

# 日医総研ワーキングペーパー

## 日本・韓国・台湾の終末期の治療中止に 関する法政策の比較

-超高齢社会における議論の構築に向けて-

No.

2025年2月 日

日本医師会総合政策研究機構

田中 美穂

## 日本・韓国・台湾の終末期の治療中止に関する法政策の比較

-超高齢社会における議論の構築に向けて-

日本医師会総合政策研究機構 主任研究員 田中 美穂

研究協力者 京都大学大学院文学研究科 児玉 聡

明治学院大学／成育医療研究センター 洪 賢秀

熊本大学大学院生命科学研究部 鍾 宜錚

### キーワード

◆超高齢社会 ◆身寄り ◆家族 ◆意思能力・判断能力 ◆治療の差し控え・中止  
◆生命維持治療 ◆法律 ◆ガイドライン ◆自己決定 ◆意思決定

### ポイント

#### 1. 社会状況と社会保障制度

- 終末期の治療中止に関する法政策に関連する社会状況について、日本・韓国・台湾では、1. 社会の高齢化が進んでいる、2. 認知症患者が増えている、3. 高齢者の相対的貧困率がほかの年齢層に比べて高い、4. 日本・韓国を中心に、高齢者の単身世帯が増えつつある、といった特徴がある
- 日本・韓国・台湾の基本的な社会保障関連政策について、社会保険方式の医療・年金制度を有しているという共通点がある一方で、介護制度については、社会保険方式をとる日本・韓国に対し、台湾は税方式をとっているという相違点がある。さらに、家族介護者に対する現金給付を行う韓国・台湾に対し、日本は家族介護者への現金給付を導入していないという点も異なる

#### 2. 法政策の比較

##### 日本

- 終末期の治療中止に関する法政策を比較すると、法制化した韓国と台湾に対し、日本は厚生労働省のガイドラインという行政ガイドラインを有している
- 日本の厚労省ガイドラインは、治療中止等の具体的な要件や手続きの方法を明確にしたのではなく、意思決定のプロセスを明記したガイドラインである。その主な特徴は、本人による意思決定を原則とし、意思決定過程における家族の関与を明確化し、関係者間の合意形成を目指したアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の取り組みを重視していることである
- 臨床現場においては、ACP 促進を目的に、厚労省のプロセスガイドラインに基づく意思決定支援の実践として、医療機関等の多職種チームを対象にした患者の

意思決定支援のための教育プログラム「E-FIELD (Education For Implementing End-of-Life Discussion)」が厚労省の委託事業として行われている

## 韓国

- 韓国の「延命医療決定法」は、患者の自己決定権を明記し、ホスピス・緩和医療と延命医療、延命医療の差し控え・中止の決定を規定しているという特徴がある
- 延命医療決定法はまた、ホスピス緩和医療が考慮される「末期」と、延命医療の差し控え・中止が考慮される「終末期（臨終過程）」を区別している
- 延命医療の差し控え・中止の手続きは、2人の医師の診断が前提で、患者の意思が確認できる場合とできない場合に分けて進められる
- 患者の事前の意思表示がなく、意思能力もない場合、患者の意思を推定できる場合は家族2人以上の一致する陳述があれば、そして、患者の意思を推定できない場合は患者家族全員の合意があれば、治療の差し控え・中止が可能となる
- 韓国では、国立延命医療管理機関が、延命医療計画書や事前延命医療意向書を登録するデータベースの構築や管理を担い、延命医療の差し控えや中止の決定とその履行状況に対する調査研究や情報収集、関連統計の作成等を行っている

## 台湾

- 台湾は、2000年施行の安寧緩和医療法と、2019年施行の患者自主権利法を有している
- 安寧緩和医療法は、安寧緩和医療の受け入れ、あるいは、延命治療の選択の意思とその内容、場合によっては医療代理人の指名を明記した事前指示書によって、治療の差し控え・中止が可能としている。事前指示書がない場合は、家族一人の同意によって、事前指示書も家族もない場合は、医師によるコンサルテーションを経たうえで差し控え・中止ができる
- 患者自主権利法の主な特徴は、患者の自律性の尊重と患者の権利を保護することを前提に、差し控えや中止の対象者と対象となる医療措置が拡大されたこと、アドバンス・ケア・プランニングを経て事前指示書を作成することである
- 人工栄養・水分補給措置、生命維持治療、その他の医療ケアを差し控え・中止できるのは、終末期の患者だけでなく、不可逆的な昏睡状態にある、あるいは、遷延性意識障害にある、あるいは、重度の認知症を患っている、あるいは、その他耐えがたい苦痛を伴う治癒不可能な疾患で、代替治療がない疾患を患っている、患者である
- 中央所轄官庁（衛生福利部）が事前指示書のデータベースを管理している

## 終わりに

- 超高齢社会における意思決定に関する課題として、第一に、社会状況を概観した

結果、終末期における治療中止等の意思決定を支えてくれる家族がいることを前提する意思決定には限界がある、という点がある。第二に、終末期の治療中止等の意思決定に影響を及ぼす可能性のある要因を検討する必要がある、という点がある

- 高齢者関連の社会福祉政策のみならず、社会保障の根幹をなす医療・年金・介護制度が個人の人生に与える影響が大きいため、社会状況に対応した改善が必要である。社会保障制度とその周囲の関連法政策が対象者の置かれた実態を適切に把握し、対象者と制度を円滑に結びつける支援が必要である
- 終末期の治療中止等の意思決定に関しては、意思決定支援する家族が必ずいることを前提するのではなく、家族がいない人が一定数いることを前提にした支援も必要である。本ワーキングペーパーで述べたように、国レベルの政策を講じるために諸外国の取り組みを十分に検討し、具体的な対応策を検討する必要がある

## 目次

1. はじめに	1
2. 日本・韓国・台湾の社会状況と基本的な社会保障関連政策	6
2.1. 社会状況	6
① 社会の高齢化	6
② 認知症患者の増加	8
③ 高齢者の貧困	10
④ 単身高齢者	11
2.2. 基本的な社会保障制度	14
3. 日本・韓国・台湾の終末期医療の法政策の比較	19
3.1. 全体比較	19
3.2. 日本のガイドライン	21
① 政策の概要	21
② 政策が講じられた背景・きっかけ	24
③ 治療方針の決定過程における家族の関与	25
3.3. 韓国の法制度	28
① 法制度の概要	28
② 法制度が講じられた背景・きっかけ	33
③ 治療方針の決定過程における家族の関与	35
3.4. 台湾の法制度	36
① 法制度の概要	36
② 法制度が講じられた背景・きっかけ	40
③ 治療中止の決定過程における家族の関与	42
4. ディスカッション	43
4.1. 日本における終末期の治療中止の意思決定に関する議論	43
① 法制化に関する議論	43
② 文化や社会を考慮した政策・実践に関する議論	46
4.2. 超高齢社会における意思決定の課題	48
① 共通点と相違点	48
② 韓国・台湾の取り組みから日本が学べること	50
③ 超高齢社会における意思決定に関する課題	51
5. 終わりに	53

## 添付資料

延命医療決定法（韓国）	63
安寧緩和医療法（台湾）	94
患者自主権利法（台湾）	97





























































専門機関においては、担当医 1 人の判断で可能となっている。その上で、主に、患者の意思が確認できる場合と、確認できない場合とそれぞれ要件が定められている。

まず、患者の意思が確認できる場合は、次の規定を満たしていることが要件である。患者の要請に基づき医師が作成する延命医療計画書、リビング・ウィルにあたる患者の事前延命医療意向書がある、あるいは、患者が上述の書面を作成しておらず、意思表示できない状況にある場合には、患者家族の一致する陳述を通して患者の意思とみなされる意思が延命医療の中止等を望むものであり、その推定意思が患者の意思に反しない、ということである。患者の推定意思は、担当医と専門医 1 人による確認が求められる。患者の意思を推定する患者家族とは、いずれも 19 歳以上の、配偶者、直系卑属、<sup>h</sup> 直系尊属、<sup>i</sup> これらがいない場合は兄弟姉妹、である。

次に、患者の意思を確認することができず患者が意思表示できない場合、患者が未成年の場合は、親権者が延命医療の中止等の意思表示をし、担当医と専門医 1 人が確認した場合には、差し控え・中止が可能となる。もしくは、患者家族のうち、19 歳以上の配偶者と 1 親等以内の直系尊属・卑属全員の合意で延命医療中止等の意思表示を行い、担当医と専門医 1 人が確認した場合には、差し控え・中止が可能である。

延命医療をどうするかという患者の意思を示す書面は 2 種類ある。一つは、19 歳以上の患者自身が作成する事前延命医療意向書で、いわゆるリビング・ウィルである。もう一つは、担当医が患者やその家族と相談して作成する延命医療計画書で、米国で活用されている終末期医療に関する医師の指示書「ポルスト」に近い。

事前延命医療意向書は法定の様式に、延命医療の差し控え・中止等の意思、ホスピスの利用に関する意思、意向書の作成日付と保管方法を明記する必要がある。作成した意向書は、保健福祉部（日本の厚労省にあたる）長官の指定を受けた医療機関等（登録機関）に登録する必要がある。また、延命医療計画書も法定の様式があり、末期患者等が医療機関において担当医に対し、計画書の作成を要請することができる。担当医は、計画書に明記する内容その他について患者や法定代理人(未成年の場合)に説明し確認を得る必要がある。

韓国では、国立延命医療管理機関が、延命医療計画書や事前延命医療意向書を登録

---

<sup>h</sup> 自分を中心として直系の関係にある後の世代（子や孫等）を直系卑属という。

<sup>i</sup> 自分を中心として直系の関係にある先の世代（曾祖父母、祖父母、親等）を直系尊属という。

するデータベースの構築や管理を担い、延命医療の差し控えや中止の決定とその履行状況に対する調査研究や情報収集、関連統計を作成することが延命医療決定法において定められている。関連データは、国立延命医療管理機関のホームページ上<sup>57</sup>、および、同機関が公表している「延命医療決定制度年報<sup>58</sup>」において詳細に報告されている。

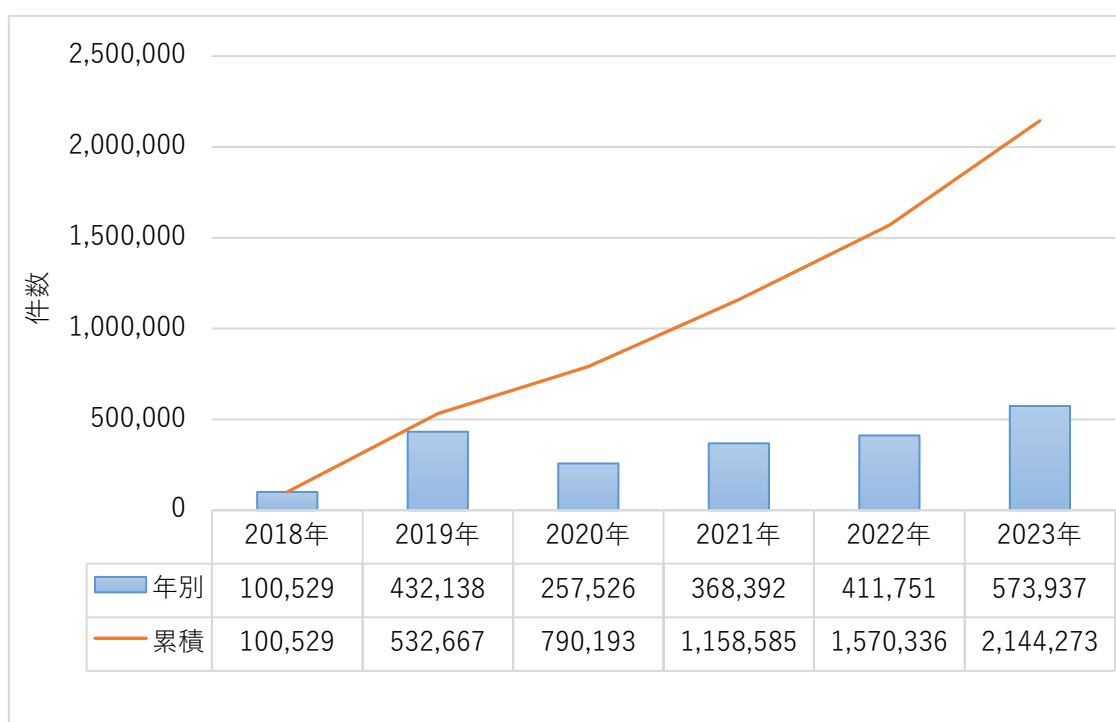


図 3.6 事前延命医療意向書の登録数の推移（国立延命医療管理機関「延命医療決定制度年報」より）

図 3.6 は、事前指示書にあたる事前延命医療意向書の登録数の推移を示したものである。2024 年 12 月 15 日現在、事前延命医療意向書の累計登録数は 268 万 9,740 件で、2024 年 1 月～12 月 15 日までに 54 万 5,467 件の登録があった。年間の登録数は増加傾向にあり、近年は概ね 55 万件程度となっている。事前延命医療意向書は、19 歳以上の人を作成することが可能で、必ずしも末期患者が作成するものではないため、延命医療計画書の登録件数と比較すると件数が多いことがわかる。

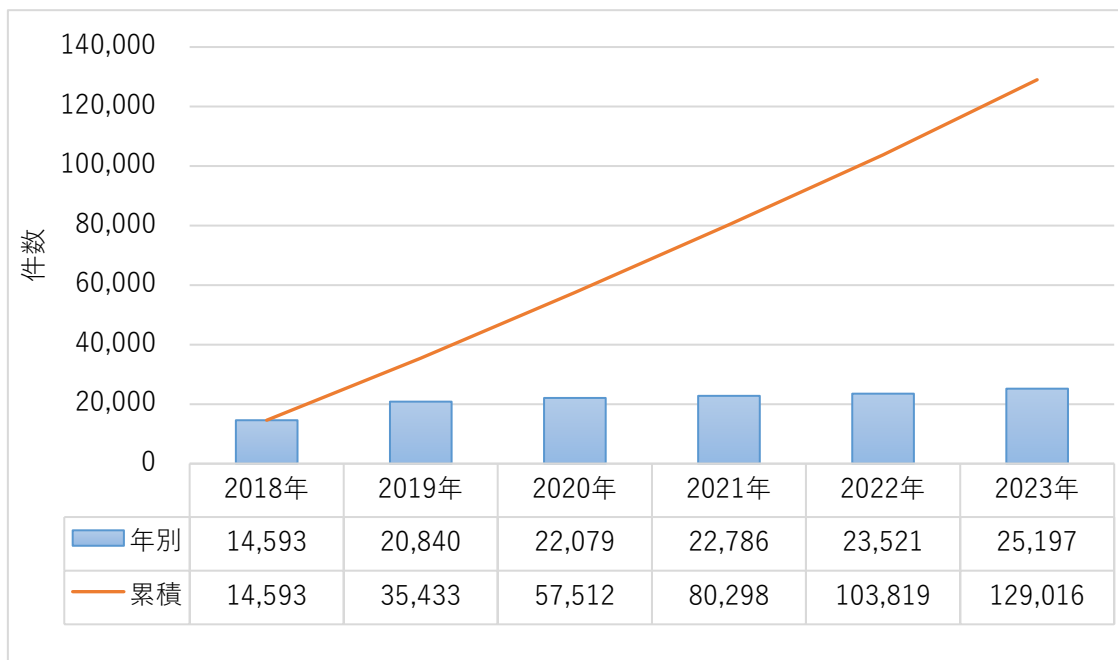


図 3.7 延命医療計画書の登録数の推移（国立延命医療管理機関「延命医療決定制度年報」より）

図 3.7 は、患者の要請を受け医師が作成する延命医療計画書の登録数の年次推移を示したものである。2024 年 12 月 15 日現在、累計 15 万 5,105 件で、2024 年 1 月～12 月 15 日までに 2 万 6,089 件の登録があった。年間の登録件数は概ね 2 万～2 万 5 千件程度で推移している。

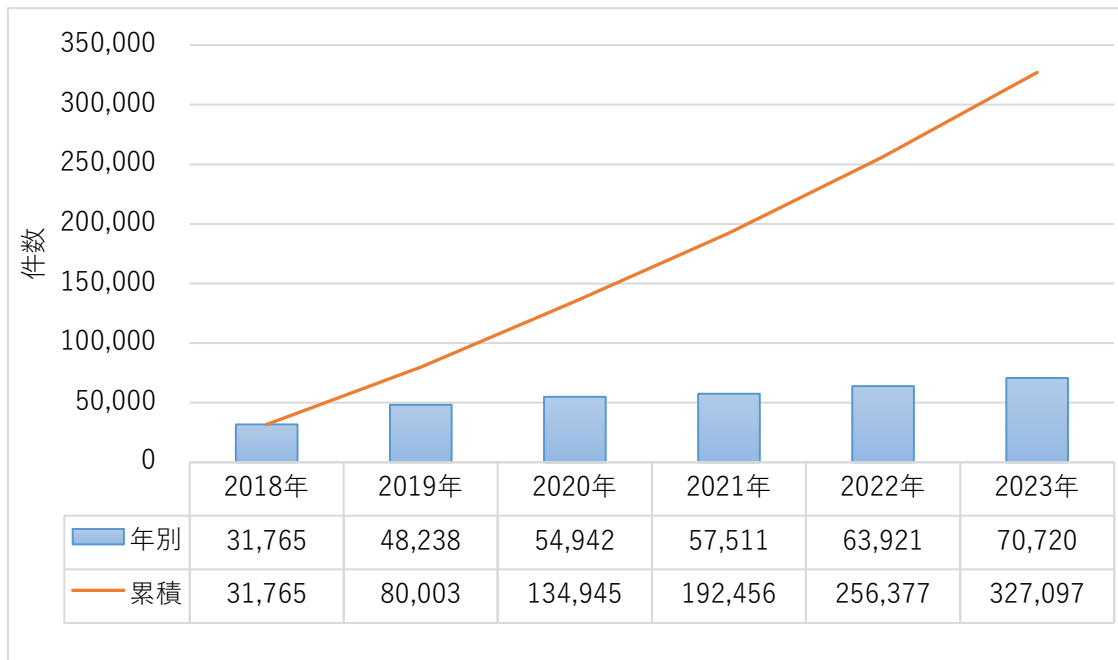


図 3.8 延命医療中止等決定履行書の数（延命医療の差し控え・中止件数）（国立延命医療管理機関「延命医療決定制度年報」より）

図 3.8 は、延命医療の差し控え・中止件数の年次推移を示したものである。2024 年 12 月 15 日現在、累計 39 万 3,749 件で、2024 年 1 月～12 月 15 日までに 6 万 6,652 件の延命医療の差し控え・中止が履行された。

患者の意思確認方法について、国立延命医療管理機関は、延命医療計画書による意思確認が 30.8%、事前延命医療意向書が全体の 14.2%で、「自己決定尊重率」は合わせて 45.0%としている。残りの 55.0%は、書面による患者の意思表示がないものの、事前に口頭等で意思表示しており、法が規定する「家族」がそれを陳述している場合と、患者の意思を確認できない場合で、法が規定する「家族」全員の合意がある場合の意思確認である。自己決定尊重率は、2018 年には 32.5%であったが、2021 年に 4 割を超え 40.7%となり、増加傾向にある。

② 法制度が講じられた背景・きっかけ<sup>59</sup>（洪 2018<sup>60</sup>）

法制化の背景について、治療中止をめぐる二つの裁判が大きなきっかけとなり、医療界の指針改定や議員による法案の提案が行われ、立法化の動きが加速した、ということがある。

ソウル市内のボラメ病院で 1997 年に起きた事件の裁判（2004 年韓国大法院判決）では、治療中止行為をめぐって医師が殺人幫助罪に問われ、執行猶予付き有罪となった<sup>61, 62</sup>。ボラメ病院事件は、硬膜外出血で手術を受け、回復に向かっていた 50 歳代の男性患者の家族（男性の妻）の要請に基づき、患者の自宅で患者の人工呼吸器を取り外した医師の行為に対し、刑事責任が問われた事件である<sup>63, 64</sup>。医療チームは家族に対し、手術で血腫を取り除き、患者の状態は改善されつつあることを説明したが、家族は経済負担を理由に患者を退院させると主張した。主治医らは家族に対し、退院させないよう引き止め続けたが、最終的に退院を許可した。患者は自宅に搬送され、付き添った医師の手で人工呼吸器が取り外され、5 分後に死亡した。その後、患者の家族が警察に異状死の届出を行ったところ、事件となった。<sup>j</sup> 裁判では、男性の妻も罪に問われ、殺人罪で執行猶予付き有罪となった。この事件は、慣習的に行われていた家族の意向の尊重か、あるいは、患者の最善の利益の重視かで医療界に混乱をもたらした。病院側は、たとえ、患者が自宅で最期を迎えたいと要望したとしても退院させないという防御的な態度を取るようになったという。

セブランス病院事件では、2008 年、入院し検査中に心停止して遷延性意識障害となった 70 歳代の女性患者の家族が、患者の意思を尊重して人工呼吸器を取り外すよう求めて病院を提訴した<sup>65</sup>。大法院は、家族の訴えを認め、患者の意思（家族の証言によって推定される）に反した治療は幸福権に反すると判断し、治療中止の要件として、回復不能で死が間近であること、患者の意思表示があること、の 2 点を示した（2009 年判決）。また、判決は、治療中止に関する法制度の必要性にも言及し、立法化の動きが加速した。

韓国政府は 2009 年、延命治療中止制度化関連社会的協議体を設置し、2010 年 6 月までに延命医療に関する議論を 7 度にわたって議論した。2012 年には、大統領直轄の国家生命倫理審議委員会に特別委員会が設置され、同特別委が立法のための最終勧告（案）を作成した。この勧告案が、延命医療決定法の根幹となった。

---

<sup>j</sup> この事件の詳細については、韓国・延世大学の Ilhak Lee 氏からも教示を受けた（2017 年 5 月 30 日付電子メール）。

### ③ 治療方針の決定過程における家族の関与

韓国の延命医療決定法は、患者の最善の利益の保障と自己決定の尊重を目的としたうえで、延命医療の差し控え・中止において、家族の陳述や合意といった家族の関わりを明確に示している。①の法制度の概要で述べたように、延命医療決定法では、延命医療の差し控え・中止を決定する際に、決定に関わることのできる家族の範囲を明確に規定している。ただし、米国等で法制化されている「医療代理人」制度は同法に規定されておらず、あらかじめ、自分が判断できなくなった場合に備えて自分の代わりに治療方針を決定する人を指定しておくことはできない。つまり、家族のどの者に決定してもらいかをあらかじめ指定する、ということとはできないのである。

また、延命医療決定法施行当初は、延命医療の差し控え・中止の決定において、患者家族全員の合意が必要な場合、配偶者とすべての直系血族の同意が必要であったが、配偶者と1親等以内の直系尊属・卑属に狭め、それらがいない場合には、2親等以内の直系尊属・卑属、それもいない場合は兄弟姉妹と段階的に合意が得られるようにした。

### 3.4. 台湾の法制度

#### ① 法制度の概要<sup>66, 67, 68, 69</sup>

#### 安寧緩和医療法

台湾には、2000年施行の安寧緩和医療法と、2019年施行の患者自主権利法がある。

安寧緩和医療法は、これまでに2002年、2011年、2013年と3回改正された。2000年施行の法律は、差し控える対象が心肺蘇生措置と規定され、患者本人の決定、もしくは、患者家族の代理の決定によって選択できる、と規定された。2002年改正では、患者本人の事前の意思表示があれば、心肺蘇生措置の差し控えだけでなく中止も認められるようになった<sup>70</sup>。2011年改正では、患者本人の事前の意思表示がなく、かつ、意識がない場合、家族の一致する同意によって、心肺蘇生措置、または、法で規定した「延命治療」を中止できることが規定された。2013年改正では、治療中止に際して、それまで求められていた「家族の一致する同意」規定が改められ、近親家族の一人の同意書への署名によって治療中止が可能となった。

安寧緩和医療法において、「末期」患者とは、重傷、重病に罹り、医師によって治癒不可能と診断され、かつ医学的証拠から病状の進行によって近いうちに死に至ることが不可避の者、と定義されている。

差し控えや中止の対象となるのは、臨終、瀕死、又は生命徴候のない患者に対し、気管内挿管、体外心臓マッサージ、救急薬物の注射、体外式心臓ペースメーカーと電気的除細動器の使用、人工呼吸など標準な救命救急プロセス、又は他の救命救急処置を行う「心肺蘇生術」と、「末期患者の生命兆候の維持に用いられ、治癒の効果がなく、ただその瀕死過程を延長するための医療処置」である「延命治療」である。

治療を差し控え・中止する要件は、以下の表3.4のとおりである。

表 3.4 安寧緩和医療法における治療差し控え・中止の要件

### 治療差し控え・中止要件

- ・ 2人以上の医師による「末期患者」であるとの判断
- ・ 意思能力のある成人が作成した事前指示書がある
- ・ 未成年の場合は法定代理人の同意も必要
- ・ 事前指示がなく本人の意識がない場合、最も近親にあたる者一人の同意による治療中止が可能
- ・ 最も近親にあたる者がいない場合は、専門医・担当医によるコンサルテーションを経たうえでの同意も可能

同法に規定された「最も近親にあたる者」とは、配偶者、成年の子・成年の孫、父母、兄弟姉妹、祖父母、総祖父母または3親等の傍系血族、1親等の直系姻族、である。

また、事前指示書は、20歳以上の「完全な行為能力」のある市民が事前に作成することができる。末期患者は、この事前指示書によって、延命治療や、身体的、心理的、霊的な苦痛を緩和・除去する緩和的、支持的な医療ケアである「安寧緩和医療」についての選択ができる。この指示書には、氏名、国民IDカードの番号、住所居所といった基本情報に加えて、安寧緩和医療の受け入れ、あるいは、延命治療の選択の意思とその内容、指示書の作成日を明示したうえで、本人署名が必要となる。本人が署名する際には、2人以上の「完全な行為能力」のある証人の立ち会いが求められる。また、指示書には、本人が意思表示できない場合に代わって指示書に署名することができる「医療代理人」を指定することも可能である。

作成した事前指示書は、各医療機関等によってスキャンされ、電子ファイルの形で中央所轄官庁のデータベースに保存され、本人の保険証に登録される。

### 患者自主権利法

患者自主権利法は、2016年に成立し、2019年に施行された。主な特徴は、患者の自律性の尊重と患者の権利を保護することを前提に、差し控えや中止の対象者と対象となる医療措置が拡大されたこと、アドバンス・ケア・プランニングを経て事前指示書である「事前医療決定書」を作成することである。

患者自主権利法は、差し控えや中止の対象となる医療措置を、「生命維持治療」と、人工栄養・水分補給、その他の医療ケアとした。生命維持治療とは、心肺蘇生法、人工生命維持装置、血液製剤、特定の疾病に対する専門的な治療、重度の感染症に対する抗生物質など、患者の生命を引き延ばすのに必要な医療措置と定義した。差し控えや中止の対象者は、事前指示書を有する患者で、

1. 終末期にある、あるいは、
2. 不可逆的な昏睡状態にある、あるいは、
3. 遷延性意識障害にある、あるいは、
4. 重度の認知症を患っている、あるいは、
5. その他耐えがたい苦痛を伴う治癒不可能な疾患で、代替治療がない疾患を患っている

(衛生福利部の施行令<sup>71</sup>に基づき次の難病が含まれる：嚢胞性線維症、ハンチントン病、脊髄小脳変性症、脊髄性筋萎縮症、筋萎縮性側索硬化症(ALS)、多系統萎縮症、デュシェンヌ型筋ジストロフィー、肢帯型筋ジストロフィー、ネマリニンミオパチー、原発性肺高血圧症、遺伝性表皮水疱症、先天性多発性関節拘縮症)、

患者である。2人の医師が、上記のいずれか一つの状態にあると診断し、かつ、緩和ケアチームが2回以上の話し合いを通して確認する必要がある。

事前医療決定書の作成過程において、アドバンス・ケア・プランニングの話し合いを経る必要性が規定された。決定書の内容は、対象となる状況下での生命維持治療、あるいは、人工栄養・水分補給の全部または一部に関する作成者本人の承認(受け入れ)、拒否を含めることが規定されている。この事前医療決定書を作成する過程に関して、作成者本人が医療機関、2親等以内の親族少なくとも1人、指名している場合は医療代理人も交えて話し合うことが求められている。決定書の作成には、医療機関による押印、公証人による認証もしくは「完全な行為能力」のある2人以上の証人による立会いが求められている。作成された決定書は、中央諸官庁が作成者本人の保険証のICカードに登録する必要がある。登録された電子ファイルは中央諸官庁のデータベースに保管される。

アドバンス・ケア・プランニングの話し合いに参加する医療代理人の定義が明確化

された。医療代理人は、20歳以上で「完全な行為能力」を有する人で、代理人の指名について文書で同意する必要がある。医療代理人は、作成者本人に意識がないか、意向を明確に表明できない場合、作成者に代わって、作成者の病状や治療方針その他の関連事項に関する情報を受け取ること、侵襲的な治療への同意署名すること、事前意思決定書の内容に従い作成者本人に代わって作成者の意向を表明することができる。医療代理人は、決定書の作成者本人の法定相続人である場合を除き、作成者の遺産受取人、作成者の遺体や臓器の受取人、その他作成者の死によって利益を得る人になることはできない。

なお、安寧緩和医療法では規定されていなかった、法に基づく生命維持治療等の差し控え・中止を行った医師の行為に対する刑事責任や行政責任を免じる点や、良心的拒否事項が規定された。

- 両法に関する国が管理するデータ

両法において、中央所轄官庁（衛生福利部）が管理するデータベースに保存され、保険証（ICカード）に登録されることが規定されているため、台湾は国の全国的なデータを有している。

衛生福利部のデータによれば、安寧緩和医療法に基づく DNR 指示・事前安寧緩和同意書（預立同意安寧意願註記）の登録数は増加傾向にあったが、新型コロナウイルス感染症の世界的流行下では減少し、2024 年は 87,586 件でピーク時に戻っている（図 3.9）。同法の 2000 年施行以来、DNR 指示・事前安寧緩和同意書の登録数の総計は、1,031,183 件（死亡者の同意書は削除）である。また、患者自主権利法に基づく ACP を経た事前医療決定書（預立医療決定意願）の登録数は増加傾向にあり、2024 年は 25,752 件であった。同法の 2019 年施行以来、事前医療決定書の登録数の総計は、93,917 件である。









## 法制化が「害」となる恐れがあるという見解の例

もし、治療を断るための事前指示書やリビングウィルの作成が法的に効力を持つようなことになれば、ますますこれらの患者は事前指示書の作成を強いられ、のちに治療を望む気持ちになってもそれを伝えることが困難になるため、書き換えはことごとく阻止され、生存を断念する方向に向けた無言の指導（圧力）を受け続けることが予想できます。（日本 ALS 協会の声明文）<sup>75</sup>

『尊厳死』の法制化は、単に医療の一分野を規律するに止まらず、医療全体、社会全体、ひいては文化に非常に重大な影響を及ぼすものであり、これによって、医学的に回復する見込みがないとされる多くの患者に対する心理的圧力も増大するおそれがある。また、十分な議論の尽くされないまま法制化がされるとすれば、そのような病状にある患者に対する周囲の人々や社会の差別・偏見が助長されることも懸念される。（日本弁護士連合会会長声明）<sup>76</sup>

（「尊厳死」法案提案の動きについて）・・・それ以外に「延命」を拒否する理由があるとしたら、大きいのは、周囲に迷惑をかけたくないという理由です。・・・社会の側の問題があって、それで人が「自分が決めた」とおっしゃって亡くなっていくとされるのを、「自己決定」だからとか言って、そのまま「どうぞ」と言うのはおかしい。（研究者の見解）<sup>77</sup>

## 法制化の必要性はないという見解の例

・・・このような状況下において、ガイドライン改訂の検討会委員のコンセンサスは、「終末期患者における人工呼吸器外しなどの治療の差し控えや中止に警察はもう介入しない」です。その根拠は3つあります。まず、2007年以降、終末期患者における治療の差し控えや中止で刑事事件は立件されていないこと。2つ目は、人工呼吸器を外す医療現場をメディアが報道しても警察は動いていないこと。そして3つ目は、川崎協同病院事件における最高裁の判決文の存在です。最高裁の判決文には、「同人の余命等を判断するために必要とされる脳波等の検

査は実施されておらず、(中略)回復可能性や余命についての的確な判断を下せる状況にはなかったもの」で、「被害者の病状等について適切な情報が伝えられた上でされたものではなく、抜管行為が被害者の推定的意思に基づくということもできない」とあります。これはすなわち、患者が終末期にあるかの判断に問題があるので、家族のインフォームドコンセント(IC)を取っていても、それが適切とはいえないという意味です。逆にいえば、きちんと終末期であることを判断し、本人・家族が納得していれば、人工呼吸器を外すことに問題はないと最高裁が認めていると解釈できます。(法学者の見解)<sup>78</sup>

#### その他の政策、法の必要性があるという見解の例

「治療の不開始」の背景に「治療しても重い障がいが残るなら治療せずともいい」という発想がある以上、到底認められるものではありません。また「延命措置の中止」という言葉が終末期の定義の曖昧さとともに、医療的ケアを必要とする重い障がいのある人々に、日常的に「生きるに値しないのち」であるかのような重圧をかけることにもなりかねません。必要なのは「治療の不開始」や「治療の中止」ではなく、「尊厳ある生」を保障するために介護や医療がきちんと保障されることです。(NPO 法人医療的ケアネットの声明)

当連合会は、2011年10月の第54回人権擁護大会において「患者の権利に関する法律の制定を求める決議」を採択し、国に対して、患者を医療の客体ではなく主体とし、その権利を擁護する視点に立って医療政策が実施され、医療提供体制や医療保険制度などを構築し、整備するための基本理念として、人間の尊厳の不可侵、安全で質の高い医療を平等に受ける権利、患者の自己決定権の実質的保障などを定めた患者の権利に関する法律の早期制定を求めたものである。

本法律案は、以上のように、「尊厳死」の法制化の制度設計に先立って実施されるべき制度整備が全くなされていない現状において提案されたものであり、いまだ法制化を検討する基盤がないというべきである。・・・

当連合会は、こうした前提を欠いたまま、人の生命と死の定義に関わり国民全てに影響する法律を拙速に制定することに、反対する。(日本弁護士連合会会長声明)<sup>79</sup>

## ② 文化や社会を考慮した政策・実践に関する議論

もう一つは、日本の文化や社会を考慮した政策・実践の必要性に関する議論である。具体的には、周囲や関係者への配慮や遠慮がみられること<sup>80</sup>、<sup>k</sup> 明確な自己表現を控えることを伝統的に求められてきたこと、といった特質への言及である。<sup>l</sup> 以下はその具体的な見解である。

本人が意思決定能力を有すると判断された場合でも、本人が言語化したことは「気持ちの何らかの表現」であり、本人の意向そのものではないことも多い。医療・ケア従事者は、本人が言語化した「意向」の背景に思いを致すことも大切である。

これは日本の歴史・文化によるところが大きいと思われる。高齢者の発言に限ったことではないが、日本人が何かを言語化する場合、周囲や関係者への配慮や遠慮がみられるのは通常のことである。特に明確な自己表現を控えることを伝統的に求められてきた日本社会においては、臨床上の意思決定の場において明確な意向を尋ねられても、躊躇する人が少なくないのはむしろ自然である。(日本老年医学会)<sup>81</sup>

・・・「甘え」とは、人間関係における「依存したい、所属したい、甘えさせたい」という欲求である。この甘えの心理が日本人の典型的な行動パターンの根底

---

<sup>k</sup> このような特質は、「他者への負担感」という意識にも表れている可能性がある。他者への負担感、というのは、例えば、家族等に迷惑・負担をかけたくない、といったものが典型的である。迷惑や負担の内容は複雑で、心理的、社会的、経済的なものが考えられ、個人の人間関係や経済状況、健康状態、そして、当該者の居住する地域の実情、国の社会保障制度や政治・経済状況等、さまざまな要因の影響を受ける。

<sup>l</sup> 終末期の治療中止の意思決定に限定したものではないが、土居健郎氏の『甘えの構造』等では、日本人は集団の中で「甘え」という依存したいという心理が日本人の行動パターンにある、という主張が提起された一方、高野陽太郎氏の『「集団主義」という錯覚 日本人論の思い違いとその由来』等にみられるように、「日本人＝集団主義」論の批判も見られる。

にあることが示唆されている。医療現場における甘えは、治療方針について何も決めず、何が最善かを他人に決めてもらいたいと願う患者の態度に現れている。・・・

・・・意思を持ちながら決断しないまま終わってしまう現状を、日本人はむしろ肯定しているように思える。意思決定の概念と自律性の概念について、文化的背景を考慮したグローバルな生命倫理的再検討が必要である。(研究者の見解)<sup>82</sup>

・・・こうした集団に価値を置く日本人であっても、しかし、個人の意志と集団の意志を一致させたい願いはある。しかし、個人の意志と家族・集団の意志が異なる場合に、自己主張することはわがまま・自分勝手という非難を招くとされることを避けるために、高齢者が調和を優先し、自己決定したい内容を集団の中に埋没させ、家族・集団の「自己決定」に賛同するという選択に至ることもあると考える。(研究者の見解)<sup>83</sup>

これまで述べた、文化や社会を考慮した意思決定の重要性に関して、近年、デルファイ法を用いたアジア地域のアドバンス・ケア・プランニングの定義に関する研究によって、欧米の研究では強調されていなかった重要な領域についての提案が行われた。「3.2 日本のガイドライン」で説明したように、一般的に、アドバンス・ケア・プランニングは、治療・療養に関する希望や気がかり、価値観や人生の目標等について、患者が理解し、その家族や医療従事者らと話し合い、共有するプロセス、と解される。Moriらの研究がアジア（香港、日本、韓国、シンガポール、台湾）における重要な領域と指摘したのは、共同意思決定を通して、本人がアドバンス・ケア・プランニングに関わり最善の利益を得られるよう支援するために、家族の関与を促す「本人中心、かつ、家族を重視したアプローチ」であった<sup>84</sup>。

日本の文化や社会を考慮した政策や臨床実践の必要性が議論される一方で、Nakazatoらは、日本人の感情表現を避ける自然な傾向は終末期においても維持される可能性が高く、非言語的な「以心伝心」への欲求が高まる可能性がある、と指摘したうえで、家族と患者が、それぞれの感情を言葉にし、それを受け止める必要がある、と指摘している<sup>85</sup>。

## 4.2. 超高齢社会における意思決定の課題

日本、韓国、台湾の社会状況と法政策を比較した結果、共通点と相違点、日本が韓国・台湾から学べること、および、超高齢社会における意思決定の課題を抽出した。まず、主な共通点2点と相違点1点について以下に述べる。

### ① 共通点と相違点

共通点として、日本、韓国、台湾に共通する社会状況について、超高齢社会に向かっている、あるいはすでに達していること、高齢者の貧困や孤立につながる可能性とといった問題がある、ということがある。日韓台の間で、高齢化や相対的貧困率の程度、高齢単身世帯の割合にはいくらかの差は見られるものの、全く異なる状況にあるということではない。さらに、高齢化や社会的孤立の問題と関連して、判断能力がなく、治療方針の決定プロセスを支援する家族や友人等の身寄りもない「無友人高齢者」の問題も深刻化する可能性がある。「無友人高齢者」は、unbefriended、あるいは、unrepresented といった単語が用いられているほか、elder orphans、without desired surrogates という言葉が用いられることもある。この用語が意味するところはさまざまであり、米国法曹協会の定義のように、孤立していることに加え、意思能力がないことを含めている場合もあれば<sup>86</sup>、「社会的に、かつ／あるいは、身体的に孤立しており、連絡可能な家族や指名された代理人あるいは介護者がいない、コミュニティに住む高齢の個人」と定義する研究もある<sup>87</sup>。

二つ目の共通点は、終末期の治療中止の意思決定の課題をめぐって提起される、日本特有、アジア的な、といった、欧米等との相違を際立たせる見方の検証が必要だという点である。Kaiser Family 財団とエコノミスト誌の調査では、自律的な意思決定が自己決定権として確立しているという米国においても、死を語ることは米社会において一般的に避けられていると感じている人が7割いた<sup>88</sup>。複数の研究や調査からは、事前指示書の作成率が3割、4割という数字にとどまっていることがわかる<sup>89</sup>。<sup>90</sup> <sup>m</sup> 事前指示書の所有率をめぐっては、日本の厚労省の意識調査では、2012年時点

---

<sup>m</sup> ただし、調査対象を命に関わる疾患で進行した状態の患者、ナーシングホームの入居者等に限定すると作成率が上がる傾向にある。

で3.2%<sup>91</sup>、2017年時点で8.1%と1割に満たなかったが<sup>92</sup>、法律で定められた書式があるわけではないという状況においても、一定程度所有している人がおり、やや増加傾向にあったということである。韓国や台湾でも、事前指示書の登録件数は一定程度あり、韓国では年々増えていた。

相違点としては、法制化に慎重な日本に対し、韓国や台湾はボトムアップで法整備に着手し法改正で対応している、という点がある。日本の厚労省のプロセスガイドライン解説編は<sup>93</sup>、以下のように、国が人生の最終段階における医療の内容について一律の定めを示すことが望ましいか否かについては慎重な態度がとられてきた、と明記している。

#### 【平成19年版ガイドライン作成の経緯】

人生の最終段階における治療の開始・不開始及び中止等の医療のあり方の問題は、従来から医療現場で重要な課題となってきました。厚生労働省においても、人生の最終段階における医療のあり方については、昭和62年以来4回にわたって検討会を開催し、継続的に検討を重ねてきたところです。その中で行ってきた意識調査などにより、人生の最終段階における医療に関する国民の意識にも変化が見られることと、誰でもが迎える人生の最終段階とはいいながらその態様や患者を取り巻く環境もさまざまなものがあることから、国が人生の最終段階における医療の内容について一律の定めを示すことが望ましいか否かについては慎重な態度がとられてきました。・・・

実際、厚労省が2008年、後期高齢者医療制度（当時）の導入に伴い「後期高齢者終末期相談支援料」を診療報酬に算定することを決定し、患者と家族が医療従事者と終末期における診療方針等について話し合いをした場合の評価を導入した際<sup>94</sup>、高齢者に対する差別であるなどとメディア等に批判を受けたのちに同年中に凍結され<sup>95</sup>、2009年に廃止が決まった。

国が慎重な姿勢を辛く抜いてきたことに加え、「4.1 日本における終末期の治療中止の意思決定に関する議論」で説明したように、日本では、法制化によって社会的に弱い立場に置かれた人々が影響を受けるという懸念が指摘されている、ということもある。2012年に超党派の国会議員連盟が「尊厳死」法案をいわばマスコミ向けに提

案した後、政党内部で議論がなされたことはあっても、国会に上程され議論されるまでには至らなかった。

日本においては、社会的に弱い立場に置かれている障害者らの懸念や、法律家らを中心とする有識者の間にある法制化に慎重な態度には、どのような背景や要因があるのか、丁寧に分析する必要がある。

## ② 韓国・台湾の取り組みから日本が学べること

韓国・台湾の取り組みから日本が学ぶことができる点として、主に以下の2点がある。第一に、韓国や台湾は、法制化によって、終末期の治療中止等の実施件数や、事前指示書の登録件数などのナショナルデータを国が収集し公表することで、終末期の治療中止等の意思決定に関する法政策の透明化を試みている、ということがある。日本では、終末期における治療中止等の決定によってどれくらいの人が亡くなっているのか、といった公的データはない。日本の厚労省の人生の最終段階における医療やケアに関する意識調査はおおむね5年ごとに行われており、この調査の結果から、一定の傾向を知ることができる。しかし、2022年度調査からは、医療介護従事者にガイドラインを参考にしているかどうかを尋ねる項目が削除され<sup>96</sup>、ガイドラインの活用状況の変化を見ることができなくなった。また、意思決定できなくなった場合に備えて治療や療養場所の希望を明記した書面（事前指示書、リビング・ウィル等）を作成しているかどうかを尋ねた項目も削除され、事前指示書等の所有率の傾向を把握することができなくなった。

第二に、韓国や台湾は、法制化の議論において、患者の自己決定権を尊重するための権利保障としてのあり方を議論の軸としてきたという点がある。韓国の延命医療決定法は、第3条基本原則に、患者の自己決定権の尊重を規定している。台湾の患者自主権利法は、第4条に治療拒否を含む患者の自己決定権を規定している。日本においては、日本弁護士連合会が患者の権利に関する法律の制定を求める決議を行い<sup>97</sup>、医療における自己決定権を明記した「患者の権利に関する法律大綱案」を厚労相に提言するなど<sup>98</sup>、患者の権利保障を求める動きもある。韓国や台湾における議論を参考に患者の自己決定権の尊重に焦点をあてた議論をする必要がある。さらに、韓国では、終末期の治療中止の法制化にあたっての見解ではないものの、当事者からの重要な見解が示された。それは、介護保険制度の導入にあたって韓国老人会が「完璧な制度は

なく、制度を運営しながら改正する」という主張であった。台湾も幾度かの法改正によって制度を構築してきたことから、このような柔軟な検討も重要である。

### ③ 超高齢社会における意思決定に関する課題

次に、超高齢社会における意思決定に関する主な課題として、以下の2点がある。

第一に、社会状況を概観した結果、終末期における治療中止等の意思決定を支えてくれる家族がいることを前提することには限界がある、という点がある。日本をはじめ、韓国や台湾の法政策の構築や臨床実践において、患者には家族がいる、そして、その家族が終末期における治療中止等の意思決定を支えてくれる、家族中心の意思決定文化の中で家族を重視する必要がある、という、社会的・文化的特質に縛られない視点が重要ではないかということである。

社会状況の変化として、生涯未婚を含む単身世帯が増加していること、もしくは増加が見込まれること、貧困や社会的孤立等の社会問題が深刻になっている、といったことがある。身寄りのない高齢者が増えることが見込まれる、ということである。また、家族の在り方は多様であり、家族が存在していても、終末期の意思決定を支えてくれる家族がいない場合もある。

また、日本人は自己決定できない、とか、自己決定したがらないから家族や周囲が支える必要がある、という根拠についても、その根拠は曖昧である。終末期の治療中止等の意思決定において、自分で決めることができない、自分で決めることに躊躇がある、という現象は、日本人に限ってみられるものではない。

文化人類学者のスーザン・ロングは、深刻な病に関する意思決定は、たとえ米国においても、信頼と力の関係性から切り離すことはできない、と述べている<sup>99</sup>。さらに、ロングは、日本人に限らず、終末期においては、個人の希望は考慮されるものの必ずしも表明されるとは限らず、最終的な決定は、本人が参加できない時期に、複数の要因を考慮して下されることが多い、とも指摘している<sup>100</sup>。

終末期医療の課題は、医学や看護学、医療倫理学といった医療関連の分野のみならず、人類学、法学、社会学、心理学、人類学、哲学、宗教学等さまざまな領域横断的にかかわるものであり、学際的な対応が求められるため、医療分野以外の先行研究も議論の対象に含めて検討する必要がある。

第二の点は、終末期における治療中止等の意思決定に影響を及ぼすと考えられる要因を検討する必要がある、という点である。例えば、家族や医療従事者ら他者への負担感、つまり、迷惑をかけたくない、負担をかけたくないという意識は、自己決定に影響を及ぼす一つの要因と考えられる。日医総研リサーチレポート No.137 において筆者は、他者への負担感が、生命維持治療の受け入れや拒否、DNR 指示、緩和的鎮静、法域によっては安楽死等の治療方針の決定に影響を及ぼす可能性があるということは、日本のみならず、諸外国においても共通している、ということを指摘した。さらに、政府への信頼度、医療福祉介護制度、貧困、社会的孤立、個人の経済状況や人間関係・家族関係・家族構成、その他個人の健康状態等特段の事情といった要因が、複合的に影響し合うことが考えられる。

これらの要因の多様さ、複雑さを鑑みれば、家族に頼る自己決定、意思決定には限界があり、社会が本人を支える仕組みが必要となると考える。例えば、検討に値する制度として、イングランドおよびウェールズの「2005 年意思能力法<sup>101</sup>」に規定されている「独立意思能力代弁人制度<sup>102</sup>」がある。独立意思能力代弁人制度は、特定の意思決定を、それが必要とされる際に自力で行うことができる能力を失い、かつ、支援や相談を受けられる家族や友人のいない人が、重大な医療行為や住まいの変更について重要な意思決定を行う際に、彼らを支援する制度である。同法において、代弁人の役割は、あくまでも能力を喪失している人の意思決定を「支援する」ことであり、「意思決定する」ことではない。代弁人の役割を担うのは、税金を財源とする「国民保健サービス (National Health Service, NHS)」の病院や行政当局等から独立した、権利擁護団体や慈善団体に属している人たちである。

ただ、独立意思能力代弁人制度も、同制度の運営費が厳しい財政状況に置かれた地方自治体によって賄われているという財政上の問題や<sup>103</sup>、代弁人による支援のうちに医療機関や医療従事者らが「決定」する際に重視される本人にとっての最善の利益とは何か、という課題を有している。

さらに、終末期の治療中止の決定に関する法政策を含めた社会保障関連の政策を講じる際のジレンマもある。例えば、社会学者の松宮氏は、社会的孤立対策を検討する文脈で、成功事例モデルを単純に他にも適用することは実現可能性の面から難しく、個別の高齢者の生活の背景を踏まえる必要性がある、と指摘している<sup>104</sup>。

## 5. 終わりに

日本・韓国・台湾の社会状況と終末期医療に関する法政策を比較した結果、法制化やガイドライン策定に至った背景やきっかけ、議論の内容には相違があるものの、高齢化、貧困、家族の多様化といった社会状況に大きな相違はなかった。

高齢者関連の社会福祉政策のみならず、社会保障の根幹をなす医療・年金・介護制度が個人の人生に与える影響が大きいため、社会状況に対応した改善が必要である。高齢になって突然貧困状況に陥るといふよりも、それまでの人生において積み重ねられてきた生活が高齢期に大きな影響を及ぼすため、社会保障制度とその周囲の関連法政策が個人の置かれた実態を適切に把握し、個人と制度を円滑に結びつける支援が必要である。

終末期の治療中止等の意思決定に関しては、社会状況が変化し、単身世帯の増加といった家族の在り方も多様化している現状で、十分かつ良い意思決定支援をしてくれる家族がいる、ということ的前提することには限界がある。意思決定支援する家族が必ずいることを前提するのではなく、そうした家族がいない人が一定数いることを前提にした支援も必要である。超高齢社会において、支援してくれる家族がいないことに加え、治療方針を決定する際に意識を喪失していたり、治療方針について判断する能力を喪失していたりすることがあるためである。本ワーキングペーパーで述べたように、国レベルの政策を講じるために諸外国の取り組みを十分に検討し、具体的な対応策を検討する必要がある。

### <日本医師会ができること>

- 一般市民や医療従事者等を対象にした意識調査を継続的に行い、厚労省が意識調査の対象項目から外した事前指示書の所有率、ガイドラインの周知度等をはじめ、意思決定を支援する家族がいるかどうかを含めて、意思決定における家族の関与とその課題に関するデータを継続して得られるようにすることが重要である
- 個人が終末期の状態になる前に、地域の医療や介護を通して「かかりつけ医」をはじめとする医療従事者や、介護従事者、行政等と関係性を構築するために、例

えば、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」等の教育プログラムにおいて、意思決定を支援する家族や親しい友人等がない場合の意思決定支援のあり方に関する項目を加える等の取り組みも考えられる

## ■ 参考資料

- 田中美穂. 日医総研リサーチペーパー No. 137 人生の終末期に高齢者らが抱く「他者の負担になる」という意識－日本と諸外国のデータ概観－. 2024年1月29日. <https://www.jmari.med.or.jp/result/report/post-4013/>
- Ozeki-Hayashi R, Iwata F, Kodama S, Tanaka M. Guideline-Based Approach to End-of-Life Care Decisions in Japan: Practice, Regulation and the Place of Advance Directives. In: Cheung D, Dunn M, editors. Advance Directives Across Asia: A Comparative Socio-legal Analysis. Cambridge: Cambridge University Press; 2023. p. 243–61.
- 東アジアにおける終末期医療の倫理的・法的問題に関する国際共同研究 国際共同研究強化(B)科研(18KK0001). アジア諸国の終末期関連法規一覧. <https://www.asian-eolc-ethics.com/blank-2>
- 田中美穂, 児玉聡. WEBRONZA 韓国や台湾で進む終末期医療の法制化, 終末期医療の法制化、日本はどうする? 2018年7月27, 28日. <http://webronza.asahi.com/politics/articles/2018072400008.html>, <http://webronza.asahi.com/politics/articles/2018072400009.html>
- 京都大学大学院文学研究科 応用哲学・倫理学教育研究センター (CAPE). CAPE 生命倫理レポート 1: 世界の安楽死・治療中止概観. 2018年5月23日. <http://www.cape.bun.kyoto-u.ac.jp/wp-content/uploads/2018/05/34346740c880a4b7c77b16f46518c83e.pdf>
- 京都大学大学院文学研究科 応用哲学・倫理学教育研究センター (CAPE). CAPE 生命倫理レポート 2: 台湾・韓国の法律. 2018年5月23日. <http://www.cape.bun.kyoto-u.ac.jp/wp-content/uploads/2018/05/cc176617b0905231564bca58e1756ffb.pdf>
- 田中美穂, 児玉聡. 終の選択 終末期医療を考える. 勁草書房. 2017年.
- 京都大学大学院文学研究科 応用哲学・倫理学教育研究センター (CAPE). 国際高等研究所・国際ワークショップ 終末期医療の倫理: 報告. 2016年6月24日. <http://www.cape.bun.kyoto-u.ac.jp/wp-content/uploads/2014/03/67741ee2a9b734a044f0048e00fe1278.pdf>

- 
- <sup>1</sup> WHO. WHO COVID-19 dashboard, Deaths, Total cumulative. 2024 年 12 月 1 日現在.  
<https://data.who.int/dashboards/covid19/deaths?n=o>
- <sup>2</sup> 厚生労働省. 「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. 2018 年 3 月 14 日. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>
- <sup>3</sup> 神戸大学. 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」.  
<http://square.umin.ac.jp/endoflife/2018/index.html>, 厚生労働省. 自らが望む人生の最終段階における医療・ケア.  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/saisyuu\\_iryuu/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyuu_iryuu/index.html)
- <sup>4</sup> 国際長寿センター. 平成 23 年度 理想の看取りと死に関する国際比較研究報告書. 2012 年 3 月.  
[http://www.ilc-japan.org/study/doc/all\\_1101.pdf](http://www.ilc-japan.org/study/doc/all_1101.pdf)
- <sup>5</sup> Institute of Biomedical Ethics, University of Zurich. ESF Exploratory Workshop Advance Directives: Towards a Coordinated European Perspective? Country Reports on Advance Directives. 18-22 June 2008.  
[https://www.ethik.uzh.ch/dam/jcr:00000000-14d5-886d-ffff-ffff1488f30/Country\\_Reports\\_AD.pdf](https://www.ethik.uzh.ch/dam/jcr:00000000-14d5-886d-ffff-ffff1488f30/Country_Reports_AD.pdf)
- <sup>6</sup> 岡村世里奈. 事前指示をめぐる世界の状況と日本. 病院. 2013; 72(4): 281-285.
- <sup>7</sup> Tanaka M, Kodama S, Lee I, Huxtable R, Chung Y. Forgoing life-sustaining treatment - a comparative analysis of regulations in Japan, Korea, Taiwan, and England. *BMC Med Ethics*. 2020; 21(1): 99. Published 2020 Oct 16. doi:10.1186/s12910-020-00535-w
- <sup>8</sup> The Lien Centre for Palliative Care at Duke-NUS Medical School. Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021. <https://www.duke-nus.edu.sg/lcpc/quality-of-death/rankings>
- <sup>9</sup> Finkelstein EA, Bhadelia A, Goh C, et al. Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021. *J Pain Symptom Manage*. 2022; 63(4): e419-e429. doi:10.1016/j.jpainsymman.2021.12.015
- <sup>10</sup> OECD. Health at a Glance 2023 OECD Indicators. 7 November 2023.  
[https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023\\_7a7afb35-en/full-report.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report.html)
- <sup>11</sup> 中華民国人口推估(2022 年至 2070 年)報告. 2022 年 8 月.  
<https://pop-proj.ndc.gov.tw/>
- <sup>12</sup> Alzheimer's Disease International. Numbers of people with dementia worldwide. As of 30 November 2020. <https://www.alzint.org/resource/numbers-of-people-with-dementia-worldwide/>
- <sup>13</sup> 九州大学. 令和 5 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業) 認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究報告書. 2024 年. <https://www.eph.med.kyushu-u.ac.jp/information/detail/masterid/92/>
- <sup>14</sup> Seo H, Choi M, Park S, et al. Resilience of family caregivers of people with dementia in South Korea: protocol for a scoping review. *BMJ Open*. 2022; 12: e056739. doi: 10.1136/bmjopen-2021-056739
- <sup>15</sup> OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris.  
<https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- <sup>16</sup> Alzheimer's Disease International. Dementia fact sheet. June 2023.  
<https://www.alzint.org/resource/dementia-fact-sheet/>
- <sup>17</sup> Alzheimer's Disease International. Women and Dementia: A global research review. 2015.  
<https://www.alzint.org/resource/women-and-dementia-a-global-research-review/>

- 
- <sup>18</sup> Ku I, Lee W, Abe A, Mengbing Z, Li S, Yeh C, and Kim D. Luxembourg Income Study (LIS) Working Paper Series No. 842 What Makes Old-Age Poverty in East Asian Societies so High? June 2022 (revised in December 2023).
- <sup>19</sup> OECD. Poverty rate, 66 year-olds or more, % of population, 2021.  
[https://www.oecd.org/en/data/indicators/poverty-rate.html?oecdcontrol-9f300511bc-var6=Y\\_GT65](https://www.oecd.org/en/data/indicators/poverty-rate.html?oecdcontrol-9f300511bc-var6=Y_GT65)
- <sup>20</sup> 厚生労働省. 国民生活基礎調査 用語の解説 (令和4年大規模調査).  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21tyousa.html#anchor13>
- <sup>21</sup> 阿部彩. 相対的貧困率の動向 (2022 調査 update) JSPS 22H05098. 2024 年 1 月.  
<https://www.hinkonstat.net/>
- <sup>22</sup> 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の将来推計人口 (令和5年推計) 報告書. 2023 年 8 月.  
[https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp\\_zenkoku2023.asp](https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp_zenkoku2023.asp)
- <sup>23</sup> 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の世帯数の将来推計 (全国推計) (令和6 (2024) 年推計) 一令和2 (2020) ~32 (2050) 年—表6. 男女・年齢別にみた65歳以上人口の独居率(2020~2050年). 2024 年 4 月 12 日. <https://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2024/t-page.asp>
- <sup>24</sup> 国立社会保障・人口問題研究所. 2024 年版人口統計資料集 表7-16 家族形態別65歳以上人口および割合: 1980~2022年. [https://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P\\_Detail2024.asp?fname=T07-16.htm](https://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2024.asp?fname=T07-16.htm), 表7-21 所属世帯別65歳以上人口: 1970~2020年.  
[https://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P\\_Detail2024.asp?fname=T07-21.htm](https://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2024.asp?fname=T07-21.htm), 表7-30 性, 年齢 (5歳階級) 別単独世帯数および率: 1980~2020年.  
[https://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P\\_Detail2024.asp?fname=T07-30.htm](https://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2024.asp?fname=T07-30.htm)
- <sup>25</sup> 国勢調査 平成17年国勢調査 男女・年齢・配偶関係, 世帯の構成, 住居の状態など (第1次基本集計) 全国結果 表04500 高齢者世帯の種類 (2区分)、男女 (2区分)、65歳以上年齢 (5歳階級)、高齢単身者数等. <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0000033765>
- <sup>26</sup> 国勢調査 昭和45年国勢調査 世帯の構成・家計の収入の種類・住居の状態 (20%抽出集計結果) 表4 世帯の家族類型, 世帯主の年齢 (16区分), 配偶関係 (3区分), 男女別65歳以上の親族のいる普通世帯数, 普通世帯人員及び65歳以上親族人員—全国\*. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200521&tstat=000001037125&cycle=0&tclass1=000001037146&tclass2val=0>
- <sup>27</sup> Statistics Korea. 2024 Statistics on the Aged. September 2024.  
[https://kostat.go.kr/board.es?mid=a20111010000&bid=11759&act=view&list\\_no=433631&tag=&nPage=1&ref\\_bid=11758,11759,11760,11761,11762,12050,11763&keyField=&keyWord=](https://kostat.go.kr/board.es?mid=a20111010000&bid=11759&act=view&list_no=433631&tag=&nPage=1&ref_bid=11758,11759,11760,11761,11762,12050,11763&keyField=&keyWord=)
- <sup>28</sup> KOrean Statistical Information Service. Number of Private Households by Head's Age and Household Type, Number of Private Households by Head's Sex and Age. Updated on 19 SEP 2024.  
[https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT\\_1BZ0502&conn\\_path=I2&language=en](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BZ0502&conn_path=I2&language=en) (2024 年 12 月 13 日アクセス)
- <sup>29</sup> 金戸幸子. 人口と家族変容から見えてくる台湾の高齢者問題. 海外社会保障研究 = The review of comparative social security research / 国立社会保障・人口問題研究所 編. 2006; (157): 71-79.  
<https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/sakuin/kaigai/157.htm>
- <sup>30</sup> 李修京. 東アジアの‘儒教’の動きと韓日社会の儒教文化の一考察. 東京学芸大学紀要 人文社会科学系. 2024; 75: 31-48.
- <sup>31</sup> 中華民國 111 年 老人狀況調查報告 Report of the Senior Citizen Condition Survey 2022. January

- 
2024. <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-5095-77509-113.html>
- <sup>32</sup> 厚生労働省. 社会保障とは何か. [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_21479.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21479.html)
- <sup>33</sup> 飯島祥彦「第1章 職業倫理問題への制度的対応」『医療における公共的決定 — ガイドラインという制度の条件と可能性』東京: 信山社. 2016年. pp. 15-16.
- <sup>34</sup> 厚生労働省. 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. 2018年. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>
- <sup>35</sup> 厚生労働省. 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. 2007年. [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei\\_127318.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_127318.html)
- <sup>36</sup> 筑波大学. 令和5年度「人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業」. <https://square.umin.ac.jp/endoflife/2023/general.html>
- <sup>37</sup> 厚生労働省. 在宅医療の推進について 人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>
- <sup>38</sup> 日本老年医学会. ACP 推進に関する提言. 2019年. <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/acp.html>
- <sup>39</sup> 日本医師会. 日医ニュース 第XVI次生命倫理懇談会答申「終末期医療に関するガイドラインの見直しとアドバンス・ケア・プランニング (ACP) の普及・啓発」まとまる. 2020年6月20日. <https://www.med.or.jp/nichiionline/article/009366.html>
- <sup>40</sup> Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage.* 2017; 53(5): 821-832.e1.
- <sup>41</sup> Thomas K. Chapter 1 Overview and introduction to advance care planning. In Thomas K, Lobo B, Detering K. *Advance Care Planning in End of Life Care Second Edition.* Oxford: Oxford University Press. 2018. pp. 6-11.
- <sup>42</sup> Russell S, Detering K. Chapter 2 What are the benefits of advance care planning and how do we know? In Thomas K, Lobo B, Detering K. *Advance Care Planning in End of Life Care Second Edition.* Oxford: Oxford University Press. 2018. p. 20.
- <sup>43</sup> 木澤義之編集. これからの治療・ケアに関する話し合い-アドバンス・ケア・プランニング-. 2018年1月. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000189051.pdf>
- <sup>44</sup> Mori M, Chan HYL, Lin CP, et al. Definition and recommendations of advance care planning: A Delphi study in five Asian sectors. *Palliat Med.* Published online October 10, 2024.
- <sup>45</sup> 日本学術会議死と医療特別委員会. 死と医療特別委員会報告—尊厳死について—. 蘇生. 1995; 13: 160-164.
- <sup>46</sup> 横浜地裁平4(わ)1172号
- <sup>47</sup> 東京高裁平17(う)1419号
- <sup>48</sup> 辰井聡子. 重篤な疾患で昏睡状態にあった患者から気道確保のためのチューブを抜管した医師の行為が法律上許容される治療中止に当たらないとされた事例—川崎協同病院事件上告審決定—最決平成21・12・7. 論究ジュリスト. 2012; (1): 212-217.
- <sup>49</sup> 神馬幸一. 21 治療行為の中止—川崎協同病院事件. 別冊ジュリスト 刑法判例百選 I 総論 (第7版、および、2020年発刊の第8版も同内容). 2014; (220): 44-45.
- <sup>50</sup> 前田正一「1 終末期医療における患者の意思と医療方針の決定」甲斐克則編『医事法講座第4巻 終末期医療と医事法』東京: 信山社; 2011年. pp. 6-17.
- <sup>51</sup> 中央社会保険医療協議会 総会 (第571回). 個別事項 (その12) について (総-3). 2023年12月8日. [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500\\_00230.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00230.html)

- 
- <sup>52</sup> 成年後見センター・リーガルサポート. 医療行為における本人の意思決定支援と代行決定に関する報告及び法整備の提言. 2014年5月. <https://legal-support.or.jp/general/activity/proposal/>
- <sup>53</sup> 厚生労働省. 地域包括ケアシステム. [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html)
- <sup>54</sup> National Law Information Center. Act on Decisions on Life-Sustaining Treatment for Patients in Hospice and Palliative Care or at the End of Life. <http://www.law.go.kr/eng/engLsSc.do?menuId=1&query=ACT+ON+DECISIONS+ON+LIFE-SUSTAINING+TREATMENT+FOR+PATIENTS+IN+HOSPICE+AND+PALLIATIVE+CARE+OR+AT+THE+END+OF+LIFE&x=25&y=28>
- <sup>55</sup> 藤原夏人. 立法情報【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. 2016年4月. [http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo\\_9929060\\_po\\_02670108.pdf?contentNo=1&alternativeNo=](http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_9929060_po_02670108.pdf?contentNo=1&alternativeNo=)
- <sup>56</sup> 東アジアにおける終末期医療の倫理的・法的問題に関する国際共同研究 国際共同研究強化(B)科研(18KK0001)ウェブサイト. 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). <https://www.asian-eolc-ethics.com/blank-2>
- <sup>57</sup> 국립연명의료관리기관(国立延命医療管理機関). <https://www.lst.go.kr/main/main.do>
- <sup>58</sup> 국립연명의료관리기관(国立延命医療管理機関). [연보] 2023 연명의료결정제도 연보(2023年延命医療決定制度年報). May 2024. <https://www.lst.go.kr/comm/referenceDetail.do?bno=4687>
- <sup>59</sup> 田中美穂, 児玉聡「第10章『尊厳死』法案を考える」『終の選択—終末期医療を考える—』東京: 勁草書房; 2017年. pp. 235-236.
- <sup>60</sup> 洪賢秀. 韓国の延命医療決定法. 年報医事法学. 2018; (33): 302-307.
- <sup>61</sup> Hahm KH, Lee I. Biomedical Ethics Policy in Korea: Characteristics and Historical Development. J Korean Med Sci. 2012; 27: S76-81.
- <sup>62</sup> Lee I, Koh SO. End-of-life Care in Korea: Current Situation. INTENSIVIST. 2012; 4(1): 93-96.
- <sup>63</sup> Ilhak Lee, Shin Ok Koh. End-of-life Care in Korea : Current Situation. INTENSIVIST. 2012; 4(1): 93-96.
- <sup>64</sup> 牧野力也. 〈論説〉意思能力なき患者の同意と自己決定の尊重: 韓国の成年後見制度を素材として. 筑波法政 2015; (64): 117-138.
- <sup>65</sup> 金亮完「第13章 延命治療の中止に関する韓国大法院判決について」シリーズ生命倫理学編集委員会編『シリーズ生命倫理学5 安楽死・尊厳死』東京: 丸善出版; 2012年. pp. 238-250.
- <sup>66</sup> 東アジアにおける終末期医療の倫理的・法的問題に関する国際共同研究 国際共同研究強化(B)科研(18KK0001)ウェブサイト. 安寧緩和医療法(日本語). <https://www.asian-eolc-ethics.com/blank-2>
- <sup>67</sup> 東アジアにおける終末期医療の倫理的・法的問題に関する国際共同研究 国際共同研究強化(B)科研(18KK0001)ウェブサイト. 患者自主権利法(日本語). <https://www.asian-eolc-ethics.com/blank-2>
- <sup>68</sup> Ministry of Health and Welfare (衛生福利部). Hospice Palliative Care Act. 2013.01.09. <http://law.moj.gov.tw/Eng/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020066%20>,
- <sup>69</sup> Ministry of Health and Welfare (衛生福利部). Patient Right to Autonomy Act. 2016.01.06. <http://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020189>
- <sup>70</sup> 鍾宜錚. 台湾における終末期医療の議論と「自然死」の法制化: 終末期退院の慣行から安寧緩和医療法へ. 生命倫理. 2013; 23(1): 115-124.
- <sup>71</sup> 衛生福利部. 衛部醫字第1101661853號公告. 2021年(中華民國曆110年)4月13日.

- 
- 72 鍾宜錚. 台湾における終末期医療の議論と「善終」の法制化－「安寧緩和医療法」から「病人自主権利法」へ－. 生命倫理. 2017; 27(1): 113-121.
- 73 田中美穂, 児玉聡「第 10 章 『尊厳死』法案を考える」『終の選択－終末期医療を考える－』東京: 勁草書房; 2017 年. pp. 233-235.
- 74 大谷實. 終末期医療を考える (1) 立法問題としての終末期医療. 判例時報. 2018; (2373): 136-142.
- 75 尊厳死法制化に反対する会. 声明文. 2012 年.  
[https://songeshihouseikanihantaisurukai.blogspot.com/p/blog-page\\_3.html](https://songeshihouseikanihantaisurukai.blogspot.com/p/blog-page_3.html)
- 76 日本弁護士連合会. 「臨死状態における延命措置の中止等に関する法律案要綱 (案)」に関する意見書. 2007 年 8 月. [https://www.nichibenren.or.jp/document/opinion/year/2007/070823\\_3.html](https://www.nichibenren.or.jp/document/opinion/year/2007/070823_3.html)
- 77 立岩真也. わからないから教えてくれと聞いてまわるのがよいと思う。DPI: Disabled people's international われら自身の声. 2006; 22(2): 21-23.
- 78 日経メディカル. 2018 年 3 月号特集◎終末期医療の三原則 終末期の治療差し控え・中止に警察は介入しない. 2018 年 3 月 21 日.
- 79 日本弁護士連合会. 「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案 (仮称)」に対する会長声明. 2012 年 4 月. [https://www.nichibenren.or.jp/document/statement/year/2012/120404\\_3.html](https://www.nichibenren.or.jp/document/statement/year/2012/120404_3.html)
- 80 田中美穂. 日医総研リサーチレポート No. 137 人生の終末期に高齢者らが抱く「他者の負担になる」という意識－日本と諸外国のデータ概観－. 2024 年 1 月.  
<https://www.jmari.med.or.jp/result/report/post-4013/>
- 81 日本老年医学会. ACP 推進に関する提言. 2019 年. <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/acp.html>
- 82 Nakazawa E, Yamamoto K, Ozeki-Hayashi R, Akabayashi A. Why Can't Japanese People Decide?-Withdrawal of Ventilatory Support in End-of-Life Scenarios and Their Indecisiveness. *Asian Bioeth Rev.* 2019; 11(4): 343-347. Published 2019 Dec 4. doi:10.1007/s41649-019-00107-0
- 83 佐々木裕子, 山口幸恵. 高齢者の自己決定を支える看護援助について--日本文化と家族との関係を通して. *ホスピスケアと在宅ケア = Hospice and home care.* 2010; 18 (1): 2-8.
- 84 Mori M, Chan HYL, Lin CP, et al. Definition and recommendations of advance care planning: A Delphi study in five Asian sectors. *Palliat Med.* Published online October 10, 2024.
- 85 Nakazato K, Shiozaki M, Hirai K, et al. Verbal communication of families with cancer patients at end of life: A questionnaire survey with bereaved family members. *Psychooncology.* 2018; 27(1): 155-162. doi:10.1002/pon.4482
- 86 American Bar Association Commission on Law and Aging. Incapacitated and Alone: Health Care Decision-Making for the Unbefriended Elderly. July 2003.  
[https://www.americanbar.org/groups/law\\_aging/resources/health\\_care\\_decision\\_making/](https://www.americanbar.org/groups/law_aging/resources/health_care_decision_making/)
- 87 Carney MT, Fujiwara J, Emmert BE Jr, Liberman TA, Paris B. Elder Orphans Hiding in Plain Sight: A Growing Vulnerable Population. *Curr Gerontol Geriatr Res.* 2016; 2016: 4723250. doi:10.1155/2016/4723250
- 88 Kaiser Family Foundation/The Economist. Topline: Four-Country Survey on Aging and End-of-Life Medical Care. April 2017.
- 89 Pew Research Center. Views on End-of-Life Medical Treatments. 2013.
- 90 Bazargan M, Cobb S, Assari S. Completion of advance directives among African Americans and Whites adults. *Patient Educ Couns.* 2021; 104(11): 2763-2771.
- 91 e-Stat. 厚生労働省 平成 24 年度人生の最終段階における医療に関する意識調査. 2014 年公開.

---

<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450124&tstat=000001064237&cycle=8&tclass1val=0>

<sup>92</sup> e-Stat. 厚生労働省 平成 29 年度人生の最終段階における医療に関する意識調査. 2019 年公開.

<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450124&tstat=000001114055&cycle=8&tclass1val=0>

<sup>93</sup> 厚生労働省. 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. 2018 年 3 月. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>

<sup>94</sup> 厚労省保険局医療課長通知 保医発第 0305001 号 診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について 別添 1 第 2 章 特掲診療料 第 1 部 医学管理等 B018 後期高齢者終末期相談支援料 (医学 p. 33) . 2008 年 3 月 5 日. <https://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/tp0305-1.html>

<sup>95</sup> 厚労省保険局医療課長通知 保医発第 0630001 号 後期高齢者終末期相談支援料の凍結について. 2008 年 6 月 30 日. <https://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/tp0305-1.html>

<sup>96</sup> e-Stat. 厚生労働省 令和 4 年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査. 2023 年公開. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450124&tstat=000001210180&cycle=8&tclass1val=0>

<sup>97</sup> 日本弁護士連合会. 患者の権利に関する法律の制定を求める決議. 2011 年.

[https://www.nichibenren.or.jp/document/civil\\_liberties/year/2011/2011\\_2.html](https://www.nichibenren.or.jp/document/civil_liberties/year/2011/2011_2.html)

<sup>98</sup> 日本弁護士連合会. 患者の権利に関する法律大綱案の提言. 2012 年.

[https://www.nichibenren.or.jp/document/opinion/year/2012/120914\\_2.html](https://www.nichibenren.or.jp/document/opinion/year/2012/120914_2.html)

<sup>99</sup> Long S. Chapter 5 Who Decides? Social Roles and Relationships. In *Final Days: Japanese Culture And Choice at the End of Life*. Honolulu: Univ of Hawaii Pr. 2006. p. 73.

<sup>100</sup> Long S. 2. Dying in Japan: Into the hospital and out again? Edited by Suzuki H. In *Death and Dying in Contemporary Japan (Japan Anthropology Workshop Series) (English Edition)*. London: Taylor & Francis. Kindle. pp. 120-122.

<sup>101</sup> 新井誠・紺野包子『イギリス 2005 年意思能力法・行動指針』東京: 民事法研究会; 2009 年.

<sup>102</sup> legislation.gov.uk. Mental Capacity Act 2005 Independent mental capacity advocate.

<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/part/1/crossheading/independent-mental-capacity-advocate-service>

<sup>103</sup> Social Care Institute for Excellence (SCIE). Commissioning and monitoring of Independent Mental Capacity Advocate (IMCA) services. 2009. <https://www.scie.org.uk/mca/imca/commissioning/>

<sup>104</sup> 松宮朝「第 4 章 高齢者の孤独・孤立を通して考える<生活一文脈>理解」宮下洋ほか著『<生活一文脈>理解のすすめ』京都: 北大路書房; 2024 年.