

LIFE

これからのこと

で始める人生会議（ACP）

桜新町アーバンクリニック
五味 一英

- 「人生会議(ACP)って何？」と聞かれたら
~~何となく~~答えられる.

自信をもって

- 明日からやってみよう
と思えるきっかけをつかむ.



これが人生会議？？？

いい話だけど…

延命治療の話題は？
希望するの？
しないの？



最期は
病院で？自宅で？
って話は？？

で…人生会議、
実際どうしたらいいの？

決めなくてもいいから、いっぱい話をしよう。

どこで死にたいか、病気になった時どうしたいか。

そんな話ばかりしなくてもいい。

何が好きか、何を大切にしているのか。

決めなくてもいいから、いっぱい話をしよう。

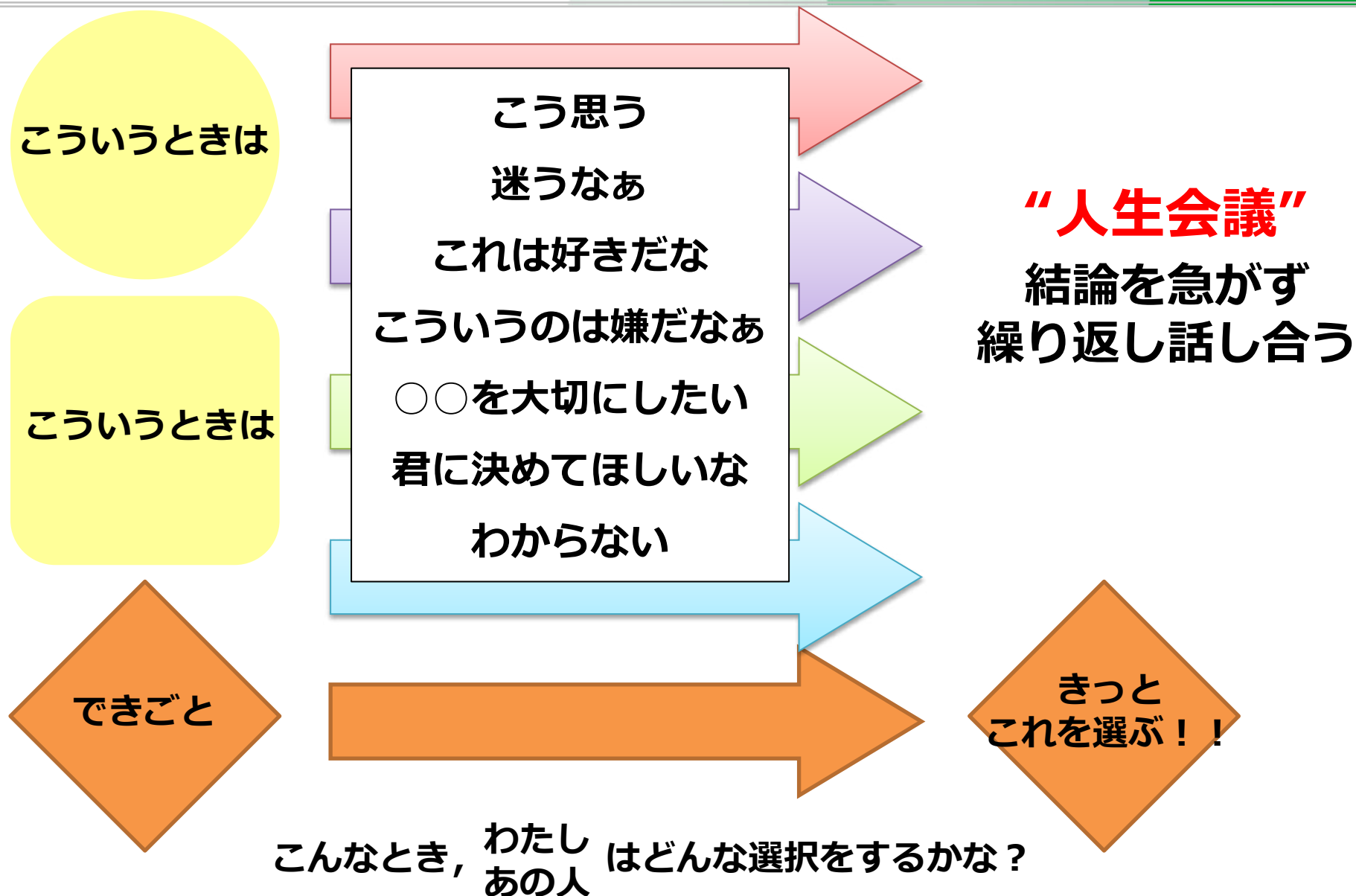
．．．（中略）．．．

決めなくてもいいから、いっぱい話をしよう。

こんなとき、私は、あの人はどんな選択をするだろう。

繰り返す話し合いの先には
きっとみんなでうなづける未来がある。

人生会議のススメ方



- 「人生会議」とは,
アドバンス・ケア・プランニング
(Advance Care Planning) の愛称.
- アドバンス・ケア・プランニングとは,
あなたの大切にしていることや望み,
どのような医療やケアを望んでいるかについて,
自ら考え, あなたの信頼する人たちと話し合うこと.

- 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のこと
- ACPの目標は、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
- 多くの患者にとって、このプロセスには自分が意思決定できなくなったときに備えて、信用できる人もしくは人々を選定しておくことを含む

Sudore RL et al. J Pain Symptom Manage. 2017⁵

“人生会議”をとりまく現状

◆ 人生の最終段階における医療について家族と話し合ったことがある人の割合 (自身の死が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療)

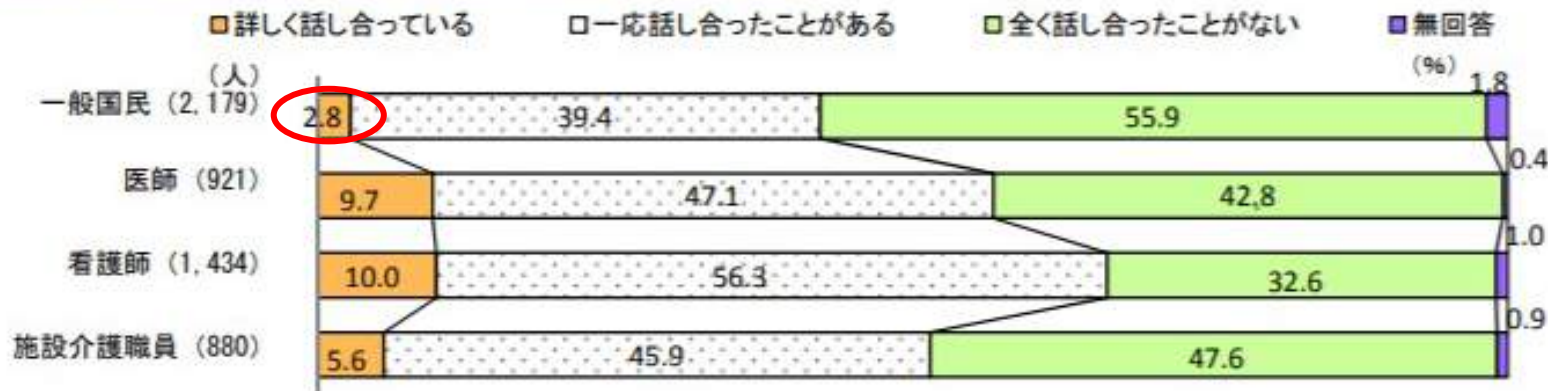
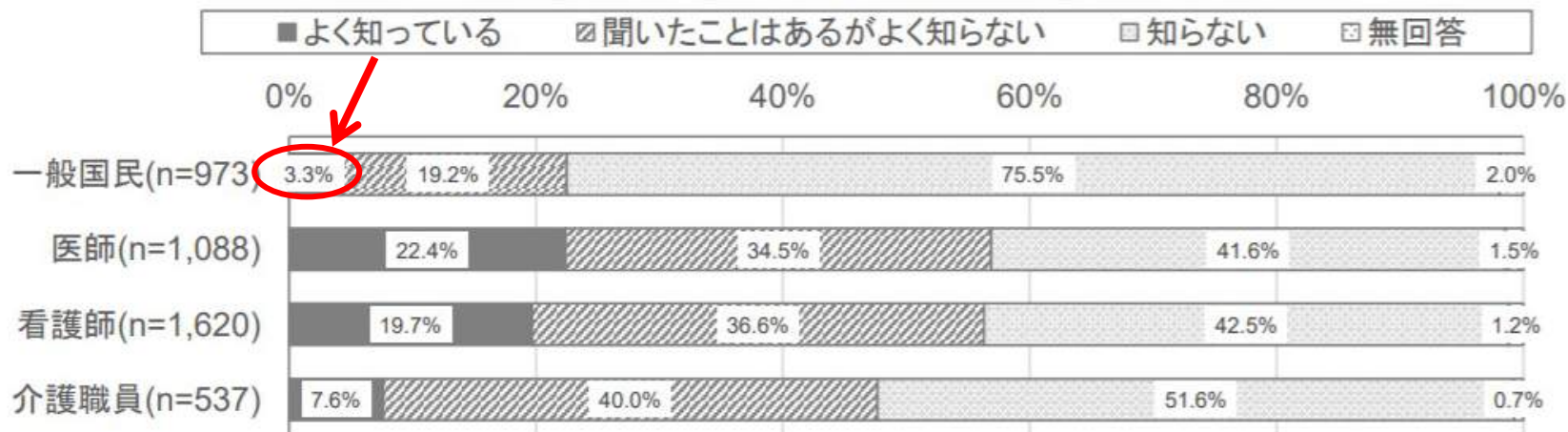


図1-1-15 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の認知について



平成29年度 厚生労働省 人生の最終段階における医療に関する意識調査

“人生会議”をとりまく現状

- なぜ，“人生会議”が広がらないの？

✓ 何だかよくわからないから

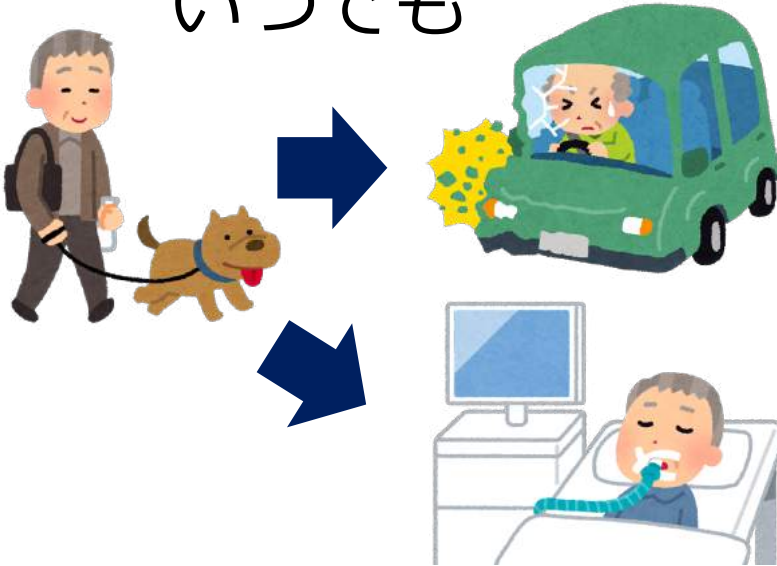


✓ いったい、いつ、誰と、
どのように進めていったら良いのかわからないから



● 何のために話し合うの？

誰でも
いつでも



命に危険が迫った状態

約70%



● 何のために話し合うの？



医療・ケアチーム



〇〇なら、たぶん、
こう考えるだろう



家族
信頼できる人



あなたがあなたらしく生ききるため！

深沢太郎さん 90歳



- **ご家族から**緊急コールがありました。
「朝様子を見に来たら様子が変わで。」
「いま救急隊が来ているんで、また連絡します。」

- **病院医師から**
「そちらの患者さんがいま救急外来に来てます。」
「重症の肺炎ですが、急変時はこういった方針になってますか！」



- **急変時(心肺停止, 高度な呼吸不全など)には, 1分1秒をあらそう.**
- **救急車→病院→(できる限りの)治療を希望すると判断される.**

延命治療を希望するのか, しないのか.
(人工呼吸, 心臓マッサージ, 気管挿管…)

生命の危機を乗り切った後も

- －胃瘻, 胃管, 点滴, 透析…
- －自宅, 施設, 転院

①本人への意思確認 → 難しい

②本人の推定意思は？

= 意思確認ができる状態の時の意向は？

“こういう風にして欲しい”という希望を書いた文書
(= 事前指示書) は？

③代理意思決定者は誰？

= 本人の代わりに本人の希望を伝える人は？



救急医療現場での実際



娘さん、すぐ決めてください。
生命に関わります。

(どうしよう…)
(お父さん、何も言ってなかったし…)
できるだけのことをお願いします！



お父さん…本当は
どう考えてたんだろう。
もっと話しておけば…

書面があれば大丈夫??

もし、あなたが病気や事故で意識や判断能力の回復が見込めない状態になった場合、どのような治療を望まれますか？

下記の5つのうち、ご自身のお考えに最も近いものに○印をつけてください。

1. 人工呼吸器、心臓マッサージ等生命維持のための最大限の治療を希望する。
2. 人工呼吸器などは希望しないが、高カロリー輸液(ゆえき)や胃瘻(いろう)などによる継続的な栄養補給を希望する。
3. 継続的な栄養補給は希望しないが、点滴などによる水分補給は希望する。
4. 点滴などによる水分補給も行わず、自然に最期を迎えたい。
5. 治療の判断を()に委ねる。
6. その他 (

リビングウィル

年 月 日

本人署名

代理意思決定者

年 月 日

同意者署名

続柄

同意者署名

続柄

年 月 日

医療者署名

職種

- 医師と代理意思決定者のコミュニケーションが良好に
- 積極的な延命治療が減った



きのうまで元気だったけど、
きょう急に…

書いたのは10年前だけど…

書面があれば大丈夫??

- 患者—代理決定者—医療者が，患者の意向や大切なことをあらかじめ話し合う**プロセス**が重要
- プロセスを共有することで，患者がどう考えているかについて深く理解することができる
→ **複雑な状況に対応可能**になる



深沢太郎さん 88歳

COPD(慢性閉塞性肺疾患)あり，年に数回入院歴あり．
これまでは労作時のみ酸素吸入していたが…
今回の入院からは安静にしても“息苦しさ”を感じるように．

- ・ 通院が大変なため**訪問診療**と**訪問看護**が導入に
- ・ 服薬管理・吸入指導を実施
- ・ できるだけ入退院を避けることを目標に
- ・ 要介護3



太郎さん(88歳)の思い



人の迷惑には
なりたくないもんだな。



孫がもうすぐ成人するんだよ。
そこまで何とかな。



もうこの年だから
タバコはやめられないよ。



けど苦しいのはごめんだよ。
母ちゃんも待ってるしな。

深沢太郎さん 80歳

COPD(慢性閉塞性肺疾患)あり近医通院中。
 冬場になると毎年体調崩して1-2週間の入院。
 退院時に在宅酸素導入（労作時1L）。
 病院からは、
 「ステロイドと抗生物質を使って良くなりました。
 吸入の徹底と禁煙を指示しました。」

- ・ 要介護1
- ・ 週1回のデイサービスは再開
- ・ 週1回買い物のヘルパー導入



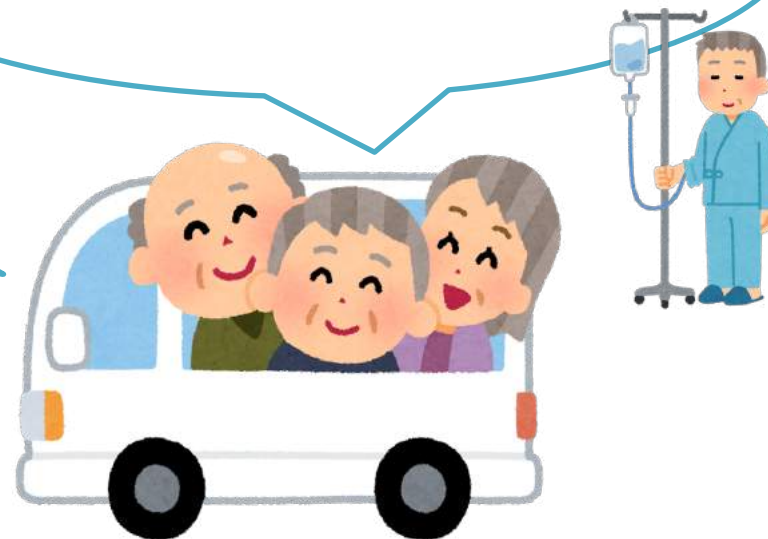
太郎さん(80歳)の思い



ついでにタバコも頼むよ。
自分じゃ買いに行くの
大変だから。



毎年のことだからな。
点滴すればよくなるから大丈夫。



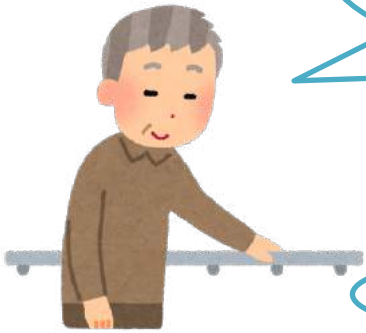
酸素吸うときは、
タバコは我慢してるよ。



体力だけは自信があるんだ。
野山かけ歩いてたからな。

深沢太郎さん 75歳

3年前自宅で転んで右足を骨折→入院手術
それ以降，週に1度デイサービスへ。（一時的要介護3）
いまは歩行は安定していて杖もいらさない。



俺はあんまり行きたくないんだけどさ。
家にばかりいても仕方ないだろ。



今週も娘が孫を連れてきて
くれるから楽しみだな。

深沢太郎さん 70歳

妻は3年前に脳梗塞を起こして胃瘻を造設した。
まだ仕事もしていたので家での介護は難しく、病院から施設へ入所。週に3回は施設に面会に。
誤嚥性肺炎を起こして亡くなった。



葬儀の席で親戚に…

あいつにはかわいそうだった。
家で見てやれなくて。

おれはピンピンコロリで逝きたいな。

それでは、

深沢太郎さん 90歳



- **ご家族から**緊急コールがありました。
「朝様子を見に来たら様子が変わで。」
「いま救急隊が来ているんで、また連絡します。」

- **病院医師から**
「そちらの患者さんがいま救急外来に来てます。」
「重症の肺炎ですが、急変時はこういった方針になってますか！」



それでは…

これまでの状況がわかっていると、
もしものときの選択はどうなるでしょうか？

- 長女より緊急コールあり.



訪問したら様子が変わなんです。
往診お願いできますか。

父はこの前の退院から、
「入院はしない。この家で。」
と言っていましたから。



その人の**価値観・人生観・**
以前の考えがわかる



もしものときの
重要な助けとなる！！

人生会議のススメ方

あなたが
大切にしていることは
何ですか？

信頼できる人や
医療・ケアチームと
話し合いましたか？

あなたが
信頼できる人は
誰ですか？

話し合いの結果を
大切な人たちに伝えて
共有しましたか？

心身の状態に応じて意思は変化することがあるため
何度でも 繰り返し考え 話し合しましょう

● 実際にはどうしたらいいの？

元気なうちに

自分のことを知り，自分のことを知ってもらう
(価値観・信念・人生観・死生観・気がかり・人生の目標)

病気をしたときに

これまで考えてきたことを大切な人に伝える
(医療ケアや療養の場に関する選好(意向))

いよいよのときに (意思表示ができなくなっても)

本人の意向に沿ったケアが実現する

人生会議(ACP)の4つのステップ



第1ステップ 意思形成

本人の意思の全体像ではなく、その断片(ピース)が発せられている段階。

テレビ番組を見て、
「自分もこんな最期がいい」「これは耐えられないな」

第2ステップ 意思表明

本人の意思の断片(想いのかけら)がパズルのように組み合わせられ、価値観、気がかり、目標、選好などを表明してもらう段階

「機械につながれた状態は〇〇だから自分らしくない」

第3ステップ 意思決定

実際に自分はこういう医療・ケアを将来受けたいと決定する段階

「心肺蘇生は望まない」

第4ステップ 意思実現

本人の意思を、関係者の意向やその場の状況、関係者の価値観の対立などに配慮しながら実現する段階

「本人の意向に沿い心肺蘇生を行わない穏やかな最期」

『ACP入門 人生会議の始め方ガイド』より引用

● これまでの医療とのかかわり

病気をしたこともない

薬はできるだけ飲みたくない

困ったときは病院に行って、薬をもらう
入退院を繰り返している



● 身近な人の介護や死

家で眠るように父は亡くなった

病室で親族に囲まれながら見送った

吸引が必要で胃瘻からの注入を5年ほど続けた



意思形成に影響を与えるもの

- テレビドラマ
- 本
- 信仰
- 趣味, 嗜好

...



願い



人生観



死生観

人生の目標

価値観



気がり

信念



健康状態に応じたACP(人生会議)

元気なとき

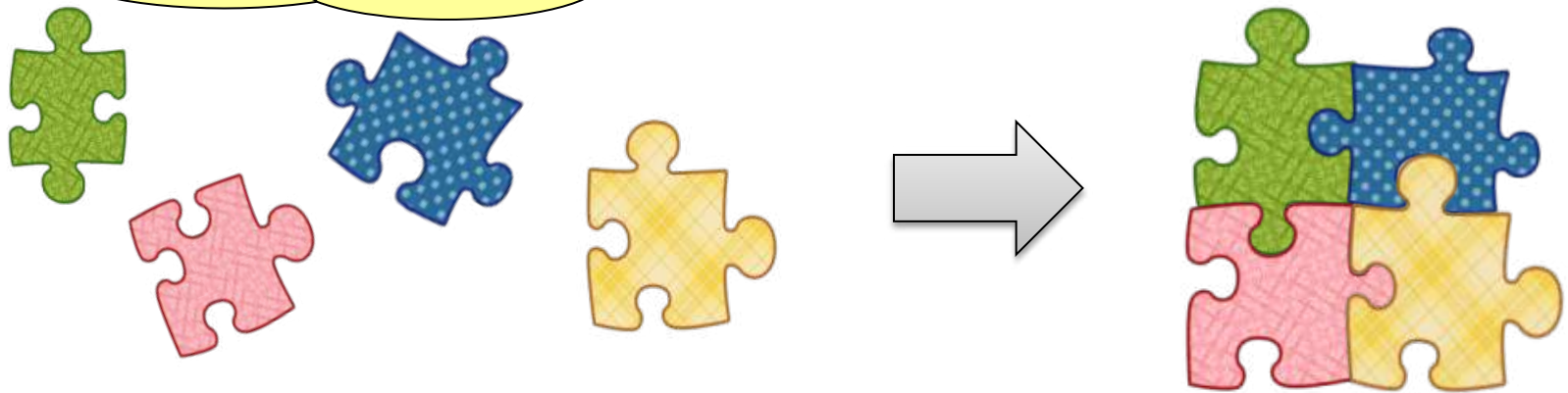
病気をしたとき

いよいよ
のとき

意思形成

意思表示

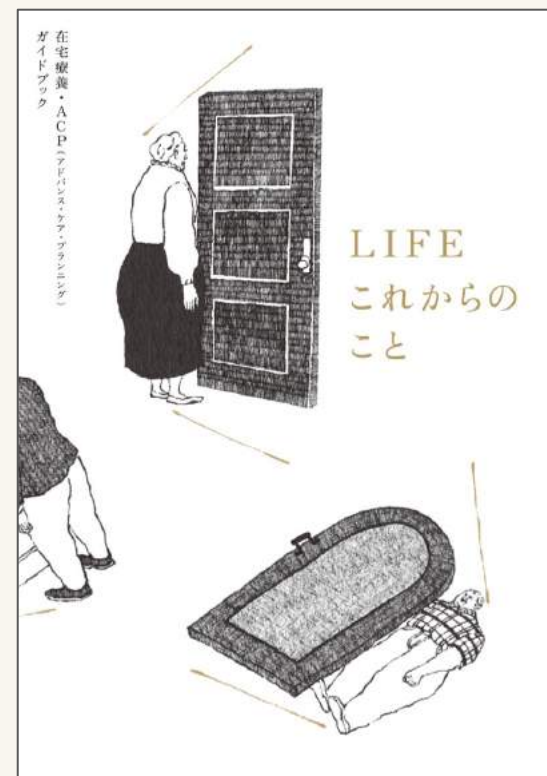
意思決定
意思実現



“価値観のかけら”を集めること、繋いでいくこと
(人生の最終段階に)
➡ 本人の希望を叶えることができる

LIFE

これからの
こと



「在宅療養・ACPガイドブック」について

制作の背景

世田谷区の在宅医療・
介護連携推進事業

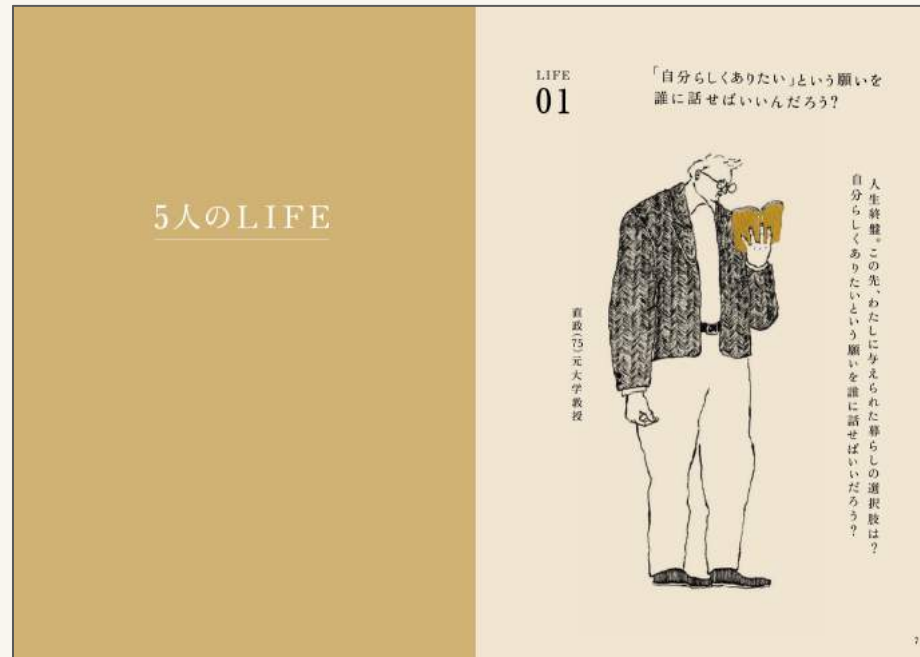
- 区民の在宅医療に関する認知度は7割
- 人生の最期をどこで迎えたいかについては自宅を希望する回答が一番多い
- 人生の最期についての話し合いが保たれていない結果は約半数

人生の終末期にどのような治療やケアを望むのかを身近な人と繰り返し話し合い、区民自らが決定していくACP(人生会議)について在宅医療とともに区民に周知・普及していく

この本のねらい

- これから先、自分に起こるかもしれない人生の変化について想像を巡らせやすくする
- 在宅での暮らしについて「入門編」としてわかりやすく、前向きに考えられる
- ACPや、もしもの時の処置の記入項目を埋めるためではなく、親しい人と対話をはじめ、対話ができる関係性をつくるきっかけをうむ
- 読者は、自身の困りごとに対し、誰に相談できるかすぐにわかる（相談先が明記されていること）
- 高齢者に敬意を持つデザインとして、子ども扱いするような体裁にせず、読み物としておもしろく、捨てずに本棚にしまっておきたくなる

内容について



- 介護が必要な5人の登場人物の物語（ケース）が軸になっている
- 世田谷で、現場スタッフが出会った実際の人々の人生をベースに物語を作成

構造

〈物語〉



〈解説〉



- 〈物語〉と〈解説〉が対になっている
- 〈物語〉が問いかけで終わり、その返答として〈解説〉が存在する、という形式
- 情報は厳選し、現実的に読んでもらえるもの、あんすこさんへの相談につながるものに

5つの物語、それぞれの問いかけ



5つの物語、それぞれの問いかけ

01. 「自分らしくありたい」という願いを、どうやって伝えよう？

👉 ACPについての解説

02. マイペースを諦めないで家で暮らせる？

👉 在宅療養について。介護・医療サービスの解説

03. お金のことが不安。先のことが不安。

👉 介護や医療にかかる費用や制度の解説

04. どんな病気でも、誇りが失われない。そんなサポートは受けられる？

👉 事例紹介。在宅療養～自宅看取りの全体像の解説

05. 「私らしかった」そう思って長い旅を終えたい

👉 旅立ちまでの経過や、延命治療についての解説

「価値観のかけら」について



ACPのサイクルの〈1〉

自分の価値観を振り返る
きっかけになる質問集。



訪問看護師たちから集めた「患者さんの心をノックするときの質問集」から厳選・整理し、まとめ直しました。

「価値観のかけら」の使い方

答えやすいものだけ
書き込んでも、
全部書き込んでも。

コピーして、
繰り返し書き直
しても。

見返せば
箱ぎしりの
宝物

今までの自分

- ☐ 今まで住んだことのある土地は？
- ☐ どんな仕事してきた？
- ☐ いつの時代が一番楽しかった？
- ☐ 誇りに感じていることは？

はつた社 / 「自分らし(きたい)い」をテーマに読まばいいんだよ?

15

絵や写真を
貼っても。

一人でやって
も、家族や仲
間とワイワイ
やって、医
療者や介護者
と一緒にやっ
ても。

決まりはありません、
自由にお使いください

自由に使っていただくことを 目指しています（職種編）

● あんしんすこやかセンター

勉強会で区民と一緒に、区民のコミュニケーションツールとして

● 訪問医師・看護師

サービスの提供時の会話のタネとして

● ケアマネ

介入後の混乱がおちつき、安定してきた時期の会話として、多職種連携のツールとして

● 訪問介護士

通院介助の待ち時間の会話のタネとして

● リハビリ・セラピスト

リハビリテーション中に聞いたことを転記しても◎

● デイサービス

日々のレクリエーションとして

● 家族会

未来から遡って、今を考えるご家族用の講習として

● 薬局

地域の勉強会、認知症カフェで

● 看護大学

看護学生への授業でのACP普及・啓発として

在宅療養・ACPガイドブック

《LIFE これからのこと》を使って

ナースケア・ステーション
訪問看護師

尾山 直子

訪問看護師として
実際に現場で使ってみると、
いくつかのパターンがありました。

1. 患者さん、家族との**ACPツール**として

2. 患者家族への**教育ツール**として

3. 多職種連携の**コミュニケーションツール**として

4. いつかくる未来への**情報収集ツール**として

1.

患者さん、家族とのACPツールとして

事例 A.

95歳

認知症、心不全

要介護2

自宅で娘と二人暮らし



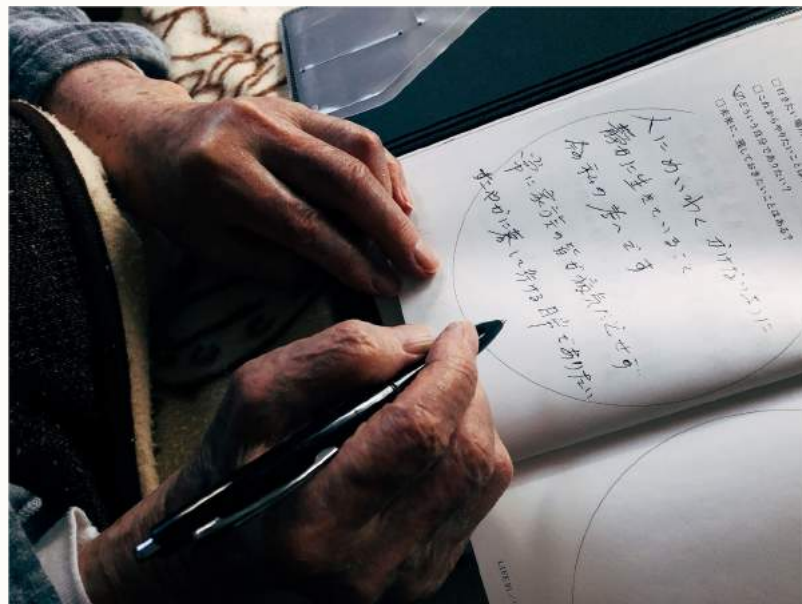
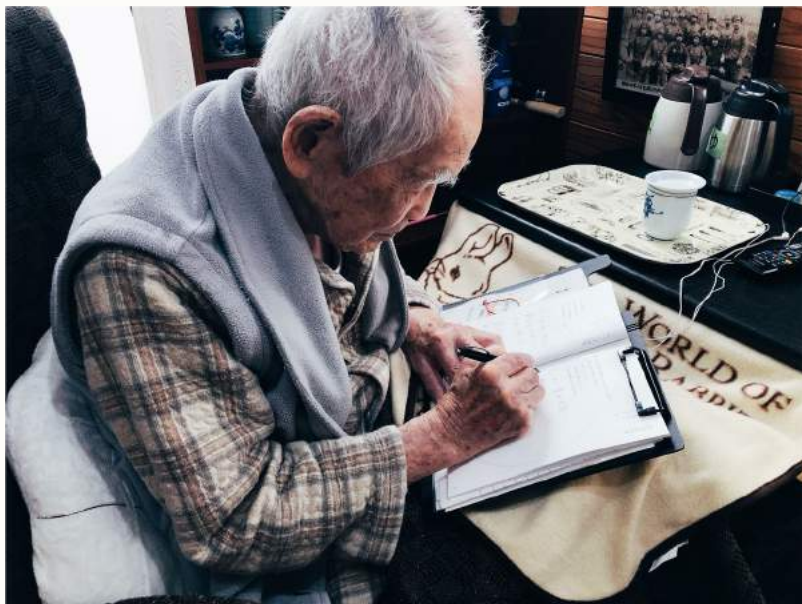
写真の使用: 本人、ご家族の許可は得ています

導入

「世田谷区で出してる本があるんだけど、●さんのこと知りたいから試しに書いてみてくれませんか？」

2回目以降

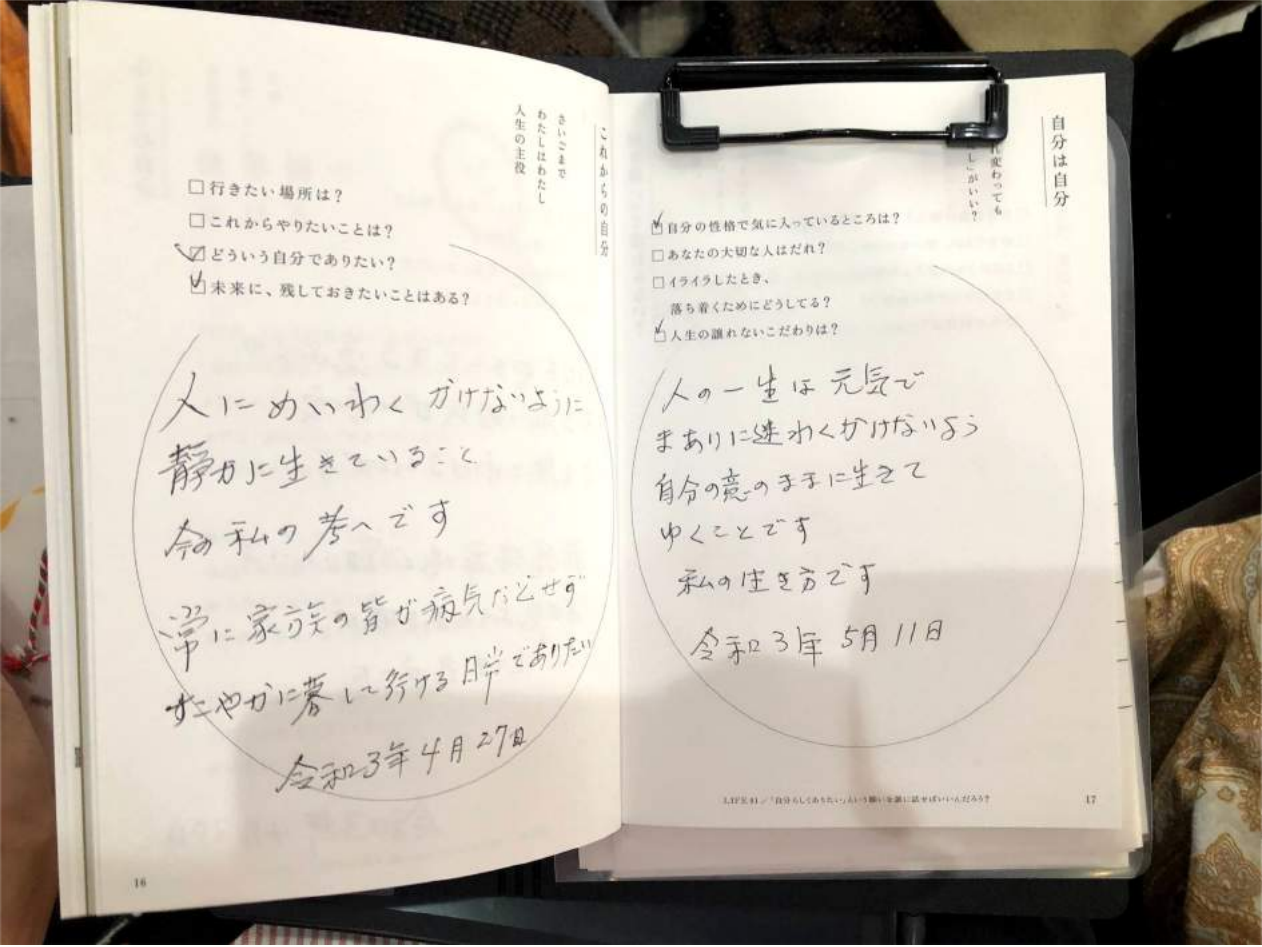
「この前の言葉がすごくよかったから、他の答えも読んでみたいです！」



記載内容から
見えてきたもの

どんな質問に対しても、
一貫性のある返答。

彼の強い人生観。



- 週に1回、1ページずつ実施
- 所要時間、10-15分くらい
- 毎回、家族と一緒に読み、感想を言い合う時間

家族の反応

一貫してますよね。自分の意思が。

家でできるだけことはしてあげたいと思っているんですよ。

動けなくなってきたときは、2階の部屋から1階に移動したほうがよいのでしょうか。

活用してみた感想として

家族の意向を確認するとき、「多分、本人はこう思っている」という推測をもとに話すことが多かった。



本人が記載した媒体があることで、本人の言葉を中心にした話し合いに変化した。

今後の
展望

担当省会議のような場で口々に打合せが行われるとき、本人がうまく意見が言えない姿を見かけることがある。

このツールを使って、前もって意見を聞いておくことで、会議の中心が本人の意見になりやすいのではないか・・・？

事例 **B.**

88歳

認知症、パーキンソン

要介護2

二世帯住宅で息子家族と生活

- 短期記憶障害が徐々にすすみはじめている
- もともとエンディングノートに興味がある方

導入

主治医が往診に同席する家族に手渡し、それを引き継いで訪問看護師が使用する、という流れで導入。「先生が●さんのこと知りたいてって言ってましたよ」

2回目以降

「前回の言葉、すごく発見があった。もっと読みたい。先生も喜んでいました」



- 週に1回、1ページずつ実施
- 所要時間、10-15分くらい
- 毎回、主治医と共有

家族の反応

本当は、こういうの家族がやらないといけないですね。

でも、家族に言えない本音もあったりすると思うので、よろしくお願いします。

活用してみた感想として

- 「あなたのことが知りたい」というメッセージが届き、
患者さんとの関係性の構築がすすんだ
- 記載内容だけではなく、質問に対する反応や書き方などからも、**本人がどのくらい残された時間について意識しているかがアセスメントできた**
- 多くのスタッフが出入りしており、同じ意識で関わるのが困難になりやすいため、**本人の意思を共有するツールとして使えないか？と検討している**



事例

C.

86歳

うつ病

要支援1

独居

- 精神訪問看護で1年訪問したが、調子がよくなり訪問看護は卒業へ
- 生活は自立している
- 将来の暮らしへの漠然とした不安が強い

導入

「この本をまず読んでみてください。
次が最後の訪問ですが、そのとき感想を聞かせてください」



2週間後、本人の反応

「わかりやすい。こういうのがほしかった」
「解説が、欲しい情報が具体的に書いてあった」
「家で最後まで過ごすという選択肢があると知れて、
人生が変わったと思う」
「安心できた」



写真の使用:ご本人の許可は得ています

活用してみた感想として

- 独居・頼る家族が不在の方であり、自分の最期がどうなるかという不安が強く、**具体的な情報やサービスを知ることによって安心感を得ることができた**
- P54の「旅立ち方は、人それぞれ」の図を見ながら、積極的に死について語る様子がみられ、**死生観を話すきっかけになる媒体であると感じた**
- 体調が改善しサービスが卒業になったり、**生活が自立しておりサービス導入に至らない方への情報提供として有効**だと感じた

使用するときの注意・コツなど

- ひとりで好きなときに読むのがいい人もいれば、渡したあとでフォローがほしい人もいる（それぞれに合わせた対応が必要）
- 認知症がある方に「価値観のかけら」を書いてもらう場合、記入する前に想いを引き出すような声かけや導入があるほうが、今までの人生観が生きた言葉の記載が得られた

2.

患者家族への教育ツールとして

母親を自宅で看取る覚悟をしているが、
今後どう変化していくのかわからず不安

80代

癌末期

独居

寝たきり状態



50代

長女

泊まり込みで介護

導入

「在宅療養についての世田谷区からわかりやすい冊子が出ているので、持ってきてみました。たぶん、参考になると思います」



1週間後、家族の反応



- わかりやすくまとまっていて、読みやすかった
- 押し付けがましくないのがいい
- 介護をしているなかで知っていた情報もあったが、知らないこともあり、何を知っていて・何を知らないかが確認できてよかった
- 自分ごととしても考える機会になった。「わたしは子どもがいないので、誰かに伝えたり書き残しておくことって重要ですね」

活用してみた感想として

介護をしている家族は、「これからどういう経過を辿るのか」の不安を抱えていることがある



- どのような経過を辿るのかの大すじが掴みやすいため、**不安の緩和につながった**
- 短時間で読めるため「**介護の合間に読むことが可能**」との感想が聞かれ、**負担のないボリューム**であると感じた
- この冊子を読んでもらった上で、疑問点に答えたり補足を伝えることで、**今後の経過についての説明がしやすかった**

3.

多職種連携のコミュニケーションツールとして

患者と初対面の医師が臨時往診するとき、活用できるか？





臨時往診に行った医師の感想

- 初めて会ったとき、「こんなしっかりした文章が書ける人なのか」と驚いた
- 「価値観のかけら」を読んでいなかったら、「何もわからない認知症の方」という印象を持ったかもしれない

活用してみた感想として

緊急時、はじめて会う医師が往診することがあり、
それが、重要な意思決定の場になることがある。



- 「価値観のかけら」が記入されていて、それを往診した医師が読むことできれば、**初対面であっても、人となりや人生観、想いや考えていることが伝わりやすくなる可能性がある**
- それは医師に限らず、ケアスタッフにとっても重要な情報であり、**ケアのアプローチが変わる可能性がある**のではないかと

課題として

- 「価値観のかけら」の活用方法は自由なので、「価値観の整理のために書いたけど、人には見せたくない」と思う人もいるかもしれない
- 「価値観のかけら」を医療・介護者に提示してもいい方であれば、それを活用するために共有方法を検討する必要がある

4.

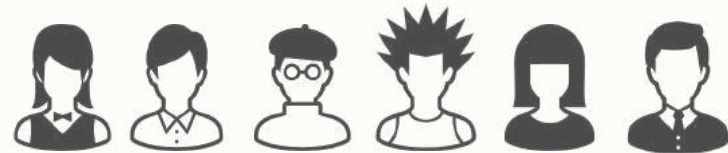
いつかくる未来への情報収集ツールとして

親がこれから介護が必要になる世代への情報提供になるか？

これから親世代に介護が必要になるであろう、
30～40代に渡して読んでもらう



30～40代の世代の感想



「こういうデザインなら、**手に取りやすい**」

「**親に贈りたい**から、もう一冊ほしい」

「**自分ごととして捉えることができた**」

「わたしは親が大好きなので老いていくのを悲しんでいたが、**親がこんな風に思えるようにしていきたいなと思った**」

活用してみた感想として

今後、ACPの概念が広がっていくためには、
医療や介護に関心の薄い世代も「自分ごと」として考えていく
必要があると考える



- デザインのよさもあり、欲しがる人が多かった
- 自分ごととして、また、自分の親の未来を想像した人が多く、
広い世代で活用できる媒体だと感じた

実際に使ってみると、思いがけない反応が
患者さんから得られることが多く、
今後も使用していこうと思っています。

- ✓ 大家族（≡サザエさん一家）
- ✓ 家族が介護
- **本人の様子がわかる，考えが分かる**

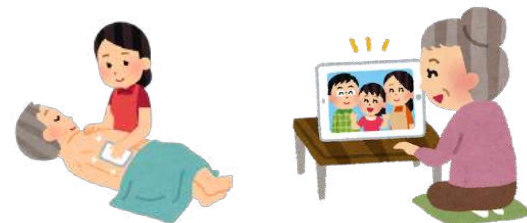
- ✓ いつもの先生
（外来も往診も 昔から現在まで）
- **身体のごことは全てお任せ**



登場人物が限られている，濃密な時間
＝ 毎日が人生会議！？
本人の意向が反映されやすい

現代は…

- ✓ 独居，高齢夫婦世帯…
- ✓ 遠方に住む家族
- ✓ 訪問看護，訪問介護など多くのスタッフが支える
→ それぞれが



本人の“**価値観のかけら**”を拾い集めている

- ✓ かかりつけ医と専門医 外来→在宅医療
→ **全人的・継続的な関わりが持ちづらい**

登場人物が多い = 多面的な関わり

**それぞれの知っていること，感じたことを
リレーしていく必要性**

健康状態に応じたACP(人生会議)

友人



訪問看護師

薬剤師

かかりつけ医



家族

介護士



在宅医



社会福祉士



ケアマネジャー

時間経過

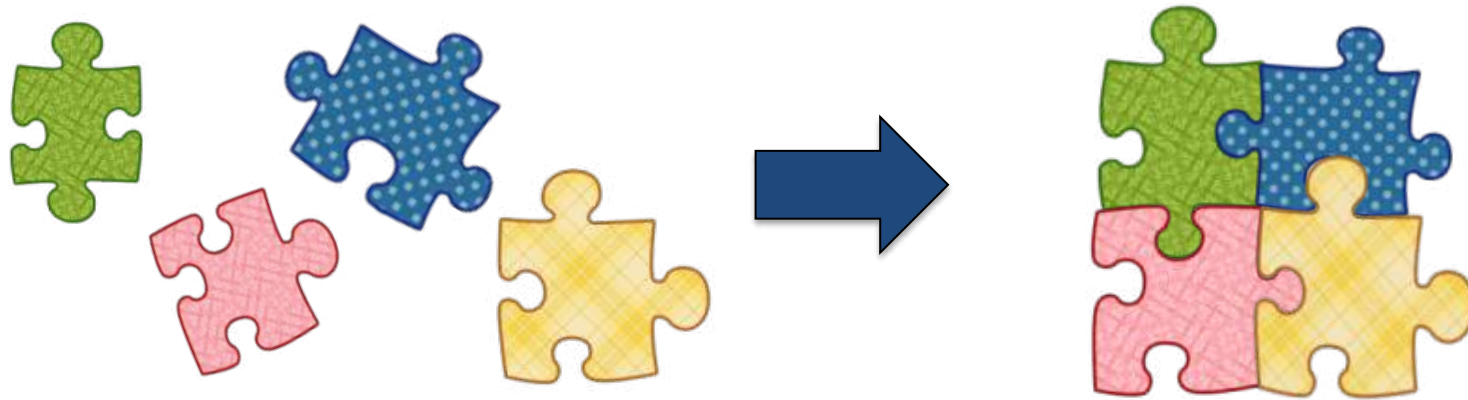
つまり…人生会議って何？

- 実際のかかわりは決して新しいことではない！？
“人生会議”, “ACP” 以前から行われていたこと
本人が望むケアを考える

- では、どうして反映されないの？
 - ① “価値観のかけら”が
パズルの大事な一部だと気がついていない。
 - ② “価値観のかけら”が
バラバラで必要なときに見つからない。
 - ③ 関わっている人たちが貢献を感じづらい。

つまり…人生会議って何？

- ①“価値観のかけら”が
パズルの大事な一部だと気づいていない。



**「元気なとき」, 「病気をしてから」の考え, ことは,
そのひとつひとつがとても重要！！**

= 日々のケアや関わりがまさに人生会議

③関わっている人たちが貢献を感じづらい。



最初から最期までその人の人生に関われる人は
…いない

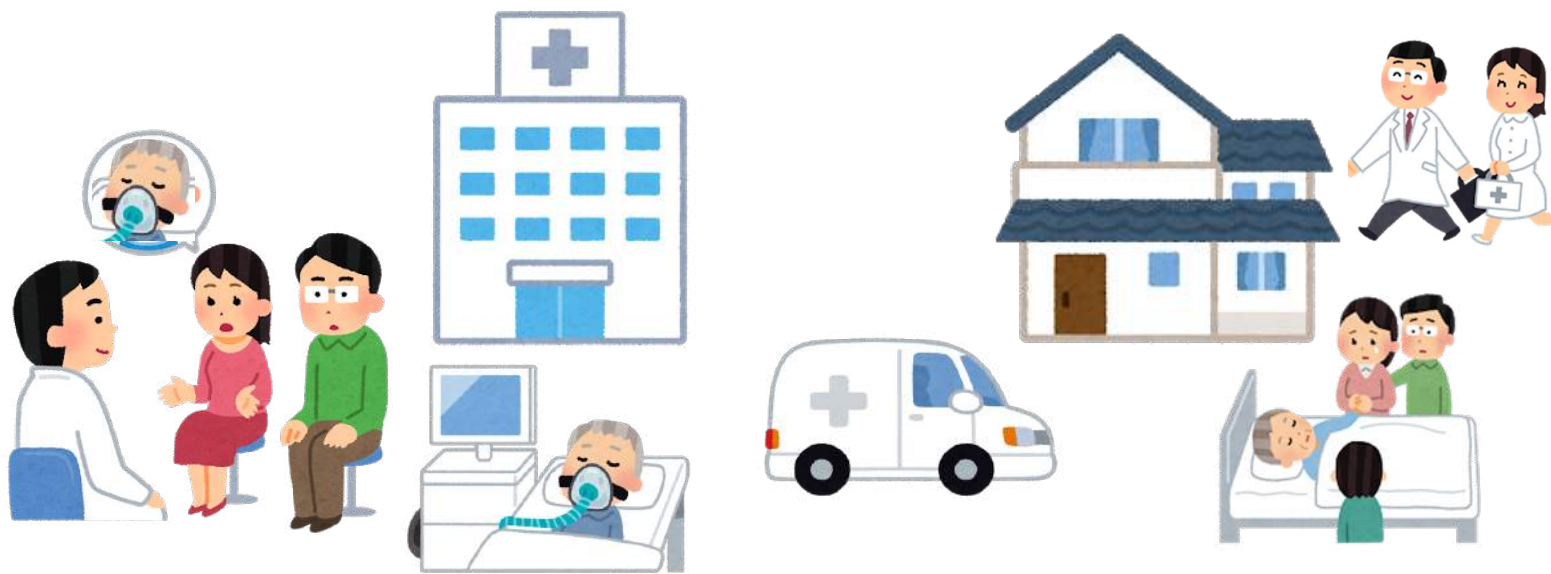
人生に伴走し、物語をつむいでいくこと

- 自分の人生や生活に**不可欠な人や大切なもの**，**生きがい**などについて振り返る機会を得る.
- **自分の望む生き方**を自分自身で再確認し，その内容を**自らの言葉で表明し**，**家族や医療者と共有**する.
- 自分の意向をもとに生活を組み立てることが可能となり，生活へのコントロール感をもつことができる.

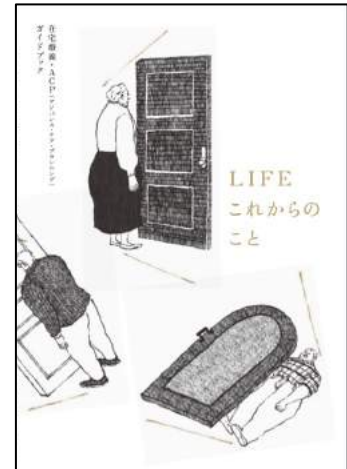
最期まで“自分らしく”**生き**ることができる

まとめ

- 本人の意向が尊重されたケアが行われることで、
残される**家族の心理的な負担が減る**。



- 「人生会議(ACP)って何？」と聞かれたら
~~何となく~~答えられる。
自信をもって
- 明日からやってみようと思えるきっかけを
つかんで帰る。



人生会議とは…



これまでの人生を振り返り
いまの自分を見つめ

伴走する人たちと共に

これから先,
生ききるための道筋をたてていくこと



Q. 話をしてくれない人にはどうしたらよいですか？

「俺は何もしなくていいから．放っておいて．」

「最悪の人生だから振り返りたくないよ．」

「…」

A. それも立派な意思表示．

どうして話したくないのか？に思いを寄せる

- 考えたくない（不安や恐怖）
- 時期の問題（無関心期，死が差し迫っている）
- 人の問題（話しやすい人）

Q. どのタイミングで話を始めればよいですか？

A. 開始時期

狭義のACP

(=意思決定が難しくなったときに備えた話し合い)

ーサプライズクエッション

ーSupportive and Palliative Care Indicator Tool (SPICT-JP)

広義のACP

(=どのような人生を送りたいか≡Advance Life Planning)

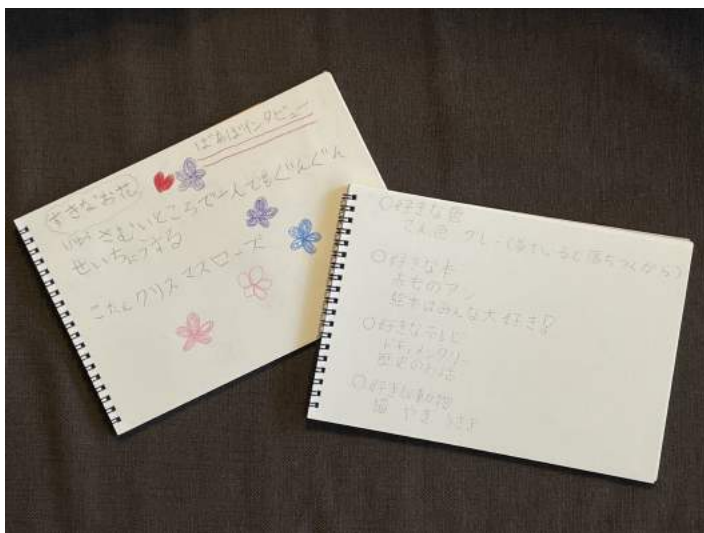
ーいつから話しても良い。

Q. どんな話をすればよいですか？

A. 話を始めるきっかけ

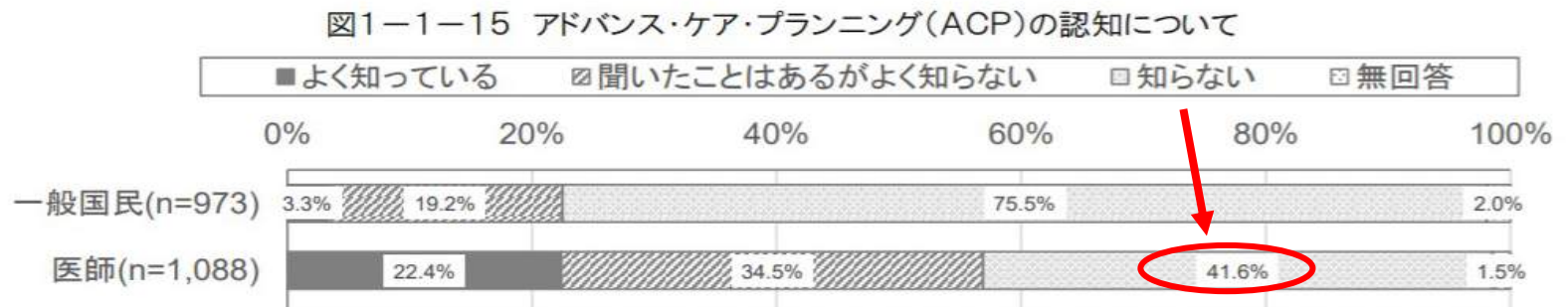
→ **何でもよい.**

(好きなこと, 大切にしていること…)



Q. 主治医の先生が
「人生会議(ACP)」への理解がないのですが？

A. 医師の中でも40%以上がACPを知らない。
ただ、その考え方の理解は進んできている。
**本人の“価値観のかけら”を拾い集めて、家族や
多職種で共有して備えよう。**



平成29年度 厚生労働省 人生の最終段階における医療に関する意識調査

Q. 文書でアンケート形式での意向確認は適切な方法なのでしょうか？

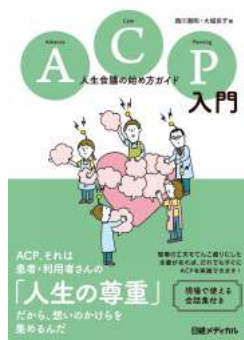
A. 記録として残っていることには意味がある。
ただし、取り扱いについては注意が必要。

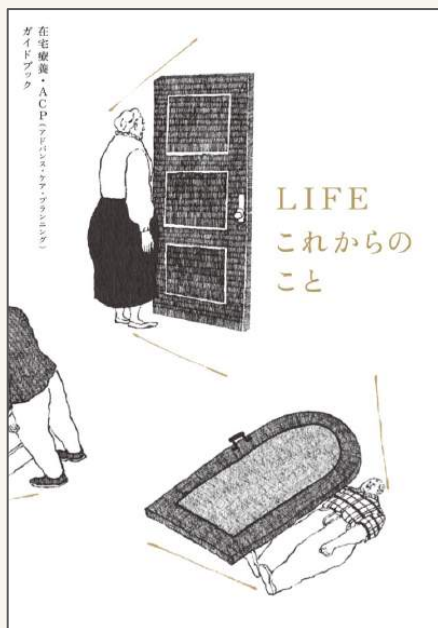
- ・ いつ書かれたものかー今もその意向でよいのか
- ・ なぜその結論に至ったのか

Q. もっと人生会議について深く知りたいのですが？

A. 本やWEB, 研修会などへの参加で知識を深めることが可能です.

・ **意思決定支援教育プログラム：在宅医療・ケア従事者版**
(E-FIELD Home : Education For Implementing End-of-Life Discussion at Home) 相談員研修会(令和3年10月)





世田谷区 発行

LIFE

これからのこと

在宅療養・ACP(アドバンス・ケア・プランニング)
ガイドブック

配布中

この本は、医療や介護を受けながら、住み慣れた自宅で生活をする「在宅療養」と、もしもの時に自分が受けたい治療やケアを医療・介護関係者や信頼できる家族やパートナーなどの身近な人と話し合うACP(アドバンス・ケア・プランニング)について考えることをサポートします。人生の終盤で訪れる変化によって、医療や介護が必要になっていく5人の登場人物に沿って「これからのこと」を物語と解説でわかりやすくご紹介します。