

終生期の医療と 生前の意思表示

人 生の最終段階における治療の開始・不開始および中止などの医療のあり方を巡る問題は、本人や家族にとってはもちろん、医療現場でも重要な課題であった。厚生労働省（当時、厚生省）は1987

（昭和62）年以来4回にわたって検討会を開催したが、人生の最終段階の態様や患者を取り巻く環境、国民の意識も区々様々であることから、国が人生の最終段階における医療の内容について何らかの定めを示すことについては、慎重な態度がとられてきた。

患者の多くは自宅での看取りを希望しており、国民の約70%が意思表示の書面作成に賛成しているが、実際に作成したのは約3%に過ぎないのが実態であった。（「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年）また、自宅での「看取り」を行う診療所・病院は全体の約5%、自宅での死亡割合は12・7%にとどまり、医療機関での死亡が76・6%を占めている（「人口動態統計」15年）。

人生の最終段階におけるより良い医療・ケアの実現のために、近年、

患者自身の意思決定を基本にして家族・医療側との間で事前に十分に合意形成できる体制の構築が望まれており、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アドバンス・ケア・プランニング（ACP）が重要と考えられるようになってきた。

厚生労働省は18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」を公表した。本人の意思は変化し得るから医療・ケアの方針についての話し合いは繰り返し返すことが重要であり、また、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性もあるから、家族など信頼できる者も含めて事前に繰り返し話し合っておくことが望ましいことになる。また、判断力のあるうちに生命維持装置の使用拒否など、患者が自分の終末期医療に関して「生前の意思表示（リビングウイール）」を明確に書面ですす仕組みが普及していくことも大事である。

病院だけでなく在宅・介護施設の場で看取りを行う体制を整えていくためには、担当の医師だけで

なく、看護師・ソーシャルワーカー・介護支援専門員などの医療・ケアチームで本人・家族などを支える体制を作ることが重要となる。医療・ケアとしての医学的妥当性・適切性の確保も必要となるから、そうした取り組みを可能とする診療報酬・介護報酬とすることも不可欠である。

1年間の死亡者の死亡前1カ月間にかかった医療費を年間の「終末期医療費」として推計すると、02年1年間の死亡者数は約98万人で、そのうち医療機関での死亡者約80万人、死亡前1カ月の平均医療費約112万円であったから、終末期医療費は約9000億円と推計される。

17年の死亡者数は約134万人に増加し、今後一層進む高齢・多死社会の到来に直面しているわが国では、高齢者の医療費・介護サービス費の適正化は最重要課題となる。このガイドラインが病院だけでなく介護施設・在宅の現場においても広く活用されることを期待したいし、健保組合・健保連としても加入者への啓発に一層努力する必要がある。