

## ドイツにおける自殺幫助規制過程の考察(3)

神 馬 幸 一

(承前)

### 6. 法務委員会を通過した二法案

#### 6-1 法務委員会における審議経過

連邦議会法務委員会は、主管委員会として、2023年7月5日付けの第62回会議で、上程されていた三法案<sup>375)</sup>(後述するように、終局的には二法案)に関する最終審議を実施した。この審議結果は、報告書<sup>376)</sup>として纏められた上で、連邦議会に送付された。ここでは、当該諸法案を巡る議論過程に焦点を絞り、その経緯を要約する<sup>377)</sup>。

---

375) 提出順に、①Castellucci/Heveling等案(BT-Dr. 20/904:2022年3月7日提出)、②Künast/Scheer等案(BT-Dr. 20/2293:2022年6月17日提出)、③Helling-Plahr/Sitte等案(BT-Dr. 20/2332:2022年6月21日提出)となる。諸法案の詳細は、前稿「ドイツにおける自殺幫助規制法案の考察(1)」獨協法学121号(2023)266(横141)頁以下「4-3 第20選挙期連邦議会に上程された三法案」を参照されたい。また、本稿においても諸法案は、上記の通り、提案代表者の名前を冠する通称名で紹介する。

376) BT- Dr. 20/7624.

377) 法案以外にも、自殺予防に関する動議(BT-Dr. 20/1121)が最終審議され、本会議での決議に付されるべきことが全会一致で勧告されている(BT- Dr. 20/7624, S. 22)。当該動議に関しては、脚注(156)を参照されたい。また、共同審議委員会である保健委員会は、全ての案件に関して、特段の異論も示すことなく、本会議

先ず、Castellucci/Heveling等案は、その筆頭提案者であるLars Castellucci議員 (SPD会派)に加え、その他多数名の議員により、上記会議以前の2023年6月19日付けで修正動議が提起されていた<sup>378)</sup>。このCastellucci/Heveling等修正案は、CDU/CSU会派の全出席委員の賛成票により採択された<sup>379)</sup>。その上で、当該法務委員会は、当該修正案が本会議の審議に付されるべきことを全会一致で勧告した<sup>380)</sup>。

また、Helling-Plahr/Sitte等案及びKünast/Scheer等案は、各々の筆頭提案者であるKatrin Helling-Plahr議員 (FDP会派) 及びRenate Künast議員 (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN会派)に加え、その他多数名の議員により、上記会議以前の2023年6月13日付けで両案を統合化する動議が提起されていた<sup>381)</sup>。この新しいHelling-Plahr/Künast等統合案は、SPD会派の1名を除く全出席委員及びBÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN会派及びFDP会派の全出席委員の賛成票により採択された<sup>382)</sup>。その上で、当該法務委員会は、当該統合案が本会議の審議に付されるべきことを全会一致で勧告した<sup>383)</sup>。

以上の経緯から、当初の三法案は、法務委員会を経て、二法案に纏められた。

---

での決議に付されるべきことを全会一致で採択している (BT- Dr. 20/7624, S. 19)。  
378) その経緯に関しては、Lars Castellucci議員個人のウェブサイト下 (<https://lars-castellucci.de/suizidhilfe>) に説明がある (2024年1月31日閲覧)。なお、この修正動議自体には、個別の連邦議会資料番号が付されるわけではない(その説明も、上記ウェブサイト内の公表資料に記載されている)。したがって、修正後のCastellucci/Heveling等案も「BT-Dr. 20/904」というかたちで参照されている。

379) CDU/CSU会派以外の出席委員は全員棄権した (BT- Dr. 20/7624, S. 20)。

380) BT- Dr. 20/7624, S. 20.

381) その経緯に関しては、Katrin Helling-Plahr議員個人のウェブサイト下 (<https://helling-plahr.de/recht>) に説明がある (2024年1月31日閲覧)。修正動議提案の日付に関しては、ドイツ緩和医療学会による法案資料を纏めたウェブサイト (<https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/gesetzentwurfe.html>) を参照した (2024年1月31日閲覧)。

382) CDU/CSU会派、AfD会派及びDIE LINKE会派の全出席委員並びにSPD会派の1名の出席委員は棄権した (BT- Dr. 20/7624, S. 21)。

383) BT- Dr. 20/7624, S. 21.

このことで、政治的な意味合いにおいて、両案の対決姿勢は、より鮮明化された。すなわち、そこでは、保守的な案（Castellucci/Heveling等修正案）に対立するリベラルな案（Helling-Plahr/Künast等統合案）という構図を読み取ることができる<sup>384)</sup>。

## 6-2 二法案の概要

これらの二法案は、従前から、自死意向者において、致死薬を入手できるような状況が最終的に創出されるという点で共通している。特に、それは、麻薬法の改正により予定されている。また、両案は、自死意向者の病状に鑑み、通常の手続では対応が困難な場合に備えて、例外的に、簡易化された致死薬処方の手続を規定しているという点でも共通している。更に、両案は、上記の修正・統合動議の結果、共に、療法広告法（Heilmittelwerbegesetz）<sup>385)</sup>により、自殺援助又は自殺幫助の広告を規制することが提案されるに至った。

その一方で、両案は、致死薬処方の前提として必要とされている医学的診断及び相談体制等の手続的要件に相当程度の差異が見られる。以下では、そのような両案における制度設計の差異を確認するために、より詳細なかたちで、これらの修正内容を検証する。

なお、本稿では、参考資料「自殺幫助規制に関して第20選挙期ドイツ連邦議会で否決された二法案」として、その法文案を訳出し、後掲している。この参考資料は、本節と併せて参照されたい。

### (1) Castellucci/Heveling 等修正案

当該修正案では、当初案と比較して、次のような改正内容が提起されている。また、新設の改正法文案も幾つか追加されている。

---

384) そのような対立軸により議論状況を整理する当地の報道として、Christina Berndt, Assistierter Suizid: Hilfe auf dem letzten Weg, Süddeutsche Zeitung 4. Juli 2023 (Online).(2024年1月31日閲覧)

385) Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens vom 19. Oktober 1994. (BGBl. I S. 3068)

先ず、刑法典の改正に関して、修正前と同様に、業としての自殺援助罪が再導入される一方で、それを例外的に許容化する手続的要件は、部分的に改変されている。特に、修正案における改正刑法第217条第2項第1文第2号では、自死意向者における自由答責性を判定する専門家の範囲に変動が生じている。すなわち、修正案では、自殺に関与しない精神医学及び精神療法の専門医だけではなく、自殺に関与しない心理療法士 (Psychotherapeut/in)<sup>386)</sup>の専門的確信も自律的意思決定を阻害する精神疾患が存在するかどうかの問題に関して決定的な意味を有するものとされている<sup>387)</sup>。したがって、当初案と比較すれば、その専門的確信が決定的とされる人的集団は拡大化され、そこに、心理療法士が含まれるようになった<sup>388)</sup>。これに関して、修正前の人的集団が限定化されすぎており、制度的実現可能性に乏しいという点は、既に、前述した法務委員会公聴会でも指摘されていた<sup>389)</sup>。ただし、かかる精神鑑定が「自律的な意思決定を阻害する精神疾患がなく、かつ、その専門的確信によれば、死の要求が任意で真摯かつ持続的な性質であること」を裏付けるための制度であり、原則として、最短3箇月の間隔で、少なくとも2回受診されることが求められている点は従前から変わらない。

また、この精神鑑定に引き続く相談対話の手続内容も、当初案と同様であ

---

386) ドイツ語における「Psychotherapeut/in」という表現には、精神療法医として医師資格を有する者も含む用法が一般的である。しかし、ここでは、そのような医師資格を有していない者にまで、対象範囲を広げる趣旨であることは明らかであるので (BT- Dr. 20/7624, S. 22 f.)、「心理療法士」という訳語を用いる。なお、条文案上の表現は、「心理療法資格を有する第三者 (eine dritte Person mit psychotherapeutischer Qualifikation)」とされている。なお、当地における心理療法士の役割に関しては、小林亮「ドイツにおける心理療法士」ヒューマンサービスリサーチ10号 (2008) 4頁以下、同「ドイツにおける心理学の職業資格」玉川大学教育学部紀要2007年号 (2007) 16頁以下参照。

387) BT- Dr. 20/7624, S. 22 f.

388) それに応じて、当該条文を参照している部分 (Castellucci/Heveling等修正案における改正刑法第217条第2項第1文第3号〔相談対話の指示者〕及び同項第2文案〔医療的緊急時の判定者〕)の手続当事者にも変化が生じることになる。

389) 前掲注 (268) 参照。

る<sup>390)</sup>。すなわち、精神鑑定を実施した者の指示に従って、個別の事案に適合化された包括的で特定の結論を示さない相談対話が少なくとも1度は実施されなければならない<sup>391)</sup>。この相談対話は、精神鑑定に参与した以外の医師、心理療法士、心理社会的相談所、依存症相談又は負債相談等を交えながら、多職種及び学際的に行われる。

特に、法務委員会公聴会において批判<sup>392)</sup>されていた待機期間に関しても、従前から変わりが無い。修正案でも、相談対話に引き続き最後の精神鑑定と自殺との間に少なくとも2週間の待機期間が求められ、更に、そのような最後の精神鑑定から2箇月以内に自殺が行われなければならない<sup>393)</sup>。

そして、「不治の進行性疾患で進行期が進み同時に余命が限られている場合、かつ、更なる診察によって死への要求の任意性、真摯性及び持続性に関する更なる所見が明らかに予期できない場合」は、医療的緊急時に相当するとして、例外的に、簡略化した手続が採用されている<sup>394)</sup>。この点も当初案と同様である<sup>395)</sup>。

次に、当初案における改正刑法第217条a案で提起されていた自殺援助の広告規制は削除された。それに代わって、前述したように、療法広告法の改正により、自殺援助の広告は規制されることになる<sup>396)</sup>。これは、近時の憲法判例によ

---

390) ただし、前掲注(388)で述べたように、相談対話を指揮監督する主体として、新たに心理療法士が加わることになる。

391) この相談対話には、「精神的及び身体的状態に関する説明」、「医療的処置の可能性及び自殺の代替案」、「更なる相談可能性に関する示唆」、「自殺の試行が失敗した際の心理的及び身体的影響並びに自殺の完遂による社会的帰結」が含まなければならないとする点(Castellucci/Heveling等修正案における改正刑法第217条第2項第1文第3号)も当初案から変化はない。

392) そのような批判に関して、例えば、前掲注(192)及び(200)参照。

393) Castellucci/Heveling等修正案における改正刑法第217条第2項第1文第4号参照。

394) Castellucci/Heveling等修正案における改正刑法第217条第2項第2文参照。

395) ただし、前掲注(388)で述べたように、当該状況を判定する主体として、新たに、心理療法士が加わることになる。

396) Castellucci/Heveling等修正案における第3章「療法広告法の改正」参照。

り、妊娠中絶の広告における刑事規制が違憲無効とされたこと<sup>397)</sup>を念頭に置いた上での立法的対応と思われる。

更に、社会法典第11編の改正<sup>398)</sup>に加え、住宅及び介護契約法の改正<sup>399)</sup>を介して、保健及び社会福祉施設は、原則として、自殺への関与又はその敷地内での自殺援助行為の実施を黙認する義務はないことが新たに追記された。このような規制は、特に、前述で紹介した法務委員会公聴会において、ホスピス運動の代表者から、これに対応する要求が表明されていた<sup>400)</sup>。保健及び社会福祉施設内で自殺援助が利用される可能性を契約により制限することは、高齢者及び被介護者が福祉領域で特別な危険に晒されるべきではないという理由から、基本的に正当化されるものと考えられている<sup>401)</sup>。

最後に、Castellucci/Heveling等修正案は、連邦政府における政策評価義務を新たに提起している<sup>402)</sup>。これにより連邦議会は、かかる政策評価報告書を基礎として、法の実施状況及びその効果を確認し、それに応じた調整の必要性に関して討議することができるものとされている<sup>403)</sup>。

## (2) Helling-Plahr/Künast 等統合案

前述したように、Helling-Plahr/Sitte等案及びKünast/Scheer等案は統合化され、新しくHelling-Plahr/Künast等統合案というかたちで法務委員会において審議された。この統合案は、第1章において「自己決定的な死における権利の保護及び自殺幫助の規制に関する法律（自死介助法）<sup>404)</sup>」という新規の特

---

397) 前掲注(272)参照。

398) Castellucci/Heveling等修正案における第4章「社会法典第11編の改正」参照。

399) Castellucci/Heveling等修正案における第5章「住居及び介護契約法の改正」参照。

400) 例えば、Winfried Hardinghaus(ドイツホスピス及び緩和医療連合会会長)の意見書「Stellungnahme」における15頁以下で、そのような規制の必要性が主張されている。当該意見書は、前掲注(155)のウェブサイト下で配信されている。

401) BT- Dr. 20/7624, S. 23.

402) Castellucci/Heveling等修正案における第6章「政策評価」参照。

403) BT- Dr. 20/7624, S. 23.

別法を提起することで、自由答責的な自死への関与は、あくまでも法体系上、不可罰であり、原則として許容されることを明確化している<sup>405)</sup>。この自死介助法による規制の構想は、連邦憲法裁判所2020年違憲判決が示した規範に従って、自由答責的な自死意向者に加え、その自死介助者のためにも、明確な法的枠組みの創設を試みるものである<sup>406)</sup>。この目的のために、同法案では、自死目的での致死薬入手を可能にするための要件が規定化されている<sup>407)</sup>。更に、ここでは、

---

404) ドイツ語で表記すると「Gesetz zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Regelung der Hilfe zur Selbsttötung (Suizidhilfegesetz – ShG)」となる。この正式名称部分は、従前のKünast/Scheer等案「Gesetz zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben (Selbstbestimmtes-Sterben-Gesetz – SbStG)」に依拠している一方で、通称名部分は、従前のHelling-Plahr/Sitte等案「Gesetz zur Wahrung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende (Suizidhilfegesetz)」の方が採用されている。その全体的な基本骨格は、従前のHelling-Plahr/Sitte等案に大きく依拠しながらも、自死意向者の状況に応じて、手続要件の差別化を設けている点は、従前のKünast/Scheer等案の構想が採用されたものと考えられる。

405) Helling-Plahr/Künast等統合案第3章における改正刑法案は、Helling-Plahr/Sitte等案第3章における改正刑法案と同様に、相談員の守秘義務違反に関わる規定化に留まる。したがって、この統合案は、従前からの自殺幫助の不可罰性及び要求に基づく殺人罪(刑法第216条)の可罰性に影響を及ぼすものではないとされる。この点に関しては、BT- Dr. 20/7624, S. 24 f.

406) Helling-Plahr/Künast等統合案における自死介助法第1条第1項及び同法第2条参照。BT- Dr. 20/7624, S. 28によれば、同法は、自己決定的な死の権利が法案の出発点であることを明確化するものと述べられている。同時に、自死における自手性(Eigenhändigkeit)が強調されることで、自死を事実上実行することは、あくまでも自死意向者本人の手に委ねられていることも強調化されている。この点で、可罰的な要求に基づく殺人(刑法第216条)との境界線は残されている。ただし、ここでいう自手性は、例えば、下半身不随のような場合、補助装置の使用を排除するものではないとも補足されている。

407) Helling-Plahr/Künast等統合案における自死介助法第1条第2項及び同案における第2章改正麻薬法参照。BT- Dr. 20/7624, S. 28によれば、同法の目的を達成するために、自死に際して、尊厳に欠け、苦痛に満ちた手段を用いてはならないことが求められている。このため、致死薬の安全な入手の可能性が開放されることで、尊厳ある死の実現化が保障されるものと述べられている。

かかる2020年違憲判決の判示内容を根拠として<sup>408)</sup>、自死意向者の病状に応じて、その要件の差別化が設けられている<sup>409)</sup>。

その一方で、自死介助法は、国家に課せられた国民を保護する責務も同時に担おうとしている。すなわち、自死意向者における自由答責性を巡る判断基準の明確化<sup>410)</sup> 及び相談の提供義務を含む明確な手続規定<sup>411)</sup> が設けられている。

---

408) BT- Dr. 20/7624, S. 24では、2020年違憲判決第340段落が参照されている。

409) Helling-Plahr/Künast等統合案における自死介助法第6条及び第7条参照。

BT- Dr. 20/7624, S. 36によれば、この差別化は、医療的緊急時ないし困難時において自死のために適切な手段を得ることができないのではないかという自死意向者の懸念を払拭するためのものとされている。

410) Helling-Plahr/Künast等統合案における自死介助法第3条参照。この点に関しては、BT- Dr. 20/7624, S. 30によれば、自死に関する任意の決意は、急性精神障害に影響されることなく任意に意思を形成し、それに従って行動する能力が前提となる(2020年違憲判決第241段落が参照されている)。そして、医療的処置への同意に関する連邦通常裁判所の確立した判例(連邦通常裁判所1971年11月16日判決)を参照しながら、同意能力、すなわち任意に意思を形成する能力は、当事者において意思決定の性質、意義及び範囲(リスク)が理解可能な場合のみ想定され、これは形式的な行為能力(民法第104条第2号参照)の存在に拘束されない。また、精神疾患又は認知症等の疾病が任意の意思形成能力を妨げるかどうかは、個別具体的に評価されなければならない。すなわち、「急性精神障害」という限定的表現を条文案で用いることにより、一律に精神疾患全般が自律的な意思形成の障害になるわけではない点も指摘されている。この点に関して、ドイツ倫理評議会も同様に、精神疾患自体は、自死の決意における自由答責性を排除するものではないと強調している(Deutscher Ethikrat, Stellungnahme: Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit, 2022, S. 18)。

411) Helling-Plahr/Künast等統合案における自死介助法第4条及び第5条参照。BT- Dr. 20/7624, S. 31によれば、基本法第2条第2項第1文と併せて適用される場合も含めた基本法第1条第1項第2文は、自死の決意に際しての個人の自己決定を保護し、それにより間接的に生命自体を保護する義務を国家に課している(2020年違憲判決第232段落が参照されている)。そこでは、臨死意向者を孤独に陥らせるのではなく、具体的な情報と現実的な支援を提供することが重要とされる。包括的な相談体制の制度化は、相談者が任意の意思を自律的に形成できるように、関連情報を受け取れるようにすることで、生命保護の基本権的手段としても機能するものと説明されている。



これにより、同法案は、自己決定的な死の権利を保障しながら、自死意向者の自律性も保護するというかたちで、両者の調整が企図されている。したがって、この自死介助法においては、かかる相談体制の制度設計が肝心要となる。以下、その概要を述べる。

先ず、自死介助法によれば、何人も、自死介助の問題に関して、相談する権利を有することが規定化されている<sup>412)</sup>。そして、かかる相談は、特定の結論を示さないかたちで行われものとし、後見的なものであってはならず、全ての者の人生における基本的価値に依拠するものと定められている<sup>413)</sup>。この相談では、「自殺の意義及び影響」、「代替手段」、「自殺及び失敗した自殺未遂の結果が周囲の個人的及び家族的環境に及ぼす影響」等、その状況において必要とされる全ての医療的・社会的・法的情報が伝達されなければならない<sup>414)</sup>。したがっ

---

412) Helling-Plahr/Künast等統合案における自死介助法第4条第1項第1文参照。

BT- Dr. 20/7624, S. 31によれば、自死介助に関して相談を受ける権利は、全ての者に開かれており、なぜなら、十分な情報は、自己決定的な死における基本権の本質的部分であるからと説明されている。ただし、国家の保護概念の表現として、同法第6条により致死薬の処方自体は、成年者及びドイツ国籍ないしはドイツ国内に住所と常居所の一方又は双方を有している者に限定化されている点には注意を要する。また、自死意向者以外の者も相談を利用することができるものとされている。それは、近親者又は密接な関係者が適切な相談を必要としていたり、自死意向者を幫助したいと思ひ、その点に関して相談したいと熟慮している者の存在も考慮しうることを理由とする。

413) Helling-Plahr/Künast等統合案における自死介助法第4条第1項第2文参照。

BT- Dr. 20/7624, S. 32によれば、相談が特定の結論を示さないかたちで行われ、後見的であることが禁止される理由として、自己決定権と矛盾するかたちで本人の態度を思い留まらせることが目的とされないようにするためと述べられている。すなわち、相談者における自死の長所と短所の比較衡量は、価値中立的に行われるべきとされる。同時に、特定の結論を示さないかたちでの相談には自殺予防としての側面も含まれるものとされている。すなわち、相談が特定の結論を示さないこと自体は、自死を鼓舞するものではないという点も強調化されている。

414) Helling-Plahr/Künast等統合案における自死介助法第4条第2項参照。BT- Dr. 20/7624, S. 32によれば、同項では、相談において特に説明されるべき様々な観点を規範的に例示したものであり、この相談対象の一覧は限定列举されたものではない。むしろ、常に個々人の事情を考慮しながら、その者に応じた相談の内容を

て、相談の過程では、医学・心理学・社会教育学・社会福祉学・法学の専門家及び近親者の意見も聴取することができる<sup>415)</sup>。また、かかる相談は、その後引き続き自死介助に関与する者により行われてはならないものとされている<sup>416)</sup>。

このような相談体制を確保するために、自死介助法によれば、各州は、十分な数の相談所を設置し<sup>417)</sup>、その適格性を認証しなければならないものとされている<sup>418)</sup>。かかる認証要件として、「適切な人的及び職業的資格を有する職員を十分な人数で有していること」、「必要に応じて、医学的、専門医的、心理学的、社会教育学的、社会福祉学的又は法学的な訓練を受けた専門家が相談を実施するために緊急に呼び寄せられることが保障されていること」、「自死意向者のために公的及び私的介助を提供する全ての機関と協働していること」、「組織的又は経済的利害関係を介して、自死介助を実施する施設と相談施設とが自死介助

---

個別具体的に調整することが求められている。

415) Helling-Plahr/Künast等統合案における自死介助法第4条第5項参照。BT- Dr. 20/7624, S. 32 f.によれば、多職種の専門家に関与することにより、多様な個人的事情に対応できるものと述べられている。また、自死は、通常、親族その他の親しい者にも著しい影響を与えるので、相談者及び相談当事者が必要であると合意すれば、そのような者も相談に関与できることが必要と考えられている。

416) Helling-Plahr/Künast等統合案における自死介助法第4条第4項参照。BT- Dr. 20/7624, S. 32によれば、一方で中立的な相談をしながら、他方で幫助をするという役割が重複することは、自律的で任意の意思に基礎付けられる自死介助の意義に反するものと考えられている。そして、相談と自死介助の分離は、相談自体の自殺予防的側面を強調化するものとしても説明されている。

417) Helling-Plahr/Künast等統合案における自死介助法第5条第1項第1文参照。BT- Dr. 20/7624, S. 33によれば、相談体制を整備するに際して、相談所が障壁なく利用できなければならないものと考えられている。また、特に看護が必要で、重篤な疾病の当事者には、訪問での提供も必要不可欠とされている。

418) Helling-Plahr/Künast等統合案における自死介助法第5条第1項第2文参照。BT- Dr. 20/7624, S. 33によれば、相談の質を十分に確保することに加え、後見的な相談の危険性を防止するためには、政府的認証が必要と考えられている。ただし、これは、民間事業主の下で相談所が運営される可能性を排除するものでもない指摘されている。また、医師も同様に相談所として認証されうるものと考えられている。

の実施を巡り金銭的利害関係を有することが排除できないようなかたちで結び付いていないこと」が掲げられている<sup>419)</sup>。

最終的に、医師が自死目的での致死薬を処方するためには、この認証された相談所における相談が実施されていなければならない<sup>420)</sup>。かかる処方は、相談実施から早くとも3週間経過後<sup>421)</sup>、遅くとも12週間以内<sup>422)</sup>に発行することができる。この致死薬を処方する医師は、自死意向者に対して、自殺に必要な全ての本質的な医学的状況を口頭で分かりやすく伝えることが義務付けられる<sup>423)</sup>。

---

419) Helling-Plahr/Künast等統合案における自死介助法第5条第2項参照。BT- Dr. 20/7624, S. 33によれば、相談所は、同法第4条第5項に従って、緊急の要請があれば専門家に助力を求めることが可能でなければならないとされている。

420) Helling-Plahr/Künast等統合案における自死介助法第6条第3項参照。

421) Helling-Plahr/Künast等統合案における自死介助法第6条第4項参照。BT- Dr. 20/7624, S. 35 f.によれば、この待機期間は、自死意向者が相談で得た情報を吟味し、自身の決意形成過程に組み込む機会を与えるものとされている。このような規制は、性急な自殺の決意から人々を保護するための仕組みであり、このような拙速な自殺に対する保護は、生命を守るといふ国家の役割と自死意向者の自己決定権とを調和させるものと考えられている。すなわち、自殺の決意は、それが一定の持続性及び内的的な堅固さにより支えられている場合にのみ、自律的に形成された自由意思によるものと理解されている。ここでいう3週間という待機期間は、最短の場合であり、自死意向者は、一般的に3週間よりも長い期間にわたり何度も相談を受けることが想定されている。

422) Helling-Plahr/Künast等統合案における自死介助法第6条第3項参照。BT- Dr. 20/7624, S. 35によれば、この期間制限により、相談時点における臨死意向者の生活状況が引き続き継続しており、相談時に得られた比較衡量も有効であることが保障されるものと考えられている。したがって、自死意向者は、長期間にわたり何度も相談を受けることが認められている一方で、最後の相談から既に12週間以上経過している場合、医師は、自死目的での致死薬を処方することはできないものとされている。

423) Helling-Plahr/Künast等統合案における自死介助法第6条第2項参照。BT- Dr. 20/7624, S. 35によれば、自死意向者に説明を行うことは、処方した医師の責任とされている(民法第630条e参照)。ここで行われる説明は、第4条により相談所が提供する包括的な相談を補完するものとされる。医師による説明の内容には、特に、自死目的での致死薬の服用に伴う身体の反応及び致死薬の服用による自死において見込まれる経過に関する説明が含まれ、更に、可能性のあるリスク、特に自死

前述したように、自死介助法は、自死意向者が持続的な症状を伴う実存的苦痛により生活全体が持続的に阻害されている場合又は予見可能な将来において、そうなるであろう場合であって、特に不治の進行性疾患で進行期が進み同時に余命が限られている場合、それは、特別な困難時に相当するとして、例外が設けられている<sup>424)</sup>。すなわち、そのような困難時には、通常時と異なり、相談手続を介することなく、自死目的での致死薬を医師は処方することができる<sup>425)</sup>。

更なる例外として、通常時においても、自死意向者が致死薬処方の要件を全て満たしているにもかかわらず、(かかる処方をしてくれる医師が見当たらない等)合理的な理由から処方が得られないことの信憑性が高い限りで、州法に基づく所轄官庁は、かかる致死薬の譲受に関して、医師の処方と同等の免許を

---

の失敗及び深刻な身体的損害の発生に関しても言及されなければならないものと述べられている。このような医師による説明を介して、自死意向者が致死薬を服用することの意義及び射程並びに潜在的なリスクを確実に認識することが保障されるものと考えられている。

424) Helling-Plahr/Künast等統合案における自死介助法第7条第2項参照。BT- Dr. 20/7624, S. 36 f.によれば、この特別な困難時の定義は、主観的側面と客観的側面に分析化できるものと説明されている。すなわち、一方で、それは、自死意向者の主観的苦痛に関連付けられている。すなわち、疾病による機能不全及び統御喪失が自身の想像と相容れないものであり、それ自体が苦痛の経験又は恐怖として認識される状態も対象とされている。他方で、それは、緊急的に緩和ケアが必要とされる場合の法的定義(社会法典第5編第37条b第1項第1文参照)にも関連付けられている。この客観化を介して、医師が第7条により処方できる例外的事情を可能な限り具体的に定義し、法的安定性が創出されなければならないとも考えられている。

425) Helling-Plahr/Künast等統合案における自死介助法第7条第1項参照。BT- Dr. 20/7624, S. 36によれば、そのような特別な困難時に相当するかを判断する医師は、第7条による手続の枠組み内で、本人が第3条の意味において自律的に形成された自由意思によるものかを診察し(第6条第1項参照)、第6条第2項に適合した説明も本人に対して行われなければならないものとされている。また、自死意向者のみならず、医師に対しても保護的な意味合いを有するものとして、困難時であるかどうかの評価は、独立した2人目の医師により行われることが想定されている(二重確認原則の要件)。

付与しなければならないものと規定している<sup>426)</sup>。

### 6-3 本会議における表決結果

前述したように、法務委員会からの報告を受けて、連邦議会は、2023年7月6日付けの第115回本会議で、両案に関する第2読会を実施した<sup>427)</sup>。第2読会において、両案に関する一般討論が行われた後<sup>428)</sup>、党議拘束に縛られないかたちで記名投票が実施された。かかる表決の結果、Castellucci/Heveling等修正案に対しては、賛成303票、反対363票、棄権23票、無投票47票が投じられた一方で、Helling-Plahr/Künast等統合案に対しては、賛成286票、反対375票、棄権20票、無投票55票が投じられたことにより、両案共に反対票が多数というかたちで否決された<sup>429)</sup>。

---

426) Helling-Plahr/Künast等統合案における自死介助法第8条参照。BT- Dr. 20/7624, S. 37によれば、このような例外規定は、自死意向者において、個々の事情により医師の処方を受けられない場合がありうるという事実を想定したものと述べられている。したがって、かかる例外規定を介して、何らかの事情で医師の処方が得られない自死意向者が非人道的で尊厳に欠ける自死へと差し向けられないことを保障するものとされている。ただし、このような例外規定の適用に際しても、第6条による通常時の処方手続と同等の要件が満たされなければならないものと考えられている。すなわち、第3条の意味における自律的に形成された自由意思の存在が確認され(第6条第1項参照)、第6条第2項に適合する説明が行われ、事前の相談が期間的制限内に行われなければならない(第6条第3項及び第4項参照)。そして、これら要件が満たされていることは、医師又はその他の所轄官庁に従事している同等の資格を有する専門職員により確認されなければならないものと定められている。その際における重要な点として、所轄官庁の専門職員は、自死の決意に関して倫理的に是認するか否かの判断を下さないということが強調化されている。これは、国家が自殺を許可するものと捉えられるべきではなく、単に、関連要件が満たされるならば、医師の処方と同等の手段を自死意向者に付与するだけの形式的なものと説明されている。

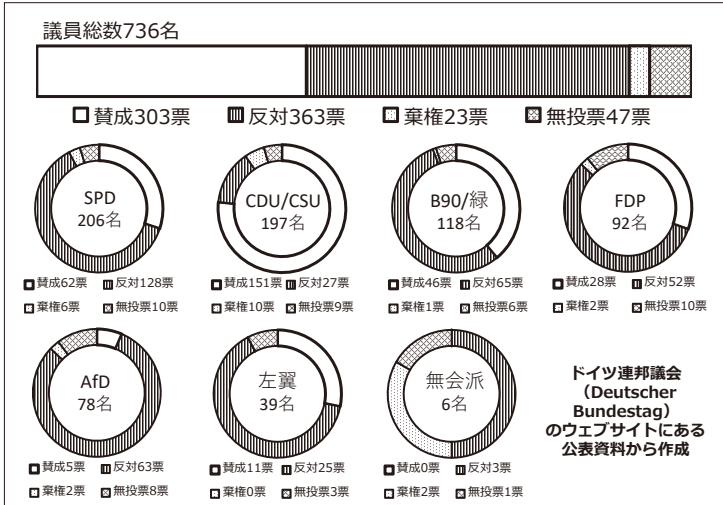
427) BT-PIPr. 20/115, S. 14077 ff.

428) 現在(2024年1月31日時点)、ネット上で、「Bundestag lehnt Gesetzentwürfe zur Reform der Sterbehilfe ab」という題名(検索用語としても有効)により、当該本会議の状況(動画配信)及び配布資料が公開されている。

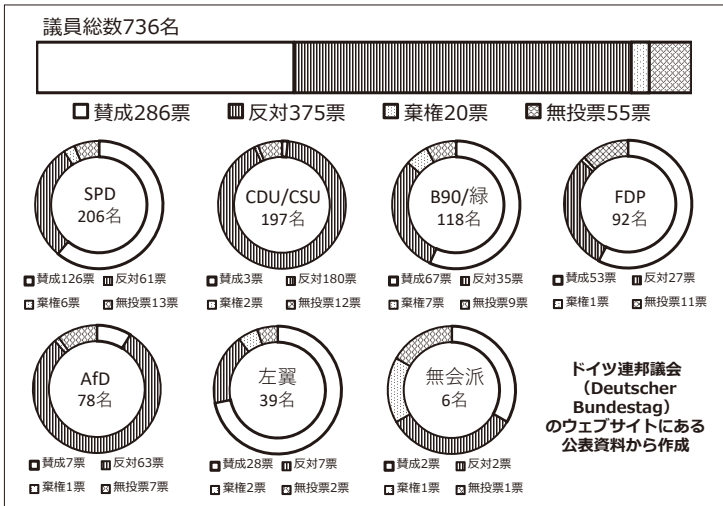
429) 同時に提出された「自殺予防の強化」と題された動議(BT-Dr. 20/7630)は、賛成692票、反対1票、棄権4票、無投票44票で採択された。

(1) 会派別の分析

両案に対する表決結果の内訳を会派別に図表化すると次のようになる。



図表 1 : Castellucci/Heveling 等修正案に対する採決結果 (会派別)



図表 2 : Helling-Plahr/Künast 等統合案に対する採決結果 (会派別)

前記の図表で掲げられている主要政党の政治的傾向は、一般的に、極左（左翼党）、中道左派（SPD）、中道（BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN・FDP）、中道右派（CDU/CSU）、極右（AfD）というかたちで分類されている<sup>430)</sup>。ちなみに、第20選挙期における第1党のSPDは、BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN及びFDPと連立与党政権を組んでいる（いわゆる「信号機連立」<sup>431)</sup>）。

このような現状を踏まえた上で、両案の支持会派を検証してみると、総じて、保守的な案（Castellucci/Heveling等修正案）を支持するCDU/CSUとリベラルな案（Helling-Plahr/Künast等統合案）を支持する連立与党（SPD・B90/緑・FDP）という対立的構図が読み取れる。ただし、ここで保守的とされるCastellucci/Heveling等修正案の筆頭提案者であるLars Castellucci議員は、SPD会派の所属議員であり、その所属会派自体の中道左派的傾向からすれば、そこで、ある種の捻じれが生じている。その影響からか、本来はリベラル色が強いとされる連立与党（SPD・BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN・FDP）に所属する会派の議員にも、彼の保守的な案を支持する議員が看過できない比率で生じており、一定程度の切り崩しが奏功しているようにも思われる。これに対して、中道右派であるCDU/CSU会派の議員は、明確に、保守的なCastellucci/Heveling等修正案を支持する姿勢が読み取れる。少数会派である極右政党のAfDは、両案に対して共に反対の姿勢を打ち出しており、同じく少数会派の極左政党の左翼党においては、リベラルな案とされるHelling-Plahr/Künast等統合案への支持が圧倒的である。以上の結果、両案は、ほぼ拮抗したかたちで争われることになった。

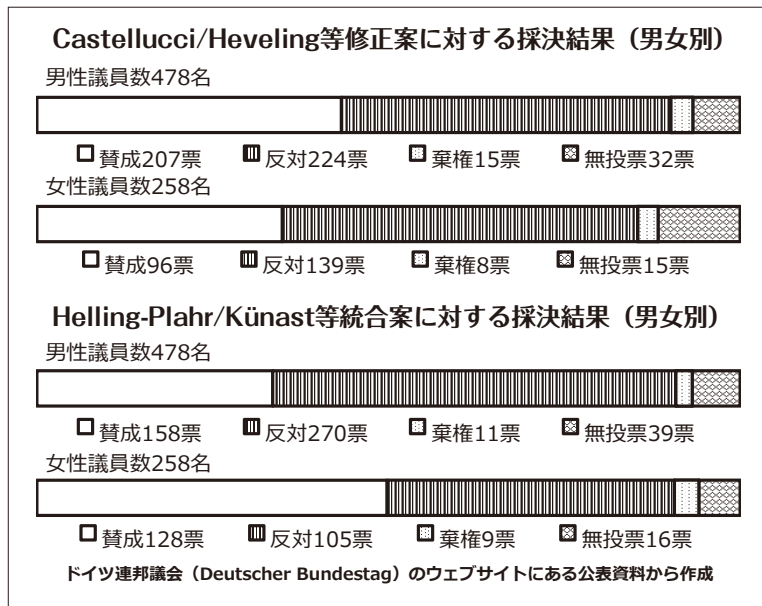
---

430) ただし、経済的争点と社会文化的争点とを組み合わせた上で厳密に各政党の立場を分析するならば、右派・左派という単純な割り振りが適切ではない場合もある。ドイツにおける各主要政党の政治的傾向に関しては、新川匠郎「ドイツ」谷口将紀＝水島治郎（編）『2020年の各国政党政治：経済・社会文化・グローバルゼーション』NIRA総合研究開発機構（2021）33頁以下参照。

431) 泉眞樹子「【ドイツ】SPD・緑の党・FDPの『信号機連立』政権 — 2021年連立協定—」外国の立法290-2号（2022）20頁以下参照。

(2) 男女別の分析

両案に対する表決結果の内訳を男女別に図表化すると次のようになる。



図表3：両案に対する採決結果 (男女別)

この男女別の採決結果を検証してみると、総じて、次のような指摘が可能ないように思われる。すなわち、男性議員において、保守的とされるCastellucci/Heveling等修正案を支持する層は、リベラルとされるHelling-Plahr/Künast等統合案を支持する層を若干上回っている。それに対して、女性議員では、それとは逆の傾向が示されている。

このような傾向を裏付ける根拠は必ずしも明らかではない。ここで、その若干の推察が許されるならば、ドイツの高齢者における家族介護者の属性は、女性が多くを占めている点<sup>432)</sup>は、背景事情として考慮しうるかもしれな

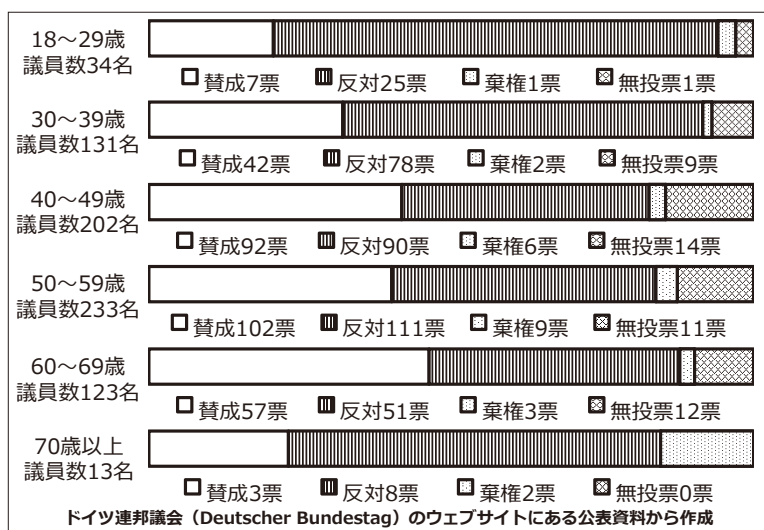
432) 例えば、森周子「介護手当と家族介護 — ドイツの動向から考える」日本労働研究雑誌719号 (2020) 32頁以下参照。



い。両案が想定している制度は、必ずしも高齢者を対象としているものではない。しかし、多くの場合、当地における家族介護としての負担が女性に担われやすいことを鑑みれば<sup>433)</sup>、臨死介助を巡る当事者性も女性の方が実感としては強くなるはずであり、そのことが投票行動に影響を及ぼしている可能性も一概に否定できないものと思われる。ただし、女性を介護負担から解放するという目的で臨死介助制度を位置付けることは、弱者保護という観点から妥当ではなく、他の複合的な要因も検討する必要がある。今後において、その点の解析が待たれる。

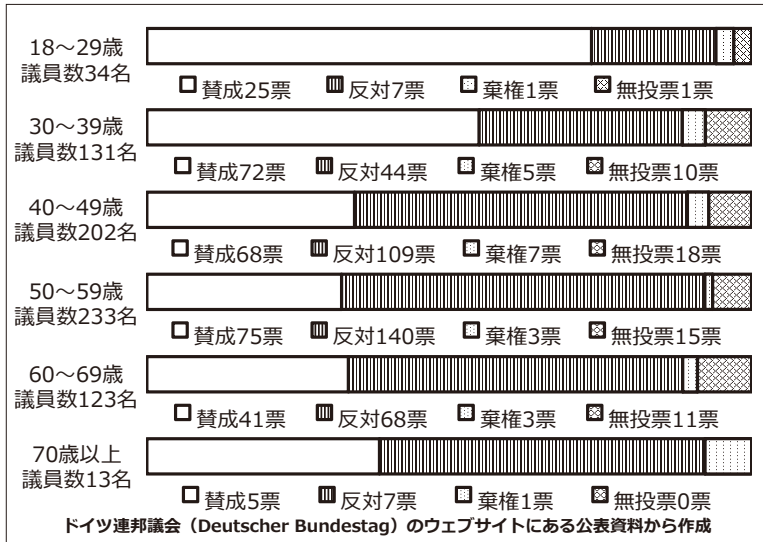
### (3) 年齢別の分析

両案に対する表決結果の内訳を年齢別に図表化すると次のようになる。



図表 4 : Castellucci/Heveling 等修正案に対する採決結果 (年齢別)

433) 例えば、ドイツにおいても、介護離職する家族は女性の方が多く指摘されている。この点に関しては、宮本恭子「ドイツにおける家族介護者支援の構造的特徴 — ドイツ現地調査から —」島根大学法文学部経済科学論集43号 (2017) 26頁参照。



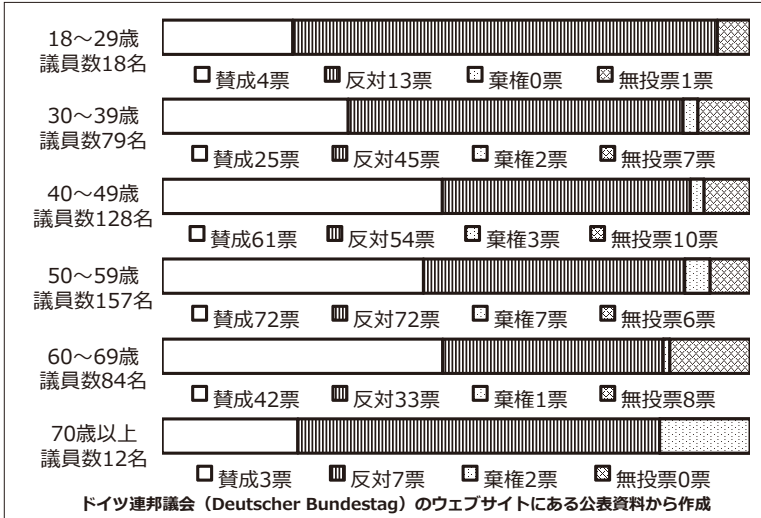
図表 5：Helling-Plahr/Künast 等統合案に対する採決結果（年齢別）

この年齢別の採決結果を検証してみると、総じて、次のような指摘が可能なように思われる。すなわち、保守的とされるCastellucci/Heveling等修正案を支持する議員は、年齢層が上がるに連れて、増加する傾向にある（ただし、最高年齢層における「70歳以上」では、反対票が多い）。それに対して、リベラルとされるHelling-Plahr/Künast等統合案を支持する議員は、年齢層が下がるに連れて、増加する傾向が見られる。したがって、両案に対しては、世代間での受け止め方の違いが顕著に生じているものと思われる。

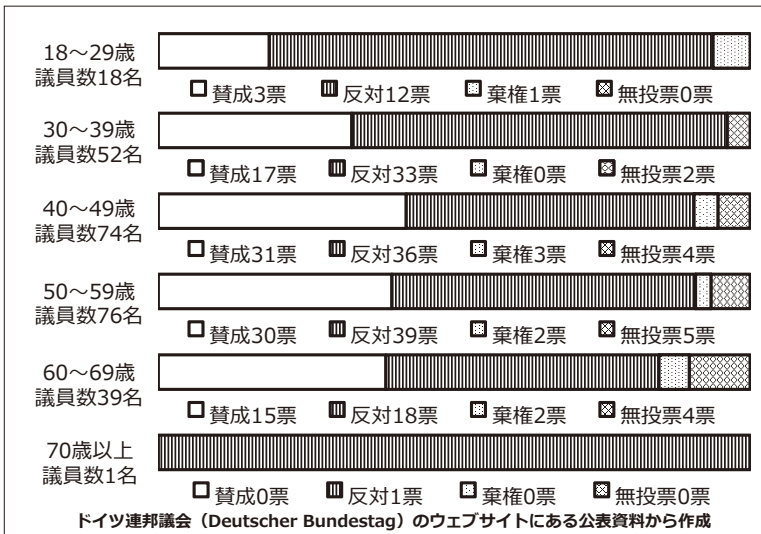
#### (4) 男女年齢別の分析

また、年齢別の内訳を更に細分化するかたちで、それを男女別に図表化すると次のようになる。

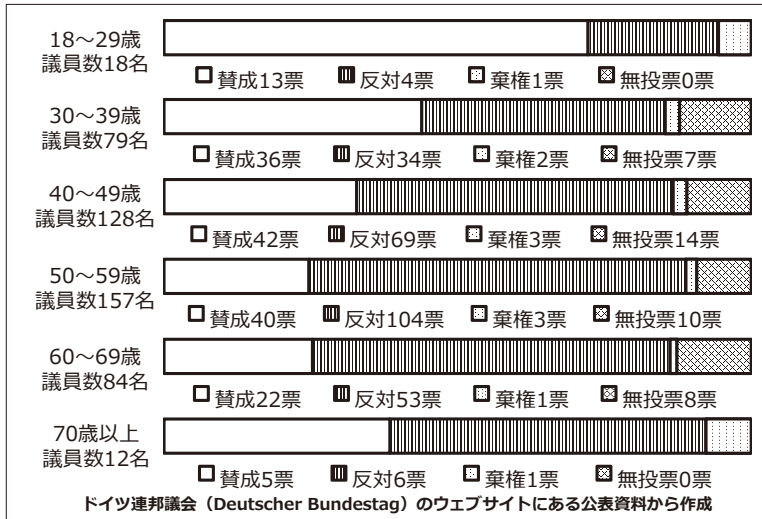
ドイツにおける自殺幫助規制過程の考察(3)(神馬)



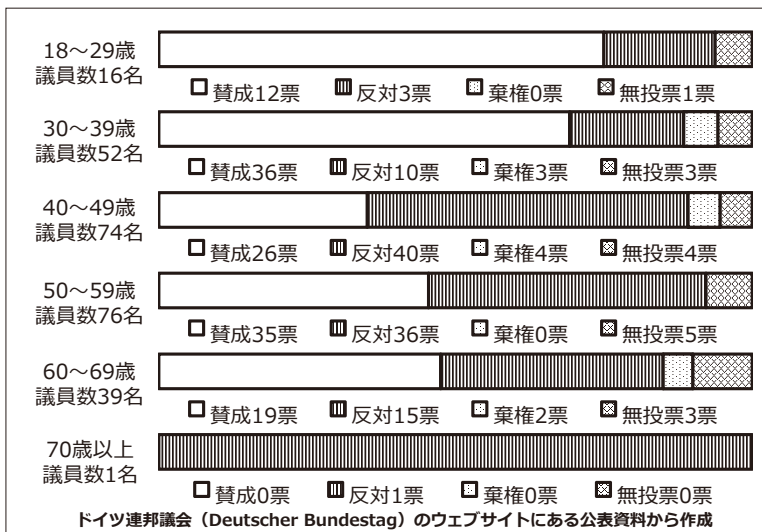
図表 6 : Castellucci/Heveling 等修正案に対する採決結果 (男性年齢別)



図表 7 : Castellucci/Heveling 等修正案に対する採決結果 (女性年齢別)



図表 8：Helling-Plahr/Künast 等統合案に対する採決結果（男性年齢別）



図表 9：Helling-Plahr/Künast 等統合案に対する採決結果（女性年齢別）

この男女年齢別の採決結果を検証してみると、総じて、次のような指摘が可能なるように思われる。すなわち、保守的とされるCastellucci/Heveling等修正案を支持する議員は、男女共に、年齢層が上がるに連れて、増加する傾向にある（ただし、最高年齢層における「70歳以上」では、反対票が多い）<sup>434</sup>。その一方で、リベラルとされるHelling-Plahr/Künast等統合案に関しては、年齢別の分析だけでは必ずしも明らかではなかった別の側面が見えてくる。まず、男性議員においては、年齢別の分析結果（図表5）と凡そ同様の分布状況が確認できる。それに対して、女性議員においては、18歳から49歳までの間は、年齢層が上がるに連れて、Helling-Plahr/Künast等統合案の支持者は減少する傾向にある一方で、50歳以降においては、一転して、増加する傾向を示している。この50歳代女性を境目にした逆転現象は、年齢別の分析結果（図表5）だけでは不明瞭であるので、別途、検証する意義があるように思われる。

しかし、この逆転現象の理由は、必ずしも明らかではない。ここでも、その若干の推察が許されるならば、前述したような当地における家族介護の事情が考慮されうる。ドイツの家族介護者における年齢層の最多は、55歳から69歳の間が最多であり、しかも、その内の大半が女性により担われているものと報告されている<sup>435</sup>。したがって、そのような世代の女性層を代表する議員の間で、リベラルなHelling-Plahr/Künast等統合案は、関心を寄せやすい事情があるのかもしれない。ただし、これも断定することはできず、更なる複合的要因の解析は、今後の（政治学・社会学的）研究における進展を待ちたい。

## 7. 頓挫した諸法案に対する総評

以上のような経緯から、ドイツにおける自殺幫助規制に関しては、2023年7

---

434) なお、女性70歳以上に属する議員は、1名しかいない。また、この議員が両案に対して、反対を投じている点は、この議員がAfD会派に属しており、その極右的政治観として、かかる票を投じているものと推察される。このことから、男女年齢別という属性における分析対象としては、敢えて除外する。

435) 森・前掲注（433）33頁参照。

月の時点で、それまでに展開されてきた一連の立法作業が頓挫したことになる<sup>436)</sup>。しかし、これをもって、当地で自殺幫助規制が一切不要と判断されたわけではない<sup>437)</sup>。未だにドイツにおいて関連する法的状況には、一定の不確実性が残されている。この不確実性は、解消される必要がある。また、少なくとも、連邦憲法裁判所による2020年違憲判決は、自己決定的な死の権利を保障しながら、同時に、そこでの濫用可能性が排除される手続的枠組みの標準化を求めている。したがって、当地では、今後も、その立法化に向けた議論の継続が必要とされている<sup>438)</sup>。

このような状況を受けて、以下では、そもそも自殺幫助規制は、どのような観点から求められてきたのかを再度、点検し（7-1 法的規制自体の必要性）、その規制化の必要性が認められるにもかかわらず、否決された諸法案に向けられた批判内容を整理することで、その頓挫の理由を探り（7-2 諸法案に向けられた批判の検証）、今後において期待される立法化に向けての議論展開を考察したい（7-3 今後の展望）。

## 7-1 法的規制自体の必要性

前述から繰り返し述べているように、自殺幫助規制の目的は、自己決定的な死の権利を実現化すると同時に、自由答責的ではない非任意の自殺から当事者を保護するところにある。ただし、このような保護自体は、当地の現行（刑）法上、既に、ある程度は考慮されている<sup>439)</sup>。したがって、現在において求められている法的規制自体の必要性は、現行法と比べて、より良い状況になるかという観点から説明できる。

---

436) このような事態を巡り、ドイツの立法者が生命倫理的問題の合意形成能力を欠いていると痛烈に批判するものとして、Henning Rosenau, Gesetzgeberisches Scheitern einer Suizidassistentz-Regelung, medstra 5/2023, (2023), S. 273 ff.

437) 同様の見立てとして、Rosenau, a. a. O. (436), S. 274 f.

438) 今後の議論展開に対する期待として、Rosenau, a. a. O. (436), S. 274 f.

439) Rosenau, a. a. O. (436), S. 274. この点に関しては、拙稿「ドイツにおける自殺幫助規制過程の考察（1）」獨協法学121号（2023）154（横253）頁以下「3-1 刑法」も参照されたい。

先ず、非任意の自殺からの保護に関しては、現行刑法によるならば、事後的な対応しか想定されていない。確かに、それは、事後的対応であっても、処罰を回避するという動機付けの観点から、事前の段階における一般予防的効果を期待することはできる。しかし、このような保護を更に実効的なものにするためには、そこにおける自由答責性を事前に判定するための手続が導入されることにより、刑法上の事後的規制を補完することが賢明であるとドイツの議論では考えられている<sup>440)</sup>。

その上で、自己決定的な死の権利を保障するためには、自死を目的とした適切な致死薬の処方及び使用に関しての法的明確化が必要と考えられており、その点において、現在の法的状況は不十分とされている<sup>441)</sup>。ただし、自己決定的な死の権利に関して改善が必要な点は、麻薬法における法的状況の明確化だけではない。この権利の保障は、自死意向者が現実的な観点から自死の長所と短所を比較衡量し、自身の了解に沿うかたちで、その可能性を判断できることが保障されなければならない<sup>442)</sup>。すなわち、それは、自死意向者における特定の心理的負担感が排除され、自己決定の範囲も拡大化された上で、なおも自死に際して助力を受けるかが自身で決断できるという状況を前提とする<sup>443)</sup>。したがって、そこでは、包括的な自殺予防と自殺幫助の利用可能性を両立させる制度設計が求められており、従前から、それは未だ達成されていない<sup>444)</sup>。

## 7-2 諸法案に対する批判の検証

従前において提起された諸法案は、以上のような憲法的基本方針あるいは対

---

440) 例えば、Frister, a. a. O. (22), S. 10.

441) Rosenau, a. a. O. (436), S. 274. この点に関しては、拙稿「ドイツにおける自殺幫助規制過程の考察(1)」獨協法学121号(2023)151(横256)頁以下「3-3 麻薬法」も参照されたい。

442) Frister, a. a. O. (22), S. 12は、この点に言及しながら、組織的な臨死介助事業の利用可能性を確保するだけでは不十分であると指摘する。

443) このような指摘として、Frister, a. a. O. (22), S. 13.

444) 例えば、Frister, a. a. O. (22), S. 13によれば、自殺予防と自殺幫助の両者を対立させるのではなく、自己決定権の実現に必要な要素として理解する法的規制が求められている。前掲注(159)でも、同様の主張を紹介した。

立する当事者の価値観を調整しながら、なおかつ論理的にも首尾一貫するかたちで、それらを統合化することが求められた。その結果、いずれの法案も多数の賛同が得られず、頓挫した。

以下では、そのような議論過程で顕著に指摘されていた視点として、保護対象として規制の客体とされている自死意向者の立場に関わる問題（規制客体の非独立性）に加え、それに伴う過剰な手続要件の設定（規制手続の過剰性）を採り上げる。

### (1) 規制客体の非独立性

實際上、医師介助自殺の議論に関して、当地で、それを原則的に許容しない（政治的）姿勢が有力であること<sup>445)</sup>の本質的背景は、規制客体としての自死意向者の非独立性（単独で物事を成し遂げられないこと）にあるものと指摘されている<sup>446)</sup>。例えば、自死に必要とされる致死薬は、麻薬法による規制対象であり、それは、自死意向者のみの判断で授受されることはない（医師の処方箋を要する）。すなわち、自死意向者が求めるような自死の実施は、他者に服属している。更に、このような手段を得るために、自死意向者は、法案の制度設計上、手続的保障制度にも服属しなければならない。このような意味で、自死意向者は、非主体的な立場に置かれている。

この点に関して、2020年違憲判決は、自死意向者の権利又は自主性を認めるというかたちで、新たな道を切り開いたかのように思われていた。その核心的部分を繰り返し参照するならば、「あらゆる介助自殺の規制的制限は、任意の判断を基礎として第三者の支援を得ながら自殺するという憲法的に保護された個人の権利のために、その展開及び実施に関する十分な事実上の余地が残されていることを保障しなければならない<sup>447)</sup>」と連邦憲法裁判所は述べている。

---

445) 脚注(191)に対応する本文部分でも指摘したように、Castellucci/Heveling等案は、そのような政治的姿勢が顕著とされている。

446) Eberbach, a. a. O. (14), S. 465では、同趣旨が「依存性 (Abhängigkeit)」という言葉で表現されている。

447) 2020年違憲判決第341段落。



この点に関して、各法案における広範な要件は、自死意向者よりも、むしろ、その援助者ないし幫助者を保護しよう（又は免責しよう）とすることに重点が傾きがちであると指摘されている<sup>448)</sup>。しかし、そこでは、むしろ、自死意向者が抱える実存的葛藤状況に身を置き換えながら、その場面で、その者は、どのように感じているのかに関して、更なる配慮が要求されるべきであろう。したがって、2020年違憲判決の趣旨を活かすのであれば、将来的な法制化に際しては、自死意向者の視点を尊重した（あるいは、その自主性を高めるかたちでの）制度設計が求められるように思われる。

## (2) 規制手続の過剰性

頓挫した諸法案は、いずれも、自死を許容化する前提として手続的要件を設定していた。このような制度設計に関して、当地では、實際上、自死意向者の行く手を阻む高い手続的障壁は課されるべきではないと考えられてきた<sup>449)</sup>。

しかし、全ての法案において、事実上、自死意向者に対する拒絶的態度を看取することができるものと批判的に考察されている<sup>450)</sup>。それは、自死意向者に課される様々な義務的対話<sup>451)</sup>及び待機期間の設定<sup>452)</sup>を介して、具体化されて

---

448) 同趣旨の批判として、Eberbach, a. a. O. (14), S. 465.

449) Frister, a. a. O. (22), S. 10によれば、2020年違憲判決第341段落で述べられているところの趣旨は、そのように理解されている。この点に関しては、Deutscher Ethikrat, a. a. O. (410), S. 75によれば、ドイツ倫理評議会も同様の理解を示している。

450) そのような批判として、前稿「ドイツにおける自殺幫助規制過程の考察(2)」獨協法学122号(2023)232(横107)頁以下「5. 法務委員会公聴会における検討」における各論者の意見を参照されたい。

451) そもそも、自死における自由答責性を判定する者が医師であろうと、専門家委員会であろうと、たとえ、そこに携わる者が一定の訓練を受けていたとしても、一期一会で自死意向者を適格に評価できるのかは疑問視されている。同趣旨の批判として、Rostalski, a. a. O. (92), S. 226; Eberbach, a. a. O. (14), S. 464.

452) この待機期間中に、自死意向者が第三者の助力を受けずに凄惨なかたちで暴力的に自殺する危険性があるならば、その設定自体の妥当性が疑問視される。同趣旨の批判として、Eberbach, a. a. O. (14), S. 464.

いる。この点に関して、實際上、かかる手続的な自殺予防策を正当化する実証的な根拠は希薄であると指摘されている<sup>453)</sup>。例えば、2020年違憲判決においても、医師介助自殺により「高齢者や病気の者に社会的圧力が加えられているという裏付けはない<sup>454)</sup>」ものと明確に述べられている<sup>455)</sup>。

また、このような手続的規制の導入は、實際上、個人における自己決定を第三者(的委員会)に移譲する医事(刑)法的な傾向が垣間見える<sup>456)</sup>。そこでは、おそらく、中立性が求められるために、自死意向者は、自身のことを見知らぬ者達により判断されることになる。しかし、そのような手続によれば、医師介助自殺は、客観的基準による判断が重視される結果として、深い個人的な決断によるものであることが軽視されうる。そのような意味で、医師介助自死の「官僚化(Bürokratisierung)」も懸念されている<sup>457)</sup>。自死における自由答責性は、確認事項を照合するだけの表面的作業に留まるものではなく、自死意向者における全人格的な評価を伴うであろう。そこにおける評価の質は、評価者自身が自死意向者の個人的内面に迫りながら、責任感をもって応対できるかどうかにも左右される。したがって、手続的要件の官僚化は、このような責任感を減弱化することで、自由答責性の評価における信頼性を妨げるものとも考えられて

---

453) この点を強く疑問視するものとして、Rostalski, a. a. O. (92), S. 224 ff. 特に, S. 226 f. では、むしろ、手続的規制を設けないことの利点が述べられている。

454) 2020年違憲判決第256段落。

455) それにもかかわらず、かかる違憲判決は、同時に、そのような「社会的圧力」という抽象的危険性の想定を部分的に受け入れたことで(2020年違憲判決第257段落)、様々な誤解が生じているものと批判されている。同趣旨の批判として、Eberbach, a. a. O. (14), S. 465.

456) そのような医事刑法の傾向を指摘するものとして、Ausschuss Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein, Stellungnahme zur gesetzlichen Neuregelung des assistierten Suizids, MedR 39, (2021), S. 537.

457) 同趣旨の批判として、Eberbach, a. a. O. (14), S. 465. このような「官僚化」に関しては、近時、自殺補助法制の大幅な改革を実現したオーストリアにおいても、同様に指摘されている問題状況である。この点に関しては、Alois Birklbauer, Mögliche Grenzen straffreier Suizidunterstützung – ein (vorsichtiger) Ausblick auf 2022, Journal für Medizin- und Gesundheitsrecht 3/2021, (2021), S. 141.

いる<sup>458)</sup>。

### 7-3 今後の展望

以上のような観点から、今後における手続的保障制度の設計は、その減量化が求められているようにも思われる。ただし、このような手続自体は、従前の事後的な刑法による対応に取って代わるようなものではなく、自由答責性を保障するための保護策として、補充的に考案されるべきものであろう<sup>459)</sup>。

その一方で、今回の法制化における頓挫を好機として、今後は、単なる自殺幫助規制を超えて、臨死介助全体において首尾一貫した規制が模索されるべきという主張もある<sup>460)</sup>。学術界では、既に、そのような取組みがなされており、例えば、本稿でも紹介したAugsburg大学、München大学及びHalle大学に所属する研究者の起草による「自己決定的な死の保障及び自殺予防に関する法律（AMH臨死介助法案）<sup>461)</sup>」は、その模範になるものとして期待されている<sup>462)</sup>。確かに、自殺幫助又は医師介助自死の規制化は、他の臨死介助分野にも波及的な影響を及ぼし得ることは間違いない<sup>463)</sup>。そのような臨死介助分野の全体を通

---

458) そのような指摘として、Frister, a. a. O. (22), S. 11.

459) 同趣旨の指摘として、Frister, a. a. O. (22), S. 11. ただし、このような追加的な保護策は、いかなる場合でも、二重確認原則（①包括的な医療的説明＋②相談体制による対応）に従うことが求められている。また、事前の手続における評価の事後検証を容易にするために、報告及び文書化の義務が規定されるべきと述べられている。

460) 例えば、Rosenau, a. a. O. (436), S. 274 f.

461) 前稿「ドイツにおける自殺幫助規制過程の考察（1）」獨協法学121号（2023）261（横146）頁以下「4-1 研究者試案（2）Augsburg-München-Halle（AMH）案」を参照されたい。同法案は、「自殺（第4条）」及び「自死関与（第5条）」のみならず、特に「治療断念、治療制限、治療中止（第3条）」、「積極的臨死介助（第6条）」、「間接的臨死介助（第7条）」も含めて包括的な規制が提案されている。

462) Rosenau, a. a. O. (436), S. 275によれば、AMH案は、自己決定的な死の権利を合憲とする立場から、臨死介助の全分野を一貫して論拠付けるものとされている。

463) その顕著な例として、前掲注（48）で紹介したドイツ連邦通常裁判所第6刑事部2022年6月28日決定による刑法第216条の適用範囲限定化が指摘できる。

じて、法的安定性が確立されることで、はじめて各個人は、人生の最終盤に自己決定権を効果的に行使できるようになるものと思われる。

自殺幫助又は医師介助自死の規制化においては、特に、個人の自己決定権、人間の生命を効果的に保護するという社会全体の利益、医療専門家の倫理的職業像、そして、個々人の家庭環境というような基本的価値観が最終的には衝突し合うことになる<sup>464)</sup>。このような複雑な当事者性の中で、法の責務は、次のように要約できよう。それは、相反する利害関係を「実務的調和 (praktische Konkordanz)<sup>465)</sup>」ないしは「最善の調和 (optimale Konkordanz)<sup>466)</sup>」に導くということである。そのような調和と法的首尾一貫性という要請の間で、ドイツの立法者は、今後、どのような議論を展開していくのか。その動向に引き続き注目していきたい。

[追記]

2023年11月7日の時点で、ドイツ連邦行政裁判所は、自死目的での致死薬（ペントバルビタールナトリウム）の授受に関して免許を付与しない旨の判決を言い渡した。この経緯に関しては、次稿で考察する予定である。

---

464) 同様の指摘として、Gunnar Duttge / Melanie Steuer, Menschenwürde und Selbstbestimmung in der medizinischen Versorgung am Lebensende – ein deutsch-japanisch-schweizerisches Symposium, MedR 38, (2020), S. 838.

465) 当該概念に関しては、Konrad Hesse, Grundzüge des Verfassungsrechts der Bundesrepublik Deutschland, Neudruck der 20. Aufl., C.F. Müller, (1999), S. 28. (Rn. 72). その翻訳として、コンラート・ヘッセ（初宿正典＝赤坂幸一：訳）『ドイツ憲法の基本的特質』成文堂（2006）40頁以下参照。

466) Albin Eser, Die Regulierung des Lebensendes als rechtliche Herausforderung, MedR 36, (2018), S. 740.

翻訳資料：

## 自殺幫助規制に関して第20選挙期ドイツ連邦議会で 否決された二法案

神 馬 幸 一 (訳)

訳出方針

本翻訳資料における訳語の選定に関しては、本文脚注番号(1)で述べた方針及び参照資料に準拠している。詳細は、そちらを参照されたい。

Castellucci/Heveling等修正案

業としての自殺援助の可罰性及び  
自殺の自由答責的な決意の保障に関する法律案

### 第1章

#### 刑法典の改正

2022年12月4日付けの法律(連邦官報第I部2146頁)第4章により、直近において一部改正された1998年11月13日付けの全面改正版刑法典(連邦官報第I部3322頁)第217条を以下のように改正する。

「第217条

業としての自殺援助

(1) 他の者の自殺を援助する目的で、その者に、これにつき業として機会を提供し、作出し、又はあっせんした者は、3年以下の自由刑又は罰金刑に処す

る。

(2) 第1項の意味における援助行為は、次の各号を充足するとき、違法ではない。

1. 自殺を決意した者が成年者であり、かつ、認識能力があるとき、
2. 自殺に関与しない精神医学若しくは精神療法の学科課程修了資格を有する第三者又は心理療法資格を有する第三者の専門的確信によれば、自律的な意思決定を阻害する精神疾患がなく、かつ、その専門的確信によれば、死の要求が任意で真摯かつ持続的な本質を有していることが示されているときであり、このために、原則として、最短3月の間隔で、少なくとも2回の受診を要するとき、
3. 第2号による第三者の指示に従って、多職種及び学際的に探索するかたちで、他の医師、心理療法士、心理社会的相談所、依存症相談又は負債相談において、個別に適合した包括的で特定の結論を示さない相談対話が少なくとも1度は実施されているときであり、それは、少なくとも、次の各点を含んでいるとき、
  - a) 精神的及び身体的状態に関する説明、
  - b) 医療的処置の可能性及び自殺に対する代替案、
  - c) 更なる相談可能性に関する示唆、かつ、
  - d) 自殺の試行が失敗した際の心理的及び身体的影響並びに自殺の完遂による社会的帰結、
4. 第3号による最後の相談対話に引き続く第2号による最後の診察と自殺との間に少なくとも2週間の待機期間があり、第2号による最後の精神科診察から2月以内に自殺が行われたとき。

第1文第2号による第三者の専門的確信によれば、自殺を決意した者のために、2回の受診が期待できないとき、特に、不治の進行性疾患で進行期が進み同時に余命が限られている場合、かつ、更なる診察によって死への要求の任意性、真摯性及び持続性に関する更なる所見が明らかに予期できない場合、第1文第2号による認定は、1回のみ受診により実施することができる。前掲の点は、全て文書化する。

(3) 自ら業として行わず、かつ、第1項に定める他の者と親族である者又は密接な関係にある者は、共犯として罰しない。』

## 第2章

### 麻薬法の改正

2021年11月8日付けの命令（連邦官報第I部4791頁）第1条により、直近において一部改正された1994年3月1日付けの全面改正版麻薬法（連邦官報第I部358頁）第13条第1項第2文の後に、次の文を追加する。

「刑法第217条第2項の要件を満たしたとき、当該使用は正当化される。第3文は、医師のみに適用される。」

## 第3章

### 療法広告法の改正

2022年7月11日付けの法律（連邦官報第I部1082頁）第2章により、直近において一部改正された1994年10月19日付けの全面改正版療法広告法（連邦官報第I部3068頁）第1条第1項第2号第cの後、以下の第dを挿入する。

『d) 自殺援助』

## 第4章

### 社会法典第11編の改正

2023年6月19日付けの法律（2023年版連邦官報第I部155頁）第2章aにより、直近において一部改正された社会法典第11編 — 社会介護保険 —（1994年5月26日付けの法律第1条、連邦官報第I部1014頁、1015頁）第11条には、以下の第4項が追加される。

『(4) 刑法第217条第1項による自殺援助行為は、第5編第3章の意味における給付には当たらない。保健及び社会福祉事業及び施設の運営者は、住居及び介護契約法の規定を前提として、自殺への関与又はその施設内での自殺援助行為の実施を黙認する義務はない。』

## 第5章

### 住居及び介護契約法の改正

2019年11月30日付けの法律（連邦官報第I部1948頁）第12章により、直近において一部改正された2009年7月29日付けの全面改正版住居及び介護契約法（連邦官報第I部2319頁）第3条には、以下の第6項が追加される。

『(6) 事業者は、刑法第217条による自殺援助行為に関して、自ら実施しないことのみならず、事業者が使用者に対して生活空間として提供していない敷地内で当該行為の実施又は広告を黙認しないことに関して、履行範囲の説明の中で指摘する権限を有する。事業者により引き渡された居住空間における使用者の権利は、これによる影響を受けないものとする。』

## 第6章

### 政策評価

連邦政府は、この法律の公布から5年以内に、その効果に関してドイツ連邦議会に報告しなければならない。

## 第7章

### 施行

本法は、公布された翌日に施行される。

Helling-Plahr/Künast等統合案

自己決定的な死における権利の保護及び  
自殺幫助の規制に関する法案並びに関連法改正案

## 第1章

自己決定的な死における権利の保護及び自殺幫助の規制に関する法律  
(自死介助法)



## 第1条

### 自殺幫助における権利

(1) 何人も、自律的に形成された自由意思により人生を終わらせたいと思う者は、そこにおいて助力を求める権利を有する。

(2) 本法律は、尊厳がなく期待できないかたちで、かつ、自由意思を伴わずに、死への要求が実施されることを可能な限り回避し、自死意向者の自律的で十分な情報に基づいた決意の形成を保障する。それは、自殺目的における医薬品及び麻薬の安全な入手を自死意向者に開放する。

## 第2条

### 幫助に関する権利

(1) 何人も、自律的に形成された自由意思により自身の人生を終わらせたいと願う他人の求めに応じて、その自殺を幫助し、死が訪れるまで付き添うことができる。

(2) 何人も、自殺幫助を義務付けられない。

(3) 何人も、職業上の所属を理由として、自殺幫助を実施すること又は自殺幫助の実施を拒否することは禁じられない。関係者は、自殺幫助を実施すること、自殺幫助に関する準備を表明すること又は自殺幫助を拒否することにより差別されてはならない。

## 第3条

### 自律的に形成された自由意思

自律的に形成された自由意思とは、次の各号に該当する場合に存在する。

1. 自死意向者が急性精神障害に影響されることなく、任意に意思を形成し、その認識に従って行動する能力を有していること、
2. 自死意向者が当該決意から生じうる全ての側面を知得していなければならないことであって、すなわち、十分な評価に依拠しながら、現実的な方法で、長所と短所の比較衡量を可能にする全ての情報が利用可能とされなければならない、これは、特に、自死意向者が自死に代わる行動の可能性を

知り、各々の帰結を評価でき、関連する全ての状況及び選択肢を十分に知得した上で決意がなされていること、

3. 不当な影響又は圧力なしに、自殺が決意されていること、
4. 自殺の決意が一定の持続性及び内面的な堅固さに支えられていること。

## 第4条

### 相談

(1) 何人も、自殺幫助の問題に関して、相談する権利を有する。相談は、特定の結論を示さないかたちで行われるものとし、後見的なものであってはならず、全ての者の人生における基本的価値に依拠するものでなければならない。急性の自殺念慮がある者は、直ちに相談を受けなければならない。

(2) 相談は、自殺の決意における長所と短所の重要な視点が伝達される。相談は、特に、次の各号に該当する情報を含むものとする。

1. 自殺の意義及び影響、
2. 相談する者が相談中に自身から疾病であることを申告している限りで、自死に代わる行動の可能性に加え、考慮されうる代替的治療処置及び介護的又は緩和医療的選択肢、
3. 自殺幫助を求める可能性とその要件、
4. 自殺及び失敗した自殺未遂の結果が周囲の個人的及び家族的環境に及ぼす影響、
5. 支援及び世話の利用に関する可能性、並びに、
6. その他、状況に応じて必要とされる全ての医療的、社会的、法的情報。

(3) 相談する者は、要求すれば、相談を受ける者に対して、匿名を維持することができる。

(4) 相談は、その後の自殺幫助に関与する者により行われてはならない。

(5) 必要であれば、相談を受ける者の同意の下で、その他の者、特に、医学的、専門医的、心理学的、社会教育学的、社会福祉学的又は法学的な訓練を受けた専門家及び近親者に対して、この相談に関する助言を求める。

## 第5条

### 相談所

(1) 第4項による相談に関して、各州は、相談所が十分な数で設置されることを保障する。各州は、身体的障害を有する自死意向者に対して、訪問での相談が提供されることを配慮する。相談所は、第2項により、特別な政府的認証を必要とする。民間事業主の組織及び医師は、相談所として認証される場合がある。

(2) 相談所は、第4条による専門的な相談の保障に資するものであり、特に、次の各号に該当する状況下で相談を実施することができるときにのみ認証される。

1. 適切な人的及び職業的資格を有する職員を十分な人数で有していること、
2. 必要に応じて、医学的、専門医的、心理学的、社会教育学的、社会福祉学的又は法学的な訓練を受けた専門家が相談を実施するために緊急に呼び寄せられることが保障されていること、
3. 自死意向者のために公的及び私的介助を提供する全ての機関と協働していること、かつ、
4. 組織的又は経済的利害関係を介して、自死介助を実施する施設と相談施設とが自死介助の実施を巡り金銭的利害関係を有することが排除できないようなかたちで結び付いていないこと。

(3) 十分な事業提供の保障が求められる相談所は、人件費及び物件費のために適切な公的助成を求める権利がある。

(4) 相談が終了した後に、相談所は、相談した者が第4条第3項により匿名の維持を希望しない限りで、氏名及び日付入りで、相談の実施が記された確認書を相談した者に発行しなければならない。相談した者において第3条の意味での自律的に形成された自由意思という点に合理的な疑いがある場合、相談を受けた者は、確認書に、その旨を注記する。

(5) 相談は、相談する者及び第4条第5項の関係者において、無料とする。

(6) 相談所は、その相談活動の根拠となる基準及びその過程で得られた経験を毎年書面で報告することが義務付けられる。第1文による書面の報告書にお

ける基礎として、相談所職員は、各々の相談対話の記録を作成する。この記録は、相談した者及び相談対話に関して助言をしたその他の者の身元について、いかなる逆推論も導き出すことができないようにしなければならない。それは、相談における本質的な内容及び提案された支援策を記録する。

(7) 所轄官庁は、第2項による認証の要件が依然として充足されているかどうかを少なくとも3年毎に再検証する。この目的のために、所轄官庁は、第6項第1文による報告書を提出させ、第6項第2文により作成される記録を調査することができる。第2項の要件が一つでも充足されなくなったとき、認証は取り消される。

(8) 詳細は、州法で定める。

## 第6条

### 自殺を目的とした医薬品又は麻薬の処方

(1) 医師は、ドイツ国籍又はドイツ国内に住所又は常居所があり、第3条の意味における自律的に形成された自由意思により自身の手で人生を終わらせたいと思う成年者に対して、自殺を目的とする医薬品を処方することができる。

(2) 医師は、自死意向者に対して、自殺に必要な全ての本質的な医学的状況を口頭で、かつ理解しやすいかたちで伝えることが義務付けられる。これには、自殺において予見される経過並びにそれに関する介助及び医学的手法が含まれる。自死意向者が疾病に罹患している限りで、その説明に際しては、治療の選択肢及び緩和医療の可能性に関しても適示される。

(3) 医師は、第5条第4項による確認書の提示を介して、自死意向者が長くとも12週間以内に第5条による相談所で相談を受けたことの証明を得る。

(4) 医師は、相談から早くとも3週間が経過した時点で処方可能となる。

(5) 医師は、自律的に形成された自由意思により人生を終わらせることの評価に関して、本質的な視点及び第2項による自死意向者への説明を記録化することが義務付けられる。第5条第4項による相談確認書は、この記録化に含まれる。

## 第7条

### 困難時における自殺を目的とした医薬品又は麻薬の処方

(1) 第6条第3項及び第4項の適用除外として、他の医師からの指示に服さない二人目の医師が特別な困難時にあるとの評価に達したとき、医師は、その困難時において、第5条第4項による確認書の提示なしに、自殺を目的とする医薬品又は麻薬を処方することができる。その評価は、文書で記録化されなければならない。かつ、第6条第5項第1文による記録化が実施されなければならない。

(2) 自死意向者が現在、持続的な症状を伴う実存的苦痛の状況にあり、そのために、その者の生活全体が持続的に阻害されている場合又は予見可能な将来において、そうなるであろう場合であって、特に不治の進行性疾患で進行期が進み同時に余命が限られている場合は、特別な困難時であるとされる。

## 第8条

### 自殺を目的とした医薬品又は麻薬の譲受免許の付与

州法に基づく所轄官庁は、医師又はその他の所轄官庁に従事している同等の資格を有する者において、第6条第1項又は第3項の要件を満たしていること、自死意向者が第6条第2項に相当する説明を受けていること、処方に関して第6条第4項に規定された期限が遵守されていること及び自死意向者において第6条第1項による処方を合理的な方法で得られないことの信憑性が高いとされる限りで、第3条の意味において自律的に形成された自由意思により自身の手で人生を終わらせたいと思う自死意向者に対し、自殺目的で医薬品又は麻薬を譲受するために、医師の処方と同等の免許を付与する。第6条第5項は、所轄官庁に準用される。

## 第9条

### 命令権限

連邦政府は、連邦参議会の同意を得て、法規命令により、政策評価、届出要件、記録化、医薬品又は麻薬の安全な保管の詳細並びに自殺幫助への報酬及び単純

営利目的事業の設立予防を規制するための権限を有する。組織化された自殺幫助事業の許可は、第1文による法規命令の許可審査に依拠することができる。連邦政府は、法規命令により、第1文による権限を連邦保健省及び連邦司法省に移譲することができる。

## 第10条

### 報告制度、政策評価

(1) 本法律の影響は、学際的な外部専門家の協力の下で、連邦政府により、政策評価される。

(2) 連邦政府は、本法律の施行後3年を経過した時点を初回として、その後は3年毎に、書面による政策評価報告を連邦議会に提出しなければならない。この報告書には、潜在的な単純営利目的事業の場合も含めた自殺幫助における進展状況を記載する。

## 第11条

### 経過措置

第5条の意味における公認相談所が十分なかたちで設置されるまで、長くとも〔挿入：第6章による施行から2年後の日付〕までの間において、医師は、第5条第1項第3文にかかわらず、第5条第2項の意味における特別な政府的認証がなくても、第4条の要件に相当する相談を提供し、第5条第4項に相当する確認書を発行できる。

## 第2章

### 麻薬法の改正

2023年6月1日付けの命令（2023年版連邦官報第I部143頁）第1条により、直近において一部改正された1994年3月1日付けの全面改正版麻薬法（連邦官報第I部358頁）を以下のように改正する。

1. 第4条を以下のように改正する。

a) 第1項第3項第aの後に、以下の第bを挿入する。

- 「b) 自死介助法第8条により付与された許可を根拠として」
- b) 従前の第b及び第cは、第c及び第dとする。
2. 第12条を以下のように改正する。
- a) 第3項第1項第aの後に、以下の第bを挿入する。
- 「b) 薬局経営の枠組内で自死介助法第8条により付与された免許を根拠として」
- b) 従前の第b及び第cは、第c及び第dとする。
3. 第13条を以下のように改正する。
- a) 第1項第2文の後に、以下の文を挿入する。
- 「自死介助法第6条から第8条までは影響を受けない」
- b) 第2項を以下のように改正する。
- aa) 第1文において、「第1項」の後に「又は自死介助法第6条及び第7条により」という文言を挿入する。
- bb) 第1文の後に、以下の文を挿入する。
- 「これは、処方の代わりとして自死介助法第8条により付与された免許の提示を条件として、自死介助法第8条の免許により譲受された麻薬に関しても準用する。」
4. 第29条第1項第1文第6号における「第13条第1項」という記述は、「第13条第1項第1文又は第4文」という文言に置換する。

### 第3章

#### 刑法の改正

2022年12月4日付けの法律（連邦官報第I部2146頁）第4章により、直近において一部改正された1998年11月13日付けの全面改正版刑法典（連邦官報第I部3322頁）第203条第1項第5号において、読点前に、末尾の文言として「又は自死介助法第5条」を挿入する。

### 第4章

#### 医薬品法の改正

2022年12月20日付けの法律（連邦官報第I部2793頁）第8章cにより、直近において一部改正された2005年12月12日付けの全面改正版医薬品法（連邦官報第I部3394頁）を以下のように改正する。

1. 第48条第1項第1文において、各号列挙前柱書部分の「獣医師の処方」の後に「又は自死介助法第8条により付与された免許」という文言を挿入する。
2. 第81条において、「反ドーピング法」の後に読点及び「自死介助法」という文言を挿入する。

## 第5章

### 療法広告法の改正

2022年7月11日付けの法律（連邦官報第I部1082頁）第2章により、直近において一部改正された1994年10月19日付けの全面改正版療法広告法（連邦官報第I部3068頁）第1条第1項第2号第cの後、以下の第dを挿入する。

『d) 自殺幫助に関して』

## 第6章

### 施行

本法は、公布された翌日に施行される。