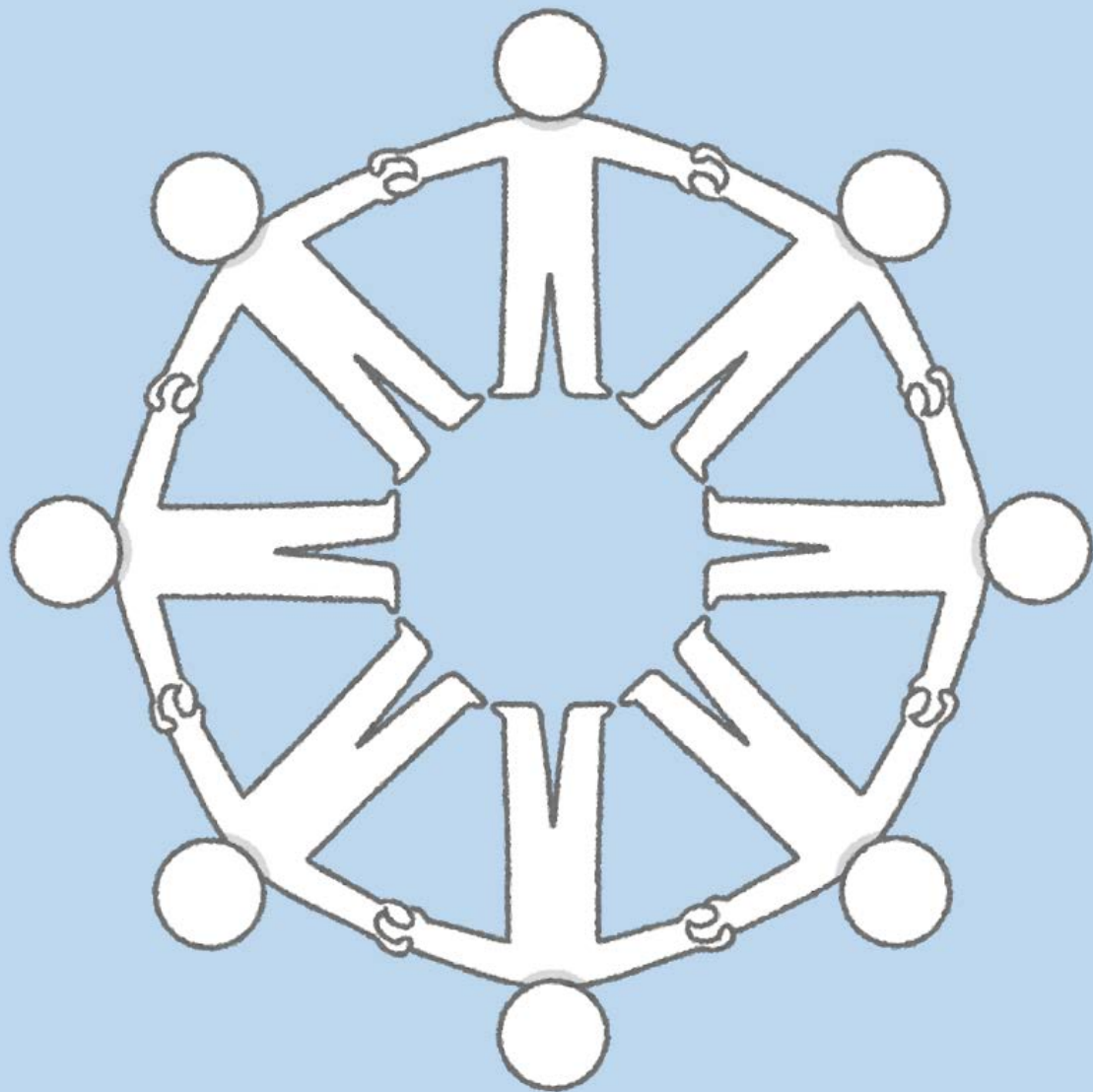




「ACP」の目指すところ

くらしの中で輝くいのちを考える
死を通して生きるを考える

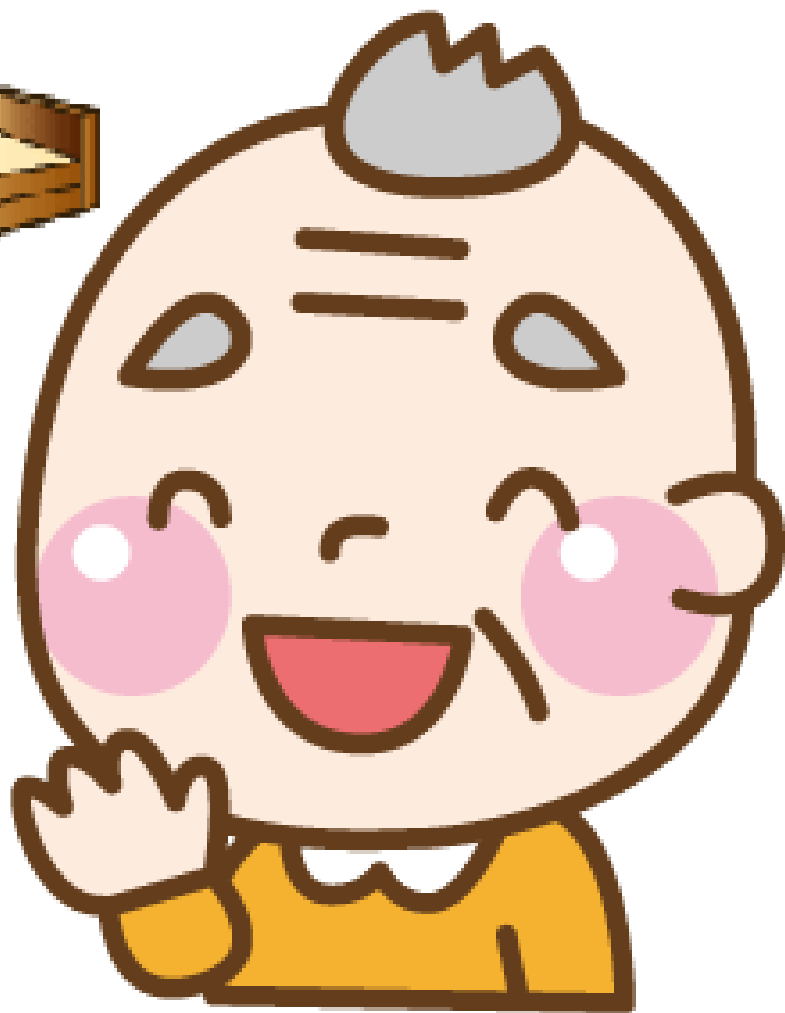
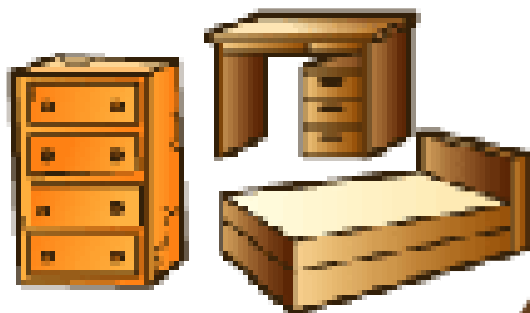
斎藤内科クリニック
斎藤 忠雄

あなたは、
人生の最終章をどう生きますか？

**ACP(アドバンス・ケア・プランニン
グ)とは？**

新潟盲学校→ろう学校と
合併して、新潟よつば学園

ジェスチャーや筆談
で（手話は良好）



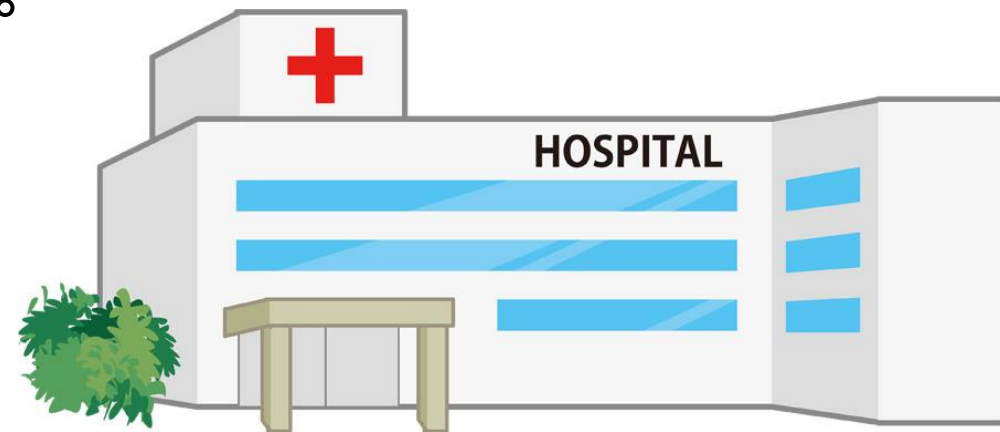
ACP劇場
(新潟市B区)



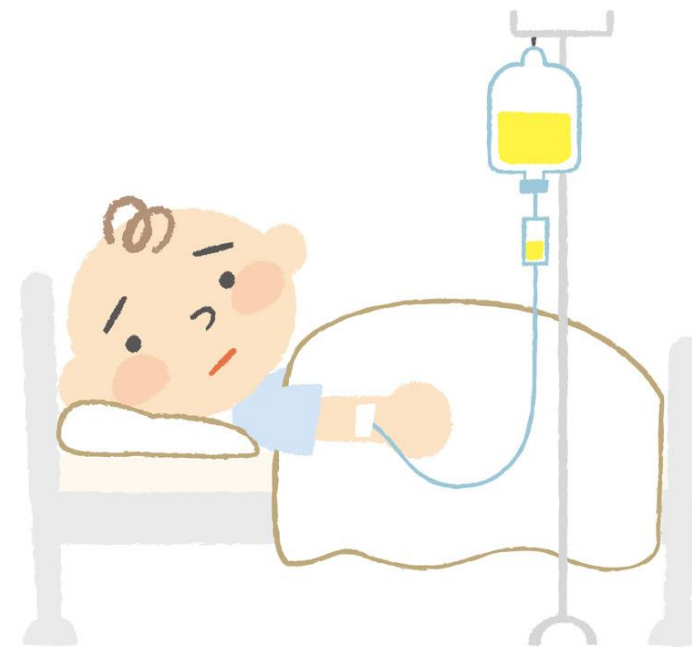
読唇術と手話



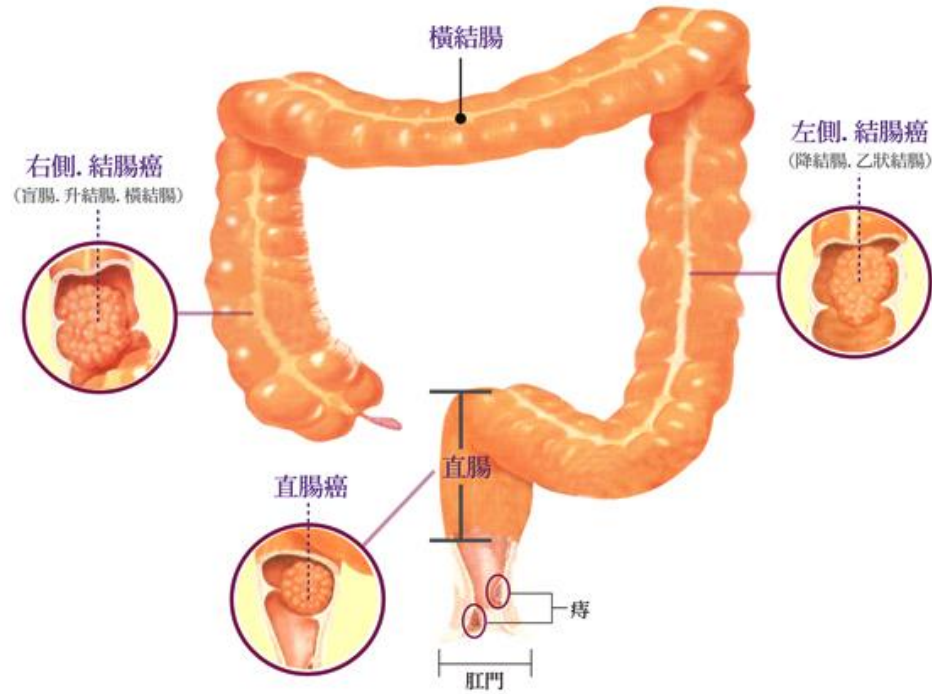
最近、体がだるくて、疲れやすくなったな。
歳かな？・・・・・・・・平成28年11月



ようやく病院へ…平成29年3月



平成29年6月大腸がん、 転移、末期状態



抗がん剤の治療を入院して
始めますが、
前回のことも
あり、娘さん
が付き添いで
泊ってください
い．．．．．
．．．



手術はできな
い、化学療法
しないといつ
亡くなるかわ
からない．．
．．．．．
．．．．．

入院期間中、耳が聞こえない
からと馬鹿にされ、医師や看
護師はコミュニケーションを
取ろうとしなかった。

本人も妻も娘も医師や看護師
への信頼が持てなかった。







これまで聾啞者としてとても
つらい人生・・・手術できな
いのであれば、抗ガン治療で
もつらいのでは・・・
緩和ケアでは？



抗がん剤治療を
しないで、緩和
ケアなんて・・・
・・・

医者の言うこと
を聞けない患者
なんて、もう二
度と病院へは来
るな！（7月3日）



隣の家へ体温計を借りに行ったところ、その家の嫁が病院看護師で、見に来てくれると同時に、

こんな大変な病気で、家にいるなんて本人の我がままだ、と。その後、ご近所は寄りつかなくなりました。





9月16日永眠



訪問医療・介護
チームのかかわり



元気なうちに、
みんなで、
笑顔で
話しておきましょう！

これまでの日本は

※30年前は、医師は病名を告知しなかった。

そして、10年前から突然、病名告知。医療者から一方的に病名を告知され家族は、選択を迫られ困惑する状況。

「非告知」から「告知」の時代となった転換点は1990～
2000年ごろ

それらの様々な反省から、人生の最終段階において、**QOL**を最優先とし、医療者は疾患への専門家として責任を本人、家族とシェアしながら向き合い、意思表示へとつなげる動き（平成30年度ガイドライン改定）。

「医師の裁量の範囲」から「義務」へ

ガイドライン作成の経緯（政策提言）

- **終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン**（平成19年）
（富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件）

射水市民病院人工呼吸器取り外し事件

- 平成17年（2005年）10月12日、内科看護師長が、「外科部長が入院患者を安楽死させようとしている」と副院長へ通報
- 過去に7件の治療中止が判明
- 通報を受け、院長が警察へ通報
- 平成12年から平成17年まで7件の積極的安楽死？延命治療中止？があった
- 平成18年報道

延命治療？

症狀緩和？

消極的延命治療中止？

積極的延命治療中止？

安樂死？

ガイドライン作成の経緯（政策提言）

- **終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン**（平成19年）
（富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件）
- **人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン**（平成27年）
- **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）

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

1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としうえて、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。
また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、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繰り返し行われることが重要である。
さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。
- ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 本人の意思の確認ができる場合

- ① 方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされることが必要である。
そのうえで、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を踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。

- ② 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本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。
- ③ 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) 本人の意思の確認ができない場合

- 本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。
- 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し行う。
 - 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。

(3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置

- 上記(1)及び(2)の場合において、方針の決定に際し、
- ・医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合
 - ・本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
 - ・家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
- 等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

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

【改定のポイント】

- 高齢多死社会の進展に伴い、**地域包括ケアの構築**に対応する必要があることや、英米諸国を中心とした**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いることなどを踏まえて改訂を行った。

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) ； 英国NHS

- 患者とケア提供者の間で、今後のケアについて話し合う自発的なプロセス
- もし患者が望むなら、そのプロセスに家族や友人が含まれるかもしれない。
- 患者の同意を得た上で、この話し合いは記録され、定期的に見直され、そしてケアに関わるキーパーソンに共有されることが望ましい。

NHS <http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>

ご当地連携研修会（新潟市）
アドバンス・ケア・プランニング
坂井さゆり先生講演資料より
(2018.3.29)

ACPに含まれること

- 患者の気がかりと願い
- 患者が大切にしていることやケアの目標
- 自身の病状や予後についての理解
- 将来有益となりうるケアや治療の種類に対する患者の好みや希望、その提供体制

NHS <http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>

アドバンス・ケア・プランニング（ACP） ;米国Delphi studyによる最近の定義

52カ国の臨床、研究者、4カ国の政策リーダー、患者/代理諮問委員会
からなる国際的なACP専門家の総合的なパネル

- 年齢と病期にかかわらず、患者（成人）と、その人の価値、人生の目標、将来の医療に関する望みを理解し共有し合うプロセスのこと
- ACPの目標は、重篤な疾患ならびに慢性疾患において、患者の価値や目標、選好を実際に受ける医療に反映させること
- 多くの患者にとって、このプロセスには自分が意思決定できなくなったときのために、信用できる人を選定しておくことを含む

Sudore RL et al. J Pain Symptom Manage. 2017

- ACPは、患者、信頼できる人々、医療者とともに行われることが望ましい
- 話し合いは、患者が自分の病状や予後、これからの治療についてどれくらい知っておきたいか、のレディネス（準備状態）に応じて行われる
- ACPは、健康状態や患者の生活状況が変わるごとに繰り返し行われるべきである
- ACPは、患者が最も大切にしていることにもとづいて意思決定ができるように、医学的ケアの全体としての目標が何か、に焦点を当てる必要がある
- 話し合いの内容は記録に残され、共有され、必要時にすぐに参照でき、必要に応じて更新されるべきである

ご当地連携研修会（新潟市）
アドバンス・ケア・プランニング
坂井さゆり先生講演資料より
(2018.3.29)

英米諸国ACP

医療者 ⇔ 患者・家族・
信頼できる人

類似する概念

<アドバンス・ディレクティブ(事前指示)>

患者あるいは健常人が、将来判断能力を失った際に、自らに行われる医療行為に対する意向を前もって示すこと

■意向を示す方法として、以下の2つの形態がある

- 医療行為に関して医療スタッフ側に指示を与える
(文書で表したもの ➡ リビング・ウィル)
- 自らが判断できなくなった際の代理決定者を委任する

(赤林 他, 2001)

■ Do Not Atttempt Resuscitationの略

- 急変時または末期状態で心停止・呼吸停止の場合に、蘇生処置をしないという取り決めのこと

<蘇生処置>

- 心臓マッサージ
- 気管内挿管
- 人工呼吸器
- 薬物投与(エピネフリン など)



歴史的変遷

- いずれも、意思表示が難しい状態になっても患者の意向を尊重した医療を行うことを目的としている

アドバンス・
ディレクティブ



代理決定者の決定

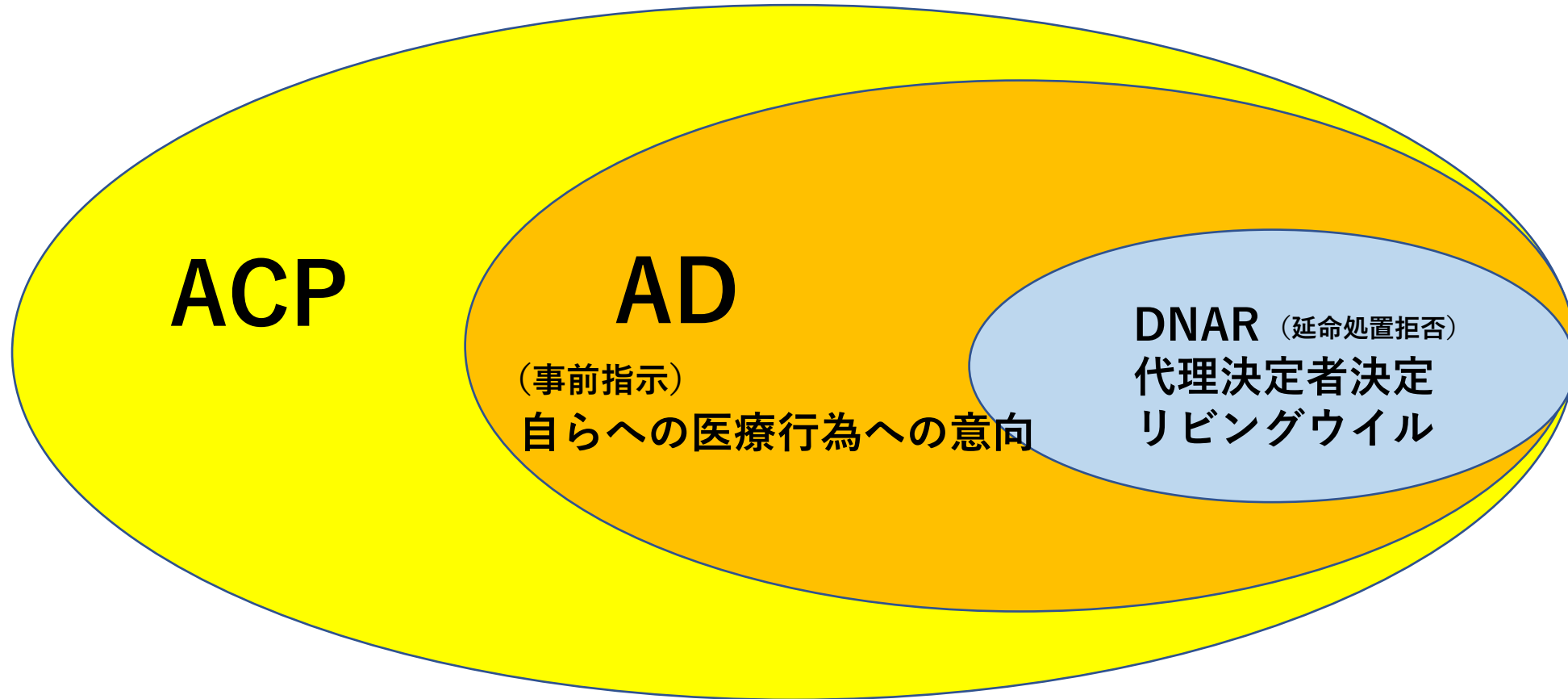


リビングウィル



アドバンス・
ケア・
プランニング

アドバンス・ケア・プランニング(ACP) の位置づけ



意思表示が難しい状態になっても患者（健常人）の意向を尊重した医療を行うことを目的としている
(書面の作成⇒継続的な対話・プロセス)

日本型

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）とは？

「本人の意思表示ができる間に、前もって医療・ケア計画について話し合うプロセス」と定義

意思決定支援 の3本柱

(ACPと意思決定支援の実際)

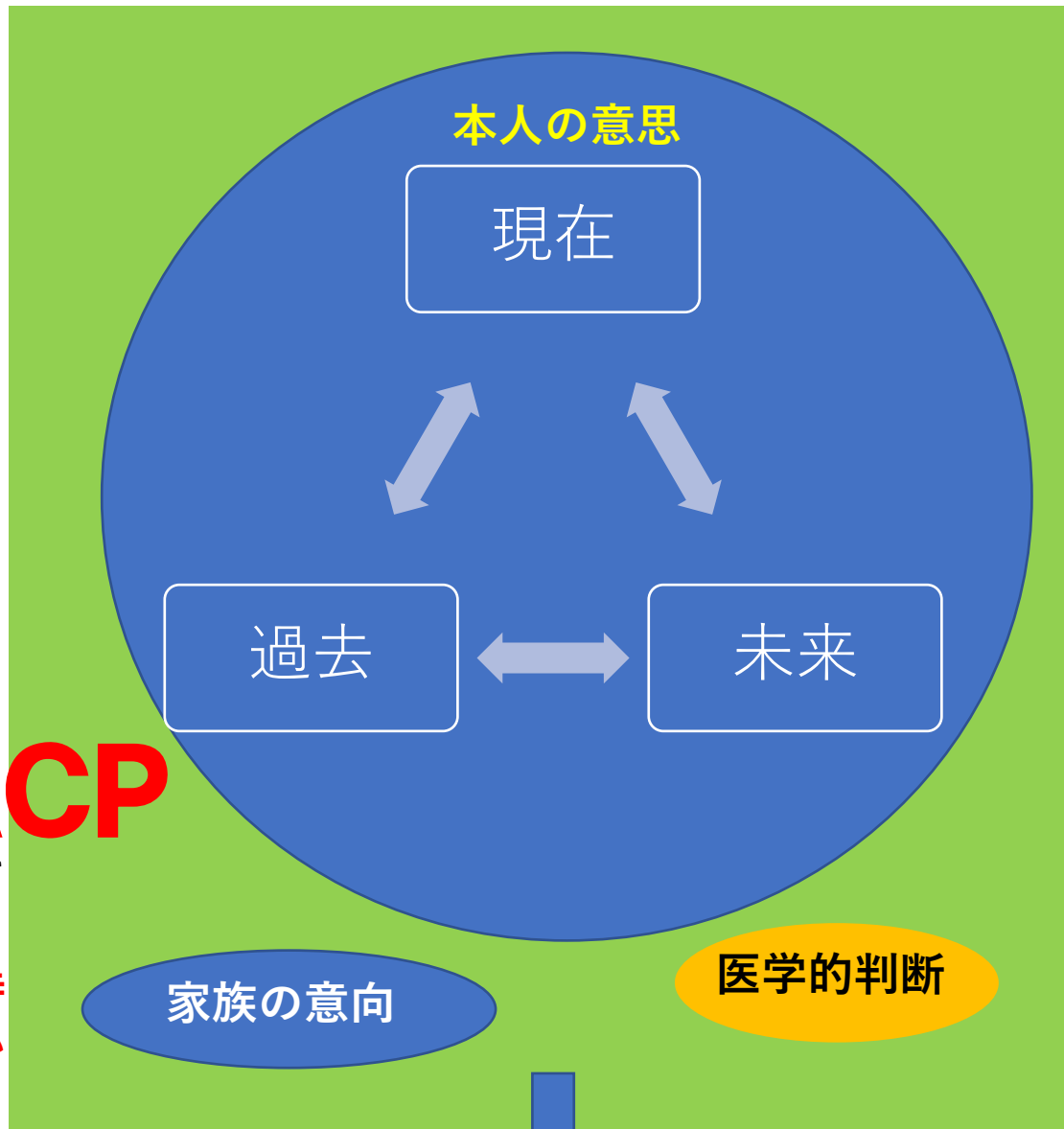
・ ACPは、様々な病期で繰り返し行われる

・ ACPは、意思決定支援よりも**意思表明支援**

過去に表明された患者の意思

ACP

必ずしも本人にとっての最善とは限らない。
医療者は、家族の気持ちのつらさに寄り添いつつも、患者の（推定）意思、最善の利益を最優先して意思決定支援する必要あり



現在表出されている微細なサインからくみ取れる意思

ACPF：ファシリテーター
E-FIELD：患者の意向を尊重した意思決定のための研修会
Education For Implementing End-of-Life Discussion

認知機能低下前の本人なら、「未来」の選択肢のどれを選ぶだろうと思いを馳せたときに想起される患者の意思

医学的価値がある場合でも、**医学的妥当性と適切性が必要**（医療・ケアチーム）

ACPの組織化
→ACPFと医療ケアチーム、E-FIELD（研修：患者の意向を尊重した意思決定のための研修会）

本人にとっての最善の医療とケア

S-7-2

ACPに基づいた意思決定支援 ～看護師の立場から～

横江由理子

いきいき在宅クリニック

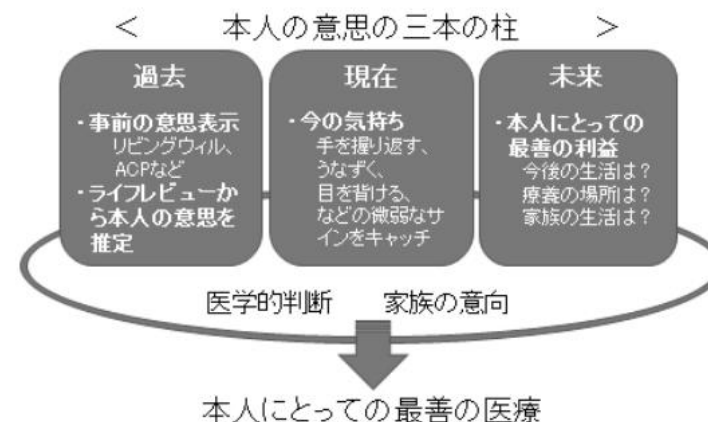
超高齢社会を迎え、人生の最終段階のケアを充実させていく重要性が増している。高齢者では認知機能の低下などにより意思決定の難しさが問題になる一方で、医療技術の進歩は選択肢をより複雑にし、命にかかわる難しい意思決定でありながらその支援方法は未だ確立されていない。

これまでエンドオブライフケアチームで意思決定支援に取り組んできたが、そこでの基本的な考え方は、患者の意思を時間軸でとらえ、『過去：事前の意思表示（リビングウィルなど）やライフレビューからの推察』『現在：今の気持ちを微弱なサインからも汲み取る』『未来：本人のQOLの維持・向上の視点で考える』の三本柱から導き出された「本人の意思」を中心に据えること。そこに「医学的判断」と「家族の意向」を考慮して、命の長さだけにとらわれることなく、「患者にとっての最善の医療」について合意を形成していくことである。（図）

意思決定を支援する看護師には、患者の揺れる気持ちを理解するだけでなく、家族のつらい気持ちにも寄り添いながら、「患者にとっての最善とは何か」を共に考えるアドボケートナースとしての姿勢が求められる。

終末期の意思決定支援においては、正しい選択肢が一つだけとは限らず、本人と家族と医療者が「対話」を重ねながら、本人にとっての最善を考える「プロセス」こそが大切である。それにより患者と家族が充実した終末期を過ごすことができ、ひいては後の遺族の悲嘆軽減にもつながるものと考えている。

意思決定支援の考え方



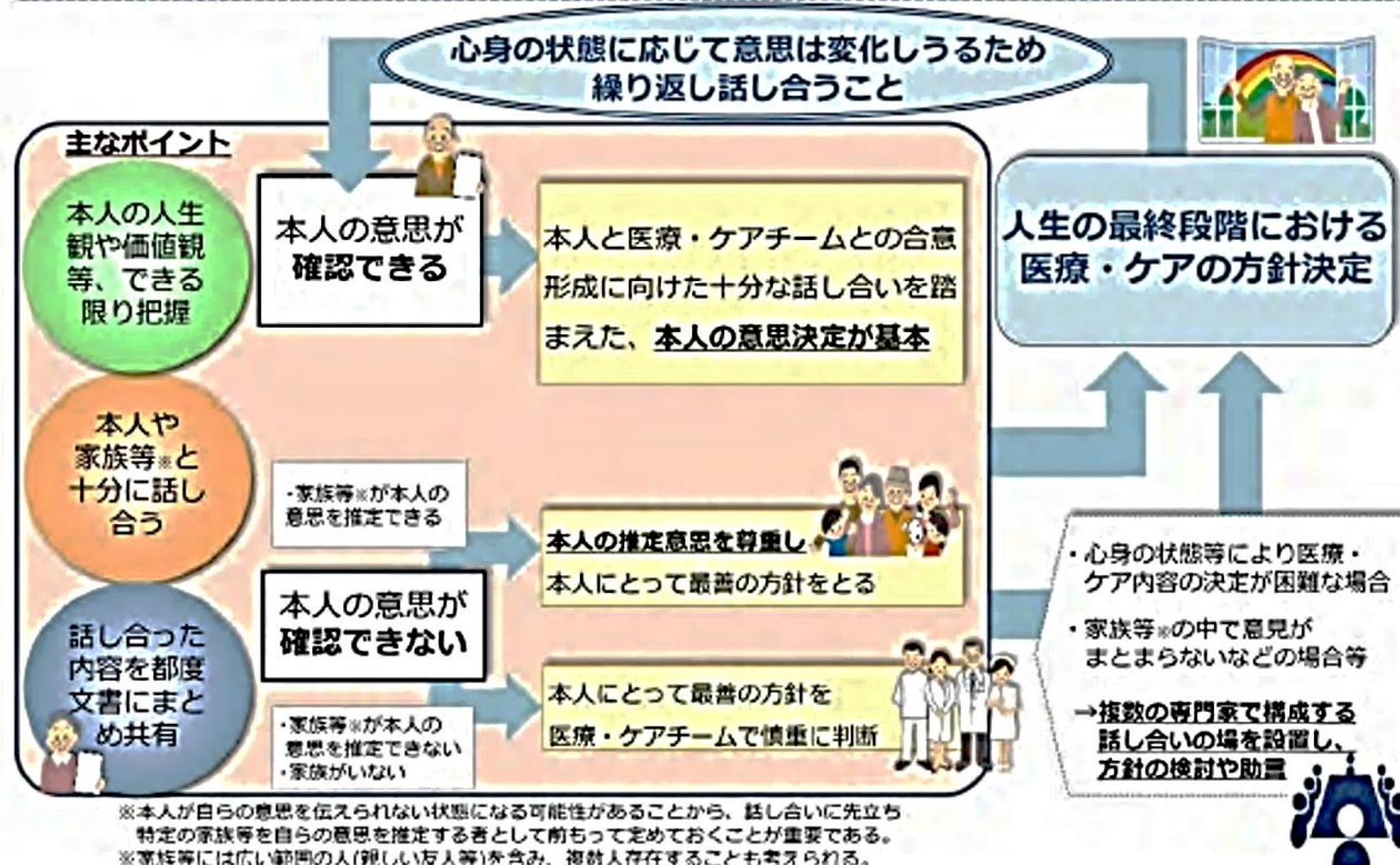
□ 横江由理子

愛知県立総合看護専門学校卒業、1998年に現国立長寿医療研究センターに就職。呼吸器内科病棟、在宅医療支援病棟などで看護を実践しながら、2007年呼吸療法認定士を取得、更にアドボケートナースを目指し2011年緩和ケア認定看護師となる。2011年End Of Lifeケアチームを立ち上げそのチームリーダーとなり、癌患者のみならず、認知症や虚弱高齢者、慢性呼吸器疾患や心不全等の臓器障害、神経難病などの患者の緩和ケアに取り組んだ。2014年に国立長寿医療研究センターを退職し、いきいき在宅クリニック看護部長として在宅でのEnd Of Lifeケアを実践している。



「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）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



ACP（アドバンス・ケア・プランニング） 愛称が「人生会議」に決まりました！



11月30日(いい看取り・看取られ)は「人生会議の日」

人生の最終段階における医療・ケアについて考える日

人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、家族や医療・ケアチーム等と
繰り返し話し合い、共有する取組を「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と呼びます。



詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saishyu_iryuu/index.html



健康成人に対するACP

- 意向は曖昧で、その度に関わり、遠い未来に対する仮の選択になる
- 不確実な判断、何をもちたらずかわかっていない

Sudore RL, J Health Commun 2010

- どのような選択をしたか覚えていない
- 1-2年経つと違う選択をする

Wittink MN, Arch Int Med 2008

– Nursing homeの居住者のうち4割が5年間のうちに心肺蘇生に関する意向を変える *Mukamel DB, Med Care 2013*

- ADを書いてから死亡に至る時間が長い

– Nursing homeでも平均61ヶ月 *Bischoff KE, JAGS 2013*

病気を持った人に対するACP

- 以下の状態にある患者に対する研究結果が蓄積されている
 - 予後が限られた患者
 - 慢性疾患を持つ患者
 - 人生の最終段階にある患者

第1回 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会（平成29年8月3日資料3：木澤義之先生）

ACPの介入の世界的な流れ

健康状態
QOL
満足度
幸福度

- 健康人に対するACP
 - 健康関連アウトカムを変えない
 - ライフイベントに併せて行う
 - ACPやADを知ってもらうことが大きな目的
- 病気を持った人に対するACP
 - 予後1年を一つの目安として実施
 - 健康関連のアウトカムを変えることが目的
 - 意向に沿ったEOLケアの実践とQOD

ACPについて

- ・ **ACPって、病院でも在宅でも、みんな集まってするの？**
- ・ **ACPって、最期をきめること？**
- ・ **ACPって、病気の人も、健康な人もみんなするの？**
- ・ **ACPって、延命治療をしないことや、相続のこととも相談？**
- ・ **ACPって、エンディングノートを書くこと？ 安楽死？**

ACP(人生会議) の実践

- 契約行為ではない
- 言質をとる行為でもない
- 合理的医療ケア情報の提供
- 意思決定（表明）支援
- 関係者による本人の意思を支える合意形成

NPO在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク第25回全国の集い in 東京：
シンポジウム2019. 9.16新時代の在宅医療：太田秀樹氏

みえてきたこと

⇒ 事前指示書を書くことではない

- 「がん」と「非がん」
- 「健康」と「病気」
- 病気の「種類」
- 病気の「病期」

新潟市在宅医療・介護連携協議会
(市民の理解を深める分科会)

みえてきたこと

⇒ 事前指示書を書くことではない

- 在宅医療の態勢
- 在宅ケアの態勢
- ACPやADについての話し合いと理解
- 地域づくり

新潟市在宅医療・介護連携協議会
(市民の理解を深める分科会)

対話のタイミングを探索、きっかけづくり

疾病の
診断・告知



疾病の
再発・進行



治療の中止



終末期の
話し合い



患者・家族の身体症状や悲嘆の程度をアセスメントし
タイミングを探る

ご当地連携研修会（新潟市）
アドバンス・ケア・プランニング
坂井さゆり先生講演資料より
（2018.3.29）

患者の意向を尊重した意思決定のための研修会

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

STEP 4

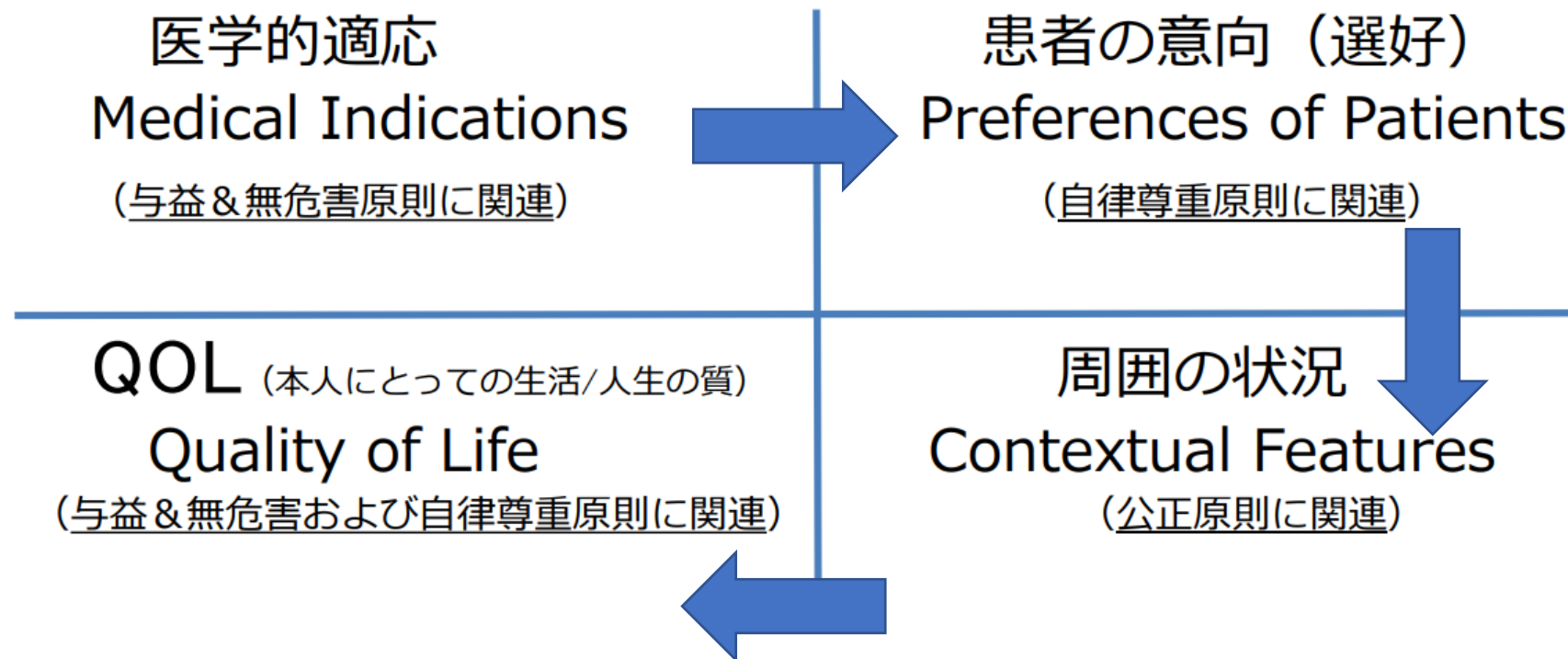
「多職種および家族等も含め、慎重に本人にとって最善の方針について合意する」

学習目標

- 意思決定に関する推奨または提案を行う上での根拠（理由）について整理することができる
- 臨床倫理の4分割法を使用する意義を理解し、情報整理に活用できる
- 異なる職種や立場をもつ者の視点や価値を尊重しつつ、合意形成を行うことができる
- 本人にとっての最善の利益となる医療・ケアを導き出すことができる

Jonsenらの4分割法 (The Four Topics Chart)

Jonsen, et al. Clinical Ethics 8th edition, 2015および同5版翻訳版（赤林ら、2006）参照



4つの枠に何か入れること。2つ以上の枠に入れても可。
わからなければ周囲の状況の「その他」に入れる。

医学的適応 (Medical Indications)

善行と無危害の原則

1. 患者の医学的問題は何か？ 病歴は？ 診断は？ 予後は？
2. 急性か、慢性か、重体か、救急か？ 可逆的か？
3. 治療の目標は何か？
4. 治療が成功する確率は？
5. 治療が奏功しない場合の計画は何か？
6. 要約すると、この患者が医学的および看護的ケアからどのくらいの利益を得られるか？ また、どのように害を避けることができるか？

QOL (Quality of Life)

善行と無危害と自律性尊重の原則

1. 治療した場合、あるいはしなかった場合に、通常の生活に復帰できる見込みはどの程度か？
2. 治療が成功した場合、患者にとって身体的、精神的、社会的に失うものは何か？
3. 医療者による患者の QOL 評価に偏見を抱かせる要因はあるか？
4. 患者の現在の状態と予測される将来像は延命が望ましくないと判断されるかもしれない状態か？
5. 治療をやめる計画やその理論的根拠はあるか？
6. 緩和ケアの計画はあるか？

患者の意向 (Patient Preferences)

自律性尊重の原則

1. 患者には精神的判断能力と法的対応能力があるか？ 能力がないという証拠はあるか？
2. 対応能力がある場合、患者は治療への意向についてどう言っているか？
3. 患者は利益とリスクについて知らされ、それを理解し、同意しているか？
4. 対応能力がない場合、適切な代理人は誰か？ その代理人は意思決定に関して適切な基準を用いているか？
5. 患者の事前指示はあるか？
6. 患者は治療に非協力的か、または協力出来ない状態か？ その場合、なぜか？
7. 要約すると、患者の選択権は倫理・法律上最大限に尊重されているか？

周囲の状況 (Contextual Features)

忠実義務と公正の原則

1. 治療に関する決定に影響する家族の要因はあるか？
2. 治療に関する決定に影響する医療者側（医師・看護師）の要因はあるか？
3. 財政的・経済的要因はあるか？
4. 宗教的・文化的要因はあるか？
5. 守秘義務を制限する要因はあるか？
6. 資源配分の問題はあるか？
7. 治療に関する決定に法律はどのように影響するか？
8. 臨床研究や教育は関係しているか？
9. 医療者や施設側で利害対立はあるか？

各職種の視点（職種別に抱く価値）

職種により何を大切にケアをするかが異なる

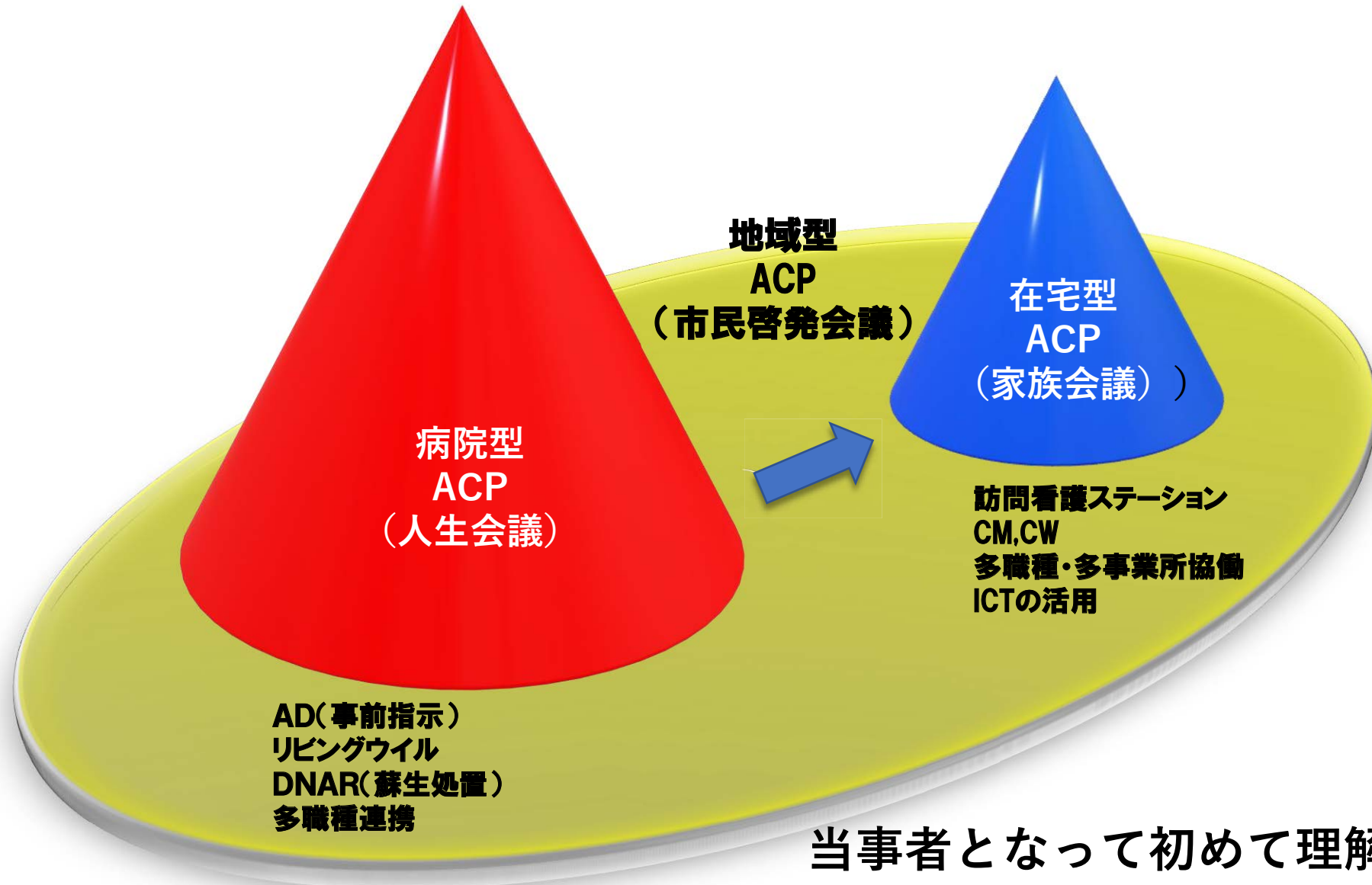
- 病院医師：『命を延ばす』事を重視する傾向が強い
- 在宅医：『本人・家族の希望』を優先する傾向
- 看護師：『安全』を重視する傾向がある
- 医師・看護師は父権的傾向が強い傾向にある
- 福祉職：『本人の希望』を重視する傾向がある
『死』に対しては不慣れで慎重
- ソーシャルワーカー：患者の意思を代弁すること
自体が仕事で、調整役。患者の自律を重んじる傾向がある

共通点は『本人の利益』を願っていること

当事者主権のACP（私見）

- 病気を持った人（病院） **病院型ACP**（人生会議）
- 病気を持った人（在宅） **在宅型ACP**（家族会議）
- 健康な人（地域） **地域型ACP**（市民啓発会議）

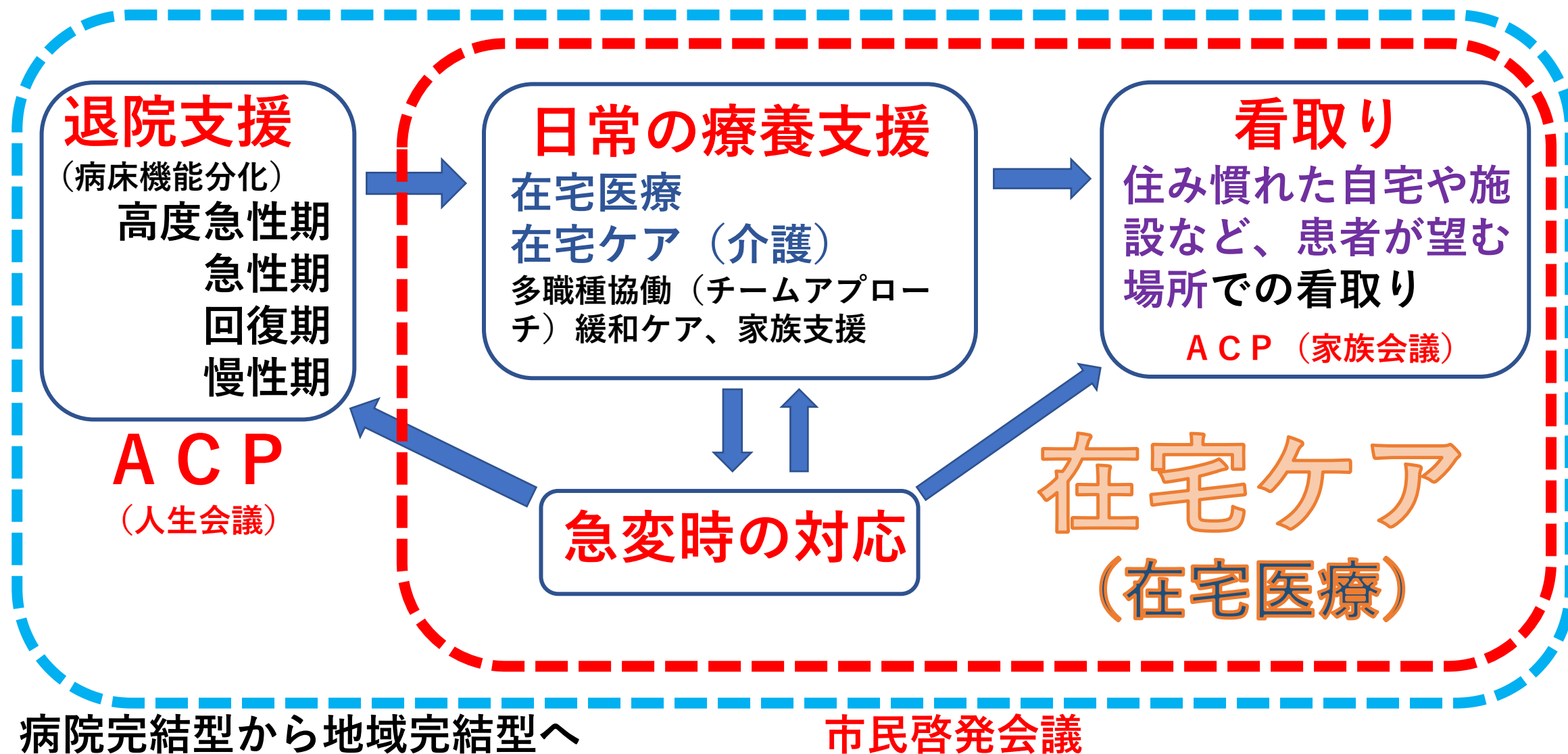
当事者主権のACP



当事者となって初めて理解できる

月刊ケアマネジメント2020年4月号 (改変)

在宅医療提供体制に求められる医療機能 （平成30年4月より実施）



終活（しゅうかつ）とは「人生の終わりのための活動」の略。人間が自らの死を意識して、人生の最期を迎えるための様々な準備や、そこに向けた人生の総括を意味する言葉。

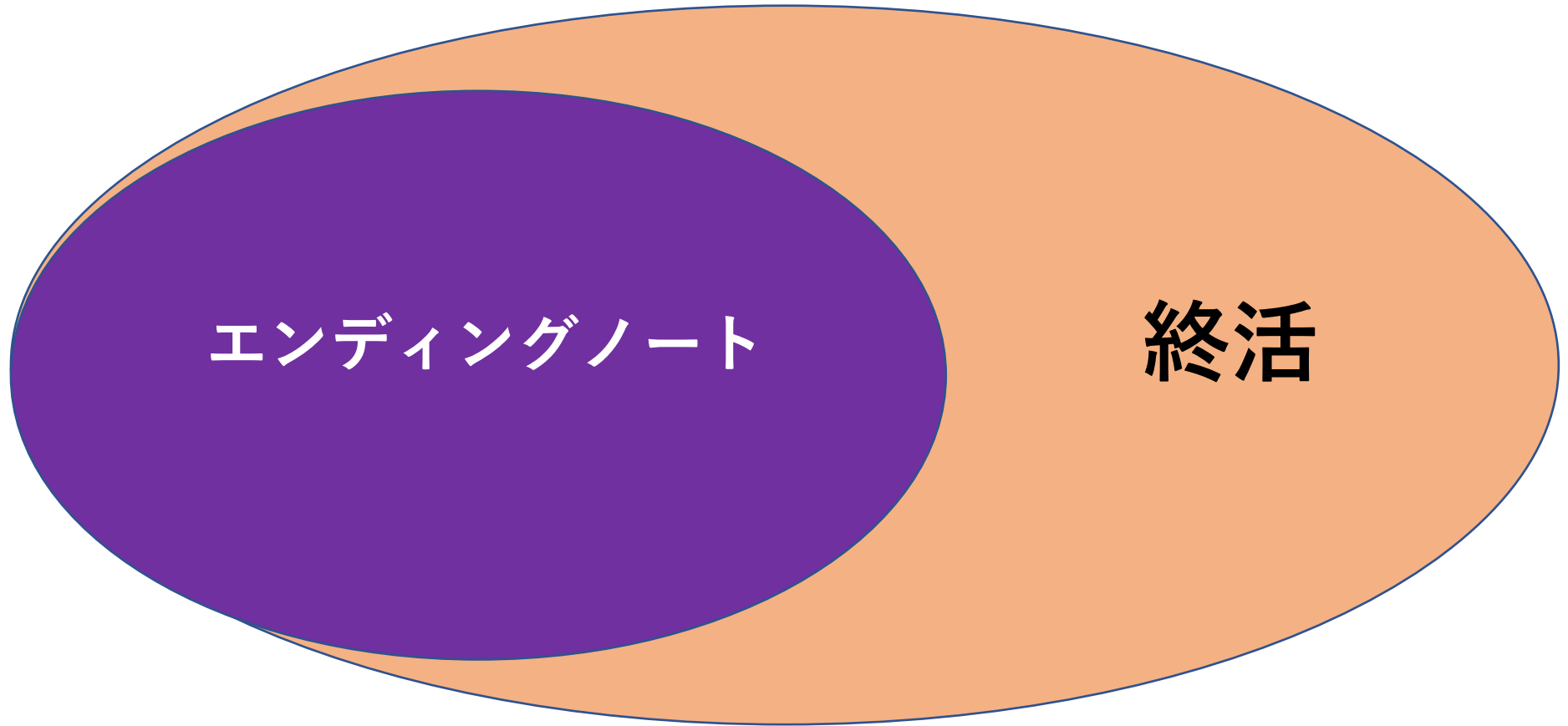
2012年新語・流行語大賞ノミネート

主な事柄としては生前のうちに自身のための葬儀や墓などの準備や、残された者に迷惑がかからぬよう生前整理、残された者が自身の財産の相続を円滑に進められるための計画を立てておくことなどが挙げられる。これは週刊誌『週刊朝日』から生み出された言葉とされており、同誌元副編集長の佐々木広人が生みの親とされる。

終活は死を意識した本人やその家族・親族や友人・知人と関わりながら個人的に行うだけでなく、地方自治体や企業が支援・助言する動きも広がっている。神奈川県横須賀市では、身寄りがいない又は少ない市民から、遺言の保管場所や墓の所在などについて生前に知らせてもらい、没後に対応する「終活情報登録伝達事業」（通称・わたしの終活登録）を行っている。

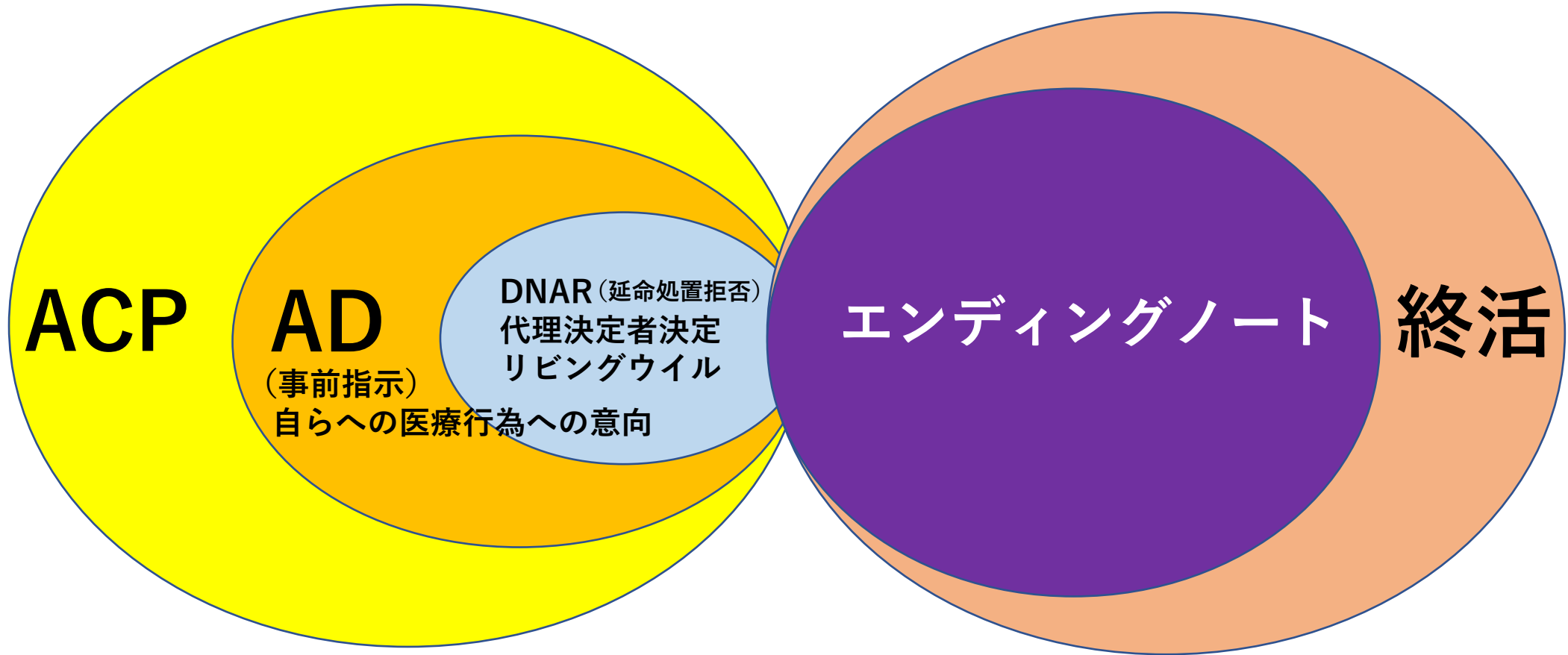
出典: フリー百科事典『ウィキペディア（Wikipedia）』
2009年（平成21年）週刊朝日

「終活」とは？



生前に自身のための葬儀や墓などの準備や残された者に迷惑が掛からぬよう整理、残された者が自身の財産の相続を円滑に進められるよう計画を立てること

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)と「終活」の関係



意思表示が難しい状態になっても患者（健常人）の意向を尊重した医療・ケアを行うことを目的としている
（書面の作成⇒継続的な対話・プロセス）

生前のうちに自身のための葬儀や墓などの準備や残された者に迷惑が掛からぬよう整理、残された者が自身の財産の相続を円滑に進められるよう計画を立てること

ACPを自分ごととして考える

⇔もしばなカードは病院医師が一般向けに作成したもの

ご当地連携研修会：
坂井さゆり先生
2018.3.29

ワーク

縁起でもない話を
もしバナゲームで語り合いましょう



ご当地連携研修会：
坂井さゆり先生
2018.3.29

ゲームの設定

- 治療困難な病気で
- 生命の危機が迫っているとき
- あと半年から1年の命と言われたら

あなたは何を大切にしたいですか

グランドルール

- 参加は自由
- 言いたくないことは言わない
- 他者への配慮

ルール

- もち札として一人に5枚ずつ配布
- 場札として5枚並べる
- 時計回りで、自分がほしい（大切）と思うカードを、場のカードと交換する
- 場に欲しいカードがなくなったら流して新しいカードを5枚場に並べる
- 繰り返す

ルール

- 1周目：パスなし
- 2周目以降：パスOK

一度パスしてもその後に欲しいカードが出てきた場合は交換OK

全員がパスをした時点で場の札を流す



もしものときは、「子の迷惑になりたくない」と思っている親世代がいる一方、「親の思いや希望をできるだけ叶えたい」と思っている子世代も多いのです。

また、親と子の思いが同じでも、その他の家族や友人、医療・介護従事者など周りの人に自分の思いが伝わっていなかったために、思う通りにいかない場合もあります。

気持ちも状況によって変わります。一度伝えたら終わりではなく、気持ちが変わったらその都度、繰り返し話しあいましょう。



【作成】 新潟市在宅医療・介護連携推進協議会

【発行】 新潟市保健衛生部地域医療推進課

もしものときのために

考えてみませんか？
話しあってみませんか？

今のこと・将来のこと

自分のこと・大切な人のこと



あなたは、もしものことを考えたことがありますか？

人は、いつ命に関わる大きな病気やケガをするかわかりません。しかし、もしものときに受けたい医療や介護について、自分で考えたり、家族と話しあったことがある人は少ないようです。もしものときに慌てないよう、元気な時から、家族や大切な人と思いを共有しておくことは大切です。

このシートをきっかけに、自分で、また、家族や友人、大切な人と考え、繰り返し話しあってみませんか？

新潟市

もしもシート

新潟市

もしもシート

もし、こんな時は…？

✕もし、将来生きることができる時間が限られてきた時、大切にしたいことはなに？

✕もし、最期を迎えることになった時、どこで、だれと迎えたい？

☆家族や友人と過ごしたい？
☆家族の負担になりたくない？
☆少しでも長く生きたい？
☆好きなことをしたい？

✕もし、将来介護や医療ケアが必要になった時、どこで、だれに、お願いしたい？

✕もし、希望を伝えることができなくなった時、気持ちを代弁してくれそうな人はだれ？

☆自宅？ 施設？ 病院？
☆家族？ 友人？ 介護職員？
☆訪問看護師？
☆かかりつけの医師？

✕もしもの時、受けたくない医療や処置ってなんだろう？

簡易版

思いを書き留めておく

あんばん

いい塩梅ノート

名前

このノートを書き始めた日

年 月 日

人生のベスト選

本3冊



エイジングノート

そして振り返ってみましょう。

音楽5曲（歌えるものも入れましょう）

謝りたいことはありますか。それは誰にですか？

許したいことはありますか。何を許したいですか？

映画やドラマなど5作品

自分を褒めたいことは何ですか？

好きな言葉は何ですか？

誰に感謝しますか？

好きな人はどなた？（マル秘でも可です）

内藤いづみ先生
2021年いい塩梅ノート

今の人間関係を書き出してみましょう。



古い友人

いつも会う友人

趣味の友人

近所の人

ホームドクター

病気、例えばがんになった場合、治療についてどうお考えですか。治療を頑張る？ 本音でどうぞ。



ひとり暮らしになったら、どうしますか？

病気等になってもぎりぎりまで家にいたいと思いますか。
ために準備しておくことは？ 相談できる人はいますか？

- ・家にいたい場合は早めのリフォームを計画しましょう。
- ・施設で過ごしたいと思う方は情報を集めましょう。

大切なお願い

私、_____は、自分のいのちの主人公です。もし、認知症が進んだり、意識がなくなった場合、家族が相談の上、_____が、私のいのちの支え方を決めてください。

その決断を感謝して受けいれます。

2021年 月 日

名 前 _____

証 人 _____

私、内藤いづみは、以下の文面も付け加えるつもりです。

大往生で突然死したとき、自分がどんな風に亡くなったか、友人、近所の人、ホームドクターに伝えてください。

お葬式の形はまかせます。私のことを思い出してくれば、お墓などへのお参りはしなくてけっこうです。海洋葬や樹木葬などは、あらかじめ自分で手配します。なるべく片づけはしておくつもりですが、間に合わなかったらごめんなさい。

ACPの目的

患者や、家族のエンド・オブ・ライフに関する
希望が表現され、尊重されること

(Gould KA, 2014)



特定の治療や医療行為について、するかしないかを定める
ことが話し合いのゴールではない。

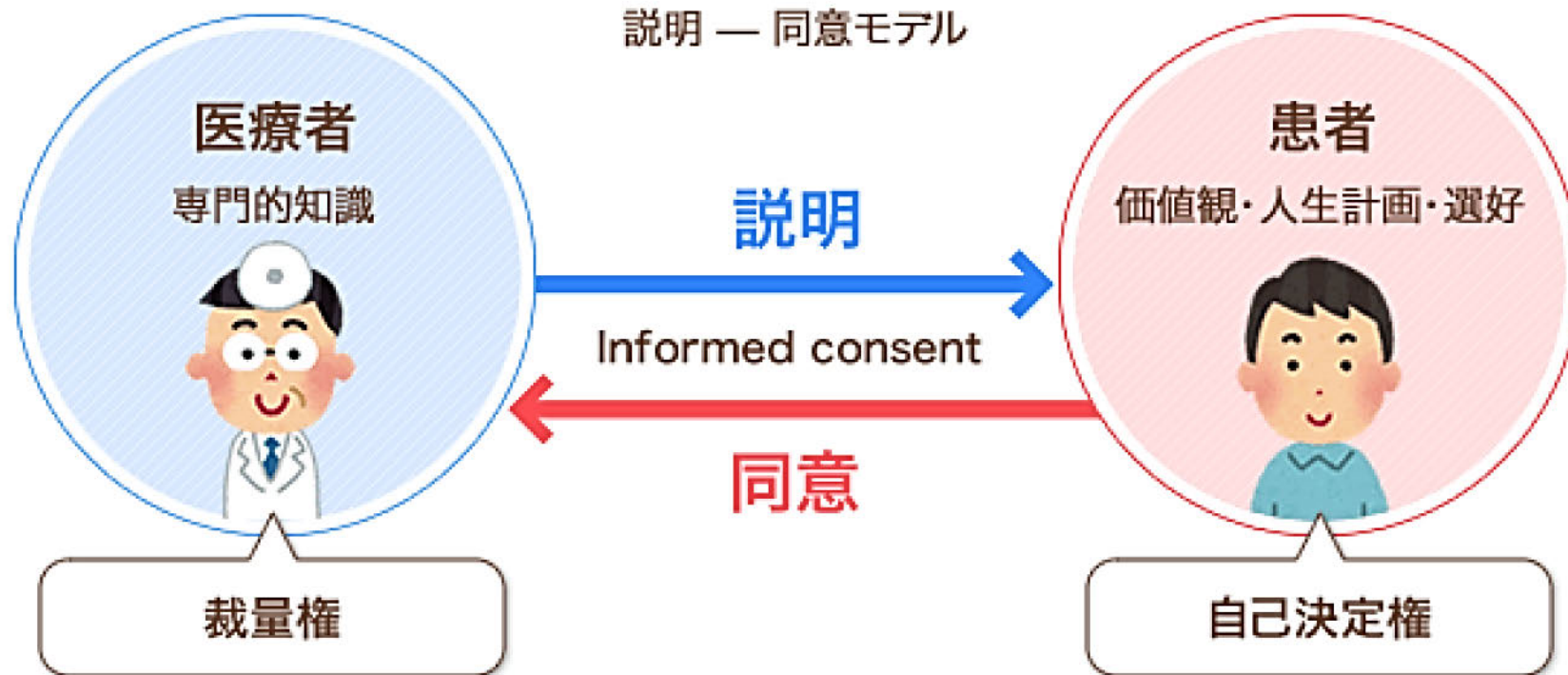
意思決定支援 ≠ 意思表示支援

ご当地連携研修会：
坂井さゆり先生
2018.3.29

意思決定のプロセス (従来型Informed Consent)

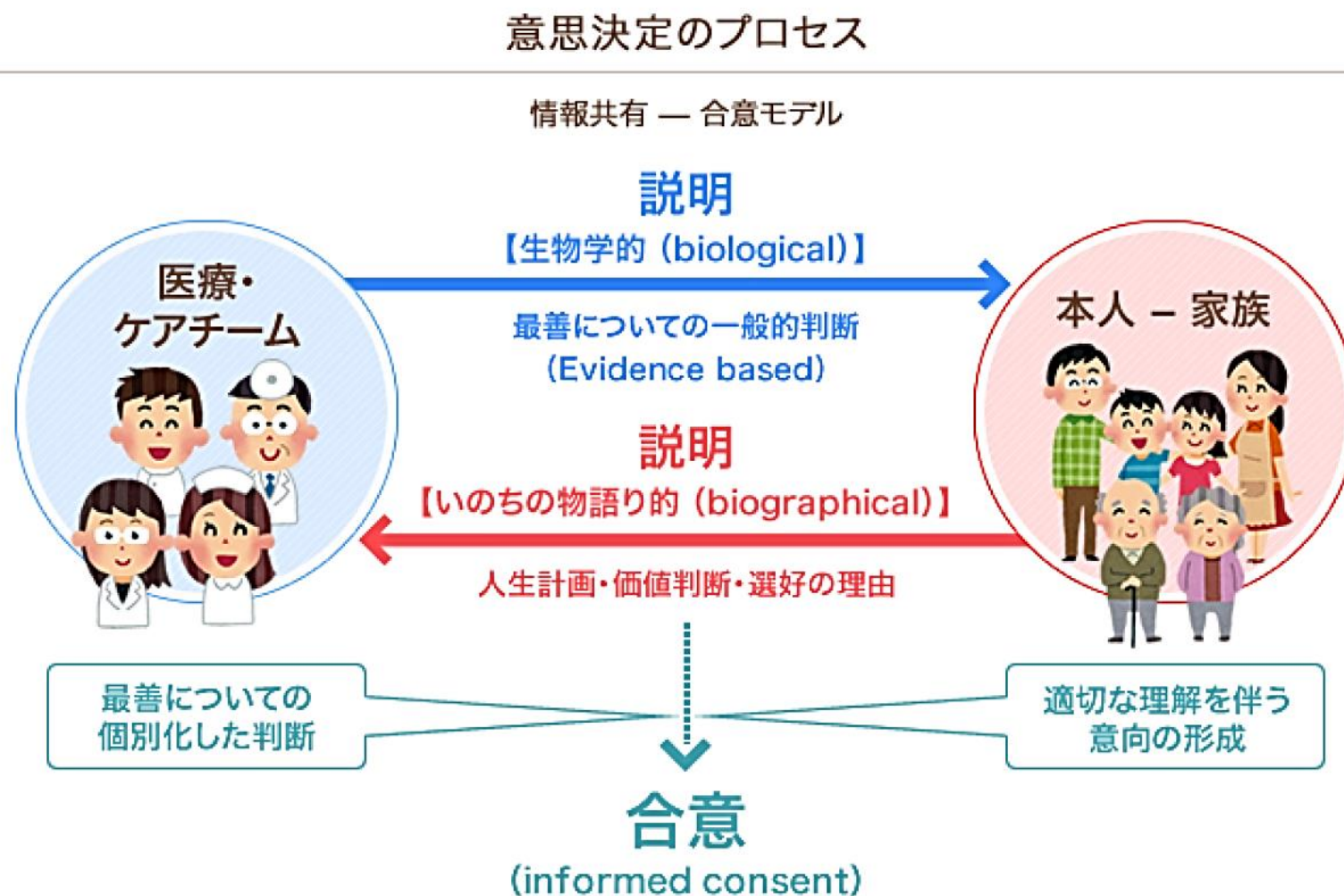
意思決定のプロセス

説明 — 同意モデル



ご当地連携研修会：
坂井さゆり先生
2018.3.29

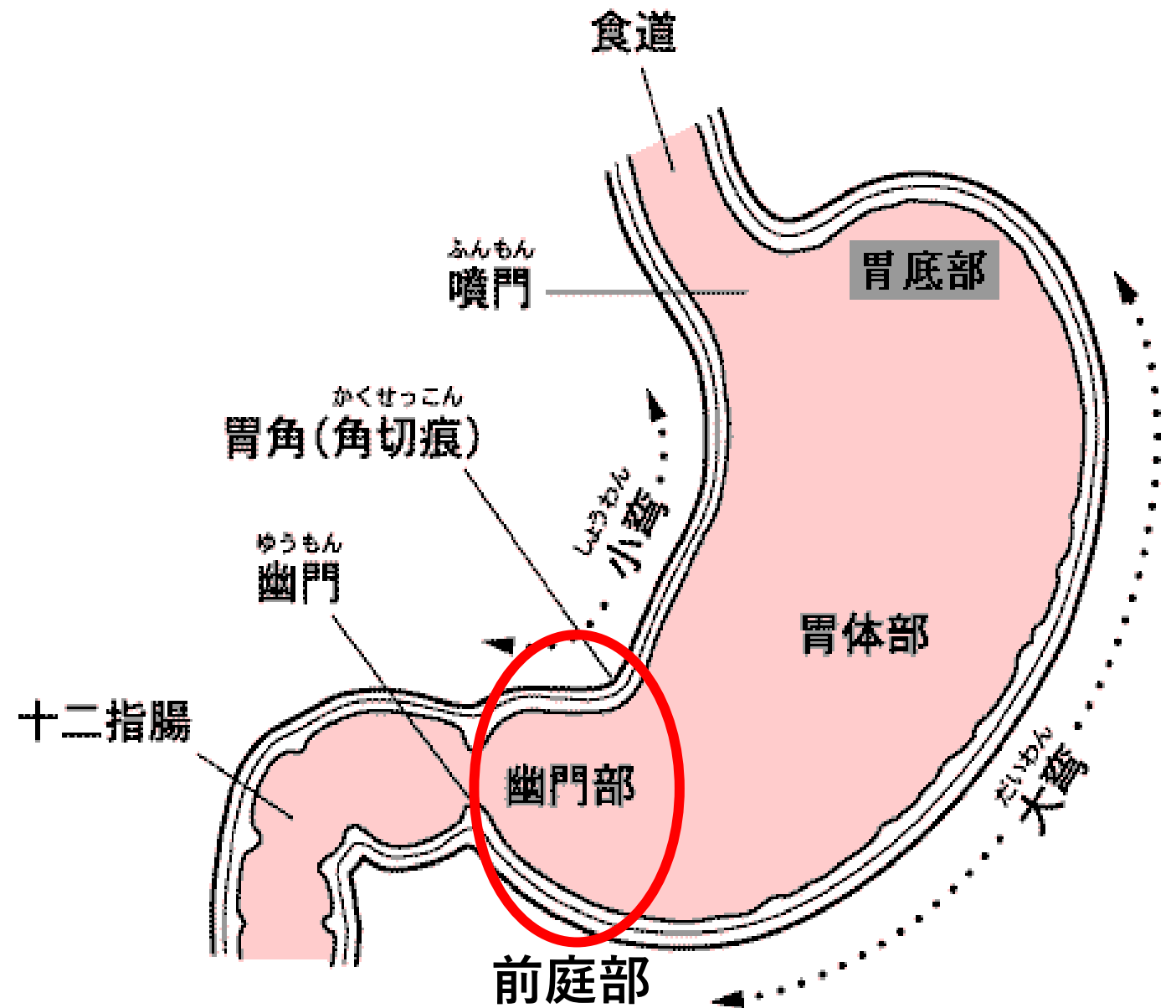
意思決定のプロセス (協働的意思決定 Shared decision making)



ご当地連携研修会：
坂井さゆり先生
2018.3.29

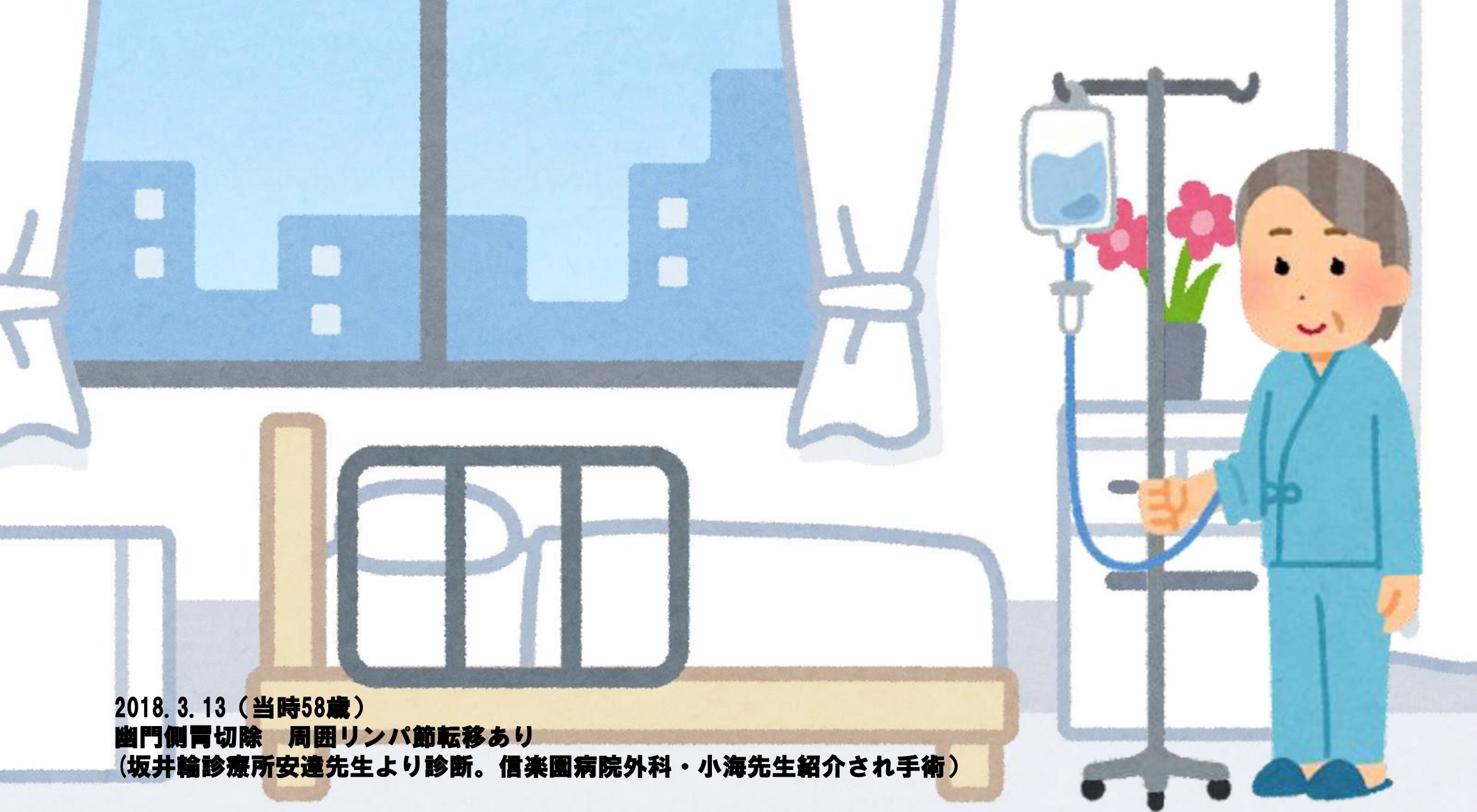


小川 なぎさ様 昭和35年（1960年）4月1日生まれ（～2020年10月15日）
新潟市西蒲区角田浜 角田山妙光寺ご主人（院首 小川英爾様）



2018. 3. 13 (当時58歳)

(坂井輪診療所安達先生より診断。信楽園病院外科・小海先生紹介され手術)



2018. 3. 13 (当時58歳)

幽門側胃切除 周囲リンパ節転移あり

(坂井輪診療所安達先生より診断。信楽園病院外科・小海先生紹介され手術)



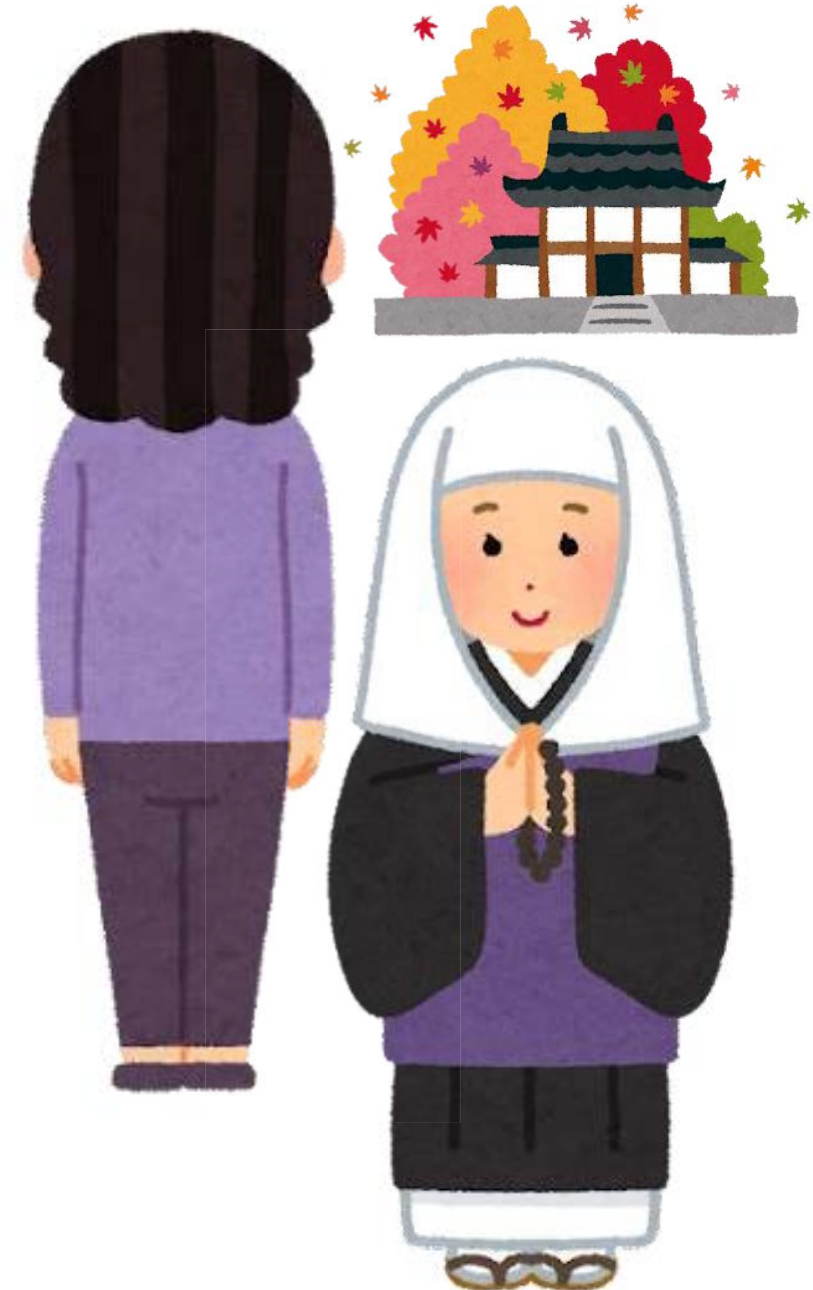
術後、在宅療養。定期的に信楽園病院外科は受診したが、今後については迷い、内藤いづみ先生へ相談されていた。

小川なぎさ様ご本人のお気持ち：

寺には迷惑をかけたくない

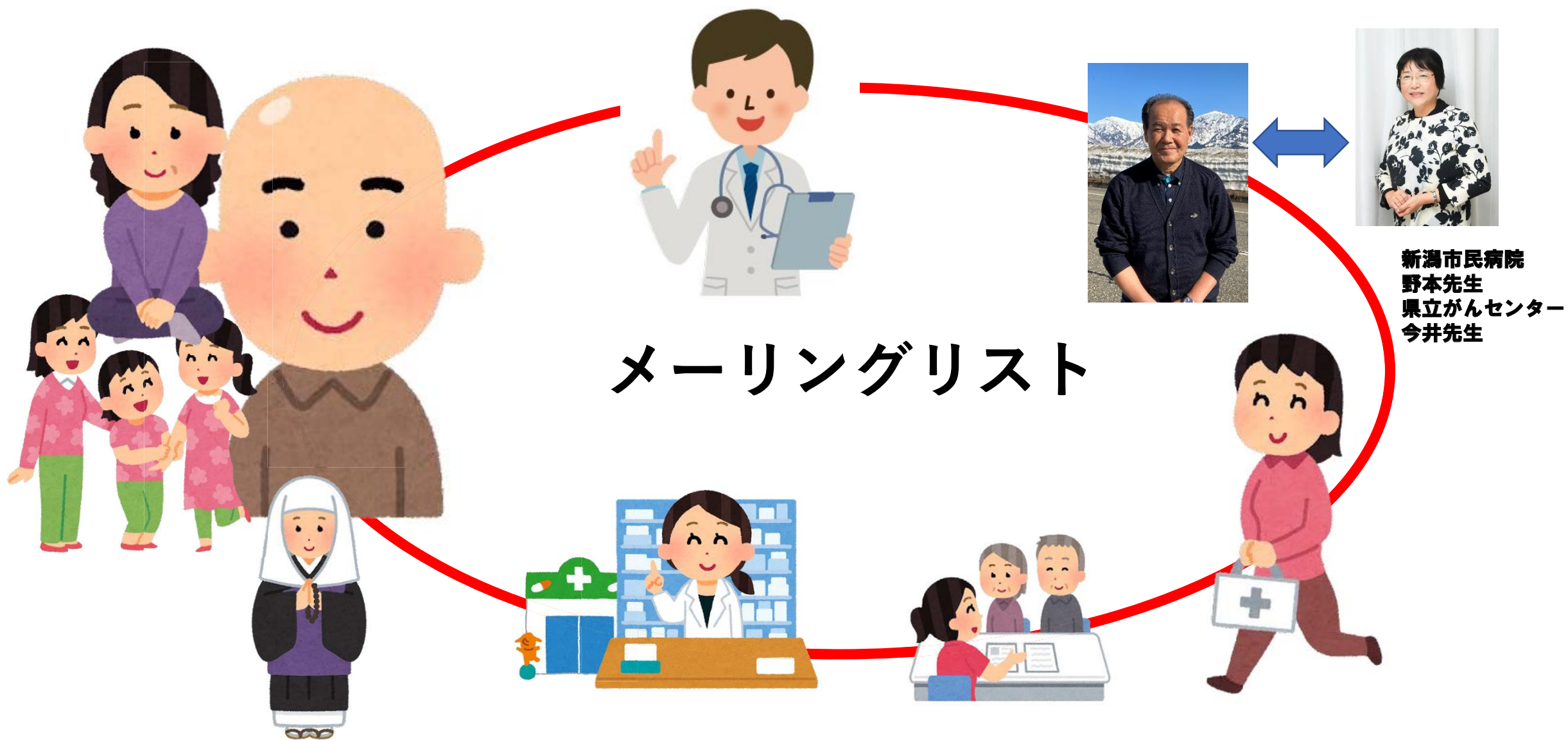
子ども達には会いたい（ご長女が英爾和尚の後を継ぎ住職、そのほかの娘さんたちはいずれも県外在住）

往診してくれる医師チームに見守られたい（斎藤内科クリニックチームへ期待）





新潟駅近くにマンションを借り、そこで最期を迎えたい：クリニックから近いこと、県外在住の子ども達と頻回に会うには交通の便が良いこと、寺に迷惑をかけたくない、と。



自宅（お寺）での療養をすすめる。病院主治医・信楽園病院外科小海先生、在宅主治医・斎藤内科クリニック、訪問看護ステーションたんぽぽ、訪問薬局、ケアマネージャー等による在宅ケアチームでの見守りが可能であることを説明（院首を入れたメーリングリストの作成）。



2020.2.19

会津へご主人と(体調の良いときに温泉旅行)

2020.3.27

娘さんと「あぐりの里」(地場産センター)へ出かける

2020.3.31

入院するとコロナ禍で面会できないから、もう入院したくないと。

2020.5.26

夜間パンをこねる 夜食を食べる お菓子作り

娘さんと映画を見に行った

2020.5.28

午前中、お菓子作りの材料調達のため伊勢丹へ⇒コロナ感染注意を(斎藤から)





2020.7.13

本当は、犬を飼いたいと思っていたが、境内に子猫が捨てられていた

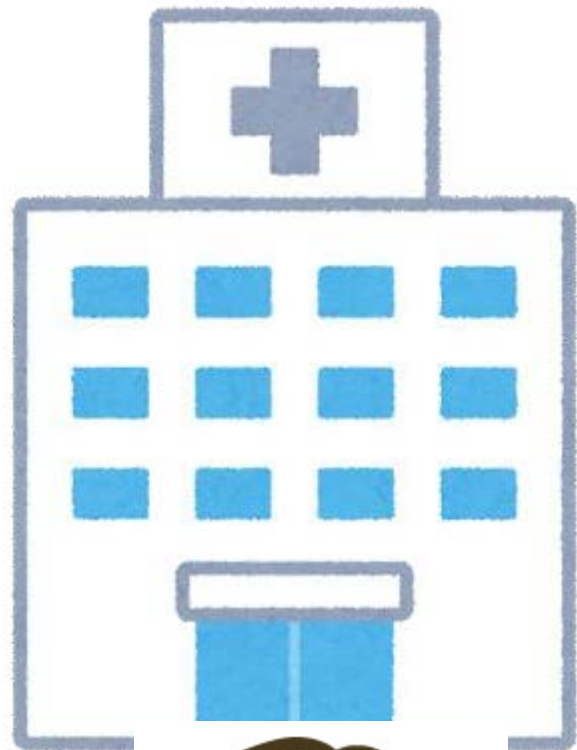
(三重塔の前だったので、ミエと命名)人懐っこく療養の癒しとなる。



2020.8

寺フェスタ 鼓童演奏

2020.9 疼痛増強のため信楽園病院入院



2020.10.6

信楽園退院前共同カンファレンス:疼痛緩和として塩酸モルヒネの持続注射導入(在宅での治療は可能か、病院スタッフ間では疑問だった)

信楽園外科・小海先生、退院調整看護師、病棟看護師、病棟担当看護師、外来看護師、訪問調剤薬局、クリニック、小川和尚参加(人生会議)



2020.10.7

**退院 留置尿管カテーテルが不快と。訪問看護たんぼぼへ抜去指示
塩酸モルヒネ150mg/日で継続。**

2020.10.10

黄疸著しく、表情陰しい 塩酸モルヒネ175mgへ増量。

2020.10.15

**呼吸が荒いとの連絡あり午後5時往診:その30分前、期せずして西区真砂の患者さんの往診あり
近くまで来ていた**

往診時、努力様呼吸がみられ、近々呼吸停止が予想されることを説明。

午後5時30分、「和尚とお酒を吞んでいたら」とのすすめがなぎささんからあったが、そのままクリニックへ。

午後6時30分クリニック到着時、呼吸停止との連絡あり。

午後7時43分心肺停止確認。

妻とACPに取り組み、 自宅で穏やかな最期を迎える



小川 英爾 さん
(西蒲区在住)

もともと妻とは普段からお互いの「もしものとき」について話をしていました。3年前、

妻にがんの転移が発覚したことをきっかけに、今後の過ごし方について改めて二人で話し合いました。妻は「最期の時は自宅で迎えたい」と希望しており、主治医や訪問医のアドバイスと協力を得て、これまで通り自宅で生活しながら療養を続けることにしました。娘たちとは治療方針で意見が食い違うこともありましたが、最後は妻の思いを尊重し、私たちの決断を受け入れてくれました。

療養中、一時的な入院は何度かあったものの、住み慣れた自宅で家族そろって気兼ねなく生活することができました。体

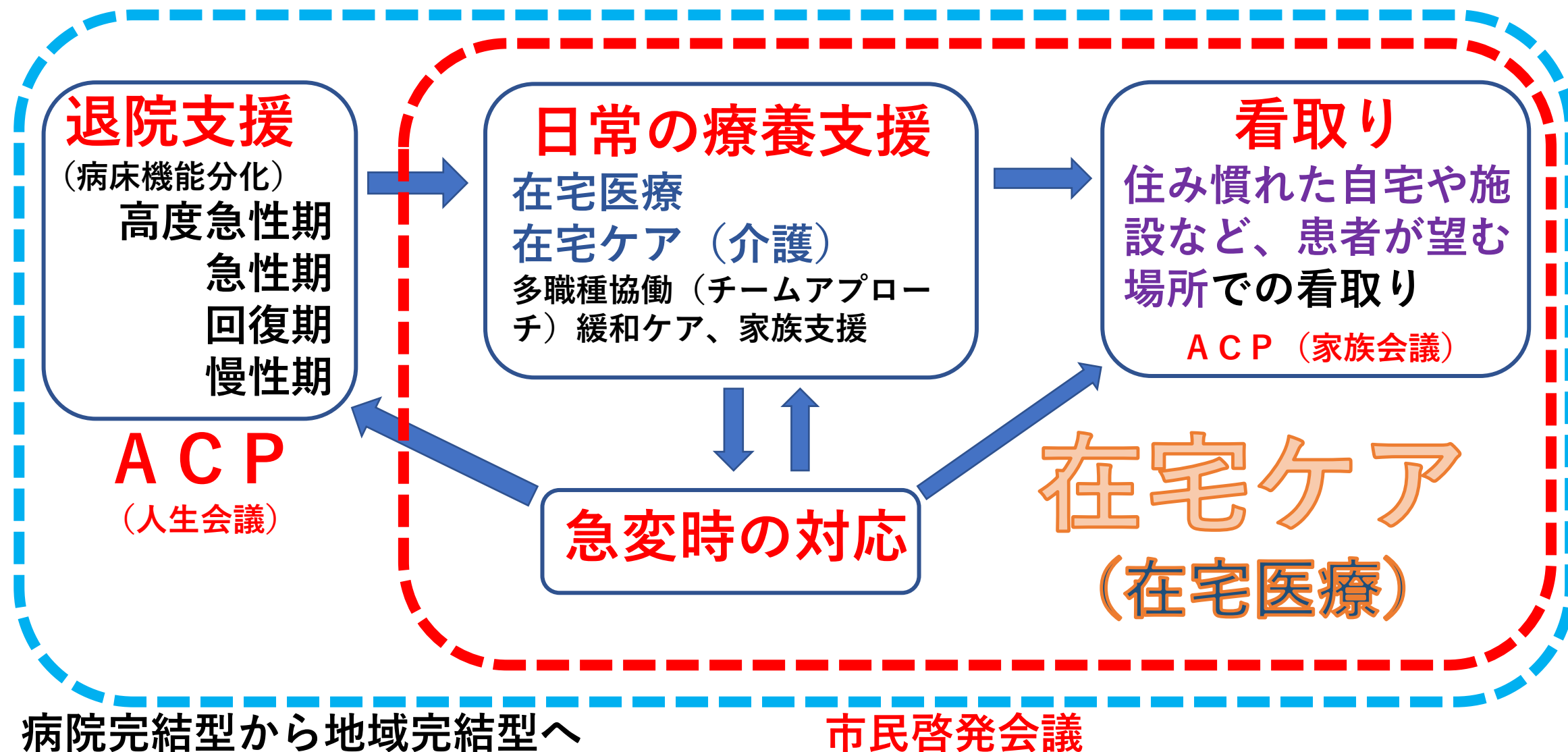
調に変化があればすぐに訪問医に対応していただける体制が整っていたので、安心して過ごせました。妻の調子が良い時には国内外へ何度も家族旅行に出掛けるなど、限られた時間を充実して送ることができました。

妻は亡くなる前日まで自宅で普段通りに過ごし、昨年10月、穏やかに眠るように息を引き取りました。寂しいですが、残された人生にきちんと向き合って準備をしたことで、私たち二人にとって後悔のない理想的な最期を迎えることができたと思っています。

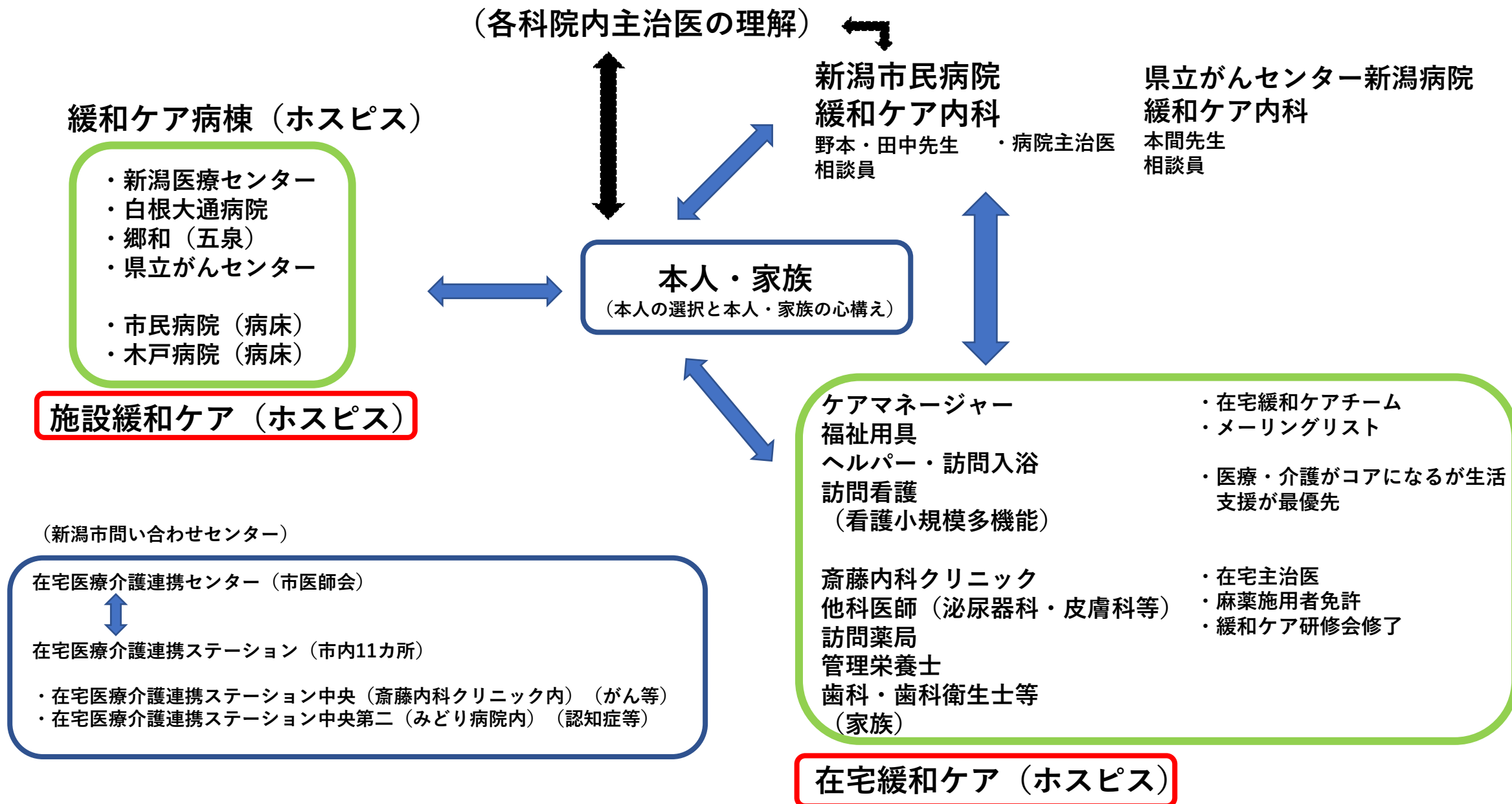


▲小川さんと妻のなぎささん(左)
(2019年5月、旅行先の韓国にて)

在宅医療提供体制に求められる医療機能 （平成30年4月より実施）



がん療養の場の選択（在宅/施設）



終末期の生き方を支えるアドバンスケアプランニングに基づく看護実践の開発

増島 麻里子 (千葉大学大学院看護学研究科)



日本人が捉える望ましい死とは、“身体的・心理的なつらさが和らげられている”、“望んだ場所で過ごす”、“希望や楽しみがある”等であり、“家族や他人の負担にならない”ことや“他人に弱った姿を見せない”ことも、一部の人は重要視する。

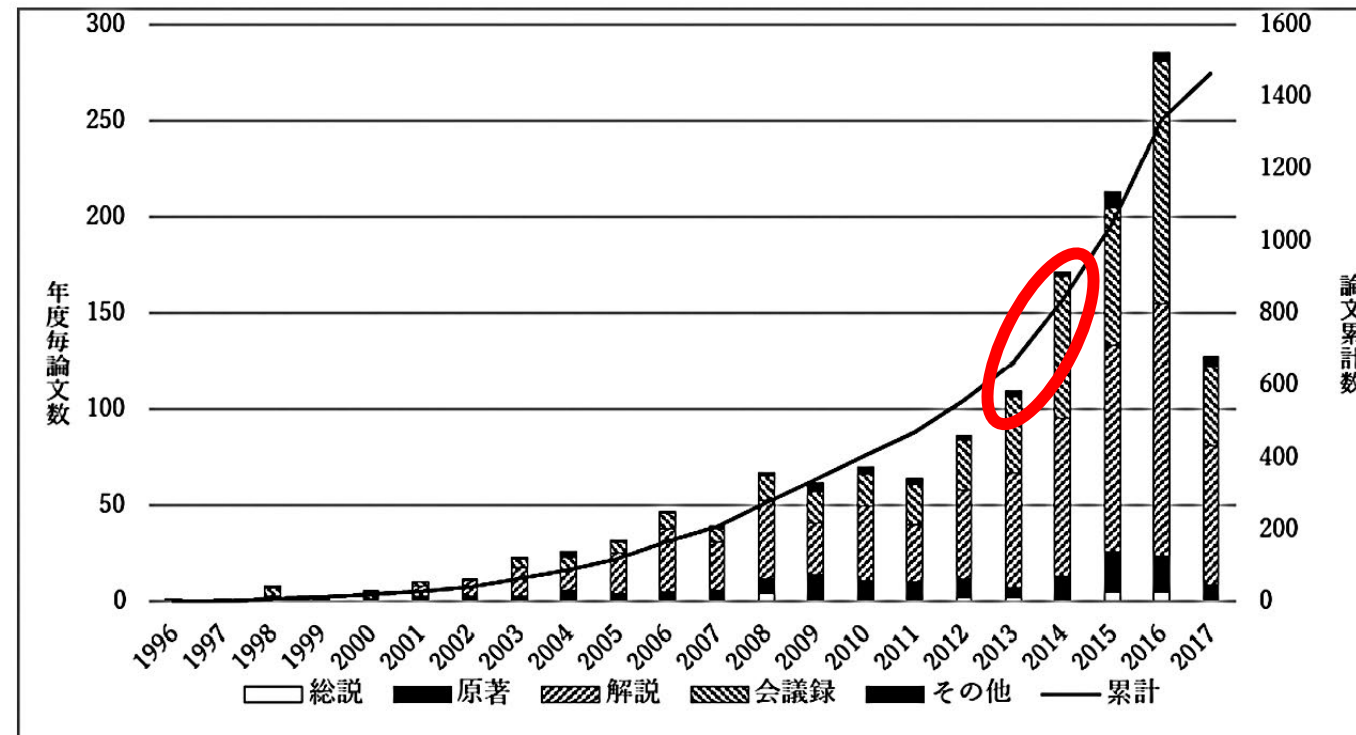


図2 アドバンスケアプランニングに関する国内論文の推移と内訳

国内医学論文情報データベース(医学中央雑誌)にて、“アドバンスケア計画”、“アドバンスケアプランニング”を検索語として、シソーラスも含めヒットした論文(2017年9月15日検索)

日本人が捉える望ましい死とは、

“身体的・心理的なつらさが和らげられている”

“望んだ場所で過ごす”

“希望や楽しみがある”

“家族や他人の負担にならない”

“他人に弱った姿を見せない”

終末期の生き方を支えるアドバンスケアプランニングに基づく看護実践の開発

増島 麻里子 (千葉大学大学院看護学研究科)



ACP は、欧米諸国から発展してきた概念であるが、日本において当事者が終末期医療について周囲の人とどの程度話し合っているかは、厚生労働省が5年ごとに実施する“人生の最終段階における医療に関する意識調査”に示されている。

当事者の自律を重んじる欧米諸国と異なり、家族の意向を大切にする日本では、将来の意思決定能力の低下に備えて、事前に患者や家族と死を見据えた話し合いをする効果は、まだ明示されていない。

国外の研究では、**ACP の効果**として、**事前指示書を記載する割合の増加、入院期間の短縮、医療費の縮小**が示唆されている。

日本においても、**ACP を推進することが真に当事者にとって望ましいのか、そして、どのように推進すれば当事者にとって望ましいものとなるかを、文化や国民性をふまえながら、方法や場の設定、誰が行うかという人的システムの構築とともに、長期的な効果検証**を行うことが重要と考える。

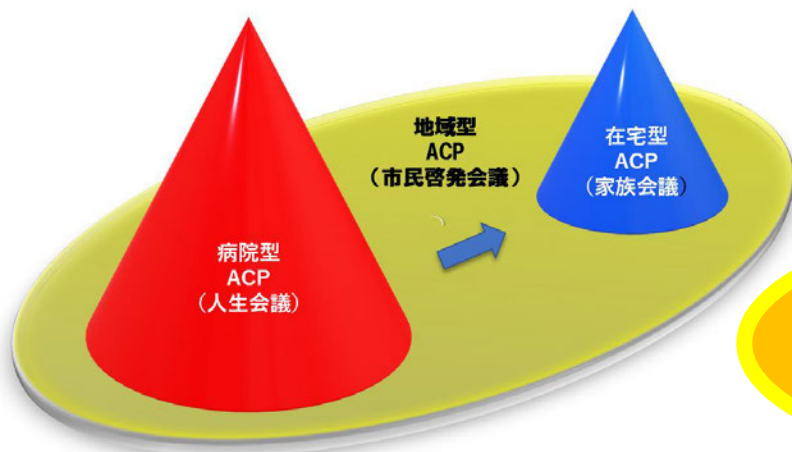
ACPからみえてきたこと(ホンネ)

- ・ 話し合うことは大事だけど、自分がそうならないとわからない
- ・ ひどい痛みは、家では和らげられないだろうし
- ・ 自宅で介護されるのも大変だろうし
- ・ 家族に迷惑がかかるから、病院や施設に行くしかない・・・
- ・ 在宅医療や在宅ケアもわからないし
- ・ 国のすすめに従ってACPをしたって・・・
- ・ 駆け付けた救急隊や搬送先の救命救急医が困るから？
- ・ 事前指示書って生きてる間、遺言書は死んでから？

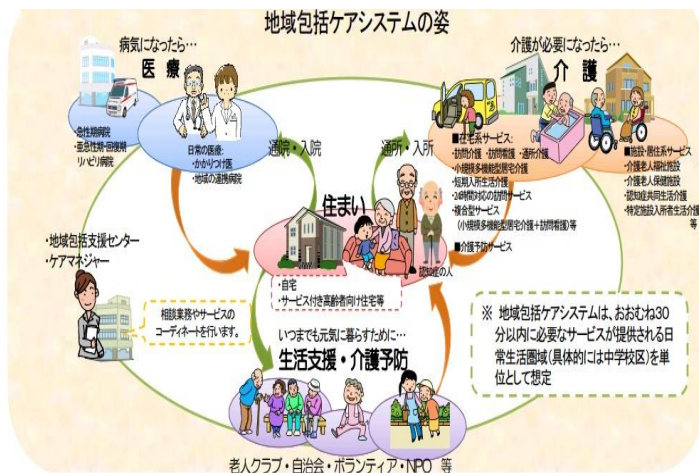
ACP

(アドバンス・ケア・プランニング) とは？

- ・ **どこで？ どう生きたいか？ のABC**
- ・ **地域づくりのABC**
- ・ **ACPは地域包括ケアシステムを創造する**

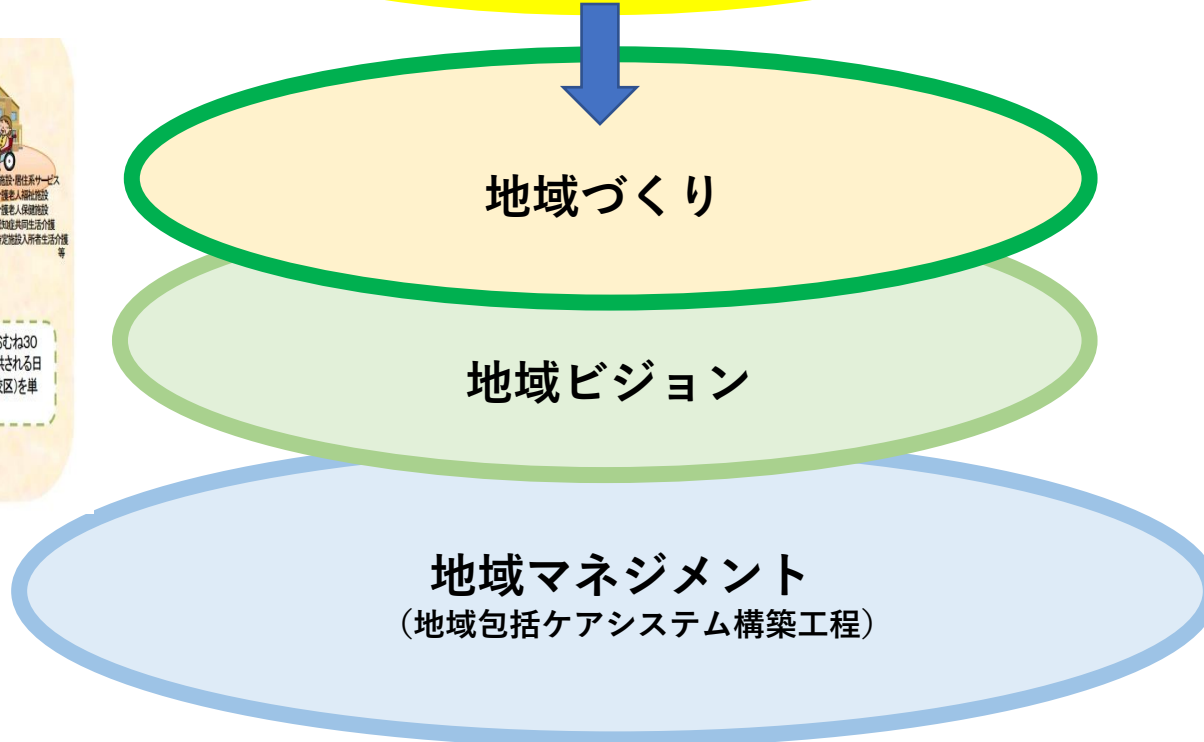


どう亡くなりたいか？
想い、希望
話し合う時間
どう生きたいか？



住民
専門職
行政
地域

： 主役
： サポーター
： 仕掛け人
： 舞台



医療
在宅医療
(病院含む)
ケア

地域包括ケアシステムとは？ (Integrated Community based Care System)

- ・ 主役
- ・ 専門職
- ・ 行政
- ・ 地域
- ・ 家族

住民→助けられるばかりではない
サポーター
仕掛け人
舞台
応援団

日本型ACPのまとめ

- 世界の最先端をゆく超高齢社会の人生最終段階のモデル
- 地域医療構想による在宅医療提供体制と連動
- 地域完結型医療を実現する地域包括ケアシステムと連動
- 病院型、在宅（医療・ケア）型そして地域型ACPを知る
- 地域づくり

令和4年度 診療報酬改定

第1 基本的な考え方

人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の要件に追加する。

第2 具体的な内容

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、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」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。

改定案	現行
【在宅療養支援診療所】 〔施設基準〕 (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ヲ（略） ワ <u>当該診療所において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。</u> ※ 機能強化型のうち単独型の在宅療養支援診療所以外の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院についても同様。	【在宅療養支援診療所】 〔施設基準〕 (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ヲ（略） （新設）

〔経過措置〕

- ▶ 令和4年3月31日において現に届出を行っている診療所等については、同年9月30日までの間に限り、当該基準に該当するものとみなす。

様式11 別添2
10月14日締切

在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

1 在宅療養支援診療所の区分(次のいずれかに○をつけること。)		
(1)「第9」の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所 (2)「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所 (3)「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所		
2 当該診療所の在宅医療を担当する医師		
常勤の医師名	①	
	②	
	③	
3 当該在宅	8 次の項目に対応可能である場合・該当する場合に○をつけること	
名称	(1)「4」及び「5」、「6」に、連携保険医療機関又は連携訪問看護は、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書(電子媒体を含む。)により随時提出すること。 なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。 (2)患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。 (3)当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。 (4)市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において、在宅療養支援診療所以外の診療所及び介護保険施設等と連携し、<u>地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議に出席していることが望ましいこと。</u> (5)在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと。	
①		
②		
10 直近1月間において往診又は訪問診療を実施した患者の割合 (算出に係る期間: 年 月 日～ 年 月 日)		
(1) 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数 名 (2) 往診又は訪問診療を実施した患者数 名 (3) 往診又は訪問診療を実施した患者の割合 (2)／(1) %		
11 <u>適切な意思決定支援に関する指針を定めていること</u> ☐ 該当		
12 主として往診又は訪問診療を実施する診療所に係る状況		
(1) 直近1年間に、訪問診療を開始した患者の紹介(文書によるものに限る。)を受けた保険医療機関 (算出に係る期間: 年 月 日～ 年 月 日)		
保険医療機関の名称	患者の紹介を行った医師	患者の紹介を受けた日付

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード		届 出 番 号	(支援診3) 第 号
連絡先 担当者氏名: 電 話 番 号:			
(届出事項) [別添 1 の「第 9」の 1 の(3)に規定する 在宅療養支援診療所] の施設基準に係る届出 [2-045]			
☐ 当該届出を行う前 6 月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。 ☐ 当該届出を行う前 6 月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。 ☐ 当該届出を行う前 6 月間において、健康保険法第78条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。			

☐ 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。
 標記について、上記基準のすべてに適合しているもので、別添の様式を添えて届出します。

令和 年 月 日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名

関東信越厚生局長 殿

備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
 2 □ には、適合する場合「レ」を記入すること。
 3 届出書は、1 通提出のこと。

様式11 別添 2 10月14日締切

適切な意思決定支援の指針

1.目的

本人の意思を確認し、その人が「大事にしてきたこと、大切にしたいこと」※解説版（2022）4 参照を重視した医療を提供し、希望する生活を可能な限り支えるため、生きる力を引き出し、最期まで本人らしい人生を支えることを目的とします。

2.意思決定支援に求められる理念

- ①疾患や障がいの軌跡を踏まえ、さまざまな状態に応じた支援とそれらの移行期の支援について、外来・入院・在宅医療を通じて対応します。
- ②病状の変化に迅速に対応しつつ、複雑な病状と障害、からだやこころの辛さへの総合的な医療・ケアを提供します。
- ③医療、ケアと生活支援の統合的アプローチを行い、身体・心理・社会的問題への包括的アプローチを行います。
- ④利用者（本人と家族等）主体のチームアプローチ（IPW）を推進します。
- ⑤利用者（本人と家族等）のこれまでの生き方を踏まえ、これからの生き方を支えます。

3. 在宅療養に即した意思決定支援の留意点

できるだけ慣れ親しんだ人や環境に配慮して意思決定支援を行います。※解説版（2022）5 参照 医療・ケアの希望の合意内容は、その背景や理由に加え、人生観や価値観(大事にしてきたこと、大切にしたいこと)に関する情報も含めて、診療録に記録します。必要に応じ、また救急搬送されるような場合に備えて、内容が確認できるように家族等と共有します。

(1)意思決定支援の前提

- ①日常の診療の中でコミュニケーションを図り、意思決定の前提となる様々な情報を収集します。※解説版（2022）2・3 参照
- ②医師と本人の信頼関係を構築するために、日常から誠意ある診療を行います。
- ③アドバンストケアプランニング(人生会議)の基本通り、本人を主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームで繰り返し話し合いを行うプロセスを尊重します。

(2)意思決定支援に際して

- ①意思形成の為に必要かつ十分な情報提供を行い、本人の大事にしてきたこと、大切と思うことを理解したうえで、本人の決定を優先した医療を提供します。
- ②本人のこれまでの人生に敬意を払い、相互の信頼を得るための努力を怠りません。
- ③本人が考えたくない、話したくないということも含めて、本人の意思を尊重します。
- ④病状の変化に迅速に対応するために、病状変化に応じた適切な医療とケアを提供します。
- ⑤暮らしのニーズの変化をアセスメントし、継続的な共同意思決定※を行います。※解説版（2022）1参照

(3)人生の最終段階において

- ①話し合いに基づく本人による意思決定を実現するため、多職種で協働しながら人生の最終段階における医療を提供します。
- ②人生の最終段階における医療行為の選択、医療内容の変更、医療行為の中止等は、本人の大事にしてきたこと、大切と思うことを尊重しつつ、多職種の専門性を有した医療従事者から構成される医療・ケアチームにより、医学的妥当性を基に慎重に判断します。
- ③医療・ケアチームにより、可能な限り苦痛や不安、その他不快な症状を十分に緩和し、本人ならびに家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行います。

4. 本人の意思決定支援をした上での本人の意思確認

本人の意思決定能力は個々により違いがあります。私たちが支援することで、その能力を高めることが可能な場合もあります。意思決定能力に疑いがあっても、私たちがまず可能な意思決定支援をします。※解説版（2022）5 参照

(A) 本人の意思の確認ができる場合

- ①専門的な医学的検討を踏まえ、説明と同意（インフォームドコンセント）に基づく患者の意思決定を基本とし、専門職種で構成される医療・ケアチームとして意思決定支援を行います。
- ②治療方針の決定に際し、患者と医療・ケアチームが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行います。
- ③時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、また患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明して本人の意思の再確認を行います。
- ④このプロセスは、患者の意向を汲み、家族等にも情報を共有します。

(B) 本人の意思の確認ができない場合

- 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治療方針をとることを基本とします。
※なお、本人が意思を伝えられない状況になった場合に備えて、特定の家族等を自らの意思を推定するものとして、あらかじめ確認しておくことは望ましい。
- 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家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の治療方針をとることを基本とします。
- 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には、医学的妥当性に基づき、本人にとっての最善の治療方針をとることを基本とします。

(C) 複数の専門家からなる「話し合いの場」の設置

治療方針の決定に際し、下記の場合には複数の専門家からなる「話し合いの場」を別途設置します。専門家は医療・ケアチーム以外の者を加え、示された検討結果及び助言に従って療養の方向性を決定します。

- ①医療・ケアチームの中で、本人の病態等により医療・ケア内容の決定が困難な場合
- ②本人・家族等との話し合いの中で、妥当な医療・ケア内容の合意が得られない場合
- ③家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療従事者との話し合いで、妥当な医療・ケア内容の合意が得られない場合

5. まとめ

意思決定支援においては、正解は無く、各人の多様な意思を尊重しながら支援していくことに留意しなければなりません。

医療従事者の価値観を押し付けることはせず、本人の意思を尊重しながら、対等な立場で共同して意思決定を合意し、誰しもが迎える「死」を少しでも納得できるものに近づけるよう、努めます。

適切な意思決定支援の指針

2022年診療報酬改定
意思決定支援の指針作成義務化

1. 作成者：

作成日：

作成場所：

2. 参加者

① ☐ 本人

② ☐ 家族等：

③ ☐ 医師：

④ ☐ 看護師：

⑤ ☐ ケアマネ：

⑥ ☐ 介護職：

⑦ ☐ その他：

3. 病状と暮らしのニーズ

① 診断と予後：

② 本人の暮らしのニーズ：

③ 家族の暮らしのニーズ：

4. 本人の価値観（本人の大事にしてきたこと、大切にしたいこと）

①大事にしてきたこと（過去～現在）：

②大切にしたいこと（現在～未来）：

5. 希望する療養の場：

6. 治療方針

①希望する処置について（希望するものに○を付す）

☐心臓マッサージ ☐人工呼吸器 ☐酸素療法 ☐IVH ☐点滴 ☐経管栄養

☐その他：

7. 家族等への情報共有の意向

（共有対象者）：

8. 自身が意思決定・表示出来なくなった際に方針決定を委ねたい人物

関係：

氏名：

9. その他の特記すべき事項：