

「患者の最善の利益論」に関する一考察 —Anthony Bland 判決の分析を中心に—

西元加那

いわゆる治療中止という問題を解決しようとする理論のひとつに、「患者の最善の利益論」という考え方が存在する。その内容は、「治療を継続あるいは中止することが、患者の最善の利益にかなうものであるか否かについて、裁判所が判断を行い、最善の利益であると認められた場合は、治療中止が許容される」というものであるが、これはイギリスのアンソニー・ブランド事件の判決において確立された理論である。本稿の目的は、ブランド判決を分析することによって、最善の利益論について検討することである。その際、刑法上の論点に着眼し、考察を試みる。具体的には、まず、実際の行為が行われるに先立って、裁判所が行為の合法性につき事前判断を行うことが妥当であるかという点を確認する。次に、治療中止行為の性質、とくにその法的性質について検討する。すなわち、治療を中止する行為は、刑法理論上、作為と分類されるのか、あるいは不作為と分類されるのかという点である。そのうえで、ブランド判決の核ともいえる「患者の最善の利益」について、その内容や、判断の主体・基準について論じる。そして最後に、治療中止に関する理論として同じく重要であるといえる「自己決定権の原理」との関係を考察する。

keywords : アンソニー・ブランド判決、最善の利益、自己決定、尊厳死、治療中止

目 次

- 第1章 はじめに
- 第2章 1993年2月4日貴族院判決
 - 第1節 事実の概要
 - 第2節 各裁判官の意見
- 第3章 検討
 - 第1節 合法性について事前に判断すること
 - 第2節 治療中止行為の性質
 - 第3節 患者の最善の利益
 - 第4節 自己決定権との関係
- 第4章 おわりに

第1章 はじめに

人工延命措置の差控え・中止の問題については、アメリカが採用する「自己決定権」の理論や、フランスが採用する「治療義務の限界」の理論、そしてイギリスが採用する「患者の最善の利益」論という考え方が存在する¹。この最善の利益論とは、イギリスの治療中止に関する判例であるAnthony Bland事件貴族院判決(1993)において確立された理論であるが、その内容は、「治療を継続あるいは中止することが、患者の最善の利益にかなうものであるか否かについて、裁判所が判断を行い、最善の利益であると認められた場合

は、治療中止が許容される」というものである。本判決は、イギリス法において非常に重要な意味を有しているにもかかわらず、日本では詳細な紹介・分析はないため、判決文全文について、主に刑法上の論点に焦点を当て、検討する。本稿は、とくに自己決定権の理論と患者の最善の利益論について考察を行い、両者の関係をみることで、患者の最善の利益論について分析することを目的とする。

第2章 1993年2月4日貴族院判決²

第1節 事実の概要

当時17歳であった患者Anthonyは、1989年4月15日、フットボール場で深刻な怪我をし、その結果、酸素欠乏によって脳に不可逆的なダメージを負い、いわゆる遷延性植物状態(PVS)となった。大脳皮質は機能していないが、脳幹は機能しており、自発呼吸や消化機能はある状態だった。医的見解(medical opinion)は、病状の回復や改善になら見込みはないということで一致しており、それを受けた主治医が、(倫理委員会類似の

組織である) Airedale NHS Trust に相談したところ、同 NHS Trust は、家事部 (Family Division) に対し、次のような宣言 (declaration) を出した。すなわち、(i) PVS の状態で患者を生かし続けるための (人工的な呼吸や栄養・水分補給を含む) あらゆる生命維持処置や医的サポートを中止することは合法であり、(ii) その合法的な中止の後、最高度の尊厳と最低度の苦しみや痛みを保ち、患者の生命を終わらせ安らかに死なせることを可能にするという目的の場合を除いては、患者に医的処置を供給する必要はない、という内容の宣言である。家事部は、この主張を認め、控訴審 (the Court of Appeal) でもこれは維持された。これに対して、患者の訴訟後見人である Official Solicitor は、医師は患者に対し治療を継続する義務 (チューブを通して食物を供給する義務) を有していて、この義務に反することは殺人罪 (故殺罪) を構成するとして、貴族院に上告した。

第2節 各裁判官の意見

貴族院の5人の裁判官らは、全員一致で上告を棄却したが、各裁判官の意見を、その特徴とともに端的にまとめると次のとおりである³。

(1) Keith of Kinkel 裁判官 [856 - 859]

まず Kinkel 裁判官は、本件で問題となっている人工栄養補給は医療行為であるとし、それゆえ、それをやめることは、いわゆる治療の中止の問題であるとする。そのうえで、治療やケアの継続が Anthony の利益になるのかどうかという点をポイントとすることが本件における問題の正しい捉え方であるとし、それについて、生命の不可侵の原理との関係を顧慮しながら考察する。そして、永久的に身体的感覚を有することはない、回復の見込みがない人のケースにおいて、生き続けるか続けないかということ適切に比較することは実際かなり困難であるだろうが、しかし、そのような人にとって、生きるか死ぬかというのは全く無関心な問題に違いないという。

また、治療を中止するという決定について裁判所に対し是非を問うことについては、患者の保護、医師の保護、患者の家族を安心させること、そし

て一般の人々を安心させることにとって、利益となることであるから、その要請に裁判所が判断を行うことに異議はとなえないという。

(2) Goff of Chieveley 裁判官 [859 - 875]

Goff 裁判官は、まず、自己決定権の原理に触れたうえで、患者の延命治療やケアの提供について医師が不実施や中止・継続を決定することと、致命的な薬剤の処方等によって患者の生命を積極的に終わらせることを決定することとの間に、法は決定的な区別を設けていると指摘する。そのうえで、本件における治療を中止する行為が、作為 (自然的な動作) なのか不作為 (行うことが規範的に義務づけられている行為) なのかについて検討し、それは不作為に分類されると結論づける。

また、患者の最善の利益を判断するとき、それが医師の主観によるものになってしまう可能性について、実際は客観的判断がなされているため懸念は不要だという。最善の利益のテストは、生命維持の中止を正当化するような適切な状況というものが存在するか否かについて医師による判断の余地がなくてはならないのであって、その意味で、幅広く順応性があるものだという。すなわち、医師が、medical opinion に合致した形で医学的判断によりそれ以上の生命維持を行わないと決定するのならば、司法もそれに従い、治療の中止を最善の利益にかなうものと判断するとする。

(3) Lowry 裁判官 [875 - 877]

Goff 裁判官の挙げた理由に賛成して、同様に上告を棄却する。社会の観念は、刑法領域において何が法で何が正 (right) なのかということと一致しなくてはならず、そのような相違を埋めることを、立法に期待する。

(4) Browne-Wilkinson 裁判官 [877 - 885]

本件における中止について、刑法上の罪となる可能性と、民事上の責任を生じる可能性のふたつから考察する。前者については Goff 裁判官同様、作為不作為の区別について論じ、本件中止行為は不作為であるため殺人罪は成立しないと、後者については、不法行為責任を論じ、刑事上の議論でみたとおり、それを根拠づける義務違反が存在しない以上、民法下でも合法であるとする。

(5) Mustill 裁判官 [885 - 899]

治療を適法行為とする根拠は原則として同意にあるが、それがなくなるときには、緊急避難論の適用が可能な場合もあるという。そして、一度治療を開始したら、患者に回復可能性がある限り、その治療を継続する義務が存在するが、回復の見込みがない場合は、患者の最善の利益との関係で、その限りではないという。その患者の最善の利益は、倫理的側面も重要に関係するが、現行法の下での解釈で認められるべきであるとする。

第3章 検討

以上のように、本件は、5人の貴族院の裁判官が全員、認識機能や感覚能力を喪失し、回復の見込みがない患者について、一定の条件下で生命維持治療を中止することを認めたということになる。本稿でテーマとする「患者の最善の利益」論について、またそれに関連する刑法上の論点につき、各裁判官の意見に即して検討する。

第1節 合法性について事前に判断すること

(1) まず形式的な点として彼らが顧慮したこと、この種の裁判が適正かどうかという問題があった。すなわち、医師による行為が実際に行われるより前に、その適法性・合法性を裁判所に確認することについてであるが、それは結果として一般の人々に安心を与えることであるし、裁判所が先立って判断することに、役割の逸脱はないとする〔859, 871〕。また、あらゆる場合にそのような訴訟が提起され、莫大な数になるという懸念もあるが、Family Divisionが適切に仕分けを行うことで、訴訟の氾濫は起きないとした〔874〕。

(2) 次に、そのような判断を行う際に彼らが考慮したものとして、形式的基準としてはmedical opinionが挙げられるが、実質的基準としては生命の不可侵性の原理がある。この原理については、患者の苦しみを引き延ばすにすぎない一時的な生命の維持を強いるものではなく、末期状態にある患者の生命を短縮するために積極的な手段を用いることを禁止するためのものであり、絶対的なものではないと解釈する〔859〕。

第2節 治療中止行為の性質

本件で適法と判断された、「治療を中止すること」の性質についても、言及する必要がある。すなわち、ここでいう治療（人工栄養補給・水分補給等の生命維持処置およびその他のケア）が、医療上の処置であるのかということと、そのような治療を中止することの法的性質についてである。

(1) 前者については、Goff裁判官が「厳密には医療上の処置でないとしても医的ケアである」と述べたことや、くり返し「medical treatment or care」という表現を使用していることから、医療上のケアの一態様であると判断していると思われる〔870〕。この点につき、いわゆる基本看護とは区別するべきであるという意味で、私も異論はない。

(2) 後者については、裁判官らは、一致して本件「中止」行為を不作为と評価するとした。そして、回復の可能性のない患者については、治療を継続する義務がないので、不作为犯を構成しないと判断する。たとえばGoff裁判官は、生命維持を継続しないことは、目的的に、そもそも生命維持に着手しないことと何ら区別されない〔866〕とする。また、Browne裁判官は、チューブそれ自体が何の栄養も供給していない以上、それ自体が死を惹き起こすわけではないチューブの除去という行為は、不作为に分類され、殺人罪を構成しないと〔882〕という。そして、不作为判断をしたうえで論ずるべき義務については、(medical opinionにしたがい、現状が「PVSになってから3年経った段階」であることを強調し)回復の望みがない患者の場合〔866, 873〕、あるいはその生命が侵襲的な医療ケアによって維持されうるにすぎず、しかもそれは患者の同意のあるものではない場合〔882〕は、医師は患者に対して治療を継続する義務を負わないとする。すなわち、彼らによると、新たな治療を施さないことも、すでになされている治療をやめることも区別されず、どちらも合法となる。

しかし、これを前提として、3年経った段階で考えてみても、「新たな治療を施さない義務」と「現在治療中の装置のスイッチを切る義務」は、どちらも存在していないはずである。ゆえに、どちら

の義務違反もないし、あるいは、もしあるならばどちらもあるはずである。したがって、当該中止行為が、作為であれ不作為であれ、生命に対する侵襲の存否は同じで、程度による区別も困難に思われる。

また、中止行為を不作為とし、治療継続義務がないという理由で医師を不処罰とするならば、第三者が同じことを行った場合、第三者にこそ治療義務はないのだから、当然不処罰となるはずである。この不合理について、Goff 裁判官は、第三者（侵入者）による行為の場合は、医師によって施術された治療行為に対する妨害とみなすことができるという根拠を挙げ対応している〔866〕。これについて気になるのは、両者を同じ不作為と評価して区別を設けているのではなく、医師による場合は不作為、第三者による場合は作為とする点である。不作為であるから行為者次第で作為義務について検討する、というのが本来のすじ道であって、行為者によって行為の性質を違えて評価するというのは、解釈として一貫性を欠くと思われる。

また、医師以外の第三者は、患者の状況を十分に知らないのであるから、「患者が回復不能である」という条件が欠けているとすることもできよう。しかし、この点についても、疑問がある。たしかに、患者の客観的な回復不可能性は要件とされているが、行為者がそれを「知っている」ことまで要求しているかは別問題である。そして、仮にそうだとすると、患者の状態について「確実に」知ることができないのは医師も同様なのではないか。医師らが判断の際に、medical opinion や Discussion Paper 等のガイダンスに依拠するのはそのためであろう。少なくとも、個々の患者の病状や体力その他の事情により、100%ということはない以上、多少の蓋然性に頼らざるをえず、そうすると医師と医師以外の間の境界線は曖昧なものになる。

以上のことから、本件における中止行為を不作為と評価する見解は肯首しがたく、こと本件、本理論の下では、作為・不作為を区別すること自体にも疑問を感じるところである。もっとも、一定の状況下で治療の中止を許容するという結論に反

対するわけではない。

第3節 患者の最善の利益⁴

治療中止を不作為としても作為としても、治療中止の正当化要件は検討されなくてはならない。そこで、患者の最善の利益という、本質的かつ重要な論点の検討に進む。

(1) まず「最善の利益であるかどうか」を争う前に、「最善の利益」の内容は何を指すのかについて確認する必要がある。Kinkel 裁判官は、次のように述べる。すなわち、ここで生じる根本的な問題は、怪我から3年以上が経過している状態で現在の処方計画 (regime) を継続することは、Anthony に対して利益となるのかどうかということである。これに関して、被上告人からは「中止を望むことが患者の利益である」という主張がなされ、amicus curiae によって支持されたが、それは疑問である。例えば F 事件⁵において、手術に対する同意能力を欠く精神病患者の女性を妊娠できないようにすることは合法であるとされ、また、J 事件⁶において、望みのないほどに激しい苦痛で苦しめられる人生となるであろう非常に幼い子どもの生命維持治療をやめることは、もし救える状況であるとしても、合法であるとされた。どちらのケースにおいても、片方では治療を中止し、もう片方では実施することによって、感覚を有する存在というもの（意識や反応や感覚がない、Anthony のような患者と区別される存在と考えられる）の尊重という価値判断が可能であった。しかし、いかなる認識能力もなく、この世界におけるあらゆるそのような能力について全く見込みのなかった人にとっては、生きるか死ぬかということは、全く無関心な問題に違いないのである。ゆえに、本件で裁判官らは、「治療を中止することで患者を死なせることが最善の利益なのかどうか」ではなく、「回復の見込みもないのにその生命を維持し続けることが患者の最善の利益かどうか」という観点から考察を行う〔858〕とするのである。また、Mustill 裁判官は、Anthony は、意識のある患者と異なり、自分の身に何が起っているのか知らず、家族の継続的な悲しみについても知らず、負担を負っているの

は他人であり彼ではないのであるから、その生命を終わらせることで彼が解放されることはないため、最善の利益の内容は、前者ではなく後者に設定される〔897〕とする。

(2)「最善の利益」をそのように設定したうえで生じるひとつの問題は、その判断を行う際の主体と基準であるが、彼らはそれを、「医師」による「客観的判断」であるべきだとする。Browne 裁判官は、次のように述べる。すなわち、本件における法的な問題は、侵襲的なケアを続けることが Anthony の最善の利益であると裁判所が考えるかではなく、医師が、そうではないという合理的かつ真実の信念に達したかどうかである。そして、医師の答えは、人間の生命の尊厳に対する個人の考え方に影響を受けるだろうが、ケアの中止の合法性を認めるべきとする要請について中止するという判断を医師が下したのならば、そしてそれが medical opinion に一致し、かつ合理的であるならば、裁判所は、それで満足するほかない〔884〕。

たしかに、医師の生命観等の主観によるのではなく、あくまで客観的判断によるべきで、そしてその判断が医師によってなされることを尊重する余地を認めるというのは、もっともである。しかし、思うに、それは結局、「医療上の限界」「治療の限界」という意味での判断と同じことになるのではないだろうか。そのような意味での、これ以上の治療はできない、現在の技術ではここまでである、という判断を、患者の最善の利益とよぶことがはたして適切なのだろうか。もちろん、治療の限界や治療が不可能であるということによってのみ、その中止が許容されるような場合も存在しうることに異論はないが、それには、より厳しい条件が要求されるべきであるだろう。

(3)そしてふたつめの問題が、ここまでみてきたように、患者の最善の利益である場合には治療を中止することが許容されるという理論は、その中止行為が不作為であることを前提としている点である。Goff 裁判官は、こう述べる。すなわち、多くのケースは、患者の最善の利益は可能な治療を与えることだとするだろうが、末期ガンに苦しむ患者のケアにあたる医師に、患者の生命の質に

もかかわらず、可能なあらゆる手段を用いてでも患者の生命を延長する絶対的な義務を課することはできない〔867〕という。本来、患者に治療を継続することが最善の利益かどうかという話と、どのような状況化でも患者の生命を延長するような義務が存在しているかどうかという話は、別のものである。これを、「継続が最善の利益ではない」＝「継続しないことは最善の利益にかなう」というロジックから、継続の義務がないことを確かめなくてはならないという構成だとみても、それで解決できるのは中止行為が不作為である場合のみである。すでに述べたように、不作為構成が、作為義務（ここでは治療継続義務）の存在で論じられるものであるならば、やはりそのような義務を何ら有しない第三者の取扱いについて適切な帰結に至らないとすれば、疑問が残る。しかし、それゆえただちに、許容されうる治療中止の存在を認めないというわけではない。患者の最善の利益にかなうということ、不作為理論の礎にするのではなく、正当化事由とみることで、作為・不作為に左右されない理論構成をとることができるのではないだろうか。そうすると自己決定権の理論と混同してしまいそうだが、両者は決して背反関係にあるわけではない。自己決定権の理論を、客観的要素を多分に含む最善の利益論で補うことで一歩進められるという見解もありうるだろう。

第4節 自己決定権との関係

以上をうけて、自己決定権の理論と患者の最善の利益論との関係について検討する。

(1)自己決定権の原理に関する重要判例として、アメリカ合衆国におけるナンシー・クルーザン事件がある。これは、いわゆる「死ぬ権利」を合衆国憲法が認めているかどうかという問題に、アメリカの連邦最高裁判所が正面から取り組んだ初めてのケースである。裁判所は、合衆国憲法修正第14条によって、「能力者は望まない治療を拒否する自由という利益は憲法上保障されており、「後見人が栄養と水分の中断を求める手続きにおいて、州が明確で説得力のある証拠 (clear and convincing evidence) の基準を適用することは許される」と判示した。つまり、特定の場合には、

それが死を招くようなものであっても治療を拒否する権利は憲法上認められるとしたが、代理人(後見人)がこの権利を主張する際に、基準を満たす証拠の提示を求めてその行使を制限することも憲法上許容される、という判断を示したものである。

(2) Anthony 判決においては、自己決定権について、Mustill 裁判官が次のように述べている。すなわち、アメリカの裁判所は、インフォームド・コンセントが医師を治療義務から解放するというルールを発展させ、生命維持治療の中止を容認してきた。そのために、アメリカでは患者の憲法上の権利(明示の権利であるデュー・プロセス、または黙示の権利であるプライバシー)を創設したわけであるが、イギリスで同様のアプローチが適切かどうかは、憲法上の権利がはるかに重要度の低いような場合それを申し出る者などいないのであるから、論じる必要はない。患者の意思については、まず、しばしばリビング・ウィルとよばれる「事前の選択(患者に意思能力があったときの選択)」を裁判所が求める形態と、そのうえで、もし事前の選択(明示の選択)がなされていないときは、ほかの証拠から推察することができるという形態が存在する。しかし、Anthony が、本件で論点となっている事柄について何か言ったり考えたりしたという証拠はなかったのであるから、「選択をする」という問題は生じないとした。また、Mustill 裁判官は、*parens patriae* を認めることに慎重な態度をとり無能力状態の患者の治療(輸血)拒否を主張する母親の代行判断を退けた *Storar* 事件⁸の判決に賛同し、自己決定権理論に基づきリビング・ウィル等に依拠する経過をとることは、多くの意味で魅力的であると認めつつ、明白な危険をはらむものであると指摘した[894]。

(3) たしかに、Anthony の意思について何らヒントがないのは、本件を困難なものとしているひとつの要因であるといえよう。それらに関する証拠がなく、Anthony の意思は何ら推し量れないのであるから、患者の決定が何かに基づいた理論構成、すなわち患者の自己決定権の理論に依拠できないというのも納得できる。そして、このような、患者が何らの事前の意思表示もしていない状況で意思無能力状態に陥るというケースは、

往々にして起こりうるものである。その意味では、この「患者の最善の利益」論というのは、たとえば本件のような、本人の意思が不明な状態で治療を中止することが適法かどうかを判断するような場合に、非常に助けとなるものであろう。

しかし、これは、患者の意思がまったくわからないという場合に適用可能な理論である。要するに、「患者の最善の利益」論そのものについての疑問はすでに述べたところであるが)ここで言いたいのは、文書や口頭、黙示・明示等の問題はあるとしても、患者の意思が以前に表示されていたならば、まずそれによるべきであろうということである。もちろん、本件の裁判官らも、おそらくこの点に異論はないのかもしれない。患者の自己決定の原理につき、Goff 裁判官が以下のように述べるとおりであろう。すなわち、自己決定の理論は、治療に対する患者の拒絶が、患者が意識のない状態や意思表示のできない状態になるより以前に示されていたような場合に適用される。また、患者が自殺するということはこのようなケースを外れる問題であり、それゆえ、医師がそれを教唆もしくは幫助するというのも、自殺の権利を認めるようなものではない。患者は、自己の生命を延ばす効果のあるかもしれない治療を拒絶する権利があり、そして医師は、患者の望みに従う義務がある。しかし、多くのケースにおいて、患者は治療に同意するか否かについて述べることができる状況にないだけでなく、それについての希望を前もって指示してもいないのである。子どもの場合には裁判所が後見人となり、その治療が子どもの最善の利益として提供されるべきかについて裁判所が決定を下さなくてはならないが、自分自身で決定できない大人の患者のためにそれを行うことはできない[864]のである。これは強調して主張する価値がある。このことによって、患者の最善の利益論の適用要件も変わるし、なにより、最も重要視される要素は「患者本人の意思」ということになるからである。この前提を根本に据えなければ、患者の最善の利益論は、「患者の利益」という仮面をかぶった「代行判断」や「代諾」になりかねない。裁判官は、行為の作為・不作為性や、結果が積極的な手段によって引き起こされる

こと（いわゆる積極的安楽死）との線引きについてもくり返し顧慮していたが、治療中止の決定が、本人を離れて他者によるものになってしまうことも、同様に避けなくてはならないことなのである。そのような意味で、患者の最善の利益論は、自己決定権の理論との関係をふまえて、さらにいうならば自己決定権の理論の補助的構成で、運用すべきであろう。

したがって、患者の意思が全く分からないという本件のような状況下でその理論であることは理解できるが、それでも、「意識回復の可能性がないこと」や「その状況に至ってからの期間等の医療上の基準」などの条件を加えるとしても、治療を望むという患者の意思が確認できないという事情をカバーできるものではないと考える。患者の意思について何もわからないということは、どんな状態であっても生命の維持を望んでいる可能性も否定できないということであり、そのような場合に、生命維持治療を中止する医師の行為は正当化されないべきであろう。もっとも、患者の意思の確認にどの程度の証拠や要式が要求されるべきなのかは、また別の問題である。

第4章 おわりに

以上、イギリスの貴族院判決の概観を通して、いわゆる「患者の最善の利益」論について考察を行った。Anthony Bland 判決は、PVS 患者の生命維持処置の打ち切りについてイギリスの裁判所がはじめて判断を下したものである。本判決は、最善の利益という理論を用いて、「医師は患者の生命のために永遠に努力しなくてはならないという義務の下にはなく、患者が脳死状態にあることが疑いない状況では、医師は治療を中止する権利がある」という結論に至るが、このことはイギリスにおいて一定の評価を得ているといえる⁹。ただし、この理論の特徴は、その余命や病状等の客観的状況に基づき患者の利益を判断するという点であり、その際に注意すべきことは、あくまで「代諾」や「他者決定」にならないようにすることである。また、裁判官らもくり返し述べていたように、積極的安楽死を認めることになるような一線

も超えてはならない。さらなる緻密な考察が必要であるが、いずれにせよ、基本的には、患者の諸権利を十分に保障することが何よりも重要であるだろう。

- ¹ もっとも、日本の判例においても「治療義務の限界」の理論に言及していたり、フランスにおいても「事前の指示書」という制度が採用されていたり、このように単純に分類できるものではない。
- ² Airedale NHS Trust v. Bland, [1993] 2 WRL 789 本判決の詳細については、三木妙子「イギリスの植物状態患者トニー・ブランド事件」ジュリ 1061号 (1995) 50頁以下、甲斐克則『尊厳死と刑法』(2004) 271頁以下、ジョン・キオン(城下裕二訳)「イギリスにおける生命維持治療の中止—ブランド判決の道徳的・理性的再検討—」札幌学院法学 15巻2号(1999) 123頁以下等を参照。
- ³ 本稿では、各裁判官の意見の所在について、本文中に Law Report の頁を随時挿入して提示する。
- ⁴ 患者の最善の利益論について、甲斐克則「人工延命措置の差押え・中止(尊厳死)問題の『解決』モデル」川端博先生古稀記念論集(上)(2014) 204頁以下。
- ⁵ In re F, 1990, 2 AC 1
- ⁶ In re J, 1991, Fam 33
- ⁷ Cruzan v. Director, Missouri Dept. of Health, 110 S. Ct. 2841, 497 U.S. 261 (1990)
- ⁸ In the Matter of John Storar, 438 N.Y.S. 2d 266
- ⁹ Frenchay Healthcare NHS v. S, [1994] 2 All ER 403, Dennis J. Baker, Textbook of Criminal Law Forth Edition (M.Phil., Ph.D. Jesus College, Cambridge Head of School of Law, University of Surrey, 2015) at 543.