

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）研修会 －基礎編－

オリーブ在宅クリニック 院長 木村 卓二

<監修>

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

在宅医療・地域連携診療部長 兼 在宅連携医療部長 三浦 久幸



名古屋市医師会におけるACPの取り組み

＜平成30年度＞

愛知県「人生の最終段階における医療体制整備事業」における
相談対応力向上研修（あいちACPプロジェクト）への参加。

実施主体：国立長寿医療研究センター（愛知県委託事業）

事業目的：人生の最期までその人らしく暮らし続けられるために、研修など
教育を通じて、高い意思決定支援能力を有する保健医療従事者を養成、
支援することにより、愛知県民が葛藤少なく、納得した人生最終段階
の医療やケアが選択できる医療提供体制を構築する。

内 容：県内10カ所の研修実施機関（地域拠点）の一つとして、相談対応力向
上研修を実施。

本研修を通じて、人生の最期までその人らしく暮らし続けられるため
に、高い意思決定支援能力を有する保健医療従事者の養成を実施。

名古屋市医師会におけるACPの取り組み

<目的>

市内の医師を始めとする多職種のACPに対する理解を深め、多職種の円滑な連携により、在宅療養者が安心して在宅生活を続けることができるようになることを目的として以下の事業を実施。

令和元年度 ACP研修会 <多職種対象>

	概論編	フォローアップ編
主 催	市医師会・区医師会・区センター	区医師会・区センター
目 的	①ACPに関する基礎的な知識の習得 ②多職種チームによる意思決定支援についての理解 ③各職種の実践にACPが含まれることの理解	①ACPに関する知識の向上 ②多職種チームによる意思決定支援の実践力の向上
内 容	講義+グループワーク	講義+グループワーク
その他	研修受講者には「修了証」を発行。 修了者リストをホームページ等で公開。	概論編を受講していることが前提

ACP普及啓発 <市民対象>

自分自身で人生の最終段階について考えること、家族や知人、関わっている多職種と話をしていくことに対する普及啓発を行う。16区共通の取組みとして、名古屋市独自のACPパンフレットを作成する。

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは

アドバンス・ケア・プランニングとは、個人の価値観、人生の目標、医療・ケアに関する選好を理解し共有するプロセスである。対象はあらゆる年代のあらゆる健康ステージにある成人とする。

（あいちACPプロジェクト）

http://www.ncgg.go.jp/hospital/overview/organization/zaitaku/eol/aichi_acp/h30/kensyu_gaiyo.html

アドバンス・ケア・プランニングの定義

- **アドバンス・ケア・プランニングは将来の医療に関しての個人の価値観、人生のゴール、治療選好を理解し、共有することで、全ての年齢層の成人、すべての健康ステージを支えるプロセス**
- **アドバンス・ケア・プランニングのゴールは、その人が重篤な慢性疾患に罹患したときに、その人の価値観、目標や治療選好に一致した医療が受けられることが確実になるようにサポートすること**
- **多くの人にとっては、そのプロセスには、もはや自分では意思決定できない事態において、代わりに意思決定してくれる信頼できる人を選び、準備することが含まれる**

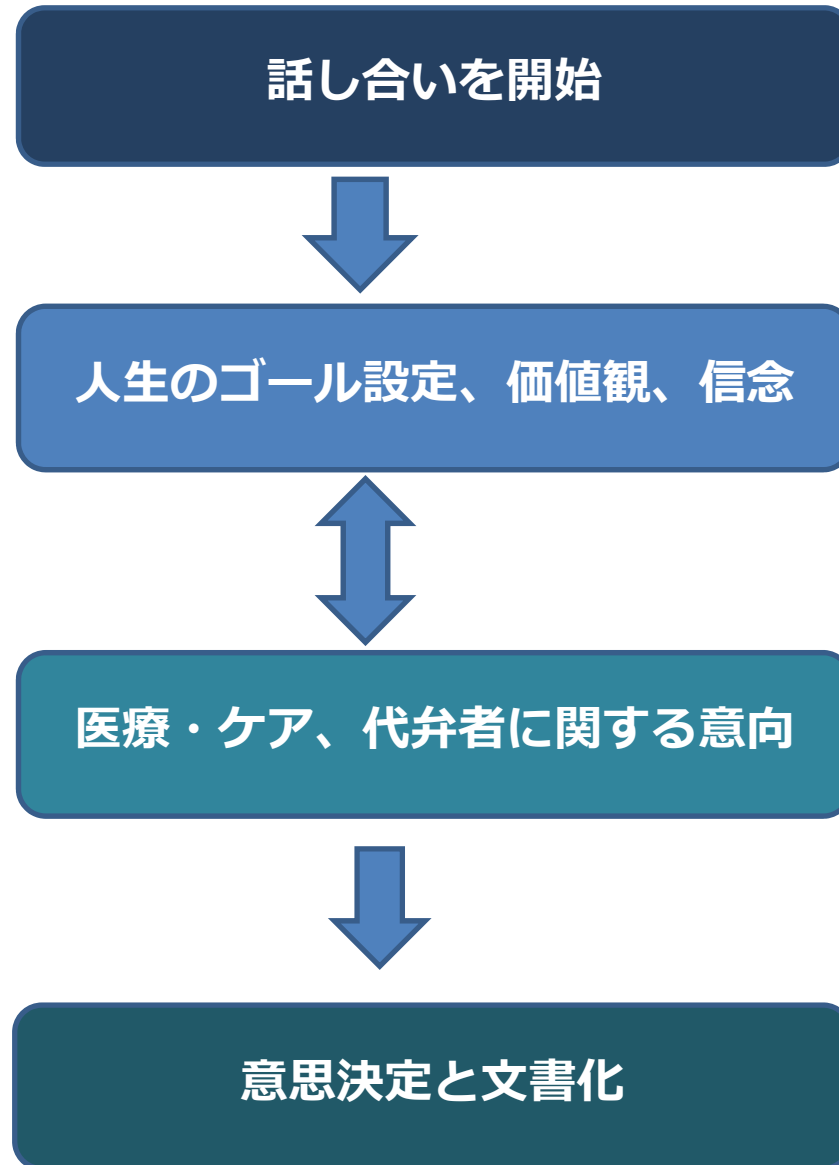
Sudore RL, et al. Journal of Pain and Symptom Management 53:821-832, 2017

ACPの効用

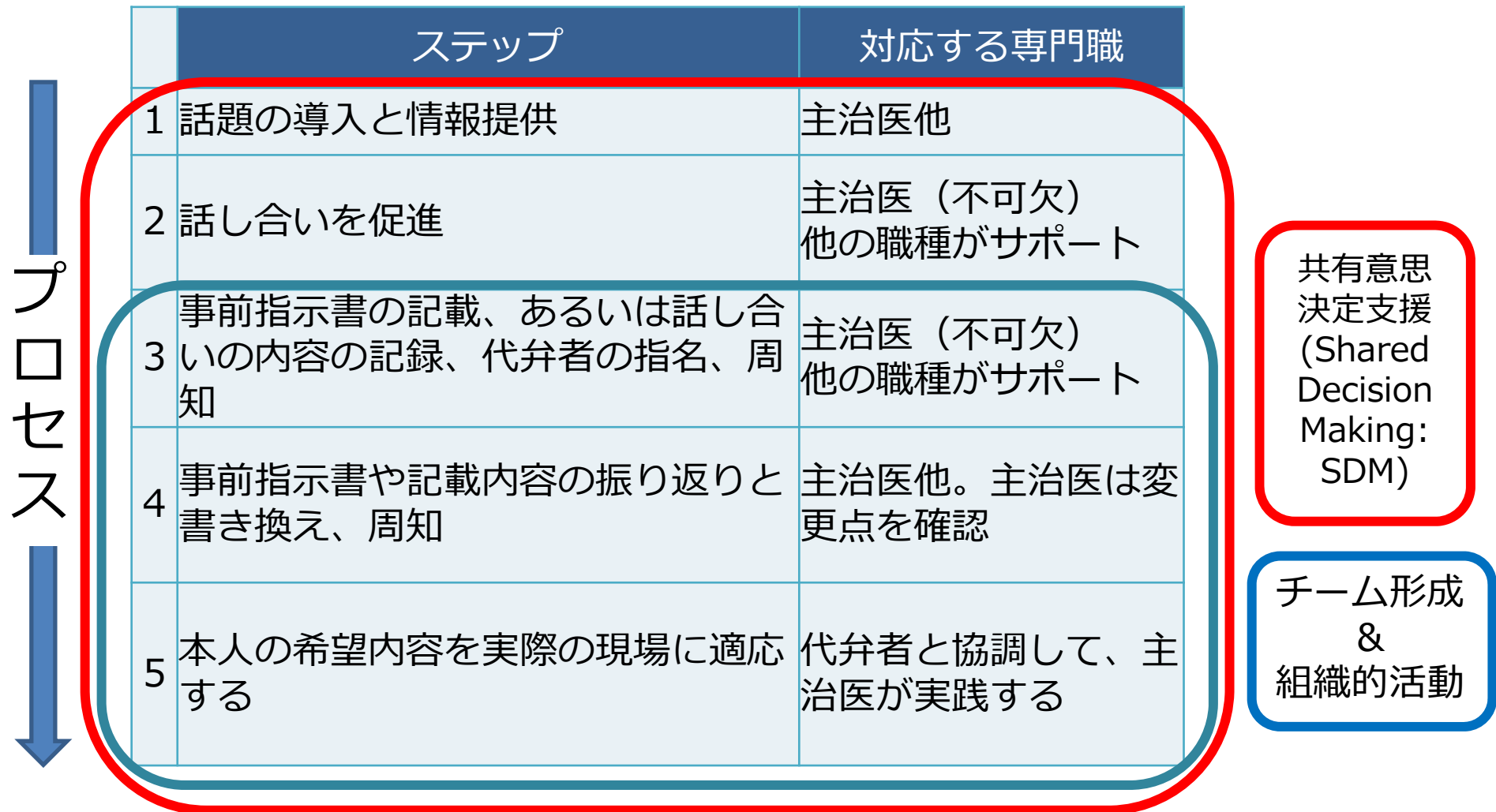
- 本人への支援
 - ・ 人生の最終段階の医療・ケアの意向の明確化
 - ・ 最期の療養を受ける場の意向確認
- 家族への支援
 - ・ 本人が望む方法でケアができる
 - ・ ストレス、不安、抑うつを軽減
- 医療専門職
 - ・ 患者に代わって話ができる人（代弁者）を知らせてくれる
 - ・ 患者の意向を知り、その意向を尊重した医学的な決定が可能
- その他
 - ・ ホスピス・緩和ケア利用の促進
 - ・ 望まれない医療費の削減

（これについては必ずしも明らかではない）

ACPにおける話し合い



ACPの5ステップ – ACPはプロセス –



Emanuel et al. JAGS 43: 440-446, 1995から改変

共有意思決定

Shared Decision Making : SDM

- 協力してヘルスケアの選択を行うために、患者と医療専門職の間で交わす対話

中山建夫 2016年1月28日 Mindsフォーラム 2017 日本医師会館資料より

- 意思決定のための一つの方法論であり、納得した意思決定過程を重視した支援
- 患者の価値観や意向についての情報を共有し、複数の選択肢から一緒に選択すること。そのための話し合いである。

意思決定方法

シェアード・ディシジョン（共有意思決定）

意思決定の中心：患者と医師やケア提供者

患者の役割：決定するための自分の価値基準を明確にして、
医師やケア提供者の情報を理解し、対話しながら意思決定する

情報提供の流れ：情報の流れは**双方向**

患者→医師やケア提供者へ、価値や好みに関する情報を提供

医師やケア提供者→患者へ、科学的根拠に基づく治療の選択肢や
各選択肢のメリット・デメリットに関する情報を提供



SDMの9ステップ

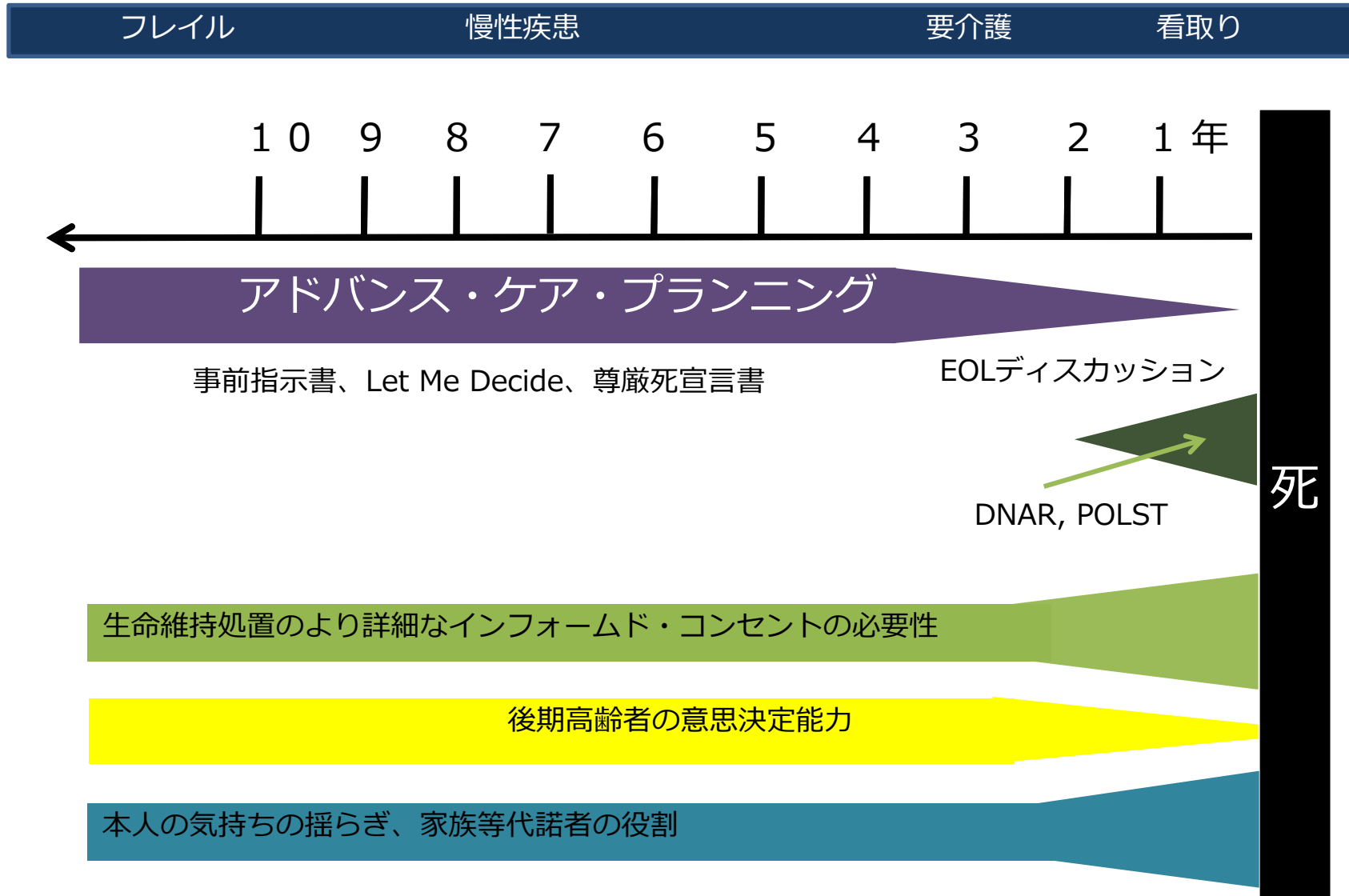
1. 意思決定の必要性を認識する
2. 意思決定の過程において、両者が対等なパートナーだと認識する
3. 可能な全ての選択肢を平等に情報提供する
4. 選択肢のメリット・デメリットの情報を交換する
5. 医療者が患者の理解と期待を吟味する
6. 患者の価値観・意向・希望を確認する
7. 選択と意思決定に向けて話し合う
8. 意思決定を共有する
9. フォローアップ

理解した情報の確認や、さらに共有したいこと、
今後の方向性の確認など

※「わからないことはありませんか？」と訊くのは最終手段！

Kriston L, Scholl I, Holzel L, Simon D, Loh A, Härter M. The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. Patient Educ Couns. 2010;80:94-99.

ACP実施時期



ACPそれぞれの段階

全ての成人



症状のある慢性疾患患者あるいは高齢者



予後1年以内の重症者

※エンドオブライフ・ケア（QODなど）の要素が強い

- ・ 価値観の醸成やどのように自分の受ける医療・ケアについて意思決定していくかについての議論を活発にする市民啓発

- ・ 医療・ケア従事者がACPを進め、より踏み込んだ議論と文書化・書面作成の準備

- ・ 詳細なエンドオブライフ・ケアの議論

- ・ 医療・ケアのゴール設定と文書化・書面作成

チーム形成の必要性

- 患者の多様な価値観を統合する
 - ・ 患者がそれぞれの専門職に表出している多様な価値観、意向をチームメンバーが共有し統合する（患者に関する情報量を大きくし、リアルな患者に近づける）
- 単職種関与による父権的意思決定を予防する
 - ・ 長期的な関わりの中であうんの呼吸化してしまい、気づかない間に対等の関係性が崩れる危険を未然に防ぐ
- 継続的な患者本人の価値観を中心とした治療やケアの決定を支える
 - ・ 患者と関係性の薄い人からの強力なアプローチからチーム一丸となり、患者の価値観に沿った治療やケアを守る（医師やケア提供者自身もチームに守られる）

職種別に抱く価値観の傾向

職種により何を大切にケアをするかが異なる。

- 病院医師：疾患を治し、命を延ばす事を重視する傾向が強い
- 在宅医：『本人・家族の希望』を優先する傾向
- 看護師：『安全』を重視する傾向がある。
- 医師・看護師は父権的傾向が強い傾向にある
- 福祉職：『本人の希望』を重視する傾向がある『死』に対しては不慣れで慎重
- ソーシャルワーカー：患者の意思を代弁すること自体が仕事で、調整役。患者の自律を重んじる傾向がある。

共通点は『対象者の幸せ』を願っていること

H26年度厚生労働省「人生の最終段階における医療体制整備事業」講義資料から一部改変

チーム内での合意形成

- 関係者それぞれが認識している状況について提示しあい、理解しあう。
- 関係者それぞれが想定している目的（ゴール）を提示しあい、理解しあう。
- 関係者それぞれが持つ意見の背景となる価値観や常識について提示しあい、理解しあう。
- 関係者間の認識の相違が生む関係者の思考や感情に共感する。
- お互いの認識や価値の相違を理解した上で、状況・目的・価値を調整する。

明確になった患者の価値観や意向を 書き留める

- 過去の療養や生活に関する経験について
- 現在の療養や生活について
- 将来の療養や生活について
- 代弁者について
- 自分が判断できなくなったときに備えて

参考：ACP AustraliaのACDから

事前指定（示）とは

- ・事前指定（示）とは、もともとはAdvance Directiveの和訳。

1991年の米国 患者自己決定権法

事故や重症疾患によって意思決定能力が失われた時にどのような医療を希望、または拒否するのかを、意識が清明なうちに表明しておく」

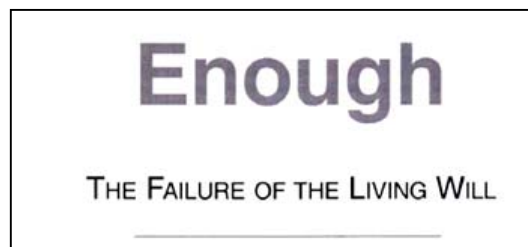
①リビング・ウィル

生前に行われる尊厳死に対してであれば「尊厳死の権利を主張して、延命治療の打ち切りを希望する」などといった意思表示のこと。またそれを記録した「遺言書」などのこと

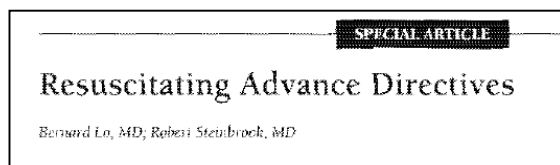
②医療代理人の指名—通常の事前指示書は①と②両方により構成される

事前指定書（主にレット・ミー・ディサイド）、事前指示書、患者の事前の意思表示書（日本医師会ガイドライン）、尊厳死宣言書、蘇生拒否の指示(DNAR)等、使用する団体・機関のこれまでの経緯により、様々な呼称があり、それぞれ形式も異なる。

事前指示書(AD)の限界



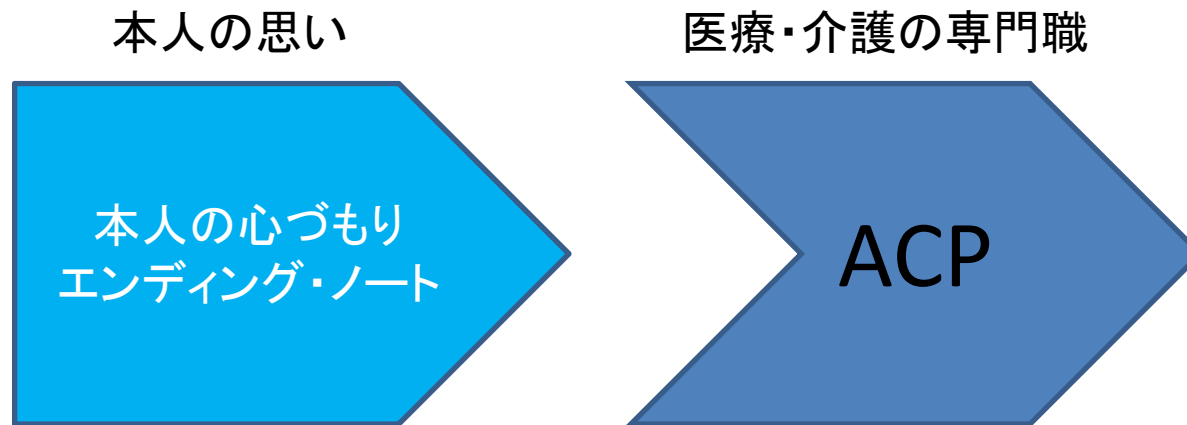
Hastings Center Report
34, no.2 (2004):30-42



Arch Intern Med 2004;
164:1501-1506

1. 病状を十分に理解しないままに事前指示書を作成した可能性がある
2. 事前指示書に記された内容が曖昧で、問題となる事例がある
例：大げさな治療はしないでほしい
3. 想定した状況と異なる状況(疾患)が生じた場合に適応できるかどうか問題となる事例がある
4. 患者の気持ち(決定)が変わることがある
5. 事前指示書に記された内容が、患者に対する最善の利益と矛盾する場合がある
(Bernard Lo. Resolving ethical dilemmas. fifth ed. 2013)

エンディング・ノートとACPの関係



本人のご意向に沿った最期

意思決定能力の臨床基準

- 選択する能力とその内容を相手に伝える能力があること
- 次の情報を十分理解できる能力があること
 - 医学的に見た現状と予後
 - 勧められている治療の持つ意味
 - 治療の他の選択肢
 - 選択肢それぞれの危険性、利点、もたらされる結果
- 決定内容が患者の価値観や治療目標と一致していること
- 決定内容が妄想や幻覚の影響を受けていないこと
- 合理的な選択であること

Bernard Lo, Resolving Ethical Dilemma (2013)

書き留めた内容の地域での共有化

- 情報提供書、ケアサマリー等に添付
- 地域での文書共有
 - ・ ACPの過程で記載された文書類は患者、家族、かかりつけ医、（入所の場合は）施設それぞれが管理
- 地域ICTシステムでの共有化
 - ・ 記載があることを示すアラートシステムが必要
 - ・ ICTシステム内の所定の記載欄に直接入力
 - ・ 手書きの内容はpdf等で所定の場所に保存



容易に書き換えが出来るかどうか、必要時に関係者への開示が可能か、救急隊含め共有ができるかどうかなどを含め共有システムを考える必要

ACPを開始するタイミング 1)

－主に診療所で－

- 患者自身が話し始めたとき
- 進行性の生命予後の悪い疾患を診断したとき
- 定期受診の際に「驚きの質問」や臨床フレイルスケールを用いて、話す機会を持つ
 - * 「驚きの質問」：対象患者が1年以内になくなるとしてもあなたは驚きませんか？
- 認知症や神経難病のように今後機能が低下してくる状況にあるのを診断したとき
- 状態が悪化していることがコメディカルや他の医師から報告されたとき。例えば、訪問看護師から褥瘡の発生の連絡を受けたり、病院の主治医にコンサルトした結果。

Davison et al. BMJ (2006)から

ACPを開始するタイミング 1)

－主に診療所で－

- 予定外の入院の後、退院したとき
- 高齢者住宅や介護施設に入所となったときや家族が亡くなるなど、環境が変化したとき
- 外来での総合評価時や在宅への訪問時など定期的な評価を行うとき
- 前回の総合評価後、一定の期間が経過したとき
- 臨床フレイルスケールや転倒スケールを用いて検索をした結果

以上Davison et al. BMJ (2006)から

.....

- その他国内では
退院時カンファレンスやケア担当者会議

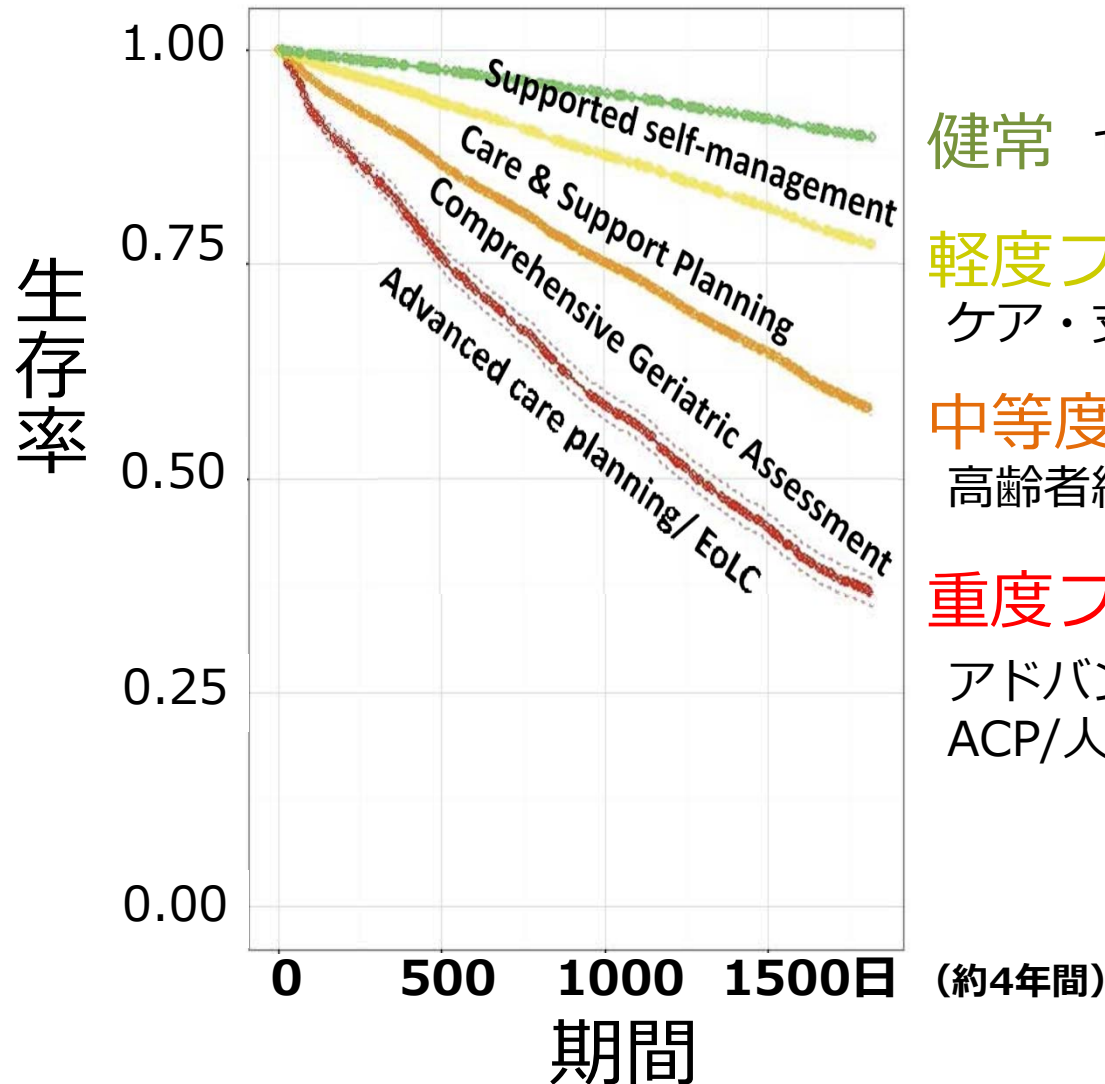
ACPを開始するタイミング 1)

－主に病院で－

- 外来定期通院時（詳細は診療所に準じる）
- 急性期疾患で入院後、病状が落ち着き、退院のめどがたってきたとき
- 入院後の医師による病状説明の後
- 退院前カンファレンス時
- トランジショナル（移行期）ケア、訪問系ケア時

ACPを開始するタイミング 1)

英国プライマリ・ケアでの、eFI (e-Frailty index: e-フレイル指数) :
生存曲線 (n=227,648; >65y)



健常 セルフ・マネジメント支援

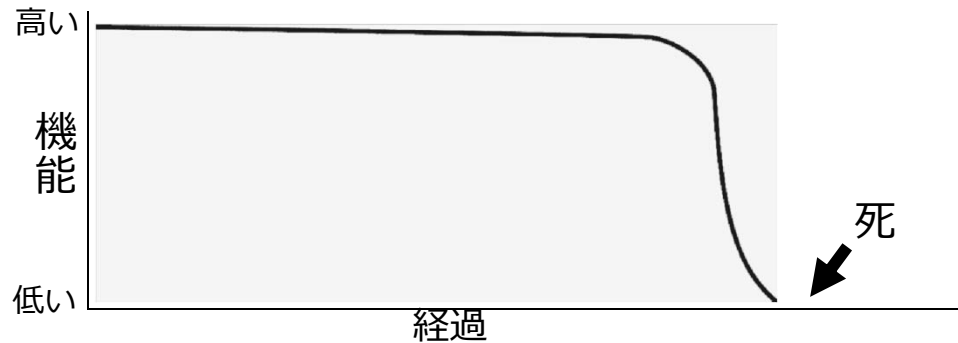
軽度フレイル
ケア・支援計画立案

中等度フレイル
高齢者総合的機能評価

重度フレイル
アドバンス・ケア・プランニング
ACP/人生最終段階のケア

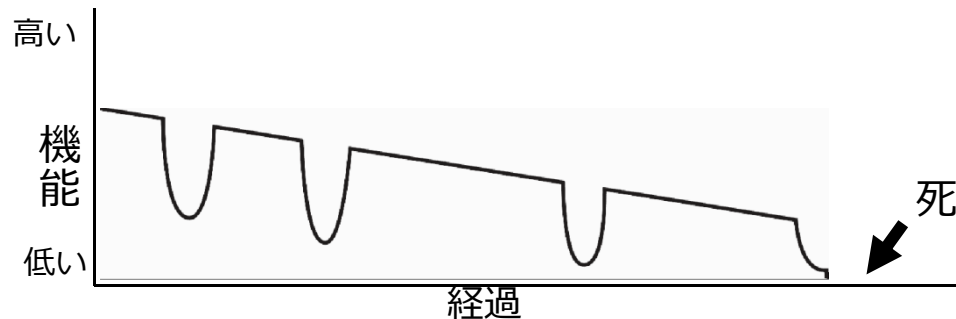
ACPを開始するタイミング 2)

がん等：死亡の数週間前まで機能は保たれ、以降急速に低下



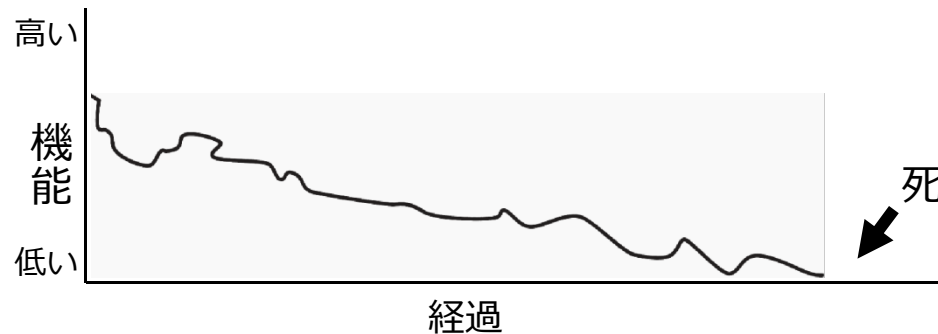
- 予後が短いと診断された時
- 病状や要介護状態に変化が生じたとき

心臓・肺・肝臓等の臓器不全：時々重症化しながら、長い期間にわたり機能は低下



- 病気の診断時や病気が進行したとき
- 病状や要介護状態に変化が生じたとき

老衰・認知症等：長い期間にわたり徐々に機能は低下



- 軽度の認知機能低下が診断されたとき
- 高齢期やフレイル期
- 病状や要介護状態に変化が生じたとき
- 75歳以上での検診時や外来通院時

出典：Lynn and Adamson, "Living well at the End of Life", WP-137, CA, Rand Cooperation, 2003.

ACPにおける話し合いの開始

- ・多くの臨床家がACPの会話を始めるのが難しいと感じています
- ・なんといいって始めたら良いか考えましょう

例えば

「将来もっと病状が進んだ時、どんな医療やケアを受けたいか考えたことがありますか」

「今、話し合っておいた方がよいことは何かありますか」

医療・ケアに関連した価値観や意向を探索する

- 過去の医療・ケアに関する経験について
- 現在の健康状態の不安や価値を置くところ
- 今後の人生の目標について
- 判断できなくなったときに備えて
- いのちに対する考え方を探索する
- 代弁者について

過去の医療・ケアに関する経験について

- ○○さんご自身や身近な人がこれまで受けた治療や介護に関して、良かったという経験や逆につらかった経験をしたことがありますか？
- ○○さんがこれまで受けた治療や介護の内容がもともと望んでいたこととは違ったことはありますか？
- ○○さんご自身がこれまで経験したことや身近な人が経験したことを見聞きして、あなたの見方がかわったことは何かありますか？それはなぜですか？

現在の健康状態の不安や価値を置くところを尋ねる

- 今の〇〇さんの健康状態や病気や治療のことで不安なことはありますか？
- 生活や療養の上で一番大切にしていることはどんなことですか？
この中にはあなたが楽しみとしている活動や家族との会話などが含まれます。
- これはどんな治療を受けるかを選ぶ時に影響しますか？

今後の人生の目標や価値を置くところを尋ねる

- すぐにしておかなければならない事やいざれしておかなければならないような目標はなにかありますか？
- ○○さんが治療を受ける場合、その治療を受けることは、○○さんの目標達成の助けになりますか、あるいは妨げになると思いますか？

判断できなくなってきたときに備えて

- 将来のことを考えてお聞きするのですが、病状のために身の回りのことをすることができなくなったり、自分で判断ができなくなったりした時のお考えになったことがありますか？
－もしよろしければ、詳しく教えてください
- 将来のことについて、これからお話をしていきたいと思うのですがよろしいでしょうか？

判断できなくなったときに備えて

-今後の療養の場所や治療選好-

- このような時どこで療養をしたいですか
- 今後どのような治療を受けていきたいか具体的な希望はありますか？
- 逆に今後これだけはしたくないということはありませんか？

いのちに対する考え方を探索する

- いのちに関わる治療の決断にあたっては、大きく分けて2種類の価値観を持つ方がいらっしゃいます
- まず一方の考えは、どんなにつらい状況で、苦痛や障害が残ろうとも生きていることに大きな価値があるという考え方です
- もう一方の考えは、ある特定の状況になったら、生きている価値がないと感じる考え方です。たとえば、昏睡状態から回復することがない状態、とか2度と家族や友人と話ができない、などの状況が想定されます
- ○○さんは、どちらのタイプですか？ どうしてそう考えられるのですか？

いのちに対する考え方を探索する

- 治療や病状によっては、命を延ばす意図で治療を行うと、痛みや副作用、障害を引き起こすことがあります
- そのような治療をしなければならなくなった時あなたにとって大切なことはどんなことですか？
 - 以下自由回答が得られなければ例示
 - 出来るだけ長く生きる
 - 期間を決めて治療してみて、それから考える
 - 延命は考えず、快適に過ごすことに重点を置く
- それはどうしてですか？

代弁者について

- ○○さんご自身が、受ける医療・ケアについて判断できなくなったときに、どのような決定をして欲しいですか
- ○○さんの代わりに誰に代弁して欲しいですか
- ○○さんのご家族が望ましいですか、あるいは他の方が望ましいですか？
- この代弁者にはどこまで任せますか？

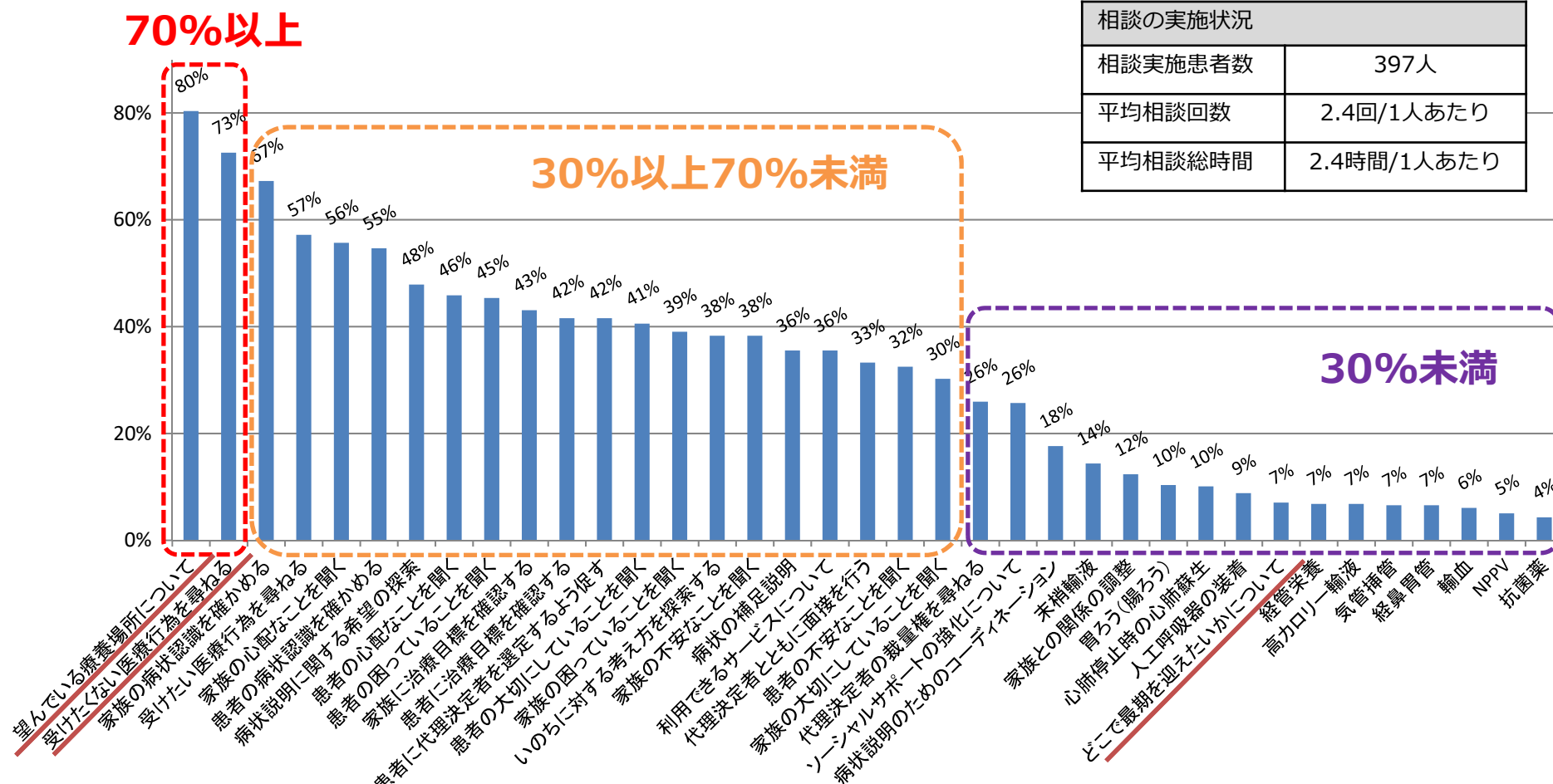
時間をかけて話す余裕はない！？

- 話し合いを開始するタイミングは見逃さない
- 複数の職種・チームで連携して対応する
- 予後が不確実な時も含めACPのコミュニケーションスキルを身に着ける
- 話した内容が共有できるよう、あらかじめ
関連医療機関・施設との情報共有システムを構築しておく
- 意思決定支援ツール(Decision Aid)の開発・実践利用
- 早期の価値観の醸成、心づもりについての市民啓発

参考（平成26年度厚生労働省事業）

- 相談内容の内訳について、「望んでいる療養場所」（80%）「受けたくない医療を尋ねる」（73%）が多く、差し迫った問題や大まかな医療行為の希望について相談されていることが明らかとなった。
- 一方、個別の医療行為（15%以下）や最後を迎えたい場所（7%）までの内容に至ったケースは少なく、わかりにくい内容や亡くなることに関する内容については、話し合いが難しい傾向にある。

【相談内容】



まとめ

- 医療・ケアチームは、本人が望む生き方(人生観・価値観含む)を把握・共有するが、その意思は変化しうることから、医療・ケアの方針についての話し合いは、様々な局面で繰り返すことが重要
- 本人が自らの意思を伝えられない場合に本人の意思の代弁者となる家族等の信頼できる者も含めて話し合っておくことが重要
- 医療・ケアについての情報提供・説明の際は、本人の気持ち置き去りにならないよう、傾聴・共感的態度、寄り添う姿勢を持ち続けること

ご清聴ありがとうございました