

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）

千葉県健生東葛会所属、財団スタッフ（学術・研修担当）

医学博士 橋爪 武司 gptqj197@ybb.ne.jp

はじめに

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）については、日本では、ニーズの高まりに対して、認知度は高いとは言えない。

健常人と疾患もちの人、成人と高齢者、同居人と独居人などACPに対する考え方は異なり、個人でも環境の変化などでACPとしての要望が異なる。

ADとして相談・アドバイスを行う上で参考となる、ACPの基本的な方針・取組及び課題について記載する。

1. ACPとは
2. 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
3. 意思決定に関する枠組み・実施時期
4. 医療的ケア計画表・ACP(事前ケア計画)：追跡表

1. ACPとは

人生の最期を尊厳をもってどのように過ごしたいかについては、今後は本人の自主的な意思に基づく医療と家族の理解が重要であり、人生の最終段階における救命・延命措置などについて事前に本人の意思・希望などを確認し、対応を考えておかねばならない。このため、人生の最終段階へ向けての平素から意思の確認の手順であるACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生会議）が広く定着することが望まれている。（新テキスト）

ACPの愛称を「人生会議」に決定しました

アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning：ACP）とは、患者さん本人と家族が医療者や介護提供者などと一緒に、現在の病気だけでなく、意思決定能力が低下する場合に備えて、あらかじめ、終末期を含めた今後の医療や介護について話し合うことや、意思決定が出来なくなったときに備えて、本人に代わって意思決定をする人を決めておくプロセスを意味している。

この話し合いは、たとえば入院のたびごとに、繰り返し行われ、その都度、文書として残す。リビング・ウィルや事前指示書は、病気のあるなしにかかわらず、いつかは理性的判断ができなくなることがあることを想定し、自分自身の人生

の終末期には、このようにして欲しいと希望を述べておく書類ですから、特定の医療施設や介護施設を想定しているものではない。

一方、アドバンス・ケア・プランニングにより作成される文書は、本人が、家族を交えつつ、当該の医療者や介護提供者と話し合う結果作成される書類であり、当該医療施設や介護施設にとっての事前指示書に該当する。当然のことながら、患者本人のリビング・ウィルをこの文書の中に織りこむことができるので、作成したリビング・ウィルを施設側に渡す。

2. 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

1) ガイドラインの概要

人生の最終段階における医療・ケアについては、医療従事者から適切な情報提供と説明がなされたうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとしての方針の決定を行うことが重要である。

厚生労働省では、人生の最終段階を迎えた本人や家族等と医療・ケアチームが、最善の医療・ケアを作り上げるための合意形成のプロセスを示すものとして、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を策定している（改訂 平成30年3月）。

[人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン](#)

[\[PDF形式：102KB\]](#)

[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 \[PDF形式：211KB\]](#)

このガイドラインは法律ではないが、ACPの過程において作られた書類は、当該の医療・介護施設に対しては、リビング・ウィルや事前指示書としての効力を発揮し、本人の意思は十分尊重されるようになった。また、医療・介護側も、このガイドラインに沿って、本人の意思にしたがって終末期医療に対応するのであれば、法律はなくても、問題は起きないと言われる。

オーストラリアでは、Advance Care Directive（事前ケア指示書）という名称で、弁護士や裁判所を介することなく、患者が医療者と話し合うことにより、予め想定できることはリビング・ウィルで意思表示しつつ、自らが決定できなくなるときに備えて、代理人を定めておくことができる法律が施行されている。

わが国でも、厚生労働省が、射水市民病院呼吸器取り外し事件後の2004年に初出し、2018年に4度目の改訂版を出した「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」において、アドバンス・ケア・プランニングの概念が導入されており、心身の状態の変化等に応じて本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針を、繰り返し話し合うことと、本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載している。

ガイドラインの手順：

- ↓ 一人で決めない
- ↓ 一度に決めない
- ↓ 患者と医療者との十分な対話が必要。その上で患者の意思を尊重する
- ↓ 医療者内での多職種連携
- ↓ 患者自身の意思が確認できない時には、・・・助言を得るなど

2) 自らが望む人生の最終段階における医療・ケア

誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気やケガをする可能性があります。命の危険が迫った状態になると、約70%の方が医療・ケアなどを自分で決めたり、望みを人に伝えたりすることができなくなると言われている。

自らが希望する医療・ケアを受け入れるために、

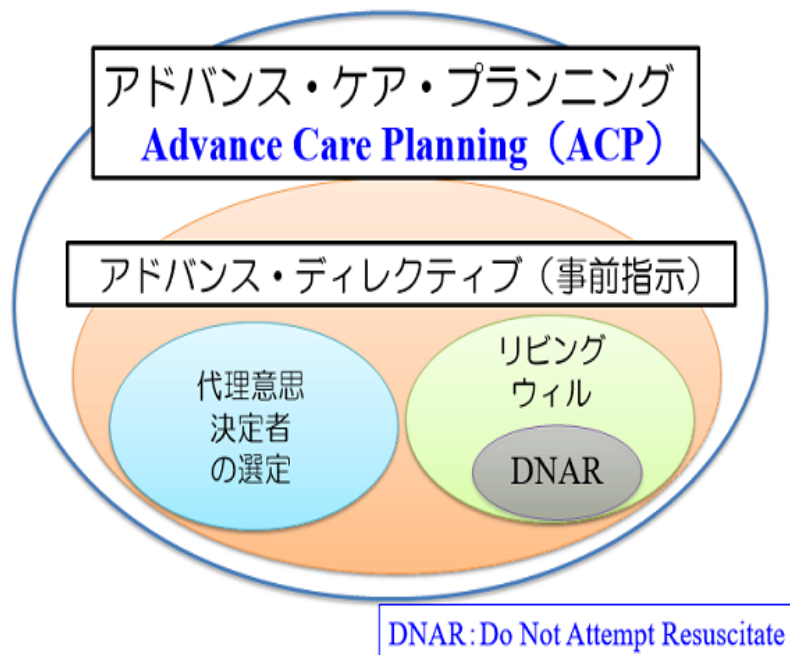
大切にしていることや望んでいること、どこで、どのような医療・ケアを望むかを

自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。

あなたの心身の状況に応じて、かかりつけ医等からあなたや家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要である。このような取組は、個人の主体的な行いによって考え、進めるものです。知りたくない、考えたくない方への十分な配慮が必要である。(厚生労働省)

3. 意思決定に関する枠組み・実施時期

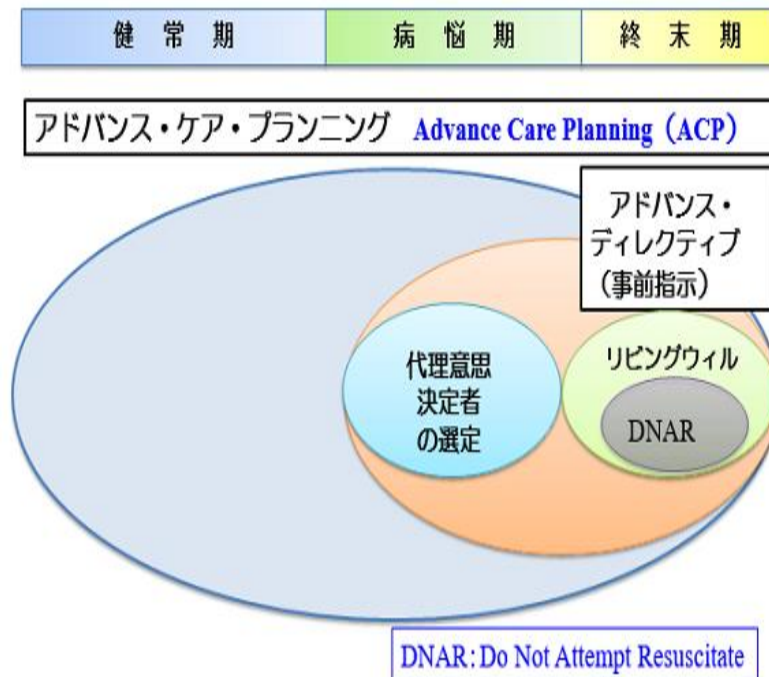
1) 意思決定に関する枠組み



阿部泰之：「コミュニケーションと意思決定支援」資料より、あさひかわ緩和ケア講座

2) 意思決定に関する枠組みの実施時期

早すぎてもダメ、遅すぎてもダメと難しい。タイミングを逃さない実施が必要。



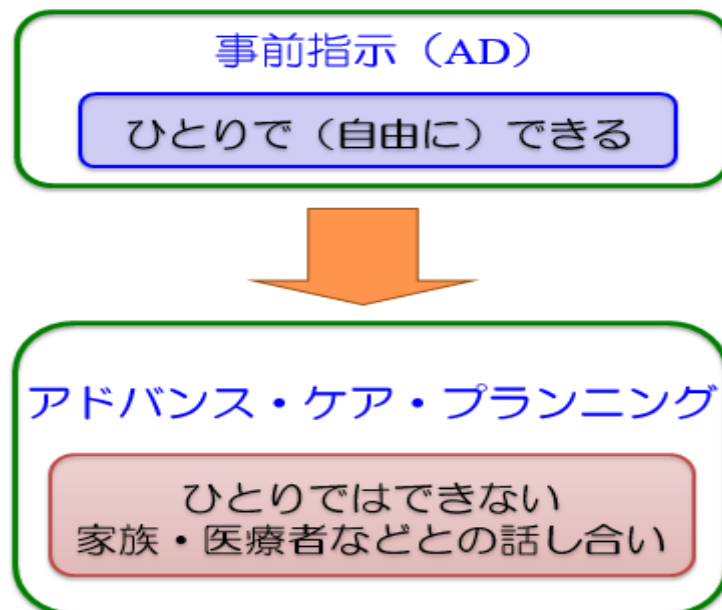
阿部泰之：から改変

早すぎると不明確、不正確なものとなってしまう、真剣に考えない、利点より害が多い。一方、遅すぎると、行えない・行われぬ（患者の不安と否認、医師の配慮、話にくさ、直前に事務的に、もしくは家族のみになど）。

- ・患者のニーズからみた基準
 - 重度の身体症状（痛み、呼吸困難など。10段階で7-10）
 - 重度の精神症状（抑うつ、不安など。10段階で7-10）
 - 早く死なせてほしいと患者が求めた時
 - スピリチュアル・実存的な危機にある時
 - 意思決定支援、ケア計画の支援が必要な時
 - 緩和ケアを受診したいと患者が求めた時
 - せん妄がある時
 - 脳転移・髄膜転移
 - 脊髄圧迫・馬尾症候群
- ・病期・病状からみた基準
 - 予後が1年以内と推定される進行がん診断から3ヶ月以内
 - 二次化学療法でPDと判断された進行がん患者

Hui D. Lancet Oncol. 2016

3) 事前指示とアドバンス・ケア・プランニング



4) 終末期の話し合いをしにくくする要因

終末期の話し合いをしにくくする要因として以下の報告がある。

1. 家族が（抗がん剤）治療の限界を理解するのが困難・・・5.8
2. 家族の中で意思統一ができない・・・・・・・・・・5.7
3. 患者が（抗がん）治療の限界を理解することが難しい・・・5.7
4. 医師が予後を予測することが難しい・・・・・・・・・・5.1
5. 医師の時間がない・・・・・・・・・・5.1
6. 医師が訓練を受けていない・・・・・・・・・・4.5
7. 医師が希望を失わせたくないと思う・・・・・・・・・・4.2
8. 医師が訴訟を恐れる・・・・・・・・・・3.5

カナダ：You, J. J. et. al

5) ACPの特徴

ACPを行うことのメリット・利点として、以下の報告がある。

☆患者の自己コントロール感が高まる。

☆死亡場所との関連（病院死の減少）。

☆代理決定者-医師のコミュニケーションが改善。

☆より患者の意向が尊重されたケアが実践され、患者と家族の満足度が向上し、遺族の不安や抑うつが減少する。

*Degenholtz, Ann Intern Med. 2004 Morrison, J Am Geriatr Soc. 2005 Teno
J. JAGS 2007*

ACP (Advance Care Planning) の特徴

ACP の利点

- ・ 患者の意向を尊重できる
- ・ 患者の病気に対する
- ・ 自己コントロール感が高まる
- ・ 症状を伝えることによる希望の喪失・抑うつ状態はない

ACP の欠点

- ・ 病状の悪化を予想して回答することが難しい
- ・ 医師の時間と手間がかかる
- ・ 患者・家族にとってつらい体験となる可能性
- ・ ACP のタイミングが難しい

出典：『アドバンス・ケア・プランニング いのちの終わりについて話し合いを始める』（厚生労働省）を参考に作成 2018年12月13日更新

6) どのような介入が求められるか

- ・ 診断について話し合う
- ・ 予後と治癒が可能かについて率直に話し合う
- ・ 治療のゴールを話し合う
- ・ 標準化された症状評価ツールに基づいて症状マネジメントする（ESASやMSAS）
- ・ つらさの寒暖計などつらさを評価する
- ・ 精神的評価とサポート
- ・ 早期からのホスピスプログラムの関与（亡くなる3-6か月前にあらかじめ受診しておく）

Good Working lists for PC. Smith TJ, et al. JCO2012

4. 医療的ケア計画表・ACP(事前ケア計画)：追跡表、

1) 医療的ケア計画表

医療的ケア計画表

R ICUにおける蘇生術	R1	(患者or家族は)必要な検査と、蘇生術全般を含むICU管理を希望すれば利用できる。
	R2	(患者or家族は)必要な検査と、ICU管理や挿管は希望するが心マッサージは希望しない。
	R3	(患者or家族は)必要な検査と、ICU管理は受け入れるが挿管や心マッサージは希望しない。
M 蘇生術は行わない	M1	診断と治療が必要と判断された場合は救急施設への搬送を考慮する。
	M2	理解力の改善と症状の緩和が見込まれる以外は、搬送を考慮しない。
C 緩和を主とする	C1	搬送は理解力の改善と症状の緩和のためには行われ得る。
	C2	症状の緩和に最大限の努力がはらわれる。通常、搬送は行われない。

阿部泰之：「コミュニケーションと意思決定支援」資料より、あさひかわ緩和ケア講座

2) ACP(事前ケア計画)：追跡表

ACP追跡表 ケア計画の目標		患者ラベル貼付枠	
主要要素	1. 現在の治療での夜ごと予想される結果 2. 患者の価値観と各種治療法への理解度と期待度 3. 各種の生命維持手段/利点の程度(緩和ケア、精神ケア、SW 等) 4. 快適さの維持管理 5. その他の有用な手段(カイゴサービス等) 6. ケア計画の目標		
相談日(年/月/日)	主要要素	相談の要点	参加者
医療機関関係者の相談記録(氏名と理解力)		署名	機関名
医療機関関係者の相談記録(氏名と理解力)		署名	機関名
原本は〇〇〇に置かれ、患者が保有する/患者が搬送されたり/退院した場合は居住者がコピーを保有する			

阿部泰之：「コミュニケーションと意思決定支援」資料より、あさひかわ緩和ケア講座

3) ACPの課題・問題点

ACPの現時点における課題・問題点として、以下が挙げられている。

☆患者が将来を予想すること自体が困難 - 不確実性、低いヘルスリテラシー、教育水準、重篤な病状

☆話し合いのときは侵襲や有害事象を受け入れられないが、いざとなると受け入れる現状 - 人工呼吸器、経管栄養、心臓蘇生

☆実際の臨床に適用することのむずかしさ - 選択肢に具体性がない、手術、化学療法、転院などへの対応

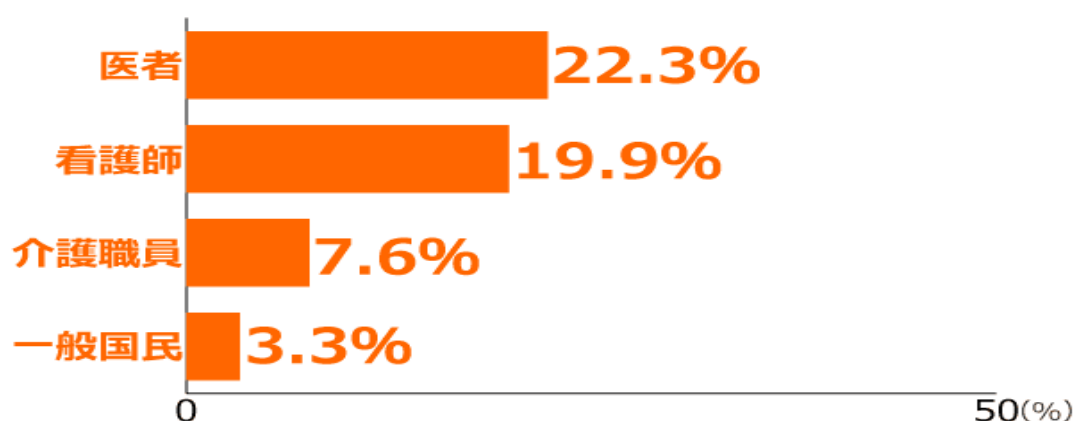
また日本の現状・主な課題は以下の通りである。

★ACPをよく理解している専門家やコーディネーター、一般国民が少ない
 - 特に医師や国民の関心がまだ低い

★ACPを受け入れる医院・院内体制が不十分 - 特に在宅医療医の時間が不規則、手間がかかると避けるなりたがらない

★希望しても無理との諦め感が国民にある - 居住近くにかかりつけ医はいるが、専門的在宅医療医がない

ACPを「よく知っている」と答えた職種の割合



出典：『人生の最終段階における医療に関する意識調査』（厚生労働省）

2018年12月13日更新

おわりに

一度しかない人生、本人の望通りにかつ家族も納得する終末期を迎えたいものである。ACPの目標は、患者の価値や目標、選好を実際に受ける医療に反映させることにあるが、今の日本では種々の課題があり簡単ではない。

ADとしてACPについて学び・理解し、助言・相談にのれるよう期待する。

参考文献・資料

- ・アドバンス・ケア・プランニング いのちの終わりについて話し合いを始める（神戸大学大学院医学研究科 先端緩和医療学分野 木澤 義之）（PDF）
- ・阿部泰之：「コミュニケーションと意思決定支援」資料より、あさひかわ緩和ケア講座