

神戸市
「人生の最終段階における意思決定支援」
に関する有識者会議

報告書

令和3年8月

目 次

はじめに	2
1 議論の前提	3
(1) 議論の目的	3
(2) 人生の最終段階	3
(3) 「人生の最終段階における意思決定支援」の定義	3
(4) 論点	3
2 人生の最終段階における意思決定支援の課題について	4
(1) 社会環境の課題（どのように本人の意思を考えるきっかけを提供し、共有するか）	4
(2) 本人の課題（どのように意思を表明してもらうか）	4
(3) 家族等の課題（どのように本人の意思を共有するか）	5
(4) 医療従事者、介護従事者の課題（どのように本人の意思に対応するか）	5
3 神戸市におけるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の導入について	6
(1) ACPの導入目的	6
(2) ACPの導入に向けた考え方	6
(3) ACPで各関係者に期待される役割	6
4 普及啓発の方法について	9
(1) 普及啓発の必要性	9
(2) 市民への普及啓発	9
(3) 医療従事者、介護従事者への普及啓発	10
5 意思決定内容の表明ツールについて	11
(1) 既存の意思決定内容の表明ツール	11
(2) 意思決定内容の表明ツールの必要性	12
(3) 意思決定内容の表明ツールの運用にあたっての前提	12
(4) 意思決定内容の表明ツールを記載する主体	13
(5) 神戸市としてのツールの統一化	13
(6) 意思決定内容の表明ツール運用にあたっての留意事項	13
6 さいごに	14
7 資料	
(資料1) 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果と本市の現状	15
(資料2) 意思決定内容の表明ツールの運用例	22
(資料3) 神戸市「人生の最終段階における意思決定支援」に関する有識者会議委員名簿	42
(資料4) 神戸市「人生の最終段階における意思決定支援」に関する有識者会議開催経過	43

はじめに

超高齢化社会が進展し、人生 100 年時代を迎える中、患者の意思を尊重した医療・ケアの重要性はますます高まっている。また、人の生き方もこれまで以上に多様化する中、特に患者の意思が明確に示されていない場合、患者に代わって患者の意思を伝えるという点において、家族等は大きな役割を担うことになる。

住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを受けることができる地域包括ケアシステムの構築が進められる中、人生の終わりまでどのように過ごしたいかという本人の希望をいかに叶えるかが重要となっている。

厚生労働省では、人生の最終段階に向けた医療・ケアについて、患者・家族と医療・介護従事者等があらかじめ繰り返し話し合う自発的なプロセスである「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」を重視し、愛称を「人生会議」と定め、普及・啓発に取り組んでいる。

また、神戸市医師会では、平成 30 年 8 月より未来医療検討委員会を設置し、人生会議（ACP）について精力的に検討を重ねられ、令和元年 9 月 18 日、①緊急時情報共有ツールの運用、②認知症の人への ACP サポートシステムの構築、③市民啓発の推進、を柱とする「神戸市意思決定支援プロジェクト」提案書をまとめ、神戸市に提出された。

このような状況を踏まえ、自分らしい生き方を人生の最終段階まで続けることができるようになるための意思決定支援の検討を目的に、令和元年 12 月、神戸市「人生の最終段階における意思決定支援」に関する有識者会議が設置された。

有識者会議では、人生の最終段階における意思決定支援について、市民に対してどのように広めていくのか、その上で、具体的な支援をどのように進めていくべきか、医療・福祉・宗教・倫理・法律などの専門家の参画のもと幅広くご意見を伺ってきた。

神戸市においては、本報告書の内容の具体化を図り、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）が望むべき方向としていくことについて、普及・啓発を含め、人生の最終段階における意思決定支援を推進されることを望むものである。

令和 3 年 8 月

神戸市「人生の最終段階における意思決定支援」に関する有識者会議
座長 橋本信夫

1 議論の前提

本有識者会議では、人生の最終段階における医療に関する意識調査結果等の現状を踏まえ、議論の目的、定義、論点を以下のとおり整理し、医療・福祉・宗教・倫理・法律などの専門家の参画のもと幅広く議論を行った。

(1) 議論の目的

本有識者会議では、

- ① 現状では、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人の希望が必ずしも叶えられておらず、本人が望む最期を迎えられていないのではないかと。
- ② 人生の最終段階における医療・ケアに関して、本人の意思が尊重され実現できるよう支援する方法を考えるべきではないかと。
- ③ 人生の最終段階に本人が希望する医療・ケアをあらかじめ考え、家族、医療介護関係者と話し合うことが当たり前となるように市民一人ひとりに広めていくためにはどのようにすべきかと。
- ④ その上で、本人の希望が実現できるよう 人生の最終段階における意思決定支援をどのように進めていくべきかと。

という課題を共有し、議論の目的は、

自分らしく生き抜くことができるよう、人生の最終段階を視野に入れ、どのように生きたいか考える機会を提供し、本人の意思決定を支援すること、

ただし、意思決定を強要するものではなく、意思決定をしないという選択も尊重すること、

を確認し議論を行った。

(2) 人生の最終段階

「人生の最後の数か月ないし数年を生きている」期間のことをいい、人生の終わりに近づいているという個々人の人生に注目する概念。※

(※) 参考：「超高齢社会と終末期医療」（平成 29 年 11 月、日本医師会第 15 次生命倫理懇談会答申）

(3) 「人生の最終段階における意思決定支援」の定義

亡くなる直前の過ごし方についての意思決定ではなく、幅広いライフステージを対象に、どのような医療・ケアを受けたいか、どのように生きるのかという「人生の生き様」についての意思決定を支援するもの。

(4) 論点

- ① 人生の最終段階における意思決定支援の課題について
- ② 神戸市におけるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の導入について
- ③ 普及啓発の方法について
- ④ 意思決定内容の表明ツールについて

2 人生の最終段階における意思決定支援の課題について

超高齢社会が進展し、人生100年時代を迎えようとしている。超長寿社会を世界に先駆けて迎える中、100年という長い期間において人生をより豊かにしていくため、個人の生き方がこれまで以上に多様化していくことが予想される。そのため、家族等※であっても本人の意思を十分に把握することができなくなっていくことが考えられる。

本有識者会議では、特に高齢期における医療・ケアに関する希望をかなえ、自分らしい生き方を人生の最終段階まで続けることができるようにするために、現状においてどのような課題があるのかについて議論を行った。

(※) 家族、親戚のほか、「本人の思いをよく知る人」のことを指す。

(1) 社会環境の課題(どのように本人の意思を考えるきっかけを提供し、共有するか)

- ・現状では、市民がACPについての情報に触れる機会に乏しく、事前に人生の最終段階についての話し合いや、意思表示に至らない状況にある。

(ACPの認知度 3%、事前に人生の最終段階について話し合う機会がない人 約60%、事前指示書を作成している人 8%)

- ・大多数の市民が「知らない」現状の中で、どのように人生の最終段階のことを考え、意思を表明していこうと訴えるか、考えるきっかけを提供するかが課題である。
- ・また、健康講座や療養相談の場等に参加される健康意識の高い市民には、比較的容易にアドバンス・ケア・プランニング(ACP)に関する情報を伝えることができたとしても、意識の低い方に対してどのように情報を伝えていくかも課題である。
- ・意思表示をしない、できない方に対して、どのように踏み込んで支援を行うかが課題である。意思決定支援がない場合に、本人や家族等にどのような不利益や問題が起こるのか伝えていく必要がある。
- ・個人情報保護の制約や、本人が表明した意思を関係者が共有する仕組みの不足により、医療施設・介護施設間で本人が望む医療・ケアを提供するための連携や情報の引継ぎが十分にできていない。
- ・本人の希望が表明されていても、家族等に適切に共有されていない場合は、救急搬送、救急医療の現場において、本人の意思に沿った対応が出来ない場合がある。
- ・本人が望む医療・ケアを受けながら人生の最終段階まで過ごすことができる地域の保健・医療・福祉の機能整備、地域包括ケアシステムの整備が必要である。

(2) 本人の課題(どのように意思を表明してもらうか)

- ・人生の最終段階に関する自身の考えを表明することに対する遠慮や抵抗感、「縁起の悪い話はしたくない」という考えが存在し、人生の最終段階についてしっかり考えることができず、自分が希望する最期を迎えることができない人が多い現状がある。
- ・ツールを使って、人生の最終段階に自分がどのように生きたいかを表明することに抵抗を感じる人が多い。これまでも、医療関係者、介護関係者にアドバンス・ケア・プランニング(ACP)についての講座を開催し、市民にツールに自分の意思を書いてもらうように話をしたが、多くの人が自分の意思を書けない。

- ・特に高齢者は、自分の考えを発言すること自体を遠慮する人が多い。発言していない人に対して、どのように支援として踏み込んでいくかが課題である。

(3) 家族等の課題（どのように本人の意思を共有するか）

- ・人生の最終段階の場面において、本人と家族等の間での意向が一致しないケースや、本人の意思決定が家族等に共有されていない場合がある。そのため、実施された医療・ケアが家族等の意向を反映したものではなかったとして、トラブルに発展する場合や、最終的に本人の意向よりも家族等の意向が優先される場合がある。
- ・人生の最終段階において、本人の意思が確認できず、家族等の中で意向が一致しない場合は、本人に代わって意思決定を行う者が重要な役割を果たすが、代理意思決定の決定権者が誰であるのか、不明確である場合が多い。
(代理意思決定人の選定をしている人 22%)
- ・どのような人生の目標や価値観に立って意思決定したものなのか、家族等で分からないことがあることから、本人が行った意思表示が本心を表明したものなのか、家族への遠慮を含んだ意思表示なのか、解釈が難しい。本人に代わって意思決定を行うことは家族等にとって重圧となる。

(4) 医療従事者、介護従事者の課題（どのように本人の意思に対応するか）

- ・医療・介護従事者におけるACPの認知度や、医療・介護施設におけるACPの実践割合は低い。本人の意思表示内容を医療・介護従事者が連携、役割分担し、共有する仕組みが整備されていない。
- ・施設側が患者に十分な説明を行ったと思っても、患者は十分な説明を受けていないと感じていることがしばしば見受けられる。ACPについてどのように患者に説明し理解を得ていくかが課題である。
- ・どのような人生の目標や価値観に立って意思決定したものなのか、家族等で分からないことがあることから、本人が行った意思表示が本心を表明したものなのか、家族への遠慮等を含んだ意思表示なのか、解釈が難しい。【再掲】
- ・本人が希望しても、適切な情報を元に対話を繰り返し、意思決定まで寄り添える人がいない。
- ・本人の意思が家族等に共有されておらず、本人の意思を尊重した結果、後から家族と医療関係者の間でトラブルが生じる例が多く、医療関係者の負担となっている。
- ・医療・介護従事者のACPや意思決定支援の理解が、単なる療養場所や医療／ケアの決定といった表面的なものに留まってしまう可能性がある。

3 神戸市におけるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の導入について

厚生労働省の「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」が平成30年に改定され、人生の最終段階に向けた医療・ケアについて、患者・家族と医療・介護従事者等があらかじめ繰り返し話し合う自発的なプロセスである「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」の概念が盛り込まれた。

本有識者会議では、①健康な市民、②病気発症者・要介護者、③人生の最終段階の方、に分けて、神戸市におけるACPの導入について議論を行った。

（1）ACPの導入目的

対象者	導入目的
健康な市民	ACPに関する認知、理解、共感の促進を図る。
病気発症者 ・要介護者	医療・介護従事者による病状等の経過説明に基づき、本人が人生の最終段階に向けた意思形成を行うにあたり、必要な支援を講じる。
人生の最終段階の方	本人の意思を尊重した意思決定支援のほか、家族等を含めた合意形成支援を図る。

（2）ACPの導入に向けた考え方

- ・意思決定支援に際しては、本人に意思決定をしてもらうことを目的とするのではなく、本人と医療・介護従事者が一緒に決めていくプロセスを重視する「共有意思決定」の考え方に沿って進めていくべきである。
- ・医療専門職と患者・利用者が一緒に考えて決めていくという意思決定支援の方法は、どのような疾患においても共通して行うべきである。ただし、疾患によっては人生の最終段階に比較的早く進行するもの、緩やかに進行するものがあるため、画一的ではなく疾患に応じた対応を考えるべきである。
- ・本人と家族等が話し合う機会を持つための仕組みづくりが最も大切である。
- ・本人が困った時に、市民が気軽に相談できる窓口が地域の中にあり、まずは相談してみようという雰囲気醸成することが望ましい。
- ・自分らしい生き方といっても、それほど多くのバリエーションがある訳ではない。「自分らしさ」を類型化することで、本人の意思表示支援を容易にすることが考えられる。
- ・予期せぬ事態が生じ、本人があらかじめ表明していた意向と家族等の意向が異なる際に、医療・ケアの意思決定を誰が行うのか、代理決定のあり方について明確にしておく必要がある。
- ・本人が望む医療・ケアを受けながら人生の最終段階まで過ごすことができる地域の保健・医療・福祉の機能整備、地域包括ケアシステムの整備が必要である。

（3）ACPで各関係者に期待される役割

ACPの導入にあたり、行政、医療関係者、介護関係者に期待される役割は、概ね以下のとおりと考えられる。

主 体	ライフステージ	実施内容
行 政	健康な市民を対象	リーフレット等の作成・配布、市民公開講座、学校教育などを通じたACPの啓発、相談窓口の整備、意思表示ツールの作成（価値観シートや代理意思決定者の指名を含む）、ACPの普及のためのモデル事業の実施、地域包括ケアシステムの中での一定のルール作りなどの役割を担う。
医療関係者	病気発症者・要介護者、人生の最終段階の方を対象	病状に応じた治療や療養、看取りの説明（選択肢の提示）、病院・医院・施設・在宅間の連携（情報共有など）、リーフレットの配布、患者会などを通じたACPの啓発などの役割を担う。
介護関係者	病気発症者・要介護者、人生の最終段階の方を対象	病院・医院・施設・在宅間の連携（情報共有など）、精神面や生活面での希望の聞き取り・支援、患者と医療職とのコミュニケーション支援などの役割を担う。

- ・ 病気の発症の有無、重症度、家族構成、自宅・施設といった医療・ケアを受けている場所等により、意思決定支援の中心的役割を担う主体が変わりうる。
- ・ 特定の専門職が意思決定支援の中心的役割を担うべきというのではなく、保健・医療・福祉の全ての関係者それぞれが役割を担い、すべての関係者で関与していくことが重要である。
- ・ 人生の最終段階にどのように過ごしたいかを本人に聞く役割は、患者が信頼している人と話し合いたいと思っている以上、本人が「信頼している人」、「話し合いたいと思う人」が担わざるを得ない。
- ・ 日頃からどれだけ関係者間で連絡を密にしているか、意思決定を行う当事者によって、相談しやすい相手が誰かということもある。当事者や当事者を取り巻く関係者にとって、押し付けられたということにならないよう注意が必要である。
- ・ 全ての関係者が、患者本人の意思決定や、患者と家族等の間での合意形成を促進する役割を担っていると考えるべきである。

（その他の意見）

- ・ ケアマネジャーは、介護保険サービスの利用に際して必ず関与する職種であり、人生の最終段階に「どのような生き方をしたいか」という価値観を把握し、より多くの医療・介護関係者の連携の中心にあるという意味で、非常に大きな役割を担っており、ACPの中心的な担い手となるべきである。
- ・ 患者がどのような価値観を持ち、最期にどんな生き方をしたいかが一番の根幹であり、それがあって初めてどのような医療を受けたいか（医療側）、どのような暮らしをしたいか（福祉側）という議論に進める。医師には患者の生活のことが分からないのでケアマネジャー抜きでは進められない。

- ・ケアマネジャーに人生の最終段階の意向を確認してもらうことはハードルが高い。本人、家族と医療従事者と一緒にチームで決めていく中の主要なメンバーとしてケアマネジャーに関わってもらうべき。
- ・ケアマネジャーは、本人の望む暮らしのためにどのような課題があるかを整理（アセスメント）するために聞き取りを行っており、医療に関する課題はかかりつけ医に情報提供をして判断を仰ぐ。ACPに含まれる人生の最終段階の医療の意向をケアマネジャーが確認することは非常に困難であり、ケアマネジャーだけがACPの中心的な担い手となることは難しい。
- ・一方で、ケアマネジャーは、様々な療養の局面に関わる中で、意思決定支援の積み重ねができる存在であると考えられる。
- ・趣味の絵を描きたいなど、それぞれの希望を叶え、生きがいをもって生活してもらうためには、行政、医療関係者、介護関係者のみならず「社会的処方」といわれるような民間の力も必要である。

4 普及啓発の方法について

厚生労働省は、平成30年11月にACPの愛称を「人生会議」とし、普及・啓発に取り組んでいるが、十分に普及しているとはいえない状況にある。ACPを広く市民一人ひとりの生活の中に浸透させるための、普及・啓発のあり方について議論を行った。

(1) 普及啓発の必要性

- ・本人の意思に沿った医療・ケアを受けるために、家族や医療・介護関係者等と繰り返し話し合うACPについて、市民の認知度は低い。また、医療・介護関係者の認知度も低く、医療・介護施設においても、ACPを実践していない施設の割合も高い。市民及び医療・介護従事者に対する普及啓発が急務となっている。
- ・市民は、困りごとに直面して初めて自分事として問題に向き合うことができる場合もある。医療・介護現場において常にACPに向き合う医療・介護従事者が、意思決定支援とは何かということをし、しっかりと理解することが大切であり、医療・介護従事者への普及啓発から取り組むことが近道ではないかと考えられる。
- ・家族にとっても、患者と前もって話し合うことで、納得して「人生の最終段階」を見送ることができれば、後に自身を責めたり、後悔を感じたりすることなく、健康的な生活を送ることができる。

(2) 市民への普及啓発

①健康な市民への普及啓発の場及び手段

- ・市民を対象とした公開講座や出前講座、広報紙、行政からの郵送物へのチラシ封入のほか、ウェブサイトや動画配信といったメディアの活用等を通じた普及啓発が考えられる。
- ・出産や退職などのライフイベント、本人や家族の病気、家族の介護等の、自分事として捉えられる機会を、ACPを開始するきっかけとして働きかけるべきである。
- ・親の介護が自分事となる40～50歳代の方を優先して、医療・介護従事者が「親のこれからの人生をどのように支えていくか」という話ができる機会を設けることも考えられる。
- ・小中学校などの教育機関での出前授業等により、子どもを通じてACPを家庭で話し合う機会を持つことに繋がる。

②病気発症者、要介護者への普及啓発の場及び手段

- ・医療・介護従事者による病状等の経過説明と話し合いの継続や、患者会の場などでの普及啓発が考えられる。

③人生の最終段階の方への普及啓発の場及び手段

- ・本人・家族等や医療・介護従事者が参加する会議のほか、宗教家の関与などを通じた普及啓発が考えられる。

④普及啓発にあたっての留意事項

- ・「人生の最終段階の生き方」はデリケートな問題であり、伝え方に配慮を要する。市民の関心を得るためにも「人生のしまい方はその人の生き様でもある」といった点をより強調して伝えていくべきである。

- ・突然の事故や病気で生命の危険に直面する可能性はあるので、「もしそうになったら自分にとって何が大切で、どんな医療・ケアを受けたいか」について、家族と共有することを呼びかける必要がある。
- ・「自分の希望を叶えるために意思決定を」、「周囲の人、医療機関に迷惑をかけないために意思表示を」、「ACPを行った結果、ご遺族の気分の落ち込みを軽減する効果も」など、様々なトーンでのアプローチが考えられる。
- ・健康な方にとって、人生の最終段階における生命維持等の具体的な治療内容を想像することは難しく、十分に理解しないまま印象で決定してしまう危険性がある。

(その他の意見)

- ・家族の中でもしもの時のことを話す習慣がなく、話しづらいため、「人生の最終段階」という言葉を出すのではなく、まずは「話す文化」を作っていくことが大切である。
- ・新型コロナウイルス感染症のように、容体が急変した場合は、どのように最後を迎えたいか相談する時間はない。前もって考え、文字に残しておくことの重要性について啓発することも効果的と考えられる。
- ・各地域で様々な病気の相談に対応する「暮らしの保健室※」が広がっており、民間の力を活用した普及・啓発も考えられる。また、民生委員の力の活用した普及・啓発も考えられる。

(※) 誰でも予約なしに無料で健康や介護や暮らしの中での様々な困りごとの相談ができるワンストップ窓口。英国のマギーズセンターを参考に2011年に高齢化の進む大規模団地の一角で開設したのがスタート。

(3) 医療従事者、介護従事者への普及啓発

① 医療従事者、介護従事者への普及啓発の場及び手段

- ・医療・介護関係団体の関係が集まる場や、オンラインによる研修で、ディスカッションやケーススタディを実施し、関係者間の連携を図りながら、普及啓発を図っていくことが可能である。
- ・また、医療・介護施設にポスターの掲示やリーフレットを配架することで、医療・介護関係者におけるACPへの取り組み意識が高まることが期待される。

② 普及啓発にあたっての留意事項

- ・現状では、意思決定支援に対する医療・介護関係者の理解が十分とは言えないことや、共通認識が醸成されていないことから、「なぜACPが必要なのか」や「意思決定支援とは何なのか」について理解を深めることから始める必要がある。

5 意思決定内容の表明ツールについて

家族等や医療・介護関係者が本人の意向を尊重し共有するため、ACPのプロセスにおいて表明された本人の意思を書面に残すための、意思決定内容の表明ツールのあり方について議論を行った。

(1) 既存の意思決定内容の表明ツール

現在運用されている意思決定内容の表明ツールとして、以下のものがあげられる。

表明ツール	用途・目的	記載内容等
①入院連携シート、 退院連携シート	○医療・介護従事者間で患者・利用者の情報を共有することを目的に、神戸市が作成したシート。 ○ケアマネジャーがサービス利用者の入退院時に作成。	○「本人・家族の意向、生活目標等（DNARの有無を含む）」の記載可。（入院連携シート） ○「退院後の生活に関する意向」、「病気・後遺症等の受け止め／医療への意向等（DNARの有無を含む）」の記載可。（退院連携シート）
②もしものときの 安心シート	○もしものときに、自身の医療情報を救急隊や医療機関に提供することを目的に、神戸市消防局が作成したシート。 ○平成23年よりウェブサイトに掲載。	○「知っておいてもらいたいこと」の記載可。
③ゼロからはじめる 人生会議 (委員提供資料)	○健康な市民（一部、病気発症者・要介護者も含む）のACPの入口になることを目的に、神戸大学が作成。（ウェブサイト）	○設問に回答した結果、「大切にしていることは何か」、「信頼していて、いざというときに代理決定してほしい方は誰か」を含め、本人の希望や考えを伝えるシートの出力が可能。
④救急もしもシート、 価値観シート (委員提供資料)	○本人の希望する医療・ケアの実現や速やかな救急搬送・病診連携、地域全体でACPプロセスを共有することを目的に、神戸市医師会未来医療検討委員会で検討を重ね作成。	○「人生の最終段階のことをかかりつけ医と相談したいか」「人生の最終段階に関する希望」の記載可。（救急もしもシート） ※ケアマネジャーが記載し随時更新、救急隊や搬送先医療機関で共有できるようQRコード化を想定

		○「私が大切にしていること」を「とても大切」から「全く大切ではない」から選択。 (価値観シート)
⑤共に治療について考えていくための質問紙 (委員提供資料)	○患者と医療従事者のコミュニケーションのきっかけとすることを目的に、全国で唯一の乳がんにおける特定領域がん診療連携拠点病院である社会医療法人博愛会相良病院（鹿児島県）で運用。	○今後の話し合い、治療の希望、気がかり、大切にしていきたいこと、治療の目標などの設問に回答。 ○患者の疑問、不安、話したいことが引き出せるよう工夫。

(2) 意思決定内容の表明ツールの必要性

- ・入院や病状の変化などの節目のタイミングで、本人のこれまでの生き方を振り返り、今後どうするのかを、家族等や医療・介護従事者と一緒に考える仕組みとして、表明ツールは大切である。
- ・医療の現場において、限られた時間の中で本人の価値観を知ることができるツールが必要である。ツールを用いて話し合う中で、本人の新たな意向が見つけれられることや、本人と医療従事者、介護従事者の対話の活性化が期待できる。

(その他の意見)

- ・意思決定内容の表明ツールは、目標と対象を絞って作成しなければ、実際に役立つものにはならない。目標と対象を絞らないのであれば、意思決定内容の表明ツールは作成せず、一般的な広報啓発のみを行うのがよい。
- ・例えば、本人が望まない救急搬送と入院を減らすことを目標と定めた場合は、在宅療養患者や施設入所者に対象を絞って、作成するのがよい。
- ・本人の価値観や生き方を語る場面を作れていないならば、ツールで無理矢理その項目を抑えていくことに意味があるのか、ツールを作ることが本当に市民の望む意思決定支援なのか、疑問である。

(3) 意思決定内容の表明ツールの運用にあたっての前提

- ・意思決定内容の表明ツールが必要になるのは、本人が自身の意思を語れない段階であり、定期的に再確認することが理想である。
- ・意思決定の表明自体が市民にほとんど理解されていないことから、表明ツールの運用に先駆けて、普及・啓発についても行っていく必要がある。また、本人の価値観やどのように生きたいかということ、表明ツールの質問項目にとらわれずに語ることができる場面づくり、不安を取り除けるようなツールづくりが求められる。
- ・市民が意思決定内容の表明ツールに容易にアクセスできるよう、インターネット上への掲載やウェブツールの活用も視野に入れるべきである。

(4) 意思決定内容の表明ツールを記載する主体

- ・地域包括ケアシステムの中で担うのが最も望ましく、ケアマネジャーが役割を担うことで、広く在宅療養者と施設入所者をカバーすることが可能である。医療的な内容をケアマネジャーで対応することが困難であれば、空欄とすることも考えられる。
- ・一方、意思決定内容について、かかりつけ医との話し合いの中で価値観を決めて残していくのであれば問題はないが、医療の内容にそれほど詳しくないケアマネジャーとの話し合いの中で延命の希望の有無等を決めるのは不安がある。
- ・患者・利用者の今までの生活過程や意思を尊重し、自己決定が出来るよう、医師、ケアマネジャーをはじめ様々な職種が連携し、共同で取り組んでいく必要がある。

(5) 神戸市としてのツールの統一化

- ・類似のツールが存在することにより、それぞれのツールに記載されている細かいニュアンスも異なるため、広く神戸市として取り組むのであれば、統一したフォーマットが望ましい。
- ・様々なシートが存在すると市民の混乱が予想されることから、神戸市で使用するツールの決まりを作れば全国的に見ても画期的な取り組みとなる。

(その他の意見)

- ・神戸市医師会の「救急もしもシート」を基本に、救急隊と相談しながら作成してはどうか。意思決定を表明したシートをオンライン作成でQRコード化し、クラウド上で共有にできれば、効率的に運用できる。
- ・相良病院の質問紙をベースに、神戸モデルとして展開すればよい。

(6) 意思決定内容の表明ツール運用にあたっての留意事項

- ・意思決定の表明ツールに記載されている内容が相互に矛盾したものにならないようにする必要がある。例えば、できる限りの医療を受けたいが、家族の負担にもなりたくない」と記載されている場合、優先順位が分からず、治療方針が決められない。延命を優先するのか、疼痛感を減らすことを優先するのかというように、矛盾がないようにする必要がある。
- ・本人が意思決定できない場合は、意思決定内容の表明ツールに記載された内容に基づき、治療・ケア方針を決定することになるが、解釈の余地がある記載では困難を招きかねない。
- ・「価値観シート」について、意識不明になった場合や、身体が動かなくなった場合など、具体的な想定ケースを明示し記載してもらう必要がある。どのような状況で亡くなるかも分からない状況で考えた意思表示は理想論に近いものとなり、実際に共有しても役に立たない。
- ・本人が「記載する」という行為は非常にハードルが高いため、質問項目の順番などにも配慮が必要である。

6 さいごに

本有識者会議においては、神戸市における人生の最終段階における意思決定支援のあり方、ACP導入に向けての取り組みについて、幅広い分野から専門的な議論を行ってきた。

ACPの普及啓発にあたっては、本人が希望する医療・ケアをあらかじめ考え、家族をはじめ関係者と話し合うことが当たり前となるように、市民一人一人の生活の中に浸透することが必要である一方、人生の最終段階をどう迎えるかは、様々な倫理観、価値観を含むと同時に、非常に専門的な分野でアプローチの仕方も様々であり、大きな課題かつ極めてデリケートな問題である。

神戸市においては、このような点を踏まえながら、ACP導入に向けて、

- ①市民向けの普及啓発のための市民公開講座等
- ②医療・介護従事者向けの教育講演等
- ③医療介護施設や公的施設等におけるパンフレット等の配布
- ④地域の相談窓口の設置
- ⑤意思表示内容の保存・更新・共有のためのICTツールの活用

など、本報告書の内容の具体化について、関係者間で合意が得られたものより順次着手することで、ACPの普及・啓発をより一層推進することが求められる。

(資料1)

人生の最終段階における医療に関する意識調査結果と本市の現状

(1) 平成29年度 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果(厚生労働省)

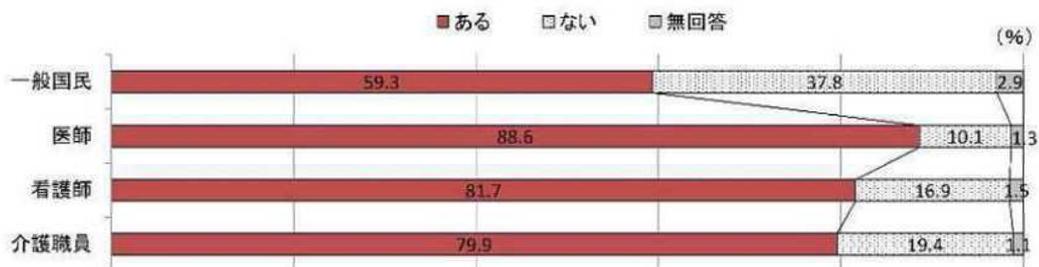
■目的

平成4年以降5年おきに、国民、医療従事者、介護施設職員の人生の最終段階における医療に対する意識やその変化を把握するための調査を実施し、患者の意思を尊重した望ましい人生の最終段階における医療のあり方の検討に活用する。

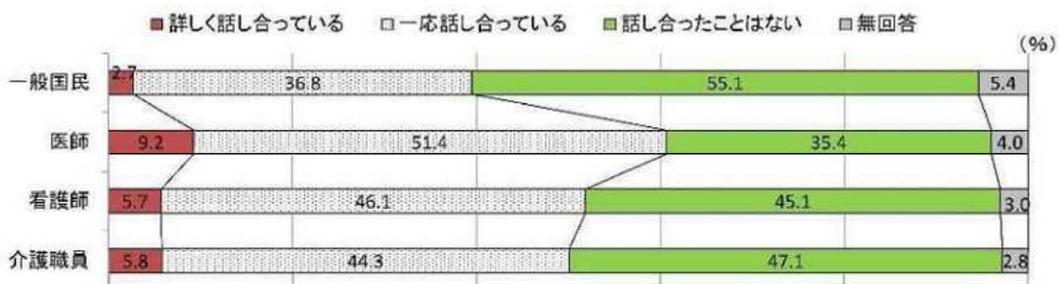
①人生の最終段階における医療に関する関心

人生の最終段階にどのような医療・ケアを受けたいか、約6割の一般国民が考えたことがある一方、家族等や医療・介護関係者と話し合ったことがないものは約55%。

■ 人生の最終段階における医療・療養についてこれまでに考えたことがあるものの割合



■ 人生の最終段階における医療・療養についてこれまでにご家族等や医療介護関係者と話し合ったことがあるものの割合



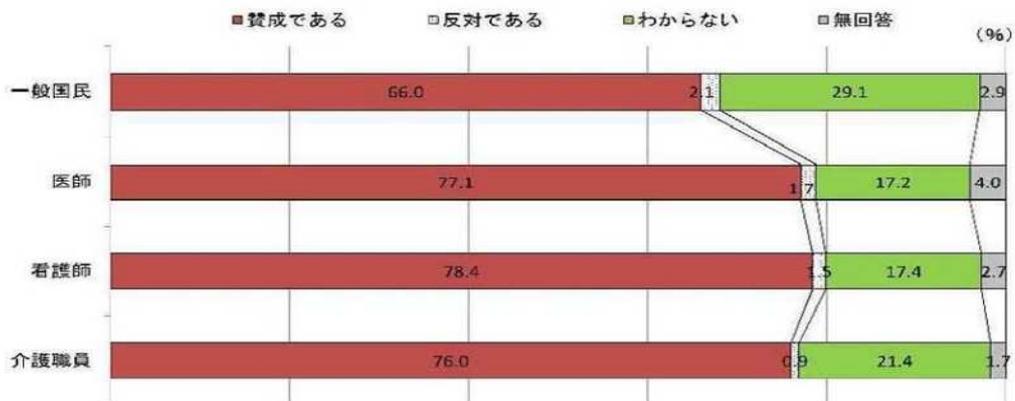
②事前指示書及び治療方針の決定についての考え方について

自分が意思決定できなくなった時に備えて、どのような医療・療養を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面(事前指示書)を予め作成しておくことに、66%の一般国民が賛成しているが、実際に事前指示書を作成している者は、事前指示書の作成に賛成と回答した者においてもほとんどいない。

■ 事前指示書の作成状況(事前指示書の作成に「賛成」と回答した者)



■ 自分が意思決定できなくなったときに備えて、どのような医療・療養を受けたか、あるいは受たくないかなどを記載した書面(事前指示書)をあらかじめ作成しておくことについての賛否



自分が意思決定できなくなったときに備えて、自分の医療・ケアに関する方針を決めてほしいと思う人を選定しておくことに、約63%の一般国民が賛成しているが、選定しておくことに賛成であると回答した者においても約78%が選定していない。

■ 自分が意思決定できなくなったときに備えて、自分が信頼して自分の医療・療養に関する方針を決めてほしいと思う人、もしくは人々の選定状況(選定しておくことに「賛成である」と回答した者)



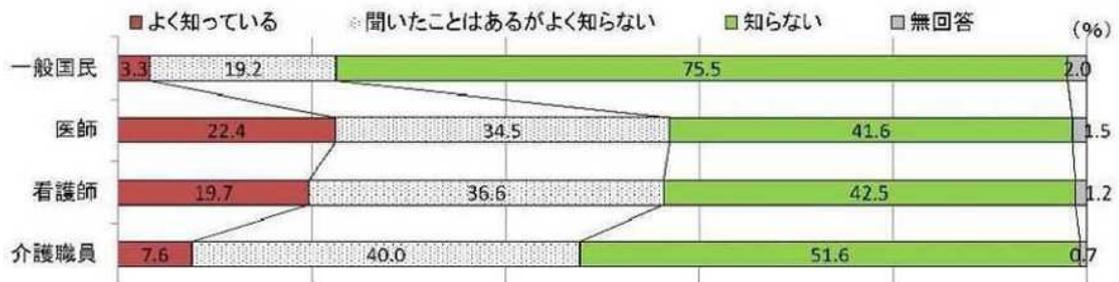
■ 自分が意思決定できなくなったときに備えて、自分が信頼して自分の医療・療養に関する方針を決めてほしいと思う人、もしくは人々の選定状況(選定しておくことに「賛成である」と回答した者)



③アドバンス・ケア・プランニング（ACP）について

人生の最終段階の医療・療養について、意思に沿った医療・療養を受けるために、ご家族等や医療介護関係者等と予め話し合い、また繰り返し話し合うこと（アドバンス・ケア・プランニング（ACP））について、一般国民のみならず、医療・介護関係者の認知度も低い。

■ 人生の最終段階の医療・療養について、意思に沿った医療・療養を受けるために、ご家族等や医療介護関係者等とあらかじめ話し合い、また繰り返し話し合うこと（アドバンス・ケア・プランニング〈ACP〉）についての認知度



医療・介護従事者において、人生の最終段階の患者・利用者に対するアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を実践していない者が6割程度である。そのうち今後の実践についても検討していない者が6割以上である。

■ 人生の最終段階の患者・利用者に対しての、上記ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の実践状況

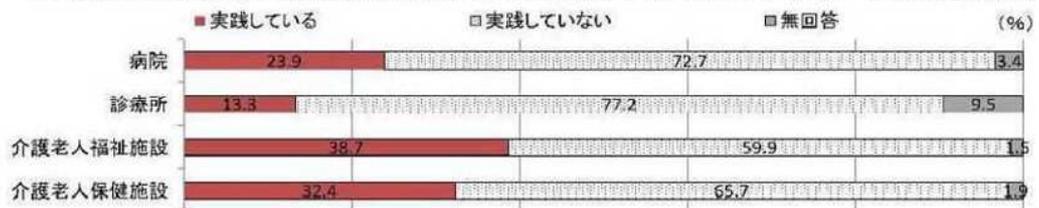


■ 上記ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の、今後の実践についての考え（「実践していない」と回答した者）

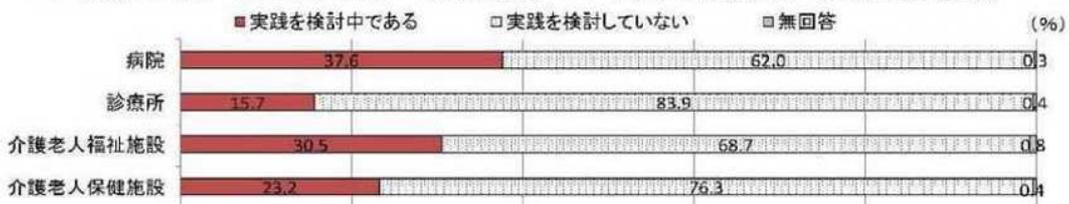


医療・介護施設の方針として、人生の最終段階の患者等に対して、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）ACPを実践していない施設が病院で約7割、介護老人福祉施設で約6割である。そのうち今後の実践についても検討していない施設が病院で約6割、介護老人福祉施設で約7割である。

■ 施設の方針として人生の最終段階の患者等に対して、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の実践状況



■ 今後、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の実践についての考え(「実践していない」と回答した者)

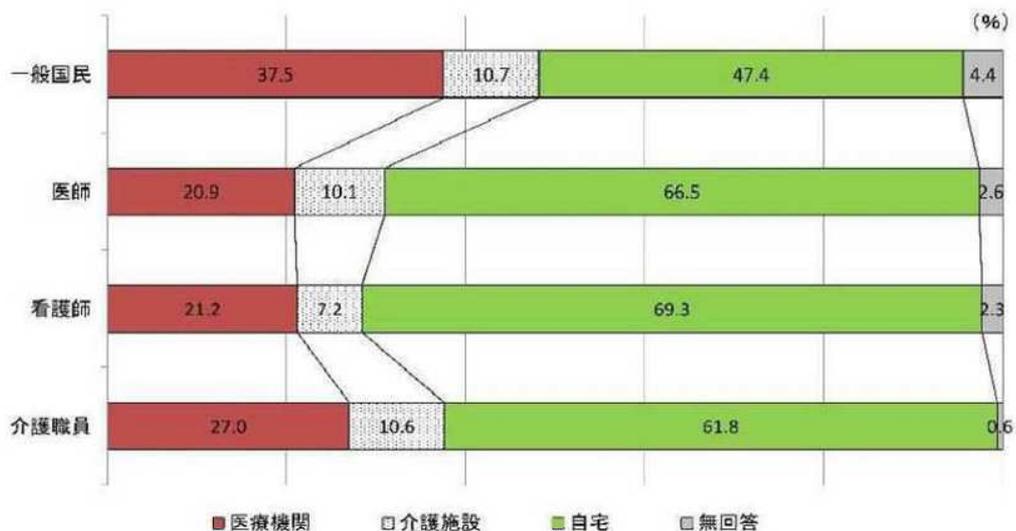


④ 人生の最終段階の状況において過ごす場所に関する希望

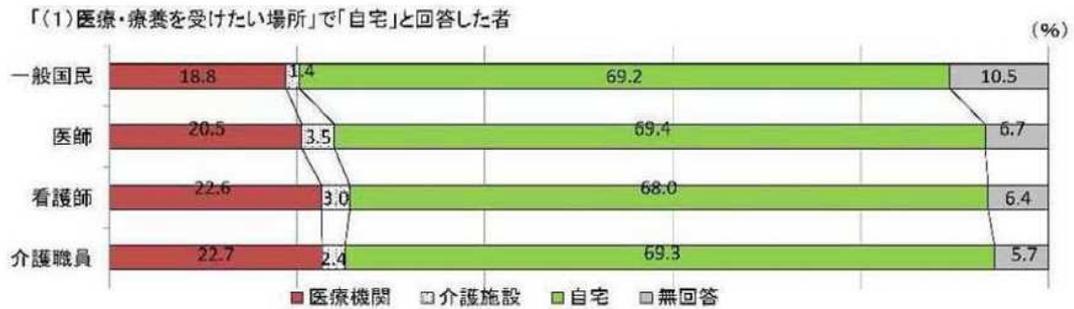
人生の最終段階において自宅で医療・ケアを受けたい場所と考えている者の多くが、自宅で最期を迎えたいと考えている。

【医療・ケアを受けたい場所 (ケース1)】

【ケース1】末期がんと診断され、状態は悪化し、今は食事がとりにくく、呼吸が苦しいが、痛みはなく、意識や判断力は健康な時と同様に保たれている場合
 ※回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る。

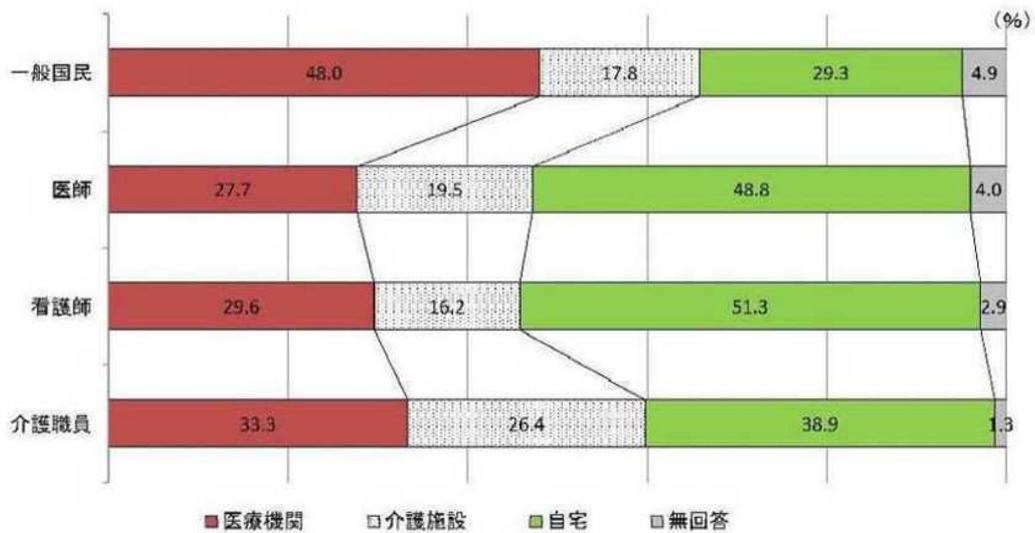


【最後を迎えたい場所（ケース1）】



【医療・ケアを受けたい場所（ケース2）】

【ケース2】慢性の重い心臓病が進行して悪化し、今は食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要だが、意識や判断力は健康な時と同様に保たれている場合
 ※回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る。



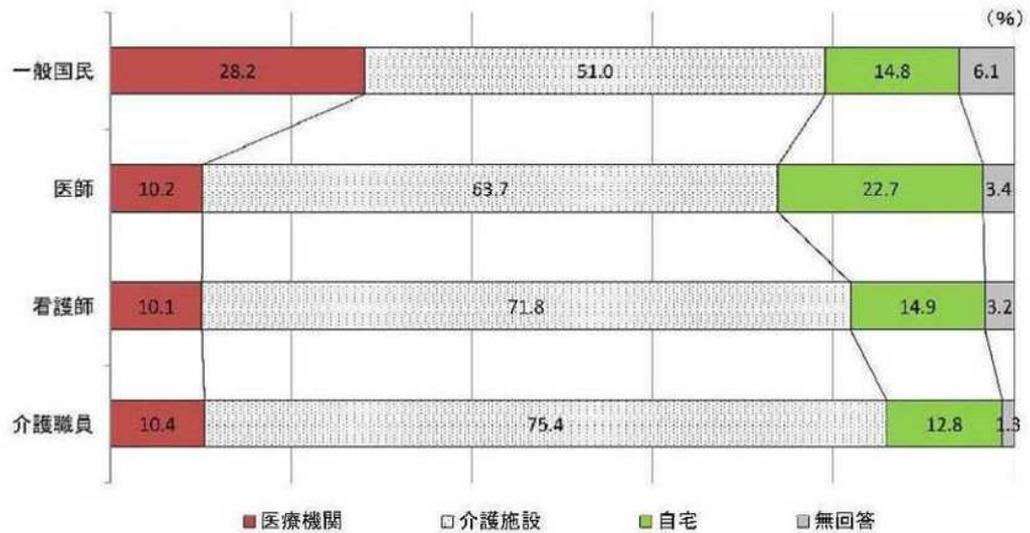
【最後を迎えたい場所（ケース2）】



【医療・ケアを受けたい場所（ケース3）】

【ケース3】認知症が進行し、自分の居場所や家族の顔が分からず、食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要な状態で、かなり衰弱が進んできた場合

※回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る。



【最後を迎えたい場所（ケース3）】

「(1)医療・療養を受けたい場所」で「自宅」と回答した者

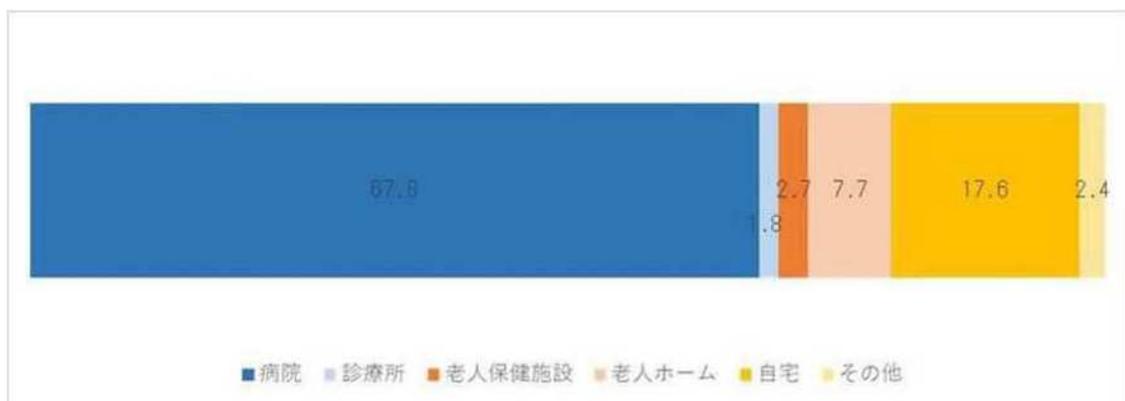


(2) 平成 29 年人口動態調査

神戸市における死亡の場所別の死亡数では、病院が最も多く 67.8%、介護老人保健施設が 2.7%、老人ホームが 7.7%となっている。自宅での死亡は 17.6%となっている。

	病院	診療所	老人保健施設	老人ホーム	自宅	その他	(単位：%)	
							在宅死割合	順位
札幌市	81.2	1.3	1.1	3.2	11.0	2.1	15.4	20
仙台市	65.1	3.2	4.3	8.2	17.0	2.3	29.4	3
さいたま市	75.2	0.4	1.4	8.1	13.4	1.4	23.0	14
千葉市	72.6	1.3	1.7	6.5	16.0	1.8	24.3	10
横浜市	67.6	0.9	2.3	8.8	18.4	2.0	29.5	2
川崎市	69.1	0.8	1.3	8.7	17.9	2.2	27.9	5
相模原市	77.5	0.4	0.9	6.5	13.2	1.4	20.7	15
新潟市	79.1	0.1	2.8	7.2	9.1	1.7	19.1	18
静岡市	70.2	0.1	3.9	8.6	15.3	1.8	27.9	6
浜松市	63.9	2.0	6.9	12.8	12.6	1.9	32.3	1
名古屋市	69.8	1.0	2.3	10.2	15.2	1.4	27.7	7
京都市	74.1	0.2	1.9	6.8	15.4	1.5	24.2	11
大阪市	72.9	0.4	1.4	5.4	17.6	2.3	24.4	9
堺市	73.8	0.2	1.9	5.3	16.5	2.3	23.7	13
神戸市	67.8	1.8	2.7	7.7	17.6	2.4	28.0	4
岡山市	67.2	4.5	3.3	9.0	12.5	3.5	24.8	8
広島市	70.2	2.3	1.7	8.7	13.9	3.4	24.2	12
北九州市	82.1	0.8	1.1	4.7	9.9	1.4	15.7	19
福岡市	78.0	1.0	1.1	5.6	12.5	1.9	19.1	17
熊本市	75.2	2.9	2.6	6.4	11.0	1.9	20.0	16
政令指定都市 計	72.4	1.1	2.2	7.3	15.0	2.0	24.5	
全国	73.0	1.8	2.5	7.5	13.2	2.1	23.2	
兵庫県	70.0	1.4	2.0	7.9	16.2	2.5	26.1	

※在宅死割合は老人保健施設、老人ホーム、自宅での死亡の割合



(資料2)

意思決定内容の表明ツールの運用

1. 入院連携シート、退院連携シート（神戸市） 23
2. もしものときの安心シート（神戸大学） 26
3. ゼロからはじめる人生会議（神戸大学） 28
4. 救急もしもシート、価値観シート（神戸市医師会） 33
5. 共に治療について考えていくための質問紙（社会医療法人博愛会相良病院） . . . 40

入院連携シート

神戸市

提供日	年 月 日	入院日	年 月 日		
事業所(施設)名	ケアマネジャー名		電話・FAX		
フリガナ氏名	生年月日	明大昭	年 月 日	年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
緊急時連絡先	氏名(キーパーソン)		続柄※	住所	
	1			電話番号	
	2			備考	
※「成年後見人」の場合は、続柄欄にその旨記載。どちらか一方が医療同意者となる場合、その他留意事項があれば備考欄に記載					
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護 <input type="checkbox"/> その他()	医療保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 生保() CW) <input type="checkbox"/> 船員	住環境 <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合 階 EV <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他の収入()	障害等認定 <input type="checkbox"/> 身障() <input type="checkbox"/> 精神() <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患()			
本人・家族の意向、生活目標等(DNARの有無を含む)			生活歴(これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など)		
要介護度	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)		
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			(備考)	
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
介護サービス利用状況	訪問 <input type="checkbox"/> 介護(/ 週) <input type="checkbox"/> 入浴(/ 週) <input type="checkbox"/> リハビリ(/ 週) <input type="checkbox"/> 看護(/ 週)				
	通所 <input type="checkbox"/> 介護(/ 週) <input type="checkbox"/> リハビリ(/ 週)	短期入所	<input type="checkbox"/> 日 / 月		
	その他 <input type="checkbox"/>	訪問看護事業所	(電話番号)		
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (職種:)				
かかりつけ医療機関(医科・歯科・薬局)	医療機関名等		電話番号	現在治療中の病気 ※主治医意見書等参照	
	1				
	2				
既往歴	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()			手術歴	
在宅での生活状況					
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食(<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> とろみ)		
		制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他())		
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部)		
移動方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()			
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他())		
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排尿能力	<input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 排便習慣 回 / 日・週)		
		日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他()			
夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他()					
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	処方薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> お薬手帳参照		眠剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理 ()		夜間の状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不穏
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い・処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否				
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 (補聴器の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 言語 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
		視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 意思疎通 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
精神・心理面での療養上の留意点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()			
特別な医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他()				
在宅移行時に推測される問題点、介護上特に注意すべき点					

※上記の担当者が利用者または家族の承諾を得て、利用者の入院・入所先を関係者へ情報提供します。

退院連携シート

神戸市

記入者

記入日 年 月 日

事業所(施設)名	
ケアマネジャー名	
電話番号	

病院・診療所名	
担当部署・担当者名	
電話番号	

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得ています。

姓	名	生年月日	明大昭	年	月	日	年齢	歳	性別	男	女
住所			電話番号(固定)			電話番号(携帯)					
氏名(キーパーソン)		続柄※		住所		電話番号		備考			
緊急時連絡先	1										
	2										
※「成年後見人」の場合は、続柄欄にその旨記載。どちらか一方が医療同意者となる場合、その他留意事項があれば備考欄に記載											
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居		医療保険		<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健康保険		住環境		<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合		
	<input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護		<input type="checkbox"/> 生保() <input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船員		<input type="checkbox"/> 階 EV <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
<input type="checkbox"/> その他()		障害等認定		<input type="checkbox"/> 身障() <input type="checkbox"/> 精神() <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患()							
退院後の生活に関する意向(本人・家族)						生活歴(これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など)					

要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請		有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)								
	申請日() 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5								
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		入院先主治医		主治医:						
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		入院先診療科		診療科:						
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 予定										
現在治療中の病気	①		②				③				
病名(入院原因疾患)											
入院中の経過予後・予測											
今後の医学管理	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥										
既往歴	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()									手術歴	
病気、後遺症等の受け止め/医療への意向等(DNARの有無)	本人への病名告知 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		家族								
退院後必要な事柄	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 自己注射() <input type="checkbox"/> その他()										
	医療・看護・リハビリの視点										
禁忌事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		運動制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		栄養状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		入院時体重		
								kg			
入院中の過ごし方											

利用者氏名					
	自立	見守り	一部介助	全介助	
移動方法	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()				
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない				
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない				
整容	洗顔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	整髪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	爪切	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義 歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部)
食事摂取 食事形態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食 形 態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 (<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	制 限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 ml/日 カロリー kcal/日)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に) <input type="checkbox"/> 診断有 <input type="checkbox"/> ST介入有 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()
更 衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排泄	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排尿能力 <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル 排便習慣 回/ (日・ 週)
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他() 夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他()
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理() <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	眠剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 睡眠の状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 頓服の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	禁忌事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
簡単な調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	買 い 物 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 金 銭 管 理 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
麻 痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他				
拘 縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:) <input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位:)				
褥 瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)				
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)				
視 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能 めがね使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通の声やと聞き取れる <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	補聴器の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
意思伝達	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる (伝達方法:)				
認知(短期記憶)	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし (<input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → 再度確認しても同じ答え)				
精神・心理面での療養上の留意点	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> しつこく同じ話をする <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 特記事項()				
社会との関わり	家族等近親者との交流	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
	地域近隣との交流	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
	友人知人との交流	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
その他(退院後の生活で注意すべき点、住宅改修の必要性、在宅復帰のために整えなければならない要件等)					
自立した日常生活を営むことができるように支援するうえで解決すべき課題					
備 考					

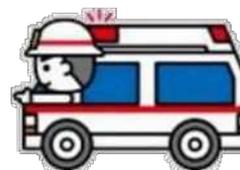
もしものときの

安心シート

(救急医療情報)



神戸市



二つ折り

安心シートとは

安心シートは、あらかじめ「名前や住所」「緊急時の連絡先」「持病」「かかりつけの医療機関」などを記入しておき、玄関や冷蔵庫などの目につきやすい場所に設置しておくものです。自宅で具合が悪くなったとき、本人が症状を説明できない場合、記入された情報を駆けつけた救急隊や搬送先の医療機関が参考にします。

安心シートの作り方

用意した安心シートに、必要なことを記入してください。記入ができれば、記入面を内側にして二つ折りにしてください。

安心シートの設置

二つ折りにした安心シートは、「安心シート」と大きく書いてある面を表面にして、玄関の下駄箱付近や冷蔵庫のドアなど、駆けつけた救急隊や支援者の目につきやすい場所に、磁石や、テープ、押しピンなどで貼り付けてください。

安心シートが設置してあることが、駆けつけた救急隊や支援者にわかるように玄関扉の内側などに安心シートの設置場所を記入した「表示マーク」を貼ってください。この「表示マーク」は各区消防署等で配布しています。



お願い

安心シートは、市民の皆様の事前の意思表示に基づき、ご自身の救急医療情報を救急隊や医療機関に提供することを目的としています。したがって、救急隊や医療機関などが活用することに同意できる場合のみ設置願います。

安心シートは、救急隊や医療機関が必要に応じて参考にするものです。活用できない場合もあることをご了承ください。

もしものときの**安心シート** (救急医療情報) 書き直せるよう、
エンピツでご記入ください。

(年 月 日記入)

もしものとき、救急隊や搬送先病院は、以下の情報を活用してください。

名前(ふりがな)	年齢	生年月日	性別	血液型
		年 月 日		型
電話	住所			
	神戸市 区			

<p>知っておいてもらいたいこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・持病(高血圧、糖尿病、狭心症など) ・常用している薬 ・アレルギーの有無 ・その他、お体の具合など ご自由に記入してください 	
---	--

かかりつけの病院	病名	病院の電話番号
①		
②		
③		

緊急連絡先(名前)	ご関係	電話/携帯	住所
①			
②			
③			

※『ご関係』欄には、親族(子・孫・兄弟姉妹など)、友人、担当の民生委員などのご関係を記入ください。

健康保険被保険者証番号	
お世話になっている介護事業者	電話

【お願い】

必要に応じて新しい情報に書き直してください。
救急隊や病院の医師などが見やすいように、ていねいな記入をお願いします。



考えてみましょう

大切にしていることは何かを考える

もし生きることができる時間が限られているとしたら、あなたにとって大切なことはどんなことですか？ 以下の中から選んでみてください。（複数回答可）

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 家族や友人のそばにいること | <input type="checkbox"/> 少しでも長く生きること |
| <input type="checkbox"/> 仕事や社会的な役割が続けられること | <input type="checkbox"/> 好きなことができること |
| <input type="checkbox"/> 身の周りのことが自分でできること | <input type="checkbox"/> ひとりの時間が保てること |
| <input type="checkbox"/> できる限りの医療が受けられること | <input type="checkbox"/> 自分が経済的に困らないこと |
| <input type="checkbox"/> 家族の負担にならないこと | <input type="checkbox"/> 家族が経済的に困らないこと |
| <input type="checkbox"/> 痛みや苦しみがでないこと | <input type="checkbox"/> その他 |

なぜそう考えたか、その理由を具体的に書いてみましょう。

あなたご自身や親しい方が重体や危篤になった経験や、親しい方を亡くしたご経験はあるでしょうか？ 自身、ご家族や友人のご経験、またはテレビや映画の場面を通じてお感じになったことについて、お伺いします。

「こんな最期だったらいいな、こんな医療やケアを受けたいな」と感じたことはどんなことですか？
具体的に書いてみましょう。

「こんな最期は嫌だな、こんな医療やケアは嫌だな」と感じたことはどんなことですか？
具体的に書いてみましょう。

今後もしあなたが同じような状況(重体や危篤)になったとしたらどのような医療やケアを受たいですか？
具体的に書いてみましょう。

あなたがこのような状態になったら、「生き続けることは大変かもしれない」と感じるとすれば、どのような状況になった時でしょうか？

ご自由にお書き下さい。

(例を挙げると以下のようなものがあります。)

「重体や危篤になって目が覚めず、周りに自分の気持ちや考えを伝えられない」

「体の自由がきかない」

「身の回りのことが自分でできない」

「自分で排泄することができない」

「食べたり飲んだりすることができない」

「機械の助けがないと生きられない」(例:人工呼吸器)

「治すことができないつらい痛みが続く」

もしもあなたが、上で考えていただいたような「生き続けることは大変かもしれない」と感じる状態になったとしたらどのように過ごしたいと思いますか？

以下の中から選んでみて下さい。

- ① 必要な医療やケアを受けてできるだけ長く生きたい
- ② ①よりは命が短くなる可能性はあるが、今以上の医療やケアは受けたくない
- ③ わからない

なぜそう考えたか、その理由を具体的に書いてみましょう。

[次のステップへ>](#)



信頼できる人は誰か考えてみましょう

あなたが信頼していて、いざという時にあなたの代わりとして 受ける医療やケアについて話し合
ってほしい人

・あなた自身の事をよく理解してくれているあなたが信頼できる家族や友人で、病状などによりあなたが考えや気持ちを伝えられなくなった時に、あなたの代わりに「どのような医療やケアを受けるか」「どこで医療やケアを受けるか」などについて相談し話し合う人のこと

・法的な権利はなく、財産分与などにはかかりません

以下のような人が考えられます。

配偶者(夫、妻)

子ども

きょうだい 親戚(姪・甥など)

友人

親

医療・介護従事者

なぜ決めておく必要があるのでしょうか

- ・あなたの価値観や人生観を共有できる
- ・あなたの医療やケアに対する考えを伝えておくことができる
- ・あなたの考えや好みが尊重される
- ・あなたの考えを想像して、不確かなまま決めざるをえない、家族などの気持ちの負担が軽くなる

誰があなたの価値観や考え方を大切に、それに沿った話し合いをあなたの代わりにしてくれるかを慎重に考えて下さい。それは、兄弟かもしれませんし、成人したあなたのお子さんかもしれませんし、信頼できる友人のこの場合もあります。1人である必要はありません。

例えば、妻と長女で話し合って決めてほしい、などのように複数の人となることもあるでしょう。

その方にあなたの気持ちを率直に伝えましょう。

もしも、あなたが病状などにより、自分が考えや気持ちを伝えられなくなった時や、あなたが医療などについて決められなくなった時に、あなたの代わりに医療やケアについて話し合う信頼できる家族や友人の方はどなたになりますか？

具体的なお名前と問柄を記入してください。(複数でも可能)

もしあてはまる人がいないときは、「頼める人がいない」とお書き下さい。

なぜその方をお願いしたいのでしょうか?理由をお書き下さい

あなたのご自身の代わりに受ける医療やケアについての話し合いに参加してほしいと思っていることを、ご本人に直接伝えていますか？

あてはまる方を選んでください。

- 伝えている
- 伝えていない

もしまだ伝えていないのであれば、理由も含めて伝えてみましょう。

<戻る

次のステップへ>



伝えましょう

話し合いの内容を医療・介護従事者に伝えておきましょう

今まで色々考えてきましたが、もしもの時に、あなたの信頼できる家族や友人にどれくらい任せるかについても考えておくの良いでしょう。

特に、あなたが望んでいる医療やケアと医療・介護従事者（医師や看護師など）の考える、あなたにとって一番良いと思われる医療やケアの内容が食い違った時はとても判断に迷います。

病状が悪化し、自分の考えが伝えられなくなった時に、あなたが望んでいたこととあなたの信頼できる家族や友人の考えが違う時はどうしてほしいですか？

- 私が望んでいたとおりにしてほしい
- 私が望んでいたことを基本として、医療・介護従事者と信頼できる家族や友人で相談して決めてほしい
- 私が望んでいたことと違って、医療・介護従事者と信頼できる家族や友人で相談して決めてよい
- どちらともいえない（具体的にお書き下さい）

信頼できる家族や友人と話すだけでは十分ではありません。その他の家族や知人、医療・介護従事者にもあなたの希望や考えを伝えておきましょう。あなたの希望がより尊重されやすくなります。

※「気持ちが変わること」はよくあることです。その都度信頼できる家族や友人や医療・介護従事者と話し合いましょう。

※医療・介護従事者（医師や看護師など）に希望を伝えた後でも、いつでも内容を訂正することはできます。

病状や症状が変化したときなど定期的に考えを整理しなおし、必要に応じて主治医や家族と話しておきましょう。

< 戻る

作成する >



救急もしもシート及び価値観シートのご提案

ご本人の思いを言語化する、伝える、話し合いを重ねるというプロセスに資する、
その方の人生をより良いものにするためのツール



2020年12月1日
神戸市医師会
未来医療検討委員会

◆神戸市医師会未来医療検討委員会からの提案

侵襲的でなく且つ効果的な ACP の追究とその実装については、医療・ケア専門職の臨床改善のみならず、市民と共に自発的な ACP 文化を醸成し、また ACP を医療やケアにしっかりと反映できるシステムを行政と共に構築していく必要がある。

以下に 2 種のシートの運用を提案する。

◆救急もしもシートについて

1. 目的

高齢者の身体状況や緊急連絡先の情報のみならず今後の治療や療養に係る希望に関する情報を記載した文書（緊急時情報共有ツール）や意思決定支援プロセスに関する情報を地域で共有・運用することで、本人の意向が尊重される医療や療養および速やかな救急搬送や病診連携を可能にする。

2. 運用方法

ケアマネジャーや生活相談員が ACP の扉を開けるキッカケとして、情報共有ツールを紹介する介入からスタートし、その後も伴走型支援を行う。情報共有ツールは、セキュリティ対策を講じたクラウド上で管理し、併せて入退院支援情報や意思決定支援のプロセスに関する情報なども共有できる仕組みとする。基本的には、救急隊、救急告示病院、当人に関わる医療介護従事者は、これらの情報閲覧が可能となる。当人の希望や積み重ねた ACP に関する情報を共有することで、例えば当人が意向を表明できない状態に陥ったとしても、その意向を推定する材料となる情報をベースに、適切な医療や介護が提供される。

1) 対象者

・当面の対象者は、神戸市内の要介護者のうち、ケアマネジャーまたは施設の生活相談員から当該事業の説明を聞いた上で、自らの情報の登録および共有に関し、書面で同意した者とする。

2) 運用

- ・初回登録後は、対象者のケアマネジャーまたは生活相談員が基本的に 1 年に 1 度（対象者の誕生日）、情報共有ツール（以下、「救急もしもシート」）の見直しを行い、変更があった場合に更新登録することとする。しかし、病状や意向が変化した際には、その都度見直しを行う。
- ・ケアマネジャーまたは生活相談員は、記入した「救急もしもシート」を当該事業事務局（以下事務局）に登録する。事務局は、「救急もしもシート」を QR コード化し、プリントアウトした QR コードを付したカード（保険証と共にしまっておくもの）とステッカー（玄関または冷蔵庫に貼っておくもの）を発行する。郵送もしくはケアマネジャーを通し、カードおよびステッカーは対象者の元に届けられる。
- ・「救急もしもシート」はクラウドで管理し、服薬情報や入退院連携シート、本人の意向を推定するに資する情報（ACP 記録等）も併せて管理できるようにする。
- ・救急要請があった際、救急隊は特別認証のある端末で当該 QR コードを読み取る（QR コードは一般のスマートフォン等では読み取れず、特別認証のある端末を当該 QR コードをかざすと瞬時に「救急もしもシート」や服薬情報にアクセスすることができる）。
- ・「救急もしもシート」は、救急隊以外に、救急告示病院およびシートに記載された医療福祉関係機関がアクセスできる。救急隊は特別認証のある端末から QR コード経由で、それ以外については、ID、パスワードを付与し、Web 経由でアクセスする。

◆ 価値観シートについて

1. 開発の背景

- Advance Care Planning(以下 ACP)とは、「今後の治療・療養について、患者・家族と医療・ケア 専門職があらかじめ話し合う自発的なプロセス」とされる (厚生労働省,2017)。
- つまり、ACP は、 決断の結果 (DNAR を含む Advance Directives) ではなく、本人が信頼する近しい人、そして医療・ ケア専門職と、信頼関係・相互理解をベースに、本人の価値観や目標を医療やケアに反映すべく 話し合いを積み重ねていく、そのスタンスに焦点を当てている。
- 70%の国民が、このような話し合いの重要性を理解し賛成という意向を示しているが、実際に詳細を話し合っている者は3%以下、一応は話し合っている者も30%に留まる。
- そして、このような話をしていない理由で最も多かったのが、「話をするきっかけがなかったから」という回答である (厚生労働省,2017)。
- 「おまかせ」、「以心伝心」、「他者との関係の文脈の中で意思決定する文化」のわが国においては、本人の意向や自律の尊重よりも家族の意向が重視されること傾向が強いことが報告されている。

2. 開発の目的

機関を越え地域全体で ACP プロセスを共有することを主眼とし、ご本人の思いを言語化する、伝える、話し合いを重ねるといったプロセスに資する、また、その方の人生をより良いものにするためのツールを作成する。

3. 開発の方法

- まず、神戸市医師会未来医療委員会のメンバーにより、ご本人の価値観を同定・共有するツールの項目案を作成した。
- ツールの項目案に関し、デルファイ法を用い、医師(病院：救急・総診・内科)、プライマリケア医・在宅医等)、看護師 (病院・連携室看護師、訪問看護師)、MSW、ケアマネジャー、地域包括支援センタースタッフ、薬剤師、学識者 (ACP 研究・倫理学者等)、市民ら、計 58 名の意見収束を行った。

4. 対象と運用

- 医療やケアの方針や日常臨床やケアに活かすため、価値観シートを地域全体で運用することを提案する。

1. 比較的、健康な成人

- ・ご本人がまずは自身の価値観を知る (ACP の準備性 (readiness) の向上)
- ・価値観を家族を含む近しい人々と共有
- 運用例) 市民啓発 (イベントでの紹介・配布、市報等での周知等)

2. 要介護認定者、基礎疾患を擁する患者

- ・医療・ケア専門職との ACP コミュニケーションツールとして活用
- 運用例) 診療所、薬局、地域包括支援センター等での配布/設置
- 介護保険関連の書類送付の際 (認定結果の通知時など) に同封
- 診療・看護・ケアマネジメントのプロセスで ACP ツールとして活用

3. 意思の表出、意思決定が困難な者

- ・ご本人が意思を表明できなくなった際には、その方の意思を推定する資料として臨床・ケアの場で活用
運用例) 家族を含む近しい方々と医療・ケア専門職による活用

◆ 価値観シートの項目

- デルファイ法により、17項目が抽出された。
- 神戸市の状況を鑑み、神戸市医師会未来医療検討委員会で議論の末、3項目を追加する形で、価値観シートを完成させた。

◆ 各種シートの対象および運用のイメージ



「救急もしもシート(案)」の項目と記載方法
 ・項目およびその記載方法(案)は、以下の通り。

改定案		New あんしんシート		① 新規 更新	
② 施設・高齢世帯・居住系施設・その他		③ 記載日 2019年6月20日			
④ 氏名	ふりがな	こうべ あんしん	男	生年 月日	
		神戸 安心子	男	明治・大正・昭和 12年12月6日(81)歳	
住所	神戸市 〇〇区 〇〇1-2-47		電話番号	078-406-△△23	
主治医意見書情報	主たる 傷病名	脳動脈硬化症 高血圧 糖尿病		介護度	
	予測される 緊急病態 または重要な 既往歴	2015年 脳梗塞 脳動脈アテロームあり 抗凝薬剤、降圧剤、血糖降下剤内服中		<input type="checkbox"/> 要支援()	
	日常生活 自立度	障害 (寝たきり度)	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護(1)	
	認知症	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		<input type="checkbox"/> 該当なし	
⑥ 連絡先	氏名	続柄	本人の意思 を推定する キーパーソン	住まい(市内外)	緊急時の連絡先(携帯、職場など)
	1 神戸 花子	長女		<input checked="" type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外()	078-403-1111(自宅)
	2 神戸 太郎	長男		<input checked="" type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外()	090-11187-7795(携帯)
	3 神戸 次郎	次男	○	<input type="checkbox"/> 市内 <input checked="" type="checkbox"/> 市外(北海道札幌市)	090-11579-3800(携帯)
⑦ 医介連携連絡先	機関名		担当者	緊急連絡先	
	かかりつけ医	〇〇クリニック	〇〇 〇〇	078-0000-0000	
	訪問看護 St	〇〇〇訪問看護ステーション	〇〇〇 △〇	078-0000-0000	
	薬局	△△薬局	△〇 〇△	078-0000-0000	
	ケアマネ	〇〇〇△△プランナー	〇△ △〇〇	078-0000-0000	
⑧ 人生の最終段階に関する希望	◆人生の最終段階のことを「かかりつけ医」と相談したいですか？ <input checked="" type="checkbox"/> 相談したい <input type="checkbox"/> 今はまだいい <input type="checkbox"/> すでにしている				
	◆ 表明された本人意思や家族の希望 (現時点での意向に近いものに、一つに圈してください) ※これはあくまで、本シート作成時のお気持ちであり、決定事項ではありません。 <input type="checkbox"/> 1. 決められない・決めたくない <input type="checkbox"/> 2. できるだけ長く生きることを優先して治療を受けたい <input type="checkbox"/> 3. 長く生きることより、苦痛を減らすための治療や負担のない治療を <u>病院</u> で受けたい <input checked="" type="checkbox"/> 4. 長く生きることより、苦痛を減らすための治療や負担のない治療を <u>受けながら、住み慣れた自宅や施設</u> で過ごしたい				
	◆あなたは、自宅での療養(往診や訪問診療)についての相談をしたいですか？ <input checked="" type="checkbox"/> したい <input type="checkbox"/> 今はまだいいが将来的にはしたい <input type="checkbox"/> すでにしている				
	⑨				
⑪ その他 特記事項	訪問時に語られた、ご本人の人生の最終段階の希望に関する訪問看護師さんの記録のコピーを登録します。				
⑫	※ 案に関しては、お薬手帳又はお薬の説明書のコピーをあんしんシートと併せて登録してください。 ※ OPTIONについては、ご本人や家族、また医療・介護チームと相談して、必要に応じて登録ください。				

救急もしもシート（案）の項目について

No	項目の説明
①	初回登録時は「新規」に○をする。次年度以降、基本的には、その方のお誕生日月に内容の見直しを行い、内容に変更があった際には「更新」に○をして登録をする。尚、お誕生月を待たずして、対象の方の心身の状態やご意向が変わった場合には、いつでも「更新」できる。
②	居住形態について、当てはまるものに○をする。
③	救急もしもシートの全ての項目について記載が終わり、事務局にFAXする日を記載する。
④	氏名、性別、生年月日は保険証の情報より、住所については、現在お住まいの住所を記載する（このご住所宛に、QRコードを添付したカードおよびステッカーの送付をする）。 （住民台帳もしくは保険証（国保に限る）の情報を転載できるシステム構築などは市に提案予定）
⑤	ケアマネジャー、生活相談員は、主治医意見書から、対象の方の心身の状況に関する情報を転記。「予測される緊急病態または重要な既往歴」に関しては、かかりつけ医や訪問看護師に相談して記載する（主治医意見書に上記項目を追加することや主治医意見書からの情報を転載できるシステム構築などは市に提案予定）
⑥	近年、身寄りのない方も増えていることから、連絡先は家族に限定しない。単なる連絡先ではなく、本人の意思の表明が難しい状態になった際、その意思を推定する立場にいる方の連絡先を記入し、キーパーソンについては、○をつける。
⑦	関与しているサービス事業所および担当者の情報を記載する。
⑧	ACP全般への「かかりつけ医」の関与に関する希望を記載。希望がある場合、ケアマネからも「かかりつけ医」に一報入るロジスティクスにする。つまり、これは、「かかりつけ医」も交えた地域におけるACPの積み重ねを始める介入のトリガー項目となる。
⑨	この項目はあくまで、本シート作成時の本人の意向であり、事前指示書（Advance Directive）ではない。 表明された本人意思や家族等の希望（現時点での意向に近いものに）一つに <input checked="" type="checkbox"/> する。 この項目に関しては、救急搬送より前にACPを積み重ねておくキッカケとして、また救命医療のその後の治療やケア方針をご本人の意向に沿ったものにするための情報、またご本人が意思の表明ができない場合に、その意思の推定に資する情報という位置づけである。
⑩	自宅での療養（往診や訪問診療）について、具体的な相談の希望を記載。
⑪	その他特記事項を記載。
⑫	お薬の説明書、お薬手帳など服薬内容の分かるものをコピーし、本シートと併せて登録する。複数のクラウドフォルダを準備し、診療情報・ACPのプロセス記録・入退院支援情報などを収載予定。 （かかりつけ医が、国保の処方データを参照できるシステムについて、市に提案予定）



私が大切にしていること（価値観シート）案

Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii
Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii.

Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii
Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii
Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii
Setsumeii.

ご質問項目	全く大切 ではない	あまり大切 ではない	まあまあ 大切	とても 大切
楽しみがあること	1	2	3	4
好きなものを食べたり飲んだりすること	1	2	3	4
自分のしたいことは続けること（飲酒/喫煙含む） ◆したいこと（ ）	1	2	3	4
会いたい人に会うこと ◆会いたい人（ ）	1	2	3	4
身の回りのことは自分でできること	1	2	3	4
いつも清潔な状態で過ごすこと	1	2	3	4
おだやかな気持ちで過ごすこと	1	2	3	4
信仰に従って過ごすこと	1	2	3	4
人の役に立っていると感じられること	1	2	3	4
望んだ場所で過ごすこと	1	2	3	4
家族や友人と十分に時間を過ごすこと	1	2	3	4
家族や友人に十分に気持ちを伝えること	1	2	3	4
家族や友人の負担にならないこと	1	2	3	4
治療や自分の体の状態をよく理解していること	1	2	3	4
治療やケアに生き方や価値観が尊重されること	1	2	3	4
自分が参加して治療・療養方針を決められること	1	2	3	4
家族や友人も参加して治療・療養方針を決められること	1	2	3	4
命を延ばすことよりも、苦痛を和らげることを優先すること	1	2	3	4
痛みが少ないこと	1	2	3	4
少しでも長く生きること	1	2	3	4

お名前		ご記入日	年	月	日
-----	--	------	---	---	---

共に治療について考えていくための質問紙(Ver.2)

当院では、病状によらず、すべての皆様にそれぞれの方に適した治療法をどのように提供すべきかについてご本人やご本人にとっての大切な方と一緒に考えていきたいと思っています。

- 現在のあなたのお考えを可能な範囲で教えてください。回答はいつでも変更できます。
- お答えの内容によって診療・看護上の不利益を被ることは一切ありません。
- 答えにくい質問やあてはまらないと感じる質問は空欄のままで結構です。
- お答えいただく中で心配なこと、不安に思うこと、医療者に相談したいことなどありましたら、いつでもお声かけください。途中で回答をやめることもできます。
- 選択式の項目はあてはまるものに☑を、記述式の項目はご自由にお答えください。

お名前		ID		記入日	年 月 日
-----	--	----	--	-----	-------

1. あなたの治療に携わる医療者（医師や看護師など）との話し合いについてお尋ねします。 感じておられるありのままのお気持ちをお聞かせください。

- 1) 医療者と十分に話し合いながら治療を進められていると思いますか。
 そう思う ややそう思う どちらともいえない あまりそう思わない そう思わない
- 2) 医療者は、病気や治療に関して十分な説明をしてくれていると思いますか。
 そう思う ややそう思う どちらともいえない あまりそう思わない そう思わない
- 3) 医療者は、あなたが大切にしたいことを十分に聴いてくれていると思いますか。
 そう思う ややそう思う どちらともいえない あまりそう思わない そう思わない
- 4) 医療者は、あなたの疑問や気がかりについて相談に応じてくれていると思いますか。
 そう思う ややそう思う どちらともいえない あまりそう思わない そう思わない
- 5) 医療者の話を聞いた後、今後どうしたら良いかわからないような気持ちになりますか。
 そう思う ややそう思う どちらともいえない あまりそう思わない そう思わない

2. 今後の話し合いについて、ご希望をお聞かせください。

- 1-1) 医療者に聞きたいこと、話し合いたいことはどのようなことですか。(あてはまるものはいくつでも)
 今後起こりうる症状や生活への影響 今後の生活の過ごし方 病気の今後の見通し
 その他 ()
- 1-2) 予後（予想される平均的な余命）についてできるだけ詳しく知りたいと思いますか。
 そう思う ややそう思う どちらともいえない あまりそう思わない そう思わない
- 2) 病状についてご家族とも話し合いながら、治療を進めていきたいと思いますか。
 そう思う ややそう思う どちらともいえない あまりそう思わない そう思わない
- 3) 未成年のお子さんがおられる方は、病状についてお子さんへも伝えていきたいと思いますか。
 そう思う ややそう思う どちらともいえない あまりそう思わない そう思わない
 子どもによって違う 迷っている (相談希望 家庭内で考えたい)

3. 今後の治療について、ご希望をお聞かせください。

- 1) 治療方法を決めていくときに、あなたが大切にしたいことはどのようなことですか。
a 副作用はある程度我慢してでも最も効果の高い治療を受けること
 そう思う ややそう思う どちらともいえない あまりそう思わない そう思わない

b きつい（つらい副作用がある）治療はなるべく避けること

そう思う ややそう思う どちらともいえない あまりそう思わない そう思わない

c 生活の質（自分が希望するような生活の過ごし方、満足感、充実感）を大切にすること

そう思う ややそう思う どちらともいえない あまりそう思わない そう思わない

2) 今後の治療や生活について、気がかりなことはどのようなことですか。

3) これから大切にしていきたいことはどのようなことですか。(あてはまるものはいくつでも)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 自立した自分でいられること | <input type="checkbox"/> 楽しみや喜びがあること |
| <input type="checkbox"/> 家族や友人との時間を過ごすこと | <input type="checkbox"/> 家庭や社会の中で自分の役割を果たすこと |
| <input type="checkbox"/> 仕事を継続すること | <input type="checkbox"/> 痛みや苦しみの少ない状態で過ごすこと |
| <input type="checkbox"/> 自分の意思で治療を選択すること | <input type="checkbox"/> 大切な人と一緒に治療について考えること |
| <input type="checkbox"/> 治療費の負担ができるだけ少ないこと | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

4) あなたを支えていること（あなたが支えられていると思うこと）はどのようなことですか。

5) あなたご自身にとって、治療の目標とはどのようなことですか。

4. 将来に備えて、ご自身のお考えや大切な人との話し合いの状況について教えてください。

1) ご自身の今後の過ごし方について、考えたことがありますか。 ある ない

→考えたことが「ある」方は、そのことについて大切な人にお話になったことがありますか。

すべて伝えている 大事なことは伝えている あまり伝えていない 伝えていない

→伝えておられる場合、あなたの大切な方はあなたのお考えに同意しておられますか。

すべて同意している ほぼ同意している 一部同意している 同意していない

2) あなたの今後の過ごし方に対する大切な人の希望や思いをお聞きになりましたか。

十分に聞いている 聞いている あまり聞いていない 全く聞いていない

3) あなたがご自分でご自身の意向を医療者に伝えることが難しいような場合、あなたの代わりに治療などに関する判断をしてくれる人はいますか。

いる いない 今は考えていない

→「いる」方はその方のお名前 ()・あなたのご関係 ()

→その方には代わりに判断して欲しいことを伝えてありますか？ (はい いいえ)

5. このような質問紙は、あなたの心理的な負担になりましたか？

そう思う ややそう思う どちらともいえない あまりそう思わない そう思わない

社会医療法人博愛会相良病院

(資料3)

神戸市「人生の最終段階における意思決定支援」に関する有識者会議委員名簿

(敬称略・五十音順)

市瀬 晶子	関西学院大学人間福祉学部専任講師
置塩 隆	神戸市医師会会長
カール・ベッカー	京都大学 学際融合教育研究推進センター 政策のための科学ユニット特任教授
木澤 義之	神戸大学医学部附属病院緩和支援治療科教授
手嶋 豊	神戸大学大学院法学研究科教授
◎橋本 信夫	地方独立行政法人神戸市民病院機構理事長
松本 京子	特定非営利活動法人神戸なごみの家理事長
三浦 久幸	国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長

◎：座長

(資料4)

神戸市「人生の最終段階における意思決定支援」に関する有識者会議開催経過

1. 第1回有識者会議

日 時：令和元年12月25日（水）

議 題：

- (1) 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果と神戸市の現状
- (2) 人生の最終段階に本人が希望する医療・ケアを受けるための意思決定支援のあり方
 - ・「人生の最終段階における意思決定支援」の目的と課題
 - ・有識者会議で検討いただきたい論点（案）
- (3) 検討のスケジュール（案）

2. 第2回有識者会議

日 時：令和2年7月1日（水）

議 題：

- (1) 自分らしい生き方を人生の最終段階まで続けるにあたっての課題
- (2) 「神戸市におけるACPの導入」に向けた今後の取り組み

3. 第3回有識者会議

日 時：令和2年9月2日（水）

議 題：

- (1) 普及啓発の方法について
 - ①市民への普及啓発について
 - ②医療従事者、介護従事者への普及啓発について
- (2) 行政、医療関係者、介護関係者の役割分担について

4. 第4回有識者会議

日 時：令和2年12月9日（水）

議 題：

- (1) 意思決定内容の表明ツールについて

5. 第5回有識者会議

日 時：令和3年3月8日（月）

議 題：

- (1) 報告書（案）について