

ACP 実践手引き — 医療・介護専門職用 —



この手引きは、医療・介護専門職向けです。

当地域の医療・介護連携推進協議会が掲げる「**住み慣れた地域で療養したい**」を支援するための活動の一部です。

ACP（人生会議）は『どう死ぬか』ではなく、『残された人生を、自分らしく生き抜くこと』を支援します。

「自分の立場で、いつ、何ができるのか」「対象者と家族のために、どのように、だれと連携すればよいか」を考え、実施していただけたらと思います。

この手引きが、医療・介護専門職が考え行動するための一助になれば幸いです。

目次

第1章 ACP の基本

1. ACP（アドバンス・ケア・プランニング）とは
2. 支援の基本的な考え方について
3. ACP は、いつから始めればいいのでしょうか？

第2章 ACP 支援の実際

1. ACP の具体的な支援について
 - (1) 健康な時期
 - (2) 病気や障がい progressed、または要介護状態の時期
 - (3) 人生の最終段階を自分のこととして考える時期
2. 関係機関の役割について

第3章 ACP 支援のポイント

1. 認知症の方へのアプローチ
2. 家族の意向が異なる場合の支援
3. 本人の意向を記載した冊子等の保管場所・法的な位置づけ
4. 相談窓口

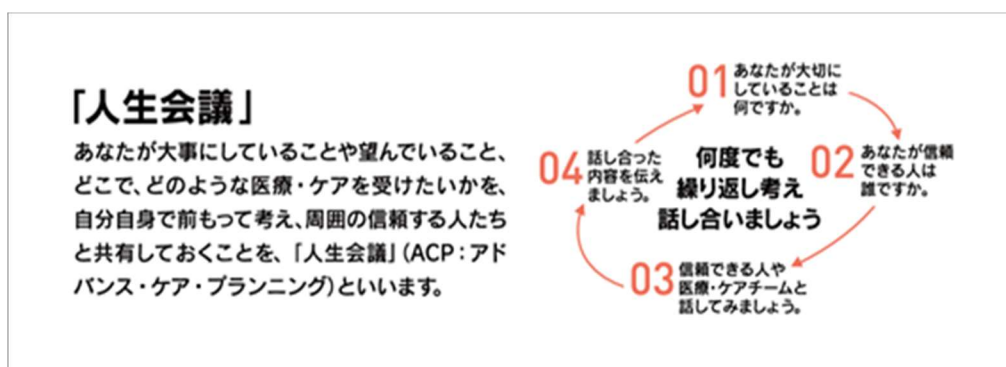
参考・引用文献等

第1章 ACPの基本

1. ACP（アドバンス・ケア・プランニング）とは

ACPとは、すべての方が、自らの価値観を認識し、今後自分の人生をどう生きたいかを自主性をもって、家族・医療介護関係者や周囲の信頼できる人たちと話し合い、共有しておくプロセスのことで。

健康状態や年齢を問わず、すべての方が対象で、自分らしい人生を最期まで続けられるようにするため、繰り返し話し合いを行うものです。



医療・介護専門職に求められる役割

厚労省は、2018年に「人生会議」という愛称をつけ普及啓発を始めました。2021年度介護報酬改定において、看取りへの対応にACPの取り組みが求められるようになり、さらに、2024年度診療報酬改定では、入院医療や在宅医療の際にACPが義務化されました。現在ではまだACPという概念が一般に浸透しておらず多くの人々はその重要性について理解できていない段階です。更に、日本人は「死」について語る事がタブー視される傾向にもあります。今回の取り組みは、「死（最期）」をどう迎えるかではなく、残された人生を自分らしく生き抜くためにというコンセプトであり、これを手にしたあなたも当事者であることを自覚していただきたいと思います。

ACPは、本人が意思決定できる段階で、今後の本人の生活の見通しや起こりうることについて、あらかじめ本人や家族、関係者などで話し合い、考えて決めておくなど、先を見通した意思決定の支援を繰り返し行うことであり、医療・介護専門職には、本人の意思決定を支援し、希望に沿った医療・ケア・生活を実践することが求められています。

お任せ医療・介護から自分で決める時代に変化していることを理解し、その人が理想としているゴールを目指し、日ごろから積み重ねてきた対話の価値(ACP)を共有できるように、関心を持ち記録に残しましょう。

2. 支援の基本的な考え方について

本人の価値観を尊重するために

医療・介護ケア提供者は、本人、家族と話し合い、本人の価値観を知り、その価値観の中で何を優先するべきか、それを叶えるために、どんな方法があるかを一緒に考えることを支援します。価値観は多様であり、どちらが間違い・優位といった判断ではなく、みんなで、本人の価値観を尊重した医療・介護・生活の実現を目指します。

そのためには、自分がケアを受ける場面を想定して、話し合いをしてみるのも良い機会だと思えます。

対象者の意向（真意）をくみ取る

本人の言葉は、たとえ人生の最終段階であっても家族の負担などを考え「真意（意向そのもの）ではない場合」があります。そのため、医療・介護専門職は、「本人の言葉が真意であるのか？」という目を持つ必要があります。職種を問わず、日頃、近くでサポートしている方に大切な事を伝えていることがあります。記録し情報共有していきましょう。

本人の思いを伝えてくれる人（代弁者※）の選定と決定

※代弁者以外の呼称もありますが、本手引きでは代弁者を使用

- ◎ 代弁者は本人の意向によって選定されることが望ましく、代弁者となる人は自分が代弁者であることを承認していることが必要
- ◎ 本人が意思を表明できなくなっている場合は、本人と信頼関係があり、本人の価値観を理解した上で本人の推定意思を伝えることができる人が関係者の合意の上で代弁者となることが、本人の意思をくむために重要
- ◎ 一般的には、本人の家族、親族、友人や本人をよく知る人が代弁者となることが望ましい
- ◎ 任意後見人・成年後見人が代弁者の役割を兼ねることもあるが、後見人は医療行為の同意権を有さず、代弁者として医療行為の同意権を有しているわけではない

（日本老年医学会「ACP 推進に関する提言」より）

3. ACP は、いつから始めればいいのでしょうか？

「思い立ったら今から！」です。状況が変化するたびに再考し、修正していきます。

医療に関しては「回復の見込みがないと診断された時期」「病状の進行、衰弱傾向」等は本人も意思決定しやすく、医療従事者も支援のタイミングが比較的明らかなです。

しかし、本人の価値観や人生の目標については、人生そのものですので、月日、年齢、病状・・・とともに変化するため、非常にタイミングが難しく本人も表現しにくいことも多いと思います。医療・介護専門職が、連携・協働しながら対象者の意思決定支援に、早い段階から関わることが、対象者の意思実現のカギとなります。意思決定支援は遅すぎると、本人の意思決定能力が十分でなくなるうえ、選択肢が限られます。

そのため支援者は、出会ったときから、介護認定を受けるときから、入所・入居をきっかけに支援することが求められます。話し合うタイミングを逃さないように、下記の※サプライズクエスチョンも有効です。

※サプライズクエスチョン（専門職が自分自身の心の中で自問自答してみること）

〇〇さんが1年以内になくったら驚くか？



もし驚かないなら、ACP の話し合いを開始したほうがよい



第2章 ACP 支援の実際

1. ACP の具体的な支援について

(1) 健康な時期

この時期の特徴・目標

- * ACP を知ってもらう
- * 本人が決められる時に、どのように生活していきたいか、今後のことを決めます



支援者の役割等

- * 相談時など、関わりを契機（ライフイベントに併せて）に行います
- * 住民向け講演会の案内
- * こころの準備シート ステップ1，ステップ2の記載をすすめてみましょう
- * まとめて安心 IF NOTE（和歌山県）など媒体の活用



主な支援者

地域包括支援センター、施設職員、ケアマネジャーが中心
普及啓発活動は、すべての関係機関が関わります



(2) 病気や障がいが進行した、または要介護状態の時期

この時期の特徴・目標

- * 自分の生き方や病気、障がいと折り合いをつけながら生活を組み立て直す
- * 人生の最終段階での医療・ケアの選択、療養場所や看取りの場所について考えます
- * 要介護認定を受ける頃までには ACP を開始することが望ましいと思われま
- * 代弁者を決め、その人に代弁者になってほしいという意向を伝え、代弁者に了承を得ます



支援者の役割等

- * 介護施設の入所者、進行性の疾患を有する場合、直ちに ACP を開始するようすすめます
- * 身体機能の変化（介護保険の区分変更時など）、病状の進行、治療の変更時などをタイミングとして、ACP を開始するようすすめます
- * 本人の代弁者選定を支援します（代弁者は家族と限らず、立場が複雑な場合は整理する）
- * 人生観・価値観の聞き取り（これまでどう生きてきたのか・これからどう生きていきたいか等）
- * 病気に対する理解度を確認します
- * 本人・代弁者と一緒に将来的な医療・ケアについて、医療・介護専門職と話し合い、その過程を共有できるように支援する（同席の機会をつくる・記録を残し共有するなど）
- * こころの準備シート ステップ3、ステップ4、ステップ5の記入をすすめてみましょう。話し合いができればかかりつけ医、看護職、ケアマネジャーのサインを受けてください。特に受診歴がない、介護保険の認定を受けていない場合は空白になります。その場合は、きちんと家族または大切な人と話し合い共有しておくことも大切です。
- * まとめて安心 IF NOTE（和歌山県）も負担にならない程度に活用可能です



主な支援者

ケアマネジャーなど介護専門職、看護職、かかりつけ医など



- 対象者は ACP を行う心の準備ができていますか？
 - ・ 対象者が自分の状況（病状など）をどう捉えているかなど、ACP を行う心の準備ができているかを確認します
 - ・ 複数に分け、適切な時期に、適切な話題をします

～ACP を行う心の準備ができていないか確認する～



最近、〇〇さんの体調どうですか？
ちょっと食事の量も少なくなっているようですが…。

そうですね。最近ご飯を食べる量が少なくなって、よく寝ています。



具合が悪い日も多くなってきましたね。
今後のことをどのように考えているか、お話を伺ってもよろしいですか？

- ・ 代弁者を選定し、過程を共有します
- ・ 差し迫った時期までは、話し合いたくない人もいるので無理強いはしません

～代弁者の確認～



〇〇さんの今後を一緒に考えてくれる人はいますか？

代弁者を決めている場合

近くに住んでいる息子が一緒に考えてくれます。



次回までに息子さんに思っていることを伝えて、一緒にお話ししてみませんか？

代弁者を決めていない場合

誰ともそんな話はしたことがないわ…。



病状によっては、ご自分の意向を伝えることができなくなることがあります。
なので、自分の代わりに自分の気持ちを伝えてくれる人が必要です。

- ACP を行う心の準備ができていたら、もしもの時について話し合いを始めます
 - ・ 病状認識の確認と今後の経過の話し合いから始めます
 - ・ いきなり心肺蘇生や看取りについて話すのは控えます
 - ・ 心の準備ができていなければ、希望を失ってしまうことがあり、逆に害となります。特に医師からの ACP の切り出しは喪失感につながる恐れがあります

(3) 人生の最終段階を自分のこととして考える時期

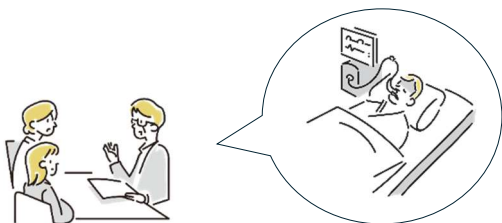
この時期の特徴・目標

- * 人生の最終段階を見据え、通院あるいは入院して医療を受けている人は、その医療機関において ACP を開始することが望ましく、本人・家族は、医師や看護師に話し合いを切り出してほしいと考えている可能性があります
- * 本人が、もしもの時に、自分が大切にしたいことや治療・ケアの具体的な内容を知り、イメージすることができる
- * 代弁者を決め、その人に意向を伝え、代弁者になる了承を得ます
- * 代弁者も含め、本人の意向について医療・介護専門職などと話し合います
- * 周囲も本人とともに ACP を行い、本人の意思を尊重できる
- * 本人が、意思・価値観を尊重され、人生の最終段階を迎えることができる



支援者の役割等

- * 対象者が人生の最終段階の時期にあるかを考えます
- * 病状が安定している時期に話し合いをはじめます
- * 対象者の心の準備状態を確認し、病状認識の確認と今後の経過の話し合いを始めます
- * いきなり心肺蘇生や看取りについて話すのは控えます
- * 対象者が、治療・ケア・生活の目標や具体的な内容をイメージできるよう支援します
- * 代弁者の選定を支援します
- * 代弁者を含め、医療・介護専門職と話し合いができるように支援します
- * なるべく本人の希望を組み入れるよう支援します
- * たとえ「延命治療（人工呼吸器をつける）をしないで欲しい」とエンディングノートなどに記してあった場合、いつの時点の意思か、真意であるかを確認します



主な支援者

かかりつけ医、主治医、（訪問）看護師などの医療専門職

この時期の ACP の切り出しにおいて、医師の役割は重要です

また、訪問看護師、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなど多職種連携がより重要になってきます。



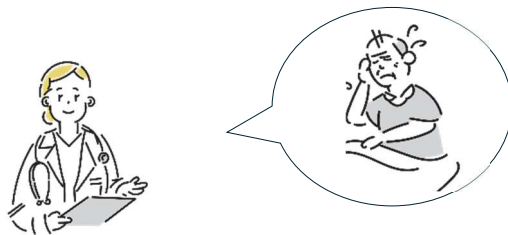
□ ACP 導入の場面が最も重要です

- ・ 話し合いの前に、心の準備状態を確認します
- ・ 対象者が希望を失わないように、最善を期待して、最悪に備える内容にします
- ・ 対象者・家族の希望や大切にしていることを尋ね、探索し、共感し、理解します
- ・ 今後の病状変化等に備えて、もしもの時についての話を切り出します
- ・ 病状の認識について、対象者自身がどう理解をしているか、本人の言葉で話してもらい、医療・介護専門職と本人との間のギャップを知るようにします



□ ACP を行える心の準備状態かを確認します

- ・ 対象者に実際におこったエピソードをあげます
- ・ これから対象者に起こりうる状況を伝えたり、聞いてみたりします
- ・ 病状進行の説明が行われた後など病状確認をします



□ 現状や今後について「考えていない」と答え、話し合いに抵抗がありそうな場合

- ・ 可能な範囲で、「ひょっとして、まだ考えたくないと感じておられるのでしょうか？」など、なぜ話し合いたくないのか、本人の思いを聞き取りましょう。
- ・ 今は考えたくないと思っているようなら、次回状態変化時など別のタイミングを見計らいます。差し迫った時期までは、話し合いを延期したい方もいます。
- ・ 知りたくない、考えたくないなど、本人の意思を十分配慮する必要があります。

2. 関係機関の役割について

ACP 支援における関係機関の役割

(かかりつけ医)

本人の意思実現に向けて、全身状態を把握し、治療します。本人の意思、病状ともに刻々と変化し得るため、その都度、説明と本人（もしくは代理人）の意思の再確認を行います。入院先の調整等、必要時、病院医師と連携します。在宅看取りでは、本人・家族が、できる限り穏やかに、意向どおりの最期を迎えられるよう、看取りまでの病状説明や緩和治療等を行います。

(病院医師・看護師)

医師は、医学的妥当性だけでなく、ACP の実践によって「本人の最善の利益」が確保できるように配慮することが求められます。医師・看護師ともに、ACP の切り出しにおいて重要な役目をもっています。本人の病状認識や希望などを確認し、必要な支援に繋がります。更に看護師は、本人・家族の思いを聞き取り、医師や地域連家室（退院調整看護師、MSW）等と連携し、通院を含め、入院中から退院後の生活を視野に入れた支援を行います。

(訪問看護)

居宅での生活が継続できるよう療養を支援します。医療・介護専門職をつなぐ ACP の要になる存在です。本人の体調変化をキャッチし、急な体調の変化の第 1 報を受け適切な対応を行います。

(理学療法士・訪問リハビリ)

日々のリハビリを通じて本人と信頼関係を築きやすく、生活動作（ADL）や身体機能の視点から、本人の人生観に沿ったケアを提案・支援する重要な役割を担います。家族や多職種と連携し、身体機能維持や障害受容の支援を通じて「どう生きたいか」の意向を汲み取ります。

訪問リハビリは、本人が「どのように最期を過ごしたいか」「どのようなケアを望むか」という意思を尊重し、最期まで住み慣れた場所で自分らしく暮らせるよう、生活動作や身体機能面からの伴走・支援する役割を担います。

(医療ソーシャルワーカー (MSW))

主に医療機関において、患者さんやご家族が抱える心理的、社会的な問題の解決、調整を支援します。その際に医療・介護専門職などの関係機関と連携して支援を行います。

(歯科医師・歯科衛生士)

口腔の状態を把握し、治療・ケアを行います。日々の診療で、食事に関する意向等も聞き取ります。最期まで食事を楽しむためのサポートや口腔ケア、家族指導等を行い、人生の最終段階における QOL を高めます。通院が困難と判断された場合は、橋本・伊都 在宅医療・介護連

携支援センターHP→歯科医師会のページに掲載している「歯科訪問指導・歯科訪問治療」をご確認ください。居宅での指導や治療を利用いただけるシステムを作っています。

(調剤薬局 薬剤師)

かかりつけ薬局として、医師、訪問看護師、ケアマネジャーと連携し居宅での服薬支援を行います。

(ケアマネジャー)

ACP 支援の主軸を担い、本人の意思実現に向けたケアプランを立案します。出会いから、人生の最終段階まで利用者の考えや思い、家族・生活背景を把握し、常に多職種との連携の中心となり、居宅での生活・療養を支援します。加齢や病状などによって変化する心身の変化もキャッチし家族や多職種と連携します。サロン・老人会等出張講座で「こころの準備シート」の配布し、ACP 啓発活動を行います。

(介護従事者)

生活に寄り添う支援者として、今の気持ちや今後についての考えや生活状況や家族関係等を把握し、ケアマネジャー等につなぎます。日頃のケア時に、**対象者の意向（真意）をくみ取る**、また家族の意向をキャッチできるキーパーソンとも言えます。

(施設)

入所・入居時、本人の今までの思いや考え、家族の意向を確認します。「こころの準備シート」の持参がない場合は、説明し記載を勧めてください。本人の状態変化時は、随時、家族の意向（親族含む）を確認します。本人・家族の思いをくみ取り、最期まで本人らしく過ごせるように、看取りまで支援をします。かかりつけ医・訪問看護・病院等、他機関との継続した情報交換が必要です。

(栄養士)

医療・介護関係者からの治療計画や健康状態の情報を受け、本人の希望を取り入れながら適切な食事内容・形態を提案します。また、最期まで自分らしく生きられるための適切な食事、楽しみとしていただけるような食事が提供できるよう支援します。

(地域包括支援センター)

高齢者の身近な相談窓口として、ACP 講演会開催等の啓発活動、専門職対象の研究会開催等の多職種連携の体制づくりを行っています。相談者の将来を見据え、本人の考えや家族・生活背景を把握し支援します。人生の最終段階における支援では、ケアマネジャーや支援チームの体制づくり、後見人の後方支援等を行います。

〈多職種連携のポイント〉

地域における医療介護関係機関は、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、各職種・機関連携して、包括的かつ継続的な医療・ケ

アのための体制整備を行っております。ACP では、多種多様なスタッフが各々の専門性を生かし、お互いを尊重し、「本人の最善の利益」という共通目標に向い、連携し医療・ケアを提供しています。そのためには自分の役割とともに多職種・機関の役割を理解しておく必要があります。情報共有については、本人・家族等の意向、同意を得て、関係者間で共有しましょう。また、情報を集約する専門職を決めたうえで、情報共有の方法を決めておくスムーズです。人生の最終段階であっても、医師と十分な話し合いをしていない場合や、本人が病状を十分に理解していない（できない）こともあります。人生の最終段階において、ケアマネジャーや訪問看護師は、非常に重要な役割を担っています。また、本人の生活を支援する介護専門職等が多職種への相談、情報提供することもとても重要です。

第3章 ACP 支援のポイント

1. 認知症の方へのアプローチ

（認知症の症状がある方の場合）

認知症であっても本人の意思を尊重して、本人の有する認知能力に応じて説明し、身ぶり、手ぶり、表情などを読み取る努力を最大限行うことが求められます。「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（厚生労働省 平成 30 年 6 月）」を参考にしましょう。支援するなかで、支援方法に困難・疑問を感じた場合は、意思決定支援チーム（本人、家族・医療・介護関係者、成年後見人など）で、本人ならば、どのように希望するかを考え、察しながら話し合しましょう。近しい身寄りや後見人等がおらず、生活に不都合が生じる可能性がある場合は、成年後見制度や日常生活自立支援事業等の導入支援を検討しましょう。

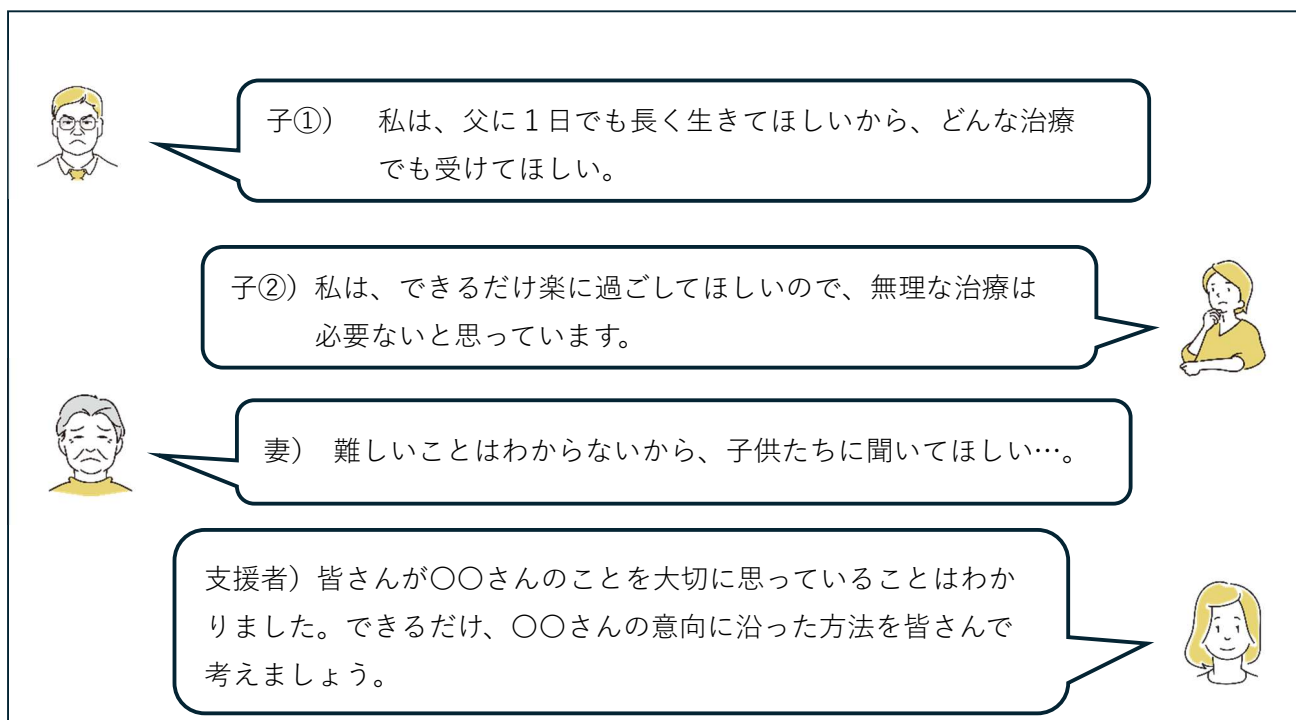


（軽度認知障害（MCI）が疑われたり、診断された方の場合）

認知機能低下のため、将来的に対象者の意思決定が難しくなることが予想されるため、受診やサービスの導入等の調整はもちろん、家族なども見通しがたてられるように、早期から情報提供や支援をする必要があります。

2. 家族の意向が異なる場合の支援

本人と家族、または家族間で意見が分かれたり、本人が過去に表明した意向について、家族が異なって記憶していたり、社会資源等の受入れについて見解が異なることがあります。こうした場合、医療・介護専門職は、本人と家族が話し合うために、正しい知識を持ってもらうことが重要であり、専門職は家族の悩みや対立の理由・原因を確認し、家族に対して、本人の意思決定を支援するのに必要な情報、社会資源等について丁寧に説明するなど、家族が不安を抱かないように支援をすることが大切です。



3. 本人の意向を記載した冊子等の保管場所・法的な位置づけ

本人・家族などで話し合いをし、内容を記載した「こころの準備シート」や「まとめて安心 IF NOTE（和歌山県）」などは、本人・家族の了承を得て、内容・保管場所を情報共有しましょう。保管場所は、ご本人、家族、医療・ケアチームで話し合いわかりやすい場所に決めましょう。救急車を呼ぶような緊急時も、救急隊が発見しやすく、ACP の情報が、搬送先の医療機関にもつながると有用です。

〈法的な位置づけ〉

「こころの準備シート」や「まとめて安心 IF NOTE（和歌山県）」などには、法的拘束力はありません。記載内容に従わないと法に触れるというものではありませんが、判断能力の低下や意思表示できなくなった際に、本人が望む医療やケア、生活について判断するときに参考になります。

本人の気持ちは状況や環境によって変化していくものなので、体の状態や家族状況の変化などを節目に、くり返し話し合うことをお勧めします。

もし、心肺蘇生の実施を望まない方の急変時に遭遇した場合、かかりつけ医や訪問看護の利用があれば、①訪問看護 ②かかりつけ医 に連絡をすることが優先です。①、②の指示に従ってください。しかし、慌てて救急車を要請しても「心肺蘇生の実施を望まない傷病者に対するプロトコル（2023.11.20.策定）」に従い更に正しい判断・協議がされます。ご安心ください。

4. 相談窓口

- 橋本市地域包括支援センター （相談時間 9：00～17：00 平日のみ）
TEL：0736-33-3705 FAX：0736-34-1652
- かつらぎ町地域包括支援センター （相談時間 9：00～17：00 平日のみ）
TEL：0736-22-2322 FAX：0736-22-6898
- 九度山町地域包括支援センター （相談時間 9：00～17：00 平日のみ）
TEL：0736-54-2233 FAX：0736-54-9001
- 高野町地域包括支援センター （相談時間 9：00～17：00 平日のみ）
TEL：0736-56-2933 FAX：0736-56-4745

～謝辞～

ACP 実践手引き — 医療・介護専門職用 — は、大阪府枚方市地域ケア推進実務者連絡協議会の了解を得て、「枚方市 医療・介護専門職向け ACP（人生会議）実践の手引き」を参考・引用させていただきました。ご協力いただいた枚方市の関係者の皆様に感謝申し上げます。

ACP 実践手引き — 医療・介護専門職用 —
令和 8 年（2026 年）3 月作成
制作 橋本・伊都 医療・介護連携推進協議会

（参考・引用文献等）

- ・ 枚方市 医療・介護専門職向け ACP 実践の手引き
- ・ 和歌山県 人生会議（ACP）関連HP
- ・ 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（厚生労働省）
- ・ 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（厚生労働省）
- ・ 人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン（日本医師会）
- ・ 看護職のための ACP 支援マニュアル（大阪府看護協会）
- ・ ACP について（近畿大学奈良病院）