

新潟市保健衛生部地域医療推進課 意思決定支援研修会  
新潟市医師会 第127回新潟市医師会在宅医療講座  
2021年5月12日（水）19：15～20：30 オンライン開催

## アドバンス・ケア・プランニング （ACP：人生会議）の基礎と実践

新潟大学大学院保健学研究科  
新潟大学医学部保健学科・工学部  
坂井 さゆり

## 人生には三つの「坂道」がある？

1. 登り坂
2. 下り坂
3. ○○○

## 「もしも」のときは誰にでも起こる

- 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る。
- 米国での研究では、命の危険が迫った状態になると、42.5%の人が意思決定を必要とし、その内の約70%の人が医療・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出来なかった。

Maria J. Silveira, et al. Advance Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making before Death. N Engl J Med 2010; 362:1211-1218



- 高齢単身世帯が増えている。自然災害や重症感染症もある。
- 自らが希望する医療・ケアを受けるため、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、共有することが必要な時代になってきた。



11月30日 人生会議の日

## 本日の内容

- I. アドバンス・ケア・プランニングとは
- II. アドバンス・ケア・プランニングの特徴
- III. アドバンス・ケア・プランニングの手順
- IV. アドバンス・ケア・プランニングに向けた備え

アドバンス・ケア・プランニングとは

## 人生最終段階の医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインとACP

### ◆2007年5月 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」

国レベルとしては初めてとなる終末期医療に関する指針

### ◆2015年3月「終末期医療に関する意識調査等検討会報告書」

最期まで本人の生き方（＝人生）を尊重し、医療・ケアの提供について 検討することが重要、「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」へ名称変更

### ◆2018年3月 厚生労働省「人生最終段階の医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」

高齢多死社会の進行に伴う在宅や施設における療養や看取りの需要の増大を背景に、地域包括ケアシステムの構築が進められていることを踏まえ、また、近年、諸外国で普及しつつあるACP（アドバンス・ケア・プランニング）の概念を盛り込み、医療・介護の現場における普及を図ることを目的に改定

## 人生最終段階の医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインにおけるACPの説明

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）

“人生の最終段階の医療・ケアについて、  
本人が家族等や医療・ケアチームと事前に  
繰り返し話し合うプロセス”

## 何がACPであるか

ACPの専門知識をもつ4か国52人（臨床、研究者、法律専門家、政策立案者等）を対象に、Delphi法によりACPを定義するためのコンセンサスパネルを実施

“Advance care planning is a process that supports adults at any age or stage of health in understanding and sharing their personal values, life goals, and preferences regarding future medical care.

The goal of advance care planning is to help ensure that people receive medical care that is consistent with their values, goals and preferences during serious and chronic illness.”

Sudore RL et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel J Pain Symptom Manage. 2017.May;53(5):821-832

- 年齢と病期にかかわらず、患者（成人）と、その人の価値、人生の目標、将来の医療に関する望みを理解し共有し合うプロセスのこと
- ACPの目標は、重篤な疾患ならびに慢性疾患において、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
- 多くの患者にとって、このプロセスには自分が意思決定できなくなったときのために、信用できる人を選定しておくことを含む

Sudore RL et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel J Pain Symptom Manage. 2017.May;53(5):821-832

- ACPは、患者、信頼できる人々、医療者とともに行われることが望ましい
- 話し合いは、患者が自分の病状や予後、これからの治療についてどれくらい知っておきたいか、のレディネス（準備状態）に応じて行われる
- ACPは、健康状態や患者の生活状況が変わるごとに繰り返行われるべきである
- ACPは、患者が最も大切にしていることにもとづいて意思決定ができるように、医療・ケアの全体としての目標が何か、に焦点を当てる必要がある
- 話し合いの内容は記録に残され、共有され、必要時にすぐに参照でき、必要に応じて更新されるべきである

Sudore RL et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel J Pain Symptom Manage. 2017.May;53(5):821-832

## 諸外国の定義

英国	カナダ	米国
<a href="https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/12/EoLC-Planning-for-your-future-care.pdf">https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/12/EoLC-Planning-for-your-future-care.pdf</a>	<a href="https://www.advancereplanning.ca/wp-content/uploads/2020/06/ACP-Framework-EN-Updated.pdf">https://www.advancereplanning.ca/wp-content/uploads/2020/06/ACP-Framework-EN-Updated.pdf</a>	<a href="https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/advance-care-planning">https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/advance-care-planning</a>
Advance care planning is a process of discussion between you, your partner, family or friends and depending on your individual circumstances at the time, those who may provide care for you, for example nurses, doctors, care home manager or social worker. During this discussion you may choose to express some views, preferences and wishes about your future care so that these can be taken into account by those caring for you if you were unable to make your own decisions at some point in the future. This process will enable you to communicate your wishes to all involved in your care	The Advance Care Planning process can involve: <ul style="list-style-type: none"> <li>• planning for a time when you cannot make your own health care decisions</li> <li>• thinking about your values, beliefs and goals of care</li> <li>• naming a Substitute Decision Maker</li> <li>• talking to friends, family, significant others as well as health care and legal professionals about your values and goals of care</li> <li>• recording or writing down your wishes</li> </ul>	The process of advance care planning is widely recognized as a way to support patient self-determination, facilitate decision making, and promote better care at the end of life. Although often thought of primarily for terminally ill patients or those with chronic medical conditions, advance care planning is valuable for everyone, regardless of age or current health status. Planning in advance for decisions about care in the event of a life-threatening illness or injury gives individuals the opportunity to reflect on and express the values they want to have govern their care, to articulate the factors that are important to them for quality of life, and to make clear any preferences they have with respect to specific interventions. Importantly, these discussions also give individuals the opportunity to identify who they would want to make decisions for them should they not have decision-making capacity.

## ACPの共通事項

- ① 患者と医療者や家族などのケア提供者が共に行うこと
- ② 意思決定能力の低下に先立って行われること
- ③ プロセスを指していること

阿部泰之他.2018

## ACPの経緯（米国）

1970年代

- リビングウィル：アドバンスディレクティブ（AD）
- カレン・アン・クインラン裁判：プライバシー権
- カリフォルニア州「自然死法」

1980年代

- ペンシルバニア州「医療に関する持続的委任状法」
- カリフォルニア州「持続的委任状法」
- 治療内容指示型、代理人指示型の2種類のADが州法として法制化
- 統一終末期病者権利法：AD文書の州間互換

1990年代

- ナンシー・クルーザン裁判の最高裁判決：明確な証拠の必要性
- 患者の自己決定権法：医療機関等に対し患者の自己決定権としてのADの普及・推進を義務化
- SUPPORT調査：法整備がADの実施を促進していない
- POLST：医師主導の生命維持治療に関する指示書

## ADの課題 SUPPORT study

SUPPORT : **S**tudy to **u**nderstand **p**rognoses and **p**references for **o**utcomes and **r**isk of **t**reatment

- 米国の大学病院で、約9000名の入院患者を対象とし、ADを介入とした調査を実施
- 第1次調査・実態調査（1989年～1991年）4301人の患者のADの認知度が低い
- 第2次調査・ADを介入としたランダム化比較試験  
4804人を2群で比較、介入群は熟練看護師がADを取得し医師に伝えたが、ICUの利用、DNR取得から死亡までの日数、疼痛、ADの遵守、医療コスト、患者、家族の満足度等に有意な差がなかった

JAMA 1995 22-29;274(20):1591-8

ADを法制化しても促進できていない実態を示す

## ADの問題点

- ① ADの固定化（法的文書の内容変更が容易ではない）
- ② ADは将来の希望を十分に記載できない（予測困難）
- ③ 代理人の負担（よくわからない）
- ④ 自分の死について語るものの考え方の違い
- ⑤ ADの実効性（臨床的妥当性との乖離）
- ⑥ 患者が記載したい情報と医療者が知りたい情報の相違
- ⑦ 代理人の役割に対する見解の相違（忠実な実施か解釈か）

角田ますみ編：患者・家族に寄り添うアドバンス・ケア・プランニング.p7-8

## ADの改善策

- ① 患者本人、家族、医療者が話し合いをする上で、意思決定を共有する努力をすること
- ② 話し合いは、治療選択に限定せず、患者の関心事や懸念、ケアの目標、価値観を明確にする内容であること
- ③ 継続して行い、内容を更新すること
- ④ ADに記載する内容は、最終決定する場合の推論や解釈するための基礎情報として扱うこと
- ⑤ 将来の意思決定の合意までに、ADは変更可能で最終的に決定するまでのプロセスを重視する方法にすること
- ⑥ POLSTの取り組み

角田ますみ編：患者・家族に寄り添うアドバンス・ケア・プランニング.p9-11

## ADの課題改善に向けACPへ

	伝統的モデルのAD	発展的ADモデルACP
目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>将来の判断能力の低下に備える</li> </ul> <p>書面の作成</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>よりよい死に備える</li> <li>保健システムでのコントロールを達成する</li> <li>負担を和らげる</li> <li>関係を強化する</li> </ul> <p>継続的な対話</p>
焦点	<ul style="list-style-type: none"> <li>ADを書くこと</li> </ul> <p>特定の選択肢</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ADを書くことは一側面</li> </ul> <p>包括的な計画</p>
状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師と患者との関係</li> </ul> <p>患者が一人で決める</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者と家族等と医療・ケアチーム</li> </ul> <p>共同で決める</p>

Keri Thomas et.al.Advance care Planning in End of Life Care.oxford.p7 参考に作成

## 従来型インフォームド・コンセント

### 意思決定のプロセス

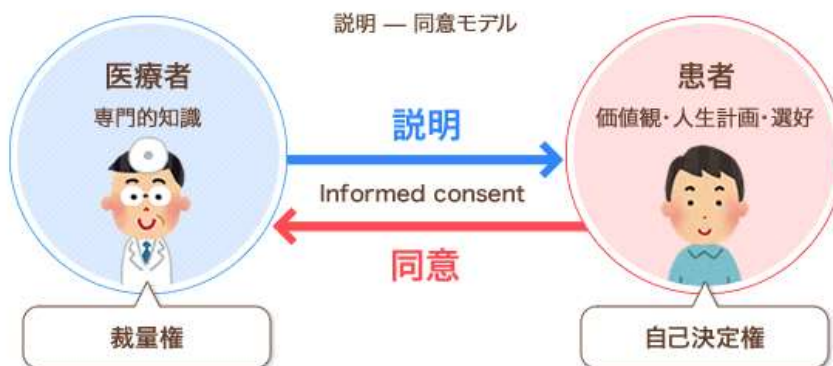
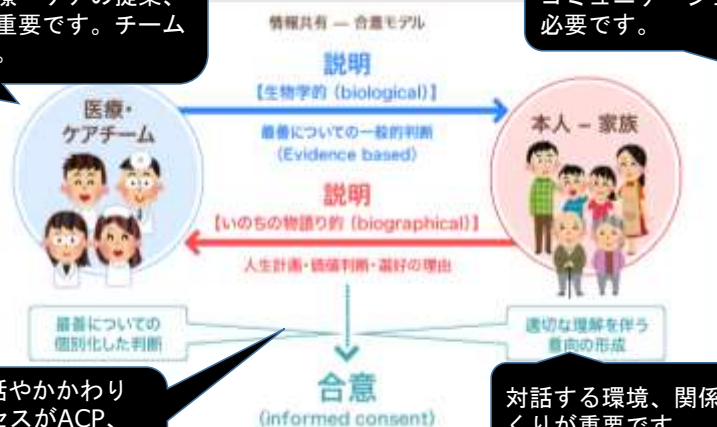


図 臨床倫理プロジェクトHP : [http://clinicaethics.ne.jp/cleth-prj/cleth\\_online/part1-3/past.html](http://clinicaethics.ne.jp/cleth-prj/cleth_online/part1-3/past.html)

## 意思決定プロセスをACPに応用

チーム内の対話・コミュニケーション、その人にとっての最善の医療・ケアの提案、目標共有が重要です。チームは多様です。

本人と家族等の対話、コミュニケーションが必要です。



この対話やかかわりのプロセスがACP、プロセスを記録することが重要です

対話する環境、関係づくりが重要です

臨床倫理プロジェクトHP : 情報共有-合意モデル  
[http://clinicaethics.ne.jp/cleth-prj/cleth\\_online/part1-3/now.html](http://clinicaethics.ne.jp/cleth-prj/cleth_online/part1-3/now.html)

### ACPのメリット

- 人生最終段階の医療やケアに、本人の考えや好みが尊重される
- もしもの時に、本人の考えを想像しながら話し合いをしてくれる家族など、信頼している人たちが、本人の気持ちや価値観を代弁してくれることにつながる

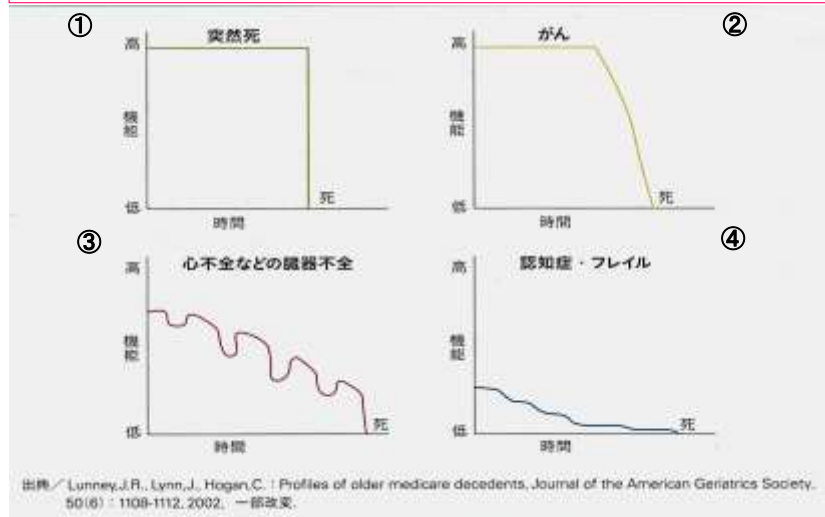
### ACPの効果

- 終末期における高齢患者と家族の満足度の上昇
- 患者の死後の家族の不安・抑うつ軽減

(Karen M Detering, et al. BMJ. 2010 Mar 23;340)

## アドバンス・ケア・プランニングの特徴

### 人生最終段階に至る過程による特徴



## 健康段階による特徴

- 第1 ステージ：  
健康な人に対する価値観教育としてのACP  
(advance life planning:ALP)
- 第2ステージ：  
慢性期患者や高齢者を対象とした地域医療におけるACP
- 第3ステージ：  
急性期・終末期医療におけるACP

それぞれ、どこで、誰が担うことがよいでしょうか

## 救急患者のACP

- 本人に意思決定能力がないことが多い
- 代理意思決定者が生死に関わる意思決定を担う負担
- 医学的最善を優先したゴール設定にならざるおえない
- 病状変化が激しく、短時間のゴール設定の変更が多い



- 治療と平行し、事前指示有無を確認
- 事前指示がある場合はそれに基づき意向を解釈、ない場合は医学的最善と合わせて「もし本人に意識があれば何を望むか」という視点で考え、ゴールを設定
- 回復が期待されず最初のゴール設定が困難になった場合、ケア（本人の望む状態、安楽な状態の実現）の視点でのゴール設定
- 代理意思決定者の重責への理解と、意思決定を迫り、焦らせるような態度はとらない。短時間でも対話、コミュニケーションを意識し、心理的ケアを。

## 急性期疾患患者のACP

- 漠然とした病状の悪化や死が現実味を帯びてくる
- 具体的な事を話す機会をもてる
- 予後への不安が強い
- 短期間での選択も必要となる
- 病状の悪化に備えた具体的な治療・ケアのゴール設定の必要性



- 医学的最善と対象者の望む状態からゴール設定
- それらの話し合いを代理意思決定者と共有
- すぐに死亡することが予測されない状況で心肺蘇生等の処置の指示を希望する患者には、なぜそう希望するに至った理由や本人の病状把握を行い、本人の価値観を把握する。

## 慢性疾患患者のACP

- 慢性期は長期間にわたる疾患が多く、継続的な制限や調整はストレスとなる。将来の利益より今の利益を好む
- いつ急変するかわからないリスクもある



- 長期的なゴール設定と、対象者が達成可能な短期的ゴールを設定する。
- 病状・進行段階の説明と数年後にどのような状態でいたいのかという希望を考えてもらい、長期的・短期的ゴールを本人、チーム、代理決定者と共に考え、話し合う。
- 短期的ゴールでは、病状や生活を維持できていることを評価し、ポジティブなフィードバックを行う。
- ゴールの共有とより良い生活の維持を共に考えながら、価値観を理解していく。

## 介護施設の高齢者のACP

- 看取り介護加算により看取り件数が増加
- 看取りが必要な高齢者の多くに認知機能低下、言語的な対話が難しい
- 代理意思決定者の価値観や意向が優先される



- 日々の生活の中での言動や行動から本音をすくう
- 対象者に応じた説明やコミュニケーション
- 意思表明しやすい環境づくり（人、場所、時間など）
- ライフヒストリーの理解
- 代理意思決定者と本人の価値観や意向を共有する機会をもち、対象者にとっての最善の生活に向けたゴール設定
- 代理意思決定者の心理的支援、適切な社会資源の情報提供

## 在宅療養者のACP

- 医療・ケア提供者が常時側にいるものではないため、対話のタイミングが難しい
- 独居高齢者の意思決定支援、代理意思決定者の選定、日常生活の手続き等への対応が難しい



- 長期・短期的ゴールの設定
- 家族とケアに携わる多職種の連携
- 独居高齢者の場合は行政を含めた地域連携
- 病状の進行により療養の場や治療の選択
- 家族の介護負担や経済状況、家族支援
- 介護に必要な社会資源の活用
- 権利擁護、財産・契約等の相談先の決定

## 地域のACP

- 調剤薬局：お薬手帳
- 診療所の受付対応者：問診票への情報記入
- ケアマネージャー：ケアプランへの反映
- 地域包括支援センター：研修会や茶話会の活用
- 成年後見人等の意思決定支援者：法的側面からの支援
- 様々な契約の相手
- 近所の商店等の店員
- 金融機関や役場などの窓口対応者
- 民生委員
- 近隣の友人



地域は、多種多様な人々によるネットワークが、ACPを支える

## アドバンス・ケア・プランニングの方法

## ACPで留意すること

### ・準備状態の見極め

全ての人が、ACPに参加しなくてはならないというわけではない。個人の自由な考えで進めるものであり、知りたくない、考えたくない人への十分な配慮が必要

### ・プロセスを大切に

からだやこころの状態で、自分の考えは揺れ動く。一度決めても、その都度、話し合いの内容を文書にまとめるとより良いとされるが、結果としての文書だけでなく、この話し合いの過程（プロセス）が重要であることを再認識する

## 段階による方法

### 第1ステージ～第2ステージ

国民全体  
地域への普及活動

### 第2ステージ～第3ステージ

人生最終段階を自分事として考える時期にある人  
医療・ケア現場での実践

## 国民全体 地域への普及活動

- 研修会等での普及・啓発活動
- 自分の考えを整理する機会をもつ
- 他者と対話する体験をもつ
- 家族で体験を語り合う
- 代理意思決定者を決める

## 自分の考えや価値観を整理することから

神戸大学バージョンを活用



ステップ1：  
考えてみましょう

ステップ2：  
信頼できる人が誰かを考えてみましょう

ステップ3：  
主治医に質問してみましょう

ステップ4：  
話し合いましょう

ステップ5：  
伝えましょう

[https://www.med.kobe-u.ac.jp/jinsei/acp\\_kobe-u/acp\\_kobe-u/acp01/index.html](https://www.med.kobe-u.ac.jp/jinsei/acp_kobe-u/acp_kobe-u/acp01/index.html)

1. もし生きることができる時間が限られているとしたら、あなたにとって大切なことはどんなことですか？

以下の中から選んでみて下さい。（複数回答可）

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 家族や友人のそばにいること    | <input type="checkbox"/> 少しでも長く生きること     |
| <input type="checkbox"/> 仕事や社会的な役割が続けられ   | <input type="checkbox"/> 好きなことができること     |
| <input type="checkbox"/> 身周りのことが自分でできること  | <input type="checkbox"/> ひとりの時間が保てること    |
| <input type="checkbox"/> できる限りの治療が受けられること | <input type="checkbox"/> 自分が経済的に困らないこと   |
| <input type="checkbox"/> 家族の負担にならないこと     | <input type="checkbox"/> 家族が経済的に困らないこと   |
|   | <input type="checkbox"/> 痛みや苦しみがでないこと    |
|   | <input type="checkbox"/> その他（具体的に書いて下さい） |

またその理由を書いてみましょう。

理由が大事  
ナラティブ

2. あなたご自身や親しい方が重体や危篤になった経験や、親しい方を亡くしたご経験はあるでしょうか？ご自身、ご家族や友人のご経験、またはテレビや映画の場面を通じてお感じになったことについて、お伺いします。

「こんな最期だったらいいな、こんな治療やケアを受けたいな」「受けたくないな」と感じたことはどんなことですか？

具体的に書いてみましょう。

3. あなたにとってとても大切で、「これができないまま生きていくのは考えられない」と思うのはどんなことですか？ご自由にお書き下さい。（例を挙げると以下のようなものがあります。）

- 「大切な人に自分の気持ちや考えを伝えられること」
- 「自由に動くことができること」
- 「身の回りのことが自分でできること」
- 「自分で排泄することができること」

4. もしもあなたが病気やケガなどによって、上で考えていただいたような「大切なこと」ができなくなったとしたらどのように過ごしたいと思いますか？以下の中から選んでみて下さい。

- ☐ ① 必要な治療やケアを受けてできるだけ長く生きたい
- ☐ ② ①よりは命が短くなる可能性はあるが、治療やケアは受けたくない
- ☐ ③ わからない

• なぜそう考えたか、その理由を具体的に書いてみましょう。

## エンディングノート



書いておくだけでは伝わりません。  
ノートで自分の考えを整理し、大切な人や必要な人に伝えること、話し合うことが大切です。

## (例) 私の希望表明書

- 最期を過ごしたい場所
- 私が大切にしたいこと
- 自分で食べることができなくなり、医師より回復不能と判断された時の栄養手段で希望すること
- 医師が回復不能と判断したとき、私がして欲しくないこと
- その他の希望

参考 一般財団法人 日本尊厳死協会HP



対話を促進するためツール

## もしばなゲーム



日常的な話題の中で

食べるということについて

- 食べることのこだわり、その理由
- 食べたい場、その理由
- 人生の最期に食べたいもの、その理由

## ACPのタイミング

例えば、地域や高齢者の場合

意思確認が  
できるとき

老いの進行

老年  
症候群

意思決定  
能力の低下



継続的コミュニケーション

地域の研修会や介護が必要になり始めるときにケアマネさんなどと代理意思決定者を決め、どのように生活したいかなどから

47 47

## 人生最終段階を自分事として考える時期にある人 医療・ケア現場での実践

- ・医療・ケアチームによる人生最終段階の判断
- ・患者の準備状態の判断
- ・ゴールの見直しと最善の医療・ケアの見直し
- ・適切な緩和ケア、エンド・オブ・ライフ・ケアの提供

人生最終段階である判断と医療・ケアの見直し  
適切な緩和ケア、エンド・オブ・ライフ・ケアの実施

人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。

医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。

生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

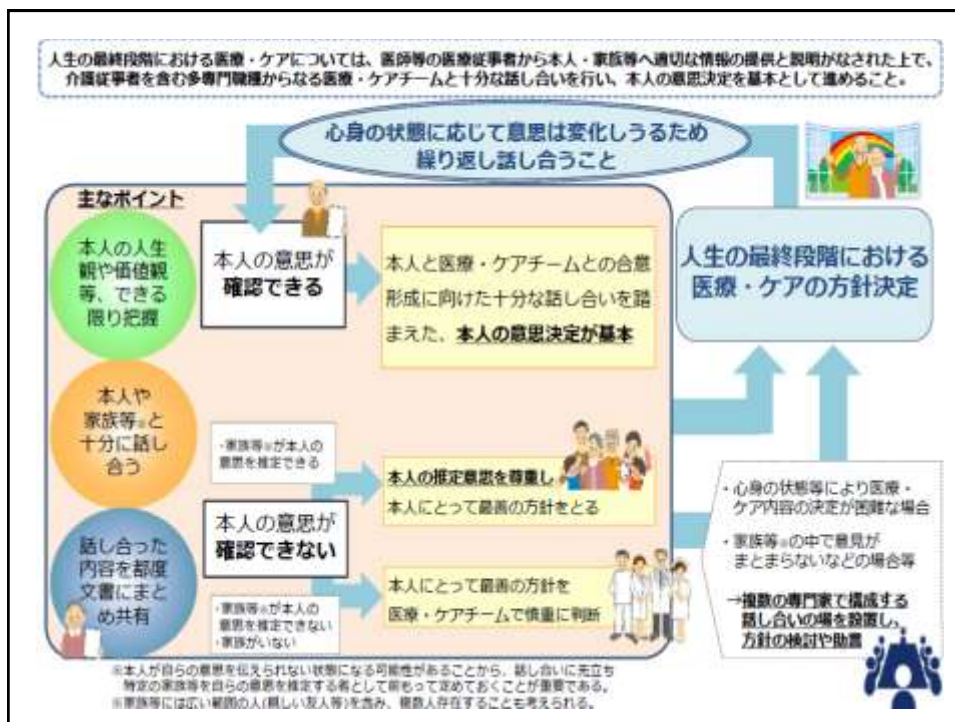
人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（厚生労働省 改定平成30年3月）

## ACPの対象

この患者さんが1年以内に亡くなったら驚きますか



驚かないなら  
緩和ケアの開始＝ACPを行うと考えてよい



## ACPのタイミング

例えば、医療施設の場合

疾病の  
診断・告知

疾病の  
再発・進行

治療の中止

終末期の  
話し合い



病状の進行、身体機能の低下、治療の変更の際に  
早すぎると益より害となる。対象の準備状態とタイミング、導入がふさわしいかどうかの見極め重要！いきなり心肺蘇生などの話は控える

## ACP 誰が誰におこなうか

- 意思決定者（本人）
- 代理意思決定者
- 家族
- 意思決定支援者

（角田，2019）

## 意思決定者（本人）

- 自分のことを振り返り、自分の価値観や意向は何かを考える
- 自分の意思を表明できる
- 自分の意思が実現できるように周囲に働きかける
- 意思決定能力が低下したときに備えて、代理意思決定者を選んでおく
- 自分の意思や価値観を代理意思決定者、関係者と共有する
- 意思決定を実行する
- 必要に応じて振り返り修正追加する

## 意思決定支援者

- 意思決定者の意思力を消耗させない
- 理解力に応じた説明、事例の紹介、疲労感への配慮、負担の大きいイベントの前後を避けるなどの配慮
- 認知症患者の場合
  - ① 意思決定に必要な情報を対象者の認知能力に応じて理解できるように説明する
  - ② 認知機能に関わらず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意思を支援する
  - ③ 対象者の身振り・手振りや表情の変化も意思表示として読み取る努力を行う
  - ④ 本人の意思決定能力を固定的に考えず、本人の保たれている認知能力など向上させる働きかけを行う

## 意思決定支援者

### イニシアチブ、調整役割

- ACPのきっかけをつくる
- ターニングポイントを把握しACPに基づく意向のアップデートを行う
- 意思決定支援者のとりまとめを行う
- イニシアチブを誰がとるかを決める

最初は、病状や今後の治療のこともあるので、自分をよく知っている医師がよいことが多い。

その後は、病棟であれば看護師、専門看護師、MSWなど、地域であればケアマネージャーなどが適任か？

対象に応じて検討

## 意思決定支援者

### ファシリテーション役割

#### 必要な能力

- ACPについての基礎知識
- 基礎的な医学及びケアの知識
- 倫理や意思決定にかかわる法律
- コミュニケーション能力・対話力
- 対象者の意向を医療や介護に反映させていく実行力
- 本人や家族、意思決定支援者をまとめる調整力
- ACPの更新を見極める状況判断力
- 長期的な視点で経時的変化に対応していく継続力

#### 役割

- 対象者のスクリーニング
- 主治医や病棟などとの調整
- 対象者・家族との関係づくり
- 対象者・家族との話し合い
- 対象者の価値観や意向の明確化
- ACP支援内容の検討
- 意思決定支援者との調整
- 意思決定支援者間での方向性統一
- 対象者と家族の調整
- 意思決定後のフォローアップ
- 変化に応じたACPアップデート
- ACPの評価と修正

日本では神戸大学にACPファシリテーター養成教育プログラムがある（E-FIELD）

## ACPのSTEP

- ACP導入に向けた関係構築と環境の準備
- 対象者の確認
- 対象者の準備状況の確認
- 阻害要因の検討
- 代理意思決定者の確認
- 対象者の意向、価値観の確認と意思形成、意思表示支援
- 合意形成とゴール設定
- 医療・ケア計画の立案、実施
- 評価とアップデート
- 家族ケア
- 終了時評価

（角田，2019）

## 医療・ケアチームの合意形成のための方法例

### 四分割法による事実関係の整理とカンファレンス

- 四分割法による検討は、米国のジョンセンらが開発した「臨床倫理の四分割表」を活用し、事実関係を十分に把握する目的で行う。
- 以下、宮坂がジョンセンらの許諾を得て日本の現状に合わせて改変したものを使用する。（宮坂道夫『医療倫理学の方法』第3版、医学書院、p.61より）

## 四分割法の構造

### 医学的適応

医学的益と害

### 患者の意向

自律尊重

### QOL

人生、生活の益と害

### 周囲の状況

公正、正義

## 医学的適応

医師との対話やカンファレンスが必要

- 1. 患者の医学的状況について
  - 1) 病歴は？
  - 2) 診断は？
  - 3) 予後は？
- 2. **問題となっている治療・処置の目標は何か？**
- 3. その治療・処置を第一選択とする根拠は十分か？
- 4. その治療・処置以外の選択肢はあるか？  
(それを第一選択としない理由はあるか？)
- 5. 医療チーム外へのコンサルテーションは必要か？  
(他科、他部門、他院、セカンドオピニオン等)
- 6. 要約すると、この患者が医学的および看護的ケアからどのくらい利益を得られるか？ また、どのように害を避けることができるか？

十分な医学的理解

## 患者の意向

患者や代弁者との対話や日ごろの記録が重要

- 1. 患者には判断能力があるか？ その根拠は？
- 2. **〔判断能力がある場合〕**
  - 1) 患者はどんな意向を持っているか？
  - 2) その意向は、十分な説明を受け、十分に理解した上でのものか？
- 3. **〔判断能力がない場合〕**
  - 1) 適切な代理人は誰か？
  - 2) その人は患者の最善利益を代弁しているか？
  - 3) 患者は以前に意向を示したことがあるか？
  - 4) それを示す文書、メモ、証言はあるか？
- 4. 要約すると、患者の選択権は倫理・法律上、最大限に尊重されているか？

いつの意向？  
意向のナラティブは？

## QOL（生活の質） 生活の質と医学的目標を多職種で検討

1. 苦痛について
  - 1) 問題となっている治療・処置によって、患者の苦痛は増大もしくは緩和されるか？
  - 2) その苦痛に対する緩和ケアは必要か？ 可能か？
2. 問題となっている治療・処置が、患者のQOLに与える影響について
  - 1) 患者の精神状態への影響は？
  - 2) 患者の生活面（家庭、職場、学校、地域社会等での生活）への影響は？
  - 3) それらの影響は、上に挙げた医学的な目標と比較して十分に小さいと言えるか？
  - 4) それらの影響が大きなものである場合、回避する手段はあるか？
3. 要約すると、この患者が受ける医学的側面以外の影響が十分に考慮されているか？

## 周囲の状況 促進要因、阻害要因、ルールや資源など検討

1. 問題となっている治療・処置について、家族はどう考えているか？
2. それについて家族間で十分な合意があるか？
3. 問題となっている治療・処置について、医療者側には十分な実施能力があるか？
4. 問題となっている治療・処置について、法律やガイドラインは遵守されているか？ 法律の専門家へのコンサルテーションは必要か？
5. その他、特に考慮すべき要因について
  - 1) 経済的な問題（患者側、医療者側）はあるか？
  - 2) 臨床研究、利益相反、教育・研修に関わる問題はあるか？
  - 3) 宗教・文化慣習等の問題はあるか？
6. 要約すると、この患者と医療チームが置かれている環境の各種の側面が十分に検討されているか？

## アドバンス・ケア・プランニングに向けた 専門職としての備え

### ACP実践に必要なスキル

1. 意思決定支援スキル
2. コミュニケーションスキル
3. シームレスな連携を図るスキル
4. 倫理的問題に対応するスキル

(角田, 2019)

## 1. 意思決定支援スキル

### ①意思形成支援スキル

対象者が自分の価値観を振り返り、それに基づいて意思を形成できるように援助する

⇒傾聴、思いや感情の理由・懸念事項の理解

### ②意思表示支援スキル

意思を周囲に表明できる場や関係性をつくる

⇒話しやすい雰囲気づくり、意思表示の阻害要因の特定と除去

### ③意思実現支援スキル

表明された意思を計画に落とし込み実現できるように支援する

⇒本人の望む医療やケアを実現できるよう限界ではなく可能性に目を向ける

## 2. コミュニケーションスキル

### ①最善を期待し最悪に備える

『病気の早期から一貫して、患者の最善を期待し、患者が現在大切にしていることや、希望が最大限達成できるような支援やコミュニケーションを行う一方で、（あってほしくないけれど）最悪の事態を想定し、「もしものときにどうするか」について、患者の考えや価値観、具体的な選択肢を話し合う』という姿勢が重要（木澤、2018）

### ②対象者の心理的負担を減らす

一般化した形で始める「念のため、みなさんに聞いているのですが」「一般的なことをお聞きしたいのですが」

### ③対象者を支援したいという気持ちの表明

ACPが必要だからという姿勢ではなく「あなたのことを理解して、出来る限り支援したい」という気持ちが伝わるのが大事

■ 傾聴

■ 沈黙

■ 共感

そして対話



## 対話とは何か

### • 討論 (discussion)

複数の意見を並べ、それぞれのメリット、デメリットを客観的に分析、より良い結論や方針に到達

### • 会話 (conversation)

相手と交わる親しむ目的

### • 対話 (dailogue)

相手と自分の言葉を通して/のあいだで、共同行為として探求が進められる。共に探求するための3つの条件

- ① 問いが共有されている
- ② 不知の自覚
- ③ 一般に流布している見解ではなく、自身の生の基盤となっているような考え方を言葉にすること

竹之内裕文：死とともに生きることを学ぶ 死すべきものの哲学,ポラーノ出版. P290ー292.2019

## 対話とは何か

- 対話は単純な情報交換ではない。
- 語り手と聴き手の関係性により複雑な影響を受ける相互行為
- 語り手と聴き手の間で役割交代しながら進行
- 語り手と聴き手の関係性により何をどう語るかは違ったものになる

宮坂道夫：医療倫理学の方法 原則・ナラティブ・手順 第3版,医学書院,p54-55,2016

## 安心して対話できる場づくり

### Safe Community of Inquiry

- こどもたちと対話する教育実践（こどもの哲学philosophy for children）に取り組んでいるハワイ大学のT.ジャクソン教授が提唱する対話の場の作り方
- 3つのSafety
- **Physically Safe**、**Emotionally Safe**（身体的、感情的に脅かされていないこと）、**Intellectually Safe**（知的に脅かされていないこと）の3つ。
- Intellectually Safeは、自分の置かれている立場や他人からどう見られるかなどを気にせず、一人の個人として言いたいことが話せているか、「わからない」「自分は違う」などの言いにくい意見が表明できているか、ということを指す。
- 対話にはそれに参加する人々の「対等性」が欠かせない。

高橋綾. <http://www.c-linkage.co.jp/jard40/message.pdf>

## ACPに必要なケア専門職の実践（心がけ）

- 意思表示する力を高めるための十分な医療・ケアの提供
  - 適切なリハビリテーション
  - 十分な緩和ケア（痛みや症状、悲嘆への対応等）
  - スピリチュアル・ケア
  - 丁寧な日常生活ケア（スピリチュアルな領域に届く）
  - 正しい情報提供と理解の促進
- 患者の病状・現状認識の把握
- 医療・ケアチーム内の連携、コミュニケーションの努力
- 対話の記録と共有方法の検討
- 共有したゴールに向けて、患者や家族が望んだケアを支持する姿勢

## 本日のお話

- I. アドバンス・ケア・プランニングとは
- II. アドバンス・ケア・プランニングの特徴
- III. アドバンス・ケア・プランニングの手順
- IV. アドバンス・ケア・プランニングに向けた  
専門職としての備え

ご清聴ありがとうございました。