

此花区医師会

意思決定支援のための ACP ガイダンス

(第 2 版)

令和5(2023)年3月1日

此花区医師会

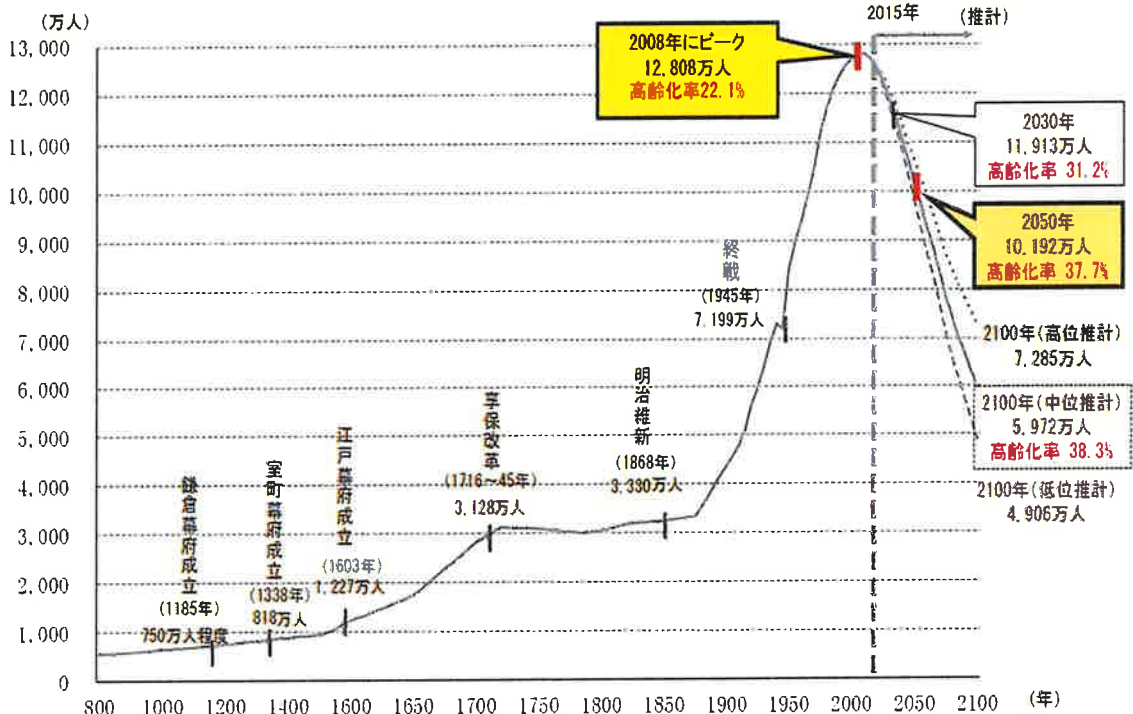
目 次

第1章 意思決定支援	2
①日本社会の現状	2
②意思決定支援の動向	4
③意思決定支援とは	5
④意思決定支援のツールとプロセス	7
⑤厚生労働省の5つのガイドライン	9
第2章 ACP(アドバンス・ケア・プランニング＝人生会議)	12
① ACPとは	12
②人生会議	13
<参考> 高齢期に行う「終活」	13
③ACPの色々な局面	14
④ACPの留意点とALP	15
⑤ACPの具体例	16
⑥ACPの実践	17
⑦ICF(国際生活機能分類)	19
⑧ACPの具体的実践に向けたプロローグ	20
⑨ACPの醍醐味	22
⑩ACP、そして「終活」へ	23
<参考> ACP条例	23
第3章 「終活」、そして成年後見制度へ	24
①成年後見制度	24
②任意後見制度	25
第4章 ACPを円滑にするためのエチケット・マナー	26
①エチケット・マナーとは	26
②エチケット集(基本エチケット)	27
資料 大阪府「だから今、人生会議」の「人生会議の記録」(抜粋)	30

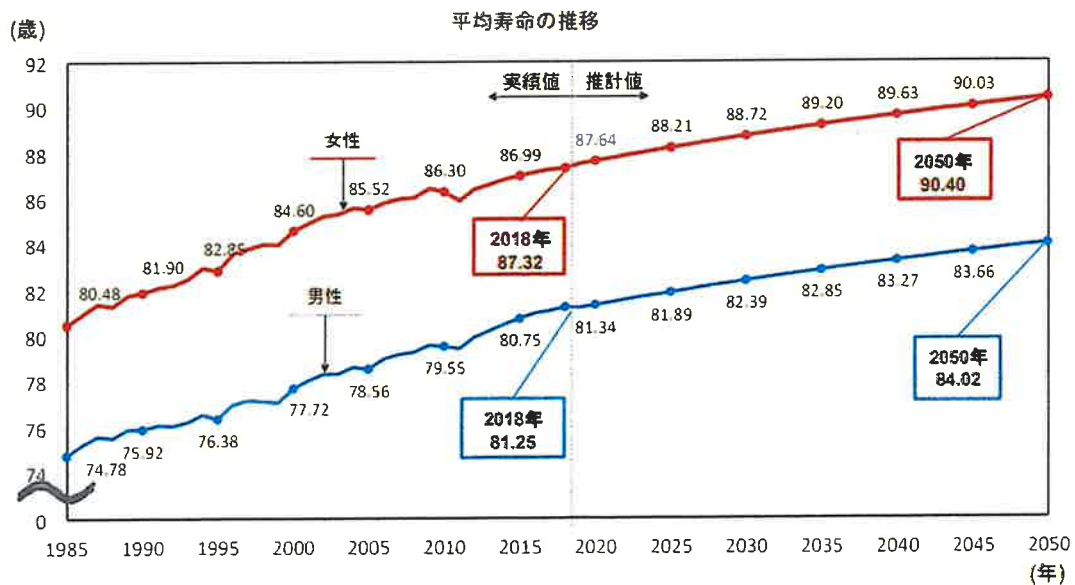
第1章 意思決定支援

①日本社会の現状

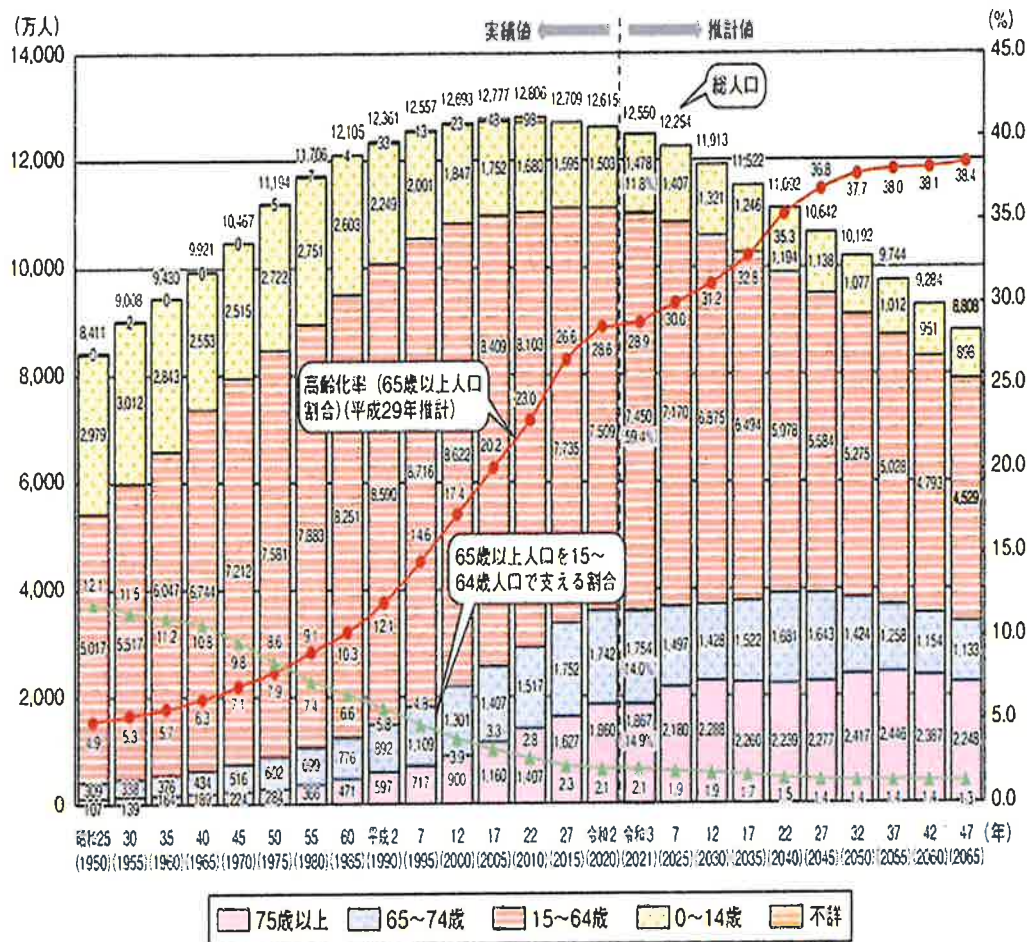
国土交通省が、2021(令和3)年6月に出した「国土の長期展望」最終とりまとめによれば、日本の総人口は2008(平成20)年にピークを迎え、急速に人口減少が進み、今世紀の末期には、6,000万人を下回る予測が出ています。その反面、平均寿命は徐々に延伸し、「人生100年時代に」近づきつつあります。超高齢社会の到来です。



(出典) 1920年までは、国土庁「日本列島における人口分布の長期時系列分析」(1974年)、1920年からは総務省「国勢調査」、なお、総人口のピーク(2008年)に係る確認には、総務省「人口推計年報」及び「平成17年及び22年国勢調査結果による補間補正人口」を用いた。2020年からは 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年推計)」を基に作成。



(備考) 1. 2018年までは厚生労働省「完全生命表」及び「簡易生命表」、2019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年推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果により作成。



内閣府「令和4年高齢社会白書」より

そして、2021(令和3)年10月1日時点における日本の高齢化率は28.9%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、2021(令和3)年時点で15%(1,867万人)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、42.1%に達すると推計されています。

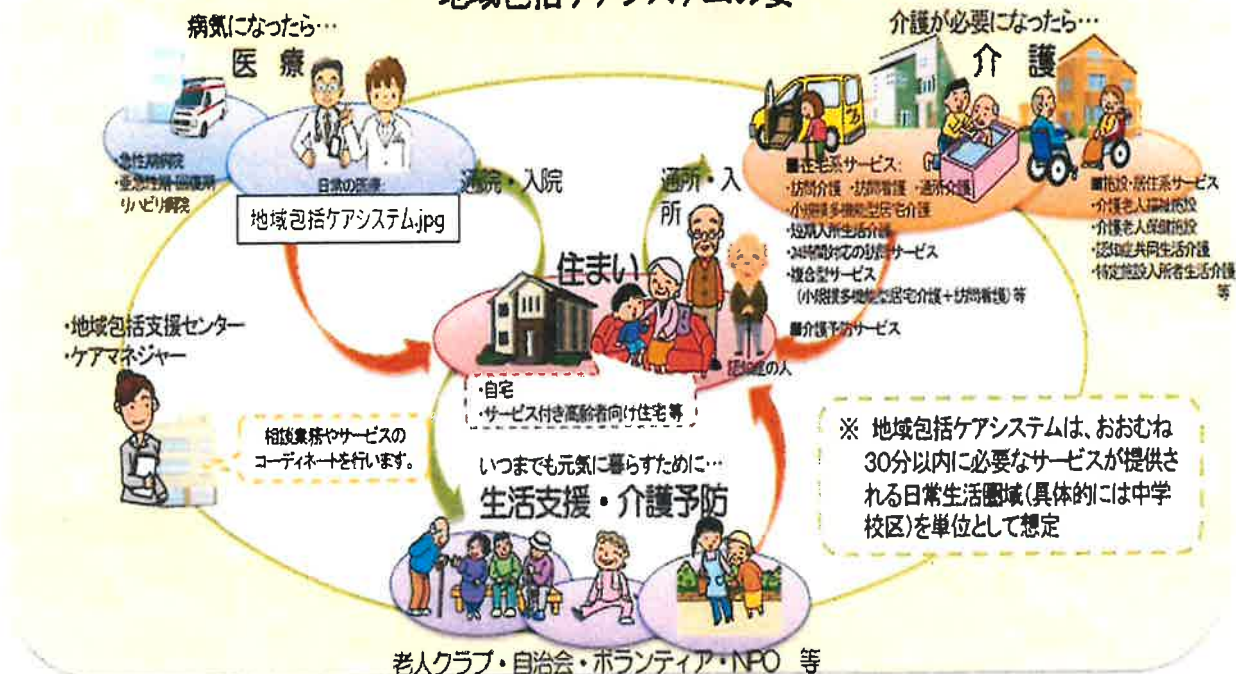
人は誰でも、いつでも命に係わる大きな病気やケガをする可能性があります。在宅療養が充実することで、高齢者や重篤な疾病に罹患した療養者が、たとえ重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを最後まで続けることができると考えられています。

また、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。

②意思決定支援の動向

超高齢社会にあつて、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います。そのため、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の姿



厚生労働省ホームページより

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」における上記「植木鉢」を右図に改めました。当初2013(平成25)年には、左図の「植木鉢」において、「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。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。

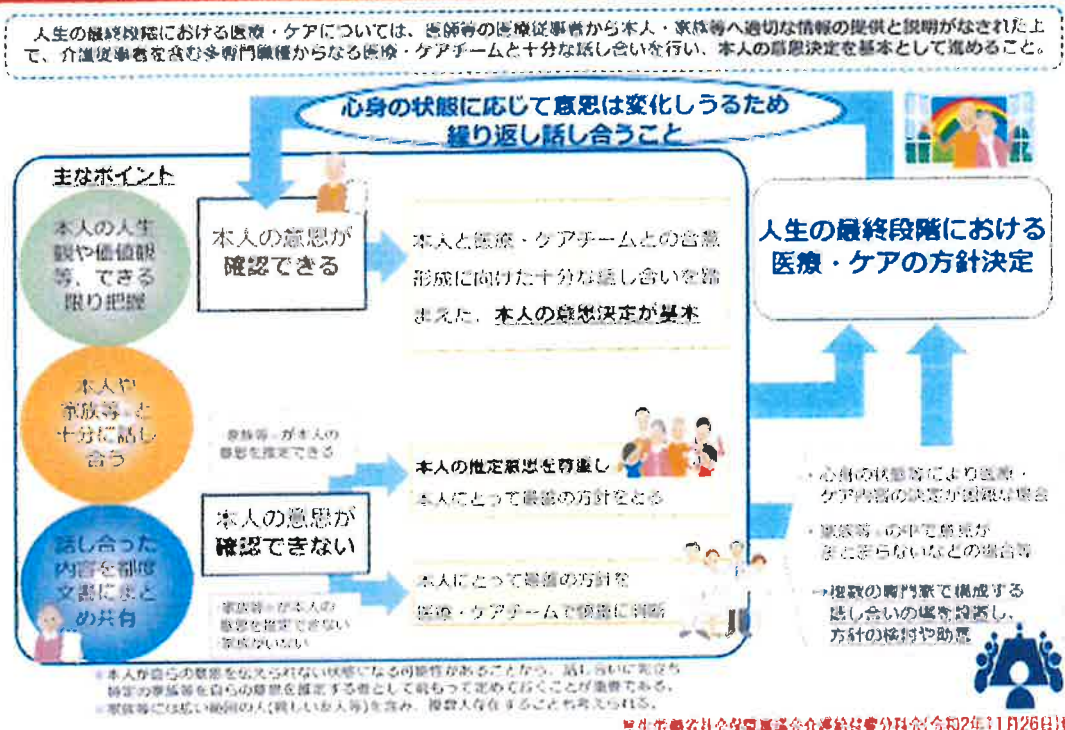
③意思決定支援とは

意思決定支援とは意思決定に対する支援であり、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。医療や介護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。

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)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、在宅療養の現場、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を色々な現場、局面で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です。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、ACPIは意思決定支援なのです。

「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)



また、本ガイドラインにおける話し合いのメンバーとしては、医療・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。

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こと
- 2 入院計画に関すること
- 3 入院中に必要な物品の準備に関すること
- 4 入院費等に関すること
- 5 退院支援に関すること
- 6 (死亡時の) 遺体・遺品の引き取り・葬儀等に関すること

※「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つめて深いものであり、「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特定できる場合には、その特定意思を尊重し、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特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。病状の経過、心身の状態の変化、長期的経過の定着等に応じて、このプロセスを繰り返す行う。

③家族等がいなく、かつ家族等が判断を依頼・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。

※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か成年後見人等に相談。

① 契約の締結等

- 必要な受診費の確保・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
- 本人意思を特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

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」が挙げられております。意思決定支援プロセスのメンバーとして、前頁の医療・ケアチーム(家族、友人、介護従事者含む)の他に、成年後見人等の参加もまた必要と考えます。

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、任意後見監督人等も含まれます。

④意思決定支援のツールとプロセス

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・ケアチーム等により行われ、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になります。

そして、本人の意思を的確に示すためのツールとして、「エンディングノート」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。昨今、「終活」の一環として、自分の意思を「エンディングノート」に書く方が増えていますので、その有無を確認しておきましょう。

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、なんて書きますか？

<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？

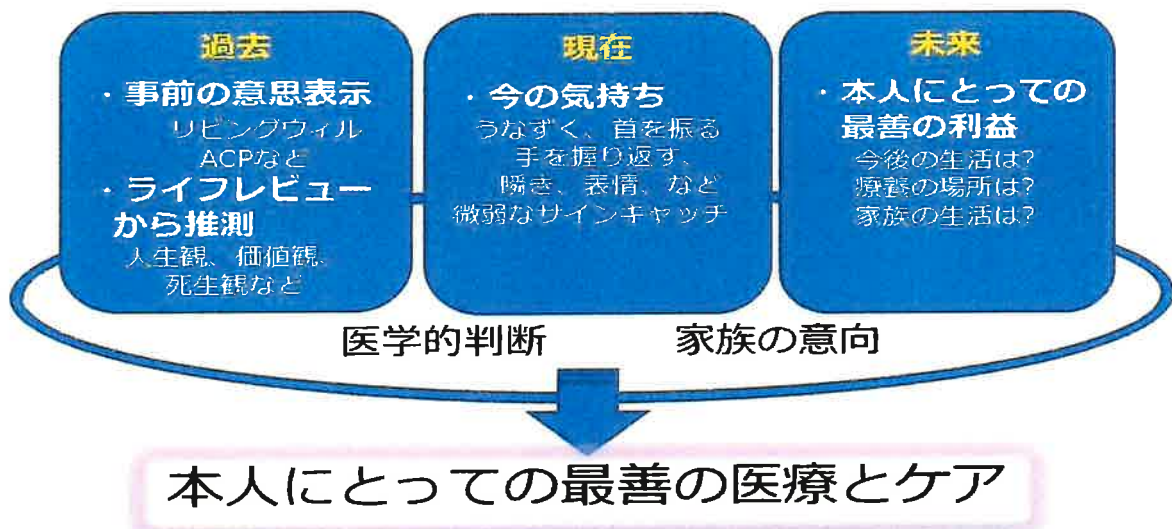
そのころ(理由)はなんですか？

具体的に、意思決定支援のプロセスにおいて、医療・ケアチーム等は、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・ケアチーム等として必要です。

- (ア)それぞれの持っている情報を関係者が共有する。
- (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

<ちょっと一息> 本人の意思決定支援は重要です。併せて、家族の意思決定支援も考慮すべきです。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切にしたいものです。「揺れる気持ち」というのは汲み取っていくべきでしょう。そして、その意思決定支援の中では、本人・家族、周りの専門職とはたくさん話をすることが大切で、意思決定をしていく(していかないかもしれない)過程もまた重要かもしれません。それが、「繋げる安全、絆がる安心」なのでしょう。

⑤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

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: <前述の>「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」(人生の最終段階を迎えた人、医政局)、

④2019(令和元)年5月: <前述の>「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」(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つガイドラインは、いずれも本人への支援は、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おります。そして、いずれも本人が意思決定の主体となっており、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公表しました。

また、成年後見人等について、上記①と②は、主として他の関係者ととも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、①③④

⑤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。

意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン

2020年(令和2年)10月30日

意思決定支援ワーキング・グループ

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

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
策定期期	2017(平成29)年3月	2018(平成30)年6月
被支援者	障害者	認知症の人等
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等を示す。
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
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
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。
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する。	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。

ともに生きる社会を支える

意思決定支援

神奈川県ホームページより

項目	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
策定期期	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	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	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	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	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の話し合い		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(価値観や選好)に沿った支援の展開
代理・代行決定	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が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く代行決定を行う。
成年後見人等の役割・関与のあり方	(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。

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・介護等の担い手と一緒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、より良い医療や介護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。即ち、ACPは、いつでもACPなのです。特別に何かを開催することではないのです。

そして、「終活」としてのACPということもあります。「終活」において、後々のことを考える取組みとして、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、死後事務委任契約含む)の検討、締結もそうでしょう。

とはいえ、ACPにより意思決定を支援されるのではなく、それが自力で出来ることが本来といえます。ともかく、高齢期を元気に過ごすための手段、それが、「終活」です。



大阪府ホームページより

②人生会議

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、「ACPの考え方や取組みが広まることです。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です。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」などの委員の方の意見、思いなどが発表されています。



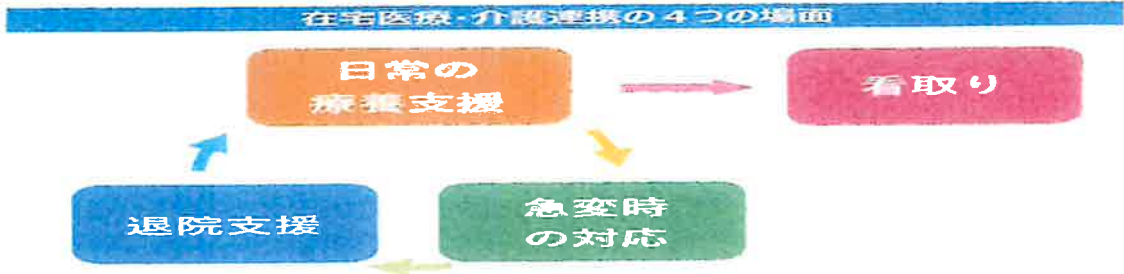
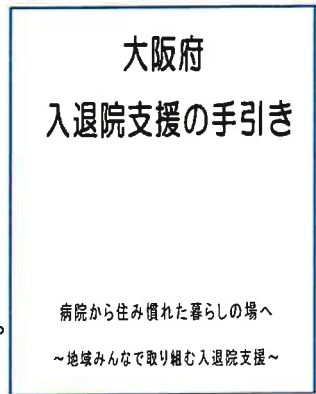
<参考> 高齢期に行う「終活」

「終活」とは、人生の最期を迎えるにあたっての様々な準備や整理、そこに向けた人生の総括を意味します。最近では、プラス思考的に捉える流れがあり、未来の生き方を創造する活動と言われています。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、いきいきとおもしろい後半戦を送ることを終活と考える」とも説かれています。「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。そして、それは孤立対策でもあるのです。

「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。そして、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(文書のススめ)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、②は、葬式やお墓、法要、財産分与、延命治療、ペット、遺言書の作成、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ICT関連のログインIDやパスワード情報、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取組みとしては、「エンディングノート」への記入などが挙げられます。

③ACPの色々な場面

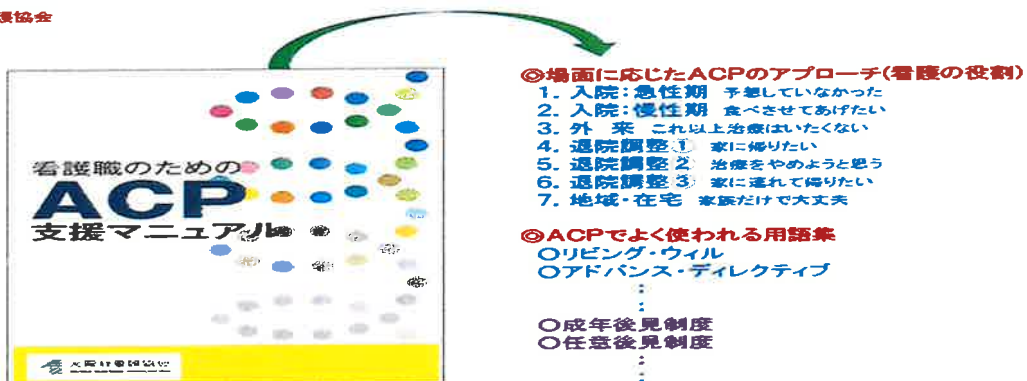
大阪府「入退院支援の手引き 病院から住み慣れた暮らしの場へ ～地域みんなで取り組む入退院支援～」(平成30年3月)・同修正版(令和3年1月)によれば、在宅医療・介護連携には、4つの場面があるとされています。その各々の場面において、いずれも関係者一同で、繰り返し話し合うことは重要とされており、以下のように、ACPは、人生の終末期だけではないのです。ですから、ACPは、いつでもACPなのです。



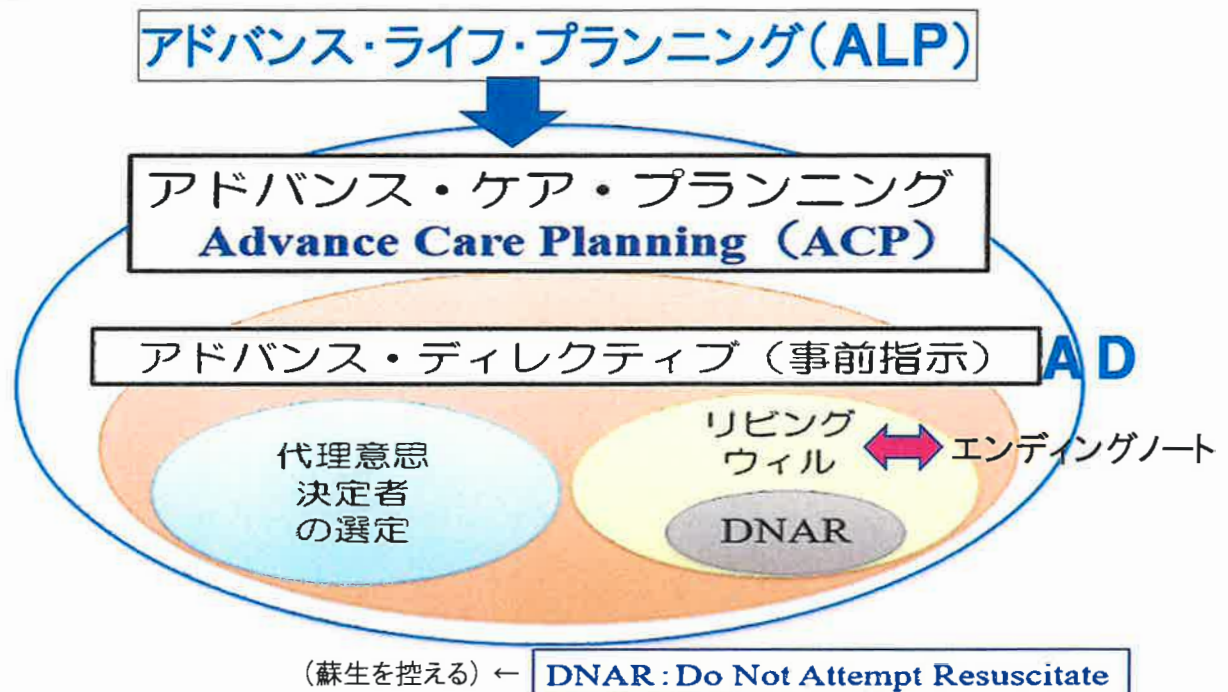
- (ア) **日常の療養支援**: 住み慣れた地域で療養が必要になった時
 - ⇒ 本人・家族、主治医、専門職等による情報共有
 - ⇒ 通院(かかりつけ医受診)、要介護認定→サービス担当者会議など
- (イ) **急変時の対応**: 疾患の悪化等による急変時
 - ⇒ 本人・家族、主治医、専門職等による情報共有、本人の意思確認
- (ウ) **退院支援**: 病院と専門職の協働による退院時
 - ⇒ 本人・家族、主治医、病院、専門職等による情報共有(入院前・退院時)→入院時・退院前カンファレンスなど
- (エ) **看取り**: 住み慣れた場所等による看取り時(終末期)
 - ⇒ 1) 本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
 - ⇒ 2) 本人の意思が共有されている→サービス担当者会議など

大阪府看護協会「看護職のためのACP支援マニュアル」(令和2年11月)も、終末期に限っていません。

大阪府看護協会



④ACPの留意点とALP



広島県安芸地区医師会ホームページ一部改変

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介護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。

また、最近では、ALP(アドバンス・ライフ・プランニング)という概念も考えられるようになりました。ALPは、日常から、人生観・価値観を元に、「自分は何を大切にしているのか」、或いは「どのような人生を歩みたいか」について考えるものです。自分の人生のライフプランをよく考えておけば、自ずと自分自身が見えてくるのではないのでしょうか。その意味では、ALPは「事前の人生設計」といえ、ACPはその基本骨格を形成するものといえるでしょう。ですから、ACPは「事前の医療介護計画」ともなるのです。

ACPIは、以下の点に留意しながら進めていきます。

- 主体は、あくまでも本人です。
- 本人の人生観・価値観を聞いてみましょう。
- 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。
- 地域で支えるという視点が必要です。孤立対策でもあるのです。
- 主治医を中心に、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。
- 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。
- 話し合いのきっかけを作り、話し合いのプロセスの場を提供することが重要です。
- 本人の意思が確認できない場合は、家族の意思を尊重しましょう。
- 何か新しい会議を開催することではないのです。日頃のサービス担当者会議、入院時・退院前カンファレンスなどがACPなのです。

⑤ACP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

- 家族構成や暮らしぶりほ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・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



終末期医療
アドバンス・ケア・プランニング
(ACP) から考える

ACP (Advance Care Planning) とは？

社会の文化に鑑み、病気の医療及びケアについて、患者さんご自身や、そのご家族や身近な人、医師・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの望み・希望を尊重するプロセスのことです。患者さんご自身の人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療やケアを選択することが可能になっています。



日本医師会

はじめに

終末期医療とは、患者さんご自身の身体的な状態や、家族や医療・ケアチームとの話し合いを通じて、ご自身の望みや価値観に基づいて、ご自身の人生観や価値観に沿った医療やケアを選択することです。

「できる限り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

「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

「できる限り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

「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

「できる限り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

「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

「できる限り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

「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

「できる限り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

「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

「できる限り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

「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

「できる限り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

「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

「できる限り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

「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

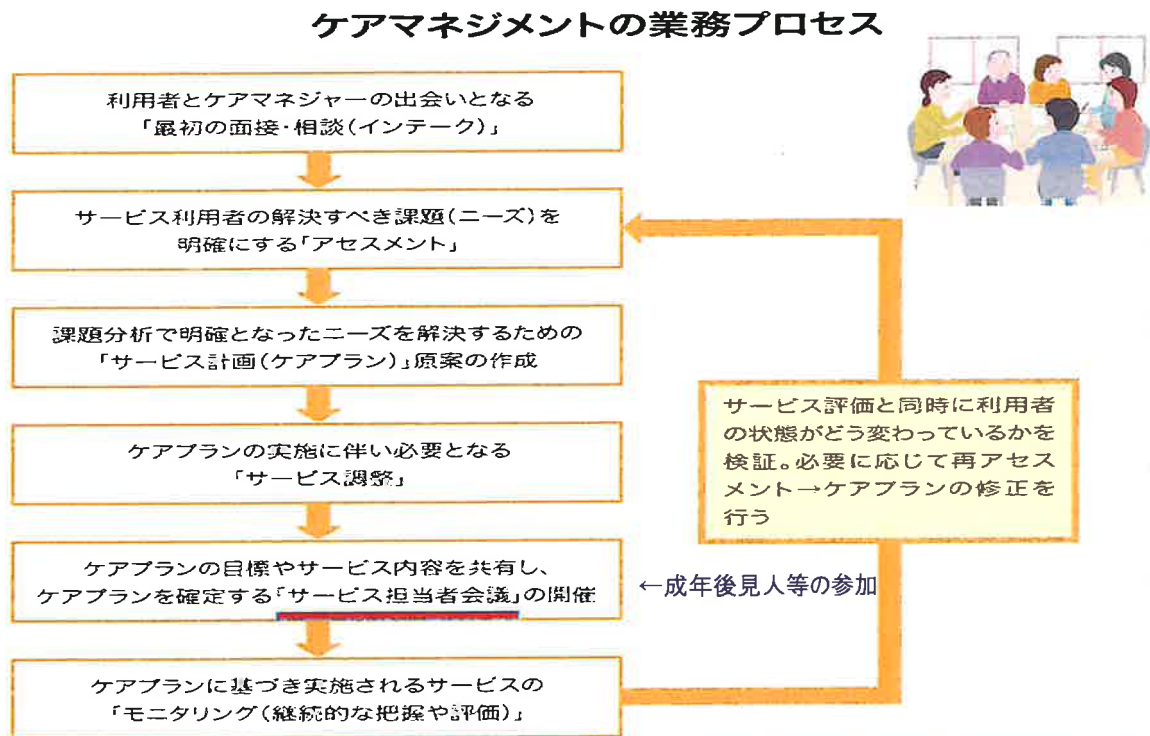
「できる限り自然な形で最期を迎えたい」などの希望が考えられますが、病状等も含め状況は様々です。医療関係者より、適切な情報提供と説明がなされた上で、本人やその家族や信頼できる人等と話し合いを重ねることが重要

⑥ ACP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、入院時・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。ケアプラン作成、福祉用具の利用、或いは、本人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。また、ALPを体現し、ACPを実践する場なのです。



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には、本人・家族、主治医、看護師、介護サービス事業者、成年後見人等が参加し、本人・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。

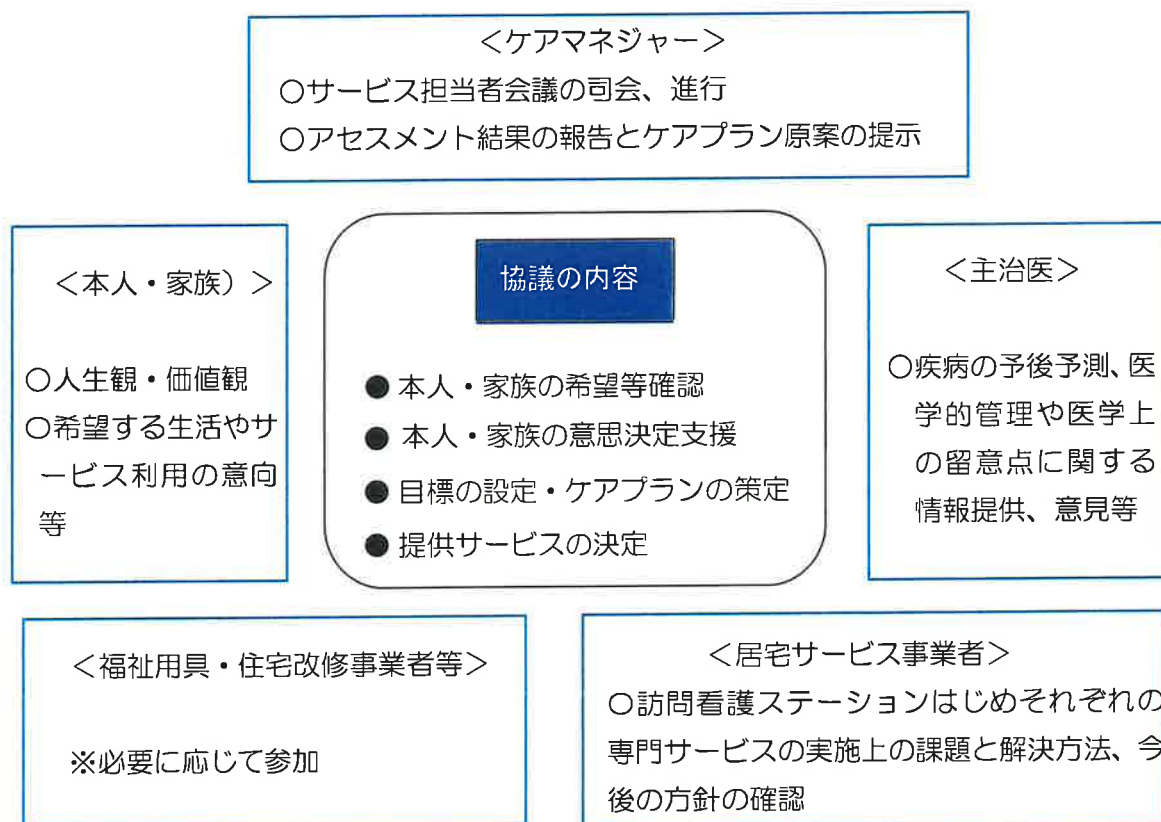
また、「地域包括ケアシステム」においては、「本人からみた一体感」が重要とされていますので、それを醸成する場としてのサービス担当者会議の位置づけもまた重要となってきております。

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」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では、関係者が、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)は有用です。また、昨今のコロナ禍においては、オンラインでの会合も増えていますので、主は対面でも、状況に応じてはオンラインもありでしょう。

いずれにしても、意思疎通を図っていくことは重要です。互いに考えていることを伝え、理解を得ること、認識を共有することが、サービス担当者会議の醍醐味なのです。そして、それがACPなのです。

そして、サービス担当者会議は、多職種連携の最たるものともいえます。多職種連携により、本人・家族の安全が保たれ、彼らの安心をもたらすのです。そして、これが孤立対策になります。即ち、「繋げる安全、絆がる安心」なんです。



サービス担当者会議のチェックポイント

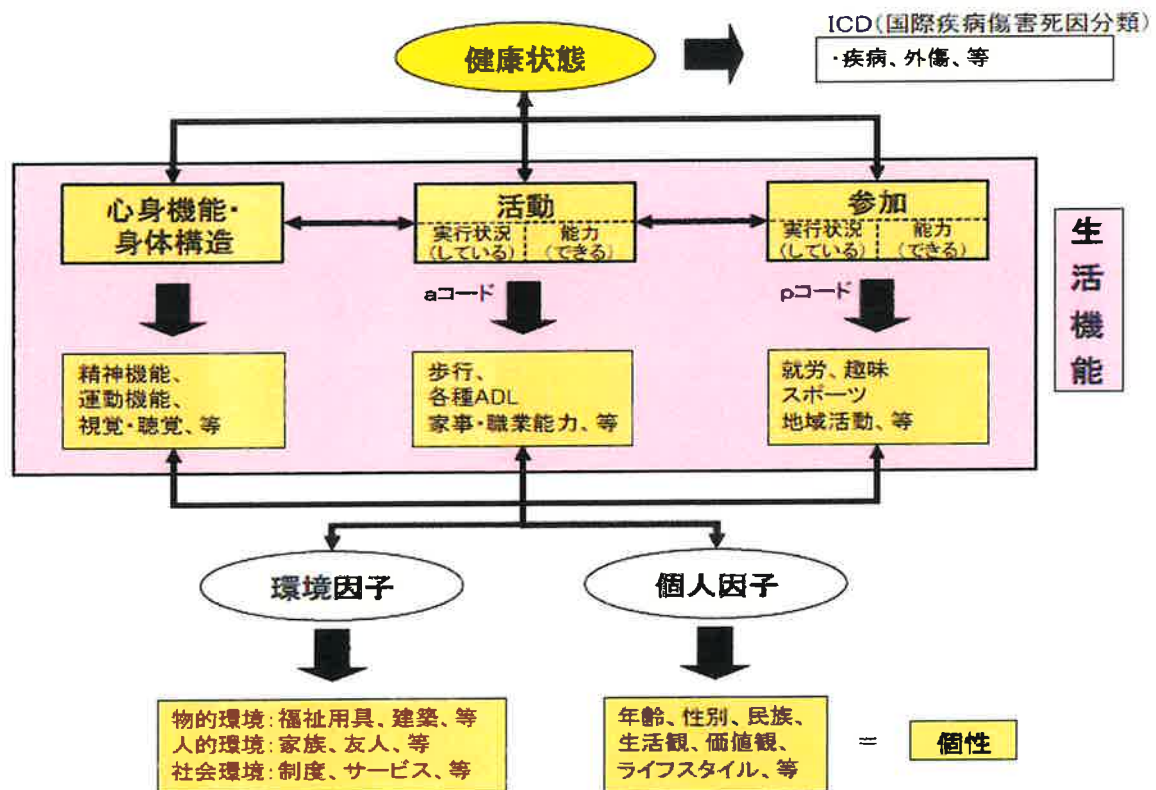
- 早期にチームを形成するようにしましょう。
- 主治医には、参加を呼び掛けていますか。
- アセスメント情報、目標の共有に努めていますか。
- 本人・家族が希望や意向を語る場になっていますか。
- 多様な専門的立場から意見聴取の貴重な場として活用していますか。
- ケアプラン原案の変更を恐れなくて、良い意見は積極的に採用していますか。
- 寛いだ雰囲気作りに留意していますか。

東京都福祉保健局資料一部改変

⑦ICF(国際生活機能分類)

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日の世界保健総会において採択したものです。ICFは、本人の全体像をみていくことになり、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でもあるのです。

そのため、サービス担当者会議も本人の全体像をみていくという観点がありますから、ICFそのものといえます。サービス担当者会議においては、本人の生活機能(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、本人・家族を励ましていく姿勢もまた大切なのです。



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

〈ちょっと一息〉ACP、それはいつでもACPですし、ACPは多職種連携により、成立するものです。ですから、サービス担当者会議や入院時・退院前カンファレンスはもちろんACPの一環ですが、ちょっとした打合せ、対面研修会でばったり会っての立ち話、訪問時の本人・家族との何気ない会話、オンライン会議…などなど、これ皆ACPといえるのではないのでしょうか。そして、それが本人・家族の意思決定支援になるのです。「繋げる安全、絆がる安心」を目指していきましょう。

⑧ ACPの具体的実践に向けたプロローグ

ACPの具体的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(終末期が対象)。

「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。

在宅・緩和ケアの医師が開発
「もしバナゲーム」で考えよう!
“あなたにとって大切なもの”

新デザイン

もしも、あなたがあと半年の余命だとしたら…?
 その時に大切にしたい「価値観」を選びその理由を話し合う新感覚
 レクリエーション。普段は敬遠されがちな「縁起でもない」話題を、
 気軽に考えたり話し合うために作られたカードゲームです。

36枚入り
 解説書付

喜びを感じる
 喜びがない
 主治医を
 医師する
 お金の
 問題を整理
 しておく

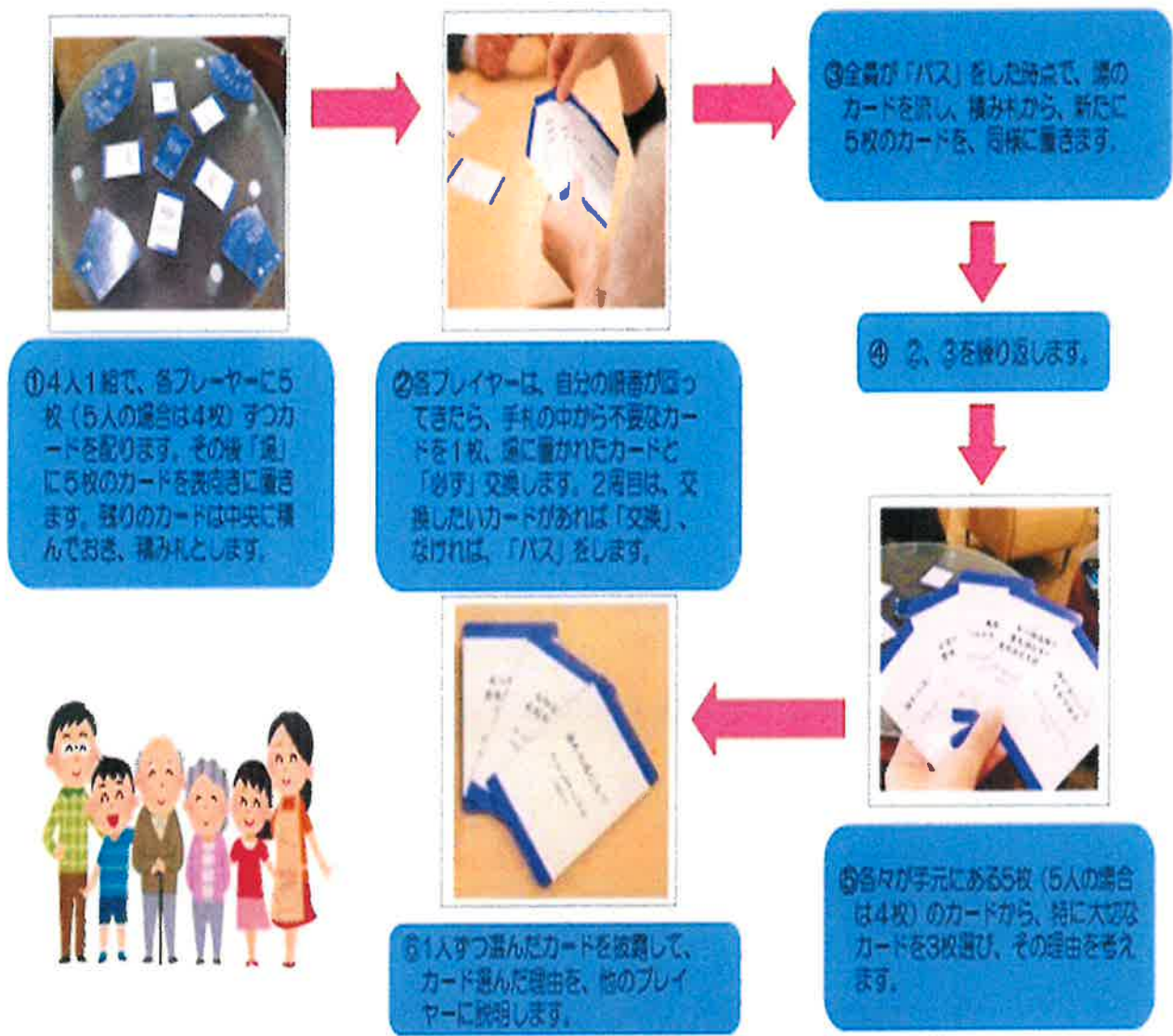
63mm
 94mm

＜変更前デザイン＞

New



「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医師らが、米国版カードを翻訳し、2015(平成27)年に、一般社団法人「i ACP」を立ち上げ、ワークショップを開催し普及活動を勧めています。「人生最期にどう在りたいか」を、ゲームを通じて、自身の願いを伝え、理解してもらうきっかけになります。この将来の人生の疑似体験は、重要な経験につながります。



「もしバナゲーム」のカードデザインが、2021(令和3)年5月以降変わりました(第2版)。カードの中身も、「信頼できる主治医がいる」→「主治医を信頼する」と、「私の価値観や優先順位を知る意思決定支援者がいる」→「私の価値観や優先順位を知る代弁者がいる」の2枚が変更になっています。

また、オンラインの一人用「もしバナゲーム」“ソリティア”が誕生しています。詳しくは、一般社団法人「i ACP」のホームページを見て下さい。

⑨ACPの醍醐味

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」によれば、本人の意思を尊重した医療、介護を提供し、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。そして、そこには、人生観・価値観を考えるアドバンス・ライフ・プランニング(ALP)という概念も重要になってきます。

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。そのためには、主治医、看護師、ケアマネジャー、介護職、社会福祉士、成年後見人等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なのです。

ACPは、本人の意思が明らかな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、健診、入院、介護施設入所などをきっかけに、話し合いの機会をもつことも考えられます。そして、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、意思を書き留めること、或いは、任意後見制度の活用、遺言書の作成などを勧めておくことも大切です。反対に、本人の意思が確認できなくなったときは、それまでのACPをもとに、本人の意思を推測するよう努めておくことも重要です。

最後に、ACP(多職種連携含む)のまとめとして、①ACPIは、いつでもACP、②ACPは意思決定支援、意思決定支援はACP、③ACPIは、多職種連携、④多職種連携は、ソーシャルサポート(社会における人とのつながりの中でもたらされる、精神的、或いは、物質的な支援)で、⑤多職種連携は孤立対策、⑥ACPは、会議体新設が主旨ではない、⑦ACPは、(代表例として)サービス担当者会議、入院時・退院前カンファレンス、⑧新しい多職種連携(医療介護福祉法務)を、⑨任意後見受任者・成年後見人等のサービス担当者会議等への参加を、⑩ACPを円滑にするための他職種理解の10点を挙げておきます。そして、ALPが体现され、ACPが実践された結果、本人・家族にとって、「繋げる安全、絆がる安心」な社会が生まれるのです。

ACPは意思決定支援、意思決定支援はACP

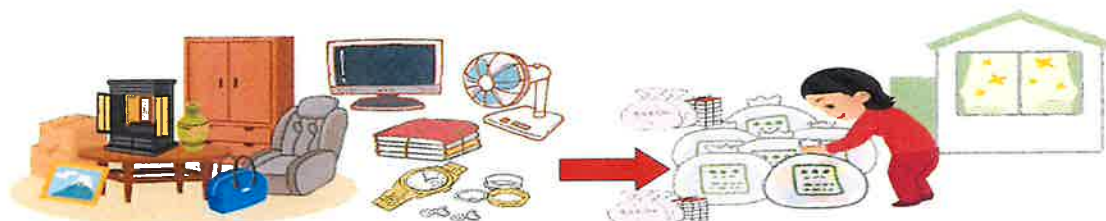
ACPは、いつでもACP！！

“自分で決める” (自発的意思の尊重)⇒終活



⑩ ACP、そして「終活」へ

本来は、ACPにより意思決定を支援されるのではなく、それが自力で出来たら、御の字でしょう。そのためには、元気でなければなりませんし、高齢期になって、健康を維持することは大変なことです。そこで、高齢期を元気に過ごすための手段を少し考えてみましょう。それが、「終活」です。そして、「終活」は高齢者のみならず、高齢者を取り巻く専門職の方自身にも関係してくることなのです。



- ◎ 介護施設等に入所→不動産・賃貸(府営・市営・UR等)住宅はどうか？
→しばらくは、賃貸住宅をそのまま借り続ける(空き家となる)。
→いつかは、売却・生前(家財)整理を決断する。
- ◎ 自分にとって必要でも、家族や周囲の人にとっては、要らないものかも…。
- ◎ 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(スッキリ感)。

「終活」として、(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)まさかの時の自分の代弁者を決めておく、(5)命の危機にさらされた時の希望を考えておくの5点もできれば、やっておいた方がいいでしょう。「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「私は大丈夫」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、成年後見人、周囲の人らと今後のことなどを一緒に考え、自分の人生観・価値観を共有しておきましょう(これがALPです)。孤独は楽しむものですが、孤立はダメです。特に、おひとりさま・おふたりさまは、孤立しないよう、よく考えておきましょう。

＜ちょっと一息＞「繋げる安全、絆がる安心」社会の実現は、本人・家族の願いでもあり、実は専門職の願いでもあるのです。医療介護法務という仕事は、“鏡”の仕事をしているのです。目の前にいる本人・家族は、今の自分自身かもしれませんし、何年か先の自分かもしれません。或いは、自分の親か親戚、友人、知人の今の姿なのかもしれません。ALPを体現し、ACPを実践していくことは、それ即ち自分自身のことなのです。

＜参考＞ ACP条例

ACP条例は、大分県が最初で、次に大阪府が、『いのち輝く人生のため「人生会議」を推進する条例』という条例を制定しています(いずれも議員提案)。大阪府条例は、2023(令和5)年4月1日に施行されます。内容としては、目的、定義、普及啓発の推進等、人材の育成、市町村に対する支援、市町村等の役割等の6条から構成されています。目的としては、「府、市町村、事業者及び関係機関が連携協力し、人生会議に関する普及啓発を広く推進することにより府民の理解を深め、本人の意思により人生会議を推進すること」とされており、特に、若者世代への理解促進を企図しています。

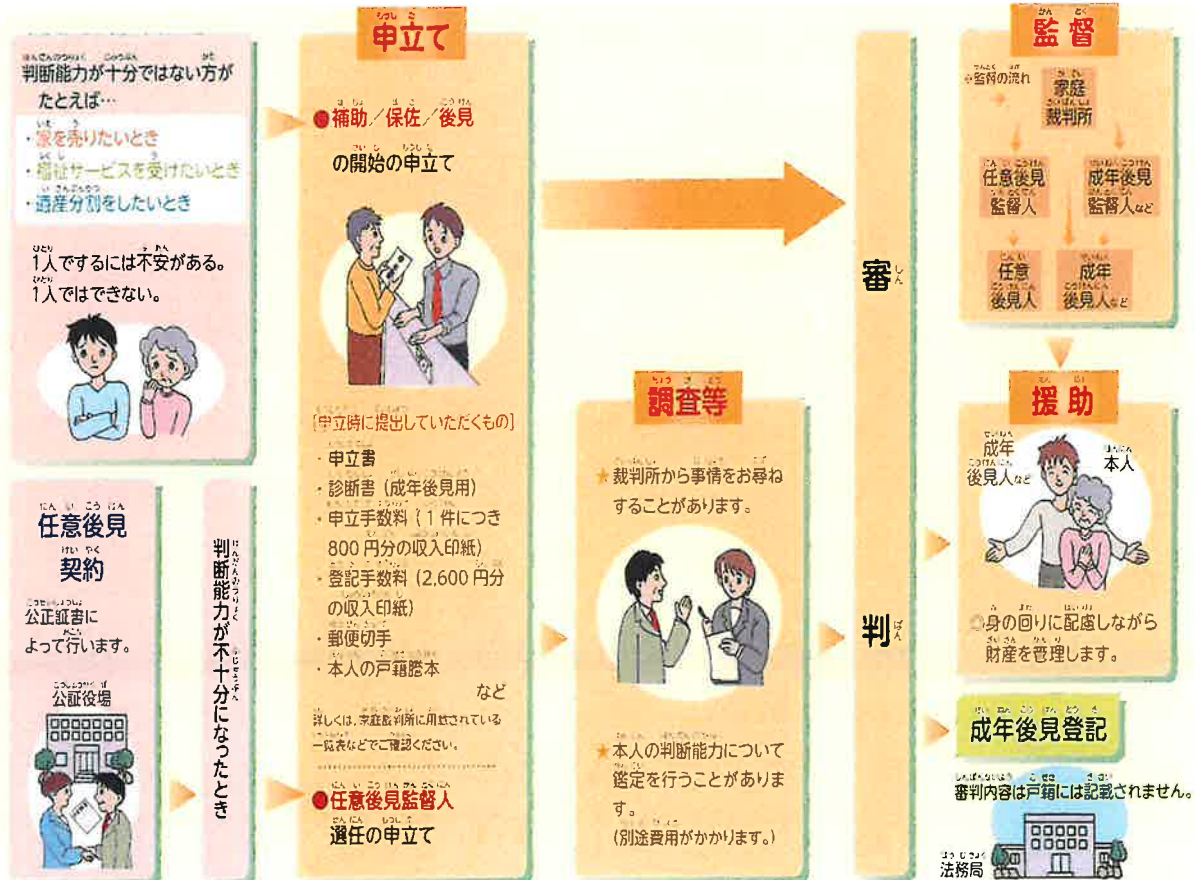
第3章 「終活」、そして成年後見制度へ

①成年後見制度

実は、世の中には、法令、規則、制度があふれており、それらに基づいて社会は動いているのです。その中で、本人・家族、特に、おひとりさま、おふたりさまの意思決定を支援し、民法はじめ法務面を援助する制度に、成年後見制度があります。そして、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高齢者等の場合、誰かが代わって、介護サービスの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。両制度は車の両輪と言われています。

成年後見人等には財産管理、療養看護(身上監護)の他、本人にふさわしい介護サービスを契約し、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。また、成年後見制度は、おひとりさま、おふたりさまの孤立対策の役割も担っています。そして、認知症と関連の深い高齢者虐待への対応、特殊詐欺や悪質商法などの消費者被害の防止などに有効であるとされています。



最高裁判所パンフレットより

②任意後見制度

元氣な時にする任意後見契約とは、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未来契約なのです。任意後見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、初期費用がかかります(受任者→任意後見受任者)。

最近では、移行型として、(1)任意後見契約の他に、(2)生前事務委任契約か見守り契約(安否確認等)と(3)死後事務委任契約(これも未来契約)を締結することが増えています(3点セット契約)。但し、3契約は同時に発効しません。まず(2)が発効し、本人の判断能力がなくなれば(1)に変わり、本人が死亡すれば(3)になります。なお、受任者が第三者(家族以外)の場合、(1)(2)(3)それぞれに報酬が発生します。

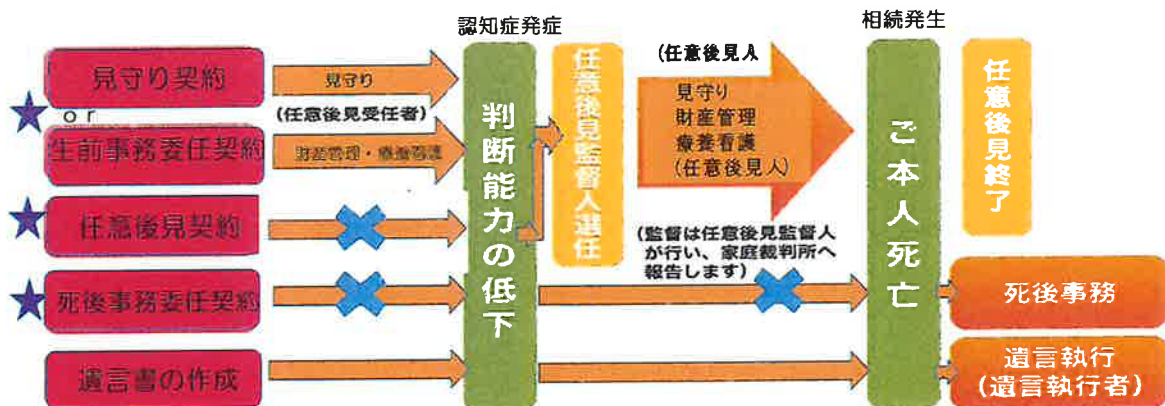
いずれにしても、依頼者(本人)が自分の意思で決めることになり、任意後見契約発動前は、受任者は任意後見受任者として、そして、任意後見契約発動後は、任意後見人として、いつでも本人に寄り添って、本人をサポートすることになります(家族代行)。

また、自分で決められるということでは、任意後見制度は、本人意思の尊重が図られ、それは、「終活」の一部、孤立対策なのです。

<任意後見の場合> 自分で決める(本人の選択)

3つの契約は原則セットで結びますが、契約が発動していくのは1つつです。

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 援助者 = 任意後見受任者(行政書士)



なお、法定後見(認知症等で判断能力が衰えた時)のデメリットとしては、(1)本人の生活や財産に関して、見ず知らずの第三者が関わることもあります。(2)法務の専門職(弁護士、司法書士、行政書士)は、医療介護の知識に長けているとは限りません。(3)原則本人が亡くなるまで、止められません。(4)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はできません。(5)後見事務の手間が発生します。(6)専門職の成年後見人等には報酬が発生します。(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などです。従って、もはや親族のために活用することは難しい制度と言えます。ですから、元氣な時にする任意後見が有効なのです。

第4章 ACPを円滑にするためのエチケット・マナー

①エチケット・マナーとは

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ふ。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、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ふ。

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、引き続いて、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。他職種理解から、ACPは始まるのです。

また、生命の尊重と個人の尊厳を保つためには、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ふ。

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(基本エチケット)

「此花区医師会エチケット集」から抜粋(一部改変)

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. 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、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。

7. 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。マナーを守り、ほうれん・そう(報告・連絡・相談)を心がけましょう。

8. 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、LINE、メールなど、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。特に、LINE、メールなどICTツールは、証拠が残りますので、相手を読みやすい文章になるよう心がけ、一呼吸おいてから慎重に送信しましょう。

9. 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。どの程度急ぐ用件か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。
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。
- ◆サービス担当者会議等で、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。
15. 日頃から本人の状態・状況をよくみておきましょう。
- ◆日頃から、本人の症状の変化(虐待も)に気をつけながら、よく注意しておきましょう。また、現在、高齢者を狙った特殊詐欺や悪質商法が横行しています。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。

17. 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。

- ◆本人の人生観・価値観を尊重するために、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、ALPの機会でもあります。ACPは、いつでもACPなのです。

18. 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。

19. 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、医療介護専門職は、お互いに連携をしておきましょう。有用な多職種連携は、孤立対策につながります。

20. 「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」に書く方が増えていますので、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。



21. 成年後見制度の利用は、主治医とよく相談しましょう。

- ◆成年後見制度は認知症問題と表裏一体です。利用の場合は、主治医とよく相談しましょう。また、地域包括支援センターが関与している場合は、ここの担当者を含めて、一同でよく検討して下さい。なお、本人に判断能力がある時には、任意後見(生前事務委任契約、死後事務委任契約等を含む)が有効とされます。

＜最後に一息＞本人の周りに専門職がいるという姿は理想的です。社会から孤立させないためにも、専門職が周りにいることは、孤立対策でもあるのです。そして、民法はじめ法務面を援助する制度に、成年後見制度があります。これも、実は孤立対策の一環ですね。その成年後見制度には、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つがありますが、移行型の任意後見の導入は有効です。一人暮らしの方(おひとりさま)や老老介護の方(おふたりさま)に適しています。

Step1

治療する際に、大切にしたいことを考えてみましょう

- Q.1** あなたが大切にしていることは何ですか？(複数回答可)
- 家族や友人のそばにいること
 - 好きなことが出来ること
 - ひとりの時間が保てること
 - 家族の負担にならないこと
 - 痛みや苦しみが無いこと
 - 家族が経済的に困らないこと
 - 身の周りのことが自分でできること
 - 仕事や社会的な役割が続けられること
 - その他 ()

その理由も書いてみましょう。

Step2

あなたの思いを伝えてくれる人を選びましょう

無理に1人に絞らなくても、複数人で話し合っただけでも構いません。あなたの希望を尊重できる人を選びましょう。

氏名 <input style="width: 150px;" type="text"/>	関係 <input style="width: 100px;" type="text"/>	連絡先 <input style="width: 150px;" type="text"/>
氏名 <input style="width: 150px;" type="text"/>	関係 <input style="width: 100px;" type="text"/>	連絡先 <input style="width: 150px;" type="text"/>

Step3

かかりつけ医に相談してみましょう

健康で持病のない方や、健康状態や病気について予想される経過などの説明を受けたくない方は、このStepを後回しにしても構いません。

- Q.2** 健康状態や病気について、予想される経過など、かかりつけ医に相談したいことを書いてみましょう。

お名前

生年月日 年 月 日
記載日 年 月 日



たくさん話し合っただけで書いてな♪
いつの希望か分かるように、書いた日も大切やで!!

Step4

希望する医療やケアについて、話し合ひましょう

- Q.3** 今後、受けてみたい医療やケアに希望はありますか？
(健康で持病のない方は、もし病気になったら)
- 一日でも長く生きられるような治療を受けたい
 - 病気を治すことを目指してどんな治療でも受けたい
 - 苦痛を和らげることやこれまでの暮らしを大切にしたい治療を受けたい
 - その他 ()

その理由も書いてみましょう。

- Q.4** 自分の考えや気持ちが伝えられなくなった場合、してほしい医療やケア、してほしくない医療やケアはありますか？
(例：できるだけ〇から食べたい、人工的な管をつけたくないなど)

- Q.5** 病状が悪化したり、もしものときが近くなったらどこで療養したいですか？
- 自宅
 - 病院
 - 介護施設
 - その他 ()

その理由も書いてみましょう。

此花区医師会意思決定支援のためのACPガイドンス

(第 2 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/>

令和3(2021)年3月1日 第1版第1刷発行

令和5(2023)年3月1日 第2版第1刷発行