

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の取り組み

－京都市山科区の場合－

Approach to Advance care planning (ACP)

－ In the case of Yamashina Ward, Kyoto City －

洛和会東寺南病院 健診センター

江藤 孝史

【要旨】

アドバンス・ケア・プランニング（advance care planning：ACP）とは、「もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて前もって考え、家族や医療ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取り組み」のことである。超高齢化・多死社会の国内においてACPを普及させることは本人の意思が尊重された自分らしい最期を家族の理解のもとで迎えることを可能とし、人生の最終段階における医療の質向上につながることを期待される。しかしながら国内の普及率は低く、ACPを「よく知っている」一般国民は3.3%、人生の最終段階における医療・療養について家族や医療介護関係者と「詳しく話し合っている」のは2.7%とされる（厚生労働省；平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果）。京都市山科区の普及活動として区内居住者を対象とした「わたしの緊急情報シート事業」が行われており、本人が望む医療の普及が期待される。ACPの啓蒙に向けた取り組みを地域単位から行うことで国内ACP普及率を向上させ、質の高い終末期医療提供が可能となる社会構築が求められる。

Key words：アドバンス・ケア・プランニング（ACP）、人生会議、人生の最終段階における医療、超高齢化・多死社会

【緒 言】

我が国は超高齢化社会、多死社会へ突入したと言われる。厚生労働省は2018年より「人生会議」という愛称を用いたアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の啓蒙活動を行い、国内終末期医療の質向上を進めている。過去に著者は8050問題の社会支援課題と提言について発表を行った（日本公衆衛生学会総会ポスター発表；2022年甲府市、2023年つくば市。洛和会病院医学雑誌原著；2024年、第35巻）。今回著者は終末期医療におけるACP啓蒙活動の取り組みに関して洛和会ヘルスケアシステムを含む国内外の動向をまとめたので報告する。

【背 景】

日本は1970年に「高齢化社会」、1994年に「高齢社会」、2007年には高齢化率が21%を超え「超高齢社会」へ突入

した¹⁾。2022年の総務省の統計²⁾によると、我が国の総人口（1億2,471万人）は前年（1億2,553万人）に比べ82万人減少している。一方、65歳以上の高齢者の人口は3,627万人と前年（3,621万人）から6万人増加し、過去最多を更新した。総人口に占める高齢者の割合も29.1%と前年（28.8%）から0.3%上昇し、過去最高、世界最高となっている。国内平均寿命（2022年度）をみても、男性が81.05歳、女性が87.09歳と、2020年度（男性81.64歳、女性87.74歳）をピークに低下傾向にあるものの依然日本は世界一の長寿国である³⁾。

一方、国内の死者数（2022年）は156万8,961人で前年の143万9,856人より12万9,105人増加している。65歳以上の高齢者死亡（143万9,437人）率は91.7%と「多死時代、多死社会」となっている⁴⁾。死亡場所（割合）は病院/診療所（76%）、自宅（14%）、介護施設等（10%）、その他（2%）の順であり、依然として病院で亡くなる割合が高い^{3) 5) 6)}。しかし、心疾

患や肺炎といった非がん疾患による予後予測困難な場合は高齢者の生活の質の低下を招く危険性があり、今後は死を迎える場所が多様化し、終末期医療・介護の整備がされていない施設で最期を迎える可能性が指摘されている⁵⁾。治療や療養に対する価値観や療養の場が多様化することで、療養の場が病院から介護施設や自宅などの暮らしの場に移行する可能性がある⁷⁾。多様化に適応していくためには高齢者自身による人生の最終段階における医療・ケアの意思決定を事前に繰り返し行うことに加えて、介護施設や自宅といった受け皿となる暮らしの場の整備が必要である。

このように人生の最終段階における治療の開始および中止などの医療のあり方が議論となり、最期まで本人の意思を尊重できるようなケアの提供が重要視されている⁵⁾。急速な高齢化が社会問題となると同時に加齢にともなう意思決定能力が低下する場合に備えて、終末期医療や介護につい

て話し合うことの必要性が問われるようになった¹⁾。こうした背景を受け、厚生労働省は2018年3月にアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の概念を取り入れている。

【定 義】

アドバンス・ケア・プランニング（advance care planning：ACP。以下ACP）とは、「もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて前もって考え、家族や医療ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取り組み」のことである^{8)～10)}。ACPとは意思決定を支援するプロセスであり、本人の人生観や価値観に基づいた主体的かつ継続的な対話が不可欠とされる。本人・家族などの意見を繰り返し聞きながら本人の尊厳を追求し、自分らしく最期まで生き、より良い最期を迎えるための人生の最終段階における医療・ケアを進めていくプロセスのことである（図1）¹¹⁾。

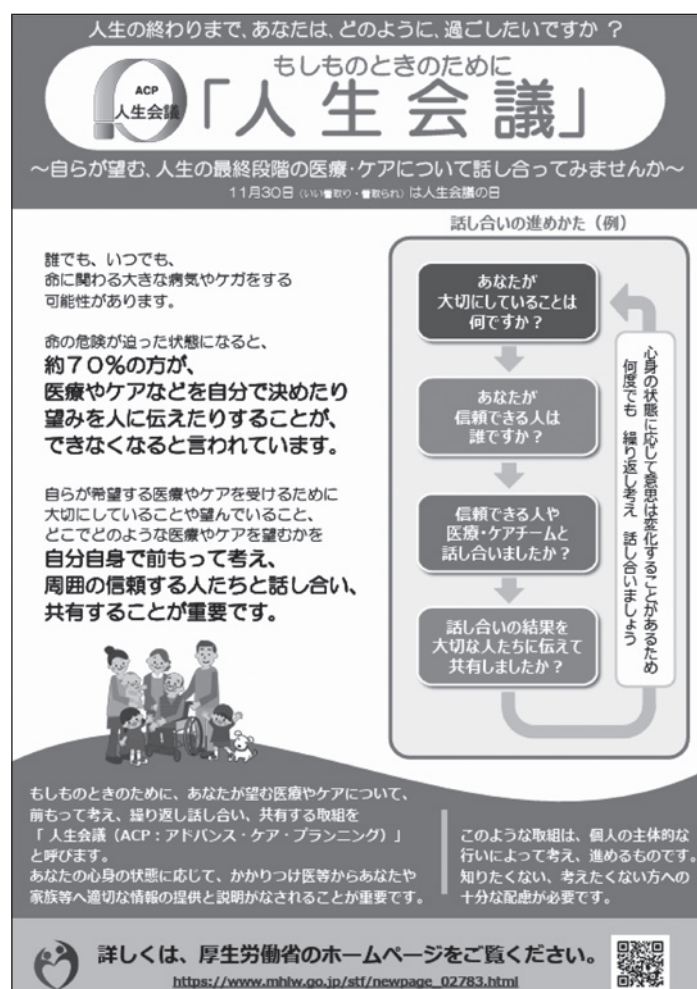


図1 もしものときのために「人生会議」(文献11より)

ACPは一度話し合ったら終わりではなく、繰り返し話し合うことが大切である。ACPとは、何かを決定することではなく人生の最終段階において本人が希望する医療に関して意思確認を行い情報を共有するという話し合いのプロセスそのものを指す。ACPは人生の最終段階に限定せず、できるだけ早期からACPを開始することが推奨される。時間の経過や環境の変化などによって本人の意思は常に変化しうると想定し、繰り返しACPを行うことが大切とされる。ACPは何かを決定する場ではなく、繰り返し話し合いながら一緒に悩み続ける取り組みのことである。ACPで話し合った内容はその都度文書にまとめておくようにする。

ACPは2018年に「人生会議」という愛称がつけられた。この愛称は、明確で分かりやすい単語の組み合わせによって日常生活に浸透していくことが期待され、家族などの信頼できる人たちと輪を囲んで話し合うというイメージが湧くという

理由から選定されたものである⁶⁾。愛称の選定後、厚生労働省が普及・啓発ポスターを作成し、愛称を通じてACPを広く国民に周知させる取り組みを行っている（図2）¹⁰⁾。

Sudoreら¹²⁾、谷本ら¹³⁾によると「ACPとは、個人の年齢や健康状態にかかわらず、すべての成人が自らの価値、人生のゴール、あるいは望む将来の医療ケアについて理解し共有することを支援するプロセスである。ACPの目的は、個人が重篤で意思決定・意思表示ができない状態となったときにでも、本人の価値やゴール、望みに沿った医療ケアを確実に受けることができるように支援することである」と定義されている。

ACPは健康状態や病気のステージに応じて3つのステージに類型化される⁸⁾。第1ステージは健康な時に健康な人を対象とした話し合い、第2ステージは病気になった時に地域医療現場で行われる話し合い、第3ステージは病気が進行し



図2 人生会議（ACP）普及・啓発ポスター（文献10より）

た時に急性期医療の現場で行われる話し合いである。各ステージに応じて行政、地域医療、保健、福祉、医療のさまざまな支援提供の場での展開が望まれる。

ACPのメリットは、本人にとっての最善を目指して話し合われたプロセスから相互理解と信頼が生まれて、その信頼関係から医療やケアに対する安心感や患者家族への満足度の高まりが期待できることである。ケア提供者にとっては自身が行ったケア行為への満足度の向上やコミュニケーション能力の向上がメリットとなる。一方、デメリットはACPが本人や家族にとってつらい体験になることや希望を喪失してしまう可能性があることである。ケア提供者にとってのデメリットは時間と労力がかかり仕事量が増加することである^{6) 8)}。

【欧米と日本の差】

ACPの導入は今から100年以上前の1910年代アメリカ^{さかのぼ}に遡る。1960年代にリビング・ウィル（living will：LW。書面による生前の意思表示）が着目されるようになり、その後1980年代にはアドバンス・ディレクティブ（advance directive：AD。事前指示書）が主流となったが浸透に難渋した。1990年代にACPが米国で再び議論されるようになると、ウィスコンシン州ラクロス地区で意思決定支援の包括的アプローチのプログラムとして「なぜそう思うのかを理解する」という話し合いのプロセスに重点を置くACPが開発され¹⁴⁾、2015年に発表されたfinal payment rules for medicare reimbursementでACPが認められるようになった^{8) 15)}。

国内では1987年に厚生労働省が「終末期医療のあり方に関する検討会」が開始され、終末期医療に関する指針が作成されるようになった¹⁵⁾。以降、患者の価値を重視する医療への変革に伴い、患者が望むケアを提供し患者が望まない延命治療を避けることによる医療の質向上と医療費削減を目指し、2007年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が発表された。2015年には最期まで人生を尊重に医療・ケアの提供について検討することが重要として、名称が「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」へと新しく変更され、2018年には厚生労働省から「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（2018年改訂）」が発表された¹⁶⁾。

欧米諸国が個人の自己決定権を重視してACPを発達させ

たのに対して、国内の医療制度や法的基盤は欧米とは異なる。日本は文化的に自分の希望を明確に表現することを避ける、死について考えることに抵抗をもつ、意思決定を先延ばしにする、といった傾向をもつ⁶⁾。このためACPの導入においては、日本的自我や和を重んずる精神価値、世界に類を見ない急速な人口の高齢化、都市化、核家族化など多様な日本の文化・社会背景を^{こりよ}顧慮していく必要がある^{13) 17)}。

【ガイドライン】

ACPに関する国内のガイドラインには、「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（厚生労働省、2018年改訂）」¹⁶⁾、「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（厚生労働省、2018年）」¹⁸⁾、「ACP推進に関する提言（日本老年医学会、2019年）」¹⁹⁾、「終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン（日本緩和医療学会、2013年）」²⁰⁾、「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン（日本老年医学会、2012年）」²¹⁾、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン（厚生労働省、2007年）」²²⁾、「救急・集中医療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～（日本救急医学会、2014年）」²³⁾、「終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～（全日本病院協会、2016年）」²⁴⁾、「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言（日本透析医学会、2020年）」²⁵⁾が出されている。

【先行研究】

ACPに関する国内の論文報告の年代動向として、①1983年から2014年までに国内で発表された原著論文は150件にのぼり、2014年より論文数が増加傾向にあること、ACPを必要とするカテゴリーが5つ（場、時期、選択、状態、人）、ACPが必要とするカテゴリーが2つ（援助技術、システム）であると述べている¹⁷⁾。②2011年から2017年までに国内で発表された原著論文は39件にのぼり、2015年から論文数が増加傾向にあること、主に医療施設内における具体的な普及率として事前指示書（AD）が30.3%、リビング・ウィル（LW）が41.4%、ACPが48.8%、ACP作成が8%だったとしている¹³⁾。③1997年から2018年までに国内で発表された原著論文数は186件にのぼり、家族を中心とした関わりの重要

性、在宅療養者を対象とした介入研究の必要性が指摘されている¹⁵⁾。④2019年から2023年までの原著数は62件になっている（図3）。

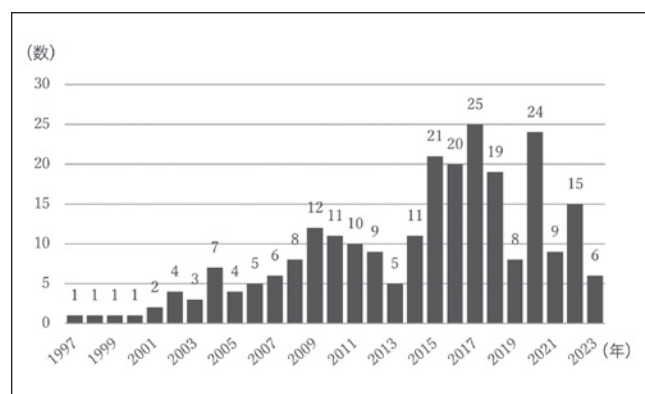


図3 ACPに関する原著論文数の推移
(2019年、大濱ら文献15より)

近年の論文数増加の背景には、高齢期や終末期に対する社会における様々な不安や関心（エンディングノートや終活）、政策や行政の動きなどが連動しているとされる¹⁷⁾。1990年代後半（平成5年頃）から2000年代前半（平成20年頃）に繰り返し起きた安楽死事件による社会関心の高まり、2000年の介護保険制度の施行、2008年の後期高齢者医療制度の施行、各ワーキンググループによる終末期医療ガイドラインの表明、終戦直後生まれ（昭和22年～24年生まれ。出生数はそれぞれ267万人、268万人、269万人）のいわゆる「団塊の世代」の高齢化といった背景により、生き方そのものをプランニングする長期的かつ俯瞰的な人生の意思決定プロセスが重要になってきている。

【普及率】

2017年度の意識調査結果²⁶⁾によれば、ACPについて「よく知っている」と回答した一般国民はわずか3.3%と低く、人生の最終段階における医療・療養について家族や医療介護関係者と「詳しく話し合っている」のは2.7%だった。アドバンス・ディレクティブ（AD。事前指示書）については国民の66.0%がADの作成に賛成しているものの、実際の利用状況は病院20.9%、診療所8.3%、介護老人保健施設35.7%、介護老人福祉施設49.0%と、5割に満たない状況となっている^{5) 26)}。2014年における国内の60歳以上を対象としたリビン

グ・ウィル普及率は13.6%であったという報告もある⁵⁾。

厚生労働省は2025年を目途に「地域包括ケアシステム」の構築を推進し、地域完結型医療の実現を進めている²⁷⁾。高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるようにするものである。病院と在宅医療が連携することが地域完結型の地域医療実現に必要となると考えられる。

【洛和会ヘルスケアシステム/山科区の取り組み】

洛和会ヘルスケアシステムの地域医療拠点である京都市山科区におけるACPの取り組みを紹介する。

洛和会ヘルスケアシステム 洛和会音羽病院では、病院長で医師の神谷亨先生が京都市山科区ACP部門の班長としてリーダーシップをとりながら活動されている。区民を対象としたフォーラムや懇談会を定期的に開催することで双方のコミュニケーションを図り、住みやすい地域づくりを目指して献身的に取り組まれている。山科地区を拠点とする洛和会ヘルスケアシステムは、医療部門（5つの病院と3つのクリニック）、介護部門、健診センター、保育施設、関連会社などが連携・協力しながら京都、滋賀、東京をカバーする「医療」「介護」「健康・保育」「教育・研究」の総合ネットワークである²⁸⁾。救命救急医療、急性期医療、慢性期医療、在宅医療、予防医学と、さまざまなニーズに対応しており、医療、介護、健康・保育、教育・研究の分野が連携、協力することで地域社会の健康へ貢献している。洛和会音羽病院と洛和会ヘルスケアシステムが地域区民と行政機関を通じてさらに連携を深めることで、本人の意思を尊重した地域医療への貢献が期待される。

山科地区におけるACP普及への具体的な取り組みとして、区内居住者を対象とした「わたしの緊急情報シート事業」が行われている²⁹⁾。本事業で配布される「わたしの緊急情報シート」は高齢で一人暮らしの人や基礎疾患がある人の安全・安全を確保するための用紙であり、緊急時の連絡先、かかりつけ医、アレルギー、基礎疾患、内服薬などの情報を記入するようになっている（図4）。シートは2枚あり、1枚を自宅（冷蔵庫など）に保管し、もう1枚を携帯するもの（財布など）に常備するように推奨されている。急病・事故・災害などの有事の際に医療関係者が自宅または

本人が携帯するシートの記載内容を確認することで基礎疾患や常用薬といった必要な医療情報を迅速に確認することができる。シートから得られた情報をもとに現場での救急活動や医療機関での診療行為が迅速化されることで大切な命の救助につながる。「わたしの緊急情報シート」セットには「わたしの緊急情報シート」(2枚)・パンフレット・マグネットクリップ・保管用ビニール袋・玄関用ステッカーが入っていて、本シートは居住学区担当地域包括支援センターまたは山科区役所健康長寿推進課で受け取ることができる。2021年5月から配布が開始され、2024年2月時点での配布数は1万4,386個、山科区消防隊が救急搬送時に本シートを確認した件数は4件であった²⁹⁾。今後も本シート普及活動を継続していくことで山科区民への本人の意思が尊重された質の高い医療提供が期待される。



図4 京都市山科区が配布する緊急情報シートセット

「わたしの緊急情報シート (2枚)・パンフレット・マグネットクリップ・保管用ビニール袋・玄関用ステッカー」が入っていて、山科区役所健康長寿推進課で受け取ることができる。

【課 題】

今後の課題はACPを広く国民に普及させていくことである。ACPの普及は最終的に人生の最終段階における本人の意思決定を尊重した医療の提供につながるとされる。2024（令和6）年1月に発生した能登半島地震と同年9月に同地域へ引き起こされた豪雨災害による二次被害は国民の大きな関心事となり、私達の記憶に新しい。急病・事故・自然災害といった有事がいつ起こるのか予測することは困難であるため、常日頃から自分らしい人生について考えて家族内で繰り返し話し合う機会を持つことは意義がある。啓蒙活

動を通じてACP普及率を向上させ、自分らしい最期を家族と一緒に迎えることができる社会を支援していくことが重要である。

【結 語】

超高齢化・多死社会の現代において私達が日頃から人生の最期について意思決定を行う機会を持つことは大切である。「ここの地域に住んで良かった」、「自分らしい人生を送ることができて本当に充実している」と思ってもらえる地域包括支援が現代社会に求められる。京都市山科地区におけるACP普及への取り組みとして区内居住者を対象とした「わたしの緊急情報シート事業」が行われており、本人の意思が尊重された質の高い医療の普及が期待される。私達は人生の最終段階における質の高い医療提供の実現に向けてACP普及率向上に向けた取り組みを地域単位から地道に進めていくことで、我が国において質の高い終末期医療提供が可能となる社会構築の実現が求められる。

利益相反無し。

本稿の要旨は第83回日本公衆衛生学会総会（2024年、札幌市）でポスター発表した。

【謝 辞】

本稿作成に際しご協力いただいた神谷亨先生（洛和会音羽病院、病院長。山科地区ACP班長）、森下睦美さん（山科区在宅医療・介護連携支援センター、コーディネーター）、亘浩子さん（山科区在宅医療・介護連携支援センター、同）に深謝申し上げます。

【参考文献】

- 1) 牟田京子 他：アドバンスケアプランニング実施における法と倫理。鹿児島純心女大看栄紀 24：35-42、2020
- 2) 総務省統計局：統計トピックスNo.132 統計からみた我が国の高齢者 ―「敬老の日」にちなんで―/1. 高齢者の人口 <https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1321.html>
- 3) 富山千穂 他：沖縄県A地域で生活する高齢者の看取りに対する思い―沖縄の文化が高齢者の看取りに及ぼす影響―。名桜大学紀要 27：89-97、2022

- 4) 厚生労働省：令和4年（2022）人口動態統計月報年計（概数）の概況
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai22/dl/gaikyouR4.pdf>
- 5) 辻麻由美 他：テキストマイニングを用いた日本の論文の事前指示に関する質問項目内容の可視化. 日看研会誌 43：255-264、2020
- 6) 橋本龍也：人生会議 ～ Advance Care Planning ～ 臨床麻酔 47（増）：375-385、2023
- 7) 佐藤晶子 他：A介護老人保健施設における「私の願い」導入後のケアスタッフの思いと看取りケアの変化. 日老医誌 59：518-527、2022
- 8) 木村典子：いまさら聞けない！ ACPのキホンと実践のポイント. 認知症ケア 24：23-32、2023
- 9) 山下いずみ：認知症高齢者の意思決定支援とACP. 認知症ケア 24：33-40、2023
- 10) 厚生労働省HP：「人生会議」してみませんか
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html
- 11) 厚生労働省HP：もしものときのために「人生会議」：
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000536088.pdf>
- 12) Sudore RL, et al：Defining Advance Care Planning for Adults：A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. J Pain Symptom Manage 53：821-832、2017
- 13) 谷本真理子 他：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. Palliat Care Res 13：341-355、2018
- 14) Hammes BJ, et al：A comparative, retrospective, observational study of the prevalence, availability, and specificity of advance care plans in a county that implemented an advance care planning microsystem. J Am Geriatr Soc 58：1249-1255、2010
- 15) 大濱悦子 他：国内外のアドバンスケアプランニングに関する文献検討とそれに対する一考察. Palliat Care Res 14：269-279、2019
- 16) 厚生労働省HP：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
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>
- 17) 角田ますみ：日本におけるアドバンスケアプランニングの現状－文献検討と内容分析から－. 生命倫理 25：57-68、2015
- 18) 厚生労働省HP：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
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>
- 19) 日本老年医学会HP：ACP推進に関する提言
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf
- 20) 日本緩和医療学会HP：終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン
<https://www.jspm.ne.jp/files/guideline/glhyd2013.pdf>
- 21) 日本老年医学会HP：高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン
[jgs_ahn_gl_2012.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/jgs_ahn_gl_2012.pdf) (jpn-geriat-soc.or.jp)
- 22) 厚生労働省HP：終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>
- 23) 日本救急医学会HP：救急・集中医療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～
https://www.jaam.jp/info/2014/pdf/info-20141104_02_01_02.pdf
- 24) 全日本病院協会HP：終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～
https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/161122_1.pdf
- 25) 日本透析医学会HP：透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言
https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsdt/53/4/53_173/_article/-char/ja
- 26) 厚生労働省：平成29年度 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果（確定版）
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200749.pdf>
- 27) 松田純一 他：地域住民と医療従事者における人生最終段階の医療に関する意識調査. 日農医誌 68：627-633、2020
- 28) 江藤孝史：ひきこもり（8050問題）支援に関する一考察. 洛和会病医誌 35：11-16、2024
- 29) 神谷 亨：山科区における「わたしの緊急情報シート」開発・普及の取り組み. 洛和会病医誌 35：29-30、2024