

看護職のためのACP

『住み慣れた秋田の地で自分らしく生きる』をめざして

秋田県の看護職だからできる
医療・介護・福祉が融合した多職種連携とトータルケア



公益社団法人 秋田県看護協会

はじめに

秋田県の高齢化率は、2021年に38.5%となり、日本一高齢化率の高い県として、その更新を継続しています。また世帯別の推移を比較すると、65歳以上の高齢者世帯は、全世帯の34.3%、そのうち要支援・要介護認定されている世帯は28.5%（一人暮らし世帯の32%）を占めます。このことから、高齢者の多くは何らかの疾病や介護が必要な状態を抱え、独居あるいは老々介護をしながら生活をしていることが伺えます。さらに、今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、家族の話し合いの場がさらに減少している現状が認められます。私たち看護職が関わる、在宅福祉領域や病院・診療所等においても、老衰や認知症が進行し「食べられなくなった」、「話が出来なくなった」、「回復が難しい状態になった」とき、本人の意向がわからず、ご家族がとても悩んだり、後悔したりという現状が散見されています。

一方、「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」は、平成27年厚生労働省がガイドラインを作成し普及させたこともあり、いたるところでリーフレットやビデオ等を目にするようになりました。医療・福祉分野においても、退院時共同指導における情報提供に盛り込まれるなどACPという言葉は、日常的に使用されています。しかしながら、その目的や概念が曖昧なまま、言葉や手段を使うことは、現場の混乱を招くことになるのではないかと思います。また、2020年に実施した秋田県看護協会のアンケート結果においても、ACPは在宅福祉領域におけるそれぞれの場で展開されているものの、他施設との連携においては課題の残る結果となっています。

今回、秋田県看護協会では、「住み慣れた秋田の地で自分らしく生きる」をめざし、あらゆる場で活躍する看護職が、ACPの目的・概念を共通認識して連携するために、看護職のネットワーク事業を立ち上げ、本書を作成しました。第1章はACPのめざす姿と理念をまとめました。第2章は具体的な実践に向けた要点をまとめています。第3章は、看護職が関わる様々な場におけるACPの実践を紹介しています。看護職に求められる専門性や倫理性と共に、かけがえのない命の物語を紡ぎ、繋ぐために、あらゆる場の看護職が柔軟に多職種連携できる協働性（連携力）こそ秋田の看護職の強みです。

現実には多様で複雑な事例ばかりですが、悩み振り返りながら知識と技術を積み重ねるために活用していただければ幸いです。最後に本書の作成に関わって下さった皆様に心より感謝申し上げます。

令和5年2月

公益社団法人 秋田県看護協会

地域包括ケア推進看護職ネットワーク事業

目次

1章：ACPって何？	4
------------------	---

2章：実践に向けて	8
-----------------	---

1. 意思形成支援	8
-----------	---

2. 意思表示支援	10
-----------	----

3. 意思決定支援	11
-----------	----

4. 意思実現支援	12
-----------	----

5. 多職種連携のポイント	13
---------------	----

6. 疾患別の対応	14
-----------	----

3章：様々な場と病期に応じたACP	15
-------------------------	----

秋田県の看護職がめざすACP

年をとっても、病気になっても、住み慣れた地域でその人らしい生活を人生の最期まで続けること

秋田県のACPにかかわる看護職の理念

- 私たちは、生活する場所や関わる人が変わっても、その人の意思が継続して尊重されるように支援します。
- 私たちは、その人の人生観・価値観を大切にします。
- 私たちは、その人の気持ちの揺らぎに寄り添い、その時々話し合います。

1章

ACPって何？

● **ACPの概念**：まずACPの意味をしっかりと理解しましょう

なぜ今、ACPなのか「病院の時代から地域包括ケア時代へ」

半世紀前までは感染症などの急性期疾患が医療の中心であり、医師の医学的判断が疾患の改善に結びついていました。医師は医学的な情報に基づいて診断と治療を行い、患者も医師にお任せすればよかったです。しかし超高齢社会の今、医療が対象としている疾患のほとんどは、生活習慣病を中心とした治療が難しい疾患です。

病気や障害を抱えて生活しなければなりません。自分らしく生きること、できるだけ長く生きること等を天秤にかけ、どちらを優先すべきか悩みます。また脳卒中や認知症は医療やケアにおける重大な決断が必要な状況で、適切な意思表示ができなくなる可能性があります。そのため、本人の意思に沿った最善の医療が受けられないことがあります。

また、平均寿命と健康寿命の差異が大きいわが国では、健康寿命を伸ばす取り組みや介護予防への取り組みが促進され、いつの間にか「健康であることは、病気のない生き生きとした状態で日常生活が自立していること」というイメージに特徴づけられている側面もあります。自らの老いとうどう向き合うかという構えよりも、病気を治していつまでも生き生きにという現実とは合致しないデザインの中で、最後までご家族と大切な対話が出来ずにいるケースが多くなっています。

このような超高齢社会に、医療や介護に携わる私たちには、本人の意思に基づいた医療・ケアの実践が求められています。

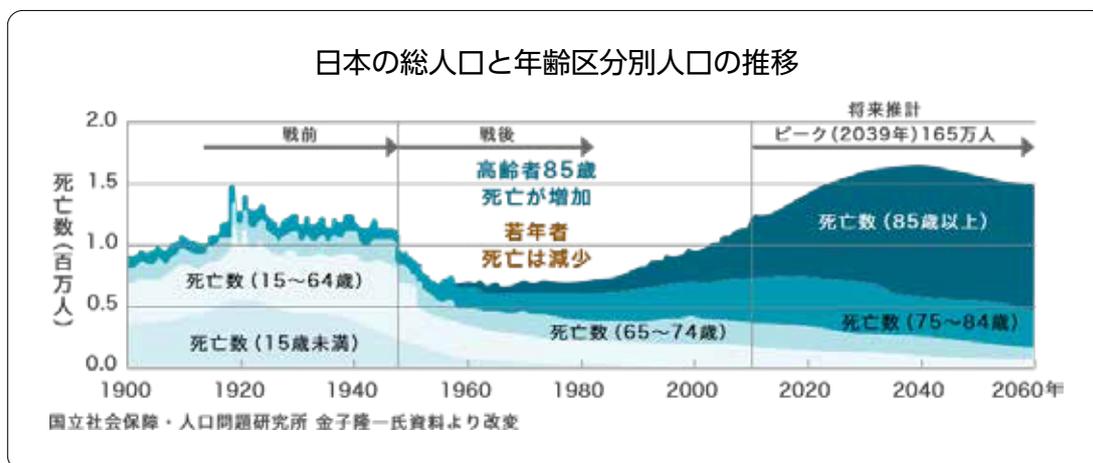
多死時代どこでどのように亡くなるのか

<https://www.smtb.jp/about/sustainability/withyou/successfulaging/consent>
(国際長寿センター日本 (ILC-Japan) 事務局長 志藤 洋子 氏より引用)

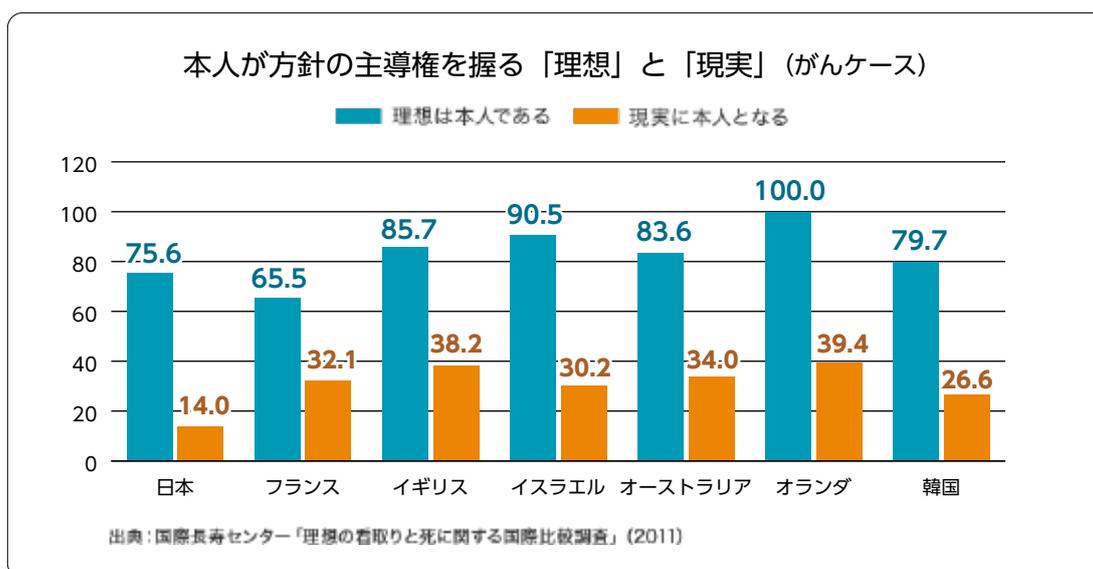
世界に先駆けてかなえた日本人の平均寿命は、今や100歳に近づいています。「長くなった老後」という未知の世界では、どのようなことが起きるのか、老いに伴うさまざまな事からどのようにつき合っていけばよいのか、一人ひとりが手探りでその答えを探していくことになります。

長い老いを生きるとは、病とともに生きることでもあります。まず医療には限界がある、万能ではないことを理解しておかなくてはなりません。治せない病気もあれば、治療に伴う心身の負担が想像以上に厳しい場合もあります。特に高齢者は個人差が大きい上に、複数の疾病が互いに関連しあって重症化しやすい傾向があります。85歳のがん患者にとって、どの治療がベストなのか、標準的な答えは出せません。

治療のための投薬で腎臓や肝臓機能が低下することなどもあります。疾病概念の変化から、高齢者にとっては治癒・救命を目指す「治す医療」から、機能改善や生活支援を重視する「支える医療」が大切と言われるようになってきました。



国際長寿センター日本では、2011年に「理想の看取り」についての国際比較調査を実施しました。



日本の特徴としては、以下の3点が挙げられました。

- ①理想と現実のギャップが大きく看取りについての国民的なコンセンサスがない
- ②治療方針決定時に本人のQOL (Quality of life : 生活の質) や尊厳より、生存期間や家族の意向が優先されがち
- ③本人と家族などが「死」について話し合うことが避けられているため、本人の意向がわからないことが多い

天寿を全うした高齢者が、多く亡くなる時代、一人ひとりの人生の集大成、ゴールを目指す多くのドラマがあります。できればその時を、悔いなく迎えたい、そのための身終いをしておきたい…しかし、そのためにはどのような最期を迎えたいかについて、自分なりに考えを持っておくことが必要になります。

ACPの定義

ACPのより良い実践のためには、関わる多くの専門職がACPの概念を同一理解することが必要です。ここでは日本医師会が公表したACPのパンフレットに記載されている定義を紹介します。

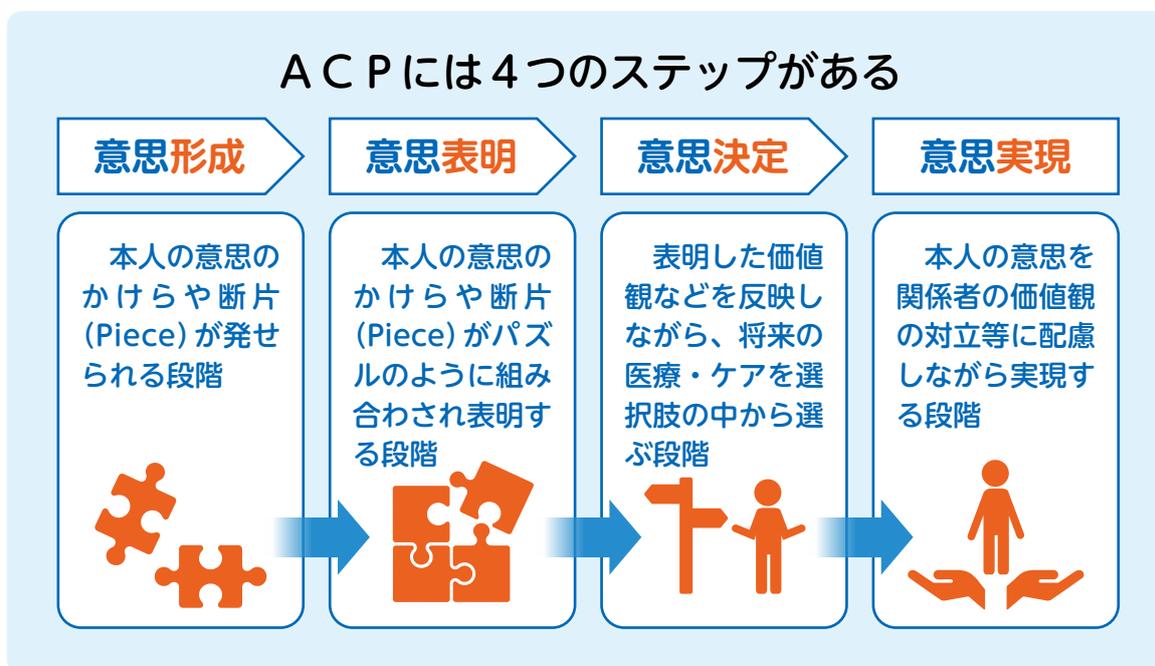
『ACP (Advance Care Planning) とは、将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのことです。患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標にしています』

ACPとはプロセスであり、最終目標は患者さんの希望に沿った医療・ケアが実践されることです。

ACPの実践：どのように行えばいいのでしょうか

ACPには4つのステップがあります。

- 第1ステップ：意思形成支援 第2ステップ：意思表示支援
第3ステップ：意思決定支援 第4ステップ：意思実現支援



支援者が今どの段階（ステップ）を支援しているのかを意識すると取り組みやすいかもしれません。ACPのステップは一方向性ではなく、双方向的であり、意思決定しても都度揺らぐ患者さんや家族とともに繰り返すプロセスが重要です。

患者・利用者の価値判断

医療は侵襲的であり、生活や人生に大きな影響を与えます。治療のために仕事を辞めなければならないかもしれません。家族と一緒に住むことができなくなるかもしれません。あるひとつを決める場合、諦めなければならないことがあります。

どちらを優先するか、自分にとってどちらが大事なのかという価値判断をすることになります。意思決定支援とは価値判断を支援することです。いくつかの価値観の中で何を優先すべきか、その価値を実現するためにはどんな方法があるかを専門家として一緒に考えることが医療における意思決定支援として重要なことです。

患者・利用者の価値観・大切にしている想いをみんなで話し合う

ACPは価値観を取り扱います。しかし価値観は多様であるため、その取扱いには注意が必要です。同じ体験をしても価値観の違いによって見え方、感じ方は異なります。そのため価値観の対立が生じやすいことに注意しましょう。価値観は個人や職種、立場などによって様々です。どちらが正しいとか間違っている、どれが優位である、といった判断はできません。私たちはどの価値観も“フェア”に扱うことが求められます。

価値観が多様だからこそ、みんなで話し合うことが重要です。チーム医療、多職種連携において相手を尊重する姿勢を心がけてください。「このメンバーとならどんなことも発言できる」といった心理的な信頼関係が大切です。

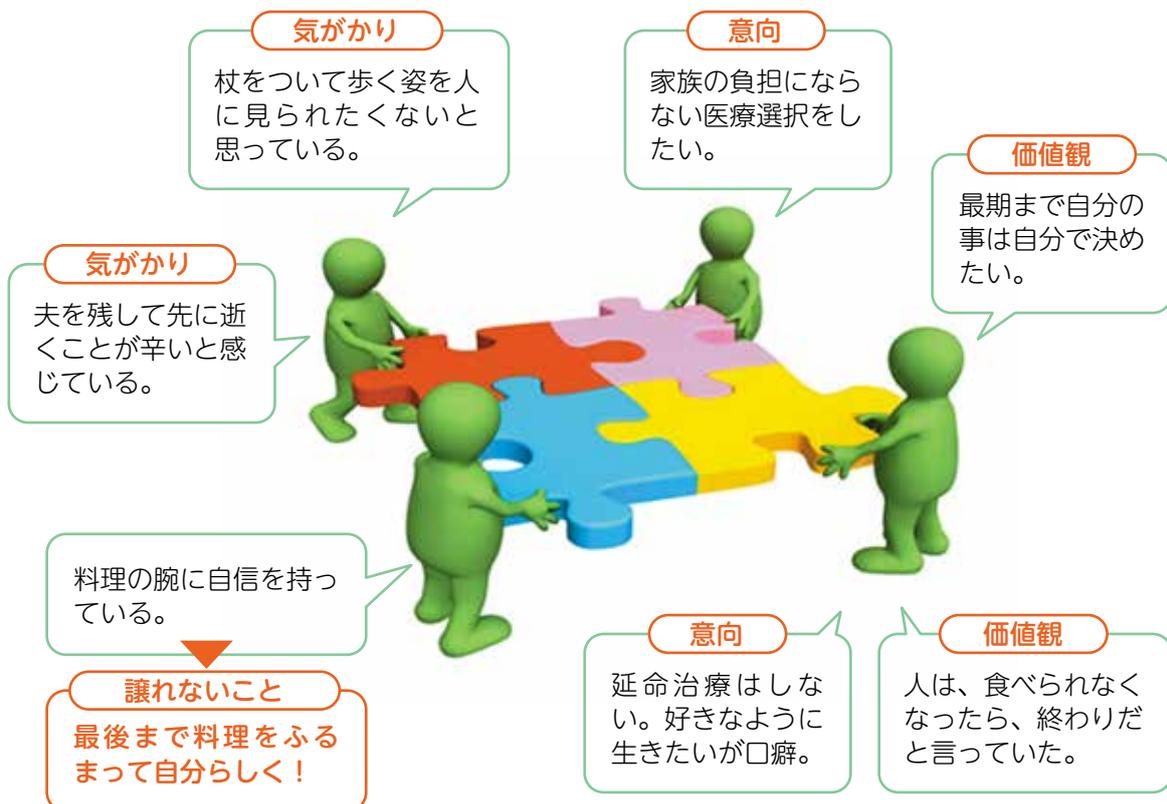


1. 意思形成支援

本人も気づかないような価値観の断片を拾い上げ、形づくるように支援することです。では、本人の価値観を拾い上げるためにはどうしたら良いのでしょうか？

ポイント

- 本人も自分の価値観に気づいていないことがあります。
- そして価値観は一見、それぞれが脈絡なく存在しています。まるでパズルのピース（断片）のようです。
- 関連ある価値観をつなぎ合わせ、意思（想い）を形作ることが意思形成です。



どのように話し合えばよいのでしょうか

本人との何気ない世間話の中に人生の物語、価値観、大切にしていること、譲れないこと、気がかり、目標などが表出されます。そのような時を見逃さず、ちょっと踏み込んで聞いてみましょう。「なぜ、そう思うのですか？」



ポイント

- 今後について具体的なイメージが持てるような情報提供や話し合いをしましょう。
- 話しやすい雰囲気づくりを意識しましょう。
- 「話したくない」「今は話す気分ではない」という気持ちも尊重しましょう。
- 本人や家族の気持ちは、その時々で迷いながら変わるものです。状態に合わせて何度でも話す機会を作り、本人や家族の想いや希望を確認しましょう。



2. 意思表示支援

本人の価値観や気がかりが自身の言葉で語られるよう支援します。

最も重要なことは本人と信頼関係を築くことです。そのためには相手の話をしっかり聴きましょう。「この人は私を分かってくれようとしている」ここに信頼感が生まれます。相手を真に理解することはできませんが、理解しようとすることはできるはずです。

話しやすい環境整備

- ◎静かでリラックスできる環境を用意する。
- ◎プライバシーに配慮する。
- ◎時間を十分に確保し、本人を焦らせない。
- ◎疾患の急性期は避ける。
- ◎大勢で囲むなど緊張させないように配慮する。
- ◎人の出入りのない集中できる環境を確保する。
- ◎せん妄や意識障害がないか確認する。
- ◎告知の直後など強い衝撃や不安がある時は避ける。



声掛けのタイミング・話し方

ACPの話し合いは本人に侵襲を伴うことがあります。その人にとって必要なタイミングを見極めることが必要です。本人・家族の心情に配慮し声を掛けるように努めましょう。

本人・家族

不安を口にしたとき
不安を話し始めたとき

病状が変わった時

外来診療時

入院した時

病状説明・状態説明の時
退院前カンファレンスの時

在宅療養を始めた時

訪問診療時
サービス担当者会議の時

施設に入所した時

入所の面接時
サービス担当者会議の時

介護保険申請時

介護保険サービスについて
話し合う時



3. 意思決定支援

●意思決定支援

本人の価値観に基づいて、最善の医療やケアを複数の選択肢から選ぶことを支援します。

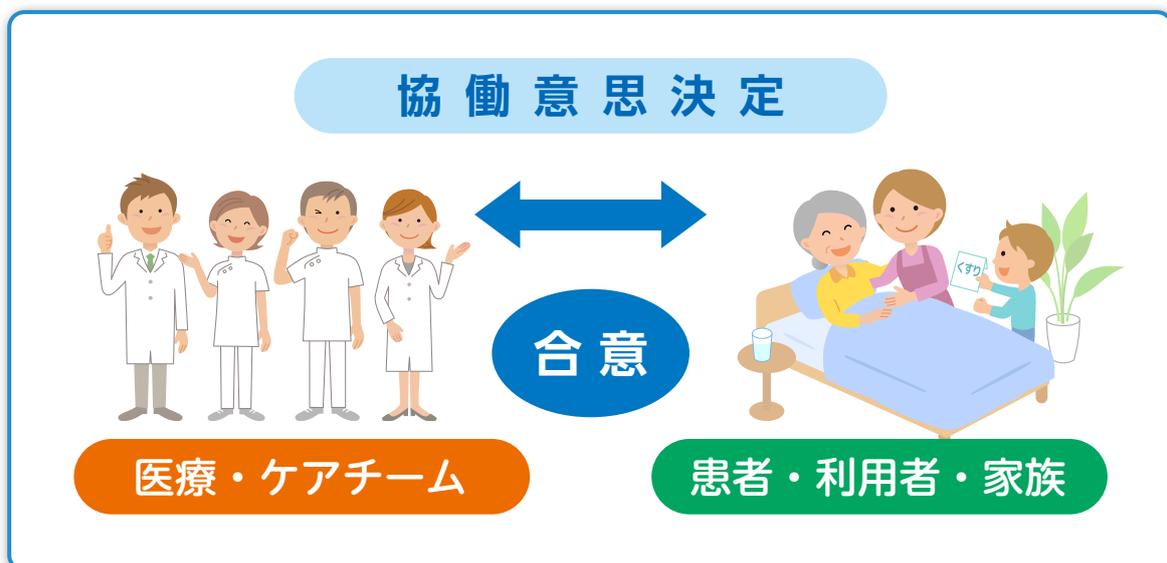
意思決定支援の基本

- ① 本人の意思を基本とします。
確認できない時は家族等による本人の推定意思を尊重します。
- ② 一人で決めず、チーム・多専門職種で話し合います。
- ③ 繰り返し話し合います。

●協働意思決定支援

双方向のコミュニケーションを通して判断の根拠となる手がかりを共有します。本人と一緒に考えるプロセスです。

双方向のコミュニケーションを基本とします。医療・介護従事者は意思決定に協働的に参加し、話し合いを通して判断の根拠や価値観などを共有します。そして専門家の立場で相談にのり、より良い判断ができるようにアドバイスをします。より多くの専門職と協働することも重要です。

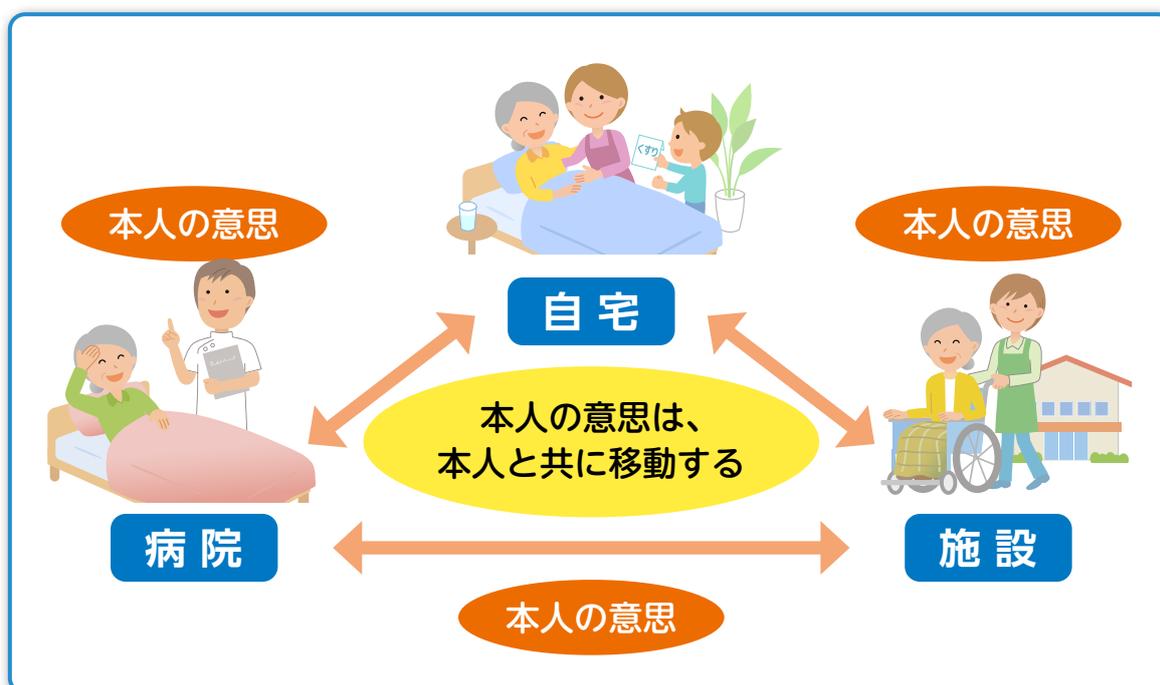


4. 意思実現支援

本人の意思をできるだけ実現することを支援します。

ACPのゴールはその人が病気になっても人生の最終段階であっても、その人の価値観や目標、治療選好に一致した生活や医療が受けられることです。

本人が自宅・病院・施設等どこにいても、本人の意思や価値観などの情報は、本人と共に移動し、本人の意思が実現できる支援が必要です。そのためには多職種が協働し、利用可能な社会資源を最大限に用いることが重要です。



人生最期の意思実現

人生の最終局面は心停止です。死が差し迫っている場合の予測された心停止時に「心肺蘇生をしないでほしい」という本人の意思を実現するために出す指示を DNAR (Do Not Attempt Resuscitation: 蘇生不要) 指示と言います。ACPにおける最期の意思実現と言えます。

しかし、もし慌てて救急車を呼んでしまったら、救急車を呼ぶしかなかったら…。救急隊は心肺蘇生を行うことが義務付けられています。本人の意思を尊重したいと思いつながら心肺蘇生を行うことは、救急隊員にとっても本人にとってもとてもつらいことです。そうならないために穏やかな最期を望むのであれば、早い段階から訪問診療、訪問看護を導入しましょう。

5. 多職種連携のポイント

ACPのプロセスには多くの専門職が関わります。しかし、それぞれに専門分野があり価値観や文化の相違があります。相手の専門性を尊重し、「患者・利用者にとっての共通の目標」に向かいコミュニケーションをとることが重要です。

ポイント

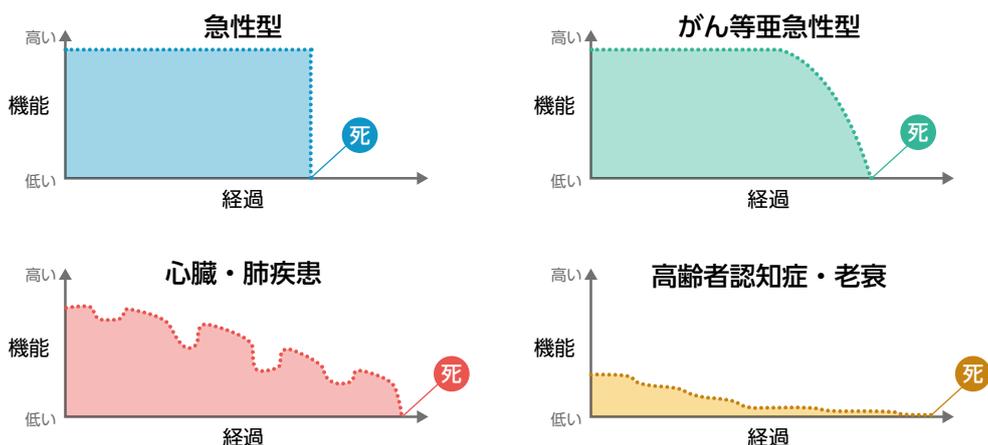
- 共通の目標を設定する。
- 価値観の対立を自覚する。
- 職種の多様性を理解する。
- 相手を尊重する。(専門性を理解する)
- 双方向のコミュニケーションが大切。



6. 疾患別の対応

疾患によって状態や経過は多様であり、ACPの開始や継続のタイミングは様々であることを理解しましょう。

人生の最期に至る軌跡



(Lunney JR, Lynn J, Hogan C: *J Am Geriatr Soc.* 2002;50:1108-1112より)

- : 急性期医療等における急性型
- : がん等の亜急性型
- : 高齢者等の慢性型(呼吸不全等)
- : 高齢者等の慢性型(フレイル、認知症等)

(日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会: 終末期医療のあり方について-亜急性型の終末期について. 2008より)

ポイント

- 非がん疾患（心・肺疾患や認知症、老衰）は、がんに比べ予後予測や終末期の判断が難しい。
- 心不全や呼吸器疾患は急性増悪（体調の急激な変化）を繰り返し、それが改善可能な変化なのかどうかの判断が難しい。
- がんと診断された時から緩和ケアは提供される。
- 非がん疾患は終末期であっても標準的な治療が緩和ケアとなる。
- 同じ疾患でも経過は様々。
- それぞれの病気や病状をその時点でどのように認識しているか確認する必要がある。
- 病状により気持ちは変化するため、本人や家族の意見も変わる。都度、対話することが大切。

事例
1

最期まで家族と過ごしたい明確な意思を尊重した関わり

本人 87歳、男性、特発性胸膜炎

家族 妻、長女夫婦と同居。妻は訪問診療と訪問看護を受け在宅療養中。

経過 5年間入院していた妻が退院したあと、自宅で長女とともに介護していた。息切れを主訴に受診。胸水貯留あり、ドレナージ目的にて入退院を繰り返す。3回目の入院後から在宅酸素療法開始。妻の担当ケアマネジャーより介護申請を進めていくことを病院に連絡。退院後必要に応じてサービス調整をしていく方向になる。初診から5か月後の診察時、症状の再発あり4回目の入院を勧められる。

人生会議 1 回目（再発し、4 回目の入院を勧められた受診時）

《参加者》 病院主治医、本人、長女、外来看護師

- **本人**：「入院したくない」、「以前の入院中室内が暑くてとても辛かった」
- **長女**：疲労感が著明で食も細くなってきているため、自宅での生活を心配している。

《支援内容》

次回を受診の際、再度意向を確認することにする。

人生会議 2 回目（外来での面談時）

《状態》

本人・長女の思いを聞いたケアマネジャーより病院の医療相談室担当者へ伝えられ、相談員より外来に伝えられた。その後、主治医と長女が外来で面談をした。

- **本人**：あまり先が長くないのであれば、入院ではなく在宅での訪問診療に切り替えることも考えたい。
- **長女**：病状が悪化傾向で長くないであろうということは感じている。それを踏まえた上で、「もう入院はしたくない」、「家で人生の最期を迎えたい」と本人の意向は固い。本人の希望に沿いたいと思っているが不安もある。しかし家族で相談し、母が利用している訪問看護と訪問診療を利用したいと思っている。

《支援内容》

外来で長女と話した際、先生や外来スタッフにはとても親切にしてもらって、本人も毎回の外来通院を楽しみにしていたが、最近気力が弱ってきて「あと先が長くない」と死んだ時のことばかり話して「もう楽になりたい」と話していたと時折、涙を流しながら話す言葉を傾聴し、本人・家族の意向を確認し受け止める。

病院側は、何度か意思の確認をし、希望の往診医へ状況を伝え、対応可能か確認。対応可能とのことで、担当ケアマネジャーへ連絡し、サービスの調整を依頼する。

人生会議 3 回目（初回訪問診療時）

《参加者》本人、長女、在宅主治医、ケアマネジャー、訪問看護師、薬剤師
《状態》

倦怠感が強く、ほとんどベッドで休んでいるが、歩行は自立しており、シャワー浴も介助でできている。動いた後の呼吸苦はあるが、酸素濃縮器の調整と、苦痛時の医療用麻薬使用で対応。自分がいなくなった後の引き継ぎや葬儀のことを家族に伝えている。

本人は、看護師が訪問した際は、冗談を言ったり、元気な様子を見せていた。長女には「俺いつまでこうしていなきゃいけないんだ」、「もうあっちに行って、ばあさんの分の席取っておくから」と話し、食事も負担で「あと何回たべなきゃいけないのか」と涙をこぼすこともある。

《支援内容》

訪問時、本人の状態を確認し必要なケアを施行。長女の思いを傾聴し、本人の苦痛が和らぐよう支援する。

人生会議 4 回目（病状が悪化し、医療用麻薬が導入される時期）

《状態》

呼吸困難に対し、医療用麻薬が効果的だったこともあり、表情が明るくなった。もともと話し好きで昔のことを楽しそうに話していた。

しかし、酸素飽和度の低下があるため、その都度、酸素流量の増量や医療用麻薬の使用で対応。

《支援内容》

本人の気分や体調がいいときは、話し相手になり、気分転換を図る。また臥床時間が長くなり、褥瘡発生のリスクが高まるので、エアマットに交換し対処する。そして状態に合わせ、排便コントロールや清潔援助を行う。

人生会議 5 回目（亡くなる 2 日前～当日）

《経緯》

苦痛が強くなり、薬の服薬も難儀したため、貼付剤に変更し、酸素流量も増量した。この時、長女の意味も再確認しながら、今後起こりうる変化を伝え、訪問看護の回数も増やして対応。

呼吸状態が悪化した時、長女が傍らを離れず見守っていたら「バイバイ」と手を振ってから息を引き取り、最期の瞬間を見届けることができたと話している。

考察

経過の進行が速く、介護する家族の無念さはあったが、本人の希望に沿うことができ、時間の経過とともに肯定的に受け入れている様子が家族に見られた。

また、本人の『最期までこの家でいたい』という固い意思に対し、病院関係者は本人の気持ちを尊重し、早急に訪問診療を依頼するなどの対応をし、在宅ケア関係者との連携が図られた。そして本人の希望を実現することができたのは、良好な家族関係があったからと思われる。

事例 2

自宅療養を強く希望する本人に寄り添う妻の揺らぎへの支援

本人 70歳代、男性、閉塞性黄疸・糖尿病、検診・受診歴なし

家族 妻と二人暮らし 子供二人（他県）

経過 歩行困難で近医に介護保険申請目的で初受診。血糖600mg/dl以上、他異常値で即日市内の病院入院。精査加療中、治療拒否・退院願望強く、病名診断がつかないまま退院し、開業医（以下主治医）への通院と週一回の訪問看護開始となる。

人生会議 1 回目（初回訪問）

《状態》

強度のるい瘦・全身黄染確認。

- **本人**：苦痛なく食欲旺盛、妻の介助でトイレ歩行。煙草と少量のお酒を飲み、平穩に過ごされる。「煙草も酒も好きにやっている、病院だとうはいかない」。
- **妻**：「頑固な性格で私の言うことを聞くような人ではない」
黄染に気づいているが「本人には伝えないでほしい。まじめに治療して延命するのと、好きなことをして幕引きになると、どちらがいい人生なのかな…」本人の好きな畑仕事ができるように元気になってほしい。

《支援内容》

妻の中で、病名診断されることや治療に対する不安や葛藤がある様子。本人の判断能力あるため、病名診断希望の有無や今後の治療について追々確認してみることで妻の同意を得る。訪問後主治医へ状態報告し、今後本人・妻の意思確認が必要であることを共通認識する。

人生会議 2 回目（訪問 2 週間目）

《状態》

閉塞性黄疸、膵頭部癌疑いの診断。主治医から本人・妻へ病名告知し、治療をしなければ命に関わることを説明される。

- **本人**：「俺の〇〇年間の人生を否定された、病院には死んでも行かない」
「どこも悪くないから訪問診療もいらない、必要なら自分で行く」
一方で外を見ながら「人も車も減多にこない静かな場所、いい所だろう」、「風が気持ちいい」など談笑されることもあり。
- **妻**：「夫の意向に添ってこのまま家でみたい。もう少し頑張るけど、そのうちショートステイにも行ってもらおうかな」、娘には病状を伝えているが、あちらにも家庭があり簡単に帰省できる状況でない。

《支援内容》

少ない訪問回数の中で、早期に本人・家族と信頼関係が築けるよう、一回の訪問時間を長く設け、生活空間やペースを乱さないよう配慮。多くを語らない方であるが、思いの表出や気持ちの変化に留意し傾聴に努める。

人生会議 3 回目（訪問 3 週間目）

《状態》

A D L 低下し通院から訪問診療へ切り替え。病状悪化あり、今後起こりうる症状や経過について主治医から本人・妻へ説明。

- **本人**：傾眠強く経口摂取量減少、意思表示はネックサインで応じ意識レベル低下なし。痛みなど身体症状なく煙草も継続。病状説明に「このままでいい」。
- **妻**：「管(胆管)に閉塞しているものが、ポンっと取れることないかな…、これからが長期戦、夫のペースに巻き込まれないように頑張らなきゃ」との言動が聞かれる。

《支援内容》

本人から苦痛の訴えはなく、煙草を吸ったりテレビを見たり自分のペースで過ごされている。一方、妻は病状進行し末期状態であることを、どのように受け止め、理解しているのか把握しづらい場面がある。妻の言動に傾聴し、状況に応じて主治医からの再説明とケアマネージャーとの情報共有を密にする。

人生会議 4 回目（看取り当日）

- **本人**：テレビで野球観戦し煙草も吸っていた。突然呼吸苦がみられ、酸素飽和度が低下し容体悪化。病院搬送の意思確認にネックサインで拒否される。
- **妻**：「この状況で家にいるのは不安。意識が低下した時点で救急搬送し、病院で治療してもらいたい。治療すれば次の季節までは大丈夫だと思う」との発言あり。疲労蓄積し眩暈を訴えられる。

《支援内容》

本人の意思を尊重し、意識があるうちは病院搬送しないことで妻も納得されている。ただ、妻の体力も限界にきており、妻が希望する良いタイミングでの搬送も一考となるか。あるいは訪問回数や訪問時間を増やし、看護師と一緒にいることで妻の不安が軽減し、本人が望む「病院に行かない」看取りが可能となるだろうか。妻へ今後起こりうる看取りまでの身体変化について説明し、いつでも連絡・訪問可能、サポート体制が整っていることをお伝えする。

訪問中一時的に呼吸状態落ち着き、妻が在宅療養継続を希望され、一旦退室。数時間後、意識レベル低下の連絡受け、看護師到着時、脈微弱で呼吸停止状態。

妻：「心臓マッサージしたら復活するかな」

看護師：「本人が望むでしょうか」

妻：「望まないね…」

子供二人も前日帰省し、短時間ではあったが最期を一緒に過ごすことが出来た。

考察

当初から病院に行かず家にいたいという本人の意思は明確であり一貫していた。妻は早い段階から本人のその意思に添い、最期まで支えることが出来た。ただ、主治医からの病状説明や状態悪化時の意思決定が必要な場面でも、予後に期待する妻の気持ちが見え隠れし、揺らぎや不安・葛藤があったことは間違いない。看護師はその妻の気持ちに寄り添い、ともに考え、看取り体制を整えることで、不安の中でも本人の望む『病院に行かない』最期を迎えることが出来たのではないだろうか。後日妻から臨終の際は心強く、我を忘れたところを留まることが出来た、との便りを頂いた。今回は終末期から関わる A C P の事例であったが、対象者をもっと知り、言葉を聞きたかったと思う。日々の業務の中で、これからどう生きていかに焦点をあてた、早い段階から始める A C P の取り組みを模索していきたい。

事例 3

思いの変化に寄り添ったACP

本人 女性、95歳

家族 次女夫婦と暮らしていた。長女は県外在住。

経過 本人の入退院繰り返しによるADLの低下、次女の体調不良も進み在宅生活が困難になり、介護老人保健施設へ入所。入所後も慢性心不全にて一度入院している。胸部不快と食欲不振が進み、血液検査の結果受診が検討された。

《本人・家族の意向》

本人：特に意向を話す事はなかった。

家族：受診を希望される。「長生き」を希望している。

人生会議 1 回目（受診を希望するかどうか、今後の方針を決定してもらう時期）

- **本人**：受診の希望はなく、症状を話す事はできる。
- **家族**：キーパーソンの次女に電話が繋がらず、長女の意向で救急外来へ受診が決定される。結果として「心不全はコントロールされているが手術は不可能、食事量低下や不調があるということはシビアな状況、今後の方針を決める時期と思う」と病院から言われたことを長女へ伝える。

（後日）

次女：「病院では手術は無理と言われたし治療は望まない。食事については経鼻栄養を希望したいが悩んでいる。コロナ禍のため面会不可である病院には入れたくない。施設にいる方が他者との交流ができるから」と家族間で再度話し合いをすることになる。

（3日後、電話にて）

「話し合いの結果、経鼻栄養はあまりに酷だということになり、食べられない時間が続くようなら受診をさせてほしい」

《支援内容》

経口摂取はできているため、症状緩和をしながら施設生活継続で経過をみることになる。必要時は受診することを家族と本人へ伝え、承諾を得た。

人生会議 2 回目（受診希望の有無、今後の方針の再確認）

- **本人**：「胸と心臓が苦しい」と酸素吸入開始される。希望などは特になし。
- **家族** **次女**：「心臓なら」と救急搬送希望される。
長女：「（電話にて）施設では胃ろうか鼻腔かの選択しかできないと聞いたので、急変時は搬送を希望と話したと思う」と話す。

《支援内容》

今後の生活の場として、施設より医療が受けられる療養型の病院等もあることを伝える。

(3日後)

- **本人**：食事を摂ろうとしなくなる。
- **次女**：「食べられないのはしかたがないと思っている。苦しいことについては病院へお願いしたい、県外の姉に会わせてあげたい」

《支援内容》

酸素吸入しても苦痛が緩和されない場合は搬送することになる。看護は介護職員と苦痛緩和のケアへ見直しをする。オンライン面会の準備を進め、家族へケアの内容を説明し理解して頂く。

人生会議 3 回目（今後の方針を決定するために施設長である医師から次女へ病状説明）

- **医師**：「老衰が進んでいて食べられない状態が続いている。状態が悪化し病院へ搬送したとしても、病院は看取りの場ではないので、施設で看取ることをお勧めします」と説明、家族は納得され了承される。看取りケアに同意され、直接面会もすることができた。

《支援内容》

家族へも施設での看取りケアについて（最期まで施設で過ごす事になること、施設長が看取ってくれること、24時間看護職員もいること、施設での可能な限りのケアを提供すること等）の理解を頂き、看取りの時までの環境を整えることになる。

考察

その都度その時の家族の意向に沿って対応することはできていたが、本人の意向が反映されたかわからない結果となってしまった。キーパーソンの家族と連絡が取れなかったことがきっかけで、結果として家族間での話し合いが進み家族の意向がまとまった。施設側としてもできることとできないことを事前にお伝えできればよかったが、状況が変わり結果として施設長からの病状説明で家族が納得のできる看取りケアに同意できた。チームとして施設での看取り『最期の場所は馴染みのある施設で』という目標に向かうことができたと考える。



秋田県 **かんご**ちゃん

看護職のためのACP

『住み慣れた秋田の地で自分らしく生きる』をめざして

〈発行〉令和5年(2023)2月

〈製作〉公益社団法人 秋田県看護協会
地域包括ケア推進看護職ネットワーク事業