

2020年度 がん診療支援部研修会



# アドバンスケアプランニング (ACP)

市立秋田総合病院 緩和ケアチーム  
越村 裕美

# ACPの定義

人生の最終段階の医療・ケアについて

本人や家族等が医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

(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より)

Advance : 事前の、前もって →意思決定能力が低下する前に

Care : ケア

Planning : 動名詞の「計画」 →計画の始まりから決定までの**過程**

# アドバンス・ケア・プランニング (ACP: Advance Care Planning)

- 年齢と病期にかかわらず、成人患者と、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に備えて、信用できる人もしくは人々を選定しておくことを含む

Sudore RL et al. J Pain Symptom Manage. 2017 <sup>5</sup>

# なぜ患者の価値、人生の目標を理解する必要があるのか？

- **自律尊重の倫理原則**

治療やケアにおいて本人の希望や意思を尊重すること

- 意思決定に最も欠かせないもの

= 本人が大切にしていることや望み

個人の「価値観」「人生観」「希望」

# 医療倫理4原則（米国型）

## 1) 自律尊重原則

患者が自分で考えて決断する自律性を尊重すべき

## 2) 無加害原則

患者に害となるようなことはすべきではない

## 3) 与益原則

患者にとって益となることをすべきである

害と益は単に身体的な側面だけではなく、患者の主観、人生観、社会的境遇を包括的に捉えて評価しなければならない

医療倫理そのものが  
患者の主観・人生観を重視

## 4) 正義原則

公平（平等）に患者に恩恵を与えるべきだが医療資源は常に不足。  
誰もが納得できるルールを定めて、ルールに従い公正に配分する

患者さんが自分で書いた事前指示書があれば  
それでいいんじゃないの？



# 事前指示(AD)書

- ① 患者が医療者側に指示する医療行為。
- ② 患者自らが判断できなくなった際の代理意思決定者を指定

リビングウィル = ①を記載したものの  
将来意思決定能力がなくなったときに、  
生命維持治療をしてほしいか、してほしくないかについて  
主治医や家族に知らせる指示書

Suggested form of a Living Will, Florida Statute Section 765.203  
A living will may, BUT NEED NOT, be in the following form:

### Living Will

I, \_\_\_\_\_, do hereby declare that, if at any time I am incompetent and

I have a terminal condition,  
or  I have an end stage condition,  
or  I am in a permanent vegetative state,

and if my attending or treating physician and another consulting physician have determined that there is no reasonable medical probability of my recovery from such condition, I direct that life-prolonging procedures be withheld or withdrawn when the application of such procedures would serve only to prolong artificially the process of dying, and that I be permitted to die naturally, with only the administration of medications or the performance of any medical procedure deemed necessary to provide me with comfort care or to alleviate pain.

It is my intention that this declaration be honored by my family and physician as the final expression of my legal right to refuse medical or surgical treatment and to accept the consequences for such refusal.

In the event that I have been determined to be unable to provide express and informed consent regarding the withholding, withdrawal, or continuation of life-prolonging procedures, I wish to designate, as my surrogate to carry out the provisions of this declaration:

Name \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_  
City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Phone \_\_\_\_\_

I understand the full impact of this declaration, and I am intentionally and knowingly competent to make this declaration.

Additional Instructions (optional): \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Witness \_\_\_\_\_  
Street Address \_\_\_\_\_ Street Address \_\_\_\_\_  
City, State & Zip \_\_\_\_\_ City, State & Zip \_\_\_\_\_  
Phone \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

The principal's failure to designate a surrogate shall not invalidate the living will.

— This form adopted as a courtesy of The Florida Bar and the Florida Medical Association —

## 事前指示書のみでは不十分

- 事前指示だけでは現場で起こる複雑な問題に細かく対応できない

Ann Intern Med 147 (1) :51-57, 2007

- 代理意思決定者が、事前指示に至った背景や理由について十分理解していないため、事前指示に沿った意思決定ができない

N Engl J Med 324(13):882-888,1991

BMC Med Ethics 11:19,2010





意思決定に至るまでのプロセスを  
患者・代理意思決定者・医療福祉従事者が共有することの重要性が  
指摘された

# 意思決定までのプロセスを共有することのメリット

決定に至った**背景や理由を共有**していれば、

- 患者の意思を推定しやすくなる（代理意思決定者、医療者ともに）
- 複雑な状況に対応しやすい

## ACP≠事前指示書作成



# 話し合いのプロセスは 「人生の最終段階」に限ったことではない

## ともに考えるプロセスとしてのIC

- 医療者と患者が互いに情報を共有したうえで十分に話し合い、合意へ至るプロセスを重視

アメリカ大統領委員会報告書  
『医療における意思決定』（1982）

ここでいうインフォームド・コンセントとは、ヘルスケアの提供者が単に患者の同意を求めるだけでなく、医療を行う側と患者との間で、医療の内容を明らかにした上で、十分な討議をするプロセスを通じて、十分な説明を受け理解した上で患者の同意を得るようになるということである。

# パターンリズムからの脱却

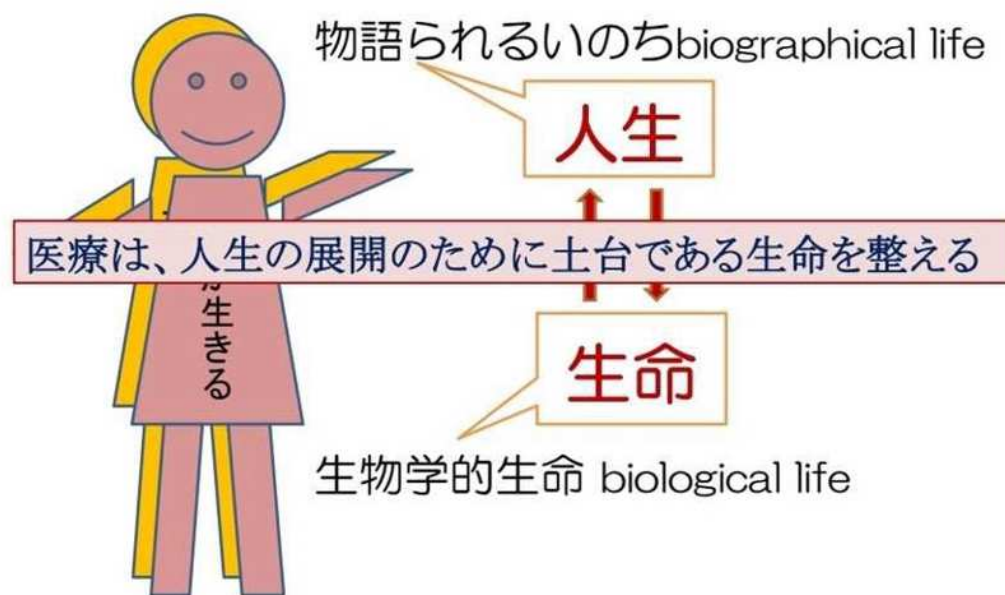
1. 医師が患者の最善を考え治療法を決める  
(医師のパターンリズム)
2. 医師から情報提供を受け、患者が決める  
(消費者主義)
3. 医療・ケアチームと患者・家族がよく  
話し合ったうえで「ともに」決める  
(共同意思決定)

**「患者の生き方を支えるために何が最善なのかをともに考える」**

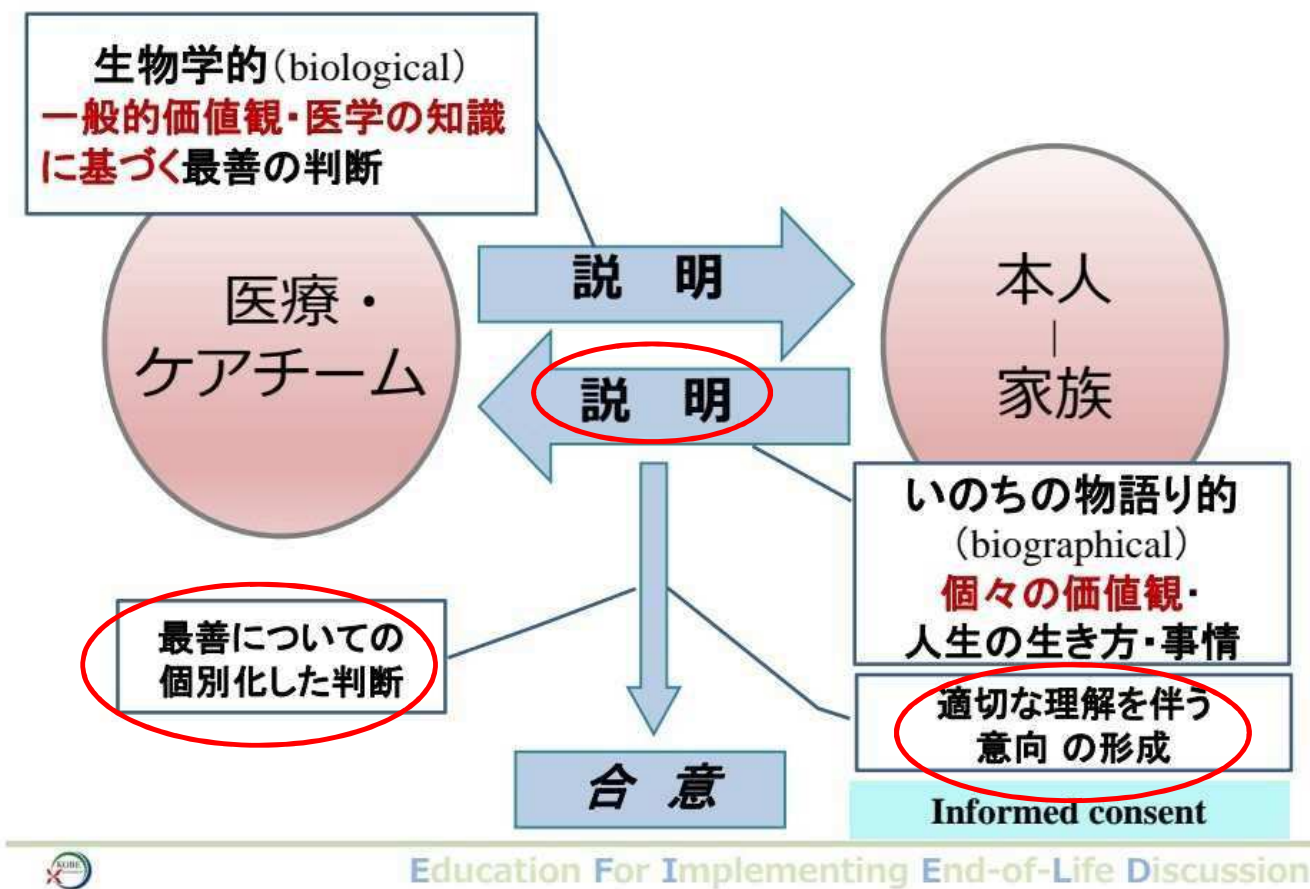


# 医療は豊かな「人生」のために「生命」を支える

## 人のいのちの二重の見方



## 意思決定のプロセス 情報共有—合意モデル



厚生労働省委託事業「人生の最終段階における医療体制整備事業」患者の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会資料より

## 継続的な話し合い

➤人は迷い、揺れるもの。

ましてや自分や大切な人の命がかかった決断→揺れるのは当たり前。

➤時間の変化、心身の状態の変化、医学的評価の変化によって本人の意思も変化しうる



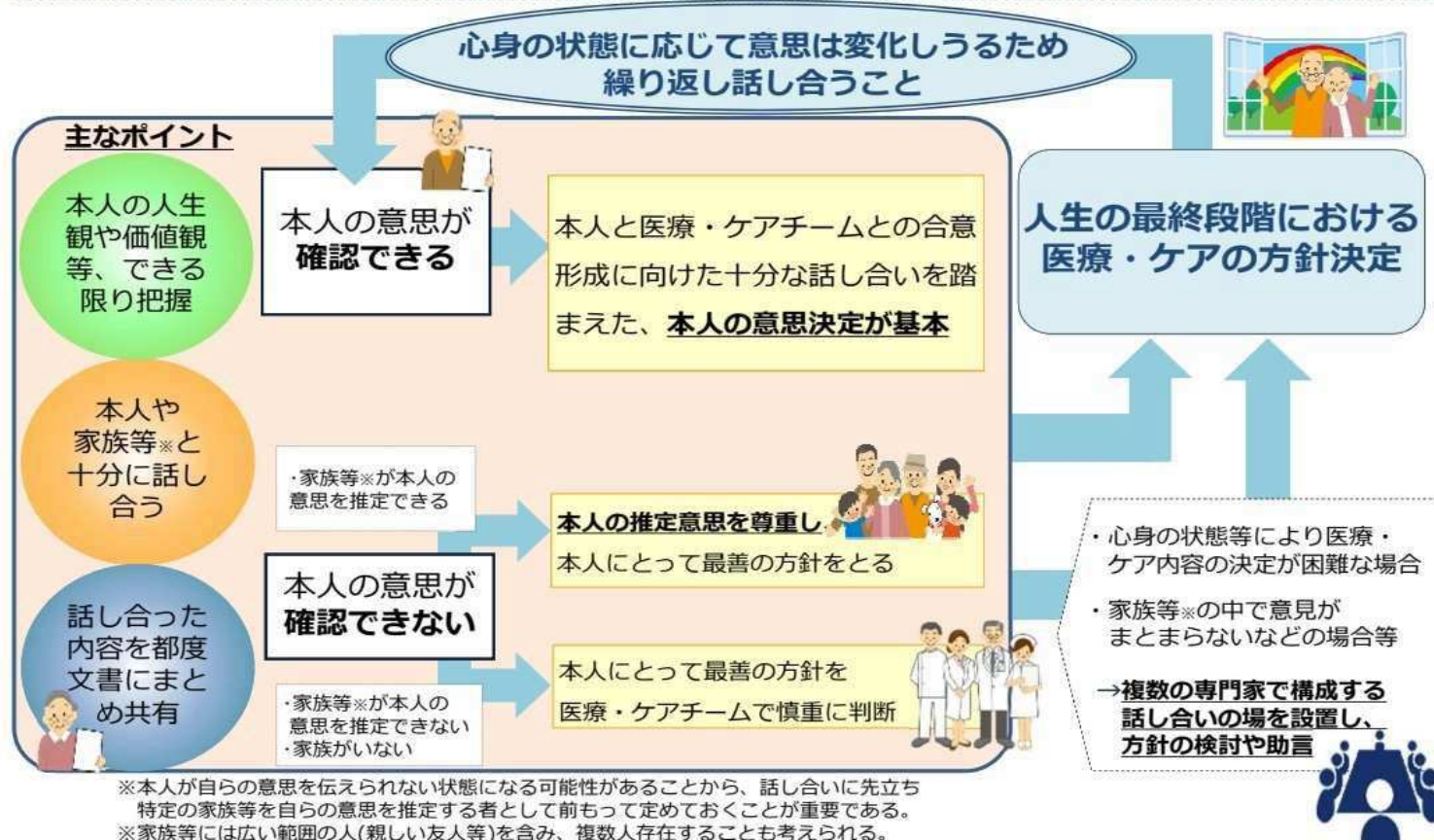
病状や取り巻く状況の変化に応じて継続的な話し合い・更新を

- 医療者から適切な情報の提供と説明
- 本人が自ら自分の意思をその都度示し、伝えることができるような支援が必要。
- 代理意思決定者も含めて話し合いを



## 「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」 における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



平成30年度厚生労働省委託事業 人生の最終段階における医療体制整備事業 一般公開用資料より



# ACPの実際

いつ  
誰が  
話し合う内容

# ACPをいつ開始するか

早すぎるACP→不明確、不正確なものになってしまう

遅すぎるACP→症状緩和が最優先になり、患者の価値観・希望を聞く余裕がない  
患者側も、治療の疲弊により冷静に考える体力・精神力が低下  
意思決定能力の低下  
話し合いを避ける（否認）

ACP開始にふさわしくないタイミング

①冷静に考える余裕がないとき

例) ・がんの診断時（告知直後） ・治療中の副作用が辛い時期  
・術前術後 ・重症な抑うつ状態

②患者(家族)－医療者間で信頼構築ができていない時期（例：担当医交代直後）

# ACP開始のタイミング

## 1. サプライズクエスチョン

「この患者が1年以内に亡くなったら驚くか？」



**「NO」= ACPを行う時期と考えてよい**

※緩和ケアを考慮したほうがよい

## 2. SPICT (Supportive and Palliative care Indicators Tool)を用いたスクリーニング

対象：進行がん、呼吸器疾患、心・血管疾患、神経疾患、認知症、肝疾患、腎疾患、虚弱状態にある患者、在宅で医療依存度の高いケアを受けている患者など

## SPICT

- PSが低下、もしくは悪化傾向（50%以上をベッドもしくは椅子で過ごす）にあり回復が望めない
- 身体的・精神的問題で、ほぼ全ての日常生活に他者からの支援が必要
- この6ヶ月以内に2回以上、予定外入院の病歴がある
- 3-6ヶ月以内に5-10%の体重減少があるか、BMIが低い
- 基礎疾患に対する治療が行われているにもかかわらず、持続的に問題となる（つらい）症状がある
- 患者から支持療法、緩和ケア、もしくは治療中止の希望がある
  - この他、疾患別にクライテリアが用意されている

## 誰が行うか

### ➤ 医師

ACP導入のきっかけは本人の虚弱度や医療依存度が増したとき  
→医師が導入・計画更新のきっかけを作りやすい。

➤ サポーター：看護師、専門チーム、ソーシャルワーカー  
患者の価値観、人生観、患者をとりまく環境、病状認識の確認など、  
すべてを医師一人で行うには負担が大きい。



役割を治療医と分担しサポートする

## 話し合う内容

- 様々な手引き（SICPコミュニケーションの手引き、施設独自のもの,,,）があるが、定まったものはない。
- 本人の希望を実際の医療に反映させるためのコミュニケーション
  1. 病状や予後の理解
  2. 患者の価値観（本人にとっての最善を考える際の基準となる）
  3. 患者本人の気がかりや意向
  4. 医療や療養に関する意向や選好
  5. してほしくない医療・ケア
  6. 代理意思決定者の選定

# 本人に意思決定能力があるか評価する

## 意思決定能力を構成する4つの要素

病名、年齢、態度や様子、社会的背景だけからの憶測ではない

### 理解

意思決定のために必要な事項を理解している

### 論理的思考

決定内容は選択肢の比較や自分自身の価値判断に基づいている

### 認識

病気、治療、意思決定を自分自身の問題としてとらえている

### 表明

自分の考えや結論を伝える

患者さんとの話し合いにおける情報提供や質問をとおして、  
これら4つの要素について注意深く観察し、評価する

(Grisso, et al. 1998)

意思決定能力を評価するうえでの注意点

- ・周囲からみて不合理な選択だからといって意思決定能力がないと判断してはならない。
- ・求められる意思決定能力のレベルは、状況や内容によって異なる。
- ・意思決定能力を高める（エンパワーメント）



## 意思決定能力の強化 エンパワーメント

- 情報開示の工夫  
例：複数回の説明、文章・図・通訳の活用
- 場の設定  
例：家族や友人に同席してもらう
- 心理的サポートによる不安や恐怖の緩和  
例：カウンセリング、薬剤調整など
- 質問の機会と熟考する時間の確保

厚生労働省委託事業「人生の最終段階における医療体制整備事業」患者の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会資料より

# 医療者が提供する事前指示書

## 羅列型からPOLST型へ

医療倫理の4原則  
共同意思決定



「その患者にとって」「その時点で」「最もふさわしい医療・ケア」

羅列型の事前指示書はふさわしくないのではないか？

# 羅列型

# POLST型 (亀田メディカルセンター)

## 今後の医療・ケアに関する同意書

今まで 様の治療やケアについて、医療ケアチームとして最善を尽くしてまいりましたが、病状の好転は見られず、近い将来死が避けられない終末期の状態になられています。そこで、今後望まれる医療・ケアについて改めて確認、同意を得たいと考えております。尚、経過中に意見や希望が変わった場合は、今回の希望を自由に撤回し、変更していただいてもかまいません。その際は、いつでもお知らせください。

## 医療・ケアに関して (希望項目にチェックしてください)

- ① 痛みや苦痛について
  - 意識がなくなっても良いので、鎮痛・鎮静剤を積極的に使用する
  - 意識がなくならない程度に、鎮痛・鎮静剤を使用する
  - 使用しない
- ② 心臓マッサージ等の心肺蘇生  行う  行わない
- ③ 気管挿管  行う  行わない
- ④ 気管切開  行う  行わない
- ⑤ 延命のための人工呼吸器  行う  行わない
- ⑥ 人工呼吸器  継続する  設定を変更  中止する
- ⑦ 抗生物質の強力な使用  継続する  中止する
- ⑧ 血液浄化・血液透析  継続する  中止する
- ⑨ 昇圧剤・降圧剤の投与  継続する  中止する  減量する
- ⑩ ペースメーカー・人工心臓  継続する  中止する
- ⑪ 胃ろうによる栄養補給  行う  行わない  中止する
- ⑫ 鼻チューブによる栄養補給  行う  行わない  中止する

コード確認書 (医療処置に関する事前指示書)	年 月 日
	ID:
	患者氏名:
説明した医師:	
【 心肺停止の場合 】 ※1つを選ぶ	
<input type="checkbox"/> 心肺蘇生術を実施する (Full Code) <input type="checkbox"/> 心肺蘇生術を実施しない (DNR)	
<small>※ DNRとは、あらゆる心肺停止に対して(原疾患以外の不測の別な原因で心肺停止が起きたとしても)心肺蘇生を望まないことです。</small>	
【 心肺停止の状態ではない場合 】 ※1つを選ぶ	
<input type="checkbox"/> 苦痛緩和を最優先とする医療処置を行う	
<small>・ 経口的に水分や栄養補給を行う ・ 疼痛や不快な症状を軽減するための投薬・体位交換・創傷処置・清拭等を行う ・ 症状を軽減するために必要があれば、酸素投与・吸引・手気道確保を行う</small>	
<input type="checkbox"/> 侵襲性の低い医療処置を行う	
<small>・ 上記に加え、治療を目的とした投薬(鎮痛・鎮静剤)を行う ・ 非侵襲的陽圧換気療法 (BiPAP, CPAP) を考慮する</small>	
<input type="checkbox"/> 侵襲的医療も含む医療処置を行う (Full Treatment)	
<small>・ 上記に加え、医療機器を用いた気道確保(気管内挿管を含む)、人工呼吸器、除細動等を行う</small>	
追加指示 (中心静脈カテーテル、輸血、透析などについて具体的な希望がある場合は記載)	
【 人工経管栄養 】 ※1つを選ぶ	
<input type="checkbox"/> 行わない <input type="checkbox"/> 一定期間試みる <input type="checkbox"/> 行う	
追加指示 (経鼻胃管、胃瘻について具体的な希望がある場合は記載)	
本人による署名	本人が署名できない場合
	患者氏名:
	代理人(署名者): (性別: )
同意者	
家族等【氏名(敬称)】	
医療スタッフ【職種・氏名】	

心肺停止時の場合  
DNRがフルコードか  
選ぶ

心肺停止ではない場合  
1.緩和ケア  
2.1+侵襲性の低い治療  
3.2+フルコード  
の3つから選ぶ

CVC, HD, 輸血など  
個別化した医療行為

患者が希望したこと

# まとめ

## ACPとは

医療従事者と患者の対話を前提とする相互理解の過程

「もしも」の時にどうする（したい）かを

明確にすること【結果】よりも

そう決めるに至ったこと【過程】【価値】が重要

## 最後に

- 医療者も日々葛藤の連続であり、何もかも思い通りにいくわけではない。
- 大事なことは、患者・家族から逃げずに真摯に向き合うこと  
一人を抱え込まないこと  
うまくいっていないと思っても継続していくこと
- 終末期のACPは、何らかの形になる前に未完成で終わる（患者さんが亡くなる）こともしばしばであるが、医療者はそのことに無力感や不全感を持つ必要はない。  
なぜなら、終末期においてはACP自体が緩和ケアだからである。

（角田ますみ編著「患者・家族に寄り添うアドバンス・ケア・プランニング」より）

ご静聴ありがとうございました

