

行政におけるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）支援の実践

花家 薫*

*堺市 市長公室 政策企画部

Implementation of Advance Care Planning (ACP) Support in Public Administration

Kaoru Hanaie *

* Sakai City Government, Office of the Mayor, Policy Planning Department

キーワード

アドバンス・ケア・ランニング	advance care planning
行政機関	government agencies
保健医療	healthcare
地域包括ケアシステム	community-based integrated care system

I. はじめに

厚生労働省は、「人生100年時代」を迎えている我が国の社会構造において2018年3月に改訂された「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」¹⁾において、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の重要性を明記している。将来の医療やケアについて、本人が家族や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、意思決定を支援する取組である。この取組を普及させるために、「人生会議」という愛称を命名した。

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の歴史は、海外において意思決定能力が低下した場合に備えて、事前に医療やケアの希望を文書に残す「アドバンス・ディレクティブ（AD）」から発展したと言われている。アドバンス・ケア・プランニング（ACP）は、単なる文書作成にとどまらず、事前に家族、医療従事者等と話し合い共有するという対話を重視し、本人の価値観や目標を明確にするプロセス全体を指している²⁾。

2018年11月30日には、「人生会議の日」として、普及・啓発活動が行われるようになった。以降も厚生労働省は、アニメーション動画やインタビュー動

画を通じて、一般の人々にアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の重要性を伝える努力を続けているところである。

また、日本老年医学会が提唱する「ACP推進に関する提言³⁾」では、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の定義を「将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセスである」としている。医療・ケア従事者は本人および家族や代弁者らとの共同意思決定、すなわち、十分なコミュニケーションを通し、関係者皆が納得できる合意形成とそれにもとづく選択と意思決定するものである。めざすべきは、本人を中心とする協働行為としての意思決定プロセスの実現であり、これが本人を人として尊重し支えるプロセスになるとしている。

2020年の新型コロナウイルス感染症の感染拡大による経験では、救急医療のひっ迫や急激な病状悪化のためにアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の意思決定までのプロセスを、本人を含めた関係の皆で時間をかけて行うことが困難であり、平時から病状が急激に悪化し重篤になることも予想して、あらかじめアドバンス・ケア・プランニング（ACP）

を進めておくことが重要であることが明らかになった。

II. 行政におけるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）支援における背景

全国的に人口減少や高齢化が加速する中、高齢化率は年々上昇しており、特に75歳以上の後期高齢者が増加している。高齢者同士の介護、複数の課題を抱える世帯や認知症高齢者の増加などにより支援ニーズは複雑化・複合化している。

このような高齢者を取り巻く環境の中、要支援・要介護状態とならない健康状態の維持や向上のためには、高齢者の主体的な活動による介護予防の推進が重要である。また、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けるためには、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援を一体的かつ継続的に提供する地域包括ケアシステムを更に深化させ、必要な方に対して適切な支援やサービスが提供されることが重要となる。

それらに加え、経済、生活、文化などのグローバル化が進む中で、それまで定着していた終身雇用の雇用慣行が変化し、パートタイム労働者・有期限雇用労働者・派遣労働者といった非正規雇用労働者が増加するなど、雇用環境は大きく変化している。さらに、インターネットの普及等に伴う情報通信社会の急速な進展等により、生活環境やライフスタイルは急速に変化している。人口減少、少子高齢化、核家族化、未婚化・晩婚化、これらを背景とした単身世帯や単身高齢者、高齢者のみの世帯の増加といった社会環境の劇的な変化が進み、地域社会を支える地縁・血縁といった人と人との関係性やつながりは希薄化している。

このような雇用・生活環境や家族及び地域社会の変化は、雇用形態の多様化や所得格差の拡大等を背景として、職場内・家庭内・地域内において人々が関わり合いを持つことでさまざまな困りごとを共有し、相互に支え合う機会が減り、「生きづらさ」や孤独・孤立を感じるという問題が深刻化している。

これらの価値観やライフスタイルの多様化に伴い、地域のつながりが変化する中でひきこもりや虐待、経済的困窮など地域での福祉を取り巻く様々な

課題が顕在化している。誰もが地域社会の一員として尊重し、支え合いながら暮らしていくには、医療、看護、介護、保健、福祉、事業者等の本人を取り巻く様々な主体が力を合わせ、世代や分野を超えて横断的につながる地域共生社会の実現も求められている。

III. 行政におけるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）支援の実践の内容

1) 地域の実態

大阪府堺市の令和4年度高齢者等実態調査（65歳以上の市民を無作為抽出）によるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）実施状況では、「人生の最期を迎えたい場所」の問に対して、「自宅」と回答した人が44.9%と最も高く、次いで「わからない」29.1%、「病院」17.5%となっている。また、「人生の最終段階における医療・療養について話し合っているか」の問に対しては、「話し合ったことはない」が56.1%と最も高く、次いで「話し合ったことはある」が23.8%、「一応話し合っている」が15.5%となっている。

こうした人生の最終段階における医療・療養について話し合っている割合が半数以下であるという実態から、事前に繰り返し家族等の信頼する人や医療・ケアに関わる専門職と話し合っておくことの大切さについて普及啓発することが必要である。行政が普及啓発することにより、市民、医療・介護の専門職が理解を深め、本人の意思によるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を強力に推進することを目標とすべきことが明らかになっている。

2) 保健医療協議会での検討

保健医療協議会は、医療法⁴⁾第30条の4第1項に規定された区域内で保健医療の向上を図るため必要な事項についての調査審議に関する事務について、所管する自治体の附属機関条例に基づいて設置されているものである。他の行政機関や医療機関、地域住民との連携を強化し、総合的な保健医療サービスの提供をめざす地域の保健医療の向上を目的とした重要な行政機関である。

都道府県の医療提供体制において、ターミナルケ

ア、ホスピスケア、緩和ケアに関することや認知症を含む在宅医療に関することについても行政が事務局となって、医師会を始めとした保健医療機関や看護協会、保健所等の地域医療の課題を関係多職種により議論されている。

この中でも、地域医療の課題のひとつとしてアドバンス・ケア・プランニング（ACP）は重要な議題として議論されている。例えば、がん医療の現場での実践の報告や訪問看護ステーションの取組実態調査、高齢者施設での取組実態などが報告され、多職種で検討がなされるなど地域の保健医療行政での重要テーマとなっている。

行政がこのような法に基づいた附属機関で議論することは、地域の具体的な課題について学識経験者や専門家の参加により専門的な知識や見解を行政に取り入れることができる意義がある。また、住民の声を行政に反映させることで、より住民のニーズに即した政策や施策が実現する。行政と住民が協力して地域づくりを進めることで、地域の一体感や連帯感が高まり、住民が施策に参画し、広がりを見せる意義もある。こうした行政の仕組みの中での議論は、これらの意義を通じて地域社会の発展に大きく寄与していく。

3) 医療と介護の連携

①在宅ケアの充実及び連携体制の整備

高齢者が可能な限り住み慣れた地域において自らの意思に基づき自立した質の高い生活を送ることができる環境をつくるためには、高齢者の状況に応じて医療、介護、生活支援等のサービスを適切に組み合わせ提供できる体制が重要である。複雑化・複合化する高齢者等のニーズに対して、相談内容に応じ、適切なサービス等につなげるよう支援することが特に重要である。

行政においては、在宅医療・介護の連携強化、地域包括支援センターの機能の充実、総合的な相談支援体制の整備など在宅ケアの基盤整備に向けた取組の推進が必要になる。医師・歯科医師・薬剤師・保健師・看護師・リハビリテーション専門職・医療相談員・介護支援専門員（ケアマネジャー）・社会福祉士、相談員など医療や介護、福祉に携わる多職種

が有機的に連携しながら、在宅医療と介護の連携強化に向けた様々な取組を推進している。（図1）

例えば、医療・介護機関リストのホームページ掲載など地域の資源を把握し広く情報発信することや、多職種連携によるセミナー開催など市民への普及・啓発に取り組んでいる。その他、関係機関との連携会議や審議会等の場を通じた課題の抽出と対応策の検討、共通連絡シートを盛り込んだ多職種連携マニュアルや ICT による情報共有ツールの活用など関係者の情報共有・連携の支援を行っている。

また、多職種向けの研修会・講演会の開催や異業種間の現場見学実習の実施など医療・介護関係者向けの学びの場の充実、在宅医療・介護連携のための関係機関向け相談窓口の設置にも取り組んでいる。これらの様な取組の中で特に、人生の最終段階における医療・介護等の方針を話し合うアドバンス・ケア・プランニング（ACP）についても推進している。これらの各種関連施策を総合的に進めることで、介護の必要な高齢者等の在宅も含めた生活を包括的に支援する体制の整備を進めている。

②家族ケア（グリーフケア）

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を通して終末期ケアに患者の希望が尊重されることで患者および家族の満足度を改善し、残された遺族のストレス、不安、およびうつ病を軽減するという報告がある⁵⁾。

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）のプロセスには、本人・家族以外にも多くの専門職が関わるが、それぞれに専門分野があり価値観や文化の相違がある。例えば、病院医療と在宅医療との間にも価値観の違いがあり、職種によっても価値観や文化の違いがある。その違いを知り、コミュニケーションを円滑に進めることで、専門職種間の知識や価値観の違いを更に総合知とすることで期待以上の効果に繋がる。関わる多様な専門職等がお互いを尊重し、本人・家族の希望する共通の目標に向けて効果的なコミュニケーションをとるためには、「共通の目標を設定すること」、「価値観の違いを認め合うこと」、「職種の多様性を理解すること」、「コミュニケーションの相手を尊重すること」、「分かりやすい言葉を選

ぶこと」が重要である。支援者として感性を磨き、スキルを身につけ、支援者の一員として本人・家族のために多職種と情報共有していくには、多くの経験や多様な意見を蓄積するために、地域コミュニティでの普段の関わりや業務で関係性を構築することが基盤となる。

4) エンディングノート（人生最終段階における医療・療養のあり方）

命の危険が迫った時、約75%の人が医療や介護（ケア）に関する望みを自身で決めることができないとされている⁶⁾。人生の最終段階はいつ訪れるかわからず、これからを安心して過ごすために備えることや残りの人生を自分らしく充実して生きること、人生の最終段階を迎えるにあたり生前に準備することなど、高齢期に行うべき様々なことを包括して「終活」と言われている。多くの人がそれを知っているが、「終活」という言葉から思い浮かべることは、人それぞれ異なっていることが現状である。葬儀の事前予約、お墓の購入、遺言書の作成、身の回りや持ち物の整理といった「生前に準備すること」、人生最終段階における医療や介護が必要になったり、認知症になった時のことを決めておく等の「これからを安心して過ごすために備えること」、そして、趣味や旅行、家族や友人との時間を楽しむ等、残りの人生を「自分らしく充実して生きること」等である。その中には、必ず「人生の最終段階における医療・療養のあり方や本人の希望」について本人を含めた関係者で話し合う必要についても包含していくが必要になっている。

具体的には、医療面の「告知」であれば、病名・余命ともに告知を希望する、病名のみ告知を希望する、病名・余命ともに告知を希望しない、「人生最終段階を過ごす場所」であれば、病院を希望する、自宅を希望する、ホスピスや緩和ケア病棟を希望する、希望する人物の判断に任せたい、高齢者施設など、「経口以外の栄養摂取」であれば、点滴による栄養摂取の処置を希望する、経鼻経管栄養摂取の処置を希望する、胃瘻の処置を希望する、できる限り自然に任せて欲しい、希望する人物の判断に任せたい、「延命治療」であれば、回復が難しくても延命

を希望する、延命治療は希望しない、延命より苦痛緩和を重視したい、希望する人物の判断に任せたい、「臓器提供・献体」であれば、臓器提供を希望する、角膜提供を希望する、献体を希望する、臓器提供や献体は希望しないなどの項目毎に具体的な意思を示しておくが必要になる。この際に「エンディングノート」を活用すれば、質問への答えを考えながら記載する作業を行うことで、本人にとって必要な行動が浮かんでくる仕組みになっている。

この答えについては、気持ちが変わることもあり得るので、様々なタイミングで変更しても良いし、周囲の皆との話合いや自分の思いによって揺れ動くものである。重要なことは「自分がどうしたいのか」を周りに伝えることが最も重要である。

誰もが人生の最後まで自分らしく暮らし続け、次の世代へ思いや情報を受け継いでいけるよう「エンディングノート」は行政が作成するものや民間で作成されているものまで多数発行されている。最近では、エンディングノートアプリのようにICT技術やデータを活用したサービスの創出もあり、離れて暮らす家族でも本人の思いをタイムリーに共有できる取組も進んでいる。

どのような手法であっても、自分の希望等を表現し、伝えておく行動が重要であり、エンディングノート自体がアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を含む「終活」の重要性の普及啓発となっている。

IV. まとめ

平時だけでなく、感染症のパンデミック等の有事のような過程のあらゆる場面であってもアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を通して終末期ケアに患者の希望が尊重されることが重要である。

誰ひとり取り残さないため、地域の医療福祉体制において機能分担を促すよう、多職種チームとして基礎疾患の管理、外傷や事故の防止・救急体制・ターミナルケア・アドバンス・ケア・プランニング（ACP）のあり方を住民とともに常日頃から備える必要がある。地域における総合的な地域包括ケアシステムを構築し、関わる主体のそれぞれが果たす役割を共有し、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の機運を住民とともに醸成していくことが求められて

自分らしい生活を送るために あなたの思いを伝えましょう

もしものときのために 話し合いをはじめよう 「人生会議」

「人生会議」は、いのちの終わりに関する話し合いです。
人生の最終段階は、いつ訪れるかわかりません。
もしものときに、希望する医療や介護を受けるために、
大切にしていることや望んでいること、
どこでどのように過ごしたいかを前もって考え、
信頼する人たちと話し合います。



堺市 堺市医師会

なぜ 人生会議の話し合いが必要？

いのちの危険が迫った状態になると、約70%の方が、医療や介護（ケア）に関する望みを自分で決めたり、人に伝えたりできなくなると言われています。治療やケアに対する思いを、あなたの大切な信頼する人と話し合っておく。もしものときに、信頼する人が代わりに治療やケアについて決断をし、あなたの思いを伝えてくれるでしょう。

医療への思いは違うことがある・・・自分と、家族や医療・介護関係者

自分は自宅で自然に最期を迎えたいという思いでも、家族はできるだけ医療や介護（ケア）をしてほしいと考えることがあります。自分の思いが家族や医療・介護関係者に伝わっていないと、静かに最期を迎えたいという思いが実現しない場合があります。

例えば、急に病状が変化した時には、周囲の人が動揺し119番、救急車を要請することがあります。救急車を呼ぶということは、自分が望まない場合でも、心臓マッサージや人工呼吸などの処置を受け、いのちをのばしてほしいという意思表示をした、ということになります。救急車の要請についても、家族や医療・介護関係者と事前に話し合っておくことが大切です。

介護（ケア）への思いは違うことがある・・・自分と家族

話し合いの大切さは、介護保険制度に関するアンケートからも見えてきます。「自分に介護が必要になれば家族に迷惑をかけたくない」という一方、「両親に介護が必要になれば自分が介護したい」という回答が多くなっています。*
介護される立場、介護する立場になって、互いに話し合うことが大切です。

*参考：介護保険制度に関する調査の結果から介護受給者の意識について（2010）厚生労働省を参照

元気がうちから、病気になること、自分の判断能力がなくなったこと、最期を迎えることなどを想像して、自分はどうしたいのか考えてみましょう。

「考えたこと」、「わからないで迷っていること」、「考えたくないこと」を、信頼している人に伝えましょう。

自分らしい人生の最期を迎えるために・・・

医療についてはかかりつけ医、介護についてはケアマネジャーやお住まいの地域を担当する地域包括支援センターなどにご相談ください。

人生会議のすすめかた

Step 1 治療する際に、大切にしたいことを考えてみましょう

家族や友人のそばにいたい
好きなことを続けたい
家族に負担をかけたくない

Step 2 もしものとき、あなたの思いを伝えてくれる人を選びましょう

どんなときでもあなたの希望を尊重できる人
配偶者
きょうだい、子ども

Step 3 かかりつけ医に質問してみましょう

今後予想される経過は？
必要な医療や介護は？

Step 4 希望する医療や介護について話し合ってみましょう

痛みやつらさがなければできるだけ介護を受けたい
一人にしないでほしい
入院するのはいやだ

Step 5 書き留めておきましょう

話し合った内容を記録として書き出し、周囲と共有しておきましょう。

希望や思いは、時間の経過や健康状態によっても変化していくものです。何度も、繰り返し考えていきましょう。

人生会議チェックシート

もしものときに備えて、自分はどうしたいのか、あなたの思いや気持ちを整理してみましょう。

人生の最終段階で大切にしたいことはどんなことですか？（複数回答可）

☐ 家族や友人のそばにいたいこと
☐ 仕事や社会的な役割が続けられること
☐ 好きなことができること
☐ 痛みや苦しみが少ないこと

☐ 自分が経済的に困らないこと
☐ 家族が経済的に困らないこと
☐ 少しでも長く生きること
☐ その他（具体的に思い浮かべてください）

自分の思いや考えが伝えられなくなった時、治療や介護について、あなたの代わりになって話し合ってもらいたい人は誰ですか？（複数回答可）

☐ 配偶者 ☐ 子ども ☐ きょうだい ☐ 親戚（従・甥など）
☐ 友人 ☐ 親 ☐ 医療や介護の専門職 ☐ その他

医療や介護の専門職に質問してみましょう。

これから自分たちの変化に伴う治療や介護（ケア）について考えのために、あなたは予測される経過や、受け得る可能性がある治療やケアについて医療や介護の専門職に説明を受けましたか？

☐ はい ☐ いいえ → 「はい」は、医療や介護の専門職に尋ねてみましょう。

「生き続けることは大変かもしれない」と感じるのは、どのような状況になったときでしょうか？

☐ 食事が摂れなくなること
☐ 周りに自分の気持ちや考えを伝えられないこと
☐ からの自由がきかないこと
☐ 自分で排泄することができないこと

☐ 食べたり飲んだりすることができないこと
☐ 機械の助けがないと生きられないこと（例：人工呼吸器）
☐ 治すことができないくらい痛みや苦しみが続くこと

治らない病気（進行がん、慢性心不全など）が悪化し、自分の思いや考えが伝えられなくなった場合に、どのような治療を望みますか？

☐ 延命を最も重視した治療：
心臓マッサージや人工呼吸など、心身に大きな負担を伴う処置を受け、できるだけ長く生きることが重視した治療を受けたい。

☐ 延命効果を伴った一般的な治療：
心身に大きな負担を伴う処置までは希望しないが、応急や酸素吸入、痛みをやわらげるなど、少しでも長く生きるための治療を受けたい。

☐ 快適さを重視した治療：
延命よりも、痛みや苦しみをやわらげ、自分らしい生活を送りたい治療を受けたい。

☐ すべての治療や介護（ケア）を受けない
☐ わからない

もしも治らない病気などになった場合、どこで治療やケアを受けたいですか？

☐ 病院 ☐ 自宅 ☐ 施設
☐ それ以外（具体的な場所を想像してください）

図1 アドバンス・ケア・プランニングに関するリーフレットの一例

いる。

今後も住民が住み慣れた地域で暮らし続けるための自治体運営には、住民の命と健康を守る全ての医療福祉等関係者が有機的に連携し、持続可能な社会の枠組みとしてアドバンス・ケア・プランニング（ACP）がより広く普及し、実践されることが重要である。

利益相反

申告すべき利益相反はなし

引用文献

- 1) 厚生労働省：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（平成30年3月改訂）
- 2) 谷本真理子，芥田ゆみ，和泉成子：日本におけるアドバンスケアプランニング研究に関する統合的文献レビュー，緩和医療，13(4)：341-355，2018
- 3) 一般社団法人 日本老年医学会：「ACP推進に関する提言」（2019年6月）

- 4) 厚生労働省：医療法（昭和 23 年 7 月 30 日）
法律第二百五号
- 5) Karen M Detering, Andrew D Hancock, Michael C Reade, William Silvester: The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial, BRITISH MEDICAL JOURNAL, 340 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.c1345>, 2010
- 6) 厚生労働省：第 3 回 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会（平成 29 年 12 月 22 日開催）