

令和7年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

介護老人保健施設利用者等に対する
急変時等の治療方針に関する意思決定支援に
かかる調査研究事業
報 告 書

令和8年3月

公益社団法人 全国老人保健施設協会

はじめに

介護老人保健施設は創設当初から、包括的ケアサービスとリハビリテーションにより利用者の自立を支援し、在宅復帰・在宅生活を支える、地域に根差した施設との理念を掲げ、多職種協働で実践してきました。

全国の介護老人保健施設では、諸物価の高騰、建物の老朽化、慢性的な人手不足に加え、他産業への流出等により、依然として厳しい状況が続いています。そのような状況下にあっても、私たち介護老人保健施設には、障がいや認知症があっても住み慣れた場所で暮らし続けることが出来る社会を目指して、地域の介護・医療・福祉関係者、住民、行政機関と協働し、地域の高齢者を支えていく使命があることに変わりはありません。

令和7年度の老人保健健康増進等事業では、令和6年度の継続事業で、昨年度の結果を踏まえ、さらにより良いアドバンスケアプランニング(ACP)を老健施設で行うための方法を模索することを目的として調査した「介護老人保健施設利用者等に対する急変時等の治療方針に関する意思決定支援にかかる調査研究事業」、頑張っている施設の実践を見える化し、今後の制度作りに活かすため、現場の取り組みや実態を調査した「介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の促進にかかる調査研究事業」を実施いたしました。これらの調査研究事業から得られた貴重なデータは、これからの老健施設運営になくてはならないものとなります。業務ご多忙のなか、調査にご協力いただいた会員施設の皆さまに、この場をお借りして深く御礼申し上げます。

当協会が取り組む調査研究事業が目指すものは、地域に不可欠な社会資源である介護老人保健施設が果たしてきた役割の検証と、未来に向けた提言です。本調査研究事業の成果が広く活用され、わが国の介護サービスの発展に寄与することを祈念いたします。

令和8年3月

公益社団法人全国老人保健施設協会
会 長 東 憲 太 郎

介護老人保健施設利用者等に対する急変時等の治療方針に関する意思決定支援
にかかると調査研究事業 報告書

目次

第1章 事業の概要	1
1. 本事業の背景と目的	1
2. 研究班の設置	1
3. 調査票を用いた郵送調査の実施概要	2
4. インタビューの実施概要	2
第2章 調査票を用いた郵送調査の結果	4
第1節 回収状況	5
第2節 施設票の主な結果	5
1. 施設類型等	5
2. 職員体制	6
3. 利用者の状況	7
4. 他医療機関との連携等	8
5. 看取りに関する対応	11
6. 急変時等の対応予定等	16
7. ACP時の対応	18
8. 施設の入所者・退所者	37
9. 追加分析	41
第3節 管理医師票の主な結果	48
1. 回答医師の属性等	48
2. 医療上専門医の判断を必要とする可能性がある場合についての老健の管理医師の対応についての考え方	51
3. 医療機関との連携	53
4. 研修参加状況	54
5. 医療に関する説明や ACP への対応	55
第4節 事例票の主な結果	63
1. 対象者の基本属性	63
2. 入退所の状況	67
3. 対応方針等	72
4. ACP について	73
5. ケアや看取りの質の評価	88
6. 追加分析（死亡事例）	90

第3章 事例集	98
第4章 まとめと考察	130
第1節 本調査研究事業により把握できた主な結果	131
1. 老健における看取り対応等	131
2. 老健における意思決定支援について	133
3. 病院に搬送し、受け入れ側の医師から搬送が受け入れられなかった症例 ..	137
4. 利用者個票について	138
5. インタビュー調査	140
第2節 総括	141
参考資料	144

※本報告書の略語と用語定義に関して：本報告書においては、以下の通り略記を用いる場合がある。

- ・公益社団法人全国老人保健施設協会：全老健ないし当協会
- ・介護老人保健施設：老健施設ないし老健
- ・基本サービス費の在宅強化型を算定する介護老人保健施設：在宅強化型ないし強化型
- ・強化型のうち、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）を算定する介護老人保健施設：超強化型
- ・基本サービス費の基本型を算定する介護老人保健施設：基本型
- ・基本型のうち、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）を算定する介護老人保健施設：加算型
- ・基本サービス費のその他型を算定する介護老人保健施設：その他型
- ・介護療養型老人保健施設：療養型ないし療養型老健
- ・超強化型・在宅強化型・加算型・基本型・その他型・療養型の類型：施設類型ないし類型
- ・リハビリテーション：リハビリ
- ・アドバンス・ケア・プランニング：ACP

第1章 事業の概要

1. 本事業の背景と目的

令和5年度介護給付費分科会において、令和3年度DPCデータでは、介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%となっており、現行多くの患者が入院をしている医療機関について、当該医療機関が提供する医療の内容と、要介護者等の高齢者が求める医療の内容に乖離がある可能性が指摘されている。

要介護者に対しては、本人の意向を踏まえた医療が提供されるよう、治療方針にかかる意思決定支援を行うことが重要である。特に医師が常勤で配置されている介護老人保健施設及び介護医療院については、施設内で一定の医療提供を行うことが期待されており、施設で加療を行うものと、医療機関での加療を行うものについて、事前に検討する意義が高いと考えられる。

そのため、本事業では、介護老人保健施設等における意思決定支援等の実態について、検討委員会を設置し、調査を行った上で、適切な意思決定支援の在り方についての事例集や、今後の施策検討に資する資料などを作成する。

2. 研究班の設置

本事業の実施にあたり、有識者で構成される研究班を設置し、3回にわたる研究班会議で検討したほか、メールにより協議を行った。

【委員名簿】

担当副会長	松田 晋哉	福岡国際医療福祉大学 看護学部 教授
班長	浦野 友彦	国際医療福祉大学 医学部 老年病学 教授 介護老人保健施設マロニエ苑 施設長
班員	荒川 佳奈	老人保健施設六和会センテナリアン 施設長
	飯島 勝矢	東京大学 高齢社会総合研究機構 機構長 未来ビジョン研究センター 教授
	今村 英仁	公益社団法人日本医師会 常任理事
	浦 慶子	介護老人保健施設ベルアモール 相談課課長
	大河内 二郎	介護老人保健施設竜間之郷 施設長
	坂井 智達	九州大学大学院医学研究院地域医療教育ユニット 助教
	服部 ゆかり	東京大学医学部附属病院 老年病科・職員等健康相談室 助教

オブザーバー：厚生労働省老健局老人保健課

一部業務委託先：三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

【開催経緯】

第1回：令和7年7月7日（月） 15:00～17:00 ※WEB 併用会議

第2回：令和7年10月28日（火） 14:00～15:00 ※WEB 会議

第3回：令和8年2月2日（月） 13:00～15:00 ※WEB 会議

3. 調査票を用いた郵送調査の実施概要

(1) 調査方法

令和7年10月現在の全国老人保健施設協会正会員3,498施設を対象として、悉皆調査を実施した。

- 調査時期：令和7年10月21日（火）～11月20日（木）
- 実施方法：郵送により調査票を発送、郵送・FAX・メールにより回収
- 調査票発出数：3,498件、調査票回収数：825件（回収率23.6%）
- 調査票記入者：設問の内容に応じ、医師、看護師など医療提供にかかわる職種の方に記入いただくか、関係する多職種で協議のうえ回答を依頼

(2) 調査内容

調査票は施設調査票、管理医師調査票、事例調査票の3部構成で作成した。

①施設調査票

施設類型、職員体制、利用者の状況、他医療機関との連携、看取りに関する対応、急変時等の対応予定、ACP時の対応、入退所者数／等

②管理医師調査票

管理医師の基本情報、専門医の判断を必要とする場合の考え方、医療機関との連携、研修参加状況、医療に関する説明やACPへの対応／等

③事例調査票

対象：施設内で死亡した事例、病院へ入院した事例、在宅へ退所した事例

対象者の基本情報（年齢、性別、要介護度、自立度、入所期間、疾患名／等）

ACPの実施状況、施設でのケアの評価／等

なお、具体的な調査項目については、全老健のホームページに掲載の「調査実施要綱・調査票等」を参照されたい。

4. インタビューの実施概要

(1) 調査目的

利用者や利用者家族の意思決定支援に先進的に取り組む老健施設等にインタビューを行い、施設における意思決定支援やアドバンス・ケア・プランニング（以下ACP）の実践や、ノウハウ、課題を聴取する。

また、本事業にて作成する事例集の作成に資するよう情報収集を行う。

(2) 調査方法

オンライン会議システムを用い、半構造化インタビューを実施した。インタビューは90分程度で行った。

(3) 調査対象

出版書籍や雑誌等への寄稿、セミナー・研修への登壇等の情報から、先進的に意思決定支援や ACP を行っていると思われる施設や、本事業にて実施したアンケート調査結果から、先進的に意思決定支援や ACP を行っていると思われる施設を選出した。いずれも班会議にて委員による検討を行った。

No.	施設名	参加職種	実施日
1	社会福祉法人愛光園 老人保健施設相生	医師、看護主任、相談員兼ケアマネジャー	12/8 (月)
2	社会医療法人高橋病院 介護老人保健施設ゆとりろ	理事長、医師 (施設長)、統括マネージャー・理学療法士、看護師・フロアマネージャー、看護師・ACP 担当、ケアマネジャー	12/9 (火)
3	医療法人木水会 介護老人保健施設八州苑	医師、ケアマネジャー 3 名	12/24 (水)
4	医療法人財団新生会 介護老人保健施設高齢者ケアセンターのぞみ	看護師長、看護師、相談員	1/28 (水)

(4) 主な質問内容

1. 施設の基本情報	<ul style="list-style-type: none"> 施設類型／職員体制／併設施設／協力医療機関等 外部医療機関との関係
2. 看取り対応	<ul style="list-style-type: none"> 看取り対応の方針 看取りへの対応状況
3. ACP の実施状況	<ul style="list-style-type: none"> 実施時期／実施頻度／参加職種／本人・家族の参加状況 ACP で話し合う内容／ACP の話し合いで重視する内容／施設における医療対応／急変時の搬送意向／看取り期の意向、取得状況 ACP の記録方法 入所・退所時の ACP 情報の引き継ぎについて ACP に関わる ICT の活用 ACP に関わる研修受講状況、施設内での研修実施状況
4. ACP を行う際の工夫	<ul style="list-style-type: none"> 認知症を抱えた利用者と話し合う場合の工夫 利用者の意向と家族の意向が衝突するとき、家族の意向が強いときの工夫 利用者、家族等が話し合いに積極的でない、医療者に任せがちで十分に話し合えないときの工夫

(5) 調査結果のまとめ方

調査結果をもとに、他の施設が参考にさせていただけるよう事例集としてとりまとめた。本報告書の第 3 章に掲載したので、ぜひ活用してほしい。

第 2 章 調査票を用いた郵送調査の結果

第1節 回収状況

回収状況は表のとおりであった。

図表 2-1-1 回収状況

	発送数	有効回収数	有効回収率
施設調査票	3,498 施設	825 施設	23.6%
管理医師調査票	3,498 人	789 人	22.6%
事例調査票			
施設内での死亡	3,498 施設	事例 721 件 (施設)	20.6%
入院	3,498 施設	事例 753 件 (施設)	21.5%
在宅へ退所	3,498 施設	事例 692 件 (施設)	19.8%

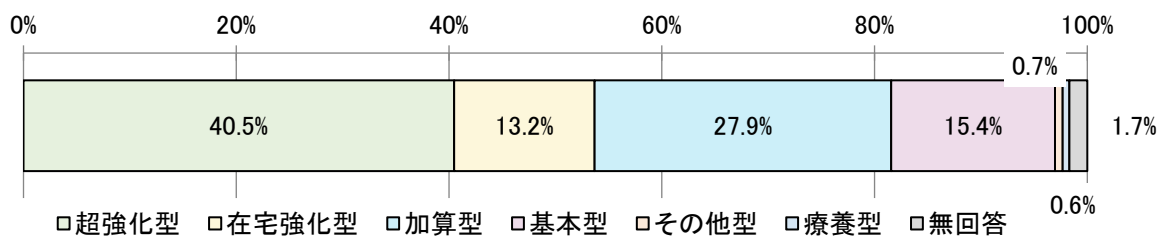
第2節 施設票の主な結果

1. 施設類型等

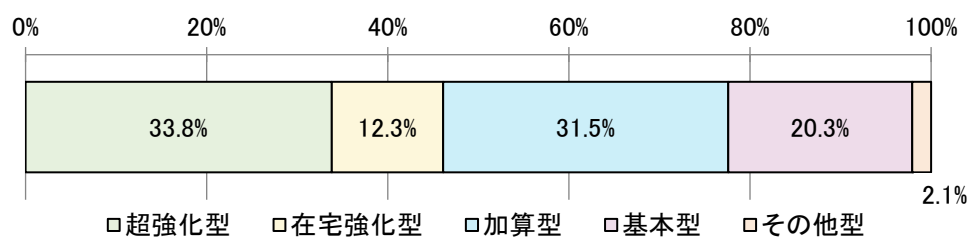
(1) 施設類型

令和7年10月1日現在に算定する施設類型は、「超強化型」が40.5%で最も多く、次いで「加算型」が27.9%であった。

図表 2-2-1 施設類型 (n=825) (問1)



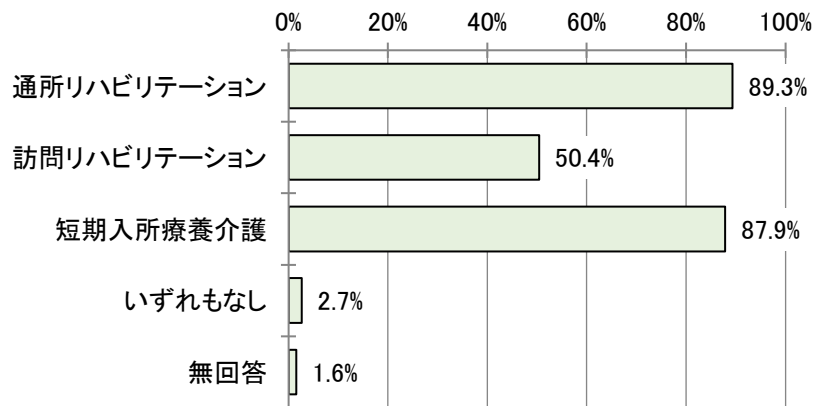
参考：施設類型：令和7年度介護給付費等実態統計（令和7年8月審査分）をもとに
当協会にて算出



(2) 令和7年7月～9月に実施した居宅サービスについて

令和7年7月～9月に実施した居宅サービスは、「通所リハビリテーション」が89.3%で最も多く、次いで「短期入所療養介護」が87.9%であった。

図表 2-2-2 令和7年7月～9月に実施した居宅サービス（複数回答）（n=825）（問1）



2. 職員体制

令和7年10月1日現在の、施設の入所サービスに係る職員数の平均値について、医師の実人数は2.0人、医師の常勤換算及び常勤医師の人数は1.1人であった。

看護職員の実人数は12.1人、看護職員の常勤換算は10.5人、正看護師の実人数は7.9人であった。

介護職員の実人数は32.2人、介護職員の常勤換算は29.4人であった。

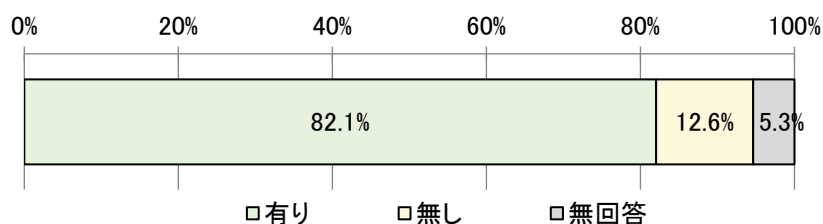
図表 2-2-3 入所サービスに係る職員数（問2）

単位：人

	件数	平均値	標準偏差	中央値
医師：実人数	820	2.0	1.4	2.0
医師：常勤換算	811	1.1	0.4	1.0
医師：常勤医師の人数	759	1.1	0.5	1.0
看護職員：実人数	807	12.1	4.1	11.0
看護職員：常勤換算	748	10.5	3.4	10.2
看護職員：正看護師の実人数	782	7.9	4.1	7.0
介護職員：実人数	800	32.2	11.6	31.0
介護職員：常勤換算	749	29.4	10.5	28.8

看護職員の24時間配置については、「有り」が82.1%、「無し」が12.6%であった。

図表 2-2-4 看護職員の24時間配置（n=825）（問2）



3. 利用者の状況

令和7年10月1日午前0時時点の、入所定員の平均値は94.0人であった。入所サービスの利用者の実人数の平均値は83.2人、短期入所療養介護の利用者の実人数の平均値は2.4人であった。

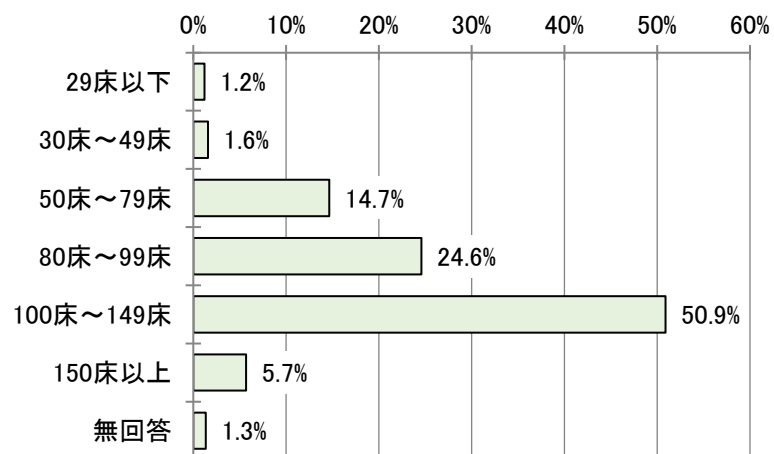
図表 2-2-5 入所定員と利用者数（問3）

単位：人

	件数	平均値	標準偏差	中央値
入所定員	814	94.0	26.5	100.0
入所サービスの利用者：実人数	777	83.2	25.1	85.0
短期入所療養介護の利用者：実人数	781	2.4	3.5	1.0

入所定員の分布は、「100床～149床」が50.9%で最も多く、次いで「80床～99床」が24.6%であった。

図表 2-2-6 入所定員の分布

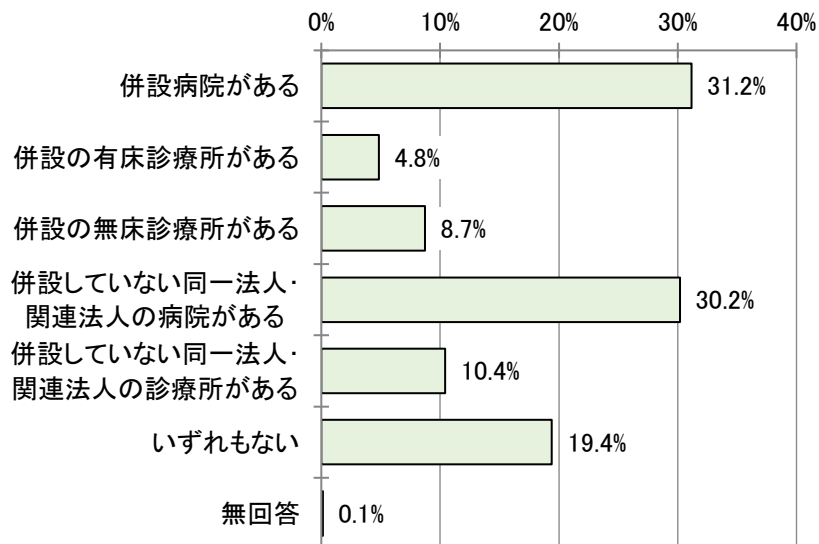


4. 他医療機関との連携等

(1) 併設病院等の有無

施設の併設病院等の有無は、「併設病院がある」が31.2%で最も多く、次いで「併設していない同一法人・関連法人の病院がある」が30.2%であった。

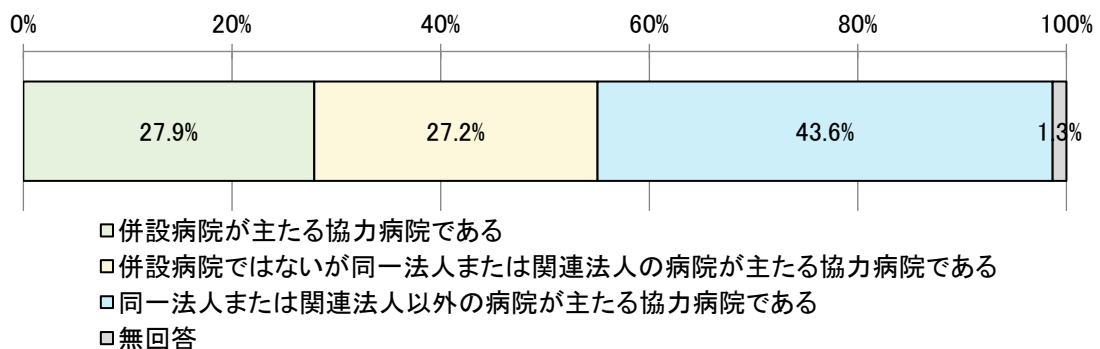
図表 2-2-7 併設病院等の有無（複数回答）（n=825）（問 4）



(2) 主たる協力病院との関係

主たる協力病院との関係は、「同一法人または関連法人以外の病院が主たる協力病院である」が43.6%で最も多く、次いで「併設病院が主たる協力病院である」が27.9%であった。

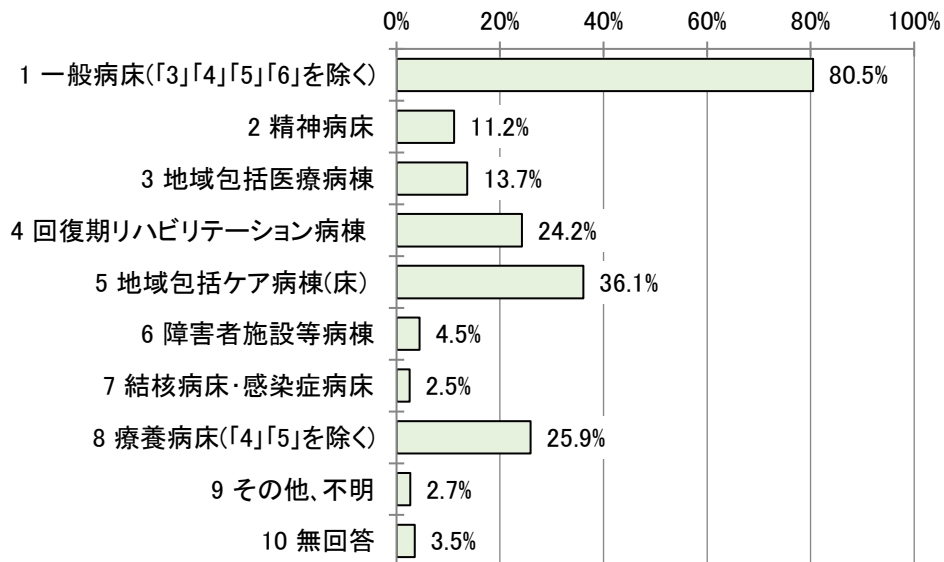
図表 2-2-8 主たる協力病院との関係（n=825）（問 4）



(3) 主たる協力病院の病床・病棟の種別

主たる協力病院の病床・病棟の種別は、「一般病床（「3」「4」「5」「6」を除く）」が80.5%で最も多く、次いで「地域包括ケア病棟（床）」が36.1%であった。

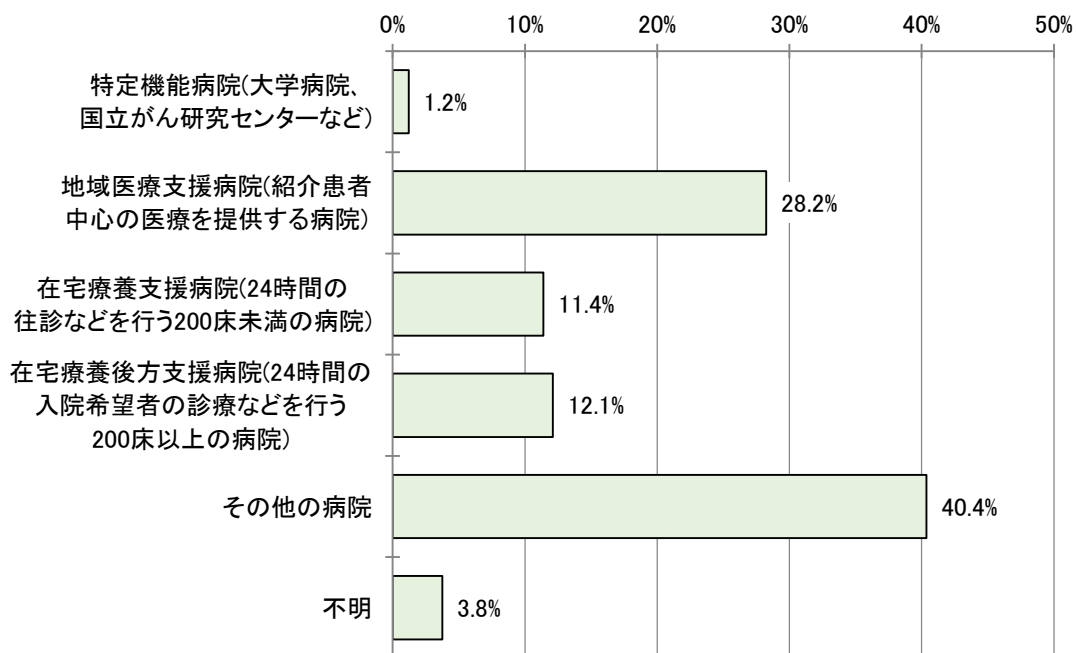
図表 2-2-9 主たる協力病院の病床・病棟の種別（複数回答）（n=825）（問 4）



(4) 主たる協力病院が該当するもの

主たる協力病院が該当するものは、「その他の病院」が40.4%で最も多く、次いで「地域医療支援病院（紹介患者中心の医療を提供する病院）」が28.2%であった。

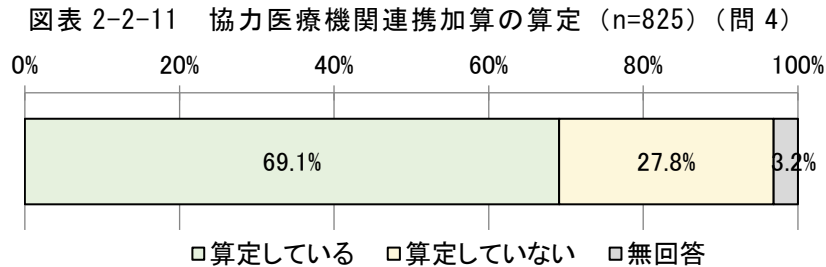
図表 2-2-10 主たる協力病院が該当するもの（複数回答）（n=825）（問 4）



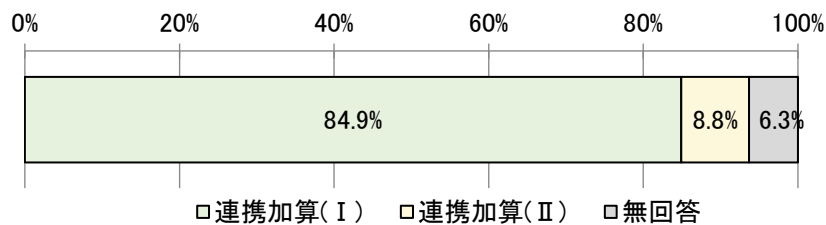
(5) 協力医療機関連携加算の算定

協力医療機関連携加算は、「算定している」が69.1%、「算定していない」が27.8%であった。

算定している場合、「連携加算（Ⅰ）」が84.9%、「連携加算（Ⅱ）」が8.8%であった。



図表 2-2-12 (算定している場合) 連携加算(Ⅰ)と(Ⅱ)のどちらを算定しているか (n=570) (問 4)

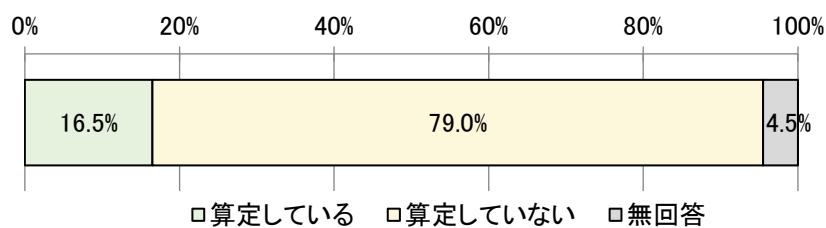


(6) かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定

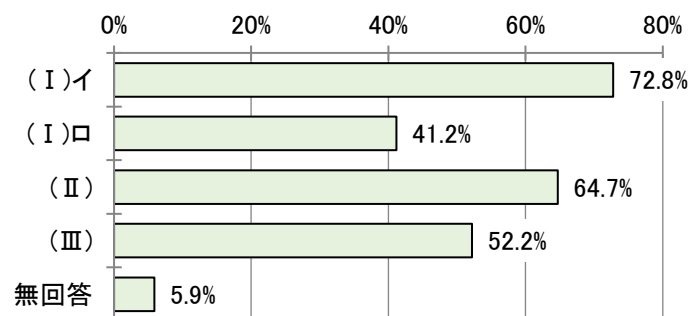
かかりつけ医連携薬剤調整加算は、「算定している」が16.5%、「算定していない」が79.0%であった。

算定している場合、「(Ⅰ)イ」が72.8%で、「(Ⅱ)」が64.7%であった。

図表 2-2-13 かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定 (n=825) (問 4)



図表 2-2-14 (算定している場合) 算定方法 (複数回答) (n=136) (問 4)

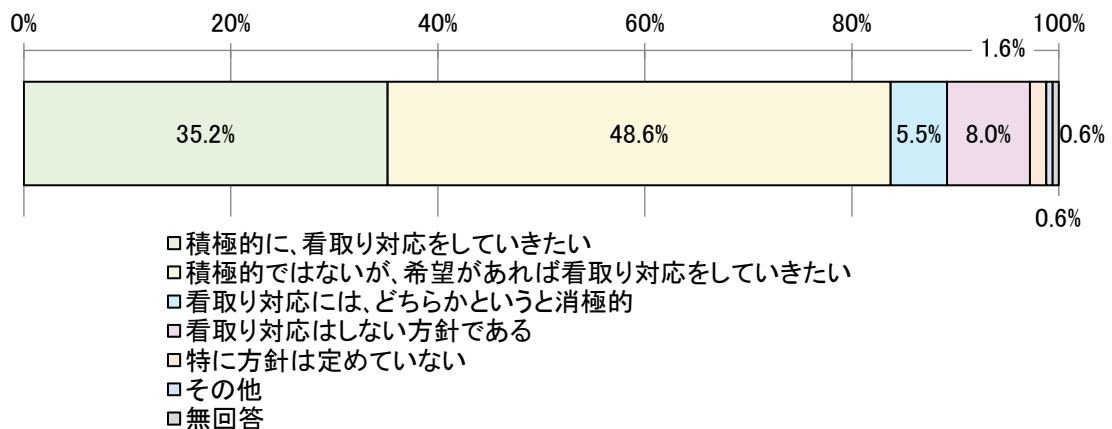


5. 看取りに関する対応

(1) 看取り対応について施設としての方針

看取り対応についての施設としての方針は、「積極的ではないが、希望があれば看取り対応をしていきたい」が 48.6%で最も多く、次いで「積極的に、看取り対応をしていきたい」が 35.2%であった。

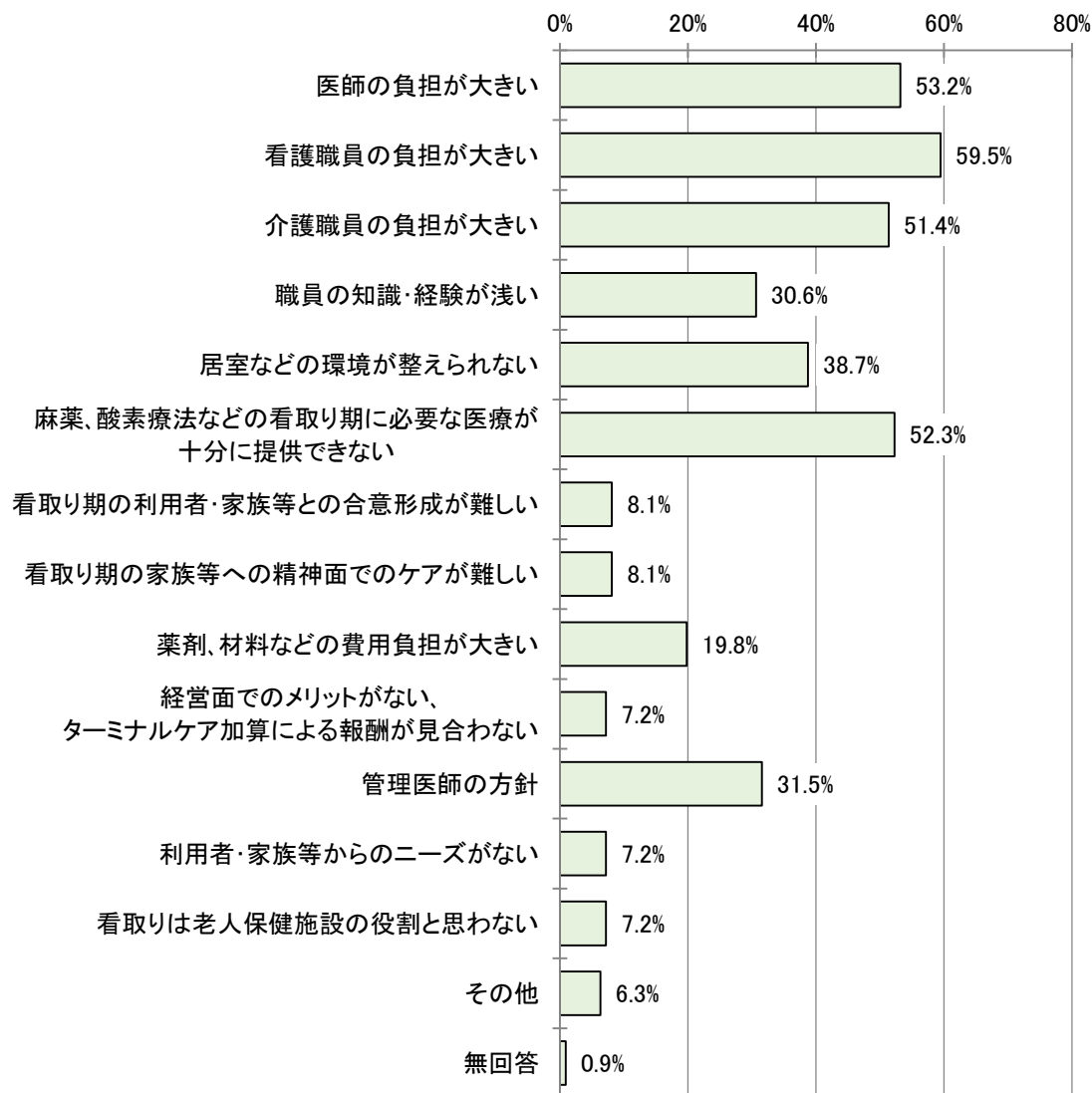
図表 2-2-15 看取り対応について施設としての方針 (n=825) (問 5)



その他の具体的な内容：「検討中」「準備中」「他病院より紹介があれば受入れている」/等

看取り対応について消極的である、または、行わない理由としては、「看護職員の負担が大きい」が59.5%で最も多く、次いで「医師の負担が大きい」が53.2%であった。

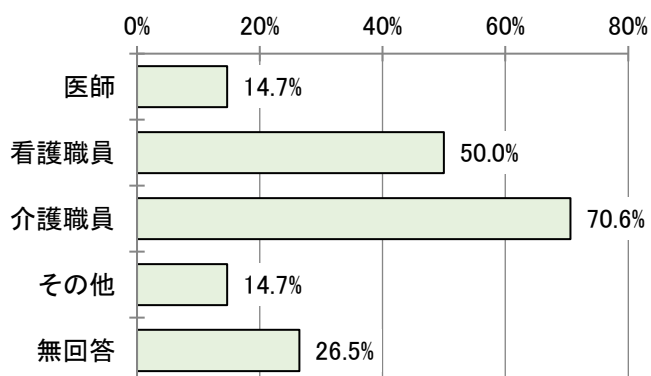
図表 2-2-16 看取り対応について消極的である、または、行わない理由（複数回答）
(n=111)（問 5 枝問）



その他の具体的な内容：「併設病院で対応する」「同一法人の病院が対応する」

看取り対応について知識・経験が浅い職員は、「介護職員」が70.6%で最も多く、次いで「看護職員」が50.0%であった。

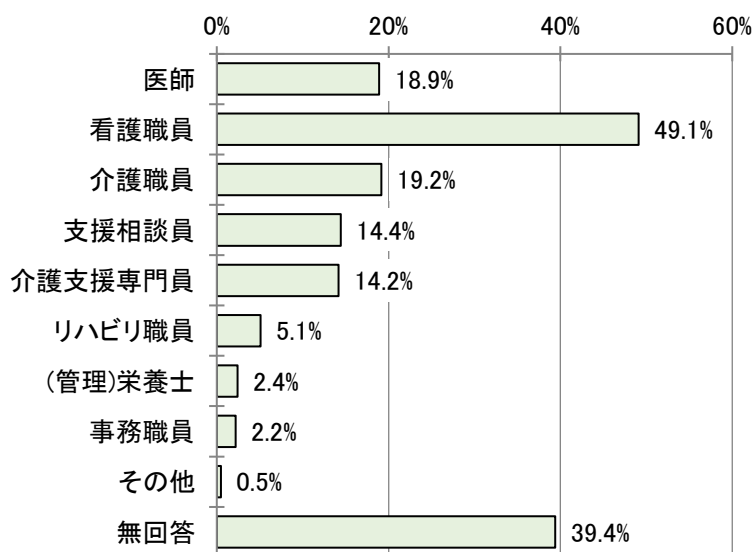
図表 2-2-17 看取り対応について知識・経験が浅い職員（複数回答）（n=34）（問 5）



(2) 緩和ケアで研修受講経験のある職種

国や自治体、医療関係団体等が主催する緩和ケアに関する研修会を受講したことがある職種は、「看護職員」が49.1%で最も多く、次いで「介護職員」が19.2%であった。

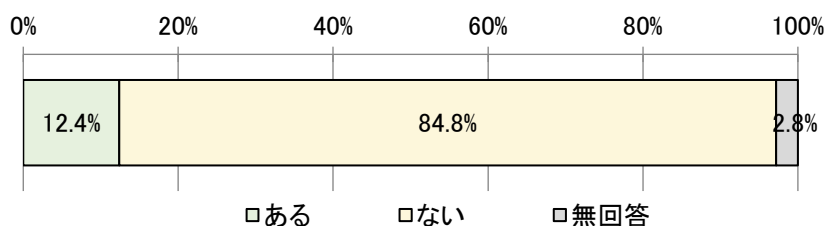
図表 2-2-18 緩和ケアで研修受講経験のある職種（複数回答）（n=825）（問 5）



(3) 緩和ケアチームの有無

施設の緩和ケアチームの有無は、「ある」が12.4%、「ない」が84.8%であった。

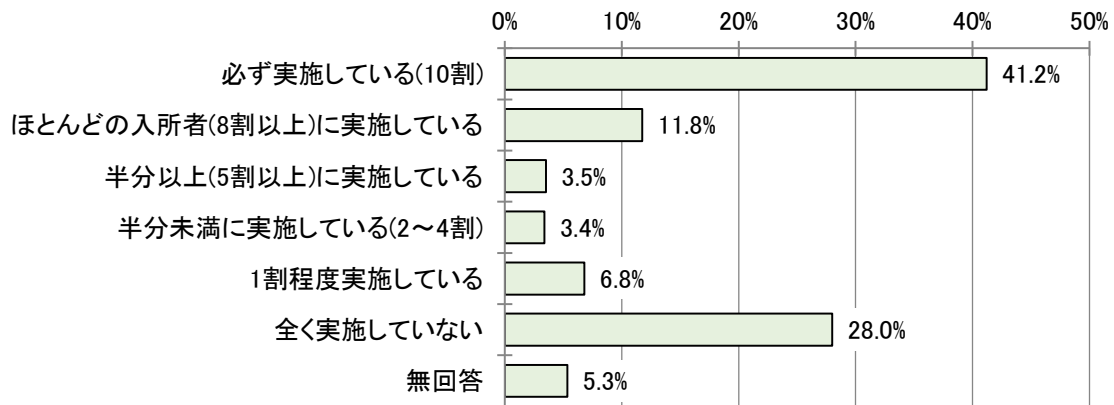
図表 2-2-19 緩和ケアチームの有無（n=825）（問 5）



(4) 緩和ケアに関するカンファレンスの実施状況

看取り期が予想される入所者について、緩和ケアに関するカンファレンスの実施状況は、「必ず実施している（10割）」が41.2%で最も多く、次いで「全く実施していない」が28.0%であった。

図表 2-2-20 緩和ケアに関するカンファレンスの実施状況（n=825）（問 5）

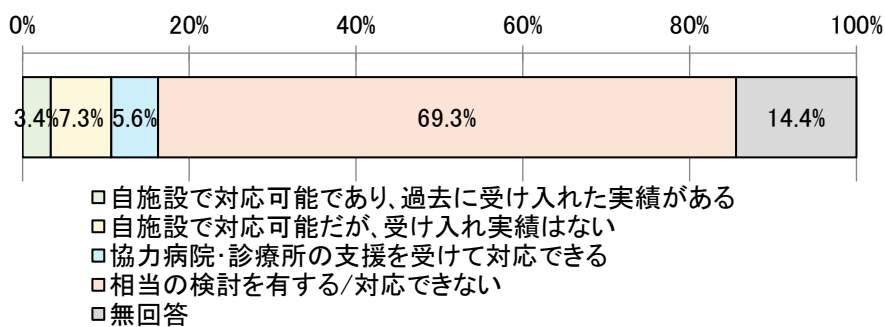


(5) 疼痛緩和のための麻薬利用

① 麻薬（注射剤）の使用・管理

施設における疼痛緩和のための麻薬（注射剤）の使用・管理は、「相当の検討を有する／対応できない」が69.3%で最も多く、次いで「自施設で対応可能だが、受け入れ実績はない」が7.3%であった。

図表 2-2-21 疼痛緩和のための麻薬利用：注射剤（n=825）（問 5）

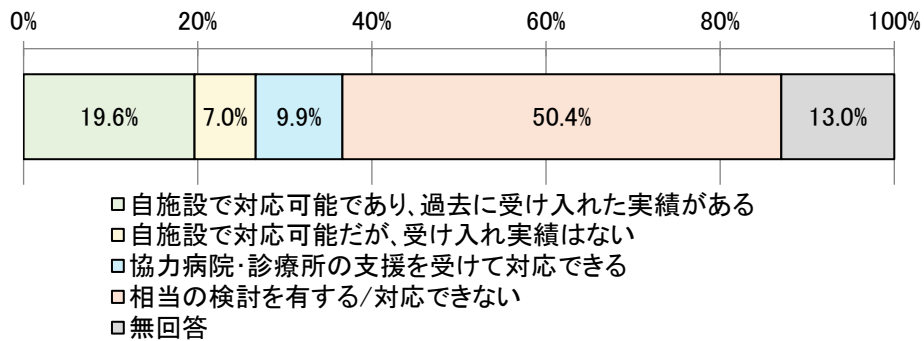


- 自施設で対応可能であり、過去に受け入れた実績がある
- 自施設で対応可能だが、受け入れ実績はない
- 協力病院・診療所の支援を受けて対応できる
- 相当の検討を有する/対応できない
- 無回答

② 麻薬（内服、貼付、坐剤）の使用・管理

施設における疼痛緩和のための麻薬（内服・貼付・坐剤）の使用・管理は、「相当の検討を有する／対応できない」が 50.4%で最も多く、次いで「自施設で対応可能であり、過去に受け入れた実績がある」が 19.6%であった。

図表 2-2-22 疼痛緩和のための麻薬利用：内服、貼付、坐剤（n=825）（問 5）



自施設で対応可能であり、過去に受け入れた実績がある施設において、令和 7 年 4 月～9 月の期間における疼痛緩和のための麻薬利用についてたずねたところ、注射剤の対応人数は回答施設全体で 7 人、1 施設あたりの平均値は 0.3 人、内服、貼付、坐剤の対応人数は回答施設全体で 110 人、1 施設あたりの平均値は 0.7 人であった。

図表 2-2-23 疼痛緩和のための麻薬利用（問 5）

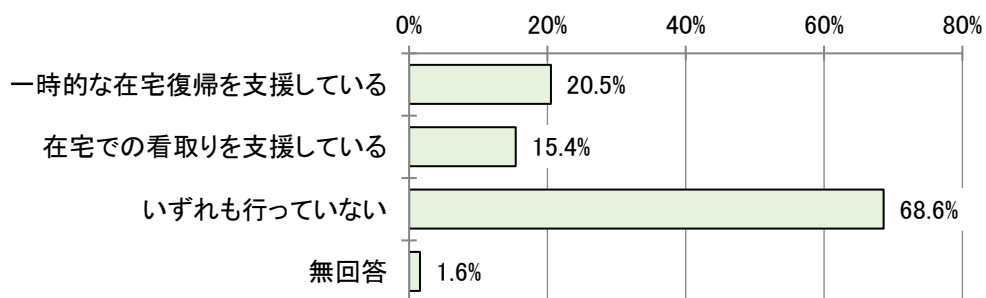
単位：人

	件数	合計値	平均値	標準偏差	中央値
麻薬（注射剤）の対応人数	26	7	0.3	0.8	0.0
麻薬（内服、貼付、坐剤）の対応人数	148	110	0.7	1.5	0.0

(6) 看取り期にある入所者の在宅復帰支援や、在宅での看取り支援の実施状況

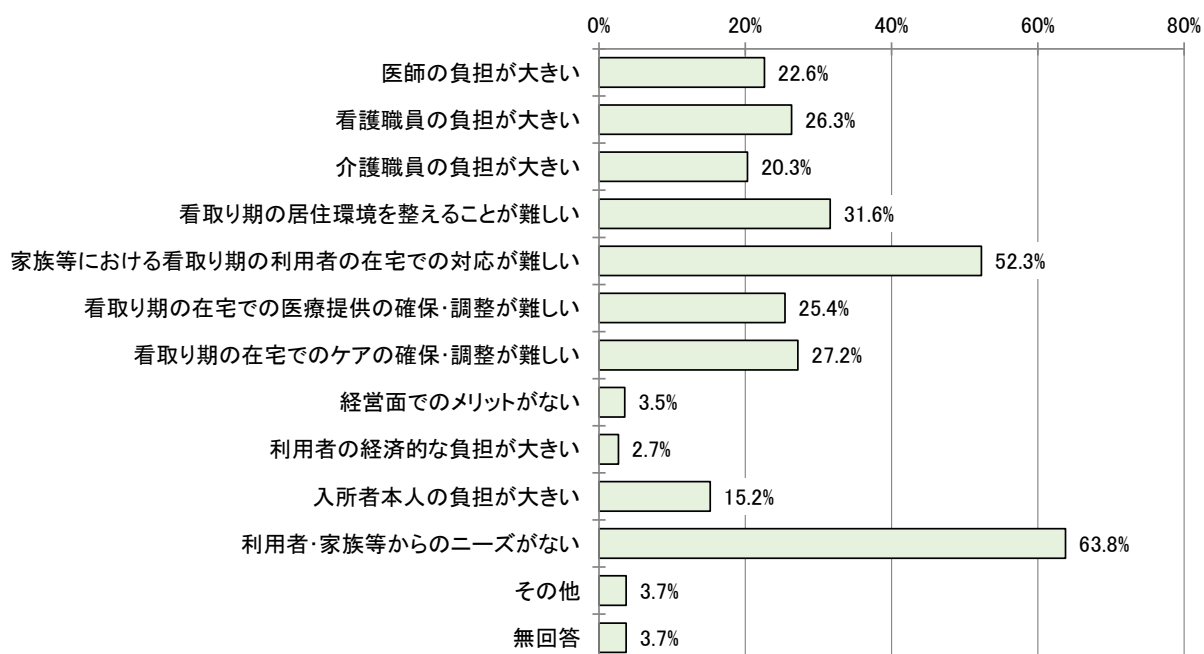
看取り期にある入所者の在宅復帰支援や、在宅での看取り支援を実施しているかについては、「いずれも行っていない」が 68.6%、「一時的な在宅復帰を支援している」が 20.5%、「在宅での看取りを支援している」が 15.4%であった。

図表 2-2-24 看取り期にある入所者の在宅復帰支援や、在宅での看取り支援の実施状況（複数回答）（n=825）（問 5）



看取り期にある入所者の在宅復帰支援や、在宅での看取り支援を実施していない理由は、「利用者・家族等からのニーズがない」が63.8%で最も多く、次いで「家族等における看取り期の利用者の在宅での対応が難しい」が52.3%であった。

図表 2-2-25 看取り期にある入所者の在宅復帰支援や、在宅での看取り支援を実施していない理由（複数回答）（n=566）（問 5）



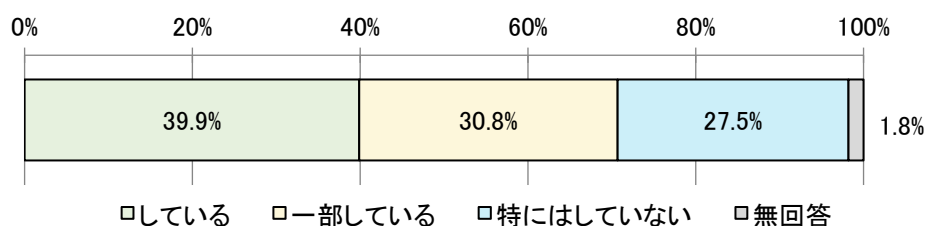
その他の具体的な内容：「要望がない」「併設病院の役割であるため」「感染の観点により勧めていない」「薬剤（麻薬）管理（が難しい）」

6. 急変時等の対応予定等

(1) 「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」を参考にしているか

利用者の人生の最終段階における医療・ケアの実施について、「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」（厚生労働省）を参考にしているかは、「している」が39.9%、「一部している」が30.8%。「特にはしていない」が27.5%であった。

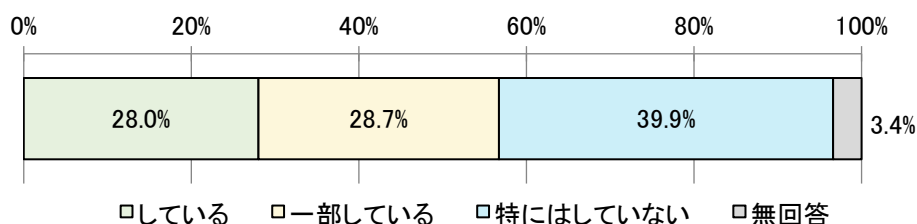
図表 2-2-26 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を参考にしているか（n=825）（問 6）



(2) 「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」を参考にしているか

認知症の利用者の医療・ケアについて、「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）を参考にしているかは、「特にはしていない」が39.9%、次いで「一部している」が28.7%、「している」が28.0%であった。

図表 2-2-27 「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」を参考にしているか (n=825) (問 6)



(3) 急変時等の対応予定の共有等の実施人数等

急変時等の対応予定の共有等の実施人数は、「人生の最終段階における医療・ケアについて、本人や家族等と医療・ケアチームで話し合いを繰り返し行っている」については1施設あたり、平均12.5人であった。「予期しない急変が起こった際の対応について家族等と共有できている」が1施設あたり平均47.4人であった。

「看取りの対応について家族等と共有できている」は1施設あたり平均18.1人であった。

図表 2-2-28 急変時等の対応予定の共有等の実施人数 (問 6)

単位：人

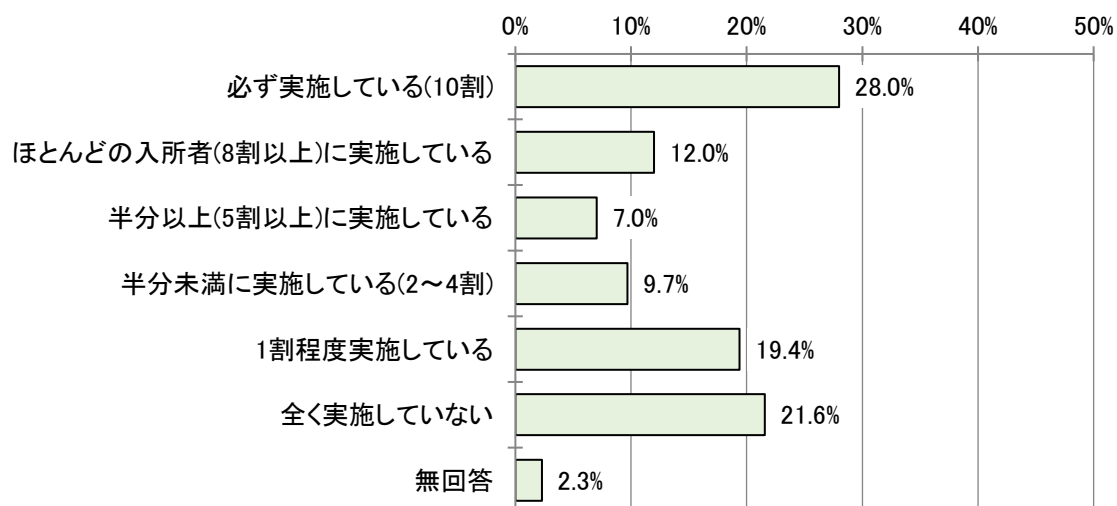
	件数	平均値	標準偏差	中央値
人生の最終段階における医療・ケアについて、本人や家族等と医療・ケアチームで話し合いを繰り返し行っている	613	12.5	26.0	2.0
予期しない急変が起こった際の対応について家族等と共有できている	604	47.4	43.5	45.0
予期しない急変が起こった際の対応について医療・ケアチームで共有できている	590	45.8	44.0	40.0
心肺停止時の治療・ケアの方針（蘇生措置をしない等）が決まっている	610	43.3	42.9	30.0
看取りの対応について家族等と共有できている	621	18.1	31.0	4.0
看取りの対応について医療・ケアチームと共有できている	613	17.6	30.5	4.0
看取りが想定される事態の変化時に、原則、救急搬送をしないと決めている	617	16.6	31.2	4.0
看取りや予期しない急変時等、救急搬送先をあらかじめ決めている	595	28.2	39.4	3.0

7. ACP 時の対応

(1) ACP の実施状況

ACP の実施状況は、「必ず実施している（10割）」が 28.0%で最も多く、次いで「全く実施していない」が 21.6%であった。

図表 2-2-29 ACP の実施状況（n=825）（問 7）

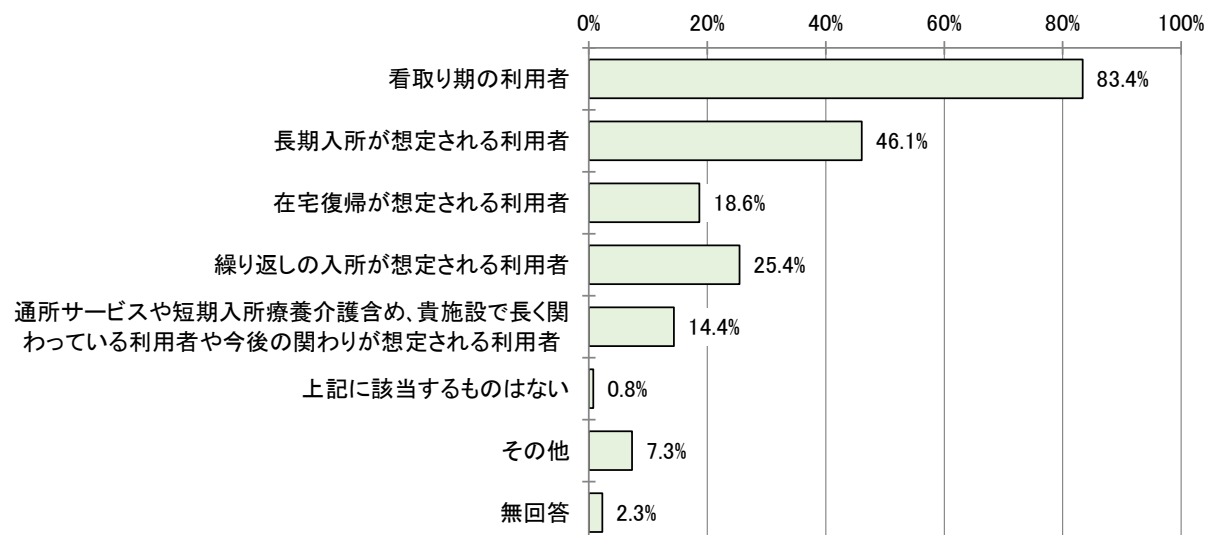


図表 2-2-30 施設類型別 ACP の実施状況（n=825）（問 7）

	合計	Q7)1 ACP の実施状況						
		必ず実施している(10割)	ほとんどの入所者(8割以上)に実施している	半分以上(5割以上)に実施している	半分未満に実施している(2~4割)	1割程度実施している	全く実施していない	無回答
全体	825 100.0%	231 28.0%	99 12.0%	58 7.0%	80 9.7%	160 19.4%	178 21.6%	19 2.3%
超強化型	334 100.0%	94 28.1%	43 12.9%	28 8.4%	31 9.3%	75 22.5%	56 16.8%	7 2.1%
在宅強化型	109 100.0%	30 27.5%	11 10.1%	5 4.6%	17 15.6%	16 14.7%	26 23.9%	4 3.7%
加算型	230 100.0%	61 26.5%	25 10.9%	14 6.1%	25 10.9%	47 20.4%	55 23.9%	3 1.3%
基本型	127 100.0%	37 29.1%	12 9.4%	9 7.1%	7 5.5%	20 15.7%	37 29.1%	5 3.9%
その他型	6 100.0%	2 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 33.3%	2 33.3%	0 0.0%
療養型	5 100.0%	2 40.0%	3 60.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

「必ず実施している」「全く実施していない」以外の回答の場合、どのような入所者に ACP を実施しているかをたずねたところ、「看取り期の利用者」が 83.4%で最も多く、次いで「長期入所が想定される利用者」が 46.1%であった。

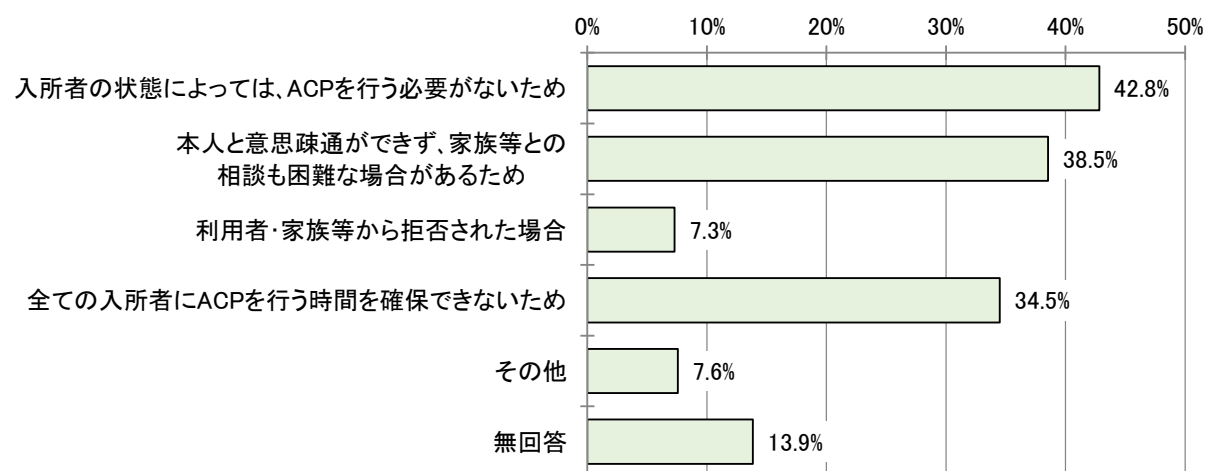
図表 2-2-31 どのような入所者に対して ACP を実施しているか（複数回答）（n=397）（問 7）



その他の具体的な内容：「90 歳以上」「100 歳以上」「家族がない人」「状態の変化が予測される人」「急変が予想される人」「状態変化時」「体調不良時」「嚥下に問題がある等身体機能が低下している人」「健康状態の不安定な人」「現病歴にがんや難病がある人」「病状で看取りに移行すると予測される人」「急変時に、併設医療機関を希望した人」

ACP をすべての事例では実施していない理由をたずねたところ、「入所者の状態によっては、ACP を行う必要がないため」が 42.8%で最も多く、次いで「本人と意思疎通ができず、家族等との相談も困難な場合があるため」が 38.5%であった。

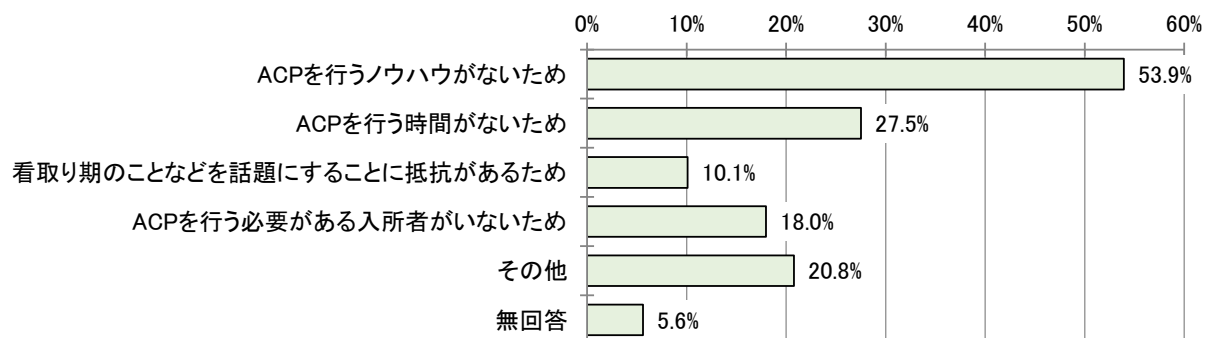
図表 2-2-32 ACP をすべての事例では実施していない理由（複数回答）（n=397）（問 7）



その他の具体的な内容：「ACP についての知識が本人・家族にない、うすい」「身寄りのない利用者」「信頼関係構築までに時間がかかる」「短期間の入所の場合」

ACP を全く実施していない場合、その理由は「ACP を行うノウハウがないため」が 53.9%で最も多く、次いで「ACP を行う時間がないため」が 27.5%であった。

図表 2-2-33 ACP を全く実施していない理由（複数回答）（n=178）（問 7）

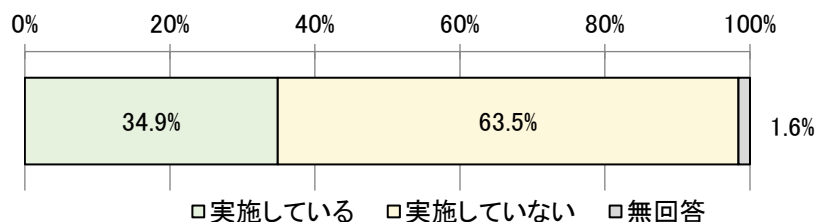


その他の具体的な内容：「準備中」「認知症の人が多く、本人の意思確認が取れないことが多い」「家族の協力を得るためのエネルギーや時間がない」「当施設は終身の施設ではないため」

(2) ACP の施設内研修実施状況

ACP の施設内研修については、「実施していない」が 63.5%、「実施している」が 34.9%であった。

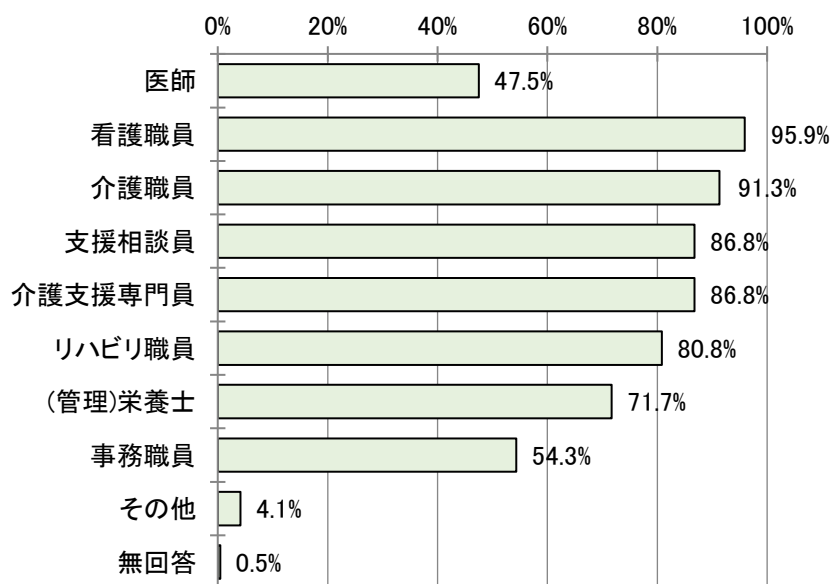
図表 2-2-34 ACP の施設内研修実施状況（n=628）（問 7）



① 対象の職種

ACP の施設内研修を実施している場合、対象の職種は「看護職員」が 95.9%で最も多く、次いで「介護職員」が 91.3%であった。

図表 2-2-35 ACP の施設内研修が対象の職種（複数回答）（n=219）（問 7）

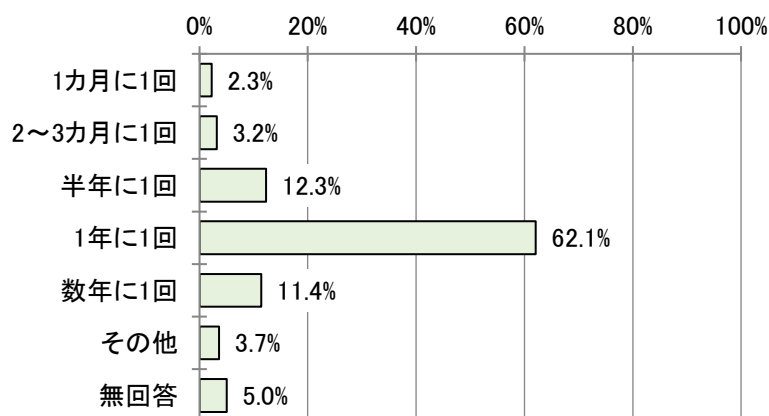


その他の具体的な内容：「薬剤師」「歯科衛生士」「調理師」「アシスタント」

② 実施頻度

ACP の施設内研修を実施している場合、実施頻度は「1年に1回」が 62.1%で最も多く、次いで「半年に1回」が 12.3%であった。

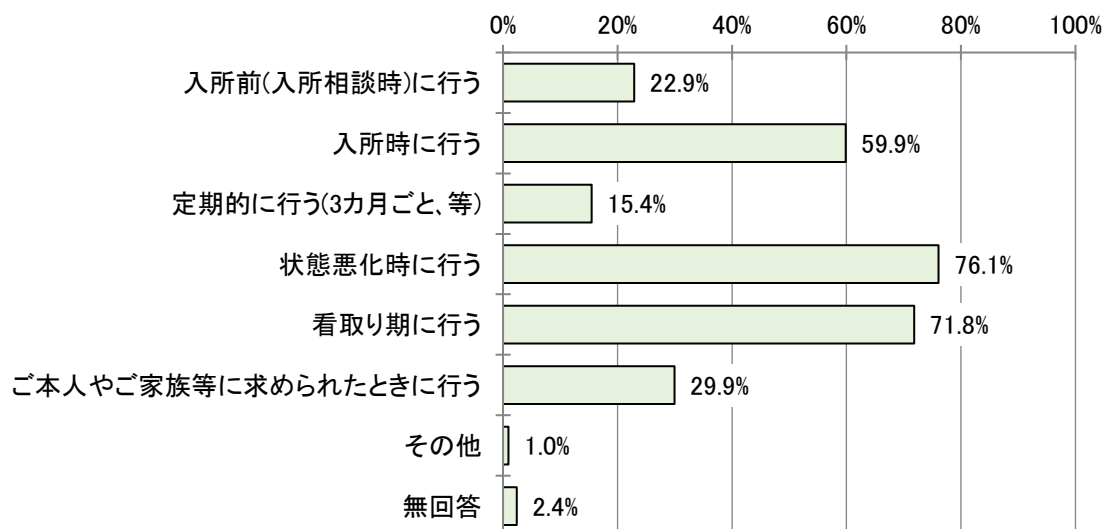
図表 2-2-36 ACP の施設内研修の実施頻度（n=219）（問 7）



(3) ACP の話し合いを行う時期

ACP の話し合いを行う時期は、「状態悪化時に行う」が 76.1%で最も多く、次いで「看取り期に行う」が 71.8%であった。

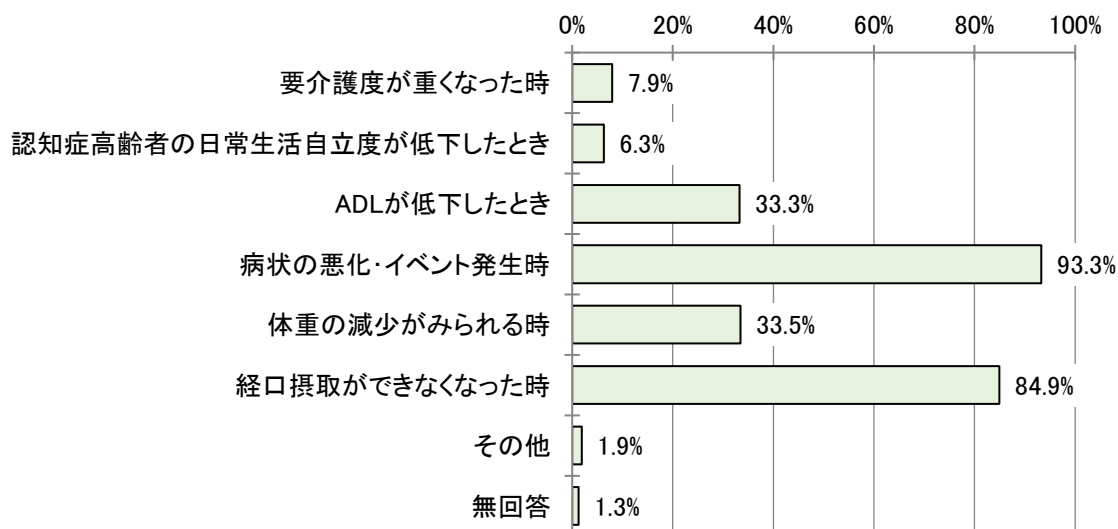
図表 2-2-37 ACP の話し合いを行う時期（複数回答）（n=628）（問 7）



その他の具体的な内容：「特には決めていない」「在宅復帰困難と判断し、長期入所を予期した時」「状態変化時」

「状態悪化時に行う」と回答した場合、状態悪化時の定義は「病状の悪化・イベント発生時」が 93.3%で最も多く、次いで「経口摂取ができなくなった時」が 84.9%であった。

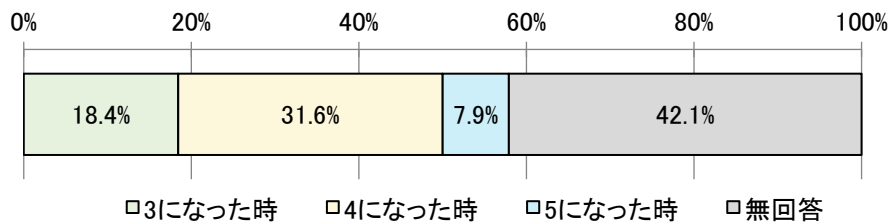
図表 2-2-38 状態悪化時の定義（複数回答）（n=478）（問 7）



その他の具体的な内容：「精神的意欲の低下」「食事摂取でむせこみや発熱傾向など身体の不安定」「活動性の低下」「精神症状が強いとき」

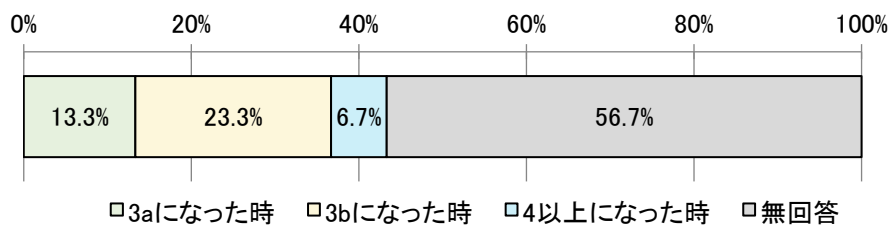
状態悪化時の定義を「要介護度が重くなった時」と回答した場合、具体的には「4になった時」が31.6%で最も多く、次いで「3になった時」が18.4%であった。

図表 2-2-39 状態悪化時の定義：要介護度が重くなった時 (n=38) (問 7)



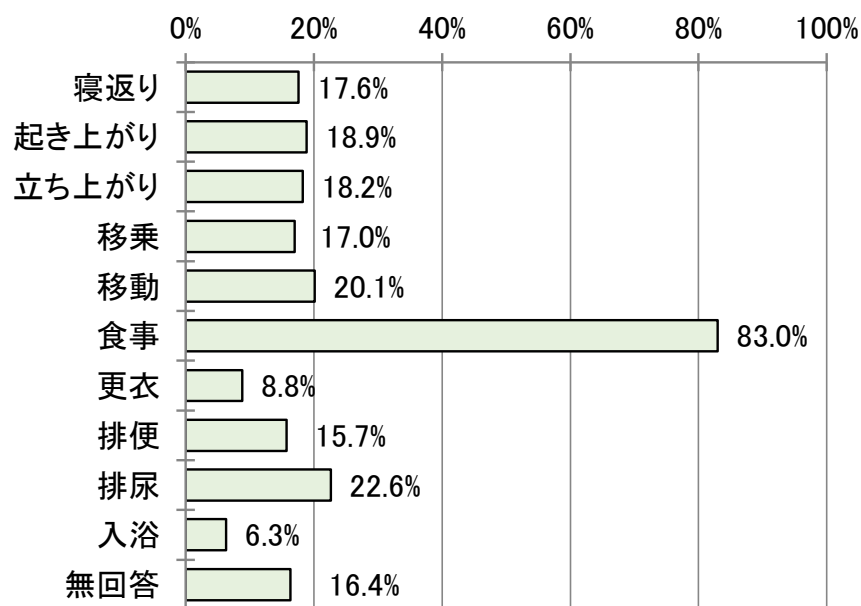
状態悪化時の定義を「認知症高齢者の日常生活自立度が低下した時」と回答した場合、具体的には「3 b になった時」が23.3%で最も多く、次いで「3 a になった時」が13.3%であった。

図表 2-2-40 状態悪化時の定義：認知症高齢者の日常生活自立度が低下した時 (n=30) (問 7)



状態悪化時の定義を「ADL が低下した時」と回答した場合、具体的には「食事」が83.0%で最も多く、次いで「排尿」が22.6%であった。

図表 2-2-41 状態悪化時の定義：ADL が低下した時 (複数回答) (n=159) (問 7)



状態悪化時に話し合いを行った結果、それまでの方針に変更があったり、事前指示やDNARを取得し直した事例についてたずねたところ、「最期まで施設で看取る方針だったところ、家族の気持ちが治療希望と変わり入院となった事例」、逆に「当初は必要に応じて治療を希望されていたが、状態悪化時に、引き続き、施設で自然な形で看取りをしてほしいと希望された事例」の両方があった。また、「施設で最期までと想定していたが、最期は自宅で迎えたい、ということで、在宅看取りの支援に切り替えた事例」もあった。急に気持ちが変わる方向が治療・入院の方向だけでなく、施設での最期、在宅での最期といろいろな方向に動くことがあることがわかった。

図表 2-2-42 状態悪化時に話し合いを行った結果、方針の変更や事前指示や DNAR を取得し直した事例（回答の一部抜粋）（問 7）

○入院に変更

- ・入所前の相談時にはDNAR（患者本人または患者の利益にかかわる代理者の意思決定を受けて心肺蘇生法をおこなわないこと。）の方針だったが、病状が変化した際に、家族が気持ちを受けとめきれず、病院へ搬送した。
- ・ご家族と医師、相談員、ケアマネ、看護師で面談し施設での看取りを希望されたが、ご家族から、治療をしてほしいと要望あり、途中で入院調整をした人がいた。食べられない本人をずっと見ているのが辛いとのことだった。
- ・入所申し込み時にDNARを希望したが実際に経口摂取困難になった時などに家族へ状況説明を実施したところ、家族が心理的に不安を覚えている様子が見受けられたので病院へ受診、入院となった。
- ・入所時に施設でDNARを希望されても、老衰、認知機能低下による食事・水分摂取量の低下時に入院し、強制栄養を希望されることがある。
- ・心不全の方、看取りケアの段階であったがご家族の「一度専門医に診て頂けばあきらめがつくと思います」との思いを受け、入院先へ搬送する。
- ・入所者が少しでも長く生きていてほしいと家族が希望され、胃ろう造設は希望しないという当初の希望を、積極的医療を受けるために入院できる病院を探すため、胃ろう造設も可能であれば希望されるとの意向を確認し直した。
- ・状態悪化傾向にあり家族意向を確認した時に「点滴くらいはして欲しい」「誕生日まで生きてて欲しい」「遠方の親族と話した結果」などの話があり病院での最期に変更となった。
- ・入所時は、経管栄養の希望がなかったが、いざ経口摂取が出来なくなったときに、再度家族に意向を聞くと、経管栄養の希望をされたりすることが時々ある。
- ・意識レベルが保たれているため、高カロリー輸液での対応をご家族が希望され療養病院へ紹介入院となった。
- ・ターミナルケアの同意を得て、施設での看取り予定だったが、想定外の急変時、キーパーソンに連絡したら病院への搬送、延命処置を希望したため取り直した。

○施設内看取りに変更

- ・元々あらゆる救命処置を行う指示だったが、本人が弱っている様子を見て、搬送せずに施設で看取ってほしいとなった家族は何例もある。
- ・入所時、心肺停止時に蘇生を希望されたり、救急搬送を希望されたご家族が1～2か月の入所生活で担当者会議を行った際にD N A R取得に至ったケースは数件ある。入所時の説明でご本人と話すきっかけになったり、入所生活を見て、気持ちを変えたりされた。
- ・当初は胃ろう造設やI V Hなどを希望されていたが、日々の状態を見たり話を聞き、ご家族が自然な形での看取りに変更したいと申し出があり、希望に沿って当施設でお看取りした。
- ・病院に搬送はさせて頂くが、こちらに戻って来られない場合も考えられるとご説明すると、自然な形を望まれる方もいる。
- ・入所時は経管栄養を希望していたが、状態が悪化し、医師より説明を受けると家族より苦しまず、自然な形でお願いしたいと意向が変更になった事例あり。
- ・入所時は急変時の医療機関への搬送を希望されていたが、状態悪化時の症状と施設での対応を説明した際、D N A Rを希望され取得し直した。
- ・最初は心肺蘇生希望でも、何回も入退院を繰り返し、当施設で看取りとなった方は何人もいる。
- ・エンドオブライフケアで、医療処置をすべてするを選択した家族が、目の前で苦しむ姿は見たくなく、穏やかに過ごしてほしいという思いで、D N A Rを選択された。
- ・入所時は急変や状態悪化時、積極的に治療を望んでおられた方も、入所中に食事がとれなくなった時や徐々に状態が悪くなっていった時に施設でのD N R（看取り）を希望されたことがあった。
- ・入所時には積極的医療を希望されていたが、医師や多職種との話し合いで、ご本人にとっての苦痛軽減を最優先とした結果、看取りに変更となった。
- ・搬送希望だったが、環境を変えてまで治療を望まず、自然な形でと、施設での看取り（ターミナル）に変更になったケースがある。（90才以上の方）
- ・以前は急変時救命処置を希望されていたが、医師の説明後、施設での看取りを希望された。
- ・入所時に、状態悪化時、一般病院へ搬送希望とされていても、年月を経て、最期までここでと希望される事例は多くある。次第に経口摂取ができなくなる事例の多くがそのような経過になる。
- ・入所当時は状態悪化時、受診治療を希望され入院加療。その後、再入所を繰り返す中、徐々に終末期に向かわれていった状況に、ご家族からターミナルケアを希望されるケースがある。

○施設内看取り予定から在宅看取りに変更

- ・回復の見込みなしと医師から家族に説明し、施設での看取りを希望したが、本人の意向を伝えると、数日後、自宅での看取りを希望された。

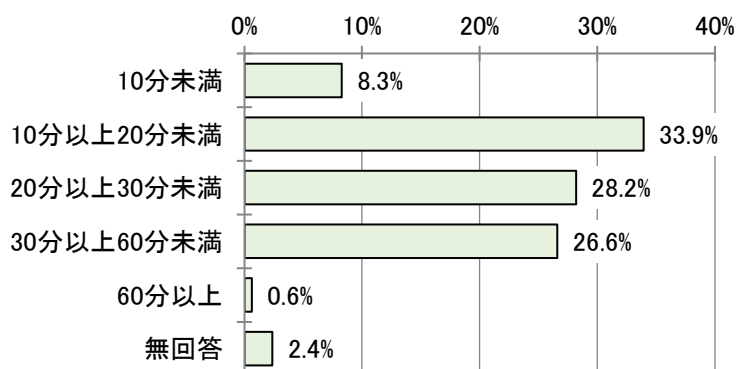
- ・当施設での看取りを希望していたが、急遽在宅での看取りを希望されたため、そのように対応した。
- ・当施設で看取るということにご家族との話し合いで決まっていたが、いよいよ状態が悪くなってきた頃、やはり自宅で看取りたいという希望で自宅で最期を迎えた。
- ・当施設に入所され全身状態安定。わずかなコントロール不良で全身状態悪化する方であった。様々な状態変化に応じて話し合いを繰り返し、本人、家族の希望もあり環境を整え自宅へ退所。その2か月程後に永眠された。

(4) ACP の 1 回あたりの実施時間

① 本人や家族等と話し合う時間

ACP の 1 回あたりの実施時間について、本人や家族と話し合う時間は「10 分以上 20 分未満」が 33.9%で最も多く、次いで「20 分以上 30 分未満」が 28.2%であった。

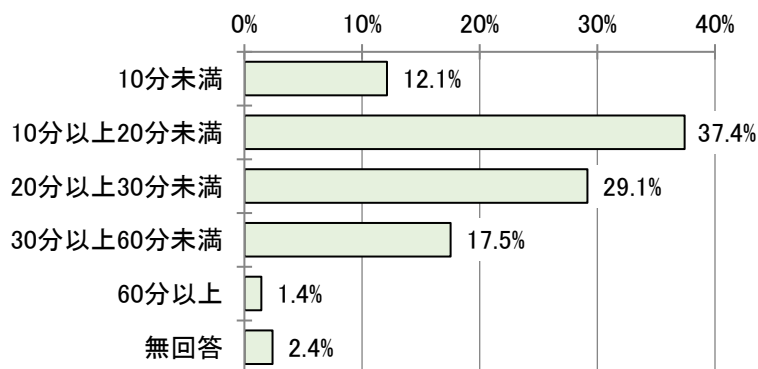
図表 2-2-43 ACP の 1 回あたりの実施時間：本人や家族と話し合う時間（n=628）（問 7）



② 記録の作成や、職員間で話し合う時間

ACP の 1 回あたりの実施時間について、記録の作成や、職員間で話し合う時間は「10分以上 20分未満」が 37.4%で最も多く、次いで「20分以上 30分未満」が 29.1%であった。

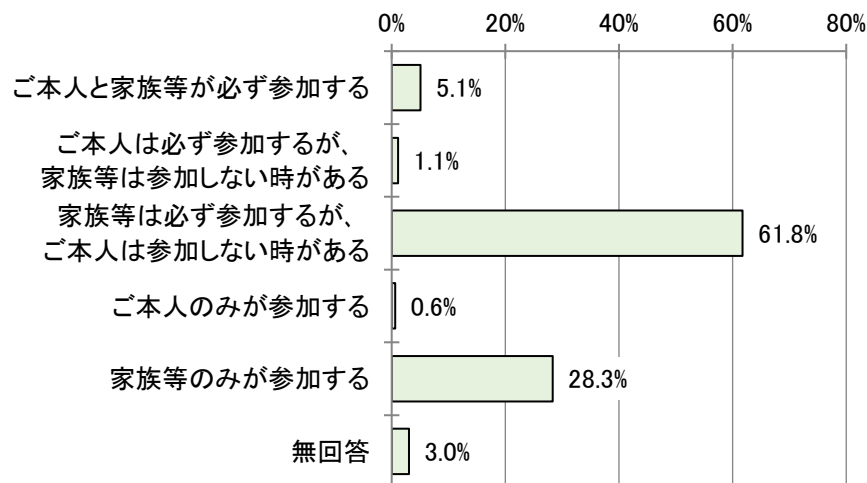
図表 2-2-44 ACP の 1 回あたりの実施時間：記録の作成や、職員間で話し合う時間（n=628）
（問 7）



(5) ACP の話し合いへの参加者

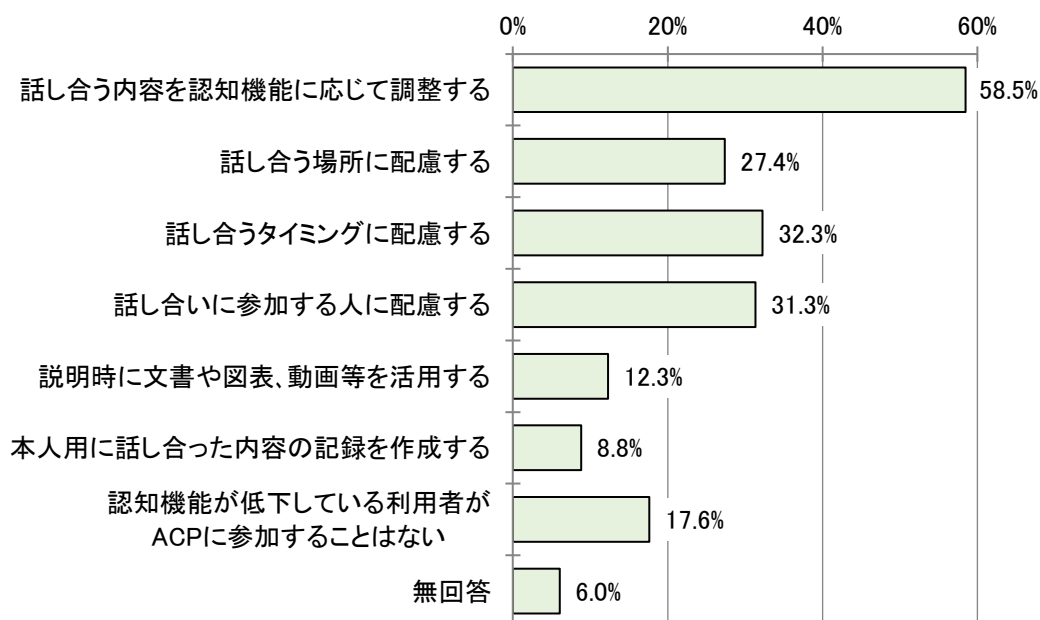
ACP の話し合いへの参加者は、「家族等は必ず参加するが、ご本人は参加しない時がある」が 61.8%で最も多く、次いで「家族等のみが参加する」が 28.3%であった。

図表 2-2-45 ACP の話し合いへの参加者（n=628）（問 7）



ACP の話し合いにご本人が参加する場合、ご本人の認知機能の低下に応じて行っている支援は、「話し合う内容を認知機能に応じて調整する」が 58.5%で最も多く、次いで「話し合うタイミングに配慮する」が 32.3%であった。

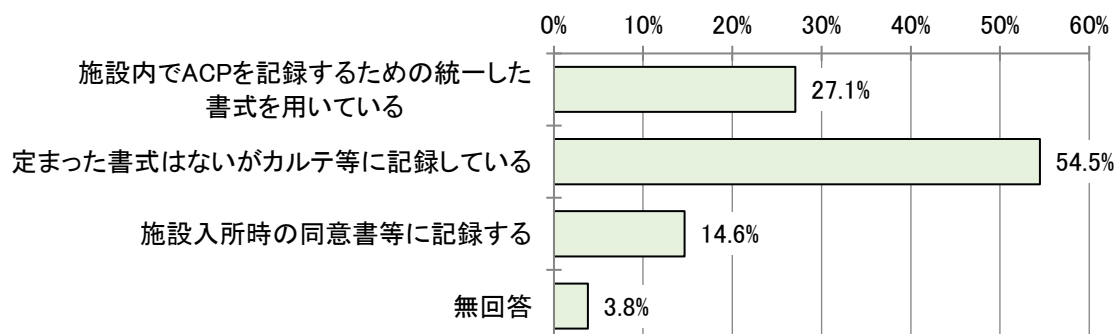
図表 2-2-46 ACP の話し合いを行う際に、本人の認知機能の低下に応じて行っている支援
(複数回答) (n=628) (問 7)



(6) ACP に関する話し合いの記録方法

ACP に関する話し合いの記録方法は、「定まった書式はないがカルテ等に記録している」が 54.5%で最も多く、次いで「施設内で ACP を記録するための統一した書式を用いている」が 27.1%であった。

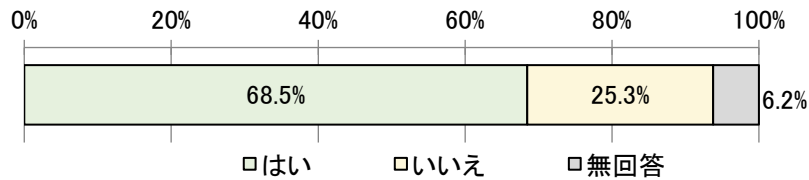
図表 2-2-47 ACP に関する話し合いの記録方法 (n=628) (問 7)



(7) 本人の思いを ACP の記録に含めるか

日ごろのケアにおける会話等から確認できた本人の思いを ACP に含めるかは、「はい」が 68.5%、「いいえ」が 25.3%であった。

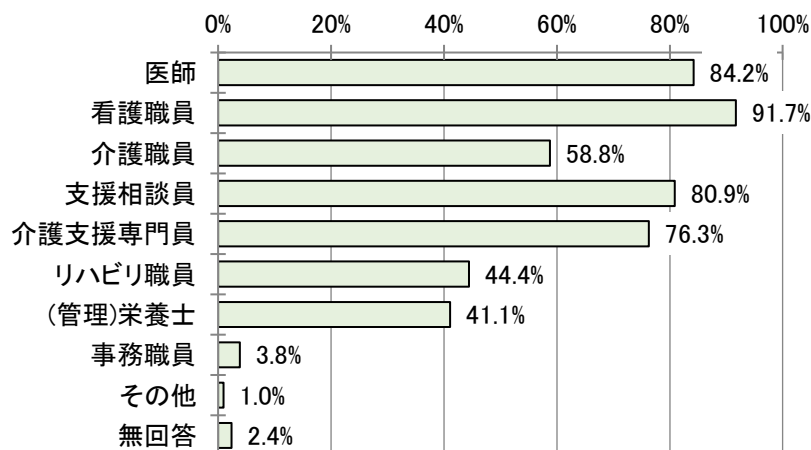
図表 2-2-48 本人の思いを ACP の記録に含めるか (n=628) (問 7)



(8) ACP の話し合いに参加する職種

ACP の話し合いに参加する職種は、「看護職員」が 91.7%で最も多く、次いで「医師」が 84.2%であった。

図表 2-2-49 ACP の話し合いに参加する職種 (複数回答) (n=628) (問 7)

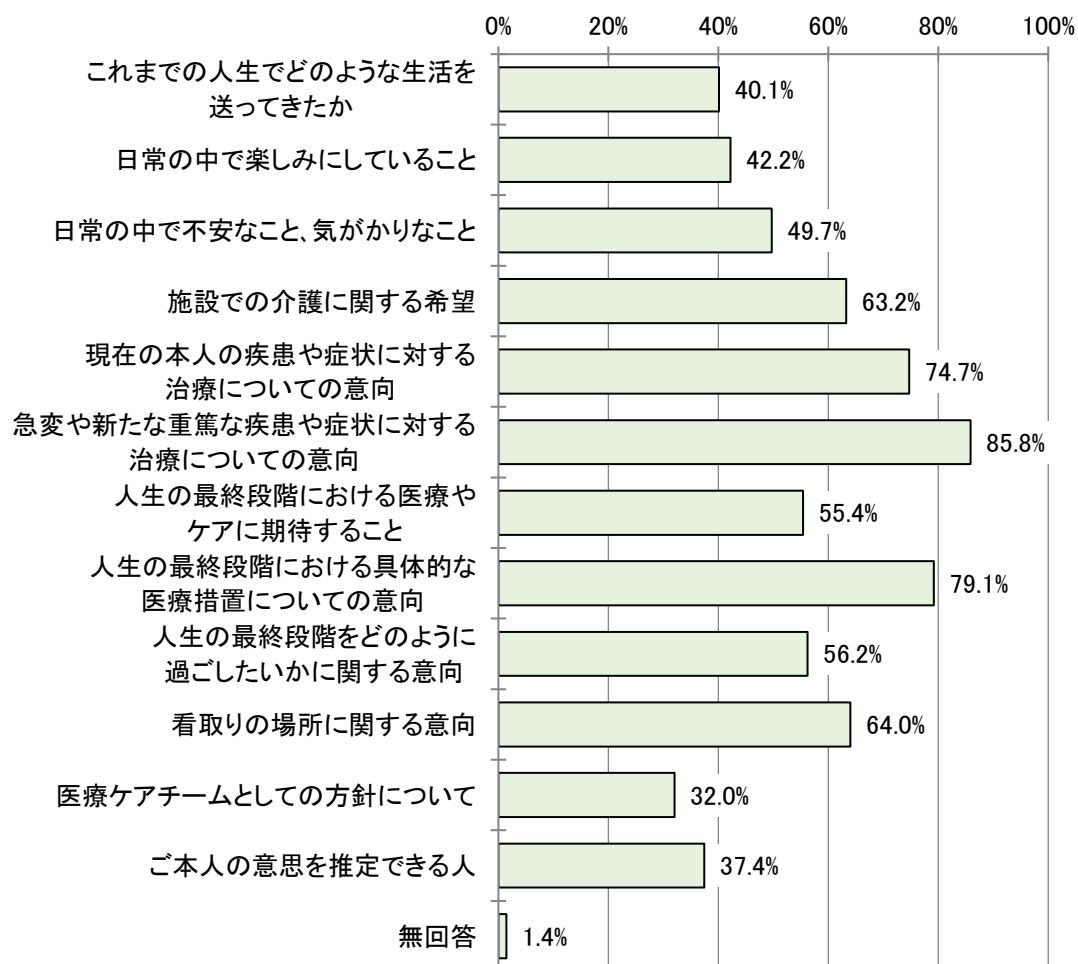


その他の具体的な内容：「歯科医師」「歯科衛生士」

(9) ACP に関する話し合いの主な内容

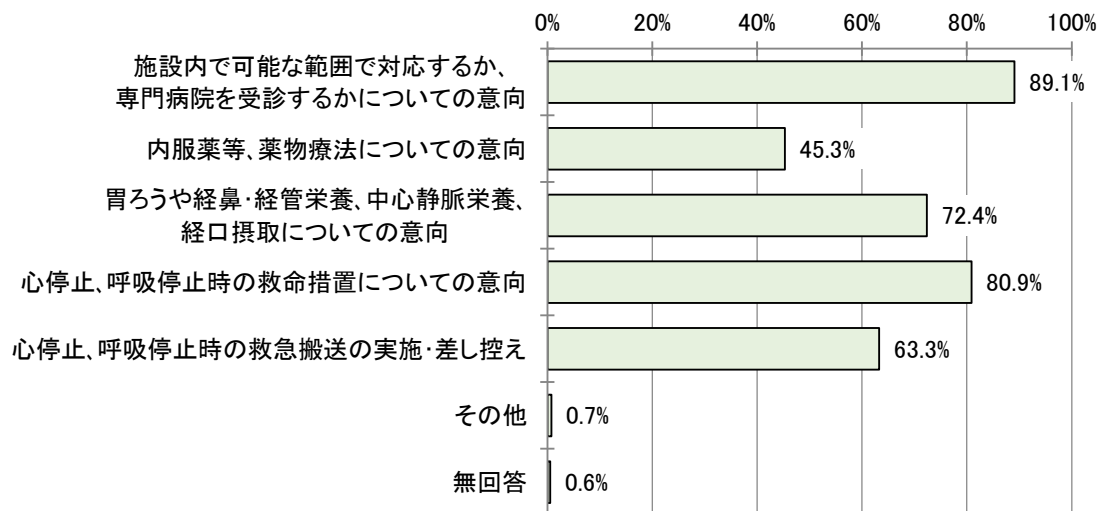
ACP に関する話し合いの主な内容は、「急変や新たな重篤な疾患や症状に対する治療についての意向」が 85.8%で最も多く、次いで「人生の最終段階における具体的な医療措置についての意向」が 79.1%であった。

図表 2-2-50 ACP に関する話し合いの主な内容（複数回答）（n=628）（問 7）



急変や新たな重篤な疾患や症状に対する治療についての意向について、具体的に話し合う内容は、「施設内で可能な範囲で対応するか、専門病院を受診するかについての意向」が 89.1%で最も多く、次いで「心停止、呼吸停止時の救命措置についての意向」が 80.9%、「胃ろうや経鼻・経管栄養、中心静脈栄養、経口摂取についての意向」が 72.4%、「心停止、呼吸停止時の救急搬送の実施・差し控え」が 63.3%であった。

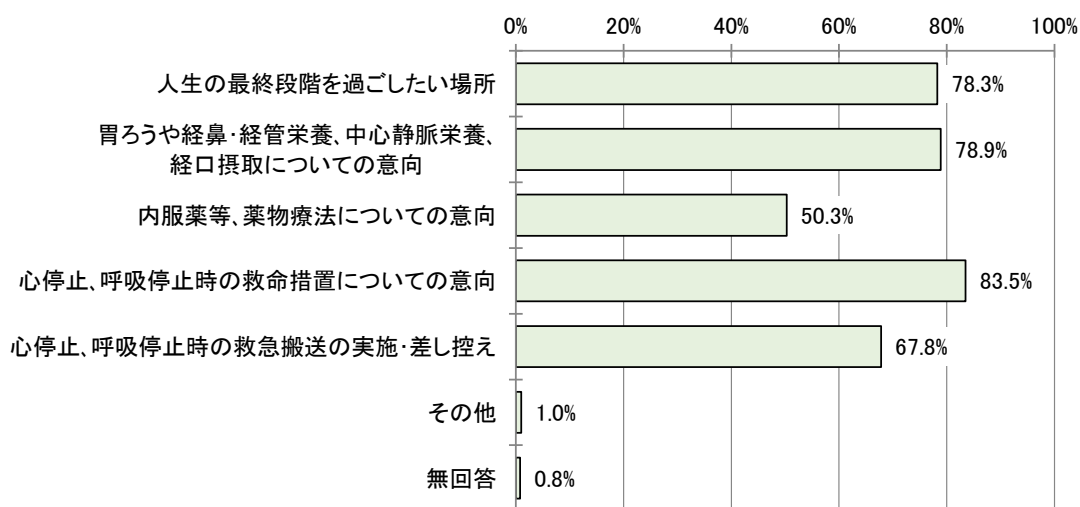
図表 2-2-51 急変や新たな重篤疾患・症状に対する治療の意向について話し合う内容
(複数回答) (n=539) (問 7)



その他の具体的な内容：「補液、酸素療法の説明」

人生の最終段階における医療措置について、具体的に話し合う内容は、「心停止、呼吸停止時の救命措置についての意向」が 83.5%で最も多く、次いで「胃ろうや経鼻・経管栄養、中心静脈栄養、経口摂取についての意向」が 78.9%、「人生の最終段階を過ごしたい場所」が 78.3%、「心停止、呼吸停止時の救急搬送の実施・差し控え」が 67.8%であった。

図表 2-2-52 人生の最終段階における医療措置について話し合う具体的な内容
(複数回答) (n=497) (問 7)

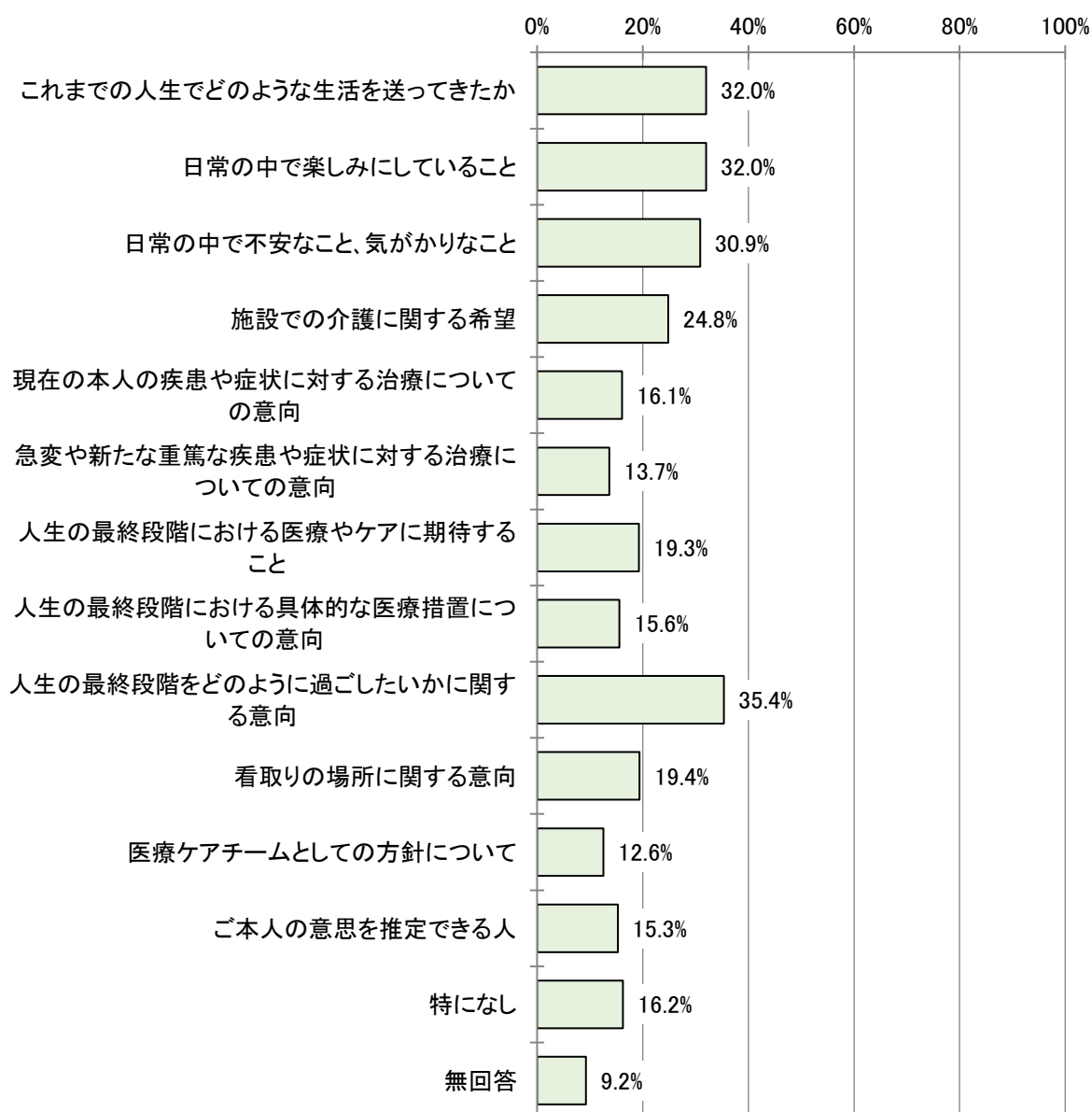


その他の具体的な内容：「補液、酸素療法の説明」「酸素投与についての意向」「点滴についての意向」

(10) 今はあまり話し合うことができているが、できれば話し合いたいと思う内容

今はあまり話し合うことができているが、できれば話し合いたいと思う内容は、「人生の最終段階をどのように過ごしたいかに関する意向（やりたいこと、会いたい人等）」が 35.4%で最も多く、次いで「これまでの人生でどのような生活を送ってきたか（仕事、家族背景等）」及び「日常の中で楽しみにしていること」が 32.0%であった。

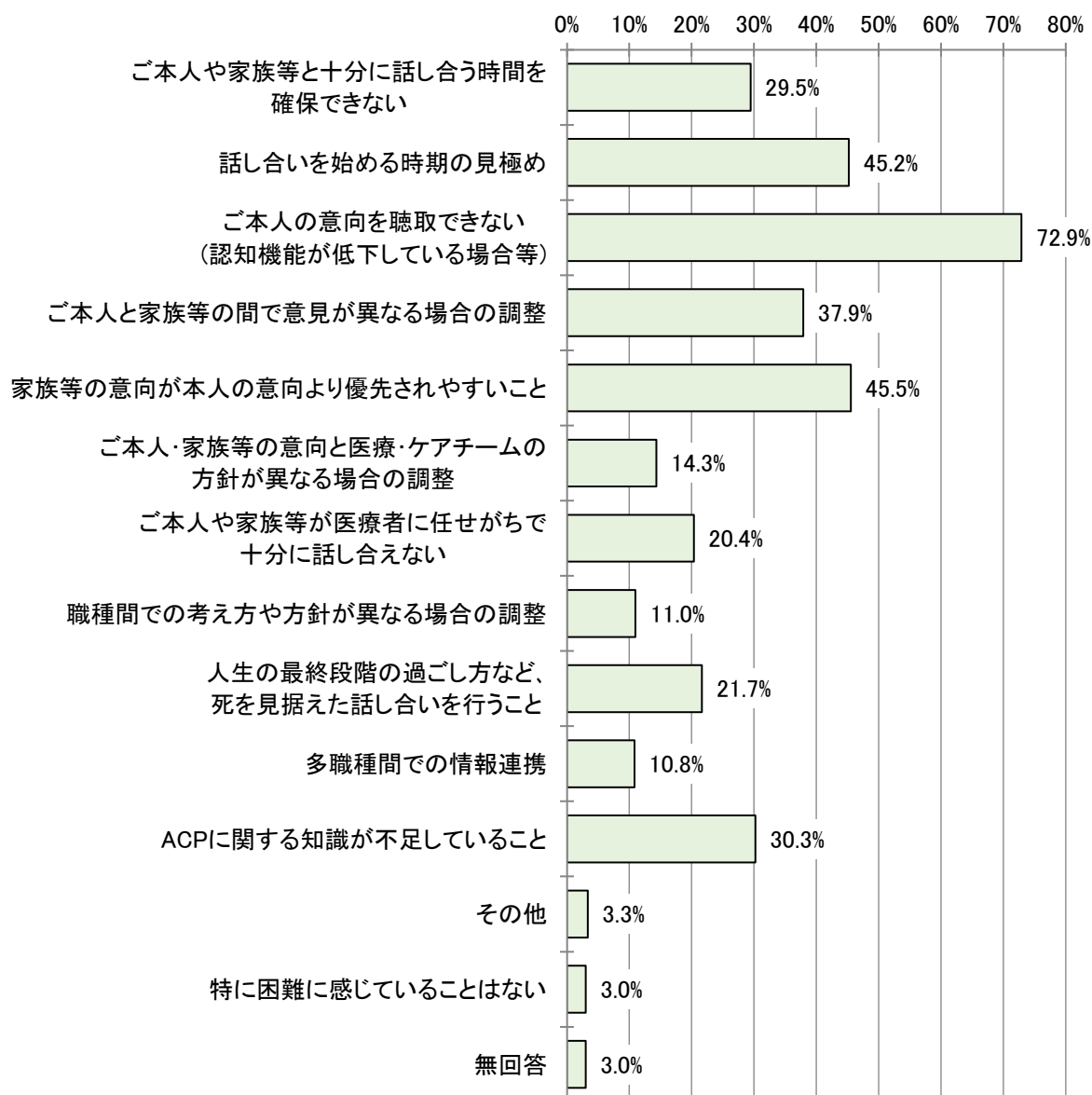
図表 2-2-53 今はあまり話し合うことができているが、できれば話し合いたいと思う内容
（複数回答）（n=628）（問 7）



(11) ACP を行う上での困難な点

ACP を行う上での困難な点は、「ご本人の意向を聴取できない（認知機能が低下している場合等）」が 72.9% で最も多く、次いで「家族等の意向が本人の意向より優先されやすいこと」が 45.5%、「話し合いを始める時期の見極め」が 45.2% であった。

図表 2-2-54 ACP を行う上での困難な点（複数回答）（n=628）（問 7）

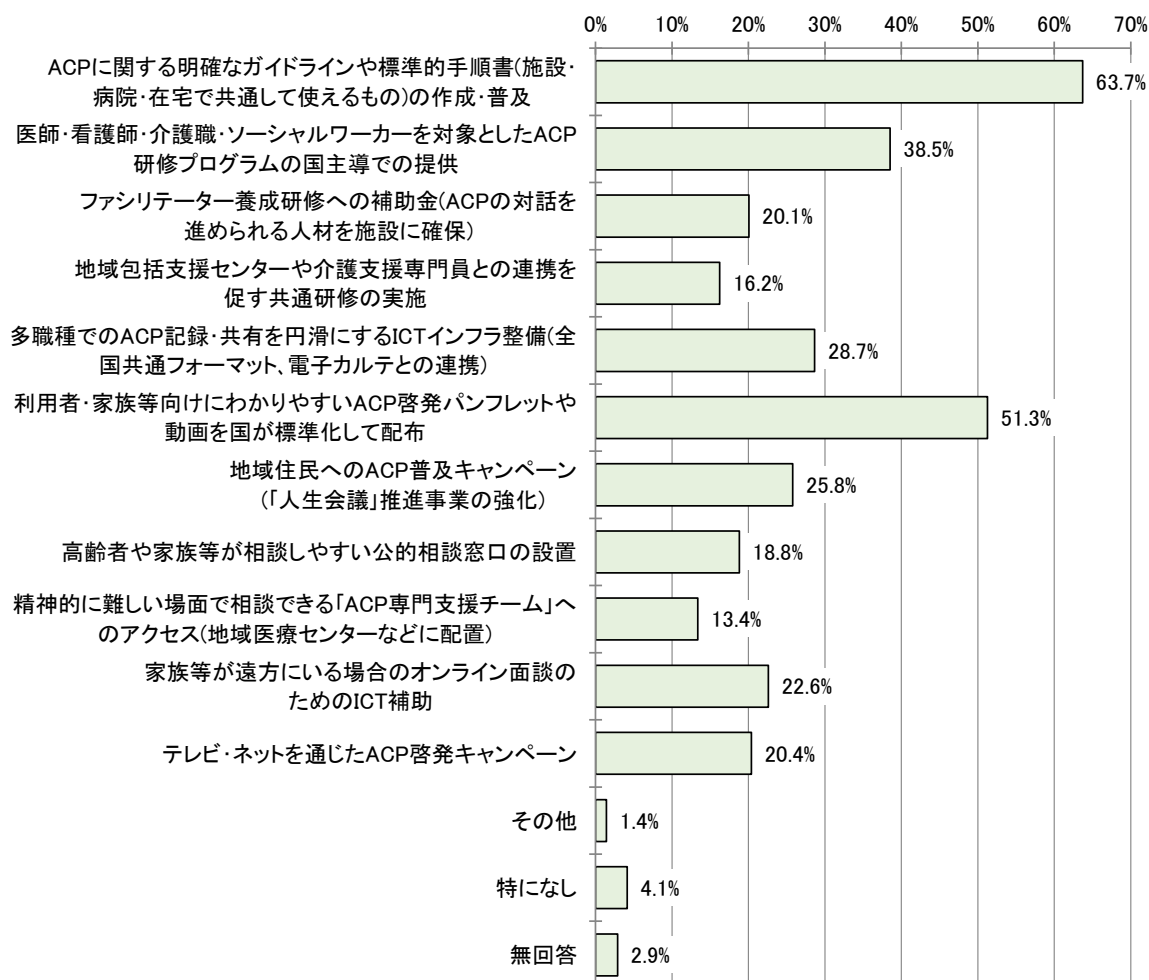


その他の具体的な内容：「家族の中で意見が違う」「家族の仲が悪い」「職員が ACP が必要と思っていない」「一部の医療職が ACP を理解していない」「1 度ではなく繰り返し行いたい。施設入所前からの思いをききとれたらよい」「必要最低限のことしか聞くことができない」「在宅復帰しなくていいと思われてしまう」「認知症という理由から、本人の意向が通りにくくなっている」

(12) 入所者・ご家族等により良い ACP を行うための支援

入所者ならびにご家族等により良い ACP を行うためにあれば良いと考える支援は、「ACP に関する明確なガイドラインや標準的手順書（施設・病院・在宅で共通して使えるもの）の作成・普及」が 63.7% で最も多く、次いで「利用者・家族等向けにわかりやすい ACP 啓発パンフレットや動画を国が標準化して配布」が 51.3% であった。

図表 2-2-55 入所者・ご家族等により良い ACP を行うための支援（複数回答）（n=628）（問 7）

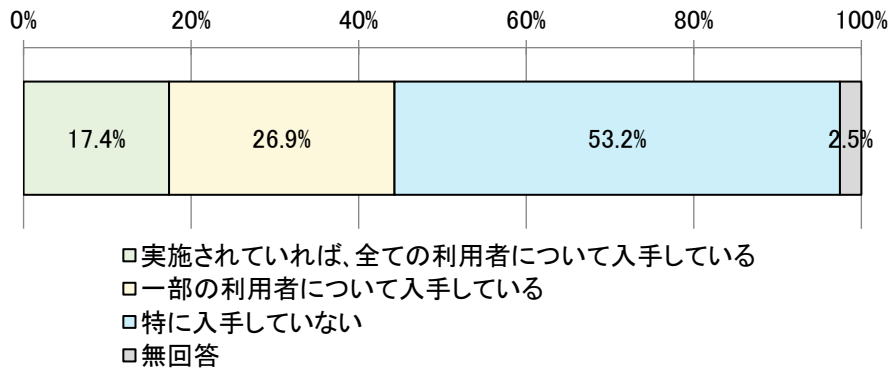


その他の具体的な内容：「病院に入院する前や、入院してからでも人生会議ができる体制作り」「要支援、要介護の認定時等、本人の意思、家族の意向を聞きとれる機会があればよい」「入所段階で方針を決めて入所するというシステムの構築」「簡素化」「一般の方にはわかりやすく伝えること」「老健の ACP とはなにか」「ACP に関することを習慣的に考えられるような教育を学校に取り入れること」「時間、人員の確保の支援」

(13) 入所前に他施設で実施された ACP 情報の入手

入所前に他施設で実施された ACP 情報は、「特に入手していない」が 53.2%で最も多く、次いで「一部の利用者について入手している」が 26.9%であった。

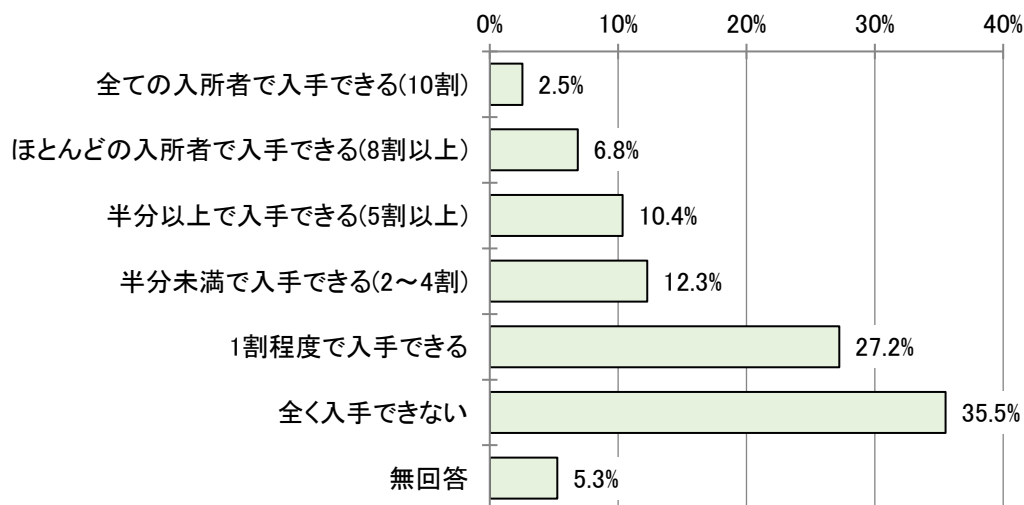
図表 2-2-56 入所前に他施設で実施された ACP 情報の入手 (n=628) (問 7)



(14) 入所前に他施設で実施された ACP 情報の入手はどの程度可能か

入所前に他施設で実施された ACP の情報を入手できるケースは、「全く入手できない」が 35.5%で最も多く、次いで「1割程度で入手できる」が 27.2%であった。

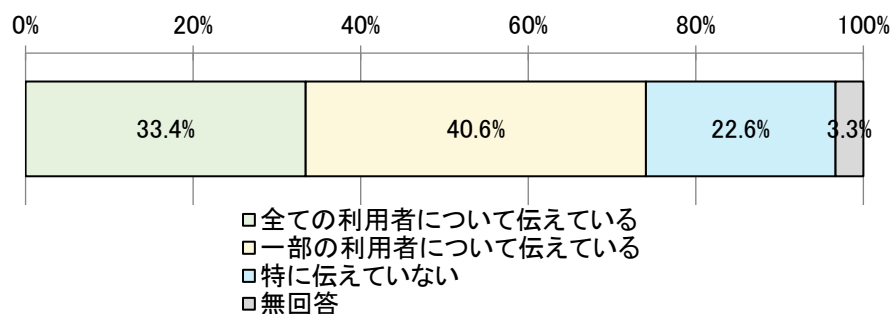
図表 2-2-57 入所前に他施設で実施された ACP 情報の入手はどの程度可能か (n=628) (問 7)



(15) 利用者が入院する場合、ACP の内容を医療機関に伝えているか

利用者が入院する場合、施設で話し合った ACP の内容を医療機関に伝えるかは、「一部の利用者について伝えている」が 40.6%で最も多く、次いで「全ての利用者について伝えている」が 33.4%であった。

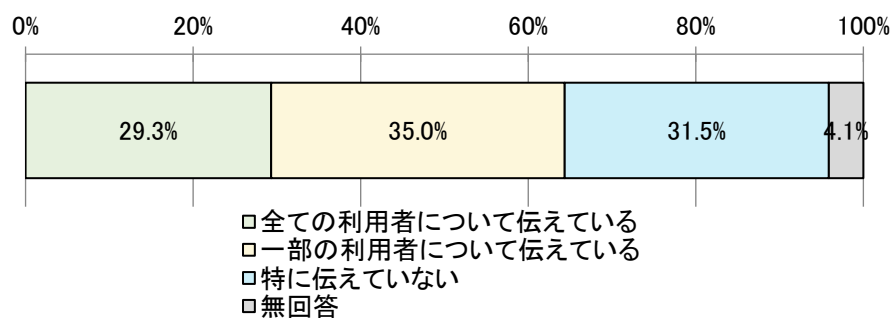
図表 2-2-58 利用者が入院する場合、ACP の内容を医療機関に伝えているか (n=628) (問 7)



(16) 利用者が在宅や他施設に退所する場合、ACP の内容を地域の医療機関や他施設に伝えているか

利用者が在宅や他施設に退所する場合、施設で話し合った ACP の内容を地域の医療機関や他施設に伝えるかは、「一部の利用者について伝えている」が 35.0%で最も多く、次いで「特に伝えていない」が 31.5%であった。

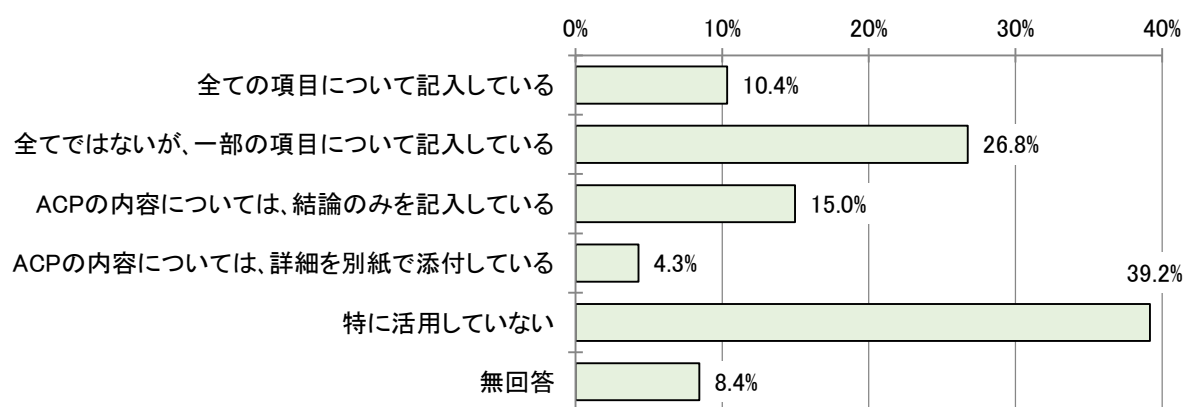
図表 2-2-59 利用者が在宅や他施設に退所する場合、ACP の内容を地域の医療機関や他施設に伝えているか (n=628) (問 7)



(17) 「退所時情報提供書」のうち「6. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報」についての記入方法

厚生労働省が示している「退所時情報提供書」の様式のうち、「6. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報」についての記入方法は、「特に活用していない」が39.2%で最も多く、次いで「全てではないが、一部の項目について記入している」が26.8%であった。

図表 2-2-60 「退所時情報提供書」のうち「6. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報」についての記入方法（複数回答）（n=628）（問 7）



8. 施設の入所者・退所者

(1) 過去1年間（令和6年10月～令和7年9月）に入所・退所した利用者延べ人数

過去1年間（令和6年10月～令和7年9月）に入所した利用者延べ人数は平均114.8人であった。

入所者延べ人数のうち、病院から入所した利用者延べ人数は平均64.8人で、そのうち併設の病院から入所した利用者延べ人数は平均13.8人、協力病院から入所した利用者延べ人数は平均27.9人であった。

入所者延べ人数のうち、在宅から入所した利用者延べ人数は平均41.6人であった。

図表 2-2-61 過去1年間に入所した利用者延べ人数（問 8）

単位：人

	件数	平均値	標準偏差	中央値
入所者延べ人数（リピート利用もそれぞれカウント）	669	114.8	71.1	101.0
うち、病院から入所した利用者延べ人数	714	64.8	42.0	56.5
うち、併設の病院から入所した利用者延べ人数	703	13.8	26.0	0.0
うち、協力病院から入所した利用者延べ人数	683	27.9	27.1	20.0
うち、在宅から入所した利用者延べ人数	715	41.6	50.0	30.0

過去1年間（令和6年10月～令和7年9月）に退所した利用者延べ人数の平均値は112.3人であった。

退所者延べ人数のうち、在宅へ退所した利用者延べ人数は平均43.1人、医療機関へ入院した利用者延べ人数は平均39.3人であった。

入院した病床種別の内訳としては、急性期一般病棟は平均22.7人、地域包括医療病棟は平均0.5人、回復期リハビリテーション病棟は平均0.2人、地域包括ケア病棟（床）は平均1.0人、上記以外の一般病床は平均4.9人、療養病床は平均1.3人であった。

退所者延べ人数のうち、医療機関へ入院した利用者延べ人数のうち、併設の病院へ入院した利用者延べ人数は平均8.3人、協力病院へ入院した利用者数は平均20.1人であった。

退所者延べ人数のうち、死亡退所者数は平均12.3人であった。

退所者延べ人数のうち、ターミナルケア加算算定人数は平均9.0人であった。

図表 2-2-62 過去1年間に退所した利用者延べ人数（問8）

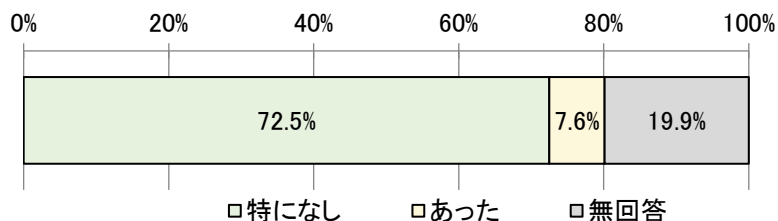
単位：人

	件数	平均値	標準偏差	中央値
退所者延べ人数 （レポート利用もそれぞれカウント）	722	112.3	68.8	99.0
うち、在宅へ退所した利用者延べ人数	729	43.1	52.8	32.0
うち、医療機関へ入院した利用者延べ人数	730	39.3	27.7	34.0
【入院した病床種別の内訳】				
うち、急性期一般病棟	655	22.7	25.3	16.0
うち、地域包括医療病棟	655	0.5	3.8	0.0
うち、回復期リハビリテーション病棟	655	0.2	1.8	0.0
うち、地域包括ケア病棟（床）	655	1.0	6.4	0.0
うち、上記以外の一般病床	655	4.9	12.6	0.0
うち、療養病床	655	1.3	5.4	0.0
うち、その他・不明	655	3.1	11.9	0.0
うち、併設の病院へ入院した利用者延べ人数	706	8.3	20.0	0.0
うち、協力病院へ入院した利用者数	625	20.1	21.3	14.0
うち、死亡退所者数	714	12.3	10.9	10.0
うち、ターミナルケア加算算定人数	674	9.0	9.5	7.0

(2) 受け入れ側の医師から搬送が受け入れられなかった症例

病院に搬送し、受け入れ側の医師から搬送が受け入れられなかった症例について、「特になし」が72.5%、「あった」が7.6%であった。

図表 2-2-63 受け入れ側の医師から搬送が受け入れられなかった症例 (n=825) (問 8)



具体的には、「病床がいっぱい」「専門医がない」「対応ができない」等の理由が多かった。しかし、利用者の認知症や介護拒否等を理由で断られているケースもあった。インフルエンザで感染予防対策ができない、コロナ感染が理由であったケースもあった。電話した時点で、「空きがない」「専門外」などの理由で断られるという回答もあった。治療の必要性が低いことや病院でできる処置が限られていることが理由であったり、老健で治療出来るのではないかと断られたケースもあった。

図表 2-2-64 受け入れ側の医師から搬送が受け入れられなかった症例の具体的な内容 (抜粋) (問 8)

- 病床が満床
 - ・病床がいっぱい。
 - ・満床のため部屋を確保できない。
- 専門医がない
 - ・専門医がない。
 - ・当直時間帯、対応する医師が不在。
 - ・専門医師や担当がいらないために不可。
 - ・担当医が不在。
 - ・心不全、腎不全の悪化した方を救急病院に搬送しようとしたが、腎臓の専門医がないとのことで断られた。緊急透析ができる病院に行った方が良いと言われた。
 - ・胆のう閉塞症、イレウス：近院では処置が出来る医者がないと断られ、最終的に遠方の病院に入院した。
- 手術ができない、対応ができない
 - ・診察できるが手術ができない。
 - ・受け入れも対応出来ず（腹部大動脈瘤）、転院。
 - ・骨折疑いで、搬送を依頼したが、対応できないとの事で受け入れられなかった。
 - ・一度受け入れたが骨折のため専門病院に搬送した。
 - ・一度受け入れたが脳梗塞のため専門病院に搬送した。
 - ・高血圧、意識レベル低下にて脳血管障害疑いで脳外科受診連絡とるも嘔吐（血性）があったとの理由で拒否された。消化管出血の可能性があるので対応できないとの理

由だった。

○利用者の状態（認知症、介護拒否等）が理由

- ・ 高度な認知症や精神疾患のある方。
- ・ 認知症ある人の骨折の場合、受け入れ不可。
- ・ インフルエンザの為、一般病院へ搬送となるが安静保持困難、徘徊、感染を理解できず、感染予防対策ができず加療困難となる。
- ・ 空きがない、専門外などの理由で、電話した時点で断られてしまう。
- ・ 拒食で栄養改善が必要だが、介護拒否があり、入院できなかった。
- ・ 受け入れ先の病院からD N A Rの確認を問われ、C P Rである旨を伝えたところ受け入れを拒否された。また、別件で夜間利用者が急変し、救急搬送を要請したところ救急隊から当施設で受け入れ先の病院を探さなければ搬送できないと搬送を拒否された。
- ・ 搬送依頼したが、病院からどこまでの医療を望むのかはっきりしていない方で断られた事がある。簡単な医療（治療）であれば、老健で治療出来るのではないかと言われ断られた。

○コロナ感染のため

- ・ コロナ陽性者（酸素は必要ないが本人は苦しんでいた状況）。
- ・ コロナ感染の為

○緊急性が低いため。病院での治療の必要性が低い

- ・ 緊急性が低いと判断された（精査後）。
- ・ 転倒後の頭部打撲疑い（外傷なし）。夜間のため日勤帯での受診を勧められた。
- ・ 心不全急性増悪の疑いで搬送したが低アルブミン血症の診断で帰所。
- ・ 高熱、傾眠状態 93 才女性、救急搬送となったが貧血、炎症反応の原因も不明。頭部 M R I も異常なし。施設で経過を見るようにと入院にならず。
- ・ 意識消失 79 才女性、すぐに意識が回復、頭部 M R I は加齢に伴う所見のみ。それ以外の異常所見なく、入院にならず。
- ・ 経口摂取が厳しくなっている方が発熱し、家人が病院での治療を希望したため受診したが病院でやることはないと言われ診察を拒否された。
- ・ 特に処置（出来る事）が無いと言われた。
- ・ S P O 2 低下、呼吸苦にて受診したが、C O P D と診断され入院できなかった。

／等

9. 追加分析

(1) 看取り対応の方針別の特色

- ・看取り対応について施設としての方針は、超強化型では「積極的に、看取り対応をしていきたい」が43.7%と他の施設類型に比べて高い傾向があった。
- ・「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」を参考にしているかについては、「積極的に、看取り対応をしていきたい」と回答した施設では「している」が54.8%と半数以上であった。一方で、「看取り対応には、どちらかというと消極的」、「看取り対応はしない方針である」と回答した施設では、「特にしていない」がそれぞれ57.8%、60.6%で比較的高かった。
- ・ACPの実施状況については、「積極的に、看取り対応をしていきたい」と回答した施設では、「必ず実施している（10割）」が38.3%と比較的高かった。

図表 2-2-65 施設類型別 看取り対応について施設としての方針（問5）

	合計	Q5)1 看取り対応について施設としての方針						
		積極的に、看取り対応をしていきたい	積極的ではないが、希望があれば看取り対応をしていきたい	看取り対応には、どちらかという消極的	看取り対応はしない方針である	特に方針は定めていない	その他	無回答
全体	825 100.0%	290 35.2%	401 48.6%	45 5.5%	66 8.0%	13 1.6%	5 0.6%	5 0.6%
超強化型	334 100.0%	146 43.7%	157 47.0%	13 3.9%	13 3.9%	2 0.6%	2 0.6%	1 0.3%
在宅強化型	109 100.0%	40 36.7%	50 45.9%	3 2.8%	13 11.9%	0 0.0%	2 1.8%	1 0.9%
加算型	230 100.0%	71 30.9%	104 45.2%	19 8.3%	26 11.3%	10 4.3%	0 0.0%	0 0.0%
基本型	127 100.0%	25 19.7%	75 59.1%	10 7.9%	12 9.4%	1 0.8%	1 0.8%	3 2.4%
その他型	6 100.0%	1 16.7%	5 83.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
療養型	5 100.0%	4 80.0%	1 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

図表 2-2-66 看取り対応の方針別 「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」を参考にしているか（問 6）

	合計	Q6)1 「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」を参考にしているか			
		している	一部している	特にはしていない	無回答
全体	825 100.0%	329 39.9%	254 30.8%	227 27.5%	15 1.8%
積極的に、看取り対応をしていきたい	290 100.0%	159 54.8%	84 29.0%	42 14.5%	5 1.7%
積極的ではないが、希望があれば看取り対応をしていきたい	401 100.0%	148 36.9%	141 35.2%	104 25.9%	8 2.0%
看取り対応には、どちらかというとな消極的	45 100.0%	9 20.0%	9 20.0%	26 57.8%	1 2.2%
看取り対応はしない方針である	66 100.0%	11 16.7%	15 22.7%	40 60.6%	0 0.0%
特に方針は定めていない	13 100.0%	1 7.7%	3 23.1%	9 69.2%	0 0.0%

図表 2-2-67 看取り対応の方針別 ACP の実施状況（問 7）

	合計	Q7)1 ACP の実施状況						
		必ず実施している (10割)	ほとんどの入所者(8割以上)に実施している	半分以上(5割以上)に実施している	半分未満に実施している(2~4割)	1割程度実施している	全く実施していない	無回答
全体	825 100.0%	231 28.0%	99 12.0%	58 7.0%	80 9.7%	160 19.4%	178 21.6%	19 2.3%
積極的に、看取り対応をしていきたい	290 100.0%	111 38.3%	41 14.1%	15 5.2%	40 13.8%	43 14.8%	32 11.0%	8 2.8%
積極的ではないが、希望があれば看取り対応をしていきたい	401 100.0%	96 23.9%	52 13.0%	38 9.5%	34 8.5%	94 23.4%	77 19.2%	10 2.5%
看取り対応には、どちらかというとな消極的	45 100.0%	11 24.4%	2 4.4%	1 2.2%	0 0.0%	10 22.2%	21 46.7%	0 0.0%
看取り対応はしない方針である	66 100.0%	8 12.1%	2 3.0%	3 4.5%	5 7.6%	9 13.6%	39 59.1%	0 0.0%
特に方針は定めていない	13 100.0%	1 7.7%	2 15.4%	1 7.7%	1 7.7%	3 23.1%	5 38.5%	0 0.0%

(2) ACP の実施率別の特色

- どのような入所者に対して ACP を実施しているかについて、ACP の実施率が 1 割程度の施設では、「看取り期の利用者」が 88.1%をしめ、「長期入所が想定される利用者」は 15.0%と、低かった。
- ACP を全ての事例では実施していない理由について、「ほとんどの入所者（8割以上）に実施している」と回答した施設では、「本人と意思疎通ができず、家族等との相談も困難な場合があるため」が 47.5%で最も多かった。
- 「半分未満に実施している（2～4割）」と回答した施設では、「全ての入所者に ACP を行う時間を確保できないため」が 47.5%で最も多かった。
- 「1割程度実施している」と回答した施設では、「入所者の状態によっては、ACP を行う必要がないため」が 52.5%で最も多かった。
- ACP の話し合いを行う時期について、「必ず実施している（10割）」と回答した施設では、「入所時に行う」が 81.0%で最も多かった。
- 「半分未満に実施している（2～4割）」と回答した施設では、「状態悪化時に行う」が 86.3%で最も多かった。
- 「1割程度実施している」と回答した施設では、「看取り期に行う」が 79.4%で最も多かった。
- ACP の 1 回あたりの実施時間のうち、本人や家族等と話し合う時間について、「必ず実施している（10割）」と回答した施設では、「10分以上 20分未満」が 39.4%で最も多かった。一方で、「1割程度実施している」と回答した施設では、「30分以上 60分未満」が 35.6%で最も多かった。
- ACP に関する話し合いの記録方法について、「必ず実施している（10割）」と回答した施設では、「施設内で ACP を記録するための統一した書式を用いている」が 38.5%であった。
- ACP を行う上での困難な点は、「半分未満に実施している（2～4割）」、「1割程度実施している」と回答した施設では、「話し合いを始める時期の見極め」がそれぞれ 56.3%、56.9%と比較的高かった。また、「半分未満に実施している（2～4割）」、「1割程度実施している」と回答した施設では、「ACP に関する知識が不足していること」もそれぞれ 36.3%、38.8%と比較的高かった。

図表 2-2-68 ACP の実施率別 どのような入所者に対して ACP を実施しているか（問 7）

	合計	Q7)1-1 どのような入所者に対して ACP を実施しているか							
		看取り期の利用者	長期入所が想定される利用者	在宅復帰が想定される利用者	繰り返しの入所が想定される利用者	通所サービスや短期入所療養介護含め、貴施設で長く関わっている利用者や今後の関わりが想定される利用者	該当するものはない	その他	無回答
全体	397 100.0%	331 83.4%	183 46.1%	74 18.6%	101 25.4%	57 14.4%	3 0.8%	29 7.3%	9 2.3%
ほとんどの入所者(8割以上)に実施している	99 100.0%	77 77.8%	74 74.7%	38 38.4%	41 41.4%	23 23.2%	0 0.0%	9 9.1%	1 1.0%
半分以上(5割以上)に実施している	58 100.0%	44 75.9%	41 70.7%	12 20.7%	22 37.9%	12 20.7%	0 0.0%	3 5.2%	3 5.2%
半分未満に実施している(2~4割)	80 100.0%	69 86.3%	44 55.0%	16 20.0%	21 26.3%	14 17.5%	1 1.3%	5 6.3%	0 0.0%
1割程度実施している	160 100.0%	141 88.1%	24 15.0%	8 5.0%	17 10.6%	8 5.0%	2 1.3%	12 7.5%	5 3.1%

図表 2-2-69 ACP の実施率別 ACP を全ての事例では実施していない理由（問 7）

	合計	Q7)1-2 ACP を全ての事例では実施していない理由					
		入所者の状態によっては、ACP を行う必要がないため	本人と意思疎通ができず、家族等との相談も困難な場合があるため	利用者・家族等から拒否された場合	全ての入所者に ACP を行う時間を確保できないため	その他	無回答
全体	397 100.0%	170 42.8%	153 38.5%	29 7.3%	137 34.5%	30 7.6%	55 13.9%
ほとんどの入所者(8割以上)に実施している	99 100.0%	31 31.3%	47 47.5%	8 8.1%	16 16.2%	13 13.1%	10 10.1%
半分以上(5割以上)に実施している	58 100.0%	22 37.9%	28 48.3%	6 10.3%	20 34.5%	3 5.2%	5 8.6%
半分未満に実施している(2~4割)	80 100.0%	33 41.3%	30 37.5%	6 7.5%	38 47.5%	6 7.5%	8 10.0%
1割程度実施している	160 100.0%	84 52.5%	48 30.0%	9 5.6%	63 39.4%	8 5.0%	32 20.0%

図表 2-2-70 ACP の実施率別 ACP の話し合いを行う時期（問 7）

	合計	Q7)3 ACP の話し合いを行う時期							
		入所前(入所相談時)に行う	入所時に行う	定期的に行う(3カ月ごと、等)	状態悪化時に行う	看取り期に行う	ご本人やご家族等に求められたときに行う	その他	無回答
全体	628 100.0%	144 22.9%	376 59.9%	97 15.4%	478 76.1%	451 71.8%	188 29.9%	6 1.0%	15 2.4%
必ず実施している(10割)	231 100.0%	74 32.0%	187 81.0%	54 23.4%	166 71.9%	148 64.1%	77 33.3%	0 0.0%	6 2.6%
ほとんどの入所者(8割以上)に実施している	99 100.0%	23 23.2%	73 73.7%	15 15.2%	74 74.7%	73 73.7%	30 30.3%	0 0.0%	2 2.0%
半分以上(5割以上)に実施している	58 100.0%	10 17.2%	43 74.1%	7 12.1%	49 84.5%	40 69.0%	17 29.3%	2 3.4%	1 1.7%
半分未満に実施している(2~4割)	80 100.0%	23 28.8%	35 43.8%	15 18.8%	69 86.3%	63 78.8%	29 36.3%	0 0.0%	0 0.0%
1割程度実施している	160 100.0%	14 8.8%	38 23.8%	6 3.8%	120 75.0%	127 79.4%	35 21.9%	4 2.5%	6 3.8%

図表 2-2-71 ACP の実施率別 ACP の 1 回あたりの実施時間_本人や家族等と話し合う時間（問 7）

	合計	Q7)4-1 ACP の 1 回あたりの実施時間_本人や家族等と話し合う時間					
		10分未満	10分以上20分未満	20分以上30分未満	30分以上60分未満	60分以上	無回答
全体	628 100.0%	52 8.3%	213 33.9%	177 28.2%	167 26.6%	4 0.6%	15 2.4%
必ず実施している(10割)	231 100.0%	29 12.6%	91 39.4%	66 28.6%	40 17.3%	2 0.9%	3 1.3%
ほとんどの入所者(8割以上)に実施している	99 100.0%	11 11.1%	31 31.3%	24 24.2%	31 31.3%	0 0.0%	2 2.0%
半分以上(5割以上)に実施している	58 100.0%	3 5.2%	18 31.0%	14 24.1%	21 36.2%	0 0.0%	2 3.4%
半分未満に実施している(2~4割)	80 100.0%	6 7.5%	23 28.8%	32 40.0%	18 22.5%	0 0.0%	1 1.3%
1割程度実施している	160 100.0%	3 1.9%	50 31.3%	41 25.6%	57 35.6%	2 1.3%	7 4.4%

図表 2-2-72 ACP の実施率別 ACP に関する話し合いの記録方法（問 7）

	合計	Q7)6 ACP に関する話し合いの記録方法			
		施設内で ACP を記録するための統一した書式を用いている	定まった書式はないがカルテ等に記録している	施設入所時の同意書等に記録する	無回答
全体	628 100.0%	170 27.1%	342 54.5%	92 14.6%	24 3.8%
必ず実施している(10割)	231 100.0%	89 38.5%	93 40.3%	41 17.7%	8 3.5%
ほとんどの入所者(8割以上)に実施している	99 100.0%	27 27.3%	50 50.5%	21 21.2%	1 1.0%
半分以上(5割以上)に実施している	58 100.0%	15 25.9%	29 50.0%	10 17.2%	4 6.9%
半分未満に実施している(2~4割)	80 100.0%	14 17.5%	56 70.0%	7 8.8%	3 3.8%
1割程度実施している	160 100.0%	25 15.6%	114 71.3%	13 8.1%	8 5.0%

図表 2-2-73 ACP の実施率別 ACP を行う上での困難な点（問 7）

	合計	Q7)11 ACP を行う上での困難な点						
		ご本人や家族等と十分に話し合う時間を確保できない	話し合いを始める時期の極め	ご本人の意向を聴取できない(認知機能が低下している場合等)	ご本人と家族等間で意見が異なる場合の調整	家族等の意向が本人の意向より優先されやすいこと	ご本人・家族等の意向と医療・ケアチームの方針が異なる場合の調整	ご本人や家族等が医療者に任せがちで十分に話し合えない
全体	628 100.0%	185 29.5%	284 45.2%	458 72.9%	238 37.9%	286 45.5%	90 14.3%	128 20.4%
必ず実施している(10割)	231 100.0%	54 23.4%	88 38.1%	162 70.1%	95 41.1%	95 41.1%	37 16.0%	36 15.6%
ほとんどの入所者(8割以上)に実施している	99 100.0%	34 34.3%	37 37.4%	76 76.8%	36 36.4%	50 50.5%	12 12.1%	18 18.2%
半分以上(5割以上)に実施している	58 100.0%	18 31.0%	23 39.7%	41 70.7%	21 36.2%	26 44.8%	8 13.8%	12 20.7%
半分未満に実施している(2~4割)	80 100.0%	35 43.8%	45 56.3%	64 80.0%	34 42.5%	41 51.3%	15 18.8%	22 27.5%
1割程度実施している	160 100.0%	44 27.5%	91 56.9%	115 71.9%	52 32.5%	74 46.3%	18 11.3%	40 25.0%

(続き) ACPの実施率別 ACPを行う上での困難な点 (問7)

	Q7)11 ACPを行う上での困難な点							
	合計	職種間での考え方や方針が異なる場合の調整	人生の最終段階の過ごし方など、死を見据えた話し合いを行うこと	多職種間での情報連携	ACPに関する知識が不足していること	その他	特に困難に感じていることはない	無回答
全体	628 100.0%	69 11.0%	136 21.7%	68 10.8%	190 30.3%	21 3.3%	19 3.0%	19 3.0%
必ず実施している(10割)	231 100.0%	21 9.1%	40 17.3%	18 7.8%	50 21.6%	9 3.9%	13 5.6%	6 2.6%
ほとんどの入所者(8割以上)に実施している	99 100.0%	11 11.1%	22 22.2%	17 17.2%	32 32.3%	4 4.0%	0 0.0%	3 3.0%
半分以上(5割以上)に実施している	58 100.0%	3 5.2%	13 22.4%	4 6.9%	17 29.3%	2 3.4%	1 1.7%	1 1.7%
半分未満に実施している(2~4割)	80 100.0%	13 16.3%	24 30.0%	15 18.8%	29 36.3%	3 3.8%	1 1.3%	0 0.0%
1割程度実施している	160 100.0%	21 13.1%	37 23.1%	14 8.8%	62 38.8%	3 1.9%	4 2.5%	9 5.6%

第3節 管理医師票の主な結果

1. 回答医師の属性等

① 年齢

管理医師の年齢は、平均 68.3 歳であった。

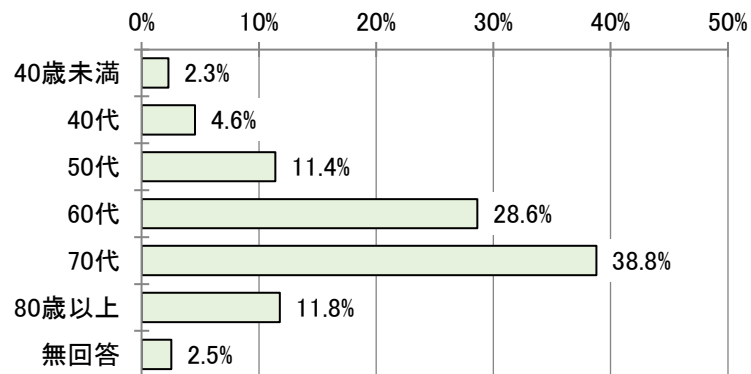
図表 2-3-1 年齢 (n=769) (問 1)

単位：歳

	件数	平均値	標準偏差	中央値
年齢	769	68.3	11.2	70.0

年齢の分布は、「70代」が 38.8% で最も多く、次いで「60代」が 28.6% であった。

図表 2-3-2 年齢の分布 (n=789)



② 老健施設勤続年数

管理医師の老健施設勤続年数は、平均 8.5 年であった。

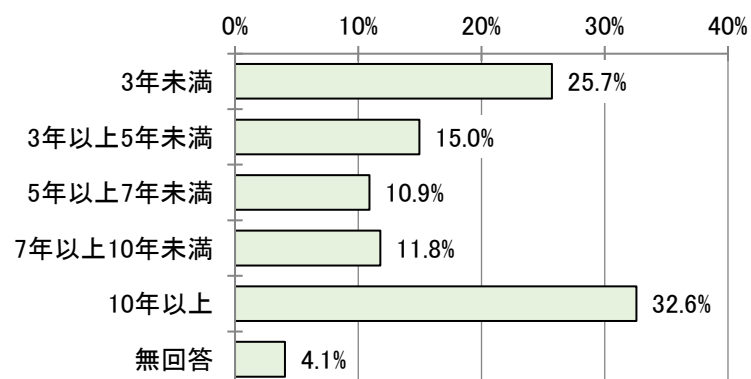
図表 2-3-3 老健施設勤続年数 (n=757) (問 1)

単位：年

	件数	平均値	標準偏差	中央値
老健施設勤続年数	757	8.5	7.9	5.0

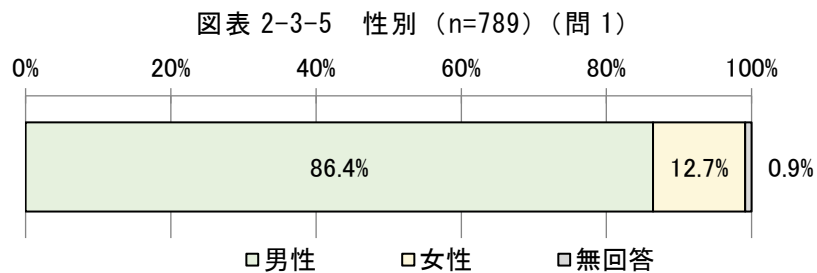
老健施設勤続年数の分布は、「10年以上」が 32.6% で最も多く、次いで「3年未満」が 25.7% であった。

図表 2-3-4 老健施設勤続年数の分布 (n=789)



③ 性別

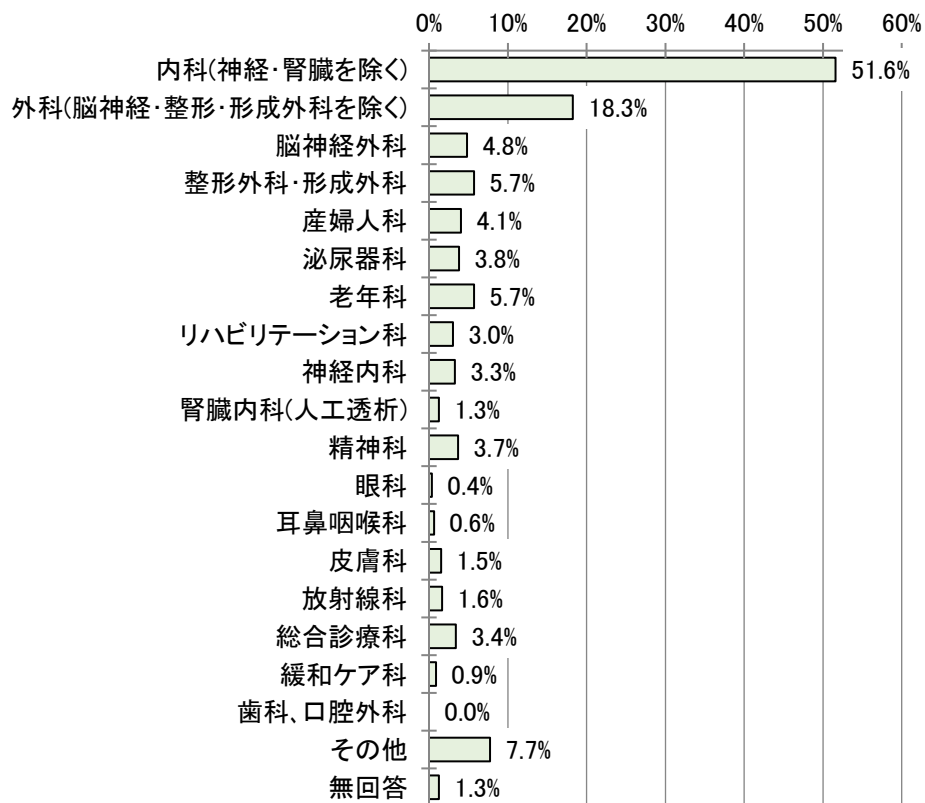
管理医師の性別は、「男性」が 86.4%、「女性」が 12.7%であった。



④ 専門科

管理医師の専門科は、「内科（神経・腎臓を除く）」が 51.6%で最も多く、次いで「外科（脳神経・整形・形成外科を除く）」が 18.3%であった。

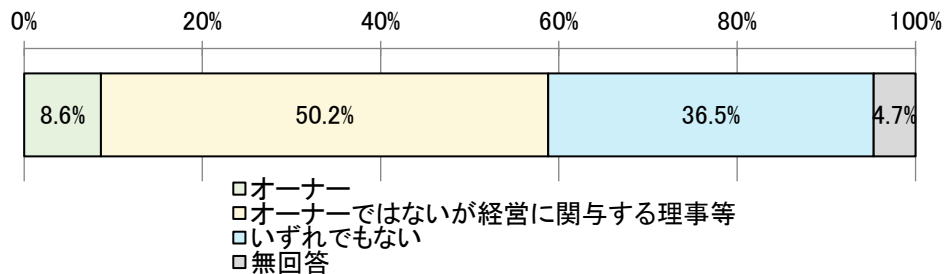
図表 2-3-6 専門科（複数回答）(n=789) (問 1)



⑤ 役職

管理医師の役職は、「オーナーではないが経営に関与する理事等」が50.2%で最も多く、次いで「いずれでもない」が36.5%であった。

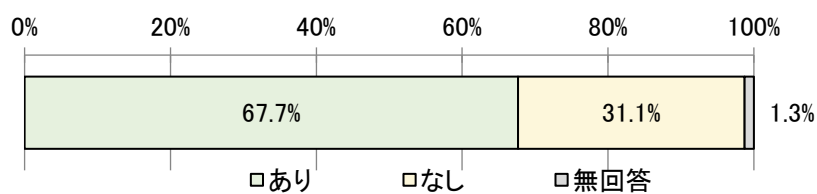
図表 2-3-7 役職 (n=789) (問 1)



⑥ オンコール体制

オンコール体制は、「あり」が67.7%、「なし」が31.1%であった。

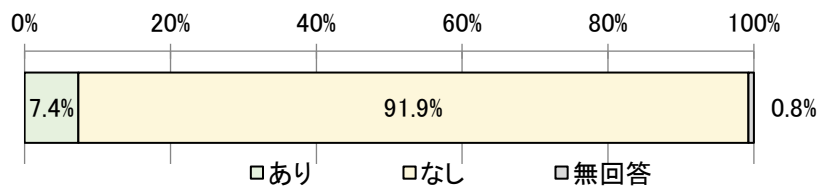
図表 2-3-8 オンコール体制 (n=789) (問 1)



⑦ 当直

当直は、「あり」が7.4%、「なし」が91.9%であった。

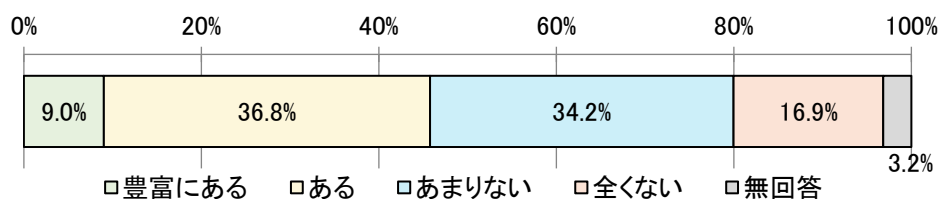
図表 2-3-9 当直 (n=789) (問 1)



⑧ 緩和医療の経験

緩和医療の経験は、「ある」が36.8%で最も多く、次いで「あまりない」が34.2%であった。

図表 2-3-10 緩和医療の経験 (n=789) (問 1)



2. 医療上専門医の判断を必要とする可能性がある場合についての老健の管理医師の対応についての考え方

医療上専門医の判断を必要とする可能性がある場合に、老健の管理医師としてどのように対応すべきと考えているかについて尋ねた。

「①原則、全ての事例で専門病院を受診させる」については「あまり当てはまらない」が36.4%で最も多く、次いで「やや当てはまる」が29.4%であった。

「②まずは自分の判断で治療を行い、経過を見る」については「やや当てはまる」が50.4%で最も多く、次いで「当てはまる」が33.8%であった。

「③ご本人、ご家族等の意向を確かめ、希望に従う」については「当てはまる」が59.1%で最も多く、次いで「やや当てはまる」が36.4%であった。

「④余命が限定的である看取り期の症例でも専門病院を受診させる」については「あまり当てはまらない」が44.7%で最も多く、次いで「当てはまらない」が39.9%であった。

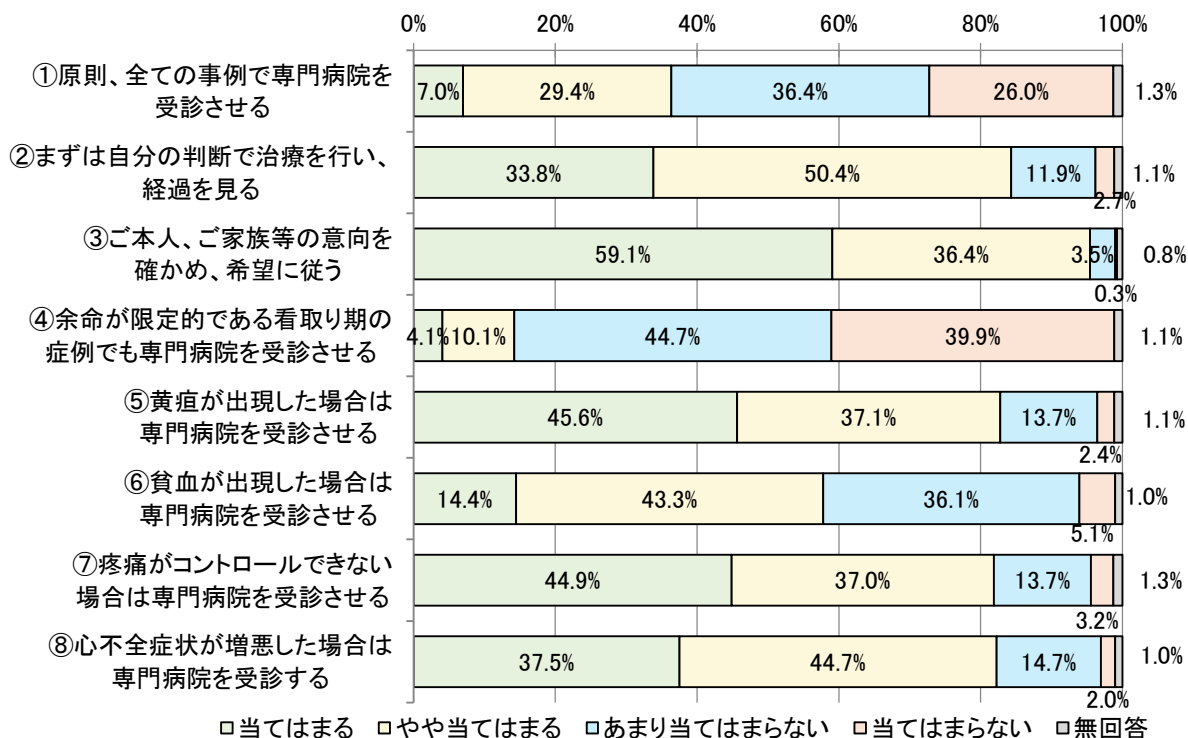
「⑤黄疸が出現した場合は専門病院を受診させる」については「当てはまる」が45.6%で最も多く、次いで「やや当てはまる」が37.1%であった。

「⑥貧血が出現した場合は専門病院を受診させる」については「やや当てはまる」が43.3%で最も多く、次いで「あまり当てはまらない」が36.1%であった。

「⑦疼痛がコントロールできない場合は専門病院を受診させる」については「当てはまる」が44.9%で最も多く、次いで「やや当てはまる」が37.0%であった。

「⑧心不全症状が増悪した場合は専門病院を受診する」については「やや当てはまる」が44.7%で最も多く、次いで「当てはまる」が37.5%であった。

図表 2-3-11 医療上専門医の判断を必要とする可能性がある場合についての老健の管理医師の対応についての考え方 (n=789) (問 1)

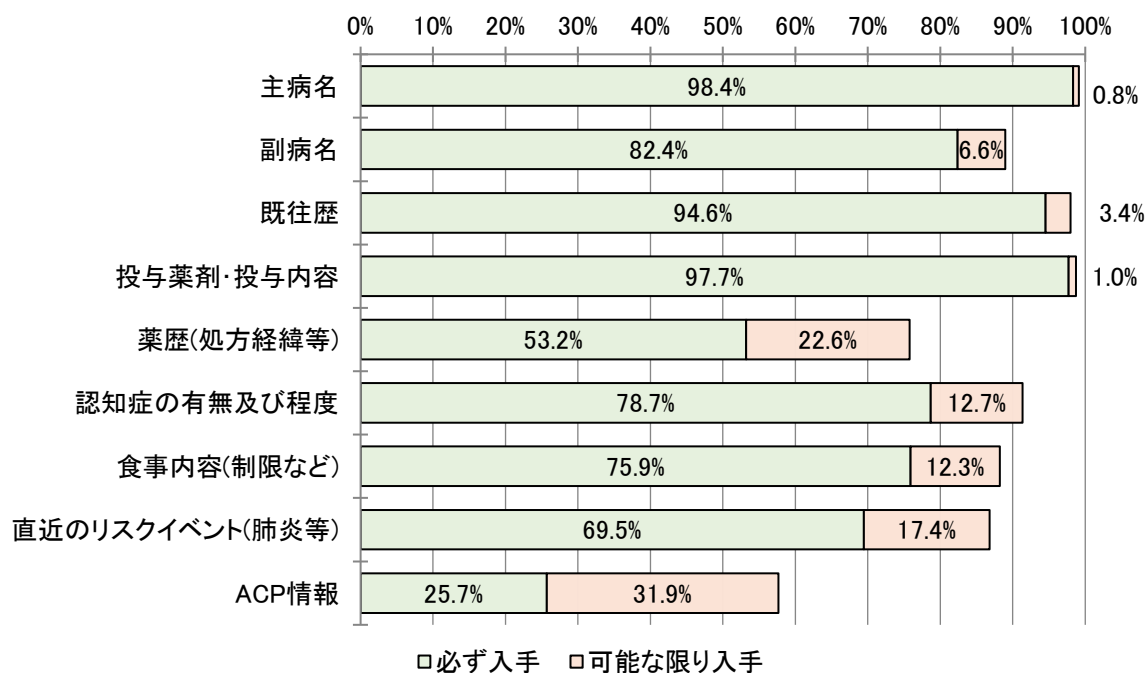


3. 医療機関との連携

① 入手する医療に関わる情報

医療機関との連携の際に入手する医療に関わる情報について、必ず入手するものは「主病名」が 98.4%で最も多く、次いで「投与薬剤・投与内容」が 97.7%であった。可能な限り入手するものは「ACP 情報」が 31.9%で最も多く、次いで「薬歴（処方経緯等）」が 22.6%であった。

図表 2-3-12 入手する医療に関わる情報（複数回答）（n=789）（問 2）

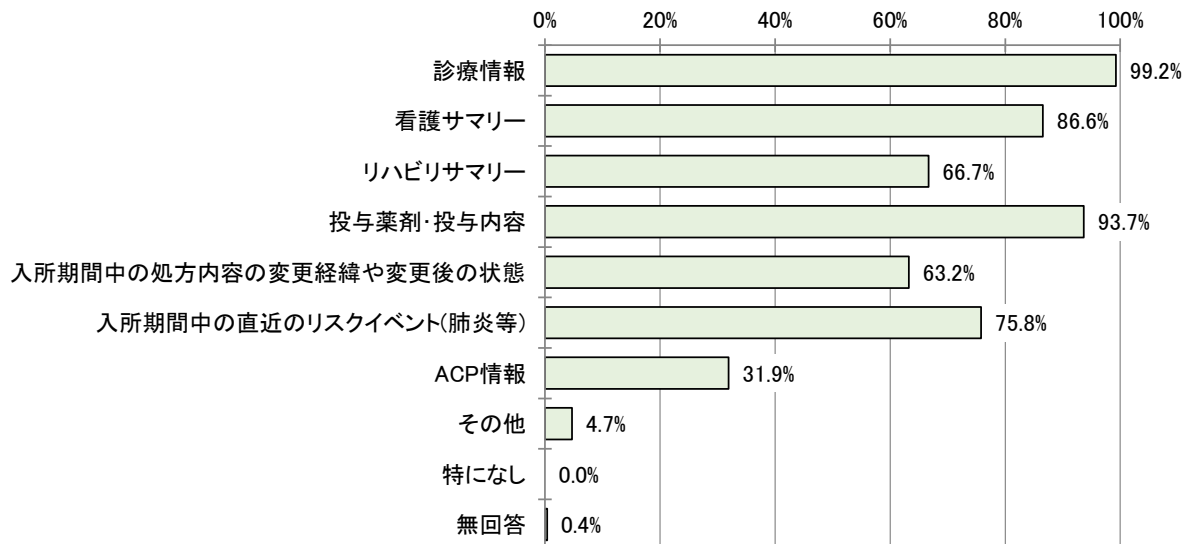


その他の具体的な内容：「アレルギー情報」「感染症の有無」「血液検査」「検査結果」

② 退所時、医療機関へ提供する医療に関わる情報

退所時に医療機関に提供する医療に関わる情報は、「診療情報」が99.2%で最も多く、次いで「投与薬剤・投与内容」が93.7%であった。

図表 2-3-13 退所時、医療機関へ提供する医療に関わる情報 (n=789) (問 2)

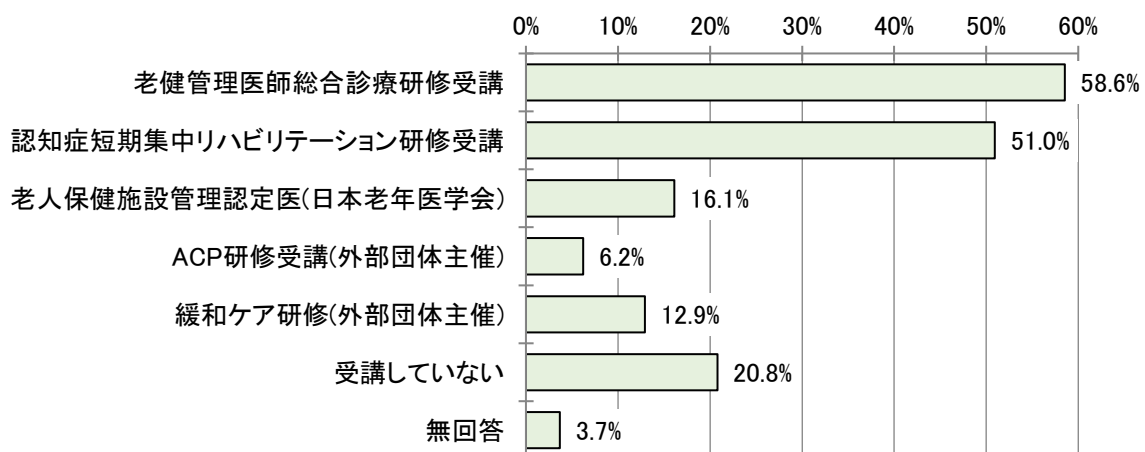


その他の具体的な内容：「栄養情報」「食事の情報」

4. 研修参加状況

管理医師及び補助医師の、全老健等が主催する研修の受講状況については、「老健管理医師総合診療研修受講」が58.6%で最も多く、次いで「認知症短期集中リハビリテーション研修受講」が51.0%であった。

図表 2-3-14 全老健等主催の研修受講状況 (複数回答) (n=789) (問 3)

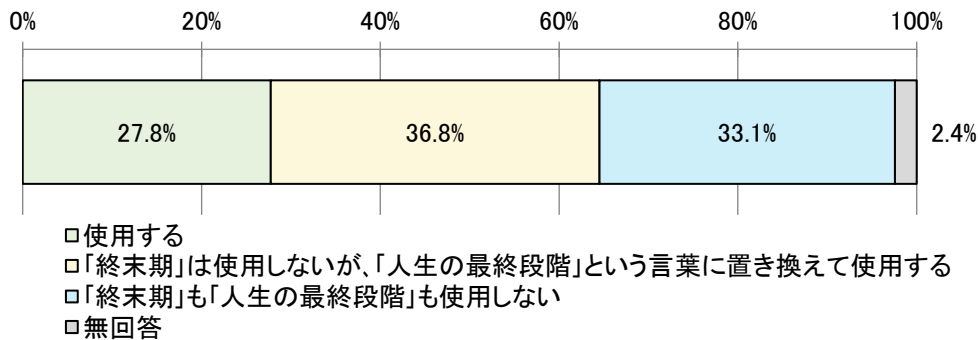


5. 医療に関する説明や ACP への対応

① 「終末期」という言葉を入所者への説明で使用するか

「終末期」という言葉を入所者への説明で使用するかは、『終末期』は使用しないが、『人生の最終段階』という言葉に置き換えて使用する」が 36.8%で最も多く、次いで『終末期』も『人生の最終段階』も使用しない」が 33.1%であった。

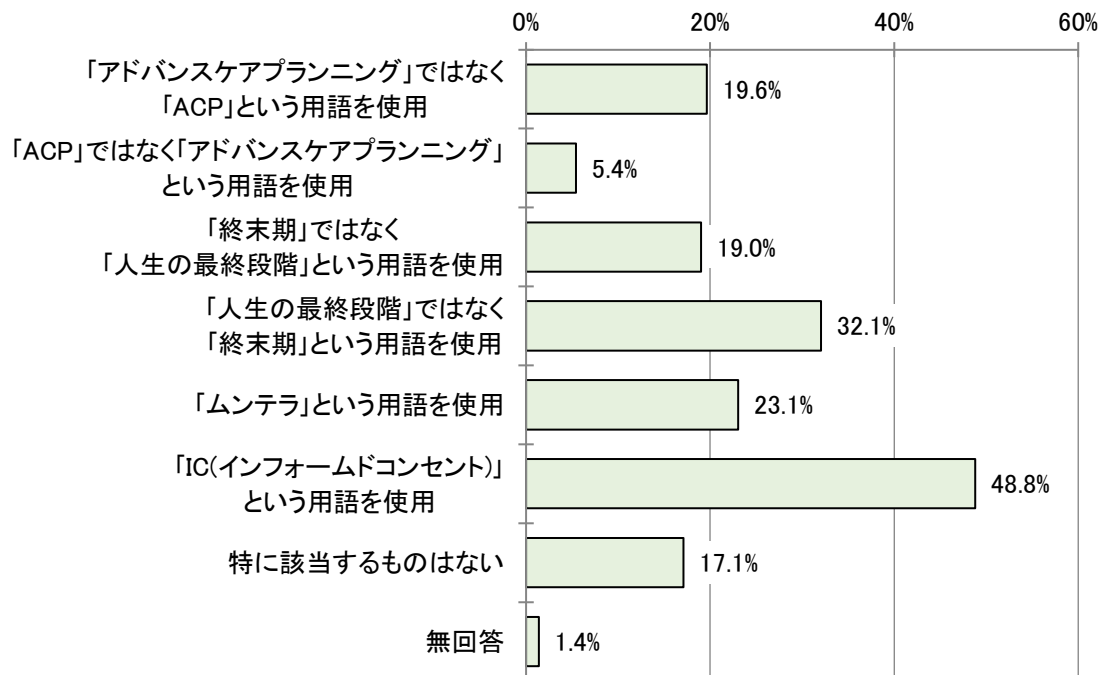
図表 2-3-15 「終末期」という言葉を入所者への説明で使用するか (n=789) (問 4)



② 施設の職員と話すとき、使用頻度の高い言葉

施設の職員と話すときに使用頻度の高い言葉については、『IC (インフォームドコンセント)』という用語を使用」が 48.8%で最も多く、次いで『人生の最終段階』ではなく『終末期』という用語を使用」が 32.1%であった。

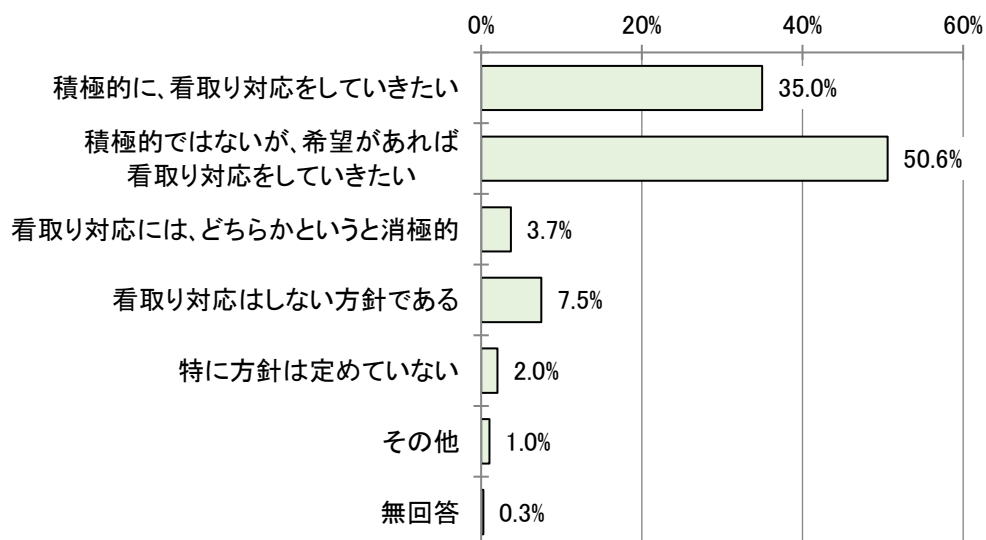
図表 2-3-16 施設の職員と話すとき、使用頻度の高い言葉 (複数回答) (n=789) (問 4)



③ 看取り対応の方針

看取り対応の方針は、「積極的ではないが、希望があれば看取り対応をしていきたい」が50.6%で最も多く、次いで「積極的に、看取り対応をしていきたい」が35.0%であった。

図表 2-3-17 看取り対応の方針 (n=789) (問 4)



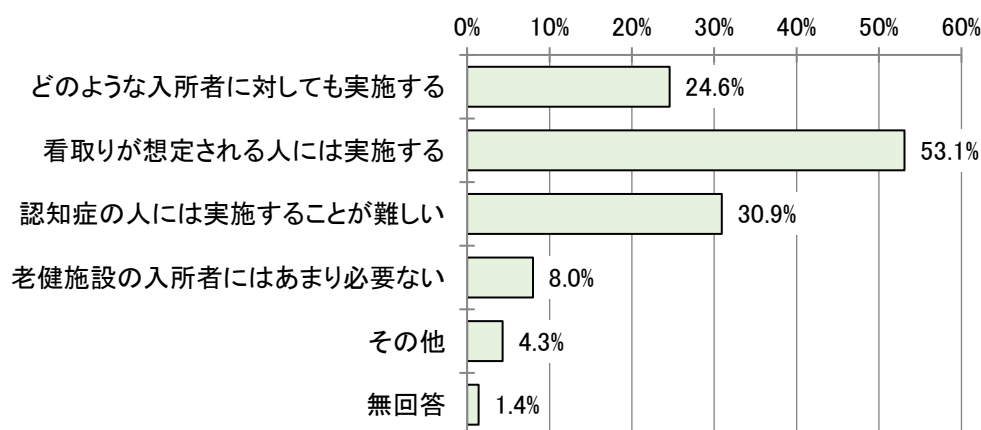
図表 2-3-18 緩和医療の経験別 看取り対応の方針

	合計	Q4)3 看取り対応の方針						
		積極的に、看取り対応をしていきたい	積極的ではないが、希望があれば看取り対応をしていきたい	看取り対応には、どちらかという消極的	看取り対応はしない方針である	特に方針は定めていない	その他	無回答
全体	789 100.0%	276 35.0%	399 50.6%	29 3.7%	59 7.5%	16 2.0%	8 1.0%	2 0.3%
豊富にある	71 100.0%	41 57.7%	24 33.8%	0 0.0%	3 4.2%	2 2.8%	0 0.0%	1 1.4%
ある	290 100.0%	127 43.8%	139 47.9%	8 2.8%	11 3.8%	1 0.3%	4 1.4%	0 0.0%
あまりない	270 100.0%	73 27.0%	154 57.0%	10 3.7%	20 7.4%	9 3.3%	4 1.5%	0 0.0%
全くない	133 100.0%	29 21.8%	69 51.9%	10 7.5%	21 15.8%	4 3.0%	0 0.0%	0 0.0%

④ ACP 実施についての考え

ACP 実施についての考えは、「どのような入所者に対しても実施する」は 24.6%で「看取りが想定される人には実施する」が 53.1%で最も多かった。「老健施設の入所者にはあまり必要ない」という回答が 8.0%であった。「認知症の人には実施することが難しい」が 30.9%であった。

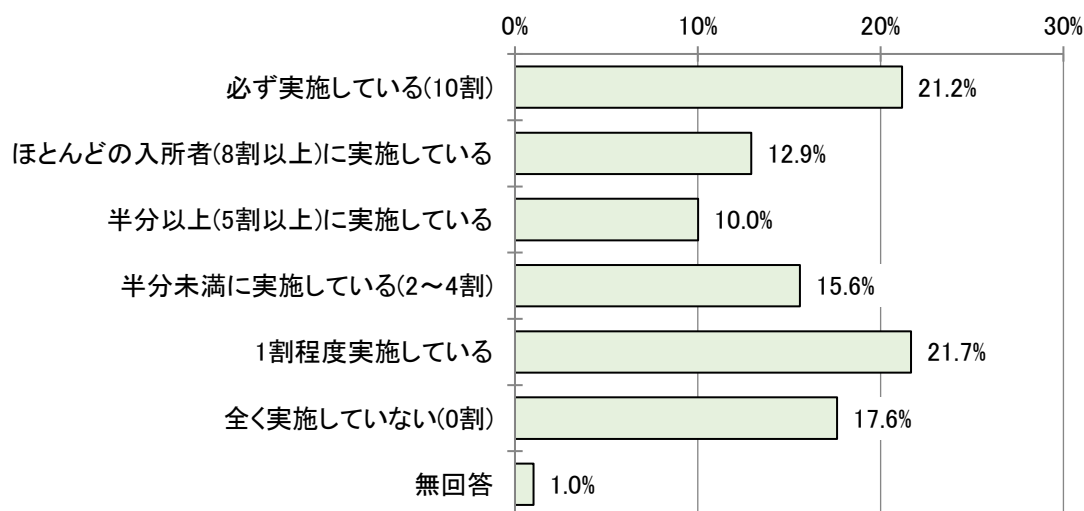
図表 2-3-19 ACP 実施についての考え（複数回答）（n=789）（問 4）



⑤ どのくらいの入所者の ACP に医師が関わっているか

どのくらいの入所者の ACP に医師が関わっているかは、「1割程度実施している」が 21.7%で最も多く、次いで「必ず実施している（10割）」が 21.2%、「全く実施していない（0割）」が 17.6%であった。

図表 2-3-20 どのくらいの入所者の ACP に医師が関わっているか（n=789）（問 4）

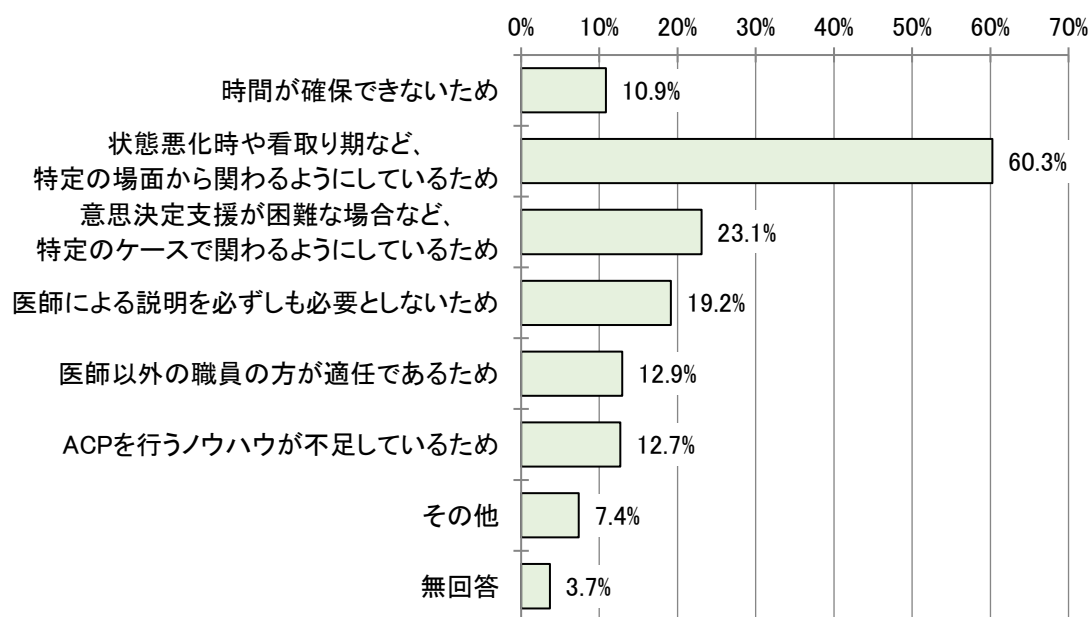


図表 2-3-21 緩和医療の経験別 どのくらいの入所者の ACP に医師が関わっているか

	合計	Q4)5 どのくらいの入所者の ACP に医師が関わっているか						
		必ず実施している (10割)	ほとんどの入所者(8割以上)に実施している	半分以上(5割以上)に実施している	半分未満に実施している(2~4割)	1割程度実施している	全く実施していない(0割)	無回答
全体	789 100.0%	167 21.2%	102 12.9%	79 10.0%	123 15.6%	171 21.7%	139 17.6%	8 1.0%
豊富にある	71 100.0%	25 35.2%	10 14.1%	7 9.9%	11 15.5%	10 14.1%	7 9.9%	1 1.4%
ある	290 100.0%	70 24.1%	36 12.4%	30 10.3%	54 18.6%	65 22.4%	32 11.0%	3 1.0%
あまりない	270 100.0%	48 17.8%	38 14.1%	30 11.1%	40 14.8%	58 21.5%	54 20.0%	2 0.7%
全くない	133 100.0%	22 16.5%	15 11.3%	11 8.3%	16 12.0%	32 24.1%	37 27.8%	0 0.0%

「半分未満に実施している（2～4割）」「1割程度実施している」「全く実施していない（0割）」の場合、医師が入所者の ACP に関わらない場合の理由をたずねた。「状態悪化時や看取り期など、特定の場面から関わるようにしているため」が 60.3%で最も多く、次いで「意思決定支援が困難な場合など、特定のケースで関わるようにしているため」が 23.1%であった。

図表 2-3-22 医師が入所者の ACP に関わらない場合の理由（複数回答）（n=433）（問 4）

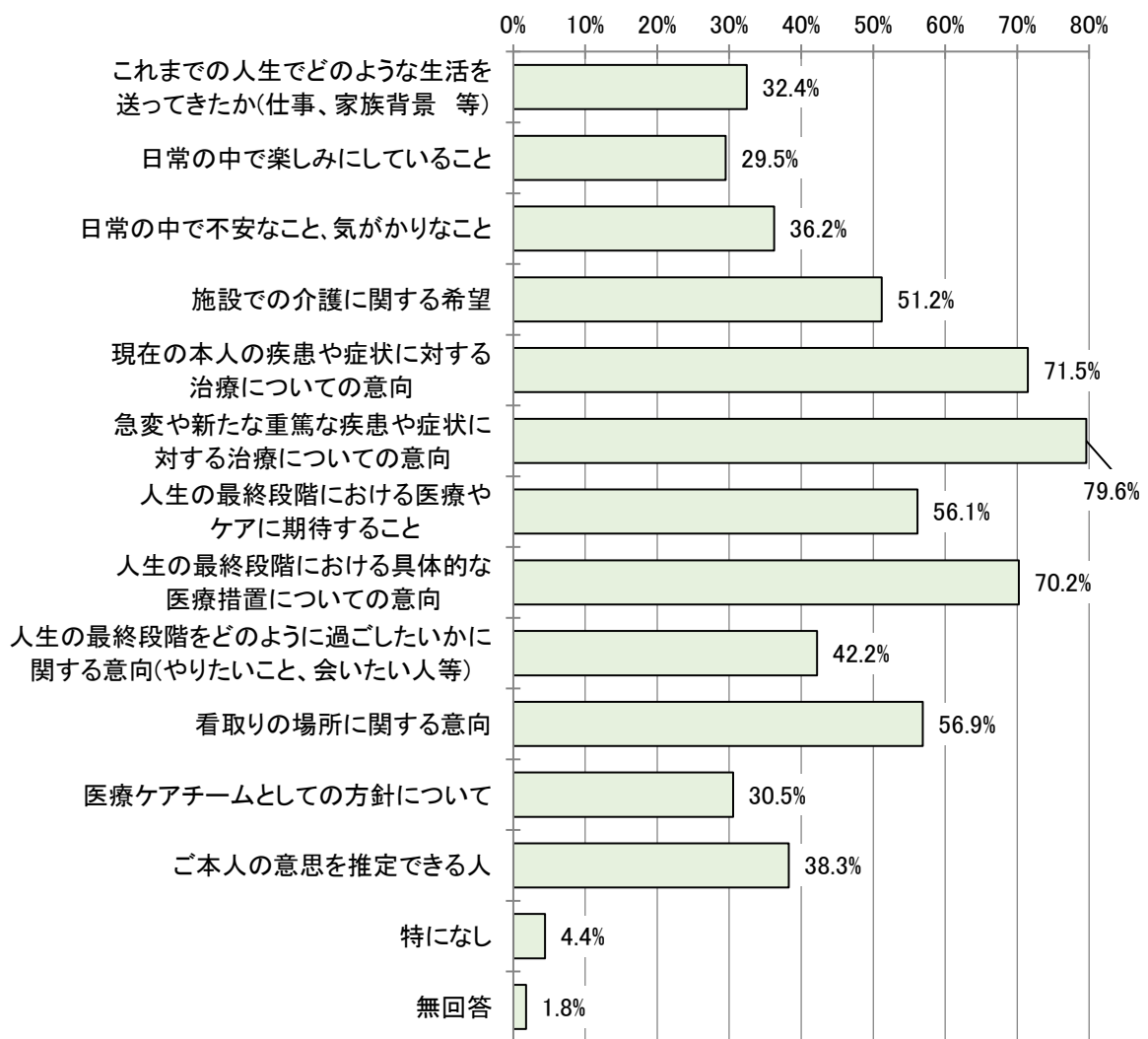


その他の具体的な内容：「看取りを実施していない」「入所者にあまり必要ないため」

⑥ 医師が、ご本人、ご家族等との ACP で話し合う必要があると考えている内容

医師が、ご本人、ご家族等との ACP で話し合う必要があると考えている内容については、「急変や新たな重篤な疾患や症状に対する治療についての意向」が 79.6%で最も多く、次いで「現在の本人の疾患や症状に対する治療についての意向」が 71.5%であった。

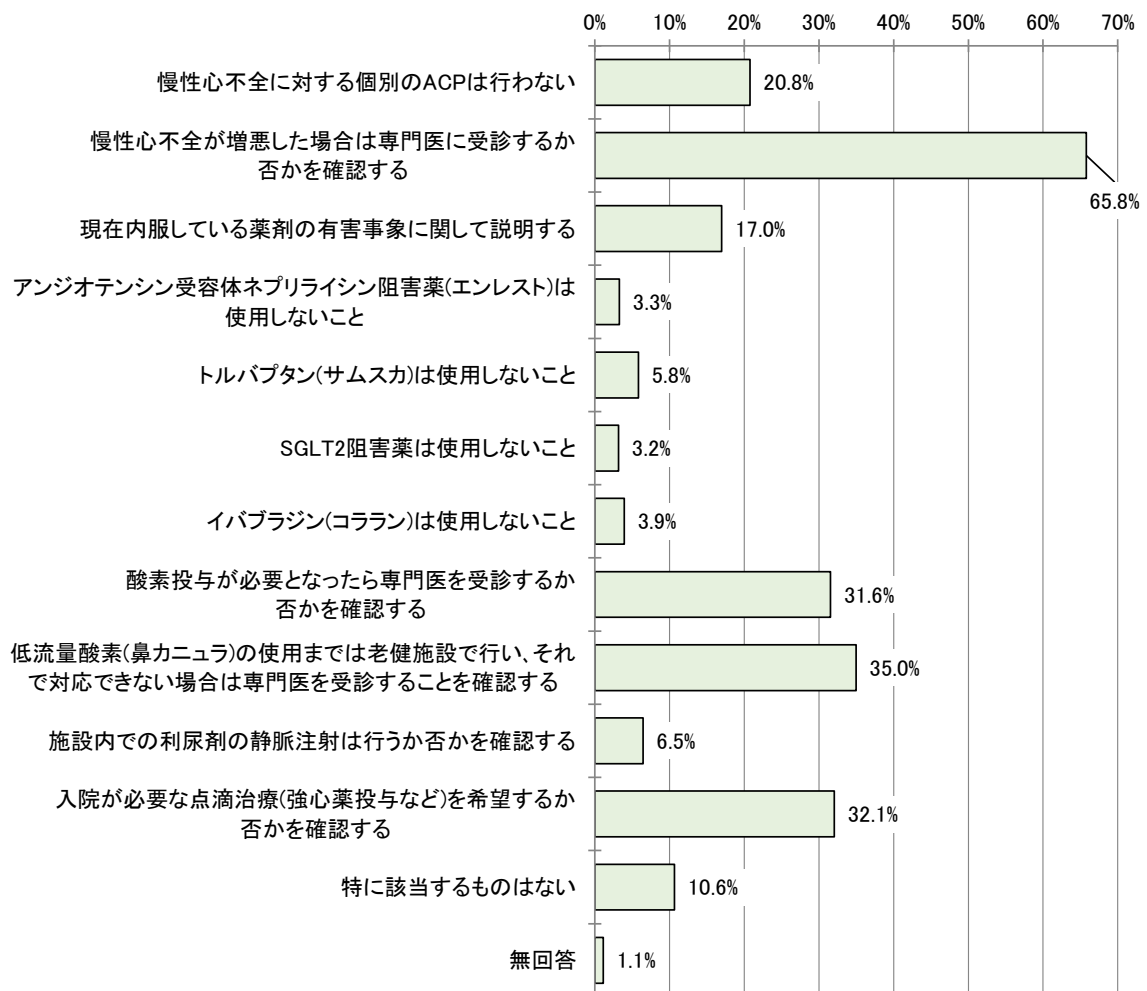
図表 2-3-23 医師が、ご本人、ご家族等との ACP で話し合う必要があると考えている内容
(複数回答) (n=789) (問 4)



⑦ 慢性心不全の増悪に関して ACP 時の説明や治療内容に関して説明している内容

慢性心不全の増悪に関して ACP 時の説明や治療内容に関して説明している内容は、「慢性心不全が増悪した場合は専門医に受診するか否かを確認する」が 65.8%で最も多く、次いで「低流量酸素（鼻カニューラ）の使用までは老健施設で行い、それでは対応できない場合は専門医を受診することを確認する」が 35.0%であった。

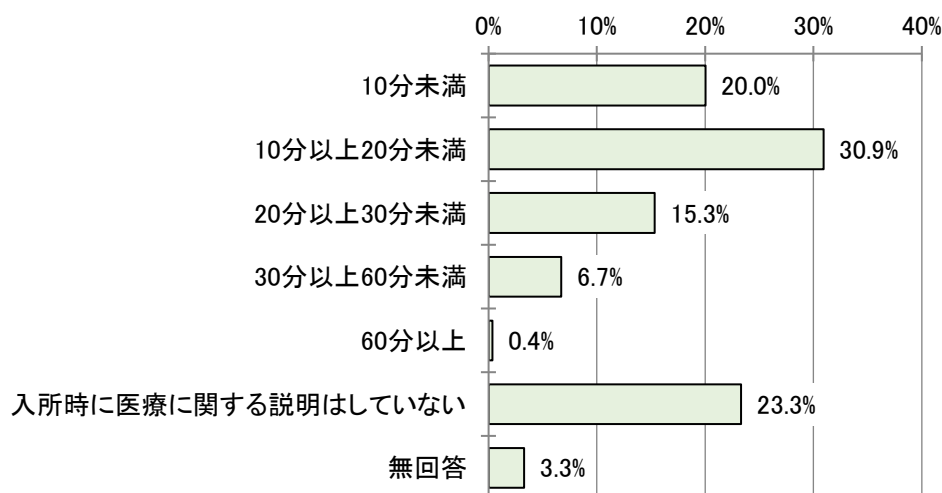
図表 2-3-24 慢性心不全の増悪に関して ACP 時の説明や治療内容に関して説明している内容
（複数回答）（n=789）（問 4）



⑧ 入所時の ACP について、医師が医療に関わる説明を行っている説明時間

入所時の ACP について、医師が医療に関わる説明を行っている説明時間は、「10 分以上 20 分未満」が 30.9%で最も多く、次いで「入所時に医療に関する説明はしていない」が 23.3%であった。

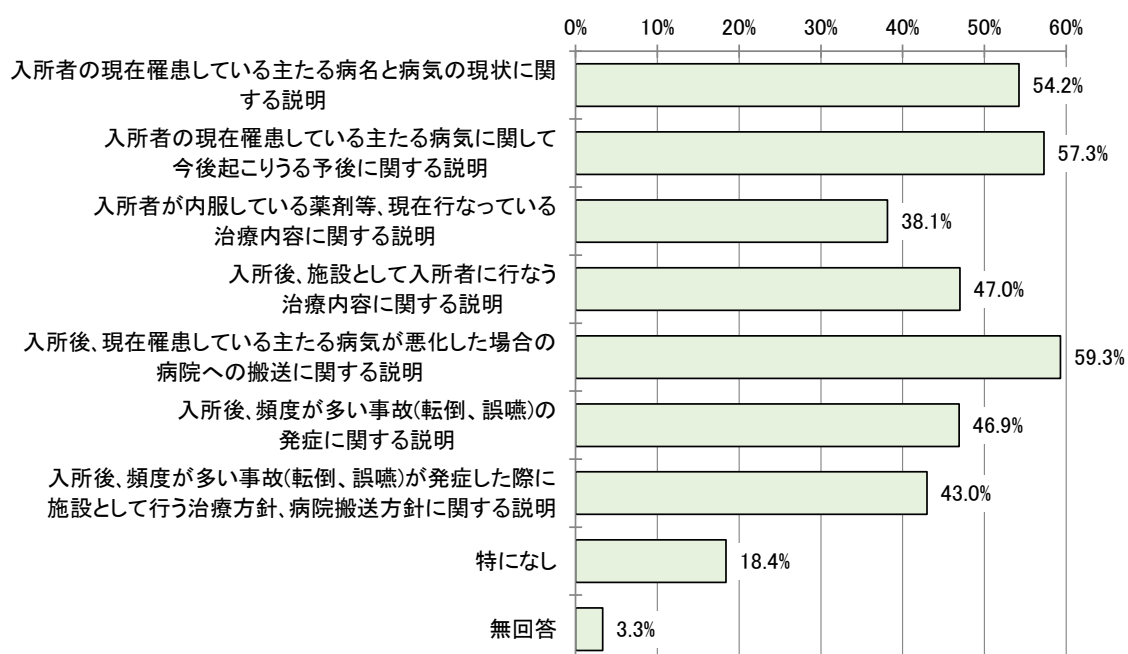
図表 2-3-25 入所時の ACP について、医師が医療に関わる説明を行っている説明時間 (n=789) (問 4)



⑨ 入所時の ACP について、医師が行っている医療に関する説明内容

入所時の ACP について、医師が行っている医療に関する説明内容は、「入所後、現在罹患している主たる病気が悪化した場合の病院への搬送に関する説明」が 59.3%で最も多く、次いで「入所者の現在罹患している主たる病気に関して今後起こりうる予後に関する説明」が 57.3%であった。

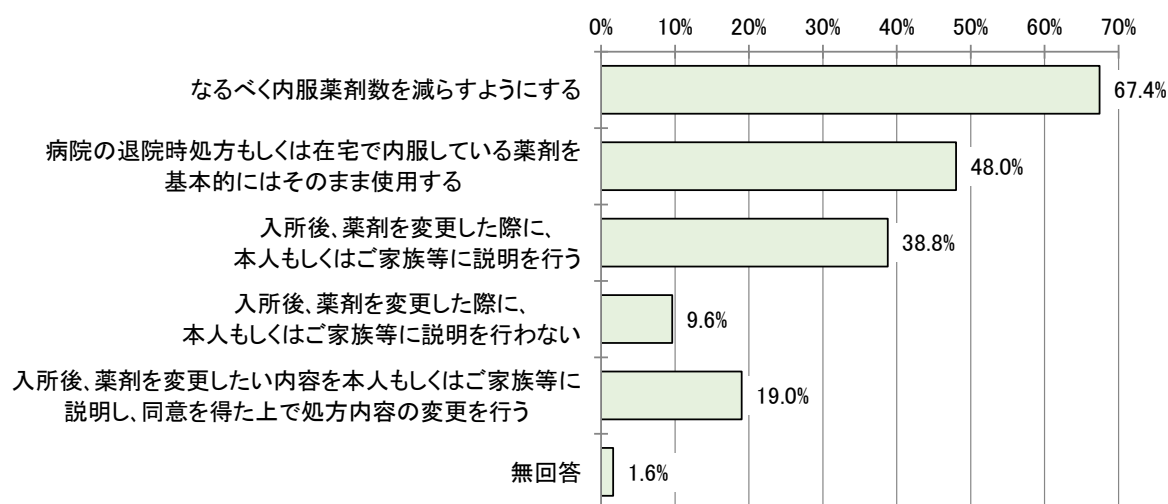
図表 2-3-26 入所時の ACP について、医師が行っている医療に関する説明内容 (複数回答) (n=789) (問 4)



⑩ 入所時における薬物治療に関して医師ならびに施設が行っている内容

入所時における薬物治療に関して医師ならびに施設が行っている内容は、「なるべく内服薬剤数を減らすようにする」が 67.4%で最も多く、次いで「病院の退院時処方もしくは在宅で内服している薬剤を基本的にはそのまま使用する」が 48.0%であった。

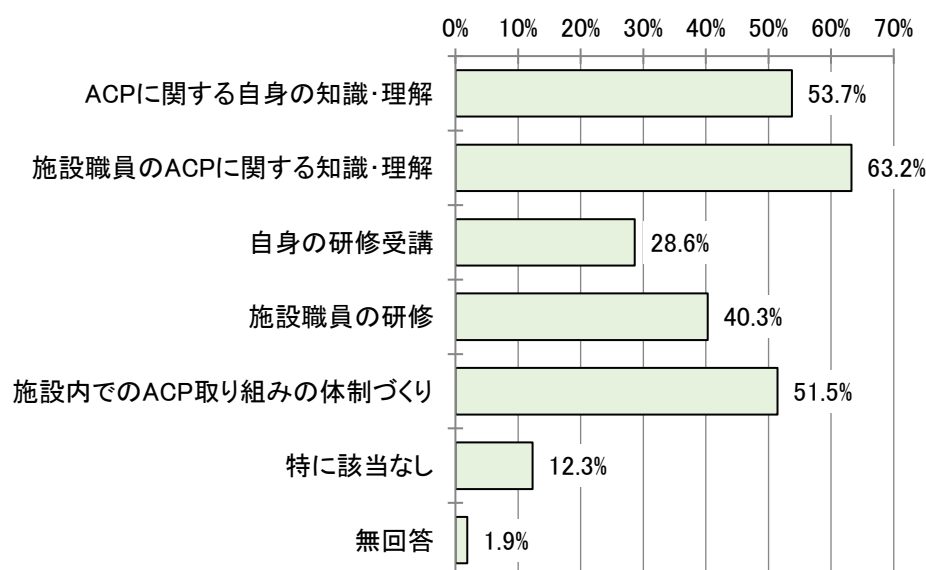
図表 2-3-27 入所時における薬物治療に関して医師ならびに施設が行っている内容
(複数回答) (n=789) (問 4)



⑪ 今後 ACP に取り組むために必要と考えること

今後 ACP に取り組むために必要と考えることは、「施設職員の ACP に関する知識・理解」が 63.2%で最も多く、次いで「ACP に関する自身の知識・理解」が 53.7%であった。

図表 2-3-28 今後 ACP に取り組むために必要と考えること (複数回答) (n=789) (問 4)



第4節 事例票の主な結果

1. 対象者の基本属性

① 年齢

対象者の年齢の平均値は、死亡した事例が 90.9 歳、入院した事例が 87.0 歳、在宅退所した事例が 85.7 歳であった。

図表 2-4-1 対象者の年齢（問 1）

単位：歳

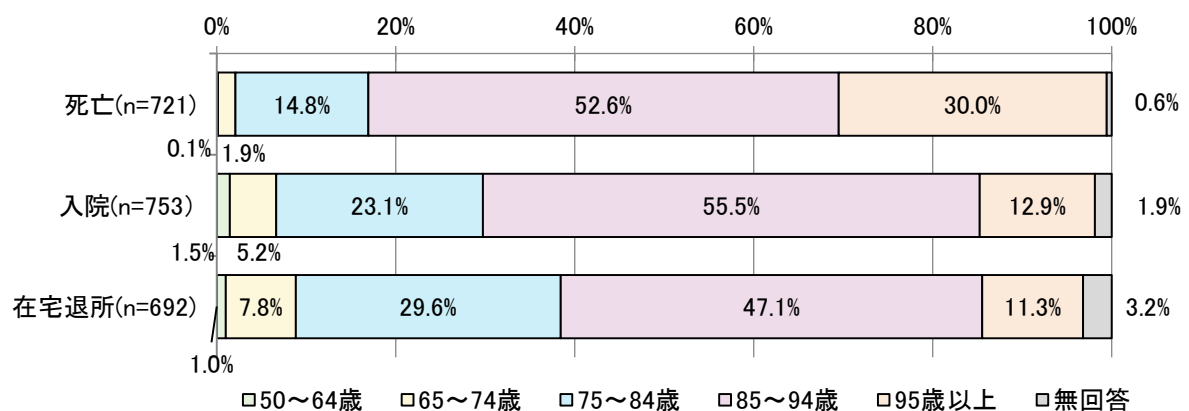
	件数	平均値	標準偏差	中央値
死亡	717	90.9	7.0	91.0
入院	739	87.0	7.9	88.0
在宅退所	670	85.7	7.8	87.0

死亡した事例では、「85～94 歳」が 52.6%で最も多く、次いで「95 歳以上」が 30.0%であった。

入院した事例では、「85～94 歳」が 55.5%で最も多く、次いで「75～84 歳」が 23.1%であった。

在宅退所した事例では、「85～94 歳」が 47.1%で最も多く、次いで「75～84 歳」が 29.6%であった。

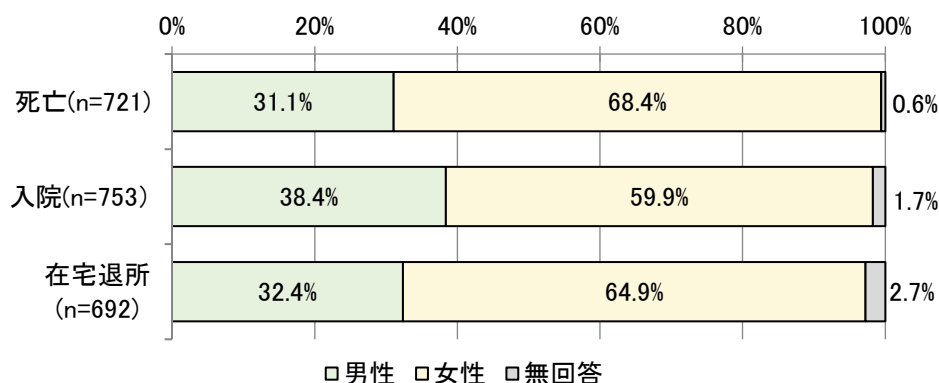
図表 2-4-2 対象者の年齢の分布



② 性別

対象者の性別は、死亡した事例では、「男性」が31.1%、「女性」が68.4%であった。
 入院した事例では、「男性」が38.4%、「女性」が59.9%であった。
 在宅退所した事例では、「男性」が32.4%、「女性」が64.9%であった。

図表 2-4-3 対象者の性別（問 2）



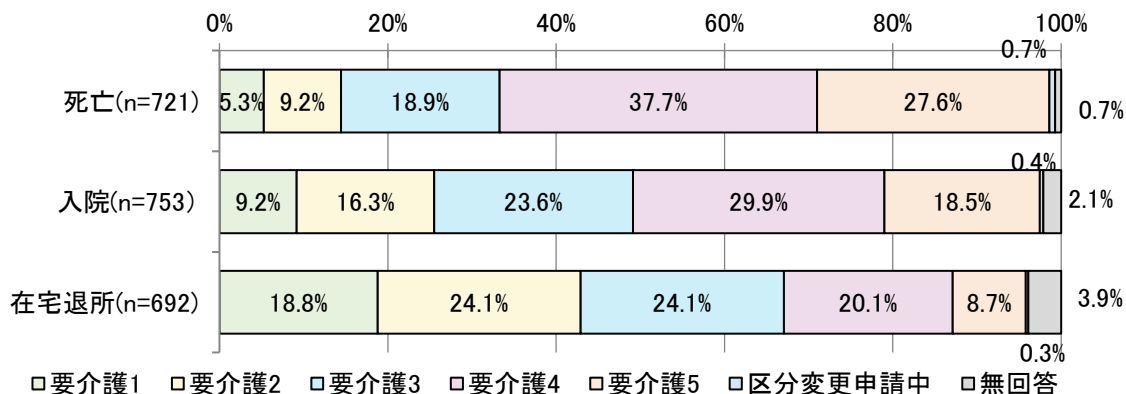
③ 要介護度

対象者の要介護度は、死亡した事例では、「要介護4」が37.7%で最も多く、次いで「要介護5」が27.6%であった。

入院した事例では、「要介護4」が29.9%で最も多く、次いで「要介護3」が23.6%であった。

在宅退所した事例では、「要介護2」及び「要介護3」がそれぞれ24.1%で最も多く、次いで「要介護4」が20.1%であった。

図表 2-4-4 対象者の要介護度（問 3）



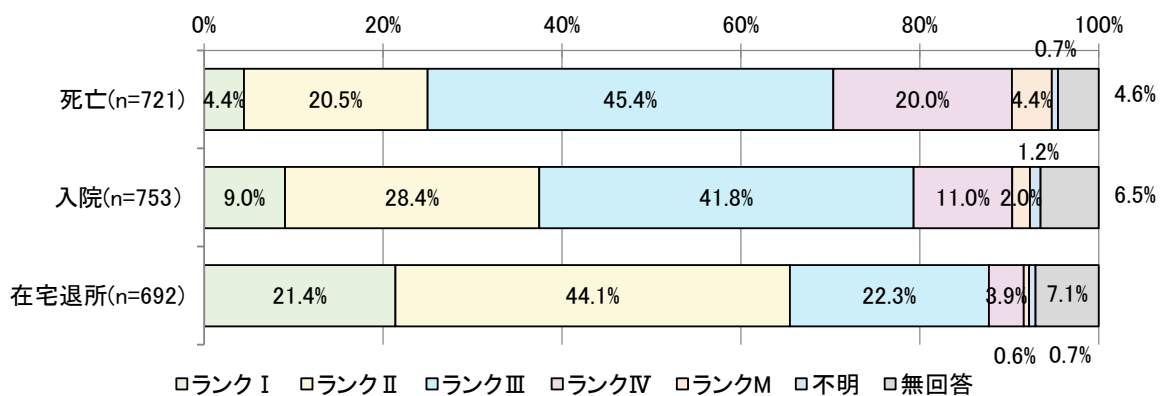
④ 認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度は、死亡した事例では、「ランクⅢ」が45.4%で最も多く、次いで「ランクⅡ」が20.5%であった。

入院した事例では、「ランクⅢ」が41.8%で最も多く、次いで「ランクⅡ」が28.4%であった。

在宅退所した事例では、「ランクⅡ」が44.1%で最も多く、次いで「ランクⅢ」が22.3%であった。

図表 2-4-5 認知症高齢者の日常生活自立度（問 4）

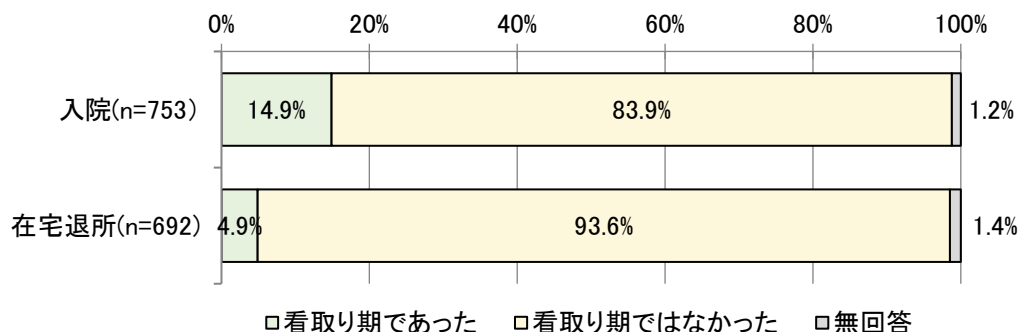


⑤ 看取り期であったか

対象者が看取り期であったかは、入院した事例では、「看取り期であった」が14.9%、「看取り期ではなかった」が83.9%であった。

在宅退所した事例では、「看取り期であった」が4.9%、「看取り期ではなかった」が93.6%であった。

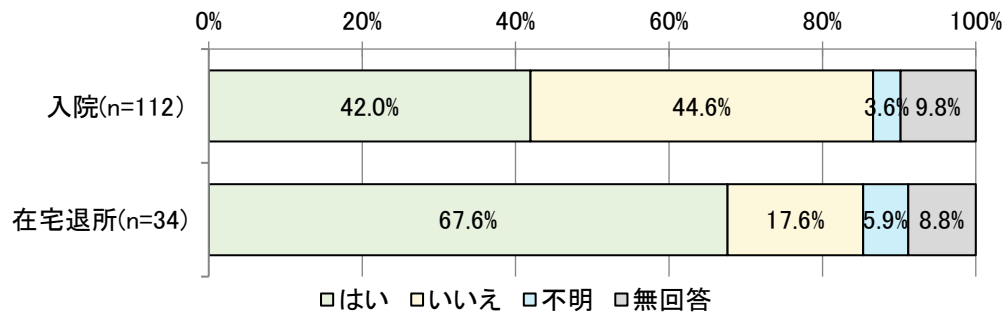
図表 2-4-6 対象者が看取り期であったか（問 10）



対象者が看取り期であった場合、入院後、または退所後に死亡したかは、入院した事例では、「いいえ」が44.6%で最も多く、次いで「はい」が42.0%であった。

在宅退所した事例では、「はい」が67.6%で最も多く、次いで「いいえ」が17.6%であった。

図表 2-4-7 対象者が入院後または退所後に死亡したか（問 10 枝問）



死亡した事例の死因は「老衰」が56.4%であった。

入院した事例では、搬送の原因疾患は、「誤嚥性・吸引性（不顕性）肺炎などの慢性呼吸器感染症」が17.7%であった。

在宅退所した事例では、主な疾患は「アルツハイマー型認知症」が8.1%であった。

図表 2-4-8 死因、搬送の原因疾患、主な疾患（死亡 問 10，入院 問 14，在宅退所 問 11）

	死亡 (n=721) : 死因	入院 (n=753) : 搬送の原因疾患	在宅退所 (n=692) : 主な疾患
脳梗塞	1.4%	3.9%	7.5%
高血圧症（認知症や脳血管障害など他の病態を伴わない）	0.1%	0.1%	5.1%
慢性心不全	5.8%	6.6%	5.3%
アルツハイマー型認知症	0.7%	1.2%	8.1%
大腿骨の骨折（手術を行った）	0.1%	5.6%	3.5%
骨折（保存的治療のみ）	0.0%	1.1%	5.6%
誤嚥性・吸引性（不顕性）肺炎などの慢性呼吸器感染症	6.7%	17.7%	1.3%
尿路感染症（膀胱炎など）	0.0%	5.4%	0.7%
小腸・大腸の疾患	0.6%	5.0%	0.6%
悪性新生物	5.3%	3.6%	1.3%
老衰	56.4%	1.9%	1.2%

いずれかの項目で5%以上の疾患を掲載

2. 入退所の状況

① 直近の入所期間

直近の入所期間の平均値について、死亡した事例では 506.1 日、入院した事例では 331.7 日、在宅退所した事例では 149.3 日であった。在宅退所の場合に比較的短く、死亡事例で比較的長かった。

図表 2-4-9 直近の入所期間（問 6）

単位：日

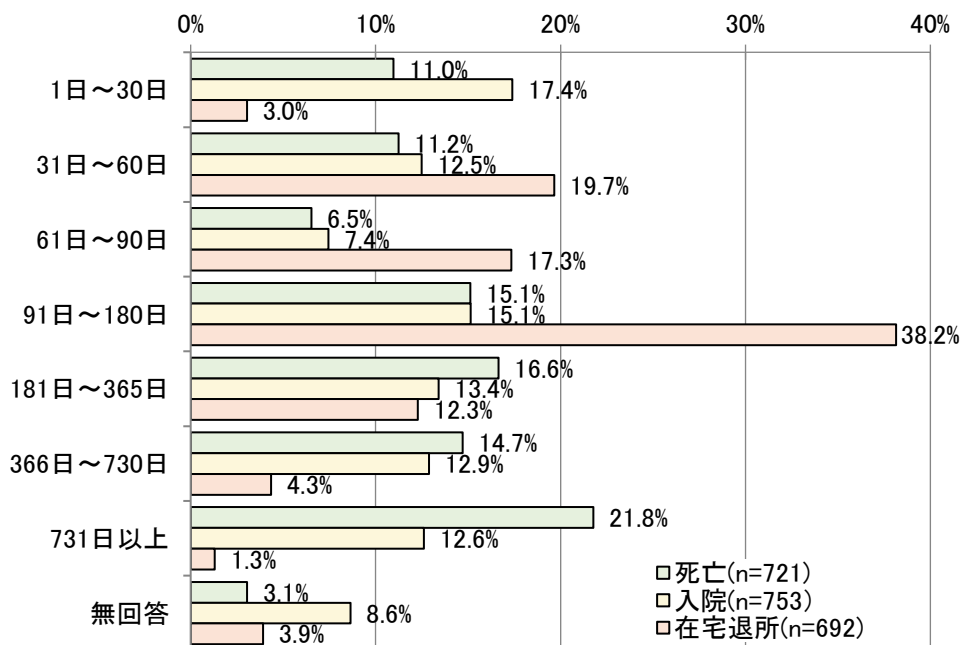
	件数	平均値	標準偏差	中央値
死亡	699	506.1	732.6	218.0
入院	690	331.7	504.5	134.0
在宅退所	665	149.3	270.3	96.0

死亡した事例では、「731 日以上」が 21.8%で最も多く、次いで「181 日～365 日」が 16.6%であった。

入院した事例では、「1 日～30 日」が 17.4%で最も多く、次いで「91 日～180 日」が 15.1%であった。

在宅退所した事例では、「91 日～180 日」が 38.2%で最も多く、次いで「31 日～60 日」が 19.7%であった。

図表 2-4-10 直近の入所期間の分布



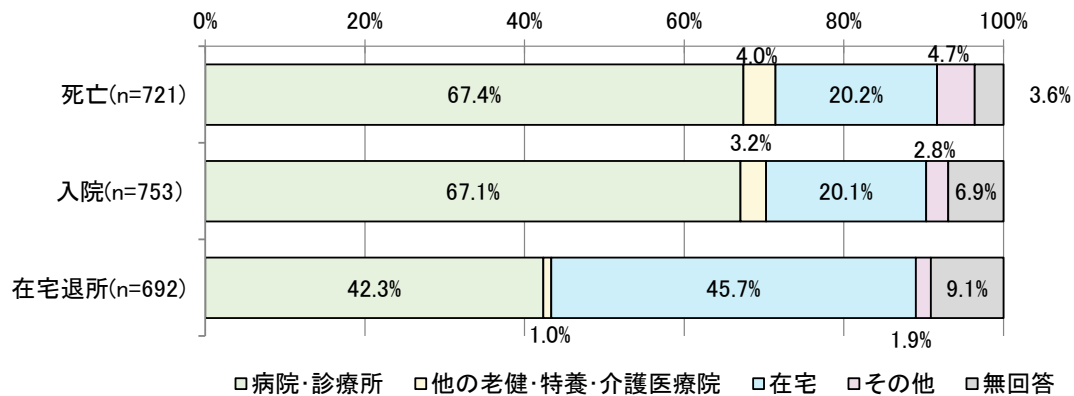
② 入所前の居場所

入所前の居場所について、死亡した事例では、「病院・診療所」が 67.4%で最も多く、次いで「在宅」が 20.2%であった。

入院した事例では、「病院・診療所」が 67.1%で最も多く、次いで「在宅」が 20.1%であった。

在宅退所した事例では、「在宅」が 45.7%で最も多く、次いで「病院・診療所」が 42.3%であった。

図表 2-4-11 入所前の居場所（問 7）



③ 過去の入所回数

過去の入所回数の平均値は、死亡した事例、入院した事例、在宅退所した事例の全てにおいて 1.4 回であった。

図表 2-4-12 過去の入所回数（問 8）

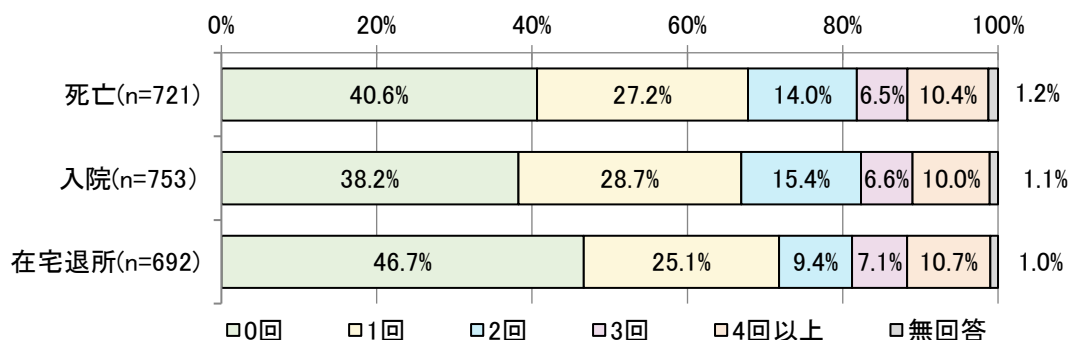
	件数	単位：回		
		平均値	標準偏差	中央値
死亡	712	1.4	2.0	1.0
入院	745	1.4	1.9	1.0
在宅退所	685	1.4	2.4	1.0

死亡した事例では「0回」が 40.6%で最も多く、次いで「1回」が 27.2%であった。

入院した事例では「0回」が 38.2%で最も多く、次いで「1回」が 28.7%であった。

在宅退所した事例では「0回」が 46.7%で最も多く、次いで「1回」が 25.1%であった。

図表 2-4-13 過去の入所回数の分布



④ 入所延べ日数

入所延べ日数の平均値は、死亡した事例では 782.4 日、入院した事例では 518.6 日、在宅退所した事例では 245.2 日であった。

図表 2-4-14 入所延べ日数（問 9）

単位：日

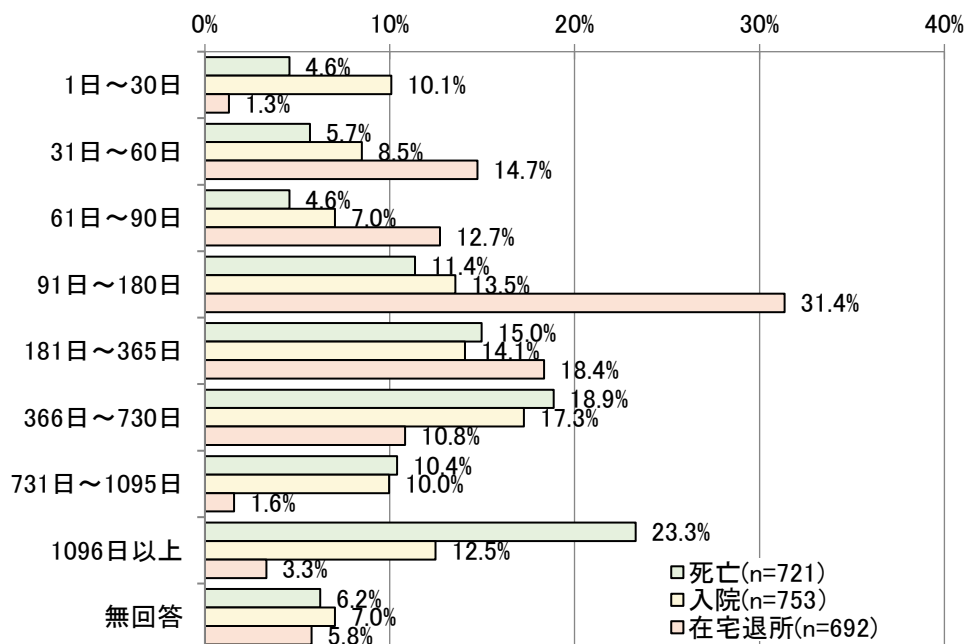
	件数	平均値	標準偏差	中央値
死亡	676	782.4	914.5	433.5
入院	700	518.6	668.1	261.5
在宅退所	652	245.2	375.5	134.0

死亡した事例では、「1096 日以上」が 23.3%で最も多く、次いで「366～730 日」が 18.9%であった。

入院した事例では、「366 日～730 日」が 17.3%で最も多く、次いで「181 日～365 日」14.1%であった。

在宅退所した事例では、「91 日～180 日」が 31.4%で最も多く、次いで「181 日～365 日」が 18.4%であった。

図表 2-4-15 入所延べ日数の分布

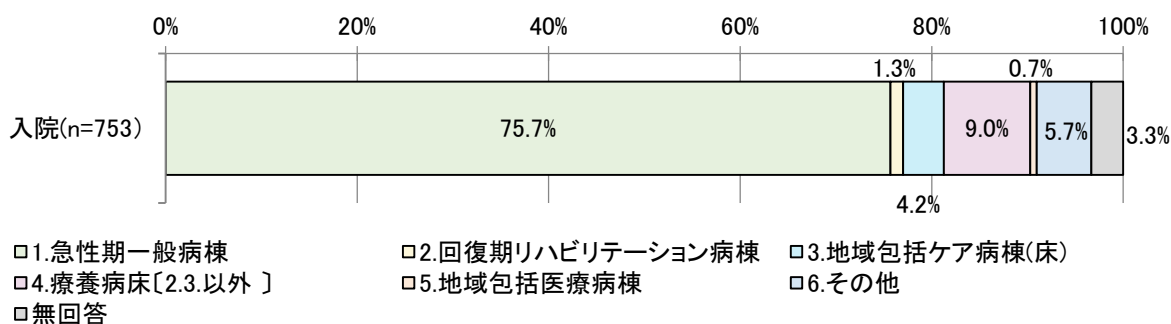


【入院した場合】

⑤ 入院先の医療機関の種別

入院先の医療機関の種別は、「急性期一般病棟」が75.7%で最も多く、次いで「療養病床〔2. 3. 以外〕」が9.0%であった。

図表 2-4-16 入院先の医療機関の種別 (n=753) (入院 問 11)

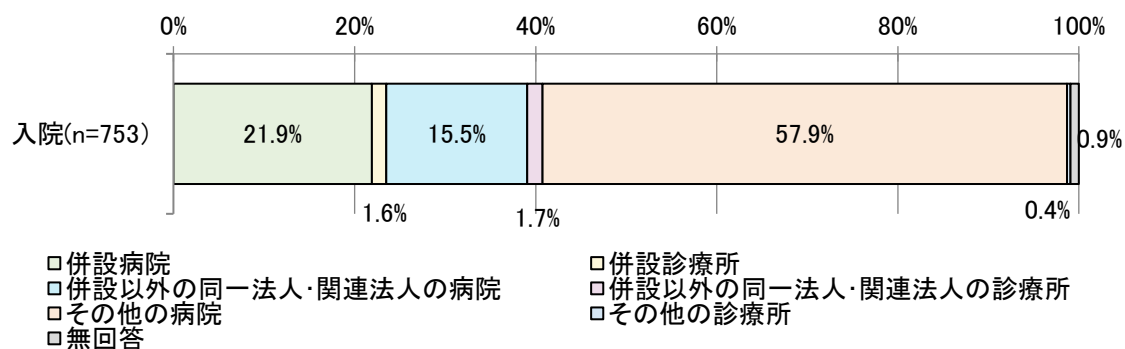


その他の具体的な内容：「精神病床」「ホスピス」「ICU」「障害者施設等病棟」「有床診療所」

⑥ 入院先医療機関との関係

入院先医療機関との関係は、「その他の病院」が57.9%で最も多く、次いで「併設病院」が21.9%であった。

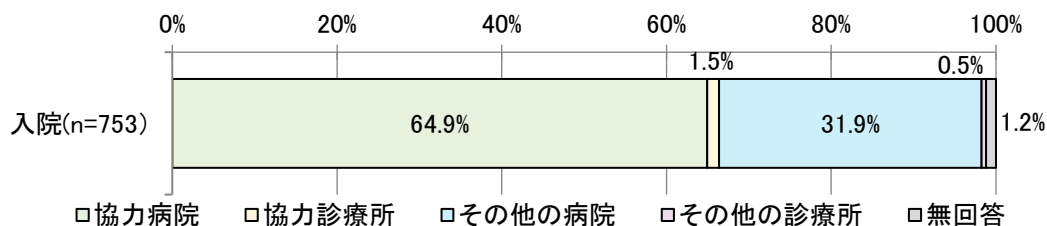
図表 2-4-17 入院先医療機関との関係 (n=753) (入院 問 12)



⑦ 入院先は協力医療機関か

入院先が協力医療機関かについては、「協力病院」が64.9%で最も多く、次いで「その他の病院」が31.9%であった。

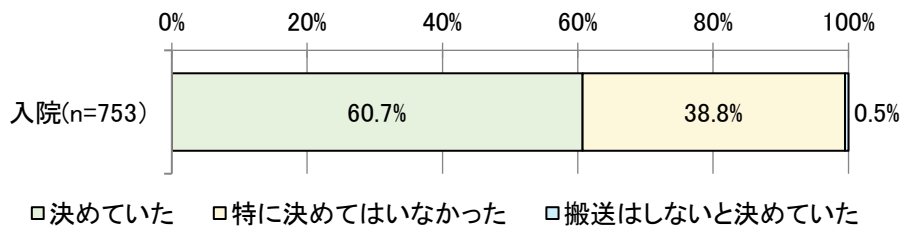
図表 2-4-18 入院先は協力医療機関か (n=753) (入院 問 13)



⑧ 入院が必要になった場合の搬送先

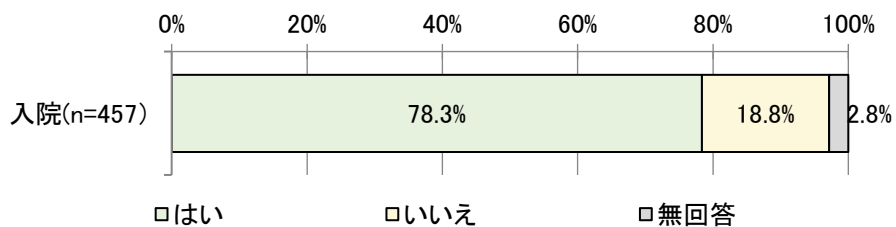
入院が必要になった場合の搬送先について決めていたかについては、「決めていた」が60.7%で最も多く、次いで「特に決めてはいなかった」が38.8%であった。

図表 2-4-19 搬送先を決めていたか (n=753) (入院 問 15)



搬送先を決めていた場合、決めていた搬送先が施設の協力病院であるかについては、「はい」が78.3%、「いいえ」が18.8%であった。

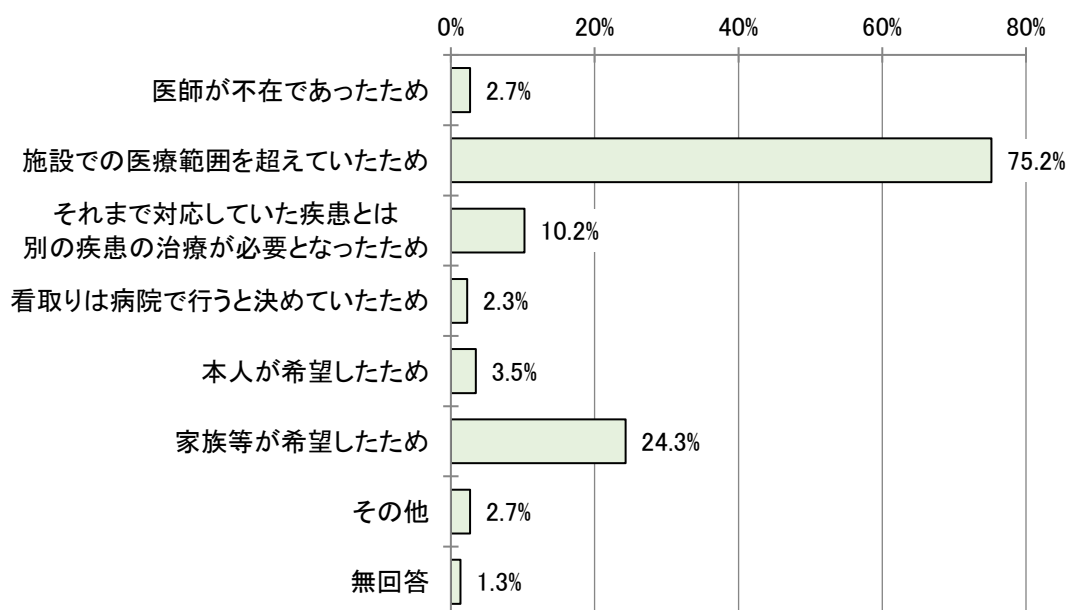
図表 2-4-20 決めていた搬送先は施設の協力病院か (n=457) (入院 問 16)



⑨ 搬送した理由

搬送した理由は、「施設での医療範囲を超えていたため」が75.2%で最も多く、次いで「家族等が希望したため」が24.3%であった。

図表 2-4-21 搬送した理由 (n=753) (入院 問 17)

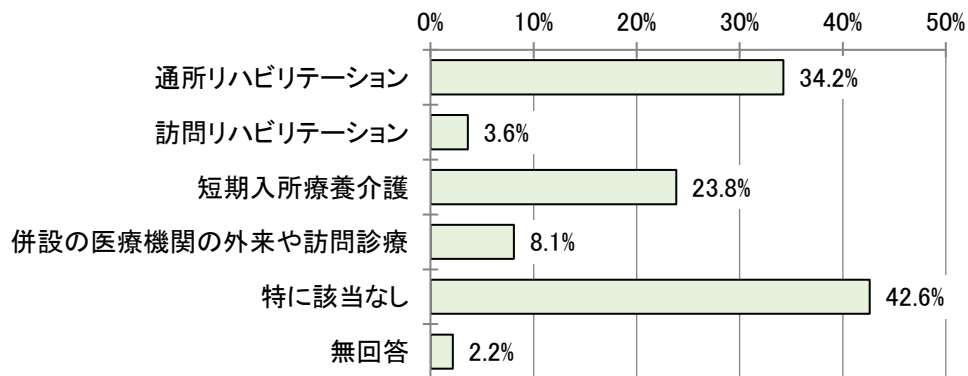


【在宅へ退所した場合】

⑩ 退所後、施設関連の介護サービスの利用予定

退所後、施設の関連の介護サービスを利用する予定については、「特に該当なし」が42.6%で最も多く、次いで「通所リハビリテーション」が34.2%であった。

図表 2-4-22 退所後、施設関連の介護サービスの利用予定（複数回答）（n=692）
（在宅退所 問 12）



3. 対応方針等

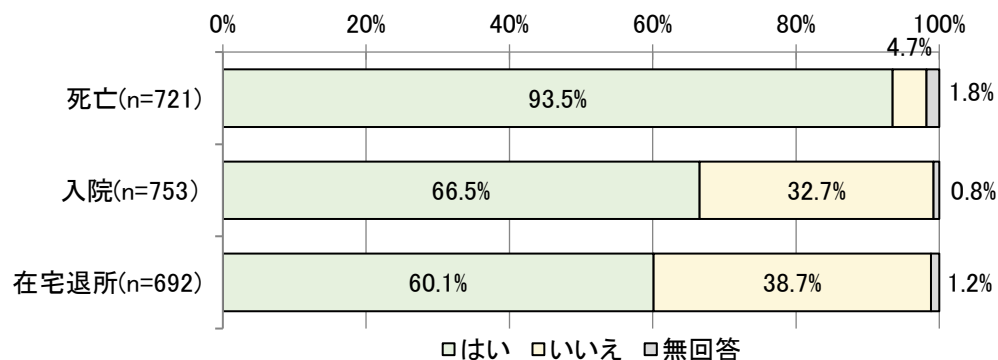
① 心停止時の対応方針は決まっていたか

心停止時の対応方針が決まっていたかについて、死亡した事例では、「はい」が93.5%、「いいえ」が4.7%であった。

入院した事例では、「はい」が66.5%、「いいえ」が32.7%であった。

在宅退所した事例では、「はい」が60.1%、「いいえ」が38.7%であった。

図表 2-4-23 心肺停止時の対応方針は決まっていたか（死亡 問 11，入院 問 18，在宅退所 問 13）



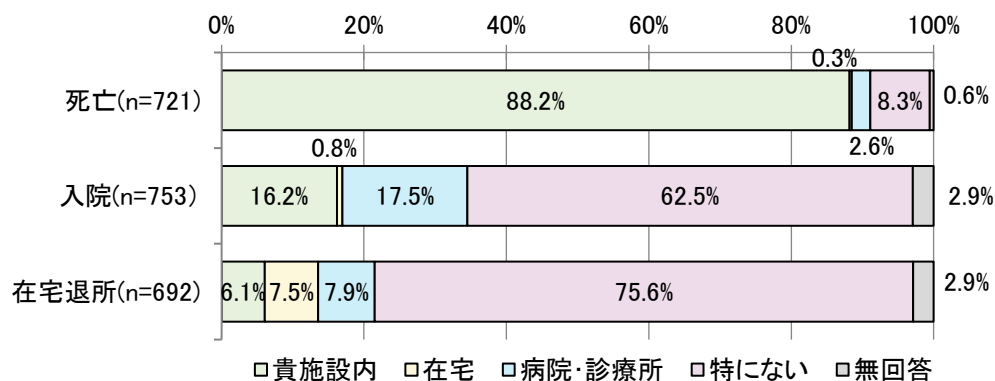
② 死亡場所の想定

死亡場所の想定があったかについて、死亡した事例では、「貴施設内」が 88.2%で最も多く、次いで「特にない」が 8.3%であった。

入院した事例では、「特にない」が 62.5%で最も多く、次いで「病院・診療所」が 17.5%であった。

在宅退所した事例では、「特にない」が 75.6%で最も多く、次いで「病院・診療所」が 7.9%であった。

図表 2-4-24 死亡場所の想定（死亡 問 12, 入院 問 19, 在宅退所 問 14）



4. ACP について

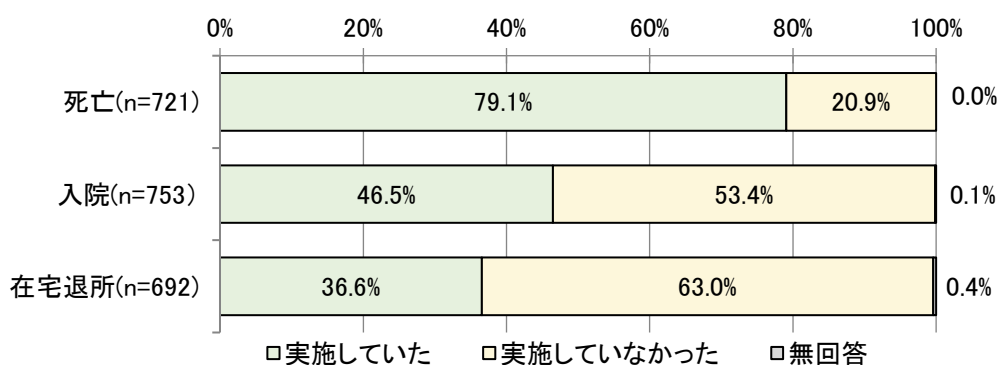
① ACP の実施状況

ACP の実施状況について、死亡した事例では、「実施していた」が 79.1%、「実施していなかった」が 20.9%であった。

入院した事例では、「実施していた」が 46.5%、「実施していなかった」が 53.4%であった。

在宅退所した事例では、「実施していた」が 36.6%、「実施していなかった」が 63.0%であった。

図表 2-4-25 ACP 実施状況（死亡 問 13, 入院 問 20, 在宅退所 問 15）



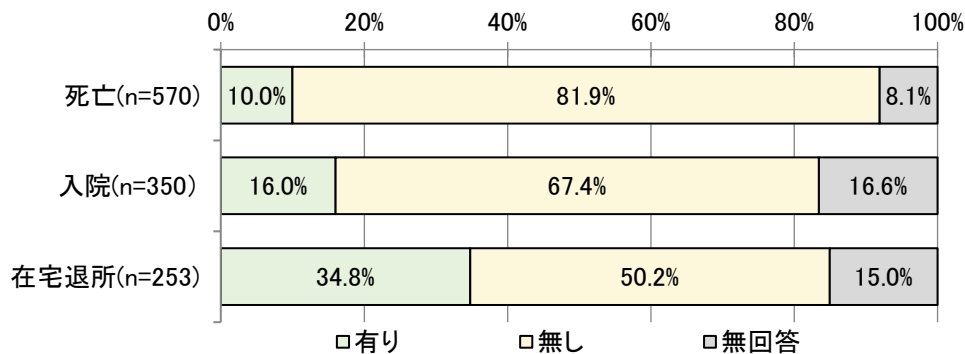
以降 74 ページから 86 ページまでは、ACP を実施していた場合に質問した。

ACP を実施していた場合の本人の参加有無は、死亡した事例では、「有り」が 10.0%、「無し」が 81.9%であった。

入院した事例では、「有り」が 16.0%、「無し」が 67.4%であった。

在宅退所した事例では、「有り」が 34.8%、「無し」が 50.2%であった。

図表 2-4-26 本人の参加有無（死亡 問 13 枝問，入院 問 20 枝問，在宅退所 問 15 枝問）

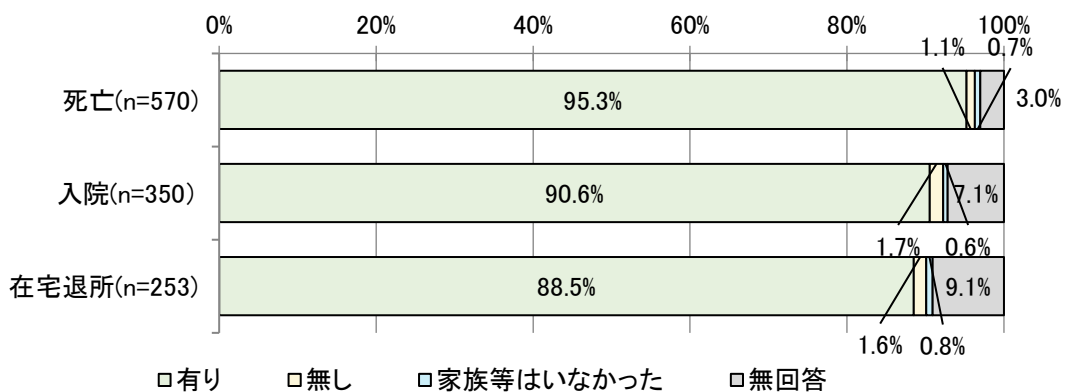


ACP を実施していた場合の家族の参加有無は、死亡した事例では、「有り」が 95.3%、「無し」が 1.1%であった。

入院した事例では、「有り」が 90.6%、「無し」が 1.7%であった。

在宅退所した事例では、「有り」が 88.5%、「無し」が 1.6%であった。

図表 2-4-27 家族の参加有無（死亡 問 13 枝問，入院 問 20 枝問，在宅退所 問 15 枝問）



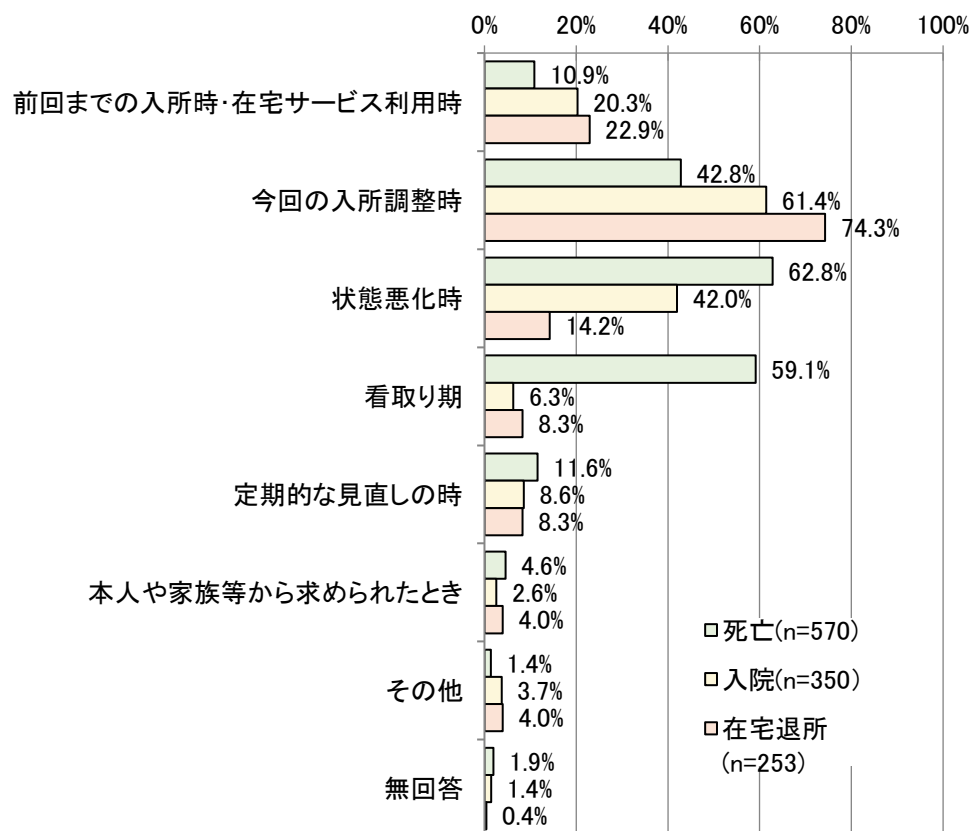
② ACP に関する話し合いを行った時期

ACP に関する話し合いを行った時期について、死亡した事例では、「状態悪化時」が 62.8% で最も多く、次いで「看取り期」が 59.1% であった。

入院した事例では、「今回の入所調整時」が 61.4% で最も多く、次いで「状態悪化時」が 42.0% であった。

在宅退所した事例では、「今回の入所調整時」が 74.3% で最も多く、次いで「前回までの入所時・在宅サービス利用時」が 22.9% であった。

図表 2-4-28 ACP に関する話し合いを行った時期（複数回答）（死亡 問 14，入院 問 21，在宅退所 問 16）



その他の具体的な内容：「入所日」「担当医師が変更となった時」「食事摂取が難しくなった時」「退所時カンファレンスの時」

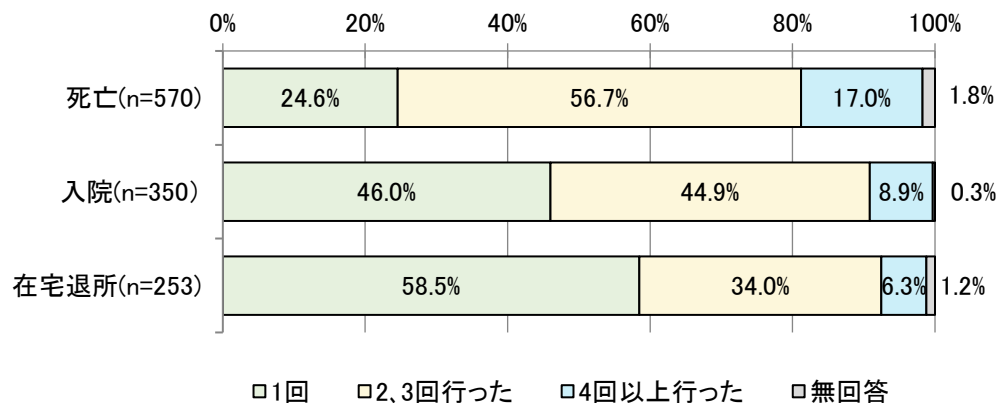
③ ACP に関する話し合い回数

ACPに関する話し合いの回数について、死亡した事例では、「2、3回行った」が56.7%で最も多く、次いで「1回」が24.6%であった。

入院した事例では、「1回」が46.0%で最も多く、次いで「2、3回行った」が44.9%であった。

在宅退所した事例では、「1回」が58.5%で最も多く、次いで「2、3回行った」が34.0%であった。

図表 2-4-29 ACP に関する話し合い回数（死亡 問 15，入院 問 22，在宅退所 問 17）



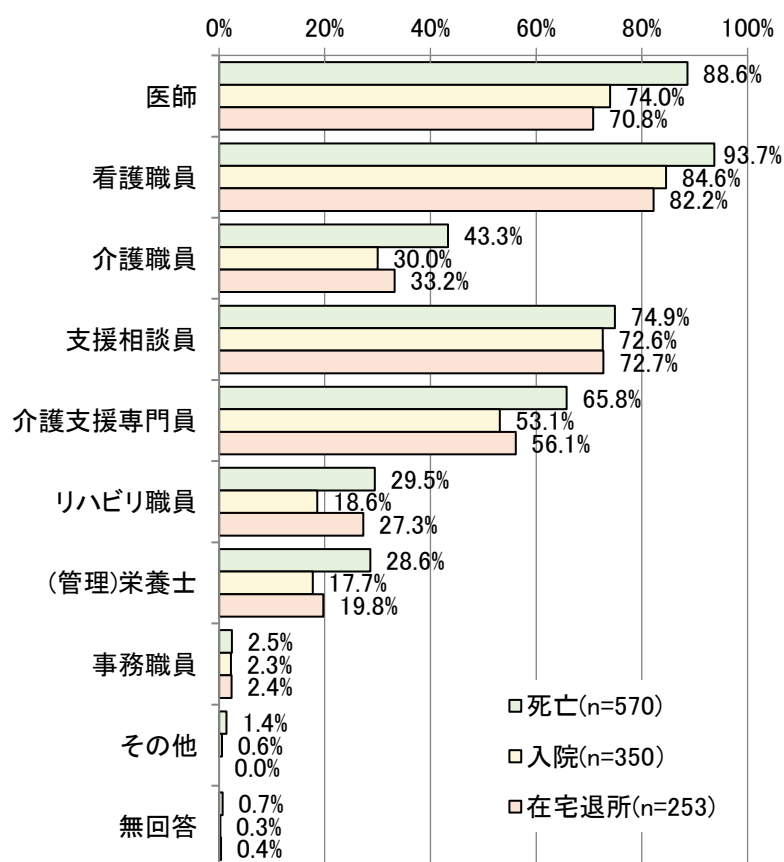
④ ACP の話し合いに参加する職種

ACP の話し合いに参加する職種について、死亡した事例では、「看護職員」が 93.7% で最も多く、次いで「医師」が 88.6% であった。

入院した事例では、「看護職員」が 84.6% で最も多く、次いで「医師」が 74.0% であった。

在宅退所した事例では、「看護職員」が 82.2% で最も多く、次いで「支援相談員」が 72.7% であった。

図表 2-4-30 ACP の話し合いに参加する職種（複数回答）（死亡 問 16，入院 問 23，在宅退所 問 18）



その他の具体的な内容：「施設のケアマネジャー」「歯科医師」「他事業所の訪問看護師」

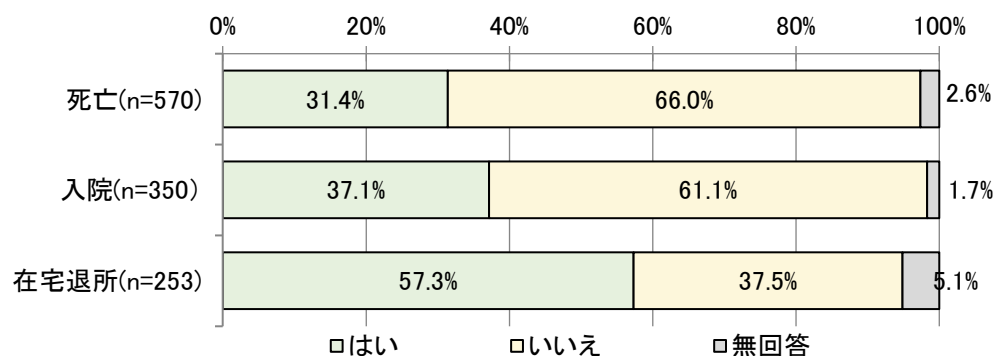
⑤ 本人の意思確認はできたか

話し合いで本人の意思が確認できたかについて、死亡した事例では、「はい」が 31.4%、「いいえ」が 66.0%であった。

入院した事例では、「はい」が 37.1%、「いいえ」が 61.1%であった。

在宅退所した事例では、「はい」が 57.3%、「いいえ」が 37.5%であった。

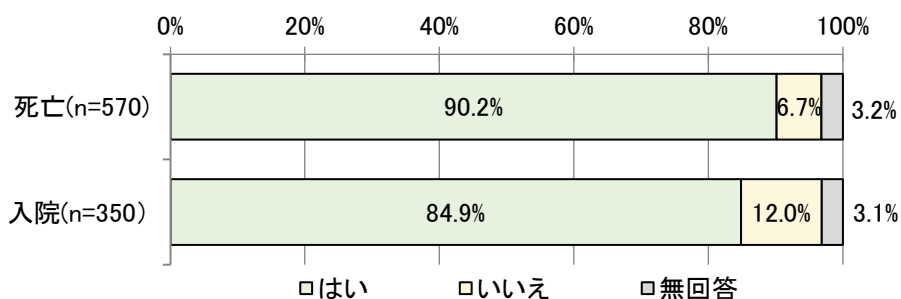
図表 2-4-31 本人の意思確認はできたか（死亡 問 17，入院 問 24，在宅退所 問 19）



本人や家族等との話し合いの結果を文書にまとめたかについて、死亡した事例では、「はい」が 90.2%で最も多く、次いで「いいえ」が 6.7%であった。

入院した事例では、「はい」が 84.9%で最も多く、次いで「いいえ」が 12.0%であった。

図表 2-4-32 話し合いの結果を文書にまとめたか（死亡 問 18，入院 問 25）



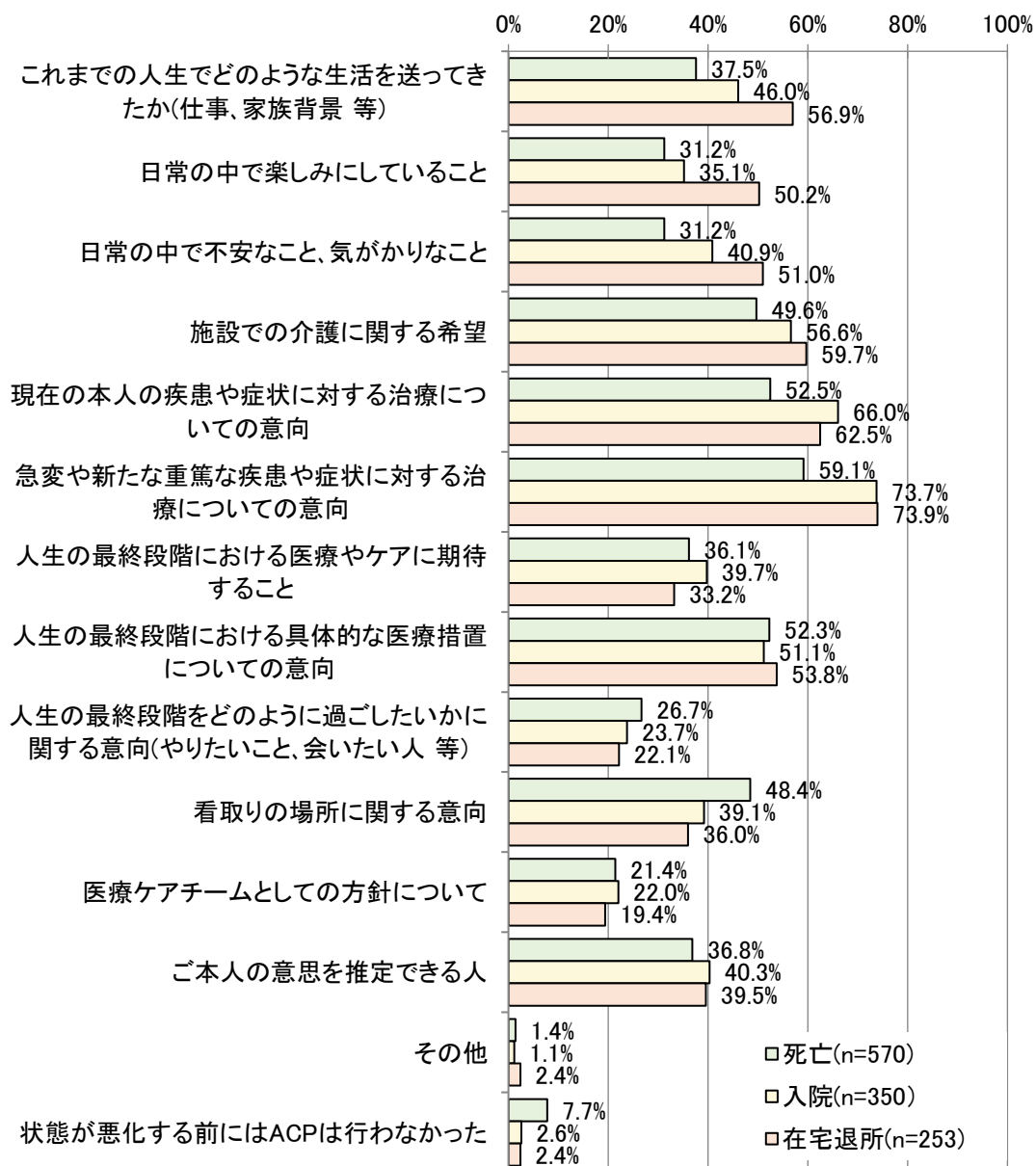
⑥ ACP に関する話し合いで主に確認したこと

入所時等状態が悪化するよりも前に行った ACP に関する話し合いで主に確認したことについて、死亡した事例では、「急変や新たな重篤な疾患や症状に対する治療についての意向」が 59.1%で最も多く、次いで「現在の本人の疾患や症状に対する治療についての意向」が 52.5%であった。

入院した事例では、「急変や新たな重篤な疾患や症状に対する治療についての意向」が 73.7%で最も多く、次いで「現在の本人の疾患や症状に対する治療についての意向」が 66.0%であった。

在宅退所した事例では、「急変や新たな重篤な疾患や症状に対する治療についての意向」が 73.9%で最も多く、次いで「現在の本人の疾患や症状に対する治療についての意向」が 62.5%であった。

図表 2-4-33 【入所時等状態が悪化するよりも前に行った ACP】（複数回答）（死亡 問 19，入院 問 26，在宅退所 問 20）



その他の具体的な内容：「どのような衣類で退所するか」「好きな服装」「信仰する宗教」「在宅生活再開について」「退所後の生活について」「看取り期だったが、いつ頃在宅に帰すか」「食べたいもの」

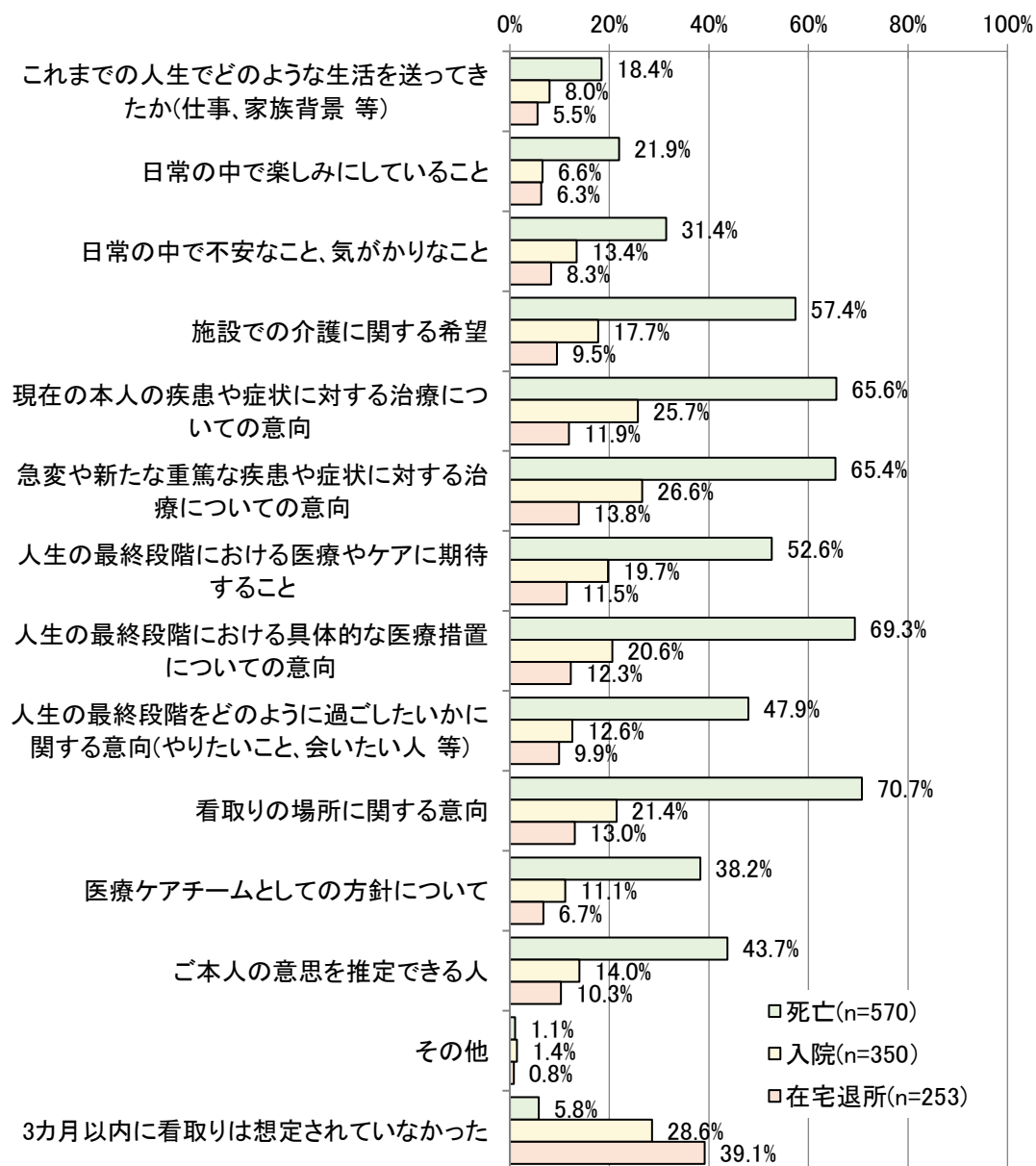
3 カ月以内に看取りが想定される時期に行った ACP に関する話し合いで主に確認したことについて、死亡した事例では、「看取りの場所に関する意向」が 70.7% で最も多く、次いで「人生の最終段階における具体的な医療措置についての意向」が 69.3% であった。

入院した事例では、「3 カ月以内に看取りは想定されていなかった」が 28.6% で最も多く、次いで「急変や新たな重篤な疾患や症状に対する治療についての意向」が 26.6%

であった。

在宅退所した事例では、「3カ月以内に看取りは想定されていなかった」が39.1%で最も多く、次いで「急変や新たな重篤な疾患や症状に対する治療についての意向」が13.8%であった。

図表 2-4-34 【3カ月以内に看取りが想定される時期に行ったACP】(複数回答)(死亡 問19, 入院 問26, 在宅退所 問20)



その他の具体的な内容：「在宅生活再開について」「好きな服装」「家族の希望」「在宅看取りの準備としての入所であったため、自宅に必要な社会資源について」

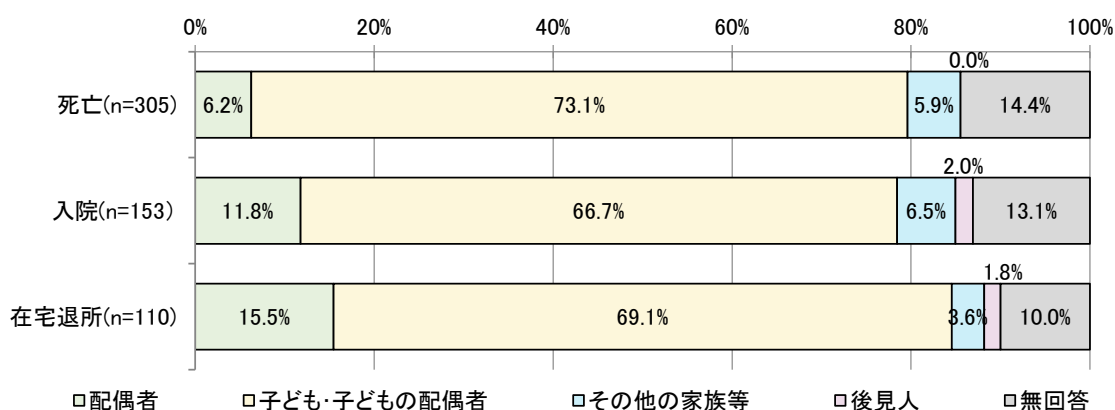
⑦ 本人の意思決定を推定できる人

本人の意思決定を推定できる人について、死亡した事例では、「子ども・子どもの配偶者」が73.1%で最も多く、次いで「配偶者」が6.2%であった。

入院した事例では、「子ども・子どもの配偶者」が66.7%で最も多く、次いで「配偶者」が11.8%であった。

在宅退所した事例では、「子ども・子どもの配偶者」が69.1%で最も多く、次いで「配偶者」が15.5%であった。

図表 2-4-35 本人の意思決定を推定できる人（死亡 問 20，入院 問 27，在宅退所 問 21）



「頼れる家族がいなかった」「その他」はいずれも該当がなかった

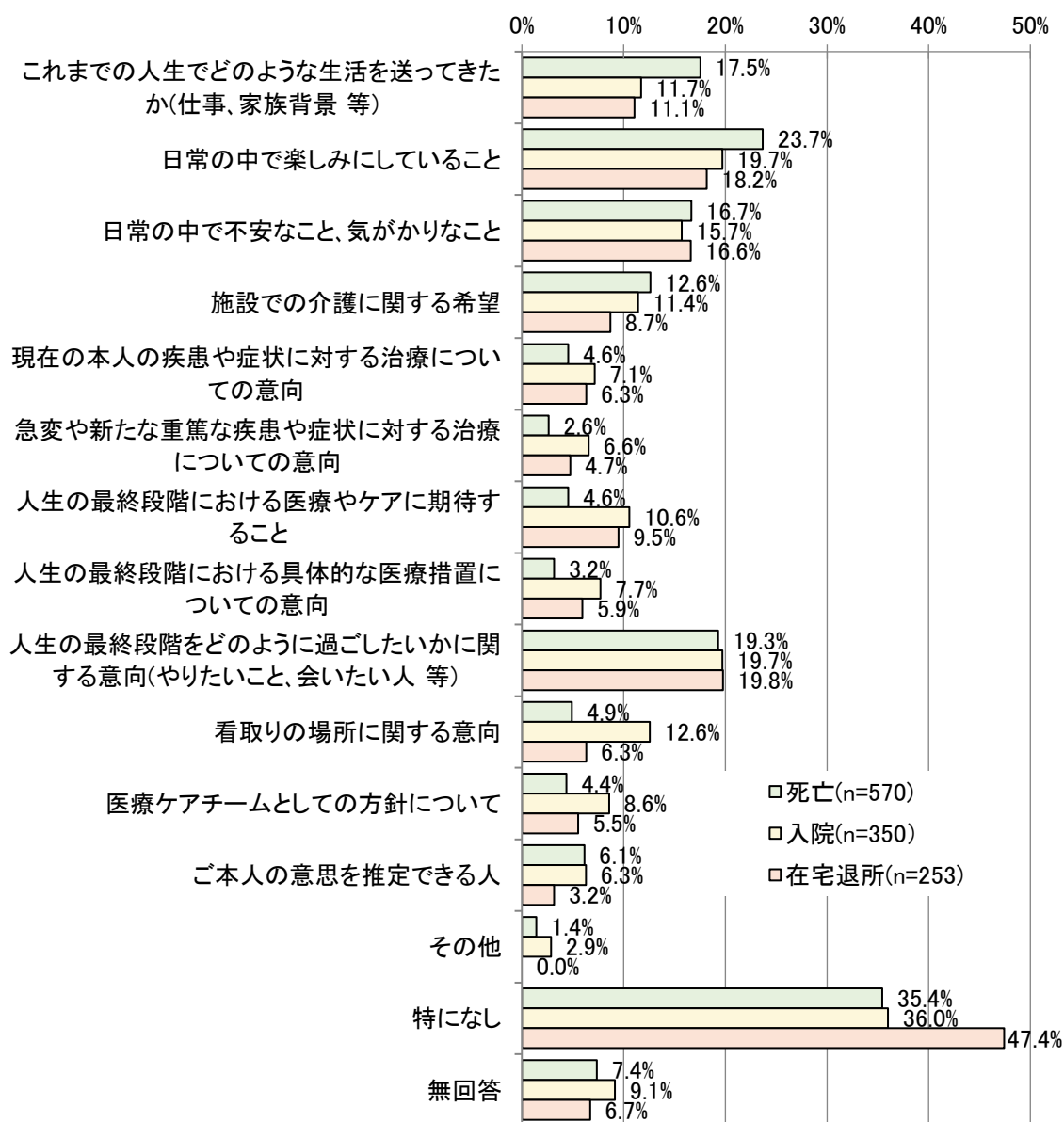
⑧ ほかに話し合えたらよかったこと

ほかに話し合えたらよかったことについて、死亡した事例では、「日常の中で楽しみにしていること」が23.7%で最も多く、次いで「人生の最終段階をどのように過ごしたいかに関する意向（やりたいこと、会いたい人 等）」が19.3%であった。

入院した事例では、「日常の中で楽しみにしていること」及び「人生の最終段階をどのように過ごしたいかに関する意向（やりたいこと、会いたい人 等）」がそれぞれ19.7%で最も多く、次いで「日常の中で不安なこと、気がかりなこと」が15.7%であった。

在宅退所した事例では、「人生の最終段階をどのように過ごしたいかに関する意向（やりたいこと、会いたい人 等）」が19.8%で最も多く、次いで「日常の中で楽しみにしていること」が18.2%であった。

図表 2-4-36 ほかに話し合えたらよかったこと（複数回答）（死亡 問 21，入院 問 28，在宅退所 問 22）



その他の具体的な内容：

- 「本人の認知機能が低下する前に意向確認したかった」
- 「病状上難しかったが、元気な頃の本人の意思をお聞きしたかった」
- 「より詳しい本人のヒストリー」

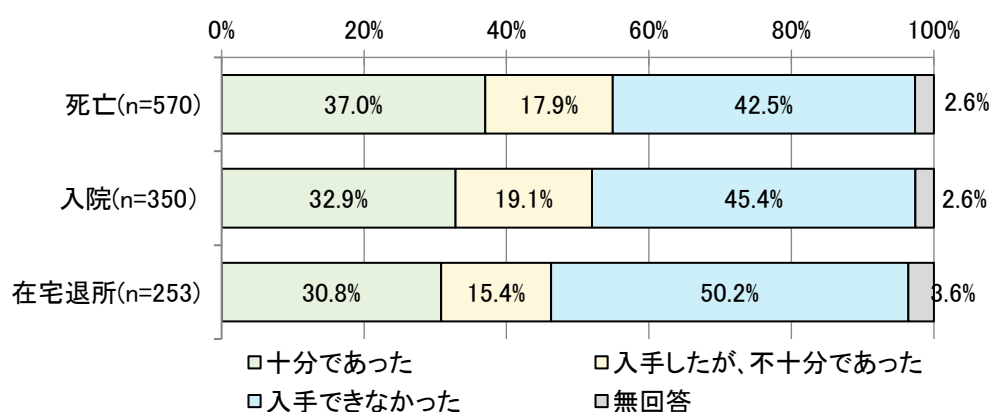
⑨ かかりつけ医や主治医等から入手した ACP についての情報は十分だったか

入所前や病院に入院中等に行われた ACP について、かかりつけ医や主治医等から入手した情報は十分だったかについて、死亡した事例では、「入手できなかった」が 42.5% で最も多く、次いで「十分であった」が 37.0% であった。

入院した事例では、「入手できなかった」が 45.4% で最も多く、次いで「十分であった」が 32.9% であった。

在宅退所した事例では、「入手できなかった」が 50.2% で最も多く、次いで「十分であった」が 30.8% であった。

図表 2-4-37 かかりつけ医や主治医等から入手した ACP についての情報は十分だったか（死亡 問 22，入院 問 29，在宅退所 問 23）

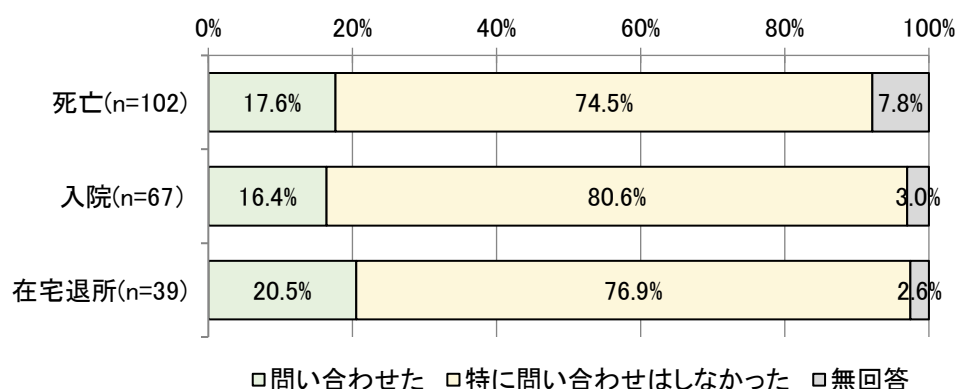


入手した情報が不十分であった場合に問い合わせたかについて、死亡した事例では、「問い合わせた」が 17.6%、「特に問い合わせはしなかった」が 74.5% であった。

入院した事例では、「問い合わせた」が 16.4%、「特に問い合わせはしなかった」が 80.6% であった。

在宅退所した事例では、「問い合わせた」が 20.5%、「特に問い合わせはしなかった」が 76.9% であった。

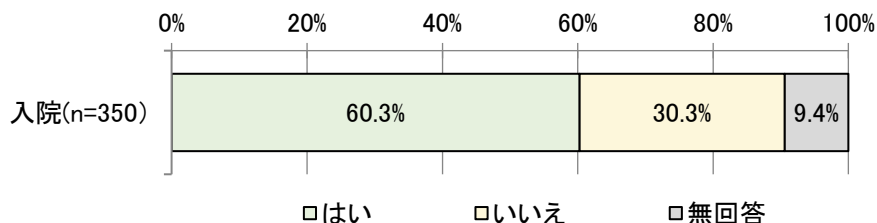
図表 2-4-38 不十分であった場合、問い合わせたか（死亡 問 22 枝問，入院 問 29 枝問，在宅退所 問 23 枝問）



⑩ 入院先の病院に ACP の内容を伝えたか

入院先の病院に施設での ACP の内容を伝えたかは、「はい」が 60.3%、「いいえ」が 30.3%であった。

図表 2-4-39 入院先の病院に ACP の内容を伝えたか (n=350) (入院 問 30)



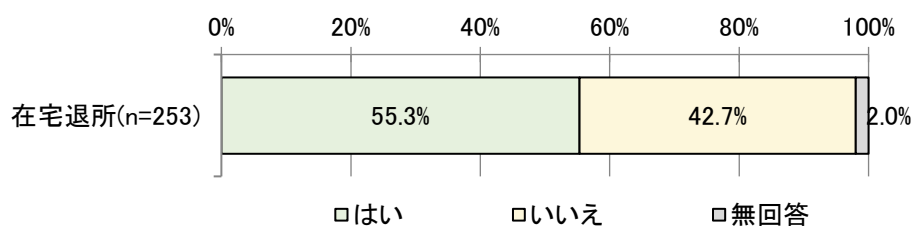
図表 2-4-40 施設類型別 入院先の病院に ACP の内容を伝えたか (入院 問 30)

	合計	【2】 Q30) 入院先の病院に ACP の内容を伝えたか		
		はい	いいえ	無回答
全体	350 100.0%	211 60.3%	106 30.3%	33 9.4%
超強化型	154 100.0%	95 61.7%	42 27.3%	17 11.0%
在宅強化型	42 100.0%	26 61.9%	11 26.2%	5 11.9%
加算型	94 100.0%	52 55.3%	34 36.2%	8 8.5%
基本型	47 100.0%	33 70.2%	14 29.8%	0 0.0%
その他型	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%
療養型	2 100.0%	1 50.0%	0 0.0%	1 50.0%

⑪ 退所後、関係する医療・介護関係者に ACP の内容を伝えたか

退所後に関係する医療・介護関係者に施設での ACP の内容を伝えたかは、「はい」が 55.3%、「いいえ」が 42.7%であった。

図表 2-4-41 退所後、関係する医療・介護関係者に ACP の内容を伝えたか (n=253)
(在宅退所 問 24)

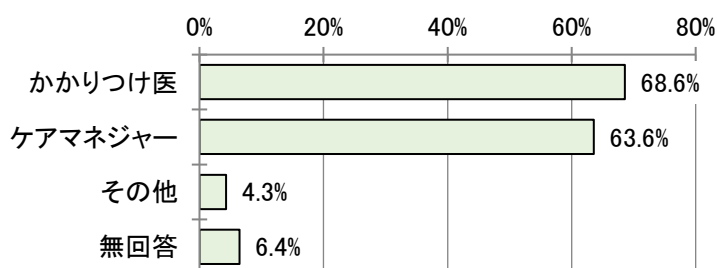


図表 2-4-42 施設類型別 退所後、関係する医療・介護関係者に ACP の内容を伝えたか

	合計	【3】 Q24) 退所後、関係する医療・介護関係者に ACP の内容を伝えたか		
		はい	いいえ	無回答
全体	253 100.0%	140 55.3%	108 42.7%	5 2.0%
超強化型	106 100.0%	56 52.8%	50 47.2%	0 0.0%
在宅強化型	33 100.0%	16 48.5%	16 48.5%	1 3.0%
加算型	69 100.0%	39 56.5%	28 40.6%	2 2.9%
基本型	35 100.0%	23 65.7%	10 28.6%	2 5.7%
その他型	1 100.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
療養型	2 100.0%	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%

「はい」の場合、誰に伝えたかは、「かかりつけ医」が 68.6%で最も多く、次いで「ケアマネジャー」が 63.6%であった。

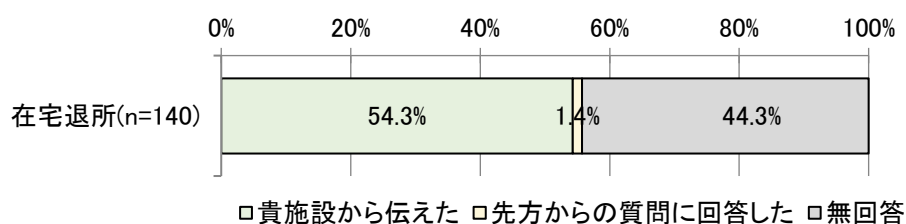
図表 2-4-43 伝えた場合、誰に伝えたか (n=140) (在宅退所 問 24 枝問)



その他の具体的な内容：「訪問看護師」「デイサービス」「サービス事業所」「病院ソーシャルワーカー」

ACP の内容を伝えた場合、どちらから伝えたかは、「貴施設から伝えた」が 54.3%で最も多く、次いで「先方からの質問に回答した」が 1.4%であった。

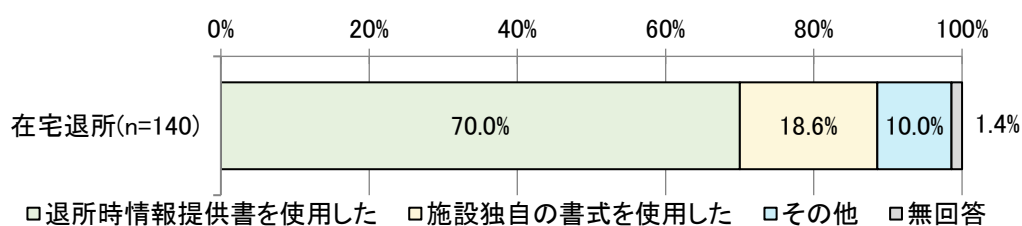
図表 2-4-44 伝えた場合、どちらから伝えたか (n=140) (在宅退所 問 24 枝問)



⑫ ACP の内容を伝える際に利用した書式

ACP の内容を伝える際に利用した書式は、「退所時情報提供書を使用した」が 70.0%で最も多く、次いで「施設独自の書式を使用した」が 18.6%であった。

図表 2-4-45 ACP の内容を伝える際に利用した書式 (n=140) (在宅退所 問 25)



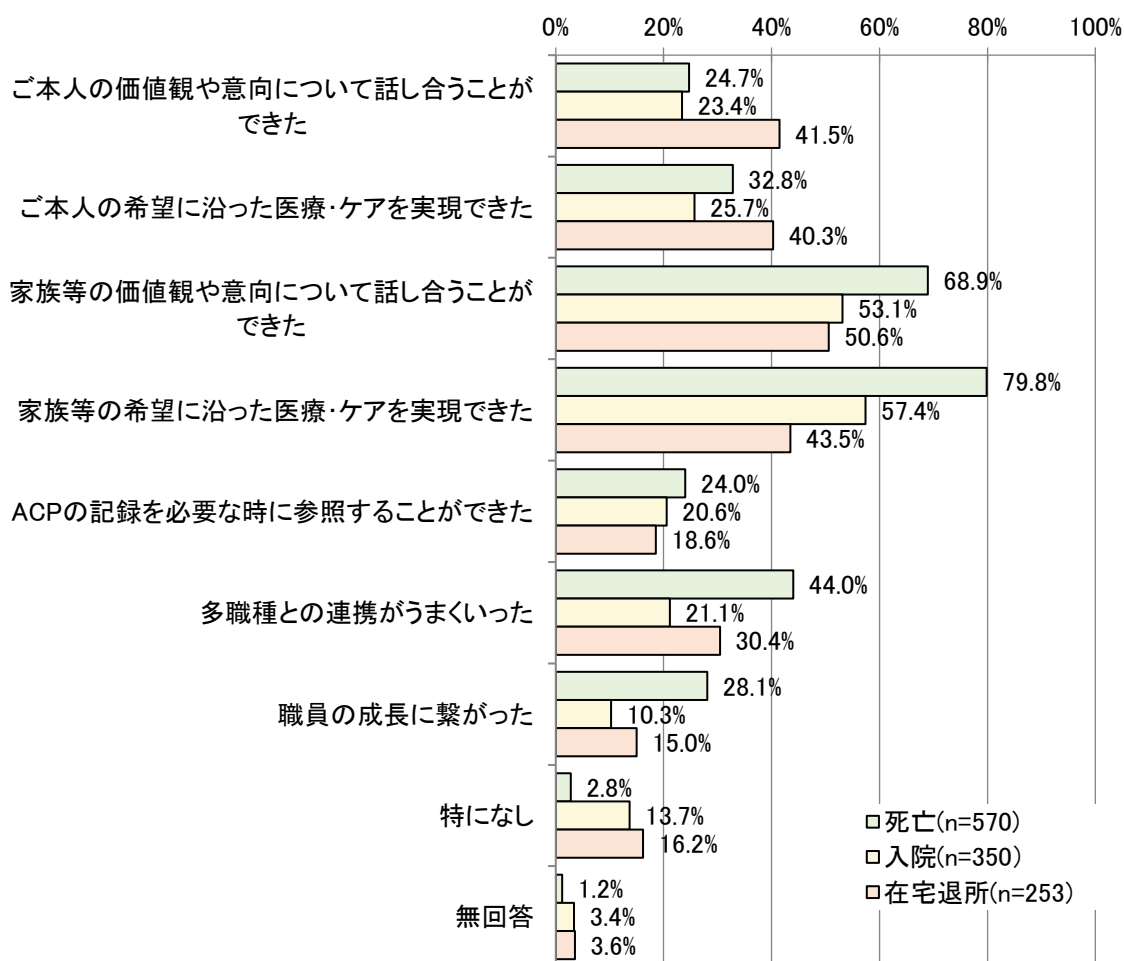
⑬ ACP を通じて達成できたこと

ACP を通じて達成できたことについて、死亡した事例では、「家族等の希望に沿った医療・ケアを実現できた」が 79.8%で最も多く、次いで「家族等の価値観や意向について話し合うことができた」が 68.9%であった。

入院した事例では、「家族等の希望に沿った医療・ケアを実現できた」が 57.4%で最も多く、次いで「家族等の価値観や意向について話し合うことができた」が 53.1%であった。

在宅退所した事例では、「家族等の価値観や意向について話し合うことができた」が 50.6%で最も多く、次いで「家族等の希望に沿った医療・ケアを実現できた」が 43.5%であった。

図表 2-4-46 ACP を通じて達成できたこと（複数回答）（死亡 問 23，入院 問 31，在宅退所 問 26）



5. ケアや看取りの質の評価

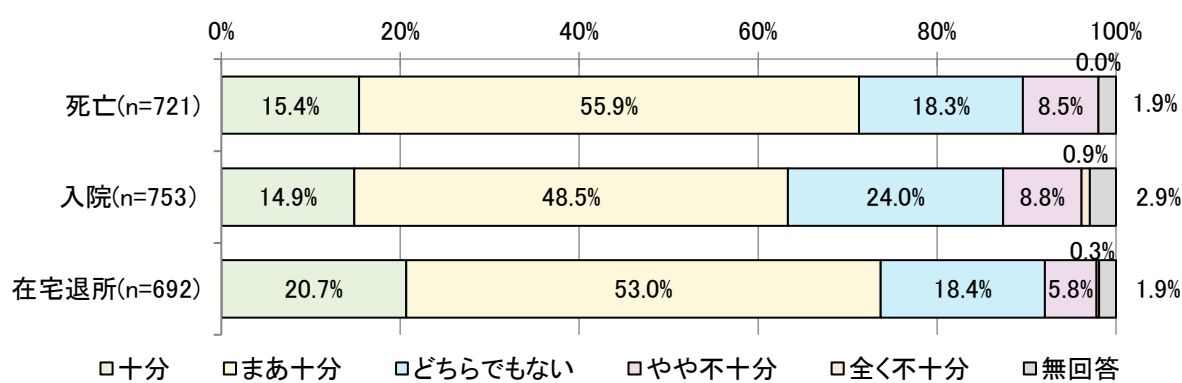
① 施設のケアについての評価

施設のケアについての評価は、死亡した事例では、「まあ十分」が 55.9%で最も多く、次いで「どちらでもない」が 18.3%であった。「十分」と「まあ十分」を合わせると 71.3%であった。

入院した事例では、「まあ十分」が 48.5%で最も多く、次いで「どちらでもない」が 24.0%であった。「十分」と「まあ十分」を合わせると 63.4%であった。

在宅退所した事例では、「まあ十分」が 53.0%で最も多く、次いで「十分」が 20.7%であった。「十分」と「まあ十分」を合わせると 73.7%であった。

図表 2-4-47 施設でのケアについての評価（死亡 問 24，入院 問 32，在宅退所 問 27）



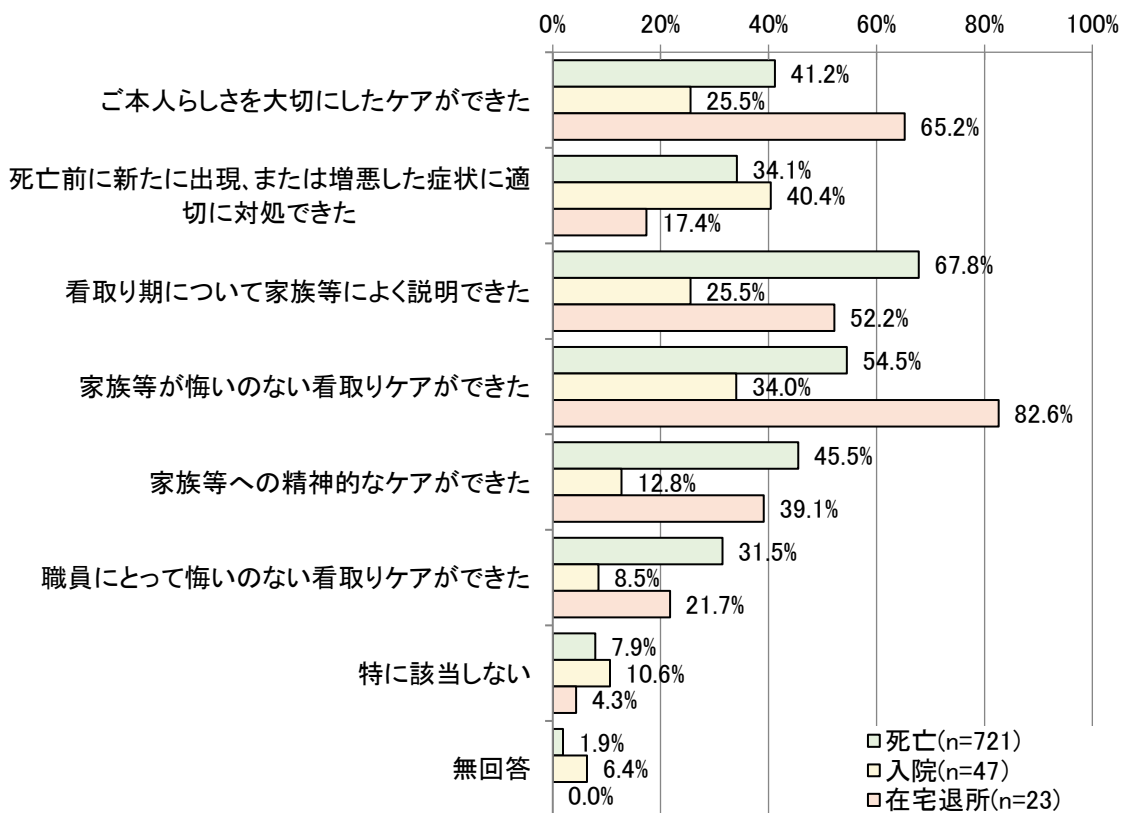
② 看取りの質についての評価

看取りの質についての評価は、死亡した事例では、「看取り期について家族等によく説明できた」が 67.8%で最も多く、次いで「家族等が悔いのない看取りケアができた」が 54.5%であった。

入院した事例では、「死亡前に新たに出現、または増悪した症状に適切に対処できた」が 40.4%で最も多く、次いで「家族等が悔いのない看取りケアができた」が 34.0%であった。

在宅退所した事例では、「家族等が悔いのない看取りケアができた」が 82.6%で最も多く、次いで「ご本人らしさを大切にされたケアができた」が 65.2%であった。

図表 2-4-48 看取りの質についての評価（複数回答）（死亡 問 25，入院 問 33，在宅退所 問 28）



6. 追加分析（死亡事例）

(1) 認知症高齢者の日常生活自立度別の特色

- ・本人の参加有無について、ランクⅠ、ランクⅡの事例では「有り」がそれぞれ14.3%、15.9%と比較的多かった。
- ・本人の意思確認をできたかについて、ランクⅠ、ランクⅡの事例では「はい」がそれぞれ64.3%、42.1%と比較的多かった。
- ・入所時等状態が悪化するよりも前に行ったACPにおいて、ACPに関する話し合いで主に確認したことについて、ランクⅠの事例では「これまでの人生でどのような生活を送ってきたか（仕事、家族背景等）」が42.9%であった。一方で、ランクⅣやランクⅤの事例では、「施設での介護に関する希望」がそれぞれ56.4%、55.6%であった。
- ・ACPを通じて達成できたことについて、ランクⅠやランクⅡの事例では「ご本人の希望に沿った医療・ケアを実現できた」がそれぞれ46.4%、42.1%であった。
- ・看取りの質についての評価は、ランクⅠの事例では「ご本人らしさを大切にされたケアができた」が50.0%であった。ランクⅤの事例では、「家族等が悔いのない看取りケアができた」、「職員にとって悔いのない看取りケアができた」がそれぞれ68.8%、46.9%であった。

図表 2-4-49 認知症高齢者の日常生活自立度別 ACP 実施状況（問 13）

	合計	【1】 Q13) ACP 実施状況		
		実施していた	実施していなかった	無回答
全体	721 100.0%	570 79.1%	151 20.9%	0 0.0%
ランクⅠ	32 100.0%	28 87.5%	4 12.5%	0 0.0%
ランクⅡ	148 100.0%	107 72.3%	41 27.7%	0 0.0%
ランクⅢ	327 100.0%	262 80.1%	65 19.9%	0 0.0%
ランクⅣ	144 100.0%	117 81.3%	27 18.8%	0 0.0%
ランクⅤ	32 100.0%	27 84.4%	5 15.6%	0 0.0%

図表 2-4-50 認知症高齢者の日常生活自立度別 本人の参加有無 (問 13)

	合計	【1】 Q13) sq1 本人の参加有無		
		有り	無し	無回答
全体	570 100.0%	57 10.0%	467 81.9%	46 8.1%
ランク I	28 100.0%	4 14.3%	18 64.3%	6 21.4%
ランク II	107 100.0%	17 15.9%	80 74.8%	10 9.3%
ランク III	262 100.0%	27 10.3%	219 83.6%	16 6.1%
ランク IV	117 100.0%	5 4.3%	102 87.2%	10 8.5%
ランク M	27 100.0%	0 0.0%	26 96.3%	1 3.7%

図表 2-4-51 認知症高齢者の日常生活自立度別 本人の意思確認をできたか (問 17)

	合計	【1】 Q17) 本人の意思確認を できたか		
		はい	いいえ	無回答
全体	570 100.0%	179 31.4%	376 66.0%	15 2.6%
ランク I	28 100.0%	18 64.3%	9 32.1%	1 3.6%
ランク II	107 100.0%	45 42.1%	58 54.2%	4 3.7%
ランク III	262 100.0%	79 30.2%	178 67.9%	5 1.9%
ランク IV	117 100.0%	23 19.7%	93 79.5%	1 0.9%
ランク M	27 100.0%	6 22.2%	21 77.8%	0 0.0%

【入所時等状態が悪化するよりも前に行ったACP】

図表 2-4-52 認知症高齢者の日常生活自立度別 ACPに関する話し合いで主に確認したこと
(問 19)

	合計	【1】Q19) ACPに関する話し合いで主に確認したこと					
		これまでの人生でどのような生活を送ってきたか(仕事、家族背景等)	日常の中で楽しみにしていること	日常の中で不安なこと、気がかりなこと	施設での介護に関する希望	現在の本人の疾患や症状に対する治療についての意向	急変や新たな重篤な疾患や症状に対する治療についての意向
全体	570 100.0%	214 37.5%	178 31.2%	178 31.2%	283 49.6%	299 52.5%	337 59.1%
ランク I	28 100.0%	12 42.9%	7 25.0%	9 32.1%	11 39.3%	16 57.1%	17 60.7%
ランク II	107 100.0%	38 35.5%	33 30.8%	38 35.5%	48 44.9%	53 49.5%	64 59.8%
ランク III	262 100.0%	100 38.2%	87 33.2%	76 29.0%	130 49.6%	137 52.3%	150 57.3%
ランク IV	117 100.0%	46 39.3%	38 32.5%	38 32.5%	66 56.4%	67 57.3%	74 63.2%
ランク M	27 100.0%	6 22.2%	3 11.1%	7 25.9%	15 55.6%	13 48.1%	15 55.6%

	合計	【1】Q19) ACPに関する話し合いで主に確認したこと					
		人生の最終段階における医療やケアに期待すること	人生の最終段階における具体的な医療措置についての意向	人生の最終段階をどのように過ごしたいかに関する意向(やりたいこと、会いたい人等)	看取りの場所に関する意向	医療ケアチームとしての方針について	ご本人の意思を推定できる人
全体	570 100.0%	206 36.1%	298 52.3%	152 26.7%	276 48.4%	122 21.4%	210 36.8%
ランク I	28 100.0%	11 39.3%	15 53.6%	8 28.6%	15 53.6%	5 17.9%	7 25.0%
ランク II	107 100.0%	38 35.5%	52 48.6%	28 26.2%	47 43.9%	23 21.5%	41 38.3%
ランク III	262 100.0%	91 34.7%	136 51.9%	65 24.8%	130 49.6%	53 20.2%	96 36.6%
ランク IV	117 100.0%	41 35.0%	63 53.8%	34 29.1%	54 46.2%	24 20.5%	47 40.2%
ランク M	27 100.0%	13 48.1%	16 59.3%	8 29.6%	15 55.6%	8 29.6%	9 33.3%

図表 2-4-53 認知症高齢者の日常生活自立度別 ACP を通じて達成できたこと (問 23)

	合計	【1】 Q23) ACP を通じて達成できたこと								
		ご本人の価値観や意向について話し合うことができた	ご本人の希望に沿った医療・ケアを実現できた	家族等の価値観や意向について話し合うことができた	家族等の希望に沿った医療・ケアを実現できた	ACP の記録を必要な時に参照することができた	多職種との連携がうまくいった	職員の成長に繋がった	特になし	無回答
全体	570 100.0%	141 24.7%	187 32.8%	393 68.9%	455 79.8%	137 24.0%	251 44.0%	160 28.1%	16 2.8%	7 1.2%
ランク I	28 100.0%	10 35.7%	13 46.4%	20 71.4%	24 85.7%	5 17.9%	10 35.7%	9 32.1%	0 0.0%	1 3.6%
ランク II	107 100.0%	31 29.0%	45 42.1%	78 72.9%	87 81.3%	23 21.5%	49 45.8%	28 26.2%	4 3.7%	0 0.0%
ランク III	262 100.0%	66 25.2%	88 33.6%	175 66.8%	204 77.9%	66 25.2%	112 42.7%	77 29.4%	11 4.2%	4 1.5%
ランク IV	117 100.0%	21 17.9%	24 20.5%	85 72.6%	94 80.3%	25 21.4%	58 49.6%	32 27.4%	0 0.0%	1 0.9%
ランク M	27 100.0%	6 22.2%	8 29.6%	16 59.3%	24 88.9%	7 25.9%	9 33.3%	9 33.3%	1 3.7%	0 0.0%

図表 2-4-54 認知症高齢者の日常生活自立度別 看取りの質について評価 (問 25)

	合計	【1】 Q25) 看取りの質について評価							
		ご本人らしさを大切にされたケアができた	死亡前に新たに出現、または増悪した症状に適切に対処できた	看取り期について家族等に説明できた	家族等が悔いのない看取りができた	家族等への精神的なケアができた	職員にとって悔いのない看取りができた	特に該当しない	無回答
全体	721 100.0%	297 41.2%	246 34.1%	489 67.8%	393 54.5%	328 45.5%	227 31.5%	57 7.9%	14 1.9%
ランク I	32 100.0%	16 50.0%	11 34.4%	24 75.0%	18 56.3%	17 53.1%	8 25.0%	5 15.6%	1 3.1%
ランク II	148 100.0%	64 43.2%	62 41.9%	89 60.1%	70 47.3%	58 39.2%	48 32.4%	15 10.1%	3 2.0%
ランク III	327 100.0%	140 42.8%	100 30.6%	231 70.6%	186 56.9%	154 47.1%	104 31.8%	27 8.3%	4 1.2%
ランク IV	144 100.0%	51 35.4%	44 30.6%	100 69.4%	77 53.5%	69 47.9%	44 30.6%	6 4.2%	6 4.2%
ランク M	32 100.0%	10 31.3%	15 46.9%	23 71.9%	22 68.8%	15 46.9%	15 46.9%	2 6.3%	0 0.0%

(2) 施設でのケアについて評価

- ・施設でのケアについての評価は、ACP を通じて達成できたことを「ACP の記録を必要な時に参照することができた」と回答した事例では、「十分」が 26.3%であった。
- ・ACP を実施していた事例では「十分」が 14.7%、実施していなかった事例では 17.9%であった。
- ・ACP の実施回数が「4 回以上」で「十分」が 21.6%であった。
- ・ACP に関する話し合いで主に確認したことを「これまでの人生でどのような生活を送ってきたか(仕事、家族背景 等)」と回答した事例では、「十分」が 23.8%であった。
- ・ACP を実施していたほうが、看取りの質について、比較的高く評価されていた。
- ・ACP の実施回数が多いほうが、看取りの質について、比較的高く評価されていた。
- ・ACP の話し合いに、リハビリ職員や(管理)栄養士が参加している場合に、看取りの質について比較的高く評価されていた。

図表 2-4-55 ACP を通じて達成できたこと別 施設でのケアについて評価 (問 24)

	合計	【1】Q24) 施設でのケアについて評価					
		十分	まあ十分	どちらでもない	やや不十分	全く不十分	無回答
全体	721 100.0%	111 15.4%	403 55.9%	132 18.3%	61 8.5%	0 0.0%	14 1.9%
ご本人の価値観や意向について話し合うことができた	141 100.0%	32 22.7%	77 54.6%	19 13.5%	11 7.8%	0 0.0%	2 1.4%
ご本人の希望に沿った医療・ケアを実現できた	187 100.0%	43 23.0%	102 54.5%	30 16.0%	11 5.9%	0 0.0%	1 0.5%
家族等の価値観や意向について話し合うことができた	393 100.0%	70 17.8%	222 56.5%	64 16.3%	31 7.9%	0 0.0%	6 1.5%
家族等の希望に沿った医療・ケアを実現できた	455 100.0%	75 16.5%	270 59.3%	78 17.1%	26 5.7%	0 0.0%	6 1.3%
ACP の記録を必要な時に参照することができた	137 100.0%	36 26.3%	73 53.3%	19 13.9%	7 5.1%	0 0.0%	2 1.5%
多職種との連携がうまくいった	251 100.0%	54 21.5%	157 62.5%	24 9.6%	12 4.8%	0 0.0%	4 1.6%
職員の成長に繋がった	160 100.0%	35 21.9%	89 55.6%	21 13.1%	12 7.5%	0 0.0%	3 1.9%

図表 2-4-56 ACP 実施状況別 施設でのケアについて評価（問 24）

	合計	【1】Q24) 施設でのケアについて評価					
		十分	まあ十分	どちらでもない	やや不十分	全く不十分	無回答
全体	721 100.0%	111 15.4%	403 55.9%	132 18.3%	61 8.5%	0 0.0%	14 1.9%
実施していた	570 100.0%	84 14.7%	332 58.2%	96 16.8%	50 8.8%	0 0.0%	8 1.4%
実施していなかった	151 100.0%	27 17.9%	71 47.0%	36 23.8%	11 7.3%	0 0.0%	6 4.0%

図表 2-4-57 ACP に関する話し合い回数別 施設でのケアについて評価（問 24）

	合計	【1】Q24) 施設でのケアについて評価					
		十分	まあ十分	どちらでもない	やや不十分	全く不十分	無回答
全体	721 100.0%	111 15.4%	403 55.9%	132 18.3%	61 8.5%	0 0.0%	14 1.9%
1回	140 100.0%	20 14.3%	81 57.9%	26 18.6%	12 8.6%	0 0.0%	1 0.7%
2,3回行った	323 100.0%	40 12.4%	189 58.5%	56 17.3%	32 9.9%	0 0.0%	6 1.9%
4回以上行った	97 100.0%	21 21.6%	58 59.8%	12 12.4%	5 5.2%	0 0.0%	1 1.0%

図表 2-4-58 ACP に関する話し合いで主に確認したこと別 施設でのケアについて評価（問 24）

	合計	【1】Q24) 施設でのケアについて評価					
		十分	まあ十分	どちらでもない	やや不十分	全く不十分	無回答
全体	721 100.0%	111 15.4%	403 55.9%	132 18.3%	61 8.5%	0 0.0%	14 1.9%
【入所時等状態が悪化するよりも前に行った ACP】							
日常の中で不安なこと、気がかりなこと	178 100.0%	35 19.7%	101 56.7%	27 15.2%	11 6.2%	0 0.0%	4 2.2%
人生の最終段階をどのように過ごしたいかに関する意向(やりたいこと、会いたい人等)	152 100.0%	31 20.4%	89 58.6%	18 11.8%	11 7.2%	0 0.0%	3 2.0%
【3カ月以内に看取りが想定される時期に行った ACP】							
これまでの人生でどのような生活を送ってきたか(仕事、家族背景等)	105 100.0%	25 23.8%	57 54.3%	9 8.6%	10 9.5%	0 0.0%	4 3.8%
日常の中で楽しみにしていること	125 100.0%	27 21.6%	71 56.8%	14 11.2%	10 8.0%	0 0.0%	3 2.4%

(十分の割合が比較的高かった項目を抜粋して掲載)

図表 2-4-59 ACP の実施状況別 看取りの質について評価（問 25）

	合計	【1】 Q25) 看取りの質について評価							
		ご本人らしさを大切にできた	死亡前に新たに出現、または増悪した症状に適切に対処できた	看取り期について家族等によく説明できた	家族等が悔いのない看取りケアができた	家族等への精神的なケアができた	職員にとって悔いのない看取りケアができた	特に該当しない	無回答
全体	721 100.0%	297 41.2%	246 34.1%	489 67.8%	393 54.5%	328 45.5%	227 31.5%	57 7.9%	14 1.9%
実施していた	570 100.0%	239 41.9%	211 37.0%	419 73.5%	347 60.9%	284 49.8%	195 34.2%	24 4.2%	7 1.2%
実施していなかった	151 100.0%	58 38.4%	35 23.2%	70 46.4%	46 30.5%	44 29.1%	32 21.2%	33 21.9%	7 4.6%

図表 2-4-60 ACP の実施回数別 看取りの質について評価（問 25）

	合計	【1】 Q25) 看取りの質について評価							
		ご本人らしさを大切にできた	死亡前に新たに出現、または増悪した症状に適切に対処できた	看取り期について家族等によく説明できた	家族等が悔いのない看取りケアができた	家族等への精神的なケアができた	職員にとって悔いのない看取りケアができた	特に該当しない	無回答
全体	721 100.0%	297 41.2%	246 34.1%	489 67.8%	393 54.5%	328 45.5%	227 31.5%	57 7.9%	14 1.9%
1回	140 100.0%	47 33.6%	38 27.1%	84 60.0%	75 53.6%	47 33.6%	36 25.7%	12 8.6%	1 0.7%
2,3回行った	323 100.0%	130 40.2%	126 39.0%	249 77.1%	197 61.0%	170 52.6%	105 32.5%	9 2.8%	4 1.2%
4回以上行った	97 100.0%	55 56.7%	41 42.3%	81 83.5%	68 70.1%	62 63.9%	49 50.5%	3 3.1%	2 2.1%

図表 2-4-61 ACP の話し合いに参加した職種別 看取りの質について評価（問 25）

	合計	【1】 Q25) 看取りの質について評価							
		ご本人らしさを大切にできた	死亡前に新たに出現、または増悪した症状に適切に対処できた	看取り期について家族等によく説明できた	家族等が悔いのない看取りケアができた	家族等への精神的なケアができた	職員にとって悔いのない看取りケアができた	特に該当しない	無回答
全体	721 100.0%	297 41.2%	246 34.1%	489 67.8%	393 54.5%	328 45.5%	227 31.5%	57 7.9%	14 1.9%
医師	505 100.0%	214 42.4%	194 38.4%	386 76.4%	311 61.6%	257 50.9%	171 33.9%	19 3.8%	6 1.2%
看護職員	534 100.0%	229 42.9%	199 37.3%	399 74.7%	335 62.7%	272 50.9%	183 34.3%	19 3.6%	6 1.1%
介護職員	247 100.0%	121 49.0%	98 39.7%	195 78.9%	160 64.8%	141 57.1%	91 36.8%	6 2.4%	1 0.4%
支援相談員	427 100.0%	181 42.4%	157 36.8%	322 75.4%	276 64.6%	221 51.8%	149 34.9%	16 3.7%	5 1.2%
介護支援専門員	375 100.0%	165 44.0%	140 37.3%	292 77.9%	229 61.1%	194 51.7%	136 36.3%	10 2.7%	5 1.3%
リハビリ職員	168 100.0%	89 53.0%	68 40.5%	139 82.7%	113 67.3%	103 61.3%	68 40.5%	4 2.4%	1 0.6%
(管理) 栄養士	163 100.0%	87 53.4%	62 38.0%	133 81.6%	109 66.9%	98 60.1%	63 38.7%	5 3.1%	1 0.6%
事務職員	14 100.0%	8 57.1%	4 28.6%	11 78.6%	11 78.6%	6 42.9%	6 42.9%	1 7.1%	0 0.0%
その他	8 100.0%	3 37.5%	2 25.0%	5 62.5%	5 62.5%	3 37.5%	2 25.0%	1 12.5%	0 0.0%

第 3 章 事例集

はじめに

- 平成30年に改訂された「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」では、看取りの場が多様化していることを背景に、最期まで自分らしく生き、より良い最期を迎えるために、医療だけでなく介護の現場においても、もしものときに備えて本人・家族等と多職種が繰り返し話し合う、ACPを行うことが重要であると確認されました。こうした経緯もあり、介護老人保健施設においてもACPへの取組が進められてきました。
- 介護老人保健施設におけるACPは人生の最終段階に備えるためだけでなく、入所者がその人らしく日々を過ごすことを支える意思決定支援のプロセスとしても重要です。そのため、入所後に、状態変化や急変、看取りへの移行が起こりうることを見据え、本人・家族等と話し合うとともに、日常生活の中で本人の価値観や希望を丁寧に把握し、多職種で共有しながら支援につなげていくことが求められます。
- 令和6年度の調査研究事業では、ACPの取組状況が施設によって様々であり、各施設が試行錯誤しながらACPを実践している様子が明らかになりました。そこで、令和7年度の調査研究事業では、質問紙調査により介護老人保健施設におけるACPや意思決定支援の詳細な実態把握を行うとともに、特にACPに先進的に取り組んでいる施設へのインタビューを通して、介護老人保健施設におけるACPのあり方について調査を行いました。
- 本事例集では、先進的に取り組む施設へのインタビューをもとに、ACPの実践例に加え、現場でつまずきやすい課題や、解決につながる工夫を紹介し、各施設における取組の参考になることを目指しました。
- 本事例集が、これからACPに取り組もうと思っておられる施設や、取組の改善をはかりたいと考えておられる施設の皆様に役立つ情報となれば幸いです。

本事例集の構成

- Part I
「インタビューから学ぶ ACPの課題と解決のヒント」
 1. ACPをはじめるときのタイミング
 2. 認知症のある方への対応
 3. 家族等の意向が強い場合の対応
 4. もしものときについて尋ねる工夫
 5. ACPの記録のとり方

- Part II
「事例紹介」
 1. 社会福祉法人愛光園 老人保健施設相生
 2. 社会医療法人高橋病院 介護老人保健施設ゆとりろ
 3. 医療法人木水会 介護老人保健施設八州苑
 4. 医療法人財団新生会 介護老人保健施設高齢者ケアセンターのぞみ

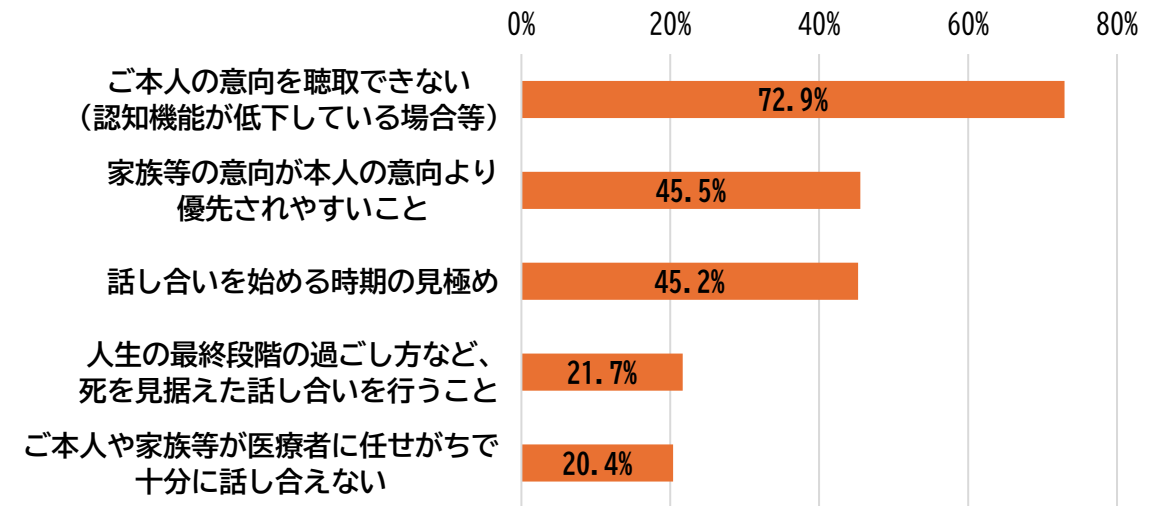
インタビューから学ぶ ACPの課題と解決のヒント

ACPのつまづきポイント

- アンケート調査では、ACPを行う際の困難として、「認知機能の低下などで本人の意向を確認できない場合」や、「いざというときにご家族等の意向が優先されやすいこと」といった項目を選択する施設が多くみられました。
- ACPを行う上で難しいと思われるポイントについて、インタビュー結果をもとに、取りうる対応策や背景にある考え方を紹介します。

1. ACPをはじめるタイミング
2. 認知症のある方への対応
3. もしものときについて尋ねる工夫
4. 家族等の意向が強い場合の対応
5. ACPの記録のとり方

〈参考〉ACPを行う上での困難(複数回答) 一部抜粋(n=628)



1. ACPをはじめるタイミング



もしものときのことって、いつから話し始めるのがいいんだろう？

✓施設ではプレターミナルACPも重要

- 一定期間生活の場となる施設では、日々の暮らしを送る中でやがて状態が変化し、ターミナル期が訪れます。そのため、ターミナル期よりも前(プレターミナル)に起こる状態変化についても、あらかじめどのように対応するか考えておく必要があります。

✓入所相談時・入所時からACPを開始

- インタビューを行った全ての施設で、入所相談時等、早い段階からACPが開始され、途中で意向が変わることも見据えて繰り返し本人や家族等との話し合いが行われていました。
- また、必要な情報を全て一度に聞き取るのではなく、入所後の日常の中で本人から語られる思いや希望から、ACPに関わる情報をキャッチすることも重視されていました。

✓ACPはその人らしく生きることを支えるもの

- ACPを人生の最終段階や状態変化時のためだけのものとせず、日常生活を含めたより広い医療・ケアを含むものと捉え直すことで、本人や家族等との対話を深めることができます。
- 特に本人の価値観ややりたい事(目標)などの情報は、日々の生活をその人らしく生きがいを持って送るためだけでなく、ACPにおいても重要です。そのため、日常の中でその人らしさを支えていくことがACPにも繋がっていくと考えられます。
- このように考えると、ACPに繋がる対話はケアが始まると同時にスタートするものともいえます。

時期ごとに行われていること

入所相談時

- 施設でできるケアの共有
- 本人の生活歴や施設入所への思いの聴取
- 入所までに本人と話し合ってみるよう提案

入所時

- ご家族と本人の意向をもとにいざというときの方針について考える
- 落ち着いた頃合いで本人にいざというときの意向を聞く

入所後・日常

- 本人の価値観や生きがいや垣間見えるようなお話を聞く
- ACPを行う上で参考となる情報を集める

状態変化時

- これまで集めてきた情報をもとに、本人・家族とより具体的な方針について話し合う

看取り期

- 話し合った方針を家族と確認しながら、心づもりをしてもらう

インタビューから学ぶ ACPの課題と解決のヒント

2. 認知症のある方への対応



認知症のある方は意向が分からないから困る…

✓ まずは本人が意向を表明できるように支援

- 認知症などで認知機能の低下がみられる方でも、落ち着いた状況であれば意向を確認できることがあります。いずれの施設も、まずは環境を整えて、聞き方や説明の仕方を工夫しながら、本人の意向を探ることを重視していました。

✓ 様々なお話から本人の意向を推定する情報を収集

- 具体的な意向が分からない場合でも、比較的記憶が保たれやすい過去の思い出から価値観を聞き出すことができたり、日々のケアの中で見えてくる好きなこと、嫌いなこと、されたくないこと等から、本人の意向が見えてくることもあります。
- 本人の意向に関わる項目を広く捉えて情報を集めておくことで、いざというときに本人の意向を推定しやすくなります。

✓ 意思確認が難しい場合は代弁者と共に考える

- コミュニケーションが難しい場合には、いずれの施設でも、本人の代弁者になれる方と医療ケアチームが協働して、本人の意向を考えていました。
- その際には、例えば本人が大切な人の看取りを経験したときの様子などを尋ね、それを手がかりに意向を考えている、といった工夫も聞かれました。

認知症のある方への対応

話し合う環境

- 特別な話し合いの場を設けるよりは、日々のケアの中で意識的にコミュニケーションをとる
- (食事中にさりげなく栄養について聞いてみるなど)

説明の工夫

- 分かりやすい冊子を用意して、口頭だけでなく文書も活用
- 医療行為など、聞きなれない言葉はイラストや動画等で説明

意向の聞き方

- 遠い未来の話ではなく、現在やすぐ先の未来についての希望や考えを聞いてみる

3. もしものときについて尋ねる工夫



最期のときのことは、元気なうちには聞きにくい…

✓ 本人のこれまでの話を聞くことで、自然ともしもの話に繋げる

- 急に、「最期のときはどうしたいですか」といった問いかけをすると、本人も家族も身構えてしまい、回答しにくいことが考えられます。
- そこで、多くの施設では、最初は本人がこれまでどのような仕事をしてきたのか、家族はどうしているのかなど、日常の会話から始めて、例えば「家にいるペットが気がかり」といった話が聞ければ、「もしものときは家に帰りたいですか?」と尋ねるなど、自然な会話の中でACPを行っていました。

✓ 考えにくい様子がみられる場合は、医療ケアチームの考えを示してどのように思うかを聞いてみる

- 医療ケアチームとしての考えを示すことで、手がかりとしてもらうという施設もみられました。
- 現状では、もしものときのことについてこれまで考えたことがないという方がほとんどであるため、例えば「最期をどこで過ごしたいですか」という質問だと回答しにくいことがあります。
- そこで、「これまでの経験から、もしものときには在宅に戻る方が家族との時間を増やすことができ、よいのではないかと考えていますが、最期を家で過ごしたいという希望はありますか」と、医療ケアチームとしての考えを交えて問いかけることで、その選択肢を良いと思えるか、あるいは望ましくないと思うか、心配があるとしたらどのような点か、と考えを進めやすくなります。

インタビューから学ぶ ACPの課題と解決のヒント

4. 家族等の意向が強い場合の対応



家族の意向が強いときは、どのように対応すればいいか悩む…

✓ 本人の意向を尊重するのが原則

- 前提として、医療行為を受けるのも、最期を迎えるのも本人である以上、本人の意向を大切にすべきであるという考えはいずれの施設でも共通しており、本人の意向を中心に据えて家族との話し合いが進められていました。
- また、話し合う中で家族に決定を委ねることはせず、本人の意向について医療ケアチームと家族と一緒に考える、という点も重視されていました。

✓ 家族等にも大切な人の最期を受け入れるための支援が必要

- 家族等が強い意向を示す背景には、大切な人を失うかもしれないという怖さや、やるせなさがあると考えられます。家族等が本人の最期と向き合う過程を支えるためにも、早期に状態変化を察知することで時間を確保し、看取り期の変化やケアについて丁寧に説明しながら、少しずつ心づもりができるように配慮することが重要です。
- また、家族が支援を必要としているときに医療ケアチームが力になれるよう、面会時などにもこまめにコミュニケーションをとり、信頼関係を構築しておく必要があるという指摘もありました。

✓ 医療ケアチームが本人の意向と背景・理由を代弁

- 職員から「本人は病院には行かず施設で静かに看取ってほしい」といった意向を家族に伝えるときに、なぜそう思っていたのか理由が分からないと、家族が納得しにくいことがあります。
 - 職員が本人から日々聞き取る情報の中には家族が知らないものもあるため、医療ケアチームには本人の意向を代弁するだけでなく、その背景や理由を丁寧に共有することが求められるという指摘もみられました。
 - また、「本人の希望を叶えられなかったことで家族が後悔したり、悔いが残ったりしないようにしたい」と伝え、「本人にとって良い選択肢と一緒に考えてほしい」と声をかけることで、考える視点を変えてもらえるよう働きかけるという工夫もありました。
- ### ✓ 家族が本人と異なる意向を持っているときの対応について本人に聞いておく
- 本人の意向を尊重することを原則としたうえで、家族が強い意向を持っている場合の対応についても、あらかじめ本人に確認しておく、という施設もみられました。

5. ACPの記録のとり方



本人から聞いた話は逐一記録しているけれど、いざというときに探すのは大変…

✓ 複数の方法を併用して記録し、場面によって適宜活用

- それぞれの施設で、複数の方法を組み合わせながらACPの記録を作成し、活用したいタイミングで使い分けていました。

① 決まった書式に記入し保管

- 全ての施設で、決まった書式が用意されており、基本的にはACPを通して定まった方針が記録されていました。
- これらの書式は、主には本人や家族等との合意確認や、緊急時に速やかに情報を確認する必要があるときに利用されています。

② 日ごろのケア記録や定期的に作成されるICFシートに記載

- 日頃のケアの中で把握した本人の思いを重視している施設では、日々のケア記録(電子システム)の中に本人の意向も書き込み、ACP情報としてタグ付けしている施設もありました。
- 他の施設では、ICFシートを作成する中で本人の目標や希望を引き出してACPに繋げており、毎月更新するICFシートの中に記録していました。
- これらの記録は、家族等との話し合いの前や、退所時の情報連携時など、本人の意向を詳細に確認したいときに活用されており、いざというときはACP情報のタグでソートして一覧にしたり、ICFシートを確認することで、時系列での意向の変化や、最新の意向を確認することができます。

1. 社会福祉法人愛光園 老人保健施設相生

POINT

- 人生の最終段階に限らず、本人らしく生きるために全利用者にACPを実施。本人主体を重視し、日々の関わりの中で集めた想いのかけらをケアプランに盛り込み、支援に生かす。
- 家族との情報連携ではLINEも活用し、こまめにフォロー。施設内共有では、介護記録システムのタグ付け機能を用いて重要なACP情報を時系列で確認可能。
- 施設内に「ACP推進委員会」を設置し、現場で気が付いた課題を検討。職員との考え方の共有や、ACPのスキルアップの要として機能している。

施設の概要

基本情報

- 施設類型：超強化型
- 所在地：愛知県
- 定員：100人
- 職員体制：医師1人／看護職員11.9人／介護職員32人



施設外協力体制

- 併設・同一法人の医療機関：いずれもなし
- 協力医療機関
 - ・ 地域の在宅療養後方支援病院と連携
 - ・ 協力医療機関に入院していた人が利用者の4割程度を占め、連携がしやすい状況にある。

看取りへの対応

対応方針

- 希望をうかがって対応する

件数

- 死亡退所者数:14名
- ターミナルケア加算 算定者数:14名
(※令和6年10月～令和7年9月の期間)

対応状況

- 現状では、繰り返し利用している利用者を含め在宅などへ退所される方がほとんどである。
- 施設での看取りを希望される場合には、疾患をふまえて自然なかたちで看取ることを入所前から伝え、本人の希望を繰り返し確認しながら施設内で対応。
- 看取り期に積極的な医療(常時の酸素吸入等)を希望される場合には対応が難しく入院となることもあるが、その場合でも施設に戻る選択肢があることを伝え、関わりを維持しながら支えている。

意思決定支援・ACP実施体制

基本的な考え方

- 最期だけでなく、普段の生活においても本人が自分らしく生きられるように、本人や家族と話し合い、想いのかけらを集める。
- 最期まで本人らしく生きることを支えることで、より良い看取り実現ができ、家族へのケアや職員のモチベーションにも繋がる。

ACP対象者

- 全員
その人らしく生きていくための話し合いであるため、本人の状態に関わらずACPを行う必要がある。看取りを想定しない時でも、元気なうちに本人の意向を聞いて、次の施設やサービスに繋ぐ。

認知症対応

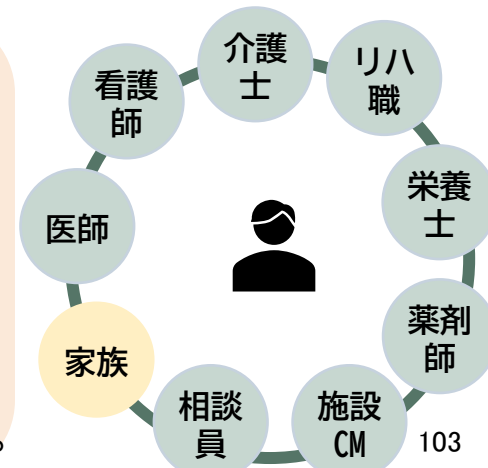
- 認知症を抱えた人であっても、落ち着いた日常生活の中でやり取りを重ねる中で、一貫した意思が見えてくることがある。また、言葉だけでなく、表情や反応から思いをくみ取る。
- 将来的なことだけでなく、今の状況に焦点を当てて希望を聞くことで、その人らしさを引き出している。

活用ツール

- 記録
 - ・ 介護記録システム
- 本人・家族等との共有
 - ・ 2種類の意向確認書(入所時・入所後)
 - ・ LINE

体制

- ACPを中心的に進めるのは現場職員。
看護師や介護士、リハビリ職や栄養士等がそれぞれの視点から、本人の変化を捉えてコミュニケーションをはかる。これにより本人の意向を知るための手がかりを多方面から集めることが可能。
- 施設内に「ACP推進委員会」を設置。



1. 社会福祉法人愛光園 老人保健施設相生

	関わる人	主に話し合う内容	ポイント・工夫	記録・情報共有
入所相談時	<ul style="list-style-type: none"> ■ 家族／(本人) ■ 相談員 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 本人の身体、認知面の状況や変化 ■ 本人の生活史 ■ 家族等の看取り経験、その際の様子 ■ 施設の特徴 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 家族等と丁寧に情報交換をして、本人をよく知る ■ 本人の状況や介護老人保健施設の特徴を共有しながら、生活歴等について丁寧に話を伺う。本人らしく生きることを支えるには、まずは本人についてよく知ることが一番重要。 ■ 看取り期の意向などは突然聞いても答えにくいので、これまで本人が家族の看取りを経験したかを尋ね、その際の様子等を手掛かりに考えてみる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 内部共有 システム上に本人の生活歴を記録。職員が本人とコミュニケーションをとるきっかけになるように細かく記載する。
入所時	<ul style="list-style-type: none"> ■ 家族／(本人) ■ 看護師／相談員 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 老健の医療体制 ■ 緊急時の意向 ■ 看取り期の意向 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ まずは本人の意向について共に話し合うことを経験 ■ 入所相談時の話し合いをふまえ、一度本人の意向をもとに方針を考えてみる。方針は変わることも多いが、まずは始めることが大切。 ■ どの項目も家族に決定を委ねるのではなく、本人の意向を確認しながら、医療・ケアチームと一緒に考えていくことを伝える。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 内部共有 ・ システムに記録。 ・ 「思い出・これからノート」(別紙1)を作成。
入所後 日常	<ul style="list-style-type: none"> ■ 本人 ■ 看護師／介護士／相談員／栄養士／リハビリ職 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 選好・価値観 ■ 気がかり・不安 ■ 医療・ケアに期待すること ■ 緊急時・看取り期の意向 ■ 本人の代弁者 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 日常の中で本人の想いのかけらを集める ■ 日常の中で本人の言葉に着目。ACPに関わるような希望が示されたときに、それをキャッチして、丁寧に話を聞いて確認する。日々、集めた本人の想いのかけらが、その後の方針決定を支える。 ✓ 医療のこと等も自然な会話で話せるように工夫 ■ 日常の会話で聞き取りにくい医療のこと等は、看護師がさりげなく聞き出す。例えば、栄養に関わることは食事の場面で話題にしてみるなど、自然と意向を確認できるようにしている。 ✓ 聴き取った想いは家族とも共有し、さらなる対話に繋げる ■ 聴き取った本人の想いや希望を家族に話すことで、喜ばれたり、それに関する新たな話が聴けたりする。自然なコミュニケーションを重ねることで、本人を支える重要な情報を集めることができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 内部共有 ・ システム上でケア記録に記載。 ・ ACP情報は、生活の意向、医療の意向、緊急時の意向の3種類に分けてタグ付け。 ・ 生活の意向はケアプランにも落とし込み、職員間に共有。 ■ 家族との共有 ・ LINEや、面談時に情報共有。
状態変化時	<ul style="list-style-type: none"> ■ (本人) / 家族 ■ 看護師 / 介護士 / 相談員 / (医師) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医療・ケアの意向 (病院受診の意向) ■ 看取り期の意向 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 状態の変化を捉えて話し合いにつなげる ■ 主なタイミングは、食事がとれなくなってきた時、介護抵抗が減ってきた時、骨折や高熱など体調変化が起きやすい時。 ■ 専門職が変化を捉えてチームに報告。ACPを再度開始する。 ✓ 職員が集めた本人の想いを家族と共有しながら共に考える ■ これまでに集めた本人の想いを改めて確認し、家族と共有しながら、いざというときの方針をより具体的に話し合う。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 記録・家族との共有 ・ 家族と話し合い、看取りの同意書(別紙2)を作成。 ・ システムの記録の他、同意書は紙のカルテファイルに綴じこみ、一目で確認できるようにしている。
看取り期	<ul style="list-style-type: none"> ■ 主に家族 ■ 看護師 / 介護士 / 相談員 / (医師) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 本人が心地よいケア / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 重ねてきた話し合いの方針を再確認 ■ ここまで話し合ってきた内容をもとに心づもりについて家族と共有する。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 紙のカルテファイルに綴じこんだ看取り同意書を必要時に確認。

1. 社会福祉法人愛光園 老人保健施設相生

ACPの推進体制

- ✓ 「ACP推進委員会」が中心となってACPの取組を推進
 - メンバー:各部署(看護、介護、リハビリ、相談員等)から一人ずつ代表者が参加。
 - 開催頻度:会議は2か月に1回。
 - 役割:ACPの方針整理、認識共有、研修の企画を行う。
 - 個別事例コンサルティングは行わないが、現場でACPを進める中で気が付いた課題を集め、対応策を検討したり、目標を設定して各部署に働きかけたりする。
- ✓ 本人の意向や家族と話し合うときの「尋ね方」を統一
 - スタッフ間でACPに関わる事項について尋ね方が異なることで、チーム内で齟齬が生じてしまうことがあった。
 - そこで、ACP推進委員会ではどのような声掛けを行うのがよいか、特に重要な4つの情報について、定型を定めて職員間に共有。意思確認でばらつきがでないようにしている。

スタッフのスキルアップ

- ✓ 年に1回研修会を実施
 - 年に1回、全職員を対象に研修会を開催。
 - 研修会準備は、ACP推進委員会のメンバーや知見のある相談員が外部の研修会なども参考にしながら立案する。
 - 今年の研修は、「意思決定支援」をテーマに考え方を共有した。
- ✓ 本人の意向を整理するタグを決めたことで、専門職の意識向上
 - システム上に本人の想いを記録する際、必要なときに必要な情報をすぐに確認できるように、①生活の意向、②医療の意向、③緊急時の意向に分類してタグ付けを行うようにしている。この取組が、これまでACPに消極的であった職員の意識を変えるきっかけになった。
 - 特に①生活の意向では、本人の好き嫌い、してほしいこと、してほしくないことを記録するが、タグ付け前まではこうした情報がACPにとって重要であるという考えが十分共有できていなかった。
 - どのような情報にタグを付けるべきかを整理し、運用する中で、記録を付ける職員の意識が高まり、本人の些細な気持ちの表明を見落とさずに拾い、ACPに繋げることができるようになった。

4つの情報の尋ね方

嚥下機能低下後の栄養

「お食事が食べられなくなったときにどうしたいですか」

最期を過ごす場所

「最期をどこで過ごしたいですか」

代弁者

「大切な人、自分の思いを代弁してくれる人は誰ですか」

意思表示の経験

「自分の思いを大切な人に伝えてありますか」

施設外との情報連携

- ✓ 紹介状にACP情報をまとめ、搬送先や退所先の医師に共有
 - 利用者が施設を離れる際は、施設で本人と話した内容を次に繋ぐことを重視。
 - 医師が紹介状を作成し、そこにACP情報を記載する。受け取り手の負担にならないように、A4・1枚程度の分量を目安にしている。
 - 紹介状では、医療情報、介護状況は簡潔にまとめ、残りのスペースはACP情報にあてる。単に、生命維持治療への意向等を示すだけではなく、その意向の背景にある、考え方や価値観、好き嫌い、大切にしていること、心配なこと、また、代弁者や家族関係などを書き込むようにしている。
 - 作成時は、記録システム上で関連タグを選択し、ソートすることで、時系列に重要なやり取りが確認できるため、それをまとめている。

利用者	〇〇 〇〇	
対象期間	×年×月×日～△年△月△日	
区分	<input checked="" type="checkbox"/> ~~ <input checked="" type="checkbox"/> ~~ <input checked="" type="checkbox"/> ~~	
担当者	〇〇	

年月日	区分	内容
×年×月×日	生活の意向	娘さんが持ってきた好物のフラッペにとろみをつけて提供。おいしいと全量召し上がる。
×年×月×日	生活の意向	「家に帰りたいけど、家だと一人なので不慣れになる。施設にいられてありがたい。」との発言あり。
×年×月×日	医療の意向	点滴の際、「本当は痛いのは嫌」との意向表明あり。
×年×月×日	生活の意向	外の景色を見るのが好きで、梅の木に来る鳥を楽しそうに見ていた。
×年×月×日	緊急時の意向	「何かあっても、知らない先生に診てもらうよりは施設にいたい」との発言あり。心肺蘇生は希望しない。



〈思い出・これからノート〉

別紙1

*ご本人がこれまでどんな生活を送ってこられたか、
A-1の生活史を確認してから取り組んで下さい。

思い出・これからノート ～相生版～

実施・更新日	ご利用者名
様のこと	様のこれからについて
<p>楽しかったこと、うれしかったこと 日々の支援で良い反応をされたこと</p>	<p>ご本人の想い(ご本人の想いを汲み取って記入でも可) これからどんな生活を送りたいか</p>
<p>やりたくないこと、やってほしくないこと 日々の支援で嫌な反応をされたこと</p>	<p>職員の想い(大切にしていること) (ご利用者の想いを基に) どんな風に過ごしてほしいか どんな支援がしたいか</p>
<p>好きな食べ物、レク、テレビ番組等 (好きなこと、好きそうなこと何でも)</p>	
<p>職員や家族に手伝ってほしいこと</p>	

*ご本人から聞き取ったこと、日々の生活や支援での気づきを記入してください。
*日々の気づきを皆で共有し、その人らしい生活を支援していきましょう。

〈看取りの同意書〉

別紙2

※昨今では、「終末期」という言葉の代わりに、本人の人生や生活面により焦点を当てることができる「人生の最終段階」という言葉が用いられるようになっている。こうした状況などをふまえて、本文書については現在改訂を行っている。

今後の医療・看護・介護方針について

介護老人保健施設相生

1. 今後の医療・看護・介護方針について

老人保健施設相生では、医師の診断のもと、心身機能の障害が回復不能な状態にあり、近い将来死に至ることが予測される利用者に対し、「看取り」を行います。「看取り」においては本人の意思を最大限に尊重しながら、死に至るまでの期間、尊厳を保ち、苦痛を緩和し、減衰する生命活動に沿った医療・看護・介護を含む統合的な援助を行います。

・当施設では、当施設を利用されるすべての利用者に対し、利用開始時および利用中に心身機能障害の著しい変化があった場合に、終末期に関する意思確認を行います。

・終末期に関する本人またはその代理人への説明は、当施設の医師が責任を持って行います。

・意思確認は本人に対して行います。本人が意思を表示できない場合には、本人の意思を代理するもの(代理人)に対して行います。

・最終的な意思確認は同意書をもって行います。

・終末期の診断は当施設の医師が行います。

・終末期と診断された場合、意思確認の同意書に基づき、適切な終末期の医療・看護・介護を行います。

1. 社会福祉法人愛光園 老人保健施設相生

〈看取りの同意書〉

別紙2

※昨今では、「終末期」という言葉の代わりに、本人の人生や生活面により焦点を当てることができる「人生の最終段階」という言葉が用いられるようになっている。こうした状況などをふまえて、本文書については現在改訂を行っている。

2. 老人保健施設相生で 対応可能なこと

2-1 ご本人へのケア

	相生で対応可能	参考:医療機関でなら可能
栄養摂取	・口から食べる介助 ・経管栄養(胃ろう・経鼻)	・中心静脈栄養(IVH) ・持続点滴
痛みのコントロール	・内服薬や坐薬を使用	・注射薬(筋注も含む)を使用
日常の看護・介護	・病状監視 ・痰の吸引 ・身体の清拭 ・心身ケア	
容体が急変したとき	・一時的な酸素吸入 ・医療機関への救急搬送 または 救急車の要請	・気管切開・気管内挿管 ・心肺蘇生 ・人工呼吸器の使用 ・持続的な酸素吸入

2-2 その他の支援内容

- ・ ご本人の居室変更を優先的におこないます。(多床室から個室へ)
- ・ 面会時間外の、家族の来所・面会を支援します。
- ・ 付添われるご家族に、寝具類の貸し出し・食事の提供をおこないます。(有料・別紙案内参照)

看取りにおける同意書

老人保健施設相生 施設長 ■■■■■ 殿

私は、老人保健施設相生での療養についての説明を受け、その内容を理解しました。
また、それに沿った看護・介護が行われることを望みます。

1. 経口での摂取量が少量になり十分な栄養が摂れなくなってきた場合

- 食べれる物を食べられる分だけで良い
- 経管栄養(胃ろう・経鼻)を望む

2. 終末期を迎えたい場所

- 老人保健施設相生
- 医療機関等()
- その他()

3. 急変時(心停止・呼吸停止)における病院への搬送

- 希望する
- 希望しない

4. 終末期に心機能が低下した場合、心肺蘇生術を

1. 社会福祉法人愛光園 老人保健施設相生

〈看取りの同意書〉

別紙2

※昨今では、「終末期」という言葉の代わりに、本人の人生や生活面により焦点を当てることができる「人生の最終段階」という言葉が用いられるようになっている。こうした状況などをふまえて、本文書については現在改訂を行っている。

- 希望する
 希望しない

以下の費用については保険適用外となり、御家族様のご負担となります。

5. その他家族からの希望

()

ご家族様食事代

6. 死亡診断書の発行について

利用者様のご逝去時に死亡診断書の発行が必要となります。しかし当施設の施設医は諸般の事情で勤務時間が限られており、勤務時間外(夜間・休日等)に逝去された場合には、医師がすぐに立ち会えない場合がございます。その場合、医師による確認が翌日以降となり、死亡診断書の発行までに24時間以上かかる場合があることをあらかじめご承知おきください。死亡診断書の発行のタイミングが遅れることはございますが、施設の全職員がご利用者様を大切に思い最期まで寄り添う気持ちには変わりありません。

仮眠用寝具一式代(敷布団・掛け布団・枕・シーツ)

上記1～6の内容について説明を受け、理解し同意致します。

本人・代理人への説明と同意日 年 月 日

*ご不明な点は事務所までお問い合わせください。

署名 本人

代理人 (続柄)

説明担当者 (医師)

(看護師)

(施設マネージャー)

老人保健施設 相生

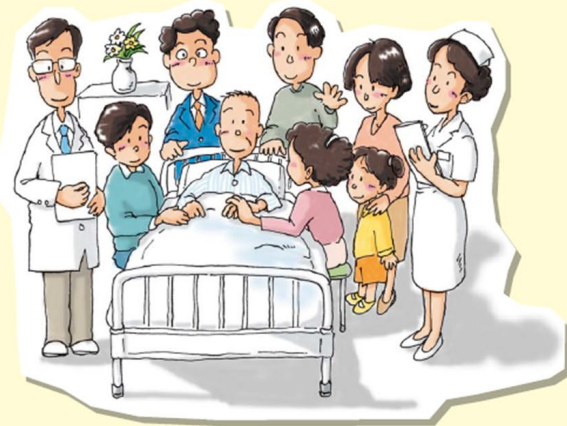
付き添われるご家族の皆様へ

1. 社会福祉法人愛光園 老人保健施設相生

〈これからの過ごし方について〉

参考資料

これからの 過ごし方 について



 老人保健施設 相生

1

今後起こってくる身体の変化



むせこむ様になったり、食べたり飲んだりできる事が少なくなります。食べる事、飲む事が、ご本人にとって苦痛となることもありますので、食べたいときに食べたいものを無理せず摂って頂くようにします。



尿の量が少なくなり、濃くなってきます。摂取する水分量が少なくなり、尿を作る機能が低下することが原因ですので、様子を見守るようにします。

お別れが近づいたとき



唾液や痰がたまって、喉の奥でゴロゴロと音がすることがあります。「喘鳴（ぜいめい）」といいますが、苦しそうにみえますが、眠っていることが多いので、実際には辛さを感じていません。

2



呼吸のリズムが不規則になって10～30秒くらい呼吸が止まったり、いびきのような呼吸になったり、息をすると同時に肩や顎を動かすような呼吸が見られたりしてきます。これはお別れが近づいてきた時に起こる呼吸です。最後にお会いしておきたい方がみえましたらご家族様の方で連絡をとってください。あえいであるように見えますが、苦しいからではなく自然な動きです。慌てずに見守ってあげましょう。



血圧が下がり循環が悪くなるため、脈が弱くなり、手足の先が冷たく、青ざめてきます。冷や汗でじっとりすることもあります。タオルで汗を拭いたり、掛け物を調整したり、さすってあげたりしてください。



聞く力は最期まで残っているとされています。感謝の言葉や思い出など、伝えたいことがあれば、話しかけてみてください。ご家族がそばで談話されている声を聞くだけでもご本人の安心感につながります。



眠気が強くなってくることがあります。眠気があるのは、苦痛が和らいでいることの証しでもあります。その後、声をかけても目を覚まさないことも多くなります。ご家族様は、焦らず、慌てず、見守っていただくことが大事です。

3

〈これからの過ごし方について〉

参考資料

傍にいても何をしたらよいか分からないとき
ご家族の皆さんにもしていただけること



口が渇いているようであれば湿らせたガーゼなどでそっとしめらせてあげてください。冷たいものを好まれることが多くなります。口の中に唾液や痰などがたまっている場合は、綿棒などで拭いてあげましょう。

ご本人の好きな音楽をかけたり、ご家族のことを話されたりする事も安心して頂けます。



手足を優しくマッサージすることで、心地よく安心感を得られ、だるさがやわらぐことがあります。身体に手で触れて、優しくさすることにも効果があります。

Q.食べられなくなったときに点滴はしないのですか？

点滴などで水分や栄養分を入れたとしても、からだの中でうまく利用できない状態なので回復にはつながりません。むしろ、お腹や胸に水がたまったり、むくみが出たりしてることがあります。

Q.寝ている状態では苦しさは感じていないのでしょうか？

深く眠っているときには、表情も穏やかであり苦痛を感じていないと考えられています。苦痛が出現した場合には、その苦痛があることを眉間のしわや手足の動きなどから判断できます。

これからの準備として知っておいていただきたいこと

※ ご親戚、知人の方など会って頂きたい方がいらっしゃる場合は、意識があり、お話ができるうちに早めにお知らせしておくことをおすすめしています。

※ 体調を見ながらになりますが、散歩や外出・外泊も可能ですので、ご相談ください。

※ 亡くなられるときにご本人の傍にすることができるように、あらかじめ亡くなったときに着て帰られる服や愛用の化粧品などがあればご準備ください。なお、施設の浴衣（有料）もご使用いただけます。

※ ご葬儀やお帰り先（自宅や通夜会場など）をご家族で相談なさっておいてください。

※ 亡くなられた後に、お身体を清めさせていただきます。ご希望がありましたらご家族の方も一緒に行うことができます。



2. 社会医療法人高橋病院 介護老人保健施設ゆとりろ

POINT

- 「もしもの時のACP」とICFを活用した「前向きACP」の2種類のアプローチでACPを実践。ICF評価は月1回行われるため、本人の状態に応じた意向の変化に対応しやすい。
- 法人内と地域内の連携は情報連携システムを活用し、過去の重要な情報も、リアルタイムの情報も効率よく確認可能。
- 施設内に「ACP委員会」を設置し課題を集約・検討。また、アンケート調査で集まった職員の悩みに応えられる研修を実施予定。

施設の概要

基本情報

- 施設類型：超強化型
- 所在地：北海道
- 定員：約150人
- 職員体制：医師2人／看護職員19.8人／介護職員41.8人



施設外協力体制

- 併設・同一法人の医療機関：併設ではないが、法人内に病院、通所・訪問リハビリ、グループホーム、等がある。
- 協力医療機関
 - ・ 車で10分程の距離にある同一法人の病院が協力医療機関。
 - ・ 以前から病院の週1回の会議に、施設の支援相談員が出席。現在は、支援相談員に加え看護師も同席し、情報共有をはかっている。

看取りへの対応

対応方針

- 希望があれば対応する

件数

- 死亡退所者数:13人
- ターミナルケア加算 算定者数:9人 (※令和6年10月～令和7年9月の期間)

対応状況

- 看取りのみを目的とした入所はないが、長年利用する中でだんだんと状態が悪化している方には施設での看取りを提案することがある。また、在宅復帰が難しく、長期利用している方の看取りを支えることもある。
- できる限り本人の希望に沿って施設で対応するが、苦痛の緩和が難しい場合には本人のQOLを考えて転院とすることもある。

意思決定支援・ACP実施体制

基本的な考え方

- ICFを活用して、本人の生きがいや目標を定期的に確認しながら、意向を確認していく「前向きACP」と、いざというときについて考える「もしもの時のACP」の二つを実施。
- 二つのACPによって集めた情報から方針を検討している。

ACP対象者

- 全員
基本的に、「前向きACP」と「もしもの時のACP」は全員に行う。状態悪化時や看取り期が近づいた場合にはACP会議を開いて二つのACPをふまえた具体的な方針について話し合う(全体の1割程度)。

認知症対応

- 認知症のある方も多いため、話し合いは入所後1～2週間おいて、環境に慣れたころに実施する。
- 説明時には、イラストや動画を活用するなど、認知機能に応じて工夫。

活用ツール

- 記録
 - ・ 介護ソフト内の利用者個別ケア記録
 - ・ 地域医療連携ネットワークシステム:ID-Link
- 本人・家族等との共有
 - ・ 2種類の説明書
 - ・ 2種類の意向確認書

体制

- ACPを中心的に進めるのは、居室担当の看護師と介護士。それぞれの専門スキルを活かして本人や家族と話し合い、ICFシートを作成。
- また、状態変化を察知してACPカンファレンスを調整するなど、多職種連携の要となっている。



2. 社会医療法人高橋病院 介護老人保健施設ゆとりろ

	参加者	主に話し合う内容	ポイント・工夫	記録・情報共有
入所相談時	<ul style="list-style-type: none"> ■ 家族 ■ 相談員 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ACPについての紹介 ■ 施設の特徴 / 等 	<p>✓ 「ACPの手引き」を活用して、今後の話し合いの方針を案内</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者も家族もACPに馴染みがないことも多い。まずは入所案内時に、ACPについて解説した「ACPの手引き」を渡し、入所後にどのような話し合いを行いたいのか説明。ACPを導入する。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 家族との共有 「ACPの手引き」(別紙1)を渡す。
入所時 (1~2週間後)	<ul style="list-style-type: none"> ■ (本人) / 家族 ■ 看護師 / 介護士 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 大切にしたいこと ■ 主観的健康観 ■ 治療の希望 ■ 看取り期の意向 ■ 代弁者 / 等 	<p>✓ 「私のこれからの生き方」を作成し「もしも」について考えてみる</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 最初の1~2週間で利用者の様子を確認し、どのようにACPを行うかを検討。本人が意向を表明できない場合は家族と話し合う。 ■ 話し合った結果をもとに、「私のこれからの生き方」(別紙2)シートを作成し、共有してもらう。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 内部記録 <ul style="list-style-type: none"> ・ システムに記録。 ■ 家族との共有 <ul style="list-style-type: none"> ・ 「私のこれからの生き方」(別紙2)を作成・保管。
入所後 月1回	<ul style="list-style-type: none"> ■ 本人 / 家族 ■ 医師 / 看護師 / 介護士 / リハ職 / 栄養士 / 相談員 / ケアマネ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 生きがい(長期目標) ■ 生活目標(短期目標) ■ 選好・価値観 ■ 趣味・特技 ■ 気がかり・不安 / 等 	<p>✓ ICFシートを作成しながら定期的に「前向きACP」を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 入所後は、月1回のICFシートの更新時に、利用者の長期目標に繋がる生きがいや、それを実現するための生活目標を共に考えながら、ケアプランを作成する。その際にACPに関わる情報も聴取。 ■ 例えば、嚥下機能について考える際には、好物(個人因子)を尋ねたりしながら、食べられなくなったときの意向を自然に確認できる。 ■ ICFの履歴から、これまでの本人の意向の変化を捉えやすく、最新の意向も確認しやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 内部記録 <ul style="list-style-type: none"> ・ システム上でICFシート(別添3)を更新。 ■ 家族との共有 <ul style="list-style-type: none"> ・ 月1回の面談時に、ICFシートに基づき、計画や本人意向を共有する。
状態変化時	<ul style="list-style-type: none"> ■ (本人) / 家族 ■ 医師 / 看護師 / 介護士 / リハ職 / 栄養士 / 相談員 / ケアマネ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医療・ケアの意向 ■ 看取り期の意向 / 等 	<p>✓ 状態の変化時を捉えて、ACP会議を開催</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 主なタイミングは、食事の形態が変わるときなど。体力が落ち、状態が悪くなる予兆を、居室担当の看護師、介護士がつかみ、ACP会議の開催を調整。身寄りのない方などは状態変化を待たずに早期に実施する。 <p>✓ 入所時の情報とICFでの情報をふまえ、「もしも」のときの医療・ケア方針を話し合う</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 「私のこれからの生き方」(もしもの時のACP)と、ICF(前向きACP)を行う中で見えてきた意向を確認しながら、本人、家族、多職種ケアチームで具体的な医療・ケア方針を話し合う。 ■ 話し合った内容は「将来の医療及びケアについて」にまとめる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 内部記録 <ul style="list-style-type: none"> ・ 同意書を保管 ・ システム上にも記録する ■ 家族との共有 <ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師が「将来の医療及びケアについて」(別紙4)を作成し、共有。
看取り期	<ul style="list-style-type: none"> ■ 主に家族 ■ 医師 / 看護師 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医療・ケアの意向 ■ 看取り期の意向 / 等 	<p>✓ ACP会議の方針を基に再度看取り期のケアについて共有</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 看取り期には多職種ケアチームでカンファレンスを行い、専門職の役割を明確化。家族にケアの方針について丁寧に共有し、看取り期の不安にも寄り添う。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 家族との共有・内部記録 <ul style="list-style-type: none"> ・ 「看取りケアについての同意書」「看取り介護実施計画書」(別紙5)を作成。

2. 社会医療法人高橋病院 介護老人保健施設ゆとりろ

ACPの推進体制

✓ 法人内の取組を起点に、施設のACPを改善

- 同一法人の病院を中心にACPの実施方法を検討・推進。
- 法人内で「前向きACP」と「もしもの時のACP」の考え方を共有し、同じフローで実践している。また、ACPに用いる説明資料や書式も統一しており、法人内での情報共有を円滑にしている。
- ICFシート導入時は、高橋病院から職員を派遣してもらい、シートの作成方法について共有してもらった。その後は、施設内で意見を出し合い、活用を進めてきた。

✓ ACP委員会を設置し、ACPの課題について検討

- ACP委員会は、施設の3フロアのフロアマネジャー（看護師）が中心となり、ケアマネジャー、リハ職など多職種で構成。
- 例えば、個別ケア記録の中のACP関連情報についてフラグ立てのルールを設け、活用しやすくするなど、日頃ACPを行う中で生じる困り事や、課題を取りまとめて、改善のための解決策を検討している。



〈実際のACPの場面〉

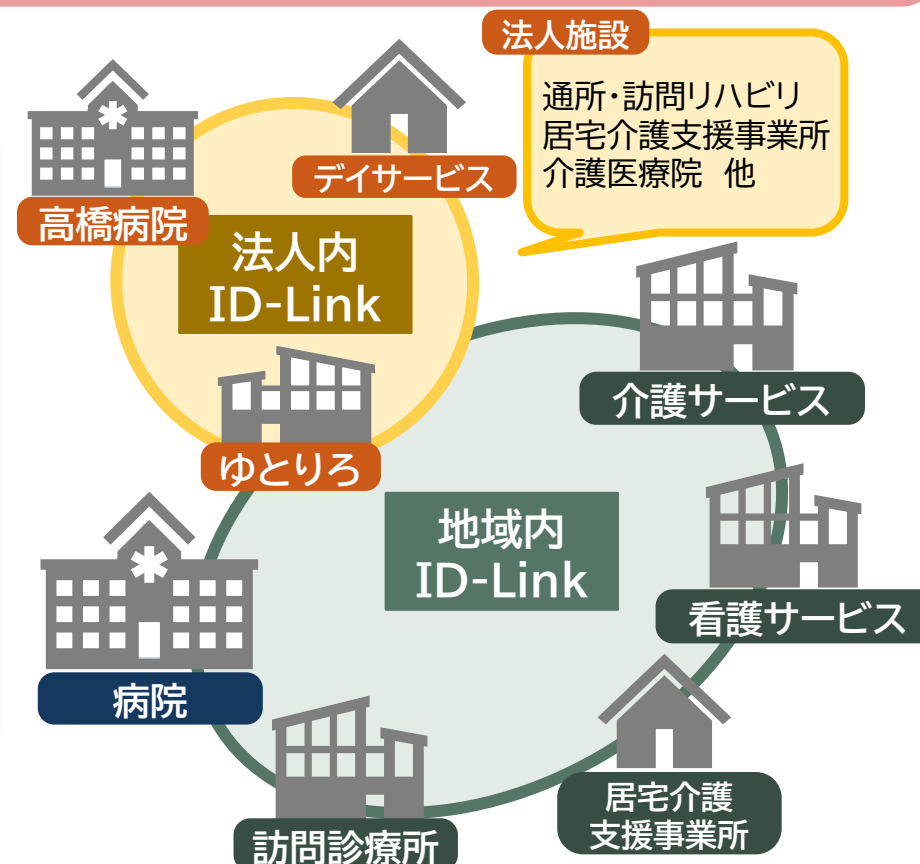
施設外との情報連携

✓ 地域内・法人内での情報連携にはID-Linkを活用

- 地域内の情報連携システムとして2007年からID-Linkを導入している。
- 地域の病院や在宅サービスの事業所が参加しており、地域内でスムーズに情報連携ができるようにしている。

✓ 地域内共通の「はこだて医療・介護連携サマリー」で効率的な情報共有が可能

- 市の医療・介護連携支援センターと高橋病院が音頭をとって、地域内で共通の情報連携フォーマットを策定し、センターのHPからダウンロードできるようにしている。地域内で統一した書式があることで、効率よく情報連携ができる。
- ACP情報は意向をまとめる書式に記録するほか、ICFの記録シートにも記載でき、時系列で意向の変化を確認できる。



スタッフのスキルアップ

✓ アンケートを実施し、職員の悩みを研修に活かす

- 高橋病院でACPを実践していた看護師が昨年より赴任。まずは全職員を対象にACPに関するアンケートを実施し、施設の職員が何に悩んでいるかを尋ねた。アンケートでは、「本人よりも家族の意向が優先されてしまう」、「ACPをしても施設で叶えられない希望もあり悩む」、など、様々な意見が出た。
 - 現在、これらの悩みに回答できるような研修や、ロールプレイを通じた実践型の研修を検討し、スキルアップを図っている。
- #### ✓ ICFを通じた意向確認は、居室担当の職員がOJTで指導
- 居室担当の看護師・介護士と一緒に従事。若手職員のサポートも居室担当同士、1対1で行うことができる。若手職員が先輩職員のICF評価を隣で学びながら、実践に移していく。

〈ACPの手引き〉

ACP(アドバンスケアプランニング)の手引き 将来の医療及びケアについて ～これからの生き方を考えましょう～



ACP(アドバンスケアプランニング)とは

これから受ける医療やケアについて、ご自身の価値観や人生観を家族や医療従事者等と話し合い、“心づもり”を文書に残すことで、あなたの希望や思いを医療やケアに反映させるものです。
この手順をアドバンスケアプランニングと呼んでいます。

介護老人保健施設ゆとりろ

●どんな利点があるのでしょうか？

もしあなたが事故や病気などで自分の考えを伝えられなくなった場合に備えて、あなたに代わって意思を伝達してくれる人や医療従事者等にあなたの医療やケアに対する希望や思いを伝える事が出来ます。

●いつから始めるのが良いのでしょうか？

突然の災害や重い病気にかかる前に、家族とACPIについて話し合うことが重要です。あなたが受けるかもしれない医療について、自分がどう考えているかを知っておくことは、将来あなたの代わりに意思決定をしなければならない人にとって、混乱や迷いを起こさなくて済む可能性があります。

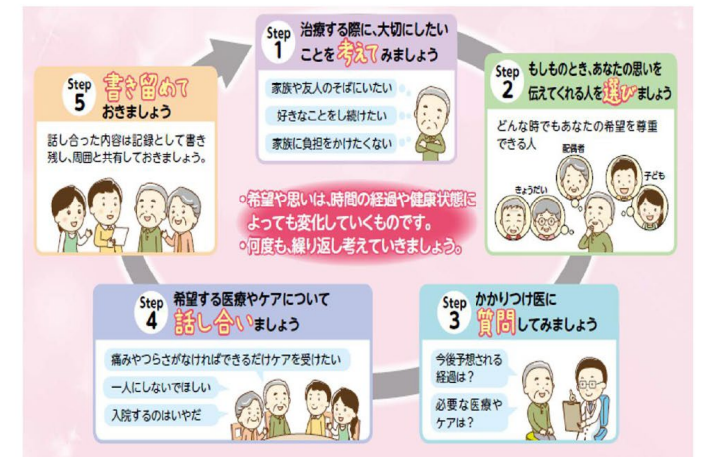
●家族や医療従事者は、あなたの希望を知っていますか？

例えば、突然自動車事故で重傷を負い、意識不明で病院の集中治療室に収容される。また、別の例として、認知症のために自分で意思決定する能力がなくなってきた場合など、家族や医療従事者は、あなたの治療や今後の生活についてあなたの希望を知っていますか。



●ACP(アドバンスケアプランニング)の流れ

あなたの人生観や価値観、大切にしたいことを考え、疑問に思うことを解決しながらご家族や医療従事者等と共有を図っていきます。
あなたの希望は変化していくこともありますので、繰り返し話し合いを重ねながら考えていきます。





以下の Step①～⑤を読んで 「私のこれからの生き方」 に記入してみましょう。

Step①あなたの希望や思いについて考えましょう。

あなたの生活で大切にしたいことや、あなたの人生の目標、希望や思いについて考えてみましょう。今のあなたの考え方を示しておくことは、将来ご家族などがあなたの気持ちを考えて判断するのに役立つでしょう。

- ★あなたの人生の目標・希望や思いは何でしょうか？
- ★あなたにとって、何が大切か考えてみましょう。

Step②あなたの健康について学び、考えましょう。

かかりつけ医や他の医療者にあなたの健康について相談することも大切です。もし何らかの病気がある場合には、あなたがその病気で将来どうなるか、今後どういう治療でこういった効果が期待できるのかを知ることができます。例えば……

- ★私の希望は、治療の結果、どのような状態で療養を続けることになっても 1 日でも長く生きる事です。
- ★私の願いは、自分の望む生活ができる(生活の質を保つ)ことを目指して、苦痛をとることに焦点を当てた治療をしてもらうことです。
- ★私は病気を治す治療は受け入れています、それによって良くならなかつたり、生活の質が保たれなかつたりする場合には、自然な死を迎える方向に切り替えたいと思います。
- ★どのような状況であっても、延命につながるだけの蘇生術や集中治療などの処置は避けたいと思っています。

Step③あなたの代わりに意思決定をしてくれる人を選びましょう。

予期しないできごとや突然の病気で、自分の希望を伝えることができなくなるかもしれません。あなたに代わって意思を伝えてくれる人を選んでおくことが必要です。

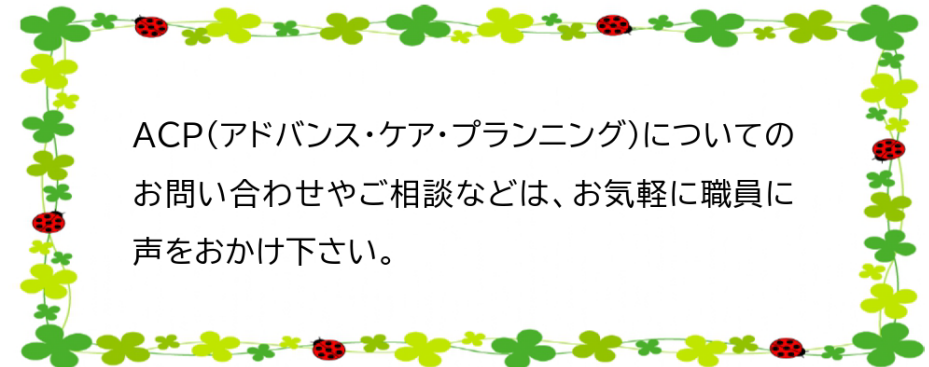
- ★複雑で困難な状況でもあなたの希望や思いを尊重して判断できる人を選びましょう
- ★必要だと思うあなたの周囲の人に、あなたに代わって意思を伝えてくれる人を紹介しましょう。

Step④医療に関するあなたの希望や思いについて伝えましょう。

あなたの希望や思いを周りの方々に理解してもらうために最も重要な事は、あなたと家族及びあなたの代わりに意思決定をしてくれる人と医療従事者が、時間をかけて話し合う事です。それは、きっと将来役立ちます。

Step⑤あなたの考えを文章にしましょう。

医療やケアに関する希望や、あなたの思いに関するどんな情報でも結構ですから書いてください。あなたが医療やケアについて意思決定が出来なくなった時に役立ちます。もちろん内容は、いつでも見直しができますので、何らかの理由であなたの希望や思いが変わった場合には、自由に何度でも変更できます。



ACP(アドバンス・ケア・プランニング)についての
お問い合わせやご相談などは、お気軽に職員に
声をおかけ下さい。

2. 社会医療法人高橋病院 介護老人保健施設ゆとりろ

〈高橋病院グループICF準拠シート(ICFシート)〉

別紙3

ID		事業所名		作成日	
	様	生年月日		年齢	歳
ICFアセスメントシート (法人共有)					
健康状態					
心身機能・構造		活動		参加	
マイナスイメージ	#1	#1	#1	#1	#1
	#2	#2	#2	#2	#2
	#3	#3	#3	#3	#3
	#4	#4	#4	#4	#4
	#5	#5	#5	#5	#5
	#6	#6	#6	#6	#6
	#7	#7	#7	#7	#7
	#8	#8	#8	#8	#8
	#9	#9	#9	#9	#9
プラスイメージ	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○
環境因子			個人因子		
マイナスイメージ	#1	#1	#1	#1	#1
	#2	#2	#2	#2	#2
	#3	#3	#3	#3	#3
	#4	#4	#4	#4	#4
	#5	#5	#5	#5	#5
	#6	#6	#6	#6	#6
プラスイメージ	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○
生活目標					期間
短期目標					期間
備考(計画など)					

社会医療法人 高橋病院 介護老人保健施設 ゆとりろ

〈将来の医療及びケアについて〉

別紙4

将来の医療及びケアについて			
フロア:	氏名:	性別:	年齢:
開催日	年	月	日
カンファレンス出席者		場所	
1. 本人の希望や思い(STEP1・5・自由記載欄より)			
2. 病状・治療・ケアについて(STEP2・5より)			
3. その他(STEP3・6・自由記載欄より)			
		記載者	
主治医氏名 _____		本人署名 _____ (代筆者)	
所属長氏名 _____		家族及び代理の方署名 _____	
介護老人保健施設 ゆとりろ			

〈看取り介護についての同意書／看取り介護実施計画書〉

看取り介護についての同意書

私は _____ 様の看取り介護について医師の説明を受け、私どもの意向に沿ったものであり下記の内容を確認し同意いたします。

～ 記 ～

- ① 医療機関の対応は令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日をもって本人に苦痛を伴う処置対応を行いません。又、危篤状態に陥った場合も病院へは搬送せず施設内で最期を看取ります。
- ② 身体介護では安心できる声かけをし、身近に人を感じられるように尊厳を守る援助をいたします。
- ③ 食事は出来る限り経口摂取に努めます。
- ④ 医師に指示を仰ぎながら苦痛や痛みを和らげる方法を取り、施設内で、できる限りの看取り介護を行います。
- ⑤ 御本人の尊厳を第一に、又御家族の希望に沿った対応に心がけます。
- ⑥ ただし、御本人、御家族の意向に変化があった場合は、その意向に従い援助させていただきます。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

社会医療法人 高橋病院
介護老人保健施設 ゆとりろ 施設長 様

(連帯保証人1)

住 所 _____
氏 名 _____ 続 柄 _____

(連帯保証人2)

住 所 _____
氏 名 _____ 続 柄 _____

説明医師 氏名 _____

施設立会人 氏名 _____ 職 種 看護師 _____

看取り介護実施計画書

ご利用者氏名	_____	計画作成日	_____
ご利用者の意向	_____		
支援の方針	_____		

	目標	支援の内容
医師	平穏な最期を迎えられるようにする。	具体的には、(1)本人の疼痛緩和を図る、(2)褥瘡を作らない、(3)もし発熱があれば解熱を図る、(4)栄養状態や尿量等に従って点滴量を調節する、(5)本人にとって快適な環境を提供する。
看護 担当者:	苦痛なく静かに最後を迎える	苦痛の緩和に努めていき 必要時点滴や酸素を開始して体調管理していきます。スキンケアや口腔ケアなど継続し、除圧や安楽な体位の工夫などにより褥瘡予防にも努めていきます。
介護 担当者:	穏やかな終末を迎えることができる	訪室の機会を増やし、表情の観察や声掛けを意識して行い、変化を見逃さないようにしていきます。排泄ケアや入浴等を通し、皮膚の状態を常に観察する事で、異常の早期発見に努め、苦痛を与えないようなケアを提供していきます。
リハビリ 担当者:	苦痛なく穏やかに終末期を過ごせるように介入する。	関節拘縮の進行予防を行い可動域訓練を実施する。また褥瘡になりやすいため、ポジショニングを行い、フロア職員とも情報共有していく。
栄養 担当者:	心身ともに苦痛なく穏やかな終末を迎えることができる	ご本人の無理のない範囲で、状態に合わせて食事内容や提供栄養量等、適宜検討していきます。また、穏やかな終末期を迎えられるよう、状態に応じた栄養補給法を検討しながら、栄養状態や身体状況の観察を継続していきます。
ケアマネージャー 担当者:	心身ともに苦痛なく穏やかに終末期を迎えられるよう支援する	本人の安楽を考え、心身ともに穏やかに過ごせるよう支援内容を検討実施していきます。また、ご家族の方との情報交換を随時行い、落ち着いた終末期を迎えられるよう支援します。
支援相談員 担当者:	心身ともに苦痛なく穏やかに終末期を迎えられるよう支援する	心身の苦痛なく安楽に最後まで施設生活が継続でき、できるだけ御家族の意向に沿ったケアが提供できるよう支援します。また、御家族も穏やかな気持ちで終末期を迎えられるよう、状況に応じて精神的ケアを行います。

看取り介護について説明を受け、同意いたします。

令和3年 ____ 月 ____ 日 ご家族氏名 _____

介護老人保健施設 ゆとりろ

3. 医療法人木水会 介護老人保健施設八州苑

POINT

- 本人・家族と直接的に関わる役割は医師・ケアマネジャーに限定。窓口を一元化することで情報の錯綜を防ぐとともに、信頼関係を築きやすくする。
- 入所時の意向記録をこまめに見直し、考え方の変化にも柔軟に対応。本人だけではなく、家族の意向も十分に尊重し、家族も含めて納得できる看取りにつなげる。(入退所サポートセンターを設置)
- 基本的には「在宅」での看取りを提案しつつ、施設での看取りを希望される場合に対応している。年間72人(1月平均6人)もの施設内看取りに対応
- 同法人内や地域の法人と協力した在宅復帰・在宅看取り支援を実施。老健の垣根を超えたシームレスな連携体制を実現する。

施設の概要

基本情報

- 施設類型：超強化型
- 所在地：栃木県
- 定員：100人
- 職員体制：医師1.3人／看護職員18人／介護職員40人



施設外協力体制

- 併設・同一法人の医療機関
 - ・ 診療所(訪問診療の対応有り)、訪問看護ステーション、看護小規模多機能施設、訪問リハビリ、通所サービス、他
- 協力医療機関
 - ・ 主に2箇所あり、利用者の居住地に応じて連携先を分けている。

看取りへの対応

対応方針

- 希望があれば対応する

件数

- 死亡退所者数:72名
- ターミナルケア加算 算定者数:59名 (※令和6年度)

対応状況

- 利用開始の際には、在宅での看取りもサポートできることを伝えており、そのうえで施設での看取りを希望される場合には対応している。
- 施設での看取りは全入所者の約2割程度。
- できる限り希望に沿った看取りケアを行っているが、施設での対応が難しいような個別対応を希望される場合には、より柔軟な居宅サービスの利用を勧めることもある。

意思決定支援・ACP実施体制

基本的な考え方

- 看取り期のどの段階を施設、あるいは自宅で過ごすのかという考え方が利用者一人ひとりによって異なることを前提とした上で、ケアマネジャーが本人・家族と何度も話し合いを重ねることで適切なサービス提案につなげる。

ACP対象者

- 全員
 - 基本的には、本人の意向を聞き取り、共有した上で、家族との話し合いをもとに進行。必要に応じて本人も同席する。

認知症対応

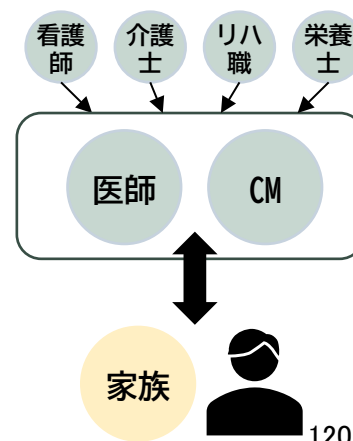
- 認知症の有無にかかわらず、原則として本人の意向を確認し、家族と共有する。
- 利用者の多くは家族と事前に話し合ったことがないため、まずは本人の意向を確認することを共通の対応としている。

活用ツール

- 記録
 - ・ 電子記録(併設施設と情報を一元化して管理)
 - ・ 紙の利用者別ファイル
- 本人・家族等との共有
 - ・ 入所時に作成する利用者別ファイルを目安としつつ、意向は変わり得るという前提で、口頭での確認を重視。

体制

- ACPを中心的に進めるのは、当初は医師であったが、現在は医師と担当ケアマネジャーで行っている。(ケアマネジャーの基礎資格は介護職)本人・家族と関わる関係者を絞ることにより、情報の錯綜を防止し、家族が混乱しないように心がけている。
- 現場で看護師・介護士などが本人の体調の変化に気づいた場合には、適時ケアマネジャーに報告を行う。



3. 医療法人木水会 介護老人保健施設八州苑

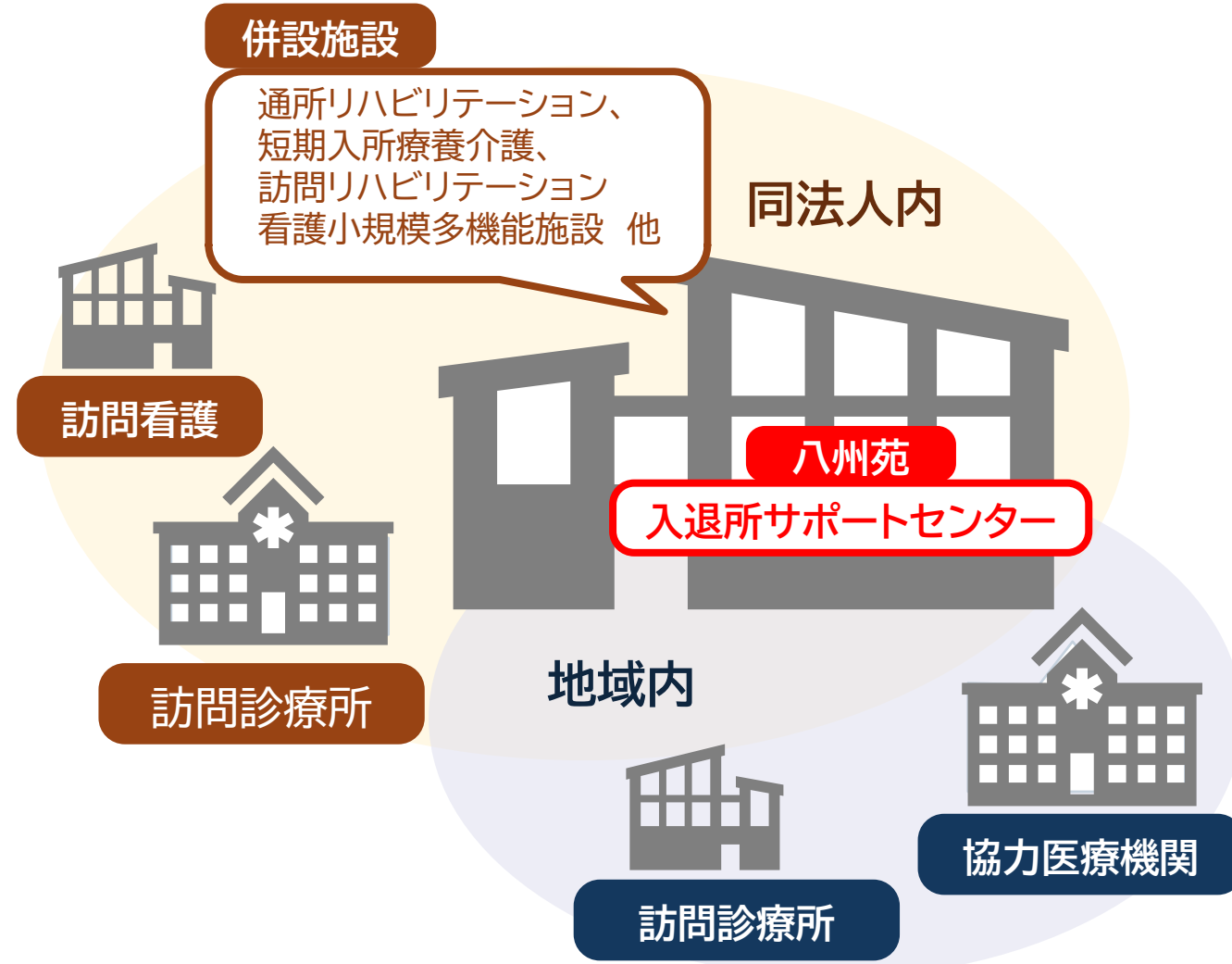
	参加者	主に話し合う内容	ポイント・工夫	記録・情報共有
入所相談時	<ul style="list-style-type: none"> ■ 家族／(本人) ■ 相談員(医師) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 看取りの際に希望する場所 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 最期を迎える場所について考えることをACPの一步目として提示 ■ 入所前の生活の中で、本人と家族の間で本人の意向が共有されていないことも多い。そのため、看取りを希望する場所について視点を提示するとともに、話し合いの機会を持つための導入を行う。 ■ これまでの経験から自宅での看取りの方が満足度が高い傾向にあるため、自宅での看取りを支援できることも提案する。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 紙ベース
入所時	<ul style="list-style-type: none"> ■ 家族／(本人) ■ 医師／ケアマネ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 看取り期の意向 ■ 緊急時の意向 ■ 医療体制 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 本人・家族の意向を記録し、以降の目安として活用 ■ 看取りを希望する場所を改めて確認。その過程で発生しうる、緊急時には病院に搬送するのか／施設で対応するのかといった意向について全員を対象に聞き取りを行う。 ■ この段階で聞き取った内容を記録化し、以降の本人・家族とのやり取りの目安とする。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 電子記録を作成。紙ベースでも残す。
入所後 日常	<ul style="list-style-type: none"> ■ 家族／(本人) ■ 医師／ケアマネ ■ (看護師・介護士等) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 看取り期の意向 ■ 緊急時の意向 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 本人・家族と関わる窓口を限定し、信頼関係を構築 ■ 担当ケアマネジャーが家族とのやり取りを一元的に担うことで、本人の本音や状況に関する情報が錯綜しないようにしている。 ■ 家族との窓口担当者を限定することによって家族との信頼関係を築くことができ、担当者が些細な違和感にも気づきやすい状況を作っている。 ✓ 入所以降の考え方の細かな変化をキャッチ ■ 入所時に聞き取った様々な意向は変わり得るという前提に立ち、家族のみ／本人のみ／双方同席の場を使い分け、多角的に情報を引き出し、話し合いを重ねている。 ■ 家族との電話での会話を通して、当初の相談と考えが変わったような気がしたら、すぐに来てもらい、直接話すことですりあわせる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 記録・家族との共有 <ul style="list-style-type: none"> ・ 記録をもとに家族とは口頭でコミュニケーションを図る ・ 家族と協議を行った場合は都度電子記録に入力。 ■ 医師、担当CM間の共有 <ul style="list-style-type: none"> ・ 電子記録に加え、口頭で情報共有。
状態変化時	<ul style="list-style-type: none"> ■ 家族／(本人) ■ 医師／ケアマネ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医療・ケアの意向 ■ 看取り期の意向 ■ 今後の対応に関する意向 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 利用者の状態の変化に応じて、対応方針を細かく再確認 ■ 主なタイミングは、食事がとれなくなってきたとき、医療行為(点滴を含む)が入るとき。 ■ 状態変化時の判断も、看護師・介護士からの報告を基に医師とケアマネジャーが主導して実施。 ✓ 看取りに向かう家族の不安に柔軟に対応 ■ 築いてきた関係性をもとに、家族の状況に合わせ方針を丁寧に説明。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 記録・家族との共有 <ul style="list-style-type: none"> ・ 記録をもとに家族とは口頭でコミュニケーションを図る ・ 家族と協議を行った場合は都度電子記録に入力
看取り期	<ul style="list-style-type: none"> ■ 家族 ■ 医師／ケアマネ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医療・ケアの意向 ■ 看取り期の意向 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 本人の意向を伝えた上で、家族も含めて納得できる看取りを確認 ■ 共有された本人の意向をもとに、家族の意向を確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 電子記録・紙ベース ■ 看取りプラン作成 <ul style="list-style-type: none"> ・ 現場、担当CMで共有

3. 医療法人木水会 介護老人保健施設八州苑

ACPの推進体制

✓ 同法人内や地域の法人と協力した在宅復帰・在宅看取り支援

- 併設施設は、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、訪問リハビリテーション、通所介護、訪問介護、認知症対応型共同生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、訪問看護、居宅介護支援事業所と多数。
 - 併設ではないが、近隣に同法人系列の訪問診療も可能な診療所を有する。
 - 利用者の居住地に応じて、地域の訪問診療所とも繋がりを作って連携。看取り期の在宅復帰を支援している。
- ##### ✓ 入退所サポートセンターによるシームレスな連携
- 2024年に、入退所サポートセンターを設置。訪問診療と老健など、老健の垣根を超えたシームレスな連携体制を実現している。
 - 例えば、在宅看取りを希望し老健を退所する場合は、居宅ケアマネジャーだけでなく、退所後に利用する居宅サービスの担当者にも情報の共有を行っている。



施設外との情報連携

✓ 法人内共通のシステムで情報を一元化し、密に連携

- 入退所サポートセンターにて情報を一元化している。診療所と老健をVPN(仮想専用通信網)で連結し、電子カルテを老健内から閲覧可能。
- 電子記録や紙ベースの記録を活用し、必要な情報を迅速に共有。
- 協力医療機関とは定期的にオンライン会議を実施し、利用者の急変時や看取り期の対応を協議。
- 在宅復帰時には、関係職種が集まり、口頭や会議で情報共有。必要に応じて他法人とも連携。

共有するACPに関する情報の例

項目	内容
本人に関する情報	職業歴・趣味
	特技・性格
	相談までの経緯
	心身の状況
	家族構成
家族に関する情報	キーパーソン
	本人の意向
	現時点での、今後の意向

スタッフのスキルアップ

✓ 日常業務の中でノウハウを言語化し、共有

- 担当ケアマネジャーに情報が集約され、本人・家族とのコミュニケーションを一元的に担うという仕組みであるため、ケアマネジャーには相応の熟練度が求められるが、現行の職員は実務の中でノウハウを蓄積させてきた。
- 若手職員に対する、看取りやACPに関する研修は、OJTを中心に、必要に応じて外部研修も活用。経験豊富なスタッフがロールモデルとなり、日常業務の中でノウハウを言語化し、共有しながら育成を行っている。
- 特に、ACPに関わるスタッフ間においては、どのようなかわり方がベストかを常に互いに相談できる環境・風土を作っている。

4. 医療法人財団新生会 介護老人保健施設高齢者ケアセンターのぞみ

POINT

- ACPに関する本人の意向を、本人の手により記録していることが特徴。家族による確認・署名を経たのち、ケアの方針を決めていく。
- ACP担当看護師が中心となって、意向確認様式を作成。また、確認プロセスも日常のケアの中で担当看護師が中心となって進めている。
- OJTによるスキルアップが基本。看取りのたびに担当職員にアンケートを行い、担当看護師は対応や今後への教訓を記録化した上でフィードバックを行い、後から各自で確認できるよう工夫している。

施設の概要

基本情報

- 施設類型：加算型
- 所在地：埼玉県
- 定員：100人
- 職員体制：医師1.3人／看護職員11.5人／介護職員22.9人



施設外協力体制

- 併設・同一法人の医療機関
 - ・ 通所リハビリ、居宅介護支援事業所
- 協力医療機関
 - ・ 大宮共立病院(慢性期の病床が中心。訪問看護ステーション、介護医療院、居宅介護支援センターが設置されている)

看取りへの対応

対応方針

- 希望があれば対応する

件数

- 死亡退所者数:14人
- ターミナルケア加算 算定者数:11人
(※令和6年10月～令和7年9月の期間)

対応状況

- 施設での看取りは全入所者の約2割程度。
- 疼痛や苦痛のコントロールが難しい場合や、肺炎による呼吸困難等は施設から医療機関につなげることもある。
- 在宅での看取りも支援しており、入所前に訪問診療を受けていて、関係構築ができている人を中心に、利用者の元々の環境をベースとした在宅復帰、在宅看取りを推進している。

意思決定支援・ACP実施体制

基本的な考え方

- 本人から意向や希望を引き出し、それを叶えることを大切にしている。家族が本人とは異なる希望を持つ場合でも、まずは本人の意向を尊重し、受け入れてもらえるようにサポートし、同意を得ることを基本としている。

ACP対象者

- 全員
退所先が決まっていない人等、施設に長期間入所する人を主な対象として、ACPに関わる書面への記入を求める運用にしている。

認知症対応

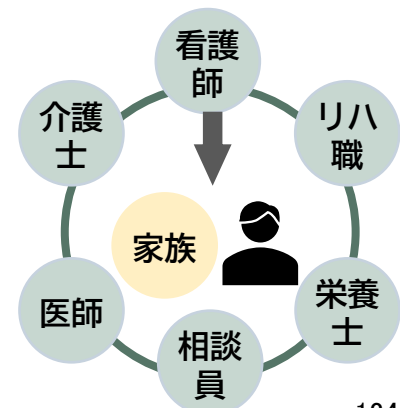
- ACPの書式は本人の手による記入を前提とした構成になっているが、本人が記載できない場合には看護師が代筆する。また、本人の意思確認が困難なときは、家族に代筆を求めている。
- 家族による代筆が難しい場合には、口頭でのコミュニケーションに代えることもある。

活用ツール

- 記録
 - ・ ACPに関する紙媒体の書式(原本を施設に保管する)
 - ・ 看取り同意書
- 本人・家族等との共有
 - ・ 作成した文書を渡すことはしないが、本人が記入した内容は面談時に家族等と共有する。

体制

- 基本的には、終末期ケア専門士の資格を有する看護師が本人と関わり意思決定をサポートする。ACPの書式を入所後に案内するのは看護師の役割。
- コミュニケーションの中から意向の変化に気づくのは看護師に限らないため、リハビリ職などにも気を配るように呼びかけを行う。



4. 医療法人財団新生会 介護老人保健施設高齢者ケアセンターのぞみ

	参加者	主に話し合う内容	ポイント・工夫	記録・情報共有
入所相談時	<ul style="list-style-type: none"> ■ 本人／家族 ■ 相談員 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 本人の生活歴 ■ 施設で対応可能な事項 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 最初はACPにこだわりすぎず、本人の生活歴や今の思いを伺う ■ どのような生活を送ってきたか、施設に来る過程でどのような思いを持ってきたかをキャッチするよう心がけている。 ■ 初回にACPに関する話をするのが難しいケースも多いので、そうした場合はまずは施設で可能な対応を説明するにとどめる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 電子カルテ(i-MEDIC)内相談記録に入力 ■ 1回/週 入所判定会にて情報共有
入所時	<ul style="list-style-type: none"> ■ 本人／家族 ■ 看護職、介護職 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 本人の生活歴 ■ 看取り期の意向 ■ 緊急時の意向 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 入所1か月～初回カンファレンス時まで、ACPの書式を本人の手により作成 ■ 入所後、生活に慣れてきたタイミングでACPに関する書式「私が望む医療・ケア」を本人の手により記入する。 ■ 本人の人生の歴史、緊急時の要望などについて書面で残す。 ✓ 入所3か月後、家族の確認・署名を経てケアの方針を定める ■ 看護師が書式を確認し、入所3か月後の個別カンファレンスの際に、家族も交えてACPについて話し合う。家族は、書式を確認し、署名を残すことで記録化する。 ■ 作成された書式の原本は施設にて保管され、ケアの方針となる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ACPに関する書式「私が望む医療・ケア」(別紙)。(保管は紙媒体原本のみ)
入所後 日常	<ul style="list-style-type: none"> ■ 本人／家族 ■ 看護職 ■ リハビリ職、介護職等 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 看取り期の意向 ■ 緊急時の意向 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 日々のコミュニケーションを通じて、些細な変化をキャッチ ■ 面会の際には家族も含めてケアの方針について話し合う。悔いの残らない看取りとするためには、受容のための期間の確保が重要であり、本人の状態変化には早く気付けるよう注意を払う。 ■ ケアの現場で直接本人と関わる職員が日常的にコミュニケーションをとる中で、考えに変化がみられ、もう一度意向を確認した方がよいと思われる場合には、ACPの書式を再度本人によって書き直してもらい、更新する。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ACPに関する書式「私が望む医療・ケア」 ■ 内容を修正する際には、再度本人の手によって書き直す。
状態変化時	<ul style="list-style-type: none"> ■ 本人／家族 ■ 看護職 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医療・ケアの意向 ■ 看取り期の意向 ■ 今後の対応に関する意向 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 利用者の状態の変化に応じて、改めて対応方針を確認 ■ 看取りに係る状態悪化の判断基準は、食事の経口摂取が難しくなったときや、熱が出るなど、体調が思わしくなくなったとき。こうしたタイミングで今後の方針について話し合うことが多い。 ■ 特に看取りが想定される場合には、なるべく早めに家族等と共有することで、本人の変化を受け止められるようにサポートしている。 ■ 家族との連絡は電話を基本とし、意向確認を行う場では対面。看取りの意思表示は面談で示してもらうことが多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ACPに関する書式「私が望む医療・ケア」
看取り期	<ul style="list-style-type: none"> ■ 本人／家族 ■ 看護師 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医療・ケアの意向 ■ 看取り期の意向 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ACPの書式をもとに、看取りの意向を最終確認 ■ 家族は、ACPの書式をもとに看取りの同意書を作成。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 看取りの同意書(家族を対象とする書式)

4. 医療法人財団新生会 介護老人保健施設高齢者ケアセンターのぞみ

ACPの推進体制

施設外との情報連携

✓ 看取り対応の増加に伴い、キーパーソンを中心にACPを推進

- 施設での看取り対応が増えるにあたり、課題意識を持った1名の看護師が看取りケア・終末期ケアの資格を取得。ACPの書式「私が望む医療・ケア」の作成にあたり、中心的な役割を担った。
- また、埼玉県のACP研修に職員が参加しており、書式は研修資料等を参考にしながら、1年間の期間をかけて検討・作成した。基準となる項目には、他の現場職による助言も踏まえて推敲を加えた。

✓ 職員の裁量により、情報共有の機会を設定

- フロアごとに月1回行われるカンファレンス後の時間を研修のために利用して、ACPに関する勉強会をしているフロアもある。テーマは持ち回り制で担当者の裁量、フロアの関心に依りて設定されるが、ACPへの関心が高まる中で取り上げられた。
- コロナ禍を経て、大人数を集めて行う研修は難しい状況にある。これに対応するため、WEB開催・オンデマンド視聴といった方式を併用するなど、工夫を施しながら実施している。

✓ 本人の手により記録された書式は、施設外でも活用できるよう運用

- 他施設への移動など、退所時には、保管していたACPの書式の原本を本人・家族に渡すよう運用しており、居所変更後も参照できる。
- 退所時に連携する情報の中にACP情報を書き込むことはしないが、本人、家族がACPの書式を持っているので、それを次の担当者に渡すことで、大切な意向を表明しやすいようにしている。



スタッフのスキルアップ

看取り後のアンケートの項目

対象	内容
看取りに関わった職員	関わりの中で良かった点
	ケアで悩んだところ
	最期の関わりでの思い
最期に関わった職員	関わりの中で良かった点
	ケアで悩んだところ
	今後活かしていきたいこと

✓ 看取り機会ごとに記録に残る形でノウハウを共有し合い、スキルアップにつなげる

- 看取り対応を本格的に行う前には、介護職員を中心に、看取りケアに不安を持っている職員も多かった。そこで、看護師が担当介護士に同行し、連携してケアを行いながら、経験を積んでいった。現在も、職員のスキルアップはOJTを中心に進めている。
- また、看取り後には、担当していた職員に対して振り返りアンケートを実施している。対応する中で悩んだことなど、アンケートに回答された内容は記録化し、ACPを担当する看護師が確認。
- その後、回答内容に対して今後のアドバイスや改善策を付記した上で各フロアに配布し、職員が後から確認できるようにしている。ノウハウの共有の機会として、まとまった時間を確保するのが難しい場合でも、看取りの機会があるたびにこのプロセスを繰り返すことで、職員のスキルアップにつなげている
- 丁寧なOJTや、実践を振り返るアンケートとフィードバックを通して、看取りに関する基本的な考え方やスキルを伝えていくことで、悩みを解消したり、心構えを醸成したりすることが可能になっている。

〈私が望む医療・ケア〉

別紙

のぞみ

私が望む医療・ケア

私の人生の歴史

仕事 ()

結婚 () 子供は (人)

ボランティア活動 ()

今まで生きてきて楽しかったこと ()

今まで生きてきて辛かったこと ()

人生で学んだこと ()

趣味 ()

自慢したいこと ()

自分の性格 (長所:) (短所)

これからの人生の過ごし方

これからも続けていきたいこと ()

これからも大事にしていきたいもの ()

今後常に介護が必要になった時

- なるべく自宅で過ごしたい
- 施設で介護を受けたい
- 家族の判断にまかせる
- その他

4. 医療法人財団新生会 介護老人保健施設高齢者ケアセンターのぞみ

〈私が望む医療・ケア〉

別紙

もしもの時を考えておくことは

「今」そして「これから」を充実して生きることにつながります。

自分自身が元気な時から、自分らしい最期の迎え方、

自分らしい生き方を考えることにつながります。

自分自身が意思表示できなくなる前に、家族や親しい人と十分に話し合い、書面で表示しておく事が大切です。

*考えはいつでも変えることができます。

私の人生の終わりが近づいてきた時

- 病名・余命の告知 すべて告知 病名のみ告知
- 家族の判断に任せる 告知不要
- 伝えてほしい人 医師 看護師
- 家族 その他()
- 治る見込みのない病気 自宅 施設
- なった時最期を過ごす場所 病院 その他()

人生の終わりが近づいてきた時やっておきたいこと

()

人生最後まで望むこと

()

最期をそばで看取ってほしい人 ()

私の終末期の緊急時

いざという時の対応 緊急時には病院へ救急搬送してほしい

その時生活している所で看取られたい

痛みについて 意識レベルが低下しても痛みはとってほしい

家族や知人と話ができる程度に痛みを取ってほしい

痛み止めは使わないでほしい

酸素吸入について 行わなくてよい

行って欲しい

苦しそうな時だけ行って欲しい

導尿およびバルン留置について 行わなくてよい

行って欲しい

4. 医療法人財団新生会 介護老人保健施設高齢者ケアセンターのぞみ

〈私が望む医療・ケア〉

別紙4

私が口から水や食べ物を十分に摂れなくなった時

- 無理に摂らず自然のままにしてほしい
- 口から摂れるだけ摂りたい
- 経鼻経管栄養・点滴をやってほしい
- 点滴はしてほしい
- 経鼻経管栄養で摂りたい
- 胃瘻を造り栄養を摂りたい
- その他 ()

家族として最期までやってあげたいこと

()

私たち医療者に望むこと

()

本人（入所者） 氏名

身元引受人

本人の意思を尊重します。

日にち

氏名

続柄

私の心臓・呼吸が止まった時

- そのまま何もしないで欲しい
- 医療行為をして欲しい
 - 心臓マッサージ・AED
 - 心肺蘇生を一定時間行っても反応しないときはそれ以降何もしないでほしい
 - 人工呼吸器を装着してほしい
- その他 ()

説明者 氏名

立会人 氏名

希望内容を変更したい場合はご相談ください

第4章 まとめと考察

現在の日本では、介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%となっている。また、当該医療機関が提供する医療の内容と、要介護者等の高齢者が求める医療の内容に乖離がある可能性が指摘されている。

要介護者に対しては、本人の意向を踏まえた医療が提供されるよう、治療方針にかかる意思決定支援を行うことが重要である。特に医師が常勤で配置されている介護老人保健施設については、施設内で一定の医療提供を行うことが期待されており、施設で加療を行うものと、医療機関での加療を行うものについて、事前に検討する意義が高いと考えられる。

そこで本調査研究事業では、介護老人保健施設における意思決定支援等の実態について、調査票を用いた調査を実施するとともに、先進的な取組をしている施設に対してインタビュー調査を行った。インタビュー調査の結果は他の施設が参考にできるような事例集としてとりまとめた。

以下では、本調査研究事業により把握した主な結果をまとめたのち、得られた示唆や今後に向けた課題を考察する。

第1節 本調査研究事業により把握できた主な結果

1. 老健における看取り対応等

(1) 老健の看取り対応について施設の方針

- ・看取り対応について施設の方針は、昨年度調査では「積極的に、看取り対応をしたい」が39.5%であったが、今年度調査では35.2%と4.3ポイント下がっている。今年度調査では「積極的ではないが、希望があれば看取り対応をしていきたい」が48.6%と、昨年度調査での40.4%に比べ8.2ポイントあがっていた。「積極的に、看取り対応をしていきたい」と「積極的ではないが、希望があれば看取り対応をしていきたい」を合わせると83.8%であり、昨年度より3.9ポイント上がっていた。
- ・「看取り対応には、どちらかという消極的」が5.5%、「看取り対応はしない方針である」が8.0%で合わせると13.5%が看取り対応はしない、もしくは消極的、という回答であった。

この回答内容は、おおむね管理医師の看取りの方針と一致していた。

8割以上の老健が看取りに取り組んでいるが、一方で、消極的な施設もある、という状況である。

なお、施設類型が「超強化型」の場合、「積極的に、看取り対応をしていきたい」割合が比較的高かった。

- ・看取り対応について消極的である、または、行わない理由としては、「看護職員の負

担が大きい」が 59.5%で最も多く、次いで「医師の負担が大きい」が 53.2%、「介護職員の負担が大きい」が 51.4%で職員の負担が大きいことが理由となっていた。また、「麻薬、酸素療法などの看取り期に必要な医療が十分に提供できない」が 52.3%であった。

職員の体制や医療の提供にあたっての課題が理由であることが分かった。

(2) 老健における緩和ケア

- ・緩和ケアチームがある老健は 12.4%であった。
- ・緩和ケアに関するカンファレンスの実施状況は「必ず実施している(10割)」が 41.2%、一方で「全く実施していない」が 28.0%であった。
- ・疼痛緩和のための麻薬(注射剤)の使用・管理は、「相当の検討を有する／対応できない」が 69.3%、麻薬(内服・貼付・坐剤)の使用・管理は、「相当の検討を有する／対応できない」が 50.4%で最も多く、「自施設で対応可能であり、過去に受け入れた実績がある」は注射剤では 3.4%、内服・貼付・坐剤でも 19.6%にとどまった。
- ・管理医師の回答によれば、緩和医療の経験について「豊富にある」は 9.0%、「ある」が 36.8%、「あまりない」が 34.2%、「全くない」が 16.9%であった。
- ・国や自治体、医療関係団体等が主催する緩和ケアに関する研修会を受講したことがある職種は、「看護職員」が 49.1%で最も多く、次いで「介護職員」が 19.2%であった。「医師」は 18.9%であった。

緩和ケアにあたっての体制、取り組みは、施設によるところがあり、老健では必ずしも充実しているとはいえない実態であると考えられる。

(3) 看取り期の在宅復帰支援、在宅での看取り支援

- ・看取り期にある入所者の在宅復帰支援や、在宅での看取り支援を実施しているかについては、「いずれも行っていない」が 68.6%であった。「一時的な在宅復帰を支援している」が 20.5%、「在宅での看取りを支援している」が 15.4%であった。

在宅復帰支援の一環として、看取り期における在宅復帰、在宅での看取りの支援も今後の老健の役割の1つと考えられるのではないかと。

2. 老健における意思決定支援について

(1) 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について

- ・利用者の人生の最終段階における医療・ケアの実施について、「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」（厚生労働省）を参考に行っているかは、「している」が39.9%、「一部している」が30.8%、「特にはしていない」が27.5%であった。
- ・「積極的に、看取り対応をしていきたい」と回答した施設では（参考に）「している」が54.8%と半数以上であった。一方で、「看取り対応には、どちらかという消極的」、「看取り対応はしない方針である」と回答した施設では、「特にはしていない」がそれぞれ57.8%、60.6%で比較的高かった。

ターミナルケア加算の要件として、「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」等の内容に沿った取組を行うこと、がある点の影響が推測された。

- ・なお、認知症の利用者の医療・ケアについて、「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）を参考に行っているかは、「特にはしていない」が39.9%、次いで「一部している」が28.7%、「している」が28.0%であった。

(2) ACP の実施状況

- ・ACPの実施状況は、「必ず実施している（10割）」が28.0%で最も多く、次いで「全く実施していない」が21.6%であった。
- ・「必ず実施している」「全く実施していない」以外の回答の場合、どのような入所者にACPを実施しているかをたずねたところ、「看取り期の利用者」が83.4%で最も多く、次いで「長期入所が想定される利用者」が46.1%であった。
- ・どのような入所者に対してACPを実施しているかについて、ACPの実施率が1割程度の施設では、「看取り期の利用者」が88.1%をしめ、「長期入所が想定される利用者」は15.0%と、低かった。
- ・ACPをすべての事例では実施していない理由をたずねたところ「入所者の状態によっては、ACPを行う必要がないため」が42.8%で最も多く、次いで「本人と意思疎通ができず、家族等との相談も困難な場合があるため」が38.5%であった。
- ・ACPを全ての事例では実施していない理由について、「ほとんどの入所者（8割以上）に実施している」と回答した施設では、「本人と意思疎通ができず、家族等との相談も困難な場合があるため」が47.5%で最も多かった。

「半分未満に実施している（2～4割）」と回答した施設では、「全ての入所者に ACP を行う時間を確保できないため」が 47.5%で最も多かった。

「1割程度実施している」と回答した施設では、「入所者の状態によっては、ACP を行う必要がないため」が 52.5%で最も多かった。

- ・管理医師に対して、ACP 実施についての考えをたずねたところ、「どのような入所者に対しても実施する」は 24.6%で「看取りが想定される人には実施する」が 53.1%で最も多かった。「老健施設の入所者にはあまり必要ない」という回答が 8.0%であった。「認知症の人には実施することが難しい」が 30.9%であった。
- ・ACP を全く実施していない場合、その理由は「ACP を行うノウハウがないため」が 53.9%で最も多く、次いで「ACP を行う時間がないため」が 27.5%であった。
- ・ACP の施設内研修については、「実施していない」が 63.5%、「実施している」が 34.9%であった。ACP の施設内研修を実施している場合、対象の職種は「看護職員」が 95.9%で最も多く、次いで「介護職員」が 91.3%であった。ACP の施設内研修を実施している場合、実施頻度は「1年に1回」が 62.1%で最も多く、次いで「半年に1回」が 12.3%であった。

ACP をどのようなものと捉えるかによるが、全老健ではターミナル期よりも前（プレターミナル）の段階の過ごし方や状態変化に対応するプレターミナル ACP といった考え方も勧めており、その前提にたてば、老健の入所については、どのような人も対象となりうるし、ACP が必要でない利用者はいない、という立場にたつこともできると考える。

(3) ACP の具体的な進め方

本調査では以下のとおり、ACP の具体的な進め方が把握できた。

- ・ACP の話し合いを行う時期は、「状態悪化時に行う」が 76.1%で最も多く、次いで「看取り期に行う」が 71.8%であった。「状態悪化時」をどのようにとらえているか定義をたずねたところ、「病状の悪化・イベント発生時」が 93.3%で最も多く、次いで「経口摂取ができなくなった時」84.9%であった。
 - ・ACP の話し合いを行う時期について、「必ず実施している（10割）」と回答した施設では、「入所時に行う」が 81.0%で最も多かった。
- 「半分未満に実施している（2～4割）」と回答した施設では、「状態悪化時に行う」が 86.3%で最も多かった。
- 「1割程度実施している」と回答した施設では、「看取り期に行う」が 79.4%で最も多かった。
- ・状態悪化時に話し合いを行った結果、それまでの方針に変更があったり、事前指示

やDNRを取得し直した事例についてたずねたところ、「最期まで施設で看取る方針だったところ、家族の気持ちが治療希望と変わり入院となった事例」、逆に「当初は必要に応じて治療を希望されていたが、状態悪化時に、引き続き、施設で自然な形で看取りをしてほしいと希望された事例」の両方があった。また、「施設で最期までと想定していたが、最期は自宅で迎えたい、ということで、在宅看取りの支援に切り替えた事例」もあった。急に気持ちが変わる方向が治療・入院の方向だけでなく、施設での最期、在宅での最期といろいろな方向に動くことがあることがわかった。

- ・ ACP の 1 回あたりの実施時間について、本人や家族と話し合う時間は「10 分以上 20 分未満」が 33.9%で最も多く、次いで「20 分以上 30 分未満」が 28.2%であった。
- ・ ACP の 1 回あたりの実施時間のうち、本人や家族等と話し合う時間について、「必ず実施している（10 割）」と回答した施設では、「10 分以上 20 分未満」が 39.4%で最も多かった。一方で、「1 割程度実施している」と回答した施設では、「30 分以上 60 分未満」が 35.6%で最も多かった。

ACP を必ず実施している施設のほうが 1 回あたりの実施時間が短かった点には注目される。

- ・ ACP の 1 回あたりの実施時間について、記録の作成や、職員間で話し合う時間は「10 分以上 20 分未満」が 37.4%で最も多く、次いで「20 分以上 30 分未満」が 29.1%であった。
- ・ ACP の話し合いへの参加者は、「家族等は必ず参加するが、ご本人は参加しない時がある」が 61.8%で最も多く、次いで「家族等のみが参加する」が 28.3%であった。
- ・ ACP の話し合いにご本人が参加する場合、ご本人の認知機能の低下に応じて行っている支援は、「話し合う内容を認知機能に応じて調整する」が 58.5%で最も多く、次いで「話し合うタイミングに配慮する」が 32.3%であった。
- ・ ACP に関する話し合いの記録方法は、「定まった書式はないがカルテ等に記録している」が 54.5%で最も多く、次いで「施設内で ACP を記録するための統一した書式を用いている」が 27.1%であった。
- ・ ACP に関する話し合いの記録方法について、「必ず実施している（10 割）」と回答した施設では、「施設内で ACP を記録するための統一した書式を用いている」が 38.5%であった。
- ・ 日ごろのケアにおける会話等から確認できた本人の思いを ACP に含めるかは、「はい」が 68.5%、「いいえ」が 25.3%であった。
- ・ ACP の話し合いに参加する職種は、「看護職員」が 91.7%で最も多く、次いで「医師」が 84.2%であった。

(4) ACP に関する話し合いの主な内容

- ・ ACP に関する話し合いの主な内容は、「急変や新たな重篤な疾患や症状に対する治療についての意向」が 85.8%で最も多く、次いで「人生の最終段階における具体的な医療措置についての意向」が 79.1%であった。
- ・ 急変や新たな重篤な疾患や症状に対する治療についての意向について、具体的に話し合う内容は、「施設内で可能な範囲で対応するか、専門病院を受診するかについての意向」が 89.1%で最も多く、次いで「心停止、呼吸停止時の救命措置についての意向」が 80.9%、「胃ろうや経鼻・経管栄養、中心静脈栄養、経口摂取についての意向」が 72.4%、「心停止、呼吸停止時の救急搬送の実施・差し控え」が 63.3%であった。
- ・ 人生の最終段階における医療措置について、具体的に話し合う内容は、「心停止、呼吸停止時の救命措置についての意向」が 83.5%で最も多く、次いで「胃ろうや経鼻・経管栄養、中心静脈栄養、経口摂取についての意向」が 78.9%、「人生の最終段階を過ごしたい場所」が 78.3%、「心停止、呼吸停止時の救急搬送の実施・差し控え」が 67.8%であった。
- ・ 今はあまり話し合うことができていないが、できれば話し合いたいと思う内容は、「人生の最終段階をどのように過ごしたいかに関する意向（やりたいこと、会いたい人等）」が 35.4%で最も多く、次いで「これまでの人生でどのような生活を送ってきたか（仕事、家族背景等）」及び「日常の中で楽しみにしていること」が 32.0%であった。

(5) ACP を行う上での困難な点

- ・ ACP を行う上での困難な点は、「ご本人の意向を聴取できない（認知機能が低下している場合等）」が 72.9%で最も多く、次いで「家族等の意向が本人の意向より優先されやすいこと」が 45.5%、「話し合いを始める時期の見極め」が 45.2%であった。
- ・ ACP を行う上での困難な点は、「半分未満に実施している（2～4割）」、「1割程度実施している」と回答した施設では、「話し合いを始める時期の見極め」がそれぞれ 56.3%、56.9%と比較的高かった。
また、「半分未満に実施している（2～4割）」、「1割程度実施している」と回答した施設では、「ACPに関する知識が不足していること」もそれぞれ 36.3%、38.8%と比較的高かった。

(6) 入所者・ご家族等により良い ACP を行うための支援

- ・ 入所者ならびにご家族等により良い ACP を行うためにあれば良いと考える支援は、

「ACPに関する明確なガイドラインや標準的手順書（施設・病院・在宅で共通して使えるもの）の作成・普及」が63.7%で最も多く、次いで「利用者・家族等向けにわかりやすいACP啓発パンフレットや動画を国が標準化して配布」が51.3%であった。

(7) ACPの地域連携

- ・入所前に他施設で実施されたACPの情報を入手できるケースは、「全く入手できない」が35.5%で最も多く、次いで「1割程度で入手できる」が27.2%であった。
- ・利用者が入院する場合、施設で話し合ったACPの内容を医療機関に伝えるかは、「一部の利用者について伝えている」が40.6%で最も多く、次いで「すべての利用者について伝えている」が33.4%であった。
- ・利用者が在宅や他施設に退所する場合、施設で話し合ったACPの内容を地域の医療機関や他施設に伝えるかは、「一部の利用者について伝えている」が35.0%で最も多く、次いで「特に伝えていない」が31.5%であった。
- ・厚生労働省が示している「退所時情報提供書」の様式のうち、「6. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報」についての記入方法は、「特に活用していない」が39.2%で最も多く、次いで「全てではないが、一部の項目について記入している」が26.8%であった。

3. 病院に搬送し、受け入れ側の医師から搬送が受け入れられなかった症例

- ・病院に搬送し、受け入れ側の医師から搬送が受け入れられなかった症例について、「特になし」が72.5%、「あった」が7.6%であった。
- ・具体的には、「病床がいっぱい」「専門医がない」「対応ができない」等の理由が多かった。しかし、利用者の認知症や介護拒否等を理由で断られているケースもあった。インフルエンザで感染予防対策ができない、コロナ感染が理由であったケースもあった。治療の必要性が低いことや病院でできる処置が限られていることが理由であったり、老健で治療出来るのではないかと断られたケースもあった。

老健の入所者のような高齢で場合によっては認知症の患者が適切に医療を受けるためには必要に応じて、老健での医療提供をより行うことも必要であるのではないかと。

4. 利用者個票について

本調査では死亡退所、入院による退所者、在宅退所者に関する個票調査を行った。主な調査結果は以下のとおり。

	死亡退所	入院による退所者	在宅退所者
疾患	死因は「老衰」が56.4%	搬送の原因疾患は、「誤嚥性・吸引性（不顕性）肺炎などの慢性呼吸器感染症）」が17.7%	主な疾患は「アルツハイマー型認知症」が8.1%
直近の入所期間（平均）	506.1日	331.7日	149.3日
入所延べ日数（平均）	782.4日	518.6日	245.2日
過去の入所回数（平均）	1.4回	1.4回	1.4回
入所前の居場所			
病院・診療所	67.4%	67.1%	42.3%
在宅	20.2%	20.1%	45.7%
心停止時の対応方針が決まっていた	93.5%	66.5%	60.1%
死亡場所の想定			
貴施設内	88.2%	16.2%	6.1%
在宅	0.3%	0.8%	7.5%
病院・診療所	2.6%	17.5%	7.9%
特になし	8.3%	62.5%	75.6%
ACPを実施していた	79.1%	46.5%	36.6%
（実施していた場合）本人の参加あり	10.0%	16.0%	34.8%
話し合いの時期	「状態悪化時」が62.8%で最も多く、次いで「看取り期」が59.1%	「今回の入所調整時」が61.4%で最も多く、次いで「状態悪化時」が42.0%	「今回の入所調整時」が74.3%で最も多く、次いで「前回までの入所時・在宅サービス利用時」が22.9%
ACPに関する話し合いの回数			
1回	24.6%	46.0%	58.5%
2、3回行った	56.7%	44.9%	34.0%
ACPの話し合いに参加する職種	「看護職員」が93.7%で最も多く、次いで「医師」が88.6%	「看護職員」が84.6%で最も多く、次いで「医師」が74.0%	「看護職員」が82.2%で最も多く、次いで「支援相談員」が72.7%
話し合いで本人の意思が確認できた	31.4%	37.1%	57.3%
入所時等状態が悪化するよりも前に行ったACPに関する話し合い内容			
急変や新たな重篤な疾患や症状に対する治療についての意向	59.1%	73.7%	73.9%
現在の本人の疾患や症状に対する治療についての意向	52.5%	66.0%	62.5%

3 カ月以内に看取りが想定される時期に行った ACP に関する話し合いで主に確認したこと	「看取りの場所に関する意向」が 70.7%で最も多く、次いで「人生の最終段階における具体的な医療措置についての意向」が 69.3%	「3 カ月以内に看取りは想定されていなかった」が 28.6%で最も多く、次いで「急変や新たな重篤な疾患や症状に対する治療についての意向」が 26.6%	「3 カ月以内に看取りは想定されていなかった」が 39.1%で最も多く、次いで「急変や新たな重篤な疾患や症状に対する治療についての意向」が 13.8%
ほかに話し合えたらよかったこと	「日常の中で楽しみにしていること」が 23.7%で最も多く、次いで「人生の最終段階をどのように過ごしたいかに関する意向（やりたいこと、会いたい人等）」が 19.3%	「日常の中で楽しみにしていること」及び「人生の最終段階をどのように過ごしたいかに関する意向（やりたいこと、会いたい人等）」がそれぞれ 19.7%で最も多く、次いで「日常の中で不安なこと、気がかりなこと」が 15.7%	「人生の最終段階をどのように過ごしたいかに関する意向（やりたいこと、会いたい人等）」が 19.8%で最も多く、次いで「日常の中で楽しみにしていること」が 18.2%
ACP を通じて達成できたことについて			
家族等の希望に沿った医療・ケアを実現できた	79.8%	57.4%	43.5%
家族等の価値観や意向について話し合うことができた	68.9%	53.1%	50.6%
施設のケアについての評価：十分・まあ十分	15.4%・55.9% (計 71.3%)	14.9%・48.5% (計 63.4%)	20.7%・53.0% (計 73.7%)
看取りの質についての評価	「看取り期について家族等によく説明できた」が 67.8%で最も多く、次いで「家族等が悔いのない看取りケアができた」が 54.5%	「死亡前に新たに出現、または増悪した症状に適切に対処できた」が 40.4%で最も多く、次いで「家族等が悔いのない看取りケアができた」が 34.0%	「家族等が悔いのない看取りケアができた」が 82.6%で最も多く、次いで「ご本人らしさを大切にされたケアができた」が 65.2%
ACP の実施状況と看取りの質の評価（死亡退所について）	<ul style="list-style-type: none"> ・ACP を実施していたほうが、看取りの質について、比較的高く評価されていた。 ・ACP の実施回数が多いほうが、看取りの質について、比較的高く評価されていた。 ・ACP の話し合いに、リハビリ職員や(管理)栄養士が参加している場合に、看取りの質について比較的高く評価されていた。 		

(入院退所の場合：入院先について)

- ・入院先の医療機関の種別は、「急性期一般病棟」が75.7%で最も多く、次いで「療養病床（回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟（床）を除く）」が9.0%であった。
- ・入院先医療機関との関係は、「その他（併設、同一法人関連法人以外）の病院」が57.9%で最も多く、次いで「併設病院」が21.9%であった。
- ・入院先が協力医療機関かについては、「協力病院」が64.9%で最も多く、次いで「その他の病院」が31.9%であった。
- ・入院が必要になった場合の搬送先について決めていたかについては、「決めていた」が60.7%で最も多く、次いで「特に決めてはいなかった」が38.8%であった。
- ・搬送先を決めていた場合、決めていた搬送先が施設の協力病院であるかについては、「はい」が78.3%、「いいえ」が18.8%であった。
- ・搬送した理由は、「施設での医療範囲を超えていたため」が75.2%で最も多く、次いで「家族等が希望したため」が24.3%であった。
- ・入院先の病院に施設でのACPの内容を伝えたかは、「はい」が60.3%、「いいえ」が30.3%であった。

(在宅退所の場合)

- ・退所後、施設の関連の介護サービスを利用する予定については、「特に該当なし」が42.6%で最も多く、次いで「通所リハビリテーション」が34.2%であった。
- ・退所後に関係する医療・介護関係者に施設でのACPの内容を伝えたかは、「はい」が55.3%、「いいえ」が42.7%であった。
- ・ACPの内容を伝えた場合、誰に伝えたかは、「かかりつけ医」が68.6%で最も多く、次いで「ケアマネジャー」が63.6%であった。
- ・ACPの内容を伝えた場合、どちらから伝えたかは、「貴施設から伝えた」が54.3%で最も多く、次いで「先方からの質問に回答した」が1.4%であった。
- ・ACPの内容を伝える際に利用した書式は、「退所時情報提供書を使用した」が70.0%で最も多く、次いで「施設独自の書式を使用した」が18.6%であった。

5. インタビュー調査

出版書籍や雑誌等への寄稿、セミナー・研修への登壇等の情報や、本事業にて実施したアンケート調査結果から、先進的に意思決定支援やACPを行っていると思われる施設から、4施設を抽出し、施設における意思決定支援やACPの実践、ノウハウ、課題を把握するためのインタビュー調査を行った。

「入所相談時」「入所時」「入所後日常」「状態変化時」「看取り期」に分けて、タイミングごとに話し合う内容、工夫、記録・情報共有等を詳細に把握、整理した。施設内の

ACP の推進体制やスタッフのスキルアップの進め方、施設外との情報連携・入所前後での地域連携についても把握できた。それぞれの施設において非常にユニークな取り組みが行われており、これらは、老健における ACP の普及、高度化の参考となる調査ができたと考える。

第 2 節 総括

本調査研究事業によって、以下の点が明らかになったと考える。

- 8 割以上の施設が看取りに取り組んでいるが、一部、消極的な施設もある。
- 消極的な施設では職員の体制や看取り期に必要な医療が十分に提供できないことが理由であることが分かった。
- 緩和ケアにあたっての体制は施設によると思われるが、老健では必ずしも充実しているとはいえない実態であると考えられる。
- ACP の実施状況には施設による違いがあることが分かった。時期に応じた ACP の実践の実態が把握できた。個票調査を通じて、死亡による退所、入院による退所、在宅への退所による詳しい違いも把握できた。また、インタビュー調査から先進的な施設でのプロセスも明らかにすることができた。先進的な施設でのプロセスも参考に、ACP がより実施されることが期待される。
- 今後の課題としては以下が参考になると考える。
 - － ACP で主に話し合っている内容は、急変時や人生の最終段階での治療方針や医療に関わる内容が多かったが、今はあまり話し合うことができているができれば話し合いたい内容として、やりたいこと、会いたい人、楽しみ等生活に関わる内容が挙げられた。
 - － 状態悪化時に話し合いを行った結果、意思が変わる方向が治療・入院の方向だけでなく、施設での最期、在宅での最期といろいろな方向に変わる可能性があることが確認できた。
 - － 在宅での看取り支援、一時的な在宅復帰支援の実施率は高くはなかったが、利用者の選択肢の 1 つとして対応していくことが今後の課題であると考えられる。
 - － ACP が看取り段階等、やや限定的に考えられている場合もあり、プレターミナル ACP の考え方の普及が必要である。
 - － ACP の地域連携(入所前の施設からの引継ぎ、退所先の病院・在宅サービスへの提供)も今後の課題である。

○ACP を実施している場合、また、ACP の実施回数が多く、多職種がかかわっているほど、看取りの質が高く評価されていることが分かった。

○一部ではあるが、病院に搬送し、受け入れ側の医師から搬送が受け入れられなかった症例も把握できた。利用者の認知症や介護拒否等を理由で断られているケースもあった。認知症がある人の場合は、インフルエンザで感染予防対策ができないことやコロナ感染であることが理由にされているケースもあった。治療の必要性が低いことや病院でできる処置が限られていることが理由であったり、老健で治療出来るのではないかと断られたケースもあった。

以上をふまえ、介護老人保健施設の有する人生の最終段階における医療機能とケア機能について、あらためて評価し、さらに必要に応じて充実をはかることで、看取り支援も含めて適切な医療・ケアを提供することができると考える。また、配置されている多職種の力をもとに、利用者に対する意思決定支援がさらに高度化され、現在行われている ACP に加えて、プレターミナル ACP を含めた ACP の概念と実践がさらに発展することによって、ケア・看取りの実践が深化していくことが引き続き期待される。

本調査研究事業から、介護老人保健施設は理想的な ACP を実践できるポテンシャルを有し、地域における連携の中心的な役割を果たす可能性が高いこともわかった。介護老人保健施設は人生の最終段階における医療・ケア、看取り支援で重要な役割を果たすことが期待されている。

ACP を実施するにあたりすでに独自の方法が確立されている施設も多いこと、利用者の医療やニーズが多様であることから、今後 ACP に関して新たな統一書式を作成するのではなく、各施設ですすでおこなわれている実践を尊重しつつ、利用状況や局面（段階）に応じて「確認が望ましい事項」のリストを整理して示す方が、現場にとって実用的であり、受け入れられやすいのではないかと考える。

具体的には、例えば、以下の局面（段階）を想定してはどうか。

1. 初回利用時（あるいは、利用再開時）
2. 状態悪化時
3. 看取り期

また、確認すべき内容としては以下のもののうち、すべてではなくても本人にとって必要な事項を含めてはどうか。

- ・心身の状況と今後おこりえること
- ・希望する生活・療養の場所
- ・本人の希望

- ・ 家族の考え方
- ・ 再受診先の医療機関
- ・ 予想される病状変化が起きた時の考え方
- ・ 予想しない急変時の考え方

すでに介護報酬制度は複雑であり、本報告を契機としてさらに書式を増やして、看取り期の医療・ケアの現場負担を重くすることは避けるべきであり、研修や情報共有を通じて、望ましいACPの考え方を広げていくことが肝要であると考えます。

参 考 资 料

ここでは、過去の調査報告から、「看取りの実施」「ACPの実施」についての結果を抜粋した。

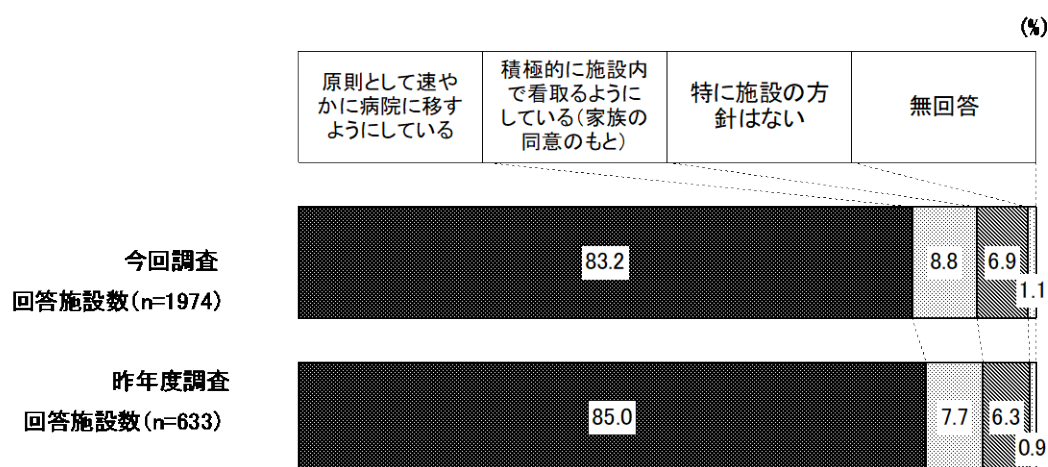
1) 「看取りの実施」

○「在宅における看取りを支援するための介護老人保健施設の役割に関する調査研究事業」(平成17年度)

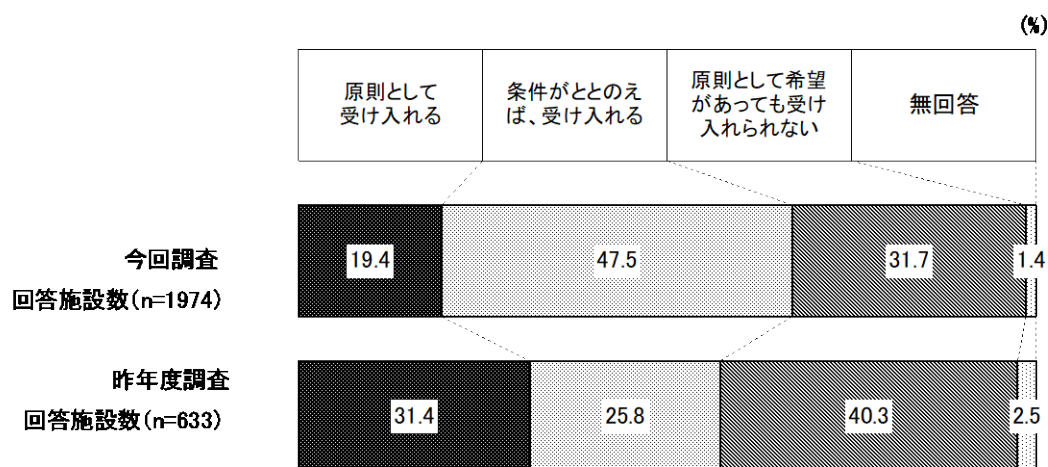
質問2:

貴施設における入所者の施設内での死亡に関しての基本方針をお聞かせ下さい。

A. 入所者の死亡が予想される場合の施設としての基本方針 (1つに○)



B. 入所者や家族から「施設内で亡くなりたい」という希望があれば、受け入れますか。(1つに○)

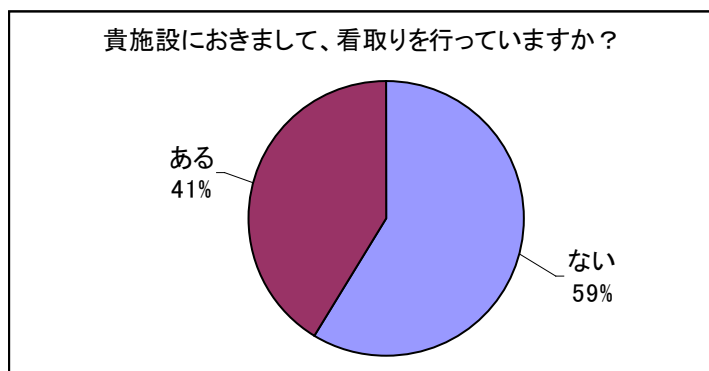


○「介護老人保健施設が対応する看取りへのガイドライン作成に関する調査研究事業」
(平成 18 年度)

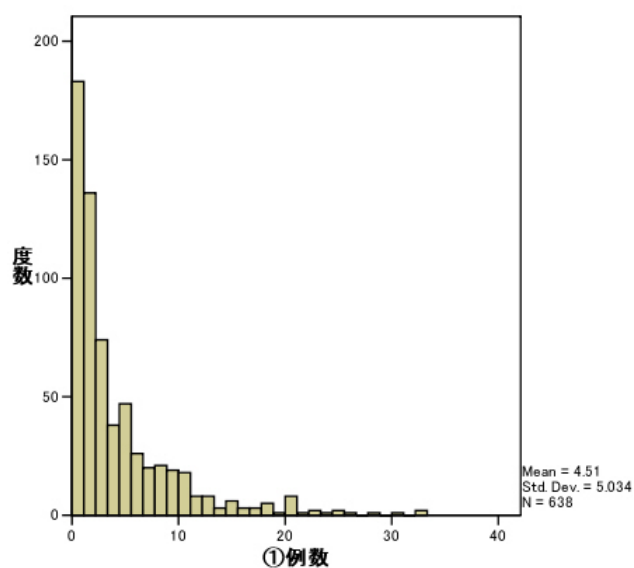
(1) <①貴施設におきまして、看取りを行っておりますか？>

このアンケートにおける看取りの定義は、死亡が予測された施設利用者が、本人等の希望により転院せずにそのまま施設で看取りを行ったような事例です。(死亡期間：平成18年1月1日～12月31日)

調査対象施設の 41.4%において看取りを行っていると回答した。1施設あたりの年間看取り数は平均 4.5 名 (標準偏差 5.0) であり、分布としては 1 名がもっとも多かった。

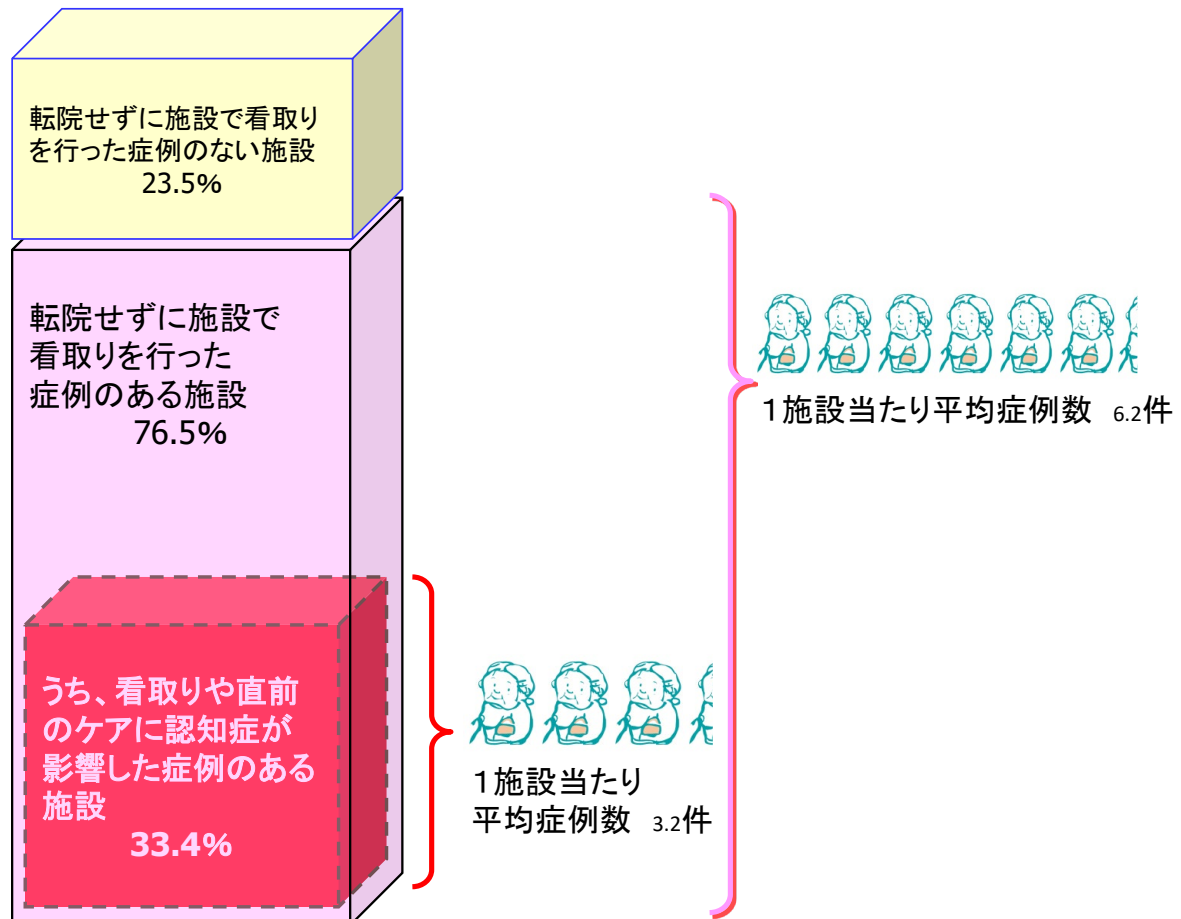


ヒストグラム



○「認知症のターミナルケアに関する調査研究事業」（平成20年度）

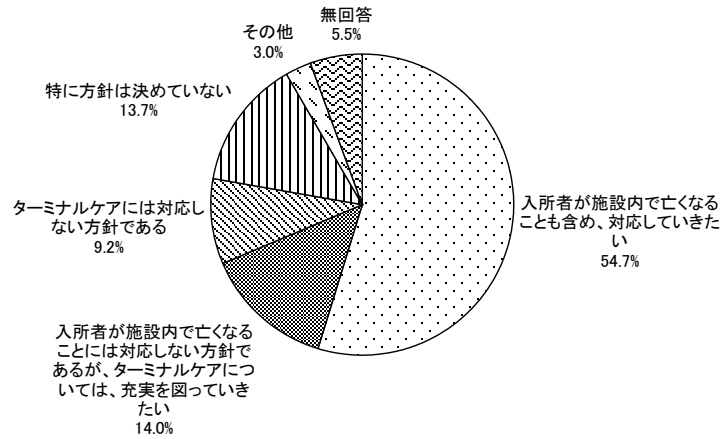
平成19年4月1日～平成20年3月31日の状況（N=341）



○「介護老人保健施設が持つ多機能の一環としての看取りのあり方に関する調査研究事業」（平成 23 年度）

●ターミナルケアについての今後の方針

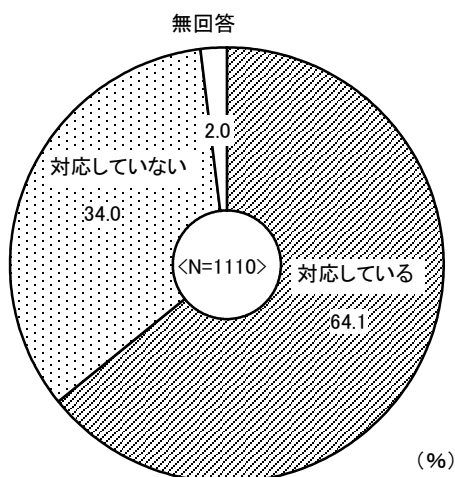
ターミナルケアについての今後の方針 (n=949)



○「地域における介護老人保健施設の役割に関する調査研究事業」（平成 25 年度）

看取りに「対応している」施設が約3分の2 (64.1%)、「対応していない」施設が約3分の1 (34.0%) となっている。

図 1. 自施設は看取りに対応しているか



- 「介護老人保健施設における医療提供実態等に関する調査研究事業」
 (平成 28 年度)

E_問1. 次の状態または医療処置を要する利用者等から利用希望があった際の施設の対応状況 (SA)

E_問1_18. ターミナル期 (看取りが予想される場合) (入所)

	度数	パーセント	有効パーセント
1. 対応可能であり、過去に受け入れた実績がある	557	62.2	63.1
2. 受入れ実績はないが、希望があれば対応できる	32	3.6	3.6
3. 状態が安定していれば対応できる	46	5.1	5.2
4. 状態が安定していても相当の検討を要する	94	10.5	10.6
5. 施設方針として受入れできない	154	17.2	17.4
無回答	12	1.3	
合計	895	100.0	100.0

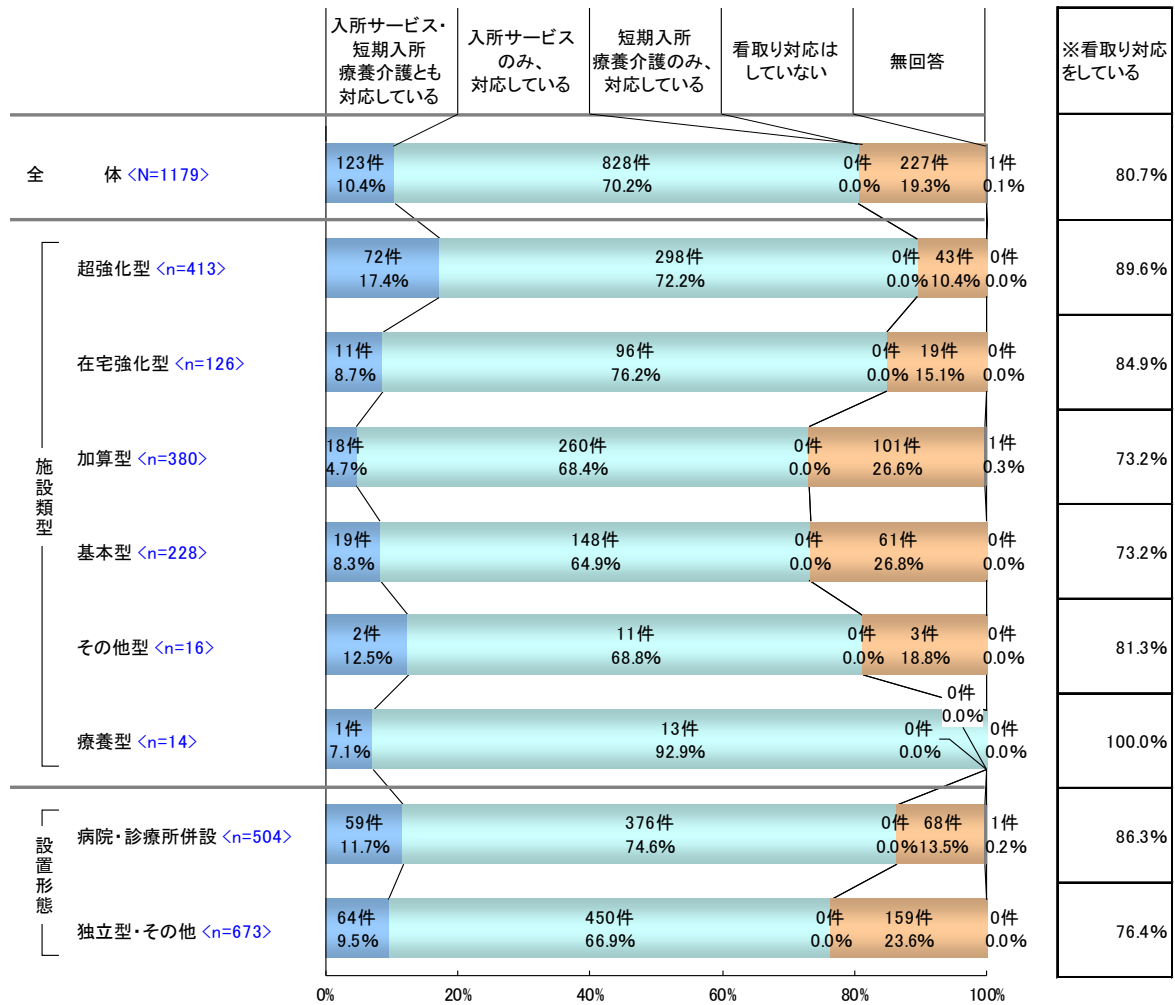
- 「介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の強化へ向けて」
 (平成 29 年度)

図表69 施設での看取りへの対応状況

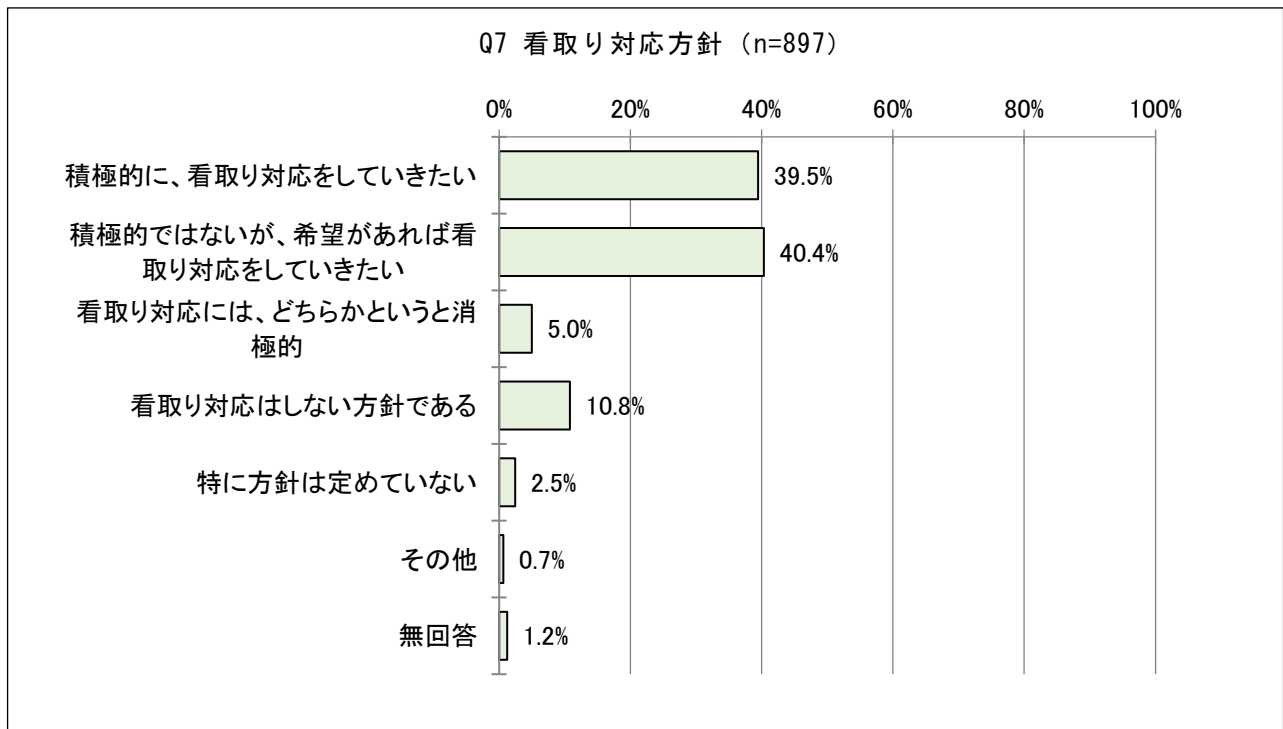
	n	対応している	対応していない	無回答
全体	1529	1079 70.6%	435 28.4%	15 1.0%
在宅強化型	239	196 82.0%	40 16.7%	3 1.3%
従来型(加算有り)	450	327 72.7%	120 26.7%	3 0.7%
従来型(加算無し)	745	490 65.8%	247 33.2%	8 1.1%
療養型・療養強化型	62	48 77.4%	13 21.0%	1 1.6%

○「介護老人保健施設における人生の最終段階における医療・ケアの提供実態にかか
る調査研究事業」(令和5年)

貴施設では、看取り対応をしていますか。あてはまるものをお選びください。



○介護老人保健施設利用者等に対する急変時等の治療方針に関する意思決定支援にか
かる調査研究事業（令和6年度）



2) 「ACPの実施」

○介護老人保健施設とかかりつけ医の連携等に関する調査研究事業（令和3年度）

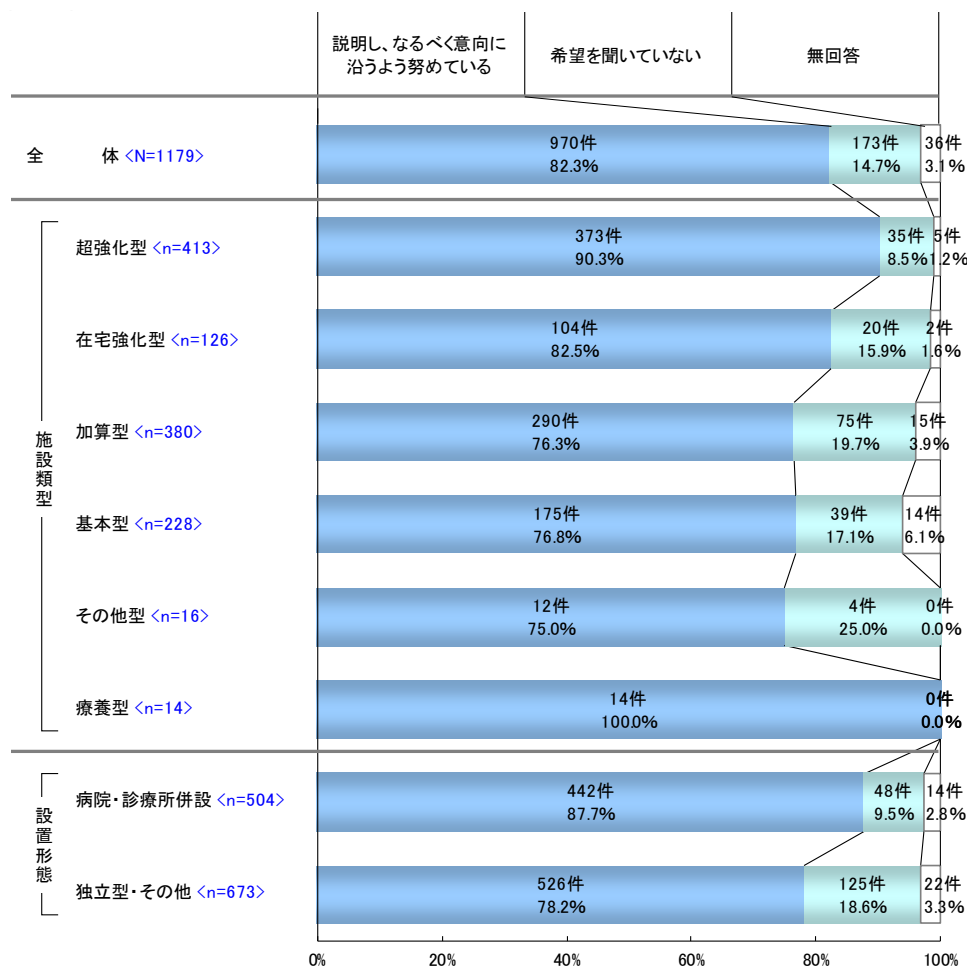
（人生の最終段階における胃瘻ケアの決定プロセスに関するガイドラインを「読んだことがある」を選択した場合）

問 27 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に沿った対応の取組状況

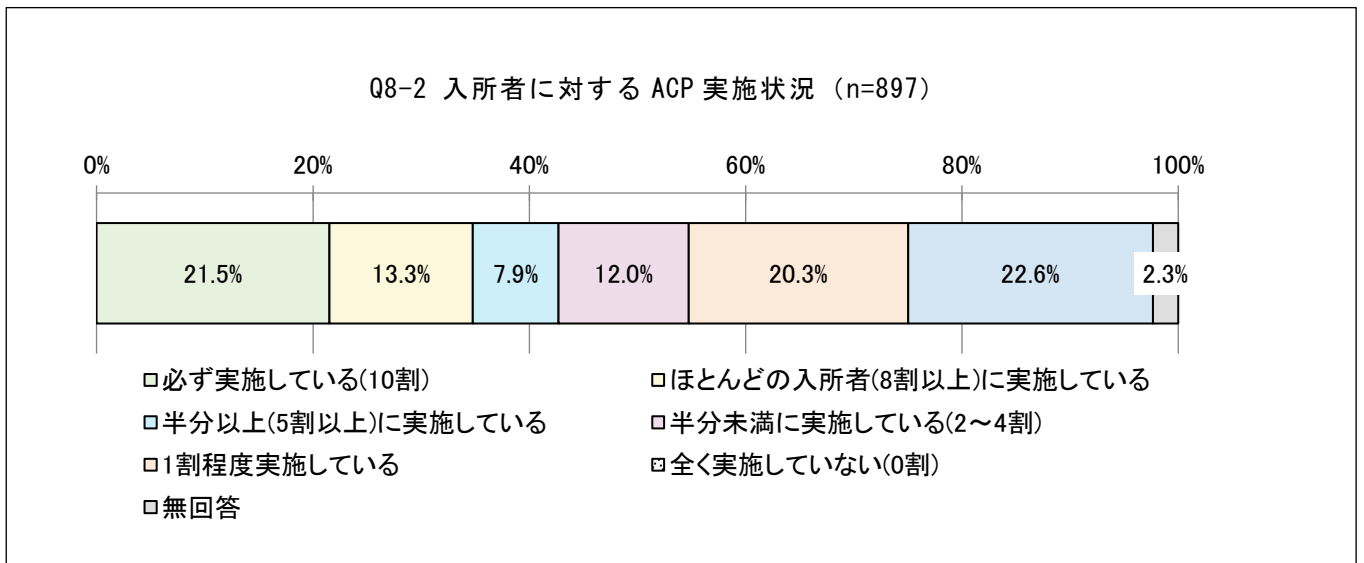
	割合							全体
	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型	療養型	無回答	
回答数	233	68	209	116	8	7	4	645
取り組んでいる	84.1%	82.4%	75.6%	74.1%	50.0%	71.4%	50.0%	78.6%
取り組んでいない	14.6%	14.7%	21.5%	24.1%	50.0%	28.6%	25.0%	19.2%
無回答・無効回答	1.3%	2.9%	2.9%	1.7%	0.0%	0.0%	25.0%	2.2%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

○「介護老人保健施設における人生の最終段階における医療・ケアの提供実態にかかる調査研究事業」（令和5年度）

貴施設では、ご本人・ご家族の希望の場で看取りができることを説明し、希望を聞いていますか。



○介護老人保健施設利用者等に対する急変時等の治療方針に関する意思決定支援にか
かる調査研究事業（令和6年度）





公益社団法人全国老人保健施設協会

〒105-0011

東京都港区芝公園 2-6-15 黒龍芝公園ビル 6 階

TEL. 03-3432-4165 FAX. 03-3432-4172

HP. <https://www.roken.or.jp>