

アントン・ファン・カルムトハウト

オランダにおける安楽死、自殺幫助及び

明示的な要請のない積極的な生命の終結

Euthanasia, assisted suicide and active termination of life without express request in the Netherlands.

by Anton M. van Kalnhout

(Associate Professor in criminal law and comparative criminal law at Tilburg University, the Netherlands.)

紹介者のはしがき

オランダの終末期医療体制は比較的充実していると思われる。不本意な社会的入院の結果、病院で死ぬケースが多いといった話は聞かない。患者の四二％は自宅で、一六％はナーシング・ホームで息を引き取っている。在宅医療に不都合があるという話も聞かない。患者・医師間の信頼関係も厚く、ホーム・ドクターの場合、患者との関係は平均

して七・二年間継続しているといわれる。終末期医療ではこの関係はもつと密接になる。他方、安楽死が事実上、非犯罪化されているという情報は外国人を戸惑わせる。患者本位の医療システムと安楽死等の「安易な」実施は外見上矛盾すると思われるからである。安楽死の実施が許容されるのは患者の明示的な要請がある場合に限定されているが、全国規模の調査によれば、肉体的苦痛を理由とするものは四六％であり、その他は尊厳の喪失、他者への依存の忌避

など、広い意味の精神的理由によるものようである。しかも、九四年六月の最高裁判決以来、患者は必ずしも末期段階にあることを要しないとされた。そのうえ、明示的な要請の程度に至らない生命終結ケースの存在なども知られるようになったところから、オランダの状況はまさに「滑り易い坂道」を急降下している例証ではないかという指摘も少なくない。

しかし、他面、オランダ・モデルの積極的側面に注目する議論も展開されている。これらは、日本における支配的な医学的見解や世論とは相当隔たりがあるように思われるが、終末期医療のあり方と患者の人権問題等々の将来を展望する上で、オランダ事情の子細またはその問題点をフォローすることは興味深いことである。

さて、英文で五〇ページを超える原論文は、オランダにおける安楽死「合法化」への歴史的・政治社会的動向、その医療的実践の調査結果、判例法の分析、現状及びその問題点の指摘などを比較的詳細に論述している。しかし、ここで紹介のために与えられた紙数は原文のおよそ五分の一であるから、医療的調査研究の結果と判例法に関する記述については割愛せざるを得ない。結局、判例法においては、

安楽死等を正当化する唯一の正当根拠として、緊急避難だけが認められるようになっていた点を指摘しておけば十分であろう。これについては、例えば、ペーター・タック¹¹山下「オランダにおける安楽死問題の法的側面」香川法学一五巻二号を参照されたい。また、判例法の展開については、山下「オランダにおける終末期医療決定と刑法——安楽死に関する判例法の展開とその周辺事情——」(1)「香川法学一四巻三・四号以下で検討を予定している。さらに、患者による明示的な要請のない積極的な生命の終結に関する議論の紹介については、山下「明示的な要請のない生命終結行為——オランダにおける安楽死問題の側面」(香川大学・生と死に関する総合的研究、一九九五年三月)がある。

オランダにおいて安楽死・自殺幇助及び明示的な要請のない積極的な生命終結の行為は通常の医療実践とは考えられておらず、合法化もされていないが、緊急避難の要件を満たす場合には正当化され得る。そして、九四年六月一日から施行された申告手続きは事実上の合法化の方向への一歩を踏み出したものと考えられ得る。なぜなら、安楽死と自殺幇助に関して裁判所によって発展させられてきた基準

に依じて行為する医師はほとんど確実に起訴されることはないからである。現行の申告手続きと担当医が記入すべき質問表（質問リストの各項目については、土本武司「安楽死とオランダ法」判例時報一四九九号参照）ほこれらの基準に基づいている。

本紹介では、従来の紹介において比較的欠落していると思われる沿革史的部分等に重点を置いてこれを補い、よつてもつてオランダにおける安楽死事情の大概の把握に資することとする。以下では、そのような意味における要約的介绍を試みるものである。

要 約

一 序

一九九三年二月二日、埋葬法一〇条一項が改正された。これは医師が厳格な意味の医療とは考えられない生命終結をした場合にそれを申告すべき法的根拠を与えたものである。これを実施するための政令（規則）は九四年六月一日施行された。

最近一〇年間、安楽死、自殺の援助及びその他の生命終

結はどのような条件のもとで刑法の適用を免れ得るかという問題に対して立法上の回答を与える沢山の試みがなされてきた。しかし、埋葬法の改正とこの規則の施行でもつて一つの時代は終わった。

現行法規は、安楽死、自殺幫助またはその他の生命終結を合法化してはいない。刑法二九三条と二九四条は「他人の明示的で真剣な要請に基づいてその生命を奪った者」または「他人の自殺を意図的に扇動し、または自殺を援助しもしくは自殺の手段を調達した者」は処罰に値するものとし、また明示的な要請のない生命の積極的終結の諸形態は、例えば、故殺（二八七条）、謀殺（二八九条）、過失致死（三〇七条）、または遺棄（二五五条と二五七条）として処罰される。

上述の規定は医師を含む全ての人に適用される。埋葬法もそれに基づいた規則も正当化のための特別な根拠を与えるものではなく、患者の要請があろうとなかろうと医師が生命終結の行為をした場合に従うべき手続きを規制するものに過ぎない。医師が与えた情報は刑法四〇条と判例法に基づいた基準に従って正当根拠があるかどうかを調査するために使用される。

二 安楽死の合法化についての政治的議論

二・一 国家安楽死委員会

埋葬法の改正と申告手続きの制定に先だって、これらの行為の可罰性を排除するために、実体法的根拠を与えるいくつかの試みがなされてきた。この試みは、下院の発議によって一九七八年に始った。政府はヨーロッパ議会の「患者及び死につつある人の諸権利に関する勧告」に応じて安楽死政策を諮問する国家委員会の設置を要求した。委員会は八二年に設置され、八五年八月に報告書を提出した。委員会の多数は二九三条と二九四条の改正を提案し、回復の見通しもなく、医学的に絶望的で、耐え難く、緊急の状況にある人の生命を医師が注意深い医療実践に従って意図的に終結し、または自殺を援助した場合には刑事犯罪でないとした。委員会は、注意深い医療実践の要件として、患者に適切に知らせること、患者は自由意思と注意深い考慮の後に決意すること、担当医は大臣の指定したリストに掲げられた他の医師と相談するべきことを挙げた。そして、患者の医師が安楽死または自殺援助を檢察官に知らせ、刑法の要件にかなう基準を満たしたことを言明すべき埋葬法の

改正を提案した。

どのような行為が安楽死のカテゴリーに属するかを明示するために二九三条と二九四条に別項を付加する提案もなされた。委員会は「患者の要請に基づく」という出発点の一つの例外を設けた。それは医学の基準によって回復が期待できない不可逆的昏睡患者の治療が無意味であるとして中断されたケースでは、医師による注意深い医療実践としての意図的な生命終結は刑事犯罪ではないとするものであった。

二・二 民主六六党のメンバーによる法案

委員会が報告書を発行する前に少数派の進歩的野党・民主六六党も二九三条と二九四条の改正案を提出した。彼らは、患者の決定権、生命の価値、死の過程の人道化、注意深い医療処遇及び生命終結行為を監視する体制の整備を前提条件に判例法の基準に合致する行為は二九三条と二九四条の可罰性を排除すべきであると提案した。そして、これらの条項に正当化の特別根拠を付加し、それを注意深い医療実践と行政的義務の要件（患者の自由意思と注意深い考慮の後になされた要請、第二の独立した医師との相談、及

び申告義務)を含む数個の規定に広げる提案をした。患者がその願望を表明する能力がない場合には事前の自由意思による書面の宣言を法的に有効であるとした。法案は委員会提案とほぼ同様だが、相違点もある。未成年者の要請についての規定、ある条件のもとでのナーシング・スタッフの不処罰の規定、異議の承認の規定を含む点、そして、安楽死をもつばら要請に基づくものに制限したところが異なる。不可逆的な昏睡患者についての国家委員会の提案に対しては、「時期尚早」であり、また「よく考え抜かれたものではない」として批判している。

二・三 政府記録「試案」

国家委員会報告書の公表後、私的メンバーの法案はこの勧告に翻案された。勧告は下院の多数の支持を得ると思われたが、連立政権の最大の提携相手であるキリスト教民主党の反対を考慮して、政権内の危機を回避するために自由保守党も立法化を回避する立場を取った。議会との妥協のために政府は「試案」と題する記録を作成した。それは公的法案ではなかったが、下院が要求する場合には提出されるべき法規定のモデルと考えられた。これによれば、積極

的安楽死は原則的に可罰的であるが、耐え難く苦しんでいる患者の明示的で真剣な要請に基づいて厳格な条件のもとで医師が生命を終結させた場合には不処罰とされ得る、しかし、正当根拠とはされ得ないというものだった。試案は、耐え難い苦しみ、病気の末期症状、医療の継続が患者の救済にはならない状況を想定した。議会での審議(八六年一―三月)の結果、保守連合党は私的メンバーの法案を撤回し、この法案を試案と一緒に枢密院に回付した。枢密院は論争ある分野での拙速な立法化を避け、判例のさらなる発展を待つよう勧告した。

二・四 政府による第一次法案

新政府は枢密院の勧告を論議した後、いま一度保健審議会に勧告を求め、また内閣の提案した改正案に対する高検検事長会議の審議を求めた。保険審議会の勧告は八七年三月二十六日に公表された。高検検事長会議のそれは一ヶ月後に現れた。改正案は両方の報告書で批判されたが、政府はこの改正案の最初のデザインに固執し、八七年末に法案の形で議会に提出した。法案の立場は絶望的な状況の患者を助けるために医師が安楽死を実施した場合も可罰的である

というものだった。他方、自殺幫助に対する処罰規定案は三年から四年半に引き上げられた。絶望的な状況または緊急避難という正当根拠及び注意深い医療実践という要件を満たした場合にはのみ刑罰は免除されるとした。厳格に遵守されるべき条件は、

- (1)患者が、一定期間、繰り返し、一貫して死を要求していること、
 - (2)医師は、患者、患者の家族、そして少なくとも他の一人の医師と十分相談していること、
 - (3)患者の苦しみが医療処遇によって防止できないこと、
 - (4)死が切迫していないとしても、病気は末期であること、
- そして、緊急避難の根拠があるかどうかは刑事裁判所の判断に委ねられる、というものであった。

法案は安楽死の消極的定義を掲げたが、かかる消極的定義は刑法のシステムと調和しないという高検検事長会議の異議に照らして、この定義は医療行為法に含まれることになるだろう。この消極的定義によれば、安楽死または自殺幫助とは考えられない諸行為とは次のようなものである。

- (1)患者の明示的または真剣な要請で治療を差し控えること、
- (2)支配的医学的見解によれば医療が無意味な場合の治療の差し控え、
- (3)副次的効果として死を伴う苦痛コントロール、である。

法案はまた患者が未成年の場合には安楽死または自殺の援助を要請する決定は法定代理人の意見によるものとし、彼らの一人が安楽死の希望に沿わないならば医師はこの要請を汲む権能はないとした。

この法案に対する反応は圧倒的に消極的だった。医師が、注意深く、良心的に、また道徳的に正しく行為した場合にも裁判所で応答すべきであるという要件は一般的批判によれば正しくないと言われる。もうひとつの問題点は高検検事長のアドバイスに応じて、安楽死または自殺幫助のケースを申告する法的義務が法案中に明示されていないということにあった。

二・五 大臣による申告手続き

八九年五月の政府の崩壊により法案は審議未了で終わっ

た。新政府は大規模の信頼できる医学的調査によって見込みのある立法を制定しようという政権内合意をとりつけた。最高裁の法律顧問レメリンクを議長とする委員会が安楽死の調査に責任を負うことになった。医師たちは起訴政策のいっそうの明瞭化を調査への協力の条件にした。医師会は初期の諸レポートで、かかる政策ガイドラインがなければ医師たちは犯罪捜査や起訴に曝されるよりは「自然死」の証明書を提出する方を選ぶだろうとして、安楽死ケースに對するより整合的な処理を強く求めた。かくて、検察庁、保険監督官及びオランダ医師会の全国諮問グループの間で安楽死の申告手続きを起草するよう合意された。この手続きは九〇年一月一日から実施された。それは、判例で発展させられた注意深い医療実践の全ての基準が満たされていると検察官が判断する場合には埋葬・火葬に對する異議なしの証明書が発行され、起訴便宜主義に基づいて医師の起訴を放棄するというものである。

二・六 第二次法案から立法へ

申告手続きの実施と九一年九月六日のレメリンク委員会報告書を得て、政府は最終的に法案を撤回し、申告手続き

の形式において解決策を探る決定をした。

政府は、九二年四月、過去に提案された全ての法案に代えて埋葬法を改正する法案を下院に提出した。この規則は、(a)安楽死、(b)自殺の援助、(c)明示的な要請のない積極的な生命の終結（例えば、昏睡状態や重大な障害をもった新生児）を規制する可能性を与えた。規則は医師が回答すべき質問事項を書式によって明確に述べている。これらの回答は検察官の起訴・不起訴の決定を可能にする。医師が判例によって発展させられた注意深い医療実践の基準を満たしている場合には、起訴は行われないと考えてよい。しかし、明示的な要請のない医師による生命の積極的終結はこの例外である。このケースは、法案の説明記録によれば、常に裁判所に持ち出されることになる。

要請のない積極的な生命の終結のための申告手続きを安楽死及び自殺の援助の規定と一緒に規定することは、それが正当化されるものであるという印象を呼び起こしかねないという各方面からの批判があいついだ。しかし政府は申告手続きの実際を三年後（一九九六年）に再評価するとして法案を通過させた。

ところで、起訴政策は申告手続きが作動し始めた一か月

後の九四年六月二日の最高裁の重要な判決（シャボット判決）の結果、変更されることになった（判決文の詳細については、山下「オランダにおける安楽死問題の新局面」判例時報一五一〇号参照）。判決は、患者が肉体的または心理的に耐え難く・回復の見通しなく苦しんでおり、真剣かつ持続的に安楽死または自殺の援助を求めている場合には、緊急避難に訴え得る可能性があるとした。判決によれば、苦しみの原因はもはや重要でなく、また死期が切迫しているかどうかも問題ではない。さらに、緊急避難は心理的苦しみ能耐え難く・回復の見通しのない非終末期の患者にとつてばかりでなく、同様の肉体的苦痛をもった患者に対しても可能である。これによって、起訴・不起訴は末期段階かどうかによって決定されるという政策観点は放棄されることになった。

三 安楽死問題の積極的結果

三・一 タブーから合意へ

あらゆるレベルで二〇年間にわたって行われてきた安楽死議論は生命の終結に関する医療決定の問題についてのタブーを除去し、医療界内外の議論を可能にした。論議の始

めには自己決定の権利と生命を終結させる医療決定との許容性が最も強調されたが、注目は満たされるべき注意深い医療実践の内容と手続きの観点に移動した。判例法の発展が演じた役割、安楽死国家委員会報告書、保健審議会、オランダ医師会理事会、任意安楽死財団及びオランダ安楽死協会等の諸活動が注意深い医療実践において遵守されるべき要件を重点的に考案してきた意義は大きい。安楽死協会は「安楽死宣言・治療の拒否」モデルを発展させた。協会はまた注意深い医療実践の要件をテストする基準リストを初めて出版した。協会の出版物と活動は他の出版物にも影響を与え、議論は医療界と法曹界を超えて、公衆を巻き込んで展開された。公平無私な議論、医学的・法律的・哲学的観点から表明された沢山の意見や報告書は、諸定義を明確化し、安楽死と生命を終結するその他の実践について広い合意に達するために重要な貢献をした。

支配的な見解によれば、要求に基づく生命の終結または援助の提供それ自体は、ヨーロッパ人権条約の第三条が保障する人格権に照らして、第二条が保障する生命権と抵触するとは考えられていない。生命権は、生きることが非人間的になり、または品位を損なうようになるまで「生きる

義務」を伴うものではないと考えられている。また自己決定という人間的権利は、安楽死を要求する人とその要求の実現に参与した第三者（医師）を保護するためのルールと条件の確保を国家に義務づけるものであると考えられている。

過去二五年間、世論は安楽死と自殺援助に賛成して相当変化した。六六年には賛成三九・九％、反対四八・六％だったが、九三年には七八％と一〇％になった。カトリック住民間の世論調査（八五年―九三年）によれば、オランダ国教会議の不是認の立場にもかかわらず、彼らの態度が他の住民層と異なることを示した。八五年にこのグループの六九％が安楽死に賛成し、九三年には七四％になった。

三・二 実践による検証

オープンな安楽死論議のもうひとつの重要な結果は大規模な調査結果が得られるようになったことである。九〇年代の始めまで正確な情報はほとんどなかった。しかし、ファン・デル・バルらの研究、ファン・デル・マースらの包括的な研究は、「滑り易い坂道」論議のフィクションを打破した。

（四）判例法の発展、四・一 法的枠組み、四・二 判例法が設定した安楽死と自殺幫助の正当根拠のための諸条件、四・二・一 三つの権威ある判断、については全面的に紹介を割愛する。）

四・二・二 現在の注意深い医療実践の条件と要件についての概観

緊急避難が認められるためには以下の基準が満たされなければならぬ。それは主として判例法から引き出され得る。

(1) 安楽死と自殺幫助は決定能力のある患者が持続的かつ独立になした、真剣かつ明示的な事前の要請がある場合のみ可能である。「明示的かつ真剣な要請」という術語は二九三条だけではなく、間もなく実施が予定されている、全ての医療処遇のための患者の同意を要求する医療処遇同意法の一六五三d条にも規定されている。また説明に基づく合意（インフォームド・コンセント）がなければならぬ。これは患者に知らせる医師の義務を生じる。それは医療処遇同意法一六五三b条にも規定されている。

要請がりビング・ウィルまたは取消のない言明の形で書面化されていない場合には患者自身からなされなければならない。書面による要求は患者がなお意思を表明できる限り有効ではない。口頭の言明が書面のそれと異なっている場合には口頭のそれが優越する。医療処遇の拒否の言明は法的に有効であり、医師はこれを遵守しなければならない。他方、安楽死または自殺援助の要請は拘束的ではない。

未成年者も安楽死の要請が認められる。医療処遇同意法によれば一六歳以上の未成年者は独立に医師との間で同意することができる(一六五三d条)。一一―一六歳の未成年者は患者が同意を拒否された後に注意深い考慮の未なお安楽死を望んでいる場合を除いて、両親または監督者の同意が要求される(一六五三d条二項)。一二歳以下の未成年者は法定代理人の同意が常に要求される。

(2) 苦しみは、耐え難く、治癒し難いものでなければならぬ。

(3) 緊急避難に固有の補充性の原則は状況を改善する他の合理的な解決策がないことを要求する。シャボット事件に対する最高裁判決が示したように、これは精神科の患者が苦しみを緩和するための現実的代案を完全に自由意思で拒

否している場合には原則として適用されない。

(4) 上述の判決までには患者が末期であらねばならないかどうかは不確実だった。八八年五月三日の最高裁判決と九三年五月二五日の議会における法務大臣の回答によって末期段階が条件でなければならないという印象が抱かれていた。しかし、シャボット判決は緊急避難は「患者の耐え難い持続的な苦しみが肉体的原因ではなく、末期でないという理由で」必ずしも排除されないことを確認した。

(5) 安楽死または自殺補助は、医師、相談を受けた医師または専門医によってなされなければならない。この理由は不注意な決定を回避すると共に事後その決定をレビューするためのものである。「客観的に緊急状況が現在した」という要件は排除されていないので、第二のエキスパートとの相談は全てのケースで要求されていない。ハーグ高裁はもう一人の医師の相談は適切であるが、一定のケースではかかる相談は絶対的な意味で本質的ではないとした(Schouten 87, TVGR 1987, 34.)。

質問書の質問IV、2a―2dは、患者が精神医学的障害に苦しんでいる場合は、少なくとも二人の他の独立した医師——少なくともそのうちの一人は精神科医——と相談す

べきことを想定している(説明メモランダム)。

(6) 近親者の役割。医療処遇同意法は医師が患者の明白な要求なしに家族メンバーまたは他の外部者とコンタクトすることを禁じている(一六五三(1)条)。要求するかどうかを決定するのは患者である。

(7) 質問書の質問V、3a「生命が終結されたときあなた自身そこにいましたか?」は医師が生命終結時に同席すべきことを示唆している。アムステルダムの医療懲戒裁判所は「……必要ならば役に立たなければならず、早期に干渉できなければならない」と付加することで、これを限定している。

(8) 上記のケースでは、医師が不在であったため、患者に渡された医薬が実際には患者の夫の自殺に使用された。

(9) 医師が安楽死・自殺幫助の要請を拒否する場合のガイドライン。医師会のガイドラインとその「医師・患者モデル規程」は、医師はできるだけ早い段階で患者に知らせ、治療を交代する機会を与え、援助する道徳的義務があると述べている。これは現在の公衆衛生大臣とチーフ保健監督官の立場でもある。

四・三 明示的な要請のない積極的な生命の終結

明示的な要請のない積極的な生命の終結は九三年に初めて申告手続きのもとに置かれた。レミング委員会はこのケースの注目すべき生起にかんがみて、安楽死の場合と同様にコントロールとケアがなされるべきであると提案した。要請のない積極的な生命の終結を安楽死と自殺援助と同じ申告手続きのもとに置くことに対しては法曹界、医学界及び議会から真剣な異議が唱えられた。大臣はこれらのケースを同じ手続きのもとに置いて、これらは全て裁判所に持ち出されることになると繰り返し述べたが、同じ方法で扱われることを示唆しているように思われた。しかし、医師たちは、長引く刑事手続きの脅威、職業的自律性の感情、患者の近親者を刑事事件に巻き込む恐れ、また裁判所がどのような限界を設定するかが不確実であることなどの事情を勘案して、正直な申告を躊躇するであろう。

五 現在の申告手続き

申告手続きは、安楽死、自殺援助及び明示的な要請のない積極的な生命の終結が行われた時は担当医は自然死の証明書を作成しないで、法的義務を果たした事実を検死医に

申告すべきことを要求している。これは、病気のコース、形式、同意及び安楽死・自殺援助の要請の時について情報を得ること、次いでレポートを作成すること、この情報を検察官に対して手渡すこと等を要求している。情報に基づいて、検察官は埋葬・火葬のために遺体を引き渡すことに異議がないかどうかを決定する。

検死医と検察官に詳細かつ完全な理解を与えるために、質問書は医師がそのレポートを作成すべきことを定めている。これは医師が刑事免責を受け得る実質的基準ではないが、実際にはそのように使用される。これらの質問が依拠している判例法の基準に合致して行われた医師は起訴されない。起訴されるかどうかの決定は全ての記録が提出される高検検事長会議でなされる。実際には、安楽死と自殺幫助に関する限り起訴されるのは例外的な場合のみである。明示的な要請のない積極的な生命の終結のケースでは検察官はかかるケースを不起訴にする権限をもっているけれども、起訴は常に原則として行われるだろう。

現在まで、明示的な要請のない積極的な生命の終結のほとんどは裁判所に持ち出されていない。しかし、実質的基準に関する不確実性ゆえにこれらのケースの実際の報告範

囲は不明である。

安楽死と自殺援助の「実際上の」非犯罪化の結果、ナーシング・ホームと病院は、申告手続きに従って独自の内部的テスト手続と独自の内部的プロトコルをつくり始めている。また、人々は、安楽死または自殺援助の希望を表明した書面による意思宣言をその診察医に預けようとしてつつある。

六 結 論

生命の終結が申告手続きのもとに置かれているという事実は、立法者自身が犯罪的ではない条件を決定することなしに、この実践の免罪を実質的に是認していることを意味する。これは正当化のための、または起訴を免れ得る新たな根拠が立法の外で発展しているということであり、基準を確立するのは検察庁と裁判所であって、立法者ではないということである。しかし、法規定の欠如と全てを判例法の発展に委ねることに対しては明確性と法的安定性の欠如ゆえに異議が唱えられる。判例法はまだ明示的な要請のない積極的な生命の終結に関して不安定性に終わりをもたらしていない。そのための判例法の発展が始められるべきで

ある。生命の終結のこの形態を安楽死や自殺援助と同じ申告手続きのもとに置くことはミスリーディングであり、必要な公開性を促進しないとされる。

現行の法体制は、医療倫理的、社会的、政治的及び哲学的立場がまだ完全に結晶していない段階での一時的な政治的妥協の産物である。このアプローチは社会的に論争ある問題の法制化が始まる前に検察庁の不起訴政策と先駆的な裁判所の判決によって非犯罪化が試みられるオランダの伝統に属するものでもある。これは、例えば、中絶が合法化された方法だった。この場合も実質的合法化はすでに不起訴政策と判例法を経由して実現されていた。長期的には医師による積極的な生命の終結もこのような道を辿るであろう。

(香川大学教授・山下邦也)