



ACP（人生会議） を体験しよう！ ～もしバナゲームに挑戦～

主任介護支援専門員

ACPエバンジェリスト/iACPもしバナマイスター

大河内 章三



おおこうち 大河内 しょうぞう 章三

主任介護支援専門員、介護福祉士、名古屋市認定調査員
社会福祉法人四ツ葉会
一般社団法人はるそら
NPO地域共生を支える医療・介護・市民全国ネットワーク
日本在宅医療連合学会

主任介護支援専門員
理事
理事
評議員

特別養護老人ホームの介護主任、訪問介護事業所長、居宅介護支援、地域包括支援センターの主任ケアマネジャーを歴任後、現職。

主軸となる主任介護支援専門員としての活動の傍ら、ACPエバンジェリストとして国立長寿医療研究センターや各地の医師会と協働しACPの普及啓発活動への取り組みや、ケアクリエイターとして行政やまちづくり団体と協働してシニア（ウェルフェア）ファッションショー夢コレクション開催など、まちづくり事業への参画、認知症に優しい図書館プロジェクト推進などを通じ、国が求める地域共生社会の構築へ向け、地域包括ケアを超えた街づくりを提唱し活動を行っている。

（講演実績）

日本在宅医療連合学会大会、日本在宅薬学会学術大会、日本在宅栄養管理学会学術大会

NPO地域共生を支える医療・介護・市民全国ネットワーク全国の集い

東京都立川市医師会、愛知県名古屋市医師会、岐阜県羽島市医師会、福岡県大川三潞医師会、浜松市医師会

愛知県名古屋市、愛知県豊川市、茨城県ひたちなか市、岡山県吉備中央町、岡山県倉敷市

日本福祉大学ケアマネジメント研究セミナー

名古屋学芸大学看護学部、岡山医療福祉専門学校、公益財団法人日本尊厳死協会（東海支部）

その他、各種医療・福祉・介護関係団体、各種教育機関など多数

（取材）NHK名古屋、日本経済新聞、毎日新聞、東京新聞、中日新聞、山陽新聞など他多数



©2024 Syouzo Ohkouchi

1、意思決定を考える

答えのない問題は



では

答えのある問題は
どうだろう？



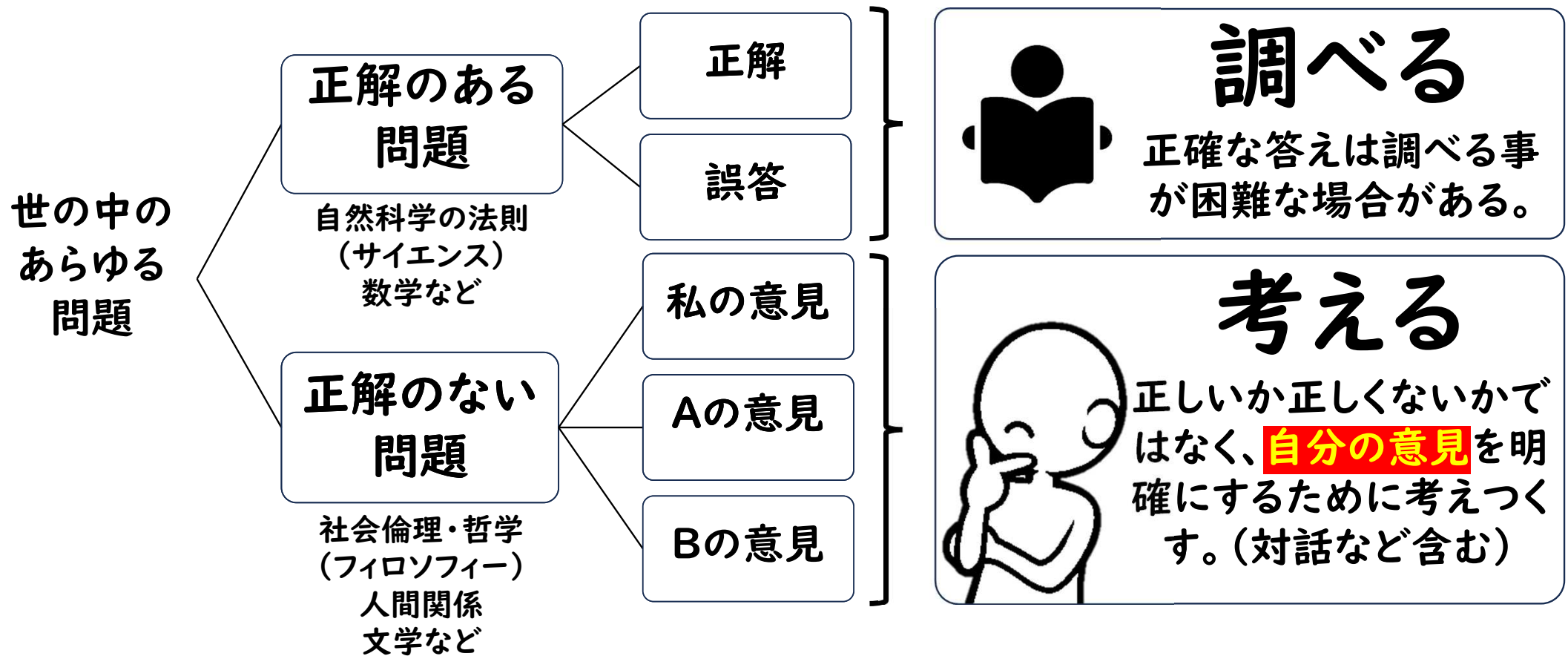
正解があっても…

- ① 問いが曖昧だと答えが変わる場合がある。
- ② 問題の解決の方法を調べる必要がある。

課題を整理し、問題の定義を整えて、
正確な回答を探す必要があります。



世の中には、答えがある問題と**ない問題**があります。



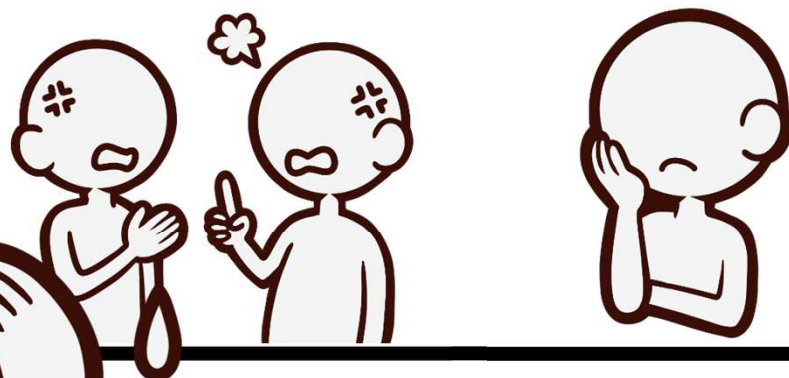
参考：ちきりん著「自分の意見で生きて行こう」より改変

ところで皆さんこんな経験ないですか？

頭痛や腹痛等の体の痛み



仕事や対人関係の悩み事



考える事なんて
できない状態



イライラ・不安で何
も手につかない状態

人は、痛みや苦しみ・不安は勿論、喜怒哀楽の感情が高まると思考が鈍くなったり停止しやすくなってしまいます。

医療や介護、障害など痛みや不安、悩み事があり気づかず思考が鈍ってしまったり思考停止してしまいやすい人への支援が中心になる。

➡思考を進める、一緒に考える。

基本的な関わりの中に
意思決定支援の視点が
求められる。



認知反応が阻害され感情反応が惹起された時の 感情に対応するスキル**NURSE**(ナース)

Naming (ネーミング)	感情を言葉で示す（言語化する） ➡気持ち为先取りしない
Understanding (アンダースタンディング)	理解を示す ➡「○○なのですね。」という反復や沈黙を活用。
Respecting (リスペクティング)	敬意を示す
Supporting (サポーティング)	支持を示す

ACPに求められる反復と沈黙

反復と沈黙は、傾聴の基本となるスキルです。
時々、聞き役は、沈黙をつらい時間だと感じるかもしれませんが、患者役は、「自分の心の準備を待っている」ように感じていることも多いものです。

(反復ワーク)

昨日、息が苦しくてもうダメかと思いました。
私、できる限り身体によいことをして、少しでも元気でいられるように頑張ってきたのです。なんで、こんなに早く病気が再発してしまうのですか。
もうこんな身体になってしまいました。できれば早くお迎えが来ないかなと思います。

(沈黙ワーク)

周りの人は、リハビリして、日に日によくなって、退院して行って、・・・でも自分は、リハビリしたって、治らないからね・・・。
心残りはありません。・・・ただ、私がいないと家内が一人で生きていけないし・・・だから頑張ってきたけど・・・もう・・・。

意思決定とは

意思決定とは、自己を中心に、人や物・環境により変化するその時点での想いの事です。

ただし、人や物・環境により、自己表出ができない事もある為、自己決定をきちんと尊重することが前提となります。(尊重です。絶対的なものではありません。)

また、自己表出できない場面が出てきた場合、自己決定がない状態での意思決定を図る場面が現れます。

その為に、もしもの時の心づもりを話しあっておくことが大切になります。

そして、話し合いの都度の変化から、その人の推定意思を図り、いざという時の推定意思の質を高める事がACPのプロセスと言えます。

意思決定と自己決定の違い(自己決定から意思決定へ)

セルフ・ディターミネーション 自己決定: Self-Determination

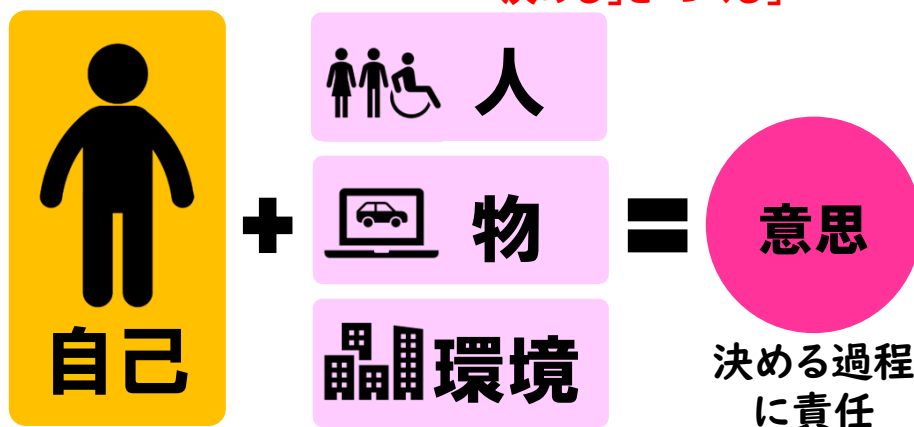
「自分」が「決める」



自己決定は、自己と外部を分けて、「自己責任」という形で決める為、「Decision: デイシジョン」よりも、より決定的な意味合いを持ちます。適切な判断が下せない状況にあっても自己責任の名の下に、**責任を押し付けられる等の危険をはらんでいます。**

ディシジョン・メイキング 意思決定: Decision-Making

「決める」を「つくる」



「意思」と呼ばれるものは、そのまま単独に存在するのではなく、**「自己」を基本に**、様々な要因によって変化していきます。そして、「人・モノ・環境」に影響され、誘導されたり操作される事で、**時には自らの意思がなくなってしまう危険もはらんでいます。**

2, ACP概論

おさらい

語源の意味を整理してみましょう。

A

ADVANCE(アドバンス)
もしもの時に備えて、前もって

「if(イフ)」は過去形のもしも。(例)「もしもあの時…」。アドバンスは未来形の「もしも」

C

CARE(ケア)
大切な事、関心を寄せるところを

CURE(キュア:治療、根本解決、処置)した所にCARE(ケア:継続的に気に掛ける→癒される)する。

P

PLANNING(プランニング)
継続的に何度も話し合って共有する

計画は立てたことを実行する。実行するよりこれでいいかを何度も話会う、確認するプロセス。

日本版アドバンス・ケア・プランニングの定義

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（※1）
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（※2）と話し合うことです。

（※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。家族以外でもよい。

Culturally Adapted Consensus Definition and Action Guideline: Japan's Advance Care Planning

（出典）

J. Miyashita, S. Shimizu, R. Shiraishi, M. Mori, K. Okawa, K. Aita, S. Mitsuoka, M. Nishikawa, Y. Kizawa, T. Morita, S. Fukuhara, Y. Ishibashi, C. Shimada, Y. Norisue, M. Ogino, N. Higuchi, A. Yamagishi, Y. Miura and Y. Yamamoto
J Pain Symptom Manage. 2022 Dec;64(6):602-613

日本版アドバンス・ケア・プランニングの定義

1、信頼関係のある医療・ケアチームの支援を受けながら、将来の心づもりをする。



医療・ケアチーム

生物学的 (biological)
一般的価値観による
最善の判断
(Evidence based)

① 説明

医学的
適応



本人・家族等

物語られる命
(biographical)
個々の価値観
人生の生き方・事情

② 説明

本人の
意向

適切な理解を
伴う意向の形成

③ 思考 (意思形成)
周囲の状況・QOL

最善についての
個別化した判断

2、1で話し合った事を家族等と話し合う。



本人



家族等



医療・ケア
チーム

④ 合意

informed consent: インフォームド・コンセント (IC)
Advanced directives: アドバンス・ディレクティブ (AD)

話し合った内容を記録しておく。

①～④を繰り返し、

本人が意思表示
できなくなった時



⑤ 本人が意思表示できない
場合に、①～④を基に推定
意思を図る。それにより推定
意思の質を高める。



Jonsenらの「臨床倫理4分割法」

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？

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？

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？

周囲の状況 (Contextual Features)

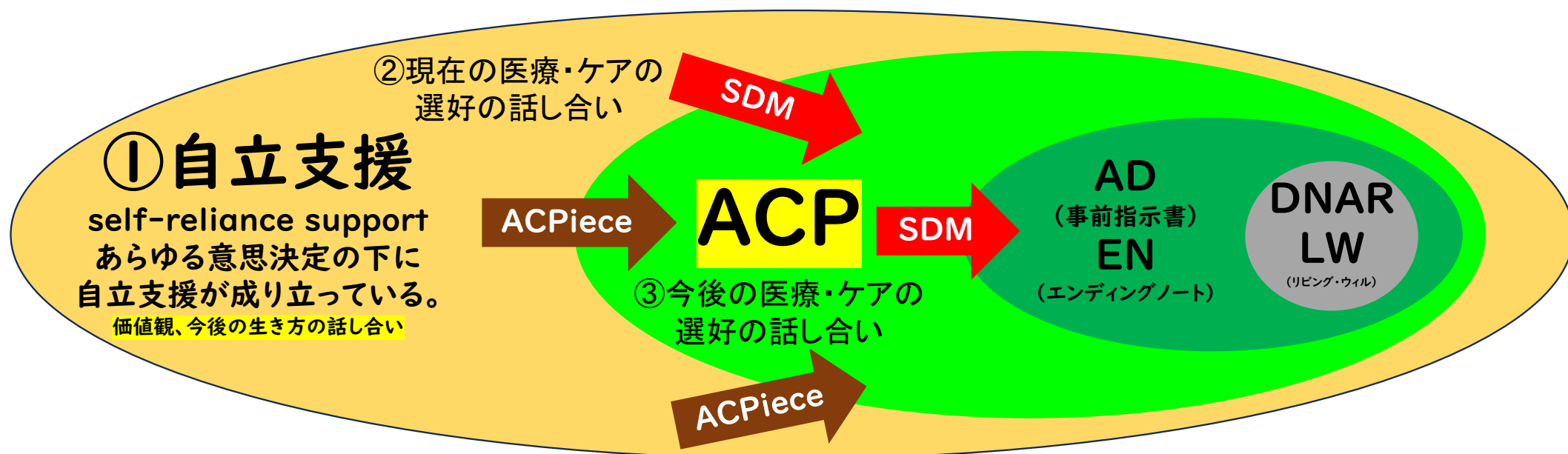
忠実義務と公正の原則

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？

図 臨床倫理4分割法 (Jonsen ARほか著, 赤林朗ほか監訳, 臨床倫理学 第5版, 新興医学出版社, 2006; p13より転載)

日本版アドバンス・ケア・プランニングの定義

本人が自分で意思決定することが困難になったときに、将来の心づもりについてこれまで本人が表明してきた内容にもとづいて、家族等と医療・ケアチーム等とが話し合いを行い、本人の価値観を尊重し、本人の意思を反映させた医療・ケアを実現することを目的とします。



3、場面毎のACP

場面毎のアドバンス・ケア・プランニングの取り組み

生活期①

具体的な想定は難しい。ACPや対話に対するハードルを下げる啓蒙。



- ・対話に触れる機会
- ・もしもの備え
- ・身近な人と話す
- ・繰り返し話す

回復期

生活期復帰に向けたもしもの時の話あい。



- ・現在の病状についての意思決定
- ・今後の生活についての意思決定
- ・今後の治療についての意思決定

急性期②

治療方針等含めた具体的な治療目標を決める話し合い。



- ・AD, ACPの確認
- ・悪い知らせを伝える手順
- ・感情に対する配慮
- ・治療のゴールを決める

急性期①

もしもの話し未経験。縁起でもない話の伝え方が重要。



- ・AD, ACPの確認
- ・悪い知らせを伝える手順
- ・感情に対する配慮
- ・治療のゴールを決める

生活期②

入退院の経験や現状を踏まえた上で緊急時の話し合い。



- ・今まで話し合った内容を踏まえてのこれからの話し
- ・緊急時の対応について話し合い
- ・縁起でもない話ばかりに終始しないよう感情に配慮

場面毎のアドバンス・ケア・プランニング

【生活期①】健康な生活を送られている方々へ

健康で持病が無い場合や、病識が薄い場合等、必要性をあまり感じていない方々へはどうするのか？

(例)

- ・ **話し合いのハードルを下げる**
対話の機会を提供。
- ・ **健康相談**
生活状況を聞き取りながら具体的な将来のリスクを想定する。

【ポイント】

医学的適応 ➡ 状況設定（想定）を
医療・ケア関係者が提示を試みる。



【演習】共有意思決定体験ワーク

本日の夕食で何を食べたいのかを決めて頂きたいと思います。
食べるのは「これから話し合いをする2人で食べること」を想定して話し合いをしてください。外食でも自炊でも構いません。

時間は5分間です。

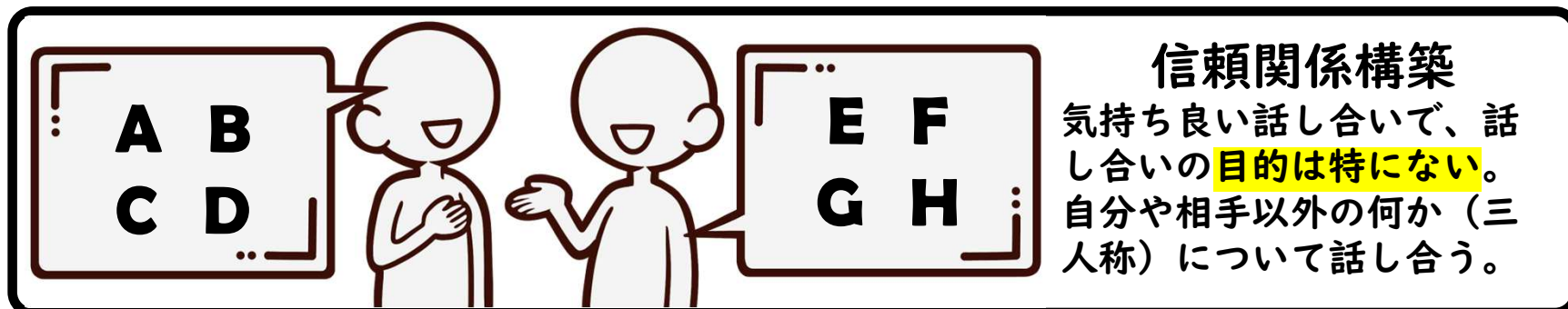
【演習方法】

- ①まずは2～3人一組のチームを作ってください
- ②それぞれに自己紹介をしてください。
- ③それぞれに好きな食べ物、どこで食べるか、必要な料金等を話し合ってください。
- ④今日の夕飯、何をどこで食べるのかを決めてください。

日常会話から対話に触れておく事が大切

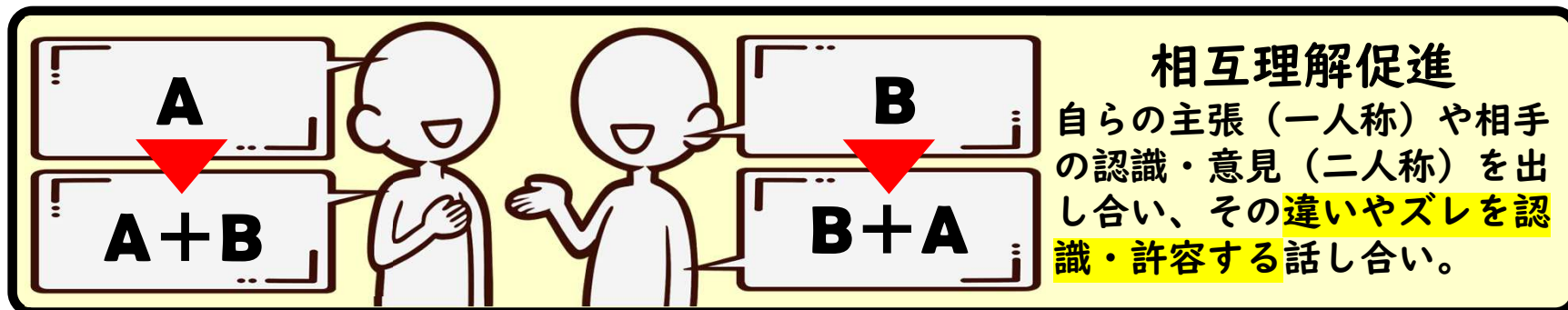
会話

目的無



対話

目的無or有



言葉のキャッチボール（信頼関係構築）だけではなく、「私はこうしたい」という意見表明や、相手の意見を聞く事が出来る話し合いに対する馴れが重要。

例えばもしバナゲームなど

—— もしものための話し合い ——

もしもし ゲーム



もしバナゲーム

痛みがない

To be free from pain

機器に
つながれていない

機器:人工呼吸器、人工栄養チューブ、
点滴、心電図モニター等

Not being connected
to machines

自分の人生を
振り返る

To remember
personal accomplishments

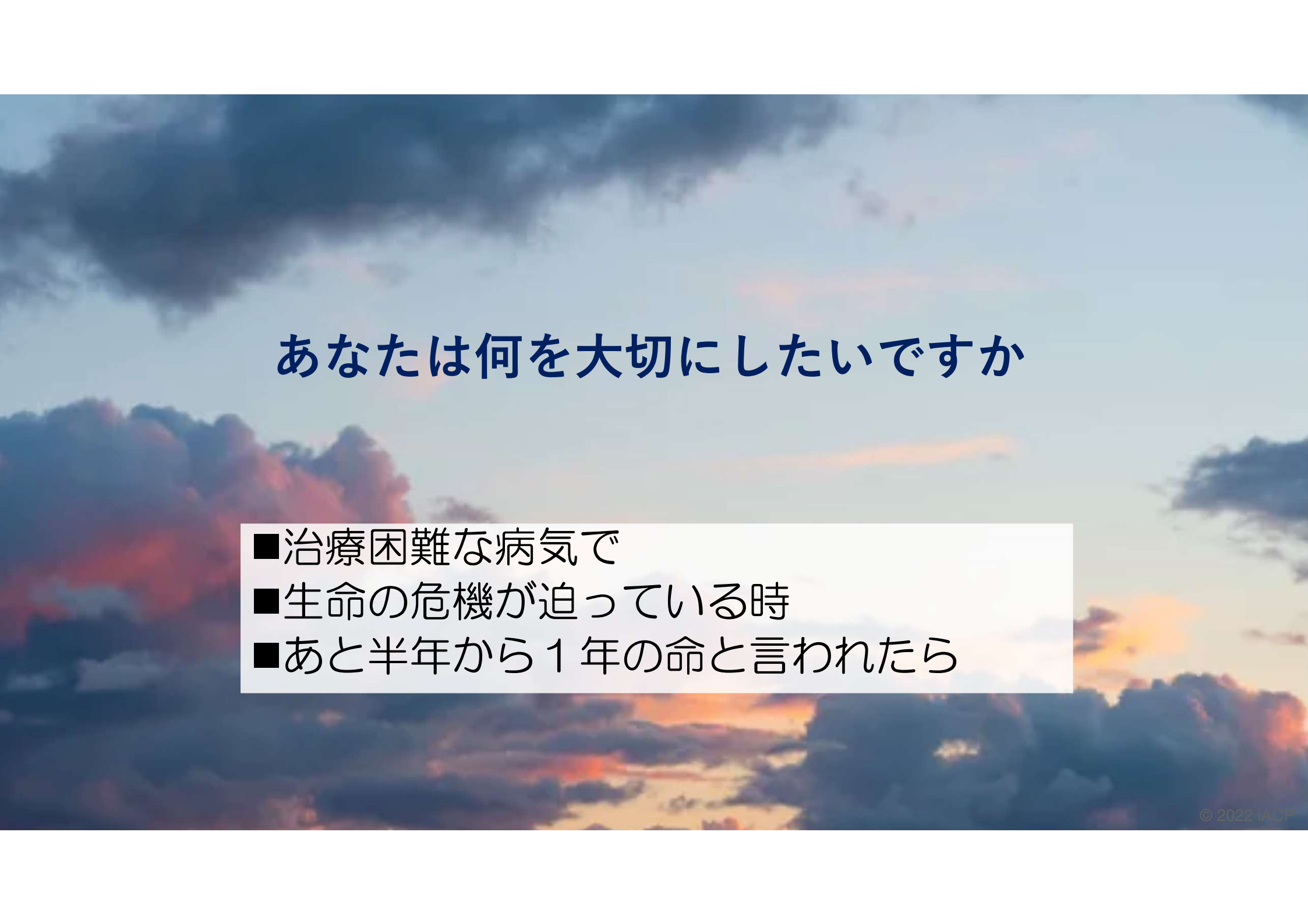
死生観について
話せる

To be able to talk about
what death means

お金の問題を
整理しておく

To have my financial affairs
in order

全36枚



あなたは何を大切にしたいですか

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

グラウンドルール

1. 無理強いしない
2. 話したくないことは話さない
3. 他者への配慮

もしバナゲームの遊び方



- ソリティア(1人で)
- ペアーズ(2人で)
- レクリエーション(4人で)
- Banjo(大人数で一緒に)



箱から出してワイルドカードを抜く



場に山札から5枚のカードを出す



手持ちカードと場のカードを
1枚ずつ交換する



全員がパスをしたら
場の札を流す

1 周目：パス **NG**
2 周目以降：パス **OK**



場に山札から5枚のカードを出す



手持ちカードと場のカードを
1枚ずつ交換する



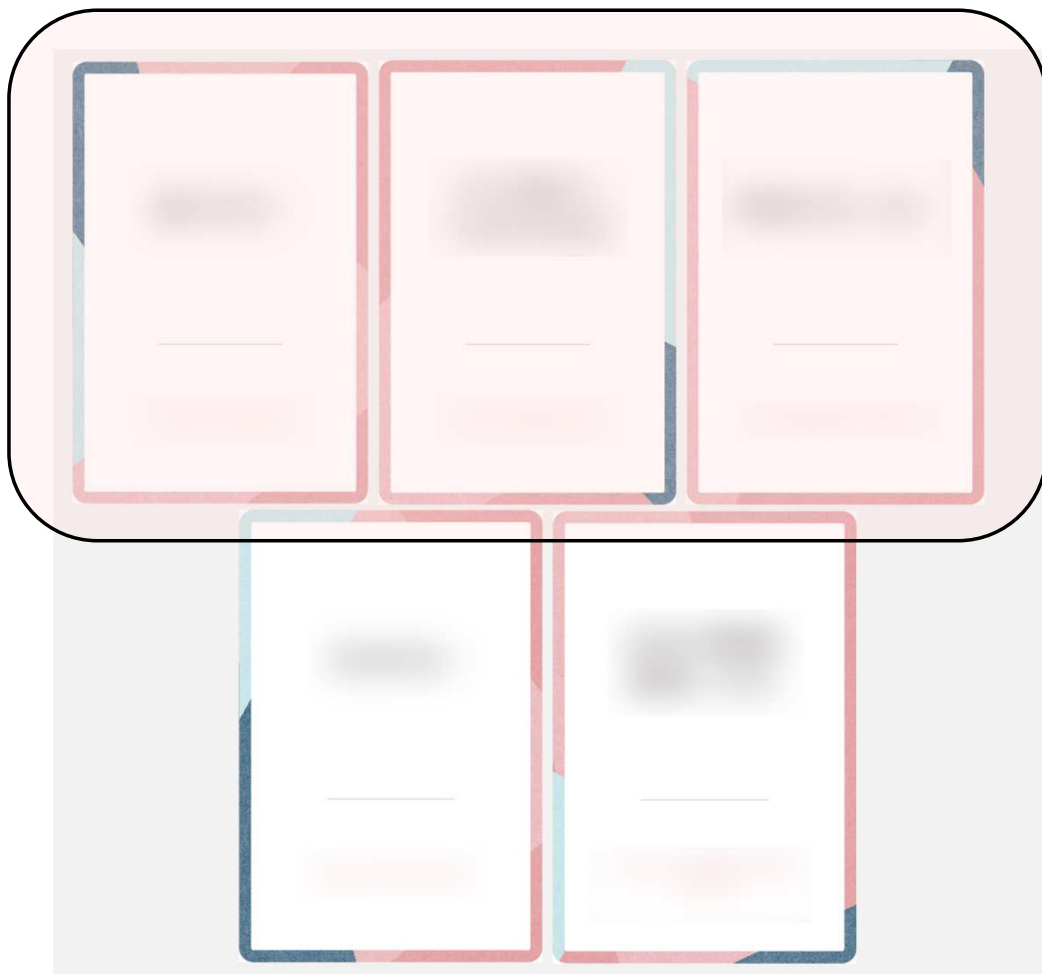
全員がパスをしたら
場の札を流す

これを「ターン」と呼ぶ
3回繰り返すと山札がなくなり終了



手元には常に 5 枚のカード
(交換時には 1 枚捨てて 1 枚取る)

交換が終わったら
自分の 5 枚のカードを見返す

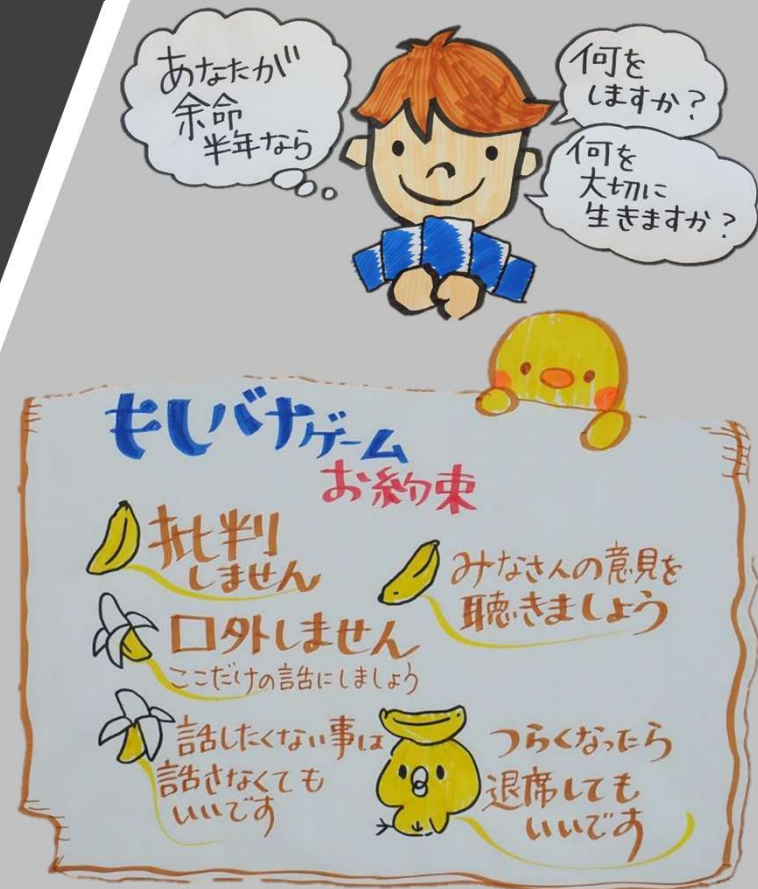


より大切な 3 枚を選ぶ

3 枚と 2 枚のカードを披露して
その理由を考え、言葉にして伝える

もしバナゲーム™の お約束(グランドルール)

- ①批判しません
- ②口外しません
- ③話したくないことは話さなくても大丈夫です。
- ④皆さんの意見を聞きましょう。
- ⑤辛くなったら退席して頂いても大丈夫です。





振り返り

ゲームを振り返って
感想・意見など…
各グループで自由にお話下さい

時間が余ったら
ワイルドカードを含めた36枚すべてのカード全てオープン
もういちど「大切にしたい」3枚を選んで話してみましょう

もしバナの目指す世界

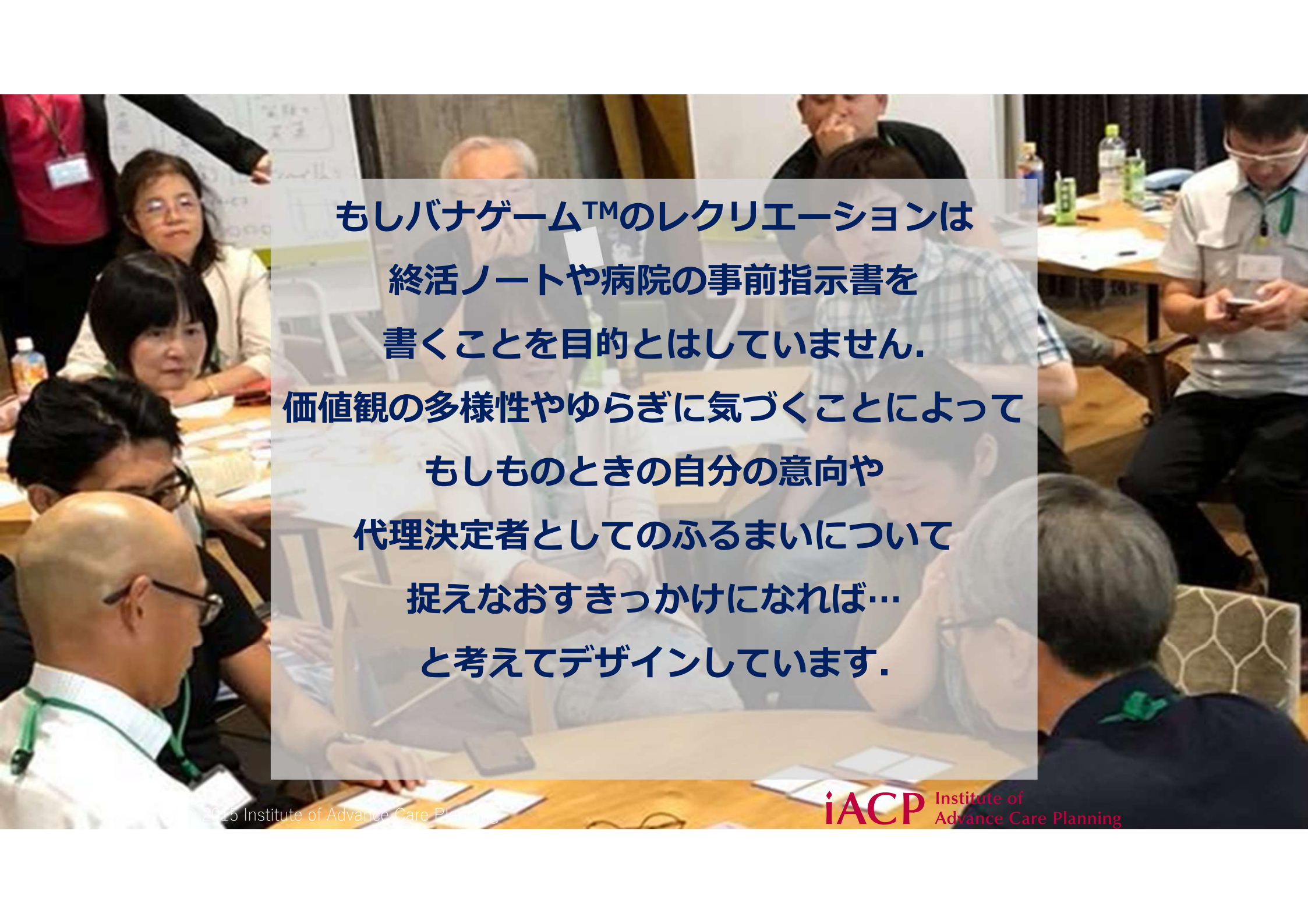
- ・**確認と変容のプロセスの体験**

自身の内面と向き合い
他者の価値観に触れる

- ・**ゆらぎの体験**

もやもや

腑に落ちなかった部分は、
これからの**大切な糧**です



**もしバナゲーム™のレクリエーションは
終活ノートや病院の事前指示書を
書くことを目的とはしていません。
価値観の多様性やゆらぎに気づくことによって
もしものときの自分の意向や
代理決定者としてのふるまいについて
捉えなおすきっかけになれば…
と考えてデザインしています。**

もっと多くの人々と、この素敵な体験がわかちあえるように
利他と思いやりにもとづく より良い世界を目指して

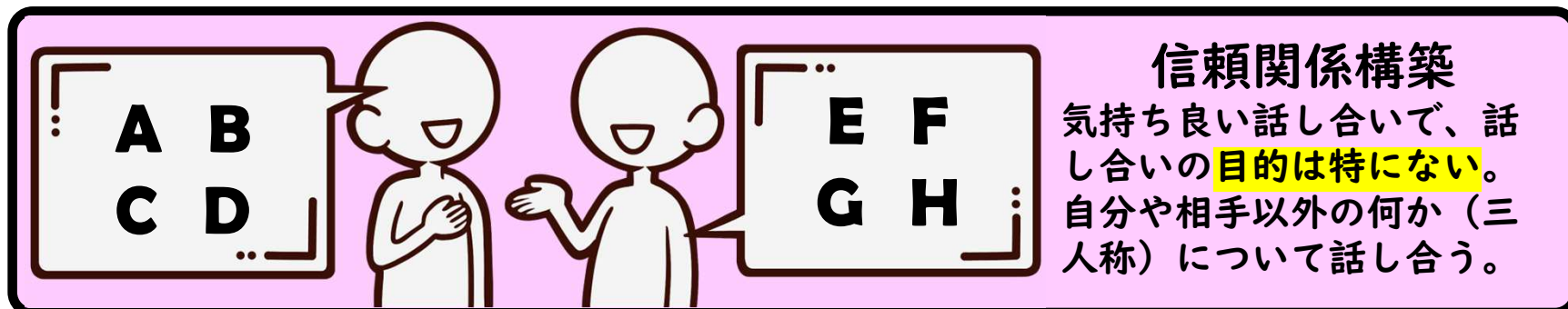
iACP

© 2022 iACP

実際の意思決定支援には、議論が必要

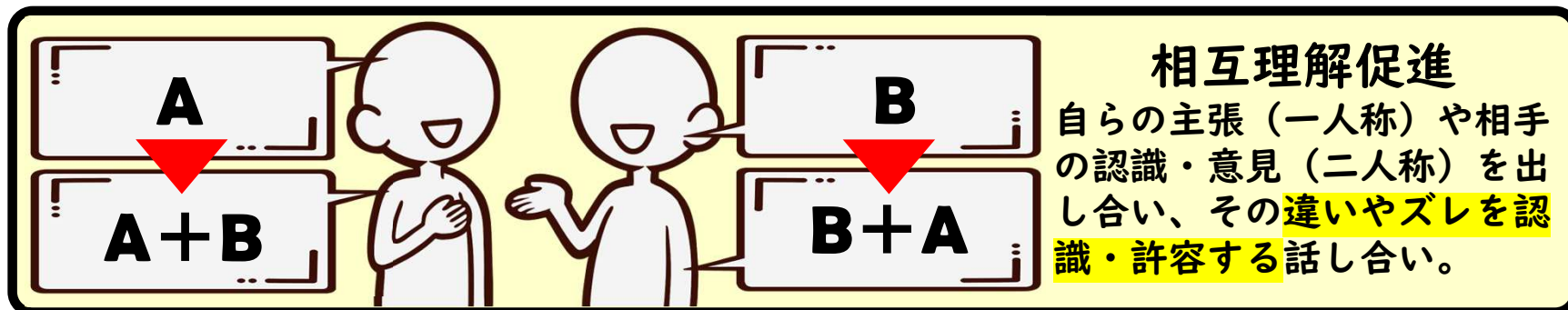
会話

目的無



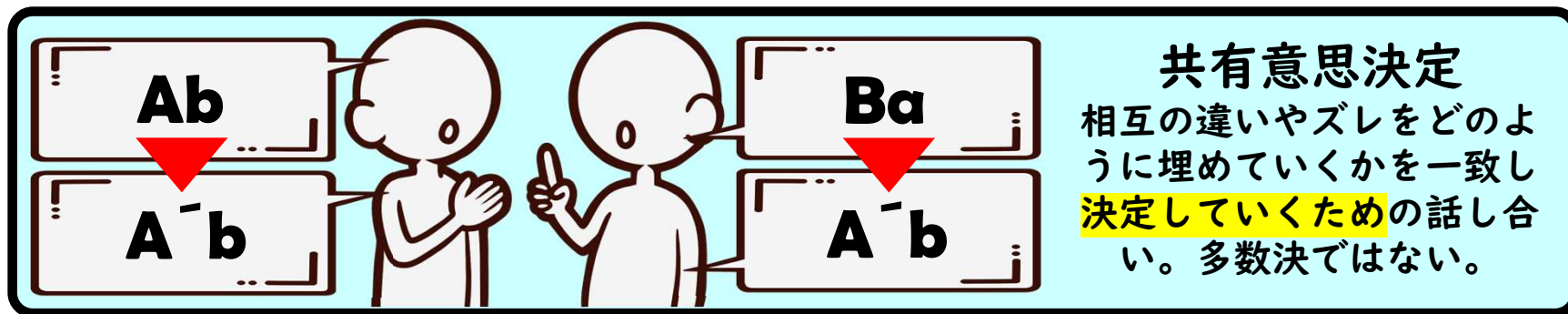
対話

目的無or有



議論

目的有



議論して一旦決めた事を残しておく

【ポイント】

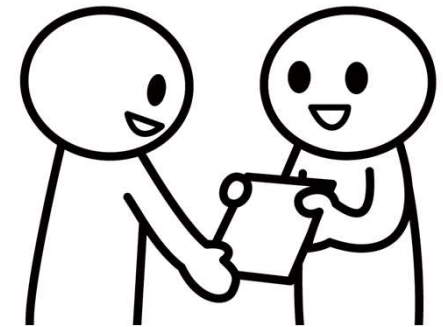
1人で決めない、迷わない。記録やエンディングノートは一人ではなく、家族や支援者と話し合いをしながら取り組む事。

【その理由】

もしもの話は嫌な事を想定する事が前提になります。

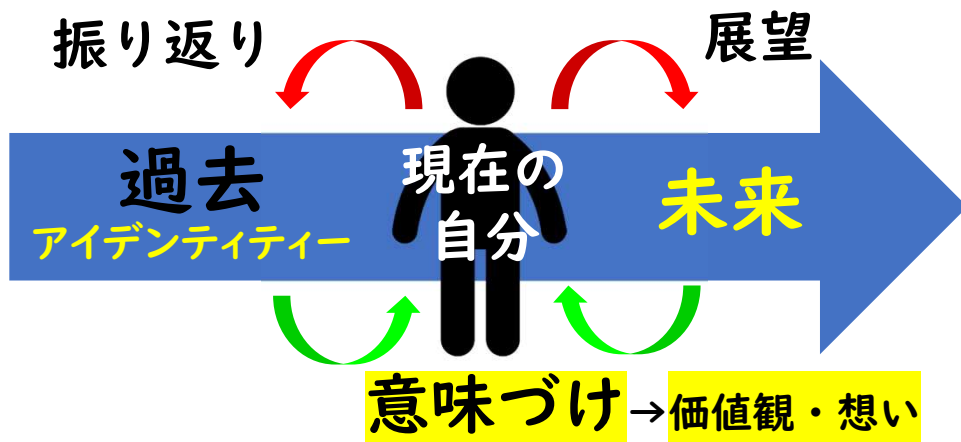
嫌な事を考えると、人は嫌な事から無意識で回避しようとして、思考停止になる事があるからです。

決めた事は、後から変更する事が可能で、
その都度話し合う事という前提を確認
しながら話を行ってください。



対話を通じて自己覚知やナラティブが確認できる

自己(SELF)



過去～現在までの過程とその選択、未来への期待や展望に対する意味づけと思考の癖。

チェックシートや記録を埋めようとするのではなく、それらを通じて、「なぜそれを選んだのか」という意味づけを価値観・想いとして記録に残しておくことで、もしもの時に活かしやすい記録になります。

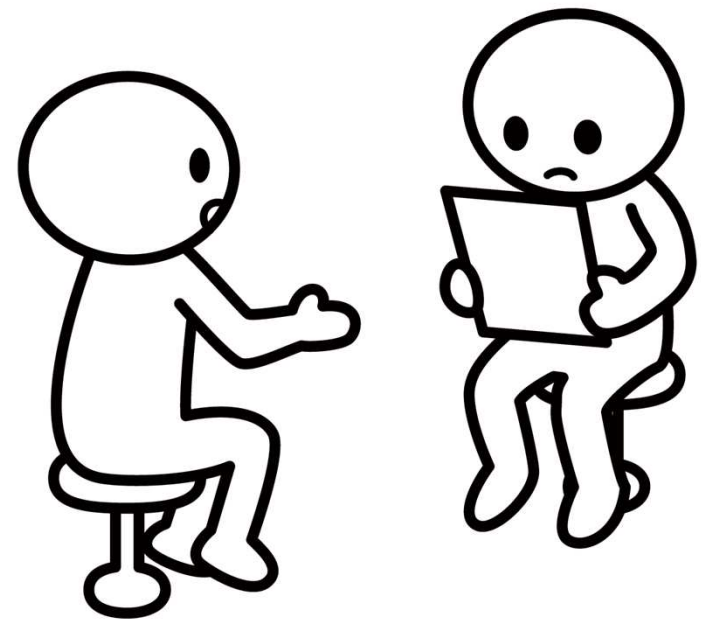
場面毎のアドバンス・ケア・プランニング

【急性期】急な健康状態の悪化で救急搬送

急な事故や健康状態の悪化健康で救急搬送や病院受診になった時、ほとんどの人が「もしもの話し合い」が出来ていません。

治療可能な病気であっても、今後の事を考えて最悪の状態についても話をしておく必要があります。

➡バイタルトーク（かんわとーく）
を活かしたコミュニケーション



【演習】SPIKESワーク

悪い知らせを話す際のロードマップSPIKES。普段の取り組みの中で、課題だなと思う所を1～2か所記載して、チームで共有します。

個人ワーク2分間です。

チーム共有8分です。

S etup(セットアップ)	会話に備える(情報、場所、人)	
P erception(パーセプション)	患者の理解を把握する	
I nvitation(インビテーション)	本題に入る前に患者の許可を得る	
K nowledge(ナレッジ)	簡単にわかりやすく伝える	
E motion(エモーション)	患者の感情に対応する	
S ummarize(サマライズ)	話し合った内容をまとめ、 今後の方針を説明する	

医療関係者から本人・家族へ伝えるポイント

【基本的スキル】

3、REMAP 治療のゴールを決める為のロードマップ

Reframe why the status quo isn't working (リフレイム・ホワイ・ザ・ステータス・クオ・イズンツ・ワーキング)	①状況の変化を伝える
Expect emotion & empathize (イクスペクト・エモーション&エンパサイズ)	②感情に対応し共感する
Map the future (マップ・ザ・フューチャー)	③将来を見据え、重要な価値観を掘り下げる (推定意思の素材を集めて価値観を共有)
Align with the patient's values (アライン・ウィズ・ザ・ペイシエントズ・ヴァリュース)	④患者の価値観に基づいた治療の方向性を確認する (推定意思の形成、共有意思決定支援の実施)
Plan medical treatments that match patient values	⑤患者の価値にあった治療計画を立てる (共有意思決定実現のプラン立案)



【連携課題①】

暮らしや生活情報が支援者に引き継がれないポイントはどこだと思いますか？

①生活期

在宅生活・施設生活



日々の生活の中にある意思決定のうち、ACPに繋がる欠片を集めながら、適宜話し合いを行う。

- ・生活の中からACPに繋がる情報 (ACPiece) を集める。
- ・②③④で話し合った内容を確認。
- ・SDMを念頭に置いた医療・ケアにおけるもしもの話を実施。
- ・①②への情報提供。

急性期

②超急性期

三次救急・二次救急
高度急性期



限られた時間で現状認識を共有し、患者家族の感情に配慮しつつ治療のゴールを決める。

- ・AD、ACPの確認
- ・SDMを念頭に置いたVital Talkの実施

③急性期

二次救急・一次救急
急性期病棟



②の取り組みと共に、④回復期や①生活期に向けた継続的な話し合いを患者・家族に勧める。

- ・AD、ACPの確認
- ・SDMを念頭に置いたVital Talkの実施
- ・①④への話し合いのきっかけを提供。

④回復期

回復期病棟
回復期リハ



②③の急性期での対応や話し合いを基に、今後の生活期に向けた話し合いと共に現時点におけるもしもの場面を想定し話し合う。

- ・②③での内容を確認。
- ・SDMを念頭に置いた医療・ケアにおけるもしもの話を実施。
- ・①への情報提供。

広義のACPの3段飛び

日常の意思決定

普段の日常生活上の
意思決定

非日常の
意思決定

お金や事故など、
非日常の意思決定

医療における、
非日常の意思決定

ACPで

話し合う所: 狭義

(プロセスとしての) アドバンス・ケア・プランニング: 広義

HOP

STEP JUMP

コミュニケーションワーク

人間関係はコミュニケーションが重要

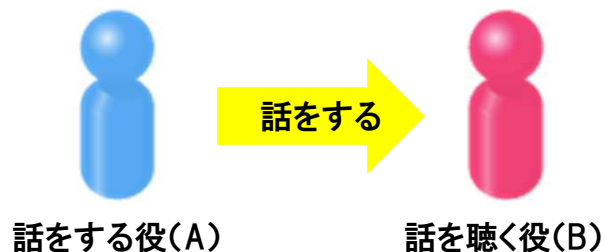
【演習1】 ACPワガゴトシート①私のこれまでの人生「忘れられない思い出」
(問)最近の出来事で一番楽しかった思い出を教えてください。

①出来事

②なぜ楽しかったのか？思い出として残っているのか？

【演習方法】

- ①まずは2人一組のチームを作ってください
- ②話をする役(A)と話を聞く役(B)に分かれてください。
- ③最初はAが2分間話をして、Bは話を聞くことに徹底して下さい。
- ④次はAとBの立場を逆にして実施します。



※演習前の注意点※

- ①始めに笑顔で挨拶を行ってください。
- ②話す側は表情豊かにジェスチャーを交えて話してください。
- ③聞く側は**無反応**でお願い致します。

人間関係はコミュニケーションが重要

【演習2】 ACPワガゴトシート①私のこれまでの人生「忘れられない思い出」
(問)子供の頃の出来事で一番辛かった思い出を教えてください。

①出来事

②なぜ辛かったのか？思い出として残っているのか？

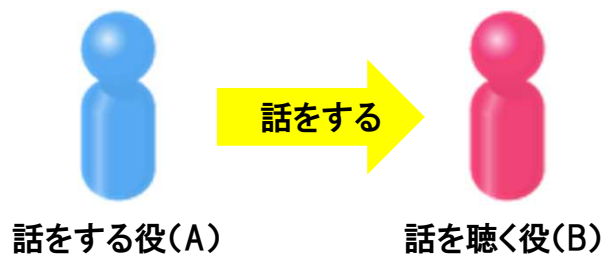
【演習方法】

①まずは2人一組のチームを作ってください

②話をする役(A)と話を聞く役(B)に分かれてください。

③最初はAが2分間話をして、Bは話を聞くことに徹底して下さい。

④次はAとBの立場を逆にして実施します。



※演習前の注意点※

①始めに笑顔で挨拶を行ってください。

②話す側は表情豊かにジェスチャーを交えて話してください。

③聞く側はうなずいたり相槌をうって下さい。

皆さん

1回目と2回目を体験して

どう感じましたか？

話し合いをした二人で

共有してみましょう。

ケア職の基本(バイスティックの7原則)

- ・個別化の原則
- ・受容の原則
- ・意図的な感情表出の原則
- ・統制された情緒的関与の原則
- ・非審判的態度の原則
- ・自己決定の原則
- ・秘密保持の原則

これらは意識して訓練する事で身につきます。



大切な事は、

相手（患者・利用者）からみて「わかってくれる人」になる為に、

「わかろうとする姿勢」を、言葉と態度で表す事。

※①「わかってくれる人」⇒信頼できる人。

※②「あなたの事わかっている」と伝えるのは厳禁。

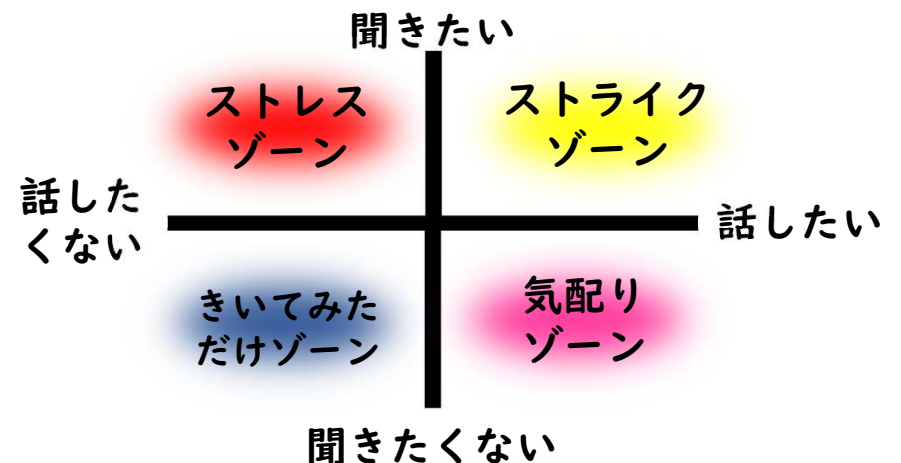
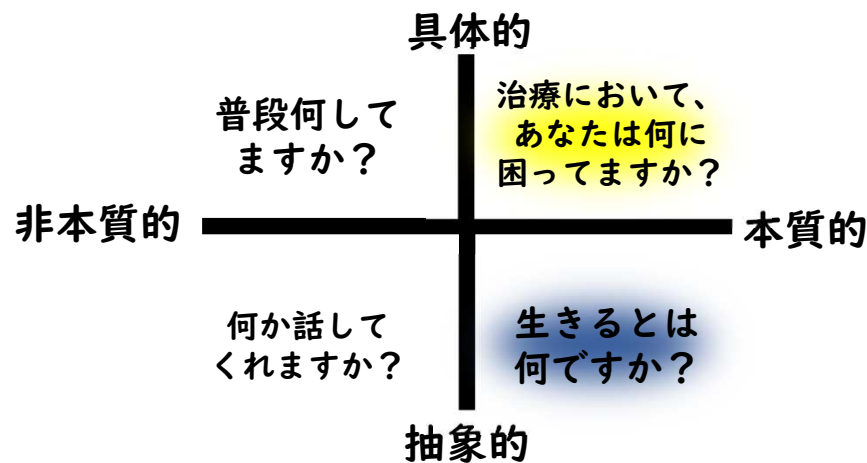
それは、**「わかっているつもり」の押しつけ**で不快感を与えかねない為。

「わかろうとする事」は出来ても**「相手の事を全てわかる」ことは事実上不可能。**

ACPがうまくいかない？ そんな時に求められる質問力

質問にはそれぞれの性質があります。質問としては具体的で本質的な問いを投げかける事が最善のように思いますが、相手が「話したくない」と言う項目であった場合、強いストレスを与えてしまいます。問いを発する前に、「相手が話したい、話しやすい話題」であるかどうかを、確認しながら、時にストレス緩和の為の「気配りゾーン」や「本質的かつ抽象的」な質問をする事をお勧めします。

大切な事は、質問をきちんと意識化し、質問がそのゾーンにあたるかを意識できるかどうかです。



**ACPは特別な事ではありません。
皆さんが今まで取り組まれてきたことの中に眠っています。**

「**見ているのに見ていない。**」
この現象の事を **と言います。**
(心理的盲点)

私達は専門領域や興味のある事に対しては情報を
キャッチしますが、それ以外の事については、**注意を
向けないと**、見ているも見えておらず、聞いている
聞こえず、感じているのに感じる事が出来ずに、
情報をつかみ損ねてしまいます。



つまり

大切な事は意識しないと記憶に残らないし
記録にも残りません。

せっかくの取り組みがなかった事になります。

■ 目を向けてもらう為に
ACPを理解する必要がある。

自立支援に関わる支援者は、
ACPはいつ始めるの？
ではなく、
普段の取り組みがそのままACPにつながっています。

その繋がりをスコトーマとして見落とさない様に
する必要があります。

本日のまとめ

元気な方(一般の方)



将来設計の一つとして **ALP**から**ACP**へ

【ポイント】

心理的盲点にならない様、選択肢の中に「もしも」の話を入れておく。

→想定が難しいので、医療・介護関係者からの具体的な場面の想定を提案する等の工夫をする必要がある。

生活期の方(主に介護など)



支援の中から**ACP**に繋がる
ACPieceをキャッチする。

【ポイント】

介護支援は、そもそもが自立支援に繋がる自律
(自分で決める:意思決定)の基に行われる為、普
段の意思決定の傾向をくみ取りながら、もしもの話
を日常会話や支援の会話に織り込んで聞き取り、
記録に残していく。(適宜記録をまとめておくことも必要)

医療機関の方

**ACPに繋がる情報を繋げて
貰うアプローチを実施。**

【ポイント】

在宅や施設などの生活期における情報で、ICFの情報だけでなく、本人のDNAR、AD、ACPに繋がる情報を獲得し、より良い選択が行える体制を整える。急性期の場面に近いほど、オープンクエスチョンではなくクローズドクエスチョンとなり、本人や家族等に負担をかけてしまいやすい為、負担軽減の為の情報獲得や事前からのアプローチが大切であるという事を、関係機関に周知しておく。



命を延ばす連携と 希望をつなぐ連携

希望をつなぐ連携は、命を延ばす連携よりも**複雑**です。

ACPはこれまでの医療連携・介護支援を**再評価**するものです。

やればOK? 誤解です。それ、効果ありません。

ACP(AD)済ませてます



事前指示書を埋める事を
目的としないでください。
ACPは延命処置拒否の
ツールではありません。

ACPはしません



「する」「しない」ではなく、支
援者は倫理上、関わりの中の**ACP**
を意識的にキャッチしてください。
精神的苦痛が増大しないよう緩和
ケア的アプローチを学びましょう。

院内でACPやっています



一つの専門職、事業所で
終わらせず、より多くの
支援者や事業所と連携を
して、そのプロセスを理
解してください。

チェックシートOKです



チェックシートには、選択
した内容だけではなく、な
ぜそれを選んだのかもきち
んと記載してください。

共同設計・共同創造へむかうACP

「共同創造のはしご」

Co-production 共同創造	計画から提供まで共に関わる 最高レベルで意思決定を コントロールする	Full Control		SDM
Co-design 共同設計	計画設計に関わり影響力もある 決定と責任を分かち合い成果への影響を 及ぼし決定する	Sharing Power 権限の分担	Doing With 本人と 共に	
Engagement 関与	意見を言う機会がある 提言をつくり成果への影響を 及ぼす	Participation 参加		 ACP 普及啓発
Consultation 意見聴取	意見を聞かれても決定への影響力はない もしくは限定的	Consultation 相談	Doing For 本人の 為に	
Informing お知らせ	何が起きているか話してもらえるが 影響力はない ・ 決定の経緯など情報提供を受ける。 ・ 仕組みなどの知識の提供を受ける。	Information 情報提供		
Educating 教育			Doing To 本人に させる	
Coercion 強制	受け身の参加者として 参加するだけ	No Control		

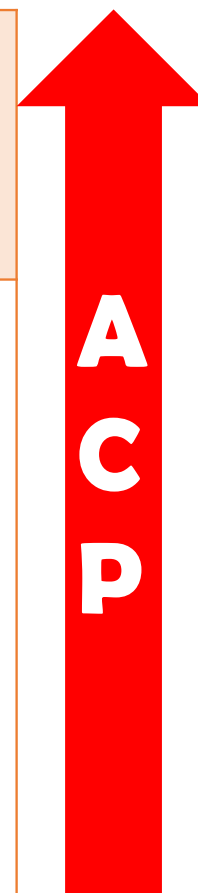


図1 共同創造のはしご

はしごはThink local act personal (2016) Ladder of co-productionより（訳・解釈は大河内）。

右側のdoing with, for, toはNational Collaborating Centre for mental health (2019) p. 15 (National Collaborating Centre for Mental Health, 2019)から改変

馴化(習慣化)により ハードルを下げておく

救急搬送をされて選択肢を迫られると、
人は**確率無視の選択**をしてしまう事があ
り、意図しない選択をしてしまう可能性が
あります。

普段からの会話で、その選択のハードル
を下げておくことが大切です。

すっきり決めたい人

➡ **AD** (**Advance Directive**) 定点観測・記録まとめ

もやもや・迷う人

➡ **ACP** (**Advance Care Planning**) 過程・経過記録

どちらも「一人で決めない、迷わない」。
想いをきちんと繋げる事が大切です。

最後に

