

高齢者施設における認知症高齢者の意思決定支援に関する実践ガイド



意思形成支援



意思表示支援



意思実現支援

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)をご存知ですか？

日本老年医学会の「アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning: ACP)推進に関する提言」(2019)では、「ACPは将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセス」と定義しています。ACPをより身近に考えるために、厚生労働省はACPの愛称を「人生会議」としています。そして、認知症などのために意思決定が困難となった場合も、本人の意思を汲み取り、本人が望む医療・ケアを受けることができることの重要性とその支援が述べられています。

高齢者施設では、重度認知症で言語的なコミュニケーション能力の低下のために本人の意思を確認できない場合があります。そのようなケースでは、一方的に意思決定能力がないと見なされて家族が最期の治療やケアを判断する傾向があります。しかし、認知症高齢者は言語的なコミュニケーションができなくても意思や感性は維持しており、それを表情や行動で伝えようとしています。日常生活のケアから嗜好や価値観などの本人意思を引き出してACPにつなげることは、本人の生活の質を高めるとともに、ケアスタッフの専門性を高めることにもつながります。

本ガイドでは、認知症高齢者に対する意思決定支援について、次のページの前提条件と3つのポリシーに基づいて高齢者施設の具体的な取り組みについて紹介します。

3つのポリシー

1. 認知症高齢者は言語的コミュニケーション能力の低下に関係して外観からは意思を持っていないかのように見えるかもしれないが、実際には自分の価値観・感受性や意思を強く持っている私たちと同じひとりの人である。
2. 認知症高齢者は、提供されるケア内容や生活環境が、言語的に表現できない自分の意思と合っていないとき、認知症の行動・心理症状(BPSD)という形で意思を表現することもある。日常生活における意思決定支援やBPSDを予防するケアの延長線上に最終段階の意思決定支援、つまりACPがある。
3. 意思決定支援者は認知症高齢者が私たちと同じひとりの人であることを認識して、認知症の段階やその人の認知機能障害に合わせた意思の形成・表明・実現のためのコミュニケーション技術を習得する必要がある。

認知症高齢者は、その人独自の体験の中で懸命に生きており、独自の願いや意思を持っています。認知機能障害のためにそれを言葉で表現できないことから、引き出していく必要があります。

ケアスタッフは、認知機能の障害に影響して起こる認知症高齢者のコミュニケーション能力を理解し、本人の意思を引き出す技術が重要ですので、本ガイドを参考にしてください。

認知症高齢者の重症度別のコミュニケーションの特徴



●軽度認知症高齢者

その人がわかりやすい言葉を使用すれば言語的コミュニケーションが可能です。ただ、記憶に留めておくことが苦手なので、覚えてほしいことはメモ帳や紙に書いて渡すといいでしょう。

●中等度認知症高齢者

普段使用している言葉でゆっくりと話したり、理解しているか確認しながら話せば、言語的コミュニケーションが可能です。イラストなど視覚的的刺激や非言語的コミュニケーションを活用することで、理解することができます。

例えば、飲み物を見てもらい、「どちらがいいですか?」と具体的に尋ねるなど、コミュニケーションの方法を考えることで、「これがいい」と明確な意思を示すことができる人が多いでしょう。覚えてほしいことは、本人に了解を得て目に付くところに掲示すると、見て思い出すことができます。感情のコントロールをするのが苦手なので、伝えたい内容よりも、大きな感情が沸き上がり、その感情を引き起こす原因が伝えられず「家に帰りたい」などと表現することもあります。同じことを何度も言う場合に対しては、その言動の原因(居場所がない、寂しく不安など)を解決するようなケア(居場所を感じてもらったり、不安を軽減するケア)を考えましょう。

また、同じことを繰り返す人には記憶の障害だけではなく、解決できずに気になること、不安や身体に痛みなどの原因がある場合もあります。痛みが原因と考えられる場合は適切な治療が受けられるように看護職や医師と連携していきましょう。

●重度認知症高齢者

言葉によるコミュニケーションは限定されますが、非言語的コミュニケーションや認知症高齢者の身振り手振りや表情の変化などを意思表示として本人の気持ちや意思を考えてみましょう。また、重度認知症高齢者は、好き／嫌いを理解することや、楽しい時、嬉しい時には笑顔を、嫌なことやしてほしくないことには抵抗や顔をこわばらせて拒否を伝えることができます。ケアスタッフがコミュニケーションの方法を工夫することで、認知症高齢者の意思決定への支援につなげていきましょう。



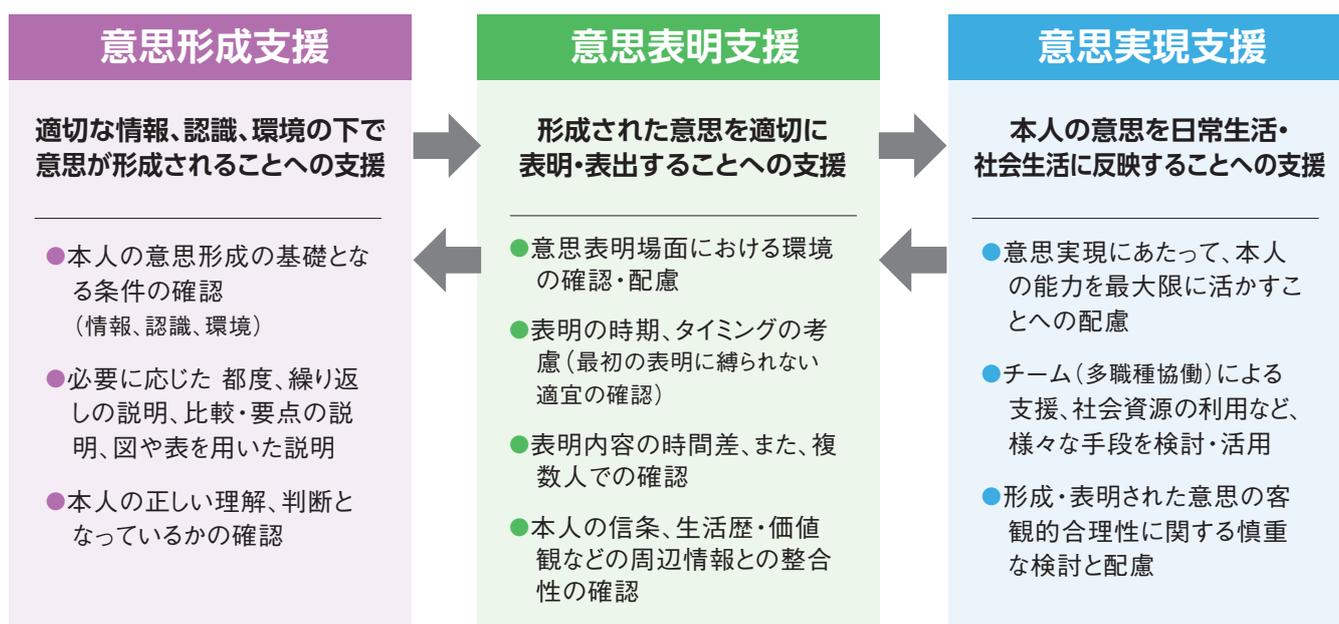
認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

厚生労働省の「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」(2018)では、介護・看護職による認知症高齢者に対する意思決定能力があることを前提としたケアや残存能力を引き出す丁寧な支援の必要性が推奨されています。

意思決定支援には、**意思形成支援** **意思表示支援** **意思実現支援** の3つのプロセスがあります。本人の意思決定能力を適切に評価しながら、適切なプロセスを踏むことが重要です。

それぞれの支援の内容と関係について下記に示しました。

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援



厚生労働省 (2018) : 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>

高齢者施設の認知症高齢者に関する意思決定支援

高齢者施設の認知症高齢者のACPでは、「日常生活に関する意思決定支援」を重ねることが、「人生の最終段階の意思決定支援」につながります。ACPは、治療の決定が目的ではなく、家族やケアスタッフと最期までいかに生きるかについての大切な対話であり、これを行うことは、生活の質を高めることにつながります。本人の生活の質の向上だけでなく、家族やケアスタッフにとっても、いかに生きていくかを考えさせられる大事な時間になるでしょう。

認知症高齢者に対してはケアスタッフのコミュニケーションの技術も意思決定支援に影響します。

意思形成支援 **意思表示支援** **意思実現支援** に分けて、コミュニケーションの方法を示しました。日々の実践の参考にしてください。

ACP ▶ 将来の医療・ケアについて、本人をひとりの人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセス

認知症高齢者のACP



日常生活に関する
意思決定支援



人生の最終段階の
意思決定支援

認知症があっても「できる」ことを引き出して意思を尊重する

- 本人の日常生活に関する意思を家族に代弁する。

例

食べられなくなると、点滴を家族が強く希望することがあるが、これまでの「治療はしたくない・入院したくない」などの本人の言動を家族に伝える。

- 本人の意思や能力を見極めて「できる」機会を奪わない。認知症のために食べられないと判断されても実際には食べられることがある。
- 本人の人となりや人生を考えるための情報を多職種で共有する。

例

食材を切る・洗濯物をたたんでもらう

例

「昔、こうだったとか。こういうの好きだった」とか本人についての情報を共有する。他のケアスタッフの対応や反応から本人の意思を確認する。

家族に寄り添い、本人の好みや興味、価値観に合わせて家族と協働する

- 家族の本人に対する思いを受け止めて本人と調整して意思を確認する。

例

「お父さんは映画が好きだったので、映画を見させてあげてください。」という家族に対して、本人の希望を確認のうえ、家族とともに映画を見てもらう時間を作る。



3. 意思実現支援

本人のペース・価値観に応じて支援する

- 本人の意思を確認してからケアを提案する。

例

「車椅子に座れるようになったので、トイレに行ってみませんか?」と本人の意思を確認してから、トイレ介助を行う。

- 可能な限り、好みの食事を楽しむようにする。

例

本人の好みの食事を楽しめるようにそのまま食べられなければ細かく砕く。ビールなどのアルコールを取り入れる。

- 日常生活を穏やかに過ごせるように情緒の安定をはかる。

例

ともに喜ぶなど快刺激となるアプローチをする。

- 施設のスケジュールではなく、本人の生活リズムのペースに合わせてケアする。
- 本人の希望する活動を取り入れる。散歩、歌を歌う、音楽CDを聴く、好きなTVの視聴など。
- 日常生活における本人の意思や価値観を否定しない。(本人の思いを強く否定した言動は不穏を引き起こす可能性がある。)

本人の希望が叶えられない際は気持ちの折り合いがつけられるように支援する

- 本人の希望が叶えられない場合は、代替案などを提案して本人と相談する。
- 希望に沿えないケアでは、納得できるような声掛け、工夫をしたり、話をじっくり聞くように努める。
- 本人が感情的になりそのケアスタッフを受け入れられなくなってしまう場合があるので、その際は対応するケアスタッフを代え、本人の理解を促す。



人生の最終段階の意思決定支援

1. 意思形成支援

認知症高齢者の最終段階は突然にやってくるため、その前兆に気づくことが重要です。人生の最終段階の意思決定支援は、日常生活と切り離さずに、日常生活における意思決定を反映させるなど連続して最終段階の本人の希望に関して、

意思形成支援 意思表明支援 意思実現支援 を行います。

食事、入浴、排泄、整容などの基本的な生活習慣、治療など最期まで本人の望むケアが実践できるように、本人の意思を確認する

- 本人の思いを繰り返し傾聴する。

例

「食べれんようになったらあっちに行kv。」などの本人の言葉を傾聴して記録する。

● 自分の生きがいや社会とのつながりを保てるようにする。

例 ペットも含め家族に面会を積極的に行ってもらう。自宅へ外出や外泊する。

● 最期まで自分らしく生きたいという思いを受け止める。

例 最期まで施設で暮らしたい。体調のよい時には自宅に戻りたい。

本人の意思を引き出せるようにコミュニケーションをとる

- 気掛かりなことに向き合い、落ち着きを取り戻せるように非言語的コミュニケーションを用いて働きかける。
- 痛みや苦痛を表明できるように安心できる人間関係や静かな生活環境を作る。

日々の生活の中で最終段階に向かう本人の微細な変化を捉える

● 日々の生活の中で本人の微細な変化を捉える。

例 食が細くなった、口数が少なくなったなど。

表情・行動、価値観から意思を汲み取る

● 現在の表情や行動から本人の意思を推定する。

例 痛みや苦痛がないか緩和ケアを行ったうえで点滴を繰り返し自己抜去するのは本人が点滴を希望していないのかもしれないと推定する。

- 家族から本人の若いときや好きだったことなどの話を聞きながら本人の思いを想像する。
- 今までどうしていたか、生活歴や価値観から意思を推定してケアを考える。
- 入浴が好きな人は、最期まで入浴できるように支援する。

例 「お風呂だけはずっと入りたい、清拭だけでは嫌だよ」という本人の希望を尊重し、リスクがあることを本人・家族に説明したうえで、お風呂に入れるように支援する。

本人以外からも情報を得る

● 家族や多職種連携（介護職、看護職、リハビリスタッフ、相談員など）から本人・家族の情報を得る。

例 本人の好きなことやよくやっていたこと、好みの食事など情報収集する。

● リビングウィル（尊厳死の宣言書や最終段階の治療に関する指示書）など、本人の意思が確認できるものがないか確認する。

2. 意思表示支援

具体的なケア場面で最終段階の意思を表明できるように支援する

- 表情を読みとったり、苦痛・痛み・辛さを言葉で表現してもらう。
- ストレスによる疲労を察知し、不快な感情が残らないようにする。

最終段階の意思決定の実現に向けて多職種で協働する

- 多職種とディスカッションして最終段階のケアを協働する。
- 多職種で最期まで安心して穏やかに過ごすために情報を共有する。

3. 意思実現支援

本人の希望を可能な限り叶える。代替案を調整する

● 本人の気掛かりなどについて言葉で繰り返し確認して、本人の望むケアを実現するように向き合う。

例 外出や外泊など本人の希望を叶える。好きな景色を見に行く。身内の葬儀に出席する。

- 本人の最期の意思を叶えるために家族の協力を得る。
- 最終段階の意思の実現に関して、家族と相談する。

例 本人は延命治療を望んでいないが、家族も同じ思いか確認する。

- 本人が望んでも家族が受け入れられない際は、本人の意思決定を支援するのに必要な情報を丁寧に説明したり、家族の不安を軽減できるよう支援する。
- 多職種で協働し、現実的に社会資源を活用できるか思案する。

例 在宅での生活を希望される場合には、状態の変化に応じて、デイケアからショートステイ対応にして看取るなど、本人の希望に沿って本人・家族のサポートをする。

最期の希望を実現し穏やかに過ごせるようにする

- いつもと同じような穏やかな日常生活が送れるように、本人の日頃の希望に向き合う。

例 本人が好んでいたことを最期まで行えるよう、リハビリに取り組む。

- 最期まで楽しみを大切にする。

例 好きな食べ物、音楽、歌、花、ペット、景色などを取り入れる。

- 最終段階の心身の状況をアセスメントして穏やかに過ごせるようにする。

例 痛みや苦痛がないようにしてほしい人には、常に痛みや苦痛がないように呼吸が楽にできるよう姿勢などを整える。

- 本人が好む方法で清潔が保たれている。

例 お風呂での入浴を好まれる場合、本人と相談して最期まで入浴できる方法を考える。



15施設から認知症高齢者の意思決定支援を学んでみよう!

認知症高齢者の意思を聞いてみよう!

認知症高齢者が意思の疎通ができる段階では、本人の日常生活や最終段階の意思を確認していきましょう。時間をかけたコミュニケーションが必要になるかと思いますが、本人の意思が反映されないことが認知症の行動・心理症状(BPSD)につながります。そのため日常生活における意思決定支援は、日々ケアスタッフが実践している基本的かつ重要な援助なのです。意思を表明した時には、記録に日付やその時の言葉や表情・行動などを記載しておきましょう。このような記録がACPにつながります。

家族に対して意思決定支援について理解してもらおう!

家族にも認知症があっても認知機能の障害に合わせた自発的な意思決定ができることを伝えて、本人の意思を尊重する姿勢を持ってもらいます。家族にも施設と病院での看取りの違いや自然な看取りの長所と短所を理解してもらいましょう。

本人が意思をどうしても表現できない場合は意思を推定しよう!

本人にとって何が最善であるかについて、家族と本人に関わるすべてのケアスタッフなどと十分に話し合い、本人にとっての最善の方法を考えます。時間の経過、心身の状態の変化に応じて、このプロセスを繰り返し行います。家族に判断をすべて任せるのではなく、ケアスタッフも一緒に考えて、話し合いのプロセスを重視してください。

施設内の多職種連携による意思決定支援チームの体制を作ろう!

多職種チームでそれぞれの専門性を活かして体制を作りましょう。意思決定の参考になる情報や記録が十分に集められているか、本人の意思が反映されているかを検討します。特にカンファレンスなどの会議には本人・家族にも参加してもらいましょう。施設での看取りは、福祉職と医療職のチーム連携が必要になります。介護職、看護職、医師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、介護支援専門員、認知症地域支援推進員、相談支援専門員、生活保護ケースワーカー、社会福祉士などで施設の意思決定支援や看取りについて事前に委員会を立ち上げて、話し合いをしておくといいでしょう。

*高齢者施設だけでなく、地域の保健師、民生委員や医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター、介護サービス事業所、障害福祉サービス事業所、市町村などの職員の連携も考えられます。

高齢者施設における認知症高齢者の意思決定支援の実践事例

1 1年ごとの健康診断の際に結果を本人・家族へ返すとともにACPを確認する施設



意思を確認できたケース

90代／女性

90代、女性、一人暮らしが長く、自分の最期を意識しながら生活していた。脳卒中後遺症があり、当施設へ入所となった。「本当にここに入れてよかった」と涙を流され、「最期まで施設で暮らしたい。治療はしない。」と意思を示した。判断能力が保たれており、その都度、意思を確認してキーパーソンの親族にも本人の希望を確認した。最期まで「何も治療はしなくてよい」と言われ、施設で亡くなられた。

この施設で行っている具体的な意思決定支援

- 最期まで施設で過ごしたいか、本当に最期に食べたい物は何かなど本人の嗜好や意思を直接尋ねたり、言語的な意思疎通が難しい方には、家族に若い時、何が好きだったかなど、情報をできるだけ聞き出す。
- 本人が最期に満足できるように食事好みの物に切り替える。入浴が好きな方であれば回数を増やす。最期を迎える数日前にケアスタッフと居酒屋に行ってお酒を飲んだ人もいた。

施設の取り組み

- 意思決定に関する面談（年1回）を実施して、本人と家族に対して医師・看護職・担当の介護職と一緒に、健康診断の結果を伝えるとともに急変時の対応やACPを必ず確認する。
- 看取りに関しての研修（年2回グループワークなど）を実施し、施設全体で本人の意思を尊重した看取りを実践する。
- 多職種の看取りのカンファレンスを行って、意思決定の情報を共有している。
- 看取りや本人の意思をどのように具現化するについて、1日30分間、全ケアスタッフが集まれる時間を作って全員で取り組んでいる。

2 本人の意思が確認できなくても、家族とともに本人の思いを何度も推定して話し合いのプロセスを重視している施設



本人の意思は確認できなかったが、家族とともに本人の意思について話し合いを繰り返したケース 80代／男性

80代、男性、本人の言葉による意思は確認できなかったが、娘は「父親の希望も含めて最期まで施設で過ごして父の最期は自然な形で迎えさせたい」と考えていた。以前に脳梗塞で退院後、本人から「刻み食は食べたくない、入院や治療はしたくない」と話していた。本人も常食を好んで食べている状況の反応を見るなど家族のケアの希望と本人の意思の違いがないか、確認した。息子は治療してほしいと娘との意見が分かれたが、家族の話し合いの時間を十分に持って、現在、看取りを行っている。

この施設で行っている具体的な意思決定支援

- 自分の意思を言語的にははっきりと言えない人も多い。本人の意思が言葉で確認できない場合は、家族から本人の昔の生活や価値観を踏まえて、イラストなどを示して本人の好みを引き出したり、本人と一緒に家族とケアスタッフとが繰り返し話し合って決定する。
- 入所の際、施設の看取りの体制を説明して家族と本人に看取りについて話し合う機会を提案する。入所後、心身機能が低下して食事量や体重が減少しても、施設では点滴の治療は行わない。尿路感染症や肺炎を繰り返す状態の時、本人と家族に何回かに分けて最期の迎え方の意思を確認する。

施設の取り組み

- 看取り1週間後、家族からの看取りのアンケートの回答を踏まえて、看取りケアの振り返りのカンファレンスを行い、看取り経験を次のケースに活かしている。
- 研修はケアスタッフ同士でテーマを決めて1年間の看取りケアの振り返りを行い、さまざまな課題や不安が出てくるが、同じ職種や多職種で解決している。

3 もしもノートを作成して本人の意思を記録して看取りケアに活かしている施設



意思を確認できたケース

90代／女性

90代、女性、短期記憶障害、慢性心不全、慢性閉塞性動脈硬化症がある。孫は「治療してほしい。延命してほしい」と願ったが、88歳の誕生日に本人は「延命希望しない」と書いていた。96歳で容体が悪化して入院したが、病棟看護師から「施設のケアスタッフがいたら笑顔が見られて、普段と表情が違う」と言われた。本人も「もう病院で治療はしたくない。施設に戻りたい」と本人の希望で施設に戻り、積極的な治療は行わずに亡くなられた。

この施設で行っている具体的な意思決定支援

- 体調が悪化する前に、本人と家族に治療や入院の希望について確認する。

施設の取り組み

- 看護職が外部研修を受けて、施設研修を担当している。看護職の管理者に外部のACPの研修に参加してもらい、ケアスタッフ全体に伝達するなど、共通理解してもらう。
- 要介護4・5に認定された言語的にコミュニケーションが取れない人も多い。ACPは重要であるが、以前は家族の意見を中心に看取りを行っていた。2年前から本人のACPに関する意思決定の内容を記録するために「もしもノート」を作って、本人に書いてもらったり、聞き取りながら本人の希望を重視しようと取り組んでいる。

4 入所時や病気が悪化した際に本人の希望や意思を確認し、それを活かした看取りを行う施設



意思を確認できたケース

90代／女性

90代、女性、脳梗塞で転倒・骨折の手術を繰り返して家族の「転倒しないしてほしい」との希望で長く車椅子で生活していた。脳梗塞の入院経験から「吸引や酸素はもう絶対したくない」と言っていた。「最期はお願いね、頼むわね」と希望され「大丈夫です。まかせてください。」と伝えていた。間質性肺炎で発熱、痛みや苦痛の激しい治療はしてほしくないと言っていた。低酸素状況の時「鼻から（酸素を）吸ったら少しは楽になりますよ」と言ったら「じゃあ、しょうか」と最期は酸素カニューラを数日装着した。本人の希望を聞き、症状緩和のための治療を取り入れながら、亡くなられた。

この施設で行っている具体的な意思決定支援

- 入所の際に、施設の看取りの状況について説明をする。体調が悪化した場合には、再度本人の意思や家族の希望を共有する話し合いをする。
- 年に1回（誕生日の時）、普段の生活の中ではできないけれど、本当にその人がしたい本人の希望を叶えるようにしている。例）絵が好きだったので美術館に一緒に行くなど。

施設の取り組み

- 入所時と体調が悪化した際の面談やカンファレンスの際に本人と家族の希望を確認する。
- 入所者は要介護3以上のため、認知症が進行して直接意思確認ができないことも多いが、家族と元気な頃に話していた治療に対する意識や価値観を確認している。

5 高齢者の死生観や意思を早目に聞き取って多職種の専門性を活かして看取りを実践する施設



意思を確認できたケース

90代／男性

90代、男性、慢性腎不全・慢性心不全。積極的な治療はしないという本人と家族の意向があり、食べられなくても自然なままの最期を希望された。本人は感情をあまり出さず、妻の死の経験から人は最後には死ぬことを本人が自覚していた。書道が得意で、本当に素晴らしい達筆な字を書くことに、ケアスタッフはいつも驚かされていた。孤独にならないよう家族が頻回に面会し、気持ちに寄り添っていた。

この施設で行っている具体的な意思決定支援

- 介護職、看護職、相談員、ケアマネジャー、管理栄養士などの専門職種がそれぞれの専門性を発揮することや多職種連携を大事にしている。ケアスタッフが一つの方向に向かって、本人にとってよりよい最期が過ごせるように本人の視点を大事にしている。
- 本人が最期をどのように考えていたか、死生観などを早めに具体的に聞き取る。看取りの時に、その意思に沿ったケアが実現できるように取り組んでいる。

施設の取り組み

- 人権擁護、高齢者虐待、認知症などの研修を実施している。
- 県社会福祉会の意思決定支援の研修は必ず参加している。
- デスカンファレンス、グリーフケアを行っている。微細なサインでも、何を訴えているのか推し量って、その人の立場に立ち、本人がどんなことが言いたいのか、訴えているのかをケアスタッフが互いに考えて振り返り、ケアに取り組んでいる。

6 本人の意思が確認できない場合、家族に「本人だったらどうしたいと思うか」を考えてもらい意思を推定して看取りを行っている施設



意思を確認できたケース

90代／女性

90代、女性、脳梗塞による半身麻痺があり入所となった。経口摂取困難のため経管栄養を実施していたが、嘔吐による誤嚥性肺炎を繰り返していた。入所時から定期的に息子と面談した。終末期医療の意向について、聞いていたが、実際に痩せていく母親の様子を見て、積極的な治療について息子は判断できずにいた。息子と面談を重ね、「母親だったらどうしたいと思うか」を考えてもらい、積極的な治療は実施せず、施設で看取った。

この施設で行っている具体的な意思決定支援

- 家族の面会時に本人の思い出話を聞き、回想から「本人だったらこうしたいだろうな」ということを考えてもらっている。
- 家族とともに本人の元気だった頃から現在までの経過をよく理解し、「本人ならどうしたいか」を考えられるよう本人の価値観や好みに関する昔話に耳を傾けて検討するプロセスを大事にしている（ナラティブアプローチ）。
- 意思決定支援が本人が亡くなった後の遺族の看取りケアの充実感にもつながり、またケアスタッフのやりがいが高めることにつながるものであることを実感している。

施設の取り組み

- 施設内で看取りを行ったケースについてはデスカンファレンスを実施し、ケアの振り返りをする。
- 看護や介護福祉、社会福祉の学生実習を受け入れ、意思決定支援について学生にも考えてもらい、ディスカッションしている。
- 看護師長はELNEC-J^{*1}やACPに関する研修を受講、その内容をもとにケアスタッフに研修を行っている。「どせばいいゲーム」^{*2}を作成、家族を集めて死について考えてもらう機会を設けている。

^{*1} ELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育プログラム：エンド・オブ・ライフ・ケア（EOLケア）や緩和ケアを提供する看護職に必須とされる能力修得のための系統的な教育プログラム

^{*2} 「どせばいいゲーム」津軽弁を用いて人生最期の自分と他者の価値観を知り、新たな気づきを得るレクリエーションゲーム。

7 家族に施設での「看取り」に関する話し合いを通して 施設での看取りに満足を得られている施設



意思を確認できたケース

80代／男性

80代、男性、認知症がある。大腿骨頸部骨折などによりADLが低下し、当施設に入所となった。入所後、進行胃癌が見つかり、経口摂取量が徐々に低下した。経口摂取量の低下に合わせて、胃ろうや点滴などの希望について本人、家族と繰り返し面談を行った。当初、家族は胃ろう造設を含め入院による積極的な治療を希望していたが、本人に胃ろうについてイラストで説明すると、口から食べることを望み、胃ろうを拒否した。本人、家族と頻繁な面会を企画し、日常の様子を伝えたところ、最終的には施設での看取りとなった。

この施設で行っている具体的な意思決定支援

- 本人の意思が言語的に表明されない場合、日常生活のケアの状況の反応や表情、行動から「施設で看取るのが良いのではないかと」ケアスタッフ間で事前に話し合いが行われ、家族と繰り返し面談を重ねることで意思決定支援が実施されている。意思決定支援の開始時には、家族は「施設での看取り」がどのようなものかイメージを持てていなかったが、話し合いを通して施設での看取りの具体的なイメージを持つことができ、家族の高い満足感につながっている。
- 施設での看取りを通して、初めは看取りに恐怖感を持っていた介護職も日々のケアの延長に看取りがあることを実感でき、ケアスタッフが介護のやりがいを再認識する機会にもなっている。

施設の取り組み

- 本施設は町営の施設であり、町営の病院と緊密な連携を図りながら意思決定支援が実施されている。施設長と病院の看護部は定期的に話し合い、患者・入所者のケア方針について共有することができている。
- 看取りに関する研修会を定期的に全ケアスタッフに開催している。
- 町営施設であるためケアスタッフの離職が少なく、研修会で学んだことを実際の看取りに活用することができ、ケアスタッフのスキルアップを実感できている。

8 家族に看取り体験を語ってもらう研修を通して、 看取りの際の家族の辛さに対する支援を行っている施設



意思を確認できたケース

80代／女性

80代、女性、誤嚥性肺炎後、胃ろうを造設しながらも経口摂取していた。家族は本人が元気なときから「病院での延命はしない」、「まったく食べられない時は自然な形で逝きたい」と意思を聞いていた。食事摂取量が減り、入退院を繰り返すようになると看取りの方向性を家族と話し合いながら決めていった。本人の意思通りに延命治療はせず、施設で自然な形で看取りが行われた。

この施設で行っている具体的な意思決定支援

- 看取りの方向性を強引に引っ張ることがないように、家族の表情や言動からどの程度理解しているかを判断し、看取りを迎えることの辛さを共感しながら理解度に合わせて言葉を選んで説明をしている。
- 家族の看取りのイメージ（例えば、医師が常に側にいて心臓マッサージをして、家族で見送るイメージ）と施設で自然な形で看取る経過のギャップを埋めるように具体的に説明をしている。

施設の取り組み

- 看取りを経験した家族に体験談を語ってもらう研修を実施している。看取り後によく当時の説明を理解できたという家族の話から、本人や家族は施設内の看取りを説明しても分からない部分があることから、繰り返して段階的に説明するなどの支援の工夫をする必要があるとケアスタッフ間で共有した。



| 意思を確認できたケース

80代／女性

80代、女性、パーキンソン病。嚥下障害があっても胃ろうの造設の希望はせず、そのまま亡くなられた。本人との元気な時の日常会話から、もし何かあっても病院には行きたくないと思いを表明して、家族も同意していた。いよいよ動けなくなり、食べられなくなった段階で、本当に病院に行かなくてもよいかを本人と家族に最終確認し、そのまま施設で自然な形で看取りを行った。亡くなる2日前ぐらいまで食べたい物を食べる希望を叶えることができ、最期は苦しまずに眠るように家族に見守られながら亡くなられた。

| この施設で行っている具体的な意思決定支援

- 「動けなくなる」、「食べられなくなる」といった加齢に伴う身体機能の変化に対して、普段の会話の中で病院での積極的な治療を希望するか、本人の意思を確認している。
- 胃ろうを造設せずに、施設で何かしらでも口から食べることを継続したいと希望され、焼肉のたれなどを用いて本人の嗜好に合わせることで、最期まで食べられることを支援した。
- 介護職、看護職、栄養士が協力して最期まで食べることを支え、医療的な課題があれば看護職がすぐに対応する協力体制をつくっている。

| 施設の取り組み

- ケアスタッフがそれぞれの専門性を活かして連携協力して最期まで「自然な形で食べる」生活を支え、介護職とともに何かあれば看護職が医療ニーズにもすぐに対応する協力体制をつくっている。



| 意思を確認できたケース

90代／女性

90代、女性。体調に変化が見られた頃から定期的に家族と面談を行い、医師から家族に「本人がしっかり意向を言えるので、本人の意思を確認してみてもいいか」と提案した。本人から家族に直接病院に行きたくないこと、施設で最期を迎えたいことを伝える機会を設けた。最期を迎えられた時の本人の表情は非常に穏やかであった。

| この施設で行っている具体的な意思決定支援

- 本人が最期を迎える場所を決めるとき、病院と施設とでできること、できないことを説明している。例えば、施設では医療行為や緩和ケアはできないこと、施設なら本人のお気に入りの中庭の風景を見られることや、慣れ親しんだケアスタッフが最期まで本人の希望に合わせてお世話することなどを説明している。
- 本人が施設で自然な形で最期を迎えたいと決断したことを、家族が直接聞ける場を設けている。家族は治療・回復を希望することが多いが、本人から話を聞くことで本人の意思決定を最大限尊重するように気持ちに変化していくことが多い。
- 本人にはきめ細かく声掛けをして、本人の希望や意思の実現を目指して日々のニーズを確認しながら日々のケアを行っている。

| 施設の取り組み

- 本人の意思を家族が受け入れてくれるまで、意識して気持ちの整理を待つようになっている。
- 家族に部屋の飾りつけをお願いしたり、食べられた物を相談員やケアマネジャーを通して細かく伝えたりしている。

11 最期まで本人の意思の実現をめざして本人と取り組んでいる施設



意思を確認できたケース

90代／女性

90代、女性、頰椎の手術後、右麻痺があり、不自由で自分らしい生活ができずにストレスを感じていた。最期まで自然な形で施設で過ごしたいと元気な時期から希望しており、家族も同じ意向であることを確認していた。亡くなる2週間前ぐらいから食事がとれなくなったが、本人の意思の通りに施設で今まで通りの日常の生活を送り、最期を迎えた。

この施設で行っている具体的な意思決定支援

- 最期まで本人のやりたいことをやれるよう、本人と相談しながらいろいろと試みている。例えば自助棒を使用しながら貼り絵など好きなことができるよう支援している。(例：絵の得意なケアスタッフの協力を得て、紙芝居を3冊作成し、施設に掲示することで入居者や家族に見てもらい大変喜ばれた。)
- 最期の時には会いたいと言った人すべてに会ってもらうなど、本人の望みを叶えるよう支援している。

施設の取り組み

- 看取り後に家族にアンケートに回答してもらい、看取り委員会で改善箇所を検討している。
- ケアスタッフが個人ではなく、ユニットで統一して関われるようにしている。

12 最期の看取りについて確認して本人の意思の実現をめざしている施設



意思を確認できたケース

90代／男性

90代、男性、悪性リンパ腫。独居だったが、自宅で転倒して病院に入院し、その後、自宅への退院困難のために、入所となった。本人からも「ここで(施設で)最期を迎えたい」という意思確認をしていた。最期、キーパーソンである妹さんを含めてカンファレンスを行い、家族の意向の確認も行った。食事がとれなくなってきた時期、甘いものが食べたいということで、とろみをつけた羊羹やペースト状の和菓子を食べたり、好きだった入浴をしたりと、看取り期もなるべく本人のご希望に沿うように援助した。本人や家族は点滴などの積極的治療を希望していなかったため、そのまま施設で自然な形で看取りを行った。

この施設で行っている具体的な意思決定支援

- 最終段階を、どのように迎えたいか、ケアスタッフが何度も確認している。
- コロナ禍で外出制限がある中、妻が亡くなられたケースでは、短時間だが、お葬式に参加できるよう支援した。妻の最期のお別れができて本人はとても満足していた。
- 本人から「ここで(施設で)最期を迎えたい」など意思を確認し、それを叶えるように支援している。

施設の取り組み

- 介護職、看護職、生活相談員などで構成された看取り委員会があり、1年に1回ケアスタッフ向けの研修を行っている。
- 意思決定支援やACPを推進するためのツールがあると便利だと考えている。

13

変わらない判断であるかも含めて、 生活の会話を通して本人の意思を確認している施設



意思を確認できたケース

90代／女性

90代、女性、大腿骨頸部骨折などにより在宅生活が困難となり入所となった。入所後、発熱などの症状が見られ急性期病院へ入院。肺炎の診断があった。入院中に腎機能の低下が見られ、治療が困難と医師より説明があった。入所時に積極的な医療は求めていないと意思を確認していたので、急性期治療を受ける際に入院先の医療機関と相談しながら対応を進めた。結果的に入院先で亡くなられたが、本人の意思を尊重し延命措置は行わなかった。

この施設で行っている具体的な意思決定支援

- 会話の内容を誤解のないよう確認している。例えば「何かあってもいろいろ治療はしてもらいたくない」と話していたが、「苦しいときに何もしないのは嫌ですよな？」とケアスタッフが確認すると、「それはそうじゃね」と言っていた。
- 日常の会話の中からも意思決定に関する内容は記録に残している。
- 入院し、治療困難となった際、家族に記録をもとに本人の意思を伝えている。本人の意思を確認することで家族の迷いが軽減されている。

施設の取り組み

- ケアスタッフ向けの研修で牧師や寺の住職などから宗教家の立場からの死についての話を聞く機会を設けている。また、家族向けに家族懇談会を開催し、本人の思いの共有やACPの啓発を行っている。
- 家族懇談会の内容(本人と家族の希望や思い)はケアスタッフにフィードバックしている。
- 広島県では「これから手帳」というものを作ってACPの導入を進めようとしている。

14

ケアの際や訪室時に最期を迎える場所や胃ろうや点滴などによる 延命などの意思確認をしている施設



意思を確認できたケース

90代／男性

90代、男性、心不全。夫婦ともに認知症の症状が進行し、自宅での生活が困難になったため、夫婦で入所となった。もともとデイサービスとショートステイを利用していたため、本人も納得して施設入所された。本人から「十分生ききったので、点滴は必要ありません」と意思決定の確認ができていた。最期まで積極的な治療は行わずに施設で家族とケアスタッフに看取られて老衰で他界された。

この施設で行っている具体的な意思決定支援

- ケアの際や訪室時に最期を迎える場所などの意思確認をしている。
- 家族に現状を伝え、その都度本人の意思の確認を行っている。
- 最期に一度自宅外泊させたいという家族の希望と本人の希望が一致した場合は、家族と協力して、自宅に一泊できるよう支援している。

施設の取り組み

- ケアスタッフは休憩中などに、何気なく「自分だったらどのような看取りがよいか」といった話をして、ケアスタッフが看取りについて自分のこととしても考えられるように心掛けている。
- タブレットで記録を残せるようになっていたので、ケアスタッフは本人の希望や好みなど細かいことも記録に残している。
- 言語的なコミュニケーションが可能な人には胃ろうや点滴などによる延命を望んでいるかを聞いている。



意思を確認できたケース

80代／女性

80代、女性、アルツハイマー型認知症。他界する1か月前から発熱や出血が認められた。受診結果、感染の疑いがあったが、本人が治療を希望しないために経過観察となった。家族の中には「治療をして、長生きしてほしい」と考えている人もいたが、本人は「もうどこにも行きたくない。ここ（施設）でいいよ。」と言っており、家族との話し合いをした結果、感染の疑いがあったが最期は治療せずに他界された。

この施設で行っている具体的な意思決定支援

- 食事摂取できない際の点滴などの治療に対して、痛みや苦痛がないよう緩和ケアを行っても、なお手を振り払うなど、強い拒否の反応があるときは点滴などの治療を行うかどうか本人の意思を尊重するよう検討している。
- 治療を望まないという本人の意思を尊重する人や入院による治療を望む人など家族の中で意見が異なる際には、家族での話し合いの機会を設け、家族の意思が統一されるよう支援している。
- 当施設では本人の思いを大事にしており、例えば本人の好きな物を食べられるようにしている。

施設の取り組み

- 看取り専門の訪問看護ステーションの経験がある看護職による施設内の研修を開催している。
- デスカンファレンスを行い、良かった点や改善が必要な点を挙げて、ケアスタッフで検討する機会を作っている。
- 初回の介護認定時など入所前の早い段階での意思確認が必要だと感じている。

高齢者施設における意思決定支援のポイント

1. 早期の段階の意思の確認

本人の意思を実現するために認知症の各段階における多様な支援が必要である。意思は変化することから、状況の変化に応じて確認する。「もしバナゲーム」や「もしもノート」「これから手帳」（ACPのための手帳）などのツールを活用する。

2. 高齢者の意思形成支援・意思表示支援・意思実現支援

認知症高齢者と信頼関係を築き、意思を表明しやすい環境を作ることで、本人の意思が引き出される。生きてきた時代背景や価値観にも配慮し、本人の意思を支えることが必要である。希望が叶えられない場合の代替え案なども提案して、本人・家族と話し合いを行う。

3. 家族に対する支援

認知症高齢者だけでなく、家族に対しても同様に **意思形成支援** **意思表示支援** **意思実現支援** に参加してもらう。定期的に本人・家族の意思決定を確認し、本人・家族の言葉で記録する。本人の意思決定と家族の意思の相違がないか、異なる場合には時間を掛けて調整する必要がある。家族が代弁する場面が多くなることに備え、早い段階から家族の意思を確認することも必要である。

4. 多職種チームの連携・協働

それぞれの専門職の立場から **意思形成支援** **意思表示支援** **意思実現支援** を多職種で共有しながら、意思決定支援を行う。特に本人が言語的コミュニケーションができない場合は、家族とともに話し合ったり、本人の反応を確認しながら、意思の推定を時間を掛けて行う。

5. 施設の取り組み

意思決定支援に関する研修やカンファレンスを行い、意思決定支援に関する専門知識や技術を習得する体制を整える。医療・介護のみならず牧師や僧侶による研修会、看取り後の家族のアンケートを取り入れた研修会、看取り後の家族のグリーフケア・デスカンファレンスなど意思決定支援に関するリフレクションも実施する。

認知症高齢者の望む日常生活と最期を迎えるために

認知症高齢者の望む日常生活と最期とはどんなことでしょうか。英国政府は、2009年より「国家認知症戦略 (National Dementia Strategy)」に着手し、認知症ケアに関わる政策やサービスの抜本的な改革に取り組んでいます。国家認知症戦略の最終年監査における9つの目標(2014年)を下記のように表現しています。ACPは本人・家族・ケアスタッフで認知症高齢者とその家族がより良く生きることを継続して検討し続けることでもあります。この9項目は認知症高齢者と家族にとって、どのような最期を望むのかの参考にもなるでしょう。

英国の当事者の視点による目標 認知症の人と家族が希望する願い



すべての認知症の人は、次のように言うことができる。

私は、**早期に診断**された

私は病気のことは
理解しているので、
**適切判断(意思決定)をして、
生前遺言(リビングウィル※)を
準備する**

私の認知症という病気には
最も効果的な治療を受けており、
生活には**最適な支援**を得ている

私の世話をしてくれる
家族も含む周囲の人たちにも
支援がある

周りの人々は私を大切にし、
そして敬意をもって
接してくれる

私は、**自分ができ**ることは何か、
また、**できないことは
他の誰が助けてくれ**ることを
分かっている

私は**地域社会の一員**として
迎えられていると感じ、
ぜひ**お返し**をしたいと思う

私は、
生きていることが楽しい

死を迎えるとき、**私の意思が
尊重される**と確信できる
いい**最期**が迎えられると思う

Quality outcomes for people with dementia: building on the work of the National Dementia (2010) Strategy https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213811/dh_119828.pdf

翻訳 鈴木みずえ 中川経子(翻訳家)

※日本ではそれぞれの認知症の人の状況に合わせた多様な支援を行っています。

本実践ガイドは、公益社団法人全国老人福祉施設協議会令和3年度 調査研究助成事業「特別養護老人ホームにおける高齢者の生きる意欲を引き出すアドバンス・ケア・プランニング(ACP)に関する実態調査と実践ガイドの開発」による助成を受けた。

- 引用文献
1. 日本老年医学会(2019年):「ACP推進に関する提言」 https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf
 2. 厚生労働省(2018):「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>
 3. 鈴木みずえ、浅井八多美、藤井さと子、佐藤晶子、内藤智義、稲垣圭吾、金盛琢也、介護老人保健施設に入所する認知症高齢者に対する意思決定支援の実態:ケアスタッフのフォーカスグループインタビュー調査、日本早期認知症学会誌、2022
 4. 鈴木みずえ、金盛琢也、内藤智義、稲垣圭吾、特別養護老人ホームにおける生きる意欲を引き出す高齢者を中心としたACPに関する実践ガイドの開発、全国老人福祉協議会令和3年調査研究事業成果報告書、2022

■協力機関 高齢者総合福祉センターヒューマン・特別養護老人ホーム なごみの郷・特別養護老人ホーム ゆとりえ・特別養護老人ホーム 聖芳園・特別養護老人ホーム 釜房みどりの園・足寄町立特別養護老人ホーム あゆみの園・特別養護老人ホーム三思園・特別養護老人ホーム はちす苑・介護老人福祉施設 白ゆりあいの里・特別養護老人ホーム 芦花ホーム・特別養護老人ホーム みやび・特別養護老人ホーム大東苑・特別養護老人ホーム 平城園・特別養護老人ホーム阿品清鈴・介護老人福祉施設エクレシア南伊豆・特別養護老人ホーム高崎馬庭

■協力者 聖隷福祉事業団 三方原ベテルホーム 浅井八多美
国立研究開発法人 国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科 先端開発センター 精神腫瘍学開発分野 小川朝生

■制作体制 浜松医科大学臨床看護学講座老年看護学 鈴木みずえ 金盛琢也 内藤智義 稲垣圭吾