

令和6年度
三重県アドバンス・ケア・プランニング推進事業

人生の最終段階における
医療・ケアの提供体制に関する検討会議

令和6年度アドバンス・ケア・プランニング (ACP) 推進事業について

【目的】

近年の高齢多死社会の執行に伴う在宅や施設における療養や看取りの需要の増大を背景に、県民一人ひとりが最期まで自分らしく尊厳をもって生きられるよう、人生の最終段階において提供される医療・ケア、および自分が何を大切にして、どのように生きていきたいのかについて、アドバンス・ケア・プランニング（以下ACP）の概念を盛り込み、県民への啓発および医療・介護の現場における人材育成と普及を図ることを目的とする。

※ACP：人生の最終段階の暮らし方と医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

ACP推進事業の内容

1. 検討会の実施（10月8日開催）
現状と課題の把握
推進のための方向性や具体案の検討
2. 研修会開催
適切な意思決定ができる人材育成
E-FIELD 2024年8月25日開催
3. ACP推進のための資材の作成（計画中）

検討会議に先立って

- ・2024年8月25日 研修事業「E-FIELD三重」
開催

厚生労働省委託事業E-FIELDに準拠した意思決定支援の相談員研修開催（概要は別スライド参照ください）

- ・研修認定ファシリテーターおよび修了者から検討会議メンバーを募集

地域での継続的な意思決定支援に関する課題と展望を話し合う

ACP等を推進するための資材の作成を検討する

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

本人の意向を尊重した
意思決定のための研修会

In 三重

2024年8月25日（日）

研修会の内容

- 人生の最終段階において、本人の意向と最善・利益を尊重した医療・ケアを実践するために
 - －意思人生の最終段階の医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインを理解し実践できる
 - －決定に必要な法的、倫理的な知識を習得する
 - －患者本人と十分な話し合いを行った上で意思決定をすることができる
 - －家族・介護者が本人の最善利益を考えることができるような相談・支援を実施することができる
 - －本人に『これからの医療・ケアに関する話し合い』（ACP：人生会議）を適切に実施できる

プログラム

受講者：計57名

職種の内訳：
※複数職種ありのため
参加者数を上回る

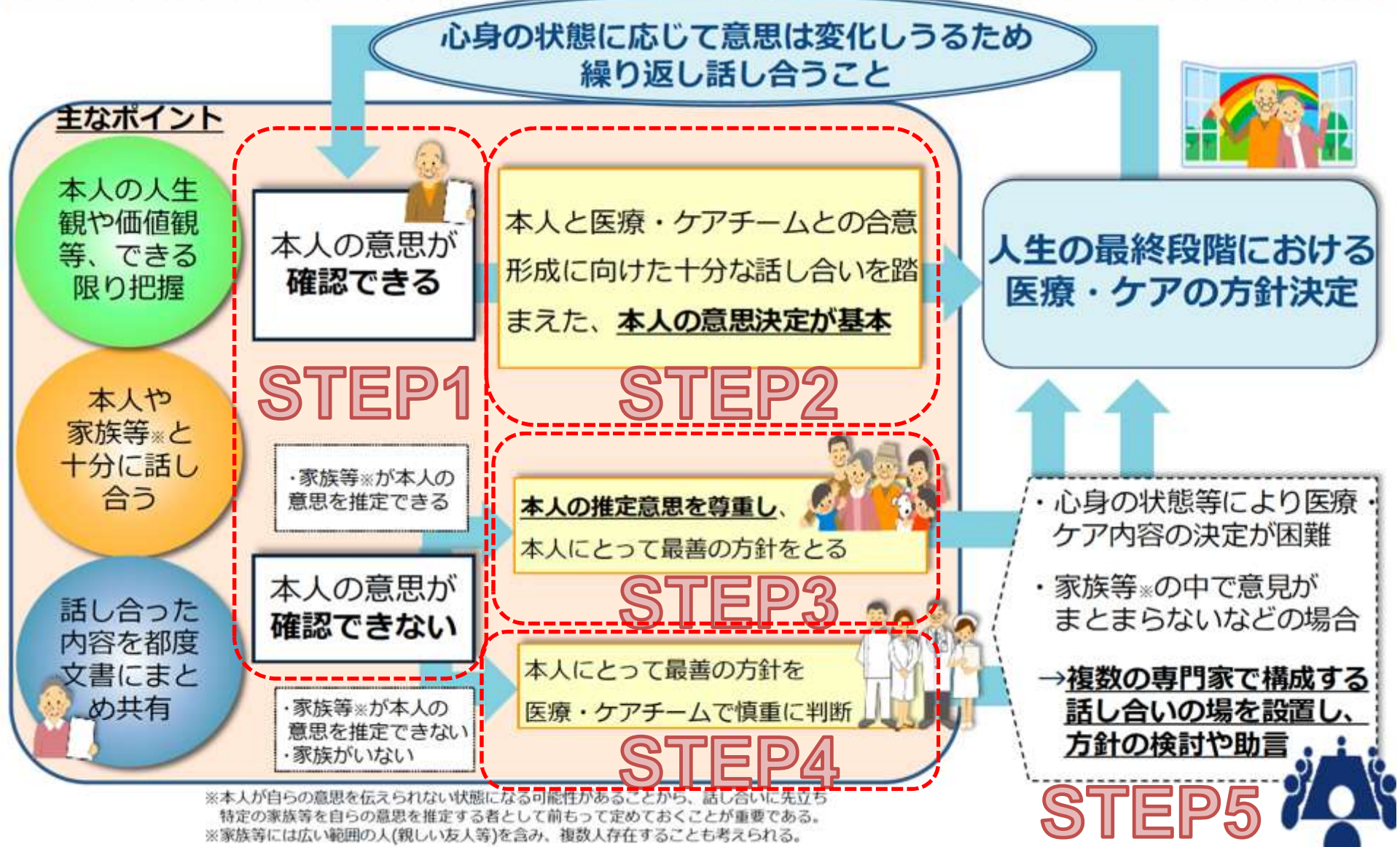
医師5名
看護師38名
MSW5名
ケアマネージャー7名
地域包括センター4名
公認心理士2名
薬剤師1名

定員30名
募集開始日当日に定員オーバーとなった。2日目昼で締め切った。

開始	終了	時間	プログラム	主旨、構成内容	担当
8:30	9:00			受付	
9:00	9:20	20	イントロダクション 講義	事業概要・目的の説明 ガイドラインに基づいた意思決定(総論) (事前学習している前提で、 ガイドラインの内容を確認する) ファシリテーター紹介	松原
9:20	9:45	25	アイスブレイキング	自己紹介 役割分担とグループワークの練習	向井
9:45	11:15	90	講義・ワーク	STEP1: 本人の意思決定する力を考える	福永
11:15	11:25	10	休憩		
11:25	12:15	50	講義・ワーク	STEP2: 本人の意思の確認ができる場合の進め方	井谷
12:15	12:30	15	講義	STEP3: 本人の意思を推定する	石黒
12:30	12:50	20	講義	STEP4: 本人にとって最善の方針について合意する	石黒
12:50	13:35	45	昼食		
13:35	15:05	90	ワーク	STEP3・4	勝尾
15:05	15:15	10	休憩		
15:15	15:50	35	講義	アドバンス・ケア・プランニング	下山
15:50	17:20	90	講義・ロールプレイ	ACP の実践を学ぶ もしも、のときについて話し合いを始める 本人の意思を推定する者を選定する 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する	坂本
17:20	17:30	10	質疑応答・まとめ		松原

「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。



E-FIELD研修評価

「人生の最終段階における医療・ケアに関する相談を行うにあたっての困難感」の変化

項目	研修前	研修後	p
1 十分に病名告知や病状告知をされていない患者とのコミュニケーションが困難である	4.298	3.719	0.008**
2 病状や予後など「悪い知らせ」を伝えられた後の患者への対応が難しい	4.088	3.544	0.012**
3 患者と十分に話をする時間が取れない	3.684	3.649	0.73
4 患者から不安や心配を表出された際の対応に困難を感じる	3.649	3.368	0.05*
5 患者から「死」に関する話題を出された場合の対応に困難を感じる	3.754	3.544	0.26
6 「死にたい」と訴える患者に対する対応に困難を感じる	4.018	3.667	0.051
7 せん妄や意識レベル低下などで本人の意思が不明な患者への対応に困難を感じる	4.298	3.825	0.012**
8 患者と家族のコミュニケーションが上手くいっていない場合の対応に困る	4.386	3.842	0.007**
9 十分に病名告知や病状告知をされていない家族とのコミュニケーションが困難である	4.421	4.018	0.084
10 病状や予後など「悪い知らせ」を伝えられた後の家族への対応が難しい	3.912	3.526	0.03*
11 家族と十分に話をする時間が取れない	4.000	3.807	0.289
12 家族から不安や心配を表出された際の対応に困難を感じる	3.860	3.333	0.009**
13 家族から「死」に関する話題を出された場合の対応に困難を感じる	3.877	3.456	0.059

検討会議

【目的】

県民一人ひとりが最期まで自分らしく尊厳をもって
生きられるよう、人生の最終段階において提供され
る医療やケアおよび暮らし方の支援について検討
する。

検討会議

【協議事項】

- (1) 人生の物語の中にある思い、ピース (piece) を集める支援に関すること
- (2) 人生の最終段階において提供される医療・ケアのあり方に関すること
- (3) アドバンス・ケア・プランニング (以下ACP) による意思決定の体制整備に関すること
- (4) ACPの普及啓発に関すること
- (5) その他、目的を達成するために必要な事項

検討会議委員所属・職種

所属	職種	人数
病院	医師	4名
	看護師	15名
	ソーシャルワーカー	1名
診療所	医師	1名
	看護師	1名
薬局	薬剤師	1名
訪問看護事業所	看護師	1名
居宅介護支援事業所	介護支援専門員・看護師	2名
地域包括支援センター	介護支援専門員・看護師	1名

人生の最終段階における 医療・ケアの提供体制に関する検討会議

本日の内容

1. 開催にあたって
2. Key Note Lecture
3. グループワーク
4. まとめ

Key Note Lecture

エンド・オブ・ライフケア

死が避けられない状況にあり、「死に至るまでの時間が限られていることを考慮に入れる必要性のある状況」における医療・ケアすべてを含み、「死に至るまでできる限りよく生きるように、また尊厳をもって死に至るように (to die with dignity) 支援する」活動

「人生の最後の数カ月ないし数年を生きている人々へのサポート」になることが多い

「ふたたび終末期医療について」の報告. 日本医師会 第IX次生命倫理懇談会平成18年2月
超高齢社会と終末期医療. 平成29年11月 第XV次生命倫理懇談会 答申 日本医師会 生命倫理懇談会.

人生の最終段階における医療・ケアとQOLの特徴

- 医学的な最善が本人にとっての最善とは限らない
 - ー 回復を前提とした（医療上の）QOLと、そうでない場合の（医療上の）QOLは同じではない
 - ー 医療者からみた「いいQOL」と、患者の「いいQOL」は異なる。
- 人生の最終段階における望ましい過ごし方は、患者ごとの個別性が非常に高い。
 - ー 「死が避けられない」としたならば、医療上の行為で「何を望むか」＝「これが自分には大事だと考えること」は変化する。

最期まで自分らしく尊厳をもって 生きることを支える

本人の意向が尊重されたエンド・オブ・ライフケア

I. 適切な意思決定支援

納得できる生き方の着地点を探るプロセス

II. 人生の最終段階における意向を叶える体制整備

- ・医療・ケアの体制整備

- ・介護・福祉の体制整備（生活支援）

量だけではなく質の向上が必須

ACPはなぜするのか ～推進したい背景・理由

- 高齢多死社会（在宅や施設の看取りの需要増加）
健康状態や疾患の状況、提供すべき医療・ケアの変化と共に自宅だけでなく複数の療養先を移動する
- 行政の関与
莫大な医療費の抑制
- 医療側の要因
入院基本料への条件
限りのある医療資源において救急医療や先進医療の提供を圧迫
- 一般市民の認識
医学的な限界はない？
生物学的な限界（寿命）は？

ACPはなぜするのか ～推進したい背景・理由

- そもそも多死社会
- 病院は「病気や障害を治す場所」
在宅は「病気や障害が治らない患者が過ごす場所」

選択が難しい場面で
意思表示ができなくなる・・・

そこに本人の意思・意向は反映されているのか

望まない医療を受けているのではないか

本人の生き方や価値観にそった最期を実現できているか

緩和ケアによって
苦痛緩和されたら
自宅で過ごせる

緩和ケアによって
苦痛緩和されているか

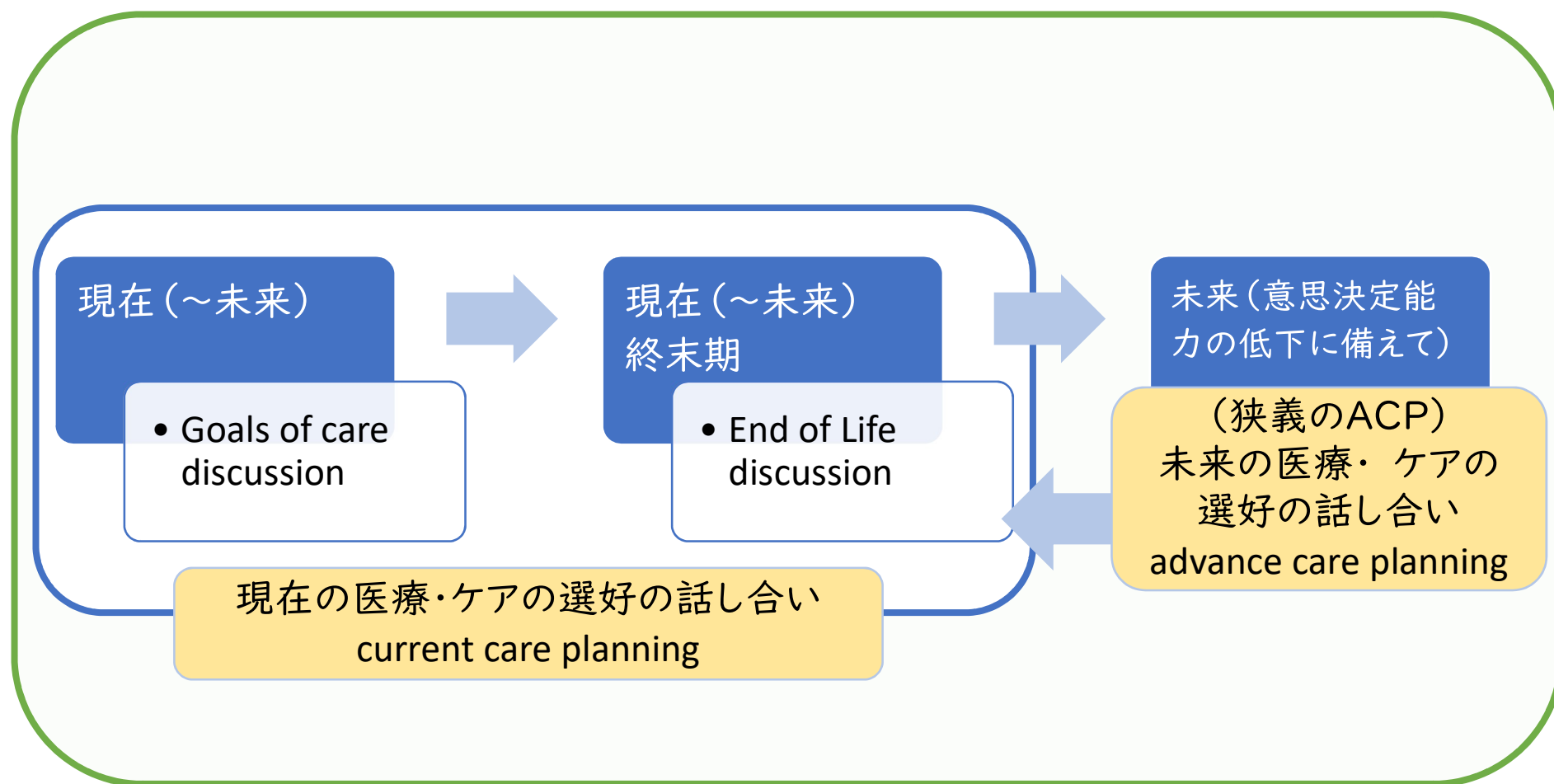
アドバンス・ケア・プランニング

医療者視点

将来の変化に備え、将来の医療およびケアについて、**患者さんを主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが繰り返し話し合う**ことを行い、患者さんの意思決定を支援する**プロセス**のことです。

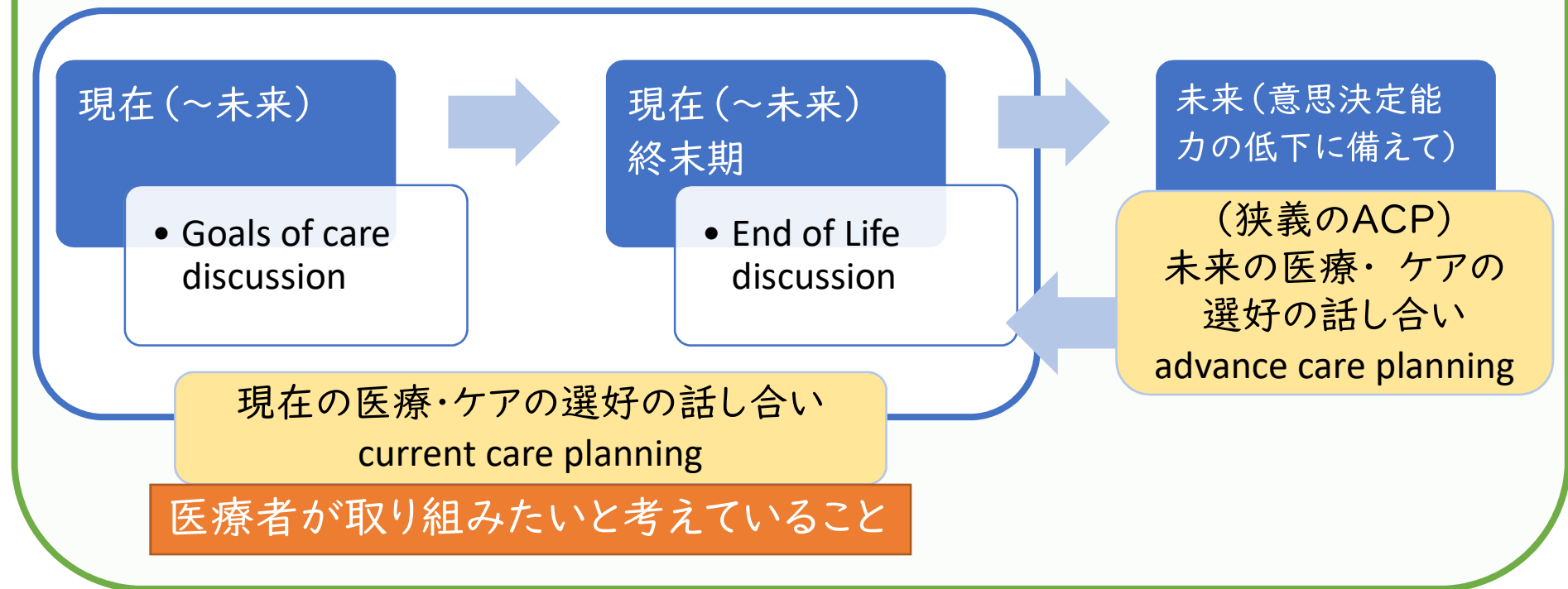
患者さんの人生観や価値観、希望に沿った将来の医療およびケアを具体化することを目標にしています。
(日本医師会)

人生の最終段階における意思決定支援 とアドバンス・ケア・プランニング



人生の最終段階における意思決定支援 とアドバンス・ケア・プランニング

意思決定支援やACPが、日常臨床や日々のケアから取り出され、
患者・利用者の自己決定を迫る手段になってはいないだろうか？



人生の最終段階における意思決定支援 とアドバンス・ケア・プランニング

価値観や今後の生き方の話し合い

- ・自分にとって大切なこと
- ・ひととして欠かせない機能 etc

現在（～未来）

- Goals of care discussion

現在（～未来）
終末期

- End of Life discussion

未来（意思決定能力の低下に備えて）

（狭義のACP）
未来の医療・ケアの
選好の話し合い
advance care planning

現在の医療・ケアの選好の話し合い
current care planning

人生

意思決定支援、そしてACPは、医療やケアのプロセス上の対話の中にある。

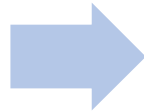
ACPは意思決定の質、そして医療やケアの質を高めるための一つの手段である。

支援

価値観や今後の生き方の話し合い

現在（～未来）

- Goals of care discussion



現在（～未来）
終末期

- End of Life discussion



未来（意思決定能力の低下に備えて）

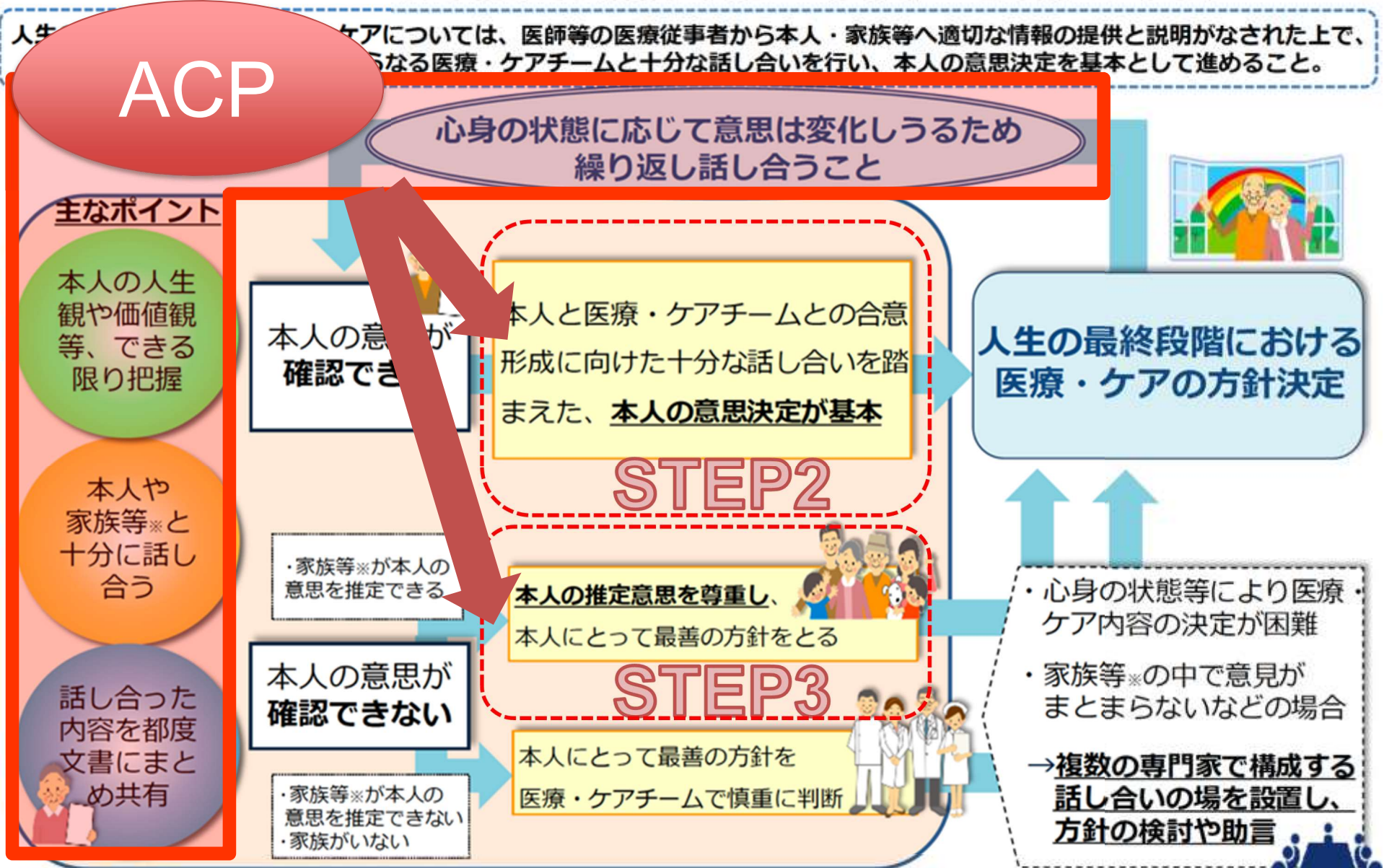
（狭義のACP）
未来の医療・ケアの
選好の話し合い
advance care planning

現在の医療・ケアの選好の話し合い
current care planning

広義のACP: advance care planning

価値観の話し合いに基づいて、現在のプランからの連続体として将来のプランを話し合う

「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）



※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。

アドバンス・ケア・プランニング

一般の人と医療・ケアチーム両方の視点

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、さらには今後受きたい医療・ケアについて(将来の心づもりをして)、

家族等と話し合うこと

日本版アドバンス・ケア・プランニング
Miyashita J, et al. J Pain Symptom Manage 2022

日本版アドバンス・ケア・プランニング



このQRコードから
日本版ACP定義・行動指針
をご覧ください。



日本版アドバンス・ケア・プランニング

1. 日本版アドバンス・ケア・プランニングの定義	
2. 日本版アドバンス・ケア・プランニングの具体的な内容	
3. 日本版アドバンス・ケア・プランニングの対象者	
4. 将来の心づもりをする	行動指針 一般の人
5. 将来の心づもりを話し合う	
6. 将来の心づもりを託す人を選ぶ	
7. 将来の心づもりをサポートする	行動指針 医療ケア チーム
8. 将来の心づもりの話し合いをサポートする	
9. 将来の心づもりを継続的に話し合う	行動指針 一般の人 医療ケア チーム
10. 将来の心づもりを話し合うことなく病状が進行した時の対応	
11. 将来の心づもりに関する記録を作成する	

ACP開始のタイミング

第一段階	具体的なケアの計画、立案に 必要性にさほど迫られていない 人	市民公開講座 みんなで考えるワークショップ 行政・教育機関・地域包括支援センター
第二段階	何らかの疾患に罹患しており、 症状や合併症が悪化傾向にあ る人	介護保険利用開始時の人など ケアマネジャー・訪問看護師等
第三段階	人生の最終段階（予後1か月 から半年程度）と思われる人	症状コントロールが難しくなっている人 終 末期の人 医師を含む医療介護従事者 医師をまじえてACPを繰り返し実施し確 認する

グループワーク

グループワーク スケジュール

時間	概要
	オリエンテーション（10分）
15:30 ～ 15:40	グループワークの説明 自己紹介、司会・書記・発表者の決定
	グループワーク（60分）
	テーマ 「人生の最終段階における意思決定支援・ACPの現状と課題および今後の方策について」
15:40 ～ 16:20	① 「こんな意思決定支援・ACPはNO!」（40分）
16:20 ～ 16:40	② 課題を軽減し推進するための具体的な方策（20分）
	共有・まとめ（15分）
16:40 ～ 16:55	全体共有 各グループより発表 プラン検討

グループワーク

テーマ

人生の最終段階における意思決定支援・ACPの
現状と課題 および 方策について

進め方

- ① 自分の目から見た
「こんな意思決定支援・ACPはNO！」
※ KJ法を使って
- ② 課題を軽減し推進するための具体的な方策
①の内容をふまえてグループ内で意見交換

まとめ：今後にむけて

I . 今後の研修事業の展望

- ACPが必要な状況にあるひとに医療・介護を届ける立場の専門職が意思決定支援・ACPについて理解を深める必要がある
- 一般市民向けのACP啓発とは異なり、医療・介護の現場では、本人の意向が確認できない状態での最終段階の医療・ケアに関する選択を迫られる事態に関し、ガイドラインに基づいた適切な決定プロセスを実践できるように意思決定支援・相談に対応できる知識と技術を身に着ける必要がある。
- 人生の最終段階における医療・ケアについては文化的背景や提供できる医療・介護資源の状況に地域差が強い。
- 大方の一般市民は地域内での療養場所を移行するため、地域内で情報共有が容易になるよう様々な医療・介護専門職が顔の見える関係を構築必要がある。

ガイドラインをE-FIELD等の研修会は、顔の見える関係につがるよう地域ごとに開催し、その地域でのネットワーク構築に役立てる。

Ⅱ．啓発・推進のための資材

- ACPのタイミングには段階があり、それぞれの段階での啓発・促進の方策が別途必要である。

ACP開始のタイミング		
第一段階	具体的なケアの計画、立案に必要性にさほど迫られていない人	市民公開講座 みんなで考えるワークショップ 行政・教育機関・地域包括支援センター
第二段階	何らかの疾患に罹患しており、症状や合併症が悪化傾向にある人	介護保険利用開始時の人など ケアマネジャー・訪問看護師等
第三段階	人生の最終段階（予後1か月から半年程度）と思われる人	症状コントロールが難しくなっている人 終末期の人 医師を含む医療介護従事者 医師をまじえてACPを繰り返し実施し確認する

Ⅱ．啓発・推進のための方法

第一段階

- 拒絶する市民は、意思決定支援をする準備状況ができていないと考えられるため、無理強いするような啓発活動は適切でない。
- 無関心層に対しての啓発活動は必要である。

例) SNSや市中での広報ツール（映画館での広告など）

第二～第三段階

- 高齢・認知症、がん、臓器機能障害（心臓病等）などによって、病態の特徴や移行する療養施設が異なるため、それぞれの特徴をふまえた啓発資材が必要である。

例) 受療時や入退院時に手に取れる啓発資材の作成

第三段階

- 適切な医療・ケアの決定プロセスによって意思決定支援ができるよう、医師を含む医療・介護従事者向けの研修活動を展開する。