

# アドバンス・ケア・プランニングの実践における 困難要因とその対策

Difficulties and countermeasures in implementing advance care planning

植田可織<sup>1)</sup>, 井本千代香<sup>1)</sup>, 山田 伸<sup>1)</sup>, 勝原優子<sup>1)</sup>,  
徳田和央<sup>2)</sup>, 中村文哉<sup>2)</sup>, 吉村耕一<sup>2)</sup>

Kaori Ueda<sup>1)</sup>, Chiyoka Imoto<sup>1)</sup>, Shin Yamada<sup>1)</sup>, Yuko Katsuhara<sup>1)</sup>,  
Kazuhiro Tokuda<sup>2)</sup>, Bunya Nakamura<sup>2)</sup>, Koichi Yoshimura<sup>2)</sup>

1) 山口県立大学大学院健康福祉学研究科博士後期課程

2) 山口県立大学大学院健康福祉学研究科

1) Doctoral Program, Graduate School of Health and Welfare, Yamaguchi Prefectural University

2) Graduate School of Health and Welfare, Yamaguchi Prefectural University

## 抄録

アドバンス・ケア・プランニング（ACP; advance care planning）において、様々な理由で本人による意思表示が困難なケースが存在する。本研究では、本人による意思表示が困難な例として、対象者が小児および高齢者である場合、精神医療の非自発的入院の場合、終末期栄養補給法選択の場合について、ACP実践の困難要因及び対策を文献的に考察した。本人に起因する内的困難要因、適切な情報の未提供等の外的困難要因、重要他者の不在等の社会的困難要因が、ACP実践の困難要因として考えられた。支援者は、それらの困難要因を理解した上で、本人にあわせてACPを実践していくことが重要である。今後、ACP推進に関する議論がさらに高まることを期待する。

キーワード：アドバンス・ケア・プランニング、実践、困難、対策

## Abstract

In advance care planning (ACP), there are cases where it is difficult for patients to express their intentions for various reasons. In this study, we discussed the difficulties and countermeasures for the implementation of ACP in the cases of children and the elderly, involuntary hospitalization for psychiatric care, and the choice of end-of-life nutrition, as cases in which it is difficult for the patients to express their intentions. Internal difficulties caused by the individual, external difficulties such as non-provision of appropriate information and social difficulties such as the absence of significant others were considered to be the factors that make ACP implementation difficult. It is important for supporters to understand these difficulties and to implement ACP according to the individual patients. It is hoped that discussions on the promotion of ACP will be further enhanced in the future.

Key words: advance care planning, implementation, difficulty, countermeasure

## I. 緒言

2024年度の診療報酬改定により、一部の医療機関を除く入院料を算定する医療機関において、意思決定支援に関する指針を策定することが義務づけられた（厚生労働省a, 2024）。意思決定支援においては本人による意思決定を基本とすることが重要な原則であり、医療従事者からの適切な情報提供の下、本人と代理意思決定者に成り得る者を含めての十分な話し合いを繰り返し行い、その都度文書化し共有することが肝要であるとされている（厚生労働省b, 2018）。

本人による意思決定を支援する方法の1つに、「今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス」と定義づけられるアドバンス・ケア・プランニング（advance care planning: ACP）がある（木澤, 2017）。ACPはその性質上、本人による意思表示が不可欠であると言えるが、様々な要因により本人の意思表示が困難な場合が存在すると考えられる。本稿では、本人による意思表示・意思決定を阻み、ACPの実践を困難にする要因について、その対策を含めて検討したので報告する。

## II. ACPの概念と目的

2017年に厚生労働省が実施した「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」において、木澤はACPについて、「年齢と病期にかかわらず、成人患者と、価値、人生の目標、将来の医療に関する望みを理解し共有し合うプロセス」であることを示し、対象者本人の自己コントロール観が高まること、本人と家族の満足度が向上し、家族の不安や抑うつが減少すること等を効用として挙げているが、本人のヘルスリテラシーの低さや実際の臨床に適用することの難しさにより、普及が難しいことを報告している（木澤, 2017）。また、2018年の「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」によると、ACPについてよく知っていると答えた者は、一般国民ではわずか3.3%、医師で22.4%、看護師で19.7%であり、決して高いとは言えなかった（厚生労働省c, 2018）。そのため厚生労働省は、ACPの愛称を「人生会議」とし、普及啓発に取り組んでいる（厚生労働省d, 2018）。

角田は、ACPは単に治療やケアの計画を立てるための手段ではなく、対象者本人が「自分の価値観や希望を考える」「他者と話して共有する」「医療や

生活について意思決定する」さらに「決定したものを見直す」プロセスであり、「適切な情報提供」「話し合いと共有の場づくり」や「意思決定・意思表明支援」を周囲から受けながら、必要に応じて「戻る」あるいは「進む」を繰り返すものであることを提唱した（角田, 2022）。さらに大濱は、ACPにおいては事前指示を作成するプロセス自体を共有することが重要であり、それにより本人の想いを理解し、複雑な状況に対応することが可能であるとしている（大濱, 2019）。つまり ACPは、事前指示を作成するためではなく、本人の希望や価値観を理解し、可能な限り実現することによって本人の尊厳を守り、より良く生きることを支援するために実践すべきであると言える。

ACPの目標について、Sudoreらは「重篤な疾患ならびに慢性疾患において、患者の価値や目標、選好を実際に受ける医療に反映させること」であるとした（Sudore et al, 2017）。また、いくつかの団体は対象とする者の年齢や健康状態、実施段階、組織の理念等に応じた目標を個別に掲げている。例えば日本老年医学会は「本人の意向に沿った、本人らしい人生の最終段階における医療・ケアを実現し、本人が最期まで尊厳をもって人生をまっとうすることができるよう支援することを目標とする」とし（日本老年医学会, 2019）、東京都医師会は「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」としている（東京都医師会, 2019）。これらの目標を総合すると、ACPは健康状態や健康段階に関わらず、本人が本人らしく尊厳をもって生きるために実践される支援であると言える。そのようなACPをより多くの者に普遍的に実践することが望まれる。そのために、ACPの実践を妨げている困難要因及び現状と課題について検討することの必要性は高い。

本稿では、本人による意思表示・意思決定が困難な場合の具体例として、対象者本人が小児または高齢者の場合と、精神医療における非自発的入院の場合、また特に情報不足に起因して意思決定が困難な場合の一例として、終末期における栄養補給法選択の場合を取り上げ、それぞれACPの現状と課題や困難性の要因及び対応策や工夫等について、先行文献等を踏まえて概説する。

### Ⅲ. 小児医療におけるACPの必要性と現状の課題

2024年度の診療報酬改定により、入院料を算定する医療機関において意思決定支援に関する指針を策定することが義務づけられたが、小児科はその対象から除外されている（厚生労働省a, 2024）。しかし、5歳から9歳までの死因の第1位並びに10歳から14歳の死因の第2位は悪性新生物である（厚生労働省e, 2024）。このように、小児医療においても、遠くない未来に人生の最終段階を迎えることが予期される症例は少なくない。そのため、ACPを、年齢と病期にかかわらず、価値観、人生の目標、将来の医療に関する望みを理解し共有し合うプロセスであると捉えて、小児医療においてもACPを実践することが必要であり、小児医療における意思表示・意思決定支援の実践について積極的に検討すべきであると考ええる。

余谷は、ACPの考え方を小児医療に取り入れることの必要とともに、小児医療におけるACPの目的は「子どもが、本人の価値観、目標、意向、そして家族の価値観、目標、意向にも沿ったケアや治療を受けられるようにすることにある」とし、子どもの思考力や理解力に配慮しながら、遊びや何気ない会話の中で語られる想いを含めた子ども自身の意思を聞くことの重要性を示している。しかし、その一方で、子どもにおいては本人が意思決定できず代理意思決定が前提であることも少なくないという現状も報告している（余谷a, 2023、余谷b, 2023）。小児は理解力や判断力が未熟であるため、そもそも意思決定をする機会が積極的に作られていない現状があると考えられる。角田の提唱するACPのプロセス（角田, 2022）にあてはめると、理解力や判断力が未熟な小児では「自分の価値観や希望を考える」及び「医療や生活について意思決定する」にまず困難がある。さらに、医療者が意思決定支援を積極的に実施していないことにより、「他者と話して共有する」にも困難を生じさせていると考えられる。しかし、小児の尊厳と権利を守るためには、本人の意思をケアや治療に反映させることが必要である。小児自身が望むケアや治療を直接的に問うことが難しい場合においても、家族あるいは医療者が価値観、目標、意向について日常生活の中から丁寧に聞き取ることで、治療やケアに本人の意思を反映することが可能になると考える。

平田らは、病状や予後については子どもに伝えられていないことが多いとした上で、死が差し迫っている状況下でも生きるためには希望が必要であり、子どもと家族が希望をもって生きるための意思決定支援が

重要であることを示した（平田ら, 2020）。多田羅は、日本の若者は自立や自己決定に重きを置かない傾向があるとし、望まない困難な意思決定を求めるのではなく、残された大切な時間を有意義に過ごすために意思決定のための話し合いを繰り返すことが重要であると示した（多田羅, 2022）。これらを踏まえると、小児医療におけるACPで大切なことは、小児自身が最期まで希望をもって生きることを支援することであると考えられる。告知の状態によっては死を連想させる表現を避ける等、家族や小児の心情に十分に配慮した上で、小児自身が望む生き方と、そのために必要な医療、ケア等について共有することが肝要であると言える。

森らは、小児がんのこどもを亡くした母親は「病院は患者の都合は関係なくて、機械の流れ作業の中にいるようだった」や「子どもは何一つ自分で決められない、だから可哀想」等、自身が行った看護への後悔や自責、無力感、受けた医療・看護についての感謝や不信等、複雑な心の揺れ動きがあることを示し、発病期から死別後までの継続的な支援の必要性を報告している（森ら, 2010）。伊藤は、わが国の小児における看取りでは、家族は心理的な混乱の中で治療の不開始あるいは延命措置の継続、中止等の選択や判断を迫られ、そこに多大な困難と苦悩が伴う現状を報告している（伊藤, 2010）。小児の看取りや喪失体験が家族の心理面に及ぼす影響は大きい。ACPの実践を通して小児の意思を丁寧に聞く機会を設け、家族の選択や判断を支えることにより、遺族の自責や後悔、無力感を少しでも軽減することに繋がると考えられる。

以上のことから、小児医療におけるACPでは、意思表示・意思決定に困難があることを理解した上で、小児自身の意思を日常生活の中から丁寧に聞き取り、共有し、医療やケアに反映させて、小児と家族が最期まで希望をもって生きることを支援することが大切である。またそれだけではなく、十分な配慮の下で小児自身の想いや意思を聞く時間を意図的に設けることが、家族の心理的負担、不安や後悔を軽減し、家族と小児にとって大切な時間を有意義に過ごすための一助となると考える。

### Ⅳ. 高齢者医療・ケアにおけるACPの現状と課題

稲垣らが2016年に実施した質問紙調査によると、65歳以上の高齢者の中で、ACP（自分の人生観や将来の望む医療・ケア等）に関する話し合いを周囲の人と実施していた者は63.4%、ACPの記録を実施していた者は23.7%であった。ただし、この対象者は都心部で

自宅に居住して地域活動に参加していた高齢者であり、自立性や活動性が比較的高い集団であった可能性が高かった（稲垣ら, 2020）。そのため、全国の平均的な高齢者におけるACPやその記録の実施率はもっと低いことが十分に想定される。すなわち、高齢者におけるACPの普及は、十分ではないと考えられる。

高齢者医療・ケアにおけるACPについて、日本老年医学会は「ACP推進に関する提言」の中で、「本人の意向に沿った、本人らしい人生の最終段階における医療・ケアを実現し、本人が最期まで尊厳をもって人生をまっとうすることができるよう支援することを目標とする」ことや、「ACPのプロセスにおいて、本人の価値観、信念、思想、信条、人生観、死生観や、気がかり、願い、また、人生の目標、医療・ケアに関する意向、療養の場や最期の場に関する意向、代弁者などについて話し合うことが望ましい」ことを示している（日本老年医学会, 2019）。ただし、そのACPの実施に際しては、加齢による身体的・心理的な変化並びに社会的な変化の影響を考慮する必要があるはずである。実際、厚生労働省の検討会による「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の平成30年版改訂では、「本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、その場合に本人の意思を推定しうる者となる家族等の信頼できる者も含めて、事前に繰り返し話し合っておくことが重要であること」の観点が重視された（厚生労働省b, 2018）。すなわち、高齢者の認知機能や身体機能が低下しコミュニケーションが取れなくなる前にACPを実践しておくことが求められている。

高齢者の身体的な加齢変化の一つに、聴覚や視覚等の感覚機能の低下がある。聴覚は言語および思考や情動、コミュニケーション機能に重要な感覚であるため、難聴は知的機能の低下に関連する（小川, 2021、西田ら, 2018）。また、老眼や加齢黄斑変性等に伴う視覚機能の低下は、認知機能の低下と直接関係する（福岡, 2023）。認知機能に関しては、加齢に伴って新しい情報を処理し、操作する知能が直線的に低下するとされている（西田, 2017）。これらの加齢変化が進めば、角田の提唱するACPのプロセス（角田, 2022）の「自分の価値観や希望を考える」ことだけでなく、「他者と話して共有する」ことや「医療や生活について意思決定する」プロセスも困難となっていく。そのため、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」が示すとおり、加齢による身体的・心理的な機能低下のために本人が自らの

意思を伝えられない状態になるよりも前からACPを開始することが必要である。具体的に言えば、感覚機能や認知機能が比較的維持されている60歳代までにACPを開始することが望ましいと考えられる。

さらに、加齢に伴う社会環境変化の視点として、少子高齢化により人口は減少し、高齢者の1人世帯及び高齢2人世帯が増加している（厚生労働省f, 2024）。65歳以上の者のいる世帯では、夫婦のみの世帯及び1人世帯がそれぞれ約3割を占め、1人世帯は増加傾向にある（内閣府, 2024）。高齢者の一人暮らしが増加することは、本人の意思を伝えられる家族等の重要な他者を欠くことで、角田の提唱するACPのプロセス（角田, 2022）の中の「他者と話して共有する」のプロセスが困難になってくる高齢者が増加するというところにほかならない。ACPには十分な「話し合い」の回数や時間の確保が必要であるため、身近に重要な他者がいる内にACPを開始し、医療・ケアチームがACPの過程を記録しておくことが必要である。

日本老年医学会の「ACP推進に関する提言」では、要介護認定を受ける頃までにはACPを開始することが望ましいと示されている。その上、近い将来には要介護の段階や健康段階を問わず、できるだけ早めに、可能な場合は壮年期からACPを開始することが推奨されることも記されている（日本老年医学会, 2019）。すなわち、高齢者のACPでは、本人が重要他者並びに医療・ケアチームとともに繰り返し話し合っておくことが十分可能な時期から開始することが最も重要と考えられる。早期からACPに取り組むことで、本人の意思表示・意思決定が困難な状態や、重要な他者を欠くことになっても、事前に本人が家族等の重要他者と医療・ケアチームとの間で共有してきた本人の意思を可能な限り反映したケアを提供することができ、最期まで本人が尊厳をもって生きることが可能になると考えられる。

## V. 精神科医療（非自発的な入院）におけるACPの現状と課題

精神疾患の特性として症状の悪化により判断能力が低下し、病気の自覚が持てない場合がある。そのため、わが国の精神科医療では、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に基づき、本人の同意によらない非自発的な入院形態（措置入院、医療保護入院、応急入院）が設けられている（精神保健福祉研究会監修, 2018）。精神保健指定医の診察の結果、精神障害のために自傷他害の恐れや、本人の同意に基づく入院（任

意入院)につなげるよう最大限努力をしても、本人の同意が得られない場合においては、本人に適切な治療へのアクセスを保障するという観点から、その医療及び保護を行うことを目的として非自発的な入院が必要であるとされる(厚生労働省g, 2018)。

非自発的な入院は、本人にとっては不本意なものであり、疾患による心身機能の低下、医学モデルにおける専門職主導型の治療関係等、いくつかの個人的要因と環境的要因から、精神障害者はパワーレスな状態に陥りやすい(栄, 2005)。家族にとっては、自責の気持ちや安心の様々な葛藤を抱き、将来に対する不安、経済的な負担等、多くのストレスと生活上の困難さを生じさせる(古谷ら, 1999、栄ら, 1998)。これらに伴い、角田の提唱するACPのプロセス(角田, 2022)の中の「自分の価値観や希望を考える」並びに「医療や生活について意思決定する」に困難が生じ、さらに「他者と話して共有する」ということも難しい状況になると考えられる。しかし、このような状況であっても、本人の意思、価値観や希望、考えが尊重される治療や支援が望ましく、ACPの実践が必要であると考ええる。

非自発的な入院となった場合でも、その後の症状等の変化により本人の意思が確認できる状態になった際には、速やかに本人の意思を確認し、本人の同意に基づく入院(任意入院)への移行や、入院治療以外の精神科医療を行うことを検討する必要がある(厚生労働省h, 2022)。こうした確認は、選任された退院後生活環境相談員(精神保健福祉士、看護師、作業療法士、公認心理師等)により、退院支援委員会という仕組みのなかで、地域援助事業者と連携をとりながら行われ、退院促進に向けた支援をするよう義務づけられている。その退院支援委員会では、医療や社会資源に関する適切な情報提供がなされ、本人の希望、ニーズ等を踏まえて家族や支援者と一緒に今後の生活について話し合われて共有され、本人の意思表示・意思決定を定期的に見直すことも支援される。このような退院支援委員会が関わる支援プロセスは、角田のACPのプロセス(角田, 2022)と酷似しており、精神科医療におけるACPであると考えることができる。

非自発的な入院の場合、家族の心理的な負担は大きい。その不安、葛藤やストレスを軽減するためには、病気や障害、社会資源等に関する適切な情報提供と家族心理教育等の家族が他者と話し合いを共有する場の提供の両方の支援が必要である(伊藤, 2015)。患者が何を望むのか、患者や家族にとって何が最善なのか

について、家族が十分な情報を得て話し合うことは、患者の服薬コンプライアンスを促進し、再発や再入院を減らす可能性がある(Pharoah et al, 2010)。このような家族に対する支援は、本人の意思表示・意思決定を支えることにつながるため、非自発的な入院におけるACP実践では特に重要である。

さらに、パワーレスな状態となっている精神障害者が、主体性を回復・尊重(エンパワメント)されるプロセスとしても、ACPの取り組みは大切である。これらを担う退院後生活環境相談員は、バイステックの7原則(個別化、意図的な感情表出、統制された情緒的関与、受容、非審判的態度、自己決定の尊重、秘密保持)(Biestek, 1957)に基づき、良好な援助関係を築いていくための適切な行動原理・技法・基本的原則を身につけ、実践していくことが求められる(日本精神保健福祉士協会, 2024)。また、ACPを実践していく上で、医学モデルの視点だけではなく、生活モデルの視点でも捉え、さらに、その人やその人を取り巻く環境の「強み」を活かしてエンパワメントするためのストレングスの視点を踏まえることも重要であると考えられる(Rapp et al, 2014)。

## Ⅵ. 終末期の栄養補給法選択を一例としたACP実践を阻む問題点

2023年の「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書」によると、希望する治療方針の問いに対する一般国民の回答割合は、口から水を飲めなくなった場合の点滴を「望む」56.2%と「望まない」18.8%、口から十分な栄養をとれなくなった場合の中心静脈栄養を「望む」19.4%と「望まない」46.5%、口から十分な栄養をとれなくなった場合の経鼻栄養を「望む」11.8%と「望まない」54.5%、口から十分な栄養をとれなくなった場合の胃瘻を「望む」7.6%と「望まない」63.3%であった(厚生労働省i, 2023)。すなわち、一般国民では、口から十分な栄養をとれなくなった場合に、積極的な治療を望む者よりも望まない者の方が圧倒的に多数であった。

多くの人が望む点滴(末梢静脈栄養)では、口から水を飲めなくなった場合の水分補給には有効だが、生命維持に必要な栄養量を維持できない(佐々木, 2013)。栄養量を維持できなければ低栄養となるが、低栄養が重度になれば生存期間は短くなる(大坪ら, 2021)。すなわち、口から十分な栄養をとれなくなった場合に、栄養補給のための治療をしないという選択をすれば、結果として生命維持が不可能になり、死に

直面することになる。また、介護施設・福祉施設の入院患者で最も多い疾患は「食物及び吐物による肺炎」であった（厚生労働省j, 2023）。この事実、終末期において口から食べることが困難な場合に、それを無理に続けると窒息や誤嚥性肺炎の原因となる危険性があることを意味している。一方、胃瘻を介した経腸栄養は、長期栄養管理が必要で消化管機能が維持できている場合に、安全で効率の良い栄養摂取方法である。にもかかわらず、前述の国民意識調査において胃瘻等の栄養補給のための治療が望まれる事は極めて少なかったことから、その調査で示された一般国民の意識が、必要な情報を十分に理解した上で決定された選択とは考え難い。

医療・ケアの対象者がより良い選択をするためには、医療・介護従事者等による適切かつ十分な情報提供が不可欠のはずであり、本人やその家族にも一定のヘルスリテラシーが望まれる。しかしながら、実際には、医療従事者側からの情報提供が十分とは言えない場合が少なくない。例えば、奥山らが2012年度に実施した胃瘻に関する実態調査によると、入院中もしくは在宅療養中の胃瘻造設患者の家族の中で、胃瘻造設前の説明時の状況の回答割合は、「医師以外のスタッフからの説明があった」51.8%、「なかった」39.6%、「わからない」6.8%、無回答1.9%であった。なお、胃瘻造設の判断にあたり悩みの有無の回答割合については、「胃瘻造設を悩んだ」30.7%、「悩まなかった」56.1%、「わからない」9.1%、無回答4.1%であった（奥山ら, 2014）。医師からの説明は必ず実施されるにもかかわらず、3割程度の家族は判断に悩んでおり、その一方で医師以外の医療従事者からの説明は5割程度しか実施されていないのが現状であった。

以上のことから、終末期の栄養補給法選択のように一定のヘルスリテラシーが必要となる意思表示・意思決定においては、角田の提唱するACPのプロセス（角田, 2022）の中の「適切な情報提供」や「話し合いと共有の場づくり」等において周囲からの支援が果たす役割が大きいと言える。具体的には、「自分の価値観や希望を考える」というプロセスにおいて本人の示した意思をそのまま聞くだけでなく、医療従事者が「適切な情報提供」を行い、栄養補給法選択のように一般の人にとって難しい理解や判断をしっかりと支援することが不可欠である。その上で、対象者本人が「他者と話して共有する」、「医療や生活について意思決定する」や「決定したものを見直す」ことを繰り返し行えるように、医療従事者が家族とともに「話し

合いと共有の場づくり」並びに「意思決定・意思表示支援」に努めることも求められる。

## VII. ACPの実践を困難にする内的、外的及び社会的要因と対策

ACPは、人生の最終段階における医療・ケアを決定するためのプロセスという側面のみではなく、いかなる状況であっても最期の瞬間まで希望や尊厳を持ち、よりよく生きるための選択をするという、Well-Beingの視点を持って取り組むことが重要である。当然のことながら、ACPを実践することが困難であると考えられる状況や場合においても、ACPを実践していくことが求められる。しかしながら、意思表示・意思決定を阻み、ACP実践を困難にする要因は、状況や場合ごとで様々である。

ACPは、角田によると、対象者本人が「自分の価値観や希望を考える」「他者と話して共有する」「医療や生活について意思決定する」そして「決定したものを見直す」プロセスと「適切な情報提供」「話し合いと共有の場づくり」並びに「意思決定・意思表示支援」の支援から構成されるものと捉えることができる（角田, 2022）。本稿では、ACP実践が困難な場合の具体例、すなわち対象者本人が小児または高齢者の場合、精神医療の非自発的入院の場合、終末期栄養補給法選択の場合において、特に着目すべきであると考えた困難要因並びにその対策等について概説してきた。その困難要因や対策等は、角田の提唱するACPのプロセスや支援と対比させることで、その意義や重要性をより明確にすることができるはずである。

ACPの困難要因には、年齢や疾患による理解力・判断力の低さ、感覚機能の問題等の対象者本人に起因する内的困難要因、支援者から適切な意思表示の場が提供されない、適切な情報が提供されない等の外的困難要因と、自立や自己決定に重きを置かないという国民性や、自身の価値観や目標について共有すべき重要他者の不在等の社会的困難要因があると考えられる。これを角田の提唱するACPのプロセスと対比させると、内的困難要因は主に「自分の価値観や希望を考える」「医療や生活について意思決定する」という過程を、外的困難要因は他者と話して共有する「決定したものを見直す」という過程を困難にしていると考えられ、さらに社会的困難要因はACPの普及および実践自体を困難にしていると考えられる。本人の内的困難要因や社会的困難要因を解消することは容易ではない。そのため、意思表示や意思決定には一定の困難性とその

要因があることを支援者が理解した上で、「適切な情報提供」「話し合いと共有の場作り」と「意思決定・意思表示支援」の支援内容を重視した上で、本

人にあわせた方法や時期でACPを実践していくことが肝要であると考え（図1）。

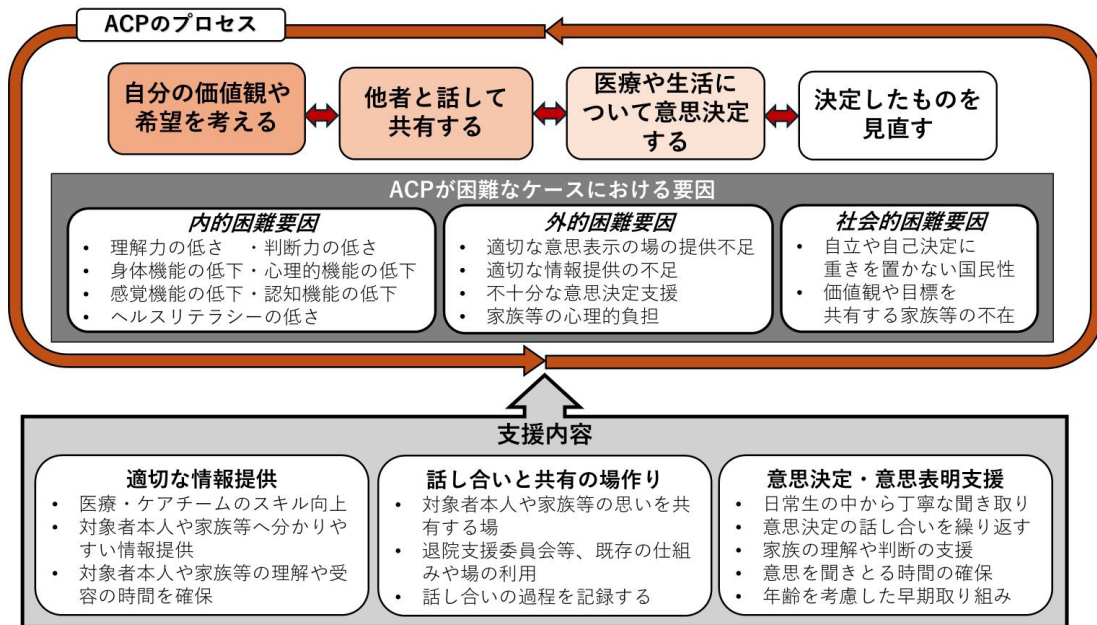


図1 ACPが困難なケースにおける要因と支援内容  
角田のACPプロセス（角田, 2022）を参考にして作成

ACPの実践には、以上のように、ACPのプロセスにおける困難要因を理解し、対策や工夫等を講じて支援していくことが大切である。当然のことながら、その際には、対象者本人を中心としたチーム体制が不可欠である。厚生労働省の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」では、人生の最終段階において合意に基づく最善の医療・ケアを作り上げて実施するためには、担当の医師ばかりでなく、看護師やソーシャルワーカー、介護支援専門員等の介護従事者などの、医療・ケアチームで本人・家族等を支える体制を作ることが必要であるとされている（厚生労働省b, 2018）。なお、ACPの実践の局面は、教育現場や保健福祉行政活動等、啓発の場面である第1段階、かかりつけ医の受診時や在宅介護の場等、包括ケアの場面である第2段階、病院や診療所・在宅診療等、人生の最終段階の場面である第3段階の3つに分類することができる（池永ら, 2020）。それぞれの局面で、その意義を意識してACPを実践することが重要であるため、例えば、啓発の場面である第1段階では、医療・ケアチームに限らず、行政職員、教育者、産業保健関係者等もまた実践者の役割を担う必要が考えられる。

## VIII. 結言

高度な医療を含めて医療・ケアの選択肢が増え、一人ひとりの価値観やニーズが多様化し、さらに様々な情報が氾濫するようになった現代において、本人らしい医療・ケアを実現し、本人らしい人生のまっとうを支援するACPの意義は大きい。本稿では、ACP実践が困難な場合の具体例を通して、着目すべき実践困難要因とその対策等について述べてきた。本稿で指摘した問題点も含めて今後さらに議論が高まり、現場での実践が積み重ねられていくことを念願する。また、その実践の積み重ねによって、本人の意思を医療・ケアに反映させることだけでなく、本人の生きる力を高めることや家族の心理的な負担や後悔を軽減すること、そして本人が最期の瞬間まで希望や尊厳を持って生きることを強力に支援できるようになることを期待する。

## 利益相反

本論文に関して、著者らに開示すべき利益相反はない。

## 著者資格

植田、井本、山田、勝原は、本研究の立案、文献調査、分析、考察並びに論文執筆について、同等に貢献した。徳田、中村と吉村は、論文作成全体への助言を行なった。全ての著者は最終原稿を読み、承諾した。

## 文献

Biestek, F.P.: ケースワークの原則 新訳版 援助関係の形成する技法, 尾崎 新, 福田俊子, 原田和幸訳, 誠信書房, 東京, p243, 1996.

Rapp, C.A., Goscha, R.J.: ストレングスモデル: リカバリー志向の精神保健福祉サービス 第3版, 田中英樹監訳, 金剛出版, 東京, p427, 2014.

福岡秀記: 感覚器系機能の変化とフレイル-老化のメカニズム1)視覚, *Progress in Medicine*, 43(7), 15-17, 2023.

古谷智子, 神郡 博: 精神障害者の家族の心理的経過に関する研究-発病から入院後まで-, 富山医科薬科大学看護学会誌, 2, 29-39, 1999.

平田美佳, 小林京子: がんの子どもへのEnd-of-Life Careの概念分析, 日本小児看護学会誌, 29, 81-91, 2020.

池永昌之, 濱吉美穂: アドバンス・ケア・プランニング(ACP)実践ガイド, 中央法規出版, 東京, p8-21, 2020.

稲垣安沙, 高野純子, 野口麻衣子, 山本則子: 地域在住高齢者のアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の実施状況と関連要因:横断研究, 日本看護科学会誌, 40, 56-64, 2020.

伊藤順一郎: 統合失調症患者の家族支援, 精神保健研究, 61, 13-21, 2015.

伊藤龍子: 小児における看取りの医療, 小児保健研究, 69(5), 614-617, 2010.

角田ますみ: ここからスタートアドバンス・ケア・プランニング-ACPがみえてくる新しいアプローチと実践例, へるす出版, 東京, p2-3, 2022.

木澤義之: アドバンス・ケア・プランニングいのちの終わりについて話し合いを始める (第1回人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会資料3), 2017. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-IseikyokuSoumuka/0000173561.pdf> (最終閲覧日: 2024年12月12日)

日本精神保健福祉士協会: 退院後生活環境相談員のための退院促進措置運用ガイドライ

ン, 2024. <https://www.jamhsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/202403r5houkoku/guideline.pdf> (最終閲覧日: 2024年12月12日)

厚生労働省a: 令和6年度診療報酬改定項目の概要, 2024. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001270636.pdf> (最終閲覧日: 2024年12月12日)

厚生労働省b: 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン, 2018. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (最終閲覧日: 2024年12月12日)

厚生労働省c: 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書, 2018. [https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo\\_a\\_h29.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf) (最終閲覧日: 2024年12月12日)

厚生労働省d: ACP (アドバンス・ケア・プランニング)の愛称を「人生会議」に決定しました, 2018. [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_02615.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02615.html) (最終閲覧日: 2024年12月12日)

厚生労働省e: 令和5年(2023)人口動態統計月報年計(概数)の概況, 2024. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai23/dl/gaikyouR5.pdf> (最終閲覧日: 2024年12月12日)

厚生労働省f: 我が国の人口について, 2024. [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_21481.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21481.html) (最終閲覧日: 2024年12月12日)

厚生労働省g: 報告書, これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会, 2018. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokoku-shougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000152026.pdf> (最終閲覧日: 2024年12月12日)

厚生労働省h: 報告書, 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会, 2022. <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001344713.pdf> (最終閲覧日: 2024年12月12日)

厚生労働省i: 人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書, 2023. [https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo\\_a\\_r04.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_r04.pdf) (最終閲覧2024年12月12日)

厚生労働省j: 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療, 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会 資料-5参考-1, 2023. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001333535.pdf> (最終閲覧2024年

- 12月12日)
- 森 浩美, 岡田洋子: 小児がんの子どもを亡くした母親の体験, 小児がん看護, 5, 17-26, 2010.
- 内閣府: 令和5年版高齢白書(全体版) 第1章第1節 高齢化の状況(3), 2024. [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/html/zenbun/sl1\\_1\\_3.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/html/zenbun/sl1_1_3.html) (最終閲覧日: 2024年12月12日)
- 日本老年医学会: ACP推進に関する提言, 2019. [https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press\\_seminar/pdf/ACP\\_proposal.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf) (最終閲覧日: 2024年12月12日)
- 西田裕紀子: 中高年者の知能の加齢変化, 老年期認知症研究会誌, 21(10), 84-87, 2017.
- 西田裕紀子, 内田育恵, 中村昭範, 曾根三千彦, 佐治直樹: Free Surferを用いて評価した海馬容積への聴力および知的機能の効果に関する検討, 平成29年度厚生労働科学特別研究事業分担研究報告書, 68-70, 2018.
- 小川 郁: 認知症と加齢性難聴-認知症予防対策における補聴器の役割-, Audiology Japan, 64, 37-44, 2021.
- 奥山秀樹, 三上隆浩, 木村年秀, 占部秀徳, 高橋徳昭, 岡林志伸, 平野浩彦, 菊谷 武, 大野慎也, 若狭宏嗣, 合羅佳奈子, 熊倉彩乃, 石山寿子, 植田耕一郎: 胃瘻の造設および転帰に関する実態調査, 老年歯学, 28(4), 352-360, 2014.
- 大濱悦子, 福井小紀子: 国内外のアドバンスケアプランニングに対する一考察, Palliat Care Res, 14(4), 269-279, 2019.
- 大坪尚典, 須田烈史, 太田由利, 鍛冶保奈実, 太田和宏, 越崎雅子: 後期高齢患者の生命予後に影響する要因, 日本老年医学会誌, 58(3), 424-435, 2021.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., Wong, W.: Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 12, CD000088, 2010.
- 栄セツコ, 岡田進一: 精神障害者家族の生活上の困難さに関する研究, 大阪市立大学生生活科学部紀要, 46, 157-167, 1998.
- 栄セツコ: 精神障害者エンパワメント・アプローチ・パワーの喪失に関する要因-, 桃山学院大学社会学論集, 39(1), 153-173, 2005.
- 佐々木雅也: 総論-経腸栄養に関するガイドライン, 静脈経腸栄養, 28(6), 21-23, 2013.
- 精神保健福祉研究会: 四訂精神保健福祉法詳解, 中央法規出版, 東京, p265, 2018.
- Sudore, R.L., Lum, H.D., You, J.J., Hanson, L.C., Meier, D.E., Pantilat, S.Z., Matlock, D.D., Rietjens, J.A.C., I Korfage, I.J., Ritchie, C.S., J Kutner, J.S., Teno, J.M., Thomas, J. McMahan, R.D. and Heyland, D.K.: Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition from a Multidisciplinary Delphi Panel, J Pain Symptom Manage 53(5), 821-832, 2017.
- 多田羅竜平: AYA世代がん患者のアドバンス・ケア・プランニング AYAがんの医療と支援, 2(1), 27-33, 2022.
- 東京都医師会: アドバンス・ケア・プランニング(ACP)-人生会議-, 2017. <https://www.tokyo.med.or.jp/citizen/acp> (最終閲覧日: 2024年12月12日)
- 余谷暢之a: 重篤な疾患をもつ子ども・家族とこれからについて話し合う～アドバンス・ケア・プランニングの考え方を小児医療に取り入れるために～, 小児科診療, 1, 101-105, 2023.
- 余谷暢之b: 重篤な疾患をもつ子ども・家族とこれからについて話し合う～小児領域におけるアドバンス・ケア・プランニングの実践～, 小児保健研究, 82(3), 255-257, 2023.