

令和 6 年度厚生労働科学研究費補助金
(地域医療基盤開発推進研究事業研究事業)
地域の実情に応じた在宅医療提供体制構築のための研究 (23IA1005)
分担研究報告書

諸外国における安楽死・医師による自殺幫助に関する現状
およびアジアにおける人生の最終段階における意思決定支援の取り組み
-文献および各国、関連団体による公開情報に基づくレビュー-

研究分担者 羽成恭子 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター
研究分担者 孫瑜 筑波大学医学医療系
研究協力者 小宮山潤 筑波大学医学医療系
研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系・ヘルスサービス開発研究センター

研究要旨

背景：安楽死や医師による自殺幫助に関する制度や倫理的な議論は、各国の文化・社会背景によって大きく異なるが、特に欧米では合法化されている国も認められる。アジア諸国では伝統的な価値観や宗教的背景から、安楽死や医師による自殺幫助に関する制度化はされていないが、本人の意向を尊重するため、人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスであるアドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning : ACP) の取り組みが法制化されている国がある。本研究は、在宅医療の取り組みがある諸外国における安楽死や医師による自殺幫助の現状、およびアジア各国の ACP に係る現状及び取組状況を明らかにすることを目的とする。

方法：各国の機関が公表している報告書、先行研究、関連する図書などを参照し、以下の視点から整理する。1. 安楽死や医師による自殺幫助の現状および法整備の経緯、2. アジアにおける ACP に係る現状及び取組状況

結果：

1. 安楽死や医師による自殺幫助の現状および法整備の経緯

2025 年 2 月の時点で安楽死が合法化されている国はオランダ・ベルギー・ルクセンブルク・カナダ・オーストラリア (ビクトリア州、西オーストラリア州、タスマニア州、クイーンズランド州、南オーストラリア州、ニューサウスウェールズ州)・スペイン・ニュージーランド・コロンビアがあげられる。また、医師による自殺幫助が合法なのは米国の複数の州 (オレゴン州、ワシントン州、モンタナ州、バーモント州、カリフォルニア州、コロラド州、ハワイ州、ニュージャージー州、メイン州、ニューメキシコ州、コロンビア特別区)・スイスがあげられる。アジア諸国で安楽死や医師による自殺幫助が合法の国はない。各国の歴史的背景や現状については、本文を参照されたい。

2. アジアにおける ACP に係る現状及び取組状況

台湾では 2000 年制定の「自然死法 (Natural Death Act, Hospice Palliative Care Act)」と 2016 年制定の「患者の自律の権利に関する法律 (Patient Right to Autonomy Act)」により、韓国では 2016 年に「ホスピス・緩和医療および臨終過程にある患者の延命医療の決定に関する法律 (Act on Decisions on Life-sustaining Treatment for Patients in Hospice and Palliative Care or at the End of Life)」の制定により、患者の自己決定権を尊重した ACP の法的枠組みが構築された。両国ともに課題は

残るものの、ACP の実践と改善に向けた取り組みが継続されている。

結論：各国の法整備の状況については、それぞれの文化的背景や歴史的経緯等の違いから、その進め方や内容には差異が見られた。

A. 研究目的

安楽死や医師による自殺幫助に関する制度や倫理的な議論は、各国の文化・社会背景によって大きく異なるが、特に欧米では合法化されている国も認められ、その運用に関するデータも蓄積されている。一方で、アジア諸国では伝統的な価値観や宗教的背景から、安楽死や医師による自殺幫助に関する制度化が行われていないが、本人の意向を尊重するため、人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスであるアドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning ; ACP) の制度化が行われている国がある。

そこで本研究は、在宅医療の取り組みがあるフランス、ドイツ、イギリスなどの欧州諸国を含む諸外国における安楽死や医師による自殺幫助の現状および、アジア各国の ACP の取り組みを明らかにすることを目的とする。また、各国の安楽死、医師による自殺幫助や ACP に関する法整備に至るまでの背景を整理する。

B. 研究方法

本研究では、各国の機関が公表している報告書、先行研究、関連する図書などを参照し、以下の視点から整理する。

1. 安楽死や医師による自殺幫助の現状および法整備の経緯

各国における安楽死・医師による自殺幫助の実施状況、法制度の変遷、社会的・倫理的議論の背景について整理する。

2. アジアにおける ACP の取り組み

高齢化が進むアジア諸国において、ACP に関する法整備が行われている国・地域の状況をまとめる。

なお、当該報告書においては『森田達也：続終末期の苦痛がなくなる時、何が選択できるのか？苦痛緩和のための鎮静 医学書院 2022 年』に基づき以下のように用語を設定した。

安楽死：患者の要請に従って、医師が直接薬物を投与することによって患者を死亡させること
医師による自殺幫助：患者の要請に従って、医師が致死量の薬物を処方して患者に渡すこと
治療の差し控え・中止：人工呼吸、透析、人工的水分・栄養補給といった生命維持のための治療を最初からしないか、一度したものをやめること

C. 研究結果

1. 安楽死や医師による自殺幫助の現状および法整備の経緯

2025 年 2 月の時点で安楽死が合法的な国や地域はオランダ・ベルギー・ルクセンブルク・カナダ・オーストラリア(ビクトリア州、西オーストラリア州、タスマニア州、クイーンズランド州、南オーストラリア州、ニューサウスウェールズ州)・スペイン・ニュージーランド・コロンビアがあげられる。また、医師による自殺幫助が合法的な地域や国は米国の複数の州(オレゴン州、ワシントン州、モンタナ州、バーモント州、カリフォルニア州、コロラド州、ハワイ州、ニュージャージー州、メイン州、ニューメキシコ州、コロンビア特別区)・スイスがあげられる。アジア諸国で安楽死や医師による自殺幫助が合法的な国はない。今回はこれらのうち、歴史的背景や実施状況が特徴的な国を取り上げ、整理した。

各国の安楽死、医師による自殺幫助に関する状況の比較に関しては、表 1 を参照されたい。

フランス

フランスにおいては、安楽死・自殺補助は行わないという国是がある。それでも、過去 30 年ほどで、人生の最終段階における治療中止や安楽死を求める事例が生じ、現在はクレス・レオネッティ法が制度化されている。

1995 年には「患者の権利法」が制定された。これは主にインフォームド・コンセントと情報公開に関する内容が中心であったが、「医療倫理法」の規定に、医学的に意味のない治療を中止することが可能という文章が盛り込まれた。1999 年には患者には緩和ケアを受ける権利があると記載された「緩和ケア法」が制度化された。2000 年にヴァンサン・アンペール事例が生じる。これは、19 歳のヴァンサン・アンペール氏が交通外傷後に、機能回復が望めない状態になったことをうけ、医師に治療中止を求めたところ医師が拒否をしたため、当時のシラク大統領に手紙で「死ぬ権利」を要求したものである。先の患者の権利法では治療中止は患者の権利には含まれておらず、最終的には事故から 3 年後に母親がバルビツールを注射し、医師が人工呼吸器を外すことに至った。これをきっかけにフランス国内では死ぬ権利に関する論争が生じ、2005 年に終末期法（レオネッティ法）の制定に結びついた。レオネッティ法では、患者には治療中止を求める権利があることを明確にすることに加え、生命予後が縮まったとしても苦痛緩和のための手段を受ける権利があることが記載された。これは二重効果の原則（生命の短縮の可能性があっても、苦痛緩和を目的とするなら罪には問わないこと）を法律上認めたものであった。2006 年には、植物状態にあった青年が経管栄養を中止した後に、痙攣重積状態となったため、家族が鎮静薬の投与を希望したが、医師は投与しなかったというエルヴェ・ピエール事例が起こった。2008 年には、嗅覚神経芽細胞腫による難治性疼痛および容姿の変容につらさを感じた 40 代の女性が、安楽死を裁判所に求めたが棄却され、おそらくスイスから入手したとされる薬物自殺に至ったシャンタル・セビル事例があった。

これらの事例を受けて 2008 年には、レオネッティ法という法律はあるもの実際には運用がされていないという報告（レオネッティ報告）が議会になされた。2012 年当時のオランダ大統領が、終末期患者の耐えがたい苦痛を和らげる手段がなくなった場合に、明確で厳格な条件のもとで尊厳を保って命を終えるために医療手段を要求できるようにすることを提案し、2014 年レオネッティ・シカール合同提案にて、フランス文化に容認されがたい安楽死と自殺補助ではなく、レオネッティ法を強化する方針が示された。そして、2016 年、クレス・レオネッティ法が制定された。レオネッティ法では事前指示書があったとしても、最終的な判断は医師に任されていたが、クレス・レオネッティ法においては、事前指示書に従うことが医師の義務に定められた。これは、治療中止に関する患者の意思がより重要視されたことの表れであった。また、クレス・レオネッティ法では、持続的な深い鎮静、つまり全ての患者は苦痛を取り除く治療を受け、他の手段では苦痛を取り除けない場合に、意識を消失させる深い鎮静を死亡まで継続することができるが、世界で初めて法律に記載された。これにとどまらず、治療中止（人工呼吸や人工的水分、栄養補給の中止）を行う時に苦痛が起きないように、あらかじめ深い鎮静状態にすることが定められた。クレス・レオネッティ法は、死亡まで深い鎮静を持続できると明記したこと、治療中止と同時に苦痛を生じさせない予防的な意味をもつ鎮静を実施することを明記したこと、鎮静が死亡直前なのか、いつの時期なのかに関してあいまいなことから、フランスが以降どのような人生の最終段階の医療提供をしていくのか世界から注目されている。

イギリス

イギリスでは、安楽死も医師による自殺補助も法的には認められていない。

イギリスにおける安楽死や医師による自殺補助に関する法的枠組みは、1993 年のブランド事

件判決を契機として発展してきた。この判決では、数年来植物状態にあった21歳の青年に対し、保健当局が生命維持治療の中止の合法性について判断を裁判所に求めた結果、裁判所は治療の継続が本人の利益にならないとし、中止を認めた。この判決を受け、生命維持治療の中止に関する議論が深まり、1999年にはイギリス医師会が具体的な指針を策定し、医療現場での治療中止に関する判断基準が示されることとなった。

さらに2005年には、イングランドおよびウェールズにおいて「意思能力法(Mental Capacity Act: MCA)」が制定された。この法律は、意思決定能力を喪失した場合に備えた法的枠組みを提供し、患者の自己決定権をより明確に保障することを目的としている。MCAのもとでは、18歳以上で意思決定能力を有する者が、将来の医療行為について事前に指示を行う権利が認められており、どの治療を拒否するかを具体的に定める必要がある。また、本人の判断でいつでもその意思決定を取り消すことが可能とされている。加えて、本人が意思決定能力を失った場合に備え、治療やケアに関する判断を行う代理人を事前に指名できる「永続的代理権(Lasting Powers of Attorney: LPA)」制度も設けられた。さらに、家族や友人といった相談相手がない場合には、意思決定を支援する「独立意思能力代弁人(Independent Mental Capacity Advocate: IMCA)」が関与する仕組みも整えられている。

その後、2008年にはイングランドの終末期ケア戦略が改定され、事前ケア計画の包括的な枠組みが策定された。この枠組みにより、患者の意向に基づいた医療・ケアの提供が制度化され、より個別のニーズに沿った終末期医療が実現されることとなった。ウェールズにおいても、同様のガイドラインが導入されている。

このように、イギリスでは1993年のブランド事件判決を契機に、生命維持治療の中止に関する議論が進められ、1999年の医師会の指針発表を経て、2005年の意思能力法の制定により法的枠組みが確立された。その後、2008年の終末期

ケア戦略の改定を通じて、患者の意思を尊重する医療体制がさらに強化されることとなった。

イタリア

イタリアでは法的に安楽死・医師による自殺幫助は認められていない。しかし、一定の条件を満たせば憲法裁判所の判断で自殺幫助が認められる状況である。

2014年、ファビアーノ・アントニアーニ氏は交通事故により四肢麻痺および失明の障害を負い、安楽死の合法化を求めた。しかし、国内では法整備が進まず、彼は2017年2月にスイスへ渡り、自殺幫助を受けて死亡した。同行した援助者は帰国後に逮捕されたが、この事件を契機に議論が活発化し、同年、インフォームド・コンセントと事前指示に関する法律が制定された。この法律により、患者は延命治療の中止を選択する権利を持ち、十分な緩和ケアや持続的深い鎮静を受ける権利が明文化された。

その後、2019年にはイタリア憲法裁判所が、患者が十分な意思決定能力を有し、不治の病に苦しみ、生命維持治療を受けている場合に限り、自殺幫助が犯罪に該当しないと判断を下した。ただし、この判決は法律として明文化されるには至らず、個別の判断に委ねられる状況が続いた。

2022年6月には、四肢麻痺の患者であるフェデリコ・カルポーニ氏が裁判所の許可を得て、国内で初めて合法的な自殺幫助を受けた。同月、ファビオ・リドルフィ氏も四肢麻痺のため治療中止を選択し、持続的深い鎮静のもとで死亡した。これらの事例は、2017年の法改正や2019年の憲法裁判所の判断が実際に適用された例として注目された。

イタリアでは、安楽死や自殺幫助に関する議論が進展しているものの、依然として明確な法整備が行われておらず、個別の裁判所判断に依存している。

スイス

スイスでは、安楽死は法律で禁止されているが、自殺幫助を違憲とする法律のない国である。これはスイス刑法第 115 条が、「利己的な理由で他者の自殺を幫助した場合に限り刑事罰の対象となる」と解釈されてきたためである。そのため、1940 年代以降、第三者が個人的な利益を目的とせずに行う自殺幫助は違法とされず、現在に至っている。

スイスでは、EXIT や DIGNITAS といった団体が合法的に自殺幫助を提供しており、それぞれ独自の基準に基づいて活動を行っている。1982 年に設立された EXIT は国内最大の団体であり、16 万人以上の登録会員を有する。この団体では、本人が十分な判断能力を持ち、決断が衝動的なものではなく、長期間にわたって意思が変わらないことを確認した上で、耐え難い苦痛や受け入れがたい障害に苦しむ人に対して支援を行っている。一方、1998 年に設立された DIGNITAS は、ドイツにも支部を持ち、国外の患者にも自殺幫助を提供している点が特徴である。現在、100 か国以上に 1 万人以上の会員が在籍している。

なお医師による自殺幫助は、自宅、専用施設、一部の医療機関内で実施されており、オランダと比較すると実施場所が多様であるとされている。

スイスにおける自殺幫助は個人の自己決定権を尊重しながらも慎重に運用されている。

オランダ

オランダは、2002 年に世界で初めて安楽死を合法化した国である。医師の自殺幫助に関しても合法である。

この背景には、患者の自律性を重視する社会的価値観があるとされている。安楽死は、通常、患者と長期的な関係を持つ家庭医が自宅で実施することが前提とされている。安楽死が実施されるにあたっては、1: 患者の苦痛が耐えがたく改善の見込みがない、2: 患者の意思が自発的で繰り返し求められている、3: 医師が患者の病状を十分に説明し理解が確認されている、4: 別の

医師がセカンドオピニオンを行い、条件を満たしていると判断、5: 安楽死の方法が適切に実施される、6: すべての手続きが報告され、審査委員会の審査を受ける、という条件を全て満たす必要がある。

オランダには医師、法律専門家、倫理学者などで構成される Regional Euthanasia Review Committees が設置されており、実施された安楽死の事例は全て報告され、実施状況の確認や違法な事例の有無を審査のうえ、毎年報告書が公開されている。例えば、2023 年には 9,068 件の安楽死が報告され、これはその年の全死亡者数 (169,363 人) の 5.4% を占め、前年 (8720 件) からの増加率は 4% となった。実施場所は 78.9% が自宅であり、家庭医は患者との継続的な関係を通じて、安楽死や医師による自殺幫助に関する重要な役割を果たしている。

先行研究においては、安楽死を受けた患者に対して多職種チームで医療が提供されていたことや、安楽死を受けた患者の家族が悲嘆をより少なく感じたという調査結果も報告されている。

アメリカ

アメリカでは安楽死は違法だが、医師による自殺幫助に関する法整備は、1997 年にオレゴン州で初めて「Death with Dignity Act (尊厳死法)」が施行されたことで始まった。その後、ワシントン州やモンタナ州などでも合法化が進み、現在では複数の州で同様の法律が施行されている。各州で報告書が作成されるものの、情報収集の方法が異なるため、州を超えた比較には慎重な検討が必要である。

法整備の背景には、終末期医療に関する社会的議論が深まった歴史的事例がある。1975 年のカレン・アン・クインラン事例では、昏睡状態に陥った患者の人工呼吸器の中止を巡る裁判が大きな注目を集めた。1983 年のナンシー・クルーザン事例では、植物状態の患者に対する延命措置の中止を求めた家族の訴えが最高裁まで争われ、事前指示 (リビング・ウィル) の重要性が認

識されるきっかけとなった。さらに、1990年のテリー・シャイボ事例では、意思を示せない患者の生命維持措置の是非が政治問題にも発展し、終末期医療の倫理的・法的議論を深める契機となった。これらの事例を経て、患者の自己決定権を尊重する流れが強まり、現在の各州の法制度に影響を与えている。

例えば、オレゴン州では、患者は医師から経口薬の処方箋を取得し、自らの意思で服用することが法的に認められている。この法律の適用を受けるには、以下の条件を満たす必要がある。年齢要件：患者は18歳以上であること。意思決定能力：医療に関する意思決定を行い、それを医療従事者に伝える能力があること。末期疾患の診断：6ヶ月以内に死亡が予測される末期疾患と診断されていること。そして、これらの条件は担当医とコンサルトを担当する医師の双方によって確認される必要がある。2023年のデータによれば、560人がこの法律に基づく処方を受け、そのうち367人が処方された薬物を服用して死亡し（オレゴン州全体の死亡者の0.8%）、322人（87.7%）が自宅で死亡した。

なお、2023年には、居住要件が撤廃され、オレゴン州外の患者もこの法律の適用を受けることが可能となった。

自殺幫助が合法化される際に懸念されたのは、十分な緩和ケアを受けていない患者や、経済的に苦しい立場にある患者が、本意ではない自殺幫助を受けることであった。しかし実際には、社会的に高い地位にある白人系米国人が希望しており、理由として痛みなどの身体的苦痛ではなく、「死を自分でコントロールしたい」、「自分で自分のことを決められなくなることを望まない」、「楽しいと感じられることができない」ことであった。

一方、ワシントン州もオレゴン州と同様に医師による自殺幫助が合法化されており、毎年報告書が公表されている。医師による自殺幫助が実施されるために満たされなければならない要件はオレゴン州とほぼ同等であるが、ワシント

ン州在住の人に限る点ではオレゴン州とは異なる。2023年の1年間に尊厳死プログラムには合計545人が参加し、524名の参加者が死亡したことがわかっている。なお、427名が薬剤を摂取した後に死亡し、41名が薬剤を摂取せずに死亡、残りの参加者の摂取状況は不明と報告されている。なお、参加者の88%が自宅または私的な居住施設で死亡した。

ドイツ

ドイツでは、安楽死や医師による自殺幫助に関する法制度が大きな変化を遂げている。特に、2020年のドイツ連邦憲法裁判所の判決は、自殺幫助の規制に関して大きな転換点となった。憲法裁判所は、2015年に制定された刑法第217条（商業的な自殺幫助を禁止する法律）を違憲と判断した。この法律は、繰り返し自殺幫助を行う個人や団体を処罰対象としていたが、裁判所はこれが基本権（自己決定権および人格権）を侵害すると指摘した。個人が自らの生死を決定する権利は、憲法上の保障を受けるべきであり、国が一律に禁止することは許されないとしたことになる。この判決により、自殺幫助を提供すること自体は違法ではなくなったが、どのような規制を設けるべきかについては、現在も議論が続いている。

カナダ

カナダは安楽死や医師による自殺幫助が合法の国である。

その背景には1993年、ALS患者が自殺幫助の禁止は憲法違反であるとして訴えたが、カナダ最高裁はこれを認めず、禁止を維持したロドリゲス事件と、2015年にALS患者が同様の訴訟を提起し、最高裁は全会一致で、自殺幫助の禁止が個人の尊厳と自律性を侵害すると判断し、刑法の該当部分を無効としたカーター事件がある。これらの経緯を受け、2016年にMedical Assistance in Dying: MAiDが合法化された。カナダでは、医師による自殺幫助（致死薬の処方）

と医師による安楽死（致死薬の投与）は区別されず、MAiDとして一括りに扱われている。そして、当初、MAiDの適用は「死期が予見される」患者に限定されていたが、2021年の法改正により、この要件が撤廃され、耐え難い苦しみを抱える患者全般に拡大された。

カナダ政府の「Fifth Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada, 2023」によると、MAiDを受けるための条件は以下のとおりである。1: 18歳以上であり、精神的に判断能力があること、2: 重大かつ治癒不可能な医学的状态を持っていること、3: 自発的にMAiDを希望すること、4: MAiDを受けることに対して十分な説明を受け同意していること、5: 州・準州または連邦政府が資金提供する医療サービスを受ける資格があること。その上で、患者の死期が合理的に予見できるかどうかにより、MAiDの適用は以下の2つのカテゴリーに分けられている。トラック1: 死期が合理的に予見できる患者、トラック2: 死期が合理的に予見できない患者。2021年の法改正により、トラック2の患者にもMAiDが適用されるようになったが、トラック2の患者に対しては、より厳格な評価プロセスと90日間の待機期間が設けられている。

先のカナダ政府の報告書では2021年のMAiD実施件数は2020年に比べて32.4%増加し、全死亡者数の3.3%を占めていることがわかる。実施される場所としては、自宅が最も多いが、病院やホスピス、長期介護施設などでも実施されている。2019年の報告では、MAiDを提供した1,271人の医師のうち、65.0%が家庭医であり、次いで緩和ケア専門医が9.1%、麻酔科医が5.0%を占めていた。

今後は精神疾患のみを理由とするMAiDの適用拡大や、高齢者・障がい者の申請に関する懸念が議論されており、今後も慎重な法改正と社会的合意の形成が求められている。

2. アジアにおけるACPの取り組み

アジアにおいては、安楽死や医師による自殺

幫助を合法とする国は存在しない。台湾と韓国では、人生の最終段階の医療を決定していく上で重要とされているAdvance care planning: ACPに関する法整備が行われており、それぞれを整理する。

台湾と韓国の比較に関しては、表2を参照されたい。

台湾

台湾におけるACPに関連する法整備は、2000年の「自然死法」(Natural Death Act, Hospice Palliative Care Act)と2016年の「患者の自律の権利に関する法律」(Patient Right to Autonomy Act)の制定を通じて行われている。

まず、2000年に制定・施行された「自然死法」は、末期がん患者を対象に、延命治療の中止や緩和ケアの提供を法的に認めるものであった。しかし、対象者が限定的であり、心肺蘇生に焦点を当てた範囲の狭いものであったことより、「患者の自律の権利に関する法律」が2016年に制定、2019年1月に施行された。これは患者の医療における自己決定権をさらに拡大するもので、対象者は末期患者（がんに限定されない）、末期認知症患者、植物状態の患者、治癒が不可能と診断された患者、昏睡状態にある患者としている。患者は健康で意思決定能力を有している時に、事前指示書に医療に関する意思を表明し、署名しておくことが可能となった。

「患者の自律の権利に関する法律」において、患者は特定の臨床条件下で、延命治療や人工栄養・水分補給の開始または中止を選択する権利を持つことが明確に規定された。さらに、患者が意思決定能力を喪失した場合でも、事前に指定した代理人が患者の意思を代弁することが可能となった。この際、代理人は患者の意思を覆すことはできず、患者の自己決定権が最大限に尊重される体制が構築された。事前指示書の作成には病院のACPクリニックに行く必要があり、医療保険ではカバーされず、自己負担となっている。指示書の内容は政府のデータベースから

個人番号カードにアップロードされ、台湾内の病院で医療者が確認できるようになっており、内容はいつでも撤回可能である。なお、ACP クリニックは台湾全土の中～大規模病院のほとんどのに設置されている。

これらにより、台湾では ACP が法的に支えられ、患者の意思を尊重した医療の提供に向けた取組が行われている。

韓国

韓国における人生の最終段階の医療に関する意思決定に関連する法律は、2016年に制定された「ホスピス・緩和医療および臨終過程にある患者の延命医療の決定に関する法律」を中心に整備されている。この法律は、延命治療に関する2件の裁判事例を通じて、医学的に治癒の見込みのない状況における生命維持治療に関する社会的コンセンサスが議論された結果として成立し、2018年に施行された。ACPの法的背景として、この法律は重要な役割を果たしており、この法律に基づき、事前指示書（Advance Directive：AD）と医師の指示書（Physician Orders for Life-Sustaining Treatment：POLST）が導入された。ADとPOLSTはいずれも法的に認められており、医療従事者はこれらの文書に基づいて延命治療の中止・撤退を行うことができる。ADとPOLSTは主に基幹病院において、終末期患者のために作成されている。患者本人に意識がある場合は本人が署名し、意識がない場合は家族が署名をすることになっている。AD作成は国立健康保険機関などが指定されており、非医療者のカウンセラーが配置されている。ADは患者の意思を尊重するため、いつでも変更・撤回が可能である。また、ADを閲覧できる医療者は、各病院で特別な研修を受けた人に限定されている。医療者はADを確認しながらPOLSTを作成していく流れとなっている。この法律によると、人生の最終段階にある患者に対する心肺蘇生術、血液透析、抗がん剤投与、人工呼吸器装着の4つの医療行為が延命医療として規定されて

いる。一方で、緩和医療、栄養分・水の補給、酸素の投与は中止してはならないと明記されている。そして、法律では、これらの医療行為を中止するにあたっては、担当医と、担当医とは別の医師の2名が共同で、患者が人生の最終段階にあることを判断する必要が記載されている。

韓国におけるACPの取り組みには課題もある。例えば、医療分野や一般の人々に十分な教育や広報が行われる前にACPに関連する内容が法制化されたため、多くの医師がACPの本質を理解していない状況があると指摘されている。また、医師がACPについての対話よりも法定書類の作成に集中する傾向があり、患者との十分な話し合いの時間が確保できていないという問題も存在している。これらの課題を踏まえ、韓国ではACPの実践と法制度の改善に向けた取り組みが続けられている。

D. 考察

諸外国における安楽死や医師による自殺幫助の現状および、台湾、韓国のACPの取り組み状況を明らかにし、各国の安楽死、医師による自殺幫助やACPに関する法整備に至るまでの背景を整理した。

各国の法整備の状況には、それぞれの文化的背景や歴史的経緯等が関連しており、各国・地域がそれぞれの実情を踏まえながら、人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援について取り組んでいくことが重要と考えられる。

E. 結論

各国の法整備の状況については、それぞれの文化的背景や歴史的経緯等の違いから、その進め方や内容には差異がみられた。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

³. その他

なし

【参考図書・文献・電子資料】

- 森田達也. 続終末期の苦痛がなくならない時、何が選択できるのか. 2022 医学書院
- 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会. 「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解説編」改訂平成30年3月
- 森川岳大. 終末期の医療・ケアに関する制度的枠組みの国際比較. 年報 公共政策学, 2020 14, 137-158
- G. Delogu, D. Morena, V. Tortorella, F. Perna, M. Arcangeli, R. Rinaldi. First Case of Medically Assisted Suicide in Italy Set New Legal Perspectives. Clin Ter 2024; 175 (1):7-10
- EXIT: <https://www.exit.ch/en/englisch/exit->
- DIGNITAS: <http://www.dignitas.ch/index.php?lang=en>
- Dierickx S, Onwuteaka-Philipsen B, Penders Y, et al. Commonalities and differences in legal euthanasia and physician-assisted suicide in three countries: a population-level comparison. Int J Public Health 2020;65:65-73.
- Government of the Netherlands: <https://www.government.nl/topics/euthanasia>
- Regional Euthanasia Review Committees. Annual report 2023: <https://english.euthanasiacommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>
- Swarte NB, van der Lee ML, van der Bom JG, van den Bout J, Heintz AP. Effects of euthanasia on the bereaved family and friends: a cross sectional study. BMJ 2003
- Oregon Death with Dignity Act 2023 Data Summary <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year26.pdf>
- Sullivan AD, Hedberg K, Fleming DW. Legalized physician-assisted suicide in Oregon--the second year. N Engl J Med 2000;342:598-604.
- Ganzini L, Harvath TA, Jackson A, et al. Experiences of Oregon nurses and social workers with hospice patients who requested assistance with suicide. N Engl J Med 2002;347:582-588.
- Washington State Department of HEALTH Death with Dignity Act <https://doh.wa.gov/data-and-statistical-reports/health-statistics/death-dignity-act>
- Report to the Legislature 2023 Death with Dignity <https://doh.wa.gov/sites/default/files/2025-01/422-109-DeathWithDignityAct2023.pdf>
- 柴崎雅子 業としての自殺幫助の禁止は違憲 ドイツ連邦憲法裁判所. 国債研究論

- 叢 34(1): 125-134. 2020
- ヘニング・ローゼナウ 盧家儀. 自殺幫助に対する基本権 ドイツ法における議論 比較法雑誌第 56 巻第 4 号. 2023
 - 本田隆浩. カナダにおける安楽死法の法形成過程 -Carter v. Canada (Attorney General), [2015] 1 SCR 331 を中心として-比較法雑誌第 51 巻第 3 号 2017
 - 柴寄雅子. カナダにおける安楽死の医療化 国際研究論叢 34(1):39-54. 2020
 - Government of Canada. Fifth Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada, 2023
https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/annual-report-medical-assistance-dying-2023.html?utm_source=chatgpt.com
 - House of Commons Standing Committee on Justice and Human Rights – Bill C-7, An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying)
https://justice.gc.ca/eng/trans/bm-mb/other-autre/c7/highlights-saillants.html?utm_source=chatgpt.com
 - 安寧緩和医療法（現行法）
<https://www.cape.bun.kyoto-u.ac.jp/wp-content/uploads/2015/12/59584e2dd0c9b07b5e59f2e55efd256c.pdf>
 - ACP の取り組みの現況と課題 E . 海外における ACP 1) 台湾
https://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/hakusyo_2023/1-2-E-1.pdf
 - ACP の取り組みの現況と課題 E . 海外における ACP 2) 韓国
https://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/hakusyo_2023/1-2-E-2.pdf
 - ホスピス・緩和医療および終末期患者の延命医療の決定に関する法律改正
[\[ethics.com/files/ugd/497bde_900d034241a744c4a95953abd80bccd9.pdf\]\(https://ethics.com/files/ugd/497bde_900d034241a744c4a95953abd80bccd9.pdf\)](https://www.asian-eolc-

</div>
<div data-bbox=)

National Agency for Management of Life-Sustaining Treatment

<https://www.lst.go.kr/eng/index.do>

表 1. 各国の安楽死、医師による自殺補助に関する状況の比較（2025年2月時点）

国/地域	安楽死が合法か (開始年)	医師による自殺 補助が合法か (開始年)	安楽死を 妥当とする 条件	医師による自殺補助を可能とする条件	安楽死および医師による自殺補助の実際	備考
イギリス	非合法	非合法			非合法	2005年：事前指示関連法「意思能力法 (Mental Capacity Act: MCA)」が制定
イタリア	非合法	非合法			非合法	法律での明文化はないが、一定の条件を満たせば憲法裁判所の判断で自殺補助が認められる
フランス	非合法 安楽死・自殺補助は行わないという 国是がある	非合法			非合法	2016年「クレス・レオネッティ法」制定：治療中止に関する患者の意思がより重要視され、事前指示書に従うことが医師の義務に定められた
スイス	非合法	違憲ではない (刑法 115 条の 解釈および自殺 補助を違法とする 法律がない)		耐えがたい苦痛がある中で判断力が保たれ、十分な考慮のもと、死にたいという不変性、自律性に基ついた希望があり、自身で行為が可能であること	安楽死は非合法 医師による自殺補助では、医師から処方された致死量の薬剤を受け取り、自身で投与を行う。	自殺補助団体が複数存在する (Dignitas, EXIT など)
オランダ	合法 (2002年)	合法 (2002年)	1: 患者の苦痛が耐えがたく改善の見込みがない、2: 患者の意思が自発的で繰り返し求められている、3: 医師が患者の病状を十分に説明し理解が確認されている、4: 別の医師がセカンドオピニオンを行い条件を満たしていると判断、5: 安楽死の方法が適切に実施される、6: すべての手続きが報告され、審査委員会の審査を受ける		安楽死は医師により実施される。 医師による自殺補助では、医師が致死薬を処方し患者がそれを自ら服用。患者が薬剤を全て服用できない場合や、服用後に意識が回復するなどの問題が発生した場合、医師が直接致死薬を投与する安楽死に切り替えることがある。	Regional Euthanasia Review Committees が違法な事例がないか等を確認している
アメリカ (オレゴン州)	非合法	合法 (1997年)		18歳以上、予後6か月以内、判断能力の保持、複数回の要求確認等(オレゴン州外の患者でもよい)	安楽死は非合法 医師による自殺補助では、医師から処方された致死量の薬剤を受け取り、自身で投与を行う。	各州で年間報告レポートが作成されている。それぞれの州での情報収集の方法があり、州を超えて比較する際には注意が必要
アメリカ (ワシントン州)	非合法	合法 (2009年)		18歳以上、予後6か月以内、判断能力の保持、複数回の要求確認等、ワシントン州在住	安楽死は非合法 医師による自殺補助では、医師から処方された致死量の薬剤を受け取り、自身で投与を行う。	
ドイツ		議論中		法整備不十分	非合法	自殺補助を全面的に禁止する法律を違憲とした判決があり議論中
カナダ	合法 (2016年)	合法 (2016年)	1.18歳以上であり、精神的に判断能力があること、2.重大かつ治療不可能な医学的状態を持っていること、3.自発的に MAID を希望すること、4. MAID を受けることに対して十分な説明を受け同意していること、5. 州・準州または連邦政府が資金提供する医療サービスを受ける資格があること		医師またはナース・プラクティショナーが薬剤を投与	安楽死と医師による自殺補助は MAID: Medical Assistance in Dying とひとくくりである

表2. 台湾および韓国における人生の最終段階における意思決定にかかわる法整備や取り組み（2025年2月時点）

	台湾	韓国
主要法規	<ul style="list-style-type: none"> - 自然死法（2000年制定・施行） - 患者の自律の権利に関する法律（2016年制定、2019年施行） 	<ul style="list-style-type: none"> - ホスピス・緩和医療および臨終過程にある患者の延命医療の決定に関する法律（2016年制定、2018年施行）
法整備の経緯	<ul style="list-style-type: none"> - 2000年、終末期がん患者の延命治療中止を認める「自然死法（Natural Death Act, Hospice Act）」の制定・施行 - 2016年1月、適用対象を拡大し、患者の自己決定権を尊重する「患者の自律の権利に関する法律」が成立し、2019年1月6日施行。 	<ul style="list-style-type: none"> - 2016年1月8日、生命維持医療に関する決定法「Act on Decisions on Life-sustaining Treatment」が国会で可決。2018年2月施行。延命治療の中止が可能となった。
適用対象	<p>自然死法：終末期がん患者のみ</p> <p>患者の自律の権利に関する法律：- 末期患者（がんに限定されない）</p> <ul style="list-style-type: none"> - 末期認知症患者 - 植物状態の患者 - 治癒が不可能と判断された患者 - 昏睡状態にある患者 	<ul style="list-style-type: none"> - 終末期患者や回復の見込みがない重篤な状態の患者
患者の意思決定方法	<p>自然死法：DNRとホスピス緩和ケア利用に関する選択（DNR/HPC）</p> <ul style="list-style-type: none"> - 自身の意思を記入した書類および2人の保証人による承諾があれば自身で政府のデータベースに書類のアップロードが可能（医療機関の証明不要） <p>患者の自律の権利に関する法律：事前指示書（AD）を作成</p> <ul style="list-style-type: none"> - 自身の意思を記入した書類および2人の保証人による承諾、医療機関の証明を自身もしくは医療機関が政府のデータベースへアップロード - AD作成は病院のACPクリニックを受診する必要がある（自己負担） 	<p>事前指示書（AD）：- 健康な成人が将来の医療について事前に意思を示す文書</p> <ul style="list-style-type: none"> - 本人のみ作成が可能で、国立健康保険機関等（病院・保健所・福祉センター）の登録機関に作成され、国立延命医療管理機関に登録される <p>医師指示書（POLST）：- 重篤な疾患を持つ患者が現在の健康状態に基づいて具体的な治療方針を医師と共に決定する文書</p> <ul style="list-style-type: none"> - 医師が作成し、本人もしくは代理人の署名が必要
代理意思決定	<p>自然死法：法律が適応される状態に患者がなった場合に、代理意思決定者は患者の意思を代弁する形となり、患者の意思が覆る場合がある。</p> <p>患者の自律の権利に関する法律：ADに基づくため、代理人は患者の意思を覆すことができない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 法的に代理意思決定者は定めがない - 患者が延命治療の希望をしておらず、ADもPOLSTもない場合は、家族のうちの少なくとも2人に患者の意向を医師が確認 - 患者の意思確認ができない場合、家族全員の合意と医師2名（担当医と専門医）の同意が必要。
現在の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> - Advance care planningの普及促進。 - 医療従事者への教育とトレーニングの強化。 	<ul style="list-style-type: none"> - ホスピス・緩和医療の拡大 - 医療者に対する Advance care planning の概念等の教育や啓発