

# 医師による自殺幫助の合法性に関するモンタナ州最高裁判決

—Baxter v. Montana, 224 P.3d 1211 (2009)—

古川原 明子

## 1. はじめに

アメリカ合衆国では末期患者の治療拒否に関する判例が蓄積しているが、近年は特に医師による自殺幫助（Physician-Assisted Suicide。以下、PASとする）の可否が争われてきた。本稿では、モンタナ州最高裁判所がPASの合法性を認めた2009年の判決を紹介し、アメリカにおけるPAS問題の現状を整理する。

## 2. Baxter判決

### (ア) 事実の概要

本件は、末期患者と四人の医師、および非営利組織であるCompassion & Choiceが原告となり、モンタナ州に対して、末期患者の死を援助した医師に同州の殺人罪の規定が適用される事の合憲性を争った事件である。

原告の一人であるBaxter氏は引退したトラックドライバーであり、リンパ性白血病の末期患者であったが、地裁判決の時点で病状は進行し、多様な症状に苦しむも治療の効果はなく、治癒の見込みもなかった。彼は自らが決めた時に服用できる致死薬を担当医が処方してくれることを望んでおり、四人の医師およびCompassion & Choiceらと共に、能力ある末期患者が死ぬことを助けた医師に同州の殺人罪の規定が適用されることの合憲性を争うため、州地裁に提訴した。その際に原告らが主張したのは、個人の尊厳とプライバシーの権利を定めた州憲法2条4項および10項に基づき、患者は尊厳をもって死ぬ権利を有するという

ものであった<sup>(1)</sup>。

州地裁は、州憲法が認める個人の尊厳およびプライバシーの権利は、能力ある末期患者が尊厳をもって死ぬ権利を含み、従って患者は生命を終わらせると判断した時に自己服用するための致死薬を医師に処方してもらうという援助を受けることができる、この患者の権利の存在により、援助した医師は州の殺人罪規定による処罰を免れるとした。

州はこの判決に対して上訴した<sup>(2)</sup>。なお、Baxter氏は州地裁判決の出た2008年12月5日に死亡した。

### (イ) 判決

原判決が本件を州法上の問題とした点は無効とするが、制定法に基づいて原判決の結論を支持する<sup>(3)</sup>。Leaphart裁判官の法廷意見にCotter, Warner, Morris裁判官が同調し、Warner 裁判官およびNelson裁判官が補足意見を付した。Rice裁判官が反対意見を付し、これにHogel裁判官が同調した。

### (ウ) 法廷意見

Leaphart裁判官による法廷意見はまず、「本件を憲法上の問題ではなく、制定法上の問題として解決しうるかに分析の焦点をあて」、憲法判断を回避すべきとの見解を示した。その上で、モンタナ州の制定法には自殺を処罰する規定はないものの、自殺を助けた者は処罰されることを確認し<sup>(4)</sup>、本件のような場合に同意の抗弁を医師が主張できるかの検討において、以下のように述べた。

同意の抗弁とは、犯罪となる行為もしくはその

結果に対して被害者の同意がある場合に抗弁とすることができるという州法上の規定に基づくが<sup>(5)</sup>、そこには同意が例外的に無効となる四つの場合が定められており、本件では当該行為もしくは結果を許すことが公序良俗（public policy）に反する場合にあたるか否かが問題である<sup>(6)</sup>。モンタナ州で公序良俗に反することを理由に同意の抗弁が認められなかった唯一の事件である Macrkrill事件<sup>(7)</sup> や、ワシントン州およびニューメキシコ州での関連する事件を検討すると、同意が否定されるのは治安を乱し、他者を侵害するような純然たる暴力のあった場合であるが<sup>(8)</sup>、「医師が末期患者に薬を与える行為」および「その後、平和かつ個人的に患者が薬を服用する行為」はそのような場合とは異なる。「末期患者の死を助ける医師」は患者の「最終的な決断と最終的な行為のどちらにも直接関与していない」。医師は「生命を終わらせるかの決断を末期患者が自分自身で下すための手段を単に提供しているだけ」であり、「どの段階の医師患者関係もプライベートで市民的で（civil）思いやりにあふれている」、「医師と末期患者は、患者が自己の死をコントロールする手段を作り出すために協力」しており、薬を服用するか否かという患者のその後の決断は、治安を乱したり他者を危険に陥れたりすることはないのであるから、患者および医師の行為は公序良俗に反しない。

このことは、故意に他人の死を招く行為を謀殺罪とする州法の規定<sup>(9)</sup> からもうかがえる。謀殺罪の規定における他人に行為者自身は含まないため、末期患者が薬を服用する行為は犯罪ではない。また、モンタナ州には自殺を処罰する独立の規定はない。従って、謀殺罪の規定からは、患者が自己の死を招くPASが公序良俗に反するということはできない。

さらに、PASが公序良俗に反しないことは、州の末期患者の権利法<sup>(10)</sup> によっても裏付けられる。同法はBaxter氏のような末期患者に終末期の自律を認め、そこでの願いが叶えられることを目的としており、生命維持治療を中止もしくは差控えるという患者の指示に従った医師を刑事上お

よび民事上免責するものである。逆に、患者の希望に故意に従わなかった医師は処罰される可能性さえある<sup>(11)</sup>。さらに、州民に終末期の意思決定について啓蒙するために州は基金を設立してさえいる。したがって、末期患者の権利法は、「治療を中止もしくは差控えるという医師の直接的な関与」が必要な場合であっても、死を迎えるという希望が叶えられる末期患者の権利を認めているといえる。患者に意識があり、言葉を発することもでき、医師の即時もしくは直接的な助けなしに薬を自己服用するという決断を実行に移すことが出来るという場合に、末期患者の権利法が認めるのと同様の希望を認めることが、公序良俗に反するなどということは、同法からは読み取ることができない。末期患者には自律的に終末期の希望を表明する（そして従ってもらう）様々な方法が認められており、医師がそこに末期診断や治療の中止もしくは差控えという形で関与することを認めている。反対意見はこの点について、医師に認められているのは生命維持治療の中止もしくは差控えのみであると批判するが、末期患者の権利法は、医師に治療を中止するという直接的な行為を行うことを認めており<sup>(12)</sup>、この行為は「患者の死を早める」ものである。他方、PASでは患者の死をもたらすのは患者自身である。同法の存在により、生命を終わらせるという末期患者の希望を叶えるような直接的行為を行った医師を免責することが公序良俗に反しないといえるのであるから、それよりも患者の死への関与の度合いが低い医師の行為が、公序良俗に反しないことは明らかである。

また、末期患者の権利法が、「いかなる目的であっても」患者の死を「自殺もしくは他殺」として扱うことを禁じているのは、生命を終わらせるという患者の自律を州が立法により尊重していることの表れであり、医師がその患者の宣言に従う法的義務を有しているということでもある。なお、同法が禁ずる安楽死と慈悲殺とは、PASが同意に基づいていること、および死の原因が患者の行為にあることから区別される。したがって、ここでも、PASが公序良俗に反することは示されて

いない。

反対意見の主張はどれもあたらない。PASが自殺補助として処罰されるという主張は、第一に自殺補助罪の規定は、自殺が成功しなかった場合に適用されるものであり<sup>(13)</sup>、第二に自殺を助長するのではなく、一方的に教唆した場合を処罰するものであるから、不当である。

#### (エ) 補足意見

Warner裁判官は法廷意見が憲法判断を回避したことを評価したが、他方Nelson裁判官は、法廷意見が本件を憲法上の問題としなかった点を除いて同意するとして、州憲法における個人の尊厳の解釈についての自己の見解を示しながら、以下のことを述べた。

死に際しての医師による援助を受ける権利は個人の尊厳およびプライバシーの権利として保障される。ただしこのことは、死の権利を認めるものではなく、原告らは個人の尊厳と自己決定が守られることを望んでいるだけである。

#### (オ) 反対意見

Rice裁判官は、PASが自殺補助であるとの見解をもとに、以下のように述べた。

モンタナ州は過去100年以上に渡り自殺補助を禁止してきた歴史を有し、自殺補助を許すことはできない。法廷意見には、PASの場合とその他の治療に関わる場合とで医師の故意を区別しなかった点に誤りがある。PASの場合、医師には患者の死をもたらすという故意があるが、緩和ケアの場合には、医師は自らの行為が患者の死の原因となることを意図しておらず、むしろ患者の苦痛を除去することを意図しているのであって、これは治療の中止もしくは差控えの場合も同様である。モンタナ州では1970年代初頭に死の権利が主張されたこともあったが、憲法制定時に否定されており、憲法上のプライバシー権がPASを含むということを認めた最終審裁判所は存在しない。また、モンタナ州では自殺を防止する対策をとっており、これは州が自殺を禁止しようとする方針をとっていることのあらわれである。

### 3. アメリカにおけるPAS議論の展開

本判決を検討する前に、PAS議論における問題の所在を明らかにするため、アメリカの状況を概観しておきたい。

#### (ア) 生命維持治療拒否権をめぐる動向

医師による自殺補助の問題は、終末期における生命維持治療拒否の問題と切り離すことができず、その意味でまず挙げられるべきは、植物状態患者からのレスピーレータ取り外しの可否が争われたQuinlan判決<sup>(14)</sup>である。同判決でニュージャージー州最高裁判所は、一定の条件下での中絶するか否かの女性の決定権がプライバシー権に含まれるとしたRoe判決<sup>(15)</sup>を引用しながら、一定の状況下での治療を拒否する患者の権利も同様に州憲法が保障するプライバシー権に含まれると述べた。

さらにQuinlan判決の翌年、マサチューセッツ州最高裁判所は、終生無能力者であった患者に対する化学療法が対象となったSaikewicz判決<sup>(16)</sup>において、生命維持治療拒否権の根拠としてインフォームド・コンセント法理とプライバシー権をあげ、この権利が無能力者にも能力者と同様に認められるべきこと、代行判断によりこの権利が代理行使されうることを認めた。

これら二つの判決を契機として、アメリカの各州で、患者の生命維持治療拒否に関する訴訟が、宣言的判決という事前の確認を求める形で数多く提起され、そのほとんどで拒否（治療の中止もしくは差控え）が認められてきた。その中に、いわゆる自殺との区別が難しいケースが含まれていたことが、PAS議論を招いた一つの要因であると言える<sup>(17)</sup>。

一方、Quinlan判決の影響は州の法律にも及んだ。終末期に無能力になった際に、生命を維持する治療を中止することをあらかじめ宣言する書面（いわゆるリビング・ウィル）の要件と効力を定めた自然死法や尊厳死法とよばれる法律を各州はあいついで制定し、現在ではほとんどの州にこ

のような法律が存在する<sup>(18)</sup>。また、無能力になった際に、自らに代わって治療に関する指示を下す代理人を指名する手続を法で定める州も多い<sup>(19)</sup>。

### (イ) PAS問題の表面化

上述のように生命維持治療を拒否する患者の権利を司法、立法が積極的に認めるに伴い、新たな問題として浮上したのがPASの合法性である。従来、生命維持治療拒否に関与する医師の行為態様は、治療の中止や撤去、差控えが想定されていた。しかし、それに限らない医師の関与、具体的には致死薬の処方や投与によって患者に死をもたらすことが許されるのかという問題が、まず、キヴォーキアン医師をめぐる一連の事件により注目を集めた。希望者に薬物や一酸化炭素を自己服用できる装置を提供するという自殺補助行為を繰り返したキヴォーキアン医師と、事件当時、自殺関与行為を処罰する規定のなかったミシガン州<sup>(20)</sup>との攻防は、複雑な経緯を辿った<sup>(21)</sup>。州はたびたび起訴を試みたがいずれも断念せざるをえず、1993年に自殺補助を重罪とする規定を州法に追加した。新法の合憲性が争われる中、キヴォーキアン医師は陪審による無罪評決を得たものの、最終的に州最高裁により新法の合憲性は認められ<sup>(22)</sup>、この問題について合衆国最高裁はサーシオレオライの請求を却下した。キヴォーキアン医師の行為はメディアへの積極的な登場もあって、全米に激しい論争をひきおこしたが、致死薬の処方や投与という形での医師の援助を求める人間が少なからず存在することを知らしめたと言える。

そのような医師による自殺補助を求める人々の願いは、州民発案の法という形で結実した。1994年にオレゴン州は、二名の医師により末期の疾患（6ヶ月以内に死をもたらす不治・不可逆の疾患）を患っていると判定され、死の希望を表示する18歳以上の者が、口頭および書面で致死効果をもたらす薬剤を要求し、その15日後に再度同旨の要求をした場合、医師は48時間の待機時間以上の後に薬剤を処方でき、その場合に医師は民事上・刑事上の責任を負わない、薬物服用は患者自身が行

わなければならない等の要件を定めたDeath with Dignity Act（以下、PASを合法化する法をPAS法と呼ぶ<sup>(23)</sup>）を州民発案により成立させ、一定の要件下でのPASを許容した<sup>(24)</sup>。これに対し、オレゴン地区合衆国地方裁判所は施行を差止める命令を出したが、最終的にこの命令は解除され、さらに1997年の州民投票により廃止提案が否決されることで、同法は州民の再びの支持を得た。さらに、規制薬物取締法違反にあたるとの合衆国司法長官による解釈指針をめぐる争いも乗り越え<sup>(25)</sup>、同法は現在も効力を有している。PAS法に基づいて致死薬の処方を受ける患者は増大しつつあり、2010年には96人が処方を受け、うち59人がその服用により死亡しており、1997年の成立以来13年間で致死薬の服用により死亡した者の数は525人にのぼる<sup>(26)</sup>。

一方、ワシントン州<sup>(27)</sup>およびニューヨーク州では、末期患者の自殺を援助した医師を処罰する州法規定が、合衆国憲法のデュー・プロセス条項もしくは平等保護条項に反するとして、違憲の確認と同規定の執行差止め等を求めて、医師と末期患者が訴訟を提起した。

治療を拒否する患者の権利についての合衆国最高裁による初めての判断は、1990年のCruzan判決<sup>(28)</sup>である。これは、無意識となる前に生命維持治療中止を希望していたことについて、リヴィング・ウィルがない場合には、「明白かつ確信を抱くに足る証明」を求めていたミズーリ州法が、合衆国憲法修正第14条のデュー・プロセス条項に違反するか否かが争われた事件である。合衆国最高裁は、この問題をプライバシー権ではなく自由の利益の問題として検討すべきであるとした上で、明確に生命維持治療拒否権を認めることはなかったものの、拒否しうるのであれば、そこに人工的な栄養水分補給の拒否が含まれると述べた<sup>(29)</sup>。結論としては、州の利益を考慮して州法が合憲であるとの判断が下されたが、後に新たな証人が登場したことで、最終的に州は治療の中止を容認した。

ワシントン州とニューヨーク州の州法に関する争いでは、このCruzan判決よりも踏み込んで、



生命維持治療中止・差控えと自殺補助の区別が論じられ、合衆国控訴裁判所大法廷は原告らの主張を一部認めたものの、最終的に合衆国最高裁はGluksberg判決およびQuill判決において、前者は許されるものの、後者は許されないと結論をとって原告らの請求を退けた。その理由として最高裁は、第一に生命維持治療中止・差控えの場合には、患者の死は既に存在する病気によるが、自殺補助の場合には致死薬の投与が患者の死の原因となること、第二に関与する医師の意図が前者では患者の苦痛を緩和することであるのに対し、後者の場合には、患者の死であることを挙げ、自殺補助を禁止してきた長い歴史がこの区別を正当化するのだと述べた<sup>(30)</sup>。

しかし、合衆国最高裁の判断の後も、PASの合法化を求める動きは鎮静化することはなかった。その一つの原因として、合衆国が終末期医療に関する問題の解決を州に委ねる方針をとっていることが挙げられるだろう。この方針は、Gluksberg判決や、規制薬物禁止法に関する合衆国最高裁の判断にもあらわれており、他に死刑や同性愛者の結婚といった問題においても同様の姿勢がとられている。

#### (ウ) 各州の動向

そこで、以下では関連する州の動向を本判決および報道をもとに概観しておこう。PASを合法化する法案は数多く提出されたものの、住民投票では僅差での否決が続くというのが全体的な傾向であった。しかし、2008年にワシントン州ではPASを合法化する法律が、州民投票で圧倒的な支持を得て成立した<sup>(31)</sup>。2011年現在、ワシントン州法§70.245に規定されているThe Washington Death with Dignity Actはオレゴン州PAS法に類似しており、その概要は以下の通りである。①末期であると複数の医師による診断を受けた18歳以上の能力あるワシントン州民で、自発的に死の希望を表明した者は、以下の要件に従って自己服用のための致死薬の処方を書面で求めることができる、②書面の作成に際しては、家族等の関係者以外の者を含む証人が必要である、③事前に十分な

インフォームド・コンセントが必要である、④書面と口頭での処方箋要求の後に、15日以上の猶予をおいて再度口頭で要求することが必要であり、患者はいつでも要求を撤回する権利を有する、⑤最初の口頭での要求から15日以上を経過しなければ処方箋は作成されてはならない、⑥医師は致死薬を投与してはならない、⑦関与した者は民事上・刑事上の責任を免れる。

年次報告書によれば、2010年の一年間に致死薬の処方を受けた者は87名であり、死亡した72名のうち、51名が薬の服用によって死亡した。服用を受けた者の数、死亡した者の数とも2009年を上回っている。死亡者の年齢は52歳から99歳であり、そのほとんどが癌患者であった。死亡した者が死に際して最も重視したのは、自律が失われてしまうことであり、尊厳の喪失がそれに続く。服用から死亡までの時間は、90分以内が約70%を占める<sup>(32)</sup>。

一方、キヴォーキアン事件のあったミシガン州では、1998年に合衆国最高裁がサーシオレオライの請求を却下する事で、自殺補助行為を処罰する規定の合憲性が確認された一方で、同年の州民投票により自殺補助合法化法案が否決された。

フロリダ州では、州最高裁が1997年に自殺補助を禁止する州法を合憲としてエイズ患者らの訴えを退けたが<sup>(33)</sup>、植物状態患者の栄養水分補給の中止が争われたSchaivo事件が当時の合衆国大統領をも巻き込み、尊厳死議論を再燃させた経緯は、日本でもたびたび報道された<sup>(34)</sup>。

カリフォルニア州では、患者に州憲法上認められるプライバシー権によっても、患者の生命を終わらせた者の免責はなしえないとの判断が1992年に州控訴審により下され<sup>(35)</sup>、同年PAS合法化法案が州民投票により僅差で否決された。

マサチューセッツ州では、PAS法の成立を問う州民投票を2012年に行うべく、署名が集められており<sup>(36)</sup>、その数は70,000に達するという<sup>(37)</sup>。その他、バーモント州、メイン州でもPAS法がたびたび検討されている。

合衆国本土以外の州として、ハワイ州とアラスカ州がある。ハワイ州では、オレゴン州と同様の

PAS法の制定が目指されたが、2002年に州議会上院により否決された。一方、アラスカ州でも、末期患者らがPASに関与した医師に殺人罪の規定が適用されないことを求めて訴訟を提起したが、2001年、州最高裁は原告らの請求を退けた<sup>(38)</sup>。

#### 4. 本判決の意義

##### (ア) 判断の枠組み

本判決の特徴としてまず挙げられるのは、患者の終末期における権利に関する問題を、憲法上の個人の尊厳やプライバシーの権利ではなく、制定法上の同意の抗弁という枠組みで検討した点である。これは、合衆国最高裁の判断および他州の同様の判例における枠組みとは全く異なるだけでなく、原審である州地裁が、憲法上の権利に基づいて判断を下したことからも、検討を要する点であろう。

州地裁は、平等保護条項に反するとの原告らの主張に対し、Quill判決で述べられた生命維持治療中止・差控えと自殺助との区別を引用して、二つは区別されるべきであると述べた。後に述べるように、モンタナ州は平等保護やプライバシーについて、広範な権利を認めている。それでもなお、この区別は維持されるべきであり、その理由として、治療中止で求められるのは既に始めた行為を中止して、自然のままに委ねるといった消極的な行為(negative act)であるが、Baxter氏が求めるのは死の早期化を意図する医師の積極的行動であると述べた。したがって、PASに関与した医師を殺人罪規定から保護しないという区別は正当であるとして、平等保護条項による原告らの主張を退けた。

他方、プライバシー権との関係については、州地裁は積極的な姿勢を示した。個人の尊厳とプライバシーの権利を定めた州憲法2条4項および10項により、能力ある末期患者は尊厳をもって死ぬ憲法上の権利を有するとした上で、この権利が当然に医師の援助を含むのであるから、患者は自己が望む時に服用するための薬剤の処方箋を受けるこ

とができる」と明確に述べた。

州地裁がプライバシー権に患者の権利が含まれることに続けて、患者の権利と州の利益との衡量を行った点は、生命維持治療拒否やPASに関する従来の裁判所の判断枠組みに沿っている。州地裁は、患者に認められた権利が基本的権利であるがゆえに、この権利はやむにやまれぬ州の利益がなければ制約されてはならないとして、人間の生命の保護、潜在的濫用からの弱者防止、医プロフェッションの倫理的統合性の維持という三つの利益との関係を検討した<sup>(39)</sup>。その結果、これらの利益はいずれも、患者が尊厳をもって死ぬ権利を保護しつつ保障されることが可能であるとして、医師による致死薬の処方を含めたのである。

以上のような原審の判断に対し、本判決は、冒頭で本件を憲法上の問題としないことを明確にして、その判断枠組みに正面から取り組むことはなかった。法廷意見は、PASにおいて同意の抗弁が有効である根拠として、末期患者の権利法を挙げたが、いかに限定された状況下であっても、そこで認められる患者の権利の行使態様がPASを含むほどに拡大される実質的な理由が、憲法上の権利と離れて存在することを明確に説明してはいない。末期患者の権利法が、その対象を限定しているのにも関わらず、本件のような行為にまで拡大適用されることは誤りであると反対意見は指摘したが、法廷意見はこの点にも十分に答えていない。これに加えて、州が個人の尊厳やプライバシーの権利を憲法上手厚く保障してきたことが、州民の公序良俗の形成に影響を及ぼしてきた可能性を考えれば、PASを認めることが州の公序良俗に反しないとする結論を、プライバシー権を抜きに導き出すことには疑問を抱かざるをえない。末期患者の権利法の制定過程を含めて、さらなる検討が必要である。

本判決にはそうした理論的根拠の不明確さはあるものの、末期患者に認められるべき権利が、権利を行使する際の態様を限定されず、多様な援助を求めることができるほどに積極的に広範なものであると定義した点は、なお重要である。原審が生命維持治療拒否に関与する医師の行為とPAS

を区別することを合理的であると判断したのに対して、本判決は、末期患者の権利法を根拠に、両者が対立するものではないと述べた。このような考え方は、患者の選択と医師の行為における治療との関連性よりも、患者が何を望んでいるか、そしてその結果が死であるという点に注目したものといえるだろう。ただし、本判決は同時に生命維持治療拒否を自殺として扱ってはならないとする末期患者の権利法の姿勢にも触れており、その射程を見極めることは容易ではない。

### (イ) 判例によるPASの許容

本判決により、アメリカでPASを認める州は2011年12月末現在で三州となったわけだが、オレゴン州とワシントン州では州民投票という形でPAS法が承認された。また、両州の最高裁が憲法上の死ぬ権利を取り上げたことはない。モンタナ州はそれらとは異なり、裁判所の判断によってPASを認めたことになる。モンタナ州、オレゴン州、ワシントン州は、アイダホ州を挟んで合衆国太平洋岸北西部に位置し、PAS問題に積極的な姿勢をとる点で互いに何らかの影響があることも考えられるだけに、モンタナ州最高裁判決の影響が今後どのような形で他州に及ぶのかが注目される。

また、モンタナ州は個人の尊厳<sup>(40)</sup>、プライバシー権<sup>(41)</sup>を憲法上明記している。先に紹介した州のうち、州憲法にプライバシー権を定めているのはフロリダ州、アラスカ州、カリフォルニア州であるが、いずれの州もPAS問題を憲法上の問題として扱ってきた。モンタナ州が、これまでに憲法上の個人の尊厳とプライバシーの権利を合衆国裁判所や他州に先駆けて幅広く認めてきた伝統があることは、本判決の枠組みはともかく、結論には影響しているものと思われる。本判決が下される約4ヶ月前の報道では、モンタナ州は、PASを憲法上の権利として合衆国史上初めて認めた州になるであろうとの見込みも示されていた<sup>(42)</sup>。プライバシー権運動が最高潮に達した1972年に制定されたモンタナ州憲法は、政府の介入を排除して個人の自律と尊厳を守るための規定

をもち、「人間の尊厳は不可侵である」と宣言していることでも知られている。実際、州最高裁はこれまでに、プライバシーの権利や個人の自由をきわめて重く扱ってきたのであり、早くも1997年には反ソドミー法がプライバシーの権利に反するために違憲であるとの判断を下している。合衆国裁判所が先例を覆して同様の権利を認めたのは、2003年のことであった。

そこで、このような伝統を有する州最高裁が、本件で憲法上の判断を回避したことは、主張が認められた原告側としても不満であったようだ。彼らは、Nelson裁判官が述べたような、医師の援助を受ける権利が憲法上の個人の尊厳に含まれるという判断を求めていたのである<sup>(43)</sup>。しかし法廷意見が本件を制定法と公序良俗の問題としたことで、ある意味では、オレゴン州やワシントン州と同様に、モンタナ州でもPAS問題の最終的な解決は議会と州民に委ねられたとすることができるだろう。本判決後、議会では致死薬の処方依頼された際に医師が従うべき手続等を定める法案が検討されており、Baxter氏の娘もこの法案を支持している。一方で、自殺幫助を全て禁止する対案も提出されている<sup>(44)</sup>。その間に、PASにより死亡した末期患者が1人いるとCompassion & Choiceからの報告があったが、州に対する報告を義務づける法がないために、詳細は明らかになっていない<sup>(45)</sup>。

さらにモンタナ州の地理的・社会的状況を挙げておこう。同州はアメリカ合衆国で自殺率が最も高い州の一つである。また、広大な土地に対して人口が少なく、ヘルスケアへのアクセスが著しく制限された地域があり、たとえば人口が1平方マイルあたり1人、最寄りの医療機関まで数時間かかるという場所さえある。自殺幫助に対処する前に、全ての者に平等な選択肢を保障することが必要だという主張<sup>(46)</sup>は、このようなモンタナ州の状況を踏まえた上で理解されるべきであり、特定の治療を無益であるとして中止や差控えを考える前提として、患者に医療へのアクセスと選択肢が十分保障されているのかを確認すべきことは、アメリカほどではなくとも拡大しつつある医療の地



域格差という問題を抱える日本にとって無関係ではなく、本判決による重要な問題提起であるといえるだろう。

## 5. おわりに

患者の権利をめぐるアメリカの議論の中心は、いまや生命維持治療拒否から、PASに移っているといっていよう。この問題には中絶や同性愛の問題と並んで、政治と宗教が深く関わっており、アメリカの特殊性を排して検討することは難しい<sup>(47)</sup>。しかし、検証のための一つの視点として、治療概念との関係を提示しておきたい。

生命維持治療拒否と自殺との区別を重視する立場は、治療という従来の枠組みを尊重している。治療を拒否する患者の権利は、治療を選択する患者の権利の裏返しとして認められてきたという経緯を有しているため、患者の選択は現在施されている治療の中止か、これから施される治療の差控えに限定され、そこに関与する医師の行為態様も、この患者の選択に対応して定まる。このような患者の選択が治療の選択であり自殺の選択ではないことは、それに関わる医師の行為が患者の死との因果関係および意図を有さないことを挙げて合衆国最高裁も、繰り返し強調した。治療との関連性が患者の選択および医師の行為の限界を画すとすれば、苦痛を緩和することなく、単に患者を自殺させるために致死薬を新たに処方するPASは治療との関連性が低く、許される範囲を逸脱した行為であるとして否定される。

合衆国司法長官がオレゴン州PAS法に基づいた致死薬の処方制限する際に、PASが合衆国薬物規制法施行規則における「正当な医療目的(a legitimate medical purpose)」に反していることを指摘した点も、同様の文脈で理解しうる。このような立場からは、終末期に治療として医師にはどこまでの行為が許されるのかという問いかけがなされることになるだろう。したがって、患者の死に対していかに医師の関与の度合いが低く、最終的な行為が患者によるものだとしても、治療との関連性を否定される以上、PASは許さ

れないということになる。

しかし、治療との関連性よりも、患者の選択の本質が死であることに目を向け、それを出発点として医師に求められる行為を考えた際には、異なる結論が導かれる。患者にとって、生命維持治療の拒否と致死薬の服用のどちらが、より尊厳ある死を迎えることができるかは、治療との関連性によって決まるものではない。フロリダ州のSchaivo事件を通じて、人々は栄養水分の補給を中止された患者がどのように死に至るかを目の当たりにし、これが尊厳ある死なのかという疑問を持ったのではないだろうか。尊厳ある死という名の下に、餓死や脱水死という形で時間をかけて憔悴していく患者の姿は、従来の治療拒否という枠内では解決しえない終末期の問題を感じさせるに十分であったと思われる。また、患者の生命維持治療拒否権が拡大されてきたことを踏まえれば、自殺と生命維持治療拒否とを区別することの合理性は動揺せざるをえない。患者自身が尊厳があると感じる死を迎えるためには、どのような援助が有効なのかという問題として終末期の患者の権利を考えたならば、中絶する女性に対して必要な医師の援助は何かという問題とも類似し、あながち不合理な考え方とはいえない。

患者の希望を出発点とする考え方は、アメリカの自律的な患者像にはよく馴染むものであり、「…アメリカのPASに関する議論では、死への自己決定は単なる決断ではなく、自ら行動することまでを含む…最終的な決断と実施、すなわち薬物の服用は本人自身に任される…<sup>(48)</sup>」点が、PAS議論のここまでの発展をもたらしたものと考えられる。アメリカでは、生命維持治療拒否やPASの問題は司法の中で、事前に確認を求める訴訟を通じ、患者にそのような権利があるのかという問題として扱われるのに対して、日本では、関与した医師の行為の法的評価を事後的に判断するという形がとられる。日本の尊厳死・安楽死議論では、治療との関連性を認めることができる尊厳死・間接的安楽死・消極的安楽死を合法とする説が多数を占めているが、その理論構成において治療との関連性が重視されていることとも併せて、アメリ



カほどにPAS議論が盛り上がることは考えにくい。とはいえ、患者が真に望む死のあり方は、国が異なれども共通する部分は少なくないと思われるため、患者の権利を出発点にして尊厳や安楽という言葉の本質を追求する際には、アメリカの議論から学ぶところは大きい。

最後に、一般に合法性を認められている生命維持治療拒否に比べて、逆にPASにおいてはあまり問題とならない点として、患者の意思の代理行使という問題を挙げておく。PASで致死薬を服用するのは患者本人であるため、無能力患者の意思をどのように判断するのかという問題は基本的に生じない。もちろん、致死薬の処方を求める段階や服用する段階で、自由な意思決定が阻害される可能性はあり、それを防止するための様々な要件をオレゴン州法やワシントン州法は定めている。また、最終的な決断は患者であるからとして、医師が責任を放棄する危険性もあるかもしれない。しかし、患者本人の選択が不明な時に、医師の専門的判断や、家族等の意見のみで生命を短縮するような決定が下されることの恐ろしさを考えたならば<sup>(49)</sup>、PASで死をもたらすのが患者本人であることは、PASを支持する大きな根拠となりうるだろう<sup>(50)</sup>。

アメリカにおいては終末期の治療をめぐる議論はなお活発であり、2011年にも、先天的な重い脳障害を負った新生児に気管切開手術を施すかどうかで争われたbaby Joseph事件が注目を集めた。ワシントン州法の分析や、本判決後のモンタナ州の状況を含めて、引き続き今後の動向をフォローしていくことが必要である。

## 注

- (1) 当初は実体的デュー・プロセスに基づく主張もあったが後に撤回した。
- (2) モンタナ州は二審性をとっている。
- (3) これに加え、訴訟費用についての原判決の結論を破棄した。
- (4) § 45-5-102が適用される。TITLE 45 CRIMES, CHAPTER 5 OFFENSES AGAINST THE PERSON, PART 1 HOMICIDE: 102 Deliberate homicide, (1) (a). A person commits the offense of

deliberate homicide if the person purposely or knowingly causes the death of another human being.

- (5) § 45-2-211 (1).
- (6) § 45-2-211 (2) (d). 同意が無効になるその他の場合としては、被害者が法的に無能力である場合、被害者が若年もしくは精神障害により行為の性質を理解しない場合、同意が強制等による場合がある。
- (7) State v. Mackrill, 2008 MT 297, 345 Mont. 469, 191 P.3d 451 (2008).
- (8) 引用されたのは、バーでの喧嘩、四人同士の喧嘩、BB弾による打ち合い、家庭内暴力という、いずれも被告の単独による直接的かつ暴力的な行為により侵害の結果が生じた事件である。
- (9) § 45-5-102.
- (10) 1985年に制定され、現在はモンタナ州法に Montana Rights of the Terminally Ill Act (TITLE 50 HEALTH AND SAFETY CHAPTER 9 RIGHTS OF THE TERMINALLY ILL ACT) として含まれている。18歳以上の正常な精神状態を有する者は、いつでも、生命維持治療の中止もしくは差控えについての宣言書を作成する権利を有し、この宣言は末期であると認められた場合に行使できることを定めている。
- (11) 故意に記録を怠った医師や、故意に他者の宣言を破棄した者は、500ドル以下の罰金もしくは一年以下の拘禁、またはその両方が科される。§ 50-9-206 (2), (3).
- (12) 法廷意見は別の箇所では、患者の生命を維持している呼吸器のプラグを抜くことを医師の直接的な行為の例として挙げている (id., at 1220).
- (13) § 45-5-105は、意図的に他人の自殺を助ける、あるいは教唆した者は、その自殺が起きなかった場合には、aiding or soliciting suicideとして処罰すると規定する。コメントでは、たとえ被害者の同意があった場合でも、行為が死をもたらした主因となった場合には殺人罪 (§ 45-5-102以下) が適用されること、§ 45-5-105の処罰根拠は、自殺を援助したり幫助したりすることが人の生命を尊重しないことの象徴である点に求められると解説されている。
- (14) In re Quinlan, 70 N.J. 10, 355 A.2d 647 (1976).
- (15) Roe v. Wade, 410 U.S. 113, 93 S. Ct. 705, 35 L.Ed. 2d 147 (1973).
- (16) Superintendent of Belchertown State School v. Saikewicz, 373 Mass. 728, 370 N.E.2d 417 (1977).
- (17) 例えばBouvia v. Superior Court of Los Angeles County, 179 Cal. App. 3d 1127, 225 Cal. Rptr. 297 (1986).
- (18) 世界で初めて自然死法を制定したのはカリフォルニア州である (The Natural Death Act 1976)。この法は何度かの改正を経て2000年に廃止さ

- れ、現在はadvance health care directiveに関する規定をおく検認法 (Probate Code) の § 4600 以下に統合されており、その対象は、永続的に無能力な末期患者の生命維持治療に関する決定に限定されていない。
- (19) 丸山英二「シンポジウム [生命倫理と法] アメリカ」比較法研究66号 (2004) 13頁, 16頁。
- (20) アメリカには、自殺関与を自殺・謀殺とする州、独立した犯罪とする州、処罰規定のない州が存在する。なお、模範刑法典では、自殺関与は第二級重罪とされている。Model Penal Code and Commentaries, Part IV, § 210.5.
- (21) 詳細は、谷直之「アメリカ合衆国における安楽死議論の礎石」同志社法学56巻6号741頁 (2005), 743頁以下、町野他編著『安楽死・尊厳死・末期医療 資料・生命倫理と法Ⅱ』(信山社, 1997) 111頁以下 (安村勉) 参照。
- (22) *People v. Kevorkian*, 447 Mich. 436, 527 N.W.2d 714 (1994).
- (23) ORS 127.800-127.995. 「尊厳死法」という名称は従来の生命維持治療拒否を容認する法と混同されやすいため、PASの合法化を含む場合には訳語を検討する必要があるだろう。
- (24) 患者の激しい肉体的苦痛という要件は存在しない。
- (25) *Gonzales v. Oregon*, 546 U.S. 243 (2006). 合衆国地裁判決については、織田有基子「オレゴン州尊厳死法の効力と合衆国制度のあり方」ジュリ1228号 (2002) 262頁, 合衆国最高裁判決については、久山亜耶子「*Gonzalez v. Oregon*, 546 U.S. 243 (2006) -連邦薬物規制法は合衆国司法長官に対して、州法が許容する医師による自殺介助のための規制薬物の処方禁止権限を授権していないとされた事例」[2007] アメリカ法130頁を参照。
- (26) 服用者の数も、上下はありつつも緩やかに増加している。服用していない者の中には、服用せずに病気で死亡した者と、現在生存している者が含まれている。死亡した者の平均年齢は72歳、男女比はほぼ同じであった。報告書によれば、服用したが死亡せずに、後に病気によって死亡した者、また、死亡原因が調査できていない者もいるとのことである。Death with Dignity Act Annual Reports, Year 13 - 2010 Summary (Released January 25, 2011) (visited January 14, 2012) .  
<<http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/index.aspx>>
- (27) ワシントン州では1991年にPASを認める法が州民投票により僅差で否決されている。この法は、医師による致死薬の処方だけでなく、致死薬の投与を認めるものであった。
- (28) *Cruzan v. Director of Missouri Dep't of Health*, 497 U.S. 261 (1990).
- (29) 前掲・谷743頁以下参照。
- (30) *Washington v. Glucksberg*, 521 U.S. 702 (1997), *Vacco v. Quill*, 521 U.S. 793 (1997).
- (31) *The New York Times*, March 4, 2009 (William Yardley).
- (32) 2010 Death with Dignity Act Report (visited January 14, 2012) (<<http://www.doh.wa.gov/dwda/forms/DWDA2010.pdf>>)
- (33) *Krischer v. McIver*, 697 So.2d 97 (1997).
- (34) 谷直之「シャイボ事件」同志社法学57巻6号355頁参照。
- (35) *Donaldson v. Lungren*, 4 Cal.Rptr.2d 59 (1992).
- (36) Lowell Sun (Massachusetts), October 13, 2011 (Marie Donovan).
- (37) *The New York Times Blogs*, October 26, 2011.
- (38) *Sampson v. State*, 31 P.3d 88 (2001).
- (39) 同様の事件では、自殺防止の利益を含めて四つの利益が検討されるのが一般的である。州地裁が自殺防止の利益をあげなかったのは、先立って平等保護条項との関係を検討する際に、自殺との区別を論じたためではないかと思われる。
- (40) Section 4. Individual dignity. The dignity of the human being is inviolable. No person shall be denied the equal protection of the laws. Neither the state nor any person, firm, corporation, or institution shall discriminate against any person in the exercise of his civil or political rights on account of race, color, sex, culture, social origin or condition, or political or religious ideas.
- (41) Section 10. Right of privacy. The right of individual privacy is essential to the well-being of a free society and shall not be infringed without the showing of a compelling state interest.
- (42) *The New York Times*, September 1, 2009 (Kirk Johnson). 反対に、州最高裁は原審を覆すであろうと2009年3月の時点で述べたものとして、*The Washington Post*, March 2, 2009 (Breg Bluestein) がある。
- (43) *The New York Times*, December 31, 2009 (Kirk Johnson).
- (44) 2011年2月16日にこの対案は上院で否決されたとのことである。Compassion & Choices, Montana Aid In Dying (visited January 14, 2012) (<<https://www.compassionandchoices.org/sslpage.aspx?pid=452>>)
- (45) *The Associated Press State & Local Wire*, January 16, 2011 (Matt Volz).
- (46) *id.*, *The New York Times*, September 1, 2009.
- (47) PAS合法化を問う州民投票において反中絶組織や宗教団体の有する影響力は大きい。
- (48) 藤本直子「オレゴン州尊厳死法に基づく医師による末期患者の自殺介助と連邦規制」比較法学41巻1号 (2007) 239頁, 250頁。

- (49) 私見では、治療の枠内で問題を解決しようとした場合、死という結果が直視されずに治療の選択として考えられるために、理論的にも、関わる者の精神的にも、代理決定の正当化が容易になる。
- (50) ただし、PASにより致死薬の処方を受けた患者がその後に無能力あるいは無意識となった場合、医師などの第三者が患者に投与を行うことが将来認められる見込みは極めて低いとはいえ、ゼロとは言えないだろう。