



Title	オランダの安楽死 : 新法理由書を中心に
Author(s)	山下, 邦也
Citation	国際公共政策研究. 2002, 6(2), p. 1-18
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/8843
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

オランダの安楽死
—新法理由書を中心に—

Euthanasia in the Neterlands:
The explanatory note of the new law

山下 邦也*

Kuniya YAMASHITA*

Abstract

The present paper covers the main parts of the explanatory note of the Dutch eutanasia law with comments.

キーワード：安楽死、自殺援助

Keywords : Euthanasia, Assistance with suicide

* 香川大学法学部 教授

一 は し が き

オランダのいわゆる「安楽死法」(Euthanasiewet、正式には「要請に基づいた生命終結と自殺援助に関する審査法」(Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding)は、下院では2000年11月28日に賛成104票、反対40票の大差で可決され、上院では2001年4月10日に賛成46票、反対28票という優位差をもって可決・成立した。新法は2002年4月1日から施行予定である。新法の概要に関しては、最近、若干の邦語文献¹⁾²⁾が公表されている。私自身も、別の機会に、その概要や法案の条文を紹介したことがある³⁾⁴⁾が、さらに、理由書や議会での審議内容なども参照して、新法に関する詳細を明らかにしたいと思っていた。本稿でこれに取りかかるつもりであったが、紙幅の制約から無理がある。そこで、理由書自体の資料的意義に鑑みて、本稿では、主として理由書を紹介し、残りのスペースで、若干のコメントを付することとする。

二 要請に基づいた生命終結と自殺援助に関する審査法の理由書⁵⁾

本理由書は1999年8月に法案と共に下院に提出されたものであって、法案はその一部(12歳以上16歳未満の者の扱い)を下院で修正のうえ可決され、次で、これが上院でも可決された。修正部分については以下の紹介文の該当個所でその旨を指示することとする。紹介にあたって、条文自体で内容の明瞭な箇所については、その全部又は一部を省略し、また、いわば名目的な言辭の部分も適宜省略することとした。しかし、ここでは条文自体を掲げる余裕がないために、注4)に掲げた別稿の参照を乞わなければならない。

1 は じ め に

本法案は、所定の注意深さの要件(以下、本稿では「注意要件」と表記する。)を遵守して、要請に基づいた生命終結を実施し、又は自殺を援助した医師のために、刑法に処罰阻却事由を規定した。安楽死を実施した医師は、自治体の検死医にその事実を申告し、かつ注意要件の遵守に関する詳細な報告書を提出したときは、この特別処罰阻却事由に訴えることができ

1) 星野一正「要請に基づく生命の終焉並びに自殺補助法—オランダで法律制定」時の法令1644号65-72ページ。

2) 大嶋一泰「安楽死をめぐる課題と展望—オランダにおける「囑託に基づく生命の終焉と自殺援助の審査法」の成立を契機として—」現代刑事法2001.11-No.31, 69-75ページ。

3) 山下邦也「オランダ安楽死法」(医事法トピックス)年報医事法学2001/16, 309-305ページ。

4) ベーター・タック「オランダ新安楽死法の成立について」(付属資料として拙訳の条文を掲載)同志社法学近刊

5) Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vergaderjaar 1998-1999, 266691, nr. 3. Toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van den Wet op de lijkbezorging (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding). Memorie van Toelichting.

る。また、法案は申告された事案を事後審査する学際的委員会に関する規定を設けている。

第二次コック内閣（以下、本稿では「我々」と表記する。）は、連立協定において、注意要件を遵守して行為した医師が申告義務を果たしたときは、処罰されない旨を刑法に規定する考えで一致した。そのため、我々は、1998年4月16日に下院に提出された民主66党、自民党、労働党の議員提出法案を、提案者によって撤回された後、無修正で我々の法案として受け入れ、助言を得るために枢密院に提出した。1999年2月10日に提出された助言に基づいて、我々は議員提出法案の実質的内容を変更することなく、それとは別の構成を選択した。しかし、現法案の趣旨は元のそれと同一である。

第一次コック内閣は、1994年6月に、遺体処理法の改正により、いわゆる安楽死申告手続を施行した。この手続では、安楽死を実施した医師は、死亡診断書を交付しないで、事案の詳細な報告書を付して、検死医に申告すべきことになった。

検死医は、埋葬・火葬に異議のない旨の確認書の交付を受けるために、事案を戸籍係と検察官に通告すべきこととなった。事案の審査は検察官によって行われた。

1996年11月に公表された評価調査「安楽死及び生命終焉をめぐるその他の医療決定—申告手続の実際」に基づいて、検察官が起訴・不起訴を裁定する前に医療専門的な事後審査を実施する地域審査委員会の設置が決定された。委員会は、その審査結果を、処罰規定が存在する限りで、起訴・不起訴を裁定すべき検察官に通知すべきものとされた。この申告手続は、1998年11月1日に施行された。

本法案は、注意要件を遵守して行為した医師に対する処罰規定を廃止するという意味で、この問題に関する法的決着を付けようとするものである。これは、1998年5月27日の省令によって設置された地域審査委員会に法的根拠を与えるものでもある。

本法案は、刑法には、もっぱら特別処罰阻却事由を規定し、注意要件については特別法に規定する選択をした。これは、枢密院の上記助言を採用したものである。注意要件は、未成年者の決定資格や意思宣言書の地位などの問題も含んでいる。これらは、もっぱら禁止規定からなる刑法の範囲を超えた事項と考えられる。

同じことは、地域審査委員会についても当てはまる。これは、遺体処理法に規定するよりは、注意要件を規定する特別法に規定する方がより適切と思われる。

我々は、未成年者に対する生命終結行為に関しては、注意深さの観点から、明示的要請のない生命終結に分類すべきであり、そのための申告手続に従って審査すべきであると考えてきた。しかし、我々は、枢密院の助言に従って、この立場には若干のニュアンスを必要とすると考えた。本法案は、12歳以上16歳未満と、16歳以上の年齢で区別している。

医療契約法では、16歳と17歳の者は、原則として独立して決定できると規定している。他方、12歳以上16歳未満の者は、原則として、親権を有する（両）親又は後見人の同意を必要

とするが、(両)親又は後見人が拒否する場合でも、医師が患者の重大な不利益を防止できると確信するときは、未成年者の要請に応じる旨が規定されている。枢密院の助言は、この線に沿ったものであった。

意思宣言書に関しても、枢密院の助言が考慮された。議員提出法案では、当時、明示的要請のない生命終結に関する申告手続の策定前であるために、この事項に関しては態度が保留された。しかし、枢密院の助言や、すでに存在する多くの安楽死宣言書を考慮すると、この種の宣言書に法的地位を与えることが望ましいと考えられる。この法的解決策は、患者がすでに意思表示できる状態にないときに、医師のための指針として役立つだろう。これでもって、医師、患者、その他の関係者に法的安定性が与えられる。

この関連で、新生児や前もって宣言書を作成していなかった昏睡患者のような意思表示できない患者の問題に言及しておかねばならない。枢密院は、特別カテゴリーの患者の生命終結事案を審査する中央委員会も、地域審査委員会を規定する法律と同じ法律のもとに置くことが望ましいと助言した。しかし、我々は、いわゆる意思無能力の患者に対する生命終結事案では、要請に基づいた事案とは別の処理方法が適切と考える。

2 経緯

(省略)

3 法案の体系

法案は、医師が処罰されないための、次の二つの条件を規定している。

- ① 医師は、要請に基づいた生命終結と自殺援助に関する審査法に規定された注意深さの要件を遵守しなければならない。
- ② 医師は、遺体処理法の規定に従って、検死医に、その行為を申告しなければならない。しかし、その他の形態の要請に基づいた生命終結事案は、依然として、可罰的である。

法案は、医師の注意要件を規定している。これは、確立された判例に由来するものであって、訴追方針もこれに基づいている。安楽死地域審査委員会規則9条にいう4つの基準は、1998年11月1日以来、要請に基づいた生命終結事案の審査の出発点である⁶⁾。法案は、この委員会に法的根拠を与えるものである。法案の諸規定は、審査委員会規則の規定とほぼ一致している。

6) 安楽死地域審査委員会規則(1998年5月27日制定)の9条は以下のような規定であった。
 委員会は、次の各要件が充足されたときは、医師が注意深く行為したと判断することができる。
 ① 自発的な、熟慮ある、かつ、持続的要請があった。
 ② 支配的な医療的知見に従って、患者には見込みのない、かつ、耐え難い苦しみが存在した。
 ③ 医師は、少なくとももう一人の独立した医師と相談した。
 ④ 生命終焉行為が医療的に注意深く実施された。

法案に規定された遺体処理法の改正は、技術的性質のものであって、刑法に規定される特別処罰阻却事由の一構成要素をなす申告義務の法的仕上げである。

4 要請に基づいた生命終結と自殺援助の申告並びに審査

我々は、要請に基づいた医師による生命終結行為の質の監視と促進を保障し、また、安楽死の実践に関する社会統制の可能性を保障するために、安楽死の申告と審査が不可欠であると考え。法案は、生命終結行為の申告を、刑法293条2項の特別処罰阻却事由の適用のための条件として受け入れている。

法案は、要請に基づいた生命終結又は自殺援助に関する事態のなりゆきを、次のように構想している。

医師は、遺体処理法に従って、死亡診断書を交付することなく、検死医に対して、不自然死を申告すると共に、行為の実施に関する詳細な報告書を引き渡さなければならない。

検死医は、埋葬・火葬に異議のない旨の確認書の交付を受けるために、戸籍係と検察官に通報する。検死医は、外部から検死して、生命終結の方法を確認した後、医師の報告書を審査委員会に送付する。

審査委員会は、医師の報告書に基づいて、医師が規定された注意要件を遵守して行為したか否かを判断する。

委員会は、報告書を受領した後、6週間以内に判断を下すものとする。ただし、6週間の期限は、1度に限り、6週間まで延長できる。委員会の審査結果は、文書によって医師に知らされる。委員会が医師の行為は注意深かったと判断したときは、その事案は終息される。委員会が不注意であったと判断したときは、その審査結果を、検事長会議とヘルスケア監察局に通報する。この通報は、刑法293条2項の特別処罰阻却事由が適用されないことを意味する。それは、犯罪の重大な嫌疑が存在するということであって、検事局は、その行為について詳細に検討しなければならない。

検事長会議の代表者とヘルスケア監察官の代表者の同席のもとに開催される審査委員会の委員長間の定期的な協議は、各個の委員会の判断に関する整合性を保証する。

要請に基づいた生命終結と自殺援助に対する司法判断では、裁判官は、当初から、生命終結時の患者の事実的状况を判断する際に、科学的に適切な支配的医療知見と医療倫理的に適切な規範に依拠してきた。学際的に構成された委員会の存在意義は、委員会が、医療倫理的観点からも、法的観点からも、当該事案で、正しい判断に達することにあると考えられる。また、委員会は、教育的な意味でも付加価値を有するだろう。委員会は、当該事案で、事後の判断を示す過程で、医師との個人的対話を通して、医師を啓発・教育することができる。

委員会は、諸事案の審査結果を、匿名を条件に、年次報告書として公表する。このことに

よって、これらの事案に対する社会的啓発を与えると共に、社会統制に資することができる。

5 特別処罰阻却事由

法案は、医師と患者に対して、高度の法的安定性を保障することを意図している。刑法への特別処罰阻却事由の受け入れの結果、審査委員会によって、法的注意要件を遵守して行為したと判断された医師は、処罰されないことになる。このことは、ほとんどの申告事案が検事長会議に通報されないことを意味する。申告事案が、自動的に司法審査にさらされないことによって、申告手続への信頼と申告意識の向上が達成されるだろう。

しかし、注意要件を遵守した医師の不処罰の保障は、検事局の法的任務を阻害するものではない。検死医は、埋葬・火葬の許可を得るために、戸籍係と検察官に、当該死亡事案を通知する。その時点で、重大な規則違反の疑いがないときは、検察官は埋葬・火葬の許可を与える。しかし、検死医の通報又は第三者の届け出により、捜査の必要があるときは、検察官が法的任務として捜査を開始する。法案は、検察官の起訴独占主義をどのような意味でも修正していない。検察官は、犯罪の重大な嫌疑があるときは、捜査を開始できる。法案は、検察官の訴追任務を確保するために、審査委員会が捜査に必要なすべての情報を提供すべきことを義務づけている。

審査法の逐条説明

第1条

本条eに関して、民法7編446条1項にいう援助者とは、医療業務において、患者、看護、世話などに直接関係した処置を実施する自然人又は法人をいう。

第2条

注意要件は、従来確立された判例に由来するものである。患者の明示的要請は、しばしば、文書から確認することができる。もっとも、患者が意思表示できる限り、文書による要請が要求されるものではない。

要請は、自発的な、熟考ある、かつ、持続的なものでなければならない。衝動的、突発的な激情に基づいた要請には応じられない。要請が持続的か否かは、医師が患者と共に、その要請や健康状態について話し合った後も要請が繰り返されることから明らかになる。患者に対する他者からの圧力や影響によって表明された要請は、自発的なものではない。また、自発性は、患者がその意思を自由に決定できる状態にあることを意味する。まず、患者は自分自身で要請しなければならない。医師は、患者の死の願いが、自発的、明示的かつ持続的要請であることを確認した後に、患者と一緒に決意した安楽死を実施できる。患者が、要請時に、たとえば、精神障害との関連で、身体的状況について十分に認識できる状態にあったこ

とが疑われるときは、詳細な調査が必要である。それゆえ、この種の患者に対する生命終結行為の申告は、特別カテゴリーの患者に対する申告手続に従われなければならない。進行した痴呆のため判断能力が損なわれている患者、新生児、前もって意思宣言書のない昏睡患者などは、この手続に服さなければならない。

熟慮ある要請というためには、患者が、病気、診断、予後及び治療可能性について十分な理解を有していることが必要である。医師は、患者がこれらについて十分に情報提供を受けているか否かに注意しなければならない(1項c)。医師は、患者の苦しみを緩和するために、どのような解決策が利用できるかについて患者と話し合わなければならない(1項d)。この要件は、一方では、決定過程が医師と患者の共同作業であることを意味する。しかし、両者の対話は、医師の独立した決定と絶対的責任とを制約するものではない。他方で、この要件は、生命終結が残された唯一の解決策であることを強調するために重要である。安楽死は、適切な緩和ケアの枠組みにおいてのみ、適正に実施できる。もはや治療が不可能なとき、若しくは患者が治療を望まないときも、看護の続行と苦しみののできる限りの除去が重要である。患者は、すべての可能な看護・世話を受けたこと、できるだけ苦しまなくてもよいこと、痛みを放置されるべきでないことを最後まで確信できなければならない。医師は、緩和ケアの枠組みでなしうるすべてのことを調査し、提供すべきである。しかし、そのことは、患者がすべての可能性に訴えなければならないことを意味しない。「他の合理的解決策がないこと」という表現が重要である。オランダ法(民法7編450条)では、すべての患者は、どのような処置も拒否できる。患者がさらなる医療や世話を拒否し、見込みのない、かつ、耐え難い状況にあるときは、患者の完全な自由意思による拒否は、生命終結や自殺援助の要請に応じることを妨げるものではない。我々は、最高裁の1994年6月21日の判決(NJ 1994, 656)の6-3-3の法的判断をそのように解釈する。

安楽死のための理由は様々である。最高裁は、1984年11月27日の判決で、その者の精神的・肉体的尊厳の喪失の進行と共に、もはや尊厳ある仕方では死ねなくなる可能性について指摘した。「見込みのない、かつ、耐え難い苦しみ」の概念は、事案の具体的事情について考慮する余地を残している。

2条1項eにいう相談要件は、医師が要請に基づいた生命終結を実施し、又は自殺を援助する決意について、他の医師と相談する必要性について規定している。1995年の「オランダ医師会の安楽死に関する新ガイドライン」は、仕事仲間、家族、パートナー、助手、又はあれこれの形で当該医師に従属する医師以外の、独立した同僚の重要性を強調している。コンサルタントが患者に会うべきであるという要件は、判例に由来するものではない。枢密院の助言に従って、コンサルタントが患者に会って、医療状況や死の願いを確認することが重要である。患者の状態から、その種の訪問が余計と思われる状況、又は患者と家族にとって死

の床をめぐる親密な関係への侵害と考えられる状況も生じうる。しかし、注意深い手続の観点から、法律に明瞭な規範を規定することが望ましいと考えられる。

コンサルタントは、患者の苦しみの見込みのなさや耐え難さに注意すると共に、苦しみを緩和する代替策の有無も検討しなければならない。また、患者の要請の明示性と熟慮性についても判断しなければならない。

2条2項は、患者が意思能力があった時点で作成した意思宣言書について規定している。これは、民法7編450条3項にいう消極的意思宣言書と若干類似している。しかし、両宣言書は、目的と効果の点で相違する。消極的意思宣言書と異なって、安楽死宣言書からは、医師の法的義務は生じない。生命終結行為は、通常の医療行為ではないからである。良心的異議を有する医師は、求められた援助を拒否できる。その場合、他の医師とコンタクトをとるべきである。

2項にいう意思宣言書は、医師がこの宣言書の内容が患者の意思に一致したものであると考えることができるという法的意味合いのものであるから、宣言書は、明瞭に表現されたものでなければならない。かつ、氏名、署名、日付を記入したものでなければならない。

2項の条件が充足されている場合であっても、医師が根拠ある理由が存在するときは、要請への同意を拒否できる。(下院提出時の法案2項2項には「要請に応じられないという根拠ある理由があるときを除いて、要請に応じることができる」という文言があったが、修正法案2条2項では、「要請に応じられないという根拠ある理由があるときを除いて」が削除された。実質的な意味は変わらないと思われる。)その種の理由として、宣言書の作成時以後の医療技術的発展が考えられる。たとえば、恐れられた重大な副作用が、時代遅れになっている場合もありうる。他の根拠ある理由として、宣言書が十分に明瞭でない場合が想定される。

我々は、意思宣言書の有効期間を制限することについても熟慮した。しかし、期間の制限は、期間外の事案で、厳しい論議を呼び覚ますために、断念した。患者が意思能力を有する限りは、時宜よく書き直すことが推薦に値する。

未成年者に関しては、12歳から15歳までの規定と16歳から17歳までの規定に区別される。我々は、未成年者も、適切かつ熟慮ある要請をする判断能力があるという考えである。特にこのことは、16歳に達した未成年者に当てはまる。16歳から17歳までの未成年者の要請に応じる際は、親権を有する(両)親又は後見人の同意は要求されないが、注意深さの観点から、これらの者が意思形成に関与しなければならない。12歳以上16歳未満の未成年者では、親権を有する(両)親又は後見人の同意が要求される。

しかし、これらの者が拒否する場合でも、医師が患者の重大な不利益を防止できると確信したときには、その要請に応じることができる。重大な不利益の防止とは、患者の見込みの

ない、かつ、耐え難い苦しみの持続を防止することである。(12歳以上16歳未満の者についての扱いは、下院提出時の法案と可決された修正法案では異なる。前者の2条4項は、「12歳以上16歳未満の未成年の患者が自己の利害を合理的に判断できると認められる場合であって、親権を有する片親又は両親若しくは後見人がこれに同意しえないときであっても、医師がこれによって患者の重大な不利益を防止できると確信するときは、その要請に応じることができる」と規定したが、修正法案2条4項は、「12歳以上16歳未満の未成年の患者が自己の利害を合理的に判断できると認められる場合であって、親権を有する片親又は両親若しくは後見人が生命終結又は自殺援助に同意するときは、医師は患者の要請に応じることができる」と修正し、親の同意に反して行為できない旨を定めた。)2条2項にいう条件が満たされているときは、意思宣言書を作成した後、12歳以上16歳未満で、意思無能力になった患者の宣言書にも応じることができる。この場合、親権を有する(両)親又は後見人が要請に同意しなければならない。しかし、(両)親又は後見人が同意しない場合でも、医師が自発的かつ熟慮ある宣言書であることを確信できるときに限り、これに応じることができる。もちろん、生命終結によって、患者の重大な不利益を防止できる場合に限られる。(この部分も、修正法案の解釈としては、両親などの同意があるときに限られるものと解すべきであろう。)

我々は、12歳未満の未成年者の合理的意思能力は、原則として、存在しないという立場である。これらの患者に対する生命終結行為は、要請のない生命終結行為のための申告手続に従って審査されるべきである。

第3条

要請に基づいた生命終結と自殺援助の事後審査は、地域委員会によって実施される。この委員会は、1998年5月27日付けの司法大臣と保健・福祉・スポーツ大臣の省令によって設置され、1998年11月1日に施行された。この規則と異なって、現法案における委員会の委員数は、3人ではなく、最小3人の奇数の委員からなると規定される。委員会は、委員長を兼ねる法律家、医師及び倫理学又は意味論の専門家からなる。議論される問題の性質のために、医学と法学の寄与が重要である。また、倫理学又は意味論の専門家には、事柄の規範と価値に関する体系的意味づけをすることが期待される。それぞれの分野に、1人以上の代理委員が任命される。いままでの経験では、この小委員会の有効性が示されている。しかし、必要があれば、より大きな委員会の設置のために法律を制定することが賢明と思われる。

第4条

それぞれの分野の専門知識を有する委員と代理委員は、提起された事案について、抽象的基準に従って様々な側面から審査できる能力に基づいて任命される。

代理委員の任命は、組織論的観点から重要である。それは、委員に、病気その他の事故があったときに、事案の迅速な処理を可能にする。

3項では、書記が両大臣から独立して作業すべき旨が規定されている。これは、書記が、実際には、保健・福祉・スポーツ省の職員であることによるものである。

第5条、第6条、および、第7条

(省略)

第8条

医師の報告書の形態と構成については、政令によって書式が制定される。この書式には故人の意思宣言書とコンサルタントの報告書を添付すべき旨が指示される。これらの文書の一部が欠けるときは、医師の報告書に、その理由を付さなければならない。委員会が十分な事実的情報を利用できることが重要である。書式には、患者の医療状況や、意思宣言に関する審査のための付加的情報（医師たちの手紙、実施された治療の結果、若しくは評価など）を与える付録の添付も考えられる。

提出された情報が事案の適切な判断のために十分でない場合も生じうる。このことについては、一般的には、書記が委員会審議の準備の際に所見を述べることになるだろう。案件の審議の際に、電話又は文書によって、医師、検死医、コンサルタント、又は関係ある援助者から、詳細な情報を収集する必要があると感じられるだろう。2項と3項は、この可能性を想定している。

第9条

委員会は、医師が注意深さの要件を遵守したか否かについて6週間以内に判断を下さなければならない。この期間は、1度に限り、6週間まで延長できる。この延長期間は、たとえば、事案についての付加的情報を収集するために必要である。

審査結果は、理由を付した文書でもって、医師に通知される。委員会が医師は注意深く行為したと判断したときは、事案はそれで終結される。注意深くなかったと判断したときは、その旨を検事長会議とヘルスケア監察局に通報する。両者は、書類を調査した後、それぞれの任務と責任において、医師の行為に関する処置を決定する。注意深くなかったという委員会の通報は、犯罪の重大な嫌疑が存在することを意味する。検察官は、その行為について詳細に検討しなければならない。

検察官が埋葬・火葬に異議のない旨の確認書を交付できない状況では、委員会は、その審査結果について、検事長会議とヘルスケア監察局に通報する。この種の状況は、検死医が不自然死の通知の際に検察官に重大な違反事実を通報したときや、第三者の届け出により犯罪の重大な嫌疑が生じたときなどに起こりうる。遺体処理法12条は、これらの場合、検察官が検死医と地域審査委員会に通報すべき旨を規定している。この規定は、安全網の性質を有する。この種の状況は、実際には、ほとんど生じないと思われる。検死医は、遺体処理法10条2項にいう法的任務から、この種の事案では、地域審査委員会に対して、自己の報告書と共

に医師の申告した報告書も提出する。また、審査委員会が審査結果について検事局に通報することも当然である。

委員会の審査結果について通報された検事局とヘルスケア監察局は、相互にその所見と決定について情報を交換し、必要な調整を図らなければならない。また、医師に対しては、両機関による判断と将来のなりゆきについて迅速に知らせるべきである。委員会は、医師との個人的接触において審査内容を説明・啓発し、フィードバックすることができる。委員会は、その判断過程と採用した選択に関する説明を施すことによって、教育的役割を果たすことができる。これは、医師の注意深い行為の促進に資するだろう。この種の対話は、委員会の要請又は医師の要請に基づいてなされる。しかし、医師は、この対話への招待に応じる義務はない。

第10条

審査委員会は、捜査のために必要があるとき、又は委員会が不注意と判断した事案について適正な判断を必要とするときは、検察官の請求により、関連する全情報を提供しなければならない。法案は、検察官の起訴独占主義に、一般的な意味で、修正を加えていない。検察官は、犯罪の重大な嫌疑があるときは、捜査に着手する権限がある。これは、安楽死の事案にも当てはまる。捜査のきっかけは、審査委員会が医師の行為を不注意であると判断したとき、検死医が不自然死の通告の際に、検察官に対して重大な違反事実を通告したとき、第三者の届け出があったときなどにある。

第11条

申告事案の完全かつ整合性ある記録は、事案の確認と処理を監視するために必要であり、また、年次報告書の作成のために必要である。さらに、将来の調査目的のために必要である。省令による詳細な規則は、個人的生活領域の保護を意図した法令を参照して制定される。

第12条

事案を検事長会議又はヘルスケア監察局へ送付するときは、委員会の明瞭な判断を示すことが特に重要である。そのため、1項は、審査結果が単純多数によって決定される旨を規定している。2項は、3人の専門分野の寄与を確実にするため、また、意見の分かれた場合の処理のために、全委員による表決を規定している。

第13条

委員長協議は、少なくとも年に2度、必要があれば、さらに頻繁に開催される。協議では、特に注意深さの基準の適用に関する整合性に重点が置かれる。委員会間の経験に基づいた情報の交換も想定できる。書記がこの協議に参加することも考えられる。又は必要に応じて、委員長協議の外で、問題を調整し、情報の交換のために集まることも考えられる。検事長会議とヘルスケア監察局の代表者は、手がけた事案の処理について、委員会にフィードバック

することができる。

第14条

本条にいう秘密保持義務は、10条に該当する事実があったとき、8条2項にいう情報が収集されたとき、又は委員会の請求によりヘルスケア監察局から情報が得られたときは、免除される。

第15条

特定の事案の審査について、委員が退去したとき、若しくは忌避されたときは、同種の専門分野の代理委員が代わりを務める。

第16条

委員の独立した判断形成を保障するために、また、15条にいう状況を防止するために、医師による要請に基づいた生命終結の実施又は自殺の援助に先立って、医師の決意について判断を示すことは、委員、代理委員及び書記には禁止されている。しかし、医師の要求に応じて、書記又は委員が、申告手続の内容、注意深さの基準、書式の入手方法などについて、一般的な意味で情報を提供することは可能である。

事前に相談を求め、又は協議することは、生命終結行為をめぐる意思形成の注意深さに対する重要な貢献である。現在、保健・福祉・スポーツ省の後援のもとに、オランダ医師会と各地の開業医協会によって、適切な事前の相談とその専門化を図るために、相談と助言に関する特別な訓練と教育を受けた医師たちによる事前相談システムの全国的な導入が図られている。

第17条

年次報告書では、個人的生活領域の保護に配慮しながら、できるだけ審査事案について公開することに心がけられる。これは、委員会による審査方法と審査の際の考慮点に関する社会的な理解を高めるであろう。

第18条

委員会によって提出される共同報告書は、要請に基づいた生命終結と自殺援助の実施に対する社会的認識の向上と社会統制に資することが期待される。また、注意基準の適用についての整合性も監視される。さらに、両大臣によって下院に提出される委員会の役割に関する報告も、これらに資するものである。

第19条

その都度の方針によって、又は実際の状況によって、変化を被り易い委員会の設置や作業方法に関連する諸項目は、政令に規定される。実際の観点から必要があるときは、委員会の規模と構成、作業方法及び報告書の作成に関する規定が制定できる。このような仕方、新たな申告手続について、ある期間、経験を蓄積した後に、地域委員会の役割とその作業方

法について調整することが可能になる。

第20条

A

要請に基づいた生命終結と自殺援助に対する特別処罰阻却事由が、刑法293条2項に付加される。新たな規定では、今日の一般的用語法に対応して、「生命剝奪」に代えて、「生命終結」という術語が選択された。

医師が処罰を免れるためには、法案2条にいう注意要件を遵守するだけでなく、遺体処理法7条2項に従って、検死医に対して、安楽死又は自殺援助を申告することが要求される。安楽死と自殺援助の申告は、特別処罰阻却事由の一構成要素である。この規定は、安楽死と自殺援助が、通常の医療行為ではなく、社会的に規範化された行為であり、それゆえ、社会的に統制されるべき行為であるという、一般の医学専門書には書かれていない考えを含意するものである。遺体処理法7条2項が明示しているように、申告だけでは十分でない。処罰を免れるためには、要求されている注意規範を遵守したことが明らかになる理由を付した報告書の添付が必要である。

B

新たな刑法294条1項は、一般的規範を存置しており、自殺教唆については、自殺が実行されたときは、処罰すると規定している。

新たな2項は、故意に他人の自殺を幫助し、又はその手段を提供した者という現行規定を踏襲している。新たな2項2文は、293条2項にいう特別処罰阻却事由が準用される旨を規定している。

CおよびD

(省略)

第21条

A

遺体処理法7条2項が規定するように、不自然死の場合には、医師は、戸籍係による埋葬・火葬の許可に必要な死亡診断書を交付せず、直ちに、その旨を検死医に申告しなければならない。安楽死と自殺援助は、通常の医療行為ではないために、自然死ではない。このことに関して、法案は、どのような変更も加えていない。

7条3項に規定する「2項にいう以外の案件」とは、安楽死以外の、事故や犯罪などの不自然死を意味する。この場合、検死医に対する申告には、2項が適用される。

BおよびC

(省略)

D

要請に基づいた生命終結と自殺援助の申告案件に対する委員会による審査は、埋葬・火葬の許可を得る妨げとはなっていない。申告手続の実際で蓄積された経験によれば、安楽死又は自殺援助の申告は、解剖に移る契機をほとんど与えていない。医師自身が死因を明示していることは、ほとんどの事案で明瞭である。しかし、検察官が訴追任務の遂行上、身体を詳細に検案させるために、埋葬・火葬に異議のない旨の確認書の交付を延期せざるを得ない場合がある。たとえば、医師が要請に基づいた生命終結又は自殺援助を申告したにもかかわらず、検死医が重大な規則違反を通報した場合、若しくは、警察又は検察官に対して犯罪の告発がなされたような場合がそれである。その場合、検察官は、検死医と審査委員会に対して、埋葬・火葬に異議のない旨の確認書を交付できないことを通知しなければならない。この種の状況では、委員会は、その審査結果について、検事長会議とヘルスケア監察局に通知しなければならない。また、委員会は、この事実について、医師にも通知することになる。

E

虚偽死亡診断書の作成は、刑法228条に規定する犯罪として処罰される。法案は、これに変更を加えていない。それゆえ、遺体処理法7条に違反して、死亡診断書を交付した医師には、刑法228条に基づく訴追の可能性がある。7条1項に反する行為は、遺体処理法81条1により、軽罪として処罰される。この条項は、新たな81条2項の違反も処罰される旨を規定している。それは、医師による詳細な報告の懈怠に制裁を加えることを意図している。この懈怠は、刑法228条に規定する犯罪として処罰される虚偽死亡診断書の作成と一対のものとして制裁の対象となる。

第22条

審査委員会の審査は、苦情と抗告が可能な一般行政法1章3条の意味における処分ではないことを明確にするために、この審査法に基づく決定と処置に関して、一般行政法1章6条に、なお一つの例外規定を付加するものである。我々は、医師の行為が注意深いものであったか否かの委員会の判断が、行政裁判官によって審判されることは望ましくないという枢密院の助言に同意するものである。

一般行政法の改正案の施行後、一般行政法の2章から8章及び10章は、地域審査委員会の審査には適用されず、苦情処理に関する9章と、ナショナル・オンブスマン法が適用されることになるだろう。

第23条

法案における手続の注意深い実施を考慮して、本法施行の期日については、特別な勅令で確定することが望ましい。

三 若干のコメント

1 新たな構成

本理由書は、新たな法案の趣旨は議員提出法案と同じであるが、構成の仕方について調整したと述べている。つまり、議員提出法案では、刑法（実体）と遺体処理法（手続）とに二分する構成が選択されたが、政府法案では、刑法、遺体処理法、及び、新たな法律という三種の法律に三分する構成からなる。議員提出法案では、刑法に注意深さの要件を掲げ、これらの要件を遵守して行為し、かつ申告義務を果たした医師は処罰されない旨が規定された。他方、政府法案における刑法293条と294条では、処罰の例外（注意要件の充足と申告義務）だけが規定され、注意要件自体については別の新たな法律に規定された。また、議員提出法案では、遺体処理法の中に審査委員会に関する規定を設けられたが、政府法案では、新たな法律のもとに、注意要件、申告手続及び審査委員会について規定された。理由書は、刑法では原則として禁止規定だけが定められるべきであるとしているが、法的構成が複雑になった事実は否めない。

2 注意要件

議員提出法案と政府法案では、注意要件に関して、若干の相違点がある。第一に、議員提出法案にいう「見込みのない緊急状況」は、「見込みのない、かつ、耐え難い苦しみ」に変更された。議員提出法案の理由書は、「見込みのない緊急状況」という表現は、安楽死国家委員会の用語法に従ったものであるとして、次のように説明していた。「文献と判例は、耐え難い、かつ、見込みのない苦しみという用語をしばしば使用しているが、1984年の最高裁判決は、事案の具体的事情に配慮して『見込みのない緊急状況』という概念を用いることによって、耐え難いと体験されている苦しみと共に、人間的尊厳の喪失を伴う精神的及び肉体的悪化、衰弱、さらに、威厳をもって死ぬことができない見通しを指示した。『見込みのない緊急状況』という概念はあまりに漠然としているという反論もありえようが、深刻で、適切な代替策のない（見込みのない）事案が問題である。一般的な概念は法的に正確に記述できない事案のために必要である」。もっとも、本理由書も、1984年の最高裁判決を引用しながら、「見込みのない、かつ、耐え難い苦しみ」の概念は、事案の具体的事情について考慮する余地を残していると述べているので、実質的相違はないともいえるが、そうであれば、用語として適切であったかという問題が残る。

第二の相違点は、政府法案2条1項eにいう「コンサルタントが患者に会ったこと（heeft

gezien)」という要件に関するものである。議員提出法案では、この要件は、特に注意深い判断が要求される事案でのみ必要とされた。「(医師は) 見込みのない緊急状況を判断する少なくとももう一人の独立した医師と相談すること。後者は、注意深い判断を必要とするときは、患者を訪問したこと (heeft bezocht)」。しかし、本理由書も、その種の訪問が余計と思われる状況を想定しているのであるから、法文の表現は適切かという問題が残る。

第三の相違点は、政府法案2条1項fに「生命終結又は自殺援助を医療的に注意深く実施したものであること」という要件が付加されたことである。この要件は過剰であり、それは、むしろ医療懲戒法にふさわしいという指摘があったことを記しておく。

3 意思宣言書

議員提出法案の原案は、医師の判断の指針として役立つ文書による意思宣言の有効性を規定していたが、当時、意思無能力者のための中央審査委員会の設置が待たれる状況であったため、司法省の要請に従って、差し当たり、法案からは削除された。しかし、政府法案は、枢密院の助言や安楽死宣言書の数が著しく増加している事情を考慮して、2条2項にこれを規定した。これは、議会の審議でも最も論議を呼んだテーマの一つでもあるので、別の機会に詳述したい。

4 未成年者

1998年8月に提出された政府法案に対する最初の反応は、12歳以上の未成年者に生命終結の決定権を与えるという規定に関する反発であった。議員提出法案は、12歳以上18歳未満の患者に関しては、法定代理人が意思形成に関与するものとし、そのうちの一人が同意しないときは、原則として要請を認めないが、例外として、患者が生命終結を熟慮のうえなお切望しており、かつ、医師がその緊急状況では生命終結の猶予を許されないと判断した状況での打開策を規定した。政府法案では、12歳以上16歳未満と16歳以上18歳未満で区別し、前者では、「両親などが同意しないときでも、医師がこれによって患者の重大な不利益を防止できるという確信に達したときは、その要請に応じることができる」と規定した。成人の場合と同様に、見込みのない緊急状況において、未成年者が苦しみ続けるのを看過することは適切ではないという理由と共に、「患者の権利法」との整合性も意図されたものであった。しかし、親権をないがしろにするという反発が強く、「親権を有する片親又は両親若しくは後見人が生命終結又は自殺援助に同意するときは、医師は患者の要請に応じることができる」という文言に修正された⁷⁾。

7) Wetsvoorstel euthanasie. Medisch Contact, 53e jaargang, 24 april 1998, nr. 17, pp. 572-579; J. Legemaate en J. M. Cupers-Bosma, Wettelijke regeling euthanasie in nieuwe fase. Initiatiefvoorstel Van Boxtel c. s. Versus

5 新法に対する国連人権委員会の評価と勧告

オランダの新法を十分に把握するためには、法案と理由書をもとに展開された議会での審議状況や他の文献の参照も必要であるが、ここでは果たせない。しかし、成立した新法について、すでに、ある種の国際的評価が下されているので、最後にこれを簡単に紹介しておきたい。法案が上院を通過した後、特に注目された反応は、オランダが国連に提出したオランダの人権状況に関する第3回定期報告書に対する人権委員会の「市民的及び政治的権利に関する国際規約40条に基づく人権委員会によるオランダの人権状況に対する意見と勧告」であった。この審議は、7月9日から同月23日まで4回にわたって行われた。オランダ政府が提出したレポートに対しては、カウンターレポートも提出されているものと思われる。人権委員会は、これらの情報を基に、国際規約に照らして、慎重かつ厳しい判断を下したものであることが窺える。人権委員会の「意見と勧告」は、法的拘束力をもたないが、いわば権威ある国際世論の反応ともいうべき種類のものであろう。これは7月下旬に公表された⁸⁾。そこでこの安楽死法に関する考察と勧告は、次のようである。

- ① 人権委員会は、2002年1月1日に施行が予定されている「要請に基づいた生命終結と自殺援助に関する審査法」が、非常に複雑な法的問題と倫理的問題に関する広範な論議の結果であること、また、それが多年にわたる判例法と医療実践によって展開されてきた状況に法的安定性と明瞭性を与えようとしたものであること、さらに、それが安楽死と自殺援助を全面的に非犯罪化したものではないことを認識している。しかし、委員会は、締約国の人権保持義務（規約2条及び6条）を考慮して、生命の慎重な終結に関して法的保護が疎かにされる場合は、最も厳格な調査を行うべき義務があると信じる。
- ② 新法は、医師が「回復の見込みのない」、「他の合理的解決策のない」かつ「耐え難い苦しみ」を体験している患者の「自発的かつ熟慮ある要請」に基づいて生命を終結したときは、これを処罰しない旨の若干の条件を規定した。当委員会は、不当な圧力によって、これらの基準からの逸脱がないよう監視と予防に注意を促すと共に、時の経過につれて要件の適用がルーティン化しないよう注意を促したい。当委員会は、現行手続のもとで、2000年には安楽死と自殺援助（又は両者の結合）の2000件以上が審査委員会に申告された事実、及び、審査委員会がこのうちわずか3件で否定的評価に達した事実に不安を覚えるものである。この大きな数は、すべての実質的条件を良心的に遵守した例外的事例

het recente regeringsvoorstel. Medisch Contact, 34, 54e jaargang, 3 september 1999, pp.1167-1169; H. J. J. Leenen, Commentaar bij het voorstel Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, nr. 8, 1999, pp. 486-488. 山下邦也「オランダ第二次コック内閣の安楽死法案」『転換期の刑事法学』井戸田侃先生古稀祝賀論文集、現代人文社、1999年、873-892ページ。

8) Concluding observations of the Human Rights Committee: Netherlands. 20/07/2001. CCPR/CO/72/NET. <http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/>

に対してのみこの手続が適用されているかを疑わせる。

- ③ 当委員会は、新法が12歳以上の未成年者に適用されることに注目している。新法は16歳未満の者の両親又は後見人による同意の必要性を規定する一方で、16歳以上18歳未満の者では、両親又は後見人による同意の代わりに、本人がその利害を適切に判断できることを条件に、本人の意思が有効である旨を規定した。生命終結の合理的決定と未成年者の成熟途上の能力とを調和させることは難しいと思われる。安楽死と自殺援助の不可逆性に鑑みると、未成年者には特に保護の必要性があることを強調しておきたい。
- ④ 当委員会は、安楽死審査委員会が事後審査だけを行うという事実にも注目している。その場合、法的要件を満たしていない生命終結を防止できないのではないかと。

結 論

締約国は、上記の考察に照らして安楽死と自殺援助に関する新法を再検討すべきである。締約国は、採択された手続が、第三者の不当な影響力の行使を含め、濫用や誤用に対して適切な安全策を提供するよう努めなければならない。事前審査のメカニズムを強化すべきである。特に未成年者に対する法律の適用は、大きな注意を呼び起こす。次回の報告書では、「自発的かつ熟慮ある要請」、「耐え難い苦しみ」及び「他の合理的代替策がない」事情を判断するためにどのような基準が適用されているかについて詳細な情報が提供されるべきである。また、報告書には、新法が適用された件数と審査委員会の報告書に関する正確な情報も含まれるべきである。締約国は、法律とその適用を厳格な監視のもとに置くと共に、持続的な考察のもとに置くことが求められる。

以上のように、勧告は、オランダの安楽死法を拒否しなかったが、未成年者の扱いや法律の遵守に関して、いくつかの重大な懸念を表明した。これらの問題を含めて、次の機会に新法をめぐる論議について検討を深めたい。