

訪問診療におけるACP

研修医 奥村大朗

【ACPについて発表しようと思った動機】

研修での気づき

先生方の診療に同行し、患者さんの自宅に伺う中で感じたこと

「医学的な最善」≠「患者さんにとっての最善」

本日のテーマ

- ・ ACPの基本を整理する
- ・ 訪問診療の質にどう繋げるかを共有する

【ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の定義】

定義

将来の医療・ケアについて、本人を主体に、家族や医療・ケアチームが繰り返し話し合うプロセスである。

重要なポイント

- ・ 単なる「意思確認(チェックリスト)」ではない
- ・ 価値観を共有し続ける「対話の過程(プロセス)」そのものを指す

【日本におけるACPの現状】

項目	データ（2022年）
家族等とACPについて話し合ったことのない医師の割合	約47.5%
話し合わない最大の理由	「きっかけがない」（60%以上）

病院では「きっかけ」を見つけるのが難しい。

→ 訪問診療が最適

【訪問診療におけるACPの「3つの強み」】



1. 生活環境

診察室では見えない情報。

- ・ 趣味の道具
- ・ 仏壇・写真
- ・ 家族との距離感



2. 時間の継続性

2週間に1回の定期訪問。

- ・ 体調の「揺らぎ」を許容できる
- ・ 気分の変化に気づける



3. 多職種チーム

「何気ない一言」を拾う。

- ・ 看護師の気づき
- ・ ヘルパーの報告
- ・ 意思決定のヒント

【ACPを始める4つのきっかけ】

1. 初回訪問時

「今まで大切にしてきた生活の習慣はありますか？」

2. 身体機能の変化時

歩行困難、食事量の低下、ADLの低下が見られた時。

3. 入退院の節目

「病院での治療を終えて、今どう感じていますか？」

4. 季節の行事・記念日

「次のお正月はどう過ごしたいですか？」

【実際の一例】

患者背景

・●歳 ●性(●とは死別)

・家族背景(KP不在)



・居住環境

居室は2階(エレベーター無し)

経過と現状

身体面

20●●年●月に遠位胆管癌に対し手術。

20●●年●月に術後再発あり抗癌剤目的で入院。

1週間で退院となった。

ADL

屋内は伝い歩き可能。

2階居室からの移動および病院への通院は身体的負担が大きく困難。

複雑に絡み合う課題

本人の意向

「絶対に在宅がいい」と強く希望
抗がん治療は継続する

現実の制約

家族サポートが得られない。
物理的な通院手段の確保が困難。

今後の論点

通院限界による「治療継続の可否」
支援者不在の中で希望(在宅・治療)をどう支えるか(ACP再確認)

【まとめ】

- ・ ACPは、日々の「雑談」の中にある。
- ・ 私たちの役割は、「医学的な正解」と「その人らしい生活」のズレを、対話で埋めていくこと。
- ・ 答えのない問いを、一人で抱えず多職種チームで共有し続ける。