

「人生会議 (ACP)」から 「シン・人生会議 (ALP)」へ： 平時からの実施による望ましい生き方の追求と 適正な医療提供の両立



Author: 植野 剛 (UENO Go)、河野 勝紀 (KONO Katsuki)、
 糀谷 泰彦 (KOJITANI Hirohiko)、松川 智彦 (MATSUKAWA Tomohiko)、
 十川 麗美 (SOGAWA Reimi)、福村 雄一 (FUKUMURA Yuichi)、
 平山 貴一 (Hirayama Kiichi)、藤川 葵 (FUJIKAWA Aoi)、
 坂本 雅純 (SAKAMOTO Masazumi)



Managing partner、医療・Healthcare Working Group 代表

植野 剛

著者略歴

京都大学医学部医学科卒。心臓血管外科医師として、診療・研究・教育に加え、医療情報および臨床運用の改善を通じ、医療の質と安全性の向上、業務の適正化・効率化、医療機関の経営改善にも取り組む。こうした現場実践を通じ、医療の非効率性や制度的課題への問題意識を深めるに至り、現在は、①近畿大学 心臓血管外科における臨床的 approach、②京都大学 大学院 医学研究科 社会疫学分野における学術的 approach、③Policy makers lab における政策立案・発信を通じた制度・政策的 approach、④特定非営利活動法人 CALS Japan 理事長としての医学教育・医療標準化による実務的 approach、⑤HealthTech 企業における産業的 approach という「5足の草鞋」を履き分けながら、医療の安全・質・効率・持続可能性の向上に多面的・越境的に取り組む、医師としての本分である「公衆衛生の向上および増進への寄与」、「国民の健康な生活の確保」の実現を追求し続けている。



Research Fellow

河野 勝紀

著者略歴

浜松医科大学医学部医学科卒。救急科専攻医、日本医師会認定産業医。社会と最も密接に関わる救急医療に従事するため救急の道を志し、伊豆半島の医療過疎地域で初期研修を修了。その後、横浜市内・東京都内の救命救急センターで後期研修を継続中。若手救急医として「平時から有事に備える」重要性を現場から発信することをモットーに活動しており、本PMLにてAdvance Care Planningに関する政策提言に取り組んだ。



Managing partner

梶谷 泰彦

著者略歴

循環器専門医、不整脈専門医、総合内科専門医、情報処理技術者（基本・応用）、研究者。2009年京都大学医学部医学科を卒業後、研修医、循環器内科専攻医を経て京都大学大学院医学研究科（博士課程）に入学。包括的ヒト iPS 分化心筋数値モデル構築、AI 手法を導入した細胞電気生理コンピュータ・シミュレーション系の研究開発を行いPh.D.(医学)を取得。2021年6月より京都大学大学院医学研究科 特定助教、2025年4月より同特定講師。カテーテルアブレーション手術を中心とした臨床不整脈治療と機械学習・コンピュータ・シミュレーションを応用した医療AI開発研究に従事している。



Managing partner

松川 智彦

著者略歴

臨床工学技士。北里大学医療衛生学部卒業後、国内医療設備企業にて薬剤部門システムとSPD関連業務に従事、物流に興味と同時に課題の多さに疑問を持つ。同時に業界団体活動を開始。医療ガスアウトレットおよび手術室空調空調を経験し退職。外資系企業にて公共政策部門に所属、政府渉外と業界団体活動を行い、部門長を経験。コロナ禍に人工呼吸器をはじめとした医療機器そのものや、それらの機器を構成するパーツの調達における世界的な奪い合いに巻き込まれ、医療機器が国際的な戦略的物資たりえることを身をもって体感した。現在は国内スタートアップ企業にて公共政策部門に従事、未だルール整理の途上であるAIを使用したプログラム医療機器のルールメイキングを通じた啓蒙と普及の道造りに尽力している。業界団体活動においては医機連をはじめとした各団体で薬事、診療報酬両面から政策提言および当局対応に参画し活動を行っている。



Managing partner

十川 麗美

著者略歴

2019年3月京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 遺伝医療学分野 遺伝カウンセラーコース修了を修了し、2019年4月に岡山大学病院臨床遺伝子診療科に入職。2023年10月から香川大学医学部附属病院臨床遺伝ゲノム診療科特命助教として着任し、遺伝性疾患の診療に意思決定支援を行う遺伝カウンセラーとして携わっている。現在は、香川大学医学部附属病院にて診療・教育・研究に従事しつつ、岡山大学学術研究院 教育学域 研究員として教育と医療の架け橋として遺伝学教育に関する研究に取り組んでいる。



Research Fellow

福村 雄一

著者略歴

司法書士法人福村事務所・代表。

2006年神戸大学法学部卒業。2011年司法書士登録。

一般社団法人民事信託監督人協会理事。一般社団法人おひとりさまリーガルサポート理事。

大阪大学社会ソリューションイニシアティブ（SSI）基幹プロジェクト外部協力者。

共著書：ACPと切っても切れないお金の話（日経BP）2022年

司法書士業務を通じて医療職・介護職との協働に取り組み、地域包括ケアシステムにおける法律職と医療職・介護職の連携強化を図っている。

医師会や自治体、関係団体からの研修依頼も数多く受けている。

活動拠点の1つである東大阪市において、在宅医療のクリニックの医師と共に、地域包括介護システムの実装を目標とするまちづくり活動『東大阪プロジェクト』の代表者もつとめる。



Managing partner

平山 貴一

著者略歴

京都大学医学部医学科卒。救急専門医。死生観に関心があり京都大学フィールド医学教室で研究、ブータンにて診療、JICA草の根事業にも従事。地域包括ケアシステムでの地域包括支援センターの役割の重要性から、本PMLにてjournalに「地域包括支援センターの持続的な成長戦略 支援側を支援するプラットフォーム形成」執筆。ブータンにおいて、東部の村で生活しながら障害者、生活困窮者のニーズを集め、日本の地域ケア会議を参考に、ブータンの村にて”community support committee”の立ち上げなど、政策提言にも取り組む。



Research Fellow

藤川 葵

著者略歴

2011年に久留米大学医学部医学科を卒業後、聖路加国際病院にて臨床研修を修了し、2013年より外科専攻医として研鑽を積む。2016年に聖路加国際病院に対する労働基準監督署による立ち入り調査により医師の長時間労働にメスが入った際には、若手医師の先鋒として働き方改革を実行し、病院全体を巻き込んだ若手医師の労働時間短縮を達成した。2017年からは同院消化器・一般外科のフェロー、2019年より医員として診療に従事した。2020年、聖路加国際大学公衆衛生大学院（修士課程）に入学し、2022年に公衆衛生学修士を取得。2021年より厚生労働省医政局医事課医師等医療従事者働き方改革推進室に室長補佐として出向し、医師の働き方改革に関する政策立案・推進に携わる。2024年に医師の働き方改革関連法の施行を見届けたのち、聖路加国際病院一般内科（現 総合診療科）に帰任し、臨床業務を行いながら、順天堂大学大学院医学系研究科（博士課程）に在籍し、医師の長時間労働と睡眠に関する研究を進めている。2025年4月より、医療法人聖医会藤川病院副院長および久留米大学学長直属特命講師に就任。家業として地域医療の最前線で臨床と医業経営に携わる一方、母校への臨床にも尽力している。また、医師の働き方改革や偏在対策といった医療政策に関する講演会のため全国を回る活動も続けつつ、最近是一般社団法人日本外科学会ブランディング委員会のメンバーとして、すべての外科学会会員にとって価値のある学会ブランディング作りにも奮闘中。



副代表・事務局

坂本 雅純

著者略歴

2017年早稲田大学教育学部社会科地理歴史専修卒（2014年英国ケンブリッジ大学ペンブルックカレッジ留学プログラム参加）。国家公務員として、SDGs×地方創生×産業の取組、デジタルインフラの海外展開戦略作りや中堅中小企業の新興国展開の支援等に従事した。いわゆるコロナ対応業務も経験。ASEAN中小企業政策の立案やウクライナ復興関連の調査等支援に従事。2022年より独立行政法人経済産業研究所コンサルティングフェロー。歴史能力検定1級日本史博士・1級世界史修士。アウシュヴィッツ・ビルケナウ博物館（元強制収容所）を訪れた際、「人の顔を見ない・現場感のない」政策がどのような結果をもたらすのか」を痛感し、現場に根差した政策への問題意識を持つ。



要 旨

【背景:現行「人生会議(ACP)」の限界と社会的課題】

日本において「人生会議(Advance Care Planning:ACP)」が十分に普及・定着していないことにより、事故による受傷・急性疾患の発症・慢性疾患の急性増悪・終末期など多様な医療・介護の場面で本人の価値観・意思が確認できず、望まない医療が提供される事例が少なくない。結果として、家族や医療者の心理的負担や葛藤、終末期医療の過剰提供、医療資源配分の非効率といった社会的・制度的課題を引き起こしている。

一方で、このような状況の背景には、「人生の最終段階(死や終末期)を語らせる」と受け取られかねない「人生会議(ACP)」の制度設計や語り方が、日本社会の文化的土壌や死生観と乖離していたという構造的要因がある。2008(平成20)年の診療報酬加算導入や2019(令和元)年の啓発ポスター炎上事案などは、十分な社会的合意形成や心理的安全性の確保がなされないまま政策導入が試みられた結果として、定着に至らなかった典型例である。

この課題を放置すれば、今後さらに高齢化・医療需要増大に伴う社会的負担や制度疲弊が深刻化することは避けられない。

【提案:ACPから ALPへの概念転換と社会的意義】

本稿では、従来の「人生の最終段階の準備」としての「(現行)人生会議(ACP)」から、「若年期・平時からの人生設計」としての Advance Life Planning(ALP)、すなわち「シン・人生会議」への転換を提案する。これは単なる語り方の変更ではなく、本人の価値観の言語化と社会的共有を通じ、医療・ケアのみならず生き方そのものを支える文化的基盤を再設計する取組である。

【施策:具体的政策パッケージと EBPM 的妥当性】

「シン・人生会議(ALP)」の社会実装に向けて、本稿では、①情報提供、②支援体制、③制度誘導、④情報基盤の4つの柱からなる施策群を提示する。それぞれの柱において、周知・啓発、人材育成、行政手続きと連動したインセンティブ設計、Web-ACP/マイナポータル連携システムの構築といった代表的施策を示す。さらに、財政効果や KPI モデルを併せて提示し、EBPM(Evidence-Based Policy Making)の観点からその妥当性と効果を検証する。

【展望:制度化への道筋と次号への接続】

本提案は、現行制度下でも段階的な導入が可能であり、既に実行に向けた準備が進みつつある。将来的には「がん対策基本法」や「子ども基本法」にならい、「ALP 推進基本法(仮称)」のような立法措置による制度的基盤の確立も視野に入れる。その初期構想は、次号の PML Journal にて別稿として具体的に提示予定である。



Abstract

[Background: Structural Challenges and Policy Failures of ACP in Japan]

In Japan, the insufficient dissemination of Advance Care Planning (ACP), commonly referred to as “Jinsei Kaigi” or “Life Planning Discussions,” has resulted in multiple challenges: in cases of accidents, acute illness, exacerbations of chronic disease, or end-of-life care, the absence of expressed and shared values often leads to unwanted treatments. This imposes emotional and ethical burdens on families and healthcare providers, contributes to overtreatment, and leads to inefficient allocation of medical resources.

Cultural and structural mismatches—such as framing ACP primarily as “preparing for death”—have hindered public acceptance, clashing with Japanese norms of emotional restraint and avoidance of explicit discussions on mortality. Policy failures, such as the short-lived 2008 reimbursement incentive and the public backlash against a 2019 government campaign poster, exemplify the lack of sufficient societal consensus and psychological safety. Without intervention, Japan faces worsening societal burdens and systemic strain under accelerating population aging.

[Proposal: From ACP to ALP — Redesigning the Cultural Narrative]

We propose a conceptual shift from ACP to ALP (Advance Life Planning), or “Shin Jinsei Kaigi.” ALP reframes the process from an end-of-life decision-making tool to an earlier, proactive, and life-affirming practice of articulating and sharing personal values. This is not merely a change in terminology but a redesign of the cultural and systemic foundation to support life choices and healthcare across the entire lifespan.

[Policy Design and EBPM Perspective]

To implement ALP, we present a four-pillar policy package: (1) public awareness, (2) support systems and human resource development, (3) institutional incentives integrated with administrative procedures, and (4) a digital infrastructure linking Web-ACP and MyNa Portal. For each pillar, representative measures are proposed. Fiscal impacts and KPI models are included to assess validity and effectiveness from an Evidence-Based Policy Making (EBPM) perspective.

[Outlook: Toward Institutionalization and Legislative Reform]

This proposal is feasible for phased introduction within existing systems, and preparatory steps are already underway. In the long term, we envision an “ALP Promotion Basic Act,” similar to Japan’s Cancer Control Act or Basic Act for Children. An initial legislative concept will be presented in the next issue of *PML Journal*.



目次

1. 社会的背景と政策課題	131
1.1. 日本における「人生会議（ACP）」の現状	植野 剛 131
1.1.1. 認知率・実施率の低さ	131
1.1.2. 急性期・在宅現場における意思確認困難	132
1.1.3. 家族・医療者の判断負担の大きさ	133
1.2. 医療費構造と制度的課題	植野 剛 134
1.2.1. 終末期医療における医療資源の集中構造	134
1.2.2. 希望と現実との乖離：自宅での看取りをめぐる	135
1.2.3. 意思の可視化の不足がもたらす制度的非効率	137
1.3. 過去政策の反発と教訓	河野 勝紀 138
1.3.1. 2008（平成 20）年 ACP 診療報酬加算の経緯と失敗	138
1.3.2. 社会的反発と「死ねと言うのか」問題	139
1.3.3. 政策的配慮の必要性（語り方・制度設計）	140
1.4. 国際比較と文化的背景	河野 勝紀 141
1.4.1. アメリカ・フランス・ドイツの法制度	141
1.4.2. 日本および東アジア文化圏の抵抗感と家族志向	142
1.4.3. 「語れない文化」に寄り添う制度整備	143
2. 目指す社会の姿と基本理念	植野 剛 144
2.1. ACP から ALP へ：「シン・人生会議」が根づいた社会のビジョン	144
2.1.1. 「死の準備」ではなく「人生の選択」の対話	144
2.1.2. 本人の希望が自然に共有・尊重される医療・介護	145
2.1.3. 家族・医療者が納得感を持って支え合える関係	146
2.2. 必要な制度的条件	147
2.2.1. 意思記録の事前登録と見える化	147
2.2.2. 医療・介護現場での迅速な情報共有	148
2.2.3. 報酬制度・資格制度との制度統合	149



3. 政策提案と実現手段	150
3.1. 政策パッケージの構想と基本方針	150
3.1.1. 「シン・人生会議（ALP）」推進による 「生き方の実現と医療資源配分の適正化」	150
3.1.2. 国民・医療者・国家の Win-Win-Win 構造	151
3.2. 施策体系：4 つの柱	152
3.2.1. 情報提供：周知・啓発と手引き整備	152
3.2.2. 支援体制：人材育成・現場支援	153
3.2.3. 制度誘導：行政手続き・給付制度と連動した インセンティブ設計	154
3.2.4. 情報基盤：Web-ALP／全国医療情報プラットフォーム／ マイナポータル連携システム	157
3.3. 財政効果と KPI モデル	158
3.3.1. 施策費用	158
3.3.2. 医療費削減効果	160
3.3.3. 成果指標：ACP/ ALP 実施率・ 希望通りの看取り率 など	160
3.4. 制度化・社会実装に向けた戦略	161
3.4.1. 関係者の巻き込み	161
3.4.2. 倫理的配慮と公平性の担保	163
3.4.3. 政策タイムライン	164
4. 結論と実現への呼びかけ	165
4.1. 人生会議の普及は「死の準備」ではなく「生の設計」	165
4.2. 個人・現場・制度のトリプルベネフィット	165
4.3. 制度化の準備は整いつつあり、今こそ実行のとき	165
参考文献	166



平時からの「シン・人生会議（ALP）」実施による望ましい生き方の追求と適正な医療提供の両立

1. 社会的背景と政策課題

日本社会における「人生会議（ACP）」の現状は、実施率の低さ、急な事態での価値観・意思確認困難、家族・医療者の葛藤、医療費構造、制度的障壁、文化的抵抗感、そして過去の政策的失敗といった複合的課題に直面している。本章ではこれらの構造的背景を多面的に明らかにする。

1.1. 日本における「人生会議（ACP）」の現状【植野 剛】

人生会議は医療の文脈を中心に繰り返し語られてきたが、社会全体としてはその意義や実施方法が定着しておらず、制度的支援や日常的な対話の文化形成も十分とは言えない。

日本における「人生会議（ACP）」は、近年その重要性が政策的にも繰り返し言及されてきたものの、依然として社会全体での理解や定着には課題が残されている。厚生労働省のガイドラインでも、「人生会議（ACP）」は本人の意思が表明できる段階から繰り返し行われることが望ましく、対話の機会を早期に確保する必要性が明記されている¹⁾にもかかわらず、実際には病気の進行や終末期が見えてきた段階で初めて実施されることが多く、健康な時期や平時から自然に行われる環境は整っていないことが、調査からも示唆されている²⁾。

この背景には、医療・介護現場に ACP の実践が限定されやすく、対話の機会が制度的・文化的に十分に設けられていないという構造的な問題がある。また、「死」や「人生の最終段階」に関する話題を避ける日本文化の傾向や、家族主導の意思決定構造の強さも、早期の人生会議を困難にしている要因と考えられる。

その結果として、急変や事故、認知症の進行などにより、本人の意思が確認できないまま医療や介護の方針が決定される場面が後を絶たない。こうした現状は、本人・家族・医療者のいずれにとっても「もっと早く話し合えていれば」という後悔を生む原因となっている²⁾。

本節では、実際にこうした課題が具体的に表れている事例を紹介しながら、日本における「人生会議（ACP）」の現状とその実施上のボトルネックを明らかにしていく。

1.1.1. 認知率・実施率の低さ

人生会議の意義は徐々に知られてきているものの、国民の認知度や実施率は依然として低く、医療現場においても実施のばらつきが大きい。実際に対話が行われた経験がある人は少数派にとどまり、日常的な実践としては定着していない。

近年、「人生会議（ACP）」という言葉自体は、政府広報や報道、医療現場の取組を通じて徐々に社会的に浸透しつつあるものの、国民全体としての認知率や実施率は依然として低い状況にある。厚生労働省の意識調査によれば、自らの最期について「家族や医療者と話し合ったことがある」と回答した人は全体の 29.9% にとどまり、7割以上の人々が話し合いを経験していない²⁾。



さらに、家族に自らの希望を伝えていない人の割合は 42.3%、医療者に対しては 66.5% と、医療・介護の現場における意思共有が未実施のままであることが明らかとなっている²⁾。これは、意思決定の必要性が生じる場面において、本人の意向が不明確なまま治療方針を選択せざるを得ないという現実と直結しており、本人・家族・医療者のいずれにとっても精神的・倫理的負担の原因となりうる。

また、医療現場においても「人生会議（ACP）」の実施にはばらつきがみられ、職種や経験により差がある。たとえば、医師の 20.9%、看護師の 26.4%、介護支援専門員の 25.0% が「ほとんど行っていない」と回答しており、その有無や質に大きな差があることが示されている²⁾。

日常的な実践として「人生会議（ACP）」が「当たり前」となるには、認知の広がりだけでなく、制度的支援や現場の人材育成、そして文化的理解の醸成が求められる。

1.1.2. 急性期・在宅現場における意思確認困難

事故・急性疾患の発症・慢性疾患の急性増悪・進行性疾患の診断・終末期・意思能力低下・災害時など、意思決定が迫られる多様な医療・社会的局面において、事前に価値観・意思が共有されていないことで、本人の望まない医療やケアが提供されてしまうリスクがある。

医療・介護の現場では、本人の意思確認が困難な状況において治療やケアの方針を定めなければならない場面が日常的に発生している。たとえば、交通事故や脳卒中などの外傷や急性疾患により搬送された場合や、慢性疾患の急性増悪、進行性の疾患が新たに診断されたとき、さらには災害・パンデミック等により医療アクセスが制限される状況においても、迅速な意思決定が求められる。

しかし、こうした状況に備えた事前の対話や意思共有がなされていない場合、医療者や家族は本人の真意を汲み取れないまま方針を決めざるを得ず、結果として本人の希望にそぐわない侵襲的治療や延命処置が行われるリスクがある。厚生労働省の調査においても、「事前に話し合っていなかったために、後悔や迷いが残った」という声が家族・医療従事者双方から多数寄せられており、意思確認困難な状況での医療方針決定がいかに精神的・倫理的負担となるかが明らかになっている²⁾。

在宅療養の場面では、認知症や老衰によって意思能力が徐々に失われる過程で、「話すにはまだ早い」と対話が先送りされるケースが多く見られる^{3), 4)}。こうした過程において、「人生会議（ACP）」の継続的な対話構造が欠けることで、重大な医療判断に直面した際に本人の希望が反映されにくい構造的課題となる。

また、災害やパンデミックといった例外的状況下では、通常の支援体制や家族との連絡すら困難となることがある。実際、COVID-19 パンデミック初期には、医療現場で ACP 実施の必要性が高まったものの、同時に感染対策による訪問制限や支援スタッフとの連携困難が、対話機会を著しく制限し、ACP 実施に多様な障壁があったことも明らかとなっている⁵⁾。一方で、COVID-19 の治療経験がある医師ほど「人生会議（ACP）」実施率が有意に高いという報告もあり⁶⁾、「例外的状況」に備えた事前 ACP の重要性が示されている。



このような多様な局面に備えるためにも、平時からの価値観・意思の可視化と共有が重要であり、「人生会議（ACP）」を日常的・多領域的に広げていく必要性がある。

1.1.3. 家族・医療者の判断負担の大きさ

本人の価値観・意思が確認できない場合、重大な選択を家族や医療者が一任され、心理的・倫理的な葛藤や「本当にこれでよかったのか」といった後悔を残すケースが少なくない。こうした判断の重さが、関係性に長期的な影響を及ぼすこともある。

人生の最終段階における医療やケアの意思決定が、本人の価値観や意思を確認できないまま行わざるを得ないような場合、判断を委ねられる家族や医療者には大きな負担がのしかかる。特に、時間的余裕のない急変時や、本人が意思表示できない認知症の進行時などには、限られた情報の中で重い選択を迫られることとなる。

厚生労働省の調査でも、「本人と話し合っていなかったことを後悔している」「どう判断すべきか迷った」という家族の声や、医療者の「誰の意思を尊重すべきか分からず苦悩した」といった回答が多く見られた。これらは、本人の意思を確認できない状況での意思決定が、倫理的・心理的にいかに困難かを物語っている²⁾。

家族は、「延命措置を拒否すれば自分が命を奪ったことになるのでは」「本人の希望とズレていたらどうしよう」といった葛藤を抱えやすく、決定の先送りや医療者への依存に陥りがちである。実際、日本における代理意思決定の調査では、48.8% が患者の事前意思を知らず、家族会議が1回以下にとどまるケースでは、意思決定時の混乱や判断不全が顕著であった⁷⁾。また、代諾者を取り巻く質的研究でも、「誰の意向を基準とすべきか」「医師から十分情報が得られない」「訴訟への不安」などの心理的負荷の存在が報告されている⁸⁾。

こうした状況は、家族・医療者の双方にとって精神的な負担となるだけでなく、結果として「本当に本人の望む医療が提供されたのか」という根本的な問いを残すことにもつながる。このような構造的な不確実性は、個別事例にとどまらず、社会全体で ACP が定着していないことの象徴とも言えよう。

本人・家族・医療者のいずれにとっても後悔や葛藤を回避し、納得のいく選択を可能にするためには、元気なうちから人生の価値観や医療・ケアの選好について共有しておく仕組みが不可欠である。「人生会議（ACP）」を「例外的な医療判断の場」ではなく、「日常的な価値観共有の文化」として定着させることが、その第一歩となるのではなかろうか。

このような多様な局面に備えるためにも、平時からの価値観・意思の可視化と共有が重要であり、「人生会議（ACP）」を日常的・多領域的に広げていく必要性がある。



1.2. 医療費構造と制度的課題【植野 剛】

「人生会議（ACP）」が社会に根づかない現状は、医療提供の持続可能性の低下や医療費負担の増大とも深く関係している。本節では、人生の最終段階における医療資源の集中と、本人の価値観や選好が十分に反映されていない構造的要因に焦点をあてる。

医療資源は、人生の最終段階において特に集中的に投入される傾向がある。実際、大規模レセプト分析において、死亡前12か月間の医療・介護支出が上昇することが明らかにされており⁹⁾、また全体の総医療費に占める死亡者の総医療費合計は 10.4% であったという研究もあり¹⁰⁾、終末期医療は財政的にも一定のインパクトを持つ。但し、こうした医療資源の集中は、現状では必ずしも本人の希望に基づいたものになっているとは言い切れず、むしろ「対話の不在」に起因する構造的な問題により発生しているという可能性についても検討が必要である。

厚生労働省の調査によれば、自宅での最期を望む人は非医療従事者で 43.8%、医療・介護従事者で 56.4～58.1% にのぼる²⁾。一方で、実際に自宅で亡くなる国民は 17.0% にとどまっており、死亡の大半(65.7%)はいまだに医療機関で発生している⁴⁾。この乖離の背景には、「話すには早すぎる」「縁起でもない」といった文化的な要因や、急変時の意思確認の困難さ、健康時からの意思共有の機会不足、在宅医療支援体制の地域間格差、家族・介護者の心理的・物理的負担など、構造的な課題が複合的に存在していると考えられる。

このような現状は、医療提供の持続可能性という観点からも見過ごせない。限られた医療資源が、本人の希望と整合しないまま終末期医療に投じられることは、制度的な非効率を助長する。とりわけ、本人の価値観や優先順位が事前に明確になっていれば避けられたような侵襲的処置が、「人生会議（ACP）」の未実施によって選択されてしまう構造的欠陥は誰にとっても深刻である。

したがって、「人生会議（ACP）」を平時から実施し、本人の意思・価値観を可視化・共有しておくことは、本人の尊厳を守り、満足度を高めるだけでなく、医療資源の適正配分の観点からも制度的に意義ある取組である。本節では以下の3項目を通じて、終末期医療における医療資源の集中と意思不在の構造、そして「人生会議（ACP）」が果たしうる役割を明らかにする。

1.2.1. 終末期医療における医療資源の集中構造

人生の最終段階においては、医療費を含む医療資源が集中的に投入される傾向があるが、その多くは必ずしも本人の希望とは一致していない。こうした集中構造の実態と背景を統計から明らかにする。

日本における医療費は年々増加しており、その背景として高齢化の進行がしばしば挙げられる。しかし、近年の分析によれば、医療費増加に対する要因のうち高齢化は全体の50～67%程度にとどまり、残る要因としては、医療技術の高度化、診療報酬改定、調剤費の増加などによる一人あたり医療費の上昇が大きく影響しているとされる^{10), 11)}。

中でも注目すべきは、年齢そのものよりも「死に向かう過程」、すなわち終末期に医療資源が集中的に投入される構造である。前述の通りTeraoka らによる大規模レセプト分析では、死亡の12か月前から医療・介護費が急激に増加し、1人あたりの平均医療費は約50,700米ドル(約760万円)に達することが報告されている⁹⁾。鈴木によれば、終



末期に要する医療費は国民医療費全体の約 10% に相当するとされ、財政的にも無視できない規模である¹⁰⁾。

問題は、こうした終末期医療の多くが、必ずしも本人の希望や価値観に即した形で提供されていない点にある。意思確認が十分に行われないまま、救命や延命を前提とした処置が選択され、ICU や急性期病棟での集中的な医療が行われるケースが少なくない。これは、「何もしないこと」への心理的・制度的抵抗、家族の不安、医療者側のリスク回避的対応が複合的に絡み合って生じる構造そのものである。

さらに、終末期医療への資源集中は、地域、医療機関、疾患の種類によって大きくばらつきがあり、患者の状態そのものよりも、制度設計や支援体制、そして ACP（人生会議）の有無といった社会的要因の影響を強く受ける。現状では、平時から意思共有が行われていないため、「とりあえずの治療」「できる限りの延命」といった前提が優先され、結果として本人が本来望んでいた過ごし方や死に方から逸脱してしまうことがある。

終末期における医療資源の集中そのものは、必ずしも否定されるべきではない。重要なのは、その医療が本人の価値観や納得感に基づいたものであるかどうかである。しかし現状では、ACP が平時から実施される仕組みが十分に整備されておらず、医療資源の投入が本人の希望と一致しないまま行われる事例が後を絶たない。次節では、その具体的な現れとして、「自宅での最期を望む人が多いにもかかわらず、病院での死亡が依然として多数を占める」という希望と現実の乖離に注目し、制度的・文化的な背景を考察する。

1.2.2. 希望と現実との乖離：自宅での看取りをめぐる

多くの人が「自宅で穏やかな最期」を望んでいるにもかかわらず、実際には大多数が病院で亡くなっている。この乖離の要因と、それが医療資源に与える影響を考察する。

終末期医療において医療資源が集中的に投入される現状には、患者自身の希望や選好が十分に反映されていないという構造的な問題が背景にある。とりわけ「どこで最期を迎えたいか」という問いに対する希望と実際との間には、顕著な乖離がある。

厚生労働省の調査（2023（令和5）年）によれば、国民の6～7割が「できれば自宅で穏やかに最期を迎えたい」と回答している²⁾。一方で、実際に自宅で亡くなる人の割合は依然として15～20%程度にとどまっており、大多数はいまだに病院などの医療機関で最期を迎えている¹²⁾（図1）。この希望と現実の乖離は、単に在宅医療の提供体制が不十分であるという供給側の問題だけでなく、「人生の最終段階における意思」が平時から共有されていないという、意思決定プロセスの未整備にも起因している。

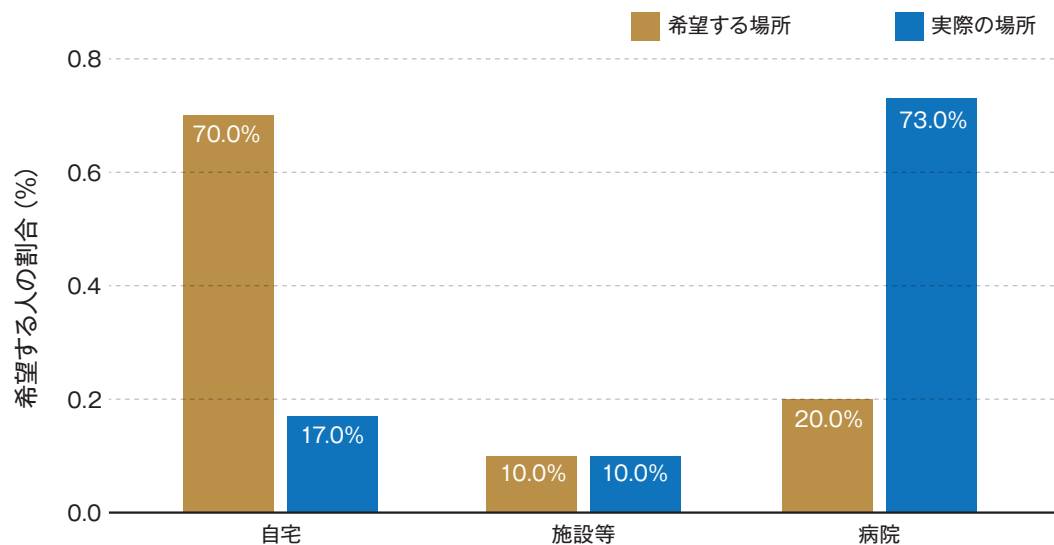


図1. 国民が希望する最期の場所と実際の死亡場所との乖離

※本図表は、希望する最期の場所²⁾と、実際の死亡場所¹²⁾をそれぞれの公的統計から引用・比較したものであり、厳密な時点・定義の一致はない点には留意が必要である。

自宅での看取りを支えるには、医療・介護資源の整備や家族支援の仕組みが不可欠であると同時に、本人の価値観や意向が早期に可視化・共有されていることが前提となる。ところが現状では、人生会議(ACP)が病状の進行や急変を契機に医療現場で突然始まることが多く、事前に希望を具体化・言語化する時間的余裕がないまま、医療機関での看取りが既定路線となってしまう。

結果として、本人が本来望んでいたであろう最期の過ごし方や死に場所とは異なる形で終末期が進行し、医療者・家族の双方に「もっと早く話し合っておけばよかった」という後悔を残す。これは個人の尊厳に関わるだけでなく、医療資源の観点からも非効率な選択肢が取られている可能性を示している。

人生会議(ACP)が平時から当たり前に行われていれば、希望と現実の乖離は縮小し、本人の納得感や QOL を高めるとともに、医療提供体制にも過度な集中を避ける調整機能を持たせることができる。制度として人生会議(ACP)を後押しする仕組みの整備は、「人生の最終段階における医療とケアの質」を高めると同時に、「本人の希望に沿った医療資源の配分」を実現するための鍵であると私たちは考える。



1.2.3. 意思の可視化の不足がもたらす制度的非効率

本人の価値観や希望が事前に共有されていない場合、制度上可能な最大限の医療が優先される傾向がある。「人生会議（ACP）」が制度的に十分位置づけられていない現状を課題として取り上げる。

これまで述べてきたように、終末期における医療資源の集中的な投入や、自宅での看取りに関する希望と現実の乖離の背景には、本人の意思や価値観が適切なタイミングで可視化・共有されていないという根本的な問題がある²⁾。そしてこの「意思の可視化の不足」は、個人の尊厳や QOL を損なうだけでなく、制度的にも非効率を生み出している。

現行の医療制度は、患者本人の意思が確認できない場合でも、医学的に可能な処置が制度上提供可能である限り、最大限の医療が選択される傾向がある¹³⁾。これは「提供しないこと」に対する法的・倫理的・心理的な不安から来る面も大きく、特に救命や延命の選択肢が制度的に保障されている状況では、その回避には明確な本人の意思が必要とされる。結果として、本人の希望が不明な場合には「制度上提供可能な最大限の医療」が既定路線となり、本人の利益とは限らない医療が自動的に提供されてしまう。

この構造は、社会的孤立や認知症などにより意思決定が困難な人々において顕著である。支援者や医療者は、本人の利益を考慮しつつも、「制度的に可能な選択肢」を逸脱することのリスクや不安から、過剰な医療提供に傾きやすくなる。人生会議（ACP）が平時から行われていれば、本人の意向が記録として残り、こうした制度上の「既定路線」を本人の希望に即した選択肢に置き換えることが可能になる。

また、制度設計そのものにも課題がある。現状の公的医療保険制度においては、人生会議（ACP）の実施や意思記録の作成・更新に対して十分な報酬や評価が与えられておらず、診療報酬上の裏付けは極めて限定的である。直接的に ACP に言及しているのは、地域包括ケア病棟入院料の通則において退院支援や地域連携の一環として位置づけられているもののみであり、その他の病棟では施設基準の中で「ガイドラインに基づいた指針やマニュアルの整備」が求められる程度にとどまる¹⁴⁾。一方で、日本の診療報酬制度は原則として出来高払い（fee-for-service）方式を採用しており、（DPC 制度など一部例外や制限はあるものの）何らかの医療行為を実施した場合に報酬が発生する構造となっている。このため、「何かをしない」選択肢よりも「何かをする」選択肢の方が制度的に評価されやすく、このようなインセンティブ設計が『こと』が起こってからの事後的な対応の最大化を惹起しやすい構造となっている。

さらに、人生会議（ACP）が制度的に明確に位置づけられていないため、本人の意思が記録されていたとしても、現場での医療判断においてその参照が徹底されないケースもある¹⁵⁾。意思が確認されないまま処置が進められることは、医療者の法的・心理的リスク回避のための「保守的行動」として理解できる側面もあるが、それによって本人の希望や価値観が形骸化されてしまえば本末転倒である。

制度的非効率を是正し、医療資源の適正配分と本人の尊厳の両立を図るためには、人生会議（ACP）を医療制度の中で明確に位置づけ、意思の可視化と共有を前提とした医療提供プロセスを制度化していく必要がある。それは単に「医療費の抑制策」としてではなく、「本人にとって意味ある医療とは何か」を問い直すための制度設計であるべきである。



1.3. 過去政策の反発と教訓【河野 勝紀】

日本ではこれまでも人生会議に関する政策的アプローチが試みられてきたが、制度設計や広報戦略の不備により社会的反発を受け、定着には至らなかった。本節では、その代表的事例と教訓を振り返る。

かつて日本で導入された「後期高齢者終末期医療相談支援料」は、人生会議（ACP）の対話支援を診療報酬で評価する初の制度であり、当時としては画期的な試みであった。しかし、75歳以上かつ終末期という限定的な設計が「死を勧める制度」との誤解を招き、社会的反発の中でわずか3か月で凍結・廃止された¹⁶⁾。この経験は、死や終末期に関する制度設計には、極めて高い社会的合意と慎重な配慮が求められることを示している。

さらに、「人生会議（ACP）」の啓発目的で厚生労働省が作成したポスターが、「死を茶化している」「命を軽んじている」といった批判を受け、配布中止に追い込まれる事態が発生した。これは、発信側としては人生会議（ACP）を少しでも身近に感じてもらうと、親しみやすく伝える意図から表現を工夫したものであり、決して刺激的・挑発的な意図をもって制作されたものではなかった。むしろ、国民の文化的・心理的なハードルを下げるための努力の一つであったにもかかわらず、結果的には受け手側との間で深刻な感覚のずれが生じてしまった。

この事例は、人生会議（ACP）の理念や背景が社会に十分に浸透していない段階で、発信者側の意図にかかわらず、言葉や表現の受け止められ方が大きく分かれうるという事実を示している。したがって、今後の新たな「人生会議」政策においては、これらの教訓を踏まえ、文化や感情に寄り添いながら、日常に自然に溶け込むかたちで社会実装することが求められる。

1.3.1. 2008(平成20)年 ACP診療報酬加算の経緯と失敗

2008(平成20)年に導入された終末期相談支援料は、人生会議の診療報酬上の評価として画期的だったが、「死を勧める制度」との誤解が広がり、わずか3か月で凍結・翌年に廃止された。この経験は制度化の難しさを浮き彫りにした。

2008(平成20)年に導入された「後期高齢者終末期医療相談支援料」は、75歳以上かつ医師が終末期であると判断した場合に、患者本人や家族との話し合いと意思の文書化を行えば200点を算定できる制度として創設された¹³⁾。これは、「治療」ではなく「対話・意思表示支援」そのものを診療報酬で評価する初の試みであり、ACPの社会実装に向けた先駆的な政策であった。

しかし、この制度は導入直後から「75歳を過ぎれば、治療を打ち切って『早く死ね』ということか」「『安楽死』を勧める医療だ¹⁷⁾」といった強い社会的反発を招いた。当時導入された後期高齢者医療制度への不信感が広がる中で、本加算も「死を前提とした制度」と受け止められ、ACPIに対する誤解と不安を助長する結果となった。

加えて、制度設計上の課題も顕在化した。対象が75歳以上かつ終末期に限定されていたこと、終末期の定義が曖昧であったこと、医師の裁量に依存する点などが不透明さや不公平感を生み、批判をさらに強めた(図2)。その結果、制度は開始からわずか3か月で凍結され、翌2009(平成21)年には当時誕生した民主党政権のもとで廃止に至った。



図2. 2008(平成20)年時の「後期高齢者終末期医療相談支援料」の対象者

「75歳未満かつ終末期ではない方」のみならず、「終末期ではない75歳以上の方」や「75歳未満の終末期の方」も対象にはならない設計であった。

この経験は、「ACPを制度化することの困難さ」、そして「死に関する制度設計には高度な社会的合意形成が不可欠であること」を示す教訓となった。

1.3.2. 社会的反発と「死ねと言うのか」問題

2019(平成31/令和元)年の啓発ポスター炎上事案に代表されるように、「人生会議」という言葉の扱いや表現方法によっては、国民感情との乖離や反発を招く。制度導入における社会的合意形成の難しさを象徴する事例である。

厚生労働省は、2007(平成19)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」を、2018(平成30)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」として約10年ぶりに改訂し、それに合わせて「人生会議」という愛称を導入した¹⁾。

その普及啓発の一環として2019(令和元)年に制作されたポスターでは、ある著名タレントを起用し、「人生会議していないと、あなたが決めることに。」というコピーを掲げた。この表現が「死を茶化している」「命を軽んじている」といった印象を与えたとして、一部の患者団体をはじめとする関係者から批判が相次ぎ、厚生労働省はポスターの全国発送を予定していた直前の段階で配布を見合わせる対応を取った¹⁸⁾。

ACPの理念が十分に社会に浸透していない段階で実施された本事例は、結果として誤解や反発を招くこととなった。とりわけ、当時の厚生労働省や制作関係者は、必ずしも「刺激的な表現」を意図していたわけではなく、むしろACPの文化的ハードルを下げ、関心を喚起しようとする善意の工夫であったとも考えられる。しかしその表現が、受け手側の想定とは大きく乖離し、強い社会的摩擦を生んだことは、ACPを議論する際の語り方の難しさを浮き彫りにしたと言える。このような経験は、「死」や「選択」といったテーマを社会に広げていく際に、表現・制度設計・導入タイミングにおいて、より慎重で丁寧な配慮が不可欠であることを改めて示した。



1.3.3. 政策的配慮の必要性(語り方・制度設計)

ACP政策の制度設計や広報にあたっては、任意性の尊重や文言・導入手順に対する丁寧な配慮が不可欠である。反発や誤解を回避しながら、柔らかく自然に社会に根づかせる戦略が求められている。

過去の事例が示すように、人生会議(ACP)の制度化には慎重な段階的導入と、多様な受け止め方を尊重する語り方が不可欠である。制度の導入が強制や同調圧力として受け止められないよう、本人の任意性を徹底して担保する必要がある。また、対象年齢の限定や終末期の一律な定義は、不信や誤解を招きやすく、制度設計においては柔軟さと透明性が求められる。

広報においても、「死を語る制度」としてではなく、「生き方を語る文化」としての側面を前面に出し、自然な語りの導線を社会に埋め込む必要がある。制度と文化のバランスを丁寧に設計することで、人生会議(ACP)の理念が無理・負担が少なく持続可能なかたちで社会に根づき、誰もが自身の価値観を語れる環境を丁寧に整えていくことが理想である。

今後の新たな「人生会議」政策においては、これらの教訓を踏まえ、文化や感情に寄り添いながら、社会に無理なく定着する対話の形を実現するために、制度や支援のあり方を丁寧に設計していくことが求められる。



1.4. 国際比較と文化的背景【河野 勝紀】

人生会議の普及状況は各国の制度・文化により大きく異なる。本節では、諸外国の制度的先進事例と、日本および東アジアに特有の文化的要因を比較・考察し、「語れない文化」への応答としての次章に示す ALPへの転換の意義を示す。

ACPは、個人の尊厳ある意思決定を支援する手段として国際的に注目されてきた。日本においても、2018(平成30)年に厚生労働省が「人生会議」という愛称を付け、ACPの普及活動を継続している。

その導入と定着のあり方は、各国の制度基盤や文化的土壌に大きく左右される。欧米諸国では、法制度や診療報酬の整備、医療現場との連携を通じて、本人の意向に基づいた医療・ケアの実現を支える実践が進んでおり、「価値観の共有」や「平時からの準備」が社会的にも定着しつつある。一方、日本を含む東アジア文化圏では、死を語ることへの忌避感や、家族を中心とした意思決定構造といった文化的特性が強く影響しており、ACPの理念が制度や日常生活に浸透しにくい現実がある。

こうした違いは、単なる制度の有無や技術的課題にとどまらず、死生観・宗教観・家族観といった深層的な価値体系に根ざしており、その理解なしには、制度の単純な移植による導入には限界がある。本節では、まず欧米諸国における ACPの制度的展開を概観した上で、日本と台湾を具体例として取り上げ、東アジア文化圏における文化的抵抗感とその背景を整理する。

そのうえで、「語れない文化」とどう向き合い、いかに制度的・社会的支援を設計すべきかを考察し、従来の「人生の最終段階の準備」としての ACP(現行「人生会議」)から、「若年期・平時からの人生設計」としての Advance Life Planning(ALP) —— すなわち「シン・人生会議」への転換の政策的意義へと接続する。

1.4.1. アメリカ・フランス・ドイツの法制度

欧米諸国では、ACPを診療報酬や法制度で制度化する取り組みが進み、健康時からの意思共有や意思尊重が実現されている。ガイドラインや情報システムの整備も進み、社会実装への示唆が多い。

アメリカでは、1990年に制定された「患者自己決定法(Patient Self-Determination Act)」により、医療機関に対し、患者の自己決定権と事前指示(Advance Directive)の有無を確認・説明する義務が課され、ACPの法的基盤が整えられた¹⁹⁾。2016年からは連邦高齢者保険(Medicare)において ACPが診療報酬の対象となり²⁰⁾、臨床現場での実践が急速に進展している。なかでもオレゴン州は、医師による事前指示を医療現場で有効な指示として記載する「POLST(Physician Orders for Life-Sustaining Treatment)」制度の発祥地であり¹⁹⁾、救急・在宅・施設を横断する形での医療意思の共有が先駆的に展開された。この POLST モデルは全米に広がり、各州の法制度や情報基盤整備と連動しながら、ACPの実効性を高める制度的枠組みとして進化を続けている。

フランスでは、ACPにおいて「患者と医療者との継続的な対話プロセス」を重視する姿勢が明確であり、2005年のレオネッティ(Loi Léonetti)法、2016年のクレース・レオネッティ(Loi Claeys-Léonetti)法によって、医師の説



明責任と患者の自己決定権の尊重が制度的に保障されてきた。とりわけ、文書化された事前指示(Directives anticipées)よりも、患者・家族・医療者のあいだの価値観の共有過程を重視し、対話を通じた医療的判断の正当性確保に重きが置かれている²¹⁾。

ドイツでは、2009年の法改正によって事前指示書(Patientenverfügung)が法的拘束力を持つことが明確化され、本人による将来の医療選好の文書化が制度の中心に位置づけられている。家族の同意や医師の裁量よりも、本人の文書化された意思が優先される法体系が整備されており²²⁾、終末期の医療判断における個人主権の徹底が特徴である。

各国の制度設計には、医療現場との接続性を高めたアメリカ、対話のプロセスを重視するフランス、文書による明確な意思表示に重点を置くドイツ、といったように、それぞれ異なる点が見られる。一方で、いずれの国も「個人の意思を起点とした医療の意思決定」を支える仕組みの整備を進めており、その共通項は「価値観の共有」「平時からの準備」「現場との連携」が挙げられる。こうした多様な制度的アプローチは、日本における文化的背景や制度基盤を踏まえた新たな「人生会議」政策の設計において、多くの示唆を与えてくれる。

1.4.2. 日本および東アジア文化圏の抵抗感と家族志向

東アジアに共通する文化的傾向として、「死」や「人生の終末」を語ることへの忌避感や、家族中心の意思決定構造が根強い。こうした文化的背景は、ACPの普及と個人意思の尊重に制度的・心理的な障壁をもたらしている。

西洋諸国においては、個人の自律や意思表明を尊重する価値観が根幹にあり、ACPもその延長として受け入れられている。対話や文書による意思の表明が社会的に自然な営みとして定着しており、「死」を語ることが自律の一部として認識されているが、一方で東アジア文化圏では、死や人生の終末について語ること自体が心理的・社会的に大きな抵抗を伴う。

日本社会では、「死」について率直に語ることは家庭内でも公的空間でも一般的ではなく、それには複数の文化的背景が影響している。一つには、「死」は穢れであるとする民俗的な価値観や、「縁起が悪い」「不吉だ」として語ること自体を避ける社会通念が根強く、死をタブー視する風潮がある²³⁾。こうした死生観や宗教的感性は、個人の意思表明や準備の機会を抑圧する要因となっている。

さらに、現代日本においても「空気を読む」「場の調和を乱さない」といった集団志向的な行動規範が重視され、「家族に迷惑をかけたくない」「みんなに任せる」といった「優しさ」や「遠慮」が社会的に美德とされている。この結果、医療やケアの選択において本人は沈黙し、家族が代わりに意思決定を行う構造が医療現場で常態化している。本人の希望や意思が十分に尊重されないまま、家族の意向が優先される場面が少なくないのが実情である。

同様の傾向は台湾にも見られる。儒教的価値観に根ざした家族中心の意思決定構造や、死に関する語りの忌避感、日本と文化的に共通する部分が多い。例えば、伝統的な価値観においては「死を語るとは不幸を招く」という認識が共有されており²⁴⁾、本人の意思よりも家族間の調和が重視される場面が多い。



このように、日本や台湾を含む東アジア文化圏では、「死を語る」という行為そのものがタブー視されやすく、ACPのような制度の受容には文化的な壁が存在している。制度設計においては、こうした文化的土壌に即した丁寧なアプローチが不可欠であり、個人の意思表示が家族との関係性や社会的文脈の中で自然に行えるような工夫が求められる。

1.4.3. 「語れない文化」に寄り添う制度整備

日本において「死」や「人生の最終段階」を語ることに、宗教観や死生観、家族観に根ざした深い文化的抵抗感がある。しかし、そのような「語れない文化」を正面から変えようとするのではなく、「人生の設計」や「日々の価値観の共有」としての対話が平時から自然に根づけば、結果として「死」や「医療・ケア」についても語れるようになる。

前述の通り、日本においては、死を「穢れ」や「不吉」とする民俗的価値観や宗教的死生観²³⁾、さらに「空気を読む」「迷惑をかけたくない」といった集団志向や遠慮の美德が重なり合い、個人が「死」や「医療・ケア」について語ることを控える傾向が根強く存在する。こうした文化的背景は、本人の意思表示を抑制し、家族が代わって意思決定を行う構造を生み出している。

こうした文化的背景に対して、制度の力で乗り越えようとする取り組みも存在する。台湾では、2015年にアジア初の ACP法制化となる「患者自主権利法」が制定され、2019年から施行された。同法は、患者が予め医療処置に関する意思を表明する「事前意思表示書(AD)」の作成と、医療チームによる ACPカウンセリングを明示的に制度化し、法的拘束力を持たせた²⁴⁾。台湾においても家族中心の意思決定や死を忌避する文化は根強いが、制度が先行する形で社会的対話の機会が設計されることにより、文化的抵抗感を徐々に緩和する実践が始まっている。

このように、文化的背景による価値観・美德を無理に否定するのではなく、それを前提としながらも、穏やかに制度的・社会的支援を通じて「語ること」を可能にしていく道が、ACP実践においては現実的かつ有効であると考えられる。今後の新たな「人生会議」政策においては、そのような文化的現実と制度的工夫の接点に立脚した着想が求められる。



2. 目指す社会の姿と基本理念 【植野 剛】

本章では、「ACP」から「ALP」へ——すなわち「死の準備」から「人生の設計」へと概念を進化させた「シン・人生会議」の社会的定着を目指す理念と、その実現に必要な条件を示す。これは制度の整備にとどまらず、文化・環境・関係性の再構築を伴う変革である。

2.1. ACP から ALP へ：「シン・人生会議」が根づいた社会のビジョン

死の準備としての「人生会議」ではなく、生き方や価値観の共有としての「シン・人生会議」が日常的に根づいた社会では、本人の希望が自然に理解され、家族や支援者も納得感を持ってその人の人生を支えることができる。

従来の「人生会議（ACP）」は、終末期の医療・ケアに備える対話として位置づけられてきたが、より本質的には、人生を自ら選び取るための価値観共有のプロセスであるべきではないか。そこでは、死や治療を語ることが主題なのではなく、生き方や大切にしたいことを日常的に語る文化の定着こそが重要となる。

本稿では、ACPの枠組みを拡張し、「Advance Life Planning（ALP）」——すなわち医療・ケアにとどまらず、心理・法・財政・社会的側面を含めた人生全体の対話として捉え直す。これは、死を準備する制度ではなく、人生を設計する文化としての再構築である。

そのような「シン・人生会議（ALP）」が根づいた社会では、本人の意向が自然に尊重され、家族や支援者も納得感を持って支え合える関係が育まれる。これは「語れない文化」への対立ではなく、語れる関係性を日常から育てていく文化的アプローチであり、次節以降でその具体像と実現条件を検討する。

2.1.1. 「死の準備」ではなく「人生の選択」の対話

人生会議は、死や終末期に備えるためのものではなく、むしろ健康な時期から、自分の生き方・価値観・関係性を見つめ直し、言語化し、他者と共有する「人生の設計プロセス」として捉え直すべきである。死はその中の一部分に過ぎず、主題ではない。

従来の「人生会議（ACP）」は、死や終末期（「人生の最終段階」）を前提とした対話として語られてきた。しかし、それでは「死を語るための場」という限定的な捉え方にとどまり、多くの人々にとって心理的・文化的ハードルを感じさせてしまう。これに対して、「シン・人生会議（ALP）」は、死の準備ではなく、人生の選択・価値観・生き方について語るための前向きで建設的なプロセスとして位置づけられる。

ALPは、急性期や終末期に備えるのみに留まらず、健康な時期・平時から、自分がどう生きたいか、どのように自分の人生をデザインしたいのか、といった自らの価値観や生きがいを見つめ直し、言語化し、それを他者と共有し、また場合によっては記録するプロセスである。その中には、医療やケアの希望だけでなく、「誰とどんな関係性を大切にしたいか」「何を人生で成し遂げたいか」「どのように社会と関わってみたいか」など、人生全体に関するテーマが広く含まれる。死はその一部に過ぎず、決して主題というわけではない。



図3に、従来の「人生会議(ACP)」と、新たに提唱する「シン・人生会議(ALP)」との位置づけ、包含・集合関係の違いを視覚的に示した。従来の「人生会議(ACP)」は、人生の終末期や疾患の診断後に限定されがちであり、主に医療的な意思決定支援に焦点が当てられていた。一方で「シン・人生会議(ALP)」は、人生の早期段階——たとえば健康時・青年期——からも始められる対話であり、医療・ケアだけでなく生き方そのものを共有する包括的な営みとして構想されている。図の中心にある「価値観」と「生きがい」を軸として、医療・介護面(Care)、法律面(Legal)、資産面(Financial)、精神・心理面(Psychological)、社会的つながりや役割面(Social)といった領域が重層的に重なる構造を表現している。

Care に関する ACPのみならず、法律面(Legal)、資産面(Financial)、精神・心理面(Psychological)、社会的つながりや役割面(Social)といった領域をも話題に含む。

提唱：シン・人生会議

「人生会議」は、何も医療・ケアに関する ACPのみならず他の様々な要素について何を話しても良い、ALPと捉えるのが良いのではないか。

Advance Life Planning

これら全てが
「シン・人生会議」の
対象になり得る



図3. 「シン・人生会議(ALP)」の概念図 ©Go UENO, 2025

こうした「今、そして将来・未来をどう生きたいか」をめぐる対話は、必ずしも中高年や高齢者に限られるものではない。むしろ、自分の将来について考え始める中学生や高校生の段階から、「将来どんなことを学びたいか」「どんなふうに生きたいか」を語り合う営みそのものも、「シン・人生会議(ALP)」の一環であると捉えることができる。「死に向かって話し合うもの」から「自分らしい人生をデザインするもの」へと再定義し、年齢や立場を超えて「シン・人生会議」が開かれていく社会こそが、私たちの目指す未来像である。

2.1.2. 本人の希望が自然に共有・尊重される医療・介護

あらかじめ共有された価値観・意思が医療・介護の現場で尊重されることで、本人も家族も納得感を持って安心して医療・ケアを受けることができる。

前項でも述べた通り、「シン・人生会議(ALP)」は決して医療・介護(Care)のみに閉じた営みではない。その点を改めて強調した上で、「シン・人生会議(ALP)」が社会に根付いた時、医療・介護の現場における本人、家族、ひいては医療者にとって、どのような恩恵がもたらされるのかを考えたい。「シン・人生会議(ALP)」は人生の価値観や生きがい・生き方全体を扱う営みだが、そういった「いかに生きたいか」「どうありたいか」といった本人のスタンスが切実に問われる



場面が、療養や介護の過程である。だからこそ、本人の価値観や選好が日常的に言語化、共有されている社会においては、治療方針やケアの選択においても、本人の納得感が確保されやすくなる。

実際の医療現場では、急な病状の悪化や意思能力の低下により、本人が選択を言語化できなくなることは珍しくない。その際、本人の価値観や希望があらかじめ共有されていれば、家族や医療者も、現状と比べれば迷いや葛藤が少なく、より適切な判断がしやすくなり、結果として「本人が望んでいたであろう」医療やケアを提供できる可能性が高まる。一方で、そうした情報が何もない場合には、「制度上提供可能な最大限の医療」がデフォルトとなり、結果的に本人の意に沿わない処置や環境が選択されるリスクが高まる。

また、共有された価値観は、単に「延命するか否か」といった選択だけでなく、「誰と過ごしたいか」「どのような雰囲気・空間で療養したいか」「何を大切にしたいか」といった多層的な意思決定にもつながる。「シン・人生会議（ALP）」によって「人生をどう生きたいか」という語りが積み重ねられていれば、その人らしい医療・介護が自然と尊重されやすくなり、本人も家族もより「納得感」を持って過ごすことが可能となる。

このように、医療・介護の現場は、「シン・人生会議（ALP）」がもたらす実質的な便益が可視化されやすい重要な接点の一つである。だからこそ、「シン・人生会議（ALP）」を単なる「人生の終末期に関する話し合い」としてではなく、本人の価値観に根ざした「人生を通じた選択と共有」のプロセスとして制度的にも文化的にも定着させていくことが、医療の質や介護の在り方を根本から支える基盤ともなる。

2.1.3. 家族・医療者が納得感を持って支え合える関係

価値観・意思の事前共有があることで、家族や医療者が「本当にこれでよかったのか」と悩まず、支え合う協働関係が生まれやすくなる。

「シン・人生会議（ALP）」の意義は、本人の価値観や生きがい・生き方が尊重されるという個人の側面にとどまらず、周囲の人々——特に家族や医療・介護の専門職——が共に悩み、支え合う関係性の構築にも大きく寄与する。急変時や終末期において、家族や医療者が「本人の本当の望みは何だったのか」と迷い、重い決断を迫られる状況は少なくない。ALPによって本人の価値観があらかじめ共有されていれば、そうした決断の重さは分かち合えるものとなり、周囲の人々の心理的負担は大きく軽減される。

家族にとっての納得感は特に重要である。本人が明確な希望を事前に言語化していなかった場合、家族は「自分たちの判断は正しかったのか」「本当に本人は望んでいたのか」と長く自責や葛藤を抱えることがある²⁵⁾。「シン・人生会議（ALP）」のような日常的な対話によって、本人の意向が事前に共有されていれば、こうした葛藤は大幅に緩和され、看取り後の心的外傷のリスクも下がるとされている^{26), 27), 28)}。

一方、医療・介護の現場においても、「シン・人生会議（ALP）」による価値観の可視化は重要な支えとなる。特に集中治療や救急医療の現場では、時間的猶予が数分から数時間しかない等の短時間で重大な決断を迫られることが多く、本人の意思が不明なまま、家族と医療者が方針を協議する場面が日常的に生じている^{29), 30)}。こうした状況において、事前の意思共有があるか否かによって、意思決定プロセスの明瞭さや納得度は大きく変わる^{26), 31)}。



加えて、「シン・人生会議（ALP）」の実践によって、医療者も「本人の希望に沿った医療を提供できた」という確信を持ちやすくなり、倫理的ジレンマや燃え尽きのリスクの軽減にもつながる。これは医療・介護従事者の働きがいや持続可能な職場環境にも好影響をもたらす、社会全体としての医療提供体制の安定性・持続可能性の向上にも寄与し得る。

このように、「シン・人生会議（ALP）」による「意思の可視化」は、本人のためであると同時に、周囲の人々が後悔なく、迷いなく、その人の人生を支えられる環境づくりでもある。本人、家族、支援者が同じ方向を見て歩める関係性は、まさに本章で描く「シン・人生会議（ALP）」が根づいた社会の中核であり、私たちが目指す未来像そのものである。

2.2. 必要な制度的条件

こうした社会を現実のものとするには、価値観・意思の記録・共有のための制度的・技術的基盤を整える必要がある。これらの制度的条件は、医療・介護に閉じた仕組みではなく、教育、地域づくり、法律や経済などを含む社会全体の仕組みとして構築されなければならない。具体的には、価値観・意思記録の見える化、現場での迅速な共有、そして制度の統合とインセンティブ設計が重要となる。

2.2.1. 意思記録の事前登録と見える化

本人の意思を形式知として事前に記録・登録しておくことで、当然プライバシー保護には最大限の配慮を行いつつも、必要な人が必要な時には参照可能な状態を整えることが不可欠である。

「シン・人生会議（ALP）」の対話で共有された価値観や希望は、口頭での記憶だけに頼らず、形式知として記録し、必要な時に活用できる状態にしておくことが不可欠である。これは医療・介護分野だけでなく、住まいの選択、就労や学びの継続、財産管理や相続準備、災害時の避難方針など、人生の多様な局面で意味を持つ。

こうした意思記録は、本人の同意を前提に、必要な人が必要なタイミングでアクセスできる「見える化」が求められる。例えば、医療機関や介護事業所だけでなく、学校、職場、地域包括支援センター、行政窓口など、本人の生活に関わる多様な主体が安全にアクセスできる仕組みが理想である。その際には、プライバシー保護とアクセス制御を両立する情報基盤の構築が不可欠であり、ブロックチェーンや分散型 ID といった新しい技術の活用も有望である可能性がある。

一つの具体的方策として、現在整備が進む「全国医療情報プラットフォーム」に「シン・人生会議（ALP）」の記録・共有機能を統合することが考えられる（図4）。このプラットフォームは、医療・介護・行政・本人をつなぐ全国規模の情報基盤であり、救急や介護現場での情報共有、健康管理や予防、二次利用による公衆衛生や産業振興など、多様な用途を想定している。ここに「シン・人生会議（ALP）」の意思記録モジュールを組み込み、マイナポータルや医療情報連携サービスから本人や家族、医療・介護従事者が適切にアクセスできる仕組みを設ければ、本人の意向が地域や職種を越えて迅速かつ安全に共有される社会インフラが実現できる。加えて、この統合を制度的に進めるためには、関連法令や個人情報保護制度との整合性を確保する必要があり、必要に応じて法改正や運用ルールの策定といった制度設計上の課題にも対応していくことが求められる。

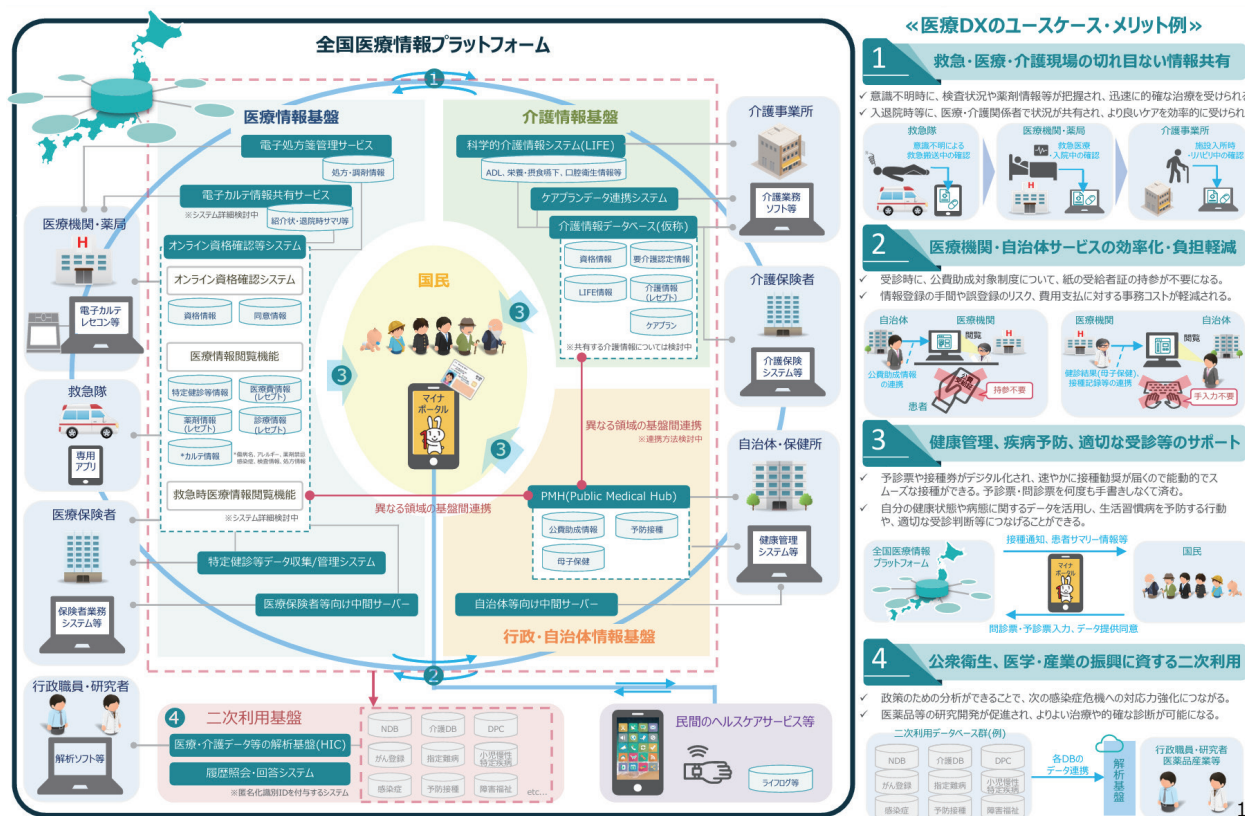


図4. 全国医療情報プラットフォームの全体像(イメージ)³²⁾

第4回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム(令和5年8月30日)資料2-3 一部改変

意思記録の事前登録と見える化は、「今」を支えるだけでなく、将来の選択肢を広げる社会的インフラである。制度として整備されれば、本人の人生設計がより自律的・柔軟に進められ、周囲の支援者も確信を持ってサポートできる環境が整う。これは「シン・人生会議(ALP)」の理念を現実の暮らしの中に根づかせるための、最も基礎的かつ重要な条件の一つである。

2.2.2. 医療・介護現場での迅速な情報共有

価値観・意思情報は必要な時にすぐ参照できて初めて意味を持つ。現場間の情報連携体制の整備が求められる。

価値観や意思の記録は、必要な場面で迅速に共有されてこそ意味を持つ。特に医療・介護の現場では、病状の急変や意思能力の低下など、短時間で重大な判断が求められる場面が日常的に発生する。このような状況で本人の価値観や希望を即座に参照できれば、判断の方向性が明確になり、本人・家族・支援者すべてにとって納得感の高い選択が可能になる。

共有の仕組みは、単一施設内だけで完結するものでは不十分である。救急搬送時や転院、在宅から施設への移行など、ケアの提供主体が変わる局面でも、情報が途切れず引き継がれることが重要だ。そのためには、電子カルテや介護記録システム、地域医療ネットワーク、マイナポータルなど既存の情報基盤を相互運用可能にし、医療・介護・地域支援の各現場が安全かつ円滑にアクセスできる環境を整える必要がある。この点は、前項で述べた全国医療情報プラットフォームへの「シン・人生会議(ALP)」機能統合とも直結し、制度・技術の両面で一体的に設計されることが望ましい。



また、共有の対象は医療・介護従事者だけに限定すべきではない。災害時の避難支援や地域見守り、学校や職場での合理的配慮の提供など、本人の暮らしに関わる多様な関係者が、必要に応じてアクセスできる設計が望ましい。もちろん、その際にはアクセス権限の管理とプライバシー保護が不可欠であり、情報セキュリティ対策と倫理的ガバナンスを一体的に運用することが求められる。

迅速な情報共有は、単なる業務効率化のためではなく、「本人の望みに沿った行動を、ためらわずに選び取れる社会」を実現するための基盤である。「シン・人生会議（ALP）」で言語化された価値観や意思を確実に現場につなぐことは、その理念を実践に移す最も直接的な手段である。

2.2.3. 報酬制度・資格制度との制度統合

価値観・意思共有を支える対話や支援を、報酬制度や人材資格制度と整合的に位置づけることで、社会的・職業的インセンティブを高める必要がある。

価値観・意思共有を支える対話や支援は、熱意や善意だけに依存すべきではない。社会全体でその必要性を認め、継続的に担える人材を確保・育成するためには、活動を正當に評価し、報酬制度や資格制度の中に明確に位置づけることが不可欠である。

例えば医療・介護領域では、ACP（人生会議）支援に関連する診療報酬や介護報酬が一部整備されているが、「シン・人生会議（ALP）」が対象とする範囲はより広く、就労支援や地域活動、教育現場での対話支援なども含む。そのため、既存の医療・介護報酬枠に加えて、福祉・教育・地域づくりなどの分野横断的な評価指標と報酬枠組みを設計することが望ましい。

また、こうした対話や記録支援を専門的に担える人材の資格制度も重要である。既存の医療・福祉専門職だけでなく、地域包括支援センター職員、学校教員、企業内人事担当者など、多様な立場の人が「シン・人生会議（ALP）」支援に必要な知識・スキルを学び、公式に認定される仕組みがあれば、制度的信頼性と普及の加速につながる。

さらに、前項で述べた全国医療情報プラットフォームとの連動により、「シン・人生会議（ALP）」支援の実施履歴や記録内容を安全に蓄積し、報酬・資格更新の評価材料として活用できるようにすれば、制度的整合性が一層高まる。これにより、「シン・人生会議（ALP）」の対話と記録が「社会的に評価され、職業的にも持続可能な活動」として根付くことが期待される。

報酬制度と資格制度の統合は、単に人材確保のためではない。それは「価値観や生き方の共有を社会の当たり前にする」ための実効性のあるインセンティブ設計であり、文化としての「シン・人生会議（ALP）」を支える制度的土台である。



3. 政策提案と実現手段

前章で示したビジョンと制度的要件を踏まえ、本章では「シン・人生会議（ALP）」の社会実装に向けた具体的な政策パッケージを提示する。理念と制度をつなぐ実行戦略として、施策の柱、財政試算、制度化戦略を包括的に記述する。

3.1. 政策パッケージの構想と基本方針【植野 剛】

本政策は、単なる終末期医療の合理化とは全く異なり、「本人が望む生き方の実現」を叶えることを通じて「医療資源の適正配分」をも達成する、という二重の目的を同時に目指す。その対象は医療・介護分野にとどまらず、教育、就労、地域生活など人生全体の選択にも及ぶ。本人・家族・医療者・国家それぞれにとっての利得を同時に実現することが基本方針である。

本政策パッケージは、第2章で示した「シン・人生会議（ALP）」の理念と制度的条件を基盤に構築される。「シン・人生会議（ALP）」は、医療や介護における意思決定支援の枠を超え、教育、就労、地域生活、財産管理など、人生の多様な局面での価値観・意思共有を促す営みである。そのため、政策の設計にあたっては、医療政策と福祉政策、教育政策、地域づくり政策など、複数の分野を横断的に結びつける視点が不可欠である。

本節では、この横断的視点を踏まえ、「『シン・人生会議（ALP）』を社会文化として根づかせる」ことを主目的に、同時に「医療資源の適正配分」という社会的便益をも達成する二重のゴールを描く。これらのゴールを達成するために、3.1.1.では「シン・人生会議（ALP）」普及による直接的・間接的効果を整理し、3.1.2.では本人・家族・医療者・国家それぞれにとっての利得が同時に成立する構造を提示する。

3.1.1. 「シン・人生会議（ALP）」推進による「生き方の実現と医療資源配分の適正化」

「シン・人生会議（ALP）」の社会的定着により、本人の価値観・希望に沿った医療・ケアの提供が促進されると同時に、過剰医療の回避による医療資源配分の適正化効果も期待される。

「シン・人生会議（ALP）」が社会に定着することは、まず何よりも、本人の価値観や生きがいに沿った生き方の実現に繋がる。「シン・人生会議（ALP）」によって日常的に語られ、共有された価値観は、病気や加齢による生活の変化、急な事故や災害時にも、本人にとって望ましい選択肢を支える指針となる。この結果、本人・家族・支援者のいずれにとっても納得度の高い意思決定が可能となる。

同時に、こうした価値観共有は、医療資源の適正配分にも寄与する。海外の研究では、ACPを行った患者群では、終末期医療費が10～35%削減され、集中治療室（ICU）滞在日数が有意に短縮することが報告されている^{26), 33), 34)}。また、本人が望まない延命治療や侵襲的処置の実施率が低下し、その分、疼痛緩和や在宅療養支援など本人が希望する領域への資源再配分が進むことが示されている³⁵⁾。これらの効果は終末期だけでなく、慢性疾患の進行期や回復期の治療方針、在宅療養への移行など、多様な局面で発揮される。



さらに、価値観や希望の事前共有は、医療・介護の現場における意思決定プロセスを明確化し、判断の迅速化にもつながる。特に集中治療や救急現場では、ACPがある場合、重大な医療方針決定に要する時間が平均30～40%短縮し、家族の決定への納得度も向上するとの報告がある^{36), 37)}。急変時や意思能力低下時における迷いや衝突が減ることで、医療者は必要な対応に集中でき、家族も心理的負担を軽減できる。これらの効果は結果として、限られた人的・物的資源を効率的に活用し、地域や国家レベルでの医療資源配分の改善へとつながる。

このように、ALPの推進は、本人のQOL向上と社会的効率性の向上という二重の成果を同時に実現し得る稀有な施策であり、これこそが本政策の核心的価値である。

3.1.2. 国民・医療者・国家の Win-Win-Win 構造

「シン・人生会議（ALP）」が適切に行われることで、患者と家族の満足度向上、医療者の負担軽減、国家の医療資源配分適正化が同時に成立する「三方よし」の達成が可能となる。

「シン・人生会議（ALP）」は、本人の望む生き方の実現を第一の目的としながら、その実践によって医療者や国家にも持続的な恩恵をもたらす。これにより、患者・家族（国民）、医療者、国家の三者それぞれにとって恩恵のある、「Win-Win-Win」の構造が成立する。

まず、国民（本人・家族）にとっての恩恵である。「シン・人生会議（ALP）」の実践により、本人は価値観や希望に沿った選択を実現しやすくなり、人生最終段階や急変時に「望んでいたであろう」医療・ケアを受けられる可能性が高まる。家族にとっても、事前に意思が共有されていることで「判断は正しかったのか」という自責や葛藤が軽減され、看取り後の抑うつや複雑性悲嘆の発症リスクが低下することが複数の研究で示されている^{27), 36)}。

次に、医療者にとっての恩恵である。「シン・人生会議（ALP）」によって本人の意思が可視化されていれば、治療方針決定における不確実性や倫理的ジレンマから解放されやすくなる。これにより、燃え尽き症候群（Burnout）のリスク軽減や職務満足度の向上につながることが報告されている^{38), 39)}。特に集中治療や救急の現場では、意思決定の迅速化により患者対応時間を短縮でき、他の患者への対応余力を確保できるという実務的な効果もある。

さらには、国家・社会にとっての恩恵である。本人の望まない過剰医療や長期ICU入室を減らすことは、医療費の適正利用を含む資源の適正配分につながる。米国における観察研究では、外来でACPを実施した患者は実施しなかった対照群と比べ、死亡前12か月の総医療費が調整後平均で9,500米ドル（約140万円）低かったという結果が示されており⁴⁰⁾、これを日本の年間死亡数を参考に概算すれば、約1.2兆円規模の財政効果が見込まれる。さらに、在宅療養や地域包括ケアへの移行が促進されることで、病床逼迫や医療従事者の過重労働の緩和にも寄与し、医療の持続可能性の向上にも繋がる。

このように、「シン・人生会議（ALP）」は患者満足度の向上に留まらず、本人・医療者・国家の三者に同時に恩恵をもたらす「三方よし」型の社会的投資である。その推進は、個人の幸福と社会の持続可能性を両立させる最も合理的なアプローチの一つと言える。

さらに、価値観や希望の事前共有は、医療・介護の現場における意思決定プロセスを明確化し、判断の迅速化にも

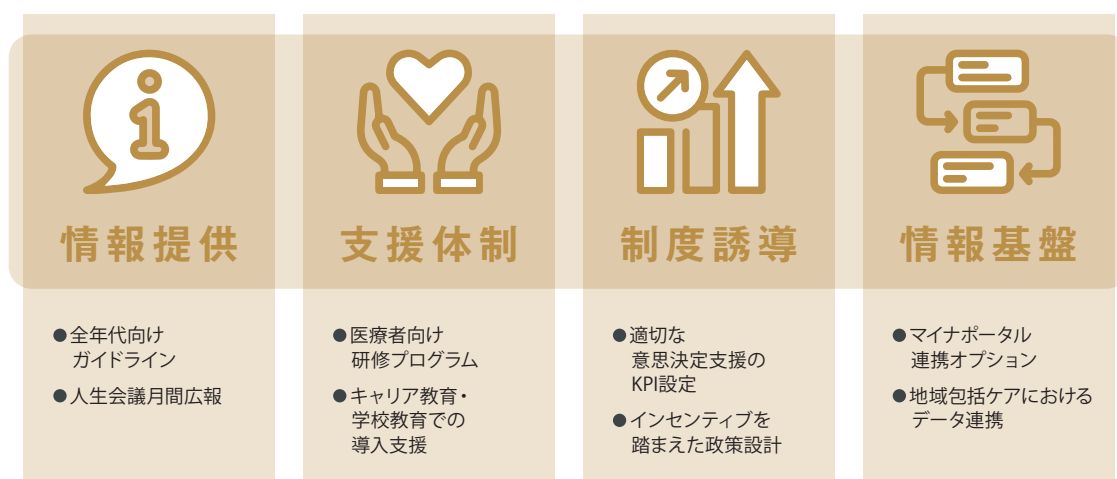


つながる。特に集中治療や救急現場では、ACPがある場合、重大な医療方針決定に要する時間が平均30～40％短縮し、家族の決定への納得度も向上するとの報告がある^{36), 37)}。急変時や意思能力低下時における迷いや衝突が減ることで、医療者は必要な対応に集中でき、家族も心理的負担を軽減できる。これらの効果は結果として、限られた人的・物的資源を効率的に活用し、地域や国家レベルでの医療資源配分の改善へとつながる。

このように、ALPの推進は、本人のQOL向上と社会的効率性の向上という二重の成果を同時に実現し得る稀有な施策であり、これこそが本政策の核心的価値である。

3.2. 施策体系：4つの柱

「シン・人生会議（ALP）」の社会定着を実現するためには、啓発・支援・制度設計・情報基盤の4本柱からなる多層的な施策の展開が求められる。以下に各柱の概要と重点施策を示す。



3.2.1. 情報提供：周知・啓発と手引き整備【河野 勝紀】

情報提供体制を整備することにより、「シン・人生会議（ALP）」を、「死や人生の最終段階を語ること」としてではなく、人生そのものの設計や価値観の共有を、若年期・平時から自然に行う文化として育んでいく。その結果、「シン・人生会議（ALP）」は、「しなければならないもの」ではなく、「したくなかったときに、いつでも始められるもの」として、すべての人にとって自然で安心できる営みとして、社会全体に穏やかに根づいていくことを目指す。

「シン・人生会議（ALP）」の社会的定着には、「すべての人に話し合いを義務づける」ことではなく、「いつか話したくなかったときに、迷いなく始められるよう、社会の中に十分な情報と機会が整っていること」が大切である。そのためには、単なる情報提供や啓発にとどまらず、人々の価値観や文化的背景に寄り添った、共感的かつ多様なアプローチが求められる。たとえば、実際の体験者の声や前向きなエピソードを積極的に紹介し、「しなくてもよいが、すればこんな良いことがあるかもしれない」という穏やかなメッセージで、多様な選択を尊重する姿勢を広く共有していく、などが自然な定着を促すカギとして考えられる。

現在、厚生労働省では「人生会議の日（11月30日）」を中心に、ポスター掲示やパンフレット配布、ガイドラインの公



表、普及啓発イベントの開催などを行っている⁴¹⁾。しかし、「終末期医療」や「死の準備」といった過去のイメージが根強く残り、十分な定着には至っていない。広報や手引きは、「望ましい生き方を自ら設計・共有するための対話」とであるという本来の意義を、誰にでも分かりやすく、前向きに伝える必要がある。

その基盤づくりとしては、現行の「人生会議の日」に加え、「人生会議月間(例:11月)」を新たに設け、テレビ・ラジオ・地方紙・SNS・YouTubeなどを活用した広報キャンペーンを全国展開していくことなどが有効であろう。また、医療・介護施設、自治体、企業健保、教育機関(中高大など)において、都道府県単位で年に一度以上、体験型ワークショップや講演会等を開催できる体制の整備が望まれる。

あわせて、制度的な支援の基盤としてのガイドラインについても、再検討が求められる。現在の「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」は、2007年(平成19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」をもとに、2018年(平成30年)に改訂されたものである。旧ガイドラインは、主に医師が回復が見込めない状況と判断した後期高齢者における医療やケアの判断において、本人の意思尊重と医療者の適切な対応を支えるための指針として一定の役割を果たしてきた。現行のガイドラインでは ACP の理念も盛り込まれ、対話の重要性が一定程度明文化されたが、歴史的な経緯を反映し、その構成の中心には依然として「末期状態」が据えられている。結果として、その内容は「終末期モデル」に基づいたものとなっており、人生のさまざまな局面や平時からの対話的意思決定を包括するには限界がある。

今後は、これまでのガイドラインが築いてきた意義を尊重しつつ、その射程を「人生の終末」から「人生そのもの」へと緩やかに拡張していく視点が求められる。年齢や健康状態を問わず、あらゆるライフステージにおいて意思表明を支える仕組みや、継続的な対話の記録、医療現場との情報共有のあり方、後述する電子情報基盤との接続など、より広範かつ現実的な支援が可能となる全世代型ガイドラインの検討が期待される。

こうした情報提供体制が土台となり、「シン・人生会議(ALP)」は「しなければならないもの」ではなく、「したくなったときに、いつでも始められるもの」として、すべての人にとって自然かつ安心できる営みへと社会全体に穏やかに根付いていくことが可能となる。

3.2.2. 支援体制：人材育成・現場支援【植野 剛】

医療・介護職に限定されない多様な支援人材の育成と、地域・現場での相談・対話支援体制の構築が重要である。

「シン・人生会議(ALP)」を社会に根付かせるためには、医療・介護職だけでなく、地域や日常生活のあらゆる場面で本人の語りを支えられる人材の存在が不可欠である。家庭、学校、職場、地域活動など、多様な生活の場で対話が促され、その記録や共有が途切れなくつながる仕組みが必要となる。

まず、人材育成においては、医師・看護師・介護職といった従来の専門職に加え、地域包括支援センター職員、行政窓口担当者、教員、産業保健スタッフ、企業の人事担当者、地域のボランティアやピアサポーター、さらには法律職、ファイナンシャルプランナー、民生委員など、多様な担い手を対象とすることが重要である。それぞれが自らの立場から「シン・人生会議(ALP)」の視点を持ち、必要に応じて本人や家族との対話を促し、適切な支援につなげられること



が望ましい。

次に、現場支援体制の構築では、地域ごとに『シン・人生会議（ALP）』相談・対話支援拠点』を設け、対面・オンラインの両方でアクセス可能な相談環境を整えることが考えられる。ここでは、トレーニングを受けたファシリテーターが本人や家族の話を引き出し、価値観や希望を整理し、必要に応じて記録・共有の支援を行う。この拠点は医療機関や介護事業所に限らず、公民館、学校、企業の健康管理室など、日常生活に近い場所にも設けることが効果的である。

さらに、支援体制の設計においては、「誰もが担える基礎的支援（1階部分）」と「専門性を活かした応用支援（2階部分）」という二層構造を意識することが重要である。前者は、地域住民や学校・職場関係者が心理的ハードルを下げる役割を担い、後者は医療・介護・法務・経済・心理などの専門職が高度な相談支援を担う。こうした段階的設計を踏まえ、標準化された研修プログラムと修了の見える化を組み合わせることで、支援の質を担保し、持続可能性を高めることができる。

こうした多様な人材と現場のネットワークが整うことで、「シン・人生会議（ALP）」は医療・介護の枠を超え、暮らしのあらゆる場面で自然に行われる営みとして広がっていく。それは、本人・家族・地域社会の誰もが安心して対話に臨める基盤となり、第2章で描いた社会像の実現を力強く後押しする。

3.2.3. 制度誘導：行政手続き・給付制度と連動したインセンティブ設計【河野 勝紀】

「シン・人生会議（ALP）」実施の任意性を尊重しつつ、自然なタイミングで価値観・意思表示が促されるよう、制度・行政手続きとの接点を活かした誘導的仕組みを設計する。

たとえば、転居、マイナンバーカード更新、健康診断受診、高額療養費制度の利用や介護保険申請、年金請求等といった、多くの国民が人生の転機や健康状態に関わる行政手続きを行う場面は、「シン・人生会議（ALP）」導入の好機となり得る。これらの場面において、本人の意向確認や価値観の記録を促す案内文書の同封、対話支援ツールへのアクセスリンクの提示、窓口職員による簡易説明などを組み込むことで、「しなければならない」ではなく、「今なら少し考えてみてもよいかもしれない」と感じられる機会を穏やかに提供することが可能となる。

こうした行政手続きと連動した支援の具体的なツールとして、たとえば「人生ものがたり表（仮）」のような様式を活用することが考えられる。「人生ものがたり表（仮）」は、本人が大切にしている価値観や生活習慣、望ましい暮らしのかたちを記述するためのツールであり、専門的な知識を必要とせず誰でも記入できることから、家族や支援者との対話の契機としても活用できる。これにより、行政手続きや医療・介護の現場において、本人の意向を支援者側が把握しやすくなる環境を整えることができる。

さらに、「シン・人生会議（ALP）」の実施を促進する観点から、制度的インセンティブの導入も検討に値する。たとえば、一定の「シン・人生会議（ALP）」記録が行われていることを要件に、高額療養費を含めた医療費自己負担の軽減、介護保険サービスにおけるケアマネジメント支援の優先提供、入院・退院時の手続きの簡略化、等の恩恵を付与する制度設計も考えられる。こうしたインセンティブは、本人にとっての合理的利得を提示することで「シン・人生会議（ALP）」への参加を促すと同時に、社会全体において「語ること」「記録すること」が自然な営みとして定着する文化の



醸成につながる。

とりわけ注目すべきは、地域包括ケア病棟の入院基本料に関する通則において、退院支援を含む地域連携や在宅復帰支援の実施が義務づけられている点である⁴¹⁾。これは急性期治療後の患者が円滑に地域へ戻るための重要な体制であるが、実際には、本来であれば医療機関受診前に本人・家族が検討すべき価値観や意向の確認が、受診後—— ときに病状が進行した段階 —— に先送りされていることが多く、医療現場における対応負担を増大させている。このような後追い型の意思確認は、医療従事者にとっての業務負担だけでなく、患者・家族にとっての心理的ストレスといった複合的な負担要因となっており、現場の疲弊を招くだけでなく、本人の尊厳ある意思決定を阻害している場合がある。

こうした課題に対し、「シン・人生会議（ALP）」をすでに実施している患者や利用者に対して、退院支援加算や入院支援加算などにおける追加的な評価点を付与するなどのインセンティブを設けることにより、「シン・人生会議（ALP）」の有用性を制度上で明示する仕組みが有効である。また、「シン・人生会議（ALP）」によって意向確認・家族調整・在宅方針策定の所要時間が短縮されることで、医療現場において本人の尊厳ある意思決定が促されるだけでなく、医療機関滞在日数の短縮や再入院率の低減にも資する可能性がある。

将来的には、「シン・人生会議（ALP）」の記録があることを条件に、医療機関や介護施設間での情報連携の円滑化や、必要な同意手続きの簡素化といった実務的メリットを制度化することで、「事前に話し合いを済ましておくと、次のステップに進みやすい」という実感が本人・家族・支援者の間に浸透し、制度的にも現実的にも「シン・人生会議（ALP）」が定着する基盤が整うことが期待される。

あなたの家族構成・生い立ち ☐ 祖父母 ☐ 両親 ☐ 子供 ☐ 孫etc ☐ 出身地はどこ？ ☐ これまでどこに住んできた？ ☐ これまでどんな仕事をしてきた？	あなたのスキ・キライ ☐ スキなこと ☐ 生きがい ☐ 楽しいと思うこと ☐ キライなこと ☐ 困っていること ☐ 目標 ☐ やりたいこと ☐ 楽しみなこと
いつもの暮らし ☐ どこに住んでいる？ ☐ 介護は受けている？ ☐ いつもどのように過ごしている？ ☐ 日課は？ ☐ お気に入りの場所は？ ☐ 好きなもの、大切なものは？ ☐ お金の管理はどうしている？ ☐ 保険に入っている？	あなたの人生の歴史 ☐ 人生で一番楽しかったこと ☐ 嬉しかったこと ☐ 人生で一番辛かったこと ☐ 苦しかったこと ☐ その逆境はどのように克服した？ ☐ 自分の好きなところ ☐ 誇りに思っていること ☐ 特技 ☐ 好きな食べ物 ☐ 嫌いなこと、もの ☐ ペットはいる？ ☐ 宗教や信仰はある？
あなたの周りの人たち ☐ 自分をよく知る人は誰？ ☐ 頼りにしている人は？ ☐ 家族、友達、隣人etc (代理意思決定人は誰？)	
周りの人たちの気持ち ☐ 周りの人たちから見たあなたの大切なこと、価値観は？ ☐ 周りの人たちの生活状況・支援体制はどうなっている？ ☐ 周りの人たちが必要と思う支援・サービスはある？ ☐ 周りの人たちがあなたに伝えておきたいことはある？	生き死にに関わった経験 ☐ 亡くなった家族 ☐ 当時の経緯・介護状況 ☐ 看取り経験の有無 ☐ その時どのように感じた？ ☐ 耐えられない状況 (生きているのがツライ状況) ☐ どのような最期を迎えたい？ ☐ 臓器提供の意思はある？

図5:「人生ものがたり表(仮)」(筆者:河野勝紀作成)

本表は、本人の生い立ちや価値観・死生観、日常生活の様子、そして周囲との関係を包括的に整理するために設計された対話支援ツールである。本人と周囲の人が協力して記入することで、病気などにより本人との意思疎通が困難になった場合でも、その意思や大切にしていることを的確に共有でき、全ての項目が埋まっていない部分的な記録であっても有用な情報となり得る。

特に、本人だけでなく周囲の人の気持ちや生活の質(QOL)に関する項目を盛り込むことで、支える人々の思いや負担感も可視化し、相互理解の促進を図ることも目的としている。そして、医療・介護分野に限らず、金銭管理など生活全般に関わる事柄についても、あらかじめ話し合い、記録として残しておくことが重要である。

質問や記入項目には雛形を用意しているが、固定的な形式にとらわれる必要はなく、本人や周囲の状況に応じたオーダーメイド型とすることが望ましい。さらに、環境や心境の変化に合わせて適宜見直しや追記を行うことで、常に最新の「その人らしさ」を反映する記録として機能する。



3.2.4. 情報基盤：Web-ALP / 全国医療情報プラットフォーム/ マイナポータル連携システム【梶谷 泰彦】

本人の価値観・意思記録が確実に参照・活用されるための安全かつ柔軟な情報プラットフォームを整備し、多領域の支援に活かす。

前述の通り、本件の実装効果を高めるためには、

- ①行政側が「シン・人生会議（ALP）」の実行状況や内容を把握すること
- ②各種行政サービスと連携し各種サービス
（医療・介護・行政サービス・民間ヘルスケアプロダクトを想定）に適切に連携すること
の2点を実現する必要がある。

そのための施策として、

- ①現在内閣官房を中心に構築工程が進められている「全国医療情報プラットフォーム」の要素基盤として「シン・人生会議（ALP）」に関する情報を保管するデータベース（仮称：Web-ALP）を構築すること
- ②「シン・人生会議（ALP）」の内容を適切な資格情報と結びつけるためのマイナポータル連携システム（オンライン資格確認等システムへの接続を想定）の構築を行うこと
を提言する。

①②を通じて、本人の意思確認が困難な緊急時や、キーパーソンをはじめ本人の近縁者への連絡に困難が生じる事態においても、医療従事者が当該システムへのアクセスを行い情報を取得することによって、本人の事前意思に基づいた適切な治療判断を行うことが可能となる。

同時に、腫瘍性疾患・心不全・廃用症候群など慢性疾患やその進行に伴う病態、あるいは加齢に伴う老衰といった状態においても、適切に患者本人の意思を反映した治療判断に資することが出来る。

また、そのような判断を行った結果に対して資格情報を紐づけることにより、行政支援・法務支援に end to end で接続する事が可能となる。3.2.3で提唱したような保険・税制による本システムと接続性のあるインセンティブを創出することも本政策の実行によるメリットを広く国民に浸透させることに寄与すると考えられるだろう。



3.3. 財政効果と KPI モデル

本政策は中長期的にみて財政的便益をもたらす可能性が高く、その効果は数値化可能である。また、実施率や意思尊重率といった KPI を用いて、定量的に進捗管理を行う。

本政策の受益者は国民・医療提供者・国家の3方面に跨るものであり、それぞれの側面からKPIを設定することが可能である。

1. 国民: 自由意思による人生決定を行うこと自体が便益に値すると考えられる。結果として実施率や自宅で終末期を過ごす方の増加が測定可能な項目となる

KPI例①: 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」における「人生会議（ACP）実施率」

KPI例②: 厚生労働省「人口動態統計」における「介護施設・自宅における死亡率」

2. 医療提供者: 医療資源の配分変化が測定可能な項目となる

KPI例: 厚生労働省「医療施設調査」における「在宅看取り」の割合

3. 国家: 後述する通り、人生会議（ACP）実施者の増加により「過剰な医療資源消費の抑制」が可能となる

KPI例: 終末期における医療費総計

3.3.1. 施策費用【梶谷 泰彦・坂本 雅純】

施策全体にかかるコストは、情報基盤の初期整備などを含めて概算約500億円と見積もられる。

事業概要としては、

1. 人生会議に関する情報基盤システム開発事業(3.2.4. を参照)
2. 人生会議実施促進のための支援体制整備事業(3.2.1-3. を参照)

の2本立てとして費用試算が考慮される。

1. 450億円程度を計上する。オンライン資格確認の用途拡大、全国医療情報プラットフォームの基盤修正・拡張を新規に行う必要性を鑑み、令和4年度 二次補正予算で計上された要求額(445.7億円)を参照している。

2. 総額30億円程度を計上する

- a. 支援体制整備(予算:7.0億円/年度)

医療機関・金融機関に対して体制整備に関する補助金を創設する。医療従事者に対する研修支援・人員確保に関する人件費支援を念頭に上記金額を設定した。

1 階部分:誰もが担える基礎的支援(都道府県毎の研修会)3.5億円

→国民向けではなく医療従事者等の専門職向けに人材育成した前例として、平成28年～30年「人生の最終段階における医療体制整備事業」がある。これは全国8ブロックで6,500 万円/年程度の予算措置であった。本施策案では、47都道府県での実施を追求するため、8ブロック:47都道府県＝6,500万円:約3.5億円、と概算する。費用が不足する場合は、適宜都道府県と共催という形にして都道府県に拠出を求める。

2 階部分:専門性を活かした応用支援 3.5 億円

→算出式は 1 階部分と同様。省庁横断事業のため予算は内閣府で積むこととし、都道府県や各省庁と



共催した研修を実施する。2階部分の研修は複数分野にわたるため1階部分の研修以上に費用がかさむことは想定されるが、費用の膨張を防ぐべく上限は1階部分と同様の3.5億円とし、各都道府県等の努力と工夫を期待したい。費用が不足する場合は、適宜都道府県と共催という形にして都道府県に拠出を求める。また、制度の浸透度合いに応じて、当該部分の予算規模については数年に1回程度定期的な見直しが必要とも考える。

b. 情報提供：周知・啓発と手引き整備（予算：4.5億円/年度）

- I. 広報事業には1億円を計上する。これは、過去の厚生労働省調達案件において博報堂が受託した広報業務の契約規模を参考に設定したものである⁴²⁾。
- II. 都道府県ごとのワークショップ・講演会開催費用として2.5億円を計上する。47都道府県すべてにおいて年1回以上の開催を前提とし、1回あたり500万円を措置した場合の総額である。とくに、医療資源の乏しい地方こそ、住民・医療者・行政が一堂に会し、体験型で「シン・人生会議（ALP）」の意義を学べる場の設置が重要である。参考として、令和5年度の「人生会議（ACP）国民向け普及啓発事業」は3,000万円規模⁴³⁾で実施され、大規模シンポジウム1回とポスター制作にとどまった経緯がある。これを踏まえると、全都道府県での開催を可能にする予算水準として500万円／回は妥当であり、質の高い人材確保、広報、会場運営、教材制作などの経費をカバーできる。
- III. 調査事業として5,000万円を計上する。年度単位での委託調査額としても妥当な水準であり、施策の効果検証、対象者属性別の意識調査、文化的背景に配慮したコミュニケーション方法の研究、海外事例との比較分析などに活用する。これにより、「シン・人生会議（ALP）」普及のためのエビデンスに基づいた改善サイクルを構築し、広報・研修の質的向上を図ることができる。
- IV. ガイドライン策定・改訂等費用として5,000万円を計上する。厚生労働省の「人生の最終段階における医療体制整備等事業」における調査費用は例年2,000～3,000万円規模⁴⁴⁾であるが、今後は分野別に複数のガイドラインを策定し、現行の「終末期モデル」から全世代型の内容へと拡張する必要がある。この場合でも、内容の一部は共通化できるため、既存費用の倍額を下回る5,000万円を予算を固定することは現実的である。策定プロセスでは、医療・介護・福祉の多職種に加え、教育・企業分野からも有識者を参画させ、幅広い現場で活用可能な指針とすることを想定している。

上記合わせて、

→ i (1億円) + ii (2.5億円) + iii (5,000万円) + iv (5,000万円) = 4.5億円

という見積となる。

c. 制度誘導：行政手続き・給付制度と連動したインセンティブ設計（予算：5000万円/年度）

概算予算として、支援モデル策定に向けた検討会の設置・運営費を5,000万円を計上する。これは、地域の特性に応じて柔軟に適用できる支援モデルの「雛形」を作成するため、有識者と事務局による調査検討会を設置・運営するための費用である。参考として、厚生労働省の「人生の最終段階における医療体制整備等事業」では、毎年の調査費用が概ね2,000～3,000万円規模⁴⁴⁾となっている。また、同事業が調査と普及を合わせて3,000万円程度で落札されている事例があることも承知しているが、今回は質の担保を重視し、調査検討会の運営に単年度限り（ワンショット）で5,000万円を充てる想定としている。



3.3.2. 医療費削減効果【梶谷 泰彦】

「シン・人生会議（ALP）」の一環としての ACP による過剰医療の回避・在宅移行等により、年間数千億円から1兆円超の医療費適正化効果が期待される。

3.1.2.でも触れたように、ACPを行うことで終末期最終12か月間の医療費が一人当たり9,500米ドル(約140万円)減少したと報告されている⁴⁰⁾。米国での試算でありそのまま本邦の試算に適用することは些か乱暴ではあるが、年間160万人が死亡している本邦においては約1.2兆円の医療費削減が見込まれるということになる。

また、他のインセンティブとの接続を想定すると、本資格を健康保険の1割負担の構成要件や、高額医療助成の受給要件、またその他実施中の還付金等の構成要件とする等の方策が考えられる。その場合、さらなる国庫支出金の削減も期待されるものとなる。

繰り返しになるが、本試算はあくまで国庫の歳出・歳入のリバランスのみを見ているものとなるが、本質的な価値は文化的・心理的な側面を通じて国民の well-being に資する部分にあると考えられる点は強調しておきたい。

3.3.3. 成果指標：ACP/ALP 実施率・希望通りの看取り率 など【植野 剛】

ACP/ALP 実施率や意思記録の共有件数、希望通りの看取り実現率などを KPI として設定し、政策の進捗と成果を定量的に評価する。このように、客観的指標に基づく継続的なモニタリングと改善を組み込むことで、EBPM (Evidence-Based Policy Making)の観点からも政策の有効性と正統性を担保する。

「シン・人生会議（ALP）」の社会的効果を適切に把握し、政策の有効性を担保するためには、明確かつ測定可能な成果指標(KPI)を設定する必要がある。基本的な指標としては、以下のようなものが例として挙げられる。

- ACP / ALP 実施率(年齢階層別・地域別)
- 意思記録の共有件数(医療・介護・地域支援機関間での情報連携回数)
- 希望通りの看取り実現率(本人が希望した場所での看取り割合)
- 急性期入院後の不要な延命医療回避率
- 家族・支援者の心理的負担軽減指標(遺族調査による後悔・葛藤スコア)

これらの指標は、国内外の動向や既存データソースとも親和性が高い。まず国内では、地域包括ケアの評価⁴⁵⁾や住民調査⁴⁶⁾にACP関連の設問を組み込む取組が見られ、ダッシュボード化や年次公表に接続しやすい。海外では、米国ではMedicareのACP談話に関する算定データ⁴⁷⁾、カナダ・ブリティッシュコロンビア州では「Advance Care Planning Engagement Survey」の継続調査⁴⁸⁾など、KPI設計時に参照可能なデータ源・測定枠組みが蓄積されている。いずれも「どのデータで、どう計測するか」を具体化するうえでの実務的な参考となる。

さらに、海外研究では、ACP完了患者のICU医療費が平均24.5%減少し、1入院あたり1,041～64,827米ドル(約16～990万円)の医療費削減が報告されている^{49), 50), 51)}。特定集団においては、最期の14か月間で9,500米ドル(約140万円)の削減効果も示されており⁴⁷⁾、KPIとして「医療費削減額」や「不要な入院回避件数」を組み込むことは、経済的効果の可視化にも有効である。

KPIは単なる事後評価のためだけでなく、政策サイクルの中で改善を促す「フィードバックループ」として機能させる



必要がある。定期的な公表と透明性の確保により、国民や関係者の信頼を醸成し、「シン・人生会議（ALP）」の文化的定着を促す土台となる。

さらに、指標の測定・データ取得にあたっては、自治体間の評価方法や記録様式のバラツキ、プライバシー保護に関する制度的配慮といった実務的課題が想定される。これらは全国的に共通の定義と集計基準を策定し、匿名化・セキュアなデータ連携を組み合わせることで克服可能であり、KPIの信頼性向上にも資する。

3.4. 制度化・社会実装に向けた戦略

本政策が実効性あるかたちで社会に受け入れられ、定着するためには、関係者の巻き込み、倫理的配慮、公平性の担保、導入ステップの設計に加え、利害関係者の期待と懸念を把握し適切に対応する運用が必要である。さらに、将来的には理念と制度を横断的に支える「ALP 推進基本法（仮称）」の整備も視野に入れ、制度基盤の持続可能性と公共的正統性を高めていくことが期待される。

3.4.1. 関係者の巻き込み【坂本 雅純・植野 剛】

医療・介護・法務・教育・地域福祉など複数分野にまたがる関係者を早期から巻き込み、共創型の制度設計を進める。同時に、各ステークホルダーの予想される反応（期待／懸念）を可視化し、エンゲージメント計画に解消策を織り込む。超党派議連や内閣府を含む関係省庁との連携体制を構築する。

本政策を社会に定着させるには、行政・現場・市民社会・産業界が「共創の場」で合意形成し、試行と改善を重ねる運用体制が不可欠である。以下、主要ステークホルダーごとに想定反応と巻き込み策を示す。

■ 行政（国・都道府県・市町村）

- 【想定する関心・懸念】 ①公益性の明確化（誰にどの恩恵があるか／反対意見への配慮）
②所管適合性（どの部署が責任主体か、縦割りをどう跨ぐか）
③実施体制（人員・予算・工程の現実性）。

【巻き込み策】 公益性の提示：現場の課題、想定される反対意見とその対応、定量・定性目標（KPI・期限）をセットで提示。

所管の見極めと横断連携：医療・介護部局を起点に、内閣府／デジタル庁／法務・文科・総務等と「共管」の座組を提案。幹部職員・議連へのブリーフィングも並走。

実施可能性の担保：人員内訳・予算内訳・スケジュール・統合候補事業（スクラップ＆ビルド）・民間側の役割を具体化。まずはパイロット（モデル自治体）＋補助メニュー案を提示し、成果次第で段階拡張。

■ 患者・家族・市民

【想定反応】 「重いテーマ」への心理的抵抗／任意性への不安。

【巻き込み策】 体験談（ポジティブ・ネガティブ双方）の可視化、ピアサポーター／市民アンバサダーの育成、学校・地域での小さな対話イベント、任意性・撤回可能性の明確化。



■ 医療・介護専門職（医師会・看護協会・介護団体 等）

【想定反応】 現場負担増大への懸念、倫理的ジレンマの縮減期待。

【巻き込み策】 研修・認定の標準化（時間外負担を増やさない e ラーニング中心）、記録様式の極小化・既存システムとの自動連携、ALP 情報が意思決定・退院支援を「楽にする」具体的ユースケースの共有、インセンティブと連動。

■ 法務・金融・保険（弁護士会・司法書士会・FP 協会・保険業界 等）

【想定反応】 実務接点が多いが「医療外」の語りの場が不足。

【巻き込み策】 相続・任意後見・保険見直し・ライフプラン相談と ALP を接続する共同ガイド／紹介ルートを整備。窓口での「はじめの一步」問診票（簡易版）の標準化。

■ 教育・職域（学校・大学・企業・産業医）

【想定反応】 カリキュラム・就業配慮の線引き不明。

【巻き込み策】 保健・公民・キャリア教育に ALP の要素を組み込む教材試作、企業の福利厚生（メンタルヘルス・介護離職対策）と連動した社内ワークショップ、産業医・人事のハンドブック整備。

■ 地域・宗教・NPO／ボランティア組織

【想定反応】 コミュニティの信頼を活かせるが運営資源に限られる。

【巻き込み策】 地域包括支援センター・民生委員・宗教者・図書館等での常設ミニ講座、助成スキームの設定、活動実績の可視化（ポイント／表彰）。

■ テクノロジー・データ基盤（EHR / 介護記録ベンダー・プラットフォーム運営）

【想定反応】 要件の不確実性、セキュリティ・責任分界への懸念。

【巻き込み策】 技術要件の早期公開（API・最小データセット・監査ログ・同意管理）、プライバシー・セキュリティは「設計に内包」（Privacy/Security by Design）、ベンダー協議会で実装順序を合意。

■ メディア・広報

【想定反応】 フレーミングの難易度。

【巻き込み策】 ガイドライン（語彙・イメージ・NG 例）とエビデンス提供、11月の「人生会議月間」と連動した生活者目線の特集、タレント起用時の当事者・患者会の事前レビュー。

【横断運用：エンゲージメントと合意形成】

ステークホルダーマップと「関与計画」（誰に・いつ・何を・どう伝えるか）を策定。

国・自治体・専門職・市民代表・ベンダーで構成する運営協議会を設置（倫理・プライバシー分科会併設）。

パイロット→評価→段階拡張のサイクルを明示し、KPI と外部検証をセットで公表。

想定される反応への先回り対応：任意性と撤回の保障／現場負担を増やさない設計／公平アクセス（デジタル・地域格差の緩和）／費用対効果と具体的恩恵の提示。

以上のように、各主体の合理と感情の双方に応える「具体策と座組」を同時に提示することで、関係者の納得と参加を引き出し、制度化・社会実装の推進力へと転化していく。



3.4.2. 倫理的配慮と公平性の担保【植野 剛】

人生会議の普及においては、本人の自由意思を尊重しつつ、意思を表明しない選択も許容される制度設計が必要である。任意性・アクセス格差・社会的評価のバランスを丁寧に設計し、強制と誤解されない制度構築を行う。

「シン・人生会議（ALP）」の普及は、本人の自由意思の尊重なくては進み得ない。そもそも実施しないことや、途中で内容を変更・撤回することも、制度の中で明確に保障される必要がある。普及を急ぐあまり、意図せず「やらなければならない」という社会的同調圧力や誤解を生まないよう、制度設計においては任意性の確保が最優先される。

また、地域や属性によるアクセス格差への配慮も不可欠である。都市部と地方、デジタル活用の可否、障害の有無、言語や文化的背景の違いなどに応じ、紙媒体・対面・電話・オンラインなど複数の手段を標準的に整備する必要がある。必要に応じて通訳や点字、読み上げなどの合理的配慮を組み込み、あらゆる人が平等に利用できる環境を保証する。

記録や情報共有にあたっては、目的外利用の禁止、アクセス権限の最小化、履歴管理など、プライバシー保護の原則を徹底する。制度としての促し方も、「未実施者に不利益を与える」形ではなく、案内の同封や相談機会の提供など、あくまで自然に行動を後押しする仕組みにとどめるべきである。

さらに、意思決定が難しい場面では、代理人のみに依存せず、第三者や公的機関に相談できる経路を確保することが望ましい。制度運用においては、苦情・異議申立ての受付や、年次での公平性評価を実施し、継続的な改善につなげることが求められる。

このように、任意性・公平性・プライバシーを守る仕組みを土台としてこそ、「シン・人生会議（ALP）」は強制感ではなく安心感を伴って社会に根づいていくものと考ええる。



3.4.3. 政策タイムライン【河野 勝紀】

調査・開発・人材育成・情報基盤整備・制度運用という段階的導入により、社会的受容と制度定着を両立させる。
2029年度以降には KPI に基づく本格評価を実施するとともに、「ALP 推進基本法(仮称)」の立法検討も視野に入れ、次の制度展開への基盤を整える。

「シン・人生会議(ALP)」を社会に自然に根付かせるためには、一挙導入ではなく、段階的な展開によって国民・医療関係者の理解と信頼を醸成しつつ、制度的基盤を整備していくことが不可欠である。以下はその実現に向けた工程のイメージである。

- 2026(令和8)年度
 - 「シン・人生会議(ALP)」全世代型ガイドラインの策定(3.2.1)
 - 人生会議月間・広報キャンペーンの強化(3.2.1)
 - 調査事業の実施によるインセンティブ設計の検討(3.2.3)
 - データ基盤の構築可能性の検討(3.2.4)
 - 「ALP 推進基本法(仮称)」法制度改正の可否を検討
- 2027(令和9)年度
 - 情報提供や人材育成支援に関する事業の本格実施(3.2.1)(3.2.2)
 - データ基盤構築に向けた技術的・制度的準備の着手(3.2.4)
- 2028(令和10)年度
 - 一部地域における選択制による試験的制度運用の開始
 - データ基盤の完成とマイナポータルとの接続準備完了(3.2.4)
- 2029(令和11)年度
 - 制度運用の全国的な実質定着
 - マイナポータルとの本格連携運用開始(3.2.4)
- 2030(令和12)年度以降
 - KPI の本格的な計測と制度効果の検証(3.3.)
 - 必要に応じた制度改正や改善案の策定

このような段階的アプローチを通じて、「シン・人生会議(ALP)」は「義務的な制度」ではなく「望ましい文化」として、誰もが安心して参加できる枠組みとして定着していくことを目指す。



4. 結論と実現への呼びかけ 【植野 剛】

本章では、「人生会議」の再定義によって描かれる未来像をあらためて確認し、その価値を個人・制度・社会の各レベルで位置づける。そして、すでに実行可能な政策群が整備されつつある今こそ、制度化に向けて次のステージへの一歩を踏み出すことの意義を、強く呼びかける。

本稿では、平時からの「シン・人生会議（ALP）」実施を社会文化として根づかせるための政策提案を、①理念の再定義、②制度的要件の整理、③多層的な施策パッケージという三段構えで提示した。これらはいずれも、本人・家族・支援者・社会の全てに恩恵をもたらすことを目的としており、既存制度や地域資源と接続することで現実的に実行可能である。実現のためには、関係者間の共創と EBPM に基づく継続的改善、そして社会全体での文化的受容が不可欠である。

4.1. 人生会議の普及は「死の準備」ではなく「生の設計」

「シン・人生会議（ALP）」は、人生の最終段階の医療・ケアの選択を目的とした行為ではなく、人生を通じて自らの価値観や生き方を見つめ直し、共有するための対話である。その起点は、病気や高齢期ではなく、健康な日常の中にこそある。若年層から高齢者まで誰もが、自分にとって大切なものを語り合う文化が広がれば、意思決定の質は飛躍的に高まる。

4.2. 個人・現場・制度の「三方よし」

「シン・人生会議（ALP）」の推進は、本人にとっての納得できる選択にとどまらず、家族や支援者、医療者、さらに社会制度全体に恩恵をもたらす。すなわち個人・現場・制度の三層に広がる「三方よし win-win-win」の構造である。

まず、個人にとっては、自らの価値観に沿った選択が実現しやすくなり、家族も判断への後悔や葛藤を減らすことができる。

次に、現場にとっては、本人の意思が可視化されることで判断の迷いや倫理的ジレンマが軽減され、職務満足度や医療の効率性が高まる。

最後に、制度にとっては、本人が望まない過剰医療の回避や在宅療養の促進が医療資源の適正配分につながり、社会保障の持続可能性を支える。

このように「シン・人生会議（ALP）」は、個人の幸福と制度の持続可能性を両立させる仕組みであり、国民的な納得感を大切にしつつ文化として根付けば、日本社会全体のウェルビーイング well-being 向上にも寄与する。

4.3. 制度化の準備は整いつつあり、今こそ実行のとき

本稿で示した施策群は、既存制度や地域の取組に統合しながら段階的に実行可能である。すでに行政、医療・介護現場、地域コミュニティにおいて、実践に向けた動きが芽吹いている。今後は、関係者を横断的に結び、理念と制度を一体化させる「ALP 推進基本法（仮称）」の制定を視野に入れるべき段階にきていると考え、私たちも既に準備を開始している。

今こそ、「人生会議」を「特別なもの」から「日常の営み」へと転換し、日本の新しい文化として定着させるための第一歩を、社会全体で踏み出すときである。



参考文献

- 1) 厚生労働省. (2018, Mar. 14). 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. Retrieved Jul. 13, 2025, from <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>
- 2) 厚生労働省. (2023, Dec. 28). 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. 厚生労働省. Retrieved Jul. 13, 2025, from https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_r04.pdf
- 3) 菊本 由里, 徳重 あつこ, 岩崎 幸恵. (2022). 日本における認知症高齢者のアドバンス・ケア・プランニングの概念分析. 日本看護科学会誌, (42), 468-475. <https://doi.org/10.5630/jans.42.468>
- 4) 厚生労働省. (2025, Mar.). 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）. 厚生労働省. Retrieved Jul. 13, 2025, from <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001484891.pdf>
- 5) Younan, S., Cardona, M., Sahay, A., Willis, E., & Chroinin, D. N. (2023, Sep. 15). Advanced care planning in the early phase of COVID-19: a rapid review of the practice and policy lessons learned. Frontiers in Health Services, (3). <https://doi.org/10.3389/frhs.2023.1242413>
- 6) Jung, H., Akishita, M., Iwamoto, Y., Tanabe, J., Hirohama, K., & Ishii, S. (2025, Apr. 7). Rate of advance care planning practice during the COVID-19 outbreak in Japan: a cross-sectional survey study. Aging Clin Exp Res, 37(1), 116. <https://doi.org/10.1007/s40520-025-03004-9>
- 7) Tanaka, M., Bito, S., Enzo, A., Okita, T., & Asai, A. (2021, Sep. 24). Cross-sectional survey of surrogate decision-making in Japanese medical practice. BMC Medical Ethics, 22, 128. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00698-0>
- 8) Vig, E. K., Starks, H., Taylor, J. S., Hopley, E. K., & Edwards, K. (2007, Oct.). Surviving Surrogate Decision-Making: What Helps and Hampers The Experience of Making Medical Decisions for Others. Journal of General Internal Medicine, 22(9), 1274-9. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-007-0252-y>
- 9) Teraoka, E., Kunisawa, S., & Imanaka, Y. (2021, Jun. 30). Trajectories of end-of-life medical and long-term care expenditures for older adults in Japan: retrospective longitudinal study using a large-scale linked database of medical and long-term care claims. BMC Geriatrics, 21, 403. <https://bmccgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-021-02215-9>
- 10) 鈴木 亘. (2015). レセプトデータによる終末期医療費の削減可能性に関する統計的考察. 学習院大学経済論集, 52 (1), 15-47. https://www.gakushuin.ac.jp/univ/eco/gakkai/pdf_files/keizai_ronsyuu/contents/contents2015/5201/5201suzuki/5201suzuki.pdf
- 11) IMF. (2014). Japan: Demographic Challenges and Fiscal Sustainability. International Monetary Fund. <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2014/wp14142.pdf>
- 12) 人口動態統計 (e-Stat). 自宅死亡割合 (2021年: 約 17.2%) 等. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897>
- 13) 厚生労働省. (2009, Apr. 22). 平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2- 後期高齢者終末期相談支援料に係る調査 -報告書 (案). Retrieved Jul. 25, 2025, from https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/04/dl/s0422-3h_0001.pdf
- 14) 日本共産党. (2008, June 26) 後期高齢者医療「終末期相談料」導入に批判の声. しんぶん赤旗. Retrieved Jul. 25, 2025, from https://www.jcp.or.jp/akahata/aik07/2008-06-26/2008062601_02_0.html
- 15) NHK. (2019, Dec. 2) “人生会議” ポスター配布中止の波紋 | サイカルジャーナル. NHK NEWS. Retrieved Jul. 25, 2025, from https://www3.nhk.or.jp/news/special/sci_cul/2019/12/column/column_191202/
- 16) 宮下 洋一 (2020). 『安楽死を遂げるまで』. 小学館.
- 17) 中央社会保険医療協議会 (中央社会保険医療協議会総会). (2020. Jun. 10). 地域包括ケア病棟入院料の取扱いについて. Retrieved Jul. 25, 2025, from <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000638365.pdf>



参考文献

- 18) 公益社団法人日本医師会 生命倫理懇談会（2020）. 人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン.
- 19) 日本集中治療医学会倫理委員会.（2017）. 生命維持治療に関する医師による指示書（Physician Orders for Life-sustaining Treatment, POLST）と Do Not Attempt Resuscitation（DNAR）指示. 日本集中治療医学会誌 ;24:216-26. https://www.jsicm.org/pdf/DNAR20161216_kangae_02.pdf
- 20) Centers for Medicare & Medicaid Services. Medicare Program; Revisions to Payment Policies Under the Physician Fee Schedule and Other Revisions to Part B for CY 2016. Federal Register. 2015 Nov 16;80(220):70886-71386. <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2015-11-16/pdf/2015-28005.pdf>
- 21) Alexandre, N., Anthony, M., Theo, C., Veronique, T., Marie, F., Sebastien, S.,(2016 Oct 20). End-of-Life Practices in France under the Claeys-Leonetti Law: Report of Three Cases in the Oncology Unit. Case Rep Oncol. 9(3):650-654. doi: 10.1159/000450940
- 22) U Wiesing, R J Jox, H-J Hessler, G D Borasio.(2010 Dec). A new law on advance directives in Germany. J Med Ethics.36(12):779-83. doi: 10.1136/jme.2010.036376.
- 23) Sugimoto Y. (2020).Death and bereavement in Japanese society. In: Sugimoto Y, editor. Handbook of Japanese Culture and Society. Berlin/Boston: De Gruyter. p. 393-408. doi:10.1515/9783110597745-027
- 24) Lin CP, Chen PJ, Cheng SY. 森 雅紀, 木澤 義之. (2022) 「2. ACP の取り組みの現況と課題 E. 海外における ACP 1) 台湾」. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団. I . アドバンス・ケア・プランニング(ACP) の概念と実践への取り組み .p. 51-58.
- 25) Sudore RL, Fried TR. Redefining the "planning" in advance care planning: preparing for end-of-life decision making. Ann Intern Med. 2010;153(4):256-261.
- 26) Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. BMJ. 2010;340:c1345.
- 27) Wright AA, Zhang B, Ray A, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. JAMA. 2008;300(14):1665-1673.
- 28) Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. JAMA. 2000;284(19):2476-2482.
- 29) Sprung CL, Cohen SL, Sjokvist P, et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. JAMA. 2003;290(6):790-797.
- 30) Curtis JR, White DB. Practical guidance for evidence-based ICU family conferences. Chest. 2008;134(4):835-843.
- 31) Heyland DK, Barwich D, Pichora D, et al. Failure to engage hospitalized elderly patients and their families in advance care planning. JAMA Intern Med. 2013;173(9):778-787.
- 32) 厚生労働省. 全国医療情報プラットフォームの概要 [Internet]. 東京 : 厚生労働省 ; 2023 Jul 24 [cited 2025 Aug 9]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/12600000/001332014.pdf>
- 33) Houben CHM, Spruit MA, Groenen MTJ, Wouters EFM, Janssen DJA. Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. J Am Med Dir Assoc. 2014;15(7):477-489.
- 34) Klingler C, in der Schmitt J, Marckmann G. Does facilitated Advance Care Planning reduce



参考文献

the costs of care near the end of life? Systematic review and ethical considerations. *Palliat Med.* 2016;30(5):423-433.

35) Morrison RS, et al. Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs. *Arch Intern Med.* 2008;168(16):1783-1790.

36) Wendrich-van Dael A, Billekens P, van der Steen JT, et al. Advance care planning in frail older adults: a cluster randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68(6):1216-1224.

37) Curtis JR, Engelberg RA, Bensink ME, Ramsey SD. End-of-life care in the intensive care unit: can we simultaneously increase quality and reduce costs? *Am J Respir Crit Care Med.* 2012;186(7):587-592.

38) Dzung E, Colaianni A, Roland M, et al. Moral distress among physicians and nurses: impact on burnout, job satisfaction, and intention to leave. *J Gen Intern Med.* 2016;31(4):419-426.

39) Kross EK, Curtis JR, Stapleton RD. The importance of addressing advance care planning and decisions about do-not-resuscitate orders during novel coronavirus 2019 (COVID-19). *JAMA.* 2020;323(18):1771-1772.

40) Bond WF, Kim M, Franciskovich CM, Weinberg JE, Svendsen JD, Fehr LS, et al. Advance care planning in an Accountable Care Organization is associated with increased Advanced Directive documentation and decreased costs. *J Palliat Med.* 2018; 21 (4): 489-502. doi:10.1089/jpm.2017.0566

41) 厚生労働省. 令和6年度「人生会議」(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)普及啓発イベントのお知らせ .Retrieved Jul. 25, 2025, from https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_44459.html

42) 株式会社博報堂. 政府調達 .Retrieved Aug.12, 2025, from <https://irbank.net/chotatu/8010401024011?n=6000012070001>

43) 厚生労働省. 企業支出詳細情報 .Retrieved Aug.12, 2025, from <https://www.mhlw.go.jp/spending/cdetail?ckigyo=%E6%A0%AA%E5%BC%8F%E4%BC%9A%E7%A4%BE%E3%82%A8%E3%83%8C%E3%83%BB%E3%83%86%E3%82%A3%E3%83%BB%E3%83%86%E3%82%A3%E3%83%BB%E3%83%87%E3%83%BC%E3%82%BF&ckingaku=36%2C792%2C532%2C540&cnendo=%E4%BB%A4%E5%92%8C4%E5%B9%B4%E5%BA%A6&page=11>

44) 行政事業レビュー見える化サイト. 人生の最終段階における医療体制整備等事業 .Retrieved Aug.12, 2025, from <https://rssystem.go.jp/project/d77019c4-be16-472e-a92a-3db3f9df764e?activeKey=activities>

45) 静岡市. 在宅医療の提供と連携に関する実態調査について(資料2)[Internet]. 静岡: 静岡市; [cited 2025 Aug 9]. Available from: <https://www.city.shizuoka.lg.jp/documents/8390/siryo2.pdf>

46) 吹田市. 令和5年度 医療に関する市民アンケート調査[Internet]. 吹田市: 吹田市; 2,024 Feb [cited 2025 Sep 19]. Available from : <https://www.city.suita.osaka.jp/kenko/1018600/1018627/1018628/1029701.html>

47) Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Advance Care Planning (MLN Fact Sheet MLN909289) [Internet]. Baltimore (MD): CMS; 2025 Mar [cited 2025 Aug 10]. Available from: <https://www.cms.gov/files/document/mln-advanced-care-planning.pdf>

48) Carter RZ, Hassan E, Barwich D. Advance care planning in British Columbia: awareness and engagement (2012-2020). *BMJ Support Palliat Care.* 2024;14(e3):e2896-e2903. doi:10.1136/spcare-2023-004568

49) Nicholas LH, et al. Advance care planning and acute medical care at the end of life: A systematic review. *JAMA Intern Med.* 2014;174(3):500-507.



参考文献

50) Bischoff KE, et al. Advance care planning and reduction of intensive treatments in the last month of life. Health Aff (Millwood). 2013;32(2):340-347.

51) Zhang B, et al. Health care costs in the last week of life: Associations with end-of-life conversations. Arch Intern Med. 2009;169(5):480-488.