

1 章 ： 総論

1 章 ： 総論

2章 ： 各論

(1) 情報収集 (1 G)

1 ページ目：「意思確認」として、本人の想いや希望を聞く
⇒質問内容などを記入します。

情報収集（1 G）

2 ページ目：「支援のタイミング」として、本人・家族間での話し合い
⇒支援のタイミングを記入します。

情報収集（1 G）

3 ページ目：「情報提供」として、本人・家族からの情報を関わる職種が聞き取ります

⇒「支援のタイミング」から関わる職種・役割を記入します。

2) 情報の記録・共有（1 G）

4 ページ目：「情報の記録・共有」

⇒フォーマット作成

案：①生活歴・生活習慣・本人の気持ち・ケア内容などのフォーマット

⇒居宅や介護サービス事業所のアセスメント表ともつながる書式

②ACP のフォーマット

⇒「わたしのノート」ともつながる書式となるので、4 G との

合同検討が必要か？

情報の記録・共有として、最終的には ICT（サルビー見守りネット）の活用を進めていきたいが、ICT 対応が不可能な関係者もいる為、紙ベースでの書式を当初準備する。

(3) 意思決定の仕方 (2G)

<話し合う内容>

在宅、病院、施設で共通するのは

本人の価値観や信念「大切にしたいこと」「して欲しくないこと」

療養場所 死が近づいた時に希望する治療やケア

危篤状態で回復の見込みが少ない場合に望む治療やケア

心肺蘇生に関する希望 代理意思決定人

拾い集めるパズルのピース

例えば・・・

家族と一緒にいたい

仕事や社会的な役割、家庭での役割を続けたい

自分のことや身の回りのことは自分でしたい

最後まで可能な限り治療を受けたい

家族の負担になりたくない

トイレに行けなくなったら施設や病院で過ごしたい

心臓マッサージや人工呼吸器をつけて蘇生して欲しい

点滴や胃ろうを作っても少しでも長生きしたい

趣味や、やりたいことを実現したい

病気になっても痛みや苦しみがない生活を送りたい

完治の見込みがない治療は受けたくない

最期は自宅で家族に看取られたい

話ができない状態になった時は、兄弟に代理で医療やケアの決定をして欲しい

※会議では専門用語を使わず分かりやすい言葉で具体的に話を聞く

先入観を持たずに肯定的に受け止める

本人が意思を伝えられる段階から代理意思決定人は誰か？と問いかけ続ける

本人が意思を伝えられない時に意思決定するのは誰かを会議のたびに確認する

(危篤状態に親族内で意見が割れると、関連職種が混乱して、本人が望んでいた医療を受けられないことがある)

【在宅】

- ・病状悪化時に救急搬送をするかどうか
- ・通院困難になったときの在宅医療への切り替え、かかりつけ医の変更
- ・介護者が介護困難となった場合の介護サービス内容
- ・死が近づいた時に希望する治療やケア
- ・どこで最期を迎えたいか、自宅看取りの考え方

【病院】

- ・病気や病状のこれからの見通し
- ・ＣＶポートや胃ろうなどの栄養管理
- ・治療やケアの選択
- ・完治が望めない場合の治療の継続（抗癌剤、輸血、点滴、昇圧剤）
- ・治療、ケアを受ける場所（通院継続もしくは在宅医療）
- ・本人の希望する治療やケア、受けたくない治療やケア

【施設】

- ・危篤状態や状態悪化時に救急搬送を希望するか
- ・施設の受け入れ条件を外れた場合（身体状況の変化、必要とする医療）の療養の場
- ・死が近づいた時に希望する医療やケア
- ・どこで最期を迎えたいかという本人の思い
- ・看取りの場所（施設の看取り体制、自宅看取りの可能性）

支援のポイント

意思決定能力は残っていても表現できない場合もある。

身振りや手ぶり、表情の変化を読み取り、本人の意思を最大限に尊重する

本人が関わってきた親族以外の人が、本人の価値観や信念を理解していることもある。

人生会議へ参加を促し、治療やケアだけでなく、日常生活や社会生活に関することに重点を置いて話し合うことが大切。

☆代理意思決定人とは☆

本人の意思決定能力が低下したとき、もしくは意思を伝えられなくなった時に、本人の代わりに医療やケアを決定する人。

本人が信頼しており本人が代理意思決定人を依頼していることが望ましい。

本人の意思が伝えられる段階から、ＡＣＰのたびに本人に代理意思決定人を誰に託すか確認する。

意思が伝えられない場合、代理意思決定人は誰なのかを確認する。

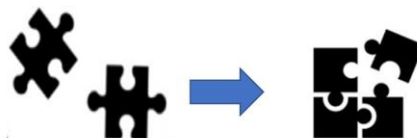
会議で代理意思決定人の合意形成をして情報共有する。

身寄りがいない場合は、後見人制度の利用や身元保証会社と契約するなどして代理意思決定人を決定しておくことが望ましい。

意思決定の仕方（2G）

意思表示

意思形成の段階で拾い上げたピースをパズルのようにつなぎ合わせ、価値観、大切にしていること、譲れないこと、気がかり、目標、選好等を表明するステージになります。



どうしてACP（人生会議）を行うの？

ACPとは将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセス

また、最期のお話をしておかないと・・・

- ・周りの関係者(家族・ケアスタッフ・医療スタッフ等)が困ってしまう。
- ・医療技術の進歩によりやること、やらないことの決定が困難。

【ACPのメリット】

- ・話し合いのプロセスを通して、家族や私たち関係者が本人の価値観を理解でき、意思表示が難しい状態になっても本人の意向を尊重しやすい。
- ・利用者さんの自己コントロール感が高まる
- ・死亡場所として病院死が減少する
- ・代理意思決定者と医師のコミュニケーションが改善
- ・より本人の意向が尊重されたケアが実践され、患者と家族の満足度が向上し、遺族の不安や抑うつが減少する

★代理意思決定者の悩み

「本当はやって欲しいことがあったのではないかな？」

「何もして欲しくなかったのではないかな？」

「本当にこの選択でよかったのかな？」

⇒後悔、不安、疑心暗鬼



最善を考えるために皆でテーブルに

<ACP(アドバンス・ケア・プランニング)という考え方>

- ➡ 終末期においては、約70%の患者さんで意思決定が不可能。

⇒あらかじめ意思を確認しておけばよいのでは？

Silveira MJ, NELM 2011

- ➡ 将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・療養について患者さん・ご家族とあらかじめ話しあうプロセス。

話合う内容

- ・現在の気がかり
- ・患者の価値観や目標
- ・現在の病状や今後の見通し
- ・治療や療養に関する選択肢
- ・患者さんが意思決定できなくなった時の代理意思決定者の選定も含む

尊厳
(自尊心)

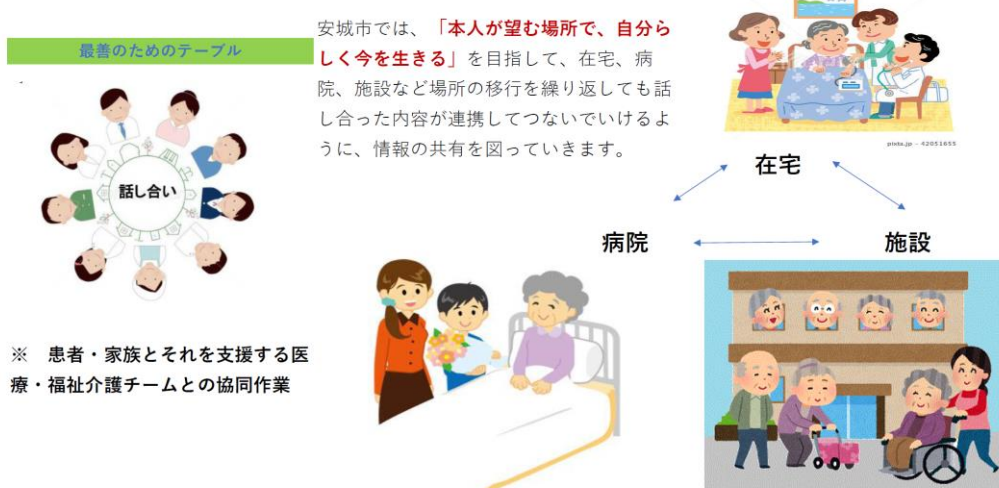
死生観

※ プロセス(話し合うこと)が大事。状況が変われば、何度でも行う。
自分の意思が尊重されることを望む患者さんばかりではない。

東北大学病院 緩和医療科 武田郁夫 院内勉強会資料 抜粋

意思決定の仕方（2G）

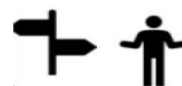
【安城市の意思決定支援の多職種連携について】



本人・家族とチームで共有しましょう（人生会議）

メンバーは、

ご本人、家族、友人、ケアスタッフ（ケアマネジャー、介護職）等本人が**信頼できる人々**と医療従事者（かかりつけ医、主治医、看護師、ソーシャルワーカー、等）と共に行われることが望ましいとされています。



ACPの多職種連携

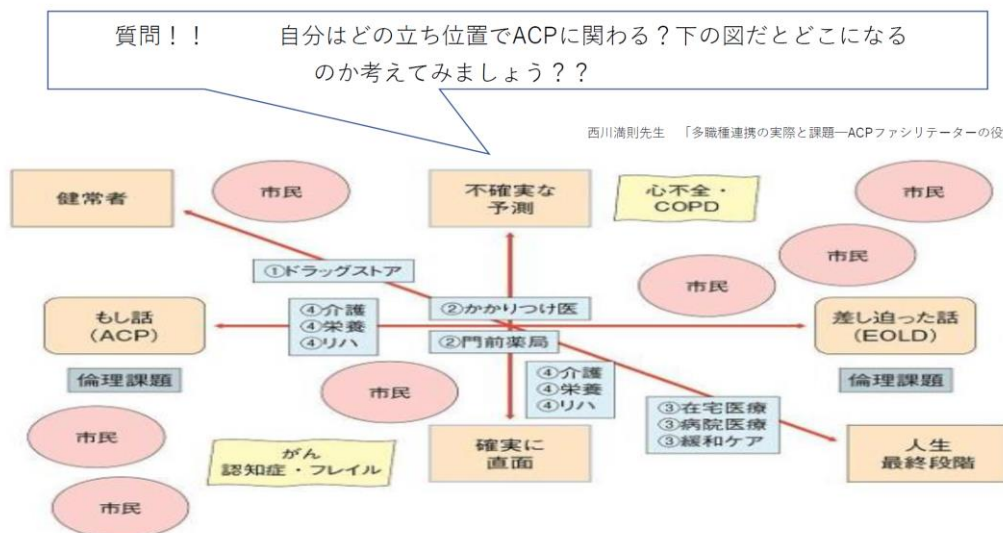
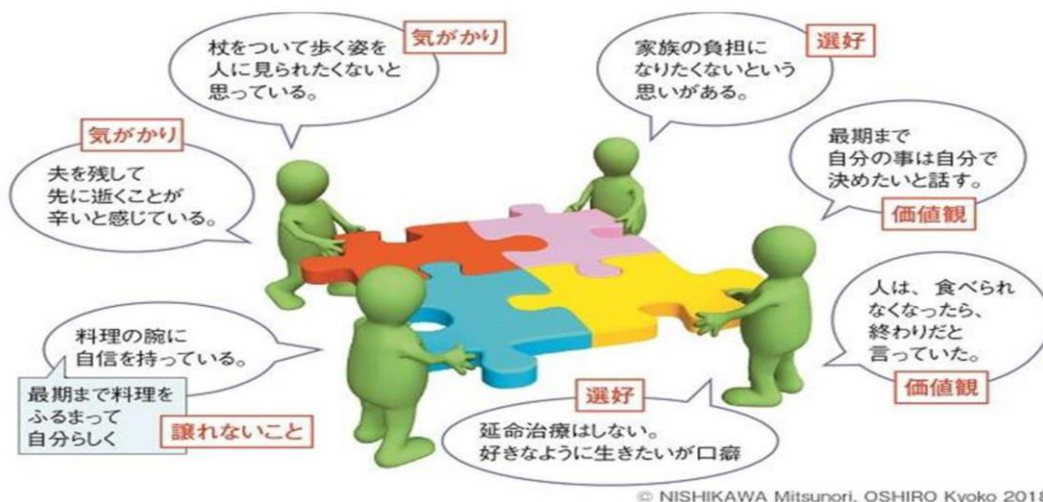


図1 多職種連携（地域包括ケア）においてどの立ち位置でACPに関わるか（Butler M, et al., Ann Intern Med. 2014; 161: 408-418³⁾を参考に筆者作成）

西川満則先生 「多職種連携の実際と課題—ACPファシリテーターの役割—」より抜粋

※多職種連携において、自分が何をつなぐ連携をするのか理解することが大切です。なぜならば、本人の意志の断片（想いのかけら、ピース）を拾い、組み合わせ、希望に関する情報をつなぐ役割を持っているからです。

意思決定の仕方（2G）



西川満則先生 「多職種連携の実践と課題—ACPファシリテーターの役割—」より抜粋

会議ではACPファシリテーターが対話を促進します！！

ACPファシリテーターとは、本人の価値観や意向、人生の目標に一致した医療・ケアの意思決定を実現するために、本人、家族など、医療・ケアチームと協働し、本人中心の意思表示や意思決定のための対話を促進する熟練した医療・ケア提供者らである。

誰がなるの??

医師、看護師、訪問看護師、メディカルソーシャルワーカー、介護支援専門員（ケアマネジャー）、高齢者施設の生活相談員らが対話のプロセスを適切に進めるACPファシリテーターとなりうるが、これらの職種に限らず、本人の心身の状態と療養の場によって、医療・ケアチームの中で最も適任な職種・スタッフがファシリテーターを務めることが望ましい2)。

しかし！！

日本老年医学会の「ACP推進に関する提言」2)では、ACPファシリテーターは、特定のトレーニングの受講などを条件に定義されているわけではなく、職種も限定されていない。市民患者利用者をよく理解している人、あるいは、よく理解者と思われている人が、ACPファシリテーターになりうるのである。とあります。

良き理解者がACPファシリテーターとなるのです！！

西川満則先生 「多職種連携の実践と課題—ACPファシリテーターの役割—」より抜粋



意思決定の仕方（2G）

支援のタイミング

早すぎても遅すぎても適切ではない
複数に分けて、適切な時期に適切な話題を



支援のポイント

- ①前提として信頼関係の構築が必要
- ②タイミングを逃さない
- ③十分な時間の確保が必要
- ④コミュニケーションを重ねる
- ⑤病状の変化により、本人・家族の気持ちが揺らぎます。定期的な話し合いだけでなく、要所の機会をとらえて話し合うことが重要

★支援者としてコミュニケーション能力の向上、相談対応能力の向上を図る

★それぞれの職種の強みを生かして支援する

参考資料；人生の最終段階における意思決定支援
柏市保健福祉部地域医療推進局
あいち ACP プロジェクト研修資料

意思決定の仕方（2G）

場 所 ご と の 支 援 タ イ ミ ン グ

在 宅



誰と

本人・家族・主治医・ケアマネ・訪問看護師・ケアにかかわるスタッフ

どんな時に

- ・家族がそろった時
- ・本人が話し始めた時
- ・在宅療養における診療時
- ・在宅サービス導入時
- ・サービス担当者会議時
- ・外来での総合評価時：「驚きの質問」や臨床フレイルスケールを用いて話す機会を持つ
- ・病状が変わった時：進行性の生命予後の悪い疾患を診断した時
認知症や神経難病のように今後機能が低下してくる状態にあるのを診断した時
- ・予定外の入院後、退院した時

何を話し合うか

- ・いのちに対する考え方
- ・現状の健康状態の不安や価値を置くところ
- ・今後の人生の目標について
- ・判断できなくなったときにそなえて
- ・代弁者について
- ・病状悪化時に救急搬送するか
- ・通院困難になった時在宅医療への切り替え、かかりつけ医の変更
- ・介護者が介護困難になった時介護サービス内容
- ・最期のときに希望する治療やケア
- ・どこで最期を迎えたいか、自宅見取りの考え方

意思決定の仕方（2G）

病 院



誰と

本人・家族・病院の主治医・在宅医・ケアマネ・病棟看護師・MSW/退院調整看護師・病院コメディカル・訪問看護師・ケアにかかわるスタッフ

どんな時に

- ・外来での総合評価時：「驚きの質問」や臨床フレイルスケールを用いて話す機会を持つ
- ・病状が変わった時：進行性の生命予後の悪い疾患を診断した時
認知症や神経難病のように今後機能が低下してくる状態にあるのを診断した時
- ・入院後の医師による病状説明時
- ・退院前カンファレンス時
- ・トランジショナル（移行期）ケア、訪問ケア時

何を話し合うか

- ・いのちに対する考え方
- ・現状の健康状態の不安や価値を置くところ
- ・どんな治療をうけたいか 治療やケアの選択
- ・療養の場所
- ・退院後どのように過ごしたいか
- ・病気や病状の見通し
- ・CV ポートや胃瘻などの栄養管理 食べれなくなったとき？

施 設



誰と

本人・家族・嘱託医・施設の相談員・施設スタッフ・ケアマネ

どんな時

- ・入所した、環境が変化した時
- ・サービス導入時
- ・サービス担当者会議時
- ・病状が変わった時：進行性の生命予後の悪い疾患を診断した時
認知症や神経難病のように今後機能が低下してくる状態にあるのを診断した時
- ・予定外の入院後、退院した時

何を話し合うか

- ・いのちに対する考え方
- ・現状の健康状態の不安や価値を置くところ
- ・今後の人生の目標について
- ・判断できなくなったときにそなえて
- ・代弁者について
- ・施設でどのように生活したいか
- ・危篤時や状態悪化時に救急搬送するか
- ・施設の受け入れ条件を外れた場合の療養の場
- ・どこで最期をむかえたいか本人の思い
- ・看取りの場所

(4) どのように実現するか (3G)

① 救急搬送時 (1 ページ)

②困ったときの相談先 （1 ページ）

③家族支援

(1 ページ)

(5) 疾患別 (3G)

疾患別 (3G)

(6) 状況別 (4G)

○章 いろいろな状況に対応しましょう

【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所を作る
- 今までの家族間の歴史を尊重する
- 本人と家族が話し合う場に支援者も同席し、一緒に考えを整理する役割を担う
- 本人は家族を気遣うということを念頭に置く

【身寄りがない場合】

- 元気なうちから信頼している人を確認
- 身寄りがないことで、今後の事をどのように考えているかを聴く
- 意思決定にかかわる事項を早めに明らかにし、本人が考える機会を持つ
- 孤独な本人の気持ちにもよりそう
- 本人と周囲の支援者によるチームの関わり

【介護力が不足している場合】

- 家族や支援者の協力が得られにくい制約がある
- 介護力が不足しかつ、意思決定が不十分な場合には、医療職・介護職が積極的に関わる
- 家族の心身の健康状態に配慮する

【否認が強い場合】

- 正確な情報提供が必要、知る機会を作る
- 否認する気持ちに寄り添う、受け止める
- イベントを持ち、支援するタイミングを逃さない
- 信頼関係を構築する

状況別 （4G）

【経済的問題がある場合】

- 社会福祉制度の説明
Q&A に入れるか？

【外国人の場合】

- 宗教や文化、死生観を知り、本人の価値観を理解する
- 日本の文化を理解する機会を設ける
- 日本におけるキーパーソンを確認し、協力を得る
- 医療保険の加入状況や滞在状況を確認
- 外国語対応が可能な医療・行政機関の情報提供

(7) スキル・教育 (4G)

○章 支援者としてのスキルを身に付けましょう

安心して自信をもって対応するために

- 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)
- 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
- 意思決定支援の理解
- 宗教家による研修
- 急変事の対応方法等～
- デスカンファレンス

本人・家族との信頼関係を構築するために

- 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
- 自分を客観視する(メタ認知)
- 哲学対話・哲学カフェ等～
- もしばなゲーム



学ぶことの効果

- その人らしい最期の時を支援できる
- 支援者自身の成長と達成感、やりがいにつながる
- 支援やケアの資質の向上につながる

スキル・教育 （4G）

3章 : Q & A (各グループ毎に)

4G: 身寄りがない場合 身元引受人
成年後見人制度

経済的問題 生活保護制度の活用 (状況別対応にも記載?)

<参考資料>

・題名 発行元 発行年 ホームページアドレス