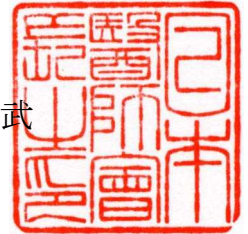


日医発第177号(総37)
令和2年5月26日

都道府県医師会長 殿

日本医師会

会長 横倉 義武



第XVI次生命倫理懇談会答申書の送付について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

このたび、本会生命倫理懇談会より本職宛に答申書が提出されましたので、ご参考までに送付申し上げます。

第 XVI 次 生命倫理懇談会 答申

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

令和 2 年 5 月

日本医師会 生命倫理懇談会

令和 2 年 5 月

日 本 医 師 会

会 長 横 倉 義 武 殿

第 XVI 次生命倫理懇談会

座 長 高 久 史 磨

答 申

生命倫理懇談会は、平成 31 年 2 月 21 日開催の第 1 回懇談会において、貴職より「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」との諮問を受けました。

これを受けて、計 4 回にわたり本懇談会を開催し、鋭意検討を重ねてまいりました。

ここにその結果を取り纏めましたので、ご報告申し上げます。

日本医師会 第XVI次 生命倫理懇談会

座 長	高 久 史 麿	地域医療振興協会会長
副 座 長	大 中 正 光	前 福井県医師会会長
〃	樋 口 範 雄	武蔵野大学法学部特任教授
委 員	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（令和元年6月24日まで）
〃	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	龍谷大学大学院実践真宗学研究科長
〃	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	日本体育大学大学院保健医療学研究科科長・教授
〃	吉 川 久美子	日本看護協会常任理事（令和元年6月25日から）
（委員：五十音順）		
専 門 委 員	畔 柳 達 雄	弁護士・日本医師会参与
〃	奥 平 哲 彦	弁護士・日本医師会参与
〃	手 塚 一 男	弁護士・日本医師会参与
オブザーバー	澤 倫太郎	日医総研研究部長
〃	水 谷 渉	日医総研主任研究員
〃	村 田 真 一	弁護士

目 次

I	はじめに	1
II	「終末期医療に関するガイドライン」の改訂について	2
III	ACP の普及・啓発について	4
IV	結び	7
 【巻末】		
	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	9

I はじめに

第XVI次生命倫理懇談会は、平成31年2月21日、横倉義武会長より、「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」に関する議論の取りまとめを行うようにとの諮問を受けて発足した。

その後、年号が令和に改まる中で、次のように議論を積み重ねた。

第1回 平成31年2月21日

第2回 令和元年6月27日

第3回 令和元年10月3日

第4回 令和2年1月23日

第5回 令和2年5月25日

なお、第5回は、日程を令和2年4月9日から同年5月25日に延期し開催を模索したが、新型コロナウイルスの感染拡大によりやむを得ず中止した。

そのため、答申案などの最終的検討についてはメール審議で代替した。

今期の懇談会では、諮問事項である2つの課題、すなわち、平成20年2月の日本医師会第X次生命倫理懇談会の答申で策定された「終末期医療に関するガイドライン」の見直しと、ACPの普及・啓発について医師会がどのように活動していくべきかという問題について、次のような対応を行った。

まず前者のガイドライン改訂については、作業部会を設置して改訂案作成を行い、それを懇談会の場で検討し、さらに前回のガイドライン策定と同様に、パブリックコメントをとった上で、あらためて懇談会で最終的な取りまとめを行い、今期懇談会の報告書である答申に含めることにした。本報告書の巻末に「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」として付している。

後者については、有識者によるヒアリングを行いつつ、平成30年に

改訂された厚生労働省「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」でも強調されているACPの普及・啓発について、医師会としてどのような役割が期待され、それをどのようにして果たすのかについて検討した。ヒアリングの報告者とそのテーマは以下のとおりである（敬称略。役職はヒアリング当時のもの）。

第1回 樋口範雄（武蔵野大学法学部特任教授）

「終末期医療と法 ― その現状と将来」

松岡輝昌（厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室長）

「人生の最終段階における厚労省の取組」

第2回 満岡 聡（満岡内科クリニック院長）

「ACPの普及・啓発について」

松原弘子（宮城学院女子大学教育学部助教）

「ACPの普及・啓発について―MSWの視点から」

第3回 羽鳥 裕（日本医師会常任理事）

「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割」

篠原裕希（神奈川県医師会理事）

「終末期医療におけるガイドラインの見直しとACPの普及・啓発について」

第4回 篠田節子（作家）

「高齢患者の意思確認はそもそも可能か？」

以上のような検討の積み重ねの結果、本懇談会として、以下のような取りまとめを行った。Ⅱにおいて「終末期医療に関するガイドライン」の改訂について、次にⅢにおいてACPの普及・啓発につき医師会が果たす役割について提言を行う。

Ⅱ 「終末期医療に関するガイドライン」の改訂について

先に述べたように、平成20年、日本医師会第X次生命倫理懇談会は、

「終末期医療に関するガイドライン」を答申した。だが、それから10年以上の月日を経て、終末期医療に関するわが国の状況にも相当の変化が生じた。それらを列挙すれば、少なくとも次のような点を、ガイドラインの改訂を促す事情としてあげることができる。

- ・ 超高齢社会の急速な進展
- ・ それに伴う在宅及び介護施設における療養・看取りの増加
- ・ 地域包括ケアシステムの構築が進められていること
- ・ いずれの状況においてもかかりつけ医の果たす役割が期待されていること
- ・ 医療・医学の進展（ここには遺伝子診断・治療の進展や、緩和医療の進展が含まれる）
- ・ 認知症患者の増加
- ・ 長期の高齢期に対応するべく、早期にACPを行うことの重要性が意識されるようになったこと

そこで、次のような点を主要な改訂点として含むガイドライン（本報告書巻末参照）を取りまとめた。なお、ACPの考え方は終末期だけに限られないため、「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」として、名称も変更した。

- ① 改訂案では、ACPの考え方を盛り込むこと
- 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
- ③ 家族等に対するグリーフ・ケアについて言及すること

以上のような点を強調したガイドライン改訂は、急速に進むわが国の高齢化と終末期医療の状況の変化に対応するべく内容を改訂したものであり、今後は、この改訂ガイドラインに基づき、わが国において、かかりつけ医が中心となり、患者本人が望む終末期の過ごし方、さらにはより広く高齢期における医療・ケアについてのプランニングが可能になるよう支援がなされることが期待される。

Ⅲ ACPの普及・啓発について

ACPとは、長期化した高齢期において、将来の変化に備え、その間の医療及びケアについて、本人を主体に、その家族等及び医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、本人の意思決定を支援するプロセスのことである。もちろん、ACPは、高齢者だけを対象とするものではなく、若い人でも、医療やケアのあり方について考えざるを得ない状況にある人にはすべて適用される。

このような場合、本人の意思は、その時々において、またその病状の変化に応じて、変化し得るものであり、実際にも往々にして患者の気持ちは変わるものであることから、医療・ケアチームが適切な情報提供をした上で、繰り返し話し合いを行い、関係者の間でも本人の意思を共有しておくことが重要である。ACPは、その都度の話し合いを記録し、それを繰り返すプロセスであり、そのことによって最大限本人の意思の実現を図るための手段である。

ただし、いつそれを始めるか、どこでそれを始めるか、誰が参加して行うか、何を話し合いの対象とするかなど、ACPの実践に際しては難しい側面があり、その普及・啓発は大きな課題となる。

この点で、ヒアリングを行った有識者は、実際に医療の現場でこれらの実践を重ねてきた人が多く、その報告を基にした議論の中で、次のような知見が得られた。

- ・ 「患者が1年以内に亡くなったら不思議に思うか」というサプライズ・クエスチョンに答えると仮定し、それに対しNOと答える場合なら、ACPを開始することが推奨される。ただし、これは遅くともそうだということであり、これより早いことはもちろん問題ない。一般的に言えば、せめて65～75歳の間には、この取り組みを始めたほうがいいのではないかと思われる。これは、本人の病気などに関係なくという話である。
- ・ 70歳以上の方は、8割以上の方がかかりつけ医を持っているが、

60歳代では66.4%、より若い段階になるとかかりつけ医を持っていない方々が非常に多い。こうした方々にACPをどのように勧めていくか、ということが問題になる。

- ・ ACPの標準化と、施設・職種間の連携が課題の1つである。平成30年度の診療報酬改定で算定要件となったものの、どうすればACPを行ったとみなすかのルールがない。ACPの標準フォーマットが、まだ存在しない。ただし、単純なチェックリスト方式にすると、チェックリストを埋めることだけをゴールにしてしまい、治療の選好の真意にたどり着けないというリスクがある。適切な標準のフォーマットを工夫すると同時に、多職種・多施設で、共通の研修をするなどの対応が必要となる。
- ・ 場合によっては学校教育を含めて、日本のような超高齢社会において、どのような人生を1人ひとりが送るべきか、どのような医療・ケアを受けたいかを考える機会を提供すべきである。
- ・ 「もしばなゲーム」（死について考えてもらうためのカード・ゲーム）は有用であり、医療・介護関係者や家族間でも、教育ツールとして活用すべきである。
- ・ 在宅療養支援診療所が参加できるようなコンパクトな研修モデルが必要である。
- ・ ACPの中味としては、日常対話から発展する対話・相談の機会が増えることが重要となる。医師のみに頼るだけではなく、医療相談業務を担当するスタッフ（MSWやケアマネジャー）を育成・活用することも大切である。
- ・ 多くのかかりつけ医は、健康診断、がん検診、母子保健、産業保健、地域保健等、多方面の医療に関わっている。これらを通して、地域の高齢者ができるだけ在宅で長く生活できるよう支援していくことが重要となる。
- ・ 地域包括ケアシステムが推進されているものの、地域差が大きい。それぞれの地域で、医療資源や介護資源も異なることから仕方ない側面もあるが、その充実が求められるのは当然であり、その中

でACPの推進もなされるべきである。

- ・ 救急車を呼んだ後で、本来救急車を呼ぶべき場合だったのか否か、救急車を呼ばずに看取るべき段階だったのかが問題となるケースが増えている。このような場合に、かかりつけ医が果たすべき役割は大きい。
- ・ 独居高齢者が増加している。しかも認知症になった場合、対処が難しい。そうなる前にACPを行うような工夫が求められる。
- ・ ACPの普及のためには、一定の研修を受けたファシリテーターが必要であるが、まだまだその数が少ない。
- ・ 病院や施設ではなく、外来・在宅の場合でのACPの実践は難しい。しかし、在宅医療でACPがなされることが重要である。
- ・ 在宅での看取りを増やすには、強化型在宅療養支援診療所の数を増やす必要がある。しかし、まだまだ在宅医療を支援する医師の数が足りない。
- ・ 国民に対するACPの普及には、行政がより熱心に推進する必要がある。医師会がそれに協力する必要もある。
- ・ 介護施設でのACPでの義務化など、ルール作りも重要である。
- ・ 患者や家族に説明し在宅での看取り支援を行うという基本的考え方はその通りでも、実際に親を看取った経験からすると、かつての映画「東京物語」の時代と異なり、在宅での看護・介護は長期間に及び相当にハードルが高い。
- ・ 「絶好の死に時」を見いだすのは難しい。患者の家族にはどうしても後悔が残る場合がある。それを見きわめてくれるかかりつけ医の存在が重要となる。

これらの意見はいずれも重要な課題を提示するものである。これらを参考に、現段階での提言を整理すると、次のようになる。

第1に、ACPの普及・啓発には、それぞれの地域のかかりつけ医の果たすべき役割が大きい。地域包括ケアシステムの中で、できるだけ早期に、ACPの考え方がそれぞれの人生にとって必要かつ重要であるこ

とを、多くの人々に啓発するとともに、その実践に際しても、かかりつけ医が中心になって大きな役割を果たすことが求められている。在宅医療を支援する医師の増加も真剣に検討する必要がある。そもそも一定年齢以上の人には、すべての人が誰かしらかかりつけ医を持っているという状況を実現すべきである。

第2に、医師会も、行政と協力しつつ、それぞれの地域で、ACPの考え方の普及に努めるべきである。学校健診の場などで、健診への協力だけでなく、健康と生命の重要性を小さな時から教育する機会を設けることも重要である。高齢期については、その早期に、健康寿命の延伸のために、それぞれができることは何か、すべきことがあるならそれは何かについて、医師も関与して教育・研修することが必要であり、それがACPの第一歩となる。

第3に、そもそもACPの内容や、その始め方、継続の仕方について、一定の標準的なモデルを作成するとともに、それが個々人の状況に合わせたものになるようカスタマイズできる柔軟性のあるものでなければならないことも忘れてはならない。その点でも、医師会は、現場の医師の経験を集約して、モデルの形成に努めるべきである。さらに、それが医師の考えるモデルだけでは十分ではないと考えられることから、多職種の関係者と連携して、モデルの形成・改訂を先導すべきである。

IV 結び

本答申は、新型コロナウイルスの問題が大きな社会的課題となる中で取りまとめられた。本懇談会自体も、最終回の開催中止を余儀なくされた。世界におけるパンデミックとなった新たなウイルスの問題も、日本を含むそれぞれの国の医療・ケアのあり方に厳しい問いを投げかけるものである。

人生の最終段階における医療・ケアのあり方は、今後も長く続く課題である。ACPという考え方を中心にすると、今回改訂したガイドラインは宣言したが、ガイドラインだけではまだその入り口に立ったに

過ぎない。それが医師をはじめとする多くの人々に理解され、適切に実践されるかは、まさに今後の課題であり、特にかかりつけ医の役割は大きい。

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

ガイドライン改訂の経緯

日本医師会第Ⅹ次生命倫理懇談会は、平成 20 年 2 月、「終末期医療に関するガイドライン」を答申した。その後も本懇談会では、超高齢社会の急速な進展に伴う在宅及び介護施設における療養・看取りの増加や地域包括ケアシステム^{注1}の構築が進められていること等の社会状況の変化に応じて、終末期医療に関する検討を重ね、第ⅩⅢ次同懇談会では「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―（平成 26 年 3 月）」を、第ⅩⅤ次同懇談会では「超高齢社会と終末期医療（平成 29 年 11 月）」を取りまとめた。

特に、第ⅩⅤ次報告書では、本人の意思決定による終末期の生き方と平穏な死を実現するための意思決定支援の仕組みを用意することが現在における課題であるとして、医療機関に入院中の患者ばかりでなく、認知症や独居生活者のほか、在宅での意思決定支援にも焦点を当てるとともに、事前の話し合いのプロセスであるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）^{注2}の重要性を指摘し、その実践に当たっては、地域包括ケアシステムの中で、かかりつけ医^{注3}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になるとした。

厚生労働省は、平成 27 年 3 月、「終末期医療」を「人生の最終段階における医療」という表現に改め、同省ガイドラインの名称等を変更した。さらに平成 30 年 3 月には、地域包括ケアシステムの構築への対応や ACP の重要性を強調するなど、内容の実質的な改訂を行い、名称も「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」とした。この名称の変更も、死期のいかんではなく、最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した最適な医療・ケアが行われるべきだという考え方によるものである。

今回の「終末期医療に関するガイドライン」（第X次生命倫理懇談会）の改訂は、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以上の検討結果を踏まえたものである。また、本懇談会では、これまで「終末期医療」という用語を使用してきたが、「人生の最終段階における医療・ケア」という用語を使用することとしたのも以上のような理由からである。

本懇談会では、厚生労働省の「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」も参考にしながら、以下のような観点から改訂を行うものである。

① ACP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等に記録し、共有することの重要性を強調。
- 特定の家族等^{注4}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^{注5}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

1. はじめに

日進月歩の医学・医療によって多くの患者の命が救われるとともに、その医療のあり方について多くの深刻な問題を生じさせることになった。回復の見込みがなく、緩慢に、あるいは急激に死へと向かいつつある患者に対する延命措置^{注6}のあり方もそのうちの一つである。

人生の最終段階においては、本人の意思が一番重要であり、その意思を尊重した医療・ケアを提供する中で、尊厳ある生き方を実現していかなければならない。そのため、いたずらに延命を試みるよりも、QOL (quality of life、生活の質) や QOD (quality of death、死に向かう医療・ケアの質) をより重視し、場合によっては延命措置の差し控えや中止も、本人の医療・ケアとして考慮すべきことである。その際、薬物投与、人工呼吸器装着、栄養補給などの措置が問題となることもあるが、それらの措置の差し控え・中止は死につながる場合があるだけに、その決定には慎重さが求められる。本人にとって、どのような措置が過剰な負担であり、無益であるかの判断は必ずしも容易ではない。そのため、その判断に当たっては、医学的妥当性だけではなく、ACPの実践に努めることによって、本人の人生観・価値観を含めその意思を十分に尊重し、本人の最善の利益^{注7}が確保されるように行われなければならない。担当医・かかりつけ医一人だけで行うのではなく、他の医師や医療・介護関係者などから構成される医療・ケアチームの意見を十分に聞いた上で行うべきである。

超高齢社会の進展を見据えた地域包括ケアシステムを構築していく中で、その要の役割を担うかかりつけ医を中心に多職種が協働し、地域で患者を支えていくという視点も重要である。

延命措置の差し控えや中止については、それを求める本人の意思がその時点で認められることが重要であると考えられる。

本人の意思については、本人の口頭または文書等による意思表示のほかに、本人が正常な判断ができないあるいは本人が意思を明らかにできないような状態では、本人の文書等による事前の意思表示^{注8}を確認することが重要である。

また、患者本人の直接的な事前の意思表示がない場合、家族等の話から本人の意思を推定できることがある。しかし、本人の意思は可能な限り確認されることが重要であることから、近年では、本人の意思決定を支援する方策として、ACP の考え方が普及しつつある。

ACP とは、将来の変化に備え、将来の医療・ケアについて、本人を主体に、その家族等及び医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、本人の意思決定を支援するプロセスのことである。本人の意思は変化し得るものであることから、医療関係者より適切な情報提供と説明がなされた上で、本人を主体にその家族等及び医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、本人の意思を共有しておくことが重要である。ACP は、その都度の話し合いを記録し、それを繰り返すプロセスであり、そのことによって最大限本人の意思の実現を図るための手段である。

2. 人生の最終段階における医療・ケアのあり方

- (1) 本人が自らの意思を明らかにできるときから、家族等及び医療・ケアチームと繰り返し話し合いを行い、その意思を共有する中で、本人の意思を尊重した医療・ケアを提供することが基本的な考え方である。
- (2) 担当医・かかりつけ医は、いざという場合、本人が自らの意思を明らかにできない状態になる可能性があることから、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よう本人に勧めることが望ましい。同時に、本人が意思表示できる間に、人生の最終段階における医療・ケアに関する本人の意思や希望を繰り返し確認する ACP の実践をすることも重要である。^{注9}
- (3) 本人の生命予後に関する医学的判断は、医師を中心とする複数の専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって行う。
- (4) 延命措置の開始・差し控え・変更及び中止等は、医学的な妥当性を基にしつつも、本人の意思を基本として行う。それは、ACP など、本人の意思決定の支援を経て、医療・ケアチームによって慎重に判断する。
- (5) 可能な限り疼痛やその他の不快な症状を緩和し、本人・家族等への精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行う。
- (6) 家族等に対するグリーフ・ケアに配慮する。
- (7) 積極的安楽死や自殺幇助等の行為は行わない。

3. 人生の最終段階における医療・ケアの方針決定の基本的手続き

延命措置の開始・差し控え・変更及び中止等、特に差し控え・中止に際してはその行為が本人の死に結びつく場合がある。したがって、医師は、本人の意思決定支援における ACP の重要性を認識するとともに、人生の最終段階における医療・ケアの方針決定を行う際に、特に慎重でなければならない。その上で、延命措置の開始・差し控え・変更及び中止等に際しての基本的な手続きとして、以下のことがあげられる。

- (1) 本人の意思が確認できる場合には、担当医・かかりつけ医等の医療従事者による適切な情報提供と説明に基づく本人の意思を基本とし、それを尊重した上で医療・ケアチームによって決定する。その際、医師等は押し付けにならないように配慮しながら本人・家族等と十分な話し合いを行う。

本人の意思は変化し得ることから、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更等に応じてその都度説明し、その意思を再確認する。この説明に当たっては、家族等も含めた十分な話し合いを行うことが必要である。家族等が話し合いに参加できない場合は、本人が拒まない限り、決定内容を知らせる。

繰り返し話し合うこと自体が重要なことは言うまでもないが、話し合いの内容をその都度文書等に記録し、本人の意思を共有しておくことは、延命措置が問題となる場面でも、本人の意思を尊重した医療・ケアを提供するために重要である。

- (2) 本人の意思の確認が不可能な状況下にあっても、本人の文書等による事前の意思表示がある場合には、それが本人の意思表示としてなお有効であることを家族等に確認してから、それを基本として医療・ケアチームが判断する。また、本人の事前の意思表示はないが、家族等が本人の意思を確認できなくなるまでの本人及び医療・ケアチームとの十分な話し合い、つまり ACP が実

践されている場合もある。その場合には、これらの繰り返しの話し合いにより、本人の意思を推定できるから、原則としてその推定意思を尊重した措置をとることとする。その場合にも家族等の承諾をあらためて得る。

なお、突然、意識不明の重篤な患者が運び込まれるような救急時においては、原則として救命措置を図るべきであるが、その後、例えば家族等の到着により病状の経過が明らかになって本人の意思も推定できるようであれば、本人の意思を基本とした医療に立ち返るべきである。

本人の意思が不明で家族等によってもそれが推定できない場合には、家族等と十分な話し合いを行い、本人にとって最善の措置^{注7}を講ずることとする。

同様に、家族等が存在しない場合や家族等との連絡が取れない場合、または家族等が判断を示さない場合、家族等の中で意見がまとまらない場合には、本人にとっての最善の利益を確保する観点から、医療・ケアチームで判断する。家族等がその場にいるときは、この判断に関して了承を得ることとする。

上記のいずれの場合でも、決定の場に家族等がいる場合には、家族等による確認、承諾、了承は文書によることが基本となる。

- (3) 医療・ケアチームの中で医療内容の決定が困難な場合、あるいは本人とその家族等及び医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当な医療内容についての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可能であれば別途設置し、または第三者である専門家の助言を得て合意の形成を進めることとする。

4. おわりに

以上、人生の最終段階における ACP の重要性と延命措置の開始・差し控え・変更及び中止等に関して、基本的な考え方及び手続き等を述べた。

患者が延命措置を望まない場合、または本人の意思が確認できない状況下で ACP 等のプロセスを通じて本人の意思を推定できる家族等がその意思を尊重して延命措置を望まない場合には、このガイドラインが示した手続きに則って延命措置を取りやめることができる。それについて、民事上及び刑事上の責任が問われるべきではない。

本人の意思決定を尊重した医療・ケアを提供し、尊厳ある生き方を実現するためにも、本人が意思を明らかにできるときから、家族等及び医療・ケアチームと繰り返し話し合いを行い、その意思を共有しておくことが重要になると考える。

なお、別紙に「人生の最終段階における医療・ケアの方針決定に至る手続き」をフローチャートとして表しているのので、参照していただきたい。

- 注 1) 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（第 2 条第 1 項）によると、「地域包括ケアシステム」は次のように定義されている。「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。」
- 注 2) 将来の変化に備え、将来の医療・ケアについて、本人を主体に、その家族等及び医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、本人の意思決定を支援するプロセスのこと。厚生労働省では、ACP を「人生会議」という愛称で呼ぶことを決定し、社会に普及を促している。
- 注 3) 「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」のこと。
- 注 4) 「家族等」とは、法的な意味での親族だけでなく、本人の意思を推定し代弁する者としてあらかじめ本人によって定められた人（諸外国では医療代理人と呼ばれている人）や本人の親しい友人等、本人が信頼を寄せている人を含む。今後、単身高齢者が増加すると予想されており、家族・親族がいない場合は、特に、後者のような医療代理人や友人等の信頼を寄せている人の存在がますます重要になる。
- 注 5) 医療・ケアチームは原則として担当医またはかかりつけ医、それ以外の 1 名以上の医師、看護師、介護従事者またはソーシャルワーカーその他の医療・介護関係者等が入ることが想定される。

在宅医療に際しては、在宅療養に従事するかかりつけ医の判断を支援するシステム（例えば委員会の設置等）を地域の医師会等で構築する必要がある。その際、支援する地域の医師会等の委員会は内規を定めるとともに会議の議事録を保管する。

注 6) 従来、延命治療といわれてきたが、現在では、これはもはや「治療」ではないとする考え方も有力になりつつあるため、本ガイドラインでは、延命措置という言葉を用いた。

注 7) 本人にとっての最善の利益は主観的なものであり、客観的な基準によって決められるべきものではない。それは、第一には、本人の意思決定によるものであるが、それが存在しない場合には本人の推定意思によることになる。ACP が実践されている場合は、そこに表れている本人の人生観・価値観を重視し、何が本人にとっての最善の利益で、何がそれに沿った最善の措置であるのかを判断する。

本人の意思決定が不明な場合であり、またそれを推定できない場合には、本人の QOL や QOD を重視し、何が最善の利益、最善の措置であるのかを判断する。

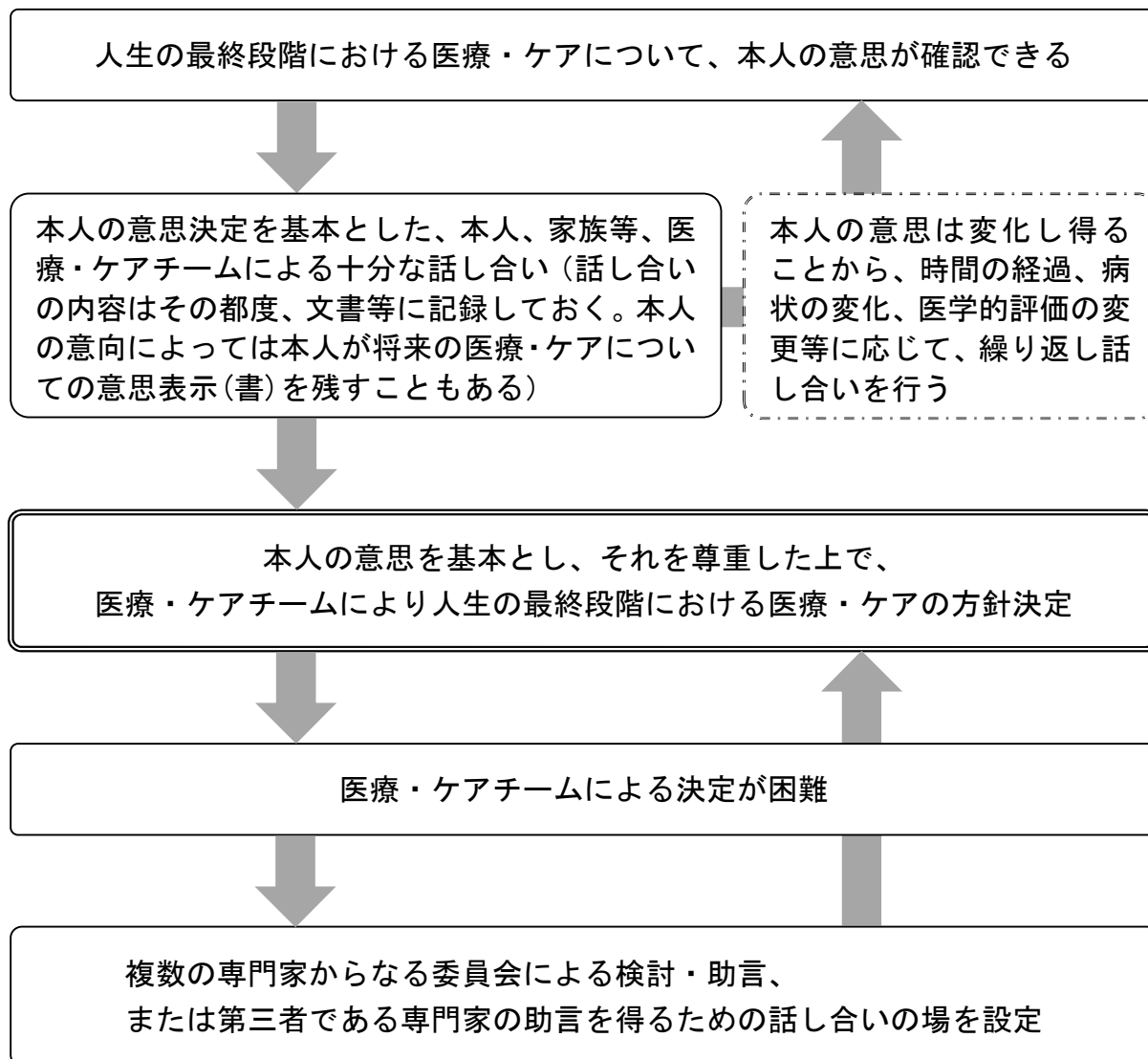
注 8) 本人の文書等による事前の意思表示とは、本人があらかじめ自身の人生の最終段階における医療・ケアに関して指示している文書やその他の手段による意思表示のことをいう。リビング・ウィル、医療代理人の指名を含むアドバンス・ディレクティブはそのようなものであるが、ACP によって示された本人の意思もこれに当たる。いずれの形式によるにせよ、本人の意思を尊重した医療・ケアを提供し、本人の尊厳ある生き方を実現するという観点から、本人及び家族等、医療・ケアチームの繰り返しの話し合いを通じて本人の意思が共有され

る中で、文書等により記録されることが重要である。また、本人の意思は変化するし得ることから、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更等に応じて十分な話し合いを行い、適宜更新していく必要がある。

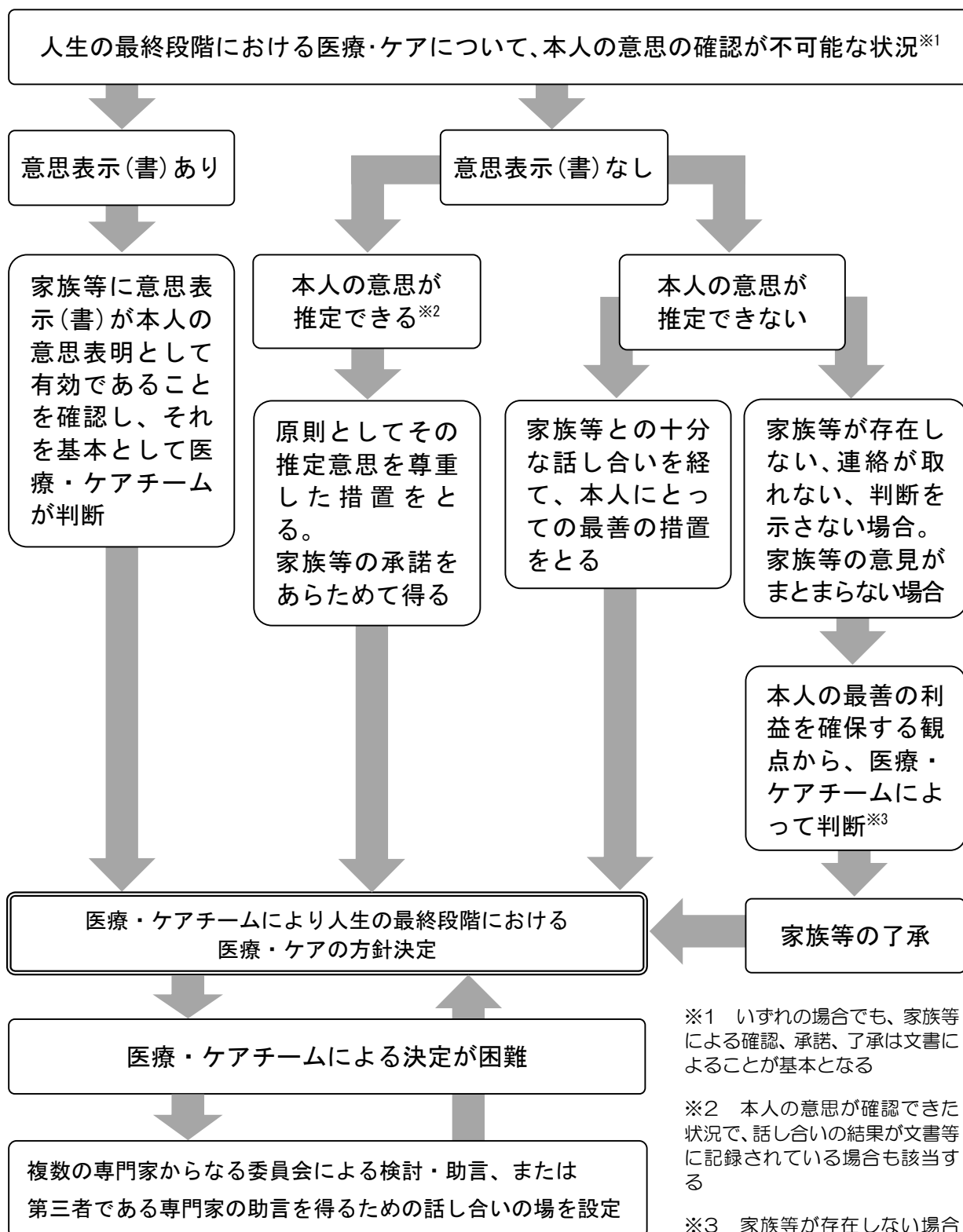
注 9) 話し合いたくない、考えたくない等という本人の意思に反して強制されるものではない。生死に関わるきわめて微妙な問題であり、本人の心身の状態を考慮する等、十分に配慮することが望ましい。

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定に至る手続き

1. 本人の意思が確認できる場合



2. 本人の意思の確認が不可能な状況の場合



※1 いずれの場合でも、家族等による確認、承諾、了承は文書によることが基本となる

※2 本人の意思が確認できた状況で、話し合いの結果が文書等に記録されている場合も該当する

※3 家族等が存在しない場合は、「医療・ケアチームにより人生の最終段階における医療・ケアの方針決定」へ