

令和4年度「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）について」
アンケート集計結果

※複数名回答

機関種別	送付数	回答数		回収率
	事業所数	事業所数	人数	
	461件	234件	284人	
介護老人福祉施設	8件	2件	2人	25.0%
介護老人保健施設	4件	1件	1人	25.0%
居宅介護支援	49件	22件	36人	44.9%
小規模多機能型居宅介護	8件	4件	4人	50.0%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1件	0件	0人	0.0%
認知症対応型共同生活介護	24件	10件	10人	41.7%
福祉用具貸与	11件	6件	6人	54.5%
訪問リハビリテーション	2件	1件	1人	50.0%
訪問介護	33件	5件	5人	15.2%
訪問看護	19件	13件	13人	68.4%
居宅療養管理指導 (調剤薬局)	72件	38件	39人	52.8%
歯科	66件	39件	40人	59.1%
病院	17件	9件	10人	52.9%
診療所	105件	60件	61人	57.1%
軽費老人ホーム	4件	4件	4人	100.0%
有料老人ホーム	17件	9件	10人	52.9%
サービス付き高齢者向け住宅	16件	5件	5人	31.3%
介護予防支援 (地域包括支援センター)	5件	5件	36人	100.0%
地域密着型通所介護	0件	1件	1人	100.0%

【職種】

全体	308人	※複数資格保持者有り
医師	53人	
歯科医師	40人	
薬剤師	39人	
保健師	6人	
看護師	32人	
理学療法士	3人	
作業療法士	0人	
栄養士	1人	
介護福祉士	29人	
介護職員	3人	
社会福祉士	15人	
ソーシャルワーカー	6人	
ケアマネ	39人	
主任ケアマネ	25人	
その他	16人	
未回答	1人	

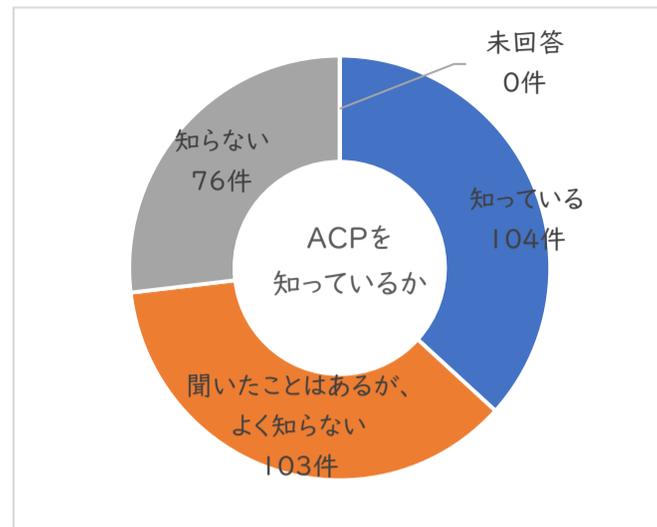
その他

福祉用具専門相談員（6）
生活支援コーディネーター（2）
精神保健福祉士、相談支援専門員
社会福祉主事、施設管理（2）
施設長、管理者、事務

Q1. 「ACP」を知っていますか。

(N=284)

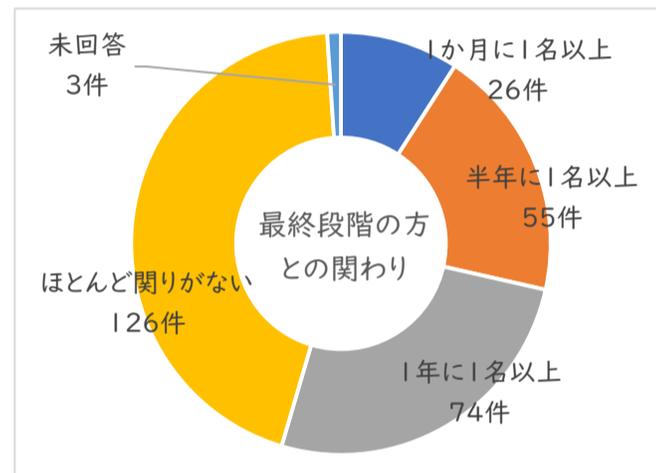
知っている	聞いたことはあるが、よく知らない	知らない	未回答
104件	103件	76件	0件
36.6%	36.3%	26.8%	0.0%



Q2. 人生の最終段階の患者さんや利用者さんとのくらい関りがありましたか。

(N=284)

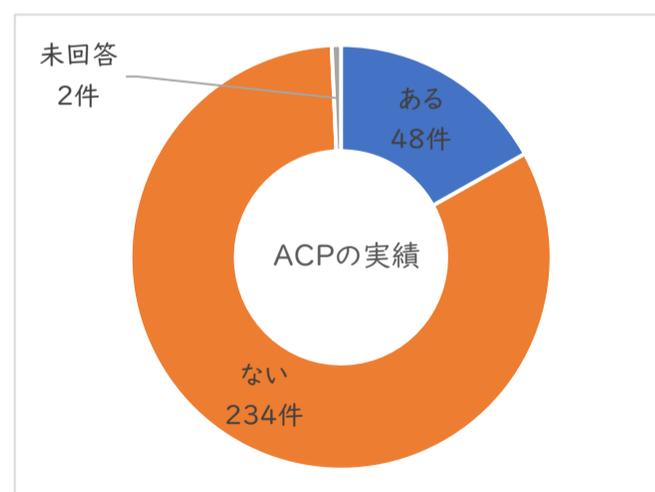
1か月に1名以上	半年に1名以上	1年に1名以上	ほとんど関りがない	未回答
26件	55件	74件	126件	3件
9.2%	19.4%	26.1%	44.4%	1.1%



Q3. 人生の最終段階の患者さんや利用者さんに対し、「ACP」を実践したことがありますか。

(N=284)

ある	ない	未回答
48件	234件	2件
16.9%	82.4%	0.7%



**Q4. Q3で「実践したことある」と回答した方のみお答えください。
具体的にどのようなことを実践しましたか。**

- ・退院時から、最後をどこで、どの様に過ごしたいか確認し、症状の変化に合わせ都度、本人・家族に医師の確認をしている。
- ・自宅に関係職種・本人・家族が集まり、ご本人の意向を聞き、その後共有しました。意向通り、最後を迎えられました。
- ・老衰の患者さんに対し、食事が採れなくなったときに、点滴を希望するかどうかを家族に事前に確認した。
- ・好きな物をありのままの形態で食べて頂いたりした。
- ・終末期の利用者・家族に対し行った。又、高齢の親を介護する家族に対し、今後について話し合う機会がある。
- ・ACPについて家族に背う名詞、プロトコルに沿って医師の説明、家族の同意を得て、在宅での看取りを行った。
- ・終末期に入ってから本人のケアを、どの場所で行うことが本人にとって安心するのか、どのようなケアを本人が望んでいるかをチームで話し合った。
- ・（退院時カンファレンス含む）ターミナルケアとして、ケアマネジャー・訪看・Drと今後想定される症状等確認し、導入する福祉用具を検討、対処、家族への説明などを行っている。急な状態変化による対応、家族・本人への不安軽減など。
- ・ALSのターミナルケア
- ・口腔乾燥（唾液分泌減少により）を起こし、軟口蓋に端の粘着を認め呼吸困難であることが多いため、2日に1度は往診にて上痰除去を行っています。
- ・看取り介護実践しています。
- ・終末期医療看取りについて、家族との話し合いを行った。
- ・本人の希望を聞き在宅でのサービスと連携調整など
- ・主治医、家族と連携し有料老人ホームにて看取りを行った。
- ・看取り期の利用者・ご家族の最期の場所・過ごし方についての説明と同意及び数回にわたる意向の確認と同意
- ・医師 看護師 家族との連携
- ・生前のご本人の意向に沿った終末期を送ることができた。
- ・患者と家族に人生最期の時を迎える過程と、最期の迎え方について説明と合意を行いました。
- ・入院時における本人及び家族の意思確認（今後の治療方針）
- ・入所初日において本人及び家族の意思確認（今後の生活のあり方）
- ・入院時に本人、家族にヒアリングしている
- ・今後の療養先や延命処置についてなど、意思の確認を行った
- ・経口摂食の選択について
- ・要支援Ⅰの利用者のサービス担当者会議で実施
- ・本人と家族の意向を確認。入院だと面会ができない状況のため、コロナ感染対策を徹底して面会ができる体制を整え、看取りを実施した。
- ・癌末期の方のリハビリに携わり、ご本人様が希望される要望に対して、チームケアを行いました。コロナ禍で、入院するとなかなか家族と会えなくなるため、最後の時間は自宅で過ごしたいとの要望があり、癌生の疼痛緩和や日常生活の支援、指導を行いました。
- ・当院ではプロジェクトチームを立ち上げ、がん、透析、心不全から取組みを実施している。自実際にACPを作成し患者へ確認している。
- ・ガン末期で自宅での看取り希望されたが、主介護者を含め、家族が不在状態に応じてサービス事業所、親類等でどう対応し情報を共有するかを何度か協議したことがある。
- ・癌ステージ4の入居者で終末期における緩和ケアについての内容・情報提供を行った。
- ・ご本人が入院したくない家で最期を迎えたいと言われた。介護保険で出来るサービスを提案した上でご家族と話をして、本人・家族が「家で看取りをする」という意向のもと、主治医・訪問看護と連携した。最期は家族全員と主治医、看護師、ケアマネも看取りすることが出来た。
- ・ケアマネと訪問看護で最期まで自宅で。
- ・がんの治療中の方の担当者会議の中で、今後の意向について確認し共有した。
- ・家で死にたい。という末期がん利用者さんの思いを家族、関係者がチームを組み 看取った。 見取りの期間中主治医と連携して 本人がしたいこと家族がしたいことを実施した。
- ・ACPに近い取り組みは実践したことがある。御家族や主治医を含めて今後のケアを話し合う等。

・先の勤務先で、在宅ケアにあたった時、家族と主治医共に話し合いをし、自宅での看取りを決定した。（末期がん患者）

・当ステーションにおいて、ACPのパフレットを作成し本人・ご家族に説明を行っている。

・看取り期の方針についてはご家族と話し合い嘱託医、看護師、介護職員が連携し支援しておりますが、利用者様主体で利用者様の意思決定の下に支援するまでは至っておりません。

・人生の最終段階が近くなり、医療・ケアについて本人家族の思いを繰り返し伺いながら、本人の尊厳を考え家族の思いに寄り添い、自分らしく最後まで生き、良い最期を迎えて頂くことが出来る様に対応した。家族の後悔を最小限にしてあげられる様に、チーム全体で共通認識を持つ支援体制作り。

・主治医と家族・本人との面談をセッティング。家族や本人の要望や意見を聞き仲介役。

・日頃から利用者、家族と関わる上で現段階の本人、家族の意向をしっかりと聞き取るようにしています。身体の変化、気持ちの変化は常に変わるものと理解し支援を行っています。全てが出来ていることではないがACP実践をしています。これでいいのかと思うことが多いです。自分なりに考えながら支援させて頂いています。

・基礎疾患の治療中に癌を合併した方の事前指示書を作成

・ACPに近いようなケアで、透析が必要な方の在宅での看取りができた

・ご自身で最終治療を選択され家族も同意、自宅での看取りが出来ました。

・ターミナルケアの方針、死後の事務的な処理方針

・委託のDrが対応している。

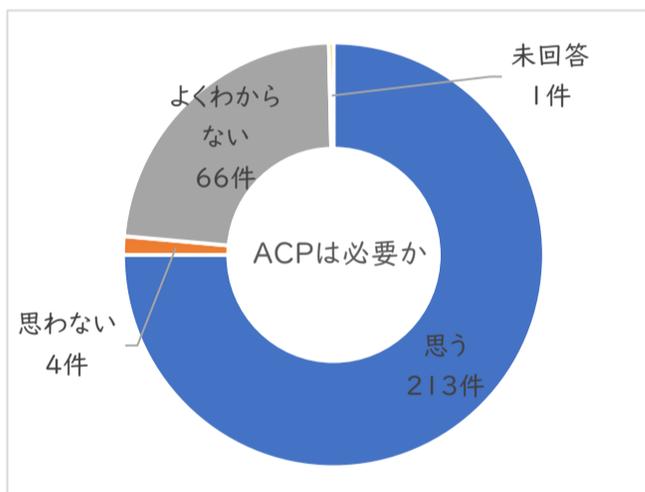
・今後終末期の迎え方、覚悟、やりたい事、大事にしたい事の確認。

・終末期を自宅ですごしたいと本人の希望があり、病院を退院する際、話し合いを行った。また、自宅へ戻り生活する中で、本人・家族の要望等、すり合わせ等しっかり話し合っ、本人・家族が希望された看取りが行えた。

Q5. 「ACP」は必要だと思いますか。

(N=284)

思う	思わない	よくわからない	未回答
213件	4件	66件	1件
75.0%	1.4%	23.2%	0.4%



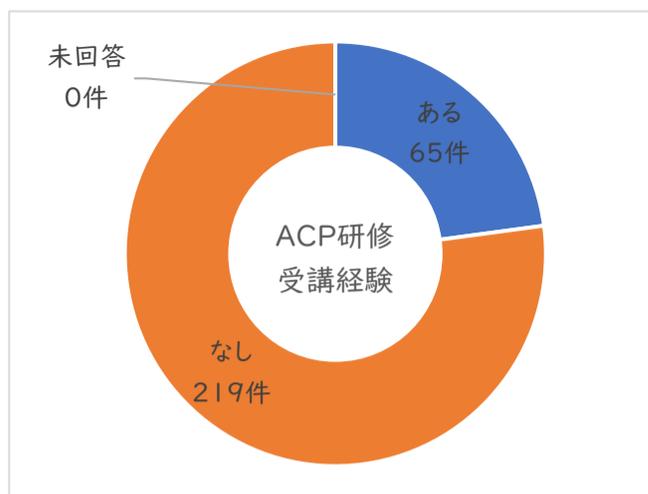
Q6. Q5で「必要だと思わない」と回答した方のみお答えください。 必要だと思わない理由を教えてください。

- ・ケアの方向性が決めれない為必要です。
- ・週末ケアは必要だが、「ACP」というわざわざ横文字にする必要はない。
- ・当院は外来診療のみである
- ・必要な場合と不必要な場合があり一律じゃない。

Q7. 「ACP」に関する研修を受講したことがありますか。

(N=284)

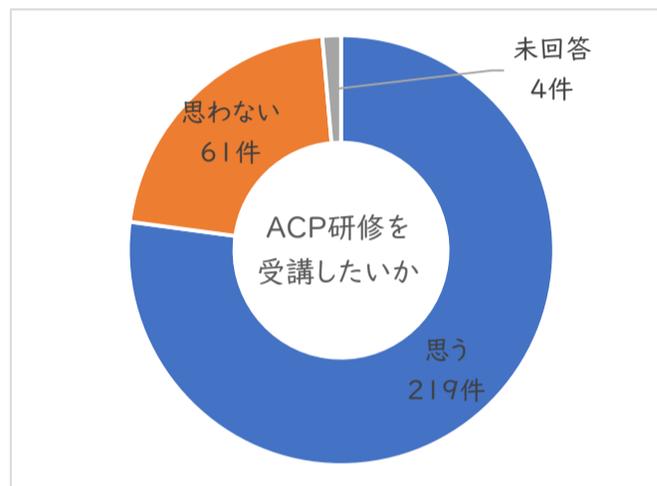
ある	なし	未回答
65件	219件	0件
22.9%	77.1%	0.0%



Q8. 今後「ACP」に関する研修を受講したいと思いますか。

(N=284)

思う	思わない	未回答
219件	61件	4件
77.1%	21.5%	1.4%



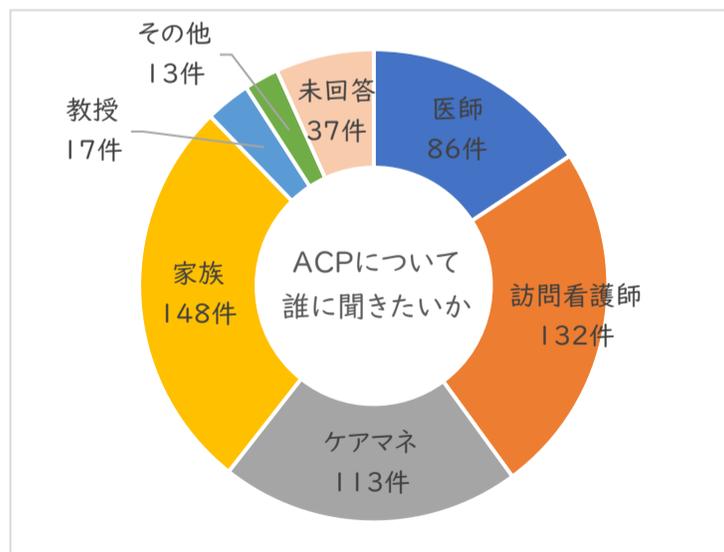
**Q9. 「ACP」に関することについて、どんな人の話を聞いてみたいですか。
(複数回答可)**

(N=284)

医師	訪問看護師	ケアマネ	家族	教授	その他	未回答
86件	132件	113件	148件	17件	13件	37件
30.3%	46.5%	39.8%	52.1%	6.0%	4.6%	13.0%

【その他】

- ・職種は問わない、実際に関わっている方
- ・特に受講する必要を感じない
- ・介護士、介護施設の看護師
- ・介護職
- ・宗教家
- ・対応した現場の職員（訪問看護以外）
- ・福祉用具事業者
- ・終末期を担当する医療スタッフ
- ・本人
- ・ACPに反対の人、ACPでトラブルになった人



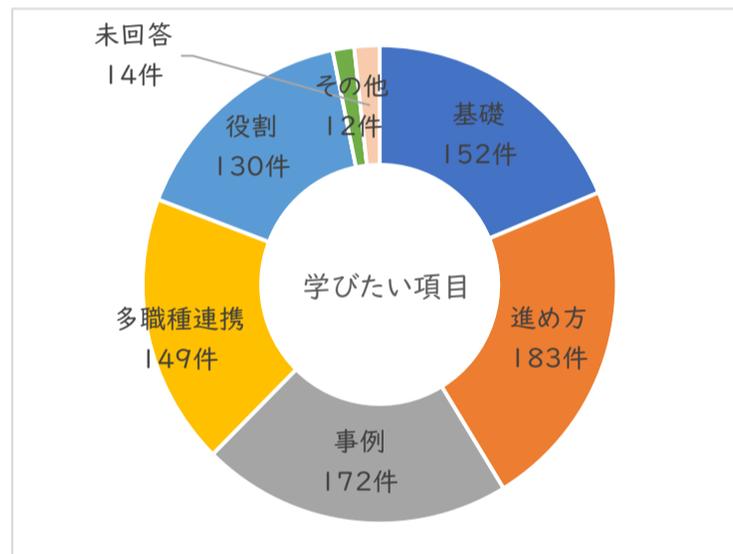
Q10. 「ACP」について「学びたい」「興味がある」という項目について教えてください（複数回答可）

(N=284)

基礎	進め方	事例	多職種連携	役割	その他	未回答
152件	183件	172件	149件	130件	12件	14件
53.5%	64.4%	60.6%	52.5%	45.8%	4.2%	4.9%

【その他】

- ・ ACPのタイミング
- ・ 個人の流儀でやっている
- ・ 介護職へのグリーンケア
- ・ APC対応後の家族の満足度
- ・ 身内が現在終末期にあり、ACPをしっかり残してありますが、しっかりしていた頃の人生観、本当の願いより、人の邪魔にならない終わり方になってしまっています。精一杯80歳まで社会のために仕事をして、最後は邪魔にならない終わり方は、終わりよければすべてよしなのでしょうか？
- ・ 利用者の状態が変化していく中で、福祉用具も変更が必要となってきます。その中で、家族の気持ちが変わっているという情報を頂いておくと、言葉かけの内容であったり、選定する用具にも影響することがあります。
- ・ 研修が2回や3回になっても良いので全て学びたい。
- ・ 本人がかなり高齢である場合の進め方について。悪性疾患におけるACPを始めるタイミングについて。



Q11. 「ACP」の取り組みにより、どのようなメリットがあると考えられますか。

- ・ 終末期に限らず、本人・家族の意思決定について、タイミングに合わせ行っているケアのため、特に困る状況にはありません。
- ・ 最後を迎えるであろう利用者と、身近な家族の関わる方が少しでもよりよい時間、悔いのない時間を過ごすことができるよう、サービス関係者で方向性をもってかかわる必要があると思います。
- ・ 多職種で関わることで、本人や家族が少しでも不安なく終末期を迎える事ができると思います。
- ・ より利用者の希望に添った、ケアや最後の迎え方ができるのではないかと。
- ・ 本人様のQOLの向上だけでなく、その家族の介護の手助けになると思うので、大変良いことだと思います。
- ・ 急変時の対応がスムーズに進む。多職種間で患者・家族の意識・希望etcの共有が可能になる、など。
- ・ メリットがあるかないかはケアを受ける本人次第なので、基本メリットはないと思っている。本人以外がメリットに感じたならば、自己満足でしかないと思う。
- ・ 諫早市民のよりよい生活につながる
- ・ 医療サービスの質の向上、効率化、満足度の向上。アドヒアランスの向上、家族とのトラブル防止。
- ・ ACPについて知識不足ですので回答できません、すみません。
- ・ それぞれの職種が取り組む協力体制が強くなると思う。多死社会に向け、地域で見取りを行うを多職種で進めることができるようになるかと思う。
- ・ 対象者や家族が望む就活の一環となるような活動になれたらよいと思います。選択肢が増えることは、本人家族・取り巻きの人々を豊かな気持ちにできる可能性と考えます。

- ・本人の意思を組むことができる。その人の人生を尊重した選択。家族が穏やかにいられる。
 - ・対象者の本心が分かる。
 - ・本人が安心して終末期を迎えることができる。
 - ・ターミナルケアを多くかかわるため、ACPの基本については、これまでも普通のことだと思っていたため、特別に設けることでもない気はする。ターミナルケアを実際に担当したことのないケアマネジャーや福祉用具相談員は、ACP取り組みによりレベルアップを図れると思う。
 - ・医療機関以外の場所での看取りについて、ご家族・サービス事業に受けられやすいと思います。
 - ・癌で看取りのケアプランを作成したが、そのかわりは1月ほどであった。コロナ禍であったり関わりの期間も短かった。利用者様はどれほどの満足を感じただろうかと思うとき心残りがあります。今後研修がありましたら、しっかり学んでいきたい。
 - ・本人様・家族様が納得される人生の終わり方、終わりの迎え方に対する心構えなど事前に知ることができる。
 - ・本人も周りも人生の最終段階に向け準備することができる。
 - ・対象者の死生観を知ること、望む最後を迎えることができる。家族の後悔も少なくなるのではないか。
 - ・①過剰医療の中止 ②本人・家族の負担減
 - ・多職種との連携
 - ・事故の意思が尊重された状態で人生の最後を迎えることができる＝自己責任
 - ・当院では在宅末期医療を基幹病院から引き継いで実施している為、すでにACPでの在宅の段階を過ぎている患者で、看取り目的が多い。
 - ・終末期の方針に関して、意見統一が図られる。
 - ・自身の将来を考えるきっかけ。
 - ・本人及びご家族の不安が減る可能性はあると思います。
 - ・看取り時に役立つ。
 - ・施設入所待ち高齢者が減り、本当に必要な高齢者が入所できるようになる。医療機関も同様。
 - ・人生の最終期を迎えたご高齢者に対する心構えが出来て対応できるようになると思える。これは対象者の家族に対してが一番重要と思えます。
 - ・多職種でのACPについての理解が得られ、患者様の人生において、少しでも長生きできると考えられます。
 - ・自宅での臨終
 - ・患者さん本人の希望に沿った医療・ケアを受けられる可能性が高くなると思われる。
 - ・患者様・ご家族様のQOL向上につながる。
 - ・良い終末期を迎えられる。（終末期になってから考えるのでは遅く、最善の選択肢を選ぶのは難しくなる。）サポートする側も、より良いサポートが行えるようになる。
 - ・入居者様の意向が尊重されたケアの実践につながる。
 - ・最後の時に家族、その他業種様々の方との関係を築けていけることで、互いの思いや業種間のやり取りもスムーズに行える気がする。
 - ・死は誰でも必ず迎えることであるが、その時期は事故死や病死などの原因で予想がつかない。自身のために、残された家族のために、最後をどのように迎えるか、地域包括ケアシステムを意識して考えていきたい。
 - ・本人の家族や精神的安定と満足が得られる。状況予測に伴った医療やケアが提供できる。
 - ・PCAをすすめていかないと、いつまでも医師主導では成立しないと考えます。
 - ・選択肢は複数あるという当たり前のことがスタンダードになること。しかしながら、話し合いをしなければならない、という拘りや義務感が生まれたら、柔軟性がかけるというデメリットにつながりかねない。
 - ・看取りについて入ってからでは本人様の意思確認が難しく、ACP実践にてより看取り期のQOLの向上を望めると思います
 - ・利用者にとっては、たとえ判断力がなくなっても、意識がなくなっても望む最期を迎えられる。また、支援者にとっては情報共有、連携することで精神的にも負担が減る。
 - ・一番は残された家族さんにメリットがあるように思われます。ただ、その他の職種にも健常な時からの治療の方針になると考えます。
 - ・分からない
 - ・本人の望む最期の時間をより良い時間にできる
 - ・本人やご家族、ケアチームが同じ思いで最期の時を迎えることができる。
- 最期の時の過ごし方など、ご本人やご家族の思いが尊重されてすす事ができ後悔の思いが残りずらいと思います。
- またケアするチームとしても、ご本人やご家族に寄り添ったケアができると思います。

- ・利用者の満足感。終末期において、本人、家族が悔いの残らない様にする など
- ・本人たちの希望する最後へ近づくことができる。
- ・地域包括ケアシステムの構築が具体的動き出す
- ・医療・福祉従事者が共通認識で対象者の最期に関われる
- ・現状を知る事で利用者さんの気持ちの整理の手助けになると思います。
- ・充実した人生を送れると思います。
- ・※ACPの取り組みにより、その方の希望、価値観、意思などを具体化することで、目標を統一化することができ、多職種連携がスムーズになると考えます。
- ※その方の心により一層寄り添える支援が行えることで、最後のその時まで、その人らしく、心穏やかに過ごせると考えます。
- ・「楽しみ・生きがい」をもって、終末を迎えることができると思います
- ・人の気持ちは揺れる、迷う中で、メリットもデメリットもあると考え、難しさを感じています。方向性の判断を行う場合の判断材料の一つとしては、最後に携わる関係者にとっては、メリットかもしれない。反面、事の重大さ、慎重さ、倫理感が求められると思うと、複雑です。
- ・その人らしい最後について、支援者が共通認識を持ってチームとなって支援することができる
- ・住み慣れた環境で最後まで安心して生活できる
- ・事前に、話し合うことで、人生の最終段階を迎えるにあたり、本人・家族・医療ケアチームが先を見通すことができ、現在だけを見る、今の現状より、一歩進めると思います。
- ・思いは変化すると思うが、自身の生き方を考える時間、どう生きていきたいか見つめる事ができると思う。
- ・わからない
- ・患者さん及び家族がより良い週末を迎えられる
- ・自分らしく最期まで人生を全うできる。後悔ない人生を送れる。
- ・その状態に直面した時に患者や家族との意思疎通をやり違えず対応していくことかできる。
- ・よくわからない
- ・終末期に自分がどうしたいかを整理ができ、家族等にきちんと意思を伝えることができる。
- ・患者、その家族の意向に沿ったケアにより、満足度が上がると思われる
- ・本人の望む最期の形の医療・ケアが出来る事。
- ・人は必ず死ぬという再認識をして頂きたいコメディカルにとって、良き教育になるだろう。
- ・死ぬまでにどう生きるかを、具体的に提案したり実践したり共有しやすくなるのではないかと思います。
- ・死ぬことは生きる最後の段階である事を理解してもらえると考えます。
- ・情報の共有
- ・身体状態変化時や緊急時の対応等について事前にケアチーム間で情報共有や話し合いが行われていれば、もしもの場合に対応がスムーズに行え、慌てず進められるメリットがあると考えております。また、ケアチーム間での連携も取りやすくなるものと思います。
- ・自然に患者、家族の気持ちを確認しておくことで、それに沿った医療や支援を提供できる
- ・どこまで医療行為を行うかを事前に決める事ができる。
- ・高齢者問題への解決
- ・自己決定への支援、家族の決断による心身への負担の軽減が望める
- ・高齢者が増えていくので人生の終わりにどんなことを感じどんなことが必要とされているのかというのを医療従事者として知っておくのは大事な事だと思います
- ・日常の診療で患者さんの生活背景への気づき
- ・家族の覚悟
- ・ご本人の意思を尊重できること。そのための準備ができる期間があることで、ご本人の意思を尊重しながら、よりスムーズに医療・介護サービスの提供ができると考えます。
- ・本人と家族の最後の時間、穏やかに過ごせて最後を迎えることができる。
- ・方向性が見えるため支援に対して迷いが減り、支援しやすくなる
- 本人、家族も悔いなく最後を迎えられるようにできるのではないかと
- ・本人の意思が反映される（すべてではないかもしれないが）
- ・他職種が関わる事で、より充実した支援を受けることができる。
- ・自宅での最後を迎えたいと考えている利用者は多くいると考えられ、その支援をどのように行なっていけばいいかを本人様、家族様は手段を理解していないと思います。
- 医療や介護の専門職が携わる事で、本人様が終末期の時間を大切に考えることができると思います。
- ・今後高齢化社会に貢献する足掛かりになる

- ・本人に関わる関係者の情報共有だったり、本人・家族がどのような最期を迎えるのかを意識するきっかけ作りになるのではないかと思います。
- ・自院、自身へのメリットは感じないが、対象者のご家族にとっては必要なものと思われる
- ・他の職種と連携がしやすくなる
- ・よくわからない
- ・本人の望む暮らし、生活を把握しておく事で、残される家族、サービス事業所が同じ目的をもつ事ができる。また悔いが残らない事
- ・ACPを理解することによって、本人らしい最後を迎えかたに近づけると思う。
- ・自分の意思で最終段階のいろいろなことを決められる
- ・患者さんの考えていることを早めに知ることにより、より良いケアに結びつける事が出来ると思う。
- ・人生の最終段階を少しでも落ち着いて迎えられる。本人の希望が周囲にわかりやすくなり、周囲（訪問職種含）も支援し易い。
- ・独居や身寄りがない方の救急で、来院される場合、意思表示が出来ない事がある。そのようなときの為、ACPが確認できていれば本人の意向に沿った治療を行うことができると考えます。
- ・入居者（と家族）が本当に望む最期に向けた生活を送ることができる。
- ・本人が望む終末期を迎えることができる。家族も本人の意向を理解しやすい。
- ・最期を迎えられた時、本人だけでなく家族やケアチームとしても悔いが軽減されるのではないかと思います。
- ・本人と家族周りの関わっている事業所と共通認識ができスムーズにはいかないかもしれないが本人の意向に沿って進めることができると思います。
- ・多職種の関わり、繰り返し話し合いが行えることで、選択肢が広がる。家族だけの重荷にならず、しっかりと状況と向き合うことが出来るのではないかと。
- ・本人だけではなく家族に対しても安心感を与えられると思う。
- ・本人が亡くなった後も公開なく家族も過ごすことが出来る。
- ・本人や家族の思いを聞くことにより、本人らしい生き方ができ、Fqも納得できると思う。
- ・ご本人の意思の尊重、ご家族の心の準備、ケアチームの連携強化など。
- ・入居者・家族の安心支えにつながり、安らかでまた悔いのない終末を迎えることが出来る。
- ・ご本人・ご家族の心理的な余裕を得やすいのではと考えます。
- ・本人の望む最期を迎えるために家族と一緒に最期のステージに向かう覚悟が出来る。それぞれの想いで最期を迎えることが出来る。
- ・人生の最期をどう過ごしたいか、保人の意見を伝えることで支える家族が気持ちに沿ったケアができる。
- ・自分らしく生きたいという本人の願いや思いを多職種で支え、尊重することで「本人らしさ」に寄り添うことができる。
- ・段階において、役割を決めておくことで焦らず対応できる。本人の思いや家族の思いを整理することで思いを共有し支援が出来る。
- ・繰り返し行うことで、より関係者が本人・家族に寄り添えると考えます。
- ・人生の最終段階を迎える前に本人・家族の意向を確認することによりその人らしく人生の最期を穏やかに終えるのではないかと思います。出来る限り、本人・家族の以降を尊重出来ればと思います。
- ・必要だと思いが現状ではコロナ等あって通院患者以外は無理。
- ・人生最期の事を考える機会を持つことのきっかけにつながるのではと。
- ・家族内のトラブル回避。救命措置等への迅速な移行。
- ・家族・本人の受容度等。
- ・本人の意向に沿って、家族をはじめとした関わる医師や専門職が共有して支援することで、本人と家族の生活の質が向上すると思う。
- ・終末期の安心した生活
- ・対象者及び家族や関わる職種も含め、全員の考え、気持ちの見直しができる。
- ・自分の地域で穏やかに過ごせる
- ・患者・家族の意向がより反映されたケアができる。多職種に方向性のぶれが少なくなる。遺族の抑うつが減少する
- ・残された家族の満足度
- ・本人様の不安の軽減、介護者家族の不安軽減、本人様家族、自分自身も受け止めることができる様に。
- ・知らないのではありません。
- ・環境やサービス、家族の知識や理解があればACPは素晴らしいことだと思う。住み慣れた我が家で終末期を迎えることは本人や家族の安らぎにも繋がると思う。
- ・人生の終末期を有意義に過ごせると思います。
- ・人生の最終期を迎えた御高齢者に対する心構えが出来て対応出来る様になると思える。これは対象者の家族に対してが一番重要と思えます。

- ・ご本人の意向に沿ったケアに近づける。ご本人やご家族の思いを尊重できる。
 - ・本人の意思を尊重できると思う。御家族の精神的負担を軽減できると思う。
 - ・ご本人を含めた相互理解が深まる。
 - ・本人が望まない治療を未然に防ぐことが出来る。
 - ・ケアハウスのものです。ACPは一度も経験しておりません。お元気な時にリビングウィルを伝えられるケースはあります。医療的に具体性があればメリットはあると予測されます。
 - ・「ACP」の取組により、利用者・ご家族への今後の方向性について確認することができて良いと思われる。また、望まれる場所で最期の時を過ごして頂ける。
- ・入院時に御家族に終末期意思確認書を記入して頂くが、ほとんどが出来るが範囲でお願いしたい。医師に任せますと言われる。御本人が本当はどのように望まれているか、元気な時から話し合っておくことが必要と考える。
- ・本人が少しでも納得のいく人生の最終章を過ごせるのではないかと思います。
 - ・地域の社会資源やご本人、ご家族の考え方を知っておくことが出来る。
 - ・患者の自己コントロール感が高まる。死亡場所として病院死が減少する。患者・家族・医療者の協力関係が強化される。
 - ・看取りや治療方針など本人の希望に寄り添うことで本人とその家族も納得のいく最期の場を迎えることが出来る。また、残された家族も寄り添えたことにより前向きになれるのではないかと思います。
 - ・人生の最期に本人が望む生活を医師・家族と共有できる。
 - ・気持ちに変化があった時は、何度でも繰り返し話し合い伝えていくことで、意思決定能力が無くなった時も「本人の望む暮らし」を支援することが出来る。
- ・本人家族の意向に沿った支援や関わりがしやすい。本人の意向を知ることで家族の決断への負担が軽減できる。本人の意向に沿うことで本人家族の気持ちの満足度がアップする。
 - ・看取りの時にスムーズに介入できる。家族や本人の不安が軽減できる。
 - ・人生の最期をどこで迎えたいか？こうなった時の治療をどこまで行うかなどの生き方の選択が広がる希望が聞けることだと思う。
 - ・本人の意向が明確になることで、ケアマネジャーとしてサービス調整の方向性を決めやすく、最終的に家族も本人の思いを尊重でき、看取る事が出来る。
 - ・ACPの取り組みを双方に理解できていれば支援する側、本人、家族もいざという時も慌てないで冷静に対応できるのではないのでしょうか。しかし、その場面になれば人の気持ちは変わることが殆どだと思います。そのことを十分に支援者側が理解しておくことが必要だと思います。
 - ・亡くなった後の家族の気持ちの安定。
 - ・現時点での自分の知識の範囲内では、あまりメリットは感じていません。必要性はあるものだとも思えますので、今後知識を深めていきたいと考えています。
 - ・本人の望むような終末期を過ごせる。
 - ・ご利用者、ご家族に寄り添った対応ができるようになる
 - ・より患者さんや家族の希望などを汲み取ることが出来る
 - ・高齢者が安心して暮らすことができると思う
 - ・その人らしい最期を迎えられる
 - ・価値観の共有とすり合わせ・「本望」という言葉の理解
 - ・本人と家族が前もって話し合っておくことで、もしものことが起こった時の心構えができて慌てずに対応できると思う。
 - ・これから団塊世代の方のニーズにあった看取りや、在宅生活の支援ができる
 - ・利用者ご自身の思いで家族と過ごす最期の時を迎えられると思います。
 - ・ACPは一般的に有用かつ必要なことであることは明白。だが、ターミナルになればなるほど「どの棺桶にするか？」という質問が難しくなるような微妙な問題がある。また死を前にACPのようなことに煩わされるコストと何もしないことで生じるコストを勘案する必要もある。
- 少なくとも「ACP」という言葉を使い続け符丁みたく拵げようとする限り理解利用には限界があるのではないのでしょうか
- ・なかなか話しづらい最後の迎え方について、本人さん自身も家族や支援者と話し、考えるきっかけとなる。
 - ・本人・家族・関わるスタッフの方向性の統一が出来る。
 - ・残された家族が、本人が亡くなった後も治療について後悔することなく前向きな気持ちで過ごせる。
 - ・ご本人の意思が尊重されると共に、ご本人を支える家族、チームの本人理解に繋がり、皆で本人の尊厳を守ることになるし、支える側も後悔が残りにくいと思います。
 - ・本人の尊厳の向き合い、自分らしい生命の終わらせ方や家族を含めた気持ちの準備が出来る。また、チームで共有することで安心感がもたらされる等のメリットがあるのではないかと考えます。
 - ・本人・家族の負担にならないように、穏やかな日常生活を送れる。不要な医療はせず、緩和療法が自宅でもできること。