



川崎病院は、地域の皆様の健康と福祉の向上に貢献することを目指します

シリーズ：ウィズコロナ・ポストコロナ医療現場からの声⑦
命が脅かされるときに備えて
～人生会議への誘い

「死ぬときぐらい
好きにさせてよ」

人は必ず死ぬというのに
長生きをかなえる技術ばかりが進化して
なんとまあ
死ににくい時代になったことでしょう
死を疎むこともなく、
死を焦ることもなく、
ひとつひとつの欲を手放して
身じまいをしていきたいと思うのです
人は死ねば宇宙の塵芥、
せめて美しく輝く塵になりたい
それが、私の最後の欲なのです



「死ぬときぐらい
好きにさせてよ」

人は必ず死ぬというのに、
長生きをかなえる技術ばかりが進化して
なんとまあ死ににくい時代になったことでしょう。
死を疎むこともなく、死を焦ることもなく、
ひとつひとつの欲を手放して
身じまいをしていきたいと思うのです。
人は死ねば宇宙の塵芥、せめて美しく輝く塵になりたい
それが、私の最後の欲なのです。

CONTENTS

1. 人生会議（アドバンス・ケア・プランニング：ACP）とは
2. なぜ ACPが注目されているのか
3. コロナで変わった医療・ケアとACP
4. なにを、どう、始めるか【ACP 自分編】
5. 誰に、いつ、何を支援すべきか【ACP 支援者編】
6. 必要な気づかい



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、
これからの医療やケアなどについて
自分で決めたり、人に伝えたりすることができなくなるといわれています。
もしも、あなたがそのような状況になった時、
家族などあなたの信頼できる人が「あなたなら、たぶん、こう考えるだろう」と
あなたの気持ちを想像しながら、
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。
あなたの信頼できる人が、あなたの価値観や気持ちをよく知っていることが、
重要な助けとなるのです。

ACPってなんですか？



Advance Care Planning

- もしものときのために、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、共有する取り組み (厚生労働省)
- 将来の医療・ケアについて、
本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセス (日本老年医学会)
- ACPの目標は、重篤で慢性の病気の際、
患者の表明した意思に合致したケアを受けられるようにすること (Sudore,2017)

ACPは“その人らしさを最後まで生かす”こと

- 生命を肯定し、死にゆくことを正常な過程と捉える (WHO、2014)
- 医療・ケア従事者は
本人および家族や代弁者らとの共同意思決定、
すなわち、十分なコミュニケーションを通し、関係者みなが納得できる
合意形成とそれにもとづく選択と意思決定を目指す (日本老年医学会、2019)
- 意思決定能力がないと判断された場合であっても、
家族や代弁者に同意を求めるのではなく、
本人が少しでも理解できるよう手段を講じた上で
本人の意思の把握に努める (日本老年医学会、2019)

ACPは“基本的人権の尊重”

- すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する権利は、最大の尊重を必要とする。（一部略、日本国憲法第13条）
- 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。（医の倫理綱領,日本医師会,2000）
- 看護職は、人間の生命、人間としての尊厳および権利を尊重する人々の権利を尊重し、人々が自らの意向や価値観にそった選択ができるよう支援する。（看護職の倫理綱領,2021）

ACPが必要な人はどんな人？

- がんか非がん疾患かを問わず、通院あるいは入院にて医療を受けている本人は、その医療機関において ACP を開始することが望ましい
- 医療を受けていない高齢者においても、要介護認定を受ける頃までには ACP を開始することが望ましい
- 介護施設に入所している高齢者においては、その施設において直ちに ACP を開始すべきである

（日本老年医学会,2019）

この講座を視聴してくださっているすべての人々は、それぞれの立場で（ご自身として、支援者として）ACPについて考えねばならない

ACPと違いますか？同じですか？

- ★その人自身を中心に
- ★施設を越えて地域で

ACP

- ・大切にしてきたことは何か
- ・最期まで大切にしたい、譲りたくないことは何か
- ・どのようにありたいか、目標
- ・生や死に対する考え方
- ・気がかり、不安、願い、頼りたい人
- ・医療・ケアに関する好みや避けたいこと

繰り返し話し合うプロセス

- 患者の事前の意向に沿った医療ケア提供
- 患者と家族、医療ケア提供者の満足度向上
- 遺族の不安や抑うつ減少

Momison RS et al.,2005 / Detering KM et al.,2010 / Brinkman-Stoppelenburg A et al.,2014

Advance Directive (事前指示書)

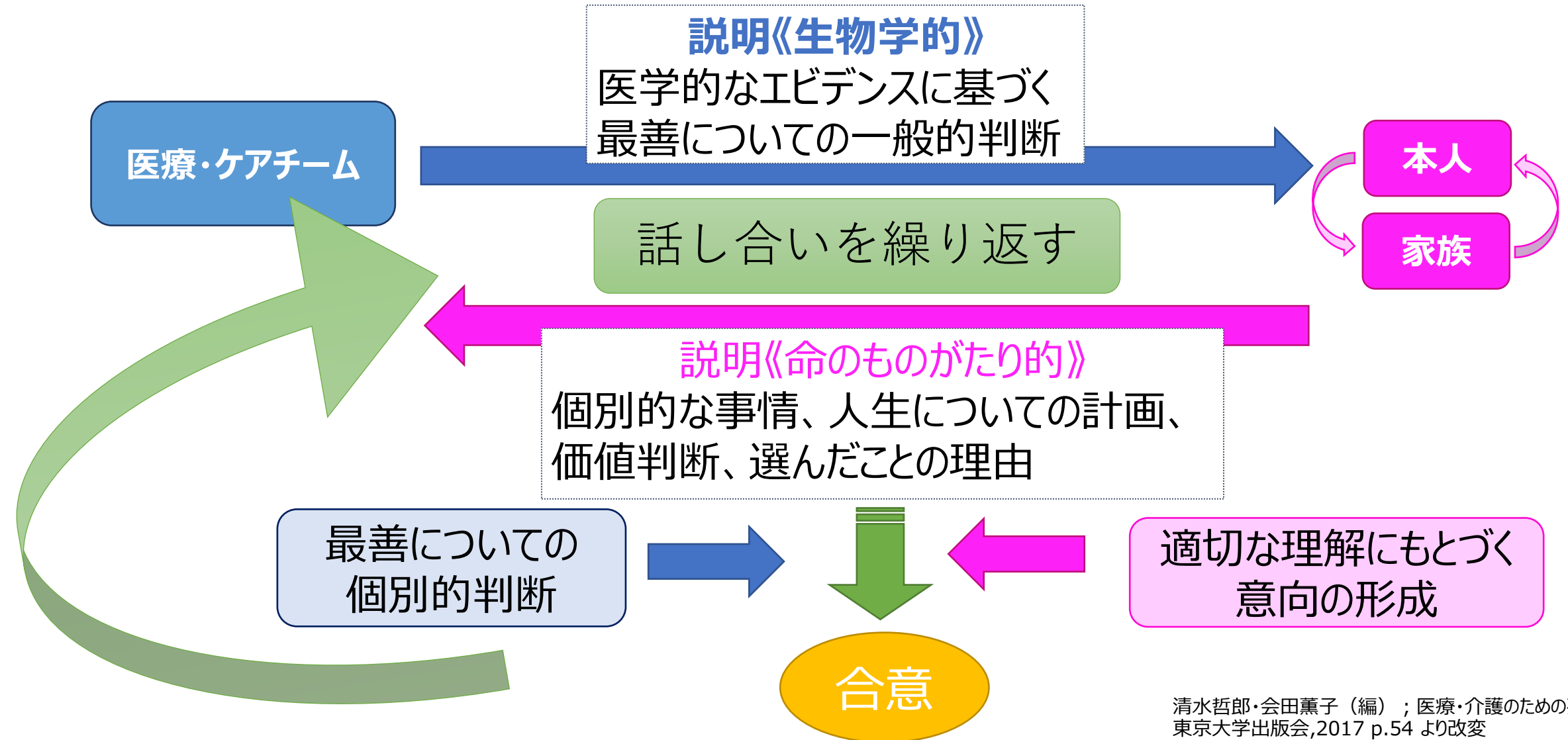
Living Will

DNAR

Do Not Attempt Resuscitation

将来判断能力を失った際に自分に行われる医療行為と意思決定代理人について意向を前もって意思表示すること

みんなで考え続ける“共同意思決定”のプロセス



Living Will があればいい……？

- Living Willが法制化されている国でさえ、作る人は少ない (Miles SH,et al.1996)
- 事前指示 (AD) を作成していても、救急医療では参照されない
(Danis M ,et al.1991/ SUPPORT,1995/他)



- ◆ 人の考えは、状況によって変わる
- ◆ その人にとっての治療の意義は、
その状況にならなければ分からない
- ◆ “決めた”理由 (=その人の価値観、大事なこと) が
分からなければ、医療処置の是非を決める際の情報にはならない

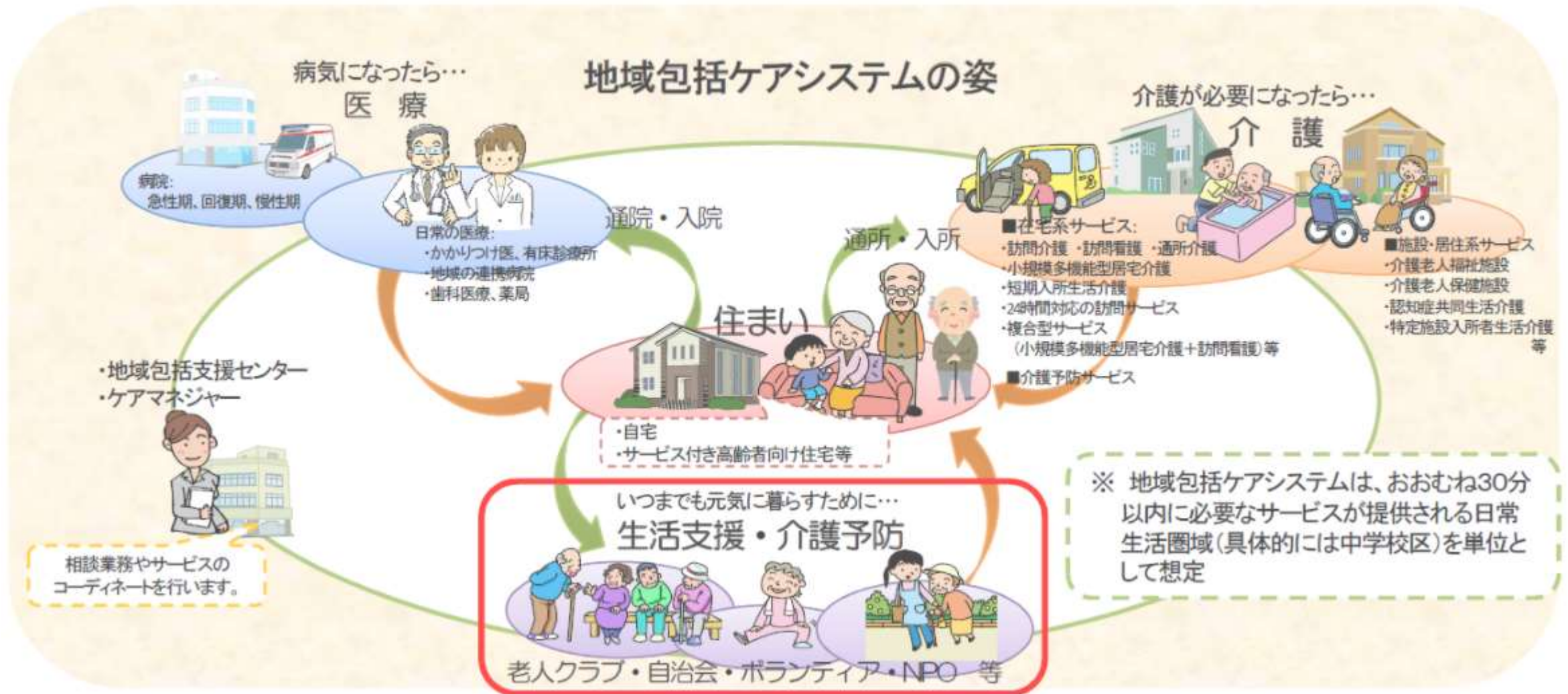
ACPはいつ始めれば？

★いつでも。
★負担になりすぎないときに。

- できれば、意思決定能力が十分なうちにやがて意思決定能力低下が予測されるときは早めに
- 慢性疾患が悪化しつつある時期
- 進行性疾患の診断時
- フレイル（老年期の脆弱性）が進行し介護が必要になったとき
- これまでの治療が続けられなくなったとき

★医療者の“決めてほしい”タイミングではなく
本人と家族らにとって大事なタイミングであることが大切

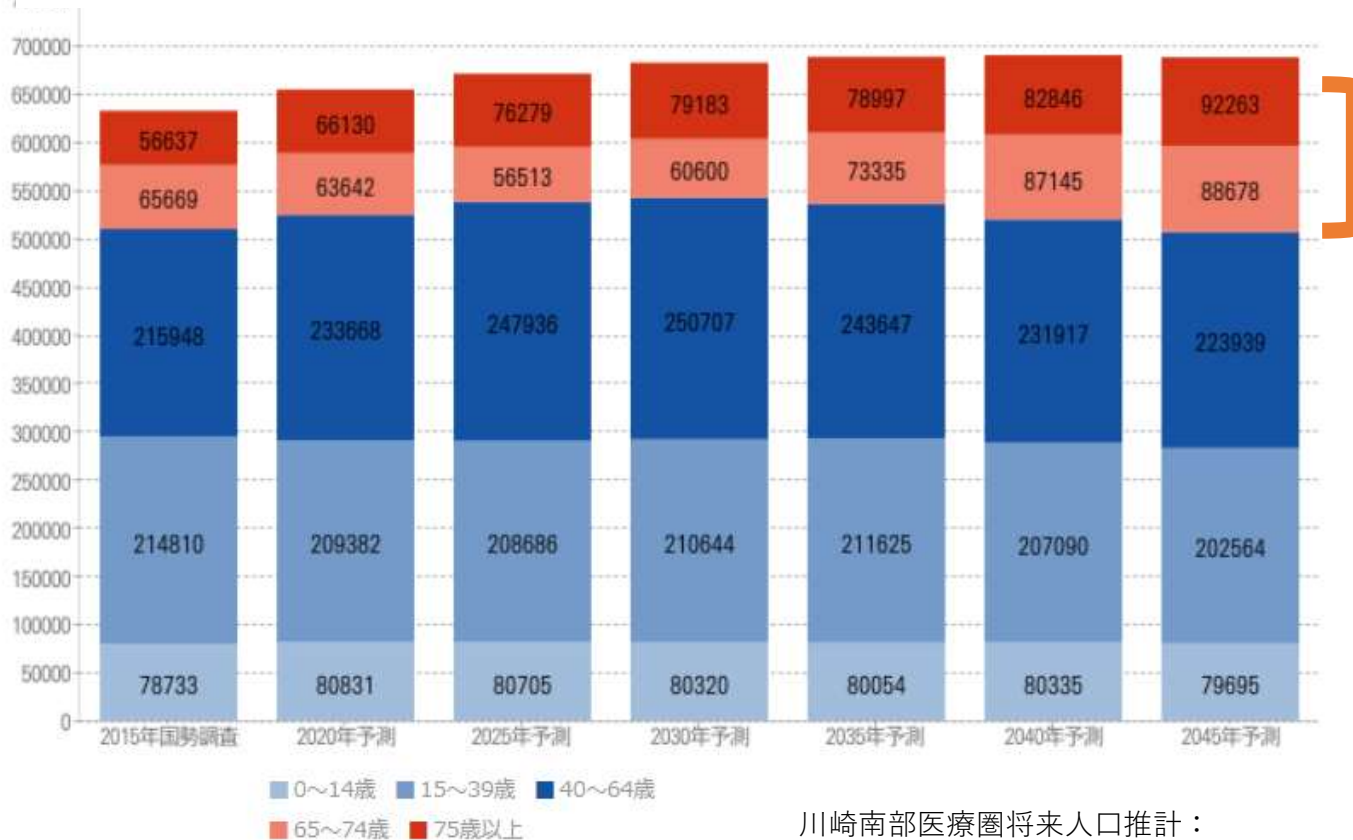
話し合ったことを地域で伝えあう



今、なぜ、ACP?

※ 将来推計人口 (人)

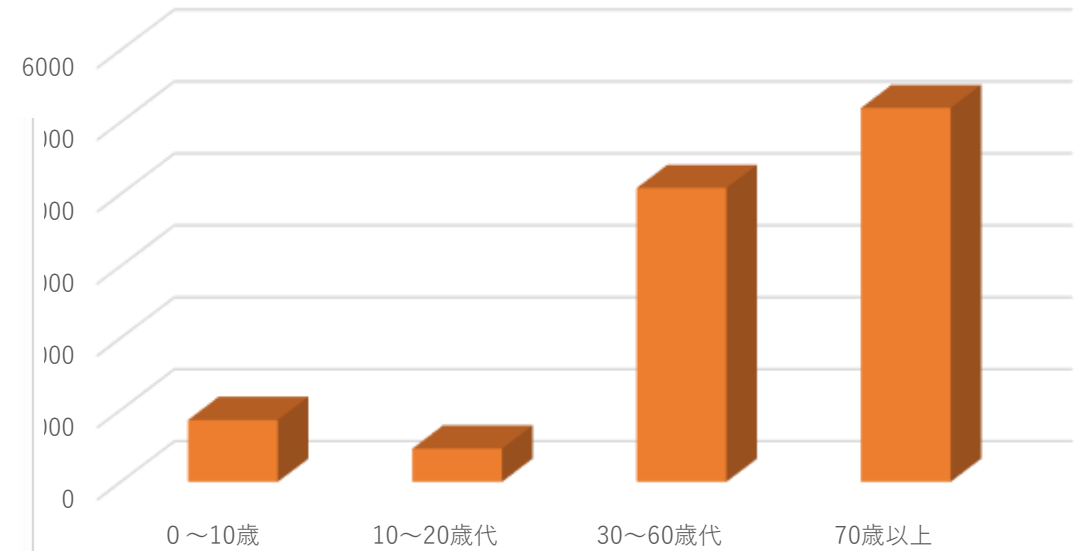
川崎市将来推計人口



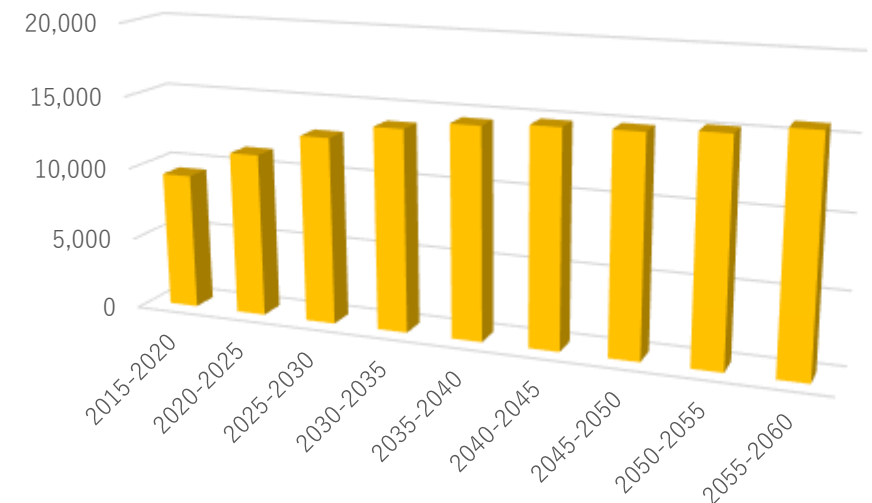
川崎南部医療圏将来人口推計：
日本医師会地域医療情報システムWebsite

川崎病院退院患者数 (令和2年度)

川崎病院指標 (R.2)



川崎市死亡数



今、なぜ、ACP？

- 終末期では約70%の患者が意思決定不可能になる (Silveira MJ, NEJM, 2011)
- 人々の願いと現実の乖離

人生の最終段階における医療・療養場所の希望

■ 医療機関 ■ 介護施設 ■ 自宅 ■ 無回答

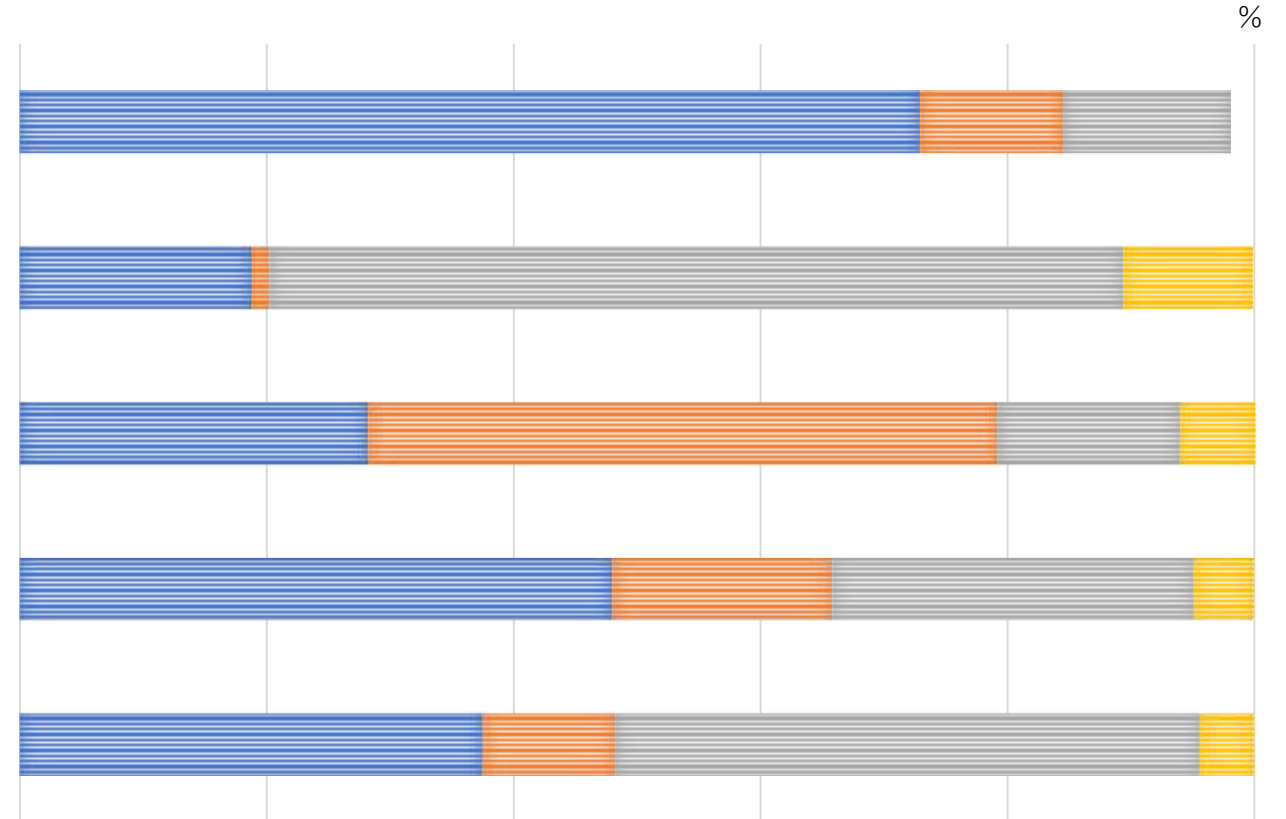
亡くなる場所の実際

最期を迎えたい場所

認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた場合

重度の心臓病で、身の回りの手助けが必要だが意識や判断力は健康なときと同様の場合

末期がんで食事や呼吸が不自由であるが痛みはなく、意識や判断力は健康なときと同様の場合



過ぎたい場所

今、なぜ、ACP?

- 55.1%の人々は、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合っていない

厚労省「人生の最終段階における医療に関する意識調査 報告書」H.30

- 話しあうきっかけを必要としている

話し合ったことがない理由

話したくない

必要性を感じない

きっかけがない

知識がなく
何を話し合ったらいいかわからない

%

大切な人の死に対する心残り

望む場所で療養できたら

%

あらかじめ身近で大切な人と話し合えていたら

もっと早く医療や介護関係者等と話し合いをしていたら

望む場所で最期を迎えられたら

COVID-19流行で変わった医療・介護現場

- 病状が辛いさなか、大切な人々に会えない、話せない
- 介護施設にいる大切な人に、日常的に会えない
- 容態が変化していく様子を、大切な人が感じ取れない
- その人の考えや価値観を知る人々が集まって話すことが難しくなっている
- 万が一、感染症罹患となった場合、
容態悪化は急速であり、時間的猶予はない

⇒ACPの実施はより困難になる

※特に、COVID-19罹患後の高齢者の容体悪化は急速、より困難さは増す



健康リスクのある高齢者では、より早い段階でのACP実施が推奨される

日老医『「 COVID-19流行期において高齢者が最善の医療およびケアを受けるための提言 -ACP 実施のタイミングを考える-」 (2020)

ACPのステップ【自分編】

1. 大切にしたいことは何か、を考えてみる
2. 信頼できる人 = いざというとき、自分の気持ちを代弁してくれる人は誰かを考えてみる
3. 伝えてみる (話しておく、書いておく)
4. 折に触れ、見直す
(状況の変化により気持ちは、変わる)



お正月、誕生日などの記念日は、
明るい雰囲気で大切な話をする
チャンスかもしれません

ACPのステップ【自分編】

1-1. 生きられる時間が限られているとしたら？ 大切にしたいことは何か、を考えてみる

例)

- 家族や友人のそばにいること
- 仕事や社会的な役割が続けられること
- 身の周りのことが自分でできること
- できる限りの医療が受けられること
- 家族の負担にならないこと
- 痛みや苦しみが無いこと
- 少しでも長く生きること
- 好きなことができること
- ひとりの時間が保てること
- 経済的に困らないこと
- その他（具体的に）

とても大事！それこそが価値観
(大切にしたいもの)

+ その理由は何か、を考えてみる

ACPのステップ【自分編】

- 1-2. こんな最期だったらいいな、と思う状況は？**
こんな最期だったら嫌だな、と思う状況は？
どのようなものか、を考えてみる

例)

- 親しい人に囲まれ、お礼の気持ち、愛しているという気持ちを伝えたい
- 自分の存在が誰かの助けになっている、と感じていたい
- 自分の世話にあまりに手がかかるようになってからは、長い時間は過ごしたくない
- 私を大切に思う人に、苦しむ姿をみせたくない
- 私を大切に思う人が、見るのが辛い状況で長い時間は過ごしたくない

ACPのステップ【自分編】

1-3. 「このような状況で生き続けることは大変かも」と 思う状態はどんなものかを考えてみる

例)

- 意識がなく、あるいはもうろうとし、状況を理解したり自分の考えを話したりできない
- 身の回りのこと（排泄、食事など）が自分でできない
- 口から食物や水分をとることができない
- 人工呼吸器など医療機械につながれ、身動きができない
- 和らげることができない痛みや苦痛が続く

ACPのステップ【自分編】

1-4. 「このような状況で生き続けることは大変かも」と 思う状態で受けてみたい医療・ケアについて考えてみる

- 必要な医療やケアを受けてできるだけ長く生きたい
- 命が短くなる可能性はあるが、今以上の医療やケアは受けたくない
- わからない。その時の自分の思いにまかせたい
その時、私が思いを言えなければ、周囲の人の考えにまかせたい

とても大事！それこそが価値観
(大切にしたいもの)

+ その理由は何か、を考えてみる

ACPのステップ【自分編】

2. 信頼できる人（いざという時、自分の代弁をしてくれる人） について考えてみる

- あなたがどこで、どのような医療・ケアを受けたいか、受けたくないかを代弁できる人
- 法的な権利、財産分与などにはかかりません
- 戸籍上の信者である必要はありません

【大切である理由】

その人に気持ちを伝えておくことで、

その人があなたの命について、

あなたの気持ちを想像し大切な決定をせざるを得ないとき、

その人の気持ちの負担を少しでも、軽くすることができるかもしれない

ACPのステップ【自分編】

3. 信頼できる人に、いざというときどのくらい判断を任せるか について考えてみる

あなたが表明していた希望と、大切な周囲の人々や医療者との考えに食い違いが生じたとき、みなに迷いが生じます。そのとき……

- みな意見とは違っていても、私が望んでいたとおりにしてほしい
- 私が望んでいたことを基本として、医療・介護従事者と信頼できる家族や友人で相談して決めてほしい
- 私が望んでいたことと違って、医療・介護従事者と信頼できる家族や友人で相談して、みなが穏やかであるように決めてほしい

ACPのステップ【自分編—具体例・私の場合】

1-1. 生きられる時間が限られているとしたら？ 大切にしたいことは何か、を考えてみる

- ・家族や友人のそばにいること
- ・身の周りのことが自分でできること
- ・家族の負担にならないこと
- ・家族が経済的に困らないこと
- ・痛みや苦しみが無いこと

その理由は？

理由こそが、私の価値観

寂しいのは嫌。孤独は、耐え難い

自分が存在する意味が感じられない状態はキツイ

体の辛さに対しては極度の弱虫。できる限り、和らげてほしい

注射も検査も痛いのは嫌。私にとっての意義が分からないなら耐えられない

家族、ケア従事者を問わず、できるだけ迷惑はかけたくない

ACPのステップ【自分編—具体例・私の場合】

1-2. こんな最期だったらいいな、と思う状況は？ こんな最期だったら嫌だな、と思う状況は？

- できるだけ自分がコントロールできる、慣れた場所、安心できる場所にいたい
(よく知らない人がずかずかと踏み込んでくる場所に、ずっとはいたくない)
- 家族が辛い目にあうのは避けたい。苦しそうな姿は見せたくない
- 元の生活が回復できるならば、頑張っって辛い治療も受けようと思う
そうでないならば、できるだけ痛いこと、恥ずかしい思いをすることは少なくして過ごしたい

ACPのステップ【自分編—具体例・私の場合】

1-3. 「このような状況で生き続けることは大変かも」と 思う状態はどんなものかを考えてみる

- ・孤独が続く状況
- ・恥ずかしいと思うケアや治療が繰り返される状況
- ・耐えがたい痛みや苦しみが続く状況

1-4. 「このような状況で生き続けることは大変かも」と 思う状態で受けてみたい医療・ケアについて考えてみる

私の価値観

「必要な医療やケアを受けてできるだけ長く生きる」よりは命が短くなる可能性はあるが、今以上の医療やケアは受けたくない。

理由) そのような時間の終わりが見えないのは耐え難い

ACPのステップ【自分編—具体例・私の場合】

2. 信頼できる人

=いざというとき、自分の気持ちを代弁してくれる人は誰かを考えてみる

- ・夫（私より長く生きていれば）。
- ・夫がいなくなっていれば、妹。
- ・二人ともいなければ甥っ子だが、彼らに負担はかけたくないので、親しい友人、あるいは公的な代理人に委ねておきたい。

私の価値観

その理由は？

- ・私の人生や人間性、価値観を最も理解するのは夫だから。
- ・夫の次に私を知っているのは妹だから。
- ・甥っ子たちに私を深く理解し代弁するのは無理だし、荷が重すぎるから。

ACPのステップ【自分編—具体例・私の場合】

3. 信頼できる人に、いざというときどのくらい判断を任せるか について考えてみる

私が望んでいたことを基本として、
医療・介護従事者と信頼できる家族や友人で相談して決めてほしい

その理由は？

私の価値観

- ・私の希望は尊重してほしいから
- ・私以外の、家族ほか、医療・介護従事者も含め周囲の人々に、
それがいいよな、って穏やかに納得してほしいから

このプロセスは、厚労省HPで体験できます。ぜひやってみてください👉



ACPが必要な人はどんな人？ (再掲)

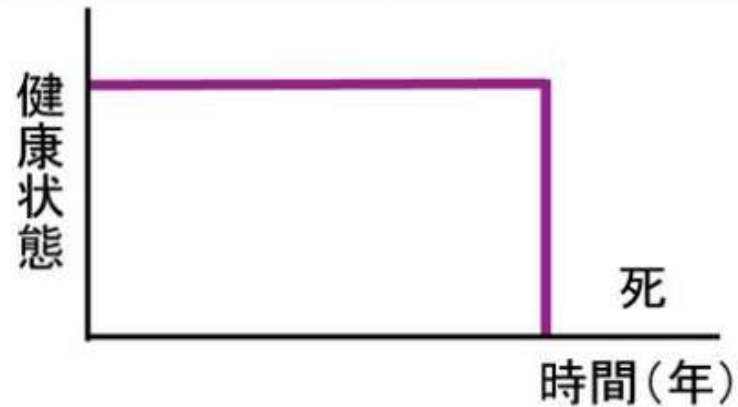
- がんか非がん疾患かを問わず、通院あるいは入院にて医療を受けている本人は、その医療機関において ACP を開始することが望ましい
- 医療を受けていない高齢者においても、要介護認定を受ける頃までには ACP を開始することが望ましい
- 介護施設に入所している高齢者においては、その施設において直ちに ACP を開始すべきである

(日本老年医学会,2019)

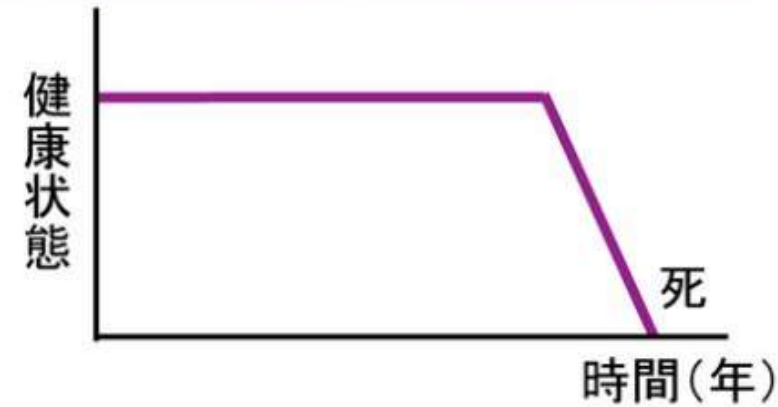
この講座を視聴してくださっているすべての人々は、それぞれの立場で（ご自身として、支援者として）ACPについて考えねばならない

ACPはいいつ始めれば？

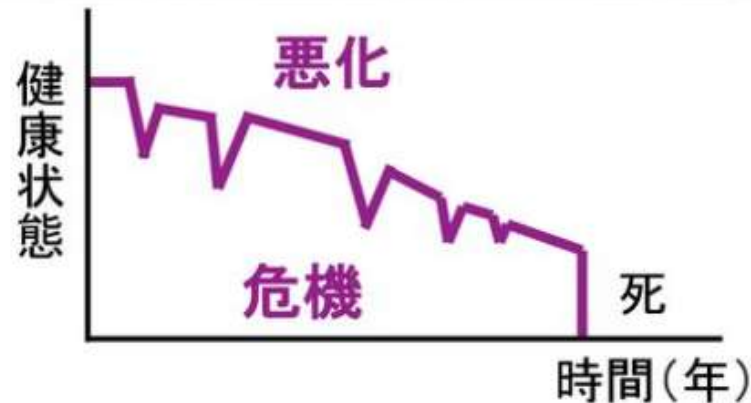
1 突然死、予期せぬ原因



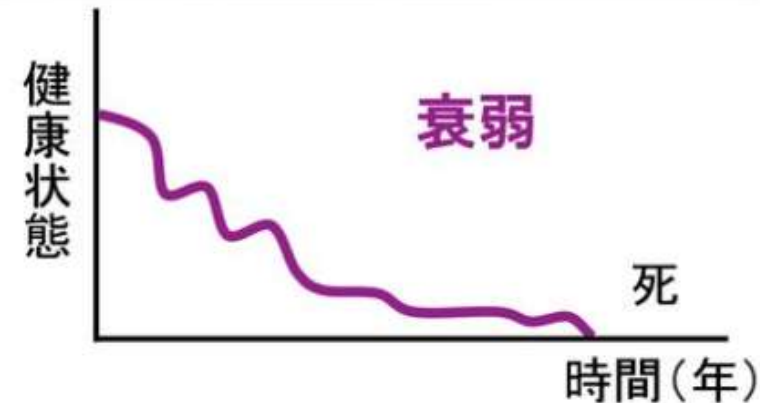
2 着実に向かう短いターミナル期



3 緩慢な悪化、危機の繰り返し



4 衰弱、予期した死



ACPのステップ【支援者編】

1. 信頼関係の構築と環境整備
2. 対象者・周辺の人々の準備状況の確認
3. 対象者・周辺の人々が得ている医学的情報の確認
4. 価値観、死生観、気がかりや不安について対話を重ねる
5. 医療・療養に対する具体的な希望とその理由について、
本人・周辺の人々が納得を目指して対話を重ねる

日々の丁寧な診療・ケアを通じた
関係性構築をまずは大事に

医療者の必要に迫られて、ではなく
対象者の状況に応じて行う

意思形成支援
意思表示支援

⇒合意形成

※一定の合意に至った後も、変更可能であることを共有し対話を続ける

⇒記録し共有する（院内多職種・院外医療ケア多職種）

⇒意思実現支援、ACPの見直し

事例

Aさん（83歳）男性、慢性心不全増悪

【背景】妻（80歳）、長女（52歳、独身）と3人暮らし

【経過】

- 高血圧症（降圧剤服用）以外は特に病気をしたことがなかったが、1年ほど前から労作時息切れを自覚しかかりつけ医に相談。重度の大動脈弁閉鎖不全症と診断された。当院に紹介受診、主治医は弁置換手術を勧めた。
- 説明を聞いた後、Aさんは外科手術、状態悪化時の気管挿管、人工呼吸器、補助循環、心肺蘇生術などを希望しないと言った。妻、長女はできる治療はすべて行ってほしいと言い、意見が折り合わなかった。
- 2週間後、Aさんは心不全急性増悪のため、入院となった。



STEP 1 信頼関係の構築と環境整備

- まずは心身の苦痛緩和を 非がん疾患のエンドオブライフ・ケア(EOLC)に関するガイドライン,2021
- 日常の基本的ニーズを充足する
- ここでなら、あなたになら、
自分にとって大事な話をしてもいい、と思える関係をつくる



ACPを行う基盤

医療・ケア専門職者の都合で行うものではない

STEP 2 対象者・周辺の人々の準備状況確認

STEP 3 得ている医学的情報の確認

- 話し合いに参加できる状況であるか、心身の準備状況を確認する

「これからの治療や療養について、Aさんのお考えを大事に決めていくために、お考えを聞かせていただきたいのですがよろしいですか。」

- 病状と提案されている治療の理解について、その人の言葉で確認する

「医師からはご病気について、どのようにお聞きになっていきますか」

- 提案されている治療のメリット・デメリットについての理解を確認する

「治療をした方がいい理由はどのように聞いていらっしゃいますか。」

「治療にともなって、どんな不都合なことが起きるかもしれないと聞いていますか」

- 必要に応じ、情報を補足したり、誤解を修正する

- 対話が一度でうまくいかなくても、場面を変えてチャレンジしてみる

STEP 4

価値観、死生観、気がかりや不安について対話を重ねる

- 治療選択の背景にある、価値観、死生観、気がかりや不安を尋ねる

「手術を受けたくないと思うのはなぜですか。」「一番心配されていることは何ですか」

- 価値観を形成してきた人生のエピソードを聞く

「手術をして長生きしても、その後の介護で家族に迷惑をかけたくない、というのが一番の気がかりなんですね。これまでの人生で、Aさんにとって大変だったことってなんですか」「それをどう乗り越えられてきたのですか」

- 治療選択が本人の語る価値観と相違する場合には、その要因を考える

「手術すればもう少し楽になると先生は言うのだし、頑張ってみてもいいかなと思う。いままで、できることは一生懸命やって生きてきたから。でもそれで長生きして、介護を家族にさせるのは辛い」

- 気がかりが解決／軽減できる場合には、その方策を考える

「もし将来、生活が自分だけでは辛い状態になったときには、家族だけに負担をかけない方法を考えることができます。その時にはしっかり相談にのりますよ」

STEP 3 得ている医学的情報の確認

STEP 4 価値観・死生観・気がかりや不安を尋ねる



先生が勧めてくれる手術はカテーテル？っていうの？でできるから、今の自分の体力でも十分に効果が期待できるって言われた。もうだいぶ長生きしてきたから十分だと思ってるけど、それならばやってもいいかな、って。正直なところ、そう思うよ。このところ、日課の散歩でも息が切れて辛いから。

でもね。それで長生きしても、何年か後には人の世話になるでしょう？それが嫌なんだ。私は40代で一度、経営していた会社を倒産させてね。妻にもまだ中学生だった娘にも、本当に心配させたし苦労かけたんだ。だから、もう自分のことで家族に迷惑をかけたくない。妻にも娘にも、自分の思う通り、楽しい日々を生きてほしいんだ。私の世話なんか、させたくないんだ。だから、手術なんかして長生きしたくはないんだよ……。

STEP 5

医療・療養に対する具体的な希望について 本人・周囲の人々の納得を目指して対話を重ねる

- 周囲の人々の気がかりや不安を聞く
「奥様が、できる治療はすべてしてほしい、と思う理由はなんですか」「一番心配されていることは何ですか」
- 本人と周囲の人々の考えが違うときには、
それぞれが理解し合えるように橋渡しする。
- 本人の意向を中心に、みんなが納得できる方策を考える
- 気がかりが解決／軽減できる場合には、その方策を考える

STEP 5

医療・療養に対する具体的な希望について 本人・周囲の人々の納得を目指して対話を重ねる



あの人は本当に苦勞して私たちを養ってきてくれたの。いくら感謝しても感謝しきれない。二人で必死に働いてやっと安定した生活ができるようになった。あの人には安心して長生きしてほしい。手術すればもう少し長生きできるっていうんだから、そうしてほしいの。なのにあの人がたら、手術はしない、なんて……

お父さんは苦勞して私を育ててくれました。まだ何の親孝行もできてない。先生からは、手術はそれほど危険なものじゃなくて、父の年齢でも十分耐えられるって言ってもらえた。なのになんで、父は手術はしたくないなんて言うんでしょう……。父の気持ちが分かりません。



Aさんは、毎日の生活が楽になるなら手術をたいという気持ちもある。けれど、将来家族に迷惑をかけることが心配で、長生きはしたくないという気持ちで手術を断っている。



Aさんと家族の人生の物語を聞き語り出された価値観・選考を中心に何が最善かをみんなで考える




将来介護が必要になったときの社会的支援について説明し安心してもらったら、Aさんの気持ちは変わるかも… Aさんにとっての最善は……？



STEP 5


医療・療養に対する具体的な希望について 本人・周囲の人々の納得を目指して対話を重ねる



先生は、この手術を今のところ寝たきりにはならない、ちゃんと生活できるようになるって言うてくれたから、手術を受けてみるよ。妻も娘も、頑張れって言うてくれてるし。お願いします。

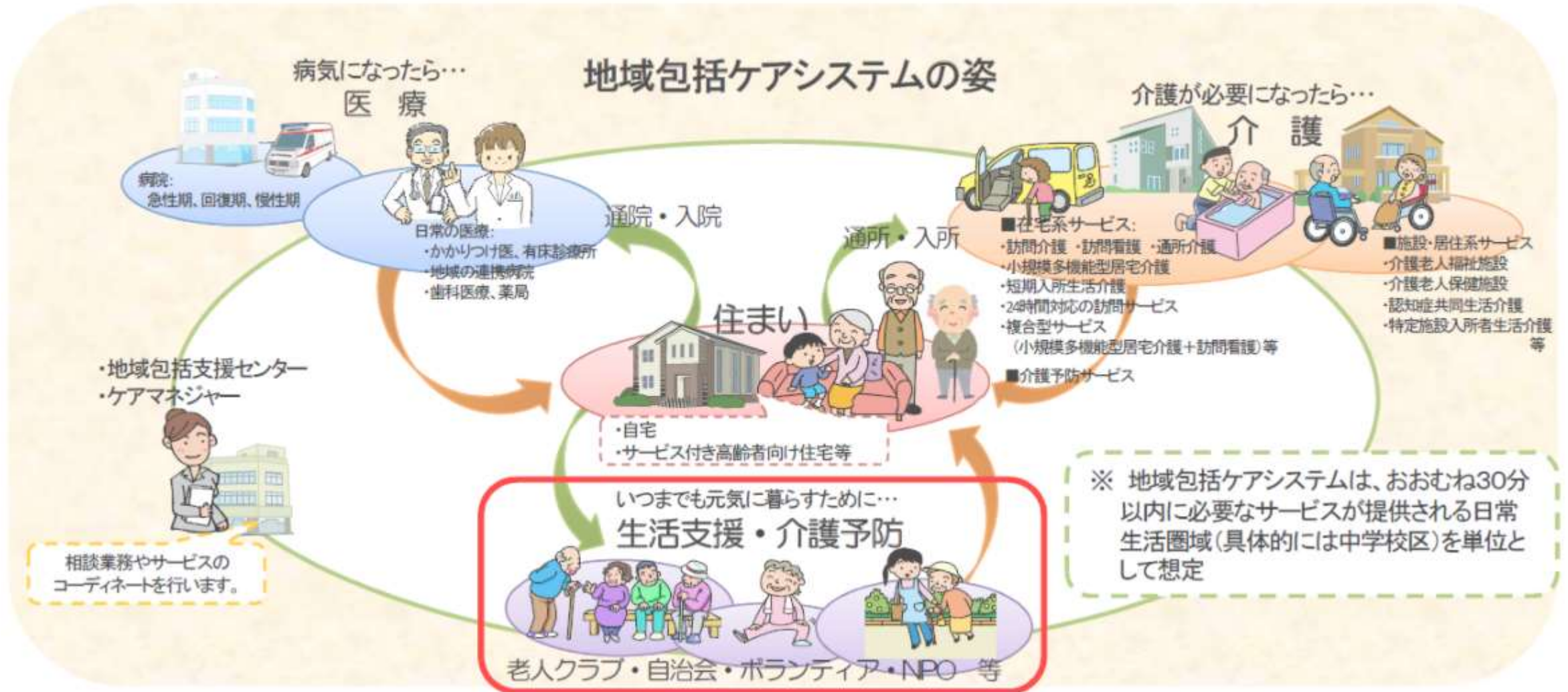
そうなんですね。分かりました。
ご自身で生活ができるうちは、治療を受けて頑張りたいという
お考えなんですね。

そう。でも近い将来、自分で自分のことができなくなったり、管につながれないと生きていけないことになったら、そのときはもう頑張りがたくない。そのときは、妻や娘が何と言おうと、自然に任せたいって思ってるよ。



お考え、
よく分かりました。

話し合ったことを地域で伝えあう



Aさんの価値観を、施設を越え、つなごう

今回は手術、大変でしたね。
今後の治療や生活上のお手伝いについて、もう一度話し合っておきたいのですが、よろしいでしょうか。

ありがとう。
今回は先生方のおかげで命拾いました。
でもね。やがて命の終わりが来る。
その時が近づいたら、あんまり無理はしたくないんだ。実のところね……
もう入院はこりこりなんだ。
今回限りにしたい。もういい年まで生きた。
今度、大変な状態になったら、できるだけ入院しないで、家で過ごしたいんだ。でも息子たちには迷惑をかけたくない。
手助けをお願いできるかなあ。

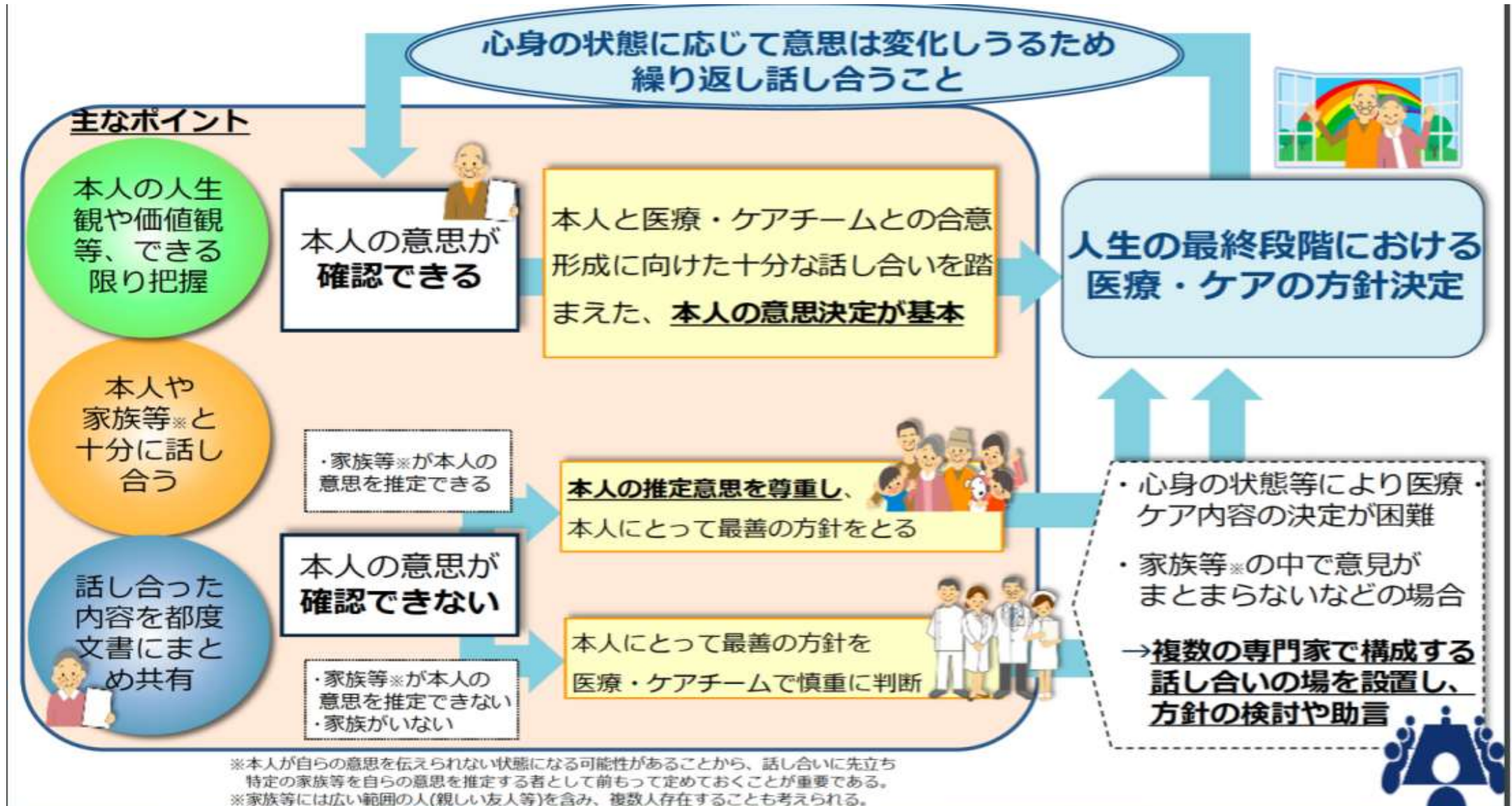


ケアマネージャーさん
施設相談員さん
ホームヘルパーさんなど

お考え、よく分かりました。できるだけ入院しないでAさんらしい生活が続けられるように、話し合っていきましょう。



人生の最終段階における医療・ケアの意思決定プロセスガイドライン



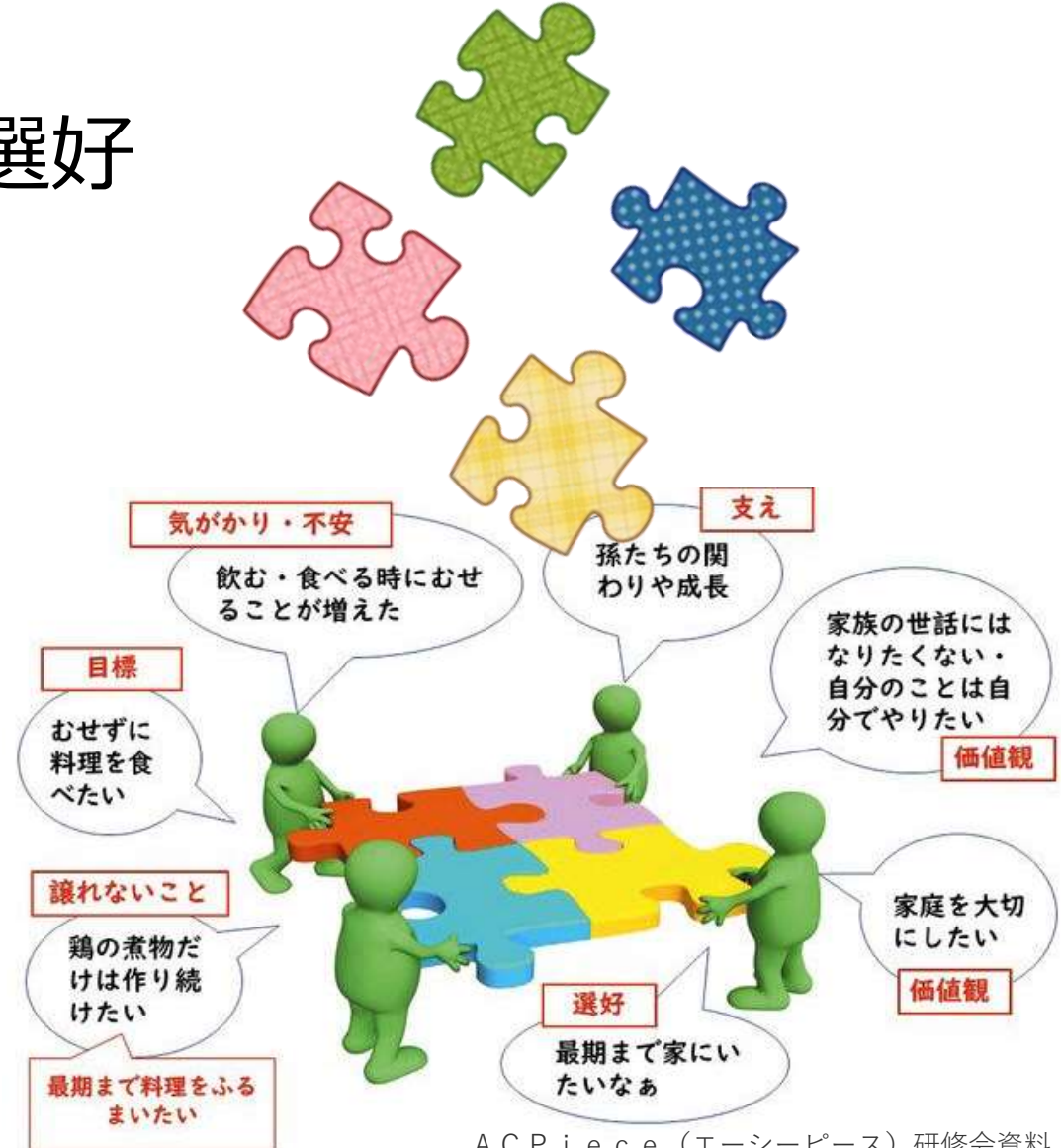
地域ケアの各セクションで その人の価値観のピースを つなごう

- 「患者・家族の受け止め」
 - ・患者、家族の価値観や死生観
 - ・疾患や病状、今後の見通しについての理解
 - ・それらに照らした具体的な医療、ケアについての選択
- 「継続する問題・ケア」
 - ・（例えば）患者の価値観や医療・ケアについての具体的な嗜好と現実的な選択肢の間に乖離があること
 - ・本人と周囲の人々との意見が異なっていること
 - ・今後予測される病状悪化に際してどのような医療・ケアを選択するか、話し合いが十分に行えていないこと



地域・居宅ケアの皆さんにお願いしたいこと

- 生活史、生活史に根差した価値観、選好
 - ・何を大切に生きてきたか
 - ・生と死に対する考え方
- 医療／ケアについての具体的な選好
 - ・何を望み、何を避けたいか
 - ・その理由はなにか
 - ・気がかりや不安
 - ・周囲の人々はどう考えているか



ACPを支援する時に必要な気遣い

- **決めること、が目的ではない、大切なのは対話を始めること**

⇒医療・ケア専門職の都合で始めない。

今後の病状予測をもって、必要な人と、対話を始める。

対象者の準備状態がないままに始めない

考えたくない・語りたくない・決めたくない自由を大切にしよう

- **人の気持ちは変わる。大切なのはプロセス**

対話を続ける伴走者となろう

- **今苦しい人は、未来について語れない**

辛い今に寄り添い、最善のケアを尽くそう (早川,2016)

A group of people are gathered around a table in what appears to be a meeting room or office. A man in a blue suit is seated on the left, gesturing with his hands. A woman in a green dress is seated in the center, looking towards the man. Other people are visible in the background, some seated at the table and others standing. The room has large windows and modern office furniture.

同じ側面から、両方共面談しているのだよ。
遠慮なく下駄を叩いてやる。早く早い話をしてやる。

Take Home Message

- たった一度、かけがえのない人生を、
最期まで自分らしく生き抜くために。
命の危機に瀕する前に。折に触れ、人生会議を始めよう
- 状況が変われば気持ちは揺れる。
医療・ケア提供者は、対話を続ける伴走者になろう
- “その人の大事なこと”を、つなぎ支える地域社会をつくろう
- 支える人々も辛い。
職種を越え、施設を越え、ワンチームで支えあおう

参考文献

《●はオンラインで閲覧できます,日老医 = 日本老年医学会》

- 厚生労働省「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」(2018改訂)
- 厚生労働省「人生の最終段階における意思決定支援 事例集」(2020)
- 日老医『「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する「立場表明」』(2012)
- 日老医『高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン
－人工的水分・栄養補給の導入を中心として』(2012)
- 日老医『ACP推進に関する提言』(2019)
- 日老医『「COVID-19流行期において高齢者が最善の医療およびケアを受けるための提言
-ACP 実施のタイミングを考える-」(2020)
- ・清水哲郎・会田薫子(編) ; 医療・介護のための死生学入門,東京大学出版会,2017
- ・長江弘子(編) ; 看護実践に生かすエンド・オブ・ライフケア 第2版, 日本看護協会出版会, 2018
- ・阿部泰之 ; 正解を目指さない!? 意思決定支援 人生最終段階の話し合い,南江堂, 2019
- ・川崎優子 ; 看護者が行う意思決定支援の技法30 患者の真のニーズを引き出すかわわり, 医学書院,2017
- ・西川満則ら(編) : 本人の意思を尊重する意思決定支援 事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング,南山堂, 2016
- 竹ノ内沙弥香 ; 重篤な病気を持つ患者との話し合いとその課題について, 意思決定支援とACP,話し合いの手引き, 看護管理, 30 (2) ,2020, p.128-139
- ・箕岡真子 ; 蘇生不要指示のゆくえ 医療者のためのDNARの倫理, (株) ワールドプランニング,2012
- ・小林亜津子 ; QOLってなんだろう 医療とケアの生命倫理,ちくまプリマー新書,2018
- オレンジホームクリニック作成動画 https://youtu.be/KE_qumJl7bo

