

## ACP(人生会議)って何？

～住み慣れたまちで最期まで自分らしく生きるために～  
「もしものとき 大事な時」のことも考えてみませんか



人生には限りがある  
そして縁に満ちていて 美しい  
～人生を朗らかに全うするための  
5つの大事なこと～

茨城県 介護支援専門員協会 副会長

茨城県医師会 地域ケア推進センター 推進員

非営利一般社団法人 あっとほーむいなしき 代表理事/リハビリ特化  
型デイホーム 太陽と鳩たち

主任介護支援専門員 作業療法士 浅野 有子

# 100歳まで元気に歩むということ

- ❁ 自分の体を自由に動かす (運動)
- ❁ 毎日の生活活動を自分で行う (活動・生活行為)
- ❁ 自分の行きたいところへ自由に行く (移動)
- ❁ 自分のしたいことをあきらめずにする (実現)
- ❁ 自分らしく 遠慮なく 活動的に毎日を過ごす (自己実現)
- ❁ 自分なりの 老境を 楽しみつつ 生きる (生きがい・楽しみ)
- ❁ 人とのつながりの中で 生き生きと生きる (参加・自己効力感)

# 私たちは病にあっても年を重ねても

自立した 健康な 毎日を過ごすことが

何より大切 **生活不活発予防・介護予防**

けれども もし要援護状況・要介護状況になったら  
それでも住み慣れた自宅で暮らせることが幸せ

**地域生活支援 共生の社会**

**生活行為維持 向上の取り組み**

もし自宅で暮らすことが難しくなったら

介護保険、医療保険で病院・施設に入院・入所できます。

**入院生活支援・施設介護支援**

人生の終え終わりの時はどこでどのよう

# 健康的で朗らかな人生の幕引き

- 治療・ケア・暮らし を 自分で悩んで自分で決める  
そして 気持ちの揺らぎで意見を変えることもできる  
家族や支援者の理解と協力と支援が得られる。
- 不快な症状や暮らしにくい条件を緩和してもらえ  
活動や参加への気力があり、支援を受けられる。
- 毎日 おいしく食べ しっかり排泄し 生活のリズムを  
保って 有意義な活動や交流・参加をあきらめない。
- 生活を意味ある活動で紡いでいくこと  
ご家族とともに何かの時間を過ごすこと。
- 心残りがないこと やっておきたい事 らしさの尊重。

# 本人や支援者が元気であるために

- ❁ 健康に気をつけ 心身の調子を良くする
- ❁ 元気で過ごしたいと思う 前向きな意識
- ❁ 元気である自分を思い描いて元気に振舞う
- ❁ 物事をポジティブに捉える いい方向を見る
- ❁ 自分[のともとの気質]をよく知っている
- ❁ 自分に優しくする 自分の味方になる

信頼できるコミュニティを築く

# 介護保険制度 と ケアマネジャー

- ❁ 2000年から超高齢化社会を見越して
- ❁ 介護を家族、女性、嫁だけの負担にしない
- ❁ 家族も働きながら、自己実現しながら、親の世代・祖父母の世代の老いを支援するために
- ❁ 国民の協働連帯で支え合う仕組みがスタート
- ❁ 40歳以上が保険料を支払い、国や地方自治体も拠出して運営 市町村が保険者
- ❁ 介護が必要になったら保険給付（支援サービス現物）。給付を受けるには要介護認定で介護必要度合いの判定を受ける必要があります

# 介護保険サービスのマネジメント

- ❁ 市町村には地域包括支援センターがあって
- ❁ 総合相談・介護認定のサポート・介護状況にならないように予防の取り組みをしています

## 介護支援専門員

個々の要援護者を担当し、自宅へ出向き  
生活の困難を分析し、状況の改善を提案  
一人一人の望む暮らしへ向かって  
サービスやサポートを連絡調整し  
介護保険の給付管理をします

# ターミナルケア(人生の終末期のケア)

## 終末期

病状が 不可逆的 かつ 進行性で  
その時代に可能な 最善の治療によっ  
ても病状の好転や進行の阻止が期待  
できなくなり、近い将来の死が不可避  
となった状態

(日本老年医学会立場表明 2001)



# 緩和ケアがあります

治療への反応が乏しい疾患の対象者への治療を目的とした、積極的で全人間的な医療ケアであり、痛みのコントロール・心理的な苦痛の緩和・社会的な気がかりの解決精神的(霊的)な問題の支援等を課題とする。もちろん できうる限りの健康を目指し、日々 人生と暮らしを大事にする。

# 緩和ケアの理念 1989WHO専門委員会

- ❁ 生きることを尊重し、誰にでも例外なく訪れることとして死にゆく過程にも敬意を払う。
- ❁ 死を早めることも、死を遅めることも しない。
- ❁ 痛みのコントロールと同時に、痛み以外の症状のコントロールも重要視する。
- ❁ 心理面のケアや精神的(霊的)ケアも行う。
- ❁ 死が訪れるその時まで対象者が積極的に、自分らしく生きようとするように支援する。対象者が病気に向き合っている時もでいる間も、対象者と死別した後も、家族の苦難への対処を支援する

# がんとそれ以外のターミナルの相違

	が ん	それ以外
対象年齢	比較的若年	高齢
要介護時間	短い	長い
進 行	急速	比較的緩慢
予 後	予測されやすい	<b>不確か</b>
A D L	<b>末期まで自立</b>	<b>低下期間が長い</b>
認 知 症	ない	少なくない
合 併 症	少ない	多い
医療的ニーズ	高い	普通
<b>経済的負担</b>	<b>大きい</b>	<b>介護保険活用・長く負担</b>
支援の要求	症状改善・進行抑制	生活支援・家族支援
その他	<b>凝縮した人生意味</b>	<b>穏やかな活動参加</b>

# 介護支援（ケアマネージメント）とは

地域において、傷病等によって介護や支援が必要とされた対象者の依頼を受けて、その望む生活像を明らかにしながら、対象者の暮らしの全体像を専門的にアセスメントし、

対象者・家族と共に**解決すべき課題を明確にし、その改善へ向けたご本人、ご家族の努力の方向性を示し・サービスの効率的利用に向けて情報の提供・自己決定の支援**を行う過程をいう。

また、状況の変化を捉え、適切な介入、支援を行いながら、対象者の暮らしを支え続ける。

# ターミナル期における ケアマネジャーの役割 その1

- ❁ 情報の取得、病状と見通しの把握、本人・家族の理解と心づもりの感知、自己決定の全面的支援。
- ❁ ご本人の希望や迷いをよく理解する、希望に応じた事前の対策を**医療専門職とともに** 提示、支援。
- ❁ ご家族の希望や迷いについても配慮、支援する。
- ❁ **病状の改善、生活の回復維持のために最善の手立てを考える よりよく生きるための戦術を練る。**
- ❁ 連携のとれる、暖かなケアチームを構成する。インフォーマルケアも活用する。よく相談しながらすすめる。
- ❁ 病状の進行や急変などの状況を予測した**ケアプランの流動性を担保する。**

# ターミナル期における ケアマネジャーの役割 その2

- ❁ ケアプランは病状・希望に即応じる自由度を
- ❁ 本人・家族の気持ち揺れ動くのは当たり前
- ❁ 緊急時の対処を絶えず確認。家族も覚悟ができていく
- ❁ 残された**人生・限りある時間の**  
**意味を見出すための支援**
- ❁ 死への旅立ち 旅支度や、見おくりを苦しく思わない
- ❁ **死を挟んで 家族のありよう、納得、満足に配慮する**

# 介護支援専門員にできること

末期の患者さんは医療・看護で対応され・・・

私たちにはできることは少ない・・・蚊帳の外・・・

「お看取り」のために家に帰るわけではない。

対象者にとっての望ましい死を達成し、Quality of Death (QOD) を上げるためにはどのようなプランが必要だろうか？

最期までトイレに行きたい

死ぬ前に庭を見たい 田畑が気になる 相続や家の継承

ペットとの時間が癒した 心残りのことがある・・・

これからどんな経過を辿るか？

(ある程度) 知っていながら

暮らしを支援 家族を支援

# 廃用性症候群

# 生活不活発病

## 使わない機能は衰えます

局所性廃用症候群	全身性廃用症候群	精神・神経系廃用症候群
関節拘縮 筋廃用萎縮 筋力低下 筋持久力低下 廃用性骨萎縮 高カルシウム尿 尿路結石 皮膚萎縮 褥創 静脈血栓症 肺梗塞症	心肺機能低下 1回心拍出低下 頻尿 肺活量減少 最大換気量減少 起立性低血圧 易疲労性 消化器機能低下 食欲不振 便秘 利尿 血液量減少（脱水）	知的活動低下 うつ傾向 自律神経不安定 姿勢・運動調整機能低下



# ご本人・ご家族・キーパーソンの 町民の皆さんに期待すること

- ＊病状や予後についての説明を忌避せず 聞いていく
- ＊自分自身の又縁のある大切な人の終末期の医療や介護  
予測される症状や対応の方法について  
信頼できるサポートチームと話をしてみようと思い  
一緒に考えていく 準備ができること
- ＊人生の時間を有意義に自分らしく過ごすことの意味表示  
そして試行錯誤の実践  
悔いのない生活や支え方の模索

地域で支え合う わがこととして 拡大家族として  
地域で縁あって同じ時代を生きる仲間として

# 人生を朗らかに全うするための

## 5つの大事なこと

- ❁ 自分の健康と暮らしをしっかりと整えること
- ❁ 体と心を強くする 何があっても大丈夫の自信
- ❁ 迷惑をかけない 世話にならないという狭い
- ❁ 気持ちでなくお互い様ありがとうと支え合う
- ❁ 大好きな大子町この町の100年後に貢献する
- ❁ 人生の終え終わりに責任を持つ

# 尊厳死宣言 リビングウィル

私は、私の疾病が 不治であり、かつ 死が迫っている場合に備えて、私の家族、縁者、ならびに私の医療に携わっている方々に 次の要望を宣言いたします。この宣言書は私の精神が健全な状態においての宣言です。

(1)私の疾病が、現在の医学では不治の状態であり、すでに死期が迫っている場合、徒に死期を引き延ばすための延命措置は一切お断りします。

(2)ただしこの場合においても 私の苦痛を和らげる処置は最大限に実施して下さい。そのため、たとえば麻薬などの副作用で死ぬ時期が早まったとしても一向にかまいません。

# 尊厳死宣言 リビングウィル

**(3)私が数カ月以上に涉って、いわゆる 植物状態に陥った時は、一切の生命維持処置を取りやめて下さい。**

**以上**

**私の宣言による要望を忠実に果たして下さった方々に深く感謝申し上げますとともに、その方々が私の要望にそってしてくださった行為一切の責任は私自身にあることを附記いたします。**

# ACP(Advance Care Planning)

アドバンス とは 前進するための 進行していく先の 前もって繰り上げての..

- **人生会議 信頼できる人たちと 将来の変化に備えて、正しい情報をわかりやすく説明してもらいながら、受きたい医療 受けない医療 受きたいケア 受けないケア 時間を過ごす場所や過ごし方 大切にしたいこと 心残りなくやっておきたいことなどを 話し合い あらかじめ 自分の意見 意思を明らかにする(意思決定・意思表示) の機会 説明 疑問の確認 話し合い 意見交換 意思表示 の プロセスのこと**
- **結論のチェックシートや事前指示書と言われるような確定書類をさすことだけではないです**
- **適切な 病状や予後予測 起こりうる症状やそれに対応する治療の選択肢がわかりやすく示されていてこそその 意思決定**
- **見守る家族の生活や支援し続ける支援者の意見も十分に話し合いに加味されつつの プロセス**

# 「在宅における看取りの推進に関する 調査・研究事業報告」

- 年齢や住まいの風土 家族状況等によって ACPの在り方は様々です
- ひとりでも多くの国民が 本人が望む場合には 自宅でのGood Death を実現していただけるために… **QOD**
- 人生の最終段階を迎えられた療養者本人・家族等が意思決定(意志の推測)をしていく過程で 医療・介護専門職がどのようにサポートしたのかの事例集

# 「ACP」は誰が行うのか

- それはこの世を生きるすべての人が 自分のこととして取り組み実践し その時には自身で判断したり行動したりできない状況にあることも踏まえて 誰かと共有し 意思表示し その意思を尊重し実践してもらえるように しておくもの
- 特に 人生の終盤 そして 終末期が現実のものとなった方にはより頻回により現実的に その意思確認や実際的なケアや医療の検証が求められるので大事
- 医師は医療の指示実践者として看護師や薬剤師、リハ専門職は医師の指示の実行者として ケアマネジャーは暮らしやケアのマネジャーとして この課題の実践の促進を担う
- そして、地域課題として この意思決定プロセスのガイドラインが市民に広く啓蒙され、望まない医療や不本意な最期の場所 が選択実施されないことを願い取り組みを進めている

# ACPガイドラインの内容

「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」の検討を踏まえ、

平成30年改訂

## 【主な改訂のポイント】

・高齢多死社会進展・地域包括ケアの構築に対応、英米諸国を中心としてACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていることを踏まえて改訂を行った。

- 1 病院における延命治療の対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう「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」名称を変更。  
医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化
- 2 心身状態の変化等に応じ、本人の意思は変化しうるもので、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと(=ACPの取組)の重要性を強調
- 3 本人自らの意思を伝えられない状態になる前に、意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載
- 4 今後、単身世帯が増える、「3」の信頼できる者の対象を、家族から家族等(親しい友人等)拡大
- 5 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について記載



# ACPガイドラインの内容

- 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<sup>1</sup>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
- ② また、本人の意思は変化す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。
- ③ 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、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。

# ACPガイドラインの内容

- 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。

# ACPガイドラインの内容

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す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。

# ACPガイドラインの内容

## (2)本人の意思の確認ができない場合

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。

# ACPガイドラインの内容

## (3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置

(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・ケアの内容の  
合意が得られない場合
  - ・家族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。

# なくないゆく人をサポートしている 家族にかかわる時

コントロールしようのない事実や  
解決できない 個人的な喪失感

私たちがそのケアの限界を知ることにより  
亡くなりゆく人や その家族の想いに沿った  
繊細なケアが 提供できるだろう

ローランド 1995

# いつでも何度でも（千と千尋の神隠し）

呼んでいる胸のどこか奥で . . . .

いつも心躍る夢を見たい . . .

悲しみは数えきれないけれど . . .

この両手は光を抱いている . . .

サヨナラの時の しずかな胸

ゼロになる体が 耳を澄ませる

生きている不思議 死んでいく不思議

花も 風も 街も みんな同じ

# ワークバランスと介護

自分自身の人生を大切にす

介護される人の意見をよく聞く

専門家・家族を味方につける

思い込まない・抱え込まない完璧をめざさない

時間を有効に使う

お金を有効に使う

罪悪感なく気分転換する



# 看取りの時の支援者

人生の最後を迎える方が  
しっかり これまで 多くの人や出来事と向き合い  
生きてきこられて 今 その終わりを迎えようとしている  
今 その終え終わりに

向き合っていらっしゃる時の証人として  
人生を完遂することによる自己実現を見守りたい  
心より お疲れ様とねぎらい、力いっぱい生きてきた  
尊さを敬い、別れを悲しみ、 敬意と安寧を伝えたい

臨死の主体はだれであるのか

# 看取りの時の支援者

最期を迎える方が その人らしさを保てるように

親しい人と スタッフと 接する 時間や場所  
一人になれる 時間や場所 を確保する

大切な人と別れを惜しむ時間や場所を整え

見守る家族に 出来ること を示し はげます

# 悲しみのプロセス

- ❁ **急性期（初期・ショック期 1～2週間）**  
ショック・空白・深い悲しみ・共感性の症状  
弔いのあわただしさ・手続きの面倒・・・
- ❁ **中期（死者に心が捕られる段階 数週間～1年）**  
うわべだけの正常さ・自責の念・死者の遺品の整理  
恨みや怒り、不平等感・感謝や満足
- ❁ **回復期（人生が継続していることに向かう時期）**

残された家族の新たな人生の歩みの糧となる可能性も……

# 介護にあたるスタッフと家族を 支援する重要性

チームは一つの想いで

困難な試合でも たとえ負け戦に見えても

個々人が そのすべき 仕事を

信念とプライドを持って取り組んでいることが大切

上手くいった1プレーも 上手くいかなかった1プレーも

次の局面・ 次の試合・これからの家族に

次の段階へのクライアントとの向き合い 人生に必ず

つながる生かされる キャプテンとマネージャー

地域の仲間たちとのつながりの中で

いい仕事を積み重ね チームや対象者に役に立ちたい。

## 老いのころ

武者小路 実篤

私はいつまで生きるか　その事を知らない  
しかし私はそのうちに　死ぬことは間違いない  
私はそれを知るが　それであまり悲観しない  
死ぬことは当たり前前の運命と思う

あまり苦しみたくなと思うが

その事を今考えても　あまり役に立たない

人間は人間だ

生きている間に　少しでもいい仕事をしたい

いい仕事をして　何もならないと思が

いい仕事はしたい

この世は美しい

そう思っていることが　実に美しい

何もならないと思うが　それが楽しみだ

そう思っている　われながらの喜び