

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

ドイツにおける尊厳死をめぐる法的状況

分担研究者 東 雪見 成蹊大学法学部

研究要旨

川崎協同病院事件控訴審判決は、「尊厳死の問題を抜本的に解決するには、尊厳死法の制定ないしこれに代わり得るガイドラインの策定が必要であろう」と判示した。現時点では、この本判決が治療中止に関する高次の司法判断であり、その許容要件については、法律の制定、ガイドラインの策定へとバトンが渡された状態になっている。

ドイツにおいては、医師の強制加入団体である連邦医師会が「諸原則」を示し、他方で立法案も出されている。しかしながら、治療の中止に向けられた行為が刑事事件として立件され、あるいは、世話人が治療中止に同意できるかどうかという問題が裁判において取り上げられた例もある。

日本が今後どのような方向に進むにせよ、ドイツにおける治療中止についての状況がどのようなものであるかを知ることが意義のあることと思われる。そのため、本研究は、ドイツの状況について概観することを目的とするものである。

ドイツでは、安楽死問題を、純粋な臨死介助、積極的臨死介助、間接的臨死介助、消極的臨死介助の四類型に区別して議論するのが一般である。生命を短縮することのない苦痛緩和措置をとる純粋な臨死介助は、患者が望んでいる以上合法である。死に逝く者を殺害するという積極的臨死介助は、現行法上可罰的であるということについてほぼ意見は一致しているが、ドイツでは自殺関与は不可罰であるので、その限りで不可罰となる余地がある。死期を早める可能性があるにもかかわらず、苦痛を緩和する措置をとる間接的臨死介助については、理論構成には争いのあるものの、それが許されることに意見の一致がある。延命措置を行わないという消極的臨死介助は、患者がそれを現実に望んでいる場合には、合法であるのみならず、その意思に反して延命措置を取ることは許されない。問題は、患者が意思を表明できない時点における延命措置の不開始・中止である。このような場合について、連邦通常裁判所は、患者の推定的意思に基づき許される場合があるとし、その場合に世話人が措置の不開始・中止に承諾を与える場合には、後見裁判所の許可が必要とされるところとしている。また書面等による患者の事前の意思表示については、推定的意思を根拠付ける間接的証拠としてではなく、それ単独で延命措置の不開始・中止の許容性を基礎付けるものとしている。

A. 研究目的

ドイツにおいては、医師の強制加入団体である連邦医師会が「諸原則」を示し、他方で立法案も出されている。しかしながら、治療の中止等の行為が刑事事件として立件され、あるいは、世話人が治療中止に同意できるかどうかという問題が裁判において取り上げられた例もある。

日本が今後どのような方向に進むにせよ、ドイツにおける治療中止についての状況がどのようなものであるかを知ることは意義のあることと思われる。そのため、本研究は、ドイツの状況について概観することを目的とするものである。

B. 研究方法

主として、公刊されている判決文や文献などによった。

(倫理面への配慮)

すべて公知の情報によっているため、個人情報などを扱うことはしていない。

C. 研究結果

1 臨死介助

ドイツにおいて、安楽死 (Euthanasie) という言葉は、ナチス政権下で安楽死プログラムとしてなされた精神病患者などの虐殺が連想されることから避けられ、それと異なるものであることを明らかにするために、臨死介助 (Sterbehilfe) という

言葉が用いられることが多い。そして、一般には純粹な臨死介助、間接的臨死介助、消極的臨死介助、積極的臨死介助に区別して論じられる。

臨死介助との関係で問題となる刑法典の規定としては、故殺等の規定 (212条以下) の他、囑託殺を処罰する規定があるが、自殺への関与は処罰されていない。囑託殺の規定は以下のようなものである。

216条 囑託殺

第1項 殺害される者の明白かつ真摯な囑託によって殺害するに至った者は、6月から5年の自由刑に処す。

第2項 未遂は処罰する。

したがって、殺される者の真摯な囑託があつたとしても、本条によって処罰されうるし、また本条にいう真摯な囑託がなかった場合には故殺罪等の規定により処罰されうることになる一方、自殺への関与として評価されれば不可罰となることとなる。

2 純粹な臨死介助

純粹な臨死介助は、死に逝く者に対して、苦痛を緩和する措置を取るが、それに生命を短縮する作用がない場合である。これは患者の意思に基づく場合、また、患者が意思を表示できない場合であっても、推定的意思に対応している以上、不可罰とされる。

3 積極的臨死介助

他方、積極的臨死介助は、死に逝く者 (Sterbender) の殺害という意味では、殺害される者の真摯な囑託がある場合でさえ囑託殺として処罰され、現行法上可罰的であることにはほとんど争いはない。もっとも上述したとおり、ドイツ法は自殺関与を不可罰としていることから、積極的臨死介助であっても自殺関与と評価される限りで不可罰とされる余地がある。判例においても、H医師が、非常に重篤な病である、脳に転移する治癒不可能な顔面癌を患っていた女性に塩化カリウムを提供したところ、患者がそれを嚥下し、その結果死亡した事件 (Hackethal事件) において、医師は囑託殺を理由に起訴されたが、Traunsteinラント裁判所、München上級ラント裁判所はそれを退けている。

ここにおいて問題とされているのは、まず第1に自殺関与と囑託殺を区別する基準である。有力な見解は、誰が最後に、死をもたらす後戻りのできない行為を支配しているかによって判断する。自殺者がその行為を支配している場合には、他者のそれへの関与は不可罰であり、他者が支配している場合には、囑託殺が問題となるとされる。したがって例えば他者が致死薬を提供し、それによって提供を受けた者が自ら死亡する場合には自殺関与として不可罰であり、重い病を患い、死ぬことを希望している者の囑託に応じて、致死薬を注射する者は囑託殺として処罰されることになる。もっともこの区別は、必ずしも明瞭なものではないことは否定できず、またこのような区別に意味があるかに疑問をもつ見解もある。

第2に、自殺者が意識を喪失するなどした後に、

病院に運ぶこと、その他相応しい措置を取らなかった場合において、その不作為が、故殺罪 (212条以下) や不救助罪 (323条c) によって処罰される可能性が残されている。重い病を患い、夫の死後生きることによって疲れていた76歳の女性はモルフィネと睡眠薬を過剰摂取し死亡しようとし、その際、自分を病院に入院させないこと、延命措置をとらないでほしいという希望する文書を残していた。家庭医であるW医師は、この女性が意識不明状態に陥っているものの、まだ生きていたときに来合わせたが、入院を指示することなく、彼女の死に立ち会った (Wittig事件)。連邦通常裁判所は、結論においてはW医師を無罪としたものの、通常、医師が自殺者の希望に沿うことは許されるものではなく、本事例においては、救助したとしても患者は深刻かつ不可逆的なダメージを免れることはなかったために、病院への搬送を見合わせた医師の良心的決定は支持しうるにすぎないことを理由としていた。したがってこの判断によるならば、重い病を患って自殺を望んだ者が意識を喪失した後、行為者が救助措置をとらなかった場合において、それは一般的には許されるものではなく、その措置を控えた動機によっては、可罰的とされうることになる。

第3に、自殺関与が法律上不可罰であるとしても、多くの医師や、連邦医師会の諸原則において、自殺に手を貸す行為については否定的に評価されているということである。これに対しては、医師の助けがなければ、素人的な方法において自殺せざるを得ないということから、法律家と医師の共同により作成された2005年臨死介助対案は、医師は、

致死の病にある者が、明白かつ真摯な嘱託をしている場合に、それに基づいて、すべての可能な治療を利用し尽くしても、耐え難い、治癒不可能な負担を回避するためには、自殺を援助することが許され、このような援助は義務づけられないが、患者の希望に基づいて、それをする意思のある他の医師を紹介するものとしている。

4 間接的臨死介助

死の発生を早めることがあるにもかかわらず、致死の病を患っている者に苦痛を緩和する措置をとることが間接的臨死介助である。裁判所、医療実務、学説において、その許容性は、その理論構成には争いのあるものの、肯定されている。

問題とされているのは、間接的臨死介助がいつの時点で許されるかということである。連邦通常裁判所や連邦医師会の諸原則においては「死に近づく者」という表現が用いられている。この用語が、死の切迫性を要求しているものであるとすると、治癒不可能な癌などの病が発病した際、受け入れがたい苦痛があるが、死が予想されるのはまだ何週間、何ヶ月も後である場合、緩和措置がとれないということになりかねない。

そのため臨死介助対案は、死に近づく者に限定することなく、致死の病を患っている者に範囲を拡張している。

また、どのような苦痛を要件とするかも問題となる。連邦医師会の諸原則や、2006年ドイツ法律家会議は甚だしい苦痛を厳格に要求するのではなく、「負担を軽減する」という文言を用いており、苦痛の要件をゆるめる傾向にある。

間接的安楽死が許されるものであることは理論上今日争われていないが、それに濫用の危険があることの指摘はなされている。本来処罰されるべき殺人行為であるのにもかかわらず、苦痛の軽減のための間接的臨死介助であると主張され、本人が死亡しているために、その反証が不可能であるということがありうるからである。そのため臨死介助対案は、間接的臨死介助を行うことのできる資格を医師または医療的権限を有する者に限定し、また、2006年ドイツ法律家会議においては、濫用の危険を抑制するために治療の経過を書面にすることを医師に義務づけ、その違反には過料を課すべきであるとされている。

5 消極的臨死介助

消極的臨死介助は、医師や親族などが、死期が近づいている者に対して、延命措置をとらないことをいうが、これについては患者の希望に基づく場合、その意思に反する場合、患者がもはや意思表示できない場合の三つの類型がありうる。

(1) 患者の意思に基づく延命装置の不開始・中止

患者が延命措置を拒否している場合には、延命措置は開始されず、または中止される。このことは、患者の意思に反して治療することは許されないということから基礎付けられ、患者の意思が客観的には誤ったものと評価されうる場合であっても、それは決定的であるとされている。AE-StH214条1項1号や、臨死介助対案においても、生命意思措置の不作为または終了は、本人が明白かつ真摯に要求している場合には違法ではないと規定することによって、このことを明らかにしようとして

いる。

もっともこれについても問題がまったくないわけではない。治療を拒絶することが死に直結する場合は、それは自殺と評価されうる事態といえなくはない。

連邦通常裁判所は、前述したWittig事件において、医師が自殺者の希望に従うことは通例許されないとしている。これによるならば、自殺者の場合には例外とされ、本人の意思に反して治療することが許され、さらには治療しなければならないということにもなりうる。また、患者の意思に反して治療することが許されないという命題が一度は肯定されるとしても、「自殺」と評価されうる範囲において、治療義務が認められる場面が生じる余地がある。

もっとも、この連邦通常裁判所の判断は学説上広く批判されている。精神状態が正常でない状態において自殺しようとした者について、治療義務が肯定されるとしても、患者が自律的に自殺を決定している場合には、その意思を尊重しない合理的な理由はないとされるのである。自殺者が救助された後、自殺について後悔することがあるということについては、患者が治療を拒絶し、その後治療には遅すぎる時点になって後悔することがあったとしても、消極的臨死介助が不可罰であることは変わらないのであるとすれば、自殺についても同様であるはずであるとされる。

裁判所が以上のような見解に従う徴候はあるとされるが、臨死介助対案は、他人の自殺を妨げず、または、他人が自殺を試みた後に救助しない者は、自殺が自由答責的にかつ真摯な決定か、明白に示

された決定、または諸事情から認識可能な決定に基づいている場合には、違法に行為するものではないという規定をおいており、また2006年ドイツ法律家会議もこれを支持する決議をしている。このような見解を前提とするならば、治療の拒絶が死に直結するような場合においても、その意思に沿った治療の不開始・中止は消極的臨死介助として許容され、また、患者が意識を喪失した後においても、以前の意思を尊重し、治療をしないことが許されることになる。

なお、治療の不開始と中止を区別し、たとえば患者の希望にしたがって人工呼吸器を装着しないことは許されるが、装着した人工呼吸器後のスイッチを切ることは許されないとして、後者よりも前者の許容性を広く認める議論がきかれることがあるが、ドイツにおいては、人工呼吸器を装着しないことも、人工呼吸器のスイッチを切ることも、社会的な意味では、治療の中止として不作為であり、両者は区別されず、患者の意思に基づく場合には不可罰であるとする見解が支配的である。またスイッチを切る行為を作為と見る見解も、別の理論構成によって不可罰とするものがほとんどである。

(2) 患者の意思に反する延命措置の不作為

患者が治療を望んでいるにもかかわらず、それを行わず、患者を死亡させ、またはその死を早めた場合には、不作為の殺人罪や不救助（刑法典323条）として処罰されうる。もっとも、患者の希望がある限り、技術的に可能な措置をすべて尽くさなければならないのか、そこには一定の限界が

存在するのではないかは議論されている。連邦通常裁判所も、延命措置は、技術的に可能であるというだけで、不可欠とされるわけではなく、生命と人間の尊厳の尊重に適合する個別的な決定により、医師の治療義務の限界が定まるものとしている。立法提案においても、医師が、死が間近に迫っており、当人の負担と治癒の為の治療に見込みがないことを考慮して、延命措置の開始または継続が適切でないことを認識する場合には、延命措置を終了し、制限し、または、差し控えることができるとしている。

(3) 治療についての決定をする時点では意思表示できない患者に対する延命措置の不作为

死が切迫している時点においては、連邦通常裁判所も、患者の決定能力がない状態が継続している場合に、人工呼吸器、輸血、人工栄養といった延命措置を行わないことは許容している。

問題となっているのは、死期が必ずしも切迫しているとはいえない場合である。死期の予測が必ずしも容易ではない以上、このような場合に治療の不開始・中止が許されるかは、重要な問題である。

ドイツにおいて実際に起きた事例としては、以下のようなものがある。大脳損傷を患った高齢の女性が、1990年末より寝たきりとなり、視覚的・聴覚的・圧迫刺激に対して顔を痙攣させたり、うなり声を上げるという反応かできるにすぎず、栄養は人工的に補給されることとなった。1993年初め、治療を担当する医師と世話人に任命されている女性の息子が、看護スタッフに対して3月15日以降、人工的な栄養に代えてお茶を与えることを指

示した。指示に従えば、栄養失調で近いうちに女性性は死亡するはずであったが、看護スタッフは、後見裁判所に通知し、後見裁判所は人工栄養の中止を禁じた。そして患者は、9ヶ月後肺炎により死亡した。これについては刑事裁判において、医師と息子が故殺未遂により処罰されるべきかが争われたのである。連邦通常裁判所は、本件において死が切迫しているとはいえず、狭義の臨死介助ではないが、しかし、そのような場合であっても、患者の自己決定は尊重されるべきであるとし、決定能力のない患者についてはその推定的意思に一致する場合にのみ治療の中断は許されるとした。また、民法1904条は、医療措置に対する世話人の承諾を有効とするためには後見裁判所の承認を必要としているが、世話人が治療の中止について承諾する際には、民法1904条は積極的な医療措置を予定しているため直接適用されないものの、準用され、後見裁判所の許可が必要であり、それがなければ無効であるとした。推定的意思の有無を判断する際には、患者の事前の口頭または書面での発言、宗教的信念、個人的価値観、年齢と関係する生命に対する期待、苦痛が考慮される。そして、患者が10年弱ほど前に、同じようなケースが扱われていたテレビ放送を見た際、このように生命を終えることは望んでいないと述べていたという事情は、治療の中断を可能としうる根拠として十分なものとは認めなかった（連邦通常裁判所は事件を差し戻し、それを受けたKempenラント裁判所は多くの証人の証言を全体的に評価し、医師および息子の行為が患者の推定的意思に合致するものとして、故殺未遂について無罪とした）。

また2003年には、患者が自分の死に際しての指示書 (Patientenverfügung) を残していた場合について、連邦通常裁判所の民事部が判断している。患者は2000年に失外套症候群 (Apallisches Syndrom) に陥り、その後人工的に栄養補給を受けていたところ、世話人に任命されていた息子が、患者が改善する見込みがないため、1998年に作成された患者の指示書に基づき、人工栄養補給の中止を区裁判所に対して求めた。指示書においては、不可逆的な意識喪失、脳の重度の持続的損傷などの事態が生じた場合に、生命維持治療をせず、栄養補給を停止することを求めており、タイプで書かれたものに、手書きで場所、日付が記入され、サインがなされており、患者の妻および娘は世話人の申請に同意していた。

連邦通常裁判所は、このような事例について、意思表示することができなくなった患者については、患者が事前に表示していた意思、たとえば「患者の指示書」の形で示された意思に合致する場合には、延命措置を止めなければならない、このような明示的な意思が確認できない場合に限り、患者の推定的意思に従って判断されるとした。また、世話人が延命措置に対する承諾を有効に拒絶するには、後見裁判所の承認が必要であるとしたが、それは民法1904条の類推適用によるものではなく、世話法上それが必要とされざるを得ないためであるとされている。

この連邦通常裁判所の判断においては、患者の指示書は、患者の推定的意思を基礎付ける間接的な証拠ではなく、治療中止にあたっての独立した正当化根拠とされている。

このような患者の指示書が、治療の中止によって独立した正当化根拠として拘束力をもつべきということについてはほぼ意見の一致が見られるようである。もっとも、どのような患者の指示書が効力を有するかについては、議論がある。たとえば、口頭での事前の意思表示については推定的意思の間接的な証拠として考慮されるにとどまり、患者の指示書が有効とされるためには、書面その他の信用可能な資料が必要であり、さらに公証人の作成文書証明を必要とすべきか、医師の説明や助言がなされたことを要求すべきか。また患者の指示書が有効である期間を限定するべきか、病気が一定の経過をたどる場合——主な疾病が不可逆的で、治療しても死に至る状況——にのみ患者の指示書の有効性を認めるべきか等について議論がある。

D. 考察

ドイツも日本と同様に、終末期医療について規定する法律は存在しない。そのようななかで、ドイツ連邦医師会が諸原則を提示し、また立法提案がなされる一方、訴訟事件となっているケースもあり、それに対する検討が諸原則、立法提案に反映されている状況である。

(1) 自殺関与の不可罰

ドイツと日本の大きな違いは、ドイツでは自殺関与が不可罰とされていることである。たしかに自殺者が意識を喪失した後に、救助しないことが可罰的は争われたことがあるものの、同意殺と自殺関与と同じように処罰している日本と異なり、規定上、嘱託殺のみを処罰し、自殺関与は不可罰

であることが明らかとされていることを前提とした議論となるのは当然である。日本では治療の拒絶（への関与）と自殺（への関与）を区別する基準が問題にならざるを得ない。しかしたとえば、自ら食物を摂取することができなくなった者が栄養補給を拒否することと、絶食により死に至ろうとすることとを質的に異なるものとして区別し、前者への関与を合法と評価することは容易なことではない。他方自殺関与を不可罰とするドイツでは、自殺関与の不可罰と連続する形で治療拒絶への関与の不可罰が捉えられうるのである。

(2) 死期の切迫性の要求

東海大学病院事件判決、川崎協同病院事件第一審判決においては、取りうる措置によって幅があるものの、短期間で死に至ることが治療中止、間接的・積極的安楽死の要件とされている。これに対して、ドイツにおける議論は必ずしもこの点を厳格に求めない傾向にあり、治療中止に関するドイツ連邦通常裁判所の判断も、重い病を患ってはいるが、死への過程がまだ始まっておらず、死が差し迫ってはいない場合において、患者が意思表示できない状態にあるときでも、患者の推定的意思や患者の指示書に基づき治療を中止することも許容している。

自殺関与が処罰されている日本においては、死期の切迫性を自殺と治療拒絶とを区別するメルクマールの一つとして考える——それが正当であるかはともかく——余地がある。他方、自殺関与が不可罰であるドイツにおいては、自殺と治療の拒絶との区別という観点からは、死期の切迫性は求められる必要はない。

(3) 患者の指示書、推定的意思

連邦通常裁判所における患者の指示書の位置づけも興味深いものである。

東海大学事件判決や川崎協同事件第一審判決において、患者が事前に書面により表示していた意思（リビングウィル）は、患者の真意を探求するにあたっての一つの資料として意味をもつとされていた。これに対して、連邦通常裁判所は、患者が意思表示できない状態にある場合には、まず患者が書面等で事前に表示していた意思、たとえば「患者の指示書」の形で示された意思を考慮し、そのような意思が確認できないときに、患者の推定的意思に従って判断されるとしている。

(4) 世話人の承諾

日本の成年後見制度においては、医療行為はその対象外であるとするのが支配的見解である。それに対してドイツにおける世話法においては、世話人の治療行為に対する同意は後見裁判所の承認を必要とするとして規定しており（民法典1904条）、連邦通常裁判所ははじめ治療の中止については民法典1904条が準用されるものとし、その後世話法上の当然の帰結として、治療中止について世話人の同意と後見裁判所の承認が問題となるとしている。

E. 結論

ドイツも日本と同様に、終末期医療について規定する法律は存在しない。そのようななかで、ドイツ連邦医師会が諸原則を提示し、また立法提案がなされる一方、訴訟事件となっているケースもあり、それに対する検討が諸原則、立法提案に反

映されている状況であり、ある意味、日本と類似の状況にあるともいえ、これからの日本の終末期医療のあり方を考えるにあたって参考となる。

参考とするにあたっては、まずドイツと日本の違いもおさえておく必要がある。大きく、重要な相違点は、ドイツにおいては自殺関与が不可罰とされていることである。日本では自殺関与が処罰されるため、なぜ治療拒絶への関与が不可罰となるのかが根拠付けられなければならないが、ドイツではこのような自殺と治療拒絶との区別をする必要がない。また、自殺と治療拒絶、との区別という観点から、死期の切迫性が臨死介助の要件とされることはない。

他方、このような違いを踏まえてもなお、ドイツにおいてどのようなことが問題とされ、検討されているのかを知ることは意味のあることと思われる。

死期の切迫性は、その理論的意味をひとまず措くと、判断が困難であることもあり、それを厳格に要求するのが果たして实际的であるかは問題となる。高齢者が治癒不可能な病に陥り、自らが意識を喪失した後のことを慮り、そうなったときにはすべての延命措置を拒否するリビングウィルを残すなどすることは多々あると思われるが、死期が切迫してからでなければ、その事前の希望が尊重されないのであれば、その意味は大きく減少する。もちろん周囲の人の迷惑を考え、あるいは、周囲の人からの圧迫を受けてリビングウィルを残すという危険性は回避されなければならない。しかし、もし死期の切迫性を要求することに正当な根拠がないのであれば、そして危険性を

回避する方法があるのであれば、それを必要としない法制度もありうる。そして、ドイツではその要求を弱める傾向にあることはすでに述べたとおりである。

ドイツ連邦通常裁判所は、患者の指示書に、推定的意思の証拠以上の効力を認めているが、そのようにする理由があるか、また治療中止に対する世話人の同意およびそれに対する後見裁判所の承認に意味をもたせているところ、日本において成年後見制度の射程範囲を、医療分野にも広げていくかを検討する必要がある。それにあたって、本報告はその判断資料として足りるものではないが、それらはドイツ終末期医療の今後の動向をみながら考えられなければならないことはたしかである。

G. 発表

1. 論文発表 特になし
2. 学会発表 特になし

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

H. 知的所有権の取得状況

(予定を含む。)

1. 特許取得 特になし
2. 実用新案登録 特になし
3. その他 特になし

I. 参考文献

Claus Roxin, Zur strafrechtlichen Beurteilung de Sterbehilfe, Roxin/Schroth Hrsg. Handbuch des Medizinstrafrechts (3Auflage.)

武藤眞朗「人工的栄養補給の停止と患者の意思——ドイツにおける判例を素材として——」東洋法学49巻1号(2005年9月)

フランス尊厳死法

分担研究者 東 雪見 成蹊大学法学部

研究要旨

川崎協同病院事件控訴審判決は、「尊厳死の問題を抜本的に解決するには、尊厳死法の制定ないしこれに代わり得るガイドラインの策定が必要であろう」としている。現時点では、この川崎協同病院事件高裁判決が高次の司法判断であり、治療中止の許容要件については、法律の制定、ガイドラインの策定へとバトンが渡された状態になっている。

法律の制定が必要か、ガイドラインの策定で対応すべきかは、判断の難しい問題であり、いろいろな観点から検討されなければならない、直ちに答えを得ることはできない。フランスにおいては、2005年に公衆衛生法典を改正する「患者の諸権利と終末期に関する2005年4月22日法律」が立法され、終末期医療における治療の中止について、法律が一定の基準を示すに至っている。

フランス法は治療中止の要件を定めたその内容においても興味深いものである。患者の現実の意思決定がある場合には、それを重視（尊重）するが、その他の場合には最終判断は医師が行い、患者の事前指示書（*les directives anticipées*）、預信者（*personne de confiance*）の意見、家族の意見には相対的な意味しか与えられていない。後者の場合の手続に関しては、この法律の委任に基づいて、医師職業倫理法典（*Code de Déontologie Médicale*）に規定がおかれている。

日本が今後どのような方向に進むにせよ、「フランス尊厳死法」がどのようなものであるかを知ることは意義のあることと思われる。そのため、本研究は、「フランス尊厳死法」について紹介することを目的とするものである。

A. 研究目的

川崎協同病院事件控訴審判決は、「尊厳死の問題を抜本的に解決するには、尊厳死法の制定ないしこれに代わり得るガイドラインの策定が必要であろう」と判示した。現時点では、この川崎協同病院事件高裁判決が高次の司法判断であり、治療中止の許容要件については、司法判断から、法律の

制定、ガイドラインの策定へとバトンが渡された状態になっている。

法律の制定が必要か、ガイドラインの策定で対応すべきかは、判断の難しい問題であり、いろいろな観点から検討されなければならない、直ちに答えを得ることはできない。フランスにおいては、2005年に公衆衛生法典を改正する「患者の諸権利と終末

期に関する2005年4月22日法律（2005-370号）」（Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.以下「2005年法」とする）が立法され、終末期医療における治療の中止について、法律が一定の基準を示すに至っている。

フランス法は治療中止の要件を定めたその内容においても興味深いものである。患者の現実の意思決定がある場合には、それを重視（尊重）するが、その他の場合には最終判断は医師が行い、患者の事前指示書（les directives anticipées）、預信者（personne de confiance）の意見、家族の意見には相対的な意味しか与えられていない。後者の場合の手続に関しては、法律に基づき、医師職業倫理法典（Code de Déontologie Médicale）に規定がおかれている。

日本が今後どのような方向に進むにせよ、「フランス尊厳死法」がどのようなものであるかを知ることが意義のあることと思われる。そのため、本研究は、「フランス尊厳死法」について不十分ながらも紹介することを目的とするものである。

B. 研究方法

公刊されている文献の他、有識者へのインタビューによった。

（倫理面への配慮）

すべて公知の情報によっており、個人情報等、問題になるものは扱っていない。

C. 研究結果

I 立法に至る経緯

(1) 「生命倫理法」

フランスは、1994年にいわゆる「生命倫理法」を制定した。そして、それによって

出生前診断、生殖補助医療や臓器移植など、先端生命科学技術をもたらす諸問題について包括的な定めをおくにいたっていることはよく知られているところである。一方、生命倫理法制定当時においては、尊厳死・安楽死問題は、次の指摘のとおり「医の倫理」の問題として処理されるべきであり、立法的介入には適さないものと考えられていたようである。

「フランスは、先端医療技術によって引き起こされる一つ一つの問題に対して、各人のモラルや医の『職業倫理（déontologie）』に委ねてもよいもの、つまり個々の医師-患者関係の中で、古典的な『医の倫理』問題としてその伝統の中で処理することが好ましいものと、逆に、むしろ公権力が立法などによって積極的に介入すべき課題のものに『ふり分け』ていく作業を事前に綿密に行ってきた。1994年の『生命倫理法』で〈生殖の問題〉が中心に扱われているのも、こういったフランスに置ける『ふり分け』という独特な取り組みの姿勢が働いてのことなのである。……フランス国内において生殖技術の問題が中心に立法化の対象とされてきたのに対して、逆に〈安楽死〉問題は、『生命倫理法』の法制化のための議論の中では、終始一貫して立法の対象外とされてきたという経緯がある。」（西村高宏「倫理原則を備えた法的な規制の試み—フランスに置ける生命倫理法についてのノート—」（2002年3月改訂版）、『医療・生命と倫理・社会』Vol.1 NO.1（2001）（オンライン版所収、<http://www.med.osaka-u.ac.jp/pub/eth/OJ1-1/nishimura.html>）

(2) 医師職業倫理法典（Code de déontologie médicale）

もつとも、尊厳死・安楽死問題を規律す

るルールがまったくなかったというわけではない。治療行為の中止に関する規定は医師職業倫理法典におかれていた。

医師職業倫理法典は、医師会によって起草され、コンセイユ・デタの議を経たデクレという一種の命令として公布されるものである。フランスの「医師会」は強制加入の団体であり、医師会名簿への登録が医師免許とされている。そして医師会が医師職業倫理法典の起草を行い、またこの法典の遵守を監督し、違反者を懲戒する裁判権限も有している。

医師職業倫理法典は1947年に制定された後、幾度かの改定を経ている。治療行為の中止に係わる規定としては、たとえば1979年の改定では、次のような規定がおかれている。

「患者の意思は、常に最大限可能な限り尊重されなければならない。」(7条)

また、1995年改定においては、次のような規定がおかれている。

「診察又は治療を受ける者の同意は、あらゆる場合に求められなければならない。患者が自らの意思を表明できる状態において、提示された検査または治療を拒否する場合には、医師は、拒否により生じる帰結について説明をした上で、彼の拒否を尊重しなければならない。患者が自らの意思を表明できる状態にないとき、医師は、緊急又は不可能な場合を除いて、患者の近親者が通知を受け、説明を受けた後にしか、処置を開始してはならない」(36条)

「いかなる事態においても、医師は患者の苦痛をやわらげるよう努力し、精神的に助け、検査及び治療においてあらゆる不合理な固執(*obstination déraisonnable*)を避けな

なければならない」(37条)

(以上「(2) 医師職業倫理法典」の記述は、磯部哲「フランスの生命倫理への視点」高橋隆雄・浅井篤編『日本の生命倫理 回顧と展望』(2007)によっている。)

(3) 「患者の権利及び保健衛生システムの質に関する2002年3月4日法律」(Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des maladies et à la qualité du système de santé)と「2005年法」

このように従来フランスでは、コンセイユ・デタの議を経たデクレという一種の命令の形式ではあるものの、本質的に医師の自律規範である医師職業倫理法典によって医師に対する規律がなされており、そして、終末期医療の問題は、医師の自律に委ねられるべきことがらとして位置づけられ、立法的介入にはなじまないものと考えられてきた。

しかしその後、患者の権利を要求する運動の活発な展開などを背景として、2002年には、「患者の権利及び保健衛生システムの質に関する(2002年3月4日法律)」が制定された。そして後述するとおり(II「フランス尊厳死法」参照)、この2002年法において、すでに、すべての者が自らの健康について説明を受けたうえで決定することや、その決定は尊重されなければならないことなどが法律で定められるに至っていた。

それにもかかわらず、さらに終末期医療に関して「2005年法」が制定されることになったのは、いわゆるHumbert事件を契機としてである。この事件は、交通事故により視覚喪失、四肢の麻痺の状態に陥ったVi

nant Humbert氏が、シラク大統領に死ぬ権利を要求する手紙を書き、後に、母親が、Humbert氏の求めに応じて、医師の助けを借り毒物を投与し、その結果Humbert氏が死亡したというものである。医師と母親は、刑事手続においては免訴となったが、フランス社会はこの事件に大きな衝撃を受け、それが国会における議論を引き起こした。そこではHumbert氏が求めていた積極的安楽死も視野に入れた検討がなされたものの、積極的安楽死の合法化は受け入れられることはなかった。しかし他方で、患者の意思を尊重するために、患者が延命治療を拒否し得ることをより明確に定め、また患者の事前指示書に関する規定を盛り込むことは必要であり、そのために法律を改正すべきであるとされた。その結果制定されたのが「2005年法」である。

II 「フランス尊厳死法」

(1) 患者の現実の意思決定がある場合

終末期に限られず、一般的に医療に関する患者の決定が尊重されなければならないことは、すでに述べたとおり2002年の「病者の諸権利と保健制度の質に関する法律」によって、公衆衛生法典 (Code de la Santé Publique) に定められるに至っていた。2005年の法改正は、その文言に若干の変更を加えたにすぎない。それは、次のような規定である (なお以下において、ART.L.〇〇として引用しているものは、公衆衛生法典の条文である。下線を付した部分は、2005年法による改正部分であり、括弧内はこの2005年法の条文を示すものである)。

ART.L.1111-4

すべての人は、医療従事者とともに、医療従事者の提示する情報および勧奨を考慮に入れて、自らの健康に関する決定を行う。

医師は、その者にその選択の帰結について知らせた上で、その意思を尊重しなければならない。すべての治療を拒否しまたは中止するという意思によって、その者の生命が危険にさらされる場合には、医師は、必要不可欠なケアを受け入れるよう説得するためにあらゆるすべをつくさなければならない (3条)。……

いかなる医療行為も、いかなる治療も、自由かつ、説明を受けた上での同意なしには行うことはできず、その同意はいつでも撤回することができる。

[以下略]

「2005年法」はさらに、生命の終期にある病者の意思表示について、新たに規定を設けた。それは次のとおりである。

ART.L.1111-10

重篤かつ不治である疾病の原因がいかなるものであったとしても、それが進行しまたは末期の段階にある者が、どのような治療であれその制限または中止を決定する場合には、医師はその選択から生じる帰結を知らせた上で、その意思を尊重する。病者の決定は診療録に記載される。 (6条)

[以下略]

(2) 患者の現実の意思決定のない場合

a. 事前指示書

患者は自ら意思決定ができなくなる場合に備えて、自己の希望を示す事前指示書を作成することができる。意識不明の状態に陥ったときから遡って3年以内に作成されたものについては、法律上考慮されること

が求められている。

ART.L.1111-11

成年に達した者は誰でも、意思が表示できない状態になった場合のために、事前指示書 (*les directives anticipées*) を作成することができる。この事前指示書は、治療の制限または中止の条件についての生命の終期に関するその者の希望を示すものである。これはいつでも撤回可能である。

意識不明の状態に陥ったときから遡って3年未満の間に作成されたものであるならば、医師は、その者に係る検査、手術または治療の決定すべてにおいてそれを考慮に入れる。

[以下略]

b. 預信者

a. にあげた事前指示書のほか、患者は預信者を任命しておくことができる。この預信者は、患者が意思を表示できなくなった場合に意見を求められる。患者が意思表示できる場合であっても、その意思決定を助けるために付き添い、診察に立ち会うこともできる。

ART.L.1111-6

成年に達した者は誰でも、預信者 (*personne de confiance*) を任命することができる。預信者は、親、近しい者または主治医であることがあり、本人が自分自身で意思を表示し、そのために必要な情報を受け取ることができない状態になった場合に意見を求められる。この任命は、書面でなされ、いつでも撤回することができる。病者が望む場合には、預信者はその決定を助けるためにその過程に付き添い、診察に立ち会う。

[以下略]

預信者の意見は、事前指示書以外の、すべての非医療従事者の意見に優越する。

ART.L.1111-12

重篤かつ不治である疾病の原因がどのようなものであったとしても、それが進行または末期の段階にある者が、意思を表示できる状態にはない場合において、Art.L.1111-6の適用される預信者を任命していたときは、その意見は、緊急または不可能な場合を除き、医師の下す検査、手術または治療についての決定において、事前指示書以外の他のすべての非医療的な意見に優越する。 (8条)

c. 決定方法

患者が意思を表示できなくなった場合においては、医師は医師職業倫理法典に規定された合議の手続を遵守して、事前指示書、預信者の意見、家族の意見等を考慮し、医師が無益、不適當、または、その者の生命を人工的に単に延長する以外に目的のない治療の制限または中止を決定する。

ART.L.1111-13

重篤かつ不治である疾病の原因がどのようなものであったとしても、それが進行または末期の段階にある者が意思を表示することのできない状態にある場合には、医師は、医師職業倫理法典に規定された合議の手続を遵守し、Art.L.1111-6に規定された預信者、家族、または、それらの人物がいない場合には近親者のうちの1人の意見を求め (*consulter*)、その者の事前指示書がある場合にはそれを参照し (*consulter*) たうえて、無益、不適當、または、その者の生命を人工的に単に延長する以外に目的のない治療の制限または中止を決定できる。その決定は、理由を付して診療録に記

載される。(9条)

[以下略]

医師が遵守しなければならないとされる合議手続は以下のとおりである。

医師の職業倫理法典Art.37

I. いかなる状況においても、医師は病者の状態に合った方法によってその苦痛を緩和し、精神的な援助をするよう努めなければならない。医師は、検査または治療におけるあらゆる不合理な固執を慎まなければならない、無益、不適當、または生命を人工的に維持する以外に目的または効果のないことが明らかである治療については、その開始または継続を放棄することができる。

II ARTL.1111-4およびARTL.1111-13に規定された場合において、患者が自己の意思を表示することのできない状態にあるときには、医師は、あらかじめ以下の条件のもとで合議の手続を踏まなければ、提供している治療を制限または中止することはできない。

患者の主治医は、治療チームが存在するならばそれと協議した後、少なくとも1人の相談医の理由の付された意見に基づきその決定を行う。

患者の主治医と相談医との間に階層的な拘束があってはならない。彼らのうち1人が有益と判断する場合には、その医師により第二の相談医の理由を付された意見が求められる。

決定は、患者があらかじめ示していた一とくに事前指示書が作成されていた場合にはそこにおける一希望、彼が任命していたならば預信者の意見ならびに家族の意見、または、これらがない場合には、近親者のうち1人の意見を考慮して行われる。

未成年者または保護されている成人に係る決定の場合には、医師はさらに、事案に応じて、緊急

性がある意見聴取が不可能である場合を除き、親権者または後見人の意見を聴取する。

決定には理由を付す。聴取された意見、治療チーム内で開かれた協議の性格および意味、ならびに決定の理由は診療録に記載される。

(3) 治療の不開始

治療の不開始(差し控え)については、上に述べた、患者が意思決定できない状態にある場合に実施される合議手続の対象とはされていないようである。公衆衛生法典は、次のように規定する。

ART.L.1110-5

すべての人が、その健康状態および必要とされる介入の緊急性を考慮し、もっとも適したケア(soins)を受け、実証された医学的知見に照らし効果が認められ、最良の保健衛生上の安全を保障する治療法を享受する権利を有する。予防、検査、またはケアの行為は、現状の医学的知見において、期待される益に比して不均衡なリスクを冒すものであってはならない。

これらの行為は、不合理な固執から続けられてはならない。これらの行為が無益、不適當、または、生命の単なる人工的維持以外に効果がないことが明らかとなった場合には、それらを中止し、または、差し控えることができる [ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris]。

[以下略] (1条)

これに対して、合議手続の遵守を求めるART.L1111-13においては、「医師は、無益、不適當、または、その者の生命を人工的に単に延長する以外に目的のない治療の制限または中止を決定できる」[le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un tra

itement inutile,disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne] とされており、治療の不開始については言及されていない。

このことから、無益、不適當又は人工的な延命以外の目的がない行為について、医師がそれに着手するかを判断するにあたっては、一度はじめられた治療を制限・中止する場合とは異なり、合議の手続を経ることは要求されていないものと推測される。

(4) 緩和ケア

公衆衛生法典は、緩和ケアについても規定している。

ART.L.1110-5

.....

すべての人は、苦痛の緩和を目的としたケアを受ける権利を有している。苦痛は、いかなる場合においても、予告され、評価され、考慮され、かつ手当てされなければならない。

医療従事者は、すべての者に対して死の時点まで尊厳ある生命を確保するために、あらゆる手段を自由に用いる。

医師は、重篤かつ不治である疾病が進行または末期にある段階において、その原因がどのようなものであったとしても、生命を短縮する二次的作用をもたらさうる治療を行う以外に苦痛を緩和することができないと認める場合には、そのことを、Art.L1111-2、4項の規定に反することなく病者に伝えるか、Art.L.1111-6に規定された預信者、家族、または、これらの人物がいない場合には、近親者の1人に伝えなければならない。(2条)

Art.L1110-10

緩和ケアは、施設または自宅において職的チームによって行われる積極的かつ継続的なケアである。これは苦痛を緩和し、精神的な苦しみを和らげ、病者の尊厳を守り、かつ、その周囲の人びとを支えることを目的とする。

以上の規定に加え、医師が無益、不適當、または、生命の単なる人工的維持以外に効果がないことが明らかである治療を中止し、または、差し控える場合 (Art.L1110-5)、患者が治療を拒否し、またはその中止を決定し、そのことが死の危険を生じさせる場合 (Art.L1111-4)、終末期にある者が治療の制限または中止を決定した場合 (Art.L1110-10)、終末期にある者が自ら意思を示すことができない場合であって、合議手続を経て医師が治療の制限または中止を決定する場合 (Art.L1110-13) において、「医師は、Art. L. 1110-10 に規定されたケアを提供して、死に逝く人の尊厳を守り、その生命の終期の質を確保する」ものと規定されている。

D. 考察

I 規制の形式

以前はフランスにおいて、尊厳死の問題は法的介入にはなじまないものと考えられていた。そしてこの問題は、医師の自律規範ではいるが、比較的拘束力の強い医師職業倫理法典によって規律されていた。

このような状況においてあえて法律で規制するといった理由の一つとして考えられるのは、フランスでは伝統的には自由医療原則のもとで医師が強い立場にあり、それに対抗するものとして患者に法的権利を認

めることが目指されたのではないかということがある。もっとも、患者の現実の意思決定がない場合において、法律は合議手続に関して規定することを医師職業倫理法典に委ねているなど、法律ですべてを定めようとしているわけではない。このように事柄の性質に応じて規制形式を変えていることも注目されることである。

他方、法律で規制したことにより生じる効果として考えられるのは、規定を遵守している場合にはその医師の行為は不可罰（合法）であることを以前よりもいっそう明確化したということである（なお、フランスにおいては、自殺関与は、自殺が違法でない以上、共犯の従属性から違法性が否定され不可罰であるが、他方、被害者の生命侵害に対する同意は意味をもたないとされているために、いわゆる嘱託殺・同意殺については、殺人に関する規定の適用が問題となる（Philippe Conte, DROIT PÉNAL SPÉCIAL, 2^e ÉDITION (2005), n°51. また、G・ステファニ他著、澤登俊雄他訳『フランス刑事法〔刑法総論〕』（昭和56年）134頁以下も参照））。

フランスにおいても日本の刑法35条前段と同様の、法令に規定された行為を行っても刑事責任を負わないという規定がある

（Art.122-4第1項「法律または命令の規定によって定められ、または許可された行為を行った者は、刑事責任を負わない。」）。そして、2005年法改正後の公衆衛生法典にしたがってなされた治療行為の中止については、これに該当し、刑事責任を負わないということになると考えられる。

Philippe Conte, DROIT PÉNAL SPÉCIA

L, 2^e ÉDITION (2005), n°51.も、患者の治療拒否がある場合について、公衆衛生法典の規定を理由に、ordre de la loi (Art.122-4) にあたるとする。もっとも、同書のn°147注(133)においては、法律の規定にしたがった医師の行為を不可罰とするのが立法者意思であるにもかかわらず、公衆衛生法典のとくに「2005年法」改正部分の規定が、刑罰規定の効果を失わせるものと解することができるかについては明確ではないとしているが、以下検討するように、理論上は公衆衛生法典の規定に従った医師の行為について犯罪の成立を認めることはできないものと思われる。

2005年改正以前においても、命令の一種である医師職業倫理法典の規定があり、それによって不可罰になると解し得た。しかし、次の2点からそれがより確実なものになったと推論される。

第1に、法令行為による正当化について問題になるものとして高次の法との関係がある。命令等規則に定められた行為が、より高次の法律に反する場合には、最終的に医師が錯誤等により不可罰とされるとしても、違法となる余地が残るが、治療行為の中止について立法化されたことで、このような高次の法との関係から正当化が否定される余地はなくなったものと考えられる。

第2に、一定の行為を許容する法令の規定が要件を詳細に定めるものではない場合に、正当化が排除される余地がある。たとえば、日本においては民法822条が「親権を行う者は、必要な範囲内で自らその子を懲戒」することができる」と定めているが、どのような場合にどの程度の懲戒を加えることができるのかは明らかではなく、この

規定を援用するだけで親の行為の正当化が認められるものではないとされる。これに対して公衆衛生法典の規定は相当に詳細な要件を定めており、このような事情から正当化が否定されることも考えにくい。

以上のような考え方から、法律を遵守した上での治療行為の中止について、医師が刑事責任を問われることがないとされるとするならば、法律による規制は、それにしたがった治療行為の中止の正当性を確保する第一次的責任を立法府に担わせるという効果をも生じさせるものと考えられる。

II 「フランス尊厳死法」の内容

以下においては、「フランス尊厳死法」の内容についての特徴を、いくつか指摘することにしたい。

(1) 「終末期」

公衆衛生法典は、「重篤かつ不治である疾病が進行しまたは末期にある段階」についてとくに規定をもうけている。我々がフランス医師会において医師 (Docteur Jacques Palombo, Docteur Jean-Claude Mot) にインタビューしたところでは、疾病が末期にある段階とは、最大でも余命1ヶ月、疾病が進行している段階にあたるのは、余命は1ヶ月よりも長いがその間に疾病の治癒を可能にする治療法の開発が見込まれないような場合であるということであった。したがって、死期の切迫性はそれほど厳格に要求されてはいない。

さらに「重篤かつ不治である疾病が進行しまたは末期にある段階」と、それ以外の一般的な場合とで扱いは基本的に異ならない。終末期に限らず、患者が自らの健康について決定するものとされ、すべての治療

の拒否または中止を求めることも予定されている (ART.L.1111-4。「終末期」についてはART.L.1111-10)。また、無益、不適當または生命の単なる人工的維持以外に効果がない治療の中止も「終末期」に限られず認められている (ART.L.1110-5)。

つまり、患者の現実の意思決定がある場合にはそれを尊重するという考え方が一方にあり、他方に、無益、不適當、または生命の単なる人工的維持以外に効果のない治療の中止という考え方があり、これらは医療一般において妥当するとされているようである。そのために一般的な医療から「終末期」における医療まで、その扱いに連続性が生じているものと考えられる。

(2) 中止・制限できる治療の範囲

すでに述べたとおり、フランスにおいては、大きく分けると患者の現実の意思決定もとづく治療の中止と、無益、不適當または生命の単なる人工的維持以外に効果のない治療の中止とがある。中止できる治療の範囲についても両者の間で違いがある。患者の現実の意思決定による場合においては、条文上、「すべての治療」 [tout traitement] が中止の対象とされている (ART.L.1111-4、ART.L.1111-10参照)。「すべての治療」は広く解され、水や栄養の補給も含むという指摘もある (v. Christophe Lachière, Affaire Humbert: non-lieu, mais..., le generalist, Vendredi 24 mars 2006, n° 2365, p. 74.)。

他方、医師が最終的には判断をください、「無益、不適當、または生命の単なる人工的維持以外に効果のない治療」の中止については、フランス医師会でインタビューし

たところでは、栄養や水の補給を中止することはできないということであった。これはおそらく、栄養や水の補給等、基本看護は、「無益、不適當、または生命の単なる人工的維持以外に効果のない治療」にはあたらないと理解されているものと思われる。

(3) 患者の現実の意思表示がない場合における医師の裁量

フランス法においては、患者の現実の意思決定がある場合には、医師はそれを尊重するものとされ (ART.L.1111-10)、他方、患者の現実の意思決定がない場合には、医師職業倫理法典に規定された合議の手続を遵守し、預信者、家族等の意見を求め、事前指示書がある場合にはそれを参照した上で、医師が治療を中止・制限するかを決定する (ART.L.1111-13)。預信者の意見は、事前指示書以外のすべての非医療的意見に優越する (ART.L.1111-6) とされていることから、優先的に考慮される方から順にあげると、事前指示書、預信者の意見、家族等の意見ということになるが、合議手続を定める医師職業倫理法典37条の医師会解説では、これらのうち一番優先的に考慮される事前指示書でさえ、それを作成した患者の状態、病状等の理解の程度が様々であるために、その効力は相対的なものとならざるを得ないとされている。

また医師職業倫理法典37条の合議手続においても、治療チームが存在するならば、チームと協議すること、相談医の意見を求めることは必要とされているが、最終判断は医師が行うものと考えられている。

この点において、日本の厚生労働省の

「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が、終末期医療及びケアの方針決定は、患者の意思が確認できる場合には、医療・ケアチームが行い、患者の意思が確認できない場合には、医療・ケアチームが慎重に判断するとしており、対照的である (もともと、日本においても医師法上は、医師が医療について最終判断を下すという枠組みがとられており、ガイドラインもそれを前提としているとするならば、医療・ケアチームが決定するといっても、それはチームで情報を共有し話し合いをすることを意味するのであって、実際には最終判断は医師が行うということも考えられる)。

E. 結論

以上においては、「フランス尊厳死法」の内容を紹介し、またそれについて若干の検討を加えた。

フランスは、「2005年法」による公衆衛生法典の改正によって、治療の中止について法律で定めることとなった。法においては、患者の現実の意思決定がある場合には、それを重視 (尊重) するが、その他の場合には最終判断は医師が行い、患者の事前指示書 (les directives anticipées)、預信者 (personne de confiance) の意見、家族の意見には相対的な意味しか与えられていない。後者の場合の手続に関しては、法律に基づき、医師職業倫理法典 (Code de Déontologie Médicale) に規定がおかれている。

このようにフランスが治療中止について法律で規制していること、治療の中止が、患者の現実の決定と、医師の判断にもとづく、無益、不適當、または生命の単なる人工的維持以外に効果のない治療の中止とい

う2つの考え方を基軸として展開されていること、預信者の意見、事前指示書、家族等の意見の考慮の仕方等、日本がこの問題にどのように対応すべきかを考えるにあたって、検討に値するものを考えられる。

G. 発表

1. 論文発表 特になし

2. 学会発表 特になし
(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

H. 知的所有権の取得状況

(予定を含む。)

1. 特許取得 特になし
2. 実用新案登録 特になし
3. その他 特になし