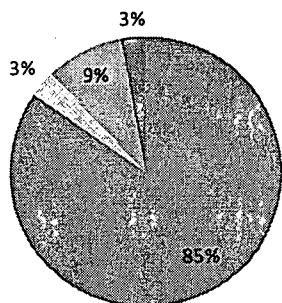


5. 治療中止・差し控えの範囲

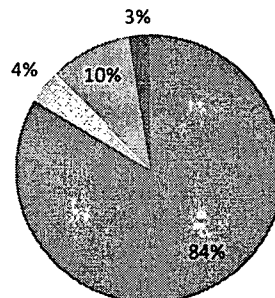
段階的中止の方法もある

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



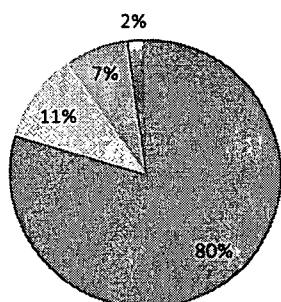
「治療はいつか有用でなくなる」という社会的認識が必要である

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



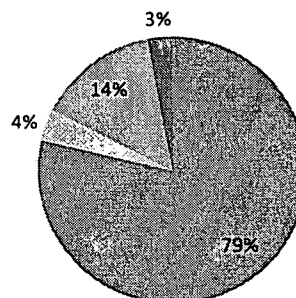
すべて中止というのは实际的に困難である

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



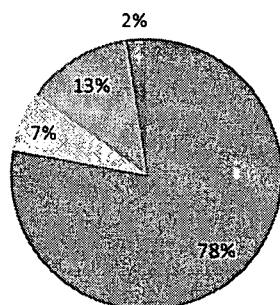
点滴したくない認知症末期患者を縛ってまですることはできない

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



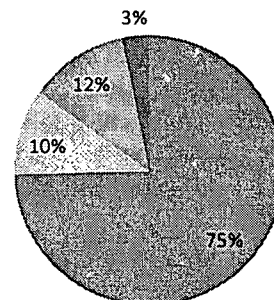
法的根拠が必要である

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



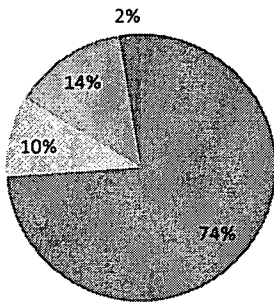
緩和ケアに必要な薬物は除外してはならない

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



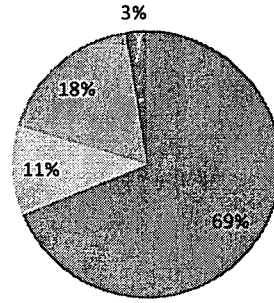
末期がんでは人工呼吸は一般に行われない

■はい ■いいえ ■わからない ■無回答



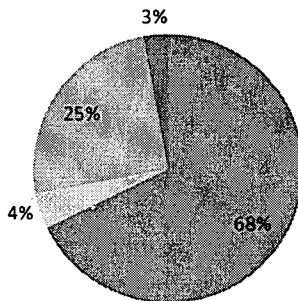
終末期がんでは人工呼吸、人工心肺は差し控えるべきである

■はい ■いいえ ■わからない ■無回答



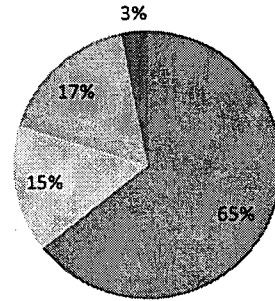
末期では治療差し控えのほうが延命になるケースもある

■はい ■いいえ ■わからない ■無回答



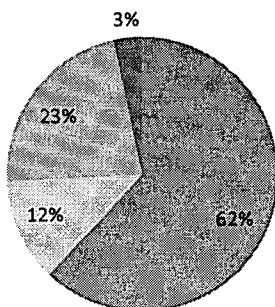
人工呼吸中止と薬物投与中止が特に問題となるので詳細規定が必要である

■はい ■いいえ ■わからない ■無回答



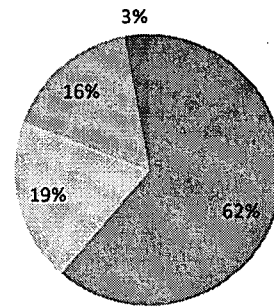
透析、心臓ペースティングも入れるほうがよい

■はい ■いいえ ■わからない ■無回答



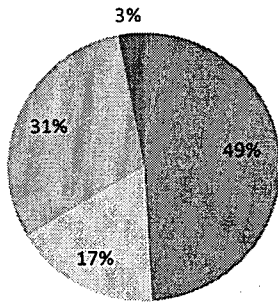
輸液、栄養補給は医療チームと家族の話し合いに任せるべきである

■はい ■いいえ ■わからない ■無回答



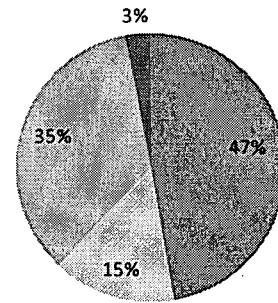
蘇生しない(DNR)ことを中心に
検討したほうがよい

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



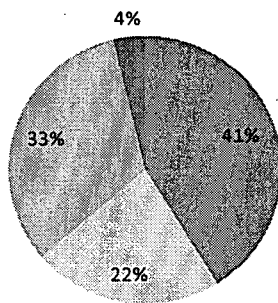
QOLを維持するための医療の概念が普及
しなければガイドラインは悪用される

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



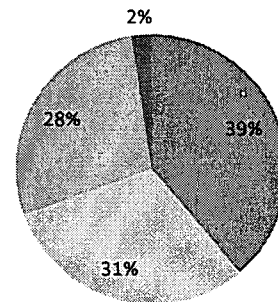
上記判決の医療範囲は医療側の意見を
入れておらず、不適當である

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



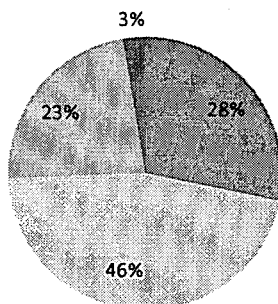
人工呼吸の中止は安楽死につながる

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



補液は差し控えるべきではない

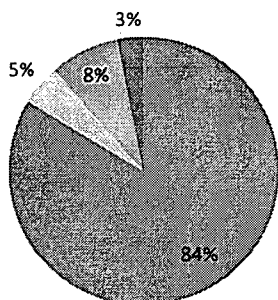
■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



6. 治療中止・差し控えの除外事由規定

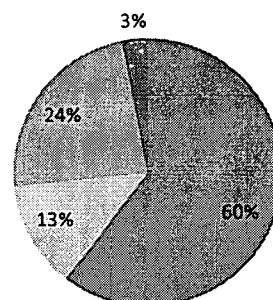
「本人が意思決定を撤回」の場合も
除外項目に入れるべきである

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



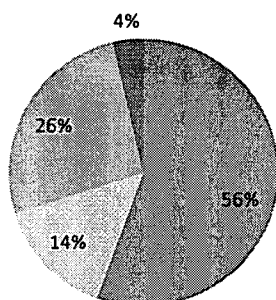
臨床試験該当者は除外するのではなく、
むしろ臨床試験をやめるべきである

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



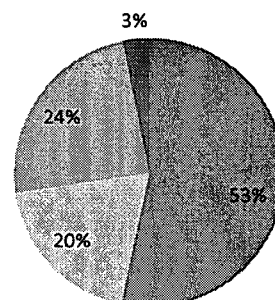
合理的理由の判断はケアチームが
行うべきである

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



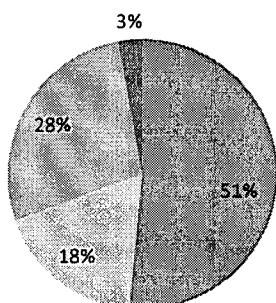
認知症でもさまざまな程度がある

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



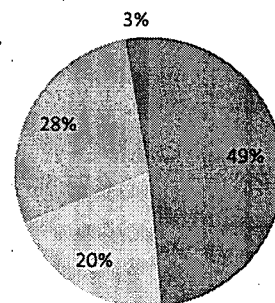
認知症患者に後見人や家族がいる場合は
除外規定にいれなくてもよい

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



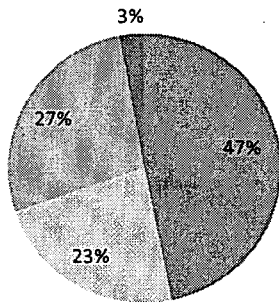
脳死の場合であれば除外規定は
必要ではない

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



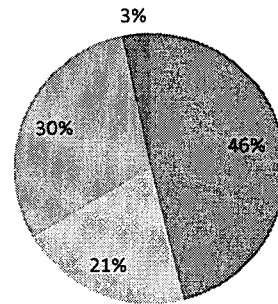
15歳未満の中学生でも意思判断できる
場合がある

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



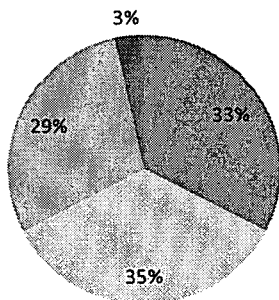
がん末期の臓器は移植する意味がない

■ はい 83.7 ■ いいえ 4.8 ■ わからない 8.4 ■ 無回答 3.1



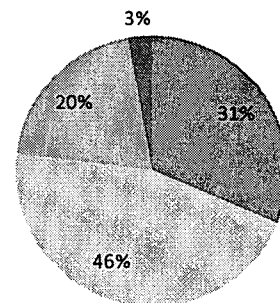
認知症が多いので除外すると
ガイドラインにならない

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



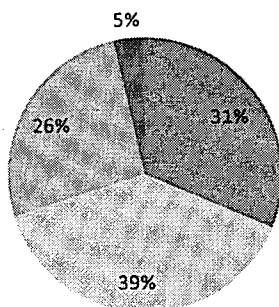
末期がんではほとんど意思確認ができない

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



除外事由規定該当者が多い

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



第 6 章

第6章

End of Life Decision-Making in the United Kingdom

(英国における終末期医療の意思決定)

グラスゴー大学 (医療・法・倫理学) Sheila A.M. McLean 教授

Professor Sheila A. M. McLean
LL.B., M.Litt., PhD., LL.D(Edin), LL.D.(Abertay)
F.R.S.E., F.R.C.G.P., F.R.C.P.(Edin.), F.R.S.A.
International Bar Association
Professor of Law and Ethics in Medicine
Director, Institute of Law and Ethics in Medicine

*本文はマククリーン氏に著作権があり、本文・訳文共に無断転載・コピーを禁じます

序文

世界の多くの国がそうであるように、英国における終末期の意思決定に関する法律は、歴史的に見て比較的古典的なものとなった。しかしながら、最近の立法では、法律を現代的でより合理的な内容にしようとする試みが行われている。医療の進歩や患者権利運動の発展によって、終末期の意思決定における患者、医療専門家、そして国家の利益の相対的な比重を反映し、また配慮することが必要となった。

それぞれの患者が存命中に医療の意思決定を行う権利が受け入れられる一方で、終末期の意思決定については、時に議論が生じる。これには主に2つの理由がある。第1の理由は、死に行くに任せる - あるいはそれを早める - かもしれない意思決定が、特に慎重を期する行為と見なされるということである。第2の理由は、高齢者や死を目前にした人の意思決定の能力は、時に疑わしいためである。これらの各々は、医療の専門家だけでなく、法律家においてさえ難しい問題なのである。

英国では、政府からの権限移譲によって、法律の一部がイングランド・ウェールズ（通常、同時に制定される）、スコットランドとは異なることがある。下記では、特にこれらの（法的権限の）管轄区域における違いに焦点をあてながら、それぞれの法制度を説明する。

決定無能力者に対する医学的意思決定

スコットランド

まず、法改正が早く行われたスコットランドの状況について説明する。2000年、新しいスコットランド議会は、その主だった立法改正の1つとして、決定無能力成人に関する（スコットランド）法（**Adults with Incapacity (Scotland) Act**）を可決した。

無能力者である成人については、彼らには大きな問題があり、混乱する（混乱している）可能性があるとして、スコットランド議会で正しく法律が確認された。このことは、従前の立法と慣習（非制定）法の混合に含まれる。予想された通り、その本人に関しての決定よりも財産についての課題によっても大きく影響された。ただし、現代社会では、法律や社会に対する関心と同様の関心が個人の権利にも寄せられるようになっている。これを受け、議会は、以前の紛らわしい制度を実質上廃止し、新しい価値観を定めた。

イングランドとウェールズの事例と同じく、法律が改正されるまでは、必要性和緊急性がある場合を除き、無能力者である成人に代わって治療を容認あるいは拒否する権限は誰にもなかった。したがって、その本人が無能力な場合には、どのようにして、誰がヘルスケアに関する意思決定を行うのかについて大きな疑問が存在した。明らかにこの状況は理想からほど遠い。その個人の財産に対して誰が権限を持つかについては比較的明白である一方、- そのような人物がいたとしても - 誰が重要なヘルスケアの意思決定をするかについての確実性に欠いていた。

決定無能力者である成人に関する（スコットランド）法（**Adults with Incapacity (Scotland) Act**）は、治療および臨床試験の双方に関して第三者が行う治療の意思決定に関する条項を設けている。治療の場合、患者の治療に責任を持つ医師が、彼らを無能力と宣言する証明書を発行すれば、彼／彼女には、医学的治療に関して、その成人の身体的または精神的健康を守り、向上するために、「その状況において妥当な行為を行う」権限が与えられる。¹また、患者は、能力があるときに、こうした意思決定が患者のベネフィット（benefit）にならなければならないという注意を添えて、治療の意思決定を行う権限を持つ後見人または福祉代理人（welfare attorney）の指名を手配することもできる。

¹ section 47(2)

特定の制約の範囲内で、調査を行うこともできる。この法律では、下記を規定している：

(1) 以下の場合を除き、研究への参加に関する意思決定能力がない成人に対して、外科的、内科的、看護的、歯科的または精神科的研究を行ってはならない—

(a) そうした意思決定の能力がある成人に対して、同様の内容の研究を行うことができない；および

(b) (2) に記された状況に適合している。

(2) 上記 (1) で言及されている状況が以下である—

(a) 研究の目的が下記の知識を得ることである—

(i) その成人の無能力の原因、診断、治療またはケア；あるいは

(ii) その成人が無能力な時期に、その無能力に関して成人に施された治療またはケアの効果；および

(b) (3) に記された条件が満たされている。

(3) 下記の状況である—

(a) 研究によって、その成人に現実的且つ直接的なベネフィット (benefit) がもたらされる可能性が高い；

(b) その成人が、研究への参加を嫌がっていない；

(c) 研究が倫理委員会によって承認されている；

(d) 研究が成人に対して予見可能なリスクを伴わない、あるいは最小限の予見可能なリスクにとどまる；

(e) 研究が成人に不快感を生じない、あるいは最小限の不快感にとどまる；および

(f) 成人が研究に参加することに同意する権限を持った後見人または福祉代理人、あるいはそうした後見人または福祉代理人がない場合、成人にもっとも近い親族から同意書を入手している。

(4) 研究により、その成人に現実的且つ直接的なベネフィット (benefit) がもたらされる可能性が少ない場合でも、サブセクション (1) から (3) に記述したその他の状況や条件が満たされているなら、その成人または同じように無能力である人物に対して現実的且つ直接的なベネフィットを獲得する能力がないという理解の上で、科学の著しい進歩に貢献すると考えられる場合、研究が実行される場合がある。²

²

イングランドおよびウェールズ

スコットランドでは、大概のことにおいてイングランドより格段に進歩しているという自負があり、確かに、スコットランド議会は、この分野における法律改正という点で、ウェストミンスター議会の議会よりかなり迅速に行動した。ただし、いざ行動を起こせば、ウェストミンスターの政府は、スコットランドの政府より一部の分野においてより急進的であったと認めざるを得ない。さらに、終末期の法律は、一部の状況では比較的不透明で、解釈が困難だった。ただし、スコットランドと同様、精神的に無能力な成人に代わってヘルスケアの意思決定を行える人物がいなかったのも明白である。このような状況にある問題は、精神上の問題により事理弁識能力のない若い女性を不妊にさせるような要求を含む一連の事例において強制的に法律にかけられた。事実、少なくとも1つの事例は、当該の女性が法的に成人と認められ、彼女に代わって裁判所が法的に意思決定を行う年齢に達する前に、事例の迅速な審理が行われた。³

問題の一部は、精神能力法 2005 年 (Mental Capacity Act 2005) の可決によって解決された。この法律は、下記の原則に基づいている：

- 1 (2) その人物が無能力であると立証されていない限り、その人は能力があると仮定されなければならない。
- (3) その人物の意思決定を助ける実行可能なすべての措置が行われ、不成功に終わっていない限り、その人は決定無能力者として扱われない。
- (4) その人物が賢明でない決定を行ったという理由だけで、その人が決定無能力者として扱うべきではない。
- (5) この法律に基づいて、無能力者のために、あるいはその人物に代わって行われる行動または意思決定は、無能力者の最善の利益 (best interest) に適う形で実施または成されなければならない。

³ *Re B (a minor) (wardship: sterilisation)* 1987 2 All ER 206 (HL)

(6) 行動の実施、または意思決定が行われる前に、必要な目的がその人物の権利や行動の自由を制限しない方法で効果的に実施されるかどうかを考慮しなければならない。

下記の場合に、その人物は無能力者である：

- 2 (1) ...知力または脳の欠陥または機能障害により、重要なときに、その件について自分で意思決定できない。
- (2) 欠陥または機能障害が永続的か一時的かは問題ではない。
- (3) 能力の欠如は、下記を参照するだけでは確立できない—
 - (a) その人物の年齢や外見、あるいは
 - (b) その人物の能力について、他の人物が根拠のない仮定を行う原因となるその人物の様子、または行動の特徴。
- (4) この法律などの立法に従った手続きにおいて、この法律に照らし、可能性を差し引いて、その人が無能かどうかの疑問を判断しなければならない。
- (5) この法律において、人物（「D」）は権限を行使しない—
 - (a) 無能力の人物に関して、あるいは
 - (b) Dがある人物が無能力であると考えることが妥当な場合、16歳未満の人物に対しては行使が可能である
- (6) サブセクション (5) は、セクション 18 (3) を前提とする。

下記の場合、その人物は、決定無能力者である：

- 3 (1)以下ができない—
 - (a) 決定に関する情報を理解する、
 - (b) その情報を記憶する、
 - (c) 決定のプロセスの一部として、その情報を利用したり、比較検討したりする、
 - (d) 自分の決定を伝える（会話、手話など方法は問わない）。
- (2) その人物の状況に適した方法（わかりやすい言葉、視覚補助などの方法）で与えられた情報の説明を理解できる場合、決定に関する情報を理解できないと見なされない。
- (3) その人物が、決定に関する情報を短時間しか記憶できないという事実は、決定を行う能力があるという判断の妨げにならない。

(4) 決定に関係する情報には、下記に関して合理的に予想可能な結果についての情報が含まれる—

- (a) 何らかの方法での意思決定、あるいは
- (b) 意思決定できないこと。

無能力の人物に代わって行われる決定は、下記に定義した彼らにとっての「最善の利益」(best interest) になるように行われなければならない：

4 (1) この法律に従って、その人物にとっての最善の利益が何であるかを判断する場合、決定を行う人物は、下記だけを参考にしてはならない—

- (a) その人物の年齢や外見、あるいは
- (b) その人物の最善の利益について、他の人が根拠のない仮定を行う原因となるその人物の様子、または行動の特徴。

(2) 判断を行う人物は、関係するすべての状況を考慮し、特に、以下の手順を踏まなければならない。

(3) 下記を考慮しなければならない—

- (a) その人物が、当該の問題に関して時折判断能力を持つ可能性があるかどうか、ならびに
- (b) その可能性がある場合に、それはいつになりそうか。

(4) 合理的に実行可能である限り、その人物のために行われる行動およびその人物に影響する決定において、できるだけ完全に、その人物の参加、または参加する能力の向上を許可および奨励しなければならない。

(5) 判断が生命維持治療に関係する場合、治療が当該の人物の最善の利益に関わるかどうかの考慮において、その人物を死に行くに任せたいという願望が判断の動機になってはならない。

(6) 合理的に確かめられる限り、下記を検討しなければならない—

- (a) その人物の過去および現在の希望および感情（および、特に、能力のあったときに彼が書いた記述）、
- (b) その人物に能力があるかどうかの判断に影響する可能性のある考えや価値観、ならびに
- (c) 彼がそれを行えたかどうかを検討できそうなその他の要素

(7) 下記の人物への相談が実行可能且つ適切であれば、彼らの見解を考慮しなければならない—

- (a) 当該の問題またはその種の問題について相談する人物としてその人

物が指名する人物、

- (b) その人物のケアに携わる、あるいは彼の福祉に関心のある人物、
- (c) その人物が認めた代理人の持続的権限の非提供者、ならびに
- (d) その人物の最善の利益 (best interests)、特にサブセクション (6) に記載された問題に関して、裁判所が指名したその人物の代理人。

現在では、無能力になった人物の代わりに治療を認める権限が明確化されているように思われる。しかしながら、無能力の人物に代わって決定を行う必要のある状況がその他にもある。

永続的植物状態

患者が永続的植物状態にある場合、彼らは、意識を回復する能力を不可逆的に失っている。彼らは自発的に呼吸でき、一部の反射動作が残っている場合もあるが、適切な診断において、回復の可能性がない。人間は、医療資源をもっと他の回復の可能性のある人たちに転用して使用しても、適切なケア、特に栄養と水分の補給により、そのような状態でかなり長期間生存する。ただし、栄養補給と水分補給を撤去すれば、その患者が必然的に死亡することから、その決断については意見が分かれており、法的立場も最近まで不明瞭だった。

イングランドとウェールズでは、ブランド事件 (*Airedale NHS Trust v Bland*) に関して、この法域における法律が数年前に制定された。⁴この事件は有名なため、事実を詳しく繰り返す必要はないが、簡単に説明すると下記のようなになる。アンソニー・ブランドは、ヒルズボロー・サッカースタジアムの災害で重傷を負った。彼は、押しつぶされたことで酸欠状態になり、最終的に、当時で言う遷延性植物状態 (persistent vegetative state) を宣言された。彼の医師団は、アンソニーの両親の支持を得て、鼻腔胃チューブによる栄養補給

⁴ [1993] 1 All ER 821

を撤去し、アンソニーを死にゆくに任せる許可を裁判所に求めた。最終的に、貴族院は、さまざまな根拠を用い、その行為が許容できるものであると認めた。上院が全く同じ理由でこの決定に達したわけではないが、全員が、栄養補給と水分補給の撤去は違法ではなく、また、そうすることは安楽死でも殺人でもないと結論づけた。この決定は、ヨーロッパ人権条約(European Convention on Human rights)が、人権法 1998 年 (Human Rights Act 1998) –特に第 2 項に含まれる生存権により英国の法律に組み込まれた後に検証された。ブランド判決の論法は、条約に合致しているように思われる。⁵興味深いこととして、ブランド事件は、イングランドおよびウェールズの医師は、永続的植物状態の患者から援助に供されている栄養補給と水分補給を撤去するには、裁判所の承認を得なければならないことを宣言している。

スコットランドでは、法律病院事件 (*Law Hospital v Lord Advocate*) においてこの法律が明らかにされた。⁶本件は、薬物の過剰服用によって自殺を試みしたが、永続的植物状態に陥った女性に関する事件であった。スコットランドの最高裁判所 (民事最高裁判所) は、最終的に—ブランド判決と同様に—それが患者を死に行くに任せることであっても、彼女への栄養補給と水分補給の撤去は合法的であると認めた。また、同裁判所は、永続的植物状態の患者を治療する医師は—義務ではないが—鼻腔胃チューブによる栄養補給と水分補給を撤去するための許可を裁判所に求めることができるとした。これにも関わらず、裁判所の権限を得なければ訴追されることがある (ただし、これまでのところ訴訟は行われていない)。これとは別に、裁判所の許可申請を怠ることは、ヨーロッパ人権条約 (European Convention on Human rights) により保証された公平な審理の不履行になりかねない。⁷その場合、スコットランドの法律をイングランドの法律と同じ水準にすることが望ましいだ

⁵ *NHS Trust A v NHS Trust B v H* (2001) 58 BMLR 87

⁶ (1996) 39 BMLR 166

⁷ article 6

ろう。

決定能力のある意思決定者

生命維持治療の拒否

もちろん、終末期の意思決定を望む患者の中には、決定能力のある患者もいるため、法律のいずれかが適用されるわけではない。それどころか、こうした決定により、さらに難しい倫理的および（または）法律的問題が生じるだろう。従来の法律は、基本的に、無能力の成人に関する法律に連動しているため、論争的になりやすい一部の状況は、その範囲外として、慣習法の領域にとどまることになる。

例えば、生命維持治療の撤去を望む患者は、主治医が彼らの決定を尊重することを拒否した場合、裁判所に訴える必要がある。ほとんどの場合、患者の決定が尊重されるが、ヘルスケアの専門家と患者の間で意見の不一致が生じることがある。スコットランドでは、そうした事例は報告されていないが、イングランドの裁判所における最近の決定は検討の価値がある。

以前から、生命維持治療を撤去する決定を尊重しないことは容認できないと考えられてきた。患者は自分の体について一定の権利を持つと考えられており、その1つが—治療に同意する権利の必然的結果として—それを拒否する権利とされる。事実、患者が要求として拒否しているにも関わらず治療を継続することは、その人物への攻撃や権利の侵害と考えられる。関係者の多くは、法律が制定されていると確信していたが、その結論の確実性に疑問を投げかける事件がイングランドで起こった。この事件では、ミズ B (*Ms B v NHS*

Hospital Trust)⁸では、四肢麻痺に陥った女性が、彼女を生かしている呼吸器を外し、自分を死に行くに任せることを望んだ。彼女の医師達はこの決定に不服で、呼吸器を少しずつ離せば生存できると考えていた。ミズ B は、呼吸器を少しずつ離していく方法に同意せず、そのような状態で生存することを望まないとして強く主張した。最終的に、非常に残念ではあったが、裁判所は、彼女の決定能力を尊重しなければならないと認め、その後、呼吸器が撤去された。非常に異例ではあったが、判事は、彼女の要請に従わなかったことに対して、医師に小額の罰金を科した。

死ぬことの幫助 (Assisted Dying)

スコットランド、イングランドおよびウェールズのいずれにおいても、安楽死 (euthanasia) や自殺幫助 (assisted suicide) は合法ではない。スコットランドでは、この立場は、殺人または過失殺人の慣習法に基づいている。イングランドとウェールズでは、安楽死を禁止する法律は、殺人または過失致死罪の法律を基本としている。ただし、イングランドおよびウェールズでは、自殺幫助の禁止は特定の法律—自殺法 1961 年 (Suicide Act 1961)⁹に依存している。

この法律は、最近、プリティ事件 (*Pretty v UK*)¹⁰によって検証された。この事件では、運動ニューロン病 (motor neurone disease) に罹患している女性が、彼女の夫が彼女の死を手伝っても、公訴局長官 (Director of Public Prosecutions) (DPP) が夫を刑事追訴しないよう求めた。DPP はそうした確約を行うことを拒否し、プリティ夫人は、ストラスブールにあるヨーロッパ人権裁判所 (European Court of Human Rights) に申し立てることに

⁸ [2002] 2 All ER 449

⁹ s. 2(1)

¹⁰ 66 BMLR 147 (2002)

なった。彼女は、ヨーロッパ人権条約（European Convention on Human Rights）で保証されている彼女の人権が、その決定および特にその法律の条項によって侵害されていると主張した。第一に、彼女は、彼女に死ぬことの幫助を利用する権利を認めないのは、ヨーロッパ人権条約の第2条に規定されている生命に対する権利（right to life）への違反であると主張した。彼女は、（殺人において）個人の生命が同意なく第三者から奪われることを防ぐことがこの条項の目的だが、選択の自由を保護するものとしても解釈されるべきであると主張した。彼女は以下のように論じた：

ほとんどの人は生きることを望み、一部は死ぬことを望んでいる。死ぬ権利は、生命に対する権利と対立するものではなく、その必然的な結果であり、国はその両方を守る明白な義務がある。¹¹

さらに彼女は、非人間的で自尊心を傷つける治療（条約の第3条に規定）を受けることを拒否する権利が、彼女が選択した死の幫助を認めないことで侵害されるとも主張した。事実、彼女は下記のように主張している：

- (1)加盟国には、禁止された治療を課さない、ならびに個人がそうした治療の対象にならないよう明確な対策を取るという絶対的且つ無条件の義務がある....
- (2)国がそうした苦痛を予防する、あるいは改善できるにも関わらず、それをしない場合、疾患の進行に伴う苦痛が結局そうした治療を意味することになる....
- (3)プリティ夫人が彼女の苦痛を終わらせる機会を否定することで、英国は、彼女を禁止されている治療の対象にすることになる....
- (4)人権条約において、...英国は自殺幫助の禁止を回避する余地があるため、〔公訴局〕長官は条約に従って英国の義務を破ることなく、求められた確約を提示することができる。
- (5)公訴局長官が確約しない場合、自殺法 1961 年のセクション 2 は、条約と適合しない。¹²

¹¹ p. 155

¹² pp 159-160

プリティ夫人の主張は、死ぬことの幫助の要求と獲得の禁止は、第 8 条の私的生活ならびに家族の生活に対する権利に違反していると続けている。しかし、人権裁判所は、下記のように主張している：

第 8 条は、個人の体に対する権利を含め、個人の身体的、道徳的および精神的完全性を保護しているが、それがいつどのようにして死ぬかを決定する権利を授与していることを示唆してはいない。¹³

最後に、プリティ夫人は、思想、良心および宗教の自由に対する権利（条約の第 9 条に規定）も、死ぬことの幫助の禁止によって侵害されると主張した。しかし、人権裁判所は再び、下記のように彼女の主張を退けた：

プリティ夫人は、自殺幫助の美德を心から信じていると思われる。彼女には信条を持ち、それを表現する自由がある。しかし、彼女の信条は、たとえそれが彼女の信条に合致するものであったとしても、刑法で禁じられた行為の結果について彼女の夫を無罪にする必要条件にはならない。¹⁴

条約の権利のいずれも侵害されていないことが明らかになったため、第 14 条（無差別）における彼女の主張はそれ以上検討されなかった。

（条約を公布した）欧州会議の加盟国には法律で死ぬことの補助を合法化したところもあるが、人権裁判所は、英国法を批判する理由としてこれを使用しなかった。それどころか、次のように述べた：

プリティ夫人は、自殺幫助を許可するかどうかについて、英国が条約と協調してい

¹³ p. 163

¹⁴ p. 169

ないことを示すだけでは不十分である;彼女はさらに踏み込み、英国が自殺幫助を許可しないことで条約を侵害している、あるいはそれを許可しなかったことが条約の侵害になることを証明しなければならない。私の意見では、そのような論争は受け入れがたい....¹⁵

プリティ夫人は英国での裁判を闘ったが、人権裁判所で敗訴した。

アドバンス・ディレクティブ（事前指示）

現段階で決定能力を喪失した場合に、自分の医学的治療をコントロールしたいと願う人々もいる。彼らは、いつどのような状況において治療を中止するべきかを規定したアドバンス・ディレクティブを作成することによって達成できるだろう。スコットランド政府は、決定無能力者である成人に関する（スコットランド）法（**Adults with Incapacity (Scotland) Bill**）について議論が行われ、最終的に 2000 年に可決されたときに、こうしたディレクティブの法的地位を検討する機会があった。しかし、法案が提出されたとき、- 特に一部の宗教グループによって - その法律の範囲と限界に関する懸念が表明された。特に、安楽死の形態が作られるのではと懸念する人がいる一方で、アドバンス・ディレクティブや「リビング・ウィル」の権限を強固にすることになるのではと懸念する人もいた。結局、国会は、- 非常に残念なことに - こうした論争を回避し、治療の欠如ではなく、無能力者の治療の問題のみを重視した。したがって、スコットランドでは、アドバンス・ディレクティブの法的地位は、慣習法の原則に従うことになっている。これは、通常、ディレクティブが決定能力に基づいて作成され、発生した状況によって利用される場合、過去に表明された治療の拒否は、現在の拒否と基本的に同等として扱われることを意味する。拒絶された治療が行われることはない。これは、大半の関係者と英国医師会（**British Medical**

¹⁵

p. 159