講　演

オランダとベルギーにおける安楽死と医師による自殺幇助

アグネス・ヴァン・デル・ハイデ
甲斐克則＝福山好典（訳）

1．まず，オランダとベルギーにおける安楽死と自殺幇助に関する規制と実務について報告するよう私に依頼してくださったこの会議の主催者，そして特に，盛永審一郎教授に感謝申し上げたい。

2．この地図［略］からお分かりいただけるように，オランダとベルギーは，ヨーロッパ中西部に位置する隣接する小さな国である。

3．2002年以降，両国は，医師がその患者の生命を終結させうる状況を規定する法律を置いている。ルクセンブルクは，議会が安楽死法を可決した3番目のヨーロッパの国であり，それは2008年のことであった。この国において，これは憲法上の危機をもたらした。なぜなら，ルクセンブルク大公が，信念に基づく反対のために，同法の裁可を拒否したからである。そこで，議会は大公の権限を制限することを決め，その後，同法の発効が可能になった。ルクセンブルク法はオランダ法およびベルギー法と非常に類似しているが，ルクセンブルクの実務についてはほとんどデータがない。以上の理由で，私は，本報告をオランダとベルギーの状況に絞ることにする。

4．まず，両国の法制度を簡潔に概観する。つぎに，これらの法制度が臨床実務においてどのように運用されてきたかを示す。そして最後に，法律の影響と，法制度に関連して現在議論されているいくつかのテーマについて議論する。

5．しかし，まず，いくつかの定義を行っておく。オランダとベルギーにおいて，安楽死（euthanasia）は，医師が患者の明示的な要請に基づき生命を終結させる薬剤を投与することと定義されている。医師による自殺幇助（physician-assisted suicide）は，患者が自己の生命を終結させることを可能ならしめる明示的な意図で薬剤を投与，供給または処方することと定義されている。

6．したがって，安楽死と医師による自殺幇助は，終末期に関わるその他の医療上の意思決定，例えば，延命治療の差控えもしくは中止，緩和的鎮静のような，苦痛もしくはその他の症状を軽減するための薬物増強処置，または明示的な要請なしに患者の生命を積極的に終結させることから区別されうる。

7．これらの具体的な定義，そして，安楽死および医師による自殺幇助と終末期に関わるその他の医療上の意思決定との区別は，多かれ少なかれオランダにおいて創り出されたものである。この国において，法律は，社会，政治および医療職者において何十年にもわたり続けられてきた議論の成果であった。この議論の契機は，1973年のいわゆる「ポストマ事件（Postma case）」であった。この事件において，医師は，繰り返し明示的な安楽死の要請を受けた後に，その瀕死の母親が自分自身の生命を終わらせる手助けをした。その医師は，最終的に，執行猶予付きの短期の刑を科された。裁判所は，その医師が謀殺を行ったと判示したが，無意味な病苦に直面したとき，医師が常に患者の意思に反してでも本人を生かし続けなければならないわけではないことを認めることにより，安楽死を規制するための第一歩を踏み出した。

1980年代に，安楽死に関する議論は前進し，公式化された。王立オランダ医師会（Royal Dutch Medical Association）もまた，1980年代に，オランダにおける安楽死の公式的な社会的統制に向けた重要なステップを踏んだ。同医師会は，安楽死の合法化を支持した。同医師会は，医師だけが安楽死を実施することを許されるべきであること，そして，安楽死が医師―患者関係の枠内でのみ行われうることを強調した。同医師会は，さらに，医師に事例の届出を奨励することを通じて，安楽死の公式的な社会的統制を改良しようとした。かくして，医療職者らは，その専門職団体を通じて，明らかに，統制システムと相当の注意（due care）基準の発展に影響を及ぼした。

これらの発展の間，オランダにおける国民の安楽死容認率は，1966年の50％から，1998年に90％にまで上昇した。オランダの連立政権の構成の変化，すな

わち，キリスト教民主同盟（Christian-democrats）の排除の後，議会は，安楽死が合法化されるべきことを決定した。2002年４月１日，安楽死法（Euthanasia Act）が発効した。同法は，表向きは安楽死を合法化したが，実際には，主に現在の慣行を合法化するものであった。他方，ベルギーでは，議論は非常に短く，主として政界で行われた。ベルギーの議論では，オランダの制度が概ね青写真として用いられた。現在，ベルギーの医師の大多数が法律を支持し，多くのベルギーの医師が，原則として，安楽死の実施を快く引き受けている。

８．オランダとベルギーの両制度において中心的な考え方となっているのが，ある種の社会的統制なしに安楽死と自殺幇助を許容することはできない，というものであることを理解しておくことは重要である。世間一般の人々，患者および家族が医師に対する信頼を維持することが不可欠であるが，もちろん，医師は，患者が死にゆくのを介助するとき，通常の医療慣行の限界を超えているわけである。したがって，医師は，透明性を維持しなければならず，決められた基準を遵守していることを証明することができなければならないのである。他方，患者が死にゆくのを介助する実践に携わることを選ぶ医師に，彼が決められた基準を遵守してそれを行うなら法律上訴追されないことを確信させることが不可欠である。かくして，医師が多くの公式的な相当の注意基準を遵守するか否かが統制されうるように，医師にその実施の届出が制度上要求されているのである。

９．届出手続は，両国でほとんど同じである。医師が安楽死を実施したときは常に，その医師は，法律上定められた届出用紙の様式を用いて，学際的な委員会に届け出なければならない。学際的な委員会は，相当の注意の６基準を用いてその事例を審査する。検察官は，その後に，医師が相当の注意基準を満たさなかったと委員会によって判定された事例のみを判断するにすぎない。

10．オランダとベルギーの審査手続には，若干の相違がある。第１に，オランダには５つの地域審査委員会があるのに対し，ベルギーには１つの全国委員会しかない。第２に，オランダの委員会はすべて，医師，法律専門家および倫理学者を含むのに対し，ベルギーの委員会は同様に医師と法律専門家を含むものの，倫理学者の代わりに，第３の委員は緩和ケア専門家である。第３の相違は，医師と患者の識別情報がオランダの委員会には開示されており，それによ

り委員会が，追加情報を取得し，または，委員会が必要と考えるときにはフィードバックをすることが可能となる，という点である。ベルギーでは，医師と患者は原則として匿名である。なぜなら，この方が，医師は届出をしやすくなると考えられたからである。医師と患者の識別情報が委員会に開示されるのは，委員会の委員の 3 分の 2 が，追加情報なしには当該事例について結論に達することができないので当該識別情報が必要である，と考える場合に限られる。

11. 安楽死の適法な実施のために遵守されなければならない相当の注意基準もまた，両国で比較可能である。患者に関連する 4 つの基準と若干の手続的基準がある。患者に関連する基準は，概ね同じである。安楽死が実施可能となるのは，医師が，患者の要請は自発的で熟慮に基づくものであると確信する場合に限られる。ベルギーでは，法律は，これに加えて，患者の要請が繰り返し表明されなければならず，家族または他者からのプレッシャーを受けてはならない，と定めている。さらに，患者の苦痛は，耐え難く絶望的なものでなければならない。その苦痛は，身体的なものでも精神的なものでもよいが，特定の医学的症状または疾患の結果でなければならない。したがって，医学的な基礎疾患を患っていないのに生きるのに疲れたということは，安楽死の実施が法律上許容される理由ではない。医師は，患者に，その症状や予後について十分に情報を与えなければならない。そして，医師は，患者の苦痛を緩和するために利用可能なその他の理にかなった手段がないことを確信しなければならない。主として患者が何が理にかなうかを決定するが，医師の同意が不可欠である。

12. 安楽死が許容される患者を確定するこれらの基準に加えて，手続的基準がある。両国において，安楽死の実施を考えている医師は，もう 1 人の独立した医師に相談しなければならず，そのもう 1 人の医師は，患者に関連する相当の注意基準が満たされているか否かを評価しなければならない。最後に，生命の終結は，相当の医学的注意および配慮（attention）をもって実施されるべきである。この最後のものは，オランダにおいてのみ公式的な法的基準であるにすぎない。ベルギーにおいて，相当の医学的注意および配慮は同様に重要と考えられているが，医師は常に相当の医学的注意および配慮をもって行為する義務を負っていると考えられているため，相当の医学的注意および配慮は，この国では安楽死に固有の基準として定められてはないのである。

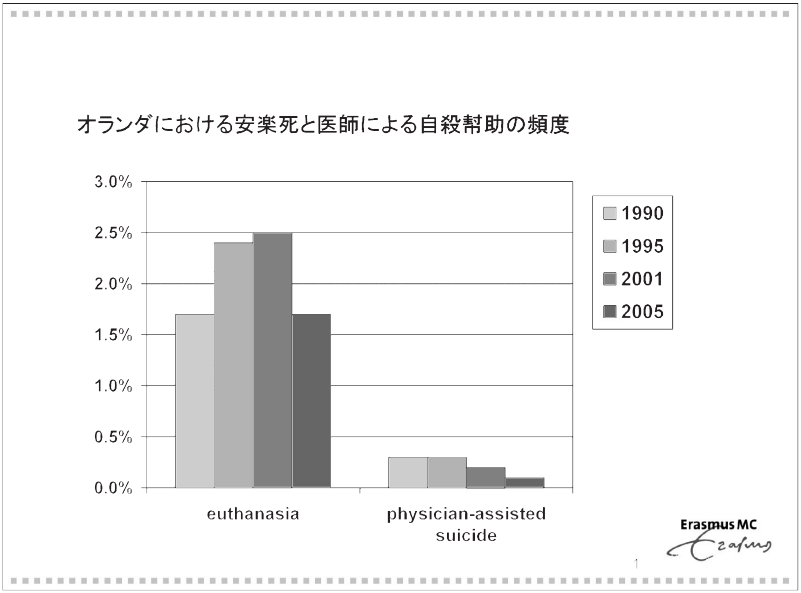
13. 両国において，医療専門職団体は，医師が安楽死について決定しそれを実施する際に彼を支援する責任があると感じていたため，助言と支援を行い，さらには法律上要求される公式的な相談をも担いうる相談医（consultants）に対する公式的な訓練システムを設けてきた。オランダにおいて，そのシステムは SCEN として知られており，ベルギーでは LEIF と呼ばれている。

14. さて，報告の第 2 部に移り，両国における安楽死の実践に関する多くのデータを示そう。安楽死の合法化が終末期の意思決定の実務に与えた影響と特定の患者グループにおけるその出現について私が知っていることを示そう。

15. オランダにおける安楽死合法化のプロセスのユニークな特徴は，体系的な経験的調査の位置であった。1990年，政府は，レメリンク委員会（Remmelink Commission）を設置し，オランダにおける医師による生命終結の実施の頻度と主な特徴に関する調査を委託した。最初の全国調査の後，類似の調査が1995年，2001年，2005年に行われた。5 度目の調査が2010年に実施されたが，残念なことに，その結果はまだ利用可能でない［2012年 3 月段階：訳者］。

1990年，死亡全体の1.7％が安楽死の結果であることがわかった。これは，1995年および2001年には約2.5％であった。法律の成立後の2005年の頻度は，1990年のそれと同じようなものであった［スライド 1］。このことは，オランダにおける年間事例数が，2005年まで2000件から2500件の間であったことを意味する。医師による自殺幇助は安楽死よりも優先されるべきだという，王立オランダ医師会の勧告にもかかわらず，医師による自殺幇助は，安楽死よりもかなり頻度が低い。2005年，医師による自殺幇助は，死亡全体の0.1％，つまり約100件であった［スライド 1］。医師による自殺幇助よりも安楽死が頻繁に選択されることについては，次のような説明が可能である。すなわち，医師は，生命終結行為をコントロールすることを望んでおり，また，患者が自ら薬剤を経口服用するときに生じやすい予想外の問題が生じた場合に医療上の援助をすることができるようにしておくことを望んでいる，ということである。安楽死は，患者が自ら薬剤を服用しえないくらいに衰弱しているときにもしばしば優先される。

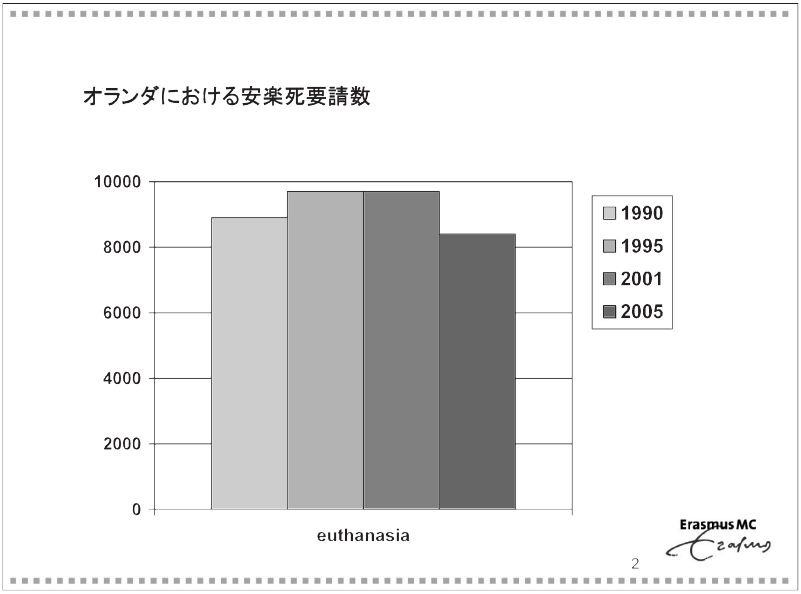
16. 安楽死の要請数［スライド 2］は，安楽死の実施数と同じパターンに従っていた。要請数は，実施数の約 3 倍である。このことは，真剣な要請全体の 3

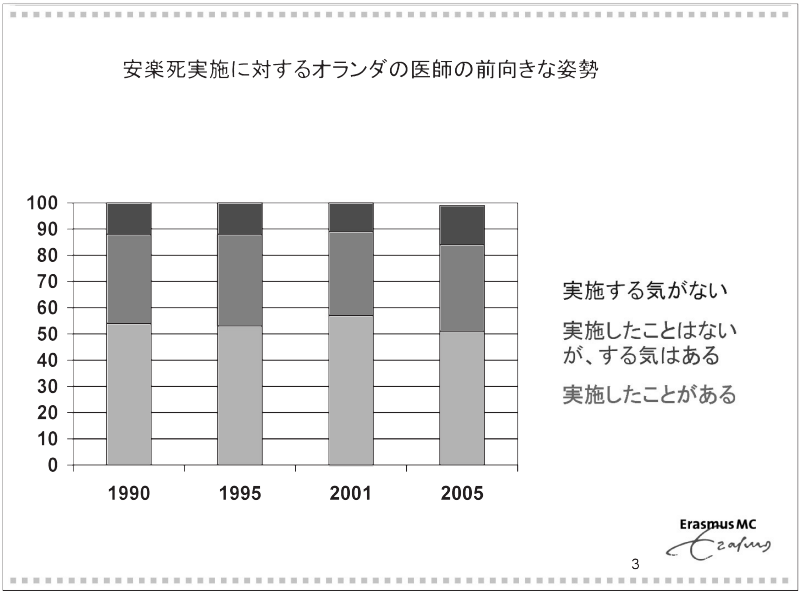


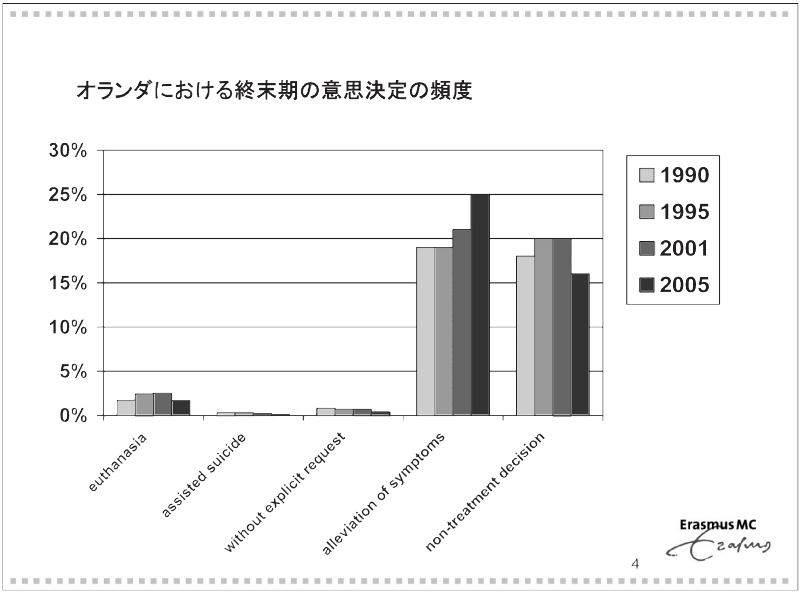
分の 1 が医師によって是認されているが，3 分の 2 はそうでない，ということを意味する。調査からは，これらの是認されざる要請の約半分で，公式的な安楽死手続が完了する前に患者が死亡していたこと，他方，もう半分では，基準が満たされていないか，もしくはまだ満たされていないと考えられたために，医師が要請を是認するのを拒否したことが明らかになった。

17．このスライド［スライド 3］では，ご覧のとおり，安楽死の実施に対するオランダの医師の前向きな姿勢は，多かれ少なかれ過去20年変わらない。すなわち，全医師の半分強が少なくとも 1 度安楽死を実施したことがあり，約40％がそれを行ったことはないがする気はあり，約10％が安楽死の実施を拒否しているのである。

18．終末期の意思決定における医師の役割は，安楽死と自殺幇助に限られない。ご覧のとおり，これらの実施は，延命治療の打切り（差控えまたは中止）や薬物増強による症状緩和（intensive alleviation of symptoms）と比べれば，


オランダにおける安楽死要請数
10000
8000
6000
4000
2000
0
euthanasia
1990
1995
2001
2005
Erasmus MC
2


安楽死実施に対するオランダの医師の前向きな姿勢
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
1990
1995
2001
2005
実施する気がない
実施したことはないが、する気はある
実施したことがある
Erasmus MC
3

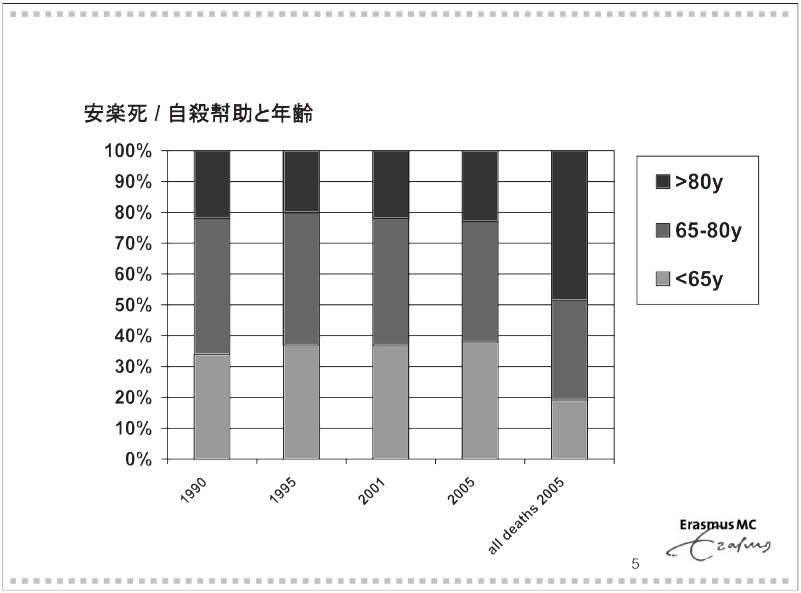


稀である。治療の打切りと薬物増量による症状緩和はともに，死亡患者全体の約20％で実施されている。ご覧のとおり，相対的に少ないが，生命終結を明示的に要請しなかった患者における生命終結の実施もある。この実践は，主として，新生児と昏睡状態の患者に関わるものである［スライド 4］。

19．次のスライド［スライド 5］で，最も頻繁に安楽死を受ける患者のタイプについて示そう。安楽死の利用率が最も高いのは，比較的若い患者である。安楽死は，80歳以上の患者では比較的稀である。このスライドでは，ご覧のとおり，全死亡患者のうち約半数が80歳以上である。

20．しかし，このグループは，安楽死を受ける患者の中では明らかに少数である。調査が行われたすべての年において，安楽死は，主に，比較的若くして亡くなる患者に関わる実践だったようである。

21．安楽死を求める患者の大多数は，癌である。その一方で，癌は，全死亡患

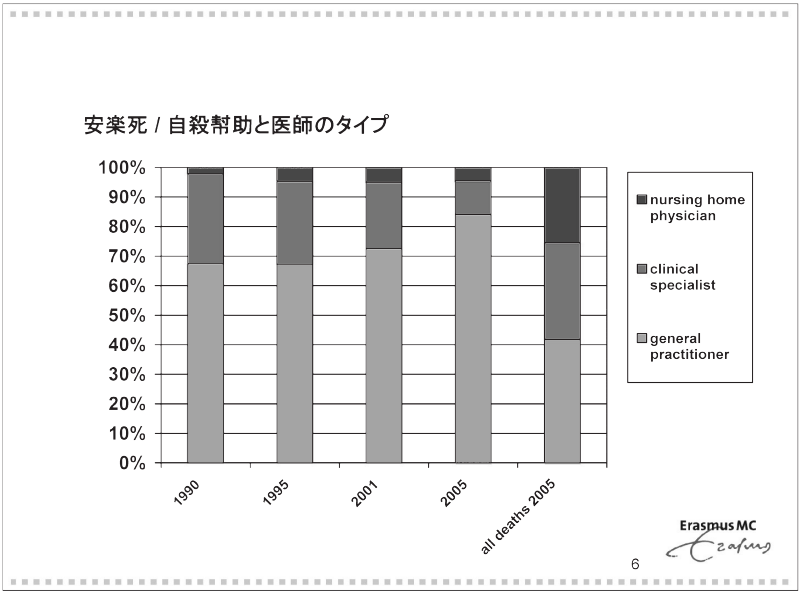


者の約30％の死亡原因である。

22．癌は，安楽死を受ける全患者の約80％における基礎疾患である。

23．さらに，安楽死と自殺幇助の大多数の事例は，病院またはその他のヘルスケア施設の外で在宅ケアを提供する一般医（general practitioners＝GP）によって実施されている。一般医は，オランダにおける死の約40％に関わっている［スライド６］。

24．しかし，一般医は，全安楽死事例の約80％を担っている［スライド６］。このことは，次の事実によって説明可能である。すなわち，安楽死は，通常，自宅で死ぬことを望む患者の長期間の医師患者関係のコンテキストにおいて実施されるところ，その長期間のかかわりの典型が，一般医が患者との間に有するかかわり方だということである。



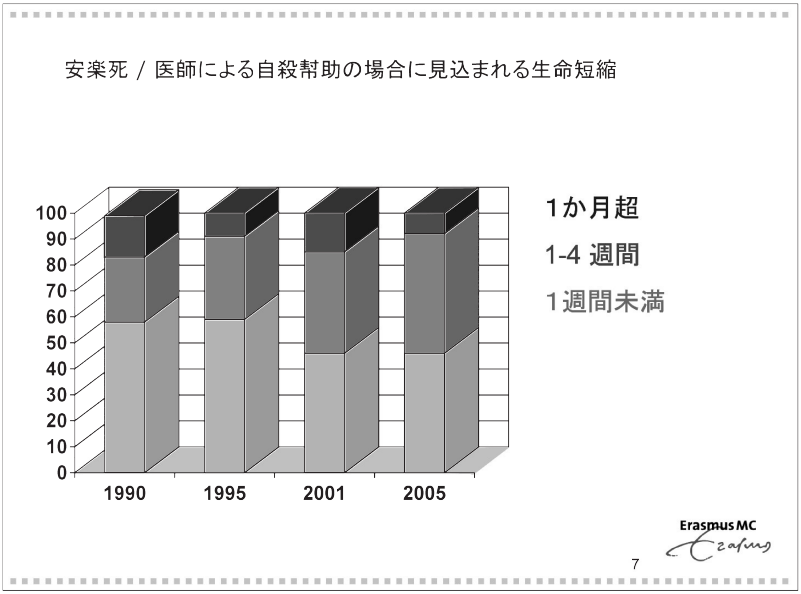
25. 様々な世代における比率をご覧いただくと［略］，明らかに，比較的若くして亡くなる人々において比率が高い。これは，ベルギーでも同様である。

26. ご覧のとおり［略］，安楽死は，両国とも，女性よりも男性においてやや多く行われている。

27. また，両国とも，安楽死は，癌で亡くなる人々において遥かによく行われている。

28. 同じことは，自宅で亡くなる人々においても言える。ただし，安楽死は，ベルギーの病院では比較的よく行われているようである。

29. ベルギーについては，安楽死を要請する理由に関するはっきりした大規模なデータを持っていないが，ご覧のとおり［略］，オランダについては，安楽死を要請し受ける人々の大多数が身体疾患，多くは癌を患っている。精神疾患



を患う患者に対する安楽死，または，生きることに疲れもしくはうんざりした患者に対する安楽死は，かなり稀である。

30．安楽死が生命を短縮する程度はしばしば限定的である，という事実を認識しておくことは重要である。安楽死を受ける多くの患者の余命は，１か月未満であり，多くの場合，１週間より短くすらある［スライド７］。

31．先ほど，明示的な要請をしなかった患者の生命を終結する実践に少し触れた。この実践は，主として，重度の障害を持つ新生児，不可逆的な昏睡にある患者，またはまったく緩和の見込なしに非常に苦しんでいる無能力患者に関わる。この実践は，オランダとベルギーでは違法と考えられており，次第に減少しつつある［スライド８］。おそらく，その理由は，死にゆくことの介助をもっぱら死にたいと自律的に決定する患者に限ることが重要だという意識が医師の間で高まりつつあるからであろう。

32. ご覧のとおり，この実践に対する医師の前向きな姿勢もまた，数年来，次第に減少してきている。すなわち，このグラフ中の緑色の部分［「実施する気がない」］の増加は，この実践に携わることを拒絶する医師の割合を示している［スライド 9 ］。

33. 最後に，弱い患者グループ，すなわち，他者のようには自己の権利を擁護もしくは主張することができない患者，または，家族，ケア提供者もしくは社会からのプレッシャーを敏感に感じ取る患者に対する安楽死の合法化の影響に関して現在までに示されている証拠について，論評しよう。こうした患者が多く見られるのは，例えば，社会経済的地位の低いグループ，人種的マイノリティ，無保険者，慢性障害者，精神病患者またはアルツハイマー病患者においてである。

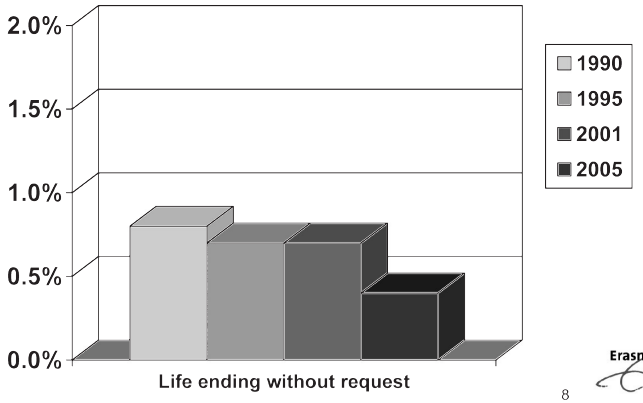
34. これらすべてのグループについて具体的なデータはないが，一般的に言って，データからは，安楽死が弱者グループにおいて比較的よく行われていることは証明されない。社会経済的地位の高いグループの人々が安楽死を受ける割合は，社会経済的地位の低いグループの患者の1.2倍であり，この割合は，人種的マイノリティの人々においてより低い。オランダとベルギーでは，すべての人々が医療保険を掛けられているため，［無保険者における安楽死は］これらの国には当てはまらない関心であるが，それは，アメリカ合衆国のような国々の関心事としてしばしば表明されている。他のグループについて具体的なデータはないが，安楽死を受ける患者の癌罹患率に関する証拠からすると，安楽死がこれらのグループにおいてよく行われている可能性は低い。

35.　さて，報告の最終部に移り，法制度の運用と影響について簡単に議論しよう。

36. このスライド［スライド10］では，数年来のオランダにおける安楽死と医師による自殺幇助の届出件数をご覧いただけよう。法律の成立後，この数はわずかに減少したが，最近次第に増えてきている。

37. このスライド［スライド11］には，1990年，1995年，2001年，2005年の全国調査において確認された件数を加えてある。ご覧のとおり，1990年には，ご

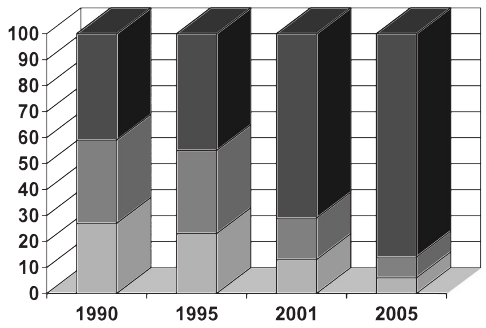
患者の明示的な要請なしの生命終結



Erasmus MC

8

要請のない生命終結に対するオランダの医師の前向きな姿勢



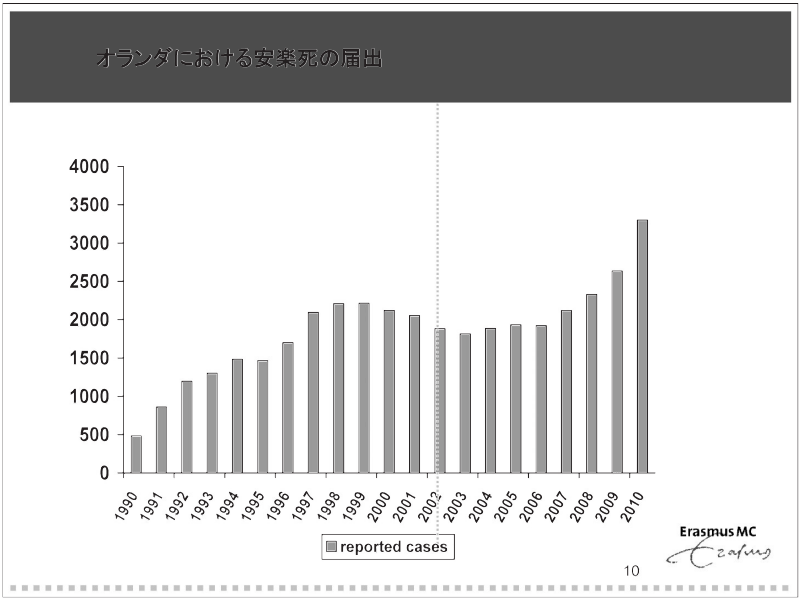
実施する気がない

実施したことはあるが、する気はある

実施したことがある

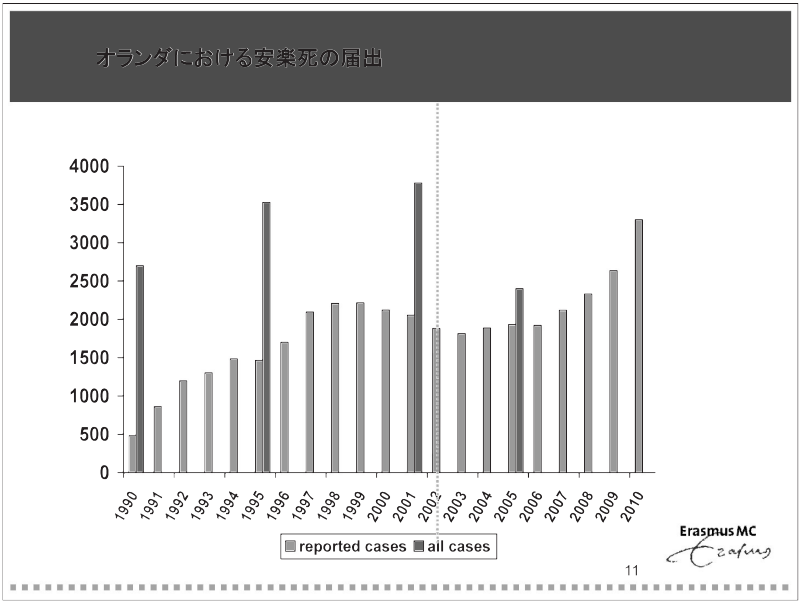
Erasmus MC

9



く少数の18％しか届出がなされなかった。1990年には，事例を直接検察官に届け出なければならなかった。これが，この低い届出率の説明になりえよう。学際的な審査委員会の設置後，この割合は，1995年に41％に増加し，2001年には54％に増加した。安楽死法の成立後の2005年には，全事例の80％が届け出られた。2005年において，届出がなされなかった主たる理由は，医師が自己の行為を安楽死または医師による自殺幇助とは考えず，したがってその事例を法律上届け出る必要があるとは考えなかったことにある。このことは，使用された薬剤の種類と密接に関係していた。医師が，薬学の進歩のために王立オランダ医師会が勧める薬剤であるバルビルツ塩酸を使用し，その後に筋弛緩剤を使用した事例では，2005年の届出率は99％であった。患者の要請に基づいて生命を終わらせる明白な意図で患者の生命を終わらせるために他の薬剤，多くはオピオイドが使用された事例では，届出率は２％であった。

38．ベルギーでも，届出件数の増加が見られる。



39．届出件数と総件数の両方が分かる年がひとつだけある。その年，つまり2007年には，届出率は53％だったようである。もちろん，ベルギーの医師が届出手続により精通してくれば，この割合は増加するであろう。

40．2002年の安楽死法の成立後，審査委員会は，ほんのわずかな事例においてのみ法令違反の判定を下した。そうした判定の主たる理由は，もう１人の「独立した医師」との相談要件を満たさなかったこと，また，使用した薬剤の種類と量をミスしたことであった。そうした医師の１人も結局訴追されなかった。多くの医師は法律を支持し，同法が彼らの法的な不確実性を改善したと考え，また，同法が安楽死と医師による自殺幇助を実施する際の注意の水準を底上げしていると考えている。

41．安楽死と医師による自殺幇助を許容し法律上規制することが議論の終焉ではなかったことをお伝えして結語としたい。議論は続き，法律の範囲と限界は絶えず挑戦を受けている。議論の現在のテーマは，例えば，安楽死が認知症患

者に対して許容されるべきか否か，である。委員会は，患者が安楽死を意識的・自律的に要請したと考えられた，認知症の初期段階のいくつかの事例を承認してきた。しかし，より認知症の進行した段階の患者についてはどうか。苦痛はよりひどくなるだろうが，意識的な決定をする患者の能力は減少する。事前指示書は，この種の事例において患者の要請の十分な証拠になるのか。

もうひとつの問題は，医学的な不調がないのに生きることにうんざりし，死にゆくことの介助を求める高齢者に関わる。これが社会の高齢化ゆえに今後の主要な問題になるだろうと予測する者もいる。安楽死法は，この種の患者に対して安楽死を許容していないが，非常に苦しんでいる患者が癌または安楽死を受けられる別の疾患を患っていなければならないというのは不当だ，と考える者も多い。

オランダの安楽死協会は，ごく最近，いわゆる安楽死クリニックを取り入れた。これは，基準を満たしているにもかかわらず自分自身の一般医によって安楽死を拒絶されている患者に別の医師から安楽死を受ける機会を提供するものである。このイニシアティブは多くの批判を受け，法律上の限界内で運用されていると考えうるのか否かは，今後の評価に委ねられている。

42. 患者に安楽で尊厳のある死を提供することは，容易でない。文化的背景と諸国の内部および間にある相違は，終末期のケアおよび終末期の意思決定の実践ならびにその規制において重要な役割を果たす。安楽死の合法化は，われわれの社会における 3 つの変化の結果であるとしばしは考えられている。すなわち，個人主義化，死に関するタブーの減少および生命を引き延ばすことが必ずしもすべての患者にとって治療の適切な眼目ではないという認識の増加，である。

これらの展開は，個々の患者の事例とより一般的なレベルでの議論の両方に影響を及ぼす。研究の観点からは，終末期の意思決定の理由，実践および帰結をさらに明確にするために，理論的なレベルと経験的なレベルの両方において，やるべきことはまだ多い。終末期の質を測定・比較する方法は，依然として，死にゆく患者，その家族および関係するケア専門職者の経験の注意深い研究によってのみ解決することができる困難な問題である。

［訳者あとがき］

オランダ，ベルギー，およびルクセンブルクは，社会的・経済的側面を中心

に，ベネルクス３国として様々な共通点を有するが，安楽死法を有するという点でも，共通点がある。しかし，それぞれの安楽死法は，内容において微妙に異なる部分もある。それぞれの異同はどこにあるのであろうか。このような問題意識から，盛永審一郎・富山大学教授（富山大学大学院医学薬学研究部）を代表に，飯田亘之・千葉大学名誉教授らとファイザー・ヘルスリサーチの国際共同研究資金を得て，ベネルクス３国の安楽死法の比較調査・研究を２段階で行った。第１段階は，オランダ・ロッテルダムにあるエラスムス大学メディカルセンターのアグネス・ヴァン・デル・ハイデ（Agnes van der Heide）准教授，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（Luc Deliens）教授，およびルクセンブルク・ルクセンブルク大学法学部のシュテファン・ブラウム（Stefan Braum）教授をお招きして，2012年３月27日に京都大学文学部で，翌３月28日には，早稲田大学小野記念講堂で比較法研究所の主催で，それぞれシンポジウムを開催した。本稿は，その際にハイデ准教授が講演された原稿（原題は，Agnes van der Heide, Euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands and Belgium）をハイデ准教授より了解を得て訳出したものである。なお，本稿の訳は，専ら福山好典君によるところが大きい。

デリエンス教授の講演とブラウム教授の講演の訳については，すでに別途翻訳を公表しているので（リュック・デリエンス（甲斐克則＝福山好典＝天田悠訳）「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」比較法学47巻１号（2013）153頁以下，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）189頁以下参照），本稿によりベネルクス３国の演者の講演訳がすべて出揃うことになる。また，ベネルクス３国の安楽死法の比較検討については，すでに別途論文（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）85頁以下）を公表しているので，併せて参照していただければ，全体が理解できると思われる。なお，本訳稿の元になる講演では42枚のスライドを使用されたが，分量の関係で本訳稿では甲斐の責任で重要と思われる11枚のスライドのみを使用した。スライド番号はそれによる。［略］は略したスライドである。

オランダでは，５年に１度，安楽死の実態調査が行われており，2010年に第５次の評価報告が行われた。ハイデ准教授の講演は，それに基づいているが，諸外国から批判を受けた「滑りやすい坂道（slippery slope）」の懸念は事実に

合致していないという認識が強い。2010年の第 5 次評価の詳細な結果はしばらく公表されていなかったが，ようやく2012年夏にその評価結果が公表された（See Regionale toestingscommissies euthanasia, Jaarverslag 2010 ; Bregje D Onwuteaka-Philipsen, Arianne Brinkman-Stoppelenburg, Corine Penning, Gwen J F de jong-Krul, Johannes J M van Delden, Agnes van der Heide, Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010 : a repeated cross-sectional survey, New England Journal of Medicine, July 11, 2012, pp. 1-8）。そこで，第 2 段階として，2012年 8 月18日から24日にかけて，最新情報を得るべく盛永教授と共にベルギーおよびオランダに現地調査に出かけ，8 月21日にロッテルダムのエラスムス大学メディカルセンターにハイデ准教授を訪問し，その後の状況も尋ねた（私自身は 2 度目の訪問であった）。それによれば，任意的安楽死の数は，全死亡数の2.9％になった。安楽死を希望する患者の 8 割は，がん患者であるということである。ちなみに，2001年にはその割合は2.6％，2005年には1.7％であった。したがって，2001年当時に近づいたことになる。安楽死を要請する患者の割合は，2005年には全患者死亡数の4.8％だったのが，2010年には6.7％になっている。医師たちが安楽死を容認する割合も，2005年には37％だったのが，2010年には45％になっている。オランダでは，安楽死法の定着により，緩和的鎮静との選択が明確に可能となり，医師・患者関係が強くなったとして，この結果を好意的に受け止めている。冒頭で取り上げたハイデ准教授に対するヒアリングでは，医師が安楽死法とその運用手続に慣れたために頻度（frequency）が高くなったのが一因かもしれないという回答が返ってきた。しかし，私がアムステルダムで安楽死を実践している GP のルーベン・ヴァン・ケヴォルデン（Ruben S. van Coevorden）医師に質問したところ，この問題に「慣れ」ということはなく，医師は，毎回，医師としての生命維持義務と患者の自己決定権尊重義務との義務衝突に陥っており，緩和的鎮静も含めて，慎重な対応をしているという（甲斐・前出107頁参照）。オランダの安楽死をめぐる状況は，議論がオープンなだけに，外国からもその情報を入手しやすいが，やはり正確な情報は，現地に行って調査しなければわからない。今後も，その動向を注意深く見守りたい。［甲斐克則・記］