

1. ACP の概念・定義と普及のための研修

A. ACP の定義とその考え方

森 雅紀^{*1} 木澤義之^{*2}

(^{*1} 聖隷三方原病院 緩和支援診療科 ^{*2} 筑波大学 医学医療系)

森：今日はアドバンス・ケア・プランニング (advance care planning ; ACP) の概念と実践の取り組みというところで、まずは ACP のさまざまな定義とその考え方について振り返ってみたいと思います。そして最近、Morrison 先生たちが ACP に対する懐疑的な論考も出されたので、それも踏まえて、日本でどのように ACP の定義について考えていけばよいのかということもお話しできればと思います。

ACP のさまざまな定義

森：欧米の定義としては、2017 年に出された EAPC の定義 (資料①) と Sudore らの定義 (資料②) があります^{1,2)}。下線を引いたところは共通している部分です。今後の治療やケアについて言及しつつも、本人の意思決定能力がなくなった時に備えて、代理決定者を指定しておいたり本人の意向を記録しておいたりする、いわゆる狭義の ACP についても含まれています。

一方、日本では、まず厚生労働省が 2018 年に「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」の解説編で ACP の説明があります (資料③)。こちらはプロセスガイドラインからスタートしているので、「人生の最終段階」と限定されていますが、本人が家族や医療・ケアチームと事前に話し合うプロセスというところでは、欧米の定義と一致しています。同年に日本医師会からも ACP の説明が発表されました (資料④)。こちらは「人生の最終段階」ではなく、「将来、医療およびケアについて」とやや広がっています。2019 年に発表された日本老年医学会の「ACP 推進に関する提言」でも、「将

来の医療・ケアについて」と対象は広くしていて、共同意思決定 (shared decision making) も強調した定義になっています (資料⑤)。脚注で狭義の ACP についても言及されています。

最近では、宮下淳先生たちが日本での多職種の専門家の先生方と一緒に、ACP の定義と行動指針に関するデルファイ研究を発表されました (資料⑥)³⁾。ここではいくつか特徴があります。1つ目に、信頼関係のある医療ケア・チーム等が支援するというように、「信頼関係」を明記しています。2つ目に、考えたり、話したりする内容として、今後の医療・ケアだけでなく、現在の健康状態や今後の生き方で広がっています。3つ目は、日本の実臨床で特に問題になる「言葉にすることが困難になりつつある人、言葉にすることを躊躇する人、話し合う家族等がない人」も念頭に置いた点で、ここはもっとも特徴的な部分と感じました。

最後に、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団の第 3 期国際共同事業として、アジア 5 カ国 (日本・韓国・台湾・香港・シンガポール) でのデルファイ研究が行われましたが、そこでは EAPC の定義の用語を解説した程度で、内容的にはほとんど変わらなかったことも、興味深かったです (資料⑦)。

以上を踏まえて、ACP の定義について先生はどのようにお考えですか。

木澤：そうですね、アジアでも定義をしてみると、そんなに大きな違いはなかったということが大変面白い結果だったなというふうに私は思っています。日本の定義について付け加えると、厚生労働省の定義ですが、2018 年の改訂に際しては

私も加わっていて、この時に EAPC や Sudore 先生の定義もちゃんと議論の俎上にのせています。

その時に私が主張したことを今でも覚えてるんですけど、「人生の最終段階」にこだわらずに ACP を定義したほうがいいんじゃないかっていう議論をしました。あいにくそういう方向にはならず、やはり人生の最終段階に関するガイドラインの範疇のなかで議論したために、そのようになったというふうに理解しています。私としてはやはり ACP という概念自体を、国のガイドラインに示すことのほうがより重要と考えたので、ある意味妥協し、そこはそれでいいのではないかと考えました。そこには法律家の先生方がかなり加わっておられました（たとえば樋口範雄先生、町野朔先生、岩田太先生）。そういう先生方がメンバーになって、日本医師会の定義をつくられたというふうに理解していますので、内容がわりと共通するものになりました。そして老年医学会からの提言では、会田薫子先生たちがメインでつくられましたので、より共同意思決定の色が濃くなった。このような経緯でこれらの差異が出てきているというふうに理解していただくと分かりやすいかな？

森：それで、日本老年学会では「人生の最終段階」に限定されていないのですね。

木澤：これ、すごい良い点だと思うんですけど、もっと長いスパンで健康な時にも ACP するよねっていうことがここでは暗に示されているというふうに思っています。それで、宮下先生はそこを踏まえたくて、人生の最終段階に限らない形で ACP の定義をしてくださっています。

さっき森先生ご指摘のことは2つの重要な点があります。特に1つ目、将来の心づもりについて言葉にすることが困難になりつつある人。ここは素晴らしいと思いますね。vulnerability と inequity の2つに配慮したってというのが、とても現代的だし、あと世界の潮流に乗っているし、私たちが忘れがちな、つまり「自己決定万歳」みたいなことではないんだよっていうのをしっかり言ってくださっていて。知っている人たちがだけが利益を受け取ることができるっていうのではなくて、やはり、知らない人、こういうことができ

るんだっていうことをまったく知らなかったり躊躇してしまって情報さえももらえないで、何かあきらめてしまっていたりするような人にも、ちゃんと目を向けています。まあ、これ使い方を間違えると恐ろしい方向にも行く可能性がある。でも、ちゃんとそういう人たちが配慮して、医療・ケアチームはやって行かないといけないんだよっていうことを明記したってというのは勇氣あるし、とても意味あることだな、とても緩和ケア的だなと思いました。

森：ありがとうございます。そう考えると、日本のさまざまな定義の背景や意味するところがよく分かる気がしました。

木澤：日本のデルファイの定義でも、要は自己決定だけが重要ではないと言いたかったのかなとちょっと思うんです。ちょっと言えない人や、言うことを躊躇する人もいるので。ちょうど意思決定の重要性ということを書いたんだと思うんですけど、そもそも医療・ケアチームがいなくても ACP はできるわけじゃないですか。本人のみでもいいし、できれば本人と代理決定者がいるといちばんいいと思うんですけど。

本人がいれば ACP が成り立つんだけど、やはりそれだと不十分であるっていうことを書いたのが、日本老年医学会でも、日本のデルファイの定義でもあります。望ましいのは、医療福祉従事者をやはりちゃんと入れたチームでやるのはいいんだよってことを書いたというのが特徴的だと思いますね。

森：そうですね。日本のデルファイの定義でも「本人」が主語になっています。「本人が（中略）家族等と話し合うこと」ですっていうのを軸にして、「必要に応じて」「医療・ケアチーム等の支援を受けながら」となっていますね。

木澤：本人と家族等だけで話し合いながら ACP を進めていくってことも全然ありっていうふうな文脈ってことですね。ほかの定義では必ずしもそうではないです。

森：患者、家族等、医療・ケアチームの三者ありきと想定されている点ですね。

木澤：そこらへん、実は欧米の2つの定義ではそうは書いてないですよ。家族、なんですよ。現

場は必ずしも三者ありきとは限らないじゃないですか。そこを宮下先生たちは上手に拾ってるんですよ。本当によく考えられていると思いますね。森：「自己決定万歳」ではないというお話をうかがって、進行がん患者対象のACPの無作為化比較試験であるACTION研究の付帯研究を思い出しました。ACPの基盤になっている自己決定の原則は、欧州でも必ずしも現場を反映していない。

多くの患者は選択の自由を行使するよりも、周囲の人たちと一緒に責任や意思決定を共有していきたいと思っている、という知見でした⁴⁾。それを思うと、国内外問わず、自己決定ありきだけではなくて、やはり言葉にすることを躊躇する人をはじめ、本人の意向を汲み取るというところも大事になってくるかなと思います。

アジアのデルファイ研究の時にも同じような議論がありました。アジアでは、もっと家族が前面に出るのかなと予想していましたが、いや本人が中心であり、家族に本人と同じウェイトを置くのはよくないという議論があって、興味深く感じました。周囲が本人の意向を汲み取る場合だけでなく、本人の意向が覆される可能性に懸念が示されました。

木澤：そこで表しきれなかったところを、この日本のデルファイが拾ってくれているような気もしました。

森：厚生労働省のガイドライン改訂版の解説編が出された後に、「ACPって、人生の最終段階のことだけではないよね」という反応を現場ではよく耳にしました。

これまでの話からは、ACPはライフステージとか病期で限られない広い概念で、そのなかの「人生の最終段階」の部分で、プロセスガイドラインでは切り取られているという理解でよろしいでしょうか。

木澤：その通りですよ。厚生労働省のガイドラインはもともと治療中止・差し控えに関するガイドラインですから。人生の最終段階において医療・ケアをどう決めるかのガイドラインなので、ACP全体を切り取った形になっていることを忘れてはならないと思います。

私、この事業(E-FIELD)をやってるじゃないですか。これはACPの研修会だとか、ACPのガイドラインだっていわれたりするんですけど、まったく違うので、それは、心外だなというふうにも思っています。

あともう1つの特徴は、人生の最終段階をどう定義しているのかっていうのはわりとまた違うので、それが広いのが狭いのかとか、どれぐらいの時期を想定しているのかっていうことがけっこう議論になるんですけど、あの厚生労働省の人生の最終段階の定義っていうのは、疾患によって違って、年余にわたるものもあるっていうふうには、ガイドラインの解説編には明記^{*}してあって、かなり広い概念と取られていると思います。

(※「人生の最終段階には、がんの末期のように、予後が数日から長くて2～3カ月と予測ができる場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数カ月から数年にかけ死を迎える場合があります。どのような状態が人生の最終段階かは、本人の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき事柄です。また、チームを形成する時間のない緊急時には、生命の尊重を基本として、医師が医学的妥当性と適切性を基に判断するほかありませんが、その後、医療・ケアチームによって改めてそれ以後の適切な医療・ケアの検討がなされることとなります」)

森：ありがとうございます。欧米、アジア、日本でのACP定義を振り返ることで、さまざまな考えが浮かび上がりますね。そのほかに定義の議論について、追加はありますか。

木澤：ちょっとひとまずもう新しいのつくったりとかは同じところに帰着しているのもうそろそろこれはやめて、私的にはせっかく日本でしっかり皆さん頑張ってくつってくださったので、宮下先生の定義でひとまずまとめて、すべてのものを運用するのがいいのかなというふうにも思っています。

森：そういう意味で、日本の専門家でも、日本でどう定義して、行動していくかを議論した意味は、大きかったかなと改めて感じました。

Morrison らの ACP に対する 懐疑的な論考について

森：では次に、Morrison 先生らの ACP に対する懐疑的な意見についてです。彼らは、2020 年、2021 年に JPM や JAMA に ACP や AD (事前指示書) は目標に一致したケアの提供など、望ましい効果を示さなかったことを論理的に紹介しました^{5,6)}。実際に意思決定が必要になる時よりかなり事前に話し合っている、人びとの病状や病状認識は経時的に変化するし、当初想定もしなかったようなことが起こりえる。人びとの感情も意思決定に大きな影響を及ぼす。

そんななかで、事前に AD があれば、はるか先の意味決定が必要な局面で本人の意向に沿ったケアが提供できるはずだという直線的な流れを念頭に置いた ACP は、少し早計ではないか？むしろその時どきの意思決定支援が大事なんじゃないか？そして世界が超高齢社会に突入するなかで、個々の ACP よりシステム全体を改善させる必要があるんじゃないか、と論じました。それを受けて、2022 年には JPM でさまざまな立場の ACP の専門家たちが座談会を開き、今後の方向性を議論しました⁷⁾。この一連の議論について、先生はどのようにみられましたか。

木澤：Morrison 先生、論客だなあって最初に思って、1 回だけで終わるのかなって思ったら、もうさみだれ式に何回か来るので、やるなと思いがらみていました。いちばん痛烈で印象的な批判は、これだけ金をかけて世界中の研究者が ACP の介入研究やってるけど、結局、良くならない、みたいな。患者の意向を尊重したケアの改善を必ずしも証明できていないのではないかと、結局それやっても意味はない？っていうことについて、一石を投じた。それも今まで一生懸命そのことを推進してきた緩和ケアのリーダーの Morrison 先生がそれを言うっていうこと、ものすごいインパクトがあったってことだと思うんですよね。

だから、Morrison 先生自身も認めていらっしゃるのとおり、ACP に別に意味がないわけではない。けれども、これが患者の意向を尊重したケアを実

現するわけではない、これさえあればうまくいくものではないということ、改めてみんなが思われたというというのは、あったんじゃないかなっていうふうに思うんですね。だから Sudore 先生たちが、2021 年に JAGS に、改善するアウトカムと改善しないアウトカムはどんなものかをまとめた scoping review を出されましたけど、プロセスアウトカムは改善するんですね⁸⁾。信頼関係が向上したりとか、話し合いが増えたりとか。でも QOL と意向に一致したケアは今 1 つだけというのが、ひとことで言うと結論だと思います。森：それをみて分かるのとおり、ACP は決して意味がないものではない、ということですね。

木澤：ええ。もう 1 つはちょっと長くなるけど、患者の意向を尊重したケア (goal-concordant care) が意思決定できなくなっても尊重されるというのは、ACP のいちばん重要な点なんですけど、いくつか問題点があります。よくいわれる、「本当に今もその考えなのか」っていう。disability バイアスとかも含めてですね。本当にそう思っているのかというのは分からないっていうのは大きな問題であるということと、あとそもそも患者の意向を尊重したケアが行われたかどうかを測る指標はないっていう、それは大きな問題で、研究的にはそこをやらないとだめなんだろうなあという気はしました。「ACP が目標にしたケアを叶えることはないだろう」と言われて、本当か？と思いました。「いや、っていうか、それ測れてないだけではないの？」って。

森：そういえば、New England Journal of Medicine でも goal-concordant care は holy grail (聖杯) だっという記事も載りました⁹⁾。測定方法自体が世界中でまだ分かってないので、本当に ACP がそれを叶えられないかは現時点では分からない、というあたりが学術的には正しいのかもしれないですね。未知の領域ですね。

木澤：うん、それが面白いところだなあって。Justin Sanders 先生たちが goal-concordant care をどう測るかという論文を出したよね¹⁰⁾。プライオリティの top three (の rating) は変わらないから、それを測ったらいんじゃないか？みたいな。変化しないことが証明されてですね。

森：Serious Illness Care Program (SICP) の二次解析でしたね。

木澤：そうそう、すごい面白いなあと思って。

森：ありがとうございます。そう考えると、Morrison 先生たちの論考に対して世界でもさまざまな反応がありました。このように議論を焚きつけられたことで、より意識的に僕たちが ACP に向き合えることになったところは、すごいあるのではないかというか。

森：JPM の座談会でもけっこう定義的なことは議論されましたね。Morrison 先生は狭義の ACP を念頭に置いて、意思決定能力がなくなった時のために、かなり事前に話しておくことを指していました。そのうえで in-the-moment decision making (厳密には狭義の ACP ではないんですが) は大事なんじゃないかと主張しました。Sudore 先生は preparation が大事と言っていて、Darren Heyland 先生が 2020 年に提唱された “Advance serious illness preparation and planning (ASIPP)” って呼んでみたらどうだろうとも提案しました¹¹⁾。要は ACP の概念が広すぎるので、「『それ』は効かないよ」と言った時の「それ」の指す内容を明確にしないとイケないということですね。

木澤：そう、なんか研究のアウトカム出そうと思えば、こういうことが必要だよ。たとえば、この ASIPP って簡単にいうと、狭義の ACP じゃないですか？ こういうのをちゃんと別に定義しよう。ACP が曖昧模糊として、いわゆる「ACP 的」なものになってしまっているから。狭義の ACP だって。広義の ACP もあるから in-the-moment のディシジョンメイキングも含むってことに今なっているじゃないですか。宮下先生の定義だとなっていますよね。今の希望はどうかっていうことも話すっていうことになっていると思うので。今も将来のことっていうのをごっちゃにして議論するのはだめだよって、Sudore 先生は言うるんだけど。それが本当に国民の希望かっていうと、そうでもないのではないかなっていうふうに私はちょっと思ってます。とりあえず ACP 的なものとして、目の前の ACP を進めていくっていうスタンスが重要なのかなと思っています。

日本の臨床での印象と今後の方向性

森：それが国民の望むところではないんじゃないかなっていうところ、もう少し詳しく教えていただけますか。

木澤：これも超印象感覚ですけど、要はあの、私この 10 年 ACP を推進してきて、その人生の最終段階になって、自分が意識がない時にどんな治療やケアを受けたいかということ、その時に気持ちが変わることも含めて決められる人というのはわりと少数です。たとえば、ALS で最後呼吸不全が来た時に気切をしたら「気管切開してもらって本当にありがとう」って言われた、みたいな体験をされている方が少なくない数いらっしやう。私自身もそういう体験があるんですけど。でもそのリスクも含めて前もって決めておいて、絶対、自分が受けたくないっていうふうに強く言える人って、そうたくさんいるわけではなく、10% もいないんじゃないかなって思うんです。だからこれを分けて議論して、仕組みを作ったところで受益する人はどれだけいるんだらうって思う。

だからやっぱり disability バイアスとか、その時になったら変わるっていうことを考えると、本当にこれをして意味があるのかなっていうふうに思っていて。それよりは患者さんに、より益するのは goals of care discussion を進めたり、今の decision making の質を上げたり、今から将来にわたってずっと話し合っていこうねっていうほうがずっと益があるのではないかなとは思っています。

森：ACP 的なところは、ACP の定義としては最終的に宮下先生がまとめてくださったように、広めに取っておいて、定義をつくるのはいったんそこまでにしておこう。そのうえで、実際現場で何をしていたらいいかは、その時どきの対象や病状、求められることに応じて進めていくといい、というような整理になりますね。その時どきの話し合いから、将来の goals of care discussion につながることもあり、もし行けたら狭義の ACP をやってもいいと。

木澤：ですね。これをすべての人がやることは本当に幸せなのかどうか。私は分からないなと思います。森先生、どうですか？ 肌感覚として。

森：そうですね、僕は緩和ケアチームで重篤な病をもつ方に接することが多いのですが、やっぱり「今後のことの準備や計画をすごい話したいんだ」ってはっきり言われる方は、少数な気がするんです。こんな話をしているのかどうかも、探り合いながら、心の準備をみながら、そっと言って、患者さんのニーズという心の準備があると思ったら、本人が望むだけの分を一緒に話していくという感じでしょうか。本人の人となりをよく知っていたら、「この間、こうこうこういうふうに話していたから、今後のことで心配にならないためには、こういうふうなことも考えておいてもいいかなと思ったんですけど、どうでしょう」、みたいにゆっくり進んでいくのが多いです。もちろん、家業の引継ぎをしておかないといけないからとか、母子家庭で子どものためにしておきたいことがあるとか、社会的・関係性のなかでの動機づけがあって意識的に準備している方はいらっしゃいます。また、「自分が話せなくなっても、これだけはどうしてもしてもらわないと困る、いつも話している人と別の家族が来て違うことを言われると困るんだ」っていう強い意向をもった方もいらっしゃいます。

全体としては、初めから「こうなるから信頼できる人を代理決定者と決めておいてプランニングしてください」とご自身から医療者に言われる人は、僕からみると少ない気がします。そう考えると、ACPは本当に広い概念なので、個々の患者さんのニーズに応じてACP的なことをしていくなかで、それが結果的に狭義のACPになることもある、というあり方でいいんじゃないかな、と臨床的には感じています。ACPは包括的な概念なので、それぞれの現場で必要とされる活動なり介入なりをしていて、ひと通り進んだところで検証もしながら次につなげていくといいんじゃないかと思います。

木澤：そうですね。幸いこの議論によって、はっきりさせなければいけないことも分かってきたので、研究も進めていったらいいんじゃないかなというふうに思っています。もう1つ、やらなきゃいけないのは最後に森先生が言ってくれた重要な

ところだと思うんですけど、やっぱりどうしても決めておきたい人にとっては、わが国の法律っていうのはどうしようもなく、何ていうか曖昧なのです。

どうしても決めておきたい人が決めておける、嫌だということをさせないっていうのは、仕組みをつくっておいたほうがいいのかなんていうふうに思いますし、台湾とか韓国ではそういうものが法制化されていると理解しています。利用している人は少ないんですけど、やっぱりいるので、日本でも同様に何らかの仕組みづくりを作らないといけないのかなと。そうしないと、患者さんの意向を尊重できないから、そこだけはしっかりやっていく必要があるのかなと思いました。

森：どうしてもしておきたい人の意向が守られるような枠組みですね。

もう1つ、日本のデルファイの定義で書かれている、言葉にすることが困難になりつつある人や言葉にすることを躊躇する人というところですが、やはり日本では後者の人は多く、家族等も含めて本人の意向を汲み取るような対話になることが多いです。医療・ケアチームがどのように患者・家族の関係性を把握し、本人の意向を汲み取りながら、overrideすることなく支援していけるかを形にしていくと良さそうです。岸野恵さんがまとめられた家族を統合したACPのロジックモデルは日本でも応用できる考え方かなと思いました¹²⁾。実務的に使えるような介入をつくるのが課題ではありますが。

木澤：うん、本当にinequalityの問題とか、vulnerabilityの問題って、その系統的な介入をつくるのが難しい領域ですよ。でもやっぱり何もやらなかったら何も生まれないから、ここをしっかりとやっていけたらいいし、多くの人はやっぱりここを一生懸命やりたい人が多いと思うんですよ。特に看護師さんはやっぱりここを一生懸命やりたい方が多いと思うので、ここはしっかりと理論をもって対応していけたらいいですよ。

なんか臨床のうで改善の余地があるのかなあって、いつも思います。今ちょっとね、ACPとか、まあADもそうだけど、ちょっと暴力的に進めちゃう傾向があるっていうような話を聞くの

で。さっき森先生が言った、微妙な、本人はどう思ってるのかなっていうのを探りながら、ちょっとずつ行くみたいなことって、きわめて印象的で、私も自分がやっていることを言葉にしてくださいというふうに思ったんですけど、まさにそういうプロセスが必要じゃないですか。で、この人は嫌なんだなあとか、あ、本当はなんか必要性が分かってないのかもしれないなと思ったら、「実はこういう意味なんですよ」ってことを改めて言い直したりもするじゃないですか。こういうことになると困るから、こういう状況が心配だから、少し話し合っておいたほうがいいと思うんですみたいな話しをすると思うんですけど、それってまさにここの部分の介入だと思うんですよね。だから、そういうことがもっとモデル化されて、こんなアプローチがいいんだよっていうことを学ぶことができれば、ACPが高まっていくだろうなというふうに思います。

森：同感です。重篤な病をもつ方もそうですし、この間、敬老の日の新聞にもありましたけど、人口全体の中で65歳以上の割合が日本は29%と世界1位で、2位イタリアの24%を大きく引き離している。世界でも断然超高齢社会が進むなかで、なおかつ重篤な病の患者を診る立場にあるわれわれホスピス・緩和ケアの医療者はどうしたらよいか。ACPありきというよりも、本人が困らないように、少しこまめに探りながら進めていくような、そういうふうなきめ細かさというか、日本人の得意とする支援が少しずつ形になっていくといいのかなというふうにも思いました。今日はありがとうございました。

(2022年9月20日収録)

文献

- 1) Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et al : Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the

European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol* **18** : e543-e551, 2017

- 2) Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al : Defining Advance Care Planning for Adults : A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage* **53** : 821-832 e1, 2017
- 3) Miyashita J, Shimizu S, Shiraishi R, et al : Culturally Adapted Consensus Definition and Action Guideline : Japan's Advance Care Planning. *J Pain Symptom Manage*, 2022
- 4) Pollock K, Bulli K, Caswell G, et al : Patient and family caregiver perspectives of Advance Care Planning : qualitative findings from the ACTION cluster randomised controlled trial of an adapted respecting choices intervention. *Mortality*, 2022
- 5) Morrison RS : Advance Directives/Care Planning : Clear, Simple, and Wrong. *J Palliat Med* **23** : 878-9, 2020
- 6) Morrison RS, Meier DE, Arnold RM : What's Wrong With Advance Care Planning? *JAMA : the journal of the Am Med Assoc* **326** : 1575-1576, 2021
- 7) Periyakoil VS, Gunten CFV, Arnold R, et al : Caught in a Loop with Advance Care Planning and Advance Directives: How to Move Forward? *J Palliat Med* **25** : 355-360, 2022
- 8) McMahan RD, Tellez I, Sudore RL : Deconstructing the Complexities of Advance Care Planning Outcomes: What Do We Know and Where Do We Go? A Scoping Review. *J Am Geriatr Soc* **69** : 234-244, 2021
- 9) Halpern SD. : Goal-Concordant Care - Searching for the Holy Grail. *N Engl J Med* **381** : 1603-1606, 2019
- 10) Sanders JJ, Miller K, Desai M, et al : Measuring Goal-Concordant Care: Results and Reflections From Secondary Analysis of a Trial to Improve Serious Illness Communication. *J Pain Symptom Manage* **60** : 889-897 e2, 2020
- 11) Heyland DK. : Advance Care Planning (ACP) vs. Advance Serious Illness Preparations and Planning (ASIPP). *Healthcare (Basel)* **8**, 2020
- 12) Kishino M, Ellis-Smith C, Afolabi O, et al : Family involvement in advance care planning for people living with advanced cancer: A systematic mixed-methods review. *Palliat Med* **36** : 462-477, 2022

資料 欧米, アジア, 日本における ACP の定義

① EAPC の定義 (Rietjens JAC, et al. Lancet Oncol 2017;18:e543-551.)

ACP とは、意思決定能力を有する個人が、自分の価値観を確認し、重篤な疾患の意味や転帰について十分に考え、今後の治療やケアについての目標や意向を明確にし、これらを家族や医療者と話し合うことができるようにすることである。ACP においては、個人の身体・心理・社会・スピリチュアルな面を通じた気がかりを話し合うことも重要になる。万が一自分で意思決定ができない時が来ても自身の意向が尊重されるためには、予め自分の代理人を決定し、意向を記載し、定期的に振り返ることが推奨される。

② Sudore らの定義 (Sudore RL, et al. JPSM. 2017;53:821-832.)

ACP は、年齢や病期を問わず、成人患者が自身の価値観、生活の目標、今後の治療に対する意向を理解・共有することを支援するプロセスである。

ACP の目的は、重篤な病気や慢性疾患の中で、人々が自身の価値観、目標、意向に沿った治療を受けられるように支援することである。多くの人々にとって、このプロセスには本人が自分で意思決定ができなくなった場合に意思決定をしてくれる信頼できる人（等）を選ぶことが含まれる。

③ 厚労省の定義 (「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」解説編, 2018 年)

人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

④ 日本医師会の定義 (日医パンフレット「終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング (ACP) から考える」, 2018 年)

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

⑤ 日本老年医学会の定義 (「ACP 推進に関する提言」, 2019 年)

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 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・ケアをうけることができるようにする。

⑥ 日本のデルファイでの定義 (宮下淳, 2022 年)

アドバンス・ケア・プランニングとは、必要に応じて信頼関係のある医療・ケアチーム等^{*1}の支援を受けながら、本人が現在の健康状態や今後の生き方、さらには今後受けたい医療・ケアについて考え (将来の心づもりをして)、家族等^{*2}と話し合うことです。

特に将来の心づもりについて言葉にすることが困難になりつつある人、言葉にすることを躊躇する人、話し合う家族等がない人に対して、医療・ケアチーム等はその人に適した支援を行い、本人の価値観を最大限くみ取るための対話を重ねていく必要があります。

本人が自分で意思決定することが困難になったときに、将来の心づもりについてこれまで本人が表明してきた内容にもとづいて、家族等と医療・ケアチーム等とが話し合いを行い、本人の価値観を尊重し、本人の意思を反映させた医療・ケアを実現することを目的とします。

* 1 本人の医療やケアを担当している医療、介護、福祉関係者

* 2 家族や家族に相当する近い人

⑦ アジア 5 か国のデルファイでの定義 (日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 第 3 期国際共同事業) (in submission)

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) とは、意思決定能力^{*a}を持つ個人が、自分の価値観を確認し、深刻な病気のもつ意味や転帰について考え、将来の医学的な治療やケアについての目標や意向を明らかにし、家族や近い人々^{*b}、医療福祉従事者と話し合うプロセスである。ACP では、身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな領域にわたる本人の気がかりを話し合う。万が一本人が意思決定ができない時であっても本人の意向が考慮されるよう、代理人^{*c}を特定すること、自分の意向を記録して定期的に確認することが勧められる。

* a 意思決定能力 (decisional capacity)

ひとは完全に意思決定能力がないと確定されるまでは意思決定能力があるとみなされなければならない。ACP の過程では本人が意思決定能力を最大にできるように配慮すべく、実行可能な方法はすべて取らなければならない。

* b 近い人々

「近い人々」とは、本人が信頼している人々のことを指す。各地域の法や社会的慣習にしたがって、重要な他者 (significant others)、友人 (close friends)、永続的委任状により委任された代理者 (donees of a lasting power of attorney)、裁判所に任命された法定後見人 (court appointed deputies) などを含みえるが、これらに限定されない。

* c 代理人 (personal representative)

代理人は、本人は意思決定できなくなった時に本人の意思を代弁するものとして本人から指定される。代理人について法律上の規定がある地域もあるし、ない場合もある。規定がある場合には、該当する法の定めにしたがう。規定がない場合には、代理人の役割はしばしば、ACP の話し合いに継続して参加している、本人が指定した家族や近い人々が担う。
