

# 「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

# 「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終末期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。

# 「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 医療とケアの方針決定

患者の意思が  
確認できる

患者と医療従事者とが十分に話し合い、  
患者が意思決定を行う

十分な  
情報の  
提供

家族が患者の  
意思を推定できる

患者の推定意思を尊重し、  
患者にとって最善の治療方針をとる



患者の意思が  
確認できない

- ・ 家族が患者の意思を推定できない
- ・ 家族がいない

患者にとって最善の治療方針を、  
医療・ケアチームで慎重に判断  
(※家族がいる場合は十分に話し合う)



- ・ 病態などにより医療内容の決定が困難
- ・ 家族の中で意見がまとまらないなどの場合

→ 複数の専門家で構成する委員会を設置し、治療方針の検討や助言



# 医療と介護の連携に関する意見交換における主な御意見

## 【テーマ1:看取り】

「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」を踏まえた対応など、医療従事者や国民の看取りに関する理解の状況について、どのように考えるか。

- 超高齢社会の進展に伴い今後さらに死亡者数が増加することに対して、医療介護従事者や国民の看取りに関する理解がまだ不十分。地域包括ケアシステムを構築し、住みなれた地域でできるだけ長く暮らしながら看取りを迎えることができるように、必要性と地域性に応じて在宅、入院、外来医療及び在宅、施設介護サービスを選択して利用できる体制を整備する必要がある。
- 人生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がほとんど浸透していないことが問題。しっかりと広報・啓発を図っていくことが今後必要。
- 患者や家族の看取りに関する希望が不明であるため、意思にかかわらず搬送されていることが、一番問題。国民の70%が意思表示を紙面で行うことに賛成しているが、3%しか行っていないという乖離を解消する必要がある。例えば、75歳になって後期高齢者制度に変わり保険証を渡す際、ガイドラインの説明を行う等、その時点で、人生の最終段階においてどのような医療等を希望するかについての考え方を確認することも一つの方法。
- 在宅療養中で看取り期の患者や家族の希望と異なる救命措置等が搬送先で行われる例については、本人の意思が反映されないという問題と、それにより不必要な医療が提供されるという問題がある。介護職は、利用者が急変した際、意思表示がなければ、まず救急車を呼ぶので、患者や家族の意思の確認が進むことが望まれる。さらに、その意思表示を連携する関係者が共有できる仕組みが必要。介護支援専門員が、意思表示の確認に対して責任を持つことは難しいが、意思があるかないかについては把握する必要がある。
- リビング・ウィルよりも、生前にかかりつけ医と十分話し合っていくことが重要であり強調すべき。
- リビング・ウィルが進んでいないが、意思がなくなったときの治療等について任せる人を指名する代理人制度について検討すべき。

※赤字、点線を医政局にて追記。

# 看取りに関する課題と論点(案)

## 【課題】

### 【人生の最終段階の医療の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に関する意識調査結果を見ると、患者(入所者)との話し合いを行っていると回答した従事者の割合は、約7～9割であった。
- ・ 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利用状況をみると、3～5割の従事者がガイドラインを知らないと回答した。
- ・ 在宅ターミナルケア等に係る対応が、診療報酬で評価されているが、ガイドラインを参考にすること等は示されていない。

### 【在宅患者が入院した場合の看取り】

- ・ 療養病棟や地域包括ケア病棟では、自宅等から患者を直接受け入れた場合に「救急・在宅等支援病床初期加算」が14日を限度として算定できる取扱いとなっている。
- ・ 機能強化型在支診等の施設基準では、看取りの実績要件を設けている。
- ・ 本人の意思に反した(延命を望まない患者の)救急搬送が散見されることから、関係機関間で患者の意思を共有するための取組が行われている。

## 【論点(案)】



- 患者や家族の希望に応じた看取りを推進する観点から、ガイドラインを参考に行われる医療等の提供方針の決定プロセスについて、診療報酬上の位置づけを検討してはどうか。
- 看取りについては様々な希望があることから、在宅で療養している患者が、在宅の主治医と病院との連携の下で、本人や家族の希望に基づき、最期を入院で看取った場合の評価を検討してはどうか。

## 論点3

- 看取り期においては、かかりつけ医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを提供している。一方で、平成19年に策定された「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」については、医療福祉従事者において十分に認知されていない現状があり、ターミナルケアの更なる充実に向けて、上記ガイドライン等に沿った取組が行えるようにしてはどうか。

## 対応案

- 看取り期における本人・家族との十分な話し合いや訪問看護と他の介護関係者との連携を更に充実させる観点から、「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」等の内容に沿った取組を行うことを明示してはどうか。
- ※ 訪問看護と同様のターミナルケア加算のある定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護も同様としてはどうか。

# 「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」について

## <現状と課題>

- 人生の最終段階における医療については、患者本人のこれまでの人生観や価値観等を、できる限り把握し、繰り返し話し合い、家族や医療従事者等で共有することが重要である。
- 人生の最終段階における医療での意思決定支援については、病院だけではなく、在宅の現場や介護施設等においても、更に推進する必要がある。
- ガイドラインは、平成19年に作成された以降、内容の見直しはされていない。
  - ※ 平成26年度に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」から、「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」に名称変更された。
- 平成30年度医療・介護診療報酬改定において、ガイドラインの報酬における位置付けが検討されている。

## <論点>

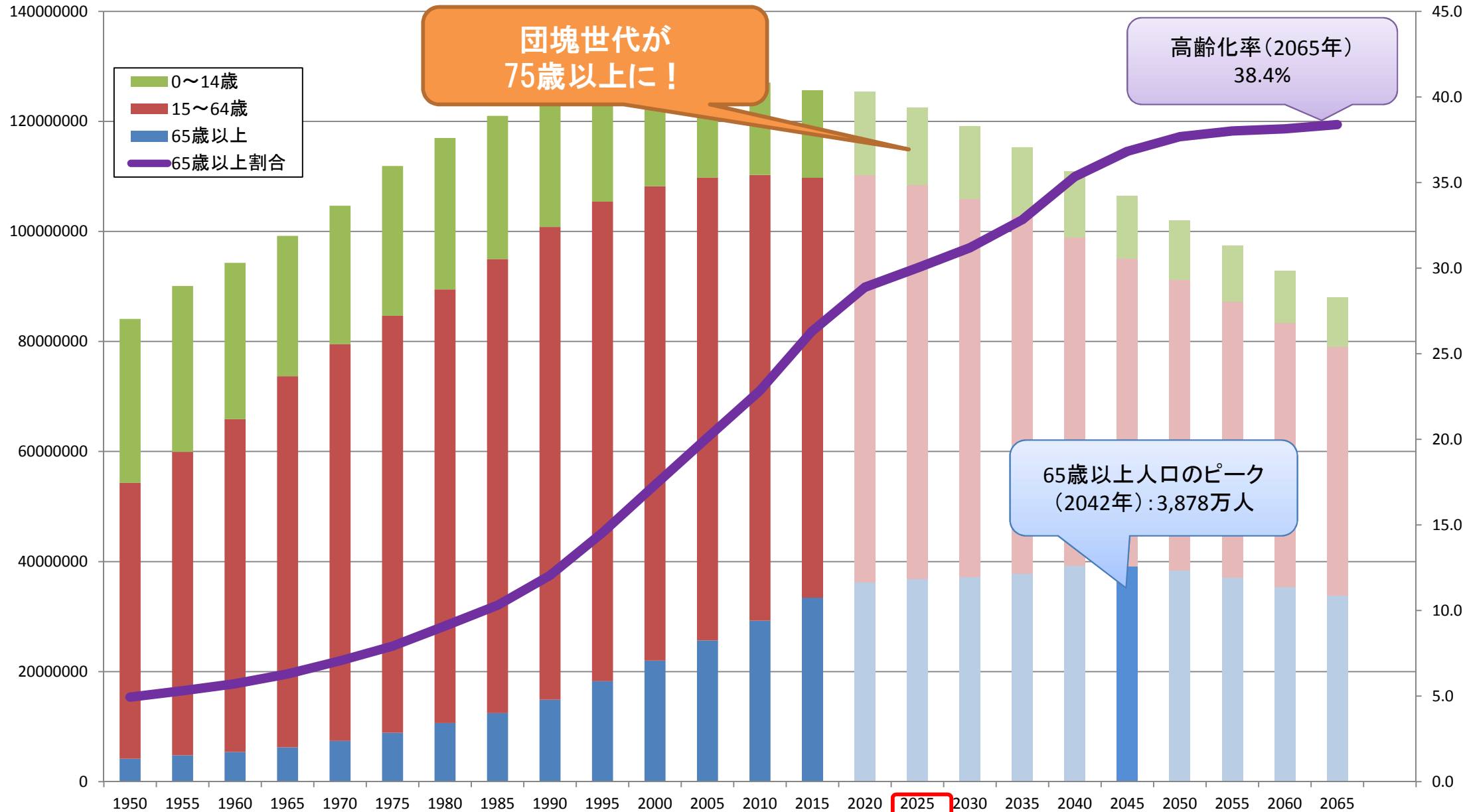
- 患者本人の意向に沿った医療の実現に向けて、現行のガイドラインについて、現状と課題を踏まえ、更なる充実が必要ではないか。
  - (検討事項例)・本人、家族、医療従事者等の間で、繰り返し話し合うことの重要性の記載
  - ・在宅の特性を踏まえたガイドラインの活用に向けた検討 等

(参考資料)



# 少子高齢社会の到来

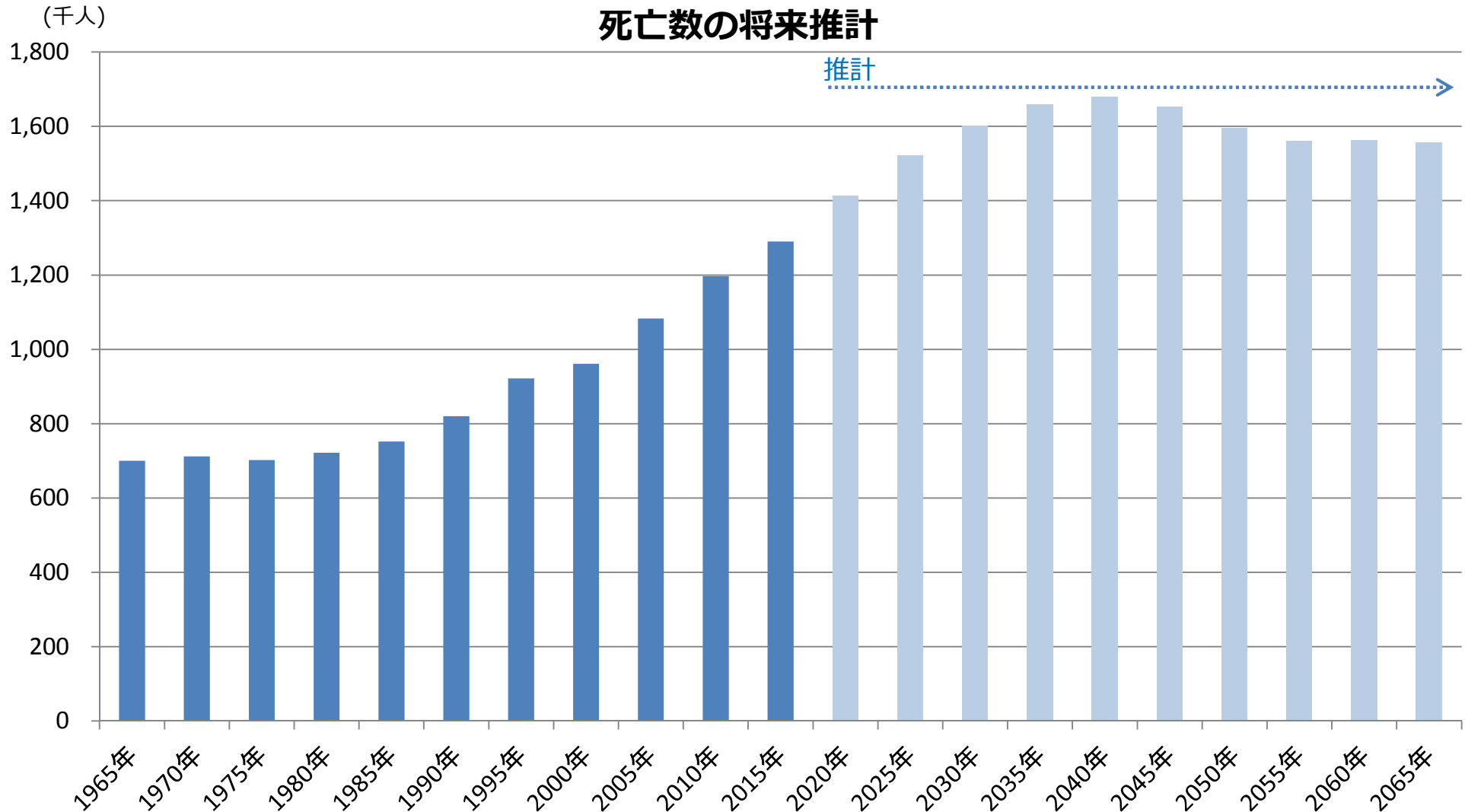
○ 日本の人口は人口減少局面を迎えており、2060年に総人口は9,000万人を割り込み、高齢化率は40%近くになる。



各年10月1日現在人口。平成22(2010)年までは、総務省統計局『平成22年国勢調査による基準人口』(国籍・年齢「不詳人口」をあん分補正した人口)による。2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)出生中位(死亡中位)推計」

# 死亡数の将来推計

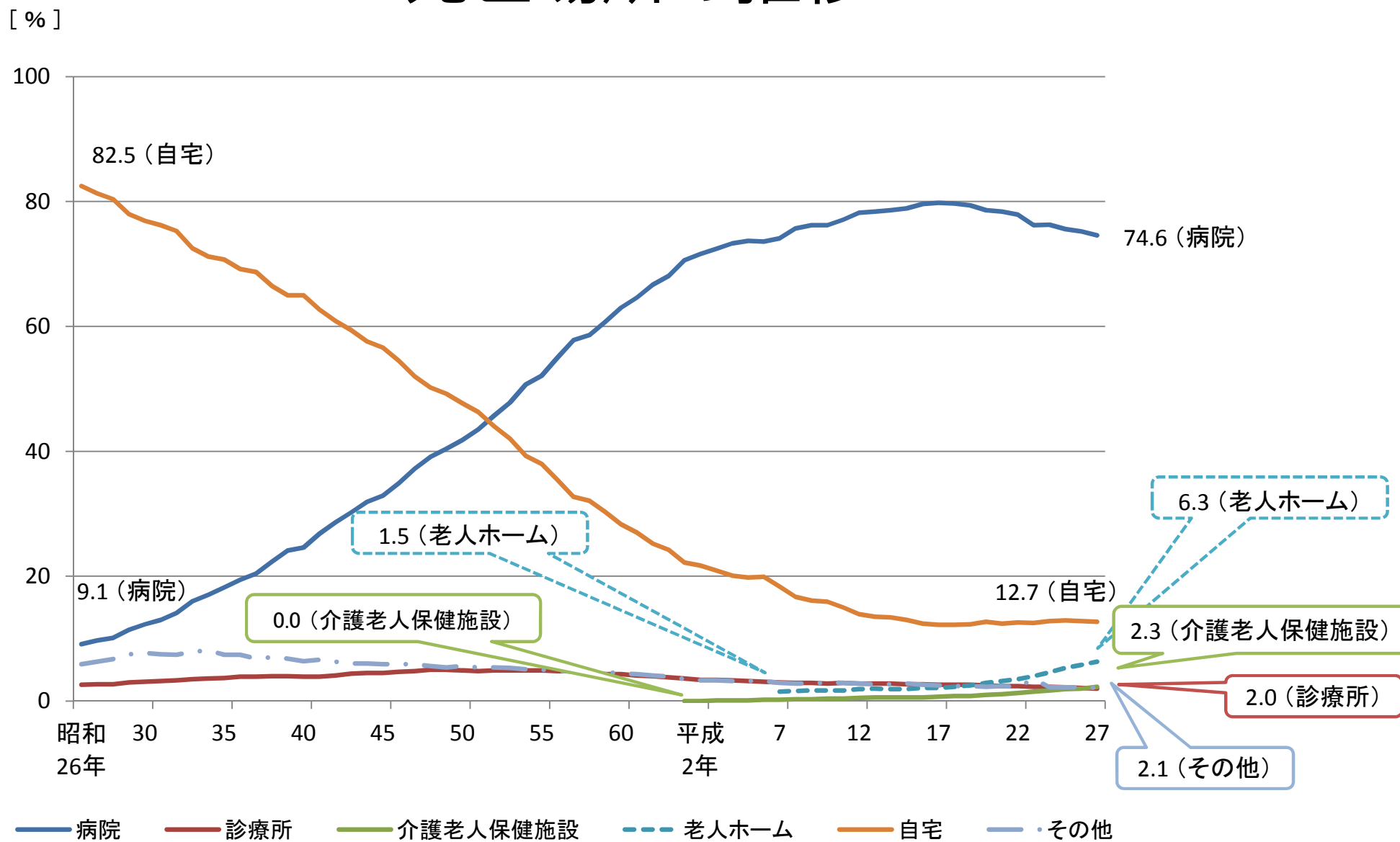
○ 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約39万人/年の差が推計されている。



出典：2015年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）

2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

# 死亡場所の推移

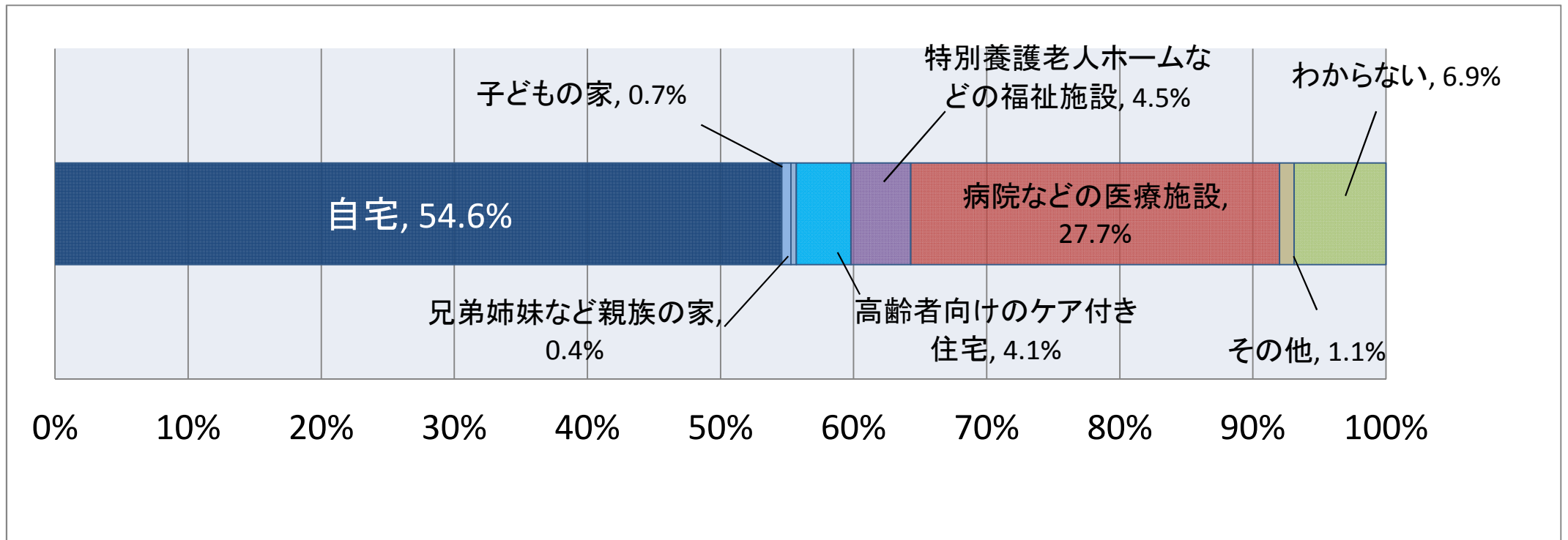


※ 老人ホームとは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。  
平成6年までは、老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれている。

# 最期を迎えたい場所について

- 最期を迎えたい場所について、**「自宅」が54.6%で最も高く**、「病院などの医療施設」が27.7%、「特別養護老人ホームなどの福祉施設」は4.5%となっている。

## ■ 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 (n=1,919 人)

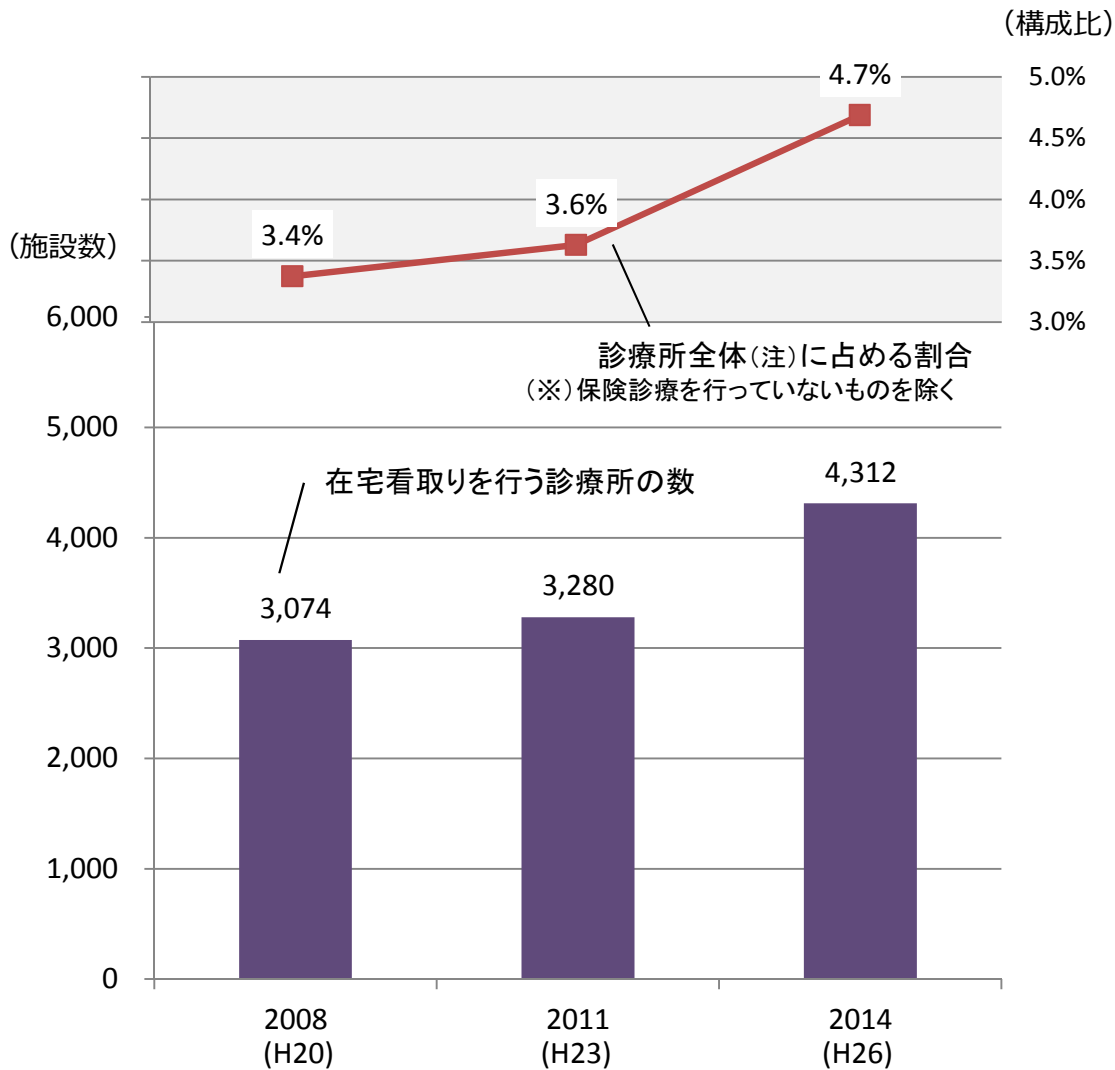


# 在宅医療の提供体制 ～看取り～

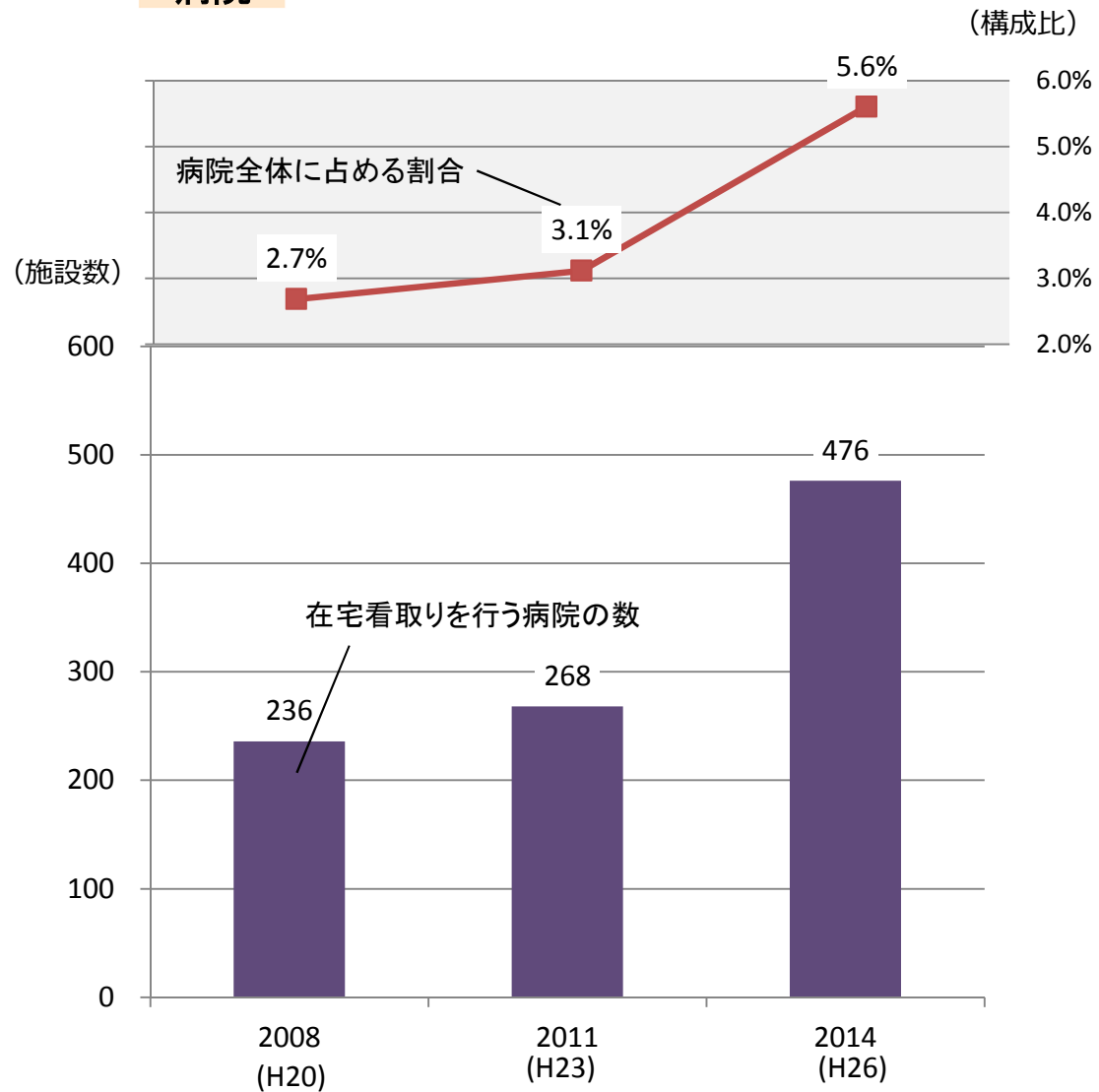
○ 在宅での看取りを行っている医療機関の数は年々増加しているが、病院、診療所ともに全体の約5%に留まっている。

## 在宅での看取りを行う医療機関数の推移

### 診療所



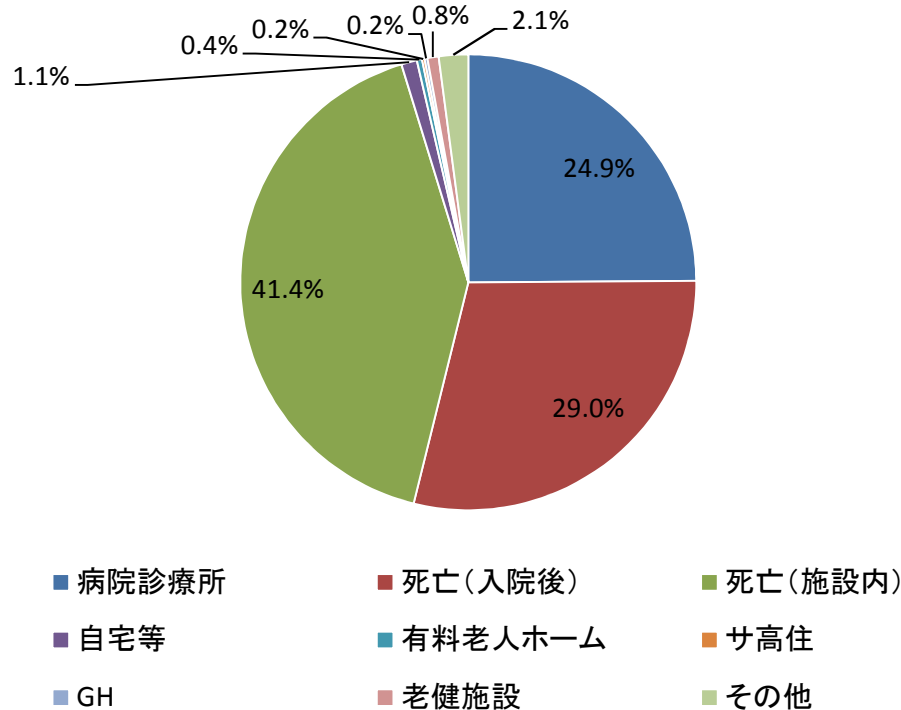
### 病院



- 平成28年4月～9月に施設を退所した人は、1施設あたり平均7.2人であり、入院後の死亡退所と施設内死亡を合わせて、死亡退所の割合は70.4%、病院・診療所への入院により特養を退所した人は24.9%であった。(死亡退所のうち施設内死亡の割合は60%)
- 施設の看取りの方針は、「希望があれば施設内で看取る」が78.0%、「原則、病院に移す」が16.3%であった

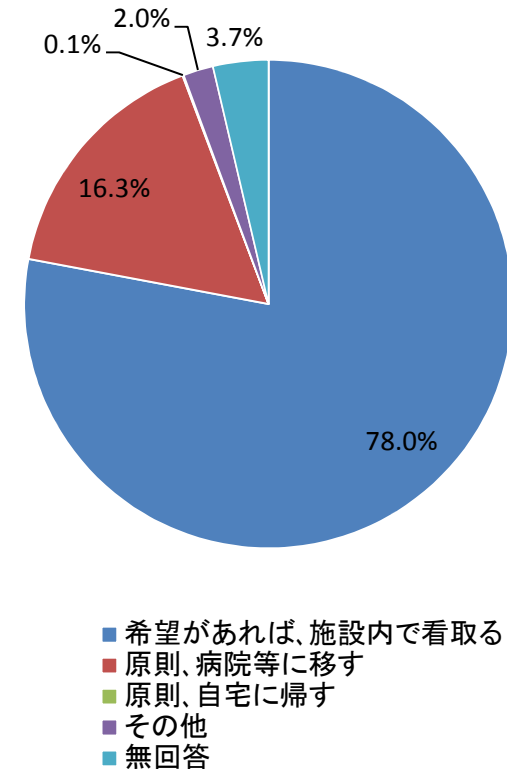
退所先別 退所人数 (平成28年4月～9月)

(n=1,453施設 10426人)



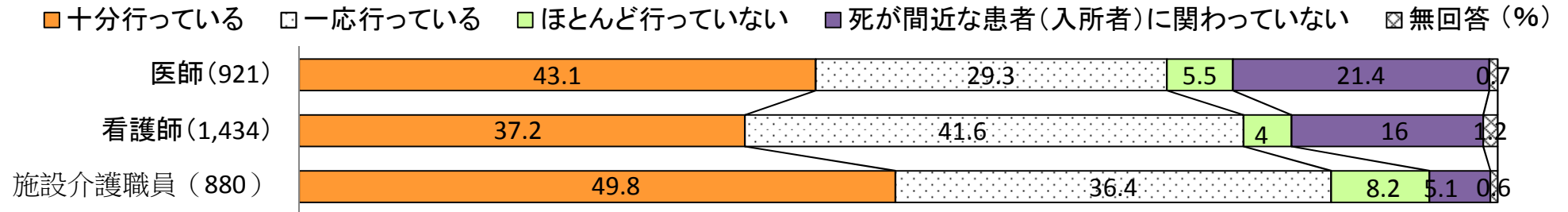
施設の看取りの方針

(n=1,502)

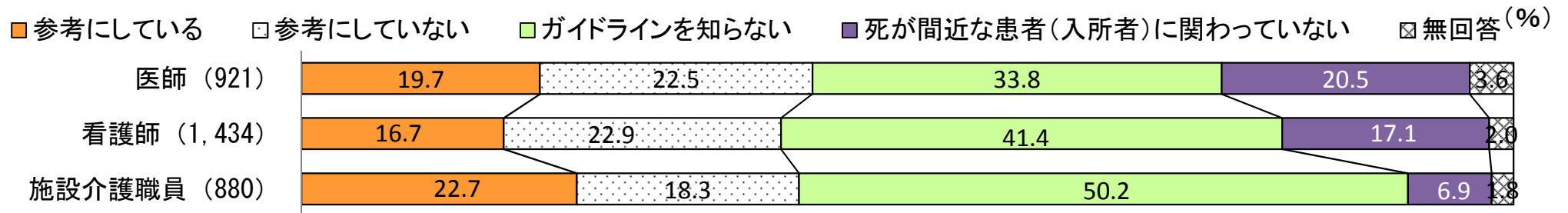


# 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果（平成25年3月）

## ■ 患者（入所者）との話し合いの実態



## ■ 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の利用状況



## ■ 職員に対する終末期医療に関する教育・研修の実施状況

