

2. ACP の取り組みの現況と課題

E. 海外における ACP 1) 台湾

Cheng-Pei Lin^{*1,2} Ping-Jen Chen^{*3,4} Shao-Yi Cheng^{*5}

(¹Institute of Community Health Care, College of Nursing, National Yang Ming Chiao Tung University, Taiwan ²Cicely Saunders Institute of Palliative Care, Policy and Rehabilitation, King's College London, UK ³Department of Family Medicine and Division of Geriatrics and Gerontology, Kaohsiung Medical University Hospital and School of Medicine, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung, Taiwan. ⁴Marie Curie Palliative Care Research Department, Division of Psychiatry, University College London, London, UK ⁵Department of Family Medicine, College of Medicine and Hospital, National Taiwan University, Taipei, Taiwan)

森 雅紀^{*6} 木澤義之^{*7}

(⁶聖隷三方原病院 緩和支援診療科 ⁷筑波大学 緩和支援診療科)

森：では、早速ですが、インタビューを始めたいと思います。質問のほとんどは、Shao-Yi Cheng 先生の JJCO (Japanese Journal of Clinical Oncology) に掲載されたレビューです。すでに言及されていると思いますが、事前に準備した項目番号 1 から 6 まで順番にうかがっていきたいと思います。

- ① ACP の定義、法的背景、代理意思決定者や家族、医療介護福祉従事者の役割
- ② ACP についての話し合いの後の書類等の登録方法や具体的な運用
- ③ 伝統的な文化的側面と最近の変化
- ④ ACP の教育・研修に関する現状
- ⑤ ACP についての課題や今後の展望
- ⑥ ACP への参画を促す試み

2つの法律の制定

SY：森先生ありがとうございます。実は事前に3人で打ち合わせしたんです。1～6の質問を3つに分けて、私が1番と6番の質問を担当し、Cheng-Pei と Ping-Jen が残りの4つを担当することにしました。それでは1つ目の質問から始めますね。ご紹介いただいた JJCO の ACP (advance care planning) のレビューでは、基本的にアジア

文化の文脈から ACP の定義を書きました。台湾には2つの法律があり、これらが ACP の法的背景となっています。というのも、この2つの法律ができる前は、すべての医師が CPR (心肺蘇生法) を行う必要があったからです。ですから、これらの法律は患者の権利を保護するためのものということができます。

1つ目の法律が「自然死法」(Natural Death Act, Hospice Palliative Care Act (HPCA)) で、2000年に制定されました。この法律は、基本的に心肺蘇生法、つまり蘇生を行わないという問題に焦点を当てたもので、非常に範囲が狭いものでした。対象者は末期がん患者に限定されていたため、臨床で適用することが難しかったため、私たちは、より繊細で、より多くの末期患者をカバーできる新しい法律の制定が必要だと考えていました。このような背景から、新法である「患者の自律の権利に関する法律」(Patient Right to Autonomy Act : PRAA) が2016年に成立し、2019年に施行されました。これら2つの法律の間には、少なくとも3つの重要な違いを指摘することができます。

まず1つ目は対象患者です。自然死法では対象が末期がん患者だけでしたが、新法では基本的に5種類の状態にある患者を対象としています。そ

れは、終末期患者（がんに限らず）、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です。患者に意思決定能力がある場合には、ACPクリニックを訪れることが勧められています。

2つ目は、文書への署名のタイミングです。自然死法では、通常、患者が非常に重病である場合、あるいはER（emergency room）に運ばれてきた患者が、医師からこのことについて言及され始めた場合に、この法律が適用されます。つまり、介護者や代理人によって決定されることが多いのです。だから、本来は意図していないことなんです。しかし、新しい法律では、基本的に、患者が健康であるかまたは意思決定能力を有している時に署名することを求めています。

そして3つ目は、代理人の権限という非常に厄介なものです。自然死法では、代理人は患者の意思をすべて覆すことができる。新法では代理人は患者の意思を覆すことはできない。つまり、代理人の役割は、患者さんの意思が完全に実行されているかどうかを確認することです。このように基本的な違いがあるため、新法は本当に患者さんの権利を保障していると思います。新法は患者の自律性の尊重を確保し、良好な自然死を迎える患者の権利を保護し、調和のとれた医師－患者関係を促進するために制定された、と定義されています。

台湾では、事前指示書（advance directive：AD）にサインするためには病院のACPクリニックに行かなければなりません。台湾全土の中規模から大規模の病院のほとんどにACPクリニックが設置されていて、合計100以上のACPクリニックがあります。ACPは、医療保険でカバーされないで、基本的には自己負担になります。1人あたり130ドルくらいです。2人目、3人目が同時にACPを受けると、割引料金が設定されています。ACPクリニックに行くと医師から詳しい説明を受け、事前指示書や意思決定書にサインをすると、その内容はすべてICカード（個人番号カードのようなもの）にアップロードされます。台湾のどの病院に行っても、医師や看護師は、あなたが事前指示書に署名したことをすぐに知るこ

とができるのです。もちろん、いつでも撤回は可能です。しかし、もしもう1度「事前指示書」に署名したい場合は、また新たに130ドルを支払わなければなりません。

「ACPクリニックでの手続き」

森：代理決定者と一緒にクリニックに行かなければならないのですか。

SY：その必要はありません。でも、ACPクリニックでの手続きには、二親等以内の親族が同席しなければならないんです。

森：二親等以内の親族の1人ですね。もし、これが二親等以内の親族でなかった場合は、どうなるんでしょう。

SY：絶対に二親等以内の親族でなければならないのです。このことは、台湾でACPやADを完成させる上で、障壁となることもあります。

森：ということは、代理決定者は二親等以内の親族がなるのが普通なんですか。

SY：そうである必要は、ありません。友人でもいいんです。金銭的な問題や利害関係がないかぎりは。たとえば、患者の臓器提供のレシピエントになりうる人、そういう人はダメですけどね。

そして、もう1つの特徴は、ACPクリニックでその作業に当たるのは医師だということです。ソーシャルワーカーも行うことができますが、実際には医師が中心となって行っています。

森：医師は、どんな専門分野の医師でもいいのですか。

SY：数時間かの講習を受けて認定資格を取らなければならないんです。

PJ：すべての専門分野の医師が、そのようなトレーニングプログラムに参加し、ACPの認定を受けることができます。

森：それは興味深いですね。何時間くらいのプログラムなのでしょう。

CP：それについては、後で詳しく説明します。

森：代理人の裁量の余地についてうかがいます。患者さんがサインした時に想定していた状況と異なることが起こった場合、どれくらい代理人に裁量の余地があるのでしょうか。

SY: Ping-Jen, 補足をお願いします。

PJ: 法律によれば、医療チームは、高度な意思決定が実施される時点で、その意思決定が患者の意思と一致していることを再度確認する必要があります。つまり、もし患者に意思決定能力がある場合は、患者の希望と合致したものであることを再確認しなければならないのです。私たちはその時点の患者さんの希望に従うべきで、AD に依存すべきではありません。それはある種の leeway (裁量の余地) だと思います。

森: 患者に意思決定能力がある場合はそうなるのだと思うのです。しかし、患者が意思決定能力を失った時に、状況がADに署名した時とは少し違ったものになっていたとします。代理人は、以前の状況とは異なる現在の状況を考慮し、患者の意思の推定に基づいて、以前に表明された意向を変更することができるかと考えますか。

PJ: そうですね。代理人による患者の推定意思に基づいて、ADに記載された当初とは異なる特定の状況を考慮することになると思います。ですから、その時点で、代理人と医療チームとの間で患者にとって最善の意思決定を行うための共有意思決定のプロセスが行われることになると思います。

森: なるほど、それは許容されるんですね。

裁量の余地による意思決定

木澤: 裁量の余地を使った意思決定における家族の役割とは何でしょうか。

PJ: まず、「ヘルスケアエージェント (患者から書面による承認を受けた代理人)」と「家族」の役割の違いを区別する必要がありますね。実はどちらの法律にも、裁量の余地について明確な定義はないんです。共有意思決定プロセスにおける代理人の役割は、2つの法律で少し異なっています。PRAAによると、AD書面に生命維持のための治療の「期限付き試行」や、代理人決定への完全な承認についての選択肢があり、宣言者が将来、その場での意思決定をする際に医療代理人に裁量の余地を与えることについて話し合うことができるようになっています。

表1 患者の終末期における代理判断の優先順位 (HPCA)

A. 医療代理人 (最優先)
B. 家族親族
1. 配偶者
2. 成人した子どもと孫
3. 両親
4. 兄弟姉妹
5. 祖父母
6. 曾祖父母, 曾孫, または血縁による三親等内の傍系親族
7. 婚姻による一親等親族 (義理の父母等)

一方、PRAAに基づくADがない場合、旧法であるHPCA(自然死法)ではより曖昧になります。自然死法に基づく指定医療代理人の権限はきわめて限定的であり、代理判断の権限は患者の終末期のみに限定されています。また、旧法では、代理判断には優先順位があり(表1)、当面の状況が事前判断の状況と異なる場合は、その優先順位を適用することになっています。その優先順位を適用して、患者の最善の利益を決定するために家族の方と話し合うことになります。

森: では、医療従事者、文書による代理人、その他の家族と共に意思決定を共有することになるわけですね。

PJ: はい、そうです。

森: ADでは、行われる医療の内容だけでなく、代理人の指名について法制化されているのでしょうか。

PJ: はい、新法(PRAA)に基づくADの書式に含まれています。

CP: 付け加えると、台湾では医療代理人を任命している患者や個人はほとんどいません。これはおそらく文化の違いだと思うのですが、ADを完成した患者や個人はいても、医療代理人の選定を完了した人は非常に少ないのです。これは非常に興味深い現象で、文化が関係しているのは間違いないと思います。この点については、後ほどお話ししたいと思います。

PJ: それでは、Shao-Yi先生のやりとりを補足します。台湾では2つの法律に基づいて、2つの書式、「PRAAに基づくAD」と「HPCA(自然死法)に基づくDNRとホスピス緩和ケア利用に関する

選択」があります。この2つの書式について詳しく説明します。

まず、この2つの書式は、両方とも国民健康保険のICカードに登録されます。ICカードへの登録には、これらの書類をスキャンして、その電子ファイルを政府のデータベースにアップロードして保存しておく必要があります。この電子ファイルのアップロードと登録は、医療機関だけでなく、個人でも行うことができます。PRAAに基づくADには2名の保証人による承諾と、さらにACPの話し合いを行った医療機関の証明書もアップロードする必要があります。現実的にはこれらの事務手続きは、ほぼ医療機関で行われているのです。

しかし、HPCAに基づくDNR/HPCの選択については、2名の証人は必要ですが、医療機関の証明は必要ありません。そこで、DNR/HPCの選択を完了し、完全な判断能力がある2人の証人がいれば、この電子ファイルを自分で政府のデータベースにアップロードすることができます。データベースは、ウェブサイト (<https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/index.aspx>) からアクセスできます。そして、このADやDNR/HPCの選択は、個人が、ウェブサイトを介して閲覧することができます。

そして、いちばん重要なのは、すべての医療機関が国民健康保険のICカードの登録データを確認することで、ADの内容を閲覧することができるということです。もちろん、ADを閲覧するには、登録された医療従事者である必要があります。では、誰がいつADの内容を更新できるのか。もし、個人の方が考えを変えたいのであれば、ACPコンサルテーションを再度行い、修正し、もとのものを取り下げて、更新したものをアップロードする必要があると先ほどShao-Yiから説明がありましたが、これはPRAAに基づくADのみとなります。DNR/HPCの選択を変更したい場合は、自分で書いて、判断能力のある2人の証人がいれば自分自身で変更可能です。

ですから、PRAAに基づくADは、より手続きが厳密です。登録数も限られており、どの程度普及しているのか？ という疑問が生じます。今日

現在、PRAAに基づくADの数は約35,000です。今年は4,500人以上のADが登録されています。また、DNR/HPCの選択については81万7,000人近くが登録しており、ADよりもはるかに多くなっています。このように、この2つの取り組みの普及の程度には、そのプロセスと規制によって大きな差が生じていることが分かります。

SY：ありがとうございます。基本的にACPクリニックやADの登録は、多くの法律に基づいた必要な手続きによって制限されているわけです。後でもっと詳しく説明したいと思います。

森：ありがとうございます。少なくとも、DNRフォームだけでも広く普及しているのはいいですね。日本の臨床医の中には、DNRについて患者に直接聞くことに大きなストレスを感じている方々が少なくないので、もしこういう仕組みがあれば、DNRについて患者や家族が考える機会をもつことができると思いました。Cheng-Pei先生、補足をお願いします。

台湾の文化と死生観

CP：そうですね、数字について少し補足させていただきます。ADフォームよりもDNRフォームのほうがはるかに登録数が多いのですが、DNRのほうは30年前に開始していて、ADの法は、2年前に法制化されたばかりという側面があります。ADは、これから多くのプロモーションが必要だと思います。

森：ありがとうございます。では、3番目の質問、文化的な側面に焦点を当てたいと思います。

CP：台湾の文化的な側面について、手短にお答えしたいと思います。台湾では、実は伝統的に、終末期医療の話はタブーとされてきました。また、日本と同じように、医療従事者が終末期医療の問題を口にすると、それは治療をあきらめること、私はもうすぐ死ぬ、末期症状だ、と思われるようです。

そして、「親孝行」の概念があります。これは台湾でよくみられる現象ですが、患者を守るために、家族が、病気によって希望が失われないようにするのは、患者には本当のことを言

わず、患者のためにできるだけのことをしてあげたいと思うのです。このことは、患者が治療方針を選択する際に、自分の意思を表明する機会がないことがある、という点にもつながってきます。また、患者が治療を選択する機会があったとしても、自分のことよりも家族の和を第1に考える傾向にあります。

もう1つ、台湾では患者や家族が書類に署名することにに対して、かなりプレッシャーを感じていることがわかりました。台湾ではADの登録数や代理決定者の登録数が少ないことは先ほど述べたとおりなのですが、患者は臨床医に、「DNRにしてほしい」とか、「挿管は嫌だ」とか、希望する／しない治療のことは何度でも言えるんです。でも、「書類に署名してください」と言うのと、「ああ、これはちょっと考えなくてはいけない…家族と相談しなくては」と言うのです。これは非常に興味深い現象だと思っています。

患者と家族の関係

CP：次は、患者と家族の問題です。医療従事者は通常、医療訴訟を避けたい、家族と争いたくないと思っています。台湾には「死者は語らず」ということわざがありますが、生きている人(家族)は訴えるけれども、死んだ人(患者)は訴えないという意味です。このように、患者よりも家族を尊重する傾向にあるのです。また、医療従事者も新しい法律(PRAA)についてよく知りません。この法律が何なのか、ACPを実践することにどんなメリットがあるのかさえ知らないのです。

これは間違いなくACPの実施に影響しますし、臨床現場にも影響します。患者や家族に治療をあきらめたり減らしたりするに言うよりも、より多くの治療を提供するほうが簡単です。たとえば、医師が「まだ薬や治療がありますよ。おそらく10~15%の確率で治るでしょうから、試してみませんか?」と話せば、患者は、「もちろんです。本当に良く診てくれて、あなたは素晴らしい医師です」と答えるでしょう。しかし、もし医師が「輸液が有益とは思えない。点滴の中止や減量を考えよう」とした場合は、家族や患者に、なぜ

これがベストな選択だと思うのかを時間をかけて詳しく話す必要があり、そのうえ患者や家族からは、「あなたは治療をやめようとしている、悪い医者だ」と言われるかもしれません。患者や家族を説得して治療の中止や差し控えをするのは、とても困難で時間もかかります。しかし、「まだこの薬があります」「まだこの治療があります」「治療を受けたいですか」と言えば、家族は「はい、絶対受けます」と言うでしょう。

そしてもう1つは、医療スタッフが、(治療中止に対して起こる)感情に対処する準備ができていないことです。患者や家族に本当のことを言った後の、です。たとえば、患者が泣いたり家族が倒れたりすると、医師は「どう対処したらいいかわからないから、詳しく説明する必要はないだろう」と考えてしまいがちです。

もう1つの質問は、文化的な変化が徐々に起こっているかということですが、私の観察では間違いなくイエスだと思います。ソーシャルメディアの恩恵で、人びとはACPを将来のことを自分で決める権利として考えるようになりました。そして、医療スタッフに対して、「DNRについて決めておきたい」「ACPコンサルテーションを受けたい」「ADを登録したい」と要望するようになりました。世代間ギャップもあります。たとえば、60歳や65歳以上の高齢者の場合、終末期の問題について話し合ったり、緩和ケアを受けるように勧めたりすることはまだ非常に難しいです。一方、若い世代の場合、必ずしもACPやADを受けることを決めているわけではありませんが、最近是这样の問題について話し合うことに非常にオープンになっているようです。また、地域によっても異なりますが、たとえば台北の場合、都市部では教育水準が高く、経済状態も良いので、ACPに取り組む人が多いですが、農村部ではACPが何であるかを知らないため、非常に困難です。

最後に、文化という観点から、台湾の先住民族についてお話ししたいと思います。台湾には先住民族と呼ばれる人びとがいて、現在では16のグループに分かれていることをご存知かもしれません。その中でもっとも大きなものであるタイヤル族

表2 教育の3つのコース

カテゴリー		コースの内容	医師	看護師	心理士	SW
法的知識	A	PRAA*と関連法規	2時間	3時間	4時間	4時間
コンサルテーションの実践	B	ACPと緩和ケア	2時間		3時間	3時間
	C	ACPの話し合いとAD作成の実際			3時間	4時間
総時間数			4時間	6時間	11時間	11時間

* Patient Right to Autonomy Act

は、死や死生観について、私たちが学んできたこととはまったく異なる理解をもっています。ですから、彼らの意思決定やACPへの参加は、私たちがいう台湾の文化とは非常に異なっています。台湾には先住民族や客家、漢民族など、さまざまなコミュニティがありますから、これらに対応する必要があります。

台湾の教育の3つのコース

PJ: すばらしい回答だと思います。次の質問に行きましょうか。

CP: はい、教育についてです。台湾では公式に教育が行われています。台湾の厚生省によると、教育は3つのコースに分かれています(表2)。1つ目は法律に関する知識(A)で、PRAAに関連するものです。2つ目はACPと緩和ケアに関するコンサルテーションスキル(B)です。そして、3つ目は、ACPの実践とADの作成(C)に焦点を当てたものです。

職種別に定められているので、表をご参照ください。私の大学では、学生たちが、がん患者、脳腫瘍患者、認知症患者、重病人など、さまざまな人びとを対象としたACPの研究に関心をもつ人が増えています。これが、3番目と4番目の回答です。

森: とても分かりやすい説明をありがとうございました。それでは、5番に移りましょう。台湾におけるACPの課題と今後の展望です。これは大きなテーマだと思うのですが。

PJ: 私がまずこの質問に答え、Shao-YiとCheng-Peiにいくつか意見を付け加えてもらおうと思っています。まず、認知症や意思決定能力が低下している人に対するACPについてです。と

いうのも、私は今年、認知症の人のACPに関するEAPC(European Association for Palliative Care)のデルファイ調査に参加したのですが、ACPのプロセスに関わる文脈やプロセスは、健康者のACPとはかなり異なっていたように記憶しているからです。ACPのプロセスにおいて、まず、認知症の人に残された意思決定能力をどのように評価し、医療従事者の最大限の努力によって意向が尊重され、支援されるかどうかのポイントになるわけですが、現在、認知症の人の残存意思決定能力の評価については定まったものはありません。現状では、ACP実践のガイダンスや規定で非常に曖昧なままになっていますが、これらは明確にする必要があります。というのも、このままではADを実施した時点の患者の意思決定能力がいまいで、そのためADがどの程度信頼できるのか、法律専門家に疑われる可能性があるからです。

もう1つは、認知症患者に対するACPのプロセスに、家族がどの程度関与しているかです。認知症患者の意思決定能力は、疾患の経過と共に低下することが知られており、ACPのプロセスにおいて、近親者からのある程度の情報が必要となります。どの程度の家族の関与があれば、ACPであることを認めて、最終的なADの登録を許可することができるのかを議論する必要があります。これが第1の課題だと思います。

そして2つ目の課題は、台湾のACPクリニック設置の規制により、ACPの話し合いが病院だけに制限されていることです。現在、ACPの相談はほとんど病院の外來か、少なくとも中規模の医療機関のクリニックで行われています。ACPプロセスに関わる医療専門家は、医師、看護師、ソーシャルワーカーまたは心理専門職の3種類の

専門家でなければならないと規制されています。そのため、慢性疾患や障害をもつ人びとが通常生活している介護施設や自宅など、コミュニティでのACPの実践やADの登録が制限されることになりました。ACPのためだけに病院へ行くのは難しいものです。本来あるべき地域や家庭でのACPコンサルテーションを促進するために、医療機関やACPプロセスに関わる専門家に関する規制を見直す必要があります。

そして最後のポイントは、ACP相談のインセンティブを政府が提供することだと思います。現在、Shao-Yiが言ったように、障害者手帳をもつ人や低所得者層、大病を患った人などに対する政府からの財政支援を除いて、ACP相談は自己負担で行わなければなりません。在宅介護や在宅医療を受けている人たち、慢性疾患をもつ高齢者など、ニーズの高いハイリスクな人たちについては財政的な支援はありません。たとえば、アメリカのAffordable Care Actでは、メディケアのシステムで毎年、健康診断を受ける高齢者に、専門家がACPコンサルテーションを行うことを推奨し、このサービスはメディケアでカバーされています。このようなインセンティブは台湾でも推進することができるのではないかと思います。

医療費負担と政府の援助

森：Ping-Jen先生、ありがとうございます。では、最後の質問に移りますね。

SY：最後ですね。台湾でACPをどのように推進していくのか。今、Ping-Jenが話したように、まだまだ先が長いと思います。現時点では、ADを完了した人は約3万人で、これは非常に少ない人数ですが、国立台湾大学病院での実際から考えると、この人たちの大半は健康な人たちなのです。ですから、困っている人たちはまだ何もしていないのです。

そこで、私は科学技術省の3年間の研究で、がん患者、特に終末期がん患者がADを完成できるように、無作為化比較試験を行いました。対照群は、通常のケアと通常のACPパンフレット、介入群はACPパンフレットにいくつかの教育メ

ディアを加えたものです。介入後、たとえば3カ月後に、ADの完成度に差があるかどうかを確認しました。結果ですが、先行研究と同様、この2つの群に差はみられませんでした。驚いたことに、ADに署名したのは、たった1人だけでした。この研究は、ADに多くの問題点があることを教えてくれました。ADに署名することの障害は何だろうと考えてみたところ、2つの大きな理由がありました。

1つ目の理由は、コストが高すぎることです。台湾ではすべてが医療保険でまかなわれていて、ほとんど医療は無料に等しいのです。ですから、この書類にサインするために130ドルの出費を求めるのは現実的ではありません。特に、貧しい人たちにとっては。

もう1つは、私たちの法律PRAAでは、ACPクリニックに二親等以内の親族の立ち会いを求めています。これも非常に困難です。この2つがADの署名や完了のおもな障害となっています。

台湾では、私たちにできることがいくつかあると思います。まず、教育の観点から、医学部では医学生にACPとは何かということを教えるようにしています。また、看護学部の学生には法律についてよく知ってもらうようにしています。私たちは、教育的な側面から始めようとしているのです。また、ADを推進するために、政府から各病院に目標（ノルマ）が設定されています。たとえば、今年は政府からの要請で私たちの病院では少なくとも400件のADを完成させなければなりません。これは非常に困難です。つまり、これはある種の重要業績評価指標（KPI）とみなされているのです。また、学術的な観点からも、研究助成金を得るためには、ACPについて研究計画書を書くことが通りやすいと思います。比較的ホットなトピックです。簡単ですがこれが私の見解です。ありがとうございます。

森：政府からの助成金については興味深いですね。KPIみたいなものがあるんですね。

SY：そうそう、そうなんです。

森：つまり、現在のACP推進の全体的な目標は、できるだけ多くの人にADを登録してもらうことになっているのです。

PJ：政府からの評価指標については、政策立案者がアドバンス・ケア・プランニングを推進したいと考えているならば、私はとても議論が分かれるところだと思います。なぜなら、そのためには人びとがACPに関するリテラシーをもち、その重要性和自分にとっての価値を知っている必要があると思うからです。KPIであるから実践するのではなくて、自らACPを推進するように誘導する必要があると思うのです。また、行政は、通常のサービスに対する報酬を交換条件として使うことがあります。つまり、ADをたくさん登録すれば、その分ボーナスで還元されることがあります。しかし、もし目標に到達できなかった場合は、政府はほかの通常サービスに対する支払いの一部を減らす可能性があります。つまり、ある種の罰ゲームですね。これはトレードオフの関係にあると思うので、非常に議論の余地があると思いま

す。私見ですが。

2点目は二親等以内の親族を見つけるのがかなり困難なことです。PRAAの法制化の過程では、中国の文化的背景から家族の関与が非常に重視されてきました。ACPのプロセスに家族が参加してもらうことで、ADを登録する必要が生じた時に不必要な対立を防ぐことができます。しかし、二親等以内の親族に限定することには問題があります。なぜなら、二親等以内の親族でなくても非常に強い絆と関係をもっており、信頼できる親族がいる可能性があるからです。二親等以内の親族でなくても、ACPのプロセスに参加できるようにすべきです。それが、私の考えです。

森：先生方、本日は台湾のACPについて幅広く教えてくださり、まことにありがとうございます。