

令和8年2月20日 16:00~17:30
東浅川保健福祉センター 4階 第5~7会議室

令和7年度 八王子市介護支援専門員研修医療連携研修 医療連携3
『訪問診療から学ぶ ACP について』

次 第

1. 開会挨拶
2. 講義：『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』
を踏まえたターミナルケアマネジメント加算の取得について」

講師：八王子市介護保険課 山口 美和 氏

3. 講義：「訪問診療における ACP の実際」

講師：グリーンガラス南大沢クリニック看護師 吉田 知恵 氏

個人ワーク

寸劇：「栄養経路から考える ACP」

4. 講評

5. 閉会挨拶

『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』

を踏まえた

ターミナルケアマネジメント加算

の取得について

1

ターミナルケアマネジメント加算とは

◆ 平成30年度報酬改定

ターミナル期に、頻回に利用者の状態変化の把握等を行い、主治の医師等や居宅サービス事業者へ情報提供する居宅介護支援事業所を評価するために新設された。

◆ 令和6年度報酬改定

- ・ 加算の対象となる疾患を末期の悪性腫瘍に限定せず、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した者も対象となった。
- ・ 自宅で最期を迎えたいと考えている利用者の意向を尊重する観点から、人生の最終段階における利用者の意向を適切に把握することを要件とした。

2

加算算定率

- ◆ 市内の居宅介護支援事業所 116か所
- ◆ ターミナルケアマネジメント加算を算定している事業所 11か所

※ 令和7年4月～12月サービス提供分

加算算定率 9.4%

3

算定要件

- ① 医師が一般に認められている医学的見地に基づき、回復の見込みがないと診断した利用者であること
- ② 在宅で死亡した利用者であること(死亡診断を目的として、医療機関へ搬送され、24時間以内に死亡が確認された場合を含む)
- ③ ターミナルケアマネジメントを受けることについて、利用者又はその家族の同意を得ていること

4

算定要件

- ④ 終末期の医療やケアの方針に関する利用者又はその家族の意向を把握すること
- ⑤ 24時間連絡できる体制を確保し、必要に応じて、居宅介護支援を行うことができる体制を整備すること
- ⑥ 死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、居宅を訪問し、利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及びサービス事業所に提供すること

5

算定要件

- ④ 終末期の医療やケアの方針に関する利用者又はその家族の意向を把握すること
= **アドバンス・ケア・プランニング(ACP)**
⇒ 「**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**」を参考に

6

「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」とは

人生の最終段階における医療・ケアを、本人の意思を最大限尊重しながら進めるための基本的枠組みを示したもの

人生の最終段階における医療・ケアに従事する医療・介護従事者が、人生の最終段階を迎える本人や家族を支えるために活用

7

「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」の原則



本人の意思を尊重する

- ・本人が医療・介護従事者と十分に話し合い、意思決定する
- ・本人の意思は変化し得るため、本人との話し合いは繰り返し行う。
- ・本人が意思を伝えられない状態になる可能性も考慮し、家族等の信頼できる者を含めて、継続的に話し合う。



多職種による医療・ケアチームで慎重に判断する



苦痛の緩和と総合的な支援

痛み・不安などの緩和、本人・家族等の精神的・社会的な支援を含む総合的医療・ケアの提供を行う



積極的安楽死はガイドラインの対象外

8

「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」抜粋

1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

①(略)本人が多専門職種¹の医療・介護従事者から構成される**医療・ケアチーム**と十分に話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが重要な原則である。

また、本人の意思は変化し得るため、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が行われ、**本人との話し合いが繰り返し行われることが重要**である。

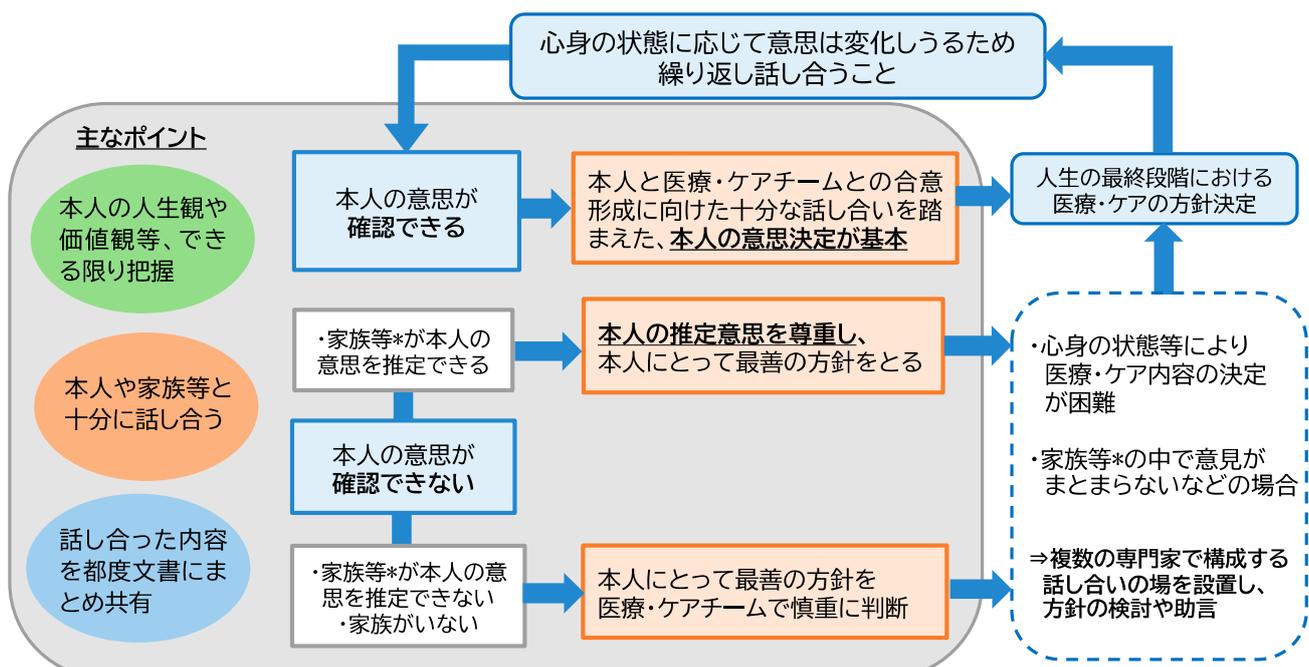
さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、本人の意思を推定しうる家族等の信頼できる人も含めて、**事前に繰り返し話し合っておくことも重要**である。

⇒ **ACPの重要性**

9

「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)

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や家族に適切な情報提供と説明がされたうえで、介護従事者を含む多職種からなるケアチームと十分に話し合い、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。

10

ケアマネジャーに求められる役割

① 本人・家族の意思を適切に把握(ACP)

ケアマネジャーとして、日々の関わりの中で、本人の望む生き方や医療への考え方、本人の価値観、大切なことなどを把握するよう努める。

② 家族・多職種をつなぐ

医療・ケアチーム、本人・家族で繰り返し話し合ううえで、本人や家族等の気持ちに寄り添いながら、納得のいく着地点を見つける手助けを。

話し合った内容、意思、判断に至った経緯、支援の内容等を記録し、医療・ケアチームで共有する。

③ ACP の継続的な支援

モニタリングなどの訪問時に、本人の意思の変化を確認し、家族とも共有。医療・ケアチーム、本人・家族で話し合うための場づくりなど、継続的な支援を。

医療と介護をつなぎ、利用者の最期を支える調整役

ケアマネジャーに求められる役割

食欲がない。食べたくない。 ⇒

本人の食べたくない気持ちを尊重？
胃ろう？点滴？

自分の足で最期まで歩きたい。 ⇒

本人は歩きたい。でも、高齢の妻の負担が大きい。
転倒リスクを考えると車いす？

- 単純な二択にはならない
- 本人や家族の思い、行動の背景を知る
- 何のために医療・ケアを提供するのか

(参考)平成12年厚生省告示第20号

リ ターミナルケアマネジメント加算 400単位

注 在宅で死亡した利用者に対して、別に厚生労働大臣が定める 基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定居宅介護支援事業所が、終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者又はその家族の意向を把握した上で、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、当該利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者に提供した場合は、1月につき所定単位数を加算する。

13

(参考)平成12年3月1日老企第36号厚生省 老人保健福祉局企画課長通知

- (1) ターミナルケアマネジメント加算については、在宅で死亡した利用者の死亡 月に加算することとするが、利用者の居宅を最後に訪問した日の属する月と利用者の死亡月が異なる場合には、死亡月に算定することとする。
- (2) ターミナルケアマネジメント加算は、1人の利用者に対し、1か所の指定居宅介護支援事業所に限り算定できる。なお、算定要件を満たす事業所が複数ある場合には、当該利用者が死亡日又はそれに最も近い日に利用した指定居宅サービスを位置付けた居宅サービス計画を作成した事業所がターミナルケアマネジメント加算を算定することとする。
- (3) ターミナルケアマネジメントを受けることについて利用者又はその家族が同意した時点以降は、次に掲げる事項を支援経過として居宅サービス計画等に記録しなければならない。
 - ① 終末期の利用者の心身又は家族の状況の変化や環境の変化及びこれらに対して居宅介護支援事業者が行った支援についての記録
 - ② 利用者への支援にあたり、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者等と行った連絡調整に関する記録
 - ③ 当該利用者が、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した者に該当することを確認した日及びその方法

14

(参考)平成12年3月1日老企第36号厚生省 老人保健福祉局企画課長通知

- (4) ターミナルケアマネジメントを受けている利用者が、死亡診断を目的として 医療機関へ搬送され、24時間以内に死亡が確認される場合等については、ターミナルケアマネジメント加算を算定することができるものとする。
- (5) ターミナルケアマネジメントにあたっては、終末期における医療・ケアの方針に関する利用者又は家族の意向を把握する必要がある。また、その際には、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」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めること。

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

改訂 平成30年3月

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

1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。
また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。
さらに、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、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は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も重要である。
- ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 本人の意思の確認ができる場合

- ① 方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされることが必要である。
そのうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。

- ② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、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、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。
- ③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(2) 本人の意思の確認ができない場合

本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等がない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置

上記(1)及び(2)の場合において、方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合
 - ・本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
 - ・家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
- 等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

訪問診療における ACPの実際

グリーンガラス南大沢クリニック
看護師 吉田 知恵

はじめに

わたしたち訪問診療看護師は医師の訪問に同行して処置やバイタルサイン測定を行う他、訪問の順番を決める通称ルート調整や、患者様の病状に合わせて医師からの病状説明のセッティング、訪問看護や、ケアマネとの共通理解の為の架け橋となれるように日々働いています。

グリーンガラス南大沢クリニックのエリアは八王子市だけでなく多摩市、日野市、町田市、相模原市と多くの市を網羅しており日々多くのケアマネさんに関わらせていただいています。

癌末期だけでなく、非がん終末期の患者様も多く関わらせていただいております、ACPの場面の立ち会わせていただく事も多くあります。

ACPとは

「人生会議(Advance Care Planning:
アドバンス・ケア・プランニング)」

の略称で、将来の医療やケアについて、
自分らしい生き方を考え、家族や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、
共有する取り組みを指します。

これは、もしもの時に自分の意思を伝えられなくなった場合に備え、延命治療の希望の有無、
どこで過ごしたいかなどを事前に決め、自分らしい最期を迎えるための大切なプロセスです。

なぜACPが必要なのか

本人が意思表示できなくなった時に、
本人の価値観や希望に沿った医療・ケアを継続するためです。
これにより、望まない延命治療を避け、
家族の精神的負担を軽減し、
医療・介護従事者が適切な対応を取る手助けとなり、
自分らしい最期を迎えられる可能性を高めることができます。



ACPが必要とされる主な理由①

本人の意思の尊重と実現: 元気なうちに将来の医療やケアについて話し合い、意思を共有することで、意思表示ができなくなった際にもその意思が尊重され、自分らしい生き方を支えることができます。

家族の負担軽減と対立防止: 事前に家族と話し合うことで、万が一の際に「本人はどう望んでいたか」を明確にし、家族間の意見の対立を防ぎ、心の負担を軽減します。代理意思決定をスムーズにします。

医療・介護の質の向上: 医療・介護従事者は、患者さんの「生き方」や「価値観」を理解した上で、より質の高いケアを提供しやすくなります。緊急時にも迷わず対応できます。

ACPが必要とされる主な理由②

「もしも」への備え: 病気や老いで判断能力が低下した場合に備え、人工呼吸器や胃ろうなどの延命治療について、事前に希望を伝えておくことができます。

地域での支え合い: 一人暮らしの方や身寄りのない方の場合、ACPIは地域で支える医療・介護従事者にとっても、どのように対応すべきかの重要な指針となります。



ACPで使われる主な用語①

DNAR (Do Not Attempt Resuscitation)

→患者本人や代理人の意思に基づき、心停止時に心肺蘇生を行わないという医療上の指示。

BSC (Best Supportive Care)

→がんに対する抗がん剤などの積極的治療を中止し、痛みや苦痛の緩和、食事・栄養サポート、口腔ケア、精神的ケアなど、患者のQOL維持・向上に特化した医療・看護ケアのこと。

リビングウィル

→患者本人が元気なときに、延命治療や尊厳死に関する意思を文書に書き残しておくこと。

ACPで使われる主な用語②

IC (Informed Consent)

→自分の病気に関する検査や治療方針および方法について、医師から十分な説明を受け、理解し納得した上で、最終的な治療方法を選択して、治療を受けるプロセス。

SDM (Shared Decision Making)

→共同意思決定と訳され、患者さんと医師が協力して医療に関する意思を決定すること。



ACPの流れ

STEP1 大切にしたいことを考えてみましょう。

たとえば...

- ・家族や友人のそばにいたい
- ・笑って過ごしたい
- ・仕事をし続けたい
- ・痛みや苦しみが無いこと



STEP2 もしもの時、あなたの思いを尊重し、 考えて伝えてくれる人を選びましょう。

もしもの時、あなたの思いを**尊重し、信頼**できる人はだれですか？

その人に病気のことを話せていますか？

病気のことを伝えたいのに、伝えづらいと感じる人はいますか？

病気や治療について、医師からどこまで詳しく説明(余命など)を聞きたいですか？

※**知りたくないことを無理に知る必要はありません。**

自分が知りたいと思うことを尋ねてみましょう。



STEP3 希望する医療やケア、望まない医療 やケアについて話し合ひましょう。

『最期の場所』を選ぶとしたらどこが良いですか？

自宅？施設？病院？

医療行為はどこまでしますか？

心臓マッサージや気管内挿管、人工呼吸器装着をしますか？

食べられなくなったらどうしますか？



STEP4 話し合った内容は書き残しましょう。

決まった書式はありません。



Step1～4 を繰り返し考え、話し合いましょう。

病状や周囲の状況は時間の経過とともに変化するため、

一度で決める必要はありません。

いったん決定したことも、

何度も繰り返し見直していきましょう。



大切なこと

死んだことがないからどうしたいか分からないのは当たり前。
でも必ず人は亡くなるから、考えておかなければならないこと

自分の意思が伝えられなくなったら、
誰に伝えてもらいたいか決めておくこと



人生の最終段階における医療に関する希望事項（事前指示書）

私は、人生の最終段階における医療に関する基本的な項目について以下のように希望します。また下記の医療行為についても、具体的な内容の説明を受けた上で、受けるか否かについて以下のように希望します。なお、この希望はいつでも撤回または変更することが出来ます。また定期的に見直すことも可能です。撤回・変更は同様の書面、あるいは時間的な猶予がない場合には口頭で行います。

令和 年 月 日	患者氏名 _____
(患者様ご本人が意思を伝達できない場合、ご親族様にお考えをお聞かせください)	
同居者氏名 _____	(患者様との続柄) _____
同居者氏名 _____	(患者様との続柄) _____
説明医師 _____	
その他 _____	

- 基本的な事項：最期を迎える場所について
 病院 自宅 施設 病状に応じて
- 重い病気となったり、高齢になり身体が弱って命にかかわる状態となった時の希望
【1】心肺停止となった場合の心肺蘇生術*について
*心臓マッサージ、除細動器（AEDを含む）の使用、人工呼吸、気管内挿管、昇圧剤の投与など
 蘇生してほしい 蘇生をしてほしくない
- 【2】その他の医学的介入について
①病院への救急搬送
 してほしい してほしくない
②酸素投与
 してほしい してほしくない
③末梢点滴による水分補給
 してほしい してほしくない
④痛みや苦痛に対する処置について *希望する処置にチェックしてください
 麻薬も含めた鎮痛剤の使用 苦痛緩和のための鎮静
 皮下注射による鎮痛剤・鎮静剤の投与
⑤経鼻カテーテル/胃瘻による栄養補給* *胃瘻は病院での胃瘻造設術が必要になります
 してほしい してほしくない
⑥中心静脈点滴による水分・栄養補給* *病院で中心静脈カテーテル挿入が必要になります
 してほしい してほしくない
⑦輸血* *当院の場合、病院での処置が必要になります
 してほしい してほしくない

当院で使っている
「事前指示書」です。
初診時や病状に変化があったときに
確認をしています。

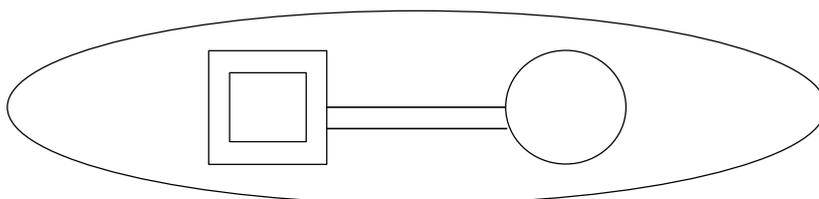


実際に見てみましょう。

事例

66歳男性 Bさん 2年前に大脳皮質基底核変性症と診断
要介護3 妻と2人暮らし 子なし。
数か月前から、食事も咽込みが見られる。
咽込むことから食事量が減り、体重が3か月で4kg減
夜間に無呼吸になることがある。
認知症状は物忘れがある。
訪看より胃瘻造設を勧められ、
訪問診療医より栄養経路について説明があった。

関係図



栄養経路

- ①胃瘻
- ②経鼻胃管
- ③中心静脈栄養
- ④経口摂取の継続

本人の気持ち

胃瘻は希望しない。

食べることが大好きだから味わう楽しみを奪われたくない。

胃瘻にしたら胃瘻のみになり経口摂取をあきらめなくてはならない。

この病気になったことは受け入れている。

無理な延命はしたくない。

俺の気持ちは誰も分かってくれない。



妻の気持ち

1日でも長く生きてもらいたい。

自分で介護し続けられるか不安。

できることはなんでもしてほしい。

リハビリでよくなるのであれば頑張してほしい。

夫がどうしたいのか分からない。



すり合わせ

妻とコミュニケーションをとれなくなるのは嫌。 →C-PAP導入の方針とした。

口から食べ続けたい。でも十分な栄養が得られない。

→悩む。ケアマネと相談する。

ケアマネが本人や家族が「何に悩んでいるのか」についてアセスメントを行った。

→主治医や看護師らに共有した。

→再度、主治医より本人・家族へ説明することとした。

その後

状態が変化するたびに各関係職種が本人や家族に意向を確認した。

胃瘻造設したが、経口摂取も継続することとなった。

胃瘻から栄養が入れられることにより妻の不安が軽減した。

本人は経口摂取を諦めないことにより、リハビリに意欲が出て、

プリンやゼリーを少しずつ摂取することができた。

内服も胃瘻から注入することで、嚥下機能低下後も継続できた。

現在は要介護5で栄養経路は胃瘻のみとなったが、

社会資源を利用し妻と2人暮らしを継続している。

ポイント①

本人と妻はお互いに病気についてや、これからについて思っている事はあるが、表出する事は無かった。

→CMや訪問看護師が相談役となってそれぞれの話を聞いた。

分からない、不安に思うことは何なのかを明らかにし一つひとつ無くしていった。

納得するまで根気強く話を重ねた。

→決めつける事なく情報を他職種と共有し医師も含めて何度も相談した。

本人と妻がこれをきっかけに今後のことについて

話し合うようになった。

ポイント②

本人と妻が完璧に納得する答えはないことを前提に話し合い。

その上で二人の折衷案を自分たちで見出す、もしくは納得して進めていく事が出来る。

→本人らしい生活への一歩。

本人も妻に自分の気持ちを託したいと思えるようになった。

妻も夫の気持ちの代弁ができるようになった。

→本人は自分の認知症が進行し決められなくなった時には妻に代弁してもらおう事を希望するようになった。

セルフワーク —こんな時あなたならどうする—

事例をもとに実際にどんな言葉で、
どんな関わりが患者様のACPを支える事ができるのか考えてみましょう。

場面① 医師から栄養経路の説明を受けるまで

場面② 本人と妻が対立！あわや離婚の危機か！？

場面③ 何度でも話し合うよ

場面④ その後

場面①

訪問看護師より、「経口摂取が困難になった時には、胃瘻や経鼻経管栄養、TPNなど他の栄養経路を選択していく必要があります。」と本人、妻に説明。

そのようなお話があったと本人と妻からCMIに連絡があった。

妻より「先生から詳しくお話を聞いてみなくちゃ。」とやや焦った様子で連絡あり。

↓

何て答える？どんな行動する？考えてみましょう。

場面②

訪問医、訪問看護師、担当CM、担当リハビリスタッフで集まり栄養経路についての説明が訪問医よりあった。

「返事は今ではなくても良いが近い未来に決断していく必要がある。」と医師より。説明の後に「何か分からない事はありますか？」と確認をするが、本人も妻も答えられないまま終了となった。

妻は胃瘻を作りたい、本人は栄養経路は経口のみしか考えられないとそれぞれがCMに連絡し訴えあり。



何て答える？どんな行動する？考えてみましょう。

場面③

CMより再度医師からの説明の時間を設ける事を提案したり、

妻と本人の共通理解を得るために夫婦そろって相談をすることを提案するが、

妻より「胃瘻を作る様にCMから本人を説得してほしい」と言われる。



何て答える？どんな行動する？考えてみましょう。

場面④

無事に胃瘻を造設。STの介入も継続し

今はお楽しみでプリンやゼリーも経口摂取で継続している。

夫婦と言えども他人ですもの今後のことについてお互いの意見がぶつかる事も多い。

その都度CMの所にそれぞれから連絡が来る。



何て答える？どんな行動する？考えてみましょう。

セルフワークについて

自分がその場面にあたった時に、そのような声掛けをし、どんな具体的な行動を行うか考えてみましょう。

例：

「先生から再度直接話をしてもらうのと、訪問看護さんからそれぞれの栄養経路の特徴やメリット、デメリットをお話してもらうのとどちらがいいですかね？お互いに分からない事がないようにお話をしていきましょう。もちろん私も行きますよ。」としお話。本人、妻共に医師からの詳しい説明を希望されたので訪問看護からの詳しい説明の機会をセッティングした。当日は訪問看護からの説明に対し勉強をして訪問看護とも打ち合わせを行ってから挑んだ。

このように具体的な声掛けの内容、行動を書いてみてください。