



日本老年医学会

「高齢者の人生の最終段階における医療・ケアに関する立場表明2025」

■はじめに	1
■基本的立場	1
■「立場表明 2025」の目的	2
■「立場表明 2025」における用語の定義	2
■立場 1 年齢による差別（エイジズム）に反対する	5
■立場 2 緩和ケアを一層推進する	6
■立場 3 本人の意思と意向を尊重する	8
■立場 4 人権と尊厳および文化を尊重する意思決定支援を推進する	9
■立場 5 多職種チームによる医療・ケアの提供を推進する	10
■立場 6 臨床倫理に関する取り組みを推進する	10
■立場 7 在宅医療および地域包括ケアシステムを推進する	11
■立場 8 死への準備教育を推進する	12
■立場 9 不断の研究の進歩を医療・ケアに反映させる	12
■立場 10 高齢者の人権と尊厳を擁護する医療・介護・福祉制度の構築を求める	13
■おわりに 日本老年医学会は立場表明に沿ってたゆまぬ努力を傾注する	14
【注釈】	14
【引用文献】	18

一般社団法人 日本老年医学会

「高齢者の人生の最終段階における医療・ケアに関する立場表明 2025」

2025 年 6 月 27 日 第 1 版発行

一般社団法人 日本老年医学会

〒113-0034 東京都文京区湯島 4-2-1 杏林ビル 702

電話 (03)3814-8104 FAX (03)3814-8604

●「立場表明 2025」の複写・複製・転載・翻訳・データベースへの取り込み、
および送信（送信可能化権を含む）・上映・譲渡に関する許諾権は 一般社団法人
日本老年医学会が保有しています。 ©一般社団法人日本老年医学会、2025

■はじめに

人生の最終段階における医療・ケアをめぐる医学的状況と社会環境は、この半世紀で変貌を遂げた。医学・医療の進展によって大幅に寿命が延伸するなか、最期までひとりひとりの患者/介護サービス利用者（以下、「本人」）の価値観・人生観・死生観に沿った医療・ケアの提供および療養場所の選択が重視されるようになってきた。それを担う専門職の職業倫理は、本人の意思の尊重を中心とする人権と尊厳の擁護を医療・ケア専門職の職務と位置付けている^{1),2),3),4),5)}。

高齢者医療・ケアに携わる専門職の学術組織である日本老年医学会は、変化の大きな時代においても倫理的な軸を堅持した考え方と行動の指針を示すため、21世紀初頭に最初の「高齢者の終末期の医療およびケアに関する立場表明」を発表し⁶⁾、その約10年後に、社会の変化に合わせて「立場表明2012」へ改訂した⁷⁾。そして、団塊の世代がすべて75歳以上⁸⁾となった時代の節目である2025年に、現在を見据えつつ近未来を展望し「高齢者の人生の最終段階における医療・ケアに関する立場表明2025」（以下、「立場表明2025」）へ更新することとした。

日本の75歳以上の人口は2000万人を超え⁹⁾、死亡年齢の最頻値は女性で93歳、男性で88歳を超えた¹⁰⁾。世界でトップレベルの長寿国である日本¹¹⁾において、最期まで本人を人として尊重する社会の実現を志向し、ここに「立場表明2025」を発表する。これが臨床現場においてさまざまな難問に直面しつつ、本人のために最期まで最善の医療・ケアを提供しようと尽力している専門職の行動指針となり、同時に、日本で生きる人々の心の安寧を支えることを願っている。

■基本的立場

人の老化と病いと死は、生殖、発生、誕生、成長に続く生命現象の一過程である。老化と病いと死を含めた生命現象を扱う生命科学は、自然科学だけでなく、人文科学や社会科学分野における探求とともに進展してきた。それゆえ、人の老化と病いと死に向き合う高齢者医療・ケアは、自然科学・人文科学・社会科学で得られた幅広い研究知見に基づく生命科学を基盤とし、生命に関わる倫理的な視点を重視した全人的医療・ケアであるべきである。

また、日本老年医学会は国際連合（国連）が提唱してきた高齢者のための五原則¹²⁾である「自立」、「参加」、「ケア」、「自己実現」、「尊厳」を共有する。

■「立場表明 2025」の目的

すべての人は最期まで、医学的に適切な判断を土台に、それぞれの思想・信条・信仰を背景とした価値観・人生観・死生観を十分に尊重され、「最善の医療およびケア」を受ける権利を有する。日本老年医学会はすべての人が有するこの権利を擁護・推進するために、「高齢者の人生の最終段階における医療・ケア」に関して本学会の立場を表明する。

■「立場表明 2025」における用語の定義

●「人生の最終段階」

「立場表明2025」における「人生の最終段階」を以下のように定義する。

- ①〔医学的見込み〕病状や老衰が不可逆的で、更なる治療によっても状態の好転や進行の阻止は見込めず、遅かれ早かれ死に至ることが避けられない。
 - ②〔人生についての見方〕①を踏まえ、医療・ケアチームが本人の人生全体を眺める視点で、本人は人生の物語りの最終章を生きていると考えられ、本人が表明してきた人生に関する意向を尊重したうえでも、そう考えることができる。
- 以上の①と②が満たされている時、本人は「人生の最終段階」にある。

【論拠】厚生労働省（以下、「厚労省」）は2015年、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（2007）を「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」へ改称し、今後、同省では可能なところから「終末期医療」という用語に替えて「人生の最終段階における医療」という用語を使用すると発表した。その際、同省は「人生の最終段階」を定義せず、「人生の最終段階には、がんの末期のように、予後が数日から長くとも2～3ヶ月と予測が出来る場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年かけ死を迎える場合がある。どのような状態が人生の最終段階かは、本人の状態を踏まえ、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき事柄である」¹³⁾と解説した。

さらに高齢者は複数の疾病や障がい併せ持つことが多く、心理・社会的影響も受けやすいため、「人生の最終段階」の経過はきわめて多様である。臨死期までの余命には日の単位から年の単位まで幅がある^{14),15),16)}ことから、「立場表明」における「人生の最終段階」の定義にも数値を用いない。

また、厚労省は上記のように「終末期医療」を「人生の最終段階における医療」に替える¹⁷⁾と発表した際、これが「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」という考え方によっていると説明した。従来、終末期医療というと、医師が生命予後をもとに医学的に判断するものとされてきたが、医療・ケアの実践においては、医学的な判断

を土台として踏まえ、本人の生き方という視点を重視することが求められている。

そのため、「立場表明2025」における「人生の最終段階における医療・ケア」とは、ひとりひとりの生き方を尊重すべく、「人生の最終段階において、本人の生き方に着目し、最期まで尊厳を擁護した医療・ケア」とする。

この考え方は、人のいのちは身体に注目した“生物学的な生命”と、人生ないし生活に注目した“物語られるいのち”とみることができるとする「生命の二重の見方理論」¹⁸⁾を理論的背景とする、日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン — 人工的水分・栄養補給の導入を中心として」¹⁹⁾と親和性がある。

医学は本来、身体に注目した自然科学的見方をするが、医療としてひとりひとりの最善を考える際には、「人生にとっての最善を目指して、どのように身体を整えればよいかを考える」ことが求められる。

●「最善の医療およびケア」

「立場表明2025」における「最善の医療およびケア」は、「緩和ケア（palliative care）の考え方と技術の中核とし、単に診断・治療のための医学的な知識・技術のみならず、他の自然科学や人文科学、社会科学を含めた、すべての知的・文化的成果を統合した、適切な医療およびケア」とする。なお、「適切な医療およびケア」は、本人を人として尊重し、家族等の感情にも配慮し、社会資源の制限下にあっても可能な限り苦痛からの解放が保障されるような医療およびケアを基本とする。

【論拠】「立場表明2025」における「最善の医療およびケア」は、必ずしも最新もしくは高度な医療・ケア技術を意味しない。医療行為は侵襲性を有し、特に高度医療の多くは侵襲性が高く、一般成人に対して有効な医療行為であっても、老化が進行した高齢者に対しては害やリスクのほうが大きくなることもある^{20),21),22)}。それは薬物療法についても同様であり、特にポリファーマシーの有害性の認識は重要である²³⁾。

そのため、老化の程度や臓器の潜在的な機能不全の存否とその程度、薬物に対する反応など、個々の高齢者の特性に配慮することが求められる²⁴⁾。また、ひとりひとりの生活・人生を理解し、全人的な視点から本人を中心として考えることが重要である²⁵⁾。そのようにして判断した過少でも過剰でもない適切な医療、および生活の質¹（QOL）を大切にする医療およびケアが「最善の医療およびケア」の考え方として重要である^{26),27)}。

同時に、人生の最終段階における「最善の医療およびケア」においては、緩和ケアの考え方が中核となるべきといえる。現在、緩和ケアは基本的人権の一環として国際的に重視

¹ QOL(quality of life)の訳語は、従来、「生活の質」とされることが多かったが、現在は異なる訳語についても議論がなされている。

されており^{28),29)}、社会資源の制限下であっても、苦痛からの解放は可能な限り実現されるべきである。また、家族等の感情への配慮も求められる³⁰⁾。緩和ケアの重要性については、「立場 2」も参照のこと。

また、自然科学のみならず、人文科学や社会科学を含めた学際的な検討を踏まえ、ひとりひとりの高齢者の生活と人生を理解しつつ、ニーズに合った「最善の医療およびケア」のあり方を明らかにすることが求められており³¹⁾、それは日本老年医学会の基本的な考え方である。

●「ケア」

「立場表明2025」における「ケア」とは、「制度のなかで提供されるフォーマルなケアか、家族等、地域住民やボランティア等によって提供されるインフォーマルなケアかを問わず、本人と家族等を対象として行われる看護・介護・その他の支援」とする。

【論拠】高齢者の人生の最終段階においては、医療・ケア専門職によるケアはもとより家族等や地域住民による日常的なケア、および専門職と家族等が協働で行うケアが重要性を増す。なお、英語の“care”は医療とケアを包含するが、わが国における高齢者医療・ケアの分野では「ケア」という用語が「看護・介護」の意味に限定して用いられる傾向があるので、意味が重複することを承知の上で、「立場表明2025」においては「医療・ケア」または「医療およびケア」という表現を使用している。

●「尊厳」

「立場表明2025」における「尊厳」は文脈に応じて2つの意味のどちらかで使われる。一つには「現在のありのままの自分を価値ある存在だとする思い」を意味し、この場合は「自尊感情」や「自己肯定感」と同義的である。人生の最終段階において最期まで「尊厳」を保つこと、つまり自分を肯定する気持ちを持ち続けることができるようにすることは、医療・ケアの主要な目的の一つである。そこで高齢者が現在の自分を肯定できなくなった（＝自分の尊厳は失われた）と感じたとき、医療・ケア専門職は本人が尊厳を回復できるように努める。なお、医療・ケアがかえって本人の尊厳を損なっていると判断される場合には、本人の尊厳の回復を目指してその医療・ケアを終了することも考慮の対象となる。

「尊厳」のもう一つの意味は、「尊重に値するという価値」である。例えば「すべての人には尊厳がある」とは、「すべての人は尊重すべき相手である」という意味になる。すなわち、相手を人として尊重しながら医療・ケアを進める場合、相手を尊厳ある存在としていることになる。

【論拠】「尊厳」は概念形成の歴史的展開が複雑であり、現代の「尊厳」は世界的に多義的

と言われるが^{32),33)}、「尊厳」に対応する英語の“dignity”には明確に3通りの用法がある³⁴⁾。すなわち、①振舞いや活動の見掛け上の威厳・厳かさ、②尊重に値するという価値、③自身の重要性ないし価値を肯定する自己評価であり、このうち②と③が医療・ケアの文脈で認められる。本人の最善を目指す文脈において「尊厳」が語られる場合の多くは用法③、すなわち「自尊感情」や「自己肯定感」と同義的に使われるが³⁵⁾、本人に何かを押し付けたり、支配したりすることを否定し、本人の生き方、価値観や意向を尊重すべきことを語る文脈では「尊厳」は②の意味で使われている³⁶⁾。

●「高齢者」

日本老年学会はデータを分析し根拠を踏まえ、医学的な判断として75歳以上を「高齢者」と定義しているが^{38),37)}、「立場表明2025」では人生の最終段階という加齢に伴う心身の変化の個性性がきわめて高い段階にある高齢者を対象としていることから、現場においては暦年齢による一律の判断をせず、ひとりひとりの状態とニーズにもとづいて判断することが求められる。

●「家族等」

「立場表明2025」における「家族等」とは、本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在という趣旨から、「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）を含む」とする³⁸⁾。これは今後、単身世帯が一層増加することも想定した考え方である。

■立場 1 年齢による差別（エイジズム）に反対する

認知症を有する場合を含めいかなる状態であっても、すべての高齢者が「最善の医療およびケア」を受ける権利を有する。暦年齢にもとづく過少医療に反対する。

【論拠】すべての人にとって「最善の医療およびケア」を受ける権利は基本的人権のひとつである。たとえ超高齢で重い障がいを持している、「最善の医療およびケア」が保障されなくてはならない。社会のあらゆる分野におけるエイジズムに反対する世界の潮流^{39), 40), 41)}が一層明確になっている現在、「立場表明2025」が「人生の最終段階における医療・ケア」の分野におけるエイジズム反対の姿勢を明確にすることは重要である。

■立場 2 緩和ケアを一層推進する

人生の最終段階における「最善の医療およびケア」は、緩和ケアの考え方と技術の中核とする。疾患や障がい問わず、高齢者のあらゆる最終段階において、緩和ケアをより広く用い、苦痛の緩和とQOLの維持・向上に最大限努力すべきである。

1) 人生の最終段階における医療行為の適否の判断

人生の最終段階における医療行為の適否は、緩和ケアの視点を重視して判断すべきである。緩和ケアは本人の人権と尊厳を尊重し、QOLの維持・向上を目指す包括的な医療およびケアである。その視点を重視すると、例えば、何らかの医療行為が本人の尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする可能性があるときには、その医療行為の差し控え（withholding）と、一旦開始した医療行為の終了（withdrawing）も選択肢として考慮する必要がある。

しかし、人生の最終段階における医療行為は、治すための医療行為を除外するものではない⁴²⁾。予想しない急変時など、医療行為の効果の判断に不明な点がある場合は“time-limited trial（TLT）”を実施し、その効果を確認することが患者の生命を擁護するために重要である。TLTについては注釈も参照のこと。

なお、本人の人生にとっての最善を目指し、本人の尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする医療行為を差し控えること、一旦開始した医療行為を終了することは、安楽死でも自殺ほう助でもない。海外では、安楽死あるいは医療者による自殺ほう助またはその双方を合法化する国が増えつつあるが、日本老年医学会はその双方を支持しない。

2) 「本人の満足」を物差しに

人生の最終段階における医療・ケアを全人的な視点から提供するため、意思決定プロセスにおいて「本人の満足」の視点から医療・ケアの選択を検討し、提供された医療・ケアのアウトカムも「本人の満足」を物差しに判断すべきである。

3) 家族等もケアの対象に

人生の最終段階における医療・ケアには、本人だけでなく家族等のケアも含まれる。医療・ケア専門職は家族等が抱える身体的・心理社会的および物理的・経済的諸問題を把握し、適切に支援を提供し、家族等が心身の健康を維持できるよう配慮する必要がある。家族等を多角的に支援することは、本人に対して最善の医療・ケアを提供するためにも重要である。

【論拠】 緩和ケアは、生命を脅かす病いに関連する問題に直面している本人と家族等のQOL向上を目指す包括的な医療・ケアであり、身体的・心理社会的・スピリチュアルな

問題に対応し、さらに、それらによる複合的な問題である全人的苦痛（total pain）に対応する⁴³⁾。人生の最終段階における医療・ケアは、緩和ケアの一形態とみなすことが適切である⁴⁴⁾。痛みやその他の辛い症状を予防し、和らげ、本人が最期までできる限り能動的に生きられるように支援する体制を提供し、併せて家族等への支援も提供する。それらによって、本人・家族等のQOLの維持・向上を目指す。QOLは主観的な評価であり、QOLの視点の重視は本人の満足感・幸福感に貢献し、それは家族等の安心感と幸福感にもつながる。

高齢者を含めすべての人が適切な緩和ケアを享受すべきということは、国際人権規約に謳われている²⁸⁾。WHOは、「国は緩和ケアサービスを国のあらゆる医療制度に統合する医療制度施策を策定」し、「疾患の種類、年齢に関係なく、すべての人が緩和ケアを含む基本的な医療サービスを受けることができるようにすること（ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの原則）」を各国に求めている⁴⁵⁾。今後、世界的に緩和ケアの中心は高齢者に移っていくと予測⁴⁶⁾されており、死亡者の多くが85歳以上の高齢者となる日本においては、高齢者に対する緩和ケア（geriatric palliative care）の普及が最大の課題となる。がんはもとより、心不全、腎不全、呼吸不全等の臓器不全や神経変性疾患および認知症・脳血管障害・老衰などの非がんの領域において、緩和ケアの重要性の認識が一層増している^{21), 47), 48)}。

長年、人生の最終段階における医療・ケアをめぐる課題であった胃ろうや経鼻胃管による経管栄養法を含む人工的水分・栄養補給法や、気管切開、人工呼吸器装着を含むあらゆる医療行為の適否の判断も、緩和ケアの視点から慎重に検討されるべきといえる。

また、認知症を有する人の苦痛緩和については、特に啓発が必要である。かつては、認知症が重度化すると本人は苦痛を経験しなくなるという言説がみられたが、現在は、重度から末期の認知症を有する人も認知症を有していない人と同様に苦痛を感じていることが明らかにされている⁴⁹⁾。苦痛を経験しながらそれを表出しがたい本人の苦痛に気づき、適切に評価し、アプローチする方法を確立するのは、医療・ケア専門職の責務であり、現在はそのための方法が開発されつつある⁵⁰⁾。

一般に、認知症を含め多疾患併存状態（マルチモビディティ）であることが多い高齢者に対して最善の医療およびケアを提供するために、緩和ケアの考え方の普及および苦痛のメカニズムの解明と把握の方法、技術の開発が一層求められる。

また、人生の最終段階のプロセスにおいて急性疾患に罹患した場合や予想しない急変時など、治すための医療行為（curative care）の効果が不明な場合はTLTが必要であり、TLTの実施を可能にするには、その前提として、一旦開始した治療法が不要となったら、それを終了することが通常の選択肢となる必要がある。臨床医のなかには一旦開始した治療法の終了を困難に感じる心理があり、そのため差し控えによって対応するケースが少なくないが、これでは本人の回復可能性を活かすことができず、医療倫理に反する⁵¹⁾。

関連して、DNAR（Do Not Attempt Resuscitation）の指示を心肺蘇生法（CPR：

cardiopulmonary resuscitation) 以外にも適用しようとする医療者が少なくないが、これも問題である。DNAR はあくまで CPR の差し控えに関する指示である^{52),53)}。

さらに、家族等の健康とQOLの維持・向上のために支援することも重要である。家族等のニーズを把握し適切なサービスにつなぎ、心身の負担軽減を図ることが求められる。家族等に対しては、予期悲嘆への対応も含めたグリーフケアの提供も重要である。

■立場 3 本人の意思と意向を尊重する

人生の最終段階における医療・ケアの意思決定において、本人の意思を尊重する。本人にとって言語表現が困難となった場合でも、本人の意思および意向を尊重する。意向には非言語で表現された好き嫌いや快・不快に関する表現も含まれる。

【論拠】医療・ケアの意思決定においては本人の意思を尊重する。それは人生の最終段階においても同様である。やがて本人の言語表現が困難となった場合は、それ以前の言動から本人の意思を推定し、それを尊重して意思決定する^{19),54)}。

本人にとって言語表現が困難な状況は一様ではないが、例えば認知症を有している場合でも、本人には意思があり意思決定能力を有することを前提として対応する⁵⁴⁾。「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」(2024)⁵⁵⁾が示すように、意思の尊重は人権と尊厳の擁護に直接関係する。認知症を有する人の人権と尊厳の擁護は公衆衛生の最重要課題の1つである⁵⁶⁾。

また、可能な限り本人の意向を尊重することも重要である。意向には言語表現はもとより、身振り手振りや表情など、非言語で表現された好き嫌いや快・不快に関する表現も含まれる。意向はバイタルサインの変化から読み取ることが可能な場合もある⁵⁰⁾。「意思」と「意向」の尊重については、注釈も参照のこと。

また、疼痛や不快感が意向の表出を阻害することのないように、疼痛緩和に努める必要がある。本人が経験している苦痛と不快感を可能な限り緩和することは、本人を人として尊重する医療・ケアの提供のために最も優先されるだけでなく、それによって意向を表出する力を向上させるためにも重要である^{21),50)}。

なお、本人の意思が不明な場合、家族等に「代理決定」を求める医療者が少なくないが、これは適切ではない。厚労省ガイドラインは家族等に対し、本人の意思を推定し医療・ケアチームに伝えることを求めている。つまり、家族等の役目は「代弁」であり「代理決定」ではない^{30),38)}。英語圏諸国の制度のもとに使用されている“proxy”や“surrogate”などの用語を「代理決定者」や「意思決定代理人」と和訳しても、その制度のない日本で同様に使用することはできない。また、日本社会では家族等に「代理決定」を求めると、家族等は本人ではなく家族自身の希望を表明しがちであり、これも本人の権利の侵害となりうる。

日本老年医学会はこの場合の家族等を「代弁者」と呼ぶことを推奨している³⁰⁾。

■立場 4 人権と尊厳および文化を尊重する意思決定支援を推進する

人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援に際しては、ひとりひとりの人権と尊厳を擁護するため、その背景にある文化的な特徴を認識し尊重する必要がある。そして本人の人生の物語り(narrative)の視点から共同意思決定(SDM: shared decision-making)のプロセスをたどり合意を形成することが求められる。意思決定の各分岐点において適切なSDMを重ねることが、アドバンス・ケア・プランニング(ACP: advance care planning)の取り組みにつながる。

【論拠】本人の意思・意向を尊重し尊厳を擁護する意思決定のあり方には、本人が属する社会の文化的特徴が反映される。文化的特徴を背景とした本人の価値観・人生観・死生観は、人生の物語りに反映される。そのため、医療とケアおよび療養場所等の選択に関する意思決定支援に際しては、医学的な情報を土台とし、本人の人生の物語りの視点から、医療・ケアチームは本人・家族等と対話を繰り返し、本人にとっての最善の選択に至るべくSDMのプロセスを適切にたどることが重要である¹⁹⁾。SDMについては注釈も参照のこと。

「自律(autonomy)」を特に重視する英語圏諸国と異なる日本の文化的特徴として、医療・ケアの意思決定に関する家族等の関与のあり方や、「推し量る文化」のなかで他者に遠慮したり配慮したりして率直な自己表現を回避しようとする態度、また、専門職に決定を委ねようとする態度などが挙げられる。これは高齢世代において特に顕著ではあるが、同一世代でも個人差が大きいことから、あくまでひとりひとりについて本人の意思・意向を把握することが求められる³⁰⁾。

また、病いおよび老化の軌跡において、通常、複数回遭遇する意思決定の各分岐点で適切なSDMを重ねることが大切であり、それが本人を支援するためのACPの取り組みにつながる。日本老年医学会は、「ACPは将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセスである」と定義し、ひとりひとりの尊厳を最期まで擁護するため、その取り組みを推進している。ACPに取り組む際には、本人・家族等との対話のプロセスを重視し^{30), 38), 57)}、そのプロセスにおいて、本人・家族等のニーズを把握し支援を提供することが大切である。そうした対話と支援のプロセスは両者間の信頼関係を一層厚く構築し、本人がやがて意思・意向を表明することが困難となった段階でも、医療・ケアチームは家族等とともに本人の意思を推定し、それを尊重してSDMのプロセスをたどることが可能となる^{21), 50)}。それによって、最期まで本人を人として尊重した医療・ケアの実現を目指す³⁰⁾。「意思決定の分岐点」については注釈も参照のこと。

■立場 5 多職種チームによる医療・ケアの提供を推進する

高齢者の人生の最終段階における医療・ケアの提供を、可能な限り幅広い領域の専門職によるチームで行うことを推進する。

【論拠】人生の最終段階における医療・ケアは、多職種協働の医療・ケアチームによって包括的に提供すべきである^{42),58)}。チームのメンバーには、本人の心身の状態に応じて、医療職、介護職、福祉職、行政職、宗教家、地域社会の人々、ボランティア、家族等はもちろん、関係者すべてが含まれる。各専門職はチームにおいて、持ち得る知識と技術および経験を活かし、本人・家族等を支援すべきである。また、チームとして協働する各専門職は、専門職相互および本人・家族等に敬意を払いながら、職務を遂行することが求められる。

医療・ケアチームの連携をスムーズに進めるため、情報保護を担保する方策を検討しつつ、情報通信技術（ICT: Information and Communication Technology）の活用を推進する必要がある⁸⁾。

■立場 6 臨床倫理に関する取り組みを推進する

本人の視点から「最善の医療およびケア」を実現するために、医療・ケア専門職は多職種の医療・ケアチームとして臨床倫理に関する諸課題に取り組むべきである。

【論拠】多様な価値観の尊重が求められている現在、ひとりひとりの視点から医療・ケアおよび療養場所等の選択に関する意思決定を支援し、その実現を目指す、臨床倫理の取り組みが必要とされている。医療・ケア専門職はチームのメンバー間および本人・家族等と情報共有し、話し合いを繰り返し、相互理解を深め合い、本人の視点から「最善の医療およびケア」の実現を目指すことが求められている³⁶⁾。

現場の担当者の臨床倫理に関する実践を支援するため、医療機関や高齢者介護施設等は多職種の委員で構成する臨床倫理委員会またはそれに相当する組織や、日々の実働を担う臨床倫理コンサルテーション・チームを設置することが望ましい⁵⁹⁾。

意思決定支援やその実現に難渋する事例について臨床倫理カンファレンスの実施を推進し、ジレンマへの対応を検討しつつ、本人の視点から課題に取り組む実践を日常化することが求められている。その際、家族等の支援を適切に行うことが本人の支援につながることを認識することも重要である。そうした臨床倫理の営みは、本人を中心とした医療・ケアの

実践を目指す組織文化の醸成につながり、それは医療・ケア専門職の仕事満足度とウェルビーイングの向上にもつながると考えられる³⁶⁾。

各医療機関や高齢者介護施設等において、人生の最終段階における医療・ケアに関する臨床倫理の取り組みを推進することは、その時代における医学的な進展と社会の変化を踏まえた看取り文化の構築にもつながると期待できる。

■立場 7 在宅医療および地域包括ケアシステムを推進する

ひとりひとりが心地よい場所で、最期までその人らしい暮らしを営むことができるように、地域包括ケアに関わる多職種の医療・ケア専門職がチームとなって連携し、本人・家族等を支援すべきである。新たな時代に対応すべく、Internet of Things (IoT) などの新しいテクノロジーを活用したDX（デジタル・トランスフォーメーション）の推進が重要である。

【論拠】どこで、どのように過ごしていきたいか。その希望は高齢者ひとりひとりの価値観によって異なる。本人の意思・意向に沿って選択された「本人が望む場所」で、それぞれの価値観に応じて受ける治療やケアを本人が選択し、心地よく暮らし続けることができる社会の実現に向けて、地域包括ケアシステムの構築が進められてきた^{60),61)}。「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備に関する法律」第2条では「地域包括ケアシステム」が定義され、「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」「介護予防・生活支援」「すまいとすまい方」「本人の選択と本人・家族の心構え」という視点とともに、どの地域においても高齢者を支えることができるよう、国が自治体と連携しその推進に取り組んできた。2025年となった現在、さらにその先の日本の状況を予測し、新しい時代に対応できる地域包括ケアシステムの構築が求められている。高齢者が人生の最終段階の時期に進んだ際には、そのことを地域包括ケアに関わる多職種の医療・ケア専門職一同で認識し、看取りを含めた医療・ケアを見直し、チームで連携して最期まで支えていく必要がある⁶²⁾。自宅で完結することが目標ではなく、状況に応じて医療機関や高齢者介護施設との連携も行い、その人にとっての「最善の医療およびケア」を提供することが重要である。また、在宅医療は地域包括ケアシステムの一部であり、いずれの医療・ケア専門職も相互に対等な関係で連携をすすめていくべきである。専門職間での情報の共有・統合を切れ目なく行うためには、Internet of things (IoT)、人工知能 (AI: artificial intelligence) などの新しいテクノロジーの活用を促進する必要がある^{8),31),62)}。

■立場 8 死への準備教育を推進する

医療・介護・福祉専門職に対して、死への準備教育（death education）ならびに人生の最終段階における医療・ケアに関する教育が提供されるべきである。さらに全人的医療の見地から提供する医療・ケアについて、国民から広く理解を得るため啓発活動を継続することも大切である。

【論拠】多くの医療・介護・福祉専門職にとって、人生の最終段階における医療・ケアについて学ぶための時間が十分確保できていない状況にある。死生観や死の受容過程を含む「死への準備教育」⁶³⁾を卒前教育や卒後研修の一環として位置づけるとともに、人生の最終段階を生きる人の症候の管理、看護・介護技術、本人・家族等とのコミュニケーション技術等についても実践的な教育がなされるべきである。

さらに、国民に対しても「死への準備教育」が提供されると、死生観が醸成されるとともに、人生の最終段階における医療・ケアが本人の人権と尊厳を擁護し、QOL の維持・向上に資するものであることが理解されるであろう⁴²⁾。

■立場 9 不断の研究の進歩を医療・ケアに反映させる

人生の最終段階における医療・ケアに関する医学的・倫理的判断および緩和ケアの方法と技術などについて、それらが本人のQOLの維持・向上に有益であるという科学的根拠を確立し、人文科学および社会科学の成果と統合する研究活動が継続されるべきであり、そのために十分な資金の拠出と適正で実効性のある配分が望まれる。

【論拠】すべての医療行為やケアに関して、本人のQOL の維持・向上に有益であることが可能な限り証明されることが望ましい。認知症などの症候群や非がん疾患も含めた幅広い病態に対する緩和ケアの方法論と技術の開発、認知機能が低下した高齢者の意向を尊重する方策の検討、人生の最終段階におけるQOL の評価法、家族等の支援に係る心理社会的・物理的方策の検討、医療機関に加え高齢者介護施設や在宅療養の場における、人生の最終段階における医療・ケアに関する研究などが必要である⁴²⁾。また、日本人の死生観に根差した人文科学および社会科学的視点も含めた学際的研究も重要である。現状では研究環境の整備や研究資金の投入は不十分である。

これらの研究にもとづく科学的根拠の確立は、医療・ケア専門職の恣意性を排除し、本人の人権と尊厳の擁護につながることを期待される。

■立場 10 高齢者の人権と尊厳を擁護する医療・介護・福祉制度の構築を求める

高齢者の医療・介護・福祉ニーズの最大化が見込まれる近未来の社会を見据え、高齢者の人権と尊厳を擁護し、かつ持続性のある安定した医療・介護・福祉制度を構築することが急務である。とりわけ、非がん疾患を含めた緩和ケアの推進と、救急医療を含む新たな急性期医療システムの構築が求められている。

【論拠】

日本では2035年に85歳以上人口が1000万人を超え、2060年には1150万人に達すると予測されている⁶⁴⁾。85歳以上人口の半数以上が要介護状態であり⁶⁵⁾、約4割が認知症を有している⁶⁶⁾。少子化により労働力がさらに低下し、単身世帯と老々世帯の一層の増加が見込まれる社会情勢のなかでも、高齢者の人権と尊厳が擁護され、かつ持続可能で安定した医療・介護・福祉制度を構築することが急務である。

そのために、人権の一貫として不可欠な緩和ケア^{28),29)}を救急医療や入院医療、外来医療、在宅医療などあらゆる領域に組み入れ、医療制度の充実を図ることがますます重要となっている⁴⁵⁾。

近年、日本においても非がん疾患の緩和ケアに関する多くの医学的根拠が創られてきた一方、緩和ケア政策と制度に進展はみられない。高齢者医療・ケアの現場に緩和ケアの考え方と技術を広く根付かせるための施策の加速度的推進が求められている。

また、日本の高齢者医療制度のひずみは救急医療の領域に集中して表出しているといえる。救急搬送数は増加の一途をたどっており⁶⁷⁾とりわけ85歳以上の搬送数が急増し、今後も増え続けると予測されている⁶⁸⁾。搬送者には軽症者が多いため、一次救急の強化が求められる。他方、人生の最終段階において、本人にとって最善とはいえない救急搬送によって本人の尊厳が損なわれるケースも多くみられる。これらのことから、本人・家族等と医療・ケアチーム間の日頃の情報共有が促進されるような仕組みづくりと、本人の意思を尊重するためのACPの推進が求められる⁶⁹⁾。

併せて、85歳以上の患者においては入院関連機能障害（hospitalization-associated disability: HAD）のリスクが高い⁷⁰⁾。特に、誤嚥性肺炎で入院した高齢者の4人に1人が急性期の適切なリハビリテーション・栄養とケアを受けることができずサルコペニア嚥下障害によって食べる機能を失っていること⁷¹⁾や、一般病院に入院した認知症高齢者の45%が何らかの身体拘束を受けていること⁷²⁾は、人権問題としても深刻である。救急医療を含めた急性期医療の課題に対応するために、俯瞰的な視点で制度改革を実現することが求められている。

また、いずれの領域においても、今後、大幅な増加が見込まれる単身高齢者や老々介護世帯への支援のために、既存の制度の活用を図る^{73),74)}とともに、身元保証を含めた高齢者の終身サポートに係る新たな制度のあり方を関係各方面とともに検討することが

求められる⁷⁵⁾。

■おわりに 日本老年医学会は立場表明に沿ってたゆまぬ努力を傾注する

ひとりひとりを最期まで人として尊重する医療・ケアの実現のために、日本老年医学会は高齢者医療・ケアに携わる専門職組織として、人生の最終段階における医療・ケアの改善を目指したゆまぬ努力を傾注する。今後も自然科学と人文科学および社会科学分野の研究知見の科学的検証を進め、学術的な視点から根拠を示し、広く国民の声を聴き、議論を続ける。それによって、人生の最終段階における医療・ケアのあり方を時代の変化に合わせて発信し続ける。

本学会はすべての高齢者医療・ケアに携わる専門職が「立場表明 2025」に沿って本人・家族等と対話し、医療・ケアを提供することを推進する。それは本人を主役に、本人を人として尊重し、家族等も支援する「最善の医療およびケア」の文化を育むことにつながると考える。それは従来の医療慣行を市民レベルで見直し、新たな時代の看取りのあり方を構築することにもつながると期待する。

今後も諸外国から学ぶべきことは学びつつ、日本の歴史文化を背景とした価値観・人生観・死生観を認識しながら、日本における適切なあり方を模索し続けていくことが大切である。

広く国民の声を聴き、説明責任を果たしつつ、国の政策に対して積極的に意見を述べ働きかけることによって、高齢者のより良い人生の最終段階における医療・ケアを実現していくことが日本老年医学会の使命である⁸⁾。

【注釈】

意思決定の「分岐点」：臨床倫理の理論に関する用語。医療・ケアに関する意思決定の分岐点とは、患者/介護サービス利用者（以下、「本人」）が、病みの軌跡や治療のプロセスにおいて、「どの治療法がよいか?」、「どこで療養するのがよいか?」など、治療法やケアの方法または療養場所等について、複数の選択肢から1つを選択する必要に直面している場面である³⁶⁾。意思決定の分岐点は、本人にとっては意思決定を要する場面であり、医療・ケアチームにとっては本人に対して意思決定支援を要する場面である。治療法が1つしかないと思われる場合でも、選択の分岐点に直面しているといえる。なぜならその場合も、その治療法を受ける選択肢と受けない選択があるからである。

医療・ケアチームは、治療法やケアの方法および療養場所等の選択に関して本人が直面している分岐点について、本人の目の前に複数の選択肢、つまり複数の道があることを認識し、各選択肢とそれぞれの益（メリット）と害・リスク（デメリット）について本人・家族等と情報共有する。医療・ケアチームは専門職としての知識と経験を活かし、それぞれの道の先には異なった未来があることを想像し、本人・家族等と情報共有する。そして本人・家族等から本人の人生の物語り(narrative)を聴き、本人の生活と人生の視点からみて、いずれが最善の未来像なのかをともに探るべく対話を重ね、意思決定プロセスをともにたどる。メリットとデメリットは医学的なものはもとより、本人の価値観・人生観・死生観や本人を取り巻く社会的環境および家族の思い等を反映したものもある。そのため、本人の人生の物語りの視点から見ると、医療・ケアチームがメリットあるいはデメリットとみなしていたことが異なる意味を帯びることもある³⁶⁾。

これは医学的な情報を土台として、本人の価値観・人生観・死生観が反映された人生の物語りの視点から最善の選択を検討する考え方であり、そのような対話が生み出す創造性が、当初想定していなかった道、すなわち新たな選択肢の存在を示すこともある。

「意思」と「意向」の尊重: 医療・ケアや療養場所等の意思決定に際しては、本人の意思を尊重することが最も重要である。認知症を有するなどして意思決定能力が不十分な場合でも、本人には意思があり、意思決定能力を有するということを前提として、意思決定を支援することが求められている。厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（第2版）」⁵⁴⁾は、この場合の「意思」は「意向、選好(好み)」とも表現されうるとしている。

現状では、医療・ケアに関する意思決定能力は、医療・ケア専門職からの説明の内容を理解しているか（理解する力）、それを自分のこととして認識しているか（認識する力）、論理的な判断ができるか（論理的に考える力）、その意思を表明できるか（選択を表明できる力）によって構成されたとしている文献が多い⁷⁶⁾。しかし、この考え方を認知症を有する人および高次脳機能障害や各種疾患によって意識レベルが低下している人や意思決定に困難をきたしている人などに当てはめると、多くの人が意思決定能力を保持していないと判断されかねず、本人を人として尊重する意思決定支援が困難となりかねない。

そこで、厚生労働科学研究費補助金研究班『認知症支援ガイドー 最期まで本人の意思を汲みとったケアを実現するために』⁵⁰⁾では、こうした能力が相当程度低減していても、本人が表明したり表出したりすることが可能な「意向」の尊重を重んじている。この場合の「意向」には言語表現はもとより、非言語で表現された好き嫌いや快・不快に関すること含まれる。医療・ケア専門職は、本人が身振り手振りや表情やしぐさで表現する好悪や

快・不快も把握するよう努めることが求められるとしている。人生の最終段階における医療・ケアにかかわる専門職は、医療行為やケアに伴う苦痛についても、客観的評価法（「日本版アビー痛みスケール」等）を用いるなどして、積極的に観察するよう心掛けるべきとされている。

”time-limited trial” (TLT) ^{77),78)}：治療効果の判断に迷いがある場合に、効果を確認するために、一定の期間、治療を試行すること。本人の望む効果が得られない場合や医学的な治療効果が認められない場合は、緩和ケアを尽くしつつ、その治療を終了することが前提とされている。治療のゴールや本人の意思・意向に関する本人・家族等と医療・ケアチーム間の話し合いをもとに行う。人工呼吸器や人工肝補助療法、透析療法、体外式膜型人工肺（ECMO）など、侵襲性が高く、本人にとって負担の重い治療法に関して適用されることが多いが、経管栄養法や抗菌薬投与を含めあらゆる治療法に適用可能である。TLT の目的の1つは、重篤な状態において治療の効果や負担が不確実ななか、本人・家族等と医療・ケアチームが協働し最適な選択肢を模索することである。

共同意思決定（shared decision-making: SDM）：医療やケアおよび療養場所等の選択に関して、本人と医療・ケアチームがよく話し合い、共同で意思決定に至るプロセスを指す。多くの場合、本人の家族等もこのプロセスに加わることが望ましい。

SDM においては、医療・ケアチームから医学的エビデンスにもとづく医療情報（標準的治療法、代替法、各方法のメリット・デメリットを包括的に含む）やケアに関する情報等を提供し、本人・家族等からは本人の価値観・人生観・死生観に基づく意思・意向・選好に関する情報を提供し、双方が情報共有と対話を繰り返し、本人の生活と人生の視点からみて最善の選択に共同で至ることを目指す。異なる選択肢を選んだ場合に予想される結果についても本人側に説明し理解を得ることが大切である。本人の視点からみた最善の選択は、医学的な視点からみた最善の選択とは異なることもある。

意思決定は、かつては医師が医学的な判断にもとづいて患者の治療方針を一方的に決めるパターナリズム(paternalism)的なあり方が一般的だったが、それを打ち破って、患者の自律を尊重するための「自己決定」が1970年代の米国で推奨されるようになった。しかし、その後、「自己決定」の欠点も明らかとなったため、現在はSDMが推奨されている。

「終末期」と「エンドオブライフ」：「終末期」という用語は、20世紀後半に欧米諸国でがんを中心に先駆的に使われるようになった。その後、全ての疾患を含む幅広い概念として提案された「エンドオブライフ」という新たな用語へと徐々に置き換えられていった。

「エンドオブライフ」は、医学的な観点からの「生命の最終段階」を認識しつつ、各個人の「尊厳」(dignity)を重視した、人生の最終章を表現する用語である。

「終末期」、「エンドオブライフ」の用語の定義に関しては国内外で様々な議論が行われているが、確立した定義は現時点では存在しない。「終末期」の定義に関しては、国内の代表的なガイドライン等^{7),30),79),80)}で述べられており、これらの共通点は、適切な医療を行った場合でも回復の可能性が期待できず、死期が近づいている状態であることが記載されている点、そして、具体的な期間については明記されていない点である。その背景として、疾患によって余命の幅が異なることや、高齢者では非がん疾患を複数有する場合も多く、余命の予測が難しいことが挙げられる。「エンドオブライフ」の定義に関しては、現時点では公的な文書での記載はなく、医学的な部分については「終末期」の定義をそのまま引き継いでいることが推察される。また、「エンドオブライフ」の具体的な期間に関しても、「終末期」と同様に実際の医療現場では、その期間を幅広く、かつ柔軟に捉えている。

一方で、学術面においては、定義の明確化が重要である。そのため、研究を遂行し報告する上で、エンドオブライフの具体的な期間(死亡時から遡って一定の期間)を操作的定義として示す研究が多い。期間に関しては統一されていないが、期待余命が6ヶ月以内や1年以内をエンドオブライフと定義する研究が多く⁸¹⁾、臨床現場で使用されるツールや診断基準においても、エンドオブライフの定義を6ヶ月～1年以内としていることが多い。

「エンドオブライフ」という概念が、欧米を中心に定着していく一方で、日本では2015年、厚労省が「終末期」を「人生の最終段階」という用語に変更した。なお、2014年3月の厚労省「終末期医療に関する意識調査等検討会」の報告書に、「人生の最終段階」の初めての記載がある⁸²⁾。「エンドオブライフ」と「人生の最終段階」は類似する点が多く、「エンドオブライフ」の和訳として「人生の最終段階」が使用されることが多いが、厚労省が発表したガイドラインは、この両者が同義語であるか否かについては言及していない⁵⁸⁾。

厚労省が「人生の最終段階」というひとりひとりの生き方と尊厳を重視する表現を推奨し始めた2015年以降は、「終末期」という用語を以前と同様に「医学的な観点」で評価する場合に使用する一方、「ひとりひとりの人生」に着目する場合には「人生の最終段階」という用語を使用し、用語を使い分ける医療者・研究者もあり、この10年で用語の使い方も変化している。これらの用語の適切な使い分けが今後の課題であり、それぞれの用語の定義と関係性を明らかにする必要がある。

治療の「終了」と「撤退」:「立場表明 2025」においては、厚労省や各医学会のガイドラインに沿って、適切な意思決定プロセスを経て、何らかの治療が本人にとって不要となったと判断された場合にその治療を終えることを、治療の「終了」と表現した。英語圏

では“withdrawing treatment”や“withdrawing care”が使われている^{51),83)}。これについて、「立場表明 2012」では「治療からの撤退」という表現を用いていた。適切な意思決定プロセスを経て、治療を一旦開始し、継続していることの重みを尊重した表現である。しかしながら、治療開始後も継続的な意思決定支援がなされ、その結果として、治療を終える選択がなされた場合は、必ずしも「撤退」の表現がふさわしい状況とはいえない。このような考えから、今回の立場表明では治療の“withdrawing”に対して、より広い状況に使うことができる「終了」の表現で統一した。

【引用文献】

1. World Medical Association. WMA Declaration of Geneva. 2017.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/> [cited June 24, 2024]
2. International Council of Nurses. The ICN Code of Ethics for Nurses.2021.
https://www.nurse.or.jp/nursing/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf [cited June 24, 2024]
3. 日本医師会：「医の倫理綱領」2022.
https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/000967.html [cited June 24, 2024]
4. 日本看護協会：「看護職の倫理綱領」2021.
https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/statistics_publication/publication/rinri/code_of_ethics.pdf [cited June 24, 2024]
5. 日本薬剤師会：「薬剤師綱領 薬剤師行動規範」, 2018.
<https://www.nichiyaku.or.jp/assets/uploads/about/kouryo20180226.pdf> [cited June 24, 2024]
6. 日本老年医学会：「立場表明」2001.
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/old_v_jgs-tachiba2001.pdf [cited June 24, 2024]
7. 日本老年医学会：「立場表明2012」.
<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs-tachiba2012.pdf> [cited June 24, 2024]
8. 日本老年学会：「高齢者および高齢社会に関する検討ワーキンググループ報告書2024」,

2024.
https://www.jpn-geriatrics.or.jp/info/important_info/pdf/20240614_01_01.pdf?20240624 [cited June 24, 2024]
9. 総務省統計局:統計から見たわが国の高齢者.
<https://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics138.pdf> [cited June 24, 2024]
 10. 内閣府:死亡数の推移.2020.
https://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/r04/zentai/html/zuhyo/zuhyo07-03.html [cited June 3, 2024]
 11. WHO. World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240051157> [cited June 3, 2024]
 12. United Nations. Right of older people. United Nations Principles for Older Persons adopted by General Assembly resolution 46/91 of 16 December 1991.
<https://social.un.org/ageing-working-group/documents/fourth/AWAZUNprinciplesforolderpersons.pdf> [cited May 2,2024]
 13. 厚生労働省：「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解説編」, 2015.
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf> [cited August 30, 2024]
 14. 日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会(委員長：垣添忠生):対外報告「終末期医療の在り方について ― 亜急性型の終末期について」平成20年2月14日.
<https://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t51-2.pdf> [cited June 12, 2024]
 15. European Association for Palliative Care. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care* 2010; 17(1)
<https://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1439369/FULLTEXT01.pdf> [cited June 22, 2024]
 16. Browne B, Kupeli N, Moore KJ, et al. Defining end of life in dementia: A systematic review. *Palliat Med*. 2021;35(10):1733-1746. doi:10.1177/02692163211025457
 17. 厚生労働省:「“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ご存知ですか?」, 2015.
 18. 清水哲郎: 生物学的<生命>と語られる<生> ― 医療現場から.哲学 2002;53:1-14.
 19. 日本老年医学会：高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン ― 人工的水分・栄養補給の導入を中心として. 2012.

- https://jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf [cited April 30, 2024]
20. 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）「高齢者に対する適切な医療提供に関する研究」（H22-長寿-指定-009）研究班（研究代表者：秋下雅弘）・日本老年医学会・全国老人保健施設協会・日本慢性期医療協会：「高齢者に対する適切な医療提供の指針」, 2013.
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/geriatric_care_GL.pdf [cited June 28, 2024]
 21. 日本医療研究開発機構（AMED）長寿科学研究開発事業「高齢腎不全患者に対する腎代替療法の開始/見合わせの意思決定プロセスと最適な緩和医療・ケアの構築」研究班（研究代表者：柏原直樹）：『高齢腎不全患者のための保存的腎臓療法-conservative kidney management（CKM）の考え方と実践』, 東京医学社, 2022.
 22. 日本がんサポーターズケア学会編：『よくわかる老年腫瘍学』, 金原出版株式会社, 2023.
 23. 日本老年医学会・国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）「高齢者の薬物治療の安全性に関する研究」研究班（研究代表者：秋下雅弘）：「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」, 2015.
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/pdf/20170808_01.pdf [cited June 28, 2024]
 24. 長寿医療研究開発費「高齢者総合機能評価（CGA）ガイドラインの作成研究」研究班・日本老年医学会・国立長寿医療センター（ガイドライン作成代表者：秋下雅弘）：「高齢者総合機能評価（CGA）に基づく診療・ケアガイドライン」, 2024.
 25. WHO. Integrated care for older people. Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity, 2017.（「高齢者のための包括的ケア-ICOPE ハンドブック:プライマリケアにおけるパーソンセンタードな評価と手順に関するガイダンス」
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf?sequence=1> [cited June 28, 2024]
 26. WHO regional office for Europe. Palliative Care for Older People: Better Practices 2022.
<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289002240> [cited May 2, 2024]
 27. 日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン 2024 作成委員会：「成人肺炎診療ガイドライン 2024」, メディカルレビュー, 2024.
 28. United Nations Economic and Social Council. The right to the highest attainable standard of health. 11/08/2000. E/C.12/2000/4. (General Comments)（国際人権規約社会権規約委員会 一般意見 14 号 2000 年 8 月）
 29. European Association for Palliative Care, the International Association for Hospice and Palliative Care, the Worldwide Palliative Care Alliance, and Human Rights Watch. The

- Prague Charter-Palliative care is a human right. 2012.
https://ehospice.com/international_posts/the-prague-charter-palliative-care-is-a-human-right/ [cited Aug 15, 2024]
30. 日本老年医学会：「ACP推進に関する提言」, 2019.
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf [cited April 29, 2024]
 31. 日本学術会議臨床医学委員会老化分科会(委員長：大内尉義)：提言「活力ある超高齢社会の構築に向けてーこれからの日本の医学・医療、そして社会のあり方」, 2020.
<https://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-24-t295-5.pdf> [cited May 2, 2024]
 32. マイケル・ローゼン：『尊厳ーその歴史と意味』, 岩波書店, 2021.
 33. 加藤泰史・小倉紀藏・小島毅共編：『東アジアの尊厳概念』, 法政大学出版局, 2021.
 34. Collins online dictionary. “dignity” の項.
<https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/dignity>
 35. 会田薫子：『長寿時代の医療・ケアーエンドオブライフの論理と倫理』, 筑摩書房, 2019.
 36. 清水哲郎・会田薫子・田代志門編著：『臨床倫理の考え方と実践ー医療・ケアチームのための事例検討法』, 東京大学出版会, 2022.
 37. 日本老年学会・日本老年医学会：「高齢者に関する定義検討ワーキンググループからの提言」, 2017.
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/definition_01.pdf [cited February 18, 2025]
 38. 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 解説編」, 2018.
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf> [cited April 30, 2024]
 39. United Nations. Overcoming Ageism and Supporting the Human Rights of Seniors. 2011.
<https://www.un.org/en/chronicle/article/overcoming-ageism-and-supporting-human-rights-seniors> [cited June 24, 2024]
 40. World Health Organization. Combatting Ageism.
<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism> [cited June 24, 2024]
 41. National Institute of Health. Leading the charge against ageism. 2024.
<https://www.edi.nih.gov/blog/communities/leading-charge-against-ageism> [cited June 2024]
 42. OECD. Health Policy Studies “Time for_Better Care at the_End of_Life.” 2023.

- <https://www.oecd.org/health/time-for-better-care-at-the-end-of-life-722b927a-en.htm>
[cited May 2, 2024]
43. WHO. Palliative Care 2020.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> [cited August 30, 2024]
44. NHS . What end of life care involves.
<https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/what-it-involves-and-when-it-starts/>
[cited June 12, 2024]
45. World Health Assembly. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. WHA67.19, 2014.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf [cited August 30, 2024]
46. Sleeman KE, de Brito M, Etkind S, et al. The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *Lancet Glob Health* 2019; 7: e883–92. May 22, 2019.
[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(19\)30172-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(19)30172-X/fulltext) [cited Aug 18, 2024].
47. 非がん疾患のエンドオブライフ・ケア（EOLC）に関するガイドライン作成研究班（研究代表者：三浦久幸）：「非がん疾患のエンドオブライフ・ケア（EOLC）に関するガイドライン」，日経 BP, 2021.
48. 日本医療研究開発機構（AMED）長寿・障害総合研究事業「呼吸不全に対する在宅緩和医療の指針に関する研究」：「在宅における末期認知症の肺炎の診療と緩和ケアの指針」（指針作成責任者：平原佐斗司），2022. [makininchi.pdf \(ncgg.go.jp\)](#) [cited July 5, 2024]
49. Stubbs B, Thompson T, Solmi M, et al. Is pain sensitivity altered in people with Alzheimer's disease? A systematic review and meta-analysis of experimental pain research. *Exp Gerontol.* 2016;82:30-38. doi:10.1016/j.exger.2016.05.016.
50. 厚生労働科学研究「療養場所の違いに応じた認知症者のエンドオブライフ・ケア充実に向けての調査研究—COVID-19 流行の影響も踏まえて」研究班（研究代表者：三浦久幸）：『認知症支援ガイドー最期まで本人の意思を汲みとったケアを実現するために』，日経メディカル, 2024.
51. British Medical Association. Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment. Guidance for decision making. Blackwell Publishing, 2007.
52. 日本集中治療医学会倫理委員会：DNAR(Do Not Attempt Resuscitation)の考え方. 日集中医誌 2017; 24:10-5.

53. 日本救急医学会高齢者救急委員会：日本救急医学会 高齢者救急に関する用語の統一概念. 日救急医学会誌 2025; 36: 82-90.
54. 厚生労働省:「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン(第2版)」2025年3月.
https://www.dcnnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center2/250407/o_r6_guide02_20250320.pdf [cited May 1, 2025]
55. 「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」, 2024.
<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=505AC10000000065> [cited June 1, 2024]
56. World Health Organization : Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. Geneva: World Health Organization; 2017.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf?sequence=1> [cited July 5, 2024]
57. 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」2018.
https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180307_31.pdf [cited August 30, 2024]
58. 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」, 2018.
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> [cited April 30, 2024]
59. 堂固俊彦編著:「倫理コンサルテーション ハンドブック」, 医歯薬出版株式会社, 2019.
60. 日本老年医学会・日本在宅医学会・国立長寿医療研究センター:「高齢者在宅医療・介護サービスガイドライン2019」, 2019.
https://www.jpn-geriatrics.or.jp/publications/other/pdf/care_service_guideline_2019.pdf [cited June 28, 2024]
61. 公益財団法人勇美記念財団:「在宅医療テキスト」第1章11.地域包括ケアについて.
<https://www.yuumi.or.jp/textbook/pdf/1-11.pdf> [cited August 30, 2024]
62. 西川満則:「多職種連携の実際と課題-ACPファシリテーターの役割-」
長寿科学財団 健康長寿ネット.
<https://www.tyojyu.or.jp/net/topics/tokushu/adobansu-keapuranningu/tashokushurenkei-jissai-kadai.html> [cited August 30, 2024]
63. アルフォンス・デーケン:『よく生き よく笑い よき死と出会う』, 新潮社, 2003.
64. 厚生労働省:令和4年版厚生労働白書-社会保障を支える人材の確保.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/21/index.html> [cited August 30, 2024]

65. 厚生労働省：2022(令和4)年国民生活基礎調査の概況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/index.html> [cited August 30, 2024]
66. 東京都健康長寿医療センター：超高齢期の認知機能~百歳までと百歳から.
<https://www.tmg Hig.jp/research/topics/201712-539/> [cited Aug15, 2024]
67. 総務省消防庁：「令和6年中の救急出動件数等（速報値）」の公表. 令和7年3月28日.
<https://www.fdma.go.jp/pressrelease/houdou/items/kyuki0328.pdf> [cited April 20, 2025]
68. 総務省消防庁救急企画室：「令和元年中の救急出動件数等（速報値）」, 消防の動き, 2020年7月号. pp13-14.
https://www.fdma.go.jp/publication/ugoki/items/rei_0207_13.pdf [cited August 30, 2024]
69. 高齢者救急問題を検討する懇話会(研究代表者：日本救急医学会 真弓俊彦):高齢者救急問題の現状とその対応策についての提言2024.
DOI: <https://doi.org/10.51094/jxiv.998> [cited December 19, 2024]
70. 厚生労働省:要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療 参考資料.令和5年3月15日.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001079168.pdf> [cited August 30, 2024]
71. Maeda K, Murotani K, Kamoshita S, et al. Nutritional management in inpatients with aspiration pneumonia: a cohort medical claims database study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2021;95:104398. doi:10.1016/j.archger.2021.104398
72. 「認知症入院時、45%「身体拘束」一般病院、習慣化も 国立がん研究センター調査」, 日経新聞, 2018年11月19日.
<https://www.nikkei.com/article/DGKKZO37913350Y8A111C1CR8000/> [cited August 30, 2024]
73. 平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
「医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究」班(研究代表者：山縣然太郎)：「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」, (2019).
<https://www.mhlw.go.jp/content/000516181.pdf> [cited July 1, 2024]
74. 最高裁判所・厚生労働省 意思決定支援ワーキング・グループ：「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」, 2020.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000750502.pdf> [cited July 1, 2024]
75. 内閣官房・内閣府・金融庁・消費者庁・総務省・法務省・厚生労働省・経済産業省・国土交通省: 高齢者等終身サポート事業者ガイドライン. 2024.

- <https://www.moj.go.jp/content/001420018.pdf> [cited February 18, 2025]
76. Appelbaum PS. Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med*. 2007; 357: 1834-40.
77. 日本老年医学会倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」・新型コロナウイルス対策チーム：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）流行期において 高齢者が最善の医療およびケアを受けるための日本老年医学会からの提言 — ACP 実施のタイミングを考える. 2020 年 8 月 4 日.
- https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/covid_teigen.pdf [cited Aug17, 2024]
78. Kruser JM, Ashana DC, Courtright KR, et al. Defining the Time-limited Trial for Patients with Critical Illness. An Official American Thoracic Society Workshop Report. *Ann Am Thorac Soc*. 2024;21:187-199.
79. 厚生労働省：「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」, 2007.
- <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf> [cited August 21, 2024].
80. 日本集中治療医学会・日本救急医学会・日本循環器学会「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言」, 2014.
81. Hui D, Nooruddin Z, Didwaniya N, et al. Concepts and definitions for "actively dying," "end of life," "terminally ill," "terminal care," and "transition of care": a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2014;47(1):77-89. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.02.021
82. 厚生労働省「終末期医療に関する意識調査等検討会」報告書, 2014.
83. American Medical Association : AMA Code of Medical Ethics 5.3 Withholding or Withdrawing Life-Sustaining Treatment, 2001.
- <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/withholding-or-withdrawing-life-sustaining-treatment> [cited December 21, 2024].

日本老年医学会「立場表明 2025」改訂委員会

エンドオブライフ小委員会

委員長 会田 薫子、副委員長 西川 満則

委員 片山 陽子、勝谷 友宏、服部ゆかり、平川 仁尚、平原佐斗司、柳川まどか

倫理委員会

委員長 原田 和昌、副委員長 木庭 新治

委員 会田 薫子、會田 信子、小宮 仁、清水 哲郎、中野 博司、長谷川 浩
三浦 久幸、百瀬由美子、外部有識者（朝日新聞 辻外記子）

一般社団法人 日本老年医学会

理事長 神崎 恒一