「よりよく生ききるための人生会議」研修会

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

本日はようこそお越しくださいました。

人生会議とは

人生会議とはアドバンス・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、本人や家族、医療者たちと前もって繰り返し話し合う取り組みのこと、つまり**「もしものための話し合い」**です。

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

人生会議とは

　その人生会議を、いつ、だれが、どのようにやっていけばいいかを、本日理解していただければ幸いです。

　目の前の患者さん、利用者さんの人生に寄り添っていけるお手伝いを、ともに考えましょう。

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

本日の流れ

アイスブレイク

レクチャー①

ロールプレイ①

レクチャー②

ロールプレイ②

まとめ

アイスブレイク

自己紹介の後

次のテーマについて

グループで

話し合ってみましょう

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

まずアイスブレイクをしましょう

まずは自己紹介をしたあと、グループごとに次のテーマについて話し合ってみましょう

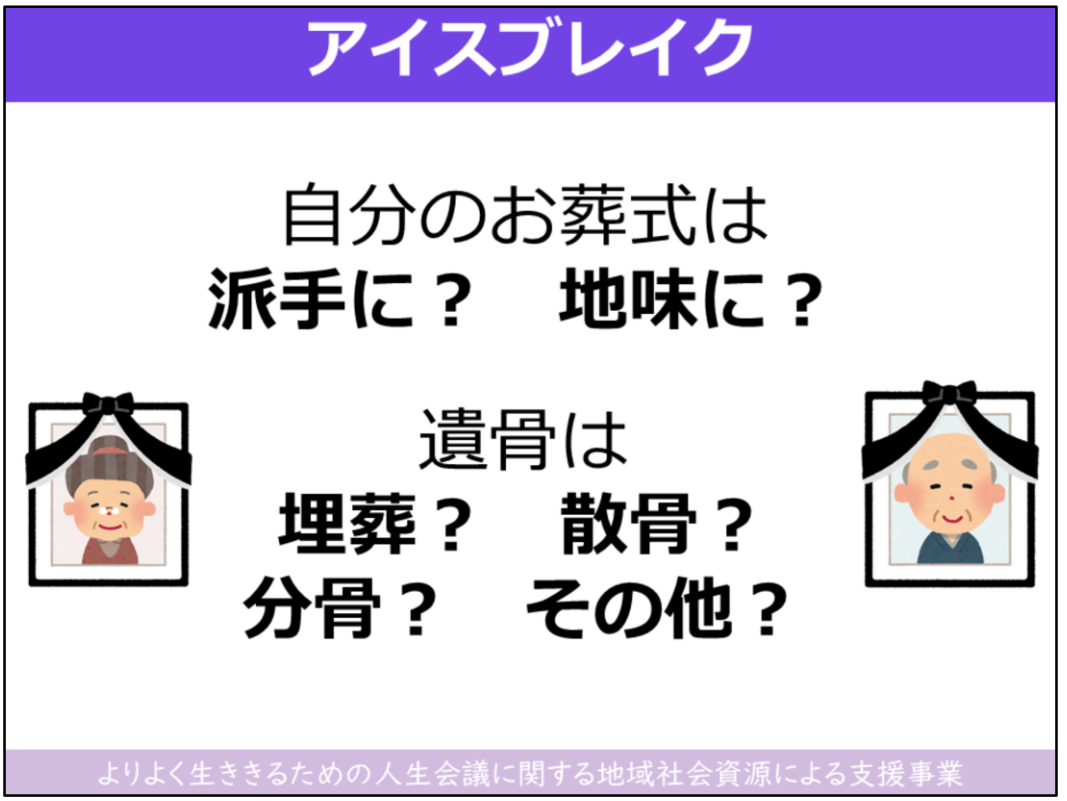
アイスブレイク

人生の最後に

食べたいものは

何ですか？

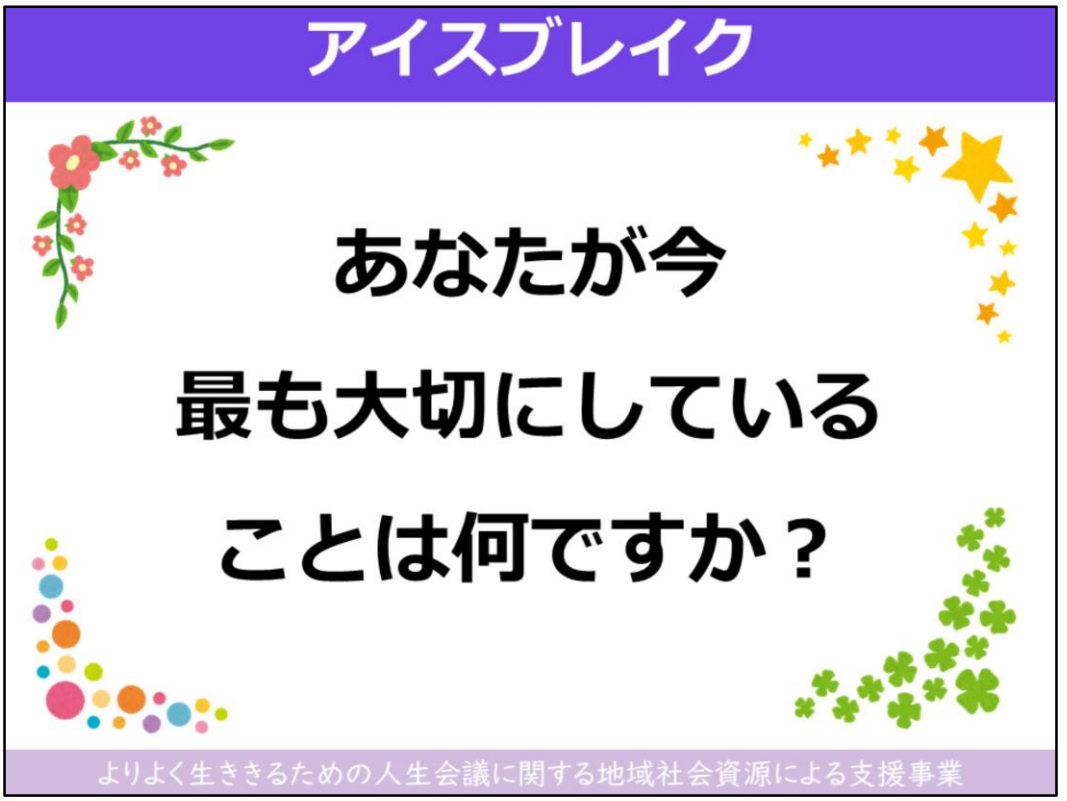
よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業



人生の最期についても考えてみましょう

お葬式は派手にやるのがいいか、地味に、家族葬がいいか

遺骨は埋葬されるのがいいか、散骨がいいか、分骨、樹木葬、そのほか何かありますか？

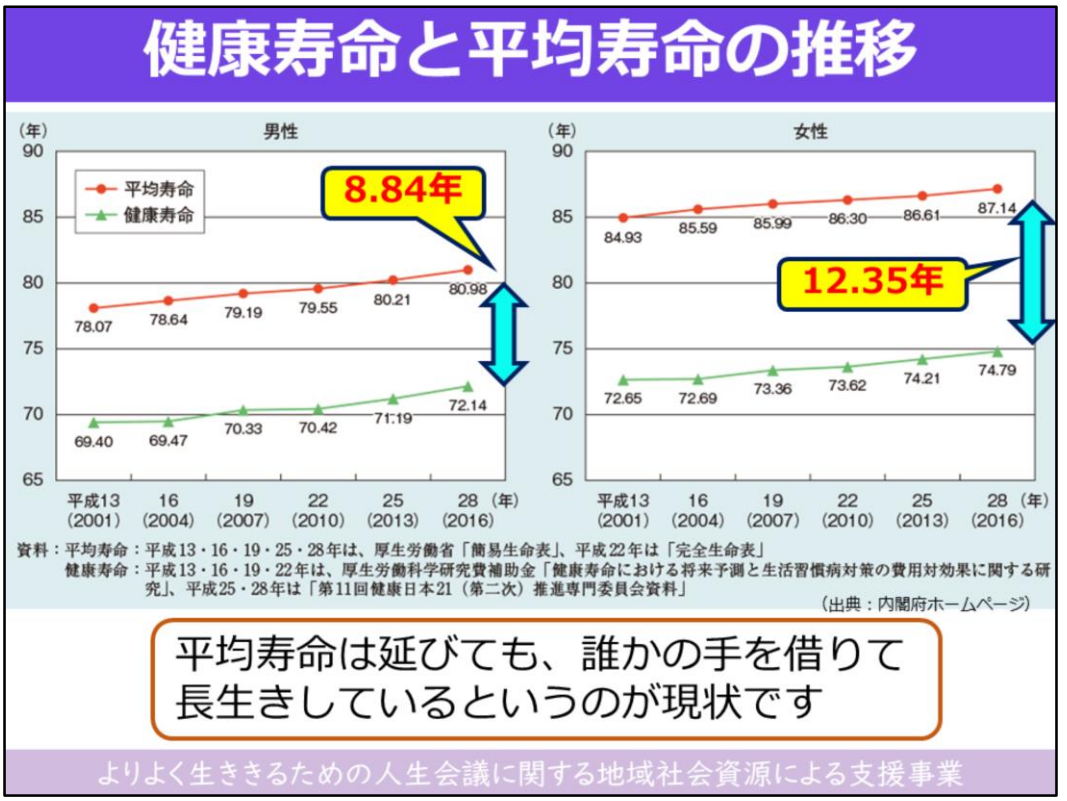


あなたの最も大切にしていることは何でしょう
（これ以外にも、適宜アイスブレイクの内容は変更しても構いません）

レクチャー①

人生会議の概要

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

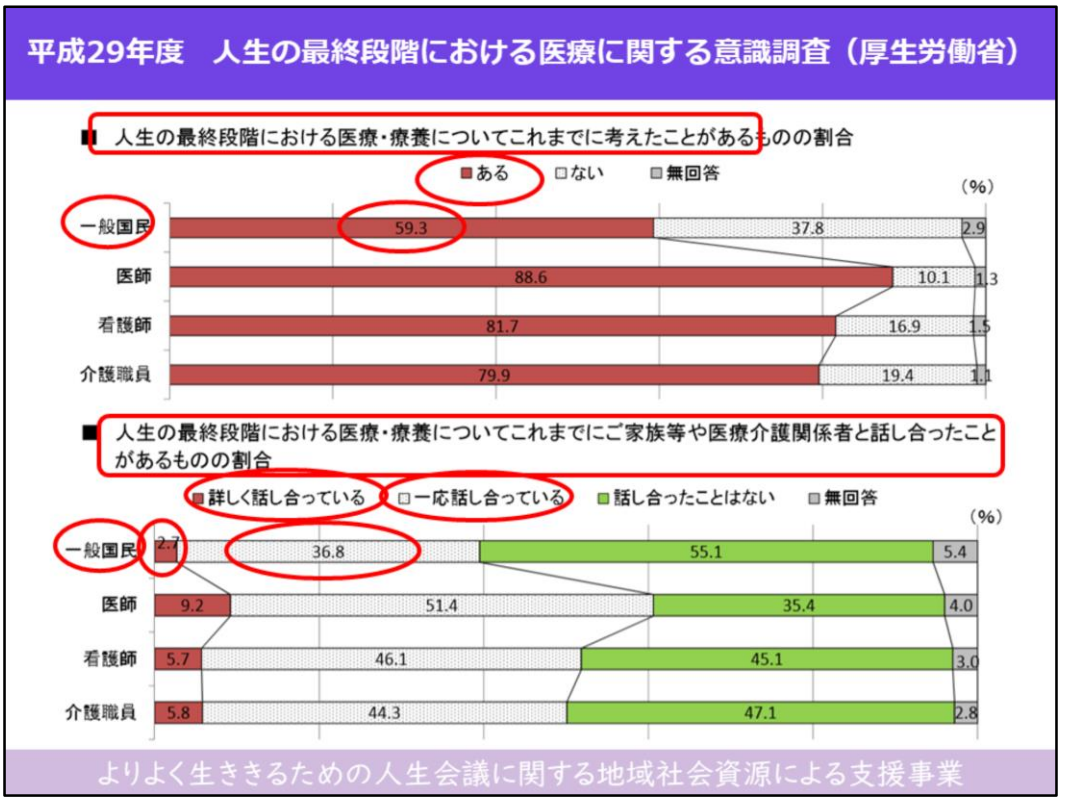


日本人が長寿である背景にはどのような現実があるのでしょうか？

もちろん保険制度が充実し、受けたいときに受けられる医療があることは紛れもない事実です。日本人の食生活や環境的要因もあるでしょう。しかしはたしてそれだけでしょうか…。

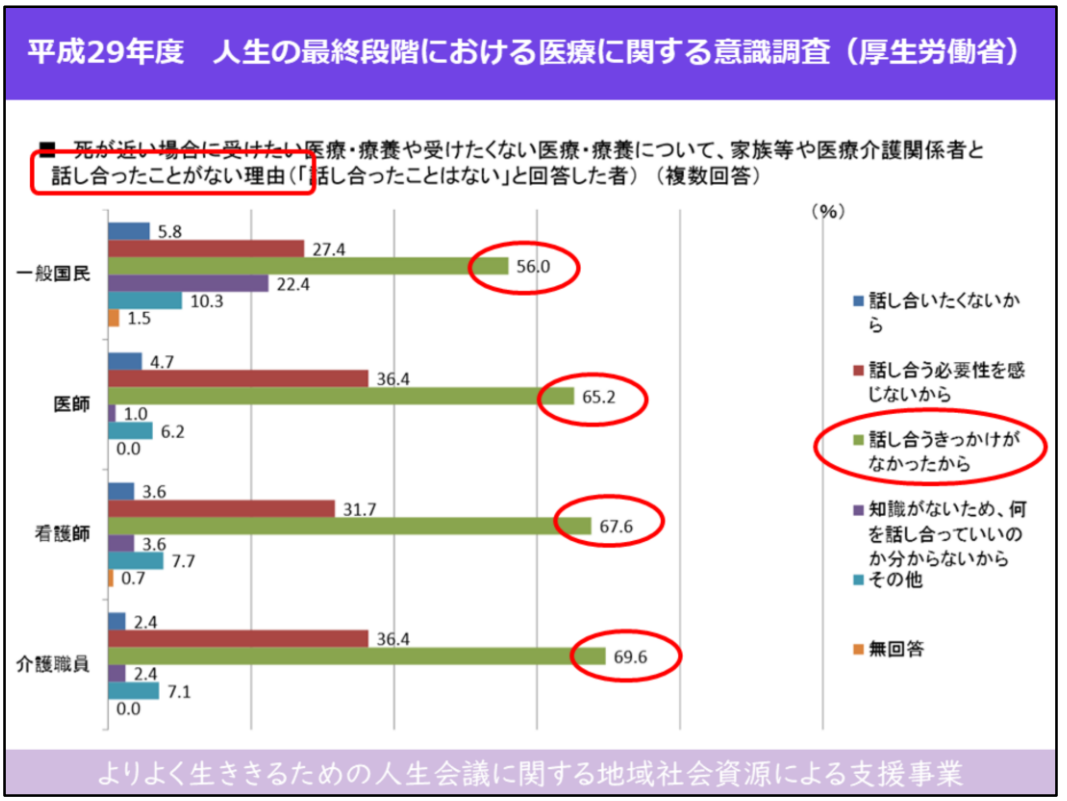
平均寿命は延びても、健康寿命との差は男性は約9年、女性は12年以上もあります。つまり、それだけの期間、誰かの手を借りて生活していることになります。

現在の医療では、回復の見込みがない場合でも生存期間を延ばすことが可能ともいわれています。しかし、本来の医療の在り方とは本人の幸せを実現するものです。　生物学的な長生きが幸せに長生きすることと同じであるとはいえません。



厚生労働省のデータでは、人生の最終段階における医療・療養について考えたことがあるかの質問に、医療介護職の方々は8割以上、一般の方々もやや減りますが約6割の人が「あり」と答えています。

ところがそれを誰かと話し合ったことがあるかどうかについては、半分ほどに減ってしまいます。

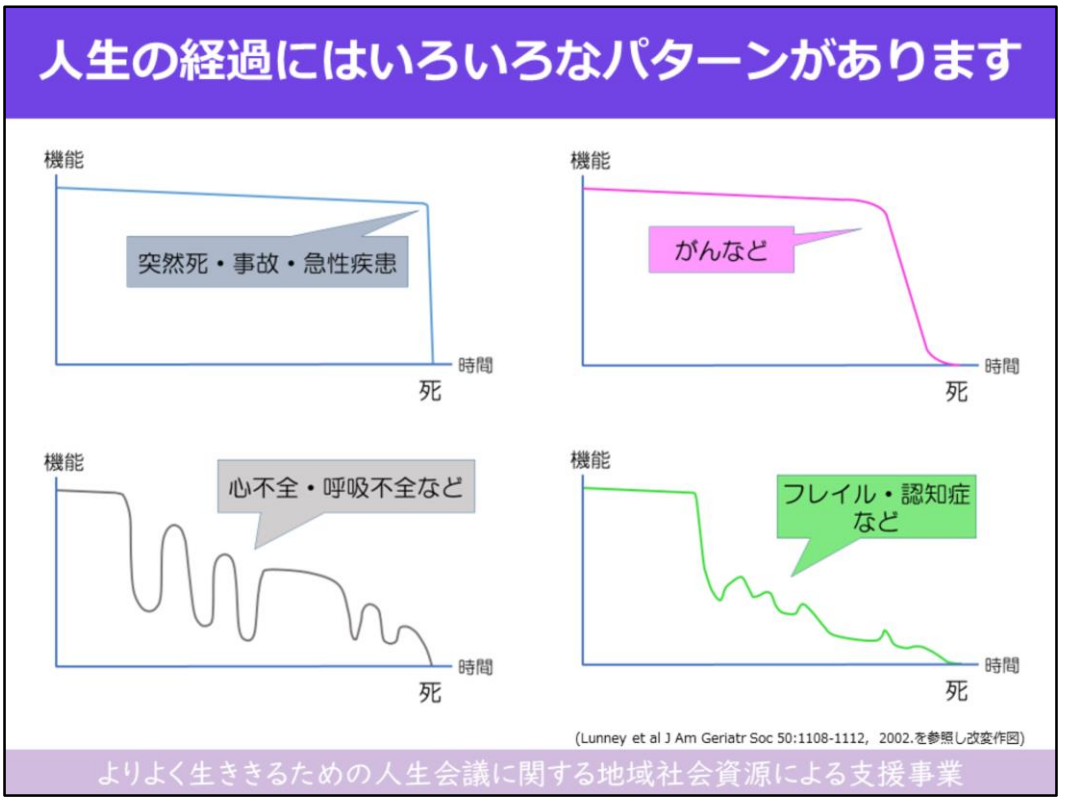


死が近い場合の医療や療養について、話し合ったことがない理由の一位は、話し合うきっかけがなかったということです。

はじめに（この会の趣旨）

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です。

今回、全国国保診療施設協議会（国診協）では**慢性疾患管理期**における人生会議の手引を作成しました。人生の最終段階について話しあうきっかけになれば幸いです。

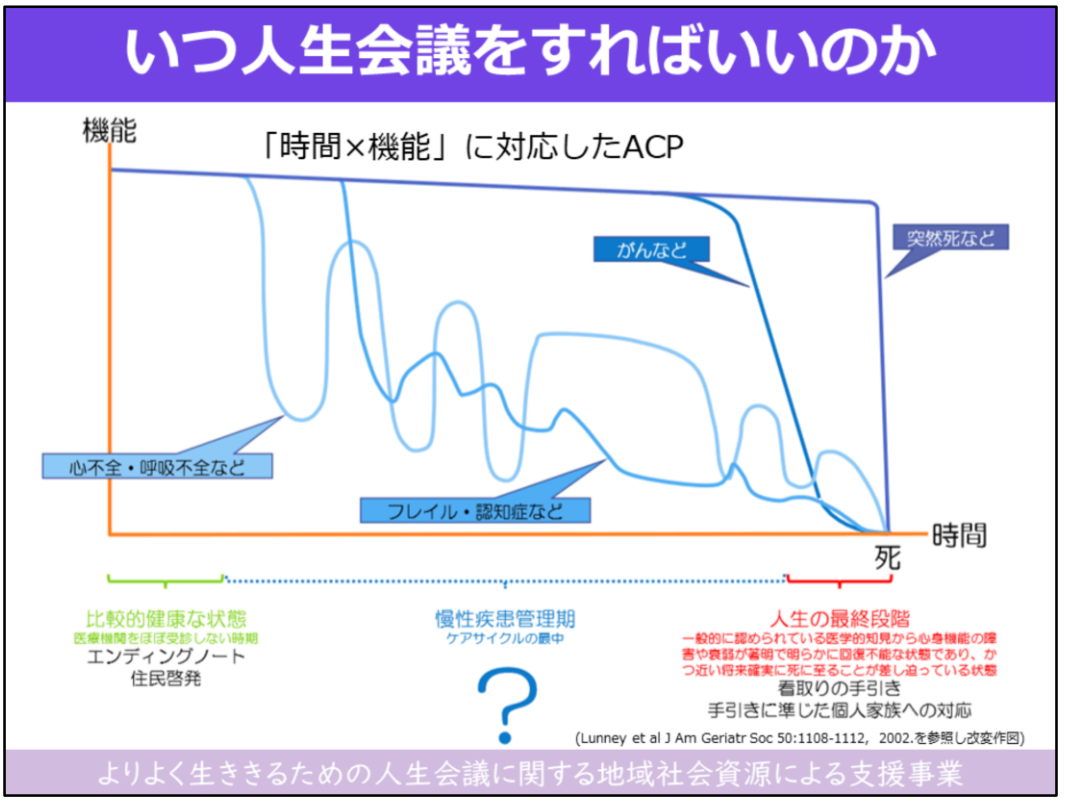


急性の病気や突然死は、急に亡くなります。

癌はなくなるぎりぎりまで意識はあり、会話ができて、食べることや動くことも可能です

心不全や呼吸不全といった臓器不全は、状態がわるくなり、治療で少し改善しても再度悪化しての繰り返しです

老衰や認知症は年単位の長い期間をかけてじっくりと機能が落ちていきます。

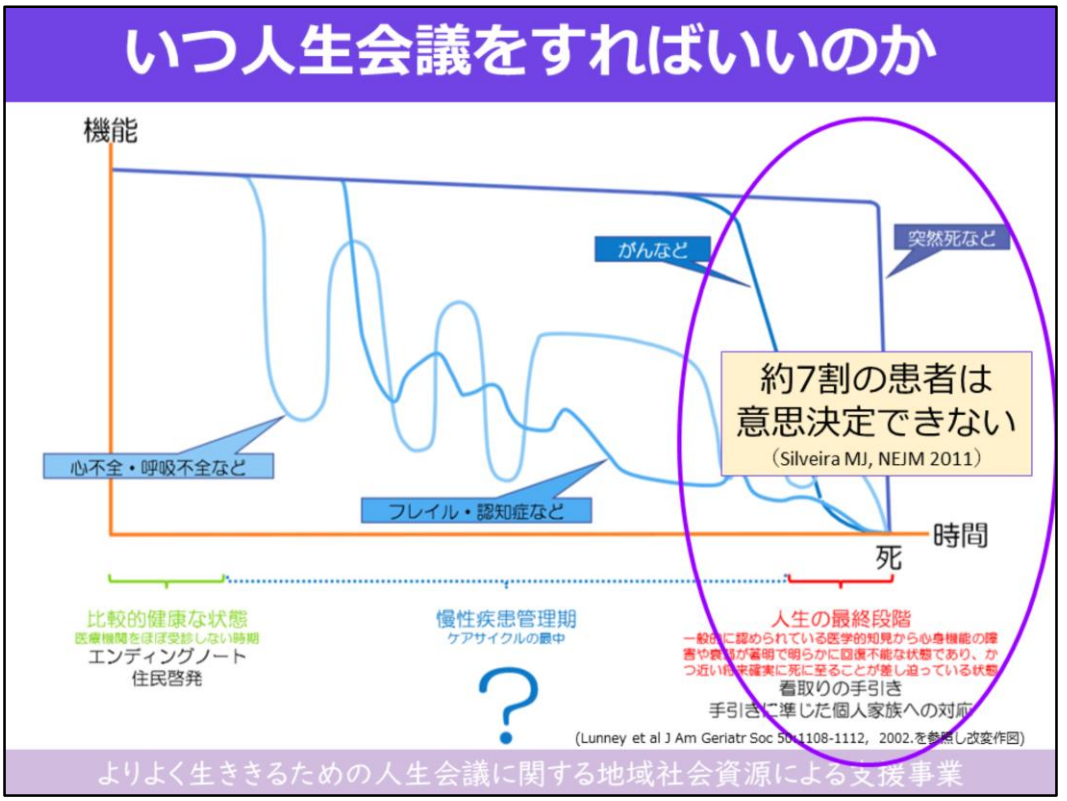


厚労省は「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を作成しましたが、どのようにやるかを解説しているものの、いつやるのかは具体的に明記されていません。明記されているのは、「人生の最終段階における医療・ケアの在り方を自分ごととして考える時期にある方」です。これだと、いつやったらいいのかが非常にあいまいです。

この図は、体の状態（疾患）における、時間の経過と身体の機能の関係を示した図で、一つ前のスライドを重ね合わせたと思ってください。

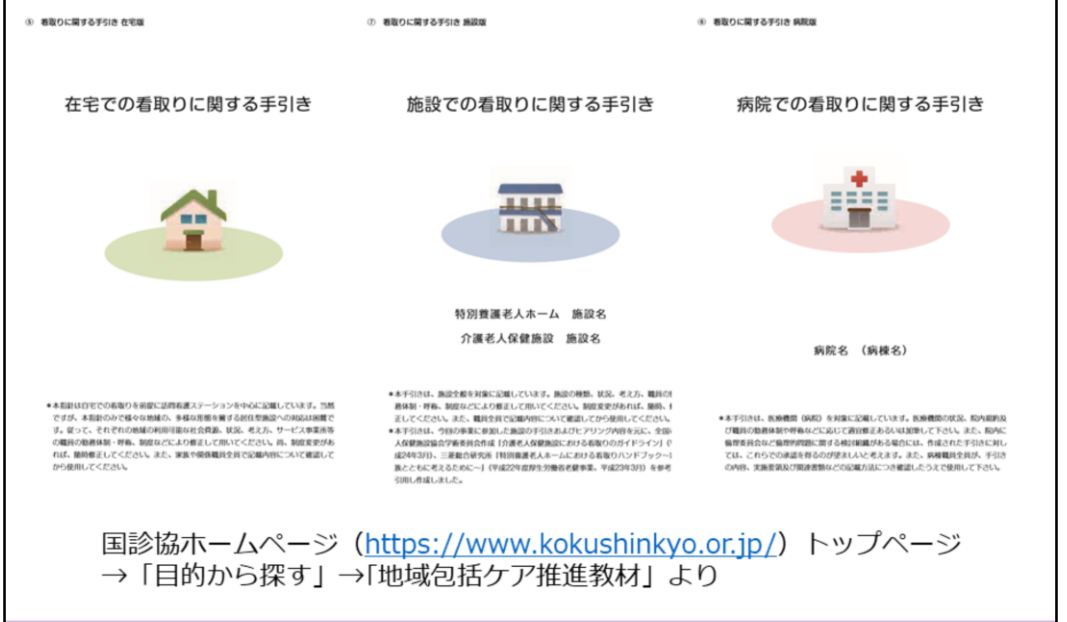
一般的に癌の場合、亡くなるおおよそ1週間程度前まで、ほとんどの方においてある程度の機能が保たれています。

しかし、認知症やフレイルの方は緩やかに（数ヶ月～数年単位）、心不全や呼吸不全などの臓器不全の方は段階的に（やはり数ヶ月～数年単位）でその機能が損なわれていきます。



現在多くの医療機関で行われている意思確認は、命の危険が迫った状態での治療内容の確認、例えば人工呼吸器をつけるかどうかなどかなり限定的です。本人や家族が動揺することが多く、本人の意思が確認できていない状態で、家族が決定を迫られることも多々あります。終末期には約7割の患者で意思決定が不可能というデータもあります（Silveira MJ, NEJM 2011）

人生の最終段階の資料・教材

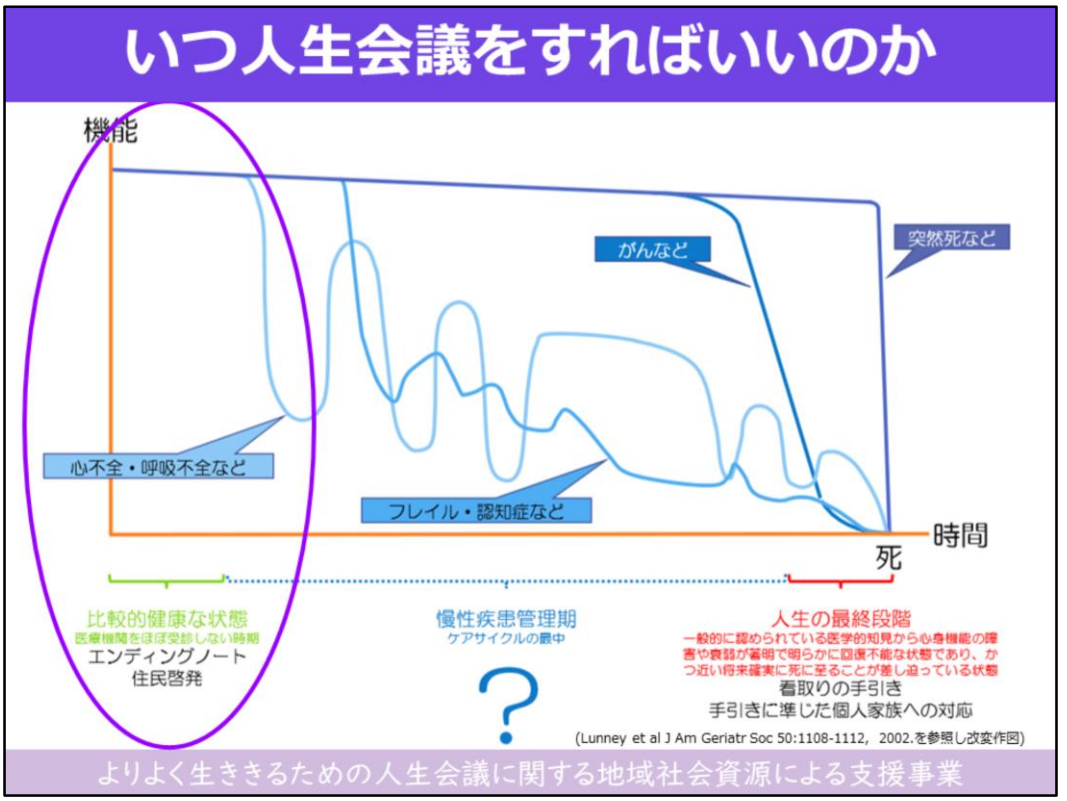


国診協ホームページ（https://www.kokushinkyo.or.jp/）トップページ
→「目的から探す」→「地域包括ケア推進教材」より

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

国保診療施設協議会（略して国診協）では、人生の最終段階における資料や教材を提供しています。

国診協のホームページからご覧ください



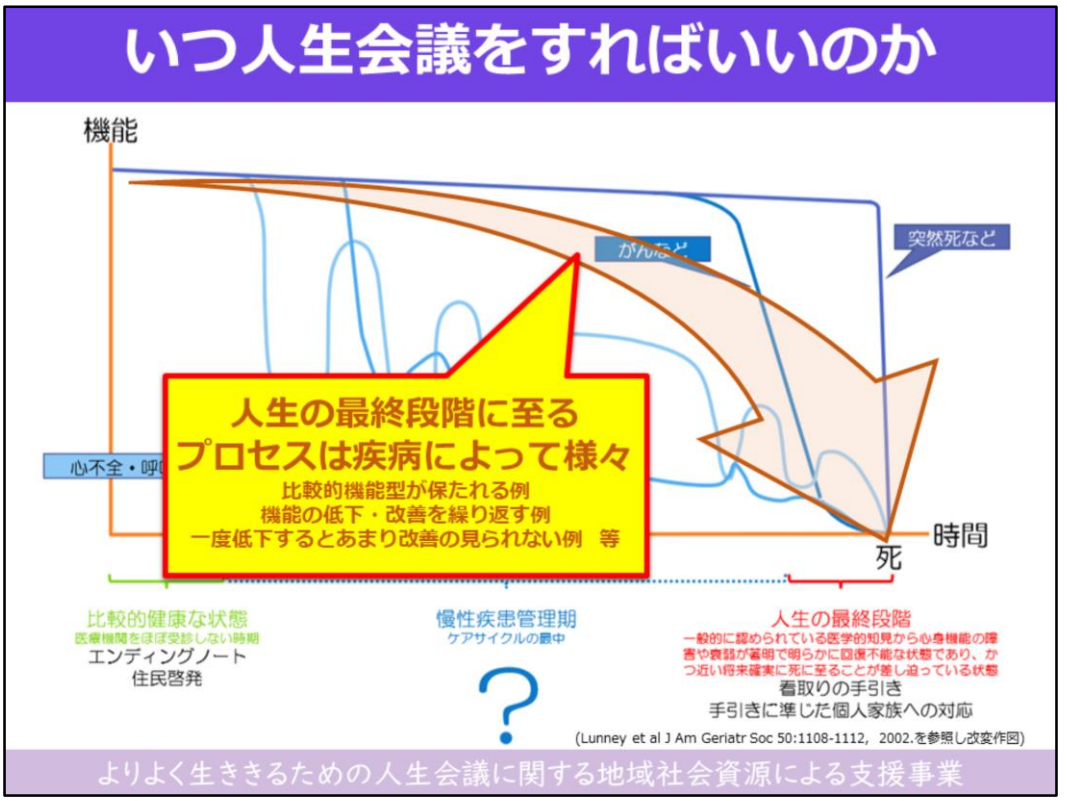
一方、元気なときから、いざというときのことを考え意思表示をしておくことも重要です。元気な方を対象に行う終活セミナーやエンディングノートの作成、入棺体験などがこれに当たるでしょう。絶賛発売中の国診協版「生きて逝くノート」を使用するのもいいでしょう。しかし、人生の終焉が差し迫っているわけではなく、死に対しての現実味がないのも否定できません。このときに決定したことは、時間経過とともにその思いが揺れ動くこともあるでしょう。

比較的健康な段階の資料・教材

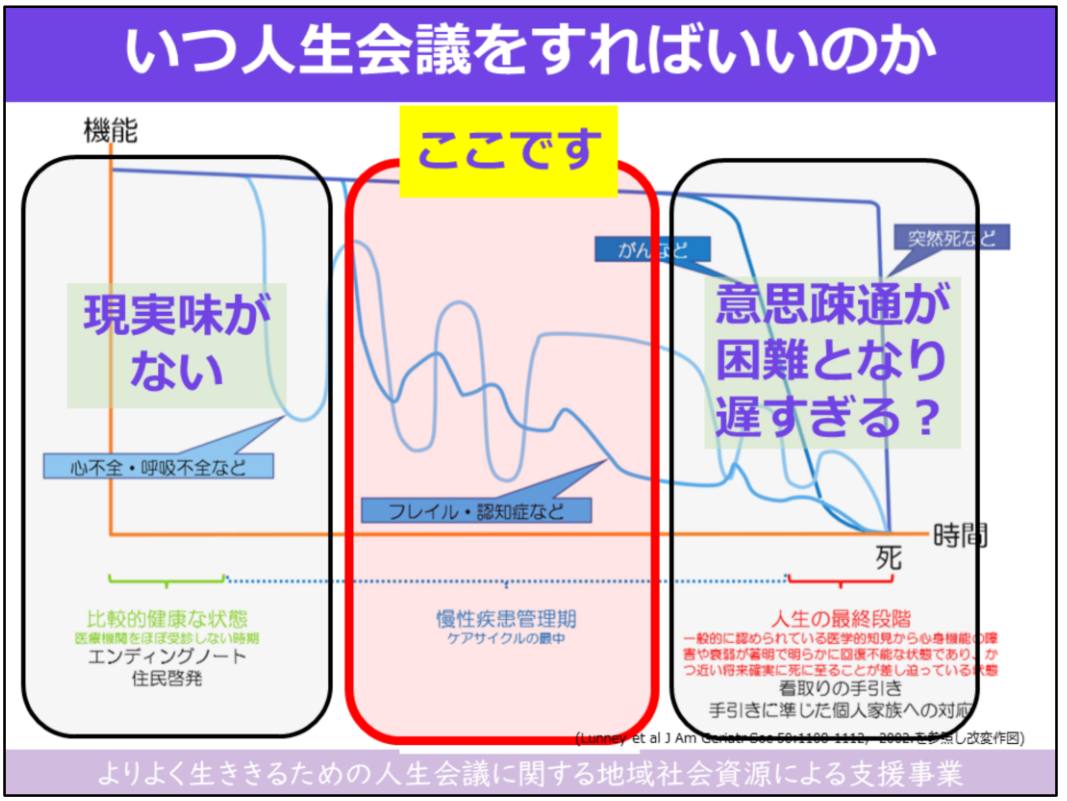
国診協ホームページ（https://www.kokushinkyo.or.jp/）トップページ
右側メニュー「ピックアップ」の「生きて逝くノート」より

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

こちらが国診協で作成したエンディングノート「いきいきと生きて逝くために」です。
国診協のホームページからご覧ください
一部140円で、およそ5万部売れています。



実は人生会議をするうえで重要な時期とは、死が差し迫った人生の最終段階（本人が正常に判断できなかったり意思を伝えられない時期）や、現実味を帯びていない比較的健康なときではなく、ある程度身体的機能が残存しつつ意思表示ができる時期での開催が重要であると考えます。



これまでなかなか実行されなかった慢性疾患管理期のACP、人生会議の普及について、今回の研修ではその時期に行うことの重要性を解説し、その方法についてもレクチャーしていきます。

今回の研修を通して、そのことをご理解いただき、啓発をしていただきたいのです

野球でたとえると、9回の試合終了が差し迫ったときでも、序盤（0-3回）、中盤（4-6回）でもなく、7回に入ったころです。思った通りの展開にならず、劣勢になりかけたとき、どのようにゲームを組み立てますか？

山登りでたとえるなら、7-8合目といったところでしょうか。だんだんゴールが見えてきました。頂上までの間何を楽しみながら登りますか？

いつやるのか

健康状態・病状ステージに応じた人生会議の類型

種類	内容	主観的健康度	病状ステージ	対象年齢・健康状態、課題	相談員
第1ステージ	価値観教育	健康である	健康かつ自律的な社会生活が可能	小・中・高・大学生、青・中・壮年期にある健康な者より豊かに生きる、ライフイベントを発達課題として対処する	行政職員、保健師、教育者、養護教諭、職場の役職者・管理職、産業医など
第２ステージ	慢性期患者や高齢者を対象とした地域医療におけるＡＣＰ	まあまあ健康である	慢性疾患を1つないし複数有し治療初期から中期にある	壮年期・高齢期で治療を継続し、生活機能はほぼ自立する者 生活機能維持のための予防的な健康支援を必要とする	行政職員、地域包括支援センター、退院調整部門、病院外来、診療所、訪問看護ステーションなどの医師、看護師、保健師、ＭＳＷ介護支援専門員など
第３ステージ	急性期終末期医療におけるＡＣＰ	あまり健康でない	病状悪化、身体機能低下・障害（要介護）入院加療中、施設入所中	急性期など病状が深刻な者治療の選択、開始、変更、中止、差し控えなどの判断を必要とする	病院（救命救急、緩和ケアなど）や特養などの施設の医師、看護師ＭＳＷなど

第２ステージあたりを
イメージしています

西川満則、長江弘子、横江由紀子（著）（2010）「本人の意思を尊重する意思決定支援―事例で学ぶアドバンス・ケア・プラニング、南山堂、ｐ１４、より引用改変

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

一枚にまとめたものがこのスライドです
第2ステージでの人生会議が重要であろうと考えます。
（少し細かくこのスライドを解説しても構いません）

人生会議の準備

コミュニケーション

対象者

タイミング

会議参加者

記録

職員教育

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

それでは人生会議を始めてみましょう
まずはどのようにすすめるといいのでしょうか

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。一人でも作成できる事前指示書（アドバンス・ディレクティブ：AD）やリビングウィルよりももう少し広い意味を持ちます。

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

ACPとADの違い

ACP：アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）

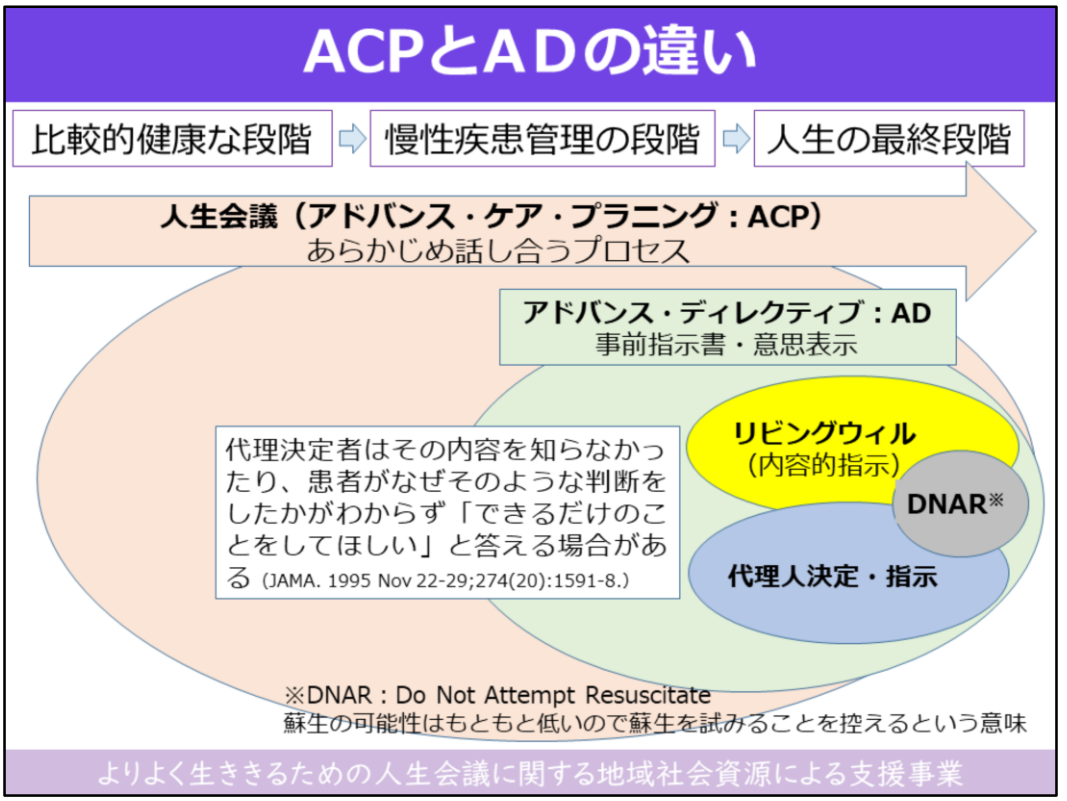
自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、本人や家族、医療者たちと前もって**繰り返し話し合う取り組み**のこと、つまり「もしものための話し合い」であり、**一人ではできません。**

AD：アドバンス・ディレクティブ（事前指示書）

自分で意志を伝えられない状態になったときに、その人の受ける医療行為の希望を前もって示しておく**文書作成**です。事前指示書には、基本的にリビングウィルと医療判断代理委任状の2種類があります。**一人でできます。**

※日本尊厳死協会発行の「リビング・ウイル」は、もしものときには「私は、延命措置を望まない」という事前指示書

（このスライドでは「一人ではできないのがACP」で「一人でもできるのがAD」を強調してください）



図で説明しますと、ACP（人生会議）の中に、アドバンス・ディレクティブ（AD）があり、その中にさらにリビングウィルや代理人指示があると考えるといいでしょう。

ただ、アドバンス・ディレクティブ（AD）の場合、代理決定者がその内容を知らなかったり、代理決定者が、患者がなぜそのような判断をしたかがわからないため、最後にできるだけのことをしてほしい、と答えることがあり、事前指示が有効でなかったと言う報告もあります。

つまり、事前指示が役立たなかったということです。

人生会議の準備（コミュニケーション）

できるだけ開かれた質問を用いて、承認や共感、傾聴、感情への気づきや配慮といったコミュニケーションスキルを意識しましょう

注意！

~~□食べられなくなったら胃ろうを希望しますか？（はい・いいえ）~~

~~□回復の見込みがかなり低い時の心肺蘇生や人工呼吸器を希望しますか？（はい・いいえ）~~

といったチェックリスト的な問いかけにならないように気を付けましょう

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

ACP（人生会議）とAD（アドバンス・ディレクティブ）の違いがお分かりいただけたでしょうか。

繰り返しますが、人生会議はみんなでの話し合いです。「はい」や「いいえ」でこたえられる閉ざされた質問（クローズドクエスチョン）ではなく、開かれた質問（オープンクエスチョン）で質問していきましょう。また、できるだけ相手の思いに寄り添って、相槌を打ちながら話を聞いていく、コミュニケーションスキルも意識しましょう。

人生会議の準備（対象者）

話し合いという観点からは、**自分の意思が伝えられる方**が主な対象者となります。

対象者を絞って取り組む方法もあるでしょう

- 独居患者や（介護保険）独居利用者
- 老老介護夫妻
- 介護認定を受けている方
- フレイルや認知機能低下（MCI）の方　など

MCI：軽度認知障害（認知機能に若干問題があるものの、日常生活には支障がない状態）

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

対象となる方は様々ですが、ここではあえて、自分の意思が伝えられるものの、やや介助が必要になりそうな時期の人をメインに考えています。

人生会議の準備（タイミング）

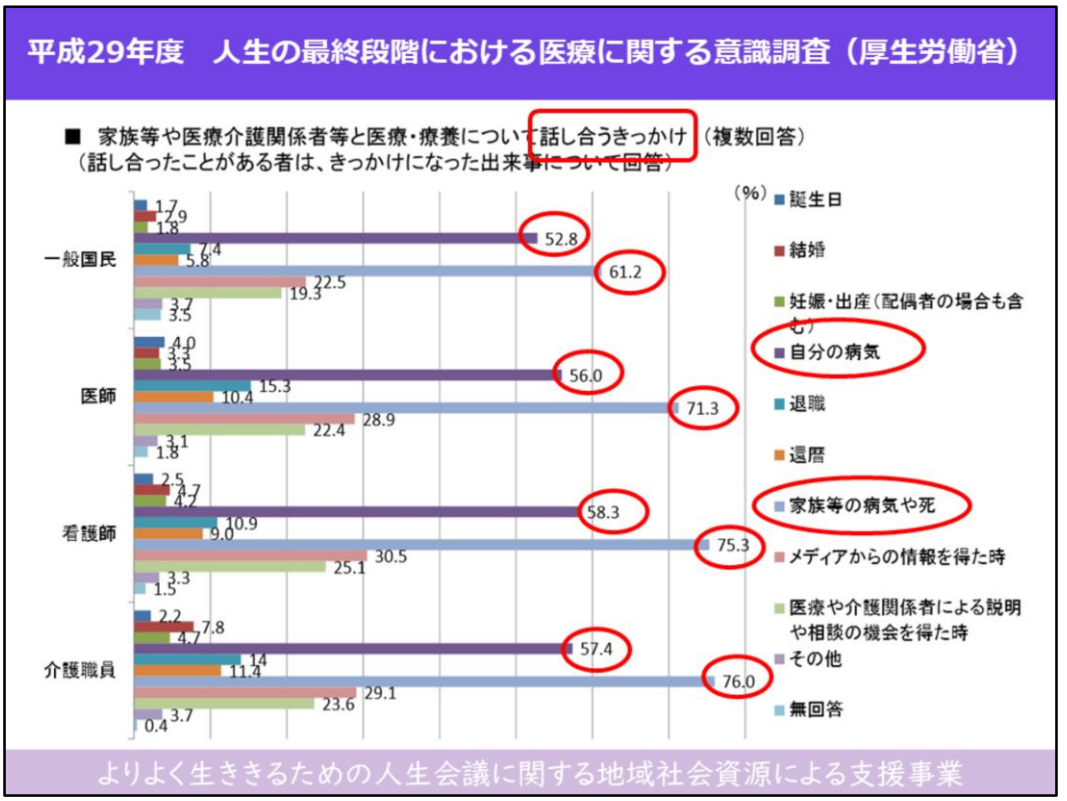
自分の意思が伝えられる時

各施設でタイミングを検討してもいいでしょう

・何らかの病気を発症したとき
・退院支援時・在宅移行時
・施設入所時
・外来受診時
・介護保険申請時・変更時
・話したくなったときはいつでも　　など

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

人生会議はいつ。、どのようなタイミングで行えばいいのでしょうか。
例えば、施設ごとにそのタイミングを決めてもいいかもしれません。



厚生労働省の調査では、家族が病気になったり旅立った時、自分が病気になった時などが人生会議をするきっかけになることが多いことがわかります。

南砺市民病院の場合

入院時のアンケート結果

今回の入院中にあなたの病気のことや人生の最終段階など、今後の治療、療養生活について、家族等を含め、医療従事者との話し合いを希望されますか？

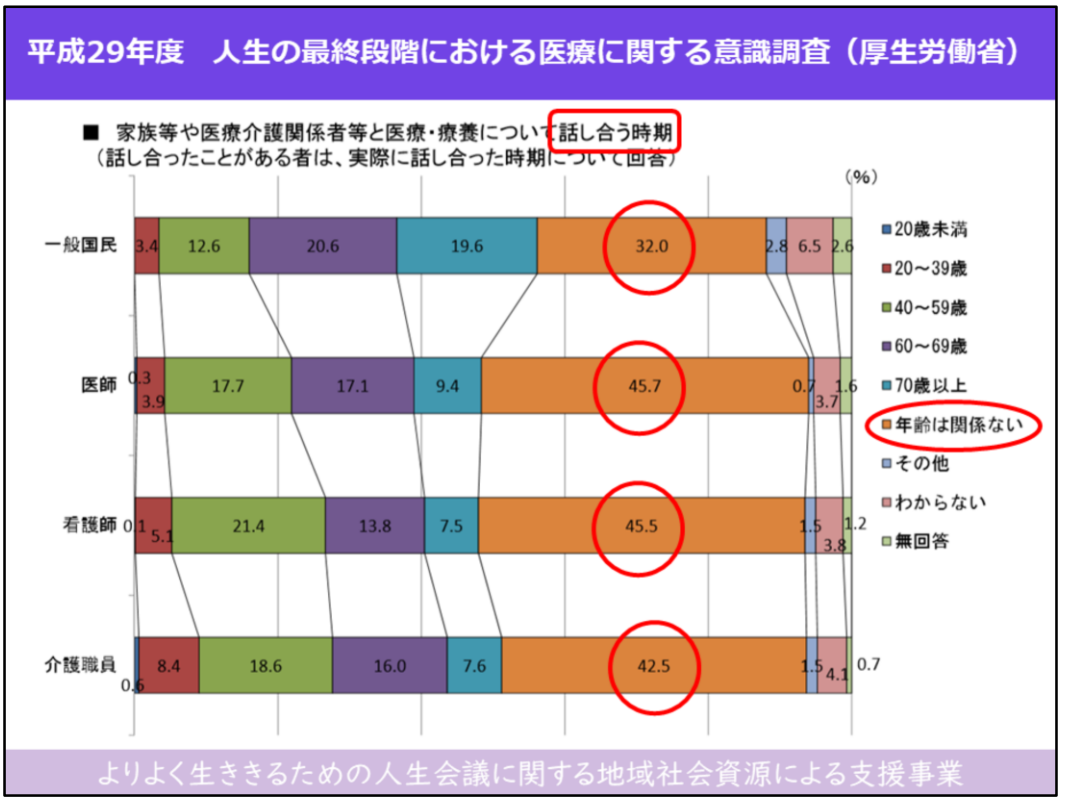
はい	**39.3%**
いいえ	**33.3%**
記載なし	27.3%

本人記載のみ

第59回全国国保地域医療学会　専門分科会（看護・介護部会）　南砺市民病院　清水幸裕先生スライド

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

富山県の南砺市民病院では、入院時にACPの対話を望むかどうかのアンケートを実施し、4割の方で入院時にACPを希望すると答えています。必ずしも入院時にそのような話をすることがタブーであるというわけではありません。



人生会議をおこなう年齢はあまり関係ないようです

人生会議の準備（会議参加者）

患者・利用者本人、家族・代理決定者

医師、看護師、医療ソーシャルワーカー（MSW）

ケアマネジャー、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、薬剤師、栄養士

介護士など

すべてのメンバーがそろう必要はありませんが、様々な視点と支援のために多くの人が関わるとよいでしょう。

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

参加者はできるだけ多くの方々、職種がかかわるといいでしょう。

人生会議の準備（会議参加者と役割）

医師

病状の評価、治療効果、予後などの判断

看護師

患者の判断能力の評価、患者の人生観、心理面の理解

MSW

患者の社会的背景、経済状態、家族背景の理解
利用可能な社会資源の提供

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

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

医師やケアマネジャーがコーディネーターの役割を果たすことは多いと思いますが、どの職種の方でも状況に応じてコーディネーターを務めていただけると幸いです。

人生会議の準備（会議参加者と役割）

歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士

摂食嚥下機能の評価　口腔ケア

理学療法士・作業療法士

身体機能評価（ADL評価）

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

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

人生会議の準備（記録）

人生会議は話し合いなので、できるだけフリーに記載できるような記録用紙としています(チェックシートではありませんので）。

様式は施設によって検討しましょう。

人生会議の準備（職員教育）

人生会議、事前指示書、リビングウィル、DNAR等の理解と具体的行動の確認のために定期的な職員教育は必要です。当研修もこれに当たるでしょう。多職種連携にかかわる学習会もお勧めします。人生会議を始めるにあたって、もしばなゲームなどを利用することもできます。

もしばなゲームの紹介

- 人生の最期にどうありたいか.
- だれもが大切なことだとわかっています. でも,なんとなく「縁起でもないから」という理由で避けてはいないでしょうか.
- このカードを使えば,そんな難しい話題を考えたり話し合うことができます.
- ゲームを通して友人や家族にあなたの願いを伝え,理解してもらうきっかけ作りになります. 周りの人々とゲームをしておくだけで,いざというときの判断がしやすくなるのです.

iACPホームページより引用
https://www.i-acp.org/game.html
ゲーム説明動画
https://youtu.be/tNM-c3Gdkso

第59回全国国保地域医療学会　口演発表（S12：終末期　「カードゲームを用いたACP：人生会議への取り組み」相模原市国保内郷診療所　土肥直樹先生スライド）

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

どんなことを話せばいいのでしょう

話す内容は状況によって異なります。例えば退院時なら「これからどんな生活を送りたいですか？」だとか、家族が病気になったり亡くなった時は「自分ならどうする？」「もし命の問題になりそうになったら、最期どう過ごしたいか考えてる？」など。また入院時なら「食べれなくなったらどうする？」といった問いかけをしつつ**「一緒に考えていきましょう」**と提案します。

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

ポイントは、「どう考えるか、あなたが決めてください」ではなく、一緒に考えましょうと提案することです。

ロールプレイ①

まずはやってみよう
人生会議

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

ロールプレイ①

実際に人生会議をしてみましょう。シナリオA～Cのうち一つを選択してください。配役を決め、ロールプレイを行います。

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

ロールプレイはA～Cの3つのシナリオがあります。

基本情報はすべての参加者が見ることができます

それぞれの役のシナリオはその役の方しか見られません

配役は実際の役職でも構いませんし、適当に割り当てても構いません。

Aは本人、次男（キーパーソン）、医師、看護師の配役で、人数調整のため次男の妻や他のスタッフを追加することも可能です。

Bは本人、息子（キーパーソン）、看護師、ケアマネジャーの配役で、医師がいないシナリオです。人数調整のため息子の妻や他のスタッフを追加することも可能です。

Cは本人、息子（キーパーソン）の妻、保健師、訪問看護師の配役で、キーパーソンである息子があえて参加していない設定です。人数調整のため他のスタッフを追加することも可能です

ロールプレイシナリオ配布

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

ロールプレイ用のシナリオを3パターン用意しています。
適宜アレンジしてお使いください

ロールプレイ①

　ロールプレイはいかがでしたか？はたしてご本人の気持ちをくみ取れたでしょうか。記録用紙にまとめてみましょう。

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

ロールプレイ①

今行った人生会議を振り返ってみましょう

やっていて大事だなぁと思ったことは何でしょうか？

やっていて困ったことは何でしょうか？

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

ロールプレイ①

では、発表です

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

ロールプレイ・チェックリスト①

- 本人が思いを表出し、それを共有できたか
- 家族の合意が得られたか。本人の思いとの相違が抽出できたか
- チーム内で情報が共有できたか。各専門職が担う役割を認識できたか

ロールプレイ・チェックリスト②

・具体的な方針が決まったか。それは本人の意思を汲んだものか。決まらなかったとすれば課題、問題点が抽出されたか。

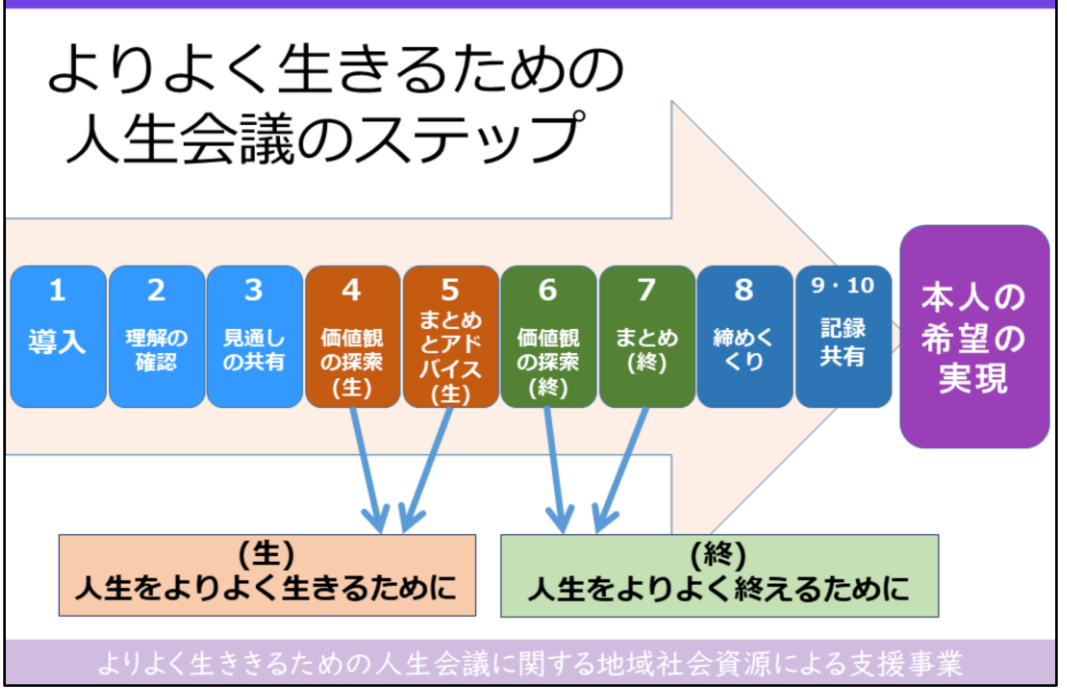
・次回開催時期が決まったか。それまで情報を共有、引き継いでいく具体策がイメージできたか。

レクチャー②

人生会議のプロセス

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

どのように（ACPのプロセス）



よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

どのように（ACPのプロセス）

1．話し合いを始める**（導入）**

2．患者・利用者の**理解と意向を確認**する

3．**今後の見通しを共有**する

4．**(よりよく生きるために)大切なことについて聴く**

5．(よりよく生きるための)話し合いのまとめとアドバイス

6．**(よりよく終えるために)大切なことについて聞く**

7．(よりよく終えるための)話し合いのまとめ

8．話し合いを**締めくくる**

9．話し合いの内容を**記録**する

１０．チームメンバーに伝える**(共有)**

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

どのように（ACPのプロセス）

1．話し合いを始める（導入）

2．患者・利用者の**理解と意向を確認**する

3．**今後の見通しを共有**する

4．**(よりよく生きるために)大切なことについて聴く**

5．(よりよく生きるための)話し合いのまとめとアドバイス

6．**(よりよく終えるために)大切なことについて聞く**

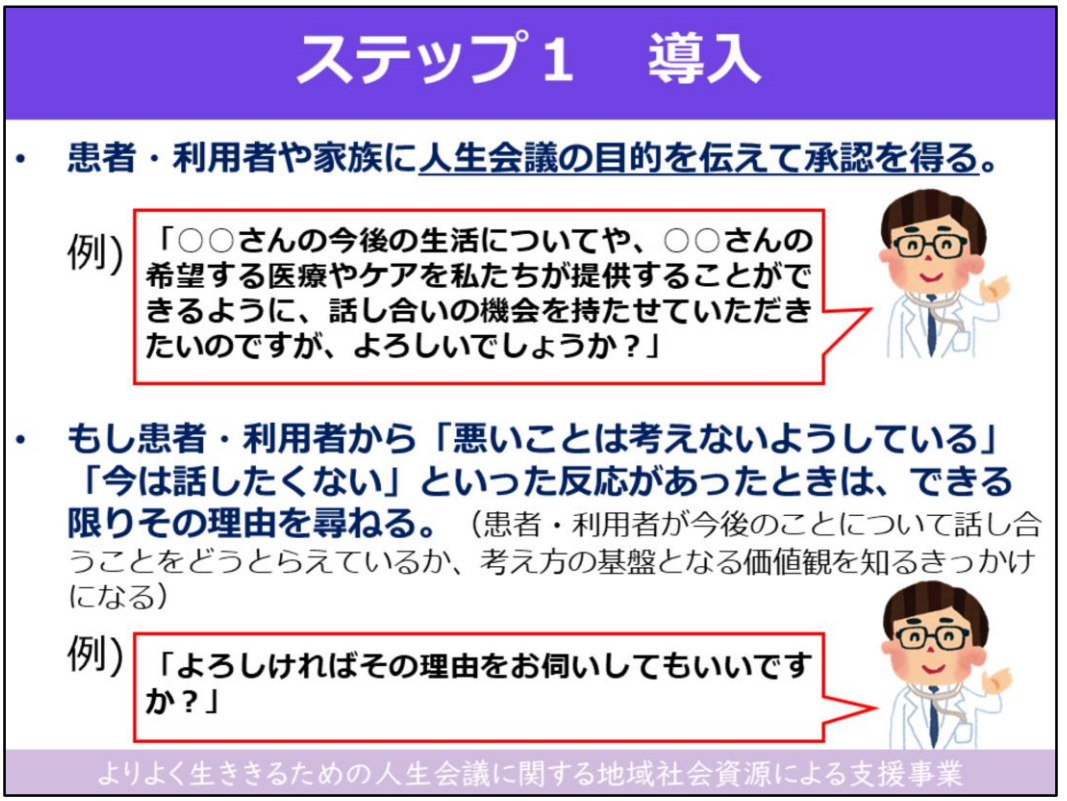
7．(よりよく終えるための)話し合いのまとめ

8．話し合いを**締めくくる**

9．話し合いの内容を**記録**する

１０．チームメンバーに伝える**(共有)**

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業



ステップ①～⑩までありますが、各ステップの具体例を挙げながら、次のスライドでは留意点を追加していきます。

（〇〇さんの部分は、その場にいる身近な人の名前を入れてもいいでしょう。実際に参加したスタッフのだれかと事前の打ち合わせをしておき、そのスタッフと問答しながら続けたら盛り上がるかもしれません。）

ステップ１導入　留意点他

- 病状・状態が**比較的安定**していている時
- 丁寧な準備で**信頼関係**を
- **主体的な**人生会議への**参加**を
- **家族や重要他者の同席**の調整を
- 参加者には**会議の趣旨の説明**を

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

- 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(事前に代理決定者が決まっている場合も想定される)。また**参加いただけた時にはその人にも会議の趣旨の説明**をする(家族の主体的参加も期待できる)。

どのように（ACPのプロセス）

1．話し合いを始める（導入）

2．患者・利用者の理解と意向を確認する

3．今後の見通しを共有する

4．(よりよく生きるために)大切なことについて聴く

5．(よりよく生きるための)話し合いのまとめとアドバイス

6．(よりよく終えるために)大切なことについて聞く

7．(よりよく終えるための)話し合いのまとめ

8．話し合いを締めくくる

9．話し合いの内容を記録する

１０．チームメンバーに伝える(共有)

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

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。場合によっては家族にも確認する

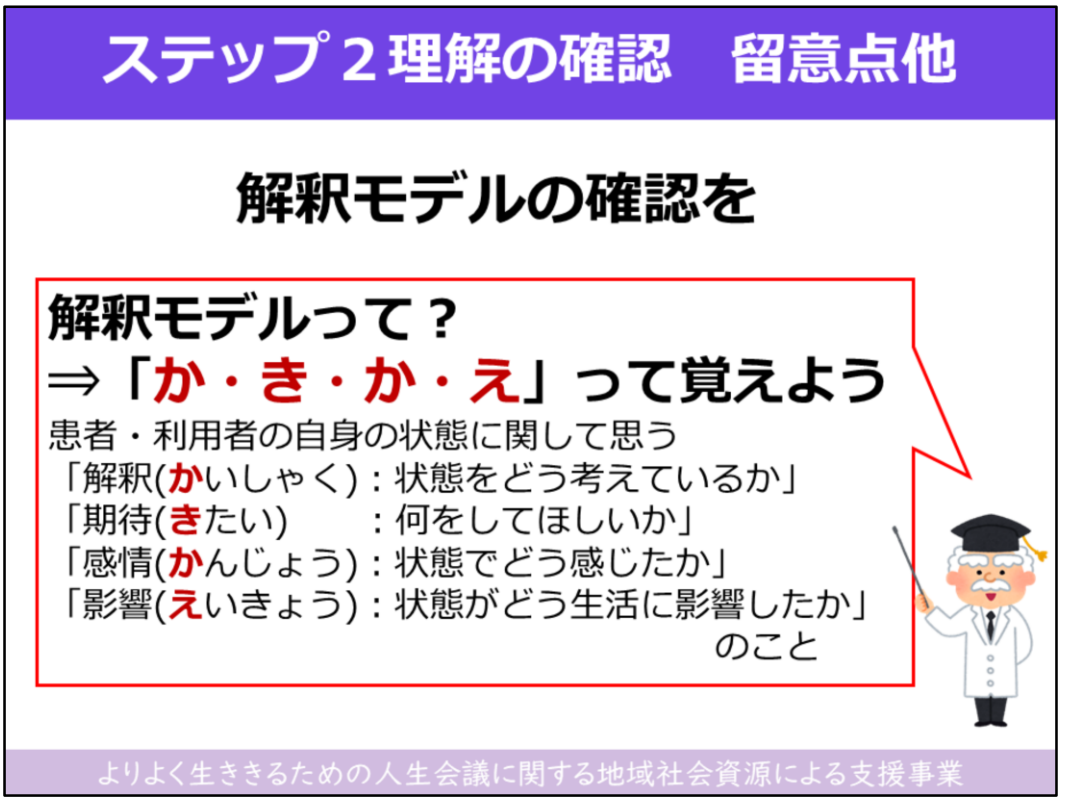
例) 「○○さんのご病気や今のお身体の具合に関してどのように思われていますか？」

例) 「○○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？」

例) 「ご家族の◇◇さんは、○○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？」

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

（会話は、ご当地の方言を使うと盛り上がるでしょう）



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。

どのように（ACPのプロセス）

1．話し合いを始める（**導入**）

2．患者・利用者の**理解と意向を確認**する

3．今後の見通しを共有する

4．**(よりよく生きるために)大切なことについて聴く**

5．(よりよく生きるための)話し合いのまとめとアドバイス

6．**(よりよく終えるために)大切なことについて聞く**

7．(よりよく終えるための)話し合いのまとめ

8．話し合いを**締めくくる**

9．話し合いの内容を**記録**する

１０．チームメンバーに伝える**(共有)**

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

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」

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

ステップ３　見通しの共有　留意点他

- 説明は一度で完結させず、**患者・利用者が受け止められる量を確かめながら**伝える

- 予後の説明後に**どのように理解しているかを確認**し、場合により**説明を補足**する

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

- 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。

- 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。

どのように（ACPのプロセス）

1．話し合いを始める（**導入**）
2．患者・利用者の**理解と意向を確認**する
3．**今後の見通しを共有**する
4．**(よりよく生きるために)大切なことについて聴く**
5．**(よりよく生きるための)話し合いのまとめとアドバイス**
6．**(よりよく終えるために)大切なことについて聞く**
7．(よりよく終えるための)話し合いのまとめ
8．話し合いを**締めくくる**
9．話し合いの内容を**記録**する
10．チームメンバーに伝える**(共有)**

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

ステップ4　価値観の探索
(人生をよりよく生きるために)

- 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) **「○○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？」**

例) **「何か心配なことはありますか？」**

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

ステップ4　価値観の探索　留意点他
(人生をよりよく生きるために)

- 人生会議のプロセスの中で**最も重要な話し合い**
- 患者・利用者が**何を大切にしているのかを把握**
- **目標について語って**もらうことは、**心の支えや希望を再確認**すること
- そのことで希望を持ち続けられる**重要な支え**となる
- **いつでも相談できる**と気づくような**環境を構築**する

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

- 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**。
- 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　まとめとアドバイス
(人生をよりよく生きるために)

・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**理解にくい違いがないか確認**したうえで、関連する**専門職からの推奨事項を伝える**。

例)

「○○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」

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

ステップ5　まとめとｱﾄﾞﾊﾞｲｽ　留意点他
(人生をよりよく生きるために)

- **専門職が不在**の時は、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**推奨事項を伝える**
- **ケアプランにも反映**させる

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

- **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。
- ケアマネジャーは今日の話し合いを**ケアプランにも反映**させることを説明する。

どのように（ACPのプロセス）

1．話し合いを始める（導入）
2．患者・利用者の理解と意向を確認する
3．今後の見通しを共有する
4．(よりよく生きるために)大切なことについて聴く
5．(よりよく生きるための)話し合いのまとめとアドバイス
6．(よりよく終えるために)大切なことについて聞く
7．(よりよく終えるための)話し合いのまとめ
8．話し合いを締めくくる
9．話し合いの内容を記録する
10．チームメンバーに伝える(共有)

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

ステップ6・7に向かう前に

- ここまでは「人生をよりよく生きるために」
- ここからは「人生をよりよく終えるために」
- 人生の最終段階に向き合う際の思いを確認する
  - 望む医療行為と望まない医療行為
  - 代理意思決定者
  - 最期を迎える場所　など
- 無理強いせず、状況に応じた実施を

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

- **ここまでは「人生をよりよく生きるために」**といった点を意識した会議でした。
- 次の**ステップからは「人生をよりよく終えるために」**といった点を意識したものです。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す。

- 望む医療行為と望まない医療行為
- 代理意思決定者
- 最期を迎える場所　など

- 一方、こうした話し合いに対する抵抗がないわけではありません。**無理強いすることなく、状況に応じて実施**しましょう。

ステップ6　価値観の探索
(人生をよりよく終えるために)

- 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、○○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？**」

例）「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？**」

例）「万が一人生の最終段階になった時○○さんは**どこで迎えたいと思っていますか？**」

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

ステップ6　価値観の探索
(人生をよりよく終えるためにに)

- 「自然な最期がよい」のように、理想のイメージが間接的な表現で語られる場合は、実際に望む具体的治療やケアの情報を、もう一歩踏み込んで尋ねる。

例）「〇〇さんにとって、**自然とはどのようなことを指しているか、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？」**

例）「すでに誰かに依頼していますか？」

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

ステップ6　価値観の探索　留意点他
（人生をよりよく終えるために）

- 話し合いの**同意が得られない**ようであれば**撤退！**
- **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）等の例示の配慮を（チェックリストにならないよう注意）
- 家族等の重要他者にどの程度話し合いや決断に関わってほしいかは、**患者・利用者によって見解が異なる**

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

- 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こと。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！**
- 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**のこと。こうした事前指示書に記載されるような内容を重視しすぎて**チェックリストのようにならないようにする**注意も必要。
- 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**に関わってほしいかは、**患者・利用者によって見解が異なる**ことあり。

ステップ7　まとめ
(人生をよりよく終えるために)

- 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くいちがいがないか確認する。**

どのように（ACPのプロセス）

1．話し合いを始める（導入）
2．患者・利用者の**理解と意向を確認**する
3．**今後の見通しを共有**する
4．**(よりよく生きるために)大切なことについて聴く**
5．(よりよく生きるための)話し合いのまとめとアドバイス
6．**(よりよく終えるために)大切なことについて聞く**
7．(よりよく終えるための)話し合いのまとめ
8．**話し合いを締めくくる**
9．**話し合いの内容を記録する**
１０．**チームメンバーに伝える(共有)**

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

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○○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。**」

例）「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。」

例）「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。」

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

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する考え方、代理決定者などを一定の書式で記録すること。**

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

ステップ９　記録　留意点他

- アイコンタクトをとりながら**表情や様子を観察**
- 話し合いの最中の詳細な記録は避ける
- 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**
- **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

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

- 話し合いでは、患者・利用者と**アイコンタクトをとりなが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こと。
- 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**に残すこと。
- 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**。

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。

ステップ10　共有　留意点他

- 関連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。**

皆さん、外見でわかることや、少しの情報でその人のことを判断していませんか？
しかし、実際の心の中は見えません

たとえ事前指示で意思が表明されていたとしても、なぜその時そう思ったのかは一緒に話してみないとわかりません。つまり、その人の価値観が理解できるかどうかです。

ロールプレイ②

ステップに沿って
人生会議やってみよう

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

追加スライド

ロールプレイ②

　よりよく生きるための人生会議の進め方についてご理解いただけたでしょうか？

　では再度、先ほどのシナリオを使って、3ヶ月後に行われた2回目の人生会議を行ってみましょう。配役は同じで再開してください。

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

必ずしも、ステップ⑥、⑦に行き着かなくてもかまいません。臨機応変に、聞けそうなら突っ込んだ話を聞いていく程度でいいでしょう。

ロールプレイ

では記録用紙にまとめてみましょう。2回目の人生会議ロールプレイはいかがでしたか。1回目と比べてさらに深い話となったでしょうか？

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

少しまとめてみましょう。発表される際に、チェックのツールとしてステップ①～⑧までの数字を用いてもいいかもしれません。当然、すべて聞き出せたかとチェックすることが目的ではありません。

ロールプレイ②

今行った人生会議を振り返ってみましょう

やっていて大事だなぁと思ったことは何でしょうか？

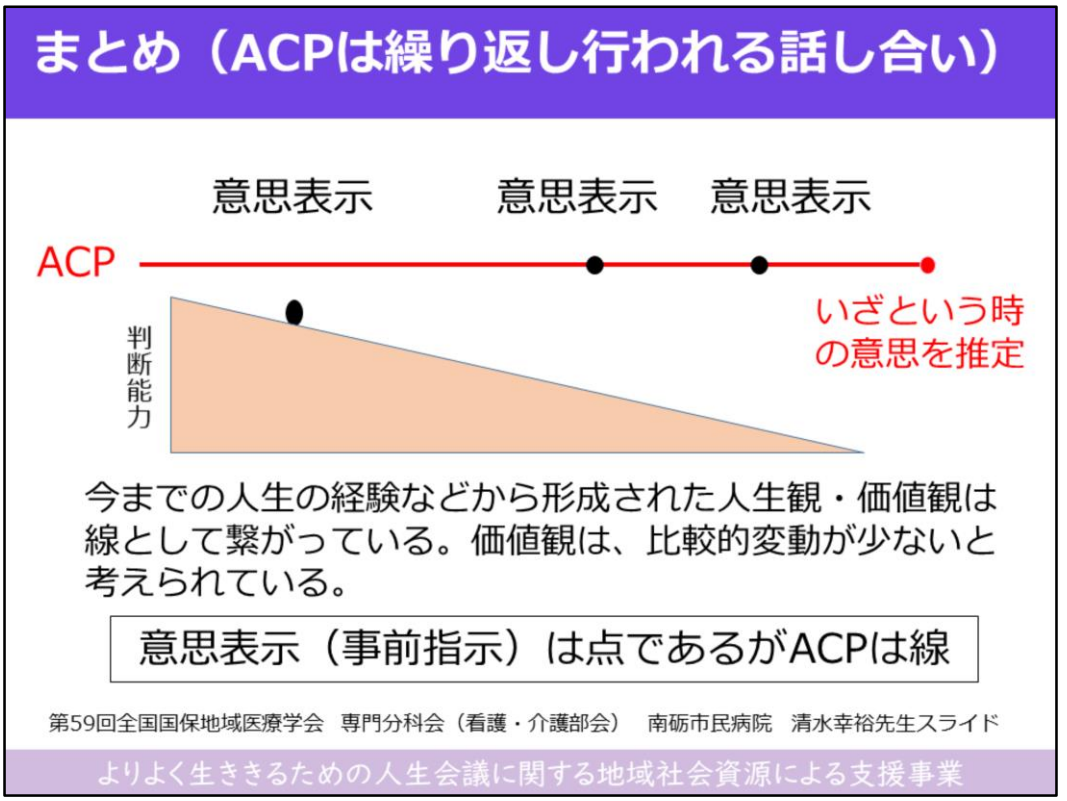
やっていて困ったことは何でしょうか？

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

ロールプレイ②

では、発表です

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業



この図にありますように、たとえ判断能力が落ちてきたとしても、人生観や価値観は線でつながっており、それらは比較的変動が少ないと考えられています。

何度も話し合われることで、いざという時の意思の推定も可能になります。

ACPは繰り返し行われる話し合いなのです

まとめ（ACPの意義）

本人の意向が尊重されその人の満足度が向上する

本人の自己コントロール感が高まる

話し合いのプロセスを共有することでその人をより深く理解でき、様々な状況に対応しやすい

家族や代理決定者とスタッフのコミュニケーションが改善される

まとめ（ACPで留意すること）

関係性ができていないのに土足で踏み込んでいないか

事前指示をとることを目的にしていないか

医療者の価値観を押しつけていないか

揺れることを許容しているか

代理決定者と共有されているか

病院内・施設内で共有されているか

人生会議のまとめ

自分の意思が伝えられる時期にはじめましょう

一人ではなく**みんなで**話し合いましょう

一度だけでなく**何度も**話し合いましょう

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

多職種で人生会議を充実させましょう

関係する多職種が、その人の**価値観や人生観を時間の経過とともに共有**することが大切です。

自分の支援過程で得た人生観の情報を**多職種で共有**できるよう記録を引き継ぎましょう。人生会議の貴重な資料となります。

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

多職種で人生会議を充実させましょう

私たち、医療・ケアチームのメンバーは一度しかない“その人の人生”に直接関わることのできる数少ない職種です

本人・家族の物語を大切にして、その人生の、とくに「人生最後の1ページ」が、あたたかいものになるよう支援していきましょう。

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

さあ、人生会議を始めましょう

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

教材用スライドはこれで終了です

ロールプレイシナリオ
A～C

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

ロールプレイ用のシナリオを3パターン用意しています。
適宜アレンジしてお使いください

シナリオA

会議参加者（配役）：**赤**は必須

本人、次男（キーパーソン）、次男の妻、医師、外来看護師、その他スタッフの配役に分かれて、人生会議を始めましょう。人数に応じて他のスタッフを適宜追加してかまいません。

シナリオA

シナリオ

- 本人に関する共通の情報
  - 名前：○○国男（○○くにお）
  - 78歳　男性
  - 心不全、高血圧
  - 独居
  - ADL自立、介護保険未申請
  - 今回は心不全退院後初めての外来受診の際、医師から今後の生活について一緒に考えましょうとの提案があり、後日参加者が一堂に会した。

〇〇は配役になった方の姓など、自由に考えてください

シナリオA

シナリオ

- 本人用（○○国男（くにお）78歳 男性）
  - 妻と死別し約10年で現在独居
  - 元公務員、几帳面で真面目、社交的
  - 数年前まで趣味のゲートボール大会にも参加
  - ここ数年心不全悪化を繰り返し、入院治療も度々
  - 自動車運転免許も返納して外出機会が減った
  - 認知機能、判断能力は保たれており、自立生活
  - 皆に迷惑をかけたくないが、最後まで自宅で過ごしたいと思っている

シナリオA

シナリオ

- 息子用（50歳）
  - 3人兄弟の次男でキーパーソン
  - 片道１時間の都市部に居住。子供は22歳と18歳
  - 会社で責任のある役職にあり多忙だが、カンファレンスなどには都合をつけて帰省してくれる
  - 父親の病状、生活状況は理解しており、同居を提案したこともある
  - 亡くなって見つかる可能性はあるが覚悟しており、父親の最後のわがままと思って付き合ってやりたいと思っている

シナリオA

シナリオ

- 息子の嫁用
  - 関西から嫁いできた
  - 現在はパートで週3回働いている
  - 22歳の長女は大学生で東京で一人暮らし、18歳の息子は高校3年で同居。大学受験を控えている
  - 義父との関係性は悪くないが、義父との同居に関しては、介護が必要になったら無理と思っている
  - 実父は3年前死亡。実母が関西で一人暮らし

シナリオA

シナリオ

- 医師・看護師・その他スタッフ用
  - 全身状態としては落ち着いているが、心不全で3回の入院歴あり
  - 薬は降圧薬、利尿薬など6種類服用中。飲み忘れはほぼない
  - いつも身なりはしっかりとしており、病状説明も十分理解され、どちらかというととてもいい患者さんだという印象

シナリオB

会議参加者（配役）：**赤**は必須

本人、息子（キーパーソン）、息子の妻、外来看護師、ケアマネジャー、理学療法士、その他のスタッフの配役に分かれて、人生会議を始めましょう。人数に応じて他のスタッフを適宜追加してかまいません。

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

シナリオBでは、あえて医師は入れていませんが、医師を入れてもかまいません。

シナリオB

シナリオ

- 本人に関する共通の情報
  - 名前：□□診子（□□しんこ）
  - 84歳 女性
  - 大腿骨頚部骨折術後（5年前）
  - 骨粗鬆症、不眠症で内服中
  - 月1回の診察と週1回のデイケア利用中。要介護１
  - 息子夫婦とは同一敷地内で別棟同居
  - 事前指示書を外来に持って来たため、主治医がケアマネに相談し、この会議が開催されることに。主治医は都合つかずやむなく欠席。

シナリオB

シナリオ

- 本人用（□□診子（しんこ）84歳 女性）
  - 息子夫婦とは同一敷地内で別棟同居
  - 若い頃から農作業が趣味なほどの働き者
  - 5年前の大腿骨頚部骨折で移動能力が低下したが、リハビリにより見守り程度まで生活機能が回復
  - いつも気にかけてくれる息子夫婦に遠慮している
  - 今回の事前指示書も家族には相談せず、かかりつけ医に持ってきた（普段は仏壇の引き出しに保存）
  - これを見ると家族はかえって心配すると思っている

シナリオB

シナリオ

- 息子用　59歳
  - 朝食と夕食は一緒に食べ、いつも気にかけている
  - 怪我をしてから元気がないことは気になっていた
  - 母親からこれからのことを相談されたことはない
  - 今後のことはあまり触れてはいけない気がしていた
  - ケアマネジャーから話し合いを持ちかけられた時、戸惑い、少し寂しい気持ちになった
  - 今回の話し合いが良い機会になれば、自分たちも納得・安心できるかもしれないと思っている

シナリオB

シナリオ

- 息子の嫁用（58歳）
  - 隣の県から嫁いで23年。子供は2人とも大学生で別居
  - 実父は寝たきり要介護5で施設入所中
  - 実母は4年前他界
  - 最近、義母に物忘れが出始めたのでは？と感じている

シナリオB

シナリオ

- 理学療法士・外来看護師・ケアマネジャー・その他スタッフ用
  - 5年前に頚部骨折で手術
  - 診療所には月1回通院、デイケアには週1回利用しているが、先月は受診日を1日間違えていた
  - 杖歩行は可能だが、時々ふらついて歩いているのが気になる
  - 身なりはしっかりされているが、けがをしてから元気がないことは気になっていた

シナリオC

会議参加者（配役）：**赤**は必須

本人、息子（キーパーソン）の妻、保健師、訪問看護師、デイサービス職員（介護士）、その他スタッフの配役に分かれて、人生会議を始めましょう。人数に応じて他のスタッフを適宜追加してかまいません。

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

シナリオCにも医師は入っていません。また、キーパーソンである息子をあえて入れない設定にしています（急遽どうしても休めない会議が入ったなど）。場面や状況は随時変更し、適宜配役を決めてください。また、配役の人数の関係などから、息子を入れても構いません。

シナリオC

シナリオ

- 本人に関する共通の情報
  - 名前：△△協助（△△きょうすけ）
  - 97歳 男性
  - 独居
  - 脳梗塞（2年前、後遺症はほぼない）
  - 内服は血圧など数種類
  - 要支援２で現在デイサービス週2回利用中
  - 介護保険の更新申請に合わせて息子からケアマネに相談があり、今回の会議が開催された

シナリオC

シナリオ

- 本人（97歳 男性）
  - 妻とは25年前に死別し、以来独居
  - もともと温和な性格で寡黙
  - 高齢ながら自立生活を続けていた
  - 95歳を過ぎて徐々に判断能力、生活機能が低下
  - 2年前に脳梗塞を発症したがほぼ後遺症無く回復
  - それを機に介護保険サービスを増やし、生活安定
  - この歳で自宅独居ができるのも家族と皆さんのおかげと感謝の言葉を日々口にしている

シナリオC

シナリオ

- 息子の妻（69歳）
  - 片道約40分の都市部に住んでいる
  - 両親はすでに他界
  - 一人娘は隣町に嫁いで3歳と1歳の孫がいる
  - 時々夫と一緒に義父の様子を見に行く
  - 働いている娘からのヘルプで、頻回に孫の世話をしないといけない状況
  - 内心、義父の世話どころではないと感じている

シナリオC

シナリオ

- 保健師・訪問看護師、ディ職員、その他スタッフ用
  - 2年前脳梗塞後遺症、若干左手の力が入りにくい
  - 現在要支援2だが、要介護になりそうと感じている
  - 現在一人暮らし。妻は25年前に死別
  - 内服薬は降圧薬2種類と血液さらさら。時に飲み忘れがあったため、デイに持参していただくようにした
  - 最近水分をむせこむのが気になっている
  - 時に尿漏れあり、下着が少し汚れているときがある

シナリオC

シナリオ　参考までに

- 息子（68歳）
  - 片道約40分の都市部に住んでいる
  - すでに定年退職後だが週3日は再雇用の職場に出勤している
  - １週間に２回は帰省、安否確認と身の回りの世話、介護をしている
  - 父親は最後まで家で過ごしてもらいたいし、本人の希望も同じだと思うが自分一人では不安。皆に知っておいてもらいたいし今後について相談したい。

よりよく生ききるための人生会議に関する地域社会資源による支援事業

息子を登場させるならこのシナリオを使ってください

シナリオA	シナリオA
 本人	 次男(キーパーソン)
シナリオA	シナリオA
 医師	 外来看護師
シナリオA	シナリオA
 次男の妻	
シナリオA	シナリオA

名札など作成時にお使いください

シナリオB	シナリオB
本人	息子(キーパーソン)
シナリオB	シナリオB
ケアマネジャー	外来看護師
シナリオB	シナリオB
息子の妻	理学療法士
シナリオB	シナリオB

名札など作成時にお使いください

シナリオC	シナリオC
 本人	 息子(ｷｰﾊﾟｰｿﾝ)の妻
シナリオC	シナリオC
 保健師	 訪問看護師
シナリオC	シナリオC
 ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ職員	
シナリオC	シナリオC
	 息子(キーパーソン)

名札など作成時にお使いください

以下　FREE　素材

（参考までに）

多職種　アレンジしてお使いください

シナリオ	シナリオ
孫	孫
シナリオ	シナリオ
歯科医師	薬剤師
シナリオ	シナリオ
歯科衛生士	栄養士
シナリオ	シナリオ
介護士	作業療法士

名札など作成時にお使いください

シナリオ	シナリオ
 言語聴覚士	 ソーシャルワーカー
シナリオ	シナリオ
 本人	
シナリオ	シナリオ
シナリオ	シナリオ

名札など作成時にお使いください