

科学研究費助成事業 研究成果報告書

令和 6 年 6 月 14 日現在

機関番号：33901

研究種目：基盤研究(C)（一般）

研究期間：2019～2023

課題番号：19K01434

研究課題名（和文）終末期関連法における患者の権利保障 ルクセンブルク、ベルギー、フランスの比較

研究課題名（英文）Analysis of the construction of a legal framework guaranteeing patients' rights at the end of life - a comparative legal study of Luxembourg, Belgium and France

研究代表者

小林 真紀（Kobayashi, Maki）

愛知大学・法学部・教授

研究者番号：60350930

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費） 2,400,000円

研究成果の概要（和文）：本研究では、一方で、フランス、ベルギーおよびルクセンブルクという複数の国の終末期医療に関わる法制度の特徴を比較法的見地から分析し、他方で、安楽死あるいは尊厳死というような、従来型の死の形態に基づく区別に依拠するのではなく、終末期患者が苦痛から解放されたなかで意思決定ができた、あるいは、意思表示が難しい患者に対する治療の中止が、当該患者の意思を尊重し適切におこなわれたりすることができるような法的枠組みを追究することを通じて、最終的に、終末期患者が「死に向かう生」を自律的に生きることができる社会を実現するための要素を模索した。

研究成果の学術的意義や社会的意義

終末期患者が自分の意思で治療法を選択したり、望まない治療を拒否したりできることは、「死に向かう生」を自律的に生きることにつながる。しかし、実際には、患者は、重篤かつ不治の疾患の進行期あるいは末期という極めて特殊な状況にあり、自律的な決定を阻まれている。したがって、終末期という複数の脆弱さが重なる状況の特殊性を考慮に入れた制度的設計をする必要がある。本研究は、意思表示できない患者、法的保護下にある患者、高齢の患者など、いずれも一定の脆弱性を抱えた終末期患者であっても、死に関わる決定を自律的におこなえるような法的枠組みを提示できるという点で、学術的・社会的意義があるといえる。

研究成果の概要（英文）：Firstly, this study analyses the characteristics of the legal systems of France, Belgium and Luxembourg with regard to end-of-life care from a comparative law perspective, and secondly seeks, without relying on traditional distinctions based on forms of death, such as euthanasia or death with dignity, a legal framework in which, on the one hand, terminally ill patients can make decisions in a situation free from pain or suffering, and on the other hand, a decision to stop treatment of a patient who is not able to express himself can be made respecting his wishes and following the appropriate procedures, in order to find elements for achieving a society in which terminally ill patients can live their "life towards death" autonomously.

研究分野：生命倫理法、医事法

キーワード：終末期医療 患者の権利 フランス法 ベルギー法 ルクセンブルク法 脆弱性 自律性

様式 C-19、F-19-1、Z-19(共通)

1. 研究開始当初の背景

終末期にある患者の権利を法的に保障することの重要性は、昨今の医療技術の飛躍的発展と急速な高齢化が進む社会の現状に鑑みればますます高まっているといつてよい。患者自らが、複数の治療法のなかから自分の意思にもとづき最適と思われるものを選択したり、望まない治療を拒否したりできることは、「死に向かう生」を自立的に生きることにつながる。しかし、実際には、終末期におかれた患者は、疾患の重篤性、不治的性質、進行期あるいは末期であることといった、特殊な状況下におかれているため、自ら望む治療を選択したり、拒否したりすることは容易ではない。したがって、こうした脆弱性を抱えた患者の権利保障については、その状況の特殊性を考慮に入れた制度的枠組みが必要となる。

他方で、日本には患者の権利一般を保障する法律がなく、終末期患者の権利保障に限定された法的枠組みも整備されていない。こうした実情を踏まえ、この分野で先進的な実践を有する諸外国を対象とした研究がこれまで複数公表されてきた。ただし、対象を終末期医療に限定すると、たとえば、ヨーロッパにおける安楽死法の制定国としてベネルクス三国が挙げられることは多いものの、実際に紹介されるのはオランダ法がほとんどであり、ベルギー法やルクセンブルク法に関する詳細な研究成果は見当たらない。あるいは、治療中止・差し控えという視点から、フランスの法制度に関わる研究は進められてきたものの、近年の制度改革を詳細に検討し、さらにこれが同じフランス語圏の諸国家法に与えた影響を取り上げるものは少ない。端的にいえば、これまでおこなわれてきた研究は、その時点における当該国の制度紹介にとどまるものが多く、当該制度が抱える課題やそこから導き出される法制化の課題を明らかにするに至っていないといえる。

2. 研究の目的

以上のような背景を踏まえ、本研究は、終末期患者の権利の保障に関して、一方で、従来のような特定の1か国に限定された外国法研究の視点にとどまらず複数の国を対象とする比較法的見地から検証し、他方で、安楽死法あるいは尊厳死法というような死の形態に基づく伝統的な区別によるのではなく、終末期患者が苦痛から解放されたなかで意思決定できたり、意思表示できない患者に対する治療の中止が適切に行われたりするために必要な法的枠組みは何かという視点から考察することを目的としておこなった。たしかに、医療者の側に立てば、直接に致死薬を投与して患者を死なせる安楽死の場合と、いったん着手した治療が患者にとって無益なものになったとしてこれを中止した結果引き起こされる死(いわゆる尊厳死)の場合とでは、追及される民事上あるいは刑事上の責任が異なるから、それぞれの形態に応じた法的な議論が必要となる。しかし、患者の視点に立てば、人工的に生命を維持するだけの効果しか持たない治療を拒否することも、疾患を原因とする耐え難い苦痛から解放されるために安楽死(処方された致死薬を自ら服用する介助自殺も含む、以下同様)を選択することも、いずれも「死ぬ時期と方法」の決定であり、(国内法で)法的に認められていれば、等しく選択肢に入れられることになる。こうしたことから、本研究では、最終的に、患者の立場に基づく権利保障のあり方を、患者自身の選択という視点から問い直すことを主たる論点とした。

3. 研究の方法

内容的な側面については、まずは、ベルギー、ルクセンブルクおよびフランスの終末期医療関連法について、とくに現行制度が提示する課題を抽出できるよう、報告書や判例に関する文献リサーチを中心に研究を実施した。得られた研究成果については、①年度ごとに日本生命倫理学会をはじめとする関連所属学会にて報告する、②比較法的な視点からの検証を強化するため、フランスをはじめとする海外の学会や研究集会で発表する、③①および②の発表内容を、関連する法律雑誌、大学の紀要、関連する学会誌等に日本語または仏語で執筆した論文を投稿する、といった方法で公表した。とりわけ、フランスや、ベルギー・ルクセンブルクの専門家との議論を通じて、単

なる制度紹介にとどまらない、実態から導き出される課題の分析をおこなうことができるよう注力した。

4. 研究成果

4.1 各国制度の比較法的分析に基づく検討

①ベルギー

ベルギーは「2002年5月28日の安楽死に関する法律」(以下、ベルギー安楽死法という)を制定し、一定の条件下でおこなわれた安楽死についてはその実行者たる医療者の責任を免除する仕組みを整備している。連邦監督評価委員会(Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie)の年次報告書に基づく現状分析からは、次のような帰結を導き出すことができる。

まず、「ベルギーで近年安楽死の実施件数が増加している要因」に着目してみたい。報告書のデータからは、近年になり、精神疾患の患者や認知症の患者の安楽死件数が増え、多重疾患の患者の安楽死が顕著になっていることが読み取れる。具体的には、精神疾患により判断能力が低下している患者が自律的に安楽死について決定できるのかという点、そして、死が切迫しているとはいえない、精神疾患あるいは多重疾患の患者の精神的苦痛の耐えがたさをどのように把握するのかという点については、ベルギーでも未だに明瞭な解決策がみつかっていない。これらの問題は、既存の安楽死法の枠組みだけでは解決できないことから、最近になって、ベルギーの医師会が独自に指針を出したり、各医療機関がガイドラインを策定したりするなどして、いわば「法の欠缺」を補足する手法が採られるようになってきた。ただし、このような補足手段も必ずしも万能であるとはいえない。たとえば、精神疾患の不治性を判断する医学的基準はどうしても曖昧にならざるをえず、識者によっては、精神疾患に不治と断定できるものはない(すなわち、精神疾患に基づく苦痛は安楽死の対象から外されるべきである)と指摘する者もいる。また、多重疾患のケースでは、苦痛の発生原因を特定すること自体が難しいから、なおさら安楽死の対象となるかを客観的に判断しにくい。

こうしたベルギーの現状の分析から得られる示唆としては、精神疾患の患者が安楽死を要請している場合には、長期にわたる罹患歴を通じて医療者がすべての可能な治療を実施したことを確認できるかなど、患者に対して一層の細かい配慮がなされているかを検証することが重要になる。認知症の患者の場合、まずは、認知症という疾患の捉え方を変え、認知症に罹患することが直ちに耐え難い苦痛とならないような新たな理解を社会の中で促進しつつ、それでも「持続的かつ耐え難い苦痛」が発生する場合には、安楽死という最終手段を使って、その軽減を実現できるかを検討する必要がある。したがって、とりわけ、事前指示書に基づく認知症中期・後期の患者の安楽死の実施については慎重に扱うべきであろう。

②ルクセンブルク

ルクセンブルクに関しては、2009年の安楽死の法制定の際に浮上した2つの問題を検証する必要がある。最初の問題は、ルクセンブルクの安楽死法が、緩和ケア法も併せて審議・採択されたことに関連している。一方で、緩和ケアに関する政府提出法案3条によれば、医師は、患者の肉体的・精神的苦痛を効果的に緩和する義務を負い、生命短縮効果をもつ方法でしかその苦痛を緩和できない場合も、患者の同意を得たうえで当該措置を実施する。他方で、尊厳をもって死ぬ権利に関する議員提出法案(のちの安楽死法)2条によれば、患者は、恒常的かつ耐え難い肉体的あるいは／および精神的苦痛に苛まれている場合には安楽死を要請できる。以上より、患者の苦痛が効果的に緩和されているか否かが、医師の責任遂行の有無あるいは安楽死実施のための重要な要件になっていることがわかる。しかし、そもそも、可視化が難しい患者の苦痛(とりわけ精神的苦痛)が効果的に緩和されているかどうかをいかにしてはかるのだろうか。身体的あるいは／および精神的な疾患に起因する苦痛が耐えがたいかどうかは、たとえ医師であっても正確に把握することは難しく、専ら患者の主観的判断によるところが大きい。したがって、そのような苦痛をもとに法律の要件が満たされているかどうかを判断することには大きな困難がともなうといえる。

第二の問題は、「生命に関する遺書(testament de vie)」(のちに終末期の意向書(dispositions de fin de vie)と改

名)と「事前指示書(directive anticipée)」の内容的重複に関わる。一方で、尊厳をもって死ぬ権利に関する議員提出法案(のちの安楽死法)3条は、「生命に関する遺書」(のちの「終末期の意向書」)のなかには、自ら意思を表明できなくなった場合に受けてたいケアや治療の内容等について記載することができると規定していた。これに対して、緩和ケアに関する政府提出法案5条1項も、事前指示書のなかに自身の終末期に関する希望(治療の条件、制限、中止に関する希望)を書くことができる旨を定めていた。かりに、このような内容的重複が残存する状態で両法が施行され、同一の患者によって作成された「生命に関する遺書」と事前指示書のなかに、それぞれ相いれない事柄が書いてあった場合、医師はいずれを優先させればよいかを判断ができず医療現場が混乱する可能性がある。この重複の問題は最終的には立法の審議過程で修正はされたものの、重複する分野を規律する法との整合性は、安楽死法を立法化する上で考慮されなければいけない重要な要素であり、他国での制度設計においても有用な示唆になりうるということが明らかにされたといえる。

なお、ルクセンブルクには、隣国ベルギーとは異なり、法律の制定前から社会の中で安楽死が許容されていたという実態がなく、いわば立法化が社会の要請より先に実現されたという特徴がある。一般的に日本では、医療や健康の分野に限らず、新たな法制度を構築しようとするとき、当該制度の創設を望む国民の声が大きいかという視点が過大に評価されがちである。しかし、ルクセンブルク安楽死法の制定過程を分析すると、無論、安楽死を望む市民の声が強いかどうかという視点も考慮に入れられるべきであるが、むしろ、患者の権利あるいは医師の義務として、死に関わる決定が適切におこなわれる枠組みが法的に整えられているかという視点が重視され議論が進められていたことわかる。こうした新たな視点は、将来の日本での立法化にとって極めて有用であると考えられる。

③フランス

フランスは、ベルギーやルクセンブルクとは異なり、安楽死を正面から認める法制度は、現段階では構築されていない。他方で、苦痛から解放されたなかで、患者が自律性を保ちながら意思決定をおこなうための方法に関しては、細かな規定が公衆衛生法典のなかにおかれている。こうしたフランス法の分析から導き出せる特徴としては、おもに以下のような3点を挙げることができる。

第一に、フランスでは、まだ疾患が悪化する前、すなわち苦痛に苛まれる前に、終末期に関わる自身の希望を文書に記しておく事前指示が法制化されている。疾患に起因する様々な能力の低下が発現する前に、かつ、家族など第三者からの影響を受けずに自身の希望を予め文書化できることは、患者の権利の尊重という視点から評価しうる。フランスでは、以前から事前指示書の重要性は主張されてきたものの、作成率は低迷し続け、制度の見直しが迫られていた。その結果、2016年の改正法(以下、クレス・レオネッティ法という)により、原則として事前指示書の内容は医師を拘束するなど、全体的に事前指示書の機能を強化する方向で法改正された。さらに、フランス法では、法的保護(後見や保佐など)下にある患者であっても一定の条件を満たす場合には事前指示書の作成が認められている。この点は、後見人の医療同意権について明確な規定をおいていない日本法にとって極めて有益な示唆になると思われる。なお、事前指示の法制化の重要性は否定しえないものの、事前指示書の作成率を上げるばかりに目を向けるべきではなく、市民が事前指示書に対して抱く抵抗感の原因などを適宜検証し、事前指示書を作成すること自体が制度の目的にならないように配慮することも肝要である。

第二に、持続的な深い鎮静に関わる取り組みである。フランスは、クレス・レオネッティ法により、患者に対し「死に至るまでの持続的な深い鎮静(sédation profonde et continue jusqu'au décès : SPCJD)を要請する権利」を保障する枠組みを設けた。これにより、重篤で不治の疾患に罹患している患者が、一方で、短期的な生命予に関して危機的状況にあり、かつ治療抵抗性の苦痛に苛まれている場合、他方で、治療の中止を要請しているものの、中止すれば生命予後が短期的に危機的状況に陥り、耐え難い苦痛を引きおこす可能性がある場合に、SPCJDを要請することができるようになった。実は、このように、鎮静を受けること自体を権利として法律で認めている国は世界でも珍しい。他方で、持続的な深い鎮静は、いわゆる積極的安楽死と区別することが難しいといった問題点も指摘されている。したがって、フランス法の分析からは、SPCJDを要請する権利を法律によって保障するか否かという論点にとらわれすぎず、むしろ、この権利を通じて、各人が、いずれ誰にでも訪れる死に向かって苦痛から

解放されたなかで生きることができるかという、いわば「生の質」という視点から問題をとらえようとする姿勢が尊重されるべきであることが明らかになる。

最後に、クレス・レオネッティ法の施行により、すべての問題が解決されたわけではなく、むしろ法制化に伴い訴訟件数が増えていることにも着目しなければならない。治療中止を法律で明文化することについては、手続の透明性の確保という視点から一定の意義は認められるものの、法はすべてのケースを想定できるわけではないから、最終的にはどうしても裁判所による介入が必要となる。フランスでは、近年、とくに未成年者の治療中止に関して家族（親）と医師の間で意見が一致せず、その最終的な解決が法廷に持ち込まれるケースが増えている。これらの訴訟における国務院の判断を分析すると、法律（クレス・レオネッティ法）が定める手続を遵守することに加え、現実には、患者の家族（親）と医師との間でコミュニケーションがはかられ、両者の間に良好な関係が築かれていたかという点が、紛争解決の鍵となると理解されていることわかる。

4.2 日本法への示唆

以上の 3 か国の現状分析から導き出される帰結を踏まえ、日本法に対してどのような示唆があるかを考えてみたい。日本では、厚生労働省の「人生の最終段階における医療・ケアの 決定プロセスに関するガイドライン」や日本救急医学会・日本集中治療医学会・日本循環器学会による「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～」など、複数のガイドラインが定められており、医療者側もおおむねそれらを忠実に遵守しているという実態がある。言い換えると、敢えて強制力のある法律によらずとも、ソフト・ローにもとづく制度設計がある程度うまく機能しているといえる。しかし、これらのガイドラインや指針の策定は、基本的には、厚生労働省のような行政庁や専門職団体あるいは学会が担っているため、内容的に、とりわけ患者の側からは理解しにくい構造になっている。近年では、このことが原因となり、医師と患者家族の間での紛争が、裁判所に持ち込まれるケースも発生している。たとえば、治療行為の中止に関して意思表示できない本人に代って家族が同意/拒否できるかが争われた事案で、東京地方裁判所は、明文の法的根拠は示さないまま、治療を拒否できる権利を家族に認めた（平成 28.11.17、判タ 1441 号 233 頁）。しかし、このような裁判所の判断は、必ずしも厚生労働省のガイドラインに合致しているとはいえない。というのも、同ガイドラインでは、患者本人が意思表示できない場合には、いきなり家族に治療拒否権を認めるのではなく、家族が患者の意思を推定すべく努力した上で、医療者が家族と話し合うことが前提とされているからである。ところが、本件で裁判所は、このプロセスが踏まれたかどうかを検証することなく、家族の要望をうけ治療を中止した医師の責任を否定した。結果的に、ガイドラインの非拘束性が、家族に対する治療拒否権を肯定する判断に直結したといえる。このように、日本でも、ガイドラインの機能には限界があることが徐々に明らかになりつつある。意思表示できない患者の治療中止に関しては、フランスでは、医師を中心とした医療者による合議手続が必須とされることが法律の中で規定されている。言い換えれば、裁判所は、この合議手続が踏まれていたかを検証すればよい、ということになる。もちろん、こうした司法手続化されたアプローチが日本の医療現場に適合するかという点は改めて検討する必要があるものの、日本では、現場における実践にすべての判断が任せられ、それが上述のような訴訟提起の端緒となっていることは明らかである。範囲を限定しつつ、漸次的な立法化へ向けた議論をおこなうことは必須であろう。

他方で、この分野における立法化が日本ではとりわけ難しいことも事実である。日本で初めて安楽死が争われた事案（1950 年）から川崎協同病院事件（2009 年最高裁判決）までの約 60 年に、直接的あるいは間接的に安楽死が争われた事案は 8 件のみであり、かつそれらが立法化につながることはなかった。要因として、①憲法のなかに患者の権利の保障が明文で規定されていない、②包括的に患者の権利を保障する法律もない、③治療を中止あるいは差し控えた医療者に対する明文の免責規定がない、といった点が挙げられる。日本に固有な歴史的・文化的背景を踏まえ一定の範囲ではすでに機能しているソフト・ローに基づく枠組みも尊重しつつ、少なくとも、上述のような、意思表示できない患者の治療の中止に関わる問題に限っては、法律に基づき解決できるように立法化を進める必要があるだろう。

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計5件（うち査読付論文 0件 / うち国際共著 0件 / うちオープンアクセス 2件）

1. 著者名 小林真紀	4. 巻 第3版
2. 論文標題 家族間における延命措置の葛藤	5. 発行年 2022年
3. 雑誌名 医事法判例百選	6. 最初と最後の頁 200-201
掲載論文のDOI（デジタルオブジェクト識別子） なし	査読の有無 無
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -
1. 著者名 小林真紀	4. 巻 227号
2. 論文標題 終末期における意思決定：フランスにおける事前指示書の法制化の意義	5. 発行年 2021年
3. 雑誌名 愛知大学法学部法経論集	6. 最初と最後の頁 1-30
掲載論文のDOI（デジタルオブジェクト識別子） なし	査読の有無 無
オープンアクセス オープンアクセスとしている（また、その予定である）	国際共著 -
1. 著者名 小林真紀	4. 巻 4号
2. 論文標題 フランスにおける終末期医療関係法が抱える課題 持続的な深い鎮静を要請する権利に関する一考察	5. 発行年 2021年
3. 雑誌名 医事法研究	6. 最初と最後の頁 31-48
掲載論文のDOI（デジタルオブジェクト識別子） なし	査読の有無 無
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -
1. 著者名 小林真紀	4. 巻 2号
2. 論文標題 治療の中止と生命に対する権利：意思表示できない患者の治療中止は誰が判断すべきか ランベール判決 Lambert and Others v. France, 5 June 2015	5. 発行年 2021年
3. 雑誌名 人権判例報	6. 最初と最後の頁 25-31
掲載論文のDOI（デジタルオブジェクト識別子） なし	査読の有無 無
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -

1. 著者名 小林真紀	4. 巻 223
2. 論文標題 精神疾患および認知症の患者の安楽死 ベルギー安楽死法に関する一考察	5. 発行年 2020年
3. 雑誌名 愛知大学法学部法経論集	6. 最初と最後の頁 1-32
掲載論文のDOI (デジタルオブジェクト識別子) なし	査読の有無 無
オープンアクセス オープンアクセスとしている (また、その予定である)	国際共著 -

〔学会発表〕 計5件 (うち招待講演 0件 / うち国際学会 1件)

1. 発表者名 Maki KOBAYASHI
2. 発表標題 L'Etat de droit dans le domaine de la fin de vie au Japon
3. 学会等名 Le XIVeme Seminaire Franco-Japonais de Droit Public (国際学会)
4. 発表年 2023年

1. 発表者名 小林真紀
2. 発表標題 死をめぐる決定と私生活を尊重される権利
3. 学会等名 第33回日本生命倫理学会年次大会 (公募シンポジウム7)
4. 発表年 2021年

1. 発表者名 小林真紀
2. 発表標題 フランス生命倫理法改正にみる 保健医療民主主義
3. 学会等名 日本生命倫理学会第32回年次大会大会企画シンポジウム
4. 発表年 2020年

1. 発表者名 小林真紀
2. 発表標題 ベルギーの安楽死法の現状と課題
3. 学会等名 シンポジウム「先端技術と安楽死の倫理」(上智大学生命倫理研究所と科研費基盤研究(B)「先端医療分野における欧米の生命倫理政策に関する原理・法・文献の批判的研究」共催シンポジウム)
4. 発表年 2019年

1. 発表者名 小林真紀
2. 発表標題 フランスにおける治療中止をめぐる課題 -行政裁判所の判例の分析をもとに
3. 学会等名 日本生命倫理学会第31回年次大会 一般演題(口演)
4. 発表年 2019年

〔図書〕 計1件

1. 著者名 小林真紀・蛭原健介・菅原真〔編著〕	4. 発行年 2023年
2. 出版社 法律文化社	5. 総ページ数 213
3. 書名 フランス憲法と社会	

〔産業財産権〕

〔その他〕

<p>愛知大学研究者情報データベース http://edu.aichi-u.ac.jp/tsearch/AUT_detail.aspx?pid=11328</p>

6. 研究組織

	氏名 (ローマ字氏名) (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考
--	---------------------------	-----------------------	----

7. 科研費を使用して開催した国際研究集会

〔国際研究集会〕 計0件

8. 本研究に関連して実施した国際共同研究の実施状況

共同研究相手国	相手方研究機関
---------	---------