

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 26 年 6 月 13 日現在

機関番号：13201

研究種目：基盤研究(B)

研究期間：2011～2013

課題番号：23320001

研究課題名(和文) 世界における終末期の意思決定に関する原理・法・文献の批判的研究とガイドライン作成

研究課題名(英文) A critical study of principles, laws and documents around the world on decision making at the end of life and guidelines development

研究代表者

盛永 審一郎 (MORINAGA, SHINICHIRO)

富山大学・大学院医学薬学研究部(薬学)・教授

研究者番号：30099767

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 12,200,000円、(間接経費) 3,660,000円

研究成果の概要(和文)：終末期の意思決定に関する法制度・ガイドライン等を批判的に検討した結果、以下のことが明らかとなった。医師-患者関係に信頼性があり、透明性が担保されていれば、すべり坂の仮説はおこらないこと、緩和ケアと安楽死は、相互に排他的なものではなくて、よき生の終結ケアの不可欠の要素であること、それにもかかわらず、「すべり坂の仮説」を完全に払拭しえないのは、通常の医療である治療の差し控えや中止、緩和医療を施行するとき、患者の同意を医師が必ずしもとらないことにあること。したがって、通常の治療を含むすべての終末期ケアを透明にする仕組みの構築こそが『死の質の良さを』を保証する最上の道であると、我々は結論した。

研究成果の概要(英文)：Our critical study of laws and guidelines on End-of-Life decision making revealed that: (1) No slippery slope effect occurs if there is trust in the doctor-patient relationship and transparency is secured throughout the procedure; (2) Palliative care and euthanasia are not mutually exclusive but are deemed integral part of good end-of-life care; (3) Nevertheless, the slippery slope hypothesis cannot be totally dispelled because doctors do not necessarily gain their patients' consents before they withhold or withhold treatment, or practice life-shortening palliative care, even though they are normal medical practices. Thus, it is concluded that the best way to secure "a high quality of death" is to establish systems to ensure transparency in all medical end-of-life care, including these normal medical practices.

研究分野：人文学

科研費の分科・細目：哲学・哲学・倫理学

キーワード：終末期医療 意思決定 安楽死 尊厳死 緩和医療 すべり坂 信頼性

1. 研究開始当初の背景

イギリスのエコノミストの調査部門(2010.07.14)によると、日本の「死の質」は40カ国中総合で23位にランクされるようだ。基礎的な終末期の健康管理の環境では日本は2位であるにもかかわらず、終末期ケアの利用可能性は28位、コストは31位だったからだ。このように、この順位が物語るのは、日本は世界でもっとも高齢社会の一つであるにも関わらず、ケアの専門家が少ないことから、緩和ケアを受けられずに、疾患を抱えて治療され続け、死を引き延ばされるという状況に直面しているというのだ。

報告の冒頭にある編集長の言葉は興味深い。「QOLが高いというのは健康に長く生きるというのが定説になっている。しかし、『死の質 quality of death』というのはまた違う問題としてある。死というのは多くの文化ではタブーであり、悲惨で避けられないものとして捉えられている。たとえ死について話すことが社会的に許されている場所があっても、ヒポクラテスの誓い——治療することを目的とした医療——という障害があって、簡単には末期の緩和医療を行えるわけではない」。つまり、「死の質」の高さとは、第一に、死の場面での透明度を高めること、doctor-patient transparency (医師-患者の透明性)であり、第二に、(不可逆的な)死に面しては医療の目的を変えること、治療からケアへということである。しかもこのケアはただ単に、苦痛の緩和だけが念頭に置かれているのではない。患者の生命を終結させる行為もその選択肢としてある。それは安楽死法を持つベルギーが5位、オランダが7位、そして2009年4月に安楽死法を施行したルクセンブルクが17位と日本より高位に位置していることから推測がつく。

2. 研究の目的

そこで、終末期において医療従事者が職業上の基準と個々の患者のニーズと要望に基づいたケアを提供することができるようなガイドラインのモデルを作成すること、つまり、安楽死・尊厳死といった終末期にある患者の意思決定について、何らかの枠組み(=法制化)を設定することを想定し、その際に準拠しうる一定の原則・方向性(=ガイドライン)を哲学・倫理学・法学的観点から検討し、導き出すことが研究目的であった。

3. 研究の方法

安楽死法のある国の安楽死法の実施要件(対象疾患、当該疾患の性質、死の切迫性、苦痛の種類/IC、患者の意思の確認)、実施状況の監督統制の整備(評価委員会、定期的な調査の実施など)、自殺補助の実施要件などを調査し、それぞれの比較検討を行うこと。次に、安楽死法のない、アメリカ、イギリス、ドイツ、フランスの終末期の現状(治療の停止・緩和医療・セデーション等の実施要件)を調査し、安楽死法のある国との比較検討を行い、総合的に終末期の意思決定の理想的ガイドラインの枠組みを定めること。そのために、共同研究者それぞれに分担を定めて研究し、研究会を開催して、研究成果について総合的に検討を加えた。また、研究を遂行するに当たり、文献調査のみならず、オランダ・ベルギー・ルクセンブルクの研究者やドイツの研究者を日本に招聘し、公開で国際シンポジウムを開催し、研究討議した。また、日本からも、ベネルクス3国やドイツ等を訪問し、現地で研究者や医師から聞き取り調査を実施した。

4. 研究成果

1) ベネルクス3国の研究から

オランダ・ベルギー・ルクセンブルクの3国の安楽死法の成立過程・内容・運用結果等の比較検討から、それぞれの国に相違はあるものの、共通点として厳密な要件とそれを実施させる制度、コントロールと評価の手続きがあることが明らかとなった。そこから安楽死法を成立させる4要件として、自律性、信頼性、透明性、高福祉を取り出した。そしてこれらの要件を満たしていれば、「すべり坂」(自発的安楽死の許容が非自発的・半自発的安楽死へと導くこと)は起こらないということ、また、「緩和ケアと安楽死」の間に、通常指摘されるような質的相違(作為・不作為、意図・予見という観点での相違)はなく、お互いが相補的であることが帰結した。またその結果、患者の意思表示の重要性、意思表示の方法の様態(事前指示書など)、死に方の選択などが患者の権利保障に必要な要素であることが取り出された。

1)安楽死と緩和医療は「相補的」であること。日本やドイツでは両者には絶対的な倫理的相違があると捉えられている。それは、生命の価値とは絶対的で不可侵であり、「自律的な個人自身によってすら廃棄しえない」価値ではあるが、このことは、死な

せることや緩和医療に対しては妥当しない、なぜなら「意図的に殺すこと(=安楽死)と、死なせること(=治療の中止・尊厳死)あるいはただ受容された患者の死(=緩和医療の結果としての死)との間には、「作為と不作為」、「意図と予見」という絶対的な倫理的相違があるからだ」とされている。これに対して、「積極的安楽死と消極的安楽死との区別は一般的倫理的区別を際立たせることはできないこと、行為あるいは行為結果についての意図の観点と結果の甘受の観点との区別は絶対的な倫理的相違を基礎付けることはできない」と功利主義者のクレーゼや人格の社会的生としての *Persönlichkeit* の概念を展開するクヴァンテは主張する。そこで、彼らの説を紹介しながら、尊厳死・緩和医療と安楽死との間には倫理的相違はないということを論証した。

2) すべり坂の仮説に対しては以下のように考えることができる。狭義の自発的安楽死の擁護者は、生命の質の、あるいは「有意義な生命」の原則に基づくゆえに、「論理的に非自発的な安楽死を伴う」ということに対して、クヴァンテは次のように論理的歯止めをおく。「自発的安楽死と非自発的安楽死のケースにおいては、2つの相違する価値基準が問題であるので、私が主張する次の立場をとることができる。それはすなわち、人格個性に基づく基準が原理的に把握することができないところだけで、客観的基準は用いられるという立場である。換言すれば、ある患者が自分の生を続けようと自律的に決定するとき、そのとき客観的基準は用いられてはならない。しかし、ある患者が自律的に決定することが原理上できるが、事実上は自分を表現しないときでも、この客観的基準は用いられてはならない。この立場にとっての根拠は一方では、人格的自律に対する尊重の原理である。また他方では、自分自身の生を終結させられてもよいとまではいわないいかなる人格も自分自身の生存に、承認されるべき価値を認めるという仮定である」。こうしてクヴァンテにおいては、非自発的安楽死に対しても論理的歯止めが置かれるのであり、この歯止めを社会が監視すれば、「すべり坂」は論理的に起こらないことになる。

3) しかしオランダでは、なお残された問題がある。ヴィーチによると、自律ないし自己決定権とは、消極的権利、放っておいてもらう権利、自動詞的権利であり、他人を行為へと義務づける他動詞的権利ではな

いとされた。ここから、自然死を差し止めない・作為のない・消極的な「尊厳死」は許容されるが、死を意図して・作為ある・積極的な「安楽死」は許容されないとされた。しかしクヴァンテは、自律権とは「強い消極的権利、弱い積極的権利である」として、他者の手助けを必要とする安楽死を許容する理論を展開している。しかし、それでは医師ないし医療者には、患者の要請にしたがい「殺す義務」があるかと、クヴァンテは問う。それに対する答えは「ない」である。なぜなら、自律権は、「強い消極的権利、弱い積極的権利」だからである。だから良心的拒否の権利が医療者にはある。現にオランダでは、安楽死に手を貸さないカトリックの GP もいる。そこで、登場したのが、患者の安楽死への要請を満たす「安楽死クリニック」である。オランダ医師会も現在注視中とのことであるが、しかし、信頼関係のない場では、「死」の機械化・自動化が起こらないのだろうか、そういう不安を消すことはできない。

また、後期認知症の患者のケースと、実存的苦悩に対する適応が現在オランダでは問題となっている。ベルギーでは、患者の自己決定権により、施行されている。

II) 以下、個々の国のそれぞれの法・制度等の運用の分析に基づく要点を記す。

オランダ：安楽死の実施件数は増えたが、評価によれば、緩和ケアと安楽死との棲み分けがうまく行っているので、いわゆる「滑りやすい坂道」という状況には至っていない。むしろ医師と患者の信頼関係が強くなったともいう。しかし、その評価を適切に行うには、長期的スパンが必要である。(甲斐克則)

ベルギー：10年間の安楽死の届出総数は5537件となっている。緩和ケアで培われた医師-患者間の信頼関係に基づき、安楽死が実施されている。(本田まり)

ルクセンブルク：統計的なデータに基づいた客観的評価をするには時期尚早。制定過程の分析から、同国の安楽死法は、先行する国々の諸制度を比較法的見地から詳細に検討した結果を踏まえて制定されていること、また同時に緩和ケア法が成立していることから、同国では緩和ケアと安楽死・自殺幫助が対立するものとしては捉えられていないといえる点にも注目すべきである。(小林真紀)

すべり坂：緊急避難の事由によりオランダのように安楽死を無罪とすると、同意のない生命終結も同様に扱わざるを得ないのではないか。また、オランダでは実存的苦悩の訴えなども安楽死、自殺幫助等の対象とすべき

か議論されているようだが、最高裁判決文に“苦痛の原因は問題ではない”とあること、「審査手続き法」に苦悩の原因の限定がないこと等に鑑みると、その種の訴えに対してもすでに門の鍵は外されていたのだろうか、という問いが出てくる。(飯田亘之)

英国：患者の自己決定権 および患者の最善の利益の観点から終末期および植物状態の患者の治療中止・治療差控えは認められているが、積極的安楽死や自殺幫助は認められていない。近年、最小意識状態(MCS)の患者の治療中止をめぐる訴訟や、渡航自殺に伴う家族の与が自殺幫助に当たるかどうかをめぐる訴訟があり、また治療拒否の事前指示を作成することを可能にした2005年の意思決定能力法も策定された。これらの新しい動きにより、終末期医療をめぐる状況はより複雑になっていると言える。(児玉聡)

アメリカ・オレゴン州尊厳死法：実施状況を分析すると、服毒自殺者が高学歴で比較的豊かな非ヒスパニック系白人に集中していることが確認される。また、医師幫助自殺合法化の動きに対しては反対論も根強く、アメリカにおける動向を考える場合、治療停止論の動きに注目すべき。(香川知晶)

ドイツ：近年、臨死介助と患者の事前指示をめぐる立法および重要判例がいくつか出されている。2009年に事前医療指示が法制化されると、「すべり坂」ともいえる重要な動きが相次いだ。そこで、事前医療指示につきまとう困難を補完する仕組み、患者の意思決定をサポートする仕組みが検討された。(甲斐克則・松田純)

フランス：治療を拒否・中止する権利が患者にある。患者に意識がない場合は、医療チームと家族が合議制の手続きを経て決定する。医師は、過度の延命治療をしてはならない。さらに、患者には、最期まで緩和ケアと寄り添いを受ける権利がある。ただし、積極的安楽死と自殺幫助は認められていない。(小出泰士)

尊厳死法：日本で尊厳死法が合法化された場合、その処置がマニュアル化、ルーティン化していく可能性は高い。(品川哲彦)

事前指示：事前指示書には「道徳的権限」の問題や「先立つ自律」の有効性の問題がある(久保田顕二)

以上、各国の法制度等を“批判的に”検討した結果、法制化は万能薬ではなく、重大な問題を惹起する可能性もあること、それゆえ法制化するにあたっては、以下に掲げる論点を十分に議論し、問題がある場合にはその解決策を模索する必要があるとの帰結を導きだした。①事前指示書の有効性、②指摘されている問題と現実との乖離、③

「すべり坂」の危険性と安楽死等の“非医療化”、④補完システムの必要性あるいは両立性の検討である。

したがって、終末期における意思決定プロセスの確立には、現在ヨーロッパで議論の中心になっているように、医師の免責システムの構築のみならず、終末期にある患者の権利の実質的保障も必須であることが、そして今後目指すべき方向性(ガイドライン)として、「患者の権利」という視点から、「死の質の高さ」を探求することの必要性が明らかとなった。

なお、第24回日本生命倫理学会大会(立命館大学)、第25回日本生命倫理学会大会(東京大学)において、シンポジウム(「終末期医療への提言——ベネルクス3国の安楽死法の比較検討から」、「治療の差し控え中止・緩和ケアと安楽死——死の質の良さを求めて」)を企画し、成果を公表した。また、理想第692号(2014年3月刊)において、特集『終末期医療の意思決定』を組み、成果を発表した。また、生命倫理研究資料集VI(2012)、VII(2013)、VIII(2014)を公刊し、逐次成果を公表した。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文](計21件)

- ① 盛永審一郎：ベネルクス3国における安楽死法の比較研究(2)，理想，692号，2-17，査読なし，2014.
- ② 甲斐克則：オランダの安楽死の現状と課題，理想，692号，18-29，査読なし，2014.，査読なし，2014.
- ③ 本田まり：ベルギーにおける終末期医療に関する法的状況，理想，692号，30-41，査読なし，2014.
- ④ 小林真紀：ルクセンブルク法における安楽死および自殺幫助—2009年安楽死法の成立とその適用に関する検討から，理想，692号，42-51，査読なし，2014.
- ⑤ 児玉聡・田中美徳：英国における終末期医療の議論と課題，理想，692号，52-65，査読なし，2014.
- ⑥ 香川知晶：オレゴン州尊厳死法をめぐる一—米国における「死ぬ権利」法制化の動き—，理想，692号，66-77，査読なし，2014.
- ⑦ 松田純：事前医療指示の法制化は患者の自律に役立つか？——ドイツや米国などの経験から，理想，692号，78-96，査読なし，2014.
- ⑧ 小出泰士：フランスの終末期における治療の差し控え・中止、緩和ケア、安楽死，理想，692号，97-110，査読なし，2014.
- ⑨ 品川哲彦：尊厳死という概念のあいまいさ，理想，692号，111-122，査読なし，2014.
- ⑩ 飯田亘之：安楽死合法化とすべり坂の問

題, 理想, 692 号, 123-135, 査読なし, 2014.

- ⑪ 秋葉悦子: ヒポクラテスの医の倫理の現代化に向けた人格主義生命倫理学の取り組み, 臨床倫理, 第2巻, 38-45, 査読あり, 2014.
- ⑫ 浅見昇吾: ドイツの SAPV の現状と課題, 生命倫理研究資料集VIII. 1-7, 査読あり, 2014.
- ⑬ 久保田顕二: 事前指示書と「先立つ自律」, 生命倫理研究資料集VIII. 8-29, 査読あり, 2014.
- ⑭ 小出泰士: フランスにおける終末期医療の思想, 生命倫理研究資料集VIII. 47-58, 査読あり, 2014.
- ⑮ 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, 査読なし, 85-116, 2013.
- ⑯ 加藤尚武: 先端技術と生命倫理, 月刊保団連, 24号, 4-10, 査読なし, 2013
- ⑰ 品川哲彦: ノモスとピュシスの再考——ケアの倫理による社会契約論批判法の理論法の理論32巻3-25, 査読なし, 2013
- ⑱ 盛永審一郎: ベネルクス3国における安楽死法の比較研究(1), 理想, 691号, 160-172, 査読なし, 2013.
- ⑲ 甲斐克則: 終末期医療と臨床倫理, ICUとCCU, 査読あり, Vol. 36, No. 9, 651-8, 2012.
- ⑳ 本田まり: フランス生命倫理法改正, 年報医事法学, 27号, 213-218, 査読なし, 2012.
- ㉑ 甲斐克則: イギリスにおける小児の終末期医療をめぐる法と倫理, 比較法学, 45巻1号, 査読なし, 1-28, 2011.

[学会発表] (計16件)

- ① 浅見昇吾: 食べることと柔らかな尊厳概念, コミュニケーション障害学会, 2013年7月20日, 上智大学.
- ② 甲斐克則: ドイツにおける臨死介助, 第25回日本生命倫理学会, 東京大学, 2013年11月30日.
- ③ 香川知晶: 治療停止・安楽死に関するアメリカの状況, 第25回日本生命倫理学会, 東京大学, 2013年11月30日.
- ④ 加藤尚武: 哲学者から見た看取り, 医療事故・紛争対応研究会第7回カンファレンス, 横浜パシフィコ, 2013年2月23日
- ⑤ 加藤尚武: 予防と臨床, 第25回日本生命倫理学会, 東京大学, 2013年12月1日.
- ⑥ 小出泰士: フランスにおける安楽死問題, 第25回日本生命倫理学会, 東京大学, 2013年11月30日.
- ⑦ 児玉聡: 英国における終末期医療の議論と問題点, 第25回日本生命倫理学会, 東京大学, 2013年11月30日
- ⑧ 松田純: 終末期医療と倫理——事前指示と尊厳死法, 日本社会薬学会北海道支部平成

25年度総会, 札幌コンベンションセンター, 2013年5月19日.

- ⑨ 甲斐克則: オランダにおける安楽死等審査法の運用と課題, 第24回日本生命倫理学会, 立命館大学, 2012年10月27日.
- ⑩ 小出泰士: フランスの終末期医療の思想, 京都生命倫理研究会, 京都大学, 2012年12月22日
- ⑪ 小林真紀: 死の質の良さ—ベネルクス3国の安楽死法の比較検討, 第24回日本生命倫理学会大会, 立命館大学, 2012年10月27日.
- ⑫ 品川哲彦: ケアと正義, 第14回 Handai Metaphysica, 大阪大学, 2012年2月2日.
- ⑬ 本田まり: ベルギーの安楽死法に関する評価および近時の動向, 第24回日本生命倫理学会大会, 立命館大学, 2012年10月27日.
- ⑭ 飯田亘之: 安楽死合法化のもたらすもの, 第24回日本生命倫理学会大会, 立命館大学, 2012年10月27日.
- ⑮ 甲斐克則: 認知症をめぐる終末期医療と法, 第23回日本生命倫理学会, 早稲田大学, 2011年10月16日.
- ⑯ 松田純: 終末期の医療をめぐる～尊厳死・安楽死・事前指示～, 放送大学静岡学習センター特別シンポジウム, グランシップ(静岡), 2011年11月19日.

[図書] (計13件)

- ① 秋葉悦子: 人格主義生命倫理学, 創文社, 178, 2014.
- ② 甲斐克則: アルビン・エーザー『「侵害原理」と法益論における被害者の役割』(編訳) 信山社, 192, 2014.
- ③ 松田純・天野ゆかり・青田安史・宮下修一他, こんなときどうする? 在宅医療と介護ケースで学ぶ倫理と法, 南山堂, 144, 2014.
- ④ 浅見昇吾編: 死ぬ意味と生きる意味—難病の現場から見る終末期医療と命のあり方, 上智大学出版, 348, 2013.
- ⑤ 浅見昇吾・盛永審一郎編: 教養としての応用倫理学, 丸善出版, 224, 2013.
- ⑥ 甲斐克則: 医事法講座第3巻 終末期医療と医事法, 信山社, 311, 2013.
- ⑦ 香川知晶・小松美彦「生命倫理を超えて——『生権力の歴史』をめぐる対話」, 信山社, 319, 2013.
- ⑧ 丸祐一・小野谷加奈恵・飯田亘之訳: 死の質 エンド・オブ・ライフケア世界ランキング, 東信堂, 75, 2013.
- ⑨ 甲斐克則・谷田憲俊編: シリーズ生命倫理学第5巻 安楽死・尊厳死, 丸善出版, 270, 2012.
- ⑩ 甲斐克則: 医事法講座第3巻 医療事故と医事法, 信山社, 323, 2012.
- ⑪ 香川知晶・樫則章編: シリーズ生命倫理

- 学, 第2巻 生命倫理の基本概念, 丸善出版, 251, 2012.
- ⑫ 菅沼信彦・盛永審一郎編: シリーズ生命倫理学, 第6巻 生殖医療, 丸善出版, 268, 2012.
- ⑬ 盛永審一郎・松島哲久編: 医学生のための生命倫理, 丸善出版, 255, 2012.

[その他]

ホームページ等

<http://www.las.u-toyama.ac.jp/Philo/index-J.html>

6. 研究組織

(1)研究代表者

盛永 審一郎 (MORINAGA SHINICHIRO)
富山大学・大学院医学薬学研究部・教授
研究者番号: 30099767

(2)研究分担者

加藤 尚武 (KATOU HISATAKE)
人間総合科学大学・人間科学部・客員教授
研究者番号: 10011305

秋葉 悦子 (AKIBA ETSUKO)
富山大学・経済学部・教授
研究者番号: 20262488

浅見 昇吾 (ASAMI SHYOGO)
上智大学・外国語学部・教授
研究者番号: 10384158

甲斐 克則 (KAI KATUNORI)
早稲田大学・法科大学院・教授
研究者番号: 80233641

香川 知晶 (KAGAWA CHIAKI)
山梨大学大学院医学工学総合研究部・教授
研究者番号: 70224342

忽那 敬三 (KUTSUNA KEIZO)
千葉大学・文学部・教授
研究者番号: 70192028

久保田 顕二 (KUBOTA KENJI)
小樽商科大学・商学部・教授
研究者番号: 50261392

蔵田 伸雄 (KURATA NOBUO)
北海道大学・大学院文学研究科・教授
研究者番号: 50303714

小出 泰士 (KOIDE YASUSI)
芝浦工業大学・工学部・教授
研究者番号: 30407225

児玉 聡 (KODAMA SATOSHI)
京都大学・大学院文学研究科・准教授
研究者番号: 80372366

小林 真紀 (KOBAYASHI MAKI)
愛知大学・法学部・教授
研究者番号: 60350930

品川 哲彦 (SHINAGAWA TETSUHIKO)
関西大学・文学部・教授
研究者番号: 90226134

本田 まり (HONDA MARI)
芝浦工業大学・工学部・准教授

研究者番号: 60384161

松田 純 (MATSUDA JUN)
静岡大学・人文社会科学部・教授
研究者番号: 30125679

(3)研究協力者

飯田 亘之 (IIDA NOBUYUKI)
千葉大学・文学部・名誉教授
研究者番号: 90009663

水野 俊誠 (MIZUNO TOSINARI)
医師/慶応大学講師
研究者番号: 50422275