

看取り期における本人の意思を尊重したケアの充実
～アドバンス・ケア・プランニング～



株式会社ケアモンスター

代表取締役 田中 大悟

社会福祉士・介護支援専門員



職歴

1998年 医療法人 整形外科病院 MSW (名古屋市)

(22-28歳) 老人保健施設 支援相談員 (老健施設：2施設の開設に関わる)

(28-30歳) 居宅介護支援事業所 管理者 兼 介護支援専門員

2006年 社会福祉法人 特別養護老人ホーム (石川県小松市)

(30-31歳) 経営企画室：生活相談員 兼 介護支援専門員

2007年 医療法人 脳神経外科病院 (石川県金沢市)

(31-35歳) 地域連携室主任 MSW / 居宅介護支援事業所 介護支援専門員 兼務

地域連携室の立上 / 退院支援・退院調整 / 病診連・病病連窓口 (紹介状管理・データ化)

回復期病棟立上げ / 病院機能評価対応 /

ベッドコントロール (医師の入退院の予定と実績のデータ化) / 医療経営を学ぶ

2011年 医療法人 小規模診療所 理事 / MS法人 取締役 (石川県小松市)

(35-38歳)

小規模診療所を中心とした地域包括ケアシステムの構築をテーマに下記介護事業の開設・運営を行う

住宅型有料老人ホーム：3事業 / 訪問介護：1事業 / 居宅介護支援事業：1事業

通所リハビリ：1事業 / 訪問看護：1事業 / 訪問リハビリ：1事業 / 通所介護：7事業

認知症共同生活介護：1事業

2014年 合同会社JAPAN UNITED HOME CARE 設立

(38歳～) たなかだいご介護・福祉相談室 開設 (独立型社会福祉士事務所)

居宅介護支援事業所の運営・コンサル事業・セミナー事業

2018年11月 株式会社ケアモンスター 代表取締役 (社名変更)

今の福祉事業の概念を壊しながら、「新しい価値」と「新しい仕組み」を創造する！！

2012年09月 (石川県) 加賀脳卒中地域連携協議会 理事

2013年12月 日本介護福祉経営人材教育協会 北信越支部 理事

2017年03月 日本デイサービス協会 監事

著書2017年1月 介護施設での生活相談員の仕事 (ナツメ社)

目次

はじめに	4
1：ガイドライン作成と改定の経緯	5
2：ガイドラインの基本的な考え方	6
3：アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは	7
4：アドバンス・ケア・プランニング（ACP）のすすめ方	8
5：人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手	14
おわりに	15

はじめに・・

R3年の介護報酬改定において、「看取り期における本人の意思を尊重したケアの充実」として、下記のような改正がありました。

2.(2)① 看取り期における本人の意思を尊重したケアの充実

概要

【短期入所療養介護、小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

- 看取り期における本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を一層充実させる観点から、訪問看護等のターミナルケア加算における対応と同様に、**基本報酬**（介護医療院、介護療養型医療施設、短期入所療養介護（介護老人保健施設によるものを除く））や看取りに係る**加算**の算定要件において、「**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**」等の内容に沿った取組を行うことを求める。【告示改正、通知改正】
- 施設系サービスについて、サービス提供にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めることを求める。【通知改正】

短期入所療養介護

（介護老人保健施設によるものを除く）

小規模多機能型居宅介護

居宅介護支援

特定施設入居者生活介護

地域密着型特定施設入居者生活介護

認知症対応型共同生活介護

介護老人福祉施設

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

介護老人保健施設

介護療養型医療施設

介護医療院

1 : ガイドライン作成と改定の経緯

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 作成と改定の経緯

平成19年版ガイドライン作成

人生の最終段階における医療のあり方について、患者・医療従事者ともに広くコンセンサスが得られる基本的な点について確認をし、よりよき人生の最終段階における医療の実現に資するとして、厚生労働省において、初めてガイドラインが策定

平成30年版ガイドライン改訂

平成27年3月、「終末期医療に関する意識調査等検討会」において、最期まで本人の生き方（＝人生）を尊重し、医療・ケアの提供について検討することが重要であることから、

「**終末期医療**」から「**人生の最終段階における医療**」へ名称の変更

平成30年3月、

- ・ 高齢多死社会の進行に伴う在宅や施設における療養や看取りの需要の増大
- ・ 地域包括ケアシステムの構築が進められていること
- ・ 諸外国で普及しつつある アドバンス・ケア・プランニング（ACP） の概念が盛り込まれる

2：ガイドラインの基本的な考え方

ガイドラインの基本的な考え方

1) 医療・ケアを作り上げるプロセスについて

人生の最終段階を迎えた本人・家族等と医療・介護従事者が、最善の医療・ケアを作り上げる

2) 本人・家族等を支える医療・ケアチームの体制づくりについて

医師・看護師やソーシャルワーカー、介護支援専門員等の介護従事者などで、本人・家族等を支える、医療・ケアチームの体制を作る

3) 人生の最終段階における医療・ケアにおける重要点について

- ・早期から肉体的な苦痛等を緩和するためのケアを行う
- ・医療・ケア行為の 開始・不開始 / 内容の変更 / 行為の中止等についての本人への意思確認(インフォームド・コンセント)を行う

4) 医療・ケアを提供する上での「意思の尊重」について

本人のこれまでの人生観や価値観、どのような生き方を望むかを把握し、本人が家族等の信頼できる者を含めて、その都度「意思」を確認することが重要

- ・本人の意思は変化するものである
- ・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

5) 家族などの役割と話し合うことの重要性について

本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に備えて、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いる場合は、その者から十分な情報を得たうえで、本人が何を望むか、本人にとって何が最善かを、医療・ケアチームとの間で繰り返し話し合うことが重要

6) 合意プロセスについて

- ・本人、家族等、医療・ケアチームが合意に至るなら、それはその本人にとって最もよい人生の最終段階における医療・ケアだと考えられる
- ・合意に基づく医療・ケアの根拠となった事実や状態の変化に応じて、本人の意思が変化するものであることを踏まえ、柔軟な医療・ケアを継続すべき

7) 複数の専門家からなる話し合いの場の必要性について

合意に至らない場合には、複数の専門家からなる話し合いの場を設置し、その助言により医療・ケアのあり方を見直し、合意形成に努めることが必要

8) 記録の必要性について

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ことが必要

3：アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは

人生の最終段階の医療・ケアについて

本人が家族等や医療・ケアチームと

事前に繰り返し話し合うプロセス

4：アドバンス・ケア・プランニング（ACP）のすすめ方

ステップ 1：考えてみる

ステップ 2：信頼できる人を決めておく

ステップ 3：主治医に質問してみる

ステップ 4：繰り返し話し合う

ステップ 5：伝える

4：アドバンス・ケア・プランニング（ACP）のすすめ方

ステップ1：考えてみる

【ステップ1でのポイント】

- ☆1：利用者・家族等が考える期会を作る
- ☆2：考えを整理する為の、ヒアリング項目を準備しておく
- ☆3：考えたことへの理由を聴く・整理する

【ステップ1での相談援助のポイント】

☆適切なオープンクエスチョン・クローズクエスチョンの活用

【その他のヒアリング例】

- どんな最期を迎えたいですか？
- どんな治療やケアを受けたいですか？
- 「こんな最期は嫌だな」と思う状況はどんな状況ですか？
- 「こんな治療やケアは嫌だな」と思う治療はどんな治療？

【ヒアリング項目の例】

もし命ある時間が限られているとしたら、
あなたにとって大切に思うことはどんなことですか？

- ☐：家族や友人のそばにいること
- ☐：仕事や社会的な役割が続けられること
- ☐：身の周りのことが自分でできること
- ☐：できる限りの治療が受けられること
- ☐：家族の負担にならないこと
- ☐：痛みや苦しみがでないこと
- ☐：少しでも長く生きること
- ☐：好きなことができること
- ☐：ひとりの時間が保てること
- ☐：自分が経済的に困らないこと
- ☐：家族が経済的に困らないこと
- ☐：その他

4：アドバンス・ケア・プランニング（ACP）のすすめ方

ステップ2：信頼できる人を決めておく

【ステップ2でのポイント】

- ☆1：家族背景や友人関係を把握しておく
- ☆2：エコマップで相関関係を可視化しておく
- ☆3：家族ではない知人が出てくることもある
- ☆4：広く宗教的概念を理解しておくことも必要

【ステップ2での相談援助のポイント】

☆プライバシーへの配慮・守秘義務

☆アンビバレントな感情への対応

この場面では、「お願いしたい / お願いしたくない」など、
相反する（アンビバレントな）感情を持たれている場合があります。

【ヒアリング項目の例】

いざという時に、あなたの代わりとして受ける治療や
ケアについて話し合ってほしい人は誰ですか？

- ☐：配偶者（☐：夫、☐：妻）
- ☐：親（☐：父、☐：母）
- ☐：子ども（☐：長男、次男、☐：長女、☐：次女、）
- ☐：兄弟姉妹（☐：兄、☐：弟、☐：姉、☐：妹、）
- ☐：親戚（☐：姪、☐：甥、☐：叔父、☐：叔母、）
- ☐：友人
- ☐：後見人等
- ☐：医療従事者
- ☐：介護従事者
- ☐：その他

4：アドバンス・ケア・プランニング（ACP）のすすめ方

ステップ3：主治医に質問してみる

【ステップ3でのポイント】

- ☆1：現在の病状を把握しておく
- ☆2：これからの予測される経過を知っておく
- ☆3：受けるであろう具体的な治療・ケアを知っておく
- ☆4：医師に聞いてもよいということを知っておく
- ☆5：自分の予後に対する気持ちを知っておく

【ステップ3での相談援助のポイント】

- ☆受診（診察）時の同行援助
- ☆想いや聴きたいことの代弁
- ☆感情や精神面への配慮

【ヒアリング項目の例】

- ①患者は主治医から、治療やケアについて以下のようなことを聞くことができます。

- ☐：治療やケアの利益（メリット）
- ☐：治療やケアの不利益（デメリット、リスク）
- ☐：病気の予想される経過
- ☐：他の治療やケアの方法
- ☐：治療やケアによって生活にどんな影響があるか
- ☐：治ることが難しい場合、その理由や予想される余命

- ②病気の予想される経過や、余命を知りたいですか？

- ☐：知りたい
- ☐：知りたくない
- ☐：わからない
- ☐：その他

4：アドバンス・ケア・プランニング（ACP）のすすめ方

ステップ4：繰り返し話し合う

【ステップ4でのポイント】

- ☆1：なぜ話し合っておく必要があるのかを理解しておく
 - ・価値観や人生観を共有しておくため
 - ・治療やケアに対する考えを伝えておくため など
- ☆2：考えが変わってよいことを把握しておく
- ☆3：本人の意思が重要であることを共通認識しておく

【ステップ4での相談援助のポイント】

- ☆バイスティックの7原則の活用
- ☆傾聴
- ☆感情や精神面への配慮

【ヒアリング項目の例】

① 回復が難しい状態になった時のことを想定し

繰り返し話し合い、本人の意思を確認しておく。

- ☐：どのような治療を受けたいか
- ☐：どのようなケアを受けたいか
- ☐：受けたくない治療はどのような治療か

② 自分の考えが伝えられなくなった場合に、どこで治療やケアを受けたいですか？（本人・家族は？）

- ☐：病院
- ☐：自宅
- ☐：介護施設（特養・老健等）
- ☐：住宅系サービス（サ高住・有料老人ホーム等）
- ☐：それ以外

4：アドバンス・ケア・プランニング（ACP）のすすめ方

ステップ5：伝える

【ステップ5でのポイント】

- ☆1：（本人）自分が意思を伝える
- ☆2：（家族）本人の意思を聴く
- ☆3：（本人）考えが変わったことを伝える
- ☆4：（家族）考えの変更を受け入れる

【ステップ5での相談援助のポイント】

- ☆「気持ちが変わること」はよくあることと認識する
- ☆ その都度、信頼できる家族や友人と話し合う
- ☆ その都度、医療・介護従事者と話し合う
- ☆ 病状や症状が変化した時など定期的に考えを整理しなおし、必要に応じて主治医や家族と話し合う

【ヒアリング項目の例】

自分の考えが伝えられなくなった時に、
あなたが望んでいたことと、
あなたの信頼できる家族や友人の
考えが違う時はどうしてほしいですか？

- ☐：私が望んでいたとおりにしてほしい
- ☐：私が望んでいたことを基本として、医療・介護従事者と信頼できる家族や友人で相談して決めてほしい
- ☐：私が望んでいたことと違って、医療・介護従事者と信頼できる家族や友人で相談して決めてよい
- ☐：どちらともいえない

5：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・ケアの方針の決定手続
(1) 本人の意思の確認ができる場合
①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その都度、文書にまとめておく
(2) 本人の意思の確認ができない場合
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
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
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
④その都度、文書にまとめておく

おわりに・・・

☆いつ、誰に、誰が行うのか？

- ・早すぎると不明確、不正確なものになってしまう
- ・遅すぎると、行われない

☆必ずしも絶対的なものではない

☆接遇力・コミュニケーション力が求められる

- ・相手の感情に留意し（表情、視線、しぐさ等から）感情への対応を優先する

ご視聴ありがとうございました