

# ACP研修会の工夫



令和2年度広島県ACP普及推進員養成研修

令和2年12月6日

安芸地区医師会ACP推進事業検討委員会

松浦将浩



# ACP研修会の工夫（例）

- 「私の心づもり」を書いてもらう
  - 事例提示
  - 童話のたとえ
  - 論文の引用
  - 住民への提言
  - 専門職への提言
  - 専門職の心得

# 「私の心づもり」を書いてみませんか

## 私の心づもり

①

将来、自分自身で自分のことを決められなくなった時に備えて、今のあなたの希望や思いを整理してみましょう。ACPの手引きを参考に、以下の設問にお答えいただきながらご家族やあなたの代わりに意思決定してくれる人（代理人）、あるいは医療者と話し合いを持ちましょう。



### あなたの希望や思いについて考えましょう

あなたが大切にしたいことは何ですか？（いくつ選んでも結構です）

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 楽しみや喜びにつながるがあること    | <input type="checkbox"/> 家族や友人と十分に時間を過ごせること |
| <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分でできること    | <input type="checkbox"/> 落ち着いた環境で過ごせること     |
| <input type="checkbox"/> 人として大切にされること        | <input type="checkbox"/> 人生をまっとうしたと感じること    |
| <input type="checkbox"/> 社会や家族で役割が果たせること     | <input type="checkbox"/> 望んだ場所で過ごせること       |
| <input type="checkbox"/> 痛みや苦しみが少なく過ごせること    | <input type="checkbox"/> 医師を信頼できること         |
| <input type="checkbox"/> 人の迷惑にならないこと         | <input type="checkbox"/> 納得いくまで十分な治療を受けること  |
| <input type="checkbox"/> 自然に近い形で過ごすこと        | <input type="checkbox"/> 大切な人に伝えたいことを伝えること  |
| <input type="checkbox"/> 先々に起こることを詳しく知っておくこと | <input type="checkbox"/> 病気や死を意識せずに過ごすこと    |
| <input type="checkbox"/> 他人に弱った姿を見せないこと      | <input type="checkbox"/> 生きていることに価値を感じられること |
| <input type="checkbox"/> 信仰に支えられること          |   |
| <input type="checkbox"/> その他（ ）              |   |



### あなたの健康について学び、考えましょう

- あなたは今の健康状態について理解できていると思いますか？  
 はい  いいえ
- あなたの健康状態や病気について、どのような経過をたどるかなど、詳しい説明を受けたいですか？  
 はい  いいえ
- 受ける治療に関して、希望がありますか？ 健康な方は「もし病気になったら」を仮定してお答え下さい。（いくつ選んでも結構です）  
 一日でも長く生きられるような治療を受けたい  
 どんな治療でも、とにかく病気が治ることを目指した治療を受けたい  
 苦痛を和らげるための十分な処置や治療を受けたい  
 痛みや苦しみが無く、自分らしさを保つことに焦点を当てた治療を受けたい  
 できるだけ自然な形で最期を迎えられるような必要最低限の治療を受けたい  
 その他（ ）
- 将来、認知症や脳の障害などで自分で判断できなくなった時、あなたの希望は、以下のどれですか？（一つ選んでください。）  
 なるべく迷惑をかけずに自宅で生活したい  
 家族やヘルパーなどの手を借りながらも自宅で生活したい  
 病院や施設でも良いので、食事やトイレなど最低限自分でできる生活を送りたい  
 病院や施設でも良いので、とにかく長生きしたい  
 その他（ ）

②

- 5) 将来、病状が悪化したり、もしもの時が近くなった時には、どこで療養したいとお考えですか？  
 自宅  自宅以外（ 病院  介護施設  その他（ ））  わからない

- 6) もしもの時が近くなった時に“延命治療”を希望しますか？

はい  いいえ  わからない

\*“延命治療”とは、病気が治る見込みがないにもかかわらず、延命する（死の経過や苦痛を長引かせることもあります）ための医療処置を意味します。



### あなたの代わりに意思決定してくれる人を選びましょう

- 1) あなたの代わりに意思決定をしてくれる方はいますか？

はい  いいえ

- 1) の質問で「はい」と答えられた方にお尋ねします
- 2) その方はあなたの希望や価値観に配慮して、意思決定をすることができますか？

はい  いいえ



### 医療に関するあなたの希望や思いについて伝えましょう



### あなたの考えを文書にしましょう

自由記載欄（その他、あなたの思いがあればお書きください）

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

・記載年月日 20 年 月 日

・本人氏名 \_\_\_\_\_

・代理人氏名 \_\_\_\_\_

・話し合った日 20 年 月 日

・話し合った医療者 \_\_\_\_\_



# ACP研修会の工夫（例）

- 「私の心づもり」を書いてもらう

- 事例提示

- 童話のたとえ
- 論文の引用
- 住民への提言
- 専門職への提言
- 専門職の心得

# 事例①



—いのちを考える—



## 60歳代 男性

- 妻・娘3人 両親を自宅で看取る
- 3回目の脳出血で入院
- 人工呼吸管理→離脱
- 意識は戻らず植物状態
- 家族は自然死を希望するも経管栄養継続
- 3か月経過
- 自然死を希望し在宅療養へ移行



# 在宅療養

- 訪問診療・訪問看護・ケアマネジャー
- 自然死の方針を確認
- 3か月経過
  
- 娘の一人が家族に隠れて経管栄養を継続
- サポートチームも黙認
- 方針の再確認
- 訪問診療・訪問看護の撤退



「夫のいのちはだれのものでしょうか？」



# 遺族のコメント

## 事例②



—引き継がれてゆくのち—



# 70歳代 女性

- 42歳で夫を亡くす
- 息子二人
- 咽頭がん 化学療法・放射線療法  
手術は希望せず
- 退院後は約1年間、次男宅で同居  
病状進行による体力の低下  
緩和ケア病棟に入院



# 辞世の句

燃え尽きて 天に昇らや 水引草



# 小学5年生 孫

おばあちゃんが死んでも

僕はおばあちゃんのことを忘れないから

おばあちゃんも僕のことを忘れないでね



いのちを語りあえる文化

引き継がれるいのち

# 事例③



— 勇気を与えてくれる存在 —



## 90歳代 男性

- 肝臓がんと診断され一度は治療を行ったが再発。さらなる治療は希望せず。
- 3か月前から背中痛みが出現。鎮痛剤を開始。
- 1か月前から痛み強まり、麻薬性鎮痛剤を開始。  
この時点では歩けていたが→2週間後には歩行困難
- 数日前から急激な痛みの増強  
入院を勧めたが「退院できなくなる」と本人は拒否
- 緩和ケア病棟に緊急入院
- 1週間で自宅退院

子供のみなさんえ

皆さん長い事

ありがとう

皆んな仲良くね

何時も笑顔で

子供のははえええ  
比白さん長い事

あー90分くらい

何日んな仲良くね  
何時も笑顔で



人の手を借りながらも  
自身の精一杯を生きる姿勢は  
後進の生きる勇気となる



# ACP研修会の工夫（例）

- 「私の心づもり」を書いてもらう
- 事例提示
- 童話のたとえ
- 論文の引用
- 住民への提言
- 専門職への提言
- 専門職の心得



# あり と きりぎりす

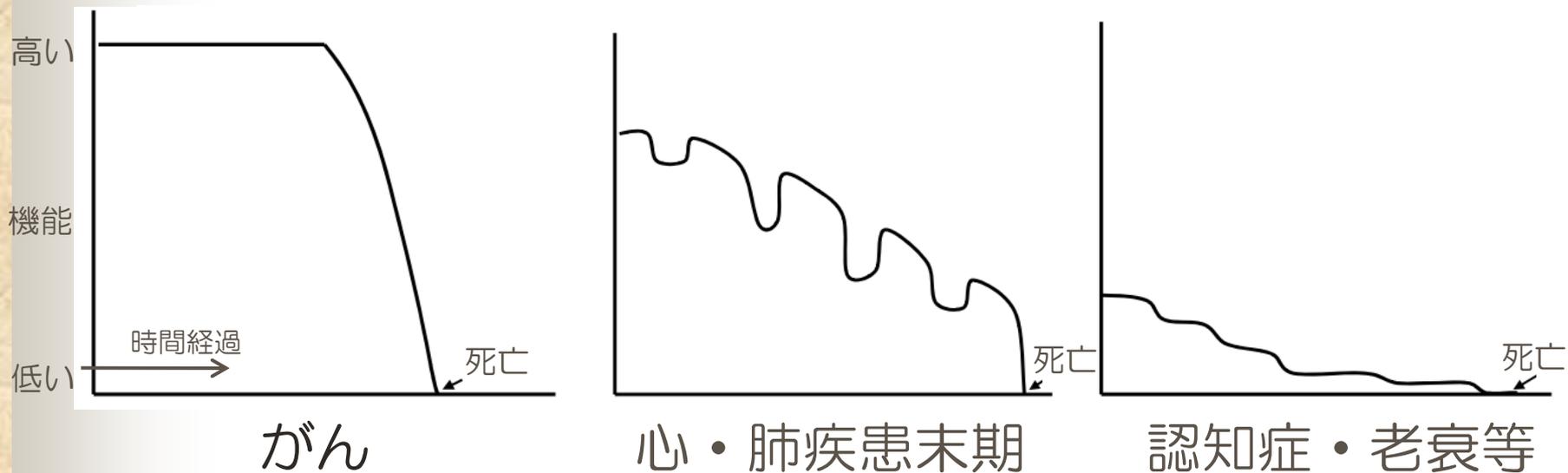
- 働き者のありたちは夏のうちから来たる冬の準備を進めていましたが、きりぎりすは夏を謳歌して楽しく過ごしていました。
- ありはそんなきりぎりすの身を案じて何度かアドバイスをしましたが「そんな先のことを心配していたら夏を楽しめないよ」と聞く耳をもちませんでした。
- そうしているうちに秋が訪れ、冬に入ると、困ってしまったきりぎりすはありを頼って助けを求めました。心優しいありたちは「だから言ったのに」とは言わずに暖かく迎え入れてやったのでした。



# きりぎりす

- 私たちは将来の冬の到来を知ってはいるものの夏のうちにはそこに思いを至らせることが少ない。
- いざそうなってからでも何とかなるのではないか・・・
- 多くの方が戸惑われ、中にはそれが後悔につながる方も珍しくない。

# 疾病の軌跡



比較的長い間機能は維持  
最後の数ヶ月くらいで  
急速に機能が低下

急性増悪を繰り返しながら徐々に機能が低下  
最後は比較的急に低下

機能が低下した状態が  
長く続き、さらに  
ゆっくりと機能が低下



# アドバンス・ケア・プランニング:ACP 人生会議

- 将来の意思決定能力の低下に備えて
- 自身や家族が不本意な思いをしないように
  
- 自分の価値観や人生観に基づいて
- 今後の治療・療養について
- **元気なうちから家族や医療者と話し合っておくこと（人生会議）が重要**



# ACP研修会の工夫（例）

- 「私の心づもり」を書いてもらう
- 事例提示
- 童話のたとえ
- 論文の引用
- 住民への提言
- 専門職への提言
- 専門職の心得



# The SUPPORT study

- 米国で行われた9000名の患者を対象とした事前指示を介入とした比較試験
- 介入：熟練した看護師が病状理解を確かめ、事前指示を聴取し、その情報を医師に伝えた
- ICU（集中治療室）の利用、DNR（心肺蘇生術を行わないという意味表示）確認から死亡までの日数、疼痛、事前指示の遵守、医療コスト、患者・家族満足度に差異は見られなかった

JAMA 1995 Nov 22-29;274(20):1591-8

# 事前指示が有効でなかった理由として推定されるもの

- 患者の要因

  - 将来の状況を予測すること自体が困難

- その他の要因

  - 代理人が事前指示の作成に関与していないために  
患者がなぜその選択をしたのか

    - その理由や背景、価値が代理人にわからない

  - 医療従事者や家族が考える患者にとっての最善と  
患者の意向が一致しない

  - 実際の状況が複雑なために、事前指示の内容を  
医療・ケアの選択に活かせない



# アドバンス・ケア・プランニング:ACP 人生会議

- 将来の意思決定能力の低下に備えて
- 自身や家族が不本意な思いをしないように
  
- 自分の価値観や人生観に基づいて
- 今後の治療・療養について
- **元気なうちから家族や医療者と話し合っておくこと（人生会議）が重要**

# 意思決定の枠組み

アドバンス・ケア・プランニング

事前指示

リビング・ウィル

代理意思  
決定者  
の選定



# ACP研修会の工夫（例）

- 「私の心づもり」を書いてもらう
- 事例提示
- 童話のたとえ
- 論文の引用
- 住民への提言
- 専門職への提言
- 専門職の心得



# ACPを家族に勧める

研修会でACPを教えてもらって  
私も「私の心づもり」を書いてみたの  
代理人に署名してくれない？

よかったら貴方もやってみない？



# 病い・老いに負けない生き方 ～住民の皆さんへの提言①～

- 主治医に病状を尋ねる勇気
- 今の自分を見つめなおす
- 病の有無に関わらず、限りある人生を有意義に過ごす
- 自分の思いを家族と**共有**する
- 必要な場面で医療福祉関係者と**共有**



# 病い・老いに負けない生き方 ～住民の皆さんへの提言②～

- 健康寿命を延ばしていく努力は大切
- その延長線上でも衰えは避けられない
- いざそうなってから不本意な思いをしないように
- 身の回りのことが難しくなったときのことを大切な人と話しておく
- 自身の人生を全うする上でとても大切

# 人生会議とは

- 自身の命が有限であることを踏まえ
- これから何を大切にどのように生きていきたいかを見つめなおし
- それを家族と語り合う

人生会議（命を語り合うこと）が  
家族の絆を深め、人生を豊かにする



# ACP研修会の工夫（例）

- 「私の心づもり」を書いてもらう
- 事例提示
- 童話のたとえ
- 論文の引用
- 住民への提言
- 専門職への提言
- 専門職の心得

# アドバンス・ケア・プランニング — 支援者への提言 —

- 「将来、身の回りのことが難しくなったらどうしたらいいか考えたことはありますか？」  
この一言を投げかけることができるか否か  
この一言をなげかけられるような信頼関係を築けるか否か
- 日々の臨床現場における**意思決定支援**が信頼関係の構築に不可欠

## 意思決定支援

- ① 本人の意向を引き出し
- ② 家族とチームで共有し
- ③ 治療・ケアの方針を相談して  
本人・家族が決めていくのをサポートする

# 死にゆく人の心理過程

キューブラー・ロス

傾聴

気持ちのゆらぎ

否認： 「なにかの間違いだ」

怒り： 「悪いことをしていない自分がなんで  
こんなことになるのか」

取引： 「〇〇をするので、あと少しだけ」

抑うつ： 「神も仏もないのか」



受容： 生命が死んでゆくのは自然なこと

# ADLが低下してゆく人の心理過程

否認： 「自分は杖など使う必要はない」

怒り： 「人を年寄り扱いして」

取引： 「リハビリをするので、あと少しだけ」

抑うつ： 「このまま衰えてゆくのか」



受容： 歳とともに衰えてゆくのは自然なこと

- 補助バー
- ポータブルトイレ
- リハビリパンツ・尿取りパット
- 床上排泄



# ありとぎりぎりす

- 提案した時期と本人が受け入れる時期にずれがあるのがあたりまえ
- ゆらぎの時期を見守る寛容・忍耐
- 困った時に受け入れる許容
- それをチームで共有

# 信頼関係の必要条件

- 自分の意見を押し付けてばかりの相手の話は聞きたくない
- 自分の話を丁寧に聴いてくれる相手の話は聞いてくれるかもしれない

## 意思決定支援

- ①本人の意向を引き出し
- ②家族とチームで共有し
- ③治療・ケアの方針を相談して  
本人・家族が決めていくのをサポートする

いざという時に受け入れる許容

ゆらぎを見守る寛容・忍耐

信頼関係の構築

意思決定支援  
(丁寧に話を聴く)



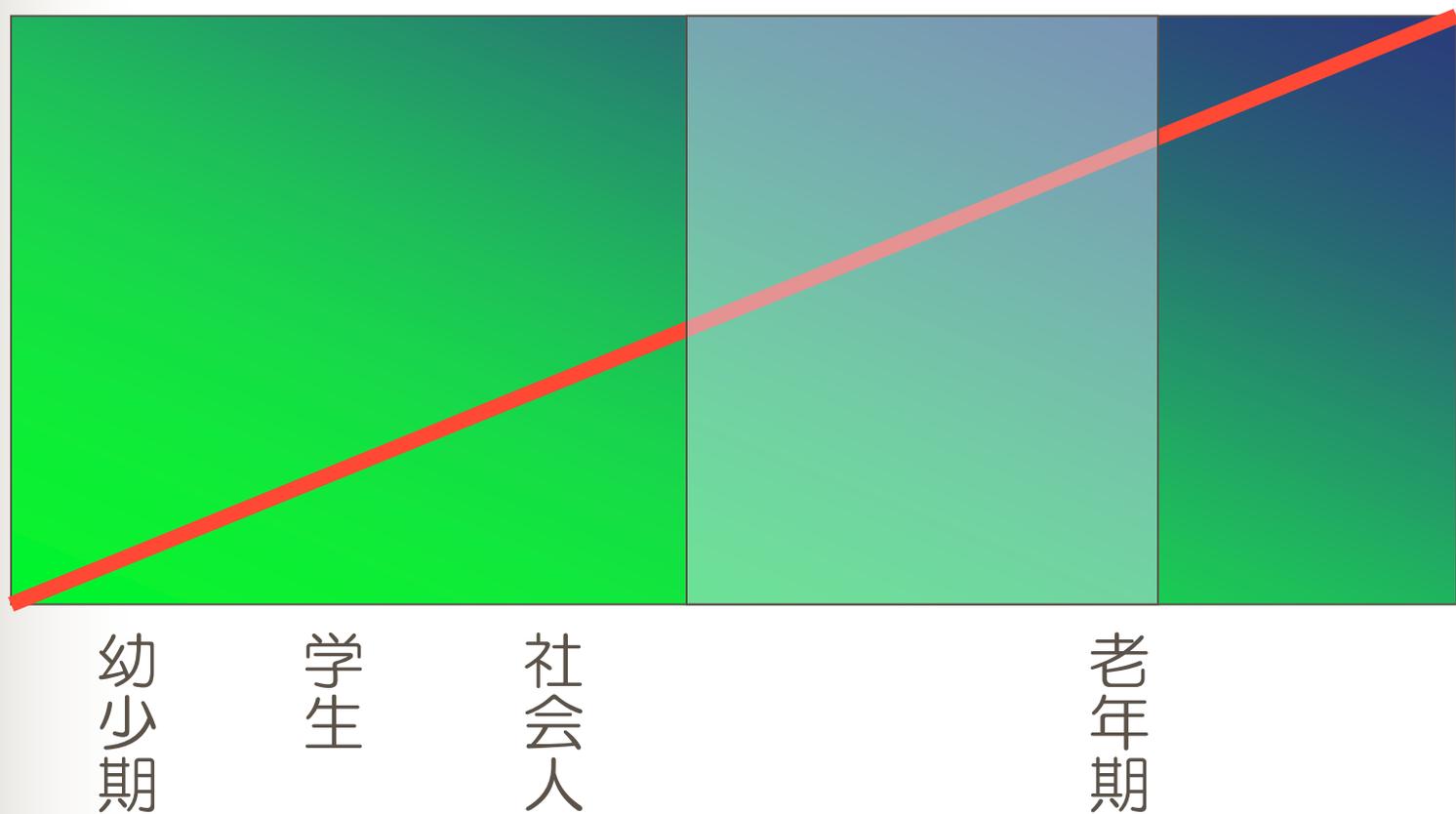
# 質問

- 自分に相談もなく家族と担当者のみで自分の事を決められてしまうことは避けてほしいと思いませんか？

- エチケット

自分がしてほしくないことを人にしない

# 引き継がれていく時代



# ケアマネジャーへの提言



— 日々の実践の延長線上のACP —

# 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

## 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

No. \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女) 歳 誕生年月日 年 月 日 誕生の初期月日 年 月 日 - 年 月 日

介護予防サービス 計画・紹介・継続 決定済・申請中 要支援1・要支援2 事業対象者

介護予防サービス実施日 年 月 日 (初回実施日 年 月 日) 担当施設名称(施設名) \_\_\_\_\_

目標とする生活 \_\_\_\_\_

1日 \_\_\_\_\_ 1年 \_\_\_\_\_

アセスメント結果と現在の状況	本人・家族の意向・意向	認知における課題 (食事・歩行)	総合的課題	課題に対する 目標と具休策 の提案	具休策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての 支援のポイント	本人等のセルフケアや 家族支援、ボランティア サービス (民間サービス)	介護職員サービス 又は福祉系ボランティア (社会福祉系サービス)	サービス 種類	事業所 (利用先)	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )					
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )					
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )					

検閲状況について  
未実施 実施済 実施済(初回実施済)を記入した場合は

【本県行なへ支援が実施できない場合】  
 受託支援の趣旨に向けた方針

総合的な方針：当該要支援の改善方針のポイント

基本チェックリストの「該当した項目数」/「全項目数」を記入して下さい  
 施設支援実施の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に口印をつけて下さい

	運動 不足	栄養 改善	口腔内 ケア	認知 機能低下	物忘れ 手動	うつ 手動
予防給付または 施設支援実施	/	/	/	/	/	/

地域包括  
支援セン  
ター

【署名】  
 [印]

計画に関する同意  
 上記計画について説明を受け、同意し、実行を受けました。

年 月 日 氏名 印



# ACP研修会の工夫（例）

- 「私の心づもり」を書いてもらう
- 事例提示
- 童話のたとえ
- 論文の引用
- 住民への提言
- 専門職への提言
- 専門職の心得



## <質問1>

ACPはどんな言葉で切り出したらよいのでしょうか？（ケアマネジャーの一例）

## <回答1>

- 「今回のケアプランをやってみてうまくいっていますか？何かお困りのことや気がかりはありませんか？」
- 「それはよかったです。これからも歳を重ねていかれると残念ながら徐々に衰えが進んでいかれるかと思います。今後もお困りのことがあったらお手伝いしていきますのでご安心ください」
- 「それにあたって今の時点で何か不安なことはありませんか？多くの方がいざ身の回りのことが難しくなったときに戸惑われることが多いので、今後のご自分の意向を家族や私たちと共有しておくことと安心という方がおられます。こういう冊子があるのですが一度読んでみられませんか？」
- ポイント： 「死期が迫ったとき」とは表現せず「身の回りのことが難しくなったとき」という表現の方が抵抗感が少ない



## ＜質問2＞

認知症などで、本人の意思が明確に確認できない場合は、どのように進めたらよいのですか？

## ＜回答2＞

- 認知症の人であっても、有する認知能力に応じて説明し、身振り、手振り、表情の変化などを意思表示として読み取る努力を最大限行うことが求められています。
- 認知症の人の意思決定支援に関する指針「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援のガイドライン」を参考にしましょう。
- その上で支援方法に困難、疑問を生じた場合は、意思決定支援チーム（本人、家族等※、医療福祉職、成年後見人など）で、本人ならばどのように希望するかを推察しながら話合います。
- ※家族等：必ずしも親族に限らず親しい友人等を含み、複数人数存在することも考えられる



## ＜質問3＞

本人と家族等で意見が異なり、まとまらない場合はどうしたらよいのですか？

## ＜回答3＞

- 意見がまとまりにくい時はそのまま記録に残し、時期をおいて繰り返し話し合いを重ねていきましょう。必要に応じて本人・家族等・多職種参加のケアカンファレンスを行い意見がまとまるように支援しましょう。
- 本人の意向を尊重するにあたり、家族等の協力が必要な場合（例えば要介護状態の本人は在宅療養を希望しているが、主介護者の家族等は負担に感じている場合）にはお互いの落としどころを見出すような提案をしていきましょう。
- その上でもまとまらない場合には、これがこの家族等のパワーバランスだと理解して、妥協している立場の人の心のケアをしていきましょう。



## <質問4>

# ACPは誰が勧めるべきですか？

## <回答4>

- **地域住民への啓蒙（集団アプローチ）**  
地域包括支援センターを中心に老人会や市民講座などを企画  
まずはACPを知ってもらう
- **健康な人・体調が安定している人（個別アプローチ）**  
地域包括支援センター・ケアマネジャーを中心に  
将来的な意向を一緒に考える延長線上でACPを勧めてみる
- **生命・生活に関わる疾病のある人（個別アプローチ）**  
主治医に協力してもらう
  - 話のきっかけは病状説明時に主治医から行うのが好ましい  
（必要があれば主治医との橋渡しをサポート）
  - その後の話し合いは職種を選ばない



## ＜質問5＞

病状を尋ねられたらどうしたらいいのでしょうか？

## ＜回答5＞

- 病状については本人の状態を把握している医療職が答えるのがよいでしょう。福祉職は不確かな情報が伝わらないように注意し、医療職につなげる働きが必要になります。
- 病状について尋ねられたら「ご自分ではどのように思っていますか？病状について気になることがあるのですよね」と病状を尋ねてくる必要（不安）・理由を訊いてみましょう。その上で主治医に病状を訊きたいかを尋ねてみましょう。
- 希望があればその旨を主治医に伝えましょう。その際には本人が感じている不安や病状を尋ねてきた理由も併せて伝えましょう。



## <質問6>

本人・家族等が乗り気でない場合や嫌がった場合はどのような対応をしたらよいですか？

## <回答6>

- 乗り気でない、嫌がるのも現段階での意思表示の一つと理解しましょう。無理強いは禁物。「まずはACPを知ってもらっただけで十分」という心構えで臨みましょう。
- 強い抵抗感を示された場合にはACPの話は速やかに中止して「不愉快な思いをさせてしまったようでごめんなさい」と謝りましょう。
- またACPツールに文書として残すことに抵抗感を示す方もおられます。ACPの最終目標は本人・家族等・医療福祉職で共有することですので、必ずしも文書作成にこだわる必要はありません。



## <質問7>

# ACPはいつから始めたらよいですか？

## <回答7>

- ①現状では切実感が乏しい方には、まずはACPを知っていた  
だき、自身が大切にしていきたいことや大切な人（代理意思決  
定者）などを考えてもらうように促します。
- ②人生の最終段階を考える時期の方には、生活環境や体調・病  
状が変化したとき、例えば介護保険申請時や更新時、生活状況  
が変わったとき（一人暮らしとなった時、施設入所時など）、  
病状の悪化から治療の内容や方針が変わった時、ADLに大き  
な変化があった時などに今後の治療やケアの目標や具体的な内  
容について話し合います。
- ③体調・病状に変化はないものの本人が将来的な不安を口にし  
た時は絶好の機会ですのでACPを勧めてみましょう。



## <質問8>

ACPに関して福祉職に求められる役割は何でしょうか？

## <回答8>

- ACPはどんな医療・ケアを受けたいかを考えていただくものですがその背景には、人生観、ライフスタイル、人間関係など様々なことが影響します。その方の生活を支援する介護・福祉職が本人・家族等の意向を積極的に引き出し、その内容を多職種（特に医療職とも）共有できるように図っていただきたいと思います。

## <質問9>

家族や友人等の代理人がいない方や家族の協力が得られない方は、もしもの時に備えてどのような話し合いを進めたらよいですか？

## <回答9>

- 本人の意思の確認ができる間に本人と医療福祉職とで十分に話し合い本人の意思決定を重ねていき、多職種チームで共有しておきます。
- 将来的に本人の意思確認ができなくなった場合には、それまでに確認した本人の意思に沿って多職種チームが医療・ケアの妥当性・適切性を判断し、本人にとって最善と思われる医療・ケアを実施します。

## <質問10>

ACPを進めるにあたり福祉職から医療職（特に医師）への連携はどのように図ればよいですか？

## <回答10>

- ACPの連携は普段からの医療・介護連携の上に成り立ちます。連携方法は受診や訪問診療時の同席、必要時のカンファレンス、面談、電話FAX、メール等、個別に異なりますので確認しておきましょう。
- 本人がACPツールに記入した場合は家族等と共有した上で主治医へ内容を伝えることが必要です。受診時に本人から渡してもらうか、本人の同意をもらって関係者から主治医へ渡しましょう。



## <質問11>

思いの変化に対応するため、ACPの再確認はどのようなタイミングで行ったらよいですか？

## <回答11>

- 時間の経過とともに思いは変化しうることを理解しましょう。
- 思いに変化があった時は相談していただくように話しておきましょう
- 思いを再確認する上で決まった間隔はありません。
- タイミングとしては、病状の悪化やADLに大きな変化があった時、要介護認定の更新や変更時、生活環境の変化（一人暮らしになった時など）、治療の内容や方針が変わった時などがあげられます。