

専門職のための ACP マニュアル



令和3年12月 安城市

はじめに

私が「アドバンス・ケア・プランニング (ACP)」という言葉を知ったのは2011年頃であったと思います。それから10年が経過し、最近では“ACP”という言葉を知るところで聞くようになりました。ACPは医療・介護現場における意思決定の困難さを解決できる最良の手段である、と考えられたため瞬く間に“ACP”という言葉は浸透しました。しかし言葉の概念があいまいなまま使用され、“ACP”という言葉自体がひとり歩きしているように感じられます。これではACPを正しく実践することは難しく、かえって現場に混乱を招くことになるのではないかと思います。

安城市は2020年に高齢化率が21%を超え、超高齢社会となりました。高齢者の多くは何らかの疾病や障害を抱えながら生活をしています。そのような状況で、これからの治療・ケアをどうするのか、どこで療養するのかなどを選択しなければなりません。認知機能低下で意思確認が難しい人もいます。医学的にどのような選択がよいのか難しいこともあります。さらに個人の価値観や社会的背景は多様化しています。このようにたくさんの要素が複雑に絡み合った状況においても、できるだけ本人にとって最善の医療ケアが選択され実現できることが理想です。いや、多くの医療介護従事者の方はそうでありたいと思っていることと思います。

今回、安城市は看取り体制の目標を掲げました。より良い看取りのためにはより良いACPの実践が重要であると考え、ACP作業部会を立ち上げました。そこで1年かけて議論を重ね本マニュアルを作成しました。本書は医療、介護に携わるすべての人がACPを実践できることを目的に作成されています。第1章はACPの概念についてまとめました。第2章は実際にそれぞれの現場で実践できるように、より具体的な内容としています。しかしACPの概念が理解できたからといって適切に実践できるとは限りません。むしろ現実には多様であるため、割り切れずにジレンマを感じるが増えるかもしれません。大切なことはひとつひとつの事例をみんなで悩み、考えながら一步一步前に進むことだと思います。繰り返し実践する中で知識や技術の向上につながれば幸いです。

最後に、このマニュアル作成にかかわって下さった皆様に心より感謝申し上げます。

令和3年12月

ACP作業部会 会長 杉浦 真

安城市看取り体制について

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」

本人が自分の想いを伝えられなくなっても、生活する場所や関わる人が変わっても、その人の意思が尊重され、実現できるよう支えましょう。

安城市ACPの理念

- 私たちは市民がその人らしく生きることを活動の原点とします。
- 私たちはその人の価値観を大切にします。
- 私たちは専門職としての^{きょうじ}矜持を持ち、共に考え、共に悩み、共に実践します。
- 私たちはその人の気持ちの揺れに寄り添い、何度でも話し合います。

目次

1章 : **ACPって何?** 1~2

2章 : **実践に向けて**

① 意思形成支援 3~4

② 意思表示支援 5~6

③ 意思決定支援 7~10

④ 意思実現支援 11~12

⑤ 多職種連携のポイント 13~14

⑥ 疾患別の対応 15~17

⑦ 状況に応じた対応 18

⑧ 支援者の資質向上 19

⑨ サルビー見守りネットの活用 20

⑩ わたしノートの活用 21

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

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判断すればよく、患者も医師にお任せすればよかったのです。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治癒が難しい疾患です。病気や障害を抱えて生活しなければなりません。自分らしく生きるのか、できるだけ長く生きるのかを天秤にかけ、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ません。そのため最善の医療が受けられないことがあります。このように超高齢社会に医療や介護に携わる私たちには本人の価値に基づいた医療・ケアの実践が求められています。

事前指示（リビングウイル）ではだめなの？

ACPの中心的概念は「あらかじめ将来の治療やケアについて話し合う」と言われます。では、なぜ“話し合う”必要があるのでしょうか。将来望む治療やケアを文書に残すリビングウイルではいけないのでしょうか。わざわざ話し合わなくても、リビングウイルがあれば本人の意思を尊重できると思いませんか？しかし実際にはリビングウイルだけの運用ではうまくいきません。そもそも患者は具体的な医療処置や疾患の経過について詳しくわかりません。そのため将来どんな状況になり、その時どんな処置が必要になるかを判断することは非常に難しいことです。そのためリビングウイルを手にした私たち医療者は「本当に今、これを当てはめてよいのか」と悩むことになります。だからあらかじめ専門知識を持つ医療介護の専門職と相談しながら考える必要があります。本人の価値観や人生の目標、気付きなどを家族や専門職と共有し、将来自分では意思決定できない事態となっても最善の医療・ケアが受けられるような“手がかり”を残していくプロセスが必要なのです。

ACPの定義

現在、ACPという言葉がひとり歩きしています。ACPという言葉を使う人たちが様々な解釈をしています。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の4つのステップ

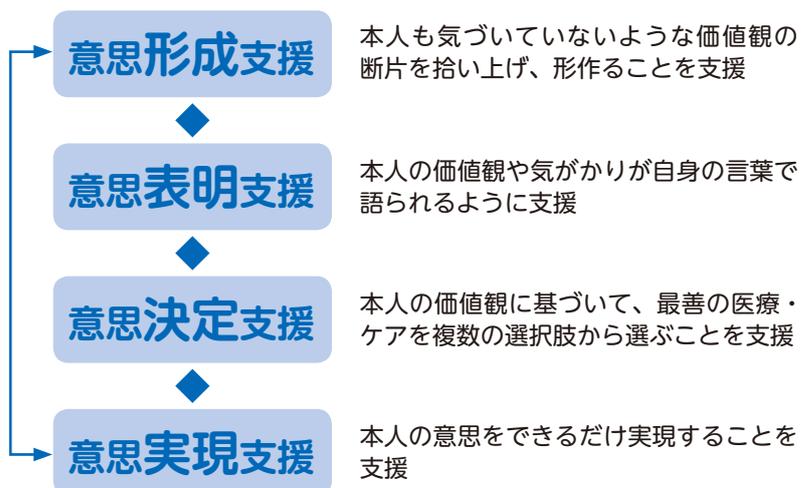
ACPには4つのステップがあります。

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のステップは一方方向性ではなく、病いの経過を通して意思形成支援⇄意思実現支援を双方向的、循環的に進むものと考えてください。

医療における意思決定は価値判断

医学的情報が十分に与えられ、理解できたとしたら合理的な意思決定ができるのでしょうか？そもそも“合理的な”意思決定とはどのようなものでしょう。私たち医療や介護に携わる者が正しいと思う判断でしょうか。

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、その価値を叶え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。

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」といった心理的安全性の高いチーム作りを目指しましょう。

2章 実践に向けて

1 意思形成支援

● 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？

・・・具体例・・・

- 本人の何気ない会話の中にある想いや希望などから価値観を見つけましょう。
例えば「私は主婦で夫や家族が元気で幸せに暮らせるように家事をすることが大切なの」であったり「家族のために一生懸命仕事をしてきたから仕事が生きがいなんだ」など、本人の人生が語られる時にその人が大切にしている価値が語られます。
- 治療の選択や治療目標の決定においても本人の思い、価値観が大きく影響されます。本人の想いを聞き、専門職として理解する必要があります。
「病気になったら痛みや苦しいことが無いようにしてほしい」
「家族と過ごす時間を出来るだけ長くとりたい」
…皆さんの人生で大切にしている事には理由がありますよね？
本人も同様であることを想定し、会話の中から価値観を拾い上げましょう。

これまでに本人が発した言葉の中に“価値観”を見つける



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。



～情報共有シートを作成する場合の注意点～

情報共有シートを作成する場合、項目の内容を聞き取ることが目的になる恐れがあります。大切なのは、その言葉の裏に隠された価値観です。またシートを書いても情報収集が完了するわけではありません。本人の状況で気持ちは変わります。まずは ACP の概念を理解して各専門職が必要と判断した情報を持ち寄り、手がかりとして情報を共有していきましょう。

2 意思表示支援

● 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

本人が話しやすいように環境や雰囲気配慮しましょう。

・・・具体例・・・

- 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。
- 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。
- 疾患の急性期は避ける。
- 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

不安を口にした時
不安を話し始めた時



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

入所の面談時
サービス担当者会議の時



病状が変わった時

外来の診察時



介護保険申請時・ケアプラン作成時

サービスについて話し合う時
介護サービスを提供する時



[コミュニケーションスキルの一例]

コミュニケーションスキルを活用した会話のテクニックが求められます。その際に使用されるスキルを下記に記載しますので参考にしましょう。

【反復】

- 本人の言った言葉の事実のみを返す。勝手に解釈をしない。
- 相手のありのままを感じる。
- 共感しすぎない。

[反復の一例]



昨日はあまり眠れませんでした。

昨日はあまり眠れなかったんですね。



家族に迷惑をかけるなら、死んだ方がいい。

家族に迷惑をかけるなら、死んだ方がいいと思うんですね。



【沈黙】

- 相手の心が整うのを待つ。
- 沈黙に耐え、本人の想いを想像する。

【問いかけ】

- 相手が言いたいことを探索する。
- 相手がどんな選択をするかを想像できるような声掛けを行う。
- 「～について聞いたことがありますか」など経験を尋ねる。

・・・具体例・・・

- 現在の病気について医師からどのように説明されていますか？
- 病気や体のことについてどのように受け止めていますか？
- この先どのように治療を受けたり、生活していきたいですか？
- つらいこと、心配なことを教えてもらえますか？
- 楽しみにしていることは何ですか？
- それはなぜですか？（理由を聞きましょう。理由の中に価値観があります。）

3 意思決定支援

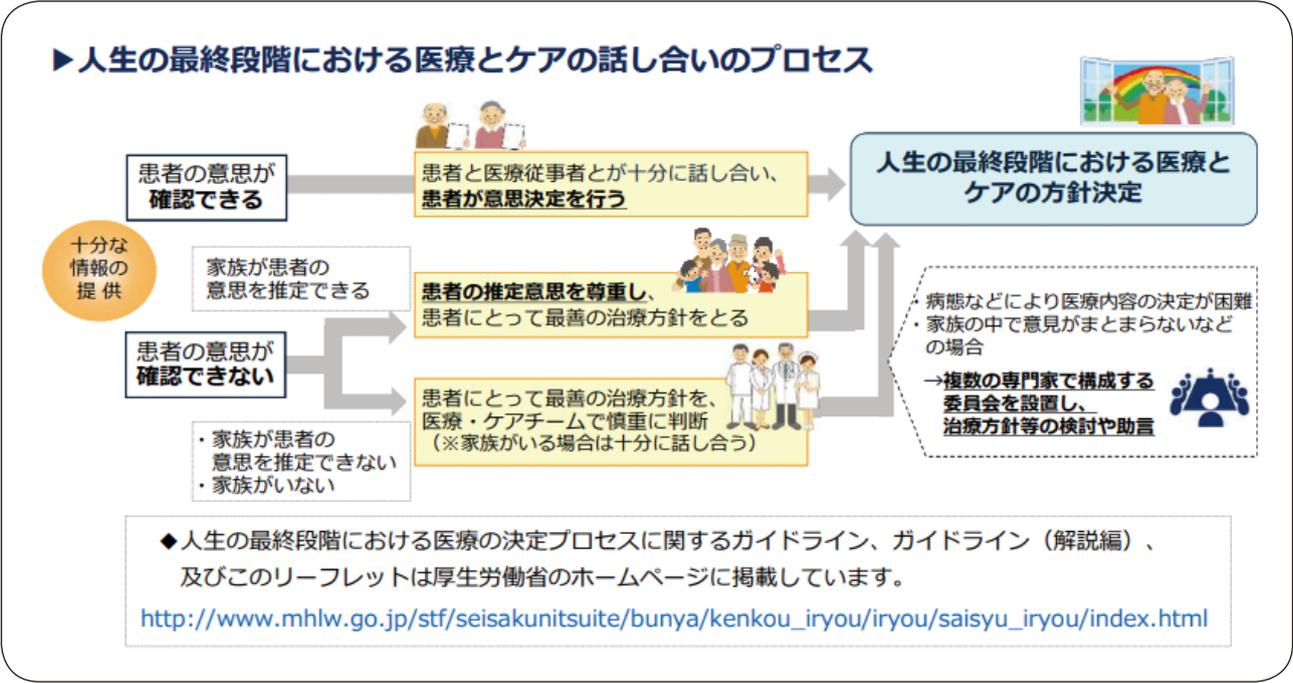
● 意思決定支援

本人の価値観に基づいて、最善の医療・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ひとりで決めず、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。

これらを踏まえ、話し合いのプロセスを通して、意思決定を支援しましょう。



参考：厚生労働省
「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」リーフレット



● 協働意思決定

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。

協働意思決定は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能動的、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。自分ひとりの知識には限界があります。より多くの専門職と協働することも重要です。



協働意思決定のプロセスは、レストランにおけるお客とソムリエの関係に似ています。ワインの専門家であるソムリエは、お客の好みや料理、予算などの情報をお客とやり取りしながら最適なワインを提案します。お客ひとりで決められませんが、ソムリエと相談することでより良い選択ができるのです。

ソムリエは常連のお客と同じようなやり取りを繰り返すことで好みを把握します。そして何も言われなくても最適なワインを提供できるようになります。これがACPのプロセスです。ACPは協働意思決定を繰り返し行うことなのです。

私たちは
ソムリエ



本人の意思が確認できないときは？

本人の意思を推定できる“代弁者”と一緒に、本人にとって最善の治療・ケアの方針を決めましょう。

医療行為を受けることに同意もしくは拒否する権限は本人にしかありません（これを一身専属権と言います）。しかし、認知症や重度の障害で判断能力がない、意思表示ができない場合はどうしたらよいのでしょうか。

実際の臨床現場では家族による代理判断が行われています。この家族による代理判断はあくまでも家族が本人の意思を推定し本人のことは“代弁”することです。私たちは家族との意思決定の際、このことを十分に意識する必要があります。**代理判断をする人＝代弁者**と表現した方が分かりやすいでしょう。

Q 代弁者は家族にしかできないの？

A 家族に限る必要はありません。本人のことを大切に思い、意思を推定できる人であればよいのです。疎遠な家族よりも親しい友人の方が代弁者として適している場合もあります。また家族は自分が代弁者になり得るということを自覚している必要があります。そのため前もって本人と家族が話し合うことが必要となります。

Q 誰も身寄りがいない場合はどうしたらよいのでしょうか？

A 代弁者となり得る家族や知り合いがいない場合、もしくは家族がいても決められない場合は医療・ケアチームが本人にとって最善の治療やケアを慎重に判断することになります。

このような場合、普段の状況を知るケアマネジャーやヘルパーの情報がとても有用なことがあります。ただし成年後見人は医療に係る決定・同意を行うことは業務に含まれていません。

※参考：厚生労働省「身寄りのない人の入院及び医療に係わる意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」2019年

Q 本人が子どもの場合の意思決定はどのように対応すれば良いですか？

A 予後の不確定さや両親の非現実的な期待などもあり、本人の想いを共有することは高齢者と比較すると難しい面があります。支援者として、家族（両親）の声は「子どもの代弁者」であり「介護者としての代弁者」と言った二面性があることを常に意識して関わっていきましょう。

※参考：日本小児科学会「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン」2012年

Q 事前指示（リビングウイル）をどのように取り扱えばよいですか？

A 本人の意思を推し量る手がかりです。リビングウイルを手がかりに家族等との対話を始めましょう。決してそこに記載してあるとおりにしなければならないということではありません。



(参考) 意思決定支援に関わるガイドライン

- 日本透析医学会
「透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」 2020年
- 国立がん研究センター
「高齢者のがん診療における意思決定支援の手引き」 2020年
- 厚生労働省
「身寄りのない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」
2019年
- 日本脳卒中学会
「脳卒中における終末期医療に関するガイドライン」 2019年
- 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
- 厚生労働省
「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」 2018年
- 厚生労働省
「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」 2017年
- 日本臨床救急医学会
「人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言」
2017年
- 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」 2017年
- 日本老年医学会
「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン～人工的水分・栄養補給の導入を中心として～」 2012年
- 日本小児科学会
「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン」 2012年

4 意思実現支援

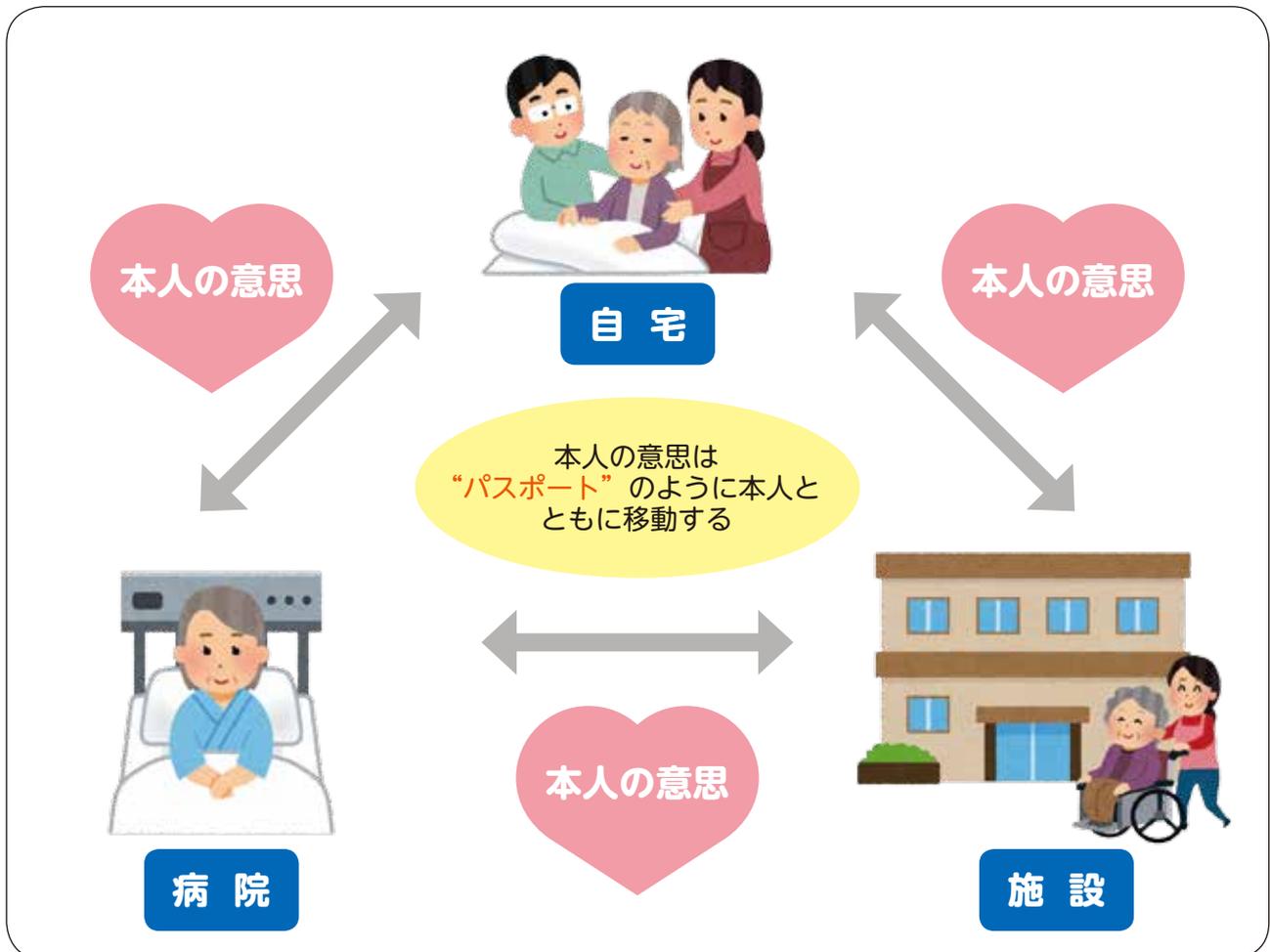
● 意思実現支援

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、治療選択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パスポートのように本人とともに移動し、本人の意思が実現できる支援が必要です。

本人の意思が生活や人生に反映されることで、ACPは完結します。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。



ポイント

生活の場所が変わっても本人の意思を尊重したケアが出来ることが理想ですが、現実には施設の機能、職場の風土、価値観などによって左右されます。その時の状況によって関わるスタッフが最善の判断をし、本人の意思実現を支える柔軟性が必要です。どこにいても同じケアが受けられるような地域における多職種連携が重要です。

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 における最後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。



ACPは家族ケア(グリーフケア)

ACP を通して患者の希望が尊重されることで家族（遺族）の満足度が高まるという報告があります。

ポイント

- 家族は本人とともに病気と戦ってきた仲間である。
- 認知症の人の家族介護者の約 40% は臨床的に重大なうつ病または不安を抱えている。
- 本人の死後、強い悲嘆（グリーフ）はがんや虚血性心疾患、脳卒中、うつによる自殺などのリスクを高める。
- 家族が心身ともに安定していれば本人への介護やケアも安定する。
- ACP は本人の（推定）意思を尊重することから、家族介護者の代理判断に伴うストレスを軽減できる可能性がある。
- 医療介護従事者が一緒に考えることで信頼関係が構築される。

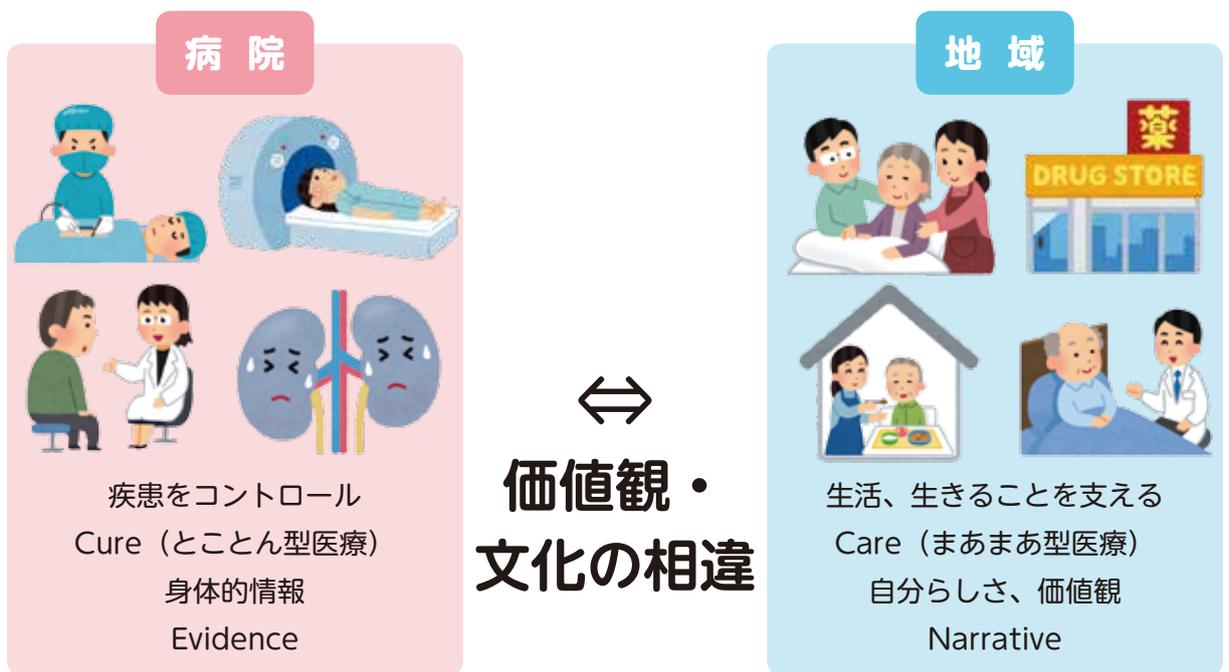


5 多職種連携のポイント

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。

例えば、病院医療と在宅医療との間にも価値観の違いがあります。その違いを自覚していないと、時に“異文化コミュニケーション”となってしまいます。専門職種間の知識や価値観の違いがあるからこそ、集合知による期待以上の効果が生まれます。

病院医療と在宅医療の違い



専門職としてのプライド（矜持）を持つことが大切です。そして関わる専門職がお互いを尊重しつつ、共通の目標に向けてコミュニケーションをとりましょう。

ポイント

より良い多職種連携のためには

- 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。
- 双方向のコミュニケーションが大切。



【支援者の役割】



主治医

本人が病気をどのように理解し、これからの人生をどのように過ごしたいと考えているのかを把握します。本人・家族と相談しながら、望みが叶えられるような治療やケアを専門的な立場からアドバイスします。



看護師

主治医の説明を補うとともに、本人の希望や想いを把握して主治医につなぎます。また本人・家族の希望を実現するために支援する役割があります。

これからどのように過ごしたいのか、本人が大切にしたいこと（人生観、価値観など）を日頃から家族に伝えましょう。



本人

ご家族

今まで一緒に過ごしてきて、本人の気持ち・体の変化を理解し、これからどのように過ごしてほしいか、本人を身近で支える存在です。



相談員

どのように過ごしたいかを聞き、病院・施設内でのケアや支援者につなぐ役割があります。社会的な制度を紹介し総合的に相談に応じます。



ケアマネジャー

どう暮らしてきて、どう暮らしたいか、本人・家族の望む療養が行える支援を調整し多職種をつなぐ専門職です。



介護職員（ヘルパー）

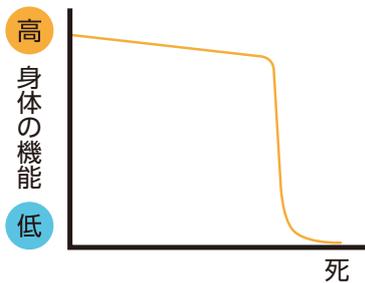
生活の場面で一番身近な存在として本人・家族の想いや気持ちを聞き取ります。

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。

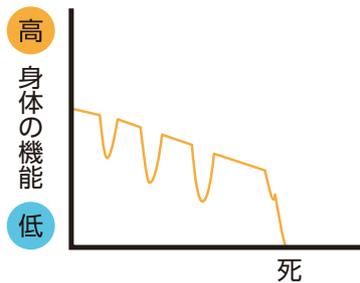
人生の最期に至る軌跡

【がん】



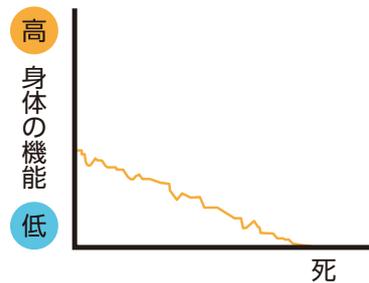
比較的長い期間、機能は保たれる。最後の1-2か月で急速に機能が低下する。

【心・肺疾患】



急性増悪を繰り返しながら徐々に機能が低下。最後は比較的急な経過。

【認知症・老衰】



機能低下した状態が長く続き、さらにゆっくりと経過し死を迎える。

Lynn(2001).Serving Patients who may die soon and their families:The role of hospice and other services.JAMA,285(7):930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。

【がん末期】

死亡する1ヶ月程度前までは機能は維持されますが、急激に悪化します。告知時から死を意識する患者も少なくありません。治療選択が年々増えているため、以前には治療ができなかった患者に投与できる薬剤が後に現れることがあります。がんの場所によって、機能障害やボディイメージの変容が生じることもあります。

※利用可能な地域の社会資源：がん相談支援室（安城更生病院）

※参考：がん患者に対する情報

愛知県 「あいちのがんサポートブック ～がんと向き合うあなたへ～」

※参考：国立がん研究センター

「高齢者のがん診療における意思決定支援の手引き」2020年



『がん相談支援室（がん相談支援センター）』

安城更生病院には、がん患者さんやそのご家族の方の病気についての疑問や不安・心配事についての相談窓口として、がん相談支援室があります。

（主な相談内容）

- ・セカンドオピニオンについての相談
- ・緩和ケアに関する相談
- ・地域の病院や診療所に関する相談



【心不全・呼吸不全・腎不全など臓器不全】

肺炎で急性増悪を繰り返し、少しずつ機能は低下します。一時的な回復はもとの機能よりも改善しません。闘病が長期間にわたるためゴールが見えにくく、本人は悪化の不安を抱えながら生活をしています。長期的なゴールを設定し、本人が達成可能な短期的なゴールを設定しましょう。急性増悪時に重要な判断をしないことが大切です。

【神経難病】

コミュニケーション障害や認知機能障害が進行するため早い段階からACPを開始します。胃瘻や気管切開などを単に「延命処置」と捉えるのはやめましょう。胃瘻は内服薬の投与ルートとなるためQOLの維持や緩和ケアになります。処置がその後の人生にどのような意味や価値となるかを本人と一緒に考えることが重要です。

※利用可能な地域の社会資源：保健所、愛知県難病医療ネットワーク、難病情報センター

【脳卒中】

脳卒中は数か月もしくは数年かけて回復する可能性があるため、急性期に治療やケアの差し控え・中止に関する意思決定は避けましょう。身体機能が障害されることから生きる価値を見失いやすい状態です。残存機能を生かし、自身が存在する意味を見いだせるような支援ができると良いでしょう。

【認知症】

判断能力はあるかないかではありません。判断能力は4つの能力から構成されます。①情報を理解する能力 ②情報を自分のこととして捉える能力 ③論理的に考える能力 ④自分の意思を伝える能力。低下している能力を補いつつ意思決定を進めていきましょう。判断能力は「絶対はない」と分かるまで「ある」と仮定して接していきましょう。

※利用可能な地域の社会資源：認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター（八千代病院）、地域包括支援センター



『認知症初期集中支援チーム』

安城市には、認知症に関して介護者や本人を地域で支援する機関として、『認知症初期集中支援チーム』があります。認知症の専門医と専門知識をもつ看護師等の医療職と社会福祉士等の介護職からなる専門家のチームです。認知症初期集中支援チームは、認知症が疑われる人（または認知症の人）やその家族を訪問して相談に応じた上で、包括的、集中的に支援を行います。

また、地域には高齢者の総合相談窓口として地域包括支援センターがあります。認知症のことなど高齢者のことで悩んだときは、気軽にご相談ください。

7 状況に応じた対応

どんな状況においても・・・

ひとりで抱え込まずにチームで対応しましょう。対応に苦慮する時はチームで話し合う場を設定し、その都度支援方針について話し合うことが大切です。

【本人と家族の思いが違う場合】

- 本人と家族が話し合える場を設定する。
- 今までの家族間の歴史を大切にす。
- 支援者も同席し本人の気持ちを整理する。
- 本人は家族を気遣い、自分の想いを言わないこともあることを知っておく。

【否認が強い場合】

- 正確な情報提供を行う。
- 否認する気持ちに寄り添い、受け止める。
- 支援するタイミングを逃さない。
- 信頼関係をつくる。

【外国人の場合】

- 宗教や文化などを把握し、本人の価値観を理解する。
- 医療保険の加入状況や滞在状況を確認する。
- 日本におけるキーパーソンを確認し、支援状況を確認する。
- 外国語対応をしている医療機関や福祉、行政等の相談窓口についての情報を提供する。

【身寄りがいない場合】

- 元気なうちから頼りになる人を確認しておく。
- これからの生活のことをどのように考えているかを聞く。
- 本人の気持ちに寄り添う。
- 本人と周囲の支援者によるチームの関わりが大切である。



『倫理相談窓口（りんりの部屋）』

安城市では、現場での倫理的問題に直面し、不安や孤独感を抱え込む医療者・介護者をサポートするための倫理相談窓口があります。サルビー見守りネットのプロジェクト倫理相談窓口「りんりの部屋」、ポータルサイトの資料をご覧ください、気軽にご相談ください。

8 支援者の資質向上

支援者として感性を磨きスキルを身につけましょう。そのためには人間性を高め、感性を磨くことが大切です。本人の価値観につながる言葉を敏感に感じ取り、支援者の一員として多職種と情報共有していくことが大切です。

本人が話した言葉、表情、態度を理解して支援できるように、多くの経験を積み自己研鑽していきましょう。実践しながら学んでスキルアップしましょう。



安心して自信をもって対応するために	本人・家族との信頼関係を構築するために
<ul style="list-style-type: none"> ・ 終末期の心身の変化や経過について (医学的な見地からの知識⇒OPTIM^{※1}冊子の活用) ・ 終末期のケアと対応方法の理解について ・ グリーフケアの理解・家族への対応方法について ・ 意思決定支援の理解 (もしバナゲーム^{※2}) ・ 宗教家による研修 (デス・エデュケーション) ・ 急変時の対応方法 (普通救命講習等) ・ 延命処置の内容と理解 (DNAR) ・ 振り返りのミーティング、デスカンファレンス ・ ピアカンファレンス (支援者同士の分かち合い) ・ 倫理カンファレンス ・ 認知症の人への対応方法と理解について 	<ul style="list-style-type: none"> ・ コミュニケーションスキル、対話スキル ・ 相手の気持ちを理解する (ロールプレイの活用) ・ 自分自身の感情を意識する ・ 自分を客観視(メタ認知)するスキルの獲得 ・ 哲学対話・哲学カフェ^{※3}等

※1 OPTIM：OPTIM プロジェクト (厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」)

※2 もしバナゲーム：カードゲームを通じた「もしものための話し合い」iACPがCoda Allianceの許可を得て、翻訳、制作、出版しています。

※3 哲学カフェ：哲学実践と呼ばれる哲学対話活動のひとつです。哲学対話とは、身近な問題について対話を通して深く考えるという活動です。哲学カフェは、愛知県内でも活動しています。



【学ぶことの効果】

- その人らしい最期を支援できます。
- 支援者自身の成長と達成感、やりがいに繋がります。
- 支援やケアの資質の向上につながります。

9 サルビー見守りネットの活用

- 本人の意思を記録し、その内容を多職種で共有する際に活用できるツールです。
- サルビー見守りネットを活用することでデータとして本人の意思を記録することができ、意思の変化を時系列で多職種で確認・共有することができます。
※ 利用には本人の同意が必要です。詳しくはポータルサイトをご確認ください。
(<https://ptl.iij-renrakucho.jp/anjo/>)
- ACP としての活用方法：本人の想い、価値観などの記録を投稿する際「タグ付け」することにより、「タグを検索」して情報を抽出することができます。

～「ACP」タグ付け、検索の方法について～

- ① 患者一覧、患者タイムラインのページを開きます。
- ② 記事を登録する際、下の方に「タグを入力」とあります。
そこに「ACP」と入力して投稿します。
- ③ 検索をクリックすると、記入したタグがでてくるので、「ACP」をクリックすると「ACP」とタグ付けした記事のみが抽出できます。

サルビー見守りネットのご利用イメージ



- ・意思決定支援に関して投稿した記載には、「ACP」のタグ付けを行う。
書き込みが多くてもタグから検索が可能。

- ・前回訪問時から変化した本人の意思を確認。
- ・前回の本人の意思に関する対応、その対応に対する反応や新たな意思等を記載。

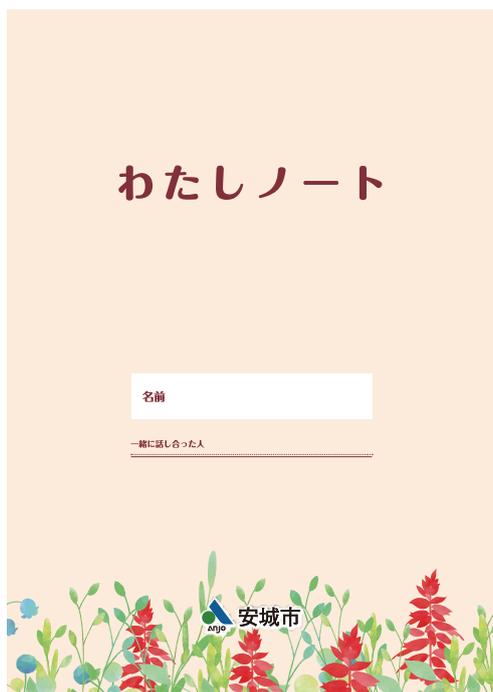
- ・本人の意思を記載。
- ・また、訪問時や面談する際に気づいたことを記載。
- ・本人の意思に対する家族の反応を記載。

10 わたしノートの活用

『わたしノート』は本人が自分の考えが伝えられなくなっても、生活する場所や関わる人が変わっても、その人の意思が尊重され実現できるように想いを書き留めておくノートです。

医療やケアの方針を決める際に、本人の想い、価値観、気がかりなどの情報は重要です。あらかじめこのノートに本人の想いを記載しておき、必要な時に医療・介護関係者と情報共有しながら支援していきます。

『わたしノート』は本人に記入を強制するものではなく、法的な効力を持つものでもありません。あくまで本人の望む医療・ケアが実践されるための手がかりです。



〔ノートの特徴〕

- ・全16ページで、直接書き込めるようになっています。
- ・本人に関する情報や、本人の想いを記入できるようになっています。

〔記載内容〕

- ・わたしの基本情報
- ・わたしの好きなもの
- ・人生の歩み
- ・わたしのこれからのこと
- ・もしものとき など

〔ノートの配布場所〕

- ・高齢福祉課地域支援係
- ・福祉センター
- ・公民館
- ・地域包括支援センター など

※市ウェブサイトにも『わたしノート』を掲載しています。

ポイント

- ノートの各項目を埋めることが目的ではありません。
- そのように考えた「理由」が大事です。
- できる限り家族や支援者と一緒に作成しましょう。
- 状況により内容が変化しうることを意識しましょう。
- 気持ちの変化も重要な情報です。時系列に記載すると分かりやすいです。
- ノートに記載された内容を必ずしも実施する必要はありません。
- 医療やケアの方針を決める際の対話のきっかけとして活用するとよいでしょう。



ACP作業部会委員名簿

令和3年12月現在

氏名		所属
会長	杉浦 真	愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院
副会長	岡田 高志	みどりオレンジグループ 株式会社碧介護サービス
	岡本 雅彦	アイエムクリニック・安城
	堀 涼恵	愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院
	山田 万理	日だまり訪問看護ステーション
	木村 恵美	社会医療法人財団新和会 ケアサポート八千代
	中村 鈴子	社会福祉法人紘寿福祉会 安城市地域包括支援センターひがしばた
	鈴木 淳一郎	医療法人成信会 居宅介護支援事業所 しんでん
	大田 博美	社会福祉法人愛生館 特別養護老人ホームひまわり・安城
	山下 由美	社会医療法人財団新和会 八千代病院
	濱嶋 有香	社会福祉法人 安城市社会福祉協議会 「安城市社会福祉協議会ホームヘルパーセンター」
	神田 美穂	愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院
	芝田 真理子	医療法人仁泉会 池浦訪問看護ステーション
	石川 奈美枝	社会福祉法人愛生館 特別養護老人ホームひまわり・安城
事務局	安城市役所 高齢福祉課	
	安城市在宅医療サポートセンター	

*順不同、敬称略

～専門職のための ACP マニュアル～

令和3年12月

制 作 ACP 作業部会
安城市役所高齢福祉課
安城市在宅医療サポートセンター

協力機関 安城市地域ケア推進会議

安城市地域ケア推進会議を構成する部会
病院部会 医師会部会 歯科医師会部会 薬剤師部会
訪問看護ネットワーク部会 リハビリネット部会
ケアマネット部会 デイネット部会 ヘルパーネット部会
施設部会 グループホーム部会 小規模多機能部会
住まい部会 地域支援部会 保健福祉部会

安城更生病院 八千代病院



安城市は持続可能な開発目標(SDGs)を支援しています。