

カナダ MAID (死への医療的援助) 法をめぐる 新展開

谷 直 之

- 第一章 問題の所在
- 第二章 MAID 法制定までの経緯
- 第三章 モニタリング制度
- 第四章 トゥルーション判決
- 第五章 新たな立法の動きと若干の考察

第一章 問題の所在

2020年7月、わが国において、ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者からの囑託を受けて当該患者を殺害したとして2名の医師が逮捕された¹⁾。起訴により、事件の詳細は、法廷の場で明らかにされるものと思われるが、この間、患者団体をはじめ、「傷つけられやすい人々」に対する潜在的な危険性を危惧する声が多く聞かれるようになった。

欧州に目を向けると、臨死介助を合法化しているベルギー、オランダ、ルクセンブルクおよび外国人への安楽死をも許容しているスイスに囲まれているドイツにおいても、大きな動きが見られた。従来、ドイツ刑法典には囑託殺人を禁止する216条のみで、自殺関与罪を置いていなかったが、2015年12月3日、追加された「業としての自殺援助（geschäftsmäßige Förderung der

1) この2名の医師は死亡した患者の主治医ではなく、2019年11月30日、京都市内の女性患者宅を訪れた直後、患者の容態が急変し、搬送先の病院で死亡が確認された。読売新聞2020年7月24日朝刊1面。

Selbsttötung)」を禁止する刑法217条 (StGB 217) が施行されていた²⁾。その規定に対し、2020年2月26日、連邦憲法裁判所は、憲法に違反するとの違憲判決を下した³⁾。同規定については、既に立法段階から多方面から違憲性が指摘されていたが、わが国の議論に与える影響は大きいと考えられる。

さらに、2019年11月に成立していたニュージーランドの「2019年終末期選択法 (End of Life Choice Act 2019)」⁴⁾ について、施行の是非を問う国民投票が総選挙に合わせて実施され、2020年11月、賛成票が65.1%となったことが報告された。これにより、ニュージーランドにおいて医師による自殺補助と積極的安楽死を合法化する同法は、2021年11月5日に施行される予定となった⁵⁾。

このように、諸外国において、安楽死や自殺補助を許容する動きが急激に拡がりつつあるように思われるが、西欧諸国において、最も古くから安楽死を司法や立法の場で議論してきた国の一つがカナダであった。世界各地での自殺補助・安楽死合法化の展開の嚆矢とも言える1992年のカナダの自殺補助罪規定違憲訴訟⁶⁾ からおよそ四半世紀を経た2015年、ふたたび自殺補助罪規定の合憲性を問われたカナダ連邦最高裁は、全員一致でこれを違憲と判断し、1年以内という期限内での法改正を立法府に求めた⁷⁾。これに対応して、2016年、「死への医療的援助 (Medical Assistance in Dying)」(以下、本稿において、このカナダ連邦刑法典に規定された積極的安楽死を含む臨死介助に

2) Bundesgesetzblatt teil I Nr.49, s.2177.

〈[https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=/* \[attr_id=%2527bgbl115s2177.pdf%2527\] #__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s2177.pdf%27%5D__1600510689796](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=/* [attr_id=%2527bgbl115s2177.pdf%2527] #__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s2177.pdf%27%5D__1600510689796)〉

3) BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 –.

〈https://www.bundesverfassungsgericht.de/e/rs20200226_2bvr234715.html〉

4) 2019 No 67 〈<http://www.legislation.govt.nz/act/public/2019/0067/latest/DLM7285905.html>〉

5) Electoral Commission New Zealand, “Official referendum results released” (Retrieved 6 November 2020). 〈<https://elections.nz/media-and-news/2020/official-referendum-results-released/>〉

6) *Rodriguez v. British Columbia (Attorney General)*, [1993] R.C.S. 519. 本件については、立石龍彦『自己決定権と死ぬ権利』(東海大学出版会、1998年)、107頁以下参照。

7) *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2015 SCC 5, [2015] 1 S.C.R. 331.

ついて、MAID という略称を用いる。) を合法化する刑法等の改正が行われ、医師による自殺幫助 (physician-assisted suicide: PAS) のみならず、積極的安楽死も許容されることとなった。注目されるのは、このカナダでの議論の焦点が、MAID によって人の生命を終わらせること自体の是非ではなく、MAID の許容にあたって、傷つけられやすい人々を保護するための安全策が十分講じられているか、という点にあったことである。法施行後、その安全策の有効性の検証のため、MAID の実施に関する報告と継続的なモニタリング制度が導入された。本格的なモニタリング制度は、2019年度から運用され、その最初の年次報告書が提出されたが、この安全策とモニタリング制度および報告書の内容は、わが国にとっても示唆に富むものと考えられる。その一方で、2019年、ケベック州上級裁判所において、早くも同法に対する違憲判決が出され、再び対応に迫られることとなった立法府は、現在、法改正の対応に追われている。

本稿では、このカナダにおける MAID 法制定前後の展開を概観し、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 MAID 法制定までの経緯

カナダは世界に先駆けて、自殺幫助や安楽死に関する議論が活発に展開されてきた国の一つである⁸⁾。1993年のロドリゲス裁判の原告 Sue Rodriguez は不治の筋萎縮性側索硬化症 (ALS) の末期患者で、医師の幫助を受けて自ら生命を絶つことを望んだが、その障害となったのが、カナダ連邦刑法典の自殺幫助罪規定であった。カナダでも、同意は殺人の抗弁とはならず⁹⁾、自殺自体は1972年に非犯罪化されているが¹⁰⁾、自殺教唆・幫助はカナダ連邦刑

8) この間の展開について、詳細は、拙稿『カナダにおける安楽死議論の展開』同志社法学69巻7号1066～1071頁参照。

9) R.S.C., 1985, c. C-46, s. 14.

10) Criminal Law Amendment Act, 1972, S.C. 1972, c. 13, s. 16.

法典第241条(b)によって犯罪である¹¹⁾。そのため、同規定が「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「権利および自由に関するカナダ憲章 (Canadian Charter of Rights and Freedoms)」(以下、本稿ではカナダ憲章と略称する。)第7条、「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」とする第12条、および「すべて個人は、法の前及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」とする第15条第1項の各規定に違反するという宣言判決を求めて訴訟が提起された。

カナダ連邦最高裁は、5対4の僅差で訴えを退けたものの¹²⁾、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を認定しつつ、カナダ憲章第7条の「基本的正義」の検討において¹³⁾、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ながらも¹⁴⁾、傷つけられやすい弱者の保護にかかる国家的利益の重要性と、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¹⁵⁾、終末期における患者の治療拒否権とは異なり、自殺幫助は、本質的に道徳的・法的な不正であること、完全な禁止以外に濫用防止が可能であるとは言えないということを指摘し¹⁶⁾、傷つけられやすい弱者の保護に対する社会的懸念が、濫用を防止する方策として包括的な禁止を選択したと判示し¹⁷⁾、「基本的正義」には抵触しないと結論付けた¹⁸⁾。ま

11) R.S., 1985, c. C-46, s. 241.

12) *Rodriguez*, [1993] R.C.S., at 530 – 531.

13) *Id.*, at 589.

14) *Id.*, at 590.

15) *Id.*, at 595.

16) *Id.*, at 601.

17) *Id.*, at 605.

18) *Id.*, at 608.

た15条違反の点については、カナダ憲章第1条の文脈において検討を進め¹⁹⁾、Oakes 事件連邦最高裁判決²⁰⁾ で示されたオックス・テスト²¹⁾ に則り、傷つけられやすい人々の生命の保護という立法目的と手段との比例性について、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²²⁾、それは西欧社会や諸医療組織の実質的なコンセンサスにも基づいているとし²³⁾、比例性に関しては、自殺幫助の例外なき禁止が傷つけられやすい弱者保護の最善策であって、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、上诉人の主張を退けた²⁴⁾。

しかし、判決が5対4という僅差であったこともあり、その後も、議論が継続的に行われていくことになる²⁵⁾。

そして、2014年、ロドリゲス事件と同様に、安楽死を望む余命が半年から1年と宣告された不治の筋萎縮性側索硬化症 (ALS) 患者であった Lee Carter 他、近親者のスイスへの自殺ツーリズム参加を援助した2名等から、再び、連邦刑法241条(b)等の違憲無効を求めて訴訟が提起された。それがカーター事件判決であった。カナダ連邦最高裁は、2015年2月6日、全員一致

19) *Id.*, at 613.

20) *R. v. Oakes*, [1986] 1 S.C.R. 103.

21) カナダの違憲審査制では、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1条の下に、二段階で審査される。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、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3つに細分される。拙稿、前掲注8、1086～1089頁参照。

22) *Id.* at 613.

23) *Id.*, at 608.

24) *Id.*, at 613-615.

25) 拙稿、前掲注8、1071頁参照。

で連邦刑法典第241条(b)および第14条を違憲と判断し、1年間の猶予期間の後、無効となる旨の判断を下した²⁶⁾。

連邦最高裁は、連邦刑法典第241条(b)および第14条の憲章第7条違反の点について、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、個人の生命、自由及び安全に対する侵害性を肯定した²⁷⁾。その上で、憲章第7条の基本的正義の原則につき、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」と設定しつつ、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からも医師の幫助を受けて死ぬ機会を奪っており²⁸⁾、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、憲章第1条の考察へと進む²⁹⁾。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は見いださうとした原審裁判官の判断を支持し³⁰⁾、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と認定して、次のように判示した。「したがって、適切な救済策は、連邦刑法典第241条(b)および第14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（病気、疾病、障害を含む）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にも医師の援助による死を禁止している限りにおいて無効であると宣言することである。『治癒不可能』という要件も加えられるべきであるが、それは患者に本人にとって受け容れがたい治療を受けることを求めるものではない。この宣言の及ぶ範囲は、本件の事

26) *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2015 SCC 5, [2015] 1 S.C.R. 331. なお、本件に関して、本田隆浩「カナダにおける安楽死法の法形成過程 — *Carter v. Canada (Attorney General)*, [2015] 1 SCR 331 を中心として—」比較法雑誌第51巻第3号 (2017) 278頁参照。

27) *Id.*, at para. 57-70.

28) *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2015 SCC 5, at para. 87.

29) *Id.*, at para. 90.

30) *Id.*, at para. 114-118.

実関係に対応することが予定されている。我々は、医師による臨死介助が想定される他の状況については触れない³¹⁾。そしてその瑕疵は憲章第1条によっても正当化されず、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12か月間、延期した³²⁾。

このカーター事件連邦最高裁の判決を受けて、11の州・準州は各州法の整備に向けて有識者会議を設置し、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、連邦法の改正も視野に入れて、43の提言を内容とする報告書³³⁾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3）、公的助成に基づく医療ケア制度と連動させること（提言4）、代行判断は認めないこと（提言14）、待機期間は設けないこと（提言26）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7）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8）、年齢による制限を設けないこと（提言17）、「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18）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。

そして本報告書は、臨死介助は、適切な医療行為の一つとして³⁴⁾、利用可能な既存の終末期サービスの延長線上に位置付けられるべきであるとし³⁵⁾、

31) *Id.*, at para. 127.

32) *Id.*, at para. 128.

33) 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)

34) *Id.*, at 19.

35) *Id.*, at 51.

連邦最高裁は対象者を自ら命を絶つことができない者、末期患者、死が差し迫っている人々に限定しなかったという点を強調しつつ³⁶⁾、臨死介助の適格性は、カーター判決によって確立されたものでなければならぬとした³⁷⁾。

他方、連邦議会での立法に先駆けて、政府は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³⁸⁾を設置したものの、当時の政府の動きは、消極的なものであった。2015年11月、選挙で大勝したカナダ自由党トルドー内閣から答申を急ぐよう求められた同委員会は、多くの関係者からの意見聴取や海外視察等を行った上で、2015年12月15日、法務大臣と厚生大臣宛てに最終報告書を提出し³⁹⁾、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。

こうした議論の過程からは、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残されていたことが見て取れる。

一方、その倫理綱領第58条に「医師は、患者の死が不可避と判明した場合、死が尊厳をもって迎えられるように行動しなければならない。また患者が適切な支援と救済が受けられるようにしなければならない。」⁴⁰⁾と規定するケベック州医師会 (Collège des médecins du Québec) は、連邦の動きに先駆けて、2008年10月、終末期ケアに関する最初のレポートである「人生の最初から最後までにいたるまでの適切なケアについて」⁴¹⁾を、さらに翌2009年10

36) *Id.* at 15 and 35.

37) *Id.*, at 35.

38) External Panel on Options for a Legislative Response to *Carter v. Canada*.

39) 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-amm/pad.pdf>

40) Quebec's Code of ethics of physicians, O.C. 1213-2002, s. 58.

<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2015-01-07-en-code-de-deontologie-des-medecins.pdf>

41) Collège des médecins du Québec, Pour des soins appropriés au début, tout au long et en fin de

月には、安楽死に関するレポートを公表し⁴²⁾、安楽死議論は、多種の医学的介入が可能である場合の「適切な終末期ケア」の一部として統合されるべきとしつつ、安楽死が許容されるとすれば、それは、適切なケアの文脈において、医療行為としてであるべきとした。また、ケアの提供と実務における意思決定の重要性とこれへの理解の重要性を繰り返し指摘し、人生の初めから終わりまでを通して、特定の状況下にある個人にとって適切である治療について、たいいては合意に達することは可能であるとし、適切な終末期ケアに焦点を当てた、最良の方向性の追求を提言した。

ケベック州議会 (the National Assembly of Quebec) も、2009年に、緩和ケアや緩和的鎮静、患者の事前の指示、および臨死介助 (“medical aid in dying”) を含めた終末期ケアの在り方について提言を行う特別委員会を設置しており、2012年3月、州議会に対し、全会一致で採択された24の提言を内容とする報告書⁴³⁾ を提出していた。そのうちの11が臨死介助に関するものとなっており、約74%が一定の状況下で安楽死を、約71%が医師による臨死介助を合法化すべきと回答するなどしたインターネットによるアンケート調査の結果⁴⁴⁾ を示しつつ、同州における在宅を含めた緩和医療の充実とともに、ケベック州における社会や医学界の意識の変化に基づいて、かなり特別な状況下における終末期ケアの新しい選択肢の一つとしての臨死介助の合法化を強く提言した⁴⁵⁾。また同時に、臨死介助に頼るつもりのない者にとっても、彼らの苦痛が耐えがたいものになった場合には選べる選択肢が存在すると知

vie. Rapport du groupe de travail en éthique clinique (17 octobre 2008), <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2008-10-01-fr-pour-des-soins-appropriés-au-debut-tout-au-long-et-en-fin-de-vie.pdf?t=1602920117511>>

42) Collège des médecins du Québec, Physicians, Appropriate Care and the Debate on Euthanasia, A Reflection (October 16, 2009), <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2009-10-01-en-medecin-soins-appropriés-debat-euthanasie.pdf>>

43) Dying with Dignity, Report., available at <<http://www.assnat.qc.ca/en/travaux-parlementaires/commissions/CSMD/mandats/Mandat-12989/index.html>>

44) *Id.*, 121.

45) *Id.*, 95-96.

ることで、より穏やかな死とより安らかな終末期を提供できるとしている⁴⁶⁾。報告書によると、臨死介助の要件として、ケベック州健康保険法に基づく保険証を有する同州の住民であること、同法の下で同意する能力を有する成人であること、任意かつ情報を与えられた上での判断後に、本人が要請すること、重篤な不治の病を有し、改善の見込みのない進行したステージにあること、本人が許容できる状況下では癒すことができない耐えられない程の継続的で耐え難い身体的および精神的苦痛を持っていること（提言13）、署名のある書面により重ねて要請されること、他の独立した医師によるセカンドオピニオンを得ること（提言14）、個々の事例の検証を行い、定期報告書を刊行すること（提言15）、同意能力のある成人に対して、遷延性意識障害の場合に事前の指示書による臨死介助要請の権利を与えること（提言17）、その場合には確認のため他の独立した医師に相談すること（提言18）などが提言されており、その多くが、同州において臨死介助を合法化するため2013年に導入された法案52⁴⁷⁾に取り入れられている。

こうした動きを受けて、2014年5月に本会議に提出された同州の法案52⁴⁸⁾によると、その目的は、終末期の患者に尊厳と自律性の尊重される医療が提供されることを保障すること、そのような患者の終末期ケアの権利とともに誰もがアクセスできる終末期ケアの体制と枠組みを確立することであり、法はケアに関して自由かつ明確に表明された願望の優位性を、とりわけ医療に関する事前の指示制度の確立によって承認するものとされている。すなわち、終末期ケアの枠組みにおいて提供される適切な医療の一つとして臨死介助を位置づけ、連続する終末期ケアの一部という点が重ねて強調されており、健康や医療という州の管轄権の範囲内に収まるように慎重に設計されている点が注目される。

46) *Id.*, 96.

47) Bill 52, 'An Act respecting end-of-life care', available at (<http://www.assnat.qc.ca/en/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-52-40-1.html?appellant=MC>)

48) Bill 52, 'An Act respecting end-of-life care', (<https://www.canlii.org/en/qc/laws/astat/sq-2014-c-2/latest/sq-2014-c-2.html>)

同法案26条によると、対象者は、(1)同州健康保険法の被保険者であること、(2)成年に達しており、ケアに対する同意能力を有していること、(3)終末期にあること、(4)重篤かつ不治の病 (serious and incurable illness) を患っていること、(5)不可逆的な能力低下の末期にあること、(6)当該患者が受忍しうる方法では除去できない持続的かつ耐え難い身体的または精神的苦痛を有していることのすべてを満たす必要があり、任意かつ情報を与えられた状態で、厚生大臣によって定められた書式に則って、患者自身が臨死介助を要請する必要がある。また書面には、医療または社会福祉の専門家の立ち合いの下で署名された上で、医療または社会福祉の専門家の連署も必要とされ、その専門家が担当医でない場合は、署名された書面は担当医に提出されるべきことが求められている。もともと一連の終末期ケアの一部としての位置づけということもあり、終末期という要件の具体的な定義については、あえて踏み込まないこととされている。

2015年6月5日、ケベック州における臨死介助の要件を規定する第26条も含めて、州議会で可決された法案52は、同月10日に裁可され、12月10日、一定の患者に対して臨死介助を許容すべく、連邦に先駆けて、州法「終末期ケアにおける患者尊重法」(ARELC 法)⁴⁹⁾ が施行された。

しかし、ARELC 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、2015年12月22日、この法律を無効とした州上級裁判所の決定を覆し、2015年12月10日に遡って同法の有効性を認めるなど⁵⁰⁾、混乱が続いていた。

このような中で、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、新政権トルドー首相は、連邦最高裁に6か月間の延長を求め、連邦最高裁は、2016年6月6日までの4か月の立法期限の延長を認めつつも⁵¹⁾、この間のケベック州法の効力停止についてはこれを退けた⁵²⁾。

49) ACT RESPECTING END-OF-LIFE CARE, CQLR, c. S-32.0001 ("ARELC").

50) Quebec (Attorney General) v. D'Amico, 2015 QCCA 2138, available at (<http://citoyens.soquij.qc.ca/php/resultat.php?liste=103348731>)

51) Carter v. Canada (Attorney General), 2016 SSC 4, [2016] 1 S.C.R. 13

一方、2015年12月11日、連邦上院と下院に設置された特別委員会⁵³⁾は、2016年2月、患者中心のアプローチを標榜する報告書⁵⁴⁾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2)、病状が精神的苦痛のみの患者(提言3)や成熟した未成年者(提言6)も含み、その者が置かれた状況下において継続的で耐え難いものであれば、身体的または精神的苦痛が臨死介助にアクセスするための基準として認識されるべきであること(提言4)、臨死介助を要請している者のインフォームドコンセントを提供する能力については、生命の終焉において傷つけられやすい人々への特別な注意を払う必要性を強調している既存の医療実務を用いるべきであること(提言5)、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7)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。

また特別委員会は、カーター判決は精神障害の状況における臨死介助という論点については何も語っていないとし、精神疾患が臨死介助の要求の基礎となっている場合、臨死介助における医的援助の実施に伴って困難が予想されるものの、臨死介助へのアクセスを制限してしまうことは、重篤で治療不可能な状態にあって継続的かつ耐え難い苦痛に直面している国民が彼らの意思に反して苦しみ続けなければならない結果になるとして批判し⁵⁵⁾、このような困難性は、精神疾患を有する者を臨死介助へのアクセスにおいて差別する正当な理由ではないとした⁵⁶⁾。これに対して、傷つけられやすい人々の保護が不十分等として、副委員長を含めて4名の反対意見も出されており、この問題に対して、いまだ意見が分かれていることを露呈した。

2016年4月から始まった連邦議会での立法作業は、もとより医療的臨死介

52) *Id.*, at para. 6

53) SPECIAL JOINT COMMITTEE ON PHYSICIAN-ASSISTED DYING

54) 'MEDICAL ASSISTANCE IN DYING: A PATIENT-CENTRED APPROACH, Report of the Special Joint Committee on Physician-Assisted Dying', available at <<http://www.parl.ca/Content/Committee/421/PDAM/Reports/RP8120006/pdamrp01/pdamrp01-e.pdf>>

55) *Id.*, 12.

56) *Id.*, 12 and 15.

助を認めるか否かではなく、どのようにして行うかが論点とされ、先に出された複数の報告書の内容を踏まえつつも、やや保守的な下院法案 C-14⁵⁷⁾ を中心に進められた⁵⁸⁾。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「死が合理的に予見されうる」ことが求められていたこと、第二に、10日間という待機期間が求められていたことであった。

2016年6月16日、連邦最高裁が期限とした6月6日に遅れること数日、刑法の一部を改正する法律⁵⁹⁾（以下、本稿では MAID 法と略称する。）が成立し、翌日、女王の裁可を得て公布された。

MAID 法は、立法の理念等を謳う前文に引き続き、第1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14条に文言修正を加えつつ、第2条では、殺人罪の例外規定として連邦刑法典に第227条が追加された。そこでは、新設された連邦刑法典第241条2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: MAID）」への関与者の免責が規定された⁶⁰⁾。

MAID に関する諸概念の定義を規定する連邦刑法典第224.1条第1項によると、MAID とは、医師（medical practitioner）もしくは診療看護師（nurse practitioner）が、本人の要請に基づき、その者の死をもたらしことになる

57) An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying). (<https://www.parl.ca/DocumentViewer/en/42-1/bill/C-14/royal-assent>)

58) この背景には、連邦最高裁によって定められた猶予期間内に立法作業を完了させなければ自殺補助一般が解放されてしまう恐れがあり、保守派からも妥協を引き出す必要があったこと、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あったものと推察される。拙稿、前掲注8、1078頁以下参照。

59) An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying), S.C. 2016, c. 3. なお、本法を紹介するものとして、横野恵「カナダ医学的臨死介助法」比較法学52巻3号（2019年）269～282頁。

60) 連邦刑法典227条では、MAID を提供した医師または診療看護師（第1項）および援助目的での関与者（第2項）は第241.2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、MAID に同意した患者に関しては第14条の適用を受けない旨が規定された（第4項）。なお、第3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。

規制薬物を(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、と定義されており、医師による自殺幫助 (PAS) の類型のみならず、積極的安楽死の類型をも包摂している。

続いて第241.2条第1項は、MAID を受けることができる対象者の要件として、(a)カナダの公的医療サービスの受給資格を有すること、(b)満18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の全てを満たす必要があるとした。さらに同条第2項は、重篤で治癒不能な病状に関して、(a)深刻で不治の病気、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)病気、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見可能 (reasonably foreseeable) であることの全てを満たしている必要があるとした。

これに加えて、同条第3項は、安全策に係る手続として、MAID を実施するにあたり、医師もしくは診療看護師は、(a)患者が同条第1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)書面に日付と本人もしくは同条第4項⁶¹⁾ 所定の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)本人もしくは同条第4項所定の者による署名と日付の記載が2名の独

61) 同条第4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。

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⁶²⁾が、当該患者が第241.2条第1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)要請が本人もしくは代理人によって署名されてから MAID が実施されるまで、少なくとも丸10日間、または、医師もしくは診療看護師および(e)にいう医師もしくは診療看護師の双方が、患者の死もしくは情報を与えられた上での同意を与える能力の減退が喫緊であるとの所見である場合は、当初の医師もしくは診療看護師が適切と考えるより短い期間が確保されていることを保証すること、(h) MAID 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 MAID 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した。

このほか、MAID の実施に係る医師等（241.31条第1項）や薬剤師（同条第2項）の報告義務⁶³⁾、厚生大臣の管理・監督義務（同条第3項）に加えて、第9.1条において、法務大臣と厚生大臣に対し、施行後180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1項）、2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2項）。さらに第10条では、連邦議会に5年以内の見直しを義務付けている。

62) 彼らは、同条第5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統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。

63) 同条第4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2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。

こうして、連邦最高裁が示した期限から遅れること11日、カナダは法律により合法的に安楽死及びPASが実施できる国となった。しかし、新法に対しては、安楽死賛成派・反対派の双方から、早くから複数の訴訟⁶⁴⁾が提起されており、その後も議論が継続することとなった。

第三章 モニタリング制度

MAID法に基づき、2019年の実施を目指してMAIDの運用をモニタリングする制度の構築が進められることになったが、それまでの間、カナダ政府は、各州からの自主的な情報の提供を求め、半年ごとに暫定報告書という形で結果を公刊することとなった。

最初の第1次暫定報告書によると⁶⁵⁾、まず、連邦法に先立って施行されたケベック州法に基づくMAIDによる死者の数は、2015年12月10日から2016年6月10日までの間に167人を数えた。また2016年6月17日から12月31日までの最初の半年間に連邦法およびケベック州法に基づくMAIDによる死亡者数は803人であり、これはこの間のカナダの死亡者の0.6%に相当する。これらを合わせると、最初の1年間におけるカナダ全土でのMAIDによる死亡者数は、合計970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507人について、504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型での実施はわずかに3人だけであった。暫

64) 例えば、新法施行から10日後には、脊髄性筋萎縮症(SMA)を患う当時25歳の女性患者を支援して、カーター事件においても原告の支援を行ったブリティッシュコロンビア市民自由協会(BCCLA)がMAIDの要件緩和を求める訴訟を提起している。Lamb v. Canada (Attorney General), 2017 BCSC 1802., available at (<https://d3n8a8pro7vhm.cloudfront.net/dwdcanada/pages/653/attachments/original/1468444289/2016-06-27-Notice-of-Civil-Claim-1.pdf?1468444289>); See, also, (<https://bccla.org/wp-content/uploads/2017/10/CJ-Hinkson-re-Lamb-v.-Canada-Attorney-General-10-11.pdf>)

65) 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>

定報告書の対象期間中、MAID が提供された者の年齢は69歳から74歳で、平均年齢は72歳であった。性別は男性が49%、女性が51%と、カナダの性別人口比とほぼ一致している。また基礎となった疾患はがん（悪性新生物）が最も多く57%を占めており、多発性硬化症や筋萎縮性側索硬化症等の神経系疾患（23%）、心血管/呼吸器疾患（11%）がこれに続くが、これも、安楽死や自殺幫助を認めている他の諸国の傾向とも一致するとされている。また、MAID が実施された場所は、地域差があるものの、病院が249件と半数を占め、自宅が182件（37%）、介護施設（LTC facility or Nursing home）が30件（6%）、その他37件（7%）となっている。

もっとも、これらの数字にはいくつか不完全な点が見られる。医療制度の運用は各州・準州の自治に属する事項を多く含み、自治体ごとに収集されているデータも異なっており、ユーコン準州とヌナブト準州については、プライバシー保護の理由でデータが連邦に提供されていない。また、ケベック州についても、州政府の公式データとして提供されたものではなく、ケベック州医師会等で公表されているデータから読み取れる数字にとどまっている。さらに重要な点は、数量的な観点からのモニタリングにとどまっており、どのような事例において MAID が実施され、どのような事例では要件を満たさないとして却下されたかなど、具体的な内容の適正性については検証が進められない点にある。

2017年10月に刊行された第2次暫定報告書⁶⁶⁾についても、ユーコン、ノースウエスト、ヌナブトの各準州からはデータが提供されず、ケベック州のデータも州政府の公式データではない等、事情は同様である。これによると、2017年1月1日から6月30日までの間の MAID による死者の数は1,179人であり、これは同期間のカナダ全土の死亡者数の0.9%に相当する。このうち、公式の統計の得られた875件について、PAS 型は1件のみとなっており、ほ

66) 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>

とんどが積極的安楽死型であることがわかる。また837件（96％）のMAIDの実施が医師の手により行われており、診療看護師による実施は38件（4％）にとどまっている。年齢については、645件（74％）が65歳以上で占められているが、（18歳以上）45歳以下の者も18件（2％）含まれており、平均年齢は73歳であった。またMAIDが実施された場所は、病院が368件（42％）、自宅350件（40％）、介護施設78件（9％）となっている。

2018年6月に刊行された第3次暫定報告書⁶⁷⁾では、2017年7月1日から12月31日までの間のデータが報告されている。ユーコン、ノースウエスト、ヌナブトの各準州を除いて、この間に実施されたMAIDは1,525件で、この間のカナダ全土での死亡者数の1.07％に相当する。このうち、公式データではないケベック州を除く1,086件について、そのすべてが積極的安楽死型での実施となっており、1,031件（95％）が医師の手により実施され、診療看護師によるものは55件（5％）にとどまる。440件（41％）が病院で、470件（43％）が自宅で、58件（5％）が介護施設で実施されており、平均年齢は73歳、827件（76％）が65歳以上で占められているが、45歳以下も16件（1.5％）含まれている。

暫定期間として最後となる2018年1月1日から10月31日までの10か月間についての第4次暫定報告書⁶⁸⁾は、2019年4月に刊行された。この第4次暫定報告書には、ユーコン、ノースウエスト、ヌナブトの各準州に加えて、ケベック州のデータが含まれていない⁶⁹⁾。この間のMAIDの総数は2,614件であ

67) Health Canada, '3rd 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-june-2018/medical-assistance-dying-interim-report-june-2018-eng.pdf>>

68) Health Canada, '4th 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-april-2019/medical-assistance-dying-interim-report-april-2019-eng.pdf>>

69) ケベック州については、ケベック終末期ケア特別委員会による州独自の報告書が公表されており、連邦の統計期間との差異から、2018年4月1日以降のデータが算入できなかったため、第4次暫定報告書のデータには算入されていない。

り、同期間のカナダ全土での死亡者の1.12%に相当し、1件を除いて、他は全て積極的安楽死型での実施となっている。2,421件（93%）が医師による実施で、診療看護師による実施は193件（7%）となっている。実施場所は、病院が1,148件（44%）、自宅が1,107件（42%）、介護施設が140件（5%）となっている。2,052件（79%）が65歳以上で占められており、45歳以下は189件（7%）、平均年齢は72歳となっている。主な疾患は、がんが64%、神経系疾患が11%、心血管／呼吸器系疾患が16%となっている。

そして2018年11月1日から、連邦刑法典241.31(3)に基づいて制定された規則⁷⁰⁾に則って、連邦のモニタリング制度の運用が開始され、2020年7月、最初の年次報告書⁷¹⁾が刊行された。これによると、2019年1月1日から12月31日までの期間中にカナダ全土で実施された MAID は、5,631件であり、今期間中のカナダ全土における死亡者の2.0%に相当する。第4次暫定報告書以降のデータ等を加えて補正した2018年度中の MAID 実施総数が4,467件であったことから、対前年比で26.1%増となっている。また連邦法の施行以降、実施された MAID の総数は13,964件にのぼっている⁷²⁾。

基礎となった疾患は、がんが67.2%で最も多く、呼吸器系疾患が10.8%、神経系疾患が10.4%、循環器系疾患が10.1%、併存疾患が9.1%と続いている⁷³⁾。性別に関しては、男性が50.9%、女性が49.1%とほぼ同数となっており、年齢は、65歳から70歳が最も多く16.5%、71歳から75歳が15.0%、76歳から80歳が14.4%と続き、65歳以上が全体の80.6%を占め、平均年齢は75.2歳となっている⁷⁴⁾。

70) Regulations for the Monitoring of Medical Assistance in Dying: SOR/2018-166. これにより、MAID を実施した者は30日以内に、PAS 型の MAID 薬剤を処方した者は、90日以内に対象者が死亡したことを知った場合を除いて、90日以降120日以内に報告の義務を負うことになった。

71) Health Canada, 'First Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada, 2019' (<https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/medical-assistance-dying-annual-report-2019/maid-annual-report-eng.pdf>)

72) *Id.*, 18.

73) *Id.*, 21-22.

74) *Id.*, 22-23.

また、MAIDを受けた者の82.1%が緩和ケアを受けており、緩和ケアを受けていなかった者についても、その89.6%が緩和ケアにアクセス可能であり、緩和ケアへのアクセス不足がMAIDに駆り立てる要因であるとする主張の裏付けはないとしている⁷⁵⁾。

MAIDが実施された場所としては、病院が最も多く36.3%を占め、自宅等が35.2%、緩和ケア施設が20.6%、高齢者向け介護施設 (Residential Care Facility) が6.9%となっている⁷⁶⁾。またMAIDの実施は、医師の手によるものがほとんど (94.1%) で、診療看護師は少数 (5.9%) にとどまっている⁷⁷⁾。

MAIDを受ける理由となった苦痛の性質については、有意義な (meaningful) 人生を送るための活動能力の喪失 (82.1%)、日常生活の活動能力の喪失 (78.1%) が多く、苦痛以外の症状の抑制不足 (56.4%)、苦痛の抑制不足 (53.9%)、尊厳の喪失 (53.3%)、家族や友人等の負担 (34.0%)、身体機能の喪失 (31.9%) と続いている⁷⁸⁾。

また、MAIDの要請は、外圧によらず、患者の自発的なものでなければならぬとされている要件について、実施者がどのようにそれを判断したかという点では、患者との直接の診断をあげた回答が99.1%を占め、これに加えて、家族や友人との相談 (58.5%)、患者の医療記録の再検討 (43.9%)、他の保健またはソーシャルサービス専門家との協議 (40.7%) 等があげられている⁷⁹⁾。さらに、48.3%の事例では、必要とされているセカンドオピニオン以外に、医療専門家に相談しており、相手としては、看護師が最も多く (46.7%)、次いで患者のプライマリ・ケア・プロバイダー (33.6%)、緩和ケアの専門家 (28.4%)、ソーシャルワーカー (25.2%) と続く⁸⁰⁾。

75) *Id.*, 23-24.

76) *Id.*, 26-27.

77) *Id.*, 28.

78) *Id.*, 31-32.

79) *Id.*, 33.

80) *Id.*, 33-34.

注目されるのは、書面による MAID の要請7,336件に対して、5,389件 (73.5%) は実施に至ったが、1,947件 (26.5%) については MAID の実施には至らなかったという点である。実施に至らなかった理由としては、他の原因により死亡した事例が1,113件 (15.2%)、患者によって要請が撤回された事例が263件 (3.6%)、そして要件を満たしておらず不適格と判断された事例が571件 (7.8%) となっている⁸¹⁾。この不適格との判断の内訳は、健康面に関して判断が下せなかった場合 (32.2%)、自然死が合理的に予見可能ではなかった場合 (27.8%)、医療状況が不可逆的な能力低下の末期にはなかった場合 (23.5%)、患者にとって耐え難い苦痛ではないと判断された場合 (17.7%)、インフォームドコンセントを与えられなかった場合 (17.0%)、重篤かつ治療不可能な病気、疾病または障害ではないと判断された場合 (13.3%) および要請が任意ではなかったと判断された場合 (1.6%) となっている。

これらの結果から、カナダにおける MAID の運用が適切に行われていると結論づけることはできないものの、要件を満たしていないとして MAID の要請が退けられる事例が少なからず存在するという実態がうかがえ、このことが、MAID 法の違憲無効を求める訴訟が提起される一つの要因となった。

第四章 トゥルーション判決

カナダの各地で、MAID 法をめぐって訴訟が提起されるなか、ケベック州でも、2名の末期ではない患者らが、「自然死の合理的予見可能性」と「終末期」を要件とする連邦法とケベック州法の違憲無効を訴えて、訴訟を提起した。それがトゥルーション事件判決⁸²⁾である。

原告の Jean Truchon (51歳) は、3肢不全麻痺をとまなう痙性脳性麻痺患者であったが、車椅子による移動等の生活を支えていた左腕についても徐々に機能の低下が見られ、2012年3月、脊柱管狭窄 (脊柱管狭窄) と骨髄

81) *Id.*, 36.

82) *Truchon c. Procureur général du Canada*, 2019 QCCS 3792 (CanLII)

軟化症（脊髄壊死症）と診断され、やがて左腕の機能も喪失するに至った。同時に、著しい灼熱感と苦痛をとまなう痙攣と腕と首の激痛があり、治療は効果がなく、苦痛は永続的かつ恒常的な状態となった。他者に依存した生活を余儀なくされたことによる心理的な苦痛も甚大で、「私は2012年に死んでいる」と述べている。彼は、自分の選んだ方法とタイミングで死ぬことを考え始め、やがて希死願望が強くなっていった。彼はまず飲食拒否を考えたが、その過程の苦痛と両親の苦悩を思い断念し、投身自殺や入水自殺等についても、他人を巻き込むことを嫌い断念した。また担当医療チームに、いざというときに病院に搬送されないように、自分のケアレベルを変更することを申し入れている。2015年には、彼の両親の結婚50周年に当たる2016年9月に飲食拒否を始める決意を固めたことを医療チームに伝え、2016年1月には、絶食の過程の苦痛を取り除く薬剤の処方主治医に認められるように文書で求めている。その中で、彼の病状がもたらす苦痛や絶望感、無力感とともに、彼の生命を終わらせるために飲食を拒否する旨の「十分に考慮された (carefully considered)」決断について記載していた。その後、MAIDを申請したが、終末期にはないということで医師によって拒絶されてしまった。2017年、トゥルーシオン氏は、MAIDの要件として「死が合理的に予見可能であること」を求めている法規定の合憲性について訴訟を提起し、MAIDが受けられないのであれば、飲食拒否による死も辞さない旨を公言している⁸³⁾。

もう一人の原告である Nicole Gladu (73歳) は、彼女が4歳の時にポリオを発症し、昏睡状態に陥った急性麻痺期を乗り切ったものの、左半身后遺麻痺や進行性の重度の脊柱側弯症を含む重篤な後遺症を発症した。1992年、筋変性ポリオ後症候群、全身疲労、筋力低下、行動能力低下に至る筋肉痛等を呈する変性神経疾患等を発症し、1997年には血栓静脈炎と裂孔ヘルニアとなった。彼女は、母親の死と悪化しつつある彼女の状態のため、2度にわたってうつ病を発症したが、回復した。しかし、徐々に症状は進行し、変形性

83) *Id.*, para 17-50.

脊椎症も悪化、胸腰部の脊椎側弯症は夜間の酸素飽和度低下をともなう重篤な拘束性肺疾患を生じさせ、肺機能は半減し、呼吸さえ苦痛をともなうようになった。また、胸郭圧迫と裂孔ヘルニアのため食事さえ困難となった。常に活動的で自立した生活に誇りを持っていた彼女には、他者に依存しなければならないこと、とりわけ最期までを施設で過ごさなければならないという展望を受け容れられなかった。ケベック州議会尊厳死特別委員会（the National Assembly's Select Committee on Dying with Dignity）において立法過程にも関与していたが、死の合理的予見可能性を要件とした州の立法に対して憤りを感じていた。彼女は非常に弱っており、四肢力もほとんど残っておらず、重心をとるにも非常に苦勞することから、居宅内の移動にも歩行器が必要となった。坐骨神経、膝、背中、腰と、絶え間ない痛みと持続的な不快感、倦怠感に苛まれていた。気分は快方せず、症状も安定せず、薬も救済をもたらさない状態にあった⁸⁴⁾。彼女は自殺を想起し、スイスへの自殺ツーリズムをより真剣に考え始めたが、その手段は費用を用意できる者のみに開かれている点で不公平であり、また「味気ない部屋で一人で死んで」いかなければならない展開が悲しいと考えつつも、裁判の時点で、彼女はまだこの可能性を捨ててはいなかった。彼女は厳しい選択に直面する。すなわち、彼女の明言したところによると、このまま症状の悪化にまかせて苦しみ続けるか、MAIDを受ける要件を満たすことに望みをかけて、さらなる症状の悪化と苦痛に進んで身を捧げるか、あるいは自殺を選ぶかである。しかし彼女は、MAIDを受けられる状態に達するために、飲食拒否などによって更なる苦痛を自らに与える道が残されているだろう、という論理にも疑問を呈する。彼女の場合、延命治療を何も受けていないため、治療の中断を選ぶことはできなかった。

彼らは、MAIDを受ける要件として「死が合理的に予見可能であること」を要求している連邦法およびケベック州法の違憲無効を訴えて訴訟を提起し

84) *Id.*, para 51-60.

た。

裁判所は、提示された様々な証拠や多くの証言をふまえ、カナダで実施されている MAID は、それ自体として明確な弱点の見当たらない、厳格で精密なプロセスであること、医師らは、患者の同意能力を評価でき、アンビバレンス、意思決定プロセスに影響を与えあるいは与える可能性のある精神障害、強制または虐待の場合を見極めることができるということ、MAID を要請する者の脆弱性は、個人の特性に応じて、いわゆる「脆弱者」という参照グループに基づいてではなく、もっぱら事例毎に評価されなければならないこと、医師が客観化したり特定したりできる脆弱性の様々な要因を超えて、患者の理解能力と同意能力は、他の法的基準に加えて最終的に決定的な要因であるということ、関係する医師は、自殺患者と死亡時の医療援助を求める患者を区別することができ、自殺と医療援助の間には、関係者の特徴と動機づける理由の両方において重要な違いがあること、そして、差し迫った終末期ということが MAID の適格性基準ではない場合でも、カナダやケベック州、また外国のデータも、傷つけられやすい人々に対する濫用や滑りやすい坂道、さらにはリスクの高まりを示すものはないということなどを認定した上で⁸⁵⁾、7つの命題を定立する。

すなわち、第一に、カーター判決は医療的臨死介助への憲法上の権利を作ったのか、第二に、連邦刑法典241.2(2)(d)における「自然死が合理的に予見可能」という要件は、人の生命、自由、安全の権利を保障するカナダ憲章第7条を侵害するのか、第三に、その場合、原告の基本的権利の侵害はカナダ憲章第1条の下で正当化されるのか、第四に、連邦刑法典の241.2(2)(d)の自然死が合理的に予見可能という要件は、等しい待遇の権利を保障するカナダ憲章第15条を侵害するか、またその場合、原告の基本的権利の侵害はカナダ憲章第1条の下で正当化されるのか、第六に、同じ原則によりケベック州の終末期ケアにおける患者尊重法第26条第1項第3号は違憲か、そして第七に、

85) *Id.*, para 466.

司法長官は、これらの規定を無効とする宣言の停止を得ることができ、必要ならば、原告は憲法上の免除を得ることができるか、という点である。

第一の論点について、裁判所は、連邦法にカーター判決にはない追加の要件や条件が含まれていたという事実だけでは違憲ではないとしつつも⁸⁶⁾、民主主義が機能するために不可欠の立法府の絶対的主権を認めつつ、立法の合憲性を審査するのにもまた司法府の役割であるとして、カナダ憲章第7条および第15条に基づき、連邦 MAID 法およびケベック州 ARELC 法の合憲性審査を進める⁸⁷⁾。

第二の論点については、連邦法のみを評価の対象としつつ、カーター判決においても、そもそも死が合理的に予見できる患者を念頭に置いたものであり、また MAID 以外の方法でもカナダ憲章第7条の権利を遂行可能であるという司法長官の主張に対し、そのような前提は採用できず、その主張はスイスへの自殺ツーリズム、自殺、飲食拒否等のより過酷な方法を強いることになり、カナダ憲章第7条によって保護された原告らの自由と安全に対する権利を侵害していると結論付けた⁸⁸⁾。

第三の論点については、カーター判決同様にオクス・テストに則り、目的と手段の合理的関連性は肯定しつつも、最小限度性および比例性について、司法長官は立証できていないとして、自然死の合理的予見可能性の要件は、カナダ憲章第1条において正当化されないと結論付けた⁸⁹⁾。

第四の論点については、連邦 MAID 法およびケベック州 ARLEC 法の双方を評価の対象とし、先例⁹⁰⁾に則り、第一に、法は、文面上またはその効果において、列挙されたまたは類似の事由に基づいて区別を設けているか、第二に、その場合、不利益を助長し、永続化させ、もしくは悪化させる効果を

86) *Id.*, para 503.

87) *Id.*, para 508-510.

88) *Id.*, para 519-535.

89) *Id.*, para 611-637.

90) *Quebec (Attorney General) v. Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux*, 2018 SCC 17 (CanLII), [2018] 1 S.C.R. 464 at para. 25 citing *Kahkewistahaw First Nation v. Taypotat*, 2015 SCC 30 (CanLII), [2015] 2 S.C.R. 548 at paras. 19-20.

及ぼす方法で法が負担を課し、あるいは利益を否定しているか、という二段階の審査へと進む⁹¹⁾。そして、死が合理的に予見可能という要件が、身体的障害に基づく区別を設けているとした上で、原告のような者に対して、MAIDの要件を満たすためには飲食拒否の道しかないというあり方は、苦しむか、さらに苦しむか、自殺するかを選択を迫るものであり、また、死が予見可能になる前でも、残酷な苦しみから逃れるためには、いつでも自殺の道を選べると言命することは、人間の尊厳と苦しみを抱えている他者への思いやりが基本的な価値を持つカナダ社会において、控えめに言っても問題であるとする⁹²⁾。そして、原告のような立場にある者は、終末期のみならず、人生のいかなる時点においても、MAIDに要求される他の要件を満たしているのであれば、たとえそれが死を意味するとしても、完全なる自律性を行使することが許されるべきであるとし、連邦MAID法がカナダ憲章第15条に違反することを認定した⁹³⁾。

第五の論点であるケベック州ARLEC法の「終末期」という要件については、「死が合理的に予見可能」という要件よりは狭いものの、死に臨む人々に、彼らの尊厳と自律性を尊重するケアへのアクセスを制限することによって、連邦法と同じ不平等な扱いをもたらすものであり、カナダ憲章第15条に違反するとし、そもそも終末期医療の文脈で制度設計が行われたという経緯は、この差別的な扱いに影響を与えるものではないとして司法長官らの主張を排斥し⁹⁴⁾、さらに第六の論点についても、カナダ憲章第1条によって正当化されないと結論づけた⁹⁵⁾。

最後に、司法長官が、違憲無効とする宣言判決の効力を12か月間停止することを求めた点について、6か月間の停止を認め、原告らに対しては、個別に憲法上の免除を与えてMAIDへのアクセスが可能となるよう救済措置をと

91) Truchon c. Procureur général du Canada, 2019 QCCS 3792, para 641-643.

92) *Id.*, para 657-658.

93) *Id.*, para 682-683.

94) *Id.*, para 715-717.

95) *Id.*, para 718-732.

ることとした⁹⁶⁾。

第五章 新たな立法の動きと若干の考察

トゥルーシオン判決に対しては、州および連邦の司法的手続内においてさらに争う道も残されていたが、ケベック州および連邦政府は、トゥルーシオン判決を尊重する方向での法改正の道を選択した。これには、もともと MAID 法、ARELC 法ともに、数年後の見直しが予定されていたため、立法後も継続して議論が続けられていたこと、カーター判決にはない要件を設けることに対して当初より批判的な意見も強かったこと等が影響しているものと思われる。

2020年2月、連邦議会に下院法案 C-7⁹⁷⁾ が提出され、審議が進められているが、新型コロナウイルスの影響もあって審議は遅れており、ケベック州上級裁判所は2020年12月18日まで効力停止の猶予を与えたが、期限までに成立するかは、なお不透明な状況にある。

法案の提案理由によると、C-7の概要は、(a) MAID の適格者となるために要求される自然死が合理的に予見できるという規定を廃止する、(b) 唯一の疾患が精神疾患である者は MAID の対象外であることを明確にする、(c) MAID が提供される前に尊重されなければならない2組の保護措置を規定し、その適用は、その者の自然死が合理的に予見可能であるかどうかによって異なる、(d) 自然死が合理的に予見可能であり、MAID を受ける資格があると判定されたが、MAID が提供される前に同意能力を失ってしまった者に対して、医師もしくは診療看護師と締結した事前の合意に基づいて、MAID が提供されることを許可する、(e) MAID に関する規定の下で提供された薬物を自己服用し

96) *Id.*, para 737-747.

97) BILL C-7, An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying), <<https://parl.ca/DocumentViewer/en/43-1/bill/C-7/first-reading>> See, also, Legislative Summary of Bill C-7: An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying), <<https://lop.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/LegislativeSummaries/PDF/43-1/c7-e.pdf>>

た結果、その同意能力を喪失した者に対して、彼ら自身の死をもたらすために MAID を提供することを許容する、というものである。

同法案の前文には、政府のトゥルーシオン判決に対応する方針を反映すること、MAID の「自然死期が合理的に予見されうる」場合への限定を解除しつつ、死期が合理的に予見されていない者に対する追加の安全策を講じること、カナダ憲章の下で個人は、基本的正義の原則による場合を除いて、生命、自由、安全を奪われない権利を有し、差別されることなく平等な保護と法の利益を享受する権利を有すること、カナダは国連障害者権利条約の締約国として、生命権の尊重を含め、遵守義務を自覚すること、議会は、すべての人の生命の生まれながらにして平等な価値と、障害者インクルージョンへの人権に基づくアプローチを取ることの重要性を認めること、議会は、MAID 適格者の自律性、傷つけられやすい人々の生命終焉への誘引からの保護、自殺が表す重大な公衆衛生上の問題などを含め、いくつかの利益と社会的価値のバランスをとる必要性を認識していること、カナダ全土で MAID への統一のアプローチが望ましい一方で、医療サービスの提供や医師、保険契約、検視官、検死官などの規制を含め、MAID に関連する諸事象に関する州の管轄権を認めること、カナダ政府は、信頼性の高い国家データを提供し、MAID 法における説明責任を促進し、その実施の透明性を向上させる連邦監視体制を構築する責任を負っていること、手続時に同意を提示できない人に対して MAID を許容することの持つ内在的なリスクと複雑さを認識しつつも、議会は、MAID を受ける資格があると判定された、または待機中の死につつまる者に対しても、彼らが手続に抵抗もしくは拒否の兆候を示している場合を除き、最終的な同意を提示する能力を失った場合でも、MAID を受けることを認めるのが適切であると考え、唯一の病状が精神疾患である者に MAID を提供することが、そのような状況下での MAID の有する内在的なリスクと複雑さに照らして、適当かどうか、もし適当であるなら、どのように提供すべきかを定めるために更なる協議と審議が必要となること、法の規定によると、2020年6月までに、議会の委員会は、カナダにおける MAID と緩

和ケアの状態に関する立法規定の見直しを開始することとなっており、その見直しには、事前の指示の問題や精神疾患が唯一の病状である場合の要請が含まれることになっていることなどが列挙されている。

具体的には、まず自然死の合理的予見可能性について規定している刑法 241.1(2)(d)を削除するとともに、MAID の対象となる「重篤かつ治癒不可能な病気、疾病または障害」から精神疾患を除外するための規定 (2.1)「第 2 項 a の適用において、精神疾患は病気、疾病または障害とはみなされない。」を追加している。

また、自然死が合理的に予見可能である場合とそうではない場合とに分けて、それぞれに安全策を規定する。

すなわち、自然死が予見可能である場合の安全措置については subsection (3.2) において、「対象者に残された具体的な時間の長さについての予測は必須ではないが、対象者のあらゆる病状を考慮して、自然死が合理的に予見可能な者に対して医師もしくは診療看護師が MAID を提供する場合には、医師もしくは診療看護師は、以下の要件を満たさなければならない。」とし、対象者が全てを満たすべき要件のうち、(c)の要請に署名と日付を付している独立した証人の人数を 1 名に減らしたほか、旧(g)項に規定されていた10日間の待機期間を削除している。

一方で、死期が予見可能ではない場合の安全措置について、(3.1) において、「対象者のあらゆる病状を考慮して、自然死が合理的に予見できない者に対して医師もしくは診療看護師が MAID を提供するにあたって、医師もしくは診療看護師は、以下の要件を満たさなければならない。」とし、(3.2) と同様、署名と日付を付す独立した証人の人数を 1 名としつつも、以下の項目において扱いを異にしている。

「(e) 以下の者によって、subsection (1)所定のすべての基準を満たしていることを確認したことを保証する書面による見解が提出されていること

(i) 彼らが対象者の苦痛の原因となっている病状について専門的知識を有していない場合は、その専門知識を有する医師もしくは診療看護師

(ii) 彼らが専門知識を有している場合は、別の医師もしくは診療看護師」

「(g) 対象者が、必要に応じて、カウンセリングサービス、メンタルヘルスおよび障害者支援サービス、コミュニティーサービスおよび緩和ケア等、彼らの苦痛を緩和しうる方策について情報を与えられており、それらのサービスやケアを提供する相応の専門家との相談を提示されていたことを保証すること」

「(h) 彼らと(e)項の医師もしくは診療看護師が、対象者と対象者の苦痛を緩和する合理的で選択可能な方策について話し合い、彼らと(e)項の医師もしくは診療看護師が、対象者がそれらの方策について真剣に熟慮したと合意したことを保証すること」

「(i) 本項に則り、対象者が subsection (1)所定の基準に適合しているかの最初の評価が開始された日と、彼らに MAID が提供される日との間に、少なくとも丸90日間 — 評価が完了しており、彼らと(e)項の医師もしくは診療看護師のいずれもが対象者の MAID を受けることへの同意能力の喪失が差し迫っていると一致した意見である場合には最初の医師もしくは診療看護師が状況下において適切であると考え、より短い期間 — 間隔が空いていると保証すること」

また最終段階で必要とされる意思確認に関して、死が合理的に予見可能な者について、(3.2) 項にその放棄についての規定が盛り込まれ、「(3)項に関して、担当医または診療看護師は、以下の場合には、(3(h)所定の要件を満たさなくても致死薬剤を投与できる。」とし、その要件として、「(a)本人が MAID を受けることにつき同意能力を喪失する前に、(i) 彼らが(1)項および(3)項所定の他のすべての安全策を満たしており、(ii) 担当医または診療看護師が致死薬剤を特定の日に投与するということを書面で取り決めていた場合、(iii) 担当医または診療看護師から、取り決められた特定の日よりも以前に MAID を受ける同意能力を失うリスクについて十分な情報が与えられており、かつ、(iv) 書面による取り決めにおいて、もし彼らが取り決められた特定の日よりも前に MAID を受けることへの同意能力を喪失した場合、特定の

日の当日またはそれ以前に MAID 担当医または診療看護師によって致死薬剤が投与されることについての同意があること、(b) 本人が MAID を受けることへの同意能力を喪失していること、(c) 本人が言葉や音声、身振りによって投与を拒絶するあるいは抵抗する様子を呈していないこと、(d) 取り決めた期間内に本人に薬剤が投与されること。」と規定されている一方で、(3.4) 項において、「(3.2) 項に基づいて、本人が言葉や音声、身振りによって投与を拒絶するあるいは抵抗する様子を呈した場合には、(3.2) (a)(iv)における同意に基づいては、MAID は提供されない。」と規定されている。

同時に、同意能力を喪失した者による事前の同意（指示）についても規定を盛り込み、(3.5) 項に、「薬剤の自己服用によって本人が MAID を受けることへの同意能力を喪失した場合、彼ら自身の死をもたらすために、本条項によって医師や診療看護師は以下の場合には致死薬剤を投与できる。」とし、「(a)本人が MAID を受けることへの同意能力を喪失し、彼らと医師または診療看護師において、医師または診療看護師が、(i)本人が第一の薬剤を自己服用した際に現場に立ち会っており、かつ、(ii)第一の薬剤の自己服用後、本人が MAID を受けることへの同意能力を喪失したが、一定の期間内に死に至らなかった場合に、第二の致死薬剤を投与するということについて、彼らと医師または診療看護師が書面によって取り決めていた場合」および「(b)本人が第一の薬剤を自己服用したが、取り決められていた一定の時間内に死に至らず、MAID を受けることへの同意能力を喪失した場合」ならびに「(c)取り決めの文言に基づいて第二の薬剤を投与した場合」を規定している。

C-7の特徴は、トゥルーシオン判決において違憲とされた「自然死が合理的に予見できること」という要件を削除するのみならず、いくつかの改正が盛り込まれている点である。まず、死が合理的に予見できる患者に対しては、MAID の要件を緩めつつ、死が合理的に予見できない患者に対しては、より厳しい要件を課している。すなわち、死が合理的に予見可能な者に対しては、すでに MAID 法制定時の C-14の段階から批判が寄せられていた10日間という待機期間を撤廃しているほか、MAID 実施直前における最後の意思確認に

ついて、一定の場合にこれを事前放棄でき、意識喪失下でも MAID の実施が可能となる修正が盛り込まれている。これは一般に Audrey's Amendment と呼ばれており、ハリファックス在住の当時57歳の乳がん女性患者 Audrey Parker が MAID を受ける3日前に、MAID 実施の時点で最後の意思確認が要求されていることに対して、強い不安とこの要件の削除を国民に訴えるビデオメッセージを公開し⁹⁸⁾、彼女の死後も、この要件に強い批判が寄せられていたことに由来する。

一方で、死が合理的に予見できない患者に対しては、90日間という、さらに長い待機期間を要求している。また、一定の場合、PAS 型の途中で致死薬剤の服用ができなくなったときに医師や診療看護師が引き継ぐことが可能となっている。さらに、精神疾患が唯一の病状の場合は MAID の要件を満たさないことを明記している。

「自然死が合理的に予見可能」という要件は、おそらく、わが国の安楽死議論で一般的に要求されている「死期の切迫」よりはかなり広いものと考えられるが、この要件の意義を問い直したトゥルーション判決および MAID 法改正は、わが国の議論に対しても重要な示唆を含んでいると考えられる。

とりわけ、判断能力を有し、重篤かつ治癒不能な症状によって本人にとって耐えがたい継続的な苦痛を強いられている者に対して、安楽死や自殺幫助を禁止すること自体が、もはや人権侵害を内包しているという前提に立ち、「死期の合理的予見可能性」という要件も、傷つけられやすい者の保護という目的に対する必要最小限の手段という文脈においてのみ意味を持つにすぎず、安全策に差を設けるべき要素にすぎないとしている点が注目される。この点について、モニタリングの結果分析においては、諸外国と比較して、カナダにおける MAID による死亡率は高くないというデータが示されているが、定量的な分析のみによっては、MAID の運用が適切に行われているかを判断することは困難であろう。その意味では、「死が合理的に予見可能な者」

98) Audrey Parker's last message to Canadians, (<https://youtu.be/XwRRKq29tsw>)

について、MAIDの要件を緩和することには不安も残る。また、医師らは、患者の同意能力、合理的なMAIDの要請と自殺願望との区別、精神疾患が与える影響、強制や虐待の影響等を適切に判断できるという前提に立つが、残された課題として、精神疾患が唯一の病状の場合のMAIDの可否の問題や成熟した未成年者へのMAIDの可否を考えるにあたって、濫用のおそれなく、なおこの前提が維持できるかが問題となろう。

新型コロナウイルス感染症の影響により、カナダでも立法活動の停滞が生じており、法案審議の帰趨は定かではないものの、非常に活発な議論が続けられている点は注目し得る⁹⁹⁾。わが国の国立がん研究センターの最新の調査¹⁰⁰⁾によると、がん患者の約40%が死亡直前まで痛みを感じ、穏やかな気持ちで最期を迎えたとはいえないと推定されている。連邦と州・準州との関係、司法府と立法府との対話等、カナダの複雑な制度上の特徴を念頭に置く必要はあるものの、終末期医療の在り方を真剣に問う姿勢は、今後のわが国での議論の参考になろう。

99) See, ex., The Collège des médecins du Québec, “Brief-Bill C-7/An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying)”, <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-2-2020-09-16-en-memoire-projet-loi-c7-loi-modifiant-code-criminel-aide-medicale-a-mourir.pdf?t=1604116382275>>

100) 国立がん研究センター がん対策情報センター、『患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査 平成30年度調査結果報告書』<https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/sup/project/090/result19/H30_20201029.pdf> 同調査は、2017年の人口動態調査の死亡票情報から「がん」「心疾患」「脳血管疾患」「肺炎」「腎不全」で亡くなった患者の遺族を対象に、2019年1月から3月の期間、郵送によるアンケートの形式で行われたもので、遺族からみた「亡くなる前1カ月間の患者の療養生活の質」「亡くなった場所で受けた医療の質」「家族の介護負担や死別後の精神的な負担」などが含まれ、調査票を全体で50,021名（うち、がん患者の遺族25,974名）に送付し、そのうち回答拒否も含めて25,028名から返送を得た。有効回答数21,309名（うち、がん患者の遺族12,900名）によると、亡くなる前1カ月間の患者の療養生活の質について、「痛みが少なく過ごせた」割合は38.9から47.2%にとどまり、痛みを感じていた割合は22.0から40.4%と推定された（がん40.4%）。また、痛みを含む「からだの苦痛が少なく過ごせた」割合は38.6から43.8%で、身体的に何らかの苦痛を感じていた割合は26.1から47.2%と推定された（がん47.2%）。さらに、「おだやかな気持ちで過ごせた」割合は41.1から48.7%で、気持ちのつらさを感じていた割合は25.9から42.3%と推定された（がん42.3%）ことが報告されている。