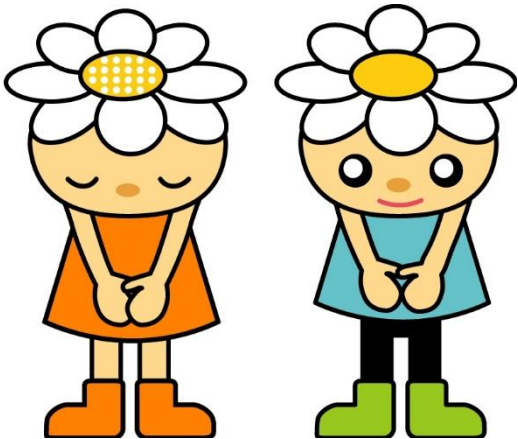


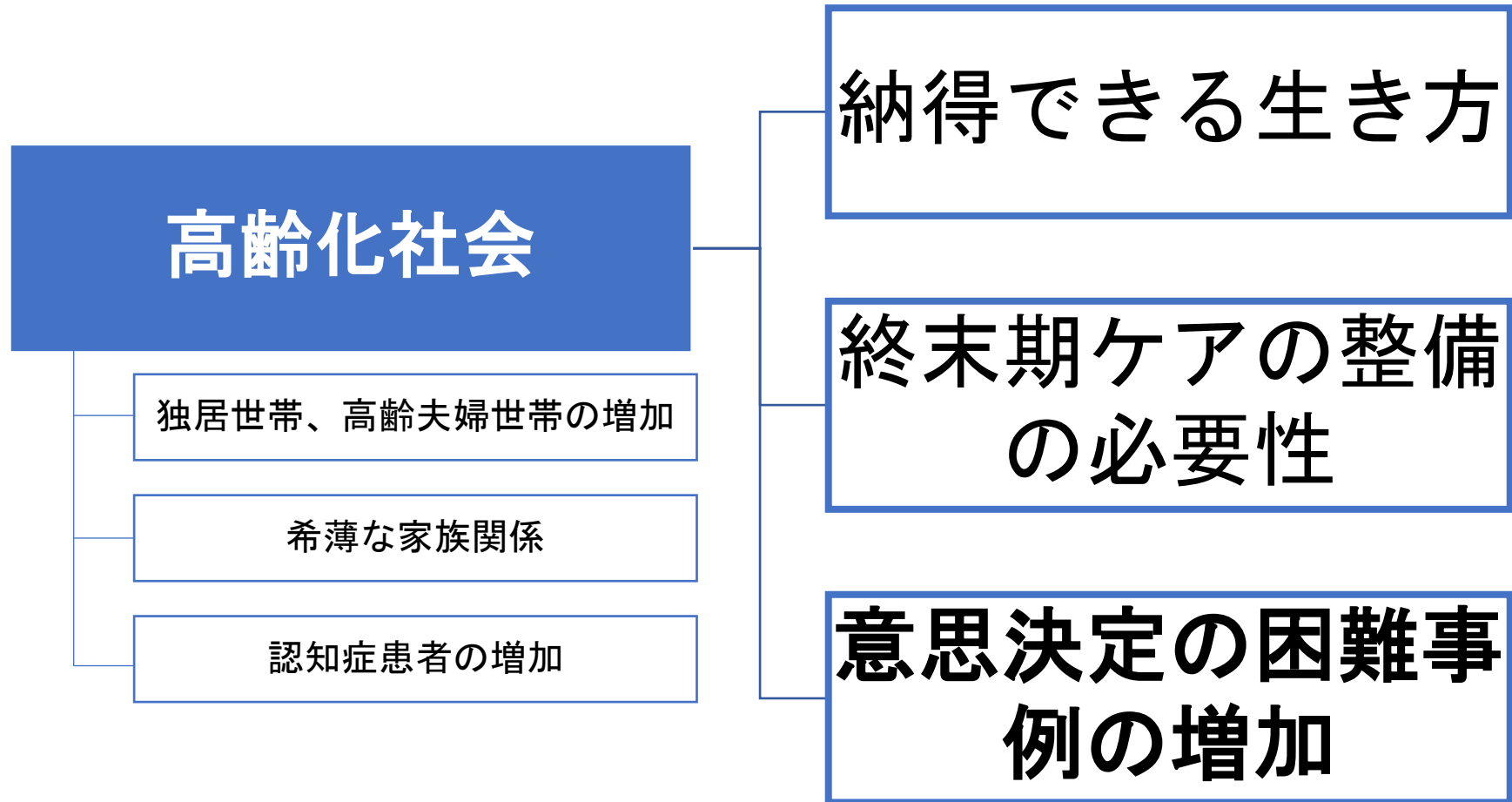
ACP

～病院での実践と地域の支援者との連携～



兵庫県看護協会
家族支援専門看護師 皆本 美喜

はじめに

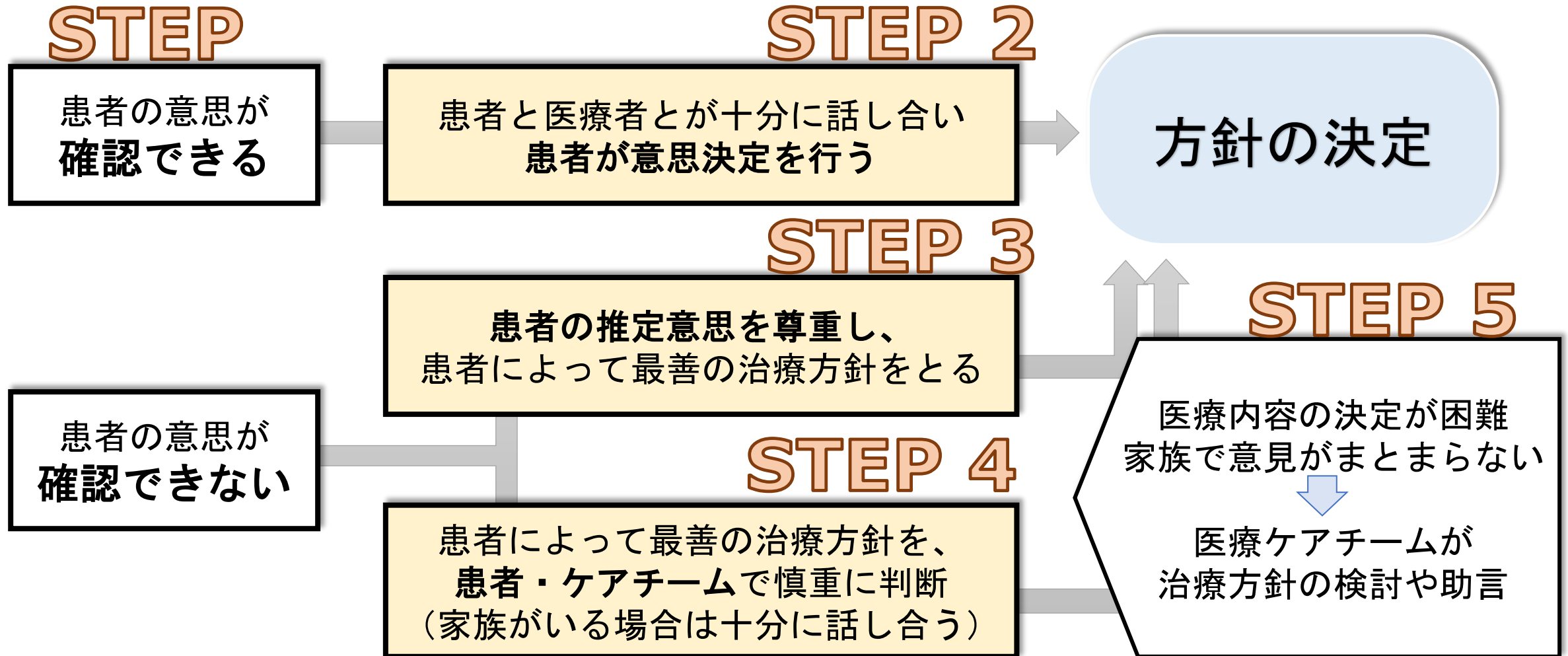


エンドオブライフにける
意思決定支援のシステム

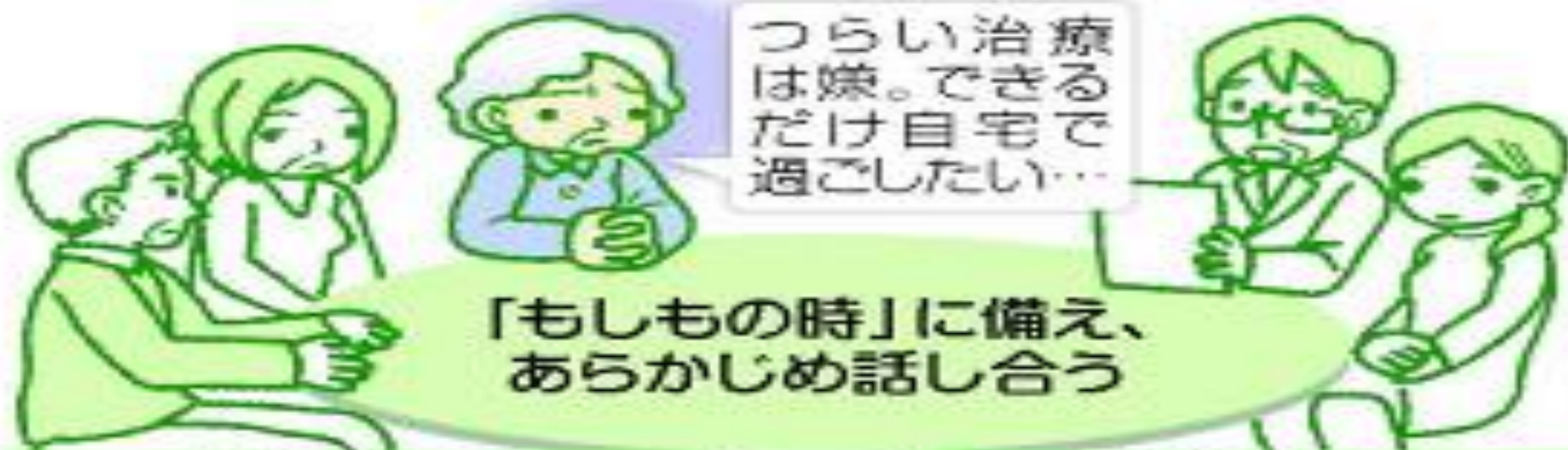
ACP（アドバンス・ケア・プランニング）とは

- 将来の意思決定能力の低下に備えての対応
プロセスの全体のこと
- 患者の価値をはっきりさせ個々の治療選択だけでなく、生き方を含めた全体的な目標を明確にさせること

十分な情報の提供が前提



◆アドバンス・ケア・プランニング(ACP)のイメージ



家族・本人

希望や思いを整理・共有

- 受きたい医療、受けない医療
- どこで、どういう生活がしたいか
- 意思決定できなくなった時に希望を伝える「代理人」を誰にするか

医療チーム

わかりやすく説明

- 今後、予想される症状
- 治療の種類と効果・デメリット（心肺蘇生、人工呼吸器、抗生物質の使用、胃ろうによる栄養補給…）



意思決定し、記録する（変化したら見直す）

経験事例 1

80代男性 透析患者

脳出血により本人の意思が確認できない状況

家族が維持透析の中止を申し出た

倫理委員会開催し、家族と何度も話し合った結果

透析を継続することになった

意思の確認ができていない

経験事例 2

80代女性 透析患者

CPAにて搬送されCPRで心拍再開し、人工呼吸器管理となった

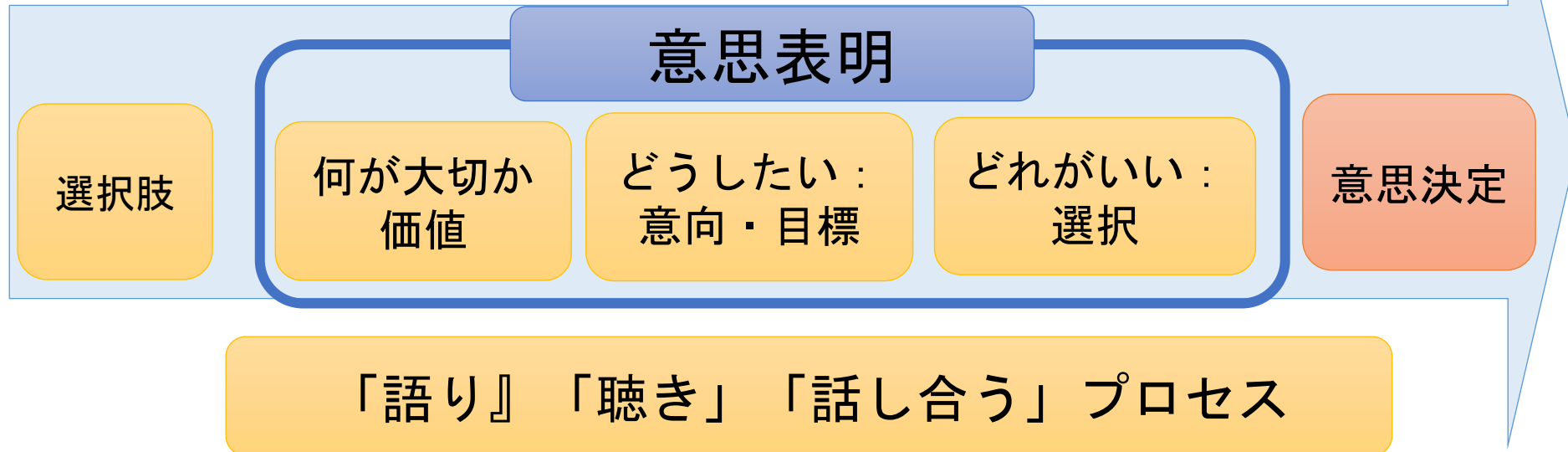
後に「人工呼吸器のような延命はやめてほしい」という具体的なリビングウィルが発見された

本人の意向に添えていない
家族・医療者も悔しさ・虚しさを感じた

意思の表明ができていない

エンドオブライフケアに向けた意思表示と意思決定

■**意思表示**：自らの価値観や大切にしていること、気がかり
目標、選好を意識化・表出すること



患者・利用者本人が自分の気持ちや考えを熟考し、意識化し。
「語り」や「書く」ことで表出することに主体的に取り組む
ことができるように支える＝**意思表示支援**

■**意思決定**：二つ以上の選択肢から1つ（以上）を選ぶこと、
また既存にはない新たな選択を創出すること

健康なすべての成人
生や死を考える人
【啓発とACPの経験】

疾病や障害を持つ人
高齢者
【啓発とACPの経験】

疾病や障害を持つ人
高齢者
【ACPの継続・EOL】

ACPの目的・必要性

死生観、人生観、生き方を
考える対話の経験

もしものの時の意向など

人生の最終段階の医療、
ケア、療養生活の意向

代理人の選定など

市町行政職、保健師
地域ボランティアなど

退院支援・外来看護師
地域の相談窓口
診療所訪問看護師

病院、救急高齢者施設
在宅医師や看護師の
支援チーム

関連用語

■AD：アドバンス・ディレクティブ（事前指示）

判断能力のある成人が将来自分の判断能力が低下した、または消失した時に備えて、自ら施される医療に関する希望や拒否などの意向を支持しておくもの

→有効でなかった

【要因】：将来を予測することが困難

- 代理決定者がADの作成に関与していない
- 代理決定者が、患者・利用者が選択した理由や背景、価値がわからない
- 支援者や家族が考える患者にとっての最善と患・利用者の意向が一致しない
- 実際の状況が複雑なために、ADの内容を医療・ケアの選択に活かさない

関連用語

■リビング・ウィル

生命の危機に直面するような重篤な状態になった場合にどんな治療や医療処置を希望するか、または希望しないか（拒否するか）の意向の表明の内容を示した文書

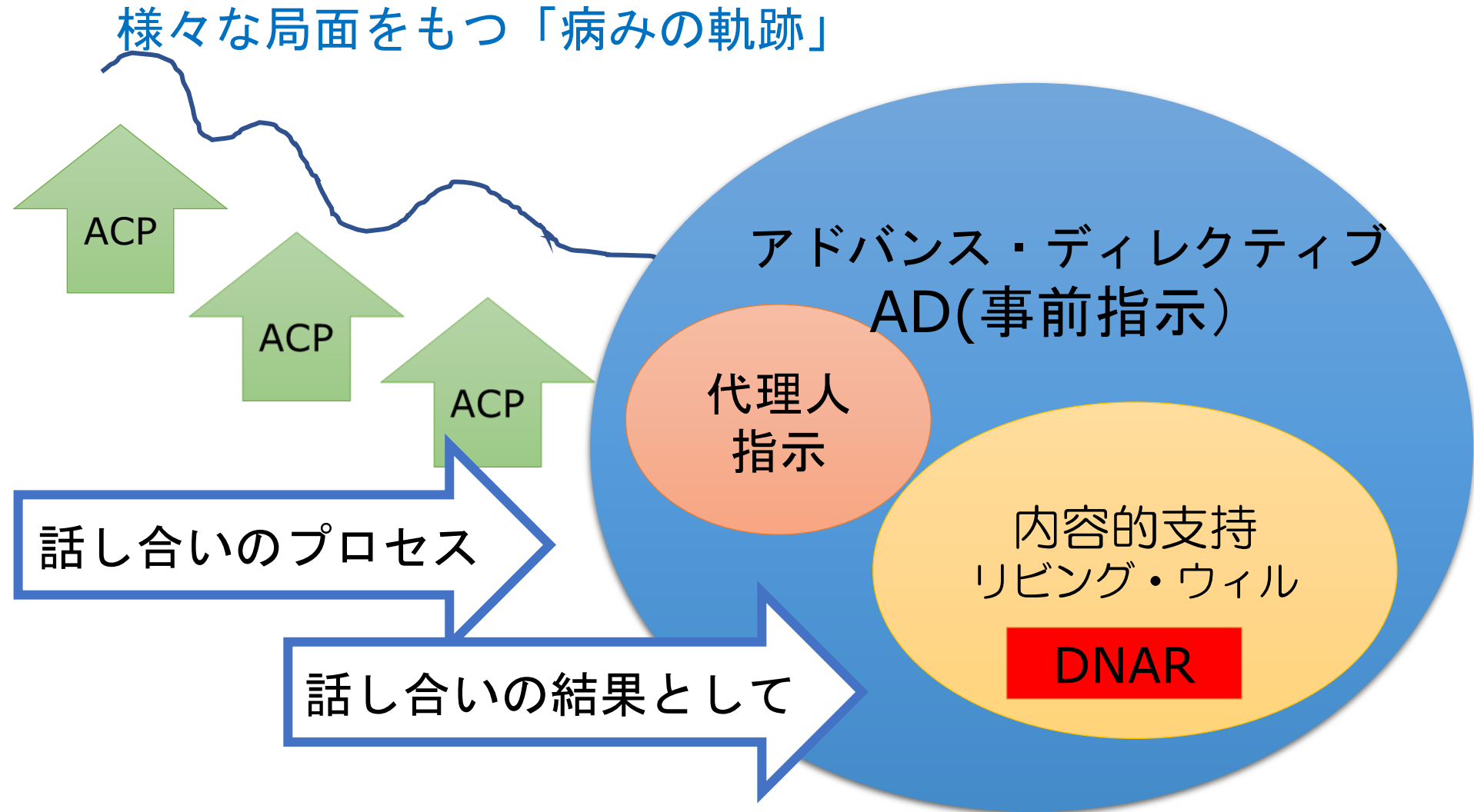
- 「患者の権利に関する世界医師会リスボン宣言」で認められた
- 日本では、日本尊厳死協会の「尊厳死の宣言書」や終末期を考える市民の会の「終末期宣言書」がある。
- 法的効力はない

関連用語

■DNAR

- 心肺停止状態に陥った時、心肺蘇生術（CPR）をしないという本人の意向であり、この本人の意向を関係する医療者に表明するもの
- DNARはCPR（心臓マッサージ、気管内挿管、人工呼吸器、除細動、昇圧剤の使用）のみについて拒否するものでありそれ以外の生命維持「抗菌剤の投与、輸血、透析など」の治療や苦痛の緩和などの治療やケアを制限するものではない

ACPと関連用語との関係



A C P の進め方



いつ行うのか（ACPのタイミング）

1. 疾患・病状・状態から把握するタイミング

- 1) 疾患や病状の悪化、機能低下の徴候
- 2) 慢性進行疾患の診断
- 3) フレイルの進行
- 4) 意思決定への意欲低下が予測されるとき
- 5) コミュニケーション能力の低下が予測されるとき
- 6) 患者を取り巻く状況の変化

いつ行うのか（ACPのタイミング）

2. 患者・家族がACPについて考えるタイミング

1) 体調、病状などの変化の自覚

- 体調の悪化や自覚症状から、病気や死を意識する
- 機能低下や老いを実感する → 介護の導入時

2) ACPに関する他者の働きかけ

- 医療者などから今後の病状について話を聞く
- 医療者からACPの話を聞く
- 意思決定についての話を聞く
- 地域コミュニティでエンディングノートのお話を聞く

いつ行うのか（ACPのタイミング）

3. タイミングを把握するヒント

1) 患者・家族の言動

- 将来についての関心を示している

「そろそろ〇〇しなければ」「先のことを考えて」

- 新しい治療やケアを試そうとする

「やってみようか」「試してみてもいい」

新たな可能性にかけてみたい

自分の現状に対して働いかける意欲

いつ行うのか（ACPのタイミング）

- 過去を振り返る

「あのときこうしていれば」「前はこんなふうにおもっていたけど」
過去を振り返り、自分の気持や意向の所在を確かめる発言がある

- 何かを仮定する

「もし〇〇だったら」「もしもこうなったら」
自分の希望や意向を探る発言がある

- 価値観に触れる発言がある

「以前からこう思っていた」「〇〇が好きだった」「〇〇したかった」「〇〇するべきだと思った」

大事にしていることやしてほしいことなど価値観に触れる発言

いつ行うのか（ACPのタイミング）

- 家族に対する思いを話す

「迷惑をかけたくない」「家族が困らないようにしたい」「家族が〇〇と言っていた」「家族に〇〇を遺してあげたい」

自分以上に家族のような他者について想いをめぐらせたり考えたりすることはACPを考える意欲につながりやすい

いつ行うのか（ACPのタイミング）

2）患者の準備状況

- どこまで知りたいか

自分の病気や予後についてどの程度知りたいか把握する

がんなどの病気について真実を知りたいか、病気についてどんなことが起こりえるか、認知機能の低下や予後不良の可能性などこの程度によって、いついてどこまで伝えてほしいのか、ACPについてどこまでかんがえておきたいのかが変わる

- 状況の理解はどの程度か

「今の病状についてどのように考えていますか」

いつ行うのか（ACPのタイミング）

- 心配事は何か

今後の治療、自分自身の生活や家族との関係などの心配していること。患者が将来について考えておきたい心配ごとがある場合、ACPを話すきっかけとなる

「現在、心配していることはありますか」

「ご自身やご家族のことできになっていることはありますか」

現状=今（今の状況で本人が気になっていること）と今後=将来

（将来のことで心配なこと）について時間軸で整理しながら尋ねることで、今考えておこななければならないこと、将来に向けて継続的に考えていくことを把握する

いつ行うのか（ACPのタイミング）

- もしものときについて考えたことがあるか

もしものときについてこれまで考えた経験があるか、今まで家族や身近な人でこのような経験があるかを問う形にしてきっかけをつくり、対象者の態度や反応を確認する

「もしものときについて、これまで何かを考えたことがありますか」「もし自分で判断が出来なくなった場合、治療やケアについてどうしてほしいですか」

相手の反応によっては無理をせず、準備状況の把握にとどめる程度でよい。もし相手がつらそうな様子を見せたら、無理をせず話を切り替えるなどの配慮を行う

いつ行うのか（ACPのタイミング）

- 大事にしていること、してほしいこと、望まないこと

「ふだんの生活で大事にしていることは何ですか」

「何かを決める時はいつもどうしてきましたか」

「何かを決めるときはご自身できめたいですか」

「今後どういう状態で過ごしたいですか」

「こうなったら嫌だという状態はありますか」

価値観に焦点が当たるので、心理的負担がすくない

「今後のことに活かしてきたいので、思いついたらはなしてください」

いつ行うのか（ACPのタイミング）

4. ACP導入にふさわしくないタイミング

- がん、難病の診断時
- 患者、家族と信頼関係が構築されていない時
- 患者がACPを考えたくない意思表示している



いつ行うのか（ACPのタイミング）

5. 準備が整わない状況でのタイミング

- 急変時、救急搬送時などの病状が深刻な場合
- 心身や治療の状況に余裕がない場合
- 患者が意思表示や準備のないまま判断能力を失った場合

支援

- 擁護、支援されているという感覚をもってもらう
- 支えになる人、一緒に意思決定してしてくれる人の支援を得る

いつ行うのか（ACPのタイミング）

6. 変更・更新・確認でのタイミング

- 患者の状態に変化があったとき
- 治療方針や内容を変更するとき
- 患者、家族の心境に変化がみられたとき
- ていきてきなタイミング



誰が誰に行うか

1. 意思決定者：**患者**

【意思決定の過程と意思力】

- ①自分のことを振り返り、自分の価値観について考える
- ②意思決定に必要な情報や他者からの支援を入手する
- ③自分のおかれた状況や意思決定によってもたされる結果を理解する
- ④自分の意思を考え、表明する
- ⑤自分の意思が実現するように周囲に働きかける
- ⑥意思決定能力の低下に備えて代理意思決定者を選んでおく
- ⑦自分の意思や価値観を代理意思決定者や関係者と共有する
- ⑧決定した意思を実行する
- ⑨必要に応じて振り返り、修正・追加する

①～③

意思形成のための情報や支援

④～⑤

意思表示の手段や支援

⑥～⑨

意思の実行のための情報や支援

誰が誰に行うか

1. 意思決定者：**患者**

【意思決定能力が低下している場合の支援】

- 意思決定に必要な情報を、患者の認知能力に応じて理解できるように説明する
- 認知機能に関わらず、患者には意思があり意思決定能力を有することを前提にして意思決定を支援する
- 患者の身振り手振りや表情の変化も意思表示として読み取る努力を最大限に行う
- 患者の意思決定能力を固定的に考えず、患者の保たれている認知能力などを向上させるよう働きかける

誰が誰に行うか

2. 代理意思決定者

【代理意思決定者の役割】

➤患者の意思を推定できる人

「患者なら何を希望するだろうか」を考え、その価値観に沿って意思決定できる人

【代理意思決定者の選出】

➤意思決定能力あり：「あなたのことを一番よく知っていて、あなたの価値観を大事にし、あなたなどという選択をするのかを考えてくれる人は誰か」→ **あらかじめ依頼しておく方が望ましい**

➤意思決定能力なし：〇〇さんの価値観や人生観を知っていて〇〇さんならどうするだろうと考えられる人は誰か」

【意思決定を必要とする場への参加】

誰が誰に行うか

2. 意思決定支援者：家族 医療者 介護者・福祉職者

➤イニシアチブ役割

- ・病状や治療方針の説明－医師
- ・療養生活－看護師・介護職者

➤調整・連携役割

- ・多職種での連携
- ・良いタイミング
- ・専門性や特徴を生かす

➤ファシリテーション役割

- ・ACPの知識や経験
- ・意思表示・意思決定・意思実行支援の流れを管理し調整する



チームでの取り組み

誰が誰に行うか

4. 家族（親族 友人）

①患者を心配している家族

→不安や悩みに寄り添うケアの対象

②患者の代弁者としての家族

→本人に代わって生死の重要判断の重責を担う家族

③それぞれの価値観に無意識に影響されている家族

→それぞれの価値観や関係性、立場に影響され、家族の意向が患者の意向や最善とあわず、患者の意向を妨げてしまう可能性がある

【支援】

- 家族にとって代理意思決定は非常に重責
- 家族の体験を理解する
- 家族と共に患者の意思に立ち返ることを繰り返し話をする

どのように行うか

1. ACP導入に向けた関係構築と環境の準備
2. ACPチームの形成
3. 患者の準備状況を確認
4. ACPの阻害因子の検討
5. 代理意思決定者の選定
6. 患者の好みや価値観の確認と意思形成・意思表示支援
7. 合意形成とゴール設定
8. 患者の意向を反映させた医療・ケア計画の立案、実施
9. ACPの評価と修正、更新
10. ACP終了後の家族へのケア

どこで行うか

1. 医療機関（病棟、外来など）

- 急性期におけるACP：短期間での決断 代理意思決定
- 慢性期におけるACP：長期の闘病
病気の進行状況に応じたACP

2. 介護施設

- 認知症の意思決定支援
- 生活援助をとおしたACP

どこで行うか

3. 在宅・地域

【特徴】

- 経済状況や生活事情なども加味したACPを考える
- 医療者が常にそばにいるわけではないので、病気の進行に伴うACPのタイミングを捕まえることが難しい
- 病気の進行に伴う療養先（自宅、病院、施設）の変更や、どこまで治療するかなどの決断が必要になる
- 介護している家族の身体的・心理的負担が大きい
- 独居高齢者の場合、意思決定能力の問題や代理意思決定の選定、日常生活上の手続きや手配などの問題がある

⇒ 医療者、介護・福祉関係者、行政に携わる人の連携、情報共有が必要

どこで行うか

3. 在宅・地域

【在宅で家族が介護している場合】

- 医療者がそばにいないわけではないので、病気の進行に伴う意向の確認ACPの変更のタイミングをとらえることが難しい
- ⇒家族とケアに携わる多職種との連絡を密にする
- 病気の進行に伴い、どこまで在宅でみるか、病院や施設に入るのか、どこまで治療するのか（しないのか）などの決断が必要

どこで行うか

3. 在宅・地域

【独居高齢者の場合】

➤近親者による情報が得られない→ACPのタイミングがわからない

➤ACPのタイミング

- 在宅から医療機関への移行期
- 生活や治療に変化があるとき
- 余命に直結する治療の継続または終了を選ぶとき
- 終末期
- 今後の暮らし方を確認する必要があると感じた時
- 死に向けての準備が必要となる時
- 服薬できない時

→毎回訪問するとき、タイミングをみつける

どこで行うか

3. 在宅・地域

【地域におけるACP支援】

- 調剤薬局の薬剤師：患者の薬に対する意向　お薬手帳の利用
- 診療所：問診票に患者の悩み事についての情報
診療情報提供書　看護情報提供書に意向を記載
転院　在宅移行時の情報
- ケアマネージャー：定期的に利用者と患者の意向や将来のことを
語る機会をケアプランに加える
- 成年後見人　専門職後見人

何を考えておくか

1. 患者の価値観を探索し今後の生活に望むことや望む状態をイメージする「エンディングノート」「私の人生ノート」
 - 「理想」から想像してもらう
「現実とはもあれ、〇〇ではどんな状態がいいと思いますか？」
 - 答がみえたら価値観に焦点をあてる
「どうしてその状態がいいと思いましたか」
 - 望んでいることを明確にする
「〇〇さんは△△を望んでいるんですね」

何を考えておくか

1. 患者の価値観を探索し今後の生活に望むことや望む状態をイメージする

私の（ ）年後

どこまで歩いていますか？（例：自力で歩いている 杖歩行 車椅子、寝たきりなど）

トイレはどこまでできますか？（例：一人のできる 介助してもらっている オムツをしているなど）

食事はどうしていますか？（例：自分で食べている 介助 口から食べていないなど）

どこで暮らしていますか？（例 自宅 施設 病院など）

そばにいるのは誰ですか？（例：妻や夫 子ども 友人 介護職員 看護職員 など）

こんなふうになりたくないという状態は？（例：寝たきり 意識がない 医療機器につながれている）

何を考えておくか

2. 私の理想的な臨終場面

理想的な場面

どこで逝きたいですか？

（例：自宅 施設 病院など 最後に過ごしたい場所）

さいごのときにそばにいるのは誰がいいですか？

（看取ってほしい人など）

どんな状態で逝きたいですか？

（例：点滴や医療機器がついていない状態 眠っている間に静かに逝きたい ピンピンコロリがいい）

家族やそばびいる人達にどんな状態でいてほしいですか

（悲しまずに笑顔でいてほしい、安心して見送ってほしい）

前日は何をしていましたか？

（最後までやりたいこと 理想的な過ごし方）

残された人々にあなたが「どんな人だった」といわれたいですか？

（明るくて元気な人だった、誠実で信用できる人だった、いつも笑顔を絶やさない人だった、自分の仕事をやりぬいた、自分の信念を大事にしたなど）

最期に食べたいものは？

疾患や状態に応じたACP



認知症を抱える患者のACP

【経過とその特徴】

- 病型によって進行のスピードが異なるが、多くは長い経過の中で緩やかに進行する
- 進行とともに自覚症状を訴えることが難しくなり、発見時には重い症状となっている場合がある
- 重度になると、転倒・骨折・摂食嚥下障害、肺炎などの合併症がみられるようになり、衰弱し最終段階に向かう中で感染症を繰り返すこともある

【ACPの特徴】

- 長い経過期間が対象となるため、広範囲な意思決定となる
- 認知症の進行とともに状況が多様に変化する
- 代理決定者が必要となる

認知症を抱える患者のACP

【経過のなかでどのような意思決定を迫られるのか】

- 初期：周辺症状の出現時の治療方法や療養場所、介護サービスの導入などを検討する
- 中期：転倒・骨折、感染症、肺炎、その他の疾患の合併に対しての治療方針や治療内容、療養場所、介護サービスの導入やショートステイの利用、施設入所などを検討する
- 後期・終末期：誤嚥性肺炎の繰り返しや摂食嚥下機能の低下に対し、胃瘻造設などの経管栄養や経静脈栄養導入の検討、終末期に向けた医療や療養における具体的な緩和ケアの内容、エンドオブライフの具体的な内容を検討する

⇒初期から終末期まで、意思決定は医療・療養・介護・生活全般にわたる

日常生活から生き方について意思表示

会話：

体位変換、清拭、入浴
歩行訓練 排泄介助
検温 配膳 下膳
日頃の会話



自分のことは自分でしたい
トイレは一人で行きたい

苦しいことはいや

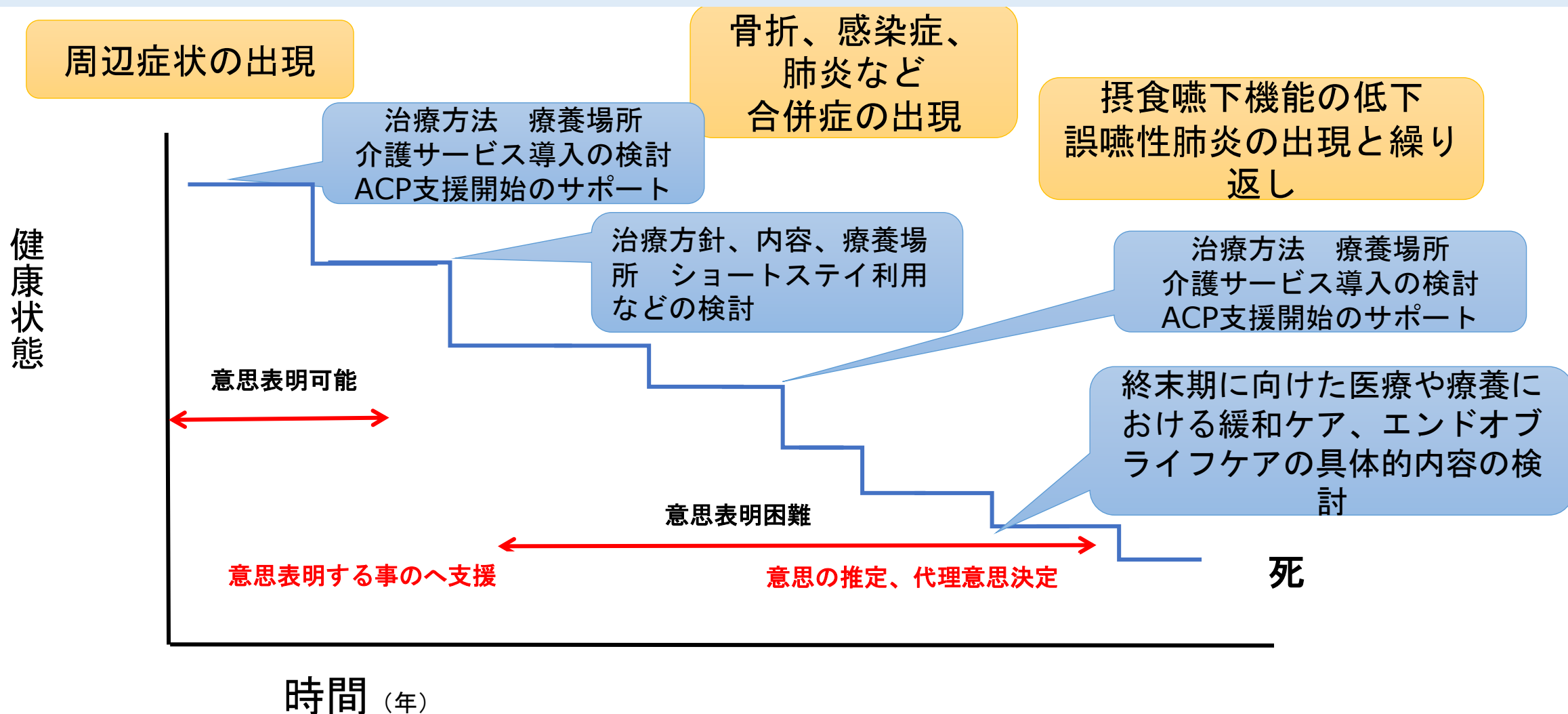
どんな状態になっても生きたい

家族に迷惑をかけたくない

態度：

- 表情：笑顔 険しい 眉間にしわを寄せる
- 手を振り払う うなづく

症状のプロセスとACPのタイミング



症状のプロセスとACPのタイミング

【支援のタイミング】

- 診断時からACP支援を開始する
- 患者・家族とのかかわりや困りごとをきっかけとする

【支援の対象】

- 患者本人が意思決定できるようにサポートする
- 家族だけでなく、患者をよく知る人もサポートする

【ACP支援のポイント】

- 患者本人の意思決定を支援する
- 代理意思決定者となる家族の精神的負担を軽減する
- 多職種がACPの理解を深め、意思決定支援の過程を共有する

がんを抱える患者のACP

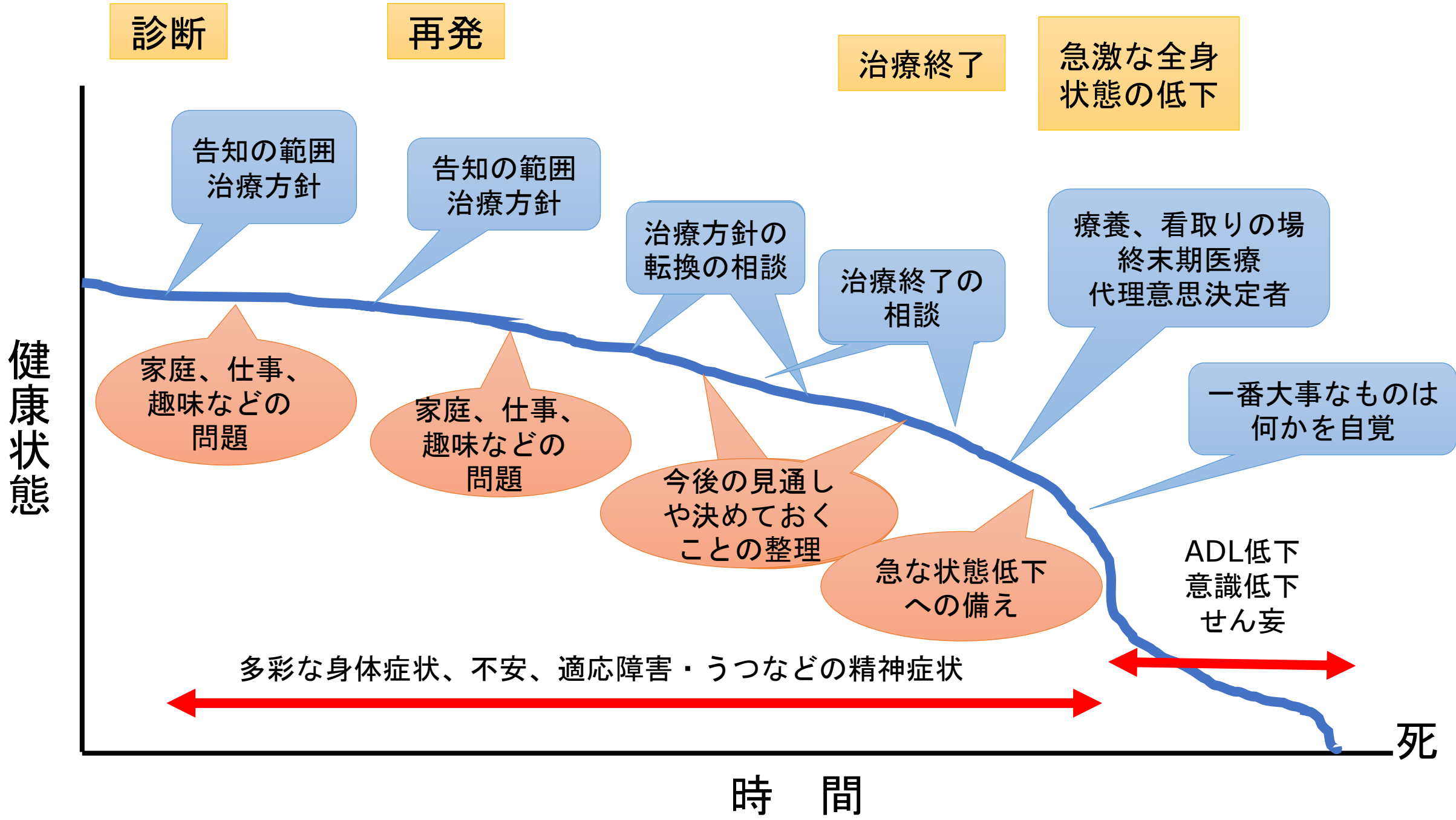
【経過とその特徴】

- 原発巣や転移した病巣による症状、治療の副作用などの全身に及ぶ多彩な身体症状が現れる
- 早期には不安、適応障害、うつ、後期にはせん妄などの精神症状を併発する
- 余命1, 2カ月に迫るまで意識やADLは保たれ、以降、急激な全身状態の低下で死に至る

がんを抱える患者のACP

【ACPの特徴】

- 患者が明確に死を意識する中での意思決定である
- 患者個人の問題だけでなく、家族、職場、知人などを巻き込んだ意志決定である
- 最善を望む治療と、最悪に備える意思決定が同時進行で行われる
- ACPの第一歩は、患者がどの範囲までの告知を希望するのかの意思決定である
- 医療に関する意思決定と同時に、家族、仕事や趣味などについても支援が必要である



がんを抱える患者のACP

【支援のタイミング】

- 治療方針（手術・化学療法・放射線治療・緩和ケア）→ 治療終了
→ 終末期の医療 → 心肺蘇生 → 療養先・看取りの場 → 鎮静
- 臨床上のターニングポイント^{がんを抱える患者のACP}を見つけ、臨機応変に対応する

【ACPのポイント】

- ACPの目的はゴールではなく、患者が一番大切なことに自ら気付くことである

ACPを進めるための コミュニケーション



基本的な姿勢

- ACPのポジティブな側面に焦点を当てる
 - ・ 最善に期待し、最悪に備える
 - ・ ACPを希望のある作業に変えていく
- 患者のナラティブな語りに着目する
 - ・ 患者の感情を探り、価値観を見つけていく
 - ・ 患者の語りから患者の本音をとらえる

コミュニケーションスキル

➤ 安心を引き出すコミュニケーション

- ・ 話すときは穏やかな口調を意識する
- ・ 話を聴くときはやや身を乗り出し、タイミングよくあいづちをうち、うなづく
- ・ 最初の話し合いは、まず話し合いに参加してくれたことへの感謝を伝える
- ・ 本題に入る前に、相手の状態を尋ね、家族へのねぎらいを伝える

コミュニケーションスキル

➤信頼を築くコミュニケーション

- ペーシングを用いる
- 視線を合わせる
- うなづきや相づちは話を聴いているというサインになるので適度に行う
- 相手の非言語的メッセージ（表情、声のトーン、姿勢等）
- 話を遮らず最後まで聞く
- 沈黙は考えている大事な時間ととらえ、せかさない
- 腕や足を組まない
- 適度に質問末う
- 話を要約することで、相手の話を理解していることを伝える

コミュニケーションスキル

1. ACPを始める

「〇〇さんが希望する医療やケアを提供できるように、話し合いの機会をもたせていただきたいのですが、よろしいでしょうか」

2. ACPを切り出す

「みなさんにお聞きしていることなのですが・・・」

「一般的なことでおうかがいしたいのですが・・・」

3. 患者が拒否した時

無理に話を進めず、理由を聞いておく→価値観がわかる

4. 患者の認識を把握する

5. 現状を伝える・共有する「

1. 患者の価値観を探索する

コミュニケーションスキル

5. 現状を伝える・共有する

拒否ー「〇〇さんにとって嫌なことは具体的にどんなことですか」

「〇〇さんは何について知りたいですか」

6. 患者の価値観を探索する

- ・患者が大切にしていることについて聴く
- ・患者が抱えている不安について聴く

コミュニケーションスキル

7. 代理意思決定者を選ぶ
8. 状態悪化について話す
9. 終末期についての希望を把握する
 - 患者の望む終末期の状態について聴く
 - 具体的な状況やイメージを尋ねる
10. 予後不良の病状を伝える
11. 代理意思決定者を支える
 - 本人の意向がわからない場合、代理意思決定者が本人の意思を推定できるように支援する
 - 代理意思決定者の思いを聴き、サポートする

引用・参考文献

- ・ 角田ますみ:患者・家族と一緒につくるアドバンス・ケアプランニング, メヂカルフレンド社, 2021,