

❁ ACPでは何を話し合えばよいのですか？

将来の変化に備え、患者さんの意思を尊重した医療及びケアを提供し、その人生の締めくくりに寄り添うために必要と考えられる内容について話し合うことが必要です。

たとえば…

患者さんの状況

- 家族構成や暮らしはどのようなものですか？
- 健康状態について気になる点がありますか？
- 他にかかっている医療機関（治療内容）や介護保険サービスの利用はありますか？ など

患者さんが大切にしたいこと（人生観や価値観、希望など）

- これまでの暮らしで大切にしてきたことは何ですか？
- 今の暮らしで、気になっていることはありますか？
- これからどのように生きていきたいですか？
- これから経験してみたいことはありますか？
- 家族等の大切な人に伝えておきたいことは何ですか？
（会っておきたい人、最期に食べたいもの、葬儀、お墓、財産など）
- 最期の時間をどこで、誰と、どのように過ごしたいですか？
- 意思決定のプロセスに参加してほしい人は誰ですか？
- 代わりに意思決定してくれる人はいますか？ など

医療及びケアについての希望

「可能な限り生命を維持したい」「痛みや苦しみを少しでも和らげたい」「できるだけ自然な形で最期を迎えたい」などの希望が考えられますが、病状等も含め状況は様々です。医療関係者より、適切な情報提供と説明がなされた上で、患者さんやそのご家族等と話し合いを重ねていくことが重要です。

❁ ACPのまとめ

- 患者さんの意思を尊重した医療及びケアを提供し、**尊厳ある生き方を実現することがACPの目的**です。
- 医療及びケアの提供は、**患者さんの意思が一番大事**です。それを確認するために、ACPの実践が必要です。
- 患者さんが意思を明らかにできるときから**繰り返し話し合い**を行い、**その意思を共有**することが重要です。
- 患者さんの**意思が確認できなくなったとき**にも、それまでのACPをもとに**患者さんの意思を推測**することができます。
- **かかりつけ医を中心に多職種が協働し、地域で支える**という視点が重要です。

詳しくは、日本医師会のホームページをご覧ください
https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html



終末期医療

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) から考える

ACP (Advance Care Planning) とは？

将来の変化に備え、**将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセス**のことです。患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標にしています。



日本医師会キャラクター 日医君

＊ はじめに

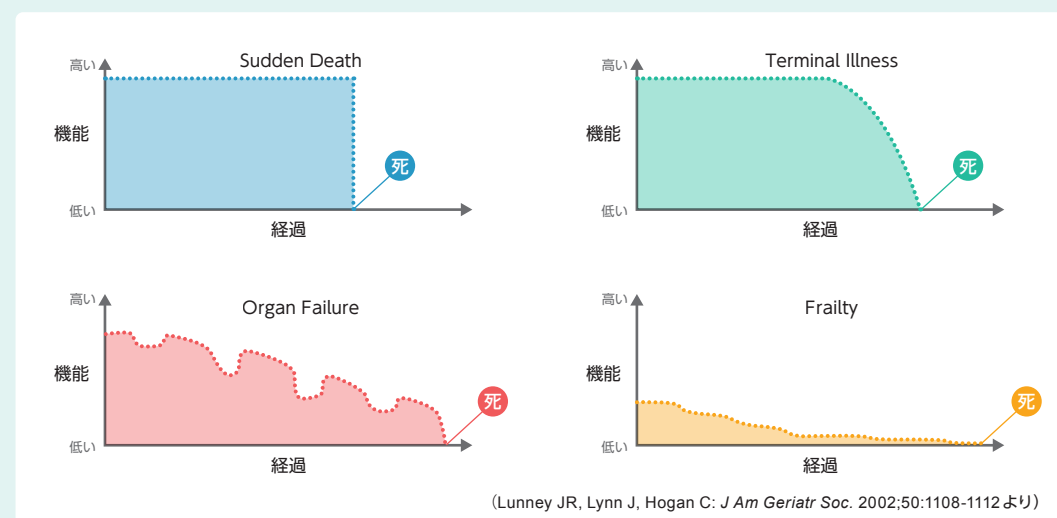
超高齢社会を迎え、患者さんの人生の締めくくりに、家族や医療・ケア関係者等がどのように寄り添うかが、これまで以上に大きな課題となっています。

患者さん一人ひとりの希望に沿った生き方を実現するためには、その意思を十分に尊重し、患者さんにとって最善となる医療及びケアをより一層充実させていくことが望まれます。

しかしながら、人生の最期に至る軌跡は多様(図)であり、患者さんの意思も変わることが考えられます。

かかりつけ医等の医療従事者から適切な情報提供と説明がなされた上で、患者さん本人の意思を明らかにできることから、患者さんやそのご家族等と医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行うことが重要です。孤立死・孤独死を防ぐことにもなります。

図 人生の最期に至る軌跡



- : 急性期医療等における急性型
- : がん等の亜急性型
- : 高齢者等の慢性型(呼吸不全等)
- : 高齢者等の慢性型(フレイル、認知症等)

(日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会: 終末期医療のあり方について-亜急性型の終末期について. 2008より)



超高齢社会を迎えたわが国の現状と将来推計

- 2016年時点における日本の高齢化率(65歳以上人口の割合)は27.3%です。2035年には33.4%、2061年には40%に達すると見込まれています。
- また、75歳以上の人口の割合は、2015年時点で12%(1,612万人)ですが、2030年には20%(2,278万人)まで増加すると推計されています。
- 2030年の高齢者世帯に占める独居高齢者の割合は36.2%に達すると推計されています。数としても約130万世帯増加し、全世帯の14%が高齢単身世帯になる見込みです。

(東京大学高齢社会総合研究機構: 東大がつくった高齢社会の教科書. 東京大学出版会, 2017より)

＊ なぜACPのような工夫が必要なのですか？

- 患者さんが望む医療及びケアについて、その意思を確認できなくなるときが、いつ訪れるのかを予測することは困難です。
- 一方、終末期においても患者さんの尊厳ある生き方を実現するためには、**患者さんの意思が尊重された医療及びケア**を提供することが重要です。
- 患者さんの意思を尊重し、その人生にとって最善となることを見込まれる医療及びケアが実現することは、**残されたご家族等にとっても、極めて重要な意味**を持ちます。
- 予測されない急激な変化が起こることもありますので、**患者さんが意思を伝えられるときから、その意思を共有しておく**ことが重要です。たとえば、高齢者健診などをきっかけに、話し合いの機会をもつことも考えられます。

＊ ACPの留意点はありますか？

- ACPは、**前向きにこれからの生き方を考える仕組み**です。その中に、最期の時期の医療及びケアのあり方が含まれます。リビング・ウィル等のAD(Advance Directive; 事前指示)の作成も入ることがあります。
- 主体はあくまでも**患者さん本人**です。
- 患者さんの意思は変化する可能性がありますので、**繰り返し話し合う**ことが重要です。
- **地域で支える**という視点から、**かかりつけ医を中心に**、看護師、ケアマネジャー等の介護職、ソーシャルワーカー等の**多職種で、患者さんの意思に寄り添う**ことが理想です。
- その場で決まらないこともありますが、話し合いの内容は、**その都度、文書にまとめておく**ことが大切です。
- まずは、**話し合いのきっかけをつくったり、話し合いのプロセスの場を提供**することが重要です。

