

フランスの終末期医療

— 臨床現場におけるレオネティ法とわが国への示唆 —

近藤和哉
(本法務研究科教授)

目次

- 1 はじめに
- 2 フランスの終末期医療
 - (1) 調査の背景等
 - ア 調査の背景
 - イ 調査方法および調査対象
 - ウ レオネティ法の概要
 - (2) 臨床現場におけるレオネティ法
 - ア 終末期医療に法律を導入したことに對する評価
 - イ 臨床現場における決定の実際
 - ウ 「事前指示書」(directives anticipées) および「患者が信を置く人」(personne de confiance : PC)
 - エ ヴァンサン・ランベール (Vincent Lambert) 事件
 - オ その他の関連問題
- 3 おわりに — わが国の終末期医療法制のあり方に対する示唆 —

1 はじめに

筆者は、昨年(2013年)の8月下旬から9月初旬にかけての約2週間、パリにおいて、フランスの終末期医療について、実地調査を行った。この調査の報告書は、すでに、本年(2014年)5月に公表されているが¹⁾、本稿は、同報告書を再構成し、医学専門的な事項に関する部分を削除して、終末期医療法制の問題に焦点を絞ったほか、実地調査終了後に見られた現地の興味深い動きについてフォローアップを行うな

どの加筆・訂正を行ったものである。

2 フランスの終末期医療

- (1) 調査の背景等
 - ア 調査の背景

超高齢社会の時代を迎えたわが国において、医療が、人の終末期に、どのように関わっていくべきであるかという問題は、国民の重大関心事である。とはいえ、わが国においては、終末期医療に特化した法律は、いまのところ存在せず、また、立法に対する欲求も、必ずしも強くはない。「平成24年度 人生の最終段階における医療に関する意識調査 集計結果(速報)」(厚労省)(以下、単に、「意識調査」という)によれば、延命治療の不開始、中止等に関して、医師の60%弱は、詳細な、または大まかな基準が示されることが望ましいとしているが(68頁)、その基準を法律で定めるべきであるとした医師は、15%弱にとどまり、80%以上の医師は、法律ではなく、専門家によって作成されたガイドライン等で示すべきであると回答している(69頁)。また、患者自身が判断できなくなった場合に備えて、治療に関する希望等をあらかじめ記載しておく事前指示書については、70%超の医師が、その作成に賛成しているが(18頁)、事前指示書に従って治療方針を決定することを法律で定めることについては、70%超が、消極的であった(22頁)。患者自身が判断できなくなった場合に備えて、患者に代わって治療方針を定める人をあらかじめ決めておく

ことについても、70% 弱の医師が、賛成であったが (25 頁)、その人の判断に従って治療方針を決定することを法律に定めることについては、80% 弱が、消極的であった (27 頁)。

「意識調査」において、終末期医療への法律の介入に関して、多くの医師が消極的な姿勢を示した背景には、患者ひとりひとりの価値観や境遇に十分に配慮した対応が求められる終末期医療の臨床現場が、法律によって、不当に画一化されることに対する懸念があったものと推測される。

ところが、フランスにおいては、2005 年に、「患者の権利及び生の終末に関する法律」(Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. いわゆるレオネティ法 [loi Leonetti]) が制定され、延命治療の不開始・中止等、事前指示書、患者に代わって治療方針を定める人、いずれについても、法律上の規定が設けられることになった。このように、法律といわば共棲することとなって約 8 年が経過したフランスの終末期医療の現状について、最前線の臨床医および行政官に語ってもらうことは、わが国における終末期医療の制度設計を考える上で、有意義な知見をもたらしてくれるものと考えた。

イ 調査方法および調査対象

本調査は、インターネット等を通じた情報収集、および、これをもとにして実施したヒアリングによった。

ヒアリング対象者とその所属機関・役職等は、次の通りである。

【1】 Pr.Herve/Pr.Villard, L'Université Paris Descartes (パリ・デカルト大学²⁾), 医療倫理・医療法制研究所 (いずれも、医師)

【2】 Pr. Gilberg, パリ・デカルト大学, 一般医学部長 (医師)

【3】 Dr. Morel/Dr. Derniaux, SFAP (フランス緩和ケア協会³⁾), 会長/副会長 (いずれも、医師)

【4】 M. Morin, ONFV (生の終末国立観測所⁴⁾),

コーディネータ

【5】 Pr. Tournigand, Le CHU Henri-Mondor (アンリ・モンドール病院⁵⁾), 腫瘍部門責任者 (医師)

【6】 Dr. Gurimand, Maison Médical Jeanne Garnies (医療の家, ジャンヌ・ガルニエ⁶⁾), 医師

ウ レオネティ法の概要

レオネティ法は、終末期医療に関連の深い事項に関して、公衆衛生法典の条文を改正し、または、新たに条文を挿入することをその内容とする法律であり⁷⁾、①医師による治療行為等の実施態様に関して制約を設けるとともに (1 条。治療行為等を、不合理な執拗さで実施してはならないとする)、②一定の治療行為等の中止または不実施を許容し (1 条。医師が、無益、過剰、または、生命を人為的に維持する以外の効果をもたないと思料する治療行為等がこれに当たる)、③一定の治療行為等の実施を許容し (2 条。苦痛緩和の最後の手段であるが、生命短縮の副作用を伴う治療行為等がこれに当たる)、④医師が、②または③に該当する治療行為等に関して決定を下す際に遵守すべき手続を、患者の意思表示能力の有無等に応じて規定している (2 条, 4 条~9 条。生命短縮の副作用の告知, 患者の意思の尊重, 事前指示書 [directives anticipées] の尊重, 患者が信を置く人 [personne de confiance. 以下、「PC」とも表記する] や家族からの意見の聴取, 医療チームの合議を経た決定等がここに含まれる)。

なお、**【3】**⁸⁾ で特に強調されていたことであるが、レオネティ法の 11 条以下は、公立病院等が、その医療計画の中に、緩和医療活動に関するパートを含ませるべきこと等をも定めている。

(2) 臨床現場におけるレオネティ法

ア 終末期医療に法律を導入したことに対する評価

レオネティ法によって、終末期医療における基本原則や医師の行動準則が、法律レベルで確

定・明示されるに至ったことは、臨床医をはじめとするフランスの終末期医療関係者の間で、高く評価されている⁹⁾。

ヒアリングでも、この評価は確認できたが、その一方で、個々の臨床を離れて、フランスの終末期医療全体について見たとき、レオネティ法の導入によって、医療の質が十分に向上したかといえ、そうとはいえないという意見が多く聞かれた。質の向上を阻んでいる要因として第一に挙げられていたのは、レオネティ法が、一般国民はもとより、医師にさえ、十分に認知されていないことであった¹⁰⁾。

【3】¹¹⁾によれば、レオネティ法は、緩和医療に携わる医師には、よく知られているが、緩和ケアのニーズを抱えた患者に関わる医師の大部分は、緩和医療の専門家ではない。このことが、レオネティ法が十分に適用されないという事態を、しばしば招いている¹²⁾。

【2】では、緩和医療という観念が、従来の医学教育の中に存在しなかったことも、レオネティ法が十分に適用されていないことの一因として挙げられた。それによれば、フランスの医学教育には、医学とは、治る人たちを相手にする学問であるという考え方や、医学の全能性神話のようなものがあった。病院の医師たちは、常に、患者を治療しようとし、そこでは、治療ができなくなった後に語られる問題である緩和医療が入り込む余地はなかった¹³⁾。そして、医学生教育に携わる教授の多くも、病院で患者と向き合う医師であり、彼らは、患者に対して常に何か(治療の)提案をするようにと学生を教育する。医学教育を変えようとしても、教授の多くに緩和医療の文化がない。医学生が緩和医療の問題を抱える患者と出会うのは、第7年次、第8年次、緩和医療を専門に選んだ後のことであって、医学教育の初期に、学生が緩和医療について学ぶことは、ごくわずかに過ぎない。……

イ 臨床現場における決定の実際

フランスでは、2010年に、人の終末期に医師がどのような措置を行う決定をしているのかを探るための、初の全国調査が行われた¹⁴⁾。

その結果を紹介・分析した論文¹⁵⁾によると、まず、医師が実施を決定した措置の多くは、レオネティ法の枠内にあった。ただし、法の限界を踏み越えた措置、すなわち、生命を意図的に終わらせるための薬剤の投与も、38件、全体の0.8%ではあるが、報告されている¹⁶⁾ 17)。

次に、これら措置の決定プロセスは、「2005年法の手続に従っているとは到底いえない」ものであった¹⁸⁾。すなわち、意思表示できる患者について、公衆衛生法典L.1111-4条は、すべての人が、専門家からの情報と助言とを考慮しつつ、自己の健康に関する決定を行うこと、そして、医師が、患者の選択から生じる結果を患者に知らせた上で、その意思を尊重すべきことを¹⁹⁾、また、同L. 1111-10条は、重い不治の病の進行した状態、またはその末期の状態にある患者が、すべての治療の制限、または中止を決定した場合には、医師は、患者の選択から生じる結果を患者に知らせた上で、その意思を尊重すべきことを規定している²⁰⁾。ところが、当該措置について患者と話し合ったと回答した医師は、死を早め得る薬剤を投与した場合の72%、生命維持措置を中止した場合の80%、延命に万策を尽くした場合で41%にとどまっている。

また、意思表示ができない患者について、公衆衛生法典L.1111-4条は、患者の生命を危険にさらしかねない治療制限または治療中止は、医療倫理法典が定める合議手続が尊重され、また、PC、家族、その他の関係者の意見が聴取された後に、はじめて許されることを²¹⁾、また、同L. 1111-13条は、当該患者が、重い不治の病の進行した状態、またはその末期の状態にある場合、医師は、無益、過剰、または、生命を人為的に維持する以外の効果をもたない治療を制限し、または中止することができるが、

それは、医療倫理法典が定める合議手続を尊重し、また、患者が信を置く人 (personne de confiance=PC)、家族、その他の関係者の意見を聴取した後のことであることを規定している²²⁾。ところが、治療を中止したケースで、他の医師と話し合った医師は39%、看護スタッフと話し合った医師は27%、家族と話し合った医師は50%にとどまり、14%の医師が、単独で決定を下していた²³⁾。

今回、ヒアリング調査を行った医師 (いずれも、緩和医療の専門家である) からは、当然ながら、レオネティ法から外れる実践を行っているという話は聞かれなかったが、【6】では、全国調査で示された、レオネティ法と臨床実務とのずれに関して、レオネティ法が、フランスの医師の習慣に反した方向に進もうとしていることが原因ではないかという指摘があった。それによれば、フランスの医師には、今なお、非常に家父長主義的なところ、自分が判断をしようとするところがあり、また、ヒエラルキー意識が強い一面もある。これまで、自分ひとりで決めることに慣れてきた医師にとっては、点滴を止めるべきかとか抗生剤を使うべきかとかいう問題で合議すること、看護師や看護助手、カウンセラーと集まることは簡単ではない²⁴⁾。ただ、ジャンヌ・ガルニエでは、6つある部門の医療チーム (医師、看護師、看護助手等) が、それぞれ、午前と午後、少なくとも30分ずつ、ひとつのテーブルの周りに集まって意見を交換し、議論するという長い伝統がすでにあつたため、レオネティ法との衝突は生じなかった。いつも走り回っていなければならぬ他の多くの病院では、そのような時間はとれないのだろう。……

ウ 「事前指示書」 (directives anticipées)

および「患者が信を置く人」 (personne de confiance : PC)

公衆衛生法典 L. 1111-6 条は、レオネティ法以前から、すべての成人が、自己が意思表示が

できない状態、または、意思表示に必要な情報を受け取れない状態に陥ったときに、その意見が聴取されるべき PC を指名できることを規定していた²⁵⁾。レオネティ法は、これに加えて、その第7条で、すべての成人が、自己の生命の終末に臨んでの治療の制限および中止の条件に関する希望を示しておくための事前指示書を作成できるとする規定を設け²⁶⁾、さらに、その第5条で、医師が、意思表示できない人について、その生命を危殆化しかねない治療の制限または停止をする際には、PC (または、家族等) の意見を聴取し、かつ、事前指示書が存在する場合には、これを参照すべきこと²⁷⁾ を規定し²⁸⁾、また、その第9条で、医師が、重い不治の病の進行した状態、またはその末期の状態にあって意思表示できない人について、無益、過剰、または、生命を人為的に維持する以外の効果をもたない治療を制限し、または中止する際に、同様の手続を経るべきことを規定した²⁹⁾。

事前指示書および PC は、わが国の「意識調査」でも、質問項目とされていたところであり、特に、事前指示書は、2014 年中の国会提出を目指して準備が進められている、いわゆる尊厳死法案において、延命措置の不実施ないし中止が認められるための要件とされているようである³⁰⁾。

ところが、先にも触れた 2010 年の全国調査によれば、フランスでは、生前に事前指示書を作成していた人は、全体の 2.5% に過ぎなかった³¹⁾。ヒアリング調査では、事前指示書および PC の有用性が、一般論としては評価される一方で、現実の臨床場面では、これらを得ることが容易ではないこと、特に、事前指示書について大きな困難があることが、繰り返し指摘された。

【2】によれば、医師も患者も、レオネティ法を知らないことが多いため、まず、この理由から、事前指示書の作成や PC の指名が行われることが、非常に稀である。加えて、死はタブー

であって、人は、元気なうちは、死について語りたがらない。「死なないうちに死について考えておこう」などと言う人は、ごくごく稀にしかいない。このため、しばしば、患者が重篤になってから、医師がレオネティ法を説明しなくてはならなくなるが、これは、患者に、「あなたは死にます」と言うようなものなので、なかなかできることではない。

自分にとって、患者に事前指示書の作成やPCの指名を働きかけるのは、とても難しい。人はいつも、生きられるという希望をもっているものだから。緩和医療を行っているとき、われわれは、治りますよ、とは言わないが、楽になりますよ、とは言う。患者の中には、自分が死ぬはずがない、と否定に走る人もいる。そうこうしているうちに、手遅れになってしまう。病気になる前に、例えば、一定の年齢に達したときに、PCの指名をシステムティックに促すなどの、法的な制度を考える必要があるのだろう。

一般医が、末期の患者を病院に入院させるときに、事前指示書やPCの話をするのも難しい。多くの患者は、少しずつ良くなるという希望を失っていない。われわれとしては、痛みを取るために、もっと楽に過ごせるようにするために入院するのですよ、としか言えない。……

【5】によれば、ここの病棟（がん病棟）では、医師が患者と最初に会ったときに、誰がPCであるのかを尋ね、それをカルテに記載している。エレベーターの所に、医師会が作ったポスターが掲示してあり、病院のリーフレットの最後のページにも、PCについての記載がある。看護師や看護補助者にも、PCの有無を尋ねるよう、教育している。他方、事前指示書の扱いは、そのような統一的なものではなく、入院時に、事前指示書の有無を尋ねることはしていない。これは、前任の病院でも同じで、事前指示書については、システムティックな取り扱いはしていなかった。

ただ、今の病院でPCについて尋ねるように

なったのは、自分が着任してからであり、以前はそうではなかった。この取り扱い、責任者がどう考えるかによる。多くの病院のリーフレットの最後のページには、PCについての記載があるが、それを開く人がいなければ、PCは指名されない。自分としては、それぞれの患者にPCがいるようにしたい。蘇生科やがん病棟のような、死亡率の高い診療科では、PCの重要性はより大きくなると思うが、蘇生科がどのようにしているのかは、知らない。

事前指示書とPCの取り扱いが異なっているのは、まず、尋ねやすさの違いによる。ある人が入院してきたとき、PCの有無は比較的尋ねやすいが、事前指示書はそうではない。フランスの文化では、あなたの事前指示はどのような内容ですか、危篤の際には蘇生術の実施を希望しますか、などと尋ねることは難しい。とりわけ、がん病棟では、進行がんで入院してきた人に事前指示書について説明したり、万が一の時には、蘇生科に行きたいですか、と尋ねることが、一層難しい。

また、患者の考えが、ずっと同じであるわけでもない。1週間前に書いた事前指示書の内容が、今日も、その人の希望である保障はない³²⁾。だからといって、患者に毎日尋ねるわけにもいかない。加えて、がん病棟の場合、患者は、ぎりぎりまで意識を保っていることが多い。このような事情で、われわれは、事前指示書についてではなく、化学療法を中止するか否かや、鎮静（sedation）を行うか否かについて、患者と話し合っている。……

【6】でも、事前指示書が、フランスで、ほとんど用いられていないことが指摘された。それによれば、事前指示書（という制度）は、患者が、自分の病気が進行して、いつか意思決定の能力を失った時に望むであろう決定を、前もって完全に予測することができるという前提に立っている。しかし、しばしば、忘れられている重要な点であるが、病気が進行すればするほど、健康状態が悪化すればするほど、患者がその考

えを変える可能性は高くなる。筋萎縮症のように、事前指示書が書かれることが多い特殊な病気はあるが、例えば、がんでは、事前指示書は、ほとんど見られない。CCNE (Comité consultatif national d'éthique 国家倫理諮問委員会) の意見³³⁾が、事前指示書に医師の決定に対する拘束力をもたせるよう提案したことには、賛成できない。賢人会議であるCCNEには、Régis Aubry 教授³⁴⁾を除いて、終末期医療の実務経験がある人がおらず、その意見は、どうしても、医師の考えとは、ずれてしまう。フランスには、いまだ、事前指示書の文化は根付いていない。……

エ ヴァンサン・ランベール (Vincent Lambert) 事件

(ア) フランスでは、終末期医療を巡るある行政裁判事件が、1年以上にもわたって、多くの終末期医療関係者の注目を(さらには、広く世間一般の耳目を)集め続けている。この事件——ヴァンサン・ランベール (Vincent Lambert) 事件——が最初に注目を集めたのは、2013年5月であった。

ランベール氏(同年同月で37歳)は、オートバイ事故で負った脳の傷害によって4年半にわたって昏睡状態にあり、胃ろうで栄養および水分を補給されていたが、入院先のランスの病院 (le CHU de Reims) の医師たちと、毎日面会に訪れていたランベール氏の妻、そして、ランベール氏の兄弟姉妹のうちの数名の合意により、4月10日以降、栄養補給を行わないことが決定された。この決定の結果、栄養パックは取り外され、1日に500mlの水が補給されるだけとなった。ところが、4月26日、遠隔地に住んでいたランベール氏の両親がこの事実を聞きつけて病院を訪れ、5月8日にランベール氏の主治医と面会し、栄養補給の再開を求めた。しかし、病院が決定を覆さなかったため、両親は、行政裁判所 (le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne) に訴えを起し、裁

判所は、5月11日、両親の訴えを容れて、病院に、栄養補給の再開を命じたのである。

すでに見たように、レオネティ法第9条(公衆衛生法典L. 1111-13条)は、医師が、重い不治の病の進行した状態、またはその末期の状態にあって意思表示できない人について、無益、過剰、または、生命を人為的に維持する以外の効果をもたない治療を制限し、または中止する際に、PC、または家族等の意見を聴取し、かつ、事前指示書が存在する場合には、これを参照すべきことを規定しているが、ランベール氏は、事前指示書を作成しておらず、PCも指名していなかった。裁判所は、このような場合、レオネティ法が規定する合議手続には、両親も参加していなければならないとしたのである。

この時点では、問題は、レオネティ法が要求している合議手続の解釈問題にとどまっており、ヒアリング調査でも、「家族」に患者の両親が含まれないとはいえないであろうから、裁判所の判断にも、一応の理由はあるという受け止め方がされていた。ところが、その後、事件は、予想外の展開を辿った。

(イ) 9月、医師らは、今度は両親をも召還した上、9月27日、11月16日、12月9日の3回にわたって合議を行い、2014年1月11日、同月14日をもって、栄養および水分の補給を停止する決定を通知した。これに対して、両親と両親の側についた一部の家族は、同月13日、再び行政裁判所に訴えを起し、同月16日、裁判所は、終末期医療関係者の大方の予想と期待とを裏切って、再び両親の訴えを容れ、病院に決定の撤回を命じた。裁判所は、ランベール氏の現在の状態にレオネティ法はおおよそ適用されないという両親の主張は退けたが、ランベール氏のような、état pauci-relationnel (EPR³⁵⁾) の患者の場合、看護と処置の継続は、生物学的な意味での生命を人為的に維持するだけの目的しかないわけではなく、生命機能の低下を緩やかにする目的をもっており、レオネティ法第9条(公衆衛生法典L. 1111-13条)がいう、“in-

utiles”（無益）なものではなく、“disproportion”（過剰性）を認めることもできないとしたのである³⁶。

裁判所のこの判断は、ランベール事件は、合議手続の解釈問題を提起したにとどまり、ランベール氏の両親が合議手続に参加しさえすれば、病院の決定は、当然、支持されるであろうと考えていた多くの終末期医療関係者を驚かせた。レオネティ法制定の中心人物、レオネティ議員は、インタビューに答えて、おおよそ、次のように語っている³⁷。

裁判所の判断に、驚き、深く憂慮している。（レオネティ）法が「いかなる原因によるものであれ、重篤で回復不能な疾患」に適用があることを明確に規定したとき³⁸、われわれが念頭に置いていたのは、例えば、交通事故が起き、医師が生命はとりとめることができたが、回復させることはできなかったという難しい事例だった。ランスの医療チームがとった手続は、法に合致している。医師に取って代わろうとする行政裁判所の反応が、私には理解しがたいし、懸念しているところでもある。ランベール事件は、執拗な治療を定着させてしまうだろう。もし、この決定が、コンセイユ・デタで追認されたら、医師らは、司法に断罪されることを恐れて、意思表示能力のない患者について、生命維持措置の停止をしなくなるだろう。これは非常に大きな後退だ。……

また、SFAP（【3】）の理事のひとりでもあるアクピユ（Hacpille）医師は、次のようにコメントしている。

医学的には、行政裁判所の判断は、理解しがたい。基本的な点について、コンセイユ・デタの説明が必要だろう。もし、今回の判断がこのまま維持されるとしたら、これは、現在行われている医療実務のことごとくを、将来に向かって、根本的に変更することになるし、また、治療上の執着を増大させることに——フランス国民が、自分たちは、そのような執着には反対だとわれわれ（医師）に言っているにも拘わらず

——つながっていくことになる³⁹。……

（ウ）その後、事件は更に展開を遂げる。1月下旬に入って、ランベール氏の妻は、コンセイユ・デタ（le Conseil d'Etat. フランスにおける行政事件の最上級裁判機関）に提訴し、病院もこれに追随したのである⁴⁰。

コンセイユ・デタは、数回の公聴会を実施した後、2月14日、ランベール氏の病状について、追加の医学鑑定を勧告し、これを受けて任命された3名の鑑定人が、5月上旬、ランベール氏の脳の損傷は不可逆的であり、同氏は植物状態である（最小意識状態ではない）とする鑑定意見を提出した。これを受けて、コンセイユ・デタは、6月24日、ランベール氏の担当医が1月11日に決定した、栄養・水分補給の停止は、適法であると判断したのである⁴¹。

ところが、ランベール氏の両親らは、これに先回りする形で、6月23日、欧州人権裁判所（la Cour européenne des droits de l'homme : CEDH）に、介入要請の緊急提訴を行っていた。人権裁判所は、コンセイユ・デタの判断が下された数時間後に、その執行を停止させた⁴²。そして、7月に入ると、ランベール氏の主治医が辞職して、マスコミをひと賑いさせ、同月24日には、ランベール氏のきょうだいらが、人権裁判所に対して、ランベール氏の両親らの提訴を「受理不能」（irrecevable⁴³）とするよう求める提訴を行って⁴⁴、事件は、家族内紛争の様相を一層色濃くしつつ⁴⁵、なお継続中である。

オ その他の関連問題

（安楽死・自殺補助の合法化問題）

ランベール事件が、いわば、突発的な問題提起だったのに対して、レオネティ法制定以前から現在に至るまで、フランスの終末期医療法制の重大問題であり続けているのが、安楽死および自殺補助の合法化問題である。フランスは、この問題についての、いわば「先進国」である、オランダ、ベルギー、ルクセンブルク、および

スイスと、地理的・文化的に近いこともあって、安楽死および自殺補助の合法化問題が、アンペール事件（2003年）、セビル事件（2008年）、そして、今回のランペール事件と、いくつかの印象的な事件を間に挟みながら、社会の大きな関心を集め続けてきた⁴⁶⁾。オランダ大統領は、その選挙公約中に、この問題に関する法律を制定することを掲げ、2013年中の法案提出を予定しつつ、その準備作業の一環として、2つの重要な報告書（シカール報告書 [2012年12月] およびCCNE意見 [2013年7月]）の提出を受けたが、現時点（2014年7月）では、法案の提出はなされていない。ヒアリング調査では、レオネティ法が適切に適用されれば、安楽死が必要だと感じられる場面はなくなるはずであり、その合法化には反対であるという意見が大勢を占めた（【4】は、ONFVとしては賛成でも反対でもなく、個人としては、いまだ判断できないとした）。また、自殺補助の合法化については、これは、医療ではなく刑法の問題であろう（仮に合法化されたとしても、自殺補助が医療に組み込まれるなどということは考えられない）という意見が大勢を占めた。

（自宅における終末期医療）

日本では、患者の自宅における終末期医療のあり方がひとつのテーマとなっているが、これはフランスでも同様であり、フランスでも、自宅死を推進する政策が進められている。ただし、日本の場合、病院のベッド数の絶対的な不足が議論の背景にあるのに対して、フランスでは、自宅での死を望む人が多いという調査結果が、政策の根拠として挙げられることが多いようである。ヒアリングでは、緩和ケアに関して一般開業医をサポートする地域ネットワークについて、あるいは、患者を退院（あるいは、「自宅入院」[自宅を病室とみなす入院形態]）させた場合に、緩和ケアを継続・実行するための移動緩和ケアチーム（equip mobile）について、さらには、一般開業医の心情（患者の死を見たくない）が自宅死を妨げている面もあること、患

者の家族からの救急要請を受けて駆けつけた救急隊による対応（看護師によるモルヒネの投与等）などについて、意見・情報が聞かれた。

3 おわりに——わが国の終末期医療法制のあり方に対する示唆——

ア 以上、フランスの終末期医療について、レオネティ法と医療現場との関係を中心に概観してきた。ここには、わが国の終末期医療法制のあり方に対する、2つの重要な示唆が含まれているように思われる。

イ 第1は、事前指示書を、法律上、どの程度まで重視すべきかという問題についてである。現在、国会への提出を目指して作成準備が進められている、「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法案（仮称）」（いわゆる「尊厳死法案⁴⁷⁾」）は、その初期の段階から一貫して、患者が、延命措置の不開始（第1案）／延命措置の不開始または中止（第2案）を希望する旨の意思を、「書面その他の厚生労働省令で定める方法により表示している」ことを、医師が、それら不開始または中止に踏み切るための要件としている（法案第7条⁴⁸⁾）。

しかし、フランスの実情を見ると、わが国において、事前指示書を、終末期における延命措置の不開始や中止の必要条件とすることには、疑問が残る。「意識調査」によれば、わが国においても、事前指示書の作成状況は、ごく低いレベルにとどまっている。この事情は、フランスでも同様であったが、フランスで事前指示書がほとんど利用されていないことの大きな理由は、事前指示書の話患者に切り出すことの難しさであった。この事情が、日本でも大きくは異ならないとすると、事前指示書を、延命措置の不開始や中止の要件としてみたところで、事前指示書の作成状況が劇的に改善されることは、あまり期待できないことになる。

生命倫理に関わる新しい制度を設計する際に、まずは厳格な要件を設定しておこうとする姿勢は、一概に否定されるべきではない。しかし、

厳格な要件の設定がどのような結果を生むのかは、事前に十分に検討しておく必要がある。スタート時における厳格な要件の設定は、臓器移植法の立法過程でも見られたところであるが、その結果は、周知の通りである。しかも、臓器移植法の場合は、立法時においてゼロであった脳死体からの臓器移植が、立法後、いくつまで増えるかという、増加数の大小の問題にとどまっていたが、終末期における医療措置の差し控えや中止は、現在、すでに行われていることである。事前指示書を差し控えや中止の要件として立法を行った場合には、現在行われているこれらの行為を、少なくとも一旦は、大幅に減少させる可能性がある。これが正当化されることであるか否か、よりよい未来を作るためのやむを得ない犠牲であると、患者本人やその家族、医師らに向かって主張し得るか否かは、現在の状況および将来の予測に関する客観的なデータ⁴⁹⁾を基にした検討を経て、はじめて知り得ることである。どのような結果になるのかはよく分からないが、厳格な要件で、ともかく始めてみようというわけにはいかない⁵⁰⁾。

ウ 第2は、延命措置の不開始や中止の位置づけ、すなわち、これを、「死に方の選択」の問題と捉えるのか、それとも、「生き方の選択」の問題と捉えるのかについてである。「尊厳死法案」が、医師がそれらの措置をとり得るための要件を厳格化しようとしている背後には、これらの措置は、患者にとっては、一種の自死であり、医師にとっては、患者を死なせる方法の問題、患者を死にソフトランディングさせる方法の問題だとする発想があるように思われる。しかし、これが妥当であるのかについても、いま一度考えてみる必要がある。

人々が、ある人の死を尊厳ある死だと評価するとき、その評価の基礎になっているのは、その人が、人生の最後の瞬間までをどのように生きていたかであろう。いわゆる尊厳死の実体が、いわば「尊厳生」であるとすると、要件の厳格化は、必然的なものではないことになる⁵¹⁾。

レオネティ法は、事前指示書を医療措置の差し控えや中止の要件とはしていないが、このことと、同法が守ろうとしているのが、死の尊厳ではなく、「死にゆく人の尊厳」(la dignité du mourant)であること⁵²⁾、保障しようとしているのが、死の質ではなく、「人生の終末の質」(la qualité de sa fin de vie)であること⁵³⁾とは、おそらく、無関係ではないであろう。「われわれは、生に寄り添うためにいるのであって、死を与えるためにいるのではない」というフランスの医師の言葉は⁵⁴⁾、わが国における終末期医療法制のあり方を考えるにあたって、心に留めておく必要があると思われる。

注

- 1) 近藤和哉「フランスの終末期医療」『H25年度厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業「在宅拠点の質の向上のための介入に資する、活動性の客観的評価に関する研究」(H24—医療—指定—038)平成25年度総括・分担研究報告書』(2014年)。
- 2) 医学部を始めとする、人と健康の科学に関わる9つの学部等を擁する著名大学。「パリ第5大学」ともいう。HPは、<http://www.univ-paris5.fr/> (2014年07月28日現在。以下、本稿において同じ)。
- 3) la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. 緩和ケアの普及発展等を目的として、1990年に設立された看護・緩和ケア分野における著名団体。医師、看護師を始めとする医療従事者5000名以上と約200の団体が会員となっている。HPは、<http://www.sfaf.org/>
- 4) l'Observatoire National de la Fin de Vie. フランスにおける生の終末の状況に関する客観的で信頼できるデータを、公の議論の場に提供すること等を目的として、2010年に設立された国の機関。HPは、<https://sites.google.com/site/observatoire-national-fin-de-vie/>
- 5) バリ郊外クレティユ (Créteil) 所在の、病床数約1000の総合病院。Paris-Est Créteil Val-de-Marne 大学の大学病院センター (CHU: centre hospitalier universitaire)。HPは、<http://chumondor.aphp.fr/>
- 6) l'Association des Dames du Calvaire (カルヴァリオの丘の女性たちの会)が運営する、81の個室病床を備えた、著名な非営利緩和ケア施設。HPは、<http://www.jeanne-garnier.org/maison-medicale-jeanne-garnier/>
- 7) レオネティ法の原文は、http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do_cidTexte=JORFTEXT000000446240&dateTexte=&c

- atégorieLien=idで入手可能である。また、同法の成立過程については、鈴木尊敏「フランスにおける尊厳死法制——患者の権利及び生の終末に関する2005年法を中心として——」外国の立法235号(2008年)77頁が詳しい(同論文93頁以下には、レオネティ法の日本語訳も付けられている)。レオネティ法の全体像およびフランスの終末期医療の現状の把握には、菊地広子「フランスの終末期医療事情 Vol.1~3」(2011年)日経メディカル <http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/report/t132/201103/519138.html> が非常に有益である。
- 8) 以下における「【3】」等の表記は、前項「イ」の表記に対応している。
- 9) 例えば、同法が、治療の限界を画する枠を示し、一定の治療の制限や停止を合法としたことを評価する医師のコメントを紹介する記事として、Figaro・2011年1月25日(La loi Leonetti donne l'accès aux soins palliatifs), 菊地・前掲注(7)・Vol.1, 久保田文「死なせる医療 Vol5 治療差し控え進むフランス」(2011年)日経メディカル <http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/report/t164/201112/522922.html>。同法が、緩和ケアの充実を促し、終末期の患者が苦痛の中で安楽死を望むような事態を減少させたことを評価するコメントを紹介する記事として、Figaro・2012年12月18日(Euthanasie les medecins en premiere ligne dubitatifs), 同・同17日(Soins palliatifs: «On nous appelle souvent trop tard»), 同・同年5月17日(Les soins palliatifs, à rebours de la résignation)。
- 10) この問題は、かねてからしばしば指摘されているところである。フランス医師会全国評議会(Conseil National de l'Ordre des Médecins)が2013年1月に実施したアンケート調査によれば、医師の53%が、レオネティ法をよく知らない、または、ほぼ知らないと回答している。
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sondage_fin_de_vie_fevrier_2013.pdf#search=Conseil+national+de+l+%E2%80%99ordre+des+m%C3%A9decins+du+10+au+23+janvier+2013
この問題に関連する記事として、Figaro・2013年2月14日(L'Ordre des medecins fait un pas vers l'euthanasie), Figaro・前掲注(9)・2012年12月17日, 菊地・前掲注(7)・Vol.1。
- 11) 本稿におけるヒアリング対象者の発言に関する記述については、筆者に責任があることを、あらかじめお断りしておきたい。ヒアリングに当たっては、筆者の発問、通訳、対象者の回答を録音し、後に、文字起こし、これを基にして本稿を執筆しているが、筆者のフランス語能力の限界から、ヒアリング対象者の回答の趣旨や真意を十分に把握できていない可能性もある。また、若干の箇所では、回答の趣旨を明瞭にするために、発言の順序を入れ替える等の操作も行った。
- 12) レオネティ法の認知の不足が、緩和ケアの開始の遅れにつながっていることを指摘する【3】を含む医師らのコメントを紹介する記事として、Figaro・前掲注(9)・2012年12月17日, 極限状況の最前線にいる看護師ではなく、医師が議論のインシアティブを握っていることが、緩和ケアの検討を遅らせていることを指摘する医師のコメントを紹介する記事として、Figaro・2011年9月5日(Comment les medecins en hopital abordent la fin de vie)。
- 13) 同様に、医学の全能性の問題を指摘し、患者が死ぬことを受け入れられない医師は、自己の無力に直面した場合、そのフラストレーションを解消するために、患者を目の前から消し去ろうとしかねないこと、逆に、執拗に治療をし続けかねないことを指摘する医師のコメントを紹介する記事として、Figaro・前注・2011年9月5日。また、緩和ケアチームが(臨床チームから)呼ばれるのが遅すぎる(平均的には、患者の人生の最終週)こと、緩和ケアチームを凶兆のように見るのを止めてもらう必要があることを指摘する【3】のコメントを紹介する記事として、Figaro・前掲注(9)・2012年12月17日。
- 14) 実施主体は、INED (Institut national d'études démographiques 国立人口学研究所)であり、これに、ONFV (Observatoire national de la fin de vie 生の終末国立観測所 [本調査の【3】])、INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale 国立保健医学研究所), Conseil national de l'Ordre des Médecins (フランス医師会全国評議会)が協力した。調査の概要は、フランスで2009年12月に死亡した18歳以上の人、47,872人から無作為に14,080人を抽出し、その死に関わった11,828人の医師に、匿名性を保障した上でアンケート(40の主質問と多くの枝質問とから成る)に対する回答を求め、最終的に4,891人の死について、回答を得たというものである(ただし、168人については、データに欠けがあったため、集計から除外された。また、798人は、医学的介入の余地がない突然死であった)。
- 15) Pennec S, Monnier A, Pontone S, Aubry R: End-of-life medical decisions in France: a death certificate follow-up survey 5 years after the 2005 act of parliament on patients' right and end of life, <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/11/25> (以下、「①論文」という)を参照(アンケートの質問票および集計表データも、同論文のリンクから入手可能である)。よりコンパクトなものとして、Pennec S, Monnier A, Pontone S, Aubry R: End-of-life medical decisions in France: Population & Societies (INED), 494 (Nov. 2012), http://www.ined.fr/en/publications/pop_soc/bdd/publication/1618/ (以下、「②論文」という)を参照。
- 16) 患者自身の明示的な意思に基づいていたのは、そのうちの11件のみであった(①論文参照)。
- 17) ②論文に示された表によれば、全体の数字は次の通りである。
・死を早める可能性を認識しつつ決定したケース: 2,252件/47.7%
(うち、延命措置の差し控え: 688件/4.6%, 延命措置の中止: 199件/4.2%, 苦痛や症状を軽減するための措置の強化: 1,327件/28.1%, 生命を意図的に終わらせるための薬剤の投与: 38件/0.8%)
・死に関して何らの意図なく決定したケース:

- 1,097件/23.2%
- ・延命のためにあらゆる方策をとることを決定したケース：576件/12.2%
 - ・突然死：798件/16.9%
- 18) ①論文参照。
- 19) 該当する部分の原文は、“Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu’il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l’avoir informée des conséquences de ses choix.”である。なお、この規定は、レオネティ法ではなく、2002年のいわゆるクシュネル法によって、公衆衛生法典中に設けられたものである。
- 20) 該当する部分の原文は、“Lorsqu’une personne, en phase avancée ou terminale d’une affection grave et incurable, quelle qu’en soit la cause, décide de limiter ou d’arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l’avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical.”である。この規定は、レオネティ法第6条によって、公衆衛生法典中に設けられた。
- 21) 該当する規定の原文は、“Lorsque la personne est hors d’état d’exprimer sa volonté, la limitation ou l’arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l’article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d’arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.”である。この規定は、レオネティ法第5条によって、公衆衛生法典中に設けられた。なお、同条と事前指示書およびPCとの関係については、次項を参照。
- 22) 該当する部分の原文は、“Lorsqu’une personne, en phase avancée ou terminale d’une affection grave et incurable, quelle qu’en soit la cause, est hors d’état d’exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d’arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n’ayant d’autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance visée à l’article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical.”である。この規定は、レオネティ法第9条によって、公衆衛生法典中に設けられた。なお、同条と事前指示書およびPCとの関係については、次項を参照。
- 23) 以上の統計上の数値は、①論文による。
- 24) Figaro・前掲注(12)2011年9月5日も参照。
- 25) 該当する部分の原文は、“Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d’état d’exprimer sa volonté et de recevoir l’information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l’accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l’aider dans ses décisions.”である。
- 26) 公衆衛生法典に、L1111-11条を挿入した。同条の原文は、“Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d’état d’exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l’arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment. A condition qu’elles aient été établies moins de trois ans avant l’état d’inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d’investigation, d’intervention ou de traitement la concernant. Un décret en Conseil d’Etat définit les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées.”である。
- 27) 医師の決定が、事前指示書の内容等に、法的に拘束されるわけではない。
- 28) 公衆衛生法典L.1111-4条に、次の条項を挿入した。“Lorsque la personne est hors d’état d’exprimer sa volonté, la limitation ou l’arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l’article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d’arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.”
- 29) 公衆衛生法典にL. 1111-13条(前述)を挿入した。なお、レオネティ法第7条(公衆衛生法典L. 1111-11条)は、事前指示書に関して、医師の一般的な考慮義務を規定し、また、同第8条(公衆衛生法典L.1111-12条)は、重い不治の病の進行した状態、またはその末期の状態において意思表示できない人が、事前にPCを指名していた場合には、その人の意見が、医学に属さない事項に関して、事前指示書を除く、他のすべての意見に優越する(緊急時等は除く)ことを規定している。
- 30) 比較的最近の報道記事として、以下のものがある。時事ドットコム・2014年6月17日「尊厳死法案、国会提出見送り=自民PT」(http://www.jiji.com/jc/zc_k=201406/2014061700875)、msn産経ニュース・同年5月18日「尊厳死法案 免責事項に「延命措置中止」盛る 自民PT」(<http://sankei.jp.msn.com/politics/news/140518/stt14051814460003-nl.htm>)、同前・同年4月24日「尊厳死法案 国会提出へ採決では議員の死生観尊重」(<http://sankei.jp.msn.com/politics/news/140424/stt14042421290010-nl.htm>)、YOMIURI

- ONLINE・同年2月6日『『尊厳死法案』提出へ……生命倫理議論 参院主導で』
(http://www.yomidr.yomiuri.co.jp/page.jsp_id=91991)
- 31) ②論文参照。
- 32) 【3】では、レオネティ法第7条が、医師に考慮義務が生じる事前指示書を、過去3年以内に作成されたものとしたことについて、食品の賞味期限ならともかく、患者の意思の有効期間など、およそ定めることができるはずがない、と強く批判されていた。
- 33) avis N°121 « Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir » (意見121〈生の終わり、人の自律、死の意思〉)。オランダ大統領が、その選挙公約の一つとしていた、人の終末期に関する新法の法案準備の一環としてCCNEに諮問し、同委員会が、2013年7月1日に公表した意見。例えば、Figaro・2013年7月1日 (Le Comite d'ethique s'oppose au suicide assiste), Figaro・同2日 (Euthanasie, le debat qui n'aura pas de fin) で、その要点や改正問題の背景 (安楽死および医師による自殺補助の非犯罪化の是非を巡る論争) を知ることができる。
- 34) 【3】ONFVの所長でもある。
- 35) 重篤な意識障害状態であり、“état végétatif permanent (EVP)” (植物状態) と区別されて、“état de conscience minimal” (最小意識状態) とも呼ばれる。例えば、<http://www.coma.ulg.ac.be/fr/familles.html> (Liège 大学) 参照。
- 36) 以上については、Figaro・2013年5月29日 (Euthanasie annulee: l'epouse s'exprime), 同・同16日 (Un juge ordonne l'interruption d'une procedure d'euthanasie), 同・同年9月26日 (Les medecins veulent relancer l'euthanasie de Vincent Lambert), 行政裁判所公式サイトの記事 (Affaire Vincent Lambert: alimentation et hydratation maintenues) <http://chalons-en-champagne.tribunal-administratif.fr/communiqués/affaire-vincent-lambert-alimentation-et-hydratation-maintenues-kyy.html> 参照。
- 37) JDD (le Journal du Dimanche)・2014年1月19日。
<http://www.lejdd.fr/Societe/L-affaire-Lambert-consacre-l-acharnement-therapeutique-649153>
- 38) レオネティ法第9条 (公衆衛生法典 L. 1111-13 条) 参照。
- 39) JOL・2014年1月20日。
<http://www.jolpress.com/affaire-vincent-lambert-debat-euthanasie-loi-leonetti-article-824036.html> (SFAPのトップページにもリンクがある。)
- 40) 以上については、Figaro・2014年1月28日 (Affaire Vincent Lambert: son épouse fait appel devant le Conseil d'État), 同・同29日 (Vincent Lambert: le CHU de Reims déposera un recours devant le Conseil d'État) 参照。
- 41) 以上については、Figaro・2014年2月14日 (Vincent Lambert: le Conseil d'État préconise une nouvelle expertise médicale), 同・同年5月6日 (Les lésions de Vincent Lambert sont «irréversibles»), 同・同年6月24日 (Le Conseil d'État ordonne la fin du maintien en vie de Vincent Lambert), コンセイユ・デタによる報道コミュニケ (http://www.conseil-etat.fr/communiqué_v_lambert_24062014.pdf), コンセイユ・デタ副院長による記者発表 (<http://www.conseil-etat.fr/2014-06-24-declaration-jean-marc-sauve.pdf>) を参照。また、SFAPの報道コミュニケ (<http://www.sfap.org/pdf/CP-SFAP-24-juin-2014-VF.pdf>) も参照 (コンセイユ・デタが、レオネティ法の大原則 [執拗な医療の否定、患者の意思の尊重、患者の安らぎと家族への寄り添い] を再確認したことや、ひとりひとりの患者が、それぞれ唯一の存在であることを指摘して、今回の判断の一般的な適用を戒めたこと等を、肯定的に評価している)。
- 42) 以上については、Figaro・6月24日 (La CEDH saisie en urgence du cas Lambert), 同・同25日 (La Cour européenne ordonne le maintien en vie de Vincent Lambert)。後者の紹介によれば、人権裁判所の決定は、次のようなものであった。「2014年6月24日、当裁判所は、コンセイユ・デタによって同日下された判決を精査の上、規則39条の適用により、当事者の利益および当裁判所での手続を遂行する利益のために、貴政府に対して、当該判決の執行を、当裁判所における手続の期間、停止させるよう指示することを決定した。当裁判所は、また、この措置が、ヴァンサン・ランベール氏が、その栄養補給および水分補給の継続の中止を目的として移動させられないことをも含むことを明言するものである。」
- レオネティ議員は、フィガロ紙のインタビューに答えて、ランベール事件が、執拗な医療から執拗な司法へと移りつつあるという感想を述べている (Figaro・同年6月25日 [Leonetti: «Les affaires Lambert et Bonnemaison n'ont rien à voir avec l'euthanasie»])。同議員は、また、コンセイユ・デタが、ランベール氏に対する人工的な栄養補給・水分補給が「不合理な執着」に当たるとしたことを、また、ランベール氏の近親者らに尋問を行って、ランベール氏が何を望むであろうかを検討したことを、レオネティ法の精神にも文言にも合致するものと評価している。
- 43) 記事では明確に述べられていないが、ヨーロッパ人権条約第29条1項の受理可能性判断に関するものと思われる。
- 44) 以上については、Figaro・2014年7月4日 (Nouveau rebondissement dans l'affaire Vincent Lambert), 同・同24日 (V. Lambert: ses proches s'adressent à la CEDH) 参照。
- 45) ランベール事件に、ランベール氏の両親の宗教的信条 (いわゆる、伝統主義カトリック) が関わっていることを指摘する記事もある。前掲注 (37)・JDD・2014年1月19日, AFP・同16日 (Affaire Lambert: le tribunal se prononce contre l'euthanasie passive) <http://fr.news.yahoo.com/fin-vie-vincent-lambert-d%3%A9cision-tribunal-attendue-051728228.html>)。なお、Figaro・同年6月26日 (L'affaire Lambert fait dire des aberrations (Eglise)) も参照。
- 46) フランスにおける安楽死をめぐる議論と安楽死合法化の試みの歴史については、大河原良夫「フランスにおける安楽死立法の最近の動向」福岡工

大研究論集 45 巻 2 号 (2012 年) が詳細に紹介・分析しており、参考になる。

- 47) オフィシャルなインターネットサイトは存在しないようであるが、民間団体の HP 等から入手可能である (例えば, <http://mitomenai.org/bill>)。
- 48) 注 (30) の報道記事も参照。また、児玉聡『『尊厳死法案』をめぐる議論の論点整理』(<http://synodos.jp/society/7971>) が、同法案を巡る議論を整理し、的確な論評を加えており、参考になる。
- 49) フランスで実施された全国調査 (前掲注 (14)) が、ひとつの参考になろう。
- 50) なおつけ加えれば、臓器移植法は、平成 21 年の改正で、患者本人の書面による提供意思の表示を不要とするに至った。これは、書面による意思表示を要求することによって、却って、患者の意思が尊重されない事態を生じさせてしまうという認識が、国民レベルで広く共有されるに至ったことの結果であろう (仮にそうでないとしたら、移植用臓器をより多く確保するために、患者を犠牲にしたことになる)。延命措置の不開始や中止については、また振り出しに戻って、そこから始めなければならぬのであろうか。
- 確かに、わが国には、そのような慎重さや厳格さを尊び、これを、立法の妥当性を主張し、また、それを信頼する根拠とする文化が存在するようにも見える (提供者の意思表示を不要とする角腎法が長く受け入れられていたにも拘わらず、脳死臓器移植の立法に際しては、書面による意思表示が、臓器摘出の要件とされた)。しかし、仮に、国民の意識が変化しているのであれば、それは、立法にも、適切に反映される必要がある。
- 51) 延命措置の不開始や中止が、患者自身による、人生における幸福追求の一形態であるならば、それらは、(他人の不当な介入を十分に警戒しつつ) むしろ、緩やかに認められるべきことになる。
- 52) 例えば、レオネティ法第 9 条 (公衆衛生法典 L.1111-13 条)。
- 53) 前注参照。
- 54) Figaro・前掲注 (9)・2012 年 12 月 17 日参照。

本稿の基礎となったフランス現地調査に当たっては、本学法務研究科・古田佑紀教授、法務省大臣官房・岩間信行審議官、法務省刑事局・東山太郎参事官、在フランス日本国大使館・杉原隆之一等書記官 (肩書きは、いずれも 2013 年 7 月現在) に、多大なお骨折りをいただいた。ここに記して、心からの感謝の意を表したい。

(本稿は、平成 24-25 年度において、厚労省科研費 (地域医療基盤開発推進研究事業) を受けて実施した研究の成果である。)