

講 演

フランス法における安楽死

クリスティアン・ビック*
 柿本佳美 訳

人間の生命と尊厳は、社会秩序の基本となる価値を構成する。刑法が主要な禁止処分のリストを樹立し、リストへの違反を抑制する場合、刑法が関わるのは、社会秩序の保護とその向上についてである⁽¹⁾。

良い死、穏やかな死を迎えるために生に終止符を打つということは、法に適っていることと禁止されていることとの間にある限界を定義するという、刑法に託されたこうした使命のうちに完全に含まれている。こうした行為は、生と尊厳がある人間にとって本質的な価値の侵害だろうか？ あるいは逆に、尊厳のなかに存する生命の尊重のしるしとして解釈されうるだろうか？

こうした議論は、上記の点からすると目新しいものではないが、法との関係では歴史的な段階から発生したように思われる。

啓蒙哲学が宗教の支配から個人と国家を解放することにより、刑法では自殺が抑制されなくなってから、自殺は自由な行為として明確化された。1791年以降のフランス法がそうである⁽²⁾。

家族が引き受けていた役割を徐々に失わせた死の医療化は、個人にとっては

* パリ控訴院判事、比較法フランスセンター理事会委員、法・倫理・科学国際学会事務局長。

法倫理・科学国際学会は、科学・倫理・法の関わりに向けた、国際的かつ学際的なネットワークである (www.iales.org)。3ヶ月ごとに2ヶ国語での生命倫理国際ジャーナルを出版している (Edition Eska, 12, rue du 4 septembre, 75002, Paris, より出版)。

- (1) Christian Byk, *Le droit pénal des sciences de la vie, Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 1996, n° 1, p23
- (2) Georges Minois, *Histoire du suicide. La société occidentale face à la mort volontaire*, Fayard, Paris, 1995

最期の時の剥奪として存続した。

人生を終える時と方法を選ぶ権利の要求 *revendication* は、苦しみ、回復の見込みのない人々の生命を維持する医療技術が進歩した20世紀の終わりに生まれた、強い所有権返還要求 *revendication* である⁽³⁾。

この要求は、その恩恵を要求する人々が医療によって補助されうることを意味することで、そして自分たちの利益によって自分たちが関わる関係を変え、医療技術によって近づきつつある死の方向を変えることによって、よく死ぬことへの権利の認知を促すことができるだろうか？

フランス法は、(I) 個人に自分の人生の最期の時のコントロールを引き渡す正当性を十分に認識はしているものの、メディアによる1970年代以降の強く執拗な圧力にもかかわらず、(II) 安楽死にあてはめられる「汝殺すことなかれ」という命令に対する、あらゆる「合法的」違反の禁止を維持している。

I 自らの死を再び自分のものとするを人に許容すること

医療の援助を得ようとする権利要求のなかに安楽死の権利を求めるパルティザン達の根気強さがあるからといっても、死を「人間的なものとし」、人生最期の時に人に尊厳と自身のコントロールを復権する必要性を考慮するという、政治の決定者ならびに立法者によって1980年代以降に達成された道筋を隠すことは不可能であろう。この揺るぎのない歩みは、本質的に、(A) 苦痛を引き受けるポリティクス、および (B) 治療の執拗さへの拒否の権利の認知によって達成された。

A) 緩和ケアのポリティクス

患者に対する医師の共感的な義務は、条文の法規範に合致した治療行為を尽くす義務にとどまらない。医師の義務については、医師の職業倫理規範（医師職業倫理法典）第38条が義務を定めているとともに、患者の最期のときまで患者に寄り添うことをも想定している。緩和ケアは、苦痛を軽減し、最大限可能な限り生きることを病者に可能にするものであるが、医師の役割の一貫性に応じている。フランスにおける緩和ケアの発展が1980年代に深刻な遅れをとった

(3) Jean-Louis Baudouin, Danielle Blondeau, *Ethique de la mort et droit à la mort*, PUF, 1993

ということは正しいのだけれども、これは、介入的な医療の限界を認識するのが医師団にとって困難であったためだけでなく、とりわけ苦痛の軽減におけるモルヒネ使用に関する法的な障害のためでもあった⁽⁴⁾。

公衆衛生サービスの新しい使命である緩和ケアは、徐々に健康への権利に統合される部門となった。

1) 緩和ケアと公的サービス

緩和ケアユニット（Unité des soins palliatifs, USP）の創設に関するフランスの保健衛生システムの組織において緩和ケアに最初の一步を踏み出させることになったのは、1986年8月26日付通達であった⁽⁵⁾⁽⁶⁾。

しかし、このシステムは、公的サービスの役割として緩和ケアを組み入れた1991年7月31日付病院法となり、これ以降、病院施設は、「患者に対し、患者の状態からして必要とされる予防、治療もしくは緩和のケアを提供」⁽⁷⁾しなければならない。これらの法の正文の適用は、その内容に見合ったものではないし⁽⁸⁾、世論は新たに起こる安楽死事件⁽⁹⁾に影響されるけれども、国会は、緩和ケアへのアクセスの権利を定立することにより、補足する一步を踏み出している。

2) 緩和ケアへの権利

1999年6月9日法⁽¹⁰⁾は、全会一致で採択されたものだけれども、緩和ケア

(4) Chantal Couvreur, *Nouveaux défis des soins palliatifs*, De Boeck Université, 1995

(5) 「ケア組織および終末期にある病者の付き添いに関する1986年8月26日付DGS / 3D 通達」, 公報, 連帯・健康・社会保護省, N°86/32 bis, 1986

(6) Maurice Abiven, *Pour une mort plus humaine, expérience d'une unité hospitalière de soins palliatifs*, Masson, 1997

(7) 公衆衛生法典 L6112-2条

(8) 1998年に行われた調査によって、フランスの41の県ではいかなる緩和ケアサービスも受けられないことが明らかになった（ルシアン・ヌヴィルス報告, 元老院（上院）, 1998—1999年度会期文書, N° 223）。

(9) マレヴル事件およびデュフォ事件。1998年、はっきりしない性格の看護師が多数の高齢患者を「安楽死させ」（マレヴル事件）、老人医療サービスの長が半身不随で壊疽に罹っていた92歳の患者に塩化カリウムを注射した（デュフォ事件）。

へのアクセスを、「緩和ケアが病状により必要であるようなすべての疾病を持つ人」⁽¹¹⁾に開かれた権利、したがって終末期にある人だけのケアに限定されないもの、とする。法の正文は、直系尊属、直系卑属、住居を共にする人が終末期にあるすべての賃金労働者の利益を配慮した介護休暇⁽¹²⁾もまた、創設しており、終末期にある病者に付き添うボランティアに地位を与えている。

実際、この法の目的は、緩和ケアの実践を占有しようとする医師団の抵抗を「覆す」推進力を作り出すことにあり、特殊なサービス以外でのケアの提供の発展を容易にした⁽¹³⁾。補足的な段階となる「患者の権利に関する2002年5月4日法」⁽¹⁴⁾は、病院施設と同じく、市中で開業している医師についても、手段に関してこの義務の責務を負う者とするにより、「苦痛の軽減を目的としたケアを受ける」すべての人にとっての権利を予測した措置を公衆衛生法典のなかに組み入れた⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾。

確実な有効性を緩和ケアに保障するための長く困難な道のりは、患者の権利のバランスの回復という別の視点への影響なくしては、存在しえなかった。すなわち、治療の執拗さを終わらせる可能性である。

-
- (10) 緩和ケアへのアクセスの権利を保障することを目的とした1999年6月9日付法99-477号（1999年6月10日付官報）
- (11) 公衆衛生法典 L1110-9条
- (12) 労働法典 L225-15条
- (13) 緩和ケアへのアクセスの権利を保障することを目的とした2002年2月19日付通達 DHOS/02/DGS/SG 5D2002-98号、および在宅緩和ケアに関する2002年5月3日付デクレ2002-793号参照。
- (14) 病者の権利および医療システムの質に関する2002年3月4日法第2002-303号（2002年5月5日付官報）
- (15) 公衆衛生法典 L1110-5条第3項
- (16) 医師については、これだけが1995年9月6日付デクレ95-1000号に由来する医師の職業倫理規範（医師職業倫理法典）第38条によって発生した職業義務の成立まで適用された。
- (16-1) 2006年2月6日付デクレ2006-122号（2月7日付官報）は、ケアの一般的な計画が施設あるいはサービスの計画の適用に定められている場合、「受け入れている患者の状態が必要とする、特別な人員編成の計画を含む、緩和ケアを確保するように用意する適切な措置全体を定義する」ことを明らかにしている（公衆衛生法典 D311-38条第1項）。

B) 治療の執拗さの拒否

まず、治療の執拗さの拒否の問題は、法的には誤った問いである。実際のところ、医師-患者の関係に関する古典的な概念は、提供されるケアに対して患者が最初に与えた同意を保持している間にのみ、医師に対し、「治療に関する特権」、すなわちフォートがない場合に患者の身体の一貫性への侵害に対する刑法上のあらゆる責任を免じるものであるが、こうした特権を与えている。

そうすると、ケアの継続への病者の拒否、（ケアの継続への病者の拒否）いわんやあらゆる治療の執拗さの拒否を含む拒否は、いうまでもないだろう⁽¹⁷⁾。これは、医師に課せられている既存のケアの義務という名のもと、権利と医療の義務が患者を抑制するような「パターナリスティックな」関係に依拠するものではない。立法者は、患者と医師の間関係にもう一度バランスを取り戻して医師による引き受け責任を明確にしようという意見に誘発され、治療拒否の自由が結果を問わず医師の責任より優位にあることを医師に保障するための特別な手続きを準備することで、治療の執拗さを拒否する患者の権利を強化した。

1) 患者と医師のパターナリスティックな影響力

この一方で、治療を尽くすのを医師が思いとどまることについては、1970年代以降、少なくとも、患者による拒否によって生じるだろうリスクを医師が患者に知らせており、提示された代替治療が見せかけのものではない場合、刑法上の観点からはもはや、罰せられることも規律違反となることもなくなった⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾。しかし、他方で、患者の拒否に反する医師の介入については、「生命

(17) 「病者の意思は、可能な限り、常に尊重されるべきである」は、1979年の医師の職業倫理規範（医師職業倫理法典）第7条（1995年の医師の職業倫理規範（医師職業倫理法典）第36条となる）に記載されており、次のように書くことが可能であった。すなわち、「この要求は明らかであり、判例のような法解釈では全会一致でこれを肯定している。2000年12月18日のヨーロッパ共同体基本権利憲章では、『人の統一性』（3-2条）と題された原則を繰り返している。私たちは、普遍的な規範について話すことができているのである」Gérard Mémeteau, *Cours de droit médical*, 2^{ème} édition, Les Etudes Hospitalières, 2003, p 314

(18) 破毀院刑事部1973年1月3日, Dalloz 1974, p. 591, Levasseurによる評釈

(19) コンセイユ・デタ, 1994年7月29日, *Revue de Droit Sanitaire et Social*,

に関わる予後がかかっており、緊急の事態において、治療の代替手段がない場合、医師は、患者の救命に不可欠でありその容態に見合った行為を実践するしかない」⁽²⁰⁾以上、この限りではなかった。

破毀院は、民法典16-3条に付託し⁽²¹⁾、「何人も、法が予見したケース以外に侵襲的介入を受けることを強制されない」⁽²²⁾ことを、ケアの拒否への実際上の権利を定立することにより⁽²³⁾、認識した。しかしながら、判例は、複雑かつニュアンスをふくませつつ、人体の不可侵性の原則が命じるところ、とりわけインフォームドコンセントの要求、と、患者の健康と生命を保護するために医師に課せられた義務との間の平衡点を望んだ。

次の事柄を指摘することにより、直ちに立法者の介入以前に積極的な権利の状態をまとめることができるだろう。すなわち、権利の状態が「民法、刑法、行政法に関わる判例を発展させた。病者の意思が明らかにその生命に関わる利益に反する場合かつ適切な治療ないしケアが存在している場合、医師は安易に記録を残すことができないだろう。この見解を進化させ、他の見解を受け入れるように勧めることが可能な関係を維持すべきである。最終的に効果がないならば、どのような場合であれ、患者に治療を明らかにすべきである」⁽²⁴⁾、と。こうした歩みが立法者のみによってなされるのであり、法が治療の執拗さを拒否する権利およびそれ以上の権利を確定していると今や結論せざるを得ないような、より一層決定的な歩みしか、考慮しないのである。

2) 治療の執拗さの拒否への権利の是認

1995年の新しい医療義務法典のヴァージョン⁽²⁵⁾に控えめに言及されている、

1995, 57, デュブイによる注釈。

- (20) コンセイユ・デタ, 1982年1月27日, D1982. IR. 275, J. ベノーによる意見。
- (21) 法典は、人体の不可侵性の原則とその系, 医療問題に関しては当事者の自由かつ明確な事前の同意の存在, を喚起している。
- (22) 破毀院第2民事部, 1997年3月19日, 破毀院民事部判決報告書第86号: JCP1997. IV. 1006。
- (23) P. サルゴによる報告, 破毀院第1民事部, 1997年10月14日, JSP1997. II. 22942。
- (24) 政府委員ドゥ・エア氏による結論, バリ行政控訴院, 95-PA03653号; S氏その他, 1998年6月9日, D1999, 27, G. ペリシエの注釈。
- (25) 第37条「医師は、あらゆる状況において、病者の苦痛を軽減し、精神的に支え、診断あるいは治療における理由のない固執を避けるよう、努めなければな

「常軌を逸した執拗さ」の拒否は、實際上、2002年5月4日法と2005年4月22日法によってのみ、権利となる⁽²⁶⁾。

前者は、その選択が生命を危険にさらすことになった場合であっても治療を拒否するすべての人の権利の原則を提示する。すなわち、「医師は、その人が選択した結果を当人に知らせた後、当人の意思を尊重すべきである」⁽²⁷⁾。しかし、このように明示されたにも関わらず、この原則により中止することは医師にとって難しいに違いないから、法は「医師は必要不可欠なケアを受けることを（人に）認めさせるよう尽くすべきである」と付け加えており、判例は、以前の立場、すなわち予後が危険な状態にあるような極端な状況であると病者が思っている場合、病者の意思に逆らってケアを行うというようなことを自制するよう医師に法廷命令 *injonction* を出すことはできないという立場、を維持することになるだろう⁽²⁸⁾。

2005年4月22日法は、医療の実践を念頭に置くよう配慮しつつ非常に広範にまとめられているが、原則の射程を明確にし、そして、自分たちの責任が法廷に持ち込まれるのを目の当たりにするという医師のリスクが増大しないように保証する、特別な手続きを定義している。

このように、治療の拒否ないし停止が「あらゆる治療」、すなわち人工呼吸器の装着ひいては栄養補給を含む治療、に拡張される⁽²⁹⁾だけでなく、さらに、医療専門家が「死のときまで尊厳ある生を各人に保障するために」使用方法に関し、詳細な項が同法 L1110-5条に付け加えられた。すなわち、「これらの行為は、不合理な執拗さをもってして継続されるべきではない。これらの行為が不要であり、釣り合いが取れない、あるいは生命の人工的な維持のみをもたらす場合、治療は停止されうるかあるいは差し控えられうる。」ケアの義務は、退けられず、緩和ケアの実践へと移される。「このような場合、医師は、公衆衛生法典 L1110-10条に適用されるケアを提供することによって、死にゆく人の尊厳を保護し、生命の質を確保する」⁽³⁰⁾。

らない。」

(26) 2005年4月22日法第2005-370号、4月23日付官報

(27) 公衆衛生法典第 L1111-4条

(28) コンセイユ・デタのフィユラテによるレフェレ、2002年8月16日付第249552号、およびリール地方行政裁判所、ギユイスランによる2002年8月25日付第02-3138号。

(29) 公衆衛生法典第 L1111-4条

これらの権利の利用を確保する手続きに関しては、医師への以下の保証を有する。すなわち、

—生命の危機にあるときの治療停止⁽³¹⁾

自身の意思を提示することが可能な人に関しては、医師は医師団の他のメンバーの助力を求めることができ、どのような場合においても、病者は妥当な猶予期間に自分の決定を繰り返さなければならない。病者の決定は、医療記録に記載される。

決定は、当人が自らの意思を提示できる状態でない場合、合議による手続き⁽³¹⁻¹⁾の枠内でのみ下され、信頼関係にある人、家族、あるいは近親者との相談、万が一の場合は事前指示に従属する⁽³¹⁻²⁾。

—一生の終わりにおける治療の拒否と停止⁽³²⁾

意思を伝えることが可能な人の決定は、医療記録への記入の対象となる。医師は、当人に今後起こることを告知した後では、この選択を尊重しなければならない⁽³³⁾。

自らの意思を提示できる状態にない人については、特別な手続きがある。これは、生命が危機にある場合の治療停止の場合に定められた手続きに類似する。

もちろん、2005年4月22日法は、医師に関する政治的に正しい言葉にすれば「不合理な執拗さ」となる、治療の執拗さの拒否への一般的な原則の強化に関わる。しかしながら、本質的な変更は、自らの意思を提示できない人に関する準則の説明と、医師に最終的な決定をすべて任せることで、周囲の人々の意見、万が一の場合は事前指示、を「考慮に入れる」特別手続きの設置にある。

このように、我々は安楽死への権利あるいは自殺幫助への権利からは程遠いのである。

(30) 公衆衛生法典末尾、第1110-5条第2項

(31) 公衆衛生法典第 L1111-4条

(31-1) 2005年4月22日法第2005-370号によって予見された、合議による手続きに関する2006年2月6日付デクレ（2月7日付官報）：公衆衛生法典新第 R4127-37条

(31-2) 2005年4月22日法第2005-370号によって予見された、事前指示に関する2006年2月6日付デクレ第2006-119号（2月7日付官報）：公衆衛生法典第 R1111-11条から第 R1111-20条、および第1112-2条

(32) 公衆衛生法典第 L1111-10条から L1111-13条

(33) 公衆衛生法典第 L1111-10条

II 否定された安楽死への権利

世論は生の終わりに関する議論が緩和ケアと執拗な医療の問題に限定されるのを望まないものではあるが⁽³⁴⁾、それにもかかわらず、刑法は、安楽死という言葉と状況そのものを認知しておらず、断固として、法による禁止に違反しようとするいかなる気持ちにも抵抗していることは認めざるを得ない。

法によってなされた唯一の「譲歩」とは、安楽死の例外の認知の代わりに、与えられた治療には生命を短縮する副次的な効果があるだろうと知りつつも病者の苦痛を軽減するという、医師に与えられた可能性である。

それでは、ヨーロッパ人権裁判所の判例は、フランスの権利を進化させるべく、安楽死への権利のバルティザンたちのまさに救いとなるのだろうか？

A 安楽死は殺人の禁止の違反にとどまる

フランスの立法は、ケアのアプローチと患者-医師間の関係のバランスを取り戻す方向へと完全に向かっており、法の禁止を再度問題にしていない。刑法は、ありのままの安楽死を認めていないが、法的な呼称がさまざまでありうるにせよ、すでに言い渡された刑も裏付けている抑制されたニュアンスを示しつつ、生命に危険をもたらす自発的な行為を安楽死と同一視している。

1) 法の禁止とその法性決定 *qualification juridique*

安楽死は、「よき、穏やかで苦痛のない」ものであるにせよ、死を他人にもたらす行為として理解されることにより、人間の社会組織が創設した禁止の違反になる。よって、フランス法は、違反要件を備えた法においては被害者の同意には全く重要性を与えていないけれども、動機（苦痛を前にしての同情）については刑を確定するためのみ、そして万が一有責性に関わる場合には行為者の意図を明らかにするためにのみ、考慮することで、安楽死を告発する。

このような論理によれば、刑法典には、安楽死という特別な違反は存在しない。

法性決定が安楽死を殺人として告訴することを可能にすることで、服毒死か

(34) 調査会社 IFOP による調査によれば、88%のフランス人が安楽死を望ましいものだと表明している（*ジュルナル・ディマンシュ*紙2002年12月）。

否か—危険な状態にある人の介助—が明らかにされるのは、行為者の意図ないし実行の仕方によってである。

a) 殺人としての安楽死

状況を悪化させた場合あるいは予謀の場合、30年の懲役刑 *réclusion criminelle* と終身刑 *réclusion à la vie* というのがもっとも厳格な法性決定である⁽³⁵⁾⁽³⁶⁾⁽³⁷⁾。この法性決定は、当該行為を行った者がその行為の性質から結果として生じるであろうことがらである、意図的に他人に死をもたらす目的を持っていた⁽³⁸⁾と想定する。立法者が2005年4月22日法（下記参照）によって介入したのは、往々にして、患者の苦痛を減じるためにその生命を短縮する医師に関しては特に状況があいまいだからである。しかしながら、事実上の要件は、積極的な行為でなければならない。すなわち、不履行は、危険な状態にある人を助けないという枠組内にとどまることになる（下記参照）。

b) 毒殺としての安楽死

安楽死が死をもたらしたと想定されうる物質の投与または使用により処置された場合、30年の禁固刑に処される毒殺⁽³⁹⁾（あるいは重大な状況の場合には終身性）である。この法性決定は、その抑制にあたりいくつかの「利点」を示す。つまり、この決定は、調査される結果が侵害である（被害者が生き延びた可能性がある）ことや、内容が実質的に死に至る（行為者がそのように考えただけで十分となる）ことを仮定していないということである。さらに、死をもたらす意図については、犯罪を特徴づけるのに必要であるものの、往々にして、行為そのものからでなければその行為が行われた状況（弱い立場にある人の食事に盛られた毒物）から、しばしば被害者の身近な人物によって行われるこの「ひそやかな」犯罪の油断のならない性質に注意を促すことにより、推論されることになる⁽⁴⁰⁾。

(35) 刑法典第221-1条

(36) 刑法典第221-4条

(37) 刑法典第221-3条

(38) 破毀院刑事部、1991年1月8日、第90. 80. 075号、破毀院刑事部判決報告書第14号

(39) 刑法典第221-5条

(40) 「血液汚染事件」の際、判例は、行為者が死なせる意図を表明していた場合にのみ、意図について特徴付与しないということを明らかにした（破毀院刑事部、2003年6月18日、第02-85. 199号、第3074F-P+F号、破毀院刑事部判決報告書第127号）。

c) 安楽死と危険な状態にある人を助けないこと

この法性決定は、他人あるいは第三者へ危険をおよぼさず、危険な状態にある人を助けるのを止めた人の行為を、法によって5年の自由剥奪刑に処することにより、自発的拒否という行為を告発することを可能にする⁽⁴¹⁾。他者が受ける危害の認識を含む、こうした義務一般が医師の職業的義務と接合する場合⁽⁴²⁾、介入を前提とする差し迫った危害という概念が生の終わりの状況と結びつくにもかかわらず、この義務が疑問に付されることはほとんどない。言い換えると、絶望的な状態にあると思った被害者は当然のごとく助けられるのだろうか？ この点に関して、判例は、たとえ有罪を言い渡されようと、被害者がそのまま生きているからには、違反という要件が救命の有効性よりも下位にあると認めることで一定している⁽⁴³⁾。

今後は法によって明示されることになる、あらゆる治療を拒否する患者の権利は、医師による停止への真の違法性阻却事由を作り出す。同2005年4月22日法は、不必要となるかバランスを欠くようになったケアを与えないかもしくは与え続けるのかを医師が決定する場合の医師の立場をも強固なものにする（上記参照）。

2) 法的実践のニュアンス

法的実務は、一般的なやり方では被害者の同意⁽⁴⁴⁾も行為者の動機⁽⁴⁵⁾も違反の特徴づけには関わってこないならば、追及の時宜について判決を下すのが重要である場合、さらにはその行為と行為者の人格に適用される刑を定めるのが重要である場合には、これらを考慮する。違反行為が、同情からではなく、与えなければならないと感じる役割から突き動かされ、行為者が行った職業上の義務への真の背信に属している場合、刑は厳しいものになるだろう⁽⁴⁶⁾。司法

(41) 刑法典第221-5条

(42) 医療職業倫理法典第9条

(43) 破毀院刑事部、1953年3月23日、破毀院刑事部判決報告書第104号、およびナンシー控訴院、1965年10月27日、D1966, p. 30, ロレンツによる注釈。

(44) 破毀院混合部、1837年12月15日、S1838, ベランジェによる報告とデュパンによる結論。

(45) 破毀院刑事部、1932年8月20日、D1932I. 121

(46) 看護師 C. マレヴル事件参照。C. マレヴルは、死ぬ意思を全く示していなかった多数の患者に死をもたらし、2003年、控訴院で10年から12年の懲役刑を言い渡された。

は、その他のケースについては、追及しないと決定するにあたって、ためらいがより大きいことで刑に関して寛大であるように見えることを承知している⁽⁴⁷⁾。

このように、安楽死は同情による行為として見なされうるが、この認識は行為者を公的な刑法典に従って行為者を裁く長い司法プロセスの結果としてのみ関わるにすぎず、刑は、節度あるものにせよあるいは象徴的であるにせよ、下されるに至ることになるだろう。訴訟の後の結果についてのこうした不安定さは、司法手続きを引き起こすわずかな事件と両立したままである。その代わり、自分の患者の苦しみを軽減する手段が結果的に患者の生命を短縮することにもなりうる場合、こうした不安定さによって緩和ケア医がこうしたリスクを回避すべく不安に陥ることも理解されている。そうすると、ヨーロッパ人権裁判所が言いそうなことではあるのだが、苦痛と「生命の質」に関するこのような考慮は、安楽死の行為に等しい特定の行為に関して、いふなればあまりにも抑圧的な現行法に限界を課する手段となるのだろうか？

B 「安楽死」とされる特定の行為を抑圧することへの限界としての苦痛の緩和？

フランス法は、個人の自由の表明としての安楽死と自殺幫助を却下しつつ、苦痛を緩和する特定の行為に対しては「小さな扉」を開いたように見える。この立場は、ヨーロッパ人権裁判所の判例を作成すべきであるという「積極的」な言い渡しによって強化されうるかもしれない。

1) フランス法における安楽死の例外？

a) 「生命の終わり、生命の停止および安楽死」に関する国家倫理諮問委員会の意見書

国家倫理諮問委員会は、2000年1月27日付意見書⁽⁴⁸⁾において、自殺幫助に関するいくつかの申請が「真摯で、ゆるぎなく、繰り返されており、幫助の要

(47) 同様に、アンベール事件では、2006年の初めに大審裁判所検事正 Procureur de la République がこの患者の医師と母に対して免訴を請求し、サン・アステイエ事件では、医師は、終末期にあったがん患者に対して致死量の注射を命じたのだが、毒殺のかどより重罪院に移送される前に放免された（2006年1月6日付ルモンド紙）。

(48) 2000年1月27日付意見書

請を隠してはいない」ことを考慮し、「連帯の義務と安楽死という例外」という言葉を用いて安楽死に着手することでこうした要請に答えることを約束した。

委員会にとっては、苦痛と苦悩の極限状況に関わり、同意の概念および同意する概念に立脚する以前の「例外的な開始」が問題とならなければならない。「そうすると、原則の見取り図のうちに受け入れられえないということが、人間の連帯と同情を正当化しうる」。そして、こうした要求に直面してその行為を認可するという場合、こうした行為は、個人的でもなく責任を免れた決定でもない、慎重に考慮された決定でなければならない。それゆえ、国家倫理委員会は、安楽死を処罰対象外とすることを提言してはいないものの、法と人間的な現実の間のあまりにも大きなギャップを避けるためにそこに導きうるような例外的状況については、その状況に応じた評価を示唆している。

学際的な専門家からなる委員会は、予審手続きの前あるいは弁論の開始時に、善の評価—裁判機関はその決定から自由でありつつ、援用される動機（苦痛を短縮する、患者によって示された要求に応える、同情から行為する）に関して議論と事実に根拠を与えている—を進めるであろう。

この提案は、動機の評価に関して安楽死の状況に特別な刑事手続の規則を創設することを目的とするが、裁判機関が実行された行為の原因となる動機をすでに考慮していたため、継続されなかった。

その代わりに、立法者は、意思を満足させるため、苦痛の軽減を目的とする特定の実践のために受けたりスクについて、あらゆる曖昧さを取り除くことを選んだ。

b) 二重効果（ダブル・エフェクト）となる治療に関する2005年4月22日法の規定

緩和ケアが患者の権利となり、苦痛の軽減が医師の義務となっても、苦痛を軽減する目的がある製品の服用の処置の後に患者が死亡した場合に刑法的な追及を受けることを持ち出し、医師がこの方向に行動するのをためらうのは逆説的ではないだろうか？

2005年4月22日法は、「重大で治癒不可能な疾患の進行したあるいは終末期の段階において、人の苦痛を軽減することができないことを証明する」医師に、「その人に、その生命を短縮する副次的な効果を持ちうるような治療を施す」ことを可能にすることによって、この困難を取り除いた⁽⁴⁹⁾。こうして法的な許可が創設されたけれども、これには限界がある。すなわち、法的な許可

が、ただ医師に恩恵を与え、進行したあるいは終末期の段階にある患者に適用されるだけであり、苦痛を軽減する他の手段の存在しないことを前提とするという点である。

しかしながら、死が追及対象となる結果ではなく、苦痛の軽減だけを目的とする治療によって生じうる結果となるような、法が対象とする仮定と、死が熟慮の上で早められるような、同情による安楽死の仮定という、この二つの仮定の違いは、しばしば現実の状況を維持し、これに依存することになる（患者の情報に関する手続きの尊重および記録への記載…）。それにもかかわらず、立法者と追及の責を負う当局（大審裁判所検事正）へのメッセージの意図は、こうした状況のなかでは、医師にとって望ましい先験的原理を創設するものになる。

フランス法の「慎重さ」は、特に隣国の法（ベルギー、オランダ、スイス）⁽⁵⁰⁾と比較すると、ある程度、ヨーロッパ人権裁判所に関する判例によって「補正され」るのだろうか？

2) 特定の形態の安楽死の認識に対するヨーロッパ人権裁判所判例の寄与

ブリティ事件⁽⁵¹⁾において見解を明らかにする義務を負ったヨーロッパ人権裁判所は、生命への権利の保護が死への権利の擁護を含むという考えを却下したが、こうして特定の実行の認識に道を開くことで、安楽死の問題が個人の自律の実践に属することを認めた⁽⁵²⁾。

a) 自律の確立と生命の質への考慮

「概念そのもののうちに権利を形成する代わりに）個人の自律の概念が（私的生活および家族生活の保護に関する）第8条による保障の解釈の根底に存する重要な原則を反映する」ことを初めて肯定することにより、「法廷は、各人が理解する通りに自分自身の生を生きる能力が、その人格に対して身体的にあ

(49) 公衆衛生法典第 L1110-5条最終項

(50) オランダでの2001年4月12日法、ベルギーでの2002年5月28日法、およびスイスの刑法典第115条

(51) ヨーロッパ人権裁判所、ブリティ判決（イギリス）、2002年4月29日、訴訟第2346/02号

(52) Christian Byk, *le droit à la vie et l'euthanasie-le cas Pretty in Conseil de l'Europe, l'euthanasie*, tome 1, Editions du Conseil de l'Europe, 2004, p 115

るいは道徳的に損害ないし危険を与えうる性質を持ったものとして受け取られた活動力を放棄する可能性をも含みうることに留意する」。そして付け加える。「問題となっている行為が健康への危険に相当する場合、もしくは死に至る可能性のある性質を呈していると理性的に考えうる場合でさえも、条約機関の判例は、第8条第1項が意味する私的生活への侵害として、拘束力のあるあるいは刑法的な性質のある措置を国家によって課すことを考慮する。」生の終わりについてこの法的推論を適用すると、法廷は、従う事由が重要であるから、以下を明確にしている。すなわち、「(原告が) 自己の存在の最期の期間を過ごすことを選ぶ方法は、生きる行為を構成しており、これ(自殺補助を指す!)が尊重されるということを要求する権利である」。かくして、法廷は、次の法的推論を行う。「人の尊厳と自由は、条約の本質そのものである。法廷は、条約によって保護される生の神聖な性質の原則をいかなる仕方によっても否定せず、生命の質という概念がそのあらゆる意義を持つのは第8条の視点のもとにおいてであると、考察する」。そして、結論である。「この種の原告は、法によって、その人の目からすると価値がなく耐え難い生の終わりを構成する事柄を避けようとする選択を実践することを妨げられている。法廷は、こうした事柄が当事者の私的生活の尊重に関する権利への侵害を示していることだけを拒むことができない」。法廷は、K. A および K. D. 判決⁽⁵³⁾におけるこうした法的推論を確認しつつ、「格別に深刻な理由のみ」が国家の干渉を正当化しようと明確にすることになるだろう。

b) 国家の干渉：正当化されるべき介入

ヨーロッパ人権裁判所の判例は、生の終わりの状況に関して、原則を覆した。規則となるのは個人の自律であり、刑法を経由すると、格別に重大な理由によってのみ正当化されうる介入となるのは、国家の介入である。この上ない解決のこの瞬間、生命の質は、人間の尊厳と自由の名における生の絶対的な尊重よりも優位に立ったのである。

しかしながら、どのような条件においてこの法的推論が適用されうるのかを理解するためには、二つの留保が作成されねばならない。

一方では、本件がそうであったように、自らの個人的な自律を享受している人のみに関わる。「夫の介助を得て人生に幕を下ろすという選択を下すことで

(53) ヨーロッパ人権裁判所, K. A. ならびに K. D. 対ベルギー判決, 2005年2月17日, 判決第42758/98号

(その人の) 苦痛を緩和することを望む当事者」と、ブリティ裁判での法廷は言及する。

他方では、国家による介入は、可能であるけれども、民主主義社会においては他者の健康、道徳、権利と自由の保護、あるいは刑法違反の防止を確保するために直接的に必要な措置の形態をとる必要がある。この場合、法廷は、正当化されうる介入を推定するため、このように指摘する。すなわち、「この場合の非難されている法的措置は、…弱く傷つきやすい人を守りながら生命を保護するために考えられた」のであって、「乱用による危険と、場合によっては、自殺幫助の法的禁止の柔軟化あるいは原則の例外の創設を含む、もたらされた乱用によって起こりうる結果を評価するのは国家の第一の長に属する」。しかし、法廷が認識しているように、ブリティ夫人は、弱者のカテゴリーには属していなかった。それゆえ、夫人の法的な自律は、安楽死を罰する刑法の無効化が作り出す「乱用による明らかな危険」を理由に、法廷の判決が先例だと考えられることを避けるために「尊重されなかった」。

「それによって免除が要求される行為の重大さ」は、法の適用への例外が要求される以上、ブリティ判決を見ると、常に国家の介入を正当化しているように見える。法廷は、国家の介入の真の限界を識別するためにはおそらく、安楽死と自殺幫助を認可しているいくつかの国の法的措置の生命への権利に関する両立可能性について、見解を明らかにするべきであろう。

したがって、フランス法は、ヨーロッパ人権法のなかに新しい立法修正を引き起こす十分に強い流れを見出すことはできないだろう。むしろ、裁判の審理には至らない訴訟（ほとんどのケース）と、最大の偶然によって成功した訴訟（いくつかのケース）との間の取り扱いの過度の不均衡が強調されながらも、医師を巻き添えにした、ドラマチックな個人の新しい訴訟の媒介によるそうした修正を期待しなければならない。沈黙、さらには医療行為の認可、他方では重罪院を前にしての公的なスティグマの付与、その他。

あまりの不名誉に直面してのあまりの名誉、これがフランスにおける安楽死への特別な立法の準備の理由なのかもしれない。

(訳者あとがき)

ここに訳出したのは、2008年3月12日に早稲田大学で開催されたバリ控訴院クリスティアン・ビック判事の講演（早稲田大学比較法研究所主催）の原稿

（原題は Christian Byk, L'EUTHANASIE EN DROIT FRANÇAIS であるが、この原稿は、M. Groenhuijsen, F. van Laanen, *Euthanasia in international and comparative perspective*, Wolf Legal Publishers, 2006にも所収）である。ピック判事は、フランスの生命倫理の分野でユネスコを中心に活躍しており、法・倫理・科学国際学会事務局長、比較法フランスセンター理事会委員（secrétaire général de l'Association internationale droit, éthique et science^o, membre du conseil d'administration du centre français de droit comparé）でもある。また、日本にも何度か来られたことのある親日派である。今回は、早稲田大学大学院法務研究科の甲斐克則教授のお世話で早稲田大学での講演が実現した。当日は、訳者（柿本）が通訳を務めたことから、ここに同講演の原稿を訳出機会を得たので、簡潔に解説を付しておきたい。

安楽死をめぐるフランス法については、磯部哲氏による論考および本田まり氏による翻訳と解説に詳しく説明されている⁽¹⁾ので、ここでは安楽死をめぐるフランス社会の反応について述べたい。

ピック判事による講演からまもない3月19日、積極的安楽死を求めて裁判を起こしていた女性がディジョン地裁に提訴を却下された2日後に死亡しているところを長女が発見した事件と、ノーベル賞候補にも挙がっていたベルギーの作家ユーゴ・クラウスがアルツハイマー病に罹ったことを理由に積極的安楽死により死去したというニュースがマスメディアで報じられた⁽²⁾。シャントル・セビールの事件は、セビール夫人が、2002年に嗅覚神経芽細胞腫と診断された腫瘍による顔面の極度の変形と苦痛を理由として、主治医が致死薬を処方するよう裁判で求めているものの、裁判所が、致死薬の投与が医師職業倫理法典および刑法典に反するとして彼女の訴えを退けた後、自宅で死亡しているところを発見されたものである。この事件をきっかけにマスメディアで安楽死をめぐる討論番組や特集が組まれるなかで、レオネッティ法の不備が指摘され、法改正への期待が高まったものの、積極的安楽死を認めないフランスの立法者の方針は揺るがないように見える。

フランスにおける積極的安楽死の合法化を求める運動は、尊厳死協会（l'Association pour le droit à mourir dans la dignité, ADMD）が活発に推進運動を行っており、「死への積極的援助に関する法」として、L1110条からL1111条に、重篤で回復の見通しがなく尊厳に反すると見なされる場合での積極的安楽死の認可と医師による手続きを付け加えることを提案している⁽³⁾。また、医療関係者の側にも、週刊誌ヌーヴェル・オブセルヴァトゥール2007

年 3 月 8-14 日号に掲載された、積極的安楽死合法化を求める「2000人の医師および医療関係者のアピール」が示すように、積極的安楽死を支持する声が存在する。

とはいえ、患者の治癒を目的とする職業的義務に伴う「汝殺すなかれ」という戒律を破ることへのためらいは、医師の間に根強いと思われる。そこで、「合議手続きに関する2006年2月6日付デクレ」は、2005年4月22日法への医師の抵抗感を和らげるかのように、「いかなる状況にあっても、医師は、状態に対して適切な方法によって病者の苦痛を軽減するよう努め、精神的に支えなければならない」という一文ではじまる項を公衆衛生法典R4127-37条に挿入することにより、医師による合議手続きを定める。合議手続きについては、磯部氏の論考を参照されたい。

ところで、このように治療停止に関して医師による慎重な手続きを定めながらも、2005年法が間接的安楽死を認めたと見なされがちなのは、病者の「執拗な治療の拒否」の権利とともにモルヒネの投与による「二重効果（ダブル・エフェクト）」を認めた点に原因があるだろう。しかし、ビック判事が指摘するように、モルヒネの使用は、緩和ケアにおける苦痛緩和の治療の一環として行われるものであって、生命の短縮を目的とするものではない。2005年法の文面からは、病者の安楽死への権利ではなく、「病者の付き添い」⁽⁴⁾としての緩和ケアの実践の法的な保証を認めることで、安楽死の合法化ではなく緩和ケアへと人々の選択を移行させようとする立法者の意図がうかがえる。

とはいえ、緩和ケアをめぐる現実には厳しい。「健康・青少年・スポーツ・協力」省から発表された、ド・エンツェル氏による調査をまとめた2008年3月25日付レポート「フランス：緩和ケア」では、緩和ケア病棟の不足だけでなく、医療者にどのような状態であれ治療の継続をよしとする文化があること、そして医療者の緩和ケアへの理解が不十分であること等が指摘されている⁽⁵⁾。

安楽死と緩和ケアは、どのような死が望ましいかという死生観とともに、死を生のかなかにどのように位置づけるかを問うものでもある。死を生を対極ではなく生の過程と捉え、最後まで病者の意志が尊重されることを人間の尊厳ある生として望ましいとする見解は、安楽死を合法化したオランダ・ベルギー、そしてフランスのように緩和ケアの充実を目指す国々にも共通する。しかし、回復の見込みのない重篤な状態を、「人間らしさ」を欠いた状態であり、「安楽死」によって避けることの可能な状態と見なすのか、それともこの

状態を緩和ケアによって「尊厳」あるものにしようと見なすが、安楽死の導入の分かれ目につながっているとも考えられる。

尊厳死の望ましい例としてしばしば引かれるセネカや、セビールと同じ日に積極的安楽死を選択してこの世を去ったベルギーの作家クラウスのように、自らの意思で懲憑として死に就くことは最後まで尊厳を保ちつつ生きて見なすことができるかもしれない。しかし、レポート「フランス：緩和ケア」の報告が示すように、オランダやベルギーで、意思に反しているにもかかわらず、緩和ケアを受けられないために「最小限の悪」として積極的安楽死を選択するような事態が起きている以上、フランスの調査官に「どうして隣国以上にこのリスクから我々が守られなければならないだろうか？」という疑問が生じるのはいたし方がないことだろう。

隣国の安楽死をめぐる実情を見極め、医療関係者の職業上のモラルにも配慮しつつ、病者の尊厳を最期の時まで守るためには、安楽死の合法化ではなく緩和ケアの充実が必要—フランスの終末期医療をめぐる法の現在は、このように言い表すこともできるだろう。

- (1) 磯部哲「フランスの生命倫理への視点」、高橋隆雄・浅井篤編『熊本大学生命倫理論集1：日本の生命倫理—回顧と展望—』所収、九州大学出版会、2007、p. 336-342参照。本田まり訳「病者の権利および生命の末期に関する2005年4月22日の法律370号」による改正を経た、法典の関連する規定」、および本田まり「解説『病者の権利および生命の末期に関する2005年4月22日の法律』」、飯田亘之・甲斐克則編『終末期医療と生命倫理』、太陽出版、2008、p. 232-239参照。なお、講演原稿の公衆衛生法典の条文の訳出に際し、本田氏の公衆衛生法典の訳（飯田・甲斐編・前掲書 p.223-229）を参照させていただいた。
- (2) 2008年3月17日付リベラシオン紙インターネット版、および2008年3月21日付ルモンド紙による。また、2008年5月24日付朝日新聞国際面でも取り上げられている。
- (3) Gilles ANTONOWICZ, *Fin de vie*, l'Arcipel, 2007, p. 274-279。著者は、ADMDの司法委員会の責任者であり、シャンタル・セビールの弁護も行ったようである。
- (4) accompagnement はしばしば「付き添い」「看取り」と訳されるが、その語源が示すように、仲間であること、ひいてはともに歩むことをも意味する。この点で、この言葉には、病者に寄り添い、死までの時間を病者とともに生きるというニュアンスがあるように思われる。
- (5) *Rapport sur les soins palliatifs par Marie de Hennezel : la France palliative*, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 25

mars 2008. インターネット版：

[http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/publications-documentations/
publications-documentation-sante/rapports/rapport-soins-palliatifs-par-
marie-hennezel-france-palliative.html](http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/publications-documentations/publications-documentation-sante/rapports/rapport-soins-palliatifs-par-marie-hennezel-france-palliative.html)