

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」

# 介護老人保健施設におけるACP取組事例集

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

- 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

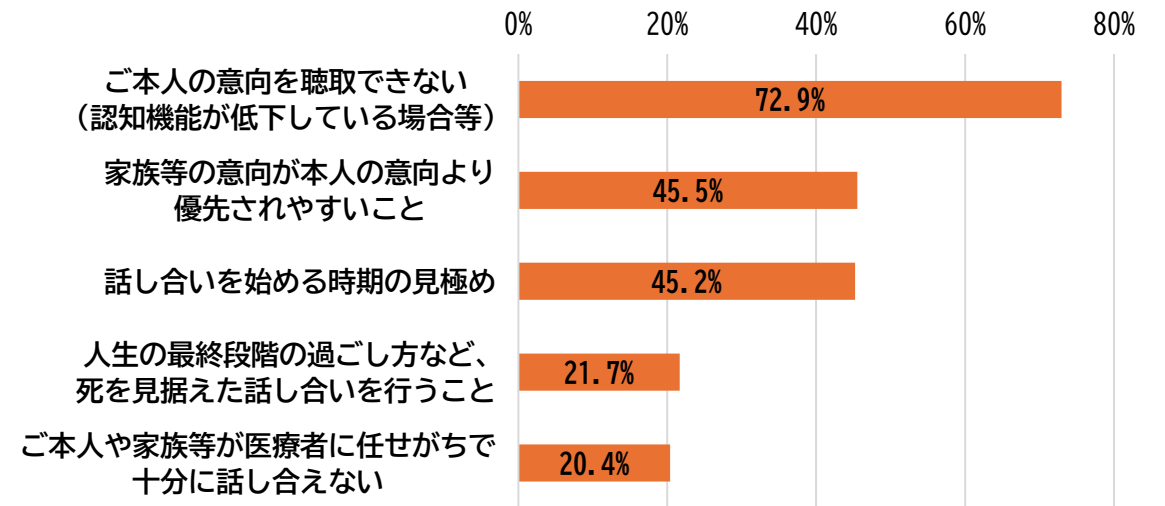
# インタビューから学ぶ ACPの課題と解決のヒント

## ACPのつまずきポイント

- 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し、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を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

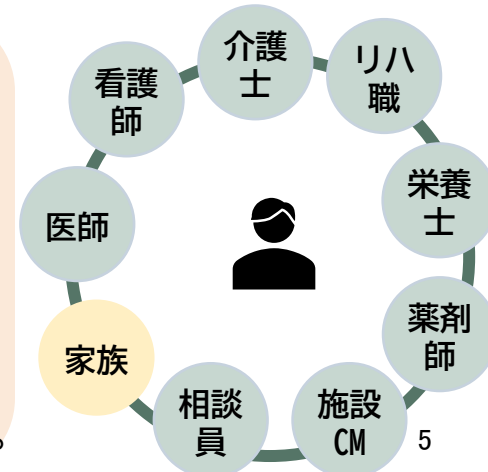
- 認知症を抱えた人であっても、落ち着いた日常生活の中でやり取りを重ねる中で、一貫した意思が見えてくることがある。また、言葉だけでなく、表情や反応から思いをくみ取る。
- 将来的なことだけでなく、今の状況に焦点を当てて希望を聞くことで、その人らしさを引き出している。

### 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"> <li>■ 家族／(本人)</li> <li>■ 相談員</li> </ul>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 本人の身体、認知面の状況や変化</li> <li>■ 本人の生活史</li> <li>■ 家族等の看取り経験、その際の様子</li> <li>■ 施設の特徴 / 等</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 家族等と丁寧に情報交換をして、本人をよく知る</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 内部共有</li> <li>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。</li> </ul>  |
| 入所時       | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 家族／(本人)</li> <li>■ 看護師／相談員</li> </ul>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 老健の医療体制</li> <li>■ 緊急時の意向</li> <li>■ 看取り期の意向 / 等</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ まずは本人の意向について共に話し合うことを経験</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 内部共有</li> <li>・ システムに記録。</li> <li>・ 「思い出・これからノート」(別紙1)を作成。</li> </ul>  |
| 入所後<br>日常 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 本人</li> <li>■ 看護師／介護士／相談員／栄養士／リハビリ職 / 等</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 選好・価値観</li> <li>■ 気がかり・不安</li> <li>■ 医療・ケアに期待すること</li> <li>■ 緊急時・看取り期の意向</li> <li>■ 本人の代弁者 / 等</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 日常の中で本人の想いのかけらを集める</li> <li>■ 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。</li> <li>✓ 医療のこと等も自然な会話で話せるように工夫</li> <li>■ 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。</li> <li>✓ 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</li> <li>■ 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。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 内部共有</li> <li>・ システム上でケア記録に記載。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 生活の意向はケアプランにも落とし込み、職員間に共有。</li> <li>■ 家族との共有</li> <li>・ LINEや、面談時に情報共有。</li> </ul> |
| 状態変化時     | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ (本人)／家族</li> <li>■ 看護師／介護士／相談員 / (医師)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 医療・ケアの意向 (病院受診の意向)</li> <li>■ 看取り期の意向 / 等</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 状態の変化を捉えて話し合いにつなげる</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 専門職が変化を捉えてチームに報告。ACPを再度開始する。</li> <li>✓ 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</li> <li>■ 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。</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 記録・家族との共有</li> <li>・ 家族と話し合い、看取りの同意書(別紙2)を作成。</li> <li>・ 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。</li> </ul>  |
| 看取り期      | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 主に家族</li> <li>■ 看護師／介護士／相談員 / (医師)</li> </ul>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 本人が心地よいケア / 等</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 重ねてきた話し合いの方針を再確認</li> <li>■ 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。</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> </ul>   |

# 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。

### 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。

## 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。

|      |  |  |
|------|--|--|
| 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生になる。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<br/>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)<br/>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<br/>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)<br/>(ご利用者の想いを基に)<br/>どんな風に過ごしてほしいか<br/>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<br/>(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<br>・経管栄養(胃ろう・経鼻)             | ・中心静脈栄養(IVH)<br>・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<br>・痰の吸引<br>・身体の清拭<br>・心身ケア      |  |
| 容体が急変したとき | ・一時的な酸素吸入<br>・医療機関への救急搬送<br>または 救急車の要請 | ・気管切開・気管内挿管<br>・心肺蘇生<br>・人工呼吸器の使用<br>・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 )

( 施設アマネジャー )

老人保健施設 相生

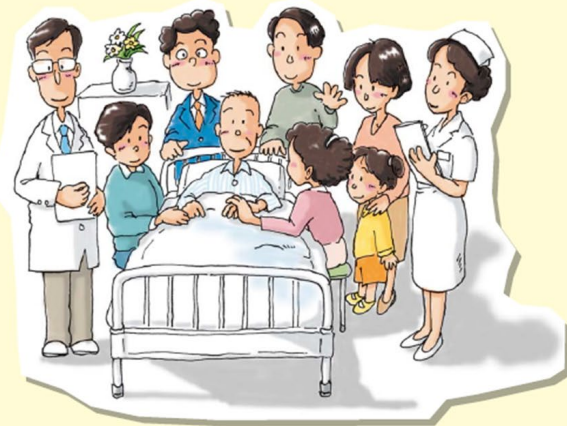
付き添われるご家族の皆様へ

# 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"> <li>■ 家族</li> <li>■ 相談員</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ACPについての紹介</li> <li>■ 施設の特徴 / 等</li> </ul>  | <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"> <li>■ 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。</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 家族との共有<br/>「ACPの手引き」(別紙1)を渡す。</li> </ul>   |
| 入所時<br>(1~2週間後) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ (本人) / 家族</li> <li>■ 看護師 / 介護士</li> </ul>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 大切にしたいこと</li> <li>■ 主観的健康観</li> <li>■ 治療の希望</li> <li>■ 看取り期の意向</li> <li>■ 代弁者 / 等</li> </ul>          | <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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 内部記録 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ システムに記録。</li> </ul> </li> <li>■ 家族との共有 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「私のこれからの生き方」(別紙2)を作成・保管。</li> </ul> </li> </ul>                              |
| 入所後<br>月1回      | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 本人 / 家族</li> <li>■ 医師 / 看護師 / 介護士 / リハ職 / 栄養士 / 相談員 / ケアマネ</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 生きがい(長期目標)</li> <li>■ 生活目標(短期目標)</li> <li>■ 選好・価値観</li> <li>■ 趣味・特技</li> <li>■ 気がかり・不安 / 等</li> </ul> | <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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 内部記録 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ システム上でICFシート(別添3)を更新。</li> </ul> </li> <li>■ 家族との共有 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> </li> </ul>        |
| 状態変化時           | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ (本人) / 家族</li> <li>■ 医師 / 看護師 / 介護士 / リハ職 / 栄養士 / 相談員 / ケアマネ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 医療・ケアの意向</li> <li>■ 看取り期の意向 / 等</li> </ul>  | <p>✓ 状態の変化時を捉えて、ACP会議を開催</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> </ul> <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"> <li>■ 「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。</li> <li>■ 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。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 内部記録 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 同意書を保管</li> <li>・ システム上にも記録する</li> </ul> </li> <li>■ 家族との共有 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> </li> </ul> |
| 看取り期            | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 主に家族</li> <li>■ 医師 / 看護師 / 等</li> </ul>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 医療・ケアの意向</li> <li>■ 看取り期の意向 / 等</li> </ul>  | <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"> <li>■ 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。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 家族との共有・内部記録 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「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。</li> </ul> </li> </ul>   |

## 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〉

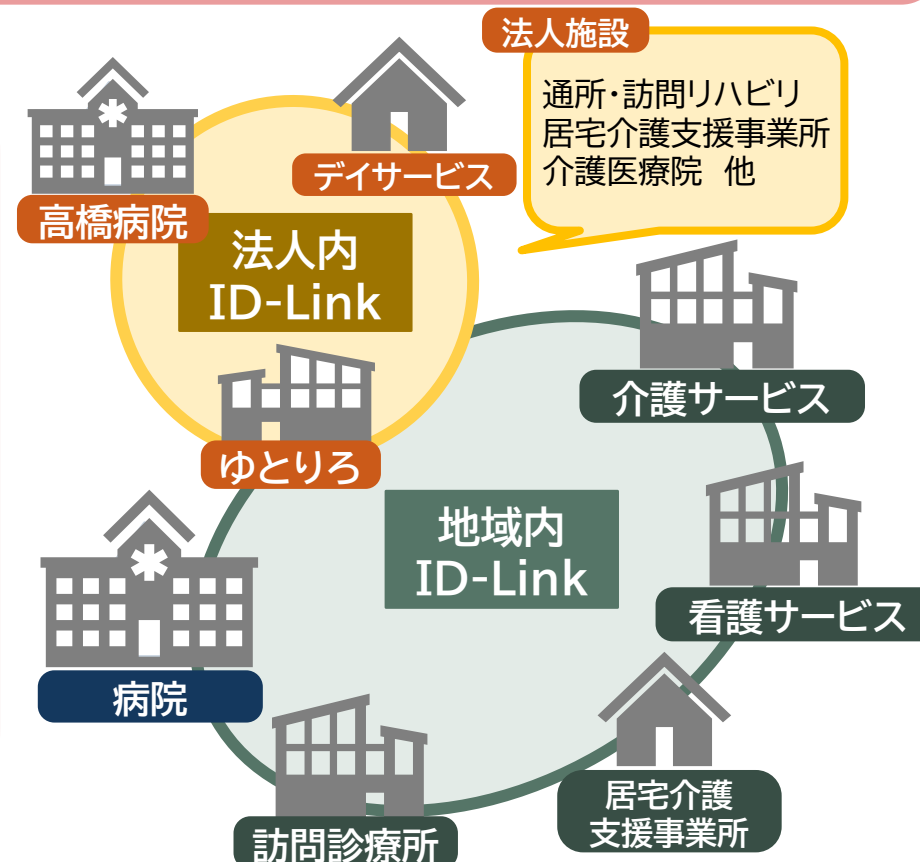
### 施設外との情報連携

#### ✓ 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。

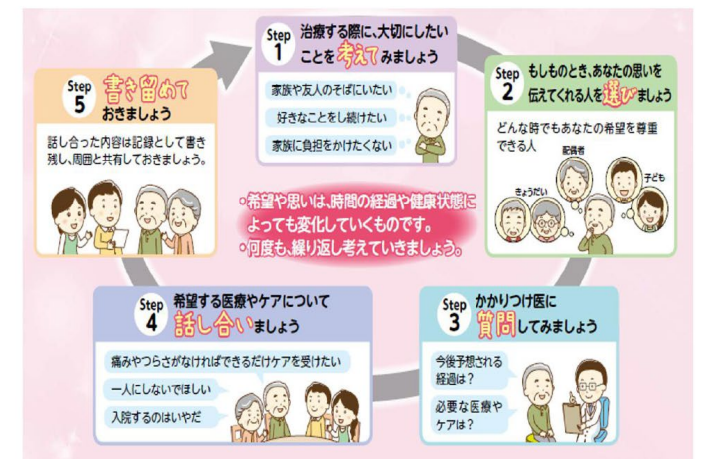
●家族や医療従事者は、あなたの希望を知っていますか？

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必要があります。

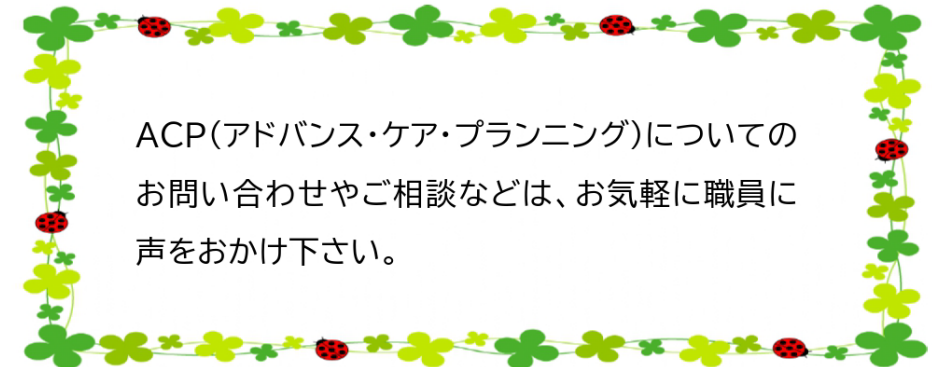
- ★複雑で困難な状況でもあなたの希望や思いを尊重して判断できる人を選びましょう
- ★必要だと思うあなたの周囲の人に、あなたに代わって意思を伝えてくれる人を紹介しましょう。

### 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。

### 私のこれからの生き方

将来、自分自身で自分のことを決められなくなった時に備えて、今のあなたの希望や思いを整理してみましょう。ACPの手引きを参考に、以下の設問にお答えいただきながらご家族やあなたの代わりに意思決定をしてくれる人、ケア担当者と話し合いを持ちましょう。

#### Step1 あなたの希望や思いについて考えましょう

あなたの大切にしたいことは何ですか？（いくつ選んでも結構です）

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 楽しみや喜びにつながるがあること    | <input type="checkbox"/> 家族や友人と十分に時間を過ごせること |
| <input type="checkbox"/> 落ち着いた環境で過ごせること      | <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分でできること   |
| <input type="checkbox"/> 人として大切にされること        | <input type="checkbox"/> 人生をまっとうしたとを感じる事    |
| <input type="checkbox"/> 社会や家族で役割がはたせること     | <input type="checkbox"/> 望んだ場所で過ごせること       |
| <input type="checkbox"/> 痛みや苦しみが少なくなる事       | <input type="checkbox"/> 医師を信頼できること         |
| <input type="checkbox"/> 人の迷惑にならないこと         | <input type="checkbox"/> 納得いくまで十分な治療をうけること  |
| <input type="checkbox"/> 自然に近い形で過ごすこと        | <input type="checkbox"/> 大切な人に伝えたいことを伝えること  |
| <input type="checkbox"/> 先々に起こることを詳しく知っておくこと | <input type="checkbox"/> 病気や死を意識せずに過ごすこと    |
| <input type="checkbox"/> 他人に弱った姿を見せないこと      | <input type="checkbox"/> 生きていることに価値を感じられること |
| <input type="checkbox"/> 信仰に支えられること          |   |
| <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）        |   |

#### Step2 あなたの健康について学び、考えましょう

- あなたは今の健康状態について理解できていますか？  
 はい  いいえ
- あなたの健康状態や病気について、どのような経過をたどるかなど、詳しい説明を受けたいですか？  
 はい  いいえ
- 受ける治療に関して、希望がありますか？（いくつ選んでも結構です）  
 一日でも長く生きられるような治療を受けたい  
 どんな治療でも、とにかく病気が治ることを目指した治療を受けたい  
 苦痛を和らげるための十分な処置や治療を受けたい  
 痛みや苦しみがなく、自分らしさを保つことに焦点を当てた治療を受けたい  
 できるだけ自然な形で最期を迎えられるような必要最低限の治療を受けたい  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 将来、認知症や脳の障害などにより自分で判断できなくなった時、あなたの希望は、以下のどれですか？（一つ選んでください）  
 なるべく迷惑をかけずに自宅で生活したい  
 家族やヘルパーなどの手を借りながら自宅で生活したい  
 病院や施設でも良いので、食事やトイレなど最低限自分でできる生活を送りたい  
 病院や施設でも良いので、とにかく長生きしたい  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 将来、病状が悪化し、もしもの時が近くなった時には、どこで療養したいとお考えですか？  
 自宅  自宅以外  病院  介護施設  その他（ \_\_\_\_\_ ）  
 わからない

- (6) もしもの時が近くなった時に延命治療を希望しますか？  
 はい  いいえ

#### 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

- (1) あなたの代わりに意思決定をしてくれる方はいますか？  
 はい  いいえ

(1)の質問で「はい」と答えられた方にお尋ねします。

- (2) その方はあなたの希望や価値観に配慮して、意思決定をすることができますか？  
 はい  いいえ

#### Step4 ACP（人生会議）を希望しますか？

- 希望します  希望しません

#### Step5 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

#### Step6 あなたの考えを文書にしましょう

自由記載欄（その他、あなたの思いがあればお書きください。）

記載年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人氏名 \_\_\_\_\_

家族及び代理の方氏名 \_\_\_\_\_

## 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

| ICFアセスメントシート |      | (法人共有) |      |
|--------------|------|--------|------|
| ID           | 事業所名 | 作成日    |      |
|              | 様    | 生年月日   | 年齢 歳 |
| 健康状態         |      |        |      |
|              |      |        |      |
|              |      |        |      |
| 心身機能・構造      |      | 活動     | 参加   |
| #1           |      | #1     |      |
| #2           |      | #2     |      |
| #3           |      | #3     |      |
| #4           |      | #4     |      |
| #5           |      | #5     |      |
| #6           |      | #6     |      |
| #7           |      | #7     |      |
| #8           |      | #8     |      |
| #9           |      | #9     |      |
| ○            |      | ○      |      |
| ○            |      | ○      |      |
| ○            |      | ○      |      |
| ○            |      | ○      |      |
| ○            |      | ○      |      |
| 環境因子         |      | 個人因子   |      |
| #1           |      | #1     |      |
| #2           |      | #2     |      |
| #3           |      | #3     |      |
| #4           |      | #4     |      |
| #5           |      | #5     |      |
| #6           |      | #6     |      |
| ○            |      | ○      |      |
| ○            |      | ○      |      |
| ○            |      | ○      |      |
| ○            |      | ○      |      |
| ○            |      | ○      |      |
| ○            |      | ○      |      |
| 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   | 場所  |
| カンファレンス出席者                  |     |               |     |     |
| 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<br>(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

## 2. 社会医療法人高橋病院 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〉

別紙5

#### 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<br>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<br>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<br>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<br>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。   |
| ケアマネジャー<br>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<br>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

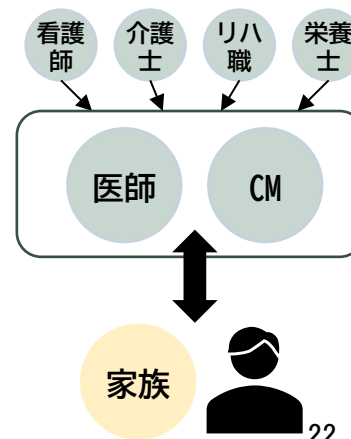
- 認知症の有無にかかわらず、原則として本人の意向を確認し、家族と共有する。
- 利用者の多くは家族と事前に話し合ったことがないため、まずは本人の意向を確認することを共通の対応としている。

##### 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

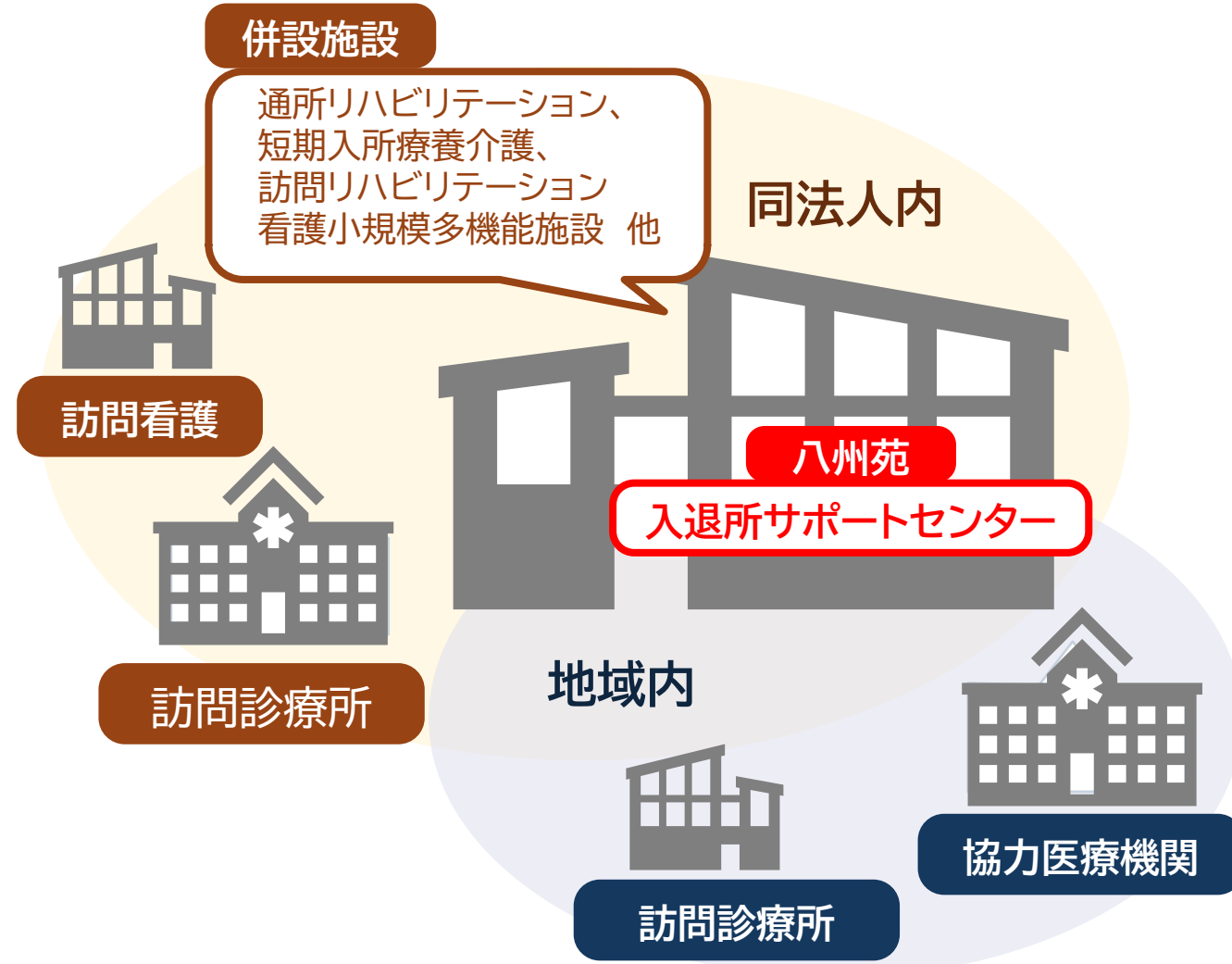
|           | 参加者  | 主に話し合う内容   | ポイント・工夫   | 記録・情報共有   |
|-----------|--|--|---|---|
| 入所相談時     | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 家族／(本人)</li> <li>■ 相談員(医師)</li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 看取りの際に希望する場所 / 等</li> </ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 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</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 紙ベース</li> </ul>  |
| 入所時       | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 家族／(本人)</li> <li>■ 医師／ケアマネ</li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 看取り期の意向</li> <li>■ 緊急時の意向</li> <li>■ 医療体制 / 等</li> </ul>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 本人・家族の意向を記録し、以降の目安として活用</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 電子記録を作成。紙ベースでも残す。</li> </ul>   |
| 入所後<br>日常 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 家族／(本人)</li> <li>■ 医師／ケアマネ</li> <li>■ (看護師・介護士等)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 看取り期の意向</li> <li>■ 緊急時の意向 / 等</li> </ul>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 本人・家族と関わる窓口を限定し、信頼関係を構築</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>✓ 入所以降の考え方の細かな変化をキャッチ</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 記録・家族との共有 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 家族と協議を行った場合は都度電子記録に入力。</li> </ul> </li> <li>■ 医師、担当CM間の共有 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 電子記録に加え、口頭で情報共有。</li> </ul> </li> </ul> |
| 状態変化時     | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 家族／(本人)</li> <li>■ 医師／ケアマネ</li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 医療・ケアの意向</li> <li>■ 看取り期の意向</li> <li>■ 今後の対応に関する意向 / 等</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 利用者の状態の変化に応じて、対応方針を細かく再確認</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>✓ 看取りに向かう家族の不安に柔軟に対応</li> <li>■ 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。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 記録・家族との共有 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 家族と協議を行った場合は都度電子記録に入力</li> </ul> </li> </ul>   |
| 看取り期      | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 家族</li> <li>■ 医師／ケアマネ</li> </ul>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 医療・ケアの意向</li> <li>■ 看取り期の意向 / 等</li> </ul>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 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</li> <li>■ 共有された本人の意向をもとに、家族の意向を確認する。</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 電子記録・紙ベース</li> <li>■ 看取りプラン作成 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現場、担当CMで共有</li> </ul> </li> </ul>   |

### 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ない人を中心に、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**

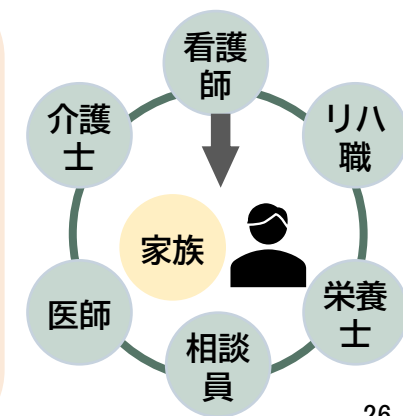
- ACPの書式は本人の手による記入を前提とした構成になっているが、本人が記載できない場合には看護師が代筆する。また、本人の意思確認が困難なときは、家族に代筆を求めている。
- 家族による代筆が難しい場合には、口頭でのコミュニケーションに代えることもある。

**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"> <li>■ 本人／家族</li> <li>■ 相談員</li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 本人の生活歴</li> <li>■ 施設で対応可能な事項 / 等</li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>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</b></li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 電子カルテ(i-MEDIC)内相談記録に入力</li> <li>■ 1回/週 入所判定会にて情報共有</li> </ul>         |
| 入所時       | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 本人／家族</li> <li>■ 看護職、介護職</li> </ul>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 本人の生活歴</li> <li>■ 看取り期の意向</li> <li>■ 緊急時の意向 / 等</li> </ul>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>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</b></li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>✓ <b>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</b></li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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)</li> </ul>                      |
| 入所後<br>日常 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 本人／家族</li> <li>■ 看護職</li> <li>■ リハビリ職、介護職等</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 看取り期の意向</li> <li>■ 緊急時の意向 / 等</li> </ul>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>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</b></li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ACPに関する書式「私が望む医療・ケア」</li> <li>■ 内容を修正する際には、再度本人の手によって書き直す。</li> </ul> |
| 状態変化時     | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 本人／家族</li> <li>■ 看護職</li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 医療・ケアの意向</li> <li>■ 看取り期の意向</li> <li>■ 今後の対応に関する意向 / 等</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>利用者の状態の変化に応じて、改めて対応方針を確認</b></li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ACPに関する書式「私が望む医療・ケア」</li> </ul>                                       |
| 看取り期      | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 本人／家族</li> <li>■ 看護師</li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 医療・ケアの意向</li> <li>■ 看取り期の意向 / 等</li> </ul>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>ACPの書式をもとに、看取りの意向を最終確認</b></li> <li>■ 家族は、ACPの書式をもとに看取りの同意書を作成。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 看取りの同意書(家族を対象とする書式)</li> </ul>  |

## 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     |
|            | 今後を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



介護老人保健施設におけるACP取組事例集  
令和8年3月発行  
発行者 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>