

国保直診及びその関連施設における
アドバンス・ケア・プランニング（ACP:人生会議）の取り組みに関する実態調査 自由記述一覧

【問2】その他を選んだ場合、その場面

- ・ 町民向け講演会など
- ・ 住民参加のナイトスクールで
- ・ 居宅 介護福祉施設
- ・ 訪問看護ステーション、施設内相談窓口
- ・ 院内の会議室
- ・ 相談窓口など
- ・ 介護医療院
- ・ 地域住民や介護福祉職、民生委員との研修会
- ・ 施設内相談窓口
- ・ 研修会
- ・ 往診時
- ・ 健康教室
- ・ 緩和ケア外来
- ・ 電話

【問3】アドバンス・ケア・プランニングは各場面のこういったタイミングで実施していますか？

[1. 外来]

- ・ 外来受診時→治療方針を決定する時（症状告知された時）
- ・ 病状が変化したとき、主治医意見書を記載するとき
- ・ 他院へ紹介の必要があったとき
- ・ 診療時
- ・ 入院前オリエンテーション
- ・ 緩和ケア紹介受診時
- ・ 診察の会話で終末期の話題が出たとき
- ・ 診察時間に余裕のあるとき、診察中の話の流れで関連する話題が出たとき折に触れて
- ・ 村での生活が徐々に困難になりつつある患者に（COPDが徐々に増悪等）
- ・ 定期受診時、患者さんの誕生日前後
- ・ 院内掲示からチラシを見て患者から自発的に
- ・ 治らない病気であることの病状説明を行うとき、経口摂取が困難になった時
- ・ 介護保険の更新時
- ・ 治療奏効しない時、状態が変化した時、入院時
- ・ 診断時、告知時
- ・ 治療ができなくなった時や病状が悪化してきたとき
- ・ 入院→退院などのイベントが生じたとき
- ・ 入院時 患者の状態が変化した時
- ・ 通常診療時に適宜に実施している。
- ・ 主治医を含む複数の医師及び看護師、その他必要な複数の医療関係者が判断した結果、最善を尽くしても、医学的に回復の見込みがなく、死期を迎えると判断される状態にある患者であり、患者本人が意思確認できる間に実施する。
- ・ 患者さんの病状変化時
- ・ 患者さんの病状変化時
- ・ 入院が必要になったようなとき
- ・ 入院時、病状に変化がみられた時
- ・ 入院治療に移行する時。体調（病状）が悪くなった時。
- ・ 病院から退院した時、（遠方の）家族と来院した時
- ・ 入院時、病状が変わった時
- ・ 入院時、病状説明時
- ・ 病状変化時
- ・ 退院後、予後に影響する病気が見つかったとき（癌、心不全）
- ・ 70歳など節目
- ・ 入院時
- ・ 今後の治療法についての決定時等
- ・ 緩和ケア内科初診時・外来通院が困難になってきた時
- ・ 普段から日常会話の中で聞く、病状悪化時

- ・ いつも（とくに条件はなし、少なくとも年に1回以上）
- ・ 重篤な疾患が見つかった時、介護度が急に悪化したとき
- ・ 患者・家族に今後の治療等について説明する時
- ・ 病状の悪化で全身状態の回復がこれ以上望めないと予測される場合
- ・ 入院の説明をするタイミング
- ・ 認知機能低下や体力低下で生活（ADL）の変化があった時、介護保険の主治医意見書を書く時、本人の希望があった時などに実施している。「セルフケア評価指標SCAQ」を用いて実施している。
- ・ 病状説明時
- ・ 病状に変化があり専門医受診が必要と判断した時
- ・ 家族の体調悪化後（たとえば入院後）に自分のことを考える機会にしてもらう。
- ・ 病気が進んできた時・腎不全進行時など
- ・ 患者が将来の不安を口にした時。
- ・ 高齢者の中でも年齢が高く、一人暮らしの方（体調不良が続く見込みがある時）
- ・ 担当医が交代した時。病状の進行が判ったとき。
- ・ 入院、加療することが決定した時
- ・ 当院かかりつけの高齢者の患者で体調不良などで家族と受診した時
- ・ ケアマネ等が異常を察知したとき
- ・ 入院時、状態変化時
- ・ 全員ではないが何気ない機会に
- ・ 食事摂取ができなくなってきたとき。老衰・病状が進行してきたとき。
- ・ 高齢患者、急変するリスクの高い患者
- ・ 上記及び、救急外来等への搬送時、本人への意思確認が困難の場合に家族へ医療行為の確認を行う。
- ・ 入院時、治療方針決定時、患者・家族から相談を受けた時

[2. 病棟]

- ・ 人生の最終段階のケアのとき
- ・ 入院時
- ・ 病状説明後、退院前
- ・ 入院時、状態悪化時
- ・ 回復の見込みがない状態になられた時に、主治医からのインフォームドコンセントの場で患者の意思が伝えられなくなった時に受ける医療行為の確認として行われる場合が多い。
- ・ 終末期と予想される状況になった時
- ・ 状態のよくない時点での入院
- ・ 入院時→治療方針を決定する時（症状告知された時） 入院中→今後の方針を決定する時 入院中→治療方針を変更する時（症状が変化した時） 入院中退院前→療養先を相談する時
- ・ 入院時、状態に変化があったとき
- ・ 入院時、入院中病状変化のあるとき
- ・ 入院時や患者状態で必要時
- ・ 入院病状説明時、状態悪化時の病状説明時、退院調整担当者会議
- ・ 70歳以上の方が入院加療となったとき
- ・ 院内掲示からチラシを見て患者から自発的に
- ・ 終末期
- ・ 治療方針の変更時、治療が難しくなったとき、栄養経路の変更が必要となったとき（経口摂取が困難）、今後の療養先を検討するとき
- ・ 治療ができなくなった時や病状が悪化してきたとき
- ・ 入院時 患者の状態が変化した時
- ・ 主治医を含む複数の医師及び看護師、その他必要な複数の医療関係者が判断した結果、最善を尽くしても、医学的に回復の見込みがなく、死期を迎えると判断される状態にかかる患者であり、患者本人が意思確認できる間に実施する。
- ・ 病状悪化などの変化がある時
- ・ 入院時、症状悪化時、診断結果が生命維持に大きくかわる時、退院前
- ・ 入院時、病状説明時
- ・ 入院時、退院時
- ・ 状態に変化があった時、主治医が変更した時
- ・ 入、退院時の今後の方向性やサービスの利用状況
- ・ 緩和ケア内科入院時
- ・ 入院時、経口摂取が難しくなったとき、呼吸状態が悪化したとき
- ・ 急変の可能性がある場合やこれ以上の回復が困難な場合、開放病床に直接入院の場合
- ・ 入院時、手術、化学療法、胃瘻、施設入居、看取り、転院

- ・ 状態変化があったタイミング
- ・ 療養場所意思決定時 胃瘻造設意思決定時
- ・ 入院時、病状変化時、担当医変更時、ケアカンファレンス時
- ・ 入院時（肺炎、心不全などで）
- ・ 家族には、入院時。本人には、主治医からの病状説明時が主。病状により入院時実施。
- ・ 病状や容態の変化時、家族や患者の意向が変わった時
- ・ 入院時 病状の変化したとき
- ・ 入院時、状態変化時、退院前、施設入所時
- ・ 食事摂取ができなくなってきたとき。老衰・病状が進行してきたとき。
- ・ 治療方針が変わる時、状態の変化があった時、患者・家族の意向が変わった時

[3. 在宅]

- ・ 終末期が近づいたとき、患者の申し出があったとき
- ・ 定期的、病態の変化時
- ・ 介護保険の担当者会議時（初回、更新、区分変更）、状態悪化時（終末期）
- ・ 根治が期待できない疾患で、生命予後が、数か月と判断した時
- ・ 訪問診療に移行するとき、担当者会議のとき、病状が変化したときなど
- ・ 透析患者の今後について主治医と看護師が対話するとき
- ・ 診察時間に余裕のあるとき、診察中の話の流れで関連する話題が出たとき折に触れて
- ・ 往診時、状態が悪化したとき
- ・ 状態変化の可能性がある時（状態悪化を繰り返すなど）
- ・ 患者さんの病状変化時
- ・ 患者さんの病状変化時
- ・ 在宅医療開始時、状態が変わったとき
- ・ 病院から退院した時、（遠方の）家族が同席した時、ADLが一段階落ちた時
- ・ 特になし
- ・ 在宅導入時
- ・ 在宅医療開始時、病状悪化時
- ・ いつも（とくに条件はなし、少なくとも年に1回以上）
- ・ 初診時、病状の変化があった時、人生の最終段階が訪れた時などに「セルフケア評価指標SCAQ」を用いるなどして実施して
- ・ 在宅医療開始時、状態悪化が見込まれるとき、ケースバイケース
- ・ サービス利用開始時、状態に変化があったとき
- ・ 在宅（往診）、ターミナルケア希望時
- ・ 訪問診療時
- ・ 訪問診療開始時の面談で・初回訪問時の主治医との会話で・病状が変わった時
- ・ 患者の状態が変化した時
- ・ 病状説明時
- ・ 病状変化時
- ・ 介護保険サービス導入時等の意向確認
- ・ 居宅介護新規依頼時・介護保険更新時・神経難病予後を決めていく時・ターミナル期療養場所を決める時
- ・ 食事がとれなくなってきたとき、寝たきりになりかけてきたとき
- ・ 訪問看護導入時、ケアプラン立案時、更新時
- ・ 訪問診療開始時
- ・ 在宅医療を本人が選択する前 病状の変化したとき
- ・ 入院時、状態変化時、施設入所時

[4. 施設]

- ・ 入所時、看取りが近づいた時、年1回の家族参加カンファレンス
- ・ 入院時
- ・ 根治が期待できない疾患で、生命予後が、数か月と判断した時
- ・ 介護保険の更新時
- ・ 入所時、状態が変わったとき
- ・ 同上（隣接のデイサービス施設と小規模多機能型居宅介護事業所）
- ・ 食事摂取ができなくなってきたとき。老衰・病状が進行してきたとき。
- ・ 施設利用開始時、状態に変化があったとき
- ・ 病状変化時
- ・ 目標設定や看取り方法について

- ・ 食事がとれなくなってきたとき、重篤な疾患が見つかったとき
- ・ 入所時
- ・ 入所者の病状の変化したとき
- ・ 入院時、状態変化時

[5. その他]

- ・ (居宅 介護福祉施設)入所時 退院時 家族からの要望があった時
- ・ (緩和ケア外来)緩和ケア外来初診時
- ・ (研修会)地域の医療・介護関係者を巻き込んで自分事として考えてもらう機会として「もしバナゲーム」を行う。
- ・ (往診時)患者が将来の不安を口にした時。
- ・ (電話)家族がどうしても外来へ来ることができない時、緊急時
- ・ (町民向け講演会など)講演会の時に紹介することで町民が自発的に
- ・ (訪問看護ステーション、施設内相談窓口)初回訪問時、病状悪化傾向時
- ・ (介護医療院)入所時
- ・ (地域住民や介護福祉職、民生委員との研修会)介護者教室や介護支援専門員の研修会、地域包括支援センター主催の研修会、医師会主催の研修会などでカードゲーム(もしばなカードゲーム)や「セルフケア評価指標SCAQ」を用いて実施し、研修している。
- ・ (施設内相談窓口)療養場所意思決定時
- ・ (相談窓口など)ときどき
- ・ (住民参加のナイトスクールで)テーマ(治らない病気と言われたとき望む医療について)を提示しグループワークをしてもらう
- ・ (院内の会議室)状態が刻々と進行・悪化している時
- ・ (健康教室)出席者全員に対して

【問4-①】問4で「5. その他」と選択した場合、どなたを含みますか？

[1. 外来]

- ・ 診療所看護師、ケアマネージャー
- ・ 担当看護師
- ・ 看護師
- ・ 民生委員、後見人、友人、家族や親族以外のパートナー
- ・ 施設長、施設担当者、代理人
- ・ 在宅サービス事業者
- ・ 民生委員など
- ・ 患者支援センター看護師
- ・ 親族以外のパートナー
- ・ 代理者、パートナー、民生委員、知人
- ・ 親族以外のパートナー、親友
- ・ 本人が希望する介護人、同居者、後見人（代理決定者）
- ・ 友人、知人、近隣者
- ・ 家族・親族以外のパートナー、入所施設職員など

[2. 病棟]

- ・ 友人、知人、近隣者
- ・ 看護師
- ・ 入院時→家族、親族以外のパートナー 友人、知人
- ・ 担当看護師
- ・ 看護師
- ・ 訪問看護師
- ・ 民生委員、後見人、友人、家族や親族以外のパートナー
- ・ 施設長、施設担当者、代理人
- ・ 在宅サービス事業者
- ・ 担当看護師、病棟師長
- ・ 親族以外のパートナー
- ・ 代理者、パートナー、民生委員、知人
- ・ 親族以外のパートナー、親友
- ・ 本人が希望する介護人、同居者、後見人（代理決定者）
- ・ 担当看護師
- ・ 家族・親族以外のパートナー、入所施設職員など

[3. 在宅]

- ・ 民生委員
- ・ 診療所看護師、ケアマネージャー、訪問看護師
- ・ 民生委員など
- ・ 友人
- ・ 在宅サービス事業者、民生委員
- ・ 代理者、パートナー、民生委員、知人
- ・ 本人が希望する介護人、同居者、後見人（代理決定者）

[4. 施設]

- ・ 在宅サービス事業者、民生委員、市職員
- ・ 本人が希望する介護人、同居者、後見人（代理決定者）

[5. その他]

- ・ (緩和ケア外来)看護師、知人など
- ・ (訪問看護ステーション、施設内相談窓口)民生委員、後見人、友人、家族や親族以外のパートナー
- ・ (施設内相談窓口)親族以外のパートナー
- ・ (相談窓口など)民生委員など
- ・ (住民参加のナイトスクールで)地域住民
- ・ (院内の会議室)在宅サービス事業者

【問4-④】問4で「6. その他」を選択した場合どういった職種を含みますか？

[1. 外来]

- ・ PT、栄養士、薬剤師
- ・ 医師 本人、家族、成年後見人
- ・ 薬剤師、理学・作業療法士、臨床検査技師、放射線技師、管理栄養士
- ・ 薬剤師など
- ・ 施設職員、リハビリ職員
- ・ 診療所事務長
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 保健師
- ・ 施設スタッフ

[2. 病棟]

- ・ 介護福祉士、リハビリスタッフ、薬剤師、栄養管理士
- ・ 施設スタッフ
- ・ 理学療法士
- ・ PT、栄養士、薬剤師、看護補助者
- ・ 医師 本人、家族、成年後見人
- ・ リハビリセラピスト 栄養士 薬剤師
- ・ 薬剤師、理学・作業療法士、臨床検査技師、放射線技師、管理栄養士
- ・ 施設職員、リハビリ職員
- ・ 理学療法士、言語聴覚士、薬剤師、地域包括支援センター
- ・ 訪問看護師、市及び地域包括支援センター職員、リハビリスタッフ、管理栄養士

[3. 在宅]

- ・ リハビリ職
- ・ 必要に応じて 栄養士、理学療法士、薬剤師
- ・ 訪問看護ステーション看護師
- ・ 薬剤師など
- ・ 訪問歯科医、訪問薬剤師、ST、訪問OT、訪問PT、訪問入浴、福祉用具担当者など
- ・ 理学療法士、作業療法士、薬剤師、地域包括支援センター、保健師、在宅サービス事業者
- ・ 訪問看護師や市及び地域包括支援センター職員等

[4. 施設]

- ・ 生活支援員、介護士
- ・ 必要に応じて介護主任、栄養士
- ・ 介護員
- ・ 地域包括支援センター

[5. その他]

- ・ (電話)保健師
- ・ (相談窓口など)薬剤師など

【問5】アドバンス・ケア・プランニングを行う際の手順をできるだけ具体的にお書きください

[1. 外来]

- ・話し合いが必要な時は、まず本人に大事なお話があることを説明し、次回の外来時にご家族(本人が信頼できる方)の同席を依頼している。話し合いが終了した後は、カルテに記載しケアに関わる人々の間で共有している。また、看護師が話し合いについて本人・家族の思いを傾聴しながら、必要な支援を行っている。
- ・病状増悪がみられた方:次回増悪した場合に、どこまで治療を望むかを本人に確認する。人工呼吸器や心臓マッサージなど。患者さんが一番頼っている家族を聞く。病状説明時や主治医意見書作成時に本人の意向を伝え、家族の意向を確認する。再度増悪時には入院先の主治医に情報を伝える。
- ・①外来受診の日程を決定する。
- ・②必要がある場合、関係する医療福祉関係者へ外来受診の日程を連絡し、同席いただくよう依頼する。
- ・③外来受診時にアドバンス・ケア・プランニングを実施。
- ・患者家族へのIC
病棟カンファレンスでチームでのかかわりの方針を繰り返し話し合う
カルテにICやチームで話し合った内容を記録
患者及び家族の言葉や気持ちを常に記録する
- ・入院前オリエンテーション時、所定の用紙を使用し、説明しながら行う。
用紙は、家族と相談してから入院時に返答用紙をもらう。
- ・当院に転院が決まっている場合、医師、担当看護師、ソーシャルワーカー、ご本人、ご家族の都合のよい日程で外来で入院前面談を行う。
- ・緩和ケア紹介受診時の初回面談で、初回面談用紙を用いて、残された時間をどこでどのように過ごしたいか、どのような医療を受けたいか、人生の最終段階も踏まえた本人と家族の考えを聴き、当院でできること、できないことを説明した上で方針を決めている。
- ・外来診察の会話の中で自然と終末期のお話になったときや、病状が悪化の見込みが高い方に遠方の親族が病状説明を求めてきたような場合に診療所で用意していた簡易的な終末期の意向調査票を用いて聞き取りを行います。認知機能低下が強く本人の意向が取りにくい場合は家族の方の移行を聞き取るようにしています。最低でも看護師が一名同席します。
- ・ご本人のご希望、意向を自由に話していただく。その話を受けて、具体的に聞いて絞り込むことが出来そうなところがあれば、療養場所、治療内容なども順次聞いていく。通常はまず日常診療の中で自然な会話の流れで開始し、必要が出てくればゆっくり話せる時間帯に呼び出して、家族も交えて話す機会を作る。なるべくご本人やご家族からの自発的な表出を受けて、医療者として予測で要ることなど情報提供を加えつつ、可能性として挙げられる選択肢を提示して、選べそうであれば希望の選択肢を絞り込んでいただく。
- ・まず、村で最後まで生活したいか、村で最後まで生活するのは不安かを聴取。その後心肺停止時のDNARの有無を聴取。その後急変時の対応方法や経口摂取困難になった際の栄養管理について本人に聴取する。同様の流れでご家族にも相談し、最終的には主介護者と本人の意見を踏まえてACPを立てています。
- ・診療中の会話の中で、「何歳まで生きたい」や「最後まで自宅で生活したいか」などを質問する。
- ・患者が院内掲示を見て自発的に記入され院内の相談窓口へ提出
提出された際に面談し内容を確認
本人に署名して頂き家族署名を確認の上受理
当院のカルテ内に取り込み、原本は本院返却保管して頂く
一部コピーし、控えを院内の相談窓口にて保管
- ・担当医から連絡があり、外来で病状説明に立ち会う。
本人や家族立会いの下、口頭で今後の医療について話し合い、カルテに記載。
- ・ほとんどの人にとって、人生の最終段階における意思は考えたことがなく、そのような話題を出す何回か前の外来で、情報提供をしています。その後、スタッフを集めて話をしています。
- ・1) 医療者の提案で本人家族の希望を確認し、話し合う場を設ける
2) 本人・家族の意向を伺う
3) 医療者から医学的な見解を伝える
4) 再度、話し合い、双方が納得・合意したものを方針としていく
以降1~4の繰り返し
- ・医師が必要と判断された際に、本人へ病状説明時、看護師が同席を行いACPについて説明し本人の思いを確認する。内容は、当院のACPシートを使用して記載してもらう。記載内容を電子カルテ内に記録し多職種で共有している。
- ・参加者は診療所看護師、医師、本人は必ずいるが、家族やケアマネの参加状況はその時の状況ごと異なる。時間・場所を決めて行うこともあれば、特に時間場所を指定せず、問診の一環として行うこともある。問診の一環として行う場合は、全員に聞いていると前置きをした上で、「食事が摂れなくなった際にどうしますか。病院に行きますか?家で過ごしたいですか?」と質問する。疾患や背景問わず、時間があれば全員に行いたいと考えているが、まだまだ不十分。
- ・①外来受診時や入院時にACPのI.Cすることが決定したら、他職種に来てもらう。
- ・②本人が意思決定ができない時は、代理決定者にI.Cに入ってもらおう。
- ・③ACPの確認書、同意書を準備する。
- ・④ACPの話をした際、誰が同席したのか、話の内容をカルテに記載する。
- ・⑤確認書、同意書が提出された時は、コピーをして家人に渡す。原本はカルテに取り込み、取り込んだ日付をカルテに記載する。
- ・⑥ACPの内容に変更がある時や、患者の状態が変化した時は、もう一度意志の確認をし、記録をする。
- ・アドバンスケアプランニングの内容説明

- ・ (1) 本人の意思の確認ができる場合
 - ① 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を行う。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、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を行い、本人が自らの意思でその都度示し、伝えることができるような支援を行う。また、本人が自ら意思を伝えられない状態に備え、家族等も含めた話し合いを繰り返し行う。
 - ③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度記録する。
- (2) 本人の意思が確認できない場合

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。

 - 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、本人にとって最善の方針をとることを基本とする。
 - ② ご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。なお、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、その都度記録する。

(〇〇病院看取りに関する指針(H30)抜粋)
- ・ 患者さんの病状変化時にご家族同席いただく
- ・ 全員に対して、病状説明、必要な介護の状態と受けているサービス、今後の見通しをお互いが説明して、情報を共有。ACPIについての簡単な説明。本人が希望を述べる。家族の意見も聞く。本人を含む参加者全員で話し合う。当面の意向を決めて共有する。
- ・ 施設入所中の方の場合、施設の書面を用い本人・家族・施設介護担当者を交え、医師から病状、今後の見通しを説明、今後の方向性について検討し、本人・家族が意思決定できるように援助する
- ・ 治療方針の相談時にBSCを確認することが多いです。(診療所)
- ・ まず医療者側からこれまでの経緯と現状を伝えて再確認し、次に患者自身の病状の捉え方と今後の希望を聞き、それから看護師やケアマネージャの意見を聞き、最後にご家族の考えを確認して、全員で同じ認識を共有できるようにする。
- ・ 医師から病状説明の指示がでると、看護師又はソーシャルワーカーが、本人または家族等(関係者)へ連絡する。病院で話し合いの場を持つ。話し合った内容を所定の記録用紙に、内容と署名をする。
- ・ ①医療スタッフが必ず同席し、病状・治療方法等十分な情報提供を行う。
- ・ ②患者の意志が確認できる場合、十分に話し合い意志決定を行う。
患者の意志が確認できないが家族が推定できる場合、推定意思を尊重し最善の治療方針を決定する。
- ・ ③経過の中で気持ちが変化する場合があるため、患者・家族の思いに寄り添い気持ちの変動を受け止め対応する。
- ・ 特に定めていない
- ・ 本人、家族、主治医、看護師、などから今後の方針等を明確にしておいたほうが良いと判断した段階で、どのようなメンバーでいつ行うか病院が調整し、話し合いの場を持つようにしている。
- ・ 今の家で暮らすについて思いをきく。(在宅が心地よいか、不自由は何か~など)
重病が見つかったとしたらどうするか。
認知症になったり、一人で暮らせるとなったらどうするか。
- ・ 事前決定書などを渡して医師がサインする。
- ・ ①キーパーソンに入院前の患者さんの考えがどうであったか確認する
- ・ ②「延命治療について」の資料をもとに説明し、意見をまとめていただく
- ・ ③主治医、看護師等へ伝えていただく
- ・ 緩和ケア内科:初診時に説明
- ・ 普段から日常会話の中で聞く、病状悪化時、口から食事が摂れなくなったらどうしますか?延命治療は希望しますか?等の質問をし、カルテに記載しておく
- ・ 「ご飯が食べられなくなったら、どうしますか?」と本人に尋ねる。常に、何度も繰り返し尋ねる。家族がおられれば、家族の前で本人に語ってもらう。本人が語ったことをカルテに記載し、プリントアウトして皆で共有する。
- ・ まず患者と患者家族を呼び、病状の説明と今後の希望について協議する。
- ・ 病状の経過や今後の治療方針などについて話し合った時に、ACPについて話す。
- ・ 病状の説明や今後の診療方針について説明がおわったあと、もしもの場合について本人の考えを医師が伺う。説明がされる場合看護師もできるだけ同席し情報の把握に努める。家族も同席し、本人の考えを知る。説明後、外来看護師は、本人や家族から更に聞きたいことや質問などについて話す時間をとる。これらのことがカルテに情報として記載され入院時には入院担当医や病棟看護師との情報共有に繋がる。
- ・ 1.主治医から病状の説明
- ・ 2.今後の方針についての話し合い
- ・ 3.話し合いの内容を電子カルテに記載
- ・ 4.内容を「今後の治療と療養について」の用紙にコピーして記入し家族に説明
- ・ 5.署名をもらいコピーして渡す
- ・ 入院の必要性、病状説明を行い、最後に治療に関して了解をいただく。このタイミングで「もしものことがあったら・・・」とパンフレットで説明する。

- 意思の形成支援、表明支援、実現支援に分けて行っている。意思の形成には正確な情報の伝達と十分な理解、本人の自由な判断が欠かせない。人それぞれ価値観が異なることに留意し、患者本人の価値観が最大限に尊重されるように配慮している。意思の表明を支援する際は、患者との信頼関係をベースとして、話しやすい環境作りを心がけ、患者の言葉が必ずしも本心とは限らないことに留意し、繰り返し支援を行うとともに、患者の気持ちに寄り添い、共感し、想像するようにしている。本人の意思が家族や周囲に受け入れられるようにコーディネートするも医師、看護師の大切な役割である。価値観や信念が対立した際は、何故そう思うのかの理由を掘り下げて、共有意思決定を図るように心がけている。実現の支援には、多職種地域連携をベースとして、本人と家族が無理なく療養、介護できるよう計画的に環境を整えている。「セルフケア評価指標SCAQ」を用いて看護師が患者との対話を深めることは、患者が大切にしている価値観を知ることにつながり、意思決定支援、アドバンス・ケア・プランニングに大きく役立つと考える。
- 1. 医師が、家族に電話し面談の調整を行う
- 2. 患者支援センターまたは、がん相談支援センター看護師・MSWに同席依頼あり介入
- 3. 外来診察室にて、ご本人・家族に書面をもって現在の病状説明を行う
- 4. 今後の治療や療養場所の意思決定に向けての情報提供を行う
その際、状態に応じて(人生最終段階の医療・ケアについての事前指示書)を渡す
- 5. 患者・家族の様子に応じて、看護師・MSWが別室にて説明が理解されたか確認の面談を行う 疑問点は追加し情報提供を行う
- 6. 次回外来時、事前指示書を記入し提出していただくように、説明する
- 1. 入院時、当院所定の様式1の記入を依頼する。
- 2. 担当医が様式2が必要と判断した場合
本人、家族、付き添い者ともにカンファレンスを行う。
当院外来看護師、ソーシャルワーカーも同席する。
- 3. カンファレンス内容を看護師またはソーシャルワーカーが様式3へ記入する。
- 日頃から外来診察時に、家族や生活環境についても話題にする。
体調に変化があり、緊急性がなければ検査を行う。緊急性がある場合は専門医宛に紹介状を発行する。紹介状を発行する際に、治療に関しての考え方、希望する医療機関を聞き紹介状に反映させる。心身機能の低下があり、要支援と思われるレベルから、介護保険サービスの利用をお勧めする。
- 身近な人の入院後の外来で、「もし自分が同じようなことになったら、どうしますか?」といった質問から始め、「いつどうなるかわからないのが本当のところですよ。だから、普段から身近な人々と気軽にお話ができる環境を整えるのが重要かもしれませんね。」、そして、「そのお手伝いをさせてください。」といったことで、話しを進めていく。
- どの様な治療を望むか(生き方、死に方)
最期の場所
食べられなくなった時の胃瘻の希望
透析の希望
- まずは患者のおかれた状況を見て、少しずつ何回もACPIについて語りかける。患者と家族がその重要性に気がついてくれたらあくまでも患者と家族を中心に何度も何度も納得いくまで、また納得してから話し合うということを生活の一部として取り込んでもらい、医学的な意見を求められた場合には医療サイドから助言すると良いと考える。最重要なのは自己決定権というのは当然であるが患者の意思(～遺志)と残される家族の意思の調整の課題も残る。
- 外来受診時、高齢者でも年齢が高く一人暮らしの方は(特に体調不良が続く見込みがある時)、家族、ケアマネ等に連絡し、その日または別日に集まって、数回話し合いを行う。
- ①医師より病状の進行により起こり得ることを説明。それに対して、どこまで治療を望むか等、選択肢を提示。
本人から明確な返答がない場合は、
- ②看護師から、具体的に各選択肢について説明。記録する。
- ③本人の意思を確認。記録する。
- 医師は病状、治療方針、今後予測されること等を説明した後に、患者・家族から心肺停止時に心肺蘇生法を実施するか否かを確認する。
本人の意思疎通が困難であれば、キーパーソンから、可能な範囲で知り得る本人の意向を確認する。
話し合いの場は、患者・家族の心情等を配慮した環境で行う。
意思確認した後も、希望の変更は構わないことを申し添える。
医師との面談時に可能な限り看護師が同席し、その後のフォローを行う。
- アドバンス・ケア・プランニングというよりは看取りとなる高齢者を対象としています。延命処置は希望せず、最後まで自宅で過ごしたいと希望する患者さんに家族、兄弟等に説明、納得したうえで約束している。
- ①患者家族の希望の聴取
- ②医師、患者家族の面談(看取りの説明)
- ③相談時、死亡時の連絡先等の説明
- ※へき地医療区域に該当する当院では、ACPIというよりは、看取りを希望する患者及び家族に対して、話し合いの場をもうけている。延命処置は希望せず、最後まで自宅で過ごしたいという患者と、その家族、兄弟を含め医師、看護師と何度も話し合い、納得したうえで、看取り対象者としている。
- 本人の気持ちを確認
家族の気持ちを確認
気持ちの相違がある場合は別々に面談する

- ・ドクターからの病状説明と今後予想される状態、もしものときの医療処置の説明。同意書を渡し、記入していただく。理解できたかどうかをナースの確認と説明。①医療行為に関する事前医師確認書 ②人生の最終段階における医療とケアに関する同意書。
- ・今後のことについて相談された際、それほど厳密なものではなく、もしもの時のことを元気なうちから考えておきましょう、というような持ち込み方で、最期はどこで過ごしたいか、どのような医療は受けたいかどのような医療は受けたくないか、もし自分が意思表示できないような状態になった時にはだれに意思決定をゆだねるかなど、どちらかという雑談に近いような形で、できればきちんと文書に書いておいたほうがいいですよ。国診協の生きていくノートを購入してもらってその中身を身めるような形で話することも。
- ・①状態に変化が生じたとき、または近い将来変化が起こりうると判断したときに医師から本人に家族とも話し合いをしたいことを知らせ、話し合いの日時を設定する。本人が調整できない人は、医療相談室が家族に連絡を取る。
- ・②その他医療関係者の参加が必要な場合には、医療相談室が各関係者に連絡を取り、日程調整を行う。
- ・③外来にて話し合いを実施し、医師カルテまたは人生会議録に記載する。人生会議録に記載した場合には、各参加者の署名をもらう。
- ・④人生会議録は、カルテにコピーをはさみ、原本を本人または家族に渡す。
- ・病状説明→急変リスクの説明→状態悪化時、心肺停止時に希望する治療の選択肢について合議→方針決定
- ・医師から必要と思われる治療法についての説明後外来看護師の方で患者、家族の意向確認を行い必要に合わせ、MSW等が制度の説明や不安等の解決に向けた話し合いを行っていく。また、状況に応じ今後の見取りの方法についても確認している。
- ・患者の意思が確認できない場合
 - ①家族等が患者の意思を推定できる場合は、それを尊重し、患者にとって最善の方針をとる。
 - ②家族等が患者の意思を推定できない場合は、家族等と十分に話し合い、患者にとって最善の方針をとる。
 - ③家族等がない場合及び家族等が医療・ケアチームへ判断を委ねる場合には、患者にとって最善の方針をとる。
 - ④プロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめる。
- ・医師よりの診察(病状説明)
 - 患者・家族の意向確認
 - 治療方針の決定
 - 必要な支援体制の検討・調整
 - 治療方針決定時や緩和ケア(BSC)への移行の際は、本人だけでなくご家族にも同席してもらうように伝え、出来る限り看護師・MSWも同席している。

[2. 病棟]

- ・手順書を作成していないため、具体的な手順はない。
- ・患者本人の意思を確認(情報収集)生活歴、職歴、家族構成、習慣、趣味、嗜好・家族の意思を確認 病状についての理解など・情報を整理(ジョンセンさんの4分割)・患者カンファレンス・他職種カンファレンス
- ・(消化器外科病棟)終末期患者に病状説明された後、ご家族が在宅療養を希望された時「〇〇メモ(独自様式)」を用いてこれから大切にしていきたいことなどを伺っている。
- ・病状の説明、予後予測、終末期の症状予測・合併症の予想、DNARないしBSCの説明等、緩和医療
- ・患者の意思が確認できる場合
 - ①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、多専門職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状況に応じて患者の意思が変化した場合には、その都度適切な情報の説明を行い、患者の意思の再確認を行う。
 - ③プロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめる。
- ・まず主治医から病状と今後予想される予後を説明し、次いでACPの説明を行う
- ・現時点での患者の病状を説明し、行った検査等の結果を伝え、おこりうるであろう状態を挙げる。それらを踏まえたうえで治療方法、どこまでの医療治療を望まれるかの確認を行う。
- ・話し合いが必要な時は、まずご本人に大事なお話があることを説明し、ご家族や本人と一緒に聞いてほしいと考えておられる方にも同席してもらえようように、来て頂ける日時を調整している。日程が決定したら、必要な職種への同席を依頼し、病棟のカンファレンス室や説明室にて話し合いを開始する。話し合いが終了した後は、看護師が理解度や疑問に思われていることなどはないか確認し、本人や家族の意思を傾聴しながら情報の補足や追加を行っている。また、話し合いの内容はカルテに記載しケアに関わる人々の間で共有している。
- ・①院内の関係職種の都合を確認する。
- ・②ご家族が来院できる日程を確認する。
- ・③必要がある場合、関係する医療福祉関係者へ外来受診の日程を連絡し、同席いただくよう依頼する。
- ・④アドバンス・ケア・プランニングを実施。
- ・患者家族へのIC
 - 病棟カンファレンスでチームでのかかわりの方針を繰り返し話し合う
 - カルテにICやチームで話し合った内容を記録
 - 患者及び家族の言葉や気持ちを常に記録する
- ・病状にあわせて医師が説明を行う。
 - 説明後、不明なところはないか確認しながら返答用紙をもらう。
- ・入院時の病状含めキーパーソンと担当医師、担当看護師で方向性を確認しておく。

- ・入院時や状態悪化時に、本人・家族に病状説明を行うとともに、どこでどのように過ごしたいか、どのような医療を受けたいかを聴き、今後の治療方針を決めている。退院時の担当者会議では関係する多職種で本人・家族の希望に沿って退院後の生活の支援方法を検討しているが、生きるための内容にとどまっている。
- ・70歳以上の方が入院する際には入院指示書を作成する際に自動的にアラートが出るように設定しています。実際にACPを作成するかどうかは医師の判断にまかせており、70歳以上だからといって全ての方にACPを作成するわけではありません。
- ・患者が院内掲示を見て自発的に記入され医療相談部に提出
 - 提出された際に面談し内容を確認
 - 本人に署名して頂き家族署名を確認の上受理
 - 当院のカルテ内に取り込み、原本は本院返却保管して頂く
 - 一部コピーし、控えを医療相談部に保管
- ・1) 医療者の提案で本人家族の希望を確認し、話し合う場を設ける
- ・2) 本人・家族の意向を伺う
- ・3) 医療者から医学的な見解を伝える
- ・4) 再度、話し合い、双方が納得・合意したものを方針としていく
- 以降1~4の繰り返し
- ・医師が必要と判断された際に、本人・家族へ病状説明時、看護師が同席を行いACPについて説明し本人の思いを確認する。内容は、当院のACPシートを使用して記載してもらう。記載内容を電子カルテ内に記録し多職種で共有している。
- ・①I.Cの時間を医師と本人又は代理評定者と話し合い、セッティングをする。
- ・②ACPのI.Cがあることを他職種に伝え、集まってもらう。
- ・③ACPの確認書、同意書を準備する。
- ・④ACPの話をした際、誰が同席したのか、話の内容をカルテに記載する。
- ・⑤確認書、同意書が提出された時は、コピーをして家人に渡す。原本はカルテに取り込み、取り込んだ日付をカルテに記載する。
- ・⑥ACPの内容に変更がある時や、患者の状態が変化した時は、もう一度意志の確認をし、記録をする。
- ・医師から病状、今後の見通しなどを説明した後、本人・家族の疑問、意向を聞く。場合によっては看護師、MSWも関わり、不安が少ない状況で今後の方向性を決定できるように支援する
- ・医師から病状説明の指示がでると、看護師又はソーシャルワーカーが、本人または家族等（関係者）へ連絡する。病院で話し合いの場を持つ。話し合った内容を所定の記録用紙に、内容と署名をする。
- ・①医療スタッフが必ず同席し、病状・治療方法等十分な情報提供を行う。
- ・②患者の意志が確認できる場合、十分に話し合い意志決定を行う。
- ・患者の意志が確認できないが家族が推定できる場合、推定意志を尊重し最善の治療方針を決定する。
- ・③経過の中で気持ちが変化する場合があるため、患者・家族の思いに寄り添い気持ちの変動を受け止め対応する。
- ・入院時や退院時、主治医、看護師、医療ソーシャルワーカー、または在宅で関わる関係者から今後の方針について、話し合いを持ったほうが良いと判断した時点で、病院が、どのようなメンバーでいつ行うかなど話し合いの場を調整して、行うようにしている
- ・①キーパーソンに入院前の患者さんの考えがどうであったか確認する
- ・②「延命治療について」の資料をもとに説明し、意見をまとめていただく
- ・③主治医、看護師等へ伝えていただく
- ・緩和ケア内科：転棟・入院時にアナムネ用紙を使用し確認
- ・居宅介護：本人・家族へ今後の生活などの意向を確認する。医療スタッフや関係者から情報収集を行い、助言していただく。カンファレンス開催時は出席を行う。本人と家族へ居宅サービス計画書を提案し、調整を行う。在宅ケアチームを交えて会議を行う。
- ・訪問看護：主治医から病状説明（呼吸器等の医療選択のメリット・デメリットの説明）→本人・家族の思いを傾聴する。質問に対し、医師も含む医療職で回答する→家族間で話し合いの場を持ってもらう→訪問時に本人・家族の意思を確認する→主治医・関係職種に伝える
- ・入院当日には、主治医から病状の説明及び診療計画の説明がされる。このときに病状が重症であればご本人と家族に「もしものときの場合に受けたい医療について話し合う機会がもたれる。病状の改善が十分に期待できる場合は話し合っていない。入院後経過する中で自分の疾病について今後のことについての本人の考えを聞かせてもらう機会がある場合は、ACPについて話し合うこともある。しかしごくわずかである。
- ・入院のため、病棟内でオリエンテーションを実施し、基礎情報を聴取する。このタイミングで説明し、同意を得る。
- ・1. 医師または、病棟師長が、ご本人または家族に、面談の調整を行う
- ・2. 病棟師長または、受け持ち看護師が患者支援センターまたは、がん相談支援センター担当者に、面談の同席・連絡をする。
- ・3. 病棟相談室にて、ご本人・家族に書面をもって現在の病状説明を行う
- ・4. 今後の治療や療養場所の意思決定に向けての情報提供を行う
 - その際、状態に応じて（人生最終段階の医療・ケアについての事前指示書）を渡す
- ・5. 患者・家族の様子に応じて、看護師・MSWが別室にて説明が理解されたか確認の面談を行う 疑問点は追加し情報提供を行う
- ・6. 後日、事前指示書の提出をしていただくように説明を行う

- ・ 1.担当医が様式2が必要と判断した場合
本人、家族、代理者等を含みカンファレンスを行う。
看護師、ソーシャルワーカーも参加する。
- 2.カンファレンス内容を看護師またはソーシャルワーカーが様式3へ記入する。
- 3.様式2記入後も医師、医療介護担当者が必要と考えた時、また本人、家族、代理者より申し出があった時は随時カンファレンスを行う。
カンファレンス内容は看護師またはソーシャルワーカーが様式3へ記入する。
- ・ 原病が進行した場合の心肺蘇生の必要性(ADS)
胃瘻の希望
- ・ ①医師より病状の進行により起こり得ることを説明。それに対して、どこまで治療を望むか等、選択肢を提示。
②看護師または医療ソーシャルワーカーから、具体的に各選択肢について説明。記録する。
③本人の意思を確認。記録する。
- ・ 本人の気持ちを確認
家族の気持ちを確認
気持ちの相違がある場合は別々に面談する
- ・ ドクターからの病状説明と今後予想される状態、もしものときの医療処置の説明。同意書を渡し、記入していただく。理解できたかどうかをナースの確認と説明。①医療行為に関する事前医師確認書 ②人生の最終段階における医療とケアに関する同意書。
- ・ ①状態変化が生じたとき、または近い将来変化が起こりうると判断した場合医療相談室が話し合いの日時を各関係者と調整する。
②病棟にて話し合いを実施し、医師カルテまたは人生会議録に記載する。人生会議録に記載した場合には、各参加者の署名をもらう。
③人生会議録は、カルテにコピーをはさみ、原本を本人または家族に渡す。
- ・ 病状が落ち着いた頃、リハビリの目安がついたところなどで患者様個別のケースカンファレンスを行う。(患者様、ご家族、医師、看護師、リハビリ担当、ソーシャルワーカー、ケアマネージャーなど)
- ・ 医師から必要と思われる治療法や今後の見通し等についての説明後看護師、MSWが患者、家族の意向確認を行い院内の関係職種、リハビリスタッフ、栄養士等と意思統一、目標設定等を行い、状態をみながら家族、本人と共に在宅で関わっているケアマネージャー及びサービス担当者を交えてカンファレンスを行い意思統一及び目標の共有、今後の方向性等決めていく。今後の住処や今後の望む治療法についても確認する。
- ・ 医師よりの診察(病状説明)
患者・家族の意向確認
治療方針の決定
必要な支援体制の検討・調整
在宅看取り等を希望された際は、病棟看護師より担当のMSWへ伝え、関連機関(カンファレンスマネージャー・訪問看護・訪問介護など)と日程調整を行い、退院前カンファレンスを行っている。

[3. 在宅]

- ・ 本人の希望 家族の希望 家族の経済状態、介護力
- ・ 介護保険の場合、サービス担当者会議の時。ケアマネジャーを中心に話をしている。医療保険の場合、ケアマネのところを訪問看護師が行う。主治医からの現状の情報提供、予測される危険などを説明してもらう。本人、家族の意向を聞いて延命治療の有無、急変時の対応(救急車を呼ぶか否かなど)をみんなで共有している。また、これからどのように過ごしていきたいか、最後はどこで迎えたいかなども会議のたびに確認している。終末期は看取りパンフレットを使って家族などに今後起こりうる症状やその対応、息をひきとる時の状態についてわかりやすく説明するように心がけている。
- ・ 癌、慢性心不全、老衰などの疾患で生命予後が数か月と医師が判断した際に、患者本人がしっかり判断できるときには、本人を含め、本人に判断能力がない場合はキーパーソンである家族または親族の都合のいい平日午後に合わせて、患者宅にメンバーが訪問して病状説明を医師からしたのち、本人家族の希望する治療・介護を聞いて、可能なケアプランを皆で検討する。
- ・ 訪問診療を開始するときに担当者会議で患者さん、家族の意向を確認し、多職種で共有しておく。
- ・ 手順書を作成していないため、具体的な手順はない。
- ・ 在宅療養中に何らかのイベントが起きた際、病状の悪化が予測されることと合わせてその先のケアの方法、療養場所など聞けることを順次聞き出していく。なるべくご本人やご家族からの自発的な表出を受けて、医療者として予測で要ることなど情報提供を加えつつ、可能性として挙げられる選択肢を提示して、選べそうであれば希望の選択肢を絞り込んでいただく。
- ・ 多職種会議の際に、今後の方針について相談する、という事で、ご本人、ご家族、そしてケアに関わっている関係者に話をしています。
- ・ 随時施行
- ・ 全員に対して、病状説明、必要な介護の状態と受けているサービス、今後の見通しをお互いが説明して、情報を共有。ACPIについての簡単な説明。本人が希望を述べる。家族の意見も聞く。本人を含む参加者全員で話し合う。当面の意向を決めて共有する。
- ・ まず医療者側からこれまでの経緯と現状を伝えて再確認し、次に患者自身の病状の捉え方と今後の希望を聞き、それから看護師やケアマネージャの意見を聞き、最後にご家族の考えを確認して、全員で同じ認識を共有できるようにする。
- ・ 特に定めていない
- ・ カルテに参加者と合議内容等を記載する。

- ・在宅医療開始時、病状悪化時、口から食事が摂れなくなったらどうしますか？延命治療は希望しますか？等の質問をし、カルテに記載しておく
- ・「ご飯が食べられなくなったら、どうしますか？」と本人に尋ねる。常に、何度も繰り返し尋ねる。家族がおられれば、家族の前で本人に語ってもらう。本人が語ったことをカルテに記載し、プリントアウトして皆で共有する。
- ・病状の経過や今後の治療方針などについて話し合った時に、ACPについて話す。在宅の場合、訪問看護が導入されている場合には、医師との面談の後に訪問看護師より、詳しく説明してもらっている。
- ・外来の手順に準じる。在宅では重症度の高い患者が少なくなく、緩和ケアの具体的な方法や延命治療の是非、人生の最終段階を過ごす場所、ともに過ごす人、とくに重視して欲しいこと（本人の価値観に基づく）を早めに明確にしておく必要がある。そのためには医師、看護師、訪問薬剤師、ケアマネジャー、介護職、訪問歯科医、訪問セラピスト、訪問入浴担当者、介護用具担当者、デイケア・デイサービス担当者など地域の多職種が、患者家族を中心として緊密に連携し、意思決定支援、アドバンス・ケア・プランニングを繰り返し行うことが大切である。アドバンス・ケア・プランニングのゴール設定は（キュアではなく）ケア視点でのゴール、その人らしく生きるためのパーソナルゴールである。有効な治療手段が無くなった後でも、尽くすべきケアはたくさんあることを地域の多職種チームで共有することが大切である。
- ・退院時カンファレンスや、担当者会、在宅利用開始時に、急変時の対応や、希望する医療、希望しない医療、最期はどこで過ごしたいか、意思表示できなくなった場合の意思決定はだれが行うかなど話し合い、カルテに記載。
 - ①話し合いを行う場所を決定する。
 - ②ご本人、ご家族の都合を確認する。
 - ③関係する医療福祉関係者の都合を確認する。
 - ④アドバンス・ケア・プランニングを実施。
- ・訪問診療時、必要に応じて本人・家族に病状説明を行い、どこでどのように過ごしたいか、どのような医療を受けたいかを聴き、今後の治療方針を決めている。
- ・訪問診療前の家族・本人との面談で今後の過ごし方や医療について聴きます。本人の意向・家族の気持ちを訪問診療スクリーニングシートの中に記載。その後は訪問診療開始時や病状変化時に主治医のほうから本人・家族に気持ちを聞いてもらいます。ACP聞き取りシートを作成し、使用してはみたものの、なかなか患者さんの心に添った聞き取りが難しく、現在は使用していません。
- ・1) かかりつけ医または訪問看護師からの提案で本人家族の希望を確認し、話し合う場を設ける
 - 2) 本人・家族の意向を伺う
 - 3) 医療者から医学的な見解を伝える
 - 4) 再度、話し合い、双方が納得・合意したものを方針としていく
 以降1~4の繰り返し
- ・①訪問診療時は、ACPの確認書、同意書を2部準備して持っていく。
 - ②訪問診療時に患者の状態に変化がみられた時は、代理決定者を交えて、ACPのI.Cをする。
 - ③I.C後、ACPの確認書、同意書を2部記入して頂いて、一部は在宅においてくる。
 - ④帰宅後は、誰が同席したのか、I.Cの内容をカルテに記載する。
 - ⑤ACPの確認書、同意書をカルテに取り込み、取り込んだ日付をカルテに記載しておく。
 - ⑥ACPの内容に変更がある時や患者の状態が変化した時は、もう一度意志の確認をし、記録に残す。
- ・①医療スタッフが必ず同席し、病状・治療方法等十分な情報提供を行う。
 - ②患者の意志が確認できる場合、十分に話し合い意志決定を行う。患者の意志が確認できないが家族が推定できる場合、推定意志を尊重し最善の治療方針を決定する。
 - ③経過の中で気持ちが変化する場合があるため、患者・家族の思いに寄り添い気持ちの変動を受け止め対応する。
- ・主治医、看護師、または在宅で関わる関係者から今後の方針について、話し合いを持ったほうが良いと判断した時点で、どのようなメンバーでいつ行うかなど話し合いの場をケアマネジャー等が調整して、行うようにしている。
- ・居宅介護：本人・家族へ今後の生活などの意向を確認する。主治医へ病状や注意点を確認し、本人と家族へ居宅サービス計画書を提案し、調整を行う。在宅ケアチームを交えて会議を行う。在宅医療室：家族に連絡する→現在の状態について説明する→今後の診療・生活などの意向を確認する。具体的に症状出現について対応方法を説明する（訪問看護に連絡する等）→受診→入院へ→今後このまま在宅療養を続けていきたいと希望された場合、訪問看護や診療の頻度の説明を行う→症状緩和や点滴などの方法と対応方法について説明する→在宅看取りを希望された場合、どのように状態変化されるか予測される症状を説明する。呼吸状態の変化、死前喘鳴の出現など死の直前に起こりうる症状についても説明しておく。パンフレットを用いて説明し、在宅看取りの同意書を渡しサインをもらっておく。
- ・主に主介護者、家族、ケアマネジャー、訪問看護師などと協議する。本人は意思表示できないことも多い。
 1. 初回利用時、本人、家族、代理者を含め意思確認を行う。内容は訪問看護記録用紙へ記入する。
 2. 定期的に1の時と変化がないか話し合いを行う。個人の状況により頻度の調整を行っている。
- ・急変時の対応法（ADSも含めて）最後の場所
- ・本人の気持ちを確認
家族の気持ちを確認
気持ちの相違がある場合は別々に面談する
- ・ドクターからの病状説明と今後予想される状態、もしものときの医療処置の説明。同意書を渡し、記入していただく。理解できたかどうかをナースの確認と説明。①医療行為に関する事前医師確認書 ②人生の最終段階における医療とケアに関する同意書。

- ・担当のケアマネージャが本人、家族の意向確認を行い担当のサービス担当者をして今後の目標及びサービス内容等確認していく。

[4. 施設]

- ・グループホーム:本人は認知症があるので入所時の時点では意向は聞きにくい、家族から本人の思いなどを含めて延命治療の希望や状態変化時、入院希望があるかなど話し合っている。特別養護老人ホーム:本人所の入所者に年1回は家族会議(カンファレンス)を行い、家族に現状、経過報告や最期の場所の確認、(家に連れて帰って看取りを行う希望があるかなど)を行なっている。
- ・施設入所自体が(特に重病であるとき)今度を考えるべき1つのイベントであると伝える。病気が悪化した時(見つかった時)どのような治療を受けたいかを聞く。
食事が食事がなくなったとき、どういう方法をとるか考えておくよう説明。(方法をいくつか示す。)
- ・癌、慢性心不全、老衰などの疾患で生命予後が数か月と医師判断した際に、患者本人がしっかり判断できるときには、本人を含め、本人に判断能力がない場合はキーパーソンである家族または親族の都合のいい平日午後に合わせて、施設にメンバーが集まって病状説明を医師からしたのち、本人家族の希望する治療・介護を聞いて、可能なケアプランを皆で検討する。
- ・治療方針の相談時にBSCを確認することが多いです。(診療所)隣接する施設(デイサービス施設と小規模多機能型居宅介護事業所)利用者にも同様の対応です。
- ・「ご飯が食べられなくなったら、どうしますか?」と本人に尋ねる。常に、何度も繰り返し尋ねる。家族がおられれば、家族の前で本人に語ってもらう。本人が語ったことをカルテに記載し、プリントアウトして皆で共有する。
- ・①状態変化が生じたときに、または近い将来変化が起こりうると判断した場合、施設相談員が話し合いの日時を各関係者と調整する。
- ・②病棟にて話し合いを実施し、カルテまたは人生会議録に記載する。人生会議録に記載した場合には、各参加者の署名をもらう。
- ・③人生会議録は、カルテにコピーをはさみ、原本を本人または家族に渡す。
- ・①話し合いを行う場所を決定する。
- ・②ご本人、ご家族の都合を確認する。
- ・③関係する医療福祉関係者の都合を確認する。
- ・④アドバンス・ケア・プランニングを実施。
- ・主治医、看護師または施設等で関わる関係者から今後の方針について、話し合いを持ったほうが良いと判断した時点で、どのようなメンバーでいつ行うかなど施設職員が話し合いの場を調整して、行うようにしている。
- ・居宅介護:在宅と同様
- ・施設でACPの協議が持たれていなければ病院で家族を呼び協議する。
- ・急変時の対応法
ADSも含めて最後の場所
- ・本人の気持ちを確認
家族の気持ちを確認
気持ちの相違がある場合は別々に面談する
- ・ドクターからの病状説明と今後予想される状態、もしものときの医療処置の説明。同意書を渡し、記入していただく。理解できたかどうかをナースの確認と説明。①医療行為に関する事前医師確認書 ②人生の最終段階における医療とケアに関する同意書。
- ・入所時と状態変化時などに医師の方から今の状態及び今後の予測される状態等説明を行い、看護師の方で患者及び家族の意向を確認していく。状態の悪い患者や進行性疾患等の患者の場合、希望する看取り法についても説明を加えている。

[5. その他]

- ・(居宅 介護福祉施設)日時を決定して、30分ほどで行います。相談が必要な場合は、数回に分けます。
- ・(緩和ケア外来)①緩和ケア外来受診のきっかけを確認
- ・②病状認識の確認
- ・③療養場所の希望を確認(必要時MSW同席し社会資源について説明)
- ・④どのような最期を迎えたいと望んでいるか確認
- ・⑤緩和ケアをどのように理解しているか確認し、当院が実施している緩和ケアについて説明
緩和ケア外来初診時に、患者・家族(知人など)に対し①~⑤を実施。
継続して外来通院中に症状出現した時に②~④を実施している。
- ・(研修会)ACPIに関して、簡単なミニレクチャーの後、「もしバナゲーム」を実際にやってみて、ACPを模擬体験してもらう。その後気づいたことを話し合ってもらい、必要なら自分たちにできることは何かを考えてもらう。
- ・(電話)病状説明→急変リスクの説明→状態悪化時、心肺停止時に希望する治療の選択肢について合議→方針決定
- ・(町民向け講演会など)町民が講演の際自発的に記入
記入したものは後日当院に提出
その後は、1.2と同様
- ・(訪問看護ステーション、施設内相談窓口)医師から病状説明の指示がでると、看護師又はソーシャルワーカーが、本人または家族等(関係者)へ連絡する。自宅で話し合いの場を持つ。話し合った内容を所定の記録用紙に、内容と署名をする。
- ・(地域住民や介護福祉職、民生委員との研修会)もしばなカードゲームには、アドバンス・ケア・プランニングで最も重要となる個人の価値観を自らが知り、言語化し、他者と共有するプロセスのすべてが包括されており、ゲーム感覚で行える利点がある。地域の住民や多職種と繰り返し行うことは有用なことと思われる。

- ・ (施設内相談窓口)1. 医師または、患者支援センター担当者が面談の調整を行う
- 2. 患者支援センター相談室にて、今後の治療や療養場所の意思決定に向けての情報提供を行う。その際、状態に応じて(人生最終段階の医療・ケアについての事前指示書)を渡す
- 3. 患者・家族の様子に応じて、看護師・MSWが別室にて説明が理解されたか確認の面談を行う。疑問点は追加し情報提供を行う
- 6. 後日、事前指示書の提出していただくように説明を行う
- ・ (相談窓口など)「ご飯が食べられなくなったら、どうしますか?」と本人に尋ねる。常に、何度も繰り返し尋ねる。家族がおられれば、家族の前で本人に語ってもらう。本人が語ったことをカルテに記載し、プリントアウトして皆で共有する。
- ・ (住民参加のナイトスクールで)ACPにまつわる寸劇を病院スタッフで披露します。
その後、3~6人程度の住民のグループわけをし、スタッフがファシリになり「あなたの思いを誰かに伝えてありますか」というワークシートを用いて個人ワークをおこなった後、グループワークで話し合ってもらっています。
- ・ (健康教室)主としてレクチャー形式の教室の中で本人の記載時間を設けるなどしている。

【問8】貴施設でアドバンス・ケア・プランニングの取り組みを行う際工夫していることをお書きください

- ・ 信頼関係を築き、なるべく病状が悪くなる前に、日常診療の中で確認するようにしている。
- ・ 多職種で関わる。場合によっては院外の介護職種等に同席してもらう。
- ・ 施設の医療スタッフの勤務状況なども含め説明。
施設内設備も含め説明。
- ・ 会議の前にケアマネジャーや家族に方向性を出来るだけ確認しておく。(本人、家族の要望を事前に確認している)
- ・ 緩和ケア紹介受診時には本人の意思を確認する初回面談を重視しており、初回面談用紙にはエンドオブライフケアについての本人・家族の考えや希望を確認する項目がある。
- ・ 本人の認知機能十分な場合と、不十分な場合の2種類の様式を用意しています。本人の意向は何度でも変更可能であることを説明しています。
- ・ 目を見て丁寧に話す。特にこれといって特別な工夫は出来ておりません。
- ・ なるべく本人だけではなく家族も参加してもらう。終末期の過ごし方としてネガティブに捉えられないよう、最後まで自分らしく生活するために方針を話し合ってもらえるように心がけています。
- ・ 本人と家族の間での考えを共有できていないことが多く、本人と家族で意見が分かれる。
- ・ 内容をわかりやすく説明
記入方法の提示として、して欲しいこと、して欲しくないことの記入
- ・ 用紙を用いてACPをすすめていくことの困難さ(患者・家族の困惑した様子が手に取るようにわかるので)を感じたので、なるべく会話の中で誘導していくようにしています。
- ・ カンファレンス用のワードパレット作成
- ・ 患者の意向を確認するための書式を工夫している。
- ・ 入院時に患者の意向を確認している
- ・ ○○市、○○市医師会で発行した、「○○メモ(独自様式)」を使用して取り組んでいる。
- ・ 当院で作成したACPシートを使用している。
- ・ 「ご飯が食べられなくなったらどうするか」という全員が答えやすいような質問形式にしている。
- ・ 急にI.Cがセッティングされることがある。多くの他職種に声掛けし、集まれる様にする。
- ・ 本人の今までの生き方を尊重
- ・ ○○病院看取りに関する指針を策定(H30)しホームページに掲載している。
- ・ ご本人やご家族の歴史や考えを尊重していただく
- ・ 参加者が意見を言いやすいように配慮している。
- ・ 病状、今後の見通しを十分に説明した上で、本人・家族の意見が尊重されるよう配慮し、意向の変更が可能であることも伝える
- ・ 継続的な関わり
- ・ 本人・家族が話しやすい環境を作る。プライバシーが確保できる場所を選ぶ。
- ・ 家族が有る場合、都合良い日時に合わせ同席していただく。
家族間での意志統一をしていただく。
- ・ 本人、家族、医療者だけでなく在宅で関わるケアマネジャーなど福祉事業所とも連携し、行うようにしている。
- ・ 個別性を重視するよう心がけている
- ・ 市で終活ノートを作成したので、今度配布されれば使う事を検討している。
- ・ 出来るだけ患者さん本人の意向を尊重するよう、家族や医療介護職に働きかけを行う。
- ・ ご家族が納得されるまで説明する
- ・ いろいろな場面の中で一回きりの聞き取りではなく、何回も相談を重ねながら患者、家族の気持ちをできるだけ近い形で言語化していけるよう関係性の構築に努めている。
- ・ 病院での説明時には個室を使用し、話しやすい環境づくりに努めている。
医師の説明や現在の状況をどのようにとらえ理解されているか確認する。
- ・ 「いきいきと生きて逝くために」を使わせてもらうこともあります
- ・ 本人に語ってもらう。何度も何度も繰り返し尋ねる。
- ・ できるだけ本人の意向を重視する。
普段一番かかわりの強かった人の意見を重視する。
医療者からの押し付けを避ける。
- ・ 当院では医療行為に関する事前意思確認にとどまっているので十分とはいえません。
- ・ 他の施設で利用しているパンフレットなどを使用することもある。
- ・ まず、ACPを行う時期の判断がむずかしい。多職種からの情報が必要である。チームで関われるように心がけている。
- ・ インフォームドコンセントがあれば患者支援センターに連絡しケアマネ、MSWか退院支援看護師がかならず同席するよう気を付けている。

- ・ 静かで穏やかな時間において、ゆっくりと何度でも確認する。
- ・ アドバンス・ケア・プランニングは本人の意思決定能力が低下する前に行う必要がある。人生の最終段階に至る前に早めに行うことが大切である。生死や人生、生活に関わる重大な選択なので、健康状態が安定している時に落ち着いた雰囲気の中で行いたい。医療に関する選択や考えは体の状況次第で変わり得ることを前提として、話し合いは本人が直面するあらゆる場面で時期を選んで繰り返し行うことが重要だと思う。
- ・ 患者・家族の病状や事前指示書の理解の確認
- ・ 退院支援フローシートに様式2の必要性の有無について記入する項目を設けている。
調整役を看護師かソーシャルワーカーが行うようにしている。
- ・ 医師1、看護師1、事務1の3人体制の診療所で、週2回診療。医師はそれぞれの診療日週1回担当。看護師と事務は、週2回同じスタッフに固定して、いわゆる「顔馴染み」の関係性の中でなんでも話せる環境にしている。
- ・ 「もしバナゲーム」の活用。
- ・ 入院時には、ACPIに取り組むことにしている（特に地域包括ケア病床）
- ・ 待合室にそれとなくエンディングノートの見本や「いきいきと生きて逝くために」を置いている。
- ・ 対象者のほとんどが、高齢者であるため同居家族だけでなく、兄弟、親戚等を含め協議し納得してもらう。
- ・ 職員間での情報の共有：時としてノートを用いる
- ・ 多職種間の情報共有とカンファレンスの実施
- ・ 写真や絵を利用し、本人、家族等が理解できるように心がけて説明している。
- ・ 気軽に話ができるように、例を挙げながら
- ・ 始めたばかりです
- ・ 本人の意志確認ができないときには、これまでの本人の意向に関する情報を得る。本人・家族の思いをくみ取れるような声掛けを行う。多職種で参加し、本人・家族の意思決定の共有を図る。医師だけの判断に左右されないように、多職種からの意見を聞く。
- ・ シビアな話し合いであることを十分認識し、本人家族のさまざまな感情に配慮する。
- ・ 患者、家族に分かりやすい説明を行っている。
- ・ 患者・家族の「意向・思いは変化する」ということを常に意識し、確認作業を丁寧に行っていくこと。
まずは患者の希望を第一に、そして家族の負担になりすぎないように注意している。

【問9】貴施設でアドバンス・ケア・プランニングの取り組みを行う際、課題と感じていることをお書きください

- 資料を一から作成すると時間や手間がかかる。医療者への周知、地域住民への啓発
- 救急隊や他の医療機関との情報共有。
- ご高齢の患者さんが多く認知機能の低下を伴っていることがあり、判断能力が低下されていたり、話されたことを覚えておられないことがある。
- 本人、家族の意志と医療者の医療行為の細かな違いが出るることがあり、その都度確認をしていかなければならない。
- 患者さんの気持ちが揺らぐことがあるため、話し合いをスムーズ進めることができない。
話し合いを始めるタイミングが難しい。
- 家族が遠方等の理由で平日に来院できないと必要な時期に話し合いが出来ない。
- 緩和ケアの初回面談用紙以外にはアドバンス・ケア・プランニングとしての約束ごとや所定の記入用紙はなく、主治医の裁量に任されている。
- 現在使用している様式は、非常に簡易的なものであり、この内容で十分かはわかりません。実施者数はまだ少ないと感じています。
- 決まった指針となるようなやり方を決めていない。医師会が中心となり作った資料があるが、実際の診療現場では利用できていない（診療所の待合などで配るだけ）。計画的にというよりも、話題に挙がった時に言わば場当たりのやっているのが事実なので、今後どのように推し進めていくべきか、正直先が見えないところがある。
- 村は提供できる医療資源、介護資源がかなり少なく、訪問看護を毎日行ったり、日に数回の訪問介護などは困難です。さらに村にはデイサービスとショートステイが可能な施設1件のみであり、老人保健施設や特別養護老人ホームなどはなく、突然の心肺停止による看取りは可能ですが、急変時のターミナルケアを行いつつ看取りは事実上困難なため、ACPをとっても本人の意思に沿えないことが多いです。そのことについてもACPを取る際に本人には説明しております。
- 高齢者に対して説明が、納得して頂いているか不安
- 「死」につながる話題は自分の心の中で考えはするものの、あえて口に出して意思表示をすることを嫌う傾向があります。時間はかかりますが、住民教育を行うと同時進行でおこなっていく必要があると感じています。小さな地域なのでロコミで広がっていくことにも期待しています。
- 認知症で意思確認ができない。
家族の面会が少なく協力が得られない。
- ACPというものの概念が理解されていない点でしょうか。
- 患者の意見を尊重したいが家族の意向に影響あり
- ACPIについて、まだ広く知られていない。医療者から知識を深める必要があるのではないか。
じっくり話をする時間がとりにくい
- ACPIは大変重要であると感じるが、多職種で話し合う場を設定できない。(時間がない)また、病院は治療を行い回復を目指すところであり、なかなか話をしづらくすべての患者に実施できるものではない。
- 最近、ACPシートを使用しているため院内のすべて医療者が周知されていない。院内向けの研修が必要である。
- ACPが必要だと感じた際にはもう終末期であることが多く、より早期のACPが必要と感じている。
- ACPをすすめる上で、どのタイミングで話をするかが課題。
- 多職種が一同に介することがなく、情報共有が困難
- 教材、資料の不足
- 指針に基づく対応がどの程度実施されているのか、院内で検証できていない。
- 自宅での死を望まれる場合、社会的資源が乏しいため、家族のマンパワーがかぎとなる
- 本当の気持ちや希望を言い合っているかが課題です。後になって、希望が異なっていることが顕在化することがある。
- 本人・家族で意見をまとめられないことが多い
- 行うタイミングが難しい
相手に病状を理解してもらうことの難しさ
- PPKにこだわりすぎて、ACPIに目が向かない患者が多い。またピンピンしているとコロリと死ねると誤解している。
事前に色々相談して取り決めておいても、夜間や週末に体調を崩して病院に入院し、結局そのまま看取られるパターンになることが多い。
- 本人の意思の確認を十分に行えないまま、医師（医療従事者）と家人による話し合いが持たれるケースがまだまだ多い。早い段階から本人の意思を確認できる体制（地域住民もACPIについて知らないため）を作りたい。
- 家族が遠方でなかなか来院できない場合の対応。
独居、身寄りがない場合の対応。
- 教材や資料がないので、何か統一したものがあるとよい。
- サービス事業者の意識統一に時間がかかることがある
- 時間に余裕がない。
- ①家族親族の受け入れ、協力 ②医療介護職間の連携
- ご家族で意見の統一ができない場合がある
独居高齢者や老老介護の割合が高く、説明に難渋する
- 教育の不足
- 院内周知ができていない。
十分な現状・今後の見通しの説明がされず、選択のタイミングを逃してしまう。
本人・家族の希望が違う場合、どのような支援が適切かわからない時がある。
- 紙1枚の簡単な問診票があれば助かります

- ・一般の人は終末期を想像できないことが多い。医療は万全と思っている人が多い。自然の看取りを受け入れられない人が多い。本人の意思が確認できないうちに重篤な状態となることがままある。
- ・本当の意味でのACPを行うためにも入院してからでなく、地域全体での取り組みが必要と思います。
- ・説明などをどのようなタイミングとするのかタイミングが難しいと感じる。介護サービス担当者が情報共有して対応できるように取り組んでいる。
- ・高齢者の入院が多く、家族の思いが主になっていると感じる。本人の考えを知るための取り組みは、病院が関わる前に回りの方々が知るよう努力することも大切。
- ・主治医が一人で話を家族にしてしまうことがありACPの理解を医師にも深めていく必要がある。
- ・ACPのタイミングで、ある時、突然に出てきた親族からの攻撃的な意見。
- ・忙しい外来業務のなかでアドバンス・ケア・プランニングに時間を割くことは容易でない。アドバンス・ケア・プランニングは死の準備・終活とのイメージが根強いが、私たちは「セルフケア評価指標SCAQ」や「もしばなカードゲーム」を用いて、その人らしい生き方・逝き方の支援に取り組んでいる。本人の意思決定能力が低下し、話し合いが十分にできなくなった後も、本人の推定意思を繰り返し汲み取り、尊重する努力を重ねていきたい。
- ・1. 手順書がないため、取り組みは各医師でさまざまである。ACPのとらえ方で手探りで実践されている。
- ・2. 上記記載した内容は、全患者実施されているわけではない。
- ・スタッフ教育の不足
- ・対象者の拡大
- ・繰り返しおこなうことが必要だが、単発で終わってしまうことが多い。
- ・医師以外の多職種参加
- ・一番の課題は独居の超高齢者が家族にみずから連絡して、実りのあるコミュニケーションを取る事に遠慮している点。そのためには我々と行政の担当者が繰り返しACPについて伝えることが大切であり、これが自分だけでなく残された家族のためでもあることを伝え続けなければならない。
- ・かかりつけ医の意思が強めであること。
- ・院内にマニュアルがないため、担当する職員により結果に影響を与えていたり、違いが生じている可能性がある。
- ・遠方から家族に参加してもらうための方策
- ・住民の意識の低いこと。
- ・医療者の中で誰が主となってACPを行うかが明確になっていない。
- ・経験していない事は理解が難しい。一人一人、人によって病状や環境が違うため、理解が難しい。また、職員が苦手としている。
- ・文書としてきちんと残しているわけではなく、聞き書きのような形でのカルテ記載になっており、本当は文書として体裁を整えたほうがいいのか検討中。
- ・今後他施設との連携、県内での統一が必要では？
- ・家族や医療者の相談により意思決定できない本人の意向に反する医療提供がなされること。
- ・地域住民へアドバンス・ケア・プランニングの取組みを周知することができていないため、住民全体への啓発活動が必要であること。
- ・少し前までは、書面に残さず、立ち会った看護師がメモ書きしていたが、最近から様式を作成し、書面に残すようにした。
- ・院内・外との思いの共有。
- ・過去・現在・未来に対する思いの傾聴が出来ていない場合がある。
- ・地域住民への啓発及び職員への研修支援。

【問10-①】問10で「1. はい」を選択した場合、その行っている内容

- ・ポスター掲示
- ・講演会
- ・〇〇市作成の「〇〇ノート」、国診協作成の「生きて逝くノート」の配布
- ・町の広報誌
- ・町内の医療及び社会福祉施設職員への講演会
- ・市で発行しているつながり手帳の中に本人の意志確認欄がある。
- ・療養手帳の発行、ちらしの配布、地域医療講演会・地域座談会において療養手帳を使用しての啓発活動を行っている。また、緩和ケア委員会で作成した冊子とアニメにより人生の最終章の支援内容を伝え、安心して自己決定できることを発信している。健康フェスティバルではデスエデュケーションとしての「入棺体験」を行っている。
- ・昨年、〇〇先生(診療所院長)の講演会を企画しました
- ・講演会、「人生会議ってご存知ですか？」などと題して住民さん対象の講演会を行った。その中でもしばなゲームや入棺体験などの話も交えて、ご自身の死について考えていただく機会を提供した。
- ・ポスター掲示
ポスターの配布
- ・地域に出向いて住民と病院の対話の場としている「ナイトスクール」で講演や寸劇を交えたグループワークを行ない、「ズバリACP」じゃなくても、(むしろ少しはすすようにしています)その片鱗を覗かせながら浸透させていくことを狙って活動しています。
- ・講演会開催や地域活動(もしハナ)
- ・今年度、市民公開講座を予定している。
- ・地域連携室や外来待合室にパンフレットを配置してある。
- ・講演会
- ・専門職および住民参加の研修会を複数回実施している。
- ・地域の講演会や健康教室で話題にする。
- ・市役所・医師会が共同で作成したパンフレットに、アドバンスケア・プランニングの極簡単な説明がある。院内に持ち帰り自由な状態で設置してある。
- ・診療看護師による講演会
- ・地域に出向いての院長講和でお伝えしている
- ・診察時に、具体的な場面をイメージしてもらいながらACPの考え方や必要性について説明している。
- ・ポスターの掲示
- ・出前講座、住民座談会
- ・健康相談・サロンなどで、パンフレットの配布や紙芝居を通しての啓発(〇〇県地域保健対策協議会制作のACPの手引き)
- ・医師による講演会
- ・パンフレット手渡し 院内掲示 講演会
- ・パンフレットの配布
- ・健康教室の啓発
- ・講演会など
- ・住民向け啓発劇の実施。
健康教室での啓蒙。
- ・当院は出前講座・看護宅配便として、地域住民に健康活動の啓発を以前より行っております。その活動の一環として、ACP啓発についても講演を行っています。
- ・在宅医療介護連携推進協議会にて地域住民向けのACP講演を準備中です。
また、在宅医療や在宅介護、認知症についての講演やシンポジウムも開催しています。
- ・現在、在宅サポートに参画しており行政機関 施設・他職種によるネットワークのなかで看取りチームというチームで在宅での看取りの推進等を行なっています。その中で地域住民への啓発としてフォーラム エンディングノート(独自様式の生きて逝くノート)の作成等行ない啓発活動に参加している状況
- ・年に一度シンポジウムを開催しているため、その中で説明したことがある。
- ・パンフレットの配布や院内でのポスター掲示、住民からの依頼で出前講座を行った。講座のタイトルは『看取り』であった。2回出前講座し、人生会議の重要性、自分自身がどのように最後まで生きていきたいかを考える重要性を看護者の立場から発信した。
- ・市民とのふれあい講座を来年4月からはじめている。
- ・パンフレットの配布、ポスターの掲示、講演会。
- ・介護者教室や地域の研修会での取り組み(前述)に際して、主催者がパンフレットを配布したりポスターを掲示している。
- ・医療介護連携の講演会での講師を務める。
- ・健康教室など
- ・講演会の開催(診療所院長)
- ・講演会
病院まつり
- ・健康教室、後援会
- ・老人会でパンフレットの紹介、講演を行っている

【問11-①】問11で「1. はい」を選択した場合、その行っている内容

- ・意思決定支援教育プログラム(E-FIELD:Education For Implementing End-of-Life Discussion)の参加
- ・人生の最終段階における医療ケアの方針の取り組み方の説明等、定期的に行っている
- ・在宅医療・介護連携推進事業の担当者が多職種合同研修に参加している。
- ・リビング・ウィル DNAR
アドバンス・ディレクティブ DNR
- ・外部の研修会に出席
- ・部署内または院内のトピックス研究
- ・職員全体研修会の開催
アドバイザー養成講座の開催
- ・移植に関連したもの
- ・看護職員においては、研修を実施している。
- ・院内研究会で、講義を受ける。
- ・ロールプレイなどの研修会を複数回行っている
- ・「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」をもとにした、マニュアルを作成し、そのマニュアルの説明を関係部署と医師に対して実施した。
- ・診療看護師による講義
- ・院内では行っていないが、ACP研究会年次大会等に参加し理解を深めている段階である。今後、包括ケアの一つとして地域ぐるみで取り組みを進めていかなければならないと話されているところです。
- ・院内勉強会等
- ・職員研修会を開催(院長の講義を中心)町内の福祉施設の職員にも参加案内をして参加があった。
- ・ACPを含めた自己意思決定の支援についての啓発を目的に研修(パンフレットの利用など)
- ・近隣地域での講演会、緩和ケアがテーマの研修会に参加している
- ・近医での研修などに参加している。
- ・〇〇県看護協会地区別タウンミーティングにメンバーの多くが参加して研修するようにしている
- ・昨年度、他院でACPIに取り組んでいる看護師を講師に招き「人生最終段階における医療ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の概要および患者の意思決定支援についての研修会を開催した。(倫理・治験委員会企画)
- ・〇〇市医療公社主催 楽想講座「〇〇でACP」へ参加
- ・DNAR運用マニュアルを改定した(2018年秋)。この中で厳密な意味でのDNARを再確認(再徹底)すると同時に、ACPの考え方を並行して説明し、外来などにおいて健康時から推進するように促している(特に内科系医師)。
外部講師を招いて院内研修を行った。
- ・倫理委員会が主となって研修会を実施。
- ・当院独自の実施でなく、長浜市等の多職種連携の企画メンバーとして参加し、自施設の職員参加を促している形で行っている
- ・所属施設(〇〇病院)での研修に参加している。
- ・総看護師長からの研修、新人研修
- ・院内でマニュアルの確認。
- ・国保連合会や国診協、医師会などの研修会、〇〇学会のセミナーなどへの参加。地域の看護職との勉強会。日常診療のなかでのon the job trainingなど。
- ・院内で1回/年実施している、緩和ケア研修の中で実施
- ・職員で「もしバナゲーム」を行う。
- ・ACPの法的側面
ACPと地域包括ケア
- ・第〇〇回〇〇県国保地域医療学会で〇〇緩和ケアセンターのセンター長の講演会を聞いた
非常に分かりやすく、病院や地域に考えなくてはならないテーマだと感じました。
- ・座学での基礎知識の共有
多職種でのケースカンファレンス
- ・施設内ではないが、在宅医療介護の連絡会で情報提供している
- ・院外講師による講演会
研修(E-FIELD)修了者による研修会
- ・看護教育計画の中での研修会
- ・もしバナゲームについて紹介した。
- ・職員へACPの内容・伝達方法などを講義

【問12】その他アドバンス・ケア・プランニングに関してご意見があればお書きください

- ・ 最終段階における決定プロセスの勉強会を始めた程度で、実施までにはまだまだ至っていません。
- ・ 国民への啓蒙、地域医療学会での研修、介護施設での看取り支援に関する活動
- ・ ACPの啓発活動のパンフレットやポスターなどの発行を希望します。
- ・ 「ACP」という言葉自体が、看護師間でも認知度が低い。まず、職員が研修等で話し合いのスキルを身に付けて、どのような場面でも患者やその周りの家族も含めて、話し合いを持てるようになることが望ましい。
- ・ アドバンス・ケア・プランニングが診療報酬へと結びつくようにしてほしい。
- ・ 現在は取り組みが進んでいないが、将来的に必要と考え、対応を進めたいと思います。
- ・ 研修会の企画や実施施設での取り組みを、初期研修から段階的に、紹介していただきたい。
- ・ 厚労省から「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスのガイドライン」が提示されているが、最終段階を目前にしている人以外は人生会議をいつ行うかのタイミングが難しい。医療機関としては、医療現場の面接場面で使用できる地域住民向けのパンフレットや定期受診時から活用できる面談用紙を国診協で検討いただけるとありがたい。※問4-②は「はい」の場合も「いいえ」の場合もある。
- ・ ACPをおこなうことで、患者の自己コントロール感が高まるといわれています。また、患者の意向が尊重されたケアが実践され、患者と家族の満足度が向上し、亡くなった場合も遺族の不安や抑うつ感が減少するともいわれています。なので、当院ではACPの取り組みはまだ実施されていませんが、今後は、必ず実施が必要であると考えています。人生の最終段階とはいえ、人生の最期に至る軌跡は様々で、その時々でACPに関する職種は変わってくるのかと考えます。今回の事業で、多職種で使える教材ができれば、ACPの普及にもつながると思います。
- ・ ACPを実施する際に指標となる良い資料があれば利用したい。医療者と患者さん（およびご家族）とて共有できるようなもの。
- ・ ACPをクリニックベースで取るときにはかなりの診療時間を取られるため、当院よりも多忙な他診療所、クリニックではなかなか充実したACPを実践するのは時間的に厳しいのではと感じています。〇〇先生のように全国でACPについて認知、理解してもらうシンポジウムやセミナーをもっと積極的に開いて、ACPを取りやすい社会環境を整備することが必要だと感じます。
- ・ 他の診療所にどのような取り組みを行っているのか知りたい
- ・ まだ勉強中です。保健師、ケアマネージャー、社会福祉士を交えて関わっていただけると思います。
- ・ 人生の最終段階において、自分の意見を伝えられる場合には尊重されるべきであり、さらにこれからの医療においてACPは必要な事であると思う。研修等、今後参加したいと思っている。
- ・ 人工呼吸器・気管内挿管・心肺蘇生などの説明が難しい。
説明の教材となるものはあると助かる
- ・ 国民性というか、自分の思いを他人（家族にも）にわざわざ話す（わかってもらう）ことを良しとしない雰囲気があります。
「そいこと、わざわざ話さんでも、わかっとうろがいが」という感じです。
ただ、日本人は新し物好きなので、うまくメディアにのせれば乗っかるのではないかと考えています。
国診協がCMなどを作って世の中の人を惹きつけてもらえたら、私たちはACPを広めやすくなります。
- ・ 研修会があれば是非参加したいです。
- ・ 地域住民への啓発活動や支援
- ・ 今後、院内研修を行っていきたいと考えており、ACPに関する資料があれば提供していただきたい。
- ・ 当院では、地域医療連携室の社会福祉士が、当院への入院の際に転院前の病院（急性期病院）に赴き、患者本人やご家族などとあらかじめ話し合いを行っている。
- ・ 入院時に医師、患者、家族、看護師で事前指示書の確認をしています。診療録に医師が経過記録で記載しています。その後はセパレートで医師と患者、家族でIC、退院支援のための多職種連携での担当者会議等行っていますがACPの取り組みまで至っていない現状です。是非、ACPの取り組みを実践している病院の具体的事例や所定の記録書式等も参考にさせて頂きたいです。ご教示下さい。
- ・ 教材や資料の作成
- ・ ACP(人生会議)について、施設内ではまだ取り組みが出来ていない状況にある。
研修等を受講し、推進していくことが必要である。
- ・ 平素は、種々ご指導いただきありがとうございます。今回、この調査をいただいて、初めて知るようなレベルでした。今後、広く情報収集、分析等されていかれると思いますので、情報提示他、今後ともよろしく願いいたします。
- ・ 誰でもわかる研修があればありがたいです。研修後、伝達講習するときの支援があるといいと思います。
今後ガイドラインが作成されたら参考にできると思います。
当院で今後ACPの取組を始めたい方向で話し合いをしています。ACPの取組をしている病院があればどのような取り組みを行っているかなどのお話を聞ける機会があるといいと思います。
- ・ 人生100年時代と言われるようになり、以前よりも多くの方が病と共に生きる時間も長くなってきています。人生の生き方、生き抜き方を一緒に考える事の必要性をアンケートに答えながら感じました。本人らしい生き方とは何か？をもっと追及し日々看護し、勉強会にも参加したいと思いました。
- ・ 病院独自の書式作成が困難なので、使用しやすく、わかりやすい書式の案内、ACPについての医師、看護師の研修会があれば参加したい。
- ・ 病院で看取ることが慣例となっている地区で、診療所がACPに果たせる役割について、よいモデルがあれば紹介して欲しい。
- ・ 国診協がアンケートを取りまとめた時にいただいた資料を参考に、所定の記録用紙を作成していただくと、具体的な話し合いの内容が統一されたものになり、利用しやすいと思います。
- ・ 自分のことだと意識付け出来る様なわかりやすい、そして、職種関係なく、考えて取り組める・参加するような働きかけの支援を
- ・ 当診療所は、歯科単独の診療所であり、ACPの取り組みはしていませんが、今後、かかわり方の事例など情報提供いただければと思います。

- 医療情報ネットなどを活用し、少なくともその方が住む地域で情報がわかるようなシステムを作ってほしい。
- 緩和ケアチームを中心に今後院内研修を検討したいと考えております。
- 高齢の患者様の診察時、終末期のことに、普段から家族と話をして頂くように、国診協版生きて逝くノート「いきいきと生きて逝くために」-自分の最期を考えること-をさしあげ話しをしています。
- 医療機関から患者さんに発信でき、地域住民や介護保険利用者にも普及しやすい統一した媒体
- 講師派遣、他のモデルとなる地区での事業視察。「生きて逝くノート」は色々な場面で活用させてもらっています。
- 外来で興味のあるかた、必要と思われる方に手渡しているが、時間を取って話し合う余裕はない。
地域の講演会などで実際に書いてみるのがよいと思う
資料は国診協に生き生きと生きて逝く、〇〇県地域保健協議会の資料を利用している。
- 問6のアドバンス・ケア・プランニングを行う際の所定の記録用紙は、〇〇会「〇〇」です。PDFファイルがありませんので添付できません。ご容赦ください。
- 市と協賛の形で研修会開催等行っていますが難しく、アドバンス・ケア・プランニングについての研修会開催や他病院の工夫している点等教えてもらいたい。
- ACPを特別視、特別扱いする事など全くない。
人生ではっきりしているのは、「自分の意志で生まれてきた由ではない。」「いつかは必ず死ぬ」の2つです。人生とは山あり谷ありの道程のなかで『自分とはいったい何者か、何のために生まれてきたのか』を追求する作業ともいえ、幸福な一生とは、幕が下される瞬間に「ああ、生まれてきてよかった。」と呟けるのも一つなのかも。その為の必要条件とは？
医療福祉関連の各種法律は、日本国ではあたり前だが全て最高法規たる日本国憲法に準拠している。特に第13条の『個人として尊重される』『幸福追求』が医療・福祉の場合(上記の命題に対しても)根幹をなす。そして、それらと密接不可分な『自己決定権』の裏打ちが欠かせない。そのためには、クライアント(患者、利用者、私はそれをゲストと呼んできたが)が自己決定できるようにエンパワメントしアドボカシ(advocacy)しなければならない。それさえ承知して毎日の医療・福祉を実践してくれば、昭和から平成になった頃盛んにいわれ始めたインフォームド・コンセントにしる、21世紀になった頃(2001年)に提言されたICFの生活機能モデル、ICFモデルに沿ったQOL、20~30年来姦しく言われる全人的医療にはEvidenced Based Medicine(EBM)よりも重要で不可欠なNarrative Based Medicine&Careの実践なんぞは、当たり前、異和感なく、なんなく自然とこなせた筈。また、癌と診断された時から始まる緩和ケア(癌対策基本法による)、心不全と診断された時から始まる緩和ケア(2014年のWHOの提言及び2018年改訂の急性・慢性心不全診療ガイドラインによる)他、神経難病、認知症、COPD、超高齢者のサルコペニア・フレイル、末期腎不全(ESKD)等々の慢性疾患管理の一環としてのACPなんぞは、ICFモデルに沿った『人生の質』、Narrative Based Medicine&Care、全人的医療・ケアのほんの一部分でしかない故、臆する事なぞ何も無い。
よって、このたびACPとわざわざ仰仰しく銘うった取り組み(設問1)、啓発(設問10)、職員研修(設問11)に今さらに「はい」と答えるのは、これまでICFモデルに沿った『人生の質』、Narrative Based Medicine&Care、全人的医療・ケア換言すればゲストの尊厳を死守し、ゲストの幸せを想像し創造する実践をなおざりにしてきた証左にさえなりはしないのか?!と小生には思えてしまう。
- 当センターでは訪問診療を40名程行っています。患者・家族からの相談に応じ療養のアドバイスをしています。介護度が変わった時は、安心して療養できるよう各事業所とサービス担当者会議をおこない連携を図っています。小さい診療所なので、医療公社全体でのACP研修会に参加をしています。国診協に期待することは、「患者・家族は、将来を予想することが難しい」ということです。誰もが迎える死。年齢を問わず地域住民が理解しやすいような学べる機会があるとよいと思います。
- 院内職員間では話題に上がっているがなかなか看護師だけでは話は難しい状況。派遣Drは説明され本人・ご家族の意見を取り入れて頂けるが、全てではない。地域住民や医療関係者への講演などをして頂けるとありがたいです。
- 医師、家族、本人の終末期に関する個別の話し合いは行っています。
これがアドバンス・ケア・プランニングに該当するかどうか、そもそもその概念がよくわからない中で短い期間に回答せよとのことお達しはいかがかと思いました。
そもそもアドバンス・ケア・プランニングという言葉は社会に浸透している用語なのでしょうか？ また、日本語で言い換えるに当たりもっと適切な用語はないのでしょうか。
- 終末期に携わる人対象とした研修があるといいな。と思います。
人生の最期をどう迎えたいかが本人含め家族が明確に共有されていると、ケアに携わるものもよりよいケアの提供ができるからです。
当院では、なかなか研修に参加となるとスタッフの人員から厳しいところはありますが、地域医療にかかわる人たち(診療所を担当する行政職員を含む)研修はやっていく必要があると考えます。
- 病院単独でなく、国診協としてACPのお手本となるようなリーフレットを作って外来・待合などに配置できるようにしてはどうか。また、これを用いて病院内研修会を開くなど、取り組みを促すきっかけにしてくださいと呼びかけてはどうか。
- スタッフ向けの研修会の開催をお願いします
- ACPだけが特別に取り上げられているような風潮になっていますが、決して文書を残したり、意思決定することだけが目的ではないと思います。本人と死をタブーにしない対話を繰り返すことが大切なことだと思います。マニュアルをつくる、文書を作成することが目的とならないようお願いしたいと思います。
- 当院では過去に職員提案会議で「アドバンス・ケア・プランニング」を実施できたら良いなどの話は出たが、検討まで至らず終わっています。「アドバンス・ケア・プランニング」に関する研修会があれば情報提供いただければと思います。
- 地域での実践報告を広く紹介してほしい。
- 超高齢の過疎地ですので、多死社会がおとずれたと実感しています。ACPの必要性は十分に理解できますが、どの場所で、どのタイミングで進めてよいのか難しいと感じる場合が多いです。〇〇協議会の委員としても、地域住民向けのACP講演を進めています。社会全体にACPが認識され必要性が周知されていくことを期待します。

- ・ ACPの重要性については医療関係者や行政機関を中心に発信されつつあります。どの講演も心を揺さぶられる内容です。ACPIについて国民全体が高い関心を持てるように行政、医療機関、教育機関が更に連携していけるようになればと思います。
- ・ 全国国保地域医療学会でアドバンス・ケア・プランニングをテーマにしたシンポジウムを行って欲しい。
- ・ 人生会議手引き書および啓発資料を作成された際には、是非利用し啓発活動の参考としたい
- ・ 今後ACPを共有することは大事なことです。現状では組織的な啓発運動は出来ていません。個人レベルでの話し合いのみとなっているため、今後は地域に向けて啓発運動を行いたいところです。
- ・ 週2回外来診療のみの診療所です。通院されている方のほとんどは、慢性疾患の高齢者です。患者数が多くないので、ゆっくり話ができます。どうしたいのか、家族はどうか、問わなくても語られます。医師は、話の内容を要約してカルテに記載しています。人生の最終段階であろうとなかろうとその人の医療やケアは会議で決めることではないのではないのでしょうか。日々の会話で語られたことの文脈の中で、新たに直面した病状の変化や心身の機能低下に対する医療やケアをご本人や家族が選択する。医師や看護師は、選択できるように情報提供する。支援する。当診療所におけるACPの実践と考えています。
- ・ 国診協で、研修会などがあれば、職員とともに参加したいと考える。是非、企画していただきたい。
- ・ よりよく進めていくためのグループワークの開催が必要だと思います。
- ・ 他施設での取り組みについて教えていただく機会があればと思います。
- ・ 医療機関だけがACPを押し進めると(特に地方では)理解のない人からは批判的にされるだけなので、行政に働きかけて日本の常識にしていくべきと考える。
- ・ 市町村国保担当にも聞いて頂きたいので、講演会や研修会も作っていただきたい。冊子や内部講演会養のパワーポイントを配布して欲しい。
- ・ ご期待に添えなく申し訳ありません。
- ・ 各都道府県はもちろん、地域の医師会などでの研修会等あれば参加したい。また統一した様式等あれば、活用していきたいと思います。
- ・ 共通のシートのようなものがあると、記載しやすく振り返りやすい
- ・ 患者とその家族にとって最も最良な選択ができるようにするための経済的支援。かかりつけの医療機関のみにとどまらず、多くの専門的知識を持った相談員による医療やケアについての提案が可能な窓口の設置。
- ・ 価値観や死生観の異なる人達(医療従事者)への研修は難しい。
- ・ できれば県内で共通した方針が望ましいと考えます
- ・ 患者や家族の不安が和らぐような、ビジュアルライズされた配布資料の作成を希望します。
- ・ 「意向・思いはいつでも変化しうるもの」その思いを反映することの難しさを感じている。また患者の意識レベル低下時や、様々な要因での意思決定能力・判断能力が低下された方に対して、本当に本人の思いを尊重した支援ができていのか困難感がある。

※自由記述の掲載にあたり、地域や施設、個人が特定される情報は掲載しないよう、適宜修正・削除しております。