令和元年度第1回ハートフル研修会
於：福岡県医師会館　5階

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）
～最近の日医の考え方～

日本医師会キャラクター　日医君

令和元年9月30日（月）

公益社団法人 日本医師会
常任理事　羽鳥　裕

ＣＯＩ開示

演　題：アドバンス・ケア・プランニング（ACP）
～最近の日医の考え方～

発表者：羽鳥　裕

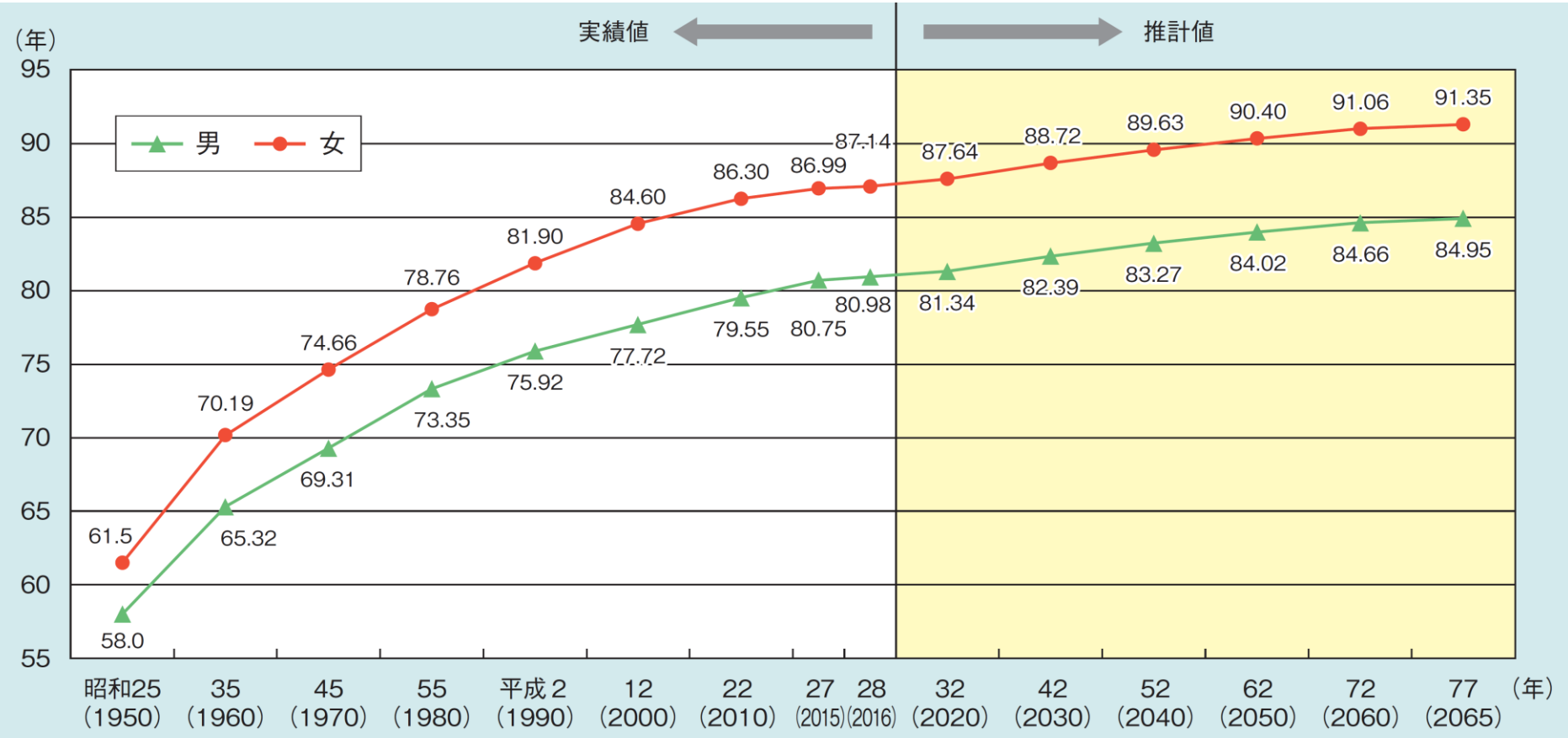
演題発表内容に関連し、発表者らに開示すべき
ＣＯＩ関係にある企業などはありません。

本日の内容

1. 我が国の社会の現状と将来推計
2. AD(Advance Directive)とACP(Advance Care Planning)
3. 日本医師会生命倫理懇談会における主な議論と日本医師会の主な取り組み
4. 厚生労働省の取り組み
5. 診療報酬・介護報酬改定
6. 救命救急と終末期医療
7. まとめ

１．我が国の社会の現状と将来推計

平均寿命の推移と将来推計

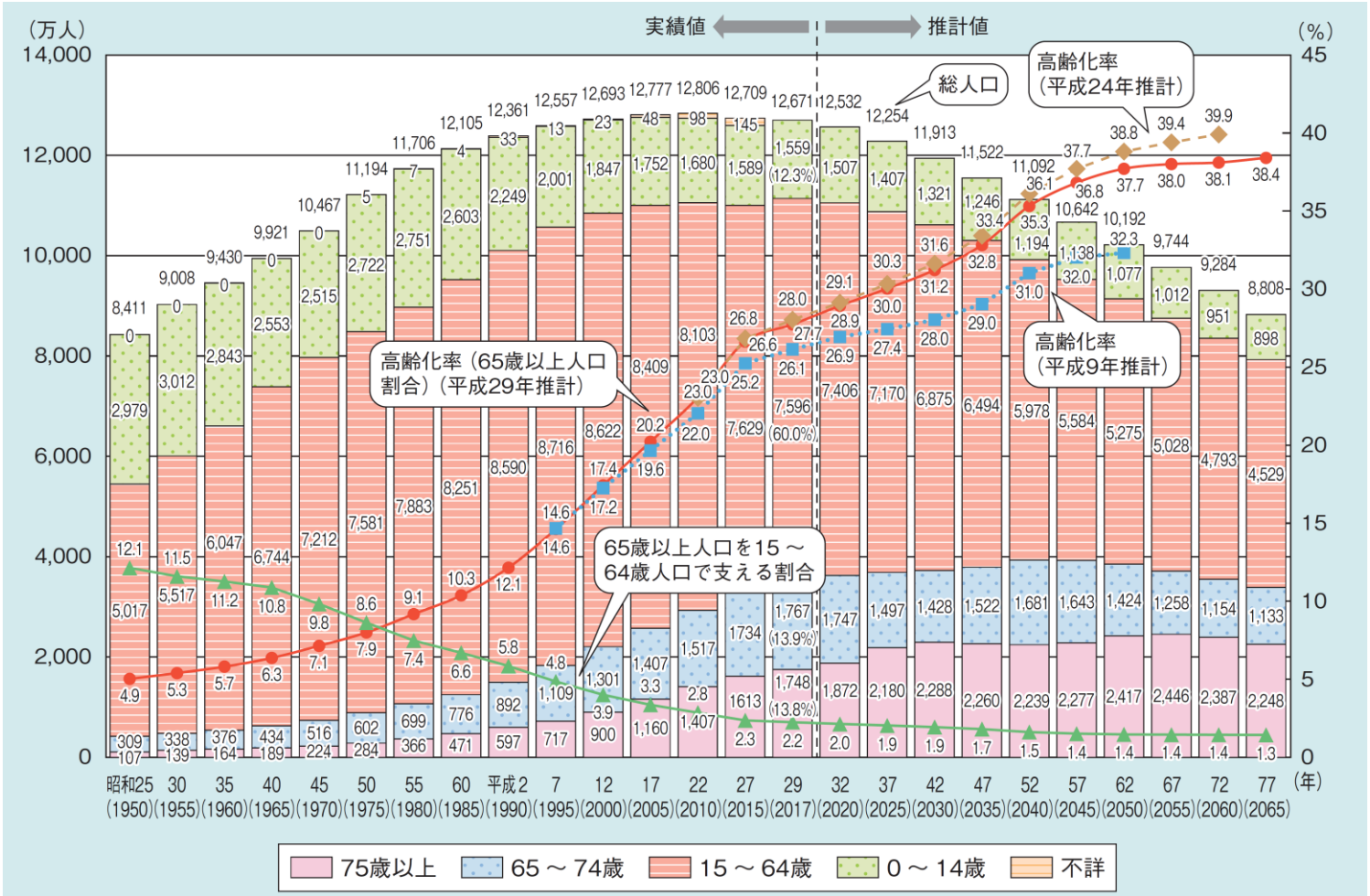


資料：1950年は厚生労働省「簡易生命表」、1960年から2015年までは厚生労働省「完全生命表」、2016年は厚生労働省「簡易生命表」、2020年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

（注）1970年以前は沖縄県を除く値である。0歳の平均余命が「平均寿命」である。

出典：平成30年版 高齢社会白書（内閣府）

高齢化の推移と将来推計



資料：棒グラフと実線の高齢化率については、2015年までは総務省「国勢調査」、2017年は総務省「人口推計」（平成29年10月1日確定値）、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果。
点線と破線の高齢化率については、それぞれ「日本の将来推計人口（平成9年推計）」の中位仮定、「日本の将来推計人口（平成24年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による、推計時点における将来推計結果である。

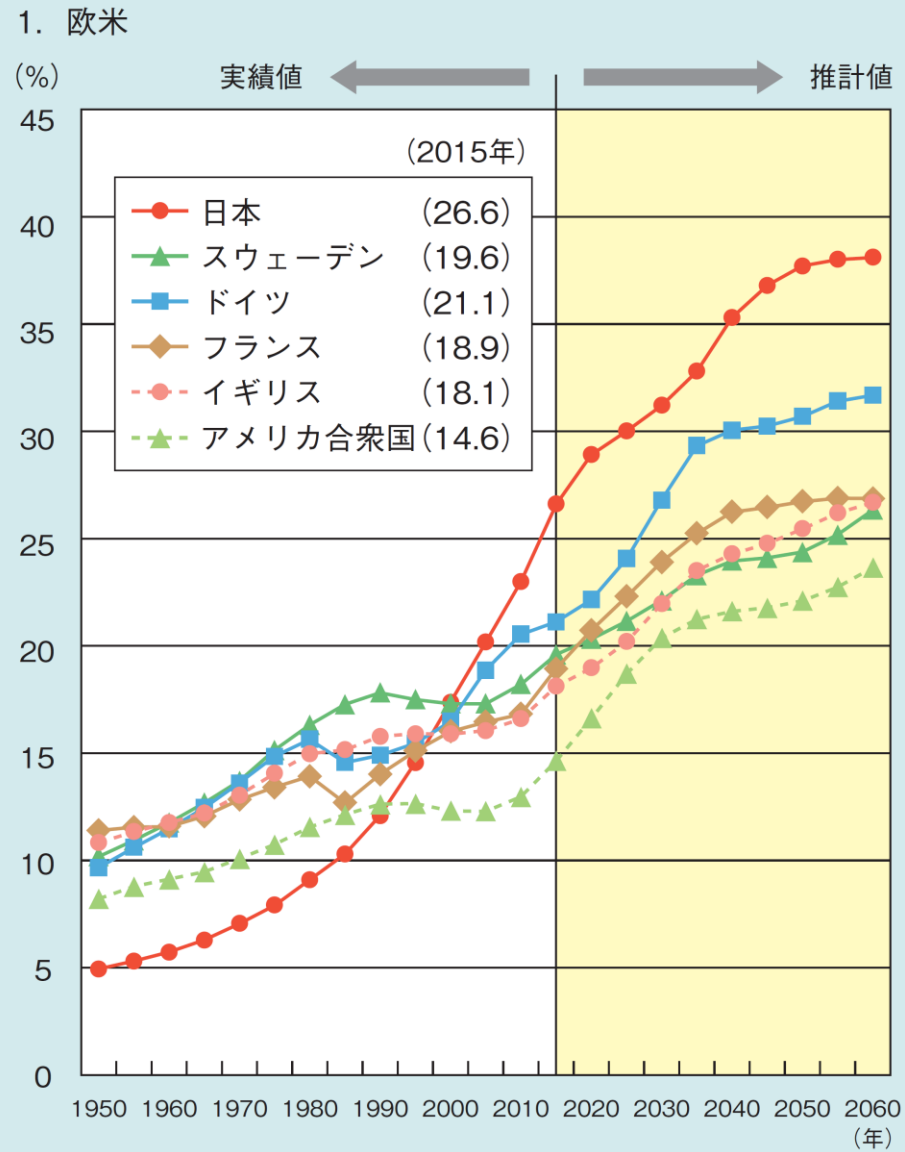
（注1）2017年以降の年齢階級別人口は、総務省統計局「平成27年国勢調査　年齢・国籍不詳をあん分した人口（参考表）」による年齢不詳をあん分した人口に基づいて算出されていることから、年齢不詳は存在しない。なお、1950年～2015年の高齢化率の算出には分母から年齢不詳を除いている。

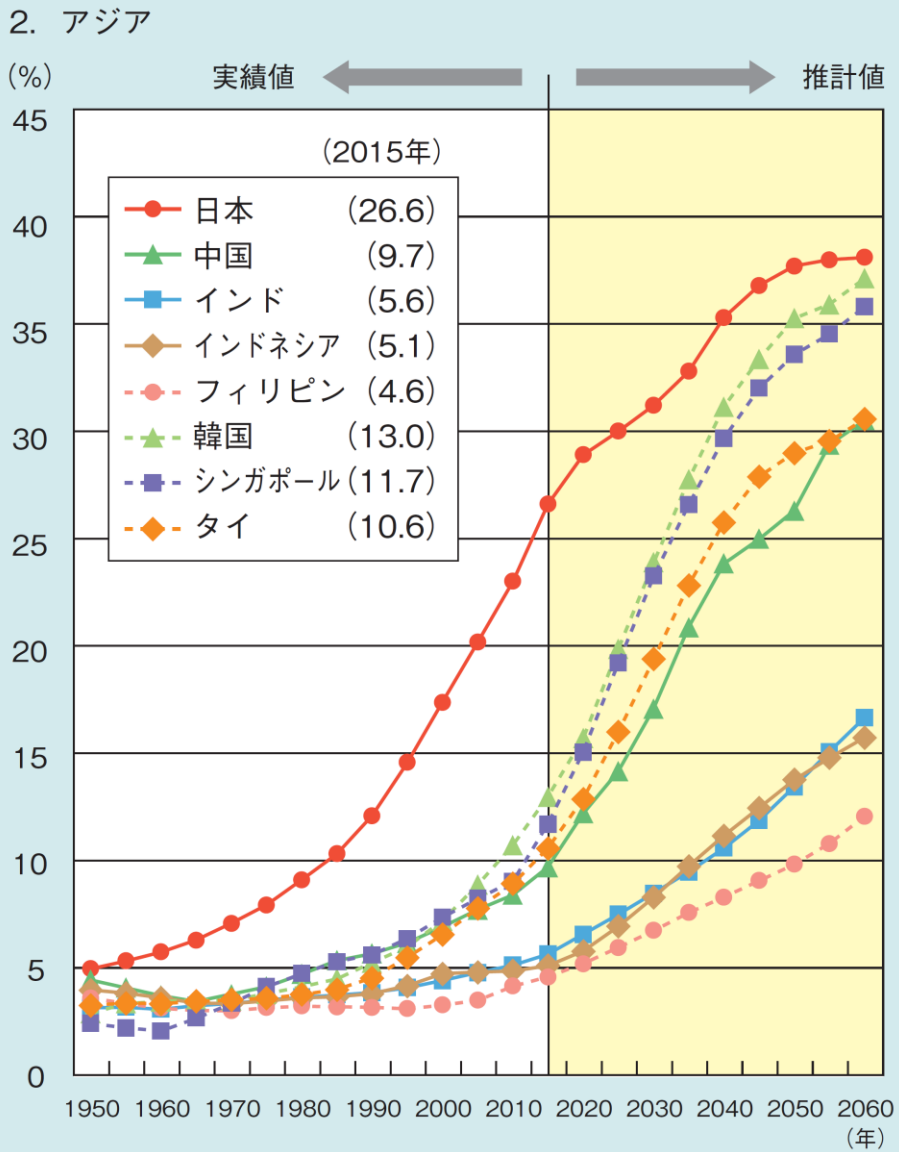
（注2）年齢別の結果からは、沖縄県の昭和25年70歳以上の外国人136人（男55人、女81人）及び昭和30年70歳以上23,328人（男8,090人、女15,238人）を除いている。

（注3）将来人口推計とは、基準時点までに得られた人口学的データに基づき、それまでの傾向、趨勢を将来に向けて投影するものである。基準時点以降の構造的な変化等により、推計以降に得られる実績や新たな将来推計との間には乖離が生じうるものであり、将来推計人口はこのような実績等を踏まえて定期的に見直すこととしている。

出典：平成30年版 高齢社会白書（内閣府）

世界の高齢化率の推移





資料：UN, World Population Prospects: The 2017 Revision
ただし日本は、2015年までは総務省「国勢調査」
2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果による。

出典：平成30年版 高齢社会白書（内閣府）

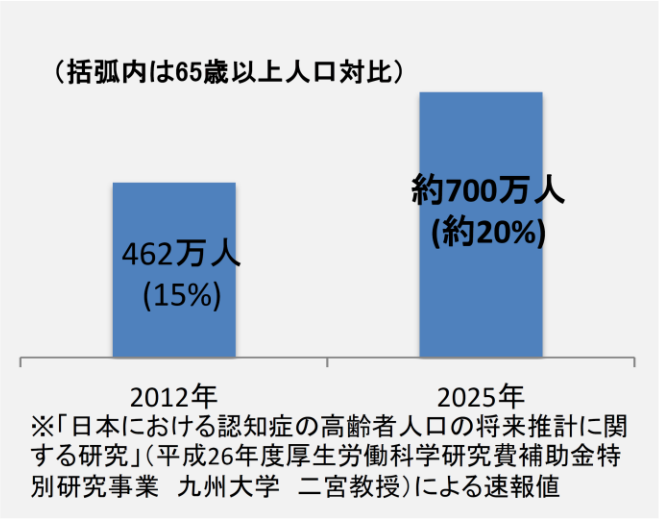
今後の介護保険をとりまく状況

① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測（3,878万人）。
また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口（割合）	3,395万人（26.8%）	3,657万人（30.3%）	3,626万人（39.4%）
75歳以上高齢者人口（割合）	1,646万人（13.0%）	2,179万人（18.1%）	2,401万人（26.1%）

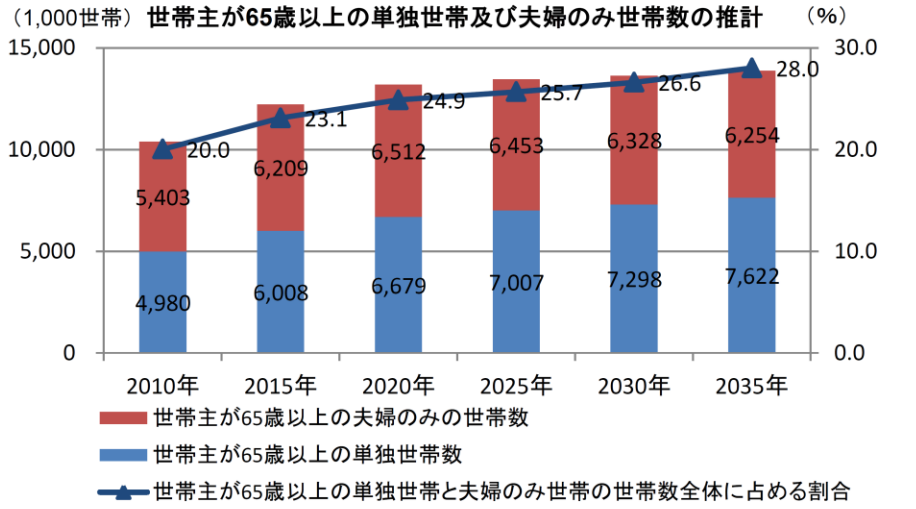
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（全国推計）（平成24（2012）年1月推計）」より作成

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業　九州大学　二宮教授）による速報値

③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



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）（平成25（2013））年1月推計）」より作成

④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

※都道府県名欄の（ ）内の数字は倍率の順位

	埼玉県(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	愛知県(4)	大阪府(5)	～	東京都(11)	～	鹿児島県(45)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年 <>は割合	76.5万人 <10.6%>	71.7万人 <11.6%>	101.6万人 <11.1%>	81.7万人 <10.9%>	107.0万人 <12.1%>		147.3万人 <11.0%>		26.7万人 <16.2%>	18.8万人 <18.4%>	19.0万人 <17.0%>	1645.8万人 <13.0%>
2025年 <>は割合 （ ）は倍率	117.7万人 <16.8%> （1.54倍）	108.2万人 <18.1%> （1.51倍）	148.5万人 <16.5%> （1.46倍）	116.6万人 <15.9%> （1.43倍）	152.8万人 <18.2%> （1.43倍）		197.7万人 <15.0%> （1.34倍）		29.5万人 <19.4%> （1.10倍）	20.5万人 <23.0%> （1.09倍）	20.7万人 <20.6%> （1.09倍）	2178.6万人 <18.1%> （1.32倍）

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

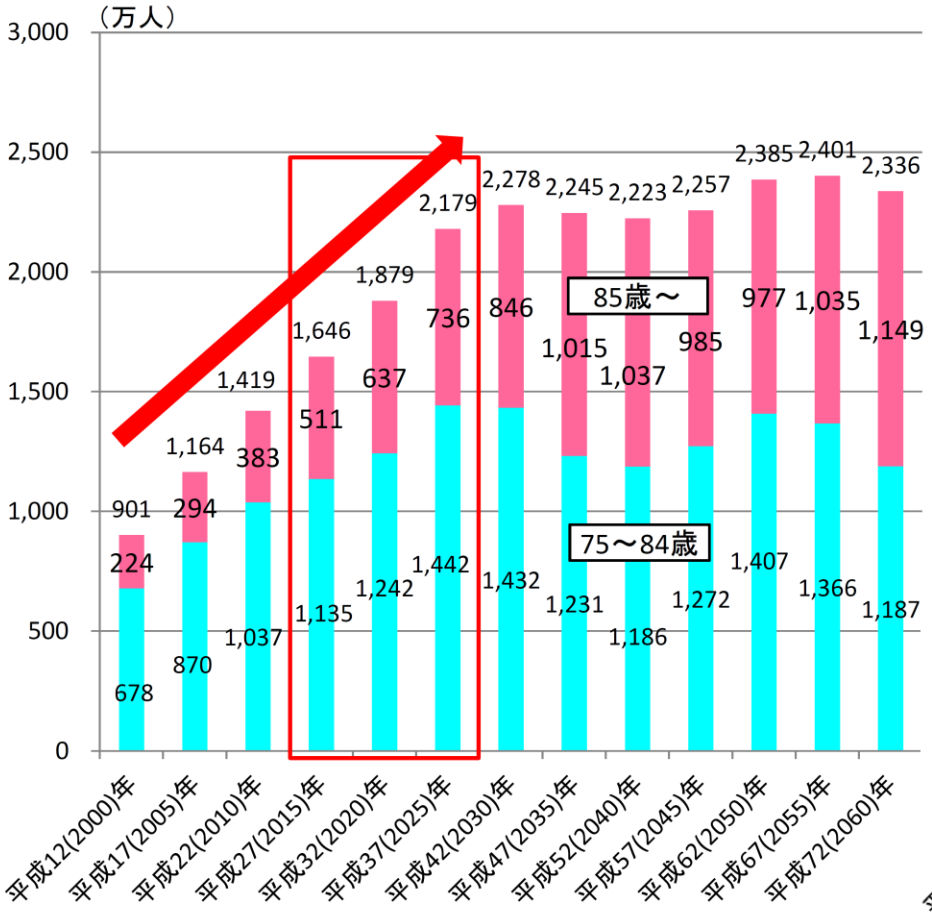
3

出典：社会保障審議会介護保険部会資料（第55回）

⑤要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

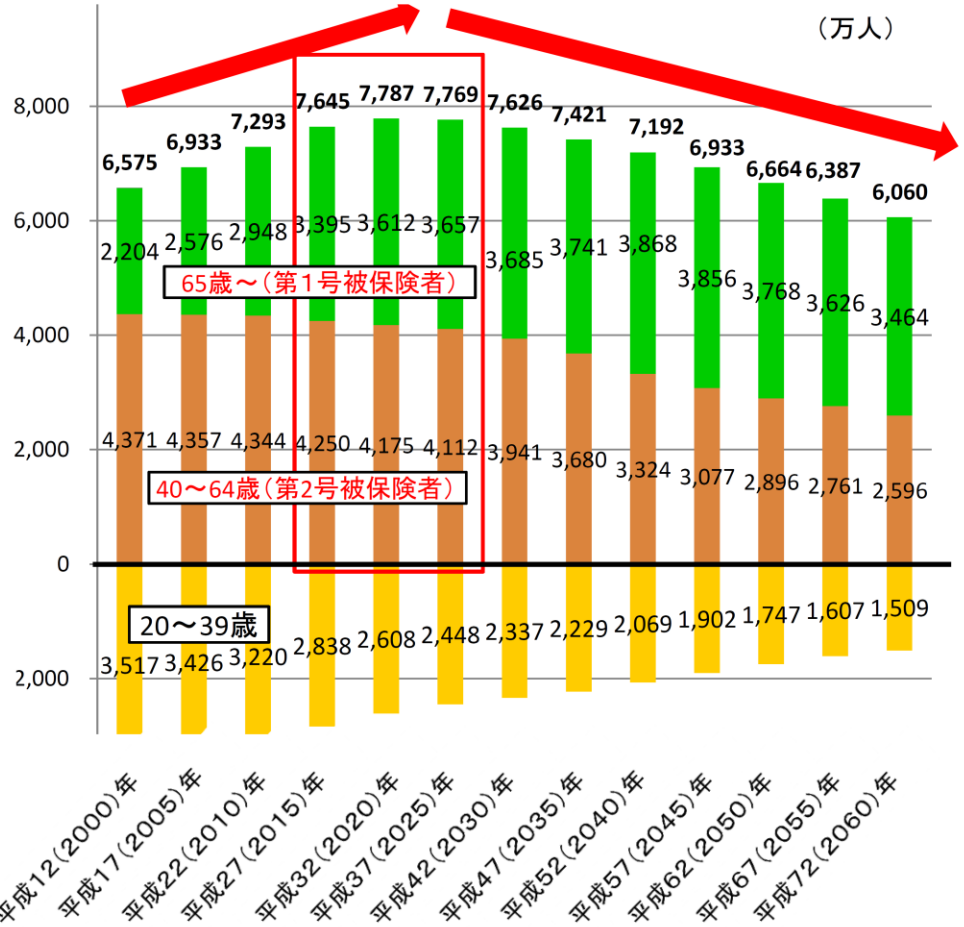
○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間も、急速に増加。

○2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。



⑥介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

○保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2021年をピークに減少する。

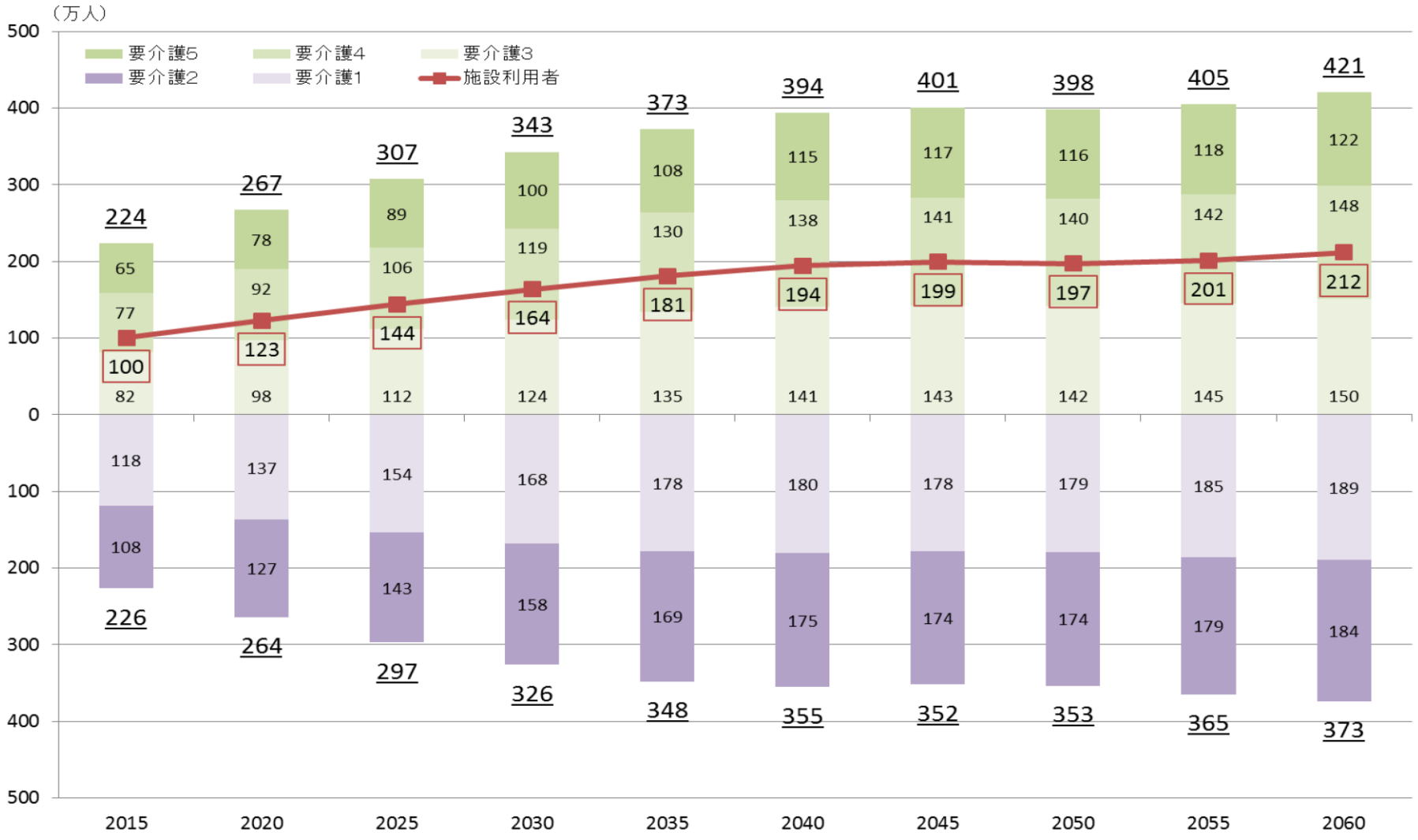


（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成24年1月推計）出生中位（死亡中位）推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

4

出典：社会保障審議会介護保険部会資料（第55回）

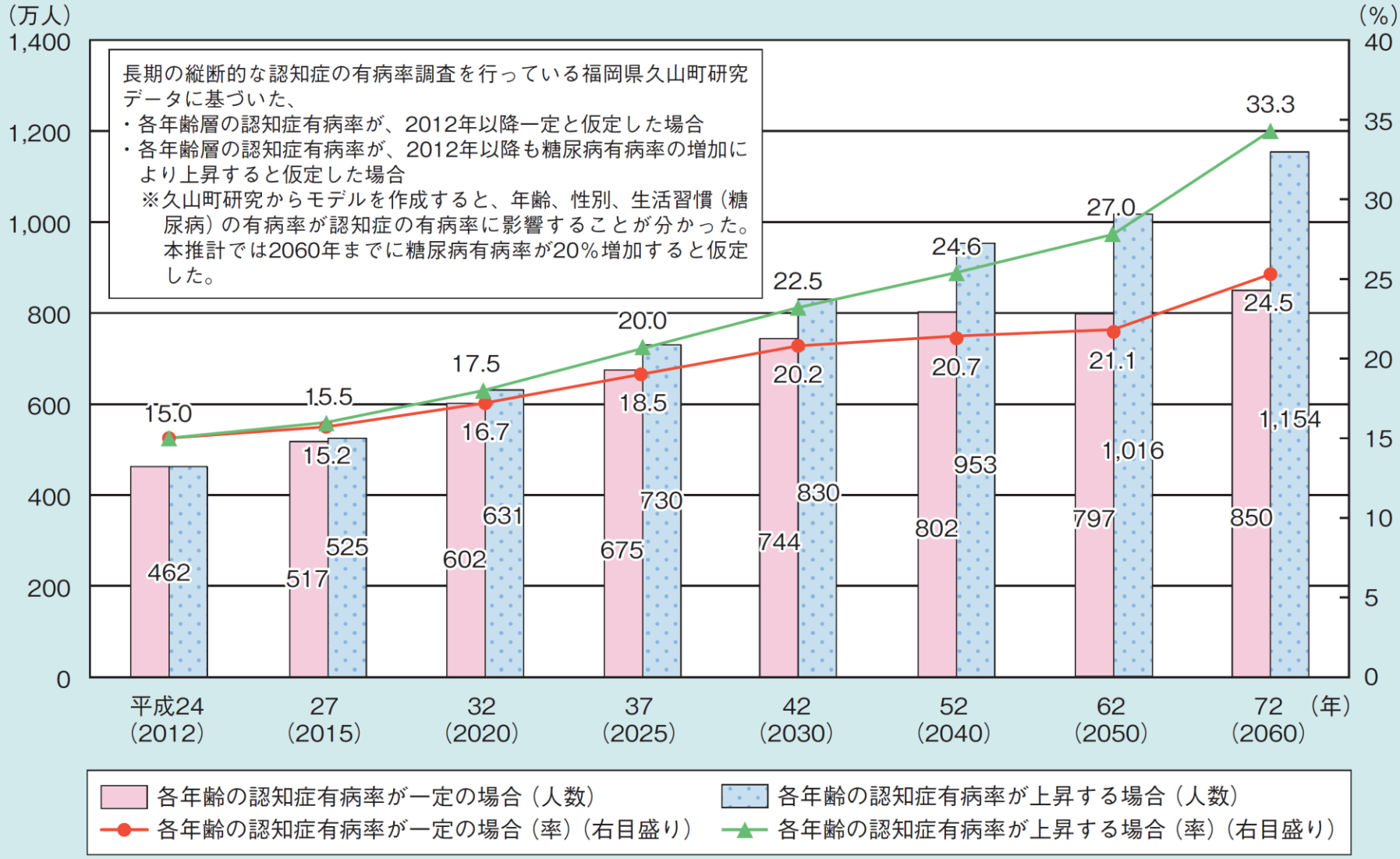
⑦要介護認定者数等の見通し（性・年齢階級別の認定率等が現状のまま変わらないとした場合）



（資料）「人口推計」（総務省）、「介護給付費実態調査（平成26年10月審査分）」（厚生労働省）、「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）
（推計方法）性・年齢階級別認定率、年齢階級別施設利用率が現状（平成26年）のまま変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計。なお、制度改正（予防給付の地域支援事業への移行等）による影響等は織り込まれていない推計であるため、留意が必要。

出典：社会保障審議会介護保険部会資料（第55回）

65歳以上の認知症患者の推定者と推定有病率

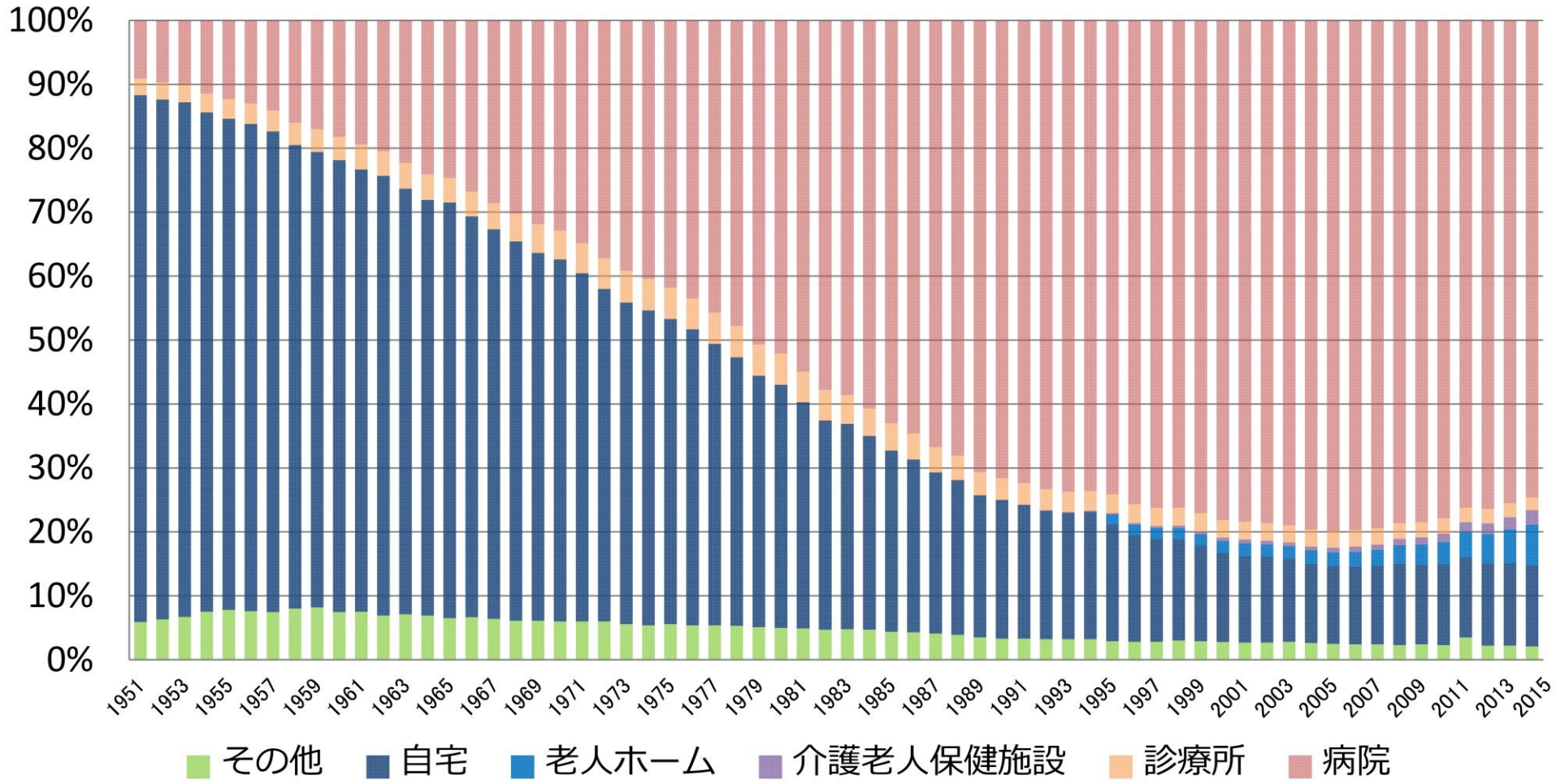


資料：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成２６年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学二宮教授）より内閣府作成

出典：平成29年版 高齢社会白書（内閣府）

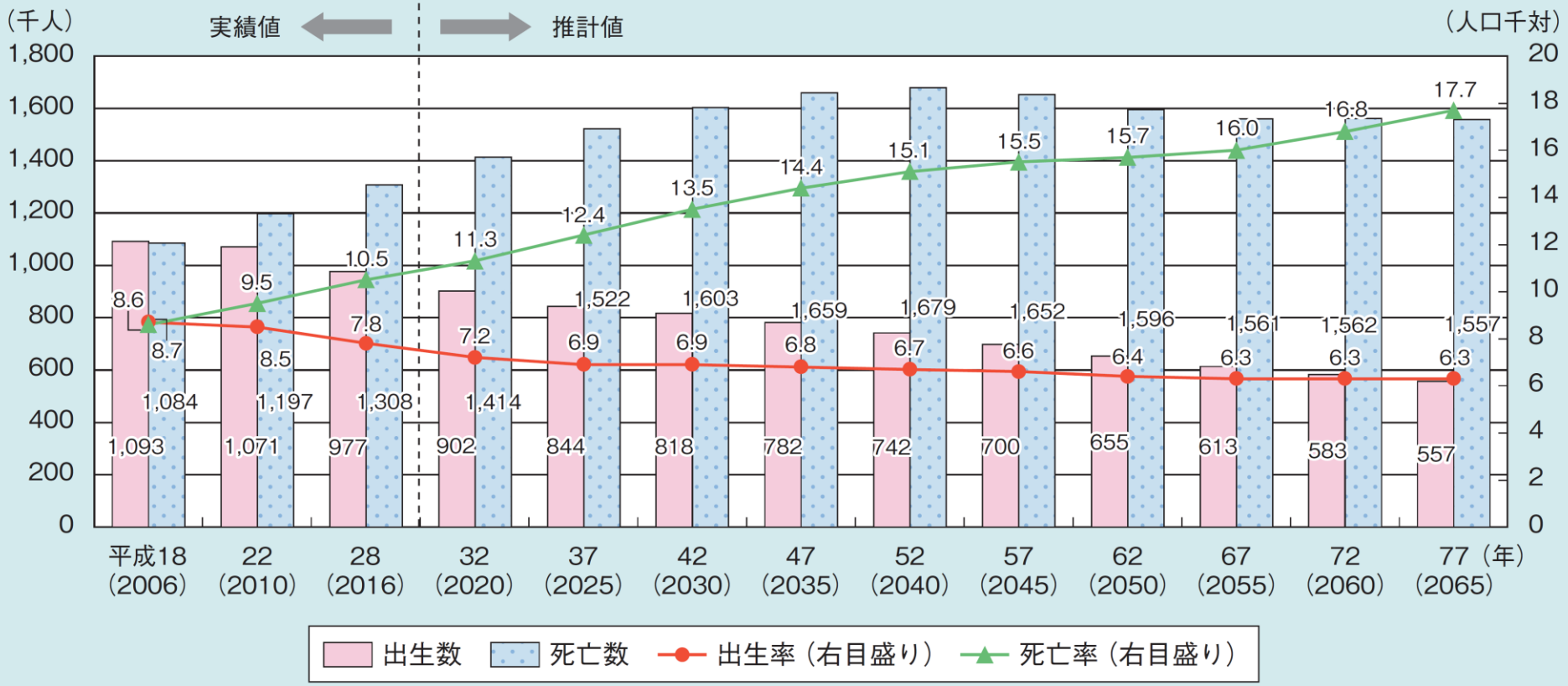
見看りに関わる状況　死亡の場所（年次推移）

○　これまで、自宅等における死亡が減少し、医療機関における死亡が増加する傾向にあった。
○　近年、医療機関以外の場所における死亡が微増する傾向にある。



出典：厚生労働省作成資料（平成27年人口動態調査）

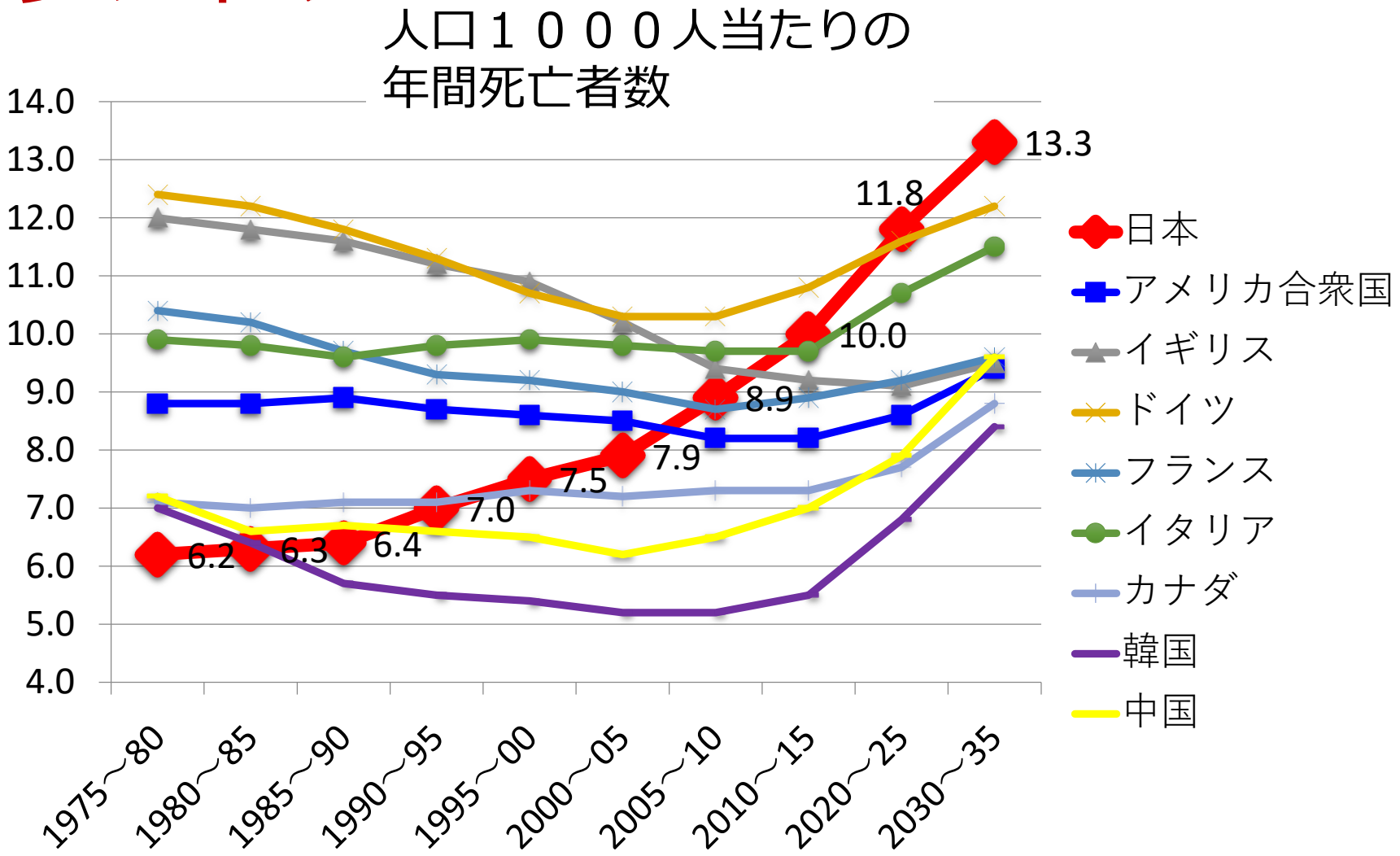
出生数と死亡数の将来推計



資料：2006年、2010年、2016年は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）。2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果（日本における外国人を含む）

出典：平成30年版 高齢社会白書（内閣府）

多死社会へ



総務省「世界の統計2016」死亡率の推移と将来推計（国際比較）

超高齢多死社会を迎え、今後変化し続ける社会を経験していくなかで、終末期における医療・介護等の在り方が大きなテーマとなっており、患者さんの尊厳ある最期の迎え方について、医療・ケア関係者等がどのように寄り添うかが、これまで以上に大きな課題となっている。

2．ＡＤ(Advance Directive)とＡＣＰ(Advance Care Planning)

アドバンス・ディレクティブ（AD）とリビング・ウィル（LW）

事前指示書（advance directive）とは、人々が意思決定能力を失った場合の治療に関する選好を表明する口頭または書面の意思表示である。

事前指示には、代理人指示と内容的指示という2種類があり、内容的指示は、しばしば“リビング・ウィル”と呼ばれ、患者が特定の治療を望むと考えられる状況やその患者がそれを望まないと考えられる状況を指定する。

【参考】: 日本尊厳死協会の「尊厳死の宣言書（リビング・ウィル）」

1. 私の傷病が、現代の医学では不治の状態であり、既に死が迫っていると診断された場合には、ただ単に死期を引き延ばすためだけの延命措置はお断りいたします。
2. ただしこの場合、私の苦痛を和らげるためには、麻薬などの適切な使用による十分な緩和医療を行ってください。
3. 私が回復不能な遷延性意識障害（持続的植物状態）に陥った時は生命維持装置を取りやめてください。

※『生命倫理百科事典』を参考に作成

【日本における事前指示の発展・普及】患者に寄り添い、臨床倫理的思考のプロセスをしてきた医療者（医師・看護師）は、「コミュニケーションツールとしてのＡＤ」＝「ＡＣＰ」を臨床実践してきた

（アメリカ型）古典的な事前指示
家族や医療者を交えないで書く
AD事前指示

医学的にも
倫理的にも
問題あり

・医学的事項の理解が不十分
・関係者間で意思の共有ができていない
・本人の願望に対する共感が不十分

（日本型）コミュニケーションツール
としてのAD事前指示
ー家族や医療者と対話ー

イコール

ＡＣＰアドバンス
ケアプラニング

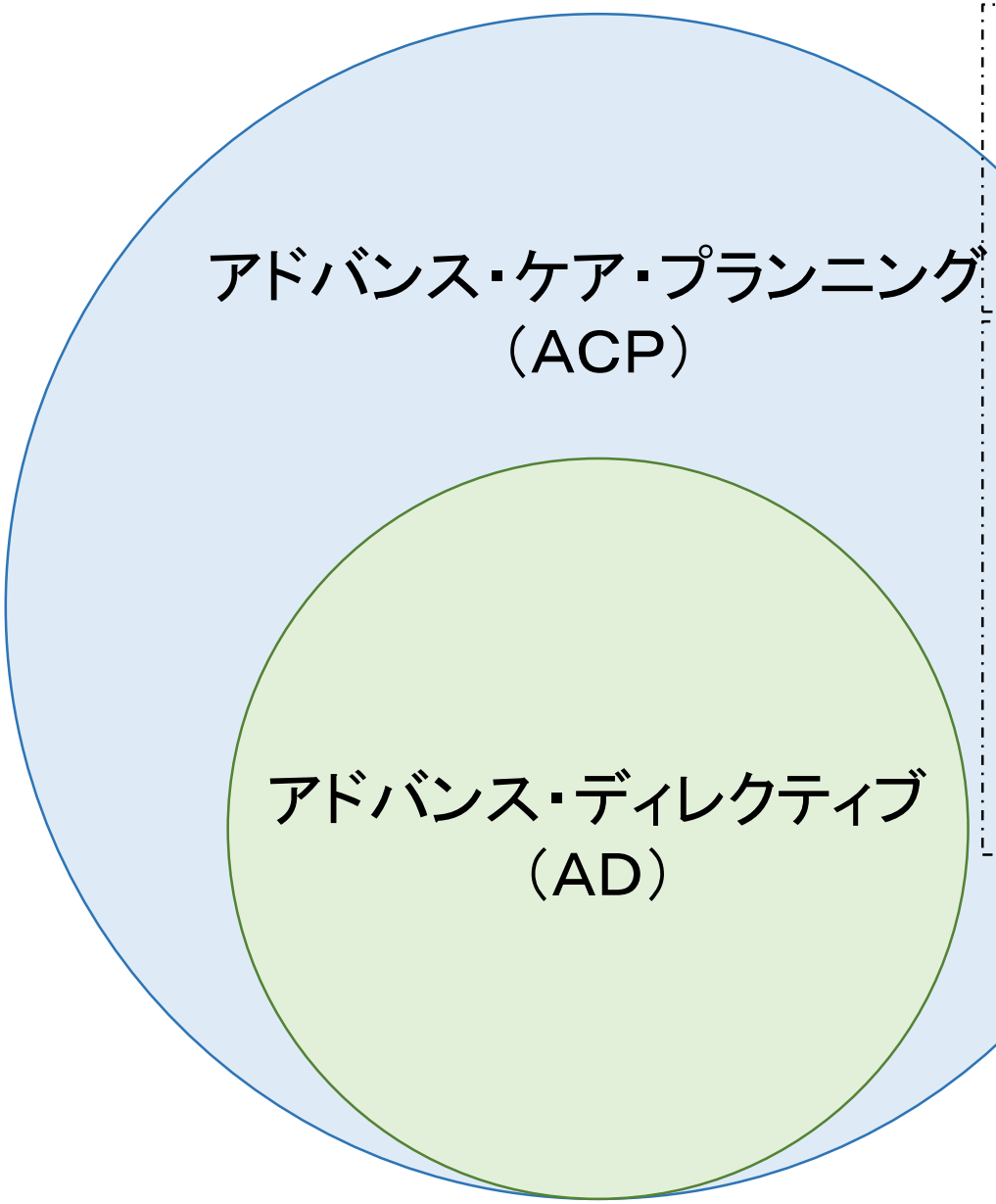
Copy Right; Masako Minooka

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）

- ACPとは、将来、意思決定する能力を失った場合に備えた、患者によるあらゆる計画を指す。（生命倫理百科事典）
- 話し合う内容は、将来受けたいあるいは受けたくない医療・ケア、希望する看取りの場所、自分の代わりに医療やケアの決定をしてもらいたい人の指名、患者の価値観や信条、宗教などに基づく希望など様々である。
- 事前指示を含むプロセスであり、書面を作るということに終始せず、患者、家族、医療従事者などの話し合いを重視して、患者の希望に沿った医療やケアを提供することを目指している。

※『終の選択　終末期医療を考える（勁草書房）』
（田中美穂・児玉聡著）より

ADとACPの関係



事前指示（AD）

＜書面や口頭で示す内容＞

・リビング・ウィル（DNAR等も含む）

・医療代理権

事前医療・ケア計画（ACP）

＜話し合いの内容＞

・事前指示

・患者の心配事・価値観

・ケアの目標

・病気の予後の理解　など

ACPには、患者・家族等と医療従事者の話し合いの過程を大事にすることで、より患者の希望が尊重されるという利点がある。

※『終の選択　終末期医療を考える（勁草書房）』
（田中美穂・児玉聡著）を一部改変

終末期医療

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える

ACP (Advance Care Planning) とは？

将来の変化に備え、**将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのこと**です。患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標にしています。

日本医師会キャラクター　日医君

日本医師会

❄ ACPでは何を話し合えばよいのですか？

将来の変化に備え、患者さんの意思を尊重した医療及びケアを提供し、その人生の締めくくりの時期に寄り添うために必要と考えられる内容について話し合うことが必要です。

たとえば…

患者さんの状況

- 家族構成や暮らしぶりはどのようなものですか？
- 健康状態について気になる点はありますか？
- 他にかかっている医療機関（治療内容）や介護保険サービスの利用はありますか？ など

患者さんが大切にしたいこと（人生観や価値観、希望など）

- これまでの暮らしで大切にしてきたことは何ですか？
- 今の暮らしで、気になっていることはありますか？
- これからどのように生きたいですか？
- これから経験してみたいことはありますか？
- 家族等の大切な人に伝えておきたいことは何ですか？
  （会っておきたい人、最期に食べたいもの、葬儀、お墓、財産など）
- 最期の時間をどこで、誰と、どのように過ごしたいですか？
- 意思決定のプロセスに参加してほしい人は誰ですか？
- 代わりに意思決定してくれる人はいますか？ など

医療及びケアについての希望

「可能な限り生命を維持したい」「痛みや苦しみを少しでも和らげたい」「できるだけ自然な形で最期を迎えたい」などの希望が考えられますが、病状等も含め状況は様々です。医療関係者より、適切な情報提供と説明がなされた上で、患者さんやそのご家族等と話し合いを重ねていくことが重要です。

❄ ACPのまとめ

- 患者さんの意思を尊重した医療及びケアを提供し、**尊厳ある生き方を実現することがACPの目的**です。
- 医療及びケアの提供は、**患者さんの意思が一番大事**です。それを確認するために、ACPの実践が必要です。
- 患者さんが意思を明らかにできるときから**繰り返し話し合い**を行い、**その意思を共有する**ことが重要です。
- 患者さんの**意思が確認できなくなったとき**にも、それまでのACPをもとに**患者さんの意思を推測**することができます。
- **かかりつけ医を中心に多職種が協働**し、**地域で支える**という視点が重要です。

詳しくは、日本医師会のホームページをご覧ください
https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html

（2018年4月）

終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える
－ACPとは？－

ACP（Advance Care Planning）とは？

将来の変化に備え、**将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのこと**です。
患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標にしています。

日本医師会キャラクター　日医君

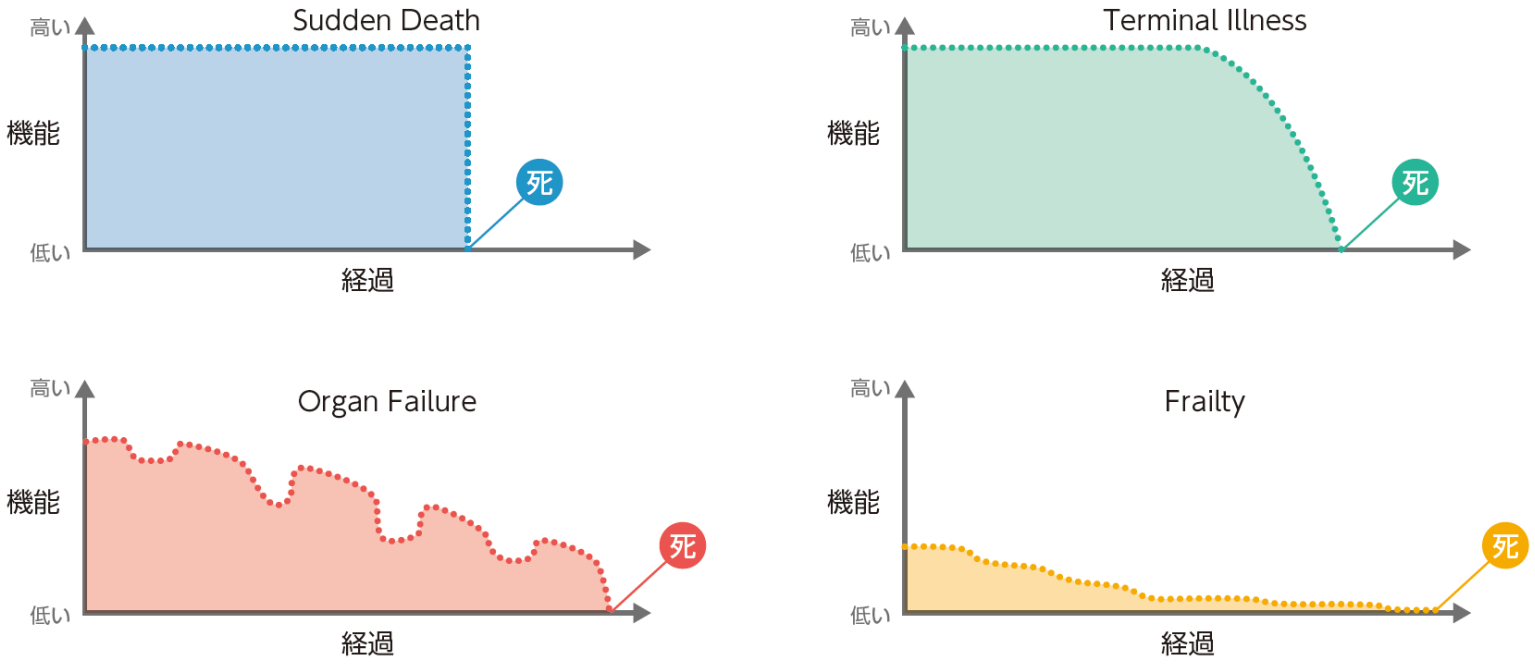
日本医師会

終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える
ーなぜACPのような工夫が必要なのですか？ー

- 患者さんが望む医療及びケアについて、その意思を確認できなくなるときが、いつ訪れるのかを予測することは困難です。
- 一方、終末期においても患者さんの尊厳ある生き方を実現するためには、**患者さんの意思が尊重された医療及びケア**を提供することが重要です。
- 患者さんの意思を尊重し、その人生にとって最善となることが見込まれる医療及びケアが実現することは、**残されたご家族等にとっても、極めて重要**な意味を持ちます。
- 予測されない急激な変化が起こることもありますので、**患者さんが意思を伝えられるときから、その意思を共有しておく**ことが重要です。たとえば、高齢者健診などをきっかけに、話し合いの機会をもつことも考えられます。

終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える
－人生の最期に至る軌跡－

図　人生の最期に至る軌跡



（Lunney JR, Lynn J, Hogan C: *J Am Geriatr Soc.* 2002;50:1108-1112より）

■：急性期医療等における急性型
■：高齢者等の慢性型（呼吸不全等）
■：がん等の亜急性型
■：高齢者等の慢性型（フレイル、認知症等）

（日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会：終末期医療のあり方について－亜急性型の終末期について.2008より）

終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える
－ACPの留意点はありますか？－

- ACPは、**前向きにこれからの生き方を考える仕組み**です。その中に、最期の時期の医療及びケアのあり方が含まれます。リビング・ウィル等のAD（Advance Directive；事前指示）の作成も入ることがあります。
- 主体はあくまでも**患者さん本人**です。
- 患者さんの意思は変化する可能性がありますので、**繰り返し話し合う**ことが重要です。
- **地域で支える**という視点から、**かかりつけ医を中心に**、看護師、ケアマネジャー等の介護職、ソーシャルワーカー等の**多職種で、患者さんの意思に寄り添う**ことが理想です。
- その場で決まらないこともありますが、話し合いの内容は、**その都度、文書にまとめておく**ことが大切です。
- まずは、**話し合いのきっかけをつくったり**、**話し合いのプロセスの場を提供する**ことが重要です。

終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える
ーACPでは何を話し合えばよいのですか？ー

将来の変化に備え、患者さんの意思を尊重した医療及びケアを提供し、その人生の締めくくりの時期に寄り添うために必要と考えられる内容について話し合うことが必要です。

たとえば…

患者さんの状況

- 家族構成や暮らしぶりはどのようなものですか？
- 健康状態について気になる点はありますか？
- 他にかかっている医療機関（治療内容）や介護保険サービスの利用はありますか？ など

患者さんが大切にしたいこと（人生観や価値観、希望など）

- これまでの暮らしで大切にしてきたことは何ですか？
- 今の暮らしで、気になっていることはありますか？
- これからどのように生きたいですか？
- これから経験してみたいことはありますか？
- 家族等の大切な人に伝えておきたいことは何ですか？
  （会っておきたい人、最期に食べたいもの、葬儀、お墓、財産など）
- 最期の時間をどこで、誰と、どのように過ごしたいですか？
- 意思決定のプロセスに参加してほしい人は誰ですか？
- 代わりに意思決定してくれる人はいますか？ など

医療及びケアについての希望

「可能な限り生命を維持したい」「痛みや苦しみを少しでも和らげたい」「できるだけ自然な形で最期を迎えたい」などの希望が考えられますが、病状等も含め状況は様々です。医療関係者より、適切な情報提供と説明がなされた上で、患者さんやそのご家族等と話し合いを重ねていくことが重要です。

終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える
－ACPのまとめ－

- 患者さんの意思を尊重した医療及びケアを提供し、**尊厳ある生き方を実現することがACPの目的**です。
- 医療及びケアの提供は、**患者さんの意思が一番大事**です。それを確認するために、ACPの実践が必要です。
- 患者さんが意思を明らかにできるときから**繰り返し話し合い**を行い、**その意思を共有する**ことが重要です。
- 患者さんの**意思が確認できなくなったとき**にも、それまでのACPをもとに**患者さんの意思を推測**することができます。
- **かかりつけ医を中心に多職種が協働**し、**地域で支える**という視点が重要です。

※パンフレット「終末期医療　アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える」は次のURLよりダウンロードできます。

http://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html

【ご参考】

患者の権利の尊重および擁護
～医療安全の側面も含めて～

医師は患者の利益を第一とし、患者の権利を尊重し、これを擁護するように努めなければならない。

【解説（一部抜粋）】

医師は診療に際し、患者にとって何が最善であるかを考えることが必要であるが、医療の進展により、いずれの方法をとるべきか、あるいはどこまでの治療を行うべきかが明白でない事象も生じている。

したがって、医師として患者の権利を尊重し、擁護するように努めることの重要性がいっそう増している。患者の権利の尊重および擁護、これなくして、医師は患者あるいは社会からの信頼を得ることができない。

（中略）

医師は診療に当たり自分の利益を優先したり、また不当な外圧によって不正な行為に加担したりするようなことがあってはならない。何よりも患者の利益を第一に行動することが、最も基本的な行動原則である。

出典：日本医師会「医師の職業倫理指針（第3版）」（平成28年10月）より一部抜粋

【ご参考】

病名・病状についての本人および家族への説明
～医療安全の側面も含めて～

医療における医師・患者関係の基本は、直ちに救命処置を必要とするような緊急事態を除き、医師は患者に病状を十分に説明し、患者自身が病気の内容を十分に理解したうえで、相互に協力しながら病気の克服を目指すことである。したがって、一般的にいえば、医師には患者を診察したときは患者本人に対して病名を含めた診断内容を告げ、今後の推移、および検査・治療の内容や方法などについて、患者が理解できるように丁寧に分かりやすく説明する義務がある。

しかし、例外的に、真の病名や病状をありのまま告げることが患者に対して過大な精神的打撃を与えるなど、その後の治療の妨げになる正当な理由があるときは、真実を告げないことも許される。この場合、担当の医師は他の医師等の意見を聞くなどして、慎重に判断すべきである。

（後略）

出典：日本医師会「医師の職業倫理指針（第3版）」（平成28年10月）より一部抜粋

【ご参考】

患者の同意　～医療安全の側面も含めて～

医師が診療を行う場合には、患者の自由な意思に基づく同意が不可欠であり、その際、医師は患者の同意を得るために診療内容に応じた説明をする必要がある。医師は患者から同意を得るに先立ち、患者に対しての検査・治療・処置の目的、内容、性質、また実施した場合およびしない場合の危険・利害得失、代替処置の有無などを十分に説明し、患者がそれを理解したうえで同意する同意、すなわちインフォームド・コンセントを得ることが大切である。

（後略）

【解説（一部抜粋）】

患者が成人で、かつ判断能力がある場合には、同意するのは患者本人である。これに対して、患者が判断能力のない未成年者・高齢者・精神障害者などの場合、あるいは患者の判断能力に疑問が残る場合には、患者の権利擁護者に対して病状や治療内容を説明し、インフォームド・コンセントを取得すべきである。

出典：日本医師会「医師の職業倫理指針（第3版）」（平成28年10月）より一部抜粋

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の実際

出典：厚労省「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」、木澤義之先生資料

【ご参考】

ACPをどのように進めるか

- 医療従事者のトレーニング、特にCST Communication Skill Training
- 必要な患者を同定
- ACPについて切り出すタイミングを見極める
- 患者・家族と話し合いをすすめる
- チェックリストやマニュアルを活用する
- 重要な情報を電子カルテ等参照できるところに保存する
- 結果を評価する

Bernacki R. *JAMA Intern Med.* 2014

出典：厚労省「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」、木澤義之先生資料

【ご参考】

早すぎても遅すぎても適切でない Goldilocks phenomenon

- 早すぎると不明確、不正確なものとなってしまう
- 遅すぎると、行われない
  - 患者の不安と否認
  - 医師の配慮、はなしにくさ
  - 直前に事務的に、もしくは家族のみに
- タイミングを逃さない実施が必要

Billngs JA, *JAMA Intern Med.* 2014

出典：厚労省「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」、木澤義之先生資料

【ご参考】

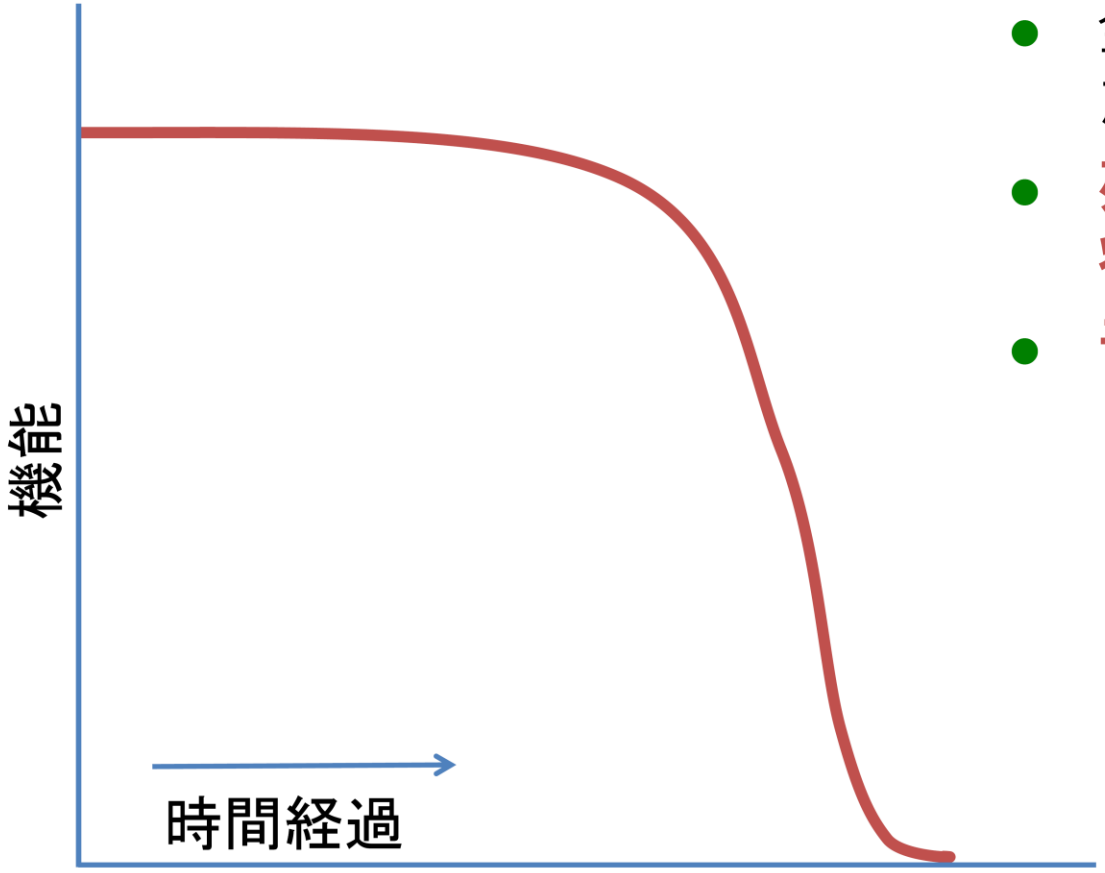
早すぎるACPは望んでいない

- 病状の悪化や大きな身体機能の低下があった時
- 治療の変更時
- 早すぎると利益より害が多い
- 複数に分けて、適切な時期に適切な話題を

Johnson S. Psycho–Oncology 2015

出典：厚労省「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」、木澤義之先生資料

がんの疾患軌跡



- 全身の機能は比較的良好に保たれた期間が続く
- **死亡前1～2ヶ月で、急速に状態が悪化する**
- **予後の予測が比較的容易**

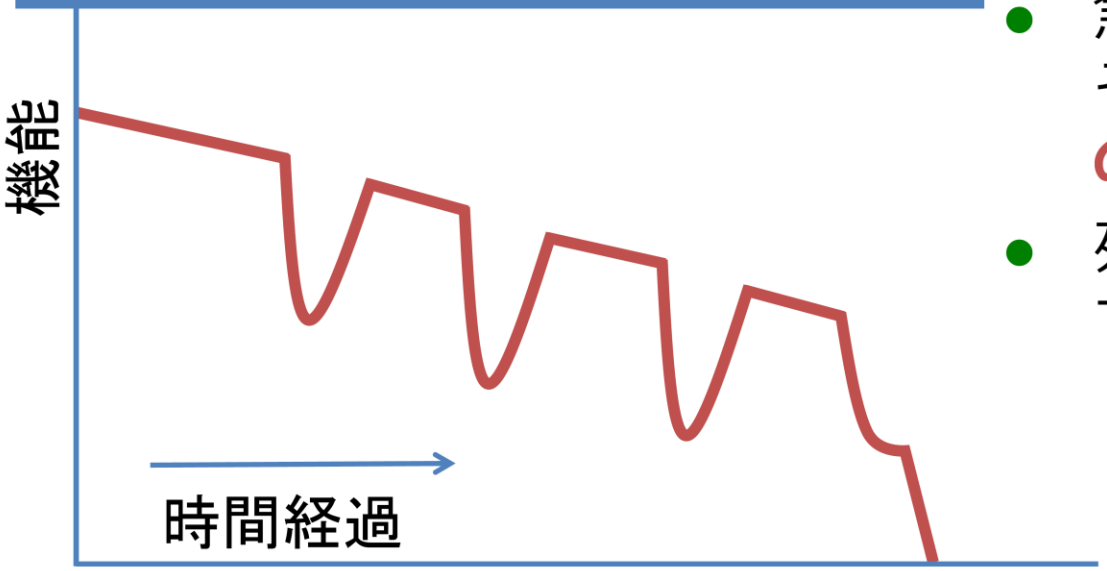
Lynn. Rand Health 2003: p.8

出典：厚労省「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」、木澤義之先生資料

【ご参考】

心不全（臓器不全）の疾患軌跡

終末期の判断が
難しい！



- 肺炎をはじめとした感染症の発症などによる**急激な悪化と改善を繰り返しながら**穏やかに状態が悪化する
- 急激な変化が起こったときに、それが**改善可能な変化であるのかどうかの判断が難しい**
- 死亡直前は比較的急速に変化する

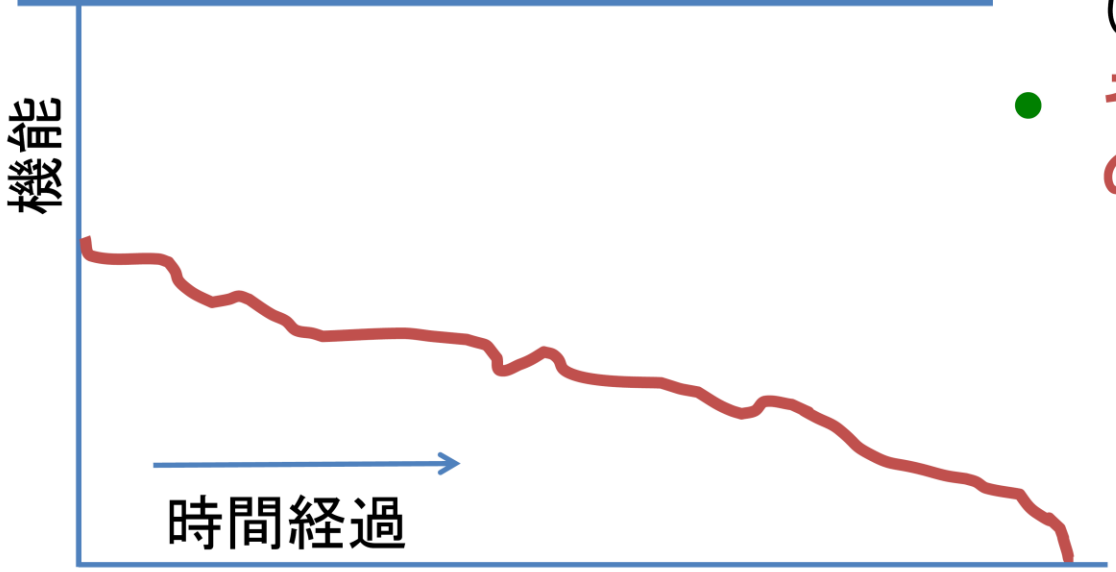
Lynn. Rand Health 2003: p.8

出典：厚労省「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」、木澤義之先生資料

【ご参考】

認知症や加齢による衰弱の疾患軌跡

終末期の判断が難しい！



- 全身の機能が低下した時間が長く続く
- 全体的にゆるやかな低下が続き、死亡まで機能が低下していく
- **そもそもいつからが終末期なのかが不明確**

Lynn. Rand Health 2003: p.8

出典：厚労省「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」、木澤義之先生資料

話し合いの実際

出典：厚労省「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」、木澤義之先生資料

概要

【ご参考】

- 一般的なルール
- 病状の認識を確かめる
- 話し合いを導入する
- 代理決定者を選定する
- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する
- 代理決定者の裁量の余地について尋ねる

Modified from Respecting Choices,
Sudora R, Ann Int Med 2010.

出典：厚労省「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」、木澤義之先生資料

【ご参考】

一般的なルール…

- 礼儀正しく、丁寧に
- 患者・家族の防衛機制に応じて侵襲的でないコミュニケーションを
- 表情、動作に留意し空気を読む
- つらそうな反応や言動があったらそこで止める
- もしよろしければ～について伺いたいのですが
- もしも・・・万が一・・・

出典：厚労省「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」、木澤義之先生資料

…一般的なルール…

- 相手の感情に留意
  - 表情、視線、しぐさ

- 感情に気づいたら、感情への対応を優先する
  - これをおろそかにすると、質の高いコミュニケーションは難しい
    - 時には時間の浪費になってしまうことさえある

出典：厚労省「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」、木澤義之先生資料

…一般的なルール

- Hope for the best, Prepare for the worst.
  - まず患者・家族の希望や大切にしていることを尋ね、探索し、共感し、理解する
  - そのうえで、今後の病状の変化に備えて、もしもの時についての話を切り出す

Back AL, Arch Int Med 2007

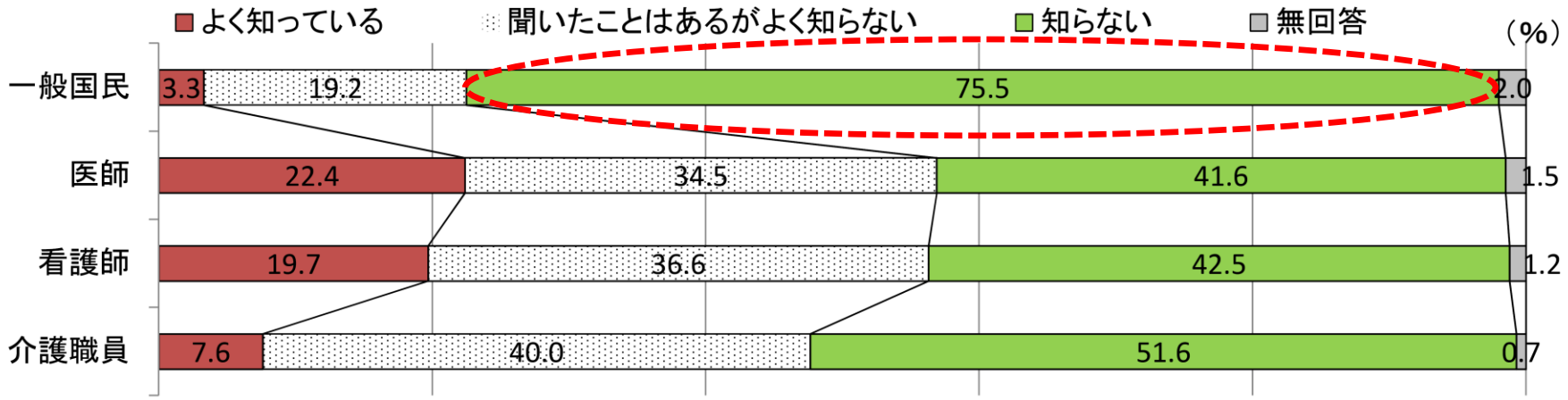
- まず経験を尋ね
  - その内容を探索する

出典：厚労省「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」、木澤義之先生資料

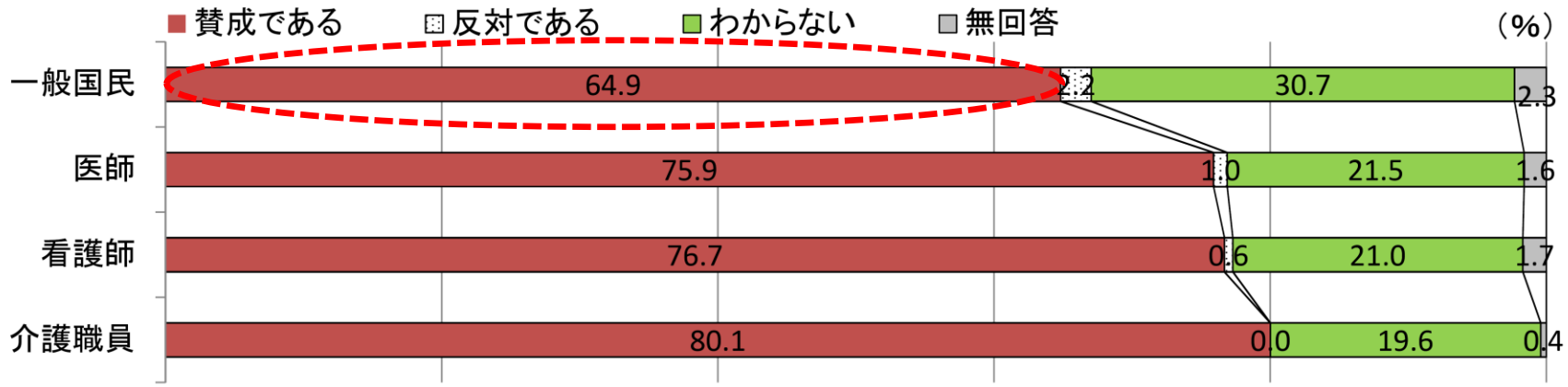
【ご参考】Ⅰ－6　アドバンス・ケア・プランニング（ACP）について

平成29年度
一般国民票

■　人生の最終段階の医療・療養について、意思に沿った医療・療養を受けるために、ご家族等や医療介護関係者等とあらかじめ話し合い、また繰り返し話し合うこと（アドバンス・ケア・プラニング＜ACP＞）についての認知度



■　アドバンス・ケア・プラニング＜ACP＞についての賛否



26

※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結果より

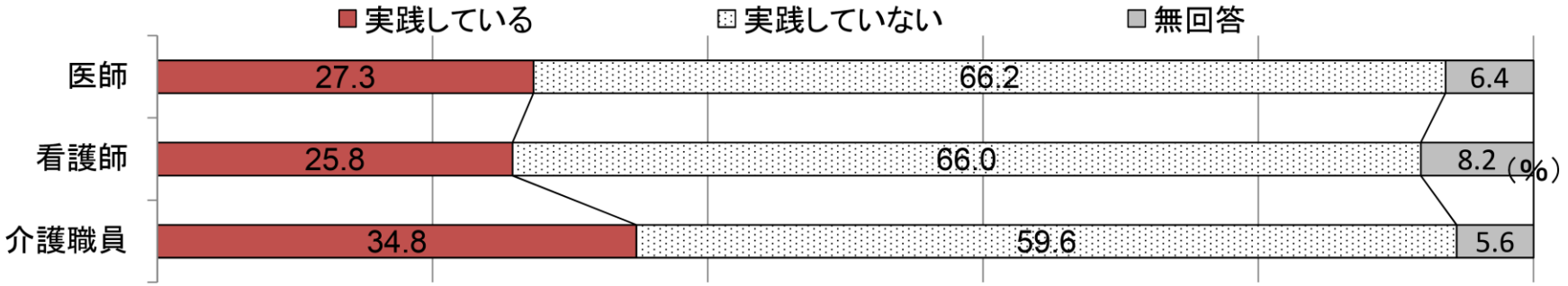
【ご参考】
Ⅱ－５　アドバンス・ケア・プランニング（ACP）について

平成29年度
医師・看護師・介護職員票

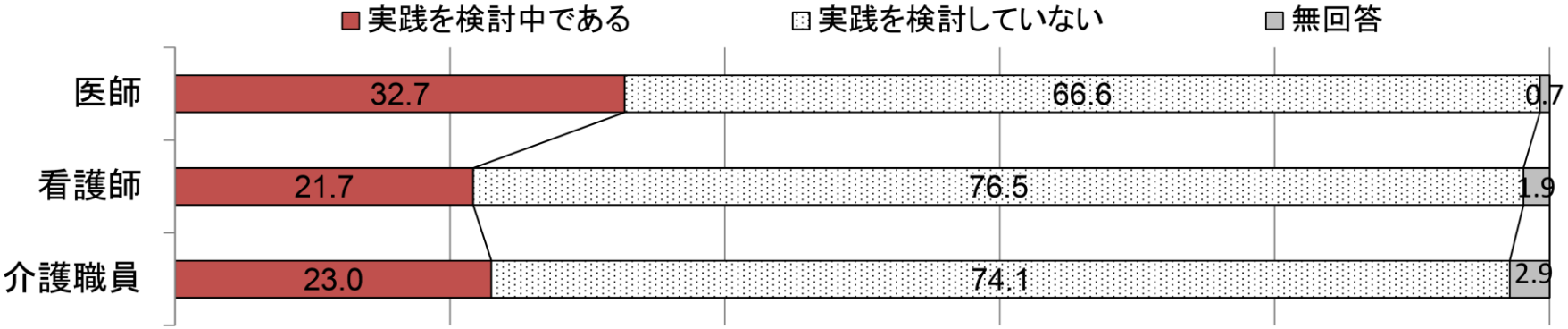
ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の解説
今後の医療・療養について患者・家族等と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスのことである。患者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアに関わる人々の間で共有されることが望ましい。そして、ACPの話し合いには次の内容が含まれる。

・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　　・医療や療養に関する意向や選好、その提供体制

■　人生の最終段階の患者・利用者に対しての、上記ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の実践状況



■　上記ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の、今後の実践についての考え（「実践していない」と回答した者）



50

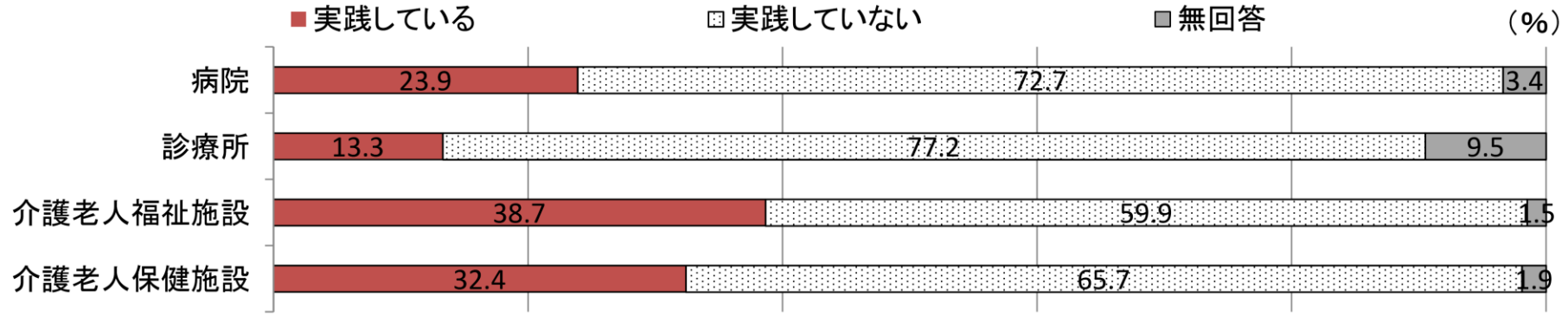
※厚生労働省　平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果より

【ご参考】

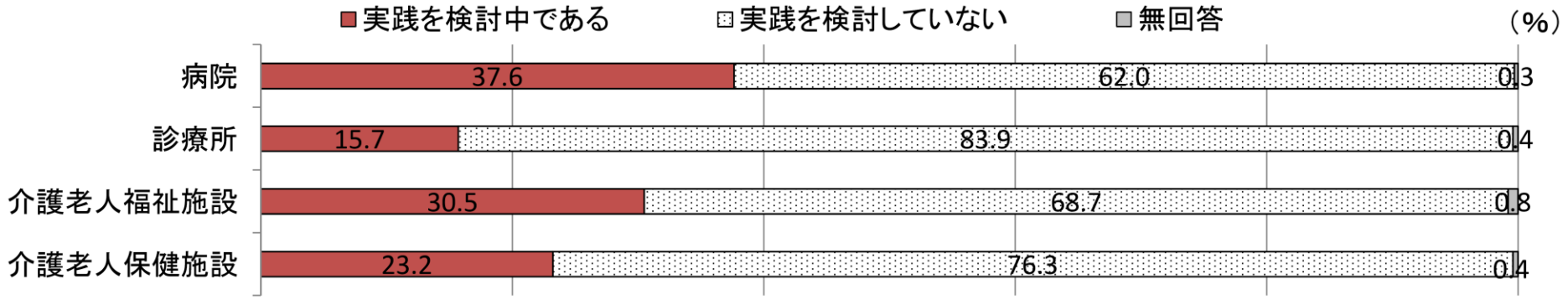
Ⅲ－5 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の実践状況

平成29年度
施設票

■ 施設の方針として人生の最終段階の患者等に対して、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の実践状況



■ 今後、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の実践についての考え（「実践していない」と回答した者）



ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の解説
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のことである。患者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアに関わる人々の間で共有されることが望ましい。そして、ACPの話し合いには次の内容が含まれる。

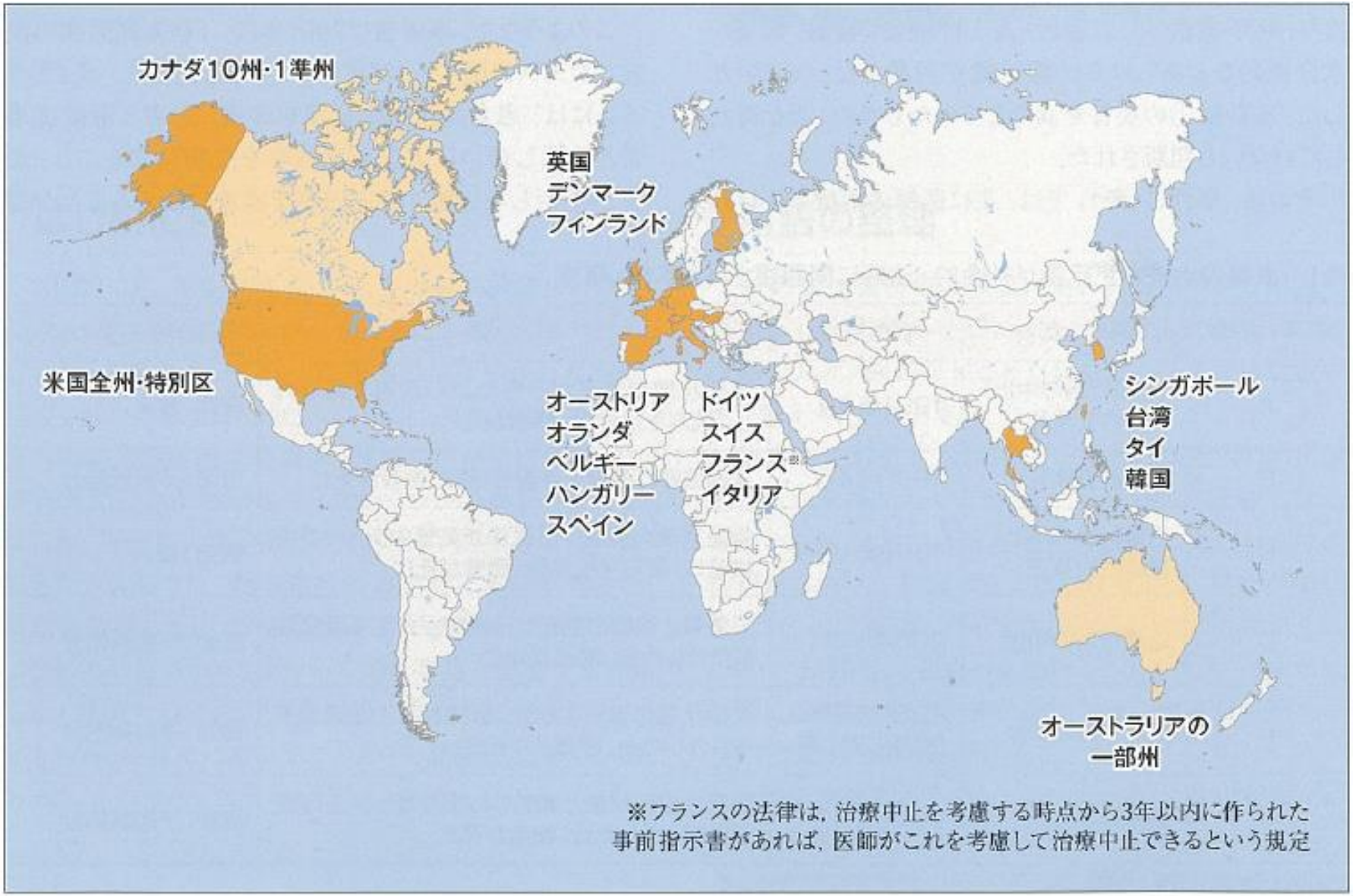
・患者本人の気がかりや意向
・病状や予後の理解
・患者の価値観や目標
・医療や療養に関する意向や選好、その提供体制

67

※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結果より

【ご参考】

治療中止や事前指示関連法の概況



※『アニムス』Summer2019　No.100　特集8「終末期医療」より

【ご参考】

台湾・韓国の法律

《台湾》

2000年（安寧緩和医療法）

：患者の事前指示と家族同意による末期患者の治療の中止・差し控えを規定。

2019年（患者（病人）自主権利法）

：終末期の患者のみならず、回復できない昏睡状態、永久的な植物状態、重度の認知症の患者や、中央所轄官庁が公表する、病状や苦痛が耐えがたく疾患が治療不可能であり疾患当時の標準的医療では他に利用可能で適切な治療の選択肢がない疾患を有する患者についても、事前指示があれば治療の中止・差し控えが可能になった。

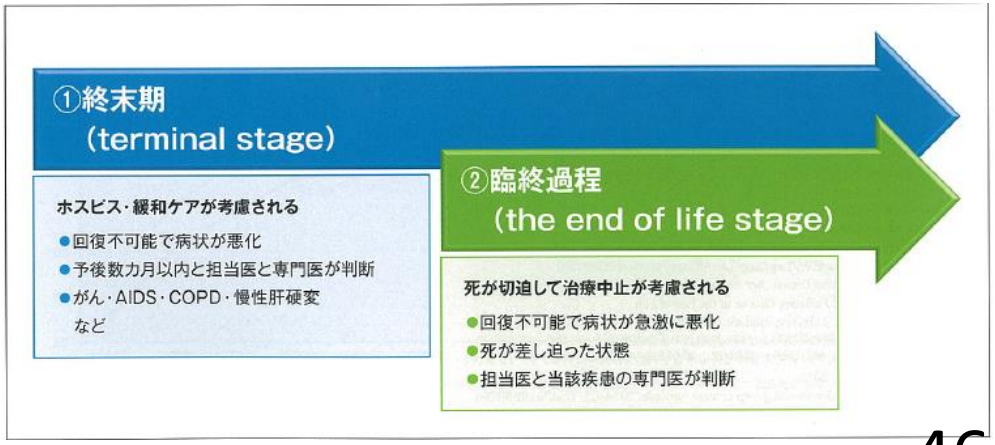
《韓国》

2018年（延命医療決定法）

：末期を二段階に分け、終末期にはホスピス・緩和ケアの提供が考慮され、臨終過程の患者の治療を中止できる。

患者の意思表示や家族の陳述がある場合、担当医は臨終過程の患者の治療を中止できる。患者の意思表示には、患者自身が事前に文書で示した事前延命医療意向書と、担当医が患者やその家族と相談したうえで作成する延命医療計画書がある。

意思表示がない場合でも、患者の家族が患者の意思を推定する、あるいは患者に代わって決定することができる。



※『アニムス』Summer2019　No.100　特集8「終末期医療」より

３．日本医師会生命倫理懇談会における主な議論と日本医師会の主な取り組み

第XV次生命倫理懇談会 答申「超高齢社会と終末期医療」目次

Ⅰ　超高齢社会における終末期医療の現状と課題

1．終末期医療と日本医師会
　－これまでの生命倫理懇談会の議論の大きな流れ
2．わが国の社会の現状と終末期医療
3．現在における課題　→　*この見解を第2章、第3章に示している。*

Ⅱ　本人の意思決定とその支援

1．原則となる考え方
2．事前指示書の普及と課題
3．高齢者の意思決定支援
4．意思決定支援についての最近の行政、学会の動向
5．意思決定支援における“かかりつけ医”の役割

Ⅲ　終末期医療におけるケアの質

1．超高齢社会における終末期のケアの質
2．本人の意思に基づくケア
3．緩和ケアの考え方と実践
4．スピリチュアル・ケア
　－心理・社会的問題と医学以外のアプローチ
5．在宅での生活および看取り

Ⅰ　超高齢社会における終末期医療の現状と課題

1. 終末期医療と日本医師会

　ーこれまでの生命倫理懇談会の議論の大きな流れ

2. わが国の社会の現状と終末期医療

3. 現在における課題

【要旨】

　これまで４期にわたり生命倫理懇談会で検討してきた、終末期医療に関する議論の流れを概説した後に、超高齢社会を迎えた我が国の社会・医療現場の現状や、海外における近年の「医師による自殺幇助」（Physician Assisted Suicide；PAS）の合法化の動きについて説明。

　その上で、現在における課題として、①患者の意思決定による終末期の生き方と意思決定支援の仕組みの工夫、②終末期医療の質の向上を図るには、どのような取り組みが必要か。その場合の質の向上とは何か―の二点を挙げ、それぞれ第２章、第３章で見解を示している。

Ⅱ　本人の意思決定とその支援

1. 原則となる考え方
2. 事前指示書の普及と課題
3. 高齢者の意思決定支援
4. 意思決定支援についての最近の行政、学会の動向
5. 意思決定支援における“かかりつけ医”の役割

【要旨】
　本人の意思決定支援における、アドバンス・ケア・プランニング（ＡＣＰ）の重要性を指摘するとともに、それは本人の自己決定にとどまるのではなく、医療者側からのアプローチがなされ、本人、医療・ケアチーム、家族等の関係者が話し合いを繰り返すものであり、そうしたことが可能となるような仕組みを作り上げていくことが必要である。
　また、意思決定支援につきましては、地域包括ケアシステムの中で考え、かかりつけ医が大きな役割を果たすべきである。

高齢者の意思決定支援

① 独居生活者の意思決定支援

ケア提供者がそれぞれの人生や価値観について、できる限り情報収集をすることが必須であり、一定の意思決定能力があるうちに何らかの意思決定支援の仕組みに取り込む必要がある。

② 在宅での意思決定支援

在宅医療に医師が関与する中で、医師や訪問看護師、介護職など多職種の関係者が連携し、その中で、家族も含めてACPを繰り返し行い、本人の意思決定支援を行うことが重要である。

③ 成年後見制度とその問題点

成年後見人には医療的判断をする権限がないとされているほか、任意後見契約を結んでいる場合を除いて、裁判所によって成年後見人が任命されることから、少なくとも意思決定支援の方策ではない。成年後見制度に頼る必要を少なくするような、意思決定支援、ACP等のプランニングが重要である。

意思決定支援における“かかりつけ医”の役割

○ 何かあった時に救急車を呼ぶのではなく、かかりつけ医とどうやって連絡をとるか。かかりつけ医に連絡がとれなかった時にどうするかといったシステムづくりをしておくことが必要である。

○ 意思決定能力を失った独居高齢者については、かかりつけ医となる医師が、その人の人生観なども意識しながら、これまでの治療の選択の歴史を遡り、本人の気持ちを探るための努力が重要である。

○ QODの実現（死に向かう患者への医療の質を高めることにより、患者の満足を実現すること）のためにも、高齢者には「私の心づもり」などの作成に対する啓発と、（気軽に）相談できる体制が必要である。

○ 併せて、今後の問題や周りの支援体制等も含めて、ライフプランニングを行い、継続的に見なおしていくことが望ましい。たとえば、一種の第二成人式のようなものを設けたり、健診時に、リビングウィルを含めたACPの啓発を行うことなども考えられる。

○ 高齢多死社会での量的対応を迫られる中では、地域で関わる生活相談員や老人会役員などが、まとめ役として活躍することも求められる。（こうした研修には地域医師会が指導的役割を果たすべきである。）

Ⅲ　終末期医療におけるケアの質

1. 超高齢社会における終末期のケアの質
2. 本人の意思に基づくケア
3. 緩和ケアの考え方と実践
4. スピリチュアル・ケア
　　－心理・社会的問題と医学以外のアプローチ
5. 在宅での生活および看取り

【要旨】
　医療は無論のこと介護を含めたケアの質を向上させていくことが課題。「本人の意思に反するケアは質の良いケアとはいえない」という基本を確認した上で、本人の意思に基づき、かつ本人の人生にとって最善となるケアを実現することの重要性を指摘している。
　緩和ケアについては、終末期に限らず疾患の全時期を通じて早期から必要に応じてなされるべきであり、身体的苦痛だけでなく、精神的、スピリチュアルな苦痛への対応も含まれる。
　在宅での生活や看取りに関しては、それが意思決定支援の結果としての本人の希望であり、その人生の最善と見込まれる限りは、住み慣れた環境でできるだけ生活を続けることを可能にするように努めるのが適切であるとしている。

終末期のケアの質と本人の意思に基づくケア

○「本人の意思に反するケアは質の良いケアとはいえない」ということが基本である。

○ その上で、本人の意思に基づき、かつ本人の人生にとって最善となるケアを実現することが重要である。

○ また、終末期医療における意思決定支援の取り組みは、介護についても当てはまる。

○ ACPを通じて、高齢者の生活をより生きやすくするためのサービスの情報提供等を行い、本人の意思に基づき、かつ本人の人生にとって最善となるケアが現在以上に実現することが望まれる。

緩和ケアの考え方と実践

① 基本的な考え方

緩和ケアが取り組む諸問題は、身体的（医学的）問題だけでなく、心理・社会的及びスピリチュアルな問題も視野に入っている。また、家族も対象とされており、遺族になってからのグリーフ・ケアのその範囲に含めて考えられている。尊厳ある死（尊厳ある生）を実現するために、終末期であるか否かを問わず、緩和ケアの充実が必要である。

② 緩和ケアを巡る状況

がん疾患について緩和ケアが見出してきたことの多くは、非がんにも適用可能であり、そうした意識の浸透を図ることが重要である。本人が快適に過ごせるようにすることを目指す緩和ケア的対応が、高齢者にとって最善である可能性を考慮に入れつつ、治療・ケアを選択することが適切である。

③ 今後の緩和ケアのあり方

がん疾患についていえば、はじめから緩和ケアを導入し、疾患への対応と、QOLをターゲットとするケアが併せて行われるべきである。また、高齢者のがん治療を今後どのように進めていくかという直近の治療選択に関するプロセスは、ACPのプロセスと併せて包括的に進めるべきであり、本人の今後の人生にとっての最善を目指すという見地で決められるものである。

在宅での生活および看取り

◯ 終末期におけるケアの質の問題を考慮するにあたり、ケアがどこで行われるかという問題も重要である。多くの人は在宅での生活の継続と、そこでの平穏な死を希望している。

◯ 在宅での生活や看取りに関しては、それが意思決定支援の結果としての本人の希望であり、その人生の最善と見込まれる限りは、住み慣れた環境でできるだけ生活を続けることを可能にするように努めるのが適切である。

◯ そのためには、地域包括ケアシステムの中核となって個々の患者に接する、かかりつけ医や介護職その他の関係者が、継続的に一緒に考えていくACPが重要となる。

日本医師会の取り組み（生命倫理懇談会答申を受けて）

- 地域で患者さんを支えるという視点から、医師、看護師、ソーシャルワーカー等の多職種で、患者さんの意思に寄り添うことが重要。とりわけ、地域包括ケアシステムの要を担う、「かかりつけ医」の役割がますます重要になる。
- 超高齢者会を迎え、独居高齢者や認知症患者の増加が見込まれる等、できるだけ早期から本人の意思を繰り返し確認していく必要がある。

① 「日医かかりつけ医機能研修制度」のさらなる充実と活用を図る。そのなかで、「ACPの意義」や「地域で看取りを行うための技術力や、コミュニケーション能力を高めるための内容」などを盛り込み、患者の“尊厳ある死”、あるいは“尊厳ある生”に寄り添い、患者・ご家族が、穏やかな人生の終末を過ごせるよう、環境整備に努める。

② 医療関係者の意識啓発を目的とした、ACPに関するリーフレットの作成を行い、すべての医師会員に周知・徹底を図る。また、都道府県医師会に配付し、その積極的な活用を求めていく。

「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「医療提供体制のあり方」　2013年8月8日
日本医師会・四病院団体協議会

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

「医療提供体制のあり方」　2013年8月8日
日本医師会・四病院団体協議会

人の一生に、かかりつけ医がかかわっていく

さまざまなライフステージで、年代、診療科に応じて、
<u>かかりつけ医が中心的な役割</u>を担う。

地域の医師会活動 ➡ 医療を中心としたまちづくり

これからの医療

地域医療構想による医療提供体制

- “2025年”に向け、医療機関が病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を報告し、都道府県が**地域医療構想**を策定。
  医療機関の自主的な選択により、各地の医療機能が次第に収れんされていくことを目指す。

地域包括ケアシステムの構築

- 高齢者等の継続的なケアを必要とする者が、なるべく、住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援のサービスを包括的に確保。

かかりつけ医を中心とした**医療と介護の一体的な提供**・・・それから**新たな街づくり**

かかりつけ医を中心とした「切れ目のない医療・介護」の提供（地域包括ケアシステムのイメージ図）

患者・国民からの健康にかかわる幅広い問題

行政

医師会

連携

診療・相談

地域での
医療・介護資源
に応じた対応

かかりつけ医

日常の診療、予防・健康
疾病の早期発見
重症化予防
適切な初期対応
専門医への紹介
症状改善後の受入れ

適切な受療行動、
重複受診の是正、
薬の重複投与の防止等
により医療費を適正化

生涯教育
地域の情報提供

専門医療機関

専門医への紹介
症状改善後の受入

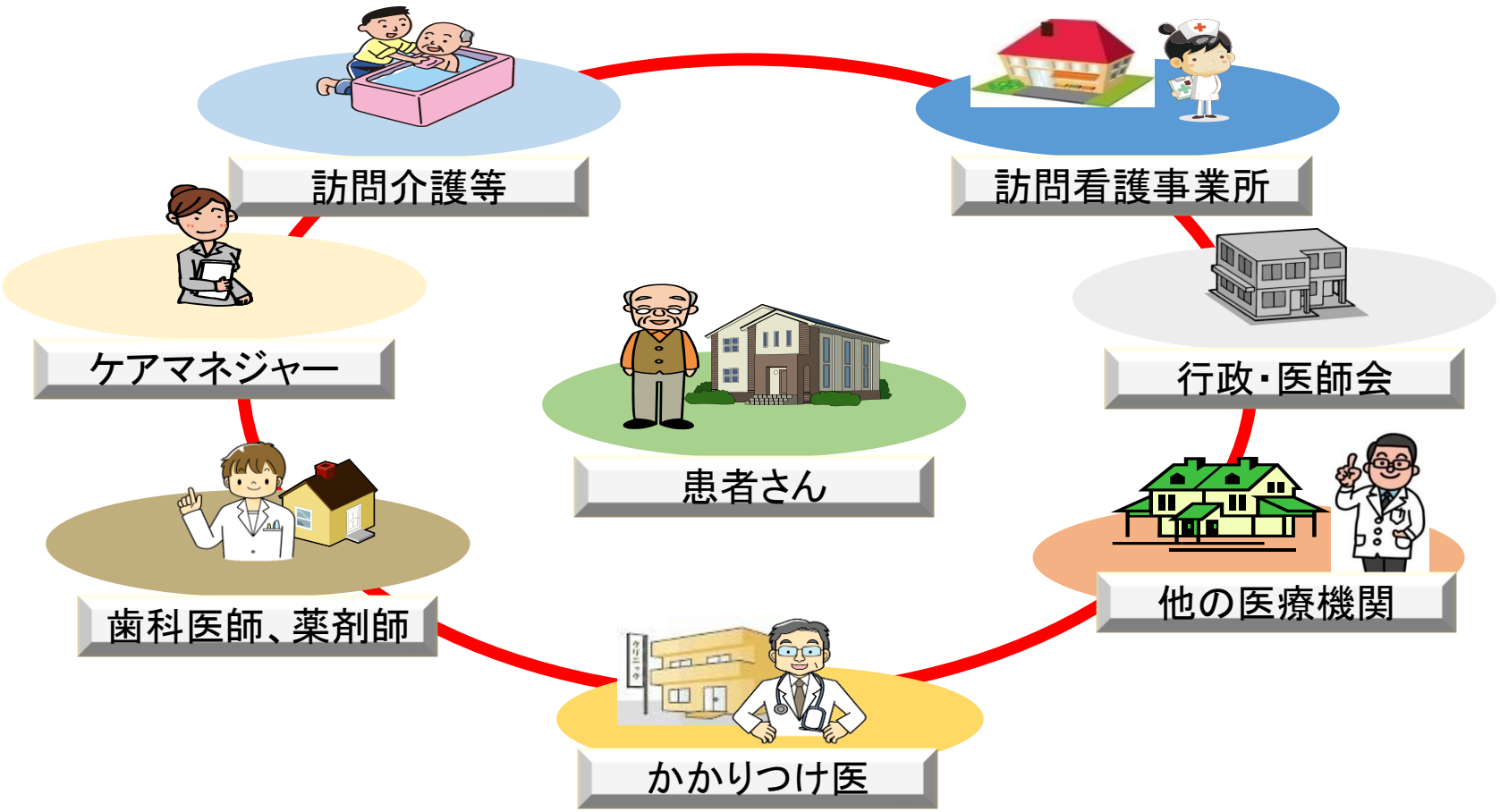
訪問看護
訪問介護
服薬指導　等

歯科医師
薬剤師
看護師・准看護師
理学療法士
管理栄養士
ケアマネージャー等

専門的な検査・治療
合併症への対応

多職種間の連携

地域住民の皆様が住み慣れた地域で暮らし続けることを支えていく上では、かかりつけ医のみならず「多職種」が連携して支援していく必要があります。



日医かかりつけ医機能研修制度

【目的】
　今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

【かかりつけ医機能】
1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践

＊日本医師会ホームページ「日医かかりつけ医機能研修制度」制度概要より作成
（http://dl.med.or.jp/dl-med/doctor/kakari/system20160317_1.pdf）

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修会

【平成28年度】
開催日：平成28年5月22日（日）
受講者数：6,051名
（日医会館：276名
ＴＶ会議：5,775名）

【平成29年度】
開催日：平成29年5月28日（日）
受講者数：6,601名受講
（日医会館：239名
TV会議：6,362名）

【平成30年度】
開催日：平成30年5月20日（日）
開催場所：日医会館
受講者数：7,246人
（日医会館：258人
TV会議：6,988人、45都道府県）

日医中央研修のほか、応用研修の受講機会確保のため、都道府県医師会・郡市区医師会においても同様の研修会の開催。
平成28年度は、22都道府県で計42回開催（参加者延べ3,340名）、中央研修と合わせて9,391名。
平成29年度は、27都道府県で計47回開催（参加者延べ3,111名）、中央研修と合わせて9,712名。

日医かかりつけ医機能研修制度
平成30年度応用研修会（平成30年5月20日開催）

【研修内容】

1．かかりつけ医の感染症対策
2．健康増進・予防医学
3．フレイル予防、高齢者総合的機能評価（CGA）・老年症候群
4．かかりつけ医の栄養管理
5．かかりつけ医の在宅医療・緩和医療・終末期医療
6．症例検討

終末期医療に関しては、

（1）終末期医療の課題
（2）事前指示への対処
（3）Physician Orders for Life Sustaining Treatment（POLST）
（4）アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning；ACP）
（5）『かかりつけ医』のACPにおける役割
（6）高齢者がどのように生きるかを支援する
（7）終末期ケアに関する住民への啓発
（8）パンフレット『終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える』　について、説明が行われた。

応用研修

日医かかりつけ医機能研修制度は3年を1区切りとしており、2019年度から2021年度までの期間の応用研修講義項目は下記のとおり予定。

	平成31年度	*平成32年度*	*平成33年度*
1．専門医共通講習	(1)かかりつけ医の感染対策	(2)かかりつけ医の倫理	(3)かかりつけ医の質・医療安全
2．専門外も含めた幅広い知識	(1)かかりつけ医に必要なプライマリケア	(2)かかりつけ医に必要な小児・思春期への対応	(3)メタボリックシンドロームからフレイルまで
3．地域での連携	(1)医療保険と介護保険、地域包括ケアシステムの構築	(2)在宅医療、多職種連携	(3)地域医療連携と医療・介護連携
4．社会的機能を発揮するためのスキル	(1)かかりつけ医に必要なリーダーシップ、マネジメント、コミュニケーションスキル	(2)かかりつけ医の社会的処方	(3)地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割
5．高齢者特有の問題や認知症の知識	(1)終末期医療、褥瘡と排泄	(2)認知症、ポリファーマシーと適正処方	(3)リハビリテーションと栄養管理・摂食嚥下障害
6．症例検討	(1)多疾患合併症例	(2)在宅医療症例	(3)地域連携症例

第XVII次生命倫理懇談会

会長諮問

（平成31年2月21日に第1回懇談会を開催）

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

◎髙久 史麿　（地域医療振興協会会長）
○大中 正光　（福井県医師会会長）
○樋口 範雄　（武蔵野大学法学部特任教授）
安里 哲好　（沖縄県医師会会長）
井本 寛子　（日本看護協会常任理事）R1.6.24まで
岩尾 總一郎　（日本尊厳死協会理事長）
菊岡 正和　（神奈川県医師会会長）
久米川 啓　（香川県医師会会長）
権丈 善一　（慶應義塾大学商学部教授）
齊藤 勝　（青森県医師会会長）
清水 哲郎　（岩手保健医療大学学長）
須藤 英仁　（群馬県医師会会長）
田中 秀一　（国際医療福祉大学医療福祉学部長）
鍋島 直樹　（龍谷大学文学部教授）
平松 恵一　（広島県医師会会長）
町野 朔　（上智大学名誉教授）
森本 紀彦　（島根県医師会会長）
横田 裕行　（日本医科大学大学院教授／高度救急救命センター部長）
吉川 久美子　（日本看護協会）R1.6.25から

畔柳 達雄　（日本医師会参与・弁護士）
奥平 哲彦　（日本医師会参与・弁護士）
手塚 一男　（日本医師会参与・弁護士）

第XVI次生命倫理懇談会

「終末期医療に関するガイドライン」の見直し

現在の「終末期医療に関するガイドライン」策定から10年余が経過する中で、本懇談会が積み重ねてきたこれらの検討結果を踏まえ、また、厚生労働省が平成30年3月に公表した「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」も参考に、以下の観点から行う予定。

①ACPの考え方を盛り込むこと。

- 本人の意思は変化し得ることから繰り返し話し合うこと、そして、話し合いの内容はその都度文書にまとめ、共有することの重要性を強調。
- 特定の家族等を自らの意思を推定する者としてあらかじめ定めておくことの意義を強調。

②在宅や介護施設の現場により配慮したガイドラインとなるようにすること。

- 地域包括ケアシステムの構築が進められていることを念頭に、その要の役割を担う「かかりつけ医」という言葉を新たに記載。
- 医療・ケアチームの想定の中に介護従事者が含まれることを明記。
- 医療内容の決定が困難な場合等に、複数の専門家からなる委員会を別途設置できない場合の対応について明記。

③家族等に対するグリーフ・ケアについて言及すること。

４．厚生労働省の取り組み

ＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング）の愛称が「人生会議」に決まりました！

１１月３０日(いい看取り・看取られ)は「人生会議の日」

人生の最終段階における医療・ケアについて考える日

人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、家族や医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い、共有する取組を「 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と呼びます。

ACP 人生会議

人生会議のロゴマーク※

※「人生会議」という愛称が、国民一人ひとりの生活のなかにより浸透するよう、一般公募により寄せられた67の候補からACP愛称選定委員会により選定。平成31年4月24日公表。

【ロゴマークの制作者】
澤渡 和男 さん（東京都在住 医師）

【制作者コメント】
人生は、空に架かる虹であり、現在から未来への架け橋です。
また、一筋の流れとして分水嶺に端を発し、大河となって大地を潤して海へと回帰する川の流れです。人生の流れと次代に継続させる力がデザインコンセプトです。

詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/saisyu_iryou/index.html （人生会議）
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html （ロゴマーク）

※厚生労働省提供資料を改変

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

平成30年3月

厚生労働省ガイドライン改訂の背景

① 高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応

② 英米諸国を中心として、ＡＣＰの概念を踏まえた研究・取り組みが普及していること

出典：厚生労働省作成資料より

厚生労働省ガイドラインの主な改訂の内容

- 在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを行った
  ①「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」に名称変更
  ②医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確にしたこと
- ACPの取り組みの重要性について強調したこと
- 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する信頼できるものを前もって定めておくことの重要性について記載したこと
- 家族等の信頼できる者の対象を、家族から家族等（親しい友人等）に拡大したこと
- 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載したこと

出典：厚生労働省作成資料より

厚生労働省のガイドライン

＜人生の最終段階における医療･ケアの在り方＞

① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。

② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。

③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。

④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

「特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくこと」に関して

- 今回改訂された厚生労働省ガイドライン「人生の最終段階における医療・ケアの在り方」の項には、「本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である」との記載がある。本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があること等も踏まえれば、日本医師会としてもその考え方に異論はない（ただし、本人の意思を推定する者を定めるに当たっては、本人にも、本人の意思を推定する者にも、適切な情報提供と説明がなされるべきであり、医療者側から押し付けて決めるようなことがあってはならない）。

- また、生命倫理懇談会の答申のなかでも、「信頼できる人を選任する医療代理人のような制度があればそれも一つの方法であり、それに家族の見解と多職種チームの見解が合わさった上で、最善の意思決定をすることが重要」としている。

- さらに、成年後見制度に関しては、医療的判断をする権限がないとされており、終末期医療の場合にも同様である。超高齢社会を迎え、今後、独居高齢者、家族等の身寄りのない人等の増加が見込まれており、本人に一定の意思決定能力があるうちから、ＡＣＰなどの意思決定支援の仕組みに取り込むことが重要である。そして、そのなかで、本人の意思を代理できる人を決めていくことも重要と考える。

  （本当に何も情報が得られない場合は、患者の最善の利益を基準に考える。）

◆ なお、ここで言う代理人は、法律で定められたものではない。

厚生労働省のガイドライン

＜人生の最終段階における医療･ケアの方針の決定手続き①＞

（１）本人の意思の確認ができる場合

① 方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされることが必要である。そのうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。

② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。

③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

厚生労働省のガイドライン

＜人生の最終段階における医療･ケアの方針の決定手続き②＞

（２） 本人 の意思確認ができない場合 の意思確認ができない場合

本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。

② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。

③ 家族等がいな場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。

④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

厚生労働省のガイドライン

＜人生の最終段階における医療･ケアの方針の決定手続き③＞

（３）複数の専門家から話し合いの場の設置

上記（１）及び（２）の場合において、方針の決定に際し、

- 医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合
- 本人と医療・ケアチームとの話し合い中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
- 家族等の中で意見がまとらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られな場合

等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

「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」における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）　（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため繰り返し話し合うこと

主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人や家族等※と十分に話し合う

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が確認できる

本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた、**本人の意思決定が基本**

・家族等※が本人の意思を推定できる

本人の推定意思を尊重し、本人にとって最善の方針をとる

本人の意思が確認できない

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

本人にとって最善の方針を医療・ケアチームで慎重に判断

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定

・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難な場合

・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合等

→**複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言**

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。

※厚生労働省作成資料

５．診療報酬・介護報酬改定

介護医療院の創設（地域包括ケア強化法による改正）

見直し内容

○今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設する。

○病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

＜新たな介護保険施設の概要＞

名称	**介護医療院** ※ただし、**病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できる**こととする。
機能	要介護者に対し、**「長期療養のための医療」**と**「日常生活上の世話（介護）」**を**一体的に提供**する。（介護保険法上の介護保険施設だが、医療法上は医療提供施設として法的に位置づける。）
開設主体	地方公共団体、医療法人、社会福祉法人などの非営利法人等

☆ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、６年間延長することとする。

1. 介護医療院　②介護医療院の基本報酬等

概要

介護医療院の基本報酬及び加算等については、介護療養病床と同水準の医療提供が求められることや介護療養病床よりも充実した療養環境が求められること等を踏まえ、以下のとおりとする。

ア　基本報酬の基準

介護医療院の基本報酬に求められる基準については、

- Ⅰ型では現行の介護療養病床（療養機能強化型）を参考とし、
- Ⅱ型では介護老人保健施設の基準を参考としつつ、24時間の看護職員の配置が可能となることに考慮し設定することとする。

その上で、介護医療院の基本報酬については、Ⅰ型、Ⅱ型に求められる機能を踏まえ、それぞれに設定される基準に応じた評価を行い、一定の医療処置や重度者要件等を設けメリハリをつけた評価とするとともに、介護療養病床よりも療養室の環境を充実させていることも合わせて評価することとする。

単位数

○　基本報酬（多床室の場合）（単位／日）

	（新設）					
	Ⅰ型療養床			Ⅱ型療養床		
	Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）（療養機能強化型Ａ相当）（看護６：１ 介護４：１）	Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅱ）（療養機能強化型Ｂ相当）（看護６：１ 介護４：１）	Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅲ）（療養機能強化型Ｂ相当）（看護６：１ 介護５：１）	Ⅱ型介護医療院サービス費（Ⅰ）（転換老健相当）（看護６：１ 介護４：１）	Ⅱ型介護医療院サービス費（Ⅱ）（転換老健相当）（看護６：１ 介護５：１）	Ⅱ型介護医療院サービス費（Ⅲ）（転換老健相当）（看護６：１ 介護６：１）
要介護１	８０３	７９１	７７５	７５８	７４２	７３１
要介護２	９１１	８９８	８８２	８５２	８３６	８２５
要介護３	１，１４４	１，１２７	１，１１１	１，０５６	１，０４０	１，０２９
要介護４	１，２４３	１，２２４	１，２０８	１，１４３	１，１２７	１，１１６
要介護５	１，３３２	１，３１２	１，２９６	１，２２１	１，２０５	１，１９４

※ 療養室等の療養環境の基準を満たさない場合には25単位を減算する。

国民の希望に応じた看取りの推進

➢ ターミナルケアに関連する報酬において、「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」等を踏まえた対応を要件とするとともに、ターミナルケアの充実を推進する。

診療報酬改定における対応
（在宅医療・訪問看護のターミナルケア関連の報酬）

現行

【在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料）】
機能強化型在支診・在支病（病床あり）
6,000点
機能強化型在支診・在支病（病床なし）
5,000点
在支診・在支病
4,000点
その他の医療機関
3,000点

【訪問看護ターミナルケア療養費】
20,000円

改定後

【在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料）】
（有料老人ホーム等とそれ以外で報酬を区分）
機能強化型在支診・在支病（病床あり）
6,500点
機能強化型在支診・在支病（病床なし）
5,500点
在支診・在支病
4,500点
その他の医療機関　3,500点

【訪問看護ターミナルケア療養費】
訪問看護ターミナルケア療養費１　25,000円
（新）訪問看護ターミナルケア療養費２　10,000円

［算定要件］
ターミナルケアの実施については、「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」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人及びその家族等の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

人生の最終段階における医療の決定プロセスにおけるガイドラインへの対応を共通の要件とする。

介護報酬改定における対応

（訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護）
○　ターミナルケア加算の要件として、下の内容等を通知に記載する。
・「人生の最終段階における医療の決定プロセスにおけるガイドライン」**等の内容を踏まえ**、利用者本人と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の医療及び介護関係者との連携の上、対応すること。
・ターミナルケアの実施にあたっては、居宅介護支援事業者等と十分な連携を図るよう努めること。

介護老人福祉施設における看取りに関する見直し

診療報酬で対応
介護報酬で対応

配置医師緊急時対応加算の体制を整えていない施設

看取り実施

【末期の悪性腫瘍の患者等の場合】
・看取り介護加算を算定している場合であっても
在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算、
看取り加算が算定可

看取り介護加算(Ⅰ)
死亡日30日前～4日前
144単位／日
死亡日前々日、前日
680単位／日
死亡日　1280単位／日

看取り実施

○ 看取り介護加算を算定していない
・訪問看護ターミナルケア療養費１
25,000円

○ 看取り介護加算を算定している
(新)訪問看護ターミナルケア療養費２
10,000円

※末期のがん患者に対して実施した場合

配置医師緊急時対応加算の体制を整えている施設

早朝・夜間の場合　650単位／回
深夜の場合　1 300単位／回

夜間等の対応

協力医療機関の医師等による24時間対応できる体制

看取り介護加算(Ⅱ)
死亡日30日前～4日前
144単位／日
死亡日前々日、前日
780単位／日
死亡日　1580単位／日

看取り実施

【末期の悪性腫瘍の患者等の場合】
・看取り介護加算を算定している場合であっても、
在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算が算定可

連携

施設看護師や訪看STによる
24時間対応できる体制
(看護体制加算(Ⅱ)を算定)

○ 看取り介護加算を算定していない
・訪問看護ターミナルケア療養費１
25,000円

○ 看取り介護加算を算定している
(新)訪問看護ターミナルケア療養費２
10,000円

※末期のがん患者に対して実施した場合

介護老人福祉施設のポイント

〇複数の医師を配置するなどの体制を整備した特養について、配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行った場合を新たに評価する。

・配置医師が訪問した場合は介護報酬（**配置医師緊急時対応加算**）を算定する。
・協力医療機関が訪問した場合は診療報酬（往診料）を算定する。

〇看取り介護加算について、上記の配置医師緊急時対応加算の算定に係る体制を整備し、さらに施設内で実際に看取った場合、より手厚く評価する。

・特養において介護報酬の看取り介護加算を算定している場合でも、訪問診療を提供する外部の医療機関が診療報酬の在宅ターミナルケア加算（訪問診療料の加算）を算定できるよう、平成30年度診療報酬改定で見直し。

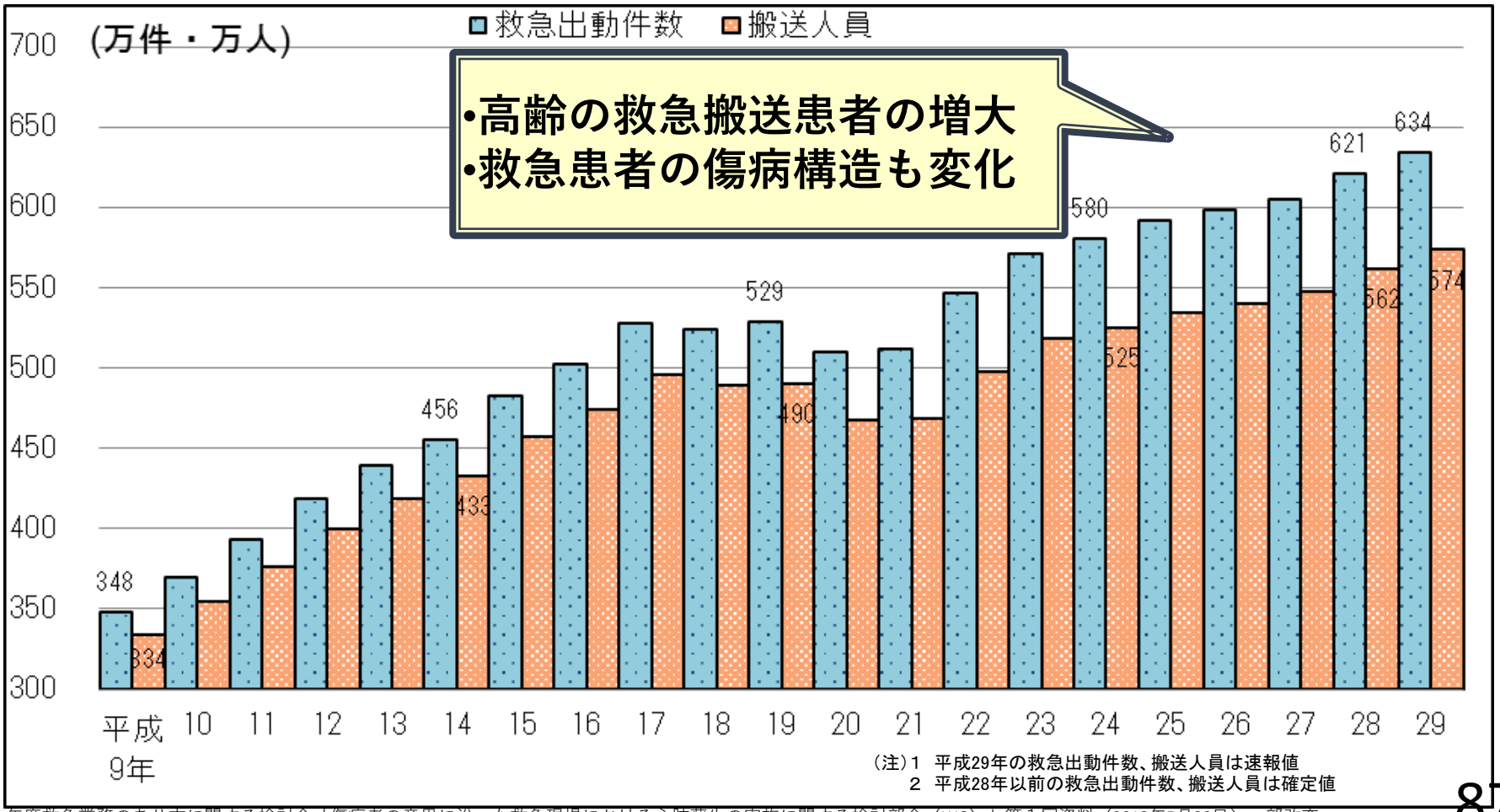
６．救命救急と終末期医療

救急出動件数、搬送人員の推移

○平成29年中の救急自動車による救急出動件数（速報値）は634万2,096件
（対前年比13万2,132件増、2.1%増）

○平成29年中の救急自動車による救急搬送人員（速報値）は573万5,915人
（対前年比11万4,697人増、2.0%増）

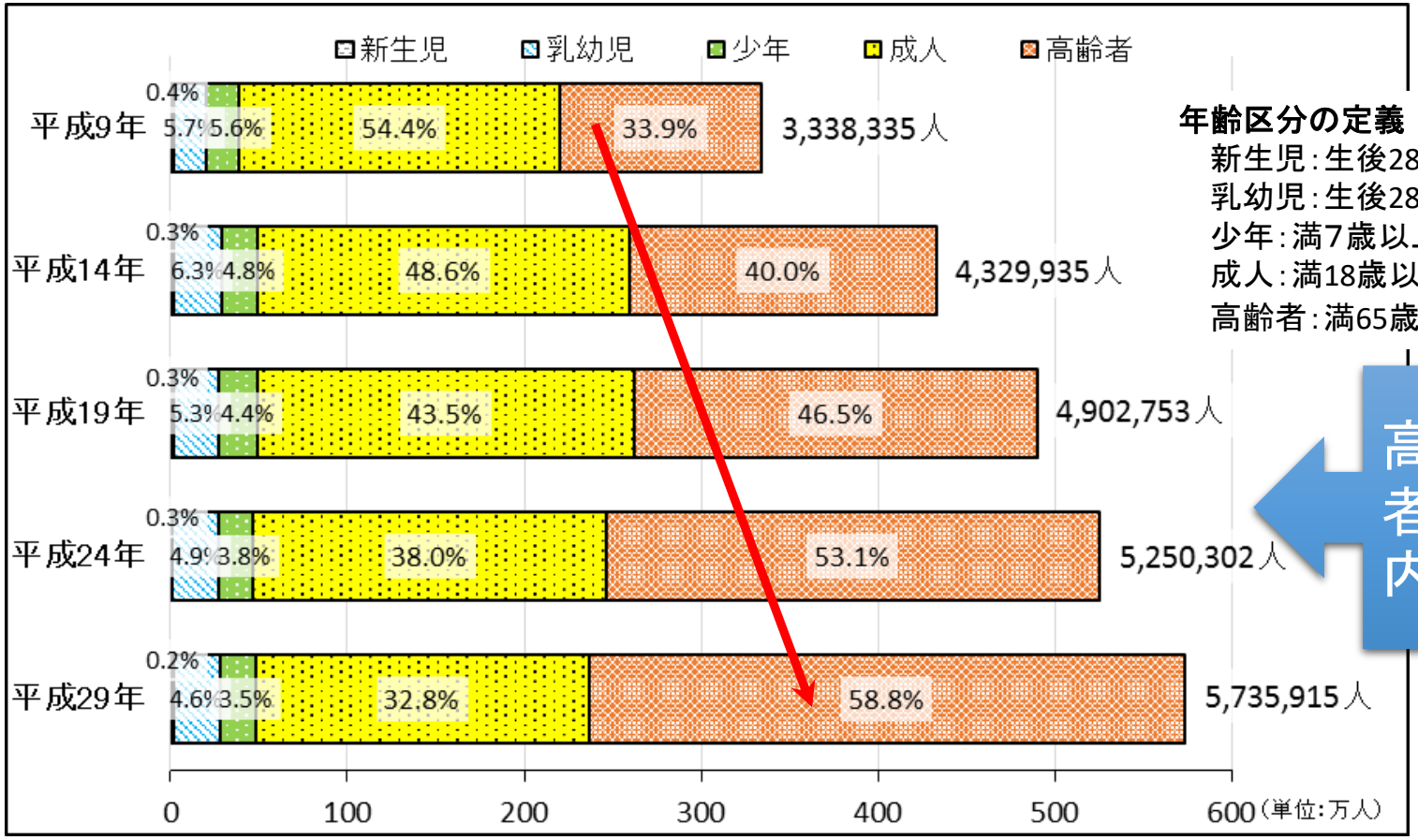
○平成29年中の救急出動件数（速報値）、搬送人員（速報値）はともに過去最多



（注）1　平成29年の救急出動件数、搬送人員は速報値
2　平成28年以前の救急出動件数、搬送人員は確定値

年齢別の搬送人員の推移

〇平成29年中の救急自動車による搬送人員の内訳を年齢区分別にみると、高齢者は337万1,054人（58.8%）、成人は188万3,785人（32.8%）、乳幼児は26万5,223人（4.6%）など（速報値）
〇年齢区分別の搬送人員の推移をみると、高齢者の割合は年々増加



年齢区分の定義
新生児：生後28日未満
乳幼児：生後28日以上満7歳未満
少年：満7歳以上満18歳未満
成人：満18歳以上満65歳未満
高齢者：満65歳以上の者

高齢救急患者は、疾病内容も異なる

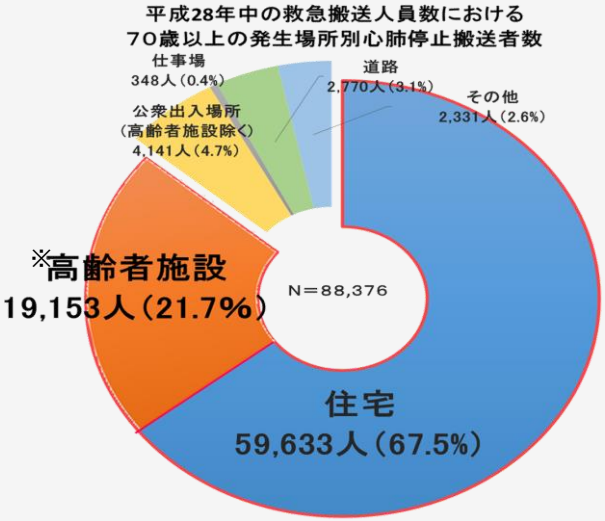
- 介護施設等からの受入体制
- 二次救急医療への支援

救急業務の現状と心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応の現状

救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応の現状

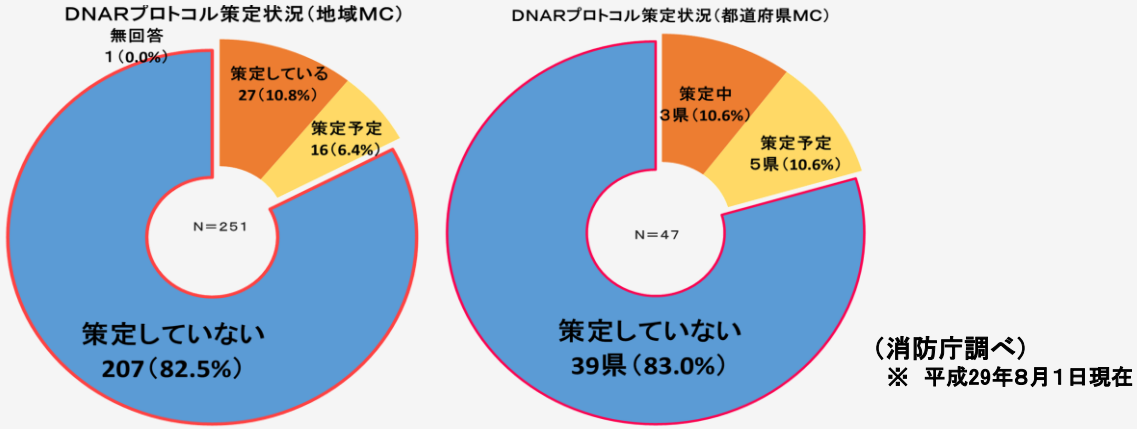
○平成28年中の「70歳以上の心肺機能停止傷病者」において、事故発生場所は「住宅」、「高齢者施設」が約9割を占めている。



（消防庁調べ）

※ 高齢者施設：老人ホーム、老人保健施設等

○DNARプロトコルの策定状況については、約8割の都道府県MC協議会及び地域MC協議会が、「策定していない」と回答。



（消防庁調べ）

※ 平成29年8月1日現在

平成 30 年度救急業務のあり方に関する検討会「傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会（WG）」第１回資料（2018年5月30日）一部改変

人生の最終段階における救急現場での心肺蘇生等のあり方とかかりつけ医

「人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言」(2017年、日本臨床救急医学会)

提言3. かかりつけ医等による判断と指示

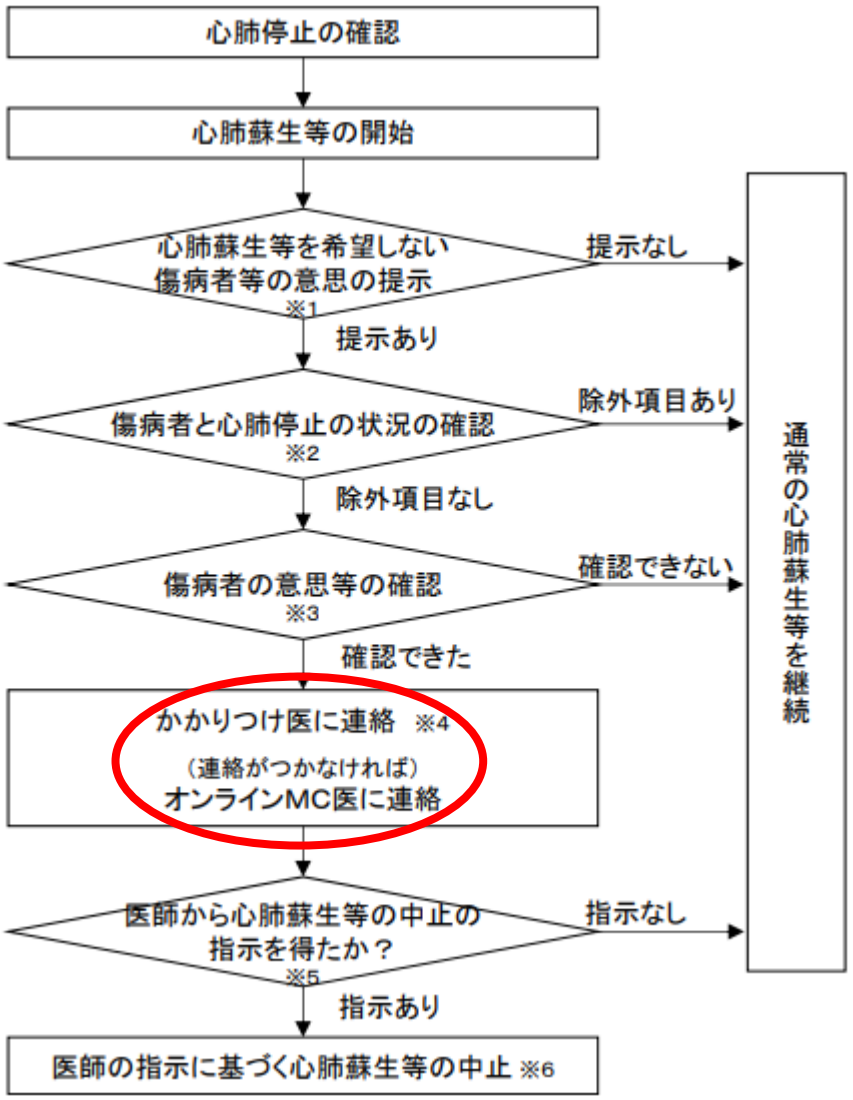
心肺停止という切迫した状況のなかで、救急隊が生死に直結する心肺蘇生等の中止を単独で適切に判断することはできない。

かかりつけ医の介在が必要。

かかりつけ医の判断に沿って救急隊が活動するのが妥当。

※ **かかりつけ医は、人生の最終段階に至る傷病者の病歴、生活状況、家族との関係等をもっとも理解していると考えられるから**

救急隊の標準的活動プロトコル



平成30年度救急業務のあり方に関する検討会「傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会（WG）」第1回資料（2018年5月30日）一部改変

終末期医療
かかりつけ医機能と救急搬送・救急医療

広義のメディカルコントロール（医療統括）

- かかりつけ医が中心となって、患者・家族等と繰り返し話し合い（ＡＣＰ）
- 地域医師会が、医療・搬送・介護・福祉・行政等の関係者の参画を得て、終末期患者の受け入れ体制を構築
- 地域医師会が、かかりつけ医と、MC医師、救急医療機関、拠点病院・専門病院との連携を推進
- かかりつけ医による多職種連携を推進

増大する高齢救急患者への対策
地域医師会と関係者との協働

八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会（八高連）
－ 構成団体：20団体（2016年2月現在） －

八王子市救急業務連絡協議会の専門分科会として設置

初代会長
八王子市医師会理事　横山隆捷

現会長
八王子市医師会　田中裕之

- 八王子市救急業務連絡協議会会員（14病院長）
- 救命救急センター・救急センター（2大学病院長）
- 介護療養型病院（6病院長）
- 医療療養型病院（10病院長）
- 八王子施設長会（67施設長）
- 八王子社会福祉法人代表者会（10施設長）
- 八王子特定施設連絡会（2有料老人施設長）
- 精神科病院（15病院長）
- 八王子老人保健施設協議会
- 八王子介護支援専門員事業所連絡協議会
- 八王子介護保険サービス事業者連絡協議会
- 八王子市地域包括支援センター（15高齢者あんしん相談センター長）
- 八王子市医師会（会長）
- 八王子薬剤師会
- 八王子市町会・自治会連合会
- 八王子市赤十字奉仕団
- 八王子市民生委員児童委員協議会
- 八王子市社会福祉協議会
- 八王子市
- 八王子消防署

オール八王子チーム！！

平成23年（2011年）5月設立

益子邦洋先生資料（第27回全国医師会共同利用施設総会）より

7．まとめ

まとめ①

- アドバンス・ケア・プランニング（ＡＣＰ）などの本人の意思決定支援が重要。同時に、それは本人の自己決定にとどまるのではなく、医療者側から適切な説明と情報提供がなされ、本人、医療・ケアチーム、家族等の関係者が話し合いを繰り返すものであり、そうしたことが可能となるような仕組みを作り上げていくことが必要である。

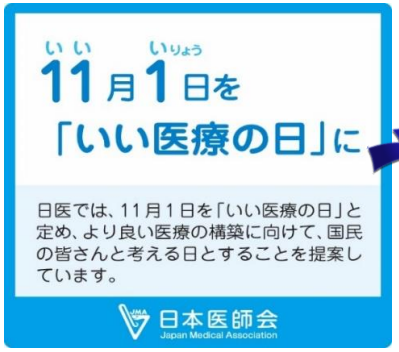
- それは何よりも、本人の意思を尊重した医療及びケアを提供し、尊厳ある生き方を実現するためである。

- また、意思決定支援については、地域包括ケアシステムの中で考え、かかりつけ医が大きな役割を果たしていくことが重要である。（かかりつけ医を中心に多職種が協働し、地域で支えるという視点が重要。）

まとめ②

- 本人が意思を明らかにできるときから繰り返し話し合いを行い、その意思を家族や医療・ケアチーム等と共有することが重要である。（話し合いの内容は、その都度、文書にまとめておく。）
- また、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。
- ただし、本人の心身の状態によっては、考えることが精神的不安につながり苦痛を伴うことがあるため、知りたくない、考えたくない、文書にまとめたくないという方への十分な配慮が必要。コミュニケーション能力を高めていくことも重要になる。
- 患者一人ひとりの尊厳ある生き方を実現するためにも、ACPの概念を盛り込んだ取り組みを国民とともに進めていく必要がある。

ご清聴ありがとうございました。



日本記念日協会に
認定されました！

*http://www.kinenbi.gr.jp/

公益社団法人日本医師会創立70周年
「いい医療の日」制定記念切手

日本医師会キャラクター
「日医君（にちいくん）」