

笹川記念保健協力財団 研究助成
助成番号：2018A-002

(西暦) 2019 年 1 月 28 日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団
会長 喜 多 悦 子 殿

2018 年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成

研 究 報 告 書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題

日本の安楽死、治療中止、緩和ケアに関する現状と課題の分析—世界の安楽死の動向との比較を通して—

所属機関・職名 日本医師会総合政策研究機構 主任研究員

氏名 田中 美穂

1. 研究の目的・方法

オランダやベルギー、米オレゴン州が安楽死・医師自殺幇助法を施行しておよそ 20 年。これまで倫理学・法学・社会学等さまざまな分野で議論が展開され、実証的なデータも蓄積されてきた。

本研究の目的は、1) 日本における終末期医療の問題、特に安楽死、生命維持治療の差し控え・中止、人生の終末期における緩和ケアに関する議論を詳細に分析して現状と法政策的・倫理的課題を整理すること、そのうえで、2) 日本の現状をオランダやベルギーが安楽死を法制化して以降の世界の安楽死の動向と比較することである。

本研究の方法は、主に系統的な文献調査によって、日本における安楽死、生命維持治療の中止、終末期の持続的な深い鎮静といった緩和ケアに関する議論を分析して現状と課題を洗い出す。そのうえで、オランダ・ベルギー以降の世界の安楽死の動向との比較法的考察を試みる。

2. 研究の実施経過

安楽死に関する倫理的議論を整理するため、医療倫理に関する議論を提供するさまざまなインターネットサイトや新聞記事、書籍、論文、報告書等を抽出し精査した。そのうえで、米国国立医学図書館内の国立生物科学情報センターが作成しているデータベース PubMed を使って文献を抽出した(2018 年 7 月 24 日最終検索)。これらの英語文献および Hand Search によって抽出した文献を分析した(詳細は研究成果)。

研究報告時の具体的な研究成果は以下の通りである。

① CAPE レポート

世界の安楽死・治療中止に関する法律概観 <http://www.cape.bun.kyoto-u.ac.jp/wp-content/uploads/2018/05/34346740c880a4b7c77b16f46518c83e.pdf>, 台湾・韓国の法律 <http://www.cape.bun.kyoto-u.ac.jp/wp-content/uploads/2018/05/cc176617b0905231564bca58e1756ffb.pdf>

共同研究者が所属する京都大学大学院文学研究科 応用哲学・倫理学教育研究センター(CAPE)のホームページ上に、安楽死とは何か、主な国・地域で使われている「医師自殺幇助」を指す言葉、安楽死および治療中止に関する法律を制定している国や地域がどこか、安楽死および治療中止に関する法律の例、日本における安楽死・治療中止をめぐる状況などをまとめ公表した。また、台湾の「安寧緩和医療法」および「患者自主権利法」のポイント、韓国のホスピス・緩和医療および終末期患者の延命医療の決定に関する法律のポイントを明記した。

② 米国のオピオイド禍と日本への教訓(<https://synodos.jp/international/21894>)

日本ではあまり報道されていない、米国内のオピオイドの過剰摂取問題を取り上げ、研究者やジャーナリストらが論考を公表している「シノドス」(<https://synodos.jp/>, <https://synodos.jp/about>)に投稿した。

③ 朝日新聞 WEBRONZA「こどもホスピスを知ろう」

(<https://webronza.asahi.com/politics/articles/2018100400004.html>)

日本でも、こどもの緩和ケアが少しずつ広がっている。しかし、市民に十分に理解され提供体制が整えられているとは言えない。一方、世界的に見ても最高水準にある英国では、各地に緩和ケアを提供するこどもホスピスが作られ、こどもとその家族を中心に、こどもの緩和ケア専門チーム、病院の小児科医・専門医や看護師、地域の GP（家庭医）・小児科医や子ども専門の訪問看護師、こどもホスピス、地方自治体の社会福祉サービス、学校、慈善団体などが連携し、こどもとその家族を支援する体制が整えられている。本稿では、主にイングランドの制度や取り組みを概観し、日本が学べることは何かを考えた。

④ 「安楽死を巡る主な論拠の提示とその応答の整理—近年の倫理的課題調査から—」

京都生命倫理研究会 12 月例会にて本研究の概要をテーマとする標記の研究発表を行い、議論を行った。

⑤ カナダ・豪ビクトリア州の安楽死法の紹介

カナダ連邦や豪ビクトリア州の積極的安楽死と医師等自殺補助を容認する法律には、猶予期間を置くといったセーフガードや監視・評価制度を作り透明性の確保策を講じるといった共通点も見られる。このような国や地域はほんの一部だが、自国で禁じられた安楽死を求めて外国へ渡る事案も確認されている。日本において国は、諸外国の動きを注視し、その法制度や制度の運用状況を正確に把握する必要があると考え、本稿を査読誌である「医療事故・紛争対応研究会誌」(No.12)に採用された (2018; 12: 39-46.)。

3. 研究成果

本研究成果は査読誌への投稿を検討しており、論文公表前に本報告書にて引用文献を網羅して掲載することを差し控えることをご了解いただきたくお願い申し上げます。

■ 安楽死議論の動向

まず、安楽死に関する近年の倫理的議論の動向を探るため、PubMed で(“euthanasia” OR “aid in dying” OR “physician assisted suicide”) AND “debate” AND (“ethics” OR “ethical”) という検索用語を用いて、5 年以内・英語・人間を対象とした研究というフィルターをかけて 50 件を抽出した(2018 年 7 月 24 日検索)。抽出した文献のアブストラクトはすべて読み関連のない 1 文献を除外し、ハンドサーチ文献 23 件を加え、計 72 件を分析した。

安楽死賛否に関する従来の議論の重要な論点に対し、近年、どのような応答が行われているか、①実証的論点と②哲学的論点にわけて検討した。以下が従来の議論の重要な論点である。

従来の議論の重要な論点^{1, 2, 3}

¹ 伊藤潔志「安楽死」酒井明夫他編『新版増補 生命倫理事典』太陽出版. 2010 年.

² Hope T, Savulescu J, Hendrick J. *Medical Ethics and Law: The Core Curriculum 2nd Edition*. Churchill Livingstone. 2008.

³ 生命倫理百科事典「自殺」「死ぬ権利」丸善. 2007 年.

主な安楽死反対論

- ・「滑りやすい坂」拡大適用され乱用につながる
- ・自己決定権は制限しうる
- ・「死ぬ権利」を認めれば「死なせる義務」が生じる
- ・殺すことは道徳的に不正
- ・医師の役割や義務の否定につながる
- ・緩和ケアが発展した現在、安楽死は必要ない

主な安楽死賛成論

- ・自己決定権(IC)からの原則に基づき安楽死を容認
- ・「死ぬ権利」自分の命は自分のもの
- ・最善の緩和ケアを受けても耐え難い苦痛が避けられず、苦痛による害悪が生き続ける利益を上回る
- ・安楽死の禁止によって不公平が生じる

本稿では、主な安楽死反対論で用いられてきた「滑りやすい坂」と、緩和ケアをめぐる安楽死賛否論「緩和ケアが発展した現在、安楽死は必要ない」「最善の緩和ケアを受けても避けられない苦痛がある」について検討した。

・ 安楽死反対論「滑りやすい坂」

滑りやすい坂とは、「ある事柄(A)は、それ自体は望ましいものであるか、少なくとも道徳的に不正とは言えない。しかし、A を認めると道徳的に不正なこと(B)まで認めざるを得なくなる。ゆえに A を認めることはできない」という論法で⁴、安楽死に関して用いられる議論の一つである。つまり、安楽死を法制化すれば、本来は法が対象としない社会的弱者に安楽死を強いることになりかねないため、ゆえに安楽死は容認できないということである。

① 実証的論点

滑りやすい坂が起きているリスクがあるとの応答として、オランダやベルギーにおいて患者からの明確な要請のない安楽死が行われているという指摘があった^{5, 6, 7}。これらは国の年次報告書および全国規模の調査結果によるデータを報告したものである。オランダでは1990年に0.8%、1995年に0.7%、2010年0.2%、2015年に0.3%であった。ベルギーでは、1998年に3.2%だったのが、2013年には1.7%となった。いずれも減少傾向にはある。

また、安楽死が過少申告されているとの指摘もあった^{8, 9}。ベルギーの研究は¹⁰、死亡診断書による申告数は質問紙調査結果の16.2%(2013年)であることを示した。

⁴ 児玉聡「第1章 倫理学の基礎」赤林朗編『改訂版 入門・医療倫理 I』勁草書房、2017年2月。

⁵ van der Heide A, van Delden JJM, Onwuteaka-Philipsen BD. End-of-Life Decisions in the Netherlands over 25 Years. *N Engl J Med*. 2017; 377(5): 492-494.

⁶ Rhee JY, Callaghan KA, Allen P, Stahl A, Brown MT, Tsoi A, McInerney G, Dumitru AG. A Medical Student Perspective on Physician-Assisted Suicide. *Chest*. 2017; 152(3): 475-477.

⁷ Cohen-Almagor R. First do no harm: intentionally shortening lives of patients without their explicit request in Belgium. *J Med Ethics*. 2015; 41(8): 625-629.

⁸ ADF International. Euthanasia – a new lifestyle choice? 8 March 2017.

⁹ Jones DA. 14 Euthanasia and Assisted Suicide in Belgium: Bringing an End to Interminable Discussion. In Jones DA, Gastmans C, Mackellar C. *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium*. Cambridge University Press. 2017.

¹⁰ Cohen J, Dierickx S, Penders YWH, Deliens L, Chambaere K. How accurately is euthanasia reported on death certificates in a country with legal euthanasia: a population-based study. *Eur J Epidemiol*. 2018; 33(7): 689-693.

一方、リスクがあるとは言えないという応答として、貧困・低学歴・無保険者・緩和ケアにアクセスできないといった指標を検討した結果、いずれもリスクが高まっているとは言えないという見解があった¹¹。米国オレゴン州の 20 年にわたるデータによれば、男女比はほぼ同じで、白人が 95%以上、高校未満の人は 6%未満であり、9 割近くがホスピスに登録、無保険者は 1%程度であった¹²。

② 哲学的論点

滑りやすい坂が起きているリスクがあるとの応答として、安楽死を法制化した国・していない国から共通して、乱用や誤用に対するセーフガードが不十分である^{13, 14}、外圧によらない選択かどうか評価が難しい¹⁵、許容要件が不適切に拡大する恐れがある^{16, 17}、といった見解が見られた。これらは将来起こりうる危険性を警告したものであった⁹。

一方、リスクがあるとは言えないという応答として、濫用されうる裁量を根拠とする議論は安楽死には適用できないとの指摘があった¹⁸。予想される数の人々が誤って殺されることが、予想される数の人たちが誤って生かされることよりも大きな害をもたらすだろうということを示せない、ということである。

・ 緩和ケア

安楽死反対論「緩和ケアが発展した現在、安楽死は必要ない」

① 実証的論点

緩和ケアがあるため安楽死が必要ないという応答として、持続的な深い鎮静という手段が難治性の痛みや症状に対応可能である^{19, 20}、緩和的鎮静は死期が近い患者の死を早めない^{21, 22}、といった見解があった。緩和的鎮静が提供されるのは死の直前であり、ベルギーでは

¹¹ Hedberg K, New C. Oregon's Death With Dignity Act: 20 Years of Experience to Inform the Debate. *Ann Intern Med*. 2017; 167(8): 579-583.

¹² Oregon Health Authority. Oregon Death with Dignity Act 2017 Data Summary. 9 February 2018. <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year20.pdf>

¹³ Cuman G, Gastmans C. Minors and euthanasia: a systematic review of argument-based ethics literature. *Eur J Pediatr*. 2017; 176(7): 837-847.

¹⁴ Terkamo-Moisio A, Kvist T, Laitila T, Kangasniemi M, Ryyänen OP, Pietilä AM. The Traditional Model Does Not Explain Attitudes Toward Euthanasia: A Web-Based Survey of the General Public in Finland. *Omega (Westport)*. 2017; 75(3): 266-283.

¹⁵ Gather J, Vollmann J. Physician-assisted suicide of patients with dementia. A medical ethical analysis with a special focus on patient autonomy. *Int J Law Psychiatry*. 2013; 36(5-6): 444-453.

¹⁶ MacKellar C. 13 Some Possible Consequences Arising from the Normalisation of Euthanasia in Belgium. In Jones DA, Gastmans C, Mackellar C. *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium*. Cambridge University Press. 2017.

¹⁷ Raijmakers NJ, van der Heide A, Kouwenhoven PS, van Thiel GJ, van Delden JJ, Rietjens JA. Assistance in dying for older people without a serious medical condition who have a wish to die: a national cross-sectional survey. *J Med Ethics*. 2015; 41(2): 145-150.

¹⁸ ファインバーグ J「第 15 章 『死ぬ権利』への見込みの薄いアプローチ」嶋津格、飯田亘之編集・監訳『倫理学と法学の架け橋 ファインバーグ論文選』東信堂. 2018 年.

¹⁹ 田中美穂、児玉聡「第七章 積極的安楽死は是か非か」『終の選択 終末期医療を考える』勁草書房. 2017 年.

²⁰ Daher M. Ethical issues in the geriatric patient with advanced cancer 'living to the end'. *Ann Oncol*. 2013; 24(Suppl 7): vii55-58.

²¹ ten Have H, Welie JV. Palliative sedation versus euthanasia: an ethical assessment. *J Pain Symptom Manage*. 2014; 47(1): 123-136.

²² 森田達也. 苦痛緩和のための鎮静と安楽死のグレーゾーン—国際的な議論、再び、緩和ケア. 2015; 25(6): 504-512.

平均で死の 2.5 日前、メタ・アナリシスでは 1 日から 3.5 日前であった。日本の研究では、緩和的鎮静の有無で生存期間に有意差は見られないとの結果が報告された²³。

② 哲学的論点

緩和ケアがあるため安楽死が必要ないという応答として、安楽死は緩和ケアでもその一部でもなく緩和ケア提供施設における死の介助は問題である²⁴、適切な緩和ケアが提供されれば安楽死の必要性はない²⁰、との見解があった。

これに対し、従来の議論でも「最善の緩和ケアでも避けられない苦痛がある」との指摘があった。

安楽死賛成論「最善の緩和ケアを受けても避けられない苦痛がある」

① 実証的論点

最善の緩和ケアでも避けることのできない苦痛があるとの応答として、緩和ケアを用いても全ての痛みや症状を緩和できない²⁵、緩和的鎮静にも様々な課題がある、といった見解が見られた。具体的には、治療しがたい極度の苦痛は一割ほど存在するというオランダの指摘もある²⁶。また、緩和的鎮静の課題として、患者からインフォームド・コンセントを得たのかどうか不透明²⁷、実態がよくわからない、といった臨床上の不確かさが挙げられた。

② 哲学的論点

最善の緩和ケアでも避けることのできない苦痛があるとの応答として、苦痛緩和は最も重要な医師の義務である、安楽死ではなく鎮静による無意識を望む必要があるのかどうか²⁸、といった見解が見られた。また、緩和的鎮静の課題として、普遍的に合意された定義がない²⁹、多様な用語が用いられる³⁰、患者の意識を死ぬまで減じたりなくしたりすることは重大な害である、といった指摘がなされた。

■ 日本の終末期医療の議論

次に、日本における終末期医療の議論の動向を探るため、総合文献データベース CiNii で、

- ①「終末期医療」AND「倫理」AND「日本」、②「安楽死」AND「倫理」AND「日本」、③「緩和ケア」AND「終末期」AND「倫理」AND「日本」の検索用語を用いて文献を抽出

²³ Maeda I, Morita T, Yamaguchi T, Inoue S, Ikenaga M, Matsumoto Y, Sekine R, Yamaguchi T, Hirohashi T, Tajima T, Tatara R, Watanabe H, Otani H, Takigawa C, Matsuda Y, Nagaoka H, Mori M, Tei Y, Kikuchi A, Baba M, Kinoshita H. Effect of continuous deep sedation on survival in patients with advanced cancer (J-Proval): a propensity score-weighted analysis of a prospective cohort study. *Lancet Oncol*. 2016; 17(1): 115-122.

²⁴ Lars Johan Materstvedt. Palliative care ethics: The problems of combining palliation and assisted dying. *Progress in Palliative Care*. 2013; 21(3): 158-164.

²⁵ Goligher EC, Ely EW, Sulmasy DP, Bakker J, Raphael J, Volandes AE, Patel BM, Payne K, Hosie A, Churchill L, White DB, Downar J. Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the ICU: A Dialogue on Core Ethical Issues. *Crit Care Med*. 2017; 45(2): 149-155.

²⁶ 盛永審一郎「4 ベネルクス 3 国の安楽死法—比較と課題」『安楽死法: ベネルクス 3 国の比較と資料』東信堂. 2016 年.

²⁷ Catto G, Finlay IG. Assisted death: a basic right or a threat to the principal purpose of medicine? *J R Coll Physicians Edinb*. 2014; 44(2): 134-138.

²⁸ Varelius J. Physician-assisted dying and two senses of an incurable condition. *J Med Ethics*. 2016; 42(9): 601-604.

²⁹ Keown J. Chapter 7 'Palliative Sedation', Ethics and the Law: An Overview of the 'Sanctity of Life', 'Best Interests' and 'Autonomy'. In Taboada P. *Sedation at the End-of-life: An Interdisciplinary Approach*. Springer. 2015.

³⁰ 例えば、持続的鎮静、深い鎮静、臨終期の難治性苦痛に対する鎮静、全薬理学的鎮静、鎮静が誘発する睡眠、終末期鎮静、緩和的鎮静、制御された鎮静、死に至るターミナル鎮静などである。

した。さらに、医学系文献データベース医中誌で、「終末期医療」AND（「安楽死」OR「緩和ケア」OR「治療の差し控え」OR「治療中止」）AND「倫理」AND「議論」AND「日本」の検索用語を用いて文献を抽出した。いずれも過去5年の期限を設定した。その結果、29件の文献を抽出した。

日本では、安楽死法制化の是非に関する議論はほとんど見られなかった。これは、東海大医学部付属病院事件の横浜地裁判決（1995年）以降、安楽死は事実上不可能であり議論は治療中止の是非に移ったという刑法学者らの見方と一致する^{31, 32}。その一方、生命維持治療の差し控え・中止に関する倫理的・法政策的な論点について議論が展開された。

倫理的論点

① 臨死期の人工栄養・水分補給の是非

終末期における人工栄養・水分補給の是非をめぐっては、さまざまな倫理的課題が指摘された。具体的には、不開始・中止は同等とされるが臨床において心理的抵抗感が異なること³³、人工栄養・水分補給の導入に際しては本人意思の確認と家族や医療従事者・医療・ケアチーム等関係者間で話し合い³⁴、共通理解をしたうえで課題解決を図る必要があること³⁵、こうした話し合いは医療機関の間で差があること³⁶、などが示された。

② 患者の自律的な決定

主な安楽死賛成論で用いられる患者の自律的な決定の重視については、疑問が呈された。人が死にゆく過程において重要なのは、自律よりもむしろ、死にゆく人と看取る人が苦悩を共にすることとする指摘があった³⁷。死による苦悩を安楽死や治療中止によって回避することを「権利」とすることで、これに対応する「義務」を他者に追わせることになるという。

また、日本では、医療選択について患者が意向を表明する試みは限られたものであり³⁸、事前に終末期医療の医師の完成させない背景要因として加齢に伴う思いを記述する機会の減少や書字機能の低下の影響がある³⁹、との指摘もあった。患者の自己決定に影響を与える要因について、例えば、社会的圧力・医学的情報の不足・個人よりも家族や集団を重視しあいまいさや他律・協調性を重視する文化・臨床現場では家族の意向が考慮されることが多い、

³¹ 町野朔. 「東海大学安楽死判決」覚書. ジュリスト. 1995; (1072): 106-115.

³² 辰井聡子. 20 安楽死. 別冊ジュリスト 刑法判例百選Ⅰ総論 第7版. 2014; (220): 42-43.

³³ 小野沢滋. 【あなたも名医!在宅「看取り」 最期を支える!多死社会に備える!】 (4章)倫理的問題 死が近づいたときの栄養をどう考えるか. *jmed mook*. 2015; (39): 135-139.

³⁴ 後藤田卓志, 草野央, 山田暢夫, 橋本正治, 森安史典. 高齢者における経皮内視鏡的胃瘻造設術 (PEG) の検討. 日本消化器内視鏡学会雑誌. 2014; 56(3): 484-489.

³⁵ 小西徹夫, 児玉佳之, 長岡康裕, 吉田晴恒. 減圧目的の経皮内視鏡的胃瘻造設術により QOL 改善を認めた終末期膵がんの1例. *Palliat Care Res*. 2014; 9(2): 501-505.

³⁶ 渡邊千春. 終末期がん患者への輸液療法に対する看護の実態調査(第1報)看護師の観察・アセスメントに焦点を当てて. 新潟医学会雑誌. 2015; 129(3): 113-123.

³⁷ 寿台順誠. 自律から共苦へ: 日本における「安楽死・尊厳死」裁判の再検討. 生命倫理. 2014; 24(1): 116-125.

³⁸ 有田健一. 終末期の医療選択と倫理的諸問題. 日呼ケアリハ学誌. 2014; 24(2): 167-174.

³⁹ 島田千穂, 中里和弘, 荒井和子, 会田薫子, 清水哲郎, 鶴若麻理, 石崎達郎, 高橋龍太郎. 終末期医療に関する事前の希望伝達の実態とその背景. 日老医誌. 2015; 52(1): 79-85.

といった要因に配慮する必要性が示された⁴⁰。

③ 「滑りやすい坂」

前述の安楽死議論において展開された「滑りやすい坂」の懸念が、治療中止に関して見られた⁴¹。これは、日本で 2012 年に超党派の国会議員連盟によって公表されたいわゆる「尊厳死」法案がなぜ国会提出されないのか、という問いに答えようとしたものである。つまり、本来は法が対象としない社会的弱者の治療中止につながりかねない、という指摘であった。

法政策的論点

① 終末期の治療方針の決定に関する関連法の必要性

前述の横浜地裁判決で治療中止や積極的安楽死の許容要件が示されたものの、下級審の参考意見に過ぎないため、現場に立つ医師はどの程度まで地裁の判断に従っていいのか困惑する⁴¹、法による裏付けがない以上、救命を本分とするものが不作為を選択することには後ろめたさが残るため、治療中止について法律で明確に規定するよう求める機運が高まっている、との見解があった。これは、日本では生命維持治療に関する自己決定権の行使に法的な裏付けがなく、「尊厳死」の定義や遂行の条件等を定めた法律は未整備なため、医療者が法的責任を問われる可能性があるという指摘と類似している⁴⁰。また、意思決定を要する高齢者の 7 割が終末期に自分で意思決定できないことを鑑みると事前指示や意思伝達がどのような場合に有効か、法的・制度的基準が必要という指摘があった⁴²。人生の終末期にどのような治療を受けたいか、受けたくないかといった治療方針を明確にしておくリビング・ウィルを法制化するべきとの見解もみられた⁴³。超党派の国会議員連盟が 2012 年に公表されたいわゆる「尊厳死」法案については、いくつかの問題点があるものの、国会の場での開かれた議論の必要性が指摘された⁴⁴。

一方、これまでの事案を分析すると、本人や家族の同意がない場合を除いて、捜査当局が医師の治療中止行為に対して殺人罪の適用を行わないという姿勢を示しているように思われ、暗黙の社会的合意点を認めるべきかもしれない、との指摘もあった⁴⁵。このような見解は、法学者の見解や職能団体の報告書等にも示されていた^{46, 47}。

② 緩和ケアを充実させる必要性

昨今、がん以外の疾患においても緩和ケアを提供することが重要であるということが知

⁴⁰ 藤倉恵美, 大内雄太, 宮崎真理子, 伊藤貞嘉. 患者本人が決断した維持血液透析の見合わせについて, 「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」を運用するうえでの課題. 日本透析医学会雑誌. 2015; 48(12): 705-712.

⁴¹ 古牧徳生. なぜやはり安楽死なのか. 名寄市立大学紀要. 2018; 12: 23-61.

⁴² 牧信行, 小杉一江, 永嶋智香, 中村美鈴. 終末期の延命治療に対する代理意思決定: 高齢者の認識と課題. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2016; 39(3): 150-156.

⁴³ 金森修. 招請講演 死・臨死を巡るアメリカ生命倫理学の歴史 (日本麻酔科学会第 61 回学術集会講演特集号). 麻酔. 2014; 63(増刊): S119-128.

⁴⁴ 田中美穂, 児玉聡. 川崎協同病院事件判決・決定に関する評釈の論点整理. 生命倫理. 2016; 26(1): 107-114.

⁴⁵ 村上陽一郎. 尊厳死・安楽死・PAD. 人文科学研究: キリスト教と文化: Christianity and culture. 2015; (46): 149-167.

⁴⁶ 樋口範雄. 終末期医療と法. 医療と社会. 2015; 25(1): 21-34.

⁴⁷ 日本医師会 生命倫理懇談会. 第 XV 次生命倫理懇談会 答申 超高齢社会と終末期医療. 2017 年 11 月. pp. 8-9. http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20171206_1.pdf

られている。しかし、緩和ケアに関する診療加算の算定は、2018 年 4 月から末期心不全も対象となったものの⁴⁸、がんや後天性免疫不全症候群(AIDS)が中心であるとする行政面の課題を指摘する見解があった⁴⁹。また、すべてのがん診療連携拠点病院で専門的な緩和ケアを十分に提供する体制が確保されているとはいいがたいという現状が指摘された。拠点病院以外での緩和ケアを充実させること、AYA（思春期・若年成人）世代の緩和ケア提供体制の整備、医療用麻薬に関する正しい知識の普及啓発の必要性についても言及された。

■ 世界の安楽死議論と日本の終末期医療の比較から

日本における議論を発展させるためには、主に次の 2 点が重要である。

一つは、終末期医療に関する体系的なデータ蓄積の必要性である。日本では、終末期医療、特に治療差し控え・中止に関する全国的な実態調査は行われておらず、具体的なデータはない。治療中止に関する法制度がないため、全国的なデータを収集し公表することは難しいものと考えられる。一方、諸外国では、法的に積極的安楽死や医師等自殺幫助を実施することに対して透明性を確保するため、公的機関によるデータの公開を行っている。治療中止や緩和的鎮静についても実態を明らかにしている国もあった。

もう一つは、諸外国の安楽死議論を吟味する必要性である。文献調査からは、近年は日本において安楽死に関する議論があまり見られなかった。だからといって他の国で起きていることと他人事でもいられないと考える。緩和ケアを受けても取り切れない痛みや苦痛があるという指摘にどう応答するのか、よく検討する必要があるからだ。また、すでに外国人の医師等自殺幫助も受け入れているスイスにおいて、自殺幫助支援団体を通して日本人が死亡したことが明らかになっているからだ⁵⁰。このような自殺幫助支援団体には日本人の会員も複数いる。日本国内では医師に限らず自殺を幫助した者は違法だが、スイス国内で発生した事案については渡航を手助けした人が刑事訴追されるのかどうか不明瞭である。このような点も含め、すでに安楽死を法制化した国や地域のみならず、日本のように安楽死が違法な国においてどのような議論がなされているのかを学び、十分に議論する必要があるのではないか。

4. 今後の課題

日本における終末期医療の問題、特に安楽死・生命維持治療の差し控え・中止、緩和ケアに関する議論については、論文検索のみでは把握しきれなかった可能性がある。というのも、昨今、一般的に話題になるのは、著名人の著書や文芸誌への投稿記事、新聞やテレビニュース、SNS による発信などが目立つためである。近年は終末期医療が社会的・法的に問題にされた事件や事案があまりなく、研究者の間で活発な議論が行われているとはいいがたい

⁴⁸ 厚生労働省. 平成 30 年度診療報酬改定について 平成 30 年厚生労働省告示第 43 号.

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000196287.pdf>

⁴⁹ 志真泰夫, 恒藤暁, 細川豊史, 宮下光令, 山崎章郎編『ホスピス緩和ケア白書 2018 がん対策基本法—これまでの 10 年 これからの 10 年』青海社. 東京. 2018 年.

⁵⁰ DIGNITAS. Statistics.

http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=32&Itemid=72&lang=en

状況でもある。今後は、データベースを使った新聞記事調査等も行い、より現実を反映した調査を行う必要があると考える。

さらに、これらの文献調査を踏まえて、終末期医療・安楽死・緩和ケア等に関する一般の意識調査を行うことも必要である。

5. 研究の公表予定

本研究に基づき、前述の実施経過に示したもののほかに、以下の口頭発表3件、論文発表1件等を予定している。

① The Current State of End-of-Life Care Policies in Japan

共同研究者である京都大学准教授・児玉聡氏が研究代表者を務める科研費研究で、台湾・台北市で開かれるワークショップ”Roundtable on Ethical Issues in End-of-Life Care”(2019年2月15日)において英語での研究発表を行う予定である。

② An Analysis of Euthanasia Statistics in Various Countries

The 3rd International Conference on End-of-Life Law, Ethics, Policy, and Practice (ICEL3, <https://icel3.org/>)という終末期医療に関する国際学会(2019年3月7-9日、ベルギー・ゲント)に応募した抄録が採択され、英語による口頭発表予定である。

③ 日本の終末期医療関連政策について

英国グラスゴー大学において、2019年3月28-29日、日英看取りプロジェクト(ESRC-AHRC UK-Japan SSH Connections grants)キックオフミーティングが開催され、本ミーティングにおいて英語による研究発表を行う予定。

④ Forgoing Life-Sustaining Treatment – A Comparative Analysis of Regulations in Korea, Taiwan, Japan, and England

標記のテーマで日本、韓国、台湾、英国の研究者らと執筆し、BMC Medical Ethics (<https://bmcmethics.biomedcentral.com/>) に投稿する予定である。現在、論文を書き上げ英文校正に出した後、共著者と細部について議論しているところである。

⑤ 世界の終末期医療関連法ファクトブック

標記のテーマで2019年度中を目途に、助成申請者の所属機関である日本医師会総合政策研究機構のワーキングペーパー (<http://www.jmari.med.or.jp/research/working/index-0.html>) を作成し公表する予定である。