつた。左上のクラスターには、トルコ、コソボ、マルタ、グルジア、キプロスといった、安楽死を強く拒否するきわめて信心深い5か国が集まつたのに対し、右下のクラスターには、オランダ、ベルギー、デンマーク、フランス、スウェーデンといった、逆の態度を示す5か国が集まつた。残りの37か国は、中間的な立場を採る国々から成る3つのより均質性の低いクラスターに分割された。

安楽死容認度は、加齢とともに減少し、教育レベルが高い人や都市部に住む人ほど増加し、また、女性ではより低かつた（表3）（略）。

多変数分析（Multivariate analysis）からは、信心深さの程度が個人レベルでも国レベルでも安楽死容認〔度〕に関する非常に重要な説明因子であることが分かつた。

本調査では、安楽死と自己決定権に関する信条との間に強力な結び付きが認



(図 1)

められた。事実、分析の結果、安楽死容認 [度] が自己決定権に関わるその他の事柄 [に対する容認度] と同一の次元に属することが分かった。国レベルにおける強力な結び付きは、両因子に関する国別得点の散布図を示す図 3 (略) から分かる。図 3 (略) は、安楽死容認 [度] と個人の自己決定に対する容認 [度] との間の強い相関関係を示している。線形近似曲線より下の国々は、自己決定権の全面的な容認に基づき、期待以上の安楽死容認 [度] を有する国々を示し (例えば、ベルギー)、他方、線形近似曲線より上の国々は、安楽死容認 [度] が自己決定権に関わるその他の事柄に対する容認 [度] と比べて相対的に低い国々を示している (例えば、スウェーデン、ギリシャ)。

本調査の要点を示せば、以下のとおりである。

- 現在の世論の安楽死容認度は、ヨーロッパの大部分で低度から中程度である。
- しかしながら、著しく高い容認 [度] が、オランダやベルギーといった西

- ヨーロッパ諸国から成る小さなクラスターに見られる。
- ヨーロッパ全土を見渡すと、安楽死容認[度]について、東ヨーロッパと西ヨーロッパとの間に分裂があるように見える。
- 一般的に個人の自由を重んじるスタンスに次いで、信心深さという特徴が最も重要な説明因子である。

II. 2002年にオランダとベルギーで施行された安楽死法

2002年にオランダとベルギー両国は、安楽死法を施行した。

オランダでは、安楽死と医師による自殺幫助が2つの実施可能な終末期の選択肢として規定されている。これに対し、ベルギーでは、法律は安楽死しか規定していない。いずれの国でも、要請をする患者は、希望の時点において成人で能力を有する[ことが必要である]。オランダ法だけが、12歳以上の未成年者からの要請に関する特別規定を置いている。

オランダにおいて、安楽死合法化をめぐる公共の議論は、すでに1970年代に始まっていた。すでに1984年以降、安楽死は、医師が相当の注意（due care）基準を遵守して実施したときには、オランダではもはや不法でなくなった。

ベルギーにおいて、安楽死法は、議会および生命倫理に関する連邦諮問委員会（Federal Advisory Committee on Bio-ethics）でわずか3年間議論しただけで採決に付され、このプロセスをサポートした医学会はひとつもなかった。

両法とも、安楽死を「患者の生命をその要請に基づき意図的に終結させる、第三者によって実施される行為」と定義する。いずれの国でも、安楽死は、医師だけが実施しうる。さらに、両法の誘因には類似性があった。両法とも、安楽死が現在の重要な医療慣行であるという、信頼しうる全国調査において推定された証拠を受け容れている。主たる目的は、こうした[医療]慣行を公にすること、医師が生命を終結させる各事例を評価する際に統一的な基準を適用すること、それゆえ、この種の事例において最大限のケアが保障されるようにすることにある。安楽死に関する意思決定は、医師・患者関係の枠内に留められ、（社会的）コントロールは死後審査手続の枠内において確立されてきた。

医師が安楽死を実施しうるのは、医師が以下の点を評価しうるに十分なほど患者について知っているときに限られる。

1. 安楽死の要請が自発的で十分に熟慮されたものか否か、
2. 患者の医学的症狀に改善の見込みがないか否か、および
3. 患者の苦痛が耐え難いものか否か。

安楽死の要請を拒否可能とすることにより、いずれの国でも、医師の良心の自由が保障されている。

いずれの国でも、安楽死を要請する患者は、以下の点について十分に情報を与えられなければならない。

1. 自己の症状（診断および予後）、ならびに
2. 考慮の対象となりうる利用可能なすべての治療法。

主治医は、安楽死の要請に従う前に、自らと関係なく、かつ患者の治療に携わってもない医師に相談しなければならない。それゆえ、主治医は、顧問医（consulting physician）から独立していなければならない。

医師による生命終結行為は、ベルギーとオランダのいずれでも、審査委員会による評価を受ける。ベルギーでは、**1つの全国審査委員会**しかない。その委員の任期は4年で、内閣が任命する。オランダの医師は、**5つの安楽死地域審査委員会**のうちの1つに安楽死事例を届け出なければならない。その委員の任期は6年で、法務大臣および保健福祉スポーツ大臣が任命する。安楽死を実施した医師は、いずれの国でも、記録のため、必要事項を記載のうえ届出書を審査委員会に提出することになる。いずれの国でも、審査委員会は、医師が遵守し届け出た医療上の意思決定手続を対象として審査することになる。

医師が事例の届出を行い、審査委員会がその届出に基づき、当該医師は相当の注意をもって行為したと判定したときは、いずれの国でも、検察庁に通報されることはなく、不処分となる。しかし、審査委員会が、医師は制定法上の相当の注意基準を満たさなかったと認定するときは、その事例は検察庁に通報されることになる。

小括すると、両国は、厳格な相当の注意基準の下で、かつ、届出手続による検証の後に、安楽死を合法化する世界で最初の国である。

III. ベルギーにおける届け出られた安楽死事例からみた 安楽死に関する医療慣行

それでは、ベルギーで届け出られた安楽死事件の件数とその特徴を呈示しよう。

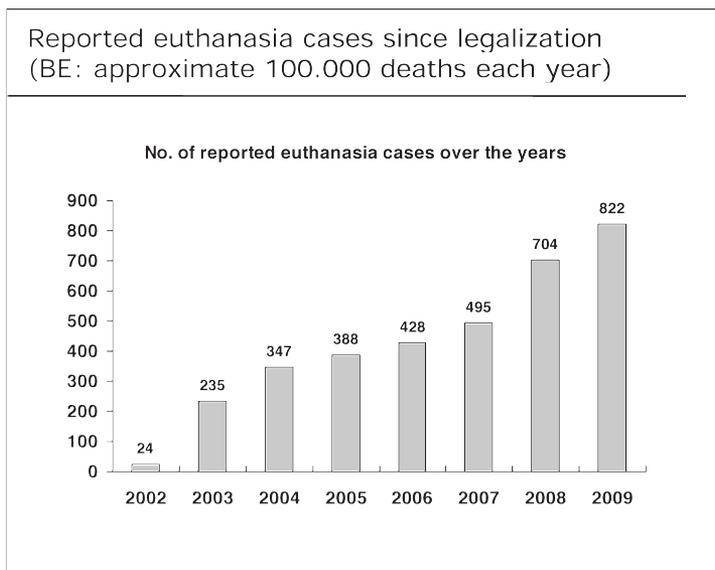
2002年の安楽死法施行以降、ベルギーでは何件の安楽死事件が届け出られているのだろうか。これらの事件の人口統計学上および臨床上的特徴は何であって、それらは全人口における死亡例の特徴と何が異なるのだろうか。安楽死の決定とその実施の特徴は、何であらうか。安楽死を受けた終末期病患者と終末期病でない患者とで、臨床上的特徴に何か違いはあるのだろうか。また、安楽死事件の諸々の特徴は、ここ何年かの間で進展がみられるのだろうか。

安楽死登録簿から選別された情報から成るこのデータは、安楽死事件を調査委員会に届け出た医師によって提出されたものである。

安楽死事件届出の発生率と全死亡例との比較

事件届出数は、毎年増加している（表1）。

ひとつの解釈として、安楽死の発生がここ何年かの間で増加している、ということがいえよう。ベルギーは、1981年から1999年までの間で、全人口で安楽死の受け容れが急激に増加していることで知られるが、2002年の安楽死合法化以降続いているであろうある傾向によれば、患者らが安楽死を彼ら自身にとって受容可能な、終末期におけるひとつの選択肢と見なすことは、ますます妥当とされつつあるといえる。医師も、安楽死がもはや違法でないという風潮の只中であって、安楽死の実施をより望むようになってきている。もうひとつの解釈としては、おそらく一部には、委員会が安楽死事件を司法当局送りにしたことがないがゆえに、医師が安楽死を届け出ることをますます望むようになってきている、ということがいえよう。

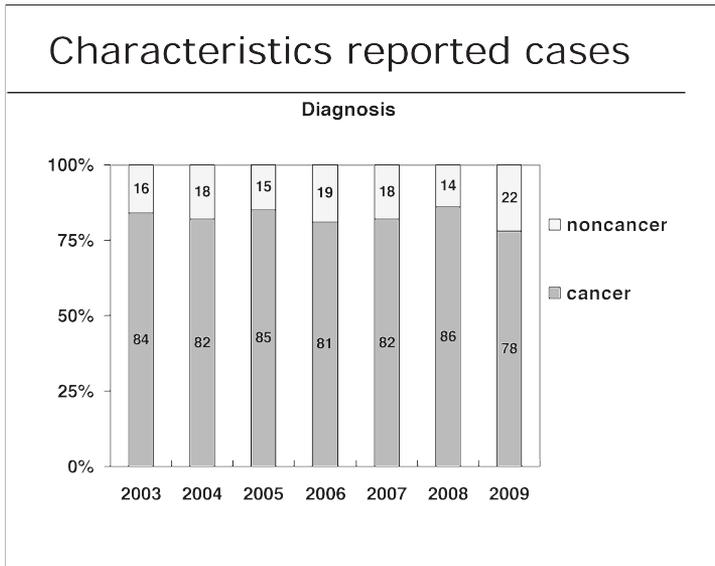
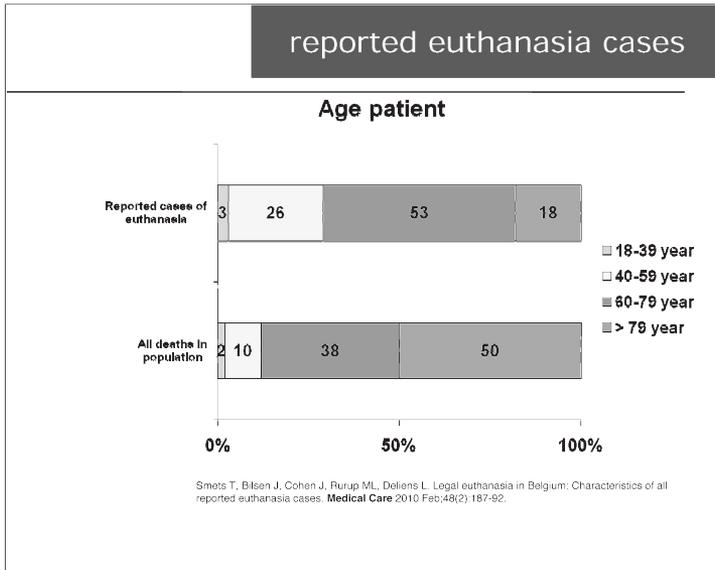


(表 1)

全事件についていえば、ベルギー国民のうち60%がオランダ語を話しているが、40%がフランス語を話している。すべての安楽死事件のうちの83%がオランダ語を話す医師によって届出が行われ、そして、フランス語を話す医師によって届出が行われたのは、16.7%にすぎなかった。最近のいくつかの研究は、この違いを説明しようと試みており、以下の2つの説明が妥当であると思われる。すなわち、第1に、経験則に基づくデータは、ベルギーのオランダ語圏委員会とフランス語圏委員会における、生命終結に関する異なった医療慣行を呈示している、ということである。第2に、安楽死事件を連邦調査委員会に届け出ることについては、医師の任意性によっても違いがある、ということである。

届出された安楽死事件の特徴

男性、若年患者および癌患者は、安楽死事件の届出例が著しく多かった(表2)。80歳かそれ以上の患者については、すべての死亡例において、また、癌患者と非癌患者の間において、届出例がきわめて少なかった[表に記載なし]。



(表 2)

その他の調査の中で呈示したように、かつて安楽死が合法とされ、高齢患者の生命が医師の幫助によって終結させられるであろう、そうした懸念を立証するに足りるだけの証拠は発見できなかった。われわれの調査結果によれば、80歳かそれ以上の高齢患者に関しては、診断後管理と死亡場所についてでさえ全死亡例と比較して、安楽死の事件例が著しく不足していた。この年齢グループにおいても届け出られた安楽死の件数は、ここ何年かの間は増加していないことが明らかであった。かくして、高齢患者は、安楽死合法化のリスクを高めまたは増加させる存在ではない、と思われる。

安楽死の決定およびその実施の特徴については、以下のスライドでおみせしよう（表3）（略）。

病院で亡くなった患者に関していえば、第2の顧問医は、臨床専門医が最も多く（69.7%）、自宅またはケア・ホームで亡くなった患者にとっては、一般開業医が最も多かった（それぞれ73.5%および84.1%）。緩和ケア専門医は、自宅（7.9%）またはケア・ホーム（4.9%）で亡くなった患者よりも、病院で亡くなった患者（15.7%）の方をより多く診察していた。病院勤務医は、自宅（全事件中29.6%）またはケア・ホーム（全事件中31.7%）における医師よりも頻繁に、補助医（全事件の38.2%）との相談を行っていた。

医師がその他の1人の医師のみに助言を求めたにもかかわらず、医師は、全事件の実質的な件数において、補助医または緩和ケアチーム（palliative care teams）との関係を有していた。このことは、以下のことを示しているといえよう。すなわち、彼らは、緩和ケアについて助言を行うための専門家の重要性を承知しており、生命終結を要請する患者に対して緩和ケアの有効な選択肢を呈示し、それはしばしば緩和ケアと安楽死がベルギーの介護者による相互排他的な二者間の選択肢と見なされるのではなく、むしろすぐれた生命終結ケアにとって不可欠の要素と見なされるという調査結果と調和する、ということである。補助的な診察を説明するためのもうひとつの要素としては、ベルギーの病院の大多数が、一定の緩和ケア手続を遵守した場合のみ安楽死を許容し、それらを遵守することに加え、さらに法による要請を行っている、ということである。

ベルギーにおける安楽死事件届出に関する結論として、われわれは、安楽死が終末期における最後の手段として、若年患者や癌患者によって最も多く選択されている、という結論を導き出すことができる。ここ何年かの展開は、滑りやすい坂道の仮説 (slippery slope hypothesis) を検証するための何らの指摘にすらなっていない。さらにいえば、わずかな人数でそれらが増加する様子もなく、同じく厳格な相当の注意基準によれば終末期病患者であると評価されるにしても、終末期にない患者からの安楽死の要請や、何らかの非身体的な疾患に苦しむ患者からの安楽死の要請は、ベルギー安楽死法のもとで認められうるし、そうした要請はベルギーで現に認められている。これ以降の研究においては、安楽死の届出率の算出に焦点を当てたうえで、同じく本章で報告されなかった実務の方に着目してみることにする。

IV. ベルギー・フランダースにおける医師への大規模調査から見た安楽死およびその他の終末期の意思決定に関する医療慣行

安楽死法施行前後において、われわれは、人口約600万人と毎年およそ55,000人の死亡が確認される、ベルギーの大勢を占めるフラマン語圏における死亡例の実地調査を行った。われわれは、同じく周到な研究設計に従って、われわれの成果が妥当で信頼に足るものであることを強固に裏づけるために、以下で紹介する2つの調査において、同じく鍵となる質問を行った。

1989年における4,000人の死亡例から2007年における6,000人の死亡例まで、全死亡例の中から無作為にサンプルを抽出するために、あらゆる認定医に対して、当該患者にとって生命短縮が可能または確実であると医師によって評価された、終末期における医療慣行の異なる類型に関する5頁の質問表が送付された。

この質問表では、2度の研究調査において、ほぼ同じ事柄について質問が行われた。まず第1に行われたのが、死亡が突然で予期されたものであったか、主治医が患者とはじめて接触したのが患者の死亡後であったか、という質問であった。上記の2つの質問に対して否定的な回答がなされた（それゆえに、死亡前の終末期の意思決定が排除されないであろう）場合、医師に対しては、彼

／彼女が、1) 治療行為の差控えまたは中止を検討し、明らかな故意に基づいて患者の死期を早めたか、2) 彼／彼女が薬物を用いて苦痛および／またはその他の症状の緩和に努めたかを考慮し、故意をもって死期を早めた可能性があったか、3) 彼／彼女が死期を早める明白な故意をもって薬物を投与、提供または処方したか、についてそれぞれ質問された。

最後のケースでは、患者の明示的な要請によって、患者以外のその他の者によって薬物が投与された場合、その行為は、安楽死に分類されなかった。薬物が処方または提供され、患者自らが薬物を飲んだ場合、その行為は、医師による自殺幫助に分類された。

生命の終結が行われた場合は、意思決定プロセスに関する質問、すなわち、当該決定について患者、家族およびその他の介護専門職と話し合いが行われたか、当該患者が医師によって安楽死の適格性があると診断されたか、患者による要請が存在していたか、といった諸々の質問が後続して行われた。患者と何らの話し合いも行われなかった場合は、患者が生命終結の希望を（明示的または黙示的に）表明したことがあるかどうかに加えて、医師に対しては、患者の生命終結措置を実施しないことについての理由が求められた。年齢、性別、学歴、軍事上の身分、死を望む理由および死亡場所に関するデータは、死亡診断書からそれぞれ得られた。

回答率は1998年が48.2%で、2007年が58.4%であった。

2007年には、フランダースにおける全死亡例のうち1.9%が安楽死によるものであり、その値は、1998年の1.1%を上回っている。

全死亡例のうち1.8%は、致死薬物が患者の明示的な要請を得ることなく使用され、その値は、1998年の3.2%を実質的に下回っている。

苦痛緩和が行われた割合は、1998年の18.4%から2007年の26.7%に増え、治療不開始決定は、1998年の16.4%から2007年の17.4%に増加した。

全死亡例のうち14.5%では、継続的に高い効果の得られる鎮静が患者に対し

で行われたとの報告がなされ、その値は、2001年における前回調査時の8.2%を実質的に上回っている。

2001年以降の安楽死および自殺幫助率の上昇は、ケア・ホームを除く、すべての患者グループとすべてのケア環境において確認された（表2）。2007年の普及率は、65歳以下の患者（4.2%）、癌患者（5.7%）および在宅死亡者（4.2%）の間で、最も高い数値を記録した。

2007年に行われた苦痛および症状の緩和は、高等教育を受けた患者と癌患者を除く、すべての患者グループにおいて、1998年においては明らかに高い頻度で実施された。治療不開始決定の普及率に関する重要な傾向は、80歳以下の患者、癌以外の患者、入院患者において確認された。

癌患者は、1989年と2007年の2つの年の研究において一貫して、癌以外の患者よりも苦痛と症状を緩和するための措置を受ける傾向にある。2007年にも、安楽死は、ほぼ6回に亘って、癌以外の患者よりも癌患者の間でより頻繁に行われた。

安楽死および自殺幫助は、その定義からして常に議論が行われているが、それらは患者によって明示的に要請されたものであった（表4）（略）。親族と看護師との間で行われた議論の割合がここ何年かでほぼ変動しなかったのに対して、安楽死に携わる同僚の医師は、増加傾向にあった。生命を終結させる薬物が患者の明示的な要請を得ずに使用されたときは、このことに関して、1998年よりも2007年の方が、より多く患者との話し合いが行われた（10%対22%）。関係者も、1998年と比べると、より多く話し合いに参加した。苦痛および症状の緩和に関しては、1998年の全事件中19%の患者と比較して、2007年の全事件中24%の患者が、それぞれ話し合いに参加した。そうした話し合いは、患者からの要請がより多くあったのことであった。治療不開始決定については、1998年よりも2007年の方が、患者からの要請がより多く寄せられた。ある同僚の医師は、1998年よりも2007年の治療不開始決定の方に、より多く関与する機会があった。

総じて、2007年における生命終結の実施は、1998年におけるそれよりも、患

者による要請がより多く行われ、関係者および看護スタッフとの話し合いは、1998年よりも頻繁に行われたといえる。その他の医師は、1998年の49%と比較してみても、2007年にはその55%が診察を行った。2007年、医師によって実施された生命終結のうち16%と10%は、当該決定が患者の最善の利益に資すること、あるいは、患者との話し合いを行わずに下された決定よりもより有害な話し合いであろうことをそれぞれ指し示しており、それは1998年の値を下回っている。

2つの年度に亘る研究調査から、われわれは、安楽死（ほとんどが癌を患い自宅で亡くなった若年患者）、または、明示的な要請を得ずに行われた生命の終結（ほとんどが心疾患または癌を患い病院で亡くなった高齢患者）に関して、患者の特徴がどのようにシフトしたかを確認できずにいた。2007年には、医師と適格性を備えた患者と親族の間で行われた話し合いの割合が、1998年のそれを実質的に上回った。

われわれは、以下のことを発見した。すなわち、ベルギー安楽死法は、患者の明示的な要請を得ずに行われた死ぬことの幫助を除く生命終結に関する医療慣行の全類型の割合が増加したことの後追いをしている、ということである。弱い患者グループに対して生命を終結させる薬物を使用することへのシフトは、何ら確認されなかった。鎮静の頻度が実質上増加している点については、より掘り下げた研究と臨床上の省察が必要である。

結論として、2002年以降のベルギーにおける安楽死に関する法の変容が、生命終結の実施と意思決定にとって相当のインパクトを有する、ということは間違いない。ベルギーにおける安楽死法施行以降の安楽死実施数の増加は、決して驚くべき事態ではない。生命終結のために薬物を使用するトータルの割合は上昇していないが、患者の明示的な要請がある比率とそれがない比率との間には、相当なシフトがみられる。すなわち、1998年には、この比率が約1/3であったのに対して、2007年にはこれが約1/1になった、というのである。安楽死の増加は、ほぼすべての患者グループにおいて確認できるが、過去すでに安楽死の要請を行った患者、すなわち、若年患者、および、癌患者や自宅で死ぬことを望む患者については、特に高い数値を記録している。

V. 社会的弱者グループにおける安楽死の利用

近時、私のチームは、社会的「弱者」グループにおいて、生命終結の決定について医療慣行の中で不均衡があるかを見極めるための系統だった調査を行っている。

5つの主要なデータベースが出版に向けて精査され、それらは、安楽死／医師による自殺幫助、患者の明示的な要請を得ずに行われた生命終結、症状の緩和、治療不開始決定および社会的要素（例えば、年齢、性別および社会経済上の地位）による緩和的鎮静の普及率に関するオリジナルのデータを収録している。

一連の調査は、段階状に選別されたプロセスで得られた6,377枚のペーパーによるものである（図1）。773枚のペーパーが抽象的な評価のために確保され、321枚のペーパーが全文選択され、51枚のペーパー（0.7%）が最終的に選別された。

最後の51枚のペーパーは、109万人以上の患者を含んでいた。本調査のうちの41%が、2004年から2009年までの間に出版された。調査のほとんどが、アメリカ（35%）、オランダ（24%）およびベルギー（18%）で行われた。全論説のうちの45%は、ある特定の状況に限局されたものではなかった。膨大な調査のうちの大半が、回顧的なものであった。

（表3）（略）この系統だった調査は、年齢、性別、学歴および軍事上の身分に関して、終末期の医療決定の普及率の中に不均衡があることを指し示している。

調査のほとんどは、若年患者と比較して、80歳以上の患者の間で治療不開始決定がより多く行われていた、と報告しているが（OR 2.15；CI 1.38-3.33）、その一方で、症状の緩和（OR 0.77；CI 0.59-1.00）、緩和的鎮静（OR 0.52；CI 0.33-0.82）、安楽死／医師による自殺幫助（OR 0.31；CI 0.22-0.43）および明示的な要請を得ずに行われた生命終結（OR 0.54；CI 0.35-0.82）は、そ

れほど多くなかった。

男性と比べて女性についていえば、治療不開始決定、緩和的鎮静および明示的な要請を得ずに行われた生命終結に関してのみ重要な点が見られたが、そこでは同じようなパターンが見られた。

これら 2 つの調査の報告によれば、十分な教育を受けなかった者が、より高度な教育を受けた者に比べて、その症状を緩和する措置を受けていなかった。これと反対の研究結果はなかった。安楽死／医師による自殺幫助および明示的な要請を得ずに行われた生命終結もまた、十分な教育を受けなかった者の間ではその回数がより少なかった、ということが確認されたが、その一方で、緩和的鎮静は、そうしたグループにおいてより多く用いられていたように思われる。

最後に、これら 2 つの調査から、症状の緩和が独身患者の間では、より一般的に行われていなかった、ということが明らかになった。

この調査は、死期が迫った患者の医療上の管理 (management) が、彼らの社会グループによれば、異なっているように見える、ということを示している。この調査は、われわれが病気に罹患しそれが継続する過程のみならず、われわれが死ぬ過程においてさえ健康上の不均衡が存在すると証明したはじめての研究成果であるため、これは、まさに注目すべきである。健康上の不均衡に関する分野におけるほとんどの研究と異なり、われわれの調査結果の魅力は、不明瞭がないという点にある。例えば、比較的健康的でありまたはヘルスケアサービス (health care services) にアクセスした者が、比較的健康的でなくまたはそうしたサービスにアクセスできない者より優位にあることが確実に有益だと考えられる一方で、終末期決定のうちのいくつかの類型にあてはまる死への願望が、患者の選択に左右されるわけではない、ということは明らかである。

例えば、安楽死は、議論の対象にならない行為である、というのは間違いである。ある者は、安楽死がいかなる場合においても回避されるべきだ、と主張するであろう。ここで、滑りやすい坂道の理論、すなわち、安楽死または医師

による自殺幫助の割合が、「弱い」患者グループの中で増加するであろう、という考えがしばしば用いられる。われわれの調査結果によれば、大要、安楽死および医師による自殺幫助は、高齢、女性、十分な教育を受けなかった者および独身患者の間で行われたことの方がより少なかったが、それは、滑りやすい坂道の理論を証明するだけの明白な証拠が存在しなかった、という点を強調するものである。

その一方で、その他の者は、彼らが当該要請を実現するとき、安楽死が実施されることが認められなかったとしたら、安楽死を要請する患者の方が不利な状況になるであろう、と主張する。こうしたパースペクティブからは、安楽死を要請するそうした患者が不利な状況に置かれる、との主張がなされうる。同様の理由づけが、治療の差控えについてもいえる。すなわち、いくつかの研究は、多くの患者がその生命の終末期において（心肺蘇生法や人工呼吸のような）望まざる集中的ケアを受けていることを示すものであるが、一方では、それが生命の質に対して否定的なインパクトを有するものであるにもかかわらず、何人かの患者は、むしろ延命の方を好む、ということはよく知られているとおりである。

実のところをいえば、われわれの調査結果の魅力的なところは、患者の選好に大きく依存しているという点にある。

異なる社会グループ、裕福で長生きの者および健康で長生きの者については、罹患率と死亡率に差異があることがすでに知られている。この系統だった調査は、「死亡の類別（death divide）」の新たな諸相、すなわち、死亡時期とその方法において不均衡があることを指し示している。治療の中止または差控えに関する決定は、より一般的に用いられているように見えるが、潜在的または明らかな生命短縮効果がある薬物の投与に関しては、高齢で、女性の、十分な教育を受けなかった者の間では、総じてそれほど頻繁に行われていないように思われる。これらの効果は、より弱い患者、すなわち、高齢で、貧しく、社会的に分離され、より次元の低い教育を受けた者の間において、宣言または累積されうる。

社会的弱者グループ内の安楽死に関する結論として、このテーマに関する研

究が不十分であり、当該結果からの解釈を行うことが困難であり、かつ、それが単なる発端にすぎない、ということができよう。諸々の不均衡は、必ずしも不公正さを覆い隠しているというわけではない。異なるグループが、終末期の医療上の決定について異なる選択肢を有することは、妥当であると思われる。したがって、今後の研究においては、これらの不公正さにつき、特定の弱い患者グループに対する最適の終末期ケアが、決して存在しないということを含意しているか否か、これについて調査を行う必要がある。

ご清聴に心から感謝申し上げます。

[訳者あと書き]

本稿は、シンポジウム「ベネルクス3国安楽死法の比較検討」(2012年3月27日(火)13:00~17:00 京都大学文学部, 2012年3月28日(水)13:30~17:30 早稲田大学小野記念講堂: 早稲田大学比較法研究所主催, 早稲田大学医事法研究会, ファイザー・ヘルスリサーチ財団および日本生命倫理学会後援) ベルギー・ブリュッセル大学医学部のリュック・デリエンス教授(Prof. Luc Deliens)の講演「安楽死: ヨーロッパおよびベルギーにおけるスタンスと実務」(原題は, Euthanasia: attitudes and practices in Europe and Belgium)の原稿を、同教授の了解を得て翻訳したものである。このシンポジウム「ベネルクス3国安楽死法の比較検討」の企画趣旨等については、甲斐克則「ベネルクス3国の安楽死法の比較検討」比較法学46巻3号(2013)およびシュテファン・ブラウム(甲斐克則・天田悠訳)「ルクセンブルクにおける臨死介助——新法の成立過程, 解釈および実務——」比較法学46巻3号(2013)において述べているので、それらを参照されたい。本講演は、デリエンス教授が長年に亘り実に丹念に調査して分析されたデータに基づくものだけに、実に貴重なものである。これまであまり知られていなかったベルギーの安楽死の実態が、本稿でかなり理解できる。2012年8月20日には、盛永審一郎教授(富山大学)と共にベルギーのブリュッセル大学医学部にデリエンス教授を訪ね、さらに詳細な話を聞いたが、それについては別途まとめることにしたい。なお、訳文中[]の部分は訳者が補った部分である。[甲斐克則・記]