

国立国会図書館 調査及び立法考査局

Research and Legislative Reference Bureau
National Diet Library

論題 Title	終末期医療と「安楽死」「尊厳死」—法制化の現状—
他言語論題 Title in other language	Terminal Care and “Euthanasia”, “Death with Dignity”: Current Situation of its Legislation
著者 / 所属 Author(s)	岡村 美保子 (Okamura, Mihoko) / 国立国会図書館調査及び立法考査局専門調査員 社会労働調査室
雑誌名 Journal	レファレンス (The Reference)
編集 Editor	国立国会図書館 調査及び立法考査局
発行 Publisher	国立国会図書館
通号 Number	793
刊行日 Issue Date	2017-02-20
ページ Pages	89-115
ISSN	0034-2912
本文の言語 Language	日本語 (Japanese)
摘要 Abstract	終末期医療における安楽死・尊厳死の問題につき、その法制化に係る世界各国 (特にオランダ・フランス) 及び日本の現状を解説する。

*掲載論文等のうち、意見にわたる部分は、筆者の個人的見解であることをお断りしておきます。

終末期医療と「安楽死」「尊厳死」

—法制化の現状—

国立国会図書館 調査及び立法考査局
専門調査員 社会労働調査室 岡村 美保子

目 次

はじめに

I 関連する概念等の整理

- 1 安楽死・尊厳死
- 2 終末期の態様
- 3 終末期の医療処置
- 4 患者の権利
- 5 インフォームド・コンセント
- 6 事前指示

II 諸外国の状況

- 1 各国の概況
- 2 オランダ
- 3 フランス

III わが国の状況

- 1 安楽死事件とガイドライン
- 2 日本尊厳死協会と尊厳死法制化の動き
- 3 法制化の是非及び背景

おわりに

要 旨

- ① 医療の発達により、多くの人が人生の最期に医療に関わるようになっており、終末期医療がどうあるべきかが重要な問題となっている。助かる見込みがない状況に陥った際に本人あるいは周囲の者が死を望んだ場合、苦痛を緩和するための治療が結果として生命を短縮することにつながる場合等に、医療従事者はどのように行動すべきかという問題は、刑法上の罪に問われる可能性があるため、古くから安楽死、あるいは尊厳死の問題として議論が行われてきた。
- ② わが国は生命倫理関連の法律があまりなく、終末期医療に関してもガイドラインが作成されているのみだが、安楽死を合法化する国もあり、関連する各種法規制が行われている国が増えてきた。
- ③ このうち、初めて安楽死を合法化したとされるオランダでは、2001年に刑法の改正を含む法律が制定され、「相当の注意」の要件を遵守した医師が実施し、定められた手続に従った場合には、本人の要請に基づく生命終結は犯罪とならないとされた。オランダでは家庭医が医療システムの中心的な役割を果たしており、家庭医は、死を託せるほど信頼が厚く、安楽死の約90%が家庭医により実施されている。
- ④ フランスでは、1999年に緩和ケアに関する法律、2002年に患者の権利法、2005年には終末期患者の権利を定める法律が制定され、2016年にも新法による制度改正があった。安楽死の合法化を求める声があるものの、今のところ患者の自己決定権を終末期においても充実させること、緩和ケアの実施により尊厳ある死を保障することの推進に留まっている。
- ⑤ わが国では延命治療の中止・差控えに言及した判決を契機に、現場の医師の間で治療行為の中止や差控えが許容されるための具体的な要件を示す法令やガイドラインの整備が求められるようになり、厚生労働省や医療団体等がガイドラインを作成している。また、日本尊厳死協会が延命治療を断る死の在り方を選ぶ権利を主張し、尊厳死法制化を考える議員連盟も発足して法案も検討されているが、未だ提出には至っていない。
- ⑥ 安楽死・尊厳死に関わる法制に関しては、それ自体の是非のほか、わが国では未整備の患者の権利、医療代諾権の問題があり、医療資源の分配や老衰死の在り方等が関連している。

はじめに

わが国は、「超」のつく高齢社会となり、人口の高齢化は今後も更に進むことが予測されている。超高齢社会は、多死社会でもある。現在年 130 万人⁽¹⁾ほどの死亡数は、推計では 2040 年に約 167 万人⁽²⁾となる。

医療の発達により、多くの人が人生の最期に医療に関わるようになっており、終末期医療がどうあるべきかが、重要な問題となっている。このうち、助かる見込みがない状況に陥った際に本人あるいは周囲の者が死を望んだ場合、また、苦痛を緩和するための治療が結果として生命を短縮することにつながる場合等に、医療従事者はどのように行動すべきかという問題は、刑法上の罪に問われる可能性があるため、古くから安楽死、あるいは尊厳死の問題として議論が行われてきた。さらに、医療技術の発達によって重症の患者の延命が可能になったことが、末期状態や植物状態が継続する患者の増加という新たな状況を生み出している。

わが国においては、現在、生命倫理に関連する法律は、母体保護法（昭和 23 年法律第 156 号）と臓器移植法（「臓器の移植に関する法律」平成 9 年法律第 104 号）ぐらいであり、生死に関わる問題、生命倫理の領域の法が非常に少ない⁽³⁾。わが国では終末期医療に関し、ガイドラインが作成されているのみだが、安楽死に該当する行為を合法化する国もあり、関連する各種法規制が行われている国が増えてきた。病の苦痛を緩和する技術が進歩し、また延命や長寿化を実現してきた中で、人生の最期に医療がどう関わるべきかに大きな関心が寄せられている。

I 関連する概念等の整理

1 安楽死・尊厳死

安楽死、尊厳死という言葉は、そこから想起する内容が人により、文脈により異なってくるため、複数の意味合いが生じ得る。

安楽死（Euthanasia）は、語源的にはラテン語の *euthanatos* で、*eu* は「良い」を意味し、「良い死」という意味である。安楽死に関しては、患者の意思（自発的・非自発的・反意的）と施行手段（積極的・消極的）とを掛け合わせた生命倫理的分類や、臨床課題を考慮した臨床的分類（①積極的安楽死、②医師による自殺幫助、③間接的安楽死、④消極的安楽死の 4 つに分類）等の分類法がある。生命倫理的分類において、患者の依頼があれば自発的、意思を表明できない状態で行われれば非自発的、意思に反して死なせるのが反意的⁽⁴⁾である。臨床的分類の①が一般的に言われる安楽死で、致死薬物等で死なせること、②は医師が自死用の薬物や方策を提供し、患者自身が命を絶つもの、③は緩和ケア用薬物等の使用が意図せず結果的に生命を短縮する行為、④は

* 本稿におけるインターネット資料の最終アクセス日は、2017（平成 29）年 1 月 13 日である。

(1) 厚生労働省「平成 27 年（2015）人口動態統計（確定数）の概況」2016.12.5, p.3. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei15/dl/00_all.pdf> 2015 年死亡者総数は 1,290,444 人。

(2) 国立社会保障・人口問題研究所「表 D-8 出生、死亡及び自然増加の実数ならびに率：出生中位～人口置換水準到達（死亡中位）推計」『日本の将来推計人口—平成 24 年 1 月推計の解説および参考推計（条件付推計）—』（人口問題研究資料 327 号）2013.1.31, p.143. <<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/kaisetsu.pdf>>

(3) 稲葉一人「がん終末期における法・判例・ガイドライン」『がん看護』20 巻 1 号, 2015.1・2, p.5. このほか、「ヒトに関するクローン技術等の規制に関する法律」（平成 12 年法律第 146 号）がある。

延命治療の不開始又は中止である。③④は、尊厳死と同義語なので安楽死の範疇に入れない、という考えも強い。⁽⁵⁾

日本学術会議は、1994（平成6）年に、死と医療特別委員会⁽⁶⁾の報告書として「尊厳死について」を公表したが、ここでは、「尊厳死は、こうした⁽⁷⁾助かる見込みがない患者に延命医療を実施することを止め、人間としての尊厳を保ちつつ死を迎えさせることをいうものと解されている」⁽⁸⁾としている。また、2008（平成20）年に公表した「終末期医療のあり方について—亜急性型の終末期について—」では、「安楽死の定義も多様であるが、現在主に問題とされている安楽死は、耐え難い苦痛に襲われている死期の迫った人に致死的な薬剤を投与して死なせるものである。これに対し、尊厳死は、過剰な医療を避け尊厳を持って自然な死を迎えさせることを出発点として論じられている概念である。」⁽⁹⁾として、両者を区別している。

1992（平成4）年に厚生省（当時）に設置された有識者による「末期医療に関する国民の意識調査等検討会」の報告書では、「一般に回復の見込みのない患者に過剰な延命治療を施すことをやめ、人間としての尊厳を保ちつつ死を迎えられるようにすることが尊厳死の考え方である。」とし、「安楽死とは、一般に患者の明確な意志にもとづいて、身体的な苦痛の除去を目的として、本人以外の手により、故意に死を迎えさせることをいう。」⁽¹⁰⁾として、安楽死と尊厳死は明確に区別されるべきであるとする。

一方、アメリカのいくつかの州の、医師による末期患者の自殺目的での致死薬の処方 legalized した法律は「尊厳死法」(Death With Dignity Act) という題名である（後述Ⅱ 1 (1)）。

2 終末期の態様

回復の見込みのない疾患の末期の状態は、一通りではない。池上直己聖路加大学特任教授が、死に至る3つのプロセスのパターンを解説している⁽¹¹⁾。

第1のパターンは、癌などの場合であり、一般に死亡の数週間前まで日常生活は自立しているが、ある時期を境に急速に衰弱する。診断の告知が行われれば、本人の終末期ケアに関する

(4) 高度の精神病患者、重症の心身障害者、老衰のためにただ無為に死を待つだけの老人等は社会に生存する価値がないものとして、社会功利主義的、優生学的見地からその生命を奪うことを是認し、これを「安楽死」と称することがある。第1次世界大戦直後のドイツで刑法学者や精神医学者が主張し、ナチスが実行に移した。安楽死にはそうしたことが起こり得るといふ懸念が存在する。大塚仁ほか編『大コンメンタール刑法 10巻 第2版』青林書院、2006、pp.310-311。

(5) 谷田憲俊「安楽死・尊厳死をめぐる生命倫理の問題状況」シリーズ生命倫理学編集委員会編『シリーズ生命倫理学 5—安楽死・尊厳死—』丸善出版、2012、pp.2-4。

(6) 終末期医療における尊厳死、安楽死や医療経済の問題、さらに説明と同意などの社会的側面等人の死と医療の在り方について検討するために設置。

(7) この前段で、「ガンなどの激痛に苦しむ末期状態の患者や回復の見込みがなく死期がせまっている植物状態の患者に対しても、延命医療を施している場合が多い」としている。

(8) 日本学術会議死と医療特別委員会「死と医療特別委員会報告書—尊厳死について—」1994.5.26、p.167。<<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/13/15-41.pdf>>

(9) 日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会「対外報告 終末期医療のあり方について—亜急性型の終末期について—」2008.2.14、p.3。<<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t51-2.pdf>>

(10) 末期医療に関する国民の意識調査等検討会『末期医療に関する国民の意識調査等検討会報告書』1993、p.28。

(11) 池上直己「日本の医療構造をひも解く（第9回）終末期ケアの基本課題」『社会保険旬報』2653号、2016.10.1、pp.12-14。元となった論文は、Joanne Lynn and David M. Adamson, *Living Well at the End of Life: Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age*, Santa Monica, Calif.: RAND Corporation, 2003。<http://www.rand.org/pubs/white_papers/WP137.html>

希望の確認も可能となる場合が多い。

第2のパターンは、心臓、肺、肝臓等の臓器の不全であり、数年かけて次第に機能が低下する中で、何回か急に悪化し、そのたびに小康することを繰り返す。

第3のパターンは、老衰や認知症等の場合であり、一般に5年以上の長期にわたり機能が徐々に低下して死に至る。終末期をいつからと決めることは困難であり、本人の意思の確認も難しい。

このほかに、事故等でいわゆる植物状態⁽¹²⁾になった場合がある。安楽死・尊厳死に関する法整備の議論のきっかけともなったアメリカのカレン・アン・クインラインの事例⁽¹³⁾等がこれに当たる。この場合にも、生存のためには延命治療が必要となるが、終末期の決定は困難であり、本人の意思の確認も難しい。一方で、身体が重度に不自由になったが意識がある場合には、自らの状況に絶望を感じ、さりとて自力での自殺は叶わず、死を求めるといふことがある。

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」⁽¹⁴⁾（後述）では、終末期の定義は行われていない。全日本病院協会の2016（平成28）年の「終末期医療に関するガイドライン」⁽¹⁵⁾では、終末期とは①複数の医師が客観的な情報を基に、治療により病気の回復が期待できないと判断すること、②患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得すること、③患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し対応を考えること、の3つの条件を満たす場合としており、周囲の者の主観が判断材料とされている。

3 終末期の医療処置

(1) 人工的水分・栄養補給

経口による自然な摂取以外の方法で水分・栄養を補給する方法を人工的水分・栄養補給法（artificial hydration and nutrition: AHN）といい、腸を使う経腸栄養法（胃ろう栄養法、経鼻経管栄養法、間欠的口腔食道経管栄養法）と非経腸栄養法（中心静脈栄養法、末梢静脈栄養法、持続皮下注射）がある。

わが国では、介護保険の導入等に伴い、2000（平成12）年頃から胃ろうが急速に広まった。胃ろう栄養法は、安定した栄養補充が容易で、再び食べられるようになるためのリハビリテーションツールとして有効だが、対象の多くが高齢者で、在宅や施設での支援システムも十分ではなかったこともあり、劇的に機能が回復することは稀で、生き続ける方法としての有用性が評価されてきた。特に認知症末期の患者に多用され、簡便かつ安全で経済的だが、人が生かされている、あるいは死ねないという状況を生み出すものとして、社会問題となっている。⁽¹⁶⁾

(12) 日本では遷延性意識障害と呼ばれるが、診断基準についての精査が必要との見解がある。戸田聡一郎「意識障害における尊厳死で何が問われるか—その予備的議論—」『現代思想』40巻7号、2012.6、pp.222-237。

(13) 当時21歳の女性が昏睡状態になって病院に運ばれ、人工呼吸器を装着された。彼女の養父が人工呼吸器を撤去して自然死することを承認するために自らを彼女の後見人とすることを求めた裁判を起こし、1976年ニュージャージー州最高裁判所で養父を後見人として認める判決が下され、人工呼吸器が外された。「死ぬ権利」を求めた裁判として、わが国でも大きな話題となった。事件の詳細について、香川知晶『死ぬ権利—カレン・クインラン事件と生命倫理の転回—』勁草書房、2006。

(14) 厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」2007.5。<<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>> なお、このガイドラインは2015（平成27）年3月に「終末期医療」を「人生の最終段階における医療」に置き換える改訂を行っているが、内容に変更はない。厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」2007.5。（改訂2015.3）<<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000078981.pdf>>

(15) 全日本病院協会「終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～」2016.11。<http://www.ajha.or.jp/voice/pdf/161122_1.pdf>

2010（平成 22）年度に日本老年医学会が学会所属の医師に対して実施した調査では、認知症末期患者への AHN 導入の意思決定に困難を感じたとの回答が約 9 割に達した。これは、高齢者の最期の生がどうあるのがよいかにつき共通理解が定まっていないことが主要な原因であるとの考えから、同医学会により現場の医療・介護・福祉従事者のための AHN 導入に関するガイドラインが作成された。⁽¹⁷⁾

（2）深い持続的鎮静（緩和的鎮静）

重い苦痛や呼吸障害等を緩和するために鎮静剤によって意識レベルを低下させたまま死を迎えさせる「深い持続的鎮静」（緩和的鎮静・ターミナルセデーション（continuous deep sedation, terminal sedation）。以下「緩和的鎮静」という医療処置がある。2009 年に欧州緩和ケア学会（European Association for Palliative Care: EAPC）が、2010 年には全米ホスピス・緩和ケア協会（National Hospice and Palliative Care Organization: NHPCO）が、ガイドラインを公表した。最近の研究論文によると、ヨーロッパでは、ガイドライン公表前数パーセントであった当該医療処置の頻度が、公表後十数パーセントに増加した。アメリカでは、当初十数パーセントとの報告もあったが、最近では先進的なホスピスや緩和ケアの医療機関では行われていないとのことである。緩和的鎮静が穏やかな死を迎える手段であるとの認識から一般診療で倫理的配慮もなく行われていることや、営利的ホスピス産業界で利益を生む魅力的なケアとして捉えられている等、一部の緩和ケア関係者が危機感を抱いているという。⁽¹⁸⁾

日本緩和医療学会も 2010（平成 22）年に「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」⁽¹⁹⁾を公表した。作成時に、法的問題も検討されたが、ガイドラインには法的な記載はなく、倫理的基盤のみに言及された。緩和的鎮静は、患者と家族とのコミュニケーションの回復を遮り、経験的には死期を早めるとも考えられる。患者本人の意思によることもあれば、臨床上みかねた家族の依頼によって行うことも起こり得る。こうしたことから、現状では「このような要件を充足すれば違法とならない」という立法も、有権的な判断（判例）もない中で、法的な推奨を掲載することが避けられた⁽²⁰⁾とのことである。

このガイドラインに掲載されている文献的検討結果では、1990 年から 2004 年にかけて公表されたわが国を含む世界の研究論文の検討の結果として、緩和的鎮静の施行頻度は全患者の 20～35% と見積もっている⁽²¹⁾。

4 患者の権利

安楽死、尊厳死といったことが主張される前提には、患者に自己決定権があるということがある。

「患者の権利」という概念は、アメリカで誕生したとされる。アメリカでは、1960 年代から

(16) 鈴木裕「胃ろう栄養の適応と問題点」『日本老年医学会雑誌』49 巻 2 号, 2012.3, p.127.

(17) 日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として」2012.6.27, p.3. <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf>

(18) 石谷邦彦「死をめぐる苦痛緩和の医療の実際と課題」『臨床死生学』20 巻 1 号, 2015.7, p.7.

(19) 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会編『苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン 2010 年版』金原出版, 2010.

(20) 「セデーション」『がん看護』前掲注(3), pp.57-59.

(21) 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会編 前掲注(19), p.44.

70年代前半にかけて、人体実験に関するスキャンダルが相次いで発覚し、同時期の公民権運動、女性解放運動、消費者運動等の社会運動の展開の中で、患者の権利確立を求める運動が盛んになった。患者の権利の中核をなす「インフォームド・コンセント」は、1960年代以降の医療過誤訴訟を通じて判例法理として確立した。医療上のプライバシーを保護される権利や自らの医療情報にアクセスする権利も、患者が訴訟で争い、確立してきた権利である。⁽²²⁾

1981年の第34回世界医師会総会において採択された「リスボン宣言」⁽²³⁾は、①良質の医療を受ける権利、②選択の自由の権利、③自己決定の権利、④意識のない患者、⑤法的無能力の患者、⑥患者の意思に反する処置、⑦情報に対する権利、⑧守秘義務に対する権利、⑨健康教育を受ける権利、⑩尊厳に対する権利、⑪宗教的支援に対する権利の11項目に関する原則を掲げている。

わが国でも、1984(昭和59)年に弁護士、医療従事者、一般市民による患者の権利宣言全国起草委員会が発足し、「患者の権利宣言集」が発表された。1991(平成3)年には「患者の権利法」の制定を目指す「患者の権利法をつくる会」が結成され、「患者の権利を定める法律案要綱」が発表された。1992(平成4)年の医療法(昭和23年法律第205号)改正における附則第2条に基づき、厚生省(当時)に「インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会」が設置され、1995(平成7)年に報告書⁽²⁴⁾を公表した。1997(平成9)年の医療法改正時には、医療従事者に適切な説明及び医療を受ける者の理解を得ることについての努力義務を定める第1条の4第2項が新設された。同年、民主党及び社会民主党が、それぞれ患者の権利法策定に着手、2001(平成13)年、2002(平成14)年、2006(平成18)年に民主党が法案⁽²⁵⁾を提出したが、いずれも審議未了で廃案となった。⁽²⁶⁾

5 インフォームド・コンセント

リスボン宣言における自己決定権には、患者がその決定を行うに際し必要な情報を得る権利が内包されている。情報を与えられた上での自発的選択である以上、その適否(本人にとって利益かどうか)は問わないという自律性の尊重の上に成り立っている⁽²⁷⁾。

本来、インフォームド・コンセントは、患者は自らの価値観に基づき、目標を達成するために決定を行う権利(自己決定権)を有するという原則に基づいた考え方であり、理念の中心は患者と医師が「情報を共有し、意思決定も共有する」という部分にあるという⁽²⁸⁾。

⁽²²⁾ 土屋裕子「患者の権利と法の役割」岩田太編著『患者の権利と医療の安全—医療と法のあり方を問い直す—』ミネルヴァ書房、2011、pp.28-30.

⁽²³⁾ 日本医師会訳「患者の権利に関するWMAリスボン宣言」(1981年採択、1995年及び2005年に修正) <<http://www.med.or.jp/wma/lisbon.html>>

⁽²⁴⁾ インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会『インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会報告書』1995.

⁽²⁵⁾ 「医療の信頼性の確保向上のために医療情報の提供の促進、医療に係る体制の整備等に関する法律案」(第153回国会参法第1号); 「医療の信頼性の確保向上のために医療情報の提供の促進、医療に係る体制の整備等に関する法律案」(第154回国会衆法第11号、第154回国会参法第18号); 「医療を受ける者の尊厳の保持及び自己決定に資する医療情報の提供、相談支援及び医療事故等の原因究明の促進等に関する法律案」(第164回国会衆法第18号)

⁽²⁶⁾ 土屋 前掲注⁽²²⁾, pp.30-44.

⁽²⁷⁾ 稲葉一人「がん終末期を考えるうえで重要な基本概念」『がん看護』前掲注⁽³⁾, p.20.

⁽²⁸⁾ 佐藤恵子「似て非なる「日本式インフォームド・コンセント」を超えるために」岩田編著 前掲注⁽²²⁾, p.70.

しかし、わが国ではインフォームド・コンセントは「説明と同意」と訳され、「患者に治療の選択肢を丁寧に説明して選ばせること」と非常に単純に解釈されて定着するに至った。結果として、自らが把握している患者の情報を全て提供しなければならないと考える医師が多数おり、また情報提供が単に医療過誤訴訟時の防御手段と解されていることも多いことが指摘されている。⁽²⁹⁾

6 事前指示

終末期には、自らの意思を表明できない状態であることが多い。このため、そのような状態に陥る前に事前指示を行うことによって自己決定権を行使することが考えられてきた。

事前指示とは、患者が意思表示能力を失う前に、予め治療に関する事柄をまとめておくことである。自分の代わりに意思決定をしてもらう者を予め指名しておくという代理人指名型と、具体的治療内容に関して個別に明示しておく内容指示型の2種があり、内容指示型のうち書面によるものを「事前指示書」といい、リビング・ウィル (living will)⁽³⁰⁾はこれに当たる。⁽³¹⁾

事前指示については、1976年の「カリフォルニア自然死法」(California Natural Death Act. 後述Ⅱ 1 (1))に始まり、世界各国でその法制化が行われているが、わが国には事前指示の法的効力を定めた法令はない。このため、事前指示を尊重しなければならないというルールはなく、事前指示に則って処置をする(あるいはしない)ことによって医療者が免責されることもない⁽³²⁾。

Ⅱ 諸外国の状況

スイスのように、元々自殺幫助を可罰化していない国もあるが、刑法その他の改正により安楽死を合法化した最初の国と言われているのがオランダである。アメリカではそれより前に医師が致死薬を処方することを合法化している州がある。近年多くの国で、この問題に関連する様々な形態での法制化の動きがある。

以下に、把握できた各国の立法状況をまとめ、先んじて安楽死を合法化したとされるオランダと、オランダのような安楽死の合法化はあくまで拒否する姿勢を見せながら、終末期における患者の権利に関する法整備を重ねているフランスについて、少し詳しく状況を解説する。

1 各国の概況

(1) アメリカ

アメリカでは、植物状態に陥った患者の人工呼吸器撤去の可否が争われた1976年のカレン・アン・クライン事件⁽³³⁾ニュージャージー州最高裁判所判決後、同年カリフォルニア州で、世界で初めて末期患者の事前指示書⁽³⁴⁾に法的拘束力を付与するカリフォルニア自然死法が制定された。連邦レベルでは、1990年に「患者の自己決定権法」(Patient Self-Determination Act)が制定さ

(29) 同上, pp.87-93.

(30) 末期状態に陥った場合に生命維持治療の中止を求める、という意思を意思決定能力のある時に予め表明しておく文書。田中英夫ほか編『英米法辞典』東京大学出版会, 1991, p.524. 日本尊厳死協会はこれを「尊厳死宣言」と訳している。

(31) 板井孝壺郎「がん終末期を考えるうえで大切な「事前指示」の概念」『がん看護』前掲注(3), p.24.

(32) 稲葉一人「事前指示の法的根拠」同上, p.44.

(33) 前掲注(13)参照。

れ、また、1993年には統一州法委員全国会議（National Conference of Commissioners on Uniform State Laws）が「ヘルスケア意思決定統一法」（Uniform Health-Care Decisions Act）⁽³⁵⁾を公表した。2000年までに全ての州で事前指示書か持続的代理権（durable power of attorney）⁽³⁶⁾に法的拘束力を与える法律が制定され、患者が事前指示による自己決定権を行使して延命拒否をする権利が認められている。⁽³⁷⁾

1996年にはオレゴン州で、成人の末期患者が自殺目的で致死薬の処方等を医師から得ることを合法化する「オレゴン尊厳死法」（Oregon Death With Dignity Act）が制定された。2008年にはワシントン州で、オレゴン州の尊厳死法と同様の内容の「ワシントン尊厳死法」（Washington Death With Dignity Act）が制定され、モンタナ州では、2009年に州最高裁判所が州内での医師幫助自殺が合法であるとする判決を下した。⁽³⁸⁾

2015年、カリフォルニア州でも終末期選択法（End of Life Option Act）が成立し、医師による患者の死を幫助する薬剤の処方が合法化された⁽³⁹⁾。

(2) カナダ

カナダでは、ケベック州で2014年に緩和的鎮静を含む緩和ケアと医師等の幫助による死を認め、事前指示書について定める終末期ケア法（Loi concernant les soins de fin de vie）が成立した⁽⁴⁰⁾。2015年12月には、カナダ最高裁判所（Supreme Court of Canada）が医師幫助自殺を認める判決を下すとともに連邦政府と州政府に12か月以内に判決に基づいた法制化を命じた⁽⁴¹⁾。2016年6月には、刑法等の改正により医師等の幫助による自殺を合法化する連邦法⁽⁴²⁾が成立した。

(3) ベネルクス3国

オランダ、ベルギー、ルクセンブルクはそれぞれ2002年4月1日、同年9月23日、2009年4月1日に、患者の要請に基づいて患者の生を意図的に終結させる行為を合法化する法律を施行している⁽⁴³⁾。更にベルギーでは、2014年に年齢制限を撤廃する改正法が成立している⁽⁴⁴⁾。

34) カリフォルニア自然死法は「世界で初めてのリビング・ウィル法制化」と言われるが、その文書はリビング・ウィルではなく、「医師への指示（Directive to Physicians）」と呼ばれるものである。香川知晶「オレゴン州尊厳死法をめぐる一米国における「死ぬ権利」法制化の動き」『理想』692号、2014、p.70.

35) 各州の法の統一を図るために作成される統一法は、各州議会で採択されてその州の州法となる。

36) 通常の代理権（代理権を付与する委任状）は、本人が無能力となった場合には失効するのが原則であるが、本人無能力の場合にも継続的効力を持つ。田中ほか編 前掲注30, pp.282-283.

37) 新谷一朗「アメリカにおける尊厳死」シリーズ生命倫理学編集委員会編 前掲注5, pp.181-196.

38) 神馬幸一「医師による自殺幫助（医師介助自殺）」同上, pp.164-167.

39) 井樋三枝子「【アメリカ】カリフォルニア州尊厳死法の制定」『外国の立法』No.265-2, 2015.11, pp.4-5. <http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_9531500_po_02650202.pdf?contentNo=1>

40) Loi concernant les soins de fin de vie. Quebec Portail santé mieux-être HP <<http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/loi-concernant-les-soins-de-fin-de-vie/>>

41) 石塚嘉一「カナダでいよいよ「安楽死」が実施されるか？」2016.2.9. TOCS カナダ通信 HP <<http://www.pr-tocs.co.jp/canadian-review/723/>>

42) An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying), S.C.2016, c.3. <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/annualstatutes/2016_3/FullText.html>

43) 盛永審一郎「ベネルクス3国の安楽死法—比較と課題—」盛永審一郎監修『安楽死法—ベネルクス3国の比較と資料—』東信堂、2016、pp.78-100.

44) 服部有希「【ベルギー】子どもの安楽死の合法化—安楽死の年齢制限の撤廃—」『外国の立法』No.259-1, 2014.4, pp.16-17. <http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_8562408_po_02590107.pdf?contentNo=1>

(4) スイス

スイス刑法は、囑託による殺人は違法（第114条）だが、自殺への関与は、利己的な動機がみられる場合のみ可罰的（第115条）とされている。このため、利己的な動機がなければ医師でなくとも自殺幫助が可能と解され、自殺幫助の組織的活動が許容されている。1980年代から1990年代にかけて、エグジット（Exit）、ディグニタス（Dignitas）等の自殺幫助団体が相次いで設立され、世界各地から自殺のためにスイスを訪れる外国人が増加し、内外の批判を浴びている。このため、こうした団体を規制しようという動きがみられる。⁽⁴⁵⁾

(5) ドイツ

ドイツの刑法も囑託殺人罪のみを規定しているため（第216条）、自殺に関与することは刑法上不可罰だが、ドイツ連邦医師会作成の医師職業に関するモデル規則には、医師は自殺幫助を行ってはならない旨規定されている。ドイツでも、ドイツ自殺幫助協会（Sterbehilfe Deutschland e.V.）という会員制の自殺幫助団体が存在する。ドイツ国内における自殺幫助の件数は年々増える傾向にあり、2000年代から議論が行われた末、2015年に刑法を改正して業としての自殺幫助を禁止する法律が成立した。⁽⁴⁶⁾

また、2009年には、同意能力を喪失した場合に備えた、特定の医療行為を受け入れるか否かについての患者の事前指示に法的拘束力を認めること等を内容とする、民法及び「家事事件・非訟事件手続法」の改正法（通称「患者の指示法」）が制定されている。⁽⁴⁷⁾

(6) 韓国

韓国では、1997年に自発呼吸が困難な患者が家族の意向により退院し、人工呼吸器を外した直後に死亡した事件で、2004年、大法院（日本の最高裁判所に相当）が家族の要求に応じて退院に同意した医師に殺人幫助による有罪判決を下したことを契機に議論が行われ、2016年、「ホスピス・緩和医療及び臨終過程にある患者の延命医療決定に関する法律」が制定された。この法律は、延命医療中止の対象となる患者の定義や延命医療中止の要件、中止することが許される医療行為等を定め、対象外の者に対する延命医療中止に対しては罰則が科されるものとしている。このほか、ホスピス・緩和医療に関する事項を規定し、保健福祉部（部はわが国の省に相当）長官に延命医療中止及び緩和医療に係る総合計画策定を義務づけ、国家ホスピス延命医療委員会を設置するものである。2017年8月4日施行（延命医療中止に関する条項については2018年1月4日施行）とされている。⁽⁴⁸⁾

2 オランダ

(1) 法制定までの経緯

オランダ刑法では、本人の同意の下であっても、その生命を奪うことや自殺の幫助・教唆を

(45) 神馬 前掲注(38), pp.168-173.

(46) 渡辺富久子「【ドイツ】業としての自殺幫助の禁止」『外国の立法』No.266-1, 2016.1, pp.16-17. <http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_9593137_po_02660107.pdf?contentNo=1>

(47) 山口和人「【ドイツ】「患者の指示（リビング・ウィル）」法の制定」『外国の立法』No.240-2, 2009.8, pp.10-11. <http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_1000054_po_02400205.pdf?contentNo=1>

(48) 藤原夏人「【韓国】尊厳死法の制定—終末期医療に係る法整備—」『外国の立法』No.267-1, 2016.4, pp.16-17. <http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_9929060_po_02670108.pdf?contentNo=1>

することは嘱託殺人罪（第 293 条）や自殺幫助罪（第 294 条）に該当する。

オランダでは、1970 年代から、医師による、本人の要請に基づく生命終結に関する刑事事件が多数発生し、判例が積み重ねられてきたが、1985 年には、最高裁判所が、客観的な医学的見識に従う医師によって行われる生命終結は義務衝突のゆえの緊急避難の行為として考えてよく、そしてそれゆえに正当化される、という判決を下した⁽⁴⁹⁾。

このような状況の中、1980 年代から安楽死を非犯罪化あるいは非刑罰化する要件を定める法改正・制定について論議が行われ、1982 年、安楽死に関する政策提案とその結果としての必要な法改正についての勧告を目的とした安楽死に関する国家委員会が設置された⁽⁵⁰⁾。この委員会は、1985 年に刑法第 293 条及び第 294 条の改正等を提案する最終報告書⁽⁵¹⁾を提出した。報告書提出に先立ち、議員提出法案も出され、1986 年には政府の試案が、また、1987 年には政府法案が国会に提出されて審議が行われたが、審議未了となった。1991 年には、当時最高裁判所の法務局長であったレメリンク（Jan Remmelink）氏を議長とする安楽死に関する医療実務調査委員会の報告書⁽⁵²⁾が公表された。この報告書は、当時一般に行われていた安楽死実務と安楽死の発生について分析し、医療資源の不足ではなく、患者の耐え難い苦痛及び尊厳を持って死にたいという自然な願望こそが、要請に基づく生命終結の主な理由であることを示した。これを受け、司法大臣と福祉厚生文化大臣は、国会に対し、生命終結についての医学的決定に関する政府の見解を示した。この見解の中心は、生命終結と自殺幫助の諸ケースの届出に関する法的手続を決定すべきとの提案であり、この届出手続により得た情報に基づいて検察官が嘱託殺人又は自殺幫助という刑法上の犯罪の訴追を行うべきかを決定することができるようにすることであった。

1993 年に遺体処理法が改正され、安楽死を実施した場合には定められた形式により届け出ることが医師に義務づけられ、この届出報告書を検察庁が評価し、刑事訴追の有無を判断することとなった。翌年成立した連立政権の連立協定において、新しい遺体処理法施行の評価の実施が合意された。調査の結果は、1996 年 11 月に公表された⁽⁵³⁾。その後、この問題に関する調査は 5 年に 1 度の割合で実施されており、届出に基づく数値も公表され、議論がますますオープンになった⁽⁵⁴⁾。

1999 年、本人の要請に基づき生命を終結させた医師が「相当の注意」という制定法上の基準を遵守していれば刑事責任を免除するという特別な事由を定式化するという内容の法案が提出され、2001 年に「要請に基づく生命終結及び自殺幫助（審査手続）法」（以下「安楽死等審査法」）⁽⁵⁵⁾として成立した。世界初の安楽死法と言われている法律である。法案に対しては、①健康であるか疾患があるかどうかにかかわらず、生命は十分な保護に値する、②同法案を承認すれば、

(49) スコーンハイム事件（HR 12 November 1984 NJ 1985, no.106 (Schoonheim case)）。ペーター・タック著、甲斐克則編訳『オランダ医事刑法の展開—安楽死・妊娠中絶・臓器移植—』慶應義塾大学出版会、2009、p.8。

(50) 山下邦也『オランダの安楽死』成文堂、2006、p.58。

(51) Euthanasie Rapport van de Staatscommissie, Den Haag: Staatsuitgeverij, 1985; 同上、pp.67-75。

(52) Medische beslissingen rond het levenseinde, Den Haag: Sdu, 1991。以下のこの報告書に関する記述は、タック 前掲注(49)、pp.15-18 による。

(53) G. van der Wal et al., *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. De praktijk en de meldingsprocedure*, Den Haag: Sdu Uitgevers, 1996。

(54) 前掲注(52)の報告書の調査を第 1 回として、これまで 5 回の調査結果が公表されている。

(55) Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding。

重度の障害者、こん睡状態の患者等の生命終結を承認する第1歩になる、③人間は、たとえその人の要請があったとしても、第三者を殺害する道徳的権利を有していない、といった批判が行われたが、2000年に下院は賛成104票、反対40票で、2001年に上院は賛成46票、反対28票で採択し、2002年4月1日に施行された。⁽⁵⁶⁾

(2) 法の内容

安楽死等審査法⁽⁵⁷⁾は、刑法第293条（囑託殺人罪）、第294条（自殺幇助罪）を改正（第20条）して、この法律に規定する「相当の注意」の要件を遵守した医師が実施し、かつ遺体処理法の手続に従った場合には犯罪とならないものとし、また、遺体処理法を改正するものである。

安楽死等審査法第2条第1項に定められた「相当の注意」の要件は、以下の6つである。

- a. 医師が、患者による要請が自発的で熟考されたものであることを確信していること
- b. 医師が、患者の苦痛が永続的なものであり、かつ耐え難いものであることを確信していること
- c. 医師が、患者の病状及び予後について患者に情報提供をしていること
- d. 医師及び患者が、患者の病状の合理的な解決策が他にないことを確信していること
- e. 医師が、その患者を診断しかつ上記 a. から d. までに規定された相当の注意の要件について書面による意見を述べたことのある、少なくとも別の一人の独立した医師⁽⁵⁸⁾と相談していること
- f. 医師が、相当の注意を尽くして生命終結を行うか又は自殺幇助をしたこと

患者の死期が迫っていることは、要件となっていない。自発的でよく考えた上での要請であり、耐え難い苦しみがあれば、終末期に限られない。また、医師に患者の要請に応える義務はない。患者の意思及び苦痛の耐え難さを医師が確信することが要件となっており、その確信の客観性の担保として、別の「独立した医師」の判断が要件とされている。⁽⁵⁹⁾

意思の表明ができない状態に陥っている場合には、そのような状態になる前に作成した宣言書がある場合に、その宣言書に書かれた要請をもって患者の要請とすることができること（第2条第2項）、16歳以上18歳未満の未成年者の場合には、親権者又は後見人によるその意思決定への関与の後、12歳以上16歳未満の場合には親権者又は後見人の同意の下に、患者の要請に従うことができること（同条第3項、第4項）が定められている。

安楽死審査法第21条により改正された遺体処理法は、この法律第20条により改正された刑法第293条及び第294条に新設された規定による「要請に基づく生命終結又は自殺幇助」によってもたらされた死亡については、担当医は死亡診断書ではなく、政令で定められた書式に必要な事項を記入して自治体の検死医に申告しなければならない旨定める（遺体処理法第7条）。自治体の検死医は、遺体処理法第7条に規定する申告があった場合には、書式を完成させて地域審査委員会に報告書を提出する（遺体処理法第10条）。

⁽⁵⁶⁾ タック 前掲注(49), pp.31-34; 山下 前掲注(50), p.239.

⁽⁵⁷⁾ タック 同上, pp.40-48 に邦訳が掲載されている。以下の記述はこの邦訳によった。

⁽⁵⁸⁾ オランダ王立医師会がサポートセンター（Support and Consultation for Euthanasia in the Netherlands: SCEN）を創設し、ここから派遣される教育訓練を受けた医師が、実施者である医師の報告書を読んで患者を訪問し、診察・面談を行う体制を整えている。盛永審一郎「オランダ安楽死法の内容と実態」盛永監修 前掲注(43), p.13.

⁽⁵⁹⁾ 同上, p.14.

地域審査委員会⁽⁶⁰⁾は、安楽死等審査法により創設された(第3章)もので、委員長を兼任する法律専門家1名、医師1名、倫理学・哲学の専門家1名を含む奇数の委員で構成される。全国に5つあり、患者の要請に基づく生命終結・自殺補助を実施した医師が要件を遵守したか否かを審査し、要件を遵守していないと判断した場合には審査結果を高等検察庁検事長会議に通知する。⁽⁶¹⁾

上記のような手続を経て、検察庁が刑事訴追の有無を判断する。

(3) 実態

1990年以來5年ごとに行われている調査⁽⁶²⁾の、2010年に行われた第5次調査の報告書が、2012年に公表されている⁽⁶³⁾。これによると、2010年の要請による生命終結の実施による死亡者数は3,830人(全死亡者数の2.8%)、自殺補助を受けた者は200人(全死亡者数の0.1%)であった。死亡者のうち9,100人が医師に要請を行っており、医師による要請による生命終結又は自殺補助で死亡したのはその約半数弱である。また、地域審査委員会は、毎年前年度の活動に関する共同年次報告書を担当大臣に提出することとされている(安楽死等審査法第17条)が、これによると、法制定以降、安楽死の件数は、毎年増え続けている。⁽⁶⁴⁾

(4) 関連する医療制度

オランダでは、家庭医(general practitioners: GP)が医療システムの中心的な役割を果たしており、患者はまずかかりつけの家庭医を受診し、専門医に直接かかることはできない。家庭医が治療が困難と判断した場合に専門医に紹介状を書き、専門医にかかることになるが、専門医は治療が終了すると家庭医に対し治療報告書を提出する。理学療養士やカウンセラー等のものも含め、その患者に関する全てのカルテを家庭医が管理している。身体の不調のみならず、家族を含めた諸々の問題の相談にも乗る。このため、家庭医は、死を託せるほど信頼が厚く、安楽死の約90%が家庭医により実施されているという。⁽⁶⁵⁾

前述のように、医師に安楽死の要請に応える義務はない。こうした中、かかりつけの家庭医から安楽死の要請を拒否された患者のための安楽死クリニックが、2012年からスタートした。患者あるいはその代理人からの申込みがあると、安楽死クリニックは対応可能か否かを検討し、原則として家庭医と接触した後、医師会のサポートセンター⁽⁶⁶⁾の医師に相談する。安楽死クリニックで安楽死の処置を受けられるのは、申込みをした者のうち、4人に1人程度とのことである。家庭医とは異なり、長期にわたって診ているわけではないため、信頼関係にあるとはい

⁽⁶⁰⁾ 同上, p.16-19に、具体的な説明がある。なお、この文献では「安楽死審査委員会」としている。

⁽⁶¹⁾ 甲斐克則「オランダの安楽死の現状と課題」『理想』前掲注34, p.20.

⁽⁶²⁾ 前掲注54参照。

⁽⁶³⁾ ZonMw, *Sterfgevallenonderzoek 2010: Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde*, Den Haag: ZonMw, 2012. <http://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublications/sterofgerallenonderzoek_versie_1-1_web-a4.pdf> 次の資料に一部邦訳がある。ベイツ裕子訳「安楽死及び終末期における医学的決断 2010年の死亡調査」盛永審一郎・富山大学『世界における終末期の意思決定に関する原理・法・文献の批判的研究とガイドライン作成』(文部科学省科学研究費補助金研究成果報告書 生命倫理研究資料集 7) 2013, pp.105-114.

⁽⁶⁴⁾ 盛永監修 前掲注43, pp.6-12.

⁽⁶⁵⁾ 同上, pp.20-23.

⁽⁶⁶⁾ 前掲注58参照。

えず、適切な判断が可能か等、批判もあるという。⁽⁶⁷⁾

(5) 緩和医療・尊厳死

オランダでは、緩和医療等は「通常の医療」とされており、法規制はなく、オランダ王立医師会の指針で対応している。いわゆる尊厳死となり得る、「通常の医療」である治療の差控えや中止、生を短縮することになる緩和医療を行う場合に、必ずしも患者の同意を得ることはされていない。このことは、先述の2010年の調査報告書でも問題として指摘されている⁽⁶⁸⁾。

この5年ごとの調査では、2005年以降緩和的鎮静の項が設けられるようになったが、安楽死と緩和的鎮静を混同して届け出ることも多く、医師への緩和ケアの再教育がなされている現状にあるという⁽⁶⁹⁾。

3 フランス

(1) 2002年法制定まで

フランスは、1983年に生命倫理の問題を扱う国レベルの常設委員会である国家倫理諮問委員会(Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé)を設置し、また、1994年には包括的な生命倫理関連法⁽⁷⁰⁾を制定している。しかし、ここには終末期医療に関する規定は含まれていなかった。終末期医療に関しては、苦痛緩和ケアの充実と、医師と患者・家族との対話の促進を求めるのが大勢で、安楽死はあくまで医師・患者関係の中で処理すべき問題とされていた⁽⁷¹⁾。

フランスの刑法では、行為の動機や被害者の同意(懇願)は殺人罪(刑法典第221-1条以下)の成立に影響を及ぼさないとされている⁽⁷²⁾。自殺そのものは非犯罪化されたが、自殺教唆罪(同第223-13条)がある⁽⁷³⁾。また、危険な状態にある人に対する救助を意図的に差し控える行為は、不救助罪(同第223-6条第2項)を構成する場合がある。ただし、法令により正当化された行為については、刑事責任は問われない(同第122-4条)。

フランスでも、古くから安楽死合法化についての議論が行われてきたが、学説はほぼ一致して安楽死合法化を否定し、1949年の倫理学・政治学アカデミーの声明も同一の見解を示したという⁽⁷⁴⁾。また、1974年に「生と死を前にした人間の諸権利」と題する討論会が開催されるなど、延命治療に関する議論も行われてきた⁽⁷⁵⁾。1978年に、延命治療の拒否を患者に認め、その結果として死期を早めることを容認する内容の法案が提出されたのを皮切りに、1990年代にかけて

(67) 盛永監修 前掲注(43), pp.23-25.

(68) 医師が延命治療を諦める決定を行った症例数は一定しており、2010年には死亡例の5人に1人で、その大部分は専門医が行っているが、これらの決定に際し患者と話し合われた症例は少数であったとし、明らかに少なすぎるとしている。同上, pp.26-27.

(69) 石谷 前掲注(18), p.8.

(70) 3つの法律から成る。解説及び翻訳は「フランス 生命倫理法」『外国の立法』No.33-2, 1994.12, pp.1-35を参照。

(71) 棚島次郎「フランスにおける意思決定の代行—生命倫理関連法からみた人権保護のあり方—」『法律時報』67巻10号, 1995.9, p.34.

(72) 島岡まな「安楽死・尊厳死をめぐる日仏の法的対応について(2・完)」『阪大法学』58巻2号, 2008.7, p.259.

(73) ただし、自殺幇助罪はない。

(74) 島岡 前掲注(72), p.260.

(75) 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』No.235, 2008.3, p.78. <http://dl.ndl.jp/view/download/digidepo_1000283_po_023502.pdf?contentNo=1>

安楽死合法化を目的とする議員提出法案が複数出されたが、いずれも否決されている⁽⁷⁶⁾。

1999年に、緩和医療へのアクセスを保障することを目的とした法律⁽⁷⁷⁾が成立した。この法律は、複数の議員提出法案を1つにまとめたもので、必要な緩和ケアと付添い⁽⁷⁸⁾に対する、また、治療拒否についての患者の権利を法定するものであった。

(2) 患者の権利法（2002年法）の制定

2002年には、患者の権利について定める「患者の権利及び保健医療制度の質に関する法律」（以下「2002年法」）⁽⁷⁹⁾が成立した。この法律は5章から成り⁽⁸⁰⁾、第2章⁽⁸¹⁾の題名は「医療民主主義」（*democratie sanitaire*）である。この法律で創設された概念である医療民主主義の目的は、①医療制度に関わる全ての者の権利と責任の認識及び明確化、②医療制度の利用者の表明と参加の基盤整備、③医療専門家と医療施設の責任の明確化、④地方、国家レベルでの医療政策の推進や議論状況の再検討を通じた医療民主主義の強化促進、の4つの柱で説明される⁽⁸²⁾。この第2章により公衆衛生法典（*Code de la santé publique*）に「人の権利」（*droits de la personne*）と題する節が挿入され、健康の保護に関する基本的権利（L.第1110-1条）、患者の尊厳を尊重される権利（L.第1110-2条）、予防及び治療へのアクセスにおいて差別を受けない権利（L.第1110-3条）、医療サービスに関わる個人情報保護の権利（L.第1110-4条）、最適な治療を受ける権利（L.第1110-5条）が創設されたほか、保健医療制度の利用者の情報提供を受ける権利（L.第1111-1条以下）及びこれを受けての自己決定とその意思の尊重、医療行為は本人の同意を要すること（L.第1111-4条）等が定められた。

L.第1110-5条は、全ての者は、その状態に最適で医学的見地から最も安全性が高く、有効性が認められる治療を受ける権利を有するとし、予防、検査、治療は医学的見地から期待される利益との対比において不適切なリスクを負わせるものであってはならないことを定めたほか、苦痛の軽減のための治療を受ける権利を定め、医療従事者に死亡時まで尊厳ある生を過ごせるようあらゆる方法を尽くすことを義務づけた。

また、L.第1111-6条として、本人が情報提供を受け、意思を表明することができない場合に、本人に代わってこうしたことを行う「信任者」（*personne de confiance*）⁽⁸³⁾の制度を創設した。L.第

(76) 同上, pp.78-79.

(77) Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

(78) この法律により、被用者に対する「付添休暇」（*congé d'accompagnement*）という終末期の家族に寄り添うための休暇が創設された。現在この休暇は「家族連帯休暇」（*congé de solidarité familiale*）といい、労働法典（*Code du Travail*）L.第3142-6条以下に規定されている。

(79) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

(80) 第1章は「障害者に対する連帯」、第3章は「保健医療制度の質」、第4章は「保健医療の結果に対する損害補償」、第5章は「海外領土に関する規定」である。第1章は、障害児の出生について担当医師の損害賠償責任を認めた破棄院（日本の最高裁判所に相当）のいわゆるベリーシュ判決を受けて起草された議員提出法案が元となっており、「反ベリーシュ法」と呼ばれることがある。門彬「医療過誤による先天性障害児の出生をめぐる一司法判断に対する立法府の対抗措置—」『外国の立法』No.215, 2003.2, pp.108-116. <http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_1000514_po_21505.pdf?contentNo=1>

(81) 第2章の邦訳として、澤野和博「フランス医療関係新立法「患者の権利および保健システムの質に関する2002年3月4日の法律」—第Ⅱ編—（翻訳）」『東北学院大学法学政治学研究所紀要』12号, 2004.3, pp.69-116.

(82) 原田啓一郎「医療サービス基準の法構造（2）—フランスの医療保障制度における「患者の権利」の展開—」『駒沢法学』7巻4号, 2008.3, p.49.

(83) 信頼できる相談人、受託者、信任人、預信者、受任者等様々に訳されている。

1111-4 条は、患者の同意はいつでも撤回できることを定め、意思が表明できない状態にある場合にはこの信任者又は家族等の意見を聴くことを治療行為等実施の要件とした。

(3) 終末期患者の権利法（2005 年法）の制定

2000 年 9 月に交通事故で四肢麻痺、視力喪失、発声障害を負ったが意識はあり、指先で意思疎通が可能な青年が、自らの状態に絶望し、ジャック・シラク (Jacques Chirac) 大統領宛てに死ぬ権利を要求する手紙を送った。その後彼は母親を説得し、母親が致死量の毒物を注入、医師が呼吸器を外すことにより、2003 年 9 月に死亡した。この事件が大々的に報道されて議論を巻き起こし、翌年、下院に「終末期における看取り」に関する調査会が設置された。この調査会の長が当時与党であった国民運動連合所属の下院議員であり医師であるジャン・レオネッティ (Jean Leonetti) 議員であり、同議員が主導して提出した法案が、2005 年に「患者の権利及び生の終末に関する法律」(以下「2005 年法」)⁽⁸⁴⁾として全会一致で可決成立した。

この 2005 年法は、オランダのような安楽死の合法化をせず、「死の医療化の中で緩和治療ケア (soins palliatifs) によって終末期をヒューマニズム化しようとするもの」⁽⁸⁵⁾であった。「不合理な執拗さ」(une obstination déraisonnable) で治療等を行うことを医師に対して禁止し、こうした行為が無益、行き過ぎたものであるか又は生命の人工的な維持の効果しかもたらさない場合には、中止又は差控えが可能である旨定めた。また、重篤かつ不治の病の進行した状態又は末期状態にある患者の苦痛の緩和には、その患者の生命を短縮させる副作用を持ち得る治療法を一定の手続の下に行うことを可能とした。治療の拒否又は中止に関し、「治療」に「全ての」という形容詞を付すことで、人工的な栄養補給等も拒否を可能にし、このための手続を定めた。意識のない者に関しても、定められた手続を踏めば、生命を危険にさらす可能性があっても治療の制限又は中止を可能とした。

(4) 終末期患者の新しい権利を創設する法律（2016 年法）の制定

顔及び鼻腔の不治かつ苦痛を伴う腫瘍に罹患した女性が、医師に処方される薬剤の服用による死の許可を求めて裁判に訴えるという事件が起こり、2008 年に大審裁判所が請求を棄却する判決を下した。判決後、この女性は自宅で遺体で発見され、安楽死に関する議論が再燃した。⁽⁸⁶⁾

同年、レオネッティ議員が委員長を務める議会の評価委員会が、2005 年法の評価報告書⁽⁸⁷⁾を提出した。この報告書は、2005 年法が理解されず、うまく適用されていないとしている。詳細な分析の後、① 2005 年法を周知徹底させること⁽⁸⁸⁾、② 2002 年法及び 2005 年法の継続の中で患者の権利を強化すること、③ ケアの倫理的問題によりよく対応するよう医師に助力すること、④ ケアシステムを終末期の問題に適合させることの 4 点について、20 の提案を行った⁽⁸⁹⁾。

⁽⁸⁴⁾ Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. 邦訳として、鈴木 前掲注(75), pp.93-95.

⁽⁸⁵⁾ 大河原良夫「フランス終末期法と「死ぬ権利」論」『福岡工業大学研究論集』47 巻 1・2 号, 2014, p.13. 安楽死を望む原因は患者を孤独に見放すことと患者の苦痛にあるとして、緩和治療の原理を non-abandon (患者を見捨てない) と non-souffrance (苦痛をなくす) の 2 つに置いた。

⁽⁸⁶⁾ 本田まり「フランスにおける人工延命処置の差控え・中止 (尊厳死) 論議」甲斐克則編『終末期医療と医事法』(医事法講座 4 巻) 信山社, 2013, pp.174-175.

⁽⁸⁷⁾ Rapport d'information fait au nom de la mission d'Évaluation de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, n° 1287, A.N. <<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1287.asp>>; 本田 同上, pp.174-176; 末道康之「終末期医療とフランス刑法」『南山法学』34 巻 2 号, 2011.2, pp.44-52, 62-63 にこの報告書の紹介がある。

この中に、生命維持治療中止の際に行われるべきとする緩和的鎮静の方法について医師職業倫理法典 (Code de deontologie medicale)⁽⁹⁰⁾に規定するという提案が含まれており、2010年には同法典の改正⁽⁹¹⁾が行われた。

フランソワ・オランド (François Hollande) 大統領は、選挙期間中の政権公約の中で、「耐え難い心身の苦痛を惹起する不治の病の進行期又は末期段階にあり、その苦痛を鎮めることができない全ての成人は、明確で厳密な条件の下に、その生を尊厳の中で終える医療的援助を要求することができる⁽⁹²⁾」ようにするという立法提案を行っていた。大統領に就任すると、2012年、前国家倫理諮問委員会委員長のディディエ・シカール (Didier Sicard) 教授に死ぬ権利を含む終末期医療の問題を諮問し、同年12月には「終末期を連帯して考える」と題する報告書⁽⁹³⁾が提出された。この報告書は、2005年法の評価を行い、患者の意思の尊重の強化と緩和的鎮静に道を開くこと等を提案した。この報告書を受けた大統領は、国家倫理諮問委員会に対しても諮問を行い、2013年6月に答申⁽⁹⁴⁾が提出された。この答申は、安楽死・自殺幫助については統一意見が形成できず、多数・少数意見を併記し、緩和的鎮静を発達させる必要性を強調するものだった。

こうした中、2008年から交通事故により植物状態となった患者の延命治療につき、その家族内で対立が生じ、行政裁判に持ち込まれるという事件が起こった。この事件は最高の行政裁判機関であるコンセイユ・デタ (Conseil d'état)、更には欧州人権裁判所にまで提訴が行われ、2014年6月にコンセイユ・デタが、回復の見込みが全くない患者の人工的水分・栄養補給の停止は合法とする判決を言い渡し、2015年6月には欧州人権裁判所がこの判決を支持し、人工呼吸器の取り外しが「尊厳」に当たるとの判断を下し、同日人工呼吸器が外され、死亡が確認された。⁽⁹⁵⁾

2014年7月、右派である国民運動連合のレオネッティ議員と左派である社会党のアラン・クレス (Alain Claeys) 議員が、法案作成の準備のために指名され、2014年12月12日に報告書を大統領に提出した⁽⁹⁶⁾。この報告書を基に作成された法案が、議員提出法案として2015年1月に

88) この提案に基づき、2010年に「生の終末全国観測所」(l'Observatoire Nationale de la Fin de Vie) が設置された。この組織は、保健医療担当大臣の下に置かれ、終末期とそこでの医療の実践について研究することによって一般公衆と保健医療従事者の情報需要を示し、終末期に関する様々な領域における学際的な研究を促進することを任務とする。Décret n° 2010-158 du 19 février 2010 portant création de l'Observatoire national de la fin de vie.

89) 本田 前掲注86, p.176; 末道 前掲注87, pp.62-63.

90) フランスの医師会等の職業団体は命令制定権を有しており、医師会が医師職業倫理法典を起草し、コンセイユ・デタの議を経るデクレ (Decret en Conseil d'état) として公布される。医師職業倫理法典は、公衆衛生法典の命令の部の医療職に関する規定の中に含まれる。

91) Décret n° 2010-107 du 29 janvier 2010 relatif aux conditions de mise en œuvre des décisions de limitation ou d'arrêt de traitement.

92) François Hollande, "Les 60 engagements de François Hollande pour la France." Parti Socialiste HP <http://www.ps29.org/IMG/pdf/Project_FH2012.pdf>

93) Commission de reflexion sur la fin de vie en france, "Penser solidairement la fin de vie: Rapport a Francois Hollande President de la Republique Francaise," 18 decembre 2012. Ministère des Affaires sociales et de la Santé HP <<http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie-en-France.pdf>>

94) Comite consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la sante, avis n° 121, Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir, 13 juin 2013. <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_121_0.pdf>

95) 牧田満知子「欧州人権裁判所判決から考えるフランス「尊厳死法」—ヴァンサン・ランベール (Vincent Lambert) 事件の検討を通して—」『医療・生命と倫理・社会』13号, 2016.3, pp.57-66.

96) 両議員は、選挙法典 L.O.第 144 条に基づき社会問題・保健医療大臣の下での任務を兼任した。Alain Claeys et Jean Leonetti, *Assemblée Nationale Rapport*, N° 2585, 17 février 2015, p.5. <<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rapports/r2585.pdf>>

下院に提出された。法案は上院の第1読会でいったん否決され、下院の第2読会に送られた。上院での第2読会の後、両院協議会にかけられ、両院での修正を受けて、2016年1月27日に可決成立、「患者及び終末期にある者のための新しい権利を創設する法律」(以下「2016年法」)⁽⁹⁷⁾として公布された。この法律は、公衆衛生法典の改正とともに、政府に対し、毎年社会保障財政法案審議の際に、議会にこの法律の適用状況の評価と、保健医療施設、老人福祉施設、居宅における緩和ケア政策について報告することを義務づけている。

(5) 現行制度

(i) 終末期患者の権利と緩和的鎮静

公衆衛生法典は、医療の提供を受ける者の権利について定める条文中、最適最良な治療及びケアを受ける権利を定めるL.第1110-5条において、最善の苦痛鎮静効果のある治療法を受け権利、苦痛の鎮静を伴う尊厳ある終末を迎える権利を明定する。続く2016年法による新設のL.第1110-5-1条では、治療やケアが不合理な執拗さをもたらす場合には実行又は続行を禁止し、治療行為が無益、不均衡又は生命の人工的な維持以外の効果を持たないと判断される場合には、患者の意思に従い、患者が意思を表明できる状態でない場合には別途命令で定める合議手続⁽⁹⁸⁾を踏んで、中止又は差控えが可能と定める。人工的栄養・水分の補給について、中止が可能な治療に該当することも明定した。更に、こうした中止や差控えを行う際には、死の尊厳を守り、緩和ケアを行って生の質を確保するものとした。

L.第1110-5-2条には、緩和的鎮静(死まで継続する意識の低下を誘発する深く絶え間ない鎮静)の実施が定められた。これが実施されるのは、苦痛を避け、不合理な執拗さを拒否する患者の要求があり、①重大かつ不治の症状に襲われ、生命予後が短期間であり、治療できない苦痛を呈している場合、②重大かつ不治の症状に襲われた患者の治療中止が、その生命予後を短くし、耐え難い苦痛をもたらす可能性がある場合のいずれかである。患者が意思表示できない状態で「不合理な執拗さ」に該当する生命維持処置の中止を行う場合にも、医師は緩和的鎮静を行うものとされた。緩和的鎮静実施は、別途命令で定める手続に従って行うこと、一連の手続は患者の医療記録に記載すること、また、患者の要求により、病院等の保健医療施設のほか、患者の自宅や老人福祉施設で行うことができる旨も定めた。

L.第1110-5-3条では、患者の苦痛緩和のための治療及びケアを受ける権利を定め、あらゆる状況において苦痛の予防、勘案、評価、治療を行わなければならないとした上で、医師は、終末期の苦痛に対応するために生命を短縮する効果を持つものであっても無痛鎮静治療を行うものとした。この際には、医師は、患者本人、信任者、家族又はこれらがいない場合には近親者の一人にその旨通知しなければならない。一連の手続きは、医療記録に記載される。

2016年法に合わせ、医師職業倫理法典も更に改正された⁽⁹⁹⁾。具体的には公衆衛生法典R.第4127-37条を改正し、R.第4127-37-1条からR.第4127-37-4条までが新設された。医師はあらゆる状況において患者の苦痛をその容体に適した方法で軽減するよう努めなければならない、精

(97) Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

(98) 医師職業倫理法典(公衆衛生法典R.第4127-37-1条、R.第4127-37-2条)に定められている。

(99) Décret n° 2016-1066 du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès prévus par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

神的サポートも行わなければならないこと、不合理な執拗さを差し控えなければならない、無益、過剰、あるいは単に人工的な生命維持以外の効果がない治療の開始又は続行をやめることができること（R. 第 4127-37 条）を定め、その後の条で患者が意思表示できない状態にある場合の治療の中止等の決定手続、緩和的鎮静に関する手続を定める。また、医師が、死にゆく者に最期まで付き添い、適切なケア及び手段で終わりを迎える生の質を確保し、患者の尊厳を守り、周囲の者を励ます義務を負うこと、死を故意に勧める権利は医師にはないことも定められている（R. 第 4127-38 条）。

（ii）自己決定権とその尊重義務

公衆衛生法典 L. 第 1111-1 条以下は、保健医療制度の利用者の情報を得る権利と意思表示の権利について定めている。このうち、L. 第 1111-4 条は、インフォームド・コンセントに基づく患者の自己決定権について定める。

全ての者は、医師等が提供する情報や勧奨を考慮し、その医師等と共に自らの容体に関する決定を行うものとし、治療拒否権を有する。ただし、医師は、患者が治療拒否をした場合にも、苦痛緩和のための付添いを中心とした継続管理の義務を負う。医師は、患者の選択がもたらす結果とその重大性を本人に伝えた後に行われた意思決定を尊重する義務を負う。全ての治療の拒否又は中止については、それによって生命に危険が生じる場合には、合理的な期間内にその決定が反復されることを要する。

いかなる医療行為も患者本人の自由で明確な同意なしに行うことはできず、この同意はいつでも撤回可能である。患者本人が意思を表明できる状態にない場合には、緊急の場合を除き、信任者、家族、又はこれらがいない場合には近親者の一人に相談することが要件となる。ただし、相談が不可能な場合にはこの限りではない。治療の制限又は中止が死をもたらす可能性がある場合には、L. 第 1110-5-1 条に定める合議手続を行い、患者の事前指示に従うことが求められる。事前指示がない場合には、信任者に相談することとされ、信任者がいない場合には家族又は近親者との相談をこれに代える。治療の制限又は中止の決定を行う場合には、理由を付して医療記録に記載する。

患者が未成年者又は成年被後見人の場合、必要に応じ親権者又は後見人が情報取得と決定の権利を行使するが、患者に意思表示や決定参加の能力があれば、その同意を徹底的に（systematiquement）追及しなければならない。親権者又は後見人による治療拒否が、本人の容体に重大な結果をもたらす場合には、医師は必要不可欠なケアを行う。

（iii）終末期における意思表示の方法—事前指示書—

L. 第 1111-11 条及び L. 第 1111-12 条は、治療拒否者と終末期の患者の意思表示に関する規定である。全ての成人は、いつかその意思を表明できない状態に陥る場合に備え、治療等の続行、制限、中止、拒否に係る条件について意思を表明する事前指示書を作成することができる。修正及び撤回は、いつでもあらゆる方法でも可能である。

事前指示書は、緊急の場合とその内容が明らかに不適切である場合を除き、医師の行為を拘束する。明らかに不適切との判断により事前指示書に従わない場合には、命令で定める合議手続を経て決定し、診療記録に記載の上、信任者、信任者が指名されていない場合には家族又は近親者に通知することとされた。

事前指示書は、個人情報保護のための法規制に従い、登録簿に保存され、保存後は定期的に作成者に対し確認の通知が行われる。

事前指示書に記載する内容等は、高等保健機構（Haute autorité de santé）⁽¹⁰⁰⁾の意見を徴した後コンセイユ・デタの議を経るデクレで定めることとされた⁽¹⁰¹⁾。

事前指示書は、成人である作成者が日付を記入して署名し、その氏名、日付及び出生地の表示により正式に同定された文書であることを要する。成年被後見人は、裁判官又は親族会（Conseil de famille）⁽¹⁰²⁾の許可を得て作成することができる。意思は表明できるが作成や署名が困難な場合には、2名の証人によりその意思表示が自由になされ明確であることを証明することで代えることができる。（公衆衛生法典 R. 第 1111-17 条）

事前指示書に記載する内容は、作成者同定のための情報、信任者同定のための情報、成年被後見人である場合には必要な許可に関する情報と、実際の意思表示内容である。意思の表明は①終末期にあるか重大な疾患に患っていることを知っている場合に、その将来起こり得る状況に関し、その疾患に関して試みられる治療等の続行、制限、中止又は拒否に関する意思、②まだそのような状態にないが、将来起こり得る事態を想定した、治療等の続行、制限、中止又は拒否に関する意思、③生命維持治療が中止される場合に緩和的鎮静を受ける可能性に関する意思、④事前指示書の改訂又は撤回の意思、について行うことができる。（同法典 R. 第 1111-18 条）

（iv）終末期における意思表示の方法—信任者の指名—

L.第 1111-6 条は、情報を受けて意思を表明することが困難になったときのために本人に代わってこれを行う信任者に関する規定である。全ての成人は、信任者を指名することができる。信任者として親、近親者又は主治医を指名できるが、これらの者に限らない。指名は書面で行い、指名された者が連署することが必要である。いつでも解任や新たな指名が可能とされている。

意思表示が困難な場合の本人の意思についての証言は、信任者によるものが最優先とされる。信任者は、このほか、患者が望む場合には、患者の医師との対話に付き添い、助力を行う。

保健医療施設には、入院の際に信任者指名を患者に提案することが義務づけられた。この指名は、患者に別意がない限り、入院期間中有効とされる。主治医も患者に対し信任者指名について知らせ、場合によっては指名を行うことを勧奨する。

成年被後見人の場合には、信任者の指名に際し、裁判官又は親族会の許可を要する。後見開始前に指名が行われていた場合には、親族会があれば親族会が、これがない場合には裁判官が指名の承認又は信任者の解任を行うことができる。

高等保健機構のサイトに、信任者についての解説とともに、指名のための書式が掲載されている⁽¹⁰³⁾。

⁽¹⁰⁰⁾ 2005年に設立された医療・公衆衛生分野の公的評価機関。この機関については、健康保険組合連合会『医療・医薬品等の医学的・経済的評価に関する調査研究—フランスにおける取組を中心として— 報告書』（医療保障総合政策調査・研究基金事業）2014, pp.22-38. <http://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa26_06_kaigai.pdf> 参照。

⁽¹⁰¹⁾ Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

⁽¹⁰²⁾ 未成年者及び成年無能力者につき後見人、後見監督人とともに後見を行う機関。後見判事が主宰し、後見判事により任命された4名ないし6名の親族、友人などによって構成される。無能力者の一般的生活条件の規律、後見人による後見事務の監査、重要な処分行為の許可など後見制度の中核的役割を果たす。山口俊夫編『フランス法辞典』東京大学出版会、2002, p.113.

Ⅲ わが国の状況

1 安楽死事件とガイドライン

わが国の場合、安楽死は、殺人罪（刑法（明治40年法律第45号）第199条）又は自殺関与及び同意殺人罪（自殺教唆・幫助、囑託・承諾殺人。同第202条）に該当し、違法性が阻却される場合があるかどうか問題とされてきた。1962（昭和37）年には、全身まひと激痛に苦しみ、殺してくれ等と叫ぶようになった父親を息子が殺害した事件で、名古屋高等裁判所がその有罪判決の中で、安楽死として違法性が阻却され得る要件を挙げた⁽¹⁰⁴⁾。

1991（平成3）年に、東海大学医学部付属病院入院中の昏睡状態にある多発性骨髄腫末期患者に対し、同病院の医師が患者の家族に懇願されて治療を中止し、更に薬物投与により死亡させるという事件（いわゆる「東海大学安楽死事件」）が起こり、同医師が殺人罪で起訴され、1995（平成7）年、横浜地方裁判所で有罪判決⁽¹⁰⁵⁾が下された。この判決では、「治療行為の中止は、意味のない治療を打ち切って人間としての尊厳性を保って自然な死を迎えたいという、患者の自己決定を尊重すべきであるとの患者の自己決定権の理論と、そうした意味のない治療行為までを行うことはもはや義務ではないとの医師の治療義務の限界を根拠に、一定の要件の下に許容される」として、起訴の対象となった積極的安楽死のみならず、治療行為の中止についても、医師の致死行為が許容される要件を挙げた。

平成10（1998）年、気管支喘息重積発作に伴う低酸素性脳損傷で意識が回復しないまま搬送され、入院した患者から、主治医がその家族に病状を説明した後、了解を得て気管内チューブを抜き取ったが、鎮静剤を投与しても患者の苦しそうな呼吸を鎮められなかったため、准看護師に指示して筋弛緩剤を投与して死に至らしめるという事件（いわゆる「川崎協同病院事件」）が起こり、やはり殺人罪で起訴された。2005（平成17）年の横浜地方裁判所判決⁽¹⁰⁶⁾（有罪）では、東海大学安楽死事件同様、患者の自己決定の尊重と医学的判断に基づく治療義務の限界を根拠として治療中止の許容性が認められるとし、要件を挙げた。控訴審である東京高等裁判所判決⁽¹⁰⁷⁾は、有罪を維持しつつ、患者の自己決定と治療義務の限界について批判的に論じ、「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」と述べた。この裁判は、最高裁判所まで争われた。上告を棄却した最高裁判所決定⁽¹⁰⁸⁾は、治療行為の中止の一般的要件等に言及することなく、抜管時までに余命等を判断するために必要とされる脳波等の検査は実施されておらず、発症からいまだ2週間の時点でもあり、回復可能性や余命についての的確な判断を下せる状況になかったこと、家族からの要請は被害者の病状等について適切な情報が伝えられた上でされたものでなく、当該抜管行為が被害者の推定的意思に基づくということもできないことを判示した。

2006（平成18）年には、富山県射水市民病院で医師が末期がんなどの患者7人の人工呼吸器

⁽¹⁰³⁾ “La Personne de confiance,” Avril 2016. HAS HP <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2619435/fr/la-personne-de-confiance-document-d-information-et-formulaire-de-designation-avril-2016>

⁽¹⁰⁴⁾ 名古屋高等裁判所昭和37年12月22日判決 昭和37年（う）496号

⁽¹⁰⁵⁾ 横浜地方裁判所平成7年3月28日判決 判時1530号28頁

⁽¹⁰⁶⁾ 横浜地方裁判所平成17年3月25日判決 判時1909号130頁

⁽¹⁰⁷⁾ 東京高等裁判所平成19年2月28日判決 刑集63巻11号2135頁

⁽¹⁰⁸⁾ 最高裁判所平成21年12月7日決定 刑集63巻11号1899頁

を外して死亡させた事件が発覚、不起訴処分となったものの、大きく報道され、社会問題となった。このように、積極的安楽死のみならず、終末期医療における治療行為の中止が問題となってきたことから、現場の医師の間で治療行為の中止や差控えが許容されるための具体的な要件を示した法令やガイドラインの整備が求められるようになり、2007（平成19）年には厚生労働省が国として初めての終末期医療の指針である「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」⁽¹⁰⁹⁾を策定した。このガイドラインは、①終末期医療及びケアの在り方、②終末期医療及びケアの方針の決定手続から成る。①については、医療従事者からの適切な情報の提供と説明に基づく患者本人による決定を基本とすること、終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種 of 医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきこと、医療・ケアチームにより可能な限り疼痛等を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的援助も含めた総合的な医療及びケアを行うこととされた。②の決定手続としては、患者の意思が確認できる場合にはインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、患者の意思確認ができない場合には家族による患者の意思の推定を第一義に掲げ、いずれについても決定が困難な場合には複数の専門家から成る委員会を別途設置して治療方針等についての検討及び助言を行うものとしている。

このほかにも、同時期に、日本集中治療医学会⁽¹¹⁰⁾、日本救急医学会⁽¹¹¹⁾、日本医師会⁽¹¹²⁾、日本学術会議⁽¹¹³⁾、全日本病院協会⁽¹¹⁴⁾が、終末期医療に関するガイドラインや勧告を公表している。

これらのガイドラインは、延命措置の中止又は不開始が許される条件を具体的に示したのではなく、現場での方針決定の原則と手続を示すに留まり、医師の間でも周知されているとは言い難いが、ガイドラインが公表されて以降、延命措置中止をめぐる大きな事件は起きていない⁽¹¹⁵⁾。

2014（平成26）年には、日本救急医療学会、日本集中治療医学会、日本循環器学会が共同で、「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン」⁽¹¹⁶⁾を公表した。2016（平成28）年には、全日本病院協会が、「終末期の判断」及び「終末期医療における意思表示（リビング・ウィル）」の書式を付した新たなガイドライン⁽¹¹⁷⁾を公表している。

わが国の場合、当事者が死ぬ権利を求めて訴訟を起こすという事例はない。

(109) 厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」前掲注(14)

(110) 日本集中治療医学会「集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告」2006.8.28. <http://www.jsicm.org/kankoku_terminal.html>

(111) 日本救急医学会「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）」2007.11.16. <<http://www.jaam.jp/html/info/info-20071116.pdf>>

(112) 日本医師会第X次生命倫理懇談会「終末期医療に関するガイドラインについて」2008.2. <http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080227_1.pdf>

(113) 日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会 前掲注(9)

(114) 全日本病院協会終末期医療に関するガイドライン策定検討会「終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～」2009.5. 厚生労働省 HP <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1224-14f.pdf>>

(115) 日本医師会第XIII次生命倫理懇談会「平成24・25年度生命倫理懇談会答申 今日医療をめぐる生命倫理—特に終末期医療と遺伝子診断・治療について—」2014.3. <http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20140402_3.pdf>

(116) 日本救急医学会・日本集中治療医学会・日本循環器学会「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～」2014.11.4. 日本救急医学会 HP <http://www.jaam.jp/html/info/2014/pdf/info-20141104_02_01.pdf>

(117) 全日本病院協会 前掲注(15) なお、「リビング・ウィル」と表記されているため、これに従った。

2 日本尊厳死協会と尊厳死法制化の動き

1976（昭和51）年、元国会議員の産婦人科医である太田典礼氏が中心となり、医師、法律家、学者、政治家らにより「日本安楽死協会」が設立された。その後、1983（昭和58）年に「日本尊厳死協会」と改称している。会員数は12万人を超え、その約80%が65歳以上である⁽¹¹⁸⁾。

同協会は、「自分の病気が治る見込みがなく死期が迫ってきたときに、延命治療を断るという形の死のありかたを選ぶ権利をもち、それを社会に認めてもらうこと」⁽¹¹⁹⁾を目的とし、こうした延命治療を断る、会員の「尊厳死の宣言書」（リビング・ウィル）を登録管理している。また、1979（昭和54）年と2004（平成16）年に尊厳死法制化を国会に請願した。

2005（平成17）年、請願の仲介をした中山太郎衆議院議員（当時）が委員長となり「尊厳死法制化を考える議員連盟」（以下「議員連盟」）が発足した。

2007（平成19）年には事務方から終末期における延命措置中止等に関する法律草案が提示されたが、日本医師会から「現在、尊厳死はある程度あうんの呼吸で行われており法制化はこれを制約する可能性がある」との意見が出されたこともあり、成案に至らなかった。2011（平成23）年に同協会から議員連盟宛てに出された「要望書」には、法律案の「基本的考えと希望」として①尊厳死の対象に「遷延性意識障害（植物状態）」を加える、②尊厳死と安楽死は異なることを明示、③ガイドラインでは法的拘束力を持たない、④家族の意向ではなく、自己決定による尊厳ある死を、⑤『不治かつ末期』の具体的提案を参考に、の5つを挙げている。⁽¹²⁰⁾

議員連盟は、「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案（仮称）」⁽¹²¹⁾を準備し、2012（平成24）年の第180回国会に上程しようとしたが、国会情勢が不安定な中、会期末を迎え、提出が見送られた⁽¹²²⁾。

この法律案は、「終末期に係る判定、患者の意思に基づく延命措置の不開始及びこれに係る免責等に関し必要な事項を定める」ことを目的とし、終末期の医療が延命措置に関する患者の意思の尊重と、医療従事者と患者及びその家族との信頼関係に基づいて行われなければならないこと、患者の意思決定の任意性、終末期にある患者の個人としての尊重を基本的理念として掲げる。その上で、①患者が延命措置の不開始を希望する旨の意思を書面等で表示している場合であること、②2人以上の医師による「終末期に係る判定」を受けた場合であることを条件に、医師が延命措置の不開始をすることができるとして、この場合の延命措置の不開始の民事・刑事・行政上の免責を定めている。

また、「適用上の注意等」として、生命維持措置を必要とする障害者等の尊厳を害することのないように留意すること、この法律（案）の規定によらない延命措置の不開始及び終末期にある患者に対し現に行われている延命措置の中止を禁止するものではないことを定めている。

その後も法案提出の動きが報道されている⁽¹²³⁾が、2017（平成29）1月現在、まだ提出に至っていない。

(118) 「目的」日本尊厳死協会 HP <<http://www.songenshi-kyokai.com/about/purpose.html>>

(119) 同上

(120) 井形昭弘「わが国における尊厳死運動—日本尊厳死協会の立場から—」シリーズ生命倫理学編集委員会編 前掲注(5), pp.94-96.

(121) 法律案（未定稿）は、「尊厳死の法制化を認めない市民の会」HPに掲載されている。「尊厳死法案と尊厳死法制化を考える議員連盟」尊厳死法制化を認めない市民の会 HP <<http://mitomenai.org/bill>>

(122) 「尊厳死法案の提出見送り」『朝日新聞』2012.9.7, 夕刊.

(123) 「尊厳死法案現実味 自民PT、各党に議論要請へ 法制化に賛否、成立は不透明」『読売新聞』2013.12.29; 「尊厳死法案」提出へ 生命倫理議論 参院主導で（解説）『読売新聞』2014.1.30.

3 法制化の是非及び背景

(1) 患者の権利・死ぬ権利

上記の法律案について、日本弁護士連合会が会長声明⁽¹²⁴⁾を公表し、「疾患によってさまざまな状態である終末期においては、自ら意思決定できる患者も少なくないが、終末期も含めあらゆる医療の場面で、疾病などによって患者が自ら意思決定できないときにも、その自己決定権は、最大限保障されなければならない。しかるに、我が国には、この権利を定める法律がなく、現在もなお、十分に保障されてはいない。」などとして、慎重かつ国民的議論が尽くされることなく拙速に制定されることに対し、反対を表明した。

このような、一般的な患者の権利に関する法制がない中での、安楽死・尊厳死の法制化を懐疑的に捉える意見は、多くみられる。前述のように、わが国でも患者の権利法制定に向けた動きがあった。

ただし、わが国ではあまり問題にされないものの、アメリカ等の議論にみられるような自己決定権としての「死ぬ権利」を認めるかどうかは、また別の問題としてある。かつての安楽死運動が想定したような肉体的苦痛は、緩和ケアの発達により死の選択の主たる理由でなくなってきたが、心身の自律性の喪失や、人生を楽しめなくなること、他者に依存し負担になることを恐れての死ぬ権利の主張がなされることがある⁽¹²⁵⁾。

(2) 患者の意思

また、上記の日本弁護士連合会の会長声明では、「患者が、経済的負担や家族の介護の負担に配慮するためではなく、自己の人生観などに従って真に自由意思に基づいて決定できるためには、終末期における医療・介護・福祉体制が十分に整備されていることが必須であり、かつ、このような患者の意思決定をサポートする体制が不可欠である。しかしながら、現在もなお、いずれの体制も極めて不十分である。」とも述べている。そもそも「真に自由意思に基づいた決定」が可能か否かという問題もあるが、実際には家族の意向が大きな影響を持つこと、本人の意思も時と共に、また状況と共に変化することなど、終末期の患者の意思の特定には困難性がつきまとう。

終末期に限らず、同意能力のない者の医療行為については、多くの場合家族から同意を得ることでこれに代えているが、家族の同意の法的根拠は曖昧であり、家族がいない場合には、わが国の成年後見制度では成年後見人には医療の同意権はないと解されているため、必要な医療が受けられない事態が生じるなど、かねてより問題とされてきた。医療代諾権の法整備は、安楽死・尊厳死の場面に限らず必要とされている⁽¹²⁶⁾。

厚生労働省は、1987（昭和62）年以降、ほぼ5年おきに終末期医療に関する検討会を設けており、報告書を公表している。1993（平成5）年からは、国民及び医療従事者等に対する意識調査を実施しているが、2014（平成26）年に公表された報告書に付された調査結果⁽¹²⁷⁾では、延命治

⁽¹²⁴⁾ 日本弁護士連合会「『終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案（仮称）に対する会長声明』2012.4.4. <http://www.nichibenren.or.jp/activity/document/statement/year/2012/120404_3.html>

⁽¹²⁵⁾ 大谷いづみ「『理性的自殺』がとりこぼすもの—統・「死を掛け金に求められる承認」という隘路—」『現代思想』41巻7号、2013.5、p.166；香川 前掲注⁽³⁴⁾、p.74。

⁽¹²⁶⁾ 日本弁護士連合会「医療同意能力がない者の医療同意代行に関する法律大綱」2011.12.15. <http://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/111215_6.pdf>

療の意思表示の書面を予め作成しておくという考え方に対しては約70%が賛成しているにもかかわらず、実際に書面を作成している人は約3%に過ぎなかった。事前指示を法制化している諸外国でも、実際に事前指示が行われている割合はそう多くない⁽¹²⁸⁾。

(3) 法制化自体の是非

延命措置の中止又は差控えは、一旦法律として成立すると、あとは要件が揃い、プロセスを踏みさえすれば問題なしと考えられてしまう恐れがあることが指摘されている⁽¹²⁹⁾。特に、わが国の場合、大病院のなかで相対的に短い期間で死を迎える患者が多いため、その処置がマニュアル化、ルーティン化していく可能性が高いのではないかとの危惧を持つ識者がいる⁽¹³⁰⁾。

法律によって許容される延命措置の中止を規定することは、医療の現場に法律の規定する以外の行為は許されないという解釈を生じさせ、結果的に患者の権利が制約されるという結果をもたらす可能性があり、また、逆にこうした事態を避けるために要件を緩やかに規定すれば、濫用の危険が生じるとの指摘もある⁽¹³¹⁾。

法制化しなくとも、ガイドラインがあればよいのかもしれない。しかし、上記の厚生労働省の検討会による意識調査では、厚生労働省のガイドラインについても質問しているが、担当する死が間近な患者の治療方針の決定に際し、このガイドラインを参考にしていると答えたのは、医師19.7%、看護師16.7%、施設介護職員22.7%であり、ガイドライン自体を知らないとの回答が、医師33.8%、看護師41.8%、施設介護職員50.2%に上った。

また、延命措置の不開始や中止を合法化することは、重度障害者や難病等で長期の療養を余儀なくされている患者に死を選ばせる圧力になりかねないという反対意見⁽¹³²⁾にも留意しなければならない。

⁽¹²⁷⁾ 終末期医療に関する意識調査等検討会「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」2014.3. 厚生労働省 HP <<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000042775.pdf>> なお、同「終末期医療に関する意識調査等検討会報告書」同 <<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000042774.pdf>> には、これまでの検討会の経緯や意識調査の名称が変更されてきた理由が述べられている。1987(昭和62)年から2010(平成10)年までは主に痛みを伴うがんの末期患者や、治る見込みのない植物状態の患者を想定したため「末期医療」、2004(平成16)年以降は高齢化の進展に伴い、高齢になって身体が衰弱し、長期に療養生活を送った後に亡くなる人が増えるなどを背景に「終末期医療」、2012(平成24)年に成立した社会保障制度改革推進法(平成24年法律第64号)(第6条第3号)が「個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること」を必要な改革の措置の一つとしていることを参考に「人生の最終段階における医療」とされた。

⁽¹²⁸⁾ 2012年に行ったフランス最大のホスピスのチーフドクターに対するインタビューでは、事前に代理人を指名し、自らの意思を事前指示書に記している人はほとんどいないため、多くは家族が意思決定を代理している状況であるとのことだったという(篠田道子「フランス終末期ケアの動向とわが国への示唆」『日本福祉大学社会福祉論集』127号, 2012.9, p.9.)。また、ドイツの調査では、事前指示書作成者は2012年に国民の26%(65歳以上では52%)だったが、老人ホームの入居者が事前指示書を提出する割合は12.4%(ノルトライン・ヴェストフォーレン州)、2008年から2010年にかけてベルリンの大学病院シャリテ外科集中治療病棟で死亡した患者224人のうち事前指示書を持っていた者は9.4%だった。アメリカでも事前指示書の作成者は20-30%にとどまるという。松田純「事前医療指示の法制化は患者の自律に役立つか?—ドイツや米国などの経験から—」『理想』前掲注(34), pp.86-87。

⁽¹²⁹⁾ 大河原 前掲注(85), p.17。

⁽¹³⁰⁾ 品川哲彦「尊厳死という概念のあいまいさ」『理想』前掲注(34), p.121。

⁽¹³¹⁾ 日本医師会第XⅢ次生命倫理懇談会 前掲注(15), pp.7-8。

⁽¹³²⁾ 尊厳死法制化に反対する会「尊厳死法制化に反対する共同アピールへの賛同のお願い」2014.4.25. 全国自立生活センター協議会 HP <<http://www.j-il.jp/temporary/antisongenshi.appeal.pdf>> 等参照。

(4) 医療資源の問題

終末期医療は、医療資源の問題として認識されることがある。日本医師会の答申も、「終末期医療における医療資源の分配の問題は避けて通れない問題であり、今後きちんと議論すべきと思われる」⁽¹³³⁾としている。

終末期医療と医療経済というテーマを結びつけること自体に違和感を覚えることも少なくないが、少子化によって医療財源（保険料、税金）が減少するにもかかわらず、高齢化によって医療支出は増えるという構造が進行していく中で、優先順位を考慮した有限資源の配分問題を避けて通れなくなるとの指摘がある⁽¹³⁴⁾。

遷延性意識障害状態の高齢者は今後増大が見込まれ、限られた医療資源を圧迫していく。医学が進歩するにつれ、遷延性意識障害の状態で生存する患者群は更に増大することになる。遷延性意識障害の患者の入院の増大により、社会復帰可能な患者が入院できないということにもなりかねない。高度な医療水準、国民皆保険制度、高齢化社会に加え、脳死を許容し難い死生観を有するわが国においては、脳死状態であっても最先端医療を施すことが可能であり、親族の考え方、あるいは単に医師に希望する治療を伝えられたかどうかで受ける治療の程度が異なっているのが現状である。以上のような分析に鑑み、わが国ではたとえ尊厳死を法制化しても尊厳死の希望はそれほど多くはなく、医療資源への負荷を軽減させることはできないとする指摘もある。⁽¹³⁵⁾

(5) 自然死・平穏死

自然に任せて穏やかな最期を迎える「自然死」や「平穏死」を提唱する、高齢者医療に従事している医師がいる⁽¹³⁶⁾。改めて「老衰死」というものが問われている。医師は病という「異常」に対処し、患者の「生存期間を延ばす」ことが使命であり、その「異常」の生じるメカニズムを解明し、治療法を見出そうと研究するが、加齢に伴い老いて死に至る老衰は「正常」な現象であるため、医学界では「正常」な現象について、そのメカニズムを解明しようという動機や、「老いてなぜ死ぬのか」という医療の本来の目的に逆行するような探求をしようという動機を持ち得ない人が圧倒的に多いという事情のためか、老衰死に医学的見地から答えた論文はなかなか見つからなかったという⁽¹³⁷⁾。

ただし、食べられなくなったら「老衰」として生を終わらせようという動きについて、摂食困難が不可逆的であると確認することは非常に困難であるとして、「自然死」の美名に隠れて高齢者の「生きる権利」がないがしろにされることを危惧する意見⁽¹³⁸⁾もあり、やはり慎重な対応が必要とされよう。

(133) 日本医師会第XⅢ次生命倫理想談会 前掲注(115), p.12.

(134) 加藤光樹「終末期医療と医療経済—高齢化は医療費増加の真因か?—」『治療』98巻4号, 2016.4, pp.559-600.

(135) 福原徹「重度遷延性意識障害患者への治療制限の是非—その状態でも生存を希望する患者側の意思があるとしても—」『生命倫理』25巻1号, 2015.9, pp.38-47. 医療資源に対する負荷を減弱し、公平性を担保するためには、許容できる医学的社会的トリアージについて議論を始めておく必要があるとの問題提起がされている。

(136) 石飛幸三「多死社会で終末期医療が変わる」『文芸春秋』94巻10号, 2016.7, pp.303-306; 長尾和宏『犯人は私だった! 医療職必読! 「平穏死」の叶え方』日本医事新報社, 2015など。

(137) NHKスペシャル取材班『老衰死—大切な身内の穏やかな最期のために—』講談社, 2016, pp.82-83.

(138) 横内正利「高齢者における終末期医療」『月刊保団連』1223号, 2016.9, pp.24-29.

おわりに

人の死に際し、お金のことに言及するのは憚（はばか）られることである。必要なことではあっても細心の注意をもってあたらなければ、命の選別につながってしまう恐れがあろう。安楽死・尊厳死の議論が、本人の「死ぬ義務」、家族の「死なせる義務」に転化してしまうことを危ぶむ見解がある⁽¹³⁹⁾。

終末期に限るものではなく、提供者と受け手との信頼関係が樹立でき、皆が満足できる医療や介護の在り方が追及されなければならない。骨太の方針 2016 では、「人生の最終段階における医療の在り方については、その実態把握を行うとともに、国民的な議論を踏まえながら、地域包括ケアシステムの体制整備を進めつつ、医療従事者の育成研修の全国的な実施や国民への情報提供等により、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として人生の最終段階における医療を進めるプロセスの普及を図る」⁽¹⁴⁰⁾としている。わが国でもわずかながら病院での死亡が減少しており、その分介護施設等での死亡が増加しているが、退院後のケアを必要とする患者の受入れ施設や在宅療養を支える体制の整備は、まだ十分とは言えない。緩和ケアや地域包括ケアシステムの整備・充実が望まれる。

非常にデリケートなこの問題については、世界の趨勢だからということではなく、本当に必要な立法は何なのか、他国の例にも学びながら、真剣に議論を積み重ねていく必要があるだろう。

(おかむら みほこ)

⁽¹³⁹⁾ 大谷いづみ「「安楽死・尊厳死」をめぐる言説の歴史的・社会的背景」同上, pp.4-9.

⁽¹⁴⁰⁾ 「経済財政運営と改革の基本方針 2016～600兆円経済への道筋～」(骨太方針)(平成28年6月2日閣議決定) p.36. 内閣府 HP <http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2016/2016_basicpolicies_ja.pdf> 「第3章 経済・財政一体改革の推進 5. 主要分野ごとの改革の取組 (1) 社会保障 ②「見える化」の更なる深化とワイズ・スペンディング」の中にみられる記述であり、「国民一人ひとりのより望ましい選択・行動につながることで、医療・介護等の効率的な給付が実現し、限られた財源が賢く活用される」といった観点に立って推進される取組の一つとされている。