HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	終末期の医療・ケアに関する制度的枠組みの国際比較
Author(s)	森川, 岳大
Citation	年報 公共政策学, 14, 137-158
Issue Date	2020-03-31
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/78243
Type	departmental bulletin paper
File Information	14-11_Morikawa.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

【リサーチペーパー】

終末期の医療・ケアに関する制度的枠組みの国際比較

森川　岳大*

はじめに

患者の自己決定権の尊重と尊厳の確保を目的に、事前に患者や家族、医療従事者間で終末期の治療やケアの方針について話し合い（Advance Care Planning：ACP）、生命維持治療の可否について事前指示（Advance Directive：AD）を行うための取組みが国内外の行政機関や医療機関、介護施設で行われている。

日本でも2014年に医療従事者向けのACPの教育プログラム（Education For Implementing End-of-Life Discussion：E-FIELD）が厚生労働省を中心に開発され、倫理的な判断や患者とのコミュニケーションの方法等の学習に向けた環境整備がスタートした。また、2018年に実施された終末期医療のガイドライン改定や診療報酬・介護報酬の同時改定においてACPに関連した改定が行われ、一部の医療機関や介護施設において、ACPの結果を経て事前指示書（AD書）を作成する人も増えてきている。一方、作成されたAD書に法的拘束力がないため本人の意思に反した治療が行われる危険性があることや、作成されたAD書の情報共有が行われていないこと、ACPのための十分な環境整備が行われていないことからACP・ADに関する具体的・包括的な枠組みが社会的に整ったとは言い難い現状にある。

そこで本稿では、超高齢社会の大きな課題である高齢者のACP・ADに焦点をあて、その概念と効果、イギリス、オーストラリア、台湾、韓国そして日本の政策動向に関する比較検証を行った後、日本における①事前指示関連法の制定、②意思決定支援の具体的な実施方法、③医療介護従事者間の情報共有について考察する。

1．ACP・ADの概念と効果

1.1　ACPの定義と効果

ACPの定義は、各国のガイドライン等によって様々であり、国際的に統一した見解は示されていない。ACPの先進地であるイギリスで、政府が運営する国民保健サ

* 北海道大学公共政策学研究センター研究員（13期修了生）
E-mail: takehiro.morikawa.7@gmail.com

ービス（National Health Service：NHS）が示すACPガイドラインでは、ACPは「あなたと家族を含むケア提供者との間での話し合いのプロセスであり、将来のケアへの意向を表現し選択できる[1)]」としている。また、成人になった段階から早期にACPを行うことを啓発しているカナダのナショナルフレームワークでは、ACPは「成人が疾病等によって必要となった治療やケアの選択の意向と、その人自身の生活の質（Quality of Life：QOL）に関わる信念や価値、希望について、家族等の大切な人や医療従事者と話し合い対応するプロセス全体である[2)]」と定義している。日本では、厚生労働省による定義で「今後の医療・療養について患者・家族等と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス[3)]」があるほか、角田（2015）は「身体機能低下や意思決定能力低下をみすえて、今後の治療・ケア・療養生活に関する本人の意向や代理判断者について、患者、家族、医療者やケア提供者などの関係者が話し合い、本人らしさを生かした計画を立てていくプロセス[4)]」と定義している。

ACPの定義に必要とされる具体的な要素は、西川、長江、横江（2016）によると、①話し合う人、②話し合う内容、③話し合う時期・回数、④プロセスであることの意義の計4つの要素が示されており、事前指示書を作成することがACPの主な目的ではなく、あくまでも話し合いのプロセスにその意義があるとしている。

ACPの効果は、Ramsaroop SD, et al（2007）によると、AD書を作成する際に、説明資料のみで意思決定する場合に比べ、ACPを実施した場合にはAD書の作成率が増加することが示されており、Engelhardt JB, et al（2009）では、入院期間の短縮の効果が報告されている。また、判断能力のある80歳以上の入院患者を対象にしたオーストラリアの調査[5)]では、ACPを通常のケアに取り入れた場合では終末期の希望が尊重されたとする患者の割合が86％であったのに対し、取り入れなかった場合では30％に留まることが示されている。遺族の満足度を見ても、同調査によってACPを通常のケアに取り入れた場合の90％が満足していたのに対し、取り入れない場合では78％に留まっており、本人と家族の医療に対する満足度の向上、遺族の不安やストレス、うつ状態を軽減させることが示されている。イギリスの終末期医療政策（Gold Standard Framework：GSF）の中でもACPは最も重要な要素として位置づけられており[6)]、本人の満足度・QOLの向上と、医療費の削減効果が報告されている[7)]。日本でも本人と

1） NHS (2009) Planning for your future care – a guide.
2） Canadian Hospice Palliative Care Association (2012) Advance Care Planning in Canada, National Framework.
3） 厚生労働省（2018）「人生の最終段階における医療に関する意識調査－集計結果（速報）の概要－」第4回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、p. 65
4） 角田（2015）、p. 58
5） Detering KM, Hancock AD, Reade MC, et al (2010) pp.3-7
6） Gold Standard Framework. (http://www.goldstandardsframework.org.uk.)（2018年10月10日閲覧）
7） 千田（2015）、p. 27

家族、医者による終末期医療に関する意思決定が、家族もしくは医者のみの場合に比べてQOL評価が高くなることが示されている[8)]。

以上のように、ACPの定義は各国で異なり、家族や医療従事者との将来の治療・ケアの方針に関する話し合いプロセスであることに加え、本人の信念や価値の尊重、代理人の指定も含めるものや自発的であることを強調する定義に分けられる。その一方、効果についてはほぼ共通して本人の満足度・QOLの向上、遺族の不安やストレスの軽減等が指摘されている。

1.2　ADの定義と効果、ACPとの関係性

ADは、Davidson KW（1989）で「意思決定能力の喪失時に備えて、将来起こりうる医療的な問題への対応（例：心肺蘇生、人工呼吸器の使用、輸液の実施、経管栄養の実施等）を医療従事者と協議してあらかじめ決定するとともに、代理意思決定者の選定をあわせて行うものである[9)]」と定義され、一般的に事前指示と呼ばれている。ADの内容は、終末期の医療の選択と決定について、判断能力を失う前に本人の意向を書面にて正式に伝えておく「内容的支持（Living Will：LW）」と本人が判断能力を失った際に意思決定を代行する人を事前に指名しておく「代理人指示」で構成され、延命治療が行われにくくなるという報告[10)]や医療費の抑制につながる可能性も指摘されている[11)]。

その一方で、たとえADに関する知識を備えていても、AD書を作成する人が少ない[12)]との報告もある。その原因としてADが法的文書であるために、一度記載した内容が固定化しやすいといった問題や、ADの内容が将来可能性のある治療選択のうち、特定の治療選択が記載されることが多く、たとえ多くの治療の選択肢を記載したとしても患者にとってはその治療選択を予測すること自体が困難といった問題が指摘されている[13)]。さらに、代理人の負担の大きさや、人生の終末期に起こり得る医学的な意思決定は自分で行うのではなく家族や医師に委ねることを望む者もいること[14)]、医療従事者の多くは「死」について、あるいは人生の終末期をどう考えるのかについての教育を受けている者が少ないとする指摘がある[15)]。

上記のADの諸問題を解決するため、①患者や家族、医療従事者が話し合いをする上で意思決定を共有する努力をすること、②話し合いは治療選択に限定したものとせ

8）岩淵、佐藤、宮下他（2016）、pp. 189−200
9）Davidson KW, Hackler C, Caradine DR, et al (1989) pp.2415-2419
10）Silveira MJ, Kim SY, Langa KM (2010) pp.1211-1218
11）Tillyard AR (2007) p.219
12）Angela Fagerlin, Carl E. Schneider (2004) pp.30-42
13）足立、鶴若（2015）、p. 73
14）Nikki Ayers Hawkins, et al. (2005) pp.107-117
15）足立、鶴若（2015）、p. 74

ず、患者の関心事や懸念、ケアの目標や価値観を明確にする内容であること、また何度もフォローアップして更新すること、③ADの記載内容は、意思決定を行う場合の推論や解釈をするための基礎情報として柔軟に扱うこと、④将来の意思決定を可能にするために、変更可能でプロセスを重視する方法論を採用すること、の計4つの項目に重きを置いた意思決定支援の取組みが試みられ、これがACPの始まりであるとされる[16]。一般的にADは本人のみの決定に基づき、1人で書類を作成することでも成立する。しかし、本人のみで作成した場合は、本人が選択・決定した判断の根拠や背景を家族や医療従事者が理解することが困難となる可能性がある。

以上から、ADは単に本人の終末期における心肺蘇生術や生命維持治療に関する事前指示として考えるのではなく、本人や家族、医療従事者が互いの価値観や人生観等を共有しながら行うACPの一環として位置づけられていることが重要であると考える必要がある[17]（**図1**）。

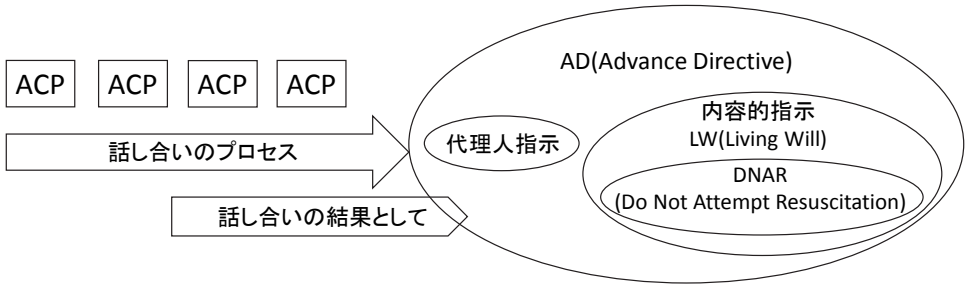


図1．ACPとADの関係

（出典）阿部康之、木澤義之、長江弘子（編）（2014）『アドバンス・ケア・プランニングと臨床倫理－看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケアー』日本看護協会出版会、pp. 38-44より筆者作成。

（注）DNAR（Do Not Attempt Resuscitation）は心肺停止状態に陥った時、心肺蘇生術（CPR）をしないという本人の意向であり、この本人の意向を関係する医療従事者に表明するものがDNAR指示である。またLWはそれ以外の生命維持の治療（抗菌薬の投与、輸血、透析点滴等）に関する事前指示も含んだものとされている。

2．制度的枠組みの国際比較

アメリカ、オーストラリア、ドイツ、スペイン、シンガポール等の諸外国では、事前指示に関する法整備や制度構築が行われ、意思決定支援（ACP）の取り組みが行われている。アジア諸国においても、台湾では2000年に事前指示関連法が制定され国策としてAD表明を推進し[18]、ACPの普及を行っている。また、タイや韓国でも事前指示関連法を制定し患者の事前指示に法的拘束力を与えるに至っている[19]。

16）Anne Wilkinson, et al (2007) p.14
17）西川、長江、横江（2016）、p. 6
18）Hu WY, Huang CH, Chiu TY, et al (2010) pp.1701-1704
19）国際高等研究所（2016）、p. 3

そこで、こうした諸外国の動向の中から事前指示関連法やACP・ADの実施状況に関する比較を行い、日本における制度的枠組みの構築に示唆を与えることを目的に、世界各国の終末期医療の質に関する評価報告「The 2015 Quality of Death Index[20)]」において高評価を得たイギリス、オーストラリアに加え、同じアジアで制度的に日本より先行している台湾と韓国の計4ヵ国を対象に、ACP・ADに関連する法律や制度、具体的な実施方法や諸課題について、まず整理を行う。その上で、次章において相互の特色を比較しつつ、日本における課題を考察する。

2.1 イギリス

イギリスにおける終末期医療は、19世紀後半から20世紀前半にかけての医療技術の急激な発展を背景に、かつてのキリスト教的慈善心に基づいた慣行を法制化したPoor Law（救貧法）の流れを汲む病院において実施された「医師と患者間の対話中心の医療」から、「解剖学や理学、統計学や生物学的アプローチを重視した近代医療」へと姿を変え、その目的をCare（ケア）からCure（治療）へ変化させた。その後、20世紀後半には近代医療が人格を持った個人から機能不良の身体のみに焦点を移してしまったことに対して疑問の声が噴出し、患者の権利や尊厳の確保に関する議論が沸き起こる結果となる[21)]。生命維持治療の中止に関しては、1993年のブランド事件判決において、遷延性植物状態にある患者に治療を継続することは本人の利益にならないとして病院の治療中止の要請が認められたことを契機に、治療継続の是非に関する判断が同判決を基準として行う流れとなる[22)]。

その後、具体的な法的指針がないことに関する懸念が示されたことを契機に1999年に医師会が生命維持治療の中止と差し控えに関する指針を出し、2005年にイングランド（ENG）及びウェールズ（WAL）において事前指示関連法「意思能力法（Mental Capacity Act：MCA）2005[23)]」が制定された[24)]。同法において意思決定能力がなくなった場合に備えて行う事前指示の権利や、終末期に本人に代わって治療・ケアの決定を行う代理人を事前に指名する永続的代理権（Lasting Powers of Attorney：LPA）、家族や友人といった相談相手がいない、意思決定能力を喪失した人の意思決

20）この評価は、①緩和ケアと保健医療状況（palliative care and healthcare environment）、②人材（human resources）、③保健医療のための経済負担力（the affordability of care）、④ケアの質（the quality of care）、⑤地域社会のかかわり程度（the level of community engagement）の計5項目について、20の質的・量的指数から算出されている。

21）加藤（2009）、pp. 7-21

22）国際高等研究所（2016）、p. 25

23）The National Archives, Mental Capacity Act 2005. (http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents/enacted)（2018年11月21日閲覧）

24）同様の法律として、スコットランドではIncapacity Act 2000、北アイルランドではMental Capacity Act 2016が制定されている。基本的な構造は変わらないため、本稿ではMCA2005のみについて記載する。

定を支援する独立意思能力代弁人（Independent Mental Capacity Advocate：IMCA）制度が設けられている。

事前指示に関しては、18歳以上の個人且つ治療に関する事前の意思決定を行う能力がある者のみが行うことができる。事前指示ではどの治療を拒否したいのか具体的に指示する必要があり、いつでもその意思決定の全部または一部を取り消すことができる[25)]。イギリスでは事前指示に特段の決まった様式はなく（フォーマットを作成している慈善団体は存在する）、口頭でも書面でも可能であるとされているが、生命維持治療の事前指示に関しては必ず書面で行う必要があるとし、具体的な要件を規定している[26)]。但し、政府による事前指示書の登録システムは構築されていないため、作成した事前指示書は、①かかりつけ医にコピーの保管をさせる、②緊急時に連絡が取れる人にコピーの保管をさせる、③定期的にケアを受けている看護師や介護士に保管させる、④かかりつけ医に対し、事前指示書を作成したとカルテに記載するよう依頼する、⑤Medical Alert[27)]に登録する等の対応を行うことが推奨されている[28)]。

MCA2005では、ACPの枠組みを提供する義務も規定しており[29)]、2008年に改定されたENGの終末期ケア戦略ではACPに関する初の包括的な枠組みが策定された。現在では、WALにおいても同様のガイドラインが出されている[30)]。

イギリスにおけるACPは、かかりつけ医や看護師、介護士、ボランティアがファシリテーターとして重要な役割を果たしており、医療従事者側からACPを促す場合もある。ファシリテーターの質の担保に関しては、家庭医学会や医師会、一般医療評議会やNHSが医療従事者向けのACPガイドラインを作成し、そのガイドラインに沿ったコミュニケーションが求められる[31)]。また、2000年にKeri Thomas博士によって開発され、現在ではイギリスの終末期医療政策として活用される緩和ケア介入のための様々なツール群からなるプログラム（Gold Standards Framework：GSF）においても、ACPの教育プログラムを提供し、認定制度の構築がされている。また、全国緩和ケア協議会はボランティアのための教育プログラム（Dying Matters）を提供し、ボランティアとしてACPに関わる者はこのプログラムの受講が推奨される[32)]。

ACPの情報共有に関しては、2015年に保健省が中心となって開発した情報共有シ

25）新井（監訳）、紺野（訳）（2009）、p191
26）新井（監訳）、紺野（訳）（2009）、pp. 193−196
27）1956年に設立された緊急時に医療当局に会員の医療情報データを提供する非営利組織のサービス。
28）COMPASSION IN DYING, HOW DO I MAKE AN ADVANCE DECISION (LIVING WILL)? (https://compassionindying.org.uk/making-decisions-and-planning-your-care/planningahead/advance-decision-living-will/making-advance-decision-living-will)（2018年11月21日閲覧）
29）Keri Thomas, Ben Lobo, Karen Detering (2018) pp.120-127
30）Keri Thomas, Ben Lobo, Karen Detering (2018) p.81
31）Keri Thomas, Ben Lobo, Karen Detering (2018) p.139
32）Keri Thomas, Ben Lobo, Karen Detering (2018) p.148

ステム（Electronic Palliative Care Coordination Systems：EPaCCS）によってACPの記録を患者のケアに関わる全ての医療従事者に共有するための環境整備が行われている[33)]。

2.2 オーストラリア

オーストラリアでは、1880年代に南オーストラリア州と北部準州において自然死に関する法律が制定され、心肺蘇生術や、生命維持治療の選択に自らの意志を反映させる事前指示書を作成することが可能になっている。また、ビクトリア州では、1987年にビクトリア州議会で意思決定能力の喪失に備えて行う代理人指定に関する法律が制定され、指定された代理人は望ましくない治療を拒否することができる仕組みになった。その後、同様の法律が他の州においても制定され、現在ではほとんどの州/準州で事前指示関連法が制定されている[34)]。

オーストラリアにおける事前指示は一般的にADの形態をとっており、連邦政府や各州・準州政府は一定の年齢を超えた国民に対し、①医療従事者からの説明を受け、医療行為を決定する代理人（The Medical Power of Attorney：MPA）、②医療行為だけでなく生活習慣に関するすべての決定を行う代理人（The Enduring Power of Guardianship：EPG）、③経済的な決定を行う代理人（The Enduring Power of Attorney：EPA）、④事前指示の4つを決めることを推奨している[35)]。事前指示には判例を積み重ねた慣習法の体系であるコモンローに基づき実施・適用されるものと、各州・準州の法律に基づくものの2種類がある。どちらの事前指示が効力を持つかは地域によって異なり、2種類の事前指示が効力をもつ地域もある。

州/準州法に基づく事前指示に関しては、事前指示関連法を制定している州・準州がオーストラリア首都特別地域、北部準州、クイーンズランド州、南オーストラリア州、ビクトリア州、西オーストラリア州の計6つの州・準州となっており、それぞれの法律で年齢や具体的な生命維持治療の種類、本人及び証人の署名、代理人の指定等に関する事前指示の要件を規定している。これらの州では制定された法に基づきADの公式フォーマットが作成され、各政府のホームページ等で簡単に取得することが出来る。

ニューサウスウェールズ州とタスマニア州では事前指示関連法が制定されていないため、コモンローに基づく事前指示書のみが法的拘束力を持つ。また、法が制定されているオーストラリア首都特別地域や北部準州、南オーストラリア州、西オーストラリア州、ビクトリア州ではコモンロー、州・準州法に基づく事前指示は共に有効であるものの、公式フォーマットに基づきAD書を作成することが推奨されている。クイーンズランド州ではコモンローに基づく事前指示書には法的拘束力がないとされ、公

33）Matthew J Allsop, Suzanne Kite, Sarah McDermott, et al (2017) pp.475-482
34）Keri Thomas, Ben Lobo, Karen Detering (2018) p.196
35）福田（2009）、p69

式フォーマットに従いAD書を作成する必要がある。コモンローに基づく事前指示書のみが法的拘束力を持つニューサウスウェールズ州とタスマニア州では、本人の署名や日付、証人や治療の種類に関する正式な要件はない。それ故、基本的に自らの意思で心肺蘇生術や生命維持治療に関する事前指示書を自由に作成できる。しかし、両州政府共にADの公式フォーマットを作成しており、作成者は公式フォーマットに従ったAD書の作成が推奨されている[36)]。なお、どの州・準州においても作成した事前指示書は連邦政府のオンラインサービス（My Gov）からアクセスできる情報共有システム（My Health Record）に電子化した事前指示書を登録する必要がある[37)]。

事前指示がない場合の心肺蘇生術、生命維持治療の中止に関しては、家族や親族がいる場合も基本的に担当医が最新の医学的見地によって無益または非有益な治療であると判断した場合、個人または代替の意思決定者からの同意を得ることなく中止できる。しかし、可能な限り常に家族と治療に関する合意形成を行う必要があるとされる[38)]。

ACPに関しては、政府保健省によって運営される国家プログラム（Advance Care Planning Australia）において、国民に終末期における治療の決定に向けた具体的な話し合いの流れや、ACPに関する国の政策や戦略、心肺蘇生術や人工呼吸器、チューブ給餌や人工透析に関する具体的な情報提供、電話相談サービスを展開している。また、医療従事者向けの教育セミナーの開催や、eラーニングの教育プログラムの提供も行っている。患者は家族とかかりつけ医等の医療従事者と話し合い、AD書を作成することが推奨されている[39)]。

2.3　台湾

台湾社会においては、「孝」という儒教思想の影響から、家と故郷で死を迎えることを重視し、重い病気に罹った家族を全力で治療し、最期まで看取ることが「善終」の実践であるとする伝統が存在する。しかし、医療技術が進歩したことにより、多くの人が病院で最期まで積極的な治療や延命治療を受けられるようになった一方、医療の高度化に加え、少子化や高齢化、核家族化など近代化の不可避なプロセスに伴い、

36）End of Life Law in Australia, Advance Directives. (https://end-of-life.qut.edu.au/advance-directives/state-and-territory-laws)（2018年12月18日閲覧）

37）Australian Digital Health Agency, For you & your family, Manage my record, Add an advance care plan. (https://www.myhealthrecord.gov.au/for-you-your-family/howtos/add-advance-care-plan)（2018年12月20日閲覧）

38）End of Life Law in Australia, Stopping Treatment, Adults, Withholding and withdrawing life-Sustaining treatment for adults and guardianship law. (https://end-of-life.qut.edu.au/stopping-treatment/adults)（2018年12月20日閲覧）

39）Advance Care Planning Australia. (https://www.advancecareplanning.org.au)（2018年12月21日閲覧）

その重要性が薄まりつつある中で「善終」の実践は今後どうなっていくのかという新たな問題が浮上することになる[40]。

上記の問題を受け、終末期医療のあり方に疑問を抱く視点から、病院においても心肺蘇生術や生命維持治療を差し控えて、自然のまま亡くなる「自然死」の言説が生み出された。1990年代の後半以降、DNAR指示に基づく自然死を入り口とした終末期医療の法制化が本格的に開始されることとなり[41]、自然死の法制化として2000年に安寧緩和医療法が制定された。2002年には本人の事前指示による生命維持治療の差し控えに加えて、中止も認める改正案が立法院の院会で可決、2012年には、本人の事前指示がない場合に、末期患者に対してすでに施されている延命治療を家族の代理決定により中止できることを認める「安寧緩和医療法の一部を改正する法案」が提出され、近親者[42]の１人が同意書に署名すれば中止ができるとの規定が新たに加わった。また、同法第７条では、心配蘇生術または生命維持治療の中止要件として、①２人以上の専門医が末期患者であると判断し、②本人が署名した事前指示書がある場合と規定され、近親者のいない且つ終末期医療に関する事前指示書も存在しない患者に対しては担当医が緩和医療専門医と相談して判断するとした上で、患者の最善の利益に即した医学的判断によって延命治療の中止ができるとされる[43]。2015年には「安寧緩和医療法」を補完する法律として位置づけられた「病人自主権利法」が立法院の院会で可決され2019年の１月に施行された。円滑な施行を実現するため、衛生福利部は2018年10月３日に「病人自主権法施行細則」を発表し、①事前指示が有効なケース、②衛生福利部のデータベースでの保管と健康保険証へのAD書の登録、③代理人の権限等の詳細な規定がされた[44]。

病人自主権利法では、病院に対しAD書作成のための情報提供の努力義務を課しており、ACPの取組みも始まっている。台湾政府はACPの議論や終末期の意思決定を促すために、病院だけでなく地域社会におけるACPの概念の普及を行っている[45]。実際に台北市立総合病院では、2015年から入院患者を対象にACPを実施し、ACPを行うすべての医療提供者には教育プログラムの提供が行われている[46]。2018年に「病人自主権利法施行細則」と共に発表された「医療の事前指示書相談サービスを提供する医療機関管理方法」ではACPを提供する医療機関の条件として、①ACPが行える病院として市政府が指定する病院評価に合格した一般病床200床以上の病院であるこ

40）鍾（2016）、p80
41）鍾（2016）、p105
42）20歳以上の家族や親族（２親等以内の親族）。
43）鍾（2016）、pp. 112-128
44）衛生福利部ホームページ「病人自主權利法明年上路衛福部公布配套辦法」『病人自主權利法施行細則』（https://www.mohw.gov.tw/cp-3801-44221-1.html）（2018年11月18日閲覧）
45）Shu-Chen Wang, Chih-Jung Chang, Sheng-Yu Fan, et al (2015) p174
46）Dachen Chu, Yung-Feng Yen, Hsiao-Yun Hu, et al (2018) p3

と（周辺の島々、山又は他のへき地では市政府の指定のみ）、②明確に分離されたACPを実施するスペースを設置していること等が規定され、ACPを行うチームやスタッフに関する条件として、①医者と2年以上の実務経験を有する看護師若しくは心理学者・ソーシャルワーカーを設置すること、②衛生福利部が提供するACPトレーニングプログラムを受講すること、③ACPを完了するまでの記録を保管すること等の規定が行われ、その他ACPの料金について各病院が市政府との相談により設定すること等の規定が設けられた[47)]。

台湾におけるACPの特色として、ACPを実施する際に家族若しくは親族の内少なくとも1人を招待しなければならないことが挙げられる。これは中華文化圏の顕著な特徴である家族集団主義を重んじることの影響を強く受けていると考えられ、基本的に1人でも事前指示書の作成が可能なイギリスやオーストラリア（証人の署名は必要）とは異なるものである。また台湾では終末期医療の現場に宗教儀式を取り入れることを実践しており[48)]、スピリチュアル・ケアにも力を入れていることが伺える。

2.4　韓国

韓国では、1997年の自発呼吸が困難な患者が家族の意向により退院し、人工呼吸器を外した直後に死亡した事件（ポラメ病院事件）を契機に終末期医療に関する議論が活発化した。その後、2009年の生命維持治療の中止を認める判決を下した裁判（金ハルモニ事件）を契機に「尊厳死」をめぐる議論が本格化し、「無意味な生命維持治療の中止」の合法化を要求する世論が高まり[49)]、2016年1月に「ホスピス・緩和医療及び臨終過程にある患者の延命医療決定に関する法律（尊厳死法）」として国会に提出、同日に可決された（尊厳死法は2017年8月4日、延命医療中止に係る主要条項は2018年2月4日に施行された）[50)]。

尊厳死法では中止が可能な医療行為は、人工呼吸器の装着、心肺蘇生術、抗癌剤の投与、腎臓透析の4種類とし（酸素供給や点滴による栄養・水分補給等の生命維持治療の中止はカトリック教会の反発により認められなかった）、中止を認めるための要件として、患者の意思が確認できる場合（直接的な本人確認ができない場合の家族・医師による間接的な確認を含む）は、①患者の要請により医師が作成する延命医療計画書に基づく意思確認をすること、②DNAR書（19歳以上のみ登録機関で作成可）に基づく意思確認をすること、③患者が一貫して延命治療中止の意思表示を行っていた

47）衛生福利部ホームページ「病人自主權利法明年上路衛福部公布配套辦法」『提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法』（https://www.mohw.gov.tw/cp-3801-44221-1.html）（2018年11月18日閲覧）
48）鍾（2016）、pp. 142-143
49）渕上（2016）、p384
50）藤原（2016）、p1

ことを、患者家族２人以上（１人しかいない場合は１人）が一致して陳述することが規定された。なお、患者の意思が確認できない場合は、家族全員の合意による延命治療中止の意思表示（患者家族が１人もいない場合は延命治療を中止できない）が要件である[51)]。

同法はDNAR書の作成・登録方法も定めており、保健福祉部令にて定められた要件[52)]に従い作成、同部が指定する病院や非営利団体の計197の登録機関にて登録・保管される。登録されたデータは上部組織の国立延命医療管理機関に集約され、各病院からの照会に利用される。指定機関にはACPを行い、DNAR書の作成を支援する役割があるとされ、ACPのファシリテーターには国立延命医療管理機関にて申請するACPの教育プログラムの受講が推奨される。また、同法ではDNAR書のない患者が終末期を迎えた場合にも、意思を示す機会が設けられるとし（延命医療計画書の作成）、患者は担当医と専門医１人が「数ヶ月以内に死が迫っている末期患者」と診断した場合、医師に計画書の作成を要請できる。医師は要請した患者に対してACPを行い、死が差し迫った臨終過程における延命治療の可否の決定や緩和ケア計画の作成を行うことが規定された[53)]。

ACP・DNARの実施の環境整備が進む一方、家族が立ち会わないことに関する批判や、中断可能な行為が限定されていること、処罰条項があること、事前指示書がなく家族や親族がいない場合には治療の中止ができないといった問題もある[54)]。処罰条項の廃止や酸素供給や点滴による栄養・水分補給等の生命維持治療の中止、家族や親族がいない場合の治療の中止が今後認められる可能性について十分に考慮する必要がある。

2.5　日本

日本では2000年代に入ってから、富山県の射水市民病院事件や神奈川県の川崎協同病院事件等を通じて心肺蘇生術や生命維持治療の差し控え・中止の合法性が問題視される。2007年の川崎協同病院事件の高裁判決において、尊厳死の問題については国民的な合意形成に基づき、「法律ないしこれに変わり得るガイドライン」の策定が必要だと論じられた。この様な事態を受け2007年に厚生労働省は「終末期医療の決定プロ

51）藤原（2016）、p 2

52）要件には医療代理人の規定はなく、国立延命医療管理機関にて示されている事前延命医療意向書のフォーマットにも医療代理人の署名欄は存在しないこと、また、酸素供給や点滴による栄養・水分補給の中止はできないことから韓国における事前指示は本稿ではDNARと記載する。

53）「現地報告『ホスピス延命医療法』韓国も尊厳死を法制化」（http://www.drnagao.com/img/media/related_article2/livwill201607.pdf）（2018年11月21日閲覧）

54）Do Kyong Kim (2017) pp.489-493

セスに関するガイドライン」を策定する[55]。その後、高齢多死社会の進展に伴い、地域包括ケアの構築に対応する必要があることや、英米諸国を中心としてACPの概念を踏まえた研究・取組が普及してきたことを踏まえ、「平成30年度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」を策定し、新たにACP・ADを推奨する規定を加えることとなった。AD書については日本尊厳死協会や各病院、介護施設や一部の自治体[56]等で作成されているものの、全国統一の公式のフォーマットは作成されていない。公的機関や尊厳死協会、医療機関によるAD書の情報共有システムも基本的には構築されていないため（一部の自治体では事前指示書の保管場所・預け先に関する情報共有システムを有しており、電子カルテに事前指示書の有無やその内容を記載する病院もいくつか存在する）、作成したAD書は自分や家族のもとで保管し、コピーをかかりつけ医や介護士に渡しておくことが望まれている。電子データで保管しておくことができないため、本人の意思を家族や医療機関等で十分に共有できず、本人の意思に反した医療が行われる可能性があるとの指摘がある[57]。

事前指示関連法に関しては、日本では制定されておらず、上記のガイドラインで心肺蘇生術や生命維持治療の差し控え・中止について一定のルールを定める形態となっている。厚生労働省のガイドラインでは、事前指示を作成できる具体的な年齢や、代理人の人数、生命維持治療の種類は規定されていないため、日本尊厳死協会や各病院、介護施設で具体的な指針を定めている。また、日本では1995年の東海大医学部付属病院事件の横浜地裁判決で「治療行為の中止の対象とする措置は、薬物投与、化学療法、人工透析、人工呼吸器、輸血、栄養・水分補給など、疾病を治療するための治療措置及び対症療法である治療措置、さらには生命維持のための治療措置等」と示されたため、韓国とは異なり一般的な生命維持治療の全てが中断可能であると考えられている。

法が制定されていない理由としては、①2007年以降、射水市民病院事件のような事案をメディアが大きく取り上げる事態は生まれていないこと、②2016年や2017年にNHKで十分なプロセスを経て人工呼吸器を外す場面が堂々と放映されても、関係者に対し捜査する動きが警察関係者にないこと、③この問題で唯一の最高裁判決となった川崎協同病院事件判決でも、抜管行為（生命維持治療の中止行為）が違法となるのは、終末期であるとの医療的判断に慎重さを欠き、病状・予後について十分な診察を

55）国際高等研究所（2016）、pp. 3-4

56）京都市や横須賀市等ではADのフォーマットが作成され、市民への配布も行っている。横須賀市では2018年５月から①本人の氏名、本籍、住所、生年月日、②緊急連絡先、③支援事業所等、④かかりつけ医やアレルギー等、⑤事前指示書の保管場所・預け先、⑥エンディングノートの保管場所・預け先、⑦臓器提供意思、⑧葬儀や遺品整理の生前契約先、⑨遺言書の保管場所と、その場所を開示する対象者の指定、⑩墓の所在地、⑪本人の自由登録事項について登録を行い、医療機関との情報共有に向けた環境整備を行っている。

57）厚生労働省（2017）「資料２：これまでの経緯と最近の動向」第１回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

していないことと、結果的に家族の同意（患者の意思を推定したもの）も十分なインフォームド・コンセントといえなかった場合であると明言されたこと（逆にいえば、それらが備わった生命維持治療の中止は適法になる）の３つの理由が挙げられる[58)]。しかし、その一方で事前指示関連法がないために自らのリスクを回避するという考え方も一部の医療従事者にあることや、未だ延命をすることが医療だと信じている医療従事者もいること、さらには家族も人が死ぬことへの準備教育がないために患者の身体に負担となるような医療を要求する場面が見受けられる等の批判もある[59)]。

ACPに関しては2014年にACPの教育プログラム（Education For Implementing End-of-Life Discussion：E-FIELD）が厚生労働省を中心に開発され、倫理的な判断や、法の解釈、コミュニケーションの方法等について学ぶ環境がスタートした。同年に全国10の病院で展開された「人生の最終段階における医療体制整備事業」において、研修プログラムとしてE-FIELDは使用され、2018年の同事業では全国８ブロック、12ヶ所において研修会を実施した[60)]。2018年度診療報酬・介護報酬の同時改定では、療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１及び３の施設基準に「平成30年度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」等の内容を踏まえ看取りに対する指針を定めている」との基準が新設された[61)]。2017年の「人生の最終段階における医療体制整備事業」によって作成されたACPのパンフレットには患者本人の気がかりや意向、患者の価値観や目標、病状や予後の理解、治療や療養に関する意向や選好、その提供体制について、具体的なACPの進め方が記載されており、国として基本的なフレームワークを示すに至っている。

3. 日本への政策的示唆

諸外国のACP・ADに関連する法律や制度、具体的な実施方法や諸課題についてイギリス、オーストラリア、台湾、韓国を対象に比較検証を行った。その結果、諸外国と日本の大まかな共通点として中止が可能な治療の種類や、事前指示が無く家族がいない場合の中止要件、また、大きな相違点として法や情報共有システムが整備されていないことや、意思決定支援のための具体的な環境整備が行われていないことが整理できる（**表1**）。それを踏まえ、日本のACP・ADに関する制度的枠組みの進化による患者及び遺族の満足度・QOLの向上の実現に向けて、①事前指示関連法の制定の必要性、②意思決定支援の具体的な環境整備、③医療介護従事者間の情報共有システム

58）日本医師会（2017）、p 9
59）日本医師会（2017）、pp. 7−8
60）平成30年度厚生労働省委託事業「人生の最終段階における医療体制整備事業」神戸大学（http://square.umin.ac.jp/endoflife/2018/leader.html）（2018年10月10日閲覧）
61）厚生労働省（2018）「平成30年度診療報酬改定の概要『医科Ⅰ』」厚生労働省保険局医療課（https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000198532.pdf.）（2018年10月10日閲覧）

の構築について考察を加える必要があると考えられる。以下、順に論じることとする。

表1. 国際比較の概要

	イギリス	オーストラリア	台　湾	韓　国	日　本
事前指示関連法	意思能力法（MCA2005）	コモンロー、州・準州法	安寧緩和医療法患者自主権利法	尊厳死法	無し（ガイドラインで規定）
事前指示の内容	生命維持治療の差し控え・中止（韓国では酸素供給や点滴による栄養・水分補給の中止はできない）				
代理人の指定	自由	コモンローでは自由、州・準州法では必須	必須	代理人指定に関する規定はない	指定しなくてもよいが、推奨されている
代理人の要件	18歳以上/信頼のおける者	18歳以上/信頼のおける者	20歳以上/2親等以内の親族		家族等の信頼のおける者
能力を喪失し、事前指示が無く、家族がいる場合の中止要件	担当医と家族の合意	担当医や医療チームの判断/可能な限りの家族との合意	担当医と近親者（20歳以上の家族や親族）1人との合意	担当医師及び当該分野の専門医1人と家族全員の合意/中止を望んでいたとの家族2人以上の一致した陳述	担当医や医療・ケアチームと家族の合意
能力を喪失し、事前指示が無く、家族がいない場合の中止要件	独立意思能力代弁人（IMCA）を依頼	担当医や医療チームが最新の医学的見地によって無益であると判断した場合	2人以上の専門医が末期患者であると判断し、患者の最善の利益に即した医学的判断	治療の中止はできない	担当医や医療・ケアチームの判断（患者にとって最善の治療方針をとることが原則）
意思決定支援（ACP）	かかりつけ医や看護師、介護士やボランティアに相談可能	政府による電話相談サービスやかかりつけ医、看護師等に相談可能	指定された病院で実施可能（家族・親族の内少なくとも1人を招待する必要あり）	指定された病院で実施可能	かかりつけ医への相談が推奨
事前指示書の情報共有システム	非営利組織による情報共有サービスやEPaCCSによるACPの会話の記録	連邦政府のオンラインサービス（My Gov）からアクセスできる情報共有システムに電子ファイルとして登録	衛生福利部のデータベースに保存された後、健康保険証に登録	保健福祉部が指定する病院や非営利団体の登録機関に登録・保管され、国立延命医療管理機関に集約	自分や家族のもとで保管し、コピーをかかりつけ医や介護士に渡しておくことが推奨（一部の自治体で情報共有システムを構築）

（出典）新井（監訳）、紺野（訳）（2009）、Keri Thomas, Ben Lobo, Karen Detering（2018）、End of Life Law in Australia HP、鍾（2016）、藤原（2016）、渕上（2016）、保健福祉部（2016）、厚生労働省（2017）、日本医師会（2017）等より筆者作成。

3.1　事前指示関連法の制定

医療技術の高度化により、医療がCare（ケア）からCure（治療）へとその目的を変化させる中、終末期の医療に疑問を抱く視点から自然死や尊厳の確保、患者の自己決定権の尊重といった言説が産み出された。その後、具体的な法的指針がないことに関する懸念や、心肺蘇生術や生命維持治療の中止・差し控えの合法化を要求する国民の声の高まりから、多くの先進諸国において事前指示に関連する法律が制定されている。本稿で対象にしたイギリス、オーストラリア、台湾、韓国では事前指示の内容や代理人指定及びその要件、心肺蘇生術・生命維持治療の差し控えや中止の要件、事前指示の意思決定支援（ACP）、代理人の諸原則等について法律及びその施行細則で規定し、公的機関による事前指示書及び会話の記録に関する情報共有システムの構築や、医療従事者側の視点に立った具体的な事前指示の必要性の観点から事前指示書の公式フォーマットを作成するに至っている（イギリスでは公的機関による事前指示書の情報共有システムの構築と公式フォーマットの作成は行われていない）。

一方、日本では未だ事前指示や意思決定支援に関する法律は制定されておらず、裁判判例による判断から厚生労働省や各病院のガイドラインで心肺蘇生術や生命維持治療の差し控え・中止について一定のルールを定める形態となっている。事前指示書に法的拘束力がないため、本人の意思に反した治療が行われる可能性もあるが、厚生労働省のガイドラインでは本人の意思を尊守する様、努力義務を課しているため、事前指示書には一定の社会的拘束力があると考えられる。また、事前指示書がない場合についても、心肺蘇生術や生命維持治療の差し控え・中止は担当医や医療・ケアチームと家族の合意があれば合法であり、家族がいない場合についても多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に判断可能であるとされている。しかし、事前指示関連法がないためリスクを回避するという考え方も一部の医療従事者にあることや、未だ延命をすることが医療だと信じている医療従事者もいること、さらには家族が患者の身体に負担となるような医療を要求する場面が見受けられる等の課題も挙げられる。

上記の様にガイドラインでの運用による課題が散見されることに加え、文化的・宗教的背景の近いアジアも含めた他の先進国が事前指示関連法を制定していることや、高齢多死社会を迎えるにあたり最良の最期を可能にする環境整備への要望があることから日本でも法の制定に関する議論を本格的に開始する必要があると考える。そこで、①立法目的、②差し控えや中止が可能な生命維持治療の各要件に関する法令・ガイドラインでの運用方法について具体的検討を行う。

まず、①に関しては、勿論、患者の自己決定権の尊重及び尊厳の確保による終末期のQOL向上であると考えられる。しかし、あくまでも患者のための法律として、医者の免責に主眼を置くものではないことを明確にする必要がある。また、事前指示はACPの一環として位置づけられていることが重要であるため、本人や家族、医療従

事者間で繰り返し話し合い、患者に加え家族のQOLや満足度の向上に繋げることも求められる。故に家族の精神的な負担を軽減するという目的も加える必要がある。日本では、経済発展の結果、個人主義的な国民性へ変化しつつあるが、その根底にはあくまでも儒教思想に基づく集団主義的な価値観があるため、台湾と同様、家族を含めた集団全体の効用最大化の視点が求められる。

次に、②に関しては、法を制定する場合、事前指示の事項や代理人指定、生命維持治療の差し控え・中止要件についてどこまで具体的に法令で規定を行うかが問題となる。医者の免責要件や手続き的明確性の確保等、法的安定性の観点から考えると詳細かつ明確な判断基準をできるだけ法令で規定することが求められる。その一方、①医学は科学として未だ不完全であり、更なる医療技術の進歩も予想されること、②個々の状況や時間的変化に柔軟に対応する必要があること、③医療の現場に過度な制約をもたらすことは避ける必要があることから、法令によってすべてを明確に規定することは困難、かつ不適切と言える。故に法令では原則的共通事項を定め、具体的な事前指示の内容や生命維持治療の差し控え・中止要件等については、実践の積み重ねによるガイドラインでの運用が考えられる。その場合、ガイドラインの制定・見直しに関する議論の場の構成、議論の前提となる必要情報の蓄積、そして現場に対するモニタリング機能の質など、制度全体に対するガバナンスのあり方の検討も必要となる。法の制定を含める本制度の構築においては、各国の文化や宗教的背景も含めた関連制度の状況を把握し、制度形成によるメリット・デメリットの慎重かつ綿密な分析・検討を進めることが必要となる。

3.2　意思決定支援（ACP）の具体的な環境整備

日本ではACPに関する教育プログラムの開発、ガイドラインにおけるACPの重要性の提示、ACPに関する診療報酬・介護報酬の同時改定が行われたものの、諸外国と比較するとACPに関する具体的・包括的な環境整備が社会的に整ったとは言い難い現状にある。その理由として、日本におけるACPはかかりつけ医への相談が基本である一方、イギリスやオーストラリアに比べかかりつけ医が普及しておらず、たとえかかりつけ医に相談したとしても、ファシリテーターとしての役割を果たせない可能性も考えられることや、オーストラリアの様に気軽に相談できるサービスがないこと、医療従事者の人手不足により、ACPが終末期における心肺蘇生術や生命維持治療の差し控え・中止に関して単に同意をとるだけの役割となる危険性があることが挙げられる。

そこで、台湾や韓国と同様に国や各自治体が何らかの判断基準（台湾では市政府が指定する病院評価に合格した一般病床200床以上の病院）のもとACPを実施できる医療機関を指定し、その医療機関にはファシリテーターとしての医者や看護師、心理学者、ソーシャルワーカー等の設置、ACPの会話の記録・事前指示書の保管に関して

義務付けを行うこと、並びにオーストラリアの政府保健省によって運営される国家プログラム（Advance Care Planning Australia）のような情報提供のための環境整備を図り、ACPの具体的な話し合いの流れや、ACPに関する国の政策や戦略、生命維持治療に関する具体的な情報提供に加え、可能であればACPの事前準備に関する電話相談サービスの提供を行うことを提案する。日本では現状、1人で作成した事前指示書も有効であるとされるが、具体性に欠ける内容である場合、医療従事者に混乱を生じさせる可能性がある。そのため、台湾や韓国と同様に指定の医療機関で作成された事前指示書のみに法的拘束力を持たせ、公式のADフォーマットを作成するという手段も考えられる。かかりつけ医の普及や、ACPに関する十分な教育が各医療従事者に行われたと判断された場合、医療従事者不足やコストの観点から、イギリスやオーストラリアの様にボランティアの活用等も含めた地域ぐるみの意思決定支援も必要となるため、政策担当者には地域ごとの状況を把握しながらの柔軟な対応が求められる。

3.3　情報共有システムの構築

作成された事前指示書は、オーストラリアでは連邦政府のオンラインサービス（My Gov）からアクセスできる情報共有システム（My Health Record）に電子ファイルとして登録され、台湾では衛生福利部のデータベースに保存された後、健康保険証に登録される。韓国では保健福祉部が指定する病院や非営利団体の登録機関に電子ファイルとして登録・保管され、登録されたデータは上部組織の国立延命医療管理機関に集約され、各病院からの照会に利用される。公的機関による事前指示書の情報共有システムが構築されていないイギリスでは、かかりつけ医にコピーの保管をさせることや、緊急時に連絡が取れる人にコピーの保管をさせること、定期的にケアを受けている看護師や介護士に保管させること等が推奨されているが、非営利組織（Medical Alert）が事前指示書の情報共有サービスを展開しており、各病院は緊急時に会員の医療情報を照会できる仕組みが構築されている。また、2015年にイギリス保健省が中心となって開発した情報共有システム（EPaCCS）によってACPの会話の記録を患者のケアに関わる全ての医療従事者に共有するための環境整備が進んでいる。

その一方、日本では一部の自治体における事前指示書の保管場所・預け先等に関する公的な情報共有システムの構築や、電子カルテに事前指示書の有無やその内容を記載する病院がいくつか存在しているものの、作成した事前指示書は自分や家族のもとで保管し、コピーをかかりつけ医や看護師、介護士に渡しておくという形態が一般的となっている。作成したADが電子ファイルとして医療従事者間で共有される仕組みが全国的に構築されておらず、救急で運ばれた等の際に、本人の意思が反映されない可能性がある。そこで以下では情報共有に向けた具体的な環境整備の方法について、その骨子に関する検討を行う。

一般的に、病院にかかっている者のACPの記録は、その病院が電子カルテを導入

していれば電子データとして保管される。実際に記録の手続きやADの妥当性の日常的な確認方法（病棟カンファレンスで毎週確認する）等についてガイドラインを作成している病院もある。しかし、ガイドラインを作成していない医療機関の場合、各医療従事者によって患者との会話の記録や事前指示に関する電子カルテへの記載方法が異なる場合がある。それ故、上記の病院に倣い各病院でガイドラインを策定し、できる限りの記載方法の統一が求められる。また、日本の電子カルテシステムにはベンダー間で医療情報が標準化されていない等の医療機関間における情報共有の阻害要因が依然として残っているため、それらの課題の解決や、医療情報に関する患者のプライバシーといった問題への対応も重要な論点となる。また、上記のACPの実施機関の指定について、指定する場合には台湾の様に作成されたAD書が公的機関のデータベースに保存された後、健康保険証に登録される仕組みの構築や（日本では健康保険組合が複数存在するため各組合との連携が必要になる)、各病院から照会できる韓国と類似の仕組みの構築、マイナンバー制度の活用等の取組みも必要になると考える。

一部の自治体で事前指示書の情報共有に関する環境整備が行われているものの、各自治体でそれらの環境整備を行った場合、電子カルテと同様、医療情報の標準化の課題から自治体間の情報共有が困難となる可能性がある（加えて、膨大なコストになる危険性もある)。故に、上記の論点を踏襲し、国主導のもとAD書及びACPの情報共有に関する対応策の検討が求められる。

4. おわりに

本稿では終末期の医療・ケアに関する制度的枠組みについて国際比較からの考察を行った。勿論、文化的・宗教的背景の異なる「死」に関する諸外国の制度を我が国にも適応することは困難であるとの指摘もあるが、多くの課題が散見される我が国の現状に鑑みると、健康なうちに家族や医療従事者と共に複数回実施することが望まれるACPが、このままでは単に終末期における心肺蘇生術や生命維持治療の差し控え・中止に関して同意をとる役割になる危険性もある。また、近年の延命治療に対する懐疑的な声の高まりによる、延命治療の中止を強要する様な「空気」に対処するためにも、患者の自己決定権の尊重のみならず、ファシリテーターの質の担保、分かり易く正確な情報の提供を行うなど、事前指示を行うプロセスの質の向上に向けた取り組みが必要になると考える。

なお、ACPの実施機関を指定する際の判断基準や、事前指示に加え家族等の親しい人がいない場合の中止要件（イギリスのIMCAの様な制度を設けるか否か)、法を制定した場合の各医療機関における遵守評価の点についてはさらに今後の重要な検討課題として認識し、考察を続けていきたい。

＜参考文献＞

足立智孝、鶴若麻理（2015）「アドバンス・ケア・プランニングに関する一考察－米国のアドバンス・ディレクティブに関する取組みを通して－」生命倫理、Vol.25、No.1

新井誠（監訳）、紺野包子（訳）（2009）『イギリス2005年意思能力法・行動指針』民事法研究会

岩淵正博、佐藤一樹、宮下光令、森田達也、木下寛也（2016）「終末期医療を患者・家族・医師の誰が 主体となって決定したかについての関連要因と主体の違いによる受ける医療やQuality of Lifeへの影響の検討」Palliat Care Res、Vol.11、No.2

加藤恒夫（2009）「イギリスにおける終末期ケアの歴史と現状－日本への教訓－」国立社会保障・人口問題研究所、海外社会保障研究、No.168

金泰憲、李允碩（2007）「儒教の国韓国の異変－家族観の変化と少子化－」国際文化研究、No.1

厚生労働省（2018）「人生の最終段階における医療に関する意識調査－集計結果（速報）の概要－」第4回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

厚生労働省（2017）「資料2：これまでの経緯と最近の動向」第1回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

国際高等研究所（2016）「国際ワークショップ終末期医療の倫理報告」京都大学

鍾宜錚（2016）「台湾における『善終』概念の変容と実践－終末期医療の法制化を中心に－」立命館大学、博士論文

角田ますみ（2015）「日本におけるアドバンスケアプランニングの現状－文献検討と内容分析から－」生命倫理、Vol.25、No.1

千田一嘉（2015）「日本版gold standards framework戦略にもとづく地域包括ケアシステムに関する研究」長寿医療研究開発費平成27年度総括研究報告

西川満則、長江弘子、横江由里子（2016）「本人の意思を尊重する意思決定支援－事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング－」南山堂

日本医師会（2017）「第XV次生命倫理懇談会答申－超高齢社会と終末期医療－」日本医師会生命倫理懇談会

福田裕子（2009）「オーストラリアの高齢者緩和ケアの現状と課題」国立社会保障・人口問題研究所、海外社会保障研究、No.168

藤原夏人（2016）「『韓国』尊厳死法の制定－終末期医療に係る法整備－」外国の立法、国立国会図書館調査及び立法考査局

渕上恭子（2016）「現代韓国の終末期医療－『延命中止』法制化の論点－」第11部会、宗教研究、Vol.89

保健福祉部（2016）「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（代案提案の経緯）」韓国保健福祉部

蔡甫昌、潘恆嘉、吳澤玫、邱泰源、黃天祥（2006）「預立醫療計畫之倫理與法律議題」台灣

醫學、Vol.10、No.4

Angela Fagerlin and Carl E. Schneider (2004) Enough: A Failure of the Living Will, Hastings Center Report Vol.34, No.2

Canadian Hospice Palliative Care Association (2012) Advance Care Planning in Canada, National Framework

Dachen Chu, Yung-Feng Yen, Hsiao-Yun Hu, Yun-Ju Lai, WenJung Sun, Ming-Chung Ko, Li-Ying Huang, Chu-Chieh Chen, J. Randall Curtis, Ya-Ling Lee, Sheng-Jean Huang (2018) Factors associated with advance directives completion among patients with advance care planning communication in Taipei, Taiwan, PLoS ONE, Vol.13, No.7

Davidson KW, Hackler C, Caradine DR, McCord RS (1989) Physicians' attitudes on advance directives, JAMA, Vol.262, No.17

Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W (2010) The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial, BMJ, Vol.23, No.340

Do Kyong Kim (2017) Hospice-Palliative Care and Law, Korean J Med, Vol.92, No.6

Engelhardt JB, Rizzo VM, Della Penna RDD, Feigenbaum PA, Kirkland KA, Nicholson JS, O'Keeffe-Rosetti MC, Venohr IM, Reger PG, Tobin DR (2009) Effectiveness of care coordination and health counseling in advancing illness. Am J Manag Care, Vol.15, No.11

Hu WY, Huang CH, Chiu TY, Hung SH, Peng JK, Chen CY (2010) Factors that influence the participation of healthcare professionals in advance care planning for patients with terminal cancer: a nationwide survey in Taiwan, Soc Sci Med, Vol.70, No.11

Ito H, Nakajima T, Itai K, Ito M, Imai T (2009) On a principal of advance directives, Gan To Kagaku Ryoho, 36, Suppl 1

Keri Thomas, Ben Lobo, Karen Detering (2018) Advance Care Planning in End of Life Care, Oxford University Press

Matthew J Allsop, Suzanne Kite, Sarah McDermott, Naomi Penn, Pablo Millares-Martin, Michael I Bennett (2017) Electronic palliative care coordination systems: Devising and testing a methodology for evaluating documentation, Palliat Med, Vol.31, No.5

Nikki Ayers Hawkins, et al (2005) Micromanaging Death: Process Preferences, Values, and Goals in End-of-Life Medical Decision Making, Gerontologist, Vol.45, No.1

Ramsaroop SD, Reid MC, Adelman RD (2007) Completing an advance directive in the primary care setting: what do we need for success? J Am Geriatr Soc, Vol55, No2

Shu-Chen Wang, Chih-Jung Chang, Sheng-Yu Fan, Ying-Wei Wang, Shu-Chuan Chang, Huei-Chuan Sung (2015) Development of an advance care planning booklet in Taiwan" Tzu Chi Medical Journal 27, pp.170-174

Silveira MJ, Kim SY, Langa KM (2010) Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death, N Engl J Med, Vol.362, No.13

The Economist Intelligence Unit (2015) The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world, LIEN foundation

Tillyard AR (2007) Ethics review, Living wills and intensive care-an overview of the American experience, Crit Care, Vol.11, No.4

Wen-YuHu, Chien-HsunHuang, Tai-YuanChiu, Shou-HungHung, Jen-KueiPeng, Ching-YuChen (2010) Factors that influence the participation of healthcare professionals in advance care planning for patients with terminal cancer: A nationwide survey in Taiwan, Social Science & Medicine 70

＜インターネット＞

衛生福利部「病人自主權利法明年上路衛福部公布配套辦法」（https://www.mohw.gov.tw/cp-3801-44221-1.html）（2018年11月18日閲覧）

厚生労働省ホームページ「報道・広報」『報道発表資料』「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインの改訂について」（https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html）（2018年12月23日閲覧）

平成30年度厚生労働省委託事業「人生の最終段階における医療体制整備事業」神戸大学.（http://square.umin.ac.jp/endoflife/2018/leader.html）（2018年10月10日閲覧）

Advance Care Planning Australia.（https://www.advancecareplanning.org.au）（2018年12月21日閲覧）

Anne Wilkinson, et al (2007) Literature Review on Advance Directives, US Department of Health and Human Services: Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation（http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/2007/advdirlr.pdf)（2018年10月10日閲覧）

End of Life Law in Australia, Advance Directives, Common law Advance Directives. (https://end-of-life.qut.edu.au/advance-directives/common-law-advance directives)（2018年12月18日閲覧）

International Comparison of End-of-Life Care Policies

MORIKAWA Takehiro

Abstract

This paper aims to contribute to the discussion of Japan's end-to-life policy by comparing the institutional framework concerning Advance Care Planning (ACP) and Advance Directive (AD) of elderly people. Upon making the comparative analysis, the paper concludes by making the following policy recommendation for Japan: (1) establishment of the death with dignity act; (2) improvement of decision-making system at the end of life; (3) development of information sharing system for advance directives.

Keywords

End-of-life care, Advance care planning, Advance directives, Death with dignity act