

マニュアル作成協力団体

■事務局

公益社団法人 大阪府看護協会

■構成団体・員

一般社団法人 大阪府医師会

一般社団法人 大阪府病院協会

一般社団法人 大阪府私立病院協会

一般社団法人 大阪精神科病院協会

一般社団法人 大阪府訪問看護ステーション協会

公益社団法人 大阪介護支援専門員協会

弁護士

学識経験者

■オブザーバー

一般社団法人 大阪府歯科医師会

一般社団法人 大阪府薬剤師会

看護職のための ACP 支援マニュアル

大阪府「人生会議」相談対応支援事業



大阪府看護協会
OSAKA NURSING ASSOCIATION



看護職のためのACP支援マニュアル 作成にあたって



「ACPはマニュアル化することに一番向かないものじゃないですか」と、ご相談に見えた高橋会長以下大阪府看護協会の方たちに向かって言ったのは一年近く前でした。しかし、素晴らしいマニュアルが、いま私の手元にあります。大阪府看護協会の皆さまの粘り強い努力に感謝と敬意を表します。

スタッフの方たちは本委員会を開始する何カ月も前からさまざまな現場に赴き、その声を聴くことからスタートしました。現場経験の豊かな一騎当千の作業部会メンバーが熱く議論し、たたき台を出す。それに対しこれまた一騎当千の委員会メンバーが意見を言う。それを受けて、作業部会がまた議論する。このようなループが繰り返されました。委員会の司会をさせていただいた私にとっても発見と刺激に満ちた楽しい経験でした。本マニュアルには岡村委員から提示していただいた「ネガティブ・ケイパビリティ」という理念が基底に流れています。性急に「正解」を求めず、答えのない中でじっくりと傾聴と働きかけを続けていく。いつかどこかで何かがつながりあって、新しい地平が拓かれるのを待ちつつ対話を続けていこうとする。ACPとはそのような過程そのものなのだと思います。

本マニュアルは何よりも繰り返し読んでいただけるものにしようと思いました。そのために割愛せざるをえなかったものも多くありました。「いちばん大切な細部」には届かないこともあるかもしれません。そこは大阪府看護協会のホームページとリンクして、さまざまな事例を編んでゆくことにしたいと思います。また、研修会などを通じ看護師のみならず多職種の方たちが集えるようにしたいとも思います。なによりも本マニュアル自体も何とかがつながり、新しい地平が拓かれることを求めるプロセスを構成するためのひとつのピースでありたいと考えています。

一般社団法人 大阪府医師会 理事 ACP マニュアル検討委員会 委員長
前川 たかし

近年、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）は、「人生会議」の愛称で呼ばれ、一般的に知られるようになりました。こうしたなか看護職の皆さんは、患者（利用者）に関わるとき、ACPについてどのように考えてこられたのでしょうか。「終末期医療」や「最終段階の医療」のイメージがあり、「なんとなく聞きにくい」と躊躇していませんか。しかし本来のACPは、看護職や多職種が患者（利用者）の「変化に気づいてアプローチする」ことから始まり、病院・施設・在宅問わず「あらゆる場所で」「何を大事に生きていきたいかを知り」「話し合い」「意思決定を支える」過程を継続して実践することが重要です。

加えてこのマニュアルは、「今までにない」「使いやすい」を目指して、看護現場の意見をはじめ、作業部会委員の看護経験を基に、ACPアプローチ事例の「ある時・ない時」について検討し作成しました。さらに全体的内容は、多職種で構成する検討委員会において、各分野の専門的な立場から意見をいただき議論を重ねました。こうして完成したマニュアルには、患者をチームで支えるためのノウハウがたくさん詰まっています。

今後は、看護職の皆さんがこのマニュアルを基にして、当協会ホームページ「ACPある時広場」に事例を追加し、「看護の力」「チームの力」で「人々の生きるを支える」を大切にしながら、使い続けていただけてことを願っています。

公益社団法人 大阪府看護協会 会長 ACP マニュアル検討委員会 副委員長
ACP マニュアル作業部会 委員長
高橋 弘枝

Contents

看護職のためのACP支援マニュアル作成にあたって 1

I 総論 3

- 1 ACPの定義5
- 2 ACP支援の目的5
- 3 医療者としての姿勢5
- 4 ACP支援における看護の役割と基本姿勢（倫理的配慮を含む）6

II 場面に応じたACPアプローチ（ある時・ない時）例 11

- 1 入院：急性期 こんなことになるなんて予想していなかった 12
- 2 入院：慢性期 少しでも食べさせてあげたいんです 14
- 3 外来 これ以上のがん治療はしたくない 16
- 4 退院調整① 家に帰りたいです 18
- 5 退院調整② 今まで十分頑張った、治療をやめようと思う 20
- 6 退院調整③ 家に連れて帰りたいたい思いを実行へ 22
- 7 地域・在宅 他人を家に入れたくないから家族だけで大丈夫 24

ACPでよく使われる用語集 26

III 看護職としてのACPアプローチポイント 27

ACPアプローチのワンポイントアドバイス32

ACPの学びを深めるためのおすすめ本 34

引用・参考文献 35

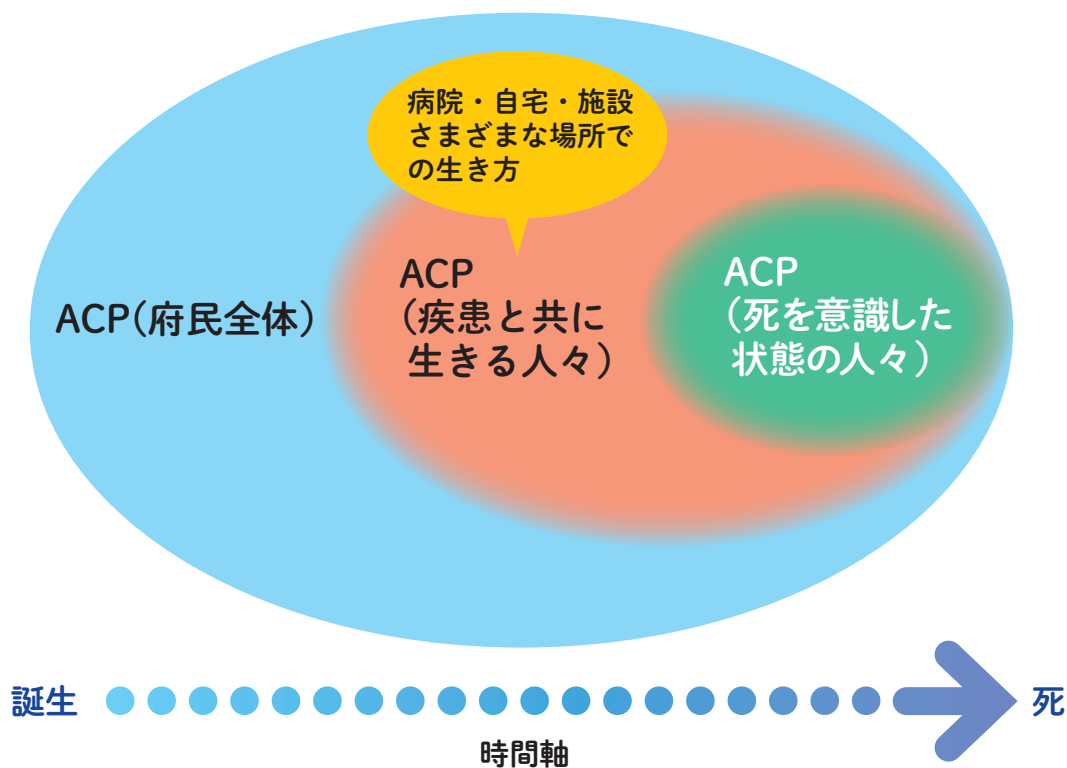
I

総論

はじめに

医療現場で「患者の意思決定」を考えると、インフォームドコンセントにおける治療の選択というイメージが、まず思い浮かぶかもしれません。そのような場面で私たち看護職は、患者が説明内容を十分理解できているのか、受け止めはどうかを患者の表情や反応から判断し、看護を行っていると思います。また、看護職は普段から看護過程を展開して、プランを実施し評価しています。看護職が行うアドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP）の支援も、それと同じように捉えるとよいかもしれません。これまでのACPには、DNAR（do not attempt resuscitation）や最期をどこでどのように迎えたいかなどを確認することであるといった限定的なイメージがありますが、これはACPにおける最終章の一部に過ぎません。

看護職が行うACPの支援は、疾患や障がいを抱えた時から、生き生きとその人らしく生き抜くための意思決定を支える過程すべてと考えるとよいでしょう。将来、その患者や家族に幸せな人生を送っていただくためのきっかけ作りから、ACPは始まっていくのです（図1）。



ACPの対象者は疾患や障がいの有無にかかわらず、生まれてから亡くなるまでのすべての人を対象としています。

図1 ACPの対象者

1 ACPの定義

アドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP）とは、**患者自身が自分の価値観を認識し、今後の人生についてどう生きたいかを、患者が主体となって、その家族や近しい人、医療・福祉・ケアの担い手と共に考えるプロセス**のことです。平成30（2018）年に厚生労働省は国民に対してACP等についての普及啓発を行うために、わかりやすく「人生会議」とネーミングをしました。

このACPでは疾患や障がい、加齢による将来の変化に備えるために、治療や健康状態に伴い変化していく生活を、最期まで自分らしく生きるためにはどのような要素が必要かを考えることが重要となります。

つまり、**ACPの対象は終末期や慢性疾患患者だけではなく、年齢や健康状態を問わずあらゆる状態の人が含まれる**ということです。また、ACPは一度きりのものではなく、チームで「繰り返し話し合いを行う」ものです。

2 ACP支援の目的

患者にとっての最善とは何かを、本人、家族、関係者と話し合い、さまざまな可能性を考えながら、多方面からの選択肢を提供し、より良い医療や在宅生活を自己決定できるよう、その人の人生設計をチームで支える（サポートする）ことが目的となります。

3 医療者としての姿勢

医療者は、医学的根拠に基づいた医療（evidence-based-medicine：EBM）や倫理面を考慮して、可能性のあるあらゆる選択肢を患者に示します。患者・家族はその情報を受け、それぞれの人生観、死生観、価値判断に基づき、人生の物語り（narrative）に、どう治療（選択）を組み込もうかと考えます。このように「情報共有」から「合意」を通して意思決定に至るそのプロセスが重要であり、EBMの実践は、患者一人ひとりの物語りを充実させることを目的と捉えます（図2）。

ACPの支援では、あらゆる場面でこの考え方を取り入れ、お互いに共通認識をもった上で合意していくことが重要です。

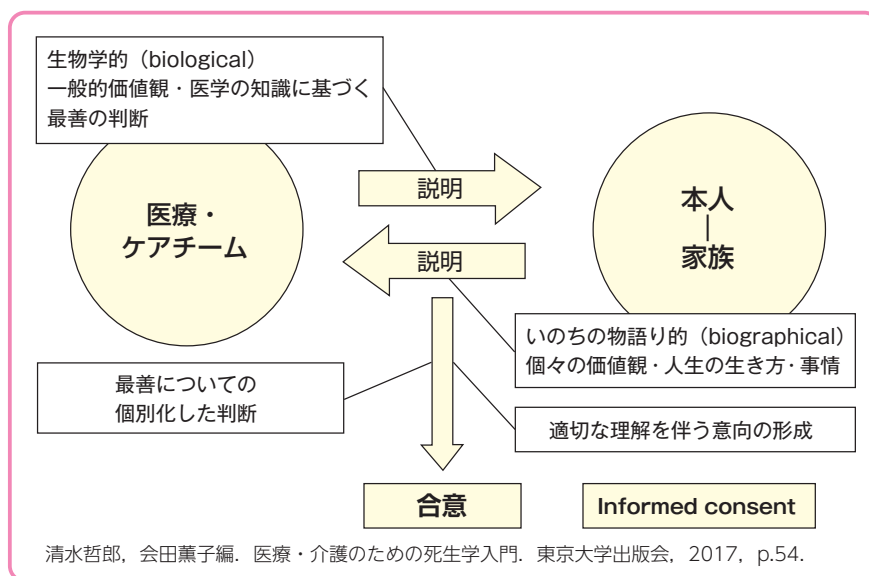


図2 意思決定のプロセス「情報共有－合意モデル」

4 ACP支援における看護の役割と基本姿勢(倫理的配慮を含む)

ACP支援とは、患者や利用者のハッピーなライフプランを人生（健康状態）の節目でサポートするために、看護職が図3のアプローチを行うことです。ここでは、このような支援を**ACPアプローチ**と呼ぶことにします。

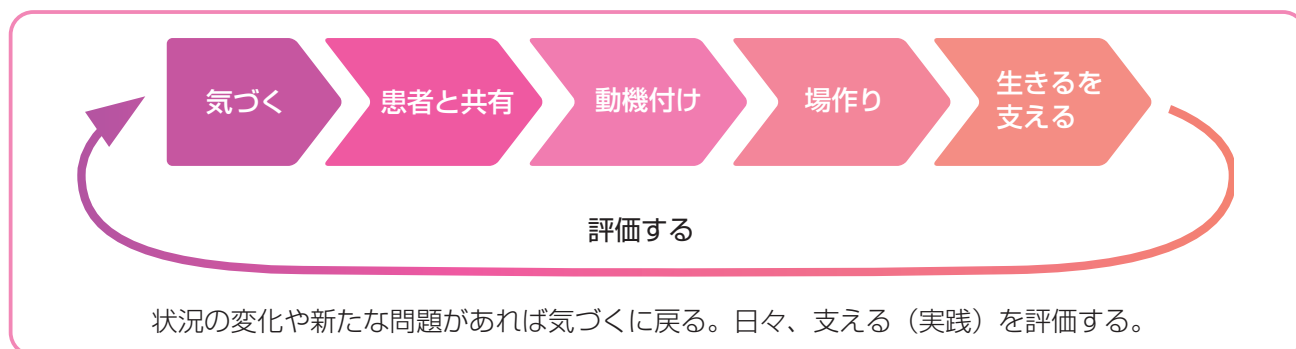


図3 ACPアプローチの過程

看護職側からみた ACP とは

ACPと聞くとがんの末期をイメージされやすいですが、それだけではなく、生まれた時から、最期の時までサポート（支援）が途切れず、みんなで継続していける体制が重要になります（図1）。本マニュアルはその中のACP（疾患と共に生きる人々）をメインとしています。看護職は死がまだ遠い時期も含め、さまざまな場面での意思決定を支えます。その時に、生き方の選択を踏まえた意思決定をしているということを患者自身に意識してもらうことで、最期話を切り出しやすくなります。

今までACPを意識せずに行っていた看護場面にも、たくさんのACP要素が散りばめられています。それに気がついて関わるだけでACPアプローチができていきます。

患者側からみた ACP とは

人は、健康なときには、自分が何を大切にしているかといった価値観を意識せず生活していることが多く、普段の生活の中で人生に関わる意思決定をするという習慣や機会、またその意識があまりないのかもしれない。

しかしながら人は病気になると、諦めたり気力がなくなったりしがちです。患者はその状態のまま深刻な意思決定を余儀なくされるのです。そのような**切羽詰まった状態での決定ではなく、余裕のあるときから少しずつ、どう生きるかを考えておく**ことで、いざというときのことを準備しやすくなります。そうすると、病気になっても工夫次第でやりたいことを続けたり、方法を少し変化させることでできるようになったりと、その可能性を医療者が提示することで、患者の生き方の選択肢を増やし、やる気につなげることができます。その患者の動機付けにつなげることができるのは、その人自身を看ている看護職です。

患者の「やってみたい」「まだできるかも」を引き出すことは、看護職のACPアプローチとしては、最も重要な支援となります。

変化を捉えたときがチャンス、気づきを逃さずアプローチ

「何かいつもと違う気がする」「先生の話、分かったかな」

「退院のことはどう考えているんだろう」

「病気と付き合いながら、仕事を続けていけるのかな」

「認知症が悪化しているけど、一緒に暮らしてくれる人はいるのかな」

「最期は家で迎えたいと言っていたけど、家族の思いもあるしどうするんだろう」

- 日ごろから、私たち看護職は患者の些細な変化をキャッチして、情報収集したことを可視化することで、問題となっていることにアプローチしています。患者の声に耳を傾けながら、回復へ向けて、退院へ向けて患者の思いを共有し看護を展開しています。
- 社会資源の活用や多職種との連携などの場面においても、看護職が中心となって日々調整をしていることでしょう。気になったことをそのままにせずプランにつなげていくような、**いつもの看護の中にあるそのことが、ACPアプローチにつながります。**
- 最期の決定を行うことだけがACPではありません。**まず始めることが大切です。**あなたの関わりで、その方のACPの1ページ目が始まります。

患者自身が自分の価値観を自覚し、意思決定できるアプローチ

- **患者が自分の大切にしていることや希望を意識**できるようにします。日ごろの物の考え方や、好きなこと、困ったときの対処方法などを、ケア時の何気ない会話の中などで思い出してもらうことが大切です。
- いろんな選択肢や治療方針があると知ることは、生きる希望につながります。
- 病気になったからと自分自身が大切にしてきたことを諦めたり、捨てたりすることが最小限にとどめられるように、一緒に考えましょう。
- 治療内容やその目的を理解できるように、理解度に合わせた説明を繰り返し行います。
- その治療を選んだ先に、**どのような未来が描けるのか**を考えられるように、選んだ後の生活をイメージしてもらえように話します。
- 解決策については、看護職だけではなく**他職種にも依頼し、チームでサポート**していきます。

本人だけではない、キーパーソン（家族等）、支援者の意見を聞き取ってアプローチ

- これは、家族背景を知っている看護職だからこそできる支援です。
- 家族で話し合ってもらうきっかけの声掛けをしましょう。
- 「どんな方ですか」「病気になる前後で変化がありますか」「元気なときに家族で人生について話したことがありますか」など家族にも声を掛けてみましょう。
- ヘルパーなど身近な支援者が本人の気持ちを知っていることがあります。
- 家族にもACP会議に参加してもらいましょう。
- 成年後見人や任意後見人がいる場合もACP会議に参加してもらいましょう。

十分に考えてもらって時間をかけてアプローチ

- 退院の日が迫ってくると、患者は焦りが出ます。ショックを受けた後や精神的に不安定なときも、すべての決断をすぐにするというのは大変なことです。ACPアプローチを継続しましょう。意思決定を急がずに、他部門や他施設にバトンタッチしてからでもよいことは、橋渡しをすることでじっくり考えてもらいましょう。
- 大切なことは、結論を急ぐことではなく、本人や家族に意思決定を意識してもらうことです。自分関わっている間に**結果が出ないこともあると捉えてACPアプローチ**を行いましょう。

意思決定ができなくなる時に備えてアプローチ

- どんな状況でも患者の思いを継続できるように、患者自身が意思を伝えられるときに話し合い、代理意思決定者の確認もしておきましょう。また、患者自身の意思が正しく伝わっているか、再確認をしてもらいましょう。

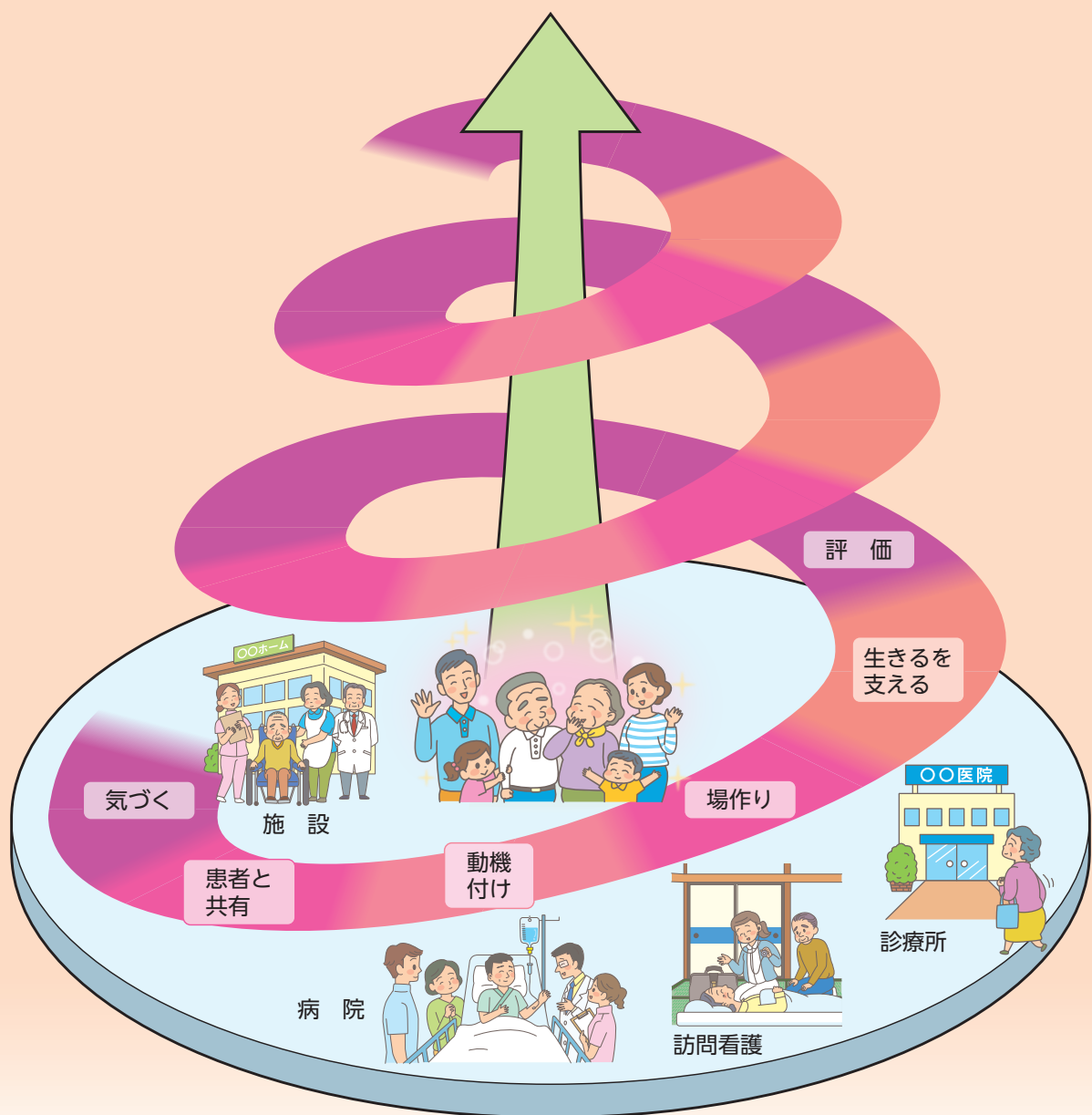
状況や希望の変化に合わせてアプローチ

- 患者や家族は、一度決めた方針を変えてはいけないと思っている場合があります。しかし、病状や年齢・役割など日々変化する中で、本人・家族の思いも変化していきます。**何度も話し合い、変更してもよい**ということを伝えましょう。
- **繰り返して悩むことは、決して無駄ではありません。**
- 答えが出ないもどかしさが患者にも看護職にもありますが、決断を急がすのではなく、自分自身の人生について考えてもらうことの意義を伝えましょう。

家族や代理意思決定者が結論に意味付けできるようにアプローチ

- 最期のときを迎えたり、意識がなくなったりしたとき、家族や代理意思決定者は自分の選択が間違っていたのではないかと不安になります。それまでに、**家族が行っていることは本人の喜びにつながっていることをその時々で伝えて、効果を実感してもらいましょう。**
- あらかじめ、最期は急変したり、苦しみを伴ったりする可能性も家族に伝えて、その時をイメージして心の準備を一緒に行い、苦痛が少なくなるような援助を伝達しましょう。
- 亡くなった後に後悔することは愛情の表れでもあります。思い出話から患者の希望していたことなどを一緒に振り返りましょう。
- 決して正解があるわけではありませんが、残された者が「あれでよかったはずだ」と後で思えるように考える過程を大切にしましょう。





看護職はいつも患者の情報からアセスメントをし、可視化して問題解決に向かって看護を展開しています。ACPアプローチの過程も看護過程の考え方に似ています。それぞれの場が連携してサイクルを回していくことで、人生と共にACPはずっと続いていきます。人生を自分らしく生き続けることを矢印で示しています。

図4 自分らしく生きるための支援継続の図

日々行っている皆さんの看護を思い出してみましょう。看護はその人を知ることから始まります。ACPアプローチも気づきを基に、患者が望む生き方をかなえるために、本人と一緒に考え、意思決定してもらえるように進めていきます。それは状態の変化に応じて追加・修正されながら、らせん状に続いていくのです (図4)。

IIでは、ACPアプローチとはどういうものであるかを、よくある看護場面から具体的にみていきます。

II

場面に応じたACPアプローチ (ある時・ない時) 例

1 入院：急性期 こんなことになるなんて予想していなかった

事例

Aさん（40歳代、女性）、夫と娘（大学生）と3人暮らし。買い物に行く途中に意識消失し、救急搬送される。搬送時レベルJCS200。脳動脈瘤破裂、くも膜下出血のためクリッピング手術を受けた。手術後意識レベルクリアになる。

手術後の経過は良好なため、回復期病院へ転院予定である。左側の完全麻痺と嚥下機能低下が後遺症として残ったが、言葉は話すことができる。

ACPアプローチ ない時

病棟看護師

脳卒中地域連携パス適応。医師の転院という方針に従い、地域連携の医療ソーシャルワーカー（MSW）に連絡する。

Aさん

急性期の病院だから入院後2週間で違う病院に転院すること、今後、リハビリを開始することを説明された。

家族

「病院なら安心だからいいと思う。分からないから、先生にお任せします」

ACPアプローチ ある時

本人・家族

Aさん 「家族に迷惑をかけたくない。つらい」

娘 「動けなくなった母を見るとつらい気持ちになる」

Aさん 「こんな体になってしまった」「今まで家族のために家のことをやってきたけど……」

Aさん 「これからどんな生活が待っているのか想像できなかったけど、病気の後は、なんとなくわかった。付き合っていくしかない。つらいけど」

夫 「生活を支えていくために仕事を頑張る」

娘 「母が心配だけど病状についてよく分かった。母の手伝いしたい」

Aさん 「病院を追い出されるのかと思い、不安になったけど、たくさんの支えがあったことが分かった。障がい

看護職

・「最近、家族の面会が少な
いな」

・「そういえば洗濯物が残っていて、着替えが少なくなってきた。何かあったのかで家族に話を聞いてみよう」

今後、リハビリで麻痺はある程度改善するが、残ると思う。嚥下機能低下もあるが、リハビリで若干の改善はある。今までの自分について、何を大切にしてきたか、やりたいことは何であったかなどを思い出すきっかけをつくる。

・患者の年齢から、初めてのACPとなることを考慮してアプローチする。

・本人・家族が病気と向き合うための情報提供を行い、障がいが残るなかでどんな生活をしたいか、本人が自分を見つめることを支援する。

・医師の病状説明に同席する。
・本人や家族の病状理解について確認し、不足があれば再度説明をする。今後の希望や目標について考える手助けをする。

気づく

患者と共有

動機付け

場作り

Aさん

入院中から食事量が少ない。
「こんな状態で転院なんてひどい。もっとよくなってから帰らせてほしい」

結末

Aさん

不安を抱えながら転院した。家族と話し合いの機会はなく、娘とは疎遠になっていった。
家族の面会も少なく、十分な話をしないまま、パスに沿って転院した。転院先で食事量低下と栄養状態悪化の状況が続き、胃ろうを造設した。

が残ることは大変つらいけど、支えてくれる人がいろんなところにいるんだ」

夫「家族として、どう接していいかわからなかった。皆さんのおかげで、今後の準備やこれからの生活をどうするか、家族でも話し合う機会ができた」

娘「『人生会議』って耳にしたことあるけど、これからの生活について話し合った」

目標の設定

Aさん「自分らしく家族を支えたい。食事くらいは作ってあげるのが目標」「今、食事がうまく飲み込めなくて心配。もう回復しないのかな。家族や医療者も入れて一緒に話し合う機会をまた持ってもらおう」

反応・結果

Aさん「今までは絶望しかなかったけど、今後、もし同じようなことが起こったときのために何かしておこうと思った。帰ったら、娘も助けてくれている」

夫「この前、妻と通帳の場所や保険のこと、娘のこと、生活のことなどいろんなことを話した」

これから一緒にね！

生きるを支える

場作り

・転院先の情報提供や社会保障について、家族も交えて話し、場を調整する。

・MSWや退院調整看護師、病棟看護師、歯科医師等、転院後も支える仲間を紹介する。

・回復期の病院について説明し、希望の場所が決定すれば、転院先病院の担当が面談する。

・嚥下機能低下があるため、胃ろうを造設する可能性があることなど、今後の治療計画について医師から説明し、それらを踏まえて栄養士・理学療法士・薬剤師も同席して話し合いを行う。

目標の設定

・回復期の転院先に、患者の思いや意思決定についての目標を伝え、転院後の支援を考えてもらう。

意思の確認

・転院前にもう一度話し合いをした。

食事量が少ないことが心配であった。リハビリを本格的に開始した場合、エネルギーが不足することについて医師から再度説明した。栄養が十分でない場合は、胃ろうを一時的に作り、体力を回復する必要があること、転院先でもその治療ができることを伝えた。

○ 考え方のポイント ○

急な病気の発症で患者や家族は、今までの生活から突然障がいのある生活に変化します。急性期病院では在院日数が減少し、連携パスで地域の回復期病院へ転院する場面もよくありますが、転院についての十分な説明がないと、患者は「追い出された感」を抱くため、**途切れない橋渡しが重要**です。また、今まで死を意識したことがない年代では、病気によって**初めて人生について、今後の自分について考える**ことになります。急性期の場面でも看護職は、患者が自分自身を振り返り、今の病状を受け止め、これからの生活を患者自ら理解し、どう生きたいかを選択できるようなアプローチを行うことが求められます。

2 入院：慢性期 少しでも食べさせてあげたいんです

事例

Bさん（80歳代、男性）、誤嚥性肺炎。妻（80歳代）と2人暮らし。

誤嚥性肺炎で入退院を繰り返しており、今回も入院となった。医師から、嚥下機能の低下により誤嚥性肺炎を繰り返していること、今後、経口摂取は困難で経管栄養か点滴になることを、本人と妻へ説明された。Bさんは閉眼していることが多く、声掛けにうなずきや追視はあるが、発語はない。妻は、医師からの説明後も、繰り返し経口摂取を希望している。

ACPアプローチ ない時

Bさん

末梢点滴のみで痰量も減り、呼吸状態も安定している。経口摂取しなくなること、痰が増えたり、肺炎を起こすリスクは低くなる。

Bさん

意思を示すことが難しい。

看護師

Bさんの肺炎のリスクを軽減するためには、経口摂取はできないという医師の説明について、妻が納得するよう、もう一度説明する。

ACPアプローチ ある時

本人・家族

Bさん

呼びかけに対する反応はよくなっているが、意思表示は難しい。

妻

経口摂取を繰り返し希望している。

妻

「極少量でもいいからアイスを食べさせてあげたい」

妻

「お楽しみ程度に、味がするものを口に入れてあげたい。夫が喜ぶと思う」「でも先生は厳しいと話しているし、肺炎のリスクは不安」

妻

「お父さんは食べることへの欲求はそれほど強くなかった。それより家族が一緒にいることをとても大切にしていた」

看護職

最近は痰の量も減少し、呼吸状態も落ち着いている。反応もよい。

「少しだけなら食べられそう。妻も希望しているし、経口摂取するのなら今しかないのでは」

妻の気持ちを汲み取りながら、どのようなケアを提供することが本人にとっての最善と考えているのか、妻の思いを確認する。

本人・家族の希望に配慮した関わり

「どうして食べさせてあげたいと思うのですか」

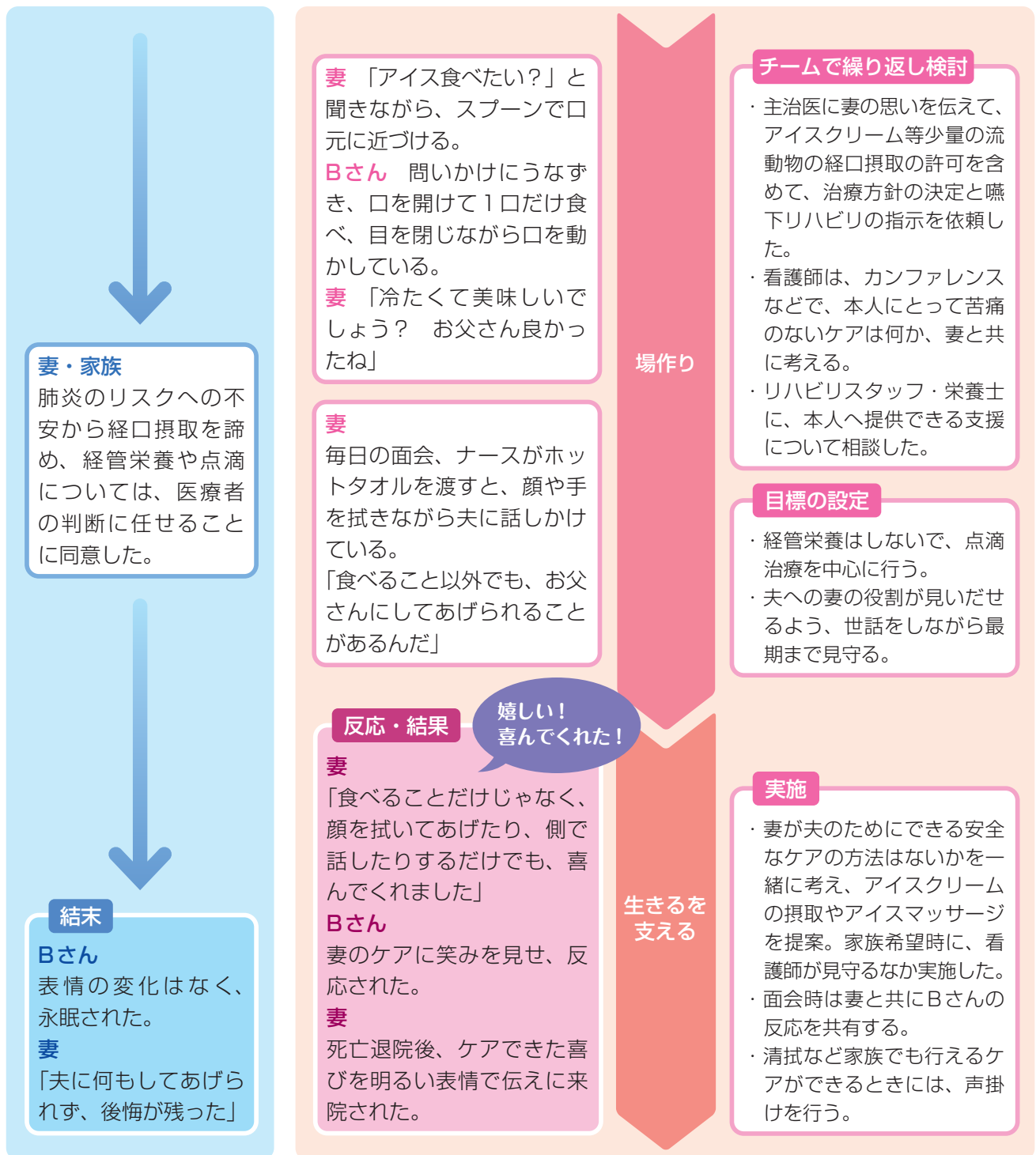
「Bさんは健康なとき、食べることが好きな人だったんですか」

- ・ 経管栄養や点滴について、どう考えているかを共有する。
- ・ 妻以外の家族や本人の希望を確認してみる。

気づく

患者と共有

動機付け



○ 考え方のポイント ○

看護師は、妻の「夫に食べさせてあげたい」という思いを大切にしたいと感じ、夫への**思いを知るためのコミュニケーション**をとった。妻にとっては、夫への唯一残された妻の役割が「何かを食べさせること」という方法のみであった。看護師は代理意思決定者の妻に、夫が健康なときに、生活の中で何を大切にされていたかを確認し、妻が夫の思いに気付けるように介入した。アイスクリームを食べさせることも夫婦のコミュニケーションとして大切にしながら、妻を含めた**チームで繰り返し検討**することで、嚥下困難のある患者の身体に負担をかけず、妻の役割を見いだすことができた。

3 外来 これ以上のがん治療はしたくない

事例

Cさん（60歳代、男性）、肺がん。妻に先立たれ、長女家族と同居、長男は他県在住。

肺がんⅡ期で手術し、術後補助化学療法を受けたが、5年後に再発し外来通院で免疫チェックポイント阻害剤による治療を受けていた。治療開始後12か月の定期検査で肝転移が発見され、医師から、転移があることと化学療法への治療変更について説明されたが、Cさんはこれ以上の治療を拒否した。

ACPアプローチ ない時

看護師

「患者が嫌というものは仕方ないな」

Cさん

「治療中止の希望は通った。あとは経過に任せる」

家族

「治療はもうできないの？これからどうなるの」

症状が出現したら症状に合わせて対応。

ACPアプローチ ある時

本人・家族

Cさん

「治療を頑張ったのに再発した」「抗がん剤はしんどいから受けたくない」
「今まで通りに仕事を続けることができるだろうか」

Cさん

「再発予防の抗がん剤がとてつらかったのに再発した。抗がん剤による治療は2度としたくない。がんになってから7年生きたので、あとは苦痛は最小限に過ごし、できるだけ仕事を続けたい」「今まで自分で決めてきたので、子どもたちは自分の意思を尊重してくれると思う」

Cさん

「苦痛のないようにしてほしいが、人工呼吸器などの延命処置は一切不要」「仕事を続けたい」「自分の気持ちを家族とも話し合ってみよう」

看護職

「治療をしないと今後どうなっていくか分かっているのかな」
「家族が受診に付き添ったことはない。現状が伝わっているのかな」

患者の現状の受け止め、
患者の病状についての家族の理解の確認

- ・Cさんが拒否する理由は、はっきりしていて自分の病状も理解できている。治療のメリット（延命）よりもデメリット（苦痛）を被らないことを優先したいと考えている。「この意思が尊重できるようにしよう」
- ・「家族は本当にCさんの意思を尊重してくれるのかな。みんなで合意した方がいいな」

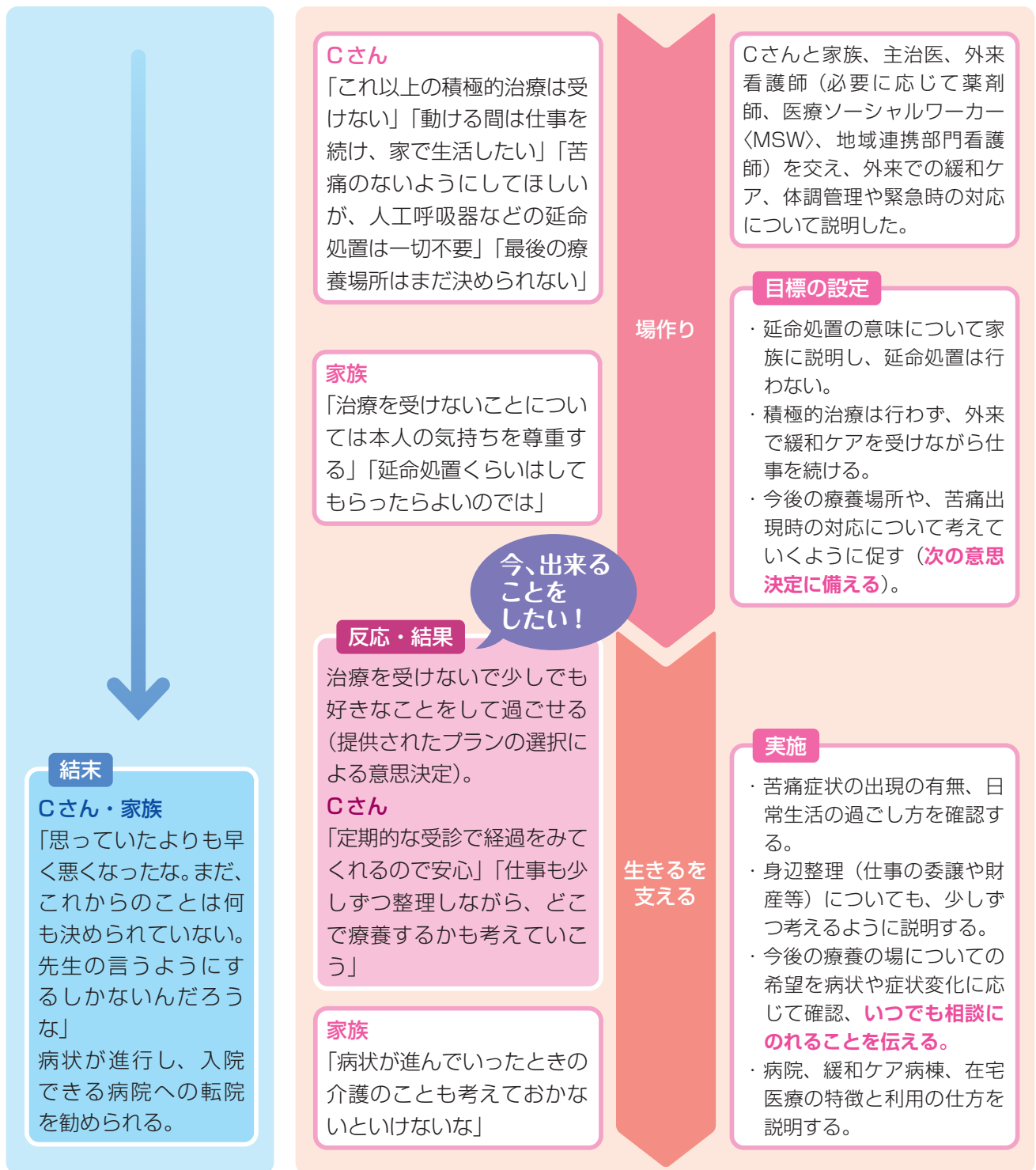
家族との共有を促す働きかけ

「今後、ご家族の協力が必要になることもあるので、今の状況と治療中止の意向について話し合ってみてはどうでしょう。次回受診時に一緒に来院してもらって、これからについて話し合いませんか」

気づく

患者と共有

動機付け



○ 考え方のポイント ○

患者の意向が明確であっても、意思決定能力の低下に備えて、そして、患者の意向が尊重されるためには家族も含めた**合意形成**が必要です。家族も巻き込んで話し合いましょう。一度、意思決定しても**患者の気持ちはゆらぐ**こともあります。また、療養の場や終末期の苦痛緩和の手段の選択など、今後もさまざまな場面で意思決定が必要となります。そのため、一度きりではなく**繰り返し話し合い、継続して支援**することがACPの実践として大切です。

4 退院調整① 家に帰りたいんです

事例

Dさん（70歳代、男性）。肺がんを発症し、その後、脳転移がみられ入院となった。高血圧症で腰痛のある妻と二人暮らし。妻は、近くの病院に通院している。

抗がん剤治療を受けていたが効果はみられず、ADLが徐々に低下してきた。体動時の呼吸困難感がある。

ACPアプローチ ない時

看護師

「カルテに転院と書いてあった。主治医の指示からも、老老世帯で介護力がないことから、転院だな」思い込みによってチームケア、看護がなされていない。Dさんが思いを表出する場がなく、その必要性にも気づけていない。

Dさん

「言っても無駄。どうせ聞いてもらえない」
妻
「病院にいてもらったほうが安心」（入院時）

ACPアプローチ ある時

本人・家族

Dさん

看護師に対して怒りを訴えることが多くなってきた。

Dさん

「ここにいてもよくならないし、家に帰りたい」

妻

「私も病気があるし、手伝ってくれる人もいない。帰ってきてもらっても……」

妻に何かしてやりたい

Dさん

「妻に迷惑かけると思うけど、今度、入院したら帰ってこられないと思うから」

妻

「思うようにしてあげたいけど……」

看護職

表情・動作等の観察、傾聴

「最近、イライラされているように見受けられますが、何かありましたか」（語りの中からキーとなる言葉があるかもしれないので聴いてみる）
「奥さまから見て、Dさんの最近の言動で気になることはありませんか」（妻からも情報収集する）

患者・家族の思いを確認

「家に帰りたいんですね」「今の身体の状態を、どのように感じていますか」
・妻にDさんの「帰りたい」という意向を伝え、妻の思いも確認する。
・二人の思いにはズレがある。「家に帰ることへの期待と諦めがあるようだ」

病識確認、意思決定への関わり、ズレの調整

「家に帰りたい理由を教えてくださいただけますか」
・Dさんの病識を確認し、妻の思いも確認する。
・二人へ情報提供をし、迷いに寄り添い、共に考える。

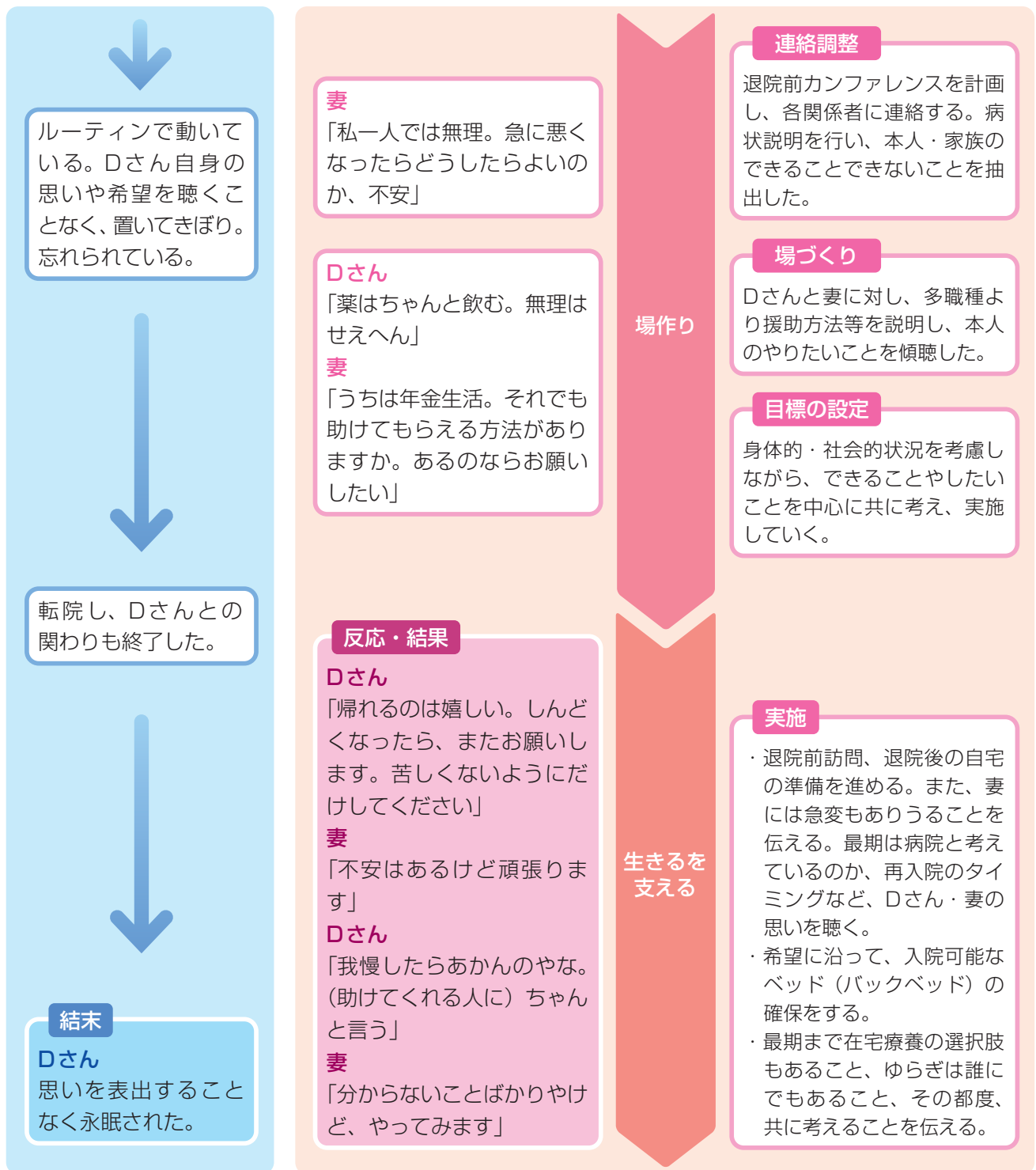
気づく

患者と共有

動機付け

II

場面に応じたACPアプローチ（ある時・ない時）例



○ 考え方のポイント ○

まずは、本人・家族を観察することが大事です。思い込みで展開せず、「聞く」のではなく「聴く」こと、教えてもらう傾聴の姿勢で、必ず思いの確認をします。また、選択肢を提示し、共に考え自己決定できるよう関わります。看護職には、**コミュニケーションスキル**に加え、残存能力の評価、希望や状況に見合ったサポート体制の提示（情報提供）、先を見据えたケア、**心のゆらぎと付き合うこと**が求められます。

5 退院調整② 今まで十分頑張った、治療をやめようと思う

事例

Eさん（80歳代、男性）、大腸がん、多発肝転移。昨年、妻を亡くし一人暮らし。子どもはいない。キーパーソンは姪。

抗がん剤の副作用による好中球減少症で入院となり、医師は抗がん剤の変更を検討している。病気は進行し、度重なる副作用症状が出現している。

ACPアプローチ ない時

Eさん

「もうこれ以上、抗がん剤でしんどい思いはしたくない。抗がん剤やめようと思う。でも先生に勧められたからなあ」

看護師

抗がん剤治療を受ける患者の標準看護計画を実践した。

Eさん

「副作用はしんどいね。とにかく倦怠感が強くて。何とも言えないしんどさがあるね」

看護師

抗がん剤の副作用の確認を行い、症状緩和への看護計画を立案し、実施した。

ACPアプローチ ある時

本人・家族

Eさん

「もうこれ以上、抗がん剤でしんどい思いはしたくない」

Eさん

「抗がん剤をやめようと思う。でも先生に勧められたからなあ」「先生には長いこと世話になっとるからなあ」

Eさん

「今まで十分頑張った。もう治療はしない。動けるうちに妻の遺品とか、いろんな整理をしたい」

姪

「患者である叔父自身の意思にすべて任せたい」

看護職

表情・動作・雰囲気を観察

「もうこれ以上」という言葉を初めて出された。治療に関しての思いを確認する。
「抗がん剤しんどいですね」
・言葉を反復して反応を確かめる。

患者の思いを確認（ゆらぎ）

「抗がん剤はやめたいのですね。でも先生には本心が伝えられないのですね」
・伝えられない理由を確認する。

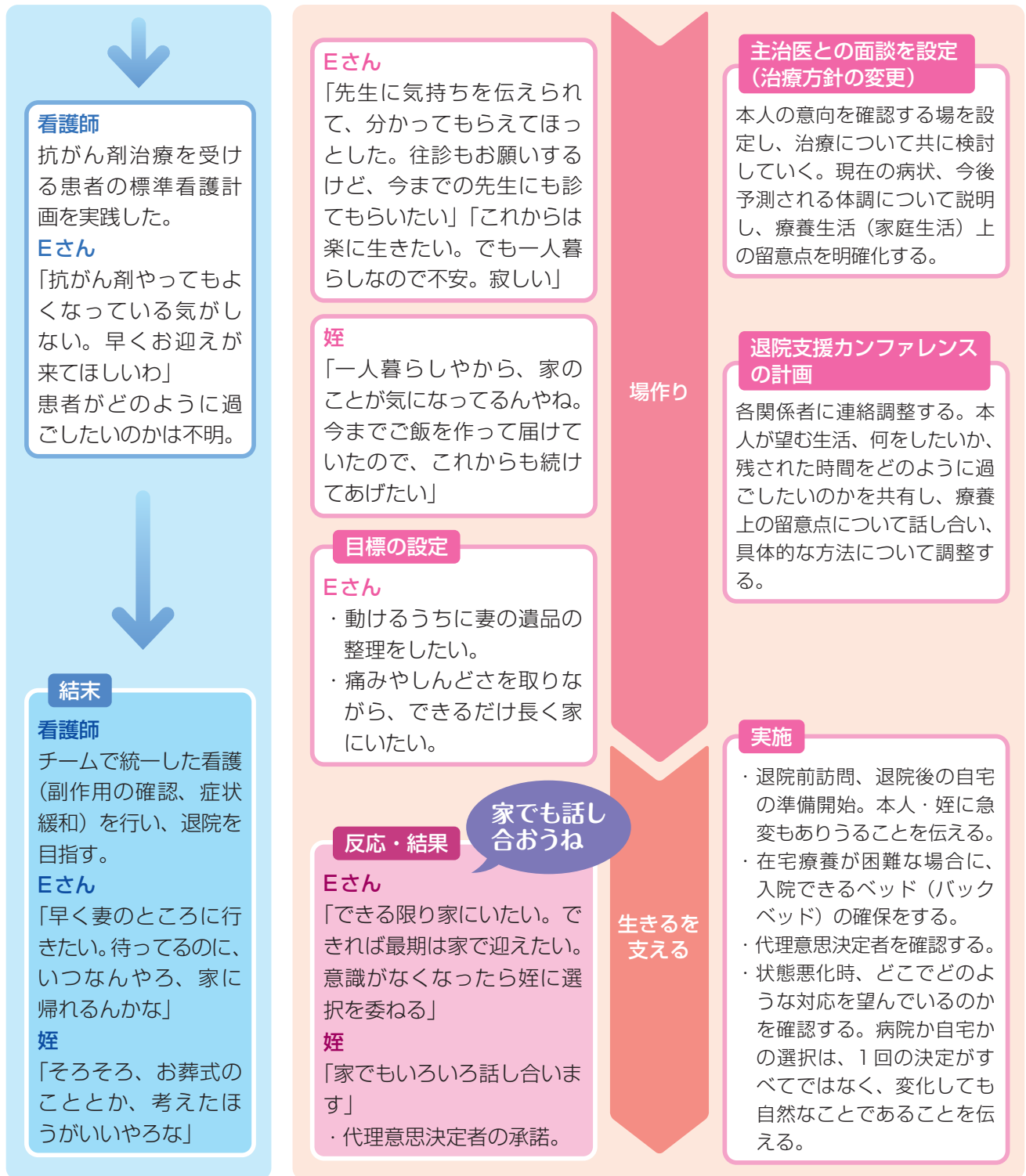
意思決定への関わり、支援者の思いの確認

「残された時間をどのように過ごしたいですか」
・本人が何を望んでいるのかを明確化する。

気づく

患者と共有

動機付け



○ 考え方のポイント ○

患者の奥深くにしまい込まれた思いが、こぼれ出ることがあります。そんなとき、**表出された言葉をつかみとり**、一緒に考える場を作り、建設的に患者の望む形へと調整することが、その人らしさを支える退院支援となります。

ACPアプローチがない時、看護職は症状緩和や副作用の確認といった、目の前に起こる現象への対応に終始しがちです。その人らしく過ごすのか、その人らしさを諦めるのか、患者が自分の人生を「生きる」ために、看護職は**患者の思いに気づき、行動することが大切**です。

6 退院調整③ 家に連れて帰りたい思いを実行へ

事例

Fさん（90歳代、女性）、発熱、認知症。娘（70歳代）と同居。

38度台の発熱が時々あるが、37.2度くらいの微熱が続いている。医師から「検査の結果、発熱の原因は解明出来なかった。入院が長くなっているのでいったん退院してほしい」と説明を受けた。本人・家族ともに退院を希望しており、退院前に病院と在宅の連携のために退院調整を行った。

ACPアプローチ ない時

看護師 家族の介護力への評価がない。当然家族の不安や思いは理解できない。

Fさん 認知症あり。入院によって廃用性が進み、本人の今の気持ちは分からない。
娘 「とにかく入院していることが心配。家に早く連れて帰りたい」

看護師 地域のかかりつけ医に情報提供と往診を依頼する。平日のみの対応になると返答あり。

家族 病院で介護の方法を習得できないまま退院となり、家で訪問看護師による介護技術の指導を受けるが、なかなかマスターできない。不安を訴える。

ACPアプローチ ある時

本人・家族

Fさん
「家に帰りたい」
娘
「お母さんが帰りたいって言うてるから連れて帰ります」と言う表情が険しい。

Fさん
「60年住んでいる家で過ごしたい」
娘
「家に連れて帰りたいが介護できるか不安」

娘
「家で介護したいが介護の方法が分からない」「おむつ交換、体の拭き方、食事やトロミ食の作り方、吸引の方法が分からない」「かかりつけ医の往診はあるのか不安」「病気が今後どうなるのか分からない」

Fさん
「家族の負担にならないかな」「身体を楽にしてほしい」

看護職

表情の変化に気づく

- ・Fさんは活気なく顔色悪い。痰の貯留音が聞こえる。入院後、思いを話すことが少なくなった。
- ・何となく娘が不安そうに見える。

病状についてどう説明を受けているか確認

実際、どの程度の状態なら自宅で過ごせそうか確認する。「娘さんはどう病状を捉えているのだろう」

患者、家族の思いを確認しながら情報提供

自分たちでも出来る介護があると家族に思ってもらうために、患者・家族と共有した内容から、不安な面へのサポートや指導を考え提案する。

気づく

患者と共有

動機付け

場作り



7 地域・在宅 他人を家に入れたくないから家族だけで大丈夫

事例

Gさん（80歳代、女性）、アルツハイマー型認知症。夫（80歳代後半）と2人暮らし。長女・長男・次男はそれぞれ世帯を持ち別居している。要介護2、短期記憶の低下がみられる。

食事や飲み物でむせることが増え、誤嚥性肺炎を何度も繰り返している。失禁し尿路感染を繰り返す。主な介護者は夫で、家事・介護を一人で行っている。寝具は布団。

ACPアプローチ ない時

看護師

「ご主人、大変そうだけれど人が家に来ることを好まない方だから様子をみよう」

Gさん

同じ話を繰り返す。室内をウロウロする。

家族

「妻の言動にイライラする」「失禁するので洗濯物が増えた」「いつまで続くのか」

家族

「他人が家に出入りしてほしくない」

看護師

何かあれば遠慮なく言うよう伝える。

家族

「看護師はいつも何かあれば話すように言ってくれるけど、何を聞いたらいいのか分からん」

ACPアプローチ ある時

本人・家族

夫 「妻は最近寝てばかり。食欲はあるけど起きないから寝たまま食べさせることもある。よくむせる」

長女 「最近失禁が増えた。病気が進んでいるのかと心配」

長男 「週1回くらいは嫁と一緒に様子を見にいつてるけど、お袋は嫁への当たりが強いからあまり手出しできない」

次男 他県在住で、帰阪するのは盆と正月のみ。

夫 「認知症なんて近所に知れたら妻がかわいそう。何とか自分で面倒みようと思ってた。でもうまいこといかん。どうしてやったらいいのか分からんのか」

夫 「今まで何とか家族でやろうとしてきたけど、肺炎や膀胱炎を繰り返すようになって、このまま家でみてていいのか心配」

長女 「お母さんには1日でも長く生きてほしい。でも

看護職

本人・家族の表情・言動等の変化に気づく

- ・ Gさんの言動がいつもと違う。落ち着きがない。「体調が悪いのかな」「何か心配事があるのかな」
- ・ 夫も疲れた表情を見せている。「介護疲れが溜まってきているのかな」
- ・ Gさんは認知症の進行に伴い誤嚥性肺炎や尿路感染を繰り返しており、夫の介護疲弊がある。夫婦間の緊張関係から本人のBPSD（周辺症状）が発生している。
- ・ 「認知症の奥さんを一人で抱える限界に近付いているんじゃないかな」

患者・家族の思いを確認、傾聴

介護や生活のなかで困っていることや不安なことがないか確認する。

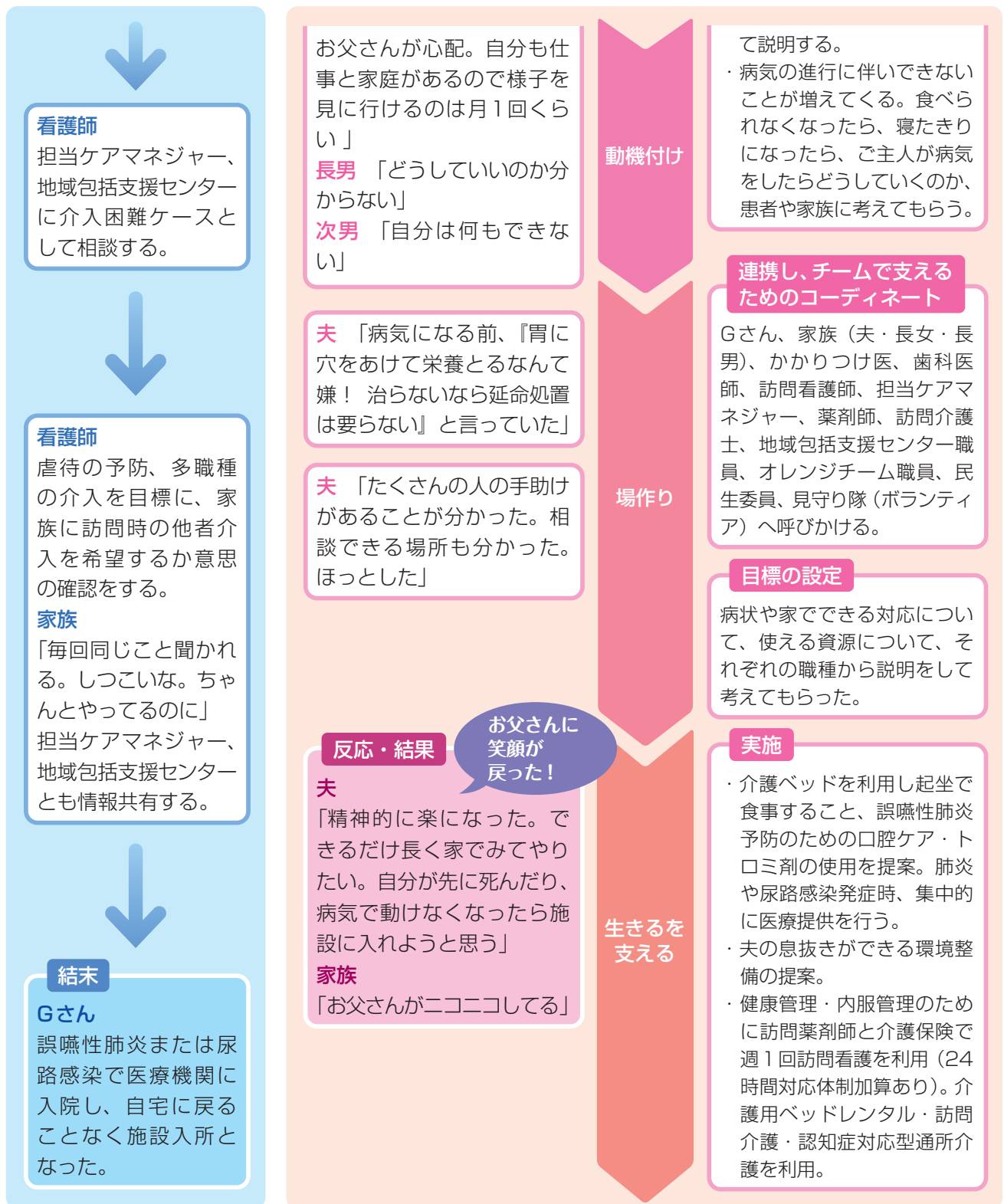
患者の思いの代弁や家族の思いを受容し、情報提供

- ・ 終わりの見えない介護の苦しさを抱えながら日々奮闘している家族を労う。
- ・ 患者は今もご主人のことを思っていることを伝え、認知症の患者を身内だけで介護することの難しさについて

気づく

患者と共有

動機付け



○ 考え方のポイント ○

自宅で家族が患者を介護している場合、「抱え込み」していることがしばしばあります。誰にも相談できず、資源の利用方法も分からず奮闘している**家族のSOSをいち早くキャッチすることが大切**です。「家に他人を入れたくない」という思いにばかり気を取られると、ニーズを見失うこともあります。患者の言動や家族の言動に注意を払い、「気づき」につなげましょう。

インフォームドコンセント(IC : informed consent)

患者・家族が病状や治療について十分に理解し、また、医療職も患者・家族の意向やさまざまな状況や説明内容をどのように受け止めたか、どのような医療を選択するか、患者・家族、医療職、ソーシャルワーカーやケアマネジャーなど関係者と互いに情報共有し、皆で合意するプロセスである。

- 1) 厚生労働省。「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」について。 <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/s0521-11.html>, (参照 2020-08-20)。
- 2) 日本看護協会。インフォームドコンセントと倫理。 <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/text/basic/problem/informed.html>, (参照 2020-08-20)。
- 3) 小松浩子ほか。成人看護学総論。医学書院、2018。(系統看護学講座 専門分野Ⅱ, 成人看護学 1)。

リビング・ウィル

医療内容についての希望、例えば尊厳死の権利を主張し延命治療の打ち切りの希望や、臓器提供の可否の意思表示などを、文書に示すこと。

- 4) 厚生労働省。終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について—(平成 16 年 7 月)。 <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>, (参照 2020-08-20)。
- 5) 堀内ふきほか。高齢者の健康と障害。第 5 版。メディカ出版、2016。(ナーシング・グラフィカ、老年看護学 1)。
- 6) 平林勝政ほか。看護をめぐる法と制度。メディカ出版、第 1 版、2019。(ナーシング・グラフィカ、健康支援と社会保障 4)。

アドバンス・ディレクティブ

事前指示書と邦訳され、「ある患者あるいは健康人が、将来自らが判断能力を失った際に自分に行われる医療行為に対する意向を前もって意思表示すること」。

- 7) 植村和正。アドバンス・ディレクティブとリビング・ウィル(総論)。日本老年医学会雑誌、2015, vol.52, no.3。 https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/pdf/clinical_practice_52_3_207.pdf, (参照 2020-08-20)。

エンド・オブ・ライフケア

診断名、健康状態、年齢にかかわらず、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、生が終わる時まで、最善の生を生きることができるよう支援すること。

- 8) 前掲書 3)。
- 9) 長江弘子ほか。「エンドオブライフケアの考え方」。エンド・オブ・ライフケア看護学。千葉大学大学院。 <http://www.n.chiba-u.jp/eolc/opinion/index.html>, (参照 2020-08-20)。

Do Not Resuscitation (DNR)

「DNR とは尊厳死の概念に相通じるもので、癌の末期、老衰、救命の可能性がない患者などで、本人または家族の希望で心肺蘇生法(CPR)をおこなわないこと」

- 10) 日本救急医学会。DNR。 <https://www.jaam.jp/dictionary/dictionary/word/0308.html>, (参照 2020-08-20)。

Do Not Attempt Resuscitation (DNAR)

DNAR 指示は心停止時に心肺蘇生をしない指示であり、通常の医療・看護・ケアに影響を与えない。DNR が蘇生する可能性が高いのに蘇生治療は施行しないとの印象を持たれやすいとの考えから、attemptを加えた DNAR が用いられる。

- 11) 前掲書 6)。
- 12) 木澤義之。アドバンス・ケア・プランニングとは何か。看護管理。2020, vol.30, no.2。
- 13) 日本集中治療医学会。Do Not Attempt Resuscitation(DNAR) 指示のあり方についての勧告(2016/12/20) 日本集中治療医学会雑誌掲載。 <https://www.jsicm.org/news-detail.html?id=7>, (参照 2020-08-20)。

代理意思決定

本人による意思決定が困難な場合に、第三者が本人に代わって意思決定を行うこと。

- 14) 前掲書 6)。
- 15) 厚生労働省。意思決定支援等に係る各種ガイドラインの比較について。 <https://www.mhlw.go.jp/content/000634918.pdf>, (参照 2020-08-20)。
- 16) 日本看護協会。意思決定支援と倫理(1) 代理意思決定の支援 https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/text/basic/problem/ishikettei_01.html, (参照 2020-08-20)。

成年後見制度

「認知症、知的障害、精神障害などの理由で判断能力の不十分な方々は、不動産や預貯金などの財産を管理したり、身のまわりの世話のために介護などのサービスや施設への入所に関する契約を結んだり、遺産分割の協議をしたりする必要があっても、自分でこれらのことをするのが難しい場合がある。このような判断能力の不十分な方々を保護し、支援すること」

- 17) 法務省。成年後見制度～成年後見登記制度～。 <http://www.moj.go.jp/MINJI/minji17.html>, (参照 2020-08-20)。

任意後見制度

「任意後見制度は、本人が十分な判断能力があるうちに、将来、判断能力が不十分な状態になった場合に備えて、あらかじめ自らが選んだ代理人(任意後見人)に、自分の生活、療養看護や財産管理に関する事務について代理権を与える契約(任意後見契約)を公証人の作成する公正証書で結んでおくというもの」

- 18) 前掲書 6)。
- 19) 前掲 17)。

パターナリズム(Paternalism ; 父権主義)

医療においては「患者の最善の利益の決定の権利と責任は医師側にあり、医師は自己の専門的判断を行うべきで、患者はすべて医師に委ねればよい、という考え方。温情主義とも訳される」。パターナリズム(父権主義)モデルは、ヒポクラテスの時代から 20 世紀にいたるまで世界で伝統的にみられた意思決定モデルで、臨床上の意思決定に関して医師の力が強く患者の力が弱かった時代に典型的であった。この意思決定モデルでは、医師が専門職として患者にとって良かれと思って医療行為の目的を設定する。

- 20) 斎藤隆雄監修。生命倫理学講義：医学・医療に何が問われているか。日本評論社、1998, p.68。
- 21) Joseph Raz, The Morality of Freedom, Oxford: Clarendon Press, 1986, p. 422。 <https://plaza.umin.ac.jp/kodama/ethics/wordbook/paternalism.html>, (参照 2020-08-20)。
- 22) 茂野香おるほか。看護学概論。医学書院、2018。(系統看護学講座 専門分野Ⅱ, 基礎看護学 1)。
- 23) 会田薫子。長寿時代の医療ケア：エンドオブライフの論理と倫理。筑摩書房、2019, p.119。(シリーズ ケアを考える)。

ネガティブ・ケイパビリティ(negative capability)

「どうにも答えの出ない、どうにも対処しようのない事態に耐える能力」

- 24) 帯木蓬生。ネガティブ・ケイパビリティ 答えの出ない事態に耐える力。朝日新聞出版、2017, p.3。

臨床倫理

患者または利用者とその家族、保健医療福祉サービスに関わるさまざまな専門職の意見を集約し、多くの選択肢の中で、関係者間で折り合いをつけながら、患者または利用者等にとっての最善に向けて倫理的課題に取り組んでいくこと。

- 25) 日本看護協会。臨床倫理のアプローチ。 <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/text/basic/approach/index.html>, (参照 2020-08-20)。

III

看護職としての ACP アプローチポイント

ACPの支援として看護職が関わる場面はさまざまですが、一つ共通していることがあります。それは、その人の変化に「気づく」ということです。ACPを話し合う時期が分からないという意見をよく耳にしますが、ACPアプローチは特別なことではなく、気づいたときが支援の始まりです。

余命宣告を受けた患者が急に人生について考えることになり、恐怖を抱き、動揺しながら、焦りの中で慌てて意思決定をする。話を切り出す方も「縁起でもない」と受け取られるのではと躊躇してしまう。このような状況を見続けてきた看護職だからこそ、心身ともに余裕のある時期こそが、ACPについて考えはじめる時であると実感しているのではないのでしょうか。

また、さまざまな時期に自己決定を意識できていれば、いざというときの意思決定がスムーズに進みます。最期に悔いのない選択をしてもらうための準備としても、ACPアプローチを意識して日々の看護展開を行っていきましょう。

ACPアプローチ

Step 1 気づく ACPのきっかけ

日ごろの気づきからスタート

「あれ、何かこの患者さん気になる」「大丈夫かな」

- ・ 外来・在宅・病棟などさまざまな場面での気づきは大切です。ケアのときなど、まずは、世間話から、さりげなく始めてみましょう。
- ・ ACP支援の対象者は、余命を宣告された患者だけではありません。障がいを持ちながらの生活、慢性期疾患と付き合いながらの生活、その他どんな疾患があっても意思決定の場面はあります。身体・精神・社会などさまざまな面に目を向けましょう。
- ・ 小さな変化を見逃さずに、気が付いたときには声を掛けるようにしましょう。
- ・ 信頼関係を築くことからACPが始まります。「この人に話してみよう」と思ってもらえる関係作りをしましょう。
- ・ 介護の場面では、支援者が患者にとってより身近な人となり、自分の気持ちや考えを話していることがあります。特に独居の方などは、支援者の気づきが有用になることを理解しましょう。

Step 2 患者と共有する

●●● 気持ちを整理するための支援 ●●●

まず本人に聞いてみる（自分に目を向ける）

「分からないこと、お聞きになりたいことはありませんか」「病状について、どのように理解されましたか。どう思われましたか」「気掛かりなことはありませんか」

- ・ 今、置かれている状況についての思い、気持ちを吐き出してもらいましょう。
- ・ 否認や治療の拒否といった行動も、状況を認識しようとする過程で起こっている心の防衛機制かもしれません。まず思いの共有に努め、つらい中でも受け止めようとしている努力を認めましょう。
- ・ インフォームドコンセント直後など、動揺が激しいときには、次のステップに進む余裕がないことも考えられます。心理面を考えて相手のペースで進めていきましょう。

Step 3 動機付け

●●● 意思決定に向けての心理的支援 ●●●

価値観と向き合う支援（自分を振り返る時間）

「人生を振り返って大切にしてきたことは何ですか」「何かを決めるときよりどころや、参考にされていることは何ですか」「症状の変化がなかったら、やりたかったことがありますか」「今、どうしたいですか」

- ・ 自分を振り返ってもらう話題は、家族のこと、仕事のこと、なんでもよいのです。趣味や楽しみなどを聞くのでも構いません。

ACPについて考えてみよう！ と思ってもらう（モチベーション）

- ・ 本人が自分自身の価値観を認識したら、それに基づいて今の状況で伝えたいこと、大切にしたいことを考えてもらいましょう。
- ・ 闘病生活や今後のことについて、患者自身の思いを大切にすることを伝えましょう。
- ・ 本人の意思決定を実現するために、みんなで方法を考えていくということを伝えましょう。
- ・ 患者自身が自己決定しているという実感を持ちながら進めることが大切です。

Step 4 場作り

●●● チームで考えよう ●●●

あらゆる選択肢の提供（仲間作り）

- ・ それぞれの選択についてのメリット・デメリットを説明しましょう。

- 本人の選択したことに沿って、現実的に可能なプランを取りそろえましょう。
- 患者の気持ちが中心になるように、さまざまな分野から本人との関係作りができる理解者を集めましょう。
- 患者の思いを実現するために、多職種に声を掛けチームに加わってもらいましょう。
- 摂食嚥下チームなど、今は大丈夫でも将来的に必要な分野にも早めに相談しておきましょう。
- 話し合いの場を設定するときは、病状がどの段階まで進んでいるかによって適切なメンバーを選定しましょう。
- 絶対に何人以上で構成する、必ずこの職種を入れること、などといった規定はありませんが、本人・キーパーソンが入っていることが望ましいです。**医療メンバーは状況に応じて変わることもあります。**
- 家族や知り合いの中で、キーパーソンは誰になるのか事前に話し合ってもらいましょう。
- 細かいサポート内容はそれぞれの職種から説明してもらい、具体策は本人と調整してもらいましょう。
- 何度でも場を設け、修正変更できることを理解し、本人にもその旨を伝えましょう。
- 退院などで、関わる部署や施設が変更になったときでも、**状況を共通認識してもらうために、記録を残しましょう。**
- 独居の方や認知症の方であれば、成年後見人などが決まっているケースもありますので、その方もメンバーに加わってもらいましょう。

目標設定（病状理解と人生設計の融合と選択・決定）

- 「将来どのような状態でいたいのか」という大きな目標をみんなで共有しましょう。
- 今の治療の選択に合わせた、実現可能な目標を考えましょう。
- それぞれの治療や**その後の生活について、イメージできるように説明**しましょう。
- 目標をかなえるために必要な治療・看護・サービスなどの選択肢を分かりやすく伝えましょう。
- 価値観・病状・生活などを総合的に判断して、どうしたいのか、本人が選択できるように支援しましょう。
- 本人の思いと家族や医療者などのチームとの思いのずれがないように、**同じ目標に向かって情報共有しながら進めることを意識**しましょう。
- 医学の知識に基づく視点も伝え、最善の決断をしてもらいましょう。
- 一般的な価値観も加えて伝えましょう。
- 病状からくる痛みや苦しみへの対処や治療について、本人の希望を把握しましょう。
- 必要と予測されるときは、早めに代理意思決定者の選定を勧めましょう。
- 正解は誰にも分からないものであることを認識しておきましょう。

Step 5

「生きる」を支える

●●● 実施と継続 ●●●

希望のかなえ方をサポート（生活の継続と修正）

- ・ 治療・看護・サービスなどに満足しているか、症状や状態を確認しましょう。
- ・ それぞれの治療やその後の生活について、イメージ通りであったかを確認しましょう。
- ・ 在宅療養では10年以上、疾患と付き合いながら生活されているケースもあり、その間に入退院を繰り返し、最期の時までゴールが見えづらいことが多くあります。**状況変化や考えがゆらぐ過程があることも理解して協働していきましょう。**
- ・ ケアの実施場所が変わるときも、目標や気持ちの変化などがないか確認しましょう。
- ・ 生活のサポートに必要な多職種連携・協働メンバーに説明・相談を依頼しましょう。
- ・ 実際にサポートプランを実施してみて、ずれがなかったかなど、ACP会議を繰り返し行いましょう。

意思決定を転院先などの施設に委ねることもあります。そのような場合でも、引き続き本人が希望して決定した治療や看護を継続してもらう必要があります。また、急変時に運ばれた病院にもその希望を伝え、継続してもらうことが大切です。

そのような継続のためには、記録を残すことが有効です。現在施設でご使用の退院時サマリーに「本人の治療・ケアに関する望み」という欄を作ってみてください。そこに重要なことを記入し、次の施設へつなぐことが、ACPアプローチでは重要なこととなります。このときの注意として、DNAR時の対応のみではなく、本人が日ごろ、大切にしている考えを記すことが大切です。

チームで話し合い、本人が意思決定したことを継続していけるように、病院・施設・家庭の垣根を越えた情報提供・共有を行うことが患者の望み通りの最期を迎えるACP支援になります。ACPアプローチの過程は、場やメンバーが変わっても、その方の人生と共にずっと続いていくのです。

ACPある時広場

<http://www.osaka-kangokyokai.or.jp/>

皆さんの職場でACPアプローチ事例を検討していただけるように、大阪府看護協会ホームページに『ACPある時広場』を作りました。

さまざまな場面で活用していただけるように、事例記入フォーマットをご用意しています。ご活用いただき、ぜひ成果を投稿ください。皆さんからいただいた事例をホームページで発信することで、多くの方にACPアプローチを考えるときのヒントとして活用していただければと思います。



ACPアプローチのワンポイントアドバイス

ACPアプローチは一人で解決できるものではありません。ここまでのステップをみんなで無理のないように進めていくために、以下の視点を大切にしましょう。

コミュニケーションのポイント

話を傾聴するときには、十分に吐き出してもらうことが必要です。

基本はいつも気を付けて行っているコミュニケーションで構いません。否定をせず、話し終わるまでこちらの意見は控え、なるべく話を止めないでください。オウム返しで相手の思いを確認しながら、詳しく知りたい部分はオープンクエスチョンで尋ねてみましょう。

疾患や治療についての認識が違っていても、まず十分本人の思いを聞いた後に説明を始めるとよいでしょう。

どんなことに悩んでいるのか、どのようにしていきたいのかを引き出しましょう

医療とケアに関する意思決定には不確実性が内在することを念頭に、対話を通してゆれ動く本人・家族の気持ちに寄り添う姿勢が求められます。そうした姿勢こそが本人・家族との信頼関係を築き、適切な意思決定支援につながるのです。

つつい、結論を早く出したいくなりますが、患者も繰り返して話を聞いてもらっているうちに、自分の考えがまとまってくるものです。はっきりと答えが出るものではないと認識して対話を続けましょう。



合 意

「ACPでは継続的な話し合いが大切であり、対話は本人の意思を知るための手段であり、目的ではなく、コミュニケーションの焦点が、特定の治療や介入よりも、治療の目標や患者の価値や考え方・思考・信条に当てられていることが重要です。そのことが、患者/家族がプロセスそのものに意義を見出すことにつながる」といわれており、意思決定で最も重要な合意の部分となります。

我々は、つい相手を理解したつもりになり、話を次の段階に進めたくなくなります。医療者からみてよいプランだと思っても、思い込みで進めては意味がありません。しっかりと言葉にして本人に確認していきましょう。

そして「どうするか決めてください」と迫るものでもありません。合意に基づいて決めるものだということをお互いに理解して進めましょう。

みんなでサポート、声を掛け合ってアプローチ

一人で抱え込まないで !!

「初めに気がついたから責任重大だ」と思わなくても大丈夫です。ACPアプローチは、チームで行っていきます。困ったときは、同僚や上司にまず相談してみましょう。みんなで考えればよいアイデアが浮かびます。

ACPは決して一つの答えがあるわけではありません。答え探しというよりも、本人や家族に状況を伝え、患者が希望している中から、一つでも多くのことをかなえていけるように、みんなで知恵を絞っていきましょう。

初めからACP会議を設定しなければと構えなくても、少人数で「ちょっと相談」から始めてもよいのです。患者の希望に合わせて考えていくと徐々に仲間が増えていきます。

結論が出なかったとしても、それは無駄にはなりません。患者の意思決定をする場がどこになっても、あなたのアプローチは患者が自分の人生について考えるきっかけになり、必ず次のACPに活かされるのです。

ネガティブ・ケイパビリティへの理解を !! (答えの出ないことに耐えうる力)

人間は予測のつかないものや未知の世界に不安を抱き、確実なものを求めたくなりますが、ACPアプローチは正解が一つではありません。患者の状況や気持ちも刻々と変化していくものなので、看護職はよく分からない状況の中で関わり続けることもあります。

しかし、共感を粘り強く繰り返しながら考えていくうちに、徐々につながりが見えてきます。耐えながら続けていった先に道筋が見えてきたとき、気持ちが楽になります。上司もその状況下にある部下をサポートしてくれます。答えの出ない状況になったときこそ、上司と共に「寛容」を失わず、ACPアプローチを続けていきましょう。このマニュアルを共有して、みんなで協力したことが、患者にとって人生の希望へとつながっていくのです。



ACPの学びを深めるためのおすすめ本

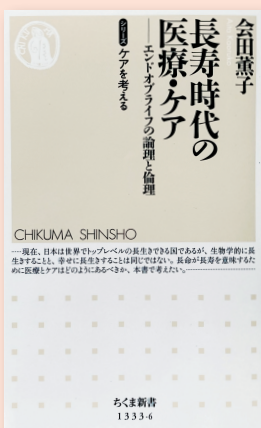


ネガティブ・ケイパビリティ 答えの出ない事態に耐える力

帚木 蓬生 著

定 価：本体1,300円＋税
発行日：2017/04/25
出版社：朝日新聞出版
頁 数：264頁
ISBN：978-4-02-263058-2

看護職は、患者・家族の答えの出ない心のゆらぎや葛藤に直面することが多くある。本書は「共感する」ことで、答えの出ない事態に耐えうる能力、ネガティブ・ケイパビリティを臨床40年の精神科医が多角的に分析し、その可能性について説いている。患者に寄り添って関わり続ける看護職にぜひ読んでほしい一冊。



シリーズケアを考える 長寿時代の医療・ケア —エンドオブライフの論理と倫理 (ちくま新書)

会田 薫子 著

定 価：本体900円＋税
発行日：2019/07/10
出版社：筑摩書房
頁 数：304頁
ISBN：978-4-480-07239-9

長命であることと、幸せに長生きすることは同義だろうか。患者に最期までよりよく生きてもらうための医療・ケアとはどのようなものか、超高齢化社会の日本だからこそ必要とされる、医療・ケアについて考えさせられる一冊。



身近な事例から倫理的問題を学ぶ 臨床倫理 ベーシックレッスン

石垣靖子／清水哲郎 編著

定 価：本体2,800円＋税
発行日：2012/06/20
出版社：日本看護協会出版会
頁 数：168頁
ISBN：978-4-8180-1677-4

看護職が直面する臨床倫理問題、意思決定支援にまつわる、さまざまな出来事の検討方法を事例を通して身近な問題として学べる一冊。

● 引用・参考文献 ●

- 1) 清水哲郎, 会田薫子編. 医療・介護のための死生学入門. 東京大学出版会, 2017.
- 2) 帯木蓬生. ネガティブ・ケイパビリティ: 答えの出ない事態に耐える力. 朝日新聞出版, 2017.
- 3) 会田薫子. 長寿時代の医療・ケア: エンドオブライフの論理と倫理. 筑摩書房, 2019, 304p, (シリーズ ケアを考える).
- 4) 石垣靖子, 清水哲郎編著. 臨床倫理ベーシックレッスン: 身近な事例から倫理的問題を学ぶ. 日本看護協会出版会, 2012.
- 5) “【座談会】終末期の"物語り"を充実させる「情報共有・合意モデル」に基づく意思決定とは”. 嚥下障害支援サイトスワロー. <http://swallow-web.com/EBNarrative.pdf>, (参照2020-08-20).
- 6) 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. ACP推進に関する提言. 日本老年医学会, 2019. https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf, (参照2020-08-20).
- 7) 川崎優子. がん患者の意思決定支援プロセスに効果的に関与していた相談技術. UH CNAS, RINCPC Bulletin. 2017, vol.24.
- 8) 厚生労働省. 平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果(確定版). 看護. 2019, vol.71, no.8.
- 9) 吉田千文ほか. 看護管理. 第4版, メディカ出版, 2018, (ナーシング・グラフィカ, 看護の総合と実践1).
- 10) 西智弘ほか. アドバンスケア・プランニング 光と影. 緩和ケア. 2019, vol.29, no.3.
- 11) 「がん患者用のWeb版意思決定看護支援プログラムの開発」研究班. "共有型意思決定支援ツール". がんになっても…あなたらしく納得のいく生活を送るために: 意思決定の進め方. 兵庫県立看護大学. <http://sadminoncology.sub.jp/admin/index04.php> (参照2020-08-20).
- 12) 角田ますみ. 患者・家族に寄り添うアドバンス・ケア・プランニング. メジカルフレンド社, 2019.
- 13) 西川満則. 本人の意思を尊重する意思決定支援: 事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング. 南山堂, 2016.
- 14) 川崎優子. 看護者が行う意思決定支援の技法30: 患者の真のニーズ・価値観を引き出すかわり. 医学書院, 2017.
- 15) 日本社会福祉会編. 意思決定支援実践ハンドブック: 意思決定支援のためのツール活用と本人情報シート作成. 民事法研究会, 2019.
- 16) 阿部泰之. 正解を目指さない!? 意思決定⇔支援: 人生最終段階の話し合い. 南江堂, 2019.

ACPマニュアル検討委員会

前川 たかし	一般社団法人 大阪府医師会／理事
高橋 弘枝	公益社団法人 大阪府看護協会／会長
木野 昌也	一般社団法人 大阪府病院協会／副会長 一般社団法人 大阪府私立病院協会／副会長
岡村 武彦	一般社団法人 大阪精神科病院協会／理事
立石 容子	一般社団法人 大阪府訪問看護ステーション協会／会長
濱田 和則	公益社団法人 大阪介護支援専門員協会／会長
林田 裕美	公立大学法人大阪 大阪府立大学大学院看護学研究科／准教授
小倉 純正	弁護士法人 御堂筋法律事務所／弁護士
津田 高司	一般社団法人 大阪府歯科医師会／常務理事
篠原 裕子	一般社団法人 大阪府薬剤師会／理事
森谷 恭子	大阪府健康医療部保健医療室保健医療企画課／課長補佐

ACPマニュアル作業部会

高橋 弘枝	公益社団法人 大阪府看護協会／会長
高澤 洋子	一般社団法人 大阪府訪問看護ステーション協会／副会長
山本 恵	一般社団法人 大阪府訪問看護ステーション協会／理事
横手 喜美恵	公益社団法人 大阪介護支援専門員協会／副会長
徳岡 良恵	公立大学法人大阪 大阪府立大学大学院看護学研究科／講師
北之園 真由美	医療法人協和会 千里中央病院／看護部長
後迫 瑞穂	社会医療法人愛仁会 千船病院／副院長・看護部長
藤井 照代	公益社団法人 大阪府看護協会 教育研修部／部長
梶山 直美	公益社団法人 大阪府看護協会 地域包括ケア事業部／部長
板東 由美	公益社団法人 大阪府看護協会 労働環境支援事業部／部長
橋本 千賀子	公益社団法人 大阪府看護協会 教育研修部
中津 正子	公益社団法人 大阪府看護協会 教育研修部
木山 丈偉	公益社団法人 大阪府看護協会 管理部／主任
櫛山 亜由美	公益社団法人 大阪府看護協会 総務部

2020年10月現在

看護職のためのACP支援マニュアル

2020年11月 第1版第1刷発行

発 行 公益社団法人大阪府看護協会
〒540-0001 大阪市中央区城見2-2-22 マルイトOBPビル8階
TEL：06-6947-6900
URL <http://www.osaka-kangokyokai.or.jp/>

問い合わせ先 公益社団法人大阪府看護協会
TEL：06-6947-6900

制 作 株式会社メディカ出版

本書の無断複写・転載は禁じます。