

ルクセンブルクにおける終末期医療に関する 法的枠組みの検討 (2)

—2009年緩和ケア法および安楽死法の分析から—

小林 真 紀

- 1 はじめに
- 2 緩和ケア，事前指示および終末期の付添いに関する法律
 - 2.1 成立までの過程
 - 2.2 緩和ケア法の構造と特徴 (以上，202号)
- 3 安楽死および自殺幫助に関する法律
 - 3.1 成立までの過程
 - 3.1.1 立法化の背景
 - 3.1.2 国務院の見解との相違
 - 3.2 安楽死法の構造と特徴
 - 3.2.1 実施の要件
 - 3.2.2 終末期の意向書
 - 3.3 国立監督評価委員会
 - 3.3.1 機能
 - 3.3.2 委員会による勧告 (以上，本号)
- 4 比較法的検討
- 5 おわりに

3 安楽死および自殺補助に関する法律

2002年2月5日に、ルクセンブルクの議会に「尊厳を持って死ぬための権利に関する法案」が出された。この法案は、長い審議の過程で「安楽死および自殺補助に関する法律」と改称され、ようやく2009年3月16日に施行されるに至った⁽¹⁾。最初の法案提出から施行まで7年もの年月がかかっており、決して簡単に採択された法律であるとはいえない。とりわけ、議会での審議中に、国务院との間で見解に著しい相違があることが何度も問題となったことや、議会で採択されたのちに、安楽死の合法化に反対していた国王がこれに親署することを拒むなど、法律が施行される途上で種々の困難を極めたことが、結果的に世論の注目を集める原因となった。本章では、まず、紆余曲折を経た審議過程を整理し、安楽死法の制定に際し問題となった点を改めて検証する。次に、多くの議論ののちに制定された安楽死法の内容を検討して、同法の特徴を明確にする。最後に、直近に公表された国立監督評価委員会の年次報告書をもとに、ルクセンブルクの臨床の現場における安楽死の実施状況について分析を行うことにしたい。

3.1 成立までの過程

安楽死法案は、2002年2月5日に、国会議員（当時）のLydie Err氏⁽²⁾およびJean Huss氏⁽³⁾によって提案された、議員提出法案である。その後、約

(1) Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, Mémorial A n° 46 du 16 mars 2009, p.615.

(2) Lydie Err氏は、法案提出当時は社会党に属する議員であった。弁護士資格を有する法律家であり、ルクセンブルク弁護士会のメディアトゥールとして活躍した経験から、現在はルクセンブルクのメディアトゥールの代表を務めている。1984年から国会議員となり、セクシュアルハラスメント、人工妊娠中絶、親子法などに関する複数の法案を議会に提出した。この法案を提出する直近まで政府外務省の國務大臣を務めた経歴も有する。

(3) Jean Huss氏は緑の党に属する議員である。1984年から6期の間ルクセンブルク議会の議員を務めたが、自ら65歳定年制を提唱していたことから、2011年に議員を退いた。その後、2015年6月まで、ルクセンブルクの「尊厳をもって死ぬ権利のための協会（ADMD-L）」の代表を務め、安楽死法成立後も、安楽死およ

7年にわたり、議会と国務院の間で繰り返し審議され、最終的に法律が施行されるに至ったのは2009年3月16日である。以下に、その過程を時系列にまとめた表を掲げておく；

【安楽死法の制定過程】

| | | |
|-------|--------|--|
| 2002年 | 2月5日 | 国民議会議員 Lydie Err 氏および Jean Huss 氏が、連名で、「尊厳を持って死ぬための権利に関する法案第 4909 号」を議会に提出する |
| 2002年 | 6月18日 | 医師及び歯科医師協会による意見（Avis）の表明 |
| 2007年 | 7月13日 | 国務院による答申（Avis）の公表 |
| | 12月11日 | 国務院による補足的答申の公表 |
| 2008年 | 2月19日 | 「尊厳を持って死ぬための権利に関する議員提出法案第 4909 号」について、議会が第一回投票を実施、可決 |
| | 3月4日 | 議会からの第二回投票免除の申請に対し、国務院が拒否の決定を下す |
| | 10月7日 | 国務院による第二次補足的答申の公表 |
| | 11月25日 | 国務院による第三次補足的答申の公表 |
| | 12月9日 | 国務院による第四次補足的答申の公表 |
| | 12月18日 | 「安楽死および自殺幫助に関する議員提出法案第 4909 号」について、議会が第一回投票を実施、可決 |
| | 12月19日 | 国務院が、議会からの第二回投票の免除の申請を認める決定を下す |
| | (その後) | 大公が、憲法 34 条（当時）に基づく法案の承認を拒否 |
| 2009年 | 3月12日 | 憲法 34 条の改正が成立 改正後の憲法 34 条の規定にしたがい、大公が法案に署名、「安楽死および自殺幫助に関する法律」が公布される |
| | 3月16日 | 「安楽死および自殺幫助に関する法律」が官報（Mémorial A）に掲載され、施行される |

び自殺幫助を望む会員の支援に尽力した。

立法過程において最も注目すべきは、安楽死法の制定に関して、賛成派と反対派の対立が国家レベルで顕著となり、両者の間で激しい議論が交わされたという点である。上記の表にも示されているとおり、ルクセンブルク憲法の規定にしたがい、国務院からは全部で5回の答申が公表されている⁽⁴⁾。これらの答申を分析する限り、国務院と議会との間で必ずしも意見の一致が見られたわけではないことは明らかである。とりわけ、両者の対立が顕著になった2008年3月には、議会が国務院の勧告を受け入れなかったことを理由に、国務院は、議会からの第二回投票免除の申請を拒否した⁽⁵⁾。通常、国務院がこうした申請を退けることはない。したがって、この件で国務院が拒否決定を下したことは両者の対立の深さを示しているといえる。

さらに、2008年12月に議会で採択された法案に、大公が署名することを拒否した点にも注目したい。当時は、ルクセンブルク憲法旧34条の規定により、すべての法律は、議会で可決されたのち、大公が3か月以内にこれを承認しない限り公布されえなかった⁽⁶⁾。アンリ大公は、この規定に基づき、自身の良心を理由として、議会で可決された安楽死法に署名することを拒

(4) 国務院はすべての政府提出法案および議員提出法案、それらに対する修正案に関する答申(avis)を出す。また、政府または法律によって付託された問題に関する見解も公表する。国務院が提案された政府提出法案や議員提出法案、大公国の行政立法案が憲法、国際条約および法の一般原理に反すると判断した場合には、それを答申の中に明記する。原則として、政府提出法案に関しては、国務院の意見は、同法案が国民議会に提案される前に諮問される。国務院の答申は、報告書の形で出され、これには、一般的考察、法案の検討、場合によっては代替案が含まれる。緊急の場合には、国民議会は、国務院が諮問を受ける前に法案を審議できる。但し、この場合であっても、議会における最終採決の前までには国務院の答申が伝えられる必要がある。憲法上、すべての政府提出法案および議員提出法案は国民議会において、3ヶ月の期間をおいて2回採決されることになっている。但し、国民議会は国務院が第二回投票をしないことについて合意した場合には、同投票は省略される(ルクセンブルク憲法59条)。実際には、大抵はこの形で行われる。他方、行政立法に関しては、国務院に諮問されない限り従属命令および条約は大公には提出されない。

(5) 詳細については本章のなかで後述する。

(6) 2009年に改正される以前のルクセンブルク憲法34条は次のように規定していた:「大公は、法律を承認し、公布する。大公は、議会での採決から3か月以内に、その決意を表明する」。この規定は1831年のベルギー憲法に由来するといわれている。具体的には、可決された法律に大公が親署することでこの規定は実施されていた。

んだのである⁽⁷⁾。これにより、ルクセンブルクは、議会で可決された法律が、大公による署名がないために公布されないという、憲法史上初めてとなる制度上の危機に陥った。そこで、この問題に対処するために、議会は憲法改正に着手した。すなわち、これまで大公に法律を承認するか否かの判断を事実上可能としていた文言を憲法 34 条から削除し、議会で可決から 3 か月以内に大公は当該法律を「公布」と定める憲法改正案を発議したのである。結果的に、この改正は 2009 年 3 月 12 日に成立し⁽⁸⁾、改正後の憲法にしたがい、大公は安楽死法を「公布」するに至った。この憲法 34 条の規定の改正は、一方で、ルクセンブルクにおける立憲君主制の在り方を根本から問い直す機会になったという意味で、ルクセンブルクの憲法史上極めて重要な出来事であったことは言うまでもない。同時に、その憲法改正の契機が安楽死法の制定にあったこと、そして、それは、国王と対立する可能性があったにもかかわらず議会在法案を可決した結果であるという点からは、終末期に関わる問題を可能な限り立法で解決しようとする議会側の強い意志を窺い知ることができる。

3.1.1 立法化の背景

前章で指摘した通り、終末期に関わる諸法律が制定される前のルクセンブルク法の状況を見ると、緩和ケアに関しては、当初より、積極的に立法化しようとする動きが見られたが、安楽死および自殺幫助の合法化につい

(7) これと同様のケースは、ルクセンブルク憲法 34 条のモデルとされているベルギーでも発生している。1990 年にベルギーの元老院は人工妊娠中絶を自由化するための法律を可決したが、これに対してボードワン国王（当時）は良心を理由として署名を拒否した。このとき、ベルギーは、憲法改正ではなく、国王が一時的に統治不能な状態に陥ったとして国王の親署を不要としたまま当該法律を公布するという例外的な手法を採ることで危機を回避している。

(8) 改正後のルクセンブルク憲法 34 条は次のように定めている：「大公は議会で採決から 3 か月以内に法律を公布する」。Cf. Loi du 12 mars 2009 portant révision de l'article 34 de la Constitution, publiée au Mémorial A n° 43 du 12.03.2009, <http://eli.legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/12/n1>

ては国家倫理諮問委員会および議会ともに消極的であった⁽⁹⁾。しかし、それがなぜ議員提出法案の起草につながったのか。ここでは、法案提出理由に記載されている内容をもとに、立法化の背景を探ることにしたい。

2002年2月5日に国民議会に提出された安楽死法案の提出理由からは、主たる立法化の背景として次に掲げる3点を指摘することができる。

第一に、ベルギーで成立した安楽死法の影響である。ルクセンブルクの国民議会に安楽死法案が出された時期は、ベルギーで安楽死法が議論され、法案が可決された時期と重なっている。最初にベルギーの上院に安楽死法案が提出されたのは1999年12月、同法案が可決され下院に送られたのが2001年10月（以下、2001年10月法案）である。2002年2月に提出されたルクセンブルクの安楽死法案（以下、2002年2月提出法案）には、ベルギー上院で可決された2001年10月法案を参考にしての旨が明記されている。このことは、両者の条文を比較しても顕著である。たとえば、ベルギーの2001年10月法案は、その第五章で「連邦監督評価委員会」を創設することを定め、医師は安楽死を実施するたびに同委員会に届け出なければならないと規定している。他方、ルクセンブルクの2002年2月提出法案も、全く同一の機能を果たす「国立監督評価委員会」の設置と、同委員会への届出を医師に義務化する旨を規定している。また、患者が「終末期の意向書（ベルギー法では事前の宣言書）」を作成していて、担当医がそれを尊重しなければならない場合について、①（患者）本人が事故または疾患を理由とする重篤かつ不治の病に罹患している、②（患者の）意識がない、③この（①および②という）状態が現在の医学的知見に照らして不可逆的であることの3つを要件としている点も両者に共通している。このように、ベルギー

(9) 安楽死および自殺補助の合法化に関するルクセンブルク国家倫理諮問委員会の見解は、1998年に出された答申の中に明示されている。Avis 1/1998 de la Commission Consultative Nationale d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, Fascicule II, Edité par Jean-Paul HARPES et Edmond WAGNER «L'aide au suicide et l'euthanasie», http://www.cne.public.lu/publications/avis/1998_1.pdf

の議会で行われた議論は、ルクセンブルクにおける法案起草に現実かつ具体的に影響を及ぼしたと考えられる。

第二に、上述の議論と関連して、ベルギーで、安楽死法の制定は、いかなる国際条約、とりわけヨーロッパ人権条約及び自由権規約に反するものではないことが確認された点が挙げられる。ベルギー議会は、安楽死法を成立させる過程において、ベルギー国務院に条約との適合性について諮問した。具体的に提起された問題点とは「安楽死を非科罰化する立法を作ること、ヨーロッパ人権条約2条⁽¹⁰⁾ および自由権規約6条⁽¹¹⁾に基づく、生命に対する権利を保護すべき義務を立法者が怠ることになるのではないか」という点である。これに対してベルギー国務院は次のように回答した。すなわち、これらの国際規範のいずれも、当事者の意思に反して生命を保護すべき義務を締約国に課すものではない。そもそも、これらの規定は、締約国に「生命に対する権利」を保護する義務を課すものではあるが、それは「生命」そのものを保護すべき義務と同義ではない。このことから、安楽死の非刑罰化は国際条約の要請に反するものではないという帰結が導き出される。さらに、安楽死の合法化の目的は、医師が、患者からの死の要請に応えることは禁止されるという原則を緩和することにあるが、このような緩和は、立法者の「評価の余地 (marge d'appréciation)」に含まれると解される。もちろん、この「評価の余地」が無制限に認められることはなく、立法者には常に条約上の要請に基づく制約が課され、その遵守が求められる。しかし、安楽死法の規定が、謀殺 (assassinat)、殺人 (meurtre) あるいは過失致死 (mort par imprévoyance ou négligence) を処罰する刑法典

(10) ヨーロッパ人権条約2条1項は、生命に対する権利について、次のように規定し保障している：「何人も生命に対する権利は法律によって保障される。法律によって処罰されるケースであって裁判所が宣告した刑を執行する場合を除き、いかなる者も、恣意的に死に至らしめられることはない」

(11) 自由権規約のなかで、生命に対する権利は、6条1項によって保障されている：「すべての人間は、生命に対する固有の権利を有する。この権利は、法律によって保護される。何人も、恣意的にその生命を奪われない」

の規定と抵触せず、当事者の要請に基づき安楽死が実施される場合に限りて合法とする旨を定めるにすぎないことに鑑みれば、立法者が「評価の余地」を逸脱しているとは解されないということになる。

ヨーロッパ人権条約に限ってみれば、ルクセンブルクで安楽死法案が議論された2008年当時のみならず、現在に至るまで、安楽死を合法化する規定そのものの条約適合性が直接にヨーロッパ人権裁判所で争われた事案はない。確かに、判例の上では、人権条約2条が、「締約国に対して、生命の保護に必要な措置を採るべき（積極的）義務を課す」ものであることは明示されている⁽¹²⁾。しかし、この判断は、積極的安楽死を認める国内法規定の適法性ではなく、医師による（慢性植物状態の患者に対する）治療の中止決定（消極的安楽死）の是非が問われた事案の中で示されたものである。したがって、安楽死の合法化が、国家に課される生命保護の義務の履行を怠ることにつながるか否かという問題については、現在のところも、人権裁判所は直接には答えていないといえる。ベルギーが安楽死法を制定した時点では、今以上に、この問題に関する人権裁判所の判例はほとんど確立されていなかったから、ベルギー議会は、安楽死法の立法化にあたって国務院に対し同法の条約適合性について問い合わせたのであろう⁽¹³⁾。ベルギー国務院からの回答の中で国際条約との抵触の可能性が否定されたことは、ベルギー法をモデルに安楽死法を起草しようとしたルクセンブルクにとっては、立法化へと一歩を踏み出す大きな契機になったのではないかと考えられる。

第三に、安楽死法案の提案者が、臨床の現場で実際に行われていることと、法律の規定との齟齬に着目していたという点が挙げられる。法案提出理由

(12) Cour EDH [Gr. Ch.], *Lambert et autres c. France*, 5 juin 2015, Req.n° 46043/14, § 140.
(13) なお、患者の「死ぬ権利」の保障という観点からは、人権条約2条がその正当化の根拠とならないことは人権裁判所が明言している。言い換えれば、2条を根拠に、安楽死を望む患者がそれを実行できる権利を主張することは認められないということである。Cour EDH, *Pretty c. Royaume-Uni*, 29 avril 2002, Req.n° 2346/02, § § 39-40.

には、1990年代に実施されたアンケートからは、現場では安楽死は実際に行われていた事実が明らかであること、これらを実施した医師は誰も起訴されていないが、安楽死を実行する医師は、現在もなお常に殺人罪で訴追される危険性を背負っていること、このような状態を看過することは、立法者として受け入れがたいと判断したことが強調されている。確かに、統計によれば、安楽死法制定前から、ルクセンブルク国内では、医師が現実に安楽死を実行したというケースが認められていた⁽¹⁴⁾。たとえば、1992年のデータによれば、国内の44パーセントの医師が患者から安楽死の要請を受けたことがあると答え、また翌1993年のデータのなかでは、22パーセントの医師が実際に安楽死を実施したと回答している。先に述べたように、こうした医師の中で、実際に起訴され有罪判決が下された例はなかったが、しかし、安楽死の実施により、自身が刑事訴追の対象となりうることを医師は認識していたはずである。実際に、1993年のデータによれば、全体のうち72パーセントの医師が、安楽死の実施に賛成である一方で、74パーセントの医師は、法制化によって現状が抱える問題が改善されることを望むと回答している。この数値は、たとえば、同じ頃にアンケートが実施されたオーストラリア南部やカナダに比べてもはるかに高い⁽¹⁵⁾。言い換えると、ルクセンブルクでは、1990年代のはじめから、少なくとも医療の現場では安楽死法制定の動きに賛同する声がある程度存在していたのである。したがって、法案提出の理由として、医学の実践と法律との齟齬を挙げていた提案者の主張は、社会における一定の需要に立法者が応えるという視点からは根拠づけられていたといえる。

(14) Y. Kenis, « L'euthanasie active et les médecins : pratiques et opinions », *Bulletin du Conseil National de l'Ordre des médecins*, 1994, 3 (63), pp.8-10.

(15) *Idem*.

3.1.2 国務院の見解との相違

以上のように、法案提出の背景には、当時ルクセンブルクが置かれていた複雑かつ特殊な事情が現れている。他方で、法案提出後の議論の中にも、安楽死法の制定過程の特徴は随所に認められる。すでに述べたとおり、議員提出法案か政府提出法案かの違いはあるものの、安楽死法案と緩和ケア法案は、ほぼ同じ時期に議会で提出され、その後国務院の判断により両案は併せて審議されることになった。ルクセンブルクでは、憲法の規定にしたがい、議会での立法過程に、国務院が当該法案に対する意見 (avis) を公表するという形で必ず介入する。一院制を採るルクセンブルクでは、この国務院が果たす役割は極めて大きい。安楽死法および緩和ケア法についても、国務院はその審議過程に介入したが、その中で、緩和ケア法については当初より積極的に詳細な検討を行ったのに対して、安楽死法案の検証に関しては極めて消極的であった点は注目に値する。以下では、その理由をいくつか検証しておく。

第一の理由は、国務院が、緩和ケア法と安楽死法の中身を比較し、見解の対立が比較的少ない論点に絞ってまずは法制化を進めるべきであるという立場をとったことにある。このことは、2007年7月13日の国務院答申⁽¹⁶⁾からも導き出される。一方で、安楽死法案は、法定の条件のもとで医師によって行われた安楽死または自殺幫助の行為は刑事罰の対象としない (dépenaliser) ことを目的として提出された。他方、緩和ケア法は、緩和ケアをさらに促進・普及させると同時に、患者が望まない延命治療を中止するための枠組みを作ることを主たる目的としている。国務院によれば、こうした目的の違いに鑑みれば両法案を区別する必要はあるとはいえ、実際には、両法案の間の境界線を確定する作業は容易ではないという。安楽死

(16) Avis n° 45.786, Avis du Conseil d'Etat du 13 juillet 2007 concernant la proposition de loi sur le droit de mourir en dignité, <http://www.conseil-etat.public.lu/fr/avis/2007/07/45786.pdf>

法案では、安楽死または自殺幫助が認められるのは、患者が医学的に解決策のない状態にあり、恒常化している本人の苦痛を和らげることができない場合に限られている。このケースに該当すると認定されるためには、その前提として、患者の苦痛が可能な限り緩和されている必要がある。したがって、国務院としては、安楽死法の重要性は認めつつも、まずは終末期の患者に必要とされる緩和ケアに関わる法整備に注力すべきであると考えたのである。これに加えて国務院は、フランスの患者の権利および終末期に関する 2005 年 4 月 22 日の法律第 2005-370 号⁽¹⁷⁾にも言及している。この法律は、主として、非合理的な延命治療の中止を認める法的枠組みをフランス国内に整備するために起草されたものである。他方で、同法では、安楽死は認められていない。その要因としては、フランスの議会では、延命治療の中止について法制化することには反対する者はいなかったが、これに加えて安楽死まで合法化するかという点については、この法律の内容で十分であるとして反対する立場と、安楽死法制化に積極的な立場とに分かれ意見の一致がみられなかったことが指摘されている。こうした隣国フランスの状況に照らして、ルクセンブルクの国務院も、まず法整備を進めるのであれば、それは意見の対立がないと考えられる範囲（ここでは、緩和ケアの促進と、治療中止）に留めるべきであるとする立場をとったのではないかと推測できる。

第二の理由としては、苦痛緩和のための鎮静と安楽死との関係が挙げられる。2006 年 6 月 7 日に提出された緩和ケア法案 3 条は、医師に対して、「重篤かつ不治の病の進行期または末期にある患者の苦痛を効果的に緩和できない場合には、二次的に生命を短縮させる効果を持つ措置を採りうる」ことを認めている。国務院は、前述の 2007 年 7 月 13 日の答申⁽¹⁸⁾の中で、こ

(17) Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, JORF n° 95 du 23 avril 2005, p.7089.

(18) Conseil d'Etat, avis précité note 16, p.17.

の規定に着目し、同条はいわゆる「苦痛緩和のための鎮静」を認めるものであり、この鎮静は「死を視野に入れて、耐え難い肉体的あるいは精神的苦痛に終止符を打つためには、許容可能な方法である」（傍点筆者）と述べている。他方、安楽死法案によれば、安楽死を合法的に実施するためには、「改善の見込みがない恒常的かつ耐え難い肉体的または精神的苦痛がある」ことが要件となっている。もし、効果的に苦痛を緩和できない場合には、緩和ケア法により鎮静の実施が認められると考えるならば、安楽死の合法化の要件となっている「改善の見込みのない苦痛」はこの鎮静の対象となるから、結果的に、緩和ケア法のみで対処できることになる。したがって、鎮静の実施原則を採用したことによって、事実上、安楽死法案の主たる提案理由は消滅させられたに等しいというのが国務院の見解である。

確かに、国務院も、鎮静では自身の尊厳が尊重されたことにはならないという理由から、患者が鎮静ではなく安楽死を望む場合も想定しうるとは述べている。但し、国務院は、ここで安易に尊厳という概念を援用することに警鐘を鳴らしている。すなわち、「人間の尊厳のような一般的な概念から、客観的な権利を導き出そうとすることがもつ危険性」に十分に留意しなければならないということである。国務院によれば、人間の尊厳をいかに定義しようと、「死に任せることと、死なせることの間で、倫理的な均衡を図ることはできない」⁽¹⁹⁾。換言すれば、個人に尊厳ある死を保障する（傍点筆者）という理由だけで、安楽死を合法化することは妥当ではないということである。なお、鎮静と安楽死の関係をこのように捉える国務院の立場は、2007年12月11日に出された次の答申⁽²⁰⁾の中でも維持されている⁽²¹⁾。

(19) Conseil d'Etat, avis précité note 16, p.18.

(20) Avis n° 45.786, Avis complémentaire du Conseil d'Etat du 11 décembre 2007 sur le projet de loi relatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et sur la proposition de loi sur le droit de mourir en dignité, <http://www.conseil-etat.public.lu/fr/avis/2007/12/47259ac.pdf>

(21) 鎮静と安楽死の違いについては、日本でも議論的になっている。とくに医療

さらに付け加えると、当初、安楽死法案に盛り込まれていた条文の規定と、緩和ケア法案のそれとが重複していたという点も、前者の成立に消極的であった国務院の態度の理由として指摘できる。安楽死法案の3条では、(最終的に終末期の意向書と改称されることになる)「生命に関する遺書」の中で、作成者は、自身が意思表示をできない場合に備えて、安楽死を望む状況のみならず、「ケア、治療および介添を望むあるいは望まない状況」についても詳細に記載することができると規定されていた。当然に、緩和ケア法にも同趣旨の規定は盛り込まれているから、両規定が効力を持つと、場合によっては、同じ患者について、事前指示書に書かれている内容と生命に関する遺書に記載されている事項との間に食い違いが発生する可能性がある。こうなると、医師は、同じ患者が自身の終末期における治療について作成した、異なる内容の文書を前に、いずれが患者の真の意思かの判断を迫られることになり、現場が混乱することは必至である。このように、緩和ケア法案と安楽死法案の間に、相互に矛盾し、あるいは両立しえない箇所があることも、後者の立法化に消極的にならざるを得ない理由として国務院は指摘していた⁽²²⁾。結果的には、この矛盾が解消されていないことを理由に、国務院は、2008年3月4日に、議会からの第二回投票の免除の申請を却下した⁽²³⁾。その結果、憲法

の現場では両者が混同されないよう細心の注意が払われている。たとえば、厚生労働省が中心となって作成された「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」の中でも、「鎮静と安楽死は、意図(苦痛緩和 vs. 患者の死亡)、方法(苦痛が緩和されるだけの鎮静薬の投与 vs. 致死性薬物の投与)、および成功した場合の結果(苦痛緩和 vs. 患者の死亡)の3点において異なる医療行為である」として、両者の違いが強調されている。cf. 厚生労働省厚生科学研究「がん医療における緩和医療及び精神腫瘍学のあり方と普及に関する研究」班、苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン作成委員会「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」、<https://www.jspm.ne.jp/guidelines/sedation/sedation01.pdf> 参照。

(22) なお、この点に関しては、最終的に、安楽死法案から終末期におけるケアや治療に関する希望の記載に関する規定が削除されたことにより、両法案の間の矛盾は解消されたとして、2008年11月25日の第三次補足的答申の中で、国務院も一定の評価をしている旨を表明している。Avis n° 45.786, Troisième avis complémentaire du Conseil d'Etat du 25 novembre 2008 concernant la proposition de loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, http://www.conseil-etat.public.lu/fr/avis/2008/11/45_786/45786ac3.pdf

(23) 国務院が、2007年12月11日の補足的答申の中で、安楽死法案と緩和ケア法案の中に両立しえない規定が含まれていることを指摘したにもかかわらず、議会

59条の規定により、2つの法案は3ヶ月の期間において、再度議会での採決に付されなければならなくなったのである。

なお、法案のタイトルが、提出当時から採択時の名称に変更されたのも、最終的には第二次補足的答申のなかで示された国務院の提言がもととなっている⁽²⁴⁾。2008年2月19日に議会で最初の採決がとられた際には、法案には、提出時と同じ「尊厳を持って死ぬための権利に関する議員提出法案」というタイトルが付けられていた。この採決ののち、国務院が2回目の採決の免除を認めなかったため、法案が再び議会に戻されたことは上述した通りである。このとき、タイトルに関して2つの修正案が出され対立していた。一方で、少数会派から出された修正案は、「臨死介助 (aide à mourir) に関する議員提出法案」とすることを提案した。これは、「euthanasie」と言う言葉は、ギリシャ語の語源で偏向的な意味を持つ「eu」が接頭語となっており好ましくないから、この言葉の使用を避けるために、ドイツ語の「Sterbehilfe (臨死介助)」に倣って、「aide à mourir」という表現を使うべきであるとの主張に基づく。これに対して、議会内に設置された保健および社会保障委員会は、タイトルを「安楽死および自殺幫助により尊厳を持って死ぬ権利に関する議員提出法案」とする旨の修正案を採択した。その理由として、同委員会は次のように述べている。すなわち、タイトルの中で「尊厳を持って死ぬ権利」という表現だけを用いると、意図的に引き起こされた死のみが尊厳のある死であると誤解されてしまうおそれがある。他方、少数会派案のようなタイトルをつければ、今度は「臨死介助」だけが尊厳ある死を実現するための手段であるという誤解を国民に与えかねない。それゆえ、タイトルの中に「安楽死および自殺幫助」という2つの手

はそれらを修正しないまま両法案を2008年2月19日に採決した。これにより、法的安定性が損なわれると判断した国務院は、第二回投票の免除を認めないという決定を下した。

(24) Avis n° 45.786, Deuxième avis complémentaire du Conseil d'Etat du 7 octobre 2008 concernant la proposition de loi sur le droit de mourir en dignité, <http://www.conseil-etat.public.lu/fr/avis/2008/10/45786/45786ac2.pdf>

段を直接的に明示し、いずれかの方法を用いることによって、尊厳を持って死ぬことができるという認識を広げる必要があるというのである。

ところが、国務院はこれら2つの修正案のいずれも採用しなかった。一方で、委員会案については、国務院は、タイトルの中に「尊厳を持って死ぬ権利」という用語が使われている点を強く批判した。法案の最大の目的は、一定の条件下で安楽死または自殺幫助を行った者（医師）を処罰の対象から外すことであって、患者に死ぬ権利を認めるためのものではない。にもかかわらず、タイトルの中に「死ぬ権利」という言葉が用いられれば、法律によって「死ぬ権利」が認められたという誤解を広く一般に招く原因になり、表現として不適切であるという。加えて、国務院は、「尊厳」という言葉がもつ否定的な性質にも改めて言及した。すでに最初の答申の中で、国務院は、「尊厳」という一般的な概念から具体的な権利を引き出そうとすることには様々な危険があるとして、安易に法律の中でこの表現を使うことには慎重になるべきであると述べていた⁽²⁵⁾。委員会案に対する指摘の中でも、国務院はこの主張を変えていないことを強調している。他方で、「安楽死 (euthanasie)」という言葉のもつ非客観性を避けるために「臨死介助」を使うべきであるとする少数会派の主張については、国務院は、安楽死という用語のこれまでの使用状況からは、「優生学 (eugénisme)」のような否定的意味が「安楽死」にもあるとは言い切れないと反論した。結果的に、両者の中間を取る形で、「安楽死および自殺幫助に関する議員提出法案」とすることを推奨し、これが議会で承認されたことにより、現行法の通りの名称に変更されたのである。

3.2 安楽死法の構造と特徴

2009年に施行された安楽死法は、第一章「一般規定」、第二章「安楽死ま

(25) Conseil d'Etat, avis précité note 16, p.18.

たは自殺幫助の要請，条件および手続」，第三章「終末期の意向書」，第四章「公式な届出」，第五章「国立監督評価委員会」，第六章「修正規定」，第七章「特別規定」および第八章「移行規定」の八部から構成されている。本法の主な特徴は，第一に，法定の条件を満たす状況下で行われた安楽死または自殺幫助の行為は，刑法上の罪を問われなくとする枠組みを制定したこと，第二に，将来，意思表示ができなくなった時に備えて，患者に，予め安楽死の希望について「終末期の意向書」に明記することが認められたこと，第三に，安楽死の実施手続を監視し，実施状況を分析する機能を担う国家機関が創設されたことにある。以下，これらの点について順次検討する。

3.2.1 実施の要件

安楽死法1条によれば，安楽死は「本人の明示的かつ自発的な要請に基づき，医師が，当該者の生命を意図的に終結させる行為」である。また，同じ条文により，自殺幫助は「本人の明示的かつ自発的な要請に基づき，医師が，他人が自殺することを意図的に援助することを指す」と定義づけられる。

ルクセンブルク刑法典393条⁽²⁶⁾，394条⁽²⁷⁾および397条⁽²⁸⁾は，それぞれ殺人（故殺），計画殺人（謀殺）および毒殺が，刑法上，処罰（終身刑）の対象となることを定めている。これらの規定が適用されるとすると，たとえ患者「本人の明示的かつ自発的な要請」に基づくものであっても，医師が実行した，当該患者の「生命を意図的に終結させる行為」は殺人に該当し，

(26) ルクセンブルク刑法393条は次のように定めている：「殺意をもって人を殺す行為は，故殺（meurtre）とみなされる。この場合，終身刑（réclusion à vie）が科される」

(27) ルクセンブルク刑法394条は次のように定めている：「予め計画して人を殺す行為は，謀殺（assassinat）とみなされる。この場合，終身刑が科される」

(28) ルクセンブルク刑法397条は次のように定めている：「その使用・管理方法の如何にかかわらず，多かれ少なかれ迅速に死に至らしめる物質をもって人を殺す行為は，毒殺（empoisonnement）とみなされる。この場合，終身刑が科される」

終身刑を宣告されることになる⁽²⁹⁾。とくに、実際に医師が安楽死や自殺補助を執り行う場合は、致死薬を用いることが想定されるから、刑法 397 条の適用により毒殺として処罰される可能性が高い。したがって、安楽死を合法的に行うことを認めるためには、まず、法定の条件を満たす状況下で実施された安楽死および自殺補助に限って、上述の刑法上の処罰の対象から外れることを定める必要があった。

安楽死法 2 条はそのための要件を明文化したものである。同条の規定により、安楽死法が定める条件の下で行われた安楽死または自殺補助に限って、医師は、刑事上のみならず、民事上の責任も問われないことが定められた。但し、このことは、医師による安楽死や自殺補助の実施が完全に合法化されたことを意味するわけではない。安楽死法が定める条件を遵守しない形で行われた場合は、医師といえども、刑法の原則が適用され殺人罪に問われる。ここにも、ルクセンブルク安楽死法が、終末期にある患者に対し等しく「死ぬ権利」を与えるものであるとは理解されておらず、安楽死や自殺補助はあくまで例外的な位置づけにとどめられるべきであるという立法者の意思が反映されているといえる。

a) 実質的要件

合法的に実施された安楽死あるいは自殺補助であると認められるためには、具体的には、次に掲げる要件がすべて満たされていないなければならない(安楽死法 2 条 1 項)：①患者が能力のある成年であり、安楽死または自殺補助の要請時に意識がはっきりしていること、②患者の要請が、自発的に、十分に考慮され、場合によっては、繰り返しなされ、外部からの圧力によるものでないこと、③患者が、医学的に解決策がない状態にあり、事故また

(29) ルクセンブルクの刑法典には、日本の刑法 202 条のような自殺補助罪は規定されていない。したがって、(安楽死法の規定がない場合に) 医師が致死薬を処方し、患者が自らの意思でそれを服用して死亡した場合も、397 条が定める毒殺とみなされ、当該医師は処罰されることになる。

は疾患の結果として、治る見込みのない、持続的かつ耐えがたい肉体的または精神的な苦痛に苛まれていること、④患者による安楽死または自殺幫助の要請が書面により表明されていること。以上の4つの要件に合致する場合に限り、医師の行為の違法性は問われない。

ここで、簡単にそれぞれの要件について留意すべき点を指摘しておこう。第一に、安楽死や自殺幫助の要請は、「能力のある成年者」本人によって表明されたものでなければならない。たとえば、患者の安楽死を望む意思がどれほど明確に書面で示されていたとしても、当該者が未成年者である場合⁽³⁰⁾には、その意向は法的に有効なものとして尊重されることはない⁽³¹⁾。また、本人による意思表示が絶対条件であることから、たとえば、子が耐えがたい苦痛に苛まれていることを理由に、親が子に代わって安楽死を要請することも認められない。したがって、いわゆる重症新生児の安楽死に関しても、本人による意思表示が不可能である以上、法定の要件を満たすとはいえないから、安楽死法の適用対象外となる⁽³²⁾。さらに、家族による代諾も認められない。いかなる近親者も、患者の名前で、患者に代わって、安楽死を決定することはできず、医師は必ず患者本人の直近の意思を尊重しなければならない。受任者が指名されている場合であっても、受任者は個人的立場から決定したり意思を表示したりすることは認められず、医師に患者の意思を伝える役割を任されるに過ぎない。

なお、安楽死や自殺幫助を要請できる者の要件として、安楽死法は、「能力のある成年」であることのみを定め、その他の要件は求めていない。ここで問題となるのが、ルクセンブルクに居住していない者にも、同国内で、

(30) この点は、未成年者であっても当該患者に同意能力がある場合には、安楽死の要請に法的効果を認めているベルギーと異なる点である。詳細については後述。

(31) ルクセンブルクでは、民法 488 条の規定により、満 18 歳以上の者が成年となる。

(32) Ministère de la Santé, Ministère de la sécurité sociale, « L'euthanasie et l'assistance au suicide, Loi du 16 mars 2009, 25 questions 25 réponses », <http://www.sante.public.lu/publications/sante-fil-vie/fin-vie/euthanasie-assistance-suicide-25-questions-reponses/euthanasie-assistance-suicide-25-questions-reponses-fr.pdf>, p.25.

安楽死または自殺幫助を要請することが認められるかという点（いわゆる「自殺ツアー」の問題）である。

2009年法の規定を文字通り解釈すれば、安楽死法には居住地や国籍に関する規定は一切含まれていないから、国外に住む者や外国籍の者であっても、医師に安楽死を求めることは法的に保障されていることになる。しかし、複数の条文を総合的に解釈すると、患者と医師の間には、一定の診察期間を経たのちに構築される現に緊密な関係が認められることが要求されるといえる。たとえば、安楽死法の規定によれば、安楽死を行おうとする医師は、患者の要請が任意によるものであることを確認し、期間をあけて患者と複数回にわたり協議し、苦痛が耐えがたいことを確認しなければならない（2条2項2）。こうした対応は、担当医として、ある程度の時間をかけて、当該患者を繰り返し診察したり、治療したりした医師でなければ難しい。継続的に診察したことがない外国籍の患者から、突然安楽死を求められても、その要請が真に患者の任意によるものなのかは判別できないし、個人の主観的な判断も含まれる苦痛の程度について、医師が正しく評価することも不可能であろう。したがって、実際には、外国籍の者が安楽死をするためだけの目的でルクセンブルクに入国し、安楽死法に基づき、短期間のうちに望むような死に方で最期を迎えることは困難ではないかと考えられる。

そもそも、ルクセンブルクは、総人口に占める外国人の割合が極めて高い。現在、56万3千人の人口のうち、46パーセントが外国籍であり、首都ルクセンブルクにいたっては、この数値は68パーセントまで上昇する⁽³³⁾。このように、国が、多国籍の人民から成り立っていることを考慮すると、一律に、国籍に基づいて線引きをすることは難しい。そのため、立法者は、法文の解釈により、安楽死の実施に際し、患者と医師の間に信頼関係が築き上げ

(33) <http://www.luxembourg.public.lu/fr/le-grand-duche-se-presente/population/index.html>

られていることを前提とすることで、事実上、安楽死のためだけに入国しようとする外国人に対しては一定の歯止めをかけようとしたのではないかと考えられる⁽³⁴⁾。

第二に、患者が治癒の見込みのない耐えがたい苦痛に苛まれていることが必要である。この場合の苦痛には、肉体的苦痛と精神的苦痛の両方が含まれると解されている。二つの苦痛が併存している場合はもとより、理論上は、いずれか一方、とりわけ精神的苦痛のみが存在する場合であっても安楽死の対象となる。苦痛の原因となる疾患としては、大抵の場合は癌や麻痺を伴う神経・筋肉の疾患等が考えられるが、それ以外のものであっても、法が定める条件を満たし、重篤かつ不治で不可逆的な疾患であればすべて該当する。むしろ、より問題となるのは、具体的な疾患名が何かということよりも、耐え難い苦痛であるかをいかに評価するのかという点であろう。これについて、保健省は、①苦痛が耐え難いか否かは患者の主観的な判断に任せられるから、当該者の人柄、痛みの認知度、信条や価値観によって左右される、②個人の主観に影響されるゆえに、「治癒の見込みのない耐えがたい苦痛」に見舞われているか否かの最終判断は、複数の医師によるべきである、③痛みに対する緩和措置が、本人にとって耐え難いと思われる手段で行われる場合には、患者はそれを拒む権利も有する、と説明を補足している。2条2項の規定により、安楽死を実施しようとする担当医が、別の医師に意見を聴くことが義

(34) 但し、この点に関しては、終末期の意向書の登録との関係で新たな問題が発生している。国立監督評価委員会の第三次報告書によれば、2013年1月1日から2014年12月31日の間に、フランス在住の12名から意向書の登録申請があったという。委員会は、これら12名の申請者全員に宛てて、ルクセンブルクの安楽死法に定められている要件について改めて知らせるとともに、フランスでは安楽死も自殺補助も認められていない旨を文書で伝えた。これら国外在住者の意向書も、本人から撤回の意思表示がない限り、ルクセンブルク国内では以後登録されたものとして扱われる。同報告書では、これ以上の詳細は明らかにされていないため、本稿でさらなる分析をすることは困難である。但し、仮に、ルクセンブルク国外に居住する同国の国籍をもたない者による登録が増え、彼（女）らが安楽死を求めてルクセンブルク国内に入国するようなケースが発生した場合は、いわゆる「自殺ツアー」の問題との関係で、慎重な取り扱いが求められることは想定しうる。第三次報告書については、本稿後半にて後述。

務付けられているのも、このように苦痛を客観的に評価することが難しいという現状が考慮された結果である。さらに、担当医は、同条に定められている別の医師だけでなく、それ以外にも自ら選んだ専門家に任意で意見を聴いたり、鑑定を求めたりすることができる（安楽死法3条）。

最後に、患者からの安楽死または自殺幫助の要請は書面によらなければならない。これは、安楽死や自殺幫助の実施手続の透明性を確保することを目的としている。但し、書面に基づく要請があったとしても、のちに本人から口頭でそれを撤回する旨の意思表示があった場合には、直近の意思が尊重される。したがって、この場合は、医師は安楽死を実施することはできない。さらに、患者から要請を受けた医師は、それが患者の任意による意思に基づくことを確認した上で、他の医師に対し、当該患者の疾病の性質や症状について意見を求めなければならない。場合によっては、医師以外のケアチームや、当該患者が指名した受任者とも協議する必要がある。このように、複数の医師の見解を反映させたり、医師以外の専門家や関係者の意見も取り入れたりすることで、安楽死や自殺幫助の実施の決定の適法性を担保することが可能になる。

なお、以上の要件を満たすことは、安楽死や自殺幫助が合法化されるための必須条件であるが、そのことは、医師には安楽死または自殺幫助を実施すべき義務が必ず課されるということの意味するわけではない。医師がなすべきは、患者の意思を「尊重」することであって、それを必ず「実施」することではない。実際に、安楽死や自殺幫助の要請を受けた医師が、自身の信条を理由としてその要請を拒むことも可能である（安楽死法15条）⁽³⁵⁾。この場合には、当該医師は、当該患者のカルテを別の医師に送付することで、自身に課された患者の意思の「尊重」義務を果たしたものとみ

(35) 但し、この良心の自由は、個人の自由には属するものであって、組織の自由ではないと解される。したがって、この自由を援用して、医療施設、介護施設などが、施設内で医師が安楽死や自殺幫助を実施することを拒むことは認められない。cf. Ministère de la Santé, Ministère de la sécurité sociale, précité note 32, p.30.

なされる。安楽死法が、すべての患者に絶対的に「死ぬ権利」を認めるものではないと理解されているのも、こうした枠組みが設けられていることに因ると考えられる。

最後に、安楽死法 14 条の規定と、既存の医療倫理綱領 (Code de la déontologie médicale) の規定との両立性について言及しておく。2009 年に安楽死法が成立した当時の医療倫理綱領の 40 条は、「医師が、恣意的に患者の死を引き起こすこと (安楽死) や、患者の自殺を幫助したりすることは禁じられる」として、明文で安楽死及び自殺幫助の実施を禁止していた。したがって、文面上は、医療倫理綱領 40 条 (当時) は安楽死法の規定と矛盾する規定であった。当初、医師会に 40 条の規定を修正する動きは見られなかったため、安楽死または自殺幫助を実施した医師は、安楽死法 14 条により、民事上・刑事上の責任は問われなくても、医療倫理綱領 40 条違反を理由に医師会の懲戒手続に付される可能性は残ることが懸念された。この点に関して、当時、保健省は、規範の階層性の原則により、法律である安楽死法が、倫理規範である医療倫理綱領に優位するとして、医師の懲戒の可能性を否定した⁽³⁶⁾。その後、この保健省の見解を明文化する形で、医療倫理綱領が改正され、現在は、その 51 条により、安楽死法の要件を満たす安楽死または自殺幫助は、医療倫理綱領が禁止する「患者を恣意的に死なせることおよび自殺を幫助すること」には当たらないと明示的に定められている。

b) 手続

医師が安楽死または自殺幫助を行おうとする場合、次の手続を踏まなければならない (安楽死法 2 条 2 項) ; ①患者からの要請について協議するために、当該患者に、病状、余命について知らせ、実施可能な治療および緩和ケアに関わる情報も提供する、②患者と複数回面談し、患者が肉体的ま

(36) Ministère de la Santé, Ministère de la sécurité sociale, précité note 32, p.32.

たは精神的苦痛に苛まれていることおよび患者の意思が直近に繰り返し示されたものであることを確認する, ③患者の病状について, 他の医師に意見を聴く, ④(患者が反対しない限り)患者のケアを担当しているスタッフと協議する, ⑤(患者が反対しない限り)受任者と協議する, ⑥患者が自ら望む者に相談する機会を有していることを確認する, ⑦患者の名前で終末期の意向書が登録されているかについて国立監督評価委員会(詳細は後述)に問い合わせる。

この意向書の登録の有無を確認するという手続は, 医師が患者の直近の意思を知るためには必須である。これにより, 医師は, 患者の意思表示が, 十分に考慮されたのちに任意でなされたものであるか否かを判断する。但し, 人間の意思は絶対不変なものではないから, 意向書が登録されていても, そこに示された意思が必ず現在の患者の意思と一致するとは限らない。したがって, 直近に別の意思表示があれば, たとえそれが口頭でなされたものであったとしても, 医師はこれを尊重することになる。たとえば, 安楽死を望む旨を記載した意向書が登録されていても, 患者が登録後にそれとは異なる(つまり安楽死を望まない)意思表示をしていることを医師が知った場合には, 当該医師は安楽死を実施することはできないとされている。

以上の手続を踏んだ上で, 安楽死または自殺補助を実施した場合, 担当医は, 実施後 8 日以内に国立監督評価委員会に届出をしなければならない。

3.2.2 終末期の意向書 (disposition de fin de vie)⁽³⁷⁾

(37) 1998 年に公表された C.N.E. の答申では, 「生命に関する遺言書 (testament de vie)」という用語が使われていた。これに対して, 政府は, 2003 年に世界医師会総会によりヘルシンキで採択された「事前指示書 (リビング・ウィル) に関する世界医師会声明」に基づき, 当初から, 「生命に関する遺言書」ではなく「事前指示書 (directive anticipée)」という用語を使うことを提案していた。この表現は, フランスでも, 治療の中止・不開始に関する事前指示を表す言葉として使われている (フランス公衆衛生法典 L1111-11 条)。他方, ベルギーでは, 積極的安楽死に関する事前の意思表示を *déclaration anticipée* という用語で表している (安楽死に関する 2002 年 5 月 28 日の法律 4 条)。各国法における用語の使われ方とその意味には注意が必要である。

安楽死法の重要な柱の一つは、終末期の意向書に一定の法的効力を与え、制度化したことにある。終末期の意向書とは、「成年で法的能力のある者」が、「自らの意思をもはや表示しえない時」に備えて、「自分が安楽死を望む状況と条件」について予め記載した書面を指す。この終末期の意向書は、身体的に問題がない場合には、本人が作成し、日付を入れ、署名する。身体的に何らかの問題を抱えていて本人の手で作成することが難しい場合には、本人が指名した成年の代理人が、2名の証人の前で作成することも可能である。いずれの場合であっても、本人であれば、いつでもその意向書を撤回したり修正したりすることができる。なお、意向書を、未成年者や被後見人などが作成することは認められていない。他方、書面の中で、患者が意思表示できなくなった際の代弁者となる受任者を指定することは可能である。

意向書の登録後の有効期間について、安楽死法は明確な規定をおいていない。しかし、同法4条2項の規定により、意向書は本人によって常に修正・撤回が可能であること、および登録から5年毎に意向書の作成者の意思を国立監督評価委員会が確認することになっていることから、実務上は5年の有効期間が前提とされていると考えられる。

意向書の書式は任意である。但し、保健省・社会保障省から、モデルとなる書式が示されており、その使用が推奨されている⁽³⁸⁾。第一のモデルは、書類作成を本人が行う場合のものである。全体は二部構成をとっており、第一部の必須事項と、第二部の任意記載事項に分けられる。第一部に関しては、氏名、住所、国民登録番号（個人識別番号）、生年月日、電話番号（加えて、希望があればメールアドレス）を記載する。次に、安楽死法が定める条件が満たされる場合には安楽死または自殺幫助を望む旨の文章が書かれている（これはすでに印刷済みである）。最後に自由記述欄として、安楽死を望む状況または条件について、個人的な希望があれば記載できるスペー

(38) Ministère de la Santé, Ministère de la sécurité sociale, précité note 32, p.45 et s.

スが設けられている。末尾に日付を入れ、署名すると第一部は完成である。第二部の作成は任意であるが、受任者を指名する場合には記入する必要がある。また、埋葬の方法および葬儀のやり方についての希望も書き込めるようになっている。

第二のモデルは、意識ははっきりしているが身体的な理由で意向書を自ら作成できない場合のものである。第一のモデルと同様に二部構成であるが、それぞれ記載事項が多い。第一部に関しては、本人に関する個人情報に加えて、作成不能な理由、代理で作成した者の身元に関する情報および2名の証人に関する情報を記載する欄が設けられている。第二部は第一のモデルと同じである。

このようにして作成された終末期の意向書は、必ず、保健省の中に設置される国立監督評価委員会に登録される必要がある。意向書が登録されると、保健省から作成者に対して受領証が発行される。保健省は、登録した意向書と受領証の写しを保管し、入院時には、担当医または受任者に預けておくことを推奨している。

では、具体的に、医師はどのような場合に意向書を考慮に入れなければならないのであろうか。これに関しては、次の3点が確認されることが重要である⁽³⁹⁾；①意向書に記載されている状態および条件に適うと判断できる、②意向書が有効であり、国立監督評価委員会に登録されている、③患者の状態に関する実体的要件（事故または病理的原因による重篤かつ不治の疾患に罹患していること、患者の意識がないこと、当該状況が不可逆的であること）が満たされている。なお、これらの事項がすべて確認できた場合であっても、医師は、自身の信条に反することを理由に安楽死の実施を拒否することができる。但し、その場合には、実施できない旨を患者本人または受任者に告げ、患者が指名する別の医師に書類を送付しなければならない。

(39) Ministère de la Santé, Ministère de la sécurité sociale, précité note 32, p.23.

3.3 国立監督評価委員会 (Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation)

これまで述べたように、安楽死法では、安楽死や自殺幫助が実施されるまでの手続や要件について明確化することが目指されたが、同時に、その実施が適法に行われた否かを事後的に審査する制度を設けることも重視された。安楽死法は、この事後審査の役割を、新たに設ける国立監督評価委員会に与えるとしている。

3.3.1 機能

国立監督評価委員会は、医師から提出される実施報告書に基づき、安楽死法が定める形式的要件が満たされた中で安楽死や自殺幫助が実施されたか否かについて審査を行う。疑義がある場合、同委員会は、当該医師にさらに追加の書類を提出するよう求め、それを加味した上で2ヶ月以内に決定を下す。

仮に、違反が認められるとの決定が下された場合、当該決定は、その理由とともに医師本人に送付される。この後、医師に対して課される制裁としては二種類が考えられる。一方で、国立監督評価委員会が、安楽死法2条2項が定める手続を遵守していなかったと判断した場合は、事案は医師会に送られ、医師会が当該医師に対する懲戒手続を採るべきか否かを判断する。他方、同委員会が、安楽死法2条1項が定める要件が守られていなかったと判断した場合には、同委員会は書類を検察に送付し、検察が刑事訴追をすべき事案か否かを決定する。

さらに、国立監督評価委員会には、こうした法定の要件の遵守の有無を審査する役割だけでなく、法律施行後2年毎に、実施状況について調査した結果を報告書としてまとめ、議会に提出すべき義務が課されている。こ

れまで、2011年3月の第一次報告書⁽⁴⁰⁾、2013年3月の第二次報告書⁽⁴¹⁾、さらに直近では2015年4月に第三次報告書⁽⁴²⁾が公表されている。これらの報告書には、安楽死や自殺補助の実施件数、患者の性別や年代、実施場所、苦痛の種類などに関する統計的データ、それに基づく安楽死法の実施状況に関する評価、さらにその結果に基づいて出された勧告が記載されている。ルクセンブルクは小国であり、統計上の数字の規模は決して大きくないが、それを考慮した上でこれら3つの報告書で示されているデータを分析するならば、大よそ次のような傾向を読み取ることができる。

安楽死法施行後から2014年までに実施された安楽死の総数は34件であるが、そのうち、終末期の意向書に基づくものは1件のみであり、基本的には、意識のある患者から書面で直接に要請された結果、医師が安楽死を行うケースが多いことが分かる。終末期の意向書は、予め国立監督評価委員会に登録されていないと効果を発揮しないから、まずは登録が増えることが先であり、それまでは、直接の意思表示による要請が中心となることが予想される。

安楽死を要請するに至った原因の中で最も多いのはがんである。さらに2011年以降は、がんに加えて神経変性疾患の患者からも安楽死の要請が出されるようになっている。いずれのケースも、肉体的および精神的苦痛を理由とするものであり、精神的苦痛のみを理由として安楽死が実施されたケースは見当たらない。国立監督評価委員会の調査の中では、肉体的なも

(40) Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation, « Premier rapport à l'attention de la Chambre des Députés (Années 2009 et 2010) », mars 2011, <http://www.sante.public.lu/publications/sante-fil-vie/fin-vie/premier-rapport-loi-16-mars-2009-euthanasie-suicide/premier-rapport-loi-16-mars-2009-euthanasie-suicide.pdf>

(41) Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation, « Deuxième rapport à l'attention de la Chambre des Députés (Années 2011 et 2012) », mars 2013, <http://www.sante.public.lu/publications/sante-fil-vie/fin-vie/deuxieme-rapport-loi-16-mars-2009-euthanasie-suicide/deuxieme-rapport-loi-16-mars-2009-euthanasie-suicide.pdf>

(42) Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation, « Troisième rapport de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (Années 2013 et 2014) », avril 2015, <http://www.sante.public.lu/publications/sante-fil-vie/fin-vie/rapport-loi-euthanasie-2013-2014/rapport-loi-euthanasie-2013-2014.pdf>

のであれ精神的なものであれ、苦痛の感じ方は患者によってさまざまであることから、実際には、医師が患者との複数回にわたる診察を通じて、苦痛の程度を評価するよう努めていることが指摘されている。

安楽死の実施件数そのものは、ここ数年は年間 10 件に満たない程度で推移しているが、注目すべきは、終末期の意向書の登録数の増加率である。報告書が調査の対象とする 2 年間ごとに、毎回 600 件～700 件近くの登録が新たに行われており、第三次報告書が公表された時点での総登録数は 1948 件（うち男性からの申請は 779 件、女性からの申請は 1169 件）となっている。

3.3.2 委員会による勧告

直近に公表された第三次報告書をもとに、国立監督評価委員会から出された勧告のなかから、いくつか課題として指摘されている点に言及しておく。

第一に、終末期の意向書に関する問題である。先述の通り、意向書は、予め国立監督評価委員会に登録されたものだけが有効とみなされる。しかし、患者が入院する際に、当該患者が意向書に登録しているか否かは直ちには分からない。自ら登録のことを申告しない（あるいはできない）患者がいた場合、入院の都度、担当医または病院が委員会に問い合わせるのは手続として煩雑であり現実的ではない。委員会に登録された情報を必要時に迅速かつ正確に利用できるための方法が今後模索されなければならない。

第二に、医師が、自らの信条を理由として、患者からの安楽死の要請を拒んだ場合の問題である。安楽死法 15 条の規定により、たとえすべての要件を満たしていたとしても、医師には安楽死や自殺補助を行うべき「義務」は課されない。この場合、医師は拒絶の理由を 24 時間以内に当該患者および／または受任者に伝え、「患者または受任者からの要請があった場合には」、「患者または受任者によって指名された」別の医師に対して、診療録を送る義務が課されるにすぎない（傍点筆者）。そこで問題となるのが、安楽

死の実施を受け入れうる他の医師を、患者本人または受任者が見つけなければならないという点である。安楽死を要請する患者は、現実には、回復不能な重篤な状況にある。そのような状態で、自ら望む形での安楽死の実施を受け入れてくれる他の医師を探さなければならないのは、患者にとって過大な負担である。また、重篤な状態になってから新たな医師の診察を受けても、その医師との間に、有効な治療上の信頼関係が構築できるとは考え難い。国立監督評価委員会によれば、実際に、この問題によって安楽死の実施が阻まれたケースがあるという。そのため、同委員会は、安楽死に対する自らの姿勢について、担当医は早い段階から患者に伝えておくべきであると提言している。

第三に、2014年7月24日の患者の権利及び義務に関する法律⁽⁴³⁾（以下、患者の権利法）との整合性の問題が指摘されている。患者の権利法12条5項は、患者からの明白な拒否の意思表示がない限り、同法の規定に基づき指名された受任者は、そのことをもって2009年の緩和ケア法に基づき受任者に指名されたものとみなされる旨を定めている。しかし、患者の権利法は、安楽死法にしたがって指名される受任者との関係について一切言及していない。このため、国立監督評価委員会は、患者の権利法の中に、安楽死法の枠組みで指名された受任者の役割も組み込むことで、両者の関係を明示すべきであると勧告している。

このように、国立監督評価委員会は、現状の分析から導き出されるいくつかの問題点については再検討することは提言しているものの、2009年の安楽死法を全体的に見た場合には直ちに改正すべき点はないと結論付けている。

(43) Loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé et modifiant: - la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers; - la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel; - le Code civil, Mémorial A n° 140 du 31 juillet 2014, p.2194.

【資料】 国立監督評価委員会「第三次報告書（2013年－2014年）」（抜粋）

出典： <http://www.sante.public.lu/publications/sante-fil-vie/fin-vie/rapport-loi-euthanasie-2013-2014/rapport-loi-euthanasie-2013-2014.pdf>

第一部 統計

1. 届出数

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 合計 |
|-----|------|------|------|------|------|------|----|
| 届出数 | 1 | 4 | 5 | 9 | 8 | 7 | 34 |

2. 要請または終末期の意向書による安楽死

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 合計 |
|---------|------|------|------|------|------|------|----|
| 安楽死の要請 | 1 | 4 | 4 | 9 | 8 | 7 | 33 |
| 終末期の意向書 | — | — | — | 1 | — | — | 1 |

3. 患者の性別

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 合計 |
|----|------|------|------|------|------|------|----|
| 男性 | 0 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 13 |
| 女性 | 1 | 2 | 1 | 6 | 6 | 5 | 21 |

4. 患者の年齢

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 合計 |
|-------|------|------|------|------|------|------|----|
| 18-20 | — | — | — | — | — | — | 0 |
| 20-39 | — | — | — | — | — | — | 0 |
| 40-59 | — | — | — | 1 | 2 | — | 3 |
| 60-79 | 1 | 2 | 4 | 5 | 5 | 1 | 18 |
| ≥ 80 | — | 2 | 1 | 3 | 1 | 6 | 13 |
| 合計 | 1 | 4 | 5 | 9 | 8 | 7 | 34 |

ルクセンブルクにおける終末期医療に関する法的枠組みの検討（2）

5. 死亡した場所

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 合計 |
|----------------|------|------|------|------|------|------|----|
| 自宅 | — | 2 | 2 | 1 | — | 1 | 6 |
| 病院 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 5 | 22 |
| 老人ホーム ／介護施設 | — | — | — | 3 | 2 | 1 | 6 |
| 合計 | 1 | 4 | 5 | 9 | 8 | 7 | 34 |

6. 原因疾患

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 合計 |
|----------------|------|------|------|------|------|------|----|
| がん | 1 | 4 | 4 | 7 | 5 | 6 | 27 |
| 神経変性疾患 | — | — | 1 | 2 | 2 | 1 | 6 |
| 脳血管障害・ 神経疾患 | — | — | — | — | 1 | — | 1 |
| 合計 | 1 | 4 | 5 | 9 | 8 | 7 | 34 |

7. 意見を求められた医師の種別

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 合計 |
|-----|------|------|------|------|------|------|----|
| 一般医 | — | 1 | 2 | 3 | 1 | — | 7 |
| 専門医 | 1 | 3 | 3 | 6 | 7 | 7 | 27 |
| 不明 | — | — | — | — | — | — | — |
| 合計 | 1 | 4 | 5 | 9 | 8 | 7 | 34 |

8. 安楽死の方法および使用された薬剤

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 合計 |
|---------------------------|------|------|------|------|------|------|----|
| バルビツール 酸系のみ | — | — | — | 1 | — | — | 1 |
| バルビツール 酸系 + 筋 弛緩薬 | 1 | 4 | 5 | 8 | 8 | 7 | 33 |
| モルヒネ（単 独または鎮 静剤と併用） | — | — | — | — | — | — | — |
| その他 | — | — | — | — | — | — | — |
| 合計 | 1 | 4 | 5 | 9 | 8 | 7 | 34 |

9. 国立監督評価委員会の判断

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 合計 |
|--------------------------------|------|------|------|------|------|------|----|
| 第二部の審査後の承認 | 1 | 4 | 5 | 9 | 8 | 7 | 34 |
| 第一部の開示に基づく承認（医師に対する特記事項有・返答不要） | — | — | — | — | — | — | — |
| 第一部の開示に基づく承認（医師による補足説明の要請付） | — | — | — | — | — | — | — |
| 医師会送致 | — | — | — | — | — | — | — |
| 検察送致 | — | — | — | — | — | — | — |

《終末期の意向書について》

1. 登録された終末期の意向書の数

| 2009年4月1日— 2010年12月31日 | 2011年1月1日— 2012年12月31日 | 2013年1月1日— 2014年12月31日 | 合計 |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|------|
| 681 | 568 | 699 | 1948 |

2. 性別

| | 2009年4月1日— 2010年12月31日 | 2011年1月1日— 2012年12月31日 | 2013年1月1日— 2014年12月31日 | 合計 |
|----|---------------------------|---------------------------|---------------------------|------|
| 男性 | 285 | 222 | 272 | 779 |
| 女性 | 396 | 346 | 427 | 1169 |
| 合計 | 681 | 568 | 699 | 1948 |

(未完)