



意志決定支援 ACPにおける介護支援専門員の役割

ケアプランセンターどりーむ 所長 主任介護支援専門員
彦根愛知犬上介護支援専門員連絡協議会 参与
辻 広美



人生の終わりで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？

もしものときのために
「人生会議」

～白らが進む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～
11月30日 04:40～05:00 厚生労働省 人生会議の日

話し合いの進めかた (例)

誰でも、いつでも、急に開く大きな病気やケガをする可能性があります。

病の危険が高まった状態になると、約70%の方が、医療やケアなどを自分で決めたり望みを人に伝えたりすることができなくなると言われています。

自分が希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。

話し合いの進めかた (例)

- あなたが大切にしていることは何ですか？
- あなたが望んでいる人は誰ですか？
- 信頼できる人や医療・ケアチームと話し合いましたか？
- 話し合いの結果を大切な人たちに伝えて共有しましたか？

話し合いの進めかた (例)

話し合いの進めかた (例)

もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組を「人生会議 (ACP: アドバンス・ケア・プランニング)」と呼びます。

あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医療からあなたや家族等へ適切な情報と支援が提供されるようになります。

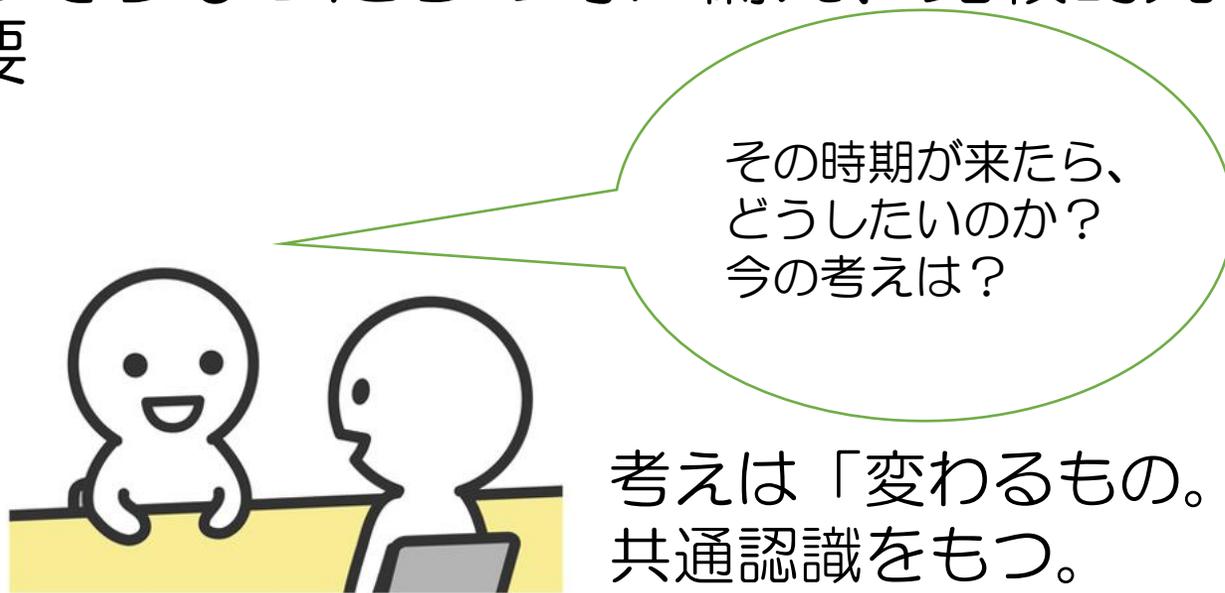
このような取組は、個人の主体性や思いによって考え、進めるものです。強制的なものは、ありません。

詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html

資料:厚生労働省ホームページ

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」では、「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」とされている。

将来、もしそうなったらの時に備え、比較的元気なうちから意向を聞くことが重要



その時期が来たら、
どうしたいのか？
今の考えは？

考えは「変わるもの。変わってよいもの」と
共通認識をもつ。

「初めまして」の時から、意向の聞き取りが始まる

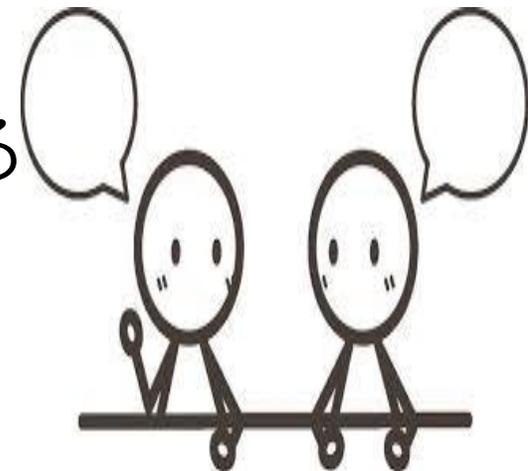
どんな暮らしを送りたいのか、どのような生活の継続を望むのか
望む生活が送れなくなったときはどうするのか、どうしたいのか
を聞きとることは、ケアマネジメントにおけるケアマネジャーの役
割のひとつである。

聞き取る中で、本人のライフヒストリーを聞かせていただきなが
ら、価値観、時に死生観に触れながら、本人が意識していなければ、
意識ができるように働きかけ、意思形成と意思表出を支援。

意思を尊重し、ケアプランニングを通じ多職種・多機関につなげる
重要な役割を担っている。

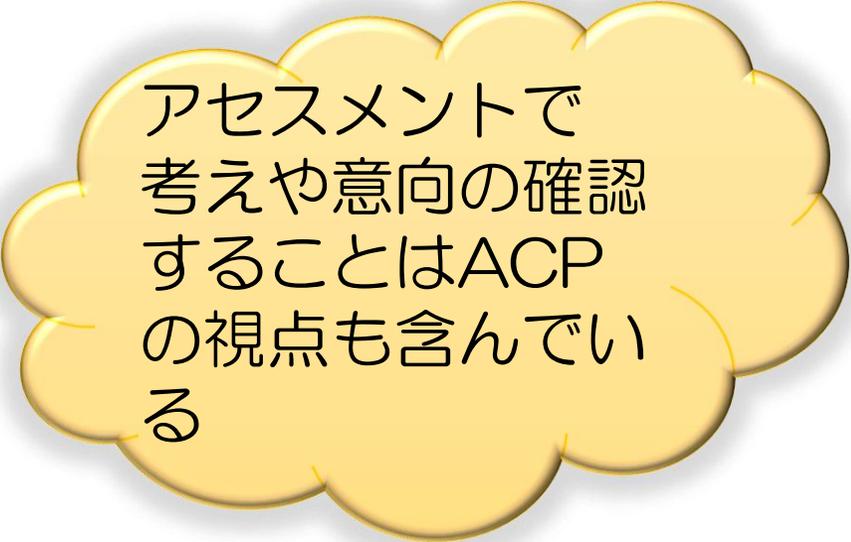
気をつけていること

- 今の気持ちを遠慮なく言える雰囲気を作り、意向や気持ちは変わることは当然であることを念頭に置き、肯定的に伝える。
- 対話を通じ、本人の言葉の中から「その人らしさ」を理解できるワードに注意を払うように意識している。
- キーパーソンの確認と本人が信頼している人から話を聞くようにしている
- 見えてきた「生き方」「考え方」を多職種で共有する



具体的には（改まった形ではなくとも）

- 大切にしていること
- 自分の生き方（心情・心の中の思い）
- 病気になったとき、悪くなったときに望む医療やケア・望まない医療やケア
- 自分で意思表示ができないときに望む治療
- 自分の代わりに判断してほしい人
- これだけは嫌なこと
- 最期まで暮らしていきたい場所・最期を迎えたい場所

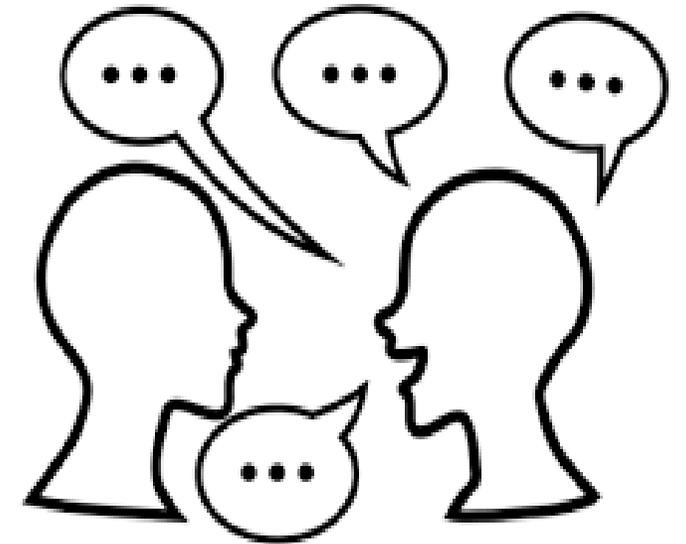


アセスメントで
考えや意向の確認
することはACP
の視点も含んでいる

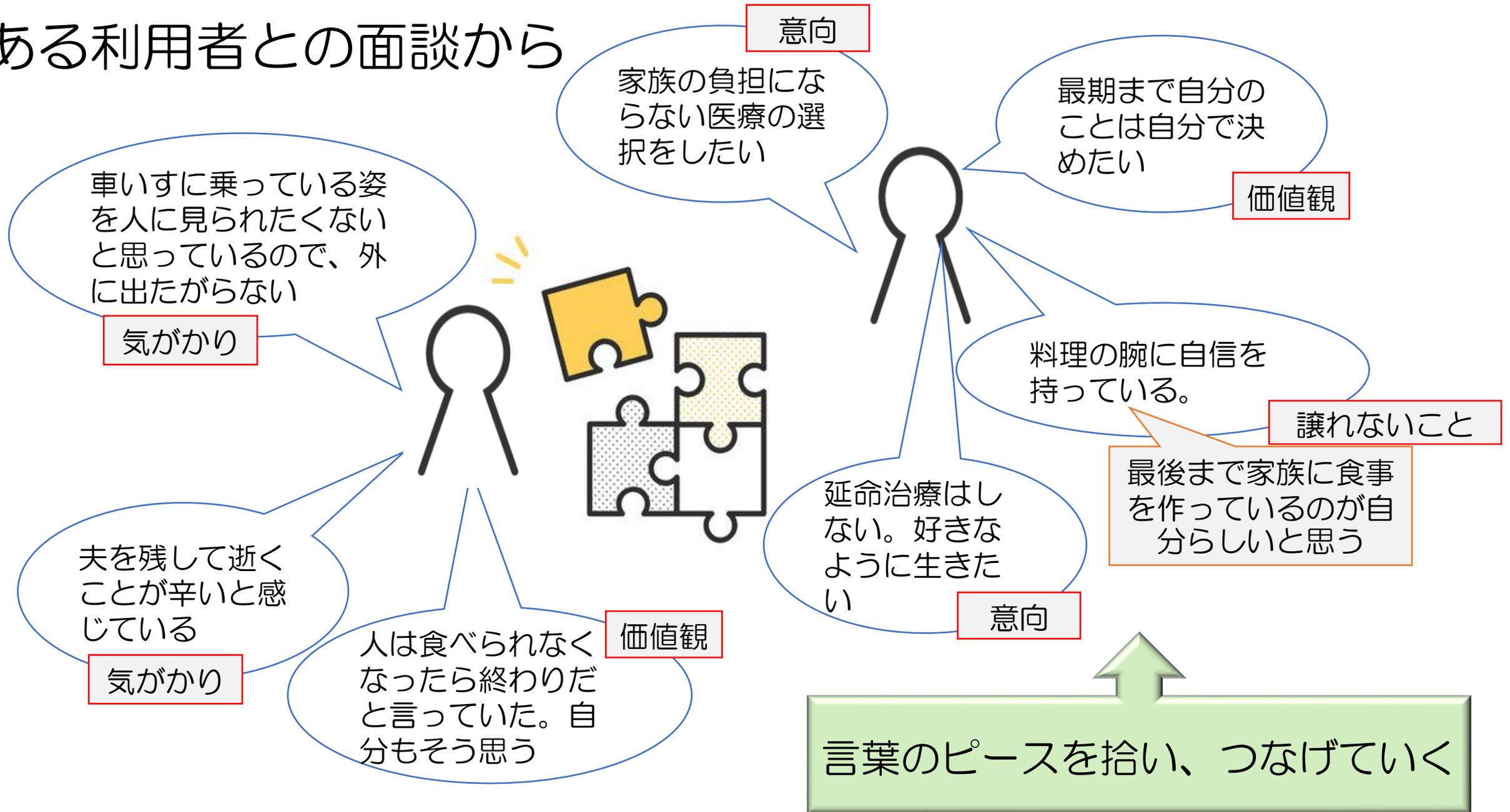
ケアマネジャーはコミュニケーションを通じひと理解する

- 本人の生活歴、成育歴、家族等の情報を基に価値観を理解
- ふとした会話や雑談の中から、死生観、人生観、思いを推し量る
- 本人の言葉や表情から意思をくみ取る
- 話の中から本人にとって大切にしている部分を理解
- 家の中の様子、調度品や家具から元気だった頃の生活状況を推し量る

ACPIに
つながっていく



ある利用者との面談から



意向や考えを聞き、多職種で共有することで

- 本人や家族の意向や思いを整理し、多職種で目指す方向が合わせられる
- 本人、家族の意向を繰り返し確認することで、不安なことや心配なことなどを知ることができる
- 多職種と共に将来への備えがしやすくなる
- 本人、家族との信頼関係が強くなる
- 家族の達成感や本人の思いに応えられ、関係機関の達成感にもつながる
- ACPにおけるチーム内での役割分担ができる



まとめ

- 元気なうちに、自分の考えを伝えられるうちに、自分の価値観や（漠然としていてもよいので）「こういうふうに生き切りたい」ということを話し合って共有しておくのが、最初のステップにして一番大切なこと
- その人らしい人生の最終段階を迎えることができるように、私たちケアマネジャーは情報収集をする幅広い視点を持ち、よりよい環境をつくること、ケアチームの良好な関係を構築、本人家族間、医療との橋渡し等、幅広い役割が求められ担っている
- 「本人の生き方」に真摯に向き合い、敬意を払うことを忘れない

まとめ

- コロナ禍での面会制限、十分な意向の確認ができない等、様々な影響を受けることこともあったが、早期に意向の確認の場を持つ、話し合いを繰り返し行うことで、どんな状況においても本人にとって、最善の最期を迎えることができるように支援をしていく
- 私たちケアマネジャーも、人生の最終段階に関わる一員として、「最善の最期を迎えることができるように支援」を常に考え、向き合い、これからも共に学ぶ機会を大切にしていきたい

生き抜くことの支援

ACPの積み重ね
継続

QOL



QOD

EOL
エンドオブライフ

ACP

ACPにおける医療と介護の連携
仕組みづくり

治療・療養

生活

医療側

生活

治療
療養

介護側

