

# 尊厳死と安楽死：ヨーロッパの比較アプローチ

## Death with Dignity and Euthanasia: Comparative European Approaches

クリスティアン・ビック

Christian Byk

(パリ控訴院判事・UNESCO フランス国内委員会委員、法律学・生命倫理学)

はじめに：パラドックスの誕生 哲学的解放から技術的疎外へ

### 1) 安楽死と文化的伝統

今村昌平監督による有名な『楢山節考』では、19世紀の日本の村の習俗的生活が描写されています。村人たちは非常によく働くのですが、年を取った人々は村を離れ、楢山の頂上への最後の道を行かなければなりません。この冷酷な伝統は、共同体がそのなかで生きている自然界の厳しさゆえに、共同体の生を守るために必要だと見なされており、しかしながら、こうした酷い状況は、人々を非人間的な存在にするものではありません。彼らは厳しい自然で生き残っている存在にすぎないのです。

今日、世界中の多くの国で展開されている尊厳死と安楽死を求める意味とは何でしょうか？ 私たちが苛酷な環境のなかで生きていることも自明でしょうか？

この問いにどのように答えようとも、私の見解では、今村監督の『楢山節考』で描かれた状況と、「良い死」への現在の要求との間には非常な隔たりがあります。『楢山節考』では、安楽死は年長者に関する伝統の一部にすぎず、こうした伝統は、様々な文化に存在しており、「生の自然サイクル」として見なしていたものについての畏敬を象徴しておりました。反対に、安楽死は、現代人にとっては、医学的領域におけるテクノサイエンスの力に対する反抗であるとともに、宗教的で文化的な信念からの個人の解放の象徴です。

### 2) 西欧世界における安楽死：キリスト教から啓蒙思想へ

長い間、キリスト教は、西欧の国々において、死が生終わりの終わりであるという見解を深いところから変革してきました。死は新しい始まりであり、もう一つの生への蘇りとなりました。そうすると、地上での生は、永遠の生に向けて自己自身で備えるための、通過点に過ぎません。さらに、生は神からの贈り物であって、人間は自分の人生を処することができないのです。それゆえ、死んでゆく過程へのどのような介入も、殺しを可能にするような同情でさえ、罪であり道徳的に受け入れられないものとして見なされているのです。

結局のところ、キリスト教は、しばしば苦痛を高い人間の徳にいたる手段として、あるいはそれを示すものと見なしておりました。この見解によれば、自殺に関与することはもちろん、人間の苦痛を軽減することもまた、どこか宗教に反するものであったのです。

それゆえ、哲学者たちによって、自殺への関与は自己決定の行為であり罰せられるべきでないとする個人の自由の概念が推進される啓蒙主義革命まで、自殺の宗教上の禁止と法の上での禁止は、一致しておりました。しかし、宗教の独裁的指示から解放されるととも

に、個々人は、科学と医学の発展に依存するようになっていきました。ダーウィンの進化論の勝利と経験的な医学の発展とともに、人間の生を改善する上での限界は、捨て去られたのです。

1800年から1960年の間に、医療活動が死に対する戦いを挑んだことで、平均寿命は二倍になりました。死に至るプロセスは、このようになる間に医療化されました。臓器移植のように、新しい手術による介入がある種の間人蘇生術のように見なされる一方で、いくつかの感染症は明らかに根絶されました。医師は、社会的には宗教に取って代わる、私たちの技術社会の新しい司祭なのです。

逆説的に、これは新しい恐れを生み出しました。死の人工的なプロセスは死にとって代わりましたが、これにより、社会的な連帯と同情が過去の遺物となることで、個人は、家族を取り残したまま、医療の監視に依存した、人工的にサポートされた苦しむ身体に変えられつつあるのです。

### 3) テクノサイエンス社会と死のプロセス

亡くなってゆく人々の孤独と、生者の社会からの彼らの追放は、死のプロセスの医療化を通じ、グローバルな変化への要求を説明します。これは、自分自身の死を再びふさわしいものにしたいという望み、そして、私たち人間の尊厳にふさわしく、死を安らかで尊重されたものによって死のプロセスに真の意味を与えたいという望みから来ています。しかしながら、社会全体が、死が私たちの生の一部だという考えを再統合するよう人心と習慣を実質的に変えなければならないでしょうから、医学の力のいくつかの限界を確定することでこの新しい戦いをはじめの方が、おそらくもっと簡単で堅実でしょう。この進化は、私たち人間の尊厳にふさわしく、死を安らかで尊重されたものによって、まさに議論を呼ぶ状況のなかで生じます。義務に基づくアプローチが、医師に何らかの決定された基準に従いその他の基準を拒否するような死の要求に積極的に応えることを受け入れるようにする一方、権利に基づくアプローチは、無益な医療の停止と積極的安楽死の双方を支持します。しかし、徐々にですが、今なお禁止されていること、許容されていること、各人が要求する自由あるいは主体的権利とされていることは、法的に明確に区別されます。無益な医療の停止という問題は、明らかに今日では個人の自律の問題である一方、自殺幫助と安楽死という問題は、純粹には人権的アプローチでは解決できません。いくつかの国において、義務に基づくアプローチあるいは同情によるアプローチに基づき、例外的に認められているのです。

#### 死のプロセスの意味を回復すること：緩和ケアが無益な治療に取って代わるとき

死のプロセスは、人間の価値として何が重要であるのかということに思い至ることにより、個人とその家族、血縁者に、死への心の準備をさせることを目的とすべきでしょう。そして、これは、死にゆく人にとって何が最善の利益なのかを決定するのは、もはや医師ではないこととなります。医師は、無益な治療を停止し、死んでゆく自分の患者に彼らの苦しみを軽減し、人生の最後の時間を穏やかに享受させることにより、患者に対してより一層の人間性と共感を持つよう求められます。

## A 終末期の過剰な医療を拒否する権利：医学的パターナリズムの態度からの脱却

無益な生命維持治療が非倫理的実践であり、個々人はこうした治療への同意を拒否する権利を持つべきだという広い合意が存在しています。実際のところ、これは、患者が自分の見解あるいは同意を示す能力をもう持っていない場合、困難を生じます。

### 1) 終末期の無益な医療に対する一致した拒否

無益な生命維持治療の実践への拒否は一致しています。

ピウス 12 世は、1957 年にはすでに、「生命と健康を救うために必要なケアする義務は、必ずしも過剰な手段を用いるということを常に意味するわけではない」(ピウス 12 世、1957 年 11 月 24 日、麻酔医に答えて)と述べています。

法的には、医療的介入を規制する自由なインフォームド・コンセントの原則は、患者が認めない医療を拒否することを可能にするという原則も持つと考えられます。さらに、20 世紀終りの医療実践の発達により、よりパターナリスティックでない態度が可能になり、自分の治療に関する患者の希望がより考慮されるようになりました。

(a) 基本的権利に関する欧州連合憲章のようなヨーロッパのテキスト(第 3 条は自由なインフォームド・コンセントが尊重されるべきとすることを想起させますが)は、人権とバイオエシックスを扱う機関である、欧州評議会のさまざまな勧告(779 号勧告(1976 年)と欧州議会の 1418 号勧告(1999))と同様、医師に対して、「脳機能の不可逆的停止の場合には特に、生命維持の処置を止めること」と、「自分の受ける医療に関する患者の意思を尊重すること」(779 号勧告(1976))の必要性を、また、加盟国にたいしては、各国での法制度において、「患者の意思に反して、治癒の見込みのない病にある人、あるいは死にゆく人の死のプロセスの引き延ばしに反対する」ことを規定する義務を強調しました(1418 号勧告(1999))。

(b) 国内法あるいは実践は、すべてのヨーロッパ諸国において、人生の最後において治療を拒否する患者の権利を保障してきました。しかし、状況は、アングロサクソンおよびスカンジナビア諸国においては、ラテン文化およびカトリック諸国よりもより簡単です。例えば、イギリスでは、対応能力のある患者は、たとえ自分の生命を危険にさらしても、いかなる医療をも拒否する権利を有します(Richard Ashcroft, *Death policy in the United-Kingdom*, in Robert H. Blank, Janna C Lerrick (eds.), *End-of-life decision making*, the MIT press, London, 2005, p 208)。

ドイツでは、憲法裁判所は、死のプロセスが始まらない場合であっても生命維持処置を停止することが許容されうると認めました(Bundesgerichtshof, 1994, Urteil vom 13.09.1994.BGHSt 40,257-272)。

デンマークでは、他のスカンジナビア諸国と同様、医師は治療を拒否する患者に治療を行うことができません(1992 年の医師法では、明らかに、終末期における無益な治療を考慮しています)。

フランスに関しては、合理性のない医療処置を拒否することは、2005 年 4 月 22 日法以来、患者の完全な権利であり、この法では、個々の患者が、人工呼吸、栄養、水分補給をも含むあらゆる種類の治療を拒否できるということを承認しています。

スペインでは、2002年11月14日法は、地方に、患者が治療を拒否することを認める法を通過させるようにしています(2006年までに17地方のうち13が認可)。イタリアでは、この点について何も法制化されていませんが、しかし、対応能力のある患者の求めにより医療を停止することは、現場において認められているようです。

実践におけるこうした違いは、対応能力のない人の問題に関して、より一層切迫したものになります。

## 2) 対応能力のない人への無益な医療を拒否すること

対応能力のない人によって引き起こされる切迫した問題を回避するための一つの方法は、リビング・ウィルまたは代理者の同意を考慮するということになるでしょう。

### (a) リビング・ウィルと代理者の同意

先に触れた、欧州評議会の議員総会による1999年勧告は、次の事柄を提案しました。すなわち、加盟国が、「死にゆく人が特別な医療処置を拒否するという事前指示あるいはリビング・ウィルについて、これを遵守することを保証するべきであり、さらに、代理人の指名と権限についてと同様、あらかじめ与えられた指示の範囲としての有効性の基準が、定義される(ことを推奨する)」ということです。

ヨーロッパで唯一の拘束的な法文書である「生物医学と人権に関するオヴィエド協定」(1997)は、「前もって表明された願望」に関する特別な条項(第9条)を含んでいます。しかし、条文は、患者の意思が他のすべての決定に優先するべきだということを意味していません。これは、単に、「医療介入の際に自分の意思を表明できない状態にある患者が前もって表明した願望は考慮されるべきである」と主張するにすぎません。

それにもかかわらず、ヨーロッパの様々な国々は、患者またはその代理人によって示された指示に従うよう義務づける法律を採用してきました。

イギリスとドイツでは、医療専門職に関する法律と規則の双方は、リビング・ウィルに効力を与えましたが、ドイツでは、終末期にある人に適用されるにとどまっています。

そのほかの国では特別法を採用しています。デンマークでは、1992年から、18歳以上の対応能力のある人の場合に認められています。スイスでは、いくつかの州で同様な法を採用しています(Appenzell-Rhodes, Argovia, Geneva, Lucerne, Neuchâtel, Valais, Zurich...)。スペインでは、カタラン州2000年12月21日法が最初にリビング・ウィルの有効性を認めたのですが、今日では、すべての地方でリビング・ウィルを認めています。オランダとベルギー(2002年から)もまた、リビング・ウィルを実施しています。最後に、フランス公衆衛生法典(L 1111-11条、2005年4月22日法)では次のように主張しています。すなわち、すべての成人は自分の治療の打ち切りに関するリビング・ウィルを書いてもかまわないが、医師は、治療開始に先立つ3年以内に書かれた意思を尊重するだけにとどまるのです。

これらの法律のうち、その多く(ベルギーの2002年患者法、デンマークの1998年患者法、フランスの公衆衛生法典L1111-6条、スペイン...)は、患者本人の願望を表示することができなくなった時に患者の意思を示すため、対応能力がある患者は代理人を指名してもかまわないことを認めています。しかしながら、代理人の権限に関する制限は、いくつかの法において適用されており(例えばドイツ法、イギリスの精神的無能力に関する

草案)。

意識のない人の願望の指示がない場合、さらに議論を引き起こす状況が続いています。

### **(b) 自分の意思を事前に示していなかったか、代理人を指示していなかった人の場合**

その場合、本質的に、決定とは医師の決定です。これは、消極的安楽死と通常呼ばれる事柄によって引き起こされる、倫理的・法的な問題となります。

ヨーロッパのほんのわずかの国にしか、こうした場合に患者のケアを明確に停止することを医師に許可する法は存在しません。

デンマークでは、1992年医療専門職法第6条5によれば、医師は、治療が死期を変えるだけにすぎないであろう場合、死にゆく患者を治療しないことが認められています。

フランスでは、2005年4月22日法は、生命が危険な状態にある場合であっても自分の意思を表明できない人の治療を中止する可能性を広げました。

特定の手続きは、尊重されなければなりません。すなわち、決定は、医師集団によって行われるべきですし、家族あるいは最近親者は意見を聞かれるべきです。

そのほかの国では、いくつかの指示を判例法あるいは職業ガイドラインのなかで見出すことができます。例えば、イギリスのエアデール国民健康保険トラスト対ブランド判決(1993年2月9日判決)では、上院は、1989年から遷延性植物状態にある人について、人工栄養補給と水分補給を含む治療を取りやめられるという判断を下しました。裁判官の見解は、「医療チームと家族の間に同意が存在したのであれば、抗生物質による治療を停止するのは適切であったらう」ということでした。

ドイツでは、最高裁は、医師が患者のあらかじめ示された意思に基づいて決定する場合、対応能力のない患者については消極的安楽死を行ってもよいという判断を下しました。1990年の「無能力者に関する法」は、対応能力のない人の命が危険な状態にある場合、法廷によりその意思を確認すべき代理人が指定されるという可能性を用意しております。

スイスでは、1995年に医学アカデミーが死にゆく人に関する倫理的ガイドラインを再検討しました。「消極的安楽死」は、人工栄養補給および水分補給を含む、人工呼吸および透析に支えられた生命維持の治療をあらかじめ行わない可能性を意味するものとして容認されます。しかし、事前指示がないあるいは代理人がいない場合、医師は患者の最善の利益に適った行動をしなければなりません。

ポルトガル国家生命倫理諮問委員会によって出された意見は、それが地中海諸国およびカトリック諸国に関わるだけに興味深いものです。この意見では、「無益で均衡を欠いた治療を止めることは倫理的であり」、そして「残された生の時間を短縮するかもしれないが、安楽死の行為と見なされるべきではない」と主張します。

緩和ケアは、より同情的で人間的な医療を求めるもう一つの視点なのです。

## **B 緩和ケア：安楽死の代替手段あるいは患者の尊厳を尊重する際の諸段階**

医学的に補助された自殺に最も強く反対する医師たちは、良い緩和ケアへのアクセスが容易になることにより、苦しんでいる患者からの安楽死の申し立ての問題を幅広く解決すると論じ、それゆえ緩和ケアの設備の発展を支持していますが、ヨーロッパにおける緩和ケアの歴史は、医師と公衆衛生当局者が長い間、苦痛の緩和を医療の優先事項と見なしてきたことを示しています。

## 1) 緩和ケアの歴史

4段階に発展してきた最近の歴史についてお話しします。

緩和ケア運動の最初の段階は、1960年代後半から発展してきたイギリス・モデルにルーツがあります。イギリスでは、緩和ケアセンターは病院の外のホスピスのなかに設立されました。はじめの頃、こうした施設は基本的に最終ステージにあるがん患者に開かれていました。ですから、この最初の段階はホスピス運動の段階であり、そのアプローチは、広い意味で、シシリー・ソーンダース夫人がその先導的パイオニアであった、医学的な介入主義に反対する運動でした。

第二段階は、モントリオールのピクトリア病院での最初の緩和ケアユニットの創設とともに、1975年にはじまりました。そこから、緩和ケアは、とりわけヨーロッパにおいて、徐々に病院の設備に組み込まれていったのです。それは、保健医療専門家が人生の最後における患者の苦悩に対処する必要性について気がついた出発点でした。

こうした二つの段階においては、緩和ケアサービスは依然としておおむね局所的なイニシアティブに依存しています。

第三段階（1980年代以降）は、厳密に言えば緩和ケアと緩和ケアユニットが、がん患者の利益のためだけに保健医療システムに統合される段階です。この段階は、ヨーロッパにおける保健医療当局が緩和ケアの政策を発展させる必要性に気づいた明らかな証拠です。

最後に、第四段階は、1990年代にはじまるのですが、緩和ケアがすべての患者の利益のために拡張される段階です。緩和ケアへの政策アプローチにおけるこの重要な変化には、エイズの世界的流行に対する社会的アプローチが広く影響しました。

この短い歴史的な回顧は、今日の緩和ケアがヨーロッパ諸国において広く発展してきたこと、しかしとりわけ東ヨーロッパにおいては、異なるアプローチと、今なおいくつかの実際の困難が存在することを説明します。

## 2) 緩和ケアについてのヨーロッパの政策アプローチ

ヨーロッパは、46のヨーロッパ諸国、つまり政府間組織である欧州評議会のさまざまな加盟国からなるのですが、この10年間で、緩和ケアの発展と整備のための包括的な国家プランを保健医療システムの欠くべからざる部分として発展させてきました。諸研究は、ヨーロッパで緩和ケアが利用可能である程度において大きな違いがあることと、包括的な緩和ケアサービスを調整するために割かれた関心とエネルギーにおいて注目すべき類似性があることを示しています。

### 西ヨーロッパ諸国

イギリスは、ヨーロッパにおいて最大のそして特別な緩和ケアサービスの発祥地でしたが、イギリスの強力なホスピス運動は、常に国家保健制度の外にありました。2004年1月時点で、イギリスには患者ユニットのなかに196人の専門家があり、341の在宅ケアサービス、サービス拠点となる343病院、237のデイケアサービスがありました。

オランダでは、1970年代に、ロッテルダムの先駆的なナーシングホームから、緩和ケアのための特別計画がはじまりました。1998年、政府は、緩和ケア発展統合センターを通常

の保健医療システムのなかに統合するというプログラム策定を決定しました。

ベルギーでは、すべての病院あるいはナーシングホームが様々な専門家からなる緩和ケアチームを持つべきだという王令が出されました。

ドイツでは、緩和ケアの団体は、1983年に設立された最初の緩和医療病院監視機関にはじまり、いくつかの先導的なホスピスと政府のイニシアティブにより12の緩和ケア施設を設立することになりました。

スウェーデンでは、ホスピスプログラムに基づいたホームが1980年代に発展しましたが、1979年のレポートは、死のためだけの施設を設置するという考えを拒否しました。

スイスでは、ドイツ語圏カントンおよびイタリア語圏カントンでは、緩和ケアは個人がイニシアティブをとる地域であるのに対し、フランス語圏カントンの政府は、もっと直接的に緩和ケアに関わっています。

フランスにおける緩和ケアサービスの組織における最初の歩みは、保健省が緩和ケアユニットの創設することにした1986年の決定です。しかし、病院が患者に提供すべきサービスのリストの中に緩和ケアが公的に入ることになったのは、1991年の病院法においてでしかありません。とはいえ、病院での緩和ケアユニットに具体的な困難が生じたのは、緩和ケアのアクセスを、これを必要とするすべての患者の権利とする新しい法を作成するにあたっての、1999年の上院での満場一致での投票においてでした。最終的には、2002年の患者権利法では、緩和ケアから利益を得る権利がすべての患者にまで拡張されましたが、そのことは、このようなケアが病院の施設だけでなく個人的な医療においても医療専門家によって提供されるべきだということを意味します。

スペインは、2000年に、緩和ケアを必要に応じて提供し、保健医療の供給の調整を励行し、公平さを保証し、効率を上げることを励行することを目的とする緩和ケアプランを発展させました。

イタリアでは、1970年代の初めから緩和ケアが発展しましたが、政府は、2000年半ばから「国家健康プラン(plano sanitario nazionale)」のなかで突出した位置づけを緩和ケアに与えました。

アイルランド政府は、緩和ケアに関する国家諮問委員会を創設し、2001年に緩和ケアの政策に関するあらゆる視点を含む助言を公表し、緩和ケアが政府の資金の独立した領域とすべきだと提案しました。

## 東および中央ヨーロッパの国々

最近の報告は、これらの国々における展開を明らかにしています。

ハンガリーでは、ハンガリー・ホスピス財団が1991年に設立され、2005年までに11のホスピスの入院患者のユニットが存在しており、29のホームケアチームがあります。1993年から、国家緩和ケアプログラムがはじまりました。この経験から多くを得て、緩和ケアのための勧告が2004年に採択され、同じ年に国民健康保険はホスピスと緩和ケアサービスのために2年間財政支援を受けるパイロット・プログラムをスタートしました。最後に、緩和ケアは1997年に保健医療法で言及されています。

ポーランドでは、1991年から保健省が国家保健医療政策の一部として緩和ケアを確立するためのプログラムを導入し、1997年からがん患者への麻薬使用が解禁されました。

チェコ共和国では、緩和ケアは2004年に通常の医療の特別な形として確立されました。

しかし、ルーマニアなどその他の東および中央ヨーロッパの国々は、依然として、緩和ケアに対して通常存在する障壁（麻薬の使用に関して）を取り除く過程にあります。

## C 概評

緩和ケアに関するボランティアの運動の役割は無視されるべきではありませんが、それは国ごとに異なっています。例えば、ベルギーやイギリスのボランティア組織は、自分たちのユニットを通じて患者を治療していますが、フランスとオランダのボランティア組織では、直接的に緩和ケアを提供しません。また、スイスとイタリアでは、NPOは直接的なケアサービスを提供するか、病院での緩和ケアユニットをサポートします。

たいていの国では、世論と、政府、専門家グループおよびNGOの役割がきわめて重要ですが、患者の必要な事柄に関する適切な知識は、地方および国家の戦略を発展するためには基本となるものです。しかしながら、多くの国においては、緩和ケアはやはり患者の疾患の種類（がん患者にはより多くのアクセス機会があります）に、あるいは社会経済要因に左右されます。こうしたことは、一般の人々にはしばしば知られていないか、あるいは注目されることがありません。

欧州評議会は、2003年に緩和ケアの組織に関して新しい勧告を採択したのですが、緩和ケアに関する2005年のベオグラード会議でのイニシアティブを、現在のサービスを改善し拡大するさらなるイニシアティブをサポートするものとして採択しました。

### 自殺補助と安楽死：禁止、同情、医師の義務と個人の権利のアプローチ

個人が通常以上のあるいは無益な治療に関する決定を医師に知らしめることにより、自分の生の最後の瞬間をコントロールすべきだとすれば、なぜ、苦痛が非常に大きく人間としての尊厳を奪う場合、自分の生を終えるために指示したり補助を依頼することができないのでしょうか？

こうした状況において、死にゆく患者に寄り添って思いやりある治療を提供する義務がある医師は、なぜ、直接的あるいは間接的に患者が死ぬのを助けることによってこうした患者を救うことが許されないのでしょうか？

実際に、私たちが二人の対応能力のある患者、すなわち一方は自分自身の意思で自殺する能力を持っており、他方は病気によって麻痺した状態にある場合、両者の状況の間に存在する実在的な区別について思い悩むかもしれません。道徳的および法的には、これらの状況は同一ではなく、それらが異なった仕方で考慮されるであろうという事実を説明します。しかしながら、ヨーロッパにおいては、アプローチの範囲は、禁止アプローチから同情的アプローチ、あるいは医師の義務に基づくアプローチや患者の権利に基づくアプローチに至るまで、非常に広いのです。

## A 禁止アプローチ

この見解は、国内法においてもあるいはヨーロッパ法においても、今なお広範に表明されています。



## 1) 禁止的なヨーロッパ国内法

ドイツでは、安楽死という言葉は、今なおタブーであり、特別法は厳密にはこれには言及していません。ドイツの基本法が究極の権利としての生への権利を確立しているため、法律家たちと医師たちは、患者の生命を短縮することを目的とする行為は、たとえ患者の要求であったとしても不法であり、不法であり続けるべきだと考えるのが一致した意見です。しかし、1998年の連邦医師会の新しい指令は、特定の状況では、医師が、尊厳を持って患者が死ぬということをサポートすべきであると主張しており、同年のフランクフルトの地方裁判所の決定は、昏睡状態の患者の栄養補給の停止を是認しておりますが、そうしたことによって連邦司法大臣は法律で安楽死を明確に禁止することが有益であるかもしれないと考えるに至りました。しかしながら、そのような法は現在まで採択されていません。

自殺補助は、その過程においてその人が積極的な役割を果たしていないなら、罰せられるものではありません。一方、殺人を犯したり、あるいは危険状態にある人を助けない場合は処罰されるでしょう。

イギリスでは、安楽死や自殺補助についての議論は、1980年代から非常に活発になっておりますが、どちらも1957年の殺人法および1961年の自殺法により今なお非合法となっております。こうした問題に目を向けるよう指摘した様々な委員会は、法を変えないことを提言したのです。エアデール事件判決では、上院は、致死薬を患者に与えることは違法だという判断を取り消しました。

フランスでは被害者の同意は刑法の下では弁護理由にならず、よって積極的安楽死と自殺補助は、殺人であれ、暗殺、服毒、危険な状態にある人を助けないことであれ、状況によっては処罰されるでしょう。

同じような禁止はロシアおよびイタリアでも行われております。

デンマークでは、刑法は患者の要求による殺人と自殺補助を明確に処罰する条項を含んでいます。

スイスでは、連邦刑法第114条は慈悲殺を明確に認めてはいますが、それでも被害者の特別で持続性のある要求によって慈悲殺を行う人間は投獄をまぬがれないでしょう。

この領域でのヨーロッパの法政策を標準化させることに努力するうえで、欧州評議会は、禁止アプローチを採用したのです。

## 2) 禁止アプローチによるヨーロッパの法の標準化

欧州評議会の議員総会は、安楽死の可能性を除く、1976年(死にゆく患者の権利に関する)と1999年(死にゆく人の人権と尊厳の擁護に関する)に二つの勧告を採用しました。閣僚委員会は、2002年3月に採択された決議において同じ見解をとっています。同じ年、欧州人権裁判所は、プリティ判決において、欧州人権条約第2条によって擁護されている生の権利が死の権利の擁護を包含しないと決めました。それにもかかわらず、後で議論しますように、この決定は、問題が第8条と自律の原則の範囲にあると承認しているため、自殺補助のいくつかのケースに完全に扉を閉ざしているわけではありません。もう一つの扉は、安楽死と自殺補助のケースに同情的な態度を考慮する多くの法によって開かれ続けています。

## B 同情的なアプローチ

同情的なアプローチは、安楽死および自殺幫助の個々のケースを取り巻く特別な事情を考慮します。ですから、このアプローチは、原則として積極的安楽死と自殺幫助を厳密に禁止し続ける国々の態度と全面的に両立するものではありません。処罰を差し控えたり、より軽い処罰で対応したりすることによって、法の適用に何らかの柔軟性を持たせています。

### 1) より軽い処罰

安楽死と自殺幫助の厳格な禁止を維持しているヨーロッパのすべての国は、実際のところ、安楽死のケースに軽い処罰を適用する可能性を持っています。

ドイツでは、刑法 216 条は、被害者の明確な要求がない場合は少なくとも 5 年の禁固を命じるのに対し、「被害者の明確で持続的な要求による殺人を犯した場合、この犯罪に 6 ヶ月から 5 年の禁固刑を命ずる」のです。

イギリスでは、1957 年の自殺法第 4 条において、自殺の契約を結んだ後で人が誰かを殺した場合、過失による殺人と見なし、軽い量刑となります。

イタリアでは、安楽死が犯罪と見なされる一方で、実際には殺人よりも軽い処罰が下されます。

フランスでは、被害者の同意が安楽死行為の資格要件の評価に影響を与えてはいないものの、実際には、積極的安楽死あるいは自殺幫助のほんのわずかな場合しか訴追されておりません。そして、そのうち裁判になったケースでも、それが慈悲殺と見なされると考えられる場合、判事はしばしば最少の量刑を適用します。私たちは、安楽死を実行する人は被害者からの逆らいがたい道徳的影響下において行為したという理由に基づき、あらゆる法的な訴追を停止すると決定した、非常に興味深い 2006 年の決定にも触れておくべきでしょう。

2000 年、フランス国家倫理委員会は、刑法手続きを変えるさらなる一步を提案しました。委員会の意見書によれば、刑事裁判での被告人は、安楽死の弁護の訴えを起こすことができるのであり、その訴えは、その動機に関して主張の真正さを評価する学際的な委員会による審査に委ねられることになるだろう、ということです。委員会による勧告は、裁判官の判断において考慮されることになるかと推測されました。しかしながら、生の終末に関する 2005 年法は、この提案を組み入れませんでした。

### 2) 処罰を差し控えること

デンマークでは、刑法第 84 条および 85 条は、特定の状況での処罰を軽減するか差し控えることを認めておりました。なかでも、本人が強い感情の影響下にあるか、特別な他の理由がこれを正当化する場合です。

スイスでは、連邦刑法第 115 条では「ある人の利己的な理由による行為が、だれかに自殺を促したりその幫助をしたりする場合」、その人は罰せられます。この条項は、対当により (a contrario) 慈悲から行為する人が告訴されえないということを意味します。この解釈は、スイスで行われている自殺幫助の法的な基盤として用いられております。

## C 積極的安楽死の非犯罪化

医師の義務は、患者の権利アプローチに基づいています。

### 1) 医師の義務によるアプローチ

積極的安楽死を合法化する法を採択したヨーロッパの2国は、実は医師の義務アプローチを採用しています。これは、法によって定義される特定の状況に直面した場合、医師が殺人で告訴されないということを意味します。しかしながら、オランダとベルギーのどちらの法にも、患者の権利アプローチが果たす役割のいくつかの証拠があります。

#### オランダ法

オランダの立法の最初の段階は、1993年に採択されたものですが、最高裁での判決において裁可される現実に存在する状況に対し、法的な枠組を与えました。

安楽死と自殺幫助は刑法によって依然として禁止されていたのですが、安楽死を実践する医師が、自分は耐えがたい苦痛を停止するために行なったのだと主張する必要性を弁護することができたのです。この目的のために、ただ埋葬法が修正されただけでした。それは、法によって定義された基準（医学的に望みのない状況、耐え難い苦痛、代替手段がないこと、自由なインフォームド・コンセントを提供した上での患者の繰り返される要求、セカンドオピニオンを提供した医師との一致した意見、家族に情報が提供されること）を尊重していることを事後的に管理するのがその役割である、検察官と地方委員会に対し、生のあらゆる停止に関する申告を義務化するものでした。

第二段階では、刑法が、2001年に、上に挙げた基準に厳格に従った医師は殺人の罪で起訴されえないということを明確化するよう、改正されました。個々のケースに対する独立した審査が今なお行われており、それゆえ理論的には安楽死の権利は存在せず、医師には安楽死と自殺幫助を行う義務はありません。しかしながら、オランダでの安楽死に関する研究は、患者の自律の権利に焦点を当てた安楽死の主体的アプローチに明らかに移行していることを示しております。例えば、耐え難い苦痛はもはや生の停止を正当化する唯一の理由ではなく、非常に多くの場合、患者は自分が尊厳に反すると見なす生を終える意思を表明します。患者はただ、自分の家族に自分のより良いイメージを残しつつ、最終ステージの前に十全な意識のある状態で生を終えることを望んでいるのです。新しい法律は、特定の状況での安楽死の事前の要請を含むリヴィング・ウィルを許容することでこの変化を考慮に入れており、安楽死の要請を受け入れる際に医師がどこまでできるのかをめぐって、議論を継続させることになるでしょう。

オランダの経験は、ベルギーの立法においても広く反映されています。

#### ベルギー法

ベルギー法は2002年に採択され、オランダの第二段階の法にきわめて一致しています。どちらの場合も、法によって定められた基準のリストに従って医師によって実行される場合、医師は殺人を犯したとは見なされません。コントロールの手続きは、ベルギーでは一つの国家委員会しか存在しないという事実により、両者は非常に類似しています。最後に、

ベルギーでの法には事前指示を許容する条項があります。二つの法の間での主要な違いは、安楽死の要請に関わります。ベルギーでは、要請は常に書かれたものでなければなりません。ですから、どちらの国でも、自律の概念が、法の適用を医師の義務アプローチから患者の権利アプローチへと少し動かす役割を果たすことになるでしょう。

## 2) 患者の権利アプローチ

ヨーロッパ以外の国（カナダとアメリカ）では、ヨーロッパ（イギリス）におけると同様、自殺援助と積極的安楽死を合法化するために、特にアメリカ権利章典、基本的権利および自由に関するカナダ憲章、そして欧州人権条約といった、憲法上定着した人権に関する文書の利用を通じて実りのない試みが行われてきました。

先に取り上げましたように、欧州人権裁判所は、プリティ判決のなかで、生の権利は死の権利をも含むような意味に解釈されえないと見なしました。

しかし、注目を集めたプリティ夫人による訴訟の棄却をまったく考慮の外に置くとしても、それでも裁判所は「彼女が自分の人生を閉じる時をどのように過ごすかを選ぶことが生きる行為の一部であり、彼女はこの要求をする権利があることもまた尊重されねばならない」ということを認めました。そして、裁判所は同様の控えめさと慧眼さをもってその理由を示しました。「条約の本質は、まさに人間の尊厳と人間の自由の尊重である。裁判所は、条約のもとで擁護される生命の神聖さの原理をけっして否定することなく、生命の質の概念が意義を持つのは第 8 条のもとであるということに考慮する」。これは次のように結論づけられます。「この訴訟の申立人には、自分の人生の終末が尊厳なき痛ましいものと見なす事態を避けるという選択が法により阻止されている。裁判所は、これが条約第 8 条第 1 項のもとで保障される私的生活の尊重の権利に対する干渉を構成するということを除外する用意がない」。

裁判所は、釣り合いの問題を考慮しつつ、実際のところ、干渉を調停可能であると考えました。というのも、「国家は、一般刑法の運用を通じて、個々人にとって生命と安全に有害な行為を規制する権限を持つ」のであり、「危害がよりひどくなればなるほど、バランスを取って、個人の自律に拮抗する原則に対して、公衆衛生と安全への考慮がより一層重要性を持つことになる」からです。

患者の権利アプローチが完全には除外されえないにもかかわらず、このアプローチは結果に関しては不透明です。というのも、擁護される権利は、ある意味で完全な保護に値する生の（あるいは死の）権利ではなく、国家の干渉を受けかつこの領域においては国家による裁量の幅が認められるプライバシー権だからです。

## 結論

1970 年代から、生の終りのプロセスに関する倫理的および法的なアプローチは、より一層明確化されてきました。

ヨーロッパには、人はその生の最終ステージにおいて人間の尊厳を尊重することから益を得るべきであり、個々人が自分の人生の最後に関する決定について何らかの形態の自律の権限を持っているという広い合意があります。これは、患者とその家族に対し、事前指

示を書いておくか、あるいは代理人を指定する可能性を持つことで、医師および医療専門家の果たす役割に対抗する、より大きな役割を与えるという意味で、あきらかにより一層バランスの取れた意思決定プロセスとなります。

今日、命に関わるリスクがある場合であっても無益な治療を拒否するのは、対応能力があり十分に情報を提供された患者の決定なのです。一方では、まだすべてのヨーロッパの国において公平にアクセスできるわけではありませんが、緩和ケアは患者が要求しうる医療ケアの一部となっています。

積極的安楽死と自殺幫助に関しては、ヨーロッパの立法は、一方の禁止アプローチから他方の患者の権利アプローチに至るまで、依然として広範な見解の違いを見せています。それにもかかわらず、二つの主要な変化を引き合いに出すことができます。第一に、あらゆる立法において、医師の役割は、負うべき責任と義務の双方の点でより適切に定義されてきたことです。第二に、いまなお論争となっている事柄は、一つのアプローチによってはもはや対処できず、様々な利害、すなわち患者の自律、医療倫理、共通の基本的な道徳的価値を維持する上での国家の役割といったものの影響を受けていることです。

(訳:柿本佳美)

**【付記】**本稿は、2006年6月1日に開催された、日本麻酔科学会第53回学術集会(神戸国際会議場)のシンポジウム「尊厳死と安楽死」の基調講演の原稿全文を訳したものである。