

論 説

ベネルクス3国の安楽死法の比較検討

甲 斐 克 則

- 1 序
- 2 オランダにおける安楽死の法制度とその運用の実態
- 3 ベルギーにおける安楽死の法制度とその運用の実態
- 4 ルクセンブルクにおける安楽死の法制度
- 5 結 語

1 序

オランダ、ベルギー、およびルクセンブルクは、社会的・経済的側面を中心に、ベネルクス3国として様々な共通点を有するが、安楽死法を有するという点でも、共通点がある。しかし、仔細にみると、言語的な側面や宗教的な側面（同じキリスト教でもカトリックかプロテスタントか）で錯綜していることから社会的に異なる部分も多々あり、それぞれの安楽死法も、内容において微妙に異なる部分もある。それぞれの異同はどこにあるのであろうか。それは、終末期医療とどのように関わるのであろうか。

このような問題意識から、盛永審一郎・富山大学教授（富山大学大学院医学薬学研究部）を代表に、飯田亘之・千葉大学名誉教授らとファイザー・ヘルスリサーチの国際共同研究資金を得て、ベネルクス3国の安楽死法の比較調査・研究を3段階で行った。第1段階として、オランダ・エラスムス大学メディカルセンターのアグネス・ヴァン・デル・ハイデ

(Agnès van der Heide) 准教授, ベルギー・ブリュッセル大学医学部のリュック・デリエンス (Luc Deliens) 教授, およびルクセンブルク・ルクセンブルク大学法学部のシュテファン・ブラウム (Stefan Braum) 教授をお招きして, 2012年3月27日に京都大学文学部で, 翌3月28日には早稲田大学小野記念講堂で比較法研究所の主催により, それぞれ「ベネルクス3国安楽死法の比較検討」というシンポジウムを開催した。いずれも, 実に有益な議論ができた。その成果は, 盛永教授により『シンポジウム: ベネルクス3国安楽死法の比較検討』という冊子体の報告書に2012年7月6日付でまとめられている。しかし, 関係者以外が目にすることは困難かもしれないので, 今後, 広く公表する工夫をしたい。本稿も, その補足の一環である。

第2段階として, 2012年8月18日から24日にかけて, 最新情報を得るべく盛永教授と共にベルギーおよびオランダに現地調査に出かけた。前半は, 両名同一行動で, 8月20日の午後にはベルギーのブリュッセル市郊外にあるブリュッセル大学医学部のリュック・デリエンス教授を, そして8月21日の午後にはオランダのロッテルダム市内にあるエラスムス大学メディカルセンターのアグネス・ヴァン・デル・ハイデ准教授を訪問した。後半は, 各自が独自に調査を行った。私は, 8月22日にアムステルダム市に移動し, 午後, アムステルダム VU 大学地球生命科学部に旧知の生命倫理学者ジャンティーヌ・ランズホフ (Jeantine E. Lunshof) 博士を訪ね, 同博士およびその知人の終末期医療専門医で安楽死を実践している GP (general practitioner) のルーベン・ヴァン・ケヴォルデン (Ruben S. van Coevorden) 医師にお会いして臨床現場での安楽死の実情について詳細な話を2時間ほど拝聴して意見交換を行った。さらに, 8月23日の昼にナイメーヘン市に移動してナイメーヘン大学法学部を訪問し, 旧知の同大学のペーター・タック (Peter J. P. Tak) 名誉教授を訪ね, 法的観点から最近の安楽死問題の動向を伺った。タック教授には, 時間を延長して自宅に招いていただき, 広い庭のテーブルで, ウィルマ・ダウスト (Wilma Duijst)

博士（法医学者）および若い大学院生共々安楽死問題について意見交換を入念に行った。結局、合計8時間にもなってしまった。相変わらずの熱意と友情に対して、感謝に耐えない。

第3段階として、2012年10月27日に立命館大学において開催された第24回日本生命倫理学会大会での公募シンポジウム「終末期医療への提言—ベネルクス3国の安楽死制度の比較検討から—」で、盛永教授の司会の下、オランダについて甲斐が、ベルギーについて本田まり准教授（芝浦工業大学）が、ルクセンブルクについて小林真紀准教授（愛知大学法学部）が、そして全体について飯田名誉教授が報告をし、有益な議論を行った。このシンポジウムは、上記共同研究の中間的総括ともいえるべきものであった。

本稿では、これまでの研究および上記の共同研究および調査に基づいて、ベネルクス3国における安楽死の比較検討を試みることにする。順序としては、まず、先駆となったオランダの安楽死について歴史的経緯も含めて詳細に述べ、つぎに、ベルギーの安楽死についてオランダと比較しつつ法制度と事情について述べ、そして最後に、ルクセンブルクの安楽死についてベルギーと比較しつつ法制度を中心に簡潔に述べることにする。

2 オランダにおける安楽死の法制度とその運用の実態

（1）背景

オランダは、その評価を別として、ある意味で世界の安楽死問題をリードしてきた国である。それは、医師による積極的安楽死を認めるために裁判および立法により徹底してオープンな議論を展開してきたからであろう。自ら海を干拓して国土を作ってきた歴史から、国民の自律意識がきわめて高く、終末期の生命についても「自分のことは自分で決める」という精神的風土およびそれに基づく社会制度・法制度がオランダの土台を形成している。2001年4月、オランダの国会は、「要請に基づく生命終結およ

び自殺幫助（審査手続）法（Termination of Life on Request and Assistance in Suicide (Review Procedures) Act）」（以下「安楽死等審査法」という）を可決した（施行は2002年4月）。筆者も、その前後からオランダの学者との学術交流をしているので、4度程オランダに調査に行った。オランダの専門家も、何度か来日して意見交換をした。本稿では、その学術交流⁽¹⁾およびその延長にある上述の共同研究と最新の現地調査に基づき、このような歴史的社会的背景を踏まえて、オランダにおける安楽死の法制度とその運用の実態について述べることにする。

（2） オランダにおける安楽死法制定までの判例の歴史

オランダでは、1970年代以降、安楽死に関する刑事法廷による多数の判決をめぐり広く議論がなされてきた⁽²⁾。要請に基づく生命終結に関する公

(1) その主な成果として、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）を挙げておく。また、現代の状況については、タック教授のほか、ロッテルダムのエラスムス大学メディカルセンターのアグネス・ヴァン・デル・ハイデ（Agnes van der Heide）准教授より、2度訪問時および2度の来日の際に情報提供をいただいた。特に、2012年3月27日（京都大学文学部）および28日（早稲田大学小野記念講堂）において開催された国際シンポジウム「ベネルクス3国安楽死法の比較検討」では、実に正確かつ質の高い議論が展開され、参考になった。また、山下邦也教授の遺作『オランダの安楽死』（2006年・成文堂）も随時参照。なお、本稿のオランダの部分については、甲斐克則・谷田憲俊編『安楽死・尊厳死〔生命倫理第5巻〕』（2012・丸善）の第12章「オランダにおける安楽死・尊厳死」と重複するところがあるが、本稿の方がより詳しいものとなっている。

(2) 以下の叙述は、Peter J. P. Tak, *Essays on Dutch Criminal Policy*, 2002, p. 62ff. の Chapter 3: *Euthanasia*（タック（甲斐編訳）・前出注（1）第1章6頁以下「オランダにおける安楽死論議の展開」）による。各判決文および関連資料は、タック教授より以前に随時いただいたものである。また、山下・前出注（1）75以下に判例の詳細なフォローがある。なお、Raphael Cohen-Almagor, *Euthanasia in the Netherlands: The Policy and Practice of Mercy Killing*, 2004; Marc Groenhuijsen & Floris van Laanen, *Euthanasia in the broader framework of Dutch penal policies*, in Marc Groenhuijsen / Floris van Laanen (ed.) *Euthanasia in International and Comparative Perspec-*

的論争は、1973年に始まり、ポストマ女医事件（Postma case）におけるレーワルデン地方裁判所判決によって活気づけられた。本件では、ポストマ女医が、自己の母親の生命を要請に基づいて終結したという理由で裁判にかけられることになった。母親は、高齢であって身体的に耐え難いほど苦痛に苛まされていた。レーワルデン地方裁判所は、1973年2月21日、その医師を象徴的な執行猶予付き〔1年間〕の1週間の拘禁刑を宣告した（Leeuwarden District Court 21 February 1973, NJ 1973, no. 183）。同裁判所は、もしそれが充足されれば、医師が刑の免除（impunity）を受けることになるであろう3つの条件を定式化した。すなわち、a. 医学上患者が不治の疾患であると考えられること、b. 患者が身体的もしくは精神的に耐えがたいかもしくは激烈なほどに苦痛に苛まされていること、およびc. 患者が事前に文書もしくは口頭で自己の生命を終結させて苦痛から解放してくれるようにとの明示的意思を表明していたこと。

その後も、がんに罹患したと思い込んだ（実際にはがんでなかった）患者の自殺を友人が幫助したケースに関する1984年のヴェルトハイム事件（Wertheim case）ロッテルダム地方裁判所判決では、被告人を6か月の拘禁刑に処するに際して、刑の免除を受けるために充足すべき相当の注意（due care）の要件として、a. 要請に基づく生命終結は、医師のみが行うことができるものとする、およびb. 医師は、患者に対して健康に関する予測、および要請に基づく生命終結に対する実行可能な代替案を十分に情報提供しなければならない、という2つを呈示した（Rotterdam District Court 24 November 1984, NJ 1985, no. 63）。

しかし、判例の方向性が固まるには、最高裁判所の判断が待たれた。1983年のスコーンハイム事件（Schoonheim case）では、95歳の障害を持

tive, 2006, p. 195ff.; Raphael Cohen-Almagor, *Euthanasia in the Netherlands—The Policy and Practice of Mercy Killing*, 2004参照。いずれもオランダで出版された本であるが、後者の本では、私も日本の安楽死について寄稿している。See Katsumori Kai, *Euthanasia in Japanese law*, *ibid.* p. 187ff.

つ女性の生命を彼女の要請に基づいて終結させた医師について、アルクマール地方裁判所は無罪とし (Alkmaar District Court 10 May 1983, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1983, p. 29), 1985年に最高裁判所 (Hoge Raad=Supreme Court) がついに安楽死について判断を示した (HR 12 November 1984, NJ 1985, no. 106)。この第1の最高裁判所判例によれば、客観的な医学的見識に従う医師によって行われる生命終結は、義務衝突 (conflict of duties) のゆえの緊急避難 (necessity) の行為として考えてよく、そしてそれゆえに正当化される、という。すなわち、安楽死を行う場合、医師は、一方では、客観的な医学的見識、医の倫理規範、および医学的な専門的技術知識に合致した行為をすべき専門職上の義務と、他方では、刑法に従うべき市民としての義務、これらの義務の葛藤に直面する、と。そこで、緊急避難という抗弁が適用可能か否かという評価の中で、最高裁判所は、次のような質問を重要なものと考えた。

1. 専門的な医学的知見によれば、絶えず品位が低下することと耐えがたいほどの苦痛のさらなる悪化は、どの程度まで案じられるべきか。
2. 患者がやがてもはや威厳を持った方法では死ぬことができないという可能性は存在するのか。
3. 苦痛を除去するための (他の) 手段は残されていたか。

ペーター・タック教授によれば、「もし、質問1と3が即座に『ノー』という意思表示によって解答され、そして質問2が意欲的に『イエス』と解答されるならば、このことは、医師によって行われた安楽死が客観的な医学的知見によれば緊急避難の行為と考えられるうる可能性があることを意味する」⁽³⁾。オランダ刑法40条は、「緊急避難によってやむをえず犯罪を行った者は、処罰されない。」と規定するが、これは、日本の緊急避難の規定 (刑法37条1項) と異なり、要件が緩やかであり、また、違法性阻却事

(3) Tak, op. cit. note 2, p. 63 (タック (甲斐編訳)・前出注 (1) 8頁)。

由（正当化事由）なのか責任阻却事由（免責事由）なのか、必ずしも明らかでない。しかし、刑法解釈論としては、不可抗力（duress of circumstances）の場合は道徳的非難可能性が欠けるので責任を問えず免責されるが、あまりに重大な害悪を自己もしくは他者にもたらすであろう場合、犯罪者が客観的に最も大きな利益を促進し、他の利益を軽視することを選択するならば、彼の行為は正当化される、という。後者の場合、保護される利益は、犯罪行為を犯すことによって侵害される利益よりも重いものでなければならないし（比例性（proportionality：法益権衡）の要件）、その目的がもうひとつの、非犯罪のもしくは犯罪性のより小さい方法では達成されえなかったということではなければならない（補充性（subsidiarity）の要件）⁽⁴⁾。したがって、実質的には、日本の刑法解釈論と差異がないように思われるが、刑法40条に両方が含まれている点で、やはり日本と異なり、幅広さがある。いずれにせよ、要請に基づく生命終結の場合には、医師は、特殊な状況を考慮しつつ、医の倫理規範および彼が有していると思われる専門的意見に従って、衝突している諸々の義務および利益を注意深く衡量すれば、自己の行為が客観的に正当化されることが1984年の最高裁判所の判決以降確認されたのである。

第2の1986年の最高裁判所判決（HR 21 October 1986, NJ 1987, no. 607）は、要請に基づく生命終結を行う医師が不可抗力によっても免責されるということを否定し、いわゆる保障人的地位（*Garantenstellung*）の理論により不可抗力の抗弁を否定した。タック教授によれば、「この理論の中核は、一定の職業を持った人々、とりわけ医師は、不可抗力の場合に気弱になるようなことがあってはならないというものである。したがって、医師は、患者との専門的医学的關係において、この患者に対する個人的感情によって凌駕されるようなことがあってはならない。本判決は、最高裁判所が医療上の特例（*exceptio medica*）を拒否したという理由からも重要である。

(4) Tak, op. cit. note 2, p. 63f. (タック (甲斐編訳)・前出注 (1) 8-9頁) 参照。

最高裁判所は、刑法293条は $\dot{\text{レ}}\dot{\text{ー}}\dot{\text{ゲ}}\dot{\text{・}}\dot{\text{ア}}\dot{\text{ル}}\dot{\text{テ}}\dot{\text{ィ}}\dot{\text{ス}}$ [医学準則] (*lege artis*) に則って専門的に行為する医師に適用しないという主張をきわめて明確に拒否したのである」⁽⁵⁾。逆に、医療上の特例を承認するということは、 $\dot{\text{レ}}\dot{\text{ー}}\dot{\text{ゲ}}\dot{\text{・}}\dot{\text{ア}}\dot{\text{ル}}\dot{\text{テ}}\dot{\text{ィ}}\dot{\text{ス}}$ に則って要請に基づく生命終結を行う医師は、刑法293条が彼に適用できないがゆえにつねに処罰から免れるということを暗に意味することになるであろう。

以上の2判決が、重篤で不治の疾患の患者、および生き続けたくないとの意思表示をしていた患者、さらには耐えがたい苦痛を経験した患者の生命の終結のケースを取り扱ったのに対して、第3の最高裁判所判決、すなわち、要請に基づく生命終結に関する1994年のシャボット事件 (Chabot case) 最高裁判所判決 (HR 21 June 1994, no. 656)⁽⁶⁾ は、精神疾患に罹患した患者に関するものであった。本件は、2、3年以内に2人の息子を自殺と悪性腫瘍で亡くした50歳の女性に関する事案であり、その女性は、夫のひどいアルコール問題と家庭内暴力が原因で離婚し、息子の死後の絶望感、婚姻中の暴力のエスカレート、そして彼女の自殺傾向の結果、精神科病院に入院したが、精神科の治療は、効果がなかった。自殺の試みも失敗し、ついに彼女は、数多くの調査の対話および他の専門家との相談 [コンサルテーション] (consultation) の後、自己の生命を終結してくれる精神科医シャボット医師を見つけたのである。シャボット医師は、利用可能な精神科のいかなる治療も効果がないであろうとの結論に到達した。本件で最高裁判所は、肉体的に苦しんでいる患者ではなく、精神的に苦しんでいる患者、しかも末期でない患者の生命を終結させる医師について、緊急避難の抗弁がそれ自体排除されない、と明言した。もちろん、精神的苦痛の場合、緊急避難という実用的な抗弁が存在するかどうかを確認する調査に際

(5) Tak, op. cit. note 2, p. 64f. (タック (甲斐編訳)・前出注 (1) 10頁) 参照。
なお、山下・前出注 (1) 90頁以下参照。

(6) Tak, op. cit. note 2, p. 64f. (タック (甲斐編訳)・前出注 (1) 11頁) 参照。
なお、山下・前出注 (1) 6頁以下参照。

して、特段の注意を払って手続を進めなければならないが、耐え難い不治の精神的苦痛がなければならない。タック教授の分析によれば、「一般に、精神疾患の患者の場合には、もしその苦痛を除去する現実の代替措置が患者によって完全に自由に拒絶されてしまえば、不治の苦痛などは存在しない。[原文改行] 裁判所は、緊急避難の抗弁が承認されるべきかどうかを評価するに際して特段の大きな注意を払わなければならないので、その患者を観察し、かつ診察したことのある独立した専門家の意見もまた取り込まなければならない。[原文改行] もし、独立した専門家のそのセカンド・オピニオンが利用できなければ、緊急避難の抗弁は、認められない」⁽⁷⁾。

シャボット事件では、相当の注意 (due care) の要件について、精神科医シャボット医師によって充足されていたが、もう1人の独立した専門の精神科医に相談してはいなかったので、緊急避難の抗弁は認められず、その精神科医は有罪とされた。しかし、最高裁判所は、刑罰を科すことなく象徴的な有罪 (刑法9a条) としたのである。

これらの一連の最高裁判所判決の後も、友人によるエイズ患者の生命終結に関する1995年のフローニンゲン地方裁判所判決 (District Court Groningen 23 March 1995, NJ 1995, no. 477) およびレーワルデン控訴裁判所判決 (Court of Appeal Leeuwarden 21 September 1995, NJ 1996, no. 61) [執行猶予付き拘禁2か月]、生命終結を申告しなかった1997年のシャット事件 (Schat case) レーワルデン地方裁判所判決 (Leeuwarden District Court 8 April 1997) [執行猶予付き拘禁6か月]、生に疲れた86歳の元上院議員の生命を彼の要請に基づいて医師が終結したブロンガースマ事件 (Brongersma case) ハーレム地方裁判所判決 (Haarlem District Court 30 October 2000, www.rechtspraak, NI E/50 no. AA 7962) [無罪] 等が出された⁽⁸⁾。

(7) Tak, op. cit. note 2, p. 65f. (タック (甲斐編訳)・前出注 (1) 11-12頁) 参照。

(8) Tak, op. cit. note 2, p. 66f. (タック (甲斐編訳)・前出注 (1) 12-13頁) 参

最高裁判所の判例法によれば、オランダでは、生命終結が許容される条件は、以下の3点に集約される⁽⁹⁾。

- 1) それが、医学上不治と考えられる患者に関係する場合。
- 2) 身体的もしくは精神的苦痛が、患者にとって主観的に耐え難いかもしくは深刻である場合。
- 3) 患者が、文書もしくは口頭で、生命終結および苦痛からの解放という明示的意思を事前に表明していた場合。

そして、医師がある者の要請に基づいて生命終結を行う決定のための3つの重要な要素は、不治、苦痛の耐え難さ、および自由な意思である。これらの要件は、安楽死の立法化に向けて考慮されることになる。

(3) オランダにおける安楽死法制定

上述の判例の流れに呼応して、オランダでは、1980年代のはじめから、法律に規定された諸要件が充足された場合に安楽死を非犯罪化するか非刑罰化する法改正を行う試みおよびそのような立法を行う試みがなされてきた。すでに1985年に安楽死に関する国家委員会の最終報告書⁽¹⁰⁾が公表され、その中で安楽死と自殺助動に関する刑法改正の勧告が出されていた。しかし、立法化に向けた大きな契機となったのは、1991年の安楽死に関するレメリンク医療実務調査委員会の報告書（以下「レメリンク委員会報告書」という）⁽¹¹⁾である。レメリンク委員会報告書は、一般に行われている安楽死実務と安楽死の発生について分析し、また、概して医師が生命終結の要請を取り扱う際にきわめて注意深く対処していることを明らかにし、しかも、保健医療資源の不足が安楽死を実施する動機となるものではないことも示した。そして、耐え難い苦痛、および尊厳をもって死にたいとい

照。特にシャット事件については、山下・前出注（1）183頁以下参照。

（9） Tak, op. cit. note 2, p. 67（タック（甲斐編訳）・前出注（1）13頁）参照。

（10） Euthanasie, Rapport van de Staatscommissie, Staatsuitgeverij, 1985. この報告書の詳細については、山下・前出注（1）67頁以下参照。

う自然な願望こそが、要請に基づく生命終結の主な理由であることを明らかにした点は、かなり各方面に影響を及ぼした。

その結果、司法大臣と福祉厚生文化大臣は、書簡で国会に対して、生命終結についての医学的決定に関する政府の見解を公表したが、「その見解の中心は、生命終結と自殺幫助の諸ケースを届け出ることに関する法的手続を決定する提案であった。この届出手続は、これらの行為に関して検察庁に情報を提供し、届出報告書において与えられた情報に基づいて検察官が安楽死もしくは自殺幫助という刑法上の犯罪を訴追すべきかどうかを決定することができる、というものである」⁽¹²⁾。ここに、オランダ独自の工夫が如実に表れている。

こうした動きの中で、1993年12月17日に、まず、遺体処理法（1993 Burial Act）が成立し、1994年6月1日に施行された。この法律は、安楽死を実施した場合に届け出ることを医師に義務づけ、適正な要件を充足した場合には刑事訴追をしないという性格のものである。特に同法10条は、届出手続（notification procedure）のための制定法上の基礎を提供しており、さらに同手続は、届出形式が勅令（Order in Council）によって発布されなければならない、と規定している。タック教授によれば、「届出手続は、要請に基づく生命終結、自殺幫助、および患者からの明示的な要請のない生命短縮のための積極的な医学上の干渉の場合における医療行為の洞察を行う構造を提供している。それはまた、報告された要請に基づく生命終結のケースが合法的であったかそれとも非合法的であったか、そして訴追されるべきかどうか、ということを検察庁が評価する枠組をも提供している」⁽¹³⁾。

医師による届出報告書において仕上げられるべきリストは、5項目に分

(11) Medische beslissingen rond het levenseinde [Medical decisions concerning the end of life], Sdu, 1991.

(12) Tak, op. cit. note 2, p. 72 (タック (甲斐編訳)・前出注 (1) 18頁)

(13) Tak, op. cit. note 2, p. 73 (タック (甲斐編訳)・前出注 (1) 18頁)

かれる。

第1項目は、患者の病歴（既往歴（anamnesis））に関する質問を含む。それは、診断、治療、付添医（attending physicians）、患者の苦痛に関する情報、治療の見通し、疾患の経過、およびペイン・コントロールの諸可能性に関する。

第2項目は、身体的疾患もしくは精神的疾患を持った患者のケースにおける安楽死もしくは自殺幫助の枠内での諸活動に関係している。ここでは、患者の要請の熟慮および持続性が、患者の要請の文書による意思表示の存在と同様に吟味される。さらに、患者がその要請の時点での自己の要請の諸々の結果を十分に知っていたかどうかを示すように求められる。また、要請時点での彼または彼女の身体的状況、および生命の終結ころに近親者がそばにいたかどうか、この項目で報告されることになっている。

第3項目では、明示的要請のない生命終結に関する諸々の質問が行われる。とりわけ、生命終結行為の時点で要請がないことの原因が求められる。生命終結に関する患者の事前の意思表示可能性については、さらなる情報が要求される。また、医療上の意思決定（medical decision-making）および生命終結行為の時刻を確定した補足的諸考慮事項も求められる。

第4項目では、セカンド・オピニオンを得るための他の医師もしくは精神科医の助言が要求される。これらすべての重要項目は、相談を受けた医師が独立した意見を十分に提供することができるということを保障するのに役立っている。その相談〔コンサルテーション〕は、相談を受けた医師が患者を自ら往診することを強いることにならざるをえない。

最後に、第5項目は、生命終結の現実の行為についての質問に関係している。ここでは生命終結がどのような方法および手段で行われたか、生命終結時に誰がいたか、および看護人もしくは付添人が相談を受けていたかどうか、が示されることになる。

全体として、重要事項のリストは、生命終結の基礎になっていた熟慮の像、その決定が獲得された方法の像、およびその決定が実施された方法の

像を創り出すに違いない一定の50の質問を含むものであった⁽¹⁴⁾。

これを契機として、オランダでは、安楽死についての評価調査（evaluation research）が始まり、5年に1度の割合で実施されており、届出に基づく数値も正確に公表され、それにより議論がますますオープンになった。ちなみに、安楽死および自殺幫助の件数は、1990年から1995年までの間に2,700件から3,600件に増加しており、明示的要請数は1995年に9,700件あったが、そのうちの6,000件以上は条件を充足していなかったという⁽¹⁵⁾。また、1994年に導入された申告手続は、意思決定能力のある患者の生命終結の申告と意思決定能力のない患者の生命終結の申告とを区別していなかった等、制度的不備もあった。それにもかかわらず、オランダの安楽死は、着実に国民の中に定着していった。

こうして、1999年8月6日に安楽死等審査法案が国会に上程され、生命終結に際して医師が「相当の注意（due care）」を遵守していれば刑事責任を免除するという特別事由の定式化に向けた審議が始まった。12歳から16歳までの少年の要請に基づく生命終結に強い批判が加えられ、この点については撤回された。成案では、この場合、患者の両親もしくは後見人が同意していることを条件に加えた（2条4項）。他の批判点は、第1に、健康であるか疾患があるかどうかにかかわらず、生命は十分な保護に値するというものである。第2に、「滑りやすい坂道論（slippery slope argument）」である。同法案を承認すれば、重度の障害者、昏睡状態の患者、もしくは重度の精神遅滞患者の生命終結を承認する途への第1歩になるであろう、というものである。第3に、人間はたとえその人の要請があったとしても、第三者を殺害する道徳的権利を有していない、というものである。法律で明示された条件に基づいて生命終結を認める法律であっても、そのような不道徳な行為を決して正当化できない、というわけであ

(14) Tak, op. cit. note 2, p. 74（タック（甲斐編訳）・前出注（1）19頁）

(15) Tak, op. cit. note 2, p. 75（タック（甲斐編訳）・前出注（1）20頁）。詳細については、pp. 75-77（甲斐編訳）・前出注（1）20-23頁）参照。

る⁽¹⁶⁾。これらの批判は、一般的に浴びせられる批判でもある。

タック教授によれば、「政府は、これらの異議に対して詳細に亘り回答した。政府が基本に置いたのは、同法案は、生命の保護をそのような影響を受けていない健全なものとして維持している、ということであった。きわめて限定的な条件の下でのみ、また厳格な保障の下でのみ、そして原則として患者の要請に基づいてのみ、同法は、患者の苦痛が耐えがなくなるときにひとつの方法を提供するにすぎないのである」⁽¹⁷⁾。

15か月に亘る審議の末、2001年4月、下院は、賛成104票、反対40票で安楽死等審査法を採択し、上院も、賛成46票、反対28票で同法を採択した。同法は、2002年4月1日に施行されることになった⁽¹⁸⁾。同法は全24か条であり、その構成は、第I章「用語の定義」(1条)、第II章「相当の注意の要件」(2条)、第III章「要請に基づく生命終結および自殺補助のための地域審査委員会」(3条～19条)、第IV章「その他の法律の改正」(20条～22条)、第V章「終局規定」(23条～24条)である。

安楽死等審査法は、第1に、医師を訴追から免れさせることを保障するために、刑法293条2項に規定された「相当の注意 (due care)」の要件として、医師が遵守すべき6つの基準を定式化する点に特徴がある(2条1項)。

- a 医師が、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ていること。
- b 医師が、患者の苦痛が永続的なものであり、かつ耐えがたいものであることを確信していること。

(16) Tak, op. cit. note 2, pp. 85-86 (タック (甲斐編訳)・前出注 (1) 32頁)。

(17) Tak, op. cit. note 2, pp. 86 (タック (甲斐編訳)・前出注 (1) 32-33頁)。

(18) 安楽死等審査法の全訳については、タック (甲斐編訳)・前出注 (1) 40-48頁で翻訳しておいたので参照されたい。なお、山下・前出注 (1) 233頁以下参照。

- c 医師が、患者の病状および予後について患者に情報提供をしていること。
- d 医師および患者が、患者の病状の合理的解決策が他にないことを確信していること。
- e 医師が、その患者を診断しかつ上記 a から d 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ること。および、
- f 医師が、相当の注意（due care）を尽くして生命終結を行うかまたは自殺幫助をしたこと。

第2の特徴は、要請に基づく生命終結および自殺幫助の事案の審査のために、地域審査委員会（regional review committee）を設けている点である。地域審査委員会は、5つあるが、構成メンバーは、奇数であり、委員長を兼任する法律専門家1名、医師1名、および倫理学・哲学の専門家1名を含んでいなければならない（3条2項）。任期は6年であり、再任1回が可能である（4条1項）。職務権限は、要請に基づく生命終結を行いまたは自殺を幫助した医師が、2条に規定する「相当の注意（due care）」の要件を遵守して行為していたか否かを、遺体処理法7条2項に規定する報告書に基づいて評価することにある（8条1項）。委員会は、6週間以内に理由を付した書面による審査結果を医師に通知する（9条1項）。その際に、2条に規定する相当の注意（due care）を医師が遵守していないと判断した場合、その審査結果を高等検察庁検事長会議（Board of Procurators General）および地域医療監督官に通知することになっている（9条2項）。高等検察庁検事長会議で起訴すべきか否かの判断を行うことにより、医師の濫用チェックをするシステムは、興味深いものがある。

（4） オランダにおける安楽死等審査法施行後の動向

2002年の安楽死等審査法施行後の動向も、きわめて重要である。なぜな

ら、安楽死問題に同法が實際上どのように機能するかを検証することは、立法化の問題を検討するうえで不可欠だからである。そこには、3つの点で注目に値するものがある。第1は、緩和的鎮静と安楽死との関係であり、第2は、安楽死等審査法の運用に関する評価結果である。第3は、海外への影響、特にベルギー（2002年の安楽死法）とルクセンブルク（2009年の安楽死・自殺補助法）における立法化への影響である。ここでは、第1と第2の点について述べ、第3の点は、次節で改めて述べることにする。

緩和的鎮静（palliative sedation）は、日本では、間接的安楽死の範疇に入れて議論することもあり、少なくとも刑法上、犯罪とする見解はあまりない。ところが、医師による積極的安楽死を許容するオランダでは、2003年に、重度の脳梗塞に罹患した77歳の男性患者に苦痛緩和措置（緩和的鎮静）を施していた若い医師が20ミリグラムの静脈注射と5ミリグラムの睡眠薬を投与して患者を死亡させたケースが刑事事件となった⁽¹⁹⁾。医師を刑事訴追すべきだという前述の高等検察庁検事長会議の決定および同会議長の意見は、医学界に大きな波紋を投じた。なぜなら、緩和的鎮静は、近年オランダではますます利用されているからである。他方、保健大臣は、緩和的鎮静は通常の治療とみなされるべきであり、安楽死と同等ではない、という宣言を2003年8月21日に出したので、その懸念は減少したし、さらに、裁判所および地域医療懲戒委員会の決定によっても減少した。その医師は、第1審裁判所（2004年11月10日）および控訴裁判所（2005年7月19日）の両方によって謀殺罪について無罪とされた（District Court Breda, 10 November 2004, Medisch Contact 2004, pp. 1876-1878 and Court of Appeal 's Hertogenbosch, 19 July 2005, Medisch Contact 2005, p. 1359）。無罪の理由は、両裁判所が、本件においてその処置は呼吸困難に陥っている患者のための適切な治療行為であり、それゆえに適切な緩和ケ

(19) 本件および緩和的鎮静の問題については、Peter J. P. Tak, Palliative Sedation and Euthanasia in the Netherlands (タック (甲斐編訳)・前出注 (1) 第2章「オランダにおける緩和的鎮静と安楽死」49頁以下)による。

アであった、という多くの医学専門家証言によって表明された意見を採用したからであった⁽²⁰⁾。

この無罪の結論は、当然ともいえるものであったが、緩和的鎮静が検察により一種の安楽死として考えられた理由は、緩和的鎮静という現象の明確な定義が存在しないこと、および緩和的鎮静がもっぱら誰かの生命の末期段階で行われるという事実から生まれたようである。しかし、その後は、タック教授が指摘するように、「緩和的鎮静は、末期段階における鎮静、生命ケアの終局における鎮静、あるいは末期の鎮静 (terminal sedation) とも呼ばれ、安楽死と同様、生命の終焉に関する医療上の決定の領域に属する」⁽²¹⁾と考えられるようになった。2003年段階で、緩和的鎮静は、オランダでもかなり頻繁に行われるようになっていた（毎年死亡者数約140,000人のうち約10%の割合）という報告もある⁽²²⁾。しかし、緩和的鎮静の定義が不明確であったことが混乱の一因であることは間違いなかった。

そこで、2005年12月にオランダ王立医師会 (the Royal Dutch Medical Association: KNMG) は、緩和的鎮静のためのガイドラインを出した⁽²³⁾。このガイドラインにおいては、緩和的鎮静のための適応および諸条件が定式化されている。ここでは、タックの明快な分析を引用しつつ、その概略をみておこう。それによれば、「緩和的鎮静のための適応は、患者の耐え難い苦痛に至る疾患のひとつまたはそれ以上の医学的に不治もしくは制御し難い徴候、いわゆる難治性の徴候 (refractory symptoms) が存在するこ

(20) タック（甲斐編訳）・前出注（1）51頁。

(21) タック（甲斐編訳）・前出注（1）52頁。

(22) G. van der Wal A. van der Heide, B. D. Onwuteaka-Philipsen, *Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie (Medical decisions at the end of life. Practice and review procedure euthanasia)*, Utrecht, De Tijdstroom, 2003, pp. 75-101.

(23) KNMG—*richtlijn palliatieve sedatie (Guideline palliative sedation)*, Utrecht, December 2005. この報告書も、タック教授からいただいたものである。

とである。ある徴候が難治であるといえるのは、一般に行われている治療のいずれもが徴候救済に効果がないか、またはこれらの治療が受け入れ難い副作用を有する場合である。その適応は、第一次的には医療上の決定であるが、当該患者の意見こそがきわめて重要である。ある患者が、自己のための治療があまりに絶え難いか効果がないという理由から、不治の疾患のための治療を認めない場合、このことは、緩和的鎮静の適応が存在するという医師の決定に影響を及ぼすかもしれない。

最も重要な難治性の徴候は、疼痛、呼吸困難 (dyspnoea)、および難治性の悲嘆 (distress) もしくはせん妄 (delirium) もしくは重大な心理学的苦痛と結び付いた重大な吐き気 (nausea) ないし呼吸の低下といったような複合的徴候である。難治性の徴候がなければ、緩和的鎮静のための適応はない。

緩和的鎮静のための条件は、1週間ないし2週間以内に患者の死が予測されるべきこと、である。緩和的鎮静の事案においては、人工的な水分補給もしくは栄養分補給が何ら行われないであろうということが想定されている。患者の大多数は、緩和的鎮静が開始されて数日内に死亡する時点では、もはや飲食をしない (3日以内が85%、7日以内が98%)。

水を飲み続ける患者は、概してずっと後になって死亡する。緩和的鎮静の下にある患者のための人工的な水分補給は、意味のない治療と考えられている⁽²⁴⁾。なぜなら、水分補給は、苦痛を引き伸ばし、そして、水腫 (oedema)、疼痛、気管支分泌作用 (bronchial secretion) の増幅、尿の生成ないし失禁の増幅による苦痛を増幅するかもしれないからである。その治療の対象と適用される手段との間には、もはや合理的な比例性 (reasonable proportionality) は存在しない。それゆえ、水分補給をしないことは、適切な治療であると考えられる⁽²⁵⁾。

かくして、このガイドラインは、緩和的鎮静を行う際に注意深く行うこ

(24) Tak, op. cit. note 2, p. 73 (タック (甲斐編訳)・前出注 (1) 18頁)

(25) タック (甲斐編訳)・前出注 (1) 54-56頁。

と、および本人と近親者へのインフォームド・コンセントをしっかりと確保することを条件に、一般に承認されるに至っており、何よりも、オランダ王立医学会と高等検察庁検事長会議とでガイドラインの扱いについて協議がなされ、しかも2007年3月15日に、同検事長会議が、緩和的鎮静に関するガイドラインにおいて定められた要件が充足されれば訴追を行わない、という見解⁽²⁶⁾を打ち出した点は、政策的にみても参考になる。日本でも、人工延命措置の中止の問題等において、この手法をとることができるのではなかろうか。

オランダでは、5年に1度ほど、安楽死等審査法の評価に関する調査を行っている。ここでは、2005年に実施された評価の分析を中心に概略をみておこう⁽²⁷⁾。個別の地域審査会の報告書とは異なり、オランダ全国の安楽死の実施状況が正確にわかる点で実に興味深い。ちなみに、タック教授の分析によれば、2005年には、5つの委員会が、1,933件（2006年は1,923件）の生命終結の申告を受理した。1,765件（2006年は1,765件）の申告が安楽死に関係するものであり、143件（2006年は132件）の申告が自殺幫助に関係するものであり、また、25件（2006年は26件）の事案においては、申告は、安楽死と自殺幫助の両方に関係するものであった。申告のほとんどは、一般医（general practitioners = GP）によってなされたものである（1,697件：2006年は1,692件）。その内訳は、170件（2006年は151件）が病院勤務の専門医からのものであり、また、66件がナーシング・ホームの勤務医からのものであった（2006年は80件）。がんが群を抜いて安楽死を行う最

(26) Directive of the Board of Prosecutors General on prosecution decisions related to termination of life on request, 15 March 2007, Staatscourant 2007, 46.

(27) この評価については、Peter J. P. Tak, Five Yars after the Adoption of the Dutch Termination of Life on Request and Assistance in Suicide (Review Procedure) Act (タック (甲斐編訳)・前出注(1))第3章「オランダの要請に基づく生命終結および自殺幫助(審査手続)法採択から5年を経て」59頁以下)による。

も重大な疾患であることが判明しており、1,713件（2006年は1,656件）であり、心臓および血管疾患が23件（2006年は55件）、神経系疾患が85件（2006年は106件）、肺疾患が29件（2006年は64件）、その他の（全）カテゴリーが83件（2006年は42件）であった。1,585件（2006年は1,528件）というほとんどのケースにおいて、生命終結は患者の自宅で行われており、159件（2006年は145件）が病院で、72件（2006年は70件）が、例えば、ホスピス等のその他の場所で行われている。2004年には、1,886件の申告があり、そして2005年（および2006年）には、申告数が微増した⁽²⁸⁾。

さて、2005年に、要請に基づく生命終結の実践の第4回目の国家的規模の評価が行われたわけであるが⁽²⁹⁾、その評価は、医療上の生命終結の意思決定、同法の機能および効果、同法の射程範囲に関する医師の意見、および様々な生命終結の意思決定の区別に焦点を当てたものである⁽³⁰⁾。

その評価調査から、タック教授は、2つの主な結論を導くことができるとしている⁽³¹⁾。

- 1) 安楽死および自殺幫助のパーセンテージは、Box 1およびBox 2で示されているように、著しく減少した。
- 2) 申告のパーセンテージは、明確に増加し、2005年には、すべての安楽

(28) タック（甲斐編訳）・前出注（1）61-62頁。

(29) B. D. Onwuteaka-Philipsen et al., *Evaluation of the Termination of Life on Request (Review Procedures) Act*, The Hague, May 2007, p. 311ff. ただし、原文は未見である。

(30) See A. van der Heide et al., End of Life Practices in the Netherlands under the Euhanasia Act, *The New England Journal of Medicine* 356: 19 (10 May 2007), pp. 1957-1965. この論文の要約として、石川悦久・飯田亘之「安楽死法施行下における終末期医療（要約）」飯田亘之・甲斐克則編『終末期医療と生命倫理』（2008・太陽出版）270-273頁参照。その詳細については、ハイデ准教授に2度に亘り直接聞く機会があった。本稿では、タック教授の原稿とハイデ准教授の原稿および彼女からのヒアリングによる。

(31) 以下の点は、表1を含めて、タック（甲斐編訳）・前出注（1）70-71頁による。

表1 安楽死・自殺補助・緩和的鎮静の割合

| Box 1 医療上の生命終結の意思決定 | 2001 | %* | 2005 | %* |
|------------------------|--------|-----|--------|-----|
| — 要請に基づく生命終結 | 3,500 | 2.6 | 2,325 | 1.7 |
| — 自殺補助 | 300 | 1.2 | 100 | 0.1 |
| — 明示的要請のない生命終結 | 950 | 0.7 | 550 | 0.4 |
| — 苦痛・症状緩和が副作用として死期を早める | 29,000 | 21 | 33,700 | 25 |
| — 延命治療の中止 | 28,000 | 20 | 21,300 | 16 |
| Box 2 緩和的鎮静（セデーション） | 2001 | %* | 2005 | %* |
| — 医療上の生命終結の意思決定を伴うもの | 8,500 | 6.0 | 9,700 | 7.1 |
| — 医療上の生命終結の意思決定を伴わないもの | なし | | 1,500 | 1.1 |

*オランダにおける全死亡の%

死および自殺補助の80.2%が報告された。第1次評価と第4次評価との間を見ると、1990年の40.7%から1995年には40.7%、2001年には54.1%へと申告のパーセンテージが増加した。

タック教授の分析によれば、この評価は、以下のようになる。

「安楽死の割合の増加は、医師たちが安楽死を行うことにより躊躇しているという事実の結果ではなく——安楽死の全要請の3分の1で医師はその要請に好意的に対応している——、疫学的要因の結果である。毎年の死亡者数は徐々に減少しつつあり、また、80歳以上で死亡者の割合は増加しつつある。80歳以上の人々では、要請に基づく生命終結の割合は非常に小さい。さらに、緩和的鎮静のケースの増加は、安楽死の割合の減少と関係がある。〔緩和的〕鎮静は、事前に安楽死を要請した80歳以下のがん患者にとって、ほとんど共通に行われるものであった。

申告の割合の急激な増加は、部分的には、いかなる医療行為が生命終結として考えられるか、ということに関するより明確な見解の結果である。2005年に、バルビツール塩酸 (barbiturates) のような神経・筋弛緩剤 (neuro-muscular relaxants) を睡眠薬と組み合わせて用いる内容の医療の

99%は、安楽死として申告されている。2001年にはこのカテゴリーで、74%しか申告されていなかったのである。

本調査は、初めて、申告されなかった理由に関するデータを提供している。すなわち、相当の注意 (due care) の全基準を充足したか否か疑わしいがゆえに申告しない医師、および訴追を恐れているがゆえに申告しない医師は、ほとんどいないのである。

評価研究が明らかにするところによれば、医師の20%は、催眠剤 (opiates) および鎮静剤 (sedatives) を用いた医療が安楽死ではなく、苦痛緩和ないし緩和的鎮静であるがゆえに、要請に基づく生命終結を申告していないのである」⁽³²⁾。

(5) 最新の状況

かくして、オランダでは、諸外国から批判を受けた「滑りやすい坂道 (slippery slope)」の懸念は事実に合致していないという認識が強い⁽³³⁾。さらに5年を経て、2010年にも5度目の評価が行われたが、結果はしばらく公表されていなかった。世界が注目しているので慎重に分析する必要があるというのが遅延の理由である。ようやく2012年夏にその評価結果が公表された⁽³⁴⁾。その詳細な分析結果の公表にはまだ時間がかかるということであるが、冒頭で述べたように、2012年8月に現地で調査したところによ

(32) タック (甲斐編訳)・前出注 (1) 70-71頁。

(33) タック (甲斐編訳)・前出注 (1) 72-73頁。ハイデ准教授も、前出注 (1) のベネルクス3国安楽死シンポジウムにおける講演「オランダとベルギーにおける安楽死と医師による自殺幫助 (Euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands and Belgium)」で、その旨を強調された。

(34) See Regionale toestingscommissies euthanasia, Jaarverslag 2010 ; Bregje D Onwuteaka-Philipsen, Arianne Brinkman-Stoppelenburg, Corine Penning, Gwen J F de jong-Krul, Johannes J M van Delden, Agnes van der Heide, Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010 : a repeated cross-sectional survey, Lancet, 11 July 2012, pp. 1-8.

れば、任意的安楽死の数は、全死亡数の2.9%になった。安楽死を希望する患者の8割は、がん患者であるということである。ちなみに、2001年にはその割合は2.6%、2005年には1.7%であった。したがって、2001年当時に近づいたことになる。安楽死を要請する患者の割合は、2005年には全患者死亡数の4.8%だったのが、2010年には6.7%になっている。医師たちが安楽死を容認する割合も、2005年には37%だったのが、2010年には45%になっている。オランダでは、安楽死法の定着により、緩和的鎮静との選択が明確に可能となり、医師・患者関係が強くなったとして、この結果を好意的に受け止めている。冒頭で示したハイデ准教授に対するヒアリングでは、医師が安楽死法とその運用手続に慣れたために頻度（frequency）が高くなったのが一因かもしれないという回答が返ってきた。

しかし、安楽死を実践しているアムステルダム在住の前出 GP のケヴォルデン医師によれば、この問題に「慣れ」ということはなく、医師は、毎回、医師としての生命維持義務と患者の自己決定権尊重義務との義務衝突に陥っており、緩和的鎮静も含めて、慎重な対応をしているという⁽³⁵⁾。ちなみに、安楽死は GP が実践しているが、その資格は、必ずしも法的なものではないものの、医師になって5年後、さらに3年間のトレーニングを要するという。それは、セカンド・オピニオンになるための要件も含んでいる。もっとも、タック教授によれば、王立医師会の指導の下で一種のホスピスで半年間研修すればよいともいう。また、難しい問題として、認知症患者の場合の対応等があるということであり、迷ったときは、精神科医に相談するなどして対応しているという。

なお、最後に、タック教授が指摘された新たな喫緊の問題として、刑務所における受刑者の安楽死問題がある。周知のように、オランダでは死刑

(35) GP のケヴォルデン医師は、若い頃に5年間ほど上智大学で学んでいた経験があることから、アムステルダムでも年間1,000人程の日本人患者を診ておられるほか、ホスピス活動にも尽力しておられ、出版されたばかりの共著 HET ZINDERT HIER VAN LEVEN : JOODS HOSPICE IMMANUEL, 2012をいただいた。オランダのホスピスの現状を理解するうえで実に有益である。

がないため、終身刑の高齢受刑者が多いが、高齢受刑者が末期がんに罹患して安楽死を望んだ場合、医師は安楽死を実践してよいか、議論が分かれる。タック教授はこれに賛成しておられるが、調査当日一緒に議論に加わった旧知の法医学者ウィルマ・ダウスト博士は、これに懐疑的であった。この点も含め、オランダの今後の動向を長期的に注視する必要がある。

3 ベルギーにおける安楽死の法制度とその運用の実態

オランダの安楽死等審査法は、ベネルクスの他の国、すなわち、ベルギーとルクセンブルクにも大きな影響を及ぼした。簡潔に両国の法制度をみておこう。

ベルギーでは、オランダの動向に刺激を受けて、議会および生命倫理に関する連邦諮問委員会 (Federal Advisory Committee on Bioethics) でわずか3年間議論しただけで、2002年5月28日に「安楽死法 (La loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie)」⁽³⁶⁾ が成立し、同年施行された。2005年に1部補足され、3条の2が追加されたので、それを加えると、全17か条に亘る条文から成っている。

同法は、安楽死を「**患者の生命をその要請に基づき意図的に終結させる、第三者によって実施される行為**」と定義する。テリエンス教授によれば、「主たる目的は、こうした [医療] 慣行を公にすること、医師が生命を終結させる各事例を評価する際に統一的な基準を適用すること、それゆえ、この種の事例において最大限のケアが保障されるようにすることにある。安楽死に関する意思決定は医師・患者関係の枠内に留められ、(社会的) コントロールは**死後審査手続**の枠内において確立されてきた。医師が安楽死を実施しうるのは、医師が以下の点を評価しうるに十分なほど患者について知っているときに限られる」⁽³⁷⁾。

(36) この法律の邦訳については、前出注(1)のベネルクス3国安楽死シンポジウムにおいて配布された本田まり准教授の訳参照。

1. 安楽死の要請が自発的で十分に熟慮されたものか否か、
2. 患者の医学的症狀に改善の見込みがないか否か、および
3. 患者の苦痛が耐え難いものか否か。

オランダとの共通点も多いが、異なる特徴点は、第1に、第3章に「事前の宣言 (déclaration anticipée)」を認める規定を置いて4条で詳細に規定しており、患者の直近の明示的要請を要件としていない点が挙げられる。第2に、自殺幫助について明文で規定していない点も特徴である。この点は、解釈に委ねられているようである。第3に、オランダは5つの安楽死地域審査委員会を置いているが、ベルギーは1つの全国審査委員会しか置いていない点も特徴である。なお、第4に、2002年6月14日に「緩和ケアに関する法律 (14 JUIN 2002—Loi relative aux soins palliatifs)」⁽³⁷⁾も成立し、同年施行されている点も挙げておきたい。全10か条に亘るこの法律により、緩和ケアを受ける権利を保障しようというものであり、安楽死と緩和ケアとの関係を補完するものとして注目される。

安楽死の決定およびその実施の特徴について示しておこう。病院で亡くなった患者に関して言えば、第2の顧問医は、臨床専門医が最も多く(69.7%)、自宅またはケア・ホームで亡くなった患者にとっては、一般開業医が最も多かった(それぞれ73.5%および84.1%)。緩和ケア専門医は、自宅(7.9%)またはケア・ホーム(4.9%)で亡くなった患者よりも、病院で亡くなった患者(15.7%)の方をより多く診察していた。病院勤務医は、自宅(全事件中29.6%)またはケア・ホーム(全事件中31.7%)におけ

(37) この法律の邦訳についても、前出注(1)のベネルクス3国安楽死シンポジウムにおいて配布された本田まり准教授の訳参照。

(38) 前出注(1)のベネルクス3国安楽死シンポジウムにおけるベルギー・ブリュッセル大学のリュック・デリエンス(Luc Deliens)教授の講演(福山好典・天田悠・甲斐克則訳)「安楽死：ヨーロッパおよびベルギーにおける態度と実務 (Euthanasia : attitude and practices in Europe and Belgium)」参照。この邦訳は、比較法学47巻1号(2013)に掲載予定である。

る医師よりも頻繁に、補助医（全事件の38.2%）との相談を行っていたとのことである。

デリエンス教授が報告された1998年と2007年の調査によれば、回答率は1998年が48.2%で、2007年が58.4%であったが、2007年には、フランダースにおける全死亡例のうち1.9%が安楽死によるものであり、その値は、1998年の1.1%を上回っているとのことである。全死亡例のうち1.8%は、致命的薬物が患者の明示的な要請を得ることなく使用され、その値は、1998年の3.2%を実質的に下回っている。苦痛緩和が行われた割合は、1998年の18.4%から2007年の26.7%に増え、治療不開始決定は、1998年の16.4%から2007年の17.4%に増加した。全死亡例のうち14.5%では、継続的に高い効果の得られる鎮静が患者に対して行われたとの報告がなされ、その値は、2001年における前回調査時の8.2%を実質的に上回っている。

2001年以降の安楽死および自殺補助率の上昇は、ケア・ホームを除く、すべての患者グループとすべてのケア環境において確認された。2007年の普及率は、65歳以下の患者（4.2%）、癌患者（5.7%）および在宅死亡者（4.2%）の間で、最も高い数値を記録した。

2007年に行われた苦痛および症状の緩和は、高等教育を受けた患者と癌患者を除く、すべての患者グループにおいて、1998年においては明らかに高い頻度で実施された。治療不開始決定の普及率に関する重要な傾向は、80歳以下の患者、癌以外の患者、入院患者において確認された。

安楽死の届出件数は、2002年24件、2003年235件、2004年347件、2005年383件、2006年428件、2007年495件、2008年704件、2009年822件、という具合に増加傾向にある。それにもかかわらず、ベルギーでも、安楽死実施により医師・患者関係が良好であるという⁽³⁹⁾。

(39) 以上の叙述は、前出注（1）におけるデリエンス教授の講演（前出注（37））において示されたデータおよび講演内容による。その後、ベルギーでの調査においてデリエンス教授から、Kenneth Chambare, *Medical end-of-life practices in Flanders and Brussels, Belgium*, 2010; Tinne Smets, *The Euthanasia Practice in Belgium. Behavior and attitudes regarding reporting and*

4 ルクセンブルクにおける安楽死の法制度

ルクセンブルクでは、やや遅れて、2009年3月16日に、「緩和ケア、患者の事前指示および死の看取りに関する法律（Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement）」と「安楽死および自殺補助に関する法律（Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide）」が成立し、同年施行された。議論自体は20年間なされたが、アンリ（Henri）大公が拒否権を行使するなど、成立に時間がかかり、憲法改正にまで至ったという経緯がある⁽⁴⁰⁾。

シュテファン・ブラウム教授によれば、ルクセンブルクの立法の背景には、次のように、ベルギーの影響が強かったという。

「ルクセンブルクの立法者は、——刑事事件においてしばしばそうであるように——ベルギーのモデルの影響を受けている。このことは、法律の内容と同じく、その理由づけについても当てはまる。その際に、安楽死を非犯罪化することは、ベルギー元老院（belgische Senat）の考えに依拠しており、その考えは、欧州人権条約（Europäische Menschenrechtskonvention）2条、ならびに、市民的および政治的権利に関する国際規約（Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte）6条と関連してい

adherence to legal safeguards, 2011; Yanna Van Wesemael, The euthanasia practice in Belgium, Evaluation of the mandatory consultation procedure between physicians, 2011をいただいた。これらの著作には、ベルギーの安楽死について詳細な分析があるが、本稿では、分析の余裕はないので、別途行うことによる。

- (40) この経緯については、前出注（1）のベネルクス3国安楽死シンポジウムにおけるルクセンブルク大学のシュテファン・ブラウム（Stefan Braum）教授の講演（甲斐克則・天田悠訳）「ルクセンブルクにおける臨死介助——新法の成立、解釈および実務——（Sterbehilfe in Luxemburg: Genese, Dogmatik und Praxis des neuen Gesetzes）」参照。この邦訳は、比較法学46巻3号（2013・本誌後出）に掲載予定である。また、ルクセンブルク安楽死法の邦訳として、同シンポジウムにおいて配布された小林真紀准教授の訳参照。

る。ルクセンブルクの立法者がベルギー元老院の見解に着想を得ている点は、欧州人権条約 (EMRK) 6 条と市民的および政治的権利に関する国際規約 (IPBPR) 2 条から導かれる生きる権利 (das Recht auf Leben) が、いかなる場合にも被害者の意思に反してその生命を保護するという国家の義務を含んでいない、というところにある。保護法益は、生きる権利であり、個人から切り離された客観的価値の意味における生命それ自体ではない、とされる。それゆえ、生きる権利を保護するという国家の義務を、非人道的で侮蔑的な処遇からの保護および身体的統合性 (körperliche Integrität) に関する人権と立法者がどのような方法で調和させるかについては、立法者の裁量に委ねられている、というわけである。ある安楽死が本人の要請に基づいて、明示的に限定された手続の結末として、自動的になされる管理のもとで行われた場合、当該安楽死の不可罰性は、いずれにせよ否定されない」⁽⁴¹⁾。

また、安楽死を非犯罪化する目的は、「生命終結の倫理的、医学的および法的なその他の諸問題との関連で臨死介助を考察することによって、生きる権利のこうした主観に関係づけた解釈に効力を持たせる」という点にあり、「それゆえ、安楽死法と緩和医療法は、全体が 1 セットになっているのである。緩和ケアと安楽死は、相互に排斥しあう行為であるとは理解されていない」⁽⁴²⁾。これまで、安楽死が刑事事件になった例はないという。もちろん、その際、両者の限界はいつも明確に認識されるとはかぎらないかもしれないが、それでも、2 つの法律が柱になっている点は興味深い。オランダの苦い経験に学んだのかもしれない。

ルクセンブルク安楽死法は、全 16 か条に亘る。安楽死法 1 条第 1 文は、安楽死を、「ある者の生命をその明示的な任意の要請に基づいて医師が意

(41) ブラウム (甲斐・天田訳)・前出注 (40) 比較法学 46 卷 3 号 (本誌後出) 参照。

(42) ブラウム (甲斐・天田訳)・前出注 (40) 比較法学 46 卷 3 号 (本誌後出) 参照。

「意図的に終結させる行為である」と定義する。また、1条第2文は、自殺幫助を、「他人の明示的な任意の要請に基づいて、この他人が自殺するために医師が行う意図的な援助または準備すべてのもの」と規定している。ブラウム教授は、これらの法文上の定義から、以下の2つの重要な観点が明らかとなる、と論じている。「ひとつは、非犯罪化される安楽死の適用範囲が医師に限定されている、という点である。安楽死を行ったその他の者はすべて、故殺ないし自殺幫助（ルクセンブルク刑法（Code pénal luxembourgeois）392条「殺人」（„Homicide“）によって依然として処罰される。このことは、そうした者が安楽死を行った医師を援助した場合についても当てはまる。もうひとつは、[ルクセンブルクの]立法者がドイツ流の積極的臨死介助と消極的臨死介助の区別を重要視していない、という点である。他者の明示的な任意の要請に基づいて行われる、その者の生命を終結させる行為の意図的な不作為も、1条の定義に該当する」⁽⁴³⁾。

ルクセンブルクの安楽死法の特徴は、第1に、安楽死を実施するには、以下の4つの基本条件が重要である点である。

- ①安楽死の要請は、理解力のある成人によって、十分な意識があるときになされるよう求められる（2条1項1号）。
- ②安楽死は、任意でありかつ熟慮されたものでなければならず、安楽死[の要請]は、場合によっては繰り返し、外部からの圧力を受けることなく申し伝えられなければならない（2条1項2号）。
- ③安楽死行為の実質的な核心である患者の医学的症狀として、患者が疾患または事故によって、絶望的な医学的症狀（„situation médicale sans issue“）にあり、永続的で耐え難い身体的および精神的な苦痛に晒され、回復する見込みがまったくないことを要件としている（2条1項3号）。
- ④安楽死を要請する旨の書面と患者の署名が要求される（2条1項4号）。

(43) ブラウム（甲斐・天田訳）・前出注（40）比較法学46巻3号（本誌後出）参照。

第2の特徴は、**手続化** (*Prozeduralisierung*) の重視であり、これは、ルクセンブルクの立法の核心にとって欠かせないとされる点である。ブラウム教授によれば、「**手続による正統化原理** (*Prinzip einer Legitimation durch Verfahren*) は、安楽死のみならず、終末期における患者の意思を強化することについても当てはまる」⁽⁴⁴⁾ という。「主治医は、安楽死または自殺補助を行うに先立って、全部で7つの手続措置を行わなければならない。それによれば、医師には、以下の事項が義務づけられている」⁽⁴⁵⁾。

- ・患者に健康状態と平均余命について情報を提供し、彼の安楽死の要請について、行いうる治療も含めて患者と話し合うこと。医師は、患者との対話から、当該要請が患者の自由な意思に添い、患者にとってその他の解決が彼の症状からして不可能だと思われるという内心の確信を得なければならない (2条2項1号)
- ・患者の身体的および精神的苦痛が継続していることを確認すること (2条2項2号)
- ・自己の所見において、回復見込みのない「重篤な不治の疾患」という診断に至った第2の独立した医師を召喚すること (2条2項3号)、
- ・患者の意思を前提として、患者の症状について、看護師と意思疎通を図ること (2条2項4号)、
- ・患者の意思を前提として、患者の事前指示のなかで挙げられた患者の信頼できる人物とコンタクトをとること (2条2項5号)
- ・患者が自己の選んだ者と意思疎通を図る機会があることを確認すること (2条2項6号)
- ・臨死介助実務の管理と評価に関する国家委員会 (Nationale Kommission

(44) ブラウム (甲斐・天田訳)・前出注 (40) 比較法学46巻3号 (本誌後出) 参照。

(45) ブラウム (甲斐・天田訳)・前出注 (40) 比較法学46巻3号 (本誌後出) 参照。

zur Kontrolle und Evaluation der Sterbehilfepraxis) においては、安楽死を要請する患者の事前指示が存在するかを確認すること（2条2項7号）

第3の特徴は、4条3項にある。すなわち、安楽死の不可罰性は、当該要請が明示的である場合のみならず、それが安楽死に関する患者の事前指示 („Disposition de fin de vie“) からもたらされた場合についても当てはまるのである。このことは、まず第1に、医師が重大な不治の疾患を確認することを前提としている。第2に、患者は、意識を喪失していなければならない。第3に、現在の学問水準に基づく意識喪失 [の状態] に照らして、不可逆的な医学的症状が問題とならなければならない⁽⁴⁶⁾。

第4の特徴は、安楽死法を適用する際のチェックと評価を行うために、すべて新たな構成員——医師の代表、患者の代表、健康保険機関の代表ならびに法律家——から成る（6条2項）、国家委員会を設置している（安楽死法6条以下）点である。「同委員会の重要な任務のひとつは、安楽死の要請を含む患者の事前指示を登録する、公式のデータベースを整備することである（4条2項）。さらなる中心的な任務は、個々人の安楽死の処置それ自体をチェックすることである（7条）」⁽⁴⁷⁾。

本法は、まだ歴史が新しいので、その実態についての評価はなされていない。なお、緩和ケアに関する法律もまた、非犯罪化の効力をもつ規定を2条に含んでいる。すなわち、「不可罰だとされているのは、継続的な集中治療を拒否した医師である („Refus de l'obstination déraisonnable“) 。本法で前提条件とされているのは、進行段階ないし末期段階における重大な

(46) ブラウム（甲斐・天田訳）・前出注（40）比較法学46巻3号（本誌後出）参照。

(47) ブラウム（甲斐・天田訳）・前出注（40）比較法学46巻3号（本誌後出）参照。

不治の疾患である。本人の状態に照らし、現在の医学知見の水準によれば、彼の病状が緩和または改善することも治癒する望みもない場合は、集中治療が拒否されうる」⁽⁴⁸⁾のである。

5 結 語

以上、ベネルクス3国の安楽死について論じてきたが、特に安楽死の問題について、この3国は、オランダを先頭に、強力な自律意識に支えられて立法化を行い、しかも徹底した情報開示により透明性を維持しつつ実践していることが明らかになったと思う。同時に、それぞれの制度と運用の異同もある程度明らかになったと思う。もちろん、それにもかかわらず、安楽死の立法化には、大きな問題があることは否定できないが、ベネルクス3国の「社会的実験」に学ぶべきところも多い。今後も、ベネルクス3国の動向を長期的視野に立って注視していきたい。

〈付記〉

本稿は、ファイザー・ヘルスリサーチ振興財団の2011年度国際共同研究助成事業による「オランダ・ベルギー・ルクセンブルクの安楽死法の比較的研究」(代表：富山大学大学院医学薬学研究部・盛永審一郎教授)の成果の一部である。

(48) ブラウム(甲斐・天田訳)・前出注(40)比較法学46巻3号(本誌後出)参照。