

エドワード・ケイセルリンク

## カナダにおける安楽死と自殺援助

Edward W. Keyserlingk, Euthanasia and Assisted Suicide in Canada,  
International Judicial Seminar on Euthanasia, Malaga, Spain, 1994.

### 紹介者のはしがき

本稿は、カナダ・キューベック州のモントリオールにあるマックギル大学の医と倫理および法センターに所属するエドワード・ケイセルリンク教授が、一九九四年一月にスペインのマラガで開かれた安楽死に関する国際セミナーに出席して、カナダにおける状況を報告したペーパーである。

これによると、カナダでも安楽死と自殺援助が最近における論争的な社会的問題の一つとしてホットに論議されている様子がうかがわれ、興味をひく論点がいくつか紹介されていて、わが国の問題を考えるにあたって参考になる点

が多い。あらかじめそのいくつかの点を指摘しておく、まず第一に、一九九三年のカナダ最高裁判決が、自殺援助を禁止する刑法規定の合憲性について正面から判断を加えた点が何よりも注目される。しかも、結論は合憲判断であったが、その内容は五対四という僅少差にとどまっている。著者が紹介する多数意見と少数意見の内容と、それぞれの論拠に注目しなければならぬ。

著者もこの判決の結論に賛成しているが、その理由を安楽死と自殺援助の非犯罪化に対する社会的コンセンサスの欠如に求めるだけでは不十分であって、医療行為の社会的・倫理的な価値とその限界を踏まえた法の役割の検討が必要だとしている点が積極的に評価されてよいと思われる。

一方、生命維持装置の中止については、これを認めた判例もあり、一般に許容されているとされているが、それは人工呼吸器の取り外しのケースであつて、栄養や水分の補給まで停止しうるのかという問題はなお残されているといえよう。

そのほか、著者のコメントの中で気になったのは、積極的安楽死と消極的安楽死との区別、および安楽死と自殺援助との区別を不要とし、撤廃すべきであるという意見である。たしかにその区別には微妙な点があり、不作為にも違法で可罰的なものもあることは否定できないが、この区別の撤廃は、逆に積極的な安楽死や自殺援助も合法化する方向にも働くおそれがあることを警戒しなければならぬであろう。

なお、カナダ最高裁の上記判決については、すでに星野一正教授によるくわしい紹介がなされている（時の法令、一四六二、一四九〇、一五〇二号）。

## 要 約

本稿は、カナダにおける自殺援助と安楽死の法的地位、

関連する刑法規定の意味を明らかにした裁判例、とくにカナダ最高裁の一九九三年の判決を検討する。裁判所は、自殺援助に対する刑法的禁止の合憲性を辛うじて承認したが、それはこれらの問題に関する法的論議にあいまいさと混乱があることを示した。カナダの刑法では、生命維持装置の停止は、能力ある患者が自ら拒否しまたは無能力の患者については治療が無益になった場合には、違法ではない。最高裁の判断を左右したのは、これらの問題に関する社会的合意の重さであつたが、カナダの世論についての調査では質問にも回答にも不明瞭さが残されている。医師および医学界の見解も、決して明確とはいえない。安楽死と自殺援助の犯罪性を明確にする提案も、これらを非犯罪化する提案も考慮されている。それらの継続的な禁止に向けた法的大および倫理的な提案もいくつかなされている。

## 序 言

本稿は、カナダにおける安楽死、自殺援助、および生命維持装置の停止の問題を取り扱う。第一の観点は、刑法における位置づけ、およびその意味と範囲を明確にしようとした判例の分析にあるが、その際、法改正の提案にも注意

を払うほか、リビング・ウィルや無能力の患者の意思の代行の問題も扱う。次いで第二の観点は、これらの問題に関する実務と現状を明らかにする点にあり、そこでは世論や法律家および医師の間における賛否両論を紹介する。そして最後に第三の観点として、これらの検討を前提とした私見と若干の提案を行う。

### 1 言葉を定義することの必要性

私は、このシンポジウムのために用意された、「安楽死」、「積極的安楽死」、「消極的安楽死」などの定義づけの努力を積極的に評価する。しかし、その定義のあいまいさと多様性は否定できず、すべての国の法規定にとって共通の定義を提案することは不可能ではないとしても困難である。後述するように、少なくとも、カナダ法に関しては、「積極的」安楽死と「消極的」安楽死との区別を撤廃すべきだと考える。

### 2 カナダ刑法における安楽死

カナダ刑法典は、すべての州に共通する法律である。それは、「安楽死」を直接に禁止する規定をもたないが、二

三一条は第一級殺人として、違法な行為により計画または熟慮の下に意図的に人の死を惹起する行為を禁止しており、（積極的）安楽死はこれらの要件に当てはまる限りで第一級殺人として禁止されるものと解されている。ここで「違法な行為」とは、「正当化事由がない」ことを意味する。

違法な行為が正当化される例は、正当防衛（三四条）であるが、これは安楽死には適用されない。ただし、後述するように、医療行為については他人の死の惹起が正当化される二つの場合がある。

### 3 安楽死の要請と同情的動機

カナダ刑法では、患者の同情的殺害の任意性も、患者による殺害の要請も、行為の犯罪性を変えるものではないことは、刑法一四条の規定から明らかである。それによれば、何人も他人に自己の殺害を要請する権利はなく、その同意は囑託されて殺した者の刑事責任に影響しない。

同情的な殺人の動機は、行為の犯罪性や刑事責任を減少させるものではないとされているが、実際には、陪審員が安楽死のケースにおける同情的な動機を考慮して、たとえば一時的な精神異常として扱うという可能性があり、現に

アメリカではその例がある。それは、殺人における同情的な動機と利欲的な動機とを区別する必要性を示唆している。

#### 4 カナダにおける刑事訴追

カナダではこれまで、(積極的)安楽死または自殺援助のケースが実際に刑事訴追された例はないが、カナダの法機関は同情殺人の証拠があればこれを訴追する用意があることは疑いがない。そして一九八二年に、重症の新生児の殺害が疑われるケースが発生した。一九九二年一〇月、重症の新生女児がエドモントの病院で生れた。彼女は脳に重大な損傷があり、一六時間後に病院に勤務していた外国人の医師が通常の五〇倍にあたる一五ミリグラムのモルヒネを与え、彼女は五〇分後に死亡した。数カ月後に事件が明るみに出たが、医師は帰国してしまった。地方裁判所の判事は、医師によるモルヒネの投与が患者の死を惹起したかどうかを調査したが、その事実経過は明らかであった。その間、当の医師はアルバータの外科医師会の監察官に對して自己の行為を認め、医師の免許を剥奪された。

医師に命じられて実際に患者にモルヒネを投与した二人の看護婦も、看護婦協会から停職処分を受けた。しかし、

調査した判事は、死後の解剖がなされておらず、患者がいずれにしろ他の病気によって死につつあったので、モルヒネの投与が死の原因であると断定することはできないと判断した。医師はその後、第一級殺人および傷害から殺人未遂に至る八つの罪名で起訴されたが、被告人のカナダへの引き渡しは成功せずに終わった。

#### 5 生命維持装置の差し控え／取り外しは安楽死か

この点は、「安楽死」の定義の仕方、生命維持装置の差し控えや取り外しの状況にかかっている。カナダ刑法および刑法理論からすれば、その回答は、肯定でも否定でもありうる。

第一に、カナダ法では、作為と不作為の区別は、生命維持装置の差し控えや取り外しと殺害とを法的に区別する根拠とはならない。人は「不作為」によって、作為と同様に人を殺害することができる。たとえ末期患者からであっても生命維持装置を取り外すことは、患者の現在の死を惹起させたことになる。しかし、わが法は、事実上の経験的な因果性を直ちに「法的因果性」とは考えない。

次に、違法な行為に対する「法的正当化」の問題がある。医師も看護婦も、患者の要請によって生命維持装置を停止する際には、殺人に当たるとはならないかという不安に襲われる。家族もそれに同意する際には、同様な不安に付きまといられる。医療従事者は、彼らの治療義務と患者の治療拒否権との間に義務衝突を経験する。

刑法二一五条は、自分で生活できない者を保護する者が必要な援助を与える義務があるとし、また刑法二一七条は、ある行為の不作為が生命に危険をもたらす場合にはこれを引き受けた者には法的義務があると定めており、これは医師にも適用される。しかし、同時に刑法四五条は、患者の病状に照らして合理的な治療を本人の利益のために施した者を刑事責任から保護している。そして裁判所は、生命維持装置が合法的に停止される条件の下では、それは法的に殺人には当たらないとしている。

わが刑法の下では、医師または家族が生命維持装置の停止について訴追されない要件として、①それが能力のある患者によって拒絶され、あるいは事前に拒絶されたこと、②事前の指示をしていない無能力の患者の場合には、継続的な生命維持からいかなる治療的利益もないと合理的

に判断される根拠があること。ただし、この後者の要件は、法的に定まったものではなく、若干のものは裁判で形成されつつある。

ここで強調しておきたいのは、カナダ法では、作為か不作為かという区別が重要なのではなく、問題は生命維持装置を開始しまたは停止する義務の存否という点にあるということである。能力ある患者の要請もなく、無能力の患者についてなお有効な治療が残っている限り、治療をしないことは作為による殺害と同様に刑事責任に問われるであろう。したがって、積極安楽死と消極的安楽死との区別は、あいまいで有益とはいえないのである。真の問題は、治療を続ける義務があるかないかにある。「安楽死」という語は、作為または不作為による慈悲殺の意味に用い、一方患者の要請による生命維持装置の停止を意味するものとして「死ぬことの許容」の語を用いるべきである。

ここでは、法的因果性と法的正当化の問題が重要である。裁判でも理論でも、生命維持装置の停止は患者の死の原因ではないとするのは一つの法的フィクションである。とくに末期患者でない場合に生命維持装置を停止するのは、経験的には死の原因であることは否定できない。わが法がこ

の行為を一定の要件の下に合法であると認めるのは、規範的な考慮にもとづく政策的な決定であり、それは合理的な理由による殺人の法的な正当化を意味する。

## 6 ナンシーのケースについて

一九六〇年代は、患者の権利、とくに治療を拒否する権利の高揚期であったが、最初は裁判所も病院もこの権利が生命維持装置の拒絶にも適用されるかどうかについて若干の躊躇を感じていた。

最近まで、キューベックの病院では、人工呼吸器の取り外しを求める患者の要請を尊重することに躊躇が見られたが、それは病院当局も法律家もそれが安楽死または殺人になることを恐れたからである。キューベックの民法では患者の治療に対する同意権が保障されているが、それは刑法による生命維持治療の継続の要請と矛盾するように思われた。しかし、その点が実際に事件となって問われたのである。

二四歳の女子であるナンシーは、一九八九年六月に病院に運ばれた。次の二四時間の間、彼女はチューブにつながれ、呼吸困難のため人工呼吸器をつけられた。七月はじめ

には彼女は治療に反応を示さなくなり、一九九〇年一二月に医師は回復不可能と診断した。二月になって彼女は死にたいと訴えたが、精神医は彼女を能力者と認めた。医師はその要請を受け入れようとしたが、病院は躊躇した。彼女は二度にわたってハンストもした。一九九一年九月になって、彼女は最高裁に対して病院が人工呼吸器を取り外すよう差し止めを求めた。そして最高裁は一九九二年一月六日にこれを認め、彼女は数日後に死亡した。

その判断は、能力のある患者が治療拒否権を含む治療への同意権を有することを認め、ナンシーの明確な要請に反して人工呼吸器を維持することが彼女に対する侵害に当たるとした。そして、刑法は病院が命じたことは安楽死または殺人には当たらないとしたのである。

## 7 事前の輸血拒否について

今一つのカナダ裁判所の判決が一九九〇年に言い渡されたが、それは無能力に陥った人の事前の治療拒絶に関する事件についてであった。オントリオの救急病院に運ばれた患者は、輸血を必要としていたが、その所持していたカードからは、彼がエホバの証人であって輸血を拒否する意思

が示されていた。救急スタッフはその意思を無視して輸血を示したが、患者は事後に医師と病院を訴えたのである。

被告の医師は、輸血が生命を救助するためのものであり、患者の事前の意思が現在の意思であるか確認できなかったと主張したが、裁判では、原告の患者が勝訴した。その判決は、自己決定権は患者の治療拒否権にも及ぶとした上で、医師の意見には関係なく、治療するか否かを最終的に決定するのは患者自身であって、その判断が合理的か不合理かにかかわらないとした。このケースでは患者は明確に輸血を拒否しており、それは緊急事態の下でも同様であって、医師は患者の事前の指示を無視することは許されないとしたのである。

#### 8 事前の指示—賛成か反対か

この判決は、無能力に陥った患者の事前の指示についても判断した点で注目された。カナダでは、ノヴァスティアとキューベックの二州で、リビング・ウィルのほか、事前の指示の代理権に関する立法がなされ、他の三州がこれに続いている。

しかし、残る問題として、第一に、多くの人々がいまだ

死について語ろうとせず、その要請を代理人に伝える者が少なく、第二に、患者が事前の指示を与えていない限り治療が続けられる危険がある。したがって、訓練された医師が治療の限界を見定める用意があることが重要である。事前の指示を絶対化してはならない。法や立法は、複雑な人間の決定を規制し改善するために用いられるべきものであって、それが事態を悪化させるおそれがあることに注意すべきである。

#### 9 自殺援助とカナダ刑法典

自殺援助は、刑法二四一条によって、次のように禁止されている。他人に自殺を勧め、または自殺を援助しまたは唆した者は、自殺が行われたかどうかにかかわらず、犯罪として一四年を越えない拘禁刑に処せられる。自殺援助による訴追はいまだないために、この犯罪の範囲はとくに医療行為の文脈では明らかではない。とくに自殺援助と安楽死（慈悲殺人）との線引が明らかではない。たとえば、医師が患者のためにテーブル上に用意した薬物入りのコップを患者自身が飲めばおそらく自殺援助であろうが、患者が自分でテーブルから取れないので、これを手渡した場合

には微妙となり、患者がそれでもできないので口に入れてやったときはおそらく安楽死となるであろう。このように、両者の倫理的および法的な線引きは微妙でありあまり意味がない。

カナダでは、自殺未遂は非犯罪化され、数年前に刑法典から削除された。しかしその結果として、自殺が犯罪でないならば自殺援助を禁止するのも不合理であるという議論が起こった。それは自殺の権利を根拠とするものであるが、裁判所はこの主張を退け、治療拒否権にとどまるとし、議会も自殺の非犯罪化はその禁止が効果がないという理由のもとづくとしたのである。

#### 10 自殺援助とカナダ最高裁

自殺援助に関する事件が一九九三年にカナダ最高裁に持ち込まれた。最高裁は、五対四の僅少差で、カナダ刑法による自殺援助の禁止が違憲ではないと判断した。

上告人は、スウ・ロドリゲスという名の四二歳の婦人であるが、彼女はゲーリック病という難病のため間もなく飲食も言葉も歩行も援助なくてはできなくなり、人工呼吸器とチューブ栄養によらざるをえないであろうと予測された。

最高裁に訴えがあった時点で余命は二ないし一四カ月と判断されていた。彼女は、自分の生死は自分で処理したいとし、ブリティッシュコロンビア州の最高裁に対して、自殺援助を禁止している刑法二四一条(b)が、「権利と自由に関するカナダ憲章」および一九八二年の「憲法法規」に反すると訴えたのであるが、裁判所はこの訴えを却下し、控訴裁判所もこれを維持した。

一九九三年五月に行われたカナダ最高裁における聴聞には、賛否の双方から九人が、各種の団体を代表して発言したが、その中には、障害者連盟、尊厳死協会、生命保護医師会、カソリック僧侶会などの団体があった。

#### 11 カナダ最高裁の判断

権利と自由に関するカナダ憲章の七条によれば、何人も基本的正義の原則による以外には、生命、自由および安全に対する権利およびそれらを奪われない権利を有する。そこでスウ・ロドリゲスは、彼女の自殺を援助することの禁止によって彼女自身の自由と安全が奪われると主張した。彼女は、残りの生命を尊厳な状態で維持し、自身の生死をコントロールし、末期における自己決定を国の干渉から自



由に行う権利があるとしたのである。

これに対して、最高裁の多数意見は、人の安全が生きている人の福祉と密接に関連しており、したがってそれは人の生命を処分する権利を含むことはできないと答えた。憲法は、人の生命が神聖不可侵であり、すべての生命が固有の価値と尊厳を有するという社会の確信を体现しているので、その憲法の中に自己の生命を終結させる権利を含ませることはできない。歴史的にも、生命の神聖性の確信は自殺の自由および自殺に他人を巻き込む権利を排除してきた。裁判所は、自殺援助の禁止がスウ・ロドリゲスからその生命の処分権を奪うものであることを認めるが、問題はそれが「基本的正義」の原則に合致するか否かにある。この原則は、コモンローの歴史に由来し、国家と個人の利益の調和を要請しているので、結論的に自殺援助の禁止は、西欧の諸国においてと同様に、カナダにおいても違憲とはいえない。自殺未遂の廃止も、自殺がカナダ社会に受け入れられたからではない。さらに自殺援助を仮装した殺人という形での濫用も存在するというのである。

今一つの点は、権利と自由に関するカナダ憲章の一二条であるが、これによれば、何人もいかなる残酷で異常な処

遇や刑罰を受けない権利があるとされている。彼女は、自殺援助の禁止によって自然死まで苦痛を強いられるのが残酷で異常な処遇に当たると訴えたのであるが、多数意見はこれに対して、一二条にいう「処遇」とは刑罰に準ずるものであって、単なる一定の行為の国家による禁止は含まれないとした。

最後に、彼女が援用した一五条(一)によれば、各人は法の下に平等であって、人種、性、宗教、年齢などによる差別を受けないとされており、自殺援助の禁止は彼女を身体的無能力によって差別することになると主張した。この訴えは、自殺援助を禁止する刑法が、自由権の保障に対する制限を定めた憲章一条によって正当化されるかどうかという点に関連していた。

多数意見はこの点に関して、自殺援助の禁止が一五条に違反することを認めた上で、しかしその制限は憲章一条のいう自由で民主的な社会において正当化される合理的な制限の枠内にあるとした。その根拠は、生命の保護と濫用に對する歯止め困難さという西欧諸国に共通する社会的合意に求められたのである。

こうして、訴えは一九九三年九月三〇日に却下されたが、

その数カ月後に彼女はバンクーバーの自宅で、家族や医師や友人に囲まれて死亡した。致死量の薬物が発見されたが、訴追はなされなかった。

## 12 カナダ最高裁―少数意見

四人の少数意見を代表して、裁判長のアントニオ・ラマー判事は、スウ・ロドリゲスのケースと同様な事情によつて自殺援助を十分にコントロールしうる歯止めがありうると主張した。

彼は、憲章一五条に依拠して、刑法による自殺援助の禁止が自ら自殺することのできない身体的な無能力者を差別するものであるとし、事情のいかんを問わない絶対的な禁止は憲法に違反するとした。そして、弱い人々に対する濫用をもたらす「滑り易い坂」の危険を考慮しつつも、それはロドリゲスのような自由で能力のある人々にまで及ぼされるべきではないとしたのである。

したがつて彼は、自殺援助を禁止する刑法の規定の効力を一年間停止し、その間に議会で改正立法を検討すべきだとした。ロドリゲスおよび同様な条件にある人には憲法上の除外を認めるといっているのであるが、その条件とは以下のも

のである。①訴えが上級裁判所に提起されること、②医師および精神医によつて、本人が自由かつ任意に同意しうる能力者であることが証明され、少なくとも一人の医師が立ち会うこと、③医師は、本人が他人の援助なしでは自殺しえない身体的状況にあり、意思の撤回可能性を理解していることを証明すること、④地方の検死官に報告すること、⑤医師が毎日診断すること、⑥憲法的除外に期限をつけること、⑦他人ではなく本人の行為が死の原因であること。

多数意見は、これらの条件が不明確であつて実効性がなく、自殺の権利の行使を本人の決定に委ねることになり不合理であると批判した。

## 13 若干のメディアのコメント

判決に対するコメントは一樣でなく、多数意見に全面的に賛成するものから、少数意見に与するもの、さらに中間的なものも見られた。

ある新聞の社説は、判決に賛成したが、少数意見にも言及した。そのコメントによれば、生命への権利が死の選択権を保障するものと解するのは疑問であり、積極的安楽死は殺人の一形態である。また、人々の安全の概念が安全を

否定する権利を含むことも同様に疑問である。しかし、判決のわずかの差は、このケースに見られた倫理的で高度に情緒的な困難さに由来し、法原則の解釈に微妙な差を生み出したというのである。

また、ある新聞のコラムニストによれば、カナダの最高裁は、死の方法と時期をコントロールする個人の権利という問題について、肯定的な先行判断を下すべきかどうかという選択に直面して、意見が分かれた。四人の判事はそれが裁判所の義務だとしたが、五人の判事はそのための確たる法的根拠がないとした。ロドリゲスは、最高裁の支持を失ったが、それは生命の神聖性という旧来の考えに挑戦する方向に裁判官を向けさせる世論の力がなお弱かったからである。

#### 14 法改正の諸提案

カナダにおける安楽死、自殺援助および死の許容に関する法改正の提案は、二つのカテゴリーに分かれる。一つは、これらの行為の非犯罪化ではなく、現行法のいくつかの側面を明確にしたりは拡張しようとするものであるが、今一つは、これらの行為の非犯罪化を提案する。

前者に属するのは、刑法に関する法改正委員会の勧告であるが、これを受けて数年前に「自然死法」や「リビング・ウイル」の立法化が試みられた。それは議員立法の形で提案されたが、いまだ制定されるには至らず、最近では、代理権を含む「事前指示」の立法化が提案されている。

#### 15 カナダの法改正委員会

カナダの法改正委員会は、一九七〇年代および一九八〇年代における刑法の改正に大きな役割を果たしたが、その意図は現行刑法を整備して医療技術の挑戦に答えるという点にあった。その過程で委員会は、安楽死（慈悲殺人）および自殺援助の犯罪性を維持することを勧告した。改正提案はいまだ正式に実現していないが、刑法に加えるべきであるとされる次の二つの提案が重要である。

① 医師に対して、治療主体の意思に反して治療の継続を要請したり、客観的事情および治療主体の最善の利益から見て無益な治療の継続を要請する義務は、刑法上何ら存在しない。

② 苦痛緩和措置が人の予期された死期を早めるという理由から、医師が苦痛緩和措置を引き受けるのを妨げ、ま

たはその実施を中止させることも同様である。

この後者の点については、法改正委員会は、有効な苦痛緩和措置も死期を早める危険があれば殺人になるのではないかという医師の不安に配慮し、苦痛緩和に必要な薬物の投与は医療行為に属することを明確にしたのである。

安楽死および自殺援助の非犯罪化については、委員会は依然としてそれらが刑法上の犯罪にとどまるとした。委員会は、同情的な動機を考慮した刑の減輕の可能性を検討し、結論的にはこれを認めなかったが、その理由は、同情的動機だけを区別する根拠に乏しいこと、真の動機を判断することが困難なこと、さらに同情殺を装う濫用の危険があることに求められた。

自殺援助の非犯罪化にも否定的な理由は、自殺援助と安楽死とを区別することが困難なこと、および弱い人々に圧力と強制が加わるといふ濫用の危険に求められた。

## 16 ロドリゲス以後の改正提案

尊厳死協会などの団体は、自殺援助と任意的安楽死の非犯罪化を求めている。その際の条件は、多くの点でオランダと似ている。議員立法の形で何回か議会に提案がなされ

たが、それ以上には進んでいない。

ロドリゲス判決の後間もなく、首相と法務大臣は、自殺援助の非犯罪化について論議し、遠くない将来に下院で自由投票を行う可能性を示唆した。また、上院では「安楽死と自殺援助に関する特別委員会」が設置され、一九九四年三月に議会内でもカナダのいくつかの都市でも公聴会が開かれた。委員会の勧告は一九九四年末には出される予定である。現在の時点では、下院でも上院でも、安楽死よりも自殺援助の非犯罪化の方に支持が多いものの、なお十分な賛成には達していない。

## 17 世論および医学界の動向

自殺援助および任意的安楽死の非犯罪化に対するカナダの世論の支持は年々増加しつつあることがうかがえる。しかし、質問の多くが不明確なため、回答の意味を正確に把握することは困難である。「患者の生命の終結」、「慈悲殺人」、「積極的安楽死」、「死の援助」など、多くの言葉が使われ、人々の中には、安楽死と生命維持装置の中止の区別もわからない者も存在する。

さらに、安楽死の代替措置についての理解にも困難があ

る。それは、患者が生命維持治療を拒否する権利をもつこと、間接的に死期を早めても苦痛緩和措置が許されること、無能力の患者についても無益な生命維持装置を停止しうることを意味するが、これらの点については医療専門家の間にさえ理解が徹底していないので、一般世論にはなお未知が相当程度存在するのである。

それにもかかわらず、世論の動向が顕著に変化していることは、次の調査結果から明らかである。

(質問) あなたは、不治の病で苦痛が激しい患者の書面による要請を受けて、医師が慈悲殺によって患者の生命を最終させる行為は法的に許容されると考えますか。

(回答)

	賛成	反対	条件付き賛成
一九九〇	七八%	一四%	八%
一九八九	七七%	一七%	六%
一九八四	六六%	二四%	一〇%
一九七九	六八%	二三%	九%
一九七四	五五%	三五%	一〇%
一九六八	四五%	四三%	一二%

医師の態度についても、同様な傾向が見られるが、医師

による自殺援助および安楽死の非犯罪化に対する支持は一般世論よりもはるかに低いように見える。カナダの医師の多くがなお態度未決定な状況にあるといつてよく、非犯罪化に反対する声の方が大きいように見える。

カナダの医師の見解を示す十分に信頼すべき調査データは存在しないが、一九九三年のアルバータでの調査では、積極的安楽死の非犯罪化について、反対が五六%、賛成が一八%、保留が二六%であった。

全国および地方の医師会は、これらの問題をオープンに討議するよう呼び掛けているが、医師会自体の立場は必ずしも明らかではない。たとえば、アルバータの医師会は、この問題について会員の意見が分かれていてまとめることができないとし、オンタリオの医師会も各医師自身の判断にまかせるとしている。全体のカナダ医師会も態度決定をせず、それは各医師の良心の問題であるとした。

一九九四年のカナダ医師会の年次総会の際、医師は安楽死や自殺援助に関与すべきでないという決議がなされたことがあるが、その賛否は九三対七四と接近し、七三は保留であった。決議に賛成しなかった医師の相当数は安楽死を実施する用意があるとしているので、もし法が改正され

ば、医師会の政策も変わる可能性がある。

## 結 論

結論として、カナダにおける自殺援助と安楽死の法的位置および社会的地位に関する問題について、若干の個人的な見解を開陳したい。まず第一に、私はカナダ最高裁が自殺援助の非犯罪化を拒否した点について、その理由のすべてではないとしても、その結論は支持する。

私の理由の第一は、裁判所が指摘した法的な理由のうち、とくに法と刑法の目的に関するものである。刑法の役割は、社会の基本的な価値を先行的に導くものではなく、むしろそれを強化する点にある。自殺援助と安楽死に関する社会的コンセンサスは確かに変化してきているが、わが国の社会についていえば、急進的な刑法の改正を正当化するような新しいコンセンサスと新しい価値基準が明確に形成されているとはいえない。世論の動向にもなお不明確なものがあ、生死の決定を規制する政策を変更すべきかどうかという点についての回答は留保されている。

私の第二の理由は、法的というよりも倫理的および社会的な考慮にある。自殺援助および安楽死を許容することは、

未知の水域に足を踏み入れるだけではなく、生と死の問題をすべて医療化する方向へと踏み出すことを意味する。非犯罪化に関する論議の多くは、医療が倫理的な限界をもたず、倫理的および社会的なコストと無関係なものと考えているように見える。それが可能であり、患者が望むが故に、なすべきだというのである。しかしそこでは、医療と医師の社会的役割や責任が存在することが忘れられている。

今一つの倫理的な関心事として、個人の自殺援助を許容することが彼の属する共同体や社会一般に与える影響という点を考慮する必要がある。たとえば、北米のある地域では、一九五五年から一九七五年までの二〇年間に、自殺が三倍に増加した。アメリカでは、死の原因のうち、自殺の占める比率は、かつては二二位であったものが、現在では八ないし九位にまで上がった。そして、自殺者の九〇%が精神的な病、とくに鬱病の結果だといわれているにもかかわらず、医師はこれを発見しえていない。このような背景からすれば、自殺援助を許容する法制度と社会の下では、その方向への圧力が増加するであろうことが推測される。自殺が合理的な選択肢として受け入れられるようになればなるほど、厄介視される人々が自殺に及ぶ可能性も高まる

であろう。

最後に、社会的コンセンサスという点について若干の私見を付加しておく。カナダの最高裁はその判決の根拠として、社会的なコンセンサスの欠如という点をあげ、医師会も態度未決定の理由としてコンセンサスの欠如をあげている。たしかに、現在の多元化された社会においては、基本的で論争的な問題に関する社会的コンセンサスを見出すことは困難である。しかし、それができないとすれば、いつまでも現在の状態を維持さざるをえないことになる。社会的コンセンサスの証拠として一体何を考慮すべきであろうか。また、どこにそれを発見すべきなのであろうか。

わが国を含む西欧諸国における立法、裁判または法改正が、現在の社会的な価値を体现していることは明らかである。しかし、すでに指摘したように、複雑な価値を含む問題に関する世論調査は信頼性に乏しい。レフェレンダムは、より正確なように見えるが、同様な不正確性を免れず、投票した人々の意見を反映するにすぎない。

私見では、これらの点はわれわれが当面している困難で挑戦的な問題であり、今回の国際セミナーはこの方向への有益な第一歩であると思われる。

(北陸大学教授・中山研一)

ペル・スタンゲランド

## 安楽死—スペインの場合

Euthanasia—The Case of Spain, by Per Stangeland  
(Visiting Professor, Institute of Criminology, University of Malaga)

紹介者のはしがき

ここに紹介するものは、一九九四年一月に行われた安楽死に関する国際セミナーの開催地であるスペインの、マラガ大学刑事学研究所客員教授である著者が、自国の安楽死の現状と課題を報告した英文のペーパーである。

先ずはじめに、いまスペインでその成り行きが注目されている若い漁師の身に生じた悲惨な状況の例は、一般の安楽死とは別の問題性をもつものであるとした上で、安楽死に関する公衆の意見調査を紹介するが、その意見の分布は年齢や宗教からくるものであることを指摘する。次いで、専門家集団としての医師会の倫理綱領は、安楽死または慈悲殺を禁じていることを述べ、また法律専門家に対しては、

明確なガイドラインの設定を望むことを要望する。また末期の病状の告知については、ガンなどの悲観的な病状は告知しないのが普通であるが、しかしよく説明を受けた患者のほうが高いレベルの慰みを享受し、残された自分の生命をより良く管理することができるとして、告知へと向かうべきであることを示唆している。なおこの報告で注目したのは、スペインではまだ家庭の絆が強く、多くの患者が家庭で死を迎えることが多いということである。しかし著者は、スペインの家庭の不安な将来として、最近は出生率が著しく低下して高齢化社会をむかえるのが目に見えていること、離婚率が増した個人主義と消費者精神が高まっていること、家族の絆が弱まりつつあることを指摘する。そして末期患者が家庭で最後の日々を送るといふ選択が与えられな



ければ、医師が積極的安楽死を行うことを正当化する道を開くことになるので、末期患者が強い家族の絆によって良き生活の質を享受できるような公衆保健体制を確立することが必要であると論じているのである。

以下は、そのペーパーの内容の要約である。

## 要約

### 一 序

若い漁師サンペドロ (Sanpedro) は、一九六八年に友人と海へ泳ぎに行った。彼は崖から浅い海に飛び込んだところ、岩で頭を打って意識不明の状態に引き上げられた。

彼の意識は回復したが、それ以来首から下は麻痺しており、ベッドに横たわったまま家族の世話に依存して今も生き続けているが、このような状態での二六年間の生活は、彼の運命を考えるには十分過ぎるほどの年月であった。彼は生きる価値を見いだすことができず、その人生を終わりたいと願望した。しかし彼の体が麻痺しているため、自分で死することはできず、それで、バルセロナ (Barcelona) 民事法廷に自殺を認めてもらうよう申し立てたが、同裁判所はそ

の申立てを認めなかった。このケースはマスメディアの注目を引き、「知性を持ちまた十分に考えた上でも、人は自らの運命を決定することが許されないのか」という反響が沸き上がった。このケースでは、少なくとも次の三点が一般の安楽死の場合と異なっている。即ち、

i) そこには関与する専門家がいなくてもよい。サンペドロの状態は、医学的な訓練を受けていない一般人にもよく分かり、医師による説明の必要はない。

ii) 患者の意識は明晰であり、よくいろいろな説明を受けている。安楽死が問題となる患者の多くは、その病気や回復の可能性について知ることなく昏睡の状態でその生命を終わるのが通常である。

iii) この場合、緊急性はない。一般には法学や哲学の分野では、苦痛にさいなまれてる患者のベッドサイドや、開催される委員会における医療の決定のような、短時間に解決しなければならぬ先例となるべきより困難な問題に直面するものであるが、この場合はそうではない。

確かにこの三つの要因は、一般の安楽死の場合とは異なる。大抵の患者は専門医にかかっており、その説明はしばしば病状を偽った楽観的なものであるため、患者自らが本

当に望む医療措置を選ぶことができなかつたり、またその医療決定はしばしば患者や家族と医師との間の短い相談によりなされる。

安楽死についての法律専門家の役割は、個人的、特殊的、感情的な要因を排除した本来の生命の問題において用いることのできる行動基準を示すことである。そこで本稿では、スペインにおける安楽死に関する公衆の意見およびガンにより死亡する場合の社会的状況について概観したい。

## 二 安楽死に関する公衆の意見

一九九三年にスペインで、積極的および消極的安楽死に関する世論調査が行われた。まず消極的安楽死については、「患者の生命は、回復の見込みがなくなった場合にも人工的に維持されるべきだとあなたは考えますか」との質問に対して、「はい」が二四%、「いいえ」が六四%、「分からない」が一%、「無回答」が一%であった。

一九九二年の別の世論調査では、回復の見込みのない場合の生命維持治療の継続については、その支持はより低かった。質問をより具体的ににして、「あなたの家族が末期状態になったときには、あなたは次のことについてどうします

か。」ということにすると、

「たとえ患者には苦痛を多く与えるとしても、可能な限りの生命の延長を望む」——一七%

「人工的あるいは強制的な方法での患者の生命維持は望まない」——三七%

「たとえ患者の死期を早めるとしても、患者の苦痛を終わらせることを望む」——四四%であった。

また法律による積極的安楽死の許容を望む声も多かった。即ち、「苦痛の多い不治の病者が望むならば、その生命を終わらせて苦痛から解放することを、法律は医師に許容すべきであると思うか」については、「思う」——六六%、「思わない」——二二%、「分からない」——一一%、「答えなし」——一%であった。また「そのような病者が自分でそれを求める能力を欠く場合、家族が本人のためにそれを求めることを法律は許容すべきか」については、「はい」——四九%、「いいえ」——三三%、「分からない」——一七%、「答えなし」——一%であった。

なおこれらの意見の相違については、年齢や宗教からくる要因もある。強固なカソリック信者および高齢者ほど安楽死には反対で、無信仰および若い層ほど積極的および

消極的安楽死に賛成する者が多い。年齢による意見の相違については、二つの説明が可能であろう。一つは、年齢が高い人は若い人とは別の世界観をもっており、彼らはより伝統を重んじカソリック信仰に厚く個人主義的な考え方の人は少ない。彼らは神のみが生死を司るとの考えのもとに安楽死を非難するのである。いま一つは、自らの生と死についての意識の違いである。若い人々は、不治の病氣にかかればもはや生きる喜びを享受し得ないと考えるのに対して、高齢者は、たとえ病氣や苦痛の状態にあつても、生きること自体に生命の価値を見いだすからである。

### 三 医療専門家と安楽死

医師のうち安楽死を支持する者は僅かに一人である。この傾向は、末期医療に関してはローマ皇教よりもよりカソリック寄りであるスペイン医師会の倫理綱領にも反映されている。それは積極的安楽死について、次のように定めている。即ち、「患者自身またはその親族の要求があつても、医師は意図的に患者の死を誘発させてはならない。安楽死または『慈悲殺』は、医療倫理に反する」。医師は、『望みのない無益な治療措置』を避けるべきだと倫理綱領は述

べているが、しかしそれは、回復の見込みがなくまた医療措置が苦痛をもたらす場合に生じる問題に対応させたものではない。倫理綱領としては、患者の死期を引き伸ばすため、できる限りの延命医療を行う医師は正当であるとしている。

患者の生命を短縮することもあり得る強い鎮痛剤の投与が道徳的に受容できるかという、いわゆる間接的安楽死について言及した倫理綱領もない。カトリック教会の教義書はこの問題を避けており、むしろ逆に、「死に面している患者の苦痛を緩和するための鎮痛剤の使用は、その死を早める可能性のある場合において、その死が予期されておらず、ただそれが不可避であることの見と受容においてなされる限りで、人の尊厳性に対する道徳に照応する」と述べている。

スペイン法律専門家に対しては、医師が治療措置を差し控えるための明確なガイドラインを規定することが望まれる。病院の末期患者の治療に当たる部門も、明確な倫理綱領をもっていないように思われる。そうしたガイドラインについては、例えばアンダルシア (Andalusia) 生命倫理研究センターのマニユアル (一九九四年) が参考になろう。

それは今後の改善可能性と対比して、望ましくない治療の副作用（苦痛や屈辱など）について、医師は考慮すべきであるとしている。また医師は、患者の願望や患者の社会的・経済的事情をも斟酌すべきである、とする。

#### 四 患者への説明

末期の病状については、その真実を患者に知らせるべきではないということが、医療関係者に広く行き渡っている見解である。患者に何を知らせるべきかについての意見調査では、医師の三八・三%が、否定的な予後についても患者に話すとしているに過ぎない。看護婦はそれよりも僅かに多く患者にそれを話すようである。それに対して学生では六〇%が、そして退職者の七八・七%がそれを話すとしている（Vega、一九九一年）。この告知の問題は、ガン患者がそれを知らされたときにどのように反応するかの研究により、考え直す必要に迫られている。その研究は、自分の病気が何であるかを正確に知った患者の方が、その告知をうけていない患者よりも不安、悲しみ、抑鬱の程度が高いという結果を見出していない（Cartero Corés、一九九四）。逆に、よく説明を受けた患者の方が高いレベルの慰

み享受し、また残された自分の生命をより良く管理することができると考えられるのである。末期患者に対する説明が穏やかに、そして少しづつ行われる限り、安楽死への要求は低くなるであろう。安楽死認容への一般公衆の態度ならびに法律の変更は、医師と患者の実際のコミュニケーションにおいて、あまり大きな影響をもつことはないであろう。

#### 五 家庭で死を迎えること

最近では、どの国でも死を迎える場所が家庭から病院へと移っており、アメリカではガン患者が家庭で死ぬのは二〇%以下だといわれている。しかしスペインではまだ家庭で死を迎えることが比較的多く、一九八四年から八六年にかけてのマヨルカ（Mallorca）での調査によると、ガン患者の三八・五%が家庭で死を迎えている。またマラガ（Málaga）の病院のデータでは、病気が回復不可能になったときには、その六〇〜八〇%の患者を家に帰らせている。この病院の政策としては、回復可能な患者のためにベッドを確保しなければならないというのであろう。これ以上の治療は無益だということになれば、多くの親族が病

院に呼び出されて、親族と病院とで話し合う。親族が受け入れたならば、患者は家に送られる。その話し合いがつかなければ、患者は赤十字の緩和ケア病棟に送られることになる。一九九三年では、病院のガン病棟で死亡した患者は僅か一五%であった。

この事実は、スペインにおける安楽死を考える上で重要である。そのポイントは、病院の集中治療室における医療技術化のなかでの死ではなくて、殆どのガン患者の最後のときを過ごす場所が家庭である、ということである。安楽死に対する一般看護者の態度こそが、病院の医師の態度よりも重要であり、我々が最後の段階における生活の質をよめるものにして、望むならば、病院のガン病棟よりも家族や医療看護サービスによって与えられる看護に目を向けるべきである。それでは、スペインではガン患者がどうして病院でよりも多く、家庭で死ぬのであろうか。それは、スペインの家族所帯は大きく、地理的移動は少なく、子や孫たちはその親たちと緊密な形で暮らしていること、そして中年や高齢の夫婦はいつまでも夫婦であつて離婚が少ないこと、などが挙げられる。例えばマラガでは、買い物車に一杯食料を積み込んで歩く老婦人を見かけるが、彼女はそ

のような大所帯の食事を準備するのである。従つてもし彼女が病気になれば、子や孫たちはその親を介抱しなければならぬと感じるのである。このように家族に囲まれて家で死ぬことは、老人の苦痛や孤独感を解決するための理想的な形といえるであらうが、しかし私は、現実の状況はそれほど牧歌的であるとは思わない。それは次のような事情があるからである。

#### 六 末期病者のための家庭看護体制の不備

スカンジナビアのモデルにならつたスペインの公衆保健システムは、しばしば効率的で多忙な福祉体制をとつていてと見られている。殆どの市民は、社会健康保険に加入しており、公衆保健センターを訪れる。これはここ二〇年もたたない前に実現された注目すべき功績である。だがその投資の殆どは病院におけるサービスに向けられ、家庭診療は二の次となつており、家庭訪問看護のための資源にもかなりの限界があるのである。そして、病院で行われる強化治療と患者が家に帰されたときに与えられる医療との間で、調整がとられていない。病院は、患者を家に帰した後のために整える必要がある職員や時間を殆どもたない。家族は

医薬品について説明した手紙と二日分の薬を受けるに過ぎない。その地方の保健センターとあらかじめ連絡をしておくという手続きもとられず、病院は患者が家に帰った後に、どのような情況が患者に待ち受けているのかを何ら知らないし、またその責任もない。それ故に家族は、自分で保健センターと連絡をとり、その援助を願い出なければならぬ。多くの末期状態の患者が家庭に帰されているのに、末期病の緩和ケアはあまり制度的に優先されない。緩和ケアの援助のためのガイドラインは作られているが、医師たちは大学でそれについて何も学んでおらず、それで患者をよく知っていた病院医師の推薦する処方箋を、そこでただ繰り返すことだけしかないのである。

スペイン市民戦争の英雄たちのことを記した歴史書の中で、戦争で傷ついた兵士が、鎮痛剤モルヒネをもって近づく看護婦に対して、「やめなさい。私は神とスペインのために、苦しんで死にたいのだ」と言ったという記事を読むことができる。この精神が一般の医療関係者の間にも、なお残存しているようにも思われる。麻薬の消費量は、末期医療の質を推し量るよい指標となる。スペインは他の発展国と比べて、麻薬の消費量は最下位に位置している。死に

行く患者の家族たちは、公的機関の援助も少ない中で二四時間の看護を続けるのである。そのために多くの患者は、もしそれが適えられるならば、むしろ病院で知られないうちに死ぬことを望む、ということになるのではなからうか。

#### 七 スペイン家庭の不安な将来

それは人口問題であり、今から三〇年先の二〇二五年に生存する人はもう既に生まれているから、その人口統計学により我々はその人口をほぼ正確に予知することができる。スペインの人口構成は、一九三九―四五年の市民戦争後に出生率が低下し、またここ一五年の間に出生率が著しく低下した。これまで大体三人ないし五人の子供をもっていたスペインの家庭状況は、目に見えて変化している。女性は今や平均一・三人しか出産せず、これは現在の人口を維持するのに必要な数を下回るものである。この傾向からすれば、二〇二五年にはその人口構成の図はキノコ形となり、全人口の二二％が六五歳以上となり、そして二〇四〇年にはその三分の一が退職年齢者によって占められることになる。この傾向はその後には正常に戻って、人口統計学上の激変はなくなるであろう。

ただ末期医療の問題は、次の世代における高齢者の増加によってよりも、むしろその患者をかかえる家族形態の変化によってもたらされるであろう。離婚率が急速に高まりつつある。今の高齢者は、配偶者や子供に囲まれて生活しているが、次の世代では家族の絆は弱まるであろう。社会では個人主義と消費者精神が高まり、女性は今よりも家族看護の仕事を受け入れなくなるであろう。既にアメリカや北ヨーロッパの国々がそうであるように、スペインの老人も一人で生き一人で死ぬことが次第に増えてくると言わなければならない。公衆保健サービスは、このような事態を念頭において、その準備をしておかなければならないのである。

#### 八 結論と提案

今はまだスペインでは、他の発展国と比べて末期医療における家族の関与が大きい。これは、老人や末期患者の間に広がる孤独の感情を和らげることができ、明らかに優れた特徴である。しかしながら家族の関与は、苦痛救済のための可動部門の助けがなければ、殆ど維持できない。それ了我々は、帰る家庭がない高齢者の数が次第に増えるだろ

うことを十分に考慮しておかなければならない。それ故、緩和ケアのためのホスピスセンターなどが配置されなければならぬ。一貫した保健看護体制の中で、基本看護と病院との調整が図られれば、医療施設と家庭との間の移送が容易になるであろう。これらのことは、安楽死の法律論とどう関係するのかといわれると、それは法律規制を議論するためには欠かすことができないものであると考える。もし患者がその病状について知らされず、尊厳性を保ち薬物により痛みをコントロールしながら家庭で最後の日々を送るといふ選択が患者に与えられなければ、それは致死量の注射をする医師の行為を不当にも容認することへと繋がるであろう。医師が指示する治療の全てに同意する患者や家族は、その最後の措置についても同意する可能性がある。しかしながらこのことは、自らの運命についての患者の自己決定権を強めるどころか、むしろ医療専門家の万能の権限を強化することになる。私個人としては、オランダのよう、患者が表明した意思に基づく安楽死の容認を、法律で定めることを歓迎する。しかしより大切なことは、末期患者が受容できる生活の質を、強い家族の絆によつてもたらしすような公衆保健体制を確立することである、と私は考

安楽死—スペインの場合

える。

(神戸学院大学教授・石原明)