

カナダにおける安楽死の医療化

柴 寄 雅 子*

Medicalization of Euthanasia in Canada

Masako Shibasaki*

Abstract

This paper illuminates Canada's federal law on medical assistance in dying enacted in 2016. First, I review the developments leading up to the legislation from the Supreme Court of Canada *Rodriguez* decision through the precedential act in the Province of Quebec to the court rulings on the case of Carter. Second, I focus on and explore the implications of the landmark step ventured by the new statute; it has reclassified aid in dying as 'end-of-life medical care' —the same category as palliative sedation or withdrawing life-sustaining treatment. The sharp distinction between euthanasia and assisted suicide has also been replaced by the mere procedural difference between 'clinician-administered' deaths and 'self-administered' ones. The explicit medicalization of these practices is highly likely to constrain the availability of conscientious objection to them, because even though it is legally warranted, it now means rejecting medical services.

キーワード

積極的安楽死、自死援助、医療的臨死介助、自殺幫助

1. はじめに

安楽死や自死援助について、日本でよく取り上げられるのはオランダやスイスだが、近年、急激な動きを見せているのはカナダである。患者の要請に基づき、医師らが注射器などで致死薬を直接投与する「自発的積極的安楽死」（以下、「安楽死」と略称する）と、致死薬を用意してもらって、患者本人が飲むなどして自己投与する「自死援助」の両方を、カナダは2016年6月、「死に行く際の医学的援助」として一挙に合法化した。致死薬の処方や投与が医療サービスの中に組み入れられたのである。そのうえ、こうした医学的ケアを受けられる基準も2020年から緩和されることがすでに決まっており、臓器移植を前提と

* しばさき まさこ：大阪国際大学人間科学部教授〈2020.6.1受理〉

した安楽死も実施されている。

そこで本稿では、急速に進むカナダの安楽死と自死援助の状況について、まず自殺幇助罪をめぐる訴訟の経緯を辿る。次に訴訟の結果、成立した「死に行く際の医学的援助」法の内容と実施状況、そして改正への動きを概説する。そして最後に、安楽死と自死援助の医療化について考察する。

2. 自殺幇助罪をめぐる訴訟

カナダにおいて安楽死を合法化する第一歩となったのは、ロドリゲス事件である。事件名の元となったスー・ロドリゲスは、1991年8月に筋委縮性側索硬化症（ALS）と診断された。まだ41歳になったばかりだったが、この病気には治療もないため、動かせない身体の一部がどんどん広がり、最終的には人工呼吸器と栄養補給チューブを付けて寝たきりの生活になることが分かってしまった。そのため今すぐというわけではなく、病状が悪化し、自分が判断した時点で、「適格な医療の専門家によって何らかの手段を手配してもらい、自分で究極の選択を行って、最後の行為を自ら遂行する」、つまり自殺することを望んでいた¹⁾。しかしカナダでは1972年に自殺未遂罪が削除されたものの、刑法第241条（b）は、人の自殺を助けたものは最高14年未満の自由刑に処せられると規定している。つまり、もし彼女が望みどおりの死を遂げようとすると、援助した医師が犯罪者として処罰されかねないのである。そこで彼女は1992年12月2日、現在のカナダ憲法の一部をなす「1982年憲法」の第一章「権利および自由に関するカナダ憲章」（以下、「カナダ憲章」と略称する）の第7条、第12条、第15条第1項に反することを根拠に、刑法第241条（b）を無効とすることを求めて、ブリティッシュ・コロンビア州上級裁判所に提訴した。関係するカナダ憲章の条文は、第7条が「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」、第12条が「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」、第15条第1項は「すべて個人は、法の前および法の下に平等であり、とりわけ人種、国籍や民族、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」である²⁾。つまり、末期患者が望まぬ病苦を受け続けるのは「残虐」であり、それを強いる刑法第241条（b）は、人間の尊厳と自由な決定権を奪うだけでなく、身体的に一人では自殺ができない病人や障害者を差別しているため違憲である、とロドリゲスは主張したのである。

1992年12月29日、ブリティッシュ・コロンビア州上級裁判所が彼女の訴えを退け、1993年3月8日、控訴裁判所も棄却したため、ロドリゲスは、カナダ連邦最高裁判所にまで上訴した。1993年9月30日の最高裁判決は刑法第241条（b）を合憲とみなして、彼女の敗訴に終わった³⁾。カナダ憲章第7条に関して、最高裁はこの刑法がロドリゲスの「生命、自由および身体の安全の権利」を侵害していることは認めしたが、「基本的正義の原理」によって許容できると判断し、次のように述べている。「刑法第241条（b）における自殺幇助の一律禁止は長年にわたるものであり、弱者を保護するという政府の目的に従っており、生命を保護するという国家の利益に基づき、人の生命が奪われることを許容することに

よって生命の価値が貶められることがあってはならないという国の政策を反映している。この国の政策は、生命の神聖性という我々の基本概念の一部をなすものである。刑法第 241 条 (b) と同様の自殺幫助の一律禁止は、西欧の民主主義国では規範的なものでもあると思われ、そうした禁止が違憲である、あるいは基本的人権に反すると宣告されたことは一度もないのである」。カナダ憲章の第 12 条違反に関しては、この条文が禁じているのは「国家」による残虐な行為であり、原告の解釈は不適切だとして退けた。第 15 条第 1 項については、決定しない方がよいとしながらも、第 1 条で合憲と判断できると想定している。第 1 条は権利と自由の保障について、「自由かつ民主的な社会において明確に正当化されうるような制限」を法律で課すことがありうるとしているからである。すなわち、西欧の民主主義国においては、自殺幫助を全面的に禁止しても、身体的理由で自殺ができない人への差別になるとは考えられないということである。

カナダ最高裁判所の判決は、当時の歴史的背景を考えれば当然と言えるかもしれない。安楽死や自殺幫助の合法化について「先進国」とされているオランダでも、手続きを明確にした「遺体処理法」が施行されたのは 1993 年 12 月 2 日であり、正式な法律が成立したのは 2001 年になってからである。アメリカで初めてオレゴン州で自死援助が可能になったのも 1998 年である。むしろ 1993 年 9 月の時点で、ロドリゲス事件の判決が 5 対 4 という僅差であったことは、その後のカナダの急速な動きを予告するものだったと言えるかもしれない。なおロドリゲスは 1994 年に自宅で何者かの援助を受けて亡くなったのだが、「この『犯罪』について訴えられた人はいない」⁴⁾。

その後、自殺幫助や安楽死の合法化を求めて、様々な議員が個人として法案を下院に提出したが、すべて立法には至らなかった。たとえば自らガン患者として死に直面していた議員、フランシース・ラロンドが 2009 年 5 月に提出した法案「C - 384」は、2010 年 4 月、下院において 228 対 59 で拒絶されている⁵⁾。

2011 年、及び腰の議会で業を煮やしたかのように、安楽死の問題が再び法廷で争われることになった。ロドリゲスと同じく ALS に苦しむグローリア・テイラーが、カナダ憲章の第 7 条と第 15 条の違反を根拠に、刑法第 241 条 (b) を始めとする関連法の無効を求めて訴訟を起こしたのである。その他にも原告として、リー・カーターとその夫のホリス・ジョンソン、そしてウィリアム・ショイチェットも名を連ねた⁶⁾。カーターの母親は脊椎管狭窄に苦しんだため、2010 年に「ディグニタス」で自死を遂げたのだが、夫妻はその際、様々な手続きを行い、スイスにまで付き添っていたため、そのような行為が違法になるのは不当だと訴えたのである。この事件は彼女の名前を取ってカーター事件と呼ばれている。ショイチェットは家庭医で、緩和ケアの限界を訴え、合法化されれば自死援助や安楽死を行う意思があると表明していた。

多くの共通点を持つロドリゲス事件とカーター事件だが、後々大きな意味を持つ相違点もある。第一に、ロドリゲスが求めていたのは、犯罪として処罰されない自殺幫助だけだったが、カーター事件の原告団は安楽死の合法化も要求していた。彼らは否定的意味合いを持つ「自殺」や「安楽死」という語を避け、「同意に基づき医師により援助された死 (consensual physician-assisted death)」という概念を創出し、「医療従事者が意図的に患

者の死をもたらす薬物の投与や他の処置を施すこと」と定義づける⁷⁾。これは要するに医師による安楽死である。そして、この「同意に基づき医師により援助された死」と「医師に援助された自殺」を合わせて、「医師に援助された死 (physician-assisted dying)」と呼び、それを一律に禁じている刑法はカナダ憲章の第7条と第15条に違反しており無効だと主張したのである。

第二に、ロドリゲスは末期患者の自殺幫助の合法化を求めているが、カーター事件の原告団は、「医師に援助された死」を受けられる対象を末期患者に限定していない。「重篤で改善不能の病氣 (grievously and irremediably ill)」という概念を提出し、それを次のように定義している。「1. 医療従事者によって重い病状だと診断されている。またその病状が、a. 患者本人が受け入れられる治療法では治らない、b. 身体的・心理的・心理社会的な苦しみを引き起こし、i. 患者本人にとって耐えられず、ii. 患者本人が受け入れられる医学的処置では緩和できない。2. 『病状』とは病氣あるいは障害を意味し、外傷から来る障害も含む」⁸⁾。ここには死期が近いという限定は含まれていない。

第三に、ロドリゲスの要求は刑法第241条(b)の無効宣言に留まっていたが、カーター事件では、無効になった後のことまで視野に入れている。法律が改正されることになるため、無効宣言は6ヶ月延期してよしとし、ただしその間、グローリア・テイラーの死を援助した医師が訴追を免除されることも求めている。さらに、議会が「医師に援助された死」について法整備する際に目安となるよう、裁判所が合憲性の基準を示すことも望んでいた。

ブリティッシュ・コロンビア州上級裁判所のリー・スミス裁判長は、安楽死や自死援助が合法である国の実情や、賛否両方の立場の倫理学者の意見など、多岐に渡って綿密に検討した上で、2012年6月15日、原告の訴えを認めて法改正を指示する画期的な判決を下した。カナダでは「先例拘束性の原則」が認められているため、通例であればカナダ最高裁判所がロドリゲス事件で下した判決に、州の裁判所は従うことになる。しかしスミス裁判長は、1993年に最高裁の判決が出てから、カナダ憲章第7条の侵害に関して「基本的正義」の点を審査する原理が新たに加わったことなどを理由に、「先例拘束性の原則」が該当しないと判断し、次のように述べている。「判断能力があり、十分情報を得て、揺るがぬ意思を持ち、強制や不当な影響を受けておらず、鬱病でもなく、医師に援助された死を自ら(代理の決定者によってではなく)要請する成人に適用する点で、刑法第241条(b)はカナダ憲章第7条に違反する。第15条に関しては、上記の条件に当てはまる人で、加えて身体的に著しい障害があるか、あるいはやがてそうなる人に適用する点で、刑法第241条(b)は違憲となる」⁹⁾。つまり、刑法第241条(b)は余りに広汎すぎて、グローリア・テイラーのような人が不均衡な不利益をこうむる点で、カナダ憲章の第7条と第15条の両方に違反するため、無効と結論付けたのである。逆に言うと、一律に自殺幫助を犯罪扱いせずとも、弱者を守りながら特定の人にのみ「医師に援助された死」を可能とする法律を制定できるという結論を出したのである。連邦議会と州議会が適切に法を改正できる時間的猶予を与えるため、スミス裁判長は刑法第241条(b)の無効宣言を原告の訴えよりも長く、1年間延期するとした。そしてその間の例外的措置として、グローリア・テイラーの死を援助した医師を免責することも認めた。彼女はカナダで初めて合法的に死の援助を受けられるこ

とになっていたのだが、2012年10月4日、予期せぬ感染症により急死した¹⁰⁾。

生命の終結に対する考え方の大々的な変革を迫る判決に対し、連邦司法長官が上訴した。2013年10月10日、ブリティッシュ・コロンビア州控訴裁判所は2対1で、「先例拘束性の原則」を理由に原審を破棄したため、カナダ最高裁判所に最終判断が持ち越されることになった。

政治家はともかく、国民の圧倒的多数は安楽死の合法化を望んでいた。181人の医療従事者と94人の障害者を含む2515人の国民を対象とした2014年の調査¹¹⁾では、「もしその人が判断力のある成人の末期患者で、耐えがたく苦しみ、繰り返し死ぬのを助けて欲しいと依頼しているなら、医師は命を終わらせるのを助けることができるようにすべきだ」という意見に、全体の84%が賛成していた。しかも、医療従事者だけなら85%、障害者だけでも85%と、一般市民と変わりなく高い割合を示している。いくつかの状況を提示し、その場合に死の援助を受ける権利があるか否かを問うた質問では、患者が「耐えがたい痛みを引き起こす末期の病気」なら88%が「はい」と答えた。また末期という条件を外しても、「重い不治の病気や状態で、能力低下が進行しており、しかもそれが永続し不治で、耐えがたい苦しみを引き起こしている」なら86%が「はい」、つまり死の援助を受ける権利があると答えている。さらに合法化すべき死の援助の具体的内容については、「医師が生命を終わらせる薬を処方し、患者がそれを自分でのむ」つまり自死援助が76%、「医師が生命を終わらせる薬を処方し、かつ投与する」つまり安楽死が79%と、自死援助より安楽死を求める人の方が多かったのである。

こうした世論の流れを受けて、死の援助を提供する側の代表である「カナダ医師会」（以下、「CMA」と略称する）も、見解を変化させていった。2012年のブリティッシュ・コロンビア州上級裁判所の判決は、2007年に出されたCMAの方針を参考にしているが、その時点ではCMAは安楽死や自殺補助に反対していた。しかし2014年、市民や医師と一連の意見交換会を開催したり、インターネット上で様々な見解を集めたりした結果、「法律が定める範囲内で、死に行く際の医学的援助を提供するか否かを決める時に、自らの良心に従うすべての医師の権利を支持する」ことがCMA理事会で認められ、その旨を記した意見書を、2014年8月27日、カーター事件を審理しているカナダ最高裁判所に提出した¹²⁾。つまり安楽死や自殺補助に明確に反対する立場から、一人ひとりの医師がそれを選ぶことを認める方向に軟化したわけである。世界医師会が安楽死や自殺補助に反対していることを盾に取り、原告団の要求を棄却するよう強硬に主張をすることもできたはずだが、法律を決めるのは議会であり、どのような法律であれ、その判断に従うという道をCMAは選んだのである¹³⁾。

カナダ最高裁判所の判決を待つ中、ケベック州議会が安楽死を合法化した。イギリス植民地から発展した他の州とは異なり、元はフランスの植民地だったケベック州は、分離独立運動が起こるほど独自の文化を維持している。安楽死に関しても、2009年に全党参加の委員会を立ち上げ、着々と合法化の道を探っていた¹⁴⁾。この委員会は専門家に諮問し、300以上の政策方針書を受け取り、州民へのアンケートを実施し、公聴会を開催し、安楽死が合法のオランダやベルギーにまで視察に赴いた。それらすべてを踏まえて2012年、医師に

よる死の援助の合法化を含む提言をまとめた報告書、『尊厳死』を提出した。2013年には終末期ケアに安楽死を含める法案が議会の審議に付され、10月29日に84対26の大差で原理的に承認された。その後さらに修正が加えられ、2014年6月5日、「終末期ケアに関する法」(以下、「ケベック法」と略称する)として可決成立し、2015年12月10日から施行されることになった。

国の刑法では嘱託殺人罪や自殺幫助罪が存在する中、なぜケベック州は、そうした犯罪に問われうる安楽死を合法化できたのか。それを理解するためには、カナダにおける連邦と州の役割分担を踏まえる必要がある。カナダでは刑法は連邦に決定権があるが、病院や社会サービスの実施は州の管轄となっている。つまり、医療に関することは州の宰領で決めてよいのである。ケベック法の第3条第3項では、「終末期ケア」を「終末期の患者に提供される緩和ケアと、死に行く際の医学的援助を意味する」と定義し、さらに「死に行く際の医学的援助」については第6項で、「末期患者の要請に基づき、死を早めることによって苦痛を緩和するために、医師が医薬品ないし規制薬物を投与することからなるケアを意味する」と説明している¹⁵⁾。要するにケベック州議会は、医師による致死薬の投与を医療的ケアとみなし、自殺幫助罪と嘱託殺人罪を罰する刑法とは無関係のような扱いで、安楽死を合法化したのである。ただし、誰にでも安楽死が認められるわけではない。第26条によると、「死に行く際の医学的援助」を受けるためには、次の6つの条件をすべて満たす必要がある。「(1) 健康保険法が意味する範囲で、保険に入っている。(2) 成人で、ケアに対して同意を与える能力がある。(3) 終末期にある。(4) 不治の重い病気に苦しんでいる。(5) 能力の不可逆的な低下が進行した状態にある。(6) 身体的あるいは心理的な耐え難い苦しみをつねに経験しており、それは患者が耐えられると思える方法では緩和できない」。第一の条件が健康保険の加入者である点に、特に注目したい。自死援助や安楽死を合法化しているところでは、通常、その国や州の「住民」であることが条件だからである。ケベック州では安楽死があくまで「医療ケア」である点が、こうした所でも表現されているのである。

安楽死合法化に賛成する人が多数派だとはいえ、ケベック州にも反対派は存在する。「社会的正義のための医師連合」を代表してポール・J・サバと障害を持つリサ・ダミコは、2014年5月26日、ケベック法は人権の侵害に当たるので無効とするよう訴訟を起こした。

この訴えに対してケベック州上級裁判所で判決が下される前の2015年2月6日、カナダ最高裁判所はカーター事件について全員一致で、しかも通例のように裁判官名を列記せず、「裁判所」として原告勝利の判決を下した¹⁶⁾。自殺幫助を一律に禁じた刑法第241条(b)と嘱託殺人罪を定めた刑法第14条は、「成人で、(1) 生命の終結に明確に同意し、(2) 重篤で改善不能の病状(病気と障害を含む)にあり、そのため本人にとって耐え難い持続的な苦しみを持つ人が、医師に援助された死を受けることを禁じている点に限って、カナダ憲章第7条を不当に侵害して無効である」と判断したのである¹⁷⁾。逆に言うと、現在の刑法による禁止は広汎すぎ、上記のような条件に該当する人なら自死援助や安楽死を受ける権利があるということである。自殺幫助や嘱託殺人を、違法であり続けるものと合法的なもの2種に分けたとも言える。そして無効宣言を1年間延期して、それまでに連邦議会

と州議会が法律を策定するように指示した。なお、連邦司法長官の依頼に基づき、2016年2月6日だった期限は、2016年1月、さらに4ヶ月間延長することが認められた。

最高裁判決を受けて2015年11月12日、ケベック法の無効を訴えていたサバとダミコは、カナダの連邦法が定まるまでケベック法の施行を暫定的に延期することも訴訟内容に追加した。2015年12月1日、ケベック州上級裁判所は原告の訴えは退けたものの、それでもなお刑法第14条と刑法第241条(b)の無効が宣言されるまで、ケベック法の施行を延期するように命じた。ケベック法は刑法に反しており、連邦法と州法が矛盾した場合、前者が優先されるというのが、その理由であった¹⁸⁾。

これに対しケベック州司法長官が上訴した。2015年12月22日、ケベック州控訴裁判所は元の判決を覆し、ケベック法は議会で決定された12月10日に遡って発効するとした。「違憲性の宣言が延期されるのは通常、議会や関連する州議会が、憲法上、無効の条文を改正するまで、法的空白を避けるためである。〔中略〕死に行く際の医学的援助は州議会が法律を制定してよい共同管轄の領域であり、実際にケベック州は法律を制定した。ケベック州によって設定された法的枠組みは、まさに法的空白を埋めることを可能にするものであり、これによってケベック法で規定された条件をすべて満たす個人は、死に行く際の医学的援助に関して、カナダ最高裁判所が認めた憲法上の権利を行使することができる¹⁹⁾。こうして他の州に先駆けて、ケベック州では医師による安楽死が実施されるようになったのである。

3. 「死に行く際の医学的援助」法と実施状況

最高裁判所が定めた期限より数日遅れた2016年6月17日、連邦政府は殺人罪、自殺幇助罪に関する項目を変更した刑法を公布した²⁰⁾。改正された連邦刑法典第241.1条において、「死に行く際の医学的援助」は、「(a) 死をもたらすことになる規制薬物を本人の要請に基づき、医師または診療看護師²¹⁾が投与すること、または (b) 本人が自ら投与して死を引き起こすことができるよう、要請に基づき、医師または診療看護師が規制薬物を処方ないし提供することである」と定義されている。つまり、自死援助のみならず安楽死も、医師や診療看護師が実施する医療的ケアとして、一気に合法化されたのである。

第241.2条第1項は、「死に行く際の医学的援助」を受けるためには、次の5つの要件をすべて満たす必要があると定めている。「(a) カナダにおける州や準州の政府により資金を提供されている医療サービスについて、現に受給資格があるか、あるいは最低限の居住期間または待機期間を別にすれば、受給資格がある。(b) 18歳以上で、自分が受ける医療について決定を下す能力がある。(c) 重篤で改善不能の病状にある。(d) 「死に行く際の医学的援助」を求めて、特に外的圧力の結果ではなく、自発的な要請を行った。(e) 緩和ケアを含め、自分の苦しみを和らげる他の利用可能な方法を知らされた上で、『死に行く際の医学的援助』を受けるインフォームド・コンセントを与えている」。最初に挙げられている条件はケベック法と同様、カナダの「住民」ではなく、医療サービスの受給者である。カナダにおける安楽死と自死援助は、あくまで医療として導入されたのである。

続く第241.2条第2項では、要件(c)の「重篤で改善不能の病状」とみなされる条件を、

次のように詳説している。「(a) 不治で重い病気や障害を持つ。(b) 能力の不可逆的な低下が進行した状態にある。(c) 病気や障害や能力低下の状態が、持続的な肉体的あるいは心理的な苦しみを引き起こし、当人にとって耐え難く、また当人が受けいれうと思うような条件では緩和されない。(d) 医学的状况すべてを考慮すると、自然的な死が合理的に予見できる。ただし明確な余命の長さに関して予後が予測されている必要はない」。さらに第 224.2 条第 3 項では、乱用・悪用を予防するため、要件を満たしているか否かは、互いに独立した医師か診療看護師によって二度チェックすることや、申請から実施まで少なくとも 10 日の待機期間を置くことなどを定めている。

連邦が大枠を決めるとはいえ、医療は州の管轄であるため、実施に当たっての詳細な規定は州政府が独自に定めることになる。そのため、連邦レベルの刑法が改定された後も、ケベック州では自死援助は認められておらず、安楽死のみ可能である。それも実施者は医師と定められており、診療看護師は除外されている。

2019 年 4 月に公開された第 4 回中間報告書²²⁾によると、ケベックで合法化されて以来、2018 年 10 月 31 日までに 6749 人が、「死に行く際の医学的援助」を受けているが、そのうち自死援助を選択したのは 6 人だけで、圧倒的多数が安楽死を選んでいて。

自死援助だけでなく安楽死まで認めたカナダでは、医師から薬物を投与されて死んだ後の臓器や組織の提供も始まっている。例えばオンタリオ州では、2019 年 1 月～11 月、「死に行く際の医学的援助」を受けた人から 18 の臓器と 95 の組織が提供され、合わせると提供件数の 5% を占めていた²³⁾。安楽死後に臓器を提供するなら、医師や診療看護師による致死薬の投与を、自宅ではなく病院で行わなければならない。しかし臓器提供を優先して、当初望んでいた自宅ではなく病院での最期に変更する患者もいるという。

4. さらなる法改正への動き

「死に行く際の医学的援助」に関して、新しく制定された法の第 9.1 条第 1 項は、「成熟した未成年」が要請した場合、「事前要請」、「精神的な病気のみが理由の要請」の三点について、法務大臣と厚生大臣が施行後 180 日以内に独立した再検討を開始するよう規定している。さらに第 10 条第 1 項は、議会が 5 年以内に条項を見直すことを命じている。細部に関する反対論を抑えてまとめ上げた規定はあくまで出発点であって、今後も修正が必要となることはあらかじめ織り込み済みであった。「死に行く際の医学的援助」法に異議を唱えるのは、安楽死や自殺幫助に反対するキリスト教や障害者の団体だけではなく、医学的援助を受けられる基準が厳しすぎるという逆の理由を挙げる人々も存在するからである。

実際、2017 年 6 月 13 日、「死に行く際の医学的援助」に関する連邦法とケベック法はともに要件が不当だとして、ジャン・トゥルションとニコル・グラデュはケベック州上級裁判所に提訴した²⁴⁾。トゥルションは痙攣性脳性麻痺のため、グラデュはポリオのため、幼いときから重い障害を抱えていたものの、非常に活動的で自立した生活を営んでいた。だが近年になってトゥルションは脊髄狭窄、グラデュはポリオ後症候群のため、ほぼ無活動の生活を強いられ身体的な苦痛も加わったため、安らかに自らの生命を終わらせたいと考えた。ところが、死期がすぐ迫ってはいないため、新しい刑法第 241.2 条第 2 項 (d)、「自

然的な死が合理的に予見できる」、またケベック法第 26 条第一段落の (3)、「終末期にある」という要件だけが満たせないことを理由に、医学的援助の申請が却下されてしまった。実はカーター事件の最高裁判所判決には、「死に行く際の医学的援助」の条件として「自然的な死が合理的に予見できる」ことは含まれていない。それゆえトゥルションとグラデュは、連邦法とケベック法に含まれた死期についての条項は、カーター事件の最高裁判決の原則、ならびにカナダ憲章第 7 条と第 15 条に反して無効だと訴えたのである。さらに、もし訴えが認められるなら、無効宣言は延期しないか、もしくはブリティッシュ・コロンビア州上級裁判所のスミス裁判長がグローリア・テイラーに認めた措置と同様、例外的に彼らが「死に行く際の医学的援助」を受けられることも求めた。これに対してケベック上級裁判所は 2019 年 9 月 11 日、原告の訴えを全面的に認める判決を下した。ただし、連邦議会とケベック州議会に法律改正の猶予期間を与えるために、無効宣言を 6 ヶ月延期した。

第一審のこの判決に対し、連邦そしてケベック州の司法長官は、ともに控訴しなかった。つまり、刑法第 241.2 条第 2 項 (d) の、「自然的な死が合理的に予見できる」という要件が削除されることは確実である。ただ、連邦司法長官の要請に応じ、ケベック上級裁判所は 2020 年 3 月 2 日、法律改正の期限を 4 ヶ月間延ばし、7 月 2 日とすることを認めた。活発な訴訟が法律を変えてきた経緯を見ると、「死に行く際の医学的援助」を受けられる条件は、今後もさらに変更されると思われる。

5. 考察

自死援助と安楽死を合法化する際、カナダのように「医学的援助」を法律名に含めた前例はない。オランダの法律は「要請による生命の終結および自死の援助審査法」で、そこには「安楽死」という言葉すら含まれていない。ベルギーは「安楽死に関する法」、ルクセンブルグは「安楽死および自死援助に関する法律」と、直截な表現が選ばれている。自死援助のみを認めたアメリカでは、オレゴン州とワシントン州は「尊厳死法」、ヴァーモント州は「終末期患者の選択・管理法」、カリフォルニア州は「人生の最後の選択法」である。ただし名称に関係なく、どこの国でも安楽死や自死援助を実施する際には、医師が決定的な役割を果たしている。死を希望する人の判断力を審査するのは医師であり、致死薬を処方したり投与したりするのも医師である。その意味で、カナダが急に安楽死を医療化したわけではない。

自死援助や安楽死の合法化を求める場合、個人の選択の自由や自己決定権が強調される。しかし、そこに医療従事者が介入することに対して、精神医学批判で有名なトマス・サスは、根本的な反論を次のように述べている。「自分自身を殺す人も、致死薬を与える医師やその他の誰にしても、医療行為を実施しているわけではない。医師がすることすべてが、治療とは限らない。{中略}『医師に援助された自殺』という言葉は、本質的に虚偽である。医師は主役であって、援助者ではないからだ。英語の通常の用法では、誰かを援助する人は従者である。その人が援助する相手の方が上に立つ。ウェイターは客に従属しており、客が何を注文し、どれだけ食べるかをコントロールできない。しかしながら、『医師に援助された自殺』に携わる医師は、患者より上位になる。誰が『治療』を受ける資格があるか

を決め、そのための薬物を処方するのは医師だからである」²⁵⁾。そして、致死薬物を規制せずに自由化すれば、医師の援助を受けずとも、患者自身で真に主体的な自殺ができると彼は主張している。

サスの主張は極端かもしれないが、個人の自己決定権を最大限に主張するなら、医師の介入が不適切になる場合があることは確かである。「オランダ自発的生命の終結協会」のディレクターだったロブ・ヨンキェアは、もう少し穏当ながら、同趣旨の意見を述べている。「個人の自律性という観点からは、極端に言えば、いつでも薬を入手できる自動販売機がいいわけです。だけどそうなると、意図しない目的に使われてしまう危険がある。だからといって、『あなたのクオリティ・オブ・ライフは結構いいのだから、あなたには自死の権利なんかありません』というように専門家が決めつけるのは、家父長的でいけない」²⁶⁾。つまり、個人の自己決定権と、社会の安全保障との妥協点を探ることが必要だというわけである。

自死援助は、医師の許可を得て致死薬をもらうにしても、それを飲むのはあくまで本人であり、実行する場所と時間も自由に決められる。その点で、医師に致死薬を投与してもらう安楽死よりも、自己決定権の主張にかなっている。アメリカの諸州では自死援助しか認められていない。NPOが自死援助を行っているスイスでも、安楽死はあくまで犯罪である²⁷⁾。しかし、カナダでは自死援助のみならず安楽死も医療的ケアとして同時に合法化した。法律上、自死援助と安楽死の違いは、致死薬の「医師による投与」と「自己投与」でしかない。そしてどちらでも選択できるようにした結果、ほとんどの人が安楽死を望んだ。その理由を、サスが主張するように、患者が真の意味の自己決定を理解しておらず、主導権や責任を放棄しているからだ、と考えるのは一面的過ぎるだろう。そもそも死についての「自己決定権」を訴えていた人が本当に欲していたのは、希望する時に苦しまずに死ぬことであって、誰にも頼らず自分だけで主体的に死ぬことではないからである。それに加えて歴史的に見ても、安楽死は病床だけでなく戦場でも、苦しんでいる人を助けたいという周囲の人の思いから実施されてきた。倫理学者のマーガレット・P・バツェインがカーター事件のブリティッシュ・コロンビア上級裁判所で証言したように、死の援助は、「自己決定権と慈悲が協力し合う。つまり、死の援助を提供する医師にとって、それは患者の選択でなければならないと同時に、患者が耐え難い、あるいはやがて耐えがなくなる苦しみを避けるのを助けるために、行われなければならないのである」²⁸⁾。自分の決断で自ら命を終結させるにしても、医師に援助を求め、かつ医師も援助したいと願うというのが、人間らしい最期だということであろう。

もっとも、死の援助者は医師である必要はないという反論はありうる。たとえばヒュー・V・マクラクランは、自死援助と安楽死そのものは否定していないが、職業倫理からして、医師が死の援助に介入することには反対している。それは「医師の中心的役割と職業上の義務に反し」、「医師を現在より信頼しなくなる患者もいる」からである²⁹⁾。マクラクランとは異なり、「安楽死は本質的に間違っていると信じている」J・ドナルド・ブードローとマーガレット・A・サマーヴィルはもっと強烈に、医師が安楽死を行うことに反対している。「世俗社会では医師は『人間の生命の尊重』という価値の担い手」であり、医師の本務

は「癒し」だというのが、その理由である³⁰⁾。

しかし、死の援助がカナダで医療サービスとされた理由は、病院ですで行われている終末期ケア（生命維持装置の中止や終末期セデーション）と変わらないと判断されたからである。マクラランを始め多くの反対者は、他の終末期ケアは死ぬにまかせること、それに対し安楽死は殺すことだとして、明確に区別しようとする。あるいは、どちらも死を予見しているものの、医師の意図が前者は苦痛の緩和であるのに対し、後者は生命の終結なので、大きく異なるという主張もある。たしかに理論的にこうした差異を唱えることは可能だが、現場では境界線があやふやになることも少なくない。自死援助や安楽死を実施する医師の行動は、外見的には通常の医療とさえ区別できない。自死援助における薬の処方なら、解熱剤でも致死薬でも同じである。安楽死でも、通常の注射あるいは点滴と変わらない。患者からすれば受ける処置は同じである。また医師の意図はどうか、生命維持装置の中止や終末期セデーションを希望するとき、患者は明らかに死を覚悟している。そのような患者が自死援助や安楽死を医療的ケアと感知することは、ごく自然なことだろう。

20世紀後半まで、医学では延命至上主義とパターンリズムが当然視され、どのような状態になろうと生命を維持しようとする医師の指示に、患者は従うほかなかった。しかし先進国では患者の権利が次第に認められるようになり、患者自身が治療を選択したり拒否したりできるように転換してきたのである。そうした流れをカナダにおいて決定づけた判決が1992年に下された。エホバの証人の患者が強く拒んでいることを知っていたにもかかわらず、輸血を強行したオンタリオ州の医師の有罪が確定したのである³¹⁾。それまでは患者の意向など無視して、医師は自分が考えた最善の処置をすればよかったのが、たとえ死ぬ結果になっても、患者は治療を拒否できることが明示されたわけである。それから30年近くたった現在、生命維持の不開始や中止、死を早める緩和ケアも慣行となった。同じ流れの次の局面が、自死援助と安楽死の医療化である。

こうした変化は、世界医師会の宣言からも読み取れる。2006年10月に改訂した「末期症状についてのベニス宣言」では、患者が治療を拒否する権利を尊重し、苦痛を緩和する処置によって死期が早まることを認める一方、医師による自殺援助や安楽死は「非道徳的」と非難していた³²⁾。しかし2019年10月に採択された「安楽死と医師に援助された自殺についての宣言」では、基本的方針に変わりはないものの、安楽死や自殺援助が「非道徳的」という表現は消え、逆に治療の不開始や中止は「非道徳的な行為ではない」と防戦に転じている³³⁾。医学は「命を助け、人を癒す」と言うとき美しく聞こえるが、人間の死を先延ばしにするという点で、死をコントロールしてきた。そのため、安楽死と自死援助の医療化は、死を前倒しにするコントロールも医学が実施するようになった、とも考えられるのである。

もちろん、法律が変更された時にすでに医師として働いていた人にとっては、致死薬の処方や投与は想定外の新規に導入された仕事である。そんなことをするために医師になったのではない、と言う人もいるに違いない。急遽、死の援助を実施することになった医師のなかには、当惑あるいは憤激する人も存在する。2018年の『世界医療ジャーナル』に掲載された論考、「カナダにおける安楽死—教訓物語」は、安楽死と自殺援助の医療化が、「患

者、医者、そして医療の実践に与える影響に、私たちはカナダの医師として愕然とし、憂慮している。〔中略〕私たちは個人の倫理観と職業的良心を守るため、他国へ移住するか医業から手を引くことを余儀なくされるかもしれない」と訴えている³⁴⁾。しかし、他国への移住や医業の放棄の強制という余りに不当な仕打ちのように聞こえるかもしれないが、逆の立場では実際に、カーターの母親は自分の生き方・死に方を貫くために、わざわざスイスまで渡航しなければならなかった。アメリカでも、ブリタニー・メイナードは自死援助を受けるために、カリフォルニア州からオレゴン州へ移住せざるを得なかった。不本意な決断を迫られる人が急に生じたわけではない。誰がそうなるかが変わっただけなのである。

反対する医療従事者のことを考慮して、カナダの「死に行く際の医学的援助」法は良心的拒否権を認め、第 241.2 条第 9 項において、「より明確にするために付言すると、本条の何も、死における医療的援助を提供する際、提供や支援を個人に強制するものではない」と明確に規定している。カナダ医師会も 2017 年 5 月、「死の援助については、良心に基づく参与も拒否も等しく支援する」という方針を打ち出している³⁵⁾。ただし、自死援助や安楽死の実施のみならず、自分の代わりに他の医師を紹介することも拒否する場合、州によって対応が分かれている。ケベック法第 31 条では、そのような医師は病院長や地域の事務局長に連絡すればよいことになっている。しかしオンタリオ州医師会は、死の援助を提供したくなければ、実施できる医師を紹介する必要があるとし、それに反対して訴えた医師たちが敗訴している³⁶⁾。判決理由は、一番大変な時に医師の援助が受けられなくなる患者の権利を考慮すれば、せめて代替りの医師を紹介するのが穏当な妥協案だというものである。

M・K・D・ハイルマンと T・J・トロウセンは、死の援助を制度化した場合、医師の良心的拒否をどのように位置づけるべきかを検討している³⁷⁾。もし医師の拒否権を一切認めなければ、一部の人は医業に従事するのを辞め、残った人も自らの良心を抑え込むことになり、道徳的意識が低下してしまう。かといって医師が無条件に拒否でき、安楽死についての情報すら患者に提供しなくてよいとなれば、患者との関係性が切れてしまい、かえって医師の苦悩も増してしまう。良心的拒否といっても、兵役のように個人と国家が対立する構造を基本とするのは不適切で、あくまで医師と患者の関係性を保障する制度の構築が重要だ、とハイルマンとトロウセン主張している。

理論的にはその通りだが、現実的には、死の援助を拒否する権利が医師に認められるにしても、今後、その行使は困難になると考えられる。オランダでは安楽死を実施する義務は医師にはないにもかかわらず、社会が死の援助を容認しているため、反対派の医師は差別されているように感じているという³⁸⁾。カナダ政府が 2020 年の 1 月 13 日から 1 月 27 日にかけて実施し、30 万人以上が回答を寄せたアンケート調査³⁹⁾によると、「死に行く際の医学的援助を、死が合理的に予見できない人が受けられるようにしても、現在の予防策によって、この援助の乱用や強制や他の種の誤用を防げると思えますか」という質問に、73.1%の人が「はい」と答え、「いいえ」と答えた 24.9%を大きく上回っている。カナダでは急速に、医療サービスとしての死の援助が根付いてきているのである。さらに、カナダは自死援助と安楽死を明瞭に「医学的援助」として導入したので、この医療サービスを患

者が平等に受けられることが求められる。そうなると、安楽死を拒絶する医師あるいは医療機関は、国民から批判され、国からの補助金を削除される可能性もある。

カナダに限らず自死援助や安楽死の合法化に反対する人々が必ず持ち出す論拠が、弱者への乱用である。高齢者や障害者は、本人の意思に反して死の援助を選ばされてしまうと懸念しているのである。自発的ではない安楽死が問題視されるのは、高齢化が進む先進国ではどこでも医療費が増加し、国家財政を圧迫しており、高齢者が早期に亡くなれば医療費を節約できるというのは、厳然たる事実だからである。「カナダにおける死に行く際の医学的援助の費用分析」⁴⁰⁾という論文で、アロン・J・トラクテンバーグとブレイダン・マンズは、この新しい医療サービスにかかる経費と、逆に不必要になる医療費を細かく計算した上で、年間3470万ドルから1億3880万ドルの医療費が削減できると主張している。こうした経済的な圧力に流されないようにするために、自死援助や安楽死を合法化した国や地域では、本人が本当に望んでいるか否かを、申請から実施までの間に何度も確認する安全策を取っている。これまでに、「私の意思に反して、法律のせいで無理やり死の援助を受けさせられかけた」という訴えが提出されたことはなく、弱者への乱用は仮定の話でしかない。安楽死反対派なら、そもそも弱者は表立って訴えられないと反論するだろうが、それもまた仮説でしかない。一方、「法律のせいで死の援助が受けられない」という人々は、実際に訴訟を起こしてきたのである。そうした人々の現実的な主張より、あくまで仮定でしかない乱用を重視するのは、結局、どのような状態であれ、生きている方が死ぬより良いと信じているからだろう。

死の援助に反対するか賛成するかは、この特定のテーマについて論理的に考えて出した結論というより、その人の根本的な人生観や世界観からの帰結である。宗教的信仰があろうとなかろうと、「人間の生命の維持は、いかなる場合でも絶対的な価値を持つ」と信じる人は、死の援助に反対する。「人間は場合によっては死んだ方が幸せなことがある」と考える人は、死の援助に賛成する。両者の相違は解決不可能と言えるだろう。それでも法律はどちらかを選ばざるを得ない。民主主義国家なら、国民の中でどちらの支持者が多いかによって決まる。自死援助や安楽死を合法化した国では、賛成する人が多数派なのである。

単に多数決だけの問題ではない。多様性を重んじる社会なら、自分の信条とは異なる主張や信念を受け入れることが必要である。死の援助の合法化を求める人は、他の人の選択権を認め、死の援助を受けずに生き続けることも許容している。他方、死の援助の合法化に反対する人は、自分の意見を他人に押し付け、死の援助を希望する人からその選択権を奪ってしまっている。それは多元的社会では、もはや認められないだろう。安楽死の合法化は、単に死の援助に対する賛否だけでなく、社会を形成する根本的価値観の問題も提起しているのである。

注

1) Rodriguez v. B.C. (attorney General of), 1992, 726 (BC SC).

<https://www.canlii.org/en/bc/bcsc/doc/1992/1992canlii726/1992canlii726.pdf>

2) カナダ憲章については、以下より引用。CONSTITUTION ACT, 1982. PART I CANADIAN

- CHARTER OF RIGHTS AND FREEDOMS.
<https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/const/page-15.html>
- 3) ロドリゲス事件のカナダ最高裁判決については、以下より引用。Rodriguez v. British Columbia (Attorney General), 1993 CanLII 75 (SCC), [1993] 3 SCR 519.
<https://www.canlii.org/en/ca/scc/doc/1993/1993canlii75/1993canlii75.pdf>
 - 4) Herbert C. Northcott and Donna M. Wilson, *Dying and Death in Canada (Third Edition)*, University of Toronto Press 2017, p.70.
 - 5) CBC News, April 22, 2010. Assisted suicide voted down by MPs.
<https://www.cbc.ca/news/canada/assisted-suicide-voted-down-by-mps-1.910839> (2020年2月25日閲覧)
 - 6) 原告団の詳細はブリティッシュ・コロンビア上級裁判所の判決を参照。Carter v. Canada (Attorney General), 2012 BCSC 886, para.46-76.
<https://www.canlii.org/en/bc/bcsc/doc/2012/2012bcsc886/2012bcsc886.pdf>.
 - 7) *ibid.*, para.23.
 - 8) *ibid.*, para.24.
 - 9) *ibid.*, para.1388.
 - 10) CBC News, October 6, 2012. Assisted-suicide crusader Gloria Taylor dies in B.C.. <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/assisted-suicide-crusader-gloria-taylor-dies-in-b-c-1.1164650> (2020年2月25日閲覧)
 - 11) Dying with Dignity Canada, Ipsos. *Dying with Dignity Public Perception Survey*.
https://d3n8a8pro7vhmx.cloudfront.net/dwdcanada/pages/47/attachments/original/1435159000/DWD_IpsosReid2014.pdf?1435159000
 - 12) Carter: CMA submission regarding euthanasia and assisted death.
<https://policybase.cma.ca/documents/BriefPDF/BR2015-16.pdf>.
 - 13) 2018年10月、カナダ医師会は世界医師会から脱退した。新会長のエイデルマンがカナダの前会長の挨拶を無断引用したのがきっかけである。カナダ医師会は否定しているが、安楽死への対応が背景にあるという憶測もある。CMAJ News, October 30, 2018. Was euthanasia dispute behind CMA-WMA split?
<https://cmajnews.com/2018/10/30/was-euthanasia-dispute-behind-cma-wma-split-cmaj-109-5682/> (2019年12月26日閲覧)
 - 14) ケベック州における安楽死の法制化の経緯については、以下の『モンリオール・ガゼット』紙の記事を参照。The Gazette, July 6, 2014. Bill 52: A timeline.
<http://www.montrealgazette.com/health/Bill+timeline/9510618/story.html> (2020年2月18日閲覧)
The Gazette, July 6, 2014, Bill 52 on end-of-life care adopted in National Assembly.
<http://www.montrealgazette.com/health/Bill+life+care+adopted+National+Assembly/9911814/story.html> (2020年2月18日閲覧)
 - 15) ケベック法については以下から引用。Act Respecting End-of-Life Care.
<http://legisquebec.gouv.qc.ca/en/pdf/cs/S-32.0001.pdf>
 - 16) 最高裁判決の背景報告書 (Martha Butler, Marlisa Tiedemann, Carter v. Canada: The Supreme Court of Canada's Decision on Assisted Dying Background Paper, Library of Parliament, Publication No. 2015-47-E 2015-12-29.
<https://lop.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/BackgroundPapers/PDF/2015-47-e.pdf>) によると、「一般的に『裁判所』という著者名が採用されるのは、物議をか

- もした事件や、裁判所が一つの声で語ることによって全員が一致した意見であることを強調する事件に限られる」。なお、裁判長のビヴァリー・マクラクリンはロドリゲス事件の際にも判事であり、当時、自死援助を却下した判決に反対する意見を表明していた。
- 17) Carter v. Canada (Attorney General), 2015 SCC 5, para.147.
<https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/14637/1/document.do>
最高裁は刑法第 241 条 (b) の過度の広範性のみで違憲だとして、プリティッシュ・コロンビア州上級裁判所のスミス裁判長が認めた不均衡性については取り上げていない。また同じくスミス裁判長が認めたカナダ憲章第 15 条違反についても、結論を述べていない。
 - 18) 経緯については以下の『モンリオール・ガゼット』紙の記事および控訴裁判所の判決を参照。The Gazette. October 19, 2016. Quebec doctors' group to contest end-of-life care legislation in court.
<https://montrealgazette.com/news/quebec/quebec-doctors-group-to-contest-end-of-life-care-legislation-in-court> (2020 年 2 月 19 日閲覧) 2015 QCCA 2138.
<http://eol.law.dal.ca/wp-content/uploads/2016/05/Quebec-c-DAmico-2015-QCCA-2138.pdf>
 - 19) 2015 QCCA 2138, para. 37.
 - 20) 「死にゆく際の医学的援助」法については、以下より引用。An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying)
https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/2016_3.pdf
 - 21) カナダ看護師協会の説明 (<https://cna-aic.ca/en/nursing-practice/the-practice-of-nursing/advanced-nursing-practice/nurse-practitioners>) によると、診療看護師は通常の看護師資格を取った後、さらに高度の教育を受け、実務経験も積んだ上で得られる資格であり、医師の指示を受けずとも、診断や治療を行い、検査を命じ、処方箋を書くこともできる。プライマリケアを担当する家庭医に近いとも言える。
 - 22) Health Canada, *Fourth Interim Report on MEDICAL ASSISTANCE IN DYING IN CANADA*, April 2019.
<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>
 - 23) 「オタワ・シティズン」紙の次の記事を参照。 Ottawa Citizen. January 6, 2020. Medically assisted deaths prove a growing boon to organ donation in Ontario.
<https://ottawacitizen.com/news/local-news/medically-assisted-deaths-prove-a-growing-boon-to-organ-donation-in-ontario/> (2020 年 1 月 11 日閲覧)
 - 24) 訴訟内容については、ケベック州上級裁判所の判決を参照。Truchon c. Procureur général du Canada 2019 QCCS 3792
(<http://citoyens.soquij.qc.ca/php/resultat.php?liste=118966831>)
 - 25) Thomas Szasz, *Fatal Freedom*, New York, Syracuse University Press, 2002, p.64f.
 - 26) シャボットあかね、『安楽死を選ぶ』、日本評論社、2014 年 1 月 15 日、100 ページ。
 - 27) 2017 年 11 月 29 日にオーストラリアのビクトリア州で成立した「自発的自死援助法」は、自死援助を原則としながら、自己投与ができない人には医師による投与を認めている。
 - 28) Carter v. Canada (Attorney General), 2012 BCSC 886, para. 239.
 - 29) Hugh V McLachlan. Assisted suicide and the killing of people? Maybe. Physician-assisted suicide and the killing of people? No: the rejection of Shaw's new perspective on euthanasia. *Journal of Med Ethics* 2010;36:306 – 309.
 - 30) J. Donald Boudreau and Margaret A. Somerville. Euthanasia is not medical treatment. *British*

- Medical Bulletin* 2013; 106:45 – 66.
- 31) Herbert C. Northcott and Donna M. Wilson, *ibid.*, p.67.
 - 32) WMA Declaration of Venice on Terminal Illness. Adopted by the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983 and revised by the 57th WMA General Assembly, Pilanesberg, South Africa, October 2006.
[file:///C:/Users/user/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/wma-declaration-of-venice-on-terminal-illness% 20 \(1\).pdf](file:///C:/Users/user/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/wma-declaration-of-venice-on-terminal-illness%20(1).pdf)
 - 33) WMA Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide, Adopted by the 70th WMA General Assembly, Tbilisi, Georgia, October 2019.
<https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide.pdf>.
 - 34) Rene Leiva et al. Euthanasia in Canada: a Cautionary Tale, *World Medical Journal* Vol.64, Nr.3, September 2018, 17-23.
 - 35) CMA POLICY MEDICAL ASSISTANCE IN DYING.
[https://policybase.cma.ca/en/viewer?file = % 2fdocuments% 2fPolicypdf% 2fPD17-03.pdf](https://policybase.cma.ca/en/viewer?file=%2fdocuments%2fPolicypdf%2fPD17-03.pdf)
 - 36) CBC News. May 16, 2019. Ontario's highest court rules doctors must give referrals for services they oppose.
<https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-appeal-court-doctors-referrals-objections-1.5136455> (2020年3月19日閲覧)
 - 37) Heilman MKD, Trothen T J. Conscientious objection and moral distress: a relational ethics case study of MAiD in Canada. *Journal of Medical Ethics* 2020; 46:123-127.
 - 38) シャボットあかね、前掲書、65ページ。
 - 39) Department of Justice, *What We Heard Report. A Public Consultation on Medical Assistance in Dying (MAiD)*, March 2020.
<https://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/ad-am/www-cqnae/index.html>
 - 40) Aaron J. Trachtenberg and Braden Manns. Cost analysis of medical assistance in dying in Canada. *CMAJ*. 2017 Jan 23; 189 (3) : E101–E105.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5250515/pdf/189e101.pdf>
もちろん、死の援助を医療費削減の方法として提案しているわけではないことを、この論文は何度も念押ししている。