これからの私の人生を考える「人生会議」手引き

目次

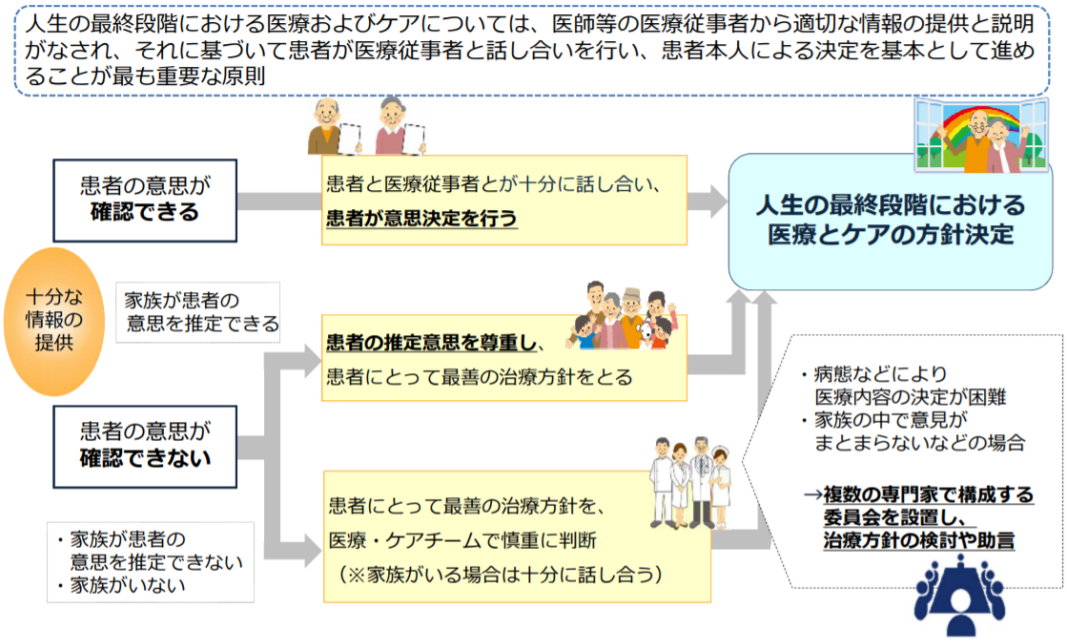
- 目次・・・

はじめに

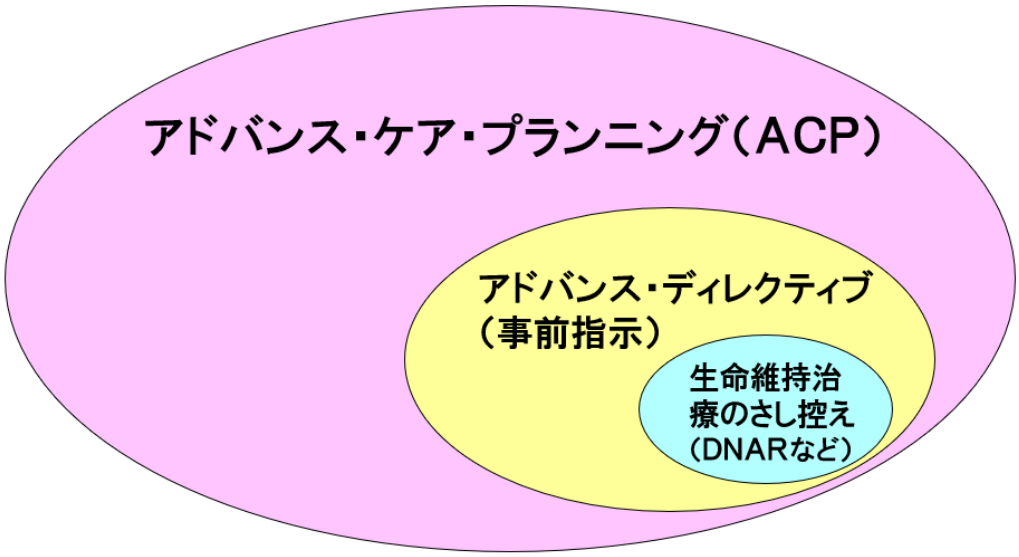
- 人生会議とは

　人生会議とはアドバンスケア・ケア・プランニング（ACP)の愛称で、自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い共有する取り組みのことです。

「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」
方針決定の流れ（イメージ図）



アドバンス・ケア・プランニング、アドバンスディレクティブ、ＤＮＡＲの概念図



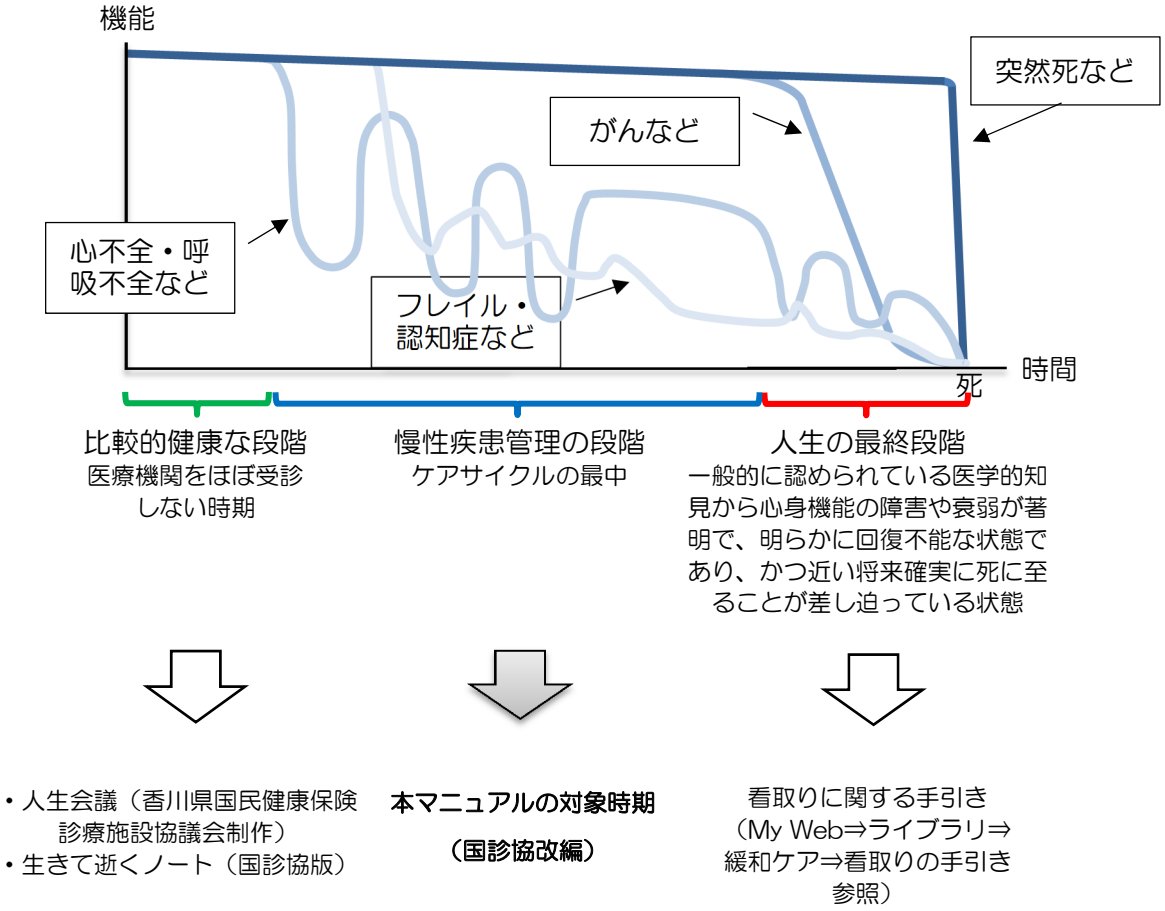
Advance Care Planning: A Guide for Health and Social Care Staff. National End of Life Care Programme, Web site. Available at: http://www.endoflifecareforadults.nhs.uk/assets/downloads/pubs_Advance_Care_Planning_guide.pdf . Accessed August 9, 2010

• よりよく生きるための人生会議とは

人生会議が話題となる時、ともすると人生の最終段階という言葉が独り歩きしてしまうことがあります、本来人生会議は健康状態が安定している人から人生の最終段階にある人まですべての人が対象となります。したがって「どう生きどう逝きたいのか」を考える、つまり「どう生きたい」＝「人生をよりよく生きる」という側面と、「どう逝きたい」＝「人生をよりよく終える」という側面の両面があります。

人生のプロセスは必ずしも下図のように段階がきれいに分かれるわけではありませんが、それぞれの段階で人生について考え、話し合う機会を持つことができればと思います。

こうした背景からこの「よりよく生きるための人生会議」の手引きは、慢性疾患管理期つまり何らかの病気などをもっており「健康である」とは言えないまでも「まあまあ健康である」状態で、時に急性期ケアや回復期ケアを受けながらも地域の中で生活を送っている状態の時期における「人生会議」を想定したものです。



- 比較的健康な段階の資料・教材
  - 人生会議―香川県国民健康保険診療施設協議会制作・発行
  - いきいきと生きて逝くために―自分の最期を考えること―(国診協版エンディングノート)

    国診協ホームページ(https://www.kokushinkyo.or.jp)のトップページ右側メニュー「ピックアップ」の「生きて逝くノート」より

- 人生の最終段階の資料

  看取りに関する手引き（三豊総合病院版　2018 年作成、2024 年改訂）

  My Web 参照　ライブラリ⇒緩和ケア⇒看取りの手引き

人生会議の準備

- コミュニケーション

　人生会議は話し合いの場です。事前指示書(アドバンス・ディレクティブ)よりもう少し大きな概念です。「人生の最終段階」という言葉や「DNAR(蘇生に成功することがそれほど多くない中で蘇生のための処置を試みない：do not attempt resuscitation)」という言葉に引っ張られて、「心肺蘇生をしますか？しませんか？」「胃ろうをしますか？しませんか？」「人工呼吸をしますか？しませんか？」といったチェックリストによる確認といった形にならないようなコミュニケーションを心がける必要があります。具体的には開かれた質問の多用、承認や共感といった言動、傾聴、感情への気づきや配慮などといったコミュニケーション・スキルを意識して用いる必要があります。

- 対象者

　全ての患者・利用者が対象とはなりますが、話し合いという観点からは自分の意思が伝えることが可能な方が主たる対象者になります。院内での様々な条件(時間的制約、マンパワーなど)によっては、対象者を絞って取り組むという方法もあります。

　　ターゲットの例

　　独居患者・利用者

　　高齢夫婦患者・利用者

　　介護認定を受けている患者・利用者

　　フレイル状態や認知機能低下が認められる患者・利用者　など

- タイミング

　大前提としては、自分の意思が伝えられる時です。しかしながら、必ずしもこの時やらなければならないというタイミングはありません。様々な場が考えられると思いますので、「こういう時には話し合ってみましょう」というタイミングを院内で検討しておくと良いと思われます。

　　タイミングの例

　　何らかの病気を発症したとき

　　退院支援時

　　施設入所時

　　在宅移行時

　　外来受診時

　　誕生月

　　何らかの記念月

　　家族同伴時(特に遠方在住家族)

　　キーワードが発せられたとき

　　話したくなった時いつでも

　　介護保険申請時・変更時 など

- 会議参加者

患者・利用者本人

家族・代理決定者

医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士、ケアマネジャー、ソーシャルワーカー、介護士など

話し合いは繰り返し行われますので、毎回すべてのメンバーが参加しなければならないということはありません。

家族や代理決定者も、最初からいないといけないということはありません。しかしこれら本人を取り巻く方々の参加と理解は重要なことなので、参加機会の確保を心掛ける必要があります。

患者・利用者が「人生をよりよく生きる」ためにはいろいろな職種の視点と支援があるとよいと思います。日ごろから相互の職種の理解や相互の連携を図っておくことで患者・利用者の多様な価値観に対応できるようにしておくと良いと思われます。

職種ごとの役割

医師：病状の評価、治療効果、予後などの判断、時にコーディネーター

看護師：患者・利用者の判断能力の評価、患者・利用者の人生観、心理面の理解、時にコーディネーター

メディカルソーシャルワーカー(MSW)：患者・利用者の社会的背景、経済状態、家族背景の理解、利用可能な社会資源の提供、時にコーディネーター

ケアマネジャー：家庭の中での状況の把握、利用可能な社会資源の情報提供、時にコーディネーター

歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士：嚥下機能の評価・支援、口腔ケア

理学療法士・作業療法士：身体機能評価（ADL 評価）・支援

薬剤師：投薬状況の把握と助言

栄養士：栄養評価・支援、食形態の提言

介護士：生活状況の把握

- 記録

人生会議実施毎に、電子カルテのワードパレット「ACP（病気を持った患者）」[注1]を利用して記録します。

本人にも内容を確認してもらい、記録を印刷して渡します。

注１：資料１の記録用紙を活用した内容

- 職員教育

定期的な職員教育を行う必要があります。

人生会議、事前指示書、リビングウイル、DNAR などの理解と具体的行動の確認を図ります。

外部研修会の参加や、教材として「もしばなゲーム」などを利用することもできます。

相互の職種の理解や連携を図るために多職種連携に関する学習会も取り入れます。

よりよく生きるための人生会議の手順

以下に「よりよく生きるための人生会議」の手順例を提示します。
必ずしもこの手順通りでなければならないということはありませんし、この手順の全てを入れ込まなければならないということもありません。特に人生会議は一回の会議ですべてを行わなければならないというものではありませんし、患者・利用者側もその時々の状況で思いが変化することも当然あるので、繰り返し行う中で患者・利用者とその関係者、スタッフ間で価値観や思いが共有できていることが重要です。

ステップ	内容	留意点、備考など
ステップ１ 導入	**患者・利用者に人生会議の目的を伝えて承認を得る。** （例） 「〇〇さんの今後の生活についてや、〇〇さんの希望する医療やケアを私たちが提供することができるように、話し合いの機会を持たせていただきたいのですが、よいでしょうか？」 もし患者・利用者から「悪いことは考えないようしています。」「今は話したくない」といった反応があったときは、できる限りその理由を尋ねるのもよい⇒患者・利用者が今後のことについて話し合うことをどうとらえているか、考え方の基盤となる価値観を知るきっかけになる。 （例） 「よろしければその理由をお伺いしてもいいですか？」 家族や重要他者（代理意思決定者など）の参加が得られた場合、その人に対しても会議の趣旨を説明する。 （例） 「〇〇さんの今後の生活やそれに対する医療やケアに関する話し合いを開催するにあたって、〇〇さんのご希望もあってご家族の◇◇さんにもご参加いただきました。ありがとうございま	• 患者・利用者の病状・状態が比較的安定していて、精神的にも動揺していない時期を選ぶのが望ましい。 • 丁寧に話し合いの準備を整えることで、患者・利用者との信頼関係を築くことができる。また、あらかじめ患者・利用者から承認を得ることで、患者・利用者のより主体的な人生会議への参加を促すことができる。 • 家族や重要他者の参加を患者・利用者が要望すれば、同席してもらえるように調整する(事前に代理意思決定者が決まっている場合も想定される)。 • 家族や重要他者の主体的参加を期待するためにも、これら

	す。」	の人へも配慮する必要がある。
ステップ２ 理解の確認	**患者・利用者の認識と実際の病状の相違点を把握するため、患者・利用者が自身の状態（病状など）をどの程度理解しているのかを確認する。** （例） 「〇〇さんのご病気や今のお身体の具合に関し、どのように思われていますか？」 「〇〇さんのご病気や今のお身体の具合は、今後どのようになっていくとお思いですか？」 場合によっては同席者の患者・利用者の状態（病状など）の理解も確認する。 （例） 「ご家族の◇◇さんは、〇〇さんの病気や今のお身体の具合を、どのように思われていますか？」	• 患者・利用者の今の状態や今後の見通しなどに関する解釈モデル※を確認することによって、医療・介護スタッフとの理解のギャップの確認やそのすり合わせ、あるいは患者・利用者の望むかたちでの適切な量の情報を提供することが可能になる。 • 患者・利用者本人と家族や重要他者の思いに相違点があることもありその確認する機会になる。
ステップ３ 見通しの共有	**ステップ 2 で得られた情報をもとに予後について説明し今後の見通しを共有する。** （例） 「□□だとご理解されているのですね、私たちは△△を心配しています」	• 患者・利用者の不安や動揺をできるだけ最小限にとどめられるように、今後の見通しに関する説明は可能な限り一度で完結させず、患者・利用者が受け止められる量を確かめながら伝えることが重要である。 • 予後の説明後に、患者・利用者が得た情報をどのように理解しているかを確認し、重要な事項の理解が不足している場合は、患者・利用者に改めて説明を補足する必要がある。
ステップ４ (人生をよりよく生きるための)価値観の探索	**患者・利用者が大切にしていることや目標、生きがいあるいは不安などについて尋ねる。**	• 患者・利用者の価値観について様々な観点からの語りを促す。人生会議のプロセスの中で最も重要な話し合いである。 • 患者・利用者との対話を通し

		て患者・利用者が何を大切にしているのかを把握する。そのこ
	患者・利用者にはどのような目標があるのか、患者・利用者の望みを表現してもらう。 （例） 「私たちは〇〇さんが病気とお付き合いしながらも生き生きと生活を送ってほしいと思っています。〇〇さんはどんな生活を過ごしていきたいですか？」 患者・利用者の強みについて確認する。 （例） 「〇〇さんの生きがいや、力になってくれるものは何ですか？」 患者・利用者の恐れや不安などの感情にも特に配慮する。 （例） 「今一番気がかりなことは何ですか？」 「何か心配なことはありますか？」	とは、今後の医療やケアにおいて、どのような選択肢が適切で、何を優先すべきか、その患者・利用者にとっての最善は何かを話し合う際の判断基準となる。 ・ 目標について語ってもらうことは、患者・利用者の心の支えや希望を再確認する機会にもなる。 ・ 患者・利用者の強みが患者・利用者自身の言葉で表現され、患者・利用者がこの先つらい症状や困難な状況に直面した時に、希望を持ち続けられる重要な支えとなる可能性がある。 患者・利用者の語りを傾聴し、思いを受け止めてもらえる人、自分に関心をよせてくれる人がいて、いつでも相談できると気づくような環境を構築する。
ステップ５ (人生をよりよく生きるための)話し合いのまとめとアドバイス	**ステップ ４ で得られた今後の目標や不安の内容を簡潔に要約し、医療・介護スタッフの理解に齟齬がないか確認したうえで、関連する専門職からの推奨事項を伝える。** （例） 「〇〇さんが望まれる生活には△△といった取り組みが大切かと思われます」	・ 専門職が不在のときは会議に参加している医療・介護スタッフが可能な範囲で伝え、後日専門職本人あるいは会議に参加した医療・介護スタッフから推奨事項を伝える。またこのことを患者・利用者本人にも説明する。

		• ケアマネジャー参加している場合、話し合いの内容をケアプランにも反映させることを説明する。不参加であってもケアマネジャーに情報を提供し同様に対応することを説明する。
ステップ６ (人生をよりよく終えるための)価値観の探索(追加ステップ)	（「よりよく生きるための人生会議」においては、ステップ５までの話し合いを主たるテーマとしているため、ステップ６および７は追加ステップと設定しているが、人生の最終段階に至る中で意思表示がはっきりできるときに人生の最終段階に向き合う際の思いを確認しておくことも重要であり、状況に応じて実施すること。） **患者・利用者の目標、強み、不安などを確認したうえで、将来的なことを話すことにつながりそうであればそれに関する思いを確認する。** （例） 「今日お話ししたことで、〇〇さんが望む生活が継続できるといいですね。そうはいっても万が一、もし体調が悪くなって人生の最終段階に至っていってしまうこともあり得ると思いますが、そのことも少しお聞かせいただいてもよろしいですか？」 「万が一人生の最終段階になったとき望む医療処置や望まない医療処置はありますか？」 「万が一人生の最終段階になった時〇〇さんはどこで迎えたいと思っていますか？」 「自然な最期がよい」のように、患者・利用者の理想のイメージが間接的な表現で語られる場合は、具体的な医療の選好について実際に患者・利用者が望む具体的治療やケアの情報を、もう一歩踏み込んで患者・利用者に尋ねる。 （例） 「〇〇さんにとって、自然とはどのようなこと	 • 無理にこの話し合いに持ち込む必要はなく、繰り返し行う中でそういった機会ができればよい程度に考える。したがって話し合いの同意が得られないようであれば「またこういったときのことも話し合えるといいですね」程度で撤退する。 • 医療処置はイメージしにくいことが予想され、具体的な行為（胃ろう・経管栄養、人工呼吸 、心肺蘇生、大手術、輸血、人工透析、抗生剤投与など）として例示も配慮する。 重要な意思決定に際して、家族などの重要他者にどの程度話し合いや決断にかかわってほしいかは、患者・利用者によっ

	を指しているか、もう少し教えていただけますか？」 (すでに代理意思決定者がはっきりしていて同席している場合は別として)患者・利用者の意思決定能力が低下した際に、代理意思決定をする家族などを確認する。 （例） 「もしも自分で意思決定することが難しくなった場合、どなたに医療に関する代理意思決定を依頼したいですか？」 「すでに誰かに依頼していますか？」	て見解が異なることがあるので注意を要す。
ステップ７ (人生をよりよく終えるための)話し合いのまとめ(追加ステップ)	**ステップ６を行った場合は、得られた人生の最終段階に関する考え方の内容を簡潔に要約し、医療・介護スタッフの理解に齟齬がないか確認する。**	
ステップ８ 締めくくり	**この話し合いの内容を、主治医をはじめとする医療・介護スタッフなどからなるチームメンバーで共有し、今後も継続して患者・利用者を全力で支援することを約束する。** （例） 「今日は〇〇さんのお気持ちをお聞かせいただきありがとうございました。今日の内容は私たちのチームでも共有させていただいて、一生懸命支援させていただきます。」 「今日の内容は今の段階でのお気持ちですので、今後お考えが変わっても全くおかしいことではありません。もしお考えが変わって話し合いをさせていただけるようであればいつでも教えてください。」 「繰り返しお話しさせていただくことが大事だと思っていますので、次回▽▽ごろにこういった機会を持たせてください。」	今回話し合った通りにしなければならない必要はないこと、今後生活を送っていく中で変わることも当然あることを説明する。
ステップ９ 記録	患者・利用者の目標、不安、強み、これらに関する専門職のアドバイス、人生の最終段階に関	話し合いでは、患者・利用者とアイコンタクトをとりなが

	する考え方、代理決定者などを一定の書式（資料 1）で記録すること。	ら表情や様子を観察することが求められるので、話し合いの最中の詳細な記録は避けて、要点を手元のメモに残す程度にとどめる。 ・患者・利用者の語りの中で特に重要と思われる内容は、患者・利用者によって話された言葉の通り記録に残す。 ・話し合いは 1 回で完結するものではなく、時間経過や状況変化に応じて患者・利用者自身の考えが変わることもあるので、適宜話し合いを重ねて、記録に残し、他のチームメンバーに共有する作業を継続することが重要である。
ステップ 10 共有	話し合われた内容は診療録の特定の場所を定めるなどして、同じ形式で継続的に共有する方策を検討・実行されることが必須。	・各職種の役割分担と責任の所在を明確にし、話し合いの内容が患者・利用者の医療やケアに反映されるように、患者・利用者の治療やケアに携わるチームメンバーの密な連携が必須である。

※ 解釈モデル：患者・利用者の自身の状態に関して思う「解釈：状態をどう考えているか」「期待：何をしてほしいか」「感情：状態でどう感じたか」「影響：状態がどう生活に影響したか」のこと、頭文字をとって「かきかえ」と覚える。

このマニュアルは、公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会制作のマニュアルを基に、当院の状況に合わせて変更し 2020 年 9 月に作成しています。（2024 年 3 月改訂）

資料１　記録用紙

<table>
<tr><td colspan="2">人生会議録（　　）回目</td></tr>
<tr><td colspan="2">実施日時：　　年　　月　　日　　～　　場所：</td></tr>
<tr><td colspan="2">ID：</td></tr>
<tr><td colspan="2">患者・利用者氏名　　年　　月　　日生(　　歳)　男・女</td></tr>
<tr><td colspan="2">参加者</td></tr>
<tr><td colspan="2">内容：本人の思い・家族の思い・本人家族間あるいは本人家族とスタッフ間の思いの相違点や課題・各専門職の役割や課題・本日決まったことや残された課題・次回開催予定　などを記載</td></tr>
<tr><td>ステップ１：導入
(話し合いの目的や行うことの確認)

ステップ２：理解の確認
(病状や状態に関する本人の理解の確認)

ステップ３：見通しの共有
(考えられる今後の見通しや予後の共有)

ステップ４：価値観の検索
(よりよく生きるため大切なこと、目標、生きがい等を把握)

ステップ５：まとめとｱﾄﾞﾊﾞｲｽ
(ステップ 4 の要約と専門職からのアドバイス)

ステップ６：価値観の検索
（追加ステップ：よりよく終えるために望む医療、場所、代理決定者等を把握）

ステップ７：まとめ
（追加ステップ：ステップ６の要約）

ステップ８：締めくくり
(スタッフ間で共有することと今後も支援することの表明)</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">特記事項</td></tr>
</table>