

基礎研 レター

「人生会議」とは何か？

～アドバンス・ケア・プランニング(ACP)は、最期まで自分らしく生き抜くためのキーワードか～

取締役 社会研究部 部長 鈴木 寧
(03)3512-1774 y-suzuki@nli-research.co.jp

1—はじめに

「人生会議」という言葉を聞いたことがある人は、どれ位いるだろうか？これは、厚生労働省が、2018年からアドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning。以下、ACP)の普及・啓発を目的として付与した愛称だ。

命の危険が迫った状態になると、約70%の人が医療やケアなどを自分で決めたり、希望を伝えたりすることが困難になると言われている。そこで将来の変化に備え、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をACP¹という。

ところが、既に6年が経過しているが、世間に十分に認知されているとは言えない状況だ。厚生労働省の令和4年度調査²によると、「人生会議(ACP)について知っていたか」という質問に対して、一般国民で「よく知っている」と回答したのは、わずかに5.9%(前回平成29年度調査では3.3%)であり、「聞いたことはあるがよく知らない」が21.5%(同19.2%)、「知らない」が72.1%(同75.5%)となっており、一般の人にとってほとんど認知は進んでいない。一方で、医療・介護関係者においては、「よく知っている」と回答した割合は医師で45.9%(同22.4%)、看護師で45.8%(同19.7%)、介護支援専門員で47.5%(7.6%)となっており、未だ認知状況は半分程度ではあるものの、直近5年間で急速に理解は進んでおり、今後、一般の人との認知度のギャップを急速に埋めていく必要があると思われる。

誰しも自身の人生の最終段階を想定して予め医療・介護の受け方を決めることは、気の進まない作

¹ 日本医師会「終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える」https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180307_31.pdf

² 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の結果について(報告)」<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/001235008.pdf>

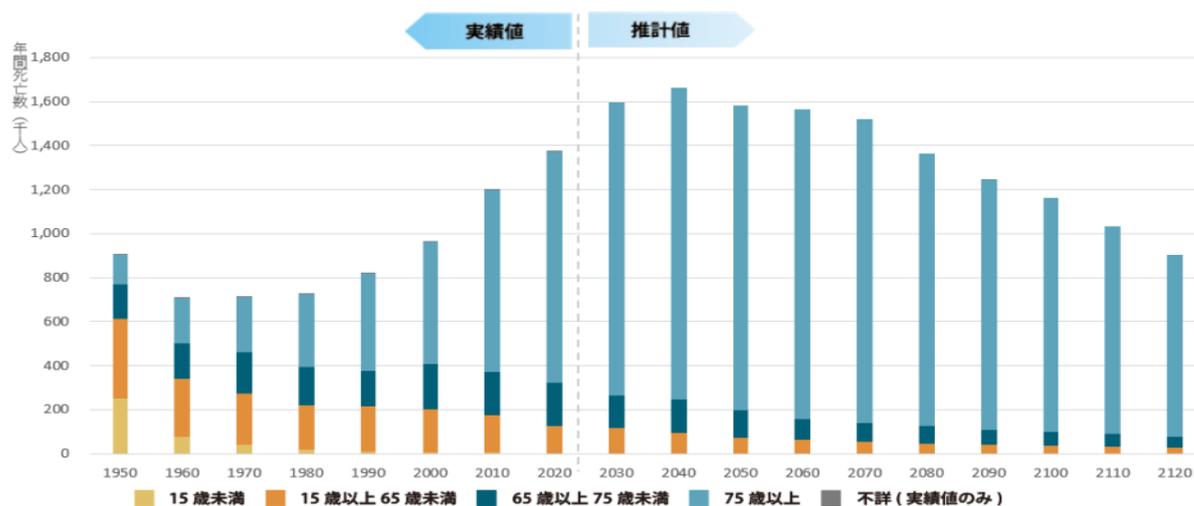
業であり、また、いくら想定してみたところで実際に医療を受ける段階では、当初の想定と実際の病状は異なる可能性もある。それでも、人生会議を行うことが必要とされる背景と、その内容について紹介したい。

2——人生会議(ACP)とは

1 | 人生会議(ACP)が必要とされる背景

政府統計³によると、令和5年(2023年)における日本の総人口は1億2,435万人と前年に比べて59万5千人(▲0.48%)の減少となり、平成20年(2008年)の1億2,808万人をピークとして13年連続して人口減少が続いている。その主な理由は、少子高齢化による出生数と死亡者数の差による自然増減によるものだが、2023年の出生数が72万7千人に対して、死亡者数は過去最高の157万5千人となった。死亡者数の増加原因は当然のことながら高齢者数の増加によるものであり、この傾向はピークとなる2040年には、約170万人に達すると推定されている(図表1)。

図表1 死亡者数の動態



出典：厚生労働省「令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会(第3回)資料」より引用

2020年までは厚生労働省「人口動態統計(令和3年)」

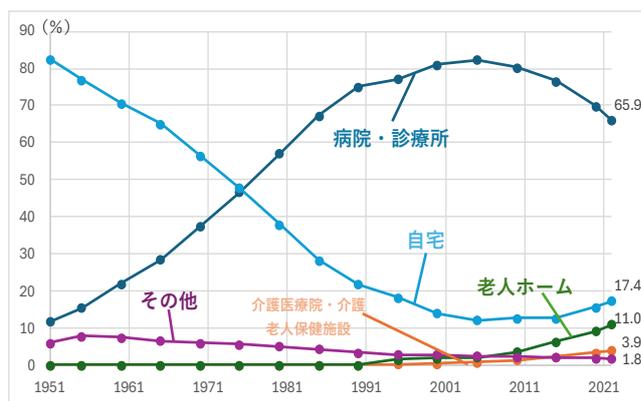
2030年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5推計)：出生中位・死亡中位推計」より作成

このように、今後ますます死亡者数が増加するにあたり、人生をどこで最期を迎えるのか、看取り先の確保を整備する必要に迫られている。

まず、現在における死亡場所を確認してみると、病院・診療所が約66%と圧倒的に多く、続いて自宅が約17%、老人ホームが約11%となっているが、近年では自宅、老人ホームが増加傾向にあるようだ(図表2)。

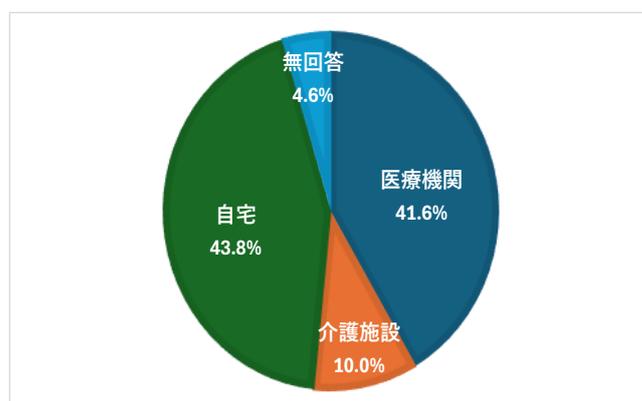
³ 総務省統計局 人口推計(2023年10月1日現在) <https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2023np/index.html>

図表2 死亡場所の推移



出典：厚生労働省 人口動態統計（令和5年度）

図表3 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？



出典：「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の結果について（報告）」

一方で、「病気で治る見込みがなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至ると考えたとき、最後をどこで迎えたいか？」という質問⁴をしたところ、一番多かったのは自宅で43.8%、続いて医療機関が41.6%、そして介護施設が10%となっており、病状や家族等の介護態勢による事情はあるとは思われるが、最期は自宅で過ごしたいと希望する本人の思いと現実には大きな乖離があることがわかる。

このような課題を踏まえて、政府では高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援のもとで、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、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を進めてきており、そのなかで自宅や介護施設などにおける看取りが増加することへの対応も進めている。令和3年度介護報酬改定では、看取り期の本人・家族との十分な話し合いや医療・介護関係者との連携を一層充実させるために、厚生労働省は看取り介護加算への対応と合わせて、医療・介護機関に対しては「人生の最終段階⁵における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン」に沿った対応を求める取扱いとしている。

⁴ 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の結果について（報告）」

⁵ 厚生労働省は、2015年に最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した医療を目指すことが重要であるとの考え方から、従来「終末期医療」と表記していたものを「人生の最終段階における医療」へ変更。

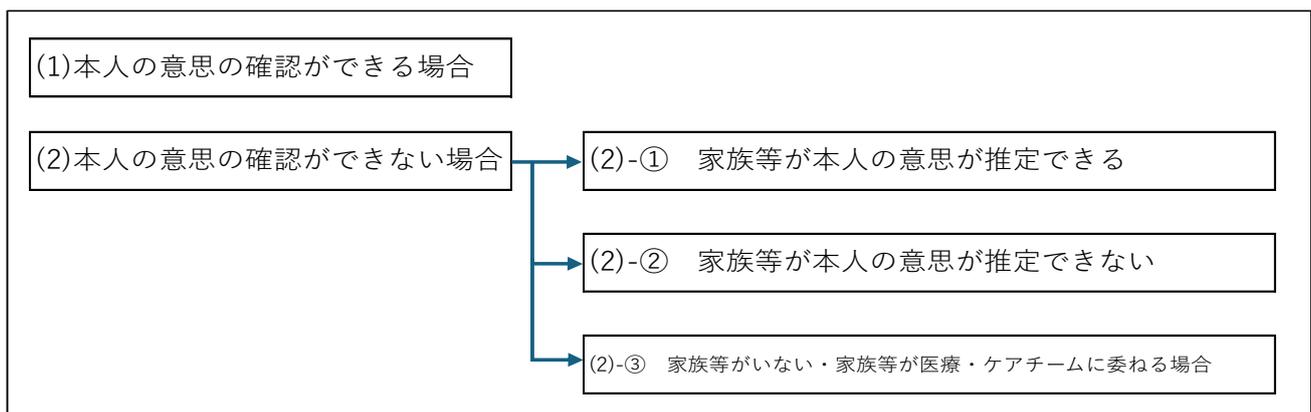
2 | 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン」とは

それでは、人生会議（ACP）を進めるにあたり、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン」（以下、ガイドライン）では、どのような対応を求めているのかを確認してみよう。ガイドラインは、2007年に制定されたが、2018年改訂では、看取りへの対応として、近年、英米諸外国を中心に研究・取り組みが行われているACPの概念を盛り込むとともに、地域包括ケアシステムの構築にも対応したものと改訂が行われた。とりわけ、当改訂では、①本人の意思は変化し得るものであることから医療・ケアの方針についての話し合いは繰り返すことが重要であること、②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を踏まえて、家族等の本人の意思を推定しうる信頼できる者を予め定めて、繰り返し話し合い、その内容をその都度、文書にまとめて本人、家族等と医療・ケアチームで共有することが重要、であることを記載している。

では、人生の最終段階における医療への対応として、具体的にどのように対応されることを想定しているのだろうか。ガイドラインでは、まずは「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、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種医療・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医療・ケアを進めることが最も重要な原則」としている。そして、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人の意思が尊重されるよう医療・ケアチームと繰り返し話し合いを行うことの重要性にも言及している。

さらに、ガイドラインでは、具体的な場面を想定して、(1)本人の意思が確認できる場合、(2)本人の意思が確認できない場合、さらには家族等の信頼できる人がいる場合といない場合、における医療・ケアの方針の決定手続きをケース分けして示している（図表4）。

図表4 人生の最終段階における医療・ケアの方針決定ケース分け



出典：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」より
ニッセイ基礎研究所が作成

それぞれのケースにおける方針決定の手続きを確認すると、(1)本人の意思の確認ができる場合は、原則通りにまずは医師等の医療従事者から適切な医療の情報の提供と説明を受けたうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた話し合いを踏まえ、本人による意思決定を基本とし、医療・ケ

アチームとして方針の決定を行う。また、本人が意思を伝えられない状態になる可能性もあるので、家族等を含めて繰り返し話し合いを行う。

一方、(2)本人の意思の確認ができない場合は、(2)-①家族等が本人の意思を推定できる場合は、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が、(2)-②家族等が本人の意思を推定できない場合は、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が決定される。更に、(2)-③家族等がない、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が医療・ケアチームで決定される。尚、医療・ケアの内容の決定が困難な場合や、本人と医療・ケアチームとの話し合いで合意形成ができない場合は、複数の専門家で構成する話し合いの場を別途設置し、方針の検討や助言が行われることとなっている。

このように、ガイドラインでは、本人、家族等と医療・ケアチームが丁寧な話し合いを通じて、最期まで本人の希望する生き方を実現できるような合意のプロセス組み込まれているといえる。

3 | 人生会議(ACP)の効用について

以上の通り、医療・ケア従事者の視点から、ガイドラインに沿って ACP の取り扱いについて説明をしたが、今度は医療・ケアを受ける側の視点で ACP の効用を確認してみよう。

やはり、自身の最期の段階をイメージすることにより、最期はどこで、どのように生き、そしてそれを実現させるために誰にそのサポートをしてもらうのか、自身の生き方、価値観を前もって整理することができることだろう。そして、自身の価値観を家族等の信頼できる人と医療・介護従事者との繰り返し行う話し合うプロセス(ACP)を通じて、在宅で受けられる医療・介護サービスや本人や家族が管理できる治療方法についての理解が深まり、在宅を含めた治療における選択肢の拡大に繋がることも大きな利点といえる。

更には、このプロセスにより、本人の意向が尊重された医療・ケアが実践されることで、本人だけではなく、残される家族にとっても、医療・ケアに対する肯定感が高まり、本人が亡くなった場合も残された遺族の喪失感を癒すグリーフケアにも効果が期待される。

4 | 人生会議(ACP)の進め方

それでは、ACP は具体的にどのように行われるのだろうか。厚生労働省のホームページ⁶に記載された内容を参考にまとめると、主に以下の3ステップの段取りにて行われる。

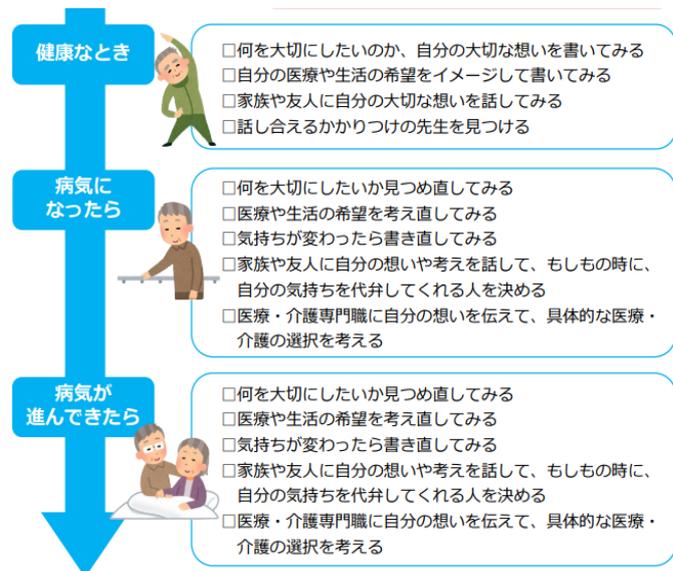
⁶ 厚生労働省ホームページ 「人生会議」してみませんか
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html

STEP 1.	残された人生において、自身にとって大切な価値観を考えてみる。 価値観とは、日々の暮らし方やいきがい、医療・ケア等において、どのようなことを大事にしたいか。例えば、「できるだけ家族との時間を大切にしたい」「どこでどのような介護を受けたいか」「最期は住み慣れた自宅で迎えたい」など。
STEP 2.	「信頼できる人」はだれかを考えてみる。 「信頼できる人」とは、自身が病状により、考えや気持ちを伝えられなくなった時に、自身の代わりに受ける医療やケアを話し合っしてほしい人であり、配偶者、子ども、友人、医療・介護関係者など。
STEP 3.	話し合いの内容を医療・介護従事者に伝え、共有する。 「信頼できる人」と話し合った内容を医療・介護従事者にも伝え、思いを共有するとともに話し合う。

そして、病状や症状が変化した時、または定期的に考えを整理し直して、何度も STEP 1 から 3 までを繰り返し行い、その結果をノート等書き留めて、いざという時に医療・介護従事者と情報を共有するための記録として残すことが大切としている。

現在、全国の自治体でも、それぞれ地域の実状に応じて人生会議（ACP）の普及に取り組んでいるので、是非、お住まいの自治体のホームページを確認することをお勧めしたい（図表 5）。

図表 5 豊田市「人生会議」パンフレット



出典：豊田在宅医療・福祉連携推進会議「最期まで自分らしくあるために。やろまい、『人生会議』」より抜粋

そこで、疑問になるのが、ACP をいつから始めるべきか、という点だ。これに対して、日本老年医学会⁸では、「人生の最終段階を見据え、がんか非がん疾患かを問わず、通院あるいは入院にて医療を受けている本人はその医療機関において ACP を開始することが望ましい。また、医療を受けていない高齢者においても、要介護認定を受ける頃までには ACP を開始することが望ましい」としている。

いずれにしても、健康な状態である段階から、まずは自身の生き方の価値観について整理することを始めてみるのが良いだろう。そのなかで、医療・ケアだけではなく、財産管理も含めて誰が自身の生き方をサポートしてくれるのか、を整理する機会にもなるだろう。

⁷ 豊田市 人生会議ホームページ <https://www.city.toyota.aichi.jp/kurashi/kenkou/iryuu/1045662.html>

⁸ 日本老年医学会「ACP 推進に関する提言」2019年
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf

3——人生会議(ACP)普及にあたっての課題

それでは、今後、ACPを普及させていくには、どのような課題があるだろうか。

当然のことながら、本人及び家族等のACPに対する理解が進むことが原則であるが、より重要なことは、ACPにおける丁寧なプロセスを支える医療・介護専門職の態勢において、いかに質と量の両面において確保することができるかであろう。人生の最終段階における医療についての対話は、非常に繊細なものであり、本人が真に望む医療・ケアを対話のなかで引き出すには、これら専門職との信頼関係のうえに初めて成り立つ。例えば、「病院で亡くなりたい」という本人の発言があった場合でも、単に医療サービスが得られるからではなく、家族に迷惑をかけたくないという、思いからの発言である可能性もある。ACPにおいては、真に本人の意思(希望)がどこにあるかを読み取ることが大切だ。このような本人の真意を引き出しながら、医療・介護チームと繰り返し擦り合わせをすることは、追加の負担になることは間違いない。

さらにACPを行うスキルという観点においても、かかりつけ医については、医療技術に加えて、今以上に全人格的に患者と向き合うことが求められ、また人材不足が課題となっている介護専門職にとってもACPを実践する時間と新たなスキルが必要となる。まさに、地域包括ケアシステムにおける医療・介護の多職種連携の真価が問われるともいえるだろう。

加えて、ACPの結果を誰がどのように引き継いでいくのか、という点も気になるところだ。本人の健康状態や時間の経過により、担当する医師、介護担当者、または信頼する家族(あてにしていた配偶者が先に亡くなってしまいう等)も変わっていくかもしれない。その場合に、積み上げてきたACPの情報が、救急搬送などで予期せぬ場所に行った場合でも、正しく引き継がれる仕組みを整備する必要もあるだろう。

4——さいごに

仮にあなたに高齢の両親がいて、ACPに関する項目を確認する場合、改まって「人生会議を始めます」という手続きを踏むのは、親子双方にとっても心理的なハードルは高いだろう。しかし、インフォーマルな会話のなかで、今までの親の生き方、価値観等を踏まえて、さりげなく人生の最終段階に向けた医療・介護の希望を確認していくことはできるだろう。一方、親側の意識としても、自ら主体的にACP項目について、配偶者及び子どもに伝えていく努力も必要だろう。

人生最期の医療・介護に思いを馳せることは、一見すると気の進む作業ではないが、自身の思いを家族に告げ、そして医療・介護従事者と予め意見を擦り合わせるができるとするならば、ACPというそのプロセスは本人及び家族にとっても、プラスの効果をもたらすに違いない。もちろん、本人がACPを望んでいない場合は、無理に行う必要はない。

人の死を通じて引き継がれるのは、金銭などの財産だけではない。死を迎え、本人の最期の瞬間を曝すことにより、遺された者はその生きざまを記憶として引き継ぐことになる。残される家族に対して、財産だけでなく前向きな生き様をメッセージとして、人生会議(ACP)を通じて残せたら良いのではないか。