

医師のための在宅医療セミナー
「人生の最終段階における医療・ケアの適切な意思決定支援」
に関する学習会 横須賀市医師会

「人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン」について

～人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおける
適切な意思決定支援の考え方～

2022. 7. 22

- 川崎市幸区鹿島田 1-8-33 はとりクリニック
 - 羽鳥裕 yutaka@hatori.or.jp
 - <https://hatori.or.jp>

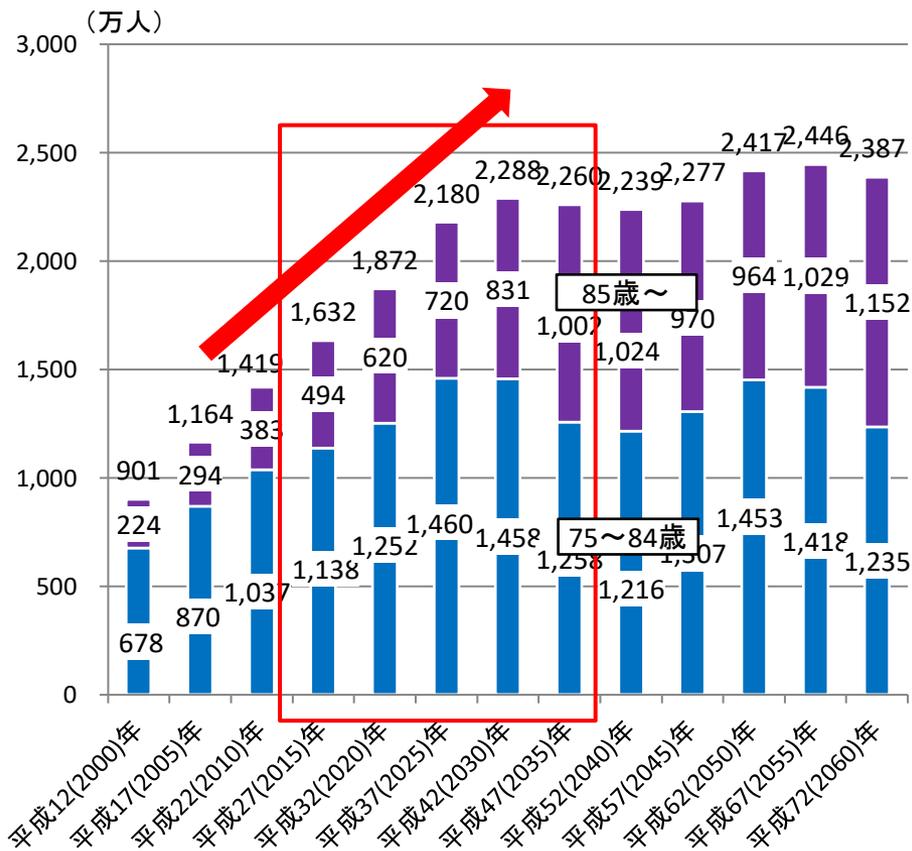
COI開示

本講演に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

今後の介護保険をとりまく状況(2)

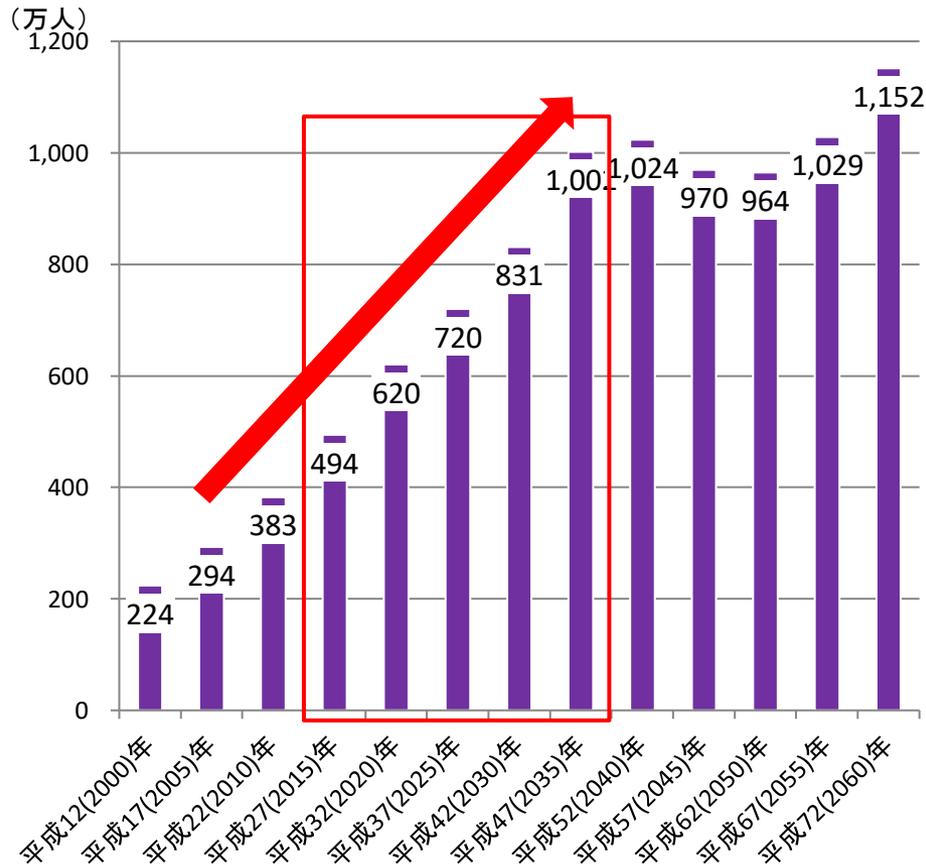
75歳以上の人口の推移

○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。



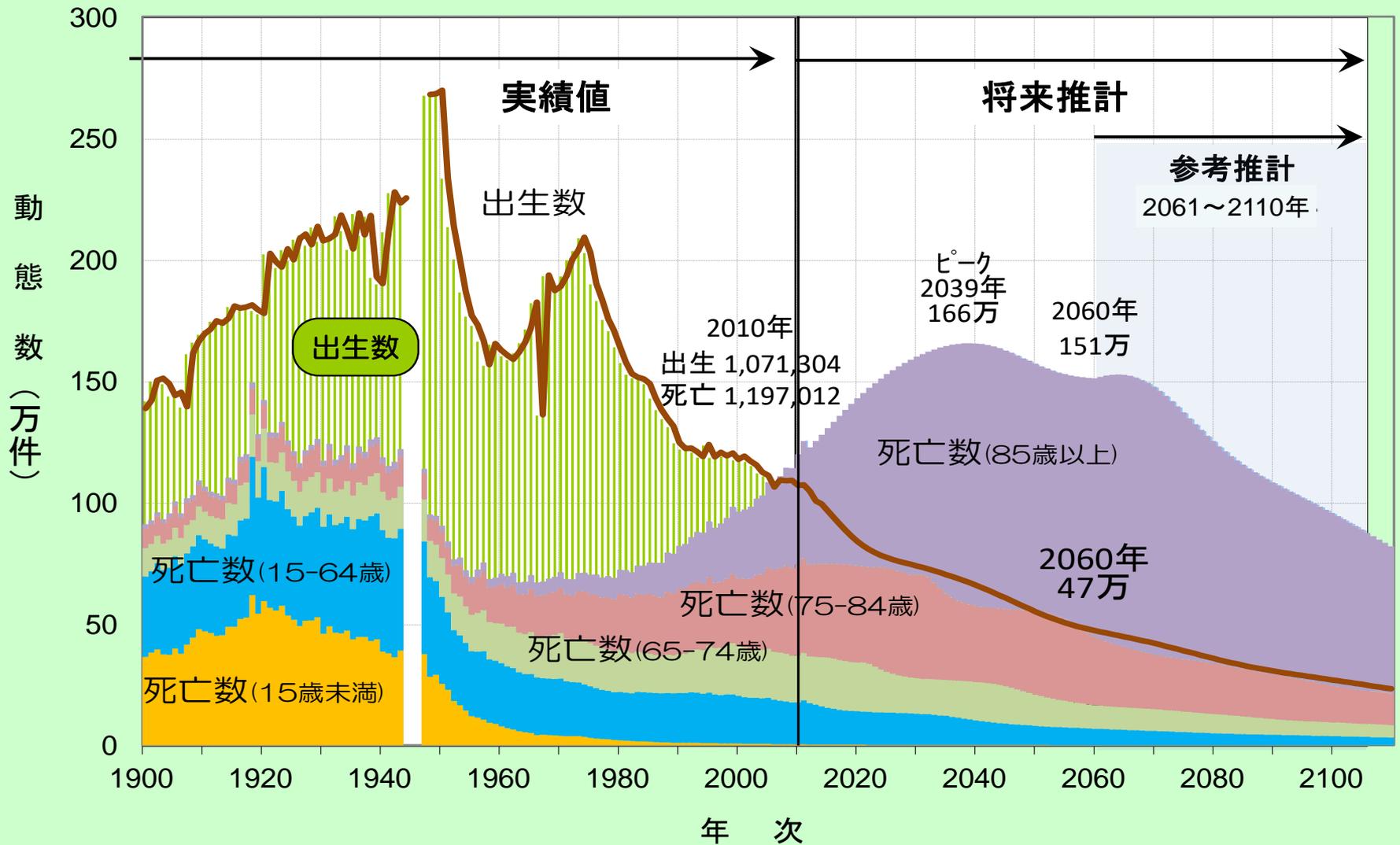
85歳以上の人口の推移

○85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。



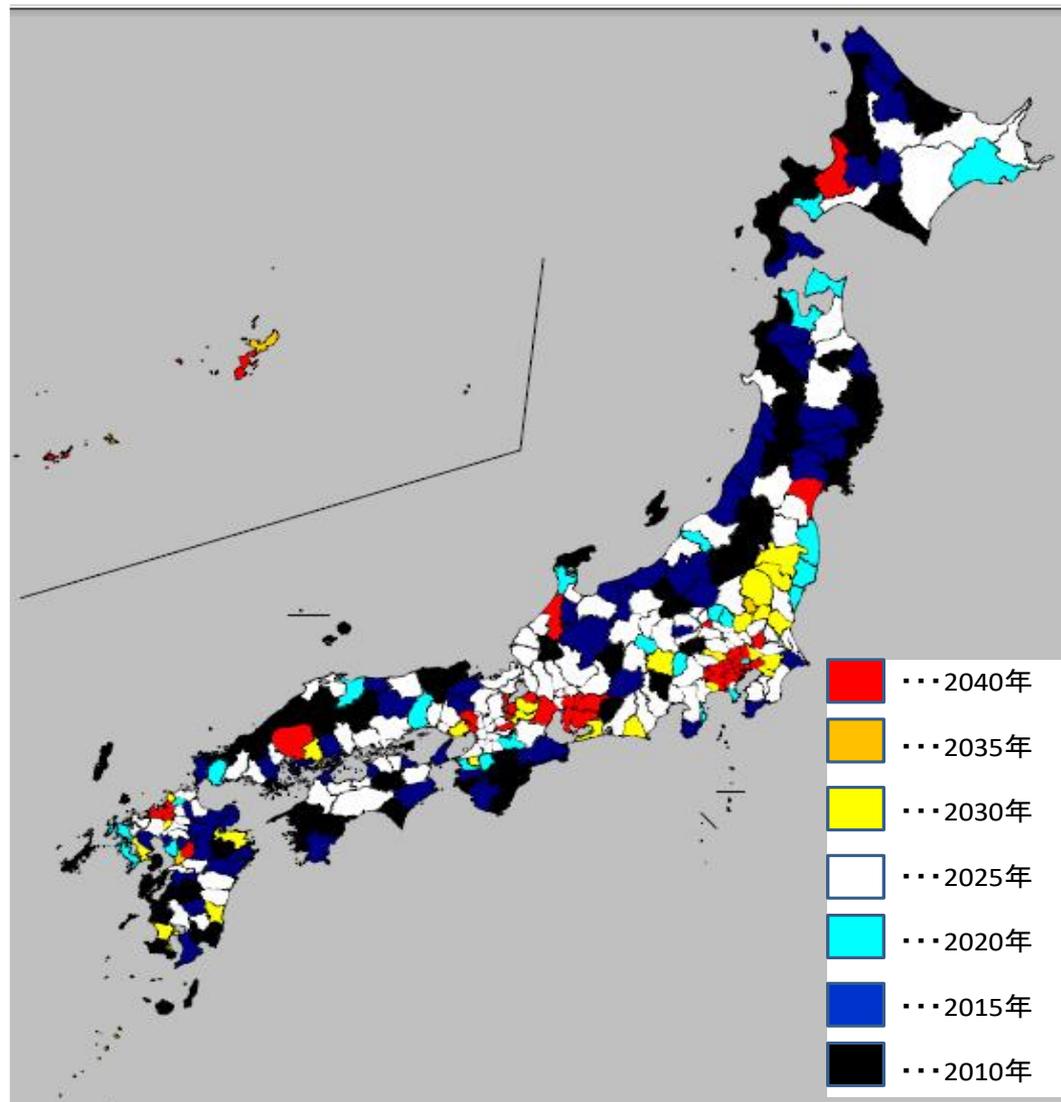
(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

出生数と死亡数の推移：1900～2110年



高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

地域により
医療需要ピークの時期
が大きく異なる



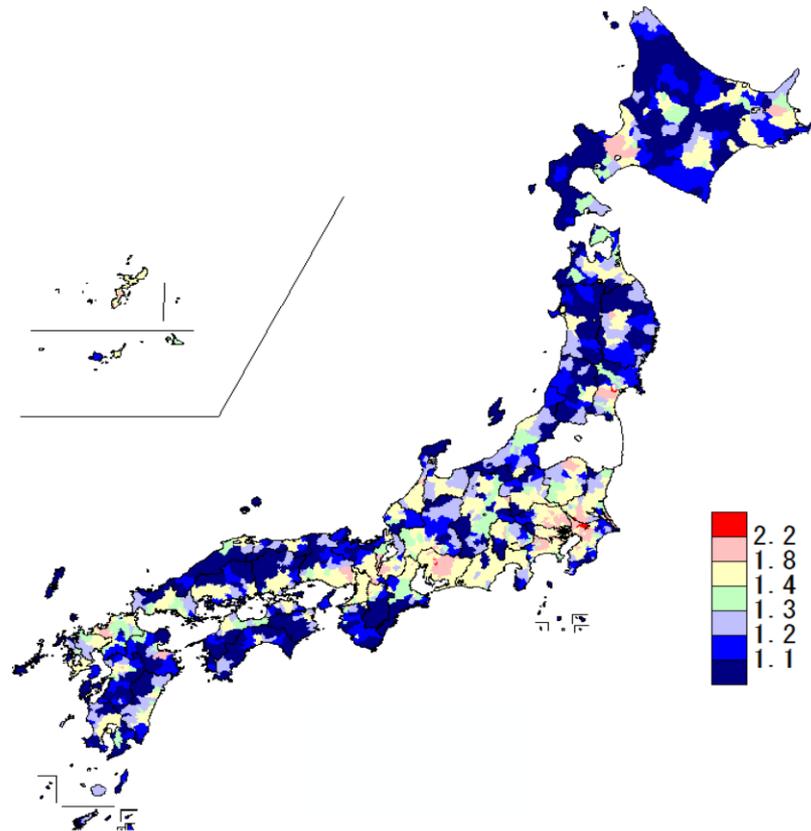
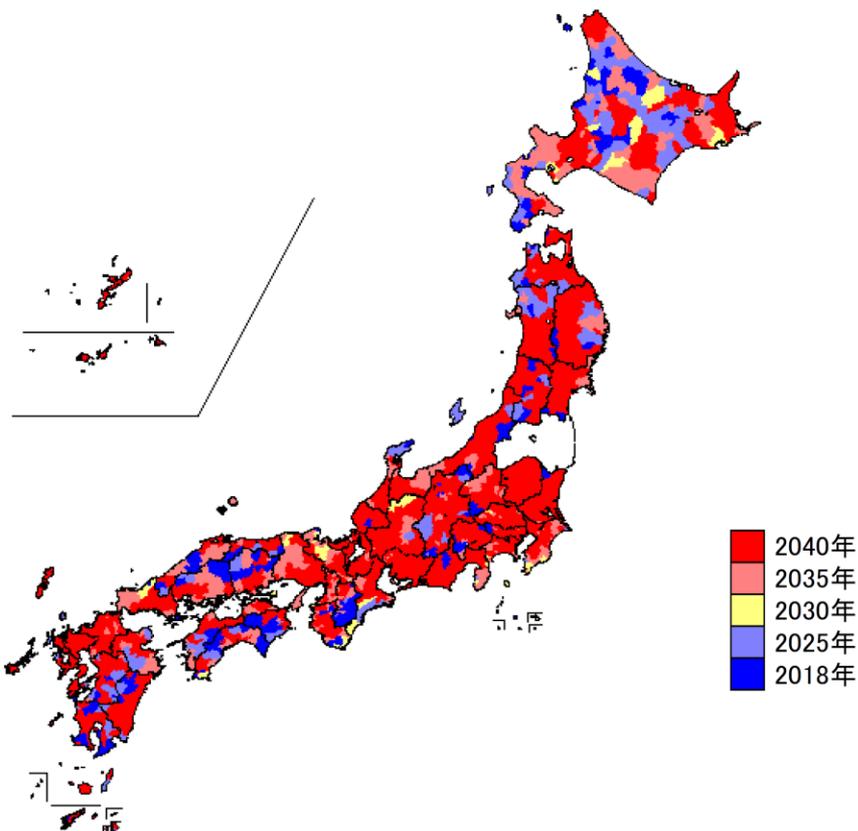
出典：社会保障制度国民会議 資料（平成25年4月19日 第9回
資料3-3 国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料）

保険者別の介護サービス利用者数の見込み

- 各保険者(福島県内の保険者を除く)における、2040年までの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じた保険者もある一方、都市部を中心に2040年まで増え続ける保険者が多い。
- また、最も利用者数が多くなる年の利用者数の2018年の利用者数との比(増加率)をみると、ほとんど増加しない保険者がある一方、2倍超となる保険者も存在する。

【保険者別 2040年までの間にサービス利用者数が最も多い年】

【保険者別 2040年までの間にサービス利用者数が最も多い年の利用者数の増加率】

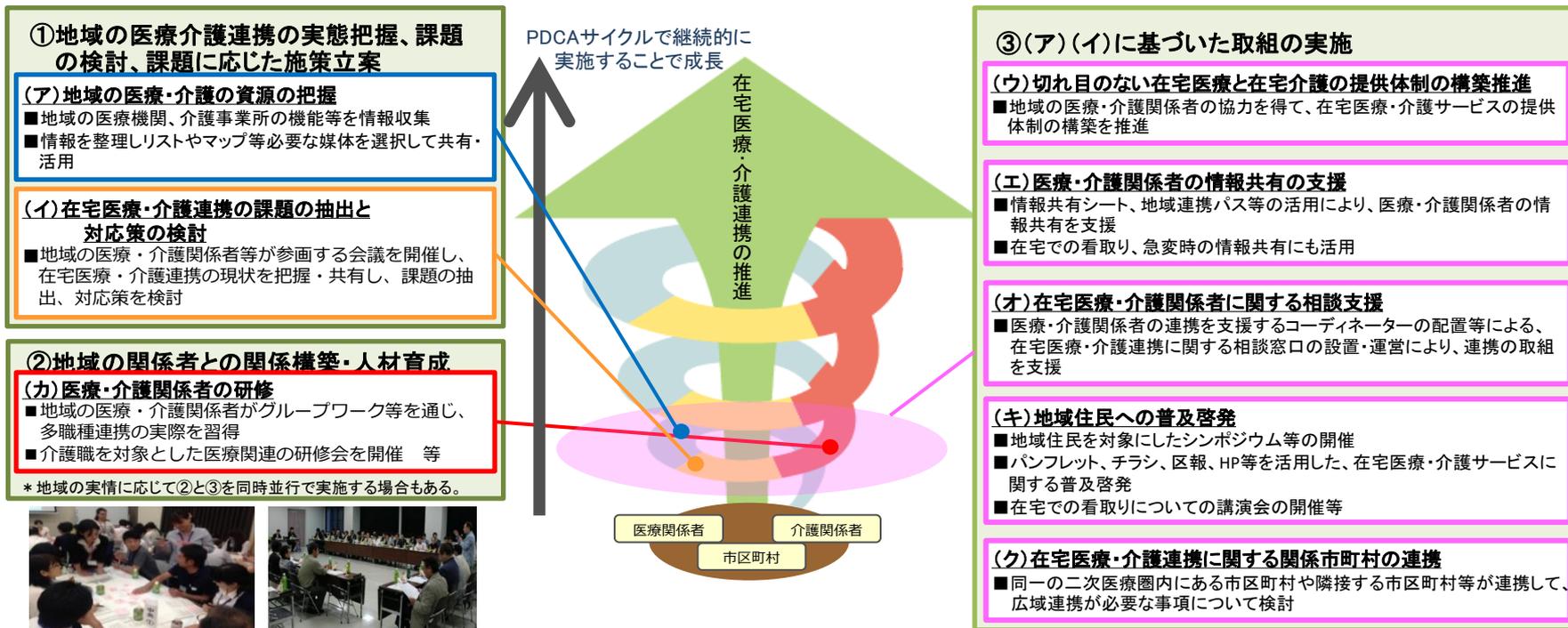


※ 2018年度介護保険事業状況報告(厚生労働省)、2017年度介護給付費等実態調査(厚生労働省)から、保険者別の年齢階級別・サービス類型別・要介護度別利用率を算出し、当該利用率に推計人口(日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)(国立社会保障・人口問題研究所)を乗じて、2025年以降5年毎に2040年までの保険者別の推計利用者数を作成(推計人口が算出されていない福島県内の保険者を除く)。

在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と郡市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
- 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目と事業の進め方のイメージ



* 図の出典：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

在宅医療・介護連携推進事業に関連した「介護保険制度の見直しに関する意見」抜粋(社会保障審議会介護保険部会令和元年12月27日公表)

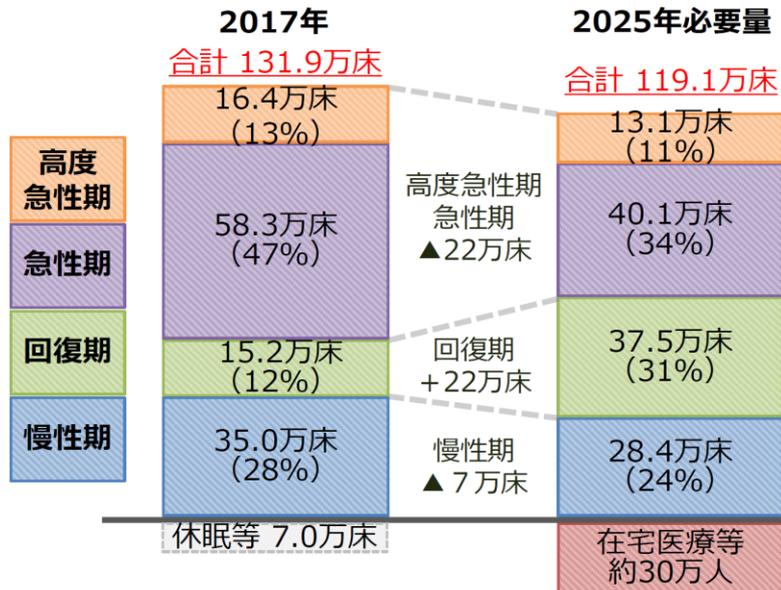
- 在宅医療・介護連携推進事業について、全ての自治体において事業が実施されている中で、市町村において、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつ、PDCAサイクルに沿った取組を更に進められるよう、現行の事業体系の見直しが必要である。「認知症施策推進大綱」や看取りに関する取組等の最近の動向も踏まえることが重要である。各市町村においては、単に事業を実施するだけでなく、地域課題や取組内容の見える化を進め、目的をもって事業を進めていくことが重要である。医師会等関係機関や医師等専門職と緊密に連携して取組を進めることが重要である。
- 在宅医療・介護連携推進事業について、切れ目のない在宅医療・介護の実現に関する目標を設定し、地域の目指す姿を住民や医療・介護関係者で共有できるようにすること、認知症等への対応を強化すること、事業項目全ての実施を求めるのではなく、一部項目の選択的实施や地域独自の項目の実施を可能とするなど、一定程度地域の実情に応じた実施を可能とすること、事業体系を明確化して示すことが適当である。地域包括ケアシステムの理念達成に向けて取り組まれるようにすることが重要である。この理念の達成に向けて、都道府県や市町村において、医療や介護・健康づくり部門の庁内連携を密にし、総合的に進める人材を育成・配置していくことも重要である。
- 都道府県においては、地域医療構想の取組との連携や医師会等関係機関との調整、研修会等を通じた情報発信や人材育成、保健所等による管内の広域的な調整やデータの活用・分析を含めた市町村支援等を更に進めることが必要である。
- 国においては、自治体における取組を支援することが必要である。自治体がPDCAサイクルに沿った取組を進めるにあたり活用可能な指標の検討を進めることが適当である。在宅看取りの状況等評価に資するデータを取得できる環境整備を進めることも重要である。また、課題抽出を含め事業実施にあたり活用できるよう、地域包括ケア「見える化」システム等を活用できる環境整備を進めることが適当である。事業の好事例を横展開することも重要である。

地域医療構想の推進

- 厚生労働省は公立・公的病院等の診療実績を分析し、地域医療構想の実現に向け、具体的対応方針の再検証が必要な424病院の名称を公表。**遅くとも2020年9月までの再検証を要請。**
- 2025年に実現すべき姿に向け、**KPIを設けて中間的な達成状況を評価するとともに、その達成状況が不十分な場合には、都道府県知事の権限の在り方を含むより実効性が担保される方策を検討すべき。**また、都道府県に対する地域医療介護総合確保基金の配分については、一定の基準を設けた上で、**積極的に取り組む地方団体に対して支援できるよう大胆にメリハリ付け**をすべき。

◆ 地域医療構想における病床の機能分化等

- 地域医療構想は、都道府県が概ね二次医療圏単位で策定したもの。将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示すガイドライン等に基づき推計。
- これまで、個々の医療機関が、2025年に持つべき医療機能ごとの病床数などを盛り込んだ計画の策定を進めてきたところ。



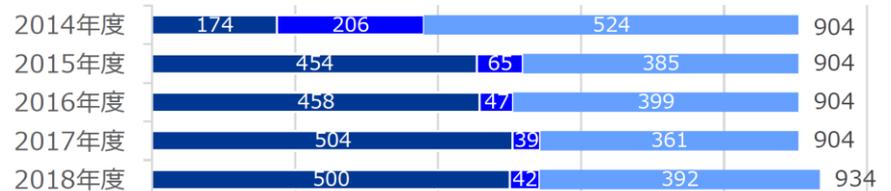
◆ 具体的対応方針の再検証が求められた医療機関

- 公立・公的病院等については、2018年度末までに具体的対応方針の策定を概ね終えたものの、その内容は2025年に実現すべき姿に沿ったものとなっておらず、再検証を要請。

A 診療実績が特に少ない	B 機能が類似し地理的に近接
全国の構想区域を人口規模別のグループに分け、9領域の全てにおいて各グループ内で診療実績が下位33.3%	6領域の全てにおいて、区域内での診療実績が相対的に少なく、自動車で20分以内に一定の診療実績を有する病院が存在
277病院	147病院 (Aに該当する先を除く)

(注) B類型の6領域は「がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期」であり、Aの9領域はこれらに「災害・へき地・医師派遣機能」を加えたもの。

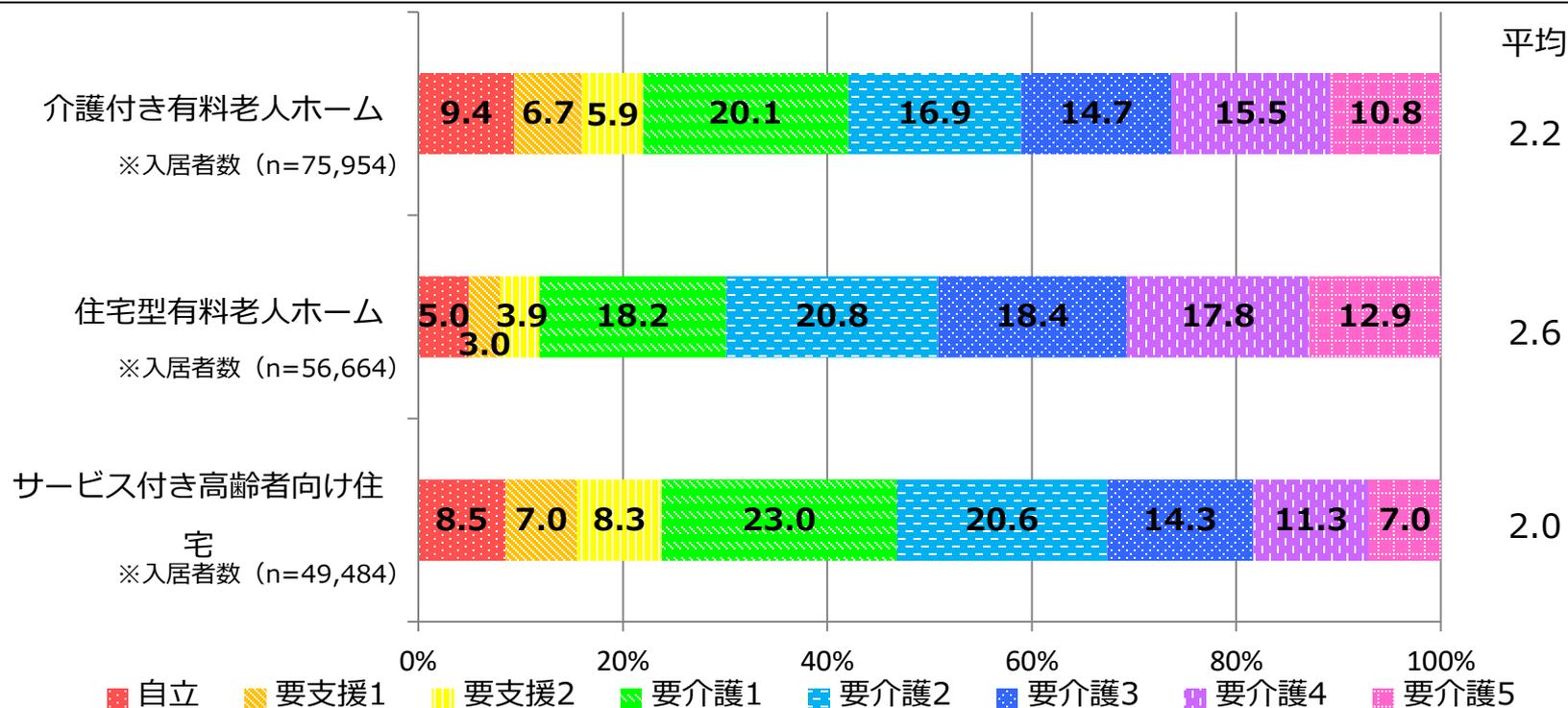
◆ 地域医療介護総合確保基金（医療分・公費ベース）の交付状況 (億円)



- 事業区分Ⅰ：地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 事業区分Ⅱ：居宅等における医療の提供に関する事業
- 事業区分Ⅲ：医療従事者の確保に関する事業

高齢者向け住まいの役割等について①（入居者の要介護度）

- 介護付き有料老人ホームの入居者のうち、自立から要介護2までの軽度要介護者は約59%、要介護3～5までの重度要介護者は約41%。
- 住宅型有料老人ホームの入居者のうち、自立から要介護2までの軽度要介護者は約50%、要介護3～5までの重度要介護者は約50%。
- サービス付き高齢者向け住宅の入居者のうち、自立から要介護2までの軽度要介護者は約67%、要介護3～5までの重度要介護者は約33%。



※「不明・申請中」は除く。

※ 自立はゼロ、要支援1・2は0.375として平均要介護度を算出。

（出典）平成30年度老人保健健康増進等事業「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究」

入退院支援の評価(イメージ)

➤ 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、入院前から関係者との連携を推進するために入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す

・入院前からの支援に対する評価の新設

・「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
・地域連携診療計画加算の算定対象の拡大
・支援の対象となる患者要件の追加

・退院時共同指導料の見直し



外来部門と病棟との連携強化

入院

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う医療機関等との連携強化

外来部門

【入院前からの支援】

- ・(入院前に)利用しているサービスの利用状況の確認
- ・持参薬の確認、各種スクリーニング
- ・入院生活に関するオリエンテーション
- ・看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成等



《入退院支援の対象となる患者》

- ・悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・緊急入院 / ・要介護認定が未申請
- ・虐待を受けている又はその疑いがある
- ・医療保険未加入者又は生活困窮者
- ・入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・排泄に介助を要する
- ・同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・退院後に医療処置が必要
- ・入退院を繰り返している

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

- ・医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする

共同指導が行えなかった時は

【情報提供】

- ・療養に必要な情報提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする



在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療に対する評価

- 在支診以外の診療所が、かかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制と連絡体制を構築し、在宅医療を提供した場合の評価を新設する。

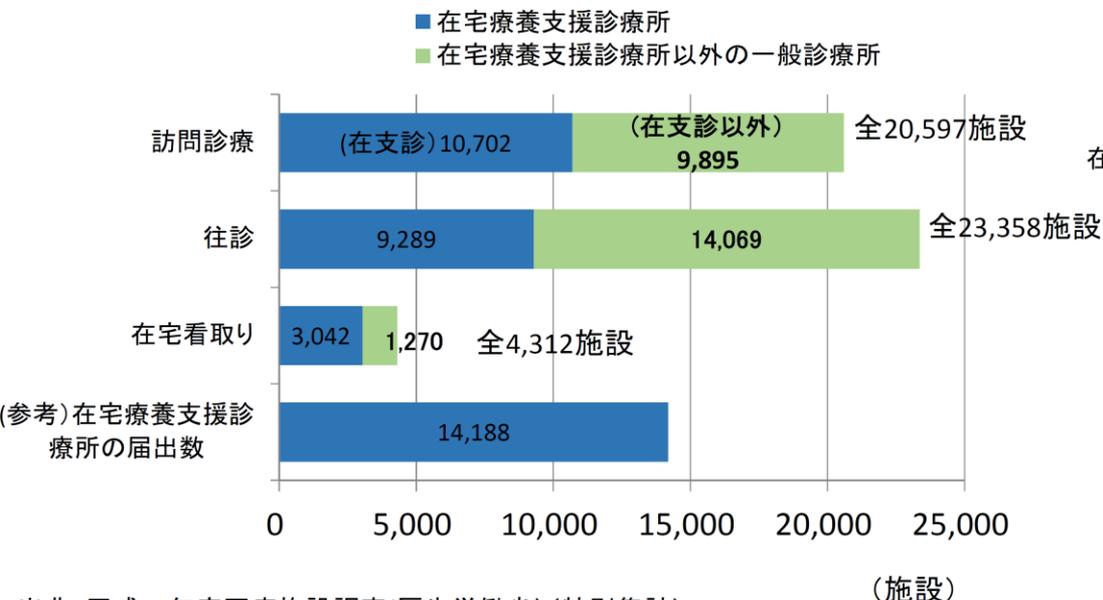
在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

(新) 継続診療加算 216点(1月に1回)

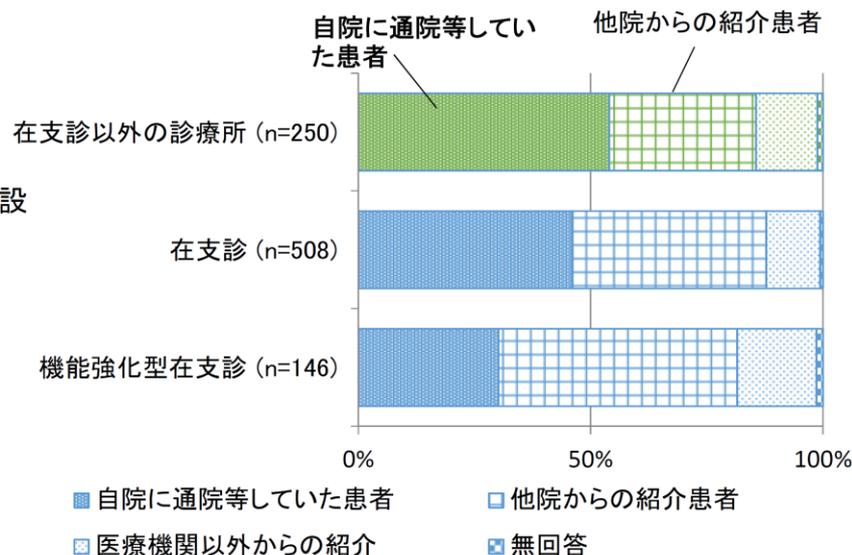
[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関の外来又は訪問診療を継続的に受診していた患者であること。
- (2) 算定患者ごとに、連携する医療機関との協力等により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を構築すること。
- (3) 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護を提供する体制を有していること。

[在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数]



[訪問診療を行っている患者の受診経路別割合]



出典：平成26年度医療施設調査(厚生労働省)(特別集計)

(出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成28年度))

▶ 在宅療養移行加算1 216点

- ▶ (イ) 当該医療機関**単独**又は連携する他の医療機関の協力により、**24時間の往診体制**及び24時間の連絡体制を有していること。
- ▶ (ロ) 訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関又は連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。
- ▶ (ハ) 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに**往診担当医の氏名**等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。

▶ 在宅療養移行加算2 116点

- ▶ (イ) 往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していること。
- ▶ (ロ) 当該医療機関**単独**又は連携する他の医療機関の協力により、24時間の連絡体制を有していること。
- ▶ (ハ) 訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関、連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。
- ▶ (ニ) 当該医療機関又は連携する医療機関の診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。

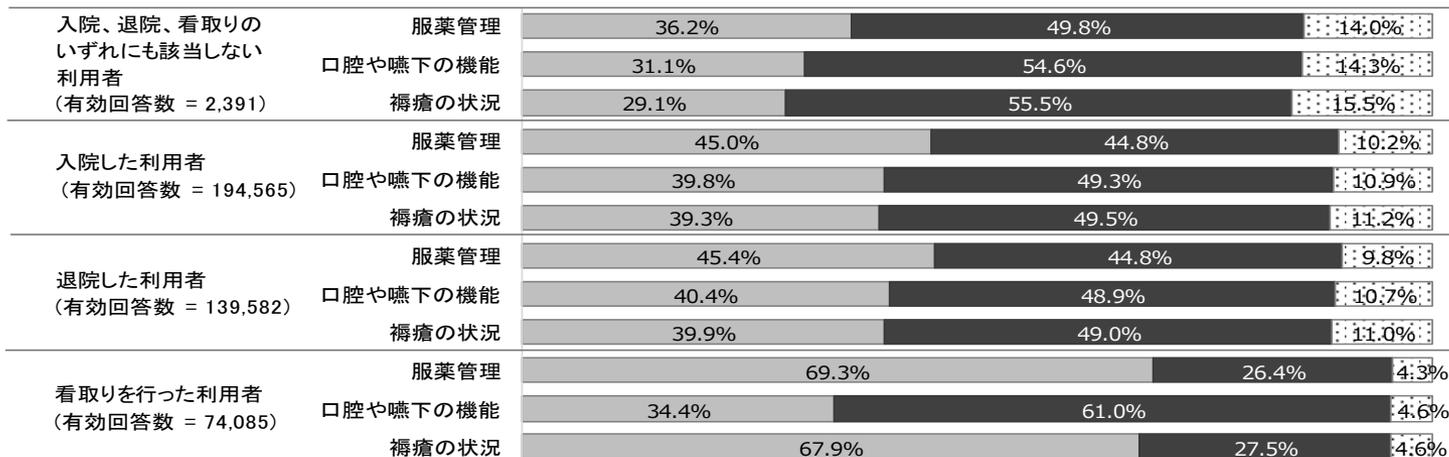
【医療介護連携の推進(日常的な連携)】

- 訪問介護事業所等から得た情報、利用者の状態像について、居宅介護支援事業所のケアマネジャーから主治の医師等に対する情報提供は、看取りを行った利用者に関しては「服薬管理」が69.3%と最も多く、次いで「褥瘡の状況」が67.9%であった。
- 利用者に対する医療系サービスの提供について、主治の医師等に意見を求めた後にケアプランを提出したことによる効果については、居宅介護支援事業所では、「ケアプランを提出したが、活用されていない／活用されていることが不明」が46.5%と最も多く、次いで「ケアプランに基づいて、医療、服薬、リハビリ等に関する助言があった」が28.1%であった。

※利用者調査票:4(13)アセスメントやモニタリングの際の、利用者の状態の確認

ケアマネジャー調査票:5(4)主治の医師等に意見を求めた後に提出したケアプランによる連携

図表 20 訪問介護事業所等から得た情報、利用者の状態像についての主治の医師等への情報提供(利用者調査票)



注)居宅介護支援事業所のみを集計している。

■ 提供している ■ 提供していない □ 無回答

図表 21 主治の医師等に意見を求めた後に提出したケアプランによる連携(複数回答可)(ケアマネジャー調査票)

	全体	ケアプランに基づいて、医療、服薬、リハビリ等に関する助言があった	ケアプラン提出後、主治の医師等との連携がスムーズになった	ケアプランを提出したが、活用されていない／活用されていることが不明	その他	無回答
居宅介護支援事業所	3,489	980	657	1,621	184	593
	100.0%	28.1%	18.8%	46.5%	5.3%	17.0%
介護予防支援事業所	3,354	779	426	1,127	445	902
	100.0%	23.2%	12.7%	33.6%	13.3%	26.9%

出典:平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成30年調査)

(3)居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業 13

基本指針について

第8期計画において記載を充実する事項(案)

■ 第8期の基本指針においては、介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」を踏まえて、以下について記載を充実してはどうか。

1 2025・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備 P7～12参照

○2025・2040年を見据え、地域ごとの推計人口等から導かれる介護需要等を踏まえて計画を策定

※基盤整備を検討する際、介護離職ゼロの実現に向けたサービス基盤整備、地域医療構想との整合性（病床の機能分化及び連携に伴い生じるサービス必要量に関する整合性の確保）を踏まえる必要がある旨は第7期から記載。

※指定介護療養型医療施設の設置期限（2023年度末）までに確実な転換等を行うための具体的な方策について記載。

※第8期の保険料を見込むに当たっては直近（2020年4月サービス分以降）のデータを用いる必要がある。

2 地域共生社会の実現 P13～15参照

○地域共生社会の実現に向けた考え方や取組について記載

3 介護予防・健康づくり施策の充実・推進（地域支援事業等の効果的な実施）P16～24参照

○一般介護予防事業の推進に関して「PDCAサイクル沿った推進」、「専門職の関与」、「他の事業との連携」について記載

○自立支援、介護予防・重度化防止に向けた取り組みの例示として就労的活動等について記載

○総合事業の対象者や単価の弾力化を踏まえて計画を策定

○保険者機能強化推進交付金等を活用した施策の充実・推進について記載。（一般会計による介護予防等に資する独自事業等について記載。）

○在宅医療・介護連携の推進について、看取りや認知症への対応強化等の観点から踏まえて記載

○要介護（支援）者に対するリハビリテーションの目標については国で示す指標を参考に計画に記載

○PDCAサイクルに沿った推進にあたり、データの利活用を進めることやそのための環境整備について記載

4 有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化

○住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を記載

○整備に当たっては、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を勘案して計画を策定

5 認知症施策推進大綱等を踏まえた認知症施策の推進 P25参照

○認知症施策推進大綱等を踏まえ、「共生」と「予防」を車の両輪とした認知症施策の推進について5つの柱に基づき記載。（普及啓発の取組やチームオレンジの設置及び「通いの場」の拡充等について記載。）

○教育等他の分野との連携に関する事項について記載

6 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化 P10, 26～29参照

○介護職員に加え、介護分野で働く専門職を含めた介護人材の確保の必要性について記載

○介護現場における業務仕分けやロボット・ICTの活用、元気高齢者の参入による業務改善など、介護現場革新の具体的な方策を記載

○総合事業等の担い手確保に関する取組の例示としてポイント制度や有償ボランティア等について記載

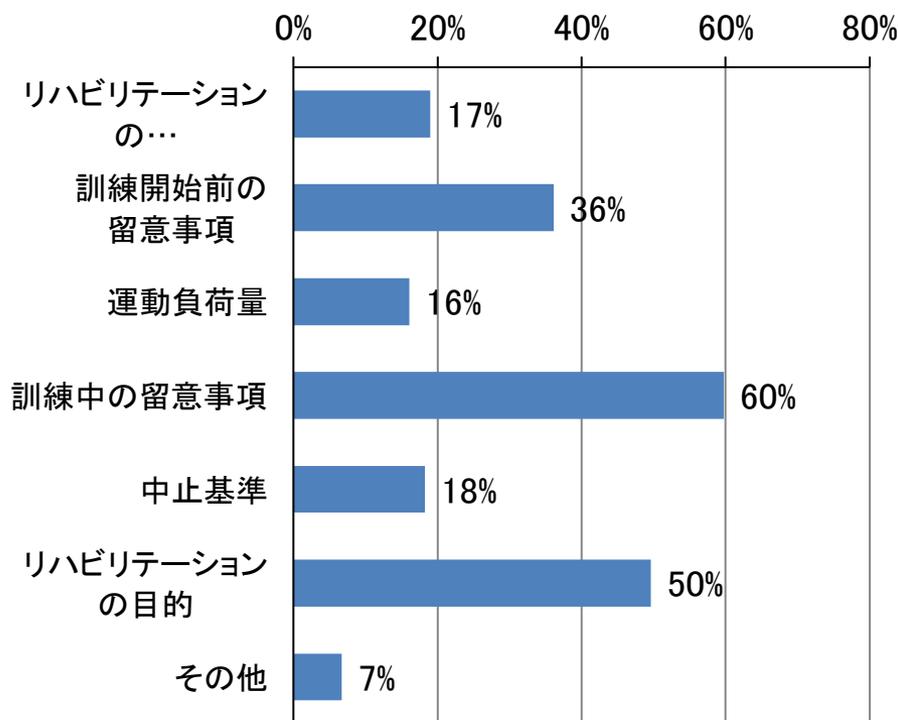
○要介護認定を行う体制の計画的な整備を行う重要性について記載

○文書負担軽減に向けた具体的な取組を記載

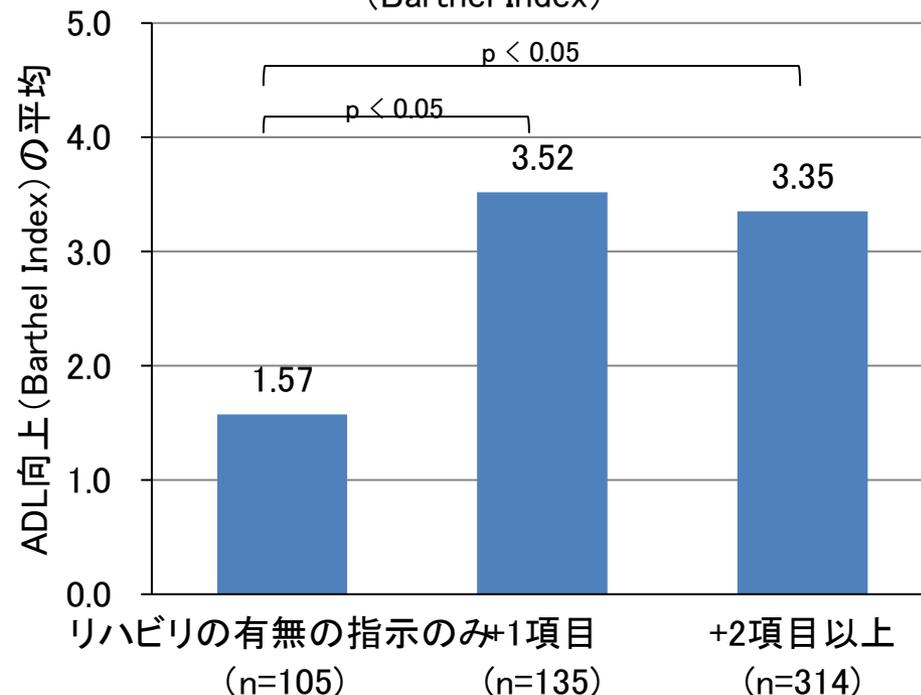
訪問リハビリテーションにおける事業所の医師の関与

- 指定訪問リハビリテーション事業所で医師が理学療法士、作業療法士、言語聴覚士に出すリハビリテーションの指示内容は、リハビリテーション実施の有無のみのこともあれば、リハビリテーション実施上の留意点や運動負荷量、中止基準、目的等が含まれることもあった。
- リハビリテーションの実施の有無のみの指示のものと、その他の詳細が含まれる指示がなされていたものを比較すると、後者でより大きなADL向上がみられていた。

医師からの指示の内容 (n=554)



医師からの指示の種類数別訪問リハビリテーション開始時からのADL向上の平均 (Barthel Index)



注)

・平成28年6月～8月に訪問リハビリテーションを開始した554例を対象として集計した。

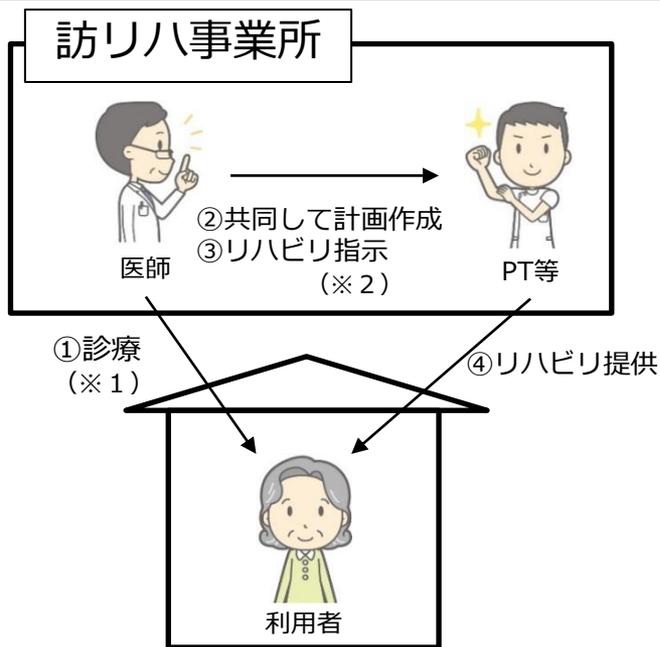
・「リハビリテーションの有無のみ」にチェックしつつ、他の項目にもチェックをした回答については、「リハビリテーションの有無のみ」に該当しなかったものとして扱った。

(出典) 平成27年度介護報酬改定検証調査(平成28年度調査)の結果をもとに事務局で集計

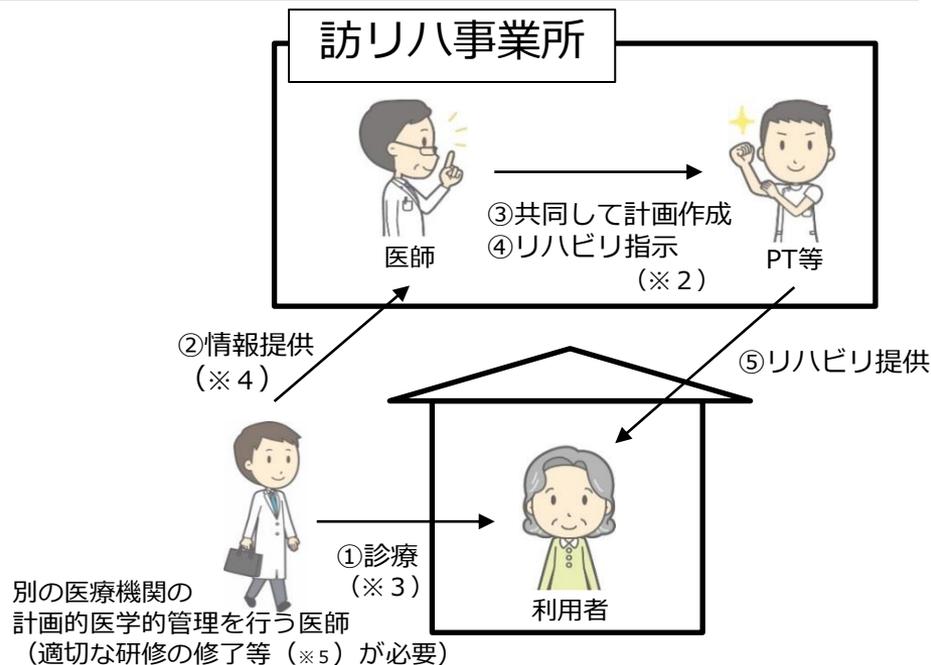
リハビリテーションにおける医師の関与の強化・明確化

○ 訪問リハビリテーションにおける、事業所の医師の診療にかかる取り扱い【訪問リハ】

訪問リハビリテーションの提供にあたっては、事業所の医師が利用者を診察し、リハビリテーション計画を立て、それに基づきリハビリテーションの指示を出すことが原則であるが、事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合についても、一定の要件を満たせば、適正化した単位数で評価する。



通常の場合
290単位/回



事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合
270単位/回 (20単位減算)

- ※1 利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が事業所を訪れて行うもの（当該事業所が医療機関である場合の外来受診の機会や、通所リハ事業所である場合の通所の機会を捉えて、計画作成に必要な診療を行うもの等）でも可。
- ※2 詳細な指示等の要件を満たせば、リハビリテーションマネジメント加算が算定可能。
- ※3 利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が当該医療機関を訪れて行うもの（外来受診の機会を捉えて行うもの等）でも可
- ※4 提供すべき内容は追って示す。
- ※5 「適切な研修の修了等」については追って示す。

訪問リハビリテーション(20単位減算)に関するQ&A

平成30年3月23日 平成30年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)

問60別の医療機関の医師から計画的な医学的管理を受けている者に対し、指定訪問リハビリテーション事業所等の医師が、自らは診療を行わず、当該別の医療機関の医師から情報提供を受けてリハビリテーションを計画、指示してリハビリテーションを実施した場合、当該別の医療機関の医師が適切な研修の修了等をしていれば、基本報酬から20単位を減じた上で訪問リハビリテーション料等を算定できることとされている。この「適切な研修の修了等」に、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修の単位を取得した場合は含まれるか。

(答) 含まれる。なお、応用研修のすべての単位を取得している必要はなく、応用研修のうち、「応用研修会」の項目である、「フレイル予防・高齢者総合的機能評価(CGA)・老年症候群」「栄養管理」「リハビリテーション」「摂食嚥下障害」のいずれか1単位以上を取得した上で、事業所の医師に情報提供を行う日が属する月から前36月の間に合計6単位以上(前述の単位を含む。)を取得していればよい。



平成31年2月5日 平成30年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.8)

問1 ※問いの文言は上記Vol.1問60と同じ。

(答) 含まれる。なお、応用研修のすべての単位を取得している必要はなく、事業所の医師に情報提供を行う日が属する月から前36月の間に合計6単位以上(応用研修のうち、「応用研修第1期」の項目である「フレイル予防・高齢者総合的機能評価(CGA)・老年症候群」「栄養管理」「リハビリテーション」「摂食嚥下障害」及び「応用研修第2期」の項目である「かかりつけ医に必要な生活期リハビリテーションの実際」「在宅リハビリテーション症例」「リハビリテーションと栄養管理・摂食嚥下障害」のうち、いずれか1単位以上を含むこと。)を取得又は取得を予定していればよい。また、別の医療機関の医師が訪問リハビリテーション事業所等の医師に情報提供をする際に下記を参考とした記載をすることが望ましい。

「平成33年3月31日までに適切な研修の修了等または受講を予定している。」

アドバンス・ケア・プランニング(ACP):定義

advance care planning : ACP

advance : 前もって

care : 医療やケアについて

planning : 計画すること

人生の最終段階の治療・療養について、(話し合いの時期は人生の最終段階に限ることなく、)患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス

- 患者の同意のもと、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

- ACPの話し合いは以下の内容を含む
 - 患者本人の気がかりや意向
 - 患者の価値観や目標
 - 病状や予後の理解
 - 治療や療養に関する意向や選好、その提供体制

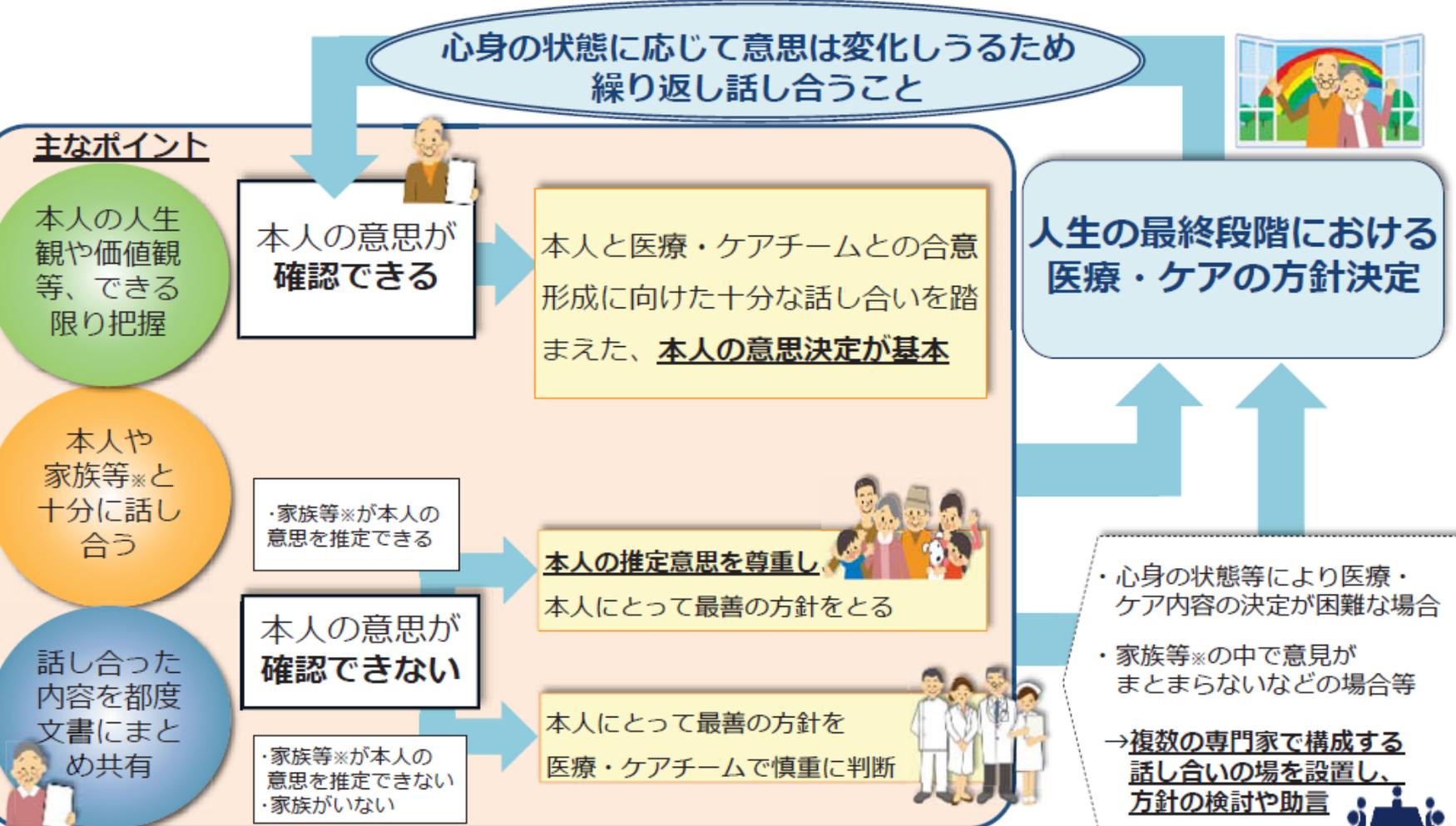
<http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)

- ACPは、人生の最終段階の治療・療養について、家族や医療従事者と予め話し合う自発的なプロセスと定義される。話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、関係者と共有されることが望ましい。
- 海外の医学研究において、ADよりACPの有用性が示され、今後、日本人の文化・風習・宗教・哲学に馴染んだACPの蓄積により、「日本版ACP」の概念が必要と思われる。
- ACPは本人に帰属するものであり、本人の意思が確認出来ない場合にACPは実施出来ないこととなり、基本的に本人の意思や価値観が尊重される。狭義的には、意思決定能力を失った時の話し合いであり、広義的には、生活全般を含む現在も踏まえた話し合いと捉えられ、代理決定者を決めることが重要となる。

「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。



※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。

人生の最終段階における 医療・ケア決定プロセスに関するガイドライン

- 「人生の最終段階における医療・ケア決定プロセスに関するガイドライン」は、本人の意思を最大限に尊重するために、医療・ケアチームが合意を形成する意思決定支援プロセスである。話し合いのスタンスとしては、パターナリズムでもなく、情報提供型でもなく、「Shared Decision Making: 相互参加型モデル」が推奨されている。本人の意思が確認出来ない場合は、事前指示やACPについて確認の後、本人の意思を推定する家族等と共に、医療・ケアチームは、本人の推定意思を尊重し最善の方針をとることとなる。

人生の最終段階における 医療・ケア決定プロセスに関するガイドライン

- 「人生の最終段階における医療・ケア決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定を行う上で倫理的な規範から見た根拠としては、「自立尊重の原則」・「与益最大化の原則」・「不加害原則」・「正義・公正原則」の4つの倫理原則に基づいており、これらの原則に基づく意思決定支援のあり方は、最善の選択を行う上で重要な根拠となる。
- 医学的最善が本人の最善とは限らず、医学的に無益が本人に無益とは限らず、本人の選考が本人にとって最善の選択肢では必ずしもないことに留意する必要がある。

なぜ今 ACP なのか

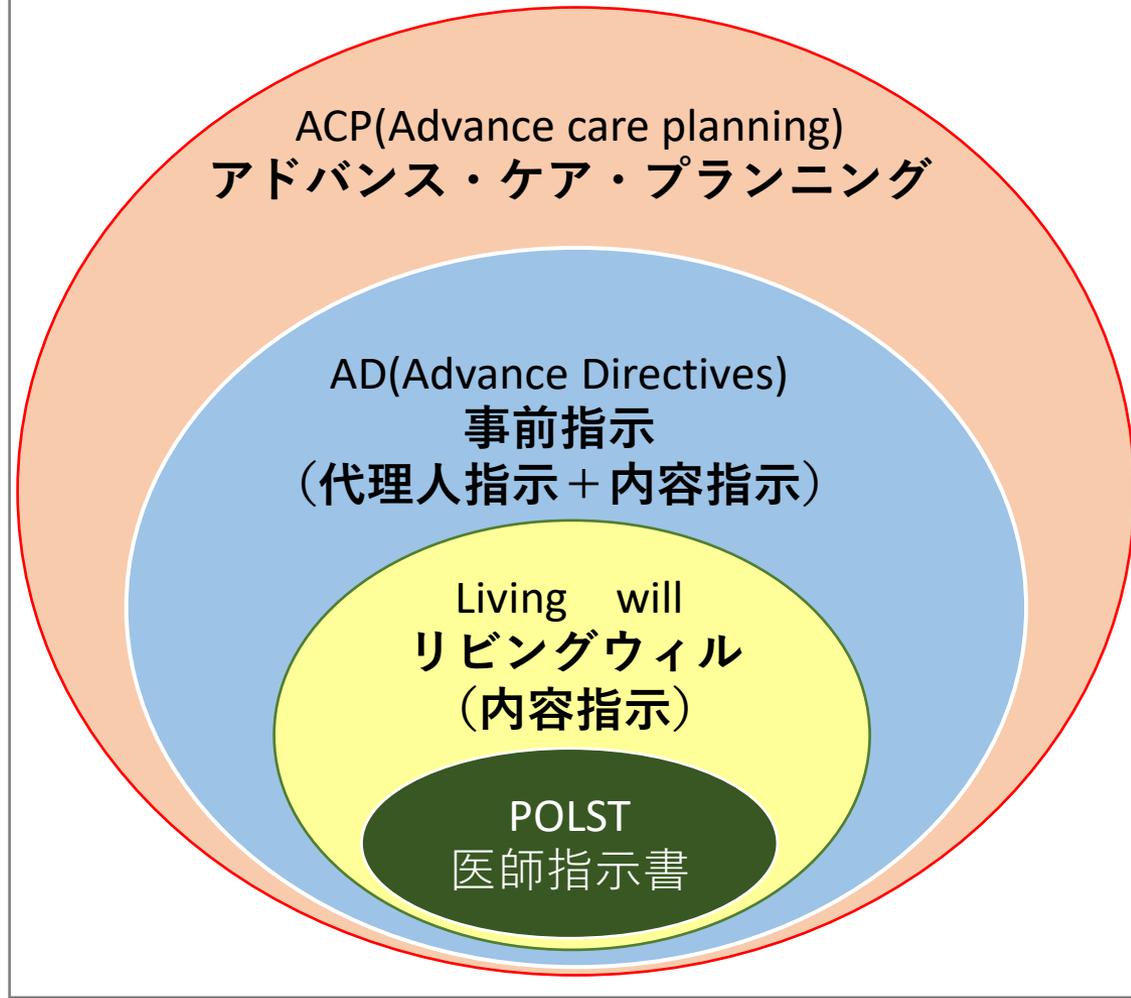
- I 外向：「人生の最終段階」の質の向上
- II 内向：医療者の法的安全性保障
- III 医療経済：限られた医療資源の有効活用

- IV 介護施設でのACP
- V どこでACPを行うのか
- VI 普及・啓発について
- VII 見えてきたこと
- VIII まとめ

ACPとADの 関係



理想型



ADに欠けていた患者家族、医療従事者を含めた取り組み

LW Living Will

まず第一に、LW（Living Will）
ある状況下において自分がしてほしい医療、あるいは
してほしくない医療について述べる書類

AD Advance Directives

次いで、AD（Advance Directives）
自分が思考能力を含め判断できなくなった場合に備え、
誰かに自分の医療につき決定する権利を委託しておく書類

正式にはこのLW、ADの二種類の書類が必要
最近では同義語として使われる

ACPの背景

- これまでのLW, ADでは無理があった
- LW, ADはACPに含まれるのか、ACPはLW, ADへの出発点なのか

【効能】

- 患者の自己コントロール感が上昇
- 病院死の減少
- 代理決定者、医師とのコミュニケーションが多く、患者・家族の満足度が高い

これまで何度もLW, AD法制化の機会があった

ACPの流れ

	出来事	厚労省、日医等の動き	参考	
1991年4月	東海大学事件		積極的安楽死	
1992年		第Ⅲ次生命倫理懇談会 「末期医療に臨む医師 のあり方」	尊厳死法制化議論①	
1995年	東海大学事件判決		リビングウィル受容協力 医師制度	有罪 懲役2年 執行猶予2年
1996年4月	京都京北病院事件		積極的安楽死	書類送検 不起訴
1998年	川崎協同病院事件	仏教界より、自然死で ない死は殺害	積極的安楽死 + 延命治療中止 LW法制化議論	2009年有罪 懲役1.6年 執行猶予3年 最高裁まで
2004年	大野病院事件	厚生労働省がトライン 初発 「今後の終末期医療の あり方」	医師が診察室で逮捕、TV 放送	
2005年			尊厳死法制化議論②	
2006年3月	射水市民病院事件	第Ⅸ次生命倫理懇談会 「ふたたび終末期医療 について」	延命治療中止	殺人容疑 書類送検 不起訴

ヒポクラテスの誓い

ACPの流れ

	出来事	厚労省、日医等の動き	参考	
2007年		厚生労働省がガイドライン 2回目 「終末期医療の決定プロセスにおけるガイドライン」	ACPが登場 尊厳死法制化議論③	ヒポクラテスの誓い
		第 X 次生命倫理懇談会 「バイオエシックスの4原則」		
2008年		日本医師会 「終末期医療に関するガイドライン」		
2012年		日本医師会	AD法制化導入すべし	
2014年		第 XIII 次生命倫理懇談会 グリーンケア 宗教からの視点、死の準備教育	終末期医療法制化検討 延命措置の中止	
2015年		厚生労働省がガイドライン 3回目 「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」		
2018年 3月		厚生労働省がガイドライン 4回目 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン」改訂	ACP実施のすすめ	
2018年 8月	福生病院 人工透析 中止事件			
2019年 3月7日	新聞報道			

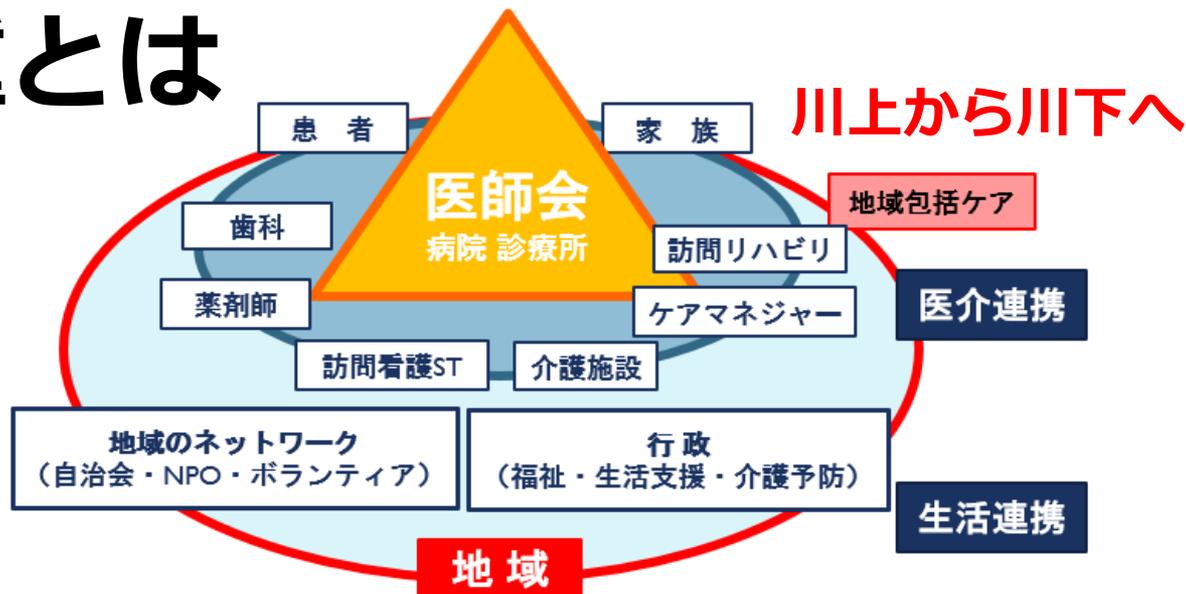
医師会での取り組み

I 「人生の最終段階」の質の向上に向けて

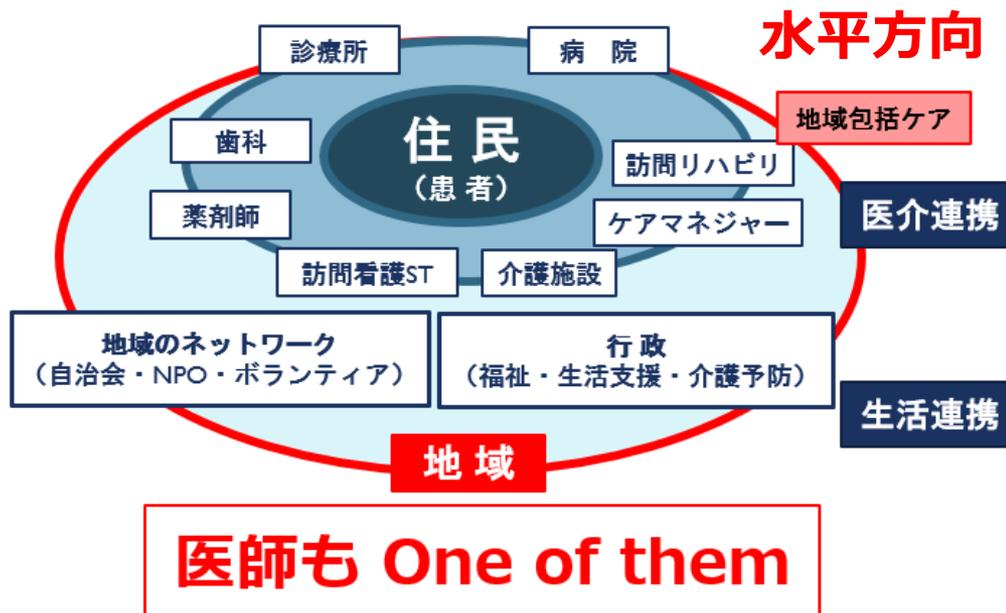
ケアマネジャーを中心として多職種連携の
質を高めることにより、地域包括ケアシステム
の推進を図る

地域包括ケアシステムにおける多職種とは

従来の考え方



新しい考え方



神奈川県医師会の取り組み

医療介護総合確保基金医療分 区分Ⅲ

「在宅医療トレーニングセンター」

メンバー構成

医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、訪問看護ステーション協議会、リハビリテーション三団体協議会、ホームヘルプ協会、介護福祉士会、介護支援専門員協会、栄養士会、医療ソーシャルワーカー協会、神奈川県

今後は、歯科衛生士協会も参加予定

	平成30年度	平成29年度	平成28年度
研修回数	96回	71回	65回
参加人数	2,933人	2,239人	1,858人
うち医師数	63人	31人	17人
医師の比率	2.1%	1.4%	0.9%

終末期研修会（テーマACP） の医師参加

- 第1回（平成30年10月4日）
～アドバンス・ケア・プランニングの理解を深める～
参加者271名中、医師52名 **19.2%**
- 第2回（平成31年2月21日）
～人生会議〔ACP：アドバンス・ケア・プランニング〕の実際
事例から学ぶ～
参加者152名中、医師25名 **16.4%**

看護師、CM、MSWの参加が多い

病院勤務医（研修医・若手勤務医）に向けた在宅医療推進研修会 平成29年度

平成29年11月2日（木）19：00～

在宅医療トレーニングセンター実習室

（貸切バスによる送迎付研修会）

1. 講演
2. 在宅医療・介護連携の想定ケース検討
⇒**ケースカンファレンスを通じてACPの
必要性を理解**

参加者（6名）

藤沢市民病院 病院長

研修医1年目 5名

資料 1

病院勤務医（研修医・若手勤務医）に向けた在宅医療推進研修会 平成30年度

平成30年6月6日（水）17：00～

茅ヶ崎市立病院 会議室 （出前研修会！！）

1. 講演

2. 在宅医療・介護連携の想定ケース検討

⇒**ケースカンファレンスを通じてACPの必要性を語る**

参加者（16名）

茅ヶ崎市立病院

病院長

医師 6名

研修医2年目 8名

地域連携室長



病院勤務医（研修医・若手勤務医）に向けた在宅医療推進研修会 平成31年度

鶴見大学 歯学科 令和2年2月開催予定

今後の在宅需要の増加により、歯科領域も在宅関与が増えてくることを見据えて、歯科研修医などにむけて在宅をイメージしてもらうことを目的とする。



◎ 日本では初めての試み

Ⅱ 医師側から見たACP

<現状>

- 各研修会においても医師の参加は少ない
- 郡市医師会では大きなテーマとして捉えていない
- 病院勤務医はほとんど無関心、ACPより**DNAR**には反応する
- 現場では、いきなりACPが出てきた印象があり、戸惑っている

Ⅱ 医師側から見たACP

<理由>

- 実際の診療に適用することが難しい
- 時間と手間がかかり、1回では終わらない
- 外来診療では最低30分必要であり、診療報酬に反映されていない
- ガイドラインでは、医師の安全性を担保できない
- 「患者の死は医学の敗北」の固定観念が強く残っている
- ACPは、現場においては医師も多職種の一員であり、発言機会も多くないためリーダーシップを取りにくい

Ⅲ 医療経済において 限られた医療資源の有効活用

①在宅看取りの推進

<現状>

- 在宅看取り率 全国平均20%以下

i 推進する因子

【横浜市より】

⇒強化型在宅療養支援診療所数

(ACPの最高の出番)

ii 阻害する因子

⇒療養病床数（看取りの受け皿として）

しかし、強化型在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の数は横ばい

資料2

Ⅲ 医療経済において 限られた医療資源の有効活用

<課題>

- 在宅看取りを増やすためには、強化型在宅療養支援診療所の絶対数不足
- 在宅医療を希望する医師の不足
(訪問看護師は増えている)

<理由>

- 看取りを行うには、24時間365日体制
- 看取り加算3000点 (ACPをやるという前提)
- 看取りの際の法的安全性が不明
(ガイドラインでは弱い)

資料 3

資料 4

Ⅲ 医療経済において 限られた医療資源の有効活用

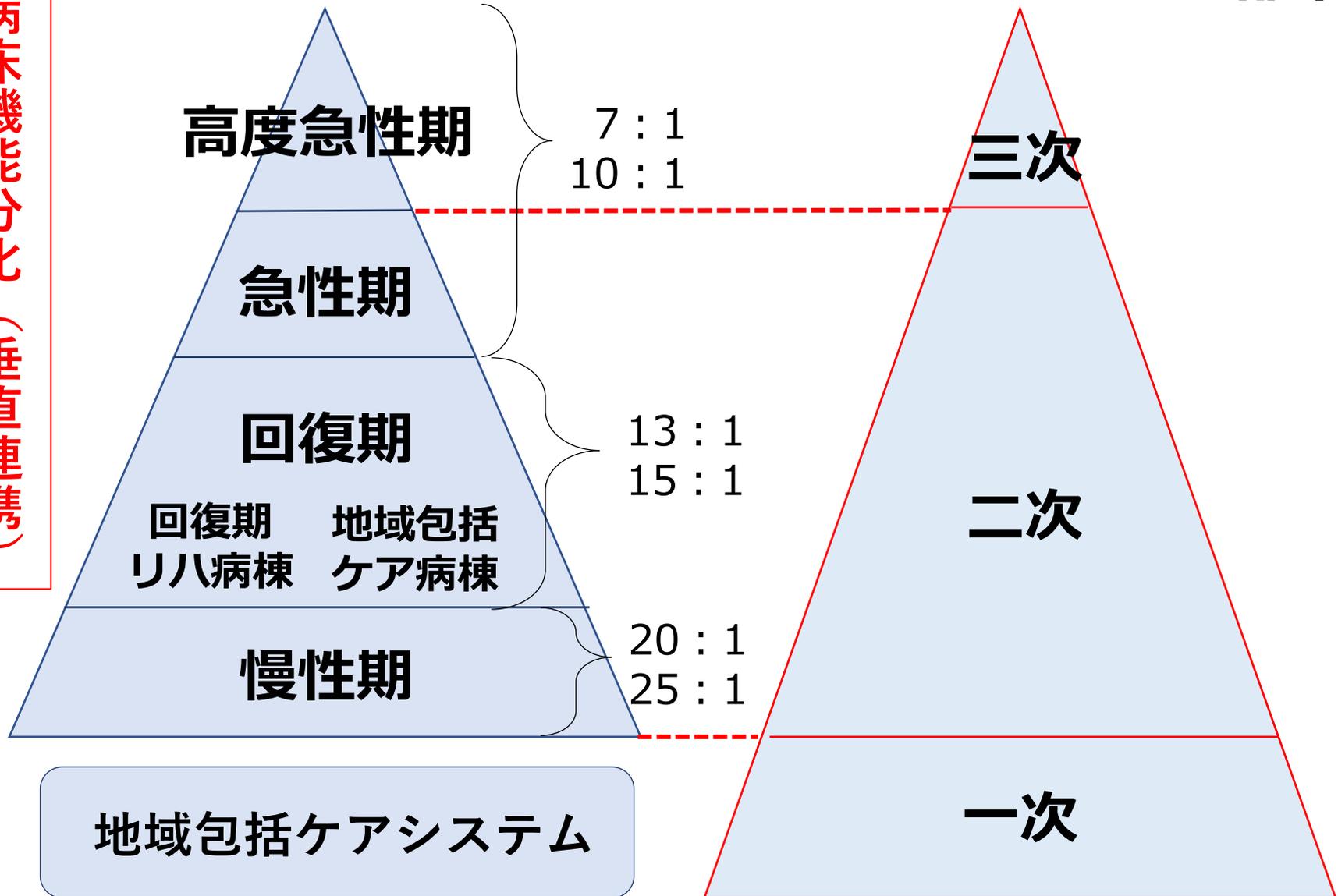
② 「医療提供体制のあり方」見直し

- 高齢者救急体制の創設
- ACPを活用した望まぬ蘇生、延命の回避

地域医療構想と病院群輪番制 (藤沢市)

42万都市

病床機能分化
(垂直連携)



最大の問題は 一次、二次、三次救急 輪番制の制度疲労

(1964年救急指定病院制 消防法2条9項)

- 二次救急病院が急性期、回復期、慢性期の病院群で構成されている
- その結果、二次救急病院間で対応に差が出るのは当然である
- 地域医療構想・病床機能分化の考え方とズレが生じている (私見)

神奈川県からの提案

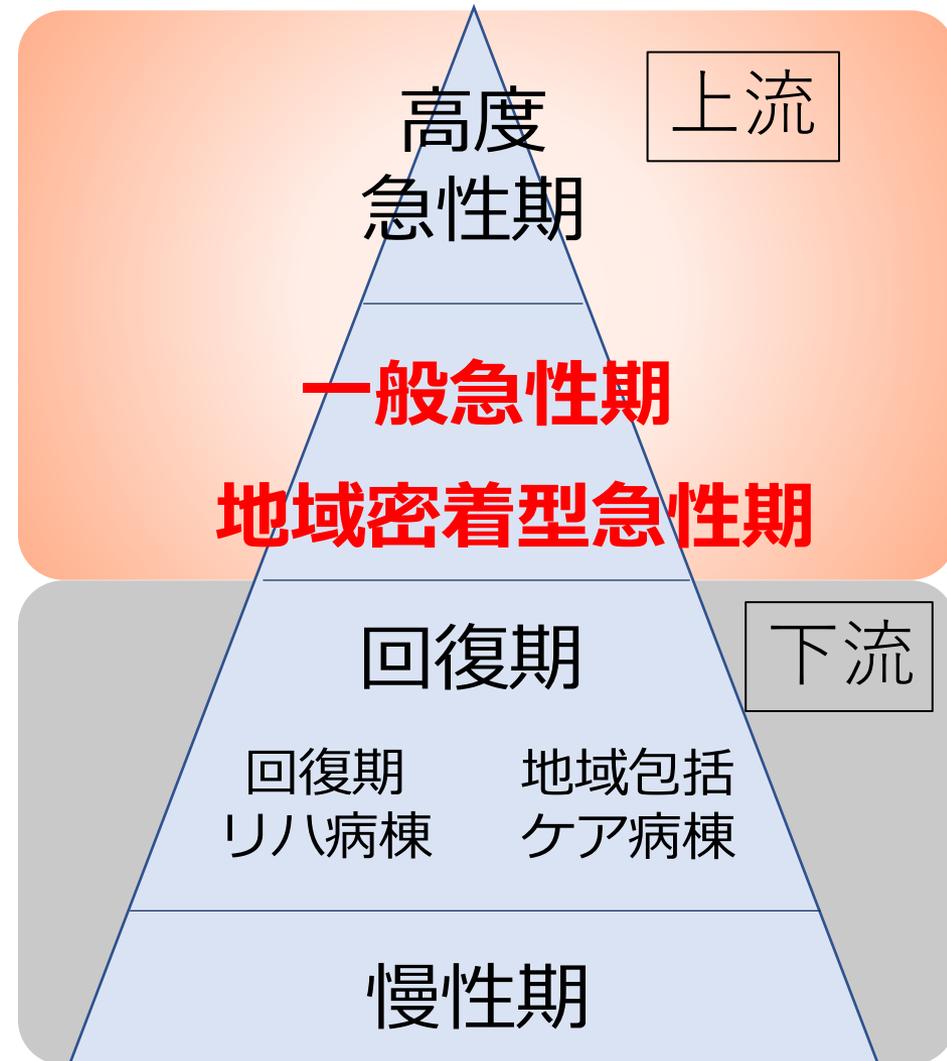
他都道府県でも
取り組んでいる

一般急性期

- 重症患者や救急などを積極的に受け入れていく急性期病床
- 救急や重傷者への対応を重点的に行う、断らない病床

地域密着型急性期

- ポストアキュート・サブアキュート機能を中心に、回復期的な機能も含めて幅広く担っていく急性期病床
- 地域のニーズに応じて、急性期の患者から回復期の患者まで、幅広く患者を受け入れている病床



IV 介護施設でのACPへの取り組み①

- 地域医療構想においても介護施設の状況はつかみ切れていない
- ACPをやるかは、経営者や施設長の方針次第
- 担当医師の熱意次第だが、平成26年度のドラスティックな診療報酬改定

施設	以前	平成26年	現在
訪問診療料	830点	203点	203点
在宅時医学総合管理料	4200点	1人 3600点 2人以上 870点	1人 3200点 2~9人 1700点 10人以上 1200点

- これを機に、一気に在宅医が介護施設系訪問診療から撤退した
- その結果、一部介護施設において介入医療機関不在もある

⇒ 何かあったら救急車！

資料 5

IV 介護施設でのACPへの取り組み②

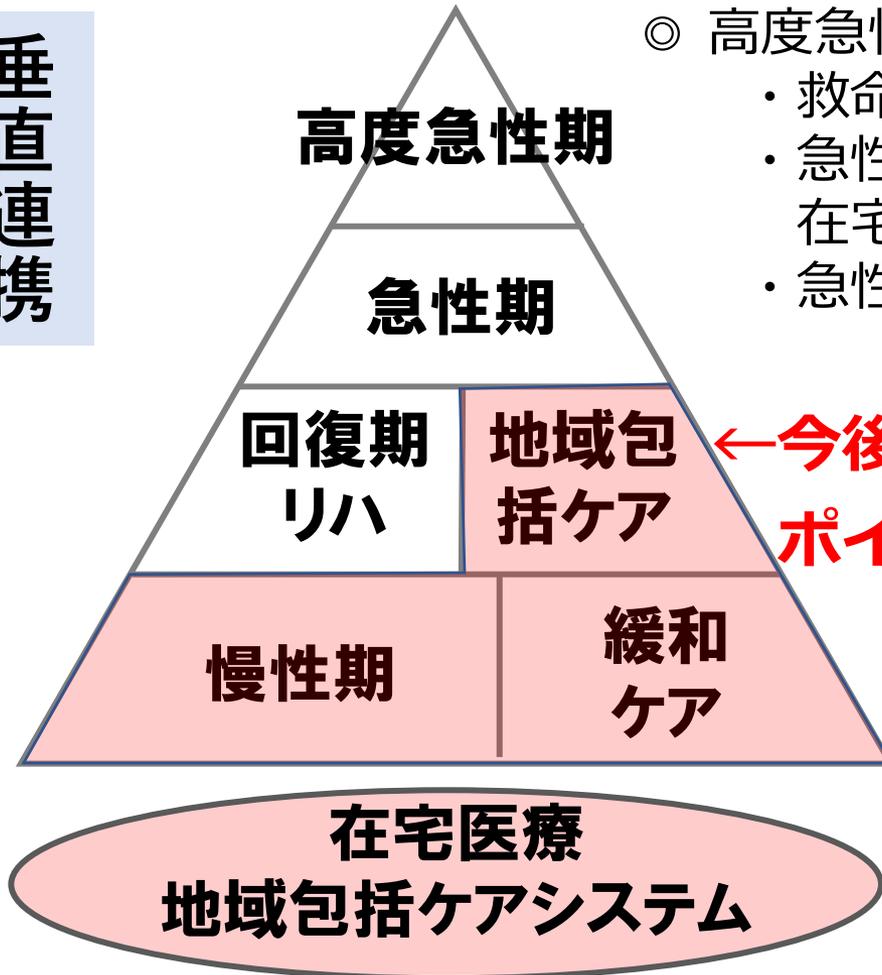
<現状>

	看護配置		看取り
	日中	夜間	
特別養護老人ホーム	○	On call	△
老人保健施設	○	○	△
グループホーム	×	×	△
有料老人ホーム (介護型)	○	○	△
有料老人ホーム (自立型)	○	On call	×
サービス付高齢者住宅	△	On call	×

V どこでACPを行うのがよいか

病床機能分化とACP

垂直連携



◎ 高度急性期・急性期機能

- ・救命救急・ICU・HCUなど：14～21日
- ・急性期一般(7対1・平均在院日数：18日)
在宅復帰率 8割
- ・急性期一般(10対1・平均在院日数：21日)

◎ 回復期

- ←今後のポイント
- ・回復期リハ：60～180日
在宅復帰率 7割
 - ・地域包括ケア：60日
在宅復帰率 7割

←本来はココ

スムーズな垂直連携の有力なツール

地域包括ケア病棟 ⇒ 国のキモ入り

- 亜急性期病棟の発展型
- 2014年新設
- 以下の役割が期待される
 - ポストアキュート（急性期治療後）
 - サブアキュート（亜急性期）
 - **在宅復帰支援**

地域包括ケア病棟

超高齢社会において

- 最強の病棟
- 在宅患者の緊急対応

『闘う高齢者ER病棟』

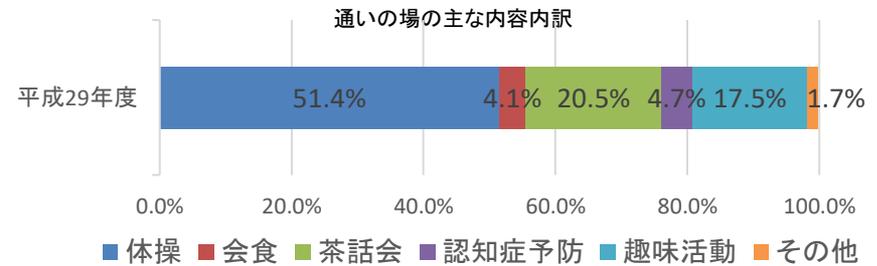
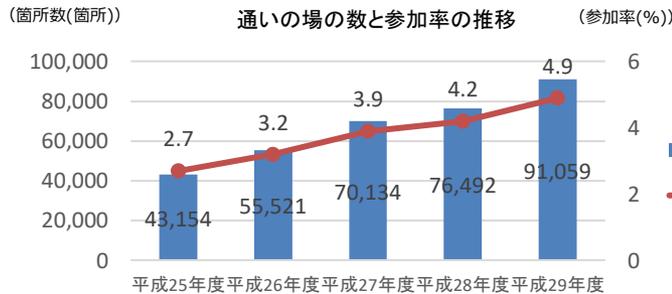
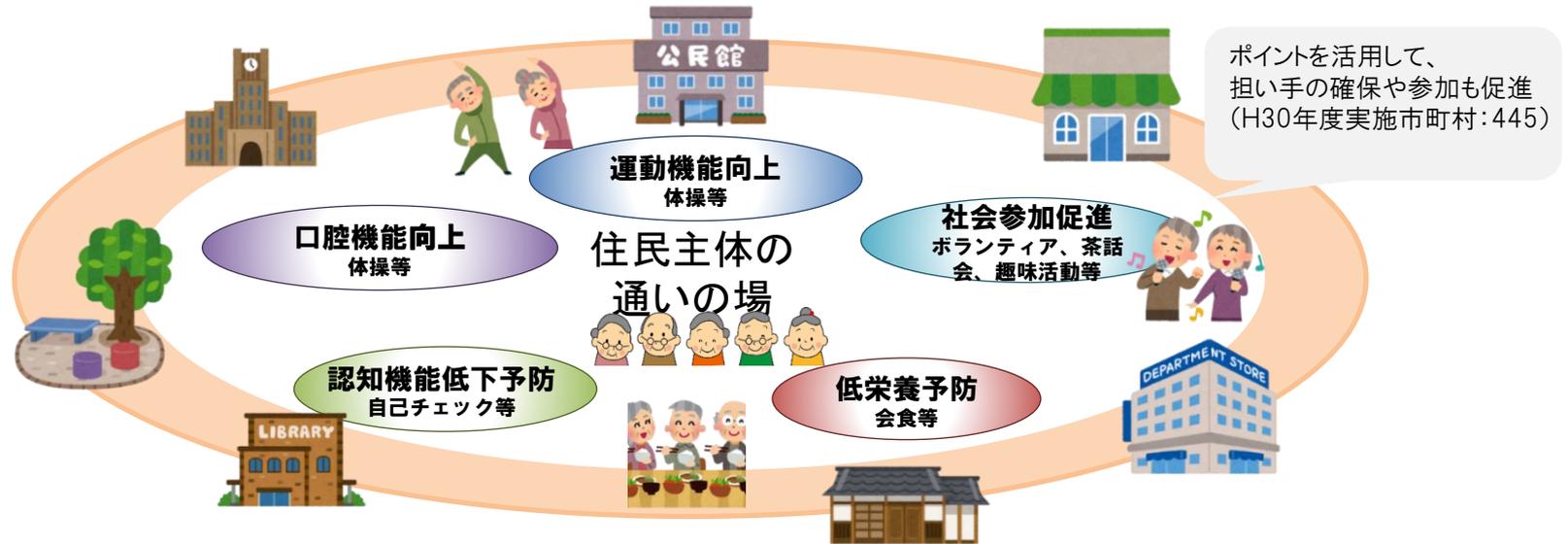
地域包括ケア病棟のイメージ

- 高齢者ERがそのまま病棟に移行
- さらにほぼ全例に認知症が存在する

究極の混合病棟

- スタッフの疲弊は深刻
- 在院日数60日あるが、この病棟でACP（複数回）を行うには無理がある

住民主体の通いの場等（地域介護予防活動支援事業）



(参考) 事業の位置づけ: 介護予防・日常生活支援総合事業

○ 介護予防・生活支援サービス事業

○ 一般介護予防事業

- ・ 地域介護予防活動支援事業
- ・ 地域リハビリテーション活動支援事業 等

【財源構成】

国: 25%、都道府県: 12.5%、市町村12.5%
1号保険料: 23%、2号保険料: 27%

※ボランティアポイント制度を活用した介護支援ボランティア活動実施市町村 397市町村(平成29年度介護保険事務調査)

介護予防に資する取組への参加やボランティア等へのポイント付与

445市町村(平成30年度(平成29年度実施分)介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査)

地域包括ケアシステム構築10か条

1. 本質は「地域づくり」「まちづくり」
2. 「住民」が主人公として取り組む総力戦
3. 課題を踏まえ住民共に築く「ご当地システム」
4. 「医療介護連携」から「異業種・異分野連携」へ
5. 「自助」「互助」は不可欠
6. 「全世代対応型」システムの構築
7. 若者や子供たちの「住み慣れた地域」の視点
8. 医療も介護も「生活の視点」の重視
9. 地域の一員として「地域づくり」へ参画
10. 地域力を左右する地域への「愛着」「思い」

VI 今後の普及・啓発

対象と実施主体

- ・ 医療従事者 ⇒ 医師会
(在宅系介護も含む)
- ・ 介護施設 ⇒ ? 意欲あるかかりつけ医
- ・ 地域住民 ⇒ 行政主体
医師会の協力は可能

資料 6

資料 7

医学部での教育

2000年に全国医学部にアンケートが実施されており、基本的には教育カリキュラムに組込まれている。

しかし、実際には低学年で実施されることが多く、内容的にも文系大学の死の講義と大差ない。臨床現場で求められる「死の教育」とは程遠い。また、講義があったかどうかも忘れていている学生も多い。

高学年においても臨床実習の際の担当教官の熱意次第（これは必須ではない）。この部分が国家試験の対象となると意識は格段に高くなると思われる。

<参考>

歯学部では「死の教育」はない。

薬学部でも医学部と大同小異。

看護学部、看護専門学校では医学部以上に取り組んでいる。

Ⅶ 見えてきたこと

1. 国民向けにインパクトのある大々のキャンペーンの展開
2. 外来診療においては、ACP実施に対して診療報酬加算
3. 在宅医増加に向けたさらなる支援
4. 終末期の患者にかかわる医師の法的安全性の保障
5. 介護施設のACPへの取り組みの義務化・実態把握
6. 医学部での「死の教育」のあり方検討

Ⅷ まとめ

- ① 衝撃の東海大学事件から28年が過ぎた。昨年、厚労省から4回目ガイドラインが発出され、その中にACPがしっかりと盛り込まれている。尊厳死やLW、AD法制化の話題が出ては消える中、私たちは何を語ってきたのか。
- ② ACPが有力なツールであることは紛れもない事実ではあるが、「人生会議」の名のもとに独り歩きしているのもまた事実である。
- ③ 医師が一番恐れるのは「刑事事件と報道」である。医師のいう「世間の間にはズレがある」は肝に銘じておかなければならない。
- ④ 今こそ多職種の一員としての医師が、ACPの本来の意味と目的をしっかりと理解し、充実した「人生の最終段階」の実現に向けて国民と目線を合わせて取り組むべきだ。

はじめに

第XⅢ次生命倫理懇談会に対する横倉義武日本医師会長からの諮問は、「今日の医療をめぐる生命倫理－特に終末期医療と遺伝子診断・治療について」であった。

日本医師会は、2008年2月の第X次生命倫理懇談会答申で「終末期医療に関するガイドラインについて」を公表している。しかし、終末期の医療の問題はそれ以後も一層重要な社会的問題となり、特に2010年以降、尊厳死の法制化が政治的課題となっている。また、終末期の高齢者に対する経鼻経管や胃瘻に代表される人工水分・栄養補給法に関して、日本神経学会を中心に6学会が策定した「認知症疾患治療ガイドライン2010」においてもこの問題が大きく取りあげられている。

今回の諮問のもう一つの課題である遺伝子医療に関しても、新しい「無侵襲的出生前遺伝学的検査」の導入を契機として、わが国の出生前診断のあり方、さらに遺伝子診断の商業化の問題が、最近国民の大きな関心を集めている。その意味で今回の諮問は、時宜を得たものといえることができるであろう。

日本医師会 第XⅢ次 生命倫理懇談会

座長	高久史麿	日本医学会会長
副座長	葉袋健	山梨県医師会会長
委員	位田隆一	同志社大学大学院グローバル・スタディーズ 研究科特別客員教授
委員	岩尾總一郎	日本尊厳死協会理事長
委員	大中正光	福井県医師会会長
委員	小山田 雍	秋田県医師会会長
委員	葛田衣重	千葉大学医学部附属病院地域医療連携部 技術専門職員
委員	杉浦真弓	名古屋市立大学大学院医学研究科 産科婦人科学分野教授
委員	鍋島直樹	龍谷大学文学部教授
委員	檜原多計志	共同通信社客員論説委員 25.3.31付辞任
委員	丹羽国泰	前岡山県医師会会長
委員	櫛島次郎	東京財団研究員
委員	福嶋義光	信州大学医学部長
委員	町野 朔	上智大学生命倫理研究所教授

おわりに

終末期医療に関しては、患者・家族が安心して死を迎えるために医師はどのような役割を果たすべきかについて、および尊厳死の法制化の可否についての議論があった。

終末期医療において、医師として第一に尊重すべきは患者本人の意思である。しかし、2013年末現在の日本尊厳死協会が発行するリビング・ウィルの保持者は12万5千人、国民の0.1%しかいない。したがって、日常の臨床では患者の状態が急変し、本人が意思を表示できない状態にしばしば遭遇する状況が十分に想定される。そのような場合には、患者の意思を推定できる家族の意思を尊重することとなる。

家族間で意見が一致しない場合や患者の急変に際して家族が混乱状態にある時に、医師には家族に冷静に判断し、家族と十分に時間をかけて相談し、家族がどのような決定をされても、その決定に寄り添う形で対応することが要求される。終末期の方に医師ができることは、患者の尊厳を守り苦痛を取り除くこと、家族の不安を軽減すること、そして死別という出来事を家族の歴史のひと齣として、また物語としてできる限り苦い感情を残すことなく、後々思い出せるように支援することである。

患者の終末期において、どのような役割と責任を果たすべきか。医師は、終末期の問題を常に心に据えて日常の診療にあたるべきであると考えます。

次に、遺伝子診断・治療については、出生前遺伝子診断、特に今回新たに開発された母体血を用いた出生前遺伝学的検査を中心に議論が行われ、結論として、当分の間、遺伝カウンセリングを十分に行える特定の施設で行うべきであるという結論に至った。さらに、遺伝子診断に関しては、遺伝子診断の商業化が問題となった。そのなかには、科学的根拠が希薄で倫理的にも問題のある検査も少なからずあり、その結果に対する遺伝カウンセリングが全く行われていないことが問題視された。

←

はじめに

AI（人工知能：Artificial Intelligence）は、膨大なデータから特徴、傾向、規則性を見出す技術である。AIには過去3回のブームがあった。1950~60年代の第1次ブームでは論理中心のアルゴリズムであり、パズルやゲームに応用された。1980年代の第2次ブームでは論理だけでなく知識を加えたアルゴリズムだった。感染症診断ソフトなどのエキスパートシステムに応用されたが、誤診の問題があることから、大きく発展することはなかった。第1次および第2次ブームのAIは論理的な演繹的推論を用いていたため、曖昧さを含む現実問題、とくにパターン認識を不得手としたことが、応用技術として限界があった。←

一方、コンピュータ処理能力が大幅な向上により、2010年代に第3次のAIブームが到来した。第3世代のAIは、演繹的推論から統計的推論に転換したが大きな特徴である。さらに大量のデータを深層学習という方法を利用して、パターン認識能力を飛躍的に高めることに成功した。その代償として論理的厳密性を失うことになった。すなわち現在のAIは、統計的な正確さを優先し、一定の論理的誤りを許容することによって発達したといえる(1)。このため深層学習によるAIには、多くの問題点が含まれている。どのようなプロセスで計算が行われているか十分に説明されない、文脈や常識等が十分に考慮されていない、想定外の状況での振る舞いが不明、などのAIのブラックボックス化に対する懸念が強まっている(2)。←

AIにはこうした非無謬性が内在するだけでなく、開発の過程と活用時にもさまざまな倫理的問題が発生する。AI開発に必要なデータ収集のあり方、個人情報保護、インフォームドコンセント、知的財産権のあり方、・・・などがあげられる。活用の際には、AIの責任だけでなく、生命を単なる情報の流れあるいはアルゴリズムとしてとらえることによる人間の尊厳への侵害、差別や格差の拡大、さらに人間の知性の根幹である「なぜ」「どのようにして」を問う力の衰退などが指摘される(3-5)。←

これらの多くの問題点を抱えつつも、最新のAIは、現実問題の原因の推測や解決策の提示に大きな威力を発揮している。医療ではAIを用いたレントゲン診断や内視鏡検査システムが我が国で実用化されており、米国食品医薬品局FDAも2019年以後、30?種類以上のAI医療機器を承認した。AIが医療現場で活用されるにつれ、医師はAIの診断や方針をどのように受け止めて医療に反映するか、患者や家族にどのように説明を行うかも、臨床現場では重要な問題である。←

こうした状況の中、近年、世界各国でAIのあり方を巡る議論が始まった(6,7)。わが国では、総合科学者会議のもとで、人間中心のAI社会原則会議が、これをうけて「社会に適合し、人に寄り添って成長する次世代AI」とされている(9)。医療界の対応も早く、国内外で検討が進められた医師会学術推進会議は、2018年に「人工知能(AI)と医療」(11)を報告してきた。これらの検討をもとにして、生命倫理懇談会では、「医療AIの加速度的な進展をふまえた生命倫理の問題」について、多くの識者の意見を参考に多角的に検討を行った。←

AIにはこうした非無謬性が内在するだけでなく、開発の過程と活用時にもさまざまな倫理的問題が発生する。AI開発に必要なデータ収集のあり方、個人情報保護、インフォームドコンセント、知的財産権のあり方、・・・などがあげられる。活用の際には、AIの責任だけでなく、生命を単なる情報の流れあるいはアルゴリズムとしてとらえることによる人間の尊厳への侵害、差別や格差の拡大、さらに人間の知性の根幹である「なぜ」「どのようにして」を問う力の衰退などが指摘される(3-5)。←

これらの多くの問題点を抱えつつも、最新のAIは、現実問題の原因の推測や解決策の提示に大きな威力を発揮している。医療ではAIを用いたレントゲン診断や内視鏡検査システムが我が国で実用化されており、米国食品医薬品局FDAも2019年以後、30?種類以上のAI医療機器を承認した。AIが医療現場で活用されるにつれ、医師はAIの診断や方針をどのように受け止めて医療に反映するか、患者や家族にどのように説明を行うかも、臨床現場では重要な問題である。←

こうした状況の中、近年、世界各国でAIのあり方を巡る議論が始まった(6,7)。わが国では、総合科学者会議のもとで、人間中心のAI社会原則会議が、これをうけて「社会に適合し、人に寄り添って成長する次世代AI」とされている(9)。医療界の対応も早く、国内外で検討が進められた医師会学術推進会議は、2018年に「人工知能(AI)と医療」(11)を報告してきた。これらの検討をもとにして、生命倫理懇談会では、「医療AIの加速度的な進展をふまえた生命倫理の問題」について、多くの識者の意見を参考に多角的に検討を行った。←

(11)を報告してきた。これらの検討をもとにして、生命倫理懇談会では、「医療AIの加速度的な進展をふまえた生命倫理の問題」について、多くの識者の意見を参考に多角的に検討を行った。←



もしものときのために

「人生会議」

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～

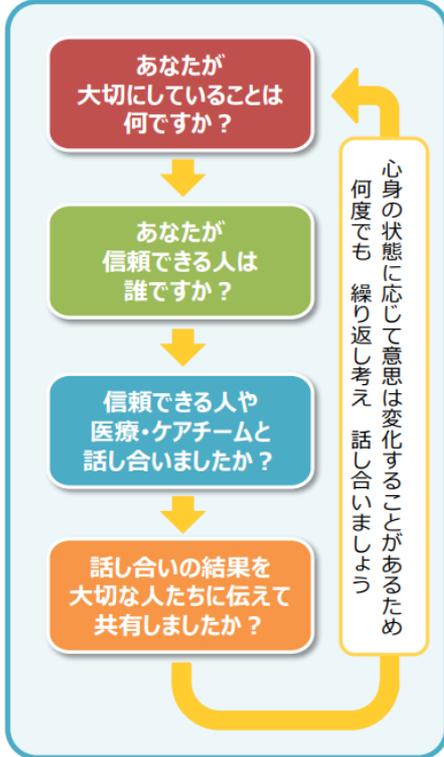
11月30日（いい暮らし・暮取られ）は人生会議の日

話し合いの進めかた（例）

誰でも、いつでも、
命に関わる大きな病気やケガをする
可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、
約70%の方が、
医療やケアなどを自分で決めたり
望みを人に伝えたりすることが、
できなくなると言われています。

自らが希望する医療やケアを受けるために
大切にしていることや望んでいること、
どこでどのような医療やケアを望むかを
自分自身で前もって考え、
周囲の信頼する人たちと話し合い、
共有することが重要です。



もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、
前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組を
「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」
と呼びます。

あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたや
家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

このような取組は、個人の主体的な
行いによって考え、進めるものです。
知りたくない、考えたくない方への
十分な配慮が必要です。



詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html



応募者の想い

- 須藤 麻友さん（聖隷浜松病院 看護師）



「今回愛称を応募したのは、常日頃から医療従事者として大切なのは『患者さんが満足のいく治療や最期を迎えられたかどうか』だと思っていたからです。私は集中治療室で勤務する中で、患者さんともっと終末期における希望を話しておけたら、と思うことがあります。また、医療従事者とだけでなく、家族会議や食卓の場など、身近な場面でも話し合えるくらい浸透して欲しいという強い思いから『人生会議』という愛称をつけました。『縁起でもないこと』と避けるのではなく、『人は皆いつか亡くなる』ということを受け止め、終末期だけでなく、事故などで急に自分が意思表示出来なくなった時に周りの大事な人達が混乱しないようにということも想定して、元気なうちからもしもの時のことについて考えることが根付き、自分の望む最期が迎えられるようになって欲しいと願っています。」

選定委員からのメッセージ

- 内多 勝康さん（国立成育医療研究センターもみじの家ハウスマネージャー、元NHKアナウンサー）



「選定委員会では、様々な視点での意見が活発に飛び交い、座長としては、限られた時間の中で愛称の候補を絞り込むのは難しいのではという心境になるほど密度の濃い議論が交わされました。今回選定委員が大切にしたことは、**人生会議**という名前だけではなくて、ACPの考え方や取組が広まることです。**人生会議**が日常会話の中に浸透していくことを期待しています。」

令和3年度

「人生会議」の普及・啓発のため、在宅医療に従事する医師の高山義浩先生と紅谷浩之先生が経験された様々な実話を基に3つの再現VTRを作成しました。タレントの川島明さんをMC、勝野洋さん・キャシー中島さん夫妻をゲストに、両先生とともに再現VTRを見た上で、「人生会議」について意見交換を行っていただきました。



動画は[こちら](#)



動画は[こちら](#)



動画は[こちら](#)

■ 出演者（敬称略）

川島 明（麒麟）	タレント
勝野 洋	タレント
キャシー中島	タレント

高山 義浩	沖縄県中部病院 感染症内科・地域ケア科 副部長
紅谷 浩之	医療法人オレンジ 理事長

日本医師会の法制化に対する考え方

- 事前指示書の国民への浸透度はまだ低く、死を迎える方の背景は多様で、迎える場所も病院等の医療機関、介護施設、在宅、高齢者住宅等、様々です。このような個別性の高い終末期医療を法制化することに対し、日本医師会としてはもっと慎重であるべきと意見表明しています。
- また、終末期の患者が延命措置を拒否した場合、または患者の意思が確認できない状況下で患者の家族等が延命措置を拒否した場合には、日本医師会を含む関係機関が作成した適切な公的ガイドラインに従うことで、民事上、刑事上の責任が問われない体制を整える必要があると主張しています。

日本医師会生命倫理懇談会答申では

- 法律ではなくガイドラインで終末期医療について一定のルールを定めるのがわが国の大きな特色となっています。現状としては、「ガイドラインを遵守することで法的な免責も受けられることが望ましい」というような状況が実現しているとも言えるとしています。その理由は次の3点です。

第一に、2007以降、射水市民病院事件のような事案をメディアが大きく取り上げるような事態は生まれていないこと。

第二に、NHKで十分なプロセスを経て人工呼吸器を外す場面が放映されても、関係者に対し捜査の動きもないこと。

第三に、この問題で唯一の最高裁判決となった川崎協同病院事件判決（2009年）でも、抜管行為（延命治療の中止）が違法となるのは、終末期であるとの医療的判断に慎重さを欠き、病状・予後について十分な診察をしていないことと、結果的に家族の同意も十分なインフォームドコンセントとはいえなかった場合であると明言されたことがある（逆にいえば、それらが備わった延命治療の中止は適法となるということになる）。

- そして、終末期医療に関する現在の課題として、本人の意思決定とその支援を挙げ、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の重要性を強調しています。

今、進めるべきはACPの普及・啓発

- 患者さんの尊厳ある生き方を実現するためには、患者さんの意思を尊重した医療・ケアを提供することが必要です。
- 現在では、ACPの概念を盛り込んだ取り組みの重要性が、国・医療界を中心に認識され、その普及・啓発に向けた様々な取り組みが行われています。
- 国民の意識に目を移しても、94.7%がACPを(よく)知らないと回答する一方で、ACPに賛成が64.9%(分からないが30.7%)と多数がACPの取り組みに期待を寄せています。
- また、事前指示書の法制化を望む声は、国民が22.4%、医師が21.1%と必ずしも大きいものではなく、現状としては、ガイドラインによる運用の中で十分に行われているとの報告もあります。
- こうしたことから、まずは、国民、医療関係者へのACPの普及・啓発に尽力することが重要であると考えています。

1 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(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。

2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

(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。

(2) 本人の意思の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 家族等がない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。

(3) 複数の専門家からなる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い場合
- ・家族等の中で意見がまとまらない場合や、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い場合

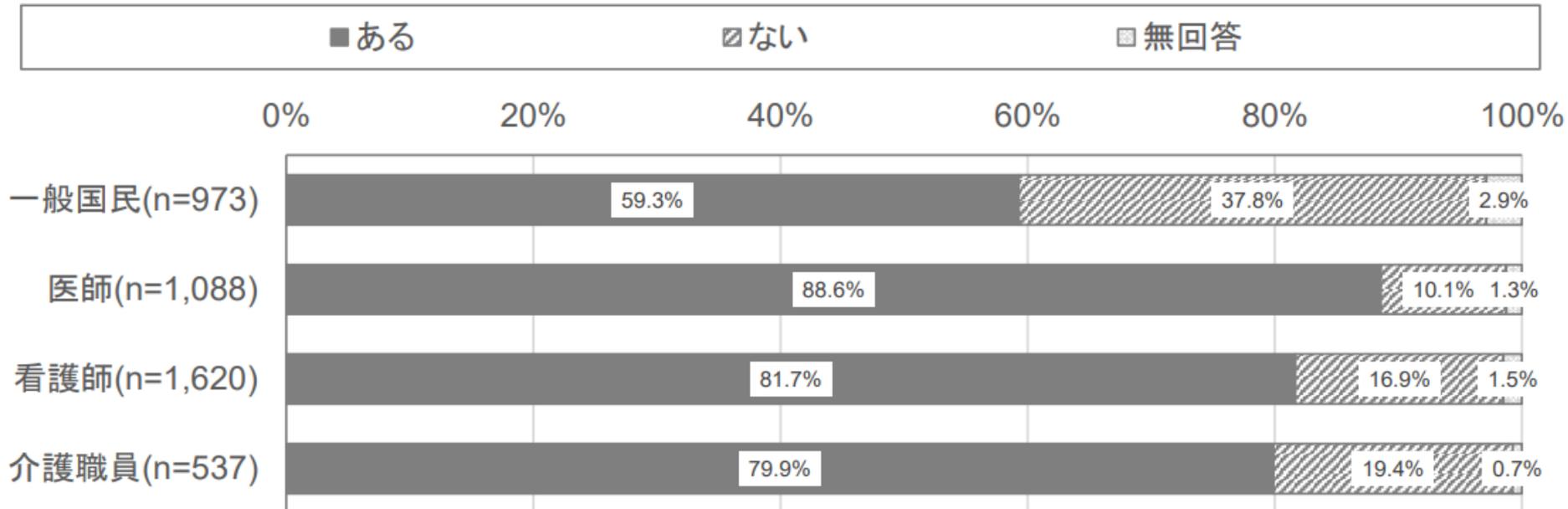
等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

問1 あなたは、人生の最終段階における医療・療養についてこれまでに考えたことがありますか。(〇は1つ)

※「ご家族等」の中には、家族以外でも、自分が信頼して自分の医療・療養に関する方針を決めて欲しいと思う人(知人・友人)を含む。

人生の最終段階における医療・療養について考えたことがある割合は、一般国民では 59.3%、医師 88.6%、看護師 81.7%、介護職員 79.9%であった(図1-1-1)

図1-1-1 人生の最終段階における医療に関する関心



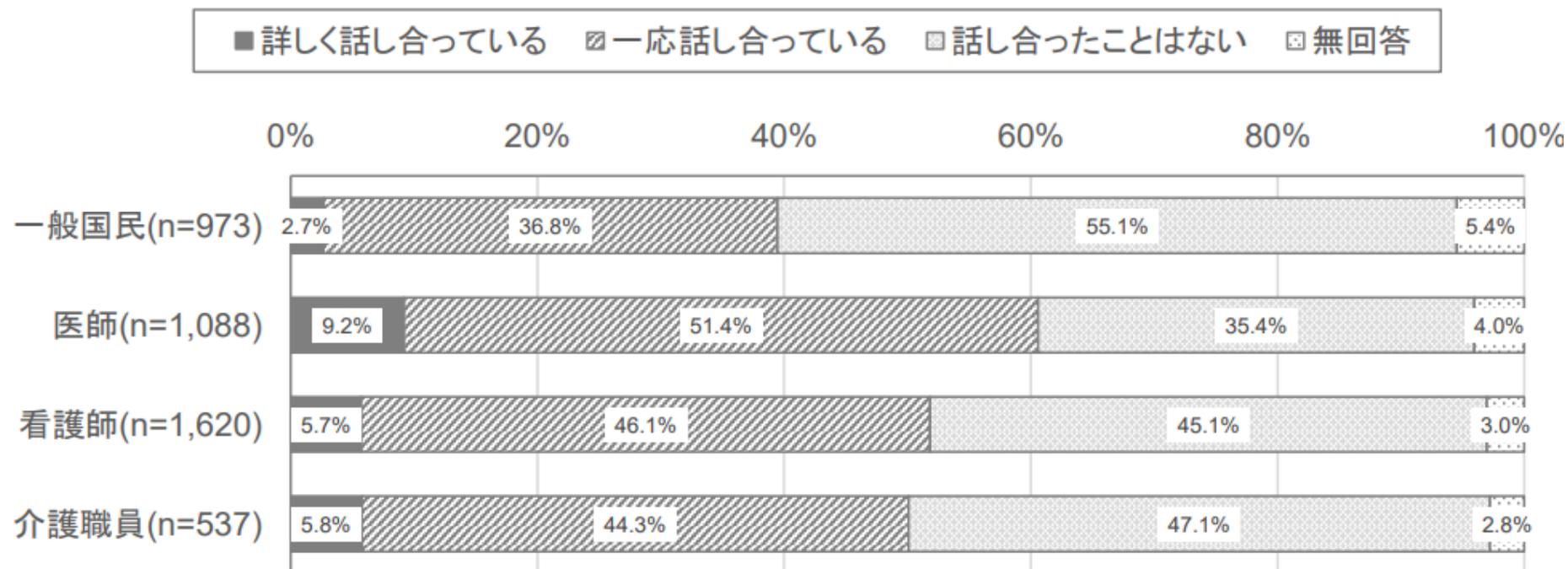
(2) 人生の最終段階における医療について家族等や医療介護関係者との話し合いについて

問2 あなたの死が近い場合に受きたい医療・療養や受けたくない医療・療養について、ご家族等や医療介護関係者とどのくらい話し合ったことがありますか。(〇は1つ)

※「ご家族等」の中には、家族以外でも、自分が信頼して自分の医療・療養に関する方針を決めて欲しいと思う人(知人・友人)を含む。

ご家族等や「医療介護関係者と話し合ったことがある(詳しく話し合っている、一応話し合っている)割合は一般国民では39.5%、医師60.6%、看護師51.8%、介護職員50.1%であった。(図1-1-2)

図1-1-2 人生の最終段階における医療について家族等や医療介護関係者との話し合いについて



The World Medical Association, Inc.

Document no: Title:	MEC 203/Euthanasia-Physician Assisted Dying/Apr2016 Proposed WMA Reconsideration of the Statement on Euthanasia and Physician Assisted Dying 安楽死および医師の支援を受けての死亡に関するWMA再考案	Original: English
Destination:	Medical Ethics Committee 203rd Council Session Sheraton Buenos Aires Hotel, Buenos Aires, Argentina 28-30 April 2016 医の倫理委員会 第203回理事会 シェラトン・ブエノスアイレス・ホテル ブエノスアイレス、アルゼンチン 2016年4月28-30日	Action(s) required: For consideration
Note:	本文書は、カナダ医師会とオランダ医師会によって提出された。	
Summary:	At the WMA-meeting in Oslo, April 2015, the Medical Ethics Committee (MEC)	

8. The WMA does not support euthanasia or physician assisted suicide, but WMA does not condemn physicians who follow their own conscience in deciding whether or not to participate in these activities, within the bounds of the legislation, in those jurisdictions where euthanasia and/or physician assisted dying are legalized.

WMAは安楽死や医師の支援を受けての自殺を支持するものではないが、安楽死もしくは医師の支援を受けての死亡またはその両方が合法化されている法域（国）で、法律の範囲内で、こうした行為に関与するか否かの決定に際して、自らの良心に従うことを望む医師を、非難することはない。

9. No physician should be forced to participate in euthanasia or assisted suicide against their personal moral beliefs. Equally, no conscientiously objecting physician should be forced to refer a patient directly to another physician. Jurisdictions that legalize euthanasia or physician assisted suicide must provide mechanisms that will ensure access for those patients who meet the appropriate requirements. Physicians, individually or collectively, must not be made responsible for ensuring access.

医師がその個人的な道徳的信念に反して安楽死や支援を受けての自殺への関与を強制されることは、一切あるべきではない。同様に、良心的に反対な医師が患者を別の医師に直接紹介するよう強制されることは、一切あるべきではない。安楽死や医師の支援を受けての自殺を合法化している法域（国）では、適切な必要条件を満たしている患者が確実にアクセスできる仕組みが提供されなくてはならない。医師は、個人としても集合体としても、アクセス確立の責任を負わされることがあってはならない。

カナダの安楽死 Q & A

**Q1. 安楽死を行える医師は決まっている？
町医者や小さなクリニックでもできる？**

A オンタリオ州なら州に登録している医師または上級看護師なら誰でも行えます。カナダでは高度医療にかかる前にかかりつけ医（家庭医）の診断が必要で、まずはかかりつけ医を探します（ただし「walk in」という病気の時に誰でもかかれるクリニックはある）。安楽死したいからと急にその辺の町医者やクリニックで行うことは考えられませんし、安楽死を希望するほどの患者は専門医にかかっているはずで、専門医に伝える人が多いでしょう。

Q2. 医師や看護師に安楽死を拒否されたら？

A 医師や看護師だけでなく、説明を担うソーシャルワーカーなど誰でも拒否ができます。安楽死を施すつもりがない医療者や、かかりつけ医師が安楽死を実施してくれない場合には、コーディネーションサービスという州のサービス（2017年3月開始）に電話などで相談すると、安楽死を実施する医師や上級看護師を紹介してもらえます。この電話は通訳を頼むこともできます。

**Q3. 安楽死の方法は直接（自分で服薬）と、
間接（医療者が薬剤を投与）があるが、カナダではどちらが多い？**

A 2018年1月から10月末までの10カ月で行われた2,615件のうち、処方した薬を本人が摂取する方法は1件のみ。

■ 世界の安楽死概観 Ver.2

Q 安楽死とは何ですか？

A

安楽死とは、おおむね、積極的安楽死もしくは医師自殺幫助、あるいはその両方の意味で用いられています(図 1)。

積極的安楽死 (Active Euthanasia)	医師自殺幫助 (Physician Assisted Suicide)
医師などが患者に致死薬を注射することなどによって患者の命を直接的に終わらせること	医師が薬物を処方したり提供したりすることによって、患者が自殺するのを助けること
・ 欧米では自殺という言葉に否定的な意味合いがあるとして、Medical Assisted Dying等と称されることが多い	

図 1 安楽死とは

積極的安楽死とは、医師などが致死薬を注射することなどによって、患者の命を直接的に終わらせることです。医師自殺幫助は、医師が薬物を処方したり、提供したりすることによって、患者が自殺するのを助けることです。欧米では「自殺」という言葉を使うことが好まれないため、別の言葉で表現されることが多くなっています。また、致死薬を準備して患者の死を介助するのが医師だけでない場合もあることから、近年では、医療的幫助自殺などと呼ばれることもあります。例えば次のような表現が使われています(表 1)。

1 積極的安楽死のみ容認されている国・地域	カナダ・ケベック州、コロンビア
2 医師等自殺幫助のみ容認されている国・地域	米国の一部州： オレゴン州 ワシントン州 バーモント州 カリフォルニア州 コロラド州 コロンビア特別区 ハワイ州 モンタナ州(判例) ニュージャージー州 メイン州 スイス(刑法解釈)
3 両方が容認されている国・地域	オランダ、ベルギー、ルクセンブルク カナダ連邦 豪ビクトリア州

図2 安楽死を法的に容認している国や地域

■ 世界の治療中止に関する法制度概観

Q 治療中止に関する法律とはどのような法律ですか？

A

おおむね、事前指示に関する規定が含まれる法律です。事前指示 (Advance Directives, AD) の内容は、将来、自分で判断できなくなった場合に備えて、特定の治療を受けたくない、あるいは、受けたいといった希望をあらかじめ示しておく「リビング・ウィル」や自分の代わりに治療に関する判断をしてくれる人を示しておく「医療代理人指名」です。

このような患者の事前指示に基づき、医師は、特定の治療を差し控えたり、中止したりすることができます。患者の事前指示が効力を発する（治療中止が考慮される等）状況を、終末期の疾患に限定する国や地域もあれば、遷延性意識障害に適用する国や地域もあります。

法律は主に、次のような内容を規定しています。

- 指示内容について
生命維持治療を含むあらゆる治療に関する希望（受けたい・受けたくない）、作成できる人、証人の必要性、代理人の指名等（国によっては拒否できる治療に ANH が含まれない場合もある。緩和ケアや快適さを保つケアは拒否できない）
- 事前指示が適用される条件
末期の疾患で回復不可能・死が間近／遷延性意識障害／判断能力を喪失
- 患者の事前指示に従って治療を差し控え・中止した医師の免責
- 医師の患者の指示に従う義務と良心的拒否事項

地域	具体的な国・州
北米	米国 50 州・1 特別区、カナダ連邦の一部州
欧州	イングランドおよびウェールズ、デンマーク、フィンランド、オーストリア、オランダ、ベルギー、ハンガリー、スペイン、ドイツ、スイス、イタリア
アジア・太平洋	シンガポール、台湾、タイ、韓国、インド（最高裁判決） 豪州の一部州・特別区

図3 事前指示を法制化している主な国や地域

(田中美穂, 児玉聡. 第九章 生命維持治療の中止をめぐって. In 終の選択—終末期医療を考える. 勁草書房. 2017年, 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, 林かおり. ヨーロッパにおける患者の権利法. 外国の立法. 2006; 227: 1-58, ESF Exploratory Workshop Advance Directives: Towards a Coordinated European Perspective? Institute of Biomedical Ethics, University of Zurich, Switzerland. Country Reports on Advance Directives. 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))

安楽死をめぐる昨今の状況

2021年9月16日、オーストラリアのクイーンズランド州議会で自発的臨死介助法案が可決された¹。2021年3月には、スペイン議会が安楽死法を可決し、6月25日に発効した。2020年10月には、ニュージーランドで国民投票が行われ、賛成多数で安楽死が合法化されることになった。このように、近年、特に2000年代後半以降、欧州の一部の国、北米や大洋州の一部の国や地域等で、安楽死に関する法律が制定される事案が続いている。

安楽死の定義

Medical Ethics: A very short introduction の第2版によると²、安楽死の定義をする際、次のように分類している(図1)。臨死介助(Assisted dying)には、安楽死、自発的安楽死、非自発的安楽死、反自発的安楽死、そして、治療の差し控えと中止、自殺、介助(幫助)自殺、医師介助(幫助)自殺がある。医療行為に関連するさまざまな形の臨死介助に共通するのは、医師の行為が患者の利益のためであること、あるいは、能力のある患者が治療を拒否することである。

Assisted dying 用語と定義

安楽死

Euthanasia

XはYの利益のために意図的にYを殺す行為を実行する

自発的安楽死

Voluntary euthanasia

判断能力のあるYが死に至る行為を要請する場合の安楽死

非自発的安楽死

Non-voluntary euthanasia

Yに死に至る行為の選好を表明する判断能力がない場合の安楽死
例) Yが重度障害を有する新生児

反自発的安楽死

Involuntary euthanasia

Yの意思に反するにもかかわらず、Xは安楽死を実行する

治療の差し控え

Withholding treatment

治療中止

Withdrawing treatment

自殺

Suicide

介助自殺

Assisted suicide

医師介助自殺

Physician-assisted suicide

図 1 臨死介助に関する言葉と定義^{2, 3}

いま、考えなければいけないこと

少子化の進展



労働力人口の減少



給与水準の低下・保険料負担の増大

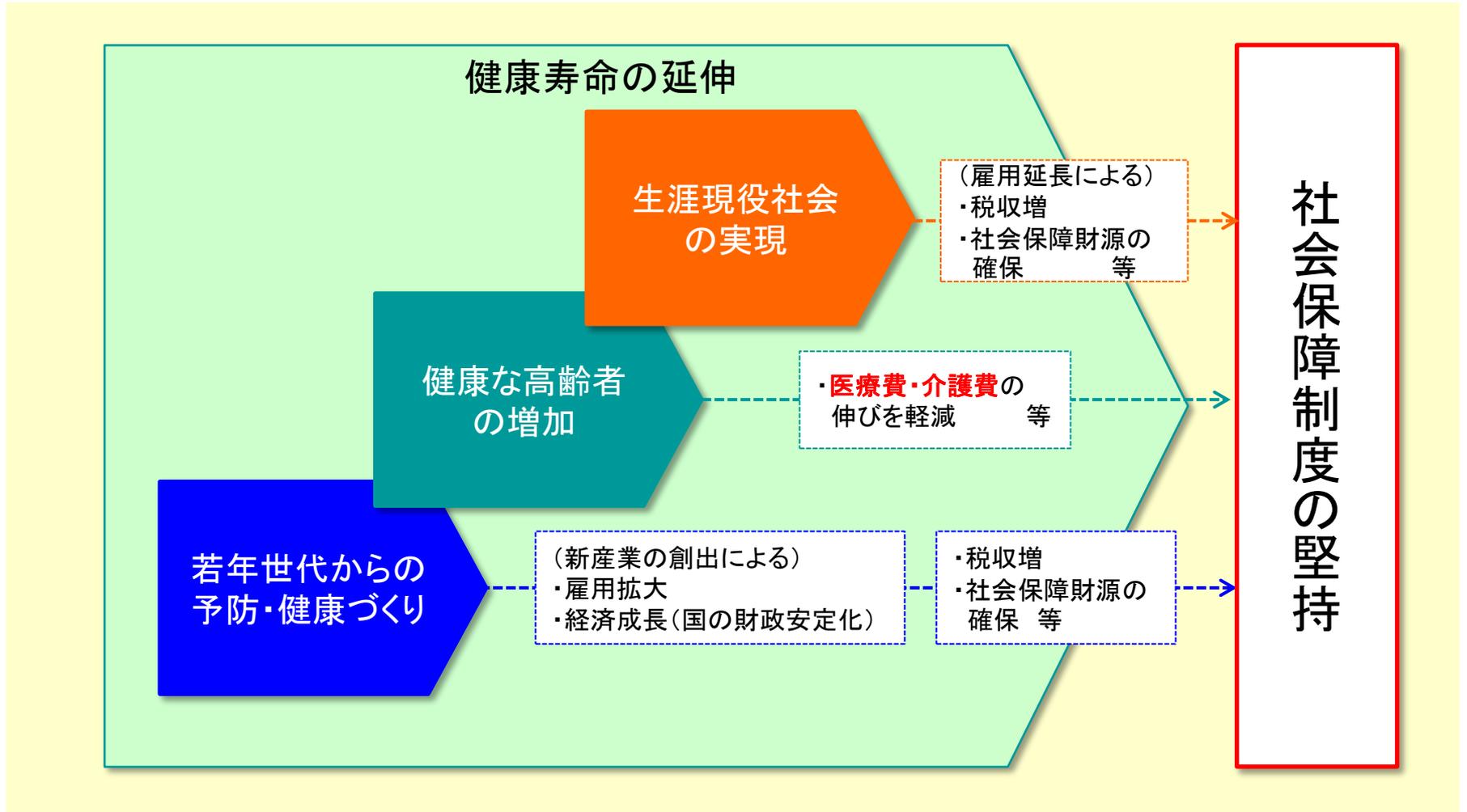


どうやって若年世代の負担を減らし、
社会保障制度を守っていくか

健康寿命を延伸し、
元気な高齢者が活躍できる社会へ



「健康寿命の延伸」がもたらすもの



かかりつけ医の重要性

社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月6日)より (抜粋・要約)

- ・ 介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、**かかりつけ医の役割が改めて重要**となる。
- ・ フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図る必要がある。
- ・ 大病院の外来は紹介患者を中心とし、**一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須**。

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

— 日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）（抜粋） —

「かかりつけ医」とは(定義)

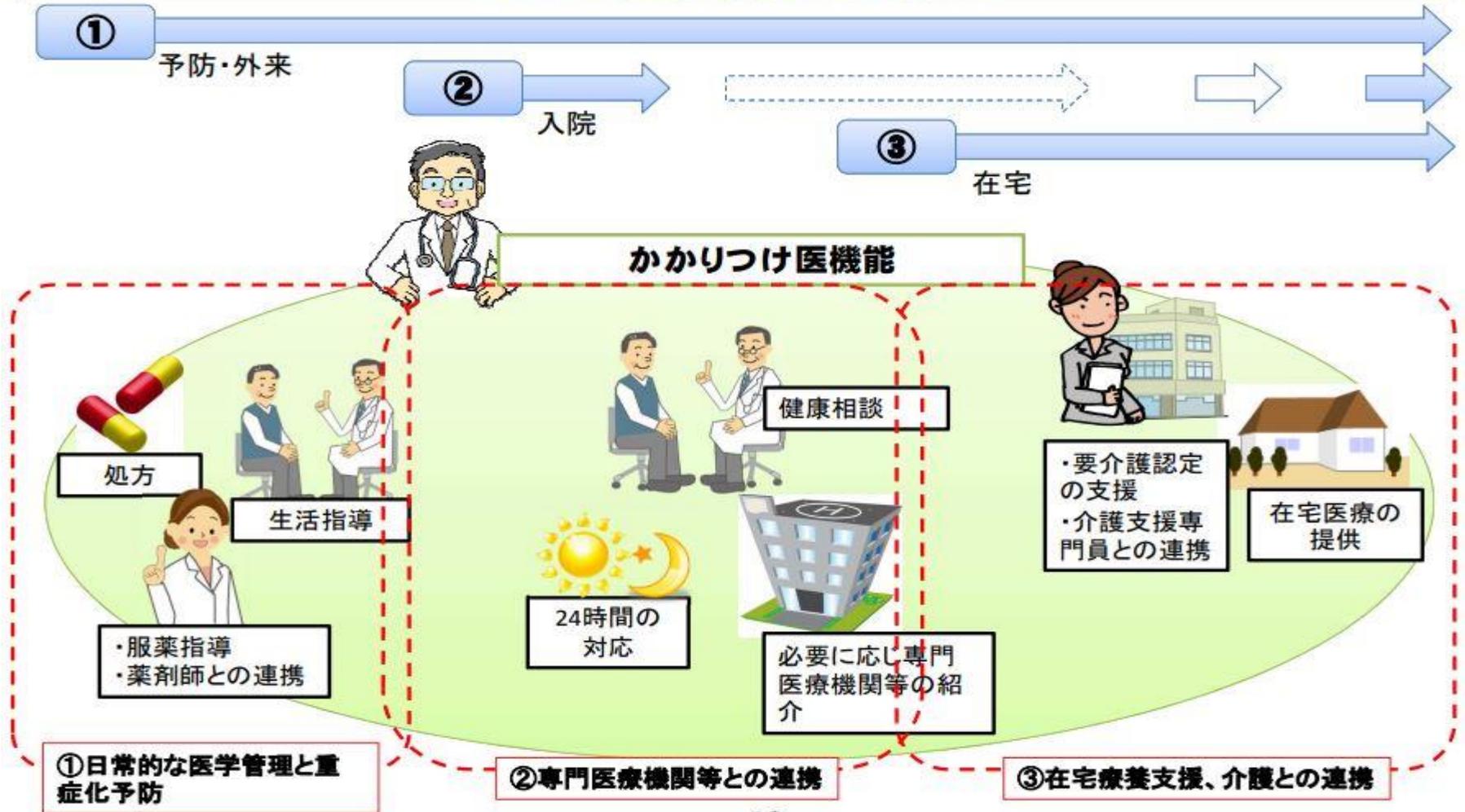
なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「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に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。

17

かかりつけ医機能のイメージ（案） ～生活習慣病を有する患者の例～



10

出典：中医協 総-1 30. 1. 10 外来医療(その4)

かかりつけ医機能評価の充実

かかりつけ医機能をより一層推進する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関の評価や保険者との連携に係る取扱い等を見直し。

- 末期のがん患者についてケアマネージャーと在宅主治医との連携を強化



連携

訪問診療
への移行



- 外来から訪問診療に移行した患者への在宅医療の提供実績の評価



- かかりつけ医とかかりつけ歯科医の間の情報共有の評価

情報共有
・連携



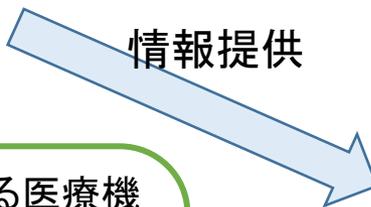
情報共有
・連携



- がん患者に対しての治療と仕事の両立のために産業医と情報共有・連携を評価



情報提供



- かかりつけ医機能を有する医療機関における初診機能の評価
- 地域包括診療料(※)等の施設基準の緩和
(※)複数の慢性疾患を持つ患者に対する継続的で全人的な医療を行うことを評価
- 小児かかりつけ診療料の算定要件の緩和

- 生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目(様式)に、保険者からの依頼に応じて情報提供を行うことを要件化

かかりつけ医の機能

かかりつけ医は、就業形態や診療科を問わず、「医療的機能」及び「社会的機能」の両方を有する。

医療的機能

日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、自己の専門性に基づき、医療の継続性を重視した適切な診療を行い、自己の範疇を超える様々な診療科にわたる広い分野において、地域における連携を駆使して、的確な医療機関への紹介（病診連携・診診連携）を行い、患者にとって最良の解決策を提供する。

自らの守備範囲を医師側の都合で規定せず、患者のもちかける保健、医療、福祉の諸問題に、なんでも相談できる医師として全人的視点から対応する。

社会的機能

日常行う診療の他には、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に理解を示す。

イギリスのGP (General Practitioner) の機能

※ General Physicianではない！

日本では、
行政が担う

費用対効果
の評価

多職種連携
の司令塔

日本では、
明確な担当
は不在

日本では、
分業化された
複数の窓口が
存在

住民の
生活相談
窓口

地域の健
康・医療
評価

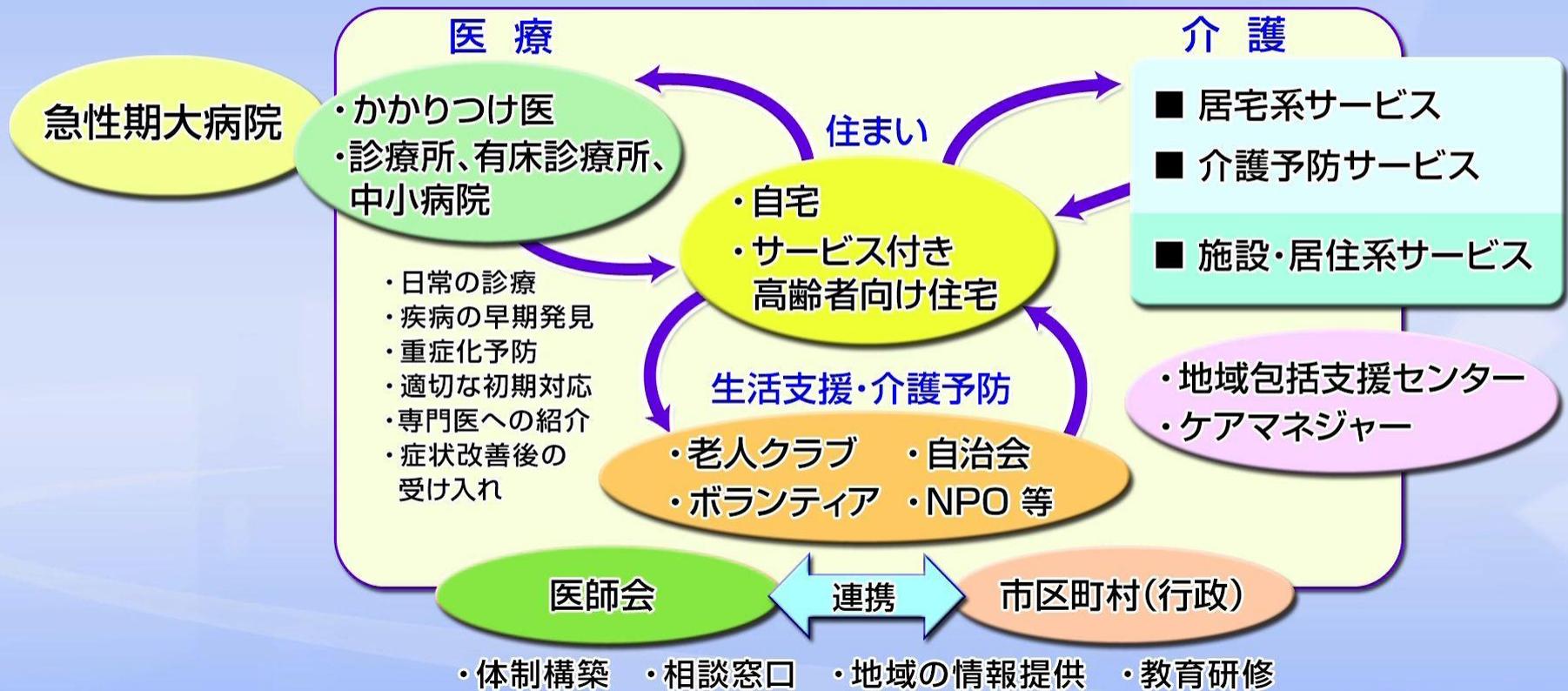
郡市区医師会

日本では、
かかりつけ
医が担う

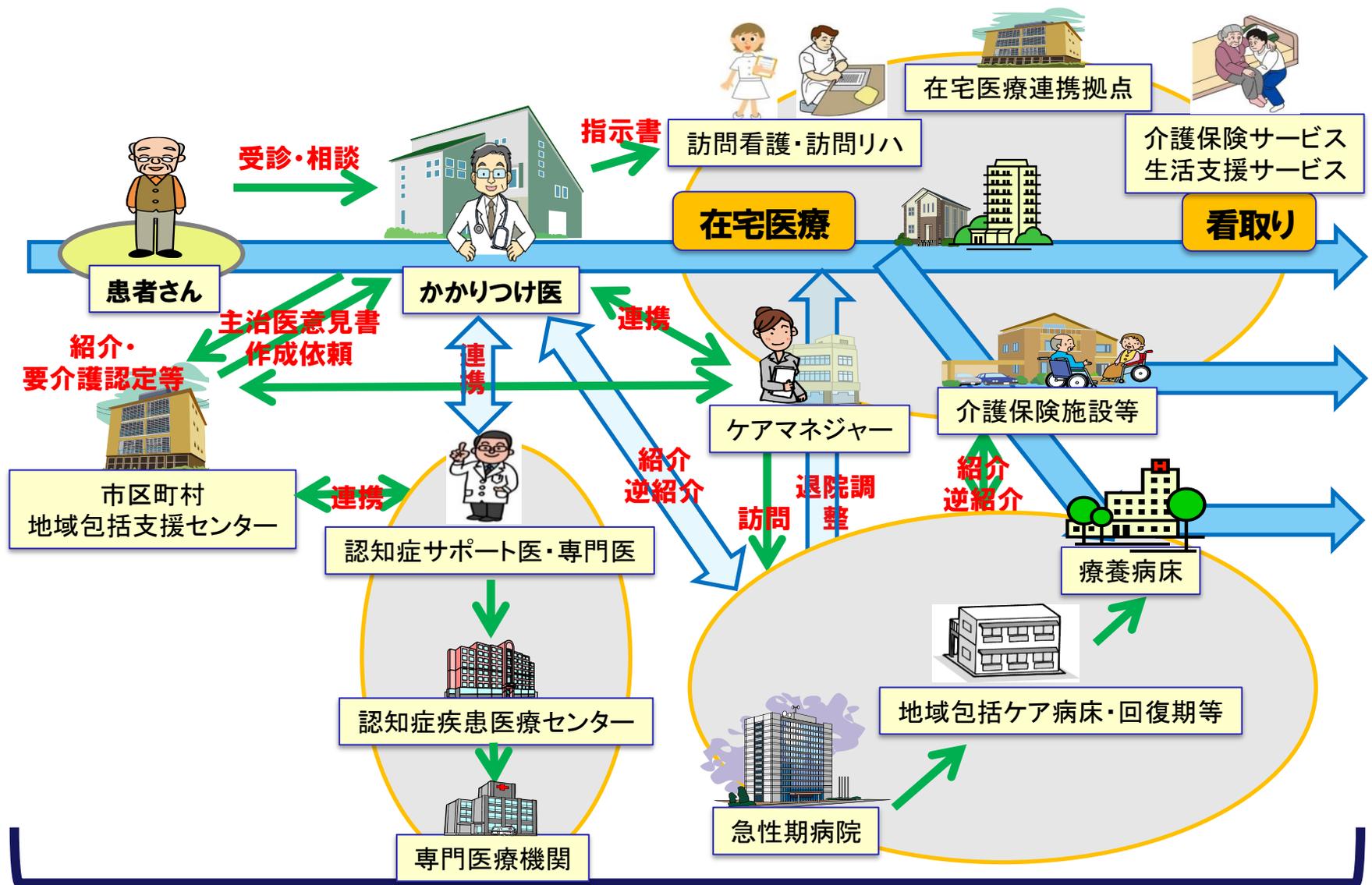
1次医療
※予防を含める

日本では、
医療機関や
保健所が
担う

地域包括ケアシステムの姿



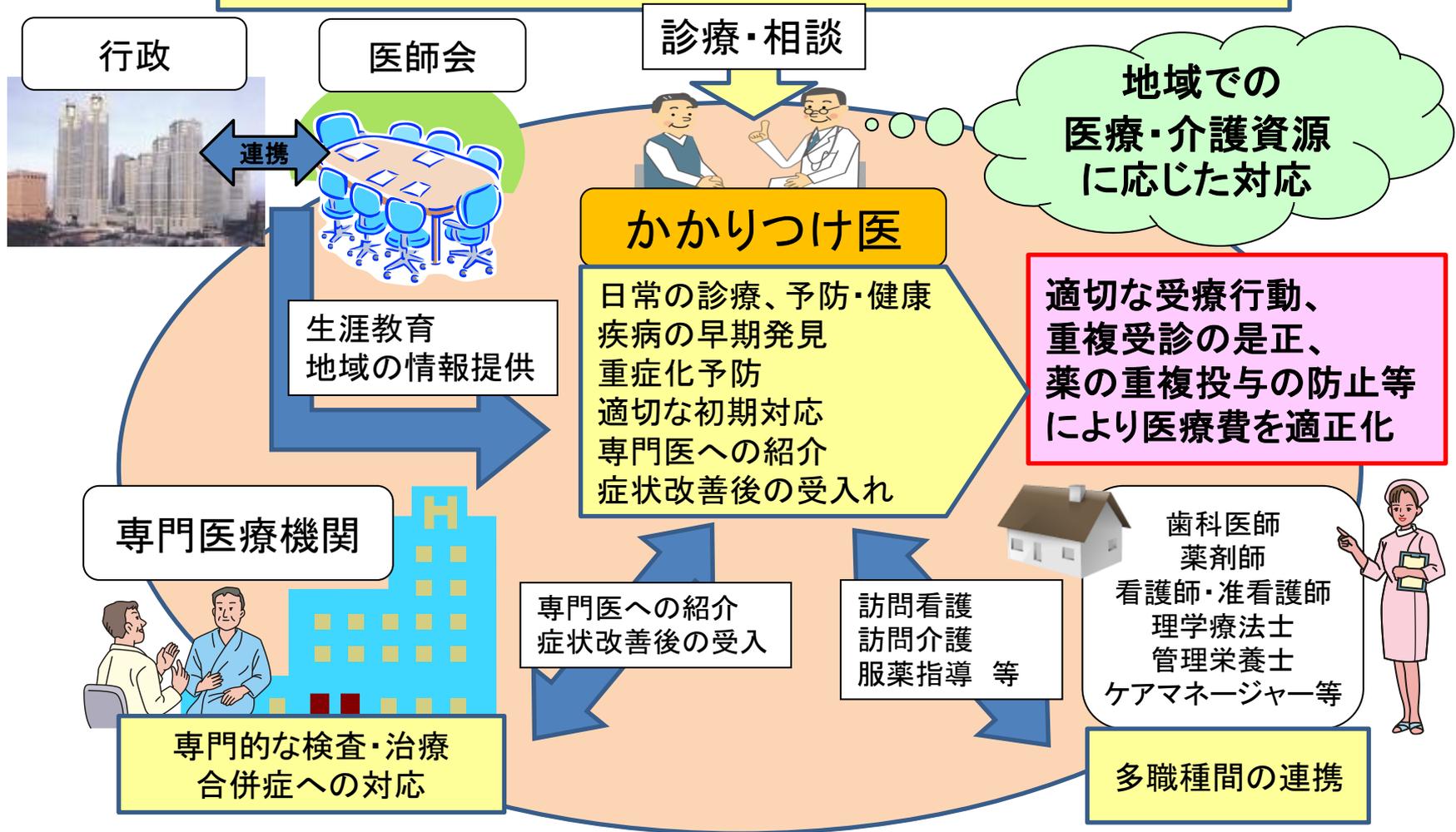
平成25年3月 地域包括ケア研究会報告書より改変



行政・医師会による地域の実情に応じた体制整備（地域包括ケアシステム）

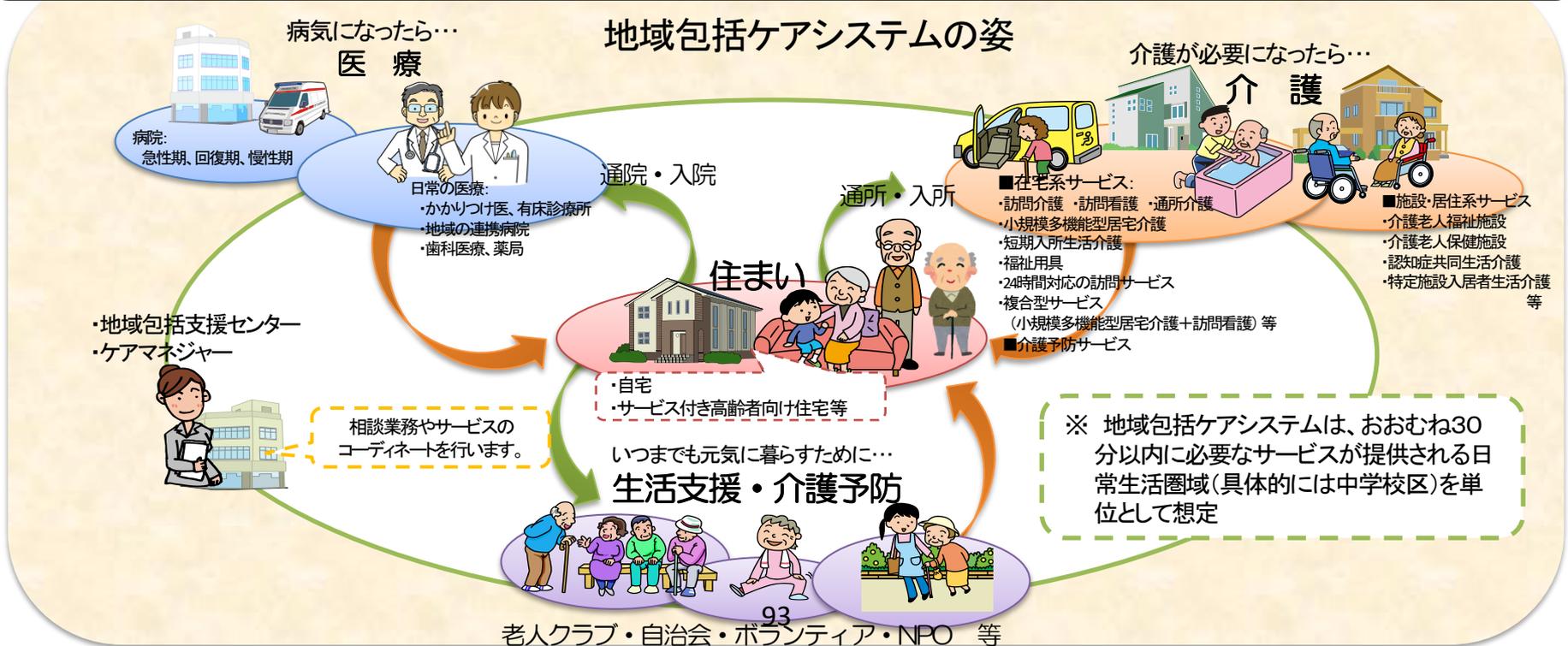
かかりつけ医を中心とした 「切れ目のない医療・介護」の提供

患者・国民からの健康にかかわる幅広い問題



地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の進捗状況及び今後の方向性

策定経緯・取り巻く状況

- 高齢者の4人に1人が認知症またはその予備軍とされ、今後も増加が見込まれる。
- 2014年の認知症サミット日本後継イベントにおいて、安倍総理の指示を受け2015年1月に新オレンジプランを策定。

進捗・取組状況

- 2017年7月に改定した数値目標（2020年度末）は15項目設定（次ページ）
 - 認知症サポーターの養成 : 1066万人（2018年9月末）
 - 認知症サポート医の養成 : 8000人（2018年3月末）
 - 認知症初期集中支援チームの設置 : 1736市町村（2018年11月末）
 - 認知症カフェの設置 : 1265市町村（約6千カ所）（2018年11月末） など
- 認知症サポーターの養成について、大人だけでなく小中学生にも広げると共に、認知症の方に関わることの多い業界（金融機関、交通機関、マンション管理など）でも拡大
- 本人・家族視点を重視した、認知症の当事者・家族の方による発信の拡充、社会参加の推進
- 成年後見制度利用促進基本計画に基づく施策の着実な推進
「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を策定
- 新オレンジプランを契機に新たな取組を開始した自治体も多く、認知症の方とその家族を支援する地域資源は着実に増加

今後の方向性

- 厚生労働省が中心的役割を担い、引き続き「共生」を重視しつつ、「予防」の取組も一層強化し、車の両輪として取り組む。

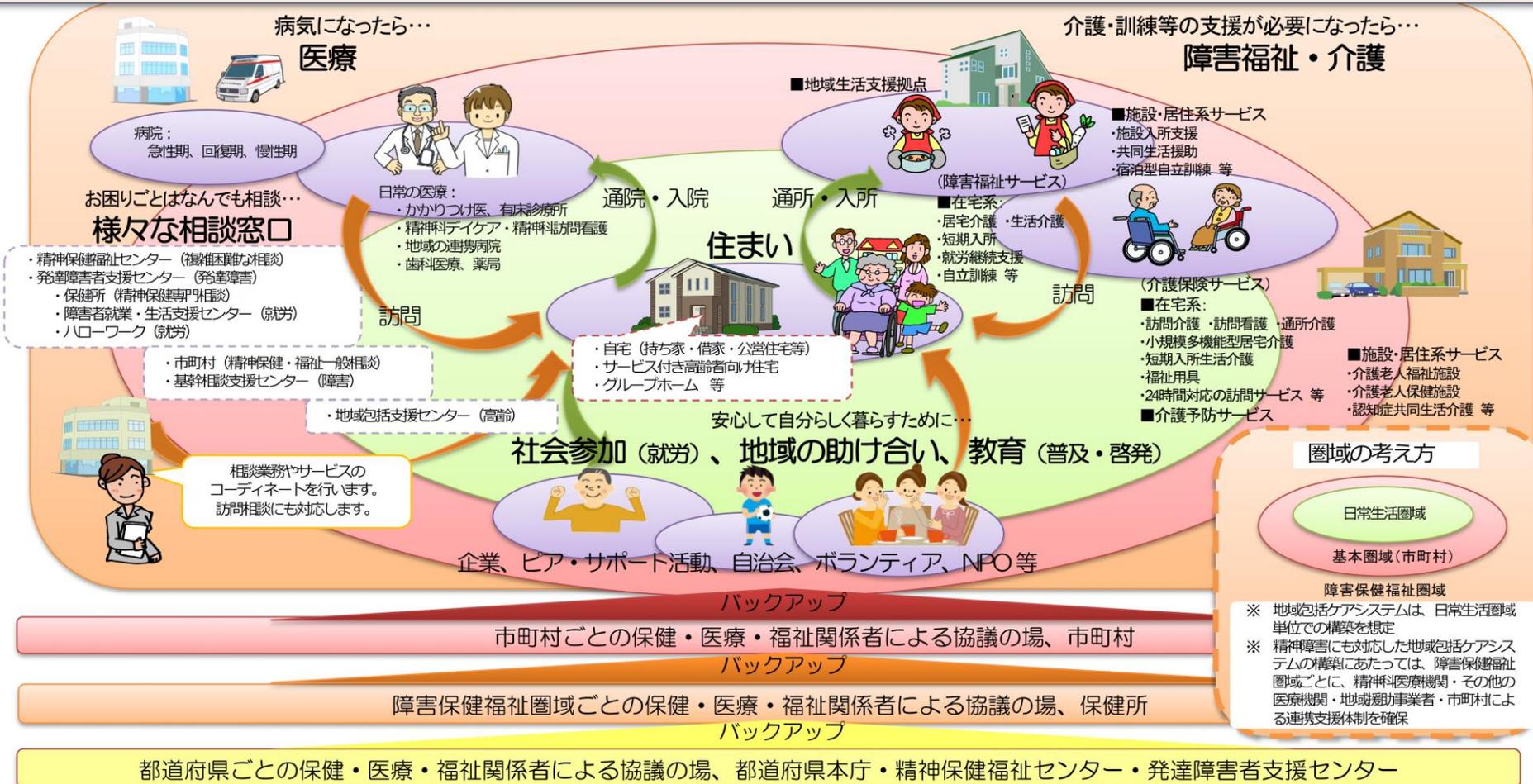
共生



予防

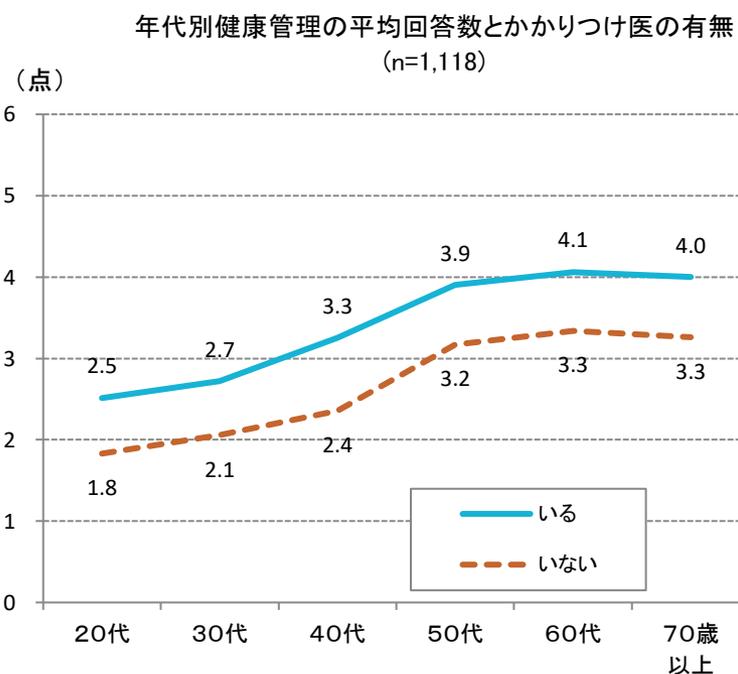
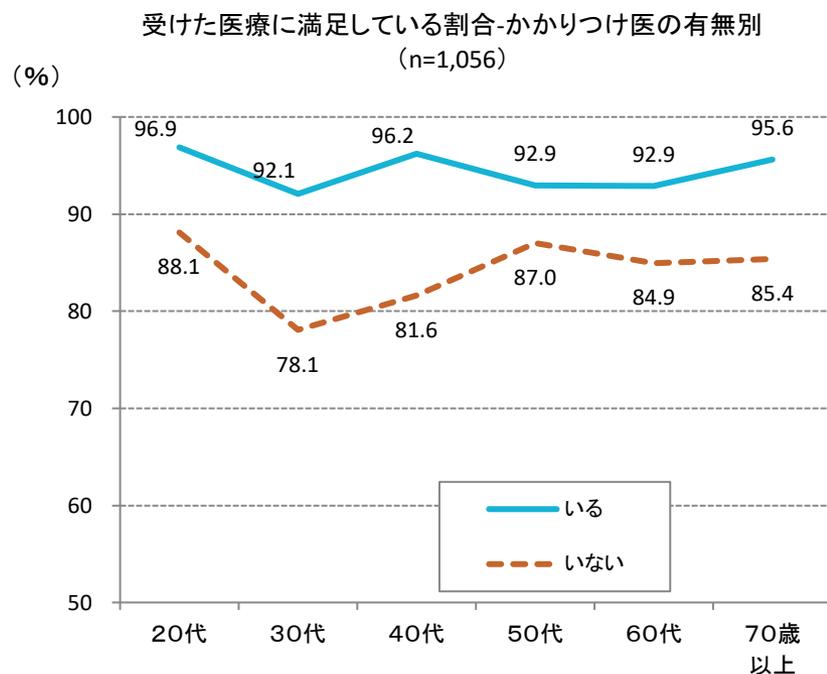
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労)、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



かかりつけ医の有無で満足度も健康管理も変わる

- かかりつけ医がいる人ほど、全ての年齢階層において、受けた医療への満足度は高く、「栄養バランスのとれた食生活に気を付ける」など健康のために日常的により多くのことに気を付けている
- 国民の健康増進のためにもより多くの人がかかりつけ医を持てることが重要



日医かかりつけ医機能研修制度

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。

【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
(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

【2016年度】

9,391名受講

【2017年度】

9,712名受講

【2018年度】

10,609名受講

【2019年度】

6,325名受講（於：日本医師会館）



今後、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をお願いしたい。

日医かかりつけ医機能研修制度

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。

	2019年度	2020年度	2021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生活期リハビリテーションの実際	(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)かかりつけ医の社会的処方	(2)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	(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)在宅リハビリテーション症例	(3)地域連携症例

(平成31年2月一部変更)

国民への普及とかかりつけ医機能の強化

- ◆ かかりつけ医には地域包括ケアシステムにおける要の役割が期待される。
- ◆ 日常的な健康管理等を通じた健康寿命の延伸に果たす役目も大きい。

日本医師会では、国民の皆さまに、かかりつけ医のことをより知って頂くための「普及」と、多くの医師がこれまで以上にかかりつけ医機能を発揮できるような「強化」の両面から取り組みを進めている。

国民への普及

かかりつけ医とはどのような医師であるか、また、かかりつけ医を持つと、どのようなメリットがあるのかといったことを知って頂くために、新聞広告やホームページ、ポスター等を活用した啓発活動を行っている。かかりつけ医が果たしている役割をより身近に感じていただければと思っている。



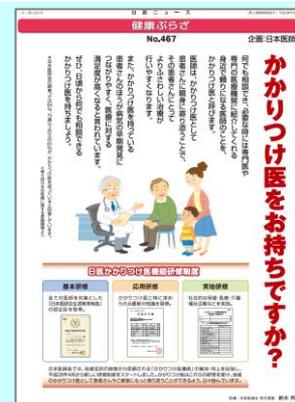
2016年12月17日 朝日新聞
プロスケーター 鈴木明子さん

これからは、医療と介護で
まちづくり
「私のまちのかかりつけ医」

かかりつけ医を持った国民の声」として、一般の方、タレント、スポーツ選手などインタビュー記事掲載。



2018年1月28日 日経新聞
タレント 浅尾美和さん



地域課題に取り組む地域ケア会議

- 地域包括支援センターまたは市町村が主催
- 個別ケースの地域ケア会議を重ねる中で浮かび上がる**地域課題**に対する
 1. インフォーマルサービスや地域の見守りネットワーク等の地域に必要なだと考えられる資源を開発する「**地域づくり・資源開発機能**」
 2. 地域に必要な取り組みを明らかにして、施策や政策を立案・提言していく「**政策形成機能**」
- エリア設定、課題、参加者選定が重要
 - 日常生活圏域、市町村、市町村をまたぐ地域など
 - 課題に応じた参加者選定（行政、医療関係者等）

かかりつけ医としての関わりのポイント

1. 認知症高齢患者の周辺症状の増悪に対しては、その原因のアセスメントと環境整備・薬剤使用を含む適切なマネジメントが必要
2. 医療・介護サービスの利用で対応できない問題が生じた場合には、地域包括支援センターやケアマネジャーに相談することが有効
3. 個別ケースの地域ケア会議が開催された場合は極力参加しかかりつけ医としての情報提供を実施
4. 地域課題の地域ケア会議については、地域のかかりつけ医としての専門的知見を積極的に提示

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。)

今後の日医の取り組み

- 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に関するパン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
 - 家庭医
 - 総合医
 - 総合診療専門医
 - GP
 - プライマリケア医
 - 在宅主治医 など
-
- 機能としては、疾患の区別なく総合的に、その人(病気、精神)、社会(地域)まで見る医師と考える。
 - そのかかりつけ医機能が、医師一人で実践するのか？ 日本医師会は、この機能が専門医間の連携で可能として、患者の複数医師フリーアクセス制限しない。
 - 専門性の高い単科、たとえば皮膚科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科などの専門医がイメージするかかりつけ医はなにか？

事前にいただいた質問

「人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続き」

- ガイドラインにおいて「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」たうえで「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」とされている。
-
- 意思決定支援は、ケアチームが必ず一堂に会して話し合わなければならないか。
- また、参加する場合、医師の代理として看護師等を参加させてもよいか。
- 診療情報提供書・訪問看護指示書・訪問看護報告書・診療情報提供書などの既存の書類や、オンラインによるケース会議、患者情報共有システムを用いての情報共有でもよいか。
-

「方針の決定」

- 「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」とある
- が、この記録の残し方は、診療記録、看護記録、支援記録、リビング・ウィル（リンク
- パスポートに保管）、オンライン上の掲示板等の会話記録、Zoomなどの音声や動画の記録も相当するか。

「外部専門家の助言について」

- 外部専門家とは医療倫理の精通者や国が行う研修会の修了者などが想定されている。
 - この研修会とは、国立長寿医療研究センターのACPに関する研修と考えるが、この研修会以外に該当する研修等はあるか。
- この「外部専門家の助言を得る」ことは、基本的には診療所をはじめとするケアチームが行うと読めるが、医師会が用意して支援する形はいかがか？
- 在宅医療委員会内の「意思決定支援に関する検討会のメンバー」は該当するか？
-
- 別途設置される話し合いの場は、あくまでも、本人、家族等、医療・ケアチームの間で、人生の最終段階における医療・ケアのためのプロセスを経ても合意に至らない場合、例外的に必要とされるものです。第三者である専門家からの検討・助言を受けて、あらためて本人、家族等、医療・ケアチームにおいて、ケア方法などを改善することを通じて、合意形成に至る努力をすることが必要です。第三者である専門家とは、例えば、医療倫理に精通した専門家や、国が行う「本人の意向を尊重した意思決定のための研修会」の修了者が想定されますが、本人の心身の状態や社会的背景に応じて、担当の医師や看護師以外の医療・介護従事者によるカンファレンス等を活用することも考えられます。

- グリーフケアについて、国のガイドラインでは人生の最終段階における医療・ケアのあり方のなかに「家族等に対するグリーフ・ケアに配慮する」と明記しているが、羽鳥先生のグリーフケアに関する考え方は？

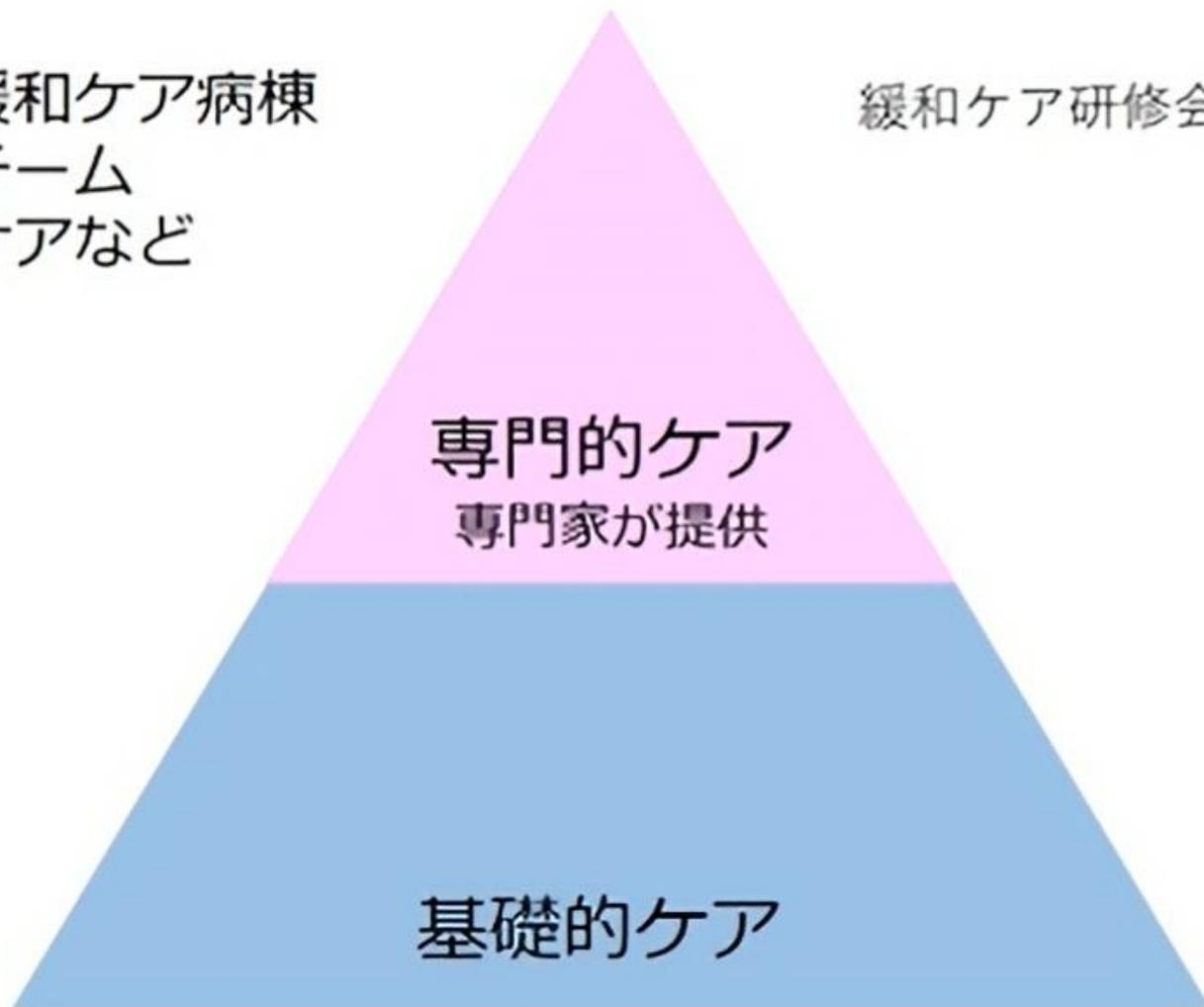
グリーフケアは医療者の重要な役目

- 基礎的な緩和ケアは全ての医療者が行う
- 緩和ケアにはグリーフケアも含まれる
- それぞれの医師が死亡診断時の場面もグリーフケアを提供する機会であると認識し、場に適した立ち居振る舞いを考える

緩和ケアの分類

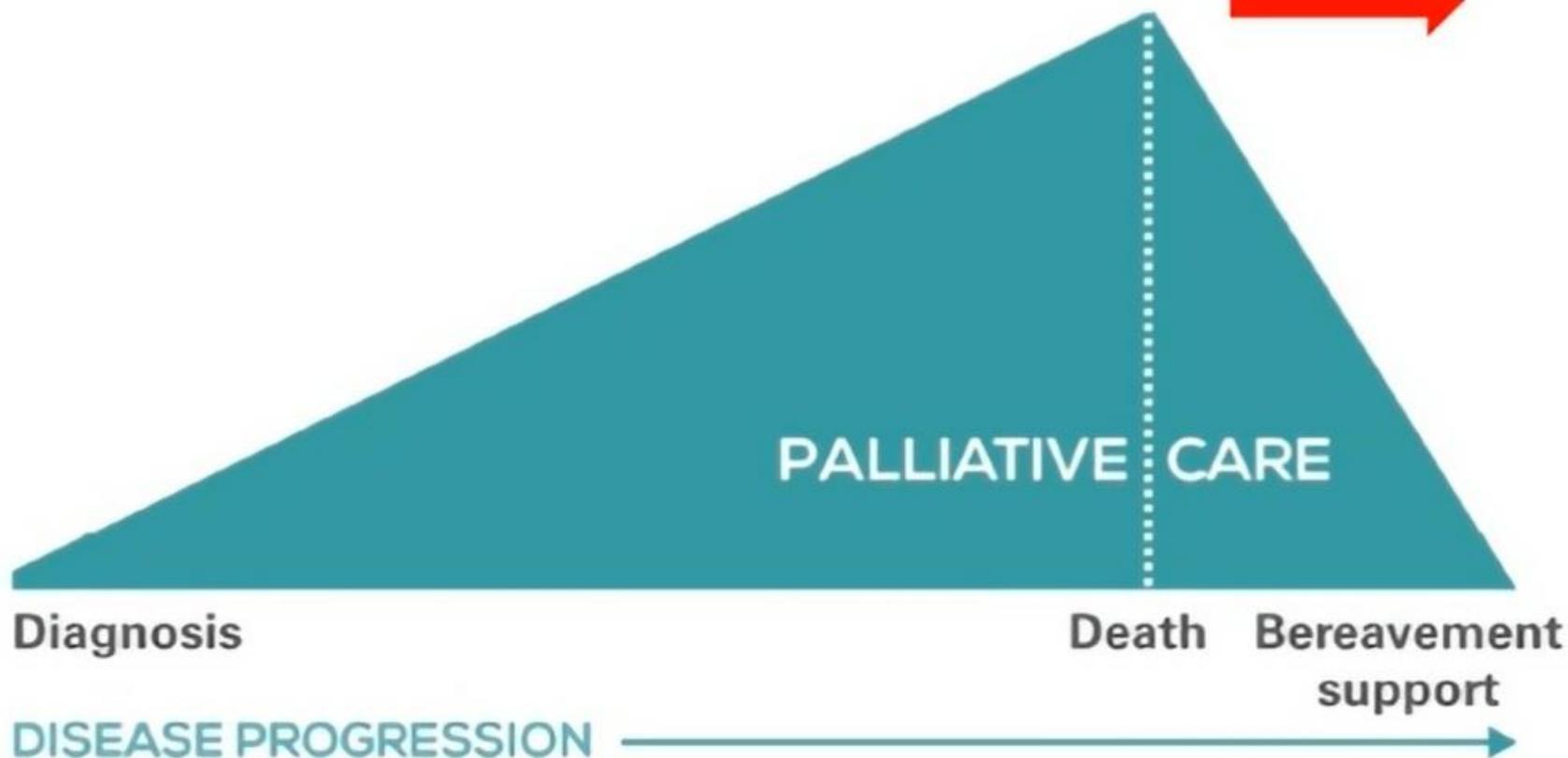
ホスピス緩和ケア病棟
緩和ケアチーム
在宅緩和ケアなど

緩和ケア研修会スライドより



すべての医療従事者が提供

複雑性悲嘆には専門家によるグリーフケア



全期間で全ての医療者によるプライマリーグリーフケア

複雑性悲嘆

- ・ 死別によって生じる悲嘆は、正常なストレス反応
- ・ 悲嘆自体は病的なものではない
- ・ 悲嘆反応の持続時間や強度が“通常ではない悲嘆”を“複雑性悲嘆”と呼んでいる。
- ・ 複雑性悲嘆は、高血圧やがん、心疾患、自殺の危険性を高めると報告されている。
- ・ また、うつ病や心的外傷後ストレス障害（PTSD）など既存の精神疾患との関係について、重複しつつも独立した症候群であると認識が広がりつつある。

1. 参加者からの質問

- 患者さん本人の意思と、介護家族の意思とが異なる場合
- 介護家族が患者本人の意向に沿う対応をすると、御本人の寿命が縮まることが自明なとき、介護家族にどのように寄り添えばよいでしょうか？
- 具体的には、90歳超の御本人は存命を強くは望まず、胃ろうなどの人口栄養は希望しない。経口摂取は可能だが、摂取量は充分量ではない。家族が食べさせれば、維持量程度食べさせられることは出来るが、口から強制的に食べさせているに近い状態（食事介助始めると口をつぐんで開こうとしない状況）。「家族が食べさせなければ患者は死んでしまう。つまり家族が食べさせなければ患者を殺すことになる」という訴え／状態に、どう寄り添えばよいでしょうか。どう対処していくことが望ましいでしょうか。正解はないのかもしれませんが、基本的な考え方、お教えいただけると助かります。

意思決定支援研修会 例

令和4年～令和5年 ACP(人生会議)ファシリテーター養成研修

- 人生会議(アドバンス・ケア・プランニング=ACP)はご本人の将来の医療・ケアについて、意思決定を支援するプロセスの事を指し、厚生労働省がすすめている、今最も注目を集めている概念です。
- [厚生労働省 人生会議のページ](#)
- ★ACP(人生会議)を導入の特徴
- ○利用者家族とのコミュニケーションが取れるようになります。
- ○施設において看取りの介護体制がしっかりできます。
- ○病院において患者サポート体制が充実します
- ○夜勤が怖くなります。
- ○病院と施設との連携が深くなります。
- ○ご家族とのトラブルが少なくなります。
- ★人生会議のファシリテーション技法は通常の会議進行や相談支援にも役に立つ技法です。
- ★参加対象者
- 看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護士、薬剤師、相談支援員、SW、PSW、MSW、PT,OT、ST、医師などの医療福祉職
- ★内容
- ①アドバンス・ケア・プランニングの理解～今なぜACPなのか～(講義形式)
- ACPが今なぜ求められているか、その背景から分かりやすくACPを理解する事が出来ます。
- ②もしバナゲーム体験～感性を掴む揺らぎの体験～(カードゲームによる当事者疑似体験)
- もしバナカードを使用した4人一組のカードゲームを通じて、当事者疑似体験を図ります。
- ③ACP導入実践～対話方式による実践導入疑似体験～(ロールプレイ&ダイアログ)
- 実際のロールプレイ方式での対話から、ACPの実践導入の疑似体験を行い理解を深めます。
- ④修了証授与



日本老年医学会
雑誌



Geriatrics &
Gerontology
International

[ホーム](#) > [提言・見解](#) > [ACP事例集](#)

ACP事例集

[はじめに](#) ([執筆](#)者・[編集担当者](#)一覧・[「前文」](#))

目次

- 事例 1. [多職種による繰り返しての意思決定支援により本人希望に添った看取りを実現した事例](#)
ACPファシリテーター：かかりつけ医
- 事例 2. [延命医療を望まないパーキンソン病患者から人工呼吸器を外して看取った事例](#)
ACPファシリテーター：介護支援専門員（ケアマネジャー）
[解説](#)
- 事例 3. [透析療法を拒否する末期腎不全患者に対して透析療法を見合わせ、保存的治療と緩和ケアによって支援しつつ看取った事例](#)
ACPファシリテーター：看護師
[解説](#)
- 事例 4. [在宅生活を希望するがん患者に対し、地域連携ICTシステムによる多職種協働によって本人の意思を尊重した事例](#)
ACPファシリテーター：医療ソーシャルワーカー
- 事例 5. [病院から在宅へのACPの実践に代弁者（妻）と移行期ケアチームが重要な役割を果たした事例](#)
ACPファシリテーター：病院移行期ケアチーム
- 事例 6. [アルツハイマー型認知症をもつ高齢者の在宅看取り事例](#)
ACPファシリテーター：介護支援専門員（ケアマネジャー）
- 事例 7. [維持血液透析を離脱して最期を迎えた事例](#)
ACPファシリテーター：看護師（有床透析クリニック病棟勤務）
- 事例 8. [人工呼吸器を使用し一人暮らしをしている高齢男性の「最期まで自宅で過ごしたい」という強い希望を、多職種チームで支えた事例](#)
ACPファシリテーター：介護支援専門員と医療ソーシャルワーカー
- 事例 9. [長期間にわたって胃瘻の夫を在宅で看た元看護師の妻を多職種で支えた事例](#)
ACPファシリテーター：薬剤師
- 事例 10. [経管栄養を望んでいなかった患者が脳血管性認知症により意思表明が困難になったとき、妻の揺れ動く思いと患者の思いを見守った症例](#)
ACPファシリテーター：看護師（緩和ケア認定看護師）

老年病専門医制度

老年病専門医
新しい老年病専門医制度について
専門医・認定施設・指導医一覧
専門医の皆様へ
専門医を目指す皆様へ

幸福長寿実現のための老年医学

知と技の結集

第64回 The 64th Annual Meeting of Japan Geriatrics Society
日本老年医学会学術集会
2022年6月2日(水)・4日(土) 大阪国際会議場

老年科専門医試験 申請受付中

お問い合わせ・各種手続き

支部・地方会情報



国立長寿医療センター

在宅医療・地域医療連携推進部

▶ 在宅医療・地域医療連携推進部ホーム

▶ 人生の最終段階を支える

▶ 地域包括ケアシステム構築@あいち

▶ 在宅医療の推進

▶ 在宅医療・地域医療連携推進部とは

日本アドバンス・ケア・プランニング研究会

資料ダウンロード

各種ビデオ資料

お問い合わせはこちら

リンク・著作権・免責事項など

サイトマップ

ACP研修事業

公益財団法人 勇美記念財団 2021年度在宅医療助成
地域包括ケアの中で展開する
ACP(Advance care planning)のための
共有意思決定支援(SDM)を学ぶ研修会

令和3年度

1. 概要

当研修会は以下2点を中心としたプログラムを行います

1. アドバンス・ケア・プランニング(Advance care planning : ACP)を実践するために、共有意思決定支援(Shared decision making : SDM)を用いた対話技能訓練
2. ACPエリアリーダーとして地域包括ケアシステムの中でACP連携を展開するための活動計画立案やマネジメント視点の獲得

2. 研修の流れ

研修の中心となる地域拠点を決め、6~8カ月間をかけて研修を行います



ACP研修会の工夫

令和2年度広島県ACP普及推進員養成研修
令和2年12月6日
安芸地区医師会ACP推進事業検討委員会
松浦将浩

訪問看護で支えるACP
ACPの進め方

東久留米白十字訪問看護ステーション
所長
在宅看護専門看護師
緩和ケア認定看護師
介護支援専門員
中島 朋子



地域包括ケアシステムが目指すこと

- 要支援・要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分が望む暮らしを続け
人生の最期まで自分らしく生きることが出来る地域の構築
- 自分らしく生きるとは・・・
何らかの援助を受けながらも、自分の人生に主体的・積極的に参画し、
自分が望む暮らしを自分自身で創ること ⇒ これが真の「自立」
- 私たちが実践する自立支援とは・・・ 療養者の意思や意向を軸にすることが基本です！

療養者自身の意思決定に沿った医療・介護の提供が必須！
これを支援するのが訪問看護における看護実践のひとつになります！

ACP研修会の工夫（例）

- 「私の心づもり」を書いてもらう
- 事例提示
- 童話のたとえ
- 論文の引用
- 住民への提言
- 専門職への提言
- 専門職の心得

本人の意思決定に沿った医療やケアを提供するには？

- 終末期においては約70%の患者で意思決定が不可能となる
Silveira MJ, NEJM 2011

- 事前[↓]に病状の認識を確かめて、
あらかじめ意思を聞いておけばよいのではないかと？
- 療養者自身が望む生活や
本人の意向に沿った医療・ケアを望む生活の場で
受けられることが、よりよい人生の最終段階のケア<エンド・オブ・
ライフケア>に繋がり、療養者の尊厳擁護になる

アドバンスケアプランニング(ACP)が大切となる



「私の心づもり」を書いてみませんか