

オランダ・ベルギー・ドイツにおける 「安楽死」に関する現状（1）

盛 永 審一郎

I) オランダ

国民の85%が安楽死に賛成しているといわれ、4人に一人が安楽死を見聞きしているといわれている国オランダ。ホームドクター制度が都会でも実施されていて、国民の50%が家庭で生まれ、30%が家庭で死ぬ国オランダ。患者と医師の間に信頼関係があり、また12歳以上は自律的な大人として扱われ、患者が医師にもよく相談する国オランダ。2002年4月1日、30年にわたる議論の末に、オランダは世界で最初の医師による安楽死を許容する「安楽死法」を施行した。（「安楽死法」の内容等については、「表1世界の安楽死法の現状」を参照されたい）。オランダではすでに1993年に遺体処理法が改正され、事実上安楽死が容認されていた。しかし、この法では、安楽死を行った医師は、自らを被疑者として届けねばならず、またその手続きも相当に煩瑣なため（立法化された今日においてもそれは変わらない）、その結果無届けで行われている現実があった。従って、立法は透明性を高めるために必要だった。

5年ごとにとられた医師たちへの聞き取り調査の統計（オランダ政府と Van der Wal ら）によると、安楽死の数値は以下のようなものである。

	1990	1995	2001	2002
死者の総数	128,800	135,700		
安楽死を申し出た件数	8,900	9,700	9,700	
安楽死のケース	2,300	3,200	3,500	1882
医師の自殺幫助	400	400	300	184
明確な願いなしに	1,000	900	900	

医師の言明によると、安楽死させた理由としては、「見込みがない、耐え難い苦痛が74%、尊厳の低下が不可避が56%、苦痛がより強く、広くなることが避けがたいが47%」だった。また、オランダの医師の57%がすでに、積極的死の援助を実施しているということ、99%が安楽死させることへの覚悟を決めているという結果もでた。とりわけ患者の明確な意思表示なしに治療を中絶したり、殺すことが行われた900のケースがあった。それに対する根拠として挙げられたのは、「医学的治療はどれも見込みがなくなっているが67%、改善へのいかなる見込みもないが44%、

家族がもはや耐えられないが38%、あるいは生命の質が極端に低い36%」だった。それ故に決め手となるのは、患者の自己決定ではなくて、耐え難い、見込みのない苦悩の仮定であることが、それゆえに生の質であることがわかる。南ドイツ新聞は次のように論評する。「死の援助の実践は国家の統制をはるかにのがれている。むしろケースのかなりの部分において、法的許容のバリアーが、患者の意志が無視されている。法に反して殺されるか、謀殺される」(17.7.2003)。

なお、オランダでは、肉体的苦痛のみならず、精神的苦痛の場合においても、精神病院などにおいて積極的安楽死が行われているとされる。しかし、オランダ安楽死法では、「耐え難い苦痛」に「精神的苦痛」が含まれるのかどうか、その点が曖昧である。夫人の要請に基づいて致死性の薬物を与えたシャボット事件の最高裁判決(1994年)後も、末期段階になくとも精神的に激しく苦しんでいるときには正当化される場合のあるという政府の政策変更は、申告手続きの書式において修正されることがなかったため、医師たちは新たな訴追方針に疑問をもっている結果と言われている(山下:1999)。またオランダの医師であり、哲学者のテン・ハーフ氏(ナイメーヘン大学教授;ユネスコ技術倫理委員)からの聞き取り調査によると、「耐え難い苦痛とは、病気、しかも肉体的苦痛でなければならない」とのことである。

法律の制定により、無届けの部分を明らかにさせることが、この立法のねらいであった。しかしまだ相変わらず50%が無届けといわれている。また患者の生を終えるために、治療が意識的に中断されるケースは、1990年に2000件、1995年に14000件と報告されている。しかも大部分が説明も同意もないということである。さらに患者の生を終えるために、鎮痛剤の用量が高められたケースは、1995年に2000件、612のケースで代替治療のオプションが断念され、オイタナジーが実施された。648のケースでは医師による自殺幫助で薬が十分に効かず、患者が最後には積極的に殺されるはめになった。これらの事実が示していることは、立法によっても誤用が防止できないということ、それどころか促進されているということを示している。

オランダでは緩和医療に関する認識があまりなかった。最近、苦痛をとる技術について注目され、この技術が、安楽死の代替として、少なからず安楽死に影響を与えている。またカウンセリングの専門家を用意するなどして、患者とコミュニケーションをとることも試みられている。安楽死を一つのオプションとすることにより、安楽死を防げるのではないかという期待も出てきている。医師としてある一個の人間の生命を終わらせることはとても難しいことであり、医師にはその権利があるのだろうか、多くのオランダの医師は困惑を感じているというのも、オランダのもう一つの真実である。

II) ベルギー

オランダに次いで、安楽死法を2002年5月16日に議決し、9月に施行。世界でもっともラディカルで、リベラルな法と言われている。それは、肉体的苦痛だけでなく、心理的苦痛も含むということが明記された点にある。詳細は、「表1世界の安楽死法の現状」を参照されたい。オランダは、ベルギーの法案に対して批判的である。それは、ベルギーの政治家たちが、医師を交えず

に、法案を性急に審議し、国家の一つのステータスとしてこの法案を立法したと捉えているからである。私がお会いしたベルギーの女医は、法案の成立過程に対しては同じく批判的ではあったが、患者の自己決定権と癌末期の人格を破壊するような苦痛の元では、安楽死は容認せざるを得ないという意見であった。なお、ベルギーのホームドクター制は、患者が医師を選べるようになっている。

Ⅲ) ドイツ

オランダで安楽死法が成立ないし、実施されたとき、ドイツの各新聞の見出しは、センセーショナルであった。ドイツでは、積極的安楽死は法律により禁止されている。「望みに応じて殺すこと」は刑法216条により6ヶ月から5年の間の懲役である。間接的死の援助は罰せられない。消極的死の援助は死への幫助として罰せられない。死なせることにおいて患者の意志が医師に対する指針（たとえば患者のリビングウィル）と見なされている。これはまたたとえばレスピレーター（呼吸器）の排除にとっても有効である。苦痛緩和剤の投与が、不可避的に生命短縮に導くとしても、それは死を意図したものではないと理解されている。また、ドイツは自殺援助は不可罰であるが、自殺援助は医師職には禁止されている。従って、ドイツの医師たちは間接的な死の援助だけが、つまり、瀕死の患者または死の過程にある患者の生命短縮もやむを得ない事態での苦痛緩和だけが、医師には許されていることになる。

しかし、アレンスバッハ統計調査所（Institut für Demoskopie Allensbach）の報告によると、ドイツで積極的に安楽死を希望する人は、オランダの85%ほど高くはないとしても70%に達している。特に東ドイツでその数値は高い（旧西ドイツの64%、旧東ドイツの80%。拒絶したのはそれぞれ19%、6%）。ところが、ドイツ医師会、法曹界は安楽死に対して否定的である。それは、ドイツには、ご存じのように、ナチスの忌まわしい過去があるからである。だから、この問題も非常にセンシティブにドイツでは議論されている。そのために、ドイツでは、ナチスが使用した、*euthanasia* という言葉を使用しない。それに代えて *Sterbehilfe* が用いられている。従って、ここでも、安楽死を求めてのオランダ・ベルギー・スイスへの「死のツーリズム（*Sterbetourismus*）」が行われる可能性がある。もちろん、今のところ、オランダは、オランダ以外の人の安楽死を受け入れないと表明している。

ドイツでは、緩和医療を推進する機運が高い。モルヒネの処方箋が上昇していることがそれを示している。1985年に100万人に0.8kgが使用されていたのに対し、1997年には13.0kgになっている。強オピオイドを必要とする苦痛の患者に対するケアが高まっているからである。しかし、その現在の使用量はまだデンマークの1985年と同じである。以下はドイツにおける用語の定義と基本的考え方である。

1) 消極的死の援助 *Passive Sterbehilfe* = *Sterbenlassen* = *Sterbe in Würde*

【定義】：医師が、死にゆく、自律的でない患者の場合に、死を引きのばす治療を放棄するこ

と、あるいは、すでに始まった死を引き延ばす治療を中断することの決断である。

医師の努力の目標は、病気と闘い、健康を要請することである。しかしそれはいつも患者の利害と一致するとは限らない。この処置の目標は、重病で、瀕死の人に、彼の病気で死ぬことの可能性を与えること、彼を死なせること、である。このいわゆる消極的死の援助の倫理的基礎付けは患者の生死にたいする尊重である。ドイツ基本法は「生への権利は保証するが、生き続ける義務を規定」(山下, 2001) していない。

法的には、ドイツには消極的安楽死の問題に対するいかなる直接的規則もない。法律家たちは、今日これらのテーマとますます関わっている。その際二つのドイツ裁判所判決が特定の条件の下で消極的安楽死は認められなければならないということを示した。

—1991年ドイツ裁判所判決：死に瀕した患者の場合、生命維持処置の非開始や中止が法的に許されている。これは、自然の、人間の尊厳に従った死の経過に一致する。基準は死ぬ人の推定的意志で、治療する医師の裁量ではない。

—1994年ドイツ裁判所判決：消極的死の援助に対する許容は、もはや急性の死のプロセスにな
い患者に対しても当てはまる。

2) 積極的死の援助 Aktive Sterbehilfe = Euthanasie

【定義】：患者が表明した願いに基づいて生を終えるために、積極的、自覚的に医師が介入すること。行為の目標は、患者の速やかな死を引き起こすこと——殺すこと。

これには、2種類ある。Sterbehilfeと Hilfe zur Selbsttötungである。前者については、第98回ドイツ医師会議(98.Deutscher Ärztetag, 1995)で、「ドイツ医師会はオランダにおけるオイタナジーの実践と立法化に関心を持っている。オイタナジーが病める不治の病人を医師の課題の一つの要素になることを心配している」として、反対の態度が表明された。このことは、さらに、第99回ドイツ医師会議(98.Deutscher Ärztetag, 1996)で強化された。

1996年の第113回ドイツ外科学会(ベルリン)においても「医師の死の介添えの内容は医学的・人間的援助、苦痛を和らげること、である。自殺への指導、自殺における援助、積極的死の援助は、医師の治療契約には属さない」と明言された。

ドイツ医師会も「死の援助への指針」(1979)、「死の介添え(Sterbebegleitung)への指針」(1993)という態度表明において、そして「医師の死の介添えと要求しうる治療の限界への指針」(1997)において明確に積極的安楽死に反対する表明を行った。

後者(Hilfe zur Selbsttötung)については、ドイツは自殺援助は不可罰であるが、自殺援助は医師職には禁止されている。

3) 間接的死の援助 Indirekte Sterbehilfe = Palliativmedizin 間接的生命終結の援助は許容——緩和医療死

【定義】間接的死の援助は、苦痛を和らげる薬剤による、意図しない、しかし不可避な副次的な

結果としての死の訪れを目をつぶって早めることである。

「苦痛緩和剤の投与が、不可避免的に生命短縮に導くとしても、それは死を意図したものではないと理解されている。伝統的な考え方では、かかる医師の措置は、刑法221条にいう殺害—故殺—であるが、刑法34条の規定に従って正当化されると考えられる。BGHは、その根拠について明らかにしていないが、間接的な生命終結の援助の許容性については疑いを挟んでいない。1996年の判決では、死の過程にある患者に対する生命短縮の可能性のある苦痛緩和処置は、34条の緊急避難規定によって正当化されると判示された。なぜなら、患者の明示的または推定的意思に従った、尊厳ある、かつ苦痛から解放する死の可能性は、最重度の壊滅的苦痛のもとで、わずかの時間をいましばらく生きなければならない見通しよりは、より高い価値の法益であると考えられるからである。オランダ最高裁と同様に、BGHも、ケース次第では、苦しみの終息の利益の方が、殺害禁止の利益に優越する場合があると考えていることになる」。(山下；2001)

・1996年11月ドイツ裁判所 (BGH) の判決

この判決でBGHは「間接的死の援助」を許容した。純粹な苦痛の治療は、

- 患者の意志にそうものでなければならない、
- 医師に命ぜられていなければならない、
- ほんの少しだけ死を早めてもよい。

表明された、あるいは推定する患者の意志に従って、尊厳と苦痛からの自由において死を可能にすることは、激しい苦痛、特にいわゆる人格を破壊するような苦痛のもとで、まだ少しの間生きなければならないチャンスよりはより価値のある法益 Rechtsgut である。

故殺の故に二人の医師に対する判決は、破棄された。

・医師の死の介添えのためのドイツ医師会原則 (1999)

(原則は1999年に公刊された。原則は重篤で死に瀕している患者を医師が取り扱うための重要な原則である。)

序文

医師の課題は、患者の自己決定権の尊重の下で、生命を維持したり、健康を保持したり、回復したり、苦悩を和らげたり、死に至るまで、瀕死の状態にある人を助けることである。

けれども生を維持することの医師の義務はどんな状況においてもあるというのではない。通常は適切な診断や治療行為がもはや指示されなくて、制限が提案される場合がある。そのとき緩和—医療ケア Versorgung が重要となる。それへの決断は経済的考慮に依存させてはならない。

医学的治療の目標とは関わりなく、医師はどの場合にも、基礎的な世話を配慮しなければならない。とりわけそれに属することは、人間の尊厳をもたらすこと、身体の養生、飢えと乾きを沈めることと同様に、呼吸困難と不快感、苦痛を和らげること、である。

治療の種類と程度は、医師が責任をおわなければならない。医師はその際患者の意思を尊重しなければならない。患者の決断を見出す際に、医師は医療や看護のチームとのコンセンサスを求めなければならない。

積極的死の援助は許容されない。そして刑罰で威嚇されている。喩えそれが患者の要望の上でなされたとしても。自殺における医師の幫助は医師のエトスに矛盾する。罰せられるであろう。

これらの原則は医師から具体的状況に置ける固有の責任を取り去ることはできない。

I. 死にゆくものにおける医師の義務

医師は、瀕死の状態にあるもの、すなわち死の開始がすぐに予期される一つあるいはいくつかの生命機関の不可逆的不能を伴う病人や負傷者を、彼らが尊厳のうちに死亡することができるように助けることを義務づけられている。

生命を引き延ばすことへの処置は、患者の意志と一致している場合には、しないあるいはそれ以上続けなくてもよい。その処置が死の開始だけを延期し、そして病気がその経過においてもはや食い止められないときにはである。瀕死のものにおいては苦悩を和らげることが重要であるので、ひよとして不可避な生命の短縮が受け入れられるかもしれない。死を招くか、あるいは臨終を早めるはずの処置による目指された生命の短縮は許容されないし、刑罰で威嚇されている。

瀕死の状態にあるものがみずからの状態と可能な処置について情報を得ることは真理に従っていなければならない。それらは瀕死のもの状態に方向付けられていなければならないし、存在する不安を考慮に入れなければならない。医師は親属にも、近い人にも、患者の意志が反対でなければ、教えることができる。彼らとの会話は共に彼の課題である。

II. infaustな診断を持った患者における振る舞い（省略）

III. 通常生を脅かす障害における治療（省略）

IV. 患者の意志を突き止める（省略）

4) ドイツにおけるHausarzt（ホームドクター）制度について

ドイツ人も、Hausarztをたいてい持っている。それは必ずしも自分の家の近くの人というように決まっているわけではなく、自分でHausarztを選べる。だが、便利な近くの医師をHausarztとする人が多い。Hausarzt制度という言い方はしない。それは制度ではない。簡単な問題は、Hausarztが解決できる。ただ、直接病院へ行くことも可能である。ドイツには二つの保険制度（公的と私的）がある。公的保険の場合、必ずHausartzの証明書が必要である。（J.Reiter教授より聞き取り）。

5) ドイツ議会は2003年4月に、新たにアンケート委員会「現代医療の倫理と法」を設置した。この委員会の重要なテーマの一つが、「死の援助」である。

IV) 展望

安楽死に反対する議論としては、次のものがある。1) 死はタブー。2) 堤防決壊議論（死への自由を認めることは生の不自由を認めることへ繋がる危惧）。3) 代替医療としての緩和医療（死

の援助から生の援助へ)。しかしこれに対して安楽死容認派からは、「高齢者に対する社会福祉施設が不備という社会的現実と、要請に基づいた生命終結の必要性とその拡大の正当化と関連させることは邪道」(中山, 2002), という反論や, 緩和医療は幻想であり, まさに姑息な (palliativ) 医療ではないのかという反論がある。「市民の正当な自由を過剰に制限することは, 法の任務ではないからである。臨死介助の場面において社会的な濫用の可能性を理由として自己決定を制限することは, もっとも弱い立場の者を犠牲にするだけに終わる。……もっとセンシティブに論じることが必要。」(コッホ, 1996)

謝 辞

本稿を作成するにあたり, 以下の方々から資料ならびに専門知識の提供を得た。心より, 謝意を表したい。

マインツ大学カトリック神学部, Prof. Dr. Johannes Reiter

ナイメーヘン大学医療学部, Prof. Dr. H.A.M.J.ten Have

ベルギー, ブラッセル在住医師, Dr. Dominique Jungers

参考文献

S.Husebø/E.Klaschik:Palliativmedizin, Springer, 2000

Council of Europa, 20.01.2003, Sterring committee on Bioethics, Replies to the questionnaire for member States relating to euthanasia

Jeroen Breekveldt:Zahlen, Schätzungen, Dunkelziffern, BioSkop Nr. 22, Juni, 2003, S.13

Van der Wal G, Van der Maas PJ, Bosma JM (1996):Evaluation of the notification procedure for physician assisted suicid, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, N Engl J Med 335:1706-1711.

Süddeutsche Zeitung, 17.Juli 2003, 他。

山下邦也:オランダにおける自殺幫助をめぐる諸問題—安楽死論議の関連で, 香川法学 18, 603-651, 1999

山下邦也:紹介ドイツおよびオランダにおける安楽死論議の比較法的考察, 香川法学 20,331-359, 2001

山下邦也:オランダ新安楽死法(正文), 同志社法学281, 1893-1905, 20022002

ペータータック:オランダ新安楽死法の成立について(講演会);中山研一:タック教授の講演へのコメント, 同志社法学 281, 1843-1893, 2002

コッホ:法的问题としての臨死介助・ドイツ連邦共和国からの報告, 神戸学院法学 26-1, 249-260, 1996

織田有基子:オレゴン州尊厳死法の効力と連邦制度のあり方, ジュリストNo.1228, 262-5, 2002

甲斐克則:安楽死と刑法, 成文堂, 2003

三井美奈:安楽死のできる国, 新潮社, 2003

付表1 世界の安楽死法の現状

	オランダ	ベルギー	ドイツ
法律等	Toesting van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van die Wet op de lijkbezorgung (要請に基づいた生命終結と自殺援助に関する審査, 並びに, 刑法と遺体処理法の改正)	Belgium Euthanasia Law (2002年5月16日議決。9月22日施行。)	積極的安楽死は法律的に禁止されている。「望みに応じて殺すこと」は刑法216条により6ヶ月から5年の間の懲役である。
許容される死	積極的安楽死(自殺補助を含む)を許容。緊急避難を適用。	積極的安楽死(+心理的苦痛)を許容。自殺補助には適応されない。	BGHが直接的な生命終結の援助は意図的殺害とし, 間接的な場合(緩和医療死)を許容(1996年判決)。
内容等	12歳以上で, 16才未満は親権者の同意。注意深さの要件(第2条①)刑法第293条第2項にいう注意深さの要件とは, 次の各号に掲げる医師の所為をいう。 a 患者の自発的かつ熟慮ある要請を確信していること。 b 患者の回復の見込みのない, かつ耐え難い苦しみ存在を確信していること。 c 患者の現状と予後について患者に情報を提供していること。 d 患者の現状では, 他の合理的な解決策がないことを患者とともに確信していること。 e 少なくとも, もう一人の独立した医師と相談したものであること。後者は, 患者と会って, 前記aからdにいう注意深さの要件について文書による判断を交付すること。 f 生命終結又は自殺援助を医療的に注意深く実施したものであること。 以上の注意深さの要件を遵守して, 医師によって行われたものであり, また, この医師が遺体処理法の規定に従って, その行為を届け出たものであるときには, もはや処罰されるべきではないとされる。	医師だけがすることができる。患者が十分に法的能力があり, 自覚的であるとき。要請が随意的であり, よく考慮されていて, 繰り返されたとき。耐え難い, 絶えず肉体的あるいは心理的苦痛, あるいは病気や事故の結果として受け取る苦痛。専門医, あるいは精神科の医師に相談しなければならない。文書での要請と, 安楽死の処置の間に, 1ヶ月は期間をおく。報告の義務。刑法では自殺は犯罪ではない。また自殺を補助し, また教唆することも犯罪ではない。しかし医師の倫理綱領は自殺援助を禁止。刑法の変更なしに, 特別法で制定。	消極的安楽死: 死なせることにおいて患者の意志が医師に対する指針(たとえば患者のリビングウィル)と見なされている。これはまたたとえばレスピレーターの除去にとっても有効。 間接的安楽死(緩和死): 苦痛緩和剤の投与が, 不可避的に生命短縮に導くとしても, それは死を意図したものではないと理解されている。伝統的な考え方では, かかる医師の措置は, 刑法221条にいう殺害一故殺一であるが, 刑法34条の規定に従って正当化されると考えられる。 自殺援助: ドイツは自殺援助は不可罰であるが, 自殺援助は医師職には禁止されている。従って, ドイツの医師たちは間接的な死の援助だけが, つまり, 瀕死の患者または死の過程にある患者の生命短縮もやむを得ない事態での苦痛緩和だけが, 医師には許されている。受動的死の援助は自殺への補助として罰せられない。
背景	<ul style="list-style-type: none"> ホームドクター制。信頼関係あり。しかも患者は医師によく相談する。 12歳以上は自己決定権(患者の権利法: 12才から17才も負担の重い医療の拒否権)。 2002年安楽死1882件, 自殺補助184件。しかしまだ50%が無届け。 1993年遺体処理法の改正(訴追しない)など, 30年にわたる議論。 	<ul style="list-style-type: none"> ホームドクター制はあるが, ゆるい。医師を選ぶことができる。 立法の際に, 医師の参加なしに, 政治家が政治的決断で法律を作ったという批判がある。 医師がより多くの決断 	<ul style="list-style-type: none"> ナチズム・T4計画=euthanasiaの名の下に, 障害者を安楽死させた過去への反省。 ホームドクターを持っているが, 自分で選べる。簡単な問題はここで解決。義務の保険の証明書は家庭医が書く。 国民の70%に安楽死願望あり。

日本	オレゴン州 (米)	世界
<p>名古屋高裁判決 (1962) / 六要件 東海大学付属病院裁判 (1992-5) 横浜地裁 / 四要件</p>	<p>オレゴン州尊厳死法 (1997/11) Oregon Death with Dignity Act</p>	<p>リスボン宣言 (1981)「患者は尊厳のうちに死ぬ権利を持つ」。 マドリッド宣言 (1987)「安楽死は倫理に反する。しかし末期症状にのプロセスを受け入れたいという患者の望みを医師が尊重することをさまたげるものではない」。 1992年医師会声明「治療を辞退する権利は患者の基本的権利」 患者の権利章典 (アメリカ病院協会) 1973「法律が許す範囲で治療を拒絶する権利がある」。</p>
<p>積極的安楽死を許容 (? - 判例が確立したわけではない)。</p>	<p>医師・薬剤師の自殺幫助 (致死薬の処方) を許容</p>	<p>ヘムロック協会 (1980) 死の権利協会世界連合 (1982)</p>
<p>横浜地裁四要件 ①死期が切迫している, 不可避である ②耐え難い激しい肉体的苦痛がある ③苦痛を除くための方法を尽くし, 他に代替手段がない ④患者の現実の同意</p> <p>「死と医療特別委員会報告」(日本学術会議) 1994「栄養補給も中止してよい場合がある」。</p> <p>日本尊厳死協会 (1983)</p>	<p>人間らしく (humane), かつ尊厳ある (dignified) 方法で, その人生の最後を迎えるための薬物療法を, 書面により要求できるようにするための手続きを詳細に規定するもの。 18才以上のオレゴン州市民で, 回復の見込みのない, もはや6ヶ月以上生きる見込みのないもの。2回の口頭の要請 (15日以上の間隔) と, 2名の証人の前での文書に署名。48時間の待機期間において薬物の処方箋。 医師・薬剤師の民事・刑事裁判を免除。</p> <p>2002年現在まで100名ほど。 2001アシュクロフト・ディレクティブ 2002差し止め命令</p>	<p>イギリス 法の上では可罰的, 現実には曖昧な処理。医師が延命治療を中止するか, 手控える「消極的安楽死は」二つの極端なケースで受け入れられている。「患者が望むとき」と「絶望的な植物状態」にあるとき。後者の場合は栄養補給の中止は合法的。 2002ダイアン・プリティ事件。許容されず。</p> <p>スイス 非医師による自殺援助は, 利己的動機でなければ, 違法ではない。そこで医師は致死薬を処方するが臨席しない。 NGO: EXIT</p> <p>オーストラリア 北部準州「末期患者の権利法」(1996年施行 / 1997年無効)</p>
<p>関西電力病院事件 (1995; 2003年発覚) / 京北病院事件 (1996) 不起訴 / 川崎協同病院事件 (1998)</p>	<p>1975カレン・アン・クインラン事件 / 1988ナンシー・クルーザン裁判 / 1990患者の自己決定権法 / 1993「医師による自殺幫助」裁判</p>	