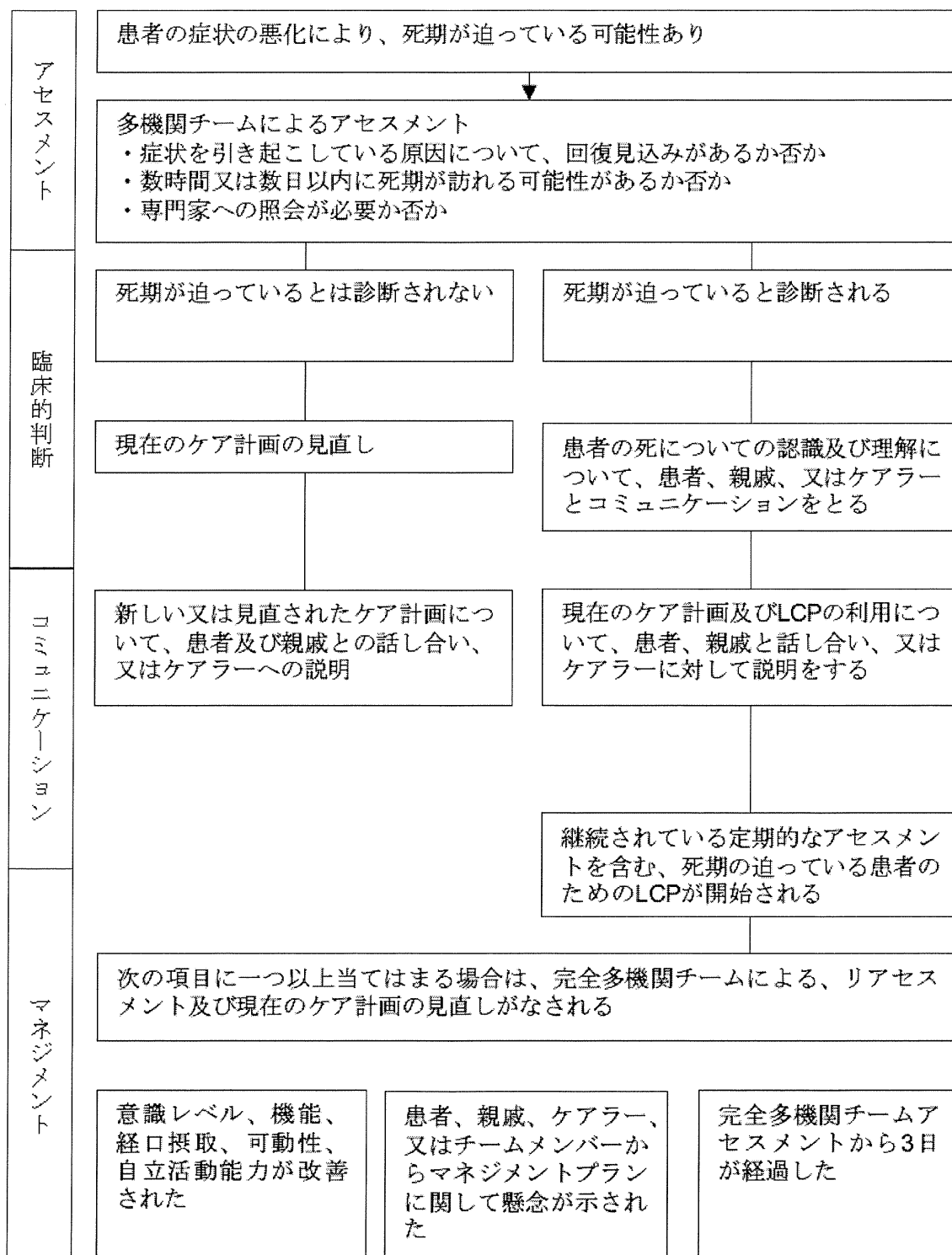


アルゴリズムー決定：終末期の診断及び最後の数時間、数日のケアを援助するLCPの利用<sup>25</sup>



<sup>25</sup> British Medical Association(2012), *Medical Ethics Today*, Wiley-Blackwell:London. p.427.

## 【別添5】

### フランスの終末期医療について

神奈川大学法科大学院  
近藤和哉

#### A 研究目的

本研究の主な目的は、第1に、臨床現場における、いわゆるレオネティ法の運用の実態等について、知見を得ること、第2に、終末期臨床における、人工栄養、胃ろう等の実施状況について知見を得ることである。

#### B 研究方法

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調査によった。

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 パリ第5 [ルネ・デカルト] 大学、医療倫理・医療法制研究所（医師）
- 【2】 Pr. Gilberg パリ第5 [ルネ・デカルト] 大学、一般医学部長
- 【3】 Dr. Morel, Dr. Demiaux、SFAP（フランス緩和ケア協会）会長・副会長（医師）
- 【4】 M.Morin、ONFV（国立終末期観測所）、コーディネータ
- 【5】 Pr. Tournigand、Hopital Henri Mondor 腫瘍部門責任者
- 【6】 Dr. Gurimand、Maison Medical Jeanne Garnies、医師

#### C 研究結果

##### 1 終末期医療法制について

###### （1）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、最前線の臨床医たち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。

## (2) 結果

### a 終末期医療への法律の導入に関する評価

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<sup>(1)</sup>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<sup>(1)</sup>。

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ば、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<sup>(2)</sup>。

【3】<sup>(3)</sup>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<sup>(4)</sup>。－

【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つた。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<sup>(5)</sup>。そして、医学生に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つて、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。－

### b レオネティ法と臨床判断

#### (i) 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<sup>(6)</sup>。

その結果を紹介・分析した論文<sup>(7)</sup>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<sup>(8)(9)</sup>。

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<sup>(10)</sup>。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<sup>(11)</sup>、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<sup>(12)</sup>。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<sup>(13)</sup>、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等を聴取した後のことであることを規定している<sup>(14)</sup>。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<sup>(15)</sup>。

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<sup>(16)</sup>、

【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、自分が判断をしてやろ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<sup>(17)</sup>。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、午前と午後に、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ない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。－

(ii) 事前指示書、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<sup>(18)</sup>。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<sup>(19)</sup>、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<sup>(20)</sup>を規定し<sup>(21)</sup>、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<sup>(22)</sup>。

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 年中の通常国会への提出が報じられている、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<sup>(23)</sup>。

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<sup>(24)</sup>。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。

自分にとっても、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たいものだから。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。この取り扱いは、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<sup>(25)</sup>。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<sup>(26)</sup>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<sup>(27)</sup>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。

### c その他の関連問題について

#### (i) レオネティ法の解釈問題—ヴァンサン・ランベール事件

本研究では、研究班の問題意識からは若干外れると思われる事項についても、多くの興味深い知見を得た。これら関連問題に関する情報も、レオネティ法の理解に、ひいては、フランスの終末期医療法制全体の理解に資するところがあると思われるので、以下に、簡単に紹介しておく。

まず、現時点で（'14年1月）、多くの終末期医療関係者が、その帰趨に注目している事件として、ヴァンサン・ランベール（Vincent Lambert）事件を挙げることができる。

同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、胃ろうで栄養及び水分を補給されていたが、入院先のランスの病院の医師たちと、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つ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らず、ヒアリングでも、「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。

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て一部の家族は、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* (EPR)<sup>(28)</sup>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、*"inutiles"*（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<sup>(29)</sup>。

裁判所のこの決定は、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<sup>(30)</sup>。

裁判所の決定に、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<sup>(31)</sup>、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、行政裁判所の決定は、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、今回の決定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一フランス国民が、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一つながっていくことになる<sup>(32)</sup>。

#### (ii) その他の関連問題<sup>(33)</sup>

##### (安楽死・自殺幫助の合法化問題)

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、安楽死および自殺幫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、安楽死および自殺幫助の合法化問題が、アンベール事件（2003年）、セビル事件（2008年）、そして、今回のランベール事件と、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<sup>(34)</sup>。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1月）では、法案の提出はなされていない。ヒアリングでは、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、自殺幫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、自殺幫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。

## 2 具体的症例についての臨床判断

### (1) 調査の背景

今回の国際比較調査では、すべての対象国について、同じ具体的症例を示して、各国の医師が、どのような措置等を行うのかを聞き取ることとされた。フランスについての結果は、次に示す通りである。

ただし、調査対象がごく少数であったことに加え、すべての医師が、患者の意思、家族の意思が明らかである場合には、基本的にそれに従うとしていたこと、また、どのような処置を行うかは、患者ひとりひとり、また、その時々によって異なるのであって、回答は、きわめて大雑把な傾向に過ぎないとしていたことから、回答結果の意味には、自ずから限界がある。全体の傾向については、すでに示した 2010 年の全国調査の結果も参照していただきたい。

### (2) 結果

- \* 1 : 「【1】」等の左側の「○」は、回答が"Oui"であったことを、「×」は、回答が"Non"であったことを示す。
- \* 2 : 同じく、「-」は、回答がなかったこと等を示す。
- \* 3 : 質問項目「①」等の右側の「-」は、当該項目が質問から除外されていることを示す。
- \* 4 : 回答者が付記した注釈・コメント、および、使用したアンケート（フランス語）は、煩雑さを避けるため、やむなく割愛した。

Q1 あなたが所属している機関で、または、開業医としてのあなた個人において、終末期の患者に施す治療や処置を決定する手続は、統一的にルール化されているか。

[Oui/Non]

(Oui の場合 Q2 へ。Non なら Q3 へ。)

- 【1】 Pr. Herve/ Pr. Villard
- × 【2】 Pr. Gilberg
- 【3】 Dr. Morel/ Dr. Derniaux
- 【5】 Pr. Tournigand
- 【6】 Dr. Gurimand

Q2 2005年のLoi Leonetti (Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie) は、Q1の決定手続のルールに影響を与えたか。2010年のDécret n° 2010-107 du 29 janvier 2010 relatif aux conditions de mise en œuvre des décisions de limitation ou d'arrêt de traitement はどうか。

(Q4へ)

- 【1】 Pr. Herve/ Pr. Villard
- 【2】 Pr. Gilberg
- 【3】 Dr. Morel/ Dr. Derniaux
- 【5】 Pr. Tournigand
- 【6】 Dr. Gurimand

Q3 終末期の患者に施す治療や処置を決定する際に、2005年のLoi Leonetti (Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie) や2010年のDécret n° 2010-107 du 29 janvier 2010 relatif aux conditions de mise en œuvre des décisions de limitation ou d'arrêt de traitement を考慮に入れるか。

(Q4へ)

- 【1】 Pr. Herve/ Pr. Villard
- 【2】 Pr. Gilberg
- 【3】 Dr. Morel/ Dr. Derniaux
- 【5】 Pr. Tournigand
- 【6】 Dr. Gurimand

Q4-1 【事例1】で、患者に施す治療や措置を決定する手続は、どのようなものか。

【事例1】

- ・認知症が進行。
- ・自分の居場所や家族の顔が分からない。
- ・食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要。
- ・衰弱が進行。
- ・医療上の判断：回復の見込みはなく、徐々に、あるいは肺炎などで急に、死に至る。

【1】～【3】、【4】～【6】：レオネティ法に従う

Q4-2 【事例1】の患者に、医師が相談できる家族や友人がおらず、本人の意思も不明である場合、次の処置を実施するか。

① —

② 肺炎を発症→抗生剤を経口／点滴投与 [Oui/Non]

○【1】Pr. Herve/ Pr.Villard

○【2】Pr. Gilberg

×【3】Dr. Morel/ Dr. Derniaux

— [回答不能] 【5】Pr. Tournigand

— [回答不能] 【6】Dr. Gurimand

③ 経口給水が不能に→点滴 [Oui/Non]

○【1】Pr. Herve/ Pr.Villard【メモあり】

○【2】Pr. Gilberg

○【3】Dr. Morel/ Dr. Derniaux

— [回答不能] 【5】Pr. Tournigand

— [回答不能] 【6】Dr. Gurimand

④ 経口栄養が不十分に→中心静脈栄養 [Oui/Non]

○【1】Pr. Herve/ Pr.Villard【メモあり】

×【2】Pr. Gilberg

×【3】Dr. Morel/ Dr. Derniaux

— [回答不能] 【5】Pr. Tournigand

— [回答不能] 【6】Dr. Gurimand

⑤ (同上) →経鼻栄養 [Oui/Non]

×【1】Pr. Herve/ Pr.Villard

×【2】Pr. Gilberg

×【3】Dr. Morel/ Dr. Derniaux

— [回答不能] 【5】Pr. Tournigand

— [回答不能] 【6】Dr. Gurimand

⑥ (同上) →胃ろう設置 [Oui/Non]

○【1】Pr. Herve/ Pr.Villard【メモあり】

×【2】Pr. Gilberg

×【3】Dr. Morel/ Dr. Derniaux

— [回答不能] 【5】Pr. Tournigand

— [回答不能] 【6】Dr. Gurimand

⑦ 呼吸が困難化→気管内挿管・人工呼吸器装着（発声不能になる見込み）

[Oui/Non]

- × 【 1 】 Pr. Herve/ Pr.Villard
- × 【 2 】 Pr. Gilberg
- × 【 3 】 Dr. Morel/ Dr. Derniaux
- － [回答不能] 【 5 】 Pr. Tournigand
- － [回答不能] 【 6 】 Dr. Gurimand

⑧ 心停止・呼吸停止→蘇生措置（心臓マッサージ、電気ショック、人工呼吸等）

[Oui/Non]

- × 【 1 】 Pr. Herve/ Pr.Villard
- × 【 2 】 Pr. Gilberg
- × 【 3 】 Dr. Morel/ Dr. Derniaux
- － [回答不能] 【 5 】 Pr. Tournigand
- － [回答不能] 【 6 】 Dr. Gurimand

⑨ 以上の対応は、患者の年齢により異なり得る。 [Oui/Non]

- × 【 1 】 Pr. Herve/ Pr.Villard
- 【 2 】 Pr. Gilberg
- × 【 3 】 Dr. Morel/ Dr. Derniaux
- － [回答不能] 【 5 】 Pr. Tournigand
- × 【 6 】 Dr. Gurimand

Q5－1 【事例2】で、患者に施す治療や措置を決定する手続は、どのようなものか。

【事例2】

- ・慢性の重い心臓病が悪化。
- ・食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要。
- ・意識や判断力は健康な時と同様。
- ・医療上の判断：回復の見込みはなく、徐々に死に至る。

○ 【 1 】～【 3 】、【 4 】～【 6 】：レオネティ法に従う

Q5－2 【事例2】の患者に、医師が相談できる家族や友人がおらず、本人の意思も不明である場合、次の処置を実施するか。

① ー

② 肺炎を発症→抗生剤を経口／点滴投与 [Oui/Non]

○ 【 1 】 Pr. Herve/ Pr.Villard 【メモあり：Si accord du patient.】

- 【 2 】 Pr. Gilberg  
○ 【 3 】 Dr. Morel/ Dr. Derniaux  
－ [回答不能] 【 5 】 Pr. Tournigand  
－ [回答不能] 【 6 】 Dr. Gurimand
- ③ 経口給水が不能に→点滴 [Oui/Non]  
○ 【 1 】 Pr. Herve/ Pr.Villard  
○ 【 2 】 Pr. Gilberg  
○ 【 3 】 Dr. Morel/ Dr. Derniaux  
－ [回答不能] 【 5 】 Pr. Tournigand  
－ [回答不能] 【 6 】 Dr. Gurimand
- ④ 経口栄養が不十分に→中心静脈栄養 [Oui/Non]  
○ 【 1 】 Pr. Herve/ Pr.Villard  
○ 【 2 】 Pr. Gilberg  
× 【 3 】 Dr. Morel/ Dr. Derniaux  
－ [回答不能] 【 5 】 Pr. Tournigand  
－ [回答不能] 【 6 】 Dr. Gurimand
- ⑤ (同上) →経鼻栄養 [Oui/Non]  
× 【 1 】 Pr. Herve/ Pr.Villard  
○/× 【 2 】 Pr. Gilberg  
× 【 3 】 Dr. Morel/ Dr. Derniaux  
－ [回答不能] 【 5 】 Pr. Tournigand  
－ [回答不能] 【 6 】 Dr. Gurimand
- ⑥ (同上) →胃ろう設置 [Oui/Non]  
○ 【 1 】 Pr. Herve/ Pr.Villard  
○/× 【 2 】 Pr. Gilberg  
× 【 3 】 Dr. Morel/ Dr. Derniaux  
－ [回答不能] 【 5 】 Pr. Tournigand  
－ [回答不能] 【 6 】 Dr. Gurimand
- ⑦ 呼吸が困難化→気管内挿管・人工呼吸器装着 (発声不能になる見込み)  
[Oui/Non]
- × 【 1 】 Pr. Herve/ Pr.Villard  
× 【 2 】 Pr. Gilberg  
× 【 3 】 Dr. Morel/ Dr. Derniaux  
－ [回答不能] 【 5 】 Pr. Tournigand  
－ [回答不能] 【 6 】 Dr. Gurimand

⑧ 心停止・呼吸停止→蘇生措置（心臓マッサージ、電気ショック、人工呼吸等）

[Oui/Non]

×【1】Pr. Herve/ Pr.Villard

×【2】Pr. Gilberg

×【3】Dr. Morel/ Dr. Derniaux

－ [回答不能] 【5】Pr. Tournigand

－ [回答不能] 【6】Dr. Gurimand

⑨ 以上の対応は、患者の年齢により異なり得る。 [Oui/Non]

×【1】Pr. Herve/ Pr.Villard

○【2】Pr. Gilberg

×【3】Dr. Morel/ Dr. Derniaux

－ [回答不能] 【5】Pr. Tournigand

×【6】Dr. Gurimand

Q6-1 【事例3】で、患者に施す治療や措置を決定する手続は、どのようなものか。

【事例3】

- ・末期がんで状態が悪化。
- ・食事がとりにくい。
- ・呼吸が苦しい。
- ・痛みはない。
- ・意識や判断力は健康な時と同様。
- ・医療上の判断：回復の見込みはなく、徐々にあるいは急に死に至る。

○【1】～【3】、【4】～【6】：レオネティ法に従う

Q6-2 【事例3】の患者に、医師が相談できる家族や友人がおらず、本人の意思も不明である場合、次の処置を実施するか。

① 完治不能、副作用の危険あり、多少の延命効果あり

→抗がん剤・放射線治療 [Oui/Non]

×【1】Pr. Herve/ Pr.Villard

×【2】Pr. Gilberg

○【3】Dr. Morel/ Dr. Derniaux

○【5】Pr. Tournigand

－ [回答不能] 【6】Dr. Gurimand

② 肺炎を発症→抗生剤を経口／点滴投与 [Oui/Non]

- 【1】 Pr. Herve/ Pr.Villard
- 【2】 Pr. Gilberg
- 【3】 Dr. Morel/ Dr. Derniaux
- 【5】 Pr. Tournigand
- － [回答不能] 【6】 Dr. Gurimand

③ 経口給水が不能に→点滴 [Oui/Non]

- 【1】 Pr. Herve/ Pr.Villard
- 【2】 Pr. Gilberg
- 【3】 Dr. Morel/ Dr. Derniaux
- 【5】 Pr. Tournigand
- － [回答不能] 【6】 Dr. Gurimand

④ 経口栄養が不十分に→中心静脈栄養 [Oui/Non]

- 【1】 Pr. Herve/ Pr.Villard
- 【2】 Pr. Gilberg
- ×【3】 Dr. Morel/ Dr. Derniaux
- 【5】 Pr. Tournigand
- － [回答不能] 【6】 Dr. Gurimand

⑤ (同上) →経鼻栄養 [Oui/Non]

- ×【1】 Pr. Herve/ Pr.Villard
- ×【2】 Pr. Gilberg
- ×【3】 Dr. Morel/ Dr. Derniaux
- ×【5】 Pr. Tournigand
- － [回答不能] 【6】 Dr. Gurimand

⑥ (同上) →胃ろう設置 [Oui/Non]

- 【1】 Pr. Herve/ Pr.Villard
- ×【2】 Pr. Gilberg
- ×【3】 Dr. Morel/ Dr. Derniaux
- ×【5】 Pr. Tournigand
- － [回答不能] 【6】 Dr. Gurimand

⑦ 呼吸が困難化→気管内挿管・人工呼吸器装着 (発声不能になる見込み)

[Oui/Non]

- ×【1】 Pr. Herve/ Pr.Villard
- ×【2】 Pr. Gilberg

- × 【 3 】 Dr. Morel/ Dr. Derniaux
- × 【 5 】 Pr. Tournigand
- － [回答不能] 【 6 】 Dr. Gurimand

⑧ 心停止・呼吸停止→蘇生措置（心臓マッサージ、電気ショック、人工呼吸等）  
[ Oui / Non ]

- × 【 1 】 Pr. Herve/ Pr.Villard
- × 【 2 】 Pr. Gilberg
- × 【 3 】 Dr. Morel/ Dr. Derniaux
- × 【 5 】 Pr. Tournigand
- － [回答不能] 【 6 】 Dr. Gurimand

⑨ 以上の対応は、患者の年齢により異なり得る。 [ Oui / Non ]

- × 【 1 】 Pr. Herve/ Pr.Villard
- × 【 2 】 Pr. Gilberg
- × 【 3 】 Dr. Morel/ Dr. Derniaux
- 【 5 】 Pr. Tournigand
- － [回答不能] 【 6 】 Dr. Gurimand

Q7-1 【事例4】で、患者に施す治療や措置を決定する手続は、どのようなものか。

【事例4】

- ・交通事故で頭部を強打。
- ・半年間以上意識がない。
- ・経管栄養。
- ・衰弱が進行。
- ・医療上の判断：回復の見込みはなく、いずれ肺炎などで死に至る。

○ 【 1 】～【 3 】、【 4 】～【 6 】：レオネティ法に従う

Q7-2 【事例4】の患者に、医師が相談できる家族や友人がおらず、本人の意思も不明である場合、現在行っている措置を中止するか。 [ Oui / Non ]

(Non なら Q7-3 へ)

- 【 1 】 Pr. Herve/ Pr.Villard
- 【 2 】 Pr. Gilberg



- [回答抜け?] 【3】 Dr. Morel/ Dr. Derniaux  
 - [回答不能] 【5】 Pr. Tournigand  
 - [回答不能] 【6】 Dr. Gurimand

Q7-3 【事例4】の患者に、医師が相談できる家族や友人がおらず、本人の意思も不明である場合、次の処置を実施するか。

- ① -
- ② 肺炎を発症→抗生剤を経口/点滴投与 [Oui/Non]  
 × 【1】 Pr. Herve/ Pr. Villard  
 ○ 【2】 Pr. Gilberg  
 × 【3】 Dr. Morel/ Dr. Derniaux  
 - [回答不能] 【5】 Pr. Tournigand  
 - [回答不能] 【6】 Dr. Gurimand
- ③ -
- ④ -
- ⑤ -
- ⑥ -
- ⑦ 呼吸が困難化→気管内挿管・人工呼吸器装着（発声不能になる見込み）  
Oui/Non  
 × 【1】 Pr. Herve/ Pr. Villard  
 × 【2】 Pr. Gilberg  
 × 【3】 Dr. Morel/ Dr. Derniaux  
 - [回答不能] 【5】 Pr. Tournigand  
 - [回答不能] 【6】 Dr. Gurimand
- ⑧ 心停止・呼吸停止→蘇生措置（心臓マッサージ、電気ショック、人工呼吸等）  
Oui/Non  
 × 【1】 Pr. Herve/ Pr. Villard  
 × 【2】 Pr. Gilberg  
 × 【3】 Dr. Morel/ Dr. Derniaux  
 - [回答不能] 【5】 Pr. Tournigand  
 - [回答不能] 【6】 Dr. Gurimand

⑨ 以上の対応は、患者の年齢により異なり得る。 [Oui/Non]

×【1】Pr. Herve/ Pr.Villard

×【2】Pr. Gilberg

×【3】Dr. Morel/ Dr. Derniaux

－ [回答不能] 【5】Pr. Tournigand

－ [回答不能] 【6】Dr. Gurimand

#### D 結論

本調査の結果からすると、わが国において、事前指示書を、終末期における医療措置の差し控えや中止の必要条件とすることは、適当とは思われない。「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、医療措置の差し控え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が、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と思われる。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、おそらく、ゼロではない。そうすると、事前指示書を差し控えや中止の要件とした場合には、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いえるか否かは、現在の状況および将来の予測に関する客観的なデータを基に判断されるべきであろう。どのような結果になる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と思われる。

また、要件を厳格化しようとする姿勢の背後には、医療措置の差し控えや中止は、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ように思われる。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、要件の厳格化は、必然的なものではないことになる。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<sup>(35)</sup>、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<sup>(36)</sup>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<sup>(37)</sup>、わが国における終末期医療制度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。

(1) 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、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、本報告書中では、「PC」と表記する] 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】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）。

レオネティ法の原文は、

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&dateTexte=&categorieLien=id> で入手可能である（2014/01/28 現在。以下、本報告書において同様）。また、同法の成立過程については、鈴木尊紘「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。

(1) 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(1)・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）。

(2) 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'](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(2)2012年12月17日、菊地・前掲注1・Vol.1。

(3)「【3】」等の表記は、「B 研究方法」の表記と対応している。

なお、以下、本報告書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、報告書作成者（近藤）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、報告書作成者の発問、通訳、対象者の回答を録音し、後に、文字に起こし、これを基にして本報告書を作成しているが、報告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、回答の趣旨を明瞭にするために、若干の箇所では、発言の順序を入れ替える等の操作も行った。

(4)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(2)2012年12月17日、極限状況の最前線にいる看護師ではなく、医師が議論のイニ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）。

(5)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(2)2012年12月17日。

(6)実施主体は、INED（Institut national d'études démographique 国立人口学研究所）であり、これに、ONFV（Observatoire national de la fin de vie 国立終末期観測所[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）。

(7)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