

欧州人権裁判所判決から考えるフランス「尊厳死法」

ーヴァンサン・ランベール（Vincent Lambert）事件の検討を通してー

牧田 満知子

（兵庫大学生涯福祉学部教授、比較社会福祉政策）

はじめに

「安楽死」「尊厳死」の問題は「終末期ケア」とともに議論される事が多い。それがこの問題の本質を見えにくくさせているのではないだろうか。なぜなら「終末期ケア」は、最終的には「安楽死」「尊厳死」の問題と関わってくるものの、多くは高齢者、あるいは癌患者など、比較的「終末期」を想定しやすい人々がたどる過程を支援するものだからである。そして現在では、弱りゆく過程全体を「終末期」ととらえ、事前指示（Advance Directive＝以下AD）という「点」ではなく、事前指示書（Advance care planning＝ACP）という「線」に基づいて、その人らしい「死までの生き方」を導いていく方法論として定着しつつある。この線の延長上におとずれる「死」は受け入れられ易く、また大きな論争となることは少ない。

しかし、当然だが、全ての終末期にある人々がこうした過程をたどるわけではない。予期せぬ事故や心臓病、脳血管障害などによって突然機能不全に陥り、いきなり「点」としての「終末期」に至る非癌患者も多い。その「終末期」の程度は多様であるが、「事前指示書」はもとより緊急の場合の自らの処遇に関しての文言すら家族に残していない場合も多く、医学的無益性（Medical Futility）の問題と併せて、その措置をめぐる刑法の適用をめぐる論争へと展開することになる。一方、「終末期」には当てはまらなくても「死」を望む希少性難病の人々も少なからずいる。彼らの煩悶は、彼らにとっての医学的無益性の問題、すなわち、いかに医学が発展し医療政策が展開していこうとも、その、どの法や制度によっても救済されないという絶望感にある¹⁾。「安楽死」という選択が現実味を帯びて議論されなければならないのは、こうした層の人々の絶望感の理解と、その「選択」、あるいは「その人の最善」についての生き方をどのように支え、法、制度へと繋げていくかという点にある。

本稿では、2015年6月に欧州人権裁判所で議論され裁可されたヴァンサン・ランベールのケースを取り上げ、「医学的無益性」、「治療の差し控え」、「治療の中止」、そして「事前指示」という「安楽死」論争における3つの視点からこの問題を検討する。

1. ヴァンサン・ランベール（Vincent Lambert）のケース概要

（※「3」で比較対象とするヴァンサン・アンベール（Vincent Humbert）と区別するため、本稿ではファミリーネームのランベールを用いる）

元看護師ヴァンサン・ランベール（当時38歳）は、2008年、交通事故により脳に重度の損傷を受け、四肢麻痺となってランス（仏東部の県）の病院に入院していた。入院の時点でランベールは自発呼吸ができない状態であったが、38歳という若さのため、人工

呼吸器と静脈からの水分と栄養補給を受け、植物状態のまま 8 年間 「生存」 していた。しかし、これは果たして「生存」と言えるのだろうかという問は、ランベールの家族間に対立を生み出したばかりでなく、フランス国内でも執拗な生命の維持の是非をめぐって論争を巻き起こすことになり、欧州人権裁判所の判決へと委ねられることになった。

1-1 : 対立

ランベール一家は彼の延命治療を続けるかどうかで当初から対立していた。ランベールの両親、ランベールの妹とその夫は、ランベールの延命治療を治療の一環として当然と受け止めていた。彼らの根拠はランベールの体が暖かく、これは彼が「生存」している事に他ならないというものであった。これに対して、ランベールの妻とその弟妹、そしてランベールの 3 人の弟、甥（おい）は、本人が生前に「人に依存する生活はいやだ」と語っていた言葉を根拠に、四肢麻痺が治らないなら延命のための治療は無益だと、その中止を訴えていた。

双方の意見は食い違ったままランベールの生命維持は続けられたが、延命治療から 4 年を経た 2012 年末、ランベールの妻の要請を受けて、ランベールの主治医（カリジェ医師）が延命治療の停止を考慮し、翌年（2013 年）4 月に延命治療の停止を行った。ランベールの両親はその措置に怒り、再度、延命治療を行うよう行政裁判所に訴えを起こした。行政裁判所はランベールへの措置（延命治療）の必要性を認め、延命治療の再開を命じる判決を下した。

判決を不服とした妻側（カリジェ医師も含む）は、その後 2 度にわたってランベールの両親側、医師団、治療関係者らと協議を重ね、翌 2014 年 1 月 11 日、カリジェ医師は、レオネッティー法（2005 年/「消極的安楽死」を認めるフランスの法律）と、ランベールの妻、そしてランベールの姉弟 8 人のうちの 6 人の同意に基づき、栄養の静脈投与を停止することを決定し、これを遂行した。この措置に対してランベールの両親と他の姉弟 2 人は、生命維持の継続を求めて行政裁判所に訴訟を起こした。

1-2 : 国務院、そして欧州人権裁判所へ

一審では、ランベールのケースに「治療上の執拗さ」— 治る見込みのない患者に対して、非理性的なまでに執拗に、無益な治療を継続すること — が該当するか否かが議論された。判決では、「人工的水分、栄養補給は執拗な延命治療ではない」として、生命維持停止を認めない判断が下された。

妻と甥はこの判決を不服として、フランスの最高行政裁判所である国務院（コンセイユ・デタ）に提訴した。国務院は新たな治療証明書を要求し、医師会、倫理委員会、医学アカデミーに諮問した。その結果、2014 年 6 月 24 日に、「回復の見込みが全くない患者の人工的水分・栄養補給の停止は合法」であるとの判断を最終的に言い渡した。しかし、その直前、ランベールの母親は欧州人権裁判所にこの問題を提訴し受理されたため、欧州人権裁判所の判定が下るまで暫定的に「延命治療を続ける」ことが決まり、ランベールは「生かされ」続けることになった。2015 年 6 月 5 日、欧州人権裁判所（European Court of Human Rights）は、ヴァンサン・ランベールへの栄養の静脈投与の停止は、欧州人権条

約 (European Convention on Human Rights) に違反していないと判断し、植物状態にあるランベールの生命維持中止を認めた国務院の判決を支持する判断を下した。さらに、ランベールから人工呼吸器を取り外すこと（治療の差し控え/中止）は「尊厳」にあたりと裁可した（5th, June, 2015）。同日、ランベールから人工呼吸器が取り外され、死亡が確認された。

2. レオネッティー法ともう一人のヴァンサン

オランダやベルギーで認められているような、法律に規定された「安楽死」（積極的安楽死を指す）に対する忌避感が強いフランスでは、「安楽死」の実施のために刑法典改正という立場をとらず、公衆衛生法典等の改正にとどめた。それがランベール事件の法的根拠ともなったレオネッティー法である。以下にその母法である公衆衛生法典、そして策定の契機となったヴァンサン・アンベール事件を概観しておく（※先のヴァンサン・ランベールと区別するため、アンベールと記す）。

2-1：公衆衛生法典

フランスでは生命倫理の問題は、1983年に設置された大統領直属の組織であるCCNE(Comite Consultatif National d’Ethique)において議論されるという形式がとられてきたが、1994年に生命倫理三法（人体尊重法・移植生殖法・記名データ法）が制定された事によって、生命倫理の諸問題が世界で初めて基本原理に基づいて統一的に規制されることになった。しかし「安楽死」の問題に関しては、除外されていたため、終末期医療については、生命倫理のその他の問題とは別個に検討され、法律としては、1999年から漸進的に立法化されていった（小出泰士, 2014）。

法典では、患者にはいかなる検査や治療に関しても反対する権利があることが定められている。それによって（患者自身による治療の拒否または中止）患者の生命が危険に晒される場合であっても、「医師は患者に生命の危険性を知らせ再考するようあらゆる手段で促す事はするが、最終的には患者の意思を尊重しなければならない」とされた。この規定は終末期の患者だけでなく、患者一般の権利として法制化されたものである。患者が自分の意思を表明できない場合には、事前指示書、信任された代理人、家族、近親者の順で優先的に意見が考慮され、合議制の手続きを経て「治療の差し控え」か「治療の中止」かが決定される。但し最終的に決定するのは医師である（小出泰士, *ibid*）。また、医師に対しては、「過度の延命治療を拒否するのは患者の権利であるが、死を目前に控えた患者に無意味な過度な延命治療をすることは、患者の人間としての尊厳を侵害するものであり、医師がしてはならない事」とされている。

「予防・検査・治療の行為・・・が無益なもの、不釣り合いなもの、または生命を単に人為的に維持する効果しかもたないもののように思われる場合、（医師はこれを）中止すること又は差し控えることができる・・・」。但し、その後、医師は緩和ケアによって患者の死の苦痛を取り除き、生の質を保証しなければならない（小出, *ibid*）。

2-2: ヴァンサン・アンペール (Vincent Humbert) 事件 (2003年9月)

2003年、公衆衛生法典を塗り替える事件が起きた。「僕に死ぬ権利を下さい」という本で日本でも知られるようになった、ノルマンディーの志願消防士ヴァンサン・アンペール(当時19歳)の事件である。彼は自動車事故で一命を取りとめたが、9か月間昏睡状態にあった。9か月後彼は奇跡的に生還したが、四肢麻痺、盲目、および口もきけない状態であった。しかし、意識と聴覚は明瞭であり、唯一動かせる右手親指によってコミュニケーションは可能であった。将来を悲観したアンペールは、2002年に母親と医療アシスタントの力を借りてシラク大統領に「僕に死ぬ権利を下さい」と手紙を送った。しかし棄却され、翌2003年に母親によって大量投与された鎮痛剤により昏睡状態に陥った。その後、医師が人工呼吸器などの延命治療を中止し、塩化カリウム投与で死亡させた事件である。母親と医師は殺人罪で書類送検されたが、その後、2006年に2人は無罪となった。シラク大統領に宛てたアンペールの手紙は出版され大きな反響を呼ぶとともに、2005年法の成立(公衆衛生法改正=レオネッティー法)へとつながった。以下に引いておく。

「僕の立場になって少し想像してみてください。目を閉じて、今の僕のようにベッドの上に横たわってみてください。からだのあちこちが痛む。でも自分では何もすることができない。苦痛は自分のなかにあって、どっちみち、何をしたところで、その痛みは10分後、さらには1時間後にまたやってくるのだ。喉にはいつも何かが詰まっていて、自分ではつばを飲み込むことさえできない。口の中をすっきりさせるには、誰かに手伝ってもらって、中にあるものを吸い出してもらわなければならない。もうそれぐらいでいいって? いや、僕は話しつつきたいんだ。他人に生かしてもらっているこの生活を僕がなぜもう終わりにしたいかをわかってもらいたいからね。」(V.アンペール,2004)

ヴァンサン・アンペールの事件を受けて、医師であり地方議員であったレオネッティー議員が医師、哲学者、医療倫理各界の意見をまとめてレポートを提出し、2005年4月22日「終末期医療の権利法」としてレオネッティー法が策定された。死の時まで尊厳ある生を各人に保障するための方法として、「治療上の執拗さ」(治る見込みのない患者に対して、非理性的なまでに執拗に、無益な治療を継続すること)、および死にゆく者の尊厳を尊重しない医療態度を明確に拒否し、尊厳死を認める場合の条件を厳密に定め、延命治療を中止し、苦痛を和らげ、精神的な苦しみを軽減し、患者の尊厳を守り、かつ周囲の人たちを支えることを目的とする緩和医療へと移行することによって、死期を結果的に早めてしまうという形態(消極的安楽死)が明確にされた。この考え方がフランス法が規定する「尊厳死」にあたる²⁾。

3. 「治療の差し控え」と「治療の中止」

レオネッティー法に照らしてランペールのケースを検証してみよう。

3-1. 集団合議手順

レオネッティー法では「治療の差し控え」、「治療の中止」を医師が決断する際のプロセ

スとして、①「患者の意思を確認できる場合」(第6条)と②「患者の意思が確認できない場合」(第9条)に分けて規定されている(篠田道子, 2012)。ランベールは②に該当する。この場合、医師は医師の職業倫理規定第37条に基づいて「集団合議手順」を遵守し、「事前指示書」がある場合にはそれを尊重して「信頼できる代理人」や家族と相談した上で、無益で執拗な、人工的に生命を維持することのみを目的とする治療行為を制限または中止することができる。これらの意思決定手順はカルテに記載されるが、最終的に決定するのは医師(主治医)である。しかし、治療がもはや「無益」であると判断する重荷を一人の医師に負わせるのは医師に相当なプレッシャーを与えることになると共に、その正当性をめぐって禍根を残す事も懸念される。したがって「集団合議手順」(職業倫理規定第37条)が設けられている。「集団合議手順」は、主治医による「治療の差し控え」、「治療の中止」の決断は、複数の専門職からなる医療・ケアチームと協議し、最低もう一人の医師の賛同を得るものと規定している。但しもう一人の医師からの助言は努力義務であり、強制力を持つものではない(篠田道子, *ibid*)。さらに、「ケアの継続または開始が患者の利益になることなく、生命の人工的な維持という結果に過ぎないと判断される場合は、緩和ケアのみに制限することができる」(同37条)とされ、医師は、患者への延命治療の中止を決断をしても、緩和ケアという手段でその患者が苦しむ事なく「生」を全うできるように支援することが推奨されている。このプロセスこそが、フランスが胸をはって「安楽死」を否とする立場を貫くことができる根拠ともなっており、また医師の心理的負担も軽減されると考えられる。

アンベールのケースでは、アンベール本人と母親の強い希望で医師は人工呼吸器による延命治療を「無意味で執拗なもの」と判断し、治療の中止に至っている。このケースでは、アンベール本人に意思決定能力があり本人が強く希望しているという確たる裏づけがあったが、ランベールのケースでは、本人の意思確認ができず、家族の意見も分かれてしまったため、医師にとっては仮に「医学的無益性」と判断しても、その人工生命維持装置の継続をめぐっての「治療の差し控え」「治療の中止」の判断は困難な作業となる。

3-2. 「治療の差し控え (Withholding)」 vs 「治療の中止 (Withdrawing)」

治療とは通常は回復に向けての医療行為と解される。経管栄養(人工的水分栄養補給)も、「終末期ではない」と診断されれば**救命治療**となり、通常は実施される。しかし患者の状態が「終末期である」と診断されれば、経管栄養は**延命治療**となる(箕岡眞子, 2013)。ランベールの母親側はランベールの「生存」を主張しており(信じており)、治療は当然継続されるべきだと考えている。一方、妻の側は、ランベールが終末期であると考えており、したがってランベールは延命治療を受けていると理解している。そして延命治療であれば、ランベールの置かれている状態から判断して「治療の差し控え」あるいは「治療の中止」を望む権利があると主張する。

まず、ランベールの置かれている状態は「生存」なのか「終末期」なのかを問題としよう。ここで判断の基準となるのが「自発呼吸」の有無である。ランベールは、人工呼吸器によって呼吸が維持されており、救命治療を必要とする「生存者」には当てはまらなないと考えるのが妥当だろう。したがって彼が受けているのは**延命治療**である。

次に、**延命治療**であれば「治療の差し控え (Withholding)」、「治療の中止 (Withdrawing)」という選択が可能であるが、それには本人の意思確認が必要とされる（事前指示書等も有効）。しかし、意識もなく事前指示書もないランベールの場合、本人の意思確認はできない。但し、家族による希望と、それが「無益で執拗な医療」であると医師が判断すれば、「治療の差し控え/治療の中止」は可能である。ランベールのケースでは、家族の意向が対立しているため統一的な「家族の希望」は存在しない。唯一残された道は、医師の判断とそれを担保する法的な根拠に基づいて、裁判所が裁可を下すという方法である。

欧州人権裁判所は、ランベールの状態を植物状態と認め、ランベールへの栄養の静脈投与の停止が欧州人権条約に違反していないと裁可し、「治療の差し控え/治療の中止」を認めた。植物状態の患者に治療を施し続けることは「無益で執拗な延命治療」であると認めたのである。さらに裁判所は、ランベールから人工呼吸器を取り外すこと（治療の中止）も「尊厳」にあたりと裁可した。自発呼吸ができないランベールから人工呼吸器を取り外さることによって、同日、ランベールの死亡が確認された。

ランベールのケースは、植物状態に置かれた患者に対し治療を施し続けることは、「無益で執拗な延命治療」行為であること、その場合には「治療の差し控え/治療の中止」は合法であるばかりか、それこそが「尊厳」を護る行為に他ならないのだという理解を、欧州基準として確立したものであり、適切な判断として賛同をもって受け入れられたのである。

4. 意思決定能力と事前指示

4-1. 意思決定能力

治療の現場で意思決定能力が議論されるのは、「死」につながる場面ばかりではむろんない。検査、入院、手術などあらゆる場面で患者は自分の意思を決定しなければならない。しかし、判断に迷いが生じて意図しない決断をしたり、高度な医療内容を十分に理解できないまま不本意な選択をする事も考えられる。場合によってはそれが原因で病を得たり、極端な場合には「死」に至る事も考えられる。こうした患者側の判断のミス、選択に対する「自己責任」として済ませてしまう事は許されない。なぜなら患者の意思決定能力を見極め、想定され得るリスクから患者を守る対応が医療現場の従事者には求められているからである。

ランベールのケースは突然の事故によるものであり、意識不明の彼には意思決定能力はなかった。しかしそれほど急激で重篤でなくても、意思決定は、「特定の課題ごと」「経時的に」「選択の結果の重大性に依じて」変化する事が知られている（箕岡眞子, *ibid*）。とりわけ注意を要するのが経時変化である。現在、点としての事前指示（Advance Directive = 以下 AD）から線としての事前指示（Advance Care Planning = 以下 ACP）へと終末期ケアの在り方への変容が見られるが、こうした背景には、経時変化をケアの中に生かして、その人の意思決定に基づいた全面的なケアを行っていかこうとする動きが医療現場に見られる事の証であると考えられよう。

次の判定基準はアップルbaumによる「意思決定能力」の構成要素である（Applebaumらによる意思能力の構成要素/ 箕岡眞子, *ibid*）。

- i. 選択の表明 (**Expression**/ 選択する能力とそれを相手に表明する能力)
- ii. 情報の理解 (**Understanding**/ 疾患・予後・治療法の利点と危険性・代替治療について理解する能力)
- iii. 状況の認識 (**Appreciation**/ その治療法を選択した場合、それが自分にどのような結果をもたらすのかを認識する)
- iv. 論理的思考 (**Reasoning**/ 決定内容が自分の価値観や治療目標と一致していること)
- v. 選択した結果の合理性 (**Reasonable**/ 決定内容が客観的にみて患者の最善の利益に一致し、合理的であること) ※但し、この項目は医師の側の評価項目である。

Applebaum の構成要素は、オランダの「安楽死法 (2002 年施行)」における Due Care (医師が事前に行うべき 6 つの手順) と酷似していることが理解される。とりわけ「i」から「iv」までは、患者本人の意思決定能力の健全性を測る上で重要である(牧田満知子,2012)。ランベールはこのどの項目にも該当しない。一方、アンベールのケースでは、上記 4 項目が満たされており、四肢マヒと視覚、聴覚を喪失した状態で、明確な意思決定能力を持ち続けて生きている青年の苦悩がいつそう悲劇性を鮮明にするのである。

4-2. 事前指示

レオネッティ法では、①終末期の治療の差し控えまたは中止に関する希望を書面に残すことができること(内容はいつでも取り消し可)、そしてそれは②意識不明になる 3 年以内に作成されていなければならないが、医師は全ての医療行為を決定する際にはその内容を考慮しなければならないことが規定されている(第 7 条)。また全ての成人は「信頼できる代理人=以下代理人」を一人指名できること、但しそれは家族、近親者、または主治医の中から選択しなければならないことも規定されている。代理人の役割は、本人が意思を表明できなくなった場合に最終的な決定を伝えることである(篠田道子, *ibid*)。

ではランベールがもし事前指示書を提示していたなら、このケースはここまでこじれずに済んだだろうか。答えは不明である。先にも述べたように、意思能力が「特定の課題ごと」「経時的に」「選択の結果の重大性に応じて」変化することを認めるなら、当然事前指示もその有効性をめぐって問題化するからだ。以前のその人 (*then-self*) の自己決定による事前指示は、現在のその人 (*now-self*) の自己決定と同じであるとは断定できない。ランベールの場合、*now-self* を聞き出す事は不可能である。しかし、だから *then-self* を適用することになるのか、という問題が議論されることになる。そうであれば、事前指示書にそれほどの揺らぎを認めるのであれば、事前指示書は意味がないのではないのか、有用ではないのではないのかという見方もできる。この有用性、とりわけ ACP の有用性をめぐって、箕岡は次のようにまとめている。以下に引いておく(箕岡眞子, *ibid*)。

- i. 患者の自己決定権を尊重することになる。
- ii. 家族が、患者本人の意思を根拠なく憶測することの心理的感情的苦悩を避ける。
- iii. 医療介護従事者が法的責任追及を受けなくて済む。
- iv. 事前指示はコミュニケーションツールとして機能し、その作成のプロセスそのものが

患者・家族・医療介護関係者とのコミュニケーションを促進し、信頼関係を深めることになる。

現在も「事前指示を優先すべき」対②「現在の最善の利益を優先すべき（状況は変化している）」という対立は継続している。しかし「人」の終末期を ACP という手法によって「弱りゆく過程」として広く捉え、その処遇を重ねてゆく方法に従えば、完全ではなくてもかなりの確度でその人のもっとも望む「事前指示」に至るのではないかと思われる。

5. 医学的無益性 (Medical Futility)

医学的無益性 (futility) には一定の定義はない。脳卒中、頭部外傷などに起因する遷延性意識障害の重篤な事例においてこの問題が議論の対象となる場合が多いが、現在では遷延性意識障害の患者も医療の進歩に伴い延命治療が可能となり、長期生存に至る例も少なからずある (福原徹, 2015)。そのため、一律に遷延性意識障害の患者である事を理由に医学的無益性を主張することはできない。さらに、Baby K 事件、キャサリン・ギルグーン裁判などに見られるような、先天性疾患の患者の生存をめぐる問題も数は少ないがあり、患者、とりわけ患者の家族の意向を忖度して慎重に判断されなければならないのは言うまでもない³⁾。こうした事から、医学的無益性の判断に関しては、①治療目標、②QOL、③結果の評価基準にそって、個々に、医師、患者および家族が密なコミュニケーションによって答えを導き出していく努力が不可欠とされている。

ランベールのケースでは、自発呼吸もできず植物状態の彼は間違いなく「医学的無益性」の範疇に入るが、家族の合意が得られないこのケースでは、医師が「治療の差し控え/中止」を実行するためには裁判による裁決を待たなければならなかった。しかし、こうした展開は、患者本人はもとより家族、医療関係者らにとっても好ましいプロセスではない。速やかに、確かな判断を下すには、地道なデータの蓄積を基に、詳細なプロトコルが欠かせない。

次に、医療現場では医学的無益性はどのように判断され、家族とのコミュニケーションはどのように行われているのかを福原の論考から検討してみたい (福原徹, 2015)。

福原は、急性期病院 (O 医療センター) において7年間にわたり、手術不能な脳出血症例への人工呼吸器使用の有無、および延命治療の是非について調査している。調査の対象は脳出血で O センターに搬送された 471 例のうち、昏睡状態で手術が不可能とされ、その後呼吸失調をきたした 56 症例 (うち 38 症例が後期高齢者) である。そのうち人工呼吸器装着は 13 例であり、非使用群は 43 例であった。彼らの予後の比較検討の結果は、①人工呼吸器装着 13 例のうち 1 例が生存退院、②非使用群 43 例のうち 6 例が生存退院となった。ここから、人工呼吸器の装着が生存率向上には寄与していない事が導き出されている。一方、人工呼吸器の装着者 (13 例) の推定生存期間は 15 日間であったのに対し、非使用群 (43 例) は 5 日間であり、人工呼吸器には一定の延命効果がある事も認められた。

次に、「生存退院」であるが、全ては他院への転院である。そして、生存退院 7 事例のうち、3 例は転院後に死亡、4 例は重篤な意識障害のため寝たきりとなっている (福原徹, 2015)。

福原の取り上げた事例を敷衍して、全てのケースの医学的無益性を主張するつもりは全くないしそれは暴論でもある。しかし、調査された事例の全てにおいて誰も人生を再起できなかったこと、「生存」の事例とは「重度の寝たきり」であることなどは、今後の研究の際に一考に値すると思われる。

結語

本稿では、2015年のV.ランベール事件を素材として、「医学的無益性」、「治療の差し控え/治療の中止」はどう判断されるのか、そして「事前指示書」はどのように有効であるのかを、レオネッティー法に照らして検討した。レオネッティー法は積極的安楽死を容認するものではないが、消極的安楽死の範疇に定義づけられるものである。積極的「安楽死」を何としても容認できない（ナチス安楽死計画のトラウマから）フランスにとって、この「消極的」という関わり方をいかに綿密に創り上げていくかが、今後のこの国の課題となるにちがいない。すでに2012年、前国家倫理諮問委員会名誉会長であるディディエ・シカール教授が、終末期の回復の見込みのない患者への自殺ほう助の可能性を検討するシカール報告書を提出するなど、より積極的な方向へと動きつつあるようにも見受けられるが、あくまで終末期が射程に入った患者を対象としたもので、終末期にはない難病患者らは置き去りにされたままである。おそらくこれ以上踏み込んだ「安楽死」の法制度はこの国では今後策定されないのではないかという絶望感が確かにフランスには存在する。それがDIGNITAS(スイス)への越境自殺が依然として後を絶たないことから、そしてフランスの自殺率が依然として高い推移を辿っていることからもうかがい知ることができる。

最後に引用した福原の論文は、医学的無益性を医療費という視点から検証したもので、今後看過できない問題提起として重く受け止めたい。私達は人の生命の尊さを何としても護らなければならないと同時に、今を生きる存在でもある。その国の国民として、増大する医療費の問題にも向き合わなければならないという課題を抱えている。とりわけ「安楽死・尊厳死」を語る上で、「無益で執拗な延命治療」とそのために費やされる「コスト」という2つの要因は、意味のない治療に莫大な費用が費やされている構造を示すものであり、もはや「安楽死・尊厳死」を空理空論で議論している場合ではない事を明らかにしている。それは現在、生命倫理学を研究する研究者達に重くのしかかる懸案でもある。しかし、それでも私達は「コスト」については触れない。触れられない。その事に触れることによって引き起こされる（だろう）カオスを私達は恐れているのだ。否、「生」「死」という謹厳な課題の前に、コストという卑俗な要因を入れるべきでないという暗黙の了解があるからかもしれない。

本稿で取り上げたランベールのケースでは、フランスの報告書に医療費は言及されていない。それは意図的に避けられたのか、わが国ほどフランスの医療財源がひっ迫していないからなのかは、更なる検証を待たなければならない。しかし、高齢化とそれに伴う医療費の増大は先進国共通の課題であり、何らかの歯止めが必要とされるという点で、各国での模索を見守っていく必要はあると思われる。

<注>

- 1) 「自殺幫助と患者死ぬ権利—難病患者の「死ぬ権利」を否定した事件」(甲斐克則/2002)において、D.プリティの判決記録が解説されている。英国の自殺法との整合性をめぐってのこの問題提起は、以降の英国からの渡航自殺に影を落とすことになった。同様にパーディのケースも否定されている。かれらが拠りどころとするのが、スイスにある渡航自殺幫助機関(国外者を受け入れている)の DIGNITAS である。世界で唯一海外からの渡航自殺幫助希望者を受け入れている民間の機関である。その是非はともかく彼らにとって唯一の救済機関である。
- 2) 安楽死・尊厳死の定義として、日本尊厳死協会「尊厳死とは何か」を援用。この定義は国際的にも共有されているものである。
 1. 安楽死(積極的安楽死): 苦痛から免れさせるために意図的積極的に生命を終焉させること
 2. 消極的安楽死(本人が要請すれば尊厳死となる): 治療の差し控え・治療の中止
 3. 間接的安楽死: 苦痛の軽減のための過度の鎮静剤の投与(その結果死に至ることも有)
- 3) 両事件は患者側(含家族)と医師との価値観の乖離が、最終的に禍根を残すことになった事例で、医学的無益性を判断する事の困難さを改めて浮き彫りにするものである。

<引用・参考文献>

- ヴァンサン・アンベール(2004)『僕に死ぬ権利をください』山本知子訳、NHK 出版。
- 甲斐克則(2002)「ヨーロッパ人権条約が保障する権利」『ヨーロッパ人権裁判所の判例』信山社。
- 菊池広子(2011)「フランス終末期医療事情」『日経メディカル』40-45,日経 BP 社。
- 小出泰士(2014)「フランスの終末期における治療の差し控え・中止・緩和ケア、安楽死」『理想』No.692。
- 篠田道子(2012)「フランス終末期ケアの動向とわが国への示唆」『日本福祉大学社会福祉論集』127号。
- 笠木映里(2014)『社会保障と私保険』有斐閣。
- 服部有希(2011)「フランス生命倫理関連法の制定」『立法情報』国立国会図書館調査及び立法考査局。
- 福原徹(2015)「重度遷延性意識障害患者への治療制限の是非」『生命倫理』Vol.25, No.1
- 牧田満知子(2012)「「安楽死をめぐる比較文化論—日本とオランダの医療文化における「死生観」を手がかりとして—」『兵庫大学論集』No.17。
- 箕岡眞子(2013)「認知症の終末期医療ケア—認知症ケアの倫理の観点から」『医事法講座第4巻: 終末期医療と医事法』
- Loi Leonetti, http://fr.wikipedia.org/wiki/Loi_relative_aux_droits_des_malades_et.
- Rapport Sicard, http://fr.wikipedia.org/wiki/Rapport_Sicard.
- フランス尊厳死協会ホームページ
<http://www.admd.net/la-salle-de-presse/temoignage-de-vincent-humbert.html>