

此花区医師会

意思決定支援のための ACP ガイダンス

(第 1 版)

令和 3 (2 0 2 1) 年 3 月 1 日

此 花 区 医 師 会

目 次

第1章 意思決定支援	2
①意思決定支援の動向	2
②意思決定支援とは	5
③意思決定支援のプロセス	7
第2章 ACP(アドバンス・ケア・プランニング＝人生会議)	9
①ACPとは	9
②ACPの色々な場面	10
③ACPの留意点	11
④ACPの具体例	12
⑤ACPの実践	13
⑥ACPの具体的実践に向けたプロローグ	16
⑦ACPのまとめ	18
第3章 意思決定支援と成年後見制度と「終活」	19
①厚生労働省の5つのガイドライン	19
②成年後見制度	21
③法定後見利用におけるデメリット ～家族が同居している場合など～	22
④任意後見制度	23
⑤「終活」とは	24
第4章 ACPを円滑にするためのエチケット	26
①エチケットとは	26
②エチケット集(主なエチケット)	27
参考 西暦元号干支早見表	30

第1章 意思決定支援

①意思決定支援の動向

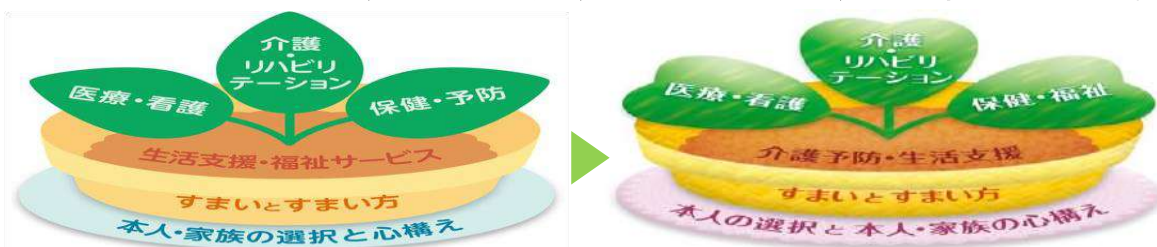
現在、住み慣れた地域に暮らしながら、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築することが目指されており、医療においては、要介護状態の療養者を在宅でケアする在宅医療が不可欠となっています。そして、もとより、その医療と介護の円滑な連携は、必須となっています。

地域包括ケアシステム

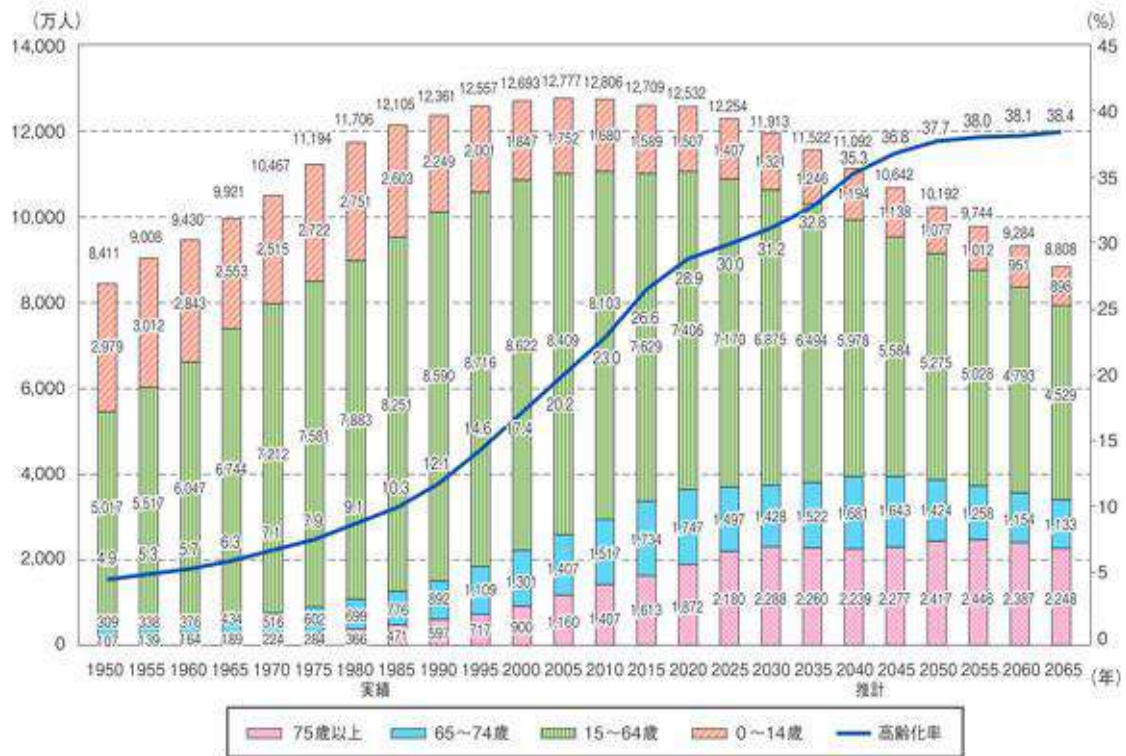
住まい・医療・介護・予防・生活支援が包括的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる



2016(平成28)年、「地域包括ケア研究会」(厚生労働省老人保健健康増進等事業の一環として設立)は、「地域包括ケアシステム」における下記「植木鉢」を右図に改めました。当初2013(平成25)年には、「植木鉢」の左図においては、「本人・家族の選択と心構え」というコンセプトが組み込まれ、それぞれの個人が地域生活を継続するための基礎が示されていました。しかし、今回これまでの考え方を踏襲しつつも、地域生活の継続を選択するにあたっては、「家族の選択」を越えて、本来は「本人の選択」が最も重視されるべきであり、それに対して、本人や家族がどのように心構えを持つかが重要であるとの考え方から、「本人の選択と本人・家族の心構え」と改められました。家族は、本人の選択をしっかりと受け止め、たとえ要介護状態となっても本人の生活の質を尊重することが重要であるとされました。即ち、意思決定支援においては、本人が自分で決めることが重要であるとし、「本人の選択」(自発的意思の尊重)を第一義としたのです。



超高齢社会を迎えたわが国では、2015(平成27)年時点における日本の高齢化率は26.6%となっています。2035(令和17)年には32.8%に達すると見込まれています。また、75歳以上(後期高齢者)の人口の割合は、2015(平成27)年時点で12%(1,612万人)でしたが、2030(令和12)年には20%(2,278万人)まで増加すると推計されています。一方、2030(令和12)年の高齢者世帯に占める独居高齢者の割合は、36.2%に達すると推計されています。数としても約130万世帯増加し、全世帯の14%が高齢単身世帯になる見込みです。



注：1950年～2015年までの総数は年齢不詳を含む。高齢化率の算出には分母から年齢不詳を除いている
 資料：2015年までは総務省「国勢調査」、2020年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）」の出生中位・死亡仮定による推計結果

いずれの世にも、人は誰でも、いつでも命に係わる大きな病気やケガをする可能性があります。在宅医療が充実することで、高齢者や重篤な疾病に罹患した療養者が、たとえ重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを最後まで続けることができると考えられています。一方、命の危機がせまった状態になると、約70%の人が、医療やケアなどを自分で決めたり、希望を多くの人に伝えたりすることが、出来なくなると言われています。もしも、本人がそのような状況になった時、家族など信頼できる人が「あなたなら、たぶん、こう考えるだろう」と本人の気持ちを想像しながら、或いは、「エンディングノート」とかに書かれていることを考慮しながら、医療・ケアチームと、医療やケアについて話し合いをすることになります。その場合、家族など信頼できる人が、本人の価値観や気持ちをよく知っていることが、重要な助けとなります。

厚生労働省の「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」(平成30年3月改訂)における話し合いのメンバーとしては、医師・ケアチームの対象に、介護従事者が加えられ、家族の他に、親しい友人等も含まれました。また、無縁社会と言われている昨今、厚生労働省の「身寄りが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」(令和元年6月制定)では、身寄りのない人の意思決定支援の方法が述べられており、特に、成年後見人等に対する具体的な役割が示されています。その具体的な役割の中には、「本人意思の尊重」が挙げられており、意思決定支援プロセスのメンバーとして、医師・ケアチーム、本人、家族など信頼できる人の他に、成年後見人等の参加もまた必要なのです。

なお、ここで言う成年後見人等は、成年後見人、保佐人、補助人を指していますが、広い意味の援護者ということでは、そこに、任意後見受任者、任意後見人、任意後見監督人等が含まれます。

身寄りが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(案)について<概要>

ガイドラインの読み手

医療機関で勤務する職員の方々

ガイドラインの支援の対象者

身寄りがない人：身寄りがない人に加えて、例えば次のような人を想定

- ① 家族や親類へ連絡がつかない状況にある人
- ② 家族の支援が得られない人

医療機関が「身元保証・身元引受等」に求めている機能・役割

- ① 緊急の連絡先に関する事
- ② 入院計画書に関する事
- ③ 入院中に必要な物品の準備に関する事
- ④ 入院費等に関する事
- ⑤ 退院支援に関する事
- ⑥ (死亡時の)遺体・遺品の引き取り・葬儀等に関する事

※「身元保証・身元引受等」に対して医療行為の同意をする役割を期待している事例もあるが、医療行為の同意については、本人の一身専属性がきわめて強いものであり、「身元保証人・身元引受人等」の第三者に同意の権限はないものと考えられる(具体的な対応については、右欄「医療に係る意思決定が困難な場合に求められること」参照)。

身寄りがない人への対応

次の(1)～(3)に分けて具体的な対応を明示。どの場合でも、本人の意思を確認・尊重しながら支援を行うことが原則

- (1) 判断能力が十分な場合
- (2) 判断能力が不十分で、成年後見制度を利用している場合
- (3) 判断能力が不十分で、成年後見制度を利用していない場合

医療に係る意思決定が困難な場合に求められること

(1) 医療・ケアチームや倫理委員会の活用

意思決定が求められる時点で本人の意思が確認できない場合、「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」(平成30年3月改訂 厚生労働省)の考え方を踏まえ、関係者や医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要。また、医療機関においては、身寄りがない人へのマニュアル作成、倫理委員会の設置などの体制整備を行うことも有効。なお、直ちに救命措置を必要とするような緊急の場合には柔軟な対応をする必要。

① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。

② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返す行う。

③ 家族等がない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。

④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(2) 成年後見人等に期待される具体的な役割

本人の意思決定が困難な場合において、成年後見人等が以下の役割を果たすことで、円滑に必要な医療を受けられるようにしていくことが重要。医療機関はこのような関わりが可能な成年後見人等に相談。

① 契約の締結等

➢ 必要な受診機会の確保・医療費の支払い

② 身上保護(適切な医療サービスの確保)

➢ 本人の医療情報の整理

③ 本人意思の尊重

➢ 本人が意思決定しやすい場の設定

➢ 本人意思を推定するための情報提供等

➢ 退院後、利用可能なサービスについての情報提供

④ その他

➢ 親族への連絡・調整(親族の関与の引き出し)

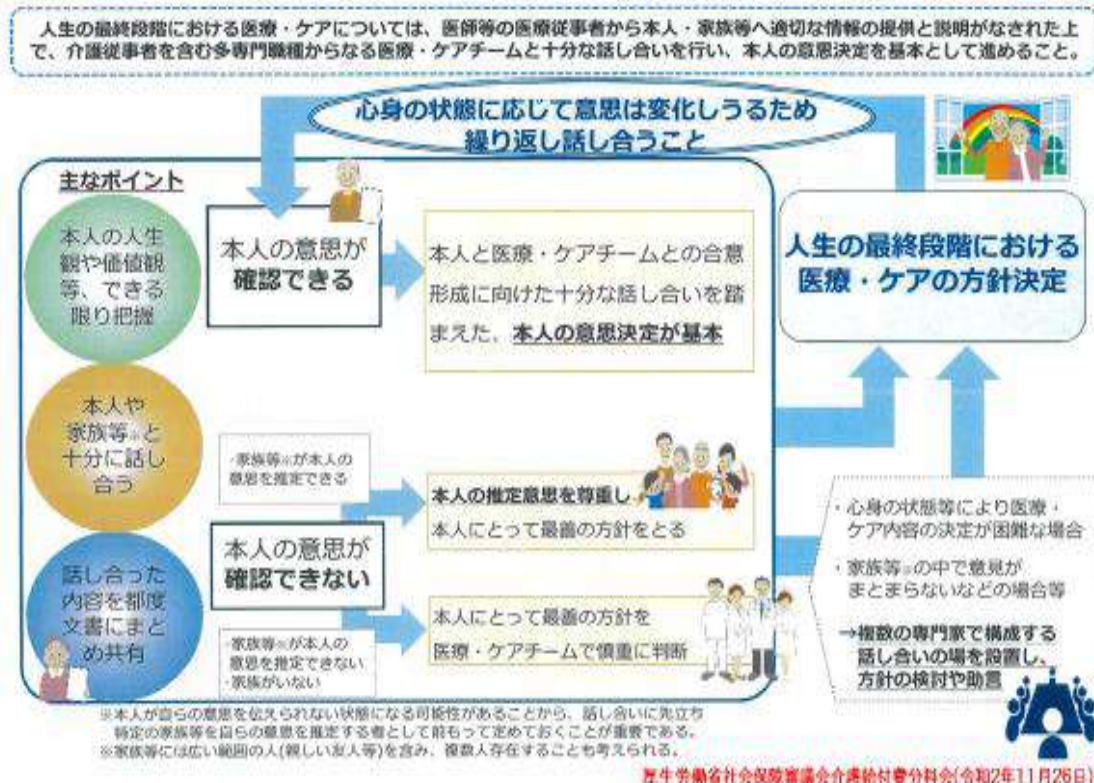
➢ 緊急連絡先、入院中の必要な物品等の手配、遺体・遺品の引き取り

②意思決定支援とは

意思決定支援とは意思決定に対する支援であることから、意思決定過程のすべてのステップにおける支援が含まれます。

医療や健康に関わる意思決定において、利用者が十分に情報を得られること、そして何を大事にして決めたいかをはっきりできるように支援することを目的としたツールを意思決定ガイドと呼びます。海外では、Decision aid(ディシジョンエイド)と呼ばれています。意思決定ガイドは、本人と医療者がコミュニケーションを取りやすくし、一緒に決定するのを助けるツールとも言えます。

「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」 における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)(平成30年版)



厚生労働省の「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」の中では、(ア)高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとする必要があること、(イ)英米諸国を中心として、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念を踏まえた研究・取組が普及してきており、病院だけでなく、在宅医療、介護の現場、或いは、地域包括ケアの中でACPを活用できるようになっていることとされています。更に、このガイドラインでは、延命措置だけでなく、生活を支えるケアも重視して、ACPを在宅や介護の現場でも活用できるようにしています。

以上のことから、新しいガイドラインの最大の特徴は、本人が意思を決めるまでのプロセスを重視した、ACPという手法を新たに取り入れたことと言えます。これにより、ACPそのものが、意思決定支援ということになったかもしれません。即ち、意思決定支援はACPであり、ACPは意思決定支援なのです。

人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？



もしものときのために

「人生会議」

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～

11月30日（いい看取り・看取られ）は人生会議の日

誰でも、いつでも、
命に関わる大きな病気やケガをする
可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、
**約70%の方が、
医療やケアなどを自分で決めたり
望みを人に伝えたりすることが、
できなくなると言われています。**

自らが希望する医療やケアを受けるために
大切にしていることや望んでいること、
どこでどのような医療やケアを望むかを
**自分自身で前もって考え、
周囲の信頼する人たちと話し合い、
共有することが重要です。**



もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、
前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組を
「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」
と呼びます。

あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたや
家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

話し合いの進めかた（例）



このような取組は、個人の主体的な
行いによって考え、進めるものです。
知りたくない、考えたくない方への
十分な配慮が必要です。



詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html



2018(平成30)年11月30日には、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う取り組みとして、ACPについて、愛称が「人生会議」に決定されています。また、11月30日（いい看取り・看取られ）を「人生会議の日」とし、人生の最終段階における医療・ケアについて考える日とされました。

厚生労働省ACP愛称選定委員会では、「人生会議という名前だけではなく、ACPの考え方や取組が広まることです。人生会議が日常会話の中に浸透していくことを期待しています」とか、「本人が意思表示できなくなったときに家族等から今まで話し合ったことを聞き取り、医療・ケアに関する本人の意思を類推できるようになればと思っています。看取られる方の意思も大事ですが、看取る側の気持ちも大事です」、或いは、「決めなくてもいいのでたくさん話をすることが大切だと思います。あなたのことを知っている皆で話しながら、迷いながら進んでいくこと、結論を話すのではなく過程が大切です。それが人生会議だと思います」などの委員の方の意見、思いなどが発表されています。

③意思決定支援のプロセス

本人にとっての最善の医療とケア(利益)を考えるために、本人が、自らの意思(過去・現在・未来)をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが、時間の経過とともに、繰り返し行われることが重要です。そこには、医学的判断や家族の意向等が反映されてくることとなります。そして、本人の意思を的確に示すためのツールとして、昨今「エンディングノート」というものがあります。「エンディングノート」は、人生の最期を迎えるにあたって、自分の思いや希望、残しておくことなど過去、現在、未来の人生を、家族など次世代に確実かつスムーズに伝えるためのノートで、意思表示ツールの一つです。

なお、「エンディングノート」には、法的効力はありませんが、その活用は意思決定支援において、有用なものと思われます。



ある「エンディングノート」に、こんな書き出しがありましたら、なんと書きますか？

<自分を漢字に？>

記入日： 年 月 日

◎あなたの今までの人生を、漢字一文字で表すと何になりますか？

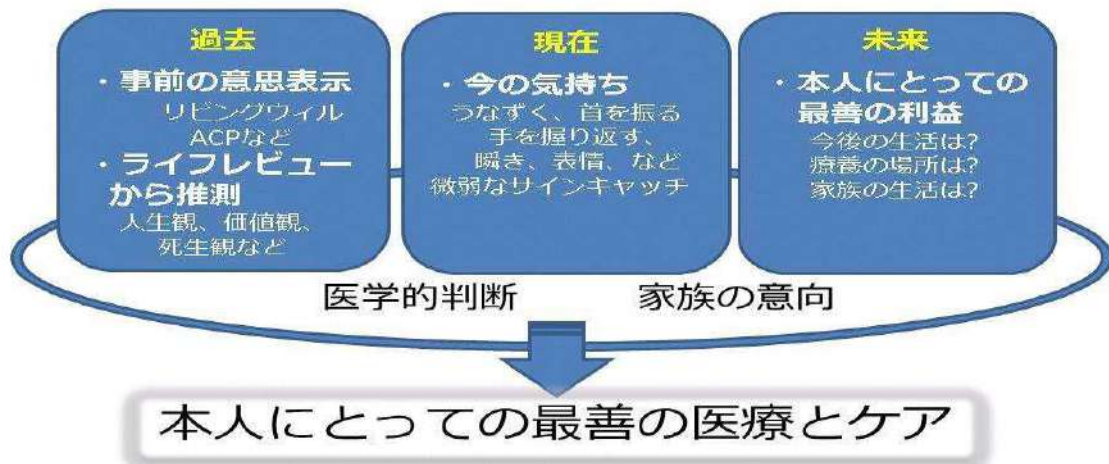
そのころ(理由)はなんですか？

具体的に、意思決定支援のプロセスにおいて、医療・ケアチームは、本人・家族との双方向のコミュニケーションを通して、以下を実行しつつ合意を目指します。なお、どのような意思決定プロセスをたどって決定に至ったかについては、記録を残しておくことも、医療・ケアチームとして必要です。

- (ア)それぞれの持っている情報に関係者が共有する。
- (イ)本人の身体を診察して得られた情報と、医学的知見に基づく本人にとっての最善に関する一般的判断から出発して、本人側から得た本人の個別の事情(本人が人生をどう把握しているか)を考慮に入れた、本人の最善についての個別化した判断を形成する。
- (ウ)本人・家族が、医療・介護側から得た情報を、自らの人生の事情と考え併せ、必要な場合には自らの人生計画を書き直し、目下の問題に適切に対処するための、状況を分かったうえでの意向を形成できるよう支援する。

意思決定支援の概念図

< 本人の意思の3本柱 >



いきいき在宅クリニック「アドバンス・ケア・プランニングに学ぶ」より

大阪府

大阪府

“そのとき”が来たら考えられない

だから今、人生会議

命の危険が迫った状態になると、約70%の人が医療やケアなどを自分で決めたり望みを人に伝えたりすることができなくなると言われています。

～人生会議とは～

誰でも、いつでも、命にかかわる大きなけがや病気を発症する可能性があります。

自らが希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこまでのような医療やケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼できる人たちと話し合い、共有しておくことを人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）といいます。

人生会議を兼ねることであなたが自分の気持ちを話せなくなった「もしものとき」に、あなたの心の声を伝えるかがえのないものになり、あなたの大切な人の心のご負担を軽くするでしょう。

※このような情報は、個人の生活方針に行いによって見え、変わるものです。知りたくない、見たくないという人の十分な配慮が必要です。

人生会議の記録

もしものときが来たらどうするかについて
あなたの希望を書き留めておく記録シートです。

楽な今の気持ちを書いてね

気持ちが変化したらおまじに書き換えていいからね！

このシートを事前にコピーしておくと、書き換えが楽です。大阪府ホームページからダウンロードできます。

大阪府 人生会議

Step1 治療する際に、大切にしたいことを教えてください

Step2 あなたの思いを伝えてくれる人を教えてください

Step3 かかりつけ医に相談してみましょう

お名前 生年月日 性別 年齢

記入欄

記入欄

記入欄

第2章 ACP(アドバンス・ケア・プランニング＝人生会議)

①ACPとは

そもそも、ACPとは、患者自身が自分の価値観を認識し、今後の人生についてどう生きたいかを、本人が主体となって、その家族や信頼できる人、医療・福祉・ケアの担い手と共に考えるプロセスのことです。

このACPでは疾患や障害、加齢による将来の変化に備えるために、治療や健康状態に伴い変化していく生活を、最期まで、自分らしく生きるためにはどのような要素が必要かを考えることが重要となります。

また、「本人にとっての最善とは何か」を、本人、家族や信頼できる人と話し合い、さまざまな可能性を考えながら、多方面からの選択肢を提供し、より良い医療や在宅生活を自己決定できるよう、その人の人生設計をチームで支えることが、ACPの目的となります。つまり、意思決定支援に、意思決定過程のすべてのステップにおける支援が含まれているように、ACPの対象もまた、終末期や慢性疾患患者だけではなく、年齢や健康状態を問わずあらゆる状態の人が含まれるということです。

ACPは一度きりのものではなく、病院、介護施設、在宅等において、チームで「繰り返し話し合いを行う」ものです。

そして、「終活」としてのACPということも考えられます。「終活」において、あとあとのことを考える具体的な取組みとして、意思決定支援のためのACPの実践(もしバナゲーム等の試行)やエンディングノートへの記入などが挙げられます。もちろん、遺言書の作成、任意後見契約(見守り契約・生前事務委任契約、死後事務委任契約)の締結もそうでしょう(第3章参照)。

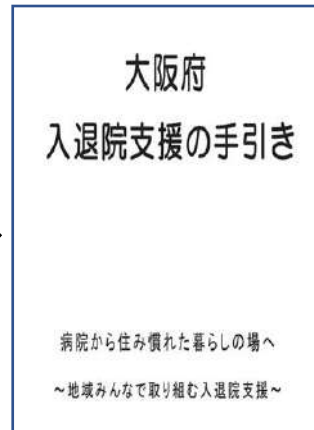


大阪府ホームページより

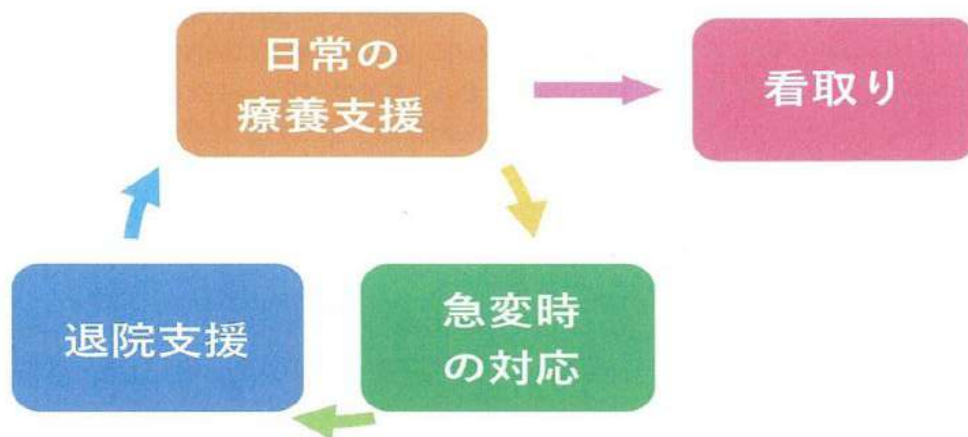
②ACPの色々な場面

大阪府「入退院支援の手引き 病院から住み慣れた暮らしの場へ ～地域みんなで取り組む入退院支援～」(平成30年3月)・同修正版(令和3年1月)によれば、在宅医療・介護連携には、4つの場面(日常の療養支援、急変時の対応、退院支援、看取り)があるとされています。

その各々の場面において、いずれも関係者一同で、繰り返し話し合うことは重要とされており、以下のように、ACPIは、人生の最終段階(終末期)だけではないと言えます。



在宅医療・介護連携の4つの場面



厚生労働省 第1回「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」資料を一部改編

- (ア) **日常の療養支援**: 住み慣れた地域で療養が必要になった時
⇒ 本人・家族、かかりつけ医、専門職等による情報共有
⇒ 通院(かかりつけ医受診)、要介護認定→サービス担当者会議など
- (イ) **急変時の対応**: 疾患の悪化等による急変時
⇒ 本人・家族、かかりつけ医、専門職等による情報共有、本人の意思確認
- (ウ) **退院支援**: 病院と専門職の協働による退院時
⇒ 本人・家族、かかりつけ医、病院、専門職等による情報共有(入院前・退院時)
→ 入院時・退院前カンファレンスなど
- (エ) **看取り**: 住み慣れた場所等による看取り時(終末期)
⇒ 1) 本人の意思が早い段階から表出されている→エンディングノート、事前指示書、公正証書・自筆証書遺言書、任意後見契約書(見守り契約書、生前事務委任契約書、死後事務委任契約書)など→サービス担当者会議など

③ACPの留意点

ACPは前向きにこれからの生き方を考える仕組みです。その中に、最後の時期の医療及びケアのあり方が含まれます。また、以下のように、AD(アドバンス・ディレクティブ、事前指示)におけるリビング・ウィル(事前指示書)等の作成も入ることがあります。

ACPは、以下の点に留意しながら進めていきます。

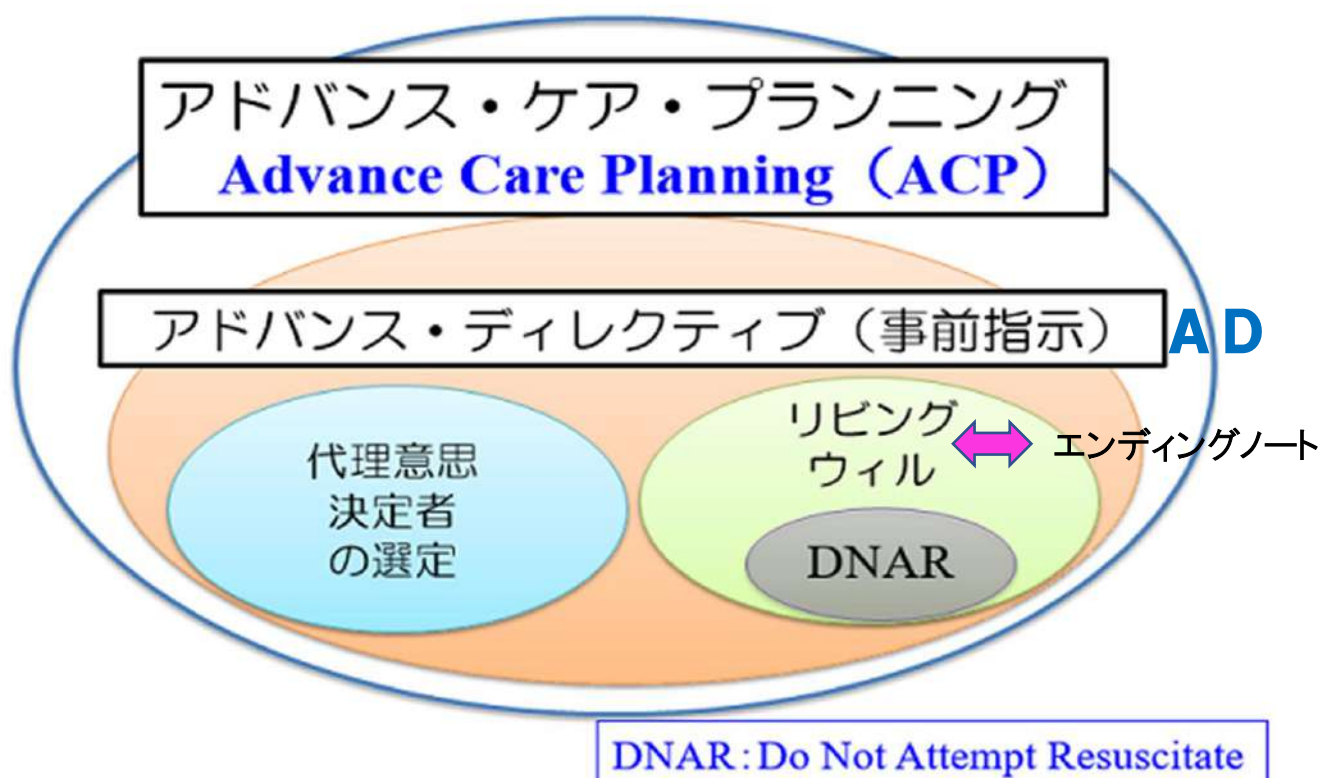
(ア)主体は、あくまでも本人です。

(イ)本人の意思は変化することがありますので、繰り返し話し合うことが重要です。

(ウ)地域で支えるという視点から、かかりつけ医を中心に、看護師、ケアマネジャー、介護職、社会福祉士、成年後見人等による多職種で、本人の意思に寄り添うことが理想です。

(エ)その場で決まらないこともあります、話し合いの内容は、その都度、文章にまとめておくことが大切です。

(オ)まずは、話し合いのきっかけを作ったり、話し合いのプロセスの場を提供することが重要です。



広島県安芸地区医師会ホームページ一部改変

(注) DNAR: 日本救急医学会では、「蘇生を試みるな」とされ、蘇生の可能性はもともと低いので、蘇生を試みることを控えるという意味が込められている。

④ACPの具体例

それでは、ACPでは、何を話し合えばいいかとなりますが、日本医師会の「終末期医療アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える」(平成30年4月制定)によれば、以下の具体例(一部改変)が示されています。

(ア)本人の状況について

- 家族構成や暮らしがどのようなものですか？
- 健康状態について気になる点がありますか？
- 他にかかっている医療機関(治療内容)や介護保険サービスの利用はありますか？ など

(イ)患者さんが大切にしたいこと(人生観や価値観、希望など)について

- これまでの暮らしで大切にしてきたことは何ですか？
- 今の暮らしで、気になっていることはありますか？
- これからどのように生きていきたいですか？
- これから経験してみたいことはありますか？
- 家族等の大切な人に伝えておきたいことは何ですか？

(ウ)会っておきたい人、最期に食べたいもの、葬儀、お墓、財産などについて

- 最期の時間をどこで、誰と、どのように過ごしたいですか？
- 意思決定のプロセスに参加してほしい人は誰ですか？
- 代わりに意思決定してくれる人はいますか？ など

(エ)医療・ケアの希望について

- 「可能な限り生命を維持したい」「痛みや苦しみを少しでも和らげたい」「できるだけ自然な形で最期を迎えたい」などの希望が考えられますが、病状等も含め状況は様々です。医療関係者より、適切な情報提供と説明がなされた上で、本人やその家族や信頼できる人等と話し合いを重ねることが重要

日本医師会



※ はじめに

高齢化社会を遂げ、患者さんの人生の終わりの時期に、家族や医療・ケア関係者等がどのように寄り添うかが、これまで以上に大きな課題となっています。
患者さん一人ひとりの希望に沿った生き方を実現するためには、その意思を十分に理解し、患者さんにとって最善となる医療及びケアをより一層充実させていくことが望めます。
しかしながら、人生の最期に至る軌跡は多様(図)であり、患者さんの意思も変わる可能性があります。

図 人生の最期に至る軌跡



■ 急性期医療における急性性 ■ がん等の慢性性
■ 高齢者の急性性(可逆性) ■ 高齢者の慢性性(不可逆性)

高齢化社会を迎え進むが醫の現状と将来予測
 ・2016年時点で65歳以上の高齢者(65歳以上人口)は22.2%です。2025年には32.4%、2040年には40%に達すると見られています。
 ・また、75歳以上の人口の割合は、2013年時点で12% (1,612万人)ですが、2040年には21% (2,748万人)まで増加すると予測されています。
 ・2010年の高齢化率(65歳以上の割合)は20.3%に達すると見られていますが、2017年時点で13.0%に達しました。高齢者の14%が高齢医療費に占められています。

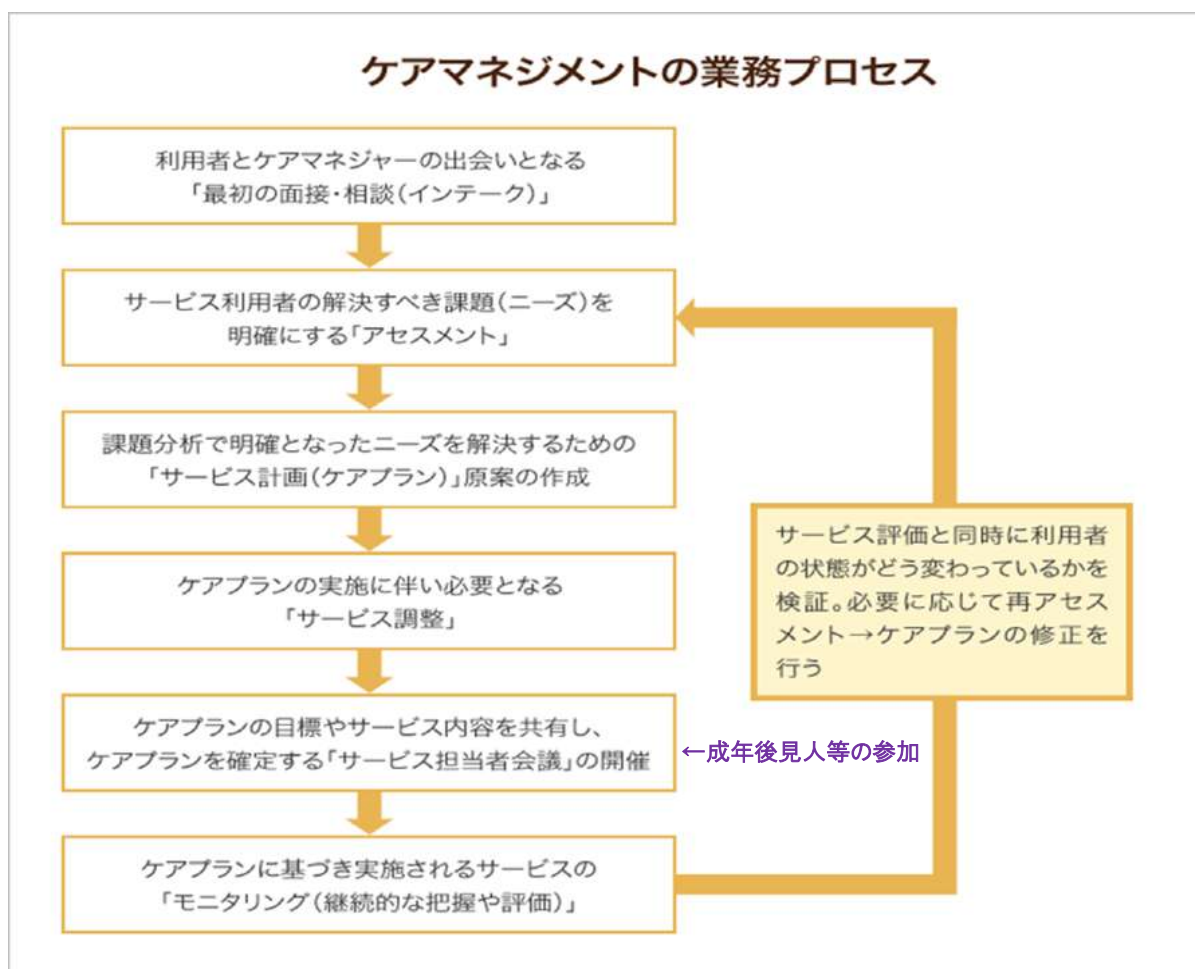
3・4頁略

⑤ACPの実践

ACPの目的として、究極本人の人生設計をチームで支えることが挙げられますが、それでは、その具体的実践として、何をしたらいいのかとなってきます。

「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)実践ガイド」(中央法規)によれば、「ACPの実践は、医療介護に携わるすべてのスタッフに求められるケア実践」とされており、場面別のACPの実践が項目毎に詳しく挙げられていますが、主な場面としては、**退院前カンファレンス**と**サービス担当者会議**であると言えます。

その中でも、**サービス担当者会議**は、介護保険制度におけるケアマネジメントの業務プロセスの一環として、厚生労働省令「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」で、ケアマネジャーが関係者を招集し、開催すると定められた会議です。



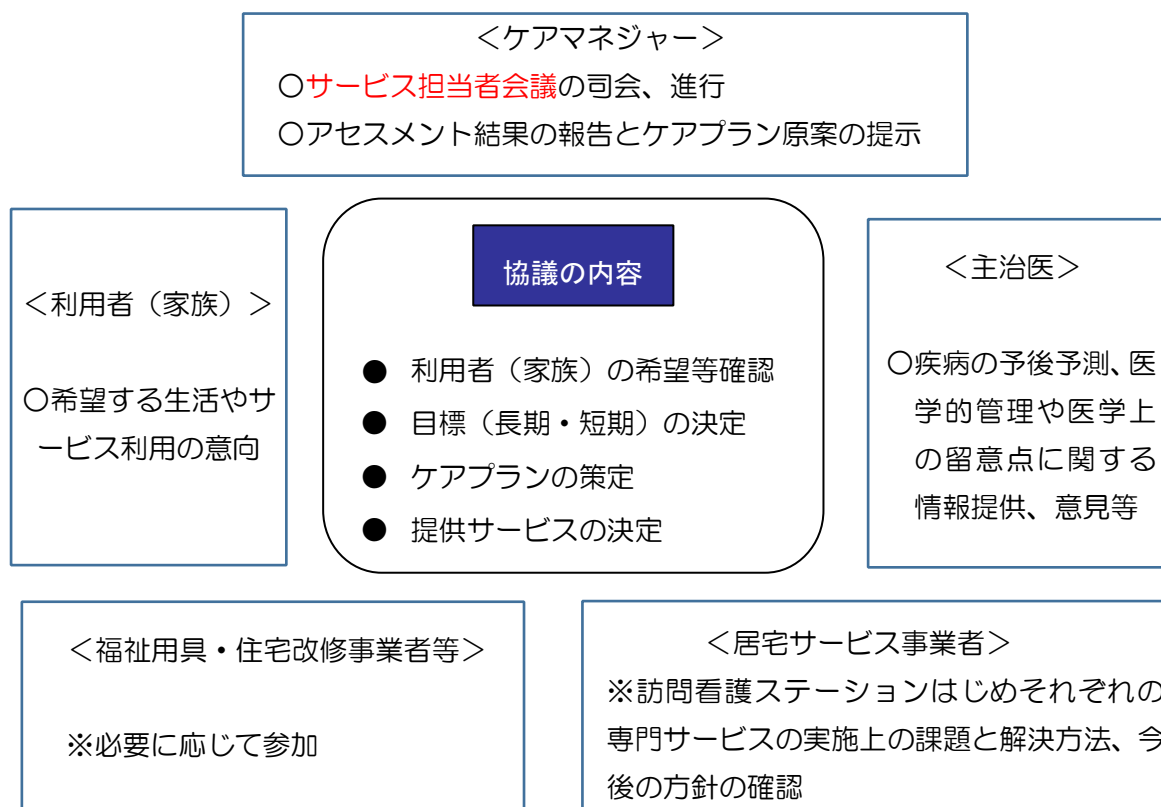
独立行政法人福祉医療機構WAMネットより

サービス担当者会議は、介護保険制度におけるケアマネジメントの業務プロセスの一環として、厚生労働省令「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」で、ケアマネジャーが関係者を招集し、開催すると定められた会議のことです。ケアプラン作成、福祉用具の利用、或いは利用者の状態変化等による問題発生時などに適宜開催されることとなります。

サービス担当者会議には、利用者(家族)、医師、サービス事業者、成年後見人等が参加し、利用者(家族)の意向を確認するとともに、専門職からの専門的意見を求め、ケアプランの決定等を行う場となっています。

また、「地域包括ケアシステム」においては、「利用者からみた一体感」が重要とされていますので、それを醸成する場としての**サービス担当者会議**の位置づけもまた重要とようになってきております。

更に、**サービス担当者会議**は、医療・ケアチーム等による多職種連携という観点から、人生の最終段階における医療(終末期医療)における延命治療の有無など、意思決定や意思統一、情報共有をする場としても有効と考えられています。特に、終活、ACPや「エンディングノート」がクローズアップされてきている現在においては、関係者が、ただ、ICTに頼るのではなく、集合し、会って顔合わせをすること(顔の見える関係づくり)は有用であるといえます。

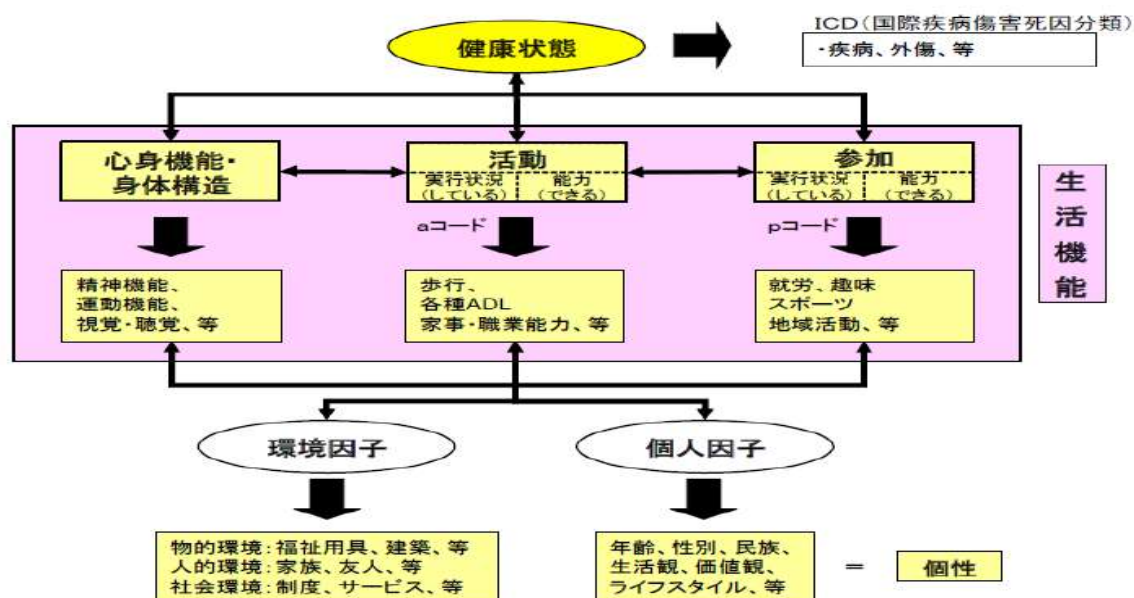


東京都福祉保健局資料より

サービス担当者会議のチェックポイント

- 早期にチームを形成するようにしましょう。
- 医師には、参加を呼び掛けていますか。
- アセスメント情報、目標の共有に努めていますか。
- 利用者(家族)が希望や意向を語る場になっていますか。
- 多様な専門的立場から意見聴取の貴重な場として活用していますか。
- ケアプラン原案の変更を恐れなくて、良い意見は積極的に採用していますか。
- 寛いだ雰囲気作りに留意していますか。

東京都福祉保健局資料より



独立行政法人国立特別支援教育総合研究所ホームページより

上記のICF(国際生活機能分類)とは、世界保健機関(WHO)が、2001(平成13)年5月22日の世界保健総会(World Health Assembly)において採択したもので、身体機能のみならず、社会参加や活動をも視野に入れ、病気や障害という負の側面だけではなく、前向きに中立的に人間を理解するためのものとして使われています。つまり、「病気(障害又は変調)があるから、〇〇できない」というのではなく、「これがあつたら〇〇できる」とか、「こうしたら〇〇できる」という視点で、課題を整理するための概念なのです。

そのため、本人の全体像をみるということは、ICFそのものといえ、**サービス担当者会議**の基本と重なります。

サービス担当者会議においては、利用者の生活機能(心身機能・活動・参加)の向上と、個人因子、環境因子に留意し、一体感を持ちながら、多職種から多くの意見を求め、利用者(家族)を励ましていく姿勢もまた大切なのです。

⑥ACPの具体的実践に向けたプロローグ

ACP実践に向けたトレーニング用ツールとして、「もしバナゲーム」というのがあります。「もしバナゲーム」は、年齢、性別、介護する人・される人などの立場も超えて、自分の最期を冷静に、またリアルに疑似体験できることになっています。

「もしバナゲーム」は、 “人生の最期”をリアルに疑似体験可能なカードゲーム！！

ACP(アドバンス・ケア・プランニング=人生会議)とは、本人の意思決定能力が低下することに備えるために、今後の医療について、本人、家族、医療・介護者等が先に話し合っておくプロセスをいいます。

「もしバナゲーム」は、亀田総合病院(千葉県鴨川市)で緩和ケアや在宅医療に携わる蔵本浩一医師らが、アメリカの終末期医療の場で、患者と医療者のコミュニケーションツールとして開発されたカードゲームを日本語に翻訳し、レクリエーション要素のあるルールを加えたものです。年齢、性別、介護する人・される人などの立場も超えて、自分の最期を冷静に、またリアルに疑似体験できることになっています。

蔵本医師らは、2015(平成27)年に、一般社団法人「ACP」を立ち上げ、ワークショップ等を開催し、「もしバナゲーム」の普及促進に努めています。現在、「もしバナゲーム」を主宰するもしバナマイスターという資格も生まれています。



1セット・35枚のカード+1枚のワイルドカード



Let's Play 「もしバナゲーム」

「人生最期にどう在りたいか」
ゲームを通して、あなたが、友人や
家族に願いを伝え、理解してもらう
きっかけになります。





① 4人1組で、各プレイヤーに5枚（5人の場合は4枚）ずつカードを配ります。その後「場」に5枚のカードを表向きに置きます。残りのカードは中央に積みなおき、積み札とします。



② 各プレイヤーは、自分の順番が回ってきたら、手札の中から不要なカードを1枚、場に置かれたカードと「必ず」交換します。2回目、交換したいカードがあれば「交換」、なければ、「パス」をします。

③ 全員が「パス」をした時点で、場のカードを流し、積み札から、新たに5枚のカードを、同様に置きます。

④ ②、③を繰り返します。



⑤ 各々が手元にある5枚（5人の場合は4枚）のカードから、特に大切なカードを3枚選び、その理由を考えます。



⑥ 1人ずつ選んだカードを披露して、カード選んだ理由を、他のプレイヤーに説明します。



⑦ACPのまとめ

日本医師会のリーフレット「終末期医療アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える」(13頁)によれば、本人の意思を尊重した医療、ケアを提供し、尊厳ある生き方を実現することが、ACPの究極の目的となります。また、ACPIは、意思決定支援にあたって、前向きにこれからの生き方を考える仕組みとも言えますし、よく話し合い、意思を共有する仕組みでもあります。従って、意思決定支援はACPであり、ACPIは意思決定支援なのです。

以下のことも含めて、ACPの実践を推進していくことが大切です。また、「もしバナゲーム」に参加して(を実施して)、自身が、将来の人生の疑似体験をすることも一考かと思われれます。

(ア)医療、ケアの提供は、本人の意思が一番大事です。それを確認するために、ACPの実践が必要です。

(イ)かかりつけ医、ケアマネジャーを中心に多職種が協働し、地域で支えるという視点が重要です。

(ウ)話し合いの場を提供すること、更には、話し合いのきっかけを醸成することが重要です。

(エ)本人が意思を明らかにできるときから繰り返し話し合いを行い、その意思を共有することが重要です。例えば、高齢者健診などをきっかけに、話し合いの機会をもつことも考えられます。

(オ)本人の意思がクリアなとき、将来を見越して、「エンディングノート」など、本人意思を書き留めることを勧めること、或いは、任意後見制度の活用を念頭においておくことは大切です。

(カ)本人の意思が確認できなくなったときにも、それまでのACPをもとに、本人の意思を推測するように努めましょう。

大阪府看護協会



◎場面に応じたACPのアプローチ(看護の役割)

1. 入院:急性期 予想していなかった
2. 入院:慢性期 食べさせてあげたい
3. 外 来 これ以上治療はいたくない
4. 退院調整① 家に帰りたい
5. 退院調整② 治療をやめようと思う
6. 退院調整③ 家に連れて帰りたい
7. 地域・在宅 家族だけで大丈夫

◎ACPでよく使われる用語集

- リビング・ウィル
- アドバンス・ディレクティブ
- ⋮
- 成年後見制度
- 任意後見制度
- ⋮

第3章 意思決定支援と成年後見制度と「終活」

①厚生労働省の5つのガイドライン

厚生労働省はこれまで、被支援者別に、①2017(平成29)年3月:「**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**」(障害者、社会・援護局)、②2018(平成30)年6月:「**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**」(認知症の人等、老健局)、③2018(平成30)年3月改訂:「**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**」(人生の最終段階を迎えた人、医政局)、④2019(令和元)年5月:「**身寄りが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**」(医療に係る意思決定が困難な人、身寄りのない人、医政局)、⑤2020(令和2)年10月:「**意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン**」(成年後見人、社会・援護局)の5種類のガイドラインを出しています。

この5つガイドラインの趣旨は様々ですが、いずれのガイドラインにおいても、本人への支援は、本人の意思(自己決定)の尊重に基づいて行う旨が基本的な考え方として掲げられています。また、5つのガイドラインにおける意思決定支援の要素・プロセスは様々ですが、本人が意思決定の主体であり、支援を行う前提としての環境整備、チーム支援、適切な情報提供等の要素は共通となっています。

その上で、2020(令和2)年10月には、厚生労働省は、それらをまとめた比較表を発表しました。ここでは、意思決定支援プロセスとして、本人が意思決定の主体(自己決定の尊重)であり、支援を行う前提としての環境整備、チーム支援、適切な情報提供等の要素は共通であるとしています。

また、成年後見人等について、上記①と②では、主として他の関係者とともに意思決定支援のプロセスに関与することが求められているのに対し、④では、医療等の場面で、成年後見人等に期待される役割・行為が個別具体的に記載されています。更に、⑤は、主として成年後見人等向けに策定されたものであり、意思決定支援場面、代行決定(本人による意思決定が困難な場合に、第三者が本人に代わって意思決定を行う)場面それぞれの関わり方が詳細に記載されています。具体的には、会議主催者とともに、チームのメンバー選定・開催方法等も含めて、主体性を持って関与すること、或いは、本人が意思決定の主体として、実質的に会議に参加できるよう、本人のペース合わせた進行を主催者、参加者に促すことなどが示されています。一方、上記②のガイドラインでは、「いわゆる代理代行決定のルールを示すものではない」旨明記されていますが、①③④⑤のガイドラインでは、本人意思が確認できない場合等における、本人意思を推定するプロセスや、最終手段として、本人にとっての最善の利益の観点からなされる代行決定等のプロセスが示されています。

次の表は、厚生労働省「意思決定支援等に係る各種ガイドラインの比較について」を簡略化したものです。

項目	①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	②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	③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	④身寄りがい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	⑤意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン
策定期	2017(平成29)年3月	2018(平成30)年6月	2018(平成30)年3月改訂	2019(令和元)年5月	2020(令和2)年10月
被支援者	障害者	認知症の人等	人生の最終段階を迎えた人	医療に係る意思決定が困難な人	成年後見人等
趣旨	事業者や成年後見の担い手を含めた関係者間で共有する	認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定支援の基本的考え方を示す	本人・家族等、医療・介護従事者が、最善の医療・ケアを作り上げるプロセスを示す	医療機関としての対応を示し、成年後見人等に期待される具体的な役割について整理する	成年後見人等が、通常行うことが期待されること、行うことが望ましいことを示す
対象となる場面	日常生活における場面 社会生活における場面	日常生活における場面 社会生活における場面	人生の最終段階における医療・ケアの場面	医療に係る意思決定の場面	本人にとって重大な影響を与えるような法律行為及びそれに付随した事実行為の場面
意思決定支援等のプロセス	①意思決定支援責任者の配置、②意思決定支援会議の開催、③意思決定の結果を反映したサービス等利用計画・個別支援計画の作成、④サービスの提供、⑤モニタリングと評価・見直し	①人的・物的環境の整備、②意思形成支援、③意思表示支援、④意思実現支援、⑤各プロセスで困難・疑問が生じた場合、チーム会議の併用・活用、	本人の意思が確認できる場合、①医療従事者からの適切な情報提供と説明、②本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合い、③時間の経過や心身の状態の変化等に応じて本人の意思は変化しうるため、家族等も含めての繰り返し話し合い	①支援チームの編成、本人への趣旨説明とミーティングの準備等、②本人を交えたミーティングの開催、③本人の意思決定(価値観や選択)に沿った支援の展開	
代理・代行決定	①本人の自己決定や意思確認が困難な場合：本人をよく知る関係者が集まって、根拠を明確にしながら本人の意思・選好を推定する、②本人の意思推定が困難な場合：関係者が協議し、本人にとっての最善の利益を判断する	(本人の意思決定能力に欠ける場合の代理・代行決定はガイドラインの対象外。なお、本人の意思は、それが他者を害する場合や本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合でない限り、尊重される)	本人意思が確認できない場合、①家族等が本人意思を推定できる場合、その推定意思を尊重、②家族等が本人意思を推定できない場合、本人にとって何が最善であるか家族等と十分話し合う、③家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合も、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする	①意思決定支援を尽くしても意思決定・意思確認が困難な場合、意思推定に基づく代行決定を行う、②意思推定すら困難な場合や、本人の表明意思・推定意思を実現すると本人に見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合等には、本人にとっての最善の利益に基づき代行決定を行う	
成年後見人等の役割・関与のあり方	①サービス提供者とは別の第三者として意見を述べ、多様な視点からの意思決定支援を進める、②意思決定支援の結果と成年後見人等が担う身上配慮義務に基づく方針が齟齬しないよう、意思決定支援のプロセスに参加	意思決定支援に当たり、本人の意思を踏まえて、家族・親族、福祉、医療、地域近隣の関係者とともにチームとなって日常的に見守り、本人の意思や状況を継続的に把握し、必要な支援を行う	(記述なし)	①契約の締結等(受診機会の確保、医療費の支払い)、②身上保護(適切な医療サービスの確保)、③本人意思の尊重(本人が意思決定しやすい場の設定、チームの一員として意思決定の場に参加等)なお、成年後見人等には医療同意権が含まれないことが明記	①ミーティング主催者とともに、チームのメンバー選定・開催方法等も含めて、主体性を持って関与する、②本人が意思決定の主体として、実質的にミーティングに参加できるよう、本人のペース合わせた進行を主催者、参加者に促す

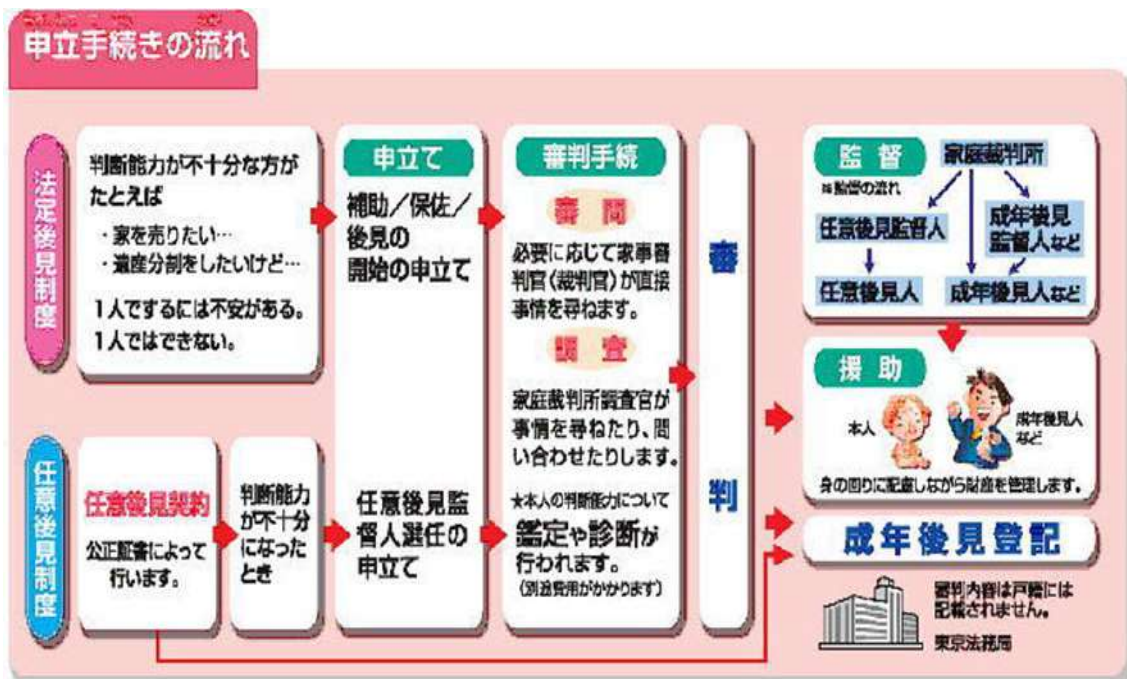
②成年後見制度



「倉敷平成病院だより」より

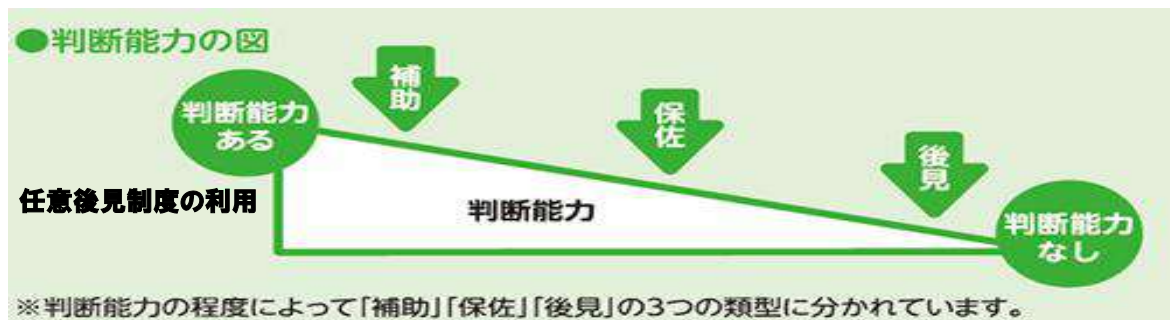
成年後見制度には、法定後見(認知症等で判断能力が衰えた時)と任意後見(元気な時)の2つがあります。

そもそも、2000(平成12)年に、それ迄の行政処分としての措置制度に代えて、高齢者自らがサービスを選択し、事業者との契約に基づき在宅・施設サービスを利用する介護保険制度が導入されました。このため、判断能力が衰えた認知症の高齢者等の場合、誰かが代わって、介護サービスに係る契約を締結する必要が生じることから、禁治産者制度にかえて、成年後見制度が創設されました。成年後見人等には財産管理の他、本人にふさわしい介護サービスを手配(契約)し、その履行状況を確認した上で、必要に応じて改善を求めることなどが期待されます。認知症と関連の深い高齢者虐待への対応、消費者被害の防止などに有効であるとされています。



千葉県後見支援センターホームページより

③法定後見利用におけるデメリット ～家族が同居している場合など～



東京都港区者社会福祉協議会ホームページより

- (1) 本人の生活や財産に関して、家庭裁判所、成年後見人等(弁護士、司法書士、社会福祉士、行政書士等)といった第三者が関わることとなります(親族後見除く)。これは、原則本人が亡くなるまで、関与してきます。ですから、同居の家族ですら、生活費の支出などは、いちいち成年後見人等の許可がいるのです。
- (2) 後見開始の際、成年後見人等の候補者を家庭裁判所に提示することが出来ますが、全て、候補者が選ばれるとは限りません。ですから、見ず知らずの人が、成年後見人等として、関ってくる場合があります。現在、候補者として挙げた場合、選任されるのは、親族(親族後見)か専門職(専門職後見)で、親族以外の第三者は選任されません(知人・友人はダメということです)。
- (3) 専門職(弁護士、司法書士、行政書士)と言っても、法律系の方は、医療介護の知識に長けているとは限りません。
- (4) 成年後見制度申立ての動機には、預貯金の管理・解約、介護保険契約(施設入所等のため)、療養看護(身上監護)、不動産の処分、相続手続等が主ですが、その目的が完了したとしても、原則本人が亡くなるまで、この制度は継続します。
- (5) 本人が亡くなった場合、成年後見人等は、火葬、埋葬以外の死後事務(葬儀、墓じまい、法要など)はできません。
- (6) 後見事務の手間が発生します(成年後見人等が、1年1回家庭裁判所に、本人の収支状況・財産目録等を文書で提出するための手助け)。また、成年後見人等に報酬が発生します。
- (7) 相続税対策や資産運用など本人の財産の変更や活用が出来なくなります。ですから、もはや親族のために活用することは出来ないのです。

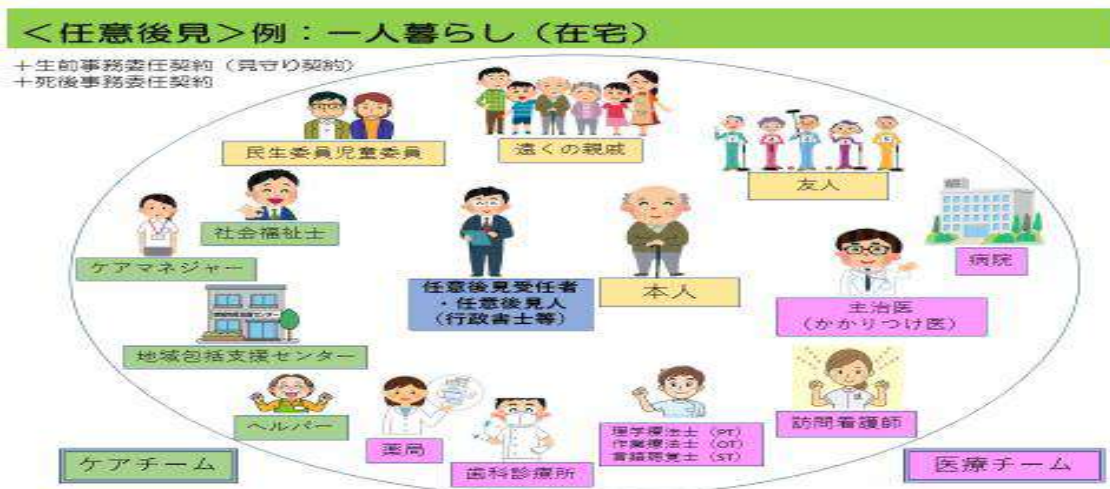


◎元気なうちの親しい法律専門職(弁護士、司法書士、行政書士)の確保は重要です。

※専門職の成年後見人等側からみたデメリットとすれば、いきなり関与ということですから、本人の状態像・状況把握に手間がかかります。また、親族との対応に苦慮する場合(精神的ストレス)があります。そして、その報酬は、1年分、後払いになります。

☆法定後見の傾向として、利用者数が少ない、後見・保佐・補助のうち後見類型の利用者割合が約8割、身寄りのない人の市町村長申立ての増加などが挙げられます。

④任意後見制度



元氣な時にする任意後見契約(未来のための契約)とは、受任者(行政書士など)に対し、将来認知症などで自分の判断能力が低下した場合に、予め自分の将来の後見人になって貰うことを委任する契約です。

任意後見契約(未来のための契約)を締結するには、公証役場で公正証書の任意後見契約書の作成が必要で、手数料など初期費用がかかります(受任者→任意後見受任者)。最近では、任意後見契約(未来のための契約)の他に、生前事務委任契約・見守り契約(定期的な連絡、訪問、面談＝安否確認等)、死後事務委任契約(未来のための契約)を締結することが増えています。なお、受任者(行政書士など)が第三者(家族以外)の場合、報酬が発生します。

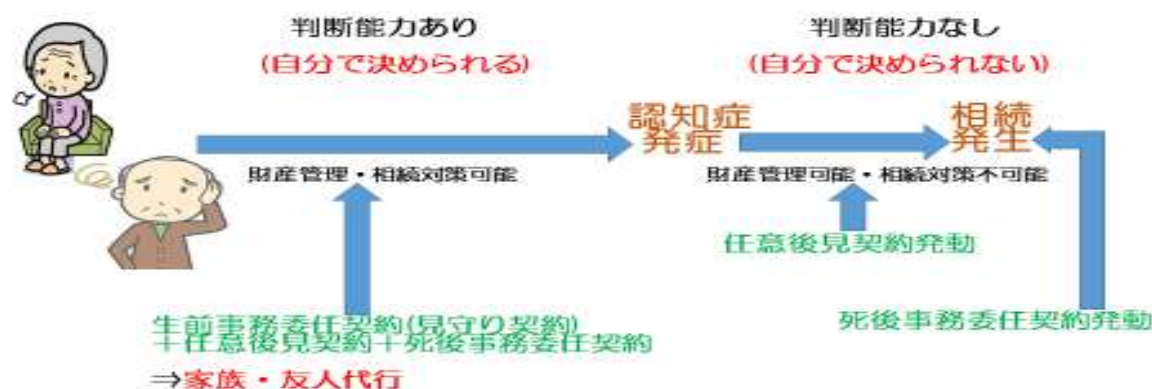
いずれにしても、依頼者(本人)が自分の意思で決めることになり、任意後見契約発動前は、受任者は任意後見受任者として、そして、任意後見契約発動後は、任意後見人として、いつでも本人に寄り添って、本人をサポートすることになります(家族代行)。

一方で、自分で決める、いや自分で決められるということでは、任意後見制度は、介護予防、認知症予防の一環でもあるのです。そして、それは、「終活」の一部なのです。

<任意後見の場合> **自分で決める** <自発的意思の尊重>

生前事務委任契約(見守り契約)＋任意後見契約＋死後事務委任契約

⇒**家族・友人代行**



⑤「終活」とは

人が人生の最期を迎えるにあたっての様々な準備や整理、更にはそこに向けた人生の総括を意味します。これは「週刊朝日」から出された言葉で、2009(平成21)年以降から広まり、2010(平成22)年の新語・流行語大賞にもノミネートされました。

織田信長が好んだ幸若舞の「敦盛」には、「人間五十年、化天のうちに比ぶれば、夢幻の如くなり」というくだりがあります。この「人間五十年」、戦国時代は寿命でも、現在では、人生の後半戦を考える重要な節目の年にあたるかもしれません。それを、面白くするか否かは、自分自身の行動にかかっているかもしれません。

終活を始めたい年齢

(%)	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上	※
20代 (n=45)	4.4	2.2	4.4	13.3	51.1	8.9	4.4	11.1
30代 (n=60)	0.0	8.3	10.0	13.3	41.7	6.7	3.3	16.7
40代 (n=90)	0.0	0.0	11.1	15.6	45.6	15.6	0.0	12.2
50代 (n=74)	0.0	0.0	0.0	24.3	40.5	18.9	1.4	14.9
60代 (n=101)	0.0	0.0	0.0	0.0	36.6	49.5	3.0	10.9

※:「状況次第、必要に応じて」

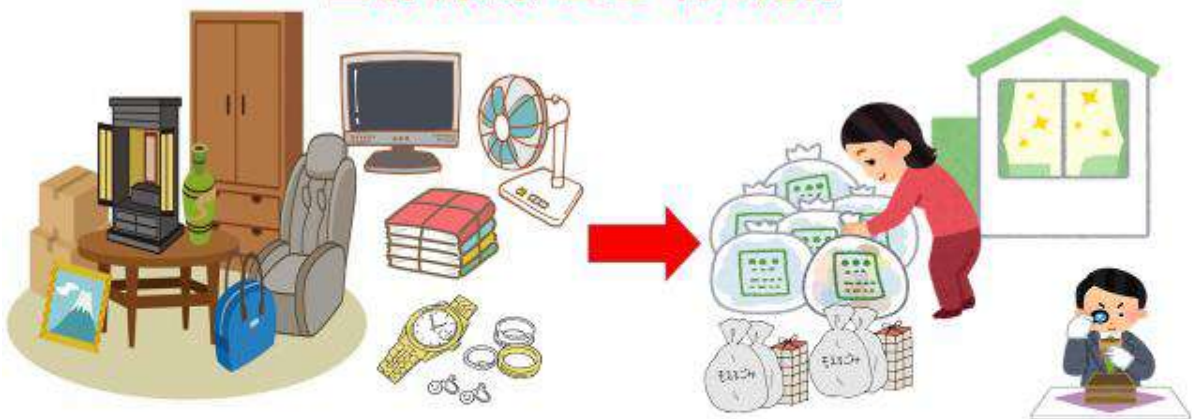
注:楽天リサーチ(株)が、平成30(2018)年1月に、全国の20～69歳の男女1,000名を対象に、インターネットにより実施

最近では、プラス思考的に捉える流れがあり、「人生の終わりを考えることを通じて、自分を見つめ、今をよりよく、自分らしく生きる活動」のこととされ、未来の生き方を創造する活動とされています(ハッピー終活)。また、「成年後見、相続、保険、お墓、お葬式のことなどを事前に考え準備しておくことで、不安が解消され、いきいき、はつらつとした、おもしろい後半戦を送ることを終活と考える」と説いている所もあります。「終活」は、元気な時にしておく、人生の棚卸しでもあり、準備でもあるといえますので、ハッピー終活が望ましいです。

「終活」の具体的な行動としては、心や意欲の高揚、新しいことへの挑戦、或いは旅行、巡礼の旅というのも重要です。「終活川柳 2019」に、「この旅が 最後と言って また出かけ」という最優秀作があります。これは、まさに元気な「終活」の賜物ですね。他に、「終活は 自分に贈る 敢闘賞」や「終活し 内定出たの? 孫が聞く」などプラス志向の句も多くありました。他に、人生の棚卸しとしての①生前(家財)整理・物の処分、②意思表示、③メモの作成(文書のスメモ)などがあります。

①は、身の回り品の整理と処分、社会的関係の整理、終活年賀状(捨離)、②は、葬式やお墓、法要、財産分与(遺産相続)、延命治療、ペット、遺言書(自筆証書・公正証書)の作成、任意後見契約等の締結、③は、携帯電話、スマートフォン、パソコンなどのCT関連の登録情報(ログインIDやパスワード情報、それらの対応方法)、公的証書や銀行等の情報などが挙げられます。併せて、あとあとのことを考える具体的な取組みとしては、意思決定支援のためのACPの実践(もしバナゲーム等の実施)や「エンディングノート」への記入などが挙げられます。もちろん、遺言書の作成、任意後見契約(見守り契約・生前事務委任契約、死後事務委任契約)の締結もそうでしょう。

生前(家財)整理・物の処分



- ◎介護施設に入所してしまった→賃貸(府営・市営)住宅はどうするか？
→しばらくは、賃貸住宅をそのまま借り続ける→いつかは、生前(家財)整理を決断する。
- ◎とにかく、生前(家財)整理・物の処分をすることは、持ち物の整理はもとより、気持ちの整理につながるかもしれない。

そして、並行して、お勧めなのが、(1)写真を撮っておく、(2)金融機関の口座を整理しておく、(3)印鑑(実印)登録はしておく(登録済の場合、保管場所は明示しておく)。(4)健康面のことは話しておくの4点です。なお、(4)で、健康な人が考えておくべきポイントとしては、特に(a)誰が自分を代弁してくれるのかということと、(b)命の危機にさらされた時、これがなければ自分ではないということやこれだけは嫌だということの2点とされています。「まだまだ先のこと」とか、「もう少ししてから」と先送りにせず、また「うちは大丈夫」とか、「心配ない」と過信しないで、元気な時に、家族や親しい人、周囲の人と今後のことなどを一緒に考え、相談し、自分の価値観を共有しておきましょう。



第4章 ACPを円滑にするためのエチケット

①エチケットとは

そもそも、エチケットとは、礼儀作法であり、特に、特定の相手を不快にさせないための気配り、礼儀とも言われています。

国は、地域包括ケアシステム構築の実現の中で、多職種連携の必要性、ACPの実践を説いています。とはいえ、各職種間の信頼関係の醸成、或いは、有機的な連携構築、ACPの実践などは、一朝一夕にいくものではありません。職種や職場の相違、教育システムの違い、キャリアの長短、世代間ギャップなど多職種間を取り巻く環境は多種多様であり、そのため意思の疎通が旨いかなかつたり、誤解や思い違いが生じたりして、或いは、ぎくしゃくしたり、真なる人間関係の構築は中々難しいのが実情であります。

職種や職場が違えば仕事内容も立場も違います。時には、意思の疎通がうまくいかなかつたり、誤解が生じたりします。異なる職種が連携するときに、明確なルールが決まっていないこともあります。そんなことでスムーズな連携を阻害されるのではなく、お互いの立場を理解し、思いやりをもって行動することが、相互の信頼関係を深め、気持ちよく仕事をするにつながってくると思われます。そのため、多職種が連携し、ACPを実践していく際に、相互に知っておきたいマナー、気をつけたいエチケットは意識しておいた方がいいでしょう。社会人としてあたりまえの基本的なエチケットから、意外と気づかない事柄まで、さまざまな角度からのエチケットがあります。

昨今、元号がかわり、様々な災害が起こり、新型コロナウイルス感染症が流行するなど、市井の状況はめまぐるしく変わり、人間関係は更に複雑なものになってきたように思われます。ですから、こういう時こそ、多職種連携、ACPの実践を醸成していくためには、引き続き、地域における関係者が、「ちょっとした気遣いと優しさ」を持って、お互い気持ちよく、円滑に連携できることが重要なのです。



「plus-01 社長のブログ」より

一方で、国民の生命の尊重と個人の尊厳を保るためには、医療介護福祉法務の専門職が、各々の持てる能力を鋭意発揮し、お互いの立場を慮った多職種連携が重要になりますが、法令にはこれに関する記載が色々あります。特に、以下の条文がそのポイントを突いているといえ、その主語は、もはや社会福祉事業者だけではないといえます。

社会福祉法:昭和26(1951)年3月29日公布(法律第45号)

第5条:社会福祉を目的とする事業を経営する者は、その提供する多様な福祉サービスについて、利用者の意向を十分に尊重し、かつ、保健医療サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図るよう創意工夫を行いつつ、これを総合的に提供することができるようにその事業の実施に努めなければならない。

②エチケット集(主なエチケット)

1. お互いに思いやりをもち、丁寧な対応を心がけましょう。

- ◆職種により立場、制度、関連する法令、必要な情報が異なります。お互いの専門性や各職種の立場を、思いやりをもって理解し、丁寧な対応を心がけ、気持ちよく仕事をしていきましょう。また、相手に失礼のない身だしなみも大切です。

2. 時間は、お互いに守りましょう。

- ◆訪問や会議の「時間」は、お互いに守りましょう。訪問時間がずれて他のサービスと重なると報酬算定が難しくなる場合や、次の訪問先に影響が出ることがあります。

3. 名前は、フルネームで伝えましょう。

- ◆間違い防止のために、名前はフルネームで呼びましょう。

4. 自分の職種は伝えましょう。

- ◆まず、自分の職種は伝えましょう。

5. 専門用語は使わず、わかりやすい言葉を使いましょう。

- ◆医療職も介護職も法務職も、自分の業種以外の専門用語には慣れていません。専門用語を使わず、わかりやすく、ゆっくり、はっきり、丁寧に説明しましょう。

6. お互いに日常的な情報交換を忘れずにしましょう。

- ◆顔の見える関係から、顔が見えなくても通じる関係になります。電話では、マナーを守り、内容を予め簡潔にまとめ、連絡をとりましょう。ほう・れん・そう(報告・連絡・相談)を心がけましょう。

7. 情報共有の方法を決めましょう。

- ◆本人に複数の事業所が関わっている場合、他の事業所がどのようにサービスを提供しているか、ノートなどで情報共有しましょう。ノートを利用する場合には、サービス提供時に必ず目を通し、確認した証として、日時、所属、氏名を記載しましょう。



8. 他職種に連携をとる時には、どの程度急ぐ用件か判断して連絡しましょう。
- ◆それぞれ時間が限られた中で仕事をしています。どの程度急ぐ用件がよく判断して連絡しましょう。急ぐ用件でないと判断すれば、ゆっくり行きましょう。ゆっくり対応できるとゆとりができます。
9. 連絡の取り方の工夫をしましょう。
- ◆急用時は電話、それ以外はFAXやメールにするなど、相手の身になって(電話は相手の動作を止めてしまいます)、お互いに連絡が取りやすい方法を用いましょう。
10. 地域包括支援センター・ブランチとは顔見知りになっておきましょう。
- ◆地域包括支援センター・ブランチは、高齢者支援では欠かせない所です。地元の地域包括支援センター・ブランチとは顔見知りになっておきましょう。
11. 緊急時の体制を整備しておきましょう。
- ◆退院前カンファレンスやサービス担当者会議で、緊急時の連絡体制を決めておきましょう。また、事業所では、担当者不在時に、連絡がとれる体制を整えておきましょう。
12. 疑問は質問し、理解を深めましょう。
- ◆今後、病状の変化や必要な医療処置等について、疑問が生じてくるかもしれません。また、やっぱり専門用語が出てくるかもしれません。このように、分からない事は、お互いに質問し合い、理解を深めましょう。そうすることが、良いサービスを提供することにつながります。
13. 訪問の前には、アポイントメントを取りましょう。
- ◆アポなし訪問は、厳禁です。事前に、アポイントメントを取りましょう。そのツールとして、連絡シート等の活用をお勧めします。但し、病院においては、取扱いが異なる場合もありますので、連絡方法等は、まず電話でご確認下さい。
14. サマリーは、事業所間で共有しましょう。
- ◆病院から看護サマリー、リハビリテーション施設間連絡票、薬剤情報提供書等入手した場合には、ケアマネジャー、訪問看護師、介護サービス事業所間でも情報共有できると本人の状態が把握しやすくなります。認知機能と普段の生活が分かるようにしましょう。
15. 日頃から本人の状態をよくみておきましょう(虐待も)。
- ◆日頃から、本人の症状の変化に気をつけながら、よく注意をしておきましょう。

16. 日頃から感染予防の意識をもちましょう。

- ◆感染症予防の観点から、マスクの着用、手指消毒、換気など日頃から、気をつけておきましょう。また、感染拡大時には、利用者や家族の意思を尊重し、訪問回数を減らしたり、時間を短くするなど工夫しましょう。また、今般の新型コロナウイルスに対して、国から色々な対策チラシやリーフレットが出ておりますので、参考にしてください。

17. 高齢者を狙った特殊詐欺等には注意しましょう。

- ◆現在、高齢者を狙った特殊詐欺等が横行しています。日頃から、周り的高齢者には注意喚起を促しながら、詐欺には十分気を付けましょう。

18. 退院前カンファレンスやサービス担当者会議などで、ACPを行いましょう。

- ◆本人の思いを尊重するために、日頃から、「今後」についての話し合いをし、本人や家族の意向に沿った、在宅療養ができるように、サポートしていきましょう。サービス担当者会議は、多職種連携の一つの拠り所であり、ACPを行うための絶好の場でもあります。そして、ACPは終末期だけのことではなく、自分の人生について考える機会と捉え、色々な人生の出来事に直面した時に、どう乗り越えるかを考えることなのです。

19. 看取りの時は、家族の揺れる気持ちを多職種で支えましょう。

- ◆在宅看取りが近づくと家族の気持ちは大きく揺れ動きます。その揺れ動く気持ちを多職種で理解し、慎重に情報共有しながら、本人や家族を支えていきましょう。

20. 医療介護福祉職と法務職とは、お互いに連携をしておきましょう。

- ◆現在、一人暮らしの方を中心に、法務専門職(弁護士、司法書士、行政書士)の成年後見人等(成年後見人、保佐人、補助人、任意後見人、後見監督人、任意後見受任者)が就任している場合がありますので、専門職は、お互いに連携をしておきましょう。特に、法務専門職は、高齢者支援を行う場合は、医療介護福祉職との連携は大事です。また、アポなし訪問は厳禁です。

成年後見制度には、本人の判断能力がなくなった時に使う法定後見と、本人の判断能力がある時に契約を結ぶ任意後見(生前事務委任契約、死後事務委任契約等を含む)の2つがあります。特に、任意後見は、本人が「自分で決める」という自発的意思の尊重が図られるので、有用です。

21. 「エンディングノート」の有無を確認しておきましょう。

- ◆「終活」の一環として、自分の意思を「エンディングノート」を書く方が増えています。その有無を確認しておきましょう。このノートには、公正証書遺言のように、法的効力はありませんが、自由に幅広く活用できるという良さがあります。

資料 西暦元号干支早見表

西暦(年)	元号(年)	干支	西暦(年)	元号(年)	干支	西暦(年)	元号(年)	干支
1926	大正 15・昭和元	寅	1959	昭和34	亥	1992	平成 4	申
1927	昭和 2	卯	1960	昭和35	子	1993	平成 5	酉
1928	昭和 3	辰	1961	昭和36	丑	1994	平成 6	戌
1929	昭和 4	巳	1962	昭和37	寅	1995	平成 7	亥
1930	昭和 5	午	1963	昭和38	卯	1996	平成 8	子
1931	昭和 6	未	1964	昭和39	辰	1997	平成 9	丑
1932	昭和 7	申	1965	昭和40	巳	1998	平成10	寅
1933	昭和 8	酉	1966	昭和41	午	1999	平成11	卯
1934	昭和 9	戌	1967	昭和42	未	2000	平成12	辰
1935	昭和10	亥	1968	昭和43	申	2001	平成13	巳
1936	昭和11	子	1969	昭和44	酉	2002	平成14	午
1937	昭和12	丑	1970	昭和45	戌	2003	平成15	未
1938	昭和13	寅	1971	昭和46	亥	2004	平成16	申
1939	昭和14	卯	1972	昭和47	子	2005	平成17	酉
1940	昭和15	辰	1973	昭和48	丑	2006	平成18	戌
1941	昭和16	巳	1974	昭和49	寅	2007	平成19	亥
1942	昭和17	午	1975	昭和50	卯	2008	平成20	子
1943	昭和18	未	1976	昭和51	辰	2009	平成21	丑
1944	昭和19	申	1977	昭和52	巳	2010	平成22	寅
1945	昭和20	酉	1978	昭和53	午	2011	平成23	卯
1946	昭和21	戌	1979	昭和54	未	2012	平成24	辰
1947	昭和22	亥	1980	昭和55	申	2013	平成25	巳
1948	昭和23	子	1981	昭和56	酉	2014	平成26	午
1949	昭和24	丑	1982	昭和57	戌	2015	平成27	未
1950	昭和25	寅	1983	昭和58	亥	2016	平成28	申
1951	昭和26	卯	1984	昭和59	子	2017	平成29	酉
1952	昭和27	辰	1985	昭和60	丑	2018	平成30	戌
1953	昭和28	巳	1986	昭和61	寅	2019	平成 31・令和元	亥
1954	昭和29	午	1987	昭和62	卯	2020	令和 2	子
1955	昭和30	未	1988	昭和63	辰	2021	令和 3	丑
1956	昭和31	申	1989	昭和 64・平成元	巳	2022	令和 4	寅
1957	昭和32	酉	1990	平成 2	午	2023	令和 5	卯
1958	昭和33	戌	1991	平成 3	未	2024	令和 6	辰

注:大正15年は12月25日まで、12月25日からは昭和元年(即日改元)。昭和64年は1月7日まで、1月8日からは平成元年(翌日改元)。平成31年は4月30日まで、5月1日からは令和元年



此花区医師会意思決定支援のためのACPガイドンス

(第 1 版)

(編集) **一般社団法人 此花区医師会**

〒554-0012 大阪市此花区西九条5-4-24 此花会館4階

TEL 06-6462-0572

FAX 06-6462-3262

ホームページアドレス:

<http://www.konohana-med.or.jp/>