

資料
〔翻訳〕

ペーター・J・P・タック
「認知症事例における安楽死
——疑わしい組合せ——」

甲斐克則・北尾仁宏 訳

1. 序
2. 安楽死法と問題ある事例・患者
3. 高齢化社会と認知症
4. リヴィング・ウィル
5. 患者が意思決定無能力になった時点での
リヴィング・ウィルの法的価値についての議論
6. 認知症事例における安楽死の実務
7. 書面による要請を起草するための手引き
8. おわりに

1. 序

いかなる状況下でも、いかなる区別もなく、要請に基づく生命終結が安楽死罪（オランダ刑法典293条）を構成すべきか否か、という問題についての30年にわたる社会的議論および議会での討論を経て、2001年4月、オランダ議会は、「要請に基づく生命終結および自殺幫助（審査手続）法（略して安楽死法）」を採択した。本法は、医師が法定の基準または相当の注意（due care）に準拠することを条件として、刑法293条2項に、要請に基づく生命終結の場合の刑事責任からの特別免責事由を付け加えた。

安楽死法は、医師の訴追免除を保障するために必要な、医師により充足されるべき6つの相当の注意基準を規定している。すなわち、

- a. 医師は、患者による要請が自発的で熟考されたものであることを確信しなければならない。
- b. 医師は、患者の苦痛が耐え難いものであり、かつその状況の改善の見込みがないものであるということを確認しなければならない。
- c. 医師は、その患者に対して、状態、見込み、および予期される経過について徹底的に情報提供をしなければならない。
- d. 医師も、患者と共に、患者の状態においては生存可能な選択肢が存在しないという結論に到達しなければならない。
- e. 医師は、その患者を診察したことがあり、かつ上記 a 項から d 項までに規定された相当の注意 (due care) の要件について書面による意見を述べたことのある、少なくとも別の 1 人の独立した医師と相談していなければならない。
および、
- f. 医師は、相当の医療上の注意を尽くして患者の生命を終結させなければならない。

この文脈で医師 (doctor) という語を用いるときは、家庭医 (home doctor : 一般医 (general practitioner) ともいう。[訳者])、すなわち、患者に対して第一的な医療上のケアを提供する内科医 (physician) のことをいう。オランダにおいては、誰もが、義務的に、家庭医によるケアを含む基礎的医療ケアのための保険に加入している。事実上、すべての患者は、病気になるときはいつでも、通常は自らの家庭医の診察を受ける。家庭医は、自らの患者とその病歴を熟知している。患者と家庭医との間には、医療上の問題について、長期間にわたる治療関係⁽¹⁾が存在する。患者と親密な家庭医が、安楽死の大多数 (90%) を実施している。家庭医という要素がオランダにおける安楽死実務にとって相当重要であるように思われる。なぜなら、多くの患者は、その家庭医を信頼しており、かつ安楽死のことを医師と議論することにためらいを感じていないからである。

患者の家庭医が、すべての相当の注意基準が充足されたわけでは (まだ) ないと考えるがゆえに、安楽死の要請を拒絶するという事は、起こりうる。そのような場合、患者は、いわゆる生命終結クリニック (Levensindekliniek) との接触を決意することができる。このクリニックでは、家庭医と、家庭医の決定を審査するよう依頼されうる精神科医が従事している。すべての医療上の個人的情報を集めるために、スクリーニングと同様に、受入手続が行われる。さらに、安楽死の要請が許容されるか否かを決定するため、医師または、精神疾患の場合は精神

(1) KNMG Infographic, oktober 2015.

科医と、何度か話し合いが行われる。明らかなのは、このような状況において、この医師および／または精神科医と患者との間の治療関係が濃密なものではない、という点である。生命終結クリニックは、毎月約100人の安楽死を要請する患者から申入れを受けている。生命終結クリニックの医師は、年間350件、安楽死を実施している。概してこれらの事例は、道徳的に複雑で、認知症患者、精神病患者および人生を完成させた（completed life）患者の事例をも含んでいる。

2. 安楽死法と問題ある事例・患者

15年前の安楽死法の採択以来、特別な患者群のために、尊厳あるかつ苦痛のない生命終結に関して、特別な解決策が展開されてきた。2つの特別な群および解決策は、すでに以前の刊行物において取り扱われている。すなわち、緩和的鎮静（palliative sedation）および重度障害新生児の終末期の意思決定である。それゆえ、これらの解決策については、主要要素に限定することができる。

——安楽死の代替手段としての緩和的鎮静は、オランダにおいては、安楽死を要請したが安楽死の定義に該当しないか、または他の理由から安楽死が実施されなかった患者について発展させられてきた。今日、緩和的鎮静は、安楽死（2014年は5,300件）よりも、はるかにより広範に適用される（年間約17,500⁽²⁾件）。患者、その家族、および家庭医にとって、緩和的鎮静は、安楽死よりもはるかに（感情的に）負担が少ない⁽³⁾。緩和的鎮静は、医師が患者の生命を積極的に終結させることなく、苦痛のない尊厳ある生命の終焉をもたらす。緩和的鎮静期間後に死亡する患者は、自然死を遂げ、それゆえに、医師は、安楽死の場合とは異なり、緩和的鎮静について回答する必要がない。

——さらに、安楽死の適用が要求されるかもしれないがすべての相当の注意基準に適合しているかが疑わしい事例、すなわち、重障害新生児に関する安楽死について、新たな諸政策が展開されてきた。その事例において、患者は安楽死を要請することができず、また、上述した相当の注意の諸基準に適合させることは、

(2) KNMG (Royal Dutch Medical Association: 王立オランダ医師会) factsheet Euthanasie in cijfers (安楽死統計), Utrecht oktober 2015.

(3) Chapter 2 in Peter Tak, Ed. and translated by Katsunori Kai, Developments of Medico-Criminal law in the Netherlands, p. 49-58 [ペーター・タック (甲斐克則編訳) 『オランダ医事刑法の展開——安楽死・妊娠中絶・臓器移植』(2009年・慶應義塾大学出版会) 49-58頁] 参照。

要件 a により不可能である。新たに展開された政策が、この状況に解決策を与え⁽⁴⁾る。

その他に 2 つ、安楽死が重大な問題を惹起する患者群が存在する。すなわち、認知症 (dementia) の患者と、人生を完成させた (completed life) 患者である。

本稿では、認知症患者に焦点を当てる。人生を完成させた患者については別稿を期したい。

今や、ますます多くの人々が、リビング・ウィル (living will) を書き記し、認知症に罹患したときは医師に安楽死を実施してもらいたい、と主張する。問題は、患者がこのような希望を表現する能力を有する期間に作成された、このリビング・ウィルが、患者の認知症が進行し、もはやその希望を繰り返し述べるできない時点で、なおも有効であるか否か、である。

その問題が、本稿で取り扱われることになる。

3. 高齢化社会と認知症

われわれは、オランダにおいて、ますます多くの人々が 80 歳を超える高齢化社会の中で生きている。その高齢者群において、認知症発症のリスクは、相当にある。80 代の人々の 20%、90 歳以上の人々の 40% が、認知症に罹患している。

認知症罹患患者の実数は、定かではない。オランダ・アルツハイマー財団 (Dutch Alzheimer Foundation) 提供の統計によれば、あらゆる形態の認知症に罹患した患者の数は、約 27 万人である。2030 年の予測では、42 万 6 千人⁽⁵⁾である。

国立国民健康環境研究所 (State Institute for National Health and Environment = RIVM) は、現在の認知症患者数を約 8 万人、2030 年の予測を 14 万人と推計する。認知症の現在の罹患率の統計における大きな差異の理由は、医療ケアを要する認知症患者の明快な記録が存在しないこと、また、多くの認知症の初期段階にある患者はまだ診断を受けていないこと、にある⁽⁶⁾。2030 年の予測が異なる理由は、国立研究所が、人々の平均的教育の向上、血管系リスクへの医療処置の進歩、およびすべての人々の生活習慣の改善を考慮に入れているからである。

認知症患者数の増加が見込まれたことで、書面による安楽死の要請、すなわ

(4) Chapter 6 in Developments of Medico-Criminal Law, op. cit. p. 137-153 [タック (甲斐編訳)・前出注 (4) 137-153 頁] 参照。

(5) Alzheimer Nederland, factsheet 28-01-2016. www.alzheimer-nederland.nl

(6) www.Deltaplan Dementie.nl 参照。

ち、リビング・ウィルを作成する人々の数が増加したのである。

4. リビング・ウィル

リビング・ウィルは、もはや医師と医療処置について議論することができない状況に関する、医療処置についての意思の宣言である。

リビング・ウィルの内容は、多様であろう。

ある者は、昏睡、あるいはあらゆる意思疎通がもはや不可能であるような場合、さらなる医療処置を差し控えてもらいたいという願望を明示するかもしれない。このような願望は、食料および水分のさらなる差控えを含む。

またある者は、状況の改善が見込めない耐え難い苦痛の場合に、医師によって安楽死を適用してもらいたいという願望を明示するかもしれない。その願望の中で、ある者は、どのような状況がその場合であるかを明示するかもしれない。医師は、これを考慮に入れるが、しかし、そのような状況が生じたときに安楽死を実施する義務はない。リビング・ウィルは、法的には、医師に安楽死を実施する法的義務をもたらす「契約 (contract)」ではなく、単に、他のすべての相当の注意の基準が充足されたときの安楽死のための必須要件である「要請」であるにすぎない。リビング・ウィルがさらなる処置の差控えを願望する旨を表明するかぎり、この願望は、法的拘束力を有する。なぜなら、オランダ法では、医療処置について、医師は、患者の明示的同意を必要とするからである。リビング・ウィルの中で、本人に代わって医師にさらなる医療処置について相談することができ、かつ本人がもはや自身では決定できない状況にあるときに決定を行うことができる代理人を指名しておくことが望ましい。

リビング・ウィルの形式は、自由である。意思の内容を自身で明記してもよい。意思を明示するために公証人 (notary) に接触する必要はない。しかし、本人の願望は、明確である必要がある。願望を表明する者についての混乱を避けるため、個人情報 (氏名、生年月日、および出生地) を含まなければならない。サインと日付の記載がなければならない。

公証人協会 (Notaries and Associations) は、リビング・ウィルのモデルを提示している。

リビング・ウィルは、コピーをして医師に提出しなければならない、また、医師との協議において、自らの願望について話し合わなければならない。

非常に重要なのは、この協議が定期的に、すなわち毎年繰り返されることであり、その結果、医師は、相手の実際の願望を認識し、また、特有の願望について

のいかなる疑念も存在しなくなるのである。

5. 患者が意思決定無能力になった時点での リヴィング・ウィルの法的価値についての議論

ある人が、自身でまたは公証人の助力を得てリヴィング・ウィルを作成した時点では、その者はそれを行い、かつ自身のリヴィング・ウィルにサインする能力を精神的に有する。しかしながら、認知症状態ゆえにその人の安楽死が実施できるか否か決定する手続においてそのリヴィング・ウィルが用いられなければならない時点では、その人は、もはや安楽死の明示的要請を表明することはできない。

オランダでは、リヴィング・ウィルは、安楽死手続における患者の明示的要請(相当の注意基準 a 項)を代替しえないという見解が支配的である。王立オランダ医師会(Royal Dutch Medical Association)は、進行した認知症や昏睡ゆえに患者がその意思を表明しえないときに、リヴィング・ウィルは決定的ではない、という意見である。その事例では、要請が自発的であつ熟慮された(相当の注意基準 a 項参照)ものであるか否かを、ほとんど評価することができない。オランダの法哲学者クラス・ローゼモンド(Klaas Rozemond)は、安楽死法も最高裁判所の判例法も、疾病ゆえに安楽死の願望がもはや存在しない状況における安楽死について、事前の願望を実施する余地を与えてはいない、と明言する⁽⁷⁾。安楽死要請の実施不能性の問題がより深刻となるのは、リヴィング・ウィル中に表明された意思に関する医師との最後の話し合いと、認知症のゆえに決定がなされなければならない日との間で、比較的長い時間が経過してしまったときである。

この見解と完全に反対なのが、英語圏の最も有力な法哲学者であるロナルド・ドゥオーキン(Ronald Dworkin)が、その著書『Life's Dominion』で示したものである⁽⁸⁾。彼は、理性的に自身の利益を評価できる時点でのある人の意思は、その人が意思決定無能力に陥った時点でもなお価値を有する、という立場を採る。意思表示は、その人の生命、利益および価値の一部であり、それゆえに、後の時点でもはやその人がなおその意思を維持していることを表明しえないという事実に対しても優位である、とするのである。

(7) K. Rozemond, Euthanasie en dementie: het actuele verlangen en het reële alternatief. (安楽死と認知症：実際の希望と現実の代替策) *Nederlands Juristenblad*, 2012 p. 314-319.

(8) R. Dworkin, *Life's Dominion: An Argument About Abortion, Euthanasia and Individual Freedom*, A. Knopf, New York, 1993, 272 pp. ドゥオーキンは、アメリカ合衆国憲法およびアメリカ合衆国連邦最高裁判所判決の背景に反して、生命の誕生および終末期の決定を扱っている。

ドゥオーキンの見解によれば、リビング・ウィルは、概して、その人の安楽死が議論されるよりもずっと前に意思が表明されたときでさえ、明示的要請を代替しうるし、また、オランダの支配的見解によれば、このことは、概して、当てはまらない。

6. 認知症事例における安楽死の実務

6. 1. 統計

安楽死の全事例中僅かの割合でしか、患者は認知症に罹患していなかった。その患者数は、この十年間で増加した。すなわち、2010年には25件（0.8%）、2011年には49件（1.3%）、2012年には42件（1%）、2013年には97件（2.2%）、そして2014年には81件（1.5%）であった⁽⁹⁾。認知症に罹患した患者の安楽死が実施された事例の大多数において、患者は、認知症の初期段階にあった。その段階では、患者は、疾病の影響および見当識や人格の喪失といった症状について理解することができた。そのような患者は、自身の（書面による）要請を表明し、または確認する意思決定能力を有すると考えられてきた⁽¹⁰⁾。

2012年3月から2015年5月までの間、生命終結クリニックは、家庭医または精神科医により要請が拒絶された認知症に罹患した患者から197件の要請を受け付けた。たった35人の患者だけが、自身の書面による要請を表明し、または確認する意思決定能力を有すると考えられた。これらの事例中、1件も安楽死は実施されなかった。なぜなら、すべての患者がリビング・ウィル中で安楽死状況として挙げた状況に立った時点で、安楽死の願望を否定したからである。明らかに、意思決定能力あるすべての認知症に罹患した患者は、書面による意思を作成した時点と比べて、はるかにより遠くで、受忍限度の線を引いていた⁽¹¹⁾。

6. 2. 大きな問題

認知症に罹患した患者の安楽死の事例数の増加という観点から、地域審査委員会⁽¹²⁾（RCCs）は、その年次報告書において、認知症の場合における安楽死に関する特有の諸問題についての広範な注意を与えた。

認知症に罹患した患者が、疾病に先駆けてリビング・ウィルを作成してお

(9) 2015年の統計は、まだ利用できない。

(10) Annual Report RRC 2013, p. 22.

(11) C. de Vries-Ekkers et. al. Levensindekliniek: zelden euthanasie bij dementie (生命終結診療所：認知症に際して稀有な安楽死) Medisch Contact (3) 2016 p. 18-20.

(12) See Tak/Kai, Developments of Medico-Criminal Law, op. cit. p. 38.

り、かつ疾病が進行したときは、安楽死を希望する場合、2つの大きな問題が生じる。これら2つの問いは、回答を必要とするものである。

第1の問いは、「リヴィング・ウィルは口頭による安楽死の要請と同一の地位を有するか。」というものである。

安楽死法2条における相当の注意基準a項は、患者の自発的で熟慮された要請について言及している。同法は、要請が、口頭による要請と同様に、リヴィング・ウィルの形式での書面による要請であってもよいことを認める(安楽死法2条1項aおよび2項)。しかしながら、安楽死法は、要請が安楽死の決定手続の開始時に表明される必要がある、とは規定していないけれども、本法の精神によれば、要請は最新のものでなければならない。それゆえに、地域審査委員会は、書面による要請は定期的に医師との話し合いにおいて確認されなければならない、と何度も表明してきたのである⁽¹³⁾。もしもこれが長期間にわたる事例ではなく、かつ患者が自身の要請を表明することができないならば、医師は、それにもかかわらず患者に安楽死を実施すれば、相当の注意基準を充足しないことになる。

認知症患者に対して実施された安楽死の例外事例においてのみ、地域審査委員会は、その事例を議論した後、医師はa項による相当の注意の基準を充足しなかった、と裁定した。

2012年版の地域審査委員会年次報告書において、そのような事例の1例が示されている⁽¹⁴⁾。その事例において、医師は、認知症の1形態であるハンチントン病に罹患した女性患者に対して安楽死を実施した。安楽死が実施される6年前に、患者は書面による安楽死の要請を作成し、3年後、さらに彼女は、もはや自身で意思を表明しえない場合に彼女の意思を表明する権限を夫に授与した。ときおり、彼女は、安楽死の願望について家族と議論し、再三、疾病により療養施設へ最終的に入所すべき場合に自身の要請が有効であることを確認した。この状況がまだ顕在化していなかったとき、彼女は、1度安楽死という言葉を自身の医療専門家との接触の際に用いたが、彼女の医師との接触においても、助言を求められたSCENの医師(相当の注意の基準e項参照)との接触においても、彼女は、もはや安楽死の願望を表明することができなかった。最終的に、安楽死は、彼女の要請を表明するよう彼女から権限を賦与された夫の要請に基づいて実施された。地域審査委員会は、医師の前でもSCENの医師の前でも、口頭またはジェスチ

(13) Annual Report RRCs 2012, pp. 19-20; G. A. M. Widdershoven, A. C. Nieuwenhuijzen Kruseman, F. C. B. van Wijnen, Schriftelijke wilsverklaring bij dementie. Bruikbaar en toepasbaar (書面によるリヴィング・ウィルと認知症。利用可能で適用可能な), Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2014 A 8221参照。

(14) Case 3, op. cit. pp. 16-21

ヤーによって新たに現実化されることなく、その要請以来長期間が過ぎ去ったことを考慮すると、医師は、2005年に理性的に記載された要請を、2011年に自発的で熟慮された要請としては用いることができなかつた、と結論づけた。

患者が願望を表明する意思決定能力を喪失する状況に先行して、患者によって安楽死の願望が定期的に確認される場合にのみ、書面による要請が口頭による要請を代替しようというのが、この相当の注意基準について地域審査委員会によってなされた全決定からの結論である。

書面による要請の確認に関しては、事情次第で、頷き、目の動き、その他の形式の身体的なコミュニケーションといった身体的シグナルが、口頭による確認を代替しう⁽¹⁶⁾。これが、地域審査委員会および王立オランダ医師会の強く主張するところである。しかしながら、現実の新たな確認が、どれだけ本質的なであろうか。認知症の場合の安楽死は、そのような確認の不存在ゆえに、それ自体、a項による相当の注意基準と衝突するものであろうか。裁判所の諸判決に関する研究からすると、その答えは明らかである。すなわち、否⁽¹⁷⁾である。

主な結論は、王立オランダ医師会と地域審査委員会の双方ともに、裁判所が用いるよりも高度な相当の注意基準を設定している、ということである。

第2の問いは、「患者は耐え難いほどに苦しんでいるのか。」というものである。

認知症に罹患した患者に対して安楽死を実施するよう要請を受けた医師は、その苦痛が耐え難く、かつ見込みがないものであるのか否かを評価しなければならない。医師にとってこれが困難となるのは、患者の認知症プロセスが相当進行している場合のように、患者との意思連絡ができない場合である。認知症の類は、耐え難い苦痛は考えられない。なぜなら、認知症の影響により、患者はもはや自身が深刻な病であるとは認識していないからである。患者との口頭によるコミュニケーションができないとき、医師は、顔の表情、患者の態度、ボディ・ランゲージ、患者の姿勢といった、患者が耐え難く苦しんでいることを確認できるシグ

(15) SCENは「オランダ安楽死支援相談」の略で、医師に対して研修を施し、独立的に、かつ安楽死を実施するよう要請された他の専門医と共に、勧告するための教育を行う、王立オランダ医師会提供の研修コースである。SCENの医師は、概して、相当の注意基準e項でいうところの医師として行為する。

(16) A. van der Heide, J. Legemaate, BD Onwuteaka-Philipsen, Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (安楽死法の第二次評価), ZonMW Den Haag 2012 p. 43.

(17) P.A.M.Mevis et al. Schriftelijke wilsverklaring euthanasia bij wilsonbekwame patienten: een jurisprudentieonderzoek, (意思決定無能力な患者の場合の書面による安楽死の要請：判例法の分析) WODC 2014, 78 p. このレポートは、英語による良い要約を含んでいる。

ナルを探さなければならない。⁽¹⁸⁾

2011年版年次報告書において、地域審査委員会は、認知症に罹患した患者は耐え難く苦しんでいるのか否か、という問いを扱った。

地域審査委員会によれば、患者の耐え難い苦痛の本質は、人格、技能、および正常機能の能力の喪失がすでに始まっていることを患者が認識すること、並びにこのプロセスが継続し、ますます悪化し、究極的には完全依存状態に陥ってしまって、すっかり自我を喪失するであろう、という自覚が高まることにある。患者がこのプロセスおよび予測を認識しているときはいつでも、このことは酷い苦痛に至りうる。さらに、将来の苦痛への恐怖は、これが悪化する⁽¹⁹⁾認知症のプロセスの現実的評価を構成することから、重要である。

7. 書面による要請を起草するための手引き

ますます多くの人々が、意思能力がある時点でリヴィング・ウィルを書き、その中で、認知症または他の重篤な疾病に罹患した場合の安楽死の希望を明示している。彼らの多くは、そのような願望を明示することで、医師は、概して、その状況が発生したとき安楽死を実施するであろうという印象を有しているが、彼らは、本稿で議論してきた諸問題にほとんど気付いていない。このことは、安楽死状況が潜在的であるとき、医師、患者、および患者の家族の間で、深刻な誤解に至りうる。

したがって、これらの問題を回避するために、オランダ保健省、安全司法省、および王立オランダ医師会から成るワーキング・グループが、書面による安楽死の希望を起草するときに考慮されなければならないことを明確化するためのガイダンス⁽²⁰⁾を用意した。

このガイダンスは、安楽死法の歴史、地域審査委員会の決定、刑事法廷の判例法、文献、および実務上の問題に対する分析に基づく。2種類のガイダンスがあり、1つは一般大衆向け⁽²¹⁾、もう1つは医師(家庭医)向け⁽²²⁾である。大衆向けのも

(18) Annual report RRCs 2011, p. 24 case 7 en H. Wijsbek, Euthanasie bij gevorderde dementia. Wilsverklaring is wel nuttig, (進行した認知症の場合の安楽死。リヴィング・ウィルは、実は使える。) Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Rubriek pro-contra, 2013; 157: A6440

(19) Annual Report RRC 2011, p. 30.

(20) Handreiking schriftelijk euthanasieverzoek, Nieuwsbericht 09-01-2016. (書面による安楽死の要請を作成するための支援)

(21) www.schriftelijk euthanasieverzoek.nl januari 2014, 14 pp. 参照。

(22) www.schriftelijk euthanasieverzoek.nl december 2015, 7 pp. 参照。

のは、医師向けのものに比べて、書面による安楽死の要請の起草とそのリビング・ウィルの帰結についての、より多くの情報と説明を含む。なぜなら、一般大衆は、認知症の場合の安楽死についてはおろか、安楽死についても、その知識は限られているからである。

ガイダンスは、認知症にもかかわらず、すべての相当の注意基準が充足される
とき、安楽死実施の要請は充足されることを確認した。

概して、安楽死は、認知症の初期段階において、医師と患者とがなお要請および耐え難い苦痛についてコミュニケーションを取ることができるときにのみ、実施することができる。初期段階の認知症の苦痛は、知的減退の経験、自立性の喪失、または潜在的苦痛への恐怖にある。患者に意思能力がある時点で安楽死の要請が定められたリビング・ウィルは、意思決定手続を行う医師にとって助けとなるかもしれない。なぜなら、認知症患者の精神状態は著しく悪化したり、ひどく変動しうるからである。それゆえ、医師が独立した医師に適時意見を求める（相当の注意基準 e 項）ことが重要である。

さらにより複雑なのは、進行した認知症の場合の書面による安楽死の要請である。そうした患者の多くは、苛まれているようにも、安楽死を望まないというサインを与えているようにも思われぬ。この状況において、医師は、先行する書面による要請にもかかわらず、安楽死を実施しないであろう。なぜなら、相当の注意基準 a 項および b 項が充足されていないからである。しかしながら、そのような状況におけるリビング・ウィルは、さらなる医療処置を終了または停止するためのガイダンスとして役立つ。

進行した認知症の例外事例において、医師は、認知症患者が、加えて、疼痛、恐怖、攻撃性、息詰まり、または持続的な不安といった他の身体的問題に苛まれているとき、頷き、手圧、顔の表情、目の動き、音声、または仕草など、どのような形式であれ患者とのコミュニケーションがなお可能であることを条件に、先行する書面による要請に基づいて、安楽死の実施を決断してもよい。苦痛を欠く、また、いかなる形式のコミュニケーションすら欠く安楽死など、ありえない。

認知症の場合、リビング・ウィル自体は、それが定期的に、なるべくなら年に 2 度、家庭医と議論されていないかぎり、要請を代替しえない。最新のリビング・ウィルが必要とされ、その結果、医師は患者がその意思を変えたか否かが分かるし、患者は医師の意見が分かる。⁽²³⁾

(23) J. van der Gaag, Laat wilsverklaring niet verstoffen (リビング・ウィルに埃をかけるな) Medisch Contact Actueel, on-line 8 januari 2016

8. おわりに

手引きは、認知症患者に関する安楽死の場合について明快さをもたらす。医師と患者との間のコミュニケーションは、根本的な関心事である。すなわち、意思連絡なくして安楽死はない。進行した認知症の場合は決まって、非言語的意思連絡が、医師と患者との間で唯一可能な接触方法であろう。そのことは、懸念材料かもしれない。医師は、どのようにして、非言語的意思連絡が明確で誤解がないと知るのか。医師は、どのようにして、進行した認知症患者の要請を確信するのか。最近オランダのテレビで、いわゆる意味性認知症に罹患しており、意思能力があった頃にリビング・ウィルを作成していた患者に対して実施された安楽死について、あるドキュメンタリー⁽²⁴⁾が放送された。これは、側頭葉の委縮による言語・非言語の両領域内の意味的記憶の喪失に特徴づけられた、進行性の神経変性疾患である。患者は、何が問われているかに関係なく、「さあほら、向こうへ」と訳される「huppakee, weg」という言葉を用いた。安楽死の意味を認識しているか否か、また、安楽死を要請するか否か、という問いに対してもまた、患者はただ「huppakee, weg」とだけ応答した。医師により、その言葉はこう解釈された。「私は、死にたい。」

地域審査委員会は、医師からさらなる説明と情報を受けた後、安楽死の実施は相当の注意に従ってなされた、と結論づけた⁽²⁵⁾。このドキュメンタリーは、トーク・ショーやソーシャル・メディアにおいて疑念を表明してきた多くの専門家に衝撃を与えた。その疑念とは、ある医師がこの患者のもとを7回訪問する間に、事実上無意味な、かつ空虚であった言葉を適切に解釈することができたのか、というものである。患者の言葉への、曖昧で空虚な、という修飾は、その安楽死が相当の注意に従って実施されたとする地域審査委員会の決定中で用いられている。

この問いは、公表されたガイダンスによっては解決されず、また、進行した認知症に罹患した患者の、実に気の進まない安楽死政策に帰着せざるをえない。いくつかの出版物において、ガイダンスの趣旨は、以下のように要約されている。安楽死を願望する認知症患者は、進行した認知症に罹患しており、また、もはや医師とのコミュニケーションができないときでさえも、安楽死の資格がある、⁽²⁶⁾と。

(24) www.npo.nl/2doc-levenseindekliniek/15-02-2016/VPWON_1248719のドキュメンタリー参照。

(25) RRC case 2015. 37

(26) Text of the headline in one of the major newspapers, de Volkskrant, of januari 1, 7, 2016

明らかに、この要約は誤っている。事実上、手引きの趣旨は、以下のとおりである。すなわち、先行するリビング・ウィルが存在しなければ、進行した認知症の事例で安楽死は認められず、そして、医師とのコミュニケーションの後であって、かつ、重篤な身体的疼痛もしくは疾患、および／または恐怖、心配、持続的不安もしくは攻撃性といった形式の重大な精神的苦痛、というかたちで耐え難い苦痛が存在する場合においてのみ、安楽死が認められるとしているのである。

〔訳者あとがき〕

本稿は、オランダ・ナイメーヘン大学（Radboud University Nijmegen）名誉教授のペーター・タック（Peter J. P. Tak）教授から、2016年2月19日付で送られてきたオランダの安楽死に関する最新動向を伝える未公表の論文（原題は、Peter J. P. Tak, Euthanasia in case of dementia. A questionable combination.）の翻訳である。タック教授と翻訳者の甲斐とは、長年の親交があり、相互に何度か大学を訪問しあった仲でもある。タック教授は、刑法、刑事訴訟法および犯罪学の専門家であり、また、特にオランダの医事刑法の専門家としてわが国でも知られており、私も、ペーター・タック（甲斐克則編訳）『オランダ医事刑法の展開——安楽死・妊娠中絶・臓器移植』（2009年・慶應義塾大学出版会）としてその研究業績を編集して翻訳出版したことがある。詳細は、同書の「編訳者解説・あとがき」を参照されたい。タック教授は、1995年以来、来日の度に講演等でオランダの安楽死の状況を伝えてくれていたが、安楽死法施行後も、その姿勢が変わりがなく、2012年8月にオランダに調査に出かけたときにも、自宅に招いていただき、長時間にわたり新たな情報を提供していただいた。その際の研究成果は、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年）85頁以下にまとめておいたので、参照していただければ幸いである。

今回送っていただいた論文は、ごく最近のオランダにおける安楽死の最新の動向を盛り込んだものであり、まさに私に翻訳をして日本の読者に伝えてほしいとの希望から、書き下ろしていただいたものである。認知症患者をめぐる終末期医療の問題は、各国で議論があるが、安楽死と直接関連付けて議論されているところにオランダならではの特徴と課題ないし問題性が表れているといえよう。オランダの安楽死論議の動向は、その運用を注意深く見守る必要があり、その意味でも、重要な情報提供になるであろう。なお、もう1点、本文でも言及されている別稿として、人生を完成させた患者に対する安楽死の問題に関する論文「人生の完成と安楽死」（原題は、Peter J. p. Tak, Completed life and euthanasia）も送っていただいているが、これについては、別の機会に近々翻訳して公表予定である（甲斐克則＝磯原理子訳として、刑事法ジャーナル50号（2016年）掲載予定）。併せて参照されたい。

〔甲斐克則・記〕