



ACPの基本的理解

認知症があってもにんげんだもの



Advance Care Planning

アドバンス・ケア・プランニングとは必要に応じて信頼関係のある（医療・ケアチーム等）の支援を受けながら（本人）が現在の健康状態や今後の生き方、さらには今後受けたい医療・ケアについて考え、将来の心づもりをして、（家族等）と話し合うことです

ACPの目標

- （ 本人 ）の意向に沿った
- （ 本人 ）らしい人生の最終段階における医療・ケアを実現し
- （ 本人 ）が最期まで尊厳をもって人生をまっとうすることができるよう支援することを目標とする

最新の日本版ACPの定義

あ健康え来に・く決で等せ
の健考将葉療限思まムさ
係のてに言医大意れ一映
関在い特、最でこち反
頼現つ。人てを分てアを
信がにするし観自いケ思
て人アであ対値がつ・意
じ本ケとつに価人に療の
応、・こつ人の本り医人
にら療うりい人。もと本
要が医合なな本すづ等
必ないしにい、ま心族しす。
は、けた話難がいりの家重ま
は受けと困等行あ来、尊し
とを受2)が族をが将てをと
グ援後※と家援要、い観的
ン支今(こう支必にづ値目
ニのは等る合たくきと価を
ン1)に族すししいもの
ラ※ら家に話適てたに人こ
プ(さ、葉、にねっ容本る
・等、て言人々重な内、す
アム方してるのをにたい現
ケーキをいすそ話難き行実
・チ生りつ躊は対困てをを
スアのものに躊等のがしいア
ンケ後づりをムめと明合ケ
バ・今心もと一たこ表し・
ド療やのづこちるるが話療
ア医態来心るア取す人が医
る状将のすケみ定本とた

(※1) 本人の医療やケアを担当している医療、介護、福祉関係者

(※2) 家族や家族に相当する近しい人

人生会議って何ですか？



- 人生会議はAdvance Care Planning (ACP) の日本における愛称
- 2018年11月に1073件の公募の中から選ばれて厚生労働省が公表したもの
- 11月30日は「 人生会議の日 」



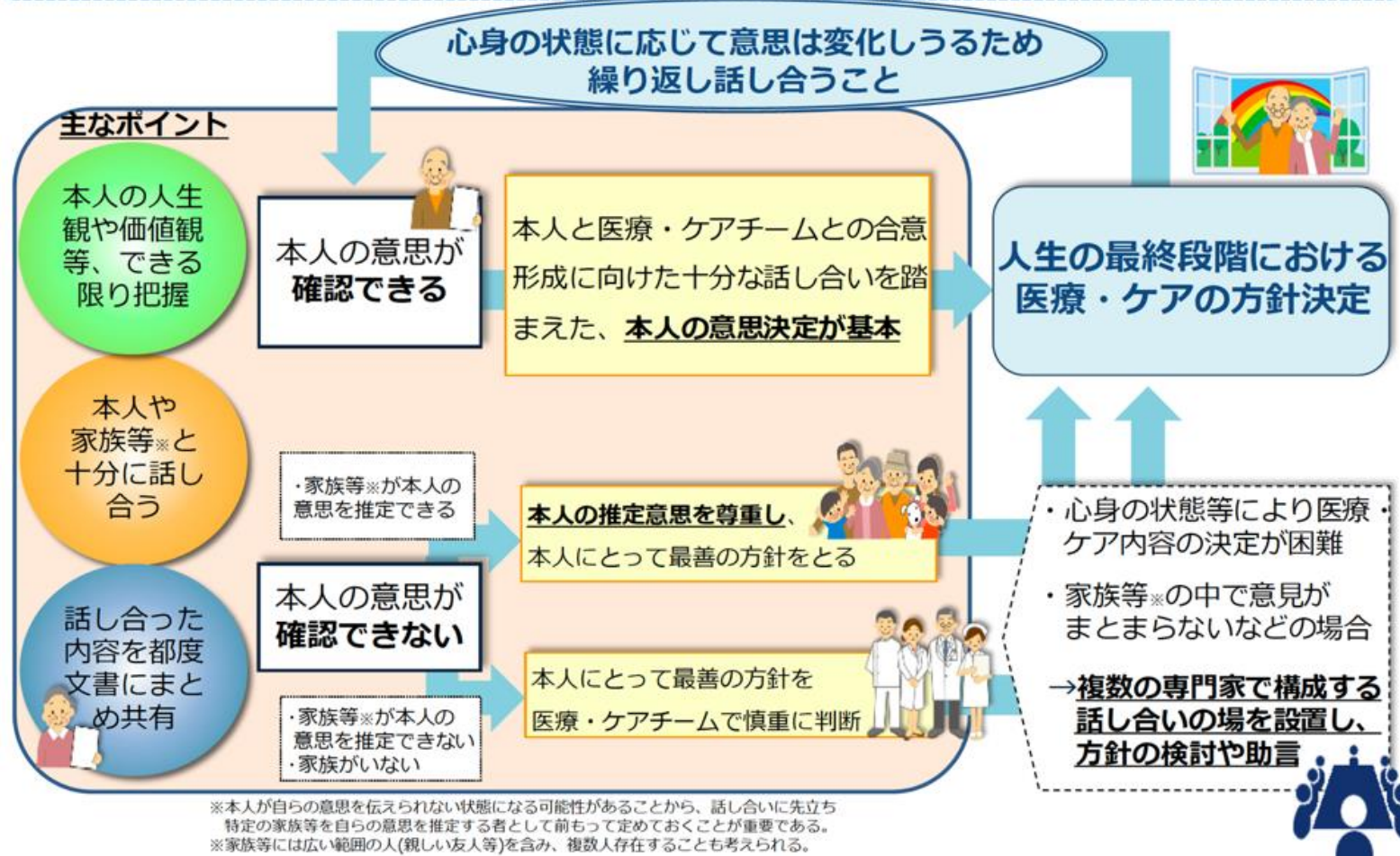
2007年
(終末期医療) の決定プロセスに関するガイドライン

2015年3月
(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

2018年3月
(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」 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。



どうしてそんなことが必要なの？ ～個人レベルにおいて～

- ACPにおける話し合いは、もしもの時にあなたの信頼する人があなたの代わりに治療やケアについて難しい決断をする場合に重要な助けとなります。
- 万が一、あなたが自分の気持ちを話せなくなった時には、心の声を伝えることができるかけがえのないものになり、ご家族やご友人の心の負担は軽くなります。

あなただけではなく、あなたの大切な人を守るためにも重要なことです。

どう（死ぬのか）と考えがち

- 人生の最期のことを考えると「終活」のように生前整理であったり、どのように死ぬのかということを思い浮かべてしまいます。
- 人間にとって「死」は最大限にネガティブなことであり、「死」に関する感情は（苦しみ）を伴い、それは本能的にも考えることを避けてしまうのかもしれない。
- しかし、実際に死が近くなったり、突然そのような状況になったときに本人の（意思表示）ができない状態であることは多いです。
- 高齢者施設においては、最終段階において本人の（意思表示）ができないケースがほとんどです。

人生の主役は

- （意思表示できない人）は、その後の自分自身の生きかたが、本来（望んでいないかたち）になるかもしれません。
- 本人の意思が（分からず）に重要な決断をした人たちは、これでよかったのかと悩み苦しむかもしれません。
- その人のいのちはその人のものであり、その人の人生の主役はまぎれもないその人自身です。

どう（生きる）のか

- 人は（最期の瞬間まで生きて）います。
- どう（死ぬのか）ではなく、最後の瞬間まで自分自身の人生を自分らしくどう（生きるのか）ということが大切だと考えます。
- 自分らしく最期まで生きるためには、（考え）、そして（伝える）ということが重要になります。

Advance Directive

- 自分自身が意思表示できないときのために、自分が望む生きかた、治療方針、ケアのあり方等を事前に残しておくことを「Advance Directive＝事前指示」といいます。
- 混同されやすいですが、いわゆる財産のことなどで死後に開示される遺言書とは（異なります）。
- （事前指示）は（口頭）で伝えておくか、（文書）で伝えることができます。
- （文書）で残しておくための（事前指示書）があります。

事前指示書も様々

- 事前指示書には、日本尊厳死協会の（リビングウィル）を始めとして、各地域でつくられているものや市販されているものなど様々なものがあります。
- 中には、人生における様々な選択肢を限定したり二択で迫るものもありますが、世の中には同じ人生なんてありませんから、内容をよく読んで自分に合ったものを選んでください。

録 号	
登録日	

協会記入欄

リビング・ウィル - Living Will

- 終末期医療における事前指示書 -

この指示書は、私の精神が健全な状態にある時に私自身の考えで書いたものであります。したがって、私の精神が健全な状態にある時に私自身が破棄するか、または撤回する旨の文書を作成しない限り有効であります。

- ☐ 私の傷病が、現代の医学では不治の状態であり、既に死が迫っていると診断された場合には、ただちに死期を引き延ばすための延命措置はお断りいたします。
- ☐ ただしこの場合、私の苦痛を和らげるためには、麻薬などの適切な使用により十分な緩和医療を行ってください。
- ☐ 私が回復不能な遷延性意識障害（持続的植物状態）に陥った時は生命維持措置を取りやめてください。

以上、私の要望を忠実に果たしてくださった方々に深く感謝申し上げますとともに、その方々が「の要望に従ってくださった行為一切の責任は私自身にあることを付記いたします。

必ずお書きください	申込日	年	月
	男・女	年	
	TEL		
	携		



ACPは（一度きり）ではない

- ACPは（繰り返し）行っていくことで、その人にとっての最善の生きかたに近づいていきます。
- 事前指示を考えるときも、大切な人と一緒に考えることでACPになります。
- 考えるきっかけやタイミングは（人それぞれで）、一度考えたから終わりではありません。
- 大切な人や信頼できる人がACPを行っておくことで（代弁者）となり、自分自身が意思表示できなくなったときに、医療やケアで関わる人たちと一緒に、その人の最善をACPで考えていきます。



Advance Directiveは…

- Advance Directiveの内容は本当に（今の）本人の
思いか？
- Advance Directiveは（正しく理解）して書かれて
いるか？
- Advance Directiveは（救命）より優先されるか？
- Advance Directiveに書いてあることは（絶対）
か？

**Advance Directiveは最終段階のACPに
おいて本人の最善を考えていく際に、本
人の意思を理解する手段として用いる**

考え方の基本は・・・

一人ひとりの（価値観）・
（人生観）・（死生観）に照らして、
人として（尊重）する

（医学的判断）をもとに
（基本の情報）

ACPは（合意）で成り立つ

- ACPは本人や家族等、医療従事者、介護従事者、その他の関わる人による（合意形成）で成り立ちます。
- 誰かの意見に従ったり、流されたりして決めるものではありません。
- だからこそ、（相互理解）が重要であり話すことが大切になります。
- 医療や介護に関しては（平易な言葉）で相手が理解できるように説明し、本人や家族等からはその（思いや人生）をしっかりと聴き受け止めていきます。
- 本人や家族等から聴いた本人の思いや人生を軸に、その人にとって（最善の医療やケア）が何なのかということを繰り返し話し合っていきます。

意思決定方法 その1： パターナリスティック・ディシジョン(父権主義的意思決定)

意思決定の中心：主に医師やケア提供者

患者の役割：医師やケア提供者が妥当だと考える治療法や検査などの説明を聞く

情報提供の流れ：医師やケア提供者→患者（一方通行）
決定した結果を患者に伝える

※小さな子どもに対する親の役割のような決定方法だと例えられる



意思決定方法 その2： インフォームド・ディシジョン（情報提供型意思決定）

意思決定の中心：主に患者

患者の役割：医師から提供された情報や、
自分で収集した情報をもとに患者自身が決定する

情報提供の流れ：医師やケア提供者→患者へ（一方通行）の情報提供
患者→医師やケア提供者へ、欲しい情報提供の依頼や、
決定したことを伝える



意思決定方法 その3： シェアード・ディシジョン（共有意思決定）

意思決定の中心：患者と医師やケア提供者

患者の役割：決定するための自分の価値基準を明確にして、
医師やケア提供者の情報を理解し、対話しながら意思決定する

情報提供の流れ：情報の流れは（双方向）

患者→医師やケア提供者へ、（価値や好みに関する情報）を提供
医師やケア提供者→患者へ、科学的根拠に基づく治療の選択肢や
各選択肢のメリット・デメリットに関する情報を提供



いきかた～生きかた・活きかた・逝きかた～

- 人生のものがたりである「いきかた」には三つのいきかたがあると思います。
- 人は誰も一人ではありません。生まれてから今まで、生きていく中で家庭や社会の中で誰かとの関係性の中で生きて、活かされています。
- その中にあるつながりや想いを振り返り、今を考えて、そしてこれからの自分らしい「いきかた」を考えてみてはどうでしょうか。
- 最終的な（逝きかた）にも、それまでの（生きかた）や（活きかた）が関わります。
- あなたの（逝きかた）も、大切な人の（いきかた）へとつながっていきます。

もしものときのために

- もしものときは、いつ、誰に、どのように訪れるかはわかりません。
- もしものときには、自分の思いを伝えたくても伝えられません。
- もしものときには、大切な人がどのように思っているのか聞きたくても聞けません。
- 自分らしく、自分の人生を生ききるためには、ACPを通してあなたの思いを大切な人や信頼できる人につないでおくことが重要です。

認知症があるから聞いても意味ない？

- 家族の意見や希望は、本人の意見や希望と（同じ）ではありません。
- あくまでも、その人の人生の主体は（本人）です。
- 認知症があったとしても、本人の（表情）や（仕草）、行為に対する（反応）から本人が（穏やか）でいれる条件を感じ取っていかなければなりません。
- 施設においては、介護員や看護師などの現場スタッフ、在宅では家族や訪問看護師、ヘルパー、ケアマネのの関わりの中に、そのヒントはあります。

可能な限り早期からの介入を

- 施設では要介護ないし認知症の状態で利用者は入所してきます。
- 特養では要介護3以上の状態で入所してきます。
- 利用者はすでにフレイルが進行した状態であり、経時的に認知機能も身体機能も確実に低下していきます。
- 状態は人それぞれですが、入所した時が認知機能も身体機能も一番良い状態です。
- 年齢での判断ではなく、状態での判断をしてください。

思いをつなぐ

- 基本的には関わる前からACPは始まっています。
- 居宅CMから依頼があったり引き継ぐ際は、医療的なことや介護的なことだけではなく、関わり始めた当初からどのような思いを言葉にしていたのか、どのような人生を歩んであったのかということを可能な限り聞き出してください。
- 施設所属の居宅事業所が関わっている場合は、関わり始めた時からしっかりと思いを聞き取って、その思いをつないでください。
- ただし、決して（土足で踏み込まない）こと。（押し付けない）こと。
- 遠くの家族より、近くの親しい友人・・・のことも。

家族の思い

- 欧米のACPの考え方に従い厳格に言えば、本人の意思がなによりも優先されます。
- 日本には長い歴史で培われてきた（家族文化）があり、（和）を重んじる風土があります。
- 本人にとって家族の思いも大切なことであれば、ACPを行う中で家族の思いに耳を傾けることも重要なことです。
- ただ、あくまでも人生の主役は（本人）であることに変わりはありません。
- （本人）にとっての（最善）をACPを通して家族と一緒に繰り返し考えていく中で、家族の思いも本人への最善へとつながっていきます。
- 決して、施設や家族にとっての最善とならないように。

ACPは？

ACPを取る

ACPを書く

ACPを行う



それぞれの人生のものがたり

最期まで自分らしく生きるためにACPで語り合おう