



ACPに向き合う 介護福祉士の役割

令和4年3月開発
公益社団法人日本介護福祉士会
ACPの学習コンテンツ開発部会

ACPとは

Advance…前もって

Care…ケアについて

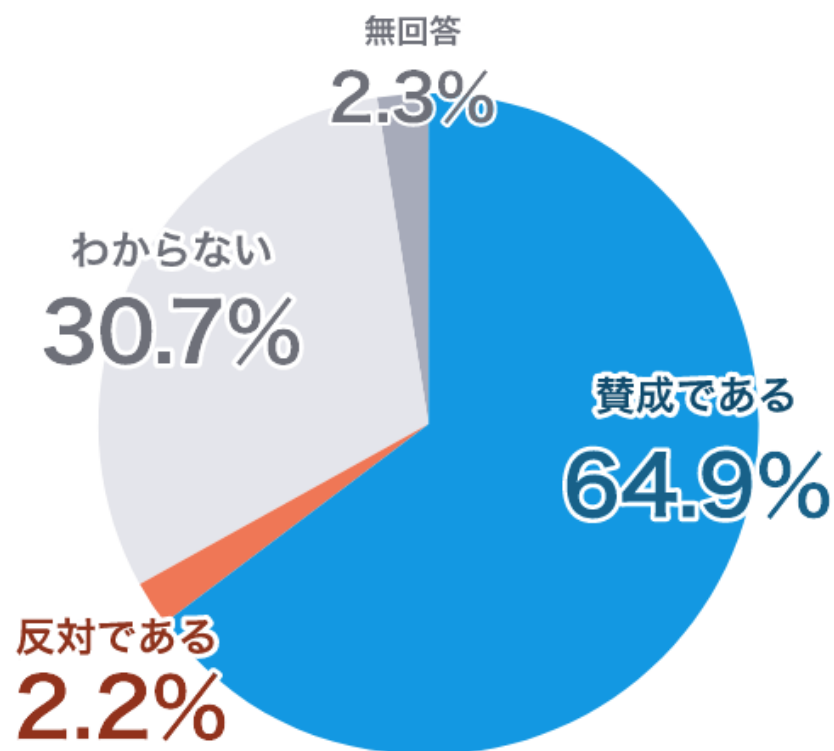
Planning…計画をたてること

もしものときのために、自分自身が望む医療やケアについて、前もって考え、家族等や医療・ケアチームと、繰り返し話し合い、共有する取り組み

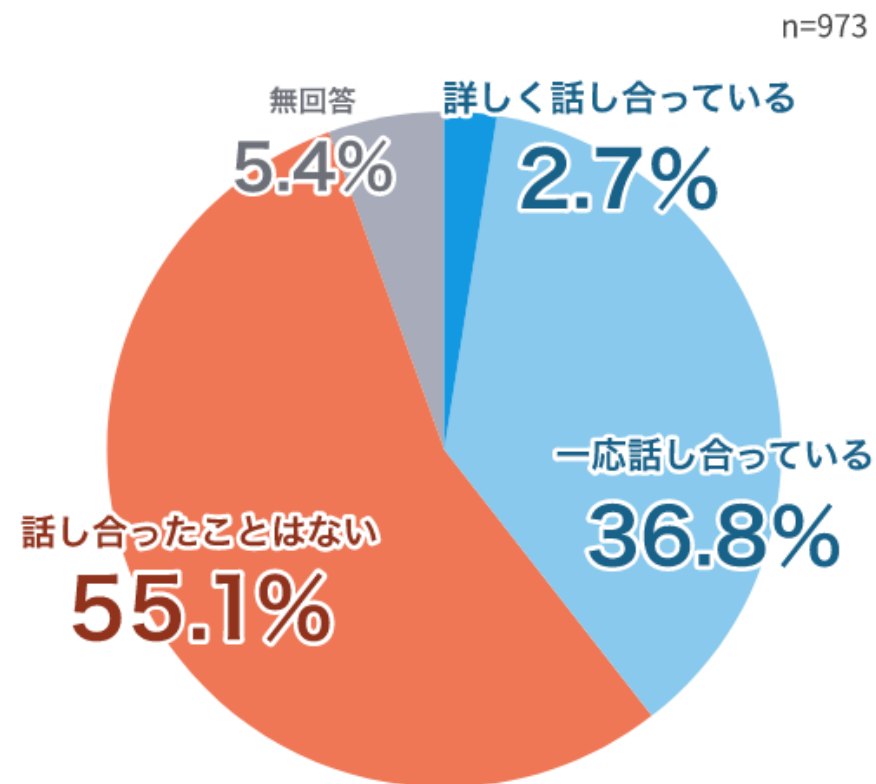


人生の最終段階における医療・ケアについて、あらかじめ話し合うことについて賛成の人が多いが、話し合っている人は少ない

家族等や医療介護関係者等とあらかじめ話し合い、また繰り返し話し合うことについて



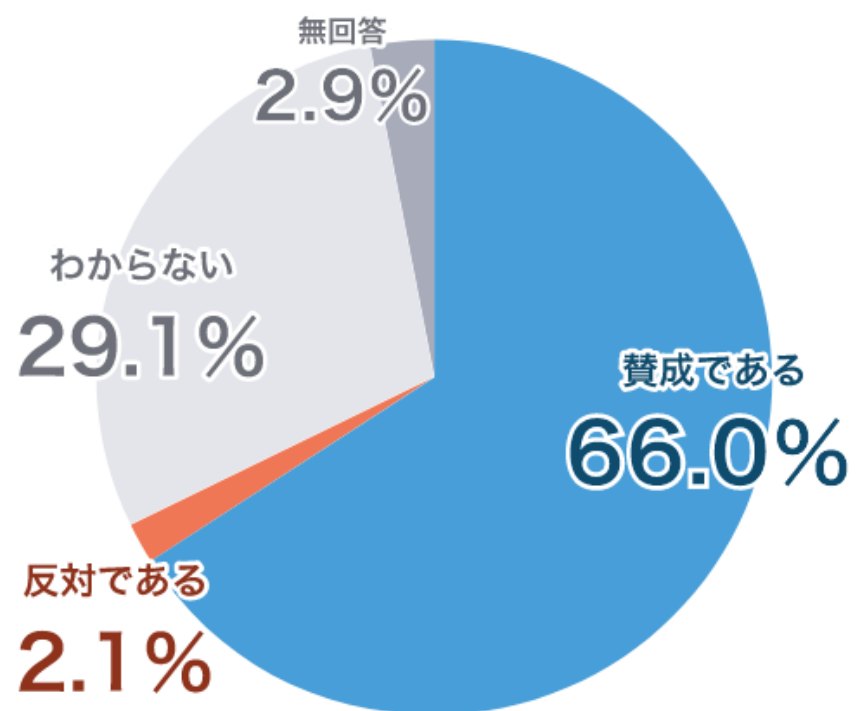
人生の最終段階における医療・療養に関する家族等や医療介護関係者との話し合いの状況



出典:平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査 (厚生労働省)

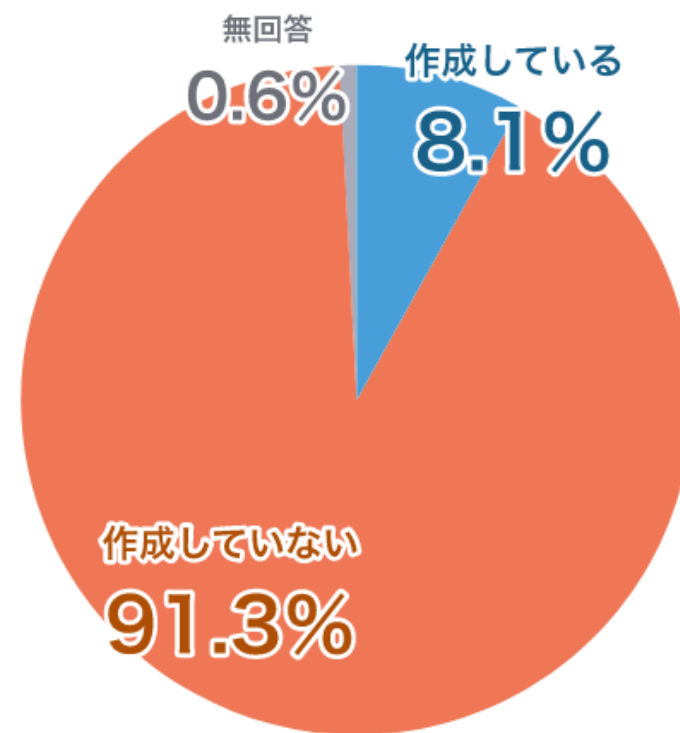
どのような医療・療養を受けたいか等を記載した書面をあらかじめ作成しておくことについて

n=973



意思表示の書面作成状況

n=642



出典:平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査 (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

平成19年 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン

◆ガイドライン作成の経緯

平成18年3月に富山県射水市における人工呼吸器取り外し事件が報道されたことを契機として、平成19年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定(※)。

延命治療(人工呼吸器や心臓マッサージ等)の開始や中止に関するルールを示したもの

➡医療機関で使用することを前提としていた

3つの柱

1. ご本人の意思決定を基本とし尊重すること
2. 医師の独断ではなく、医療・ケアチームによって慎重に判断すること
3. 痛みや不快な症状をやわらげるケアを充実させること



※平成27年3月

「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」に名称変更

平成30年
改定

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

◆3つの柱はそのままに、在宅や介護の現場で活用できるように見直しを実施

- 1 延命治療への対応の想定から、在宅や介護施設での生活を支えるケアも重視
 - ・医療ケアチームの対象に介護従事者が含まれることが明確化
- 2 ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の重要性を強調
- 3 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめ、本人、家族等と医療ケアチームで共有することの重要性
- 4 本人の意思を推定する者について、前もって定めておくことの重要性 などが示された

「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）（平成30年版）

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・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、
多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

介護福祉士が
担うべき役割

心身の状態に応じて意思は変化しうるため
繰り返し話し合うこと



主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人や家族等※と十分に話し合う

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が確認できる

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、**本人の意思決定が基本**

・家族等※が本人の意思を推定できる

本人の推定意思を尊重し、
本人にとって最善の方針をとる

本人の意思が確認できない

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

本人にとって最善の方針を
医療・ケアチームで慎重に判断

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定

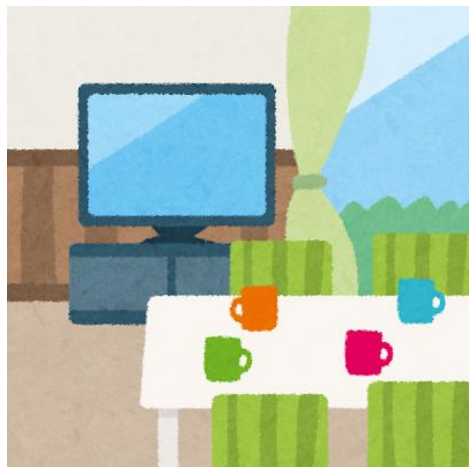
- ・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難
- ・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合
- 複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言

※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。



本人の意向をくんだ
「人生の最終段階における医療・ケア」の実現にむけて
— ACPを支援するための4つのステップ —

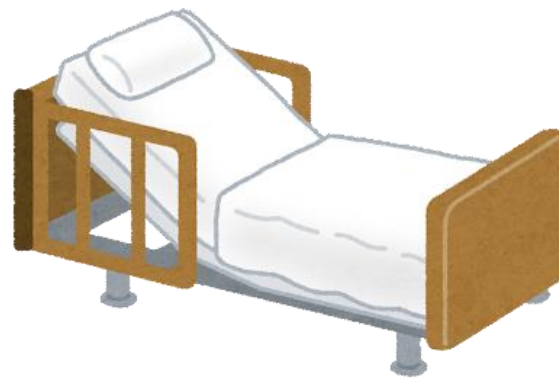
第1ステップ
意思形成



第2ステップ
意思表示



第3ステップ
意思決定



第4ステップ
意思実現



介護福祉士は

本人の一番身近にいて、揺れ動く気持ちによりそいながら生活を支援し、それぞれのステップに伴走する

事例紹介(1)

概要説明

特別養護老人ホームでの事例

(氏名) Mさん

(年齢・性別) 90歳代 女性

(介護度) 要介護1 → 要介護4

(主な疾患) 胃がん末期

第1ステップ(意思形成)

●娘のいる施設に併設されているケアハウスに入居

- ・ご家族背景・・・娘様 70歳代 介護度4
脳梗塞による左片麻痺 特別養護老人ホーム入居中
Mさんには保佐人あり。
- ・Mさんは在宅時、娘様の面会等支援。他に身内がない為、
今後を考え併設ケアハウスに自身も入居。ケアハウスから
娘の支援にかかわる。

第2ステップ(意思表示)

●胃がん末期の診断を受け、手術せず施設に戻る

- ・胃痛があり受診。胃炎or逆流性食道炎の診断
⇒症状改善されず、内視鏡検査にて胃がん末期の診断。
- ・医師より、このまま病院継続 or ケアハウス
⇒手術せず施設での生活を選択
※入院中、ADL低下が顕著となりケアハウスでの生活は
難しい状況

第3ステップ(意思決定)

●特別養護老人ホームに入居し最期を迎えたい

- ・区分変更申請と平行し特養での生活を説明。娘様のいる同じフロアにて入居。本人は寝たきりの状態。娘様の近くに入れる事での安心感。
- ・延命望まず。本人、娘様、保佐人と共に意思確認実施。
⇒看取り対応となる。

第4ステップ(意思実現)

●施設での疼痛緩和を図りながら最期を過ごす

- ・毎日、娘様がMさんの居室へ訪問できる環境
- ・スイカが食べたいとの本人訴え。時期的に直ぐ手に入る状況ではなかったが、保佐人が協力し差し入れる。そのままでは摂取できる状況ではない為、ペースト状に加工しての提供。
- ・疼痛緩和による貼薬処方。医務室での薬管理

●入居約1ヶ月後に娘様に看取られ最期を迎える

・特別養護老人ホームにおいて看取り介護の中でも、最期まで本人の意思を尊重したケース。施設でも在宅に近い環境がどこまで提供できるかが課題。

(娘様の面会環境提供。食べたいものを形状をかえての提供。疼痛緩和・・・等)

★看取り介護になったとしても、日々の介護の延長線上にあるもの。多職種連携において、本人の生活に寄り添いその希望を1つでも形にしていくことが、介護福祉士の役割。⇒人生の伴走者

事例紹介(2)

概要説明

グループホームでの事例

(氏名) Aさん

(年齢・性別) 90歳代・女性

(介護度) 要介護4

(主な疾患) アルツハイマー型認知症
乳がん・胃がん

第1ステップ(意思形成)

グループホームに入居する際、情報を得る

- 家族や知人、友人などにどのような人生を歩んで来られたのか聞く。
- 家族に書ける範囲で情報用紙を記入してもらう。
→「病院は嫌い」という話をしていたとのこと。
- 日頃の様子の中で、表情や仕草から好まれること、嫌なことを知る。
→病院受診することを伝える度に眉間にしわを寄せていた。

第2ステップ(意思表示)

体調に変化が現れる

- 発熱があり、食事が入らなくなった

- 本人に尋ねる

「病院で治療したいですか？」

「ご家族はこんな風に仰ってますよ」

→言葉はないが表情を記録する

- 家族の希望を聞く

「どうしたらいいのかわからない」

「病院で最期まで治療した方がいいと思う」

「お母さん、病院が嫌いだったから延命治療はしなくて

もいいのでは」

→記録しスタッフで共有する

第3ステップ(意思決定)

話し合いを持ち、本人、家族の意思を固めていく

●情報を共有する

本人、家族、多職種(医師、看護師、介護福祉士、関係機関の関連職種)から収集した情報をもとにそれぞれの立場から話をする。

→どのような最期を迎えたいと思っているのか
どのような最期が本人らしいか

●最期の迎え方を決定する

本人から言葉は聞けないが、尋ねた時の表情から、また病院受診した時の様子などから、入院ではなく、住み慣れたここでの最期を望んでいるのではないかと推測された。

●家族の希望

「食事が入らなくなったら点滴だけはしてほしい」

第4ステップ(意思実現)

家族全員と最期を迎える

- 医師 → 往診
- 看護師 → 訪問看護(点滴)
- 家族 → 昼夜問わず居室にて過ごしてもらう
- 介護福祉士 → ・ 本人が今まで通りの日常を送る支援
・ 家族の気持ちに寄りそう
・ 医師、看護師との状況確認

揺れ動く家族の気持ちを聞き、医師、看護師に状態を報告した。
スタッフと情報共有し、記録に残しながら最期の日を迎えた。

第1～第4ステップは日々の生活の中で自然と行われるもので、必ず順を追って進むものではありません。

介護福祉士は、ご本人の日頃の様子を知っているため、多職種との話し合いも率先して行える立場にあります。日常生活に寄りそっているのがご本人の気持ちを代弁する役割も担います。



ACPに向き合う介護福祉士の役割 まとめ

- 本コンテンツを作成した経緯、目的
- 介護福祉士の役割
- 最後に

【参考】

- ・人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会 平成30年3月「人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の 在り方に関する報告書」
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200748.pdf>
- ・厚生労働省 改定平成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」
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>
- ・人生の最終段階における医療の普及・啓発の 在り方に関する検討会 改定平成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」(解説編)
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf>
- ・西川満則・大城京子(2020)『ACP入門 人生会議の始め方ガイド』日経BP.
- ・西川満則(2021)「ACPに基づく意思決定支援と連携のあり方」『コミュニティケア』23(13), 26-30.
- ・日高聡(2017)「2 見取りにおける家族との向き合い方」『おはよう21』28(13), 16-19.

動画開発メンバー

黒木 翔一郎（日本介護福祉士会 理事）

伊藤 優子 （京都府介護福祉士会）

堀口 美奈子（群馬県介護福祉士会 会長）

八須 祐一郎（千葉県介護福祉士会 会長）

山城 裕美 （福岡県介護福祉士会 理事）

令和4年3月開発

公益社団法人日本介護福祉士会

ACPの学習コンテンツ開発部会