

保健師向けACP 学習会

A person with short blonde hair, wearing a blue shirt and brown pants, is sitting in a yellow and orange tent. They are holding an open book and looking down at it. The tent is pitched in a field of tall yellow flowers. In the background, there are mountains under a bright, hazy sky. The overall scene is peaceful and suggests a quiet time for reading or study in nature.

「難病患者のACPをどうススメルのか？共に考える」

2026/03/06(金)

認定NPO法人アンビシャス 照喜名 通

「難病患者の ACPをどう ススメルのか？ 共に考える」



13 : 15-発表

13 : 45-対話ディスカッション

14 : 15-終了

概要

- ・主にALS
- ・進め方
- ・勧め方

ALSの方を多く見てきています。

発語困難+筆談困難の場合のコミュニケーション支援

在宅で緊急時の家族コール・チャイム

唾液の吸引の低圧持続吸引器貸出

人工呼吸器装着者の非常時電源確保支援

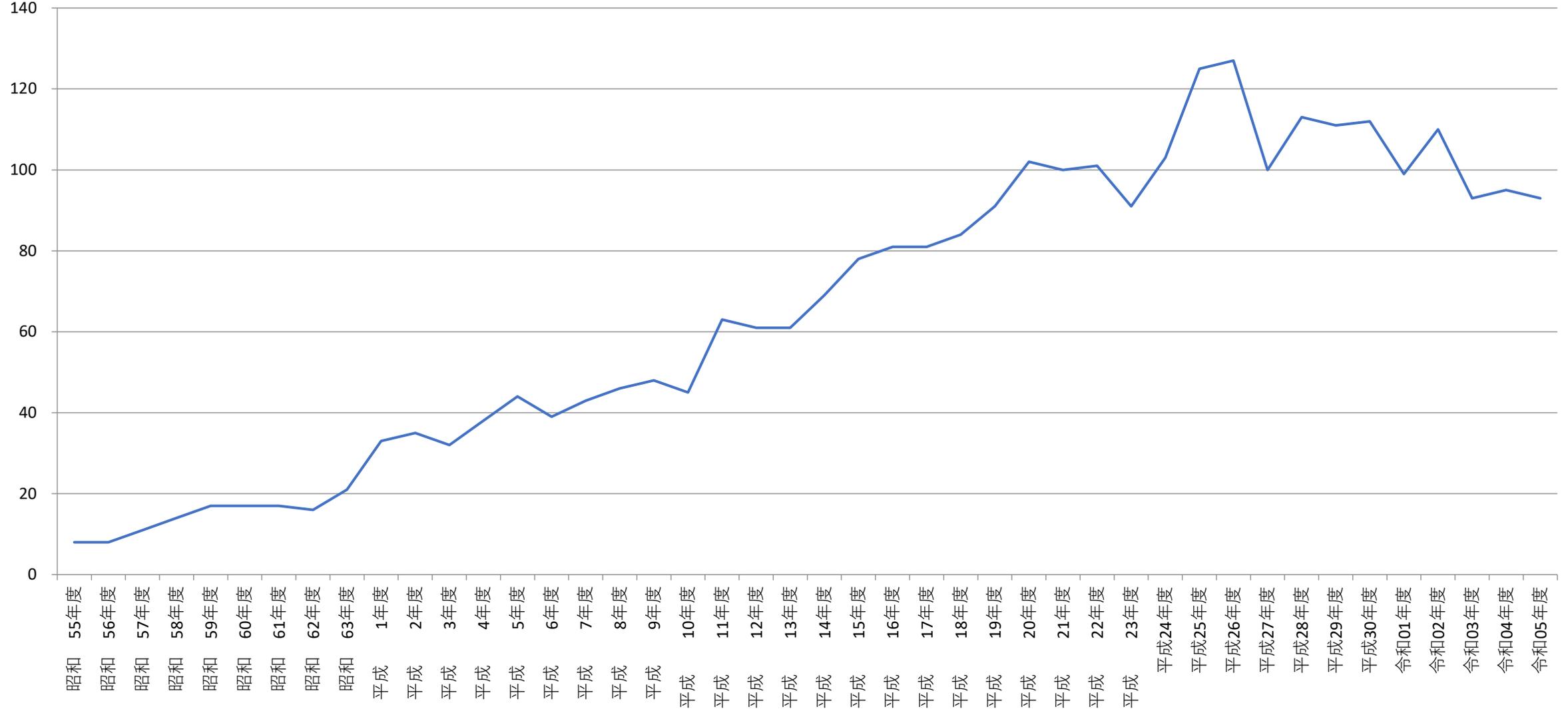
しかし、深くは関わっていないのですが、

そして、「他の人はどうしているのか？」の事例紹介

そして、ACPの重要性と進め方、勧め方を学んでいます。

疾患名	昭和55年	昭和56年	昭和57年	昭和58年	昭和59年	昭和60年	昭和61年	昭和62年	昭和63年	平成1年度	平成2年度	平成3年度	平成4年度	平成5年度	平成6年度	平成7年度	平成8年度	平成9年度	平成10年度	平成11年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和01年度	令和02年度	令和03年度	令和04年度	令和05年度
筋萎縮性側索硬化症	8	8	11	14	17	17	17	16	21	33	35	32	38	44	39	43	46	48	45	63	61	61	69	78	81	81	84	91	102	100	101	91	103	125	127	100	113	111	112	99	110	93	95	93

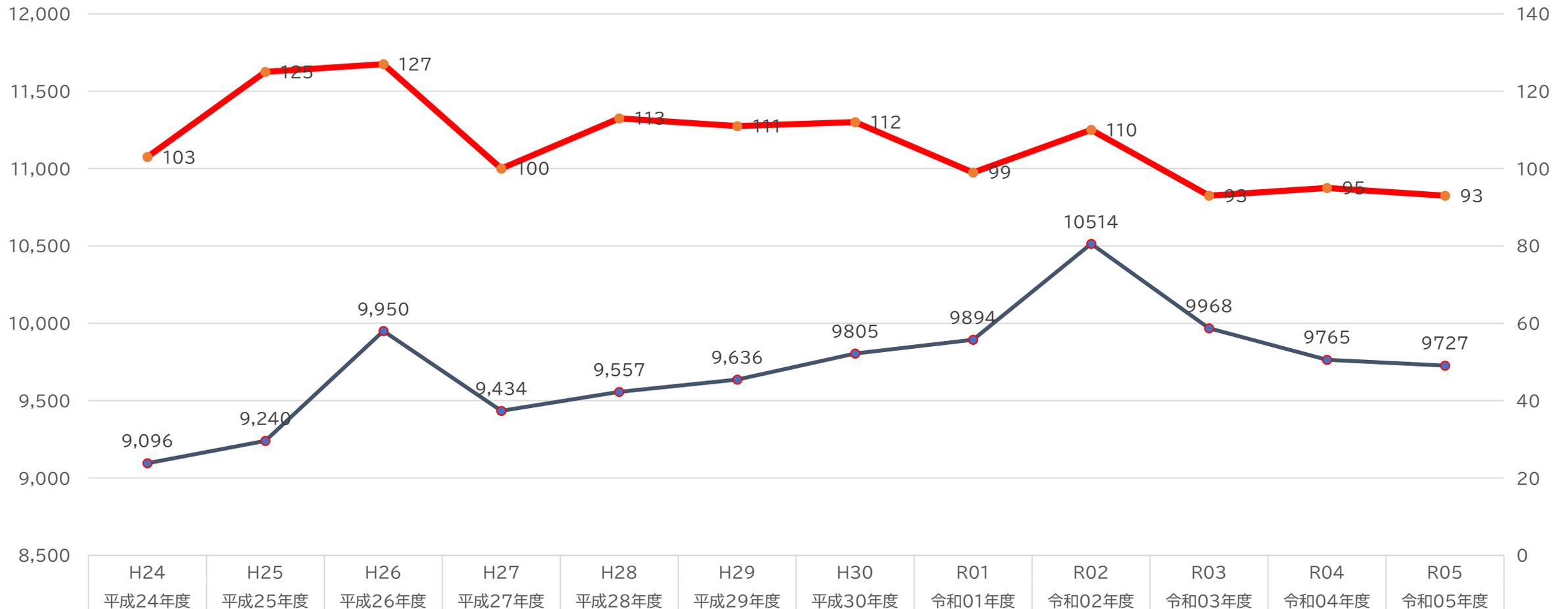
筋萎縮性側索硬化症（沖縄県）申請件数推移



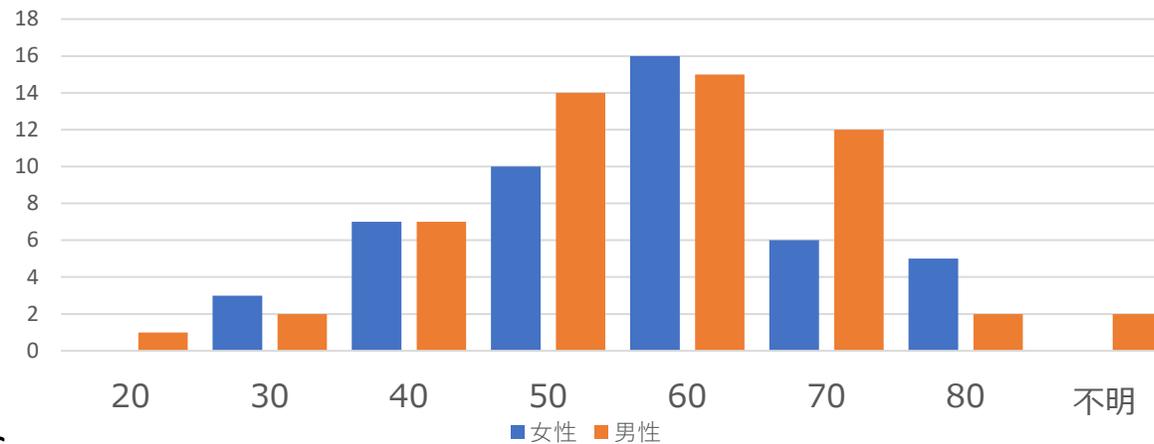
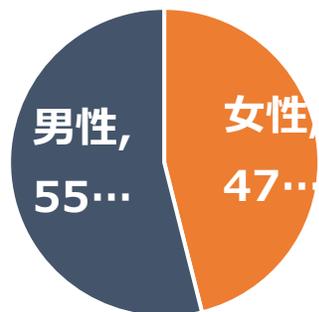
指定難病 ALS全国件数と沖縄県件数推移

平成24年度 H24	平成25年度 H25	平成26年度 H26	平成27年度 H27	平成28年度 H28	平成29年度 H29	平成30年度 H30	令和01年度 R01	令和02年度 R02	令和03年度 R03	令和04年度 R04	令和05年度 R05
9,096	9,240	9,950	9,434	9,557	9,636	9805	9894	10514	9968	9765	9727
103	125	127	100	113	111	112	99	110	93	95	93

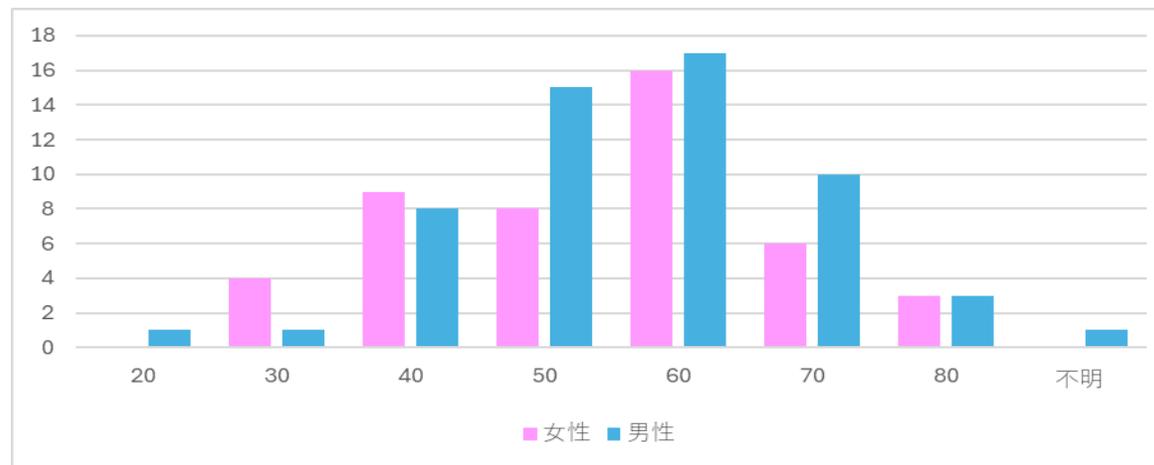
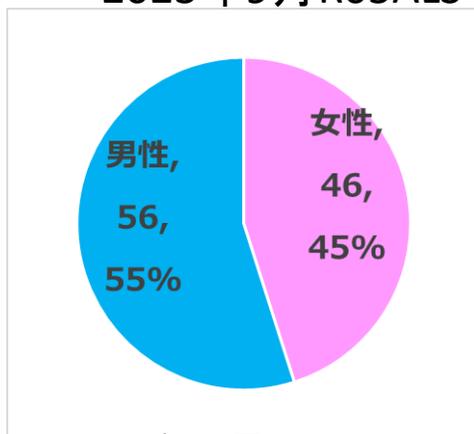
ALS全国件数と沖縄県件数推移



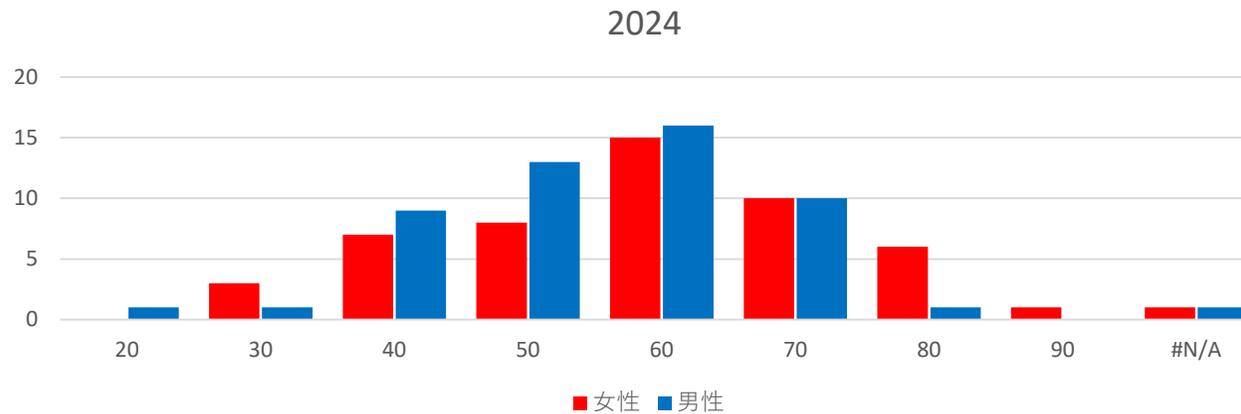
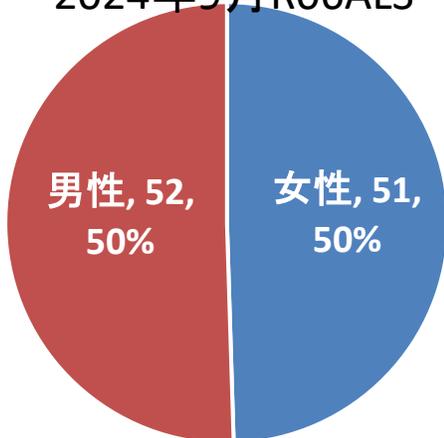
2022年R04ALS



2023年9月R05ALS

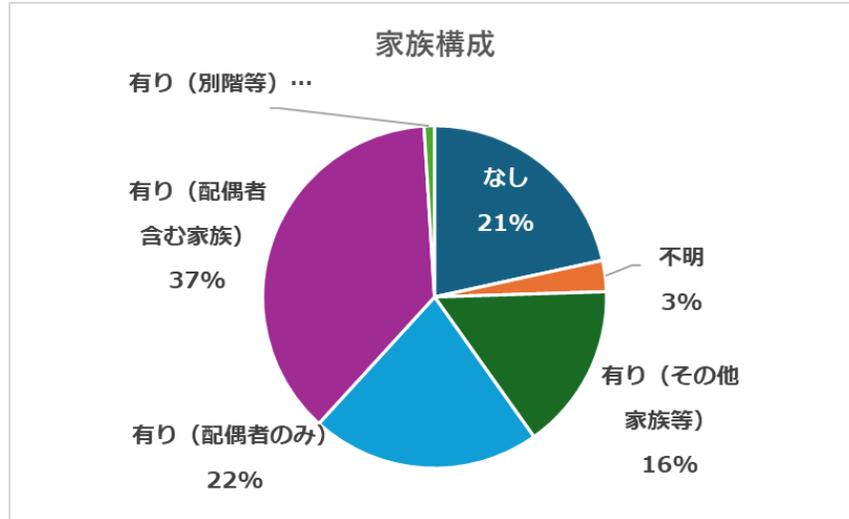


2024年9月R06ALS

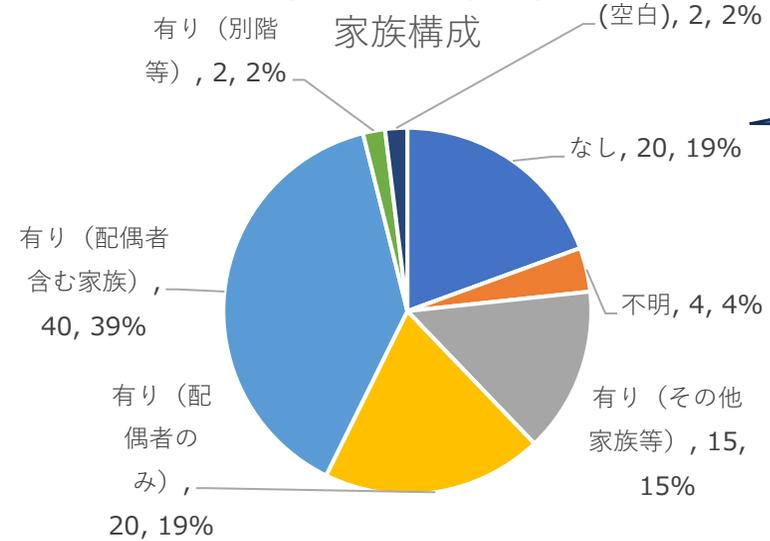


家族構成・療養場所

R05/2023/9/30

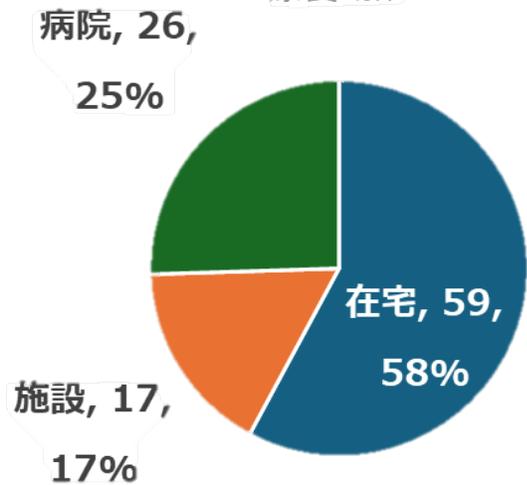


R06/2024/9/30

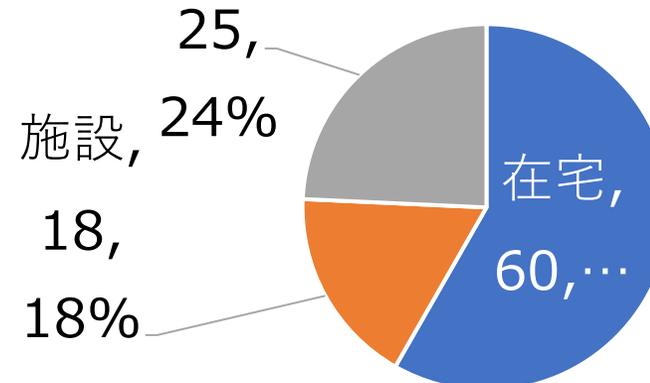


独居

療養場所



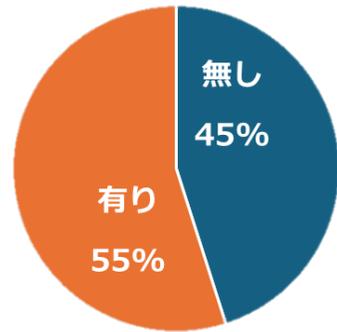
療養場所2024



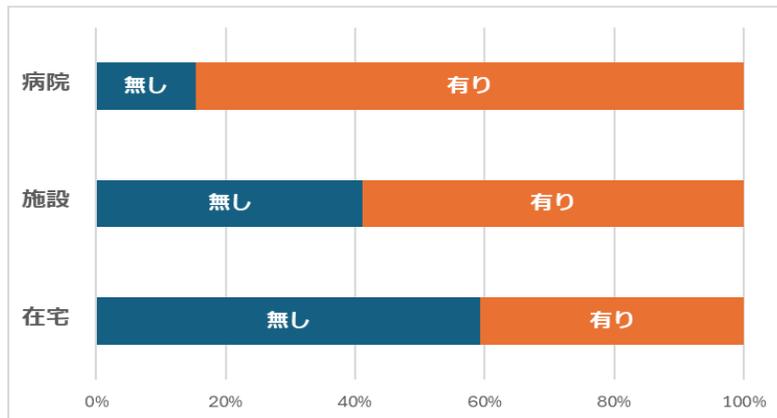
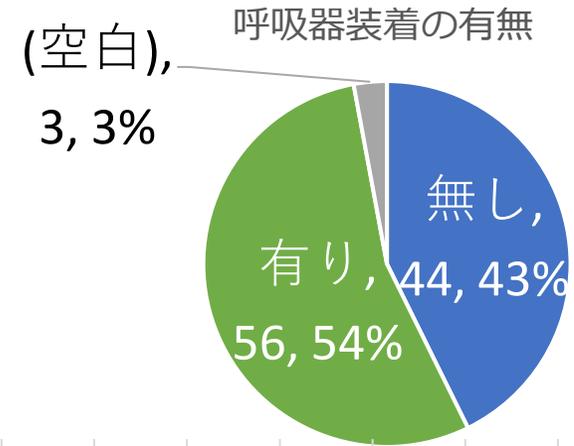
人工呼吸器装着(ALS)

若干減少傾向

R05/2023/09/30時点で装着しているか？



R06/2024/9/30



人工呼吸器装着の装着率56%×在宅率58%=0.56×0.58→貸与事業対象者率32%
新規申請件数×貸与事業対象者率32%→貸与対象人数(x機器代金=予算)

ALSペイシエントジャーニー

1. 前兆・自覚期（発症～数ヶ月）

多くの場合、最初は「気のせい」と思えるような小さな違和感から始まります。患者の心身状態: 球麻痺型: 滑舌が悪くなる、飲み込みにくい（嚥下障害）。肢体型: 階段でつまずく、箸が使いにくい、筋肉のピクつき（線維束性収縮）。タッチポイント: 整形外科、内科、近所のクリニック。課題: ALSは初期症状が他の疾患（頸椎症など）に似ているため、この段階では正しく診断されないことが多い。

2. 受診・診断期（数ヶ月～1年）

症状が改善せず、複数の病院を経てようやく神経内科へ辿り着きます。患者の心身状態: 筋力低下が目に見えて進行し、日常生活に支障が出始める。心理状態: 「なぜ自分が？」という強いショック、絶望、あるいは診断名がついたことによる（原因不明だったことへの）一時的な安堵。重要イベント: 針筋電図検査、MRI、確定診断の告知、難病申請の開始。課題: **「告知の衝撃」**が非常に大きく、精神的なケアと同時に、今後の生活設計（仕事、介護保険、リハビリ）を急いで決める必要がある。

3. 治療・療養期（診断後～数年）

「治す」ことよりも「機能を維持し、QOL（生活の質）を保つ」フェーズに移行します。治療・ケア: * 進行を遅らせる薬（リルゾール、エダラボン等）の服用。リハビリテーション、自助具の導入。構音障害に備えた「意思伝達装置」の検討。心理状態: 身体が動かなくなる恐怖と戦いながら、テクノロジーや福祉制度を受け入れていく「受容」のプロセス。課題: 住宅改修や介護サービスの調整など、家族の負担が急激に増大する。

4. 進行・選択期（終末期への備え）

呼吸筋の低下が進み、人生における極めて重要な決断を迫られます。主な決断事項: * 胃ろう（PEG）の造設: 栄養補給をどうするか。人工呼吸器の装着: 「声を失い、24時間の介護が必要になっても生きるか」という究極の選択。患者の心身状態: 全身の筋力喪失。眼球運動のみで意思疎通を図る、あるいは「閉じ込め症候群」のリスク。課題: アドバンス・ケア・プランニング（ACP）。本人の意思が確認できるうちに、最期をどう迎えたいかを家族や医療チームと共有しておくこと。

細かい作業がしづらい



- ・ボタンを閉めるのが難しいと感じるようになったなど

何もないところで躓く



- ・今まで通り歩いているのに頻繁に躓く

ALSの初期症状

物が重いとを感じる



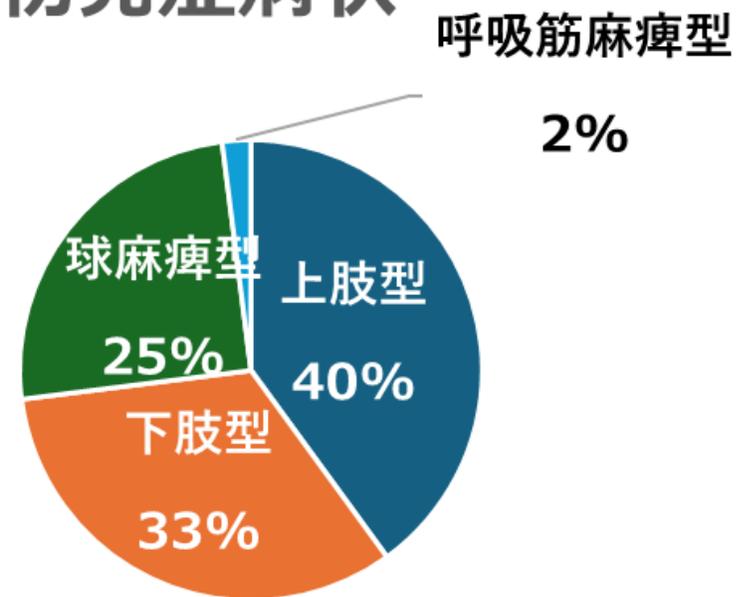
- ・前まで重たく感じなかったものを、重たいと感じる

口が動かしづらい



- ・会話や食事をする際に違和感があるなど

ALSの初発症病状



出来ないことはないが、これまでのようにはいかない。
発語が聞き取りにくい、唾液が呑み込めにくい、歩行に時間がかかる、腕が上げづらい、食事が少なくなった。

近所クリニック受診



神経内科を紹介

検査入院（確定診断）



指定難病申請（保健所）



在宅で暮らす（訪問無し）



病院外来受診のみ。
今後どう生きるか
選択する期間

意思伝達装置



人工呼吸器療法



訪問サービス



カンファレンス



胃ろう増設
(肺機能50%以上)



緩和ケア後
看取り



非常時電源確保



施設入所



緩和ケア後看取り

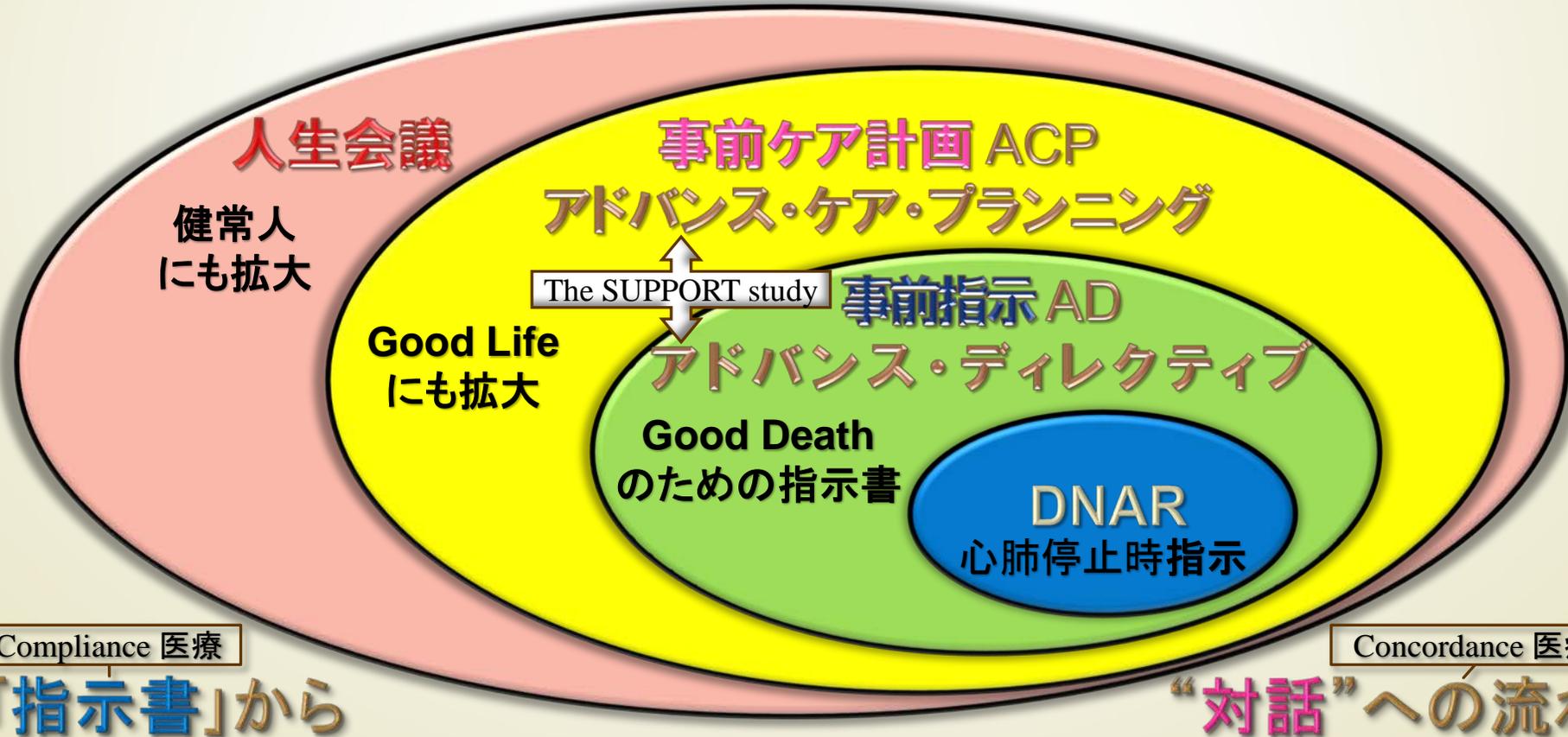


グリーフワーク



事前ケア計画：Advance Care Planning

ACP: 患者の**人生観/価値観**を対話により理解し共有して、**尊重**しながら支援する過程



ACP 人生会議の誤解

ACPって、医療者のためのものなの？

「ACPって、**事前指示書**を貰えば良いんですよ」

≠ 終点
人生会議
= 出発点

「**ACP**の目的は、患者の**希望実現**」
ACP/人生会議は、限られた人生の間になるべく多くの**希望**を叶えるためのもの



人生会議って、死の前後で役立つもの？

「人生会議って何？**リビング・ウィル**を書いて置くこと？」



「ACPって、**意思決定支援**ですよね?!」

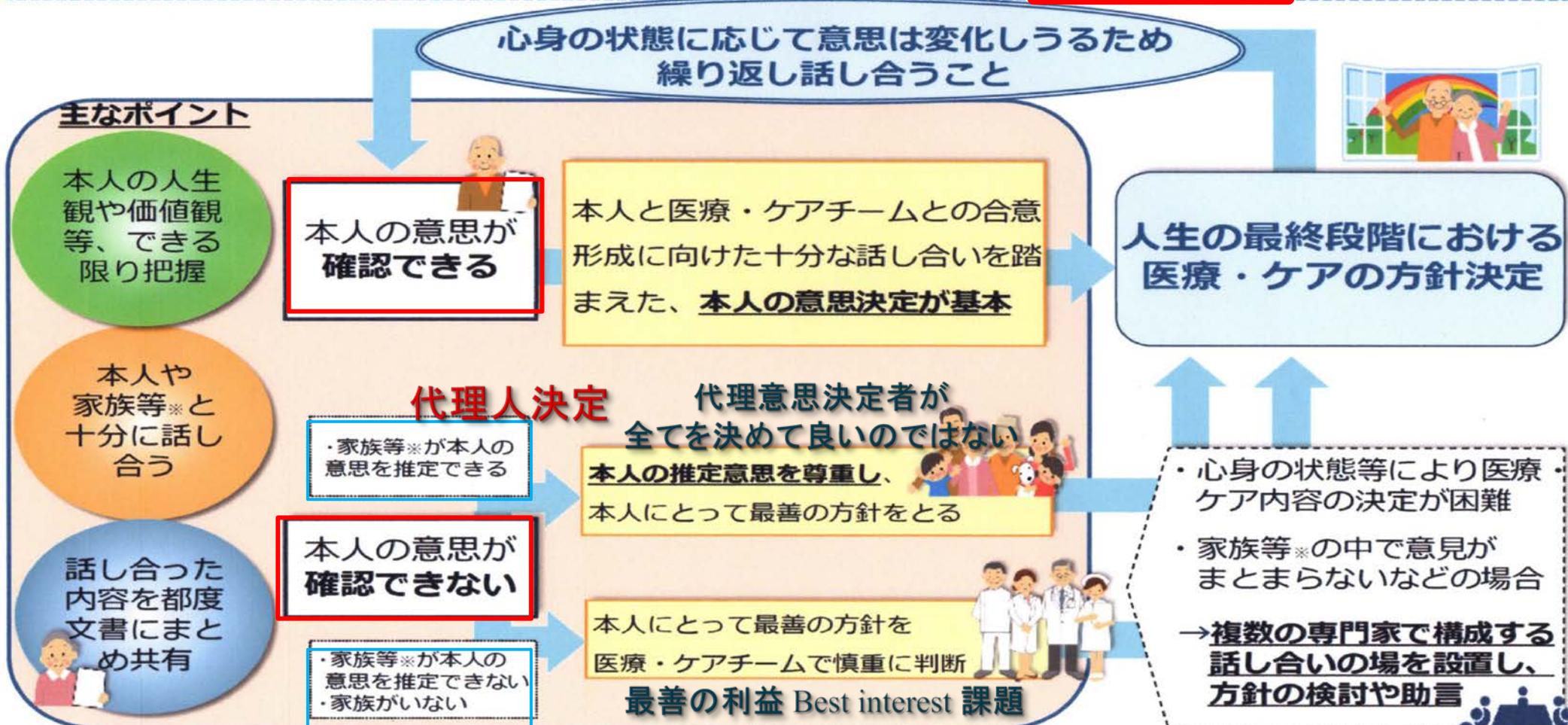
意思を決定すれば、それで終わりなの？



意思決定支援や方針決定の流れ

「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。



*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。

ACPの誤解

1. 「一度決めたら変えられない」という誤解

これが最も多い誤解かもしれません。

事実は：人の気持ちは、体調や環境、時間の経過とともに変わるのが当たり前です。

人生会議は「決定」ではなく**「プロセス（過程）」**です。

何度書き直しても、口に出す内容が変わっても全く問題ありません。

Advance Care Plann*ing*

ACPの誤解

2. 「死に際（看取り）の話だけをする」という誤解

「延命治療をするか・しないか」という究極の選択だけに焦点が当たりがちです。

事実は： 本質は**「どう生きたいか」**を確認することです。

「最期まで自宅にいたい」

「苦痛だけは取り除いてほしい」

「好きな音楽をかけてほしい」といった、

その人らしい生活や価値観を共有することに意味があります。

ACPの誤解

3. 「元気なうちには必要ない」という誤解

「まだ若いし、健康だから関係ない」と思われがちです。

事実は： 事故や急病は予測できません。

意識を失うなど、**自分の意思を伝えられなくなってからでは遅い**ため、元気で冷静な判断ができるうちに話し始めておくのが理想的です。

ACPの誤解

4. 「法的な遺言書や契約である」という誤解

「書類を完璧に仕上げなければならない」というプレッシャーを感じる人がいます。

事実は： ACPは遺言書（法的拘束力のあるもの）とは異なります。

大切なのは立派な書類を作るのではなく、

家族や信頼できる人、医療・ケアチームと「価値観を共有」しておくことです。

ACPの誤解

5. 「家族だけで決めればいい」という誤解

「家族なんだから言わなくてもわかっているはず」という思い込みです。

事実は： 実際にその場面に直面すると、家族は「本当にこれでいいのか」と深い葛藤や罪悪感に苛まれることが非常に多いです。

事前に本人の口から希望を聞いておくことは、**残される家族の心の負担を軽くすること**にも繋がります。

また、患者・家族以外に、医療・介護・保健など様々な専門家が同席すると、

正しくより具体的な情報が得られるので、より本人の希望をかなえることに近づきます。

case 1

Mさん
50代、男性、独居
(母、姉、兄別居)

球麻痺から進行

当初から延命はしたくない意思

家族は延命を説得中

保健師からのお誘いで、
呂律難で今後、コミュニケーション
ツールの導入に向けての説明で訪問



言いにくいことを言う役割

「具体的に人工呼吸器の装着をするのか、しないのか、誰も聞いていない」

チーム



Aさん

ケアマネ

Bさん

保健所保健師

Cさん

訪問看護ステーション

看護師・セラピスト

Dさん

訪問診療

看護師（医師と同行）

てるきな

難病相談員

チーム

私たちは、嫌われたくないので、
照喜名さんにやってもらおうね！



Aさん

ケアマネ

Bさん

保健所保健師

Cさん

訪問看護ステーション

看護師・セラピスト

Dさん

訪問診療

看護師（医師と同行）

てるきな
難病相談員

本人家族も含めて、確認した。
(東京の長男はオンライン参加)

ご本人は、
「呼吸器・心肺蘇生・モルヒネ
も全てしたくない。」

訪問診療の看護師は、

同意書にサインをもとめ、家族が代筆。

今後、医療行為をしないのなら訪問はしない方向 (後日、訪問診療再開)



case 2

Xさん
40代、男性
(独身、独居)

- ・ 下肢から進行
- ・ 発語困難がみ
- ・ コミュニケーションツールの説明はするも参考程度
- ・ 病院が嫌い
- ・ 進行の話になると、対話を否定



・ 下肢からの進行で歩行困難になって訪問看護ステーションが先行して介入、定期ケア会議で保健師も参加。

・ コミュニケーションツールの導入も必要だと考えるが、独居なので、SOS（ナースコール）の導入が優先
→保健師と同行（リハビリ訪問時に合わせる）

・ MCSに参加。ACPの重要性を発信。

怖さが優先し、対話ができない

訪問スタッフは誰も話を切り出しきれずにいた。

情報共有は専用サイトで実施
訪問医師は、すでに人工呼吸器装着者しか診た経験がない

「もしばなゲーム」を使い話題に切り出した。

「家で最後を迎える」
「私の想いを聞いてくれる人がいる」
「私が望む治療やケアをしてもらえる」



もしバナゲームオンライン（ソリティア）

<https://www.i-acp.org/activity/?p=752>



Case 3

Xさん
70代、男性、
(妻と2名暮らし)

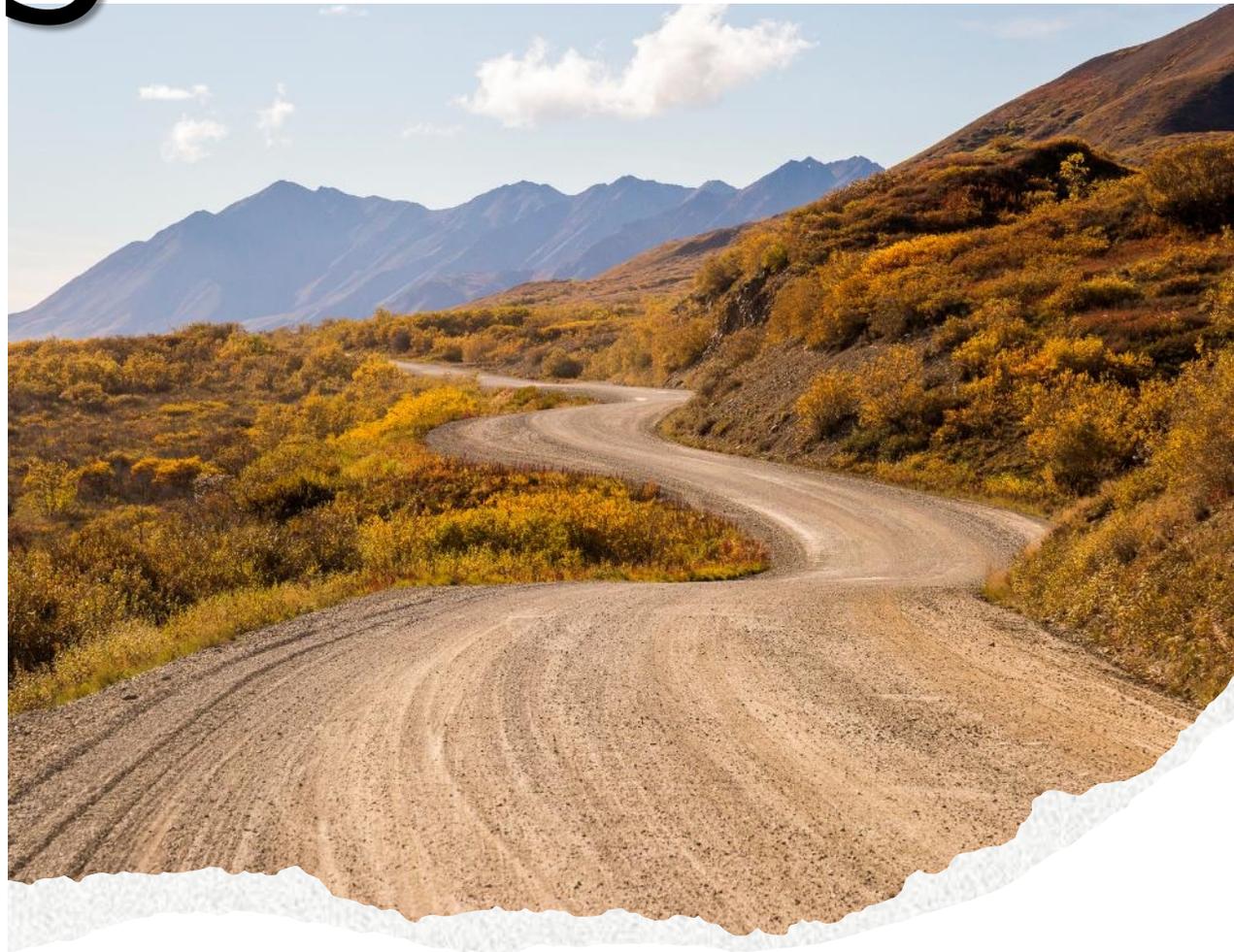
- ・延命は望まない
- ・今の楽しみは？

映画を観ること

→チャンネル、ボリュームを
ボタンひとつで操作できる
ツールの導入。

- ・コミュニケーションツール、
今は要らない
- ・しばらく在宅で療養

上肢下肢進行し、訪問看護
ステーションが介入する。



人工呼吸器はつきたくない

やっぱり人工呼吸器をしたい。
寝たきりも悪くない

そうなら他の人を見てみよう
(ケアの様子、こんなはずとは思っていなかった。にならないように)

→本人は動けない、妻のみ別の方
を紹介(保健所間で連携)
→急遽手術の段取り

- ・決めたことは変更してもよい。
- ・定期的に確認する。
- ・するにしても、しないしても人工呼吸器装着者宅で様子を見させてもらう方がよい



case 4

Xさん
50代、男性、
(妻、子2名)

- 自分はどうかするかわからない。
- 妻に決めて欲しい
- ACPの勧め
- ケアマネもやったことない
- すでにとっているから不要(訪問看護ステーション)

どうか家族で決めて欲しい



case 5

Xさん

60代、女性、
(夫、子2名)

- ・ 本人は延命はしたくない。
- ・ 夫が「自分が世話するから人工呼吸器しよう」
- ・ 気管切開・在宅療養
- ・ 痛い、苦しい、死なせて
- ・ 胃ろうからの栄養中断
- ・ グリーフワーク



本人の希望を叶える

case 6

Aさん 60代

大手企業を定年退職、子供は成人、妻と海外旅行にも行った。

ALSと診断、下肢から進行し、指は使えるが腕が上がらない。在宅療養中、食事の際に、妻が口もとに食事を持ってきてくれるが、なんとか自分で食べたい。

保健師からアンビシャスに要請。ポータブルバランサー（現在は、上肢サポート機器MOMO）をお試しする。

2世帯のALS患者宅へ訪問、ALSの方のエッセイも購入して参考にして、自分は気管切開・人工呼吸器はしない選択。

「人工呼吸器を選択しない方の体験談が無い（参考文献がない）」



case 7

Bさん 70代 男性、道場運営
上肢、下肢、肺機能低下。NPPV装着

訪問診療、訪問看護介入中

台風接近前、保健師が停電時にNPPVが動かない恐れがあるので、事前に電源確保（蓄電池）の使用を推奨。

『延命はしたくない。停電して機械が止まれば、死ぬから電源確保は不要』

→【その時が暴風時で停電した場合、119通報はしないことになる。訪問看護ステーション、訪問診療に連絡することになるが、暴風で看護師が怪我する可能性がある。それは迷惑ではないですか？】

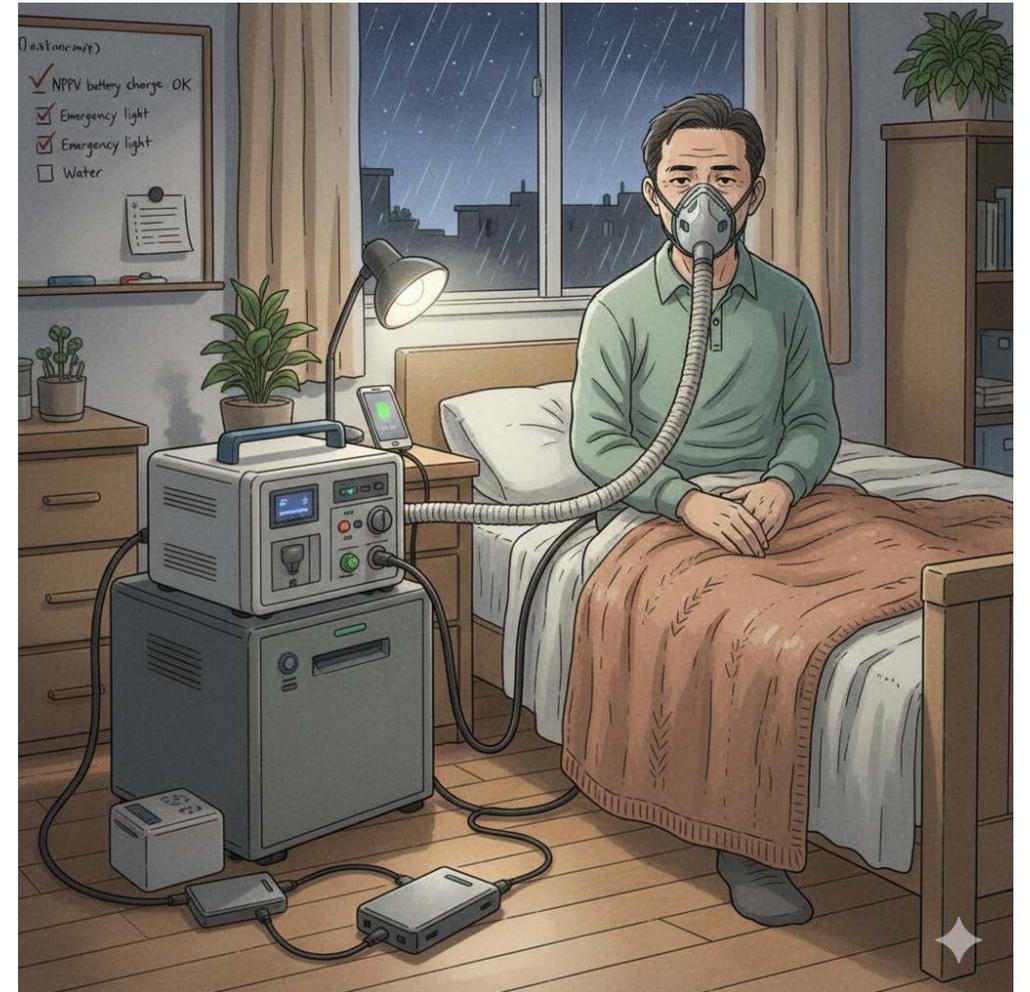
『そうだな、では電源確保はします』

『**医師には、（安楽死）させて欲しい**』と懇願。しかし、医師は安楽死は出来ないと平行線。

『「尊厳死」という積極的に医療行為をしない選択があるのは知っていますか？』

『知らない』 → 『では、主治医に聞いてみてください』

その後、妻から『医師も了解し、最後苦しくなったら緩和ケアをする。とのことで安心して旅立った。』



case 8

Bさん 80代 女性、前職は指導者（受賞歴有）

息子さんが、アンビシャスに来所。

「病院側が母親に人工呼吸器を装着させないように説得している、自分（息子）は母親は長生きして欲しいから、人工呼吸器装着して欲しい」

母親を説得して人工呼吸器を装着する選択をしたが、病院から『自分で動けない身体になるけど、それでも良いのか？』と言われて、母親は『やっぱりしたくない』と選択を変更する。

保健所と連携したいので、母親のお名前など教えてもらえますか？「要らないです」

case 9

Dさん 80代 女性、同居者は二女、相談者は長女

母親は延命をしない選択をしている。二女も母親の選択を賛同している。

自分（長女）は母親は長く生きて欲しい。しかし、

自分は別世帯で子供（孫）の受験もあるし、母親の面倒をみることは出来ない。

どうやって説得すれば良いですか？他の人はどうなんですか？**延命するのが正しいのでは？**

選択は患者本人の意思を尊重するべき。

数か月後、長女さんから再度電話あり

最終的には、延命しない選択で看取った。

『先日、テレビドラマで三浦春馬主演の「僕の居た時間」が放映され、その主人公は延命をしていた。やはり、延命するのが正解ではないのですか？今、**後悔している。**』

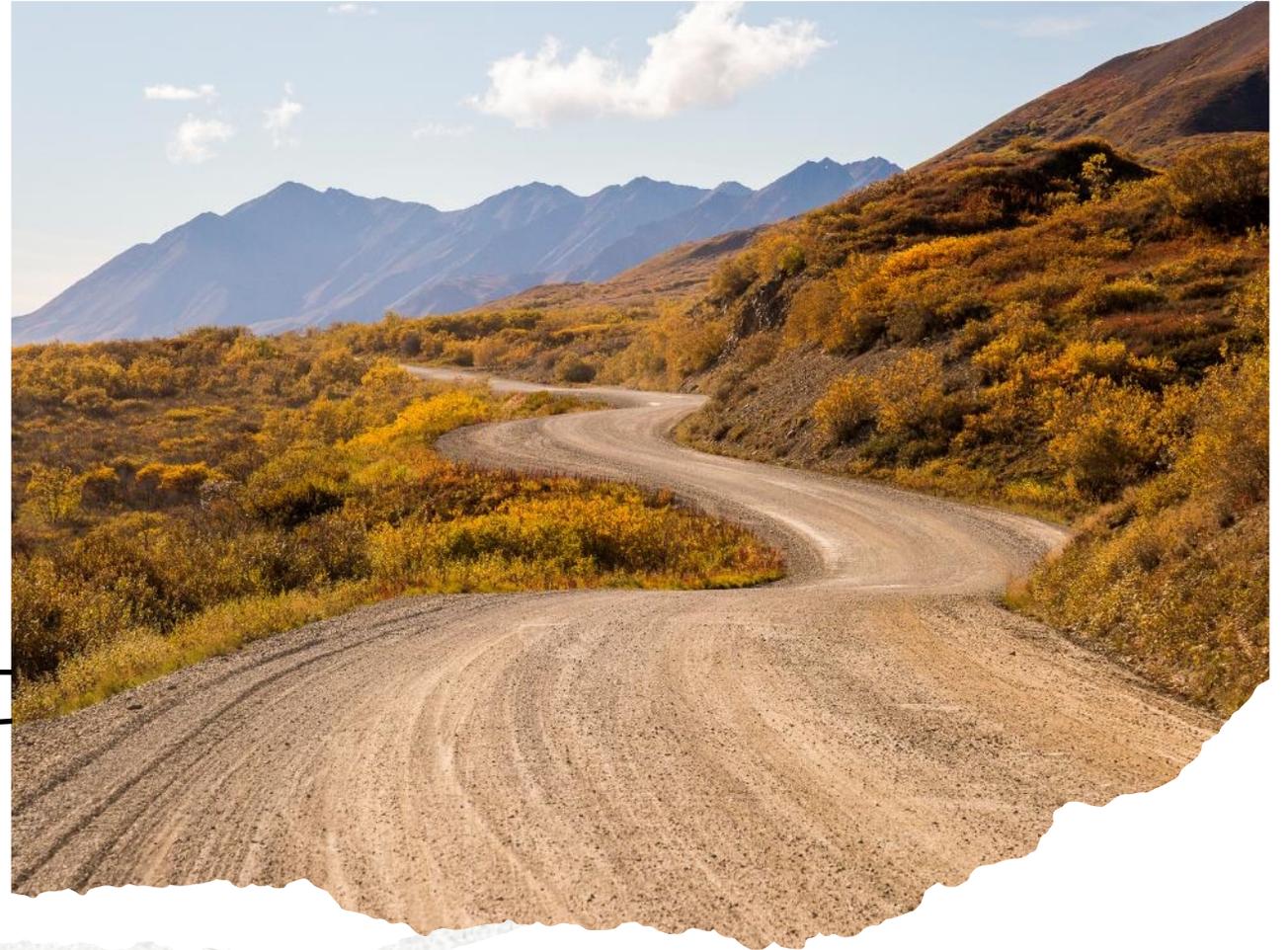
あれは、恋愛ドラマであり、年齢も異なる。

そもそも、これが正しい選択というのは無い

case 10

Xさん
60代、男性、
(妻との2名世帯)

- ・球麻痺から進行
- ・発語困難がみ（聞き取れる）
- ・保健師と同行し、本人家族に
コミュニケーションツールの
説明はするも参考程度
- ・ところで、今後どうします
か？



まだ決めきれない方への対応

他の方がどう選択したのか、呼吸器装着を選択した方、しなかった方の事例の説明しますが、良いですか？

- うなづく。
- 説明を始める
- いかがでした。参考になりましたか？
- 「そんな人のことなんて、どうでもよい」

【参考にならない。自分のことは自分で決める】



信頼関係を構築し
ゆっくり丁寧に
本人に同意を得て
ACPについて進めないとい
けない。

→ACPの勉強を開始





過去の事例を紹介する
だけではダメ！
どう進めるのか、
どう勧めるのか、
学びを深め始めている。

2025年

主にYouTubeで学ぶ

<https://plaza.umin.ac.jp/~acp-piece/>
主催：アドバンス・ケア・プランニング（ACP）と人生会議
管理者：大城京子（介護支援専門員）、西川満則（医師）

次回2025/10/25研修会申込先：

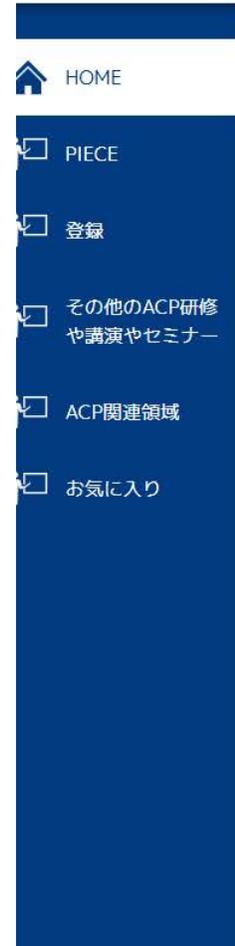
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdS_t6YvcsDaAGI6dVFbWrDUS2boAVCbpf90bG1WA8CL62ZRw/viewform

参考動画

第7回：そこが知りたい「ACP井戸端会議」 西川満則・大城京子 × 小澤竹俊

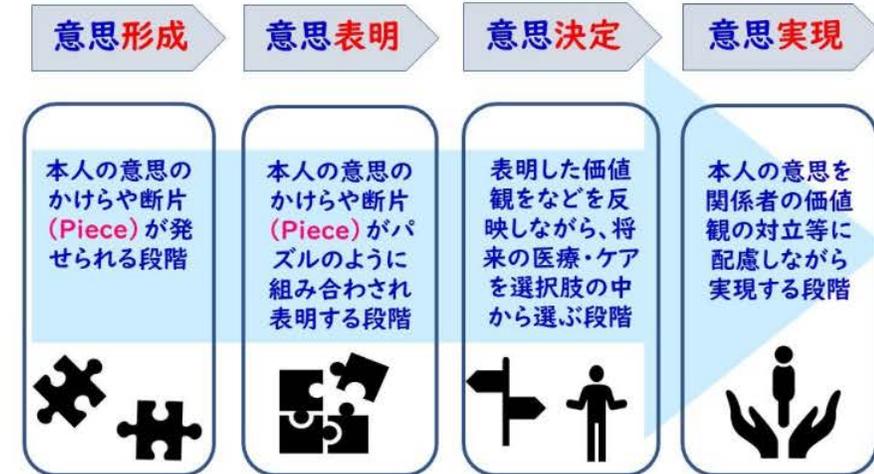
<https://youtu.be/bw-wFYq4wxg?si=cv90mDS2uv1R0IX1>

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）と人生会議



私たちのイメージするACPの様々なステージ

ACPには4つのステップがある



©Oshiro Kyoko-Nishikawa Mitsunori 2018

私たちのACPを実践する上での座右の銘

[a] [c] [p] iece

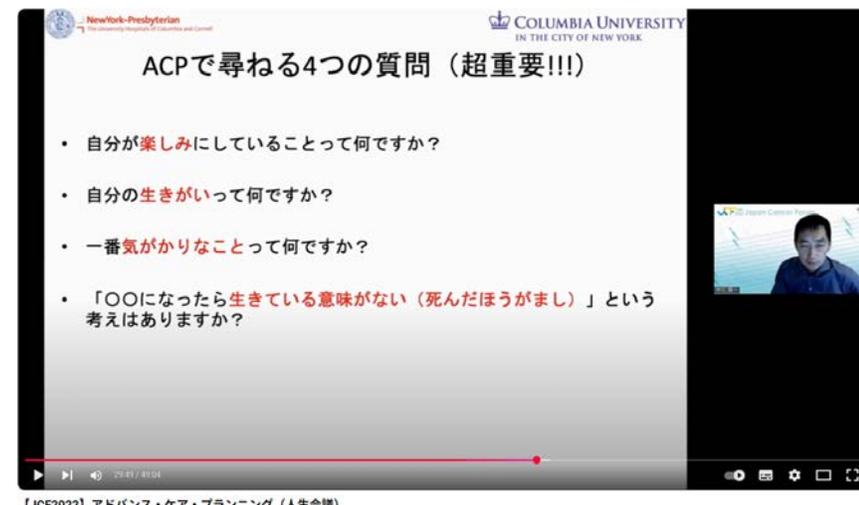
We are always collecting and connecting the pieces of your life stories.

私たちはどんな時も、あなたの人生の物語の中にあるピース（思い）を集め、繋ぎます。

主にYouTubeで学ぶ

- Copilot
こちらの動画は、JCF2022で中川俊一先生（コロンビア大学）が講演された「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）＝人生会議」についての解説です。以下のような重要ポイントが紹介されています：
- 🎯 人生会議で尋ねるべき4つの質問
- 患者の価値観や希望を引き出すために、具体的な問いかけが必要であることが強調されています。
- 🔍 症例比較から学ぶACPの重要性
- 2つの症例を通じて、ACPの有無が患者・家族の意思決定や満足度にどう影響するかが示されます。
- 💬 家族の葛藤と後悔
- ACPを行わないことで、家族が「どうしていいかわからない」「後悔が残る」といった心理的負担を抱える可能性があることが指摘されています。
- 🚧 ACPを妨げるハードル
- 医療者側・患者側の要因や制度的な障壁についても触れられ、現場での工夫が求められます。
- 🗣️ 話を深めるフォローアップ質問
- 「話を膨らませる3つの質問」が紹介され、実践的なコミュニケーション技術も学べます。

【JCF2022】アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）
アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）：人生会議で尋ねなくてはならない4つの質問
演者：中川 俊一（コロンビア大学 内科准教授 緩和ケア科入院部門ディレクター）
<https://youtu.be/Cw-gsr4Xo0s?si=4bXtowrfU1vIVbHw>



【JCF2022】アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）
アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）：人生会議で尋ねなくてはならない4つの質問
演者：中川 俊一（コロンビア大学 内科准教授 緩和ケア科入院部門ディレクター）
<https://youtu.be/Cw-gsr4XoOs?si=4bXtowrfU1vIVbHw>

The video player displays a presentation slide with the following content:

NewYork-Presbyterian
The University Hospitals of Columbia and Cornell

COLUMBIA UNIVERSITY
IN THE CITY OF NEW YORK

ACPで尋ねる4つの質問（超重要!!!）

- 自分が**楽しみ**にしていることって何ですか？
- 自分の**生きがい**って何ですか？
- 一番**気がかりな**ことって何ですか？
- 「〇〇になったら**生きている意味がない（死んだほうがまし）**」という考えはありますか？

29:49 / 49:04

Japan Cancer Forum

中川 俊一

【JCF2022】アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）



Cancer Channel
チャンネル登録者数 7.54万人

チャンネル登録

👍 95



🔗 共有

📴 オフライン

🔖 保存



主にYouTubeで学ぶ

- 医療者が知っておきたい基本的
Advance Care Planning (ACP)
<https://youtu.be/uJU1RVkML9U?si=d2SZ2sEI4tFR4rfL>

医療者が知っておきたい「応用的ACP」

医学研究所北野病院 Kitano
Hospital, OSAKA 【公式】

<https://youtu.be/mLDLa2ST-os?si=PzL7Tpvh7bqewkYi>



医療者が知っておきたい「応用的ACP」

医学研究所北野病院 Kitano Ho...
チャンネル登録者数 2720人

チャンネル登録

👍 3

🔖

🔗 共有

📄 オフライン

✂️ クリップ

⋮

主にYouTubeで学ぶ

医療者が知っておきたい基本的

Advance Care Planning (ACP)

<https://youtu.be/uJU1RVkML9U?si=d2SZ2sEl4tFR4rfL>

医療者が知っておきたい「応用的
ACP」

医学研究所北野病院 Kitano
Hospital, OSAKA 【公式】

<https://youtu.be/mLDLa2ST-os?si=PzL7Tpvh7bqewkYi> 2025/06/04



スライドの使用許可、出展を明らかにして使用をいただく。

公益財団法人田附興風会 医学研究所北野病院
緩和ケアセンター

梶山 徹

梶山 徹 かじやま とおる

• 緩和ケア科

役職

部長

兼 緩和ケアセンター長

資格等

京都大学医学博士

日本緩和医療学会 緩和医療専門医

日本緩和医療学会 緩和医療指導医

公認心理師

専門領域

緩和ケア

エンド・オブ・ライフケア

← 出典

公益財団法人田附興風会 医学研究所北野病院
〒530-8480 大阪市北区扇町 2-4-20



医療者が知っておきたい「応用的ACP」

医学研究所北野病院 Kitano Ho...

チャンネル登録

3

共有

オフライン

クリップ

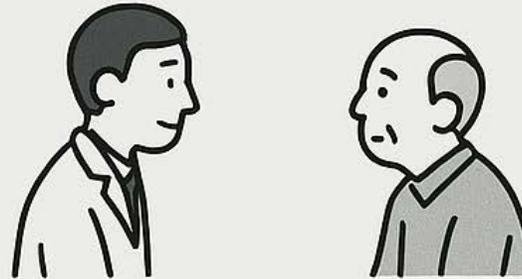
...



応用的ACPのポイント

1. 価値観や人生観を尊重する
 - 患者が「何を大切にしているか」を確認する姿勢が基本です。
2. 意思決定を支援する
 - 情報提供と意思の確認を通じて、患者が納得して選べるようにサポートします。
3. チームで役割分担する
 - 医師、看護師、その他の職種が連携し、組織的にACPを進めます。
4. 工夫してコミュニケーション
 - 話しやすい環境づくりや、患者の表情・言葉に寄り添う工夫が求められます。

価値観や人生観を尊重する



大切にしていること確認

意思決定を支援する



意思の確認や情報提供

チームで役割分担する



組織的に連携して進める

工夫してコミュニケーション



話しやすい環境を作る



- **人生会議（ACP）とは何か？**

- 人生会議（ACP: Advance Care Planning）とは、病気で先の見通しが立たなくなった時に、**「自分がどう生きたいか」「どんな医療やケアを受けたいか」**について、家族や医療者と繰り返し話し合い、共有しておくプロセスのことです。
- よく「事前指示書を作ること」だと誤解されがちですが、それはあくまで人生会議の一部でしかありません。人生会議の本当の目的は、**限られた時間を、できる限り自分らしく、豊かに生きるための希望を実現すること**です。
- これは、医師や患者さんだけのものではなく、誰もがいつでも始められるものです。元気なうちから話し合っておくことで、いざという時、混乱せずに自分らしい選択ができるようになります。



- **なぜ人生会議が必要なの？**
- 人は人生の最期近くになると、**約7割**の方が自分の意思を伝えられなくなります。そのような状況で、本人の意思がわからないまま医療が進んでしまうと、望まない治療を受けたり、家族が大きな決断を迫られたりして、お互いに心残りや後悔が生まれてしまうことがあります。
- 人生会議は、このような**「心残り」**を減らすためにとても重要です。話し合いを通じて、以下の3つのことが可能になります。
- **「よりよく生きる (Good Life)」**：残された時間をどう過ごしたいか、どんな希望を叶えたいかを明確にします。
- **「よりよい最期を迎える (Good Death)」**：どのような医療を望み、どのような医療を望まないかを話し合います。
- **家族の心の負担を軽減する**：事前に本人の意思が分かっていることで、家族は安心して医療やケアの選択を任せることができます。

主にYouTubeで学ぶ



• 人生会議の進め方

- 人生会議は、信頼関係を築くことから始まります。医師や医療者は、患者さんの気持ちに寄り添い、**「今、何を辛く感じていますか？」「何に不安を感じていますか？」**といった質問をしながら、本人の思いや希望をじっくりと聞き出します。
- この対話のプロセスは、**「話し、聞き、計画を立てる」**という段階で進められます。
- **話す (Speak)** : まず、患者さんご自身の気持ちを自由に話してもらいます。
- **聞く (Nurse)** : 患者さんの感情に寄り添い、不安や悲しみを一緒に受け止めます。**「辛いですね」と気持ちを代弁してあげることで、患者さんは「この人は私のことを分かってくれた」**と感じ、信頼関係が深まります。
- **計画を立てる (Map)** : 話し合った内容をもとに、どんな治療やケアを進めるか、具体的な計画を立てていきます。
- また、急な病状の変化で意思決定が必要になった時でも、この話し合いの進め方を応用して、患者さんの価値観を尊重した上で、一緒に最善の策を考えていきます。

主にYouTubeで学ぶ



- よくある疑問と大切な考え方
- 1. 「少しでも長く生きてほしい」という家族の気持ちにどう向き合う？
- ご家族が「少しでも長く」と願うのは当然の気持ちです。しかし、医療の限界や、治療によるご本人の苦痛も考える必要があります。この場合、医療者はご家族に対し、**「人間の体はどこまでも生きられるわけではない」という現実を丁寧に伝えながら、「どのような状態までなら延命治療を続けますか？」という質問を投げかけます。命だけを長引かせるのではなく、「どのような生活を送るか」**を重視した選択を一緒に考えていくことが大切です。
- 2. 「死にたい」と口にする患者さんへの対応は？
- これは**「あなたは死んでしまいたいほど辛いんですね」と気持ちを言葉に出して受け止めることが大切です。無理に励ましたり、話をそらしたりせず、まず「辛い気持ち」**に寄り添います。その後、なぜそう思うのか、何が不安なのかをじっくりと聞き、その感情に対するサポートをしていきます。
- 3. 「ピンピンコロリ」は本当に理想の最期？
- 健康で過ごして突然亡くなる「ピンピンコロリ」は一見理想的に見えますが、実は残されたご家族にとっては、何の心の準備もできないまま突然お別れすることになり、深い悲しみを抱えることにつながります。
- 人生会議では、**「最期の時間を家族と濃密に過ごす」**ことも大切なテーマになります。大切な人との別れの時間をしっかりと持つことで、ご家族は心残りを感じにくくなり、その後の生活の心の負担も軽くなります。
-
- **まとめ**
- 人生会議は、単に延命治療の有無を決めるものではありません。それは、**「自分にとっての最高の人生とは何か？」を問い、限られた時間を最大限に生き抜くための大切なプロセスです。病気の有無に関わらず、ご自身が望む「グッドライフ」と「グッドデス」**を思い描くことが、より幸せな人生を送ることにつながります。



ありがとう
うございました
ました

