

# 日本老年医学会 「ACP推進 に関する提言」

**2019年**

一般社団法人 日本老年医学会  
倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」



## 一般社団法人 日本老年医学会 倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」

委員長	葛谷 雅文	名古屋大学大学院医学系研究科 発育・加齢医学講座 地域在宅医療学・老年科学分野（老年内科） 教授
副委員長	会田 薫子	東京大学大学院人文社会系研究科 死生学・応用倫理センター 上廣死生学・応用倫理講座 特任教授
委員	片山 陽子	香川県立保健医療大学 保健医療学部看護学科 教授
	勝谷 友宏	医療社団法人 勝谷医院 院長 大阪大学大学院医学系研究科 臨床遺伝子治療学寄付講座 招聘教授
	西川 満則	国立長寿医療研究センター 緩和ケア診療部 エンド・オブ・ライフケアチーム 医師
	平原佐斗司	東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所 所長
	三浦 久幸	国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部長

## 一般社団法人 日本老年医学会 理事長

楽木 宏実 大阪大学大学院医学系研究科 老年・総合内科学講座 教授

# 日本老年医学会

## 「ACP推進に関する提言」

(2019年6月)

### ■はじめに

長寿社会の日本において、一人ひとりの高齢者が最期まで本人らしく生きることができるよう支援し、その目的に資するよう医療・ケアを提供することの重要性はますます高まっている。

さまざまな高度医療が汎用される一方、価値観が多様化している現代、個別性を重視した医療・ケアの提供に関する社会的要請は増すばかりである。また、インターネット関連の通信技術の急速な進展によって医療情報を含めさまざまな情報が氾濫するなか、医療・ケアチームによる適切な意思決定支援の重要性も一層増している。

この課題に対応するため、人生の最終段階に至るまで一人ひとりを尊重しつつ医療・ケアの意思決定を支援する具体的な方途として Advance Care Planning (ACP) に注目が集まっている。ACP はリビング・ウィルなどの事前指示の不足を補いつつ発展してきたものである。

しかし、ACP はそもそも英語圏で概念形成され実践が進められてきたため、その役割や方法論の理解は容易ではない。ACP を適切に理解し活用していくためには、日本の文化や制度を含めた社会環境における適用方法を検討しつつ普及を図る必要がある。

そこで、日本老年医学会は高齢者医療・ケアを専門領域とする学会として、これを自らの喫緊の課題と認識し、全国の医療・ケア従事者に対して、日々の活用を視野に、「ACPの推進に関する提言」を発表することとした。

高齢者にとって医療とケアは連続的なものであり、本提言は高齢者医療と介護の領域において幅広く適用されるべきものである。

本提言が臨床倫理の指針の一つとして医療・介護の現場にて活用され、それによって本人を人として尊重する意思決定支援が積み重ねられ、それが本人を中心とする医療・ケアの文化の創成につながっていくことを念願している。

なお、本提言は厚生労働省「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」および本学会の「立場表明 2012」と「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として」と共通の理念によって策定されている。

## ■ ACP の定義化と提言の目的

ACP は英語圏からの輸入概念であり、また、英語圏でも国や専門分野、論者によって定義に幅がみられ、日本における理解と実践に混乱がみられる。そうした状況に鑑み、日本における ACP の適切な理解を推進するため ACP の定義化に取り組み、その定義によって医療・介護の実践が促進されるよう本提言の策定に取り組んだ。

## ■ ACP (advance care planning) の定義

「ACP は将来の医療・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」

\* ACP の実践のために、本人と家族等と医療・ケアチームは対話を通し、本人の価値観・意向・人生の目標などを共有し、理解した上で、意思決定のために協働することが求められる。ACP の実践によって、本人が人生の最終段階に至り意思決定が困難となった場合も、本人の意思をくみ取り、本人が望む医療・ケアを受けることができるようにする。

## ■ ACP の目標

本人の意向に沿った、本人らしい人生の最終段階における医療・ケアを実現し、本人が最期まで尊厳をもって人生をまっとうすることができるよう支援することを目標とする。

## ■ ACP の対象と ACP を開始する時期

ACP の主体は医療・ケアを受けるすべての人であり、本提言はすべての世代を対象としているが、長寿社会である日本において、ACP の主体の多くは高齢者である。人生の最終段階を見据え、がんか非がん疾患かを問わず、通院あるいは入院にて医療を受けている本人はその医療機関において ACP を開始することが望ましい。また、医療を受けていない高齢者においても、要介護認定を受ける頃までには ACP を開始することが望ましい。すでに介護施設に入所している高齢者においては、その施設において直ちに ACP を開始すべきである。すでに意思表示が困難な状態となっている場合であっても ACP の開始を考慮すべきである。

近い将来には要介護の段階や健康段階を問わず、できるだけ早めに、可能な場合は壮年期から ACP を開始することが推奨される。疾患や障がいによっては小児期や青少年期から行う場合もある。

## ■ ACP の実践者

ACP の実践者は、本人、家族等、そして本人に関わる多職種の医療・ケア従事者である。

## ■ ACP ファシリテーター

ACP ファシリテーターとは、本人の価値観や意向、人生の目標に一致した医療・ケアの意思決定を実現するために、本人、家族等、医療・ケアチームと協働し、本人中心の意思表示や意思決

定のための対話を促進する熟練した医療・ケア提供者らである。

医師、看護師、訪問看護師、メディカルソーシャルワーカー、介護支援専門員（ケアマネジャー）、高齢者施設の生活相談員らが対話のプロセスを適切に進める ACP ファシリテーターとなりうるが、これらの職種に限らず、本人の心身の状態と療養の場によって、医療・ケアチームのなかで最も適任な職種・スタッフがファシリテーターを務めることが望ましい。

## ■ ケア・プランニングと ACP

ACP は事前指示の不足を補う形で発展してきた背景があり、そもそもは、将来、人生の最終段階に至り本人が意向を表明することが困難となったときに、本人が望む医療・ケアを受けることができるよう備えることが意図されていた。

しかし、本人がすでに何らかの医療・ケアを受けている状態にあるときに、現在進行中のプロセスであるケア・プランニング（care planning）を抜きに、人生の最終段階の医療・ケアについて検討することは現実的でないだけでなく、本人にとって最良の医療・ケアを切れ目なく実現するために適切ではない。したがって、本提言では、ケア・プランニングと ACP を連続的なものとみなす。

## ■ 生命と人生の考え方

WHO の緩和ケアの考え方に則り、生命を肯定し、死にゆくことを正常な過程と捉える。一人ひとりが生きるプロセスは本人の人生の物語りのプロセスであり、人生の物語りの土台として生物学的な生命がある。医療・ケアは本人の人生の最終段階に至るまで、本人の人生の物語りをより豊かにすること、少なくともより悪くしないことを目指して提供されるべきである。

## ■ 意思決定プロセスのあり方

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を目指す。

共同意思決定においては、医療・ケアにおける意思決定の分岐点で利用可能なすべての治療・ケアの選択肢を挙げ、各選択肢のメリットとデメリットを比較検討する。そして、本人の人生にとっての最善の実現のために関係者皆でよく話し合い、一緒に考えるコミュニケーションのプロセスを通して、皆が納得できるよう合意を形成し、意思決定する。

目指すべきは、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。そうすることによって、本人が言語および非言語によって意向を表明することが難しくなった段階でも、本人の意向を汲み取り、適切に推定し尊重することが可能となる。

## ■ 継続的な対話が意味すること

ACP においては、本人、家族等、医療・ケア従事者が継続的に話し合う。しかし、対話そのものは目的ではなく、手段である。話し合いによって本人の価値観や意向を知り、それを理解し、

本人の意思を尊重した医療・ケアを実現することを目指す。

また、対話によって信頼関係が醸成されるため、本人の真意をより適切に把握することができるようになる。同時に、本人のおかれた状況や真意について家族の理解も促進されるため、より適切に合意形成へのプロセスをたどることが可能になる。

ACPにおける話し合いは、病状や療養環境などの変化に応じ、また変化を予測したうえで基本的に複数回行われるが、それは単に対話の回数が多いほどよいということの意味しない。対話の質が問題である。

対話の質とプロセスを重んじる ACP は「行う」ものであり、「取る」ものではなく、「書く」ものでもない。

## ■ ACP のプロセスにおいて話し合う内容

ACP のプロセスにおいて、本人の価値観、信念、思想、信条、人生観、死生観や、気がかり、願い、また、人生の目標、医療・ケアに関する意向、療養の場や最期の場に関する意向、代弁者などについて話し合うことが望ましい。

## ■ 本人の意向の文書化とその意味

リビング・ウィルなどの事前指示書の作成は適切な時と場面において推奨されるが、そうした文書は一度記載すれば完成版となるものではなく、本人の意向の変化に応じて継続的に加筆・修正の検討を要する。

ACP のプロセスにおいて作成した事前指示書は、本人の意向を適切に尊重するための関係者間のコミュニケーション・ツールとして活用できる。そうすることで、担当する医療・ケアチームや療養場所が変わっても、本人の意思をつなぐことが可能となる。

## ■ 価値観について

ACP において尊重すべきは本人の価値観である。しかし、対話のなかで本人の価値観が家族等や医療・ケア従事者の価値観と衝突し、意思決定が困難になることがある。対話を通し相互理解を深めることに努めたうえでも依然として価値観の衝突がみられる場合は、尊重すべきは本人の価値観である。家族等や医療・介護従事者の価値観も重要ではあるが、本人の価値観に優先するものではない。関係者は相互の立場と価値観の違いを認識し相互に敬意を払いつつ、本人の価値観を第一に尊重すべく話し合う。

## ■ 意思決定能力について

ACP は基本的に判断能力を有する人を対象とするため、本人の価値観や意向の文書化に際して、標準的な意思決定能力に関する評価を行うことが推奨される。一方、結果的には意思決定能力がないと判断された場合であっても、単に意思決定能力がないという見解のもと、本人ではなく家族や代弁者に同意を求めるのではなく、本人が少しでも理解できるよう手段を講じた上で医療・ケア従事者と本人が対話する場を設定するなど、本人の意思の把握に努める必要がある。



## ■ 本人の意思をよりよく尊重するために

本人が意思決定能力を有すると判断された場合でも、本人が言語化したことは「気持ちの何らかの表現」であり、本人の意向そのものではないことも多い。医療・ケア従事者は、本人が言語化した「意向」の背景に思いを致すことも大切である。

これは日本の歴史・文化によるところが大きいと思われる。高齢者の発言に限ったことではないが、日本人が何かを言語化する場合、周囲や関係者への配慮や遠慮がみられるのは通常のことである。特に明確な自己表現を抑えることを伝統的に求められてきた日本社会においては、臨床上の意思決定の場において明確な意向を尋ねられても、躊躇する人が少なくないのはむしろ自然である。

また、意思決定能力はその有無で線引きすることが適切でない場合も少なくない。例えば認知機能低下のために意思決定能力が不十分と判断された場合でも、好悪を表現したり、部分的な意向を表現したりすることはある。医療・ケア従事者には本人のこうした表現も適切に捉えることが求められる。

さらに、一層の認知機能低下や意識障害などのために本人の意思の確認が困難な場合もしばしばみられる。こうした場合は以前の本人の言動や生き方、価値観を家族などからよく聴き取り、家族などとの十分な話し合いの下に、本人の意思を可能な限り推定し、尊重することが重要である。

## ■ 代弁者

本人の意思決定能力が低下した場合であっても本人の意向を尊重することが大切である。そのために代弁者を選定する。代弁者は本人の意向によって選定されることが望ましく、代弁者となる人は自分が代弁者であることを承認していることが必要である。すでに本人が意思を表明できなくなっている場合は、本人と信頼関係があり、本人の価値観を理解した上で本人の推定意思を伝えることができる人が関係者の合意の上で代弁者となることが、本人の意思をくむために重要である。一般的には、本人の家族、親族、友人や本人をよく知る人が代弁者となることが望ましい。任意後見人・成年後見人が代弁者の役割を兼ねることもあるが、後見人は医療行為の同意権を有さず、代弁者として医療行為の同意権を有しているわけでない。いずれにしても、医療・ケアチームと協働し、本人の意思決定を支えることが求められる。

## ■ 地域包括ケアにおける ACP

住み慣れた地域で本人が尊厳を保ち、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、地域包括ケアシステムの構築が推進されている。いかなる健康状態にあっても、療養の場や医療・ケアの選択において本人の意思が尊重され、その人に関わる多職種が本人の価値観、死生観、人生観を共有した上で本人の尊厳を守るチームとなり、ACP を実践することが求められる。

医療・介護の資源、住民の文化は地域によって異なる。必要な支援システムやその在り方も個人によって異なる。こうしたことを踏まえ、地域の特性や固有の状況に応じた ACP のシステムづくりが求められる。ACP の実践を担う ACP ファシリテーターなどの人材育成や教育、ACP の

対話において表明された意向を書面に残す場合はそのツールも必要である。健康状態の変化などで治療や暮らしの場が移行しても、表明された本人の意向が次の場につながれ、状態に応じて更新された情報も共有できるように、急性期、亜急性期、慢性期の医療機関、さらには外来、在宅医療、介護施設を含め、地域の資源が本人の尊厳を守る包括的システムのなかで構築されることが求められる。

ACPは人生の様々な過程に寄り添うプロセスである。そのため、本人の長年にわたる健康状態を把握し、家族や住み慣れた地域の医療・介護の状況について精通する「かかりつけ医」は、ACPの中心的役割を担うことが期待される。

また、介護支援専門員や在宅医療・ケア提供者、医療機関および施設ケアの従事者等はそれぞれの支援過程で汲み取った情報を共有し、繰り返し本人の最善に向けてチームで話し合い、合意形成することが求められる。そのために、個人情報の取り扱いに関し、チームメンバー個々の倫理観の醸成も不可欠である。

### ■ 多職種協働の重要性

高齢者はフレイルとなった段階から人生の最終段階に至る過程において医療・ケアを受ける場所や療養内容が変化するため、すべてのライフコースを支えるためには多職種による協働が不可欠である。

### ■ 記録の重要性

ACPのプロセスにおいて話し合った内容を記録することは重要である。多職種間での情報共有のために、各職種は、適宜、本人や家族等との対話の内容を記録し、医療・ケアチームのカンファレンスなどで情報を共有する。さらに、これらの情報は医療・ケアの場が移行しても引き継がれる必要がある。

### ■ 医療・ケア従事者の行動規範

医療・ケア従事者はそれぞれが属する専門職の職業倫理を行動指針として理解し、医療とケアを実践することが大切であり、医療・ケアチームとして本人の意思決定を支援する際には臨床倫理的に適切に対応することが求められる。すなわち、各専門職の職業倫理が拠る価値観も重要だが、基本的には本人の価値観を尊重し、本人の人生の物語りを核として医療・ケアの意思決定を医療・ケアチームで支援する。

また、医療・ケアチームとして協働する際には、各専門職に対する敬意をもち、それぞれの職業倫理的判断を理解しようと努めることが大切である。

さらに、本人・家族らと医療・ケアチームが話し合いを繰り返しても合意を形成することが困難な場合や判断に迷う際には、倫理コンサルタントに相談したり、倫理委員会に諮ったりすることも検討すべきである。身近に倫理的な問題の相談窓口がない場合でも、医療・ケアチーム以外の複数の専門家を含めた話し合いの場を別途設置し、方針等について協議したり助言を得たりすることに努めるべきである。



## 【関連するガイドライン等】

- 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」  
(2018年改訂版)  
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf>
- 日本老年医学会「立場表明 2012」(2012年改訂版)  
<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs-tachiba2012.pdf>
- 日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として」(2012)  
[https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs\\_ahn\\_gl\\_2012.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf)
- WHO (世界保健機関)「緩和ケアの定義(2002)」定訳  
<https://www.jspm.ne.jp/proposal/proposal.html>  
(日本緩和医療学会ホームページ内)
- 厚生労働省「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」(2018)  
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>
- 厚生労働省「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」(2017)  
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000159854.pdf>
- 日本医師会「終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える」  
[https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i\\_rinri/006612.html](https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html)

## 用語解説

### 「人生会議」

厚生労働省は ACP の普及・啓発の一環として、日本社会においてより馴染みやすい用語を愛称として公募し、2018 年 11 月に「人生会議」を選定した。また、11 月 30 日（いい看取り・看取られ）を「人生会議の日」とし、人生の最終段階における医療・ケアについて話し合う日とした。



厚生労働省「人生会議」のロゴマーク

### 「本人」

医療・ケアを受ける当事者を「本人」と呼ぶ。医療現場における「患者」と介護現場における「利用者」、「本人」など、医療と介護の現場では当人を表現する用語が異なるため、本提言においては現場を問わず、医療・ケアを受ける当人を「本人」と呼ぶこととする。

### 「尊厳」

誰かの尊厳とは、誰かが自分自身の重要性について持つ所感であり、自らに価値があると感じることである。誰かの尊厳を維持するとは、本人が自らに価値があると感じることができるようにすることであり、本人の主観的自己評価（自尊感情）が高くなるように支え、本人が自分のあり方を肯定できるように支援することである。

本提言において「尊厳」という言葉を使用することによって、「人生の最終段階における医療・ケアは、本人が自分に価値があると感じられるように提供するものであり、医療・ケアの面において、本人が自尊感情や自己肯定感を最期まで維持して人生をまっとうできるように支援するのが ACP の目標である。本人が望まない医療・ケアによって、本人の自尊感情や自己肯定感を損なってはならない」、ということを表現している。

### 「事前指示」

事前指示 (advance directives) とは、将来、自分が意思決定できなくなった場合に備えて、自分に対して行われる医療・ケアについて、あらかじめ意向を示しておくことである。自分が望む医療・ケアや望まない医療・ケアについての意思を医療・ケア従事者に対して文書で示したりリビング・ウィルと、自分の意思を代弁してくれる人を代理人として指名する文書の双方ないし片方から成る。リビング・ウィルと代理人の指名は本人が主体となる事前指示であり、本人がある一時点の意思について本人単独で考えて記すこともある。

POLST (physician orders for life-sustaining treatment：生命維持治療に関する医師の指示書) は医師主導の事前指示の一種である。

日本では代理人の指名を含め事前指示に関する法制度はなく、任意の活動として行われている。

## 「ケア・プランニング」(care planning)

現在および近い将来の医療・ケアに関する方針を検討し意思決定するプロセスのことである。

## 「意思決定」

意思決定とは、「目標の達成にむけて、複数の選択肢について検討、分析し、一つを選択すること」である。

## 「共同意思決定」

共同意思決定とは、本人・家族等と医療・ケア従事者等が、医療・ケアにおける意思決定の分岐点において、関係者皆でよく話し合い一緒に考えるコミュニケーションのプロセスを通して、皆が納得できる合意形成・意思決定をすることである。

これは、近年、医師は病状や選択肢について説明をするが、決めるのは本人であるという意思決定の分業論が支配的であったことを克服する考え方として登場した。

共同意思決定は、臨床的には本人の人生にとっての最善を目指し、利用可能なすべての治療・ケアの選択肢それぞれのメリットとデメリットを比較検討して相対的に最善のものを選ぶという価値評価の考え方と結びついている。

英語圏では shared decision-making (SDM) と言い、やはり本人の自己決定の偏重による諸問題を是正すべく提唱されてきた。SDM は「共同意思決定」、「共同決定」、「共有意思決定」、「協働的意思決定」などと訳されているが、まだ、定訳はない。

ACP のプロセスでは、益や害・リスクなどが不確実な複数の選択肢に関して意思決定を要する場合も多く、共同意思決定の概念を理解することは適切な意思決定のために特に重要である。

## 「任意後見人・成年後見人」

成年後見制度のもと、後見人は本人に代わって財産管理したり介護施設などとの契約を結んだりするが、医療行為の同意権はないとされている。任意後見人は本人が判断能力を有するうちに将来に備えて自ら選び、成年後見人は本人の判断能力がすでに不十分な場合に、家族らの申し立てによって家庭裁判所が選任する。

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6日 第1版発行

編集 一般社団法人 日本老年医学会  
倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」  
発行 一般社団法人 日本老年医学会  
〒113-0034 東京都文京区湯島4-2-1 杏林ビル702  
電話 (03)3814-8104  
FAX (03)3814-8604

---

●「ACP推進に関する提言」の複写・複製・転載・翻訳・データベースへの取り込み、および送信（送信可能化権を含む）・上映・譲渡に関する許諾権は一般社団法人日本老年医学会が保有しています。

©一般社団法人日本老年医学会、2019