

現代ドイツにおける「安楽死」

住大恭康

目次

- 一、はじめに
- 二、近隣国の動き
 - 二、一、オランダ
 - 二、二、スイス
- 三、ドイツにおける死の介助に関する議論
 - 三、一、一般市民と各界代表者の乖離
 - 三、二、患者の要求と医師の義務
 - 三、三、現場におけるバランス感覚
- 四、歴史的背景
 - 四、一、ナチスと安楽死
 - 四、二、ある医師の戦後
- 五、終わりに

一、はじめに

ドイツにおいては、直接「ヒト」の死に関わる死の介助に関する議論のみならず、人工授精において選択される精子¹、臨床前診断において選別される胚²、保険にに応じて選択される治療法³などさまざまな話題において、「優生学」(“Eugenik”)、「安楽死」(“Euthanasie”)といった言葉が使用される。どの場合にも、生きるべきものと死ぬべきものが分けられる判断基準、または、分けるということそのものが問題となっているといえよう。本稿では、特に安楽死に関してドイツにおいてどのように議論されているかをまとめることとする⁴。

二、近隣国の動き

二、一、オランダ

二〇〇〇年十一月二八日、オランダ議会の下院では、患者の明確な要請があるなどの要件を満たした場合に、安楽死を完全に合法とする法案が可決され、二〇〇一年四月一〇日、上院において安楽死合法化法案が賛成多数で可決された。これによって医師たちが法的に追求されることなく患者の死を介助することができることとなる。

法律の発効以降、オランダにおける医師は、患者の死を介助した場合にも役所に知らせる必要がなくなり、それにかわって検査コミッション(法律家、医師、倫理学者)が規則を守っているかを確認することとなった。その確認においては、以下の要件が満たされていれば合法であると判断される。患者が助かる見込みがなく、その苦悩が

途方もなく耐えられないものであり、医師によりすべての医療の可能性が説明され、患者自らが充分に熟慮した上で自由意志により死を望み、それらを別の医師が確認している、という要件である。患者が一七歳以上でなければ親の同意が必要である。

この法制化以前、二人の息子の死後うつ病にかかっていたという精神的な病気の女性に対して医師が死を介助したが、無罪となっており（一九九四年）、また、重度の病気を持つ乳児を積極的に殺してもよいという判決も出されている（一九九五年）。一九九八年には生きること嫌気がさしていた八六才の元政治家が医師から薬を受け取ったが、その医師は無罪とされており、その時オランダの新聞（De Volkskrant 紙）は、耐えられないほどに苦しんでいる人と、人生を清算したいという人の境界が狭くなっていることを伝えている。それ以外にも、アムステルダム医師が二〇〇一年二月二日に五〇〇〇グルデンの罰金刑に処されるという事件があったが、「自然死」と記載したための文書偽造の罪であって、フェノバービタルを過剰投与して患者を死なせたという罪ではなかった。オランダでは、罰せられない犯罪は罪に問われないという「寛容の原則」があるといわれているが、すでに医師による死の介助は罰せられるものではなくなっていた。匿名のアンケート調査によって、患者の死を介助したオランダの医師の約半数が、一九九三年以来定められている報告義務を守っていないことが確認されており、また、法制化以前には、死因に疑いをもつ検死官が弁護士を呼び調査するという制度もあったものの、現実には、報告され、裁かれる死の介助は少なかったようである。そのような現実に対応するように、いわばなし崩し的に、死の介助は法によって罪でもなくなった。死の介助協会員になっているオランダ保険相ボースト（Els Borst）が、患者の死を介助する医師が犯罪者のように扱われることをなくし、また、医師と患者の信頼を作りあげるとしているその法は、「自由市民に自由の死」を与えるものとして、オランダ人の九〇％が認めている。

この、医師による死の介助を正当化する法は、オランダ人のすべてに歓迎されているわけではない。司教協議会は、文化の崩壊であり、傾いた社会的な基盤の上で新たな価値がより悪い段階に達した、とし、また、改革派の信徒は、口蹄疫の蔓延を、中絶・安楽死の法制化に対する神の罰としている。オランダで死を望む患者は、三人に一人の割合で医師に望みを聞き入れられると算定されているが、死を介助することを拒否する医師もあり、多くの瀕死の患者は死ぬための注射や薬をもらえないという現実もある。そのため、「以前、医師は死の介助を正当化しなければならなかったが、今後は、死を介助する準備のない医師が追い詰められる」とコメントする精神科医 (Steven Mathijssen) もいる。

死を選んだオランダ人が向かう先は、死を介助してくれる医師のもととは限らない。例えば、医師、福祉コンサルタント、看護師、年金生活者、応用哲学者などが顧問をしている De Einder は、彼らが辿り着く機関の一つである。De Einder では、死の介助に際して、投与した薬の量、患者の最後の言葉、死亡時刻などが書きとめられるが、自殺の動機については記録されない。これまでに介助された人の中で最も若いのは一五歳くらいであるが、特に年齢制限もなく、動機を質問されたり、思いとどまるように説得されたりすることはない。そのような機関では、あまりにも容易に死が介助されるという批判もあるが、顧問は「客」を一人で訪ねるために証人がおらず、また、「寛容の原則」によって見過ごされるため、逮捕されることはないようである。

ところで、オランダで多くの患者が死を望む理由として、待期療法やペインクリニックのレベルが低いために苦痛が充分に和らげられず、また、多くの介護施設が劣悪であるために生きる希望がなくなると指摘されることが多い。福祉予算の皆伐によって、老人や患者が家族などの重荷になっていると感じ、死という結論を出すともいわれている。そのような状況で、四〇〇〇人が積極的な死の介助を受けており、そのうち四人に一人は、生命を絶つこ

とを望むか、あるいは、生命を絶つことに同意するかに関して尋ねられていない。つまり、一〇〇〇人も人の命に関して、適当な生命の質をもっていないという判断が第三者によってなされ、実際にその命が絶たれているのである。

二、二、スイス

スイスにおいても自己決定権に対する敬意が強いため、死の介助に対する反対は弱く、法的にも、利己的な理由には基づいていないという条件で、その介助が認められている。スイスにおいても死を介助する機関があり、そのうちの一つ、Exiは六万人の会員を持ち、毎年一五〇人が介助を受けているとされている。

死の介助を依頼してきた三〇才前の女性が、健康であるにもかかわらず、Exiが実施を引き受けたことに関して、牧師でもあるクリージ (Werner Kriesi) は、「われわれは、彼女が全く生きられないと判断した。彼女は強度のうつ病にかかっていた」と述べている。彼女のうつ病は、ナトリウム・ペントバルビタルを致死量投与するのに充分な理由であると判断されたわけである。ところが、実際に毒物を摂取する前に、彼女が、一九九八年以来バーゼル大学の隔離病棟に入れられ、自殺の危険から守られていたことが確認される。そこで、バーゼル州の医師によって自由の剥奪が命ぜられ、彼女は生き延びることとなる。このような救出劇はまれであり、Exiは精神的に病んでいるほとんどの患者に即効性のある毒薬を渡すことに成功している。

バーゼル大学の法医学者ディットマン (Volker Dittmann) は、精神科を去った直後の二人の患者がExiの手助けで死んだことに疑いを持ち、一九九二年から一九九七年の間にバーゼルでExiが加担して四三人の自殺を調査している。調査によると、死を選択した四人に一人は治療できない病気にかかっていたわけではなく、六人は精神

病患者であった。愛する人が死んだ、親類を失うという恐れがあるなどを理由とする五人がExitに介助されており、また、ガンによる痛みを理由とする患者からは腫瘍が見つからなかったことも報告されている。死の介助までに要する時間に関しても、四三件の内一〇件では最初のコンタクトから一週間以内に自殺が実行に移されており、さらにそのうち四件は最初のコンタクトから数時間後である。Exitの側は、診断が絶望的で、耐えられない苦痛や、過大な障害がある場合に自由な死が可能となるとしており、「われわれの実務では、死にたいという要求が徹底的に検査されている」とExitの副会長 (Michael Brücker) は述べているが、「この素人の協会は多くの場合に患者にとってラディカルで、しかも単純な解決となっている。精神的、社会的な要因はExitにはなんら障害にならない」とデイトマンは批判している。

また、チューリッヒ大学の精神科医エルンスト (Klaus Ernst) は「組織的な死の介助によって社会内で自殺の環境が変化し、自殺率が上がっている」と述べている。エルンストはまた、「自殺ツアー」の恐れも指摘しているが、三〇人ほどのドイツ人がすでに死の旅行先としてスイスを選んだといわれている。「ドイツでは尊厳のある自由死が禁じられている。そのため、苦しみを終えようとしているものは、電車に飛び込むか、自分を撃ち抜くか、首をつるしかない」とポツダムの弁護士グレーフ (Dieter Graefe) は述べている。また、Dignitasという死の介助団体の事務長は、死の介助を受けられるのがスイス国籍かスイスに住んでいる人に限られるという条件を差別であるとしている。

ところで、多ければ年に一二〇人の死に手を貸しているという一〇人の幫助者を擁するDignitasに属する介助者は、死を介助する際に抵抗できない陶酔があることを告白している。年に五〇件の自殺を手助けしているその介助者は、その陶酔が、危険な中毒性のある陶酔であるため、定期的に専門家の助けを借りて、経験を処理しなければ

ならないと述べている。

三、ドイツにおける死の介助に関する議論

三、一、一般市民と各界代表者の乖離

オランダの法制化を受けて、ドイツの政治家、教会、メディアは団結して拒絶を声明した。ベルリンの法相ドイブラーグメリン (Heta Däubler-Gmelin) は、オランダのような法は、ドイツには決して取り入れないと述べており、また「現代医学の権利と倫理」という委員会の代表であるヒュッペ (Hubert Hüppe) は、連邦政府は安楽死がタブーのまま残り、エスカレートしないようにしなければならないとしている。プロテスタントの司祭フーバー (Wolfgang Huber) は、よりによって受難週に個人の絶対的な生命の権利が疑問視されることになったと憤慨し、司祭協議会長でカトリックの枢機卿レーマン (Karl Lehmann) は、倫理的なダムの崩壊と、乱用への門戸の開放に對して警告している。南ドイツ新聞は、オランダでは死の介助が行われる前に、医師、法律家、倫理的な相談者によって調査が行われるとしているものの、経済的な理由から死の介助が行われたり、尊厳のある死への配慮から、生存する価値が（もはや）ないと誤認された生命が処理されることは阻止できないであろうとしている。連邦医師会会長ホッペ (Jörg-Dietrich Hoppe) もまた、ハーグにおける決定は、「人間的な社会の根底に触れている」と述べている。

このような批判にもかかわらず、六七%のドイツ人（特に旧東独では八〇%）が重病の患者に対する死の介助を認めたオランダの法制化を模倣に値するものとしていることを、アンケート調査が示している。孤独な集中治療室

で、とにかく生き長らえるために管につながれ、痛みの中で死んでゆくということを恐れる人々から、自らの死に関する自己決定権が要求されているのであるが、ドイツでは、患者自らの望みとして明言された要求であっても、死を介助した場合には六ヶ月から五年の刑に処されるという法が存在している。例外となるのは、間接的な(indirekt)死の介助が行われる場合であり、この場合には、副次的に死への道が近くなるとしても、死に行く人の苦しみを和らげるために薬が投与される。積極的、消極的とも異なる受動的な(Passiv)死の介助として、助かる見込みのない患者が治療を拒否するという場合もあるが、いずれの選択に関しても、意識がなくなり、自分の要求を伝えられない場合が考えられることから、自己決定権を行使するためのリビング・ウィル(Patiententestament、Patientenverfügung)が議論に上る。

三、二、患者の要求と医師の義務

ドイツホスピス財団のアンケートによると、ドイツ人の八〇%以上がリビング・ウィルを作成する考えをもっている。また、そのようなリビング・ウィルの作成フォームとして、教会がキリスト教徒のために一〇〇万部を出しており、インターネットにおいても、人工的に栄養補給されたい、人口呼吸したい、生き延びたいといった項目に「はい」か「いいえ」で答えるものも現れている。ボッフム大学の医療倫理センターでは、健康、またはすでに病气である人々の生死に関する考えを評価する組織を作っており、老齢や死、不安や期待、治療を受ける願いに関する患者の意思を明らかにするために、医者への対応をどのように判断するか、親族に何を望むか、治療をやめることを望むか、といった項目を判断材料として提示している。また、医師による治療方法の判断にあたっては、当該の患者が生きる価値をどのように判断しているか、どれほど絶望して苦しんでいるか、真実を知りたがっているかと

いったこととともに、患者の歴史や社会的な地位なども考慮に入れる必要があるとしている。そこで、普段から相談を受け、患者の様子を知っている家庭医のような存在があれば、患者が望むであろう治療法を判断する医師としてより適しているとされている。ところが、細分化された医療システムにおいては、患者が担当医を選ぶことができるとは限らず、緊急を要する場合でなくともその意思が反映されるとは限らない。また、患者にとってよいことは医師が一番知っている、という奢りを持っている医師や、命に対する患者の期待や痛みに関して話すことを避けたり、それ以前に報酬が期待できない患者との会話の時間を割くことをしない医師もいるため、医師にすべてを委ねることを望まない人々にとって、リビング・ウィルへの期待は大きい。

死を選ぶという患者の意思の一方で、医師は患者の生命を保ち、保護することが義務付けられている。健康なときに書かれている患者のリビング・ウィルは、実際に病気になった場合にも同様であるとは限らず、リビング・ウィル自体も具体性にかけているため、個別の処置において具体的に従う指針となることはほとんどないという指摘もある。ボンの麻酔科医ヴァルテンブルク (Hans Christian Wartenburg) は「リビング・ウィルは手引書ではない。健康な人は基本的に死についてほとんど知らず、障害をもつ人生の苦しみを過大視している」と述べ、実際に苦しみの過大視によって死を望む言葉を残しているに過ぎない場合もあることから、結局は、公証的なリビング・ウィルが存在していても、治療にあたる医師に判断が委ねられるとしている。

健康な人による苦痛の過大視を指摘するのは、ヴァルテンブルクだけでない。ホッペは現代の待期療法によって耐えられない苦しみはほとんど避けられるとしており、ボンの待期治療医ナウク (Friedmann Nauck) もまた、「今日では、耐えられない苦痛をもつ人はいない」として、「ダムの崩壊」を招く積極的な死の介助を避けようという立場である。待期治療の看護長ケルン (Marina Kern) は、孤独を恐れる患者には問題を相談する人が重要であり、

「これ以上生きたくない」という患者の気持ちには、「このようには」という限定があるため、助けを求めることができることを知れば、患者は残された時間に喜びを感じると考えている。また、ホスピスの職員シュヴァインホフ (Monika Schweinhof) は、積極的な死の介助は、重病人の状態を固定化することであって、状態をよくするわけではなく、ヒポクラテスの誓いに抵抗するものであるが、尊厳のある死を保障し、患者を保護するために、ホスピス・待期治療の教育を充実させる必要がある、という手紙をシュピーゲルの編集者に宛てている。

その一方で、ドイツにおいてもペインクリニックが不十分なため、オランダに対する批判はできないという見解もあり、オランダにおいて「よい待期治療がないから死の介助があるというのは皮肉に過ぎない」という意見もある (Jens-Ulrich Ruffer)。ケルンでガン患者を扱うリュフアーは、すべての医学とその実施があれば患者が耐えられない苦しみを持たないというわけではないとし、場合によっては、死にたいという患者の望みをまじめに受け入れることを考えなければ、医者として自分の患者と対立することになると述べている。また、患者と医師の関係としては、意思に反して生命を維持されることがないと知ることによって患者の医師に対する信用が増すという意見と、それに対立する、死の介助が許されれば、患者はいつ自分の生命を絶つことになるか解らない医師を信用しなくなるであろうという意見もある。

三、三、現場におけるバランス感覚

iii)で、DER SPIEGEL のインタビューに対するゲッティンゲンの集中治療医ブルハルディ (Hilmar Burchardi) の答えをまとめて紹介する。

集中治療においては、「今何もしなければ患者が死ぬ」という臨床の命題に従うに過ぎない。すべての器官が機

能せず、炎症が再発し、抗生物質を変えて治療を行っているときに、感染が起こるといった場合、治療の意味を自問することがある。そこで検察側が求めるように、とにかく新たな薬品を使って防御的に治療するのは容易であろうが、それでは人間的でない。現在では、苦しむ患者に死をもたらすために毒薬を用いる必要はなく、ペインクリニックを行えばよいのであるが、その場合には、結果的に患者の人生を短くすることを感受しなければならぬ。痛みを和らげるためにモルヒネを大量に投与すれば、心臓や脳への血流が悪くなるという危険があり、人工呼吸を行えば胚に炎症が起こるなど、多くの処置は致命的な副作用をもつことがある。医師はその場その場で患者にとって役立つか、害になるかという紙一重のところではバランスをとる必要がある。また、治療にあたっては、患者の身体だけが問題になるわけではない。孤独な老人が両足を義足にして、完全に他人の世話になるとしたら、その患者の幸せのために残りの人生から開放することに手を貸すかもしれない。しかし、重症の患者の治療をやめるように家族に要求されても、決定を下すのは患者であり、話せないのであればその患者を死なせることはできない。

患者の意思表明は、新しく、また、長期にわたって何度も確認されていることが重要である。しかし、患者の一次的なリビン・グ・ウイルがあっても、常に従うことができるとは限らない。延命処置をとらないで欲しいというメモを持っていても、二・三日の輸血で回復するのであれば、医師は処置をやめないであろう。このように、リビン・グ・ウイルは、ほとんどの場合に十分に具体的なものではなく、それに基づいて処置することは困難である。また、推測される患者の意思というのも基準にはならない。家族や友人に患者の意思が明らかであるとは考えられず、患者の家族は、患者の意思だけではなく、患者を死なせたなどの非難を受けるかもしれない自分のことも考えるものだからである。

四、歴史的背景

自然科学者であればダーウインの著書と結びつける「淘汰 (selection)」という言葉を、ドイツの社会学者はアウシュビッツと結びつける。生物学の言葉は、最も恐るべき罪が犯されたナチスのイデオロギーの構成部分であり、ドイツ史から導き出される義務は、決して二度と犯さない、ということであるため、遺伝子工学や生物工学から手を引くのは当然の答えである。これに関しては、ドイツのインテリ、また、国民の大部分において同意が見られる。このような表現を含むエッセイ「詩人と思想家の国におけるフランケンシュタイン」⁵がシュピーゲルにおいて紹介されているが、遺伝的な重病の治療に役立つ可能性をもつ遺伝子の研究についても議論が避けられるドイツにおいて、政治家、聖職者、メディアがこぞってオランダの積極的死の介助に反対するのも、自然な成り行きであるといえよう。

四、一、ナチスと安楽死

進化論的な考えが受け入れられて後、他の国と同様に、ドイツにおいても遺伝生物学と優生学、遺伝的な健康といった事柄はポピュラーな話題であった。そして、第一次世界大戦に敗北して以降、ドイツの生物学者、優生学者は、価値のない要素が敗北の原因であり、即座に最終的な解決に手をつけなければ、人種の墮落によってドイツがだめになるという意見で多かれ少なかれ一致していた。ナチスにおいて実行に移されたこの最終的な解決とは、遺伝的に重荷を負っている家族を、いたわりの方法で根絶し、ゲルマンの容貌であるものに限って社会的な助けを認

める、という一九〇七年のリーベンフェルス (Jörg Lanz von Liebenfels) の勧めと一致することとなる。

一九三四年に、精神障害を持つもの、遺伝病を持つものの断種が決まり、後には道徳的な犯罪者や同性愛者が含まれることとなって、最終的に四〇万人が断種され、五千人(主に女性)が術後になくなっている。また、一九三九年「帝国局長ボウラー (Philipp Bouhler)、ならびに医学博士ブランド (Karl Brandt) に、その状態を厳密に評価した上で、治療できない病人に対しては、人間的な判断に従って、慈悲の死を認める権限を幾人かの医師に拡大することを委託する」という書面にヒトラーがサインしている。これは次世代ではなく、現世代における、精神病患者・老人・虚弱な人・保養が必要な人、さらには、アルコール中毒者・犯罪者・同性愛者を含めて「生きる価値のない人」として抹殺することで、経済的に苦しい状況において社会福祉の出費を抑えると同時に、医学研究者に対して実験材料を提供することとなる。もちろん、ナチスによって行われた「安楽死」は苦しんでいる人のための慈悲の死ではなく、国家的な目的のために不用と判断される人の絶滅であった。

二〇人の医師を含む二三人の被告が一九四六年にニュルンベルクの医師裁判にかけられ、一九四七年にブランドを含めた七人が絞首刑となりこの世を去った⁶。それ以外、五人の終身刑を含め、九人が長年に渡る自由刑となったが、それ以外に三五〇の医師が人種、または優生の意図をもった犯罪に直接関与していたはずだと、ミツチャーリッヒ (Alexander Mischelich) は述べている⁷。医学的な研究領域の代表者の九〇%がナチス (NSDAP) に属し、三六%が親衛隊 (SS) に属していたとされるが、医師たちの大部分は、戦後その政治的な意味を認めず、遺伝学者や人種の研究者は何もなかったように仕事を続けた。

四、二、ある医師の戦後

二〇〇〇年三月末、八四歳の精神科医ハインリッヒ・グロス (Heinrich Gross) を被告とする九件の子供の「安楽死」に関する裁判が始まった。

グロスはナチス黨員であったが、後にオーストリア社会党 (SPÖ) に加わり、大統領選の後援委員を務め、また、医学的な研究を評価されて、一九六八年に神経系の変成を研究する機関を与えられている。さらに、一九七五年に十字勲章を受けるといふ輝かしい経歴を持ち、裁判所の鑑定医としても勤めていた。ある日、グロスは裁判所から一人の犯罪者の精神鑑定を依頼され、その男に、精神鑑定を受けたことがあるか訊ねたところ思いがけない返事を受け取ることとなる。「学者のくせに記憶が悪いですね。パビリオン一五、一七 (Pavillion 15、17) ですが覚えていませんか。」

パビリオン一五、一七とはシュピーゲルグルント⁸という施設の小児科であるが、そのシュピーゲルグルントでは、成人した精神病患者、「非社会的な」女性、教育が困難な若者、さらに遺伝生物学的に「価値の低い」子孫等を国民の有機的統合体から撲滅するというプロジェクトが進んでいた。そして、パビリオン一五では、重度の障害をもつ子供、介護を必要とする子供、親に捨てられた子供たちが、早期に殺すべき対象として扱われていた。グロスやその同僚による「回復の見込みなし」「継続的に労働不能のまま」という診断はすなわち死の宣告であり、一日に平均二回、ルミナールを混ぜた食事が与えられ、場合によっては直接注射されることとなる。ルミナールを投与されたものの多くが肺炎を起こし、七七二人がシュピーゲルグルントで死に、そのうちの二三八人の死亡証明にグロスがサインしている。そこで死んでいった人々の脳はホルマリン漬けにされ、高い評価を受けたグロスの研究の材料となり、現在もグロスの神経系の変成を研究する機関に残されている。

犯罪者の年齢から考えて、ナチス時代の医師の裁判はこれが最後になるだろうと予測されている。

五、終わりに

現在のドイツにおいて、積極的な死の介助は法的に禁止されているが、現実には倫理的、法的なグレーゾーンで早く容易な死の介助がなされていることをリュフラーは指摘している。フライブルクの法医学者コッホ (Hans-Georg Koch) は、患者の死が仕方のないものであったか、それとも意識的に苦しみの期間が短縮されたかを、実践的には区別できないと述べている。また、患者が死を望む理由となる耐えられない苦しみとは、耐えられない痛みだけではなく、他人に対して重荷になっているという感情の場合もある。親族が代弁する、患者の推定される意思は、親族の不安、罪の意識、単なる遺産の欲しさなどにも左右される。治療にかかる費用もまた問題となり、経済的な理由によって倫理的な境界がずらされる可能性もある。つまり、死の選択は、患者の望みに基づくとは限らず、社会の利害に基づくこともあり、医師や親族によって「生きる価値のない生命」として患者が殺される危険性があるということになる。さらに、保険料が問題となれば、国家的な意思として死の介助が議論の対象となるであろう。ディエラシー (Carl Djerrasi) が述べるように、口を利くことのできない患者の命を奪うのと、胎児を殺すのは同じことであれば、臨床前診断を含めて法の整合性も問題となる。

このように、死の介助実施にあたっての問題だけではなく、過去の歴史もまたドイツにおける死の介助を阻む壁となっている。しかし、現実にはドイツの一般市民の多くが死の介助を積極的にとらえており、「これまで死に関しては政治において幕が引かれていたが、もっと開放的に議論すべき」というトマエ (Dieter Thomae) のような政治

家もいる。特に、延命措置を望まないドイツ人は多く、かつてのブランデンブルク州の社会相であり、四年以上ガ
ンと戦っているヒルデブランド (Regine Hildebrandt) が、連邦政府に対して、積極的な死の介助の厳格な禁止を充
分に検討しなおすように要求していることから、今後ドイツの一般市民と各界の代表者の溝は埋まっていくのか
もしれない。

- 1 自社で行っているのは、アメリカで実施されているような積極的優生学ではない、と述べているのは、デンマークの精子バンク (Cryos International Sperm Bank Ltd.) の創始者 (Ole Schou) であるが、精子の選別に関して DER SPIEGEL があえてその言葉を掲載していることからここにあげた。
- 2 二〇〇〇年、当時の連邦保険相フィッシャー (Barbara Fischer) が胚の遺伝子検査 (PID) に関して「ナチスの優生学」であると述べている。また、PID において腸ガンまでが調べられるということに関して、BBC が「予防かナチスの優生学か」としていることも DER SPIEGEL で伝えられている。
- 3 経済力によって大まかに三段階に分かれる、私費保険、DAK・Barmer といった保険会社、地域健康保険組合 (AOK) のどれに加入しているかによって受けられる治療が変わることに關して、神経科医シュタール (Angela Stahl) が「忍び寄る安楽死」と述べている。
- 4 シュピーゲル (DER SPIEGEL) の特に以下の記事を参考にした。Vom Hakenkreuz zum Ehrenkreuz 12/2000, 'Lass dich nicht auffressen' 14/2000, Listen mit roten Kreuzen 20/2000, Erinnerung an den Teufel 24/2001, 'Kuss die Hand, gnädiges Er' 48/2000, Operation nur gegen Cash 48/2000, BLONDER NACHSCHUB 48/2000, Letzte Hilfe 49/2000, Aufrecht sterben 50/2000, Kulturelles Vorurteil 52/2000, 'Wir sind verführbar' 10/2001, Schleier des Todes 16/2001, Freier Tod für freie Bürger 21/2001, Putschisten im Labor 23/2001, 'Bite, bring mich in den Müll' 24/2001, Pose der Cassandra 25/2001, Lediglich neu formuliert 27/2001, REINE RASSE 29/2001, Sterben nach Mas 31/2001, Radikale Lösung 34/2001,
- 5 Laubichler, M.D. "Fraukenstein in the Land of Dichter and Denker" In Science 3 ; 286 : 1859 — 1860, (1999)
- 6 ボウラーは一九五八年に自殺している。ただし、Scharsach, H—H. Die Ärzte der Nazis. Orac, Wien(2000) ではブランク (Viktor Brack) が含まれていないため、計六人となっている。
- 7 ニュルンベルクの裁判にかけられなかった医師の裁判はドイツ、オーストリアの裁判所に委ねられ、Scharsach 前掲書によれば、一九四六年にドイツで二人、オーストリアで (後に扱うグロスの上司であったイリング (Ernst Illing) を含めた) 五人、一九四七年にドイツで二人が死刑の判決を受けている。
- 8 シュピーゲルグルント小児部門 (Kinderfachabteilung Am Spiegelgrund) は、シュタインホフ治療介護施設 (Heil und Pflegeanstalt Am Steinhof) の一部であり、すでに述べたように、イリングは絞首刑、同僚であったテュルク (Marianne Turk) は一〇年、看護婦のカツチェンカ (Anna Katschenka) は九年の禁固刑が判決として出されている。