

日本病院薬剤師会雑誌

Journal of Japanese Society of Hospital Pharmacists

「日本病院薬剤師会雑誌」は令和8年4月より電子版に切り替わりました。

巻頭言	無用の用	森田 俊博	681
重要なお知らせ	令和 8 年度日本病院薬剤師会・都道府県病院薬剤師会会費納入のお願い		S6-1
	第 9 回日本病院薬剤師会 Future Pharmacist Forum のご案内		S6-2
	第 31 回アジア薬剤師会連合学術大会 (The 31th Congress of the Federation of Asian Pharmaceutical Associations 2026) 参加助成について	国際交流委員会	S6-6
	令和 8 年度日本病院薬剤師会新人研修のお知らせ	生涯研修委員会	S6-7
	第 29 回 CRC 養成研修会のお知らせ	臨床研究推進委員	S6-8
	「外来がん化学療法を中心とした外来における今後の薬剤師業務の在り方とその有用性に関する研究」に関するアンケートへのご協力をお願い (6 月 30 日 (火) まで延長しました)	令和 7 年度学術第 5 小委員会	S6-9
総説	がん患者におけるせん妄ガイドライン 2025 年版	松田 能宣	693
シリーズ	緩和薬物療法における新しい知見と適正な薬物治療管理について ①総論	内田まやこ	699
論文	ランバート・イートン筋無力症候群に対して院内製剤 3,4-ジアミノピリジンからアミファンプリジンリン酸塩への移行過程で有害事象を生じた 1 症例	中村あゆみ 他	703
	病院内職種間における手指衛生技術の機械的評価	清水 智也 他	708
	遷延する低血糖に対してレボカルニチン経口投与が有効であった血液透析患者の 1 例	矢口 武廣 他	715
	肺膿瘍に対してラスクフロキサシンのオーラルスイッチ療法を施行した 2 症例	小上 真司 他	720
	透析離脱後のクロザピン再投与に伴う好中球減少に対してアデニン+アスコルビン酸を併用し治療継続が可能となった 1 例	工藤 裕太 他	726
	抗がん剤治療薬の比重情報提供状況とその背景要因に関する実態調査	舟原 宏子 他	731
話題のくすり	ジアゼパム点鼻液	中川 栄二	737
活動報告	令和 7 年度「病院薬剤部門の現状調査」集計結果報告	総務部	744
委員会企画	療養病床委員会企画 薬剤管理サマリー有益事例 ～ケア移行時の薬剤情報をつなぐ・むすぶ～		790
	中小病院委員会企画 「包括期機能」における薬剤師の役割～治し支える医療のための薬剤業務～	横山 敏紀	794
病院紹介	薬剤師の役割を全うし、医薬品適正使用と地域連携を推進する	昭和医科大学病院薬剤部	806



一般社団法人日本病院薬剤師会
The Japanese Society of Hospital Pharmacists

日病薬誌

6

第 62 巻 6 号

J.Jpn.Soc.Hosp.Pharm

「包括期機能」における薬剤師の役割

～治し支える医療のための薬剤業務～

包括期機能における薬剤業務の実践に役立つ知識と取り組み事例

薬剤師に求められるACP（Advance Care Planning）の基礎知識と実践のポイント

社会医療法人恵和会法人事務局・西岡病院薬局 横山 敏紀

はじめに

本邦では高齢化率が約3割となる超高齢社会を迎え、多疾患併存や慢性疾患を有する患者が増加している。2025年問題を乗り越え、多死社会のピークへと向かうなか、医療提供体制はこれまでの急性期中心の医療から、在宅医療を含む包括期・慢性期医療の充実へと移行しつつある。包括期・慢性期医療の主な対象となる高齢患者は、長期にわたる薬物療法が一般的であり、患者個々の生活背景や価値観を踏まえた医療の提供が、これまで以上に求められている。

近年、患者の価値観や人生観を尊重し、将来の医療・ケアに関する意思をあらかじめ話し合い、共有しておく取り組みとして、Advance Care Planning（以下、ACP）が注目されている¹⁾。ACPは高齢者や人生の最終段階にある患者に限らず、あらゆる世代に関係する概念である。なかでも、慢性疾患を抱える患者や今後の病状変化が予測される患者に対しては、可能な限り早期から行うことが重要とされており、救急医療の現場からもその必要性が指摘されている。

ACPが包括期・慢性期医療の日常診療に浸透するなかで、薬物療法を通じて患者の意思決定に関与する薬剤師にも、その積極的な参画が求められている。処方の妥当性評価や減薬・中止を検討する際には、薬学的判断にとどまらず、患者の価値観や治療目標との整合性を踏まえ行う薬物療法を見直す必要があり、ACPの視点や多職種連携が不可欠である。しかし、ACPにおける薬剤師の具体的な役割や取り組み方、求められる基礎知識について、現状では十分に整理されているとは言い難い。

そこで本稿では、西岡病院（以下、当院）での事例を交えながら、主に急性期から包括期・慢性期医療へ移行

していく過程におけるACPの考え方を整理し、薬剤師に必要な基礎知識と実践のポイントを概説する。

人生の最終段階における医療・ケア

1. 人生の最終段階における医療・ケア

厚生労働省は2015年3月、最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した医療を目指すことが重要であるとの考え方から、名称を「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」に変更した²⁾。これは死が差し迫った時期の医療だけではなく、患者本人の人生全体を視野に入れ、最期まで尊厳ある生き方を支える医療・ケアを重視する考え方を反映したものである。

また、「end of life（以下、EOL）ケア」は近年、従来用いられてきた「ターミナルケア」に代わる用語として使用されつつある。両者の違いとして、ターミナルケアが身体的生命の終末期にある患者に対する医療・ケアを指すのに対し、EOLケアは死が差し迫った時期に限定せず、人生の終わりに近づいていく人を対象とした、より包括的な概念である。英国の国民保健サービス（National Health Service：NHS）では、EOLケアを「人生の最後の数カ月ないし数年を生きている人々に対する支援」と定義している³⁾。

ACPが必要とされる背景には、人生の最終段階において治療の意思決定が必要になった患者のうち、約7割が意思決定能力を喪失していたとの報告がある⁴⁾。これは事態が切迫する前の早期から患者の価値観や意向を確認し、継続的に対話する必要性を示唆している。加えて、治療困難ながんに対して化学療法を受けている患者の約7～8割は、治療可能性を過大評価していたとの報告もあり、病状理解に基づく意思決定支援が十分になされていない可能性も懸念される⁵⁾。

2. 人生の最終段階に至る経過と身体機能の変化

人生の最終段階における身体機能低下の時間的経過は、疾患や背景によって異なり、代表的な経過は4つのパターンに類型化される^{6,7)}(図1)。

(1) 急性期医療等における急性型(心・脳血管疾患、外傷・事故など)

心血管疾患や脳血管疾患、外傷・事故などによる突然死では、安定した状態から急激な転機をたどり、身体機能の低下は瞬間的、あるいは数日以内に生じる。この場合、人生の最終段階を事前に予測することは困難であり、意思決定支援の機会は限られることが多い。

(2) がん等の亜急性型

がんなどでは、人生の最終段階が月単位で経過することが多く、それまでの期間は日常生活を維持できるが、最後の1～2ヵ月程度で身体機能は急激に低下することが多い。このため、比較的早期から治療と並行し、将来の医療・ケアについて話し合うことが効果的な疾患群とされている。

(3) 高齢者等の慢性型：増悪と寛解を繰り返す疾患(呼吸不全、心不全など)

慢性閉塞性肺疾患(chronic obstructive pulmonary disease: COPD)、慢性心不全および肝硬変などの慢性進行性疾患では、人生の最終段階が年単位に及ぶことが多い。これらの疾患では増悪と寛解を繰り返しながら徐々に身体機能が低下し、死亡直前には急速な機能低下を示すことが特徴である。病状の変動が大きいため、人生の最終段階の開始時期を明確に判断することは容易ではないが、病状の変化に応じて繰り返し意思決定を支援することが重要である。

(4) 高齢者等の慢性型：緩徐に進行する疾患(フレイル、認知症など)

高齢者に多くみられるフレイルや認知症などでは、身体機能や認知機能の低下が非常に緩徐に進行し、人生の最終段階が10年を超える場合もある。この経過は明確な変化に乏しく、どの時点を生ずる人生の最終段階と捉えるかの判断が難しいとされている。

このように人生の最終段階に至る経過は疾患ごとに大きく異なり、人生の最終段階を一律に定義することは困難である。従って、ACPに取り組む際は各疾患の特性や経過を十分に踏まえ、適切な時期から意思決定支援を開始し、継続的に行うことが重要となる。薬剤師は病状の変化に伴い薬物療法の内容が見直される局面を、患者の意向や価値観を再確認する好機と捉え、日常業務の延長

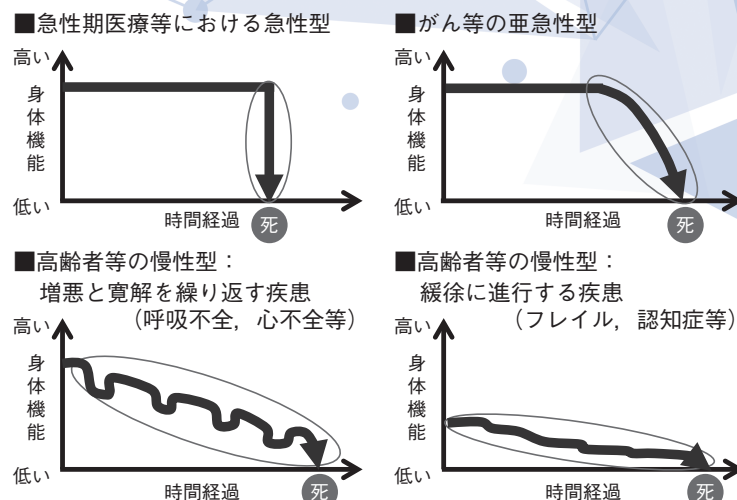


図1 人生の最終段階に至る時間経過と身体機能の変化

としてACPを意識した薬学的ケアを展開することが重要である。

3. 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

2006年3月、富山県の病院における人工呼吸器取り外し事件が報道され、尊厳死に関する社会的関心と議論が高まった。これを契機に厚生労働省は2007年に検討会を設置し、同年5月には「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を公表した⁸⁾。2015年3月には名称を「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に改め、さらに2018年には「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」へと改訂した⁹⁾。これらのガイドラインは、患者本人に対する意思の確認方法や決定手続きに関する標準的な枠組みを整理したものであり、人生の最終段階における医療・ケアの基本的な考え方を示している。

現行の2018年改訂版ガイドラインは、高齢多死社会の到来を見据え、地域包括ケアシステムへの対応や英米諸国におけるACPの概念を踏まえた取り組みの普及を背景として改訂された。患者・家族と話し合う医療・ケアチームに「介護従事者が含まれる」ことが明示され、医療とケアを一体的に検討する姿勢が強調された。また、患者本人の意思は変化し得ることや、将来的に意思表示が困難となる可能性についても明確に打ち出された。そのため、あらかじめ家族等の「信頼できる者」を定めておくこと、医療・ケアチームと繰り返し話し合いを行い、その内容を記録し、関係者間で共有することの重要性が示されている。

ガイドライン原文には「薬剤師」の明確な記載はないものの、薬剤師は薬物療法に関する専門的情報の提供や

評価を担う立場にあり、これらは治療方針の決定と密接に関係するため、チーム医療の一員としてACPへの積極的な参画が求められる。

診療報酬制度からみたACP

人生の最終段階において患者が望む医療・ケアは多様であり、本人の意思が十分に共有されなければ、望まない医療・ケアを提供される可能性がある。このような背景から、患者の価値観を尊重し、それを具体的な方針に反映させる仕組みが、これまで以上に重視されている。

2018年度の診療報酬改定では、療養病棟入院基本料や地域包括ケア病棟入院料等において、看取りの方針を定めておくことが要件化された。また、訪問診療や訪問看護におけるターミナルケアに関する報酬においても、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応が要件として追加された¹⁰⁾。これは人生の最終段階における意思決定支援の重要性が、診療報酬上の要件として初めて位置づけられたものである。

2020年度の改定では、地域包括ケア病棟入院料の施設基準として、適切な意思決定支援に関する指針を定めておくことが要件化された¹¹⁾。さらに2022年度の改定では、在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院においても、指針の作成が要件に追加された¹²⁾。これにより、ACPは看取りの概念にとどまらず、包括期・慢性期医療から在宅医療まで、制度的な位置づけが明確化された。

2024年度の改定では、適切な意思決定支援に関する指針を定めていることが入院通則に追加され、急性期一般入院料や回復期リハビリテーション病棟入院料などを含め、多くの入院基本料の算定要件に位置づけられた¹³⁾。また、在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料が新設され、information and communication technology (ICT) の活用により共有された人生の最終段階に関する情報を踏まえた指導が評価対象となった。

診療報酬上、意思決定支援に関する指針の整備が施設基準や入院通則の要件となった現在、薬剤師もACPを意識した業務の実践にとどまらず、意思決定を支援する一員として、チーム医療への積極的な参加が制度的背景から求められる状況にある。

医療・ケアにおけるACPの考え方と実践

1. ACPの概念と基本的考え方

ACPとは、「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」

と定義される。ACPのAは「前もって・あらかじめ」という意味の「advance」であり、「advanced（高度な、進んだ）」ではない。将来、病状の進行や急変などにより意思表示が困難となる状況に備え、患者が自身にとって大切にしている価値観や希望、望む医療・ケアの内容を事前に考え、家族や信頼する人々、医療従事者と話し合い、共有していく、意思決定支援の一連のプロセスを指す。患者の同意の下で話し合いの内容を記録し、定期的に見直されるとともに、医療・ケアにかかわる人々の間で共有されることが望ましい。ACPで話し合われる内容には、患者本人の気がかりや意向、価値観や目標、病状や予後に対する理解、治療や療養に関する意向や選好、その提供体制などが含まれる¹⁴⁾。これらは疾患の種類や進行状況に応じて変化し得るものであり、ACPは一度行えば完結するものではなく、対話と見直しの繰り返しが必要となる。

薬剤師の業務においては、ACPが十分に浸透しているとは言い難い現状があるものの、ACPで扱われる「治療や療養に関する意向や選好、その提供体制」は、薬剤師が主軸を担う薬物療法と密接に関係する。包括期・慢性期医療では、処方薬の継続、変更および中止といった判断が患者の生活や価値観に直結するため、薬剤師が意思決定支援に関与する意義は大きい。ポリファーマシー対策や人生の最終段階における減薬・中止の検討は、患者の意向や価値観と整合させることが望ましく、ACPの視点を踏まえた薬学的判断が不可欠である。

ACPは事前指示（advance directive：以下、AD）やdo not attempt resuscitation（以下、DNAR）オーダーと混同されがちであるため、それぞれの違いを図2に示す¹⁵⁾。ADは患者が自身の意思を文書等で事前に示すものであり、作成には必ずしも医療者や家族との話し合いを伴うわけではない。また、DNARオーダーは心停止時・呼吸停止時の蘇生処置に関する医療上の指示であり、特定の医療行為に関する判断を示すものである。これに対して、ACPは意思を事前に示す点では共通するものの、これからの人生計画を含めた治療計画について、関係者と話し合いを重ねるプロセスを重視する点に特徴がある。

従って、ACPはADやDNARオーダーと関連する概念で、これらを包含し得るものではあるが、同一ではない。また、ADは個人で決めることができるのに対し、ACPは個人のみで完結するものではなく、家族や医療・ケアチームとの対話を前提とするプロセスである。

2. 人生会議（ACP）の認知状況

ACPの普及が進められている一方で、その認知度は依然として十分とは言えない状況にある。2022年度に厚

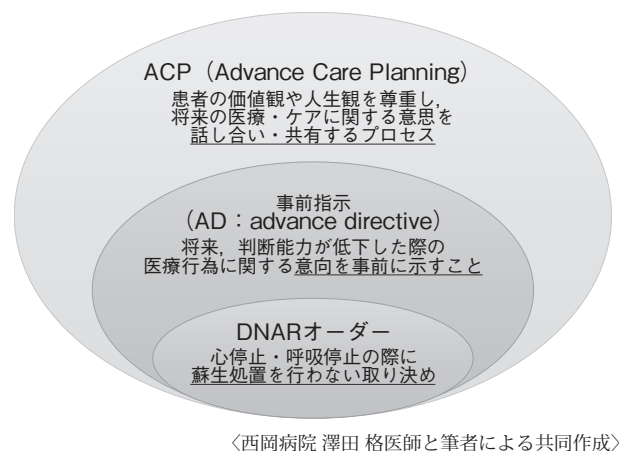


図2 ACP・事前指示・DNARオーダーの関係

厚生労働省が実施した「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」によると、人生会議（ACP）を「知らない」と回答した者の割合は、2017年度の調査と比較して減少傾向にはあるものの、一般国民では72.1%と高率であり、医師24.6%，看護師19.6%，介護支援専門員11.5%であった¹⁶⁾。この結果は、一般国民のみならず医療・介護従事者においても、ACPが十分に認知されているとは言えない現状を示している。また、人生の最終段階における医療・ケアについて、家族等や医療・介護従事者と詳しく話し合ったことが「ない」と回答した一般国民は68.6%であり、依然としてACPに関する対話が十分に行われていないことも示唆している。

厚生労働省はこうした状況を改善するため、2018年にACPの愛称を「人生会議」と定め、11月30日を「いい看取り・看取られ」にちなみ「人生会議の日」とするなど普及・啓発に努めてきた。2019年には「人生会議」のロゴマークも制定され、広報活動が展開されている。一方で同年に作成された普及啓発ポスターをめぐっては、患者や遺族への配慮という観点から社会的な議論が生じ、ACPの普及・啓発には個々の価値観への十分な配慮が不可欠であることを改めて浮き彫りにした。

3. 医療における意思決定

ACPを実践するうえで基盤となる医療における意思決定は、患者と医療者との関係性から、「父権主義的意思決定」「情報提供型意思決定」「共有意思決定（shared decision making：以下、SDM）」の3つに大別される¹⁷⁾。

(1) 父権主義的意思決定

この方法はパターナリズム（paternalism）ともいわれ、患者に提供される情報は限定的であり、医師が意思決定の中心となる。医師が専門的判断に基づいて治療方針を決定し、患者はそれを受け入れるという構図が基本となる。

急性期医療や緊急時には有効な場合もあるが、患者の価値観や希望が十分に反映されにくいという課題がある。

(2) 情報提供型意思決定

この方法は説明と同意（informed consent：IC）ともいわれ、医師から十分な情報提供を受けたうえで、患者自身が意思決定を行う考え方である。医師は治療内容やリスク・ベネフィットなどの説明を行い、患者がその内容に「同意する」か「同意しない」かの判断に焦点が当てられる。しかし、この構図では医療者は「説明」、患者は「選択」へと役割が分離しがちとなり、意思決定の責任が患者側に偏りやすく、協働する関係を築きにくい側面がある。

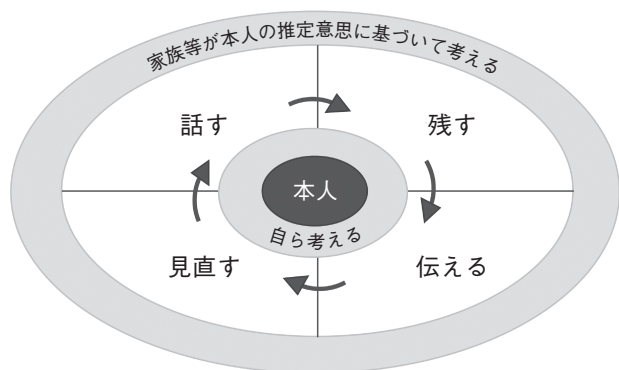
(3) 共有意思決定（SDM）

SDMは患者と医療者がお互いに情報を提供・共有したうえで、合意形成を図る手法である。両者が納得できる目標を共有したうえで治療方法が選択され、その実現に向けて協働することに重きが置かれる。医療者は専門的な知識や経験に基づく医療情報を提供し、患者は病状や体調だけでなく、自身の価値観、希望、生活背景や社会的役割などの情報を共有する。SDMは意思決定の過程を患者と医療者が共有し、責任を分かち合いながら治療に向き合う関係性を築くための対話型コミュニケーションとして注目されている¹⁸⁾。

4. ACPサイクルに基づく意思決定支援

当院の澤田格医師と札幌総合法律事務所の福田直之弁護士は、ACPの進め方を「話す→残す→伝える→見直す」の4段階に整理し、継続的な意思形成と意思共有を支援するプロセスとして「ACPサイクル」という表現を提唱している¹⁹⁾（図3）。ACPサイクルとは、ACPを特定の時点で結論を導き完結するものとは捉えず、直近の患者の意思を把握しながら、更新していくことを可能にする枠組みである。病状の進行と安定を繰り返す包括期・慢性期医療においても、意思決定支援の実践的プロセスとして有用性が高いと考えられ、当院ではこの概念を採用している。

まず「話す」段階では、患者の自発的なタイミングを尊重し、人生観や大切にしていること、終活全般に関する気がかり、医療・ケアに対する思いについて話し合う。ここでは結論を急がず、患者自身が考えを整理することに主眼を置く。次に「残す」段階では、話し合われた内容を第三者が理解できるよう、客観性を保ち記録する。記録媒体は書面・録音・録画などが好ましく、後の意思決定支援の基盤となる。「伝える」段階では、その記録を家族や医療・ケアチーム内で共有する。個人の意思は関係者間で共有され、はじめて実際の医療・ケアに反映されるからである。最後に「見直す」段階では、患者の



〈2018年3月13日 札幌総合法律事務所 福田 直之弁護士と
西岡病院 澤田 格医師による共同作図
2019年9月15日 改訂第2版 福田弁護士と澤田医師の共同作図
2023年8月15日 改訂第3版 福田弁護士と澤田医師の共同作図〉

図3 ACPサイクル

心身状態や生活環境、病状の変化に応じて時期を逃さず内容を更新し、常に最新の意味であることが重要となる。

人生の最終段階に向かう過程では意思が揺れ動くことは自然であり、ACPは一度実施して完結するものではなく、繰り返し見直されるプロセスとして捉える必要がある。同時に「まだ考えたくない」「知りたくない」と感じる患者の権利にも十分配慮し、ACPを一律に強制しない柔軟な姿勢が求められる。

5. SDMを用いたACPの進め方

SDMはACPを進めるうえで有用なアプローチとされており、医療者と患者が相互に情報を共有し、選択肢と患者の価値観を踏まえて意思決定を行う手法である²⁰⁾ (図4)。これらは必ずしも一方向に進むものではなく、状況に応じて一度経たステップに立ち戻ったり、順番が入れ替わることもある。

まず、最初の段階では、①意思決定が必要な状況であること、②意思決定の過程において両者が対等なパートナーであることを認識する。次に、③可能なすべての選択肢を偏りなく提示し、④それぞれの長所・短所を情報提供する。さらに、⑤医療者は患者の理解度や期待を吟味し、⑥患者が大切にしている価値観や意向、希望を確認する。その後、⑦これらの情報に基づき選択と意思決定に向けた話し合いを行い、⑧最終的な意思決定を共有する。SDMは単なる意思決定を目的とするのではなく、⑨その後のフォローアップを含めて支援する継続的なプロセスである。

実践の留意点として、医療者が一方的に理解を問う姿勢は、対等性を損なう可能性がある。「理解できていますか」と一方的に確認するよりも、「私はこのように理解していますが、どうでしょうか」と自分の理解を患者

共有意思決定 (SDM) の9ステップ

- ①意思決定の必要性を認識する
- ②意思決定の過程において、
両者が対等なパートナーだと認識する
- ③可能なすべての選択肢を平等に情報提供する
- ④選択肢のメリット・デメリットの情報を交換する
- ⑤医療者が患者の理解と期待を吟味する
- ⑥患者の価値観・意向・希望を確認する
- ⑦選択と意思決定に向けて話し合う
- ⑧意思決定を共有する
- ⑨フォローアップ

〈国立長寿医療研究センター 三浦 久幸医師と筆者による共同作成〉

図4 共有意思決定の進め方

✓チェックリスト形式

- ・網羅的
- ・情報の取りこぼしが無い
- ・事務的作業になりやすい

✓ジグソーパズル形式

- ・信頼関係を築き、話しやすいところから
- ・信頼関係があれば、ACPはスムーズ
(ACP自体不要?)
- ・信頼関係がなければ、双方が苦痛



〈西岡病院 澤田 格医師と筆者による共同作成〉

図5 ACPを進めるための実践的アプローチ

に示し、患者・家族と認識を擦り合わせる対話的姿勢が推奨されている²¹⁾。

6. ACPを進めるための実践的アプローチ

当院の澤田格医師はACPの進め方をアプローチの違いにより、「チェックリスト形式」と「ジグソーパズル形式」の2つに整理できるとしている (図5)。ACPの実践は1つの方法に固執せず、患者との関係性や状況に応じて両者を適切に使い分けことが重要である。十分な信頼関係が構築されていれば、どちらの形式であってもその特性を生かして柔軟に対話を進めることができる。一方で、関係性が未熟な段階での性急な介入は、患者・医療者双方にとって大きな負担となる可能性がある点に注意を要する。

(1) チェックリスト形式

あらかじめ定められた項目に沿って患者の意向を確認する方法であり、内容を網羅的に把握できる点が特徴である。一定の質を担保しやすく、情報の取りこぼしが少ない反面、進め方によっては画一的・事務的な作業となりやすい。

(2) ジグソーパズル形式

患者と信頼関係を築きながら、話しやすい内容や関心のある話題からACPを進めていく方法である。日常の何気ない会話のなかに含まれる患者の価値観や気がかり、目標といった「思いのかげら」を丁寧に拾い上げ、ジグ

治らないなら、
痛い注射はしたくない

体に管を入れてでも、
注射をしてほしい

薬をのんでまで、
長生きしたくない

少しでも治るなら、
頑張って薬をのむ

胃ろうは、いやだ

もうだめだから、
薬を減らされるんだ



価値観の多様性：特にケアに関する希望は患者ごとに異なるため、意向・価値観を尊重した意思決定支援が必要
認識のずれ：薬物療法、栄養療法、ポリファーマシー対策などでは、医療者と患者の考えが乖離しやすい
薬学的ケアの重要性：客観的な薬学的評価と主観的な患者の意向を統合し、継続的な薬学的ケアの実践が大切

〈筆者作成〉

図6 薬学的視点を生かしたACP

ソーパズルを組み立てるように少しずつつなぎ合わせることで、患者の意思を形づくっていく²²⁾。この形式は多職種連携との親和性が高い。各職種が専門的視点から得た情報を持ち寄り組み合わせ、患者の価値観や人生観の全体像を形にしていけることが、チームで取り組むACPの核心である。

7. 薬学的視点を生かしたACP

医療現場において「病気を治したい」という価値観は比較的共有されやすい一方で、ケアに関する価値観は多様である²³⁾。特に人生の最終段階では、薬物療法や栄養療法、ポリファーマシー対策などに対する考え方が、医療者と患者との間で乖離する場合も少なくない。このため患者や家族の思いや意向を十分に把握したうえで、薬学的視点を踏まえた処方設計が重要となる。

薬剤師との日常的なかかわりのなかで語られる言葉には、患者の価値観や不安、治療観が反映されており、これらはACPにおける重要な「思いのかげら」となり得る(図6)。薬剤師はこうした情報を見逃すことなく拾い上げ、医療・ケアチームで共有する役割を担っている。例えば、薬物療法や副作用への考え方からは「死生観」を、服薬状況や残薬の背景からは「経済的・倫理的価値観」を、そして剤形選択や管理方法へのこだわりからは「個人の尊厳」を推察することができる。

薬学的視点に基づくACPでは、患者の病気や治療に対する理解や考え方を繰り返し把握することが基盤となる。そのうえで、意思決定に必要な薬物療法の情報を適切に提供し、患者の意向を反映しながら、安全かつ効果的な薬物療法を行うことが求められる。薬学的視点を生かしたACPとは、客観的な薬学的評価と主観的な患者の意向を統合し、薬学的ケアを継続的に実践することである。

当院におけるACPの実践例

1. EOLケアチーム委員会「N-SELECT」

当院では2015年、院内有志の多職種によりEOLケアチーム「Nishioka Social and End of Life Care Team (N-SELECT)」を立ち上げ、人生の最終段階における医療・ケアの質向上を目的としたチーム活動を開始した。2018年からは「EOLケア委員会」へと発展し、現在は緩和ケアチームの機能も兼ねながら、疾患を特定しない包括的なEOLケアに取り組んでいる。

当院のACP活動の特徴は、ACPを特別な取り組みに位置づけるのではなく、その概念を日常診療や日常業務のなかに自然に取り入れている点にある。薬剤師がACPに取り組みやすい背景には、医師、看護師および医療ソーシャルワーカーなど、ACPを熟知した多職種と日頃からチーム医療を実践していることが挙げられる。当院では多くの職種がACPに関心を持ち、患者・家族と継続的にかかわる体制づくりを目標としている。薬剤師も設立当初から本チーム・委員会に参画しており、せん妄対策や身体拘束の廃止に向けて、薬剤師の専門的視点から抗精神病薬や向精神薬の適正使用を推進している。

2. 実践症例1：がん末期患者の緩和ケアとACP

疼痛と倦怠感の増強により入院となった80歳代の胃がん末期患者に対し、緩和ケアの過程でACPを実践した症例である。

患者は胃がんのため在宅療養中であつたが、疼痛や倦怠感の増強により入院となり、フェンタニル貼付剤とフェンタニルクエン酸塩舌下錠による疼痛管理が開始された。がん等の重急性型疾患では、最後の1～2ヵ月程度で身体機能が急激に低下しやすいため、病状や身体機能の変化に応じて、比較的早期から治療と並行してACPを行う必要がある。

入院後、患者から「自宅に帰りたい」、家族から「帰れるうちに自宅に対応してあげたい」との思いが示され、医療・ケアチーム内で共有された。薬剤師は退院を見据えた疼痛管理として、オピオイド鎮痛薬の使用方法、突出痛への対応方法、副作用対策などについて患者・家族に指導を行い、不安の軽減に努めた。その結果、患者は約1週間ではあつたものの、住み慣れた自宅で家族と過ごす時間をもつことができた。

その後の再入院では、患者から強い眠気や「前に何を話したのかわからなくなる」といった副作用の訴えがみられたため、副作用軽減とより細やかな用量調節を目的として、モルヒネ塩酸塩へのオピオイドスイッチングと皮下投与への切り替えを医師に提案した。あわせて予後

を考慮し、薬物療法の優先順位が低下した内服薬は、患者の負担軽減を目的として、医師と協議のうえ必要最低限まで減薬した。

この取り組みは薬剤師が日頃行っている薬学的ケアにACPを融合することで、人生の最終段階における医療・ケアの質向上を実現した例である。ACPが十分に共有されていない場合、結果として延命的治療が優先される傾向となり、疼痛緩和の位置づけが相対的に低下していた可能性がある。ACPにより患者の価値観を共有したことで、「延命よりも家族との会話や苦痛緩和を優先する」という治療目標が明確化され、その実現に向けた薬物療法の個別最適化が可能となった。人生の最終段階における医療・ケアでは、治療の目的を明確にし、患者・家族と共有したうえで、患者の価値観と予後を踏まえ、有用性に乏しい薬物療法を整理する「引き算の医療」が必要となる。さらに過剰な輸液投与による浮腫や喀痰などの苦痛を防ぎ、疼痛管理を最優先に行うとともに、生理的变化による薬物動態の変化に注意した処方設計が求められる²⁴⁾。患者が十分に意思表示できない場合であっても、効果・副作用の継続的評価に努め、薬学的ケアを実践していきたい。

3. 実践症例2：認知症患者の服薬管理支援とACP

服薬管理能力の低下が認められた80歳代の認知症患者に対し、訪問薬剤管理指導を通じてACPを実践した症例である。

患者には認知症があり、服薬管理が困難と判断され一包化調剤が行われていた。このことに対して患者は強い抵抗感を示し、施設職員への攻撃的な言動や保険薬局薬剤師への不信感につながっていた。患者は愛用のお薬ケースを用いてPTPシートの状態で服薬することを強く希望しており、「一包化は認知症の人に行うものでしょう」と訴えるなど、自身の自尊心が損なわれる対応として否定的に受け止めていた。

このような状況を踏まえ、薬剤師は患者と家族に対し、服薬管理方法の選択肢として一包化調剤とPTPシート調剤を提示し、それぞれの長所・短所について説明を行った。特にPTPシート調剤は患者の自尊心を尊重できる一方で、誤服薬のリスクがあることを丁寧に情報提供した。また、「一包化調剤＝認知症患者への対応」という誤解を解くことにも努め、服薬管理方法は個々の状況や希望に応じて柔軟に選択されるものであることを共有した。

話し合いの結果、PTPシートによる調剤へ変更し、2週間ごとに訪問する病院薬剤師とともに患者自身がお薬ケースへ薬剤を準備すること、服薬後のPTPシートの包装材は後日回収し服薬状況を評価することについて合意

した。この変更により服薬アドヒアランスは改善し、精神的な安定も見られたことから、これまで中止されていた低用量アスピリン錠の再開も可能となり、あわせて施設職員への暴言も減少した。

この取り組みは服薬管理という日常的な薬学的ケアの延長線上において、薬剤師が患者の生活歴、価値観および自尊心を尊重してSDMによる意思決定支援を行い、合意形成に至った例である。ACPの視点がなければ、安全性のみを優先して一包化調剤を継続する判断となり、患者の意向は十分に反映されなかった可能性がある。ACPを踏まえた意思決定支援により、安全性に配慮しつつ、服薬支援の視点を取り入れた薬学的介入を行うことができた。認知機能の低下は個人差が大きく、同一人物でも判断能力に幅が見られることも少なくないが、論理的思考が困難であっても、感情的意向を表現する能力は多くの場合に維持されている²⁵⁾。薬剤師は患者の尊厳を守りつつ、専門的視点を生かして安全性にも配慮しながら、本人の意向を最大限に尊重した意思決定を支援する役割が求められる。

まとめ

ACPは特別な場面でのみ行われる特殊な取り組みではなく、患者との日常的なかかわりのなかで、その思いや価値観に耳を傾け、医療・ケアチームと共有していくことから始まる。薬剤師が日々の服薬指導のなかで患者と交わす会話や示される反応は、すでにACPの一部を構成しており、意思決定支援における重要な「思いのかけら」となり得る。

薬剤師によるACPの実践とは、新たな業務に取り組むことではなく、これまでの業務を「患者の意思形成とその実現を薬物療法から支える」という視点で再構築することである。こうしたかかわりを日常業務のなかで積み重ねていくことが、人生の最終段階における医療・ケアの質向上につながり、薬剤師が専門性を発揮しながらACPを主体的に担うための第一歩となる。

謝辞

本稿の執筆にあたり、多くのご示唆とご助言をいただきました国立長寿医療研究センター 三浦久幸医師（一般社団法人日本アドバンス・ケア・プランニング研究会代表理事）、西岡病院 五十嵐知文医師（同 理事）、澤田格医師（同 社員）、岡村紀宏医療ソーシャルワーカー（同 事務局）並びに金子友紀薬剤師に深く感謝申し上げます。

げます。

引用文献

- 1) RL Sudore, HD Lum, JJ You, LC Hanson, DE Meier, SZ Pantilat, DD Matlock, JAC Rietjens, IJ Korfage, CS Ritchie, JS Kutner, JM Teno, J Thomas, RD McMahan, DK Heyland : Defining Advance Care Planning for Adults : A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel, *J Pain Symptom Manage*, **53**, 821-832.e1 (2017).
- 2) 厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室 : 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインをご存知ですか?, 2015年3月.
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000079905.pdf>, 2025年12月28日参照
- 3) National Health Service (NHS) : End of life care.
<https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/>, 2025年12月28日参照
- 4) MJ Silveira, SY Kim, KM Langa : Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death, *N Engl J Med*, **362**, 1211-1218 (2010).
- 5) JC Weeks, PJ Catalano, A Cronin, MD Finkelman, JW Mack, NL Keating, SD Schrag : Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer, *N Engl J Med*, **367**, 1616-1625 (2012).
- 6) J Lynn, D Adamson : "Living Well at the End of Life : Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age", RAND Corporation White Paper WP 137, Santa Monica, California 2003.
- 7) SA Murray, M Kendall, K Boyd, A Sheikh : Illness trajectories and palliative care, *BMJ*, **330**, 1007-1011 (2005).
- 8) 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, 2007年5月.
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>, 2025年12月28日参照
- 9) 厚生労働省 : 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年3月.
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>, 2025年12月28日参照
- 10) 厚生労働省保険局 : 平成30年度診療報酬改定の概要, 2018年3月5日.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000197979.pdf>, 2025年12月28日参照
- 11) 厚生労働省保険局 : 令和2年度診療報酬改定の概要 (全体版), 2020年3月5日.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000691038.pdf>, 2025年12月28日参照
- 12) 厚生労働省保険局 : 令和4年度診療報酬改定の概要 (全体版), 2022年3月4日.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001079187.pdf>, 2025年12月28日参照
- 13) 厚生労働省保険局 : 令和6年度診療報酬改定の概要 (医科全体版), 2024年3月5日.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001252076.pdf>, 2025年12月28日参照
- 14) End of Life Care Programme : Advance Care Planning : A Guide for Health and Social Care Staff, NHS, 2008.
<http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCare-Planning.pdf>, 2025年12月28日参照
- 15) 沖永隆子 : 日本の事前指示をめぐる諸問題, 帝京大学総合教育センター論集, **9**, 19-29 (2018).
- 16) 厚生労働省 : 令和4年度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年12月.
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_r04.pdf, 2025年12月28日参照
- 17) C Charles, A Gafni, T Whelan : Decision-making in the physician-patient encounter : revisiting the shared treatment decision-making model, *Soc Sci Med*, **49**, 651-661 (1999).
- 18) 藤本修平, 今 法子, 中山健夫 : 共有意思決定<Shared decision making>とは何か?インフォームドコンセントとの相違, 日本医事新報, **4825**, 20-22 (2016).
- 19) 横山敏紀 : End of Life ケアチームによるAdvance Care Planningを活用した臨床薬剤業務の実践, 日本病院薬剤師会雑誌, **58**, 228-229 (2022).
- 20) G Makoul, ML Clayman : An integrative model of shared decision making in medical encounters, *Patient Educ Couns*, **60**, 301-312 (2006).
- 21) RE Bernacki, SD Block : Communication About Serious Illness Care Goals : A Review and Synthesis of Best Practices, *JAMA Intern Med*, **174**, 1994-2003 (2014).
- 22) 西川満則 : アドバンス・ケア・プランニング (ACP) における多職種連携の実践と課題, 健康長寿ネット, 2021年1月29日公開.
<https://www.tyojyu.or.jp/net/topics/tokushu/adobansu-kea-puranningu/tashokushurenkei-jissai-kadai.html>, 2025年12月28日参照
- 23) EB Rubin, AE Buehler, SD Halpern : States Worse Than Death Among Hospitalized Patients With Serious Illnesses, *JAMA Intern Med*, **176**, 1557-1559 (2016).
- 24) 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン委員会編 : "終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン", 2013年版, 金原出版, 東京, 2013.
- 25) 三浦久幸 : アドバンス・ケア・プランニング支援ガイド在宅療養の場で呼吸不全を有する患者さんに対応するために, 2022年3月.
<https://www.ncgg.go.jp/hospital/overview/organization/zaitaku/news/documents/acpshien.pdf>, 2025年12月28日参照

日本病院薬剤師会雑誌 第62巻6号 令和8年6月1日発行 昭和47年1月27日第3種郵便物認可
発行：一般社団法人 日本病院薬剤師会 東京都渋谷区渋谷2-12-15 日本薬学会長井記念館8階 TEL：03-3406-0485

代表者 武田 泰生

定価 935円（税別）
印刷部費 1,000円（税別）
（会員の購読料は会費の中に含まれます）