

〔平成30年4月11日（水）〕
13時00分～15時00分
航空会館大ホール

第61回

社会保障審議会医療部会

議事次第

- 医療法及び医師法の一部を改正する法律案の閣議決定について
- オンライン診療の適切な実施に関する指針について
- 検体検査の精度管理等に関する検討会について
- 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について
- 無痛分娩の実態把握及び安全管理体制の構築について

(配布資料)

- 資料1 医療法及び医師法の一部を改正する法律案の概要
- 資料2 オンライン診療の適切な実施に関する指針について
- 資料3 検体検査の精度管理等に関する検討会について
- 資料4 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
- 資料5 無痛分娩の実態把握及び安全管理体制の構築について
- 参考資料1 医療法及び医師法の一部を改正する法律案要綱
- 参考資料2 オンライン診療の適切な実施に関する指針
- 参考資料3 検体検査の精度管理等に関する検討会とりまとめ
- 参考資料4-1 人生の最終段階の医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン
- 参考資料4-2 人生の最終段階の医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン解説編
- 参考資料4-3 人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書
- 参考資料5 「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」
- 参考資料6 平成30年度診療報酬改定の概要

(平成30年4月11日時点)

社会保障審議会医療部会委員名簿

氏名	所属
相澤 孝夫	日本病院会会長
安部 好弘	日本薬剤師会常務理事
阿真 京子	知ろう小児医療守ろう子ども達の会代表
荒井 正吾	全国知事会（奈良県知事）
井上 隆	日本経済団体連合会常務理事
猪口 雄二	全日本病院協会会長
岩田 太	上智大学法学部教授
遠藤 直幸	全国町村会（山形県山辺町長）
加納 繁照	日本医療法人協会会長
釜菴 敏	日本医師会常任理事
菊池 令子	日本看護協会副会長
木戸 道子	日本赤十字社医療センター 第一産婦人科部長
久喜 邦康	全国市長会（埼玉県秩父市長）
※ 楠岡 英雄	国立病院機構理事長
島崎 謙治	政策研究大学院大学教授
○ ※ 田中 滋	埼玉県立大学理事長
◎ ※ 永井 良三	自治医科大学学長
※ 中川 俊男	日本医師会副会長
平川 則男	日本労働組合総連合会 総合政策局長
邊見 公雄	全国自治体病院協議会会長
本多 伸行	健康保険組合連合会理事
牧野 利彦	日本歯科医師会副会長
山口 育子	ささえあい医療人権センターCOML理事長
山崎 學	日本精神科病院協会会長

◎：部会長

○：部会長代理

※：社会保障審議会委員

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 について

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

- 人生の最終段階における医療については、医療従事者から患者・家族に適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者本人による意思決定を基本として行われることが重要。
- 本検討会は、人生の最終段階における医療に関する意思決定支援を図るために、国民に対する情報提供・普及啓発の在り方等について検討することを目的に開催。

【構成員】（○は座長）

岩田 太	上智大学法学部 教授	佐伯 仁志	東京大学法学部 教授
内田 泰	共同通信社生活報道部 編集委員	清水 哲郎	岩手保健医療大学 学長
金子 稚子	ライフ・ターミナル・ネットワーク代表	鈴木 美穂	NPO法人マギーズ東京 共同代表理事 日本テレビ放送網株式会社報道局社会部
川平 敬子	宮崎市健康管理部医療介護連携課長補佐	瀬戸 雅嗣	全国老人福祉施設協議会 統括幹事
木澤 義之	神戸大学医学部附属病院緩和支援治療科 特命教授	高砂 裕子	南区医師会訪問看護ステーション 管理者
木村 厚	全日本病院協会 常任理事	早坂由美子	北里大学病院 トータルサポートセンター ソーシャルワーカー
熊谷 雅美	日本看護協会 常任理事	○ 樋口 範雄	武蔵野大学法学部 教授
権文 善一	慶應義塾大学商学部 教授	紅谷 浩之	オレンジホームケアクリニック 代表
齊藤 克子	医療法人真正会副理事長	松原 謙二	日本医師会 副会長
齊藤 幸枝	日本難病・疾病団体協議会常務理事	横田 裕行	日本医科大学大学院医学研究科救急医学 分野教授

<主な検討事項>

- 国民に対する情報提供・普及啓発の方法についての検討
- 患者の意思決定を支援する手法の検討
- 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインの見直しに関する検討

<スケジュール>

第1回	平成29年8月3日開催	第2回	平成29年9月29日開催	第3回	平成29年12月22日開催
第4回	平成30年1月17日開催	第5回	平成30年2月23日開催	第6回	平成30年3月23日開催

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について (平成30年3月14日公表)

1. 見直しの必要性

- 富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、平成19年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成27年に「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」に名称変更)は、その策定から約10年が経過しており、
 - ・ 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したものとする必要があること
 - ・ 英米諸国を中心として、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていることを踏まえ、ガイドラインの見直しを行う必要がある。

2. 主な見直しの概要

- ① 病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、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実施
 - ・ 「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」に名称を変更
 - ・ 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化
- ② 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと(=ACPの取組)の重要性を強調
- ③ 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者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載
- ④ 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、③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
- ⑤ 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

(参考) 「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」

策定の背景

- 平成18年3月に富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件が報道され、「尊厳死」のルール化の議論が活発化。
- 平成19年、厚生労働省に、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」を設置し、回復の見込みのない末期状態の患者に対する意思確認の方法や医療内容の決定手続きなどについての標準的な考え方を整理することとした。
- パブリックコメントや、検討会での議論を踏まえ、平成19年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」をとりまとめた。

※平成26年度に「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」に改称。

ガイドラインの概要

1 人生の最終段階における医療及びケアの在り方

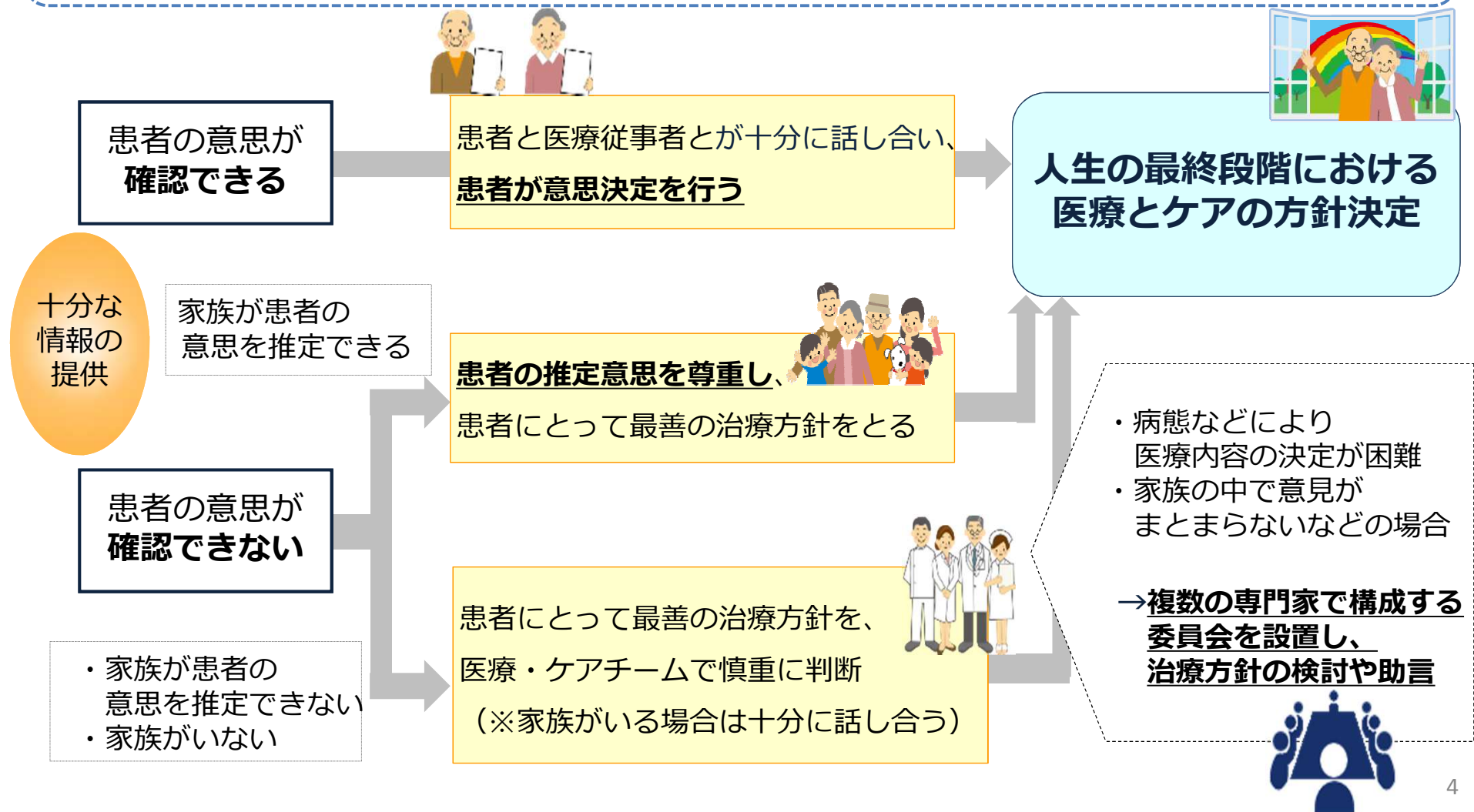
- 医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として人生の最終段階における医療を進めることが重要。
- 人生の最終段階における医療の内容は、多専門職種からなる医療・ケアチームにより、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。

2 人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続

- 患者の意思が確認できる場合には、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その内容を文書にまとめておく。説明は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じてその都度行う。
- 患者の意思が確認できない場合には、家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- 患者・医療従事者間で妥当で適切な医療内容について合意が得られない場合等には、複数の専門家からなる委員会を設置し、治療方針の検討及び助言を行うことが必要。

(参考) 「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」 方針決定の流れ (イメージ図)

人生の最終段階における医療およびケアについては、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、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則



人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書 (平成30年3月29日公表)

普及・啓発の目的と必要性

- 人生の最終段階において、本人の意思に沿った医療・ケアが行われるようにするためには、人生の最終段階における医療・ケアについて繰り返し話し合う取組が、医療・介護現場だけではなく、国民一人一人の生活の中に浸透し、「生を全うする医療・ケアの質」を上げていくことが必要。
- このため、国民全体が、人生の最終段階における医療・ケアについて、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)※等の概念を盛り込んだ意思決定及びその支援の取組の重要性について、一層の普及・啓発が必要。

※ 人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

普及・啓発の内容・方法

普及・啓発は、対象の属性に応じ、提供する情報の内容や支援方法を次のとおり分けて検討することが必要。

① 人生の最終段階における医療・ケアの在り方を自分ごととして考える時期にある方

- ・ 心身の状態に応じた医療・ケアの内容に関する事項
- ・ 本人の意思の共有にあたり留意すべき事項 等

【医療機関・介護施設】医療・ケアチームによる、医療・介護サービスの提供の機会を通じた情報提供 等

② ①の方を身近で支える立場にある家族等

- ・ ①に掲げる事項
- ・ 身近な方の人生の最終段階における医療・ケアの方針決定に関わるにあたり、留意すべき事項

【医療機関・介護施設】医療・ケアチームによる、医療・介護サービスの提供の機会を通じた情報提供 等

人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書

普及・啓発の内容・方法(続き)

③ 本人や家族等を支える医療・ケアチーム

- ・ 意思決定支援に必要な知識・技術に関する事項(新ガイドラインの内容等)
- ・ ①・②の方に掲げる事項を本人や家族等に伝達するにあたり、留意すべき事項 等

【国、地方自治体、医療・介護関係団体】新ガイドラインの普及、研修会の開催 等

④ 国民全体

- ・ 本人や身近な人のものしものときに備えて、日頃から考え、家族等の信頼できる者と繰り返し話し合いを行い、その内容を共有しておくことが重要であること

【国】記念日の制定やこの日に合わせたイベントの開催、関連情報のポータルサイトやeラーニング等の学習サイトの開設、ACPIについて国民に馴染みやすい名称の検討

【地方自治体】リーフレットの配布、市民向けのセミナーの開催

【民間団体】結婚、出産、介護保険加入、介護休業、退職等のライフイベントに関連する手続きの機会を通じたリーフレットの配布、セミナーの開催

【教育機関】学校における生命や医療・ケアに関する授業や講義の機会を通じ、人生の最終段階における医療・ケアに関する教育 等

普及・啓発における留意事項

- 誰もが日常的に話し合える環境づくりを進めることが重要であること
- 国民一人一人が、希望する人生の最終段階を迎えることができるようにするために行うものであり、決して医療費削減、営利目的等のために行うべきものではないこと
- あくまで個人の主体的な取組によって考え、決定されるものであり、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あること
- ACPIは、これまで既に、人生の最終段階に至る前の段階から、価値観、人生観も含めた十分なコミュニケーションを踏まえて医療・ケアの内容が決定されてきた実態の延長線上にあること 等

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

厚生労働省

改訂 平成30年3月

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

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 of 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。

人生の最終段階における医療・ケアの 決定プロセスに関するガイドライン 解説編

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
改訂 平成30年3月

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン解説編

【平成19年版ガイドライン作成の経緯】

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

しかしながら、人生の最終段階における医療のあり方について、患者・医療従事者ともに広くコンセンサスが得られる基本的な点について確認をし、それをガイドラインとして示すことが、よりよき人生の最終段階における医療の実現に資するとして、厚生労働省において、初めてガイドラインが策定されました。

本解説編は、厚生労働省において策定されたガイドラインを、より広く国民、患者及び医療従事者に理解いただけるよう、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」において議論された内容をとりまとめたものです。

国に対しては、本ガイドラインの普及を図るとともに、緩和ケアの充実など人生の最終段階を迎える患者及び家族を支えるため、その体制整備に積極的に取り組むことを要望します。

【平成30年版ガイドライン改訂の経緯】

平成27年3月には、「終末期医療に関する意識調査等検討会」において、最期まで本人の生き方（＝人生）を尊重し、医療・ケアの提供について検討することが重要であることから、「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」へ名称の変更を行いました。

今回の改訂は、ガイドライン策定から約10年の歳月を経た平成30年3月には、近年の高齢多死社会の進行に伴う在宅や施設における療養や看取りの需要の増大を背景に、地域包括ケアシステムの構築が進められていることを踏まえ、また、近年、諸外国で普及しつつあるACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス）の概念を盛り込み、医療・介護の現場における普及を図ることを目的に「人生の最終段階における医療の普及・啓発に関する検討会」において、次の1）から3）までの観点から、文言変更や解釈の追加を行いました。

- 1) 本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針についての話し合いは繰り返すことが重要であることを強調すること。
- 2) 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、その場合に本人の意思を推定しうる者となる家族等の信頼できる者も含めて、事前に繰り返し話し合っておくことが重要であること。
- 3) 病院だけでなく介護施設・在宅の現場も想定したガイドラインとなるよう、配慮すること。

加えて、本ガイドラインについて、人生の最終段階における医療・ケアに従事する医療・介護従事者が、人生の最終段階を迎える本人及び家族等を支えるために活用するものであるという位置づけや、本人・家族等の意見を繰り返し聞きながら、本人の尊厳を追求し、自分らしく最期まで生き、より良い最期を迎えるために人生の最終段階における医療・ケアを進めていくことが重要であることを改めて確認しました。

国に対しては、医療・介護従事者が、丁寧に本人・家族等の意思をくみ取り、関係者と共有する取組が進むよう、また年齢や心身の状態にかかわらず、家族等との繰り返しの話し合いを通じて本人の意思を確認しておくことの重要性が、広く国民、本人、医療・介護従事者に理解されるよう、改訂された本ガイドラインの普及を図ることを要望します。

【基本的な考え方】

- 1) このガイドラインは、人生の最終段階を迎えた本人・家族等と医師をはじめとする医療・介護従事者が、最善の医療・ケアを作り上げるプロセスを示すガイドラインです。
- 2) そのためには担当の医師ばかりでなく、看護師やソーシャルワーカー、介護支援専門員等の介護従事者などの、医療・ケアチームで本人・家族等を支える体制を作ることが必要です。このことはいうまでもありませんが、特に人生の最終段階における医療・ケアにおいて重要なことです。
- 3) 人生の最終段階における医療・ケアにおいては、できる限り早期から肉体的な苦痛等を緩和するためのケアが行われることが重要です。緩和が十分に行われた上で、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケアの内容の変更、医療・ケア行為の中止等については、最も重要な本人の意思を確認する必要があります。確認にあたっては、適切な情報に基づく本人による意思決定（インフォームド・コンセント）が大切です。
- 4) 人生の最終段階における医療・ケアの提供にあたって、医療・ケアチームは、本人の意思を尊重するため、本人のこれまでの人生観や価値観、どのような生き方を望むかを含め、できる限り把握することが必要です。また、本人の意思は変化しうるものであることや、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、本人が家族等の信頼できる者を含めて話し合いが繰り返し行われることが重要です。
- 5) 本人の意思が明確でない場合には、家族等の役割がいっそう重要になります。特に、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に備えて、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いる場合は、その者から十分な情報を得たうえで、本人が何を望むか、本人にとって何が最善かを、医療・ケアチームとの間で話し合う必要があります。
- 6) 本人、家族等、医療・ケアチームが合意に至るなら、それはその本人にとって最もよい人生の最終段階における医療・ケアだと考えられます。医療・ケアチームは、合意に基づく医療・ケアを実施しつつも、合意の根拠となった事実や状態の変化に応じて、本人の意思が変化しうるものであることを踏まえて、柔軟な姿勢で人生の最終段階における医療・ケアを継続すべきです。
- 7) 本人、家族等、医療・ケアチームの間で、話し合いを繰り返し行った場合においても、合意に至らない場合には、複数の専門家からなる話し合いの場を設置し、その助言により医療・ケアのあり方を見直し、合意形成に努めることが必要です。
- 8) 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ことが必要です。

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。

*注1 よりよい人生の最終段階における医療・ケアには、第一に十分な情報と説明（本人の心身の状態や社会的背景に鑑み、受ける医療・ケア、今後の心身の状態の変化の見通し、生活上の留意点等）を得たうえでの本人の決定こそが重要です。ただし、②で述べるように、人生の最終段階における医療・ケアとしての医学的妥当性・適切性が確保される必要のあることは当然です。

*注2 医療・ケアチームとはどのようなものかは、医療機関等の規模や人員によって変わり得るものです。一般的には、担当の医師と看護師及びそれ以外の医療・介護従事者というのが基本形ですが、例えばソーシャルワーカーなど社会的な側面に配慮する人が参加することも想定されます。また、在宅や施設においては、担当の医師と看護師のほか、本人の心身の状態や社会的背景に応じて、ケアに関わる介護支援専門員、介護福祉士等の介護従事者のほか、他の関係者が加わることも想定されます。

*注3 医療・ケアチームは、丁寧に、本人の意思をくみ取り、関係者と共有する取組を進めることが重要です。また、本人の意思は、時間の経過や心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、大きく変化する可能性があることから、繰り返し話し合いを行うことが、本人の意思の尊重につながります。

- 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。

*注4 人生の最終段階には、がんの末期のように、予後が数日から長くとも2-3ヶ月と予測が出来る場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合があります。どのような状態が人生の最終段階かは、本人の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき事柄です。また、チームを形成する時間のない緊急時には、生命の尊重を基本として、医師が医学的妥当性と適切性を基に判断するほかありませんが、その後、医療・ケアチームによって改めてそれ以後の適切な医療・ケアの検討がなされることとなります。

*注5 医療・ケアチームについては2つの懸念が想定されます。1つは、結局、強い医師の考えを追認するだけのものになるという懸念、もう1つは、逆に、責任の所在が曖昧になるという懸念です。しかし、前者に対しては、医療・介護従事者の協力関係のあり方が変化し、医師以外の医療・介護従事者がそれぞれの専門家として貢献することが認められるようになってきた現実をむしろ重視すること、後者に対しては、このガイドラインは、あくまでも人生の最終段階の本人に対し医療・ケアを行う立場から配慮するためのチーム形成を支援するためのものであり、それぞれが専門家としての責任を持って協力して支援する体制を作るため

のものであることを理解してもらいたいと考えています。特に刑事責任や医療従事者間の法的責任のあり方などの法的側面については、ガイドライン策定以降、このような側面から大きく報道されるような事態は生じていませんが、引き続き検討していく必要があります。

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。

*注6 緩和ケアの重要性に鑑み、2007年2月、厚生労働省は緩和ケアのための麻薬等の使用を従来よりも認める措置を行いました。

*注7 人が人生の最終段階を迎える際には、疼痛緩和ばかりでなく、他の種類の精神的・社会的問題も発生します。可能であれば、医療・ケアチームには、ソーシャルワーカーなど、社会的側面に配慮する人やケアに関わる介護支援専門員などが参加することが望まれます。

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。

*注8 疾患に伴う耐え難い苦痛は緩和ケアによって解決すべき課題です。積極的安楽死は判例その他で、きわめて限られた条件下で認めうる場合があるとされています。しかし、その前提には耐え難い肉体的苦痛が要件とされており、本ガイドラインでは、肉体的苦痛を緩和するケアの重要性を強調し、医療的な見地からは緩和ケアをいっそう充実させることが何よりも必要であるという立場をとっています。そのため、積極的安楽死とは何か、それが適法となる要件は何かという問題を、このガイドラインで明確にすることを目的としていません。

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。

*注9 話し合った内容を文書にまとめるにあたっては、医療・介護従事者からの押しつけにならないように配慮し、医療・ケアについての本人の意思が十分に示された上で、話し合われた内容を文書として残しておくことが大切です。

*注10 よりよき人生の最終段階における医療・ケアの実現のためには、まず本人の意思が確認できる場合には本人の意思決定を基本とすべきこと、その際には十分な情報と説明が必要なこと、それが医療・ケアチームによる医学的妥当性・適切性の判断と一致したものであるこ

とが望ましく、そのためのプロセスを経ること、また合意が得られた場合でも、本人の意思が変化しうることを踏まえ、さらにそれを繰り返し行うことが重要だと考えられます。

*注1 1 話し合った内容については、文書にまとめておき、家族等と医療・ケアチームとの間で共有しておくことが、本人にとっての最善の医療・ケアの提供のためには重要です。

(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。

*注1 2 家族等とは、今後、単身世帯が増えることも想定し、本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在であるという趣旨ですから、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人（親しい友人等）を含みますし、複数人存在することも考えられます（このガイドラインの他の箇所でも使われている意味も同様です）。

*注1 3 本人の意思決定が確認できない場合には家族等の役割がますます重要になります。特に、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に備えて、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、その者を含めてこれまでの人生観や価値観、どのような生き方や医療・ケアを望むかを含め、日頃から繰り返し話し合っておくことにより、本人の意思が推定しやすくなります。その場合にも、本人が何を望むかを基本とし、それがどうしてもわからない場合には、本人の最善の利益が何であるかについて、家族等と医療・ケアチームが十分に話し合い、合意を形成することが必要です。

*注1 4 家族等がない場合及び家族等が判断せず、決定を医療・ケアチームに委ねる場合には、医療・ケアチームが医療・ケアの妥当性・適切性を判断して、その本人にとって最善の医療・ケアを実施する必要があります。なお家族等が判断を委ねる場合にも、その決定内容を説明し十分に理解してもらうよう努める必要があります。

*注1 5 本人の意思が確認できない場合についても、本人の意思の推定や医療・ケアチームによる方針の決定がどのように行われたかのプロセスを文書にまとめておき、家族等と医療・ケアチームとの間で共有しておくことが、本人にとっての最善の医療・ケアの提供のためには重要です。

(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。

*注16 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。

人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の
在り方に関する報告書

平成30年3月

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

目次

1. はじめに	2
2. 現状と課題	3
1) 人生の最終段階における医療・ケアの現状	3
2) 本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療・ケアの提供体制整備に関するこれまでの取組等	3
3. 国民への普及・啓発	5
1) 普及・啓発の目的と必要性	5
2) 普及・啓発の方向性	6
(1) 普及・啓発の対象・時期	6
(2) 普及・啓発の内容	6
(3) 普及・啓発の方法	9
(4) 普及・啓発における留意事項	11
4. 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂	12
1) 改訂の経緯	12
2) 改訂概要	12
別紙1 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 審議経過	13
別紙2 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 開催要綱	14
別紙3 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 構成員名簿	15
別紙4 過去の検討会の経緯	16

1. はじめに

- 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患者・家族に適切な情報の提供と説明がなされた上で、本人による意思決定を基本として行われることが重要である。
- 現在、我が国では、団塊の世代が75歳以上になる2025年を目指し、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的として、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、「地域包括ケアシステムの構築」を推進している。
- こうした中、全ての方が自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるようにするため、人生の最終段階における医療・ケアにおいて十分に本人の意思が尊重されるよう、国民に対し、人生の最終段階の医療・ケアに関する情報を適切に提供することや、普及・啓発を図ることが必要である。
- 今回の検討会では、人生の最終段階における医療・ケアに関する普及・啓発の現状の取組について、関係者からヒアリング等を行いながら、本人の意思決定やその意思の共有のために必要な適切な情報提供及び普及・啓発の在り方について、議論を行った。
- また、平成5年より概ね5年毎に実施している、国民及び医療・介護従事者に対する意識調査についても、本検討会において、調査項目の見直しを行った上で実施し、その調査報告をとりまとめた。
- さらに、2007年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(以下「旧ガイドライン」という。)¹についても、医療・ケアの現場で、本人の意思をより尊重できるようにするため、本人が、家族等の信頼できる者や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合う重要性を強調する観点や、在宅医療・介護の現場において活用できるようにする観点から見直しを行った。

¹ 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」については、2015年3月に「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」に改称。

2. 現状と課題

1) 人生の最終段階における医療・ケアの現状

○ 近年、高齢化率（65歳以上人口割合）は急速に上昇しており、2016年では27.3%²と過去最高となった。今後の将来推計でも、高齢化率は2060年まで上昇し、高齢者のみの世帯も増加していくことが予測されている。死亡者数も上昇傾向にあり、2016年には年間131万人となっている。今後の将来推計でも、2040年には死亡者数が年間167万人³に達すると見込まれている。

○ 死亡場所の推移については、1951年の時点では「自宅」で死亡する者の割合が8割以上を占めていたが、高齢化や医療の高度化を背景に、「医療機関」で死亡する者の割合が年々増加し、2016年では「医療機関」で死亡する者の割合が75.8%を占め、「自宅」で死亡する者の割合は13.0%となった。一方、2012年の調査においては、治る見込みがない病気になった場合、どこで最期を迎えたいかについて、「自宅」が54.6%と最も多く、次いで「病院などの医療施設」が27.7%⁴となっている。

○ 高齢化に伴う在宅医療・介護の需要が年々増加し、2025年にはその需要が約100万人を超えることが予測されている中、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる地域包括ケアシステムを整備するために、「病院完結型」から、地域全体で治し支える「地域完結型」へと転換し、受け皿となる地域の在宅医療・介護の基盤を充実させることが課題となっている。

○ また、高齢化の進展に伴い、高齢者の救急搬送割合も上昇傾向にあるが、その中には、本人の意思が共有できていないために、人生の最終段階において本人の望まない救急搬送が行われているという指摘もある。

2) 本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療・ケアの提供体制整備に関するこれまでの取組等

○ 2006年3月に、富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件が報道されたことを契機として、厚生労働省において、2007年1月から「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」を開催し、同年5月に旧ガイドラインをとりまとめ、周知を図ってきた。

² 出典：2017年 人口推計 総務省統計局

³ 出典：2017年 日本の将来推計人口 国立社会保障・人口問題研究所

⁴ 出典：2012年 高齢者の健康に関する意識調査 内閣府

- 旧ガイドラインでは、人生の最終段階における医療のあり方を決定する際には、適切な情報提供と説明に基づいて本人が医療従事者と話し合い、本人による決定を基本とすることや、人生の最終段階の医療の内容は医師の独断ではなく、医療・ケアチームによって慎重に判断することなどが盛り込まれた。
- また、「終末期医療に関する意識調査等検討会報告書」（2014年3月）の指摘を踏まえて、厚生労働省において、2014年度から、旧ガイドラインに則した、本人の意向を尊重した意思決定のための研修会を開催し、人生の最終段階における医療において、本人の意思や大切なことをあらかじめ話し合い、深く理解し、相談に適切に対応できるよう、患者、家族等の意思決定に携わっている医療・ケアチームを対象に人材育成研修を行っている。
- 近年では、地方自治体の中で、将来の意思決定能力の低下に備えて、健康なときから、人生の最終段階をどのように過ごし、どのような医療・ケアを受けたいか考えていけるよう、市民向けパンフレットを作成し、保健所や医療機関等において、保健師等が市民一人一人に説明しながら配布するといった取組、看取りに関する市民向けの講演会、学童・生徒に対する課外授業等の取組が進められてきている。
- さらに、救急搬送において、本人の意思が、家族や医療機関等で十分に共有されていないことなどから、本人の意思が十分に考慮されない治療が行われるといった課題を認識し、在宅医療と救急医療、行政が連携して、救急や搬送先の医療機関で、在宅患者情報を共有するシステムを整備し、患者の意思を尊重するための仕組みを構築しようとする自治体も見られている。
- 一方、英米諸国においては、人生の最終段階における医療・ケアについて、事前に本人の意思を表明する方法や共有する方法として、DNAR (Do Not Attempt Resuscitation)⁵、リビング・ウィル (Living Will) や事前指示 (Advance Directive)⁶といった取組が進められてきた。しかしながら、

⁵ DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) とは、心停止又は呼吸停止に陥った患者に対して蘇生の処置を試みないよう記載した医師の指示書（『生命倫理百科事典』（2007.丸善出版）より一部改編）

⁶ 事前指示 (Advance Directive) とは、自身が医療・ケアの選択について判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか（受けたくないか）や、自分の代わりに誰に判断してもらいたいかなどを予め記載しておく書面（「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」（2014.厚生労働省）より一部改編）

こうした取組では、文書が残されていても、本人の意思が家族等や医療・ケアチームと共有されていないこと等により、本人の意思を反映した医療・ケアが十分に提供されない場合があることが指摘されている。

- このため、近年、英米諸国では、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスを重視した「アドバンス・ケア・プランニング」(Advance Care Planning) (以下「ACP」という。)という取組が進められてきている。家族等や医療・ケアチームは、本人の意思や大切なことをあらかじめ話し合い、そのプロセスを共有することで、本人がどう考えているかについて深く理解することができるため、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針の決定につながるとされている。
- なお、現段階では、医療・介護の現場において、ACPという言葉の認知度は低いものの、その概念については全く新しいものではない。これまで既に、医療・介護の現場で、人生の最終段階に至る前の段階から、価値観、人生観等も含めた十分なコミュニケーションを踏まえた医療・ケア内容の決定が行われてきた実態がある。今後、人生の最終段階における医療・ケアも含めて、このような取組を、より広く現場で実践していくためには、英米諸国の取組を参考に、我が国においても ACP の概念を盛り込んだ取組を普及していく必要がある。

3. 国民への普及・啓発

1) 普及・啓発の目的と必要性

- 人生の最終段階において、本人の意思に沿った医療・ケアが行われるようにするためには、人生の最終段階における医療・ケアについて繰り返し話し合う取組が、医療・介護現場だけではなく、国民一人一人の生活の中に、浸透することが必要である。
- しかしながら、現在、医療・介護現場における意思決定支援の実践や地方自治体における情報提供の取組は、十分に広まっておらず、例えば、救急搬送時に本人の意思が確認できず、治療方法の選択が困難となるといった課題が存在している。高齢化や近年の高齢者の救急搬送の増加などの状況を踏まえると、「生を全うする医療・ケアの質」を高めていくことが必要である。
- このため、国民全体が、人生の最終段階における医療・ケアについて、ACP等の概念を盛り込んだ意思決定及びその支援の取組の重要性をより深く理解できるよう、一層の普及・啓発が必要である。

- こうした取組が広く行われるような環境をつくっていくことで、全ての国民が、自分らしい暮らしを送りながら、人生の最終段階における医療・ケアを自ら選択し、本人と家族等が納得した上で、人生の最終段階を迎えられる状況が実現していくと考えられる。

2) 普及・啓発の方向性

- 人生の最終段階は、いつ訪れるかは分からず、多くの場面で自ら意思を決定することは困難であると指摘がされている。そのため、本人が希望する人生の最終段階における医療・ケアを受けるためには、全ての人が、人生の最終段階にあるか否かを問わず、あらかじめ考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、その意思を伝えておくことが重要である。

- また、普及・啓発の対象は、本人であるか、その支え手であるかといったことや、本人である場合には、様々な心身の状態、年齢、社会的背景を踏まえ、対象の属性ごとに行う必要がある。このため、普及・啓発は、①人生の最終段階における医療・ケアの在り方を自分ごととして考える時期にある方、②そうした方を身近で支える立場にある家族等、③本人や家族等を支える医療・ケアチームの3つの属性ごとに、提供する情報の内容や支援方法を分けて行うことが必要である。

- 上記3つの対象の属性に応じた普及・啓発に加えて、取組の必要性に気づいた段階から、話し合うことができる気運づくりが必要であることから、④国民全体に向けた普及・啓発について検討することも必要である。

(1) 普及・啓発の対象・時期

- ① 人生の最終段階における医療・ケアの在り方を自分ごととして考える時期にある方
- ② ①の方を身近で支える立場にある家族等⁷
- ③ 本人や家族等を支える医療・ケアチーム
- ④ 国民全体

(2) 普及・啓発の内容

- ① 人生の最終段階における医療・ケアの在り方を自分ごととして考える時期にある方
 - ア) 心身の状態に応じた医療・ケアの内容に関する事項

⁷ 家族等とは、今後、単身世帯が増えることも想定し、本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在であるという主旨であり、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人（親しい友人等）を含み、複数人存在することも考えられる。（新ガイドライン解説編）

- ・ 人生の最終段階において起こりうる心身の状態の変化
- ・ 人生の最終段階に行われる可能性がある医療・ケア方法（点滴や胃ろうなどの栄養・水分補給、疼痛緩和の方法、人工呼吸器の使用、心肺蘇生処置等）
- ・ 人生の最終段階に過ごす療養場所（医療機関、介護施設、在宅等における療養上の特徴等） 等

イ) 本人の意思の共有にあたり留意すべき事項

- ・ 家族等の信頼できる者や、かかりつけ医、看護師等の医療・ケアチームと、事前に繰り返し話し合うことが重要であること
- ・ 家族等の信頼できる者等と話し合うにあたっては、希望する医療・ケアの内容だけではなく、その背景や理由も伝えるとともに、人生観、価値観等も含めた十分なコミュニケーションが重要であること
- ・ 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるため、意思決定した内容は、繰り返し見直し変更しうるものであること
- ・ 変更した意思決定の内容は、家族等の信頼できる者や医療・ケアチームと共有することが重要であること 等

ウ) 家族等の信頼できる者について留意すべき事項

- ・ 家族等の範囲については、単身世帯の増加を踏まえ、親族関係のみならず、親しい友人等が含まれること、また複数人存在しても良いこと
- ・ 本人が自らの意思を伝えられない状況になった場合に備えて、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ることも重要であること 等

エ) 本人の意思を文書にまとめるにあたり、留意すべき事項

- ・ 希望する医療・ケアの内容のみを示した文書では、その背景や理由を十分に把握することが難しいことから、文書を残すだけではなく、家族等の信頼できる者や医療・ケアチームとの意思の共有が重要であること
- ・ 心身の状態の変化等に応じて本人の意思は変化しうるものであることから、話し合いの都度、新しい情報に更新しておく必要があること
- ・ 本人の意思を推定する者を前もって決定している場合は、医療・ケアチームにその旨を伝えておくこと
- ・ 文書に記載する内容や様式に決まりはないが、人生の最終段階における医療・ケアの希望を記載する場合は、その背景や理由、作成日を記載することに加え、人生観や価値観に関する情報を含めておくこと

- ・文書の保管場所については、必要な時に文書を確認できるよう、家族等の信頼できる者と共有しておくことや、救急搬送されるような場合に備え、わかりやすい場所に保管しておくこと 等

オ) 相談支援の方法

- ・専門職（かかりつけ医、看護師等）の支援に関する役割
- ・相談が必要な場合の連絡方法 等

② ①の方を身近で支える立場にある家族等

ア) ①に掲げる事項

イ) 身近な方の人生の最終段階における医療・ケアの方針決定に関わるにあたり、留意すべき事項

- ・本人の心身の状態や病状の理解によっては、本人と家族等の双方にとって、不安や苦痛を生じる可能性があること
- ・コミュニケーションをとるにあたっては、本人が考えたくない、話したくないということも含めて本人の意思を尊重することが重要であること 等

ウ) 本人の意思の推定にあたり、留意すべき事項

- ・医療・ケアの方針決定は本人による意思決定が基本であること
- ・心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化するものであることを理解すること。また、支える家族等の意思や気持ちも変化するものであることを理解すること
- ・本人の意思の推定にあたっては、家族等は、本人が希望した医療・ケアの内容だけではなく、これまでの人生観や価値観についての情報も踏まえて、本人が何を望むか、本人にとって何が最善かを、改めて、医療・ケアチームとの間で話し合う必要があること 等

③ 本人や家族等を支える医療・ケアチーム

ア) 意思決定支援に必要な知識・技術に関する事項

- ・「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」（以下「新ガイドライン」という。）の内容等の普及
- ・人生の最終段階に行われる可能性がある治療方法や療養場所についての知識や説明の方法 等

イ) ①・②に掲げる事項を本人や家族等に伝達するにあたり、留意すべき事項

- ・本人が考えたくない、話したくないということも含めて本人の意思を汲み取ることがまず重要であること

- ・ 本人や支える家族等の意思や気持ちは変化しうることを理解すること
- ・ 医療・ケアチームと本人との関係が、上下関係のようにならないようにすること 等

④ 国民全体

- ・ 人生の最終段階における医療・ケアの方針決定においては、本人による意思決定が重要であり、自ら主体的に取り組む必要があること、また、本人の意思を尊重するために、意思決定支援の取組があること
- ・ 本人や身近な人のもしものときに備えて、日頃から考え、家族等の信頼できる者を決め、繰り返し話し合うことが重要であること
- ・ 話し合った内容は、共有しておくことが重要であること
- ・ 本人の希望は、いつでも変更して良いことを理解しておくこと
- ・ 具体的な心身の状態を踏まえて話し合いを行うことで、理解や考えが深まること 等

(3) 普及・啓発の方法

① 人生の最終段階における医療・ケアの在り方を自分ごととして考える時期にある方

② ①の方を身近で支える立場にある家族等

<医療機関・介護施設>

- ・ 直接本人や家族等に関わるかかりつけ医、看護師、介護支援専門員、介護福祉士等の医療・ケアチームは、医療・介護サービスの提供の機会を通じて、本人や家族の状態を判断しながら、医療や療養場所について具体的な情報提供を行う。

<地方自治体>

- ・ 医療や介護に係る行政の担当部局は、本人や家族等が在宅医療・介護に関する相談に訪れた機会を活用して、本人の意思決定やその支援の在り方に関するリーフレットの配布を行う。
- ・ 医療や介護に係る行政の担当部局は、医療や介護に関する事業において、本人の意思決定やその支援の在り方に関するリーフレットの配布や市民向けのセミナーの開催を行う。

③ 本人や家族等を支える医療・ケアチーム

<国・地方自治体、医療・介護関係団体>

- ・ 医療や介護に係る行政の担当部局や医療・介護関係の職能団体や学会は、新ガイドラインについてのホームページ等による普及や、新

ガイドラインに基づく研修会の開催による知識・技術の向上に努める。

- ・医療・介護従事者の養成課程等において、人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援に関する教育及び研修を行う。
- ・医療・介護関係の職能団体や学会は、ホームページ、学会誌、学術集会等において、意思決定支援に関する情報提供を行う。また、診療に関するガイドライン等の策定や改訂等を行う場合には、新ガイドラインを参考とする。

④ 国民全体

<国>

- ・人生の最終段階における医療について考える機会を設けるため、記念日の制定やこの日に合わせたイベントを開催する。
- ・ACP 等の概念を盛り込んだ意思決定支援や人生の最終段階において提供される医療・ケアに関連する情報のポータルサイトやeラーニング等の学習サイトを開設する。
- ・ACP について国民に馴染みやすい名称の検討等、メディアを意識した広報を行う。

<地方自治体>

- ・医療や介護に係る行政の担当部局は、本人や家族等が在宅医療・介護に関する相談に訪れた機会を活用して、本人の意思決定やその支援の在り方に関するリーフレットの配布を行う。
- ・医療や介護に係る行政の担当部局は、医療や介護に関する事業を活用して、本人の意思決定やその支援の在り方に関するリーフレットの配布や市民向けのセミナーの開催を行う。
- ・保険者による特定健康診査・保健指導の機会を通じた本人の意思決定やその支援の在り方に関するリーフレットの配布を行う。

<民間団体>

- ・結婚、出産、介護保険加入、介護休業、退職等のライフイベントに関連する手続きの機会等を通じ、社員等に対して、本人の意思決定やその支援の在り方に関するリーフレットの配布やセミナーの開催を行う。
- ・退職セミナー等の企業の福利厚生機会等を通じ、社員等に対して本人の意思決定やその支援の在り方に関するリーフレットの配布やセミナーの開催等を行う。
- ・遺言や財産管理、不動産購入や生命保険加入の機会を通じ、顧客等に対して、本人の意思決定やその支援の在り方に関するリーフレットの配布やセミナーの開催を行う。

- ・保険者による特定健康診査・保健指導の機会を通じた本人の意思決定やその支援の在り方に関するリーフレットの配布やセミナーの開催を行う。
- ・企業においては、特に介護離職防止等の観点からもこのような周知等を通じ、社員及び家族等の状況を把握することが重要である。

<教育機関>

- ・文部科学省や教育委員会の協力を得て、小中学校・高校・大学における生命や医療・ケアに関する授業や講義の機会を通じ、人生の最終段階における医療・ケアに関して、本人の意思決定やその支援の在り方について教育を行う。

(4) 普及・啓発における留意事項

- ・日々の暮らしの中で、誰もが日常的に話し合える環境づくりを進めることが重要であること
- ・ACP等の概念を盛り込んだ意思決定支援の取組は、人生の最終段階に限定した取組ではなく、医療・介護現場で既に実施されている、人生観、価値観等も含めた十分なコミュニケーションを踏まえた医療・ケア内容の決定に向けた取組の延長線上にあること
- ・国民一人一人が、自分が希望する医療・ケアを受けながら人生の最終段階を迎えることができるようにするために行うものであり、決して医療費削減、営利目的等のために行うべきものではないこと
- ・あくまで個人の主体的な取組によって、人生の最終段階の医療・ケアの在り方について考え、決定されるものであり、対象者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であること
- ・人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発にあたって、本人の意思決定及びその支援の取組について、以下の点について伝えることが重要であること
 - ア) 人生の最終段階の医療・ケアに関する考えを共有するに当たっては、人生観や価値観を含めた十分なコミュニケーションが必要であること
 - イ) 本人の意思は時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて変化しうる可能性があることから、繰り返し見直し、変更することが可能であること。また、支える家族等の意思や気持ちも変化しうるものであること
 - ウ) そのため、本人の意思を文書にまとめておく場合であっても、その文書に書かれた内容が人生の最終段階の状況に当てはまらない場合があること

4. 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂

1) 改訂の経緯

富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、2007年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（2015年に「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」に名称変更）は、その策定から約10年が経過しており、

- ・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したものと
する必要があること
- ・英米諸国を中心として、ACPの概念を踏まえた研究・取組が普及してきて
いること

を踏まえ、ガイドラインの見直しを行った。

2) 改訂概要

- ① 病院における延命治療への対応を想定した内容ではなく、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実施した。
 - ・「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」に名称を変更
 - ・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化
- ② 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、本人が家族等と医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うこと（＝ACPの取組）の重要性を強調した。
- ③ 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者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載した。
- ④ 今後、単身者が増えることを踏まえ、③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。
- ⑤ 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。

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審議経過

2017年8月3日 第1回

- ① 人生の最終段階における医療の現状と課題について
- ② 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の実施について
- ③ 今後の検討会の進め方について

2017年9月29日 第2回

- ① 先進的な取組について（自治体、救急、地域連携、在宅及び地域からヒアリング）

2017年12月22日 第3回

- ① 第XV次 日本医師会生命倫理懇談会答申について
- ② 「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」における最近の動向
- ③ 国民への普及・啓発について

2018年1月17日 第4回

- ① 国民に対する普及・啓発の在り方について（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の結果報告速報値）
- ② 「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」改訂について
- ③ 今後の検討会の進め方について

2018年2月23日 第5回

- ① 「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」改訂について
- ② 国民に対する普及・啓発について

2018年3月23日 第6回

- ① 「人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書（案）」について

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開催要綱

1. 目的

- 人生の最終段階における医療については、医療従事者から患者・家族に適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者本人による意思決定を基本として行われることが重要である。
- 本検討会は、人生の最終段階における医療に関する意思決定支援を図るために、国民に対する情報提供・普及・啓発の在り方等について検討することを目的に開催する。

2. 協議事項

- (1) 国民に対する情報提供・普及・啓発の在り方について
- (2) 国民、医療従事者等の意識調査結果を踏まえた今後の課題の整理について
- (3) 人生の最終段階における医療に関する意思決定支援に必要なその他の事項について

3. 構成員

- (1) 構成員は別紙のとおりとする。
- (2) 座長は、構成員の互選により選出する。座長は、座長代理を指名することができる。
- (3) 座長は、必要に応じ、構成員以外の関係者の出席を求めることができる。

4. 運営

- (1) 会議の議事は、特に非公開とする旨の申し合わせを行った場合を除き、公開とする。
- (2) 会議の庶務は、医政局地域医療計画課において行う。
- (3) この要綱に定めるもののほか、会議の運営に関し、必要な事項は、座長が定めることとする。

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構成員名簿

(50音順、敬称略、◎=座長)

氏名	所属・役職
岩田 太	上智大学法学部教授
内田 泰	共同通信社生活報道部編集委員
金子 稚子	ライフ・ターミナル・ネットワーク代表
川平 敬子	宮崎市健康管理部医療介護連携課長補佐
木澤 義之	神戸大学医学部附属病院緩和支援治療科特命教授
木村 厚	全日本病院協会常任理事
熊谷 雅美	日本看護協会常任理事
権丈 善一	慶應義塾大学商学部教授
齊藤 克子	医療法人真正会副理事長
斉藤 幸枝	日本難病・疾病団体協議会常務理事
佐伯 仁志	東京大学法学部教授
清水 哲郎	岩手保健医療大学学長
鈴木 美穂	NPO 法人マギーズ東京共同代表理事 日本テレビ放送網株式会社報道局社会部
瀬戸 雅嗣	全国老人福祉施設協議会統括幹事
高砂 裕子	南区医師会訪問看護ステーション管理者
早坂 由美子	北里大学病院トータルサポートセンターソーシャルワーカー
◎樋口 範雄	武蔵野大学法学部教授
紅谷 浩之	オレンジホームケアクリニック代表
松原 謙二	日本医師会副会長
横田 裕行	日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野教授

過去の検討会の経緯

1) 「末期医療に関するケアの在り方の検討会」(昭和 62 年～平成元年度)

昭和 62 年 7 月に第 1 回を開催し、平成元年 6 月に報告書を取りまとめるまでに、計 14 回にわたり検討会を開催した。がんによる末期医療を中心課題として、①末期医療の現状、②末期医療のケア、③施設、在宅での末期医療、④一般国民の理解などについて検討した。

2) 「末期医療に関する国民の意識調査等検討会」(平成 5 年)

平成 5 年 2 月に第 1 回を開催し、平成 5 年 3 月に、末期医療に関する意識調査を実施した。平成 5 年 8 月に報告書を取りまとめるまでに、計 4 回にわたり検討会を開催した。主に、①末期医療に対する国民の関心、②苦痛を伴う末期状態における延命治療、③患者の意思の尊重とリビング・ウィル、④尊厳死と安楽死などについて検討した。

3) 「末期医療に関する意識調査等検討会」(平成 9 年～平成 10 年度)

平成 9 年 8 月に第 1 回を開催し、平成 10 年 1 月から 3 月にかけて、末期医療に関する意識調査を実施した。平成 10 年 6 月に報告書を取りまとめるまでに、計 5 回にわたり検討会を開催した。主に、①末期医療における国民の意識の変化、②国民と医療従事者との意識を通じて見た末期医療、③適切な末期医療の確保に必要な取り組みなどについて検討した。

4) 「終末期医療に関する調査等検討会」(平成 14 年～平成 16 年度)

平成 14 年 10 月に第 1 回を開催し、平成 15 年 2 月から 3 月にかけて、終末期医療に関する意識調査を実施した。平成 16 年 7 月に報告書を取りまとめるまでに、計 7 回にわたり検討会を開催した。主に、①患者に対する説明と終末期医療の在り方、②末期状態における療養の場所、③癌疼痛療法とその説明、④終末期医療体制の充実についてなどについて検討した。

5) 「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」(平成 19 年度)

平成 18 年 3 月に報道された、富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件を契機として、「尊厳死」のルール化の議論が活発になったことから、コンセンサスの得られる範囲に限ったルール作りを進めることとなった。平成 19 年 1 月より 3 回にわたり「終末期医療の決定プロセスのあり方についての検討会」を開催し、同年 5 月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」及び「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編」を策定した。終末期のあり方を決定する際には、適切な情報提供と説明に基づいて患者が医療従事者と話し合い、患者本人による決定を基本と

することや、終末期医療の内容は医師の独断ではなく、医療・ケアチームによって慎重に判断することなどが盛り込まれた。

6) 「終末期医療のあり方に関する懇談会」(平成20年～平成22年度)

平成20年1月に第1回「終末期医療に関する調査等検討会」を開催し、平成20年3月に終末期医療に関する意識調査を実施した後、平成20年10月からは厚生労働大臣主催の「終末期医療のあり方に関する懇談会」として開催し、平成22年12月に報告書を取りまとめるまでに、7回の検討会と懇談会、2回のワーキング・グループを開催した。意識調査の結果を踏まえ、主に①終末期のあり方を決定する際のプロセスの充実とリビング・ウィルについて、②終末期医療に関する患者・家族と医療福祉従事者間の情報格差、③終末期医療体制の整備と医療福祉従事者に対する知識の普及、④緩和ケアについて、⑤家族ケア・グリーフケアなどについて検討された。

7) 「終末期医療に関する意識調査等検討会」(平成24年～平成26年度)

平成24年12月に第1回「終末期医療に関する意識調査等検討会」を開催し、平成25年3月に終末期医療に関する意識調査を実施した後、平成27年3月に報告書を取りまとめるまでに計4回にわたり検討会を開催した。人生の最期まで本人の生き方を尊重した医療やケアの提供が重要であることから、「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」と名称を変更することや、人生の最終段階における医療の提供体制の整備が必要であり、医療従事者等への研修の必要性について検討された。