

高齢者の住まいで働くあなたのためのACP ～関わる人の気持ちを尊重する方法

Advance

話し合うタイ
ミングが難し
いなあ…

Care

認知症が進ん
で、本人の意
向がなかなか
聴けないけど
…

本人と家族の
意向が違うけ
ど、どうした
らいいかなあ
…

Planning

本人より家族の
意向が優先され
てるけど？

このリーフレットは、高齢者の住まいで働くあなたが、本人の意思を最大限に尊重した意思決定支援の実現のためにどのように関わればよいか、基本的な考え方や取り組みについて事例を交えて作成しております。本人や家族等との話し合いにご活用下さい。
このリーフレットは下記のURLから印刷することもできます。

人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）について
<https://www.pref.kagoshima.jp/ab13/acp.html>

鹿児島県 高齢者生き生き推進課



●多職種・多施設連携～本人を真ん中につなぎましょう

*各職種間の役割やお互いの認識・価値観の違い等について相互理解を深めましょう。
多職種・多施設間のコミュニケーションもとても大切です。

Point1 施設内の多職種で情報を共有しましょう

- 職種や関わる場面によって本人が語る内容が違うこともあります。
- 施設の中の多職種間で情報を共有し、本人の理解を深めましょう。
- 話し合った内容は、カンファレンスやノートなどを活用して記録し、スタッフ間で共有していきましょう。
- 施設から他施設につなぐ際は、代弁者として本人の意向をつなぎましょう。



関係する施設間で、 本人・家族の願いを共有しましょう

Point2 地域で、連携する多施設で共有していきましょう

- 在宅医療・病院・施設間で、本人を中心に連携を深めましょう。
- 高齢者施設入居前に関わるかかりつけ医や在宅ケアチームは、入居前の早い段階から話し合いを進めて、施設につなぎましょう。
- 何を決めたかではなく、どのような思いで決めたのかのプロセスを関係者間で大切にし、本人の思いを紡いでいきましょう。

ACP 思いを紡ぎ、地域をつなぐ

取り組みの事例・参考資料の紹介

- 厚生労働省 人生の最終段階における意思決定支援 事例集
 - <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000623552.pdf>
- 令和元年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業
 - 【高齢者住まいでのACP実践の手引き】
- 一般社団法人日本老年医学会 ACP事例集
 - https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/acp_example.html
- 令和4年度鹿児島県高齢者施設等看取り実態調査報告書
 - 右のQRコードもしくはホームページからダウンロードして下さい。
- 鹿児島県医師会「私の思い」ACPパンフレット
 - 鹿児島県医師会在宅医療推進事業（以下のURL）からダウンロードして下さい
<https://kagoshima-zaitaku.jp/news/news/112-acp.html>



事例を通して考えるACP

事例 一人暮らしから施設に11年間入居していたTさん ～暮らしの中でその人らしく最期まで

- 入居時 87歳 介護付き有料老人ホームで11年間暮らし、97歳で天寿を全うした。
- 他県で一人暮らしをしていたが、高齢になり一人暮らしを心配した娘の勧めで入居。
(娘の住む離島に施設がなく、近隣の島の施設に入居)

日々の暮らしの中で信頼関係を築き、本人の大切なことを尊重する

- 入居当初、「こんなところに入れやがって！」と訴え、“脱走”を試みようとする姿もみられた。
- 日常生活、移動は杖歩行。入浴やトイレの見守りなど、スタッフが関わろうとすると、「一人で
するから大丈夫よ。」と、マイペースで自分の身の回りのことをしていた。
 - ▶ Tさんの大切にしたいことは、「できるだけ自分のことは自分でしたい」
- Tさんは病院嫌い。受診の度に「病院に行くくらいなら、ここで今、倒れて死んでやる!」と強く
言っていた。
 - ▶ Tさんの希望は、「病院ではなく、施設で過ごしたい」
- Tさんの毎日の楽しみはバニラアイスを1日2個以上食べることに。主治医とは「Tさんがアイス
を食べられなくなったら、もう終わりだよ。」と笑顔で語り合い、スタッフとも良い関係が築かれ
ていた。
 - ▶ Tさんの楽しみは、「口から食べられること・アイスクリームを食べること」

意思表示が可能な段階で本人の意向を確認し、家族・職員間で共有する

- 元気なTさんも95歳、娘さんと一緒に「終末期の医療・ケアについて」話し合った。
- Tさんは、「皆に迷惑かけてまで長生きしたくない。病院での最期は望まない。」自分の最期対
して「何もせず、静かに」と話し、「頼れるのはあの子しかいない」と娘さんを頼りにしていた。
- 娘さんも、自然な流れで人生を終えることが出来たらとの願いと「最期はお母さんの傍にいた
い」と希望された。
- それから2年、Tさん97歳、自室で転倒し肋骨骨折したのを機会にADLが低下し、意欲低下、食
欲低下、徐々に老衰が進み最期の時が近づいてきた。
- 「Tさんが、頼りにしている娘さんと共に最期を迎えられるように」と、台風で離島からの船が欠
航になる直前に家族を呼び、最期の時を親子で穏やかに迎えた。

(令和3年度 鹿児島県 医療・ケア意思決定プロセス支援事業 市町村支援事業 事例検討から)

本人や家族の思いを受けとめ、
本人が望む生き方を尊重しながら伴走する



アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の定義

アドバンス・ケア・プランニングとは、必要に応じて信頼関係のある医療・ケアチーム等の支援を受けながら、本人が現在の健康状態や今後の生き方、さらには今後受けたい医療・ケアについて考え(将来の心づもりをして)、家族等と話し合うことをいいます。

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の目的

本人が自分で意思決定することが困難になったときに、将来の心づもりについてこれまで本人が表明してきた内容にもとづいて、家族等と医療・ケアチーム等とが話し合いを行い、本人の価値観を尊重し、本人の意思を反映させた医療・ケアを実現することを目的とします。

(宮下他「日本版アドバンス・ケア・プランニングの定義」2022)

将来の心づもり



これまでの人生を振り返りながら、これからを思い描く



だれと、どこで、どのように過ごしたいか思い描く



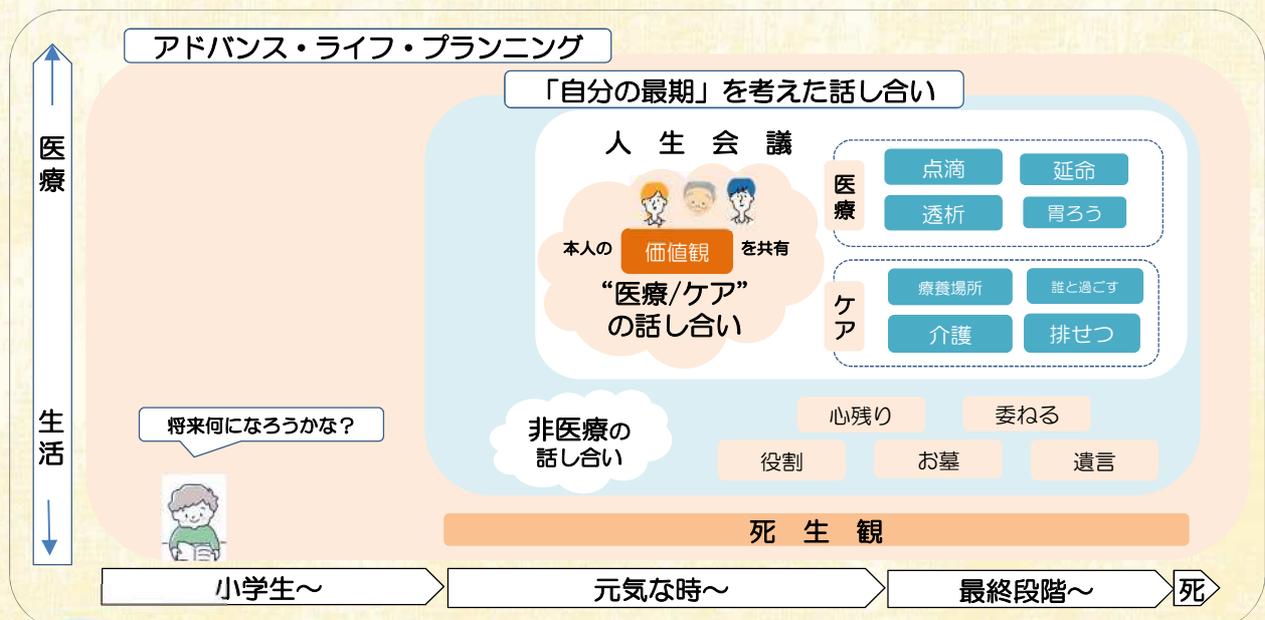
して欲しい医療・ケア、して欲しくない医療・ケア



自分で意思決定することが困難になった時の代弁者

ACP（人生会議）のマップ

濱田努：「ざっくりわかりたい」あなたへのACPマップ、2022



P1
基本的な
考え方

最期の一瞬まで、人生の主役は「本人」
本人の人生を知り、本人と共に話し合っていきましょう

●話し合いを始めるタイミング～無理強いせず、その人に合ったタイミングで

*ACPの話し合いは本人への負担が生じることがあります。

反応を見ながら、話し合える内容から始めましょう。

(話し合う時期の例)

(話し合う内容の例)

介護保険申請時
ケアプラン作成時



- 本人のこれまでの過ごし方、今の健康状態のとらえ方や、今後の過ごし方など、将来の心づもりを聴くことから始めましょう。

施設に入居した時
入居の面談時



- 好きなこと、大事にしていることなど、本人の話しやすいことから本人の思いを知るようにしましょう。
- 万一来て備えて、希望する医療・ケアについての考えやそのように考える理由について聴きましょう。

病状が変わった時
急病などで体力・
身体機能に変化が
あった時



- 身体状況の変化をどのように理解しているのか、将来の心づもりに変化はないか、希望する医療・ケアについて、話し合しましょう。
- 本人の意向の判断が難しい場合は、家族等と万一来て備えて、本人の意向を推定しましょう。

日々の暮らしの中
の、何気ない会話
の一つ一つから



本人との何気ない世間話の中に、人生の物語、価値観、大切にしていること、譲れないこと、気がかり、目標などが表出されることがあります。そのような時を見逃さず、ちょっと踏み込んで聞いてみましょう。

例：「なぜ、そのように思うのですか？」

繰り返し話し合いを重ねましょう～意向は変わるものです

*ACPの話し合いは、決めることが目的ではありません。

本人の意思を最大限尊重しながら、繰り返し話し合うことが大切です。

- 気持ちはその時々で変わるものです。迷うのは当たり前のこととして受け止め、状態に合わせて、何度でも話す機会を作り、本人や家族の思いや希望について話し合しましょう。
- 病状の変化や環境の変化などで考えが変化していくのも普通に生じることです。その時々で、本人や家族と一緒に話し合っていきましょう。

P2
話し合いを
重ねる

● ACPは対話を重ねて進めていきます

[対応で大切なポイント]



- 話しやすい雰囲気づくりを意識しましょう。
- なれなれしい態度ではなく、礼儀正しく丁寧な言葉で話しましょう。
- 関係者が伝えたいこと聞きたいことではなく、本人が話したいことを優先しましょう。
- つらそうな反応や言動があれば、感情への対応を優先しましょう。
- 今後について、具体的なイメージが持てるような情報提供や話し合いをしましょう。
- 「話したくない」「いまは話す気分でない」という気持ちも尊重しましょう。
- 本人を中心に考えて、双方で納得のいく点を見出していくことが大切です。

日々の会話の一つ一つ、その会話の積み重ねこそが「その人の思いを紡ぐACP」

● 認知症のある方や意思表示が難しい方も本人の意向を把握し続けましょう

- 決定する力が低下していても、「人として尊重」して関わりましょう。
- 認知症だから、意思決定する力がないと決めつけずに、話を聴いてみましょう。
- 本人の反応は何らかの意味があります。表情や表現から、本人の気持ちや状態をくみ取りましょう。
- 話したことを忘れることもよくあること。発せられる言葉や表現をメモしておきましょう。
- 言語表現ができない状態の時、常に本人が望んでいたことを再確認すること、痛みや不快・苦しんでいる様子はないか観察し、嫌だという意思表示は特に尊重しましょう。



目線を合わせて
頷きながら聴く



ゆったりとした
雰囲気と本人の
気持ちに寄り添う



日常の触れ合い
の中で共感的に
語りを聴く

● ACPを重ねていくことは家族のケア（グリーフケア）にもつながります

- 家族も本人と共に大切な時を重ねています。
家族の感情にも注意を払い、感情表出ができるように関わりましょう。
- 家族が心身ともに安定していれば、本人への介護やケアも安定します。
- 本人と家族の意向が違う場合、双方の思いを話しあい、本人の意向を中心に、折り合いをつけられるよう、一緒に話し合しましょう。《本人が中心》
- ACPを通して本人の意思が尊重されることで、家族（遺族）の満足度が高まるという報告があります。
- 家族には、本人を大切に思う役割と代弁者としての2つの役割があります。本人の意思が確認できない時、次のように声かけをして話し合しましょう。



「ご家族としては、どのようなお気持ちでしょうか？」
「ご本人は、どのようにお考えだと思われませんか？」

P3
対話の
ポイント