



21世紀の医療を守る県民の集い
於：秋田ビューホテル

終末期医療とACP（人生会議）

～より良いエンド・オブ・ライフを目指して～



日本医師会キャラクター 日医君

令和元年11月24日（日）



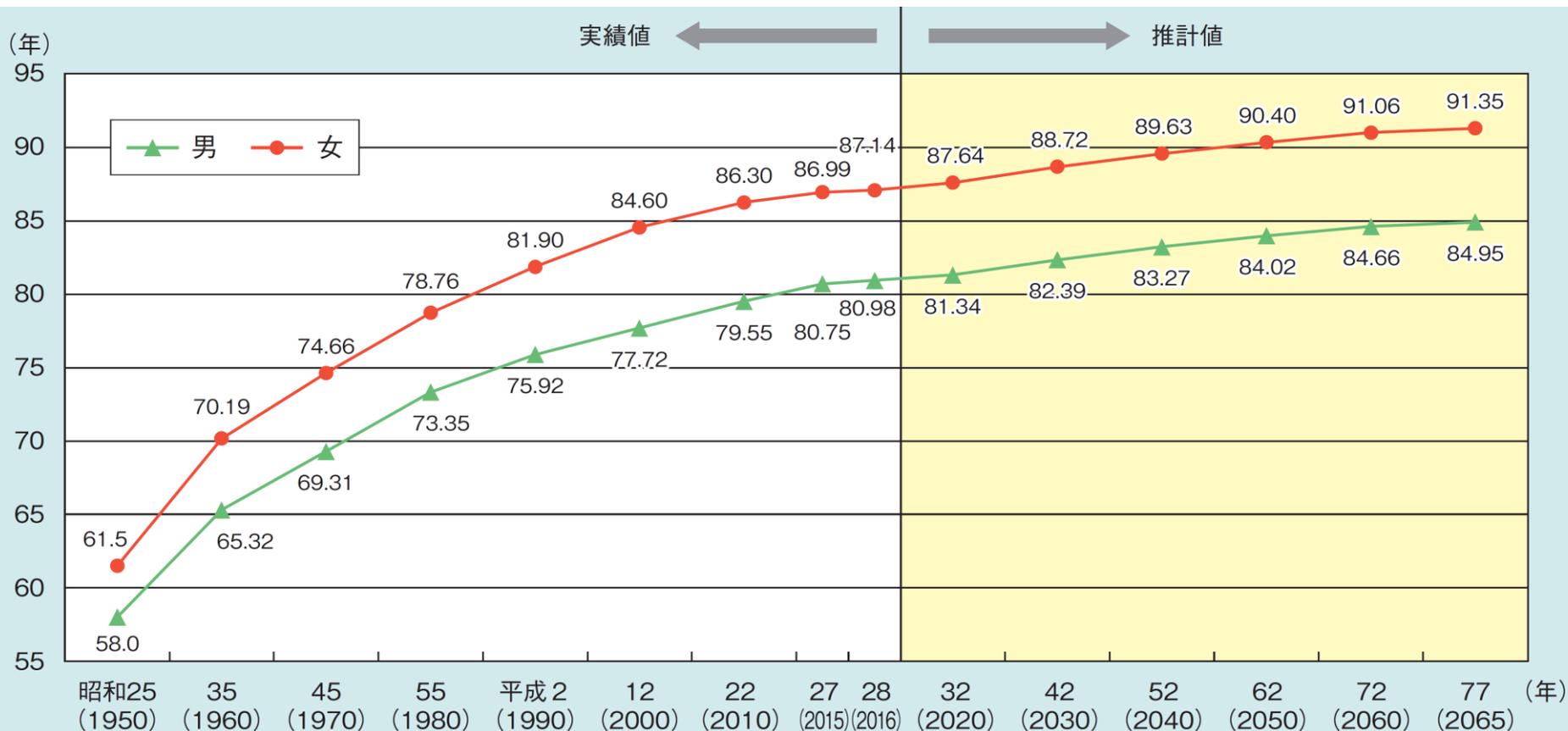
公益社団法人 日本医師会
常任理事 羽鳥 裕

本日の内容

1. 我が国の社会の現状と将来推計
2. 秋田県の現状
3. 終末期医療に関する用語の整理
4. ACP(人生会議)とは？
5. 終末期医療の方針決定の際して考えられるシナリオ
6. より良いエンド・オブ・ライフのために
7. まとめ

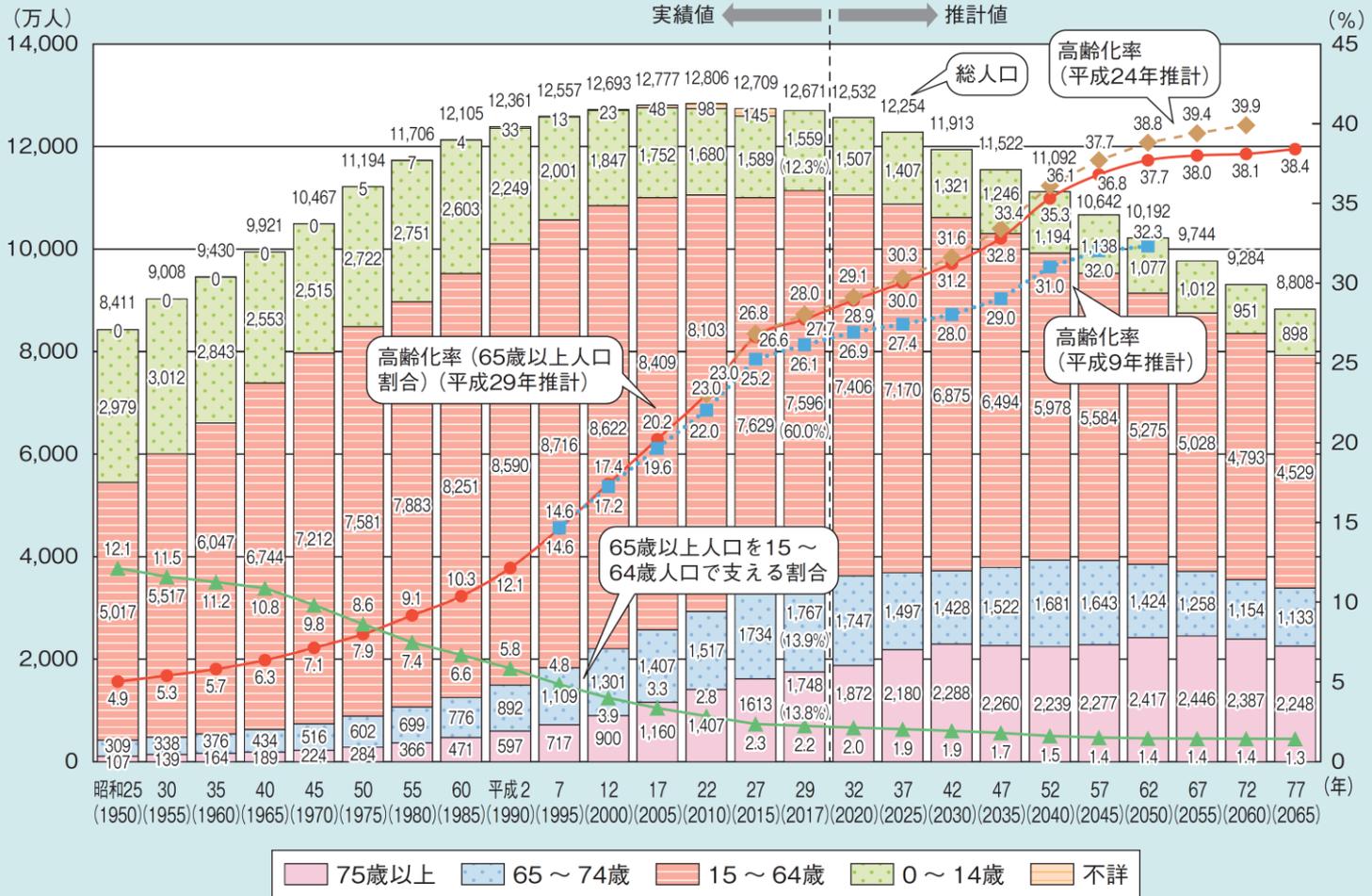
1. 我が国の社会の現状と将来推計

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。

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）」の出生中位・死亡中位仮定、「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。

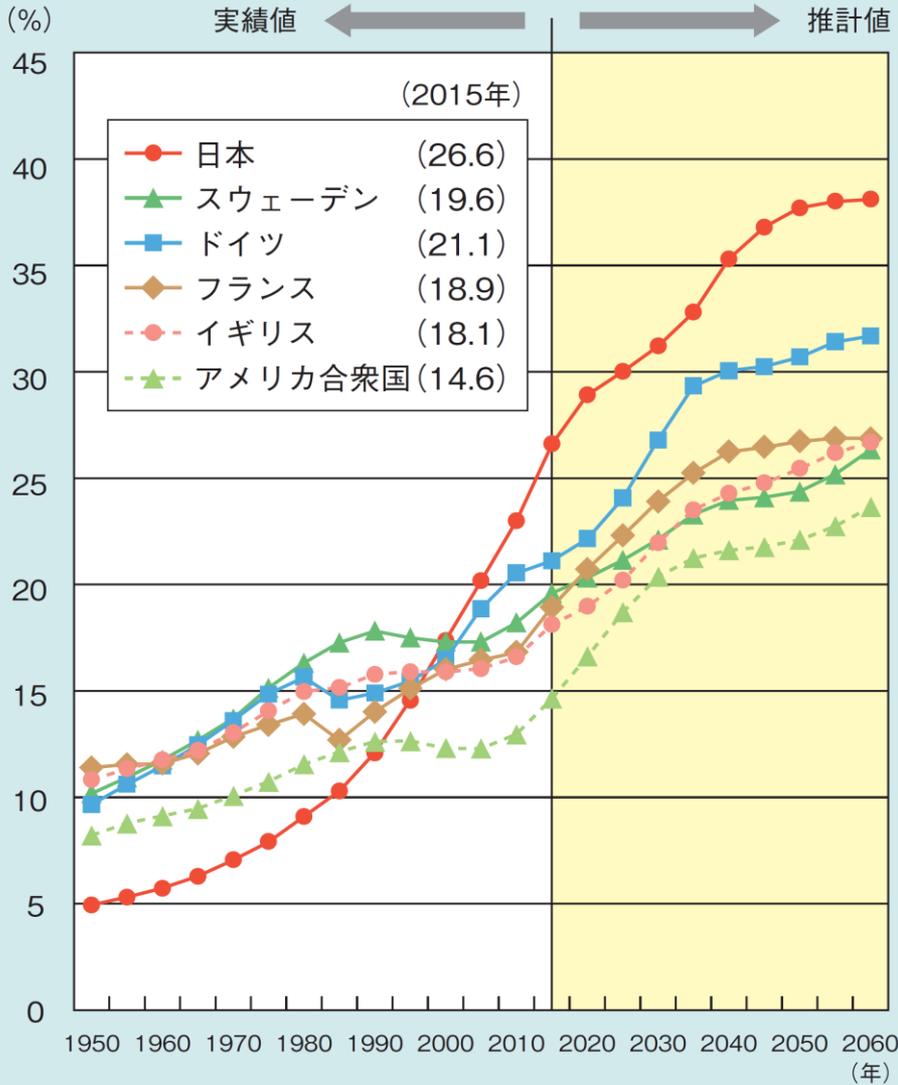
（注1）2017年以降の年齢階級別人口は、総務省統計局「平成27年国勢調査 年齢・国籍不詳をあん分した人口（参考表）」による年齢不詳をあん分した人口に基づいて算出されていることから、年齢不詳は存在しない。なお、1950年～2015年の高齢化率の算出には分母から年齢不詳を除いている。

（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。

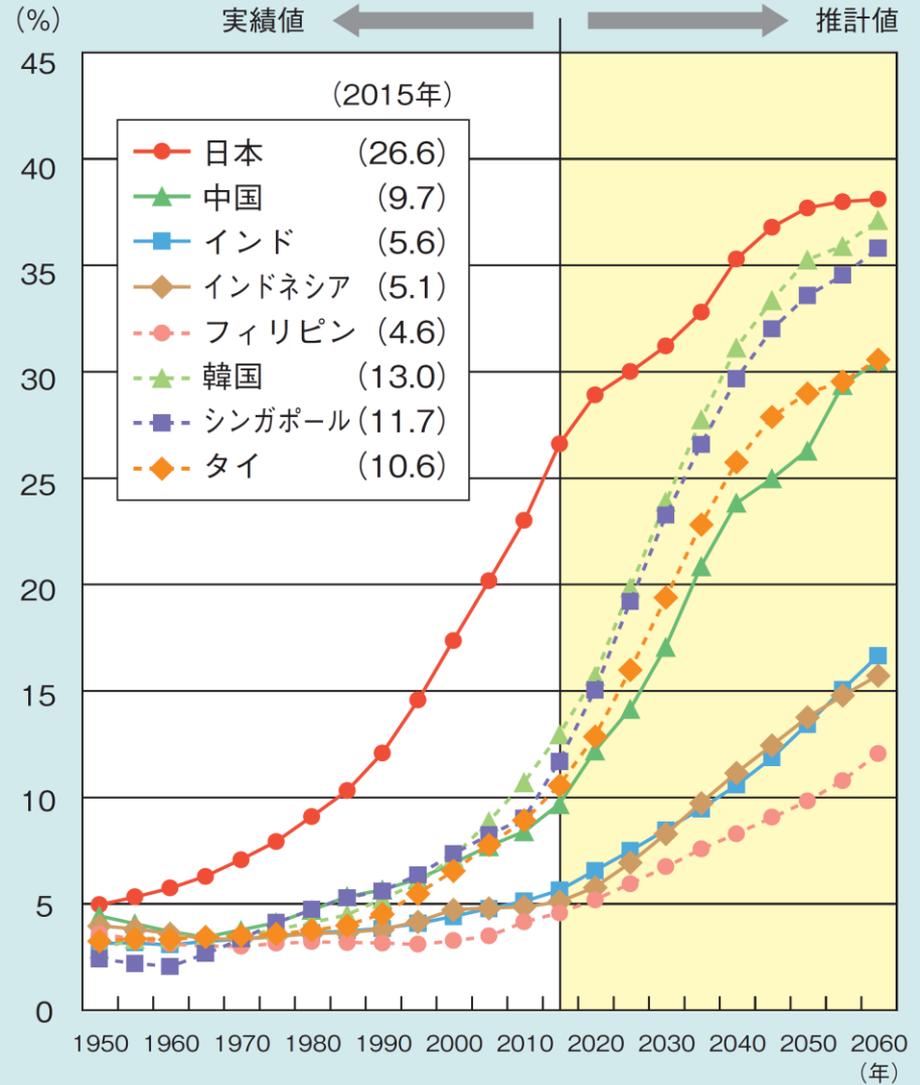
（注3）将来人口推計とは、基準時点までに得られた人口学的データに基づき、それまでの傾向、趨勢を将来に向けて投影するものである。基準時点以降の構造的变化等により、推計以降に得られる実績や新たな将来推計との間には乖離が生じるものであり、将来推計人口はこのような実績等を踏まえて定期的に見直すこととしている。

世界の高齢化率の推移

1. 欧米



2. アジア



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）

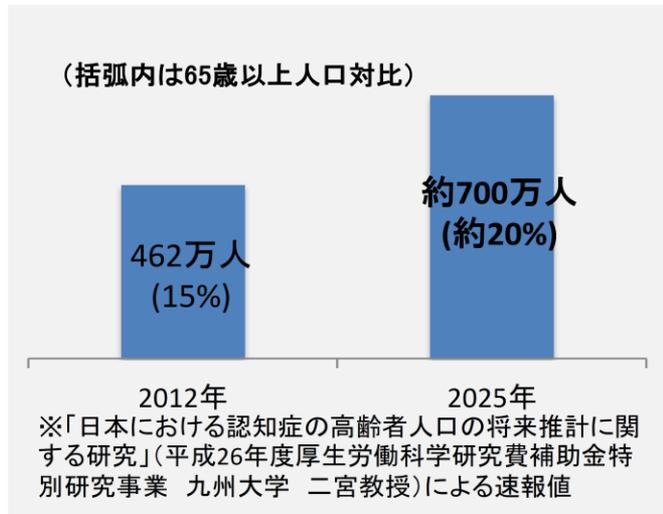
今後の介護保険をとりまく状況

- 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。

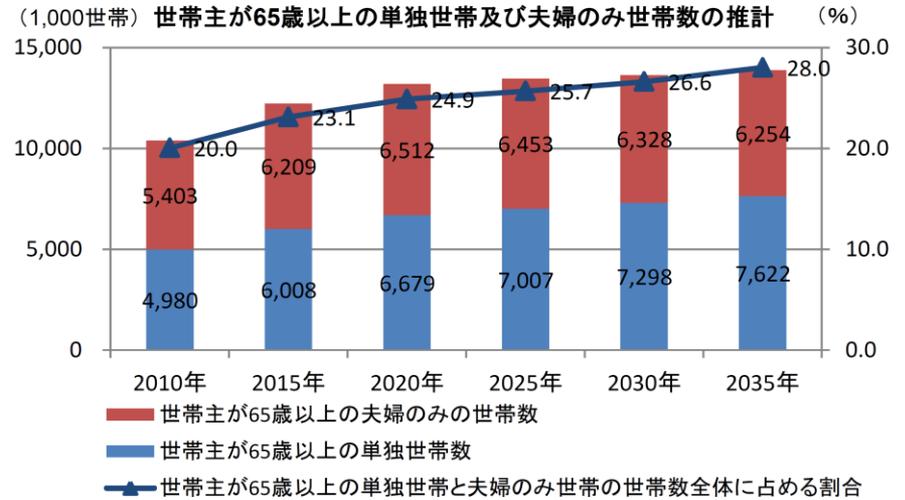
	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

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。



- 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。

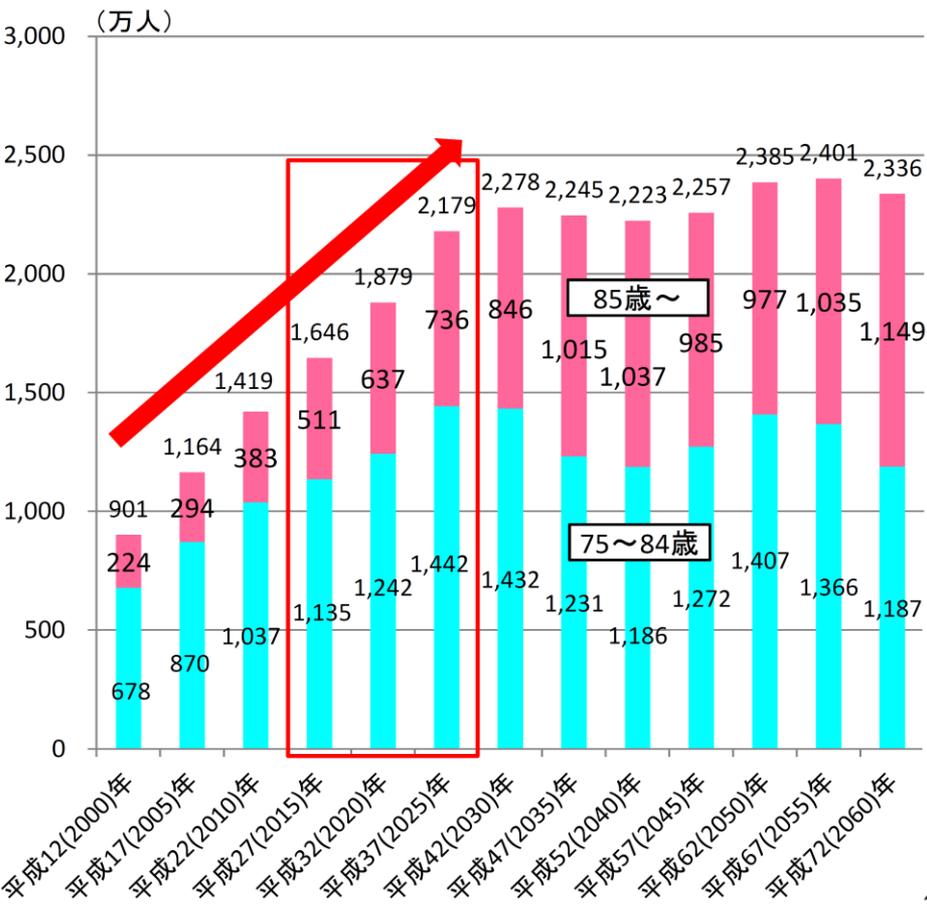
※都道府県名欄の()内の数字は倍率の順位

	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

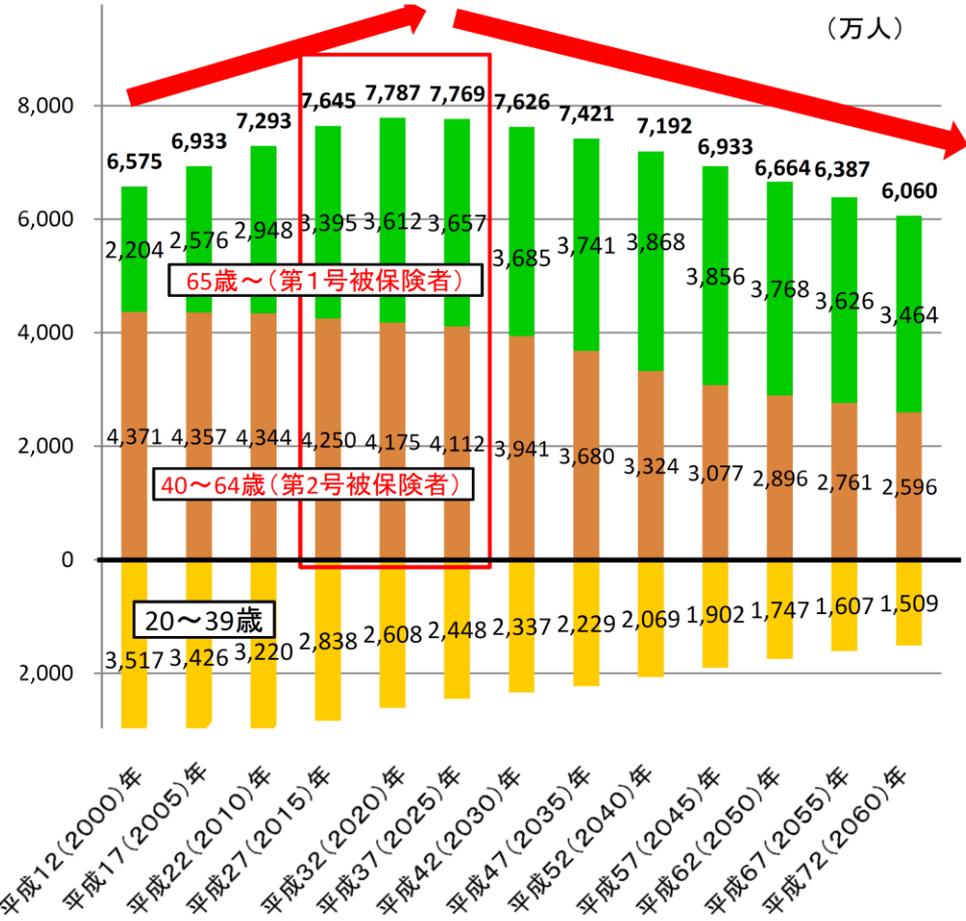
⑤ 要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

○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年間で、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。



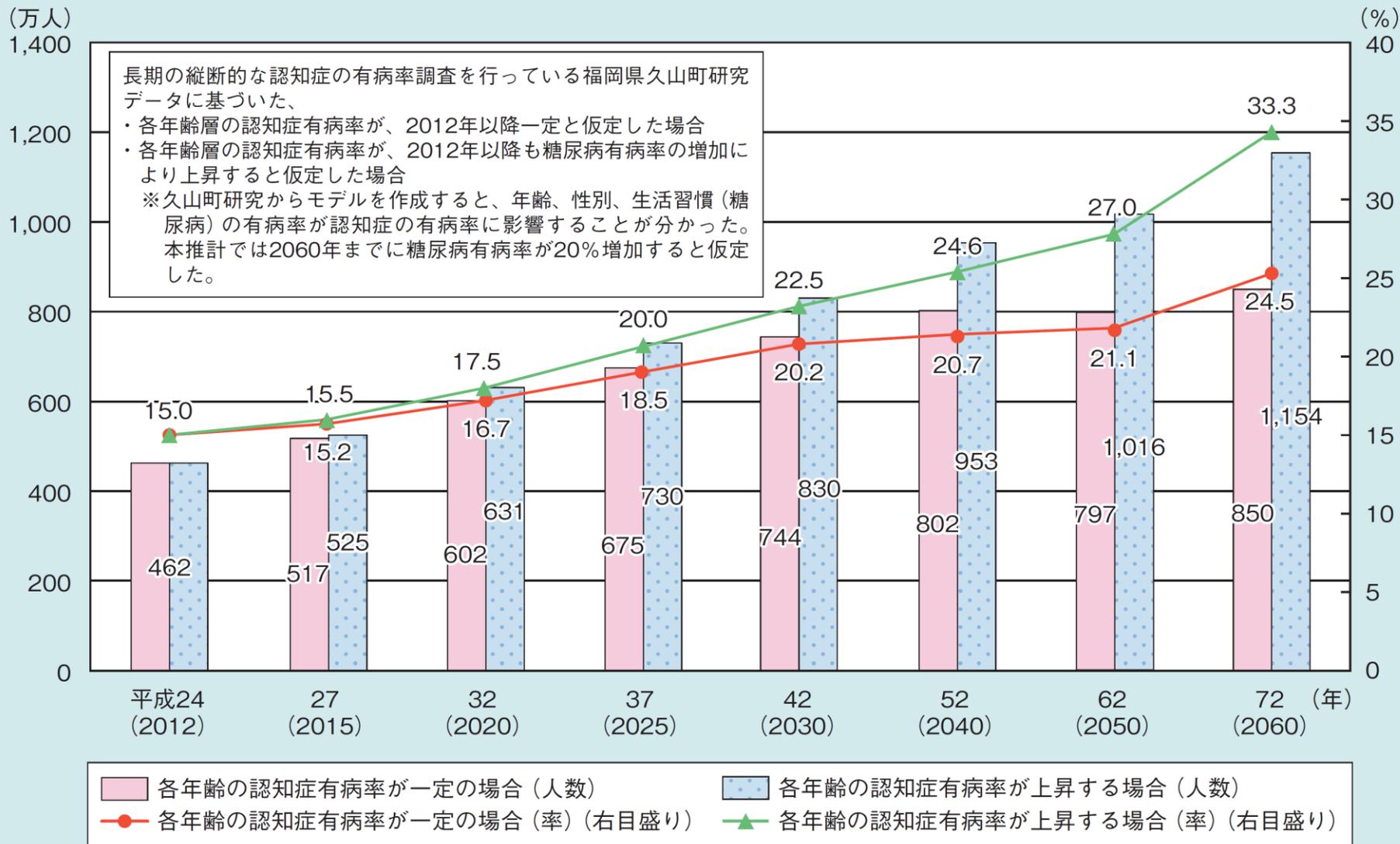
(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計)出生中位(死亡中位)推計
 実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

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、制度改革(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。

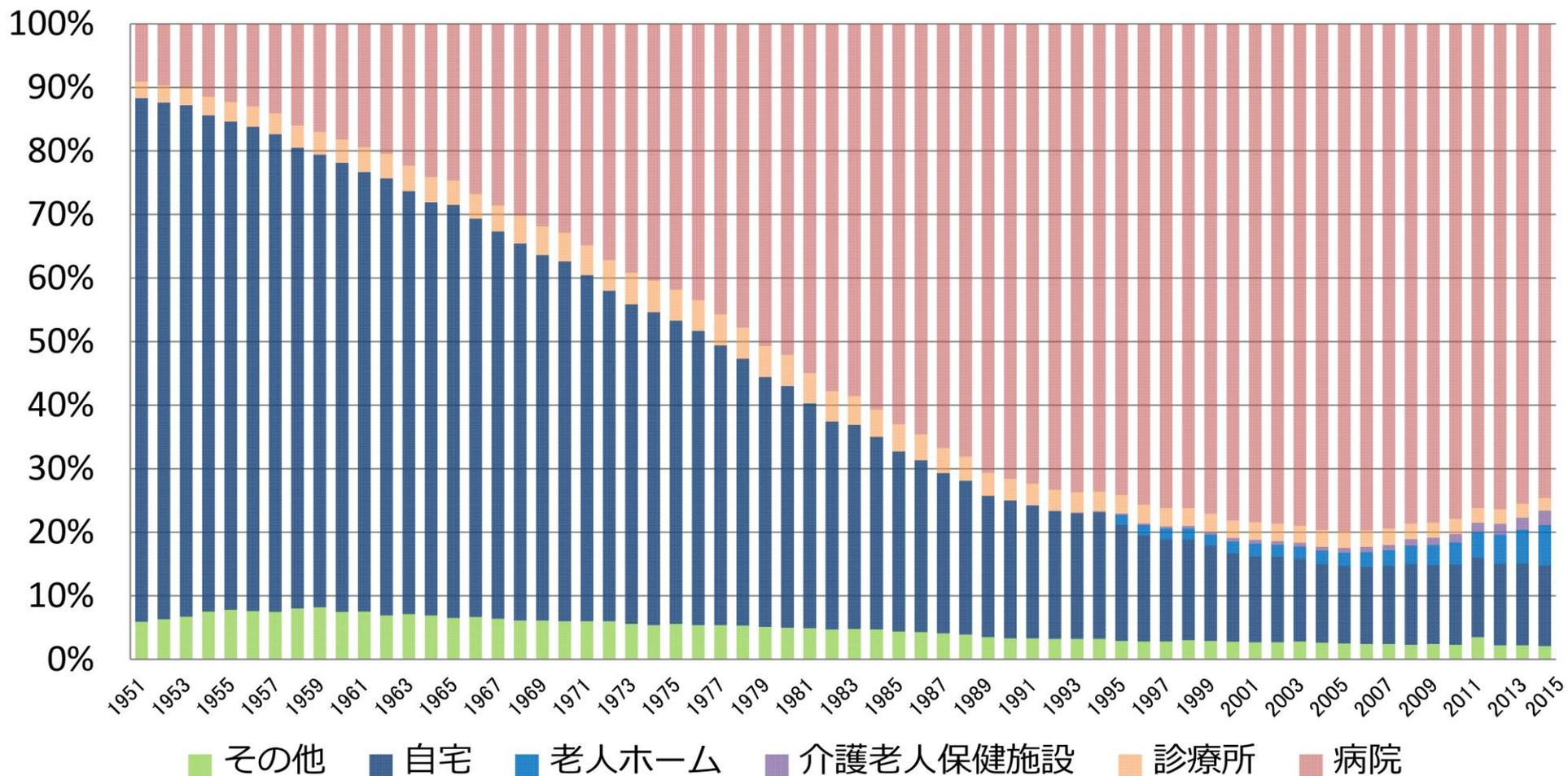
65歳以上の認知症患者の推定者と推定有病率



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)

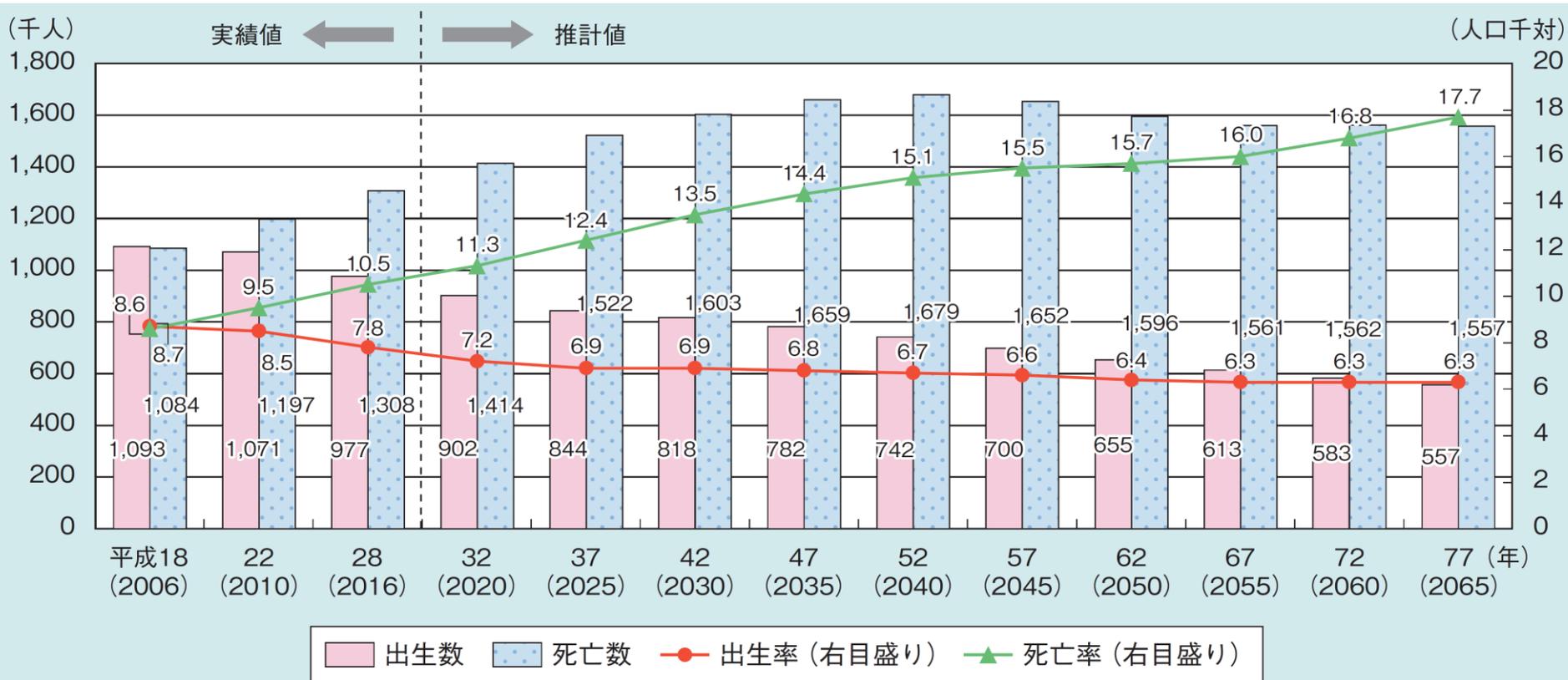
見取りに関わる状況 死亡の場所(年次推移)

- 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)

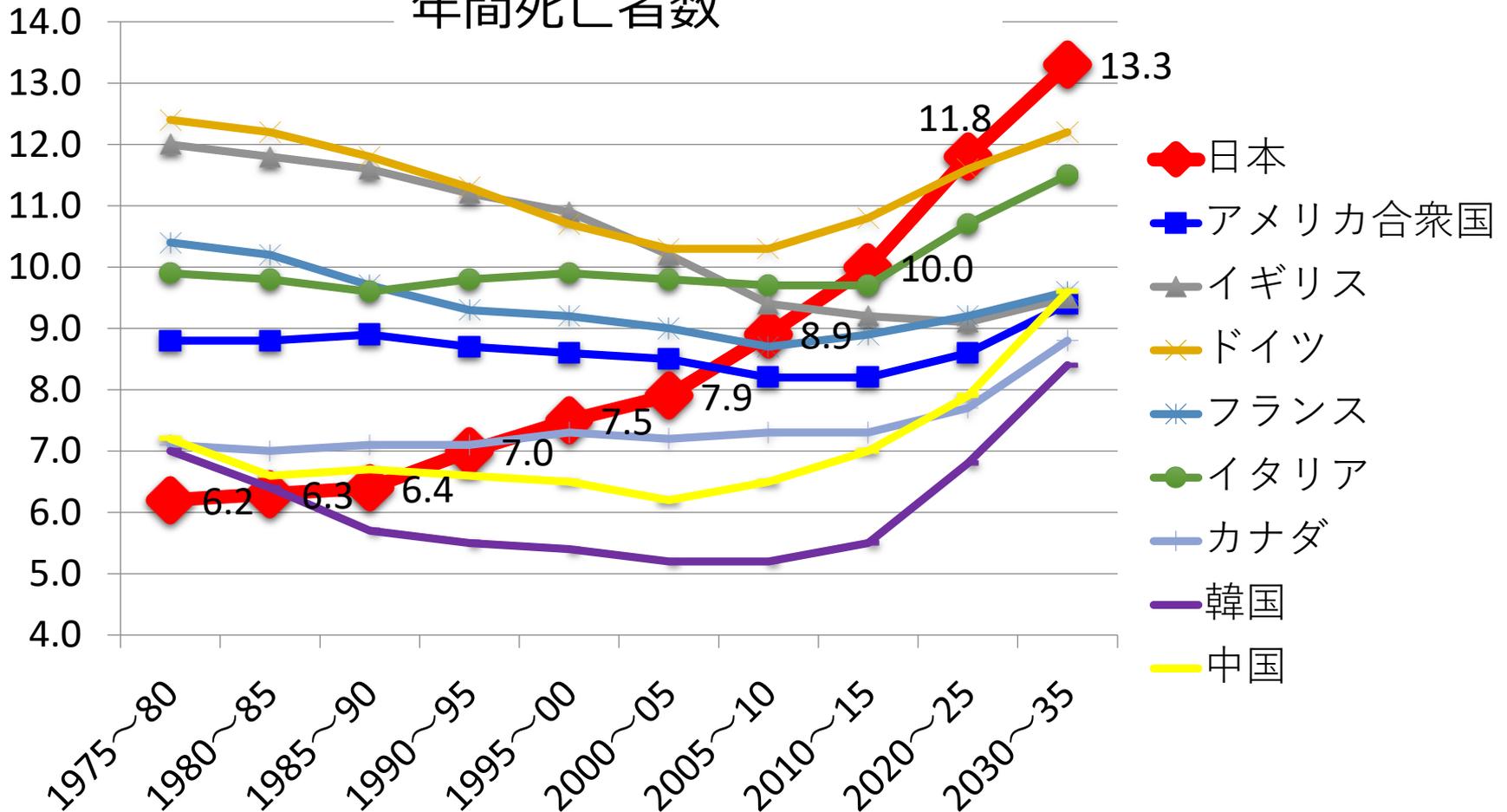
出生数と死亡数の将来推計



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）

多死社会へ

人口1000人当たりの
年間死亡者数



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・介護の在り方が大きなテーマとなっています。

患者さんの尊厳ある生き方、最期の迎え方が、これまで以上に大きな課題となります。

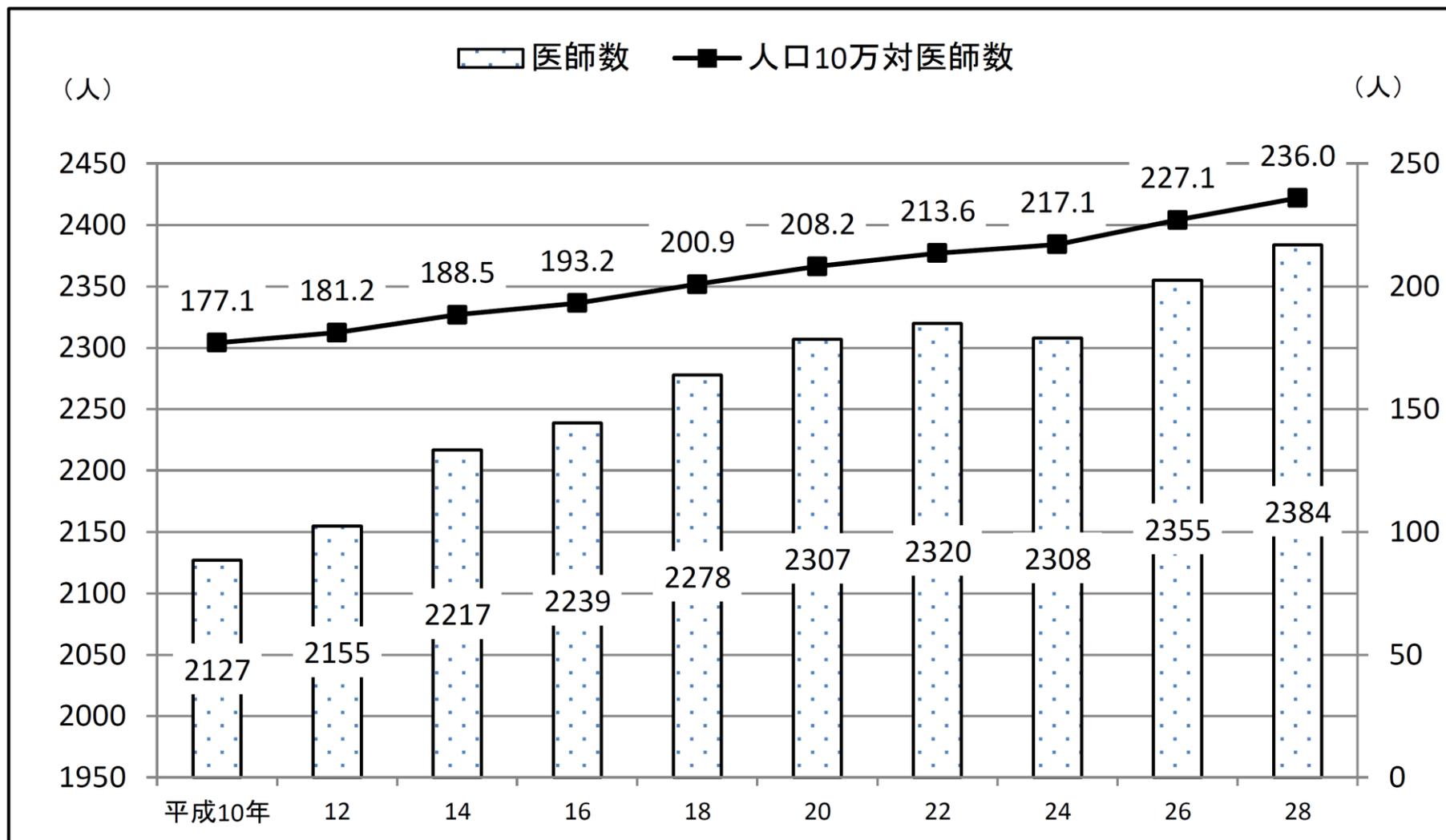
2. 秋田県の現状

秋田県の概要

面積		11,615.59km ²
国勢調査 人口	(2010年)	1,085,997人
	(2015年)	1,023,119人
人口増減率 (2010～2015年)		-5.79% (※) -0.75%
高齢化率 (65歳以上・2015年)		33.80% (※) 26.60%
人口密度 (2015年)		88.10人/km ² (※) 340.80人/km ²

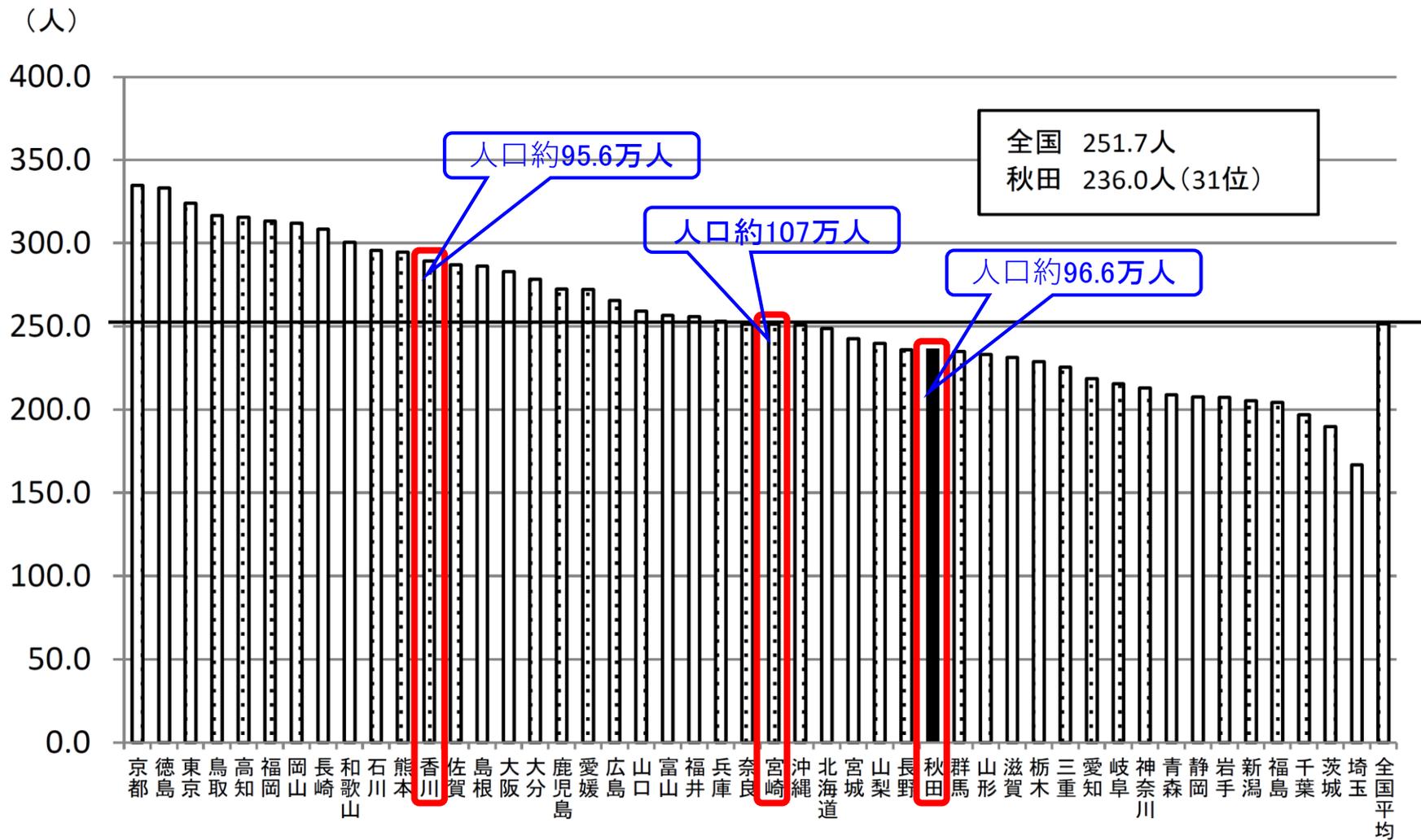
(※)比較地域:全国平均

秋田県における医師数・人口10万人対医師数の推移



出典 「医師・歯科医師・薬剤師調査（隔年12月31日現在）」（厚生労働省）
 「人口推計（平成28年10月1日現在）」（総務省）

都道府県別の人口10万人対医師数の比較(平成28年)



出典 「医師・歯科医師・薬剤師調査」 (厚生労働省)

3. 終末期医療に関する用語の整理

※ 用語の定義づけを目的としたものではありません。本日の県民の集いではこの整理に基づいて話をさせていただきます。

安楽死

元来、「回復の見込みのない病に罹り激しい苦痛に悩まされている患者に対して生命を絶つことによりその苦痛を取り去る行為」を指すもの。

〈日本医師会『医師の職業倫理指針（第3版）』〉

①積極的安楽死

苦痛から免れさせるため意図的、積極的に死を招く措置を取り、死に至らしめる行為。

②間接的安楽死

苦痛を除去・緩和するための措置で、それが同時に死を早める可能性がある治療型の死。

〈東海大学事件横浜地裁判決〉

〈ご参考〉

□東海大学事件横浜地裁判決では、「消極的安楽死」を「苦しむのを長引かせないため、延命治療を中止して死期を早める不作為型の死」とし、治療行為の中止の範疇に入る行為であるとしている。

治療の中止・差し控え(尊厳死)

薬物投与、化学療法、人工透析、人工呼吸器、輸血、栄養・水分補給など、疾病を治療するための治療措置及び対症療法である治療措置、さらには生命維持のための治療措置などを中止、または、差し控えること。

〈東海大学事件横浜地裁判決〉

〈ご参考〉

□日本では、「尊厳死」などと呼ばれることもある。日本学術会議⁽¹⁾及び日本尊厳死協会⁽²⁾では、いずれも、過剰な生命維持治療を止めて、自然な死を迎えるという意味で「尊厳死」という言葉を用いている。

(1)日本学術会議「終末期のあり方についてー亜急性期型の終末期についてー」(2008年)

過剰な医療を避け、尊厳を持って自然な死を迎えさせることを出発点として論じられている概念。

(2)日本尊厳死協会「リビングウィルQ&A」

不治で末期に至った患者が、本人の意思に基づいて、死期を単に引き延ばすためだけの延命措置を断り、自然の経過のまま受け入れる死。

医師による自殺ほう助

自殺のための知識か手段のどちらか、またはその両方を、それを承知のうえで意図的に提供することを言う。これには、薬物の致死量についての相談、そのような致死量の薬物の処方、またはその薬物の提供が含まれる。

（積極的）安楽死と自殺幫助はしばしば道徳的に同義とみなされるが、実際には明確な実践上の区別があり、法域によっては、法律で区別されている。

〈WMA医の倫理マニュアル（原著 第3版）。4行目 “（積極的）” を追加〉

<ご参考>

□日本では、刑法第二百二条※で自殺関与及び同意殺人は違法とされている。

※ 人を教唆し若しくは幫助して自殺させ、又は人をその囑託を受け若しくはその承諾を得て殺した者は、六月以上七年以下の懲役又は禁錮に処する。

アドバンス・ディレクティブ (Advance Directive)

事前指示。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。

<ご参考：アドバンス・ディレクティブ (AD) とリビング・ウィル (LW) との関係>

事前指示 (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」の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。

※『生命倫理百科事典』を参考に作成

4. ACP（人生会議）とは？

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。



人生会議のロゴマーク*

【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。

※「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。



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_iryuu/iryuu/saisyu_iryuu/index.html（人生会議）

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html（ロゴマーク）

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。

【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
— 家族や医療者と**対話** —

ACPアドバン
スケアプランニング

イコール

Copy Right: Masako Minooka

AD と ACP の関係

アドバンス・ケア・プランニング
(ACP)

アドバンス・ディレクティブ
(AD)

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



＊ 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がありますか？
- 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ても**、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



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



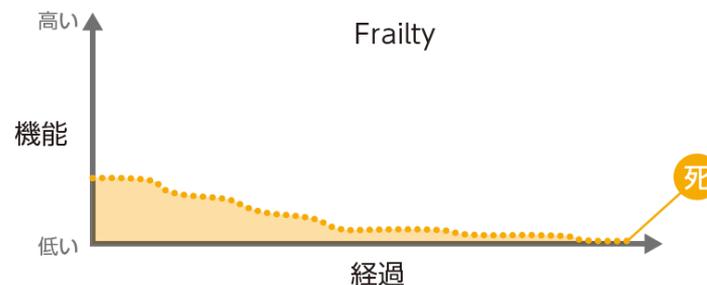
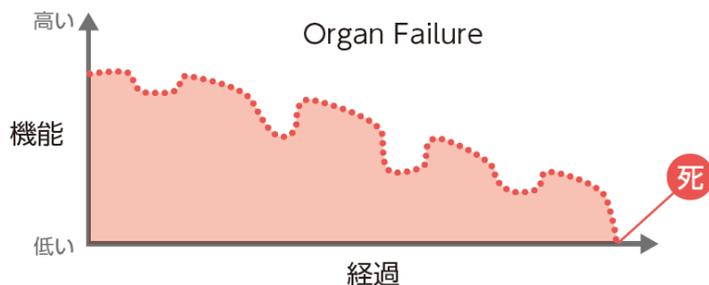
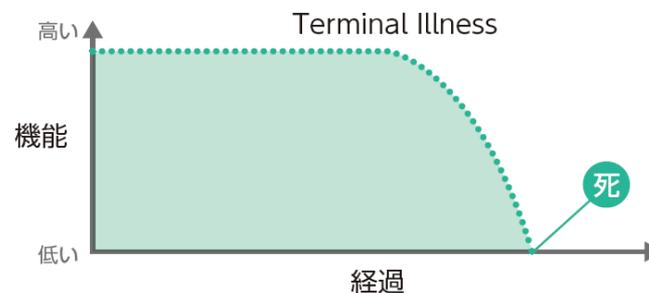
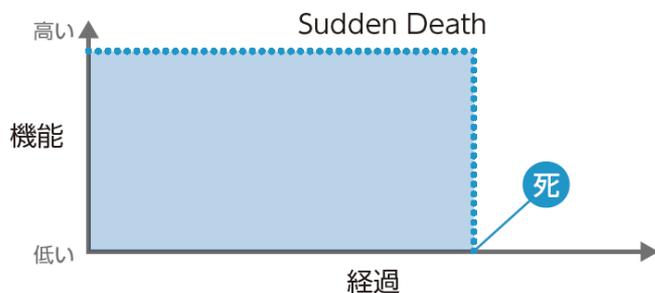
日本医師会

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

- 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

■: がん等の亜急性型

■: 高齢者等の慢性型 (呼吸不全等)

■: 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の留意点がありますか？—

- 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。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 —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うなものですか？
- 健康状態について気になる点がありますか？
- 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ていきたいですか？
- 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—

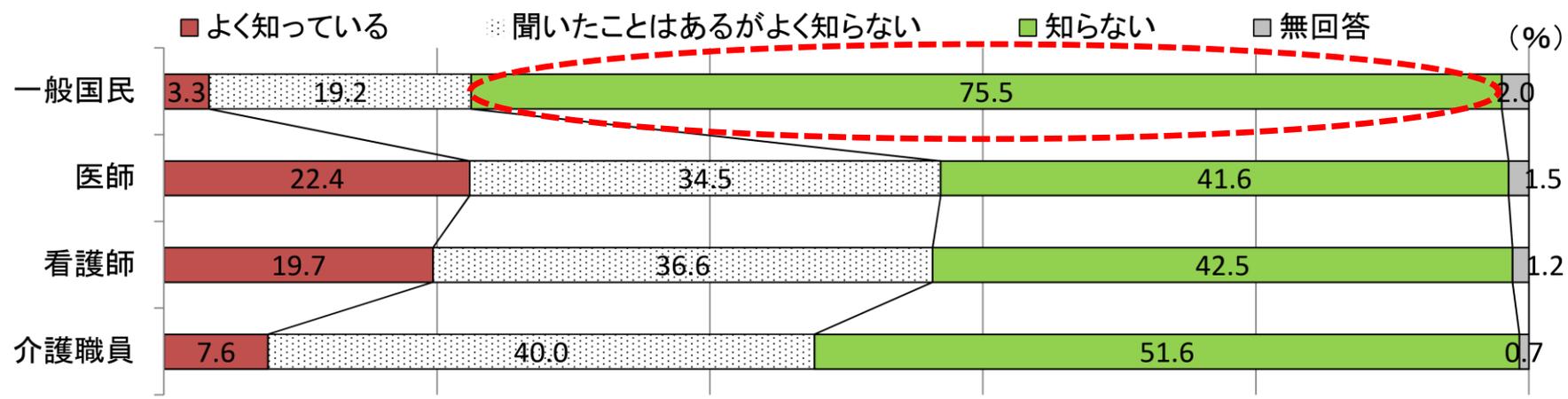
- 患者さんの意思を尊重した医療及びケアを提供し、**尊厳ある生き方を実現することがACPの目的**です。
- 医療及びケアの提供は、**患者さんの意思が一番大事**です。それを確認するために、ACPの実践が必要です。
- 患者さんが意思を明らかにできるときから**繰り返し話し合い**を行い、**その意思を共有**することが重要です。
- 患者さんの**意思が確認できなくなったとき**にも、それまでのACPをもとに**患者さんの意思を推測**することができます。
- **かかりつけ医を中心に多職種が協働し、地域で支える**という視点が重要です。

※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。

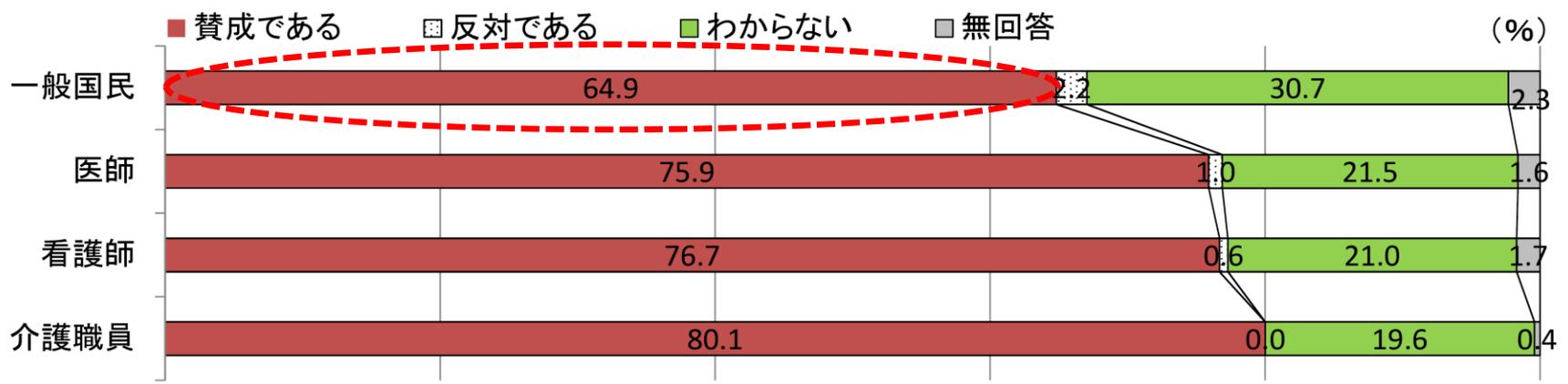
http://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html

【ご参考】 I-6 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)について

■ 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・プランニング<ACP>)についての認知度



■ アドバンス・ケア・プランニング<ACP>についての賛否

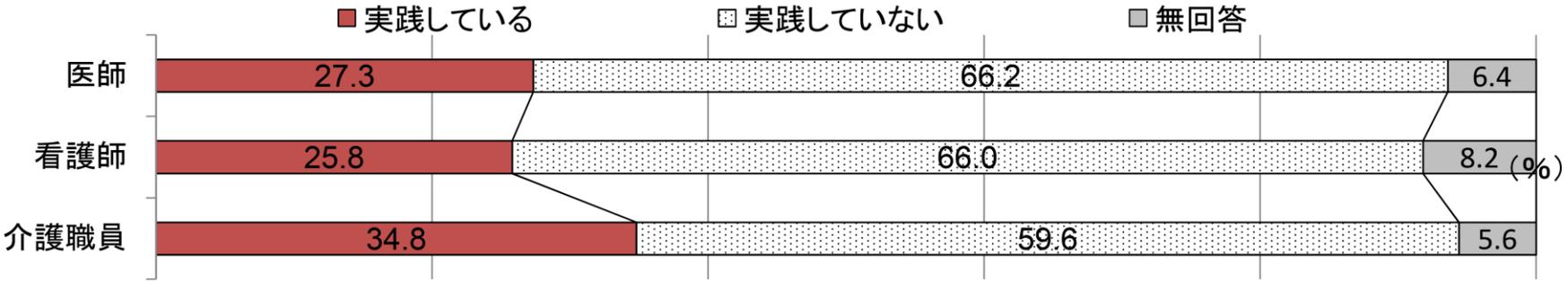


※厚生労働省 平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果より

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

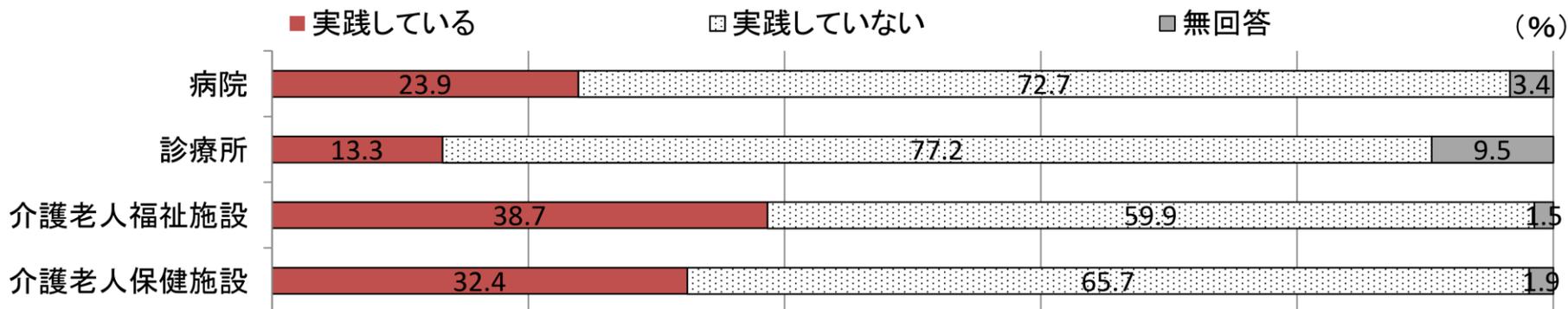


■ 上記ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の、今後の実践についての考え(「実践していない」と回答した者)

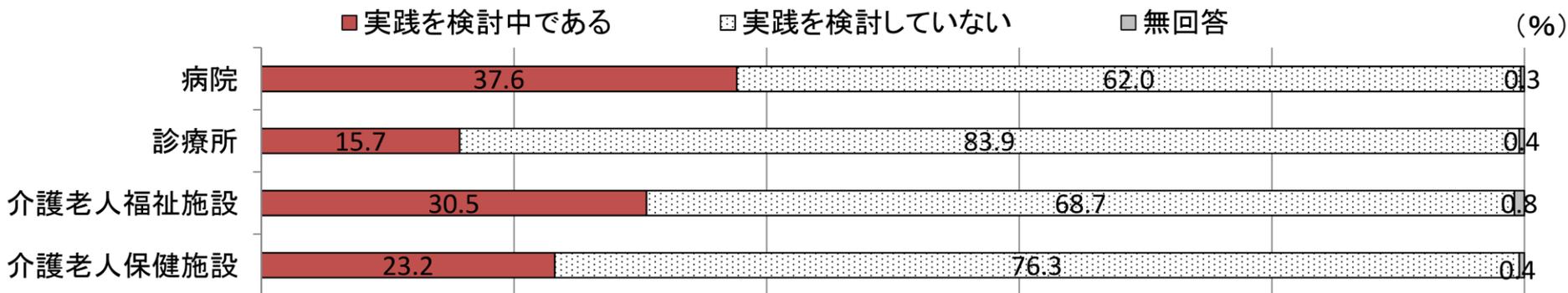


【ご参考】Ⅲ-5 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の実践状況

■ 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
- ・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

5. 終末期医療の方針決定の際して 考えられるシナリオ

①Aさん:リビング・ウィルを持っている

Aさん(50歳)は、末期がんで自分の命が限られていること、将来、意識不明になって自分では判断できない状況になる可能性があることを理解している。

そこでAさんは、そのような状態になったとき、心肺蘇生や人工栄養補給といった治療によって延命されたくないという考えを明記したリビング・ウィルを作成した。

<リビング・ウィル>

心肺蘇生、人工呼吸器の装着、人工栄養・水分補給、化学療法や透析、薬物の投与といった生命維持治療の差し控え・中止について、そうした治療をしないでほしい、あるいは、特定の治療を受けたいといった希望を事前に示しておくための文書のこと。

- リビング・ウィルの書式は様々で、現状では、医療機関や自治体、地域医師会、日本尊厳死協会などが独自に作成した書面などが活用されています。
- しかしながら日本では、リビング・ウィルは法律で認められたものではありません。
- ですから、自分で判断できなくなった場合、受けたい治療や受けたくない治療について事前に口頭や書面で家族や医療従事者に伝えていても、その内容がどこまで尊重されるかは不透明であるとも言えます。

②Bさん: 家族に決めてもらいたいと思っている

がん患者のBさん(70歳)は、心身への負担が大きい侵襲的な治療を拒否したいと考えている。

治療に関する自分の希望について、Bさんは夫と話し合ってきた。

病気が進行して自分で判断できなくなり、治療について決定しなければならない場合には、生命維持治療の同意・拒否についても夫に意思決定してもらいたいと考えている。

<代理人による意思決定、代理決定>

『生命倫理辞典』によると、患者に意思決定する能力がないことが認められた場合、本来は患者と医療従事者間でなされるべきインフォームド・コンセントを、代理人が患者に代わって実施し、医療行為に関わる意思決定を行うことを指す。

- 日本では、リビング・ウィルと同様に、自分の代わりに治療方針について判断してくれる人を指名する権利についても、法律では認められていません。
- とは言え、実際のところは、日本の医療現場でも、患者さんの治療方針を家族に決めてもらうというような場合もあると思いますし、患者さんの思いをくんで治療方針を決める「キーパーソン」に誰がなるべきかについて、家族の間で意見が対立した場合の対応など、医療従事者が悩むこともしばしばあるように思います。

アドバンス・ディレクティブ(リビング・ウィルと医療代理権)の限界①

患者さんとその家族、医療従事者の間で治療に関する話し合いが十分に持たれないまま、治療方法を選択しなければならない状況になることがあること。

そうすると、医療従事者はもとより代理人に指名された人や家族らの精神的負担の重さが問題となります。

アドバンス・ディレクティブ(リビング・ウィルと医療代理権)の限界②

患者さんが自分の病状を正確に把握して自分の最期の状況を想像した上で意思を表明することは容易ではありません。また、実際の状況は想定と異なる可能性があります。

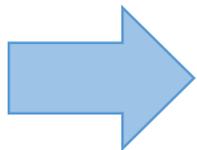
リビング・ウィルは、基本的に比較的元気で判断能力のあるときに作成するものです。そのため、病状に対応する医療行為をあらかじめ具体的に指示することが難しいという欠点があります。

たとえば、認知症の場合のように、判断能力がなくなり、病気が進行したとき、患者さんの利益や関心が根本的に変化する可能性も指摘されています。

アドバンス・ディレクティブ(リビング・ウィルと医療代理権)の限界③

書面を作成する前に、判断能力を失っている場合が多いことがあります。

つまり、病院や施設に入院・入居してリビング・ウィル等が必要になったときには、すでに治療について判断する能力を失っている人が少なくありません。



これらの課題にどう対応するのが、患者さんの意思決定を支えるためのカギとなります。

③Cさん:ACPを経て決めたいと思っている

Cさん(80歳)は、自分が病気で末期状態となったら、人工的に栄養を補給したり、人工呼吸器をつけたりしたくないと考えた。

そこで、これまで通院していた病院の主治医、看護師らに自らの希望について聞いてもらいたいと思っている。

さらに、主治医や看護師らと話し合った内容を、家族にも伝え、理解してほしいと考えている。

<ACP (アドバンス・ケア・プランニング)>

将来のケアについてあらかじめ考え、計画するプロセスないしそのプロセスにおける患者さんの意思決定を支援する活動を指す。一般的には、患者さん本人、患者さんの家族等、医療・ケア提供者の「話し合いのプロセス」と解釈されており、患者さんの希望や価値観に沿った、将来の医療・ケアを具体化することを目標としている。 <日本医師会第XV次生命倫理懇談会答申より>

- 患者さんとその家族等の中で十分に意思疎通が図られていれば、家族等が患者さんの価値観や心配事を十分に認識できるようになり、またそのことが、実際に患者さんが亡くなった際に、家族等自身を支えることとなります。
- また、患者さんが、医療従事者とよく話し合い病気について理解することによって、どうやって病気とともに生きるかを認識できるという点もあります。
- さらに、いくつかの調査データからも、ACPを行うことによる効果を把握することができます。

ACPを行うことによる効果

①オーストラリアでの調査(2007～2008年)

ACPを通常のケアに取り入れた集団では、終末期の希望が尊重された割合が9割近くに達したのに対し、取り入れなかった集団では3割程度にとどまりました。

②米国ウィスコンシン州ラクロスでの調査

「選択の尊重」を実践してきたウィスコンシン州ラクロスでは、2007～2008年に死亡した人のうち、医療に関する希望を示した書面を持っていた人の割合が9割を占めました。このうち、ほぼすべての人の希望がカルテに記録されていました。

ACPは万能なのか？

- 第一に、話し合いを始めることに、医療従事者がためらいを感じているという課題があります。話し合いのタイミングが早すぎるのではないかと、話し合いを始めることが患者さんの希望を奪うことになるのではないかとという懸念もあるようです。
- 第二に、ACPの話し合いを始めるのが遅れてしまうという問題があります。特に、認知症ケアにおいては、判断能力があるうちに計画を立てることが重要となりますが、判断能力があるうちに話し合いが始められないという事態が起こり得ます。
- 第三には、事前指示の問題と同様に、あらゆる状況を予測した上で、終末期の医療及びケアの計画を立てることが難しいということです。そのため、繰り返しの話し合いが重要になります。

④Dさん:リビング・ウィルも家族などの身寄りもなく、自分で判断する能力もない

Dさん(76歳)は、病院におよそ1年入院している。

認知症の終末期で、あまり意思疎通できず、自分の医療について十分に理解することができない。

Dさんには息子が一人いるが、入院後は連絡が途絶えている。

主治医は、Dさんの病状が進行して心肺停止した際、蘇生しないという指示を、カルテに明記するかどうか悩んでいる。

《本人の意思決定支援についての原則となる考え方》

まず、最も判断が困難な場合は、本人の意思が分からず、医療の現場で、どのような対応をすべきかの判断に困る場合である。今後、家族もいない独居高齢者が増加すると、本人の意思を補足すべき家族もおらず、何の方策もとらないと対処困難事例の増加が予想される。実際には、医療倫理上、このようなケースでは**患者の最善の利益を基準に、医療・ケアチームで判断する他はない**。しかし、このようなケースを増加させないための方策が考えられるべきである。

同様に本人の意思が明確でないものの家族等が存在して、その意思を推定させる情報を提供してくれる場合は一定の意義があるが、次善の策というべきであり、患者本人の意思決定支援の努力がなされるべきである。家族等で見解が一致しない場合や、様々な社会的背景のもとで、家族等が本当に本人の意思を実現しようとしていない場合があり得るからである。

したがって、**本人による意思決定支援を行うことが本来**であると考ええる。それには、従来からリビングウィルなどいくつかの方策があるが、わが国の現状は、まだほとんどの患者についてその実現ができていない。それをどのように支援して最善の選択肢がとられるケースを増やすかが、まさに現代の課題である。

6. より良いエンド・オブ・ライフ のために

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

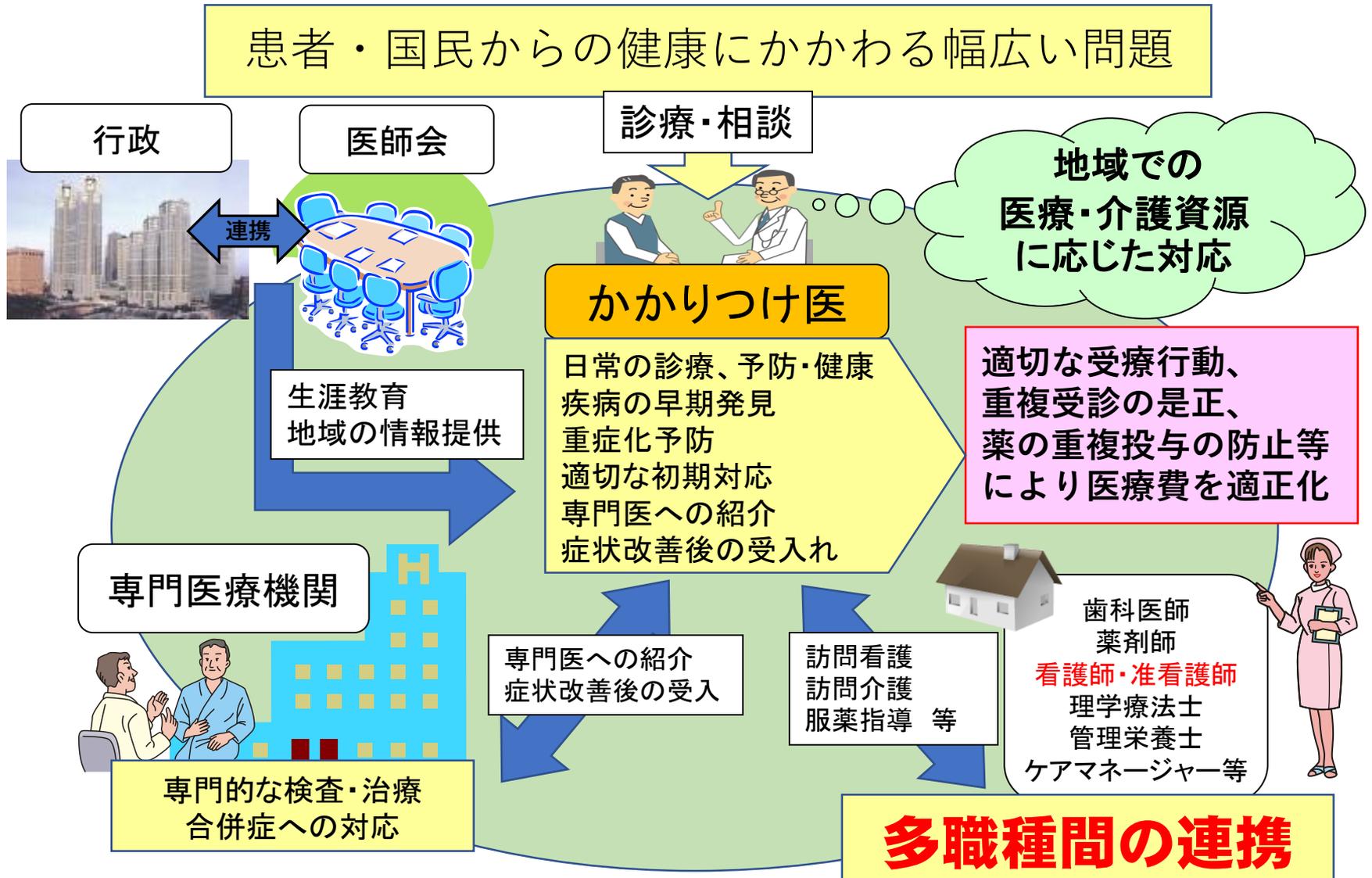


さまざまなライフステージで、年代、診療科に応じて、**かかりつけ医が中心的な役割**を担う。

地域の医師会活動

医療を中心としたまちづくり

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)



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。

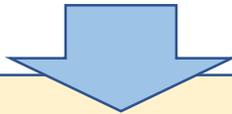
平成29年度は、27都道府県で計47回開催（参加者延べ3,111名）、中央研修と合わせて9,712名。

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XVI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

- ◎高久 史磨 (地域医療振興協会会長) 畔柳 達雄 (日本医師会参与・弁護士)
○大中 正光 (福井県医師会会長) 奥平 哲彦 (日本医師会参与・弁護士)
○樋口 範雄 (武蔵野大学法学部特任教授) 手塚 一男 (日本医師会参与・弁護士)
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

「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。

7. まとめ

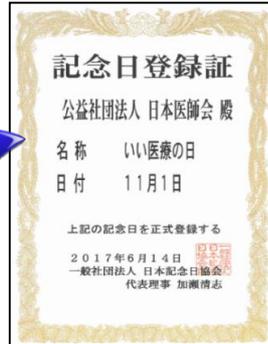
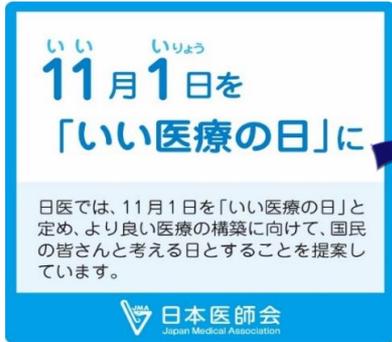
まとめ①

- アドバンス・ケア・プランニング（ACP）などの意思決定支援が重要です。それは、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となります。
- 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す。
- また、意思決定支援には、かかりつけ医に大きな役割を果たしていただきたいと考えています。皆様方も、ぜひかかりつけ医をもってください。

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になります。
- 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す。
- 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りますので、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です。
- 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皆様方とともに進めていきたいと思えます。

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/>

11月1日は
「いい医療の日」



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）」