

〔講 演〕

ルクセンブルクにおける臨死介助 ——新法の成立過程，解釈および実務——

シュテファン・ブラウム

甲斐克則・天田 悠（訳）

- A. 成立過程
- B. ルクセンブルクにおける安楽死と緩和医療の法的メルクマール
- C. 適用時に起こりうる諸問題
- D. 国家管理・評価委員会

A. 成立過程

2009年3月16日、ルクセンブルクにおいて、2つの重要な法律が発効した。ひとつは、緩和ケア、患者の指示および死の看取りに関する法律（Gesetz über Palliativpflege, Patientenverfügung und Sterbebegleitung）⁽¹⁾であり、もうひとつは、安楽死および自殺幫助に関する法律（Gesetz über Euthanasie und Beihilfe zur Selbsttötung）⁽²⁾である。これらの法律が有する最も重要なメッセージは、積極的臨死介助（aktive Sterbehilfe）が、法律上一定の諸要件のもとで非犯罪化される、という点にある⁽³⁾。このことは、20年以上に亘る議論と立法過程の果てのものである。その際、個別的なケースが公の議論の中心となることはなかった。臨死介助「法」の改正をめぐる議論を引き起こしたのは、個人の運命ではなく、以下に掲げるような根本問題であった。すなわち、「患者の権利」対「生命の保護」，「個人の自己決定」対「宗教上の価値の義務

(1) Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie (...), Mémorial A no 46 du 16 mars 2009.

(2) 前出・Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.

(3) Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, 2条1項（以下「安楽死法」〔Euthanasie-Gesetz〕という）。

づけ (religiöse Werteverpflichtung)」、ひいては良心の自由という問題と、ある者が死にゆく際にもその尊厳を保てるか、という問題である。

1989年、安楽死と臨死介助をめぐる社会的コンフリクトは、2つの団体の創設によって顕在化した。「尊厳死権擁護協会 (Association pour le droit de mourir en dignité)」が人間の尊厳を保って死ぬ権利と自己固有の死への広範な自己決定権を擁護する一方で、「オメガ90」協会 (Verein „Omega 90“) は、とりわけ医師会 (ärztliche Berufsverbände) を援助することで緩和医療の拡充に賛同し、臨死介助の非犯罪化に対して強く留保を求める姿勢を明らかにした。

国会審議が始まったのは1996年であり、それは、独自に設立された倫理委員会によって行われた⁽⁴⁾。政策的、法学的、またとりわけ哲学的、宗教的および医学的アプローチといった多様なアプローチによって示されるように、方向づけしがたい様相 [を呈していること] は明らかであった⁽⁵⁾。この時点で、特定の諸要件のもとで行われた積極的臨死介助の完全な不可罰性はまだ認められなかった。患者の処置および看護処置に関する1998年8月28日法 (Gesetz vom 28. August 1998 über Kranken- und Pflegeeinrichtungen)⁽⁶⁾により、ルクセンブルクではじめて、患者の権利および義務に関するより厳密な法的拘束力をもった諸規定が誕生した。その第10章は、2つの点で、患者の権利と義務を厳密に規定している。この法律の第10章40条は、集中治療措置に関する詳細な情報を得る権利を患者に与え、診断上または治療上のすべての侵襲を拒否することを患者に認めている。生命維持措置に関して、本章43条は、末期段階にある不治の疾患の場合、主治医が [回復する] 見込みのない集中治療を断念し、[患者の] 肉体的および精神的苦痛を緩和しなければならない、と規定する。この法律は、[医師の決定よりも] 患者の権利により高い重要性を付与するための重要な歩みである、と考えられた⁽⁷⁾。

(4) L'encadrement en fin de vie, Rapport de la Commission Spéciale «D'Éthique» en vue du débat d'orientation sur la médecine palliative, l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie; Chambre des Députés, No 4408 de 18. 2. 1999, Session ordinaire 1998-1999. 参照。

(5) 前出2頁および3頁参照。

(6) Loi du 28 août sur les établissements hospitaliers, Mémorial, Journal Officiel du Grand-Duché de Luxembourg A—No 78 du 18 septembre 1998.

その後、1999年に、議会は、ある決議（*Resolution*）を採択した。それは、「患者の事前指示（*Patientenverfügungen*= „testament de vie“）」に関する法律上の規定を設ける可能性に賛意を表するものであり、その規定により、終末期における医学的な集中治療に反対する患者の意思に、より強力な効力を与えることになった。デンマークの諸規定と関連して、患者の事前指示の公的な——官庁による——登録制度が整備されることになった。安楽死の不可罰性は、この時点ではっきりと否定されたわけではなかった。このアプローチは、議論され続け、さらなる検討に委ねられた⁽⁸⁾。まだそれは終わっていないかった。ようやく2001年のルクセンブルク首相ユンケル（Juncker）による政府声明に引き続いて、現行法への準備が徐々に具体化された。両法は、超党派のイニシャチブに基づいている。

緩和医療と臨死介助をめぐる審議がかつてルクセンブルクの社会にとっていかに深刻な影響を及ぼしたか、そして今でも深刻な影響を及ぼしているかは、2つの法案がその施行を目前にして、まさに憲法の危機を直接引き起こしたという事情が明らかにしている。アンリ大公（Großherzog Henri）は、良心を理由として、法律に署名することを拒否した。それ以前に、議会は、連立による強制から自由な採決において、社会民主党（*Sozialdemokraten*）（大連立におけるジュニア・パートナー）、自由党（*Liberalen*）および緑の党（*Grünen*）の〔賛成〕多数によって、——与党であるCSV〔キリスト教社会党〕の反対を押し切り——法律を可決していたのである。議会によって可決された法律に国家元首が同意しなかったことは、大公国の新たな憲法史上はじめてのことであった。当該法律をめぐる審議がむしろ諸々の原理によって方向づけられているとすれば、大公と議会の間の憲法紛争を解決することの方が、むしろ実践的であるように思われる。法律ではなく、憲法の方が変更された。国家元首の署名がもはや、法律の——実質的な——公布にとって必要ではなく、官報における形式的な告示に対してのみ必要とされるにすぎなくなっはじめて、新法への途が拓けたのである。

（7） *Chambre des Députés, Session ordinaire 2001-2002, No 4909 de 19. 2. 2002, Proposition de loi sur le droit de mourir en dignité, Exposé des motifs, 6 頁参照。*

（8） 前出。

B. ルクセンブルクにおける安楽死と緩和医療の法的 メルクマール

ルクセンブルクの立法者は、——刑事事件においてしばしばそうであるように——ベルギーのモデルの影響を受けている。このことは、法律の内容と同じく、その理由づけについても当てはまる。その際に、安楽死を非犯罪化することは、ベルギー元老院 (belgischer Senat) の考えに依拠しており、その考えは、欧州人権条約 (Europäische Menschenrechtskonvention) 2 条、ならびに、市民のおよび政治的権利に関する国際規約 (Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte) 6 条と関連している⁽⁹⁾。ルクセンブルクの立法者がベルギー元老院の見解に着想を得ている点は、欧州人権条約 (EMRK) 6 条と市民のおよび政治的権利に関する国際規約 (IPBPR) 2 条から導かれる生きる権利 (das Recht auf Leben) が、いかなる場合にも被害者の意思に反してその生命を保護するという国家の義務を含んでいない、というところにある。保護法益は、生きる権利であり、個人から切り離された客観的価値の意味における生命それ自体ではない、とされる。それゆえ、生きる権利を保護するという国家の義務を、非人道的で侮蔑的な処遇からの保護および身体的統合性 (körperliche Integrität) に関する人権と立法者がどのような方法で調和させるかについては、立法者の裁量に委ねられている。安楽死が本人の要請に基づいて、明示的に限定された手続の結末として、自動的になされる管理のもとで行われた場合、当該安楽死の不可罰性は、いずれにせよ否定されない⁽¹⁰⁾。

安楽死を非犯罪化することには、次のような目的がある。すなわち、生命終結の倫理的、医学的および法的なその他の諸問題との関連で臨死介助を考察することによって、生きる権利のこうした主観に関係づけた解釈に効力を持たせる、という目的がそれである。それゆえ、安楽死法と緩和医療法は、全体が 1 セットになっているのである。緩和ケアと安楽死は、相互に排斥しあう行為であるとは理解されていない。その際、両者の限界はいつも明確に認識されると

(9) 前出・Chambre des Députés, 3 頁参照。

(10) 前出・Chambre des Députés, 4 頁。

はかぎらないかもしれない。そのことが境界問題を引き起こしうるにしても、である。立法者は、これらの問題を以下でみるような概念の定義によって対処しようと試みている。

I. 臨死介助と自殺幫助に関する法律

1. 法文上の定義

安楽死法 1 条第 1 文は、安楽死を、ある者の生命をその明示的な任意の要請に基づいて医師が意図的に終結させる行為である、と定義する⁽¹¹⁾。安楽死法 1 条第 2 文は、自殺幫助を、他人の明示的な任意の要請に基づいて、この他人が自殺するために医師が行う意図的な援助または準備すべてのもの、と解している⁽¹²⁾。これらの法文上の定義からは、以下の 2 つの重要な観点が明らかとなる。ひとつは、非犯罪化される安楽死の適用範囲が医師に限定されている、という点である。安楽死を行ったその他の者はすべて、故殺ないし故殺幫助（ルクセンブルク刑法（Code pénal luxembourgeois）392 条「殺人」（„Homicide“）によって依然として処罰されうる。このことは、そうした者が安楽死を行った医師を援助した場合についても当てはまる。もうひとつは、[ルクセンブルクの] 立法者がドイツ流の積極的臨死介助と消極的臨死介助の区別を重要視していない、という点である。他者の明示的な任意の要請に基づいて行われる、その者の生命を終結させる行為の意図的な不作為も、1 条の定義に該当する⁽¹³⁾。

2. 安楽死の不可罰性のための要件

安楽死法 2 条 1 項は、法文上の定義を超えて、安楽死が不可罰になる要件を含んでいる。今一度、以下の点を確認しておこう。まず、安楽死行為は、医師によって行われなければならない。要件とされているのは、安楽死または自殺

(11) «Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un médecin, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande expresse et volontaire de celle-ci.»

(12) «Par assistance au suicide il y a lieu d'entendre le fait qu'un médecin aide intentionnellement une autre personne à se suicider ou procure à une autre personne les moyens à cet effet, ceci à la demande expresse et volontaire de celle-ci.»

(13) Chambre des Députés・前出注（7）2 頁。

介助に関する要請である。医療行為と安楽死の要請は、さらに個別的な一連のメルクマールを含む以下の 4 つの基本条件によって厳格に規定されている。

安楽死法 2 条 1 項 1 号によれば、安楽死の要請は、理解力のある成人によって、十分な意識があるときになされるよう求められる。

2 条 1 項 2 号は、安楽死の要請に関するさらなる基準を付け加えている。すなわち、安楽死とは、任意でありかつ熟慮されたものでなければならず、安楽死〔の要請〕は、場合によっては繰り返し、外部からの圧力を受けることなく申し伝えられなければならない。

2 条 1 項 3 号は、安楽死行為の実質的な核心、すなわち、患者の医学的症状を含んでいる。本法は、患者が疾患または事故によって、絶望的な医学的症状 („situation médicale sans issue“) にあり、永続的で耐え難い身体的および精神的な苦痛に晒され、回復する見込みがまったくないことを要件としている。ここで、「絶望的な医学的症状」というメルクマールには、法律の適用範囲を限定する目的がある⁽¹⁴⁾。精緻化されたこの定式化は、本法の予備草案に含まれていた「重篤な不治の病」 („affection grave et incurable“) という基準と区別される⁽¹⁵⁾。ある医学的症状が絶望的だとされるのは、当該医学的症状が治療上不可逆的である場合、すなわち、死という自然なプロセスに対して何らの医学的影響も及ぼさない場合であるとされている⁽¹⁶⁾。これに対して、あらゆる慢性疾患は、これが立法者の見解によれば安楽死行為として正当化されなかったとしても、「重大な不治の病」とであると見なされうる。本法〔がこうした立場をとること〕の理由については、例えば、重度の糖尿病、腎不全またはエイズも挙げられている⁽¹⁷⁾。

(14) Chambre des Députés, Nos 4909, 5584, 14. 10. 2008, Proposition de loi sur le droit de mourir en dignité par l'euthanasie et l'assistance au suicide, Projet de loi relatif aux soins palliatifs (...), Deuxième avis complémentaire du Conseil d'Etat, 6 頁参照。

(15) 前出。

(16) 前出。

(17) 前出, 6 頁および 7 頁。

最後に、2条1項4号によれば、安楽死を要請する旨の書面と患者の署名が要求される。

3. 手続規定

上記の諸要件が存しない場合、安楽死行為を行った者は、故殺の罪で処罰される。[ドイツ] 刑法216条の嘱託殺人（Tötung auf Verlangen）のような特権的な構成要件は、ルクセンブルク刑法典（CPL）には存在しない。しかし、安楽死の不可罰性に関する諸規定を超えて、主治医は、不可罰性要件を一部具体化する手続規定をなお顧慮しなければならないが、その手続規定の違反は、刑法上の帰結ではなく、懲戒法上の帰結のみをもたらしうるにすぎない⁽¹⁸⁾。こうした手続化（Prozeduralisierung）の形態は、ルクセンブルクの立法の核心にとって欠かせない。手続による正統化原理（Prinzip einer Legitimation durch Verfahren）は、安楽死のみならず、終末期における患者の意思を強化することにも当てはまる⁽¹⁹⁾。主治医は、安楽死または自殺幫助を行うに先立って、全部で7つの手続措置を行わなければならない。それによれば、医師には、以下の事項が義務づけられている。

- ・患者に健康状態と平均余命について情報を提供し、彼の安楽死の要請について、行いうる治療も含めて患者と話し合うこと。医師は、患者との対話から、当該要請が患者の自由な意思に添い、患者にとってその他の解決が彼の症状からして不可能だと思われるという内心の確信を得なければならない（2条2項1号）
- ・患者の身体的および精神的苦痛が継続していることを確認すること（2条2項2号）
- ・自己の所見において、回復見込みのない「重篤な不治の疾患」という診断に至った第2の独立した医師を召喚すること（2条2項3号）
- ・患者の意思を前提として、患者の症状について、看護師と意思疎通を図ること（2条2項4号）
- ・患者の意思を前提として、患者の事前指示のなかで挙げられた患者の信頼できる人物とコンタクトをとること（2条2項5号）

(18) 安楽死法8条4項参照。

(19) フランスの立法については、Seifert, Patientenautonomie in Frankreich, FamRZ 2006, 11 ff. (S. 16) をも参照。

- ・患者が自己の選んだ者と意思疎通を図る機会があることを確認すること（2 条 2 項 6 号）
- ・臨死介助実務の管理と評価に関する国家委員会（Nationale Kommission zur Kontrolle und Evaluation der Sterbehilfepraxis）においては、安楽死を要請する患者の事前指示が存在するかを確認すること（2 条 2 項 7 号）

4. 安楽死の要請としての患者の事前指示

本法は、4 条 3 項に特殊性がある。すなわち、安楽死の不可罰性は、当該要請が明示的である場合のみならず、それが安楽死に関する患者の事前指示 („Disposition de fin de vie“) からもたらされた場合についても当てはまるのである。このことは、まず第 1 に、医師が重篤な不治の疾患を確認することを前提としている。第 2 に、患者は、意識を喪失していなければならない。最後に、現在の学問水準に基づく意識喪失〔の状態〕に照らして、不可逆的な医学的症状が問題とならなければならない。

安楽死の要請を含む患者の事前指示に関する要件は、4 条 1 項および同 2 項に定められている。行為能力あるすべての成人は、彼がもはや自己の意思を表明することができる状況にない場合に、文書による本人の署名によって確認された、生命終結に関する事前指示を文章化することができる。このことは、彼が安楽死を望んでいたという諸々の事情や条件も含む。上記のような事前指示書が整っているときに、当該事前指示に記述された安楽死の要請が実際に行われるか否かは、重篤な不治の疾患ならびに不可逆的な意識喪失という客観的な医学診断に左右されることになる。医学上の前提条件が存在する場合、医師は、原則として、患者の意思に従うことが義務づけられている。ただし、医師が安楽死行為を良心および職業倫理と一致させることができない場合は、このかぎりでない。

書式や患者の署名以外では、4 条 2 項第 3 文から、さらなる形式的要件が明らかとなる。すなわち、〔患者の〕事前指示は、臨死介助実務の監督と評価に関する国家委員会に公式に登録されなければならないのである。当該規範が再び強調するのは、すべての医師が、絶望的な医学的症状に鑑みて、当該患者の事前指示が登録されたか否かを委員会に通知するよう義務づけられている、という点である。例えば、公式登録の結果は、当該事前指示で説明が付された内

容について、5年間隔で定期的なチェックが行われる。安楽死を要請する旨を述べた患者の事前指示を公式に登録することは、集中治療や緩和医療の問題に関連する患者の事前指示とは明確に区別される。後者〔の事前指示〕は、安楽死法と同時に発効した、緩和ケアに関する法律（Gesetz über Palliativpflege）の対象である。

II. 緩和ケアに関する法律

この法律もまた、非犯罪化の効力をもつ規定を2条に含んでいる。すなわち、不可罰だとされているのは、継続的な集中治療を拒否した医師である（„Refus de l'obstination déraisonnable“）。本法で前提条件とされているのは、進行段階ないし末期段階における重大な不治の疾患である。本人の状態に照らし、現在の医学知見の水準によれば、彼の病状が緩和または改善することも治癒する望みもない場合は、集中治療が拒否されうる⁽²⁰⁾。同時に、医師は、そうしたケースにおいて緩和医療的な処置を施すことが義務づけられている（緩和ケアに関する法律2条第1文）⁽²¹⁾。

緩和ケアに関する法律5条は、集中治療、鎮痛療法および緩和医療の諸規定に照らして、患者がもはや自己の意思を表明することができない場合における、患者の事前指示がもつ可能性について規定する。特別な安楽死の要請を含む事前指示とは異なり、今後の一般的な方針を定めるこうした権利は、権利能力ある成人のみならず、すべての者に対して与えられる。この方針は、治療の条件、限界および終結に関する諸規定すらも含むとされている。同規定は、進行段階または末期段階における重大な不治の疾患のケースと関連がある。こうした事前指示形態は、いずれにせよ医師にとっては、彼が治療継続に関する医学上の決定を行う際に、当該事前指示が文書化されていることを必然的に顧慮しなければならないというかぎりにおいて、拘束力（*bindende Wirkung*）を有する（緩和ケアに関する法律6条1項）。書式のほかは、こうした拘束作用をもたらすためのさらなる条件は存在しない。

(20) [本法と]よく似たフランスの規定については、Seifert・前出[注(19)](S. 12) 参照。

(21) 再び類似のフランスの法的状況について、Seifert・前出[注(19)] 参照。

C. 適用時に起こりうる諸問題

2つの法律がパラレルであることは、法的不安定性のひとつの要因となっている。そうした法的不安定性は、法律の適用範囲を規定する、以下に掲げる様々な概念の適用によってもたらされる。すなわち、絶望的な医学的症状、重篤な不治の疾患、進行段階および末期段階における重篤な不治の疾患である。同法の〔立法〕理由によれば、最後の概念は、絶望的な医学的症状とほぼ同義である⁽²²⁾。

そうだとすれば、医学上必要な2つの所見について、安楽死法内部である矛盾が生じる。すなわち、医学上必要なこれらの所見は、2条2項3号によれば、重篤な不治の疾患に照準を合わせているのであって、絶望的な医学的症状（2条1項3号）に照準を合わせているのではない。——この点に、修正されるべき編集上の瑕疵がある。

緩和医療に残された治癒可能性に関する「絶望的な医学的症状」というメルクマールの限界づけについても、成功しているとはいいがたい。現行法でさえ、すでに立法手続内で生じた、患者の事前指示の2つの形態（„disposition de fin de vie“ und „déclaration anticipée“）の相克を取り除くことはできない。これらの2つの事前指示は、本来ならば相容れないが、それにもかかわらず、相互に共存可能である⁽²³⁾。集中治療の限界と終結に関する患者の説明や、患者の事前指示の中で挙げられた緩和ケアの基準は、安楽死の要請と同様に、末期段階における重篤な不治の疾患という治療状況を同じく対象としている。これらの2つの事前指示を慎重に区分しなければ、主治医は、一見すると同じに見える行為の指針に直面しかねないが、それにもかかわらずそれらの行為の指針は、法的に異なって取り扱われるべきである。かくして、主治医にとって法的不安定性の程度は、高度であり続けるのである⁽²⁴⁾。

(22) Chambre des Députés, Nos 4909 und 5584, Avis complémentaire du Conseil d'Etat, 6 頁。

(23) Conseil d'Etat, Chambre des Députés の見解についてはすでに、前出 2 頁参照。

(24) 前出をも参照。

D. 国家管理・評価委員会

安楽死法は、いまや現行法となった同法を適用する際のチェックと評価を行うために、すべて新たな構成員——医師の代表、患者の代表、健康保険機関の代表ならびに法律家——から成る（6条2項）、国家委員会を設置している（安楽死法6条以下）。同委員会の重要な任務のひとつは、安楽死の要請を含む患者の事前指示を登録する、公式のデータベースを整備することである（4条2項）。さらなる中心的な任務は、個々人の安楽死の処置それ自体をチェックすることである（7条）。最初の法案とは反対に、このことは、追認をもってする事前的なチェックではなく、事後的なチェックである。これによって、委員会は、安楽死行為を行うことに関しての医師の公式説明を記載した文書を作成する。その際、医師と患者の氏名および接触記録は匿名化され、医学的症状の記述と評価、手続状況の記録ならびに当該要請の任意性を裏づける指摘のみが、委員会に対して開示可能となっている。これらの事実の呈示に基づき、安楽死の適法性それ自体または手続規定の遵守に対する疑いが基礎づけられた場合にはじめて、関係者に対する呈示の匿名性が失われる（8条）。

委員会は、2011年3月末に、2009年および2010年を含む初の報告書を提出した。2009年3月16日から2010年12月31日までの期間に、5つの安楽死事件が記録された。これらの安楽死事件はすべて、患者の直截的および直接的な要請に基づいていた。臨死介助は、2回が自宅で行われ、3回が病院で行われた。すべての事件が、末期段階における癌患者であった。上記事件のうち、委員会が匿名化を差し止める必要があると判断した事件はなかった。それに加えて、委員会は、681の患者の事前指示を登録した。

最後に、委員会は、5つの勧告を発表した。同勧告は、以下の事項に賛成している。

- とりわけ、医学界内部での情報政策の強化
- 在宅臨死介助の実現可能性の保障
- 入院の際に、患者の事前指示に関する系統立った質問を可能にすること
- 医学教育および訓練の確たる構成要素としての緩和医療を構築すること
- これまで実務上維持されてきた法的枠組みを変更せずに持続させること。

【訳者あとがき】

本稿は、ルクセンブルク大学 (Université du Luxembourg) のシュテファン・ブラウム (Stefan Braum) 教授が、2012年3月27日に京都大学文学部で、そして翌3月28日に早稲田大学小野記念講堂 (比較法研究所主催) で開催されたシンポジウム「ベネルクス3国安楽死法の比較検討」において報告された原稿を同教授およびこの共同研究プロジェクト代表の盛永審一郎富山大学大学院医学薬学研究部教授の了解を得て訳出したものである。このシンポジウムは、盛永教授のほか、飯田亘之千葉大学名誉教授と私が中心となって、ファイザー・ヘルスリサーチ財団の援助を得て開催にこぎ着けたものであり、世界でも数少ない安乐死法を有するベネルクス3国のうち、オランダからはエラスムス大学医学部メディカルセンターのアグネス・ヴァン・デル・ハイデ (Agnes van der Heide) 准教授、ベルギーからはブリュッセル大学医学部のリュック・デリエンス (Luc Deliens) 教授、そしてルクセンブルクからはルクセンブルク大学のシュテファン・ブラウム教授が参加して、それぞれの国の安乐死法および安乐死の実態について報告された。質疑応答も含め、相当に密度の濃い内容となった。そこで、あまり内容を知られていないルクセンブルクの安乐死法の内容を広く読んでいただくために、本稿を訳出する次第である。原題は、Stefan Braum, Sterbehilfe in Luxemburg: Genese, Dogmatik und Praxis des neuen Gesetzes である。なお、訳文中 [] の部分は、内容をより理解しやすくするために訳者が補ったものである。(甲斐・記)

〈付記〉

本稿は、ファイザー・ヘルスリサーチ振興財団の2011年度国際共同研究助成事業による「オランダ・ベルギー・ルクセンブルクの安乐死法の比較的研究」(代表：富山大学大学院医学薬学研究部・盛永審一郎教授)の成果の一部である。