

香川県立保健医療大学リポジトリ

研修報告：カナダBC州におけるアドバンス・ケア・プランニングの実践と教育の展開

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2021-06-21 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 片山, 陽子 メールアドレス: 所属:
URL	https://kagawa-puhs.repo.nii.ac.jp/records/274

研修報告：カナダBC州におけるアドバンス・ ケア・プランニングの実践と教育の展開

片山 陽子*

香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科

The Practice and Education of Advance Care Planning : Report on Training in British Columbia, Canada

Yoko Katayama*

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural University of Health Sciences

要旨

本稿の目的は、カナダBC州におけるアドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning以下、ACP）の実践と教育の現状報告を行うことである。データは、2013年9月1日～9月8日の期間と過去数回の渡航での研修及びACP担当者へのミーティングによって得た。

ACPはエンド・オブ・ライフケアに不可欠なコミュニケーションプロセスであり、自己決定能力の低下に備えたアドバンス・ディレクティブ等を包含する。ACPは、患者に自分の望む生き方を考える機会を提供するなどメリットは大きい。BC州では国、州、地域でACPを普及、実践するための取り組みがなされており、実践者は訪問看護師やソーシャルワーカーなど主に在宅ケアに携わっている人たちで、彼らへの教育はE-learningを活用しながら2ステップで構成されていた。今後、文化的差異等を考慮した日本型ACPモデルの開発が待たれる。

Key Words: アドバンス・ケア・プランニング (advance care planning), エンド・オブ・ライフ (end-of-life), 意思決定 (decision making)

*連絡先:〒761-0123 香川県高松市牟礼町原281-1 香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科 片山 陽子

*Correspondence to: Yoko Katayama, Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural University of Health Sciences, 281-1 Murecho-hara, Takamatsu, Kagawa 761-0123 Japan

はじめに

わが国の高齢化率は現在世界のトップであり、また慢性疾患患者が増大している状況において、人生の終焉を自ら意思決定しながらどのように生きるかはひとり一人の大きな課題である。“最期までその人らしい最善の生”を生き“良い死”を迎えることができるためには、質の高いエンド・オブ・ライフケア（End-of-Life Care 以下、EOLケア）が求められている。EOLケアは従来の終末期医療や緩和ケアを包含する概念であり、長江¹⁾は“EOLケアとは診断名、健康状態、あるいは年齢に関わらず差し迫った死、あるいはいつかは来る死について考える人が、生が終わる時点まで最善の生を生きることができるように支援することである。それは老いや病を抱えながら地域社会で生活し続ける人々の暮らし方、家族との関係性や生と死に関する価値観、社会規範や文化とも関連した生き方の探求であり、新たな医療提供のあり方の創造ともいえる。また看護の視点で考えれば、患者とその家族と専門職との合意形成のプロセスである”と述べている。このEOLケアの中核的な考え方がアドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning 以下、ACP）である。カナダ、ブリティッシュ・コロンビア州（British Columbia州以下、BC州）は、EOLケアの先進地であり、カナダにおけるACPの実践と普及の中心的役割を担っている。

ACPとは、成人（カナダでは19歳以上）である患者が疾病等によって必要となった治療やケアの選択の意向と現在の気がかり、患者自身の信念や価値観及び希望について、家族などの患者にとって大切な人や医療者と話し合うプロセスである。心身状態の悪化など病状経過の中でその内容は変化することを前提に、繰り返し実践し続けるものである。また、患者自身の意思決定能力が低下した場合に備えた代理意思決定者の選定（Representative Agreement以下、RA）と、終末期の医療に関する事前指示であるアドバンス・ディレクティブ（Advance Directive以下、AD）の作成も含む。ACPは特に終末期のみならず、BC州では治療の全ての過程に必要であると提示している。さらに広義では医療に関することに留まらず、いかに生きるかという人生の問いそのものであるという哲学のもと、健康な人も含めて全ての人に必要なアプローチと捉えて地域住民を対象に普及を推進している。

今回、2013年に、カナダBC州へACPの実践と医療者への教育の状況を学ぶことを目的に訪問した。研修報告は、まずBC州においてACPを導入した背景と必要性を述べた上で、研修目的に添って記述する。ACPの研修内容は今回参加した研修のみではなく、2009年～2010年に筆者がブリティッシュ・コロンビア大学ポスドクとして滞在していた期間と2011年、2012年の訪問時に参加した研修も含む。同時にACP教育担当者とのミーティングも実施したのでそれらの内容を集約して述べる。

カナダは州ごとにヘルスケアの仕組みは異なり、さらに州の中を分割した地域に存在する保健局によってその運用は異なっており、地域文化に則した展開を可能にしている。ACPも同様で各保健局（Health Authority以下、HA）により展開状況は異なる。本報告はBC州の5つのHAのうちACPについて最も先進的な取り組みを展開しているFraser HAと在宅看取り率が高いVancouver Island HAの実践と、両HAのACP教育担当者とのミーティングによって得られた内容が中心である。報告内容に関わる研修概要は以下のとおりである。

BC州でのACPに関する研修概要

1. 研修目的

研修目的は以下のとおりである。

- 1) BC州におけるACPの導入背景と経緯を整理する
- 2) ACPの実践状況、特にEOL期の展開を学ぶ
- 3) ACPの教育状況、特に医療者を対象としたファシリテーター育成の教育の展開を学ぶ

2. 研修期間

2009年10月～2010年9月
2011年2月25日～3月8日
2012年3月5日～3月9日
2013年9月1日～9月8日

3. 研修内容

- 1) ACPを実施する訪問看護師との患者宅とホスピスへの同伴訪問5回
- 2) ACPの実施に関する事例検討のカンファレンスへの参加8回
- 3) ACPのファシリテーター育成の教育プログラムへの参加3回（別に地域住民への普及啓発の教育プログラムへも参加したが、その内容は別の稿に譲り本報告は医療者を対象としたファシリテーター育成の教育に限定して述べる）
- 4) ACP教育プログラム担当者とのミーティング15回

BC州におけるACPの導入の背景と経緯

ACPは1990年代にアメリカにおいて患者の意思決定を尊重した医療を展開する必要性が議論される中で開発された意思決定支援の方法論の一つである。現在は欧米をはじめ諸国で多くのACPプログラムが展開されている。中でもアメリカで開発されたACPプログラムの一つであるRespecting Choiceはオーストラリア、ドイツ、シンガポール他の多くの国、地域で導入されており日本でも近年導入が試みられている²⁾。

最初にBC州におけるACPの導入の背景と発展した経緯を述べる。BC州はEOLケアに先進的に取り組んでおり“より多くの人が患者と家族の希望を中心においた緩和ケアを住み慣れた自宅で受けること”を目的として

2001年BC Palliative Care Benefits Programという法律を制定した。これは予後6か月以内と診断されたすべての疾患の患者が緩和ケアに必要な医薬品や医療備品の提供及び、自宅で過ごすための訪問看護やリハビリなどのケアを自己負担なく受けることを可能にする制度である。このようにEOL期の医療ケアを必要なすべての国民に届けることを州・国の取り組みとして実施した。そして2002年以降、EOLケアの中核とするACPの定義を明確化し、各地域のEOLケアの実践にACPを組み込み、その現状から課題を見出してきた。

BC州のACPの取り組みの特色の第1点目は、このようにEOLケアの実践を基盤に発展してきたことである。しかしながら多くの患者は“終末期”ともいわれるEOLの医療に関して自分の意向を表明してはならず、家族など代理意思決定者は、患者が判断不能となった時には自分の大切な人の生命に関わる医療の選択をしなければならないことに大きな責任を感じ、意思決定後も選択した決断が患者にとって最善の選択だったのか苦悩しており、その状況は医療従事者にも大きな影響を与えている現状があった。そこでEOLにおいて患者の医療への意思表明と代理意思決定者の選定がなされていることが少ないこと、家族や医療者とのコミュニケーションの実施が低いこと等の実態を確認した上で、体系化したACPの実践が必要と考え、2004年にACPに携わる医療者等専門的な人材と地域の職員、地域住民であるボランティアがメンバーとなりACPプログラムの運営組織を形成した。運営委員会メンバーが中心となり国内外のACPプログラムの実施状況やその成果を調査した結果、アメリカの

ACPプログラムであるRespecting Choicesの“治療の全過程でACPを実践する”という哲学がBC州の考えと合致したため、それを基盤にACPプログラムを構築することとし導入を開始した。2007年にはその当時からACPの実践の中核であったCalgary HealthとBC州のFraser HAが提携をしてACPの全国シンポジウムをサポートするなど普及活動に努め、カナダの各州でACPプログラムを展開する基礎を構築した。2010年にはACPのナショナルフレームワーク³⁾を作成して実践の枠組みを提示しカナダ全土にACPを普及した(図1)。

BC州のACPの取り組みの特色の2点目は、地域住民を巻き込み、健康な人も対象として普及活動を展開したことである。各地での普及活動は医療者のみではなく、図書館司書や退職者組織の人たちなど地域住民が参加して行われた。普及啓発の場所も医療機関等のみではなく、ショッピングセンターやコミュニティセンターなど住民の生活に密着した場所で展開した。

BC州のACPの取り組みの特色の3点目は、ACPファシリテーター育成など教育プログラムの構築に予算を配分するなど、国の政策として推進した点である。ACPのファシリテーター育成の教育プログラム構築の経緯をみると、2005年以前も教育は実施していたが成果が十分に得られていなかった現状があった。そこで2006年、2007年の2年間にHealth Canada(カナダ保健省)はACPを更に促進するためEOL教育プロジェクトチームに予算を分配し、多くの医療者等がRespecting Choicesの研修を受講するなど効果的なACPプログラムを学ぶことを支援し、その上でBC州各地の状況に応じたプログラ

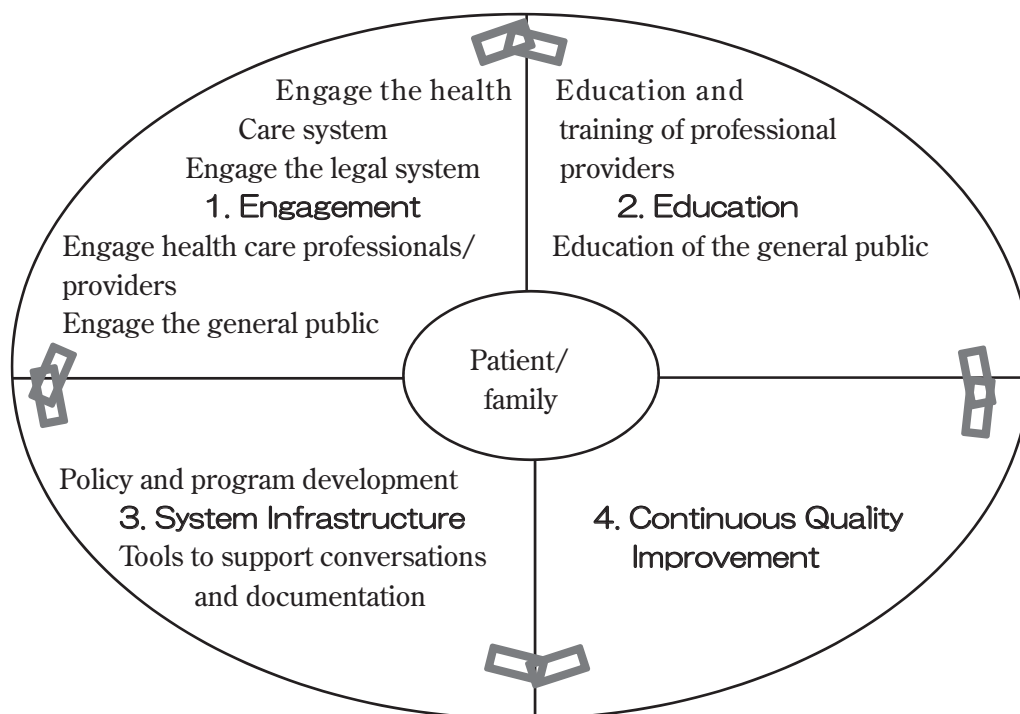


図1 Canadian National Framework for Advance Care Planning

ムの開発やACPの実践に重要な役割を担うファシリテーター育成を推進した。現在もエビデンスを構築しながらプログラムを発展させている。

4点目の特色は、ACPはその関連する用語の定義を整理しつつ、法律や制度を整備してきたことである。ACPの運営委員会のメンバーはACPの定義を明確化することにも尽力した。ACPと事前指示であるアドバンス・ディレクティブ（Advance Directive以下、AD）や意思決定代理者（Substitute Decision Maker）、急変時や末期状態で心停止・呼吸停止の場合に蘇生処置をしないという取り決め（Do Not Attempt Resuscitation以下、DNAR）などの用語が混在していることが判明し、用語の整理をしつつ法律・制度の整備を進めてきた。ADは、患者が将来自らの判断能力が失われた時に、自らに行われる医療行為に対する意向を事前に示しておくことであり、代理意思決定人の選定を含むものである。ACPはADやDNARを包含するものであるが、決してADやDNARの決定事項を記載した書類を作成することを目的としているものではないことを明確化した。BC州では2011年にADを法制度化したことで、文書を作成されることにより表明した内容が順守される仕組みが構築された。このことの意義は大きい。しかしながらADの作成は意思決定支援には効果はなく、患者や家族のQOLへの貢献は低い。ADの作成よりもACPの実践が、EOLケアの質の向上や患者・家族の精神的安定や満足感等に貢献することが明らかとなっている^{4,5)}。ADやDNARは死を前提に考えられるものであるが、ACPは最期まで患者自身が自分らしく生きるためのコミュニケーションプロセスと区別できる。

BC州におけるACPの発展の経緯をまとめると、20年から30年ほど前までは医療やケアについては、医師に任せることが当然と考えている人が多かった（現在も多文化が混在する中で医療者に決定を任せることが良いと考える文化に生きている人もいる）が、近年患者自らが生き方を考え、患者自身の価値観を尊重することの重要性が認識されてきた。望まない延命や医療の在り方など倫理的問題、患者、家族、医療者の三者にとっての最善を希求するための議論もなされた。このような時代や文化の変遷の中でEOL期の医療において患者の意思決定とそのプロセスを患者・家族・医療者の3者が共有する必要性と、最期までより良く生きることを支援する重要性からACPは発展してきた。

これまで述べてきたことからBC州のACPの取り組みの特色は以下の4点であると言える。

- 1) EOLケアの実践を基盤に発展してきたこと。
- 2) 地域住民を巻き込み健康な人も対象として普及活動を展開したこと。
- 3) ACPファシリテーター育成など教育プログラムの構築は財政支援を含めて国の政策として推進したこと。

- 4) ACPはその関連する用語の定義を整理しつつ、法律や制度を整備してきたことである。

ACPの実践状況

BC州では2003年からACPプログラムを展開している。そのフレームワークは国として提示したナショナルフレームワークに従っていた（図1）。これはカナダ保健省とCanadian Hospice Palliative Care Associationがサポートし2008年に構成したものである。

現在のACPの実践状況を示す。ACPを実施するファシリテーターは、ソーシャルワーカーや看護師、特に訪問看護師や緩和ケア病棟看護師、在宅ケアを担当しているOTやPTが主に担当している。介入の時期は、予後が不良である疾患と診断された時、終末期と判断された時や、病状の変化で今後の治療を検討すべき時、医療機関からの退院時など多岐にわたり一人の患者に対して病状経過に応じて複数回実施される。

主なACPの具体的な介入は、以下のとおりである。

- 1) 医師が中心として診断や病状について説明し、患者の理解を確認し、理解を促進する。
- 2) 患者の病状から治療の可能性や治癒の見通しについて話し合う。
- 3) 多職種で患者の心身のアセスメントを実施し、チームで症状緩和を実施する。
- 4) 今後の見通しを伝えた上で、ADやDNARの表明とその内容について文書の作成を促し、医療者は診療録に記録する。
- 5) 意思決定能力の低下に備えてRAを選定する。
- 6) 今後、どのような治療やケアをどの場所で誰から受けたいか等を話し合う。などである。

しかしながら病状悪化で入院した時などは、既にその患者にとって危機的状況にあることが多いため、十分に自らのことを吟味することが不可能な場合も多い。実際に医療機関に入院してきた患者の多くがACPについて理解しておらず、ADの表明もRAの選定も実施していないため、その介入は困難を伴うことがあった。入院中または退院時にACPファシリテーターが面談し、意思を確認しても、ストレスフルな状況の中で意思決定をしていくコミュニケーションプロセスは時間や労力を伴い、コミュニケーションスキルを必要とする実践であった。このような問題を回避するために、可能な限り早期に自分の今後を検討することができる心身状態の時にACPは開始することが望ましいとされている。BC州では、在宅ケアを受けている患者の予後が1年以内であると推定された時点でACPを確認し、ACPがなされていない場合には即座に開始している。在宅ケアは患者と訪問看護師の信頼関係を構築しつつケアを展開している基盤を有しているため、訪問看護師はACPのファシリテーターとしては適任であった。ミーティングしたACP担当看護師は、

訪問看護師として実際の臨床現場で活動しており、そのことがよりACPをファシリテートする役割を円滑にしていると述べていた。

自分の生命に危機が訪れるという、もしもの事態は、成人期の健康な人も含めて交通事故や疾病などの発症で、いつどのようなタイミングでも誰にでも起こる可能性がある。ACPは最期までどのように生きたいのか、なぜそのように考えるのか、患者自身の信念や価値観及び希望の表明を支援し、人生の大切なものを家族や医療者と共有するためのコミュニケーションプロセスでもある。筆者が参加したコミュニティセンターで開催された教育プログラムには高齢者のみならず成人期の地域住民も多く参加していた。ACPの介入は医療に関することに留まらない。BC州のようにEOL期にある患者ばかりではなく、健康な地域住民に対してもACPを普及するための教育プログラムの実施は重要である。

ここで医療に関する内容や患者の価値観や希望の内容を明示するために活用しているツールについて説明する。代表的なツールである“My Voice : My Advance Care Plan”という冊子は、ACPのガイドであり意思表示に必須のものである。ACPに関する内容を記入する様式となっており、患者本人そして選定された代理意思決定者が共にサインし保管していた。そして、いざという時にこの冊子を家族等が見つけれないことがないように、例えば冷蔵庫の側面に掲示するなど、所在を明らかにしておくことを推奨していた。また、医療者の診療録にはACPのプロセスが継続的に記録されており、病状の進行の有無に関わらず定期的にその内容を見直すこととなっている。しかしながら、実際にはファシリテーターが必要と判断しACPの確認をすると未だその存在を知らない患者も多いのが実情で、病状がかなり進行してから終末期の段階でACPを開始することも少なくない。ACPに関する情報やガイドは、BC州保健省や各HAのホームページなどからいつでもダウンロードして入手することも可能である。しかし、高齢者はこのような情報の入手方法に親和性が薄いのもかもしれない。

ACPの介入がされている場合、個別の患者のACPの内容は、その患者に対応するサービス担当者が共有し、医療やケアを実施するためにカンファレンスを開催するなど患者・家族の希望を中心においたケアの提供ができるようなシステムになっていた。

以上のように、BC州においてもACPは現在においても普及に努めていた。したがって、ACPの実施は段階的に実施する構造となっている。第一段階としてまず、患者と家族にACPの概要を説明し、患者・家族にACPの意義を理解してもらう段階が必要である。次に、患者の病状やおかれた状態に応じて、今後の医療やケアが選択できるように、患者の理解を進めて患者が必要な選択ができるための準備をする段階となる。さらに、代理意思決定者や家族と共に、患者の予後が不良となった場合や病

状悪化の場合にどのような医療や生き方を望むかを話し合い、それが実現できるような治療やケアを具現化するための話し合いが行われるよう支援する段階となる。ここで患者の価値観や信念の明確化は重要であった。そして、状態の悪化と共に実際にACPを実行に移す段階となる。この時点で、すでに作成されているACPは過去のものとなっているため、その時点でのACPを再度確認した。感情が揺れ動くEOL期において、ACPの内容が変更されることはあり、患者の自由意思に基づき変更可能なことを患者・家族に伝え、その時点でのより具体的なACPを患者の価値観や希望に照らして作成していくことになる。

ACPが患者・家族に与える効果は、このような経過の中で患者、家族、医療者は互いに理解を深め信頼関係を構築していくことを基盤にコミュニケーションプロセスを歩んでいくことから得られる。以下に、研修での学びからACPの効果について私見を述べる。ACPは、そのプロセスの中で患者自身に自分の望む生き方や、そのために不可欠な価値を考える機会を与え、人生の統合を具体的に考えることを可能にし、そのステップとしての今の過ごし方に意味を見出せることにつながっていたと考える。患者は意思決定能力が低下した後も、大切な人が自らの希望や意思を尊重してくれるという信頼関係を確認することもできる。そして、プロセスの共有は家族や医療者が“患者の最善”を確認する機会を保証するため“家族や医療者にとっても最善だった”と認識できることで後悔しない看取りにつながる。ここで共有すべき事項は決定の内容のみでなく、現状をどのように捉えているかの認識や決定に至る葛藤と理由、そこに至るライフレビューである。したがって、ACPは患者に決定を委ねて、その決定事項を家族と医療者が受容する構造ではなく、むしろ患者・家族・医療者の3者が最善に向けて考え話し合い意思決定を共に作り出す構造であった。

ACPのプロセスで職種ごとに担う役割をみると、選択や意思決定に関与する重要な医療情報のやり取りは医師が担うことが多いが、患者の身近な相談者としてソーシャルワーカーと共に、看護師特に緩和ケア病棟やホスピスに勤務する看護師、在宅ケアを担う訪問看護師は重要な役割を担っていた。特に、病状変化の見通しを持ちながら心身状態の安寧に貢献するためのスキルを基盤にしつつ、患者の価値観や希望をも統合して住み慣れた自宅での日々の生活を支援している訪問看護師は、ACPに貢献することが求められていた。

ACPファシリテーター育成の教育

ACPのフレームワークの重要な要素の一つに、ファシリテーター育成の教育と地域住民への普及活動があった。BC州で行われている医療者を対象としたファシリテーター育成教育プログラムの一つを紹介する。ACPファシリテーター育成については、アメリカで実施されているプ

プログラムを谷本⁶⁾が紹介している。そこに提示されたファシリテーターの役割は、BC州も同様で ①ACP支援のニーズアセスメント、②人々の状況・価値・信念を基にいたACPDデザインと実践、③ヘルスケア代理人の選択支援、④個人とヘルスケア代理人とのコミュニケーションを促進することであった。

教育対象はACPの実施を担うソーシャルワーカーや看護師、在宅ケアを担当しているOTやPTであった。教育内容は、現在E-learningと集合教育を用いたプログラムで2ステップの構成である。最初のステップは、ACPの概要やファシリテーターの役割、実践基盤となる考え方や倫理的問題等の内容についての教育であった。第2ステップは、実際にファシリテートするためのコミュニケーションスキルを向上するためにロールプレイや事例検討等を組み込んだ実践的な内容であった。ロールプレイは2人一組でペアを組み、病状告知時や面談時などの場面を記述した事例シートを用いてファシリテーター役・患者役を演じた。一場面約15分程度のロールプレイを何度か場面設定を変更しながら演習する。この中でコミュニケーションスキルを学んでいく。第1・2ステップ共に集団研修に参加する前には必ずE-learningで内容を事前学習してレディネスを高めることが求められていた。筆者が参加したファシリテーター研修は、E-learningを受講後に約6時間の集合教育で構成されたプログラムであった。参加者は、訪問看護師、緩和ケア病棟やホスピス看護師、ソーシャルワーカー、OTやPTでクラス20人であった。多様な教育プログラムがあるが、多くはクラス20人までの少人数制で、演習を組み込んだ構成になっていることが特色となっていた。研修を受講後、実際に訪問看護師であるファシリテーターに同行して末期がん患者の自宅を訪問しACPの実践を経験した。研修受講後は教育担当者が3か月後を目途にフォローアップを行い実践状況の確認をしている。フォローアップにおいて“多忙のため時間がなく実施できていない”と回答する受講者も存在するが、ACPはEOLケアとして特別に付加する実践ではなく、EOLケアの中核にある必要不可欠なコミュニケーションプロセスである。そのため多忙で時間がないことは実践しない理由にはならず、EOLの患者のQOLに貢献するために取り組むべきことであると考えられる。

おわりに

本研修で得られた学びは、今後日本でACPを導入・展開することを検討するための基礎資料となった。BC州でのACPの実践の展開やシステムは、そのままの形で日本に導入することは課題がある。医療における意思決定、人生を最期までいかに生きるかの問いは、文化的差異や医療システム、法的な整備状況が関与するためである。しかしながら、現在“終活”という言葉で自らの最

期を考えていく取り組みや、医療者へのおまかせではなく医療の選択に患者自ら積極的に参画し決定しようとする傾向がみられてきたことも事実である。BC州もそれぞれの地域特性や文化背景を分析しながら展開してきたように、日本人の文化や価値観を十分に考慮し、今現在の日本の医療制度や法律の状況を勘案しながら日本で求められるシステムを構築していくことが必要である。一方で、現在既にEOLケアを実施している医療機関や在宅ケアの場において患者の最善の生を支えるために、日々どのように意思決定を支援すればいいか悩みつづ患者と家族を支援している状況がある。ACPは新しい概念ではあるが、実践の内容はEOLのコミュニケーションプロセスであるため、実践を振り返りつつ自らの実践をACPの概念で説くことは可能である。ACPファシリテーター育成の教育プログラムにあるACPの概念の理解やコミュニケーションスキルの向上を目指した教育内容は、日本の医療者を対象として早期に導入が可能な部分であると考えられる。

謝 辞

研修は、文部科学省科学研究費補助金基盤研究(C)“終末期がん患者の希望を支援する目標志向型 看護実践の構造化と検証”(課題番号24593478)の助成を受けて実施した。

また研修の推進に協力し、常に重要な示唆を与えて下さるカナダBC州ACPプロジェクトコーディネーターで教育担当Cari Borenko Hoffmann、ACP担当看護師Dawn Dompierre、ACP担当ソーシャルワーカーAnderson Masako Sakuma、老年看護専門看護師Marcia Carrに感謝いたします。

引用文献

- 1) 長江弘子. 患者・家族の生活文化に即したエンド・オブ・ライフケア. “Nursing Today”(長江弘子監修), 日本看護協会出版会, 東京, 28(3) 8-15, 2013.
- 2) 筑波大学附属病院. 患者の意向を尊重した医療を行うためのコミュニケーション教育プログラム, 2013. 10. 15, http://liospt.tsukuba.ac.jp//teain_iryoo/e-manual/team/hel_program/mull/
- 3) Canadian Nursing Association, *Advance Care Planning in Canada*: National Association, 2010.
- 4) Patterson C, Molloy D W, Guyatt GH, Bedard M, North J, et al. Systematic implementation of an advance health care directive in the community. *Can J Nurs Adm* 10(2): 96-108, 1997.
- 5) Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients; randomised controlled

trial. BNJ 340 : cl345, 2010.

6) 谷本真理子. アドバンス・ケア・プランニングとは, 患者にとっての最善を考える “Nursing Today”

(長江弘子監修), 日本看護協会出版会, 東京, 28(3) : 32-37, 2013.

Abstract

The purpose of this paper is to report current developments in the practice and education of advance care planning (ACP) in British Columbia (B.C.), Canada. The data were obtained through training sessions and meetings with ACP agents in B.C. from September 1 to 8, 2013 and during several earlier visits to Canada.

ACP is a key communication process in the provision of End-of-Life Care that involves preparing for the loss of decision-making capacity through means such as advance directives. ACP has major benefits. For example, it offers patients the opportunity to choose how they wish to lead their lives. In B.C., national, provincial, and local governments have established initiatives for disseminating and implementing ACP. ACP is mainly administered by care providers, such as home care nurses and social workers, and these providers receive education in two stages while utilizing an e-learning program. The development of a Japanese model of ACP that incorporates consideration for cultural differences can be expected in the future.

受付日 2013年10月18日

受理日 2014年1月14日