

いまさらきけないACPの

い・ろ・は

配布資料

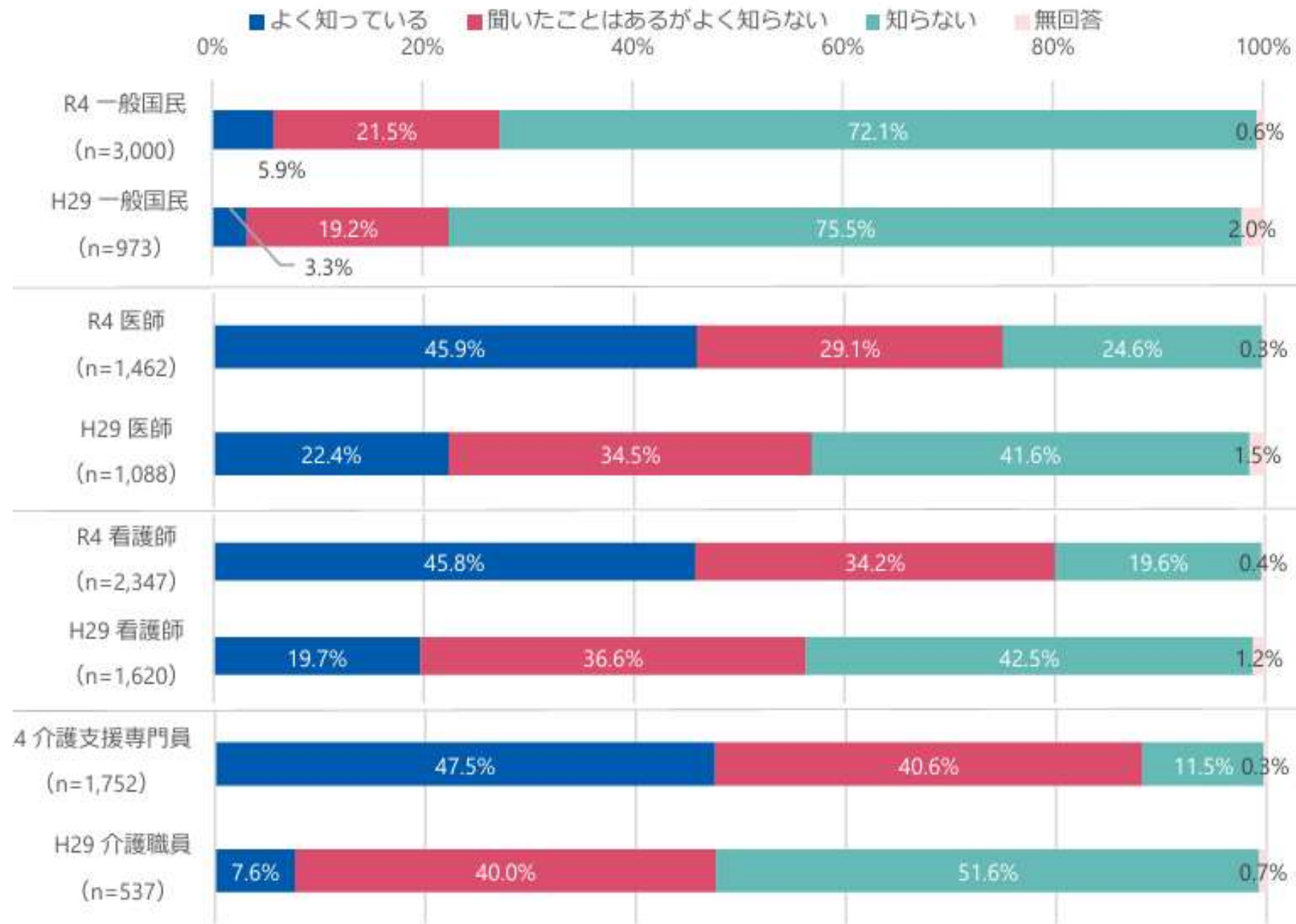
名古屋大学化学療法部（老年内科）

柳川 まどか

2025年1月17日（金）

人生の
最終段階における
医療ケアに関する
意識調査より

厚生労働省



ACPって「人生会議」のことでしょ
知ってる知ってる・・・なんとなく漠然と・・・

ACPトピックス

令和6年度入院基本料改訂

①入院診療計画の策定、②院内感染防止対策、③医療安全管理体制、④褥瘡対策、⑤栄養管理の基準

新しく加わった要件

⑥栄養管理体制の基準の明確化、
⑦人生の最終段階における意思決定支援
及び⑧身体的拘束の最小化の取り組み

医療現場で誤解が多いACP

輸血は？昇圧剤は？麻薬は？治療は？DNARをとること？

BSCを決定すること？



胃ろう(PEG)



最期の医療処置を決めることだけではありません。

ACPとは

自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて前もって考え、医療・ケアチーム等と繰り返し話し合いを共有する取組のこと

厚生労働省

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは

（１） ACPは将来の医療に関する個人の価値観、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

（２） ACP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

（３） 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

Advance Directive(事前指示)とは
ADとは「ある患者あるいは健常人が、将来自らが判断能力を失った際に自分に 行われる医療行為に対する意向を前もって意思表示すること」と定義される。

①内容的指示

②代理人指示

→ 通常の前記指示書は①と②両方により構成される
事前指定書、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。
リビング・ウィルとは内容的指示のひとつで通常書面により残された指示を指すことが多い。

DNARとは

**= Do Not Attempt
Resuscitation**

終末期に患者本人または患者の利益にかかわる代理者の意思決定をうけて心肺蘇生法をおこなわないこと。

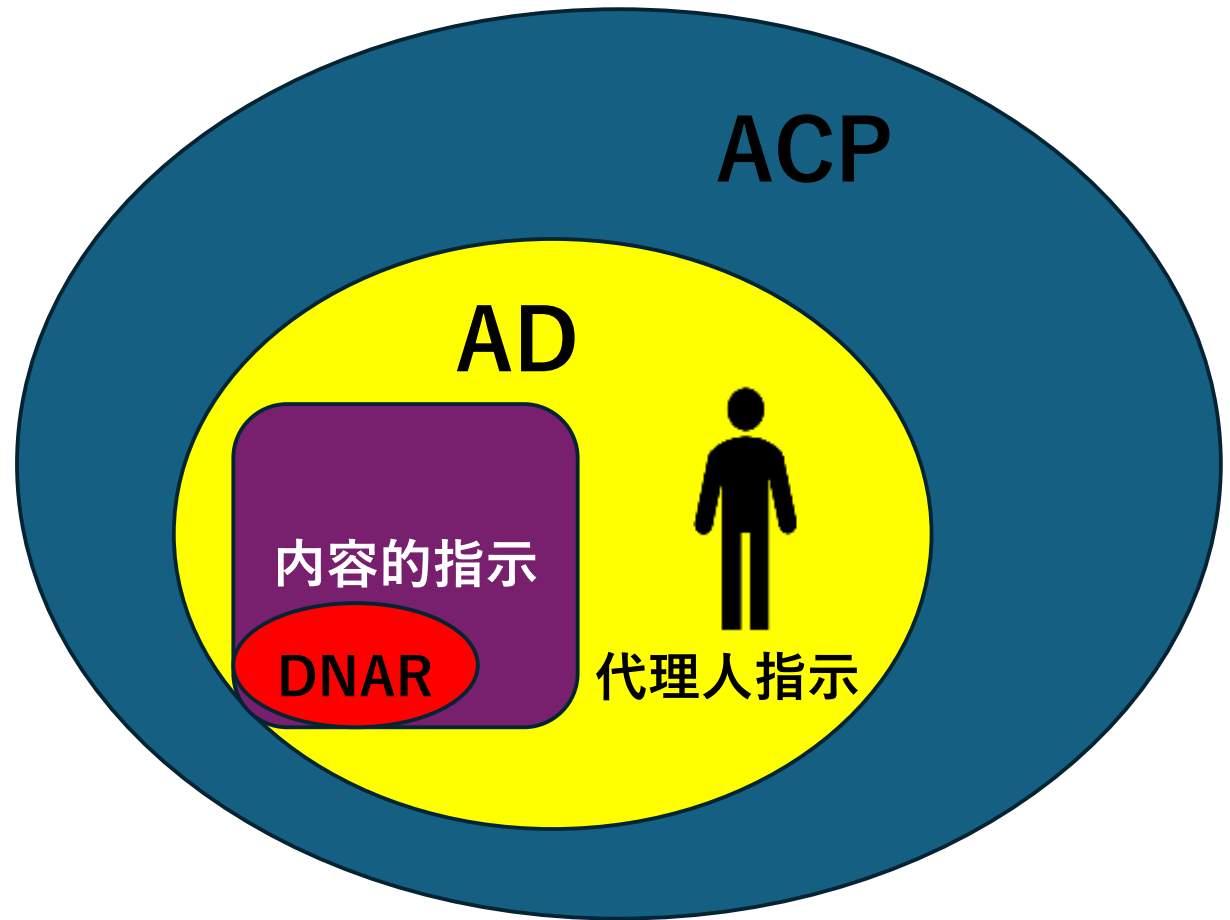


DNAR指示は心停止時に心肺蘇生をしない指示であり、通常の医療・看護・ケアに影響を与えない。

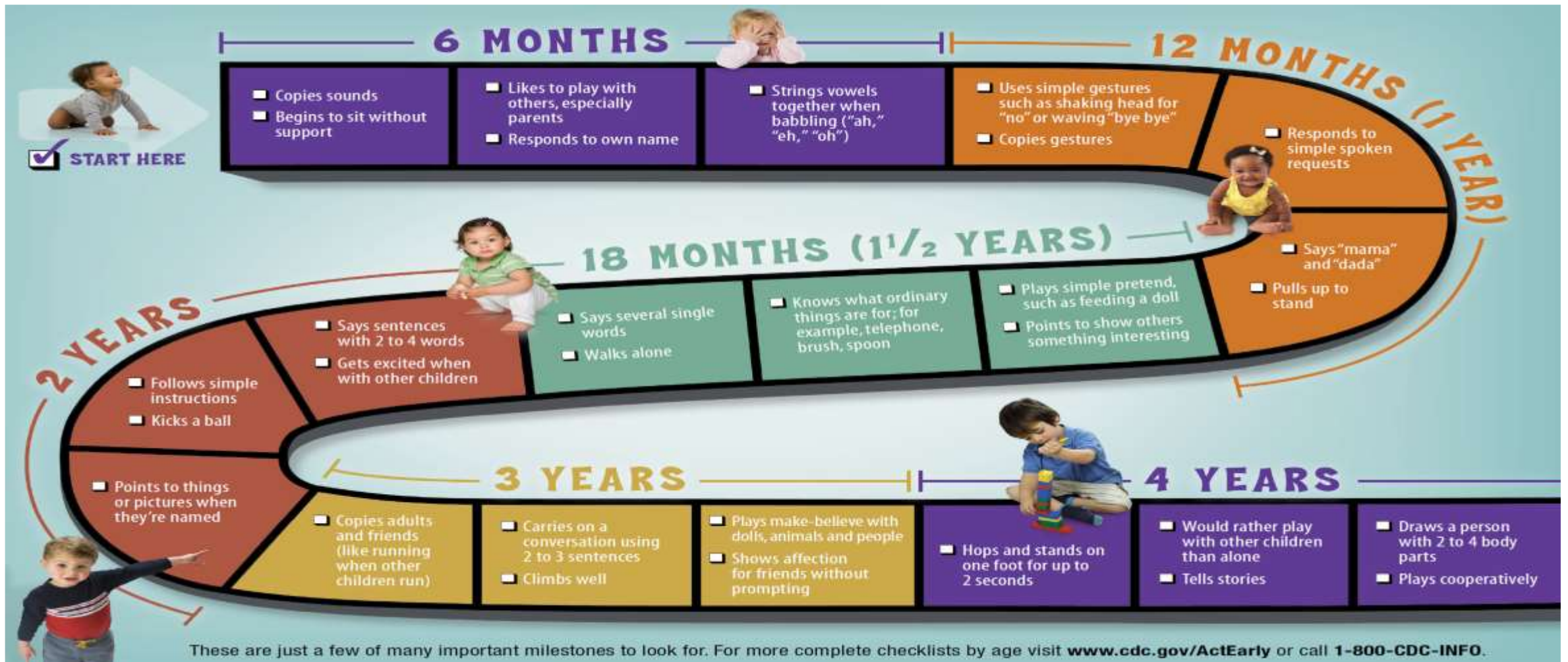
日本集中治療学会倫理委員会 2017年勧告

おさらい

- 緩和ケア ≠ 終末期ケア



ACPはなぜ必要なのか？



高齢者の余命は幅がある

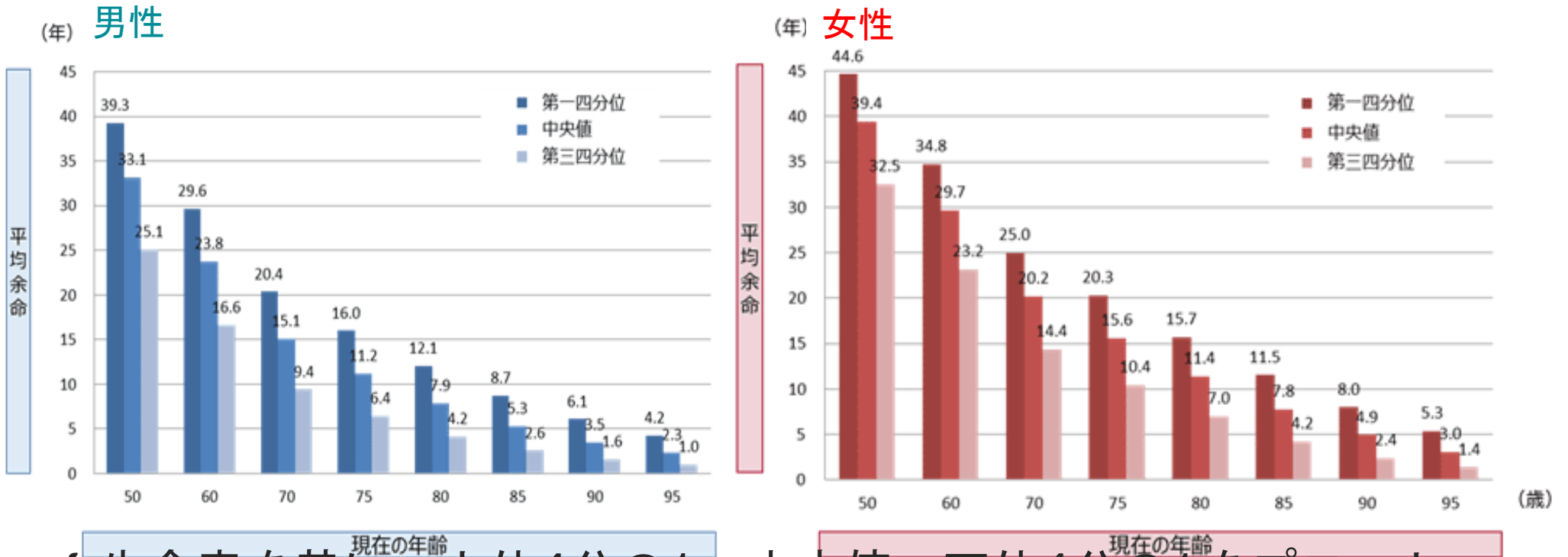
Women life expectancy

Age	Top 25 th % Fit	50 th % Intermediate	Lowest 25 th % Sick
50	40	33	24.5
70	21.3	15.7	9.5
75	17	11.9	6.8
80	13	8.6	4.6
85	9.6	5.9	2.9
90	6.8	3.9	1.8
95	4.8	2.7	1.1



年齢別平均余命（日本）

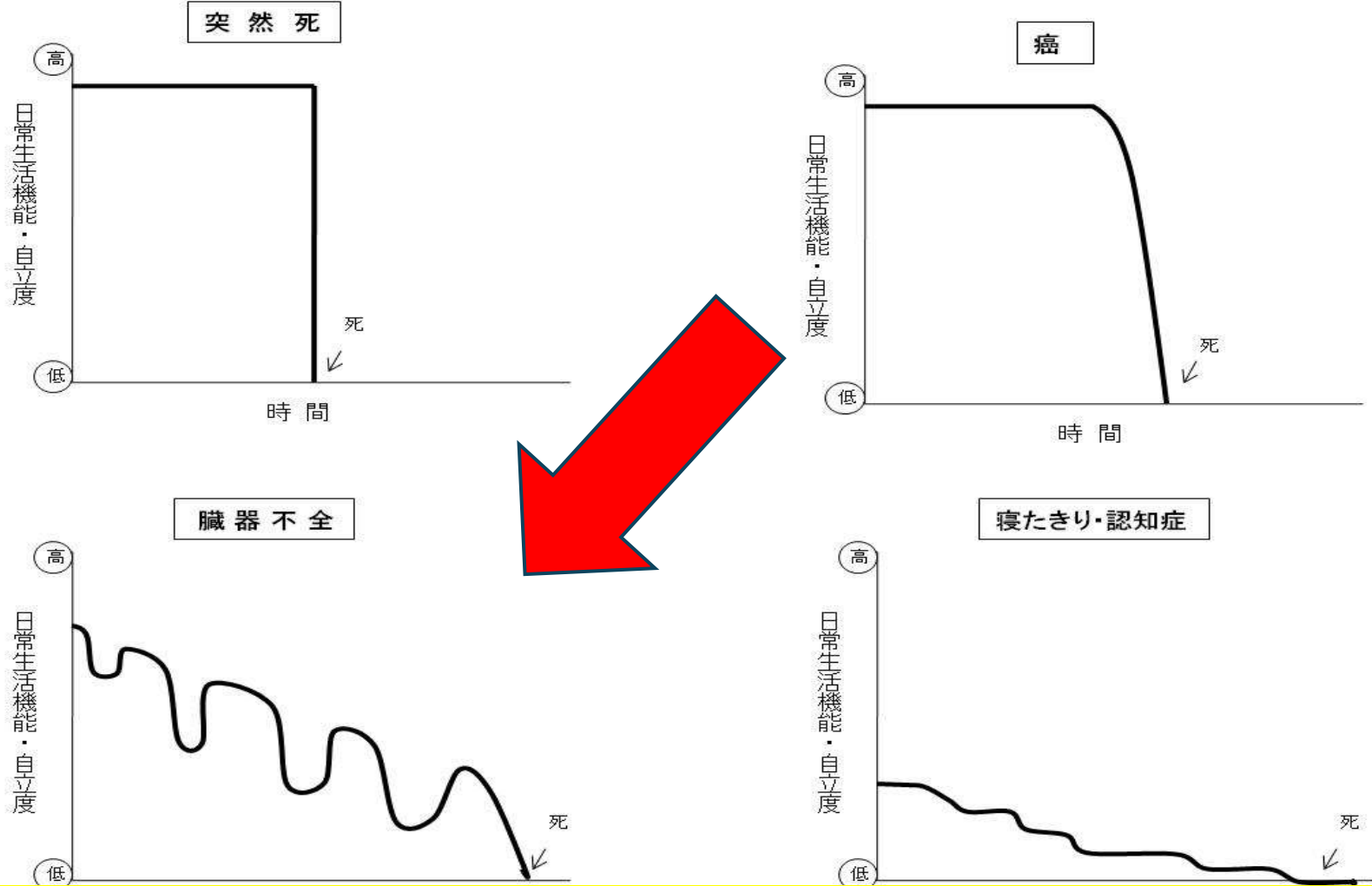
「がん情報サービス」のwebサイト、「余命」で検索可



- ✓ 生命表を基に、上位4分の1、中央値、下位4分の1をプロット
- ✓ 「比較的健康」な高齢者、「平均的」な高齢者、「状態の悪い」高齢者

http://ganjoho.jp/med_pro/med_info/guideline/life_expectancy.html

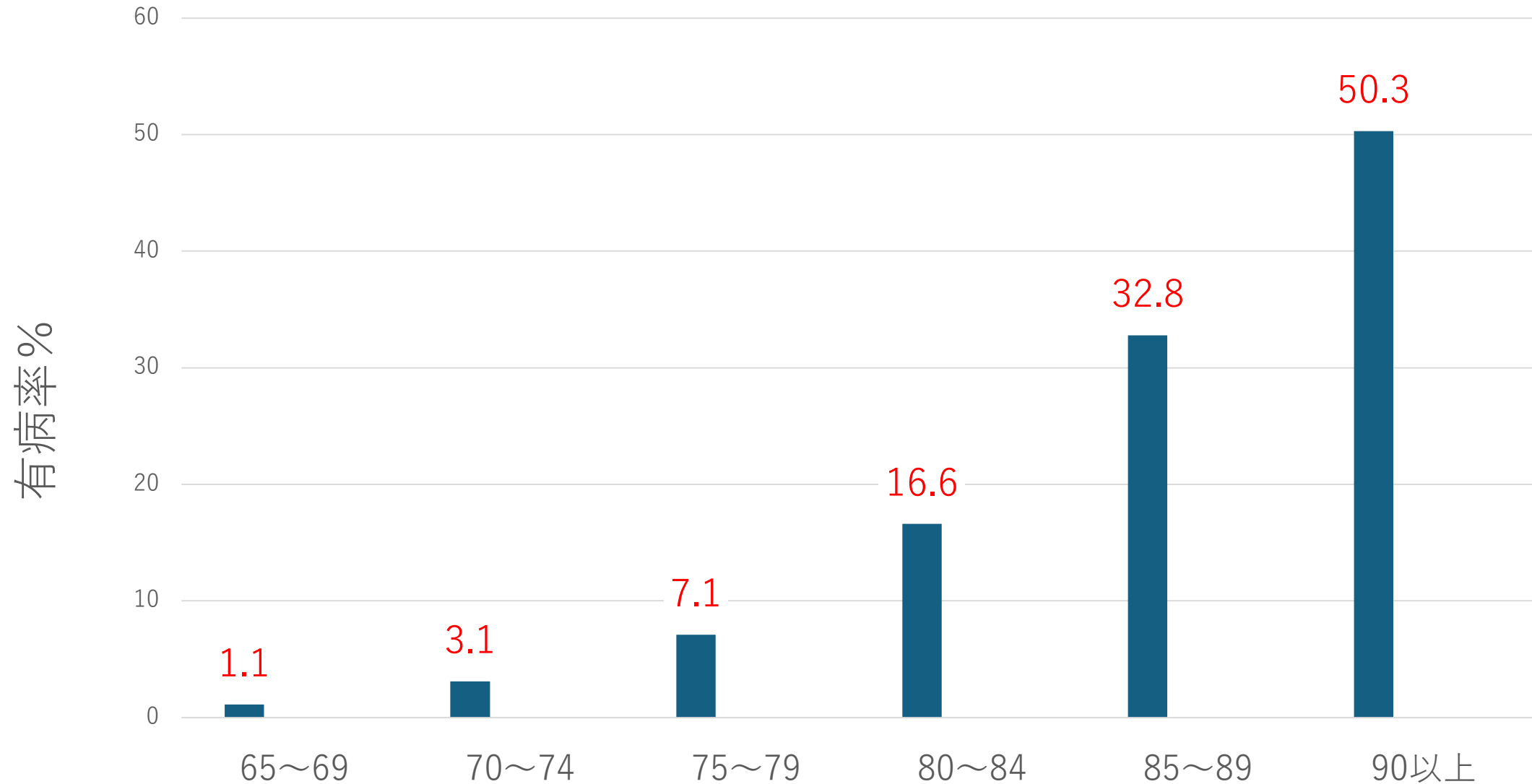
高齢者の死にゆく過程には多様性がある。



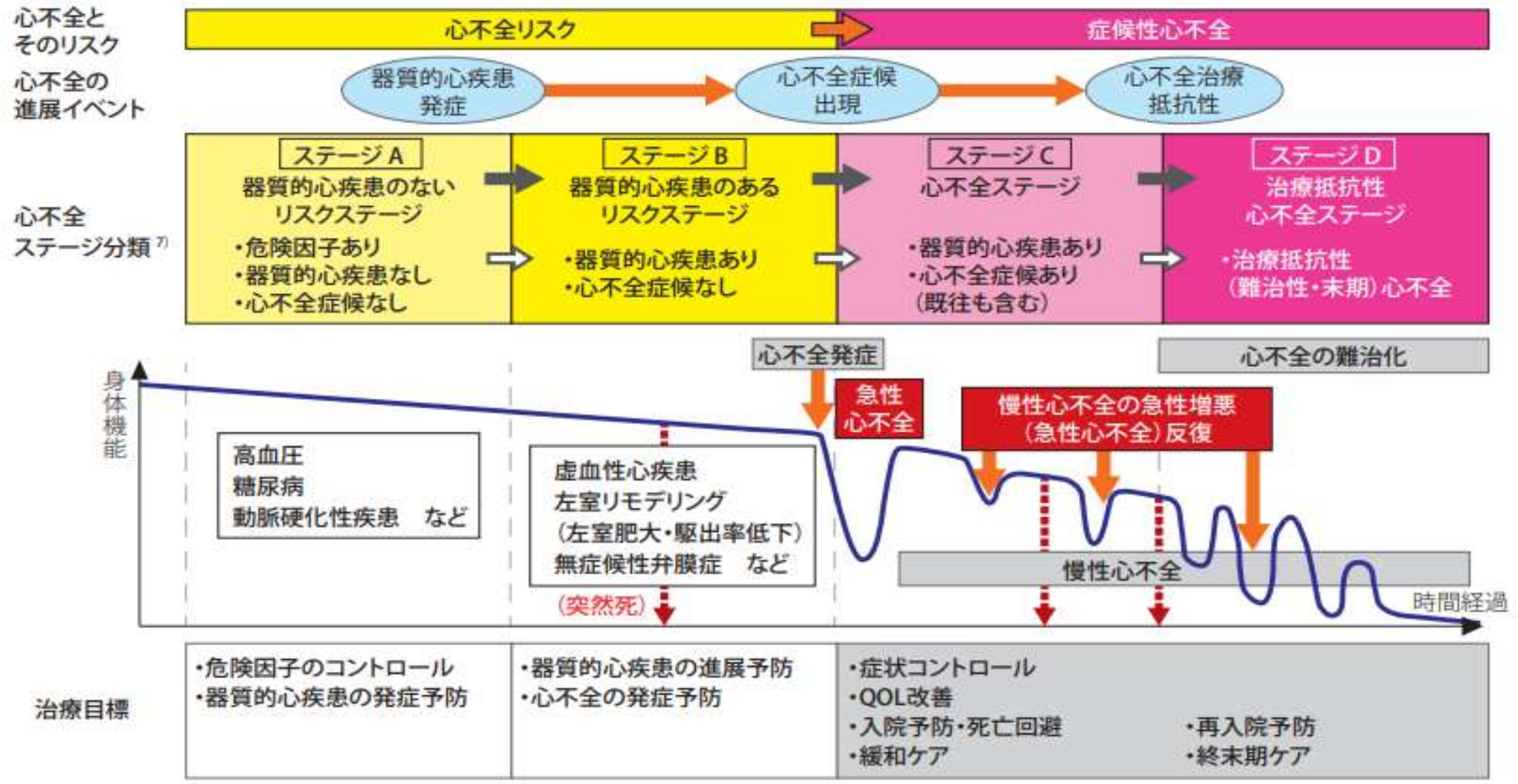
長期間にわたり慢性疾患としてののがんと併存していくがんサバイバーが増加

Scott A Murray. BMJ 2005より一部改変

認知症の年齢階級別有病率（2022年時点）



資料：「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」（令和5年度老人保健事業推進費等補助金 九州大学 二宮利治教授）より



心不全とそのリスクの進展ステージ

(厚生労働省, 2017²²⁾より改変)

急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017年改訂版)



緩和ケアは終末期医療と同義ではなく、心不全が症候性となった早期の段階から実践し、心不全の治療に関しては最期まで継続される。

(Gibbs JS, et al. 2002⁸⁹⁴) より改変)

心不全患者に対し ACP の実施を考慮すべき臨床経過

- ・ 症状増悪やQOL低下
- ・ 運動耐容能の低下
- ・ 心不全入院, とくに再発
- ・ 利尿薬の漸増が続く
- ・ 症候性低血圧, 高窒素血症 (azotemia), ACE阻害薬や β 遮断薬の減量や中止を必要とする不応性の体液貯留
- ・ 初回もしくは繰り返すICDショック作動
- ・ 静注強心薬の開始
- ・ 腎代替療法の考慮
- ・ 他の合併疾患, 新規発症の悪性腫瘍など
- ・ 配偶者の死亡などの主なライフイベント

(Allen LA, et al. 2012⁸⁸⁶⁾ より抜粋) 急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017年改訂版)

ACPの効用

ACPを行うと – 患者の自己コントロール感が高まる

Morrison, J Am Geriatr Soc. 2005 –

死亡場所との関連を認める（具体的には病院死の減少）

Degenholtz, Ann Intern Med. 2004 –

代理決定者-医師のコミュニケーションが改善する

Teno J. JAGS 2007 –

より患者の意向が尊重されたケアが実践され、患者と家族の満足度が向上し、

遺族の不安や抑うつが減少する

Detering K, BMJ 2010

ACPの問題点

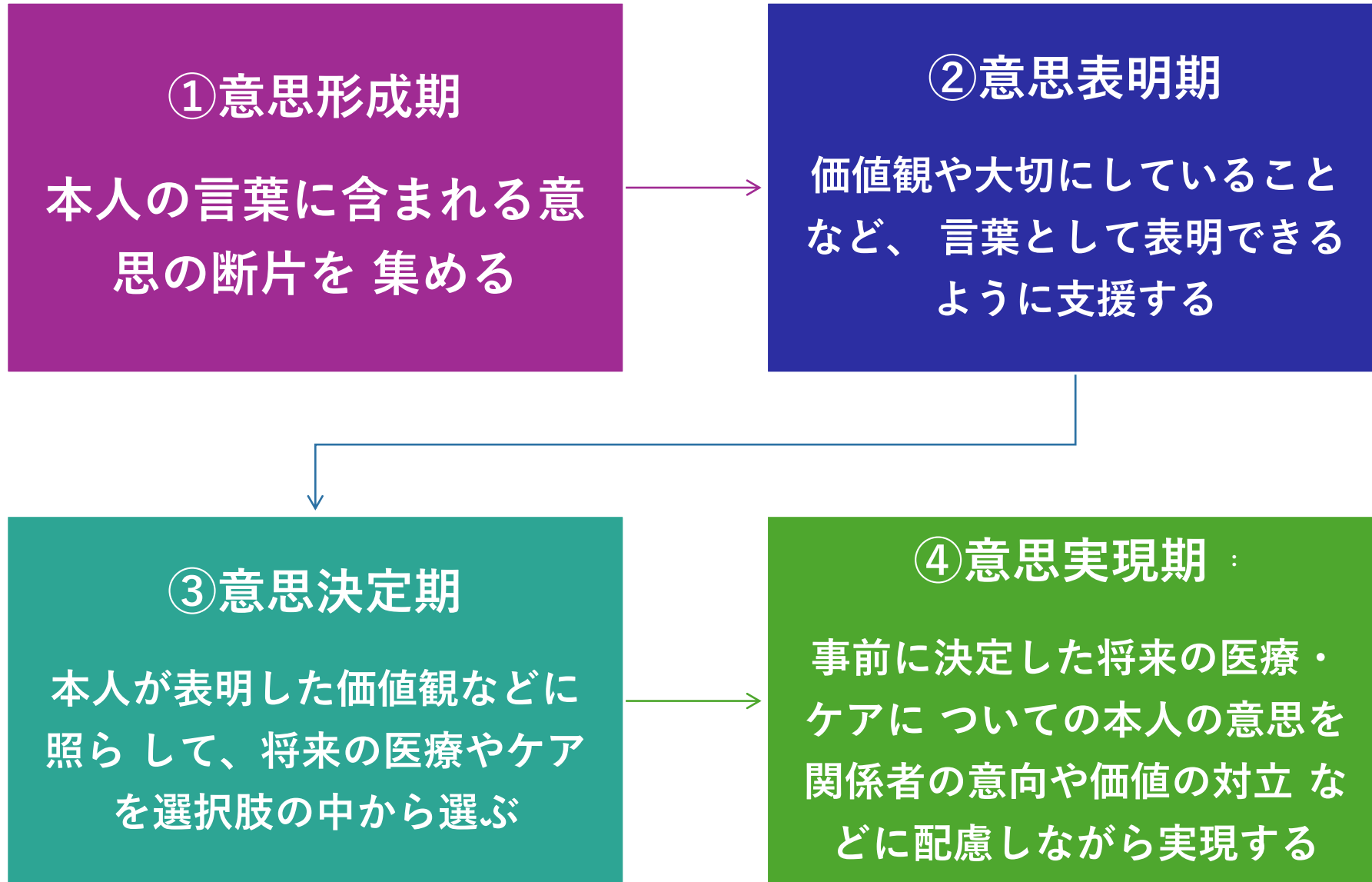
- 無危害の原則が守れない可能性 がある
- 患者・家族にとってもつらい体験になる可能性 がある
- 全ての患者に適用は難しい 面がある
(英国の研究では35%が介入を承諾
介入研究の結果心配していたような害はなかった。)
- 希望の喪失や抑うつ
- 時間と手間がかかる

Jones L, Palliat Support Care 2011

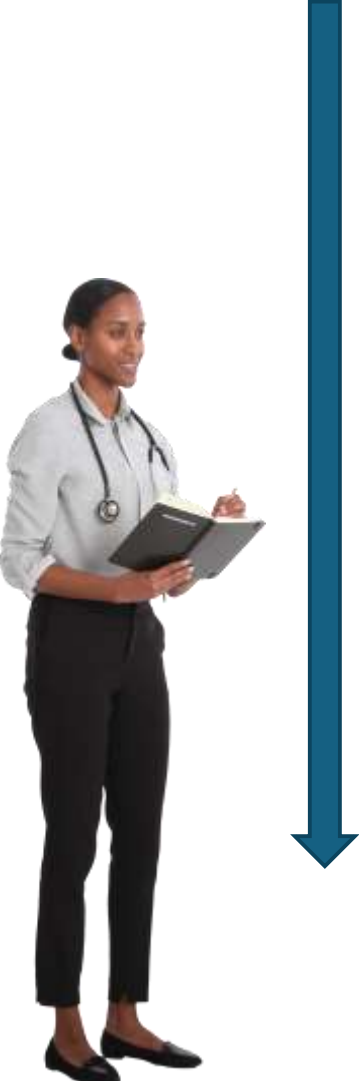
患者は自分の意向が尊重されることを 必ずしも重要視しない

- 意向は病状によって変化しうるので、自分の意向は必ずしも尊重されなくてもよい
- 家族や医師が、事前意思に従うか否かを決めてもいい
- 信頼する医師ならば委任してもよいと考える
- むしろACPを自分の心理的、社会的、情緒的なことを伝えておく機会として考えている
- 一方で医療従事者は今後の患者の治療方針を示した絶対的なものとして扱う

ACP 4つのSTEP



ACPの5ステップーACPはプロセスー



	ステップ	対応する専門職
1	話題の導入と情報提供	主治医他
2	話し合いを促進	主治医（不可欠） 他の職種がサポート
3	事前指示書の記載、あるいは話し合いの内容の記録、代弁者の指名、周知	主治医（不可欠） 他の職種がサポート
4	事前指示書や記載内容の振り返りと書き換え、周知	主治医他。主治医は変更点を確認
5	本人の希望内容を実際の現場に適応する	代弁者と協調して、主治医が実践する

共有意思決定支援 (Shared Decision Making: SDM)

チーム形成 & 組織的活動

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

ACPの実践

患者さんに対して

あなたが大切にしていることは何ですか？

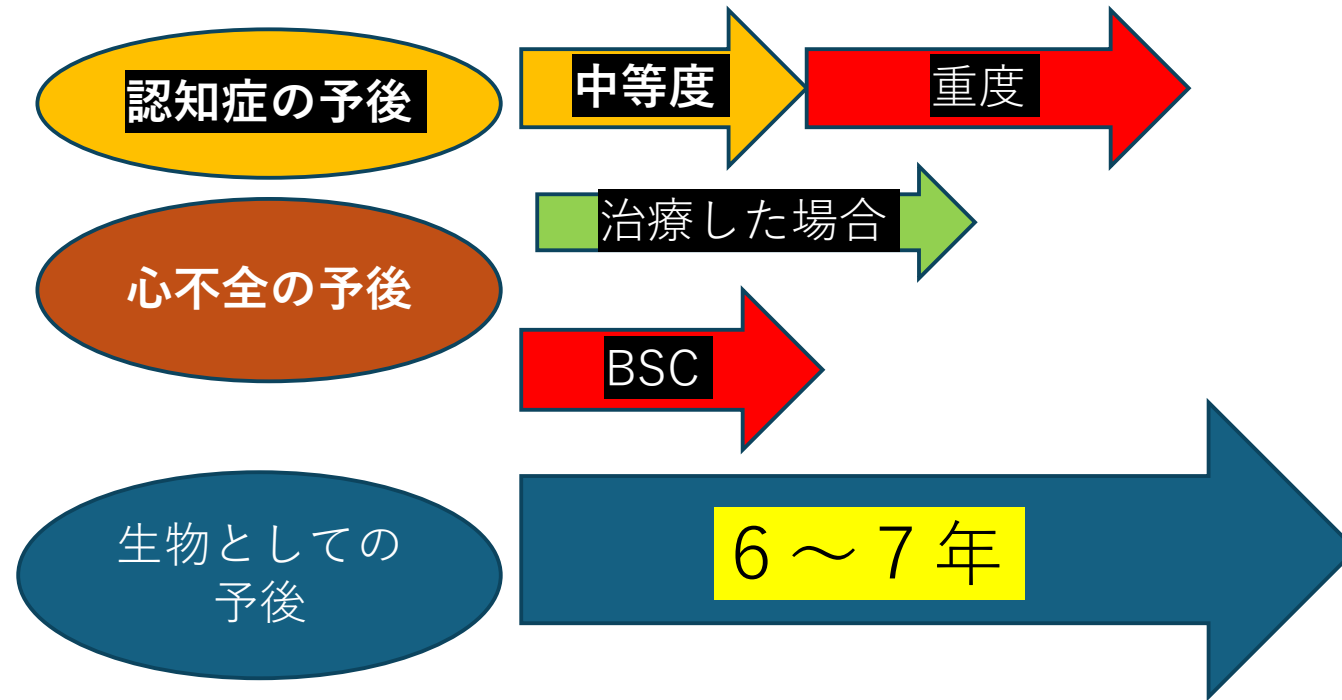
あなたが信頼できる人は誰ですか？

信頼できる人や医療ケアチームと話し合いましたか？

話し合った結果を大切な人たちと共有できていますか？

繰り返し話あって共有できていますか？

患者さんのロードマップを作しましょう



病状を俯瞰的に総合的に判断し、本人の希望を優先しながら治療方針や療養場所を決定し、本人がどう生きていくかをスタッフは**多職種**で模索していくことが望ましい。

+ ぜひ同時に
ACPを

心不全の場合

年一回の心不全レビュー

心不全の現在の状況について、患者・家族と医療者が
振り返る機会を持つことが勧められている

Allen LA, Stevenson LW, Grady KL, et al. Decision making in advanced heart failure : a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 125 (15) : 1928-1952, 2012.

A C P は普段の外来から

あなたが大切にしていることは何ですか？

元気なうちから
考えましょう。

元気なうちから
伝えましょう。