

日本語版ACPの定義と ケアマネジャーの役割

執筆▶ 佐藤文恵 きちっと居宅介護支援事業所 管理者 主任介護支援専門員
メディカルケアマネジャー ワークサポートケアマネジャー
看護学修士

人口減少・多死社会へ向かう我が国において、私たち国民ひとりひとりが【自分ごと】として、どのような人生を望むのか、意思決定し周囲の支援者と語ることが求められる。介護支援専門員は利用者と比較的長く共に寄り添う支援者であり、今回はACPにおける役割について考えてみる。

1. はじめに

2024年度から介護支援専門員の法定研修において【適切なケアマネジメント手法】の活用が始まっている。詳細は割愛するが、基本ケアの基本方針は、I. 尊厳を重視した意思決定の支援、II.これまでの生活の尊重と継続の支援、III. 家族等への支援、の3つに整理され、意思決定支援による尊厳の保持の重要性が示されている。高齢化の進展・認知症基本法施行もあり、現在、私たちは認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援を、ガイドラインにおける3つのステップ：利用者の個々の（1）意思形成支援、（2）意思表明支援、（3）意思実現支援について、ケアマネジメントプロセスの中で意識をしながら日々の支援を実践している。

平成30年度前後から5つのガイドライン（障害福祉、認知症、身寄りのない人、後見事務、人生の最終段階[※]）が発出され改訂作業が進んでいるが、ま

だまだ意思決定支援とは何かが明確ではなく、悩むことも多い。2年前に日本語版のアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の定義が公表されたことで、筆者は日常のさまざまな場面の意思決定とその支援について、少し見えてきたように感じている。本稿を、ぜひ日本語版ACPについて一緒に知つて考える機会として戴きたい。

2. 日本語版アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の定義

私たちケアマネジャーはこの数年、人生会議、人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援にむけた医療介護連携の研修を何度も経験した。いま救命救急医療体制は地域によってはかなり脆弱となっていることから、関係機関から多職種連携の研修に対するニーズが高い。自身の価値や意向を覚知するきっかけとして、カードゲームを用いてグループ演習という形式も多くみられる。当初は海外からACP啓発を導

入したため、出生時から健康管理を受けるホームドクターや、毎週家族と教会に通い信仰する宗教指導者の存在など、日本文化と馴染みが良いといえない内容もあった。紹介される事例も若い癌末期や難病の人など、現場の利用者層としては多くないこと、90歳代超高齢者や百寿者も珍しくなくなった利用者像と比較しイメージしづらいところも感じる。日本人にとっては、最期の状況をなかなか想像できず、呼吸や心臓の停止、経口摂取の困難について問われ、代理決定やその記載を求めるところに違和感を感じる場合も多い。

日本語版アドバンス・ケア・プランニング（以下、日本語版ACPとする）の定義は、家庭医を持たない日本人にも「必要に応じて」と受け入れやすい文言を1つ入れ、生前意思を「将来の心づもり」と表記している。人生の最終段階を『狭義のACP』とし、現在の、そして今後のことを含め『広義のACP』とした（図1）。また時代を反映し、家族に限定せず「家族に相当する近しい人」