

Association) の見解である。ただし、2000 年の法律の検討時に、スコットランド国会が疑いの余地のないこの前提の妥当性を確認する機会を生かさなかったのは残念なことである。

アドバンス・ディレクティブ（または立法が好む呼び方ではディシジョン）の分野において、英国法はスコットランド法よりも急進的である。2005 年の法律は下記を規定している：

- (1) 「アドバンス・ディシジョン」とは、ある人物（「P」）が 18 歳に達し、彼にその能力があるとき、下記の場合に行われる決定を意味する—
 - (a) 将来的に、および彼が規定する状況において、彼にヘルスケアを提供する人物によって、特定の治療の実施が提案される、あるいは継続される、ならびに
 - (b) 治療の実施または継続に同意する能力を欠く場合に、特定の治療を実施しない、あるいは継続しない。
- (2) サブセクション(1)(a)の目的において、たとえ素人の言葉で表現されていたとしても、決定は、治療または状況を特定するものと見なされる。
- (3) P は、彼にその能力があれば、いつでもアドバンス・ディシジョンを撤去したり、変更したりできる。
- (4) 撤去（一部撤去を含む）は、書面で行う必要はない。
- (5) アドバンス・ディシジョンの変更は、書面で行う必要はない（変更による決定に関してセクション 25(5)が適用される場合を除く）。¹⁶

したがって、患者は、あらかじめ特定の治療を拒絶できるが、医師たちがそれを行うべきでないと考える場合に、治療を要求することはできない。このことは、近時、*R(バークの申請) v General Medical Council* により明らかにされた。¹⁷バーク氏は、運動ニューロン病（motor neurone disease）に罹患しており、彼が自己の意思を表明できなくなった時に、医師が彼に対する栄養補給を中止しないように保証させることを望んでいた。バーク氏は、特に、彼がそれを表現できなくても、病気による苦痛を感じているという理由だけで医師

¹⁶ s 24

¹⁷ (2004) 79 BMLR 126

たちが彼に対する栄養補給と水分補給を中止することは、ヨーロッパ人権条約 (European Convention on Human Rights) の第 3 条の侵害にあたると主張した。この訴訟の最初の公聴会において、判事は、彼の望む処置を継続する宣言がなされないなら、残酷および非人道的な処置を受けないという第 3 条の侵害であるとしたが、この判決は、控訴審でくつがえされた。¹⁸それゆえ、患者はあらかじめ治療を拒否できるが、治療を提供するように主張することはできないのである。

臓器提供

検討すべき最後の分野として、死体臓器提供の問題がある。現代医療において、臓器移植の成功率は急速に高まっている。2003 年にはすでに、世界保健機関が下記の見解を発表している：

臓器、細胞および組織の移植は、さまざまな致命的および非致命的疾患に対する治療の選択肢となり、その結果、特に高所得および中所得の国家において、移植に対する需要が高まっている。¹⁹

生体臓器提供の事例が増加しているが、死体臓器提供が重要な問題であることに変わりはない。英国では脳幹死の概念が受け入れられており、効果的な臓器移植プログラムの確立を求める方針があることは明らかである。事実、ロンドンとエジンバラの政府が、現在の「オプティング・イン」システムではなく「オプティング・アウト」システムに移行するかどうかを検討すると宣言したことで、英国の国民は、概ね移植を強く支持している。下記に示したように、現在のシステムは、死亡後に臓器のすべてまたは一部を移植目的で取

¹⁸ *Burke v General Medical Council* [2005] EWCA Civ 1003 (CA)

¹⁹ WHO (2003), *Human Organ and Tissue Transplantation*, EB113/14, 27 November

り出す意思があるという登録に基づいているが、「オペティング・アウト」システムでは、そうした同意があると仮定され、それに反対する人は、異議を登録する必要がある。

ただし、現段階、ならびに異なるシステムの有効性または道徳性に関わる議論が持続している間、英国の法律では引き続き「オペティング・イン」システムが実施される。イングランドおよびウェールズでは、人体組織法 2004 年 (Human Tissue Act 2004) に最新の法律が含まれ、臓器を提供する個人の事前の同意が明確に求められている。²⁰スコットランドでは、この法律は、人体組織 (スコットランド) 法 2006 年 (Human Tissue (Scotland) Act 2006) に含まれる。この法律のセクション 6 により、成人には、移植のための臓器の取り出しを許可する権限が与えられている。セクション 7 は、死亡した人物がディレクティブを残していない場合、死亡した人物が臓器提供に反対していたことを承知している場合を除き、最も近い親族に移植を認める権限を与えている。

英国における終末期の意思決定の法的地位も、その人物に決定能力がある場合は比較的明瞭である。能動的な幫助が必要な場合、死の選択は許可されないが、どの場合に生命維持治療を撤去できるかは尊重される。最近の法律は、一部の意思決定の地位を明確化しており、慣習法は（主に）残りの部分に適用されるが、私は、特定の分野について、法的立場に矛盾があることを指摘する。特に、死ぬことの幫助に関する慣習法の立場は、生命維持治療の撤去に関する立場と一致させることが明らかに難しい。こうした問題を改めて検討する必要があるだろう。

こうした問題にも関わらず、決定能力のある人物の終末期の意思決定に関する基本原則は自主性の尊重と考えることができ、法的にこれに相当するのが同意原則である。それゆえに、決定が生命維持治療の（現時点または今後の）拒否であるか、移植目的での臓器の提供であるかに関わらず、概して個人の意思決定は尊重される。死ぬことの願望に対して能動的な幫助を求める決定だけは、今後変わるかもしれないが、その個人の選択が尊重されない。無能力者に関しては、その人物に対する「最善の利益 (best interests)」または「ベネフィット (benefit)」が指針であり、いかなる場合でも、患者の以前の意思が発見でき、そうすることが妥当である場合、その意思が考慮されるべきである。

結論

したがって、英国内の諸法域圏では、ごく最近法律が可決される以前より、法律はかなり明瞭であった。しかし、一部の分野—特にアドバンス・ディレクティブに関する分野—については、スコットランドの法律がイングランドおよびウェールズの法律よりも確実性が低いことは間違いなく、法域圏で違いがある事例もある。また、永続的植物状態の人の管理に関しても違いがあり、スコットランドの医師は、栄養および水分補給の撤去について、裁判所に承認を求め、承認を獲得する法的義務はない。こうした違いに実際的な効力があるかどうかは明らかでないが、スコットランドの法律をイングランドおよびウェールズの法律の水準に合わせ、今も残る不確実性を排除すべきと考える関係者が多数いる。そして、もちろん、安楽死および（または）自殺幫助を合法化すべきかどうかの議論も激化を続けている。以前から合法化に反対していた一部の臨床団体が異論の主張を弱め、さらにイングランドおよびウェールズにおいて自殺幫助を合法化しようとするジョフェ卿の努力にも関わらず、この非常に複雑な問題を改めて議論しようとする政治的意欲はほとんどないように思われる。

無能力患者のヘルスケアには大きな問題があったため、それに関して意思決定を行う権限の明確化が強く求められていた。慣習法の指針—すなわち最善の利益（best interests）—は、法律に明確に盛り込まれており（スコットランドでは、「最善の利益」（best interest）よりも「ベネフィット」（benefit）呼ばれることが多い）、最も脆弱な人物への提供が望まれている。永続的植物状態であるという理由で無能力者に対して行われる終末期の意思決定が、実際に死ぬことの幫助という方法につながるかどうか議論の的になっているが、死ぬことの補助と栄養補給や水分補給の撤去に類似性があることの否定について、法律は厳密な立場を取っている。