

とし、患者の意思確認ができない場合は、家族が推定する本人の意思の尊重が盛り込まれました。

旧ガイドラインが策定されてから約10年が経過する間に、我が国では少子高齢化が進行し、年間の死亡者数が130万人を超え、人口が減少する多死社会を迎えて地域包括ケアシステム構築への取り組みが進められています。そうした中、厚労省では2015年3月、旧ガイドラインのタイトルを『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』に変更しました。ここでは、患者と医療従事者の間で話し合った内容を文書に残し、その内容に沿って方針を決めることや、患者の意思が確認できない場合には家族が推定すること、家族でも推定できない場合には、家族と医療従事者が話し合っただけで最善の方針を決めることなどが示されました。

さらに、近年、これまで多かった病院死が減少に転じ、在宅や老人ホームなどの介護施設で最期の時を迎える高齢者も増えてきた現状などを踏まえ、厚労省は2017年8月に「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」（以下、検討会）を設置し、旧ガイドラインの見直しに取り組みました。こうして2018年3月には【資料1】に挙げる概要で新ガイドラインが策定されました。

その特徴は以下のとおりです。

- 病院での延命治療や終末期医療だけでなく、在宅医療や介護など地域包括ケアシステムの現場で活用できるように、旧ガイドラインの名称を『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』に変更。ガイドラインを使用する医療・ケアチームには、「介護従事者が含まれ

『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』を公表

繰り返し話し合うACPを重視。ガイドライン等を踏まえた対応が一部診療報酬の算定要件に

厚生労働省（以下、厚労省）は2018年3月14日、『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）を公表しました。

新ガイドラインでは、その使用者に医師や看護師など医療関係者だけでなく、介護従事者が含まれることを明確化し、人生の最終段階にどのような医療・ケアを受けたいかを患者本人が医療従事者や家族などと繰り返し話し合う「アドバンス・ケア・プランニング」（ACP）の概念がとり入れられています。また、11月30日には、厚労省はACPの国民への周知を図る目的で愛称を「人生会議」と決定したと発表しました。

ACPは、欧米ではすでに普及していますが、今後は日本式のACPとしての発展が望まれます。今回は、このACPの考え方や改訂された新ガイドラインのポイント、診療報酬との関係、これから期待される展開などについて解説します。

終末期医療から「人生の最終段階における医療・ケア」へ

日本において終末期医療のあり方が注目されたのは、2006年に医師による人工呼吸器取りはずしによって意識不明の入院患者7名が死亡にい

たった事件がきっかけでした。この事件を契機に厚労省は2007年5月、新ガイドラインの前身に当たる『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）を策定しました。旧ガイドラインには、患者本人の意思決定を基本

る」点を明確化

- 医療やケアの方針や、どのような生き方を望むかなどについて、本人の意思は時を経ると変化する前提で、欧米諸国において普及しているACPの概念をとり入れ、繰り返し話し合う重要性を強調
- 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を事前に定めておくことを重視。また、ひとり暮らしの高齢者が増加しているため、「本人の意思を推定する者」については家族だけでなく親しい友人等も含まれると明記
- 医療・ケアチームで、本人と話し合った内容を、その都度文書にまとめたうえ、本人、家族等と共有することを重視

「意思は変わる」を前提に話し合いを繰り返す重要性

厚労省では、ACPの普及啓発をめざし、『もしものときのために』と称するリーフレットを作成しました。そこでは、ACPとしての「話し合いの進めかた」の例を示しています（【資料2】）。

具体的には、まず、時間の経過や心身の状態、医学的評価の変化によって本人の意思は変化しうるものだと認識が重要で、繰り返し、何度でも話し合う必要があると強調されています。また、話し合った内容を文書にまとめ、医療・ケアチームと家族等の間で共有することが欠かせないとしています。さらに、本人と医療・ケアチームとの話し合いで合意が得られなかったり、家族等において意見がまとまらない場合には、たとえば医療倫理に精通した専門家など、第三者である複数の専門家から成る話し合いの場を別に設置し、

【資料1】新ガイドライン(抜粋)

1. 人生の最終段階における医療・ケアの在り方
(略)

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。(後略)

(3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置
(略)

出典：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(2018年3月14日)(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf>)

そこから助言を得るようにします。ただし、その助言を結論とするのではなく、あらためて、本人と医療・ケアチーム、あるいは家族等が話し合い、合意に向けた努力をするようにすべきとされています。

一般国民の75%超が「ACPを知らない」

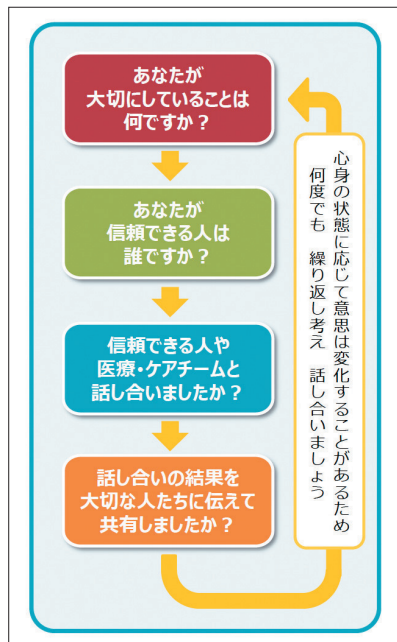
厚労省では、旧ガイドラインの見直しにあたって、一般国民、医師、看護職員、介護職員及び各施設長を対象に、2017年度の「人生の最終段階における医療に関する意識調査」

を実施しました。

まず、「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)について、知っていますか」との質問に対し、「よく知っている」と回答したのは医師でも22.4%、一般国民では3.3%にすぎませんでした。一方、「知らない」との回答の割合は、医師や看護師でも4割を超えていたほか、一般国民では75%超に上ることが明らかになりました（【資料3】）。

また、ACPの概要を説明したうえで「このような話し合いを進めることについて、あなたはどのように思いますか」と賛否を問いました。結果、

【資料2】話し合いの進めかた(例)



出典：厚生労働省「ACP普及・啓発リーフレット」(https://www.mhlw.go.jp/content/000405126.pdf)

一般国民の64.9%、医師の75.9%、看護師の76.7%、介護職員の80.1%が「賛成」と回答しました。医師をはじめ医療・介護従事者では、「反対」とする回答は、ほとんど見られませんでした。

この意識調査の結果を踏まえて、検討会は2018年3月に取りまとめた報告書の中で、「医療や介護の現場でもACPという言葉の認知度は低いですが、その概念についてはまったく知られていないわけではない」としたうえで、「欧米諸国の取り組みを参考に、日本でもACPの概念を盛り込んだ取り組みを普及させる必要がある」と指摘しました。

そこで厚労省は、ACPの概念を普及させるため、2018年8～9月にACPの愛称を募集し、11月30日には、1,073件の応募の中から静岡県看護師による「人生会議」が愛称に選ばれました。

「人生会議」が選定された主な理由は、親しみやすい単語の組み合わせによって日常会話への浸透が期待でき、家族などの信頼できる人たちと輪を囲んで話し合うイメージが湧く、というものです。さらに、11月30日を「いい看取り・看取られ」とのゴロ合わせから、「人生会議の日」とすることも決まりました。

ガイドラインを踏まえた看取りへの対応が施設基準に

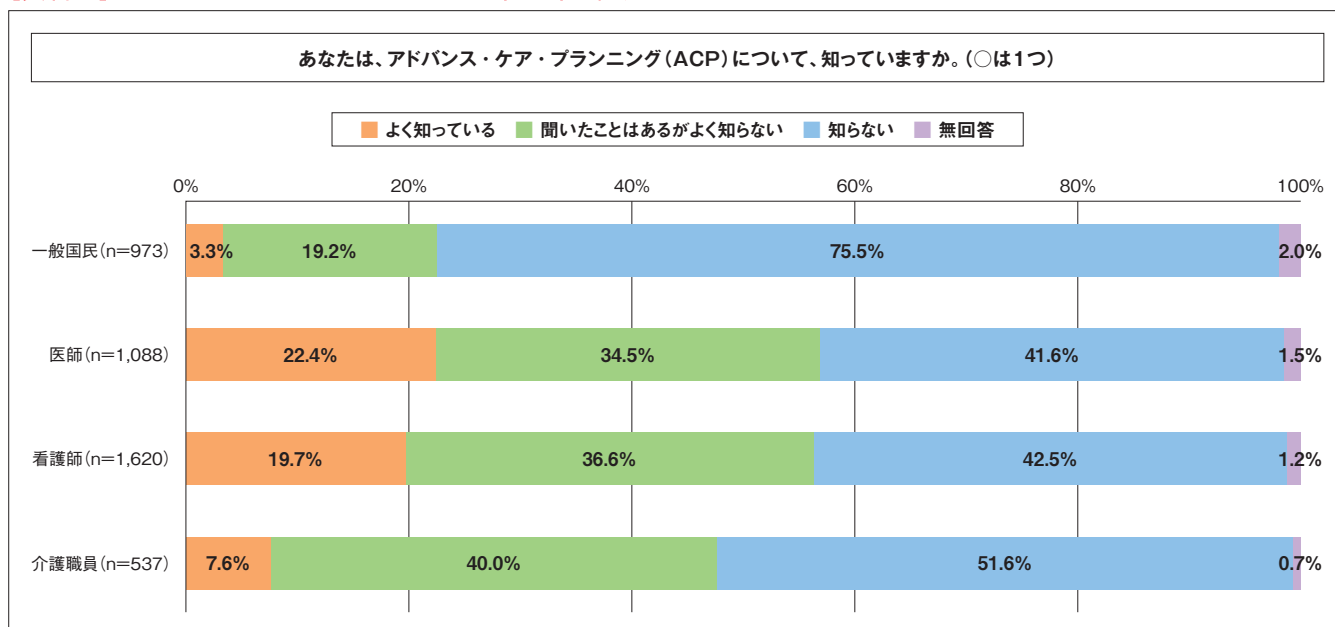
新ガイドラインの考え方やACPの概念は、2018年度診療報酬改定にもとり入れられました。

まず療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1及び3の施設基準において、「ガイドライン等の内容を踏まえ、看取りに関する指針を定めていること」という規定が新設されました。

また、療養病棟入院基本料での在宅患者支援療養病床初期加算、地域包括ケア病棟入院料での在宅患者支援病床初期加算においては、「ガイドライン等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者またはその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、(中略)療養の継続を後方支援する」とされました。

さらに、ターミナルケアに関連する報酬においても、ガイドライン等へののっとった対応が算定要件となっています。具体的には、在宅患者訪

【資料3】アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の認知について



出典：人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書(2018年3月23日) (https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200784.pdf)

【資料4】国民の希望に応じた看取りの推進

ターミナルケアに関連する報酬において、[「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」](#)等を踏まえた対応を要件とするともに、ターミナルケアの充実を推進する

診療報酬改定における対応（在宅医療・訪問看護のターミナルケア関連の報酬）

改定前	改定後
【在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料）】	【在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料）】 <small>（有料老人ホーム等とそれ以外で報酬を区分）</small>
機能強化型在支診・在支病（病床あり）	機能強化型在支診・在支病（病床あり） 6,500点
機能強化型在支診・在支病（病床なし）	機能強化型在支診・在支病（病床なし） 5,500点
在支診・在支病	在支診・在支病 4,500点
その他の医療機関	その他の医療機関 3,500点
【訪問看護ターミナルケア療養費】	【訪問看護ターミナルケア療養費】※
20,000円	訪問看護ターミナルケア療養費1 25,000円
	（新）訪問看護ターミナルケア療養費2 10,000円
	【算定要件】
	ターミナルケアの実施については、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人及びその家族等の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

※在宅患者訪問看護・指導料・同一建物居住者訪問看護・指導料の当該加算についても同様

「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」等への対応を共通の要件とする。

介護報酬改定における対応

（訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護）

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

出典：平成30年度診療報酬改定の概要 医科I(2018年3月5日) (<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000198532.pdf>)

問診療料における在宅ターミナルケア加算、訪問看護ターミナルケア療養費、在宅患者訪問看護・指導料における在宅ターミナルケア加算、同一建物居住者訪問看護・指導料における同一建物居住者ターミナルケア加算それぞれにおいて、ターミナルケアの実施については、「ガイドライン等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること」とされています（【資料4】）。

2018年度に診療報酬と同時に改定された介護報酬においても、「訪問看護ほか訪問看護系サービスでのターミナルケア加算の要件として、ガイドライン等の内容を踏まえ、利用者本人及びその家族等と話し合い

を行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること」とされ、介護保険制度においてもACPの概念が導入されました。

2019年度の厚労省予算案に「人生会議」の啓発活動

2019年度には、ACPや「人生会議」の普及啓発活動が積極的に行われる見込みです。

2018年12月21日に決定した2019年度厚労省予算案では、「質が高く効率的な医療提供体制の確保」の項目の事業として、「人生の最終段階における医療の体制整備」（1.17億円、2018年度予算比0.34億円増）が盛り込まれました。具体的には、患者の

相談に適切に対応できる医師や看護師等の医療従事者の育成に加え、各地域においてACPや「人生会議」を普及させるため、各種団体と協働して広報するなど、人生の最終段階を穏やかにすごせる環境整備をさらに推進します。

ここで注目すべきは、新ガイドライン自体ではなくACPや「人生会議」を普及させようとしている点です。特に、11月30日の「人生会議の日」を中心にさまざまなイベントが予定されています。また、医療従事者が、日本語による「人生会議」という愛称を患者に対して日常的に使うようになれば、欧米諸国のACPの定義にこだわらず、ACPが日本の風土に合ったかたちで定着し、発展していくことも期待されます。