

# ニュージーランド「終末期選択法」に関する一考察

谷 口 聡

## 要 旨

本稿は、ニュージーランドにおいて2019年に成立した「終末期選択法」について検討することを目的としている。

近年、いわゆる安楽死を合法化する立法を行う国々が増加している。ニュージーランドでは、2019年に末期患者に「幫助自死」という選択を認める法律が議会で可決した。

この法律の特徴は、判断能力のあるニュージーランドの18歳以上の市民が余命6か月の病気に罹患している場合、その患者に、2つの方法による「自死」という選択を認めるものである。一つ目の方法は、患者自身の手による致死薬物の投与であり、もう一つの方法は、医療従事者の積極的行為により致死薬物を投与するものである。

本稿では、どのような患者が幫助自死の適格者として認められるか、適格要件としての判断能力の議論、幫助自死が濫用されないための安全装置としての段階的プロセスといった3つの視点からこの法律を分析する。

わが国には、終末期医療に関する制定法は存在しないが、終末期医療の規範として、わが国に大きな示唆をもたらす検討結果となった。

## I はじめに

本稿は、ニュージーランドで2019年に議会で可決された「終末期選択法（End of Life Choice Act 2019）」について検討することを目的としている。

わが国には終末期医療に関する制定法は存在しておらず、医療紛争を通じて形成された判例規範と厚生労働省のガイドラインによって終末期医療の現場が動いている。すなわち、規範は存在しているものの議会による法の制定がなされていない。これとは逆に、欧米では終末期医療に関する立法を行う国が多く見受けられる。

終末期医療については、近年、アドバンスド・ケア・プランニングの導入・実施が活発となるなど、また、安楽死を立法によって制定する国家が増加するなど、いくつかの特徴的な動向が目を引く。筆者は、このような世界的な終末期医療の動向に関して法律学の視点からその問題にアプローチしてきた。本稿では、ニュージーランドで2019年に成立した「終末期選択法」に着目する。

この法律は、末期患者に医療従事者による幫助を伴った自死または医療従事者の積極

的行為を伴った安楽死を選択的に認めることを正当化するものである。このようなニュージーランドの立法がわが国にどのような示唆を与えるものかについて法律学視点から考察したい。

なお、筆者は、いわゆる「安楽死」について、原則としてこれを認めることにつき否定的な立場である研究者であることを申し添えさせていただきたい。

## Ⅱ 本稿の目的と考察方法

前述のとおり、本稿はニュージーランドの終末期選択法を考察するものであるが、紙幅の関係上、中心的な視座を次の3点に置くこととしたい。それは、①この法律により自死を選択しうる患者の適格性の基準、②自死を選択する患者の「判断能力」の問題、③自死の制度が濫用されることを防止する安全装置としての段階的な手続き、について重点的に検討を行う。

ニュージーランド同法に関する先行研究として、中田美穂「ニュージーランドの安楽死（End of Life Choice Act）の紹介」<sup>1</sup>があるが、これは生命倫理学の見地から同法を他国制度と比較考察して同法の輪郭を紹介したものである。筆者執筆の本稿は、法律学の観点から上記論点に焦点を当てて重点的な検討を行うものであり、その趣旨を異にすることから、本稿の意義は別途存在するものと臆見する。

本稿では、次の第Ⅲ章において、「終末期選択法」の個々の条文の一部について具体的に邦訳を試みた上で、Jane Goodwin教授とNick Laing教授の共著書“END OF LIFE CHOICE ACT”（2021）<sup>2</sup>を関係条文ごとに引用ないし参照して考察する。さらに、筆者の観点からのコメントを加えて、本稿3つの観点からの検討を行う。

その次の第Ⅳ章では、わが国の安楽死に関する判例規範やオーストラリア・ヴィクトリア州における「自発的幫助自死法」との比較考察などを加え、総合的に検討を行う。最後の第Ⅴ章では、本稿を整理して「結語」としたい。

## Ⅲ ニュージーランド「終末期選択法」の検討

### 1 概観

ニュージーランドの「終末期選択法」は、2019年に議会で可決された後、国民投票を経て施行に至ったものである。同法はニュージーランドの「安楽死法」などとの紹介もあるが、法理論的には、「安楽死」という表現には精密さを欠いていると言うことになろう。同法は、後述するとおり、致死薬物を患者自身が投薬する方法と医療従事者が積極的行為として投与する方法の2つの方法を正当化しており、わが国の刑法との関わり

1 田中美穂「ニュージーランドの安楽死（End of Life Choice Act）の紹介」緩和ケア31巻3号（2021）1頁。

2 Jane Goodwin and Nick Laing, “END OF LIFE CHOICE ACT”（2021）

で解釈しようとするれば、前者は自殺幇助罪の問題となりうるのに対して後者は殺人罪の問題となりうるものである。同法規定の患者の自死を「安楽死」という日本語訳でひとくくりすることは困難であると思われる。

以下では、前章で掲げた3つの観点、すなわち、①自死についてその患者が適格者であるとされる基準、②患者の判断能力という要件、③安全装置としての段階的手続き、に関わりの深い条文邦訳を掲げ、さらにその条文と関わりのあるJane Goodwin教授とNick Laing教授の共著書における説明の掲載、そして、筆者のコメントを加えて、検討を行っていきたい。

## 2 立法の背景

Jane Goodwin教授とNick Laing教授は、この立法の契機となった裁判判決<sup>3</sup>を紹介している<sup>4</sup>。

「この法律は、高等裁判所の判決であるSeales v. Attorney-General[2015]NZHC1239から主として高揚したこの問題における一般公衆の広範囲な議論の結果として議会へと提案されたものである」。

「この判決の控訴人、Lecretia Sealesは、脳腫瘍という不治の病に罹患していた。彼女は、総合診療医の幫助による自死の権利を訴えた。この判決においてSeales氏は2つの異なるタイプの申述をおこなった」。

「最初の申述は、彼女の医師が致命的な薬を投与するか「利用可能にする」ことによってSealesさんの死を幫助した場合、殺人や過失致死を犯すことはないというものであった。また、同じ状況下で彼女の医師がSealesさんの（刑法1961年第179条により禁止されたものとしての）「自殺」を幫助することもないというものであった。Sealesさんは、刑法第179条は社会の脆弱な個人を保護するために設計されており、彼女のような「合理的な」自殺には適用されるべきではないと主張した」。

「第二の申述は、刑法1961年の関連条項が、1990年ニュージーランド権利章典法第8条および第9条に含まれる生命の権利および拷問や残虐な扱いを受けない権利と一致しないというものであった。幫助自死へのアクセスが生命の権利と一致しないと主張することは一見直感に反するように思えるかもしれないが、それは以下の議論に基づいている。患者が致命的な薬物投与をできる前に患者の病気が後の段階に至るまで待つことを認めるというよりもむしろ、患者の身体的行動が可能な場合病気の初期段階において自ら命を絶つものであるというものである」。

「Collins判事は求められた命令を出すことを拒否した。判事は次のように述べた。「Seales氏が提起した複雑な法的、哲学的、道徳的かつ診療上の問題は、議会が刑法の効果を変更するための法律を制定することでしか対処できない。Lecretia Seales氏は判

3 Seales v. Attorney-General[2015]NZHC1239

4 Jane Goodwin and Nick Laing, *ibid.*, p.3

決が下された翌日に病気で死亡した」。

以上のように、ニュージーランドにおける2015年の高等裁判所の判決はまさしく患者の幫助自死に関するものであり、この事件判決が国民の関心を高揚させたものであるとの説明である。

### 3 法案作成と可決、および、国民投票を経た施行

この立法過程に関する両教授の説明は以下のようなものである<sup>5</sup>。

「この法律は2021年11月7日に発効した。この日付以前は、誰かの死を幫助することは、刑法1961年の第179条の下において犯罪とされていた」。

「この法律の施行は、長くてやや困難な議会の旅路を経て実現した。この法律は、2015年10月に「消費者と納税者の協会」団体のリーダーであり議会議員であるDavid Seymour議員が提案した議員立法として審議が始まった。この法律案は、2017年12月13日に、最初の読会が行われ、司法特別委員会に付託された。司法特別委員会は、この法律案を提出する総意に達することができなかつたと後に2019年4月9日に報告されている。それにもかかわらず、この法律案は2019年6月26日の第二読会を通過し、2019年7月31日に始まった委員会全体会議にかけられた。様々な修正案には、2020年の総選挙で法律案を拘束力のある国民投票にかけることが含まれており、2019年11月13日に第三読会を通過した。国民投票では、65.1%対33.7%の賛成多数で法律案の成立が承認された」。

### 4 立法目的と幫助自死（Assisted Dying）の意義・定義

[条文邦訳]

#### 第一部 前提規定

.....

#### 第3条 本法の目的

本法の目的は一、

- (a) 末期疾患を有しておりかつ一定の基準に合致している患者にその患者の生命を終焉させる法的要件を満たした法的支援の選択肢を提供すること、および、
- (b) 当該選択肢を行使する適格性を有する患者を支援する法的プロセスを設定することである。

[Jane Goodwin教授とNick Laing教授の説明]

5 Jane Goodwin and Nick Laing, *ibid.*, p.1

「終末期選択法2019（以下「この法律」という。）は、終末的な疾病に罹患し耐え難い苦痛を経験した人々に、「幫助による自死」として知られる自らの生命の終焉に対する医療的な支援を法的に要求する選択肢を提供する」<sup>6</sup>。

「この法律の下における幫助自死は、（患者が生命終焉のために医療従事者から（致死量の薬物投与を受ける）医療処置を受けるという）安楽死、および、患者が生命終焉のために医療従事者によって正当に処方された致死量の薬物を自ら投与するという）自殺の幫助の両方をカバーするものである」<sup>7</sup>。

## 5 「医師」「診療看護師」および「医療従事者」の定義<sup>8</sup>

[Jane Goodwin教授とNick Laing教授の説明]

「医師（ニュージーランド医療協議会に登録された医師であり医療実務のための認証を有している者）、診療看護師（高度な教育と診療訓練を受けており証明された法的適格性を有している。診療看護師は、登録看護師の水準を超えた医療実務のための法的権限を有している）、および医療従事者（看護師または薬剤師のような登録され医療実務の認証を有する保健専門家である）はこの法律の下で異なる役割を有している」<sup>9</sup>。

## 6 幫助自死を選択できる患者としての適格要件

[条文邦訳]

第5条 幫助自死について適格性のある患者または適格性のある患者の意味

- (1) 本法において、幫助自死について適格性のある患者または適格性のある患者とは以下の者であることを意味する一、
- (a) 18歳以上の者；および、
  - (b) 次の者であること一
    - (i) 市民権法1977において規定されるニュージーランドの市民権を有する者；もしくは、
    - (ii) 移民法2009第4条において定義される永住民であること；および、
  - (c) 6か月以内にその患者を死に至らしめるであろう末期疾患に罹患していること；および、
  - (d) 肉体的能力において不可逆的な悪化が進行していること；および、
  - (e) その患者が耐えられると考える方法によって取り除くことができない堪えがたい疾患を経験していること；および、

6 Jane Goodwin and Nick Laing, *ibid*, p.1

7 Jane Goodwin and Nick Laing, *ibid*, p.5

8 See this Act Section 4, Interpretation

9 Jane Goodwin and Nick Laing, *ibid*, p.5

- (f) 幫助自死について十分な情報に基づく意思決定をする判断能力を有すること。
- (2) 患者は、以下の者であるという理由のみにより、幫助自死について適格性が無い—、
- (a) 何らかの精神的混乱あるいは精神的疾患に罹患している；もしくは、
  - (b) 何らかの種類の無能力者である、もしくは、
  - (c) 高齢の者である。

#### 〔Jane Goodwin教授とNick Laing教授の説明〕

両教授はこの「適格基準」の説明の冒頭で「本稿のこのパートは、この法律のカギとなる効力のある規定、特に、幫助自死の適格性基準ならびに提案された安全措置の検証に光を当てることである」と述べており、適格基準を満たしていることの判断が「安全装置」、すなわち、本法規定の「幫助自死」が濫用されることがないようにするために非常に重要なものであるという見識を示している<sup>10</sup>。

そして、以下のように説明をしてる<sup>11</sup>。「上記にみられるように：

- ・ 適格性の入り口の基準は、患者の成熟性（患者を年齢で数えて18歳というものによる）および患者がニュージーランドの市民もしくは永住者であるという、客観的な評価基準によるものである。
- ・ 基準のバランス—そのすべてが満たされなければならない—は、評価のプロセスに強く依拠し、かつ、注意深い医療判断の行使を必要とする：
  - 6か月以内に患者の生命を終焉させる蓋然性のある終末期の疾病の存在；
  - 身体能力において不可逆的な衰退の進行した段階に患者があること；
  - 患者が（主観的に）その者が耐えられると考える方法において救済することが不可能である堪え難い苦痛を経験していること、および、
  - 患者が幫助自死を受け入れる同意をするための十分な情報に基づく決定をする判断能力を有すること。

幫助自死に関する医学的な要件は厳格なものである—かつ、この法律の記述の方法は、すべての適格性要件に合致していることを要求している。

ほとんどの医療従事者は、ある者が生きるであろう時間の長さに関して正確な予測をなすことが非常に困難でありうることに賛同する傾向があるだろう」。

「寿命が6か月以下であることに加えて、幫助自死を欲する患者は不可逆的な身体的悪化の状態に置かれていなければならない、かつ、耐えられようように救済されることができない耐え難い苦痛を経験してなければならない。

同時に、この法律は、幫助自死を希望する患者が多様で複雑な評価と面接、すべての段階に要求されるであろう時間を費やすことに耐える精神的肉体的な堅忍を有する必要

<sup>10</sup> Jane Goodwin and Nick Laing, *ibid.*, p.7

<sup>11</sup> Jane Goodwin and Nick Laing, *ibid.*, pp.7-8

を要求している。適合性に合致することは相対的に高い閾値である」。

「この法律はまた、患者が、幫助自死の欲求が以下の者によってなされるという理由のみによって適格ではないとしている：

- ・あらゆる精神的混乱もしくは精神的疾病に罹患している、または、
- ・あらゆる種類の無能力者であること、または、
- ・高齢であること」。

**〔筆者のコメント〕**

この適格要件に関して、筆者の関心事項は2点である。一つは、ニュージーランドの市民権などを有していることが要件となっており、スイスで問題となっているようないわゆる「自殺ツーリズム」の問題は回避できる仕組みに設計された意図を窺うことができる。

二つ目は、本条(1)(e)である。耐え難い疾患を「経験 (experience)」しているという要件の設定になっている。これはニュージーランドの英語の日本語への翻訳に過ぎないから、医療実務でどのような概念として扱われているのかを調査しないと正確なことは言えないが、「経験」とは一過性のものであっても要件を満たすことになるのではないだろうか。その場合は、わが国の判例規範である「死をもってするほか取り除くことができない苦痛」といった継続性のある苦痛であると解釈される要件とは異なることにある。端的には、要件が緩いという印象を持つ。

## 7 十分な情報に基づく意思決定をする判断能力を有する患者という要件

**〔条文邦訳〕**

第6条 幫助自死について十分な情報に基づく意思決定をする判断能力を有することの意味

この法律において、患者が以下のことについて可能である場合、その患者は十分な情報に基づく意思決定をする判断能力を有する—

- (a) 意思決定に関する幫助自死の性質についての情報を理解する；、および、
- (b) 意思決定に必要な範囲の情報を保持する；および
- (c) 意思決定の部分としての情報を使用しあるいは考える、および、
- (d) 何らかの方法において意思決定のコミュニケーションをする。

**〔Jane Goodwin教授とNick Laing教授の説明〕**

患者の判断能力の要件について、両教授は以下のような説明をしている<sup>12</sup>。

「この法律は、判断能力Re C機能テストを導入した。—言い換えるならば、患者が意

12 Jane Goodwin and Nick Laing, *ibid.*, p.8

思決定の能力を有するかどうか、もしくは、法的結果をもたらす選択をする能力があるかどうかである。このケースでは、患者の生命の終焉をもたらすであろう幫助自死を受け入れる決定である」。

「一般的に、ニュージーランド法においては、専門用語の「判断能力 (competence)」と「意思能力 (capacity)」は広く相互互換が可能である。本稿においては、この法律によって使用されているのと同様に「判断能力 (competence)」という専門用語を使用することとする。それは、患者もしくは他の者に法的結果をもたらす意思決定を患者が行う能力として参照される概念である」。

「この法律の下では、患者が以下の者である場合、幫助自死について十分な情報に基づく意思決定を行う判断能力があると考えられる：

- ・意思決定に関係する幫助自死の性質についての情報を理解する、および、
- ・意思決定をなすのに必要な範囲でその情報を保持する、および、
- ・その意思決定を行うプロセスの一部としてその情報を使用するもしくは重要性を計る
- ・何らかの方法によりその意思決定とコミュニケーションする」。

そして、両教授によれば、この法律において採用された判断能力の有無のテストは、立法以前の判例法において確立されていたものであると述べている<sup>13</sup>。

「現在この法律に含まれている法定テストは、以前ニュージーランド法で適用されていたものである。Chief Executive of the Department of Corrections v All Means All [2014] 3 NZNR 404 at (17) per Panckhurst J.の事例である。この事例は、ロールストン刑務所においてハンガーストライキをした収監者が人工栄養と水分補給を拒否したことに関するものである。

この事例で裁判所は、この者が治療を拒絶する十分な情報に基づきかつ合理的な意思決定を行う意思能力と判断能力を有することを確認した。A氏は4人の精神科医によって検証された。そして、裁判所は、A氏の意思決定能力—この事例では人工栄養と水分補給の医療処置を拒絶すること、を有することに疑いはないと判示した。

機能的な能力テストは、最近では強制的な物質依存治療法における閾値テストの一部としても採用されている」としている。

さらに、両教授は、意思能力を判断する方法を作り出すことに貢献した弁護士らを紹介している<sup>14</sup>。

「法廷弁護士であるAllison Douglass は、2016年7月以降の法律協会の報告書におい

13 Jane Goodwin and Nick Laing, *ibid*, pp.8-9

14 Jane Goodwin and Nick Laing, *ibid*, p.9

て、意思能力と判断能力の領域でニュージーランドの法学会に際立った貢献をした。その報告書の一部において、Douglass女史は、（コンサルタント精神科医であるDr. Greg Young と倫理学の教授John McMillanとともに）、クライアントの意思能力と判断能力を評価する場合の医師および弁護士のための実務的なガイダンスを含んだ『能力評価ツールキット』という共著を公表した。この法律は、幫助自死を受け入れるために患者が判断能力者であることを要求しているため、このツールキットは、法律家および医療従事者にとって考慮すべき重要な事項である」。

〔筆者のコメント〕

ニュージーランドのこの法律では、判断能力を“Competence”という文言で表現しているが、両教授の説明によれば、これは、“Capacity”とほぼ同義語とのことであり、そのような理解に基づいた解釈が必要となろう。

## 8 医療従事者の良心に基づく幫助自死に対する異議

〔条文邦訳〕

第二部 幫助自死

第8条 良心による異議

- (1) 医師は、患者に支援を提供することに良心に基づく異議を有する場合、本法の下で幫助自死を受け入れる選択肢を行使することを欲するあらゆる患者を支援する何等の義務を課されることはない。 <第(2)項以下省略>

〔Jane Goodwin教授とNick Laing教授の説明〕

医療従事者が良心に基づいて異議を唱えて幫助自死のサービスを拒否することにつき、両教授は以下のように説明している<sup>15</sup>。

「この法律は、幫助自死のサービスを提供する医療従事者に対して強制的な義務を課すことによって、医療従事者による幫助自死およびその実施を規制することに重点が置かれている。これらの義務は、安全避難規定の対象となり、医療従事者が良心的な異議を唱えて、幫助自死サービスの提供を拒否することを許可する」。

「この法律は、例えば典型的に医療従事者を雇う保健サービス提供者の規制に焦点を当てていない。この法案が成立した後にホスピス・ニュージーランドによって提起された事例であるHospice New Zealand v. Attorney -General [2020]NZHC1356 (16June2020)において、高等裁判所は以下の事項を含むこの法律の解釈に関するいくつかの制限的な判示をおこなった。

15 Jane Goodwin and Nick Laing, *ibid*, p.5

- ・ホスピスおよびその他の機関を含む保健サービス提供者は、幫助自死のサービスを提供しない選択をすることを権原づけられている。
- ・ホスピスやその他の機関が幫助自死のサービスを提供しないことを選択した場合、幫助自死のサービスがホスピスや機関によって提供されないという前提で医療従事者を雇用または関与させることができる。しかし、そのホスピスや機関の患者が幫助自死のサービスを要求した場合、医療従事者が法の下での良心的な異議に従う方法について、医療サービス提供者が取り決めを行う必要がある。
- ・「良心的な異議を唱える」医療従事者の権利は、医療従事者が個人的、道徳的理由、彼らの内面性において幫助自死の提供が患者にとって誤ったものであるという深い確信を抱く場合を含めて、医療実務における通常の意味において包含される」。

[筆者のコメント]

医療従事者にも幫助自死に手を貸さない選択を認めることは重要であり、本条の規定は医療従事者の側に立った配慮である。

## 9 幫助自死実施までの段階的な手続き

### (1) 安全装置としての慎重な手続きのための規定

Jane Goodwin教授とNick Laing教授は、患者が幫助自死を希望して実施に至るまでの段階的なプロセスを解説する冒頭において、「この法律の中へ組み込まれた多数の安全装置が存在する」と述べている<sup>16</sup>。本法の規定に従い慎重に段階的なプロセスを経ることが「安全装置」の重要な一つであるという認識を示している。

### (2) 医師による幫助自死手続き開始の禁止

[条文邦訳]

第10条 幫助自死は医師によって開始されてはならない。

- (1) 患者にあらゆる保健サービスを提供する医師は、患者にそのサービスを提供する過程において以下のことをしてはならない—
  - (a) 本法の下における幫助自死について実質的に患者との議論を開始すること；もしくは、
  - (b) 患者が本法の下における幫助自死を受け入れる選択肢を行使することを実質的に患者に提案すること。
- (2) 第(1)項は、以下のことを医師に回避させるものではない—
  - (a) 患者の要求のもとに、本法の下における幫助自死について患者を議論すること；もしくは、

16 Jane Goodwin and Nick Laing, *ibid.*, p.9

(b) 患者の要求のもとに、本法の下における幫助自死について患者に情報を提供すること。 <第(3)項以下省略>

#### [Jane Goodwin教授とNick Laing教授の説明]

両教授は本条に関して以下のような説明をおこなっている<sup>17</sup>。

「この法律は、幫助自死についての議論が医療従事者によって最初に開始されてはならないと規定している。 <条文の引用>」

「医療従事者がこの規定に違反した場合、健康および障害サービス消費者の権利に関する法律に違反したとして告訴の対象となる可能性があり、または、医療従事者能力保証法に基づく職業上の不正行為として懲戒処分の対象となる可能性がある。しかしながら、医療従事者に生じるかもしれない結果がどのようなものであるかに関して確信するのは早すぎる。保健サービス提供者が医師の雇用主として告訴の対象になる可能性もある。これには、適切なプロセスが整っておらず、幫助自死の適切な提供を確保できない場合（または、医師が良心に基づく異議を主張するときにその幫助自死のサービスの提供を許可しないプロセスが整っていない場合）などが含まれる」。

「この法律において要求されるプロセスによってもまた安全装置が組み込まれている。幫助自死選択の行使をするには、多段階のプロセスが設定されている」。

#### [筆者のコメント]

幫助自死の手続きの始まりが医師であってはならないこと、および、その規定に違反した場合にはその規定違反を根拠として訴訟が提起される可能性のあることが述べられている。さらに、繰り返しとなるが、以下の「多段階のプロセス」を経て幫助自死が実施されることが「安全装置」そのものであるという認識を改めて示している。

#### (3) 幫助自死手続き開始としての「患者による要求」

第11条以下の検討に先立って、「患者による幫助自死の要求」から、それが「承認される」までのプロセスについて、両教授が解説書の中で示した図式を筆者が邦訳を含め改訂したものを以下に掲げたい<sup>18</sup>。

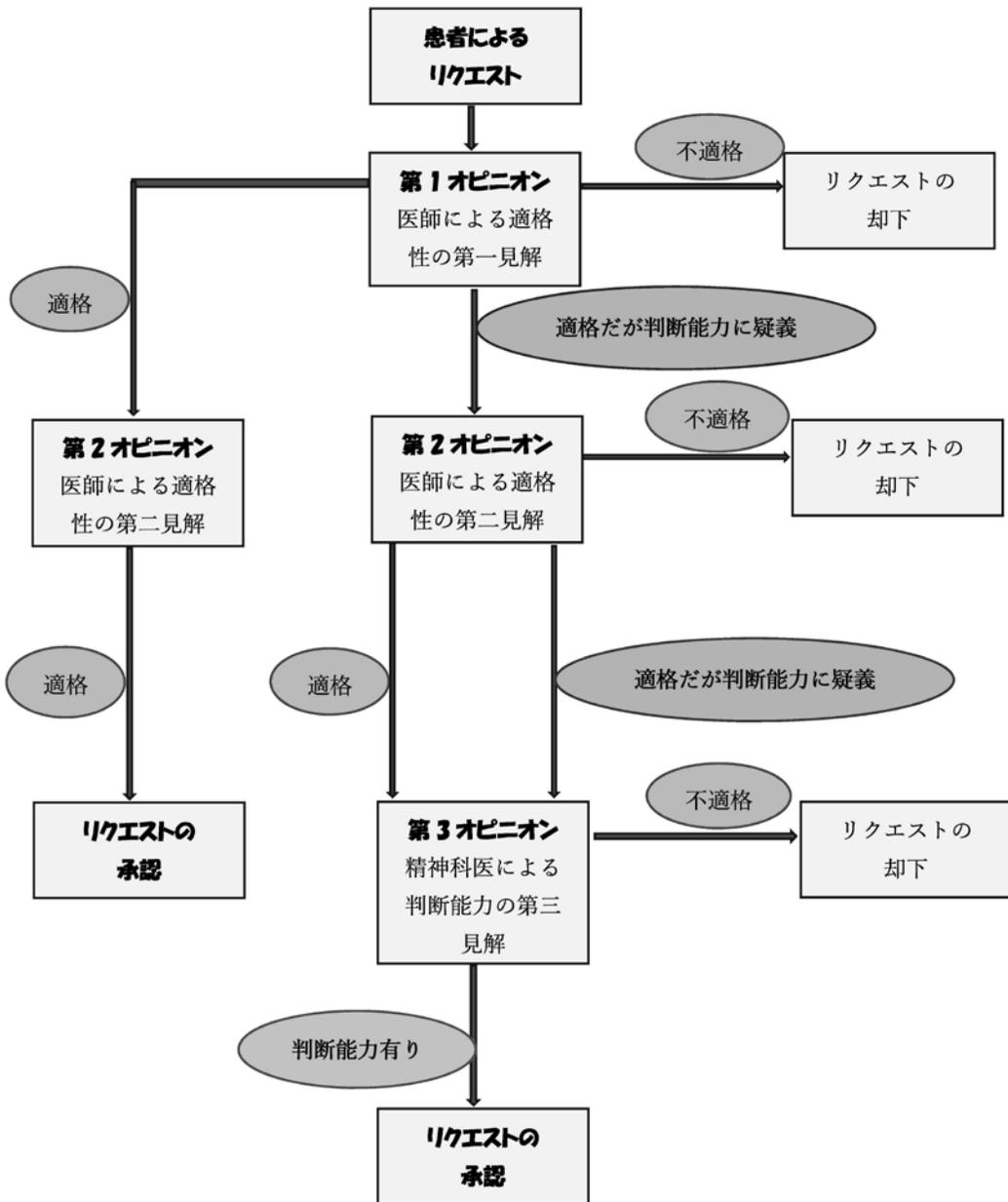
#### [条文邦訳]

##### 第11条 要求がなされること

(1) 幫助自死を受け入れる選択肢を行使することを欲する患者は、その者の願望を応対している医師に通知しなければならない。

17 Jane Goodwin and Nick Laing, *ibid.*, p.9

18 Jane Goodwin and Nick Laing, *ibid.*, p.10



[Jane Goodwin教授とNick Laing教授が掲載した図式を筆者が邦訳・改訂したもの]

- (2) 応対している医師は以下のことをしなければならない—
- (a) 以下の情報を患者に提供すること：
    - (i) 末期疾患の予後；および、
    - (ii) 幫助自死の不可逆な性質；および、
    - (iii) 予期される幫助自死のインパクト；および、
  - (b) 患者の末期疾患の進行状況に応じて、患者の願望について患者と個人的にあらゆる手段（例えば、電話もしくは電子的対話）でコミュニケーションすること；および、
  - (c) 終末期ケアのその他の選択肢について患者が理解していることを確認すること；および、
  - (d) 薬物の投薬の前に、その投薬を受け入れないことをいつでも決定することができることを患者が知っていることを確認すること；および、
  - (e) 家族、友達、カウンセラーのような他の者と願望について議論することを患者に推奨すること；および、
  - (f) 誰かと願望について議論することを義務付けられていないことを患者が知っていることを確認すること；および、
  - (g) 患者に選ばれた者と願望について患者と議論する機会が存在したことを患者に確認すること；および、
  - (h) 以下によってあらゆる他人からの圧力によることなく患者が願望を表明したことを確認することに最善を尽くすこと—
    - (i) 患者と通常コンタクトしている別の医師と話し合うこと；および、
    - (ii) 患者によって承認された患者の家族構成員と話し合うこと。
  - (i) 幫助自死を受け入れる選択肢を要求する承認されたフォームの第一部におけるパラグラフ(a)から(h)を遵守した行動を記録すること。

上掲図式のとおり、手続きの開始は「患者による要求」である。両教授はこれについて、以下のような説明をおこなっている<sup>19</sup>。

「Aが医師に幫助自死の選択肢を行使することを欲する旨告げた後に、以下のようにその医師が提供しステップを踏まなければならない様々な情報が存在する」。

その上で上掲第11条の内容の情報を掲載している。ここで、両教授が「A」と称しているのは、幫助自死を要求する患者を意味している。この点については、次の条文第12条の解説を参照されたい。

19 Jane Goodwin and Nick Laing, *ibid.*, p.10

#### (4) 要求の確認

##### 第12条 要求を確認すること

- (1) 本条は、第11条を応対している医師が遵守した後に適用される。
- (2) 幫助自死を受け入れる選択を行使する要求をしている患者（A）<sup>20</sup>が手続きを進行させることを欲する場合、応対している医師はAに第11条(2) (ii)において参照された承認されたフォームを供与しなければならない。 <第(3)条以降省略>

##### [Jane Goodwin教授とNick Laing教授の説明]

上掲第(3)項以降を省略しているが、その点を含めて、両教授は次のように簡潔に説明している<sup>21</sup>。

「この情報のすべては、書面によって記録され、A本人またはAの代理人によって署名され、また、登録のすべてのフォームを保持する登録官に送付されなければならない」。

#### (5) 応対している医師による第一オピニオン

##### [条文邦訳]

##### 第13条 応対している医師によって提供される第一オピニオン

- (1) 本条は、第12条(5) (c)を応対している医師が遵守した後に適用される。
- (2) 応対している医師は以下のオピニオンに到達しなければならない—
  - (a) 幫助自死を受け入れる選択肢を要求している患者が幫助自死について適格な者であること；または、
  - (b) 幫助自死を受け入れる選択肢を要求している患者が幫助自死について適格な者ではないこと；または、
  - (c) 幫助自死を受け入れる選択肢を要求している患者が、十分な情報に基づく意思決定を行う判断能力者であることを第15条の下で確定される場合には、幫助自死について適格であること。
- (3) 応対している医師は以下のことをしなければならない—
  - (a) オピニオンを記録した承認されたフォームを充足すること；および、
  - (b) 登録官にその充足したフォームを送付すること。

##### [Jane Goodwin教授とNick Laing教授の説明]

20 本法では、この第12条以降、第12条で記述された「A」について、「幫助自死を受け入れる選択を行使する要求をしている患者」のことを指して条文中でも記載している。また、Jane Goodwin教授とNick Laing教授の説明もこれに従うものである。See Jane Goodwin and Nick Laing, *ibid.*, p.9.

21 Jane Goodwin and Nick Laing, *ibid.*, p.10

両教授は端的に次のように説明を加える<sup>22</sup>。「要件とされるすべての情報をAに提供した医師は、Aが適格かもしくは適格ではないか、または、幫助自死について十分な情報に基づく意思決定をする判断能力者である場合適格となりうるかの判断をしなければならない」。

「この判断もまた書面において記録されかつ登録官に送付されなければならない」。

[筆者のコメント]

ここで、「応対している医師」とは、“attending medical practitioner”の訳であり、通常は「主治医」と訳されるところである。本稿では、この法律全体の構成やこののちに出てくる「応対している診療看護師（attending nurse practitioner）」などとの対応関係に鑑みて上記日本語訳を考えたものである。

この応対している医師によるオピニオンを得ることが第二段階のプロセスとなるが、筆者として若干気がかりであるのは、「患者の意思の確認」について、条文の文言が規定していないことである。例えば、オーストラリア・ヴィクトリア州の自発的幫助自死法においては「患者の意思確認」を厳格な形式において3回も繰り返すことが明規されているが、そのような条文構成となっていない点は気がかりである。

(6) 独立した医師による第二オピニオン

[条文邦訳]

第14条 独立した医師によって提示される第二のオピニオン

- (1) 本条は応対している医師が第13条(2)(a)または(c)に記述されるオピニオンに到達した場合に適用される。
- (2) 応対している医師は以下のことをしなければならない—
  - (a) 独立した医師の名前をSCENZ団体<sup>23</sup>に尋ねて綿密なコンタクトをとらなければならない；および、
  - (b) 独立した医師に、幫助自死を受け入れる選択肢を要求している患者が幫助自死について適格であるかどうかのオピニオンを求めなければならない。
- (3) 独立した医師は以下のことをしなければならない—
  - (a) 患者の診療ファイルを読むこと；および、
  - (b) 患者を診察すること；および、
  - (c) 以下のオピニオンに到達すること—
    - (i) 患者が幫助自死について適格な者であること；または、
    - (ii) 患者が幫助自死について適格な者ではないこと；または、

<sup>22</sup> Jane Goodwin and Nick Laing, *ibid*, p.11

<sup>23</sup> See this Act Section 4 Interpretation, “SCENZ means Support and Consultation for End of Life in New Zealand”

(iii) 幫助自死を受け入れる選択肢を要求している患者が、十分な情報に基づく意思決定を行う判断能力者であることを第15条の下で確定される場合には、幫助自死について適格であること。

(4) 独立した医師は以下のことをしなければならない—

- (a) オピニオンを記録した承認されたフォームを充足すること；および、
- (b) 登録官にその充足されたフォームを送付すること；および、
- (c) 応対している医師に充足されたフォームの複写を送付すること。

#### [Jane Goodwin教授とNick Laing教授の説明]

両教授は端的な説明を次のように加えている<sup>24</sup>。「この判断は書面で記録され、かつ、登録官および第一の医師の双方に送付されなければならない」。

#### [筆者のコメント]

この規定もやはり第二の医師のとるべき行動についてのルールを規定してるが、この独立した医師が第二のオピニオンを作成する過程で患者の確固たる意思の確認を行うべき旨のルールが明規されていない点が気がかりである。

#### (7) 精神科医による第三のオピニオン

##### [条文邦訳]

第15条 一方もしくは双方の医師によって判断能力が満たされていると確定されなかった場合の精神科医によって提示される第三オピニオン

(1) <省略>

(2) 双方の医師は共同して以下のことをしなければならない—

- (a) 精神科医の名前をSCENZ団体に尋ねて綿密なコンタクトをとること、および、
- (b) 幫助自死を受け入れる選択肢を要求している患者が、十分な情報に基づく意思決定を行う判断能力者であるかどうかについて精神科医のオピニオンを求めること。

(3) 精神科医は以下のことをしなければならない—

- (a) 患者の診療ファイルを読むこと；および、
- (b) 患者を診察すること；および、
- (c) 以下のオピニオンに到達すること—
  - (i) 患者が幫助自死について十分な情報に基づく意思決定をする判断能力を有する者であること；もしくは、

24 Jane Goodwin and Nick Laing, *ibid.*, p.11

- (ii) 患者が十分な情報に基づく意思決定をする判断能力を有する者ではないこと。
- (4) 精神科医は以下のことをしなければならない—
- (a) オピニオンを記録した承認されたフォームを充足すること；および、
  - (b) 登録官にその充足されたフォームを送付すること；および、
  - (c) 以下の者にその充足されたフォームの複写を送付すること—
    - (i) 応対している医師；および、
    - (ii) 独立した医師

#### 〔Jane Goodwin教授とNick Laing教授の説明〕

両教授は本条を以下のように整理している<sup>25</sup>。「第一の見解を述べた医師と第二の見解を述べた医師のどちらか一方または両方が、Aは適格であるが、十分な情報に基づく意思決定をする判断能力者ではないとの見解であった場合、Aは幫助自死について十分な情報に基づく意思決定をする判断能力者であるかどうかについて精神科医の見解を求めなければならない」。

「この判断は書面で記録され、かつ、登録官および第一第二両方の医師に送付されなければならない」。

第18条 適格者の薬物投与の日時の選択 <各項の文言は省略>

#### 〔Jane Goodwin教授とNick Laing教授の説明〕

両教授は、筆者が本稿で邦訳を省略した条文の内容も含めて以下のような説明をしている<sup>26</sup>。

「2人の医師のうち的一方がAは適格ではないと判断し、または、精神科医が判断能力者ではないと判断した場合、その判断および判断に対する理由はAに提示されなければならない。第一の医師はこのことを書面において記録しなければならない。かつ、登録官によってファイルされなければならない」。

「Aが引き続き医師を訪れて、Aの適格性を承認してくれる者を見つけようとする場合、この行動はおそらく登録官に警告を提示することにあるであろう」。

「双方の医師2人（および、必要とされる場合の精神科医）がAの適格性を是認する場合、第一の医師は以下のことをしなければならない：

- ・ 幫助自死について適格であることをAに助言すること；および、
- ・ Aの末期疾患の進行をAと議論すること；および、

25 Jane Goodwin and Nick Laing, *ibid*, pp.11-12

26 Jane Goodwin and Nick Laing, *ibid*, p.12

- ・薬物の投与の適切な時期をAと議論すること；および、
- ・薬物の投与の日時を選択することにより認定されたフォームをAに与えて完全に充足するようにすること；および、
- ・認定されたフォームを充足した後のあらゆる時点において以下のことが可能であることをAに助言すること：
  - 薬物の投与を受け入れないこと；または、
  - 薬物の投与のために最初に選択された日付より6か月以上後ではない後の時点において薬物の投与を受け入れること。

この情報のすべてもまた書面上において記録されかつ登録官に送付されなければならない」。

#### 【筆者のコメント】

オピニオンの提出先である「登録官」の機能の一端が示されている。すなわち、幫助自死を受けるにあたり不適格あるいは判断能力不十分とされた患者が、これを認めてくれそうな別の医師を探し求めることを本法は抑止しているということが分かる。

#### (8) 薬物投与の方法の選択など

##### 【条文邦訳】

##### 第19条 薬物の投薬に関する暫定的な調整

- (1) 本条は対応している医師が第18条(2)を遵守した後に適用される。
- (2) 適格な患者によって薬物の投与が選択された日にち以前に、対応している医師は以下のことをしなければならない—
  - (a) 薬物の投与に関する以下の方法について患者に通知すること：
    - (i) 患者によってなされる経口摂取；
    - (ii) 患者によってなされる静脈注射；
    - (iii) 対応している医師もしくは対応している診療看護師によってなされるチューブを通した摂取；
    - (iv) 対応している医師もしくは対応している診療看護師によってなされる薬物注射；および、
  - (b) これら方法のうちの一つを患者に選択することを求めること；および、
  - (c) 薬物の投与を受けないもしくは薬物投与に関して最初に選択された日にちより後の6か月以上を経ない後の日時に薬物の投与を受けることを薬物投与前であればいつでも決定することができることを患者が知っていることを確認すること；および、
  - (d) 選択された日時における薬物の投与に関して暫定的な調整を行うこと。
- (3) 薬物の投与の選択された時点より遅くとも48時間前に、対応している医師また

は診療看護師は以下のことをしなければならない—

- (a) 適切な患者に関する適切な処方箋を記述すること；および、
  - (b) 薬物投与に関して選択された方法と日時を登録官に通知すること。
- (4) 登録官は、第11条から第18条のプロセスが遵守されているかをチェックしなければならない。
- (5) 登録官が第11条から第18条のプロセスについて満たされていると考えた場合、登録官は応対している医師にそれに応じて通知しなければならない。

#### [筆者のコメント]

この条文、第19条では、幫助自死を認められた患者がその方法を選択することを規定している。大いに注意が払われるべきは、患者が自ら致死薬物を摂取・投薬する方法と医療従事者が投与する方法が簡潔に並立に規定されていることである。少なくともわが国の法理論に従えば、この2つの方法には大きな理論的相違が存在する。わが国の、特に刑法の理論に従えば、前者は自殺幫助罪の適否の問題となるのに対して、後者は殺人罪の適否の問題となる。ニュージーランド本法の特徴ともいえるであろうが、筆者としては、これら2つの方法が単純併記されていることに大きな違和感をもつ。

#### (9) 薬物の投与

##### [条文邦訳]

#### 第20条 薬物の投与

- (1) 本条は、第19条(5)の下において応対している医師が登録官から通知を受け取った後に適用される。
- (2) 薬物の投与について選択された時点において、応対している医師または応対している診療看護師は適格な患者にその患者が以下のことを選択するかどうかを尋ねなければならない—
- (a) 選択された時点において薬物の投与を受ける；もしくは、
  - (b) 選択された時点において薬物の投与は受けないが、薬物投与に関して最初に選択された日にちより後の6か月以上を経ない後の日時に薬物の投与を受ける；もしくは、
  - (c) 選択された時点において薬物の投与は受けず、かつ、その患者が幫助自死の選択肢を行使することを撤回する。
- (3) 適格な患者が選択された時点において薬物の投与は受けないことを選択した場合には、応対している医師または応対している診療看護師は以下のことをしなければならない—
- (a) 即時に適格な患者から薬物を奪取する；および、

- (b) パラグラフ(a)を遵守してとった行為を記録して承認されたフォームを充足する；および、
- (c) 登録官にその充足されたフォームを送付する。
- (4) 適格な患者が薬物の投与は受け入れる選択をした場合、応対している医師または応対している診療看護師は以下のことをしなければならない—
  - (a) 第19条(2) (a) (i)および(ii)において記述された方法のどちらか一方により投与のための薬物を患者に提供する；もしくは、
  - (b) 第19条(2) (a) (iii)および(iv)において記述された方法のどちらか一方の方法により薬物を投与する。 < (第(5)項および第(6)項省略>

#### [Jane Goodwin教授とNick Laing教授の説明]

主に幫助自死の要求の「撤回」に関して、両教授は以下のように説明している<sup>27</sup>。

「Aが待つことを選択しまたは心境が変化した場合、応対している医師もしくは応対している診療看護師は即時に薬物を廃棄し、かつ、書面においてその状況における変更を記録して登録官に送付しなければならない。繰り返しとなるが、このとは、Aの心境を変化させAがそのプロセスを再度開始させようとした場合、おそらく登録官に対する警告をすることになるであろう」。

「あらゆる時点において、Aが心境を変化させてもはや幫助自死を受け入れることを欲しないと決定した場合、このプロセスは即時に中止されなければならない。応対している医師または応対している診療看護師は、このことを書面に記録しかつその記録を登録官に送付しなければならない」。

「Aは新たな要求をなすことが可能であり、かつ、Aが選択する場合にはそのプロセスを再度開始することができる」。

#### [筆者のコメント]

本法では、患者の自死の「撤回」に関して、特に重点的な規定を重ねて置いており、十分な配慮がなされていると考えられる。その意味での継続的な意思確認は確保されていると思われる。

#### (10) 幫助自死施行までの段階的プロセスに関するJane Goodwin教授とNick Laing教授の見解

両教授は、幫助自死実施までのプロセスに関して、2つの点を指摘して説明を加えている。

##### <患者に幫助自死への圧力を回避すること><sup>28</sup>

あらゆる時点において、応対している医師または応対している看護師が、Aは他の者

27 Jane Goodwin and Nick Laing, *ibid.*, pp.12-13

28 Jane Goodwin and Nick Laing, *ibid.*, p.13

の圧力を受けることなくAの願望を表明していないと合理的理由に基づいて疑義を抱く場合、応対している医師または応対している看護師は以下のことをしなければならない。

- ・ 幫助自死を受け入れる選択を行使するに際してAを支援するこの法律の下におけるさらなる行動をなさないこと；および、
- ・ 応対している医師または応対している看護師が幫助自死を受け入れる選択を行使するに際してAを支援するこの法律の下におけるさらなる行動をなさないことをAに告知すること」。

「この決定もまた書面において記録されかつ登録官に送付されなければならない。報告することの法定の要件は、Aに対する圧力が存在したかどうかであり、加えられた圧力によりAは他人の不当な影響を受けずに願望を表明しなかったという結果のみであるということには注意が払われるべきである。報告するに際してはそれ自体、一般的な意味において圧力が加わったことを医師が疑ったことを要求してはいない。そのことは、以前に圧力が加えられたことのような何らかの状況において潜在的な関心事項ではあるが、Aを困惑させるものではない。患者が何らかのほかの理由で幫助自死について不適格である場合、誰か将来的な医療従事者にとって登録簿において警告の存在となるべきものである」。

「この立法における文言設定は登録官に通知が必要であるのは「さらなる行動をなさないこと」という事実のみを提示している。以下のように実際上の要件を設定しておけば有用であったかもしれない。「Aに対する圧力が疑われたという理由によりさらなる行動をなさない」ということ、および、分かっている場合には、「Aに対して圧力を加えた者」が誰であるかということである。これらの通知のすべては登録官にとって有用であり、後に別の申請があったとき、将来的な圧力に気づくための警告として作用する」。

#### 〔筆者のコメント〕

患者に自死の圧力をかけることは極めて危険な思想と結びつく。余命わずかな社会的弱者を排除しようとするなら、優生思想による社会的危機である。ニュージーランドの本法がそのような思想と結びつかないようにするため、両教授の指摘は重く受け止めるべきである。

＜このプロセスは医療プロセスにおいてどのように機能することが期待されるか＞

両教授は本法施行以前の状況を踏まえて本法施行後を展望している<sup>29</sup>。

「幫助自死にアクセスするための非常に明確な適格性の基準が設定されているので、深刻な疾病に罹患しているすべての患者が幫助自死について適格であるわけではない。

以前ニュージーランドで幫助自死が提供されていなかった時代、幫助自死のサービス

---

29 Jane Goodwin and Nick Laing, *ibid.*, pp.13-14

に対する需要がどの程度のものであるかは不確実なものとされた。海外の法域では、幫助自死はすべての死亡の0.3%と2%の間であると計算された。海外の経験に基づき、保健大臣は幫助自死に対して950人の患者の申請があり、そのうち350人が幫助自死により死亡すると見積もった。

毎年、幫助自死に対する申請が少数の人々によってなされるであろうが、より多くの人々が医療従事者および非医療専門家（法律実務家など）により幫助自死の申請がなされるであろう」。

## IV 規範の若干の比較考察

### 1 わが国の終末期医療規範との比較

第Ⅲ章の検討内容を踏まえて、ニュージーランド終末期選択法とわが国の終末期医療規範およびオーストラリア・ヴィクトリア州の自発的幫助自死法との若干の比較考察を行う。本節1では、先ずわが国の規範との比較である。

わが国の終末期医療規範に関しては、制定法が存在しておらず、厚生労働省のガイドライン<sup>30</sup>といくつかの判例が規範を構成している。この点の詳細に関しては拙稿を参照されたい<sup>31</sup>。

このうち、わが国の厚生労働省のガイドラインについては、患者と医療従事者および患者の家族との継続的な対話が重視されている。しかし、安楽死などに関する記述は皆無である。ニュージーランド終末期選択法では、幫助自死について、患者に要求の撤回の機会を最後の最後まで確認することが規定されているという点に関しては、継続的な意思確認の精神が反映されていると見れないこともない。

わが国の判例規範との関わりで言うなら、安楽死（幫助自死）適格要件がニュージーランド同法の規定の方が緩いと解釈できると思われる。すなわち、わが国の判例規範の一角をなす名古屋高等裁判所昭和37年判決<sup>32</sup>では、「もっぱら患者の死苦の緩和の目的でなされることが6要件のうちの一つとなっている。また、同じく、横浜地方裁判所平成7年判決<sup>33</sup>では、「まず、患者に耐えがたい激しい肉体的苦痛が存在することが必要である。患者を耐えがたい苦痛から解放しあるいはその苦痛を除去・緩和するという目的のためにこそ、死を迎えさせあるいは死に影響する手段をとるという、安楽死における目的と手段の関係からして、解放のあるいは除去・緩和の対象として、患者に耐えがたい苦痛が存在しなければならない」という第一番目の要件が判示されている。筆者の解釈となるが、これら判例においては、末期患者の堪えがたい死苦が除去さらには緩和を

30 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（2018）

31 谷口聡「終末期医療に関する医療関係団体のガイドライン」産業研究54巻1号27頁、同「医師による「治療中止」の行為規範に関する一考察」高崎経済大学論集60巻4号189頁など参照。

32 名古屋高判昭和37年12月22日（高等裁判所刑事判例集15巻9号674頁）

33 横浜地判平成7年3月28日（判例時報1530号18頁）

する方法が死をもってする他ない状況であることが要件であると考えられる。これに対して、ニュージーランド同法の規定によれば、堪えがたい苦痛を「経験（experience）」していればよいという要件設定となっている。文言的には、一過性の苦痛であっても要件を満たすと思量されるものであり、要件が緩いと判断をせざるを得ない。もちろん、その緩やかな要件設定は国民投票により承認されたものであるから、一人筆者がその価値観について付言する余地はない。

## 2 オーストラリア・ヴィクトリア州「自発的幫助自死法」との比較

ニュージーランド同法が2019年に議会で可決されるに先立つこと2年、同じオセアニアのオーストラリアのヴィクトリア州において「自発的幫助自死法」が2017年に成立した。同じオセアニアという近隣の法域でもあるので、ここで若干の比較を試みたい。

ニュージーランド同法においては、この法律の指導理念が今一つ明確であると言い難い部分がある。すなわち、第3条においてこの法律の目的が短い文面で2項にわたって記述されているのみであり、その内容は、主に患者に幫助自死の選択肢を提供することおよびその手続きを規定することだとしている。この法律がどういった価値観の下で立法され、どういった指導理念で運用されるべきものなのかが条文上は不明確である。これに対して、オーストラリア・ヴィクトリア州の自発的幫助自死法においては、「患者の自治」「患者の人格平等」など指導理念が条文上明記されており、どういった価値観に基づいて自発的幫助自死を認めるものであるのかが明確である。立法過程の議論も公開されており、立法趣旨が明確なものとなっている。ニュージーランド同法においても「患者の自治」「患者の自己決定権」といった尊重されるべき価値観が条文上規定されるべきであったのではないかと考える。オーストラリア・ヴィクトリア州の自発的幫助自死法におけるこの点の議論に関しては拙稿<sup>34</sup>を参照されたい。

2つ目の点としては、「患者の意思確認」についてである。オーストラリア・ヴィクトリア州の自発的幫助自死法においては、致死薬物の自らの投薬に至るまで、3人の独立した医療従事者が患者の「意思確認」を厳格に行うべきことが規定されている。この点、ニュージーランド同法は、医療従事者の行為についての規範を明記することに重点が置かれているようであり、厳格な患者の意思確認のための規定という形式にはなっていないように感じられる。もっとも、致死薬物投与の直前まで患者による要求の撤回を担保していることは見落とされることがあってはならない。

3つ目の点としては、オーストラリア・ヴィクトリア州の自発的幫助自死法では、原則として「幫助による自死」、すなわち、医療従事者の関与は致死薬物を準備するところまでとなっているのに対して、ニュージーランド同法は、これと並立的に医療従事者の積極的致死薬物投与という選択肢を規定しているということである。手続きは患者の

34 谷口聡「豪州ヴィクトリア州の自発的幫助自死法における自死の価値」地域政策研究27巻2号（2024）37頁

要求から開始するが、そこから、幫助自死実施直前までの手続きが「幫助による自死」と「医療従事者による致死薬物投与」とでまったく同じものであるという点に筆者は違和感を覚える。双方の幫助自死実施のためにはそれぞれ別個の手続きが必要であり、その旨、法律上何らかの規定が置かれるべきであったのではなかろうかとも思われる。オーストラリア・ヴィクトリア州の自発的幫助自死法における自死の手続きに関しても筆者の別稿を参照されたい<sup>35</sup>。

## V 結 語

本稿の最後に以上の検討を踏まえた筆者の所感を簡潔に述べさせていただき、本稿の結論としたい。

本稿ではニュージーランドで成立し実施されている「終末期選択法」を法律学的な視点から検討をおこなってわが国の終末期医療規範への示唆を得ることを目的としてきた。その結果は次のように整理できると考える。

第一に、ニュージーランド同法では第3条に同法の目的が規定されているものの、「患者の自治」「患者の自己決定権」などといった価値の明記が存在せず、なぜ患者には終末期に幫助自死を選択する権利があるのかという根本価値が条文上は明確ではない。これは単に条文文章を作成する立法技術の問題として見逃してはならないと考える。いわゆる「安楽死」正当化の背後には、常に弱者排除・優生思想といった恐怖がつきまとう。それを排してでもなぜ幫助自死は正当化されるのかという理念抜きに安楽死の議論をすることは危険である。

第二に、同法では、「幫助による患者自身による自死」と「医療従事者の積極的関与による安楽死」の2つの選択肢について、その実施直前までの手続きが同じものと規定されている。わが国の刑法理論によれば、前者は自殺幫助罪と関係し、後者は殺人罪と関係するという大きな相違があることに鑑みれば、少なくともわが国の法的視点からは、2つの自死の方法が単純に併記されていることには違和感がある。2つの自死の方法については手続きの段階から極め細やかな条文規定の設置が必要であると感じた。

第三に、同法で規定される幫助自死の適格要件がわが国の安楽死判例規範よりも緩やかであるということである。これはニュージーランドの価値観・死生観にもとづくものであるから、その価値観への言及は控えるべきである。わが国の判例規範は、死をもってする他苦痛を取り除くまたは緩和できない病苦に対してのみ安楽死が認められるものと解釈できる。

最後に、ニュージーランドはコモン・ローの伝統を有する国家であり、この法律が判例規範によってどのように形を補完していくのかなどについては今後を注意深く見守る

---

35 谷口聡「豪州ヴィクトリア州における自発的幫助自死法の研究」高経論集66巻3号(2023)135頁

必要があると考える。

世界的視点からは、安楽死を法的に認容する国家が増大してきている。終末期医療に関係する重要な検討課題として今後を注視していかなくてはならないと考える。

（たにぐち さとし・高崎経済大学経済学部教授）

**【謝辞】** 本稿は、本学地域政策学部熊澤利和教授を代表者とする日本学術振興会科学研究費「基盤研究（B）」JSPS（課題番号 [22H00927]）の助成を受けた研究の成果の一部である

**【謝辞】** 本稿は、令和5年度（2023年度）高崎経済大学研究奨励費の助成を受けた研究の成果の一部である。

## A Study on the “End of Life Choice Act” in New Zealand

TANIGUCHI Satoshi

### Abstract

This paper aims to examine the “End of Life Choice Act” enacted in New Zealand in 2019.

In recent years, the number of countries that have legalized so-called “euthanasia” has been increasing. In New Zealand, a law that allows terminally ill patients to choose “assisted dying” was passed by the parliament in 2019.

The characteristic of this law is that it allows New Zealand citizens over the age of 18 who have a terminal illness with a prognosis of six months or less to choose “dying” by two methods. The first method is the administration of lethal drugs by the patient themselves, and the second method is the administration of lethal drugs by a health practitioner.

This paper analyzes this law from three perspectives: which patients are recognized as eligible for assisted dying, the discussion of decision-making capacity (competence) as an eligibility requirement, and the step-by-step process as a safeguard to prevent the abuse of assisted dying.

Although there is no statutory law regarding terminal medical care in Japan, the results of this examination provide significant implications as a norm for terminal medical care.