

アドバンス・ケア・プランニング ～人生会議～

広島県地域保健対策協議会
在宅医療・介護連携推進委員会
ACP普及促進ワーキンググループ

1

人生の最終段階における医療について 家族と話し合ったことがある人の割合

(自分の死が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療)

話し合ったことがある：40%（一般国民）

■ 詳しく話し合っている ■ 一応話し合っている ■ 話し合ったことはない ■ 無回答

一般国民(N=973)



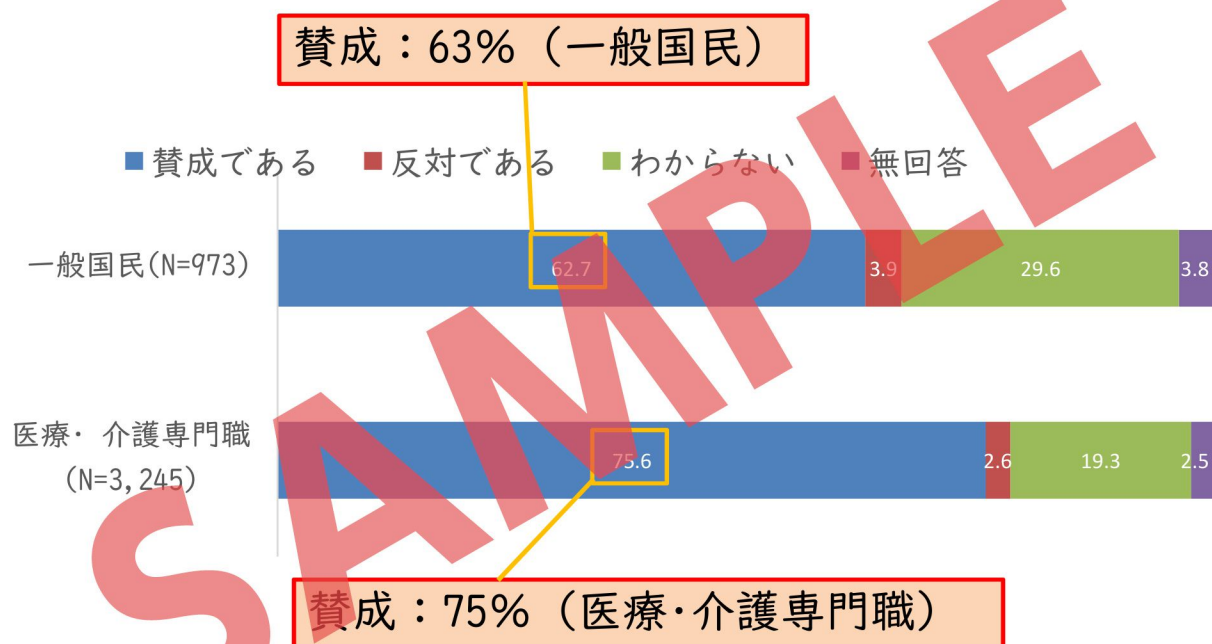
医療・介護専門職
(N=3,245)



話し合ったことがある：60%（医療・介護専門職）

2

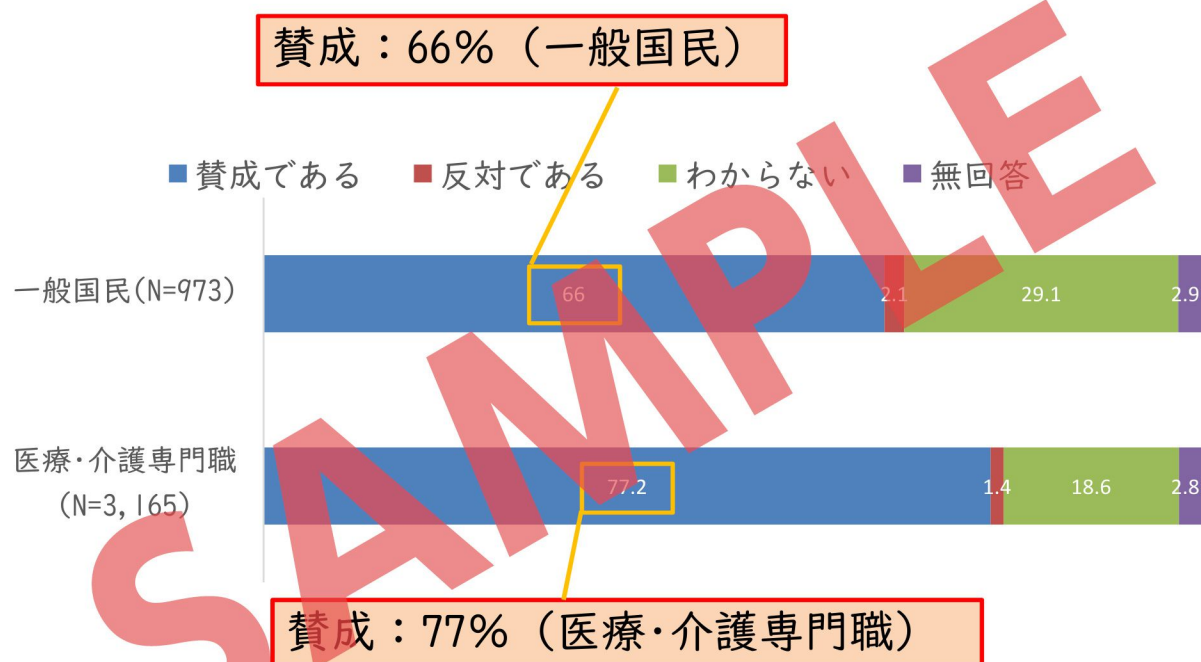
人生の最終段階における治療方針を定める人をあらかじめ決めておくことの賛否



（厚労省）人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書（平成30年3月）より改編

3

意思表示の書面を作成しておくこと



（厚労省）人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書（平成30年3月）より改編

4

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

人生の最終段階における医療及びケアのあり方

医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて
本人が医療従事者と話し合いを行い、本人による決定を基本とする

1) 本人の意思確認ができる場合

- ① インフォームド・コンセントに基づく本人の意思決定を基本
- ② 十分な話し合いを行い、本人が決定した内容を文書にする
時間経過や病状変化に応じて、本人の意思が変化することに留意
- ③ 本人が拒まない限り、決定内容を家族にも知らせる

2) 本人の意思確認ができない場合

本人の意思確認ができない場合には、
医療・ケアチームで慎重な判断を行う

(厚生労働省 平成19年5月発行、平成27年3月 改訂)

5

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改訂

平成30年版 ガイドライン改訂の経緯

最期まで本人の生き方を尊重し、医療・ケアについて検討する

- 「終末期医療」⇒「人生の最終段階における医療」に変更
- ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の概念を盛り込んで、
医療や介護の現場での普及を図る

改訂のポイント

- ① 本人の意思は変化する。治療方針に関する話し合いは繰り返す
- ② 本人が自らの意思を伝えられない場合には、本人の意思を推定
できる者が、繰り返し話し合うこと
- ③ 病院だけでなく介護施設・在宅の現場でも実践

(厚生労働省 改訂 平成30年3月)

6

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

■ Advance (アドバンス)

- 動詞：前に進む、進歩する
- 名詞：前進、進歩
- 形容詞：あらかじめ、事前の

■ Care Planning (ケア・プランニング)

- Care Plan ⇒ Care Planning
- …ing (進行形)
- ケア計画

7

ACPに関連した言葉

■ 終 活：人生の終わりのための活動

- ・ 人生の最期に向けて、葬儀・墓・財産・相続などについて、事前に伝えておく活動

■ 遺 書：自分の志や気持ちを伝えるための私的な文書

■ 遺言書：財産の処分について意思を伝えるための法的な文書

■ リビング・ウィル (L.W. : Living Will) : 生前の意思

- ・ 医療行為に関して、患者から医療者に指示した内容を文章で表現したもの

■ エンディング・ノート：最期の覚え書き

- ・ 延命治療、療養場所、葬儀や相続に関する希望
- ・ 自分史、家系図の作成

8

ACPの愛称とロゴ

- 2018年11月30日
「アドバンス・ケア・プランニング」の
愛称を「**人生会議**」とすることが発表
- 毎年11月30日をゴロ合わせて「いいみとり・みとられ」の日
として「**ACPを考える日**」とする
- **ロゴマーク**が選定（2019年4月24日）



9

ACP（人生会議）の定義と内容

■ ACP（人生会議）とは？

もしもの時のために、あなたが望む医療やケアについて、
前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取り組み。

■ 内容

- ・自分の価値観や気がかり
- ・治療や療養に関する意向
- ・人生のゴール
- ・代理意思決定者の選定

10

地対協「終末期医療のあり方検討専門委員会」

一人一人の価値観や人生観などについて、
元気なうちから家族や医療者と話し合っておく
「アドバンス・ケア・プランニング」を
普及させる取り組みを実施して
「地域の文化」にすることをめざす

医療者と患者とのコミュニケーションを推進する

2013年度

2014年度

2015年度

2016年度

ソール
作成

モデル事業

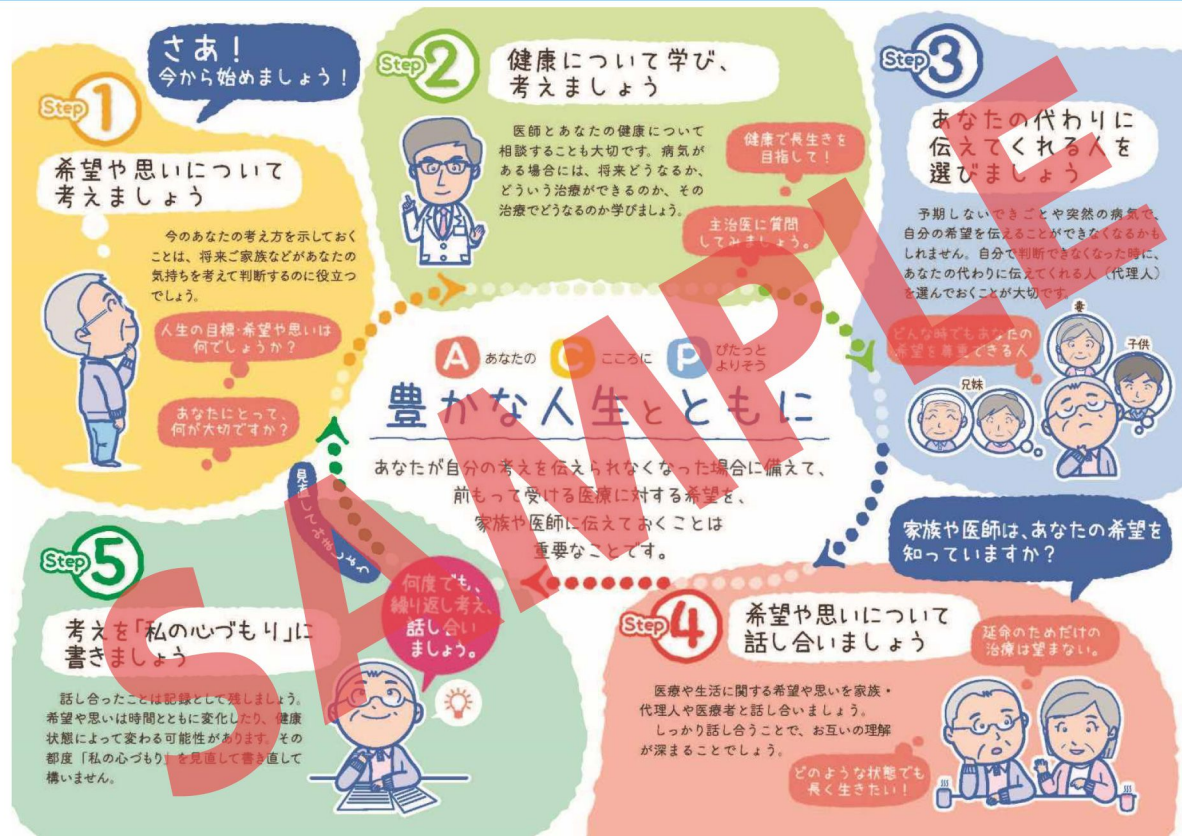
11

ACPの手引き（改訂版）



12

ACPの手引き（改訂版）



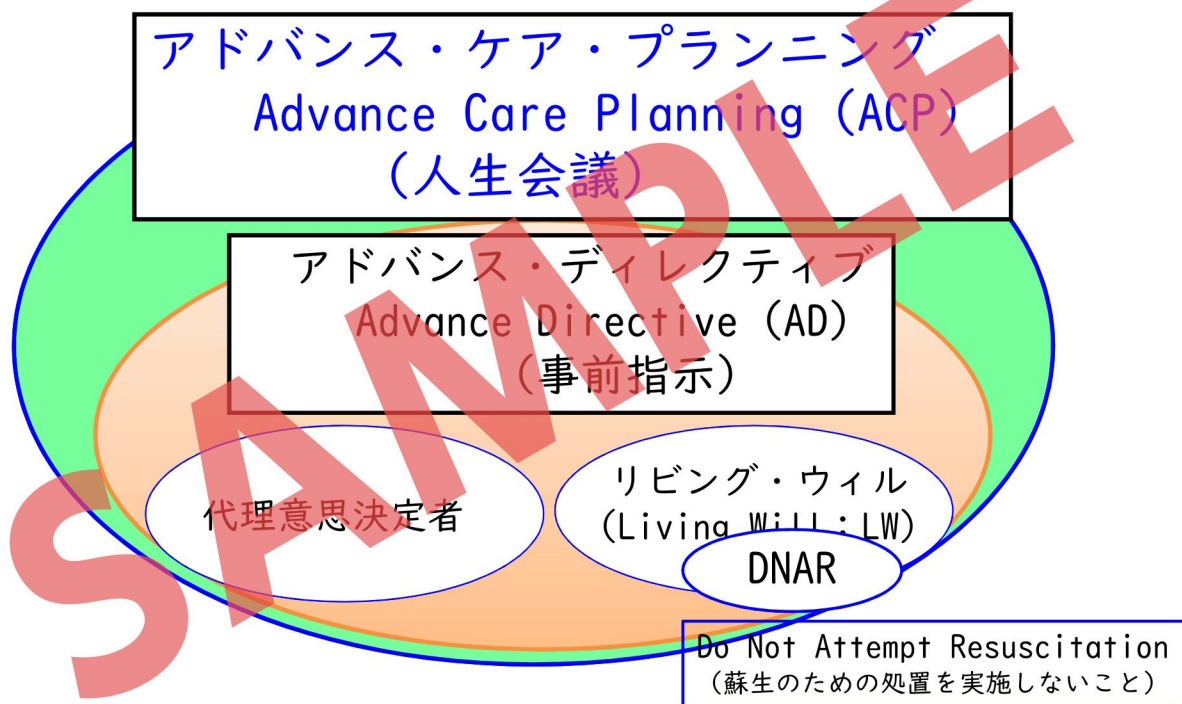
13

私の心づもり

私の心づもり	
将来、自分自身で自分のことを決められなくなった時に備えて、今のあなたの希望や思いを整理してみましょう。ACPの手引きを参考に、以下の設問にお答えいただきながらご家族やあなたの代わりに意思決定してくれる人（代理人）、あるいは医療者と話し合いを持ちましょう。	
Step 1 あなたの希望や思いについて考えよう	
あなたが大切にしたいことは何ですか？（いくつ選んでも結構です）	
☐ 楽しみや喜びにつながる可能性があること	☐ 家族や友人と十分に時間を過ごせること
☐ 身の回りのことが自分でできること	☐ 落ち着いた環境で過ごせること
☐ 人として大切にされること	☐ 人生をまっとうしたと感じること
☐ 社会や家族で役割が果たせること	☐ 望んだ場所で過ごせること
☐ 痛みや苦しみが少ないこと	☐ 医師を信頼できること
☐ 人の迷惑にならないこと	☐ 納得いくまで十分な治療を受けること
☐ 自然に近い形で過ごすこと	☐ 大切な人に伝えたいことを伝えること
☐ 先々に起こることを詳しく知っておくこと	☐ 病気を死を意識せずに過ごすこと
☐ 他人に窮った姿を見せないこと	☐ 生きていることに価値を感じられること
☐ 借仰に支えられること	
☐ その他（ ）	
Step 2 あなたの健康について学び、考えよう	
1) あなたは今の健康状態について理解できていると思いますか？	☐ はい ☐ いいえ
2) あなたの健康状態や病気について、どのような経過をたどるかなど、詳しい説明を受けたいですか？	☐ はい ☐ いいえ
3) 受ける治療に関して、希望がありますか？（健康な方は「もし病気になったら」を仮定してお答え下さい。（いくつ選んでも結構です）	
☐ 一日でも長く生きられるような治療を受けたい	
☐ どんな治療でも、とにかく病気が治ることを目指した治療を受けたい	
☐ 苦痛を和らげるための十分な処置や治療を受けたい	
☐ 痛みや苦しみが無く、自分らしさを保つことに焦点を当てた治療を受けたい	
☐ できるだけ自然な形で最期を迎えられるような必要最低限の治療を受けたい	
☐ その他（ ）	
4) 将来、認知症や脳の障害などで自分で判断できなくなった時、あなたの希望は、以下のどれですか？（一つ選んでください。）	
☐ なるべく迷惑をかけずに自宅で生活したい	
☐ 家族やヘルパーなどの手を借りながらも自宅で生活したい	
☐ 病院や施設でも良いので、食事やトイレなど最低限自分でできる生活が送りたい	
☐ 病院や施設でも良いので、とにかく長生きしたい	
☐ その他（ ）	
5) 将来、病状が悪化したり、もしもの時が近くなった時には、どこで療養したいとお考えですか？	☐ 自宅 ☐ 自宅以外 ☐ 病院 ☐ 介護施設 ☐ その他（ ） ☐ わからない
6) もしもの時が近くなった時に「延命治療 [※] 」を希望しますか？	☐ はい ☐ いいえ ☐ わからない
※「延命治療」とは、病気が治る見込みがないにもかかわらず、延命する（死の経過や苦痛を軽減させる）ことでもあります。ための医療処置を意味します。	
Step 3 あなたの代わりに意思決定をしてくれる人を選びましょう	
1) あなたの代わりに意思決定をしてくれる方はいますか？	☐ はい ☐ いいえ
2) その方はあなたの希望や価値観に配慮して、意思決定をすることができますか？	☐ はい ☐ いいえ
Step 4 医療に関するあなたの希望や思いについて伝えましょう	
Step 5 あなたの考えを文書にしましょう	
自由記載欄（その他、あなたの思いがあればお書きください）	
・記載年月日	20 年 月 日
・本人氏名	
・代理人氏名	
・話し合った日	20 年 月 日
・話し合った医療者	

14

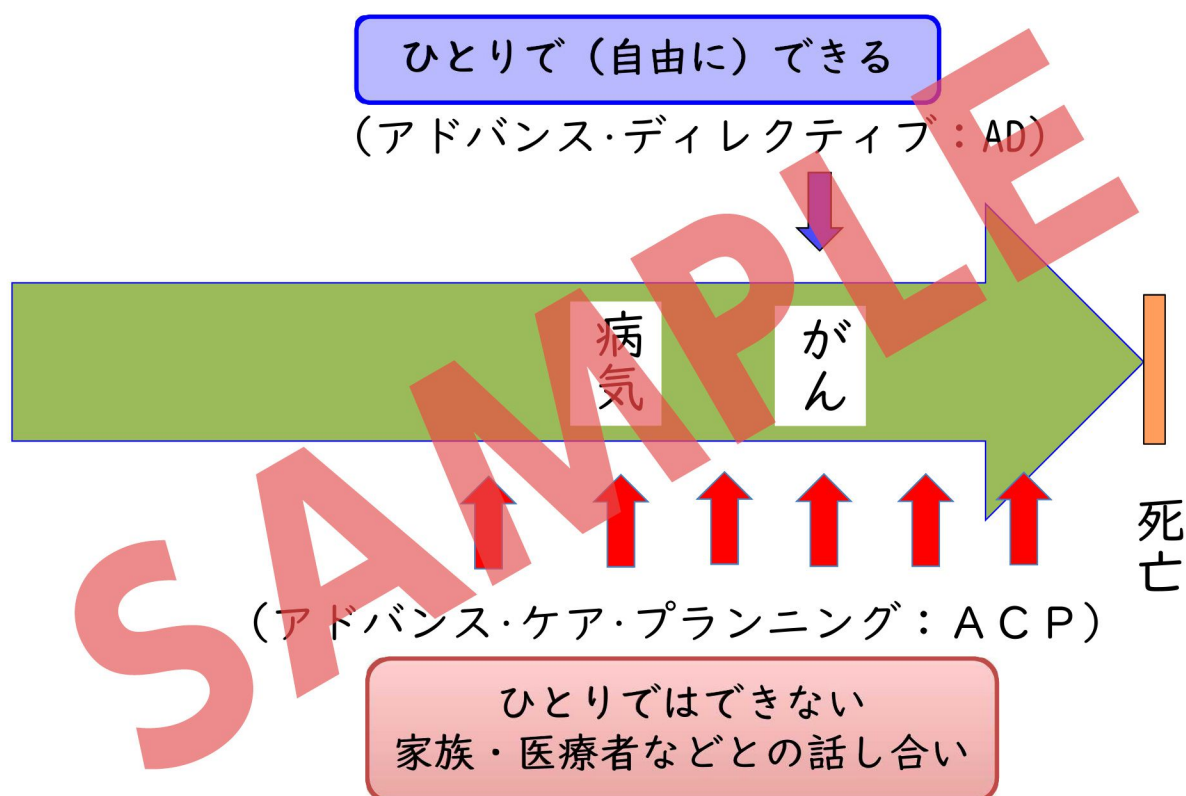
医療の意思決定に関する枠組み



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

15

ADとACPの違い



16

ACPは緩和ケアの第一歩

目の前の患者さんに対して「自問自答」してください

この患者さんが1年以内に亡くなったら
驚きますか？

もし驚かないのであれば
緩和ケアを始めた方がよい

緩和ケアの第一歩 = ACPを行う

(Small N. Palliat Med 2010;24:740-741, Hamano J. Oncologist 2015.)

17

目標の設定

■ 健康な人

- ・代理意思決定者
- ・価値観や大切にしていることを話し合う

■ 人生の最終段階を自分のこととして考えられる人

- ・自分の病気・病状の理解を知る
- ・医療・ケアの目標や具体的なことを話し合う

ACP（人生会議）

これから実践する方への提言

「将来、身の回りのことを自分ですることが難しくなったら
どうしたらいいか、考えたことはありますか？」

このひと言を投げかけることができるか否か

- 「私の心づもり」を書いてもらうことは
方法であって目的ではない
- 本人の意向を丁寧に引き出し、家族・医療者と
共有することが大切
- 本人、家族の納得が目標

19

ACPに対する誤解

- 最期の迎え方や、死に方を準備すること？

例：胃ろうをつくる？

延命治療を受ける？

（心臓マッサージ、人工呼吸）

家で最期を迎える？

- 医療の差し控え、医療費削減が目的ではない



その人らしく生きるための話し合い

20

ACPが抱える課題

■ 将来のことを、すべて予測することは困難

■ 話し合いをした時と、実際の状況が異なる可能性

■ 悩んで、気持ちが揺れて、決めきれない！

21

メッセージ

まず、家族の中で話し合いを始めましょう！

できれば、かかりつけ医とも話し合いましょう！

できれば文書に残しましょう！

22