

〔紹介〕 諸外国における安楽死の動向 (三)

ハンス・ゲオルク・コッホ

## 法的問題としての臨死介助

### ドイツ連邦共和国からの報告

Hans Georg Koch, Aid in Dying as Legal problem:  
Report form the Federal Republic of Germany

紹介者のはしがき

ここに要約・紹介するのは、フライブルクのマックス・ブランク外国刑法国際法研究所の研究員である、ハンス・ゲオルク・コッホ博士の手になるドイツ連邦共和国における法状態の報告書である。用語について一言しておく、ドイツでは「安楽死 (Euthanasie)」という用語は、ナチの「生きるに値しない生命」の抹殺としての「安楽死」を連想させるため、用いられないのが通常である。これに代えて用いられるのが “Sterbehilfe” という用語である。

意味するところは他の諸国にいう「安楽死 (Euthanasia)」とほぼ同一であるが、本紹介では、右のような歴史的特殊性を考慮して「臨死介助」と訳出した。日本語としてはこなれない感じがあるが、英文で書かれた原文では、*aid in dying* と翻訳されているし、我が国では既に同様の用例もあり（警察研究五九巻）、原意を比較的よく伝えている訳語でもあるので、これを採用した。なお、各項目の番号等は、要約の都合上紹介者が変更したものであって原文とは必ずしも対応しない。

## 要約

## 一 犯罪学的データ

不幸なことに、ドイツにはこの問題に関する経験的データは殆どない。分かっているのは、暗数を除く自殺の年間件数が、一一、〇〇〇から一三、〇〇〇件(旧連邦ラント)であること、そして囑託殺の有罪件数はごく僅かであることとぐらいであって、事実の問題として我々が知っていることはゼロに等しいのである。

この問題に関する国民の態度についての我々の知識はいくらかマシである。一九七三年から九四年にかけて行われたいくつかの世論調査は、その間に患者の要求に基づく殺害の受容がかなり進んだことを示している。

## 二 法状態の概観

## 1 特別な法規の欠如

病院に関するいくつかの連邦法が、患者の、尊厳を以て死ぬ権利を謳う多かれ少なかれプログラムの規定を有し、少なくとも間接的に、死にゆく患者の介助を問題とし

ているのを除いては、ドイツには、この問題に関する特別な法規は存在しない。従って、臨死介助の許容性及び限界の諸要件は、一般的な殺人罪及び傷害罪のルールから導かれなければならず、このことが個別問題の処理を不確かなものにしていく。

一九七九年にドイツ連邦医師会は、「臨死介助のガイドライン」の策定を試み、一九九三年にはその改訂版が公表された。しかし、このガイドラインは法解釈を容易にするという目的に資するに過ぎず、死に際しての介助と関与のさまざまな形式に関する一般に受容されている意見の要約にとどまる。尤も、自殺の積極的幫助はより制限的に評価されており、医師がこれに関与することは「非職業的」であると宣言されている。また、事前の意思表示に関しても一定の懐疑を示している。

## 2 学説及び判例の状況

上述のようにドイツには特別な立法がないが故に、判例・学説の状況が重要となる。しかし、学説に関していえば、法律学の内部にとどまらず、多くの関連する学問領域で非常に多くの意見が公表されており、学際的な研究も含めれば、文献の数は膨大なものとなる。更に、そこで述べられ

ている意見には、一方の極から他の極にいたるまで非常に幅広く、この問題に関する全ての立場を要約することは殆ど不可能である。以下では、各事例類型毎に概観を試みる。

(1) 死苦の緩和

死苦の緩和は、法的な問題を殆ど含まない。そこでは衛生の保持や適切な栄養補給、できる限り楽な呼吸の確保などが関心の的になる。こうした援助が行われない場合には傷害罪として、生命の短縮を伴う場合には、故殺罪として可罰的となる。

(2) 同意ある消極的臨死介助

①概観

同意ある消極的臨死介助に関する限り、論争は既に終結したといえる。現在では、末期患者をケアする医学的方法が死の自然なプロセスを長引かせるに過ぎない場合、それはもはや生命の援助とはみなされない、とされているのである。このような場合、人工的な生命維持装置の停止は許容される。かつては、生命維持装置の停止が作為にあたるのか不作為にあたるのかが議論されていたが、現在では、生命維持装置を停止することも開始しないことも臨死介助の問題に関しては同じものと看做されるとする考えが優勢

である。その解釈論的な理論構成はさまざまであるがここでは割愛せざるをえない。

これとは別に、生命の危険に曝されている患者が通常の医学的措置によつて援助されうる場合にも、治療されないことを要求することがどの程度できるか、という問題もある。この点に関しては判例の態度は一致していない。エホバの証人がその宗教的信条に基づいて輸血を拒否する権利を有することが認められた一方で、子宮外妊娠をした未婚女性の治療拒絶は考慮されないとされたのである。以下、いくつかの判例を見てみよう。

②患者の要求に基づくレスピレーターの停止

進行性の全身麻痺疾患により意識不明となった患者が、一時的に意識を回復した際に、以前から表明していた人工呼吸装置を拒否する意思を再度示したため、患者の夫が、レスピレーターのスイッチを切り、患者を一時間後に死亡させた、という事例につき、裁判所は、嘱託殺に関して無罪を言い渡した。しかし、嘱託殺人罪が不作為によつても成立するか否か、そして本件の行為が作為にあたるか不作為にあたるかについては判断を示さなかった。レスピレーターのスイッチが医師以外の者によつて切られたという

事例の特殊性が特別な論点を提起するが、この裁判所の判断は学説及び実務において圧倒的な支持を得た。

### ③ 植物状態 後見裁判所による治療停止の承認?

二年近く昏睡状態にある患者の家族が後見裁判所に、医学的ケアの停止についての同意と新たな合併症が生じた場合の更なる治療措置の差し止めを求めた。裁判所（ペルリン・ノイケルン区裁判所）は、患者の状態が将来において改善されることはありえないことではない、としてこの訴えを退けた。裁判所によれば、ここで問題なのは患者の推定的意思の内容ではない。何故なら、この事例において治療を停止することは基本法第一条による人間の尊厳の憲法的保障に抵触するからであるという。

この判例において裁判所は、人間の存在基盤の維持による生命の保障というコンセプトを中心に据えていると見ることができ、ナチの安楽死プログラムとの関連で見れば、政府機関が今日、生命を終わらせることを目的とする行為に「お墨付き」を与えることに極端に抑制的な態度を取っていることは理解できる。

### ④ 末期における人工呼吸の継続を巡る

#### 医師と患者の家族との意見対立

昏睡状態に陥り、自発呼吸を維持することができなくなった患者の妻及び彼の法定代理人は、レスピレーターを停止して、患者が「自然な尊厳ある死」を迎えられるようにするべく担当医を説得することを試みた。担当医たちはこの要求に同意せず、患者の脳活動がもはや認められなくなつてはじめて人工呼吸器を停止した。双方からの告発に基づいて検察官は、医師たちに対して傷害罪の疑いで、妻に対して故殺教唆未遂の疑いで捜査手続を開始した。いずれの捜査手続も打ち切られた。

この事例は、いくつかの重要な問題を明確に示している。更なる治療の成功の見込みに関して医師と親族の意見は食い違い得るのである。その背景は不明なままに終わるわけであるが、このケースにおいて医師と患者の妻との関係が劇的に悪化していたことは、特筆に値する。

### ⑤ 人工栄養の停止による臨死介助

本稿執筆の僅か数週間前に、BGHによって興味深い判決が下された。法廷意見の全文はいまだ入手可能ではない。報道によれば、事実審裁判所は、心臓マヒのち三年間昏

睡状態にあった七二歳になる患者の人工栄養を停止しようとした廉で、一人の医師と患者の息子を、故殺未遂の比較的重くない事態を理由として罰金刑に処した。判決は、主として、このような事実は、患者が未だ死につつあったわけではなかったが故に、医師会のガイドラインに従った臨死介助には当たらないという点に、そして治療の停止は患者の有効な同意に基づくものではなかったという点に立脚した。BGHは基本的にこの見解に同調したが、被告人らが、違法性の錯誤に陥っていた可能性も排除できないし、患者の推定的意思を伺わせる事情の有無も吟味されなければならぬとした。

この判例が新しい方向を示しているのか否かは、全文の公刊を待たなければ判断できないが、少なくとも、BGHが推定的意思に明示的意思と同等の拘束力を認めていること、ひいては、事前の意思表示をガイドラインよりも重視していることは明らかである。

### (3) 専断的治療停止

ドイツの刑事裁判所でこの一方的な、同意のない治療停止の問題が扱われたことはこれまでにはないが、解釈論上は、非常に意見の分かれるところである。ある見解によれば、

ば、苦痛を和らげる利益が治療継続の利益を上回るか、治療の見込みがなく更なる治療に医学的適応が認められない場合には、治療を継続する作為義務は生じない。他の論者は、義務衝突を理由とする正当化に賛成し、また他の見解は、このような事例は超法規的な宣告猶予によって処理すべし、とする。この文脈においては経済的な問題は無視されるべきであるとは思われるが、次のようなアメリカの風刺漫画の台詞が背景にある問題をうまく言い当てているであろう。「プラグを抜くことは医療倫理に反する。患者が金を持っている限りは。」

### (4) 間接的臨死介助

末期の病者の激しい苦痛を和らげることはその手段が生命を短縮する可能性を有していても医師の一つの義務である、ということについてはドイツ国内法においても国際的にも争いはない。この問題に關してもドイツには判例はない。ドイツ刑法総則によれば、この場合、医師には生命の短縮については、未必の故意しかないことになる。そこで、生命の短縮がまさに苦痛緩和の手段である「積極的臨死介助」との区別は主観化され、故意の問題とされることになるのである。しかし、どの程度の死の危険ならば医療の限

度内にとどまるものとしては認められるのかは、不明確なままである。一部では、正当化的、あるいは免責的な義務衝突ないし許された危険の法理を適用して、この場合に故殺の成立を否定する見解もある。いずれにせよ間接的臨死介助という事例群の構成は、原則として可罰的とみなされる臨死介助から社会的に受容された部分を切り離す試みであるといえる。

(5) 積極的臨死介助

この点に関してはドイツの現在の法状態は、政治的な論争はあるものの、明確である。被殺者の明示的且つ真摯な要求に基づいて他人を殺害した者は、故殺の比較的重くない事態としてはあるが、可罰的である。背景にあるのは、殺人のタブーを、生命の無限定な法的保護によって、たとえ極端な例においては結論が不適当なものとなる場合があつても、維持するという政治的社会的目標である。少なくとも免責的な緊急避難の適用によって有罪判決を避けようとする提案はこれまで受け入れられていない。

(6) 積極的自殺幫助

ドイツの現行法の下で死を希望する病者を刑事訴追を受けることなしに積極的に助ける唯一の手段が、自殺の積極

的幫助である。この方法は、ガン患者に青酸カリを調達してやりその用法を指導した医師ユリウス・ハツケルタールの事件によって公の議論を呼んだ。彼は刑事訴追を免れたが、職業裁判所は、彼の行為は職業倫理に反すると判断した。医師にとつては、積極的な自殺幫助は職業実践として満足の行くものでないばかりでなく法的にも問題のある選択肢である。

(7) 自殺の不防止

①概観

自殺の不防止は、ドイツ法の下では一つのデリケートな問題である。BGH判例によれば、自殺の企行に際して合理的且つ可能な救助を、遅くとも自殺企行者が意識不明となるか事象の支配を失った時点で行わない者は、不救助罪もしくは、特別な作為義務がある場合には、不行為による故殺罪の責めを負う。学説には自殺者の自己決定権をより重視することを要求するものが多いが、このことは同時に、自己答責的な自殺と精神病質的自殺との線引き問題を作り出す。臨死介助と関連する状況においては患者の客観的状态を自己決定状況として用いることも可能だが、自殺の企行が注意を引くための行動に過ぎない可能性もけつして排

除はできない。

逆に、自己答責的な自殺の企行を妨げる行為は、強要罪とはならない。このような行為は刑法二四〇条二項にいう「非難すべきもの」と看做することはできないのである。しかし、より長い時間にわたる自由の拘束ないし身体の傷害も刑罰を科されないか否かは問題とする余地がある。

自己決定が失われている場合には、救助義務は意識不明状態を待たずに発生するというのが一般的な意見である。しかし、この場合、救助者は、自殺行為そのものを防止するか、結果ができる限り重大なものにならないことを確実にしなければならぬ。そしてそのような状況を知らない場合でも、過失致死もしくは過失致傷罪の余地は残る。

医師にとっては、当該自殺が自己答責的なものかどうかはわからないことがよくある。それがはっきりしているのはむしろ例外である。大半の「積極的」自殺企行は医学的知見によれば非自己答責的である。医師は、反対の事情を示す明確な情報を有しない限り、当該自殺企行が「通常の」事例であることを前提としなければならないのである。

## ②判例

いわゆるヴェイティヒ事件判決は、強い社会的関心を集め

たが、事案は次のようなものであった。

ヴェイティヒ博士は、七六歳の患者から、病院等での一切の延命治療を拒否する意思を表示した手紙を受け取っていたが、その患者の訪問治療に訪れた際に、その患者が、病院へ運ばれないことを希望する旨のメモを残し、自殺を図ったと見られる状況で意識不明でたおれているを発見した。博士は、患者はもはや助からないし、助かったとしても後遺症が残ると判断して、ならぬ救助措置を取らなかった。

ヴェイティヒ博士は、無罪とされたが、BGHは、これを理由づけるのに、臨死介助という観点を適用し、患者を救助できる見込みがなかったことが決定的だとした。しかし、治療義務を否定したわけではなく、良心の問題を「法的にも正当化不可能なわけではない」としたに過ぎない。かくして、判例の自殺に関する古くさいルールは、学説が期待したように現代化されることなく終わった。しかも、本判決は、臨死介助という事例パターンを援用することによって、消極的臨死介助に関して無用の不明確さを追加したのである。

(8) 特に、事前の意思表示と代理人の指名について

①概観

この問題は、七〇年代の終わりから年々学説の関心を引くようになった。しかし、現在のところ未だ学説の主流は、この問題を一般的な形でしか扱っていない。臨死介助の問題を詳細に扱った第五六回ドイツ法曹会議の刑法部会ですら、この特殊問題には焦点を合わせていない。このことは臨死介助法対案にも当てはまる。ドイツ法曹会議の採決は、むしろ事前の意思表示と代理人による執行を重視することに躊躇を示している。対案もこの問題の解決を実務に委ねることを提案している。ドイツ医師会の新しいガイドラインも慎重な態度を示している。

ここ数年は、事前の意思表示に関する学説上の議論はより複雑になった。そこで優勢なのは、事前の意思表示の拘束力を認め、更にこれに従わない医師には刑事責任を問うという考え方である。

ドイツ法の下では意思表示に特定の様式は要求されないが、リビングウィルは、実務上一般に書面によっており、医師に患者の意思の具体的証拠を与えている。患者のなかにはリビングウィルの拘束力を確実にするためにその旨の

宣言書を所持するか、少なくとも署名に公証を受けている者もある。このような様式性は、医師の心理において意思表示の効力を強化するかもしれないが、患者の意思になんらかの瑕疵があった場合、これを治癒することはできない。事前の意思表示に内在する諸制限に鑑みて、ドイツの学説及び実務は、代理人の指名という方法の方が臨死介助という状況には適合すると考えるようになってきている。一定の局面においては、そうした代理権限が患者自身の前意思表示に優越するとさえ考えられているのである。

②判例

ドイツの裁判所は、これまで「事前の意思表示」及び「健康問題についての代理人の指名」という論点にそれほどの関心を払って来なかった。主たる論点は、生命維持装置が停止されてもよいか否かだったのであり、患者の意思に従って停止されなければならないか否かではなかったのである。

関連する唯一の判例として、医療事項に関する意思決定を行う代理人の指名の事例を扱ったものがあるが、これは、同意に関して委任を受けていた代理人の同意を得ずに行われた手術に基づく障害を理由とする損害賠償請求の事例で



あつた。ゲッティンゲン地方裁判所は、このような同意を与える権限を委任することも法的に許されるとして賠償請求を是認したのである。

学説の一部は、ごく個人的な事情について代理権限を認めることを、代理人による婚姻締結が禁止されていることとのパラレルにおいて批判している。裁判所のこの意見はそれ自体として正当であろうが、必ずしも臨死介助の事例にも適用可能とはいえない。

(9) 重大な障害を持った新生児の  
殺害に関する法的諸問題について

重大な障害を持って生まれた新生児を治療すべき医師の義務の範囲は、別の論点を構成する。出発点は、明確である。積極的臨死介助はこの領域においても禁止される。生きて生まれはしたが、明らかに死期が近い新生児に関して、他の末期患者についての治療の停止の事例と異なつた基準による判断がなされてはならないのである。この点は、ドイツ医学協会の「アインベツッカー勧告」の基本的前提でもある。しかし、この勧告は、「現在の医学的経験と人間の判断によれば、子供の生命を無期限に延長することが不可能で、近い将来に必然的に予想される死期を遅延するこ

とができるに過ぎない場合、医師は、可能な全ての治療手段を尽くすことを要求されない。」とした。更に、「特に、当該治療が子供に改善不可能な極端に重大な損害を伴う生命を可能とするに過ぎない場合には、「医師には治療に適應事由が在するか否かの判断について裁量の余地が認められるとする。これは、換言すれば、医師が新生児の生命の質を保証することができない場合には治療義務は存在すべきではない、ということである。

刑事法の観点からは、そうした事態に一定の距離をおいて、しかも一時的にかかわるに過ぎない医師と、長期にわたつて過重な負担を課せられると感じる両親との間には、免責事由に関して明らかな差異が存在する。

三 法政策の諸目標

以上の概観から、ドイツにおける臨死介助を巡る諸論点は、結論においても解釈論的な説明においても様々に判断されてきたことが明らかになつたと思われる。こうした背景から見れば、制定法による規制に向けての試みにはより詳細な注意を払つてしるべきである。なかでも特筆すべきは、一九八六年の「臨死介助法対案」である。この草案

は、間接的臨死介助と自殺の不防止を許容し、この領域における通説の見解に従ってこれらの事態を正当化事由と捉えて刑法典を修正することを示唆している。また、積極的臨死介助に関しては、属託殺人罪の規定を修正して極端な場合には刑の免除を許容することを提案して、同意ある臨死介助を殺人罪としては正当化されるものとする極端な見解からは距離を取っている。臨死介助という話題は、八〇年代中期には爆発的な政治的論議を呼んだが、最近の立法論議は先細りとなりつつある。現在のところ、ドイツの立法者がこの問題に時間を割くことは期待できない。しかし、近い将来には、立法者は少なくともリビングウイル及び代理権の問題を避けて通ることができなくなるであろう。ただ、医学に関係する多くの法的論点と同様に、臨死介助の問題も近い将来において明示的に制定法によって規制されるということにはならないであろう。

#### 四 私 見

筆者は、数年前に上述の対案の共同執筆者として重要な論点について私見を公表しているので、ここではいくつかの点を補足的に述べるにとどめたい。

1 中心的論点は、患者の自己決定権の医プロフェッショナルの利益及び殺人タプーの明確な宣言という社会的利益に対する優位性である。自由な社会においては個人の自律性は、他の社会構成員が自らの良心あるいは法律を害する行動に参与することを要求されない限りにおいて保証されなければならない。

2 死に際しての適切な医学的ケアと肉体的介護は、人道的社会の基本的関心事と考えられなければならない。ホスピス・ムーブメントは、ある重要な需要を満たすが、ペイン・コントロールという文脈においては、個人的なニーズが様々であることに鑑みれば、このようなサービスが単独で全ての需要を満たすことができると主張するのは幻想に過ぎない。

3 ホスピスの問題にしても積極的臨死介助の問題にしても、問題を、二者択一的なものに還元してしまうことは一面的である。積極的臨死介助についても、制限的ではあれ一定の処罰の回避の余地も残しておくことが望ましい。

4 自己決定の中心的要素は、患者が自らの疾病を自ら管理する自由である。患者は、自分が治療を受けるか否か、そしてどのようにかを決断する権利を有する。この場面で

は、生命の量と質のディレンマが成立する。医師は、往々にして前者を優先する。私見によれば、このことには四つの理由が考えられる。

まず第一に、生命の維持に特殊な地位を与えているヒポクラテスの誓いである。次に、我々ドイツ人は、ナチの「安楽死」という思まわしい歴史を持っている。第三に、財政的な考慮も一定の役割を果たしているであろう。死んだ患者よりも死に行く患者の方が儲かるのである。最後に、法廷においては、医師が生命の短縮に関与したという嫌疑は、医師が患者の意思を無視したという非難よりもシリアスなものとなる、という事情も挙げておかねばならない。

5 病院という制度構成においては、患者は通常より弱い立場に置かれ、自己決定権の行使について特殊な困難に直面する。死に行く者の七〇%が病院で死を迎えるという事実を鑑みれば、病院における患者の自己決定権の強化は法政策の観点からも特別な考慮を払わなければならない。

6 このことを前提とすれば、法律家の間でのみならず医師の間でも根強いリビング・ウィルに対する慎重な態度を打ち壊すことは重要な課題である。これは、リビング・ウィルの起案について一定の教育的組織をまさに病院内に

置くなどすることによって実現され得るであろう。

7 代理人の問題にも更なる考慮が払われてしかるべきである。患者は、自ら意思表示をすることが不可能な状況に陥った場合に備えて、代理人に意思決定の一般的な指示を与えておくことができる。こうした代理人は、弁護士である必要も近親者である必要もない。患者が、いわゆるかかりつけの医師との長期的な関係を享受しているといった場合には、この医師を患者の意思を代理する者と看做すこともできる。

8 濫用ないしダム決壊の危険という論拠を臨死介助を巡る議論において用いる者もあるが、私見では、説得力に乏しい。何故なら、濫用に対して十分な武装をもって戦うことは法の使命ではあるが、市民の正当な自由を過剰に制限することは法の任務ではないからである。臨死介助の場面に於いて社会的な濫用の可能性を理由として自己決定を制限することは、最も弱い立場の者を犠牲にするだけに終わる。まさにこの場面においてこそ、より人道的に考え、よりセンシティブに論じることが必要なのである。

9 以上のことは、この問題が法的政治的重要性を失っていないことを示している。立法作業は刑法上の問題を

明らかにすること限定されてはならない。患者の自己決定権を強化し実現する法規制も同等に重要なのである。

(関西大学助教授・葛原力三)

ストーン／ウィンズレイド (Stone/ Winslade)

## アメリカ合衆国における

# 医師による自殺関与と安楽死

### 一 紹介

本稿は、シンポジウムでのアメリカ法に関するレポートである。著者のストーン (J.D.) とウィンズレイド (Ph. D., J.D.) は、ヒューストン大学法学センター保健法・政策研究所に所属し、後者には、このテーマについて Guarding the Exit Door: A Plea for Limited Toleration of Euthanasia, 25 Hous. L., Rev. 517 (1988) という論文がある。

内容に関しては、まず「序論」(I) で、医師による自殺関与（直訳すれば「援助を受けた自殺」）と安楽死のアメリカの現在の法状況を確認することは困難であると前置

きした上で、次の「医師による自殺関与と安楽死の定義」(II) では、それぞれの定義が示される。即ち「医師による自殺関与」とは「患者が自己の命を絶つのに必要な手段または／および情報を医師が提供した場合」をいい、「安楽死」とは「医師が現実には患者の命を絶つ行為を実行する場合」であるとされる。ここでいう安楽死は我が国でいう「積極的安楽死」の意味で定義されていることに注意すべきである。

以上のような定義を踏まえた上で次の「医師による自殺関与と安楽死の歴史と現行法」(III) では、まず医師による自殺関与の処罰に関連して自殺自体の法的性格について、イギリスのコモンローにおいては一九六一年（同年の S.E.

icide Act による変更) までには自殺(未遂)が重罪(Felony)と看做されていたのに対し、アメリカ法では自殺自体が犯罪と考えられることは稀であったとされる。その理由とされるのは①自殺が既遂になれば行為者を処罰できないこと、②自殺処罰は抑止力を持たないことおよび③自殺は「精神病の表現」であることなどである。この自殺(未遂)と自殺関与は全く異なって扱われてきた。コモンローにおいては自殺関与は謀殺により処罰されるとされてきた。これに対して現在のアメリカ法で自殺関与を謀殺又は故殺として処罰しているのは七州(アラスカ、アリゾナ、アーカンサス、コロラド、コネティカット、オレゴンおよびミシガン)の各州)にすぎない。他の州では、処罰されている場合はそれらとは区別された重罪とされている。模範刑法典(第二一〇・五条)は自殺関与を強制等による場合とそれ以外の場合に区別し、前者を殺人、後者をそれと区別された二級犯罪として処罰している。

最近医師による自殺関与を合法化する試みがなされた(ワシントン、カリフォルニアの両州)が実現しなかった。しかし他の州でも同様の試みがなされようとしている(ニューハンプシャー、コネティカット、ヴァージニア、オレゴン、

アイオア、メインおよび再びワシントンの各州)。

これに対して安楽死に関する特別規定は存在しない。また現行の自然死・尊厳死法なども安楽死を正当化するものではない。現行法上は安楽死を行った医師等には殺人罪が適用されることになる。

これらの医師による自殺関与または安楽死の処罰根拠については、生命の尊厳の保護が通常あげられるが、著者はそれは絶対的なものではなく、むしろ身体およびクオリティオブライフに関する自己決定権との衡量が問題となるとする。そして現在では後者を優先する傾向が見られるとされる。その例としてあげられているのが Compassion in Dying v. Washington, 850 F. Supp. 1454 (1991) である。この判決において自殺関与を処罰するワシントン州法の規定が問題とされ、修正四条の自由権を不当に制限するものであるとされた。判決は一方で中絶に関する Planned Parenthood v. Casey, 112 St. Ct. 2781 (1992) 判決を引用して末期患者が自殺を自己決定することが修正四条の保護の範囲に含まれ、他方で Crusan 判決(197 U.S. 261 (1990))を参照して生命維持治療の拒否と成人の能力ある患者の同意を得た医師による自殺関与と区別すること

はできず、修正一四条の平等条項の下では両者は同様に扱われなければならないとする。さらに判決は自殺処罰の根拠は末期患者にはあてはまらず、濫用の危険や「滑りやすい坂道」の危惧も、自由を制限する根拠にはならないという。その理由は、それらの危険は生命維持治療の拒否にも伴われるものであり、医師による援助を受けた自殺のみを制限する根拠にはならないということである。筆者はこの判例をかなり肯定的に受けとめているようであるが、Crusan 判決とは異なって自殺の自由の制限が認められている範囲を明確にしない点が残念であるとし、重要なのは濫用を防ぐ有効なセーフガードを施すことであると述べているのである。

次の「医師の自殺関与と安楽死の訴追」(IV)では、全体的傾向として、両者とも訴追される場合が非常に少ないことが指摘され、訴追がなされた数少ない事例の内から、まず医師による自殺関与に関しては自殺関与を犯罪化するミシガン法が憲法上欠陥があるとされた (Hobbinis v. Attorney General, 518 N. W. 2d. 487 (1994)) Kevorkian 事件と大陪審によって起訴がなされなかった Quinn 事件が紹介される。安楽死に関しては、これまでの六件の事件、

即ち一九五〇年の Sander 事件、一九七四年の Montemararano 事件、一九八五年の Kraii 事件、一九八六年の Hassman 事件、同年の Rosier 事件、一九八八年の Caraccio 事件では無罪判決かあるいはせいぜいプロベーション付きの有罪判決が下されていることを指摘し、自由刑が科されることはほとんど考えられないとする。そのような軽い判決が下される根拠としては「慈悲殺」(mercy killing) の抗弁が認められているわけではなく(むしろ裁判所はそのような抗弁は存在しないとしている)、むしろ患者の自己決定権が実際上の根拠とされているとされる。

次に「倫理的な問題」(V)として著者は「ミステイク」の問題と「濫用」の危険の問題があることを指摘し、それぞれについて議論している。まず前者の問題については、それを理由にいわゆる「慈悲殺」立法を批判した Kaminsar の有名な論文 (Some Non-Religious Views Against Proposed "Mercy-killing" Legislation, 42 Minn. L. Rev. 969 (1958)) を検討し、そのような危険はたしかに存在するけれども、それは医師による自殺関与および安楽死の絶対的な禁止の根拠にはならないとする。著者によればその理由は次の三つである。即ち、①まずそのような錯

誤や誤った判断の危険を理由に絶対的に禁止することは、患者の自己決定権の思想をも否定することになるし、②早すぎる自殺をさせてしまう危険自体それほど大きいとはいえず、③またその危険は医師の適切な対処によりさらに少なくすることができるのである。

さらに後者の問題点、即ち濫用の危険については、そのことを強調し、それはむしろ安楽死の「義務化」につながることをとする Dougherty (The Common Good, Terminal Illness, and Euthanasia, 9 Issues in L. & Med. 151 (1993)) および前述の Kamisar の議論を紹介した上で、しかしながらこの濫用の危険に対しても安全策を講じることは十分可能であるし、それで対処すれば良いと著者は結論づける。

最後の「結論」(VI)においてもこのことは繰り返され、自己決定権(自由権)の重要性和、濫用等の危険に対しては安全策を講じる必要性が強調されるのである。

## 二 検 討

以上本論文はシンポジウムが行われた一九九四年までアメリカの状況を簡潔に紹介し、議論の概観を知るには便利

なものである。ただ残念なのは、シンポジウムの中心テーマが積極的安楽死であったため致し方ないことであるが、アメリカで医師の自殺関与や積極的安楽死以上に議論がなされている尊厳死論との関係についての議論にはそれほど大きな関心が向けられていないことである。わが国やドイツにおいては両者の限界事例について議論があり、例えば人工呼吸器の取り外しが作為か不作為かといった議論が盛んになされているのに対し、著者達はそのような理論的な問題には余り関心をもっていないように見える。「倫理的」問題の検討においても、濫用の危険等の防止策が議論されているだけである。ここにはアメリカの法学者のプラグマティックな傾向が反映しているように思える。シンポジウムに参加した葛原助教教授によればそこでの議論においても同じくプラグマティックな傾向を持つオランダの報告者とは、見解が多くの点で一致したが、ドイツ等理論的な側面を重視する報告者達とは議論がかみ合っていないかったという。しかしアメリカにおいても積極的安楽死を認めるための理論的根拠についての興味深い分析が Dworkin をはじめとした(法)哲学者によってなされている。Dworkin の著者 (Life's Dominion, Vintage edition, 1994) は



著者によって引用されているものの、その理論的側面に關する検討がなされていないのは残念なことである。また著者が主張する安全策についても具体的にそれらが有効かどうか、またそれらを法律上規定する必要があるかなどの問題が残されているように思える。この報告がおこなわれた一九九四年以降、アメリカにおいては、医師の自殺関与および積極的安楽死についてオレゴン州の立法などをめぐってさらなる展開が見られるので、これらの点を含めて検討を継続していく必要がある。

(奈良産業大学助教授・川口 浩一)

ニコラス・クウエローツ

## スイスにおける安楽死に関する

### 法的小よび倫理的問題

——積極的安楽死の合法化を考ふるべき時ではないか？——

Legal and Ethical Issues Concerning Euthanasia in Switzerland, by Nicolas Queloz  
(Associate Professor of Criminal Law and Criminology University of Fribourg)

紹介者のはしがき

ここに紹介するのは、刑法および刑事学研究者である著者が、スペインにおける一九九四年一月の安楽死に関する国際セミナーで、スイスにおける状況を報告したものである。刑法学者であることから、先ずスイス刑法の一連の殺人罪に関する規定と安楽死との関係を、かなり詳しく述べている。それからリビングウィルの法的効果についても論じており、著者はそれを肯定する立場から、スイス医学

アカデミーがそれを認めず最終決定は医師にあるとしたことに批判的な態度をとる。またスイス医学アカデミーの医療倫理ガイドラインの内容を紹介するが、それによると患者の自己決定権が尊重され、尊厳死を肯定し、また脳死をもって人の死とすることを認めているが、積極的安楽死は認めていない。このことに対して法律家からの批判があることを紹介すると共に、著者は更にそのガイドラインに頼って公衆衛生立法を公布した幾つかの県の姿勢が問題だと指摘する。このように、権威あるスイス医学アカデミーに対

して批判の目を向けていることは、一つの特徴であろう。

次にスイスにおいて安楽死事件とされた裁判例を幾つか紹介する。それによると、安楽死と見られる場合には刑は軽い、そこに不純な動機が認められれば、その部分には厳しい判決が下っている。

そして最後に、安楽死に関する市民の意見調査の結果を報告するが、全般的に見て、積極的安楽死をも消極的安楽死をも肯定する意見が優勢である。こうしたことを踏まえて著者は、このタイトルの副題にもあるように、医学アカデミーが認めていない積極的安楽死をも合法化する時期ではないかとする意見をもつのである。

以下は、その報告内容の要約である。

## 要約

### はじめに

この報告で私は、スイスにおける安楽死の規制基準について、それを憲法や刑法の生命の保護や、医師・患者関係を規律する民法、「リビングウィル」の効果、幾つかの県における保健衛生立法や司法裁判などを考察しながら述べ

てみたい。

### 一 憲法における生命の保護

スイスの憲法には、生きる権利を保障する明示の規定はないが、この基本権は、個人の自由の憲法的保障およびスイスも批准しているヨーロッパ人権保障規約によって保障されている。だが、一般の法は、生命の生物学的および精神的側面に対しては高い優位性を与えているが、生活の社会的側面についてはそれを軽視する傾向にある。そのために、生きる権利は生活の質に対する社会的権利をも保障する絶対的なものであるということはできない。また人間の尊厳性は連邦憲法によって保障されているが、それは憲法上の諸権利からひきだされた「抽象的な」形においてである。そしてそれは、社会と個人とのきずなを強調する。こうした関連において人間の尊厳性の観念はまた、個人の自己決定権に対して一定の限界を設定する。

### 二 スイス刑法における安楽死

多くの国と同様に、スイス刑法にも「安楽死」というタイトルの規定はない。にも拘わらず、一八九四年に統一ス

イス刑法典を最初に起草したカール・シュトース (Carl Stöck) は、積極的安楽死を念頭においた「被害者の要求による殺人」の規定を置くことが妥当だと考えていた。それは、「医師が不治の患者の耐えられない苦痛を終わらせるために、その要求に基づいて強力なモルヒネを与えるというものであった。だが実際には、本来なら処罰される行為の幅広い意味内容を、少数の言葉に詰め込んで規定することが、法律家にとって難しかったのである。スイスの刑法には「安楽死」という言葉は見当たらないが、しかし我々は、生命を保護する規定を考え、その明示および黙示の意味内容を考へて、安楽死に関する刑法的規制の問題を次のように概括してみたい。即ち、

— 積極的安楽死 (直接的小よび間接的)

— 消極的安楽死

— 被害者の要求に基づく殺人

— 自殺の幫助

— 不救助

そして我々は安楽死の大まかな定義を、身体的もしくは精神的な病者の死期を早める効果をもつ全ての (積極的または消極的な) 行為とし、次いで先に挙げた後の三つの検討

をも行いたい。

## 二の一 積極的安楽死

積極的安楽死とは、重篤な病気に苦しむ患者の死の過程に人為的な影響を働かせる行為である。そして

① 直接的 なそれは、行為者が病者の死期を早めることを本来、意図するものであつて、いずれにしてもその行為は殺人と考へられ、状況に応じて次のように罰せられる。

即ち

— 單純殺人 (スイス刑法一一一条、五年以上の懲役)

— 輕減された殺人、即ち強い感情または混乱のもとにな

された殺人 (激情による殺人。スイス刑法一一三条、

一年以上五年までの拘禁または一〇年までの懲役)

— 慈悲による殺人 (被害者の要求による殺人。スイス刑

法一一四条、三日以上三年までの拘禁)

— 情状の悪い殺人 (謀殺。スイス刑法一一二条、一〇年

以上終身の懲役)

② 間接的 なそれは、行為者がたとえ病者の死期を早めることを知つていても、もつぱら病者の苦痛の緩和を意図して行うものである。これは死なせることが第一の目的とされていないので、たとえその行為が積極的・直接的安楽

死に達するまで続けられたとしても、医師は司法的介入を受けざるを得ない。

## 二の二 消極的安楽死

消極的安楽死とは、重篤で不治の病にある患者に対する人工的生命維持の措置を差し控えもしくは中止し、それによって患者を死の進行に任せることである。行為者は通常は医師であるので、その行為が合法かどうかを判断するためには、患者の生命を保持する医師の職務上の義務および医療倫理規則に基づいて考察しなければならない。

①患者に意識があるときは、医師は患者にその病状や治療方針を説明し、医療措置について明示の同意を得なければならぬ。患者はその治療を拒否する権利をもち、また医師と話し合っつて消極的安楽死を依頼することができる。その場合、医師はそれを行うことが許容されるだけではなく、それを行わなければならないことにならう。

②患者に意識がないときは、医師は次のことを考慮して行動しなければならない。即ち、

— 患者の推定的意思（それ故、リビングウィルは重要な証拠となる）

— 近親者または親密な関係にある人の意見（医師はそれ

らを聴取しなければならないが、それに拘束されることはない）

— 患者の利益

— 患者の尊厳性

— 医療技術の水準および医療倫理規則

もし医師がこれらの標準に従って消極的安楽死を行うことが許容されると判断したならば、医師は司法的制裁をおそれてそれを行なうことを躊躇する必要はない。

## 二の三 被害者の要求に基づく殺人

被害者の要求に基づく殺人は、通常、積極的・直接的安楽死と考えられるが、スイス刑法ではそれは刑の軽い殺人（スイス刑法一一四条）とされる。

行為者の刑が減じられるためには、次の二つの要件が必要である。

①被害者の真摯で変わることのない要求があること。

②行為者が慈悲のためなど理解できる動機により行動すること。これらの厳格な要件のもとに行われた場合には、その刑が三日以上三年の拘禁刑というように、著しく軽減される。

## 二の四 自殺の幫助

自殺そのものは不可罰であるが、自殺教唆および幫助は可罰的である（スイス刑法一一五条）。それは他人の生命は保護されなければならないからである。それにも拘わらず、行為者は次の場合にのみ処罰される。即ち、

①行為者が利己的な動機により行動したことが立証された場合、および

②被害者が自殺を遂げ、もしくは少なくとも自殺を試みた場合

## 二の五 不救助

一九八九年までは、スイスでは不救助は幾つかの県でのみ訴追されたにすぎなかったが、それ以来スイス刑法に一二八条が導入されて、安楽死との関係で次の場合を可罰的とすることになった。即ち、

—ある者が患者を救助しようとするときに、安楽死を行うおうとする行為者が、その救助を妨げた場合には、スイス刑法一二八条により、情況によって一一一条（殺人）、一二二条（謀殺）または一一四条（被害者の要求による殺人）が適用可能になる。

—不治の患者が、自殺を遂げもしくは自殺を試みた場合

において、他の者（その主治医、その家族）がそれを阻止または救助しなかった場合。

—差し迫った死の危険にある者のリビングウイルまたはその他の明確な意思表示がない場合において、その者を救助しなかった場合。

—リビングウイルまたは明確な意思表示がある場合には、何人もリビングウイルの効果および死ぬ権利を尊重したことにより、罰せられることはない。

## 三 医師—患者関係を規律する民法

### 三の一 はじめに

医師—患者関係は本来、プライベートな性格をもち、それは民法において規定される。加えて公の病院や施設におけるこうした関係については、公衆衛生規則がある。そしてこの際、医療を拒否しまたは同意する患者の権利は基本的に個人の自由を保障する憲法上の権利にまで高められていることを、思い起こすべきである。

①医師と患者の契約およびそれから派生する権利義務は、通常は委任契約であり、スイス債務法三九四条以下によって規律される。患者は医療援助を求め、その病状や治療に

ついて説明を受け、医師は科学と技術と倫理の基準に従って医療を提供する。医師は患者の健康を回復させる義務をもち、患者はそれに対する費用を支払わなければならない。

②しかし時には、あらかじめの契約なしに、医師と患者の關係が作り出されることがある。例えば患者が意識を失い、かついち早く医療手当が必要な場合である。この場合には事務管理（スイス債務法四一九条）によることになる。このような場合には、医師は患者の利益と推定的意思に従って医療を行うべきである。この観点から医師は、患者の人格と尊厳性を考慮して、医療を差し控えるかまたは回復のわずかなチャンスを求めて医療を遂行するかを判断することになるが、いずれにしても、患者の意思表示がなければ、その決断には大変困難を伴うであろう。

### 三の二 リビングウイルの効力

リビングウイルと尊厳死願望は、スイスでは一九七〇年代の終わりに現れた社会現象であり、それは自己決定権の大切さと医療不信の両者をその背景とするものである。リビングウイルは通常、次のことを表明する。即ち、

— 良き自然の死への願望

— 植物的生命を人為的に引き伸ばし、または蘇生手段を

用いることの拒否

— 人として認められ、第三者がそれを十分に尊重するよ  
うに望むこと

スイス医学アカデミーは一九八七年に、リビングウイルの性質および効力について、法的な助言を求めた。それによると、

①それは生きている人の法律行為である。

②それは、次の場合には法的効果を持つと考えるべきである。即ち、

(a) その目的が合法的な場合。例えば、残酷な治療措置を拒否することは、法律の認めるところである。全ての人は、自分に対する医療上の干渉を拒否する権利を持つが、しかしまた、自分の生命や身体に対して他人が手を加えるように（例えば積極的安楽死）強い権利はない。そのような要求は、人の生命は自由にできないという原則に反し、従って誰をも拘束することはできない。

(b) その目的および表示が十分に正確で明確である場合。

(c) それを決意し表明した日からあまりにもながい時間が経過していないこと。

(d)それをいつでも自由に撤回できること。

③その効力に関しては、

(a)リビングウイルは、それが医師と患者の間の明確な委任の一部をなすときには、それは完全に有効である。

(b)あらかじめ委任がない場合には、医師は患者の利益と推定される意思とを考慮しなければならぬ。リビングウイルはその場合、患者の意思を推定する明確な証拠とすることができぬ。

だが、スイス医学アカデミーは、この見解に完全には同調しなかつた。患者が認識能力を欠く場合については、医療倫理のガイドラインは、「最後の決定は医師に属する」とした。

我々の見解では、リビングウイルの効果に対するこの制約は受け入れることができない。また医療倫理規則そのものの効力も法的見地からして問題としなければならぬ。

四 医療倫理規則および保健規則

四の一 スイス医学アカデミーの医療倫理ガイドラインおよび勧告

保健医療の分野においては、数多くの倫理規則や宣言が

ある(有名なヒポクラテスの誓い、世界医師会一九四八年のジュネーブ宣言など)。一九六九年以来スイス医学アカデミーは、我々にとって重要な意味をもつ勧告を布告してきた。特に、

①死の定義および判定に関するガイドライン(一九六九年に採択、一九八三年に改正)。これは、次の一つもしくは双方の状態が生じれば、人は死亡したと考えるべきであるとするものである。即ち、

(a)各器官および脳への血液循環を止める不可逆的な心臓の停止。

(b)不可逆的で完全な脳機能の喪失。

②安楽死に関するガイドライン(一九七六年に採択、一九八一年および一九八八年に僅かな改正)。

四の二 安楽死に関するガイドライン

(一) 内容 医師および医療関係者の義務は、治療を施し、救助し、苦痛を和らげ、および患者の死を援助することである。死への援助には、医療、人的な支え、看護が含まれる。

医療としては、

(a)患者が認識能力があり、十分に説明がなされた場合に



は、医療に関する患者の意思は、たとえ医学上の手順と合わなくても尊重されなければならない。

(b) 患者に認識能力がない場合には、医師は医学の基準に従って行動し、患者の推定的意思を考慮しなければならない。近親者の意見を聴取すべきであるが、最終的決定は法的には医師に属する。

(c) 死の危機にある患者に対して、医師はその治療と救助のためのあらゆる適切な措置を行う。

(d) 死の危機にある患者について

—その病状が回復不可能で致命的な方向に進展する場合、および

—それに残り残された生命が意識喪失の状態になるであろう場合には、

医師の義務は苦痛の緩和のみに限定され、生命を引き伸ばすあらゆる治療を行うことを要求されない。

(二) コメント 安楽死に関するガイドラインは、スイス医学アカデミーにより、医学的・倫理的・法的なコメントを付して作られた。このコメントは、死に行く人の尊厳死を援助することは医師の義務でもあると述べている。またそれには、技術的に可能な医療措置の中止（即ち消極的

安楽死）が含まれるが、他方、死期を早めるための人為的介入である積極的安楽死は——たとえ本人の要求があっても——正当化され得ず、それは要求による殺人を構成するとされている。

(三) 範囲 この医療倫理ガイドラインは、スイスのみならずそれを越えて高い評価を得た。医師や医療関係者の医療実務に与えた影響は強いものであった。議会もそれを参照した。それにも拘わらず、法律文献において、その法的な面からの批判が寄せられている。

最も厳しい批判をするのはケール (Kehl) であるが、彼は、スイス医学アカデミーがリヒングウイルの効力をはっきりと認めず、医師に最終決定を委ねていること、そして議会も政府もそれに同調していることに、大きな不満を表明する。ボルギー (Borgi) は、このガイドラインは法的なものとするための実質的および形式的な要件を備えていないので、もっと法的な基礎づけと正確な手続きが盛り込まなければならないと述べる。私が思うに、一九九四年にシュプルモン (Sprumont) が正当にも強調したように、批判はガイドラインそのものに向けられるべきではなくて、そのガイドラインに頼って公衆衛生立法を公布し

た幾つかの県の姿勢に向けられるべきである。そのような倫理規則への委任は法的効果を持ち得ないであろう。

### 四の三 県の公衆衛生立法

スイスの幾つかの県は、公衆衛生に関する立法資格を保有しており、これまでも衛生行政や健康増進、医師—患者関係の調整などに関する法律を公布してきたが、しかし安楽死に関する明確な規定は極めて少ない。アールガウ県 (Canton of Aargau) はその中でただ一つ、安楽死に関する特別規定 (五四条) をもっている。それによれば先ず第一に、積極的安楽死は禁じられている。第二には、患者に認識能力がない場合には、つぎの三つの要件を満たすときには消極的安楽死が認められる。即ち、(a) 治療の継続が苦痛を引き伸ばすに過ぎないこと、(b) 死の過程が不可逆的に進行すること、(c) 治療の中止が患者の推定的意思によるものであること。そして第三には、医師が近親者または患者の法定代理人の意見を聞くことである。健康増進法をもつティキノ (Ticino) 県では、末期状態にある慢性患者に対して鎮痛医療を大に行うことを勧告し、また県に倫理委員会を設けた。これらの県の公衆衛生立法は、難しい問題の規定に際してはしばしばスイス医学アカデミーの倫理

ガイドラインを参照している。しかしこのことで最高裁がこれらを無効とするようなことは、これまででない。

### 五 司法裁判

ここで、これまでの裁判例について要約しておきたい。ただし安楽死に関係する全ての裁判を述べることはできないし、またその中でも、純粹に安楽死の問題を扱った判決とはいえないものもあることを、あらかじめ断っておきたい。

①一九七六年、チューリッヒ (Zürich)。これは検察官が、証拠不十分として医師ヘムメリー (Haemmerli) を訴追しなかつたケースである。この医師は、末期状態にあつて死へと向かつていた患者に時折り食物を与えなかつたとして、殺人の疑いをかけられた。検察官によれば、彼には殺意がなく、また患者の死と医師の行為との間には直接の因果関係がなかつたとされた。

②一九八四年、バレイス (Valais)。これは不治の白血病にかかつて死ぬことを望み、兄に死を介助しいほしいと頼んで自殺を試みた妹を殺したとして、若い兄に対して被害者の要求に基づく殺人を適用して有罪としたケースである。

裁判所は被害者の真摯なしかも強い要求があり、行為者の動機にも理解し得るものがあつたとして、四か月の執行猶予つき拘禁刑を言い渡した。

③ 一九八七年、アールガウ (Aargau)。自殺をした者に薬物を与えたということで、一人の男が自殺幫助の罪で取り調べられたが、後に、利己的な動機がなかつたとして、訴追されなかつた。

④ 一九九一年、ベルン (Bern)。麻薬中毒の男が、「最後の一服」により死亡することを望んでいた妻に麻薬を与えたが、彼自身もそのような状況を利用して、自ら麻薬の供給を受けることを図つた。そのため彼は、利己的な動機による自殺幫助として一二か月の拘禁刑の言い渡し(執行猶予つき)を受けた。

⑤ 一九九一年、ジュネーブ (Geneva)。四人の男が薬物による友人の殺人ならびにその共犯として訴追された。その友人は不治の病のために死ぬことを求めていたのだが、そのほかに彼らは友人の生命保険により利益を得ようとした。裁判所は彼らに、被害者の要求による殺人として、それぞれに二四月、二〇月、一八月(執行猶予つき)の拘禁刑および四年半(保険金詐欺などを含む)の懲役刑を言い渡し

た。しかしこのケースは、理解し得る動機というものを欠いているので、被害者の要求による殺人ではなくて、謀殺もしくは単純殺人として処罰すべきであつたと思われる。

## 六 社会学的・刑事学的データ

六一—スイスにおける安楽死に関する市民の意見調査  
六一—の一 過去のデータ

① 一九七七年九月二五日にチューリッヒでは、不治の、苦痛に満ちた病気に苦しむ患者によって表明された要求に基づく安楽死(消極的および積極的)の合法化について市民の投票が行われた。それによると、

二〇三—四八八(五八%) ——賛成

一四四八—二二人(四二%) ——反対 であつた。

この提案は連邦議会に提出されたが、それは何ら審議されることなく返却された。

② 逆に連邦による、生命に対するいかなる侵害も禁止する(その狙いは妊娠中絶と安楽死にあつた)ことについての世論調査が一九八四年六月九日に行われ、その結果、

一〇〇—二四五人(六九%) ——反対

四五〇—七五二人(三二%) ——賛成 (投票率

スイスにおける安楽死に関する法的小よび倫理的問題

三五%)であった。

③一九八八年一月の世論調査では、「人々は安楽死を求める権利を持つか」という質問に答えた人のうちの七六%が「はい」であった。

六一一の二 最近のデータ

①一九九四年三月初めに、安楽死に焦点を当てた世論調査が公表された。そこでは、「不治の病に苦しむ人は、安楽死によって精神的ならびに身体的苦痛を短縮することを医師に求める権利を持つか」という質問が与えられて、その結果は次の通りとなった。

	合計	一八)	三五)	五〇)
「はい」	七九%	八五%	八四%	六八・五%
「いいえ」	一五%	一三%	一一%	二一%
「分からない」	六%	二%	五%	一〇・五%

(六〇〇人のスイス市民の世論調査)

②スイスでは、もう一つの世論調査が一九九四年三月に行われ、「不治の病に苦しむ人は、自分が死ぬ時を選ぶ権利を持つか」という質問に対して、

「はい」——七七%

「いいえ」——一四%

「分からない」——九% という結果であった。

こうして見ると、以前のものも最近のものも、その質問形態がどうであれ、スイス市民は安楽死について肯定的な態度をとっているということが言えるであろう。

六一二 刑事学上のデータ

次に刑事学的な観点から、次の刑法規定により有罪となつた者の統計表を掲げる。

一一二条（單純殺人） 一一二条（謀殺） 一一三条（激情による殺人） 一一四条（被害者の要求による殺人） 一一五条（自殺教唆・幫助） 一一六条（嬰兒殺）

111～116条	66	0	1	6	11	45	1984
115条	60	0	1	6	8	44	1985
114条	48	0	1	1	14	31	1986
113条	47	1	0	4	12	30	1987
	39	0	1	8	4	25	1988
	65	0	1	8	16	40	1989
	50	0	0	3	16	31	1990
	71	1	4	14	10	42	1991
	71	0	0	3	16	52	1992

刑事法廷は通常、安楽死のケースは、「被害者の要求に基づく殺人」および「自殺幫助」として扱うので、それは九年間で二一件であり、年間平均五七件の殺人のうち一件で、極めて少ないことが分かる。一九八八年から一九九一年にかけての七人はすべてスイス国籍で、医師は一人もい

ない。なお一九九一年の五人のうちの四人は、先に述べたジュネーブでの、一人の被害者に四人が関与したケースであり、あと一人はベルンでの妻に対する自殺幫助のケースである。

（神戸学院大学教授・石原 明）