

尊厳死に関する一考察

A Study of the Death with Dignity

佐瀬恵子
(Keiko SASE)

キーワード：尊厳死、患者の自己決定、終末期医療

Key Words：Death with Dignity, Patient's Self-Determination, Terminal Care

1. 序 論
2. 尊厳死の概念
 2. 1 安楽死の概念
 2. 2 尊厳死の概念
3. 諸外国における尊厳死論
 3. 1 ドイツにおける尊厳死論
 3. 2 フランスにおける尊厳死論
4. わが国における尊厳死の判例並びに尊厳死論
 4. 1 尊厳死に関する判例
 4. 2 わが国における尊厳死論
5. 結 論

1. 序 論

2007年5月、第85回日本刑法学会本大会において、「終末期医療と尊厳死」というテーマのワークショップが開催され、それに参加する機会を得た。ワークショップでは、日本・ドイツ・フランスにおける尊厳死の近年の動向についての発表、並びに、わが国における尊厳死法制化についての議論が行われており、その内容は大変興味深く勉強になるものであった。

刑法学において、終末期医療をめぐる問題として、安楽死・尊厳死・脳死体からの臓器移植などが挙げられるが、その中でもその法制化や適法化について、特に議論の対象となっていたのは積極的安楽死であった。これは、従来の安楽死の適法化に関する議論に加えて、オランダやベルギーが積極的安楽死を容認する法律を成立させたことなどが、わが国に影響を与えたからであろうと思われる。しかし、近年になって、刑法学会のワークショップで取り上げられてい

ることからも明らかなように、積極的安楽死から尊厳死へと注目が移り変わり、尊厳死の法制化や適法化に関する問題についての議論が行われるようになっている。これは、アメリカやフランスなどの諸外国において、尊厳死を容認する法律が成立したこととともに、川崎協同病院事件判決をはじめとした積極的安楽死並びに尊厳死に関する事件が続けて発生していることや、わが国での臓器移植法の制定などが契機となったからであろうと考えられる。

現代は、医学の著しい進歩によって、これまで不治と考えられた病が次々と克服され、さらに、高度の人工延命装置の使用によって死期を長引かせることが可能な時代に入った。これは、医療現場において、医師が患者の生命を第一に優先して、患者を1分1秒でも長く延命させることを使命としていたからであり、また、患者も延命治療を望むのが自然であったからである。その結果、医療の著しい進歩に伴って治療技術もまた発達し、多くの患者を肉体的苦痛から開放することができるようになった。しかし、それと同時に、いわゆる植物状態のような、人工的に生命を保たれている状態の患者も現れるようになった。このため、延命治療によって人工的に生命は保たれていても、決して回復することがない患者に対しても、「医師は、生命の保護を第一義的に考え、生命維持装置をつけて延命治療を行い続けるべきなのか」といった、これまでの医療に疑問が投げかけられるようになり、また、患者の中にも、生命維持装置をつけられて自由を失うよりも、生命維持装置をはずして自然に死を迎えたいと望む者が現れ始めた。このような経緯から、植物状態で人工的に生きながらえるよりも、「患者の自己決定権」を尊重して、延命を望まず、人間らしく、人間としての尊厳を保って死を迎えさせるべきであると考える者が多くなった。具体的には、患者一人ひとりに対して、医師から治療について十分な説明を受ける権利である「インフォームドコンセント」や、「自らの最期をどう迎えるか」といった患者の自己決定権などが主張され始めるようになったのである。

「患者の自己決定権」の尊重は、医師の独断的且つ権威的な医療状況に警鐘を鳴らす意味において重要であり、患者主体の医療の実現が期待できる。しかし、あまりに「患者の自己決定権」を尊重しすぎることによって、安楽死・尊厳死はもちろん、医師による自殺幫助などの「患者の死ぬ権利」までもが容易に認められてしまうことが危惧されている。実際に、現行刑法では、202条において、自殺に関与する行為、並びに、嘱託・承諾を受けて殺害する行為が処罰されているため、いかに患者の意思を尊重した安楽死・尊厳死であるといえども、患者の死ぬ権利は尊重されておられず、処罰の対象となっている。このため、刑法学においては、現在に至っても、「患者の自己決定権」はどこまで尊重されるべきなのか、また、医師による医療行為や医療中止行為が法的に許容される範囲はどこまでかといった問題が議論されている。

本論文は、刑法学会におけるワークショップで行われた発表を受け、現在議論がなされている尊厳死に関する問題について、その適法性や法制化について検討を行っていくものとした。

2. 尊厳死の概念

一般的に尊厳死は、回復の見込みのない末期状態の患者に対して、生命維持装置をはじめとした延命治療を中止し、人間としての尊厳を保たせながら、自然な死を迎えさせる場合をいう。このことから、尊厳死は自然死とも呼称されている。これに対して、安楽死は、死期が切迫しており、耐え難い肉体的苦痛のある患者に対して、肉体的苦痛を緩和・除去するために、生命短縮行為を行う場合をさす⁽¹⁾。つまり、尊厳死は、「患者に意識や判断能力がなく（例外あり）、本人の真意や肉体的苦痛の存否の確認が困難な点、死期が切迫しているとは限らない点で、安楽死と異なっている」と考えられている⁽²⁾。

2. 1 安楽死の概念

尊厳死の概念を明らかにするために、まず、安楽死の概念を論じていきたい。

刑法学において、安楽死は、殺人罪や嘱託・承諾殺人罪並びに自殺関与罪の構成要件に該当するおそれのある行為であるため、その適法性が問題とされている。このため、安楽死は、その状況に応じて4つに概念が分類されている。第1に「純粹安楽死」、第2に「間接的安楽死」、第3に「消極的安楽死」、第4に「積極的安楽死」である。

第1の「純粹安楽死」は、肉体的苦痛の緩和のために、生命短縮を伴わない行為を行う場合である。たとえば、肉体的苦痛緩和のために、生命短縮を伴わない麻酔薬を投与するなどの場合がこれにあたる。

第2の「間接的安楽死」は、肉体的苦痛の緩和を目的とした処置を行うことによって、直接的に意図していない副次的結果として生命短縮をもたらす場合である。たとえば、癌の末期状態である患者の苦痛を緩和・除去する目的で、モルヒネなどの強い麻酔薬を投与した結果、その副作用として生命短縮が行われる場合がこれにあたる。

第3の「消極的安楽死」は、死苦や病苦を長引かせないために、積極的な延命治療を行わない不作為によって、死期を早ませる場合である。たとえば、持続的な植物人間状態の患者に対して、死苦をいたずらに長引かせない目的から、積極的な延命治療を行わずに死期を早めさせる場合がこれにあたる。

第4の「積極的安楽死」は、肉体的苦痛を除去する目的で、作為による直接的な生命短縮が行われる場合である。たとえば、癌などの末期状態において、肉体的苦痛の除去を目的として、筋弛緩剤を注射するなどの積極的な生命短縮行為を行う場合がこれにあたる⁽³⁾。

第1の「純粹安楽死」は、患者の死期を早めることなく、患者の肉体的苦痛を緩和・除去するものであるため、純粹な治療行為として刑法の構成要件に当たる行為とされず、適法であるとされている。また、第2の「間接的安楽死」は、治療行為の要件を備える限り、正当行為として違法性が阻却されると解するのが通説的見解である。第3の「消極的安楽死」は、医師に対して積極的な延命治療を命令する法的義務が存在しないことを理由に、法的に正当化が可能であると考えるのが通説的見解である⁽⁴⁾。しかし、すべての「消極的安楽死」が正当化されるわ

けではなく、不真正不作為犯として、殺人罪や、嘱託・承諾殺人罪・自殺関与罪の構成要件に該当するような場合は、作為義務を厳格に認定する必要がある。最後に第4の「積極的安楽死」は、その適法性が争われているが、現在の通説・判例によれば、一定の要件を具備する限りにおいて、積極的安楽死の違法性が阻却される場合があることが認められている。しかし、実際に積極的安楽死が認められたケースは全くないのが現状である⁽⁵⁾。

2. 2 尊厳死の概念

尊厳死は、回復の見込みのない末期状態にある患者に対して、生命維持装置をはじめとした延命治療を中止し、「人間としての尊厳」を保たせながら死を迎えさせるものである。

刑法学において、安楽死の要件は4つに分類されているが、尊厳死は安楽死のような分類がなされておらず、安楽死の概念の分類における第3の「消極的安楽死」の一種、あるいは同様のものとして論じられていることが多い⁽⁶⁾。これは、尊厳死の対象となる患者の状態と消極的安楽死の対象となる患者の状態が、ほぼ同様のものであることからと思われる⁽⁷⁾。しかし、尊厳死という概念がありながら、消極的「安楽死」という言葉を用いることに対して、異論を唱える学者も存在している。消極的安楽死にあたる行為は、延命治療などの医学的介入を行わず、それぞれの患者が人間らしい尊厳をたもちながら終末期を過ごし、寿命がきたら自然に死を迎えさせる行為であることを理由に、消極的安楽死という言葉を用いるべきではなく、尊厳死という言葉を用いるべきであると主張している⁽⁸⁾。

確かに、人間らしい死を迎えさせるために延命治療を中止するという行為は、直接的に患者の生命の終焉を迎えさせる行為ではないため、安楽死という用語を用いることと相容れないように見える。しかし、尊厳死が患者の「死ぬ権利」をはじめとした人間の尊厳に基づく「患者の自己決定権」をいかに尊重し、保障するかといった点が議論の中心となっている一方で、安楽死は、医師をはじめとした行為者による行為が、法的に許容されるかといった点を中心に議論が行われていることから、刑法学においては消極的安楽死という概念が必要であったと思われる。つまり、たとえ医師が人間の尊厳をたもつために延命治療を中止したとしても、その行為は、刑法199条の殺人罪や刑法202条の嘱託・承諾殺人罪の構成要件に不作為で該当する可能性がある。このため、医師の行為について、作為義務があったかなどを厳格に認定し、構成要件に該当するか判断する必要があることから、刑法学においては、尊厳死の用語とは別に消極的「安楽死」の概念を用いて、当該行為が犯罪を成立するか検討する余地を残していると思われる⁽⁹⁾。

現在、尊厳死の対象となる患者の状態の中には、いわゆる持続的植物状態（Persistent vegetative state : PVS）の他、白血病、癌、腎不全等の症状、さらに、救急患者の場合、筋萎縮性側索硬化症（ALS）のような慢性の難治性患者の場合、癌をはじめとした緩和ケアを受けている患者の場合、さらには高齢の認知症患者の場合といったような患者の症状などがあり、これらの症状に応じて延命治療の内容も多様に存在している。典型的な延命治療としては、人

工呼吸器の使用や、特殊科学療法、人工透析、栄養補給チューブの使用などが挙げられるが、高度の医療技術の発達によって延命治療の技術も進歩し、その内容も拡大し続けている⁽¹⁰⁾。

尊厳死に基づく治療行為の中止が法的に許容されるためには、その法的根拠が患者の自己決定権にゆだねられるべきである。しかし、尊厳死の対象となる患者は、安楽死の対象となる患者と比較して、患者に意識がない場合か、少なくとも判断能力を欠く状態がほとんどであるため、患者がどのような自己決定を行っているのかを判断することがより困難であるといえる。このため、患者の自己決定をいかに推し量るかといったことも問題として挙げられている。わが国の判例では、医師による消極的安楽死の適法根拠について以下のように判示している。消極的安楽死の適法根拠は、まず、患者の死期が切迫しており、回復の見込みがないような状況を前提とした上で患者の自己決定権に求めるべきであるとの立場に立ち、第1に患者の明示の自己決定を尊重すべきであること、患者の意思表示が表明されていない場合は、患者の意思表示を事前に口頭あるいは書面（リビング・ウィル）においていかに表明しているかを推測し、あるいは患者の近親者や家族から患者の推定的意思表示を探求して、患者の意思表示を量るべきであることが示されている。しかし、なお、患者の推定的意思すら不明であるような場合は、医師は患者の生命を尊重し、患者の症状に対応して治療行為の継続を行うべきであるとしている（「疑わしきは生命の利益に」）⁽¹¹⁾。

また、治療行為の中止が法的に許容されるべきであると認められたとしても、治療行為の内容が多様多様に存在しているため、すべての治療行為の中止が法的に許容されるべきなのか、あるいはどの治療行為の中止までが法的に許容されるのかといった、法的許容性の範囲や限界なども議論の対象となっている。わが国の判例によれば、患者の死期が切迫している状況において、患者が自身の症状について医師から十分に説明を受けた上で、治療拒否に関する明確な意思を表明している場合は、医師は患者に対して、「薬物療法、人工透析、人工呼吸器、輸血、栄養・水分補給など、疾病を治療するための治療措置及び対症療法である治療措置、さらには生命維持のための治療措置など」、すべてが治療中止の対象とされと考えられている⁽¹²⁾。つまり、患者が一切の治療行為の中止を意思表示しているのであれば、患者の自己決定権を尊重し、自然の死を迎えさせるためにすべての治療行為の中止が認められるべきであるというのである。しかし、これに対して反論する学者も存在している。これによれば、患者がいかなる症状においても、最低限の基本看護は治療行為中止が許容される内容として含めるべきではないとして、「少なくとも植物状態の患者の場合には、意識の回復可能性を鑑み、たとえ一切の治療中止のリビング・ウィルがあっても、人工的な水分や栄養の補給をすべきだ」といった主張がなされている⁽¹³⁾。

3. 諸外国における尊厳死論

尊厳死をめぐるさまざまな問題を受けて、諸外国においては、治療行為中止の法的許容性の範囲を明確にするため、尊厳死の適法要件を立法化すべきであるといった議論や、実際に立法

化を行っているところが存在している。本章では、刑法学会ワークショップにて発表されていた、ドイツ及びフランスの尊厳死論、並びに、尊厳死の適法要件等について検討を進めていくものとする⁽¹⁴⁾。

3. 1 ドイツにおける尊厳死論

ナチスドイツ時代、ナチス政権は「安楽死」という名の下で、当時の法律に基づいて、ユダヤ民族の大量虐殺を行っていた。これは、ゲルマン民族が最優位の民族であり、それ以外の民族（特にユダヤ民族）は劣勢民族であるとされ、劣勢民族を生かしておくよりも、安楽に死亡させたほうが有益であると考えられたためである。

ドイツでは、以上のような凄惨な歴史を経験していたため、現在に至るまでに「安楽死」を論じることにより多少の抵抗があったようである⁽¹⁵⁾。その後、このような歴史は2度と繰り返すまいとする教訓から、いかなる民族であれ、いかなる状態であれ、人間は人間として尊重されるべきであり、「安楽死」は容易に許容されるべきではないと考えられるようになった。しかし、1970年代以降、医療現場において、医師よりも患者の権利を尊重すべきであるとの主張が生まれたことが契機となり、特に終末期医療において、どのような最期を迎えたいかといった患者の自己決定を尊重すべきであるといった見解が誕生することとなった。これが、ドイツにおける「臨死介助（Sterbehilfe）論」である⁽¹⁶⁾。

患者の自己決定権の尊重を認めるべきであるとの見解を採用したドイツでは、1979年には既に医師会による臨死介助へのガイドラインが発表された⁽¹⁷⁾。ガイドラインでは、①判断能力のある患者の意思は、医師が必要であると考える治療法と一致しない場合でも、尊重しなければならないこと、②意識不明またはその他判断能力のない者については、患者の推定的意思を尊重すること、③死に近づいた病者または負傷者については、改善の見込みがある場合、改善の可能性のため、または苦痛の緩和のために治療措置を行わなければならないこと、④死に瀕した病者や負傷者については、医師は基本的には苦痛を緩和すべきであるが、疾病の回復の見込みがないこと、且つ、患者が周囲の人々と関わりをもって生活することが困難であるような場合において、医師は生命延長に役立つ治療を開始する義務を負わないことが規定された⁽¹⁸⁾。ただし、患者の自己決定権を尊重すべきであると規定されている一方で、基本的に、医師は患者の苦痛を緩和する治療を行うべきであり、治療行為の中止が認められるには、④のような特殊な条件化にある患者に限られるべきであるとされた。

その後、学者の中から、さらに患者の自己決定権を尊重すべきであるという主張が高まり、臨死介助の法的許容性、また、尊厳死や「死ぬ権利」をめぐる更なる議論が行われるようになった。このような議論の展開がみられるようになったのは、ある連邦通常裁判所の判決が契機となっている。それが、1984年のヴィティヒ事件連邦通常裁判所判決である。

ヴィティヒ事件とは、冠状動脈硬化症や股関節症等に罹っていた76歳の女性患者が、夫が死んだことによって生きがいを失い、多量の薬物を服用して意識不明になったところ、担当の家

庭医が患者の従前の延命拒否の意思を尊重して、応急措置をとらずにそのまま死亡させたという事件である。これについて連邦通常裁判所は「本件のような自殺企図患者が意識喪失後は、行為支配が保障人に移行し、行為支配を有する保障人が意識喪失者を発見して、必要かつ期待可能な救助措置をとらなければ、原則として不作為による殺人罪が成立」すると論じながら、「事案の特殊事項から、本件医師が生命保護義務と自己決定権尊重との良心的葛藤に陥った点を考慮して免責される」として、医師の行為は、嘱託殺人罪も救助不履行罪も成立しないと示したものである⁽¹⁹⁾。

しかし、ヴィティヒ事件裁判は、どんなに従前に延命拒否を表示していたとしても、自殺企図患者が意識喪失した後は、行為支配を有している保障人は救助措置をとらなければならない、それに反して、なお延命治療を行わず、患者を死亡させた場合には、殺人罪が成立するという理論が用いられたため、自己決定権を軽視する判決であると批判を受けることとなった。その後、本判決に対する批判から、個人や患者の自己決定権を重視すべきだという主張がさらに高まることとなり、1986年には、学者等のグループによって、尊厳死並びに「死ぬ権利」の法的許容性を立法によって解決するべく、「臨死介助法対案」が発表されるまでになった。臨死介助法案が発表されたことにより、それ以降も尊厳死や治療中止の自己決定権の許容性などについてさらに議論が重ねられていくこととなった⁽²⁰⁾。

臨死介助法対案では、「患者の自己決定権は医師を拘束する」ことが主眼におかれ、尊厳死については、「単に死の自然な過程を引き伸ばすに過ぎない瀕死者の治療のための医学上の措置は、生命保護の命令ではなく、死の変造である」とし、「このような場合には治療の中断は許容され、また通例命ぜられてもいる」と規定して、患者の意思に基づく医師の治療中止（いわゆる消極的臨死介助）を許容すべきことが規定された⁽²¹⁾。さらに、対案の214条は、消極的臨死介助の内容を規定した上で、消極的臨死介助が許容される具体的要件を規定している。214条第1項では、「生命維持装置を中断もしくは差し控える者は、次の場合違法に行為するものではない」として、「①患者が明示的かつ真摯にこれを要求した場合、②医師の所見によれば、患者がその意識を回復不能なほど喪失したか、もしくは重度障害新生児で意識を持ち得ないであろう場合、③その他の場合で、医師の所見によれば、患者が治療の開始もしくは継続について永続的に意思表示できず、また、回復の見込みのない患者の苦痛状態の継続及び経過、特に目前に迫った死期を考慮すると、このような治療を拒否することが信頼できる根拠に基づいて認められると考えられる場合、④死期が目前に迫っている場合に、患者の苦痛状態と治療行為の見込みのなさからして、医師の所見によれば、生命維持装置の開始もしくは継続がもはや適切でない」とされる場合」といった要件が挙げられている。さらに、第2項において、「第1項は、患者の状態が自殺企図に基づく場合にも適用される」ことが認められている⁽²²⁾。学者たちの間では、当初、本対案の考え方が支持されていたが、実際に法制化が問題となると、対案の具体的内容について批判され始めるようになり、結局、本対案は否決される結果となった。

しかし、対案は、その後のドイツにおける安楽死や尊厳死が問題となる事案に対して大きな

影響を与えた。それが、1986年のラーフェンスブルク地方裁判所判決や1987年ハッケタール事件ミュンヘン上級地方裁判所判決などの事案である。これらの裁判では、判断能力のある患者の自己決定権並びに人間の尊厳は最大に尊重されるべきであり、臨死介助に関する患者の明確な意思表示が存在する限りにおいて、医師や近親者の臨死介助行為は法的に許容されるべきであるといった判断が下されたのである⁽²³⁾。

以上のような経過を経て、ドイツにおける臨死介助は、患者の苦痛が不可逆的であり、致命的経過を辿っていて、かつ、短期間内に死が生じることを前提に、患者が臨死介助を望んでいる場合に限り許容されると考えられるようになった。ただし、臨死介助行為は、医師の不作为による囑託殺人が問題となるため、臨死介助行為が適法とされるためには、患者の明確な臨死介助に関する意思表示が第1に必要となると考えられた。適切な説明を受けた意思能力のある患者が表明した治療拒否であれば、医師は患者の意思を尊重することによって、医師による臨死介助は法的許容性の根拠を得ることになる。しかし、意思能力があり且つ意思表示ができる患者であれば問題はないが、意思表示ができない患者の場合、その患者の意思をいかに推定して判断すべきかが、現在、なお問題として残されている。

近年の尊厳死論では、意思表示のできない患者の臨死介助問題を解決するため、意思能力のある患者が意思表示能力を失ったときに備えて、将来の治療について明記する「患者の意思を表す指示書」（アメリカにおけるリビング・ウィル—遺言類似文書）や患者代弁者（代理人・世話人）の導入による解決が検討されている。現在では、医学会におけるガイドライン「医師による死の看取りのためのドイツ連邦医師会の諸原則（Gründsetze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebeileitung）」などにおいて、医師の臨死介助に関する指針が示されている。そこでは、患者の指示書に治療拒否が明示されており、それ以降の患者の事後的な意思修正が明らかでない場合は、医師は患者の自己決定権を尊重すべきであり、また、患者の指示書の内容については拘束力があたえられること、そして、患者による指示書が残されていない場合は代理人による意思表示を患者の意思表示に代えることが認められている。代理人選定については、民法に基づき、患者による配慮委任状や世話人指示書の作成などによって、患者の両親や世話人などから代理人を選定し、代理権授与の意思表示を行うことや、後見裁判所に世話人や後見人の承認を行ってもらうなどの意思表示を行うことが明記されている⁽²⁴⁾。

現在においても、医師による臨死介助をはじめとした尊厳死について、立法化すべきであるとの提言は示されているが、尊厳死に関する事案が起こった際には、上記のような医学会のガイドラインで対応を行っている現状にある⁽²⁵⁾。

3. 2 フランスにおける尊厳死論

フランスでは、これまで、安楽死や尊厳死のように、高度の医療技術の発達に伴って引き起こされる生命倫理に関する問題に対しては、公権力を行使して立法化すべき問題と、各人のモラルや倫理に委ね、伝統的解釈の中で処理すべき問題とに振り分けを行い、解決を図っていた。

立法化すべき問題に振り分けられた例では、「生命倫理法」が挙げられる。これは、1970年代に人工授精が一般化し、1982年にはじめての「試験管ベビー」アマンディーン（仮名）が誕生した経緯に伴って、人工授精をはじめとする生殖をめぐる問題が公権力として立法化されるべき問題であると振り分けられたことにより、1994年に成立するに至ったものである⁽²⁶⁾。

生殖技術に関する問題が立法化すべきというカテゴリーに振り分けられていた一方で、安楽死や尊厳死に関する問題は、「生命倫理法」法制化のための議論の中では立法の対象外となっていた。当時、安楽死や尊厳死といった問題は、各人のモラルや倫理に基づき伝統的解釈をもって解決すべき問題と考えられていたようである⁽²⁷⁾。しかし、安楽死や尊厳死の問題が立法化の対象外として扱われてはいたものの、フランスでは、古くから自己決定権をはじめとした患者の権利を尊重すべきであるという考えは支持されていた。その後、患者の権利を尊重するために、安楽死や尊厳死の問題についても立法化を考えるべきであるといった議論が行われるようになり、その結果、2005年4月22日に法的に許容される尊厳死を規定した「患者の権利と終末期に関する法律」が制定することとなった⁽²⁸⁾。

「患者の権利と終末期に関する法律」において尊厳死の適法要件が立法化されるまでには、インフォームドコンセントをはじめとする患者の権利の尊重を規定した「医師職業倫理法典」の改正と、「患者の権利及び保健衛生システムの質に関する法律（以下、公衆衛生法典）」の制定が大きな影響を与えた。まず、1947年に制定された医師職業倫理法典であるが、1979年の改正において、同法第7条に「患者の意思は、常に最大限可能な限り尊重されなければならない」ということが規定された。さらに、1995年の改正に至っては、第37条において「いかなる事態においても、医師は患者の苦痛を和らげるよう努力し、精神的に助け、検査及び治療においてあらゆる不合理な固執を避けなければならない」とし、また、第36条において、「診察又は治療を受ける者の同意は、あらゆる場合に求められなければならない」こと、そして、「患者が自らの意思を表明できる状態において、掲示された検査または治療を拒否する場合には、医師は、拒否により生じる帰結について説明をした上で、患者の拒否を尊重しなければならない」として、終末期医療における医師の倫理的姿勢と、患者の治療拒否を含む自己決定を尊重する規定が置かれた。さらに、同法は、患者が自らの意思を表明できない場合において、「医師は、緊急又は不可能な場合を除いて、患者の近親者が、通知を受け説明を受けた後にしか処置を開始してはならない」と規定した⁽²⁹⁾。続いて、2002年3月4日に制定した公衆衛生法典では、すべての患者に対して「医療者と共に、医療者の掲示する情報及び勧奨を考慮に入れて自らの健康に関する決定を行う」ことができ、「医師はその選択の帰結について知らせた上で、その意思を尊重しなければならない」として、患者の権利が保障された。また、同法において、患者の治療に関する同意は「いかなる医療行為も、いかなる治療も、説明を受けた上で」自由になされなければならないとされ、医師は、そのような患者の同意なしにはいかなる医療行為も行うことはできないとされ、さらに、患者の治療拒否や治療中止に関する意思決定によって、患者の生命が危険にさらされる場合には、「医師は、必要不可欠な治療を受け入れるよう説得するためにあらゆる

すべを尽くさなければならない」ことが規定された⁽³⁰⁾。

医師職業倫理法典の改正や公衆衛生法典の制定によって、医師は患者の意思を最大に尊重すべきであるとの立場が確立され、国民の間からも、終末期医療において患者の権利を尊重すべきであるといった声が高まるようになった。このような状況を受けて、患者の治療行為の中止や自らの死をどのように迎えるかといった死に関する決定も、治療行為の選択の一種として尊重されるべきであり、立法化を検討すべきであると考えられるようになった。このような経緯から「患者の権利と終末期に関する法律」が制定するに至ったものである。

「患者の権利と終末期に関する法律」の具体的な骨子は以下のとおりである。「①医師団は、無用な延命措置を止める決定を下すことができる。ただし、患者及びその家族との話し合いを体系的な枠組みに則って行わなければならない。②患者と医師の意見が食い違った場合には、患者は他の医師団に相談することができる。③意識のない患者に関しては、意識のあるうちに、前もって事前指示書を残しておくことができる。すなわち、医師団が参考にするべく、一種の医療的遺言を残しておくことを可能とする。④上記の指示がない場合には、治療停止のための決定は医師団による合議の上でなければ下され得ない。この合議の際には、法律に定められた預信者、家族、または近親者のうちの1人の意見を求めて判断を行う。⑤この医療的遺言は、強制的な執行力をもつものではない」といった内容である⁽³¹⁾。この「患者の権利と終末期に関する法律」が制定したことによって、刑法こそ改正は行われなかったが、医師職業倫理法典並びに公衆衛生法典が改正されることとなった。この結果、公衆衛生法典において「末期の段階における患者が、どのような治療であれその制限または中止を決定する場合には、医師はその選択から生じる帰結を知らせた上で、その意思を尊重する」ことが規定され、患者の意思に基づく尊厳死は法的に許容されるようになった⁽³²⁾。

さらに、この法律において注目されるのは、患者の意思が明確でない場合において、家族や預信者によって推定された患者の意思よりも、また、患者が事前に作成した事前指示書よりも、医師団の合議による結果が尊重される点である。本法律によれば、医師団の合議に際して、預信者、家族から意見を求め、患者の事前の指示書を参照することはあるが、最終的な決断は合議の決定に従われると規定している。これは、意思表示のできない患者の自己決定をいかに推察するかといった問題に対して、新しい結論を導き出しているといえよう⁽³³⁾。

4. わが国における尊厳死の判例並びに尊厳死論

4. 1 尊厳死に関する判例

わが国において、初めて医師による安楽死並びに尊厳死の適法要件が明示された判例は、1995年に横浜地裁で争われた東海大学病院安楽死事件である。これは、大学付属病院の内科医師が、多発性骨髄腫に侵された患者の家族の懇請に応じて、末期状態であった患者に対して、栄養剤点滴及びフォーリーカテルの取り外しと、エアウェイの除去といった生命維持治療を中止し、さらに、患者家族からの「楽にしてやってほしい」との要望に応じて、呼吸抑制作用

のある薬剤ホリゾン及びセレネースの注射と、ワラソン及び塩化カリウム製剤KCL液を注射し、患者を急性心不全で死亡させたという事件である。本件医師は、まず、生命維持治療の中止といった消極的安楽死を行い、さらに、患者家族の要望を受けて積極的な生命短縮のための積極的安楽死を行っている。

本件に対して、横浜地裁は、消極的安楽死及び積極的安楽死の適法性、並びに適法化される要件について判示した。判決内で判示された消極的安楽死が許容される要件は以下のとおりである。「①患者が治療不可能な病気に侵され、回復の見込みもなく、死が避けられない末期状態にあるということ。②治療行為の中止を求める患者の意思表示が存在し、且つ、治療の中止を行う時点で存在すること。但し、明確な意思表示が存在しないときは推定的意思でも足りる。このとき、リビング・ウィルは患者の推定的意思を認定する有力な証拠となる。また、家族の意思表示から患者の意思を推定することが許される。③治療行為の中止の対象となる措置は、薬物投与及び対症療法である治療措置、さらには、生命維持のための治療措置などすべてが対象となる。しかし、どのような措置を、いつ、どの時点で中止するかは、死期の切迫の程度、当該措置の中止による死期への影響の程度などを考慮して、医学的にもはや無意味であるとの適正さを判断し、自然の死を迎えさせるという目的に沿って決定されるべきである」といった要件である。そして、本件における消極的安楽死行為については、②の患者の明確な意思表示に関する要件が欠けており、処罰は免れられないとした。さらに横浜地裁は、積極的安楽死に対しても許容される要件を4つ明示し、本件積極的安楽死行為に対しても3つの要件が欠けるとして、本件医師の消極的安楽死及び積極的安楽死の行為は法的に許容されない行為であると判示し、刑法199条殺人罪を適用して、懲役2年、執行猶予2年の刑を科した⁽³⁴⁾。

また、東海大学病院安楽死事件から3年後の1998年、末期患者に対する医師の治療中止（消極的安楽死）に関する事件が起こった。これが川崎協同病院事件である（本件は2005年に横浜地裁で判決が下され、2007年に東京高裁において判決が下されている）。

事件の概要は以下のとおりである。被告人である医師は、長年主治医として担当していた、気管支喘息重積発作に伴う低酸素性脳損傷で意識が回復しない被害者に対して、延命続行で肉体が細菌に侵されるなどして汚れていく前に、気道確保のために鼻から気管内に挿入されているチューブを抜去して、できる限り自然な形で息を引き取らせて看取りたいとの気持ちを抱き、被害者が死亡することを認識しながら、あえてそのチューブを抜去し、呼吸を確保する処置を取らずに死亡するのを待った。ところが、予期に反して、被害者が身体を海老のように反り返らせるなどして苦しうに見える呼吸を繰り返し、鎮静剤を大量に投与してもその呼吸を鎮めることができなかったことから、そのような状態を家族らに見せ続けることは好ましくないと考え、筋弛緩剤で窒息死させようと決意し、事情を知らない准看護師に命じて、筋弛緩薬である臭化パンクロニウム注射液を被害者の中心静脈に注入させて、呼吸筋弛緩に基づく窒息により死亡させたという事件である。第1審の横浜地裁は、患者の自己決定権を尊重することは、自殺や死ぬ権利を尊重し、容認するものではないと言及した。しかし、その上で、各人が

人間の尊厳や幸福追求の発露として、人間としてどう生きるかなどの生き様を自ら決定しそれを実行していくことと同様に、自身が人間としてどのように死を迎えるかなども自ら決定することができ、その決定は尊重されるべきであるとした。そして、「どのような死を迎えるか」についての自己決定が尊重される前提には、回復の見込みがなく死が目前に迫っていること、それを患者が正確に理解し判断能力を保持しているということが不可欠となると述べた⁽³⁵⁾。また、死の迎え方を決定するのは患者本人でなければならず、患者が医師から自身の病状に関する情報を与えられ、十分な説明を受けた上で任意かつ真意に基づいた意思の表明を行っていることが必要であるとした。さらに、患者本人の任意かつ真意に基づいた意思が確認できない場合においては、患者の自己決定権の尊重から、できうる限り患者の意思を推定すべきであるとし、その意思探求に当たっては、本人の事前の意思が記録されているもの（リビング・ウィル等）や、同居している家族等、患者の生き方や考え方をよく知る者による患者の意思の推測を行うべきであると示した。但し、最終的に、患者の意思の真意が不明であれば、医師は患者の生命保護を優先させ、医学的にもっとも適した諸措置を継続すべきであると論じた。そして、本件医師については、患者の死期が切迫していたとはいえ、医師の治療義務の限界に到達していなかったこと、また、患者本人の死に方についての意思決定を医師が患者に代わって行うべきではないことを理由として殺人罪を適用し、懲役3年執行猶予5年に処する判決を下した。その後、被告人である医師は、本件抜管時には患者の死期が切迫していたこと、また、治療中止についての患者の意思を推定するに足る家族の要請に基づき本件抜管を行ったので、自らの行為には違法性がないとして控訴した。

第2審の東京高裁では、被告人である医師の前者の主張に対して、複数の鑑定意見に従えば、患者の1週間以内の死亡は確実とされなかったことを挙げ、さらに、後者の主張に対して、治療中止を求める家族の意思が患者の意思と直ちに同視できるかどうかを判断することができないとして、原審と同じく殺人罪を適用した。しかし、本件医師に対して、「治療中止について医療に従事する者が従うべき法的規範も医療倫理も確立されていない状況下で、家族からの抜管の要請に対して決断を迫られたことから、医師の治療中止の決断を事後的に非難するというのは酷」であるとの犯情を考慮すべきであるとして、原審の懲役3年執行猶予5年の刑を破棄し、懲役1年6ヶ月執行猶予3年へと減刑を行っている⁽³⁶⁾。

さらに、近年になって、川崎協同病院の事件の他にも、いまだ裁判で判断されてはいないものの、病院における人工呼吸器取り外し等の事件が続いて発生している。富山県射水市の市民病院では、2000年～2005年の間に鑑定医が末期患者7名の人工呼吸器の取り外しを行い、患者を死亡させたという事件が起こり、富山県警が、人工呼吸器の取り外しを行った医師らを殺人容疑にかけ、発覚から1年以上にわたって現在も捜査を続けている⁽³⁷⁾。また、2004年2月、北海道羽幌町の道立羽幌病院で、女性医師が男性患者の人工呼吸器を取り外して死亡させたとして殺人容疑で書類送検されるという事件が起こっている。旭川地検は、当該事件について「取り外さなくても余命は十数分程度だった可能性があり、取り外したことが死期を早めたと

は断定できない」とし、さらに、「人工呼吸器の取り外しと死亡との因果関係を認めることは極めて困難」であることを理由に、医師の嫌疑不十分として不起訴の処分を下している⁽³⁸⁾。さらに、2006年2月には、和歌山県立医大付属病院紀北分院において、医師が80歳の女性患者の人工呼吸器の取り外しを行って、患者を死亡させたという事件が発生した。この事件は、脳神経外科専門の医師が、脳内出血で同分院に運ばれてきた女性患者の緊急手術を行ったが、患者の術後の経過が悪く、脳死状態になったため、家族からの「かわいそうなので人工呼吸器を外してほしい」との懇願を受け、患者の人工呼吸器を外し死亡させたものである。現在、本件医師は殺人罪で和歌山地検に書類送検されている⁽³⁹⁾。

以上のように、わが国においても、回復の見込みのない末期状態において人工的な延命治療を継続してもらうよりも、「人間の尊厳」を保ちながら自然に死を迎えたいと望む患者が次第に増えてきている現状や、実際に人工呼吸器の取り外しに関する事件が起こっている現状から、医師による治療中止行為の法的許容性の問題は、早急な解決策をはかるために、さらに議論を重ね検討すべき課題であるといえよう。

4. 2 わが国における尊厳死論

わが国は、フランスのような尊厳死の適法要件に関する立法化を行っておらず、ドイツと同様に、尊厳死が許容されるか否かは司法判断に委ねられている。つまり、医師が患者の権利を尊重して患者の希望どおりに治療行為を中止し、自然な死を迎えさせた場合、医師の行為は生命を侵害する行為にあたり、殺人罪や自殺関与罪が成立する危険性を有しているため、裁判において始めて医師の行為の適法性が判断されることになる。このため、医師は、患者や患者の家族から治療中止を懇願されたとしても、犯罪を成立する危険性のある治療中止を行うより、延命治療を続けるのが常となっている。

このような現状を打破するべく、日本尊厳死協会などから、医療現場の混乱をさけるためには、司法による判断を待つべきではなく、尊厳死適法についての立法化をはかるべきだとする主張がなされている。これに対し、刑法学者の甲斐教授は「(現在の) 混沌とした状況の中で立法化するのは、かえって医療現場に混乱を招き、患者の生存権が逆におびやかされる懸念もある」と言及し、立法よりも適切な公的ガイドラインを作成すべきであると提唱されている⁽⁴⁰⁾。

確かに、これまでの安楽死や尊厳死の適法要件は判例によって明示されたにすぎず、さらに、明示された要件を全て具備するケースは全くないといっても過言ではない。このことから、現場の医師らにとっては、適法要件についての立法を行い、明確な基準が明記されることが望ましいであろう。しかし、甲斐教授も指摘しているように、患者の自己決定権の尊重により許容される治療中止行為の内容の範囲や、患者の意思表示が不明である場合における対処など、いまだ議論すべき課題が残っている現段階において、早急な立法化を図ることは妥当ではないと思われる。このため、現段階においては、従来どおり個々の事案ごと裁判所によって治療中止行為の適法性を判断していくか、あるいは、消極的安楽死が許容される要件を示した公的ガイ

ドラインを作成し、要件を具備しているかの判断を裁判所に委ねることが最も妥当ではないかと思われる。

公的ガイドラインにおける消極的安楽死の許容要件は、患者が治療中止に対して明確な意思表示を行っているといった要件はもちろんのこと、患者の死期が切迫しているか、また、患者が回復の見込みのない症状であるか、さらに、患者の症状や中止できる治療行為の内容など、細微にわたって確定されなければならない。その中でも、患者の任意且つ真意な意思表示に関しては、生命維持装置を使って人工的に延命を行っている状況下において、既に患者に意識がないとか、あるいは判断能力が欠けている場合も多いため、患者の意思の探求をいかにするかを検討する必要が生じる。事前に患者が意思を表明していない場合の患者の意思の探求の仕方としては、以下の2つの方策が考えられる。まず、第1に「家族や後見人による患者の自己決定権の代行の承認」である。これは、患者の家族や後見人に患者の自己決定権の代行を認めるものである。そして第2に「リビング・ウィル（生前に効力を発する遺言類似文書）の作成」である。これは、患者があらかじめ延命措置や治療拒否に関する意思表示を書面に書き残し、患者の意思表示に代えるというものである。

第1の「家族や後見人による患者の自己決定権の代行の承認」であるが、患者に代わって家族や後見人の意思を代行することに対して、「家族の同意を『代行』として構成することが法的に可能であるとしても、それが患者本人の意思そのものではなく、『犠牲』としての性格を有することが否めない」という批判がなされている。しかし、「家族などの同意を法的に意味がないこととしてしまうのは、医師に過大な裁量権を認めるだけでなく、医療の実情にも反することになる」との反論があるように、また、実際の医療現場においては、患者の意思よりも家族の意思をまず優先する現状にあることから、家族や後見人に患者の自己決定権の代行を否定することは難しいように思われる⁽⁴¹⁾。ただし、患者の自己決定権の代行を承認するためには、「患者の意思を最もよく推認しうる家族」によって行われること、また、「患者の最善の利益を実現するという意味で、患者の意思をくんだものでなければならない」などの要件を課して、厳格な判断を行うべきであろう⁽⁴²⁾。また、第2の「リビング・ウィルの作成」に対しては、患者自らが事前に意思を表明した書面であることから、確かに患者本人の意思として尊重することが可能となる。しかし、果たしてリビング・ウィルに記されている意思が、患者に意識がなくなった際の意思といえるかについては疑問が残る。また、リビング・ウィルは「医師の免責を確実にするために意味を持ちうることは確かであるが、生命尊重の基本思想を危うくするとともに、実際には、老人や病者のような弱い立場にある者にそのような意思表示を強いる結果になる恐れがある」という批判もなされている⁽⁴³⁾。

このように、患者の意思が明らかでない場合に、以上の2つの方策によって患者の意思を探求し、患者の意思表示として認めるべきだという議論が行われてはいるが、結論はいまだだされていない現状にある。

5. 結 論

本論文では、ドイツ・フランス・日本における尊厳死論を論じながら、尊厳死が許容される要件や、尊厳死立法化の必要性など検討を行ってきた。本章では、刑法の解釈論から、尊厳死の許容性について検討し、総括的な私見を論じていきたい。

現在、ドクターハラスメントという言葉が用いられているように、かつては、医師が医療の専門家であることから、自らの能力と判断に基づき、患者に対して治療行為をおしつける医療が通常に行われていた。患者は自らの症状についての十分な説明をされることなく、医師の独断的且つ権威的な裁量に基づいた治療を受け入れるにすぎなかった。このような医師主体の医療に対抗する形で、インフォームドコンセントをはじめとする患者の権利を尊重すべきであるという主張がなされるようになったといえる。

医療現場における主体者を医師から患者へと変革する意味においては、患者の自己決定権は大きな影響を与えるため尊重すべきである。医師は患者に対して患者の症状や治療方法を十分に説明すべきであり、さらに、患者と共に治療行為の選択を行い、患者の治療に関する意思決定に基づき治療行為を行うべきである。しかし、患者の自己決定権を尊重すべきであるといっても、それは、患者の治療拒否の自己決定に基づく生命侵害行為を直ちに正当化するというような、いわゆる「死ぬ権利」と結びつくものであってはならない。患者が生きるために自らの治療行為を決定するような「患者の自己決定」は権利として尊重されるべきではあるが、それに伴って、患者の死の自己決定を最大に尊重するものであってはならないと思われる。

これは、刑法202条において嘱託・承諾殺人罪及び自殺関与罪が規定されていることから導くことができる。なぜなら、刑法202条は、法益主体者が自己の生命侵害行為に対して同意を与えていたとしても、当該生命侵害行為を犯罪として処罰する規定であるからである。刑法202条に基づけば、いくら患者の治療拒否の意思表示によって、自己の生命侵害の同意があったとしても、患者への治療中止行為は嘱託・承諾殺人罪や自殺関与罪が、さらに、患者の任意且つ真摯な同意がなかったならば、刑法199条の殺人罪が成立する可能性が生じる。刑法の立法趣旨からみれば、やはり生命が最も尊重され、保護されるべき利益であることから、たとえ患者の自己決定権を尊重するといっても、患者の治療拒否の意思表示があるだけで直ちに治療行為の中止が許容されるべきではない。その意味において、患者の治療行為の選択に関しては患者の自己決定権を最大に保障すべきであるが、患者の死を選択する決定は、刑法における「被害者の承諾」と同様、同意に基づく生命侵害行為の違法性を減少させる一要素に過ぎないと考えられる。

このため、積極的安楽死が問題となる事案であっても、消極的安楽死が問題となる事案であっても、当該生命侵害行為が許容される第1の要件となるのは「患者による任意且つ真意による同意」であると考えられる。しかし、患者による同意があったとしても、それだけでは当然に患者に対する生命侵害行為の違法性は阻却されず、刑法202条の嘱託・承諾殺人罪や自殺関与罪が成立する余地が残る。患者に対する生命侵害行為の違法性が完全に阻却されるためには、そ

の他の適法要件がさらに必要となると思われる。つまり、延命治療の中止の適法性が問題となる消極的安楽死においては、患者の治療中止の意思表示が存在することを前提に、患者の死期が目前に迫った限界の状況であり、且つ、回復の見込みが医学的に否定される状況下で行われるなどの要件を具備する限りにおいて、当該消極的安楽死にかかる行為の違法性が完全に阻却されるものと考えるべきである。

また、安楽死をめぐる適法要件を立法化して明示すべきであるとの意見があるが、積極的安楽死においても、消極的安楽死においても、立法化は時期尚早のように感じられる。死をめぐる自己決定権について立法し法的に保障することは、当然に自己決定を行う個人に大きな責任が生ずる。諸外国においては、国民の間から安楽死や尊厳死を許容すべきであるとの声が上がっており、法制化へと結びついた国も存在しているが、わが国においては、いまだ、個人主義の下での個人責任の重大さの認識や、安楽死及び尊厳死の関心がそれほど深まっていない現状にあるように感じられる。こういった状況下において、安楽死及び尊厳死の許容に関する立法化を行うべきではないであろう。しかし、医療技術の発達に伴って、治療中止行為が対象となる消極的安楽死は、積極的安楽死よりも日常的に起こりうる可能性が高まっていること、また、実際に延命措置の中止が問題となる事件が起こっていることなどから、公的ガイドラインにおいて、患者の意思表示をはじめとした消極的安楽死の許容要件を規定する必要があると思われる。

本年に入って、各界から消極的安楽死の許容要件を規定するガイドラインが提出され始めている。これらのガイドラインの内容を研究し、比較しながら、患者の意思の推定をいかに行うか、また、延命治療中止の範囲などの要件などについて検討を行っていくのは、今後の課題としていきたいと思う。

【注】

- (1) 拙稿「安楽死と自己決定権」創価大学大学院紀要2005年45頁参照。
- (2) 甲斐克則「法律から見た尊厳死」医療教育情報センター編『尊厳死を考える』2006年82頁参照。
- (3) 安楽死の概念については、拙稿前掲注(1)45頁以下参照。
- (4) 川端博『集中講義刑法総論』1993年218～221頁参照。
- (5) 拙稿前掲注(1)45頁以下参照。
- (6) 中山研一『安楽死と尊厳死—その展開状況を追って』2000年51頁、今中孝信「死をみとる医療と尊厳死—全人医療と生老病死の観点から—」医療教育情報センター『尊厳死を考える』2006年46頁参照。
- (7) 川端前掲注(4)229～230頁参照。
- (8) 星野一正『私の生命はだれのもの』1996年40頁～41頁及び77頁～78頁参照。
- (9) 拙稿前掲注(1)46頁以下参照。
- (10) アメリカの判例に基づく人工延命治療の内容について、「人工呼吸器の使用(例えば、カレン・クインラン事件)から、特殊化学療法(例えば、マサチューセッツ州のサイケヴィッチ事件)、人工透析(例えば、マサチューセッツ州のマイヤーズ事件やスプリング事件)、栄養補給チューブ(例えば、ニュージャージー州のコンロイ事件やミズーリ州のナンシー・クルーザン事件)の使用」などがある。

- った。これについて詳細なものに、甲斐克則『医事刑法の旅Ⅰ（新版）』2006年224頁、また、甲斐克則『尊厳死と刑法』2004年2頁参照。
- (11) 川崎協同病院事件 横浜地裁判決平成17・3・25判時1909号130頁、判タ1185号114頁。
 - (12) 東海大学病院安楽死事件 横浜地裁判決平成7・3・28判時1530号28頁、判タ877号148頁、及び甲斐前掲注（10）225頁参照。
 - (13) 大嶋一泰・大谷實・紙谷克子・神野哲夫・唄孝一「座談会『尊厳死』論議の光と影」ジュリスト1061号1995年29頁、並びに甲斐前掲注（10）225～226頁参照。
 - (14) 甲斐克則総合司会「ドイツにおける終末期医療をめぐる法的論議の最近の動向」、ドイツにおける尊厳死論について、武藤眞朗「ドイツにおける判例および連邦医師会のガイドライン」、フランスの尊厳死論について、東雪見「『フランス尊厳死法』について—立法経緯およびその内容、日本の状況との比較—」第85回刑法学会ワークショップ3『尊厳死と終末期医療』を参照。
 - (15) ドイツでは、1970年代～1980年代にかけて、ナチス問題を想起させる「安楽死（Euthanasie）」という用語を避け、「臨死介助（Sterbehilfe）」という用語が用いられた。臨死介助という用語は、医学会や法学会でも一般的に用いられている。甲斐前掲注（10）213頁参照。
 - (16) ドイツはわが国とは異なり自殺に関与する行為は刑法で処罰されておらず、医師による臨死介助が嘱託殺人罪（216条）にあたるか、あるいは法的に許容されるべきかが問題となっている。甲斐前掲注（10）213～214頁参照。
 - (17) Richtlinien der Deutschen Bundesärztekammer für die Sterbehilfe.
 - (18) 武藤前掲注（14）レジュメ2頁参照。
 - (19) BGHSt 32, 367. 詳細にまとめられているものに、甲斐前掲注（10）214頁参照。
 - (20) 上田健二・浅田和茂編訳 アルビン・エーザー『先端医療と刑法』1990年 339頁参照。
 - (21) Alternativ-Entwurf-Sterbehilfe（以下、AE-Sterbehilfe）、S. 8. 詳細にまとめられているものに、甲斐前掲注（10）217頁参照。
 - (22) AE-Sterbehilfe. S. 2 f. 甲斐前掲注（10）217～218頁参照。
 - (23) NSTZ 1987, 229.; MedR 1987, 196. NJW 1987, 2940.
 - (24) 武藤前掲注（14）レジュメ2頁以下参照。
 - (25) Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung. 死の看取り法対案。また、2006年にもドイツ刑法学会有志による新たな「死の看取り法対案」が提出されている。本対案では、生命維持装置の停止、制限、差し控えや、苦痛緩和措置、自殺の不阻止、利益追求による自殺援助を盛り込んだ刑法改正案が主張されている。甲斐前掲注（14）レジュメ3頁参照。
 - (26) フランスにおける生命倫理法は、人体尊重法、人体の構成要素および産物の提供および利用、生殖に対する医学的介助ならびに出生前診断に関する法律、そして保健の分野における研究を目的とする記名情報の処理、ならびに情報処理、情報ファイルおよび自由に関する1978年1月6日法を改正する法律の3法からなっている。主に人工生殖分野を中心とした規定が行われている。中村義孝「フランスにおける生命倫理立法と憲法院」立命館法学1996年4号（248号）参照。
 - (27) 西村高宏「倫理原則を備えた法的な規制の試み—フランスにおける生命倫理法についてのノート—」『医療・生命と倫理・社会』Vol.1 No.1 2001年、並びに、東前掲注（14）レジュメ1頁参照。
 - (28) 東前掲注（14）レジュメ1頁以下参照。
 - (29) Code de Deontologie Medicale 医師職業倫理法典について詳細な研究に東前掲注（14）レジュメ1頁参照。
 - (30) Code de la sante publique Article L.1111-4（以下、CSPL.1111-4）、患者の権利及び保健衛生システムの質に関する法律（公衆衛生法典）について詳細なものに、東前掲注（14）レジュメ1頁参照。
 - (31) 恩田裕之「安楽死と末期医療」調査と情報第472号2005年7頁参照。
 - (32) CSPL.1111-10. 東前掲注（14）レジュメ3頁参照。
 - (33) CSPL.1111-13 東前掲注（14）レジュメ3頁参照。
 - (34) 東海大学病院安楽死事件 前掲注（12）。

- (35) 川崎協同病院事件 前掲注(11) 詳細に研究しているものに甲斐前掲注(10) 231頁以下参照。
- (36) その後、被告人である医師は高等裁判所の判決を不服とし、上告を行っている。
- (37) 「射水市市民病院 呼吸器外し死と因果関係」読売新聞2007年3月29日参照。
- (38) 「呼吸器外し医師を不起訴 旭川地検『死亡との関係不明』」読売新聞2006年8月4日参照。
- (39) 「和歌山県立医大 呼吸器外し患者死亡」読売新聞2007年5月22日参照。
- (40) 甲斐前掲注(2) 90頁以下参照。現に、2007年には、日本救急医学会における「救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)(案)」や、厚生労働省における「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」、そして、日本医師会における「終末期医療に関するガイドライン」等が次々と作成されている。
- (41) 川端前掲注(4) 231頁～232頁参照。
- (42) 内藤謙『刑法講義総論(中)』1986年546頁～547頁参照。
- (43) 内藤前掲注(42) 547頁参照。