

ACPの  
ABCを学ぼう！

資料3-2

在宅にかかわる医療・介護専門職の

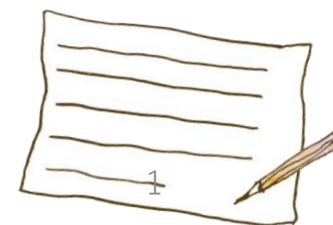
ACP

アドバンス ケア プランニング

の勉強会

とっても基礎的なおはなし

令和6年8月 練馬区地域医療課作成  
練馬総合病院副院長 栗原直人氏監修



はじめに

「ACPって聞いたことはあるけれど、あまりよく分からない」

「自分がどうかかわっていいのか戸惑う」

「最期の話をするのはちょっと」・・・など

ACPに対して多少なりとも難しさを感じていたり、  
とっかかりにくさを感じることはないでしょうか？

本勉強会は、ACPとはなにかを中心として、いつ・どのようにするものなのかなど、  
基本的なことを知る内容となっています。

「ACPって、こうゆうことなんだ！」と少しでも思っていたら、  
そして、利用者さんや家族の方との普段の関わりの中で生かしていただければ幸いです。

本勉強会の資料は、日本老年医学会「ACP推進に関する提言」（2019）をベースに作成しています。

ACPIは、もともと、事前指示の不足を補いつつ、英語圏を中心に発展してきた考え方です。ACPの概念は良いものだとしても、海外と日本では医療の在り方や社会的文化的背景が異なるため、そのまま訳して日本に当てはめることには難しさがあります。

日本老年医学会「ACP推進に関する提言」（2019）は、日本の社会的文化的特徴をふまえて、ACPの適切な実施を支援するために、医療・ケア従事者を対象として策定されました。

本提言は、日本の医療・ケアの現場に合った、日本の医療・ケア従事者のためのACPの考え方を提示されていることから、本勉強会の資料作成の参考にいたしました。



本勉強会の目的 / ACPを知る

「ACPとはなにかを知ること」が本勉強会の一番の目的です。

多職種がかかわる在宅においては、ACPの共通認識はより大切なことだと思っています。

例えば、ACPについて、ある職種は終末期の医療の話、ある職種は看取りの場所を決めること、ある職種は本人の医療やケアの希望を聞くことだと思っている…という状況だった場合、どうなるでしょうか？同じ方向を向いて関わることはなかなか難しいのではないのでしょうか。

専門職として、本人にとって適切な医療やケアを提供していくためにも、ACPについて知り、事業所内等において共有していただくと幸いです。





## 1 部

ACPってなに？

## 2 部

ACPIは、だれがいつするの？

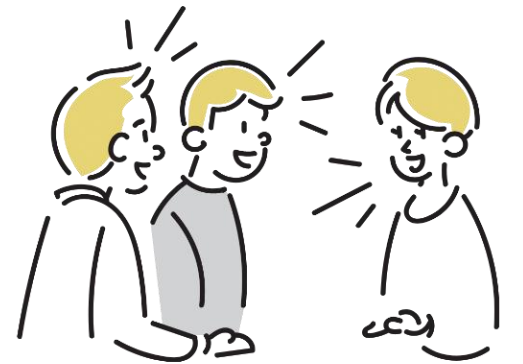
## 3 部

ACPIは、どうやるの？



# 1 部

ACPってなに？





## ●ACPとは

「将来の医療やケアについて、

本人を人として尊重した意志決定の実現を支援するためのプロセス」

## ●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やケアを実現し、  
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」

※「本人」とは、利用者・患者自身のこと

ACPってなに？



ACPをわかりやすく言い換えると、どうなる？

●ACPとは

「将来の医療やケアについて、  
本人を人として尊重した意志  
決定の実現を支援するための  
プロセス」



ACPって？

支援の過程（点ではなく、線）

取り扱うテーマは？

将来の医療やケア

どうゆう心持ちで？

相手に敬意をはらってかかわる

なにをするの？

意思決定の支援もするし、  
選んだことの実現も支援する

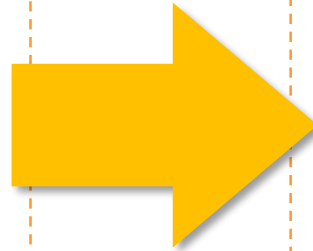


ACPってなに？

ACPの目標をわかりやすく言い換えると、どうなる？

●ACPの目標とは

「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やケアを実現し、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」



本人が「(いろいろあったけど) まあ、いい人生だった。よかった」と笑顔で思えるような人生を送れるように支援すること。

# ACPってなに？



そもそも、ACPIは**なぜ必要**とされてるの？

## 社会的な価値観の変容

- ・ 家族の在り方の変化
- ・ 多種多様な生き方
- ・ 医師へのお任せの考え方の変化
- ・ だれもがいつどんなときでも尊重されるべき

## 本人の状態の変化

死期が近づいてきた時、病状などで自分の考えを伝えられない可能性が高い

## 本人を支える人のフォロー

家族や支援者の負担軽減



POINT!

- ・ 様々な背景があり、ACPの必要性がより高まっている
- ・ 本人の意思を最期まで尊重していくためには、**早くから**本人を知るかわりを。（「いつか」ではない）



# ACPの基本的な一連の流れ

ACP ①ステップ (※1)

本人が自分の  
思いを巡らせる



もしもシートや  
わたしの思い手帳  
などは  
ここで使うイメージ



思い立ったときなど

ACP ②ステップ

本人と家族等と医療・ケアチームの  
(継続的な) 対話



本人の価値観・意向・人生観等の  
共有、理解



ふだんのケアの中など

ACP ③ステップ

今後について  
話し合い・記録 (※3)

共同意思決定  
(SDM)

ふだんのケア  
ケア会議など

※2 ②ステップでは①も行われる

ACP ④ステップ

②ステップで  
決まったこと  
の実現を支援

ふだんのケア

※3 記録は推奨されているが、必須ではない。記録も本人の希望に沿って対応すること

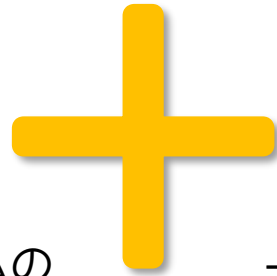
※1 ①ステップは①～③すべてに関係



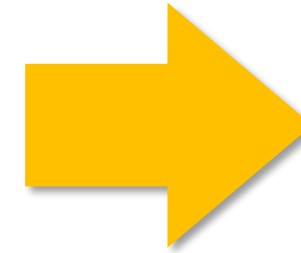
## なぜACPでは対話と共有が重要ななの？



本人と家族等と医療・ケアチームの  
(継続的な) **対話**



本人の価値観・意向・人生観等の  
**共有、理解**



**信頼関係の醸成**



本人の真意を適切に**把握**  
家族の理解も**促進**

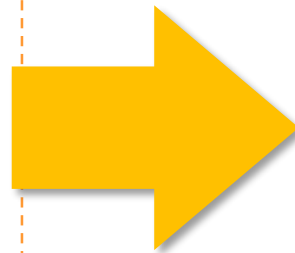


POINT!

- 対話と共有がACPのベース
- 「相手の人となりを知る」ためには、対話を通して相手の気持ちを理解しようとする姿勢・関わりが重要



対話・共有する際、重要なことは？

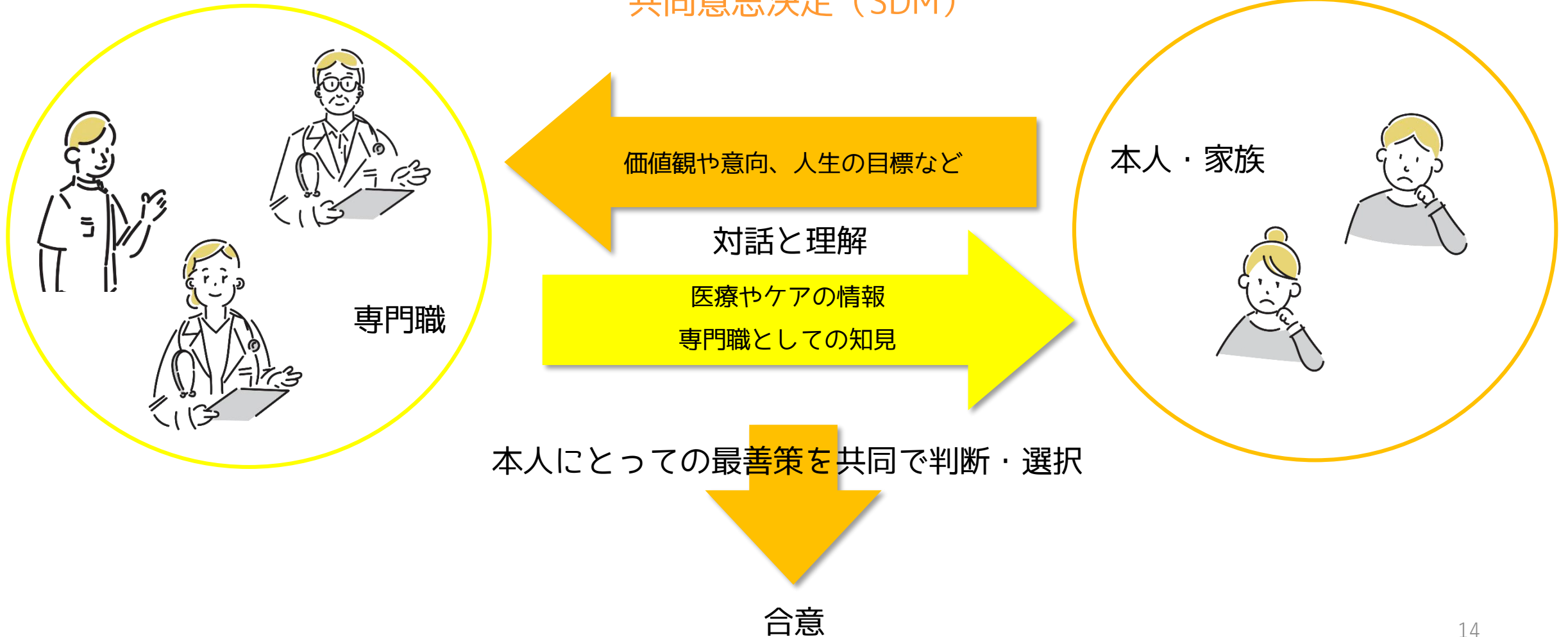


POINT!

- 対話・共有する内容は「本人のこと」で、最も尊重すべきは「本人の価値観」

# 今後についての話し合いの仕方～日本で生まれた考え方

## 共同意思決定 (SDM)



ACPに**決まったプロセスはない**

## ○あくまでも”ひとつ”の考え方

POで、プロセスと書いていますが、必ずしもこの通りにすることが必要ということではありません。考えを整理するために表示しているものなので、あくまでも一例として見てください。

## ○”言葉ではない”ことからの理解

POで、対話が重要とは書いていますが、対話はあくまで手段の1つに過ぎません。実際には、決まったルールがあるわけではなく、会話以外から本人の思いに繋がる情報を収集したり、理解することもあります。

例) 部屋の中に飾ってある絵やモノ、昔の写真、よく食べているもの等  
いつも言葉が必要ということではなく、理解をしようとする姿勢・関わりが大事なのです。

## ○「話したくない」という思いも尊重

「話したくない」「知られたくない」という思う方もいます。それもその方の価値観です。そういった思いも含め、受け止められるようになることも重要です。

対話して分かった本人の価値観などは、**チーム内で適宜共有**を



医師の私の前ではしっかりしなきゃと思う人も多いです。  
ヘルパーさんやリハの方のほうが、本人が話しやすいということもよくあります。  
聞いた話をMCSで流してもらったり、ぜひ、患者さんの声を聞かせてもらえるとありがたいです。

こんなことを共有していいのかなと思ったり、何をどこまで話していいのか迷うというお話も聞きます。  
利用者さんがどんなことを考える人なのか？ということは、支援者がみんな知りたいことです。  
些細なことでも、まずは遠慮せずに連絡してみてください。待っています。



POINT!

- 在宅チームにおいては同じ場面で全ての情報を共有することはなかなか難しい
- 利用者さんを理解するために各職種が知った情報を持ち寄ることが大切



## 「ACP」 / 「AD」 / 「リビングウィル」 / 「DNAR」 / 「IC」の違い

## ACP

将来の医療やケアについて、  
本人を人として尊重した意志決定  
の実現を支援するためのプロセス  
のこと。

## AD (Advance Directive)

事前指示のこと。  
意思表示の判断が難しくなることに備え  
て、本人があらかじめ医療やケアについ  
ての意向、代理人の指定を文章に残して  
おくこと。

## リビングウィル

事前指示に含まれる。  
意思表示の判断が難しくなることに備えて、  
本人があらかじめ終末期の医療やケアについ  
ての意向を文章に残しておくこと。代理人の  
指定は含まれない。

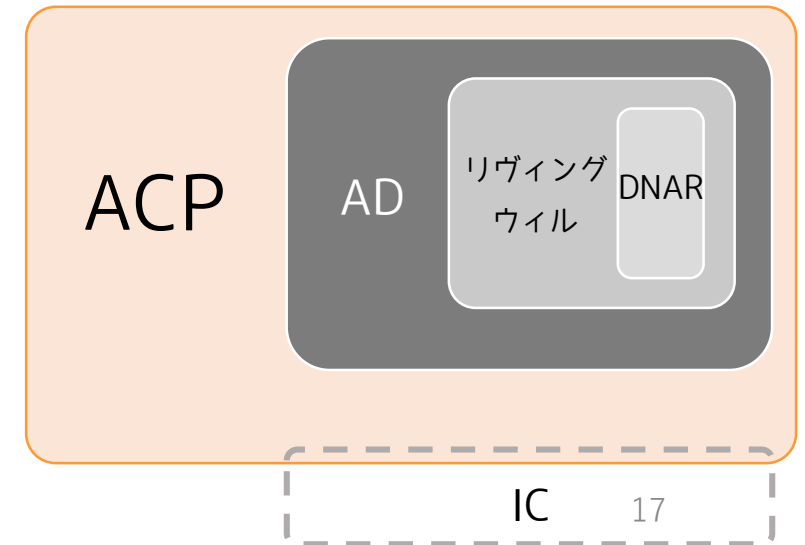
## IC (Informed Consent)

医師が本人や家族等に医療行為の意  
味、メリット・デメリットを説明し、  
医療行為の実施について同意を得る  
こと。

## DNAR (Do Not Attempt Resuscitation)

事前指示に含まれる。  
終末期に心肺停止した際に、心肺蘇生を  
行わないという指示のこと。

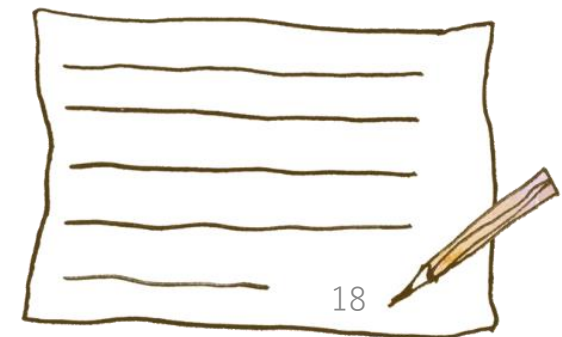
イメージ図



## 1部の学びを振り返り ～ OX 5チェック！



- ① ACPは、将来の医療やケアについて、本人を人として尊重した意志決定の実現を支援するためのプロセスであり、ベースは対話と共有である
- ② ACPで一番尊重されるのは、本人の価値観である
- ③ ACPは話し合いの場を設けることで実施されるものである
- ④ 話し合いをするとき、専門職としての知見を本人や家族に提供することが重要であり、専門職の考えの押しつけは避ける方がよい
- ⑤ 話し合い、今後のことを決めることがACPである



## 振り返り 解説

### ① ○

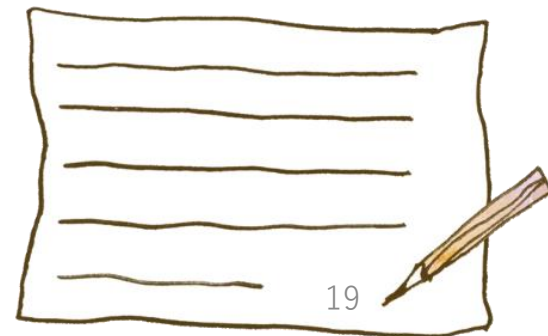
A C Pとは「将来の医療やケアについて、本人を人として尊重した意志決定の実現を支援するためのプロセス」です。つまり、医療やケアに関する意思決定の支援もするし、決定したことを実現できるように支援をすることも含まれます。

みなさんは、ふだんから本人や家族と話し合っ、本人にとってよい医療やケアを提供できるよう、チームで支援していることと思います。そのこと自体がA C Pなのです。

資料P Oや、P OのA C Pの基本的な一連の流れもご参照ください。

### ② ○

A C Pのベースは対話と共有であり、その対話・共有することは本人の様々なことです。A C Pで尊重されるのは、A C Pの主体である本人。本人の思いや価値観について知り、支援するチームで共有することが大切です。資料P Oをご参照ください。



## 振り返り 解説

### ③ ×

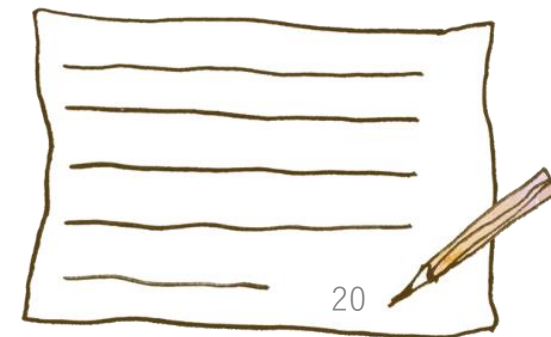
A C Pは必ずしも話し合い場を設けなくてはいけないということではなく、診療やケアのときなど、ふだんの関わりの中でもA C Pはできます。むしろ本人の思いを聞いたり、本人の価値観に触れるきっかけになることは、ふだんの関わりの中のちょっとした瞬間の方が多いかもかもしれません。

資料P〇をご参照ください。

### ④ ○

話し合いの仕方については、「S D M」共同意思決定という日本で生まれた考え方があります。本人や家族は、価値観や意向、人生の目標などを伝え、医療介護従事者は、医療やケアの情報、専門職としての知見を伝えます。対話と理解を通して、本人にとっての最善策を共同で判断・選択するというものです。

専門職が考える本人にとってよいと思うことが、必ずしも本人の思いと一致するとは限りません。何を優先すべきか、本人も含めたチームと一緒に考えることが大切です。資料P〇をご参照ください。





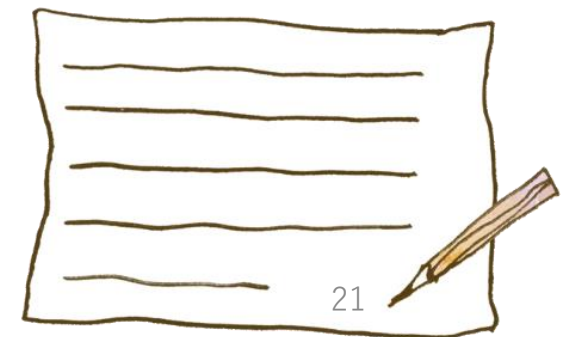
## ⑤ ×

話し合い、今後のことを決めることはACPの一部ではありますが、ACPとは、「将来の医療やケアについて、本人を人として尊重した意志決定の実現を支援するためのプロセス」です。つまり、医療やケアに関する意思決定の支援もするし、決定したことを実現できるよう支援をすることも含まれます。AD（事前指示）やIC（インフォームドコンセント）などと混同しやすいので、気を付けましょう。

ADやICについては2部でご説明します。

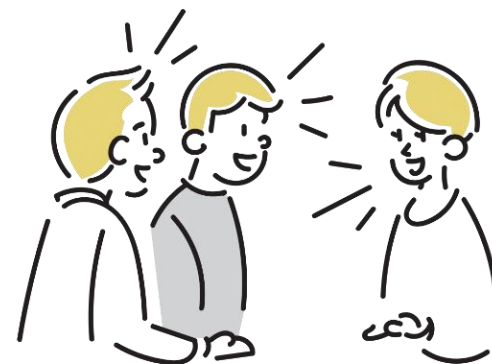
いかがでしたか？

資料などを読んで振り返ってみてくださいね。



## 2部

ACPIは、**だれがいつ**するの？



# ACPIは、だれがいつするの？～ ACPIはだれがするもの？



「ACP推進に関する提言」P2

## ACPの主体

医療・ケアを受けているすべての人

・がん非がん問わない／外来入院問わない

## ACPを実践する人

本人、家族等、本人に関わる多職種の  
医療ケア従事者



POINT!

- ・ ご本人を中心に誰がしてもいい
- ・ ご本人ひとりでするものでも、医療職のみでするものでもない

# ACPIは、**だれ**がいつするの？ ～ACPの一連の流れにおける**専門職の関わり**



「ACP推進に関する提言」P2. 3. 4

## ACP ①ステップ

本人が自分の  
思いを巡らせる



- ・考えるよう促す
- ・雰囲気づくり

## ACP ②ステップ



本人と家族等と医療・ケアチームの  
(継続的な) 対話



本人の価値観・意向・人生観等の  
共有、理解

- ・本人が話しやすい雰囲気づくり

理解をしようとする  
姿勢・関わりが大事

## ACP ③ステップ

今後について  
話し合い

共同意思決定  
(SDM)

- ・本人が話しやすい雰囲気づくり
- ・専門職としての情報提供



POINT!

どの場面においても専門職の関わりは必要!

## ACP ④ステップ

②ステップで  
決まったこと  
の実現を支援

☆医療やケアは、本人の人生  
を豊かにする、少なくとも悪  
くしないことを目指して提供  
されるべきもの

- ・適切な支援





対話・共有する内容

### 代弁者になる人ってどんな人？

- ・ 本人が選んだ人
- ・ 本人から代弁者であることを頼まれていて、代弁者はそれを承諾していること

☆代弁者になる人に、何をどこまでお願いしたいと思っているのか、具体的にイメージして、伝えておくことが大事！  
「なにかあったらよろしくね！」では、代弁者も困っちゃいますよね。

### 本人が代弁者を選べない状態になっているときは？

- ・ 本人と信頼関係があって、本人の価値観をよく理解して意思決定できる人を関係者の合意で選ぶ（つまりは本人の思いをよくわかっている人がベスト）

# ACPIは、だれがいつするの？～始めるタイミングはいつ？



「ACP推進に関する提言」P2

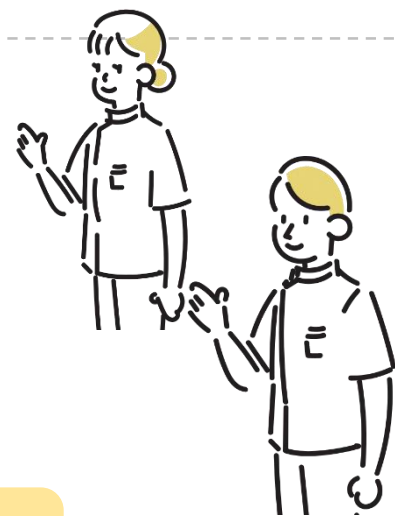
## ACPの主体

医療・ケアを受けているすべての人

・がん非がん問わない／外来入院問わない

## ACPを実践する人

本人、家族等、本人に関わる多職種の医療ケア従事者



POINT! ・ ACPIはいつから始めてもよい

【目安】医療を受けていない人⇒要介護認定を受ける頃までには！

施設入所している人・意思表示できない状態の人⇒すぐに！

～要介護の段階や健康段階を問わず、出来るだけ早めに。可能な場合、壮年期から～

# ACPIは、だれがいつするの？～始めるタイミングはいつ？



「ACP推進に関する提言」P2. 3

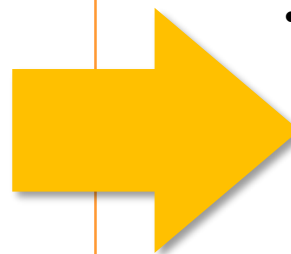
「今」の続きに、「将来」がある

ACPって？

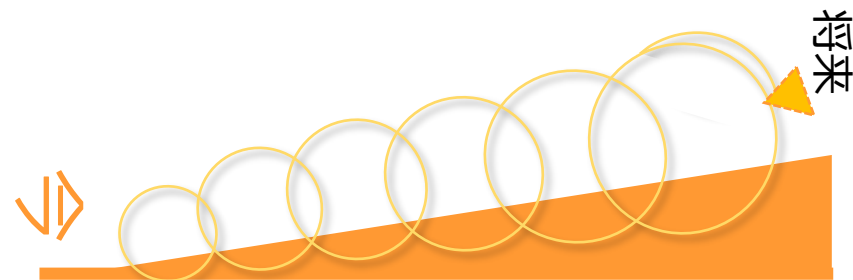
支援の過程（点ではなく、線）

取り扱うテーマは？

将来の医療やケア



- 医療やケアは連続しているもの。
- 将来の医療やケアについて考えるには現状や今後の変化について理解し、考えていくことが必要。



「今」の続きに、「将来」がある



POINT!

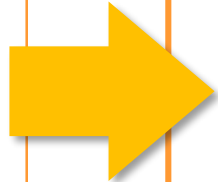
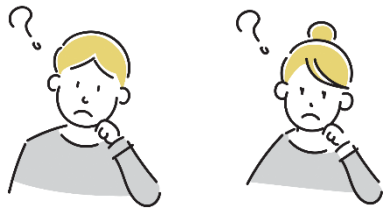
- ACPIはいつから始めてもよいが、できるだけ早くから！
- 将来の部分だけ切り取って考えるのは難しい。そのため、少なくとも医療やケアを受けることになったら、始める必要がある

# ACPIは、だれがいつするの？ ～ACPの一連の流れにおけるタイミング例



## ACP ①ステップ

本人が自分の  
思いを巡らせる



## ACP ②ステップ



本人と家族等と医療・ケアチームの  
(継続的な)対話



本人の価値観・意向・人生観等の  
共有、理解



## ACP ③ステップ

今後について  
話し合い

共同意思決定  
(SDM)



## ACP ④ステップ

②ステップで  
決まったこと  
の実現を支援

声掛け・話をするなら

- ・ふだんのケア中
- ・変化があったとき 等

- ・退院カンファ、病状やケア内容の変化など、病状や療養場所等に変化があるとき
- ・本人や家族から申し出があったとき 等

利用者の方を知るきっかけになる、ふだんの何気ない会話（ACPのかけら）の一例

例 その1

持っている本や雑誌、テレビなどから

声掛けの例)

「〇〇さん（作家）がお好きなんですか？」  
「自分も△△（雑誌にのっているものやテレビのワンシーンから）が、好きです。」

→興味のあるものから、  
趣味や好きなことなどが分かる



例 その2

食事の状況や置いてある食べ物から

声掛けの例)

「〇〇がお好きなんですか？」  
「（残しているもの）  
苦手でした??」

→食事への興味や、  
嚥下状態の確認などにも繋がる



例 その3

お仕事の内容から

例)

「〇〇さんのお仕事は、  
どんなことをされるんですか？」  
「その仕事を選んだきっかけって？」

→仕事への考え方から、  
価値観など分かる



例 その4

会話の中で繰り返される言葉や、「～しないと」など断定的な言葉（強い言葉）などから

声掛けの例)

「前にも〇〇っておっしゃっていましたが、何か気になっていませんか？」  
「～しないとっておっしゃっていますが、それが気になりますね。  
私たちが一緒にできることはありますか？」

→会話の中から、治療や生活への考え方や、気になりなことを聞くことに繋がる



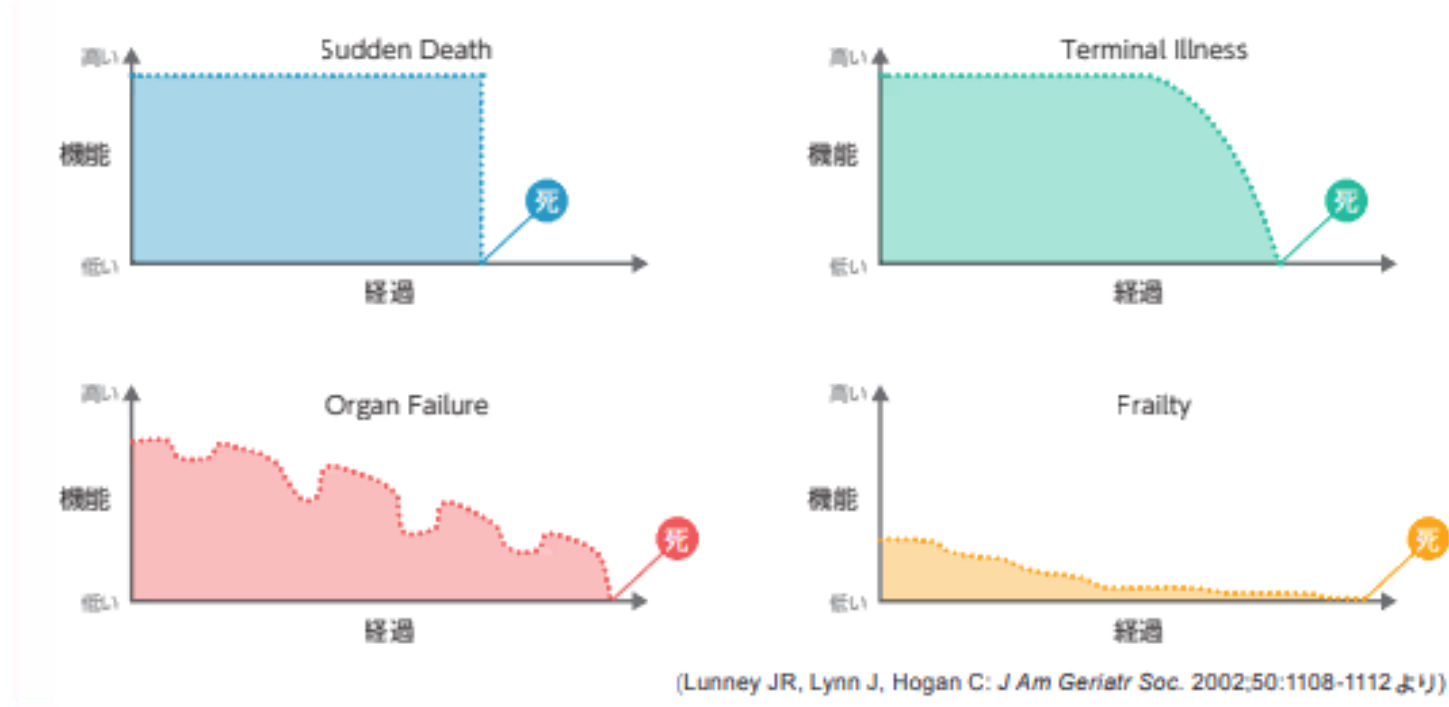
POINT!

利用者さんの周りにあるモノや視線の先にあるモノなどを意識して見てみるとよいと思います。  
会話に出てくる言葉も意識して聞いてみましょう。

利用者さんが何に興味があるのか、気にしているのかを、支援者が気にかけることがACPの始まりであり、全てにつながることです。

ACPIは、だれがいつするの？ ～疾患別のタイミングの変化

## 疾患別の人生の最後に至る軌跡



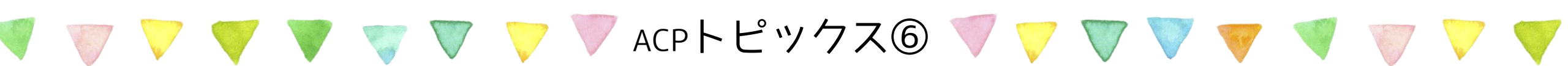
■: 急性期医療等における急性型      ■: がん等の亜急性型  
■: 高齢者等の慢性型(呼吸不全等)      ■: 高齢者等の慢性型(フレイル、認知症等)

(日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会:終末期医療のあり方について—亜急性型の終末期について、2008より)



POINT!

- 病気によって、身体状況が変化する経過は異なり、患者が自身の言葉で自身の望みを言える期間も異なる  
そのため、専門職は病気の特徴をとらえながら、早い段階から患者に“あなたが望む暮らしとは”  
を考えてもらえるようアプローチしていくことが大事



## ACPトピックス⑥

### ACPよくある間違いあるある

#### ひとりでもできる

ACPIはご本人を中心に、家族や医療・ケアチームとともに行うものです。AD(事前指示)と異なり、ひとりでするものではないです。(本資料PO)

#### 書いておけばいい

ACPIは書くことは目的ではありません。対話を大切にし、プロセスで本人の意向を捉えようします。ACPでは、決まったことなど、記録をしておくことは推奨されていますが、必須ではないです。(本資料PO)

#### 看取りの場所を決めること

ACPにおいて、本人の価値観、本人の思いや気がかり、医療やケアに関する希望を聞き、共有します。もちろん、そのひとつに看取りの場所も含まれますが、最期の場所を決めることだけがACPではありません。(本資料PO)

#### 終末期に近い人がするもの

ACPにおいて、将来の医療やケアについて考えることとなっています。しかし、医療やケアは連続しているもの。医療やケアを受けている人はすべてACPの対象と考えられます。(本資料PO)

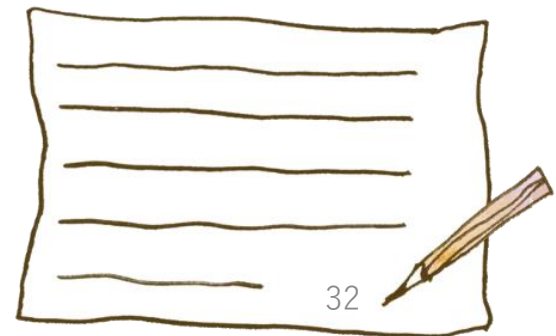
#### ACPをする必要がある利用者に関わることがない

ACPIは、少なくとも医療やケアを受けている人は始めることが推奨されています。在宅療養を受けている人はすべて、対象といえるでしょう。将来的には医療・ケアを受けているか関係なく壮年期からとも言われていますし、ACPIは誰にでも必要なものと思われれます。(本資料PO)

## 2部の学びを振り返り ～ O× 5チェック！



- ① ACPの対象は、医療やケアを受けているすべての人である
- ② ACPを実践する人は、本人・家族である
- ③ ACPは、終末期だけではなく、いつ・だれがはじめてもよい
- ④ 代弁者は、患者本人の希望と、相手の承諾によって成立する
- ⑤ ACPは個人・病気によって、関わるべきタイミングが決まっている





## 振り返り 解説

### ① ○

A C Pの対象は、医療やケアを受けているすべての人であり、A C Pの主体となるのはご本人です。

がん非がんを問わない、外来入院も問わない、医療を受けていない人は要介護認定を受ける頃までにははじめるとよい、施設入所している人や意思表示できない状態の人もしすぐにはじめたほうがよいとされています。

提言では、近い将来には、要介護の段階や健康段階を問わず出来るだけ早めにはじめたほうがよいと書かれています。ちなみに、みなさんはご自身のA C Pをされたことはありますか。もしまだであればぜひやってみましょう。

資料P〇をご参照ください。

### ② ×

A C Pを実践する人は、本人、家族に加えて、本人に関わる多職種の専門職です。

A C Pは本人の意向を聞きながら、専門職の意見も提供しつつ、本人にとっての最善策と一緒に考えて進めていくものです。そのため、専門職の関わりは必要不可欠なのです。



## 振り返り 解説

### ③ ○

A C Pは、いつ、だれが始めても構いません。

A C Pのテーマは、将来の医療やケアについてですが、将来の医療やケアを考えるためには、いまの医療やケアも関係しますし、言ってしまうと明日だって将来です。いきなり数か月先のことを考えるよりは、まずは明日などの近い将来の医療やケアについて考えていくことの方が考えやすいのではないのでしょうか。

A C Pは繰り返し行うものですので、近い将来のことを考えながら、先のことにつなげていくやり方も良いと思います。資料P〇をご参照ください。

### ④ ○

代弁者は本人が選ぶ人で、かつ、代弁者が代弁者になることを承諾している必要があります。

本人の今後の医療やケアについて、本人に代わって代弁者が考えていくことになるので、代弁者が納得しているかどうかは、とても大事なことです。

資料P〇をご参照ください。



## ⑤ ×

A C Pの実施するタイミングは人それぞれなので、個人差があるものです。また、病気によって体調の変化等も異なります。病気の特徴もとらえつつ関わることも大切です。チーム内においてご本人の病気・病状を共有し、関わっていけるとよいですね。

そして、ご本人の意向は、状況によって変わっていく可能性があるものですので、一度聴いたら終わりではなく、繰り返し話し合うことが重要です。

資料P〇をご参照ください。

また、普段のケアの中のタイミング一例を次のページに掲載しています。合わせてご参照ください。

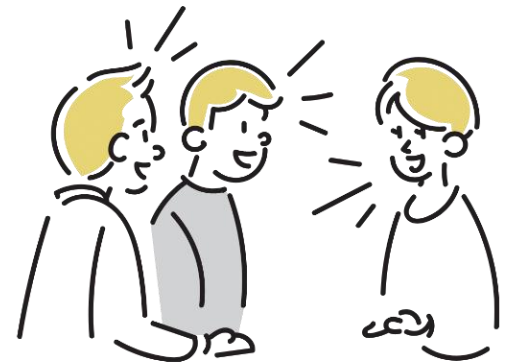
いかがでしたか？

資料などを読んで振り返ってみてください。



## 3部

ACPIは、**どう**やるの？



## 3部について



3部では、事例を通してACPのポイントなどをお伝えします。

事例は、練馬区にお住いの70代の女性の方です。

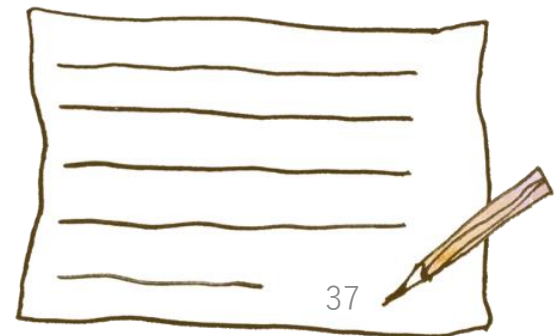
その方と家族に、様々な職種がかかわっている4つの場面を通して、ACPをする際のポイントをご紹介します。

ご自身ならどうかかわるでしょうか？

「もし、この場面に自分がいたら・・・」と、ご自身に置き換えて見てみてください。

登場する職種がご自身の職種と違っていても、ACPのポイントはどの職種にも共通するはずですよ。

また、ACPをすることが今後の何につながるのかを考えながら、聞いていただければと思います。



# ACPIは、**どう**やるの？



## 事例紹介—登場人物の紹介

※事例詳細は別紙をご参照ください。

### 登場人物 1

本人 ふみよさん



70代 女性 練馬区在住  
夫と二人暮らし、子どもはいない  
昔、小学校の先生をしていた

夫婦仲がよく、毎日一緒にお散歩することが日課、健康を意識している  
趣味は、散歩、旅行、歌舞伎鑑賞など  
学校の先生をしていたこともあり、書道は講師ができるほどの腕前

地元は九州、年1回はお墓参りのために帰省。親戚と会うことも楽しみ

### 登場人物 2

夫さん たろうさん

(ふみよさんのキーパーソン)



80代  
65歳まで会社勤めをしていた  
現在は町内会の役員をしている

奥さんの手料理を、家でふたりで食べるのが何よりの楽しみ

難聴があり補聴器を付けている  
60代で大腸がんを患ったが、手術をして完治。再発はしていない  
定期的に、がん検診・健診を受けている

### 登場人物 3

かかりつけ医

ふみよさんの10年来のかかりつけ医

たろうさんのかかりつけ医でもある  
地域に根差した診療所の内科医

### 登場人物 5

外来看護師さん

### 登場人物 6

病院リハさん

### 登場人物 4

主治医 ゆうたさん



ふみよさんの主治医  
60代 男性 区内総合病院勤務

癌を専門としている外科医  
人柄温厚、話をよく聞くので、外来時間が長いと言われることもしばしば

### 登場人物 7

訪問看護師さん

がんを専門で対応  
病院の看護師から最近訪看に。40代

### 登場人物 8

ケアマネさん

ケアマネになって20数年のベテラン  
50代

事例紹介—病気の経過

※事例詳細は別紙をご参照ください。

ふみよさんの病気に関する経過

【既往歴】

20歳代 急性虫垂炎

60歳代 高血圧、高脂血症にて  
内服治療継続

※近所の医師がかかりつけ医



【今回の病気の経緯】

ふみよさんは、実は、3年前から右乳房にしこりがあると気が付いていた。

でも「病院に行ってなにか見つかったらこわい」と思い、なかなか病院に行く気持ちにはならなかった。

最近、しこりがどんどん大きくなり、皮膚がべたついたり、腰の痛みも出てきていて、「もしかしたら…」と不安が募り、夫のたろうさんに相談。

近所のかかりつけ医に相談し、区内の総合病院を紹介されて受診、検査をした。

検査の結果、乳がん（ステージⅢ）と診断された。

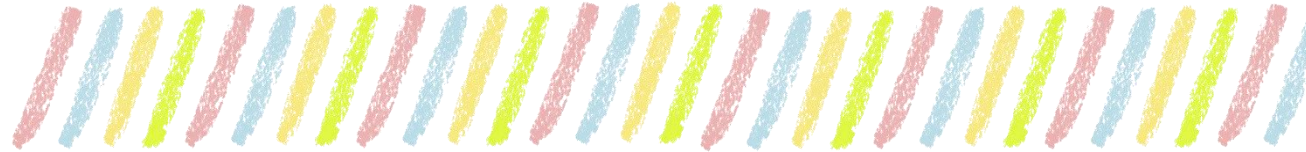
不安だったけど、どうしていいか分からなくて…。ことばにするのがこわかったの。  
診断が出て、なんというか複雑な気持ち。



自分のときも、分かって良かったという反面、何とも言えない不安があったから、気持ちはよくわかる。ステージⅢと聞いて心配ではあるが、今度は私がしっかりしなくては。



# ACPIは、**どう**やるの？



## 検討中

事例紹介一場面その1  
告知後の治療方針の決定

※事例詳細は別紙をご参照ください。

～△△にてXXと〇〇が…について話しているシーン～



XXXX

XXXX



XXXX

XXXX

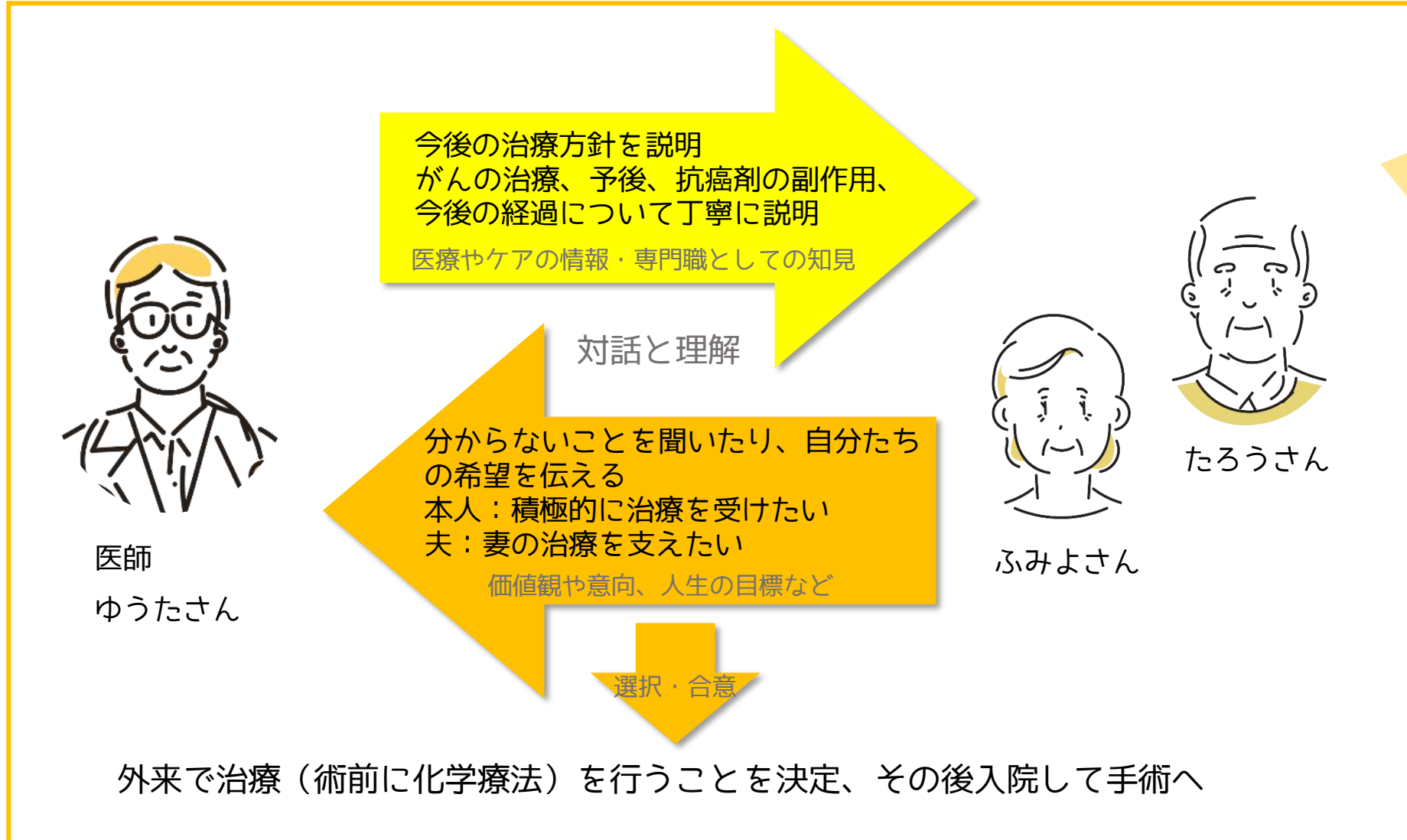


ふみよさん



たろうさん





ポイントその1

最初のうちは、本人や家族との信頼関係（人間関係）を作ることが大事。  
いきなりACPを始められるものでもない。

医療・介護職は、丁寧に説明し、話しやすい雰囲気を作り、相手の意向を聞こうとする態度がより重要になる。

日々のかかわり機会が、ACPのかけらになる。

こういったことの積み重ねが、今後の〇〇〇や〇〇〇の場面で生かされてくる。 41

# ACPIは、**どう**やるの？



検討中

事例紹介—場面その2  
術後通院中の外来で

A: ~△△にて医師と夫婦が…について話しているシーン～



XXXX

XXXX

XXXX

XXXX



ふみよさん



たろうさん

B: ~△△にて看護師と夫婦が…について話しているシーン～



XXXX

XXXX

XXXX

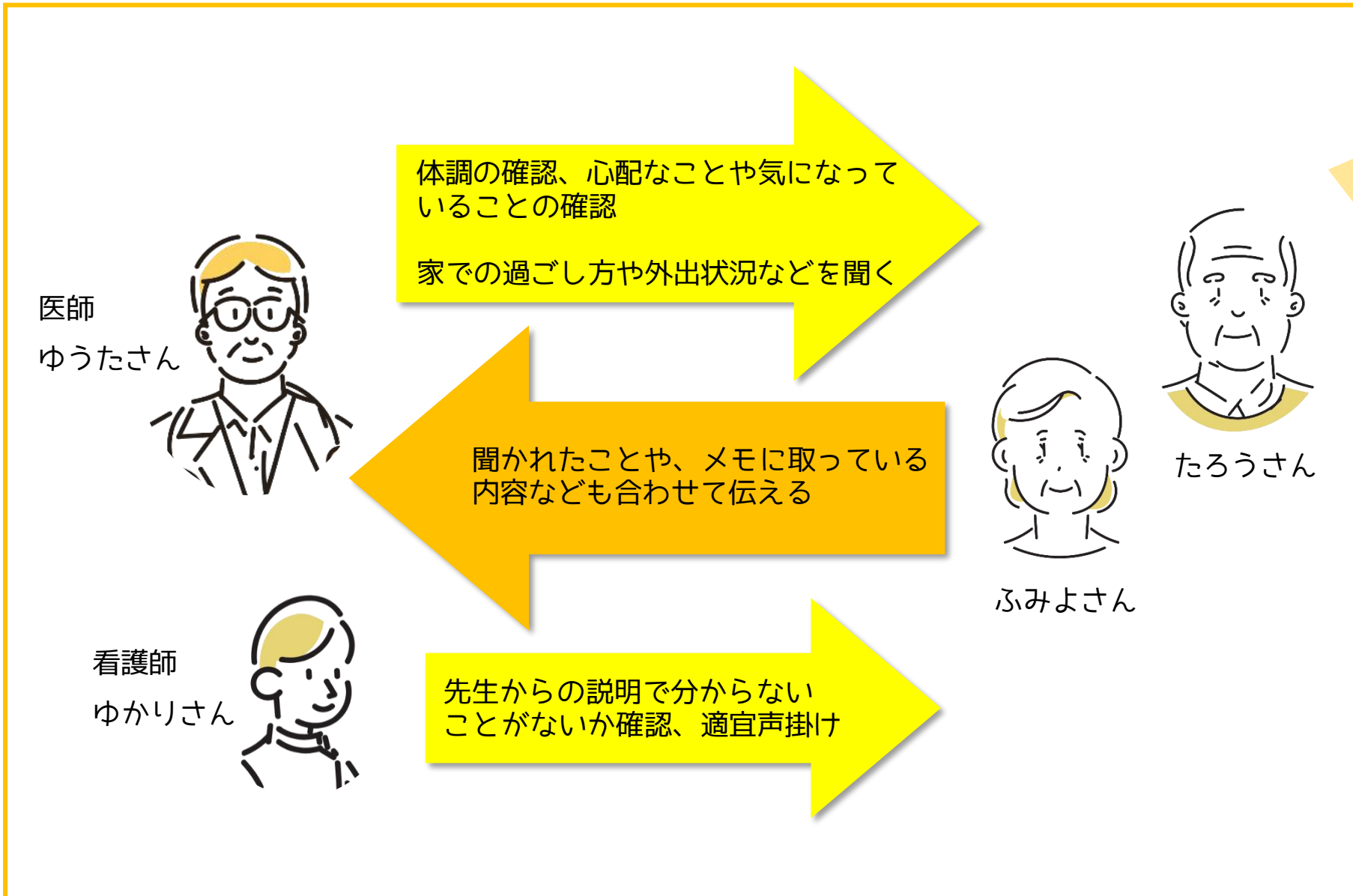
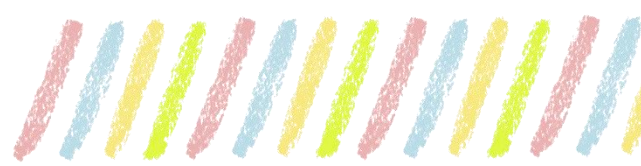
XXXX



ふみよさん



ふみよさん



## ポイントその2

関係性ができてきたら、徐々に価値観にかかわることなどを聞いていく。生活の様子から聞いていくこともよい。

また人によっては、職種で話しやすさが変わることもあるので、多職種でかわり共有していくことが大事。

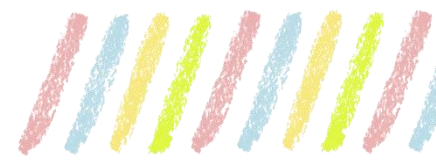
病状・治療についての理解は、ACPを進めていく上でも重要。理解の確認から価値観などを聞く機会にもなる。

今後の〇〇〇や〇〇〇の場面で生かされてくる。

ACPIは、**どう**やるの？

おさえておきたい！

ACPの5つのポイント（振り返り）



検討中

①

②

③

④

⑤

3部の学びを振り返り ～ ○× 5チェック！

検討中

①

②

③

④

⑤

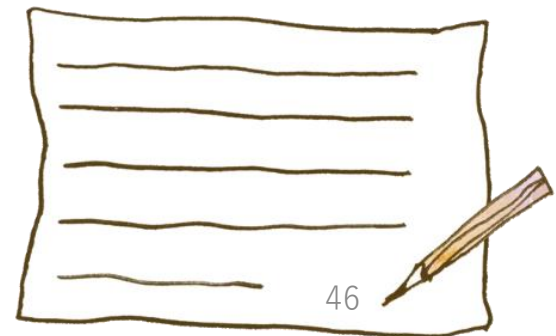


① ○

---

② ×

---



私は、ACPIは「信頼関係の構築」であると感じています。

~~~~~だからです。

だから、~~~出来るといいですよ。

これからも~~~~。一緒に頑張っていきましょう。

ACP勉強会 講師 練馬総合病院副院長 栗原より



ご清聴、ありがとうございました。

本資料は、事業所の皆様に共有していただければ幸いです。  
練馬区ホームページからダウンロードできます。

検索 練馬区ホームページ

専門職向け ACP勉強会

QR





## 参考資料等



- ・ 日本老年医学会ホームページ ACP推進に関する提言 <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/acp.html>
- ・ 厚生労働省ホームページ [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_02783.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html)
- ・ 厚生労働省委託事業 人生の最終段階における医療体制整備事業 本人の意向を尊重した意思決定のための研修会資料  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_33381.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_33381.html)
- ・ 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  
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>
- ・ 認知症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  
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>
- ・ 日本医師会ホームページ [https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i\\_rinri/006612.html](https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html)
- ・ 公益財団法人日本尊厳死協会ホームページ <https://songenshi-kyokai.or.jp/>
- ・ 国立長寿医療センター「アドバンスケアプランニング支援ガイド」  
<https://www.ncgg.go.jp/hospital/overview/organization/zaitaku/news/documents/acpshien.pdf>
- ・ 「ACP入門 人生会議の始め方ガイド」