

カナダにおける安楽死議論の展開

谷 直 之

第一章 問題の所在

第二章 ロドリゲス事件最高裁判決

第三章 カーター事件最高裁判決

第四章 立法の動き

第五章 若干の考察

第一章 問題の所在

カナダにおいて、近年、安楽死に関する議論が活発化してきている。カナダでは、一九九〇年代初頭に筋萎縮性側索硬化症（ALS）を患う一人の女性が安楽死を求めて自殺幇助罪規定の合憲性を問う裁判を起こし、カナダ連邦最高裁

判所は五対四の僅差で彼女の主張を排斥した。⁽¹⁾この事件は、直後のアメリカ合衆国の複数の州における各州法の自殺幫助罪規定の合憲性を争う訴訟や自殺幫助・安楽死の合法化をめぐる運動⁽²⁾に多大な影響を与え、その後の世界各地での自殺幫助・安楽死合法化の展開の嚆矢ともいえるものであった。その事件からおよそ四半世紀後の二〇一五年、ふたたび自殺幫助罪規定の合憲性を問われたカナダ最高裁は、全員一致でこれを違憲と判断した。のみならず、判決では一年以内という時間を区切つて、立法院に法改正を求めた点が注目される。紆余曲折を経て、二〇一六年に自殺幫助・安楽死を合法化する法案C-14が可決・成立し、新法の制定後の一年間で、カナダでは、この制度によって生命を終結させた患者が一九八二人にのぼることが報告されている。⁽³⁾これに、ケベック州法に基づく制度⁽⁴⁾による死亡者を加えると、二一四九人が、医療関係者の援助により自ら生命を終結させていることになる。しかし、この新法に対しては、安楽死賛成派・反対派の両派から訴訟が提起されており、その帰趨はなお不透明な部分がある。

本稿は、カナダにおける自殺幫助・安楽死議論の展開を概観し、そこでの論点を整理した上で、わが国における自殺幫助・安楽死議論の一助となるべく、若干の考察を加えたい。

第二章 ロドリゲス事件最高裁判決

カナダの連邦制は、アメリカ合衆国と同様、伝統的に各州の権限が比較的大きい仕組みとなっているが、刑法に関しては、統一した連邦刑法典が適用される。他の多くの国々と同様、同意は殺人の抗弁とはならず、自殺自体は一九七二年に非犯罪化されたが、自殺教唆・幫助は犯罪として処罰される。⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾

自殺幫助や安楽死に関しては、一九八二年の連邦議会法律委員会のワーキングペーパー⁽⁸⁾や一九八三年の連邦議会法律

委員会の特別報告書⁹⁾が提出されるなど、以前からも論争が続けられてきたが、カナダにおける安楽死議論としてとりわけ注目を集めたのは、一九九三年のロドリゲス事件カナダ連邦最高裁判決¹⁰⁾であった。原告の Sue Rodriguez は当時四二歳の女性で、不治の筋萎縮性側索硬化症 (ALS) の末期状態にあった。余命は二〜一四カ月と診断され、容体の悪化により、やがて体の自由が奪われていき、人工呼吸器や胃ろうにより、ベッドに寝たきり状態になると告げられた原告は、しかるべき時期において、医師の幫助を受けて自ら生命を絶つことを望んだ。しかしカナダでは、連邦刑法典第二四一条(b)に「他人の自殺を… (b) 幫助 (aids or abets) した者は、自殺の有無にかかわらず、正式起訴犯罪であり、一四年未満の自由刑に処する。」という規定が置かれていたため、この規定が「権利および自由に関するカナダ憲章 (Canadian Charter of Rights and Freedoms)」(以下、カナダ憲章と略称する。)の諸規定、すなわち、「何人も、生命、自由および身体の安全の権利を有し、基本的正義の原理によらなければ、その権利を奪われない」と規定する第七条への違反を中心として、「何人も、残虐かつ異常な処遇または刑罰を受けることのない権利を有する」と規定する第二二条および「すべて個人は、法の前および法の下に平等であり、殊に、人種、民族もしくは種族、皮膚の色、宗教、性別、年齢または精神的もしくは肉体的障害により差別されることなく、法による公平な保護および利益を受ける権利を有する」と規定する第一五条第一項に違反するという宣言判決を求めて提訴した。¹¹⁾

カナダ連邦最高裁は、五対四の僅差で上訴人の訴えを退けた。Sopinka 裁判官による法廷意見は、まずカナダ憲章第七条違反の点について、連邦刑法二四一条(b)の包括的な自殺幫助の禁止が、上訴人の人格に関する自律を奪い、身体的・精神的な苦痛を与え、個人の安全を侵害するものであることは認めつつ、当該規制がカナダ憲章第七条の「基本的正義」に反するかを検討する。¹²⁾ 意思能力を有しつつ自ら自殺の遂行が不可能な末期患者に議論を限定しつつ、¹³⁾ 規制目的である傷つけられやすい弱者の保護にかかる国家の利益の重要性と、これが法的伝統や社会的信念に基礎づけられているかを

検討し、当該規制とこの利益との関係性を問題とする⁽¹⁴⁾。そして、終末期における医療ケアの場での患者の治療拒否権に對して、自殺幫助は、本質的に、道徳的・法的な不正であり、完全な禁止以外に濫用防止が可能であるとはいえないという二点で異なる⁽¹⁵⁾とし、諸外国の対応も概観した上で、自殺幫助の包括的禁止は西欧民主主義国の標準となっており、このような禁止が憲法や基本的人権に反するとされたことはなく、アメリカ合衆国での住民投票による法改正否決の結果に鑑みつつ、確かに一定の場合に苦痛を惹起することはあるものの、生命および傷つけられやすい弱者の保護に對する社会的懸念が、濫用を防止する法として包括的な禁止を選択したことが窺えると判示した⁽¹⁷⁾。また、治療の中断や緩和ケアと自殺幫助とを区別することは一般的なコンセンサスを得ており、自殺幫助に反對する医療関係諸団体の見解からも、濫用への懸念と適切な防止策の困難性に鑑みても、包括的な自殺幫助の禁止は、専断でも不公正でもなく、「基本的正義」に抵触するものではないとした⁽¹⁸⁾。

次に第一二条違反の点については、同条が禁止する残虐かつ異常な「処遇」には、積極的な国家的行為が行われ、個人に對する国家的統制が必要であるとして、単なる法による禁止はこれに当たらないとして退けた⁽¹⁹⁾。

最後に、第一五条違反の点については、少数意見を書いた Tamer 主席裁判官(当時)とこれに同調する一名の裁判官だけがこの点を問題とし、違憲とする見解を示したが、その他の裁判官は、自ら自殺を選択できない者に對する平等権侵害性の問題に立ち入ることを避け、カナダ憲章第一条の文脈における検討に考察を進めた⁽²¹⁾。カナダの違憲審査制では、カナダ憲章に規定された人権や自由侵害は、「権利および自由に関するカナダ憲章は、自由かつ民主的な社会において明確に正当化され得る合理性を持ち、かつ、法律で定める制限にのみ服することを条件に、この憲章で規定する権利および自由を保障する」と規定するカナダ憲章第一条の下に、一般的に、一九八六年の Oakes 事件連邦最高裁判決⁽²²⁾において定立された審査基準、いわゆる Oakes・テストに従って判断される。このテストは、立法の憲章適合性を二

段階で審査する。すなわち、まず規制立法の目的が自由かつ民主的な社会にとって緊急かつ重要 (pressing and substantial) なものであるかを問い、続いて当該規制手段と立法目的が比例関係 (proportionality) にあるかを問うものである。二段階目の審査はさらに、目的と手段との合理的な関連性 (rational connection)、規制の必要最小限度性 (minimal impairment)、規制の効果と目的との比例関係性 (proportionality in effects) の三つに細分される。法廷意見は、緩和医療・尊厳死と自殺幫助との相違は、因果性および行為者の意図⁽²³⁾に求められうるとしつつ、連邦刑法典第二四一条(b)は、至高の人の生命を保護するという国家的利益に結び付いた「明確に緊急かつ重要な立法目的」を有しており、⁽²⁴⁾基本的価値を反映するものとして、西欧社会や諸医療組織、カナダ立法委員会等の実質的なコンセンサスにも基づいているとし、⁽²⁵⁾比例性に関しても、生命および傷つけられやすい弱者の有効的な保護という目的と合理的に関連しており、社会における傷つけられやすい弱者を保護するためには、自殺幫助の例外なき禁止が最善策であって、例外の設定には濫用の危険性が排除できず、立法目的を全うできる中間的手段が存在しない以上、過度に広範であるともいえず、比例性テストも満たしているとして、上訴人の主張を退けた。⁽²⁶⁾

これに対して、四名の裁判官による反対意見が付けられている。その一人が、女性として初の連邦最高裁判官となり、二〇〇〇年一月七日より二〇一七年二月一五日までの任期中、後に見るカーター事件判決を始め、数々の裁判においてリベラル派と目されてきた、第一七代連邦最高裁判官の McLain 裁判官であることは注目される。⁽²⁷⁾

後のカーター事件連邦最高裁判決と基本的な枠組みにおいて多くの共通点を有しているため、やや詳細に紹介すると、まず、McLain 裁判官は、カナダ憲章第一五五違反の点については法廷意見と同じくこれを退け、第七条違反の点を中心に検討する。そしてカナダ憲章第七条にいう人の安全には、人格的自律およびプライバシーという観念を包摂しているとした上で、自殺幫助罪規定がこの権利を侵害している点については法廷意見と同意見としつつも、議会が設定し

た自殺を容認する一方で自殺幫助を犯罪とするという枠組みにおいては、単に自殺が肉体的に不可能であるという理由だけで、上訴人のような者から基本的正義の原理に違反する形で人の安全（自分自身の身体について、自分自身の身体にのみ影響を与える決定を行う権利）を奪うものであつて恣意的であるとした。さらに、基本的正義という枠組みの中からは利益衡量という要素を排除しつつ、この違反はカナダ憲章第一条によつては正当化されないとした。⁽²⁸⁾立法府が設けた医師の援助による自殺が他国でも広く受け容れられてこなかったという事実に基づく自殺幫助の禁止という論拠も納得できず、自殺幫助の許容が、堰とはいわれないまでも、真に死に同意していない障害者の殺害に扉を開くものであるという論拠も、それは、いつか誰かが別の場所で誰かを殺す、あるいは自殺へと不適切に影響力を行使してしまうかもしれないという負担を上訴人に負わせるものであつて、いわばスケープゴートになることが求められている、として批判する。⁽²⁹⁾基本的正義の原理は、それぞれの人々を、個々人として考慮し、法によつて公平に扱うことを要求するのであつて、濫用の恐れは、この場面では問題とはならないとする。⁽³⁰⁾さらに、もし他人の生命終結を手助けすることが正当化されるならば、その行為が「消極的」―すなわち、生命の保持に必要な支援策の取り外しか、「積極的」―すなわち、正常な精神状態の者が尊厳をもつて自分の生命を終結させることになる手段の提供が重要であるという意見は受け容れることができない、とも述べている。⁽³¹⁾

一方、Lamer 首席裁判官による反対意見は、州控訴裁判所の McEachern 首席裁判官の「私の見解では、本件を生と死の相克として判断を下すのは誤りである。カナダ憲章は生という事実のみならず、その質や生命の尊厳にも関心を寄せるものである。私の見解では、死と我々の死に方は生の一部そのものである。」⁽³²⁾という言葉を用いつつ、一見するとその適用において中立的に見える自殺幫助罪規定ではあるが、自己決定を行使する能力が他者の援助を前提としなければならぬような身体的障害を有する者が採りうる選択肢を阻害する影響を与えているとして、カナダ憲章第一五条

違反の点についても認め⁽³³⁾た。その上で、滑りやすい坂道の議論も比例性を満たす根拠たり得ない⁽³⁴⁾として、同規定の違憲無効を宣言しつつ、立法府へ対応への猶予期間として一年間、宣言の効果を停止し、この間は個別の司法審査により憲法による免責を与えるとした⁽³⁵⁾。

しかし、判決が五対四という僅差であったこともあり、連邦最高裁判所の判断が下された後も、一九九三年に一二歳の脳性麻痺の娘を一酸化炭素中毒で死亡させた父親の事件をめぐる裁判⁽³⁶⁾を通して、父親からの慈悲殺たという主張において、娘の状態がカナダ憲章に違反するとの主張が展開されて注目を集めたことや、隣国のアメリカ合衆国での医師による自殺補助（PAS）の合法化の動きが活性化していたこともあり、一九九一年以降、カーター事件判決までの間に自殺補助や安楽死を合法化しようとする議員立法案が下院に九本提出されており⁽³⁷⁾、ロドリゲス判決後の一九九四年に上院に設けられた特別委員会が翌一九九五年六月に特別委員会報告書を提出するなど、絶え間なく議論が続けられてきた。晩近でも、二〇一一年一月には、カナダ王立協会（Royal Society of Canada）の専門家パネルが報告書を提出し、一定の場合に自殺補助を容認するように刑法典の改正を提言していた。

第三章 カーター事件最高裁判決

二〇一五年、ロドリゲス判決から二十余年を経て、カナダ連邦最高裁は、ほぼ同じ事例に対して、新たに判断を求められることとなった。それが、カーター事件判決である。

上訴人Gloria Taylorは、六一歳のとき、ロドリゲス判決の原告と同じく、不治の筋萎縮性側索硬化症と診断され、余命半年から一年と宣告された。病状は比較的安定していたが、やがて、病気の進行により車椅子さえ使えなくなり、

外国人に対しても安楽死の実施を認めているスイスへの「自殺ツーリズム」も検討したが、少なからぬ経費が必要であることから断念せざるを得なかった。そこで、家族に囲まれて、自宅で最期を迎えたいという希望を叶えるために、二〇一一年四月、自殺幫助を包括的に禁止する連邦刑法二四一条(b)等の違憲無効を求めて訴訟を提起した。その宣誓供述書で、彼女は以下のように述べている。「私は死を迎えようとしている。死にたくはないけれども、それは事実だ。私は死を受け容れることはできない。なぜなら、私は、死とは生の一部だと考えているからだ。私が恐れるのは、私の人生の締めくくりとしてではなく、否定するものとしての死だ。私は一步一步、緩慢に死を迎えたくはない。病院のベッドで意識もなく、無駄に過ごしたくない。苦痛に苛まれた死を迎えたくはない。…私たちは、私たちの人生を通じて私たちを創り上げてきた。これらの行為は、私がそうなりたいと願い、人からそういうふうに見られたいと願い、人にそのように記憶してもらいたいと願う人物を私が創り上げる過程の一部である。私は、私の死もまた、そのような創造の一部であることを望む。私より以前にも、かつて Sue Rodriguez が問いかけた——「いったい誰の命なのか?」⁽⁴⁾。

同じく上訴人となった Lee Carter と夫の Hollis Johnson は、Lee の母親、Kathleen (“Kay”) Carter のスイスへの自殺ツアーによる死を援助していた。Kay は、二〇〇八年に脊髄の病気である脊柱管狭窄と診断され、翌二〇〇九年八月頃には、車椅子を利用し、特に腕の動きに支障が出て、ベッドから起き上がるにも、食事やトイレにも、支援が必要となり、慢性的な苦痛にも苦しめられていた。二〇〇九年七月には、スイスでの自殺ツアーを決意し、近親者や友人にその旨を告げ、手続に入ったが、これには相当な時間が必要であり、身体的能力の減退により、自分一人ではスイスまで行くことができず、援助を必要とすることになったが、その者が自殺幫助罪の刑事責任を問われることを非常に憂慮するようにになった。一一月には、翌二〇一〇年一月一日にスイスでの自殺幫助を受けることが決まったが、この手続を担当し、二名の近親者と共にスイスの現場へと付き添い、最期を看取ったのが Lee Carter や Hollis Johnson であった。⁽⁵⁾

この他、同州の開業医で、違法でなくなれば患者への自殺幫助の用意があるとする医師一名と、法的・資金的援助を含めて原告の支援を行っている The British Columbia Civil Liberties Association (BCCCLA) も上訴人に名を連ねていた。BCCCLA は、一九六二年設立の市民的人権保護を目的とする団体で、カナダで最も古くから活動を続けている団体であるが、⁽⁴⁴⁾一般的に審理期間が長期にわたることに鑑みて、末期患者が関わる訴訟の継続を視野に、原告に加わっていた。

二〇一二年六月一日、ブリティッシュコロンビア州上級裁判所の Lynn Smith 裁判官は、四〇〇頁近い判決文において、安楽死や自殺幫助に関する国内外の歴史、法制度、ロドリゲス判決を含めた裁判例、各種統計を始め、様々な見解を詳細に検討した上で、自殺幫助を禁止する連邦刑法典第二四一条 (b) がカナダ憲章七条および一五条に違反し、無効であるとの判決を出した。⁽⁴⁵⁾後の連邦最高裁の判決も、本判決を丁寧⁽⁴⁶⁾に検証することを軸に進められている。Smith 裁判官は、まずカナダ国内において規制されることなく実施されている緩和医療および緩和的鎮静 (palliative sedation)、生命維持措置の不開始・中断など、一定の範囲で死を早める効果が認められる医療措置に対して、これらの終末期医療実務と医師による死の援助との間に倫理的差異は存在しておらず、⁽⁴⁶⁾それらが倫理的にも受容し得るとの強い社会的コンセンサスが存在することを指摘し、医師による死の援助一般に関しては明確な社会的コンセンサスこそ存在していないが、死の援助が、判断能力を有し、十分な情報を与えられた、重篤で治癒不能な成人患者が任意的に求めるもので、援助が明確に患者の希望と最善の利益に適うものであり、かつ、患者の苦痛を緩和する目的で行われる限りにおいては倫理的であるとの、強い社会的コンセンサスは存在すると認定した。⁽⁴⁷⁾その上で、諸外国の制度における安全策の有効性を検討し、注意は必要としながらも、十分な安全策の可能性を示唆し、⁽⁴⁸⁾緩和医療や医師・患者関係に対する悪影響についてもこれを退けた。⁽⁴⁹⁾そして、傷つけられやすい弱者の保護に関しても、医師の幫助による死を許容することともなう

リスクは認められるものの、細心の注意を払って監視され、実施されるといふ厳格な制限を課する「注意深く適切に設計された制度」によって、かなりの確度で極小化できると結論付けた。⁽⁵⁰⁾ また法的にも、カナダ憲章第七条の基本的正義の原理の判断枠組みの点において、ロドリゲス事件判決の時点から大きな変更点、すなわち(i)過度の広汎性(overbreadth) および(ii)著しい不均衡(gross disproportionality) という二つのテストが追加されており、原告のように重篤で治癒不能な病気を有し、身体的に実行が不可能または不可能になるであろう、判断能力を有し、彼らの生命の終焉に際して、一定のコントロールを望む成人患者者に対して、不利益を強いるものであるから、差別的であると結論付けた。

さらに、カナダ憲章第一五条違反の点について、第一の目的審査における立法目的を「傷つけられやすい弱者が脆弱性に乗じられて自殺へと誘導されることを防ぐ」⁽⁵¹⁾ として、その重要性は肯定したが、第二の比例審査において、目的の合理的関連性は肯定しつつも、最小限度性および比例関係性の点においてもはや是認しえないとして、「判断能力を有し、十分情報が与えられ、曖昧さを残さずに成人本人(代行判断者ではなく)が医師の補助による死を要請し、強制や不当な影響力を受けておらず、医学的に抑うつ状態にはない」⁽⁵²⁾ 場合かつ現実的・身体的に実行が不可能またはすぐに不可能に陥る場合に限っては、カナダ憲章第一五条に違反するとした。⁽⁵³⁾

これに対し、ブリティッシュコロンビア州の控訴裁判所は、翌二〇一三年一〇月、法的・社会的事実の変化や新たな法的論点もロドリゲス事件判決の先例拘束性を覆すには至らず、またカナダ憲章第七条に関する現在の判断手法に照らしても、結論は異ならないなどとして原審を破棄した。⁽⁵⁴⁾

上訴を受けて、カナダ連邦最高裁は二〇一五年二月、全員一致で連邦刑法典第二四一条(b)および第一四条を違憲と判断し、一年間の猶予期間の後、無効となる旨の判断を下した。この判決文は、全員一致による法廷意見であり、文字通

り、個別の裁判官名の冠されていない、カナダ連邦最高裁判所としての判断であつた。⁽⁵⁵⁾

まず連邦最高裁は、合憲性審査の対象を、連邦刑法典第二四一条(b)および第一四一条の二つに設定した上で、先例拘束性違反の主張に対しては、(1)新たな法的論点が提示された場合、または(2)状況または論争のパラメーターが根本的に変わったという証拠があるときには、先例を見直すことが許容されるとし、本件ではその両者ともに該当するとして先例拘束性違反の主張を退け、⁽⁵⁷⁾さらに連邦の立法管轄権違反の主張に対して、一八六七年憲法第九一条二七項において、自殺禁止は連邦の立法権限の適切な行使であり、健康については連邦と州の競合管轄 (concurrent jurisdiction) の領域に属するから、医師の援助を受けた死の問題は連邦・州の両レベルの適切な立法の対象であり、それは立法の状況と焦点にかかっているとして、⁽⁵⁸⁾いずれもこれを退けた。

次に、カナダ憲章第七条違反の点については、まず個人の生命、自由および安全に対する侵害性の点で、法が延命拒否を含めて緩和的鎮静や生命維持治療の不開始・中断を認めており、議論を「重篤で治癒不能な病状による苦痛を有する者」に限定しつつ、侵害性を肯定した。⁽⁵⁹⁾その上で、カナダ憲章第七条の基本的正義の原理につき、第一段階の立法目的および第二段階の手段の恣意性、過度の広汎性、著しい不均衡という三つのテストに照らして検討を加えるが、社会の利益等との利益衡量については、第七条の考察からは除外し、第一条の下で行うとして、McLain 連邦最高裁首席裁判官がロドリゲス判決において示した枠組み⁽⁶⁰⁾を採用している。そして、ここでも立法目的を「傷つけられやすい弱者がその脆弱性に乗じて自殺へと誘導されることからの保護」と設定し、連邦刑法典の包括的な自殺幫助禁止規定が、保護を必要としていない人も含めて医師の幫助を受けて死ぬ機会を奪っており、⁽⁶¹⁾この立法目的に照らして、著しい不均衡の点に触れるまでもなく、過度の広汎性の点で不当であるとして、カナダ憲章第一条の考察へと進む。⁽⁶²⁾そして、当該規制の最小限度性の点で、滑りやすい坂道に対する有効かつより侵害的ではない安全策が見いだせるとした Smith 裁判

官の判断を支持し⁽⁶³⁾、厳格な要件と手続による十分な安全策を構築することで立法目的をより制限的でない方法で達成することも可能であるから、連邦刑法典第二四一条(b)および第一四一条は、「同意能力を有する成人で、(1)生命終結についての明確な同意を与え、(2)重篤かつ治癒不能な症状(病氣、疾病、障害)が、当該患者の置かれた状況下で、本人にとって耐えがたい継続的な苦痛をもたらしている場合」⁽⁶⁴⁾にも医師の援助による死を禁止している限りにおいて、カナダ憲章第一条によっても正当化されず、一五条違反の点を考察するまでもなく、違憲・無効であると判示した。ただし、連邦最高裁は、立法機関に立法のための猶予を与え、無効の宣言を二か月間、延期した⁽⁶⁵⁾。

第四章 立法の動き

カーター事件連邦最高裁の判決を受けて、二〇一五年八月一四日、一一の州・準州は各州法の整備に向けて、合同で、同判決の射程を見極め、諸方面からの意見聴取と論点の整理を行い、立法提言につなげるための有識者会議を設置した。同会議は、ケベック州当局を含め、二五〇以上の関係団体から意見を聴取し、臨死介助の対象者要件、傷つけられやすい弱者の保護策、医療関係者の良心的忌避の保障等の検討に加え、連邦の調査委員会の立ち上げが遅れていたこともあり、連邦法改正への提言も視野に入れて、二〇一五年一月三〇日、四三の提言を内容とする報告書⁽⁶⁶⁾を提出した。これによると、臨死介助には患者自身による服薬のみならず、医師による処置も含めてアクセスを保証すること(提言三)、公的助成に基づく医療ケア制度と連動させること(提言四)、代行判断は認めないこと(提言一四)、待機期間は設けないこと(提言二六)等のほか、連邦政府に対して、関与した医療関係者の明示的保護を刑法典に盛り込むこと(提言七)や臨死介助の実施主体として医師や診療看護師の指示の下で行動する特定の医療専門職(正看護師や、可能であれば医

療助手)を含めること(提言八)、年齢による制限を設けないこと(提言一七)、「重篤で治癒不能な病状」を患者が受け容れうるいかなる手段を講じても緩和できない病気等とだけ規定して特別な病状を要件として盛り込まないこと(提言一八)等を法改正に盛り込むよう働きかけること等が提言されている。

他方、連邦議会での立法に先駆けて、この問題に関する諸調査と立法提言を行う特別調査委員会⁽⁴⁷⁾が設置されることになったが、政府与党であったカナダ保守党のハーパー内閣は無為に時間を費やし、二〇一五年七月一七日になってようやく、法務大臣と厚生大臣は座長と委員を指名した。直後に控えた総選挙に忙殺されたとも見えるが、Harvey Max Chochinov 博士を座長⁽⁴⁸⁾、Catherine Frazee 教授、Benoît Pelletier 教授の三名で構成された委員のうち、座長の Chochinov 博士と Frazee 教授はいずれも、最高裁の聴聞において自殺幫助の法制化に強く批判的であったことに鑑みると、当時の政府が立法化に消極的であった事実が窺える。当該調査委員会の役割は、当初は、カーター事件判決の訴訟関係者および関連する医療関係者と議論を行い、インターネット等を通じて広く国民および利害関係者から意見を募り、立法作業に選択肢を提示することであったが、二〇一五年一月一三日、選挙で大勝したカナダ自由党トルドー内閣の新しい法務大臣と厚生大臣は、同委員会の任務から立法提言を除外した上で、一月一五日までに答申するよう求めた。同委員会は、多くの関係者から意見を聴取しつつ、海外視察等も行った上で、二〇一五年二月一五日、最終報告書を提出し、自殺幫助(医師の援助による死)と任意的安楽死との相違、主要な語句の定義と対象者としての適格性、関与者のリスクとそれに対する安全策、死への援助要請の評価手続、医師の職業倫理の保護等について答申が行われた。これら二つの報告書はいずれも、カナダの国民および関係者の間で一定のコンセンサスが得られる要素もあるものの、いまだ見解が厳しく対立したままの領域が多くあることを露呈している。

この間、二〇一五年二月一日には、ケベック州が、一定の患者に対して臨死介助を実施すべく、独自にケベック

州法 (ARELC)⁽⁷¹⁾ を制定していた。ケベック州議会は、二〇〇九年に、緩和ケアや緩和的鎮静、患者の事前の指示、および “medical aid in dying”⁽⁷²⁾ を含めた終末期医療の在り方について提言を行う独自の委員会を設置しており、二〇一二年三月に州議会に二二三の提言を内容とする報告書⁽⁷³⁾ を提出していた。このケベック州法に対しては、これに反対する住民と連邦司法長官が差し止めを求めて提起し、州の最高裁にあたる州控訴裁判所が、二〇一五年二月二二日、この法律を無効とした州上級裁判所の決定を覆し、二〇一五年二月一〇日に遡って同法の有効性を認めていた。⁽⁷³⁾

このような混乱が続く中で、最高裁の示した猶予期間内での連邦法改正の実現が危ぶまれたため、新たに政権与党となったカナダ自由党のトルドー首相は、連邦最高裁に六か月間の延長を求めた。これに対して、連邦最高裁は、二〇一六年一月一五日、二〇一六年六月六日までの四か月の立法期限の延長を認めつつも、この間のケベック州法の効力停止については、猶予期間の延長期間中における個別の例外措置の是非を問われた最初の事例と位置づけた上で、これを退けた。⁽⁷⁵⁾

一方、二〇一五年二月二一日、連邦上院と下院は Kelvin Kenneth Ogilvie 上院議員と Robert Oplihant 下院議員を共同座長として、特別委員会⁽⁷⁶⁾ を設置した。同委員会の目的は、先の特別調査委員会の答申および近年の関係諸報告書等を検証し、国民、専門家、利害関係者から意見を聴取し、それらの結果を踏まえて立法提言を行うこととされ、⁽⁷⁷⁾ 二〇一六年二月、患者中心のアプローチを標榜する報告書を議会に提出した。これによると、臨死介助の対象者は末期患者に限定されることなく (提言二)、病状が精神的苦痛のみの患者 (提言三) や成熟した未成年者 (提言六) も含み、また要件とされる病状の診断後に作成された事前の指示書によっても可能とすること (提言七) 等、臨死介助の範囲を広くカナダ国民に対して認めるべきことが提言されていた。

連邦議会での立法作業は、先に出された複数の報告書の内容を踏まえつつも、やや保守的な法案を中心に行われた。

これは、連邦最高裁によって定められた期限内に立法作業を完了させなければ、自殺幫助罪規定が無効となってしまうため、末期患者以外の者に対する自殺幫助一般が解放されてしまう恐れがあり、ともかく慎重派も妥協しうる内容にとどめてでも立法作業を急ぐ必要があったこと、施行後も継続的に調査と検証を行い、数年後に見直し作業を行うことが盛り込まれていたこと等の事情が背景にあったものと推察される。本法案審議の過程から既に問題とされていたのは、第一に、対象となる患者の要件に「死が合理的に予期されうる」ことが求められていたこと、第二に、一〇日間という待機期間が求められていたことであった。

二〇一六年六月一七日、刑法の一部を改正する法律⁽⁷⁰⁾(以下、本稿ではM A I D法と略称する。)が可決、成立し、女王の裁可を得て公布された。カナダ連邦最高裁が期限とした六月六日から数日後のことであった。

M A I D法の前文によると、重篤で治癒不能な病状により永続的で耐え難い苦痛に苛まれており、死への医療的援助を求める者の自律性を承認すること、生命の終焉の不可逆的性質に鑑み、臨死介助の提供にともなう瑕疵や濫用に対する強固な安全策を講じること、人の生命の固有性と平等性を肯定し、高齢者や病者、障害者などの人の生命の質に対する否定的な認識が助長されることのないようにすること、傷つけられやすい弱者がその弱さに乗じて死ぬように誘導されないよう保護すること、自殺は優れて公衆衛生上の問題であって、個人や家族、社会に対して永続的な悪影響を及ぼしうるということを考慮しつつ、死が合理的に予期される意思能力のある成人に対し臨死介助(死への医療的援助)へのアクセスを認めることで、臨死介助を求める個人の自律と、保護を必要としている傷つけられやすい弱者および社会の諸利益とのバランスを図ることを立法目的に掲げている。その他にも、カナダ全土で共通して臨死介助が受けられるように各州の諸規定や連邦諸法を整備することや、臨死介助の利用により家族に法的な不利益がもたらされないようにすること、カナダ憲章第二条が保障する良心・信仰が保障されること、国民の生活条件の相違や各集団それぞれの必要

性に配慮しつつ、カナダ政府が立法以外の広範囲に亘って終末期ケアを充実させるべきこと、医療関係者の個人的信念を尊重すべきこと、成熟した未成年者、事前の指示、病状が精神病に限定されている者などの残された課題について探求すべきこと等にも触れられている。

同法第一条では、被害者の同意が殺人罪の抗弁とならない旨を規定する連邦刑法典第十四条について、若干の文言修正を加えつつ、第二条では、殺人罪の例外規定として刑法典に第二七条が追加された。ここでは、新設された刑法典第二四一条二項が規定する臨死介助、すなわち「死への医療的援助 (Medical Assistance in Dying)」(以下、このカナダ刑法に規定された臨死介助について、M A i D という略称を用いる。)⁽⁸⁾への関与者の免責が規定された。

さらにM A i D 法第三条において、自殺関与罪について規定する連邦刑法典第二四一条について、M A i D に際して同条の適用例外となる二四一条(b)の範囲を幫助(aid)に限定し、“abet”を例外措置の対象外となる二四一条(a)に移した。そして若干の語順の変更を加えつつ、自殺の実行にかかわらず「自殺による死」についての教唆(counsel)および“abet”を一四年以下の自由刑に処すると規定した。英米法系の刑法典では、一般的に、“aid and abet”という形で規定されることも多く、両者の相違については必ずしも詳らかではないが、連邦刑法典第二一条一項は、共犯の範囲を、(a)実際に実行した者、(b)他者の犯罪遂行を援助する目的(for the purpose of aid)での作為または不作為を実行した者、(c)他者の犯罪遂行を“abet”した者と規定しており、概念的には区別された形となっている。“aid”と“abet”の相違について、カナダ連邦最高裁は、“aid”が「行為者を補助し、援助する(assist or help)」を意味するのに対し、“abet”は「激励、扇動、助長または斡旋(encouraging, instigating, promoting or procuring)」を含むと判示しており、⁽⁸⁾例外措置をより消極的な関与に限定しようという意図が読み取れる。

M A i D に関する諸概念の定義を規定する連邦刑法典第二四一条第一項によると、M A i D とは、本人の要請に

基づき、その者の死をもたすことになる規制薬物を、医師 (medical practitioner) または診療看護師 (nurse practitioner)⁽⁸⁾ が (a) 投与すること、または (b) 本人が自ら服用するであろう規制薬物を処方することと定義されている。すなわち、アメリカ合衆国のいくつかの州で認められている医師による自殺補助 (PAS) の類型のみならず、ヨーロッパのいくつかの国で認められている医師の手による積極的安楽死の類型をも包摂していることになる。さらに、医師を「州法の下で医療を實踐することが認められている者」、診療看護師を「州法の下で診療看護師または同等の名称において、独立して診察、臨床検査の指示と結果の判断、薬物の処方と患者の処置にあたることを認められている正看護師」、薬剤師を「州法の下で薬剤を処方することが認められている者」と定義している。

続いて第二四一・二条第一項は、MAIDを受けることができる対象者の要件として、(a) (最低限の居住期間または待機期間は別として) カナダ政府の公的資金を受けた医療サービスの受給資格を有すること、(b) 満一八歳以上で、自分の健康について決定が可能なこと、(c) 重篤で治癒不能な (grievous and irremediable) 病状にあること、(d) 死への医療的援助を求める任意的な、とりわけ、外部からの圧力の結果としてなされたものではない要請があること、(e) 緩和医療を含めて、患者の苦痛を和らげる他の利用可能な方法について知らされた後で、死への医療的援助を受けることについての十分な情報を与えられた上での同意があること、以上の全てを満たす必要があると規定した。さらに同条第二項は、重篤で治癒不能な病状に関して、(a) 深刻で不治の病氣、疾病または障害を有していること、(b) 能力がかなり不可逆的に減退した状態に達していること、(c) 病氣、疾病、障害または能力の減退状態が、患者にとって耐え難く、患者が受容可能と考えるところまでは除去できない身体的または精神的な苦痛を与えていること、(d) 余命期間についての診断がなされていることまでは必要とされないが、患者の医療的状況を総合的に考慮して、自然的な死が合理的に予期可能 (reasonably foreseeable) であること、以上の全てを満たしている必要があると規定した。

さらに同条第三項は、安全策に係る手続として、M A i Dを実施するにあたり、医師または診療看護師は、(a)患者が同条第一項の要件をすべて満たしているという所見を有していること、(b)患者の要請が、(i)書面により日付と本人または同条第四項⁽⁸³⁾の下での他者による署名が記載されており、(ii)患者が医師または診療看護師によって患者が重篤で治癒不能な状態にあることの説明を受けた後で署名と日付が記載されたものであることを保証すること、(c)本人または同条第四項の下での他者による署名と日付の記載が二名の独立した証人の面前で行われ、彼らもその要請書に署名と日付を記載すること、(d)いつ、どのような形でも要請が撤回可能であると患者が伝えられていることを保証すること、(e)他の医師または診療看護師が、当該患者が第二四一・二条第一項所定の要件をすべて満たしていることを確認した内容の書面による所見が提出されていること、(f)同号(e)にいう医師または診療看護師が独立していることを保証すること、(g)要請が本人または代理人によって署名されてからM A i Dが実施されるまで、少なくとも丸一〇日間、もしくは、医師または診療看護師および(e)にいう医師または診療看護師の双方が、患者の死または情報を与えられた上での同意を行う能力の減退が喫緊であるとの所見である場合は、当初の医師または診療看護師が適切と考えるより短い期間が空いていることを保証すること、(h)M A i Dが提供される直前に、患者に要請を撤回する機会を与え、患者がM A i Dを受けることを明示的に同意したことを保証すること、(i)患者が意思疎通が困難な状態にある場合、患者が彼らに提供された情報を理解し、患者の決定を伝達するためのあらゆる必要な手段を講じることの全てを満たす必要があると規定した。

同条第七項では、M A i Dの実施にあたって、関係する州法や規則、医療水準に基づく合理的な知識、ケアおよび技術が求められ、第八号では、薬剤師に対してM A i D実施に係る処方であることを事前に告知する義務が規定されている。

第二四一・三条においては、医師または診療看護師がM A i Dの提供にあたって第二四一・二条第三項(b)号ないし(i)

号に定める諸要件および第二四一・二条第八項に故意に (knowingly) 違反した場合、また第二四一・四条においては、M A I D に関する文書偽造 (同条第一項) や M A I D へのアクセスや要請の評価を妨害する意図での証拠隠滅 (同条第二項) は、それぞれ、(a) 正式起訴によって有罪とされた場合には五年以下、(b) 略式起訴によって有罪とされた場合には一八カ月以下の自由刑に処せられると規定した。

このほか、M A I D の実施に係る医師等 (二四一・三二条第一項) や薬剤師 (同条第二項) の報告義務⁽⁸⁵⁾、厚生大臣の管理・監督義務 (同条第三項) に加えて、第九・一条において、法務大臣と厚生大臣に対し、施行後一八〇日を超えない期間内に、成熟した未成年者、事前の指示、病状が精神病に限定されている者からの要請に関する調査報告書を提出することを義務付け (第一項)、二年以内に連邦議会に立法提言を含めた報告書を提出することを義務付けている (第二項)。さらに第一〇条では、連邦議会に五年以内の見直しを義務付けている。

こうして、連邦最高裁が示した期限から遅れること一日、なお多くの課題を積み残したままではあるものの、カナダは法律により合法的に安楽死ならびに臨死介助が実施できる国となった。⁽⁸⁶⁾

第五章 若干の考察

カナダ政府の最初の報告書によると、連邦法に先立つた施行されたケベック州法に基づく M A I D による死者の数は、二〇一五年二月一〇日から二〇一六年六月一〇日までの間に一六七人、二〇一六年六月一七日から二月三一日までの間に連邦法およびケベック州法に基づく M A I D による死者の数は八〇三人の、合計九七〇人に上っている。このうち、ケベック州、ユーコン準州、ヌナブト準州を除いて統計資料から確認できる五〇七人について、五〇四人が医師の

手による安楽死型で実施されており、患者自ら服用するPAS型での死はわずかに三人だけであった。さらに、二〇一七年一〇月に刊行された報告書⁽⁸⁸⁾によると、二〇一七年一月一日から六月三〇日までの間のMAiDによる死者の数は一七九人で、カナダ全土でのMAiDによる死者は二二四九人となっている。MAiDによる死者数は、人口約三五〇〇万人のカナダの年間の死者数、約二七万人に対して、〇・九%に相当する。このうち、統計資料で確認できる一三八二人について、PAS型での死者数は五人にとどまっている⁽⁸⁹⁾。すなわち、カナダのMAiDは、医師による自殺補助というよりは、むしろ積極的(任意的)安楽死であるといえよう。隣国のアメリカ合衆国では乗り越えられなかったハードル⁽⁹⁰⁾を軽々と越えてしまったかのような印象すら受けるものであり、今後、アメリカ合衆国も含めて、各国の情勢に少なからぬ影響を与えることが予想される。

この政策が、司法院の判断によってもたらされたという点では、アメリカ合衆国のモンタナ州と同様の展開だが、カナダの連邦最高裁は、連邦刑法の規定を無効と宣言し、一年という期間を設けて、自分たちが示した要件を満たすように立法を促した、司法積極主義に特徴があるといえる。もともと、カナダにおける司法積極主義は、議会の優越の伝統を持つイギリスと、裁判所の優越の伝統を持つアメリカとの中間・混合的もしくは統合した形、または、司法院と立法府の「対話」を通じて様々な政策の実現を後押しするものともいわれており、わが国とは背景が異なる。まず、カナダ憲章第一条では、「権利および自由に関するカナダ憲章は、自由かつ民主的な社会において明確に正当化され得る合理性を持ち、かつ、法律で定める制限にのみ服することを条件に、この憲章で規定する権利および自由を保障する。」と規定されており、民主主義的な基盤を有する立法府に親和的な構造を採用したとも考えられることに加えて、一九八二年カナダ憲法第三三条において、連邦議会および州議会は、法律で宣言することによって、五年間の時限立法としてではあるが、司法審査の適用外とすることが認められており、このような制度上の相違点にも留意が必要であろう。

カナダの司法審査制と司法積極主義的な姿勢は、憲法制定以来、三十余年の間に、イギリスとも、アメリカとも異なつた、リベラルな諸政策の実現に寄与してきたことも事実であり、その是非は措くとして、これを司法部による政策実現ないしは裁判所による実質的立法と見るか、司法部による救済の一類型と見るかも含めて、注目に値すると思われる。

新法に対しては、安楽死賛成派・反対派の双方から、既に複数の訴訟が展開されており、立法的解決の後も、議論が継続することが予想される⁽⁹²⁾。もつとも、先に述べたように、連邦最高裁は、連邦および州の立法機関に問題解決を委ねた形をとっており、カーター事件判決においても、立法尊重の立場を表明しており、立法の場における法改正の議論を待たずに、さらに積極的に司法判断を下すかは疑問である。

法的な安楽死論争の焦点となつたのは、憲法上の自由権侵害の議論と平等権侵害の議論であり、アメリカ合州国を始め、世界各国の議論と軌を一にしている。もつとも、カナダ憲章の場合、第一条によつて立法目的と侵害利益との利益衡量が行われる仕組みになっており、出発点となる権利侵害性の認定については、やや緩やかになる傾向があるように思われる。この点は、アメリカ合衆国での議論の出発点ともいえるクルーザン事件アメリカ連邦最高裁判所の法廷意見が、人工栄養および水分補給の中断という実質的に死を選ぶ権利を仮定 (assume) しつつ考察を進めていった経緯と類似しているように思われるが、権利侵害という軸で展開する限りにおいては、一定の要件の下にせよ、死を選ぶ法的な権利がそもそも存在するのかという出発点の議論をあいまいなままに回避し続けることは困難なように思われる。加えて、自殺幇助罪の立法目的を、専ら、傷つけられやすい弱者の保護という点に求めている点も、刑法典に存置された自殺教唆罪の可罰性、M A I D 対象者以外の者に対する自殺幇助罪の可罰性という観点からも、またわが国における同意殺人・自殺関与罪の保護法益論という観点からも興味深い。

一方で、平等権の議論に関しては、多文化主義を国是とするカナダにおいては、カナダ憲章第二十七条が「この憲章は、

カナダ国民の他文化的伝統の維持および発展と一致する方法によって解釈されなければならない」と規定していることもあって、一九八〇年代以降、多様性（ダイバーシティ）の諸問題が多文化主義の文脈において、平等権の問題として裁判で争われることになった。ロドリゲス判決の後、一九九〇年代を通して、平等権をめぐる訴訟が相次ぎ、特に一九九五年のトリロジー（二部作）⁽⁹⁵⁾において、平等権審査の枠組みが発展・形成されていった。ロドリゲス事件最高裁判決において法廷意見を述べた Sopinka 裁判官と少数意見を述べた McLachlin 裁判官は、共に一つの論陣を張り、この平等権議論の発展に関与することになるが、ここでも裁判所は比較的広く、平等権侵害性を認め、リベラルな政策実現に寄与していくことになる。そういう意味で、カナダに特有の事情を背景としながら、今回、連邦最高裁が平等権についての判断に踏み込まなかったことにより、今後、M A i D 法に対して、カナダ憲章一五条違反を根拠に、対象範囲の拡大を求めて訴訟が展開されることは避けられないものと思われ、展開が注目される。さらに、医師のみならず診療看護師も M A i D の実施が可能とされた点や M A i D へのアクセスに配慮した制度等も、広大な国土に居住地が点在しており、都市部に比べて医療アクセスが限定されているカナダ特有の事情に基づくものといえよう。

カナダの新聞が M A i D による医療費削減効果について報じているように、安楽死・尊厳死問題には、常に、背後に、医療費削減といった潜在的な圧力の可能性が存在していることに十分留意する必要がある。また、希死念慮・自殺願望を持つ者は、それだけでも傷つけられやすい性質を帯びていることは否定できず、「注意深く適切に設計された安全策」がはたして有効に機能するかが注目される。そもそも立法段階で積み残されたままの多くの課題を抱えているとはいえ、カナダでの、社会のコンセンサスを重視した議論の在り方や、非常に限定的に設定された安楽死の対象者の要件、濫用の危険性に関する安全策等は、わが国の議論にとっても示唆的と思われ、今後の展開が注目される。

- (1) 詳細については、第二章を参照。
- (2) 拙稿「自殺関与罪に関する一考察」同志社法学 三三〇号（一九九三年）二二頁以下、同「アメリカ合衆国における安楽死議論の礎石」同志社法学 五六巻六号（二〇〇五年）七四頁以下、同「終末期医療における患者の自己決定に関する一考察」『大谷實先生喜寿記念論文集』（成文堂、二〇一二年）三二九頁以下も参照された。
- (3) 二〇一六年六月一七日から二月三日までの期間に八〇三人、二〇一七年一月一日から六月三日までの期間に二一七九人の合計一九八二人となつているが、連邦法制定以前にケベック州独自の制度によつて死亡した一六七人を加えると、二〇一七年六月三日までのカナダにおける合法的な自殺補助・安楽死による死亡者数は二一四九人となつた。Health Canada, 2nd Interim Report on MEDICAL ASSISTANCE IN DYING IN CANADA, <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/medical-assistance-dying-interim-report-sep-2017/medical-assistance-dying-interim-report-sep-2017-eng.pdf>
- (4) ケベック州では、連邦法に先立ち、二〇一四年六月五日、the Act respecting End-of-Life Care (C.Q.L.R., c. S-32.0001) が制定され、Medical aid in dying、すなわち医師による自殺補助（致死薬剤の処方）が合法化された。See, <http://legisquebec.gouv.qc.ca/en/ShowDoc/cs/S-32.0001>. しかし、これに反対する住民と連邦司法長官が差し止めを求めて提起し、州の最高裁にあたる州控訴裁判所は、二〇一五年二月二日、この法律を無効とした州上級裁判所の決定を覆し、二〇一五年二月一〇日に遡って同法の有効性を認めていた。Quebec (Attorney General) v. D'Amico, 2015 QCCA 2138, *available at* <http://citoyens.socijui.qc.ca/php/resultat.php?liste=103348731>
- (5) R.S.C., 1985, c. C-46, s. 14.
- (6) Criminal Law Amendment Act, 1972, S.C. 1972, c. 13, s. 16.
- (7) R.S., 1985, c. C-46, s. 241.
- (8) Law Reform Commission of Canada, Working Paper 28, 'Euthanasia: Aiding Suicide and Cessation of Treatment', <http://www.larcw.ca/LRCWP28.pdf>
- (9) Law Reform Commission of Canada, Report 20, 'Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment', <http://www.larcw.ca/LRCReport20.pdf>
- (10) Rodriguez v. British Columbia (Attorney General), [1993] R.C.S. 519. 本件については、星野一正「カナダ最高裁、医師による自殺補助拒否の判決（思ひこく々#4#4）」時の法令一四六二（一九九三年）四頁以下、同「カナダで医師による自殺補助を受けた女性」時の法令一四九〇号（一九九五年）

四五頁、同「カナダ上院特別委員会による患者の自殺幫助の法的容認否定」時の法令一五〇二号（一九九五年）五四頁以下、同『わたしの生命（いのち）はだれのもの 尊厳死と安楽死と慈悲殺と』（大蔵省印刷局、一九九七年）一七一頁以下、中山研一「紹介 諸外国における安楽死の動向（二） 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」神戸学院法学二五巻四号二〇五頁以下、町野朔他編「カナダ最高裁判所一九九三年九月三〇日判決（ロドリゲス事件）」、『資料・生命倫理と法Ⅱ 安楽死・尊厳死・末期医療』（信山社、一九九七年）九四頁以下、立石龍彦『自己決定権と死ぬ権利』（東海大学出版会、一九九八年）一〇七頁以下参照。

- (11) *Id.*, at 530-531.
- (12) *Rodriguez*, [1993] R.C.S. at 589.
- (13) *Id.*, at 590.
- (14) *Id.*, at 595.
- (15) *Id.*, at 601.
- (16) *Id.*, at 601-605.
- (17) *Id.*, at 605.
- (18) *Id.*, at 608.
- (19) *Id.*, at 611.
- (20) *Id.*, at 544.
- (21) *Id.*, at 613.
- (22) *R. v. Oakes*, [1986] 1 S.C.R. 103.
- (23) *Rodriguez*, [1993] R.C.S., at 606-607.
- (24) *Id.* at 613.
- (25) *Id.*, at 608.
- (26) *Id.*, at 613-615.
- (27) なお、マクラフリン主席裁判官は、カーター判決当時において、ロドリゲス判決から在任している唯一の連邦最高裁判官であった。
- (28) *Rodriguez*, [1993] R.C.S., at 617-619.

- (29) *Id.*, at 621.
- (30) *Id.*
- (31) *Id.*, at 627.
- (32) *Id.*, at 536.
- (33) *Id.*, at 559.
- (34) *Id.*, at 567.
- (35) *Id.*, at 539-571.
- (36) *R v. Latimer*, [2001] 1 S.C.R. 3, 2001 SCC 1 (CanLII). See also, *R v. Latimer*, [1997] 1 SCR 217.
- (37) See, *Carter v. Canada* (Attorney General), [2015] 1 S.C.R. 331, para. 6. See, also, Downie J and Bern S., “Rodriguez Redux”, *Health Law Journal*, 2008, at p.45 note 58.
- (38) The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide, ‘Of Life and Death - Final Report’ <https://sencanada.ca/content/sen/committee/35/leuth/rep/lad-e.htm>
- (39) The Royal Society of Canada Expert Panel, ‘End-of-Life Decision Making’, available at http://www.rsc-src.ca/sites/default/files/pdf/RSCEndofLifeReport2011_EN_Formatted_FINAL.pdf
- (40) DIGNTAS のサービスを受けるには、加入費用二〇〇スイスフランに加え、年会費として最低八〇スイスフランが必要となり、およそ三三七カナダドル（およそ三万円）となる。自殺補助を受ける場合には、これに準備費用が三五〇スイスフラン、医師の診察に一〇〇スイスフラン、実施費用として二五〇〇スイスフラン、埋葬と役所への書類等で二五〇〇スイスフラン、書類提出代行費用として一〇〇〇スイスフランの合計一万五〇〇スイスフラン、カナダドル換算で約一万五八〇〇カナダドル（約一四〇万円）が必要となり、渡航費や滞在費用を加えると、相当な金額に上ると考えられる。 See, Brochure of DIGNTAS, available at http://www.digntas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=5&lang=en
- (41) *Carter v. Canada* (Attorney General), 2012 BOSC 886, available at <http://www.courts.gov.bc.ca/jdb-txtv/SC/12/08/2012BOSC0886cor1.htm>, at para. 46-56.
- (42) なお、渡航費や DIGNTAS への支払いの総額は、三万二〇〇〇カナダドル（約二八〇万円）であった。 See, *Id.*, at para. 70.

- (43) *Id.*, at para. 57-71.
- (44) See, <https://bccqa.org/about/>
- (45) *Carter v. Canada* (Attorney General), 2012 BOSC 886.
- (46) *Id.*, at para. 335.
- (47) *Id.*, at para. 357-358.
- (48) *Id.*, at para. 683-685.
- (49) *Id.*, at para. 736, 746.
- (50) *Id.*, at para. 883 and 1367.
- (51) *Id.*, at para. 1190.
- (52) *Id.*, at para. 1388.
- (53) *Id.*, at para. 1232-1233, 1378.
- (54) *Carter v. Canada* (Attorney General), 2013 BCCA 435.
- (55) *Carter v. Canada* (Attorney General), 2015 SCC 5, [2015] 1 S.C.R. 331.
- (56) *Id.*, at para. 20.
- (57) *Id.*, at para. 44-45.
- (58) *Id.*, at para. 53.
- (59) *Id.*, at para. 57-70.
- (60) *Id.*, at para. 79. See, also, *Rodriguez*, [1993] R.C.S., at 617-619.
- (61) *Carter v. Canada* (Attorney General), 2015 SCC 5, at para. 87.
- (62) *Id.*, at para. 90.
- (63) *Id.*, at para. 114-118.
- (64) *Id.*, at para. 127.
- (65) *Id.*, at para. 128.

- (96) Provincial-Territorial Expert Advisory Group on Physician-Assisted Dying Final Report., *available at* http://www.health.gov.on.ca/en/news/bulletin/2015/docs/eagreport_20151214_en.pdf
- (97) External Panel on Options for a Legislative Response to *Carter v. Canada*.
- (98) CBS News, *Doctor-assisted suicide panel includes original Crown witnesses*, <http://www.cbc.ca/news/politics/doctor-assisted-suicide-panel-includes-original-crown-witnesses-1.3157361>
- (99) CBS News, *Panel looking at assisted dying learns much from European experience*, <http://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/panel-looking-at-assisted-dying-learns-much-from-european-experience-1.3237703>
- (100) External Panel on Options for a Legislative Response to *Carter v. Canada*, Consultations on Physician-Assisted Dying Summary of Results and Key Findings FINAL REPORT, <http://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/other-autre/pad-amny/pad.pdf>
- (101) *ACT RESPECTING END-OF-LIFE CARE*, CQLR, c. S-32.0001 (*AREL^{CS}).
- (102) Dying with Dignity, Report., *available at* file:///C:/Users/nvan/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosofE.dge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/rapporctcsmden.pdf
- (103) Quebec (Attorney General) v. D'Amico, 2015 QCCA 2138, *available at* <http://citoyens.squuj.qc.ca/php/resultat.php?liste=103348731>
- (104) *Carter v. Canada* (Attorney General), 2016 SCC 4
- (105) *Id.*, at para. 6
- (106) SPECIAL JOINT COMMITTEE ON PHYSICIAN-ASSISTED DYING
- (107) House of Commons, Journals, No. 7, 1st Session, 42nd Parliament, 11 December 2015, p. 50; Senate, Journals, No. 6, 1st Session, 42nd Parliament, 11 December 2015, p. 56.
- (108) MEDICAL ASSISTANCE IN DYING: A PATIENT-CENTRED APPROACH, Report of the Special Joint Committee on Physician-Assisted Dying, <http://www.parl.ca/Content/Committee/421/PDAM/Reports/RP8120006/pdamp01/pdamrp01-e.pdf>
- (109) An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying), S.C. 2016, c. 3
- (110) 連邦刑法典二二七条は「MAIDを提供した医師または診療看護師(第一項)および援助目的の関与者(第二項)は第二四一・二一条の規定を遵守する限りにおいて殺人罪には該当しない旨が規定された。MAIDに同意した患者に関しては第一四条の適用を受けない旨が規定された(第四項)。な

お、第三項には、注意書規定として、例外措置の要件となる事実に関する合理的な錯誤に基づく場合の免責も規定されている。

(18) *R v Greyeyes* [1997] 2 SCR 825, para. 26.

(82) 州により多少異なるものの、診療看護師は、州法により一定の範囲で独立して診療や処方ができる、カナダの四種ある看護職種の最上位の資格である。See, <https://cna-atic.ca/en/professional-development/advanced-nursing-practice/nurse-practitioners>

(83) 同条第四項では、患者が自分では署名できない場合には、一定の要件を満たした代理の者が、本人の面前で本人の明示的指示に基づいて署名できる旨規定されている。

(84) 彼らは、同条第五項において、担当医師または診療看護師との間に指導・監督関係のないこと、要請を行った患者との間に相続等の利害関係がないこと、その他、患者や他の医師らとの客観性に影響を与えるような関係にないことが求められている。

(85) 同条第四項では、これらの義務違反に対して、(a)正式起訴によって有罪とされた場合には二年以下、(b)略式起訴によって有罪とされた場合には略式命令の範囲で処罰される旨が規定されている。

(86) この間の経緯については、松井茂記「カナダの尊厳死・安楽死法について」法律時報八八巻九号(二〇一六年)八二頁以下、金納達昭「海外だより CANADA カナダにおける安楽死の合法化について」法曹八〇二号(二〇一七年)三二頁以下を参照。

(87) Health Canada, Interim update on medical assistance in dying in Canada June 17 to December 31, 2016, <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/medical-assistance-dying-interim-report-dec-2016.html>

(88) Health Canada, '2nd Interim Report on MEDICAL ASSISTANCE IN DYING IN CANADA', <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/medical-assistance-dying-interim-report-sep-2017/medical-assistance-dying-interim-report-sep-2017-eng.pdf>

(89) *Id.*

(90) 二〇一五年十月五日、カリフォルニア州において医師による自殺補助を合法化する下院法案 (Assembly Bill) 一五号に同州知事が署名して、カリフォルニア州生命の終焉における選択肢法 (END OF LIFE OPTION ACT) が成立した。これにより、カリフォルニア州は一定の場合の自殺補助が公式に許容される第五番目の州となった。一〇年間のいわゆるサンセット法 (時限立法) ながら、同法も、医師の処方した致死薬剤を患者自身が服薬する P.A.S. タイプの法律である。二〇一七年七月に出された同州厚生局の報告書によると、二〇一六年六月九日に同法が施行されてから同年二月末までに、二五八人が手続きを行い、そのうち同法によって死を迎えた者が一一一人に上るとされる。CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH,

CALIFORNIA END OF LIFE OPTION ACT 2016 DATA REPORT available at <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CHSI/CDPH%20Documents%20Library/CDPH%20End%20of%20Life%20option%20Act%20Report.pdf>

(91) モンタナ州の医師による自殺補助の合法化の経緯については、拙稿「医師による自殺補助の合法化—モンタナ州最高裁判決を素材として—」現代社会フォーラム（二〇二二年）第八号一頁以下を参照されたい。

(92) 例えば、新法施行から一〇日後には、BCCLAがMAIDの要件緩和を求むる患者を支援して訴訟を提起している。Lamb v. Canada (Attorney General), 2017 BOSC 1802, available at <https://bccla.org/wp-content/uploads/2017/10/CJ-Hinkson-re-Lamb-v.-Canada-Attorney-General-10-11.pdf>

(93) Carter v. Canada (Attorney General), 2015 SCC 5, at 125.

(94) Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, 497 U.S. 261, at 279. この点に関して、拙稿「アメリカ合衆国における安楽死議論の礎石」同志社法学五六巻六号（二〇〇五年）七四一頁以下参照。

(95) *Miron v. Trudel*, [1995] 2 SCR 418; *Egan and Nesbit v Canada*, [1995] 2 SCR 513; and *Triboudeau v Canada*, [1995] 2 SCR 627.

(96) 新聞報道「*「カナダ」 the Canadian Medical Association Journal* の試算では、MAIDによる医療費削減効果が年間一億三八〇万ドル（約一五七億四〇〇万円）に上る可能性が示された。Globe and Mail, *Assisted dying no financial burden to health system: report*, January 23, 2017, available at, <https://www.theglobeandmail.com/news/national/assisted-suicide-could-save-canada-up-to-138-million-a-year/article33701475/>