

# 医療・介護専門職向け ACP (人生会議) 実践の手引き



ひらかたし ひこぼしくん

この手引きは、医療・介護専門職向けに作成しました。

「それぞれの立場で、いつ、なにができるのか」

「どのように対象者を支援し、関係機関と連携するのか」

どう死ぬかではなく、「住み慣れた地域で、自分らしく、最期まで」その人らしく生ききるために支援する。

この手引きが、市民を支援する医療・介護専門職の ACP 実践の一助になれば幸いです。

枚方市地域ケア推進実務者連絡協議会

「ACP ワーキンググループ」

令和6年(2024年)●月作成

# 目次

## 第1章 ACPの基本

1. ACP（アドバンス・ケア・プランニング）とは何でしょうか？
2. 支援の基本的な考え方について
3. ACPは、いつから始めればいいのでしょうか？

## 第2章 ACP支援の実際

1. ACPの具体的な支援について
  - (1) 市民全体（健康な時期）
  - (2) 市民全体（病気や障がい progressed、または要介護状態の時期）
  - (3) 人生の最終段階を自分のこととして考える時期にある人
2. 関係機関の役割について

## 第3章 ACP支援のポイント

1. 認知症の方へのアプローチ
2. 家族の意向が異なる場合の支援
3. 本人の意向を記載した冊子等の保管場所・法的な位置づけ

## 第4章 知っておきたい資源など

1. 枚方市の専門職向けサポート
2. 引用・参考文献



## 1. ACP(アドバンス・ケア・プランニング)とは何でしょうか？

ACPは、国内外で様々な定義がありますが、日本では、ACPに人生会議という愛称をつけ、また「いい看取り・看取られ」の語呂に合わせ、11月30日を「人生会議の日」としました。

ACPは、すべての方が、自分らしい暮らしを最期まで続けられるようにするため、いつ訪れるかわからない人生の最終段階において、自らが希望する医療やケアを受けるために、大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むのかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼できる人たちと話し合い、共有しておくプロセスのことです。

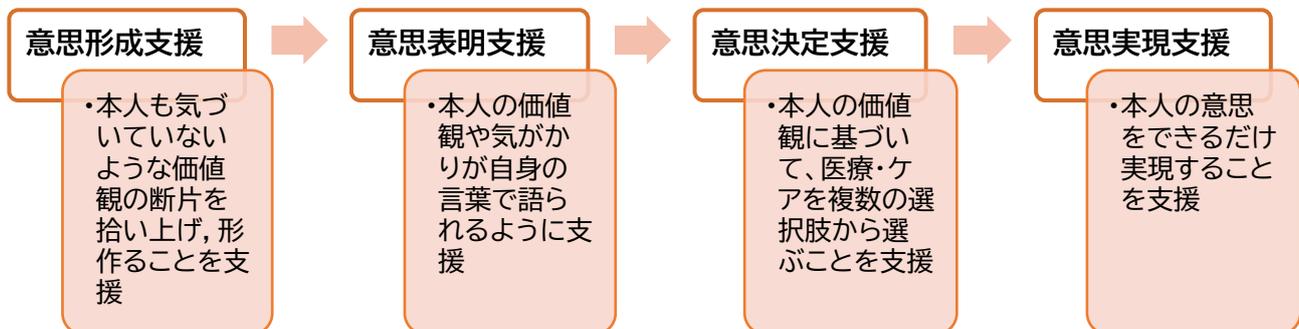
### 医療・介護専門職に求められる役割

本人が、意思決定できる段階で、今後の本人の生活の見通しや起こりうることについて、あらかじめ本人や家族、関係者などで話し合い、考えて(決めて)おくなど、先を見通した意思決定の支援を繰り返し行うことであり、医療・介護専門職には、本人の意思決定を支援し、希望に沿った医療・ケアを実践することが求められています。

### ACPの4つのステップ

それでは、ACPはどのように行えばいいのでしょうか？

対象者が、今どのステップにいるのかを意識すると支援しやすいかもしれません。



医療・介護専門職が、連携・協働しながら対象者の意思決定支援に、早い段階から関わるのが、対象者の意思実現支援のカギとなります。

ただ、早すぎるとは、実際に必要となる医療や介護サービスが想像しづらく、また、延命治療にはどのような医療行為があるのか(例えば人工呼吸器をつけるかなど)を知らずに選択することは難しいため、対象者が具体的に想像できるような支援が必要になります。

そして、意思決定支援は遅すぎると、本人の意思決定能力が十分でなくなるうえ、選択肢が限られます。そのため支援者は、早過ぎず、しかし、遅すぎない時期に支援することが求められます。



## 2. 基本的な支援の考え方について

### 本人の価値観を尊重するために

医療・介護ケア提供者は、本人、家族と話し合い、本人の価値観を知り、その価値観の中で何を優先するべきか、それを叶えるために、どんな方法があるかを一緒に考えることを支援します。価値観は多様であり、どちらが間違い・優位といった判断ではなく、みんなで、本人の価値観を尊重した医療・介護ケアの実現を目指します。

### 対象者の意向(真意)をくみ取る

本人の言葉は、たとえ人生の最終段階であっても家族の負担などを考え「真意(意向そのもの)ではない場合」があります。そのため、医療・介護専門職は、「本人の言葉が真意であるのか?」という目を持つ必要があります。

現在	今、表出されている意思や態度、言葉以外のサインなど
過去	過去に表明された意思、生活歴など
未来	意思決定できる状態の本人ならば、どんな選択をするか想起される意思



自分のことは自分で  
決めたいって  
いつも言ってるな…

「延命治療はしない」  
「ピンピンコロリで  
逝きたい」が口癖

これまでの本人のピースを集め、  
つなぎ合わせていくことで、本人の  
意思を推定する助けになります。

タマ(ペット)を残  
して先に逝くこと  
を心配していた

趣味といえば、  
野球と旅行  
最期まで楽しむ時  
間を持ってほしい  
な



枚方市版 人生会議まるわかりガイドより  
一部改変

### 本人の思いを伝えてくれる人(代弁者)※の選定と決定

※代弁者以外の呼称もありますが、本手引きでは代弁者を使用

- ◎ 代弁者は本人の意向によって選定されることが望ましく、代弁者となる人は自分が代弁者であることを承認していることが必要
- ◎ 本人が意思を表明できなくなっている場合は、本人と信頼関係があり、本人の価値観を理解した上で本人の推定意思を伝えることができる人が関係者の合意の上で代弁者となるのが、本人の意思をくむために重要
- ◎ 一般的には、本人の家族、親族、友人や本人をよく知る人が代弁者となるのが望ましい
- ◎ 任意後見人・成年後見人が代弁者の役割を兼ねることもあるが、後見人は医療行為の同意権を有さず、代弁者として医療行為の同意権を有しているわけではない



日本老年医学会「ACP推進に関する提言」より

### 3. ACPは、いつから始めればいいのでしょうか？

「思い立ったら今から！」です。状況が変化するたびに再考し、修正していきます。  
ACPの対象者は、大きく2つ(下図)に分けて考え、対象者に応じた支援をします。

#### <ACPの対象者>

##### 市民全体

健康な時期  
病気や障がい progressed、または要介護状態の時



ACPを知る  
価値観や希望について考える  
代弁者を選び、代弁者になってほしい人に了承を得る  
代弁者と話し合う



人生の最終段階を  
自分のこととして  
考える時期にある人



ACPを行う心の準備ができて  
いるか確かめたうえで、  
医療・ケアの目標や具体的な内容  
を話し合う



#### ACPが必要な人を見落とさないために！「サプライズクエスチョン」

人生の最終段階を自分のこととして考える時期にある人とは、一般的には、重い病気を持つ場合や90歳代以上の高齢者などが考えられますが、対象者が人生の最終段階にある人なのかどうか判断に迷うときは、**サプライズクエスチョン**※を試してください。ただし、対象となる場合でも悪い病気が分かった時などバッドニュースと一緒にACPを始めるのは避けます。

#### ※サプライズクエスチョン(専門職が自身の心の中で自問自答してみること)

※〇〇さんが1年以内に亡くなったら驚くか？



もし驚かないなら、ACPの話し合いを開始したほうがよい



予後1年以内ではないかもしれませんが、脆弱で変化が起こる可能性がある人が含まれます

## 第2章 ACP支援の実際

### 1. ACPの具体的な支援について

#### (1) 市民全体(健康な時期)

##### この時期の特徴・目標

- ACPを知ってもらう
- 本人が決められるときに、どのように生活していきたいか、今後のことを決めます

##### 支援者の役割等

- 相談時など、関わりを契機(ライフイベントに併せて)に行います
- 市民向け講演会の案内や、11月30日人生会議の日に合わせ、イベントの案内
- 私の思い手帳、人生会議まるわかりガイド、エンディングノートなど媒体の活用

##### 支援者

枚方市(行政)、医師会、地域包括支援センターなど  
普及啓発活動は、すべての関係機関が関わります



#### (2) 市民全体(何らかの病気や障がいが進行した、または要介護状態の時期)

##### この時期の特徴・目標

- 自分の生き方や病気、障がいと折り合いをつけながら生活を組み立て直す
- 人生の最終段階での医療、ケアの選択、療養場所や看取りの場所について考えます
- 要介護認定を受ける頃までには ACP を開始することが望ましいと思われま
- 代弁者を決め、その人に代弁者になってほしいという意向を伝え、代弁者に了承を得ます



##### 支援者の役割等

- 介護施設の入所者、進行性の疾患を有する場合、直ちに ACP を開始するようすすめます
- 身体機能の変化(介護保険の区分変更時など)、病状の進行、治療の変更時などをタイミングとして、ACP を開始するようすすめます
- 本人の代弁者選定を支援します(代弁者は家族に限らず、立場が複雑な場合は整理する)
- 人生観・価値観の聞き取り(これまでどう生きてきたのか・どう最期をむかえたいか)
- 病気に対する理解度を確認します
- 本人・代弁者と一緒に将来的な医療・ケアについて、医療・介護専門職と話し合い、その過程を共有できるように支援する(同席してもらう機会をつくる・記録を残し共有するなど)
- 私の思い手帳、人生会議まるわかりガイド、エンディングノートなど媒体の活用

##### 支援者

ケアマネジャーなど介護専門職、かかりつけ医など



✔ **対象者は ACP を行う心の準備ができていますか？**

- ・ 対象者が自分の状況(病状など)をどう捉えているかなど、ACP を行う心の準備ができているかを確認します
- ・ 心の準備ができていなければ、希望を失ってしまうことがあり、逆に害となります
- ・ 差し迫った時期までは、話し合いたくない人もいたので無理強いはしません

支援者が対象者と信頼関係ができていないうちは、ACP を切り出しにくいと思います。以下の切り出し例を参考にいただければと思います。

**『ACP を行う心の準備ができていますか』を確認するための切り出し方**

…例…

- 「まだ先の話になりますが…」
- 「最近の体調はいかがですか？」
- 「今一番不安なことはなんですか？」
- 「将来のことを見据えたお話しができればとっていて…」
- 「〇〇さんのご両親の最期はどのような感じでしたか？」
- 「急な入院のとき、誰を一番頼りにしていますか？」
- 「万が一の時を考えてお聞きするのですが…」



以下は、ACP を行う心の準備状態を確認する流れ(一例)になります。

(身体機能の変化、病状の進行、治療の変更時などがあった場合を想定)

**<対象者に実際生じたエピソードから、今後起こりうる状況を切り口に、話をします>**

…例…



先日、転倒されたそうですが…大丈夫ですか？

寒いし、足が痛いな…



今回は、大けががなくて本当に良かったです。ただ、「これから先…もしもの時(万が一)のことをどのように考えているかお伺いしてもよろしいでしょうか？」



イ)「考えたことがある」などと返答

ロ)「考えたことはない」などと返答するが、話し合うことに抵抗がない様子

⇒ **ACP を行う心の準備ができています**と考えます。

 **ACP を行う心の準備ができていたら、もしもの時について話し合いを始めます**

- ・ 病状認識の確認と今後の経過の話し合いから始めます
- ・ いきなり心肺蘇生や看取りについて話すのは控えます
- ・ 複数に分け、適切な時期に、適切な話題をします
- ・ 代弁者を選定し、過程を共有します

**もしもの時について話し合う場合**

…例…



**イ) 「考えたことがある」などと返答した場合**

(対象者の病状認識確認)

「もしよければ、どのようにお考えになったか教えていただけますか？」

(代弁者の確認)

「〇〇さんの今後について、一緒に考えたり、急な入院など、いざというときに、〇〇さんの代わりに思いを伝えてくれる人はいますか？」

(多職種連携)

「〇〇さんがよければ、〇〇さんの希望をかかりつけの先生や訪問看護師、他の専門職にも共有してみませんか？」

**ロ) 「考えたことはない」などと返答するが、話し合いに抵抗がない様子**

反応に応じて、どのように話を進めるか検討し、  
**対象者とともに希望を持ち、ともに心配する内容を伝えます**



(対象者とともに希望を持つ)

「できるだけ、今の〇〇さんの状態が続くように努力しようと思っています」

(対象者とともに心配する)

「でも、その一方で〇〇さんの病状が悪くなったらどうしようかという心配もあります。もしもの時のことについて、話し合いができればと考えていますが、いかがでしょうか？」

「みなさんにお渡ししているもの(私の思い手帳など)です。一緒に見てみませんか？」

(代弁者を確認する)

「〇〇さんの今後のことを一緒に考えたり、急な入院など、もしものときに、〇〇さんが頼りにしている人、〇〇さんの代わりに気持ちを伝えてくれる人はいますか？」

「〇〇さんからお話するのが難しいなら、お手伝いします」



**もしもの時についての話し合いをしない場合**

**NG 「考えたことはない」と返答し、話し合いに抵抗がありそうな場合**

- ・ 別のタイミング(介護保険の区分変更時、身体機能の変化、病状の進行、治療の変更時など)を見計らい、無理はしないようにします
- ・ 必要時、本人の同意を得て、かかりつけ医や関係機関に共有します



…例…

「みなさんにお伺いしています。またご相談したいことがあれば、いつでも仰ってください」

### (3) 人生の最終段階を自分のこととして考える時期にある人



#### この時期の特徴・目標

- 人生の最終段階を見据え、通院あるいは入院して医療を受けている人は、その医療機関においてACPを開始することが望ましく、本人・家族は、医師に話し合いを切り出してほしいと考えています
- 本人が、もしもの時に、自分が大切にしたいことや治療・ケアの具体的な内容を知り、イメージすることができる
- 代弁者を決め、その人に意向を伝え、代弁者になる了承を得ます
- 代弁者も含め、本人の意向について医療・介護専門職などと話し合います
- 周囲も本人とともに ACP を行い、本人の意思を尊重できる
- 本人が、意思・価値観を尊重され、人生の最終段階を迎えることができる



#### 支援者の役割等

- 対象者が人生の最終段階の時期にあるかを考えます
- 病状が安定している時期に話し合いをはじめます
- 対象者の心の準備状態を確認し、病状認識の確認と今後の経過の話し合いから始めます
- いきなり心肺蘇生や看取りについて話すのは控えます
- 対象者が、治療・ケアの目標や具体的な内容についてイメージできるように支援します
- 代弁者の選定を支援します
- 代弁者を含め、医療・介護専門職と話し合いができるように支援します
- なるべく本人の希望を組み入れるよう支援します
- たとえ「延命治療(人工呼吸器をつけないで)をしないで欲しい」とエンディングノートなどに記してあった場合、いつの時点の意思か、真意であるかを確認します

#### 主な支援者



かかりつけ医、主治医などの医療専門職

この時期の ACP の切り出しにおいて、医師の役割は重要です

また、訪問看護師、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなど多職種連携がより重要になってきます。

#### **ACP 導入の場面が最も重要です**

- ・ 話し合いの前に、心の準備状態を確認します
- ・ 対象者が希望を失わないように、最善を期待して、最悪に備える内容にします
- ・ 対象者・家族の希望や大切にしていることを尋ね、探索し、共感し、理解します
- ・ 今後の病状変化等に備えて、もしもの時についての話を切り出します
- ・ 病状の認識について、対象者自身がどう理解をしているか、本人の言葉で話してもらい、医療・介護専門職と本人との間のギャップを知るようにします

## ACP を行える心の準備状態かを確認します

- ・ 対象者に実際におこったエピソードをあげます
- ・ これから対象者に起こりうる状況を伝えてみたり、聞いてみます
- ・ 病状進行の説明が行われた後など病状確認をします



…例…

「今後のことをご相談するために、〇〇さんが現状をどう捉えているかお伺いできますか？」

「今後、飲み込むことがうまくできなくなり、口から食べることが難しくなったらどうしよう、と考えたことはありますか？」

「万が一の時のことを考えてお伺いしますが、症状の進行のために寝たきりに近い状況になったら(治療が効かなくなったら)どうしよう、とお考えになったことがありますか？」

「初めましてで、申し訳ありませんが、いざという時のため、話し合いをさせてもらえませんか」  
(家族に対して)

「お父さま(お母さま)は、『〇〇したくない・したい』など、よく言っていたことはありますか？」

### 質問に対する反応



イ) 現状や今後について、「**考えたことがある**」「**考えたい**」「**話したい**」などと返答

ロ) 「考えたことはない」などと返答しても話しを続けることに**抵抗がない様子**

⇒ACP を話し合う心の準備ができていると考え **ACP を始めます**

## ACP を始めます

P7 もご参照ください

…例…

### イ) 「考えたことがある」などと返答した場合

「もしよければどのようにお考えになったかを詳しく教えていただけますか？」

「もしそうなってしまった時のことについて、これから相談をしていきたいと思うのですがよろしいでしょうか？」

### ロ) 「考えたことはない」などと返答するが、話し合いに抵抗がない様子



対象者の反応に応じて、どのように話を進めるか検討します  
**対象者とともに希望を持ち、ともに心配する内容を伝えます**

「できるだけ今の状態が維持できるように努力しますが、その一方で病状が悪くなったらどうしようとても心配しています。もしもの時について話し合いをしておきたいと思っておりますがよろしいでしょうか」

「もしよろしければ、一度一緒に考えてみませんか」



## 代弁者の存在を確認する

「〇〇さんの今後について、一緒に考えてくれる方はいらっしゃいますか？」

### 代弁者を決めているが、その人に伝えていない・伝えられない場合

「次回までに\*\*さんに、代弁者になって欲しいと思っていることを伝えて、一緒にお話しをしてみませんか(お目にかかることはできますか)?」



### 代弁者を確認し、「考えていない」と答えた場合

**代弁者の重要性を伝え、代弁者を考え、その人に気持ちを伝えることを促します**

「もしよろしければ、次回までに代弁者になる方について考えてみませんか？」

「病状によっては、ご自分の意向を伝えることができなくなることがあります」

「ご自身の意向が伝えられなくなった場合、〇〇さんが大切にしていることがよくわかっていて、〇〇さんの代わりに、治療などについて話し合いをしてくれる方はどなたになりますか？」

### 具体的に代弁者になって欲しい人があがったとき

「\*\*さんは、〇〇さんが代弁者になってほしいと思っていることをご存じですか？」

「\*\*さんにご病状やこれからの医療・ケアについて話しあわれたことはありますか？」



## 代弁者とともに話し合う

「もしよろしければ、次回までに\*\*さんに〇〇さんが代弁者になってほしいと思っていることを伝えて、次回一緒にお越しいただきませんか？」

### 代弁者に対して

「〇〇さんは、このようなお気持ちですが、今後、もし病状のために〇〇さんが自分の意向を伝えられなくなったときに、\*\*さんは、〇〇さんのお気持ちを医療・介護専門職に伝えていただくことはできますか？」



### 現状や今後について「考えていない」と答え、話し合いに抵抗がありそうな場合

- 可能な範囲で、「ひょっとして、まだ考えたくないと感じておられるのでしょうか？」など、なぜ話し合いたくないのか、本人の思いを聞き取りましょう。
- 今は考えたくないと思っているようなら、次回状態変化時など別のタイミングを見計らいます。差し迫った時期までは、話し合いを延期したい方もいます。
- 知りたくない、考えたくないなど、本人の意思を十分配慮する必要があります。

## 2. 関係機関の役割について

ACP 支援における関係機関の役割(一例)を紹介します。

<p>かかりつけ医</p> 	<p>本人の意思実現に向けて、全身状態を把握し、治療します。入院先の調整等、必要時、病院医師と連携します。</p> <p>在宅看取りでは、本人・家族が、できる限り穏やかに、意向どおりの最期を迎えられるよう、看取りまでの病状説明や緩和治療等を行います。</p>
<p>病院医師・看護師</p> 	<p>病院医師は、ACP の切り出しにおいて重要な役目をもっています。</p> <p>本人の病状認識や希望などを確認し、必要な支援に繋がります。</p> <p>病院看護師は、本人・家族の思いを聞き取り、医師やソーシャルワーカー等と連携し、入院中、退院後の生活に向けた支援を行います。</p>
<p>医療ソーシャルワーカー</p> 	<p>主に医療機関において、患者さんやご家族が抱える心理的、社会的な問題の解決、調整を支援します。その際に医療・介護専門職などの関係機関と連携して支援を行います。医療ソーシャルワーカーは「MSW」「医療相談員」と呼ばれることもあります。</p>
<p>歯科医師・歯科衛生士</p> 	<p>口腔の状態を把握し、治療・ケアを行います。日々の診療で、食事に関する意向等も聞き取ります。</p> <p>最期まで食事を楽しむためのサポートや口腔ケア、家族指導等を行い、人生の最終段階における QOL を高めます。</p>
<p>薬剤師</p> 	<p>かかりつけ薬局として、本人の気持ちや意向等を聞き取ります。</p> <p>人生の最終段階において、内服が難しくなったときの服薬管理や整理を行います。</p>
<p>訪問看護師</p> 	<p>本人の在宅生活を支援し、特に人生の最終段階において、医療・介護専門職をつなぐ ACP 支援の要になる存在です。多職種連携において重要な役割を持っています。</p>
<p>ケアマネジャー</p> 	<p>出会いの場面から、人生の最終段階まで利用者の考えや思い、家族・生活背景を把握し、支援します。また将来を見据えた意向の聞き取りも行います。</p> <p>人生の最終段階では、医師や看護師等と共に、ACP 支援の軸を担い、本人の意思実現に向けたケアプランを立案します。</p>
<p>訪問介護事業所</p> 	<p>生活に寄り添う支援者として、今の気持ちや今後についての考えや生活状況や家族関係等を把握し、ケアマネジャー等につなぎます。</p> <p>人生の最終段階では、本人や家族がの意向が尊重されるよう、在宅での生活を心身共に支えます。</p>

<p>通所介護事業所</p> 	<p>将来への考えや家族への思い等の意向を聞き取り、ケアマネジャー等につなぎます。 人生の最終段階においても通所介護を利用する際は、本人の意向に寄り添った支援をします。</p>
<p>特別養護老人ホーム グループホーム等施設</p> 	<p>入所時、本人の今までの思いや考え、家族の意向を確認します。 本人の状態変化時は、随時、家族の意向(親族含む)を確認します。 本人・家族の思いをくみ取り、最期まで本人らしく過ごせるように、看取りまで支援をします。</p>
<p>地域包括支援センター</p> 	<p>高齢者の身近な相談窓口として、ACP 講演会開催等の啓発活動、専門職対象の研究会開催等の多職種連携の体制づくりを行っています。 相談者の将来を見据え、本人の考えや家族・生活背景を把握し支援します。 人生の最終段階における支援では、ケアマネジャーや支援チームの体制づくり等、後方支援を行います。</p>
<p>市役所</p> 	<p>枚方市医師会と協働し、ACP 関連冊子発行、市民対象 ACP 講演会、人生会議イベント開催等の ACP 啓発活動をしています。 「ひらかた権利擁護成年後見センター(こうけんひらかた)」の運営や市民後見人の後方支援をしています。</p>

## 多職種連携のポイント

ACP では、様々な専門職が関わり、本人の意思決定支援・意思実現支援等を行います。そして、それぞれの専門分野があり、価値観や文化の違いがあります。その違いを、職種の多様性として理解し、お互いを尊重し、意思実現という共通の目標に向けてコミュニケーションをとることが大切です。

情報共有については、本人・家族等の意向、同意を得て、関係者間で共有しましょう。また、情報を集約する専門職を決めたうえで、情報共有の方法を決めておくとスムーズです。人生の最終段階であっても、医師と十分な話し合いをしていない場合や、本人が病状を十分に理解していない(できない)こともあります。人生の最終段階において、ケアマネジャーや訪問看護師は、非常に重要な役割を担っています。また、本人の生活を支援する介護専門職等が多職種への相談、情報提供することもとても重要です。





## 1. 認知症の方へのアプローチ

### 認知症の症状がある方の場合

認知症であっても本人の意思を尊重して、本人の有する認知能力に応じて説明し、身ぶり、手ぶり、表情などを読み取る努力を最大限行うことが求められます。

「認知症のひとの日常生活・社会生活における意思決定支援のガイドライン(厚生労働省 平成30年6月)」を参考にしましょう。支援するなかで、支援方法に困難・疑問を感じた場合は、意思決定支援チーム(本人、家族・医療・介護関係者、成年後見人など)で、本人ならば、どのように希望するかを考え、察しながら話し合しましょう。近い身寄りや後見人等がおらず、生活に不都合が生じる可能性がある場合は、成年後見制度や日常生活自立支援事業等の導入支援を検討しましょう。「枚方市版人生会議まるわかりガイド」の相談先などもご活用ください。

### 軽度認知障害(MCI)が疑われたり、診断された方の場合

認知機能低下のため、将来的に対象者の意思決定が難しくなることが予想されるため、受診やサービスの導入等の調整はもちろん、家族なども見通しがたてられるように、早期から情報提供や支援をする必要があります。

## 2. 家族の意向が異なる場合の支援

本人と家族、または家族間で意見が分かれたり、本人が過去に表明した意向について、家族が異なって記憶していたり、社会資源等の受入れについて見解が異なることがあります。

こうした場合、医療・介護専門職は、本人と家族が話し合うために、正しい知識を持ってもらうことが重要であり、専門職は家族の悩みや対立の理由・原因を確認し、家族に対して、本人の意思決定を支援するのに必要な情報、社会資源等について丁寧に説明するなど、家族が不安を抱かないように支援をすることが大切です。

## 3. 本人の意向を記載した冊子等の保管場所・法的な位置づけ

本人・家族などで話し合いをし、内容を記載した「私の思い手帳」や「人生会議まるわかりガイド記録用紙」などは、本人・家族の了承を得て、内容・保管場所を情報共有しましょう。

保管場所は、ご本人、家族、医療・ケアチームで話し合いわかりやすい場所に決めましょう。救急車を呼ぶような緊急時も、救急隊が発見しやすく、ACPの情報が、搬送先の医療機関にもつながると有用です。



## 法的な位置づけ

エンディングノートや枚方市発行の「私の思い手帳」、「人生会議まるわかりガイド記録用紙」などには、法的拘束力はありません。記載内容に従わないと法に触れるというものではありませんが、判断能力の低下や意思表示できなくなった際に、本人が望む医療やケア、生活について判断するときに参考になると考えます。

本人の気持ちは状況や環境によって変化していくものなので、体の状態や家族状況の変化などを節目に、くり返し話し合うことをお勧めします。

## 第4章 知っておきたい資源など

### 1. 枚方市の専門職向けサポート

- 人生会議まるわかりガイド(市 HP よりダウンロード可)
- エンディングノート



- 私の思い手帳
- 延命治療について(動画紹介) QR貼り付けること

### ☑ 後見制度、お金の管理や遺言・相続等の相談について

相談窓口「人生会議まるわかりガイド」に相談先掲載

- 枚方市内各地域包括支援センター
- ひらかた権利擁護成年後見センター・こうけんひらかた
  - ・ 電話:072-807-5442 FAX:072-845-1897
  - ・ 平日 9:00～17:30(祝日および年末年始除く)
- 枚方市役所 司法書士による成年後見相談(無料・事前予約優)お問い合わせ
  - ・ 電話:072-861-2006
  - ・ 場所:枚方市役所別館 5 階(市民相談コーナー)
  - ・ 相談日及び相談時間
    - 第1・3木曜(祝日を除く)10時～12時(受付時間11時30分まで)※先着4名
    - 第2・4火曜(祝日を除く)13時～15時(受付時間14時30分まで)※先着4名

★健康福祉政策課へ照会中

★広聴相談課照会内容へ変更済み  
3/27

●大阪弁護士会 総合支援センターひまわり

- ・ 無料電話相談 掲載内容確認未  
電話:06-6364-1251 毎週月・火・水・木・金曜日 午後1時～4時

●(公社)成年後見センター・リーガルサポート大阪支部

- ・ お問い合わせ 掲載内容確認未  
電話:06-4
- ・ 無料電話相談  
電話:06-4790-5656 月～金(祝・祭日は除く) 午後1時～4時(予約不要)

●一般社団法人コ 掲載内容確認未 ポートセンター大阪府支部(コスモスおおさか)  
電話:06-6

☑ **在宅療養支援の困りごとについて相談先**

- 在宅医療電話相談窓口 市内訪問看護ステーション管理者が相談に対応しています！  
電話:080-8523-2882  
月・水・金 13時から17時(祝日、年末年始除く)



## 2. 引用・参考文献など

- 大阪府 人生会議 (ACP) 関連HP



- 認知症のひとの日常生活・社会生活における意思決定支援のガイドライン (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 (厚生労働省)
- 人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン (日本医師会生命倫理想談会)
- ACP 推進に関する提言 (日本老年医学会)
- アドバンス・ケア・プランニングいのちの終わりについて話し合いを始める (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) 資料3
- 看護職のための ACP 支援マニュアル (大阪府看護協会)
- 訪問看護ステーションニュース 意思決定支援(ACP)を学ぶ
- いのち輝く人生のため「人生会議」を推進する条例 (大阪府)

医療・介護専門職向け  
ACP<sub>(人生会議)</sub>実践の手引き

令和6年(2024年)●月 制作 枚方市 ACP ワーキンググループ