
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

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

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

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）



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きたい医療や受けたくない医療)

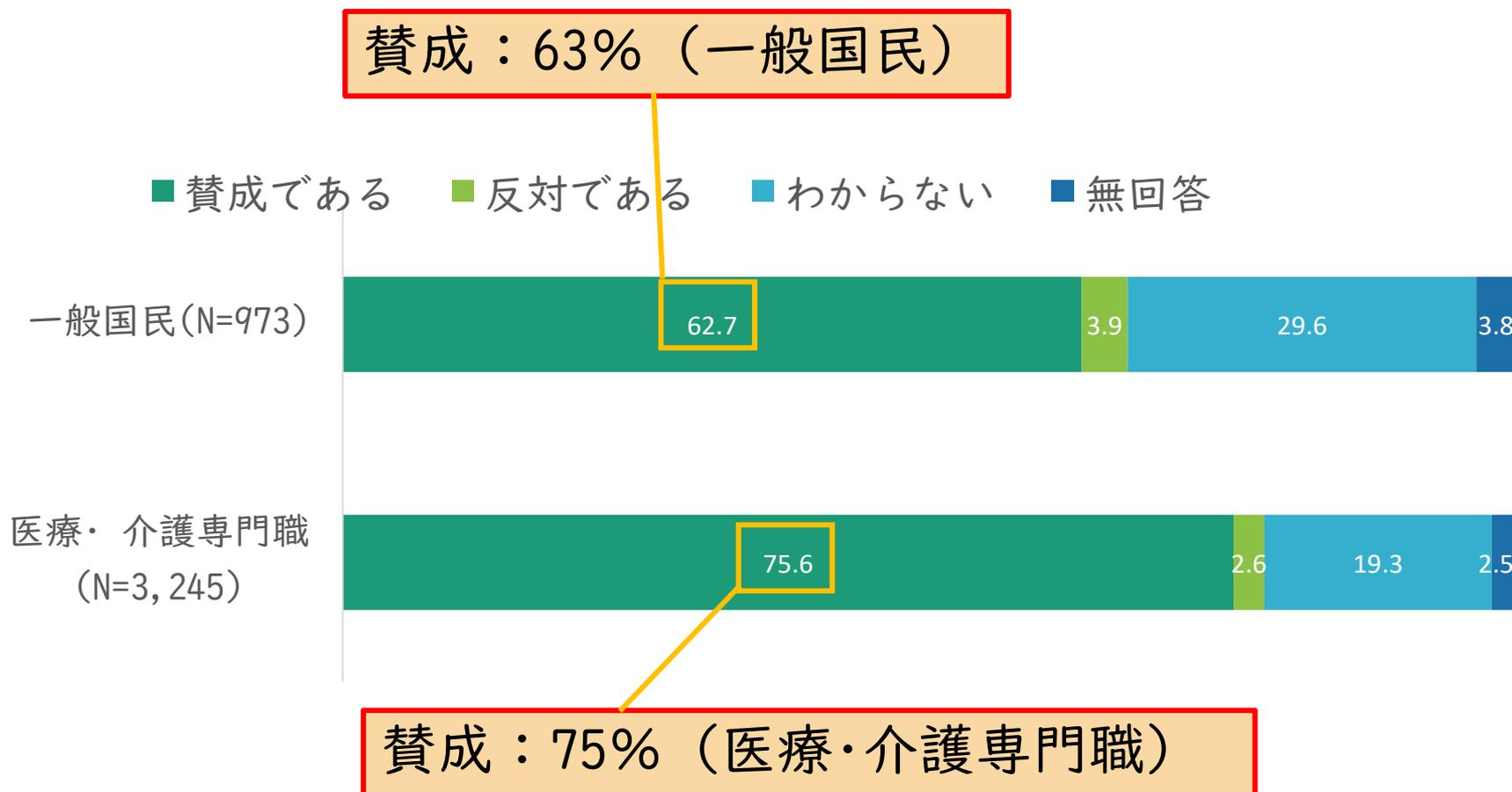
話し合ったことがある：40% (一般国民)

■ 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



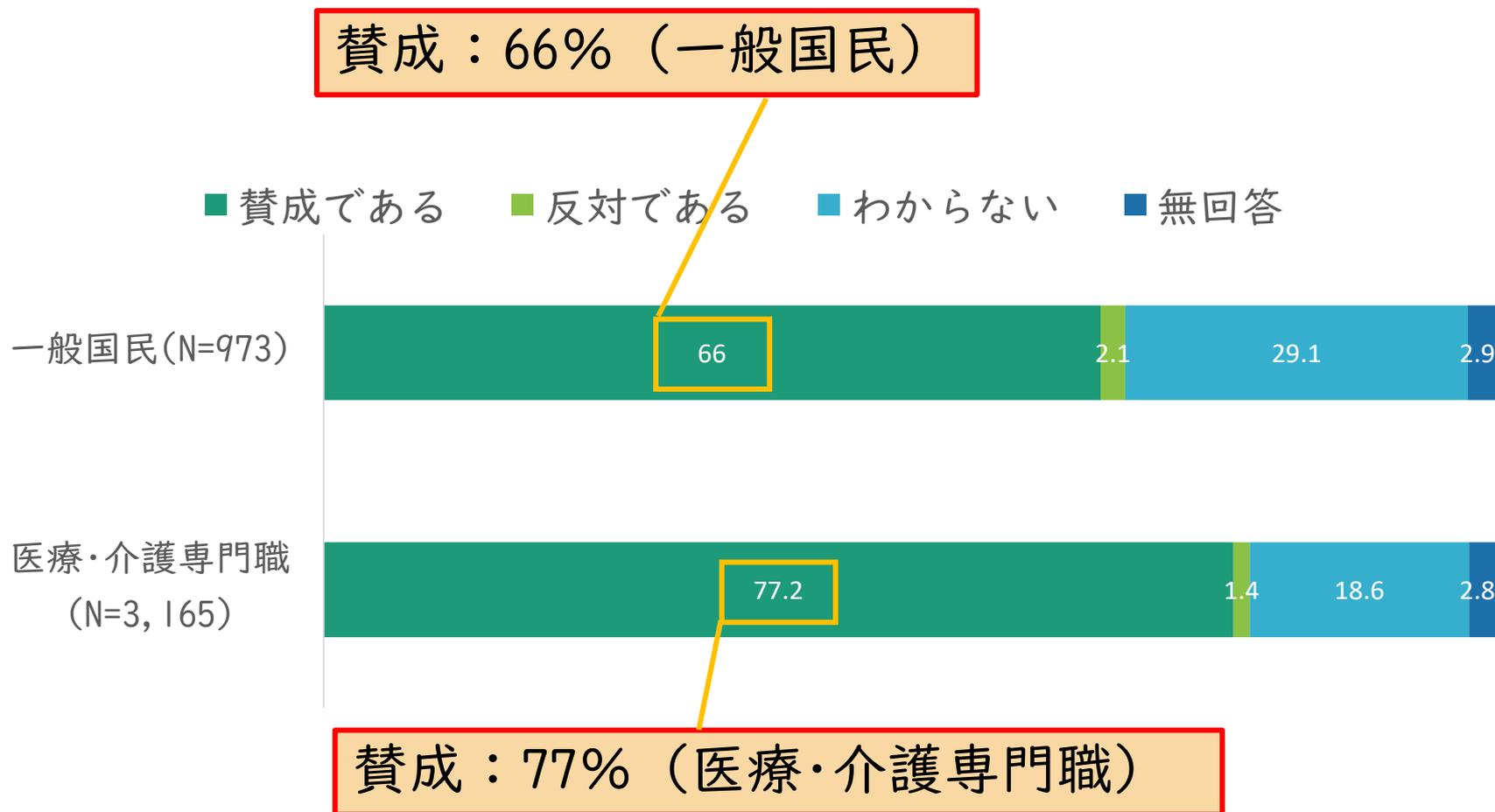
話し合ったことがある：60% (医療・介護専門職)

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

意思表示の書面を作成しておくこと



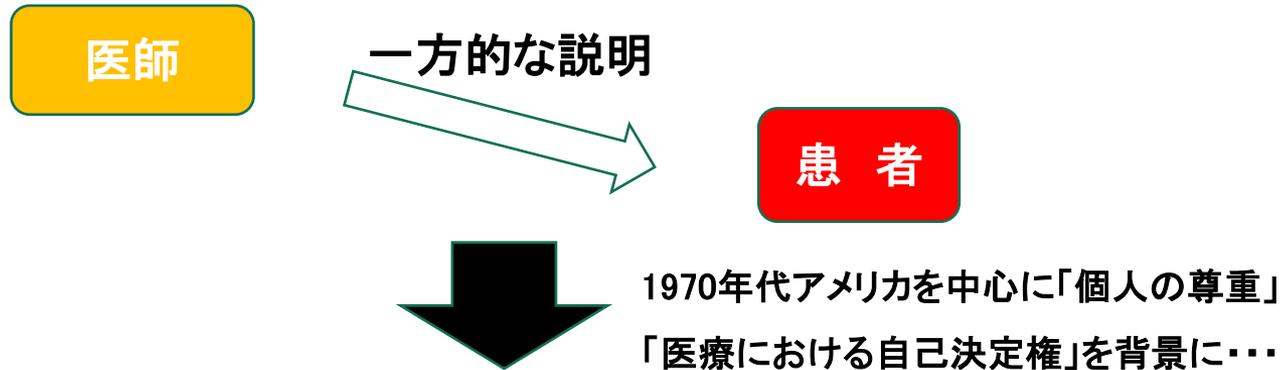
なぜ、いま、ACPなのか？

- 超高齢社会の到来

- 患者の意思決定支援における歴史的経緯

患者の意思決定支援における歴史的経緯 ①

○医師による一方的な治療方針の決定



○インフォームド・コンセント(IC)の登場



日本でも 1995年厚労省「インフォームド・コンセントのあり方に関する検討会」

1997年医療法の改正で「説明と同意」が努力義務化

患者の自己決定を支えるプロセスとして定着

インフォームド・コンセント(IC)

【問題点】

○医師側の説明が不十分

- ・専門用語使用による説明や一方的な説明
- ・医師の個人差による問題

○医師側の「説得」と患者側の「納得せざるを得ない」という状況

・
・
・

○終末期における意思決定が困難

終末期においては約70%の患者で意思決定が不可能

Silveira MJ, NEJM 2011

よりよいエンド・オブ・ライフを実現するために、
これから受ける医療行為に対する意向を、
前もって示しておくことが大切なのではないか？

患者の意思決定支援における歴史的経緯 ②

アドバンス・ディレクティブ AD (事前指示)

もしもの時(判断能力を失った際)に備えて、自分の医療に関する意向を前もって文書に残して伝えておくこと

医療内容の指示
(リビングウィル)

+

代理人の指定

侵襲性の高い延命治療
(気管切開、人工呼吸器、胃瘻、透析など)
救急搬送 心肺蘇生 DNAR

自分で判断できなくなった時の
「代理意思決定者」を指定

アメリカでは1970年代からADを推進
1990年代「自己決定の明確な証拠」として法制化

アドバンス・ディレクティブ AD（事前指示）

【問題点】

- 自分ひとりで将来のことを予想し指示するには限界がある
- 自分ひとりで作成した場合、本人が選択・決定した判断の根拠や背景を代理意思決定者や医療者が理解することが困難
- 法的文書であるために意向の変化が反映されにくい
- 実際の臨床に適用することが困難(複雑な状況への対応が困難)

ADの実効性が乏しい
事前指示書があっても役立たない？

⇒ADの普及が進まなかった

『話し合い』の重要性がクローズアップ

患者の意思決定支援における歴史的経緯 ③

ACP アドバンス・ケア・プランニング

○もしもの時に備えて、自分の医療やケアに関する希望について、前もって考え、話し合い、文書に残して伝えておく手順(プロセス)

○本人と家族または近しい人、医療・ケアチームで、医療・ケアだけでなく本人の気がかり、価値観、目標、どのように生きたいか、すなわち人生全般について繰り返し話し合いを行い、相互に理解していくプロセス

「人生会議」

大切なのは「話し合い」

患者の意思決定支援における歴史的経緯

インフォームド・コンセント IC
説明と同意

患者の自己決定を尊重した話し合い

アドバンス・ディレクティブ AD
事前指示

意向を前もって文書に残す

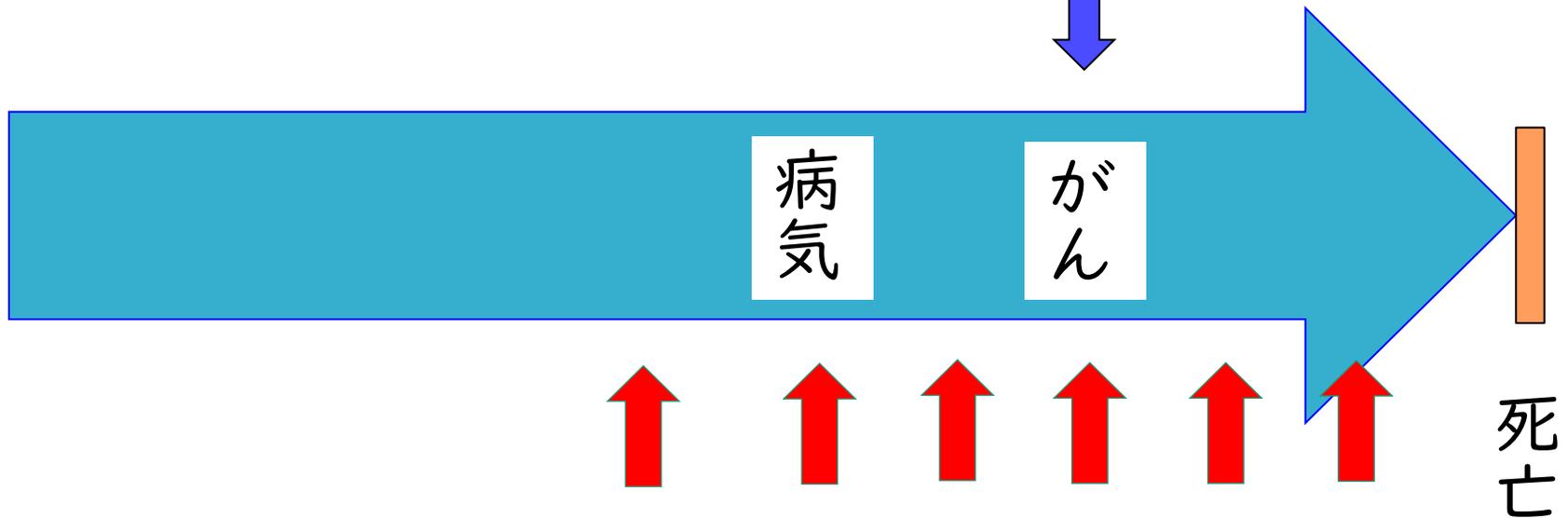
アドバンス・ケア・プランニング
ACP



ADとACPの違い

ひとりで（自由に）できる

（アドバンス・ディレクティブ：AD）



（アドバンス・ケア・プランニング：ACP）

ひとりではできない
家族・医療者などとの話し合い

医療の意思決定に関する枠組み

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

アドバンス・ディレクティブ
Advance Directive (AD)
(事前指示)

代理意思決定者

リビング・ウィル
(Living Will: LW)

DNAR

Do Not Attempt Resuscitation
(蘇生のための処置を実施しないこと)

意思決定支援に関する 基本的なガイドライン

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

認知症の人の日常生活・社会生活における
意思決定支援ガイドライン

平成19年版

終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン

平成18年3月に富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件が報道され、「尊厳死」のルール化の議論が活発化



生命維持治療の中止や差し控えについての標準的な考え方を示す

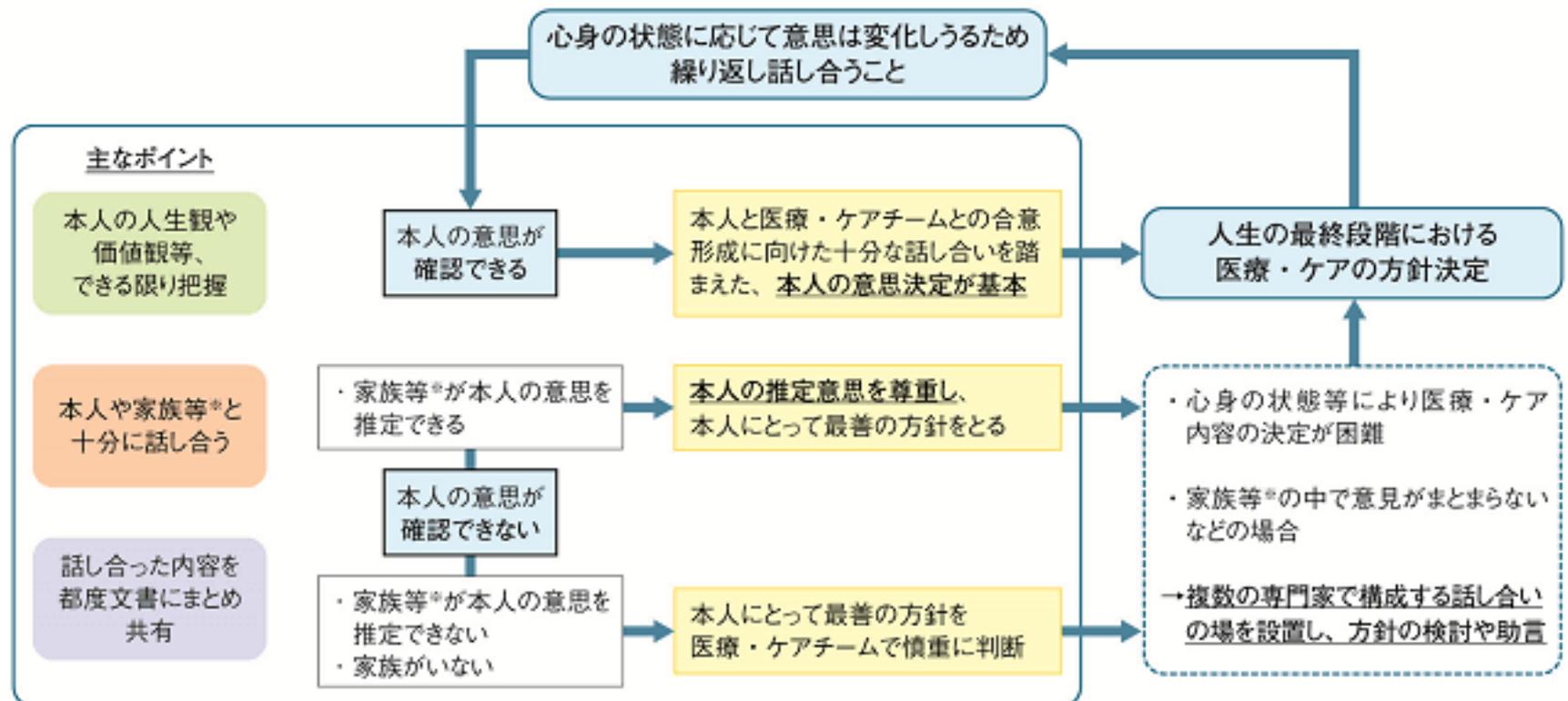
【3つの原則】

- インフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定が基本
- 多職種による話し合いを重視 = 主治医一人で決めない
- 症状緩和が重要

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

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年版 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

高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応

- 「終末期医療」⇒「人生の最終段階における医療・ケア」に名称変更
(平成27年3月)
- 平成19年版で示された【3つの原則】を踏襲
- 病院だけではなく、在宅医療・介護の現場でも活用できるよう配慮
- 医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化
- 「患者」⇒「本人」に変更
- ACPの取組の重要性を強調

(厚生労働省 改訂 平成30年3月)

認知症の人の日常生活・社会生活における 意思決定支援ガイドライン

○本人の意思を最大限に尊重した意思決定支援

- ・言葉で伝えられない場合

- 身振りや手振り、表情の変化を読み取る

- (非言語的な意思表出を読み取る努力)

- ・意思決定能力自体が低下している場合

- これまでかかわってきたなかで知り得た価値観や健康観、
生活歴などを踏まえて、本人が望むことを推定

○意思決定支援チームによる会議(話し合い)が重要

○医療・ケア以外の日常生活・社会生活に関することに重点

ACPの実践 誰と?

- ① まずは家族と（あるいは地域で）
- ② できれば医療・介護スタッフとともに
 - 医師
患者は医師とのACPをのぞむ
かかりつけ医or病院主治医
 - ケアマネージャー
 - 看護師(病院、外来、在宅)
 - ソーシャルワーカー(退院支援、施設相談員) など

多職種で連携して

ACPの実践

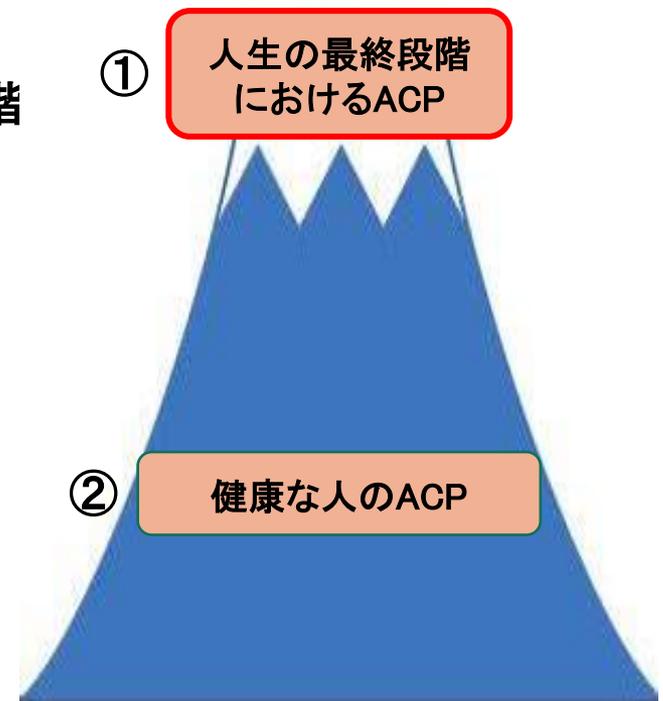
どのタイミングで?

① 人生の最終段階

- ・「1年以内に亡くなっても不思議ではない」段階
- ・本人の意向に沿ったEOLケアの実践とQODの向上が目的
- ・できるだけ早めに

② 健康成人

- ・ライフイベントに合わせて行う
- ・ACPやADについて知ってもらうことが大きな目的



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の手引き (改訂版)

アドバンス・ケア・プランニングとは？

人はそれぞれ人生観や思いに基づく人生設計を持って将来のことを考えています。それは、医療についても同じことが言えます。これから受ける医療やケアについてあなたの考えを家族や医療者と話し合っ、「私の心づもり」として文書に残すことで、あなたの希望や思いが医療やケアに反映されるでしょう。その手順をアドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning : ACP) と呼んでいます。これからの豊かな人生を目指して一緒に考えてみましょう。

発行：平成30年12月

制作
広島県地域保健対策協議会
在宅医療・介護連携推進専門委員会
ACP普及促進WG

〒732-0057 広島県広島市東区二真の里三丁目2-3 TEL:082-568-1511 FAX:082-568-2112
ホームページ <http://citaikyo.jp/>



ACP愛称
人生会議

ACPの手引き (改訂版)

Step 1

希望や思いについて考えましょう

さあ！
今から始めましょう！

今のあなたの考え方を示しておくことは、将来ご家族などがあなたの気持ちを考えて判断するのに役立つでしょう。

人生の目標・希望や思いは何でしょうか？

あなたにとって、何が大切ですか？



Step 2

健康について学び、考えましょう



医師とあなたの健康について相談することも大切です。病気がある場合には、将来どうなるか、どういう治療ができるのか、その治療でどうなるのか学びましょう。

健康で長生きを目指して！

主治医に質問してみましょう。

Step 3

あなたの代わりに伝えてくれる人を選びましょう

予期しないできごとや突然の病気で、自分の希望を伝えることができなくなるかもしれません。自分で判断できなくなった時に、あなたの代わりに伝えてくれる人（代理人）を選んでおくことが大切です。

どんな時でもあなたの希望を尊重できる人



家族や医師は、あなたの希望を知っていますか？

A あなたの C ところに P びたつとよりそう

豊かな人生とともに

あなたが自分の考えを伝えられなくなった場合に備えて、前もって受ける医療に対する希望を、家族や医師に伝えておくことは重要なことです。

Step 5

考えを「私の心づもり」に書きましょう

話し合ったことは記録として残しましょう。希望や思いは時間とともに変化したり、健康状態によって変わる可能性があります。その都度「私の心づもり」を見直して書き直して構いません。



何度でも、繰り返し考え、話し合みましょう。

Step 4

希望や思いについて話し合みましょう

医療や生活に関する希望や思いを家族・代理人や医療者と話し合みましょう。しっかり話し合うことで、お互いの理解が深まることでしょう。

延命のための治療は望まない。

どのような状態でも長く生きたい！



私の心づもり

私の心づもり

①

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ましょう

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）

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 楽しみや喜びにつながるがあること | <input type="checkbox"/> 家族や友人と十分に時間を過ごせること |
| <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分でできること | <input type="checkbox"/> 落ち着いた環境で過ごせること |
| <input type="checkbox"/> 人として大切にされること | <input type="checkbox"/> 人生をまっとうしたと感ずること |
| <input type="checkbox"/> 社会や家族で役割が果たせること | <input type="checkbox"/> 望んだ場所で過ごせること |
| <input type="checkbox"/> 痛みや苦しみが少なく過ごせること | <input type="checkbox"/> 医師を信頼できること |
| <input type="checkbox"/> 人の迷惑にならないこと | <input type="checkbox"/> 納得いくまで十分な治療を受けること |
| <input type="checkbox"/> 自然に近い形で過ごすこと | <input type="checkbox"/> 大切な人に伝えたいことを伝えること |
| <input type="checkbox"/> 先々に起こることを詳しく知っておくこと | <input type="checkbox"/> 病気や死を意識せずに過ごすこと |
| <input type="checkbox"/> 他人に弱った姿を見せないこと | <input type="checkbox"/> 生きていることに価値を感じられること |
| <input type="checkbox"/> 信仰に支えられること | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

Step 2 あなたの健康について学び、考えましょう

- 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
- 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
- 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 ()
- 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 ()

②

- 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

- 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（死の経過や苦痛を長引かせることもあります）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

- 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
- 1) の質問で「はい」と答えられた方にお尋ねします
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 _____

当院におけるACP実施の流れ

- ①訪問診療でACP(人生会議)について説明
- ②希望されたら、後日、当院の看護師がケアマネ、訪問看護師など在宅スタッフと同行訪問しACPを実施
- ③次回の訪問診療時に内容を確認
- ④患者、家族の同意があればコピーを診療録に保存

**Hope for the best,
Prepare for the worst**

ACPの利点

- 本人の意向が医療・ケアに反映されやすい
- 本人の自己コントロール感(自律性)が高まる
- 本人-代理決定者-医療者のコミュニケーションが改善
- 話し合いによって患者がどう考えているかを理解することができ、複雑な状況にも対応が可能
- 本人と家族の満足度が向上する
- 遺族の不安や抑うつが減少する

本人・家族のQOLの向上

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

ACPの問題点

- どのタイミングで始めるかが難しい
- 将来を予想すること自体が困難
- 「もしもの時」を考えることを避ける風潮
- 本人・家族にとってもつらい体験になる可能性
- 時間と手間がかかる
- 実際の臨床に適用することのむずかしさ
 - ・医療者は患者の意向より医療の有用性を重視する傾向
 - ・本人と意思決定代理者との意見の食い違い
 - ・話し合いのときといざとなったときの気持ちは異なる
- 地域で共有できていない

ACPの実践にあたり 医療・介護スタッフが気を付けること

- ACPに関する一定の研修が必要
- コミュニケーションスキルが重要
- 相手の感情に配慮⇒ACPをしない決断も重要
- 事前指示をとることを目的としない
- 医療者の価値観を押し付けない
- 代理意思決定者への配慮
- 個人情報への取扱い 事前指示書の取扱い
- 本人・家族との信頼関係が前提

ACPと法

○ACPに法的拘束力はあるのか？

⇒我が国において、ACPおよび終末期に関する法の定めはない。
法的拘束力はないが、ACPにおいて作成される書類は尊重されるべき。

○ACPに基づき、治療の差し控え・中止を行った場合の法的判断は？

⇒ACPを尊重し、**ガイドライン**に沿って、複数の医療者により構成される
医療・ケアチームで延命治療の中止を判断するのであれば、医療者側
が罰せられることはないと考えられる。

ACPと倫理

ACPの基盤となる医療倫理

医療倫理の4原則

- 自律尊重
本人の意思、自己決定の尊重
「人として尊重する」
- 善行・与益
良い効果を最大にする
- 無危害
リスクや副作用を最小限にする
- 公平・公正
社会的視点で適切であること

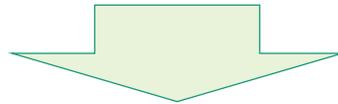
ACPに関連した言葉

- **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

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

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

ACPに対する誤解

- 最期の迎え方や、死に方を準備すること？

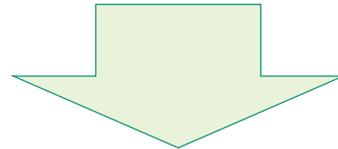
例：胃ろうをつくる？

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？

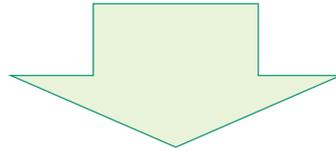
- 医療の差し控え、医療費削減が目的ではない



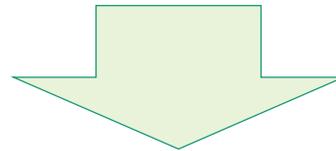
その人らしく生きるための話し合い

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



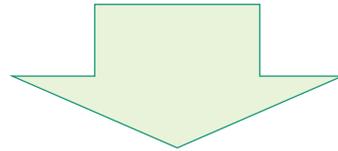
- 話し合いをした時と、実際の状況が異なる可能性



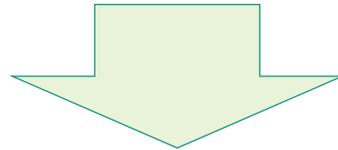
- 悩んで、気持ちが揺れて、決めきれない！

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！

事例 90歳台 男性

サ高住で一人暮らし

障害高齢者の日常生活自立度 A1

認知症高齢者の日常生活自立度 自立
要支援2

最近、食欲低下、体力低下、体重減少

キーパーソン 長女 疎遠

ACP(本人、施設スタッフ、かかりつけ医、看護師)

- これからも人に迷惑をかけず、一人で生きていきたい
- 意思決定代理者はおそらく長女
- 精密検査や積極的な治療は希望しない
- 意味のない延命治療は希望しない
- あまり長生きしたいとは思わない 自然がいい
- 苦しむのはいや
- できれば最期までこの施設で過ごしたい

事例 90歳台 男性

腹痛で緊急入院

便秘による閉塞性腸炎の診断⇒軽快

上部消化管内視鏡で進行胃がんを認めた

担当医、患者、長女でIC

遠隔転移はなく手術適応との結論⇒ひとまず退院

本人「手術を受けることをためらっている」

事例 90歳台 男性

【この事例から学んだこと】

- 意思決定代理者を含めないACPは実効性に乏しい
- 医療倫理の「本人の自立(意向)」と「与益・無危害」とのジレンマ
- ACPを病院主治医とかかりつけ医で(地域で)共有することの難しさ
- ACPは絶対的なものではない

地对協「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

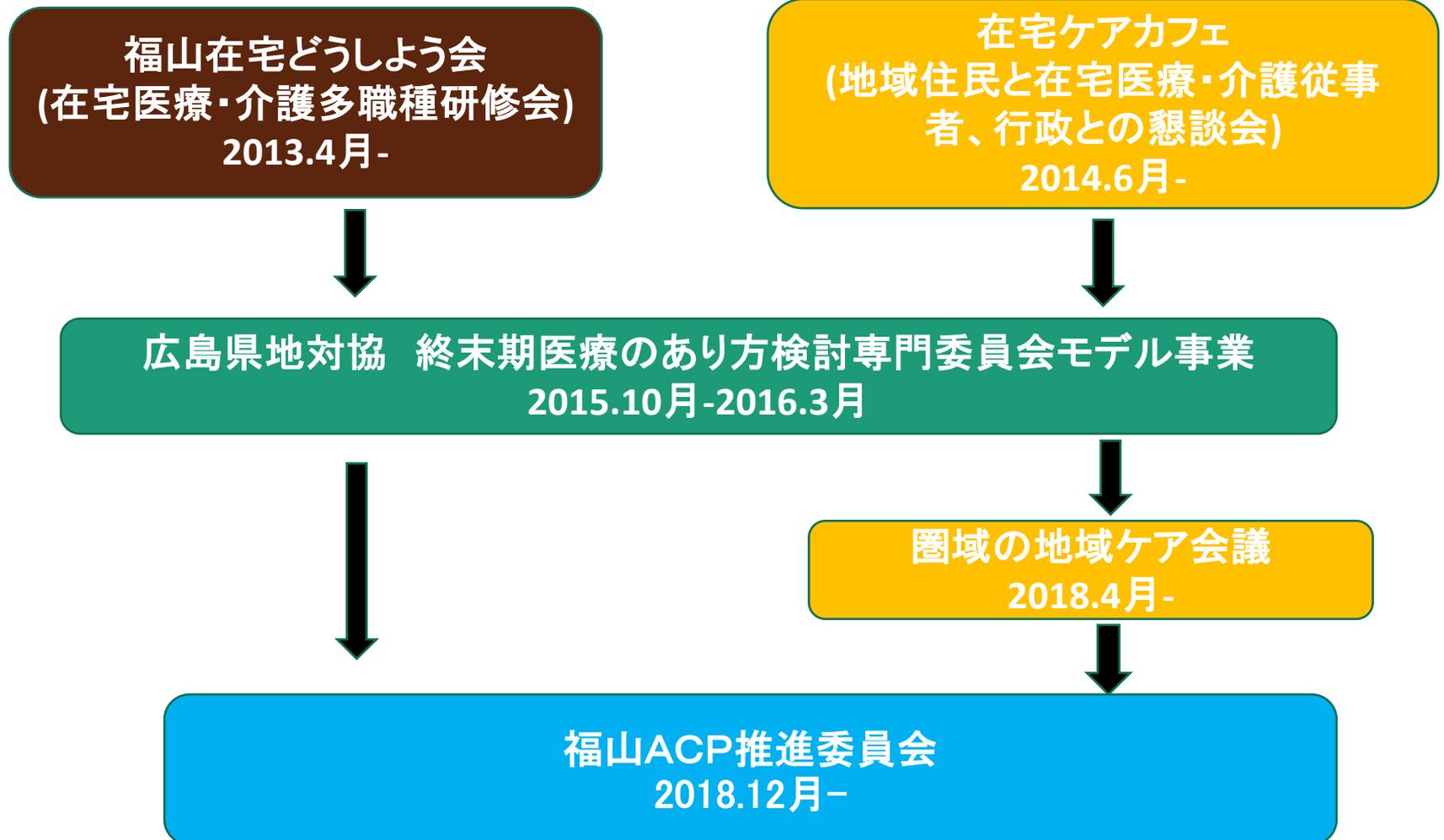
2015年度

2016年度

ツール
作成

モデル事業

ACPの普及に向けた福山市医師会の取り組み



福山ACP推進委員会(福山市医師会)

2018.12月 -

ACP推進協力員

ACPメイト

福山ACP推進協力員(ACPメイト)

【ACPメイトの条件】

- 本活動の趣旨に賛同する医療・介護・福祉従事者、行政関係者など
- 福山市医師会による『ACPメイト研修会』の研修を受けたもの
- ACPメイトとして登録したもの
- 所属長の同意が必要

【ACPメイトの役割】

- 一般住民、患者、サービス利用者などに対するACPの実践
- 地域の住民向けの集まり(地域サロンなど)などでのACP啓発活動
- 地域における医療・介護従事者などに向けてのACP啓発活動
- ACP推進に向けた検討会(年3-4回程度開催)への参加

第1期 福山ACP推進協力員(ACPメイト)

79名

看護師 29名 介護支援専門員 23名 主任介護支援専門員 5名

医師 5名 薬剤師 4名 社会福祉士 3名 保健師 3名

その他 7名

(作業療法士、臨床心理技術者、生活相談員、認知症地域支援推進員、
介護職、市議会議員など)

第2回 ACP推進協力員(ACPメイト)ミーティング

日 時: 令和元年6月19日(水)19:00~20:30

場 所: 福山市医師会館 4F 講堂

内 容:

○ミニレクチャー

「人生の最終段階における医療・ケア決定プロセスに関するガイドライン」

○グループワーク

「活動開始後にわかった課題」

参加者:56名

かかりつけ医の理解・協力が不可欠



医師版ACPメイト
『ACP協力医療機関』の募集

ACP 推進協力医療機関
登録証

 アドバンス・ケア・プランニング

医療機関名

様

一般社団法人福山市医師会の ACP（アドバンス・
ケア・プランニング）推進協力医療機関に登録され
ていることを証します

2019 年 〇〇月 〇〇日

一般社団法人 福山市医師会

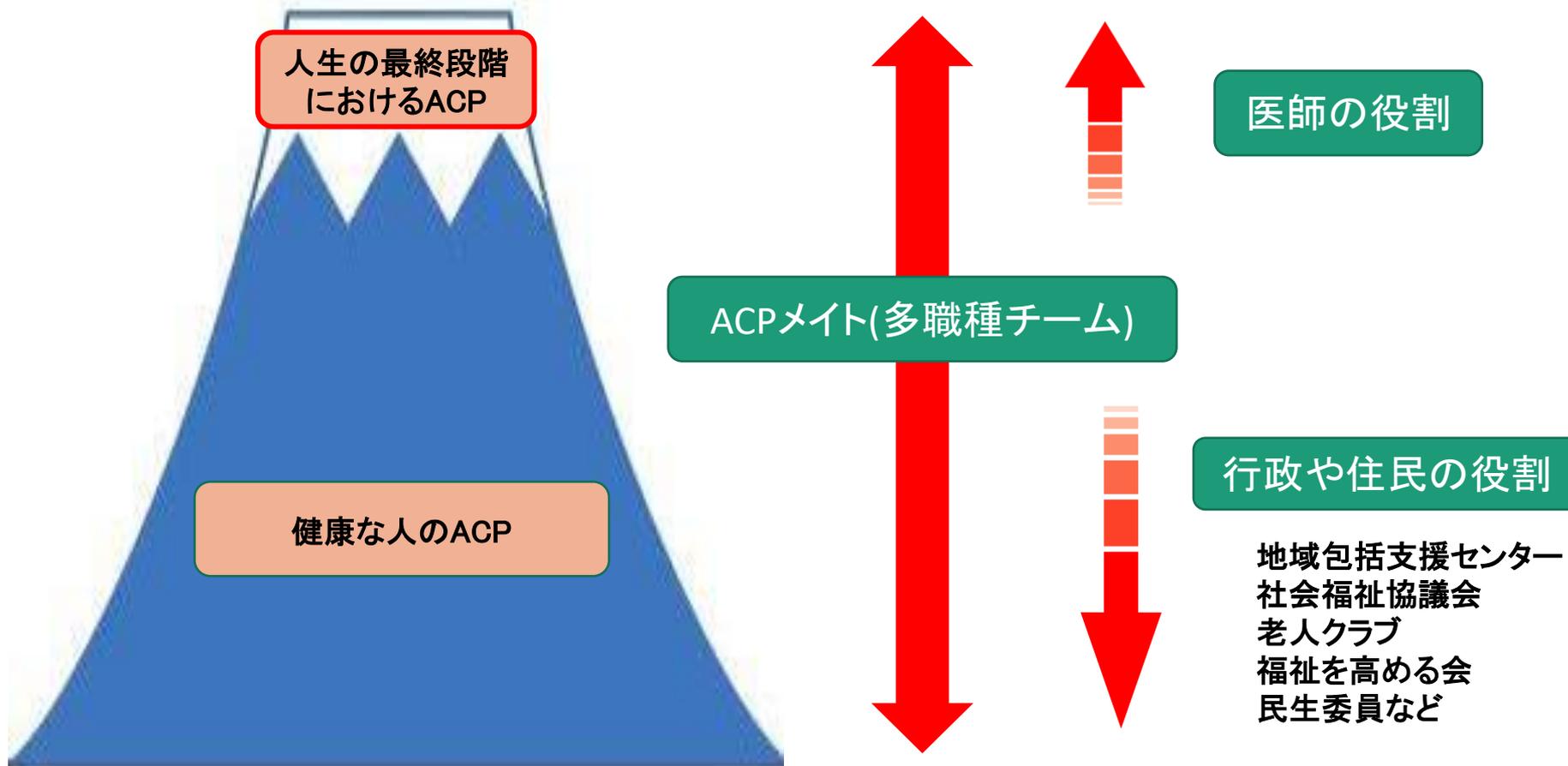
会 長 児 玉 雅 治



福山でACPをどのように進めるか

- まずは自分から!
- ACPメイトの質の向上(特にコミュニケーションスキル)
⇒研修の充実
- ミーティングの定期開催
⇒課題の共有
⇒PDCAサイクル(計画⇒実践⇒評価⇒改善)
- 地域や医療機関における活動指針、マニュアル、ルールの作成
- ACPは「人生会議」 ⇒多職種で連携して
⇒かかりつけ医の理解・協力が不可欠
⇒『ACPメイト』と『ACP協力医療機関』の2本立て
- 地域におけるACPの共有
⇒『ACPシート』の作成・運用 在宅⇔病院⇔施設
- 広島県ACP普及推進員と福山ACPメイトとの協働
- ACPを福山の文化に!

ACPの担い手を『多職種』から『地域』へ



第2期 福山ACP推進協力員(ACPメイト)募集

ACPメイト養成研修会

2020.12.1(火) 19時-

福山すこやかセンター