

此花区医師会

意思決定支援のための A C P ガイダンス

(第 3 版)

令和6(2024)年3月1日

此花区医師会

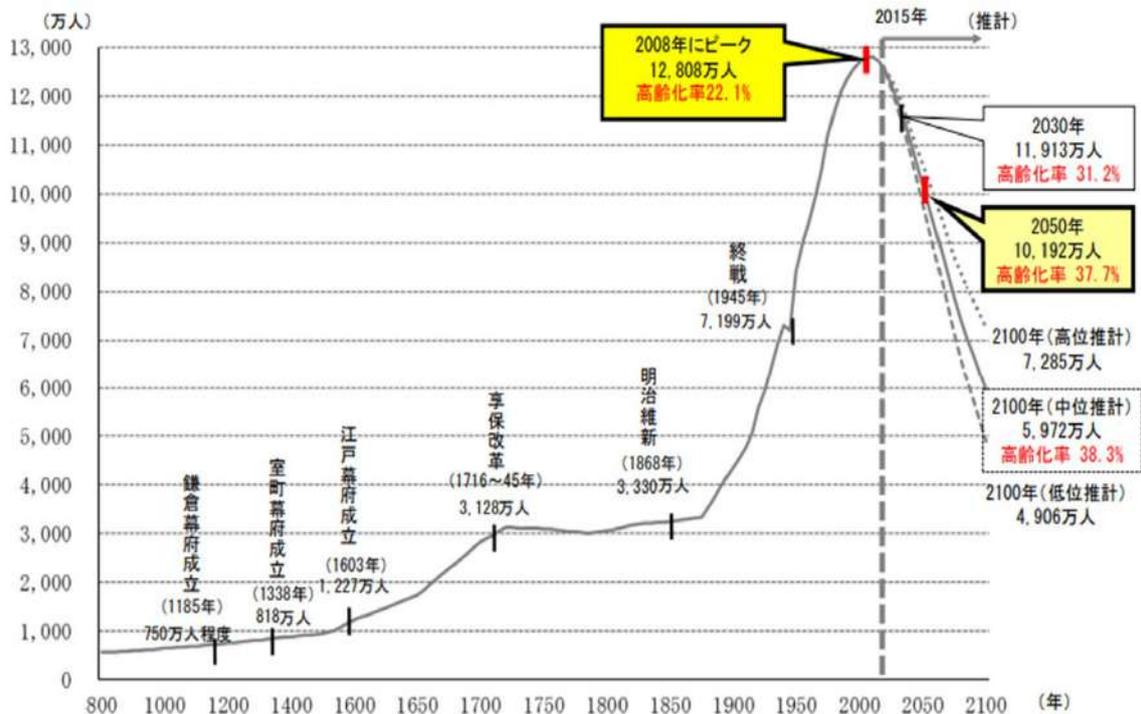
目 次

第1章 意思決定支援	2
①日本社会の現状	2
②地域包括ケアシステムにおける本人の選択	4
③意思決定とは	5
④意思決定支援とは	6
⑤幸齢社会実現会議における意思決定支援	7
⑥意思決定支援が必要な場面	7
⑦場面・分野横断的意思決定支援	8
⑧厚生労働省の5つのガイドライン	9
⑨意思決定支援ツール —エンディングノート	12
⑩意思決定・意思決定支援をしていくプロセス	13
⑪意思決定支援チームと意思決定支援のポイント	14
⑫高齢期に行うハッピー終活	15
第2章 ACP(アドバンス・ケア・プランニング)	16
①ACPとは	16
②ACPの愛称と条例	17
③ACPの色々な場面	17
④ACPとALP	19
⑤ACPの具体例	20
⑥ACPへの姿勢	21
⑦ACPの実践	21
⑧ACPの具体的実践に向けたトレーニング用ツール —もしバナゲーム	22
⑨ACPの認知度とその課題	24
⑩ACPの醍醐味	25
第3章 成年後見制度と遺言書	26
①成年後見制度	26
②成年後見制度の費用等	27
③自分で決める任意後見制度	27
④任意後見利用の有効性とためらい	28
⑤法定後見のデメリット	28
⑥遺言書	29
⑦遺言執行者	29
第4章 ACPを円滑にするためのエチケット・マナー	30
①エチケット・マナーとは	30
②エチケット集(基本エチケット)	31
資料 西暦・元号・干支早見表	34

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(下記)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、90歳に近づきつつあります。



(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。

そして、2023(令和5)年9月15日時点における日本の高齢化率は、29.1%となっています。2040(令和22)年には34.8%に達すると見込まれています。また、高齢者単独世帯(おひとりさま)と高齢者夫婦世帯(おふたりさま)は、ともに600万世帯を超えています。



厚生労働省「身寄りのない高齢者等への身元保証に関する動向について」(令和6年2月5日)資料より

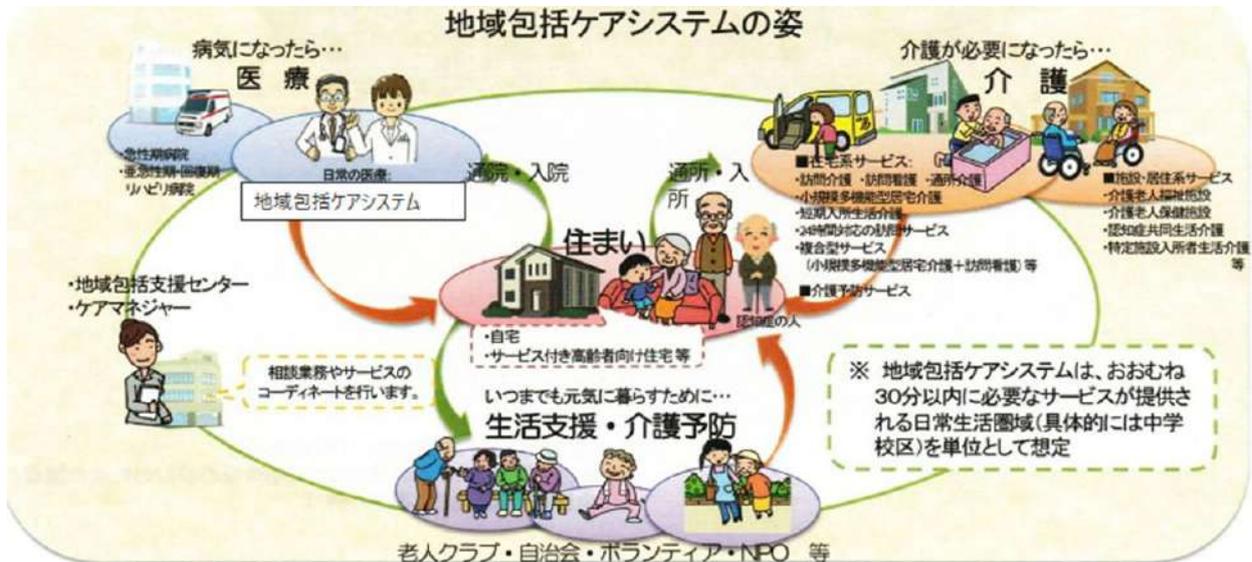
一方、認知症高齢者は、現在700万人を超えており、軽度認知症障害(MCI)の人も380万人はいるとも言われています。そこで、国は、2023(令和5)年6月に、共生社会の実現を推進するための認知症基本法を成立させ、続いて、同年9月には、同法に基づき、認知症と向き合う「幸齢社会」実現会議(議長:内閣総理大臣、事務局:内閣官房健康・医療戦略室)を設置し、同12月には、会議意見のとりまとめ(概要は6頁参照)を発表しました。なお、同基本法の施行は、2024(令和6)年1月1日となっています。

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自宅で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「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、成年後見人など信頼できる人が、本人の価値観・人生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。

但し、その意思決定支援者や意思代弁者が周りにいない「おひとりさま」が圧倒的に増えてきています。「おふたりさま」でも、一方が認知症になっている場合があり、意思決定支援が難しい場合も多くなっています。時代は、急速に、超高齢社会が進展し、かつ、「縁」が乏しく(なく)なる社会を生み出しつつあります。

②地域包括ケアシステムにおける本人の選択

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の構築完成が眼前に迫っていますが、相変わらず、医療と介護の円滑な連携は、必須となっています。



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。

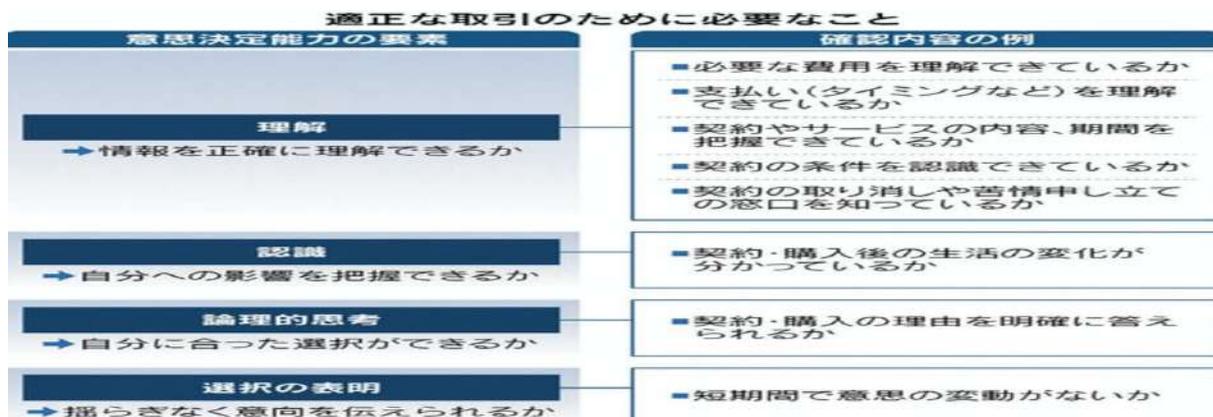
意思決定支援においては、本人が自分で決めることが重要であるとし、「本人の選択」を第一義としたのです。そうです、主役は本人なのです。

③意思決定とは

本来、本人が決めることが基本です。この場合の意思は、意志ではなく、意思です。意志は、成し遂げようとする心で、意志が固い、意志貫徹と使われます。意思は、考え、思いで、意思表示、意思の尊重となります。

人生は、いつでもどこでも、意思決定の連続です。自分が決めることは、一見簡単な作業に思われますが、実は色々なプロセスを経て、決めているのです。その意思決定に至るプロセスとしては、意思決定の能力があり、情報が正確に理解でき、それを認識し、論理的思考の結果、選択の表明を経て、決定ということになります(下記)。

しかしながら、病気、高齢などの理由により、意思決定が中々難しいことが多々あります。それを補完するのが、意思決定支援というものです。



日本経済新聞「認知症700万人に備える・下」(令和5年11月3日)より

いつでもどこでも

日常生活でも

着る物を選ぶ

- 食べ物、洋服を選ぶ
- 買い物をする ●学び、働く
- 行きたい場所を決める、移動の方法を選ぶ
- どのようなスタイルで過ごすか

(だったら、ときばき、スケジュールを決めて?そのときの気分で?)

重要な場面や人生の岐路でも

住む場所を変える

医療サービスを選ぶ

- 暮らし方(誰と?一人で?ずっと同じ場所?場所を変えながら?)
- お金のこと(管理の方法、誰かにサポートしてもらう?)
- 介護サービス、障害福祉サービスを選ぶ
- 医療サービスを選ぶ

生活、人生は意思決定の連続です。だれもが、何かを選んだり、選ばなかったり、迷って決められなかったり、選ぶのに失敗したり、上手くいったりをくり返しながら、生活しています。

厚生労働省「意思決定支援の基本的考え方」より

④意思決定支援とは

本人には意思があり、決める(意思決定)力があるという前提に立ち、関わりの中で、その意思を尊重して支えていくことが前提ですが、意思決定支援とは、その意思決定に対する支援です。そのため、意思決定支援者は、本人が自ら意思決定できるよう、実行可能なあらゆる支援を尽くすことになります。医療や介護に関わる意思決定においては、本人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が重要です。たとえ、不合理にみえる意思決定でも、それだけで本人に決める力がないと判断せず、尊重することが大切です。

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)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。そのため、ACPは、本人が意思決定をするまでのプロセス、即ち意思決定支援のプロセスと言えます。これにより、意思決定支援はACPであり、ACPは意思決定支援なのです。また、このガイドラインにおける意思決定支援プロセスのメンバーとしては、医療・介護チームに、家族の他に、親しい友人等も含まれました。また、意思決定支援のプロセスには、たくさんの歯車をかみ合わせる必要があります。下記の通り、意思の形成+意思の表明+意思の実現+信頼関係の構築+人的・物的環境整備などの歯車です。

一方、無縁社会と言われている昨今、厚生労働省の「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」(令和元年6月制定)では、「おひとりさま」など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。

その上で、更に意思決定支援プロセスのメンバーとして、上記の医療・介護チーム、家族、親しい友人の他に、成年後見人等の参加も必要とされています。

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、広い意味の支援者ということでは、そこに、任意後見契約における任意後見受任者、任意後見人、任意後見監督人等も含まれます。



厚生労働省「意思決定支援の基本的考え方」より

⑤幸齢社会実現会議における意思決定支援

2023(令和5)年12月に、認知症と向き合う「幸齢社会」実現会議において、意見のとりまとめ(下記)がありました。そこには、課題の一つとして、早期かつ継続的に意思決定支援を行える環境整備が挙げられています。具体的には、独居高齢者を含めた高齢者等の意思決定支援の権限・主体が明確でないという点が指摘されています。今後は、この論点整理が行われる予定ですが、更なる法整備等が求められる所です。

はじめに

令和5年12月25日

・2023年6月に共生社会の実現を推進するための認知症基本法が成立。基本法の施行に先立ち、認知症の本人・家族、有識者の声に耳を傾け、政策に反映するため本会議を設置。

・本会議としては、

- ①基本法の施行が2024年1月1日とされたことを踏まえ、基本計画について「とりまとめ」を十分踏まえ策定すること
- ②次期通常国会において、介護離職防止のため育児・介護休業法の改正に取り組むこと
- ③高齢者の生活上の課題について、ガイドラインの策定、必要な論点整理等を進めること、を求める。

意見のとりまとめ

1. 基本的考え方

・認知症の施策や取組を、認知症基本法の理念に基づき立案・実施・評価

2. 普及啓発・本人発信支援

・認知症とともに希望を持って生きるという「新しい認知症観」や認知症基本法の理解促進、認知症の本人の姿と声を通じて「新しい認知症観」を伝えていく

3. 地域ぐるみで支え合う体制など

・若年性認知症の人等の社会参加や就労の機会の確保

・早期かつ継続的に意思決定支援を行える環境整備

・本人、家族の声聴きながら認知症バリアフリーを進め、幅広い業種の企業が経営戦略の一環として取り組む

・認知症の本人の意向を十分に尊重した保健医療・福祉サービス等につながる施策や相談体制の整備等

4. 家族等の支援（仕事と介護の両立支援等）

・介護をしながら家族等が自分の人生を大切にできる環境・支援制度の整備

5. 研究開発・予防

・本人、家族等に役立つ研究成果、国の支援

6. 独居高齢者を含めた高齢者等の生活上の課題関係

・独居高齢者等の意思決定支援を補完する仕組み。政府全体で問題への対処、整理

⑥意思決定支援が必要な場面

日常生活における場面としては、食事、衣服の選択、外出、排せつ、入浴等基本的な生活習慣に関する場面の他、複数用意された余暇活動プログラムへの参加を選ぶ等の場面が考えられます。そのため、日頃から本人の生活に関わる専門職が、場面に応じて、即応的に行う直接支援の全てに意思決定支援の要素が含まれています。

一方、社会生活における場面として、自宅からグループホームや入所施設等に住まいの場を移す場面や、入所施設から地域移行してグループホームや一人暮らしを選ぶ場面等が、意思決定支援の重要な場面として考えられます。体験の機会の活用を含め、本人の意思確認を最大限の努力で行うことを前提に、事業者、家族や成年後見人等が集まり、判断の根拠を明確にしながら、より制限の少ない生活への移行を原則として、意思決定支援を進める必要があります。

更に、日常生活場面での「小さな意思決定」の積み重ねによる、本人のエンパワメント(積極的に行動する力)の促しが、社会生活場面での大きな意思決定につながります。

⑦場面・分野横断的意思決定支援

	場面0	場面1	場面2	場面3	場面4	場面5		
課題	自立した生活をしている (課題なし)	自立した生活の継続の危機を感じる	自立した生活が危うくなっている	重大な医療処置を受ける	重大な医療処置が終わり退院する	IADL・ADLの低下で日常生活の再構築が必要	死亡が予見され対応する	死亡した後で対応する
本人意向		将来自分では暮らせないとき誰にどう頼るか	誰にどのような支援を受けるか 制度を利用するか	医療処置を受けるかどうか	どこに退院するか 誰にどのような支援を受けるか	どこで生活するか	どこで死を迎えるか どう死を迎えるか 誰に死後の手続きを任せるか	葬儀・火葬埋葬 財産処分
解決策		任意後見契約 財産管理委任契約 死後事務委任契約	介護保険サービス 生活支援サービス	入院契約 治療方針の決定	医療・介護サービス 日常生活自立支援事業	転居・入所 成年後見制度	エンディングサポート 事業 死後事務委任契約 遺言作成	相続人探索 自治体による 火葬・埋葬 遺品整理
ケア		介護保険ケアマネジャー		介護保険ケアマネジャー			医療機関MSW	
金銭		日常生活自立支援事業の担当者※認知機能が不十分だが、欠けていない場合						
		生活保護のケースワーカー※経済状況がよくない場合						
関与できる人	法律専門職							
		任意後見契約・財産管理委任契約				成年後見		死後事務委任契約
	身元保証等高齢者サポート事業者	任意後見契約・財産管理委任契約 生活支援		身元保証人	身元保証人 生活支援	身元保証人 生活支援 成年後見	生活支援 成年後見	死後事務委任契約
	親族	契約なし・全般	契約なし・全般	契約なし・全般 (インフォームド・コンセント)	契約なし・全般	契約なし・全般	契約なし・全般	契約なし
	知人・友人							

場面⑥：自立した生活を営んでいる
場面①：家事などの日常生活行為が難しくなる
場面②：入院し、重大な医療処置を受ける
場面③：退院後の生活を再構築する
場面④：さらに機能低下しサービスや居住場所を見直す
場面⑤：死後事務に関する意向表明と手続きをする

厚生労働省「身寄りのない高齢者等への身元保証に関する動向について」(令和6年2月5日)資料より

上記のように、場面、場面に応じて、意思決定・意思決定支援の課題も、本人の意向も、解決策も変わってきます。また、関与者・意思決定支援者も変わってきます。法務専門職としては、弁護士、司法書士、行政書士が挙げられます。

元氣な時にする任意後見制度としては、実行性のある、移行型をお勧めします。即ち、財産管理(生前事務)委任契約と任意後見契約と死後事務委任契約の3つ同時の契約がお勧めです。他に、判断能力があるうちに、遺言書(公正証書・自筆証書)を作成しておくことも一考です。

いずれの場合でも、身寄りのない「おひとりさま」には有用です。

⑧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:「**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つガイドラインは、いずれも本人への支援は、本人が決めること(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。即ち、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発表しました。

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、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、話し合いに参加できるよう、本人のペースに合わせた進行を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



厚生労働省ホームページより

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、本人のペースに合わせた進行を主催者、参加者に促す

⑨意思決定支援ツール ―エンディングノート

本人の意思を的確に示すためのツール、或いは、本人の意思を推定(類推)するツールとして、「エンディングノート」があります。「エンディングノート」は、自分の思いや希望、残しておくメモなど、過去、現在、未来の人生・生活状態を、家族や周りの人たちに、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」に書く方が増えてきています。但し、増えてきているとはいえ、ある調査では、40代以下の世代では、5%にも満たず、75歳以上の高齢者でも約23%となっており、まだまだ普及はしていません。

「エンディングノート」には、遺言書のように、法的効力はありませんが、それでも、人生の棚卸し(振り返り)メモ、備忘録、本人の意思決定のためのメモ(意思表示)、本人の意思代弁のためのメモ(意思の推定)するものとして有用で、その活用は意思決定支援の場でも重要となっています。

一方、エンディングノートを書かないという人もいます。その背景としては、「考えが整理できていない」(まとまらない)、「まだその時ではない」と思っているなどが挙げられます。



KOKUYO



NHK出版

エンディングノートに記入する際の5か条として、①書き直す前提で書く(重く考えない)、②全部書かない(書ける所から書く)、③自由に書く(こだわらない)、④年月日は書く(明示しておく)、⑤書いていることを言う(伝えておく)が挙げられます。気持ちや考えは常に変動しますので、特に、④は必ず書き添えておいて下さい。その時の気持ちや考え、また、その変動がよくわかります。

そして、今書いておきたいエンディングノートの内容としては、特に、デジタル遺産関係のメモが重要です。暗証番号、パスワード、ID等はきちんとメモとしておきましょう。

他に、貸金庫の所在の有無も書いておきましょう。

⑩意思決定・意思決定支援をしていくプロセス

人は、本来自分です意思決定しています。それが病気や高齢等により、難しい時は、支援者に意思決定を支援して貰うことになります。意思決定者は原則本人です。意思決定支援者、或いは、意思を推定する意思代弁者には、医療介護福祉職、法務職、成年後見人等、任意後見受任者、家族、親族、友人、知人、民生委員児童委員、周りの人たちが考えられます。そして、意思代弁ツールとして、遺言書(公正証書・自筆証書)、エンディングノートなどがあります。なお、本人の意思が推定できない場合で、代理決定する際には、本人の利益を最大限に考え、「選択肢は一つにしない、メリットとデメリットを検討する」などの点について留意することが大切です。

従って、本来は、意思決定を支援されるのではなく、それが自力で出来るのが最適です(自分で決める)。そのためには、元気でなければなりません。シニアになって、健康を維持することは大変です。そこで、シニア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、楽しくやるハッピー終活なのです。

⑪意思決定支援プロセスにおけるチェックポイント

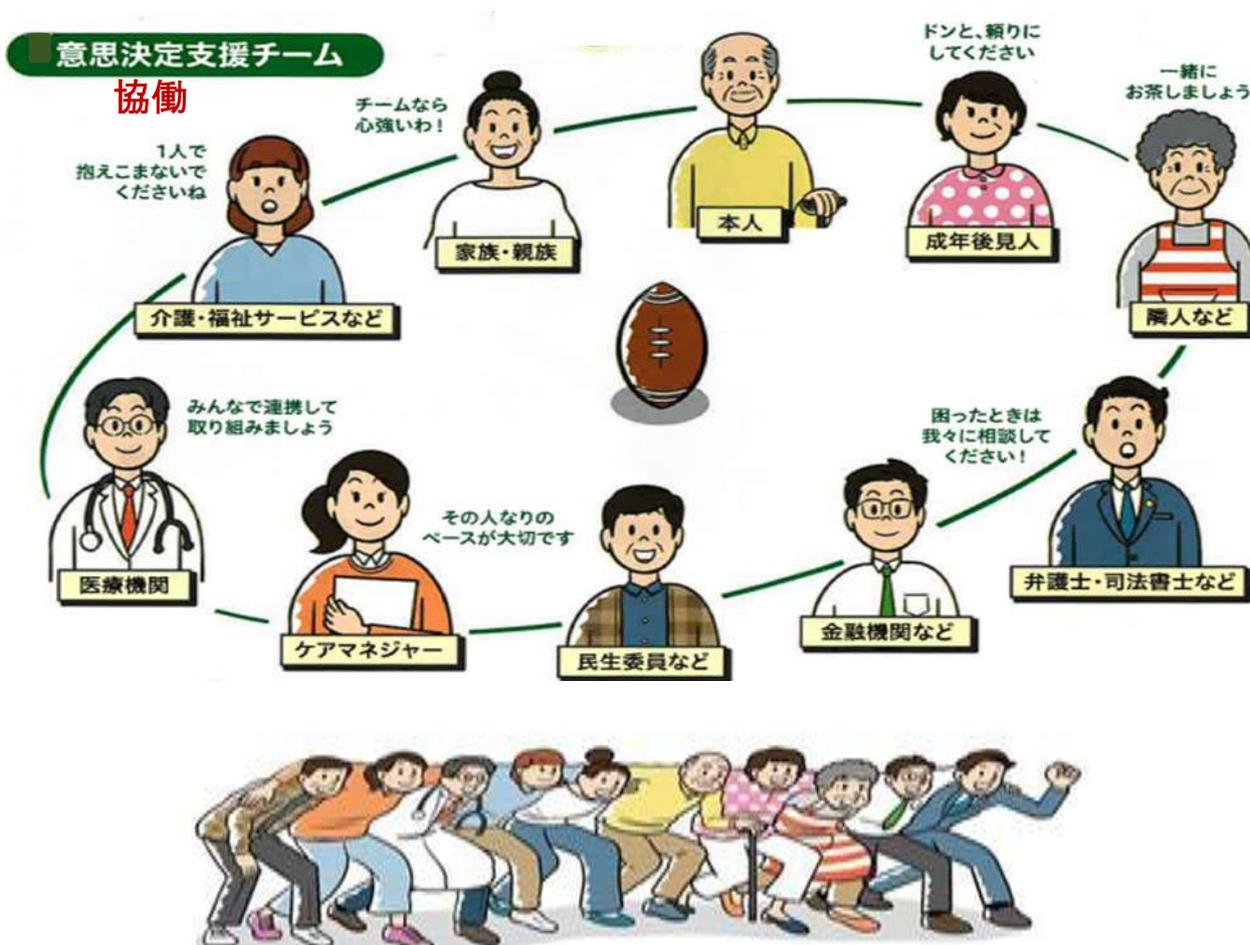
<input type="checkbox"/> 本人の意思を尊重し、安心できるような態度で接しているか。
<input type="checkbox"/> 本人のこれまでの生活史を家族関係も含めて理解しているか。
<input type="checkbox"/> 本人の意思を丁寧に確認しているか。
<input type="checkbox"/> 本人との信頼関係に配慮しているか。
<input type="checkbox"/> 本人は、自らの意思を十分に表明できているか。
<input type="checkbox"/> 本人は、初めての場所や慣れない場所で、緊張・混乱していないか。
<input type="checkbox"/> 本人を大勢で取り囲んでいないか。
<input type="checkbox"/> 本人が疲れている時を避けているか。
<input type="checkbox"/> 本人を焦らせていないか。
<input type="checkbox"/> 本人には、必要な情報を説明しているか。
<input type="checkbox"/> 本人には、分かりやすい言葉、文字、図、表で説明しているか。
<input type="checkbox"/> 本人の希望を、オープンな形で尋ねているか。
<input type="checkbox"/> 内容を忘れてしまうことがあるので、その都度説明しているか。
<input type="checkbox"/> 比較ポイント、重要ポイントを分かりやすく提示しているか。
<input type="checkbox"/> 本人の様子、意思は変わるので、その都度確認しているか。
<input type="checkbox"/> 本人に迷いがある場合は、時間をおいて確認しているか。
<input type="checkbox"/> 重要な意思決定は、複数の意思決定支援者で確認しているか。
<input type="checkbox"/> 意思決定支援のプロセスの記録は取っているか。
<input type="checkbox"/> 他職種との情報共有はできているか。
<input type="checkbox"/> 他職種へのエチケット・マナーは守っているか。

①意思決定支援チームと意思決定支援のポイント

意思決定支援のプロセスでは、チームとして、本人とのコミュニケーションを通じて、本人の意思決定ができるよう、情報共有をしながら、話し合いをしていきます。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。意思決定支援の中では、たくさん話をするのが大切で、それが、「繋げる安全、絆がる安心」となるのでしょうか。その上で、チームには、医療・介護チームにとどまらず、家族、親しい友人の他に、成年後見人等の参加も必要とされています。

下記は、法テラスが考える意思決定支援チームです。ラグビーのスクラムのように、多職種らが協働することを想定しています。

なお、法テラスとは日本司法支援センターの愛称で、総合法律支援法に基づき、日本政府が設立した法務省所管の準独立行政法人です。情報提供・相談業務、民事法律扶助業務、国選弁護業務等を行っています。



意思決定支援のポイント(原則)として、(1)本人中心(本人が決める!)、(2)人生観・価値観、(3)チャレンジには注意、(4)双方向性(本人と意思決定支援者)、(5)客観性、(6)リスクと安全のバランス、(7)情報共有、(8)適切な記録の作成、(9)家族の意思決定支援も必要の9点があります。

⑫高齢期に行うハッピー終活

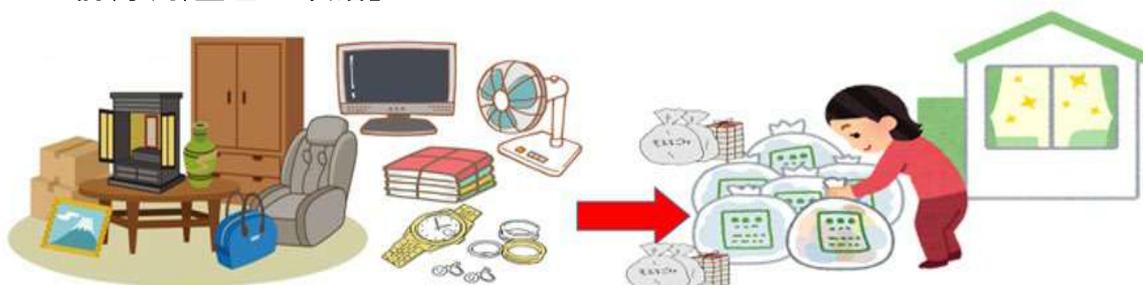
「終活」とは、人生の最期を迎えるにあたっての様々な準備や整理、そこに向けた人生の総括を意味します。最近では、プラス思考的に捉える流れがあり、未来の生き方を創造する活動と言われています。また、成年後見、相続、保険、お墓、お葬式のことなどを事前に考え準備しておくことで、不安が解消され、いきいきとおもしろい後半戦を送ることを終活と考えるとも説かれています。「終活」は、元気な時にしておく、人生の棚卸しでもあり、準備でもあるといえます。そして、「終活」は高齢者のみならず、高齢者を取り巻く専門職の方自身にも関係してくることで、孤独・孤立対策でもあるのです。

「終活」として、まず(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点は、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、元気な時にしておきましょう。

更に、「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あります。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(生前事務委任契約、死後事務委任契約含む)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。また、「エンディングノート」への記入などが挙げられます。また、「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、話し合うことは有意義です。そのプロセスで、人生観や価値観を改めて知るということでは、もしバナゲームは有効でしょう。

本来、意思決定を支援されるのではなく、それが自力で出来る(自分で決める)ことが望ましいのです。とにかく、高齢期を元気に過ごすための手段、それが「終活」かもしれません。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」や「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。

<生前(家財)整理の「終活」>



- ◎介護施設等に入所→不動産・賃貸(府営・市営・UR等)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(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)。

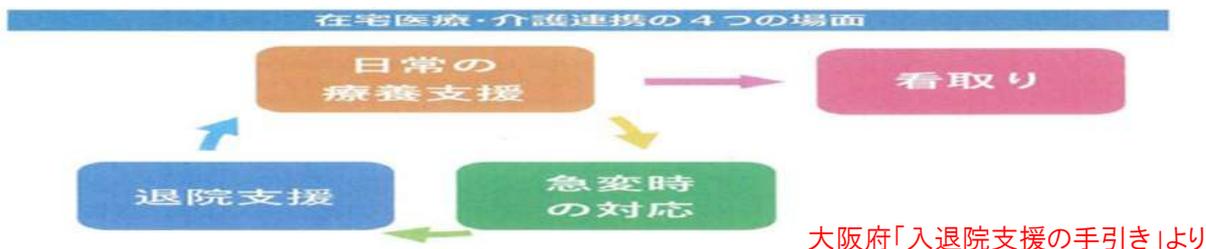
②ACPの愛称と条例

厚生労働省ACP愛称選定委員会は、2018(平成30)年11月30日に、ACPの愛称について「人生会議」としました。同委員会では、ACPは決めなくてもいいので、たくさん話をする事、迷いながらも進んでいくこと、結論を話すのではなくプロセスであることなど委員の意見などがありました。その上で、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であるとされています。

現在、全国では、大分県「豊かな人生を送るために人生会議の普及啓発を推進する条例」(令和2年7月8日施行)と、大阪府「いのち輝く人生のため人生会議を推進する条例」(令和5年4月1日施行)が、いずれも議員提案にて制定されています。両者ともにほぼ同様の規定を置いています。後者では、「府は、人生会議について、若者世代への理解促進が重要であることにかんがみ、児童及び生徒に対し、府立学校、市町村立学校、私立学校、PTA等と連携し、第一項の施策を実施するよう努めるものとする」とし、特に、若年層への普及啓発を主眼としています。

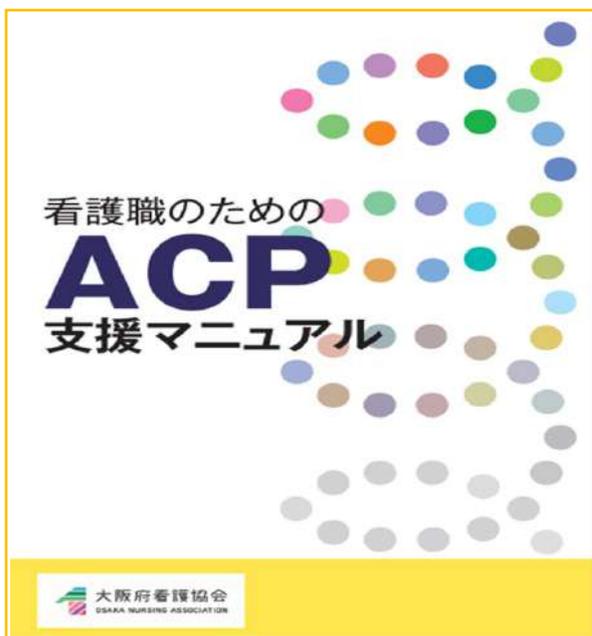
③ACPの色々な場面

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
- (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)
- (エ) **看取り**: 住み慣れた場所等による看取り時(終末期)
 - ⇒〇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(生前事務委任契約書、死後事務委任契約書)など
 - 本人の意思が共有されている

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。色々な場面を想定しています。また、本マニュアルでは、ACPアプローチのワンポイント・アドバイスも書かれています。ACPは色々な場面で行われますが、一人で抱え込んではいけません。



◎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 これ以上治療はしたくない
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

みんなでサポート、声を掛け合ってアプローチ

一人で抱え込まないで!!

「初めに気がついたから責任重大だ」と思わなくても大丈夫です。ACPアプローチは、チームで行っていきます。困ったときは、同僚や上司にまず相談してみましょう。みんなで考えればよいアイデアが浮かびます。

ACPは決して一つの答えがあるわけではありません。答え探しというよりも、本人や家族に状況を伝え、患者が希望している中から、一つでも多くのことをかなえていけるように、みんなで知恵を絞っていきましょう。

初めからACP会議を設定しなければと構えなくても、少人数で「ちょっと相談」から始めてもよいのです。患者の希望に合わせて考えていくと徐々に仲間が増えていきます。

結論が出なかったとしても、それは無駄にはなりません。患者の意思決定をする場がどこになっても、あなたのアプローチは患者が自分の人生について考えるきっかけになり、必ず次のACPに活かされるのです。

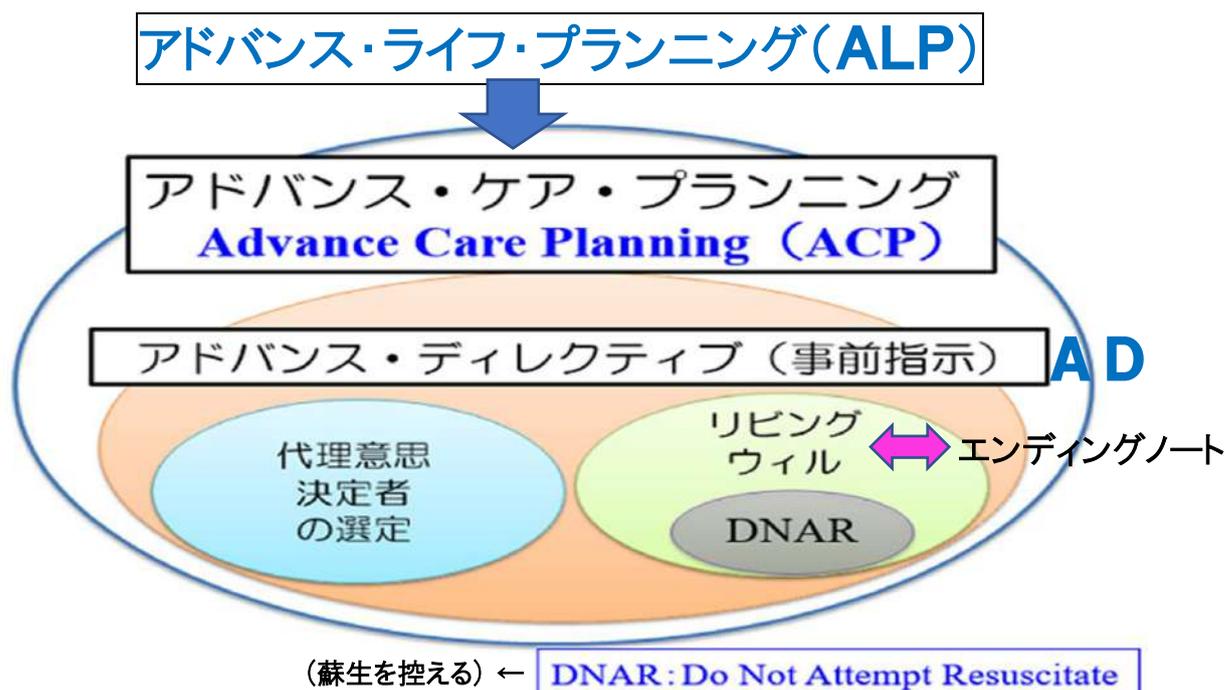
ネガティブ・ケイパビリティへの理解を!! (答えの出ないことに耐えうる力)

人間は予測のつかないものや未知の世界に不安を抱き、確実なものを求めたくなりますが、ACPアプローチは正解が一つではありません。患者の状況や気持ちも刻々と変化していくものなので、看護職はよく分からない状況の中で関わり続けることもあります。

しかし、共感を粘り強く繰り返しながらかけていくうちに、徐々につながりが見えてきます。耐えながら続けていった先に道筋が見えてきたとき、気持ちが楽になります。上司もその状況下にある部下をサポートしてくれます。答えの出ない状況になったときこそ、上司と共に「寛容」を失わず、ACPアプローチを続けていきましょう。このマニュアルを共有して、みんなで協力したことが、患者にとって人生の希望へとつながっていくのです。

大阪府看護協会「看護職のためのACP支援マニュアル」より

④ACP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、意思決定支援のプロセスです。そこには、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になります。

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、自ずと自分自身がよく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は会議ありきではなく、プロセスなのです。

ACP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。孤独・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、記録しておきましょう。
- 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。
- 結論重視ではないのです。

⑤ACPの具体例

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、下記の具体例(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はありませんか？
- 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(人生観や価値観、希望)など

- 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

- 最期の時間をどこで、誰と、どのように過ごしたいですか？
- 意思決定支援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・介護の希望

- 「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ていくことが重要です。



※ はじめに

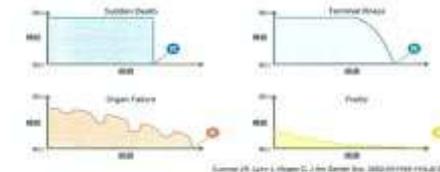
超高齢社会を迎え、患者さんの人生の締めくくりに、家族や医療・ケア関係者等がどのように寄り添うかが、これまで以上に大きな課題となっています。

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、事前の意思を十分に尊重し、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まれます。

しかしながら、人生の最期に至る動機は多様(国)であり、患者さんの意思も変わることが考えられます。

かかりつけ医等の医療従事者から適切な情報提供と説明がなされた上で、患者さん本人の意思を明らかにできるとことから、患者さんやそのご家族等と医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行うことが重要です。話し合い・実践を続けることにもなります。

図 人生の最期に至る軌跡

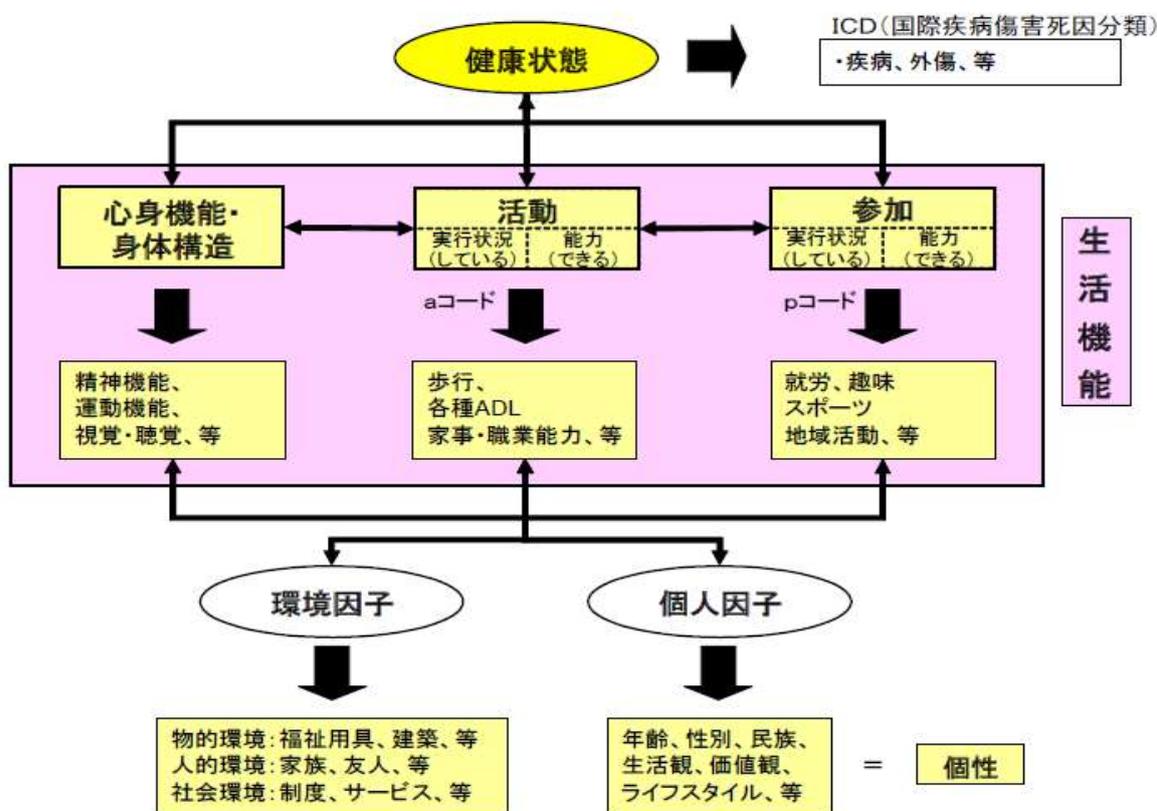


超高齢社会を迎えつつある現状と将来展望

- 2019年推定における65歳以上の高齢者人口は約2,273万人です。2025年には2,514万人、2050年には2,900万人と増加が予測されています。
- 2019年推定における65歳以上の高齢者人口は約2,273万人です。2025年には2,514万人、2050年には2,900万人と増加が予測されています。
- 2019年推定における65歳以上の高齢者人口は約2,273万人です。2025年には2,514万人、2050年には2,900万人と増加が予測されています。

⑥ACPへの姿勢

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、ACPIにおける支援する側の姿勢としては、このICFの考えは重要です。そして、ACPIは高齢者だけに限ったものではありません。全世代を通じて行われるもので、みんなのACPともいえます。



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

⑦ACP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、具体例としては、入院時・退院前カンファレンスとサービス担当者会議なども該当するでしょう。とはいえ、ACPIは、意思決定支援のプロセスですから、日頃からの何気ない会話、話し合いの積む重ねといえますので、会議ありきは二の次です。

⑧ACPの具体的実践に向けたトレーニング用ツール ―もしバナゲーム

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。「もしバナゲーム」は、年齢、性別、介護する人、介護される人などの立場も超えて、各々の人生について、冷静に、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、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、ACPの普及活動のためのゲームです。

「もしバナゲーム」は、人生の最期にどう在りたいかを念頭に置いています。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ってきます。また、このゲームは、他職種の方の考えや動向を理解することにも役立ちます。

通常、「もしバナゲーム」は、公認もしバナ・マイスター主宰のもとで開催されます。現在、公認もしバナ・マイスターは、全国に500名余の方がおられます。

<35枚のカード内容>

番号	内 容	番号	内 容
1	痛みがない	19	私を一人の人間として理解してくれる医師がいる
2	不安がない	20	親友が近くにいる
3	呼吸が苦しくない	21	人生の最期を一人で過ごさない
4	清潔さが維持されている	22	私の思いを聴いてくれる人がいる
5	人との温かいつながりがある	23	主治医を信頼する
6	お金の問題を整理しておく	24	穏やかな気持ちにさせてくれる看護師がいる
7	家族が私の死を覚悟している	25	意識がはっきりしている
8	家で最期を迎える	26	あらかじめ葬儀の準備しておく
9	自分の身体がどう変わっていくかを知る	27	家族の負担にならない
10	いい人生だったと思える	28	誰かの役に立つ
11	大切な人とお別れをする	29	神が共にいて平安である
12	自分の人生を振り返る	30	祈る
13	家族や友人とやり残したことを片付ける	31	機器につながれていない
14	自分が何を望むのか家族と確認することで口論を避ける	32	怖いと思うことについて話せる
15	私の価値観や優先順位を知る代弁者がいる	33	宗教家やチャプレンと会って話せる
16	私が望む形で治療やケアをしてもらえる	34	死生観について話せる
17	尊厳が保たれる	35	家族と一緒に過ごす
18	ユーモアを持ち続ける		

「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)。内容も、「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」もあります。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。

<ヨシダルール>4人用

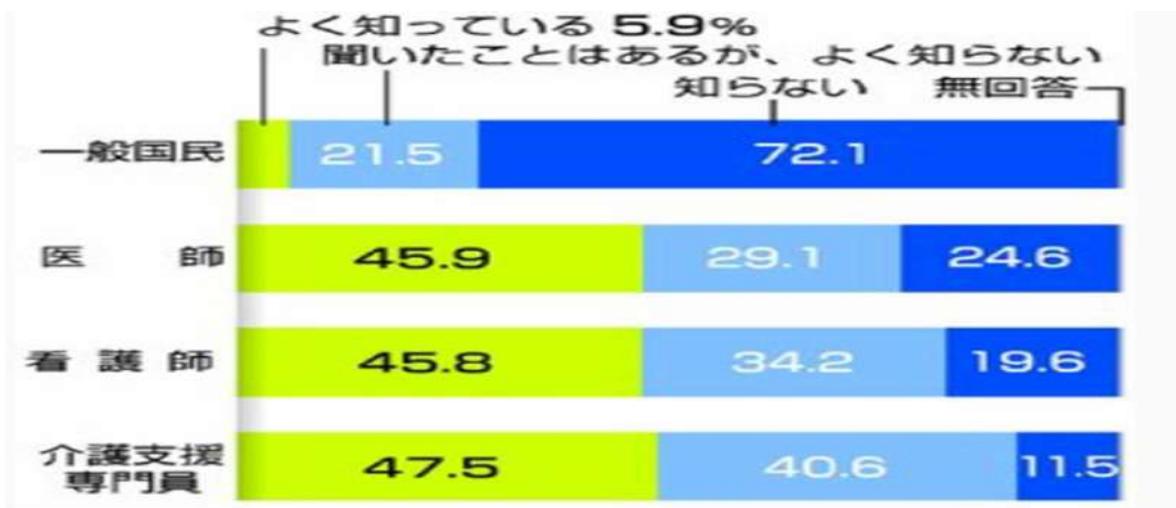
グランドルールとして、①無理強いしない、②話したくないことは話さない、③他者への配慮が求められています。

「もしバナゲーム」は山札がなくなった時点で、ゲームが終了ではありません。手持ちのカードに何を残したのか、何が残ったのかが大切です。これに基づき、グループ毎に振り返りが行われます。また、全体を通じてのディスカッションも有効でしょう。



⑨ACPの認知度とその課題

厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケア意識調査」によりますと、ACPの認知度は、一般国民では約7割の人が「知らない」となっています。専門職に至っても、まだまだ「知らない」という人は多いです。



産経新聞夕刊(令和5年6月23日)より

それでは、なぜACPの認知度が上がらないのか。ACPの愛称を人生会議にしてしまったばかりに、会議が一人歩きし、会議ありきになり、新しい会議をしなければならないとされているからではないでしょうか。義務的に思っているのですから、専門職としても、重たいものになってしまいました。そして、一般の人も、そんな会議をしたことがないので、「知らない」となります。専門職もそんな会議に参加した覚えがないので、「知らない」となります。会議は結論ありきになりますから、会議録を作る必要があります。

一方、人生会議はACPの愛称であって、会議ありきではなく、意思決定支援のプロセスなんですから、実は日常、頻繁に(連続して)行われています。意思決定という面からみれば、それはいつも行われているのです。即ち、意思決定支援のプロセスがACPであるとすれば、「ああ、やっている、やっている」となります。プロセスだから記録を残せばいいのです。

此花区医師会では、令和5年度に、在宅緩和医療勉強会を4回開催しました。うち、病院の先生(2名)からは、疼痛の仕組み、薬剤の種類とその使い方、緩和ケアが目指すもの、腫瘍学的緊急症のマネジメント方法等についての解説があり、開業医の先生(2名)からは、実例を交えながらの在宅緩和医療や多職種連携のあるべき姿に関する講演がありました。

いずれも、終末期における意思結決定、意思決定支援の難しさが垣間見られました。具体的には、①緩和医療・緩和ケアにおいては、意思決定は連続している、②とはいえ、本人は動転し、葛藤に陥っていることが多い、③そのため、意思決定支援が重要である、④そして、誰が意思決定支援者になるのか(意思決定支援者は変わる)が、そのプロセスに起こってきます。

⑩ ACPの醍醐味

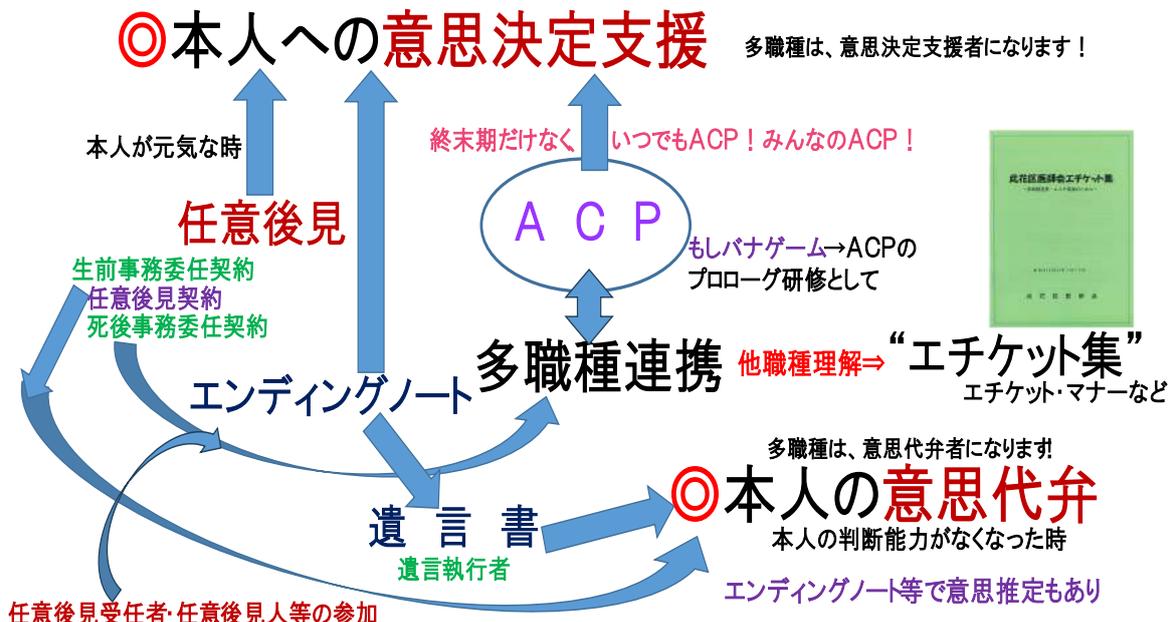
日本医師会のリーフレット「終末期医療アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える」によれば、本人の意思を尊重した医療、介護を提供し、尊厳ある生き方を実現することが、ACPの究極の目的となります。

ACP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です。例えば、健診、入院、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。

ACPは本人に帰属するものであり、本人の意思が確認できない場合には、ACPは実施できません(「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 3」より)。その場合、それまでのACPをもとに、本人の意思を推定するよう努めておくことも重要です。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。

ACPのまとめとして、①ACPは事前のお世話計画(意思決定支援計画)、②ACPは意思決定支援のプロセス(会議ありきではない)、③ACPを重圧に思ってはいけない、④ACPIはいつでもACP、⑤ACPIはみんなのACP、⑥ACPはちょっとした立ち話など、⑦ACPIは多職種連携(法務職も入った)、⑧ACPIはタイミング(早すぎない・遅すぎない)、⑨ACPIは他職種理解の9点があります。そして、ALPが体現され、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は意思決定支援のプロセス



第3章 成年後見制度と遺言書

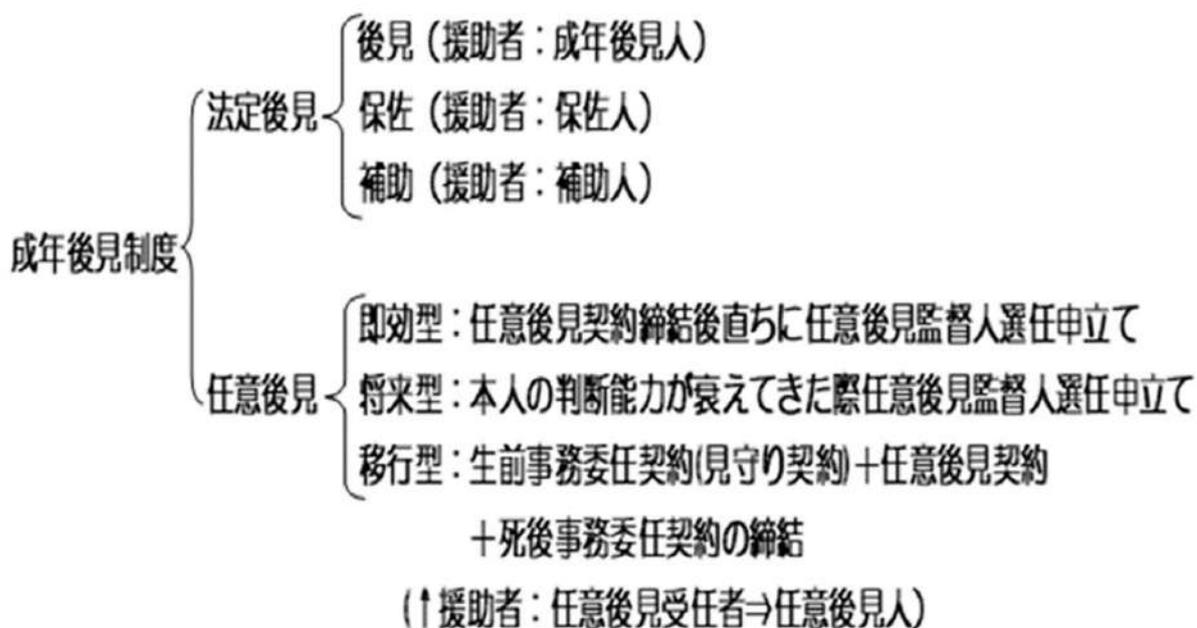
①成年後見制度

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されています。

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。法定後見の申立ては家庭裁判所、任意後見契約の締結は公証役場(公証人)でそれぞれ行います。法定後見は民法に基づき、任意後見は、任意後見契約に関する法律(任意後見法)に基づき、それぞれ運用されています。

その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」や「おふたりさま」の孤独・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。



成年後見制度導入の動機としては、財産管理、療養看護(身上監護)、諸手続きの代行などです。支援者は、法定後見の場合、意思の代弁者、任意後見(生前事務委任契約発動中)の場合、意思決定支援者になります。また、支援者が専門職(弁護士、司法書士、行政書士等)の場合、報酬が発生します。

②成年後見制度の費用等

○成年後見制度の申立てに要する費用

- ・ 申立手数料... 収入印紙800円
(保佐・補助の代理権又は同意権付与の申立てをする場合には各800円を追加)
- ・ 登記手数料... 収入印紙2,600円(任意後見は1,400円)
- ・ 送達・送付費用... 郵便切手3,000円～5,000円程度
- ・ 鑑定費用... 鑑定を実施する場合には5万円～10万円程度(一般的な金額であり、鑑定人により異なる)
※ 令和4年に鑑定を実施したものは全体の約4.9%

○成年後見人の報酬について

家庭裁判所は、後見人及び被後見人の資力その他の事情によって、被後見人の財産の中から、相当な報酬を後見人に与えることができる(民法862条)。

※ 成年後見監督人、保佐人、保佐監督人、補助人、補助監督人及び任意後見監督人についても同様である。

→ 報酬額は裁判官が事案ごとにふさわしい額を決めているが、後見制度の利用者に向けた参考資料として東京家庭裁判所は「成年後見人等の報酬額のめやす」を公表している。

「成年後見人等の報酬額のめやす」(平成25年1月1日付け東京家庭裁判所、東京家庭裁判所立川支部)より抜粋

➢ 基本報酬

月額2万円。ただし、成年後見人が管理する財産額が1,000万円を超え5,000万円以下の場合には月額3万円～4万円、管理する財産額が5,000万円を超える場合には月額5万円～6万円。

➢ 付加報酬

身上監護等に特別困難な事情があった場合には、基本報酬額の50%の範囲内で相当額の報酬を付加する。また、成年後見人が特別な事務を行った場合には、相当額の報酬を付加することがある。

厚生労働省「成年後見制度の現状」(令和5年5月版)

③自分で決める任意後見制度

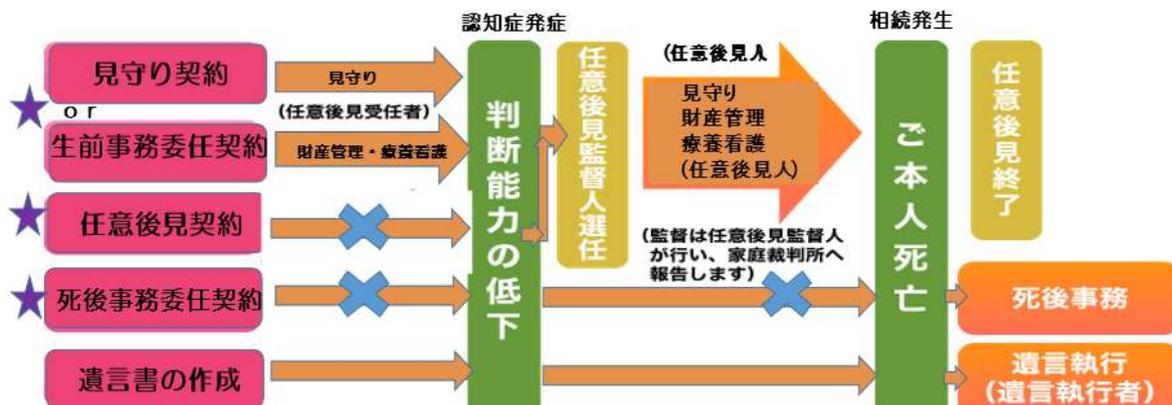
<任意後見の場合> 自分で決める(本人の選択)

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つつずつです。

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)



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、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)。

④任意後見利用の有効性とためらい

任意後見の利用が有利な場合として、年齢が80歳を超えて、「おひとりさま」や「おふたりさま」などで、特に、他に家族や親戚がいない、家族や親戚がいても、遠方、疎遠、仲が悪い、家族や親戚がいると思われるが、行方不明などの方です。そして、判断能力があり、まだまだ元気と思っていますが、「もう自力は難しいかなあ」と感じている方です。他に、預貯金がある方や不動産を持っている方なども有効です。

一方、任意後見の利用をためらわせているものとしては、(1)「私は大丈夫」と思っている、(2)周りに迷惑をかけたくない(自分のことは自分でやりたい)、(3)費用負担が「惜しい」と思っている、(4)初期費用、毎月報酬(受任者が専門職の場合)が払えない、(5)他人に対する不安があるなどです。

⑤法定後見のデメリット

認知症等で判断能力が衰えた時にする法定後見のデメリットとしては、次の点が挙げられます。

- 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る。
- 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らない。
- 原則本人が亡くなるまで、止められない(終身)。
- 本人死亡の場合、成年後見人等は、火葬、埋葬以外の死後事務はできない。
- 後見事務の手間が発生する。
- 専門職の成年後見人等には報酬が発生する。
- 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る。

そのため、もはや柔軟に活用することは難しい制度と言えます。ですから、元気な時にする任意後見が有効なのです。

⑥遺言書

遺言書には、下記の通り、主に公証役場で作る公正証書遺言書と自分で書く自筆証書遺言書があります。遺言書は、まさに本人の意思決定を書面で死後に伝達する制度で、意思決定そのものです。

項目	公正証書遺言書	自筆証書遺言書	
		法務局で保管(保管制度)	自宅等で保管(従来の制度)
メリット	公文書として強力な効力を持つ	費用かからず、手軽	
作成	公証役場で、証人2名立ち合いの下、作成	自筆で作成。但し、財産目録はパソコン作成可	
保管	公証役場(正本)	住所地等の法務局	自宅等
手数料	財産額によって、手数料が変動	保管手数料3,900円(紙代等除く)	なし(紙代等除く)
費用	専門家に作成・相談依頼すれば、その手数料が必要		
内容確認	公証人が確認	書式・形式の確認:法務局、内容:自身	書式・形式・内容:自身
遺言執行者	遺言執行者(遺言内容を実現する人)を指定しておく方が望ましい		
手間	公証役場に出向く。但し、病気等による公証人の出張あり(手数料)	必ず法務局に出向く(代理不可)	どこかに出向く必要なし
確実性	不備により無効になる恐れなし	内容が曖昧、不正確になる恐れあり。また、不備により無効になる恐れあり	
安全性	高い(公証役場で保管のため)	高い(法務局で保管のため)	低い→紛失、偽造、隠蔽の恐れあり
優先	日付の新しい遺言書が、古い遺言書より優先		
検認	不要	不要	必要(家庭裁判所)
逝去後の保管通知	なし(遺言書の内容が分からない場合あり)	予め自身が指定した人、(遺言書閲覧があった場合)その他の相続人等	なし(遺言書の内容が分からない場合あり)
死亡時通知	なし(遺言書の内容が分からない場合あり)	あり(法務局から予め自身が指定した人あてに通知)	なし(遺言書の内容が分からない場合あり)

⑦遺言執行者

遺言執行者は、民法第1012条では、遺言の内容を実現するため、相続財産の管理その他遺言の執行に必要な一切の行為をする権利義務を有するとあり、必要な手続きをする人です。遺言執行人とも呼ばれます。実際には、相続財産目録の作成、各金融機関での預金解約手続き、法務局での不動産名義変更手続きなどを行います。

遺言執行者を置く場合、遺言内容が実現しやすくなるのはもちろん、相続人にとっても自分たちで名義変更などをしなくてよいので、手間が省けるなどのメリットがあります。遺言執行者には、未成年や破産者でない限り誰でもなれます(一人または複数可)。また、遺言執行者が相続人と同一でも問題ありません。ただ、身内ではなく、行政書士、司法書士(法務職)など第三者的立場の人を選任する方がいいでしょう。なお、第三者が就任した場合、報酬が発生します。

自筆証書遺言書作成用
遺言書作成キット



日本法令

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

エチケットとマナーを日本語に当てはめると、マナーは行儀作法、エチケットは礼儀作法となります。「マナーが悪い」や「行儀が悪い」というように、どちらかというとし悪くして評価するのがマナーです。そして、マナーをよくするには、「しつけ」が伴います。一方、「礼儀にかなっている」や「エチケットを知っている」のように、作法を知っている・知らない、できている・できていないで評価するのがエチケットです。その知識がないとできないのがエチケットなのです。更に、英語辞書によれば、マナーは、方法、仕方、態度、様子、挙動、行儀、作法、風習、習慣、エチケットは、礼式、礼法、礼儀作法、礼儀の意味が出てきます。マナーは、作法を意味するときは、「Manners」と複数形になります。

従って、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、意思決定支援の実践などは、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、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考えられます。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、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、不寛容な時代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。



②エチケット集(基本エチケット)

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言い、自分の職種は伝えましょう。

- ◆間違い防止のために、名前はフルネームで言い、自分の職種は伝えましょう。

4. 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。

5. 好感を与えるようにしましょう。

- ◆人に対して、好感を与えることが大切です。チャーミングであることは重要です。服装もしかりです。TPOに合わない服装は、人に好感を与えません。

6. ほめるからはいりましょう。

- ◆ほめるは、最高のコミュニケーションツールです。人はほめられると悪くは思いません。ほめることによって、相手への好意を示せば、相手も貴方に好意を持ってくれるでしょう。

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、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. 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。



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、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。

10. 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。

11. 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。

12. 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。

13. 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。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。

14. 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。

15. 電子メールは要チェックです。

- ◆電子メールを送る時は、宛先、内容の確認、添付忘れは要注意です。特に、内容的には、改行やスペースを適宜使用し、読みやすさを重視し、極端に長い文章を避けるなどの工夫が必要です。

16. 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、薬剤情報提供書等を入手した場合には、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。

17. 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、よく注意をしておきましょう。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。
18. 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。
19. 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。
20. 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。
21. 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。
22. 「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、公正証書遺言書のように、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。
23. 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)が有効と思われます。

「此花区医師会エチケット集」から抜粋(一部改変)

参考

西曆・元号・干支 早見表

西曆(年)	元号(年)	干支	西曆(年)	元号(年)	干支	西曆(年)	元号(年)	干支
1926	大正 15・昭和元	寅	1960	昭和35	子	1994	平成 6	戌
1927	昭和 2	卯	1961	昭和36	丑	1995	平成 7	亥
1928	昭和 3	辰	1962	昭和37	寅	1996	平成 8	子
1929	昭和 4	巳	1963	昭和38	卯	1997	平成 9	丑
1930	昭和 5	午	1964	昭和39	辰	1998	平成10	寅
1931	昭和 6	未	1965	昭和40	巳	1999	平成11	卯
1932	昭和 7	申	1966	昭和41	午	2000	平成12	辰
1933	昭和 8	酉	1967	昭和42	未	2001	平成13	巳
1934	昭和 9	戌	1968	昭和43	申	2002	平成14	午
1935	昭和10	亥	1969	昭和44	酉	2003	平成15	未
1936	昭和11	子	1970	昭和45	戌	2004	平成16	申
1937	昭和12	丑	1971	昭和46	亥	2005	平成17	酉
1938	昭和13	寅	1972	昭和47	子	2006	平成18	戌
1939	昭和14	卯	1973	昭和48	丑	2007	平成19	亥
1940	昭和15	辰	1974	昭和49	寅	2008	平成20	子
1941	昭和16	巳	1975	昭和50	卯	2009	平成21	丑
1942	昭和17	午	1976	昭和51	辰	2010	平成22	寅
1943	昭和18	未	1977	昭和52	巳	2011	平成23	卯
1944	昭和19	申	1978	昭和53	午	2012	平成24	辰
1945	昭和20	酉	1979	昭和54	未	2013	平成25	巳
1946	昭和21	戌	1980	昭和55	申	2014	平成26	午
1947	昭和22	亥	1981	昭和56	酉	2015	平成27	未
1948	昭和23	子	1982	昭和57	戌	2016	平成28	申
1949	昭和24	丑	1983	昭和58	亥	2017	平成29	酉
1950	昭和25	寅	1984	昭和59	子	2018	平成30	戌
1951	昭和26	卯	1985	昭和60	丑	2019	平成 31・令和元	亥
1952	昭和27	辰	1986	昭和61	寅	2020	令和 2	子
1953	昭和28	巳	1987	昭和62	卯	2021	令和 3	丑
1954	昭和29	午	1988	昭和63	辰	2022	令和 4	寅
1955	昭和30	未	1989	昭和 64・平成元	巳	2023	令和 5	卯
1956	昭和31	申	1990	平成 2	午	2024	令和 6	辰
1957	昭和32	酉	1991	平成 3	未	2025	令和 7	巳
1958	昭和33	戌	1992	平成 4	申	2026	令和 8	午
1959	昭和34	亥	1993	平成 5	酉	2027	令和 9	未

前頁: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(翌日改元)。

此花区医師会意思決定支援のためのACPガイドンス (第3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:

<https://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

令和6(2024)年3月1日 第3版第1刷発行