

消防救第205号
令和元年11月8日

各都道府県消防防災主管部長 殿

消防庁救急企画室長
(公印省略)

「平成30年度救急業務のあり方に関する検討会傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会」報告書について（通知）

近年、高齢者からの救急要請が増加する中、救急隊が傷病者の家族等から心肺蘇生の中止を求められる事案が生じていることから、「平成30年度救急業務のあり方に関する検討会」において「傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会（以下「検討部会」という。）」を設置の上、消防本部等の取組状況の実態調査、課題の整理及び検討を行い、報告書（別添1）として取りまとめたところです。

つきましては、報告書の内容を御了知いただき、併せて下記事項について御留意いただくとともに、貴都道府県内の市町村（消防の事務を処理する一部事務組合等を含む。）に対しても、この旨周知するようお願いいたします。

なお、本通知は、消防組織法（昭和22年法律第226号）第37条の規定に基づく助言として発出するものであることを申し添えます。

記

1 報告書の要点

(1) 基本的な認識

救急隊は救命を役割とし、心肺停止状態の傷病者については速やかに心肺蘇生を実施することを基本に活動している。

一方で、平成30年3月、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」が改訂され、ACP（アドバンス・ケア・プランニング、愛称「人生会議」）（別添2）の考え方が盛り込まれた。このように、本人の意思を尊重しながら、医療従事者、介護従事者、家族等も参加して生き方・逝き方を探る努力がなされている。

救急現場等においても、時間的情報的な制約がある中ではあるが、このような医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえた本人の生き方・逝き方は、尊重されていくものとする。

(2) 現場での対応等

救急現場等では、救急要請に至る経緯、救急要請した者、傷病者が心肺停止となった経過、傷病者と心肺蘇生の中止等について話し合った関係者の範囲、その

内容、傷病者の心肺蘇生の中止等の意思が救急隊に伝わる過程、傷病者の意思等を記した書面の有無、書面がある場合にはその内容、作成時期、作成者、署名の有無等、また、関係する家族等の様子、意向、範囲等、かかりつけ医等との連絡の有無、犯罪の疑いの有無など千差万別な状況である。

加えて、救急現場等は緊急の場面であり、多くの場合医師の臨場はなく、通常救急隊には事前に傷病者の意思は共有されていないなど時間的情報的な制約がある。

(3) 今後の方向性

このため、救急現場等で、傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案への救急隊の対応については十分な検討が必要であるが、今回の実態調査では、このような事案の実態について必ずしも十分に明らかになったとは言えないところであり、今後、事案の実態を更に明らかにしていくとともに、各地域での検証を通じた、事案の集積による、救急隊の対応についての知見の蓄積が必要であると考えられる。事案が集積し、知見が集積していく中で、将来的には、国民の意見の動向や人生の最終段階における医療・ケアに関する取組状況等を見ながら、このような事案に係る救急隊の対応の標準的な手順等について検討を進めていくべきである。

国民の死の迎え方に対する意識の変化や、人生の最終段階における医療・ケアに関する取組の進展などを背景に、消防機関も地域包括ケアシステムの構築に関わっていき、関係者との連携を進めることなどにより可能となっていく救急隊の対応も考えられる。

また、地域包括ケアシステムの構築が進む中、患者本人や家族等がどのような最期を迎えたいか考え、かかりつけ医等を要とする医療従事者、介護従事者とも話し合い、準備を進める、ACPに取り組んでいくことが重要である。

2 今後、消防機関に求められること

(1) 地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場への参画について

消防機関においても、地域における地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場に、在宅医療や介護等の関係者とともに適切に参画し、救急隊の基本的な役割に関する情報提供や、救急と医療・介護双方の実情等に関する情報共有、救急現場等で、傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案への対応等についての意見交換などを、積極的に行っていくよう努められたい。

(2) 救急隊の対応の検討等について

救急隊の対応を検討する際は、上記に加え、メディカルコントロール協議会等において、在宅医療や介護に関わる関係者の参画も得るなど、地域における人生の最終段階における医療・ケアの取組の状況、在宅医療や高齢者施設での対応の状況等も勘案しながら十分に議論するよう努められたい。

また、救急現場等で、傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案に対応した具体的な件数を集計するとともに、メディカル

コントロール協議会において事後検証の対象とすることを検討されたい。

3 心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数の調査

「心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数の調査について（依頼）」（平成30年12月10日付け事務連絡）（別添3）で連絡しているとおり、平成31年1月から心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数を調査することとしている。

各消防本部においては、当該事務連絡及び上記2のとおり、具体的な件数を集計するとともに適切に実態把握を図ること。

4 その他

事案の集積による知見の蓄積を行うため、各消防本部等において救急現場等で、傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案に対し、対応の手順等を定めた場合には、その旨及び具体的内容について消防庁救急企画室まで情報提供されたい。

連絡先 消防庁救急企画室

担 当 小谷専門官、三島補佐、齋藤補佐

TEL 03-5253-7529

FAX 03-5253-7532

E-mail : kyukyukikaku@soumu.go.jp

検討部会報告書

1 はじめに

救急要請にもかかわらず、救急現場等において、救急隊が傷病者の家族等から心肺停止の傷病者は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案については、以前から地域によっては課題として認識されており、平成 15 年に広島県メディカルコントロール協議会が対応プロトコルを承認するなど、対応方針を定めている消防本部もあったが、近年超高齢社会の進展などを背景に、多くの消防本部において課題と認識されるとともに、その対応等について関連学会などの場を通じて議論されてきている。

このような背景の下、救急業務のあり方に関する検討会においては、傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会を置き、このような事案に係る救急隊の対応について検討を行った。

2 現状

救急現場等で、傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案について、消防庁の実施した実態調査によると、平成 29 年までに 616 消防本部、全国 728 消防本部の約 85%が、こうした事案があった、又はあったと思われると回答するなど、数多く発生していると考えられる。

典型的には、傷病者本人は、老衰やがんなどにより人生の最終段階にあり、救急隊の現場到着時には心肺停止状態となっている患者で、事前に心肺蘇生を望まない意思を家族、医師、看護師、介護従事者等に示していたところであるが、それにもかかわらず、傷病者本人の意思が共有されていない、現場の家族等がどう対応したら良いか分からない、医療機関へ搬送して欲しいなどの理由で救急要請に至るものである。救急隊には、救急現場など各場面で、書面や口頭で家族などから傷病者本人の心肺蘇生を望まない意思を伝えられている。

こうした事案について、平成 30 年 7 月 1 日現在で 396 消防本部（全体の 54.4%）は対応方針を定めていない。

他方で、332 消防本部（全体の 45.6%）では対応方針を定めており、うち 201 消防本部（対応方針を定めている消防本部の 60.5%）は、傷病者本人の心肺蘇生を拒否する意思表示を伝えられても、心肺蘇生を実施しながら医療機関に搬送する対応方針としており、100 消防本部（同 30.1%）は医師からの指示等の下に、心肺蘇生を実施しない、又は中止する対応方針としている。例として前者には大阪市消防局、後者には広島市消防局や埼玉西部消

防局がある。

3 基本的な認識

救急隊は救命を役割とし、心肺停止状態の傷病者については速やかに心肺蘇生を実施することを基本に活動している。

※ 救急現場等は緊急の場面であり、多くの場合医師の臨場はなく、通常救急隊には事前に傷病者の意思は共有されていないなど時間的情報的な制約がある。

一方で、平成30年3月、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」が改訂され、ACP（アドバンス・ケア・プランニング、愛称「人生会議」）の考え方が盛り込まれた。このように、本人の意思を尊重しながら、医療従事者、介護従事者、家族等も参加して生き方・逝き方を探る努力がなされている。

救急現場等においても、時間的情報的な制約がある中ではあるが、このような医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえた本人の生き方・逝き方は、尊重されていくものと考えられる。

4 現場での対応等

(1) 心肺蘇生について

3の基本的な認識に立って、傷病者の家族等が救急要請したものの、救急現場では、傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと救急隊に伝えられる心肺停止事例に係る救急隊の対応について考察する。

<心肺蘇生を継続する対応>

心肺蘇生を継続して搬送することとしている大阪市消防局では、傷病者の生命保護を最優先とした対応をとっている。すなわち、救急要請により出場した救急隊が心肺停止状態の傷病者の観察を行った結果、明らかに死亡している場合又は医師が死亡していると診断した場合以外は、家族や関係者に十分に説明したうえで、必要な応急処置を継続して医療機関に搬送する対応が取られている。

<心肺蘇生を中止する対応>

心肺蘇生を中止する対応をしている広島市消防局や埼玉西部消防局などの取組、また臨床救急医学会の提言等では、人生の最終段階にある傷病者について、家族等から傷病者本人

が心肺蘇生を望まない旨の申し出などがあった場合には、かかりつけ医や主治医、高齢者施設の医師等（以下「かかりつけ医等」という。）と連絡し、心肺蘇生の中止の指示が出たら、心肺蘇生を中止する対応が取られている。

※ 「中止」という表現に関して、本来実施すべきではない医療行為をやめるものであることから、「終了」や「取りやめ」といった表現が適切ではないか、といった意見があった。一方、心肺蘇生以外の活動もすべて終了すると捉えられるおそれもあり、表現を変更する場合はこうした点にも十分に配慮する必要があるとの意見があった。

※ 高齢者施設のすべてに医師が配置されているものではなく、有料老人ホームなどでは在宅医療等により医療が提供されている。

この点、かかりつけ医等については、傷病者の人生の最終段階における医療・ケアに携わっていれば、通常、傷病者の診療や、傷病者、その家族、看護師、介護従事者などのケア提供者等との話し合いなどを通じて、傷病者の病歴や生活状況、意思の内容、行うべき医療・ケアの内容等をよく知っており、傷病者の状態や病状を評価し医学的な観点と併せて心肺蘇生の中止の対応の判断をすることができると考えられる。

※ 心肺蘇生の中止をすることができる場合は、個別の事実関係の評価に依存する問題ではあるが、終末期医療における治療行為の中止に関する従来判例や学説等を勘案すると、原疾患の進行に関連し、又は老衰により、病死又は自然死が差し迫っていた傷病者が心肺停止となったものであり、当該中止行為が傷病者の意思又は推定的意思に合致した対応といえる場合と考えられる。

※ 家族等が示す意向は、本人のその時点での意思を推定するための資料の一つと捉えることができるが、傷病者本人の意思とは区別されることに留意が必要である。

※ 救急隊の活動では一般的に家族等の心情に配慮すべきであり、こうした事案の場合も同様である。

かかりつけ医等に連絡が取れない場合については、オンラインMC医に連絡を取り、対応について指示を受けることも想定できる。

しかし、オンラインMC医は、救急業務において重要な役割を果たしているものの、通常は当該傷病者を日常的に診療しているものではないことから、かかりつけ医等と同様の役割を果たすことは一般的には難しいと考えられる。

一方で検討部会では、オンラインMC医から心肺蘇生を継続すべきという指示を受けることも救急隊や傷病者の家族等にとって大きな意味があるという意見や、医療・ケアチームの看護師等（訪問看護や、施設ケアに従事する看護師等）であれば、本人等と話し合った内容、本人の意思、医療・ケアの方針等をよく知っており、そのような看護師等からの情報によりオンラインMC医は心肺蘇生の中止の判断ができるのではないかといった意見、かかりつけ医等の指示を示した書面などにより傷病者の状態をよく把握できる状況ではない場合にオンラインMC医に心肺蘇生の中止の判断をする責任を負わせるのは酷であるといった意見があった。

かかりつけ医等に連絡が取れない場合に、医療・ケアチームと本人等が話し合った内容、本人の意思、医療・ケアの方針等を関係者がどのように共有し、その情報に基づき誰が責任を持って心肺蘇生の中止等を判断するのか、あるいは責任を持った判断を関係者がどのように共有するのか、といった課題については、ICTの発展なども考慮しながら、引き続き検討していく必要がある。

(2) 救急隊の対応について

(1)で考察した事例も含め、救急現場等では、救急要請に至る経緯、救急要請した者、傷病者が心肺停止となった経過、傷病者と心肺蘇生の中止等について話し合った関係者の範囲、その内容、傷病者の心肺蘇生の中止等の意思が救急隊に伝わる過程、傷病者の意思等を記した書面の有無、書面がある場合にはその内容、作成時期、作成者、署名の有無等、また、関係する家族等の様子、意向、範囲等、かかりつけ医等との連絡の有無、犯罪の疑いの有無など状況は千差万別であり、救急隊の対応については十分な検討が必要である。広島市消防局や埼玉西部消防局も、単にかかりつけ医等に連絡を取るだけでなく、必要に応じてオンラインMC医と相談しながら、状況に応じた丁寧な対応を行っていることに留意すべきである。

また、対応を検討する際は、MC協議会等における、在宅医療や介護に関わる関係者も参加した十分な議論が必要であり、地域における人生の最終段階における医療・ケアの取組の状況や在宅医療や高齢者施設での看取りの対応の状況などの環境も検討する上で重要である。

(3) 搬送について

実態調査の結果によると、医師に連絡が取れた場合も、医師の現場到着までに時間がかかるなど、長時間の現場待機が課題の一つとなっている。連絡の取れた医師から心肺蘇生の中

止の指示があり、かつ現場への医師の到着を待たずに退去する対応が認められた場合、傷病者を家族等に任せ、退去することは、傷病者又はその関係者が搬送を拒んだ場合に準じて考えることができる。

広島市消防局や埼玉西部消防局などの運用では、かかりつけ医等の指示により、心肺蘇生を実施しないで医療機関に搬送する対応も取られている。

また、実態調査からは、傷病者本人は心肺蘇生を拒否する意思を示していたにもかかわらず、救急搬送されている現状が見られる。

一般的には、心肺蘇生を実施しない、死亡確認や死亡診断のための搬送は、救急業務に該当しないと考えられ、本来は在宅医療や高齢者施設において速やかに死亡診断を行う体制を整えることで解消すべき課題であると考えられる。

(4) 事後検証等について

救急現場等で、傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案については、今回、消防庁で実態調査を実施したものの、具体的な件数について集計している消防本部が一部にとどまるため十分に明らかになったとはいいがたい。また、このような事案についての現場の状況や救急隊の対応などは多様となる。このため、各消防本部において具体的な件数を集計するとともに、MC協議会において事後検証の対象とすることを検討すべきである。

※ 事後検証のためには、救急活動を適切に記録しておくことが重要であることは当然である。また、事後検証に在宅医療関係者が参加することも考えられる。

5 今後の方向性

前述の通り、今回の実態調査では、このような事案の実態について必ずしも十分に明らかになったとは言えないところであり、今後、事案の実態を更に明らかにしていくとともに、各地域での検証を通じた、事案の集積による、救急隊の対応についての知見の蓄積が必要であると考えられる。事案が集積し、知見が蓄積していく中で、将来的には、国民の意見の動向や人生の最終段階における医療・ケアに関する取組状況等を見ながら、このような事案に係る救急隊の対応の標準的な手順等について検討を進めていくべきである。

今後、高齢化の更なる進展や、フレイルという概念の普及に伴い、国民の死の迎え方に対する意識も変化し、また、在宅医療の普及に伴い、人生の最終段階を自宅や高齢者施設で過ごす選択をする人も増え、人生の最終段階における医療・ケアに関する取組も進んでいくと考えられる。これらを背景に、消防機関も地域包括ケアシステムの構築に関わっていき、関

係者との連携を進めることなどにより可能となっていく救急隊の対応も考えられる。

※ フレイルは、加齢に伴う生理的予備能の低下によって、ストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転機に陥りやすい状態をいう。日本老年医学会が提唱した用語。

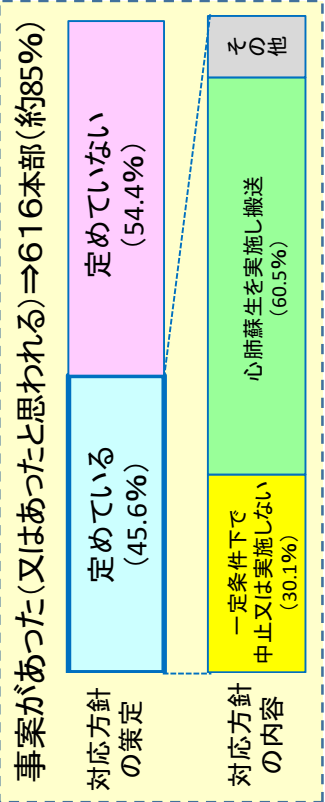
どのような対応をするにせよ、救急要請があった場合、望まない心肺蘇生を実施される可能性は否定できず、また、家族等や医療従事者など関係者が警察の調査等を受け、当惑してしまうこともあり得る。必要な救急要請を躊躇してはならないのは当然であるが、人生の最終段階を迎える準備を適切に進めることで、関係者が慌てたり、関係者間での情報共有が不足することなどによる、避けることのできる救急要請を減らすこともまた重要である。地域包括ケアシステムの構築が進む中、患者本人や家族等がどのような最期を迎えたいか考え、かかりつけ医等を要とする医療従事者、介護従事者とも話し合い、準備を進める、ACPに取り組んでいくことが重要である。

1 背景

○ 近年、救急隊が心肺停止の傷病者の心肺蘇生を望んでいないと言われる事案の対応について、多くの消防本部で課題として認識されている。

2 実態調査

全国 728 の消防本部を対象に、
○ 傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望まないといえられる事案の有無。
○ 事案があった本部のうち対応の取り決めの有無。
○ 対応方針の内容(心肺蘇生の実施 または 医師の指示等による中止)
等について、調査を実施。



3 検討する上での基本的な認識

○ 救急隊は救命を役割とし、事前に傷病者の意思が共有されていないなど、時間的、情報的制約がある中では、速やかな心肺蘇生の実施が基本。
○ 一方で、ACP (アドバンス・ケア・プランニング)の考え方が広まりつつあり、今後、医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえた本人の生き方・逝き方は尊重されていく方向。

4 検討・考察内容

- (1) 心肺蘇生の対応について
 - 大阪市消防局では、傷病者の生命保護を最優先とし、心肺蘇生を継続して搬送。
 - 広島市消防局や埼玉西部消防局では、かかりつけ医等と連絡し、心肺蘇生中止の指示が出たら、心肺蘇生を中止。

〔※ かかりつけ医等については、傷病者の人生の最終段階における医療ケアに携わっていれば、傷病者の状態や病状を評価し、医学的な観点と併せて、心肺蘇生中止の判断が可能と考える〕

- (2) 救急隊の対応について
 - 傷病者が心肺停止となった経緯や、心肺蘇生の中止等について話し合った関係者の範囲・内容、かかりつけ医との連絡の有無など、救急現場の状況は千差万別であり、救急隊の対応については十分な検討が必要。
 - 心肺蘇生を中止している消防本部では、単にかかりつけ医等に連絡を取るだけではなく、必要に応じてオンラインMC医と相談しながら、状況に応じた丁寧な対応を行っていることに留意すべき。
- (3) 救急搬送について
 - 心肺蘇生中止の際、救急隊の長時間待機が課題(医師の到着までに時間がかかる)。
 - 心肺蘇生を実施しない、死亡確認等のためだけの搬送は、本来的には、在宅医療や高齢者施設において速やかに死亡診断を行う体制を整えることで、解消すべき課題。
- (4) 活動の事後検証等について
 - 救急現場の状況や、救急隊の対応は多様であり、MC協議会において事後検証の対象とすることを検討すべき。

5 今後の対応

- 傷病者本人が心肺蘇生を望まない意思を示していたにもかかわらず、救急要請される事案について、集計している消防本部が一部にとどまるなど、実態が十分に明らかになつたとは言いがたい。

➡ 各地域での検証を通じた、事案の集積による知見の蓄積が必要
➡ 国民の意見の動向や人生の最終段階における医療・ケアに関する取組状況等を見極める必要



将来的には、救急隊の対応の標準的な手順等について検討を進めていくべき

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。

各都道府県 衛生主管部（局）御中

厚生労働省医政局地域医療計画課

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の愛称を「人生会議」に決定しました

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・ケアチームと繰り返し話し合う取り組み、「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)」について、愛称を「人生会議」に決定しましたので、お知らせします。

ACPの愛称募集は8月13日から9月14日に実施したもので、応募総数1,073件の中から、愛称選定委員会により選定され、11月30日開催の愛称発表会にて公表しました。

また、11月30日(いい看取り・看取られ)を「人生会議の日」とし、人生の最終段階における医療・ケアについて考える日とします。「人生会議」及び「人生会議の日」は、今後、ACPの普及啓発に活用し、認知度の向上を図っていきたいと考えておりますので、貴職におかれましては、広報にご活用いただくとともに、貴管下の市町村(特別区を含む。)を始め、関係者関係団体等への周知方よろしくをお願いします。

なお、今回決定したのは「人生会議」という愛称のみであり、字体・ロゴ等デザインは今後厚生労働省で検討する予定としております。

記

1 選定愛称：人生会議

選定理由：

- ・意味が明確な単語の組み合わせにより、日常会話に浸透していくことが期待できる。
- ・家族等、信頼できる人たちと輪を囲んで話し合う、というイメージが湧く。

2 応募者：須藤 麻友さん 看護師（聖隷浜松病院）

3 参考URL

ACP愛称決定について詳しくはこちらをご覧ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02615.html

照会先

厚生労働省医政局地域医療計画課

在宅医療推進室 在宅看護専門官 猿渡

在宅医療係 田中・梶山・染野

電話：03-5253-1111（内線：2662）

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す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するものであること
 - 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。

事務連絡
平成30年12月10日

各都道府県消防防災主管部（局） 御中

消防庁救急企画室

心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数の調査について（依頼）

平素より救急行政に御尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、消防庁では、年々増加する救急需要への対応や救急業務の高度化など、救急業務全般に係る重要な事項について検討を行うため、本年度も「救急業務のあり方に関する検討会」を開催しております。

本年度の検討事項である「傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施」に関し、検討を行っているところですが、心肺蘇生を望まない傷病者への対応について、来年度以降も引き続き実態把握を続けていくことから、下記のとおり、心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数の調査を行います。

つきましては、貴都道府県内の市町村（消防の事務を処理する一部事務組合等を含む。）に対して、この旨御周知くださいますようお願いいたします。

なお、本調査項目については、平成33年1月から、統計調査系システムの救急・ウツタイン様式調査業務において調査項目とすることを予定していることから調査期間については、平成31年1月1日から平成32年12月31日とします。

記

1 調査対象

以下の項目全てに該当するもの

①救急活動時、書面や口頭で家族、介護施設職員、医師等から傷病者本人の心肺蘇生を望まない意思を伝えられた（119番通報時や医療機関到着後も含む。）。

②救急隊、救急隊と連携して出動した消防隊等が、現場到着時、傷病者は病死又は自然死が差し迫り※、心肺機能停止の状態であった。

※外因性（交通事故、転倒・転落、溺水、煙・火災及び火焰による傷害、窒息、中毒、自殺、他殺、その他及び不詳の外因）が考えられる場合は調査対象外。

- 2 調査項目
別添のとおり
- 3 調査期間
平成 31 年 1 月 1 日（火）～ 平成 32 年 12 月 31 日（木）
- 4 記入方法
 - (1) 消防本部
調査対象に該当した場合は、搬送・不搬送にかかわらず、消防本部票（別添 1）の各項目の入力をお願いします。
 - (2) 都道府県
各消防本部から報告があった消防本部票（別添 1）をとりまとめて、都道府県票（別添 2）に集計してください。
- 5 回答方法
該当消防本部から集まった消防本部票（別添 1）及び都道府県でとりまとめ都道府県票（別添 2）をメールにて回答をお願いします。
- 6 回答期限
 - (1) 平成 31 年中の消防本部票及び都道府県票を平成 32 年 1 月 31 日（金）までに回答をお願いします。
 - (2) 平成 32 年中の消防本部票及び都道府県票を平成 33 年 1 月 29 日（金）までに回答をお願いします。
- 7 回答先
kyukyukikaku-kyukyurenkei@soumu.go.jp
- 8 その他
回答期限近くになりましたら、本事務連絡を再度送らせていただきます。

【問合せ先】

消防庁救急企画室救急連携係

三島補佐・小川係長・中西事務官

TEL : 03-5253-7529 FAX 03-5253-7532

E-Mail : kyukyukikaku-kyukyurenkei@soumu.go.jp