

Ⅲ アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の実践 Q&A

研鑽や実践において想定されるQ&Aを作成した。

これが正解ということではない。状況や背景によっていくつでも別解はあることだと思う。

そんな時はぜひ、仲間と一緒に考えてみてほしい。それ自体がきっとトレーニングになり、気づきと学びになっていくはずである。

そういった問いに向き合うためのヒントであったり、別解のひとつとして参考になればと思う。

なお、語尾についてはご本人やご家族との対話における応答を想定し、実践に応用しやすいよう、口語文でAを作成している。

Q1 ACPとは具体的に何をする事なのか？



A1 例えば…

ACPとは、その人が今後どのように生きていきたいかを、医療者だけでなく、その人を良く知る家族や知人、その人にかかわるケアチームが、みんなでその人が生きてきたこれまでの人生や暮らしや大切なものを含め、その価値観を最大限にくみ取って、対話を重ねながら協力し、その人の意思を反映させたケアを実現するために、その人生の節目節目に「このケアと生き方がその人の人生にふさわしい」かどうかをみんなで共有していく話し合いのことです。

Q2 どのタイミングでACPをはじめてもらおうよう、声をかけるといいでしょうか。体調が悪化する前なのか、診断直後なのか、あるいは介護サービスを開始する際なのか、適切な時期が分かりません。



A2 例えば…

今を起点にするならば、「今後どのように自分らしく生きていきたいか、どうありたいか」を一緒に考えていきましょう、と都度都度に話し合っていけばよいと思います。それが初回訪問であったり、何気ない普段の会話の中であったり、体調がすぐれない時であったり、何かご自身がひとり語りを始めた時であったり、その人の人生にとって今とても大切な、それをご本人が感じて「こうしたい」「こうありたい」と感じておられる様子に感じるのであれば、それがお声かけするタイミングだと思います。そのタイミングは何度でもあっていいと思います。



Q3**ACPをご本人やご家族にどう切り出せばいいのか？**

ご本人やご家族が重い話題と感じないように、自然に話を始める方法が知りたいです。

**A3**

例えば…

「人生の終着である死と向き合うこと」と考えると、重く感じてしまうこともあると思います。けれど「人生のゴールをその人らしく生ききるために」と考えると、少し重さが違ってくと思います。そしてACPとは、死に方を考えるというよりは、「今後の生き方をその人らしくどのように生きたいかを一緒に考えること」と捉えると、また重さが違ってくと思います。そして日々のささやかな暮らし向きやよろこびに気持ちを向けていけば、また重さが違ってくと思います。そこにあるのは希望であり、願いです。それをお互いに知っておきたいという気持ちでお話すると、感じ方はまた変わってくと思いますし、そこから花咲く話こそが希望や願い、大切な価値観をものがたることになるかもしれません。

このように私たち自身がACPを重い話題と感じていると、それは切り出しにくいと感じるし、ご本人やご家族にとってもその重さを感じ取ってしまう、ミラーリングという状態をおこしやすくなることがあります。共感の反転です。ですから、私たちが普段の面談通り、今ここのささやかな様子を察しつつ声掛けをし、何気なく相手を想い配慮しながら話始め、その表情や感情をくみ取りながら応答し、相手のペースに合わせて軽さと柔らかさを交えながら次第に本題に入っていくのと同じように、ペーシングしながら相手を大切に思う気持ちで話始めれば、それは私たちにとってもご本人や家族にとってもごく自然に感じられるのではないのでしょうか。

もちろん、大切な話、いのちの話には重さがあります。それはしかと受け止めてあげられるといいですね。

Q4**ACPの内容をどう記録すればいいのか？**

どのようなフォーマットやシステムで記録するのがベストで、情報を他の医療スタッフと共有する方法が分かりません。

**A4**

例えば…

ケアマネジャーの作成するケアプランや関連する様式は、ご本人はじめご家族、ケアチームが共有する様式です。そこには個人情報使用同意も得られていることが前提ですので、そのフォームを活用することが一番共有しやすいのではないのでしょうか。ただし制度によって必要項目や記載内容が予め決まっている部分がありますので、どこにどのように記録していくかは、事業所内や地域の仲間などとの勉強会や研修会などで検討しながらそれぞれがチャレンジして、より効果的な記録方法を統一して共有できるようになるといいと思います。また、例えば、富山市医師会在宅医療支援センターの人生会議共有ツール「富山市医師会共有確認書」のように、ACPを共有できるツールとしてケアプランと別に書式を作成し活用する方法もあると思います。ぜひ仲間たちとさまざまなアイデアを出し合って議論しながら練り上げていってください。

Q5

ACPの内容が変わった場合、どう対応すればいいのか？
ご利用者の希望が変わったり、ご家族の意向が異なる場合に
どのように調整すればいいのか、悩みます。



A5

例えば…

ケアプラン同様、状態や状況に応じて変化していくものです。ACPはこう決めたらそうでなければいけないというものではありません。その人がどのような状態や状況となったとしても、その都度都度にその人らしい、その人の人生に今の関わりがふさわしいかを、みんなで話し合いながら考えていくというプロセスがACPそのものです。生活を共にするご家族もまた、その人の人生を分かち合い、ご家族自身の人生が交差する、主人公のひとりです。ひとつの答えが出ない問いを一緒に揺らぎながら考えていく、というプロセスを分かち合うことを大切にできていれば、それ自体がACPであるのだと思うます。調整してひとつの正解を求めるのではなく、いくつもの別解を集めていくこと、それがACPのひとつの形のように思います。

Q6

ご本人が希望するケアが現実的でない場合、どう説明すればいいのか？
医療や介護の制約で希望を実現できない場合に、
ご本人やご家族にどう伝えるのが良いのか悩みます。



A6

例えば…

想いや願い、希望がすべて完全に実現できるかと言えば、現実にはなかなか難しいこともあります。けれど、短期目標を設定してそれを階梯的に実現していくことと同じように、今実現しうることから手をつけてひとつひとつ達成できたりできなかったり、でもじゃあ次はこうしてみようというプロセス自体を味わっていければ、それこそケアマネジメントでありACPであるように思います。もちろん介護に関してはみなさんが、医療に関しては主治医や看護師のみなさんにご本人ご家族とともに伴走支援してもらえようACPで協力と同意が得られるよう話し合うことができたと思います。

Q7

文化や宗教的な背景をどう考慮すればいいのか？
ご利用者の宗教や文化的価値観がACPに影響する場合、
どのように対応すればよいか分かりません。



A7

例えば…

ACPに限らず、生活や暮らしというものは、国や地域、その人の文化が反映されてしかるものであり、私たちはその生活や暮らしに支援者としてすでにかかわっています。ただ死生というものには特にその文化や宗教、信仰がとても大きく反映されます。けれどこれもまた私たちの支援の根本にある個別性や尊厳の尊重など、権利としてその人が持つものを文字通り尊重することが第一義であると思います。でもその責任や責務をひとりで抱える必要はありません。ACPの考えの通り、みんなで一緒に考えればいいのかと思うます。もちろん死や告別に関しては、地域その他職種やご家族、その人を大切に思う人たちなどメンバーを変えながらであるだろうし、そこは価値や信仰をともしする人たちに委ねてもいいのだろうと思います。それを含めて、ご本人ともお話をしておくことが大切なことであるだろうし、結果ご本人の意思を尊重することになるのだろうと思います。

Q8

ACPの話し合いにどのくらいの時間をかければいいのか？

一度に全てを話し合うべきなのか、
何回かに分けるべきなのか適切な時間配分が分かりません。

**A8**

例えば…

ケアマネジメントが長期的な関わりであり、全てをその場で決定することができないように、ACPについても全てをそこで話し合うこと、決めることはほとんどの場合難しいと思います。時間の経過とともに人の状態や状況は変化し移ろいでいきます。そして想いや願いや希望も揺らぎ移ろいでいきます。何かを大きく確定することがACPにしろケアマネジメントにしろ目的ではありません。その移ろいや揺らぎ、大きなことだけでなく日々のささやかなことの中の「その人らしさ」とその人の人生へのふさわしさを考える上での材料となるもの、あるいは羅針盤となるものを、その人にかかわる人たちが、都度都度の節目で分かち合い共通理解を得ることに意味があります。

その節目が大きければ大きなことを扱うこともあるでしょうし、ささやかだけれどその人にとって大切なものであるならば、小さいけれどもみんなでパッと分かち合うことも必要になると思います。ひとつの目安としてはモニタリングの時期やサービス担当者会議の時に分かち合いができるというように思います。

Q9

ご本人が判断能力を失った場合、誰の意見を優先すればいいのか？

判断能力が低下した場合、家族や代理人の意見をどのように尊重すべきが困ります。

**A9**

例えば…

これは疾病や障害によって十分起こりうることです。脳血管性疾患や虚血性心疾患や認知機能障害、あるいは神経難病などさまざまな場合が考えられると思います。みなさんが関わると同時に急性期で意思表示や意思決定ができない状態の場合は、ご家族やその人を良く知る人たちから丁寧にお話を聞きながら、みんなで「この人ならどう生きたいか」「この人にとって今後の生き方や仕舞い方がその人らしいか、その人の人生にふさわしいか」を一緒に考えながら、ケアプランを作成していくのは今までのみなさんの関わりと同じであると思います。また長い関わりの中で意思表示や意思決定ができない状態になられた場合は、その人との関わりの中でのご本人の意思や価値観、想いや願いや希望を知るみなさんも一緒に、その人に想いを馳せながら、同様に「この人ならどう生きたいか」「どうしたらこの人らしいこれからの生き方や仕舞い方ができるか」「その人生にふさわしいかどうか」を一緒に考えることができると思います。だれかの意見を尊重するという選択的なことではなく、それに想いを馳せながらみんなで一緒に話し合いをし、考えていくというプロセスを共有することが重要なのではないかと思います。

Q10

ACPに関して医師や看護師とどう情報を共有すれば良いのか？
チーム全体で利用者さんの希望を共有するための効果的な方法が知りたいです。

Q11

他職種との意見が合わず、ACPが進まない場合、どう解決すれば良いのか？
医療チーム内でコンフリクトが起きた場合、調整方法を知りたいです。



A10

A11

例えば…
純粹にサービス担当者会議や医療者のカンファレンスに参加しながら、私たちも医療的なエビデンスや治療方針を共有しつつ、日々の関わりの中で知り得たご本人やご家族のこれまでの人生や暮らし向き、その日々の関わりの中で交わされたご本人の想いや願い、希望や「こうありたい」という自己実現傾向を共有しつつ、ACPという場面でそれらを情報提供しながらみんなで一緒に話し合い、この方にふさわしい生き方を実現するためのケアを考えていけたらよいのではないかと思います。もちろんそれらはターミナル期や終末期だけでなく、その人の人生にとっての節目節目の大事な時に、ご本人も含めて、みんなで話し合いながら情報交換をし、今ここの現時点を確認しあうことを継続して行えるよう、その機会を積極的に作っていくことができればよいと思います。

Q12

ご本人の希望が曖昧で具体性に欠ける場合、どのように具体化すれば良いのか？
ご本人の考えが明確でないとき、どのように具体的な希望を引き出すのか悩みます。

Q13

ACPの内容をどの程度まで詳細に話し合うべきか？
ケアの具体的な内容や希望をどこまで掘り下げて話すべきか基準が分かりません。



A12

A13

例えば…
何か改まった時に大きなテーマで話を聴こうとしてもなかなか答えにくい場合もありますし、「いずれ往く道」と感じている時には、その希望や想い、願いは曖昧であったり具体的にはイメージしにくかったり、遠慮や謙遜もあって改まった場であると誰でもなかなか話しにくかったりします。なので、日々のケアマネジメントの関わりの中にふとした時にご本人から語られる「ひとり語り」の中に、その人の人生にとってとても大切にしている価値観や、その人生の中で願ってきたこと、希望としていたこと、とても大切な思い出、あるいは日常のささやかな暮らしの、ほんのひと場面にそっと眩かれた想いやよろこびを、支援経過記録などに記載をしておき、それを元にしながら、例えば「ひもときシート」のようなその人らしさを理解するためのツールなどに逐次記録しながら、カンファレンスや担当者会議の時に共有しておくとうよいと思います。またそれらは日常的な関わりの中で私たちがその人をもっと理解したいと思った時に不意に出てくる声掛けや問いかけがきっかけになることもあります。また、佐藤伸彦（ものがたり診療所所長）のように、「ものがたり」を引き出すための3つの問い①やり残したことはないか②言い残したことはないか③食べ残したことはないか、という問いをきっかけに語られる場合もあると思います。必ず引き出さなければいけないわけではなく、それが変わってはいけないわけではなく、「実はね…」「本当はね…」とその人の口からふっと漏れ聞こえる眩きの中にその人にとっての本音や真実が隠れているときがあります。それを感じ取り、丁寧に聴き取っていただければいいのではないかと思います。

Q14

ACPの実施に必要な資料やツールは何を用意すれば良いのか？
資料やフォーマット、話し合いを支える道具が分からず、不安です。



Q15

ACPに関する知識が不十分だと感じた場合、どのように勉強すれば良いのか？
知識不足が患者さんとの話し合いに影響しないように、学ぶべきポイントが知りたいです。

A14

A15

例えば…

まさしくこのマニュアルを参考にさせていただければと思います。全国を通してまだまだこういった取り組みをしているところは多くはありません。私たちもこれからいくつもの課題をクリアしながら、みんなで知恵を出し合ってひとつひとつ解決を積み重ねていかなければなりません。そのひとつの試案(トライアル)としてこのマニュアルがあります。これらを試金石として、見えないものを見えるようにし、それを磨いてどんどん精度を高めていくことをみなさんと協力しながらしはじめたところです。なので、ぜひみなさんもそのための資料やフォーマット、道具やツールを生み出すために知恵を貸してください。そしてご本人やご家族、仲間である全国のケアマネジャーや関連領域の他職種のために、一緒に協力して作っていきましょう。その一番最初の道具、扉を開ける「はじまりの鍵」が、このマニュアルであるとお考え下さい。

Q16

ご利用者が意思決定を放棄した場合、どう対応すればいいのか？
「どちらでもいい」と言われたときに、どう進めればいいのか分かりません。



Q17

ACPの進行中にご本人が思い直し、方向性が頻繁に変わる場合、どう対応すれば良いのか？
変化に対してどの程度柔軟に対応すべきか分かりません。

A16

A17

例えば…

意思決定というのはとても面白いもので「意思決定をしない」というのも、立派な意思決定です。「今はしない」という選択肢も大切にしてください。いのちに関わる選択や判断、意思決定というものは、なかなかすぐにポンとできないのは、私たちも一緒です。それを無理くり決定「させようとする」ことは、その人の意思に反することであり、権利を奪うこととも言えます。誰にもその歩調があるように、「今はまだできない」「今そういったいのちに向き合うことはしんどい」という意思も私たちは受け止められるようになれたらいいと思っています。その瞬間瞬間の揺らぎにどれだけ寄り添うことができるか、それがあっての「こうしてみよう」であると思います。そのプロセス自体の意思決定をその人の歩調で伴走しながら、一歩また一歩と進んでいくことこそ、ケアマネジメントであり、ACPであると思います。

Q18

ACPを実施することがケアマネの業務範囲に含まれるかどうか
分からないのですが、問題ないですか？

自分の業務範囲として正しいのか、法的に問題がないのか確信が持てません。

**A18**

例えば…

ぜひもう一度マニュアル(P.21)をご覧ください。日本版ACPの定義の中にその全てが凝集されています。私たちの関わりそのものです。ただし、現行介護保険制度上は文言としてACPという言葉が盛り込まれているわけではないので、具体的な方法等については規定されておらず、それを具体的にお示しすることは残念ながら現状ではまだできません。しかし、制度や定義がまったく関係ないものではなく、その解釈についてはマニュアルでもお示した通りです。これは厚生労働省や今般の富山県の事業として取り組まれていることからもお分かりいただけると思います。今後は諸制度などの改訂や通知などを通して、どんどんとリンクしていくものであると思います。これらは公共福祉と県民の公益に資するものであり、ACPの要素はケアマネジメントに多分に含まれているものであると解釈しています。



引用・参考文献

- ・大槻マミ太郎訳「誓い」 小川鼎三編、ヒポクラテス全集第1巻、エンタプライズ東京 1985.
- ・笹栗俊之翻訳「ニュルンベルクコード」 2019.
- ・日本医師会「患者の権利に関するWMAリスボン宣言」 1981.
- ・厚生労働省健康政策局総務課監修・柳田邦男編集
「元気が出るインフォームド・コンセント」 中央法規出版 1996.
- ・日本老年医学会「ACP推進に関する提言」 2019.
- ・日本医師会生命倫理懇談会「人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン」 2020.
- ・National Health Service(英国)「アドバンス・ケア・プランニングのための普遍的原則」 2022.
- ・宮下淳「日本版アドバンス・ケア・プランニングの定義及び行動指針」 2022.
- ・清水哲郎「臨床倫理オンラインセミナー」 2022.
- ・日老医誌 2015.
- ・佐藤伸彦「ナラティブホームの物語」 医学書院 2015.
- ・富山県「富山県高齢者保健福祉計画・第9期富山県介護保険事業支援計画」
- ・厚生労働省 / 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 2018.
「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」
「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平成30年3月改訂」
- ・厚生労働省 / 筑波大学E-FIELD
「令和5年度厚生労働省委託事業人生の最終段階における医療体制整備事業本人の意向を尊重した意思決定のための研修会 基本プログラム(全国版)研修会資料」
「令和5年度厚生労働省委託事業人生の最終段階における医療体制整備事業本人の意向を尊重した意思決定のための研修会 専門プログラム(在宅版)研修会資料」
- ・ヴィクトール・フランクル「ロゴセラピーのエッセンス 18の基本概念」 新教出版社 2016.
- ・ミルトン・メイヤロフ「ケアの本質」 ゆみる出版 1997.
- ・テクノエイド協会監修「福祉用具プランナーテキスト第11版」 テクノエイド協会 2024.
- ・西野雅信「福祉用具プランナー管理指導者養成研修「ケアプランとアセスメント」「モニタリング」資料」 2024.
- ・全国福祉用具専門相談員協会 厚生労働省平成25年度老健事業「福祉用具サービス計画作成ガイドライン」
- ・全国福祉用具専門相談員協会「福祉用具サービス計画作成ガイドブック」 中央法規出版 2014.
- ・エリザベス・キューブラー・ロス「死ぬ瞬間・死にゆく人々との対話」 読売新聞社 1972.
- ・アルフォンス・デーケン
「よく生きよく笑いよき死と出会う」 新潮社 2003.
「死とどう向き合うか」 NHK出版 2011.
「生と死の教育」 岩波書店 2001.
- ・シャーリー・ドゥブレイ「ホスピス運動の創始者 シシリー・ソンドース」 日本看護協会出版会 1989.
- ・永田勝太郎「人生はあなたに絶望していない」 致知出版社 2017.
- ・エリック・エリクソン「アイデンティティとライフサイクル」 誠信書房 2011.
- ・荒井浩道「ナラティブ・ソーシャルワーク」 新泉社 2014.
- ・野口裕二「物語としてのケア―ナラティブ・アプローチの世界へ」 医学書院 2002.
- ・ジェラルド・モンク / キャシー・クロケット
「ナラティブ・アプローチの理論から実践まで」 北大路書房 2008.
- ・島蘭進 / 鎌田東二「グリーフケアの時代「喪失の悲しみ」に寄り添う」 弘文堂 2019.
- ・鎌田東二「悲嘆とケアの神話論」 春秋社 2023.
- ・柏崎郁子「〈延命〉の倫理 ―医療と看護における」 晃洋書房 2024.
- ・秋葉俊介「生／死をめぐる意思決定の倫理 ―自己への配慮、あるいは自己に向けた自己の作品化のために―」 晃洋書房 2024.

MEMO

ケアマネジャーによるACP促進基礎研修会・検討会

坂東みゆき	黒田正一	八田美希	伊東千晶	齊藤達也	塚根博子
生駒裕子	高野康代	魚谷志麻	酒井淳子	小幡正子	石橋由利枝
茂古沼江里	中瀬知子	石田郁朗	松川弘美	片岡純子	濱田大翔
石田学	池上恵子	綿谷久美子	西江大輔	只石浩士	堀川綾香
広岡小百合	石田由美	寺脇美智代			

ケアマネジャーによる人生会議（ACP）促進マニュアル作成委員会

佐藤伸彦	医療法人社団ナラティブホーム理事長、ものがたり診療所所長
西野雅信	臨床心理カウンセラー
岡崎光洋	秋田大学大学院医学系研究科遠隔医療推進開発研究センター准教授
佐々木悦子	一般社団法人日本エンディングサポート協会理事長
小西英之	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
奥田孝喜	特定非営利活動法人ものがたり倶楽部副理事長

富山県介護支援専門員協会（マニュアル作成協力）

ケアマネジャーによる人生会議（ACP）促進マニュアル

2025年3月 第1版第1印刷

委託者 富山県
〒930-8501 富山県富山市新総曲輪1番7号

問い合わせ先 富山県厚生部 高齢福祉課
076-444-3205

受託者 特定非営利活動法人ものがたり倶楽部
〒939-1315 富山県砺波市太田1382番地
0763-55-6262

本書の無断複写・転載は禁じます。

