

安城市の看取り体制 めざす姿 「本人が望む場所で、自分らしく最期まで今を生きる」				
---------------------------------------------	--	--	--	--

本事例から見える課題	1 プロセスとして本人への意思表示支援※ ¹ ができていない	2 本人と家族及び親族間で意向が一致していない	3 専門職が連携して行う家族への説明や意思決定支援が不足している	4 多職種での意思実現支援※ ² と支援体制の整備が不足している
------------	----------------------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	------------------------------------------------



めざす姿に向けた具体的目標	1 早期から定期的(病状、体調、環境などの変化時)に本人の価値観を把握する	2 本人の思いを定期的に家族・親族と情報共有し、家族も意思決定の当事者として支援する	3 専門職同士での情報共有(本人の価値観や目標等)と連携ができ、本人の意向に沿える支援チームを構築する	4 多職種で協働して支援し、看取りに関する専門職のスキルアップを含めた医療・介護体制を整備する
---------------	------------------------------------------	-----------------------------------------------	--------------------------------------------------------	----------------------------------------------------



めざす姿の達成に必要な要素	1 関わる全ての人によって、本人の意思表示可能な早期から思いや価値観が確認されている。	2 早期から本人を含めて家族間(親族を含む)の思いや意向・死生観の情報共有と意思疎通を密にした意見の調整がされている。	3 支援チームとして病院・在宅を含めた情報共有と多職種連携がスムーズに図れた上で、家族への説明や支援がされている。	4 本人・家族の意向を多職種が共有し、望む生活が実現されている。 本人の意向を尊重した看取りを実施するための医療・介護の支援体制が整備されている。
---------------	------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------



＜安城市全体で取り組む内容＞ * 太枠で囲った部分はACP作業部会が取り組む予定の内容。グレーの背景は保健福祉部会と協力し実施する内容

目標達成のための手段・方法	①ACP等のマニュアル作成 ②価値観を情報共有するシートやノート作成 ・ICTを活用したもの。 ・「パーソンセンタードケア」のような用紙。 ・一般的にいうエンディングノート。 ・「わたしノート」の配布・啓発。	①価値観を情報共有するシートやノート作成 ・本人の思いや意向を記入するシートの作成。 ・情報を統合するためのツール ・書面に本人の思いを残して貰い、それを配る。 ・サルビー見守りネットに家族が入れるシステムづくり。 ・臨終期に会いたい人をリストアップし、意見統一する人を把握する。	①専門職による情報共有 ・情報共有ツール(ICT)。 ・情報提供様式。 ・担当者会議でサルビー見守りネットを活用。 ・サルビー見守りネットで情報共有。 ・サルビー見守りネットの活用促進。	①多職種連携のための情報共有 ・情報を統合すること。 ・意思を実現するために情報共有ツール。 ・多職種がお互いのできることを理解し、得意分野の情報共有する。
	③職域を跨いだ情報共有 ・定期的に意向を確認する。	②家族・親族間での共有 ・本人の意思、死生観の共有。 ・定期的に本人の思いを家族や親族に伝える。 ・親族が集まる機会にリビングウィルの見直し。 ・家族や親族が集まる時に情報共有と統一。 ・臨終期に会わせたい人をリストアップする。	②多職種連携 ・本人と家族で調整された意見に対して、関係部署が対応できるように調整。 ・医師との連携がしやすくなる。 ・サルビー見守りネット等での連携で家族や本人の不安が変化していく過程を見逃さない。 ・かかりつけ医をもち、医療関係を整備。 ・医療者と家族が十分に話し合う機会を持つ。	②看取りに関するスキルアップ、専門性の向上 ・ACPの勉強会。 ・ACPや看取り支援の一連の流れを理解する。 ・看取りについての研修会。
	④本人の意思を発信 ・リビングウィルなど書面で意思を明示する。 ・意思表示をしてもらう機会をつくる。 ・定期的に本人の思いをさく。 ⑤価値観に基づくケアを学ぶ ・本人にとっての価値に気づく。感受性の育成。 ⑥市民への啓発 ・市民フォーラム等で情報発信。 ・支援者への勉強会。 ・作成したツールの配布・啓発。 ・地域住民が人生会議を実践する。	③市民への啓発 ・看取りとは何かという家族への講演会。	③研修会の開催 ・病院、在宅それぞれの環境・役割を理解し、お互いの弱み強みを理解できるような研修会。 ④地域住民との連携 ・町内会、民生委員など社会的な繋がりをつくり、価値観を伝えておく。	③専門職を含む地域への啓発

※1 意思表示支援: 本人が意思を表明することの支援をいう。意思決定支援者の本人への態度や周辺の環境が、本人の意思決定の障害になっていないか、意思決定にあたって十分な時間があるかどうか確認するなどの支援を行う。

※2 意思実現支援: 本人が意思を実現するための支援をいう。自発的に形成され、表明された本人の意思を、支援チームが多職種で協働して利用可能な社会資源等を用いて、日常生活・社会生活のあり方に反映させるなどの支援を行う。