

## 質 疑

## 人生の最終段階における医療・ケアについて

### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

それでは、ただいまの説明につきまして、ご質問等がございましたら、お願いいたします。長島委員、お願いいたします。

### ○長島公之委員（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。55 ページの論点に沿ってコメントいたします。まず、適切な意思決定支援の推進についてです。

#### 【人生の最終段階における医療・ケアに係る適切な意思決定支援の推進について】

##### （外来における意思決定支援について）

○ 適切な意思決定支援の指針の策定について、入院医療と比較して外来医療においては指針の策定割合が低いことや、認知症の高齢者人口が将来増加していくことが予想されていることも踏まえ、認知症患者の症状が進行し意思確認が困難になる場合等に備えて、かかりつけ医がより早期から適切な意思決定支援を実施することを推進する方策について、どのように考えるか。

外来においても、人生の最終段階における意思決定支援が適切に推進されていくことは重要であります。しかし、その話し合いは患者さんにとって非常にセンシティブなものですので、患者さんの状態等に関係なく、人生の最終段階における医療・ケアについて話し合いを強要するような制度になってはならないと考えます。

また、人生の最終段階における医療・ケアは、多職種から成るチームが患者さんやそのご家族とも話し合いながら慎重に決定するものであります。

したがって、時間もかかり、診療所の医師、看護師ともに多大な負担になることからすれば、外来で個別の患者さんへの対応を求めてくる前に、その施設できちんと準備ができているようにすることなどから始めていくことが現実的であることをご理解いただきたいと思います。

次に、入院に関しては、急性期においても、人生の最終段階における意思決定支援が行われるべき状況であるということは理解できます。

**（入院における意思決定支援について）**

○ 急性期一般入院料を届け出ている医療機関において適切な意思決定支援の指針の策定割合が地域包括ケア病棟等と比較して低い現状や、高齢者に多い疾患の入棟先として急性期一般入院料が多い現状等を踏まえ、急性期一般入院料等も含めた入院医療における適切な意思決定支援の指針の策定を促進することについて、どのように考えるか。

しかし、一般的に急性期病棟は在院日数も少なく、死亡退院の割合も相対的に低いと思われます。

また、その他の病棟であっても、必ずしも全ての病棟の全ての入院患者で意思決定支援が必要になるわけではありません。例えば、小児病棟などです。

このように、あらゆる入院医療が対象になるわけではないことを踏まえて、その必要性を丁寧に見極めながら検討すべきと考えます。

次に、情報の共有についてです。

**【人生の最終段階における医療・ケアに係る情報の共有について】**

- 全ての療養の場における、人生の最終段階における医療・ケアに係る情報の共有を推進する観点から、介護支援専門員を含めた多職種と、急変時の入院先の医療機関の医療関係職種等とも情報を共有するために、ICT等を用いることについてどのように考えるか。
- また、人生の最終段階における医療・ケアについては、本人による意思決定を基本としつつ、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も踏まえ、人生の最終段階における医療・ケアの共有の推進に資する診療情報提供料（I）の「指定居宅介護支援事業所に向けた様式」の見直しを行うことについて、どのように考えるか。

在宅や施設において療養を行っている患者さんに対するICTの推進による情報共有については、資料が示すように有用であり、方針として異論ありません。

ただし、在宅におけるオンライン資格確認がまだ普及していないことなども踏まえれば、地域医療連携ネットワークなど、既存のICTツールも有効に活用できることが重要です。

また、その前提として、ICTの導入・維持はコストがかかるものであるため、適切に評価していただくことが重要であると考えます。私からは以上です。

### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。それでは、続きまして、はい。森委員、お願いいたします。

### ○森昌平委員（日本薬剤師会副会長）

はい、ありがとうございます。論点の「人生の最終段階における医療・ケアに係る情報の共有」に関して発言させていただきます。

#### （入院における意思決定支援について）

○ 急性期一般入院料を届け出ている医療機関において適切な意思決定支援の指針の策定割合が地域包括ケア病棟等と比較して低い現状や、高齢者に多い疾患の入棟先として急性期一般入院料が多い現状等を踏まえ、急性期一般入院料等も含めた入院医療における適切な意思決定支援の指針の策定を促進することについて、どのように考えるか。

人生の最終段階における医療・介護、緩和ケアにおいて重要なことは、患者が望む場所で医療・ケアを受けられ、望む治療・ケアを受けられること。そして、ターミナルケアにおいては、患者およびその家族の方々のさまざまな苦痛や不安などをどれだけ和らげることができるかという観点からの総合的な対応です。

近年、緩和ケアについては、早期から積極的に医療用麻薬を使用することや、患者が納得するレベルまで痛みが取れる量を使用するなど、考え方の変化もあります。

在宅医療を担う薬剤師としても、人生の最終段階における医療・ケアに関わっていくことがこれから重要になっていくと考えており、それに当たっては、決定プロセスにおけるガイドラインについて十分に把握している必要がありますし、

本人の意思を理解、尊重し、心構えをしっかりと持った上で、関係する多職種とともに患者に寄り添った医療の提供を行うことは極めて重要なことと捉えています。

本人の意思は状態の変化等により変わり得るもので、ICTを用いて多職種で情報を共有することは全てのサービス提供者に迅速に情報が共有され、患者が望む医療・ケアに対応できるものなので、活用を進めるべきと考えます。私からは以上です。

### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。続きまして、江澤委員、お願いいたします。

### ○江澤和彦委員（日本医師会常任理事）

はい、ありがとうございます。最後の論点について1点だけ申し上げます。

#### 【人生の最終段階における医療・ケアに係る情報の共有について】

- 全ての療養の場における、人生の最終段階における医療・ケアに係る情報の共有を推進する観点から、介護支援専門員を含めた多職種と、急変時の入院先の医療機関の医療関係職種等とも情報を共有するために、ICT等を用いることについてどのように考えるか。
- また、人生の最終段階における医療・ケアについては、本人による意思決定を基本としつつ、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するものであることも踏まえ、人生の最終段階における医療・ケアの共有の推進に資する診療情報提供料（I）の「指定居宅介護支援事業所に向けた様式」の見直しを行うことについて、どのように考えるか。

昨日もこの関連する老健事業が行われたところですが、「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」においては、本人もしくは本人が意思表示できない場合は家族等の意思推定者と医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行って合意を形成するものとされています。

そして、その適切なプロセスから得られた合意を尊重していこうということになっておりますので、

したがって、この医療機関から居宅介護支援事業所への情報提供には、このプロセスから得られた合意を文章で記述するとともに、話し合いの参加者、あるいは日付等を記載することが望ましいと考えます。

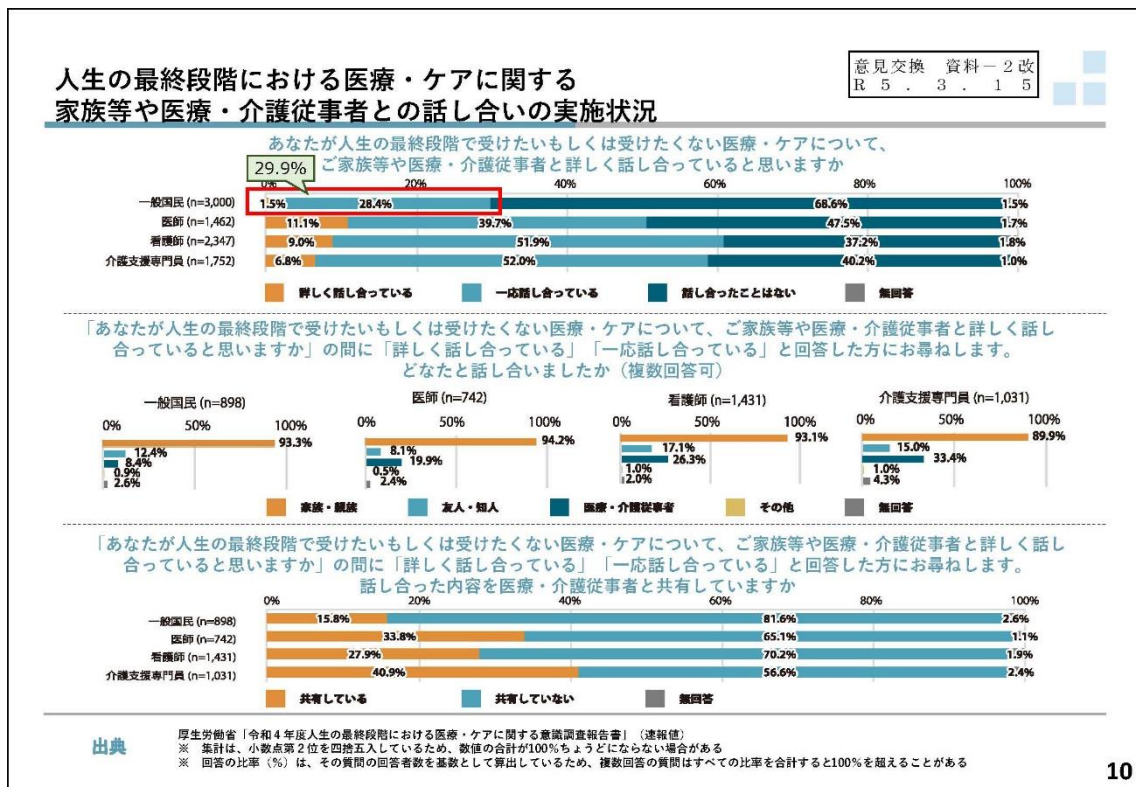
また、退院後は医療面に視点を置いた介護サービスの提供が求められるため、また話し合う医療・ケアチームも異なりますので、しっかりとバトンタッチできるような内容が重要と考えております。以上でございます。

### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。はい、それでは松本委員、お願いいたします。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございます。今回は同時改定の意見交換会でも申し上げましたが、人生の最終段階における治療方針の選択は患者中心の医療の最たるものだと考えております。



しかしながら、10 ページを見ますと、残念ながら国民と医療・介護従事者の間には若干の受け止め、意識ギャップがあり、現状では十分な話し合いが行えるとは言えないというふうに感じます。

また、資料 20 ページを見ましても、医療従事者・介護従事者の間で若干、これに関しても差があり、話し合いを始める時期も少し遅いかなというのが実態というふうに受け止めます。

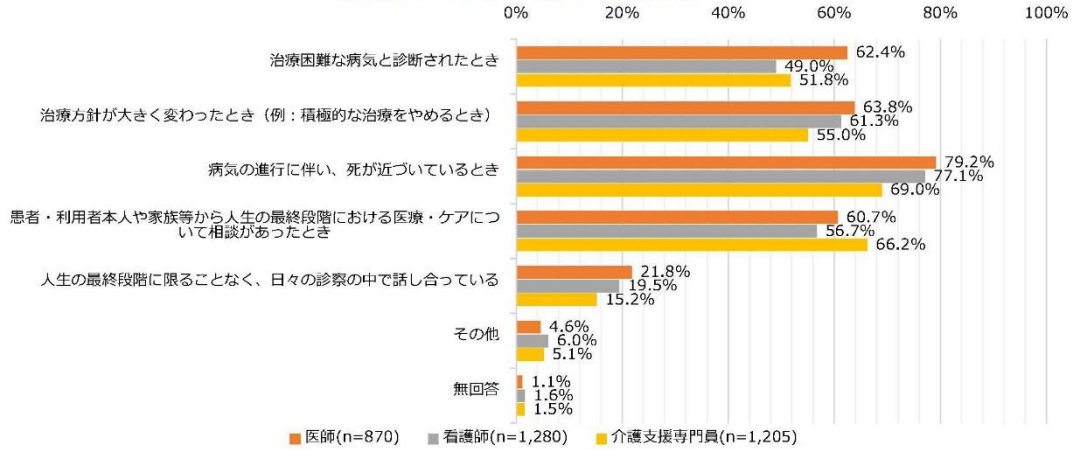
患者の意思が最大限尊重されますよう、多くの患者について、なるべく早期に話し合いを開始すべきと考えております。

人生の最終段階における医療・ケアに関する話し合いの時期について

福祉文庫 福祉-1 季考  
第 5 巻 1 8 改

○ 人生の最終段階の医療・ケアの話し合いを行う場面としては、「病気の進行に伴い、死が近づいているとき」が医師で79.2%、看護師で77.1%、介護支援専門員で69.0%と最も多く、「治療方針が大きく変わったとき」、「治療困難な病気と診断されたとき」や「患者・利用者本人や家族等から人生の最終段階における医療・ケアについて相談があったとき」が約5～6割であった。

あなたは患者・利用者本人やその家族等と人生の最終段階の医療・ケアについての話し合いをいつ行っていますか（複数回答可）（※）



※ 「担当される患者・利用者本人と人生の最終段階の医療・ケアについて、十分な話し合いを行っていますか」の間に「十分行っている」「一応行っている」と回答した医師、看護師、介護支援専門員が回答

出典：厚生労働省「令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書」（速報値）

20

それでは、論点に沿ってコメントいたします。

【人生の最終段階における医療・ケアに係る適切な意思決定支援の推進について】

（外来における意思決定支援について）

○ 適切な意思決定支援の指針の策定について、入院医療と比較して外来医療においては指針の策定割合が低いことや、認知症の高齢者人口が将来増加していくことが予想されていることも踏まえ、認知症患者の症状が進行し意思確認が困難になる場合等に備えて、かかりつけ医がより早期から適切な意思決定支援を実施することを推進する方策について、どのように考えるか。

まず、外来における意思決定支援についてでございますが、資料の15ページの外来、16ページの入院を比較してみますと、外来で指針の策定が遅れていることがわかります。

今後、認知症の患者が確実に増加していく中で、27ページで紹介されておりますように、早期から医療やケアに関する意思決定を支援することが地域包括ケアシステムの観点からも非常に重要です。

### 適切な意思決定に係る指針の策定状況（外来）

診調組 入-5  
5.10.5

○ 「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針について、地域包括診療料の届出の医療機関において、指針を策定している割合、当該指針について活用状況の把握や指針の見直しを行っている割合が高かった。

適切な意思決定に係る指針作成の有無



定期的な当該指針の活用状況の把握や指針の見直しの有無



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

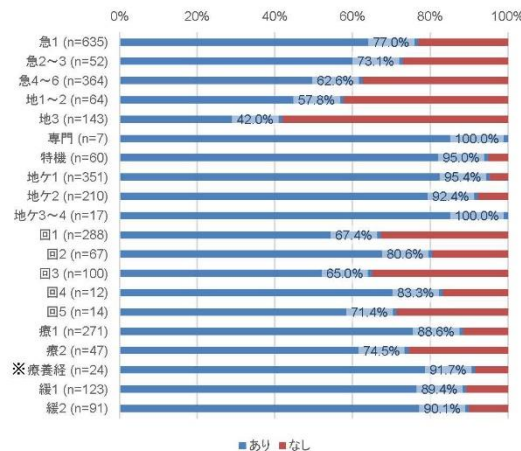
15

### 適切な意思決定に係る指針の策定状況（入院）

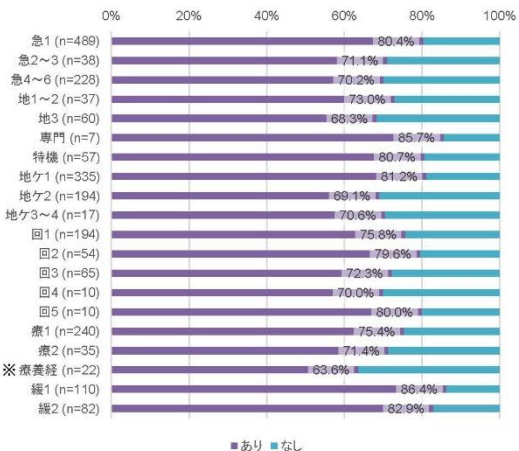
診調組 入-5  
5.10.5

○ 「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針について、急性期一般病棟入院料1の届出をしている医療機関では77.0%の割合であった一方、地域一般病棟入院料を有する医療機関では、指針を策定していない割合がその他の医療機関と比較して少なかった。  
○ 地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟等を有する医療機関は当該指針の活用状況の把握や指針の見直しを行っている割合が他の医療機関と比べて高かった。

適切な意思決定に係る指針作成の有無



定期的な当該指針の活用状況の把握や指針の見直しの有無



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（入院施設票）

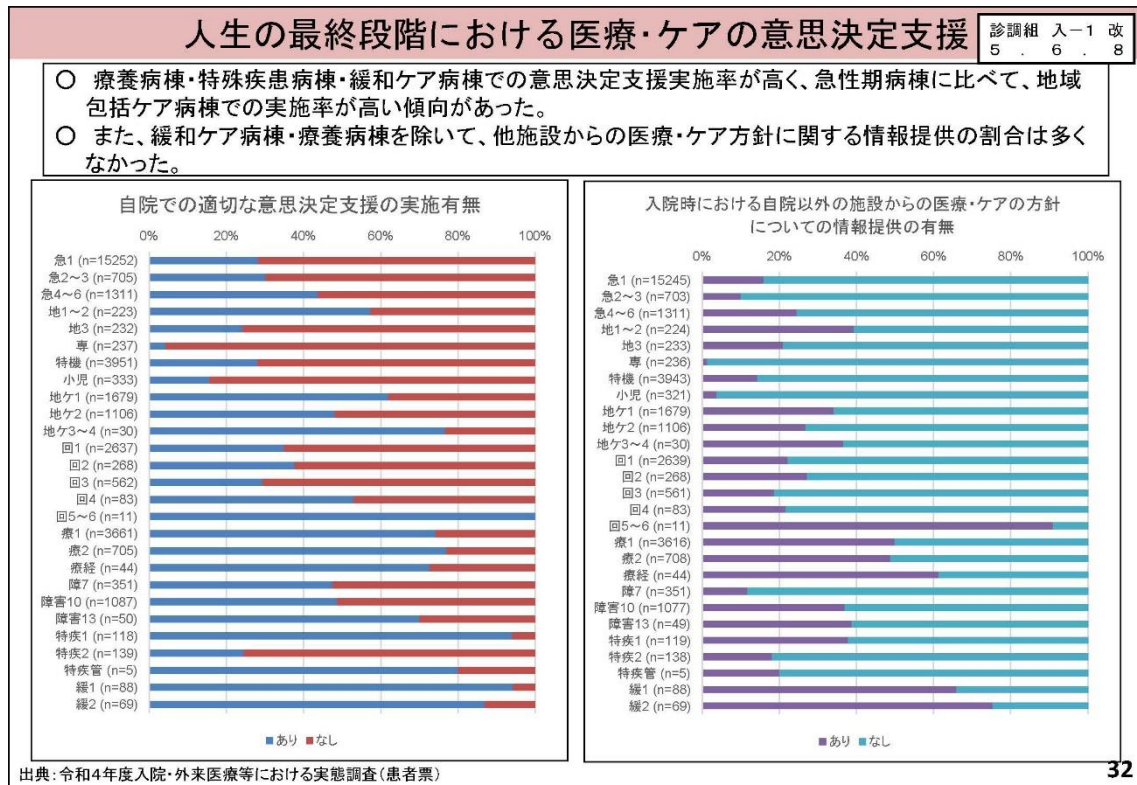
※療養病棟入院基本料（療養病棟入院基本料の注1）に規定される点数を振り出している施設

16

地域包括診療料を算定する医療機関に指針の策定を求めるなど、かかりつけ医療機能の1つとして、外来の診療報酬においても意思決定支援を推進すべきです。

**(入院における意思決定支援について)**  
 ○ 急性期一般入院料を届け出ている医療機関において適切な意思決定支援の指針の策定割合が地域包括ケア病棟等と比較して低い現状や、高齢者に多い疾患の入棟先として急性期一般入院料が多い現状等を踏まえ、急性期一般入院料等も含めた入院医療における適切な意思決定支援の指針の策定を促進することについて、どのように考えるか。

続きまして、「入院における意思決定支援について」でございますが、資料の32ページを見てみますと、療養病棟や地域包括ケア病棟に比べて一般病棟では取組が遅れております。





## 高齢者に多い疾患の入棟先について

○ 高齢者に多い疾患の患者、特にそのうち救急搬送された患者は、適切な意思決定支援に関する指針の策定を要件としていない急性期一般入院料を算定する割合が高い。

一般病棟等の75歳以上の患者に多い疾患<sup>※1</sup>における75歳以上の患者が一般病棟又は地域包括ケア病棟等に入院する際の入院先の内訳  
(カッコ内は、そのうち救急搬送により入院した割合)

(全疾患)	急性期一般入院料1 (353,140床)	急性期一般入院料2-3 (15,941床)	急性期一般入院料4-6 (135,739床)	地域一般入院料1-2 (19,121床)	地域一般入院料3 (29,777床)	その他のDPC算定病床 <sup>※2</sup> (113,540床)	地域包括ケア病棟 (86,546床)	地域包括ケア病棟のうち 転院入院以外
1 コロナウイルス感染症2019、ウイルスが同定されたもの	55.9% (26.8%)	2.3% (27.6%)	17.0% (24.2%)	1.6% (19.6%)	0.9% (11.1%)	15.6% (35.2%)	6.7% (10.3%)	5.4% (12.5%)
2 食物及び生物による肺炎	52.8% (47.9%)	2.5% (37.9%)	20.3% (28.6%)	7.7% (30.4%)	0.8% (23.1%)	13.2% (48.6%)	2.8% (14.2%)	1.6% (21.2%)
3 ウッ血性心不全	53.7% (65.9%)	3.0% (47.2%)	23.5% (37.2%)	2.1% (21.4%)	1.3% (9.4%)	9.1% (81.8%)	7.4% (19.1%)	5.8% (23.9%)
4 老人性初発白内障	56.3% (38.4%)	2.4% (30.6%)	15.3% (26.8%)	1.0% (13.2%)	0.6% (7.7%)	19.6% (66.4%)	4.8% (9.4%)	3.7% (11.8%)
5 大腸・結腸>のポリープ	57.8% (0.0%)	1.2% (0.0%)	3.6% (0.0%)	0.0% (0.0%)	0.0% (0.0%)	20.2% (0.1%)	17.1% (0.1%)	17.1% (0.1%)
6 大腿骨頸部骨折 閉鎖性	47.8% (0.4%)	1.8% (0.7%)	9.2% (0.7%)	0.6% (0.7%)	0.2% (1.3%)	30.1% (0.2%)	10.3% (0.1%)	10.3% (0.1%)
7 転子骨頸部骨折 閉鎖性	56.7% (61.4%)	3.5% (51.1%)	28.0% (42.1%)	2.7% (31.1%)	1.3% (25.8%)	2.8% (69.8%)	5.0% (13.0%)	2.0% (31.4%)
8 尿路感染症、部位不明	56.9% (69.8%)	3.7% (60.8%)	27.8% (46.5%)	2.4% (29.6%)	1.2% (25.4%)	2.7% (73.9%)	5.3% (14.0%)	2.0% (34.6%)
9 老人性核白内障	51.7% (57.3%)	3.1% (40.4%)	26.5% (32.4%)	2.3% (17.9%)	1.4% (10.0%)	4.9% (71.0%)	10.2% (16.8%)	9.3% (18.3%)
10 肺炎、詳細不明	56.9% (0.1%)	1.2% (0.3%)	3.9% (0.1%)	0.1% (0.0%)	0.0% (0.0%)	24.6% (0.1%)	13.5% (0.0%)	13.4% (0.0%)
11 膝椎骨折 閉鎖性	37.1% (53.1%)	2.7% (36.1%)	36.4% (32.0%)	4.2% (20.5%)	2.8% (12.9%)	5.9% (69.9%)	10.9% (16.3%)	10.1% (17.3%)
12 前立腺の悪性新生物<腫瘍>	35.5% (54.3%)	3.2% (40.4%)	35.0% (30.9%)	3.8% (21.6%)	2.1% (15.8%)	1.4% (59.5%)	19.0% (20.3%)	16.1% (23.7%)
13 その他の型の狭心症	70.0% (3.1%)	1.7% (3.9%)	7.0% (5.8%)	0.3% (7.8%)	0.2% (4.3%)	18.0% (2.3%)	2.8% (3.4%)	2.5% (3.8%)
14 脳動脈の血栓症による脳梗塞	86.0% (2.4%)	1.0% (0.8%)	5.6% (3.0%)	0.1% (8.5%)	0.0% (25.0%)	7.2% (7.5%)	0.2% (6.2%)	0.1% (7.9%)
15 体液量減少 (症)	53.0% (52.7%)	2.2% (42.8%)	14.4% (34.8%)	0.8% (14.7%)	0.3% (16.6%)	27.9% (68.9%)	1.4% (12.7%)	0.8% (22.3%)
16 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>、上葉、気管支又は肺	30.1% (52.0%)	2.8% (39.1%)	39.8% (30.1%)	3.7% (25.4%)	2.7% (14.6%)	1.6% (73.1%)	19.2% (17.4%)	18.1% (18.4%)
17 慢性腎臓病、ステージ5	69.8% (6.6%)	1.0% (11.9%)	5.5% (11.6%)	0.2% (16.4%)	0.1% (2.2%)	22.2% (4.9%)	1.2% (11.1%)	0.9% (13.9%)
18 脊髄管狭窄 (症) 腰部	61.9% (10.0%)	2.0% (12.1%)	14.1% (10.1%)	1.2% (4.7%)	1.2% (4.1%)	11.5% (20.3%)	8.1% (2.8%)	6.6% (3.3%)
19 急性原発性脳膜性肺炎	54.0% (6.9%)	2.8% (11.0%)	25.0% (9.1%)	2.0% (12.2%)	1.0% (7.4%)	6.8% (2.0%)	8.4% (8.2%)	6.9% (9.7%)
20 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>、下葉、気管支又は肺	64.2% (50.1%)	2.9% (40.4%)	18.9% (33.1%)	1.1% (16.0%)	0.5% (11.9%)	6.8% (60.6%)	6.8% (60.6%)	5.1% (19.8%)
21 脳動脈の血栓症による脳梗塞	70.6% (6.6%)	0.9% (13.2%)	5.9% (11.4%)	0.2% (12.3%)	0.1% (6.7%)	21.0% (4.7%)	1.3% (7.5%)	1.0% (9.5%)
22 その他の原発性関節症	41.7% (64.4%)	1.8% (51.8%)	11.7% (39.2%)	0.8% (9.4%)	0.5% (1.8%)	41.6% (84.8%)	2.0% (10.2%)	0.9% (22.2%)
23 細菌性肺炎、詳細不明	52.7% (1.9%)	3.1% (3.8%)	28.1% (3.8%)	1.9% (5.6%)	1.7% (3.4%)	5.1% (0.4%)	7.3% (4.9%)	5.3% (6.5%)
24 一側性又は患側不明の脳梗ヘルニア、閉塞及び壊瘍を伴わないもの	63.0% (50.3%)	3.0% (41.8%)	16.9% (35.5%)	1.3% (17.3%)	0.6% (7.3%)	11.0% (63.8%)	4.3% (19.1%)	3.9% (20.9%)
25 肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>、肝細胞癌	69.5% (1.0%)	2.2% (1.6%)	6.8% (1.6%)	0.2% (1.7%)	0.1% (11.8%)	17.5% (0.6%)	3.8% (0.4%)	3.8% (0.3%)

※1 入院初日にDPC算定病床<sup>※2</sup>又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の入院患者について件数の多い医療資源上位25  
 ※2 一般病棟入院基本料、特定機能病棟入院基本料、特定機能病棟入院基本料(一般)、専門病棟入院基本料(7対1、10対1、13対1)、救命救急入院料・特定集中治療室管理料、ハイケアユニット  
 入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一級感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料及び短期療養手術療養基本料を算定する病棟。  
 ※3 病床数は令和4年7月1日時点  
 出典：DPCデータ(令和4年1月~12月)

一方で、資料の33ページを拝見しますと、高齢者が救急搬送されて急性期の病棟に入院する割合が高いことがうかがえます。

急性期の高齢者については、リハビリ機能を備えた病棟での対応が望ましいとは考えておりますが、それでも急性期病棟に高齢者が入院することは当然あるということでございます。

また、そもそも急性疾患で最期を迎える現役世代も残念ながらいらっしゃると思います。今後は病棟を問わず入院機能を備えた全ての医療機関で指針の策定を求めます。

さらに、療養病棟や地域包括ケア病棟には、意思決定支援の実績を求めることも必要ではないかというふうに考えております。

続いて、人生の最終段階における医療・ケアに係る情報共有のあり方についてコメントいたします。

【人生の最終段階における医療・ケアに係る情報の共有について】

- 全ての療養の場における、人生の最終段階における医療・ケアに係る情報の共有を推進する観点から、介護支援専門員を含めた多職種と、急変時の入院先の医療機関の医療関係職種等とも情報を共有するために、ICT等を用いることについてどのように考えるか。
- また、人生の最終段階における医療・ケアについては、本人による意思決定を基本としつつ、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も踏まえ、人生の最終段階における医療・ケアの共有の推進に資する診療情報提供料（I）の「指定居宅介護支援事業所に向けた様式」の見直しを行うことについて、どのように考えるか。

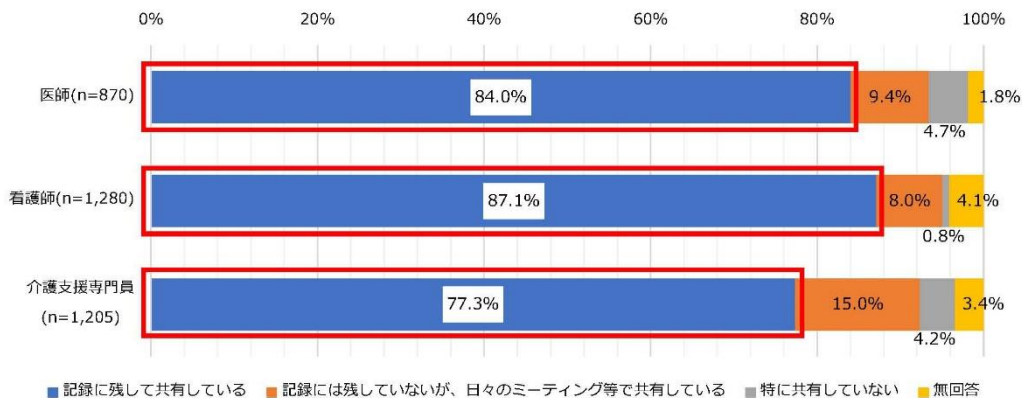
まず、資料 44 ページを見ますと、本人と家族が話した内容を情報共有している割合は、医師や看護師に比べて介護支援専門員でやや低い実態がございました。

人生の最終段階における医療・ケアに関する話し合い内容の情報共有

意見交換 資料-1 多岐  
R.5.5.1.8

- 人生の最終段階の医療・ケアについて、本人や家族等と話し合った内容についての医療・ケアチームでの情報共有は、記録に残して共有しているとした医師は84.0%、看護師は87.1%、介護支援専門員は77.3%であった。

人生の最終段階の医療・ケアについての情報共有（※）



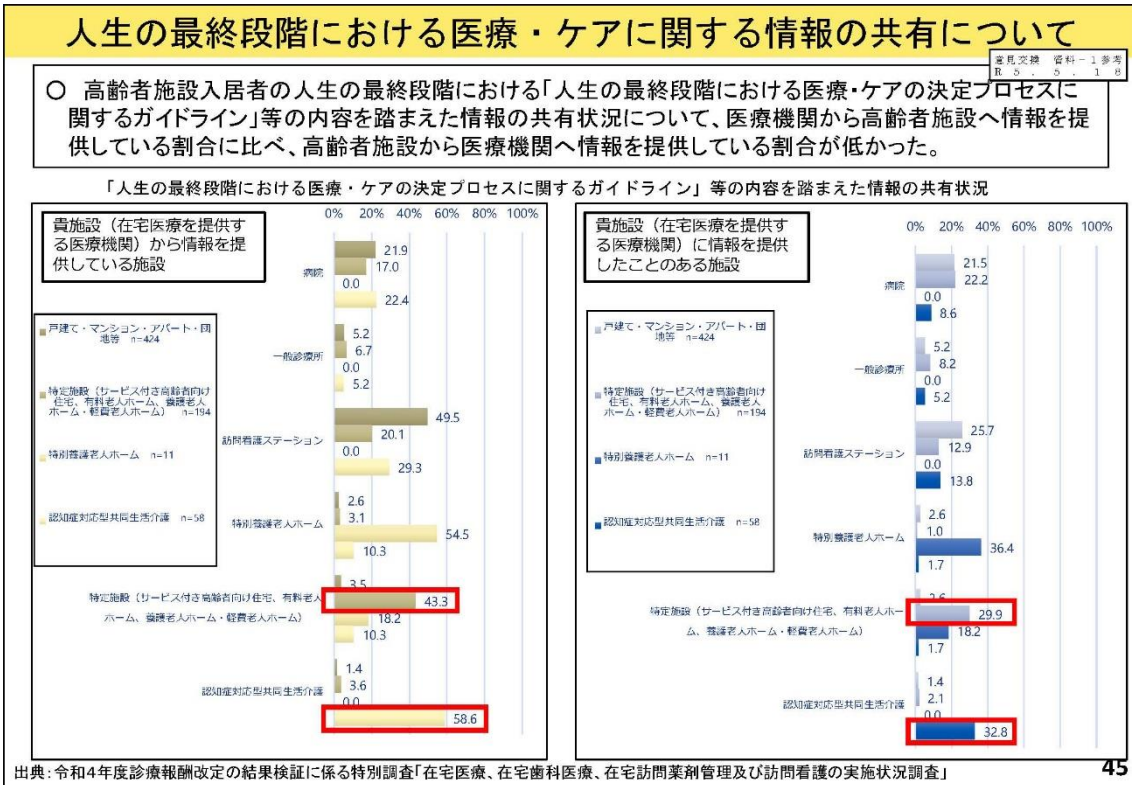
※ 「担当される患者・利用者本人と人生の最終段階の医療・ケアについて、十分な話し合いを行っていると思いますか」の間に「十分行っている」「一応行っている」と回答した医師、看護師、介護支援専門員が回答

出典：厚生労働省「令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書」（速報値）

44

また、45 ページを見てみますと、医療機関からの情報共有に比べ、高齢者施設からの情報共有が少ないこともわかります。

したがって、特に介護側からの情報提供を促すべきとは考えておりますが、情報共有には相互の協力が必要だろうと思っておりますので、ICTを活用するなど効率性の取組を進め、その効果をぜひ検証していただきたいと思っております。



最後に、「指定居宅介護支援事業所に向けた様式」の見直しについては異論はございません。私からは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。それでは、はい。鳥潟委員、お願いいたします。

○鳥潟美夏子委員（全国健康保険協会理事）

はい、ありがとうございます。かかりつけ医と患者の関わり合いを深めていただくためにも認知症患者の増加に備えるためにも、かかりつけ医がより早期から患者の適切な意思決定支援を実施することについては推進すべきと考えております。

入院医療における適切な意思決定支援の指針の策定を促進することや、人生の最終段階における医療・ケアに係る情報の共有を推進する観点から、ICTを活用すること、様式の見直しについても賛成であります。

一方で、患者様側というか、そちらの方の準備を促す意味でも、いろんな部分で情報を提供していくことが重要かと思います。ありがとうございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございました。それでは、佐保委員、お願いいたします。

○佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）

はい、ありがとうございます。人生の最終段階における医療・ケアに係る意思決定については、患者自身の意思を尊重しながらプランを作成されるものでありますので、取組がより推進されるよう、ガイドラインの充実をお願いいたします。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。池端委員、お願いいたします。

○池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）

はい。ありがとうございます。この論点に沿って私もコメントさせていただきたいと思いますが、大きな意味では、おそらく1号側も2号側も方向性については異論がないのではないかと思います。

**【人生の最終段階における医療・ケアに係る適切な意思決定支援の推進について】**

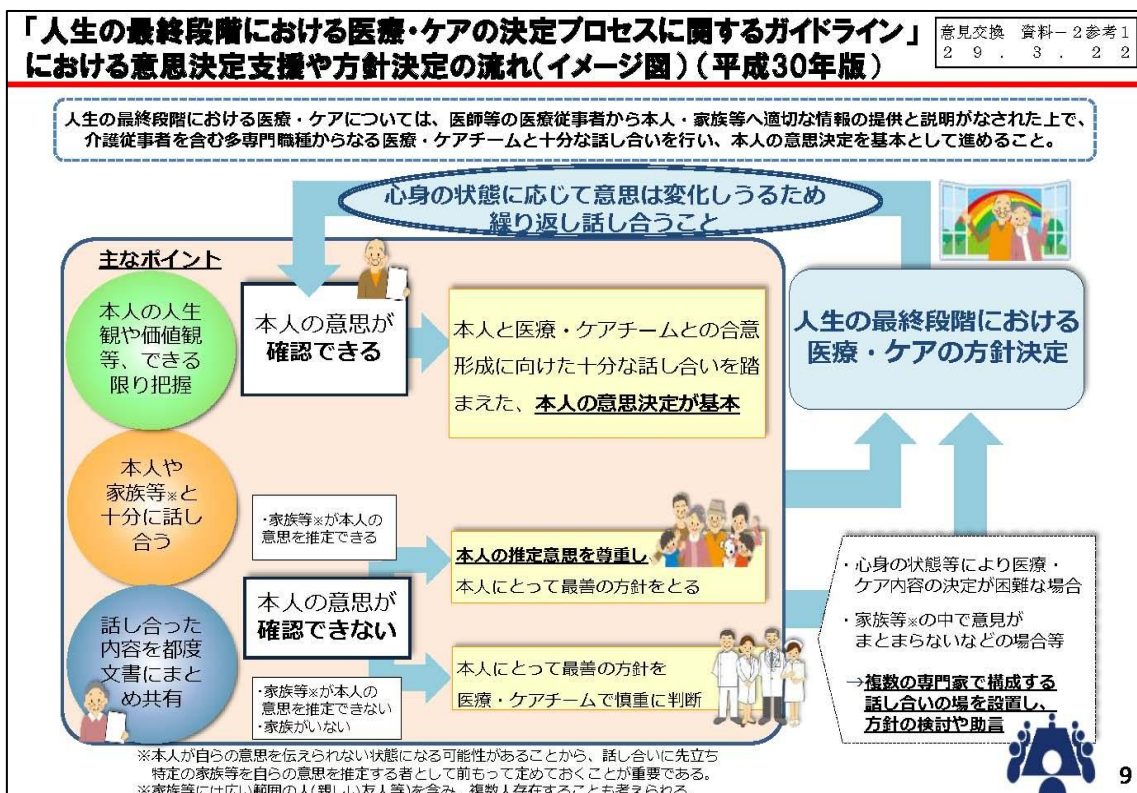
**（外来における意思決定支援について）**

○ 適切な意思決定支援の指針の策定について、入院医療と比較して外来医療においては指針の策定割合が低いことや、認知症の高齢者人口が将来増加していくことが予想されていることも踏まえ、認知症患者の症状が進行し意思確認が困難になる場合等に備えて、かかりつけ医がより早期から適切な意思決定支援を実施することを推進する方策について、どのように考えるか。

ただ、1点ほど、ちょっとお話ししたいのは、まず外来のところですけども、外来というのはいろんな患者さんがいらっしやって、先ほど長島委員もおっしゃったように、なかなか、ここを話し合うタイミングとか、あるいは、その時間的な余裕とかがない場合もありますので、

これはもちろん、推進、あるいは指針を策定することについては、しっかりやっ  
ていく方向で私も異存ないと思いますけれども、実際に、じゃあ、皆さんにそれが  
できるかという、なかなか難しいこともあるので、あくまでも、そういう風土づ  
くりをしながら、努力目標としていくっていうことが非常に重要ではないかと感じ  
ています。

何も自分がまだそういうリスクがない状況で話をしても、なかなかその本当の本  
音が出てこないことがあって、だからこそ、この9ページにありますように、この  
ACPの考え方は繰り返し、繰り返し、それをやる。



例えば、外来で何もないときにやった場合、自分がちょっと重大な病気になったとき、あるいは本当に終末期になったとき、それぞれ、やっぱり思いが違ってくるので、ここで繰り返し、繰り返し、いったん、それを書き込んでも、それがどんどん変わっていくものだという事。ここはやっぱりお互いに共有しなきゃいけないのではないかと考えています。

(入院における意思決定支援について)

○ 急性期一般入院料を届け出ている医療機関において適切な意思決定支援の指針の策定割合が地域包括ケア病棟等と比較して低い現状や、高齢者に多い疾患の入棟先として急性期一般入院料が多い現状等を踏まえ、急性期一般入院料等も含めた入院医療における適切な意思決定支援の指針の策定を促進することについて、どのように考えるか。

それから、あと入院に関してですけれども、一般病床、一般急性期の入院中についても、この考え方を推進することは非常に重要だと思いますけど、

ただ一方で、私が感じてる急性期入院ってのは、どうしても命を救うことが優先的になってしまって、そのアドバンス・ケア・プランニングの先生方のお話を聞いてると、DNRを取るか取らないか。

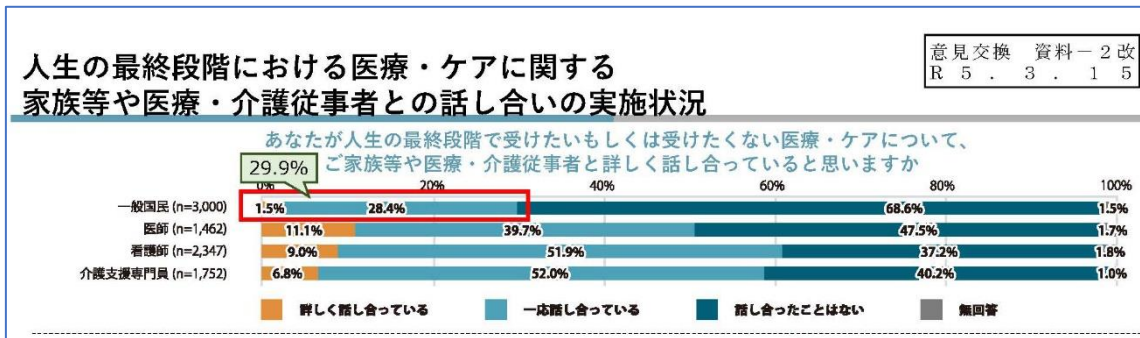
要は、終末期、あるいは、もう本当に最後の挿管をして救命する措置をしますか、しませんかとか、あるいは、食べれなくなったから胃瘻をしますか、しませんか。中心静脈栄養をしますか、しませんか。これを取った段階で、それでもうACPを取ったというふうに思ってしまう先生方も結構いらっしゃるんですね。

それはなくて、それはしかも1回取っても、半年後、あるいは3カ月後、1カ月後にも変わることもあるということで、それを繰り返し聞きながら本当の本人の、特に家族が優先されてしまうこともよくありますし、

そういうことを繰り返し繰り返しやるのが非常に重要だってことを、ぜひ丁寧に急性期の先生方にも理解していただいて、単にDNRはあるか、ないかっていうことがACPを取ったことにはならないってことを強調していかなきゃいけないんじゃないか。

よく、救急の現場では救急隊も取ったか取ってないかってことを、それだけでACPがある、ないになってしまっていることがあるので、そうではないということ国民に広く、国民的議論をしていければと思います。

そして、10ページの図、この調査結果がよく出るんですけども、反転して見ればこれ、医師・看護師でもまだ「話し合ったことはない」が5割近くあるということですので、



これはまだまだ国民的議論が必要ではないかということも言えるのではないかと、そういう風土づくり等をぜひ、この同時改定の機会にやっていただくことは全く異存はありませんので、ぜひ、そういう方向で進めていただきたいと思います。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。はい、江澤委員、お願いいたします。

○江澤和彦委員（日本医師会常任理事）

もう1点だけ、追加させていただきます。意思決定支援の、やっぱり患者さんのタイミングが非常に重要であります。

もともと、このガイドラインとACPは異なるものでございますが、過去の医学研究や実践からACPは早すぎると失敗することが多く、遅過ぎると役に立たないという、これはもう共有した結論だというふうに思います。

したがって、初めて医療や介護を具体的に想像できる時。例えば、大きな入院であったり、介護サービスを使うとき。

あるいは、よく、これまで言われてることは、目の前の方が1年以内に亡くなっても多くの周りの方、周囲の方が驚かないようなときには少なくともやっておかなくてはいけない。あるいは、週単位で死が差し迫っているときには頻回に行うって、こういったことがこれまでコンセンサスを獲得して推奨されておりますので、

したがいまして、外来の患者さんにおいても、そういったタイミング、対象の患者さんをしっかり十分把握して、しっかりと取り組んでいくことが重要だと思います。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございました。ほか、よろしいでしょうか。

はい。ほかに特にご質問等ないようですので本件に係る質疑はこのあたりといたします。

今後、事務局におかれましては、本日いただいたご意見も踏まえて対応していただくようお願いいたします。よろしいでしょうか。はい。



## 4. 個別事項（その13）について