

精神疾患および認知症の患者の安楽死

——ベルギー安楽死法に関する一考察——

小 林 真 紀

1. はじめに
2. ベルギー安楽死法の概要
3. 精神疾患のケース
4. 認知症のケース
5. おわりに

1. はじめに

世界的に見ると、安楽死を法で認めている国は決して多いとはいえない⁽¹⁾。しかし、実際にこれらの国で実施されている安楽死の件数は増加している⁽²⁾。他方で、こうした安楽死数の増加という事実が、すべての安楽死が問題なく行われているということを意味するわけではない。現実に

(1) 法的に安楽死を認めている国として、次のような国（または地域）が挙げられる：オランダ（2001年）、ベルギー（2002年）、ルクセンブルク（2009年）、カナダ（2016年）、アメリカの一部の州（医師による介助自殺がカリフォルニア州、コロラド州、ハワイ州、オレゴン州などで認められている）、スイス（介助自殺のみ）、オーストラリア・ビクトリア州（2017年）。

(2) とりわけベネルクス3国においては、実施件数の増加が顕著である。詳細については、盛永審一郎（監修）『安楽死法：ベネルクス3国の比較と資料』（東信堂、2016年）参照。

は、安楽死の実施件数の増加とともに、むしろ法律が当初予定していなかった状況におかれた患者から安楽死が要請されるケースが増えつつある。たとえば、ベルギーでは、カップルの一方に対して安楽死が認められている場合に、このパートナーを失うことに伴って発生する耐えがたい精神的苦痛を理由に、他方パートナーも安楽死することは認められるかという問題が提起されたことがある⁽³⁾。また、初期のアルツハイマー病に罹患していた著名な作家が、病状が進む前に安楽死をしたいと希望して認められたケースもある(Hugo Clausのケース)⁽⁴⁾。ベルギーでは、ほかにも、性転換手術の結果が思わしくなかったことから生じる精神的苦痛が耐えがたいという理由から、安楽死が認められたという事案も報道されている⁽⁵⁾。

(3) これは、ベルギー生命倫理諮問委員会(Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique : CCBB)に対して、L. Onkelinx 保健担当大臣(当時)が出した諮問のなかで、Elke Sleurs 元老院議員(当時)の発言を引用して言及した内容である。この問いかけに対して、CCBBは、一方パートナーが死亡したのちに孤独の中で生きていかなければいけない他方パートナーの苦痛は理解できるが、それは安楽死を正当化するものにはなりえず、カップルとしてではなく、一方パートナー、他方パートナーのそれぞれについて、安楽死法が定める条件を満たしているかという視点から判断すべきであると回答している。Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, « Avis n°73 du 11 septembre 2017 concernant l'euthanasie dans les cas de patients hors phase terminal, de souffrance psychique et d'affection psychiatriques » [en ligne], [consulté le 23 avril 2020], https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/avis_73_euthanasie_0.pdf, p. 13.

(4) « Hugo Claus, écrivain belge d'expression néerlandaise », Le Monde, 24 mars 2008, [en ligne], [consulté le 23 avril 2020], https://www.lemonde.fr/disparitions/article/2008/03/24/hugo-claus-ecrivain-belge-d-expression-neerlandaise_1026759_3382.html

(5) « Après un changement de sexe raté, un Belge obtient le droit à l'euthanasie », Le Monde, 2 octobre 2013, [en ligne], [consulté le 23 avril 2020], <https://www.lemonde.fr/europe/article/2013/10/02/apres-un-changement-de-sexe-rate-un-belge>

これらのケースは、安楽死法の立法当時には、安楽死の対象として想定されていなかったが、種々の要請が行われるようになるにつれ、法定の条件に適う範囲で認められるようになった新しい事例である。こうした、立法当初は想定外であったケースに安楽死法が適用されることによって、どのような問題が惹起されるのだろうか。この点に関して、本稿では、近年、ベルギーで議論が盛んになっている精神疾患および認知症の患者に対する安楽死をめぐる発生している問題に着目する。ベルギー法では、安楽死が認められる要件として「死期の切迫性」は問われない。そのため、死が間近に迫っているとは判断されない精神疾患や認知症の患者も、法で認められる安楽死の対象となりうる。ただし、どちらの疾患の場合も、疾患の主症状が本人の判断能力に影響を及ぼしていたり、患者がもっぱら精神的苦痛のみを訴えたりすることが多いため、安楽死の適否の判断は難しい。一步間違えば、「すべり坂」が発生する危険性があり、慎重な対応が求められる。言い換えれば、これらのケースを検討することは、安楽死法の適用範囲の限界を探る上で有益である。

こうした問題意識に基づき、以下においては、まず、ベルギー安楽死法を概観し(2)、次に、精神疾患に罹患した患者からの安楽死の要請が惹起する問題を検討する(3)。さらに、認知症の患者が安楽死する場合の特殊性に着目して考察を行い(4)、最後に、精神疾患あるいは認知症の患者の安楽死に関して、ベルギー法から得られる示唆について言及する(5)。

2. ベルギー安楽死法の概要

ベルギーでは、「2002年5月28日の安楽死に関する法律」⁽⁶⁾(以下、安楽

obtient-le-droit-a-l-euthanasie_3488281_3214.html

(6) Loi relative à l'euthanasie du 28 mai 2002, Moniteur belge, 22 juin 2002, p. 28151.

死法という)により、一定の条件を満たす場合に実施された安楽死は加罰の対象から外される⁽⁷⁾。ここでいう安楽死とは、「本人からの要請に基づき、第三者によって当人の生命を意図的に終了させる行為」(安楽死法2条)を指す。安楽死が処罰されないためには次の要件が満たされる必要がある。まず、患者は、成年または(親権あるいは後見から)解放された未成年でなければならない。次に、患者本人が、要請の時点で「能力があり、意識があり (capable et conscient)」, その要請が、「自発的に、熟考の上で、繰り返し (volontaire, réfléchi et répétée)」おこなわれ「外部からの圧力でない」ことが必要である。最後に、患者が、「解決策のない医学的な状況 (situation médicale sans issue) にあり、緩和されえない持続的かつ耐えがたい肉体的または精神的苦痛 (souffrance physique ou psychique constante et insupportable) を覚え、その苦痛が、重篤かつ不治の事故によるまたは病理的な疾患 (une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable) に起因する」ものでなければならない。言い換えれば、これらの要件を満たす場合には、精神疾患あるいは認知症の患者からであっても、その安楽死の要請は認められる。

この法律は、現在までに、①2005年11月10日の改正(致死薬を処方した薬剤師の免責)、②2014年2月28日の改正(事理弁識能力のある未成年に対する安楽死の容認)、③2016年6月16日の改正(連邦監督評価委員会の構成員の条件の変更)、④2019年5月5日の改正(事前宣言書の有効期限の変更)および⑤2020年3月15日の改正(事前宣言書の有効期限の撤廃)という5回の改正がなされている。

(7) 安楽死法の制定により、刑法典が改正されたわけではないことに注意する必要がある。すなわち、安楽死は、法が定める一定の条件を遵守した医師によって実施される限りにおいて、刑事上の罪にならない。換言すれば、要件を満たさない場合には、刑法393条、394条および397条によって罰せられる。ベルギーにおいては、安楽死は、あくまで「例外的措置」として位置づけられていることに留意する必要がある。

精神疾患および認知症の患者の安楽死

2.1 近年の状況

ここで、実際に、精神疾患や認知症の患者からの安楽死の要請がどの程度認められているかについて、概観しておきたい。ベルギーにおける安楽死法実施直後および直近の状況は次の通りである。

		2002.9.22 ～2003.12.31	2017.1.1 ～2017.12.31	2018.1.1 ～2018.12.31	2019.1.1 ～2019.12.31
安楽死の件数		259件	2309件	2357件	2655件
年齢	～17歳	0.5% (～19歳)	0%	0%	0%
	18歳～39歳	3% (20歳～39歳)	1.3%	1.7%	1.5%
	40歳～59歳	32%	12.3%	11.4%	10.7%
	60歳～79歳	48%	46.9%	46%	48.4%
	80歳以上	16%	39.4%	40.9%	39.3%
死期	切迫している	91.5%	83.8%	85.4%	83.1%
	切迫していない	8.5%	16.2%	14.6%	16.9%
原因疾患	がん	82.5%	61.4%	61.4%	62.5%
	多重疾患	—	19.1%	18.6%	17.3%
	神経・筋疾患	12%	7.8%	8.3%	8.7%
	呼吸器系疾患	1.0%	3.0%	2.4%	3.2%
	循環器系疾患	2.0%	3.4%	3.8%	3.4%
	精神疾患	—	1.7%	2.4%	1.8%
	その他	1.5%	3.4%	3.1%	3%
苦痛の種類	肉体的苦痛および精神的苦痛	—	63.8%	78.7%	82.8%
	肉体的苦痛のみ	—	32.5%	17.7%	12.8%
	精神的苦痛のみ	—	3.8%	3.5%	4.3%

※安楽死に関する連邦監督評価委員会 (Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie : CFCEE) 第1, 第7, 第8および第9報告書⁽⁸⁾よりデータを抜粋して作成

(8) Premier rapport aux Chambres législatives (22 septembre 2002 - 31 décembre 2003) [en ligne], [consulté le 11 avril 2020], https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale_controle_en_evaluatie

上掲の表からは、次の点を読み取ることができる。全体的には、法律の実施当初と比べると、安楽死件数は大幅に増加しており、かつ、ここ数年も小幅ながら増加傾向が継続している。まず、安楽死の年齢層について変化がみられる。すなわち、40代以下の若い層が減り、80歳以上の高齢者の安楽死が増えている。死期の切迫性に関しては、安楽死法実施当初は死期が迫った患者の安楽死が9割を超えていたが、現在は、死が切迫していない患者の安楽死も増加傾向にある。原因疾患としては、多重疾患による安楽死の増加が著しい。80歳以上の高齢者の安楽死が増えていることとの関連性が推測できる。注目すべきは、数値としては小さいものの、精神疾患の患者からの安楽死の要請が常に一定数存在している点である。精神疾患の場合、死が間近に迫っていないことが多いため、死期の切迫していないケースの増加にも結びついていると考えられる。苦痛の種類についてみると、肉体的苦痛のみのケースが減少し、精神的苦痛も併せ持つケースが大幅に増加している。また、多くはないものの、精神的苦痛「のみ」に基づく安楽死も数パーセント程度が常に存在している。なお、ここで留意すべきは、精神的苦痛 (*souffrance psychique*) と精神疾患 (*affection psychiatrique*) は区別されるという点である⁽⁹⁾。両者はしばしば混同されることがあるが、全く同一ではない。もちろん、精神的苦痛は精神疾患から

commissie_euthanasie-fr/14276508_fr.pdf ; Huitième rapport aux Chambres législatives - Chiffres des années 2016-2017 [en ligne], [consulté le 23 mars 2020], https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/8_rapport-euthanasie_2016-2017-fr.pdf ; Chiffres de l'année 2018 [en ligne], [consulté le mars 2020], https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/cfcee_chiffres-2018_communiquepresse.docx ; Chiffres de l'année 2019 [en ligne], [consulté le 23 mars 2020], https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/cfcee_chiffres-2019_communiquepresse.pdf

(9) Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, *op. cit.*, p. 15.

発生するケースが多い。しかし、精神的苦痛は、精神疾患のみならず、他の身体的な疾患からも発生する。他方で、精神疾患からは、精神的苦痛だけでなく肉体的苦痛も発生する。したがって、上掲の表を参考にすると、精神的苦痛「のみ」による安楽死の増加は、必ずしも精神疾患患者の安楽死の増加だけに起因しているとはいえないということになる。

精神疾患または認知症の患者のみに焦点を当てた研究も行われている。たとえば、2002年から2013年にかけて実施された、精神疾患あるいは認知症の患者からの要請に基づく安楽死についての研究⁽¹⁰⁾がある。それによれば、この期間に実施された精神疾患あるいは認知症患者の安楽死は、全体で179件であった。うち、気分障害が83件（46.4%）、アルツハイマー型認知症が62件（34.6%）、その他の精神疾患が22件（12.3%）、さらに気分障害とともに別の精神疾患を発症したケースが12件（6.7%）であった。注目すべきは、2002年から2007年の間は、精神疾患または認知症による安楽死は、全安楽死実施件数の0.5%に過ぎなかったが、2008年から増加傾向に転じ、2013年には3.0%にまで増えているという点である。この点に関して、原因となった精神疾患の詳細なうちわけとして、次のようなデータが公表されている。

(10) Sigrid Dierickx, Luc Deliens, Joachim Cohen and Kenneth Chambaere, *Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases*, BMC Psychiatry 2017 17:203, DOI 10.1186/s12888-017-1369-0

(数字は件数を示す)

	2014年	2015年	2016年	2017年	総計
気分障害（うつ病，双極性障害など）	25	25	11	12	73
器質的精神疾患（認知症，アルツハイマー病など）	16	20	10	14	60
成人の人格および行動障害（人格障害など）	12	5	3	3	23
神経症，ストレス障害（心的外傷ストレス障害など）	4	4	5	3	16
統合失調症，妄想障害（統合失調症など）	4	3	3	1	11
器質的障害（自閉症など）	—	5	—	5	10
複合疾患（複数のカテゴリーの疾患の併発）	—	1	5	2	8
総数	61	63	37	40	201

※連邦監督評価委員会第8報告書をもとに作成

この表からもわかるとおり，精神疾患が原因疾患である安楽死のなかでは，気分障害が最も多いが，近年はそれに次いで認知症患者が増えている。実施件数自体はそれほど多くないものの，常に一定数の患者から要請がある点には留意すべきである。

2.2 発生している問題

先述の通り，ベルギーの安楽死法では，死期の切迫性が要件となっていないため，精神疾患や認知症の患者の安楽死も法律の適用の対象である⁽¹¹⁾。法律の文言にしたがえば，安楽死の要請は，自発的かつ熟慮の上で表明されなければならない。そのためには，本人自身が，自分がどのような疾患にかかっているかを知っており，予後を理解している必要がある。ところが，精神疾患または認知症の患者の場合，このような明確な意思表示

(11) Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, *op. cit.*

示を行う能力が減退し、判断能力および理解力が十分でない場合が多い。また、うつ病患者の場合に顕著であるように、死にたいという希望が、ときには問題となっている疾患の症状の一環として現れることがある。こうした点を考慮すると、認知症や精神疾患の患者の安楽死の是非については慎重な判断が求められるといえる。

ベルギー法によれば、精神疾患や認知症の患者の場合も、基本的に、医師が取るべき手続は変わらない（安楽死法 3 条 § 2）。すなわち、医師は、患者を診察し、病状、余命、可能な治療方法、緩和ケアとその結果について知らせなければならない。また、医師は、苦痛の持続性を確認し、患者の意思が揺るぎないことを確認するため、合理的な期間をあけて患者を診察する。また、患者が罹患している疾患が重篤であり不治であることを証明するために、第二の医師に意見を求める。さらに、死期が切迫していない場合には、次の二つの手続が追加で求められる。まず、第二の医師に加えて、第三の医師の意見が必要である。この第三の医師は、精神科医であるか、または当該患者の疾患に関する専門家でなくてはならない。次に、患者からの要請と、安楽死の実施の間は少なくとも 1 か月の期間をあける必要がある。これら二つの手続は、死期が迫っていない患者の意思を十分に確認し、「すべり坂」が起これないようにするための歯止めであるといえる。

安楽死法の立法当初は、精神疾患は、不治の病ではないという理由から、安楽死法の対象にはなりえないとの認識が主流であった⁽¹²⁾。ところが、安楽死法の実施後に出された第 2 報告書（2006 年）⁽¹³⁾において、安楽死に

(12) Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par M. Thierry GIET, MME Annemie VAN DE CASTEELE, MME Anne BARZIN ET MME Joke SC, Chambre des représentants de Belgique, 23 avril 2002, DOC 50 1488/009, pp. 243-245.

(13) Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Deuxième rapport aux Chambres législatives (Années 2004 et 2005), [en ligne], [consulté le

関する連邦監督評価委員会が、アルツハイマー型認知症や、重度のうつ病の患者に対して実施された安楽死がすべて法律の要件を遵守していたことを確認したことから、こうした疾患の患者からの要請が認められるケースが、徐々にではあるものの、増加した⁽¹⁴⁾。とりわけ、治療抵抗性のある重度の精神疾患に罹患している患者にとっては、安楽死が唯一の選択肢になっている。

これらの点を踏まえ、以下では、現在、安楽死法をめぐるベルギーで議論されている種々の論点のうち、ベルギー生命倫理諮問委員会（Comité consultatif de bioéthique de Belgique : CCBB）が2017年9月11日に公表した「終末期にない患者、精神的苦痛および精神疾患の場合における安楽死に関する答申第73号」⁽¹⁵⁾をもとに、死期の迫っていない患者の安楽死に関わる問題を、精神疾患の患者の場合と、認知症の患者の場合に分けて検討する。

3. 精神疾患のケース⁽¹⁶⁾

精神疾患の患者の場合、精神的苦痛を理由として安楽死を要請することが多い。こうした精神的苦痛を訴える患者からの要請に対処する場合には、次のような点に注意することが求められる。すなわち、①患者の心理

23 mars 2020], https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale_controle_en_evaluatiecommissie_euthanasie-fr/14088500_fr.pdf, p. 22.

(14) Dierickx S, Deliens L, Cohen J and Chambaere K, *op. cit.*, p. 6.

(15) Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, *op. cit.*

(16) Institut Européen de Bioéthique, « Euthanasie pour troubles psychiatriques ou démences en Belgique : analyse des cas officiellement rapportés » [en ligne], [consulté le 11 avril 2020], <https://www.ieb-eib.org/docs/pdf/2017-09/doc-1554801216-40.pdf>

的要求の内容を考慮に入れる必要がある、②患者をケアする介護者の影響を受けることがある、③患者がどの程度意欲を喪失しているかを見極める必要がある、④患者の理解力および情報処理能力の程度を測る必要がある、⑤患者の感情の状態を診なければならない。したがって、安楽死の適否の判断はより慎重に扱う必要がある⁽¹⁷⁾。とりわけ、精神疾患の患者の場合には、疾患の種類や程度によって④の患者の理解力および情報処理能力の程度が大幅に異なるから、一律の基準をたてることは難しい。では、精神疾患の患者に対して安楽死が行われる場合に、考慮されなければならない具体的な問題とは何か。以下において、ベルギー安楽死法の規定をもとに考察する。

3.1 問題点

第一に、患者の能力の問題がある。安楽死法によれば、安楽死の要請は「能力がある (capable)」者によってなさなければならない。では、精神疾患の患者の場合、その能力の有無はどのように判断されるべきであろうか。たとえば、うつ病の場合、死にたいという希死念慮が、患者自身が熟考の上で表明した意思の表明というよりも、そもそも疾患に基づく症状として現れることがある。患者が熟慮の上で下した決定としての「死」なのか、症状の一環としての「死」なのかをただちに区別するのは難しい。ここでは、患者の自律的な意思決定を尊重すべきであるという要請と、他方で、自殺を予防しなければならないという要請が衝突し、ジレンマが発生する。

この点に関して、CCBBは報告書の中で次のように述べている。すなわ

(17) Raphael Cohen-Almagor, *First Do No Harm: Euthanasia of Patients with Dementia in Belgium*, *Journal of Medicine and Philosophy*, 41(2016), p. 77, DOI 10.1093/jmp/jhv031

ち、うつ病から発生する、死にたいという思いは、それがあること自体が能力の欠如を意味するわけではない。これは、人の「能力は、それがないことが確実に証明されない限り、誰もが有するものである」という法的・倫理的原則に基づいている。さらに、同じ精神疾患の患者でも、十分に決定をくだせる時とそうでない時がある。したがって、精神疾患があるから、ただちに能力はないと考えるべきではなく、その能力の程度は、患者ごとに判断されるべきである⁽¹⁸⁾。

第二に、安楽死法によれば、安楽死が認められるためには、当該患者が苛まれている苦痛が「緩和されえない持続的かつ耐えがたい」ものでなくてはならない。これは精神疾患の患者の場合も同じである。ここでは、苦痛が「耐えがたい」かどうかという点と、「緩和されえない」ものであるかどうかという点が問題になる。

一方で、精神疾患（うつ病など）の場合、苦痛が「耐えがたい」かどうかの判断は、身体的な疾患（がんなど）の場合と同等か、あるいはそれ以上に難しくなる。そもそも、苦痛の耐えがたさは、患者が罹患している疾患の種類にかかわらず、常に患者の主観的な判断に左右される。最終的には、患者自身もつ精神の強さや思想、あるいは人格にも影響されるから、第三者が外部から客観的に苦痛の程度を測ることは困難である。ましてや、精神疾患から発生する苦痛は、精神的な苦痛である場合が多く、客観的な測定になじまない⁽¹⁹⁾。したがって、苦痛の程度については、まずは

(18) Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, *op. cit.*, pp. 18-19.

(19) そもそも、精神的苦痛と肉体的苦痛を区別すべきかという点についても、議論がある。一方で、区別する必要はないという立場からは次のような意見が主張されている。すなわち、苦痛とは患者の主観によるものであり、医学は、肉体的苦痛に対しては解決策をもつが、精神的苦痛の軽減については無力であることが多い。結局、安楽死に関しては、その要請が「熟考の上になされているか」、「不治かつ重篤な疾患であるか」あるいは「苦痛が持続的かつ耐えがたいか」という要件を満たしているかどうか

患者の判断を尊重し、それを理解する姿勢が必要となる。ただし、このことは、苦痛が耐えがたいかどうかの判断を、すべて患者にまかせてしまえばよいということの意味するわけではない。放置すれば耐えがたくなると予想される苦痛を最小限まで減じるためには、医療的な措置は不可欠であり、その手段を持っているのは医師である。したがって、医師が適切な情報を患者に提供する重要性はここでも看過できない。

他方で、苦痛が「緩和されえない」ものであるかどうかの判断は別途議論を要する。CCBBのなかでもこの問題については意見が一致していない⁽²⁰⁾。答申によると、第一に、苦痛が緩和できないかどうかの判断は医師が行うべきであるという見解がある。すなわち、苦痛が「耐えがたい」かどうかは患者の判断（主観）によるのに対して、苦痛が「緩和されえない」かどうかはもっぱら医学的な所見（客観）によるべきであるという。法律の規定により、苦痛の発生源は事故によるか、または病理的な疾患でなければいけない以上、苦痛が緩和されえないかどうかについても医学的な判断は可能であるという考え方である。第二の意見は、苦痛の緩和の程度については、まず、医師が可能な治療法を提示し、当該医師と患者の間の持続的なコミュニケーションを通して、最終的に患者が判断するべきであるとするものである。これは、医師の役割は、現状で可能な医学的な治療法について提示することにとどまり、それらを踏まえた上での最終的な判断は患者の自律に任せられるべきであるという考えに基づく。ただし、治療

かが重要であって、苦痛を区別することには意味がない。これに対して、両者を区別するべきであるという見解によれば、精神的苦痛とは、医学的に診断可能な身体または心の病気に起因する場合もあれば、必ずしも診断可能な病気に原因をもたない場合もあるから、精神的苦痛のうち、安楽死の実施を正当化しえない苦痛があるかどうかは重要であり、後者を区別する必要性は否定できない。詳細は、CCBBの答申を参照のこと：Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, *op. cit.*, pp. 16-18.

(20) *Ibid.*, p. 40.

法の提示の際には、医師が考える「良き生とは何か」を患者に押しつけないことが重要である。第三の見解として、そもそも、精神疾患によって引き起こされる精神的苦痛が緩和できるかどうかを証明することはできないと主張する意見が挙げられる。精神疾患の治癒あるいは改善は予測不可能な場合が多く、寛解ののち数年たってから突然症状が再発することもありうるためである。この考え方に基づくと、最終的には、精神疾患の患者は安楽死の対象から外されるべきであるという結論に至る。

3.2 解決策の一例

以上の検討から明らかであるように、精神疾患の患者に対して安楽死を実施する際には様々な留意すべき点がある。2002年の安楽死法は、起こりうるあらゆるケースを想定しているわけではないから、法律の規定だけで問題を解決できるわけではない。実際に、施行後に、精神疾患の患者からの安楽死の要請について調査した研究では、法律の足りない部分を補完する新たなガイドラインを策定すべきであるとする見解が主張されてきた⁽²¹⁾。ベルギー国内のいくつかの大学病院のなかには、独自の指針を定め、これに基づいて精神疾患の患者に対する安楽死を実施しているところもある⁽²²⁾。

こうした流れのなかで、ベルギー医師会⁽²³⁾は、2019年4月27日に、「精

(21) Thienpont L, Verhofstadt M, Van Loon T et al., *Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study*, *BMJ Open* 2015;5:e007454. DOI:10.1136/bmjopen-2014-007454, p. 7.

(22) Verhofstadt M et al., *Ghent University Hospital's protocol regarding the procedure concerning euthanasia and psychological suffering*, *BMC Medical Ethics* (2019) 20:59, <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0400-z> (last visited April 15, 2020)

(23) ベルギー医師会は、1938年7月25日の法律によって創設された組織である。ベルギーでは、国内で医業を行うすべての医師（国籍を問わない）に対して、医師会への

神疾患による精神的苦痛を覚える患者の安楽死の実施のための倫理指針」⁽²⁴⁾を公表し、2002年の安楽死法を補完するルールを整え、問題の解決を図ろうとしている。ここでは、この倫理指針に定められている内容を次の①から⑥において概観し、精神疾患の患者に対する安楽死の実施に際して、留意すべき点を明らかにする。まず、以下に、指針の概要を抜粋する：

① 3名の医師による対面での協議　安楽死法は、死期の迫っていない患者から安楽死が要請された場合には、合計3名の医師による診断が必要であることを定めている（安楽死法3条§3, 1^o）。この点に関して医師会は、複数の専門家（医師）による安楽死に関する協議を対面で実施することを提唱している。すなわち、担当医、第二の相談医（精神科医または当該疾患の専門医）および第三の相談医（精神科医）が、一堂に会し、3名が連名で意見書を作成する。また、患者に関わるその他の医療関係者（看護師、心理カウンセラーあるいは心理療法医など）も、この合議に参加することが望ましい。対面での意見交換により、医師はそれぞれの立場から自身の見解を説明することが可能になり、さらに、これに実際に患者をケアしている医療関係者も加わることにより、患者に関わるより詳細な情報を収集し、整理したうえで、安楽死の可否の判断をすることが可能になる。

②すべての可能な治療の実施　安楽死法の規定により、医師は、患者が罹患している疾患の不治性について判断する必要がある（安楽死法3条§1）。とりわけ、精神疾患の場合、その不治性や治る見込みを診断す

登録を法的に義務付けている。

(24) Ordre des Médecins, « Directives déontologiques pour la pratique de l'euthanasie des patients en souffrance psychique à la suite d'une pathologie psychiatrique » [en ligne], [consulté le 15 avril 2020], <https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/directives-deontologiques-pour-la-pratique-de-l-euthanasie-des-patients-en-souffrance-psychique-a-la-suite-d-une-pathologie-psychiatrique>

ることは、併発する疾患があることや、症状の進行に伴い自殺の可能性が高まることから、医師にとって複雑な仕事である。また、ほとんどの場合、精神疾患だけでは死には至らないし、病気の将来的な進行具合を判断することは極めて難しい。しかしながら、一部の精神疾患の患者については、その健康状態に関して明らかに改善の見込みがたたないと判断できる場合がある。こうしたことを踏まえた上で、患者が、不治の、改善の見込みがない精神疾患に罹っていると結論づけるためには、その前提として、医師が、可能なすべての治療が実施されていることを確認する必要がある。もし、その治療のいくつかについて、患者が治療拒否権を行使した場合には、安楽死は実施できない。ただし、担当医は、治療的執拗さに陥ってはならない。あくまで、精神医学の見地から患者の苦痛を軽減しうる治療を実施することにとどまるべきである。

③複数年にわたる罹患歴　安楽死法により、死期が切迫していない場合には、患者からの文書による安楽死の要請と、安楽死の実施の間には、1か月の期間をあける必要があることが求められる（安楽死法3条§3, 2°）。しかし、精神疾患の状態は予測不可能なことが多い。ゆえに、長期にわたる治療計画を受けてきた患者でない限り、法律が定める1か月の期間を経過したからといって安易に安楽死の要請を認めることは適切ではない。担当医は、患者の苦痛が持続的であり、患者の安楽死を希望する旨の意思が繰り返し表明されていることを確認する必要がある。そのためには、患者の症状の進行に鑑みて、合理的な期間をあけて、複数回の診察を行うべきである。

④近親者の関与　安楽死法によれば、医師は、患者が指名した信任者（*personne de confiance*）と協議して、患者の意思を確認しなければならない（安楽死法3条§2, 5°）。この点に関して、担当医は、そうしないほうが良いと判断する場合を除いて、家族や近親者を手続に関与させるよう、患者に促すべきである。とりわけ、患者の近親者を関与させるこ

とは、患者からの安楽死の要請が外圧から発したものでないかを判断するために重要である。

⑤患者の能力および意識　患者が、安楽死の要請を行う際には、能力があり、意識があることが要件である（安楽死法3条1§）。このとき、留意すべきは、患者の事理弁識能力（*capacité de discernement*）と患者の実際の能力（*capacité effective*）は区別されるべきであるという点である。前者は法的な概念であり、通常は、医師の力を借りた上で、裁判官がその有無と効果を判断する。したがって、医師が行うべきは、こうした法律上の保護が患者に適用されるかどうかを確認することである。これに対して、患者の実際の能力とは、意思表示をしたり、自己が行った行為を認識したりする能力を指し、その有無は医師が判断すべきものである。精神疾患があるということが、自動的に、熟考の上で有効な安楽死の要請をすることができないという意味にはならないことに留意しなければならない。

⑥良心による拒否の場合の移送　法律は、いかなる医師も、安楽死を実施する義務を課せられることはないが、安楽死の実施を拒否する場合は、その旨を診療録に記載し、要請がある場合には、患者または信任者が指名する別の医師にそれを送付することを規定している（安楽死法14条）。安楽死を拒否する医師は、別の医師に患者を紹介すべきである。ただし、その際に、患者に対して、次の医師は必ず自身の安楽死の要請を聞き入れてくれるという印象をもたせないように注意する必要がある。また、実施を拒否する医師が、安楽死の実施の適切性について個別に判断するべきではない。

以上の医師会の指針からは、次のような特徴を読み取ることができる。まず、精神疾患の特徴に鑑みて、より細やかで慎重な診断をくだすことができるよう配慮されているという点である。複数の医師が集まって患者について協議したうえで報告書を共同で作成するという手続や、この協議の

なかに医師以外の医療関係者も加わるとする手続により、安楽死の実施の可否の判断のなかで、精神疾患がもつ複雑な性質を考慮に入れることが可能となる。患者を実際に看護している医療従事者が参加すれば、医師は、診察の場以外のところで、患者がどのような状況の中で安楽死の決定をしたかを把握することもできる。とりわけ、精神疾患の患者の場合は、患者の理解力や情報処理能力の有無を医師が慎重に判断する必要があるから、こうした医療関係者の証言はとくに有効であると考えられる。

他方で、医師会の指針には、注意を要する点もある。たとえば、患者からの安楽死の要請と、実際の安楽死の間に十分な期間をあげ、患者の病状の進行に応じて繰り返し患者の意思を確認すべきであるという指摘は尤もであるとはいえ、期間の程度については注意を払う必要がある。そもそも、文書による安楽死の要請の時期から実施まで少なくとも1か月をあけることを求めるルールは、ベルギー安楽死法に特有の規定である。確かに、この1か月という期間の妥当性については、患者が真に安楽死を希望していると確信をもって結論づけるには短すぎるとして、以前より問題が指摘されていた。しかし、連邦監督評価委員会によれば、この批判は誤った理解に基づくものであるという。すなわち、実際には、患者は、安楽死の要請を文書として作成するまでに十分な熟考の期間をすごしている。患者は、度重なる熟慮の末に安楽死以外に救済される方法はないと確信した段階で、はじめて文書を作成する。つまり、法定の1か月の期間の間に、安楽死をするかどうかを初めて患者が決めるわけではない。さらに、安楽死の要請が文書で行われてから、実際に安楽死が実施されるまでの待機期間については、たとえば2016年から2017年の2年間のデータをみると、2か月以上あったケースが全体の6割を占めている（なかには患者が1年以上待ったケースもある）。待機期間が長ければ、当然、その間に医師が十分な診察を行うことが可能となる。他方で、あまりに長い待機期間は、患

者にとっていたずらに苦痛を長引かせ、弊害となる場合もあるだろう⁽²⁵⁾。結局、患者個人の症状に鑑みて、個別に対応することが求められるのではないと思われる。

また、近親者の関与についても注意が必要である。もちろん、指針が指摘するように、患者が家族からの圧力により安楽死を迫られるような状況は絶対に避けられるべきである。ゆえに、患者の決定が、外部の影響から解放されたなかで行われたことを確認できる手続は重要であり、この意味で、近親者の関与を促し、種々の情報から医師が判断をくだせるようにすることは有益であろう。ただし、連邦監督評価委員会の第7報告書によれば、現場の医師からは、患者の家族が本人の安楽死の要望を受け入れることができず、攻撃的になる場合があることが報告されている⁽²⁶⁾。すべての患者が常に家族との間に良好な関係を保っているとは限らないし、法的には近い親族関係にあっても、実際には疎遠になっている近親者もいる。したがって、医師に対して、「(近親者を) 関与させないほうがよいか」という点を判断できる要素が十分に提供される必要がある。

なお、指針のなかで提唱されているいくつかの提言は、精神疾患以外の患者からの安楽死の要請の場合にも該当する。たとえば、医師は可能な治療をすべて提示すべきであるという点については、患者ががんなどの疾患を患っている場合であっても行われるべきことである。逆にいえば、こうしたことが敢えて提案されているということは、現実には、医師からすべての可能な治療が提案される前に患者が安楽死の決定をくだしているケースがあるという可能性を否定できない。同じことが、良心による拒否の場

⁽²⁵⁾ 実際に、ベルギーでは、安楽死が実施されるまでの期間が長すぎて耐えがたいとして、安楽死の要請をしたのちに自殺してしまった女性のケースも報告されている。Thienpont L et al., *op. cit.*, p. 5.

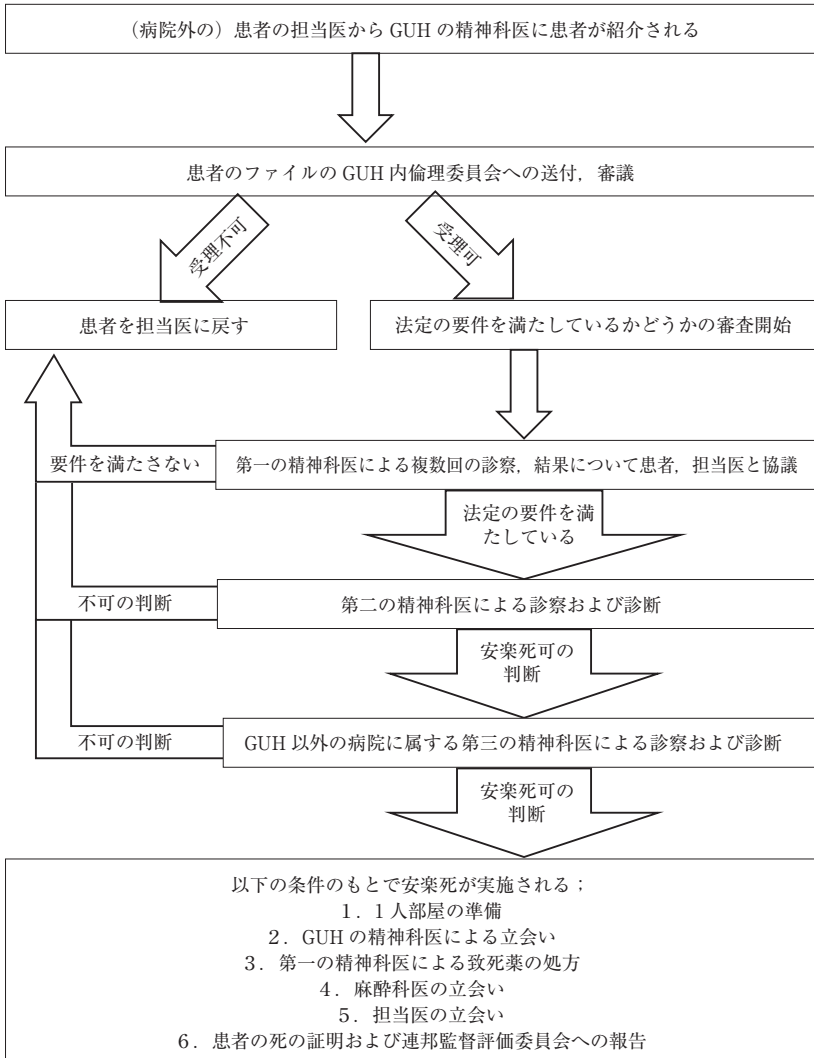
⁽²⁶⁾ Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie, Septième rapport aux Chambres législatives, années 2014-2015, *op. cit.*, p. 51.

合の移送についてもいえるだろう。医師が自身の良心に基づいて安楽死を拒否すると、患者は、自らの責任で別の医師を探さなくてはならない。基本的に、安楽死を要請する患者は、重篤な疾患を抱え、耐えがたい苦痛に常時苛まれているから、その状態で、別の医師を探すことは患者にとって非常に大きな負担である。このことは、精神疾患の場合もそれ以外の場合も同じである。したがって、安楽死を拒否した医師が、別の医師について一定程度の情報を提供することは、患者のこうした負担を軽くする上で重要である。この点に関して、2020年3月15日の法律⁽²⁷⁾によって補完がなされている。すなわち、安楽死を拒否する医師に対して、本人または本人が指名した信任者に宛てて安楽死に関わる専門のセンターまたは協会の連絡先を伝えることが義務化された。これにより、患者は少なくとも安楽死を要請する他の医師に関連する情報を得られることになり、上述の負担は軽減されることになると思われる。

なお、ベルギーでは、この指針とは別に、独自のガイドラインを設けて精神疾患の患者に対する安楽死を実施している医療機関がある。たとえば、ヘント（Ghent）大学の付属病院（GUH）ではより詳細な手続を整備して精神疾患の患者の安楽死に対応している。具体的なガイドラインとして参考になる上、これを簡単なフローチャートで表した資料が公開されているので、以下に引用しておく。

⁽²⁷⁾ Loi visant à modifier la législation relative à l'euthanasie, 15 mars 2020, Moniteur belge du 23 mars 2020, p. 16623.

精神疾患および認知症の患者の安楽死



※ヘント大学付属病院の「安楽死および精神的苦痛に関する手続についてのプロトコル」より引用

ヘント大学付属病院の手続は、事前に、倫理審査委員会において受理可能性を判断する機会を設けていること、3名の精神科医によって段階的・連続的に診断が行われること、随所で担当医が関与する手続になっていることなどに特徴がある。とくに、3名の精神科医による連続した診察は、精神疾患から発生する苦痛の程度を測ることおよびその不治性を判断することが（がんなどの場合に比べて）難しいことから、患者が翻意する可能性も踏まえると、有益な方法であるといえ、先に述べた医師会の指針に比べて、より具体的で実践的である。ただし、このような手続を整えることができる病院は、人的および物理的な問題からごく一部の施設に限られる。こうしたガイドラインは、各施設の規模や特性に基づいて作られているから、ただちに一般化するのには難しいのではないかと思われる。

4. 認知症のケース

認知症とは、「生後いったん正常に発達した種々の精神機能が慢性的に減退・消失することで、日常生活・社会生活を営めない状態」⁽²⁸⁾を指す。世界保健機構の2019年度版ICD-10によれば、認知症は「通常、慢性または進行性の脳疾患に起因し、記憶、思考、見当識、理解、計算、学習、言語および判断を含む、複数の高次脳機能の障害が認められる症候群」⁽²⁹⁾であると定義されている。認知症は、アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症および脳血管性認知症などに分類できる。いずれの場合も、とりわけ安楽死法との関係においては、病状の進行とともに、判断力および認

(28) 厚労省 HP https://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_recog.html（最終アクセス日 2020年4月15日）

(29) World Health Organisation, *ICD-10 Version 2019*, <https://icd.who.int/browse10/2019/en> (last visited April 15, 2020)

知能力が低下する点が問題となる⁽³⁰⁾。

ベルギーでは、とくにオランダ語圏において、認知症の患者に対する安楽死に賛成する医師が多いというデータが公表されている⁽³¹⁾。実際に行われた著名な例としては、本稿の冒頭で述べた、Hugo Claus (78歳)の事例がある。作家であったClaus氏は、初期のアルツハイマー病に罹患していたが、病気の進行に起因する苦痛が耐えがたいとして安楽死を要請し、それが認められ、2008年3月19日に安楽死した。このように、認知症患者が安楽死するケースの第一としては、まず、「将来病気が進行することに対する不安」から発生する「精神的苦痛」が耐えがたいとして、患者が、意識があり、能力がある認知症の初期の段階で安楽死をする場合が挙げられる。他方で、将来認知症が進行し一定の(重度の)状況になったら安楽死させてほしいという希望を事前に宣言書に記し、これをもとに、実際に認知症が進んだ段階で安楽死をする場合も考えられる。それぞれのケースで惹起される問題点には違いがあるため、以下でそれぞれについて分けて考察を行う。

4.1 軽度の認知症患者の安楽死

ベルギーでは、軽度の認知症患者からの現実の要請に基づく安楽死が認められるためには、他の疾患のケースと同様に、安楽死法3条の要件を満

(30) なお、連邦監督評価委員会の報告書のなかでは、認知症は、精神疾患の一部に含められている。WHOのICD-10(2019年度版)においても、認知症は、「精神および行動の障害」のなかに位置づけられている。認知症が精神疾患にあたるかどうかという問題については本稿の趣旨から外れるためここでは立ち入らない。安楽死法の規定を踏まえた場合に、認知症の患者の安楽死は、他の精神疾患の患者とは別の問題を引き起こすと考えられるため、個別の章を立てて検討することとした。

(31) Jasper Cleemput, Birgitte Schoenmakers, *Euthanasia in the case of dementia: a survey among Flemish GPs*, BJGP Open 2019, DOI: 10.3399/bjgpopen19X101677

たすことが条件となる。すなわち、要請の時点で「能力があり、意識があり」、その要請が、「自発的に、熟考の上で、繰り返し」おこなわれ「外部からの圧力でなく、患者が、「解決策のない医学的な状況にあり、緩和されえない持続的かつ耐えがたい肉体的または精神的苦痛を覚え、その苦痛が、重篤かつ不治の事故による、または病理的な疾患に起因する」という要件が満たされると、認知症の患者も安楽死の対象となる⁽³²⁾。実際には、将来、病状が進行した状態の認知症に陥ることに「耐えがたい苦痛」を覚えるがゆえに、まだ認知症の進み方が遅く、自身に判断能力がある初期段階において、安楽死をするというケースがこれに該当する。連邦監督評価委員会の報告書では、こうした安楽死の実施は、現行のベルギー法の規定に反するとは考えられていない。しかしながら、軽度の認知症患者の安楽死については次のような点に留意する必要がある。

まず、認知症の診断は、必ずしも100パーセントの確実性をもって下せるわけではないという点である。ある研究では、診断のうち10パーセント程度の誤診の確率があると指摘されている⁽³³⁾。また、認知症自体、アルツハイマー病の認知症、血管性認知症およびその他の認知症に分類でき⁽³⁴⁾、さらにそれらが細分化され、疾患ごとに症状や進行具合が異なる⁽³⁵⁾。

⁽³²⁾ もともと、法案の起草者のなかでは、認知症は法律の適用外であると理解されていた (Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par M. Thierry GIET, MME Annemie VAN DE CASTEELE, MME Anne BARZIN ET MME Joke SC, *op. cit.*, p. 244)。しかし、法定の要件を満たす場合には、これを認めるべきだとする意見が、主にオランダ語圏で広まり、現在は、この地域を中心に認知症に対しても安楽死が実施されている。

⁽³³⁾ C. Bier, E. Salmon et A. Ivanoium, « Troubles cognitifs, fin de vie et euthanasie », *Revue Médicale de Bruxelles*, 2013, p. 247.

⁽³⁴⁾ World Health Organisation, *ICD-10 Version 2019, op. cit.*

⁽³⁵⁾ 日本神経学会 (監修) 『認知症疾患 診療ガイドライン2017』 (医学書院, 2017年), p. 19以下。

なかには区別が難しい疾患もあるから⁽³⁶⁾、初期段階での診断に基づいて患者本人が予想した予後と必ずしも同じ状態になるという保証ができない場合がある。このような患者が安楽死を要請するケースでは、本来は発生しないはずの症状に対する恐怖によって精神的苦痛を覚えているといえる。もちろん、現在患者が感じている苦痛は耐えがたいだろうが、それを根拠に直ちに安楽死を認めるべきかどうか、判断は難しい。

また、初期の認知症患者の苦痛は、重度の認知症に陥った際の QOL に対する不安がもとになっていることが多い。しかし、認知症が進んだ患者の QOL を正確に測定することは実際には困難である。認知症患者の QOL については、「自己評価は認知症が進むほど回答困難となり、他者評価は観察者バイアスを含むなどの問題がある」⁽³⁷⁾と指摘されており、かつ QOL の評価方法は多岐にわたり、その評価方法によって結果は異なる。また、実際に重度の認知症であっても、本人は想像よりも軽い苦痛しか覚えていないことがあるという指摘⁽³⁸⁾や、周囲の介護者の関わり方によっては、進行した認知症の患者であっても一定の QOL と幸福を味わうことができるという指摘⁽³⁹⁾もある。つまり、ひと言で認知症といっても、症状や進行具合には個人差があり、かつどのような介護を受けるかによって、苦

(36) 日本神経学会・前掲注(35), p. 16. たとえば、前頭側頭型認知症とアルツハイマー認知症は混同されやすく、前者を患う患者が後者であると誤診され、不適切な治療を受けるケースがみられるとのデータも公表されている。Cf. Bárbara Costa Beber, Márcia L. F. Chaves, *Evaluation of patients with behavioral and cognitive complaints Misdiagnosis in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease*, *Dement Neuropsychol*, 2013 March, 7(1), DOI: 10.1590/S1980-57642013DN70100010, pp. 60-65.

(37) 日本神経学会・前掲注(35), p. 31.

(38) C. Bier, E. Salmon et A. Ivanoium, *op. cit.*, p. 247.

(39) Hughes S, Woods B, Algar-Skaife K et al., *Understanding quality of life and well-being for people living with advanced dementia*, *Nursing Older People*, Vol. 31, No. 2(2019), DOI:10.7748/nop.2019.e1129, p. 23.

痛の程度は変化するということである。こうしたことを踏まえると、認知症の初期段階における安楽死の実施は、まだQOLを維持できる時期が残っているにも関わらず、死を早める可能性があることを意味する⁽⁴⁰⁾。

そもそも、法的には、患者が、自発的に、かつ熟考の上で安楽死を要請できる能力をもっていれば、認知症そのものは安楽死に対する障害にはならない。この点に着目すれば、認知症が軽度であって、十分な判断能力がある場合には、安楽死を希望する患者本人の意思は尊重されるべきであるという見方は否定できない。ただし、軽度の認知症患者の安楽死を認めるのであれば、やはり、手続において一層の慎重さは求められてしかるべきであろう。本人の意思確認はもちろんのこと、判断能力の有無も十分に診断する必要がある。この点では、精神疾患の患者に対する安楽死の場合と同様の配慮が必要であるといえる。他方で、軽度の認知症患者の安楽死を認めないとすれば、まずは、認知症の患者の、将来病状が進行することに対する不安から発生する苦痛を軽減しなければならない。そのためには、軽度から重度に至るまで、認知症の患者に対する医療および介護の体制を十分に整え、患者の誰もが症状に応じて常に適切な治療とケアを受けられる環境を整える必要がある。もちろん、このことは、軽度の認知症患者に対する安楽死を認める場合でも実現されることが望ましいのはいうまでもない。

4.2 事前の宣言書 (déclaration anticipée) による安楽死

認知症の患者が、症状が進んだのちに、事前の宣言書に基づいて安楽死をする場合も、問題がいくつか発生する。

事前宣言書については、安楽死法4条に規定がある。まず、患者は、宣言書によって、意思表示できなくなった場合における安楽死の実施につい

(40) Raphael Cohen-Almagor, *op. cit.*, p. 77.

てあらかじめ希望を述べることができる。この書面のなかで、患者は、一人または複数の信任者を指名することが可能である。宣言書は、患者の意思が確実であることを証明するために、成年の2名の証人の前で作成され、本人を含め全員が署名し、日付を記載する。ただし、事前宣言書があれば必ず安楽死が実施されるわけではない。事前宣言書に医師を拘束する効果はなく、安楽死法4条が掲げる要件が満たされていると医師が判断しないかぎり、安楽死は実施されない。すなわち、患者が、①重篤かつ不治の事故または病理的な疾患に罹患している、②意識がない、③現在の科学的知見によれば、当該状況は不可逆的であると判断できるという3要件である。一度作成された宣言書は、本人が修正・撤回しないかぎり、無期限で有効である⁽⁴¹⁾。

事前の宣言書は、主として、患者が昏睡状態に陥った場合を想定して作

(41) 2002年に安楽死法が制定されたときには、事前宣言書は、患者が意思表示できなくなった時点から遡って5年以内に書かれたものでなければならないとされていた。しかし、2020年3月15日の改正法により、一度作成された事前宣言書は無期限で有効となると変更された。その理由として、作成者はいつでも宣言書を撤回したり修正したりできる以上、期限の設定は無意味であるということ、5年の期限を越えたら、宣言書に書かれた意思はないものとみなされてしまうのではないかという不安から、そもそも宣言書を書かない人がいるということなどが挙げられている。ベルギーの国務院によれば、「宣言書が無期限にすることとは、宣言書に意思が記載されたときと、法定の条件を満たして安楽死が実施されるときとの間に相当の時間差が生まれる可能性がある以上、作成者がその間に意思表示できない状態になる可能性は、5年を期限としていたときよりも高くなる。ただし、事前宣言書そのものに関する条件は変更していない。とくに、撤回と修正の自由の原則は極めて重要であり、この原則は維持される。無期限化により、自己決定に対する権利の比重が重くなることは確かであるが、国家に課される生命に対する権利を保護すべき義務に比して釣り合わないとはいえない」と指摘されている。Cf. Avis n°66.816/AG du Conseil d'Etat du 29 janvier 2020 sur une proposition de loi visant à modifier la législation relative à l'euthanasie (Doc. parl., Chambre, 2019-2020, n°55-0523/009) (66.816/AG), pp. 25-27.

成される。法案の起草時から、一般的に、事前宣言書に基づく安楽死を認めるかどうかについては議論があった。「事前の宣言書は、安楽死が実施されるときに実際にどうなっているかについて十分に知らない時点で作成される以上、人間の生命の保護にとって大きなリスクになる」⁽⁴²⁾といった反対の意見も主張されていた。結果的には、事前宣言書に拘束力を持たせず、あくまでも、安楽死法4条に定められている3要件が満たされているかどうかを、最終的に医師が判断することで安楽死の実施の可否が決定される手続であるという点が重視され、事前の宣言書に基づく安楽死が認められることになった。ただし、実際に行われている安楽死のうち、このタイプの安楽死の数は決して多くない。直近のデータによれば、2018年は22件（全安楽死数の0.9%）、2019年は27件（全安楽死数の1%）にとどまっている⁽⁴³⁾。

認知症の場合、昏睡状態とは異なり、病状が進んだからといって患者に「意識がない」とは判断できないため、4条の要件は満たされない。したがって、現在ベルギーでは、重度の認知症患者に対する事前宣言書に基づく安楽死は認められないと理解されている⁽⁴⁴⁾。ただし、「意識がない」とい

(42) Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par M. Thierry GIET, MME Annemie VAN DE CASTEELE, MME Anne BARZIN ET MME Joke SC, *op.cit.*, p. 242.

(43) Communiqué de presse de la Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie, 3 mars 2020 [en ligne], [consulté le 15 avril 2020], https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/cfcee_chiffres-2019_communiquepresse.pdf ; Communiqué de presse de la Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie, 28 février 2019 [en ligne], [consulté le 15 avril 2020], <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-chiffres-de-lannee-2018>

(44) 立法段階においても、認知症患者が事前宣言書によって安楽死できるかどうかについては、かなり議論がなされていたが、そのなかでは対象外とすべきであるという

う状態が具体的にどのような状況を指すのかという点は法文上明らかではない。最小意識状態におかれた患者など、「意識がない」状態かどうかの判断が難しいケースもありうる。

近年、ベルギーでは、事前の宣言書に基づく、重度の認知症患者の安楽死を認めるべきであるという主張が一部の識者からなされるようになってきている⁽⁴⁵⁾。実際に、隣国のオランダでは、宣言書を事前に作成していた認知症の患者に対しては、法定の「注意深さの要件」が満たされていれば、進行した状態であっても安楽死が認められている⁽⁴⁶⁾。これに対して、ヨーロッパ生命倫理研究所 (Institut Européen de Bioéthique, 以下 IEB という)⁽⁴⁷⁾⁽⁴⁸⁾ は、事前の宣言書に基づく安楽死を認知症の患者に認めると次のような問題が発生する可能性があるとして、安易な実施に警鐘を鳴らしている。すなわち、①患者の以前の意思と、安楽死の時点での本人の意思と

意見が強かった。Cf. Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires Sociales par Mmes Laloy et Van Riet, Sénat de Belgique, 9 juillet 2001, n°2-244/22, p. 937.

(45) たとえば、LEIF という団体を通じて、ベルギーの医師が請願を行っている。Cf. LevensEinde InformatieForum, Petitiecampagne LEIF: 'Geef mij het recht om te kiezen', <https://leif.be/petitie-euthanasie-bij-dementie/> (last visited April 15, 2020)

(46) Regional Euthanasia Review Committees, *Euthanasia Code 2018*, <https://english.euthanasiacommissie.nl/the-committees/documents/publications/euthanasia-code/euthanasia-code-2018/euthanasia-code-2018/euthanasia-code-2018>, p. 44. (last visited April 15, 2020)

(47) ヨーロッパ生命倫理研究所は、2001年11月にブリュッセルに設立された非営利団体である。フランス、カナダ、ベルギーの国会からの要請で専門家としての意見を述べる役割を果たしている。

(48) Institut Européen de Bioéthique, « L'euthanasie pour les personnes démentes : éléments de réflexion », 9 juillet 2019, [en ligne], [consulté le 15 avril 2020], <https://www.ieb-eib.org/docs/pdf/2019-08/doc-1565018837-986.pdf>

の間には差が生じうる⁽⁴⁹⁾、②認知症患者に安楽死を認める立場は、しばしば、患者の状態について極めて悲観的である（認知症を否定的に捉えすぎである）、③感情論に基づいた議論が多く、実際に認知症の患者がどのような生活をしているかが十分に理解されていない、④宣言書は将来に対する恐怖心に基づいて作成されており、実際に本人が「死にたい」という希望をもっているかは不明の場合がある、⑤社会に存在する様々な圧力（経済的、家族的圧力など）から安楽死を選択するケースがある、⑥事前宣言書に基づく認知症患者の安楽死を認めると、重度の障害をもつ人々に対する差別を生じさせる、といった点が指摘されている。

こうしたIEBの立場は、最終的には、安楽死の是非を論じる前に、認知症の患者の苦痛を緩和できる方法を考えることが最重要課題であるという点に行きつく。医学は日進月歩であるから、今後、認知症のメカニズムがさらに明らかになれば、社会における認知症に対する理解も変化すると思われる。同時に、認知症の患者に対するケアやサポート体制が充実し、患者自身が生きることに意味を見出すことができるようになれば、その苦痛は緩和されるであろう。こうした、社会における認識の変化と社会保障の充実化が患者の苦痛の軽減に寄与するという指摘は、事前の宣言書による重度の認知症の患者のケースのみならず、判断能力のある軽度の認知症患者による安楽死の要請の場合にも当てはまる。

ただし、すべての認知症患者が理想的な生を全うできているわけではない。種々の手を尽くしてもまだ、症状の進行に対して耐えがたい苦痛をおぼえる患者がいた場合に、そうした患者に対して安楽死を認めるかどうか

(49) これは、患者の認知症が進んだ時点では、自身がどのような事前宣言書を書いたか、それが将来的にどのような効果を持つかを理解できないということに基づく。つまり、事理弁識能力の欠如により、意思の表明時（書かれた意思）と安楽死の実施時（現在の意思）の間に継続性が認められないということである。

については、立法の際に十分に議論されるべきである。

5. おわりに

最後に、精神疾患および認知症の患者の安楽死について、ベルギー法から得られる示唆について簡単に言及しておきたい。

まず、精神疾患あるいは認知症の患者は、コミュニケーション上の問題や意思表示の困難さという問題を抱えており、様々な疾患の患者のなかでもとりわけ脆弱な地位におかれていると考えられ、十分な保護が必要である。気分障害の患者から安楽死が要請された場合、一方でこの患者の自律的な意思決定を尊重すべきであるとともに、他方で、自殺の予防に努める必要があり、両者の調整は難しい⁽⁵⁰⁾。したがって、ベルギー医師会の指針が示す通り、すべての可能な治療が実施されているか、長期間にわたる罹患歴を確認できるかなど、実施手続において一層の慎重さを徹底することが重要になる。もちろん、さらにこれを補完する目的で、医療機関の規模や配置できるスタッフの数に応じて、独自のガイドライン等による判断基準が明示されることが望ましい。

認知症の患者の安楽死については、症状が軽度であっても、重度であっても、それぞれの段階において解決しがたい問題が発生する。しかし、現実に認知症の患者が増加している今、安楽死法を整備するのであれば、認知症患者の安楽死の問題は避けて通れない。まず、社会における認知症そのもののとらえ方を変え、患者の「耐えがたい苦痛」の発生源を可能な限り少なくする必要がある。また、将来の状況を予測して事前に書面に自身の意思を書くという点では、安楽死の事前の宣言書も、治療の中止・差し控えに関する事前指示書も共通した問題を抱えている。すなわち、書面の

⁽⁵⁰⁾ Dierickx S, Deliens L, Cohen J and Chambaere K, *op. cit.*, p. 6.

作成時と、患者の意思の実行の時との間に時間的な差が生じるという点である。患者が、文書の作成時に、自分の疾患について正確に理解し、自身の尊厳が守られない状況とは具体的にどのような状態を指すのかを把握できていなければ、いずれの文書も有効なものにはなりえない。内容が不明瞭な書面は、かえって医療の現場に混乱をもたらす。その意味では、患者がどのような疾患に罹っていても、早い段階から医療者の専門的な助言を受けながら、患者本人が自分の終末期についての意思を明確にできる決定プロセスが、法的に保障される必要があるといえる。

〔付記〕 本稿は、科学研究費補助金基盤研究(C)2019年度～2021年度、課題番号19K01434を受けて行われた研究成果の一部である。