

ヨーロッパにおける ELD の現状調査から見えてくるもの

盛永審一郎

ELD とは、End-of-Life Decisions の頭文字である。「生を終える決断」とでもいうことか。患者が死にいたるまえに、医師が患者の死を決断することである。

この ELD は 3 つに分けられる。

- ・生を維持する可能性がある治療、たとえば、人工換気、栄養チューブ、血液透析、心肺蘇生を差し控えたり、停止する決断。
- ・苦痛や他の症状を緩和する決断、たとえば、オピオイド、ベンゾジアセピン、バルビツール酸塩などを多量に投与する決定。その結果副作用として死を十分に早めることが確実ないし、想定される。
- ・安楽死、あるいは医師による自殺幫助を遂行する決断、すなわち患者の明白な願いで致死薬を投与、処方、供給する決断。

通常、上から「延命治療の停止」、「緩和医療（死）」、「安楽死」とよばれ、区分されているものである。いずれも、「生かすための術を学んできた」医師が、患者が死に至ることを何らかの程度において予見しうる行為を決断することである。しかし、それぞれの決断に対して、それが伴う死の予見の度合いに応じて、異なった価値評価が与えられている。

したがって、終末期医療の現場において、どのくらい、いかように、生を終える決断が医療者によってなされているのかを調査することは、終末期医療の改善のために必要な基礎的作業といえる。ところがこの調査の正確性を期すことは難しい。それは、現状の法制度では認められていない行為を誰かが為している場合、その人がみずから進んでその行為を申告するかどうかはきわめて疑問だからである。そこで、安楽死法を定めたオランダやベルギーなどのヨーロッパでは、この調査がどのように行われているのかを調べ、その調査の結果から見えてくるものを考察する。

I. 調査の方法

調査の方法には二通りある。一つは、面接法であり、もう一つは死亡診断書に基づく研究である。

下記の表は、これらの調査結果を比較したものである。比較すると、大差はないが、死亡診断書に基づく研究の方が、若干数値が高いということがわかる。それは、この方法の方が、医師の匿名性を担保することができるからであろう。

オランダにおける聞き取り調査と死亡診断書研究 (The Lancet, Vol.361, 2003より)

	1990(128 824)	1995(135 675)	2001(140 377)
面接調査			
安楽死、自殺補助を要求する数	25100(23400-27000)	34500(31800-37100)	34700(32200-37100)
時を決めて安楽死、自殺補助を要求する数	8900(8200-9700)	9700(8800-10600)	9700(8800-10500)
生を終える決断			
安楽死	1.9%(1.6-2.2)	2.3%(1.9-2.7)	2.2%(1.8-2.5)
医師による自殺補助	0.3%(0.2-0.4)	0.4%(0.2-0.5)	0.1%(0.0-0.2)
患者の明白な要求なしに生を終えること		0.7%(0.5-0.8)	0.6%(0.4-0.9)
死亡診断書スタディ			
安楽死	1.7%(1.4-2.1)	2.4%(2.1-2.6)	2.6%(2.3-2.8)
医師による自殺補助	0.2%(0.1-0.3)	0.2%(0.1-0.3)	0.2%(0.1-0.3)
患者の明白な要求なしに生を終えること	0.8%(0.6-1.1)	0.7%(0.5-0.9)	0.7%(0.5-0.9)
生を短くする結果を伴う症状の緩和	18.8%(17.9-19.9)	19.1%(18.1-20.1)	20.1%(19.1-21.1)
治療をしない決断	17.9%(17.0-18.9)	20.2%(19.1-21.3)	20.2%(19.1-21.3)
総計	39.4%(38.1-40.7)	42.6%(41.3-43.9)	43.8%(42.6-45.0)

オランダやベルギーの「終末期の意思決定」について調査報告書を出しているグループのデリエンス・ブリュッセル大学公衆衛生学教授は、死亡診断書から対象となる死をサンプリングし、それを書いた医師に、質問紙を送付し、集められたデータを解析することにより、終末期医療の改善を目指そうと試みている。最初に、データの信憑性を確保するために、デリエンスらは、医師たちが誠実に現状を話せるように匿名性を担保することができる仕組みを作った。それは、弁護士を介在させることにより、警察も干渉することのできない、法的に匿名性が守られたシステムである。教授はつぎのように語った。「私のリサーチの目的は、治療の改善の可能性をつくること。それに関して議論されない限り、その手順の改善もない。以前には医師たちは語ろうとしなかった。」

核となる質問は次のようである。

(a) あなたは治療を差し控えたり、取りやめましたか

- ・このことが患者の死を早めるという可能性、あるいは確実性に気づきながら、それとも
- ・患者の死を早めるという明らかな意図を持って?

(b) あなたは苦痛の緩和を強めましたか (いわゆる緩和医療死のことである。)

- ・このことが患者の死を早めるという可能性、あるいは確実性に気づきながら、それとも
- ・少しは患者の死を早めるという明確な意図を持って?

(c) 死は、明白に意図しての薬の投与、供給、処方の結果だったか (いわゆる安楽死のことで、これには直接的と間接的がある。)

これらの問いを核として、患者の年齢、性別、死因、死の場所 (病院、それとも家等)、機関

の決断か、個人の決断か、相談は誰としたか、などの項目が調査されている。

これらの項目について、オランダやベルギーで、それぞれ5年ごとの経緯について調査したもの、あるいはヨーロッパの6カ国での調査の比較を試みたものが報告されている。この場合、6カ国とはベルギー、デンマーク、イタリア、オランダ、スウェーデン、スイスである。そのうち4カ国の比較を例示する。

欧州4カ国における医師による生を終える決断(The Lancet, Vol.361, 2003より抜粋)

	ベルギー	イタリア	オランダ	スイス
死の総数	55793	22368	140397	44036
回答率	59%	44%	75%	67%
スタディケース	2950	2604	5384	3355
突然死、あるいは 予測不可能な死	34(以下%)	29	33	32
非-突然死、 生を終える決断を しないこと	27	48	23	17
生を終える決断の総数	38	23	44	51
医師が死の援助	1.82	0.1	3.40	1.04
安楽死	0.30	0.04	2.59	0.27
医師の自殺幫助	0.01	0.00	0.21	0.36
患者の明白な意思なし	1.50	0.06	0.60	0.42
生の短縮を伴う恐れ のある苦痛緩和 治療をしない決定	22 15	19 4	20 20	22 28

また医師の決断は、その際、誰と為されたかに関する6カ国の調査結果は以下のものである。

資料 患者や親族との相談

The Lancet, Vol.361, 2003

	ベルギー	デンマーク	イタリー	オランダ	スウェーデン	スイス
ケーススタディの 数	1351	1355	814	2763	1327	1704
患者や親族と相談 判断能力あり	23	22	9	35	15	32
患者と	67	58	42	92	38	78
かつての意思表示	8	13	3	2	5	5
患者の親族 相談せず	71 20	52 34	42 52	81 5	36 53	72 13
判断能力がない	66	58	59	48	64	58
患者と	15	8	6	19	6	16
かつての意思表示	13	16	7	15	8	18
患者の親族 相談せず	77 20	52 46	39 58	85 12	39 58	69 29
能力のあるなし不明	12	20	32	16	21	10
他のケア仲間						
他の医師	43	18	18	43	18	37
看護スタッフ	57	38	12	36	30	50
相談せず	16	34	44	24	46	20
不明	7	20	32	14	18	8

これらの表から何が読み取れるだろうか。

1) イタリアとオランダでは、終末期に対する考えに根本的相違がみられる。(カトリックと自由主義という文化の相違がその原因か。) 安楽死、治療をしない決定では、オランダの方がはるかに数値が高い。一方緩和医療における死のパーセンテージはほぼ同じである。

2) 決断は誰と相談して行われるかという問いでは、オランダでは患者本人と相談するという数値が断然高いのに、イタリア、スウェーデンでは、「相談せず」が半数あり、他国より多いという結果が出ている。

以下、安楽死、延命治療の中止、セデーション等の問題を個別に考察する。

II. 安楽死

オランダ安楽死の数の推移

	1990	1995	2001	2002	2003	2005
死者の総数	128,800	135,700				136,000
総数 (MDELS)	48,700	55,100				
安楽死の申し出の件数	8,900	9,700	9,700			
安楽死のケース	2,300	3,200	3,500	1,882	1,815	2,325 (1,790)
医師による自殺補助	400	400	300	184		(143)
明確な願いなしに	1,000	900	900			(550)
苦痛緩和療法(aps)	22,500	23,000				
治療の中止、放棄(NTD)	22,500	27,500				

オランダ政府および、Van der Wal G. らの資料を基に作成。2005年の数値は、Centraal Bureau voor de Statistiekに基づく。()内は、2006年5月に安楽死委員会から報せられた数値。参照: www.toestingscommissies euthanasie.nl

2002年4月、オランダは世界で最初に安楽死法を施行した。東海大学付属病院事件横浜地裁判決で示された四要件※の他に、オランダの法律ではさらに、第三者の医師による確認と文書による判断が必要である。その上、届け出が義務づけられ、それを評価委員会が審査し承認して、はじめてそれは法律上許容された安楽死となるのである。ベルギーは同年9月に、世界で二番目に安楽死法を施行した。オランダと異なり、心理的苦痛に対しても安楽死を許容することから、この法は世界でもっともラディカルなものといわれる。

オランダやベルギーが安楽死法を制定した背景として、これらの国は個人主義で自律を重視する風土であるとか、ホームドクター（家庭医）制が根付いていて、医師と患者の間に信頼関係があるなどがあげられている。事実、オランダでは安楽死の70%は家庭医の手で行われている。しかし信頼関係があるなら、法は不必要ではなかったのか。

オランダには旅券の他に、もう一つパスポートがあるという。安楽死を希望する意思表示としての「死へのパスポート」だ。もちろん、安楽死を求めない人はそれを拒否する「意思カード」

(たとえばカトリック協会発行)を所持している。というのは、法律制定以前には、医師が暗黙裏に「患者の意思」を推測して安楽死を行う場合もあったからである。それはオランダでは年に約900件あり、その理由は「医学的治療の見込みがない」(67%)、「改善する見込みがない」(44%)、「家族がたえられない」(38%)、「生の状況がきわめて厳しい(生の質が恐ろしく低い)」(36%)という医師の判断により、行われたものだった。

※①死期が切迫している、不可避である②耐え難い激しい肉体的苦痛がある③苦痛を除くための方法を尽くし、他に代替手段がない④患者の現実の同意。

Ⅲ. 人工呼吸器の取り外し

射水市民病院の事件では「人工呼吸器の取り外し」がしばしば「安楽死」と報道された。延命治療の停止と安楽死、この二つは果たして異なるのだろうか。また「癌末期の患者には人工呼吸器を装着しない。しかし、一度装着した呼吸器は外さない」という指針が作られたりしているが、「装着しないこと」と「取り外し」にどのような違いがあるのだろうか。

通常は、「治療をしないこと」は「死なせること」であり、「安楽死」は患者を「殺すこと」とあるとされる。死にいたらせる行為があったかどうかという「作為-不作為」論に基づくと、両者は倫理的・法的に異なる。だから「一度装着した呼吸器は外さない」とされる。この場合、「取り外し」は安楽死と質的に同じ行為で、ただ程度の差と考えられている。それに対し、「取り外し」は過剰な治療をやめて自然の状態に戻すことで、「装着しないこと」と同じことだと考えれば、安楽死とは異なる。結局、基準は「装着していること」が治療として過剰(無益)なものであるかどうかということになるが、この判断が難しい。

ベルギーのデリエンス教授らの調査によると、オランダでは治療の中止あるいは差し控えによる死者数は年に二万七千人を超え、死者の総数の20%にもなるという(ベルギー15%、スイス28%)。ロンドン大学医療倫理学のドイアル名誉教授は、「医師が治療を無益と判断し、人工呼吸器の継続が患者の利益よりも害をなすためにそれを外す場合、これは法的には合法である」と主張する。またデリエンス教授は、「延命治療の停止と安楽死は全く違う」とし、その理由は「通常の医療行為においては患者の利益にならない治療はできないから」であり、「医療における不法な実験を禁じるための処置でもある」と指摘する。

一方、老人ホームの医師でもあるオランダのユトレヒト大学デルデン教授(医療倫理学)は、いくつかの「死なせること」のケースは、安楽死のケースと等価であるとし、人工栄養を与えないことをみずから決断した患者の例を挙げて、「法的に言うと、私が親族に説明し、それが受け入れられ、自然な死因が認められるなら、だれもそれを疑問に感じることはない。モラルの観点からいえば、私はよいことをしたと考えるが、それでも依然として私にとっては、これは誰かを殺すことと等価のように感じられた」と言う。そして、「判断をする医師とは何者なのか」と自

問いて、「無益性はオランダにおいて医師たちに非常に大きな決定の余地を与えているのであり、私はこれを問題視している」と語った。

またドイツのビルンバッハー教授（哲学）は、逆に治療を中止しない場合においてもグレーな場合があると指摘する。「多くの医師は積極的に治療を終わらせることに対して問題を感じる。だから呼吸器のレベルが低いと患者が死ぬだろうとわかりながら、人工呼吸器のレベルを低いままにしておくことなどを選ぶ。これは医師にとって気が楽である。なぜなら、彼は患者の死の積極的な原因を作ったのではないと考えるからだ」と。

このグレーとされる行為をいかに道徳的に価値判断したらよいか。その手がかりとなるのが、乳児における延命治療の停止に関する調査資料の結果である。

フランダース地方における乳児の生を終える決断

THE LANCET Vol.365,2005より

乳児の数 (%; 95% CI)				
	死の総数 (n=253)	年齢 < 7 日 (n=117)	年齢 ≥ 7 日 (n=77)	
生を終える決断がない (No ELD)	51 (20%; 14.0-27.2)	26 (22%)	25 (33%)	0.134
生を終える決断 (ELD)	143 (57%; 48.9-64.0)	91 (78%)	52 (68%)	
治療しない決断	86 (34%; 26.4-41.9)	59 (51%)	27 (35%)	0.039
非装着	32 (13%; 7.7-18.9)	23 (20%)	9 (12%)	0.169
取り外し	54 (21%; 15.1-28.6)	36 (31%)	18 (23%)	0.326
苦痛、症状の緩和	40 (16%; 10.5-22.5)	17 (14%)	23 (30%)	0.012
致死薬の投与	17 (7%; 3.5-11.7)	15 (13%)	2 (3%)	0.018

乳児の場合は、「非装着」や「取り外し」という治療をしない決断が、成人の終末期における場合と較べてはるかに高い数値(34%)を示している。致死薬の投与すら7%もある。乳児期にはまだ自我が確立していないのだから、当然本人の意思表示はない。このように死期が目前にあり、しかもその生が苦痛でしかない場合、医師はどのように考えて「治療をしない」決断をするのだろうか。

下に挙げた表から分かることは、医師が乳児から装置を外す場合は、生を短縮することを明白に意図して外している場合が多い(78%)ということである。だから、「延命装置の停止」は、この場合アクティブに死をもたらす行為であり、安楽死と等価といえる。一方、薬の投与や、差し控える場合は、死を必ずしも明確に意図して行うのではないということがわかる。結局、安楽死か否かを区別するのは、行為の種類ではなくて、患者の生を短縮する明白な意図のあるなしであり、延命装置の取り外しの場合、その意図が強いと言うことである。

医師たちによる 生を短縮する意図	薬の使用 (n=57)		
	差し控え (n=32)	取り外し(n=54)	
意図なし	11 (34%)	5 (9%)	29 (51%)
意図もある Co-intention ^a	8 (25%)	7 (13%)	11 (19%)
明白な意図 Explicit intention	13 (41%)	42 (78%)	17 (30%)
P ^b	0.379	<0.0001	0.0001

医師たちは 患者の生を短縮する意図を持っていなかった、あるいは目的は苦痛を緩和することだった。この場合、薬の使用は苦痛の緩和と定義し、あるいは服用に際し生を短くする結果を潜在的にもったオピオイドとする。(n=40)。医師たちが明白に生を短縮する意図を持っていたときは、処方された致死的な薬として薬の使用を定める(n=17)。
 a 生の短縮は医師たちの主要な目的ではなかった。
 b χ^2 test: 生を終える決定の与えられたカテゴリーのケースに対する残りのケースの間の分布における相違の有意性。おのおのの比較における総数は143である。

IV. セデーション (鎮静)

次のような荒唐無稽な問いがある。「もしこれからあなたの体を痛めつけながら殺すという、あなたは恐怖を感じるだろう。それなら、あなたの意識を消してから、あなたの体を痛めつけるでしょう」と誰かが言う、あなたは安心するだろうか。

オランダでは、安楽死法制定以前において届け出た安楽死のケースは年に 3500 件ほどだった。そしてこれとほぼ同数が闇で行われていると推測されていた。なぜなら法制定以前は、安楽死は有罪だったからだ。だから法制定すればこれら闇のケースも届け出ると想定された。ところが、法制定以降は 1800 件ほどに減り、2005 年は 1933 件だった。理由の一つとして、安楽死法を制定したことで人々の関心が逆に苦痛を緩和し QOL (生活の質) を高める緩和医療に向けられたことが挙げられている。事実オランダではホスピスの設立が相次いだ。しかしそれだけではない。実は、安楽死に取り代わり、ターミナル・セデーション (Continuous Deep Sedation=CDS) ※が導入されたのである。最近の調査では、オランダでは 52%の医師がこの手法を実施したことがあると答えている。このセデーションに対しては、「ソフトな安楽死」とか、「偽装された安楽死」という批判がある。

ヨーロッパの六ヶ国におけるCDSの頻度

J.of.Pain and Symptom Management, Vol.31,2006

	ベルギー		デンマーク		イタリー		オランダ ^a		スウェーデン		スイス	
回答率(%)	59		62		44		75		61		67	
調査対象の死の総数	2950		2939		2604		5384		3248		3355	
CDS with ANH	120	5.0 (4.2 - 6.1)	24	0.9 (0.5 - 1.3)	191	5.5 (4.7 - 6.5)	89	2.0 (1.6 - 2.6)	52	1.4 (1.0 - 1.8)	64	1.9 (1.5 - 2.4)
CDS without ANH ^b (A)	118	3.2 (2.6 - 3.0)	62	1.6 (1.3 - 2.2)	123	3.0 (2.4 - 3.6)	247	3.7 (3.2 - 4.2)	74	1.8 (1.4 - 2.3)	96	2.9 (2.3 - 3.5)
CDSの総計(B)	238	8.2 (7.1 - 9.4)	86	2.5 (2.0 - 3.2)	314	8.5 (7.5 - 9.6)	336	5.7 (5.0 - 6.4)	126	3.2 (2.6 - 3.9)	160	4.8 (4.1 - 5.5)
割合 A/B	0.39		0.64		0.35		0.64		0.56		0.60	

CDSの頻度、対象となった死の総数に対するCDSのパーセント、()の中は95%の信頼区間。

^aオランダのデータはディープセデーションだけ。

^b CDS without ANH (栄養チューブ)は、栄養チューブを抜き去ることと装着しないことの両方を含む。

ベルギーの L・デリエンス教授は警告する。「これはグレーゾーンに入っている。生を終えることと苦痛のケアの間のグレーゾーンだ。ターミナル・セデーションはもちろん苦痛の軽減のための方法だ。しかし、結果としていく人かの医師は患者の命を縮める意図があったと言っている。しかし法的には、医師に対して何もすることはできない。なぜならそれは治療だからだ。セデーションは、医師にとって心理的に安楽死よりも容易に選びうる道である。安楽死は最初から最後までコントロールされていて、委員会へのレポートもある。セデーションをする方が心理的に楽なのだ」。さらに、セデーションの際に人工呼吸器が外されたり、栄養を与えることをやめたり、両方が同時に行われることもある (CDS without ANH: オランダでは 247 件。上記表参照) という。これではセデーションは安楽死と等価と考えられる。それではセデーションは誰の利益のためになされるのかというと、イギリスの L・ドイアル教授は、「患者は意識を回復することはない。では、誰のために？ そう、医師のためだ。これによって医師は、我々は患者を殺すのではないかのように感じ、信じる事が出来るようにするのだ」、と言う。安楽死に否定的な態度をとっているイタリアでも、CDS の割合は高い数値 (8.5%) が出ている。しかも、オランダよりも高い数値である。

病魔がむしばむ肉体的苦痛、それに加えて死を前にしての不安。患者の心はとにかく一瞬でもこの苦痛や不安で一杯の生から解放されればと願う。遠いギリシャの時代の詩にも謳われているように、人間は病や死を克服する道を探し求めてきた。しかし、近代医学をもってしても死の前では人間はなすすべがない。残念ながら医師は神であるのではなく、ギリシャの医神ヒポクラテスの中にも記されているように、神の助力者にすぎない。医療者は終末期にひとり取り残されている患者といかに関わったらよいのだろうか。

※死に近づいた患者はしばしば呼吸困難、動揺、苦痛、不安の兆候を示す。鎮痛や緩和の薬剤が効果をもたない場合、代替として患者の意識をなくすこととしての鎮静が用いられる。

V. プロフェッションとしての医師の態度

10 年前に来日した現代ホスピスの生みの親 S. ソンダースさんは、柳田邦男さんとの対談番組 (NHK) で、「安楽死法を一度認めると歯止めがきかなくなる」と言った。なぜなら、このような法律が存在することは、弱い人間たちにとって「自分は死を求めた方がよいのでは」と精神的に負担を感じさせることになるからだ。そもそもソンダースさんに言わせると、「死を望むなどということはあってはならない」ことなのだ。たとえ苦痛が激しいときでも、あらゆる知恵が用いられて緩和ケアが適切に行われていれば、あり得ないことというのだ。

日本医師会の「医師の職業倫理指針 (平成 16 年制定)」においても、緩和医療と積極的に取り組む方針が出されている。また、ドイツ医師会も、ナチス時代に「安楽死」の名の下に 7 万人の精神病患者や障害者が組織的に殺されるに至った反省から、緩和医療を積極的に押し進めている。ドイツ医師会の「医師の死の看取りのための原則」(2004 年) では「医師の課題は、患者の自己

決定権を尊重し、生命を維持し、健康を保持し、苦悩を和らげ、死にゆく人が死に至るまで付き添うことである」とある。日本医師会の指針でも「患者をあたたく看取るという気持ちが大切であることを忘れてはならない」とある。

確かに、大切なことは家族に看取られながら「誰もが平和のうちに一生を終えること」であろう。しかし一方、充実した医療体制や保障制度が確立していない現状においては死を望まざるを得ない厳しい現実が存在するというのも事実であろう。現に各国で調査すると、安楽死を望む人の数値はオランダ 85%、ドイツ 70%と高い（日本はなぜか 9%と低い）。

乳児に対する生を終える決断に関する医師の態度調査表から答えが見えてくるかもしれない。それは、乳児の場合「医師の仕事には、場合によっては死を早めることで、不必要な苦痛を避けることもある」と 79%の医師が考え、93%が「治療の継続は必ずしも子どものためにならない」とし、88%が「生の質を考慮すべきだ」としている事実である。

新生児における生を終える決断に対する医師の態度（総数 121）

	賛成	中立	反対
医師の仕事			
倫理的観点から、新生児の生を終える手助けをする医師は悪い	6(5%)	15(13%)	99(83%)
新生児の生を終えることに貢献することは医師の仕事ではない。	14(12%)	19(16%)	87(73%)
医師の仕事は、場合によっては死を早めることで不必要な苦痛を避けることもある。	95(79%)	17(14%)	9(7%)
医師の行動			
新生児の生を終えるいかなる形にも参加したくない。	10(8%)	18(15%)	93(77%)
あるケースでは、新生児をもう治療しない覚悟がある。	111(92%)	4(3%)	6(5%)
あるケースでは、致死薬を用いて新生児の終末期の苦痛を短縮する覚悟がある。	82(68%)	19(16%)	19(16%)
専門職的、公的コントロール			
あるケースの場合生を終えることを可能にするような法が採用されるべきだ。	69(58%)	27(23%)	24(20%)
新生児の生を終えることを助ける同僚を専門職の機関に訴えるだろう。	2(2%)	10(8%)	109(90%)
生を終える決断のための理由			
あるケースの場合、重大な障害を持った新生児に供給されたケアは望ましくない。	80(58%)	21(18%)	18(15%)
治療の継続は、必ずしも子どもの利害にならない。	112(93%)	5(4%)	3(3%)
予想される生の質を考慮することが決断の際に考慮されるべきだ。	106(88%)	11(9%)	3(3%)
両親の願いは治療するかしないかを決める際に考慮しなければならない。	112(93%)	8(7%)	1(1%)

THE LANCET Vol.365,2005

この事実は、成人の終末期にも当てはまるのではないだろうか。だから、ドイツ医師会の「医師の死の看取りへの原則」(2004)においては次のように書かれている。不幸にも死を宣告された患者で延命治療を望まない場合、患者の意思に添い、生を維持したり、引き延ばすことはせず、緩和医療的ケアを行う。これは医師の観点では、治療を中断することではなくて、治療目標を変更することである、と。かくして患者は集中治療から緩和治療へ切り替えられるのである。しかしこの治療目標の変更を用いれば、治療の中止や緩和医療だけではなくて、セデーション、さらには積極的安楽死も肯定されることに繋がらないのだろうか。

歯止めはないのだろうか。「生を終える決断」という暗中模索の状況の中で、手すりとなるのが「疑わしい場合には生のために」という命題である。D・ビルンバッハー教授は言う。「生とは、一回的で、しかも不可逆的であり、間違いを決して修正することができないからである。だから、

間違いを予め避けることがより合理的だということなのだ」と。まさにこの言葉こそ時代のシボレット（生きるか死ぬかの合い言葉）ではないだろうか。

主要な参考文献

Luc Deliens et al.: End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study, *Lancet* 2003;361:345-350.,: Medical end-of-life decisions in neonates and infants in Flanders, *Lancet* 2005;365:1315-20.,: Continuous Deep Sedation: Physicians' Experiences in Six European Countries, *Journal of Pain and Symptom Management*, 2006;31:122-129., :Drugs Used to Alleviate Symptoms with Life Shortening as a Possible Side Effect: End- of-Life Care in Six European Countries, *Journal of Pain and Symptom Management* 2006;31:111-121.,: European public acceptance of euthanasia: Socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries, *Social Science Medicine* 2006;63: 743-756

Judith A C Rietjens et al.:Physician Reports of Terminal Sedation without Hydration or Nutrition for Patients Nearing Death in the Netherlands, *Annals of Internal Medicine*, 2004;141,178-85.

J.J.M.Delden et al.: Do-not-resuscitate decisions in six European countries, *Crit Care Med* 2006; 34:1686-1690.,: *Medicine based Ethics*, Universiteit Utrecht, 2003,1-30

Len Doyal: Dignity in dying should include the legalization of non-voluntary euthanasia, *Clinical Ethics* 2006, 1, 65-7.,: The Futility of Opposing the Legalisation of Non-voluntary and Voluntary Euthanasia, Sheila A. M.McLean(ed.), *Frist Do No Harm*, Ashgate, 2006,461-78

Dieter Birnbacher, Ethische Kriterien des Behandlungsabbruchs. *Zentralblatt für Chirurgie* 1994, 119, 198-200.,: *Bioethik zwischen Natur und Interesse*, suhrkamp taschenbuch wissenschaft 1772, 2006, 1-395.,: Grenzen der Intensivenmedizin aus ethischer Sicht, (Manuskript)

Astrid M Vrakking et al.:Medical end-of-life decisions made for neonates and infants in the Netherlands, 1995-2001, *Lancet* 2005;365:1329-31