

Ⅱ アドバンス・ケア・プランニング(ACP)における ケアマネジャーの役割

1 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)での ケアマネジャーの役割とその実務への展開を考える

P.21の「日本版ACPの定義」を再びご覧いただきたい。

I章はここにたどり着くまでの、ヒポクラテスの誓いからACPに至るまでのトライアンドエラーの歴史の話であった。この日本版定義は本当にとてもよく考えられており、日本の文化やケアの考え方がとてもよく反映されている。これを読み解いていくと、ケアマネジメントとケアプランニングとがっちりつながっていく。みなさんももう一度じっくり熟読していただきたい。

日本版定義の素晴らしい要点を引き出し、解釈していく。

日本版ACPの定義

医療だけでなくケアチーム等

その人の「ものがたり」を知る

介護福祉職が

医療だけでなく**今後の生き方**

医療だけでなく今後受けたいケアについて考え
(将来の心づもりをして)

**今だけじゃない
今後の生き方を
死に方ではない**

医療だけでなくケアチーム等はその人に適した
支援を行い**本人の価値観**を最大限くみ取るための
対話を重ねていく必要

対話を重ねて

自分で意思決定することが困難になったとき
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

**みんなで協力して
本人の意思を
反映させたケアの実現**

その人の「ものがたり」に
ふさわしい
生き方のためのケア



これは、すでにみなさんがやっているケアマネジメント・ケアプランニングそのものであると言える。つまり、ACPとは何か特別なことではなく、みなさんのケアマネジメント、ケアプランニングでしていることを、「ものがたり」をより意識的にケアプランへ書き込み、それを見えるようにすれば、医療や他職種とも、ACPの要点のひとつともなる、その人の価値観や人生観、死生観を多分に反映させている、その人の人生を共有することができるようになると言える。

ACPに限らず、老年期において重要な相観となる死生観の中から、死へのプロセスと全人的痛みについて参考として以下に示す。

①死へのプロセスの六段階

エリク・エリクソンの心理社会的発達理論における老年期の発達課題は、死に対する絶望と、自らの人生をふりかえり(ライフレビュー)、その人生を統合した「ものがたり」として理解をしていくこと、との対立をどう乗り越えるかにあるとしている。

その死生観のうち、エリザベス・キューブラー＝ロスは、多くの死の間際にある人たちとの対話により、死の受容プロセスを発表し、さまざまな受容プロセスに引用されてきたが、その後、死生学者であるアルフォンス・デーケンが「死へのプロセスの六段階」としてまとめたものを参考として示す。

エリザベス・キューブラー＝ロス / アルフォンス・デーケン 「死へのプロセスの六段階」

- | | | | |
|-----|---------------|--------|--------------|
| ①否認 | そんなはずはない | ④抑鬱 | 喪失 無力感 |
| ②怒り | なんで私が | ⑤受容 | あきらめ 静寂 休息 |
| ③取引 | 少しでも先延ばしできないか | ⑥期待と希望 | 永遠 であう(出て会う) |

デーケンが特に強調したことは、必ずこの段階を階梯的に順番にクリアしていくものではなく、そうある必要もなく、行きつ戻りつ、揺らぎながら、その人だけのプロセスの独自性を生きるということである。

キューブラー＝ロスの死の受容と同様、これはさまざまな喪失体験に共通したプロセスであると言える。私たちケアマネジャーたちは、その揺らぎにどう寄り添い、伴走していくかが、ケアマネジメントプロセスにも同様のことが言える。

②全人的痛み

死という大きな喪失と痛みに限らず、人間にとって避けては通れない苦しみとして生老病死がある。

その際に伴う大きなものの一つとして痛みがある。痛みとはどのようなものであるかは、WHOでも「全人的痛み、その痛みの四つの側面」として定義されている。

喪失と痛み 全人的痛み、その痛みの四つの側面

- | | |
|--------|---|
| ①身体的痛み | 痛み、他の身体症状、ADLの支障など |
| ②精神的痛み | 不安、孤独感、恐れ、抑鬱状態、怒りなど |
| ③社会的痛み | 仕事上の問題、経済的問題、家庭内の問題、人間関係など |
| ④霊的痛み | 人生の意味への問い、価値体系の変化、苦しみの意味、罪への意識、死への恐怖
神仏の存在への追及、死生観に対する悩みなど |

老年期とは、この喪失と痛みの連続であるとも言える。そしてそれはまさしく全人的痛みである。

心療内科医でロゴセラピー研究者の永田勝太郎（医師、リヒテンシュタイン国際大学ヴィクトール・フランクル講座名誉教授）は「痛みには人生観や生き様が投影される。人は生きてきたように痛む」と言っている。

しかしながら人間は、長い人生の中で培った生きる知恵を駆使しながら、前述したエリクソンの発達課題の対立を乗り越えようとして、人生をライフレビューによって統合していこうとする。これこそナラティブ・アプローチの必要性であり、それによって紡ぎ出されるものがその人の人生の「ものがたり」として結実する。そしてケアマネジメントというアプローチによって、ケアプラン、ACPという形に具現化されていく。

フランクルのいう「人間とは苦悩する存在」であり、その老年期は全人的痛みの連続でありながら、その人の人生の「ものがたり」のまとめあげという個にとって最後の大事な仕事「自分という全人的存在の外在化とその肯定と受容」という偉業を成し遂げるために、ケアマネジャーという他者はとても大きな役割を担うことができるのである。デーケンはそこに関わる他者として「ユーモア」がとても重要であり、助けになると言い、「死への準備教育」はそのまま「よりよく生きるための教育」と言っている。

2 ケアマネジメント・ケアプランニングの本質的な肝心かなめのところ

ここまでを整理すると、私たちの日々の実務の上で、ACPに限らず、相談援助、ケアマネジメント、ケアプランニングしていくうえで、とても重要な肝心かなめのところが見えてくる。

〔肝心かなめのところ〕

みんなで協力して本人の意思を反映させたケアの実現なんのため？

①その人の自己実現・自己成長のため

過去+今+今後／未来がつながって人生という「ものがたり」となる

②人生という「ものがたり」は断片じゃない

過去と今ここを大切にすれば、未来を疎かにしてはいけない

1 肝心かなめ① その人の自己実現・自己成長のため

ケアマネジメントの基本的な目的は「自立支援」である。それが最近ではさらにしっかりと明確な文言で書かれるようになってきた。それが「自己実現」「自己成長」という表現である。

私たちのいう自立支援というのは、その人の自己実現、自己成長のためのアプローチである。「こうなりたい」「こうありたい」という成長の実現のためのアプローチと言える。

人間は病んでも老いても死に際したとしても、「こうなりたい」「こうありたい」という自己実現、自己成長の欲求があり、そしてその欲求のために最期の最後まで成長し続ける、存在であると精神科医でロゴセラピーを創始したヴィクトール・フランクルは言っている。また、哲学者のミルトン・メイヤーは

「ケアの本質」という本の冒頭で、「一人の人格をケアすることは、もっとも深い意味で、その人が成長すること、自己実現することをたすけることである」と言っている。

単にどこか具合の悪いところを治したり、手当てをすることだけではなく、人間として成長すること、自己実現することをたすけることがケアとすれば、子育ても教育も仲間づくりも社会活動も、生きていくこと、その全てをたすけ、たすけあう関係性の全てがケアだと言っても過言ではない。

その人の老年期への関わり、みなさんがしているケアという営みは、ケアマネジメントを通して、その人の自己実現、自己成長を、その人の人生の最後のゴールまでをたすけることである。そのためのケアマネジメントであり、ACPであると言える。

2 肝心かなめ② 人生という「ものがたり」は断片ではない

そして、私たちのケアマネジメントというものは、老年期だけ、今ここの要支援・要介護の心身状態だけを観るのではない。その人の今こことは、その人の人生のプロセス、生まれてから今までのその人の生きてきたなりの「ものがたり」があってこそこの今ここのことであり、そしてこれからの生き方はその「ものがたり」の延長線上につながっているということであり、みなさんはそれを意識しながら計画を作られていると思う。

つまり、私たちの関わるその人の人生という「ものがたり」は断片ではない。生まれてから、いろんな経験をし、いろんな役割を果たしながら生きてきたその「生きてきたなり」という人生の全てがその人の今ここのことであり、それがこれからどう生きていくかにつながっていかなければいけないのである。その人の過去と今ここを大切にすれば、その人の未来を疎かにしてはいけない。そのために私たちの関わりとケアという営みはあると言える。

3 行為から技術に洗練させるという実践と専門性

つまり、「ものがたり」をつなぎあわせて、これからもその人らしい生き方を実現してもらうために、今実践されている私たちのケアという関わりが、その人の人生に「ふさわしい」かどうかをその人の人生の節目にみんなで共有し確認しあうこと、それがACPであり、ケアマネジメント・ケアプランニングのプロセスそのものだと言える。

そしてこれらもまた、みなさんがもうすでに今やっていることであり、ケアマネジメント・ケアプランニングのプロセスとは、ACPそのものだと言える。

それを理解したうえで、私たちが今後行っていく重要なことのひとつは、今すでにやっている、無意識にできているこの肝心かなめのことをより意識化し、文章や言葉にすることで可視化できるようにし、技術としてケアの場面の必要に応じ、いつでも意識的に深く使いこなせるようになることである。

無意識を意識化する、というのは、無意識にできているという単なる行為から、意識して使いこなせるようになるという技術にまで洗練させることである。これこそ私たちが実践するうえで身に付けるべき専門性のひとつである。介護や福祉というものの専門性を問われることが少なくないが、これこそが根幹にあってほしい考え方だと思う。

大切なことは、こういった私たちがマネジメント・プロセスの中で無意識にすでにやっていることでももう一度見直してみると、私たちのしているケアマネジメント・ケアプランニングには、そういった意義

深いものがたくさんちりばめられており、それをより意識化して、もっと必要に応じ使いこなせるようになれば、そこに含まれているACPをくっきりと浮かび上がらせることができるようになるということである。

そうやって、わかっているつもりのことをもう一度きちんと自分なりに学びなおして、「わかってる」から「できる」「使いこなせる」というところまで洗練させていくということが専門職の学びとしてとても重要であると考える。

4 肝心かなめと「ものがたり」と アドバンス・ケア・プランニング(ACP)をケアマネジメント・ ケアプランニングに連動連結させるための試案(トライアル)

もう一度先ほどの肝心かなめをよく見てみてほしい。これらを技術として昇華させた時に見えてくるものは当然ケアマネジメントでありケアプランニングである。これらはみんなケアマネジメントのプロセスにすでに含まれる要素である。

だからこそ、みなさんはすでに今マネジメントとして業務を行っているし、行えている。しかしこれをさらに意識化して、そのケアマネジメントサイクルのプロセスごとに具体的に「ものがたり」と肝心かなめの要素をどう盛り込み、見えるように浮き上がらせていったらいいかを考え、誰もが見て分かり共有することができるようになれば、結果として作成したケアプランニングがACPの目的を果たすものとなる。

では、ケアマネジメントとしてケアプランのどこにどう盛り込み見えるように浮き上がらせていったらいいかを、サイクルの全体像として把握するために一緒に考えていきたい。

5 ケアマネジメントプロセス

ケアマネジメントのプロセス

インテーク(面談・相談)

アセスメント(課題の明確化)

ケアプラン作成

サービス調整

サービス担当者会議

モニタリング(把握・評価)

これはみなさんもお存じのケアマネジメントのプロセス(過程)である。

このプロセスをPDCAサイクルに乗せて私たちの支援はリニューアルをしながら繰り返されている。

そしてこのマスタープランをベースにしながらアクションプランとなる各サービス事業者の個別サービス計画が作成、実行され、マスタープランとアクションプランも連動連結してケアを構成している。

このマネジメントプロセスに「ものがたり」と肝心かなめの要素を意識的に可視化し、より明確に盛り込むことができれば、結果としてACPとしての項目や機能をケアプラン上に反映させることができるようになるだろうと考えられる。

ではどのように反映させていけばよいかをプロセス全体も含め、整理と対比をしながら試案（トライアル）を作成してみた。

ケアプランの構造とマネジメントプロセスの関係性

1) ケアプランの構造とは

ケアプラン(マスタープラン) アクションプラン

① インテーク

② アセスメント

③ 原案プランニング

a) 居宅サービス計画書(1表)

b) 居宅サービス計画書(2表)

c) 週間サービス計画書(3表)

④ サービス担当者会議

d) サービス担当者会議の
要点(4表)

⑤ 本案プランニング

b) (2表)

利用票・提供票

⑥ サービスの導入・実行

e) 居宅介護支援経過
(5表)

⑦ モニタリング

2) マネジメントプロセスとは

① インテーク

② アセスメント

③ a) 1表原案

ゴール設定 G

③ b) 2表原案

③ c) 3表原案

再アセスメント

④ 4表

プラン P

③ a) 1表

③ b) 2表

③ c) 3表

実行 D

⑤ 5表

チェック評価 C

⑥ モニタリング

まずリレーション構築を第一目標に
現病歴やデマンドをお伺いしながら
お話が聞ければ**今までの生活歴など**
からその人の「**ものがたり**」を聴く

アセスメント項目は必須以外にも
必要に応じて独自の項目追加可能
例) その人の人生の「**ものがたり**」の
エピソード など
アセスメントやモニタリングの独自
追加項目にすれば定期的に聴ける

ご本人や家族等の生活の意向に「**今
までの歴史**」や「**今後の生き方**」を記載
すると、課題分析から導き出された
課題／ニーズにつながり、**ここだけ
でもその人が見えてくる**
⇒ 総合的な援助方針に反映される

⇒ 課題／ニーズに反映される ⇒ 長期
目標に反映される

⇒ 日々の「**こう生きたい**」であれば、
日中の主な日常生活上の活動に反映
できる
ここがケア項目だけでなく、日々の
暮らし向きが記載されていくと生活が
見える

検討した項目／その内容／結論／
残された課題それぞれに「**ものがた
り**」の共有とその人にとってふさわ
しいかどうかについての検討内容を
記載すればまさしくACP

担当者会議の検討内容や課題が反映
されればACPに基づくケアプランと
なる

そのマスタープランを元にサービス
事業者がアクションプランを作成し
実行できる

⇒ マスタープランとアクションプラ
ンの連動連結

⇒ プランニングと「**ものがたり**」の
連動連結

⇒ マスターもアクションも長期目標
⇒ 短期目標への設定がより具体的
になる

訪問時等のよもやま話がむだといわ
れてしまう雑談ではなく、その人の
人生の「**ものがたり**」をひもとく重要な
エピソードとなる

短期目標の達成度を中心に、長期
目標についても進捗プロセスが見え
てくる

モニタリングは②のre-アセスメントに
接続してサイクルが回り出す

業務としてはみなさんが一般的に行っているものであるが、それぞれに「ものがたり」と肝心かなめの要素が書式や書面として意識的に可視化されることによって、ACPの情報として記録され、1, 2, 3表の該当すると思われる項目やサービス担当者会議議事録、支援経過記録など、それぞれの様式の中によりくっきりと見えるように書き方の工夫をすることができるだろう。

例えば、これに加えて、アセスメントであれば課題分析標準項目や適切なケアマネジメント手法などを照らし合わせてみれば、むしろケアマネジャーに必要とされるより実践的かつ専門的なアセスメント技術として洗練されていくだろうと思う。

また、これらを意識することで、ケアプラン内の各項目の関連性もよりはっきりと認識できるようになると考えられる。つまり、ケアプラン自身に「ものがたり」が反映され、結果としてACPの要点や検討すべき課題がケアチーム全体で共有できるようになるだろうと思われる。

こういった利点も含めて、各プロセスでどのように具体化していけばよいかは、事例を用いた演習等を通して実践者として全員で検討していき、それらを集積した上で、県内で共有されるローカルルールとして構築されれば、今後、医療者を含めた状況共有のためのツールとして、きっとみなさんのケアマネジメントとケアプランがその人の人生の大事な羅針盤となり、都度都度の節目の連続性をもつACPそのものとなっていくこととなるだろう。

6 ケアマネジャーが アドバンス・ケア・プランニング(ACP)において担う役割とは

このマニュアルを通じてお伝えしたかったことは、ACPの本来の意味と、そこにケアマネジャーがどのように参画し、どのような役割を担っていくことができるかということである。

そしてケアマネジャーがその参画方法や担う役割を検討するため、県内のケアマネジャーひとりひとりにACPを正しく理解してもらい、ACPをより浸透させていく入口として、また、かかわる利用者のその人の人生が、今後の生き方とケアにおいても、その人らしく、その人の人生に「ふさわしいものであるか」をその人にかかわる全員で考えていくための羅針盤の役割をケアマネジャーに担ってもらうために、理解を促し、具体的な実践に深めていく入口としてこのマニュアルが全国に先駆けてようやくスタートしたところとなった。

その入り口にあって、これからこの道はどんどんつながっていくと思われる。それは二千余年以上前のヒポクラテスの誓いから自律モデルの試行錯誤があつての、新たな試行錯誤の始まりといえる。

試行錯誤しながらでも、ケアとはその本人にとって常に最善とは何かを考えてきた歴史そのものであり、ACPに至る「ものがたり」そのものである。その先端を生きる私たちは、先人たちと同じように、今後も何がその人の人生の「ものがたり」に「ふさわしいのか」を考え続け、職能の境界を乗り越えながら、連携し、その人が生きるために、みんながただただ一心になっていくために、ケアマネジャーの特性を活かしながらケアマネジメント・ケアプランニングにACPを取り込みながら、かつ浮き上がらせて、

医療者が知り得ないその人の人生の「ものがたり」を代弁していく、アドヴォケイト（代弁者）である。このマニュアルには、ケアマネジャーがアドヴォケイトとなり、エヴァンジェリスト（伝道者）となってもらいたい、という願いが込められている。

そのための実践実務については現行の介護保険法や関係政省令では、明確な規定がないため今の時点で具体的かつ明確にお示しすることは残念ながらできない。

しかし、こういった本質的な理解を深め、実務と連動連結していくための試案と検討を広域に行っていくことによって、前述したとおり、全国に先駆けた富山県のこのトライアルが足がかりとなり、行政と現場の協議検討の末にやがてローカルルールとなり、結果として促進され啓発され普及され定着していくならば、これは県民にとっての大きな公益となり公共福祉の実現となりうる。

そのためにクリアすべき課題は多々あるが、私たちの道は先人たちの道の先端であり、ニュートンが引用したシャルトルの哲学者ベルナールの言葉通り「巨人の肩の上に立っている」のだという気概を持って、今後もこの促進により一層機運が高まり検討研鑽が継続し富山県を発信地としてACPの本質的な正しい理解と実践が普及定着してくれることを期待している。

