令和元年度 老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業

高齢者住まいにおけるACPの推進に関する調査研究事業

報告書

令和2年3月

株式会社 日本総合研究所

目　次

第 1 章　本調査研究の概要 1
1.　本調査研究の背景と目的 1
2.　本調査研究の概要・実施内容 2
（1）　検討委員会およびワーキンググループの実施 3
（2）　ヒアリング調査 4
（3）　アンケート調査 4
（4）　研修実施 5
（5）　手引き作成 5
第 2 章　各種調査結果 6
1.　ヒアリング調査 6
（1）　ヒアリング調査の概要 6
（2）　ヒアリング調査結果と示唆 7
2.　職員向けアンケート調査 13
（1）　職員向けアンケート調査の概要 13
（2）　職員向けアンケート調査結果と示唆（サマリー） 13
（3）　職員向けアンケート結果（データ編） 15
3.　施設長・ホーム長向けアンケート調査 52
（1）　施設長・ホーム長向けアンケート調査の概要 52
（2）　施設長・ホーム長向けアンケート調査結果と示唆（サマリー） 52
（3）　施設長・ホーム長向けアンケート結果（データ編） 54
4.　職員向けアンケートと施設長・ホーム長向けアンケート調査の比較 91
（1）　職員向けアンケートと施設長・ホーム長向けアンケート調査の比較と示唆（サマリー） 91
（2）　職員向けアンケートと施設長・ホーム長向けアンケート調査の比較（データ編） 92
5.　各種調査から得られる示唆のまとめ 100
第 3 章　ACP 推進のための研修実施 101
1.　研修の実施概要 101
（1）　研修プログラムの概要 101
（2）　研修実施日程 101
（3）　研修アンケートの実施 102
2.　研修実施の効果把握 103
（1）　研修アンケート結果（サマリー） 103
（2）　研修アンケート結果（データ編） 106
第 4 章　ACP 推進のための手引き 126
1.　手引き作成の意図・目的 126
2.　手引きの利用場面・利用方法 126
第 5 章　本調査研究のまとめと今後の課題 127
1.　調査結果および研修実施を踏まえた現状の課題 127

2.　課題に対する今後の取組みについての示唆 128
別添資料 1　職員向けアンケート調査票 129
別添資料 2　施設長・ホーム長向けアンケート調査票 137
別添資料 3　研修資料 145
別添資料 4　研修アンケート用紙 161
別添資料 5　手引き 163

第1章　本調査研究の概要

1.　本調査研究の背景と目的

本格的な多死社会を迎えつつあるわが国であるが、「最期は自宅で」と考える国民が多い[i]一方で、他の国と比べて「病院で最期を迎える割合」が他の国と比較して高いことがしばしば指摘される。

国民一人ひとりの幸福な最期（Quality of Death&Dying）という観点から「ご自宅」や「介護施設」、「高齢者住まい」が、本人や家族が望む際に、「最期を迎えられる場所」としての選択肢となることが重要である。

他方、「住み慣れた地域で自分らしく最期まで暮らす」ための地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みが各地で進んでいる。それを受けて、平成 30 年には、「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」が改定された。ここでは、在宅や施設での療養・看取りの需要の拡大を踏まえつつ、近年、諸外国で普及しつつある ACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス）の概念が盛り込まれている。今後は、「終の棲家」としての役割の一部を担うことが期待される高齢者住まいにおいても、ACP を推進することが求められる。

現時点では、高齢者住まいにおける「看取り」は一般的とはいえない。高齢者住まいにおける看取り率（死亡や入院による退去数を分母として、当該住まいでの看取りを分子とした数）は介護付き有料老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅で概ね 20～30％で推移している[ii]。

背景には、ACP を「当たり前のケアの一部」として組み込めていない事業者が少なくない、ということが推察される。その要因の一つは、「高齢者住まいにおける ACP 推進に関するノウハウ」が体系的に整理されていないことにあると考えられる。特別養護老人ホームや老人保健施設では「看取り」に関するハンドブックやガイドブックが存在するのに対して、高齢者住まいではそういった手引きの類が存在しない。

また、過去の各種の調査研究においては、高齢者住まいにおける看取り率や、「看取りを受け入れられないことがある理由」についての調査はされているものの、「高齢者住まいでのケアの一部として、ACP を実践し、本人・家族が望む際に看取りの場所となる」ためにどのような課題があるかを総合的且つ踏み込んで調査・分析を行った研究はなされていない。

そこで、本調査研究では、高齢者住まいにおける ACP 推進に関する課題を明らかにした上で、その課題解決の手法・ノウハウを体系化して、研修・教育プログラムとして複数の高齢者住まいで試行するとともに、実際の運営事業者にも読みやすい形で「手引き」としてまとめることを企図した。それにより、高齢者住まいにおいて ACP の取組みが広がり、国民一人ひとりが「幸福な最期」を迎える場所や「最期の迎え方」について、納得して選び取るための選択肢が豊かになることにつながると考えられる。

---

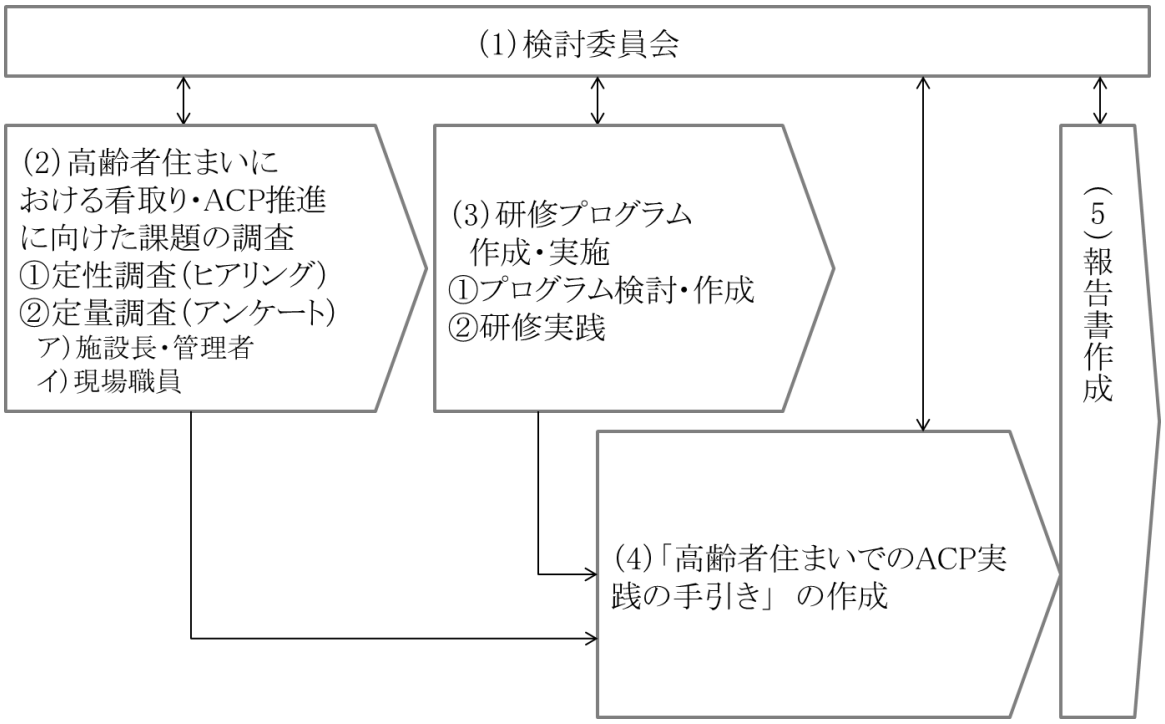
[i] 平成 24 年度「高齢者の健康に関する意識調査」によれば、最期を迎えたい場所として「自宅」が 54.6％で第 1 位、次いで「病院などの医療施設」が 27.7%となっている。

[ii] 平成 30 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分）「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究」（PwC コンサルティング合同会社）

2.　本調査研究の概要・実施内容

前述の背景・目的を踏まえ、本調査研究は以下の内容にて検討・整理を進めた。

図表 1 本調査研究の進め方



(1) 検討委員会およびワーキンググループの実施

本調査研究を進めるにあたり、各種検討等を円滑かつ効果的なものとするために、高齢者住まいや在宅、病院等における看取り・ACP に関する有識者、実務者等で構成した検討委員会を設置し、各種検討を実施した。検討委員会は全 3 回の実施とした。

また、高齢者住まいにおける看取り・ACP 推進のための研修プログラムの開発・検討を目的として、検討委員会と同一メンバーにて、ワーキンググループを実施した。

図表 2 検討委員会での実施・検討内容

回	実施日	実施・検討事項
第 1 回	令和元年 9 月 2 日(月)	✧ ヒアリング調査の進捗の共有 ✧ 本事業アウトプットの用件及び留意点の検討 ✧ アンケート調査内容の検討
第 2 回	令和元年 11 月 8 日(金)	✧ 職員向けアンケート結果の共有 ✧ 研修プログラムの検討 ✧ 手引き(仮)およびツール作成の方向性の検討
第 3 回	令和 2 年 3 月 5 日(木)	✧ 研修アンケート結果の共有 ✧ 施設長向けアンケート結果の共有 ✧ 手引き(仮)およびツールの内容の検討

図表 3 ワーキンググループでの実施・検討内容

回	実施日	実施・検討事項
第 1 回	令和元年 10 月 8 日(火)	✧ 研修プログラム(VR コンテンツのシナリオ、ワーク、レクチャー等)の内容の検討
第 2 回	令和元年 10 月 21 日(月)	✧ 研修プログラム(VR コンテンツのシナリオ、ワーク、レクチャー等)の内容の確認

図表 4 検討委員会委員（※）（50 音順・敬称略）

氏名	所属先・役職名
◎宇都宮　宏子	在宅ケア移行支援研究所宇都宮宏子オフィス　代表
下河原　忠道	株式会社シルバーウッド　代表取締役
富岡　斉実	医療法人社団クリタ会　聖カタリナ病院　看護師
永井　康徳	医療法人ゆうの森理事長　たんぽぽクリニック
長田　洋	高齢者住まい事業者団体連合会　幹事/事務局長
中本　恭太郎	メディカル・ケア・サービス株式会社　認知症戦略室室長
柳澤　優子	一般社団法人 Life&Com　代表理事
山川　みやえ	大阪大学医学系研究科保健学専攻　准教授 公益財団法人浅香山病院　臨床研修特任部長

◎印：委員長

※ワーキンググループについても同一メンバーで実施した。

（オブザーバー）

厚生労働省老健局高齢者支援課

国道交通省住宅局安心居住推進課

（2）ヒアリング調査

アンケート調査の設計に先立ち、ACP・看取りについての現場レベルでの課題認識の定性的な把握を目的として、介護付き有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、グループホームの 3 類型について、各 2 施設、計 6 施設を対象にヒアリング調査を実施した。

（3）アンケート調査

ヒアリング調査を踏まえ、ACP・看取りについての現場レベルでの課題認識の定量的な把握を目的として、介護付き有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、グループホームの 3 類型に対して、アンケート調査を実施した。ホーム長・施設長レベルでの課題認識と、現場スタッフレベルでのそれとの間

に一定のギャップがあると推測されたため、両者に対してそれぞれアンケート調査を実施した。

（4）研修実施

ヒアリング調査結果及びアンケート調査結果を踏まえ、高齢者住まいにおける ACP・看取りの課題を乗り越えるための研修プログラムを作成し、全 4 回の日程で「高齢者住まい ACP 研修」を実施した。

また、研修効果を把握するため、主に、研修前後の意識変化や ACP 実践に向けてのイメージ形成の観点から、アンケートの分析を行った。

（5）手引き作成

上記研修にて実施した研修プログラムの内容について、今後、高齢者住まい関係者に周知することを目的として、研修プログラムの骨子・エッセンスを冊子の形で整理した「高齢者住まいでの ACP 実践の手引き」を作成した。

第2章　各種調査結果

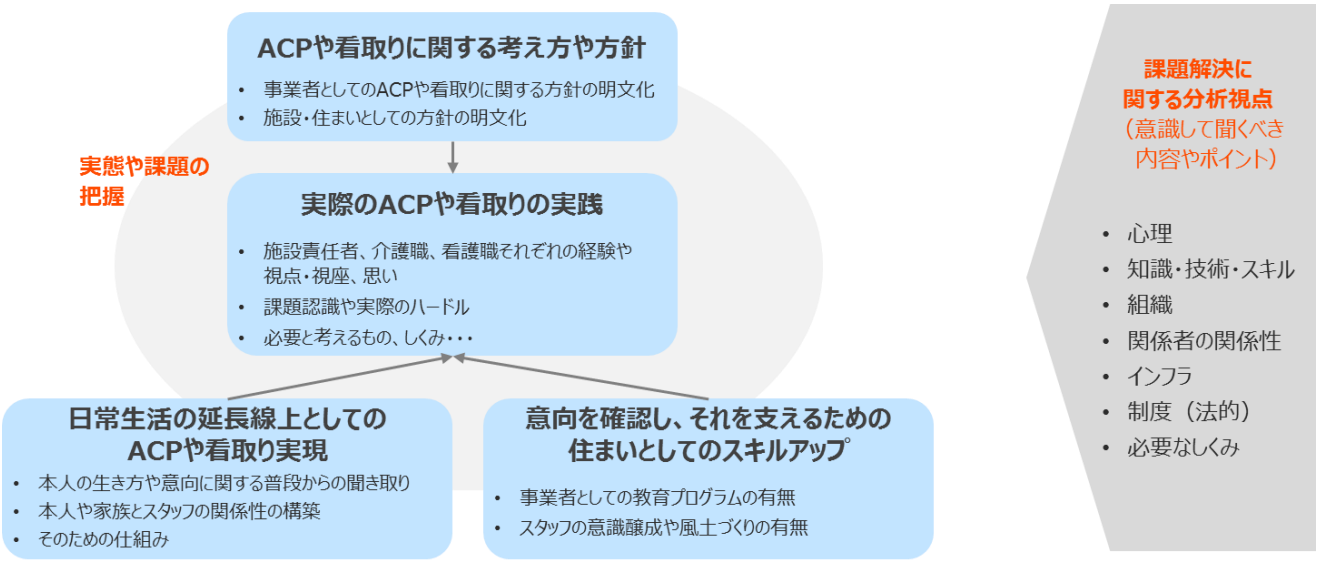
1.　ヒアリング調査

(1) ヒアリング調査の概要

【目的・全体像】

有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、グループホーム等の高齢者住まいが、入居者の人生の最終段階に関する生き方や意向を尊重し、ACP や看取りを推進していくために何が必要で、どのような点が課題となっているかを、現場の声から聞き届けることを目的とした。住まいおよび関係者の多様性に鑑み、多業態(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、グループホーム)および、多職種(施設責任者、介護、看護等)からの聞き取りを実施した。

図表 5 ヒアリング調査の全体像



【実施先】

介護付き有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、グループホームの 3 類型について、各 2 施設、計 6 施設を対象に実施した。実施対象先は以下のとおり。

図表 6 ヒアリング調査実施先一覧

No.	類型	事業所	実施日
1	介護付き有料老人ホーム	高齢者住まい A	令和元年 8 月 2 日
2		高齢者住まい B	令和元年 8 月 22 日
3	サービス付き高齢者向け住宅	高齢者住まい C	令和元年 8 月 19 日
4		高齢者住まい D	令和元年 9 月 27 日
5	グループホーム	高齢者住まい E	令和元年 9 月 11 日
6		高齢者住まい F	令和元年 9 月 11 日

(2) ヒアリング調査結果と示唆

ヒアリング内容から、高齢者住まいにおける ACP・看取りを推進していくための課題については、1)認知、2)価値観の共有、3)マニュアル・指針、4)教育・研修、5)職場環境・組織づくり、6)本人のニーズを聞く機会・話し合い、7)家族とのかかわり、8)医師・病院とのかかわり、9)医療行為とケアに分類できることが明らかになった。

上記の各カテゴリにおいて聞かれた主な意見について、以下に掲載する。

なお、文末のカッコ書きは、ホ:ホーム長、介:介護職、看:看護職、ケ:ケアマネジャー、生:生活相談員、本:本部同席スタッフの略称である。

1)認知

- 今回検索して初めて「ACP」という言葉を知った。「人生会議」についても同様(介)
- ACP を曲解している人が結構いる。DNAR と混同しているケースもある(本)

2)価値観の共有

- ケアが単純作業でなく、命ある方たちのお手伝いであるという認識・価値観を共有したい(ホ)
- ターミナルというとまだまだオープンな話になりにくい部分もあるが、本人、家族、スタッフ、医師も積極的にかかわりをもっていくべき(ホ)
- お看取りまでして、「最期に立ち会えてよかった」と思える組織づくりをしたい。看取りこそケアの集大成と考えている(ホ)
- お看取りの体制になると、普段と体制が変わる(お看取りの方へのケア・入室が増えるなど)ことにより、スタッフの間に混乱が起こる(ホ)
- スタッフの経験も、それ以前に働いていた住まいも違う中で、考え方の統一感を作っていくのは難しい(介)
- 医療が優先となる病院とは違って、高齢者住まいでは、できるだけ本人の希望に沿いたいという思いがある(看)
- ACP や看取りだけを切り出して考えるのは無理がある。他のケアも良く出来ていてその延長線上に ACP や看取りもあるという考えが重要である(ホ)
- 多職種で視点や考え方の違いがあることを認識してもらう。その上で本音の議論を行うことが重要である(ホ)
- 言いたいことは裏ではなく話し合いの場でぶつけあって共有することが重要である(ホ、介)

3)マニュアル・指針

- 社内の手続き上のマニュアル、特養のガイドラインなどを使って、各ホームで研修するように指導はしているが、エリアによって実施内容は大きく違う(本)
- 介護職としてどういう風に接したらいいのか、気をつけるところはどこか等の指針がほしい(介)
- 看取りに関する研修はある(タブレットでの e ラーニング)。ここでは、看取りが近付いたときに、

「今後どういう状態が訪れて、その状態になったときにどこに連絡したらいいか」について、住まい独自で 1 枚のシートにまとめている。こういうものがあればスタッフがあわてないですむ（ホ）

- 既往歴など救急隊員や医療機関に見せるだけで済むものは整備している。更新は手間になるが、夜勤時の安心感につながる（ホ、生）

4)教育・研修

- 住まい横断で成功事例発表・勉強会があるが、看取りをテーマとしてあがってくることが少ない。それだけセンシティブなテーマかもしれない（本）
- 介護職の入り口として、新卒や学生さんたちに看取りについて話す機会があったほうがよい（ホ）
- 本人の思いを引き出すのは身内でも難しい。そのためのプロフェッショナルが育たないといけない（ホ）
- 介護職は向上心が旺盛なので、知識的に理解をしながらケアをしたいと思っているはず（ホ）
- 若手スタッフは死を遠くに感じている（介）
- 死に向き合う中で学んでいく、決してタブー視しないという意識が必要である（ホ）

＜以下、教育プログラムや「手引き」の内容として期待するもの＞

- どの段階が本当に看取りなのか、介護士としては、どういう風に接したらいいのかという作法、最低限の指針というものがほしい。書籍や公開情報では、看護師向けの情報が主になっていて、介護職向けがない（介）
- 看取り期の状態変化、予後予測がイメージできるものがほしい。それがあれば現場の安心感にもつながり、慌てないで済む（ホ）
- 立場別（管理者、ケアマネ、ヘルパーなど）の視点、また情報の発信側だけでなく聞き取り側（報告を受けた看護師など）の視点もあるとよい（ホ）
- 住まい（在宅）と病院でできることの違いが分かり、本人・家族・介護職員にとっても話し合い・判断の材料となる情報があるとよい。「選択」するにはそのための知識・情報が必要であるため（ケ）
- 教育プログラムや「手引き」の内容として、高齢者の代表的な病態・疾患と対応方法（脳梗塞、肺炎、SpO2・チアノーゼなど）、VS（バイタルサイン）と対応方法、オンコールの手順などがあるとよい。また、看取り未経験のスタッフにとってはエンゼルケアの流れを実習できるとよい（介・生）
- 補食など、本人の意向とは違う形で、介護職が使命感でやってしまうことがある。本人に苦しい思いをさせない方法を知っておくことが重要である（ホ）
- 最期の迎え方に正解はなく、人それぞれである。最期まで医療に依存するケース、医療は全く入れずにケアだけで最期を迎えるケース、1 日 1 分の寿命を優先するケース等、実例に基づき、その場にいるみんなで考える、そういう場が大事だと思う。命についてしっかり考えることが重要である（ホ）
- 家族や本人に対して、いつどのタイミングでどういう話を聞けばよいか等についての実践的なスキルを学びたい（ケ）

5)職場環境・組織づくり

- 特に若いスタッフにとっては、職場内で話せる雰囲気、スタッフ間で協力し合える、フォローし合える絆があると感じられる職場環境をつくることが必要である（介）
- 看取りの後は振り返りミーティングを行うとよい。職員のメンタルに関するフォローに加えて、「大変だった」というスタッフをむしろ話の中に巻き込むことで、次のケアに活かされていく（ホ）
- 定期的なカンファレンスに加えて、普段からちょっとしたことでも集まって疑問をぶつけあう、話し合うことは看取りに限らず意識して行うことが必要である（ホ）
- 本人の意思を引き出すためにも、スタッフ間での緻密な情報共有は重要である（ホ）
- 看取りの経験が少ない職員は、夜勤時など「自分の責任で亡くなってしまうのではないか」という強い不安がある（介）
- フォローし合える環境・チーム作りが重要である。フォローの有無は離職率にも影響する（ホ）
- 何か問題が生じたときに介護職から正直に報告してもらいたいので絶対に責めないことにしている（看）

6)本人のニーズを聞く機会・話し合い

- 契約時・入居時のタイミングでは、「まだ先のこと・・・」と考えている利用者も多い（ホ、介）
- 終の棲家として選んで住まわれているので、「死についてタブー視せずに話したい」と思っている人もいると思う。元気なときに聞けていることが、実際に終末期に直面したときにも変わらないか、という問題はあると思う。しかし、死についての話し合い自体をタブーにしてしまうと、本人は意思を表明する機会もないまま、終末期を迎えることになる（介）
- 一つの現実として、最期というときはご家族が集まる時間である。そこで、認知症の方に意思を確認する場合は、「みんなが集まるとしたら、どうしたいか」という聞き方もあると思う（介）
- 著名人の逝去時に、テレビなどの放映を見ていて「あなたならどうしたい？」ということを自然に聞けているスタッフもいる（本）
- 看取りについて考える際、「最期の瞬間をどう過ごすか」と捉えがちだが、実際はそうではなく、最期の瞬間までどのように自分らしく暮らしていただけるかが重要である。以前は、「最期の瞬間をどうしたいですか？」というような、ストレートに「看取り」や「最期」といった言葉を前面に出して、失敗した経験がある。そのような言葉をあえて出さず、食べたいものなどを自然に聞くこと等によりニーズを汲み取ることが重要である（ホ）
- 医師が本人にガンを告知していないケースも多く、その場合は主に家族とのやり取りになる難しさもある（ホ）
- （ご本人が）自分で選択できること、悩んだり、考えたり、誰かに相談できたり、人と繋がっていることが、何よりも大事である。介護職、ケアマネ、ホーム長、その時々に最適な人が話をしに行く。入居者にはその心遣いを見せないが、その裏では職員の間で綿密に話し合うことが重要である（ホ）

- 80 代・90 代は死を身近に感じている人が多い印象なので、聞いてみると、それほど抵抗なく、思いや意向を話してくれる。むしろ家族の方が、（死について）「そんな話題は出さないで」という人が少なくない（ケ）
- 元気なうちの方が死については聞きやすく、状態が悪くなってからの方が死についての話をするタイミングが難しい（ケ）
- 入居時の医療ニーズ確認の際に「死ぬためにここに来たわけじゃない。」と言われることがある。入居後、その人との関係性を踏まえて、ニーズを確認するようにしている（看）
- 背景（これまでどんな人生を過ごされてきたか）を探るような話し方を意識することが重要である（介）

7)家族とのかかわり

- 本人の「肉声」を大切にしたい。ケアを通して、「ここ最近についてはこういうことを好まれていた」ということを家族などに伝えて、一緒に判断を作っていけたらよいと思う（介）
- 本人と家族の望みが違うところで進んでいるケースがある。医師が意思決定を主導するケースでは、医師の意見が途中で家族の要望にすりかえられることもある（ホ）
- 医師面談の場で、家族に決断をしてもらう。住まいとしてできること、できないことをきちんと伝え、「施設に言われたからこうした」とならないようにすることが重要である（ホ）
- 兄弟の中でも意見が異なるケースがある。関係者間の考え方の違いを受け入れられる価値観も重要である（ホ）
- 家族が意思決定できる在宅と違い、我々の立場では「判断」はできないので、都度家族の意向を確認しておくことが重要である。頻回に面会に来られない家族の場合、話し合いのタイミングが難しい（ケ）
- 本人のことを案じた家族が病院を希望するケースが多い。病院でないと看取りは難しいと思っている人も多い（ケ）
- 入居相談時や面会時に、本人と一番身近に接している介護職から説明をしてもらう。普段から介護職を窓口にすることで、「住まいでも看取りを任せられる」という家族の安心感につながる（ホ）
- 本人の希望に反して、家族の意向で延命治療を行うこともあるが、どこまで本人の思いを伝えてよいか分からず、もどかしさを感じる（介、生）
- 本人が元気な時から本人・家族の意思のすり合わせを促すことも重要である（介）
- 家族には頻繁に電話連絡するようにしている。看取り期に入ってからコミュニケーションを取るのでは遅い。報告内容は些細なことでよいので、家族と普段からコミュニケーションをとり信頼関係を構築することが重要である。事故・往診結果などを報告する際に、雑談を交えてコミュニケーションをとることも有効である（ホ、看）
- 事前に方針を決めていても、急変時に苦しむ姿を見て、家族が救急搬送を希望するケースは多い。焦った家族から職員に「どうしたらいい？」と相談され、戸惑うケースもある（ホ、看）

8)医師・病院とのかかわり

- 医師が主導権を握るケースが多い。積極的に本人のニーズを早い段階で確認してくれる場合もあれば、長く医療行為に依存するケースも出てくる。医師によっても意識は大きく違う（本）
- 医師の関わり方・考え方次第で、住まいで看取りを行えるかが決まる。医師がこの住まいを「ご本人が住んでいる場所」「慣れ親しんだ住まい」と思ってくれるかが大きな差を生む（ホ、ケ）
- 本人の最期に関する意向について医師と事前にコミュニケーションをとっていれば、救急搬送やそれにまつわる大事を防げる可能性はある（ホ）
- 施設で看取りをするためには、看護師の 24 時間オンコール対応と医師の協力は大前提である（介）
- 病院側の医師の中には、患者・家族が「施設に戻りたい」と希望されても「施設で何が出来るのだろうか」、「看取りができるのだろうか」と不安を抱く方もいるが、施設の実態を理解すると納得してもらえることもある（介）
- 薬の種類・量など常に問題意識をもつことが重要で、エビデンスをもって話し合えば医師の方針が改まることもある（介、生）

9)医療行為とケア

- 「点滴」は、家族にとって、「それくらいならやってほしい」というものであって、希望されるケースが多い。心臓マッサージや胃ろうを望まれる人が少ないのと対照的である。ここは病院でなく「家」だということを伝えるのが難しい（看）
- 住まいに看護師や往診医がいる場合には、ご家族の求めるレベルが上がる（看）
- 「点滴くらいは」の点滴が「永続的な点滴になる」ということを理解していない方が多い。期間を決めずに点滴を開始してしまうと、亡くなる直前まで点滴をすることになり、本人の苦しい時間が長くなるということを伝えたい（ホ）
- 医学的な知識がないためか「点滴くらいは」と考えるケアスタッフもいる（看）
- ケアのスタッフが中心となって、本人の思いを確認したり、家族とコミュニケーションしてもらい、医療が関係する話になれば積極的に相談をしてほしい。医療が前面に出てくると、その人の生活を崩してしまう懸念があり、できるだけ生活を知っているケアスタッフを中心に看取りを進めるのがよい（看）
- 医療介護業界の伝統的な課題として、介護と看護のスタッフの関係性の問題がある。両者の関係性がうまくいけばよい組織になるが、上下関係等が出来ると情報共有が進まず、うまくいかないケースも多い（本）
- 医療と介護のできること・できないことを、お互いに知っておきたいし、知っておいてもらいたい（ケ）
- お看取りのプロセスで欠かせないのが医療。医療でできることを知り、医師に予後予測を立ててもらうことで、家族と話し合いができ、今後について決められるようになる（ケ）

- 家族に対して、看取り期の状態変化や医療処置の効果を分かりやすく説明できるものがほしい（ケ）
- 本人の意向が「病院に行かない」であっても、家族が本人の苦しそうな状況を見ると「このままでいいのか」というジレンマが生まれ、在宅での看取りが難しくなる（ケ）
- ターミナル期においては徐々に状態が悪くなる。そのような状況では「あれ、普段と何か違う。」という気づきが重要になる（看）

2. 職員向けアンケート調査

（1）職員向けアンケート調査の概要

高齢者住まいにおけるACPや看取りの実施状況とACPや看取りを推進する上での課題を把握するために、高齢者住まいの職員に対してアンケート調査を実施した。

・対象施設：①介護付き有料老人ホーム ②住宅型有料老人ホーム/サービス付き高齢者向け住宅 ③グループホーム ・対象数/方法：上記①、②、③の職員各 200 名、計 600 名に WEB アンケートを実施

（2）職員向けアンケート調査結果と示唆（サマリー）

分析結果の示唆のサマリーは以下のとおり。

1) ACP、人生会議の認知度

- 「ACP」の用語の認知度は、「聞いたことがある」方も含めると 5 割を超えている(54.1%)が「意味・内容まで知っている方」は 2 割程度(21.7%)に留まっており、内容を含めたさらなる啓発が求められる。

2) 看取りの経験

- 入居者の看取りへの関わりについては、「入居者の看取りに中心的な役割で関わった経験がある（お看取りした入居者は 2 人以上）」（38.0%）の割合が最も高かった。また、「看取りに関わったことがない」の割合は 22.2%であった。

3) 看取り・ACP についての考え方

- 中心的に看取りに関わる人数が増えるにつれて、看取りを行うこと自体には積極的な考え方になっていくが、看取りに対する恐怖心や不安は大幅に軽減されるものではない。

4) 話し合い、振り返りの機会

- 話し合い、振り返りの機会としては、「看取りの可能性が高い入居者については多職種が参加するケースカンファレンスを開く」割合が最も高く(44.7%)、「看取りや ACP（人生会議）に関する委員会で話し合う」（23.8%）や「看取りを終えた後に、振り返りミーティング・カンファレンスを開く」(24.3%)の割合は低い。

5) 本人・家族等の考えについて確認し、関係者で合意するために重要なこと

- 合意形成のための重要な要素としては、「家族との密なコミュニケーション」（59.9%）、「本人との普段からの会話・コミュニケーション」（58.3%）、「入居時における意思確認」（54.0%）が上位に挙げられる。
- 合意形成の課題としては、「入居時には、最期についての話題を出すことにためらいがある」

(39.3%)、「普段からの会話の中で、自然に最期について話題にすることが難しい」(37.7%)、「忙しく、本人とゆっくり話し合う時間が持てない」(33.3%)が上位に挙げられる。

6) 本人・家族等が納得できる看取りにするために重要なこと

- 看取りのための重要な要素としては、「家族等とのコミュニケーション」(63.4%)、「医療機関・医師との協力関係密なコミュニケーション」(59.2%)、「看護職(外部含む)と介護職との連携、密なコミュニケーション」(58.1%)が上位に挙げられる
- 看取りの課題としては、「夜勤時に介護職 1 人で対応するのは不安である」(39.2%)、「何かあったときにすぐに連絡が取れない」(31.6%)、「困ったとき・悩んだときに相談がしにくい」(30.7%)が上位に挙げられる。

7) 研修や教育プログラムについて

- 研修の実施状況については、「勤務先のホーム・住まいで自発的に行っている研修・教育プログラムがある(研修・教育を実施したことがある)」(36.2%)の割合が最も高い。

8) 自身が知りたいこと、学びたいこと

- 全体では、「人が亡くなるまでの一般的なプロセス、看取り段階の心身の変化・経過」(39.6%)、「看取りの段階における身体的なケア(緩和ケア、口腔ケアなど)の留意点」(39.6%)、「看取りの段階における日々の観察のポイント(VS、体重、尿量など)」(33.7%)、「良い看取りのために介護職に求められる役割」(35.6%)の割合が高い。

9) 入居者の方々や家族等に事前に知っておいてほしいこと

- 全体では、「看取り段階における心身の変化・経過」(48.1%)、「看取りの段階における代表的な医療処置の目的・効果・デメリット」(52.8%)、「高齢者向けの住まい・ホームでできるケア・医療処置」(56.6%)の割合が高い。

(3) 職員向けアンケート結果(データ編)

職員向けアンケート結果を以下に示す。

1) 勤務している住まい・ホームの規模(入居定員)

- 介護付き有料では「50～59 名」(17.5%)が、住宅型有料/サ高住では「10～19 名」(16.0%)の割合が最も高かった。グループホームは住まいの特性上「1～19 名」が 62.6%を占めた。

図表 7 勤務している住まい・ホームの規模(入居定員)

	1～9名	10～19名	20～29名	30～39名	40～49名	50～59名	60～69名	70～79名	80～89名	90～99名	100名以上
全体 (N=618)	13.8%	20.7%	12.0%	9.7%	7.9%	12.5%	5.7%	4.4%	2.8%	1.9%	8.7%
介護付き有料 (N=206)	8.3%	6.3%	10.2%	10.2%	10.7%	17.5%	9.7%	7.8%	4.9%	3.4%	11.2%
住宅型有料/サ高住 (N=206)	10.2%	16.0%	12.6%	11.7%	11.7%	13.1%	6.3%	4.4%	2.9%	0.5%	10.7%
グループホーム (N=206)	22.8%	39.8%	13.1%	7.3%	1.5%	6.8%	1.0%	1.0%	0.5%	1.9%	4.4%

2) 勤務している住まい・ホームの開設からの経過年数

- 介護付き有料、住宅型有料/サ高住では「5 年～9 年」、「10 年～14 年」が比較的多く、合計で約 6 割程度を占めた。(介護付き有料 60.7%、住宅型有料/サ高住 57.3%)
- グループホームでは「5 年～9 年」、「10 年～14 年」の他、「15 年～19 年」も比較的多かった。

図表 8 勤務している住まい・ホームの開設からの経過年数

	1年未満	1～4年	5～9年	10～14年	15～19年	20年以上
全体 (N=618)	3.9%	14.4%	30.9%	26.1%	13.3%	11.5%
介護付き有料 (N=206)	2.9%	13.6%	30.1%	30.6%	10.2%	12.6%
住宅型有料/サ高住 (N=206)	4.9%	17.0%	35.4%	21.8%	9.7%	11.2%
グループホーム (N=206)	3.9%	12.6%	27.2%	25.7%	19.9%	10.7%

3) 勤務している組織・法人全体が有する高齢者の住まい・ホーム数

- 介護付き有料、グループホームは「2～4 件」の割合が最も高かった。(介護付き有料 28.6%、グループホーム 30.6%)
- 住宅型有料/サ高住では「2～4 件」、「5～9 件」の割合が高い傾向であった。(それぞれ 23.3%、24.3%)なお、いずれの高齢者住まいでも「1 件(勤務先のみ)」が一定の割合存在した。(13.1～19.4%)

図表 9 勤務している組織・法人全体が有する高齢者の住まい・ホーム数

	1件 (勤務先のみ)	2～4件	5～9件	10～49件	50～99件	100件以上
全体 (N-618)	17.0%	27.5%	22.8%	19.9%	5.5%	7.3%
介護付き有料 (N-206)	13.1%	28.6%	22.3%	21.8%	7.3%	6.8%
住宅型有料/サ高住 (N-206)	19.4%	23.3%	24.3%	19.9%	5.3%	7.8%
グループホーム (N-206)	18.4%	30.6%	21.8%	18.0%	3.9%	7.3%

4) 現在の職種として働いた経験年数

- いずれの高齢者住まいも「1～4 年」、「5～9 年」の割合が高い傾向にあった。(3 割程度)

図表 10 現在の職種として働いた経験年数

	1年未満	1～4年	5～9年	10～14年	15～19年	20年以上
全体 (N-618)	9.7%	27.8%	32.8%	18.0%	7.3%	4.4%
介護付き有料 (N-206)	12.6%	25.2%	35.0%	17.0%	5.3%	4.9%
住宅型有料/サ高住 (N-206)	7.3%	30.1%	32.5%	17.0%	9.2%	3.9%
グループホーム (N-206)	9.2%	28.2%	31.1%	19.9%	7.3%	4.4%

5) 勤務している住まい・ホームで働いた経験年数

- いずれの高齢者住まいも「1～4 年」の割合が最も高かった。(3～4 割程度)

図表 11 勤務している住まい・ホームで働いた経験年数

	1年未満	1～4年	5～9年	10～14年	15～19年	20年以上
全体 (N-618)	15.5%	39.6%	27.3%	10.8%	4.0%	2.6%
介護付き有料 (N-206)	16.0%	35.0%	31.1%	11.7%	2.9%	3.4%
住宅型有料/サ高住 (N-206)	13.6%	42.7%	25.2%	10.2%	5.3%	2.9%
グループホーム (N-206)	17.0%	41.3%	25.7%	10.7%	3.9%	1.5%

6) 用語認知

- [ACP(アドバンス・ケア・プランニング)]、[人生会議]については、全体的に「知らない」の割合が最も高かった。(ACP:46.0%、人生会議:51.6%)「意味・内容まで知っている割合」は約2割に留まる。
- 住まいタイプ別では、グループホームにおける「知らない」の割合が他の住まいに比べ高い。(ACP:51.0%、人生会議:64.1%)

図表 12 用語認知[ACP(アドバンス・ケア・プランニング)]

	意味・内容まで知っている	聞いたことがある	知らない
全体 (N=618)	21.7%	32.4%	46.0%
介護付き有料 (N=206)	28.6%	29.6%	41.7%
住宅型有料/サ高住 (N=206)	20.9%	34.0%	45.1%
グループホーム (N=206)	15.5%	33.5%	51.0%

図表 13 用語認知[人生会議]

	意味・内容まで知っている	聞いたことがある	知らない
全体 (N=618)	21.2%	27.2%	51.6%
介護付き有料 (N=206)	26.2%	29.6%	44.2%
住宅型有料/サ高住 (N=206)	23.3%	30.1%	46.6%
グループホーム (N=206)	14.1%	21.8%	64.1%

図表 14 用語認知[インフォームド・コンセント]

	意味・内容まで知っている	聞いたことがある	知らない
全体 (N=618)	53.7%	30.6%	15.7%
介護付き有料 (N=206)	62.6%	27.7%	9.7%
住宅型有料/サ高住 (N=206)	54.4%	28.2%	17.5%
グループホーム (N=206)	44.2%	35.9%	19.9%

図表 15 用語認知[DNAR]

	意味・内容まで知っている	聞いたことがある	知らない
全体 (N=618)	23.6%	25.9%	50.5%
介護付き有料 (N=206)	31.1%	26.7%	42.2%
住宅型有料/サ高住 (N=206)	24.8%	27.7%	47.6%
グループホーム (N=206)	15.0%	23.3%	61.7%

図表 16 用語認知[エンゼルケア]

	意味・内容まで知っている	聞いたことがある	知らない
全体 (N-618)	55.2%	27.0%	17.8%
介護付き有料 (N-206)	59.2%	27.2%	13.6%
住宅型有料/サ高住 (N-206)	54.9%	26.2%	18.9%
グループホーム (N-206)	51.5%	27.7%	20.9%

図表 17 用語認知[デスカンファレンス]

	意味・内容まで知っている	聞いたことがある	知らない
全体 (N-618)	39.2%	31.6%	29.3%
介護付き有料 (N-206)	43.7%	32.5%	23.8%
住宅型有料/サ高住 (N-206)	38.3%	32.5%	29.1%
グループホーム (N-206)	35.4%	29.6%	35.0%

図表 18 [クオリティ・オブ・ライフ(QOL)]

	意味・内容まで知っている	聞いたことがある	知らない
全体 (N-618)	65.5%	20.9%	13.6%
介護付き有料 (N-206)	72.3%	16.5%	11.2%
住宅型有料/サ高住 (N-206)	63.6%	24.3%	12.1%
グループホーム (N-206)	60.7%	21.8%	17.5%

7) 勤務している住まい・ホームで 1 年間に看取る方の人数

- 全体では「1～4 人」の割合が最も高かった。(58.7%)また、住まいタイプ別では、グループホームは他の住まいに比べて「いない」の割合が高い。(41.3%。他の住まいは 16.0～21.4%)

図表 19 勤務している住まい・ホームで 1 年間に看取る方の人数

	いない	1～4人	5人以上
全体 (N-618)	26.2%	58.7%	15.0%
介護付き有料 (N-206)	16.0%	61.2%	22.8%
住宅型有料/サ高住 (N-206)	21.4%	61.2%	17.5%
グループホーム (N-206)	41.3%	53.9%	4.9%

8) 病院以外での入居者の看取りにどの程度関わってきたか(プライベートは除く)

- 全体では「入居者の看取りに中心的な役割で関わった経験がある(お看取りした入居者は 2 人以上)」(38.0%)の割合が最も高かった。また、「看取りに関わったことがない」の割合は 22.2%であった。
- 住まいタイプ別では、グループホームでは、2人以上の看取り経験がある人の割合が最も少なく、「入居者の看取りに関わったことがない」割合も他の住まいに比べて高い。(28.2%。他の住まいは 17.5～20.9%)

図表 20 病院以外での入居者の看取りにどの程度関わってきたか(プライベートは除く)

	入居者の看取りに中心的な役割で関わった経験がある(お看取りした入居者は2人以上)	入居者の看取りに中心的な役割で関わった経験がある(お看取りした入居者は1人だけ)	中心的な役割とはいえないが、入居者の看取りに関わった経験がある	入居者の看取りに関わったことがない
全体 (N-618)	38.0%	13.3%	26.5%	22.2%
介護付き有料 (N-206)	48.1%	9.7%	21.4%	20.9%
住宅型有料/サ高住 (N-206)	42.7%	17.0%	22.8%	17.5%
グループホーム (N-206)	23.3%	13.1%	35.4%	28.2%

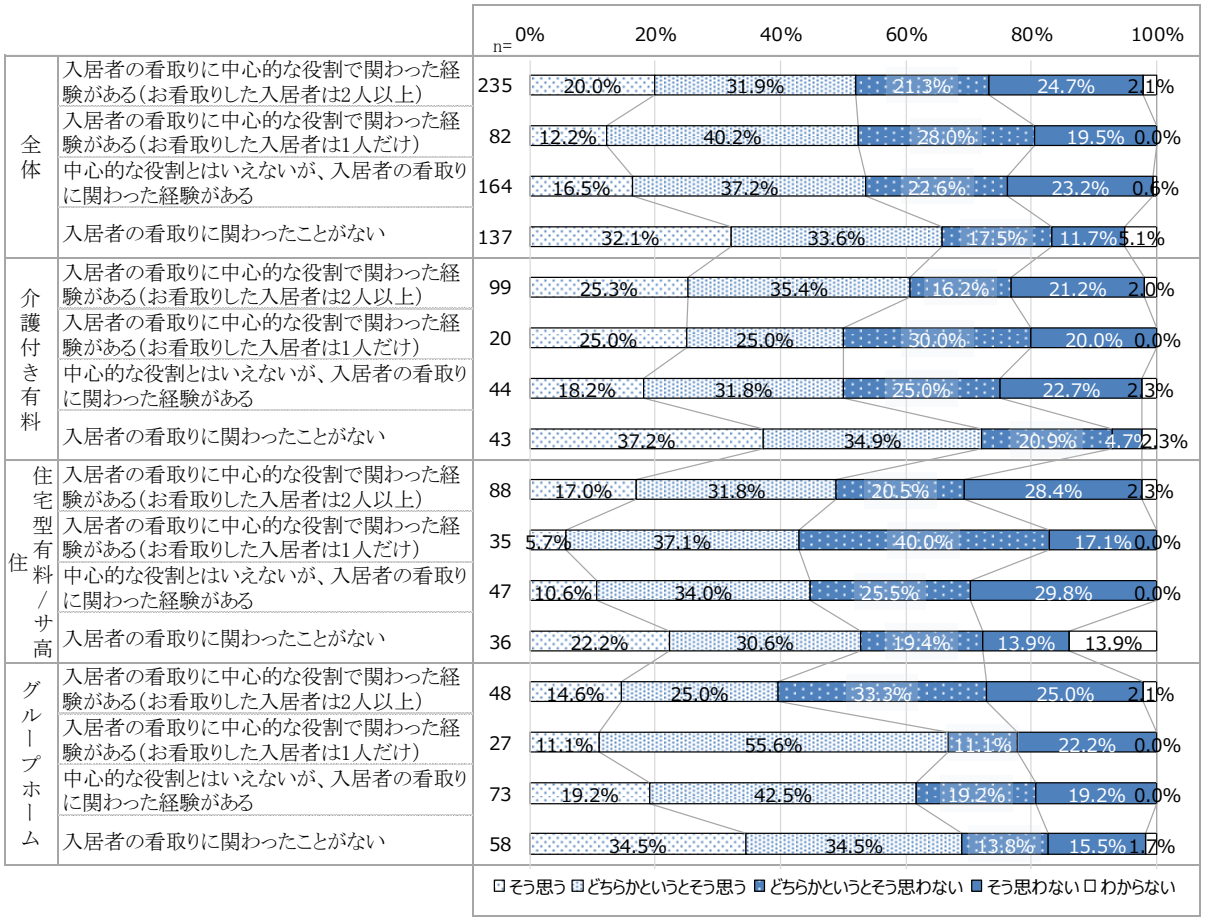
9) 職員の考えに近いもの

- 「看取りが怖い」について「そう思う」、「どちらかというとそう思う」の割合は住まいタイプ別では大きな差はないが、看取り経験との関係では、全体的に「看取りに関わったことがない」方はその割合が高い。(65.7%。他の方は 52～54%程度)

図表 21 看取りが怖い【住まいタイプ別】

	そう思う	どちらかというとそう思う	どちらかというとそう思わない	そう思わない	わからない
全体 (N=618)	20.7%	34.8%	21.7%	20.7%	2.1%
介護付き有料 (N=206)	26.2%	33.5%	20.4%	18.0%	1.9%
住宅型有料/サ高住 (N=206)	14.6%	33.0%	24.8%	24.3%	3.4%
グループホーム (N=206)	21.4%	37.9%	19.9%	19.9%	1.0%

図表 22 看取りが怖い×看取り経験

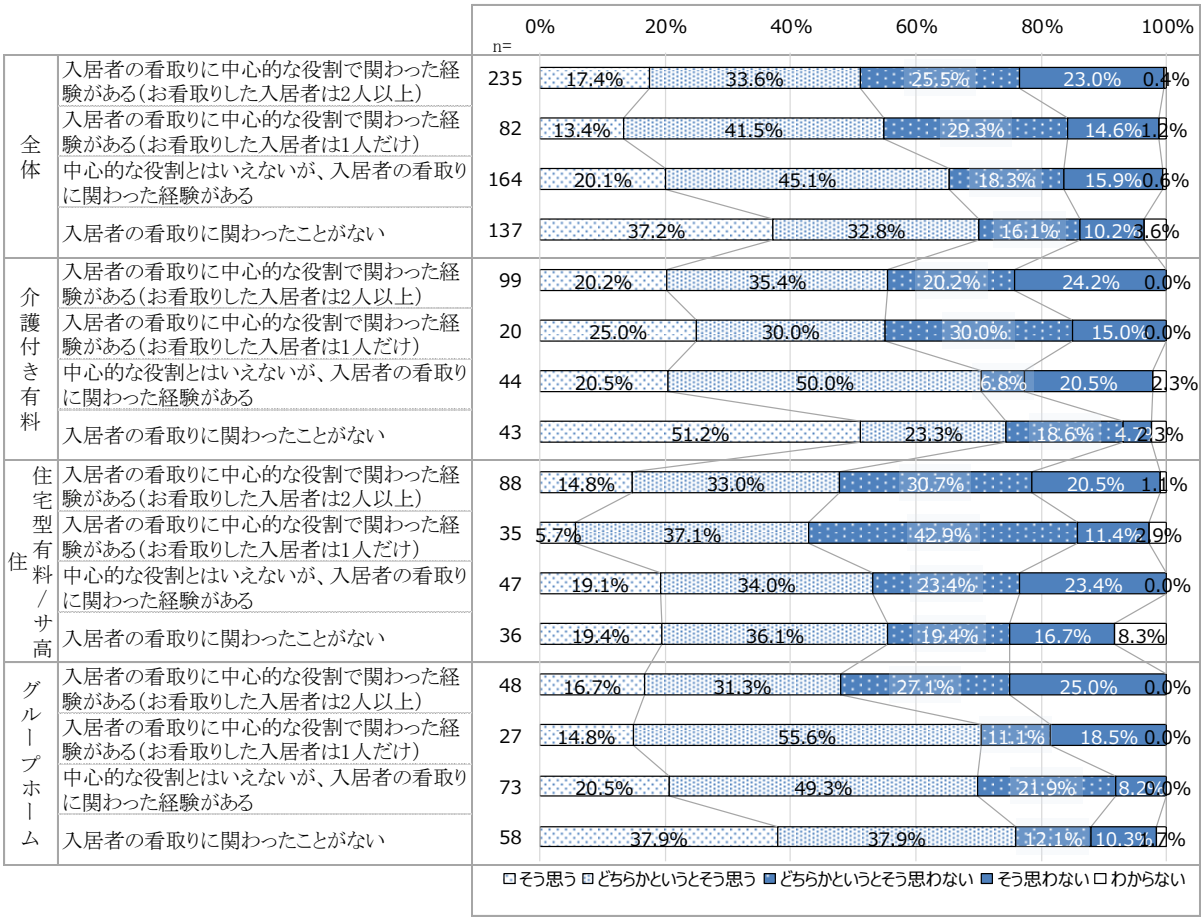


- 「看取りを行うことに不安がある」について「そう思う」、「どちらかというとそう思う」の割合は住まいタイプ別では住宅型有料/サ高住でやや低い。(49.5%。他の住まいは 63～67%程度)
- 看取り経験との関係では、全体に「そう思う」、「どちらかというとそう思う」の割合は、看取りに関わった経験が少ないほど増加する傾向にあった。(「お看取りをした入居者が 2 人以上」51%、「お看取りをした入居者が 1 人だけ」54.9%、「中心的な役割とはいえないが、入居者の看取りに関わった経験がある」65.2%、「関わったことがない」70%)
-

図表 23 看取りを行うことに不安がある【住まいタイプ別】

	そう思う	どちらかというとそう思う	どちらかというとそう思わない	そう思わない	わからない
全体 (N-618)	22.0%	37.5%	22.0%	17.2%	1.3%
介護付き有料 (N-206)	27.2%	35.4%	18.0%	18.4%	1.0%
住宅型有料/サ高住 (N-206)	15.0%	34.5%	29.1%	18.9%	2.4%
グループホーム (N-206)	23.8%	42.7%	18.9%	14.1%	0.5%

図表 24 看取りを行うことに不安がある×看取り経験

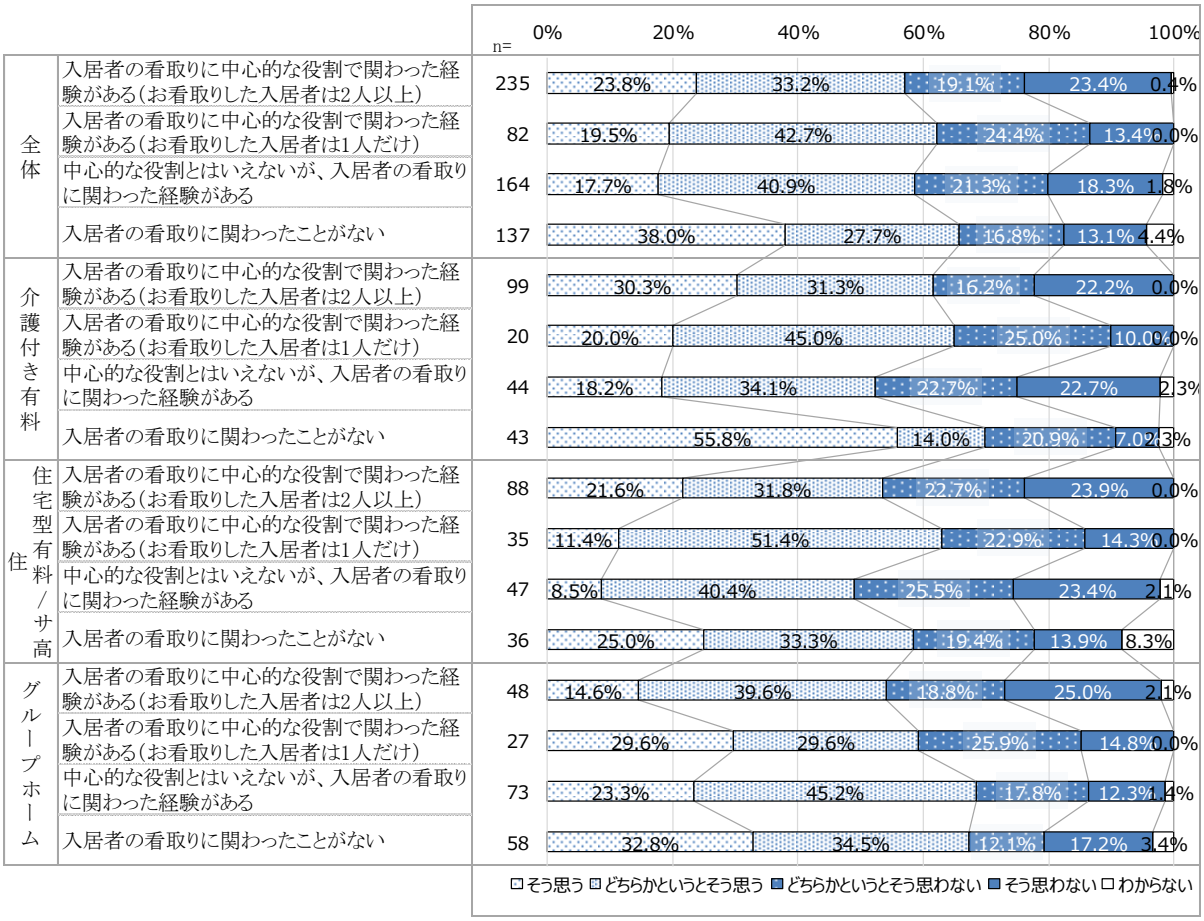


- 「いつが最期かわからないので、直面するのがこわい・不安」について「そう思う」、「どちらかというとそう思う」の割合は住まいタイプ別では住宅型有料/サ高住でやや低い。(54.9%。他の住まいは 62～64%程度)
- 看取り経験との関係では、全体に「そう思う」、「どちらかというとそう思う」の割合は、「看取りに関わったことがない」方が最も高かった。(65.7%)

図表 25 いつが最期かわからないので、直面するのがこわい・不安【住まいタイプ別】

	そう思う	どちらかというとそう思う	どちらかというとそう思わない	そう思わない	わからない
全体 (N=618)	24.8%	35.3%	19.9%	18.4%	1.6%
介護付き有料 (N=206)	32.0%	29.6%	19.4%	18.0%	1.0%
住宅型有料/サ高住 (N=206)	17.5%	37.4%	22.8%	20.4%	1.9%
グループホーム (N=206)	24.8%	38.8%	17.5%	17.0%	1.9%

図表 26 いつが最期かわからないので、直面するのがこわい・不安×看取り経験

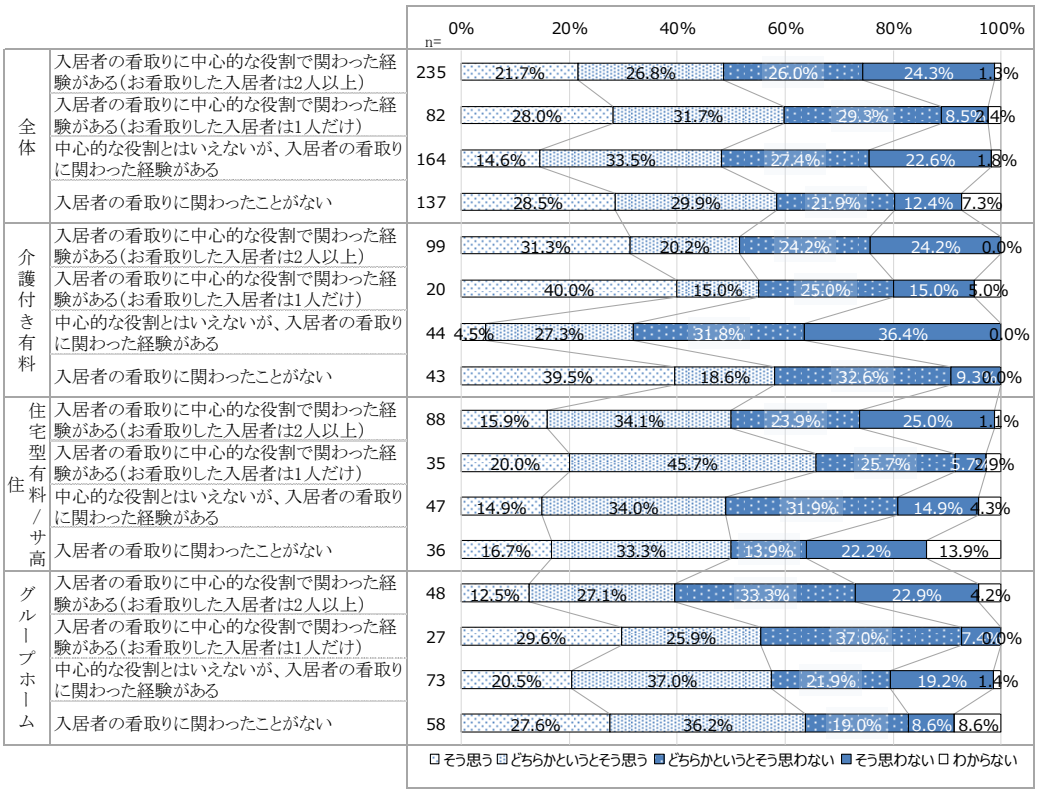


- 「ここ（あなたの勤務先）で看取りを行うことは、リスクが高い」について、介護付き有料では、「どちらかというとそう思う」の割合が低く、回答が二極化している。とりわけ、介護付き有料で、「中心的な役割で看取りに関わった経験がある」層、「看取りに関わったことがない」層で「そう思う」との回答が目立つ（前者は経験がある上での不安、後者は経験していないからこその不安であり、性質が異なると想定される）。

図表 27 ここ（あなたの勤務先）で看取りを行うことは、リスクが高い【住まいタイプ別】

	そう思う	どちらかというとそう思う	どちらかというとそう思わない	そう思わない	わからない
全体 (N=618)	22.2%	29.9%	25.9%	19.1%	2.9%
介護付き有料 (N=206)	28.2%	20.9%	27.7%	22.8%	0.5%
住宅型有料/サ高住 (N=206)	16.5%	35.9%	24.3%	18.9%	4.4%
グループホーム (N=206)	21.8%	33.0%	25.7%	15.5%	3.9%

図表 28 ここ（あなたの勤務先）で看取りを行うことは、リスクが高い × 看取り経験

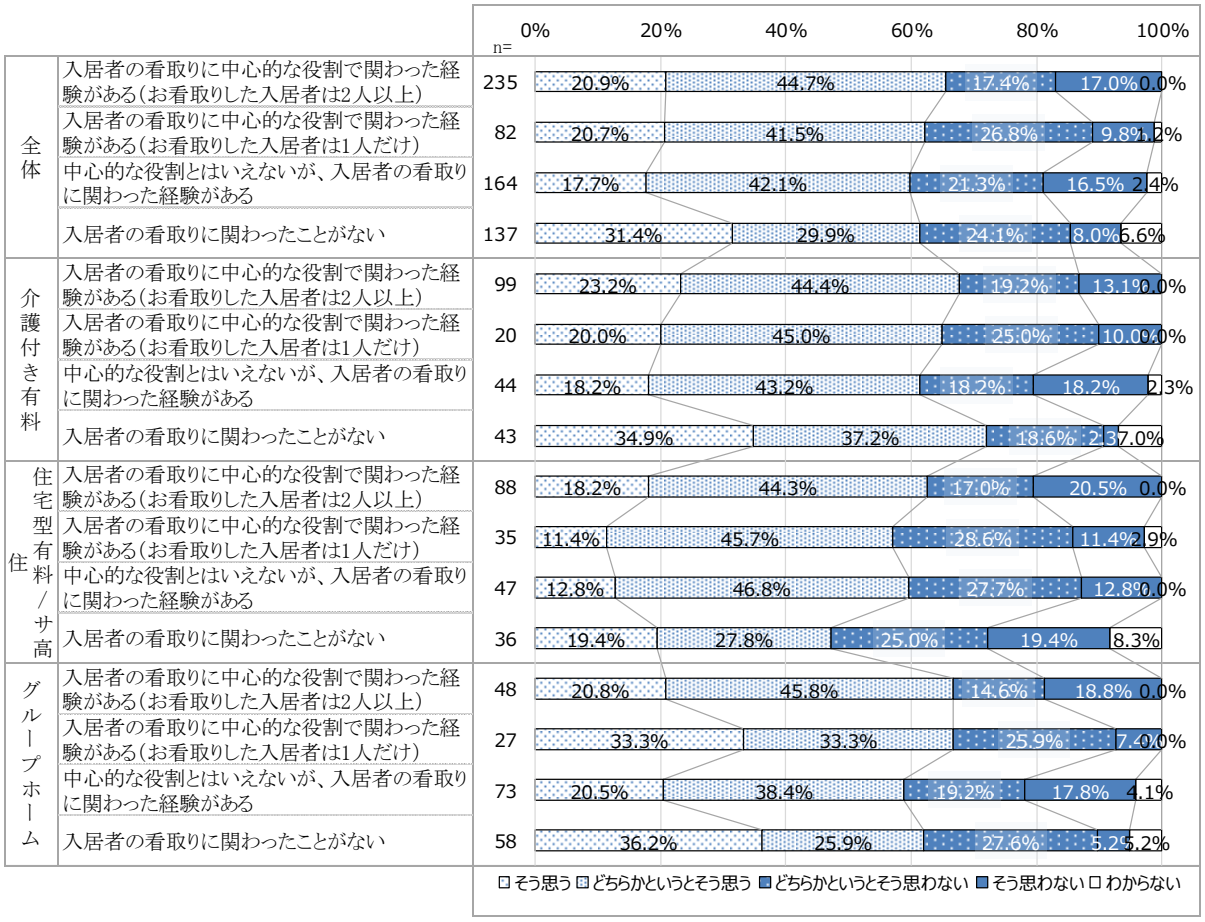


- 「本人の意向をどのように確認したらいいかわからない」について「そう思う」、「どちらかというとそう思う」の割合は住まいタイプ別では住宅型有料/サ高住でやや低い。(58.3%。他の住まいは 63～67%程度)
- 看取り経験との関係では、全体では「そう思う」、「どちらかというとそう思う」の割合は、「中心的な役割とはいえないが、入居者の看取りに関わった経験がある」方が最も低くかった。(59.8%)また、介護付き有料では「入居者の看取りに関わったことがない」方の「そう思う」、「どちらかというとそう思う」の割合は他の住まいと比べても最も高かった。(72.1%)

図表 29 本人の意向をどのように確認したらいいかわからない【住まいタイプ別】

	そう思う	どちらかというとそう思う	どちらかというとそう思わない	そう思わない	わからない
全体 (N=618)	22.3%	40.3%	21.2%	13.9%	2.3%
介護付き有料 (N=206)	24.3%	42.7%	19.4%	11.7%	1.9%
住宅型有料/サ高住 (N=206)	16.0%	42.2%	22.8%	17.0%	1.9%
グループホーム (N=206)	26.7%	35.9%	21.4%	13.1%	2.9%

図表 30 本人の意向をどのように確認したらいいかわからない×看取り経験

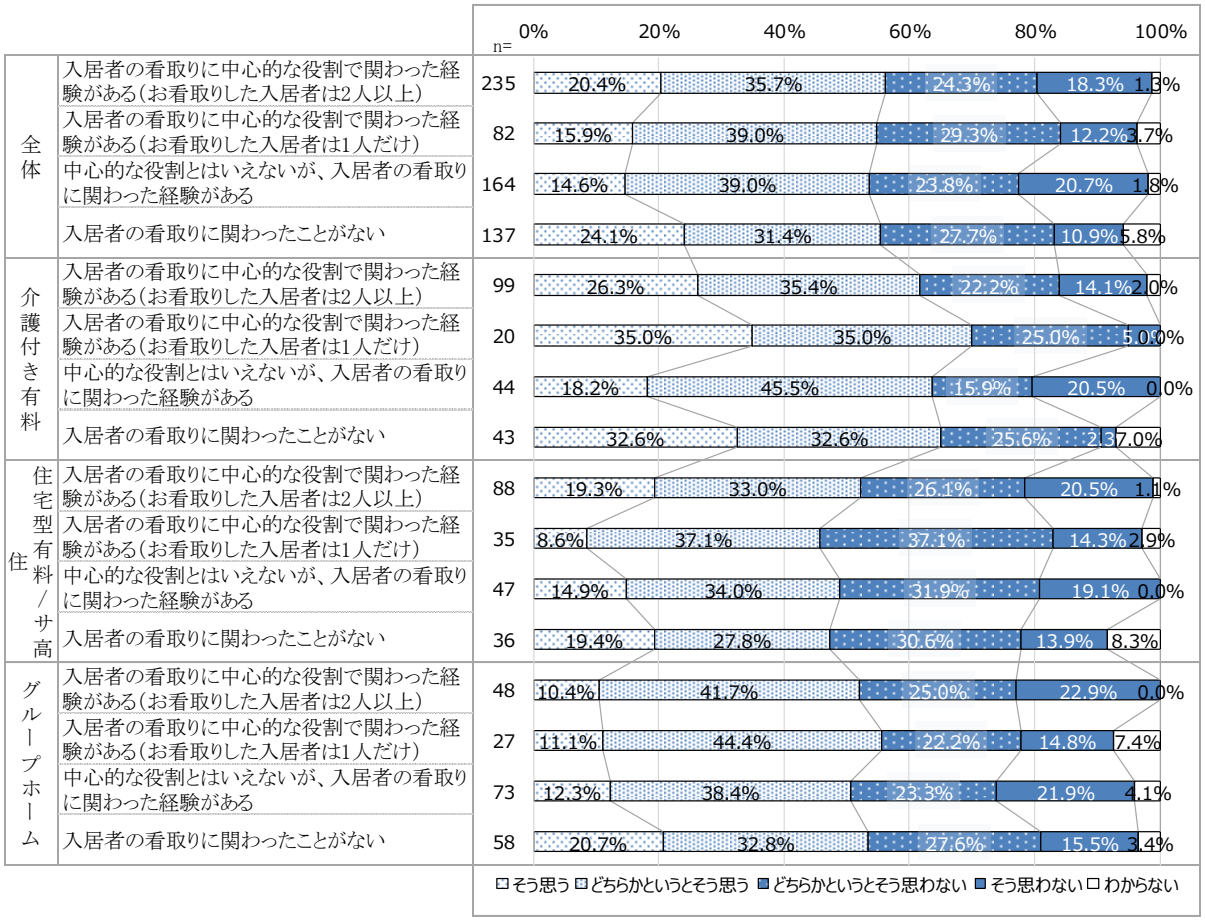


- 「本人の意向を家族等にどう共有していいかわからない」について「そう思う」、「どちらかというとそう思う」の割合は住まいタイプ別では介護付き有料でやや高い。(63.6%。他の住まいは 50～52%程度)
- 看取り経験との関係では、全体では「そう思う」、「どちらかというとそう思う」の割合に大きな違いは見られなかったが介護付き有料では、「入居者の看取りに中心的な役割で関わった経験がある(お看取りした入居者は 1 人だけ)」方が最も高かった。(70.0%)

図表 31 本人の意向を家族等にどう共有していいかわからない【住まいタイプ別】

	そう思う	どちらかというとそう思う	どちらかというとそう思わない	そう思わない	わからない
全体 (N=618)	19.1%	36.1%	25.6%	16.5%	2.8%
介護付き有料 (N=206)	26.7%	36.9%	21.8%	12.1%	2.4%
住宅型有料/サ高住 (N=206)	16.5%	33.0%	30.1%	18.0%	2.4%
グループホーム (N=206)	14.1%	38.3%	24.8%	19.4%	3.4%

図表 32 本人の意向を家族等にどう共有していいかわからない×看取り経験

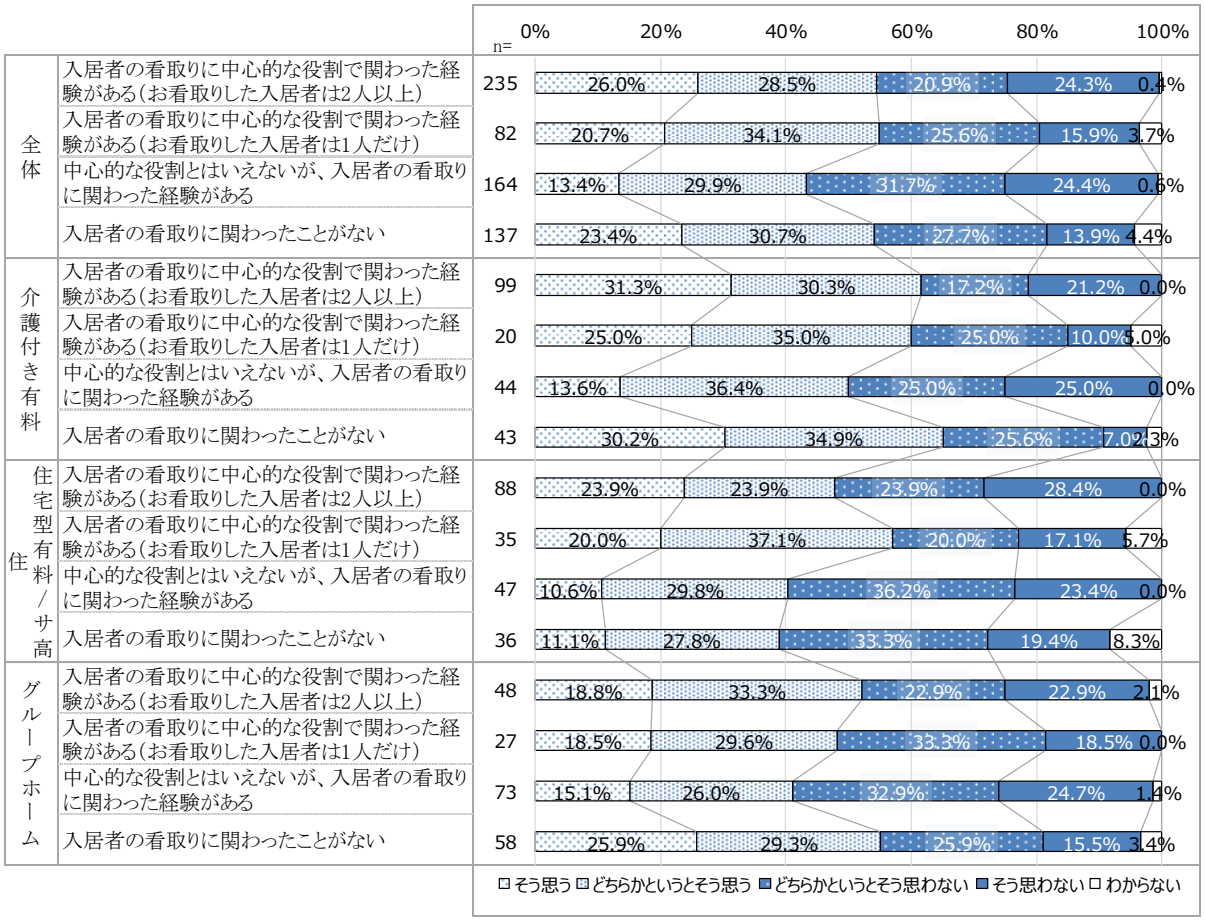


- 「人生の最終段階の方に、どう接していいかわからない」について「そう思う」、「どちらかというとそう思う」の割合は、住まいタイプ別では介護付き有料でやや高い。(59.7%。他の住まいは 46～49%程度)
- 看取り経験との関係では、全体に「そう思う」、「どちらかというとそう思う」の割合は「入居者の看取りに中心的な役割で関わった経験がある(お看取りした入居者は 1 人だけ)」の方で低い。(43.3%。他の方は 54～55%)また、住宅型有料/サ高住では、「入居者の看取りに関わったことがない」方の割合も低い。(38.9%)

図表 33 人生の最終段階の方に、どう接していいかわからない【住まいタイプ別】

	そう思う	どちらかというとそう思う	どちらかというとそう思わない	そう思わない	わからない
全体 (N=618)	21.4%	30.1%	25.9%	20.9%	1.8%
介護付き有料 (N=206)	26.7%	33.0%	21.4%	18.0%	1.0%
住宅型有料/サ高住 (N=206)	18.0%	28.2%	27.7%	23.8%	2.4%
グループホーム (N=206)	19.4%	29.1%	28.6%	20.9%	1.9%

図表 34 人生の最終段階の方に、どう接していいかわからない×看取り経験

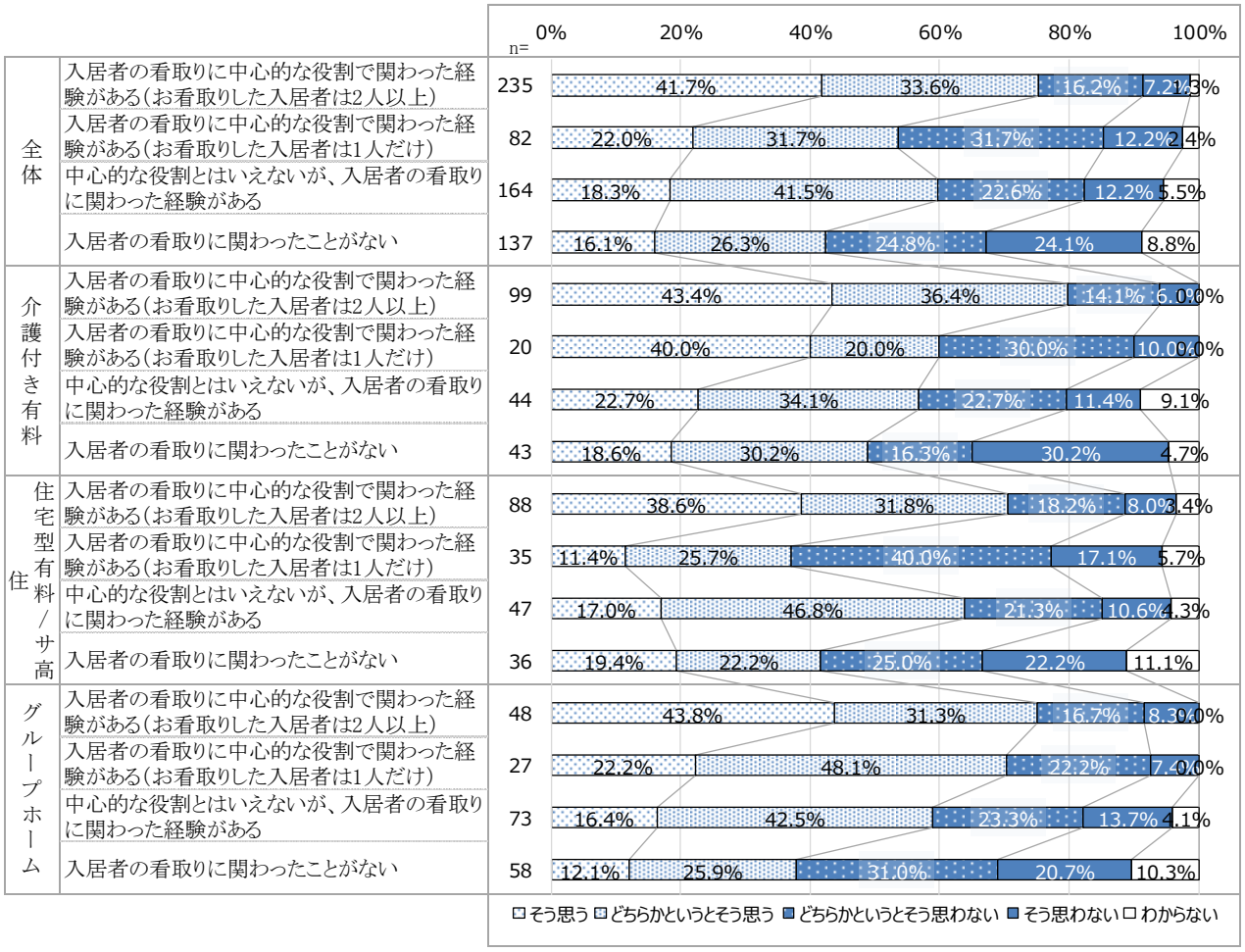


- 「ここ（あなたの勤務先）で看取りを行うことは必要だと思う」について「そう思う」、「どちらかというとそう思う」の割合は住まいタイプ別では介護付き有料でやや高い。（66.5%。他の住まいは 58.3%）看取り経験との関係では、全体的に、2 人以上の看取りに中心的に関わった層で「そう思う」と答える割合が高い。経験を重ねるほど、高齢者住まいでの看取りを必要だと考える傾向が確認される。

図表 35 ここ（あなたの勤務先）で看取りを行うことは必要だと思う【住まいタイプ別】

	そう思う	どちらかというとそう思う	どちらかというとそう思わない	そう思わない	わからない
全体 (N=618)	27%	34%	22%	13%	4%
介護付き有料 (N=206)	33%	33%	18%	13%	3%
住宅型有料/サ高住 (N=206)	26%	33%	24%	13%	5%
グループホーム (N=206)	22%	36%	24%	14%	4%

図表 36 ここ（あなたの勤務先）で看取りを行うことは必要だと思う×看取り経験

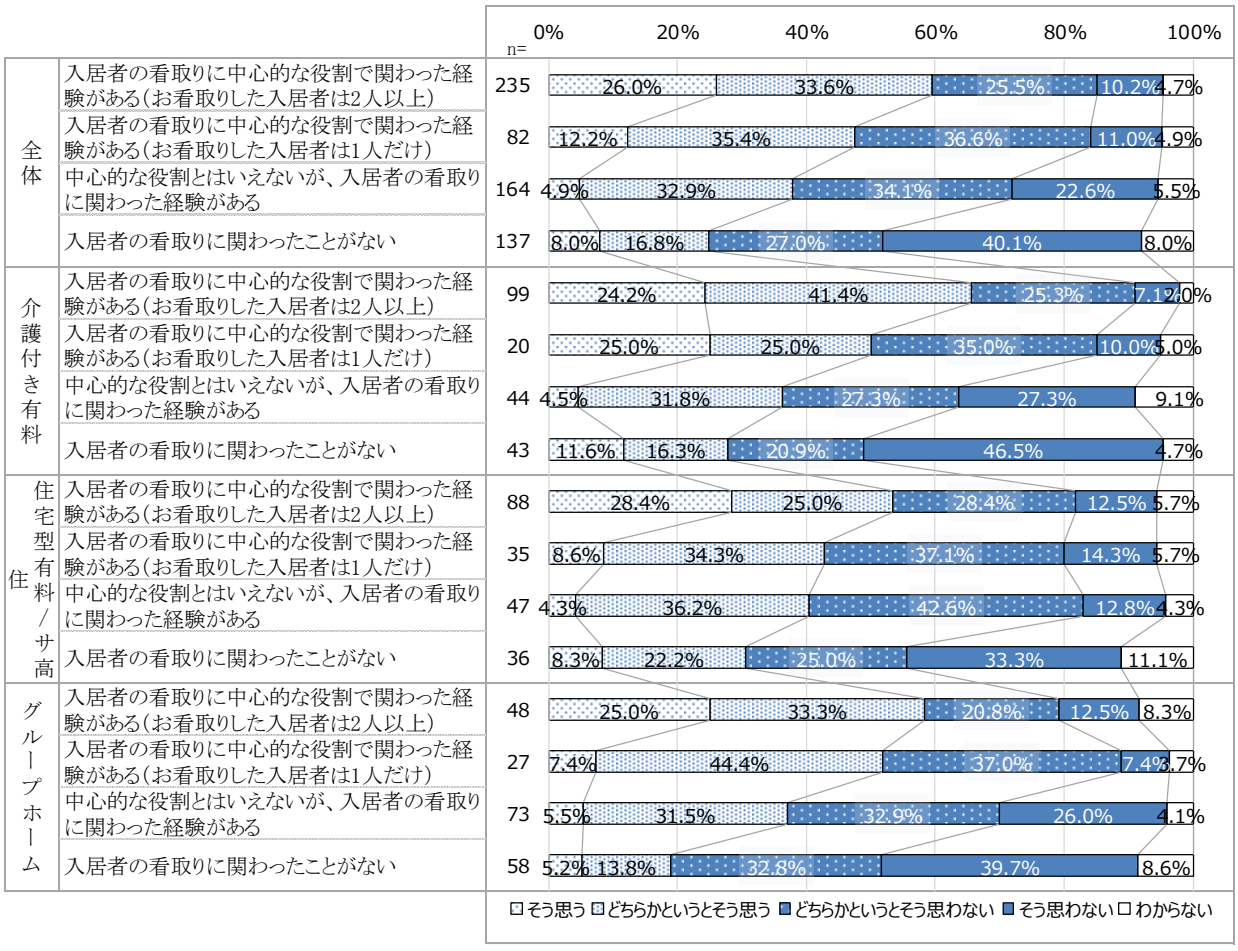


- 「ここ(あなたの勤務先)で看取りを行いたい」について「そう思う」、「どちらかというとそう思う」の割合は住まいタイプ別ではグループホームでやや低い。(38.8%。他の住まいは 45～50%)
- 看取り経験との関係では、いずれの高齢者住まいにおいても、看取りの経験が多いほど「そう思う」、「どちらかというとそう思う」の割合が高くなっている。前問と同様の傾向が見て取れる。

図表 37 ここ(あなたの勤務先)で看取りを行いたい【住まいタイプ別】

	そう思う	どちらかというとそう思う	どちらかというとそう思わない	そう思わない	わからない
全体 (N=618)	14.6%	29.9%	29.6%	20.2%	5.7%
介護付き有料 (N=206)	17.5%	32.5%	25.7%	19.9%	4.4%
住宅型有料/サ高住 (N=206)	16.0%	28.6%	32.5%	16.5%	6.3%
グループホーム (N=206)	10.2%	28.6%	30.6%	24.3%	6.3%

図表 38 ここ(あなたの勤務先)で看取りを行いたい×看取り経験

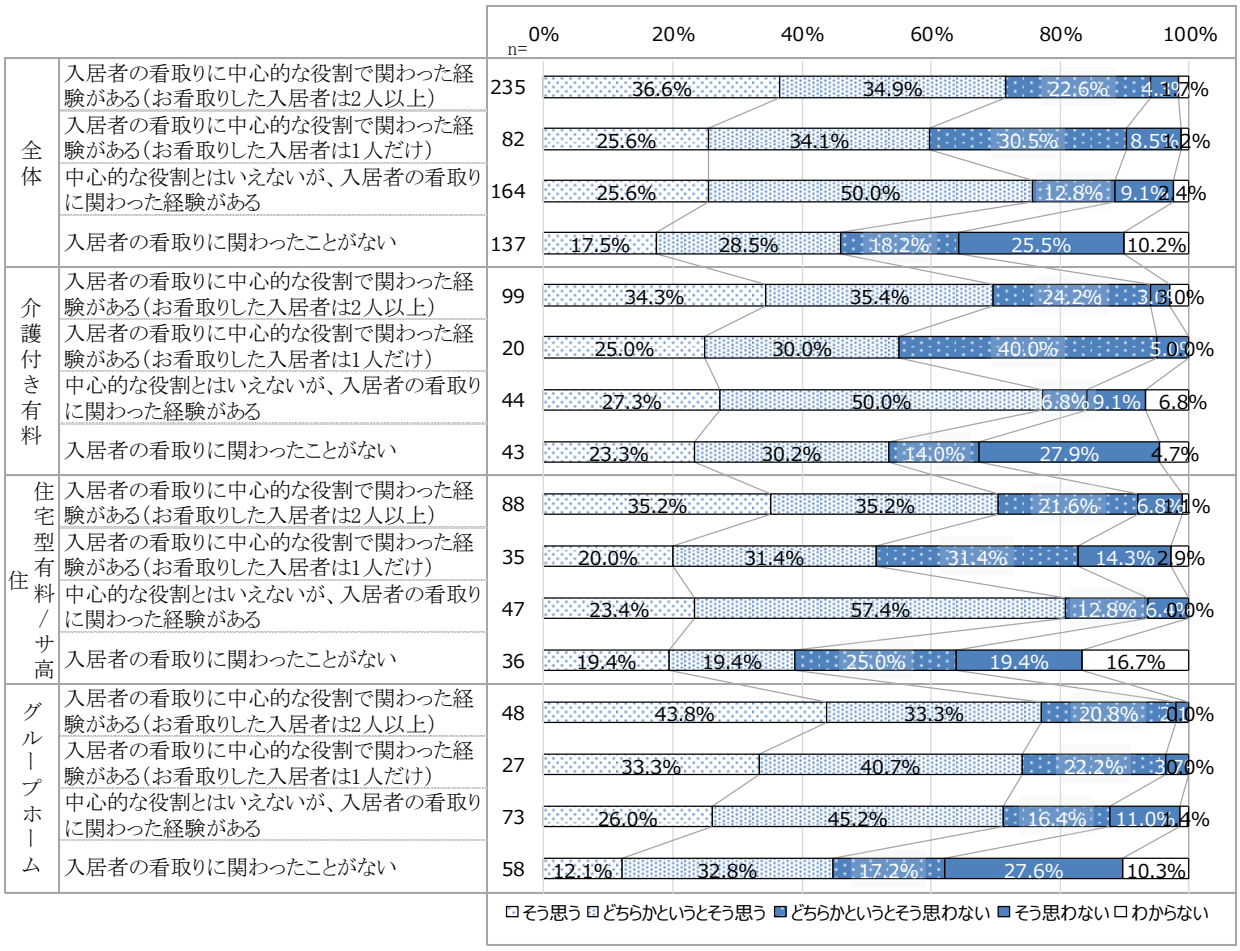


- 「本人が希望したら、ここ（あなたの勤務先）で看取りたい」について「そう思う」、「どちらかというとそう思う」の割合は住まいタイプ別では大きな違いは見られなかった。
- 看取り経験との関係では、全体的に看取り経験がある人の方が「そう思う」と答える傾向があるが、その傾向は特にグループホームで顕著であった。

図表 39 本人が希望したら、ここ（あなたの勤務先）で看取りたい【住まいタイプ別】

	そう思う	どちらかというとそう思う	どちらかというとそう思わない	そう思わない	わからない
全体 (N=618)	28.0%	37.4%	20.1%	10.8%	3.7%
介護付き有料 (N=206)	29.6%	36.9%	19.9%	9.7%	3.9%
住宅型有料/サ高住 (N=206)	27.2%	36.9%	21.8%	10.2%	3.9%
グループホーム (N=206)	27.2%	38.3%	18.4%	12.6%	3.4%

図表 40 本人が希望したら、ここ（あなたの勤務先）で看取りたい×看取り経験

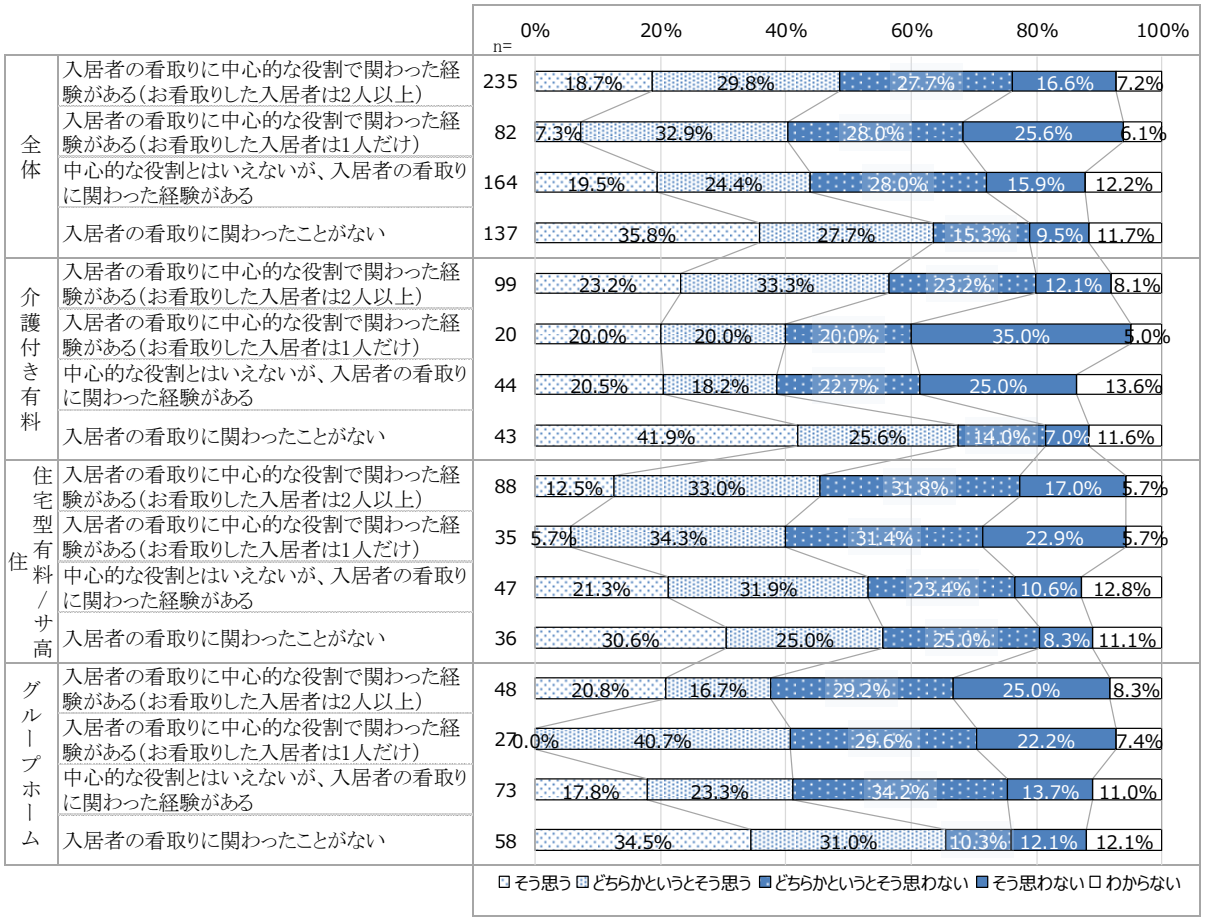


- 「最期は病院に行く方がよい」について、「そう思う」、「どちらかというとそう思う」の割合は介護付き有料でやや高い。(53.4%。他の住まいは 47～48%)
- 看取り経験との関係では、「そう思う」、「どちらかというとそう思う」の割合が最も高かったのは、いずれの住まいにおいても「入居者の看取りに関わったことがない」方であった。(全体で 63.5%。それ以外の方は 40.2～48.5%)

図表 41 最期は病院に行く方がよい【住まいタイプ別】

	そう思う	どちらかというとそう思う	どちらかというとそう思わない	そう思わない	わからない
全体 (N=618)	21.2%	28.3%	25.1%	16.0%	9.4%
介護付き有料 (N=206)	26.2%	27.2%	20.9%	16.0%	9.7%
住宅型有料/サ高住 (N=206)	16.5%	31.6%	28.6%	15.0%	8.3%
グループホーム (N=206)	20.9%	26.2%	25.7%	17.0%	10.2%

図表 42 最期は病院に行く方がよい×看取り経験

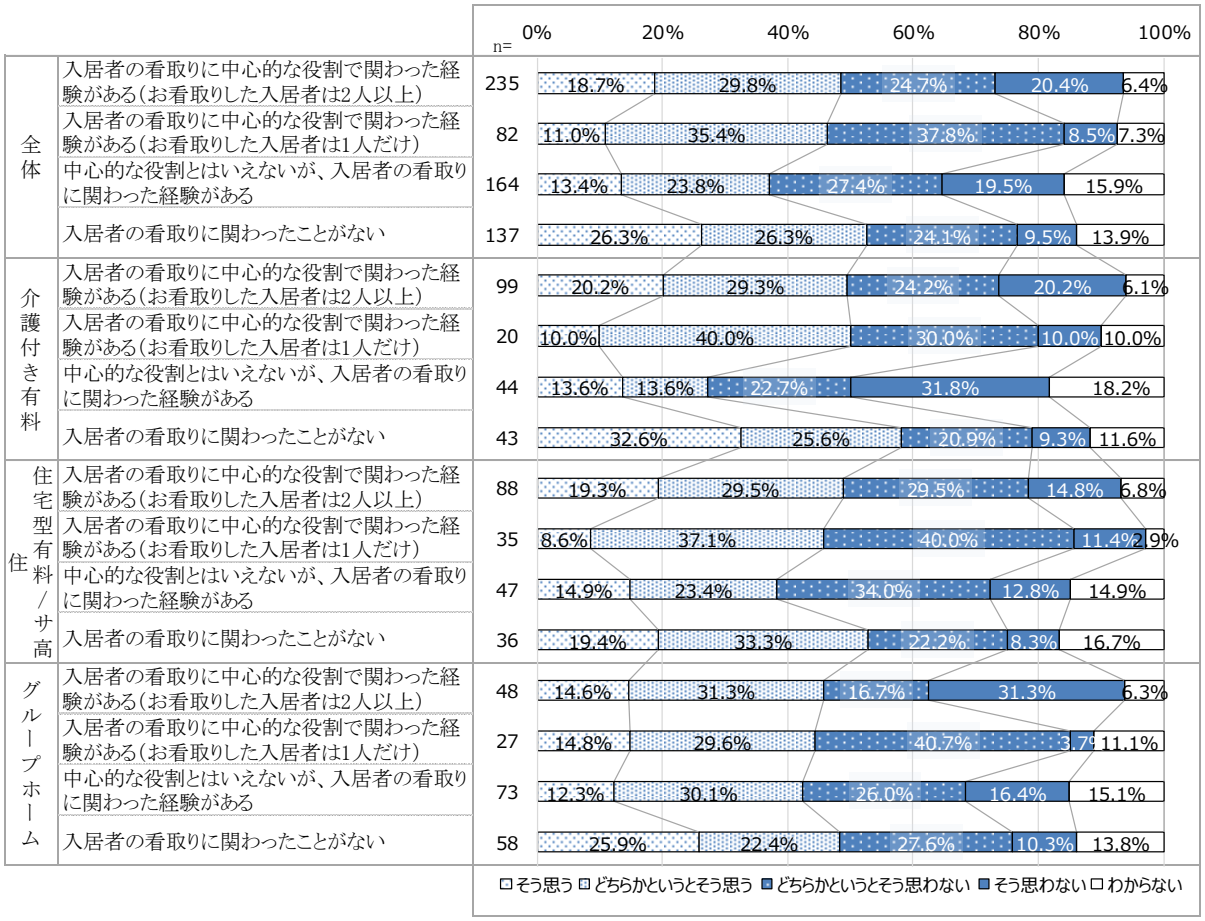


- 「人生の最終段階であっても救急車を呼ぶ方がよい」について「そう思う」、「どちらかというとそう思う」の割合は住まいタイプ別では大きな違いは見られなかった。
- 看取り経験との関係では、「そう思う」、「どちらかというとそう思う」の割合が最も高かったのは、いずれの住まいにおいても「入居者の看取りに関わったことがない」方であった。

図表 43 人生の最終段階であっても救急車を呼ぶ方がよい【住まいタイプ別】

	そう思う	どちらかというとそう思う	どちらかというとそう思わない	そう思わない	わからない
全体 (N=618)	18.0%	28.2%	27.0%	16.2%	10.7%
介護付き有料 (N=206)	20.4%	26.2%	23.8%	19.4%	10.2%
住宅型有料/サ高住 (N=206)	16.5%	30.1%	31.1%	12.6%	9.7%
グループホーム (N=206)	17.0%	28.2%	26.2%	16.5%	12.1%

図表 44 人生の最終段階であっても救急車を呼ぶ方がよい×看取り経験

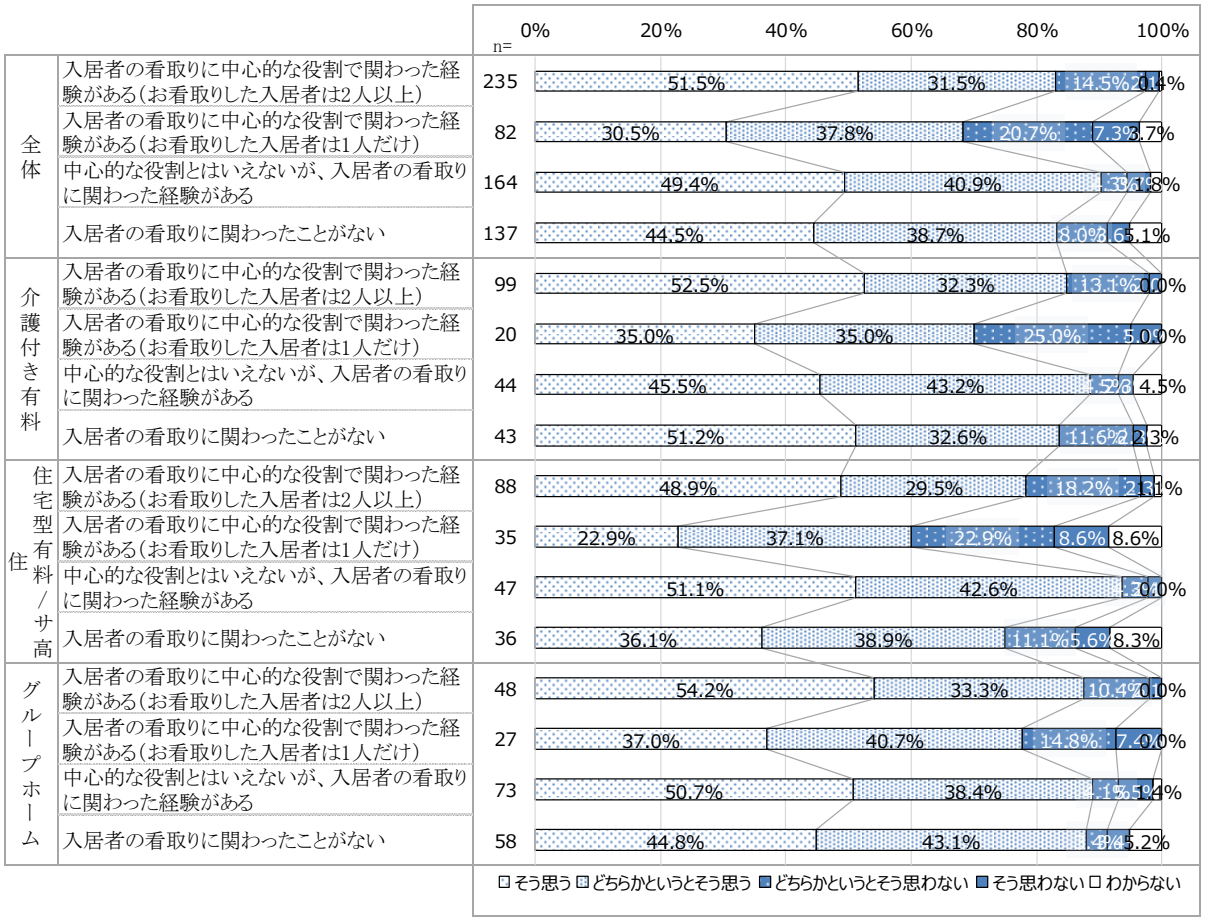


- 「人生の最終段階の選択において、本人の意向は重要だと思う」について「そう思う」、「どちらかというとそう思う」の割合はいずれの住まいでも多数を占めた。（介護付き有料 84.0%、住宅型有料/サ高住 78.2%、グループホーム 86.9%）
- 看取り経験との関係では、「お一人だけに中心的な役割に関わったことがある」層で、「そう思わない」と答える人が目立つ。その「お一人」の経験に左右されている可能性がある。

図表 45 人生の最終段階の選択において、本人の意向は重要だと思う【住まいタイプ別】

	そう思う	どちらかというとそう思う	どちらかというとそう思わない	そう思わない	わからない
全体 (N=618)	46.6%	36.4%	11.2%	3.6%	2.3%
介護付き有料 (N=206)	49.0%	35.0%	12.1%	2.4%	1.5%
住宅型有料/サ高住 (N=206)	42.7%	35.4%	14.6%	3.9%	3.4%
グループホーム (N=206)	48.1%	38.8%	6.8%	4.4%	1.9%

図表 46 人生の最終段階の選択において、本人の意向は重要だと思う×看取り経験

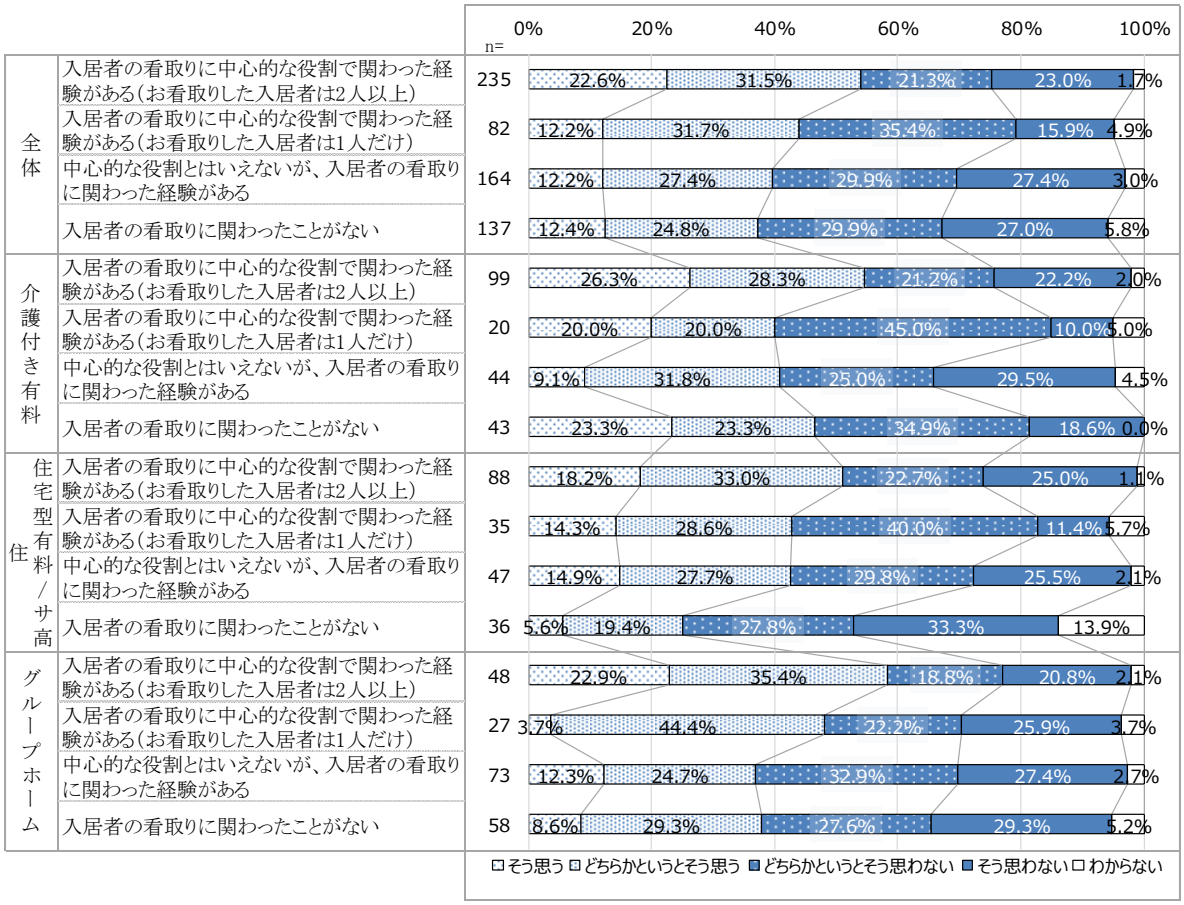


- 「人生の最終段階に関する意向の確認を、まだ元気なときに行うことに抵抗がある」について、介護付き有料でやや「そう思う」の割合が高い。
- 看取り経験との関係では、看取り経験のある人ほど、「そう思う」、「どちらかというとそう思う」と答える割合が高い傾向にあり、「看取りへの不安」や「ここで看取りたい意向」とは対照的な結果となっている。

図表 47 人生の最終段階に関する意向の確認を、まだ元気なときに行うことに抵抗がある【住まいタイプ別】

	そう思う	どちらかというとそう思う	どちらかというとそう思わない	そう思わない	わからない
全体 (N=618)	16.2%	29.0%	27.3%	24.1%	3.4%
介護付き有料 (N=206)	21.4%	27.2%	27.2%	21.8%	2.4%
住宅型有料/サ高住 (N=206)	14.6%	28.6%	28.2%	24.3%	4.4%
グループホーム (N=206)	12.6%	31.1%	26.7%	26.2%	3.4%

図表 48 人生の最終段階に関する意向の確認を、まだ元気なときに行うことに抵抗がある×看取り経験

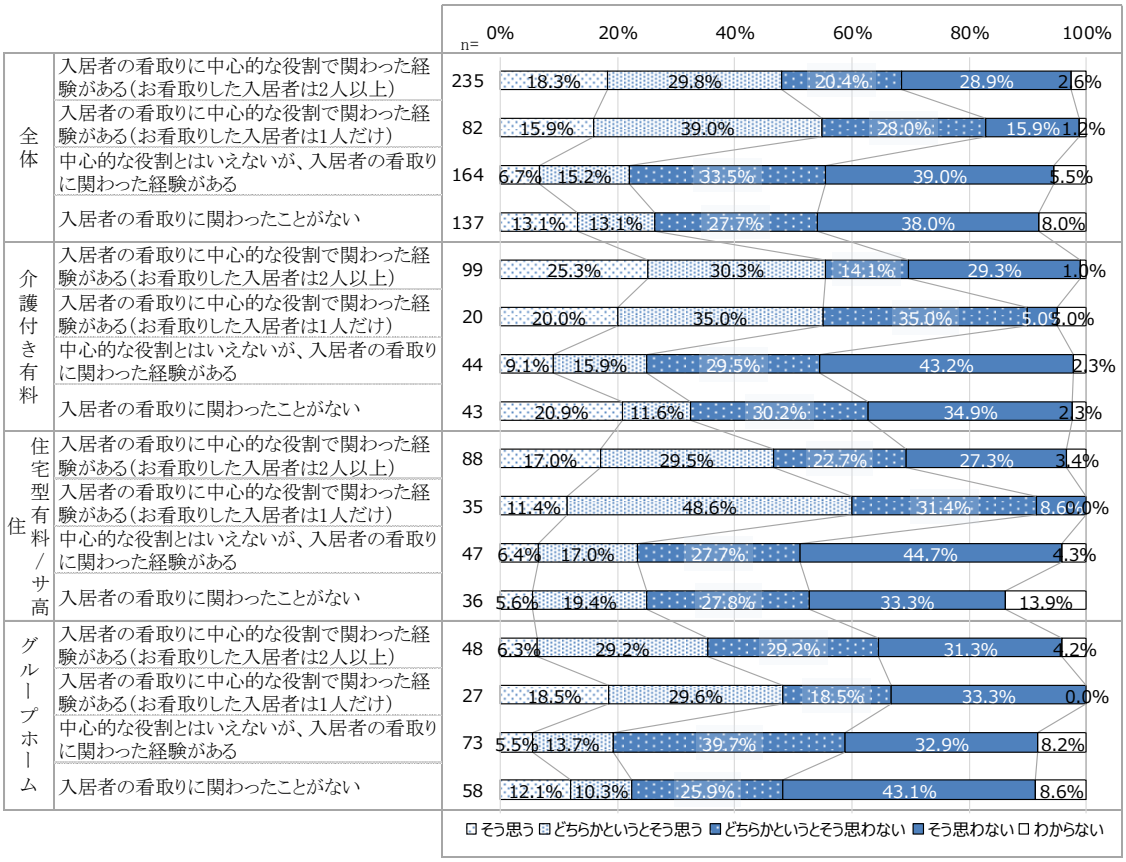


- 「人生の最終段階における病態である可能性を認識した際に、医療職に伝えることに抵抗がある」について「そう思う」、「どちらかというとそう思う」の割合はグループホームで低い。(27.7%。他の住まいは 40～44%)
- 看取り経験との関係では、全体的に看取り経験のある人の方が、「抵抗がある」と答える割合が高い。逆に看取り経験のない人は「抵抗がない」とする割合が高いが、実体験を伴わないため、「抵抗」のイメージもないものと推察される。

図表 49 人生の最終段階における病態である可能性を認識した際に、医療職に伝えることに抵抗がある【住まいタイプ別】

	そう思う	どちらかというとそう思う	どちらかというとそう思わない	そう思わない	わからない
全体 (N=618)	13.8%	23.5%	26.5%	31.9%	4.4%
介護付き有料 (N=206)	20.4%	23.8%	22.8%	31.1%	1.9%
住宅型有料/サ高住 (N=206)	11.7%	28.2%	26.2%	29.1%	4.9%
グループホーム (N=206)	9.2%	18.4%	30.6%	35.4%	6.3%

図表 50 人生の最終段階における病態である可能性を認識した際に、医療職に伝えることに抵抗がある×看取り経験



- 「介護職の看取りへのかかわりについて」は、住まいタイプ別では大きな違いはない。
- 看取り経験との関係では、全体的に看取り経験がある人の方が「(医療職よりも)介護職が関わっていくべき」と答える傾向が強い。ただ、看取り経験のない層であっても、「介護職がかかっていくべき」という回答が多数派である。(「【A】の考えに近い」もしくは「どちらかというと近い」をあわせて6割を超える)

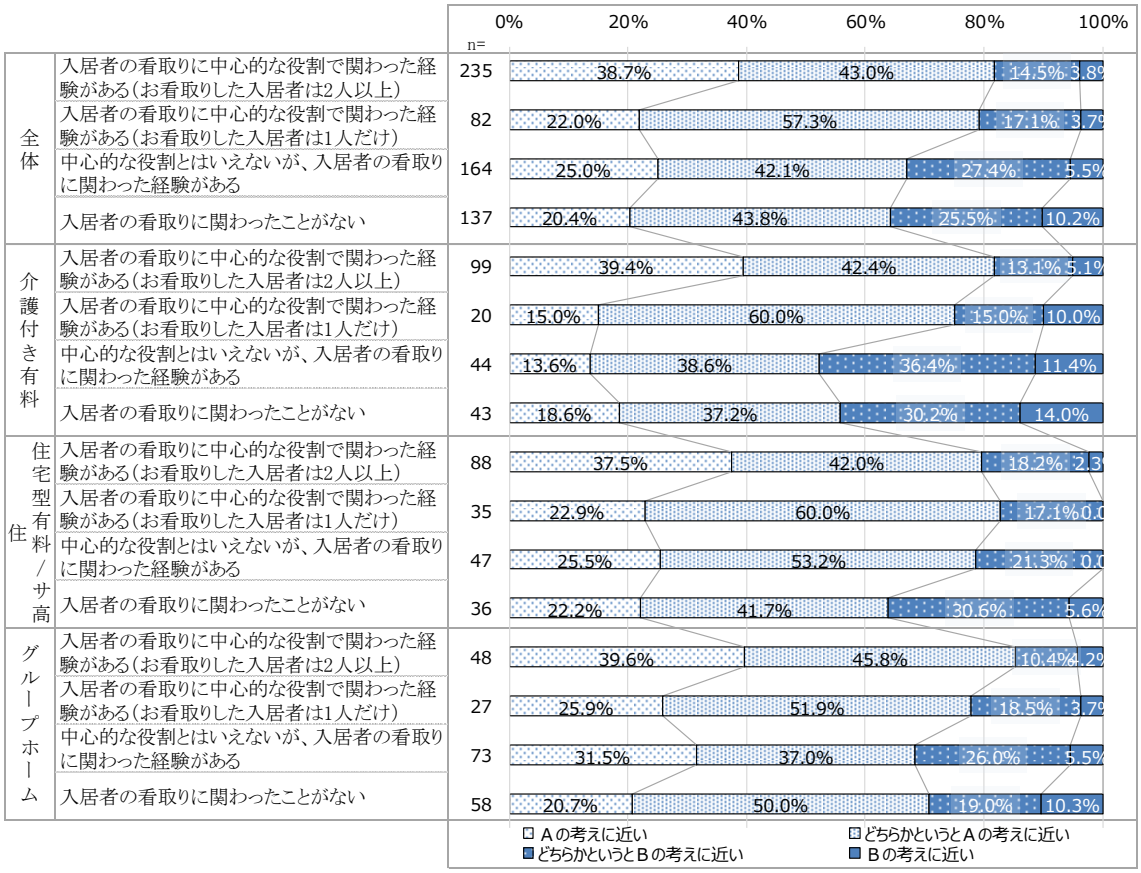
図表 51 看取りへのかかわりについて【住まいタイプ別】

【A】できる限り、その人をよく知り、普段から生活を支える介護職が関わっていくべきだ

【B】できる限り、健康・医療の面から医療・看護職が進めるべきだ

	Aの考えに近い	どちらかというとAの考えに近い	どちらかというとBの考えに近い	Bの考えに近い
全体 (N=618)	28.8%	44.8%	20.7%	5.7%
介護付き有料 (N=206)	27.2%	42.2%	21.8%	8.7%
住宅型有料/サ高住 (N=206)	29.6%	47.6%	20.9%	1.9%
グループホーム (N=206)	29.6%	44.7%	19.4%	6.3%

図表 52 看取りへのかかわりについて×看取り経験



- 「看取りを行うことに対する思い、イメージについて」は、住まいタイプ別では住宅型有料/サ高住において「不安や苦労ではなく、どちらかといえば、やりがい」と考える人がやや多い。
- 看取り経験との関係では、全体的に、経験がある人ほど「看取りは入居者の最期に関わることができ、やりがいにつながる」と答える傾向がある。

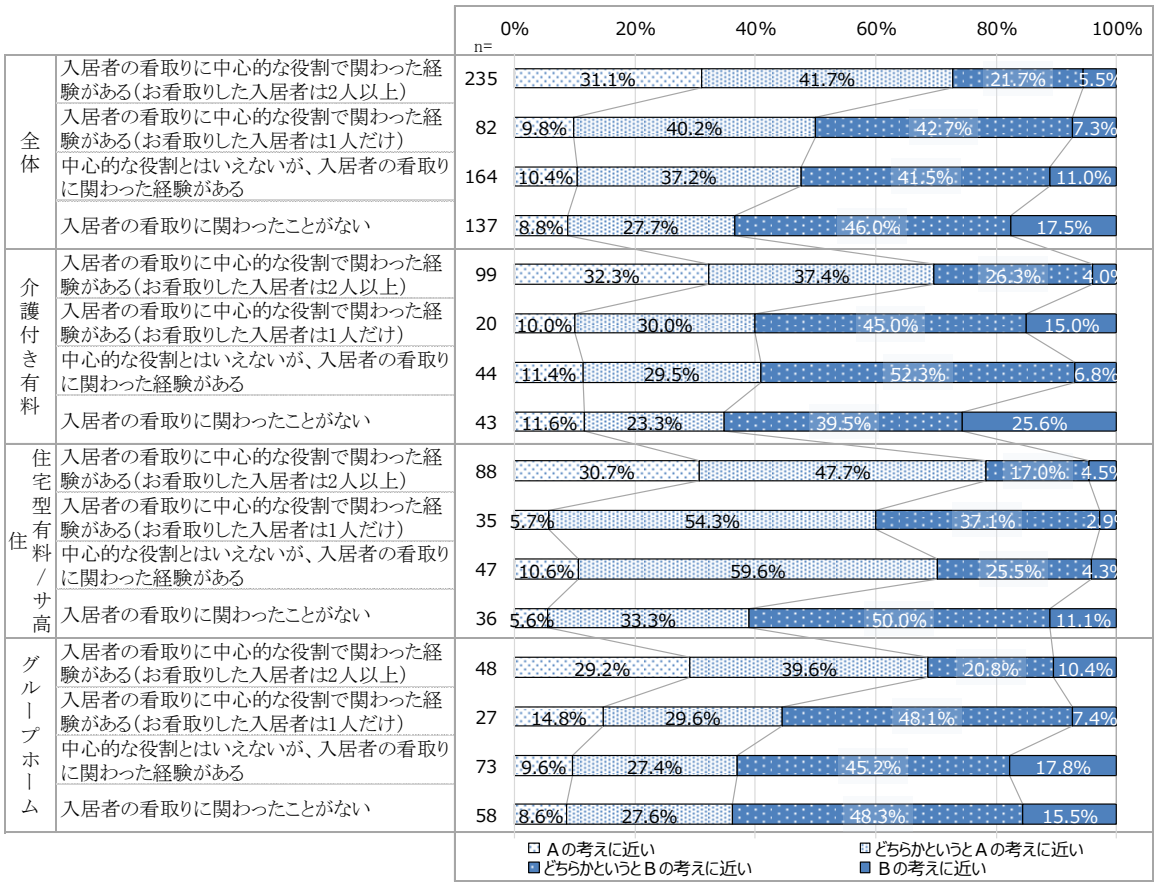
図表 53 看取りを行うことに対する思い、イメージについて【住まいタイプ別】

【A】入居者の最期に関わることができ、やりがいにつながる

【B】入居者の最期に関わることなので、不安や苦労が大きい

	Aの考えに近い	どちらかというとAの考えに近い	どちらかというとBの考えに近い	Bの考えに近い
全体 (N=618)	17.8%	37.2%	35.1%	9.9%
介護付き有料 (N=206)	21.4%	32.0%	36.4%	10.2%
住宅型有料/サ高住 (N=206)	17.5%	49.0%	28.2%	5.3%
グループホーム (N=206)	14.6%	30.6%	40.8%	14.1%

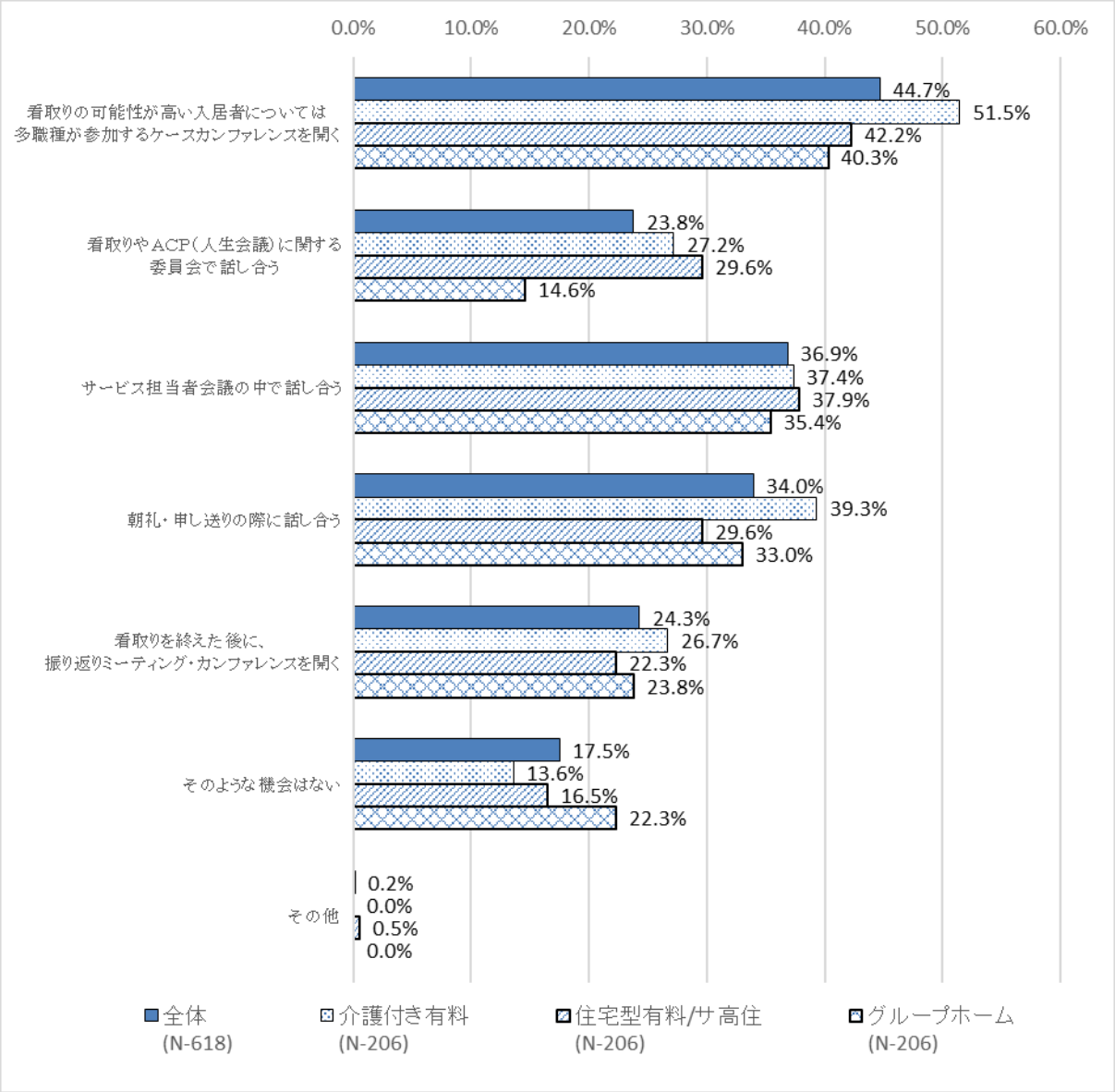
図表 54 看取りを行うことに対する思い、イメージについて×看取り経験



12）職員同士で看取りの方針や ACP の取り組み状況について共有や話し合いをする機会、あるいは看取りまでの取り組みを振り返る機会の有無

- 全体では「看取りの可能性が高い入居者については多職種が参加するケースカンファレンスを開く」割合が最も高く(44.7%)が実施されている率が高い。「看取りや ACP（人生会議）に関する委員会で話し合う」（23.8%）や「看取りを終えた後に、振り返りミーティング・カンファレンスを開く」(24.3%)の割合は低い。
- 特にグループホームでは「看取りや ACP（人生会議）に関する委員会で話し合う」の割合が低い（14.6%）。

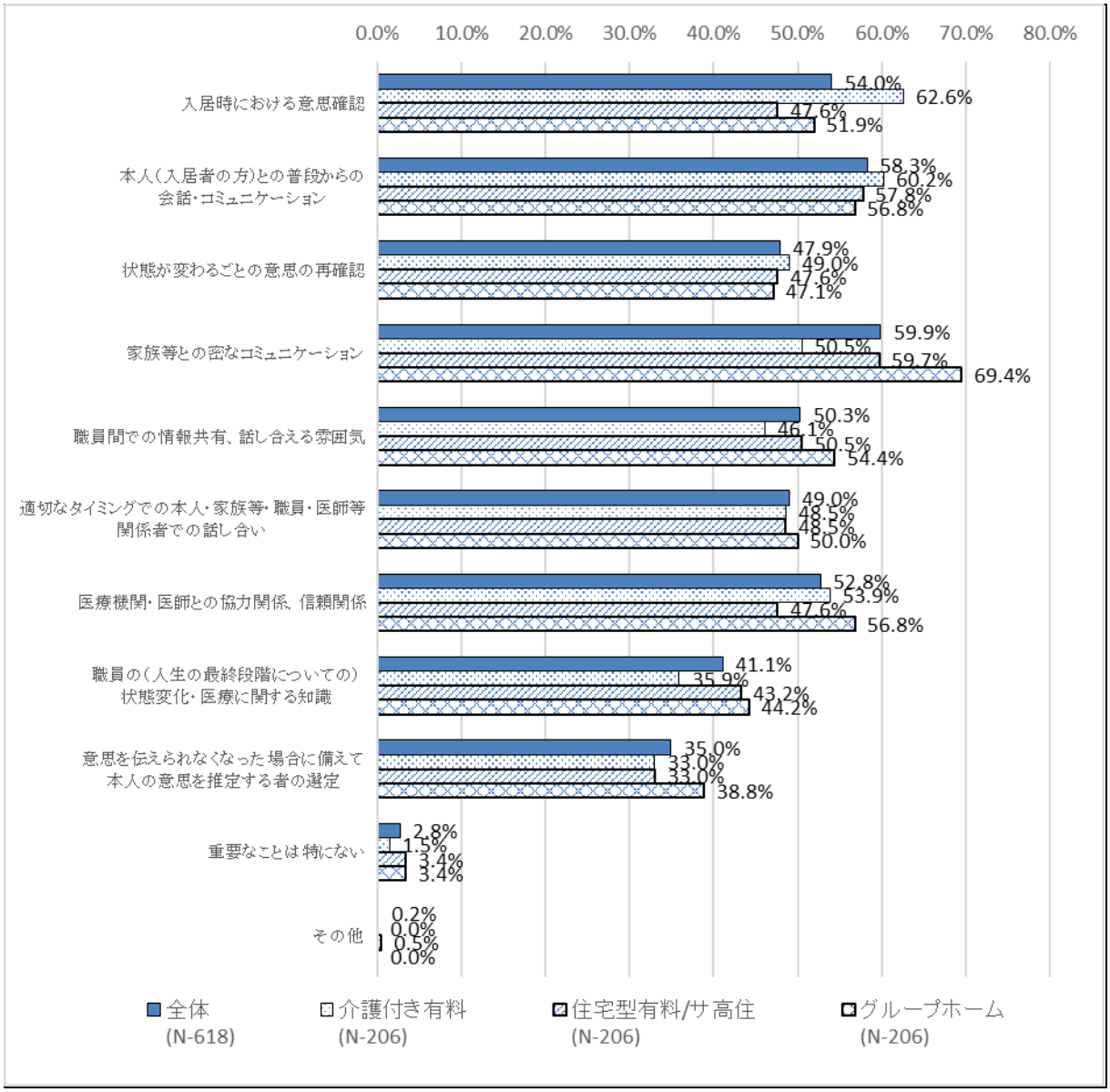
図表 55 看取りの方針や ACP の取り組み状況について共有や話し合いをする機会、看取りまでの取り組みを振り返る機会の有無



13) 高齢者向け住まい・ホームにおいて、本人・家族等の今後の「生き方」「最期の迎え方」に関する考えについて確認し、関係者で合意するために重要なこと

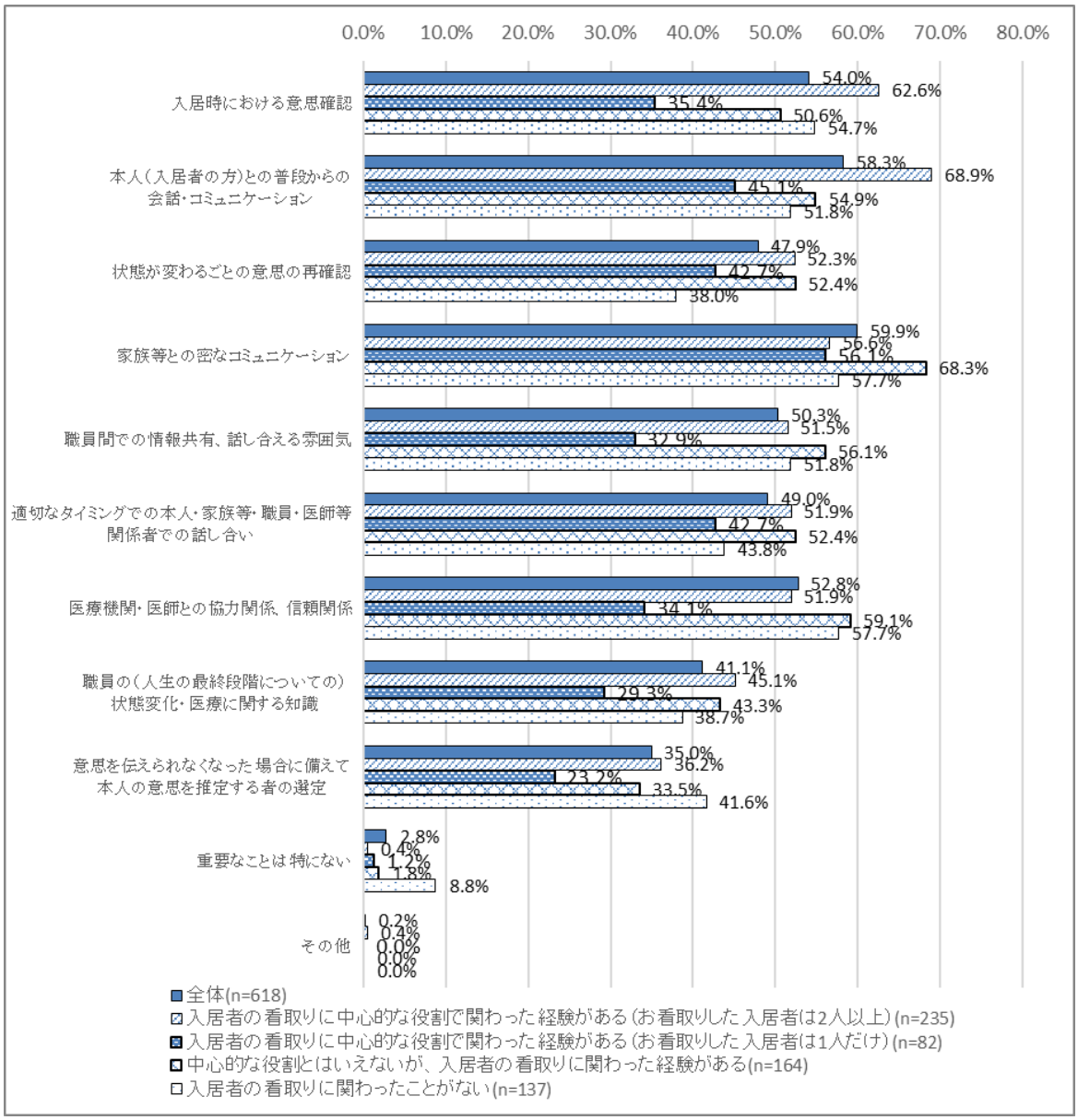
- 全体では「家族との密なコミュニケーション」「本人との普段からのコミュニケーション」「入居時における意思確認等が上位である。
- 入居者特性を反映してか、グループホームでは本人よりも、「家族等との密なコミュニケーション」の割合(69.4%)を重要だと答える割合が高い。

図表 56 本人・家族等の今後の「生き方」「最期の迎え方」に関する考えについて確認し、関係者で合意するために重要なこと【住まいタイプ別】



- 看取りの経験との関係では、看取り経験がある人ほど、家族や医療機関以上に「本人との普段からのコミュニケーション」を重視する傾向がある。看取りの経験が少ない人は、やや「家族との密なコミュニケーション」や「医療機関との協力関係、信頼関係」を重視する傾向がある。

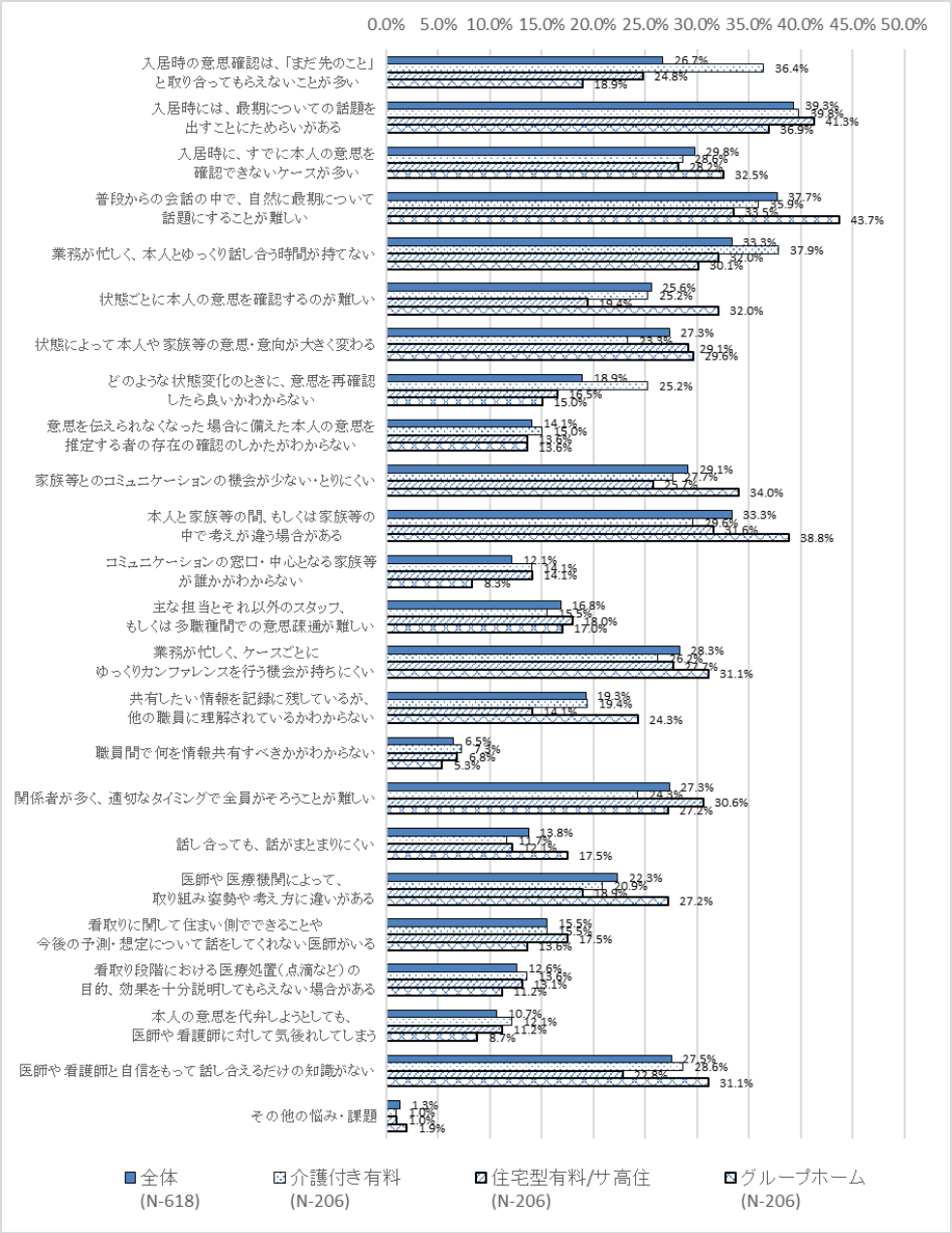
図表 57 本人・家族等の今後の「生き方」「最期の迎え方」に関する考えについて確認し、関係者で合意するために重要なこと×看取り経験



14) 前問に関して、貴ホーム・住まい（勤務先）で課題となっていること、悩んでいること

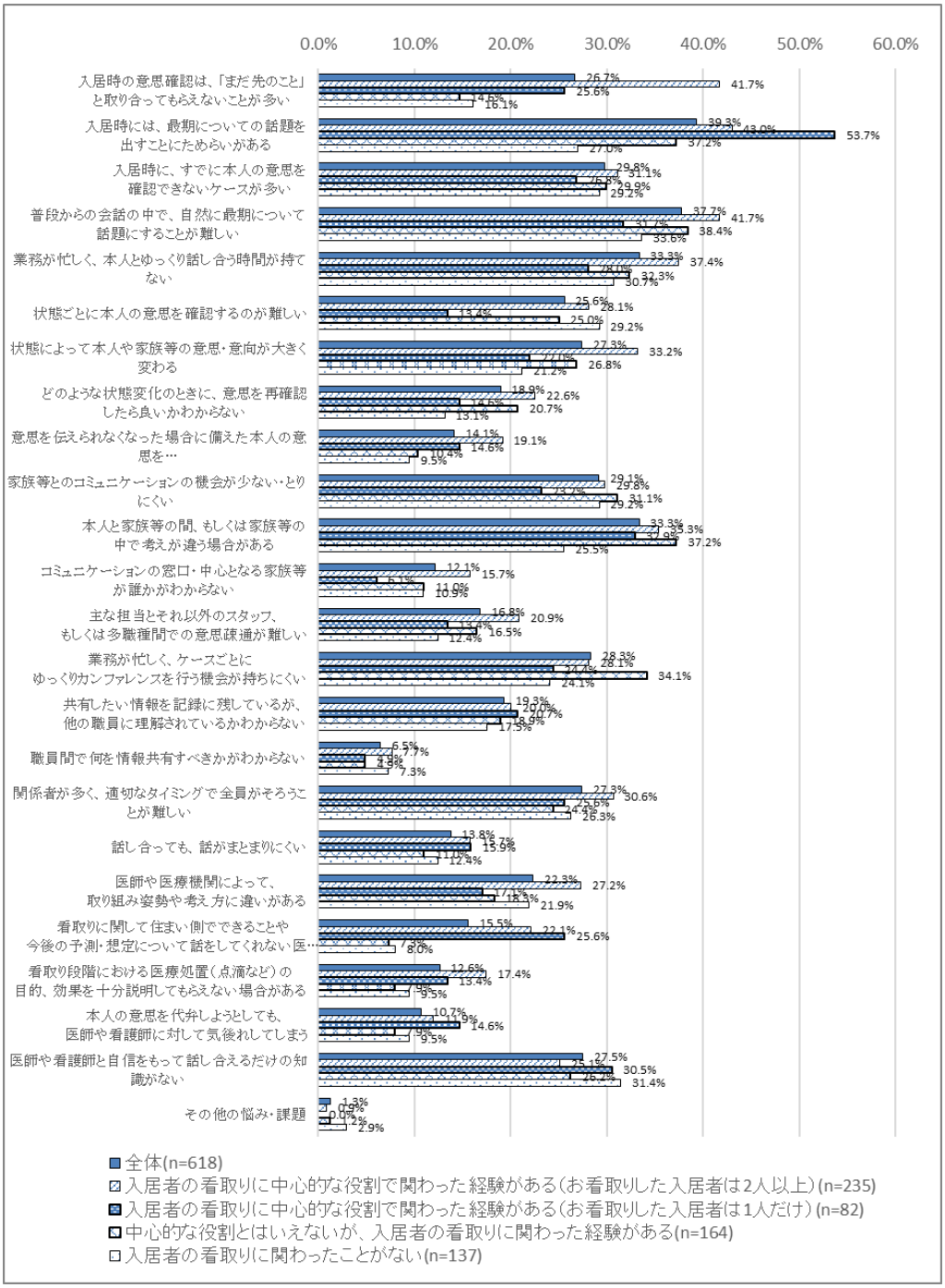
- 全体では「入居時には、最期についての話題を出すことにためらいがある」（39.3%）や「普段からの会話の中で、自然に最期について話題にすることが難しい」（37.7%）が上位である。
- 住まいタイプ別では、介護付き有料では「『まだ先のこと』と取り合ってもらえないことが多い」（36.4%）が目立ち、グループホームは、「普段からの会話の中で、自然に最期について話題にすることが難しい」（43.7%）、「本人と家族等の間、もしくは家族等の中で考えが違う場合がある」（38.8%）等が課題としてあがっている。

図表 58 前問に関して、貴ホーム・住まい（勤務先）で課題となっていること、悩んでいること【住まいタイプ別】



- 看取りの経験との関係では「入居者の看取りに中心的な役割で関わった経験がある（お看取りした入居者は 2 人以上）」方は「入居時の意思確認は、「まだ先のこと」と取り合ってもらえないことが多い」(41.7%)の割合が高い。「入居者の看取りに中心的な役割で関わった経験がある（お看取りした入居者は 1 人だけ）」方は「入居時には、最期についての話題を出すことにためらいがある」(53.7 %)の割合が高い。

図表 59 前問に関して、貴ホーム・住まい（勤務先）で課題となっていること、悩んでいること×看取り経験



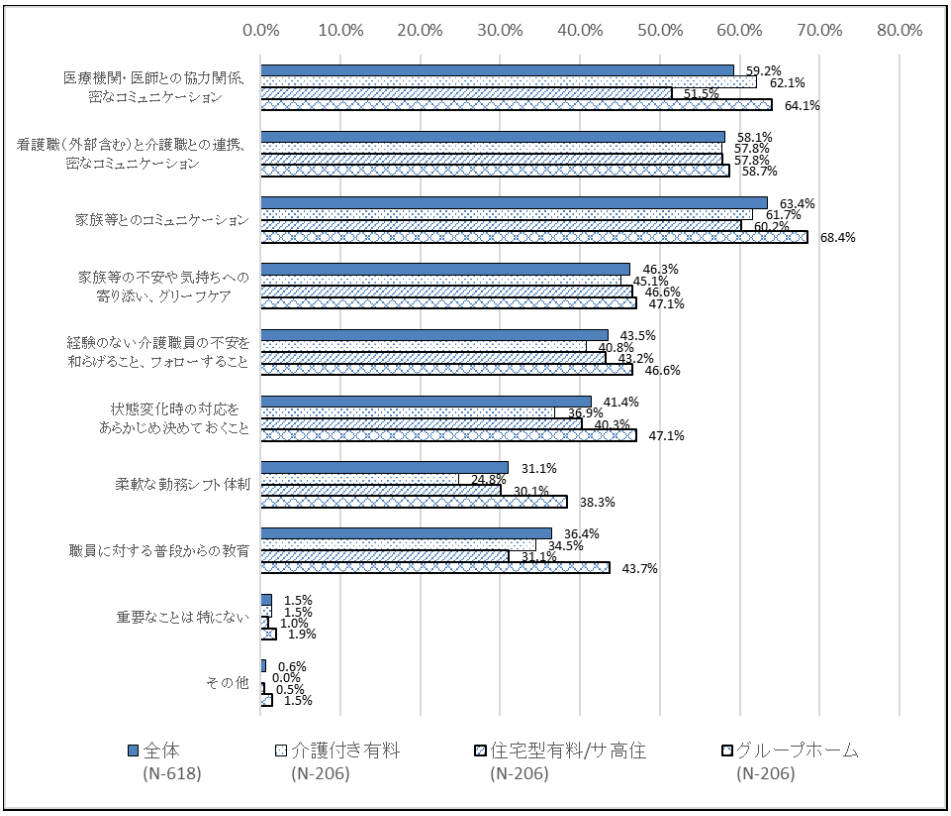
【自由回答での主な回答（抜粋）】

問 14　貴ホーム・住まい（勤務先）で課題となっていること、悩んでいることはありますか。以下のうちあてはまるものを全てお選びください。
・　看取り出来ないと入居段階で説明し了解を得ていても途中で看取り希望を強く懇願されること ・　若年知的障害の方向けの高齢者住まいで、看取りはないが死の理解への支援が課題と思う。

15）本人や家族等が、ホーム・住まいでの看取りを望んだとき、本人・家族等が納得できる看取りにするために重要なこと

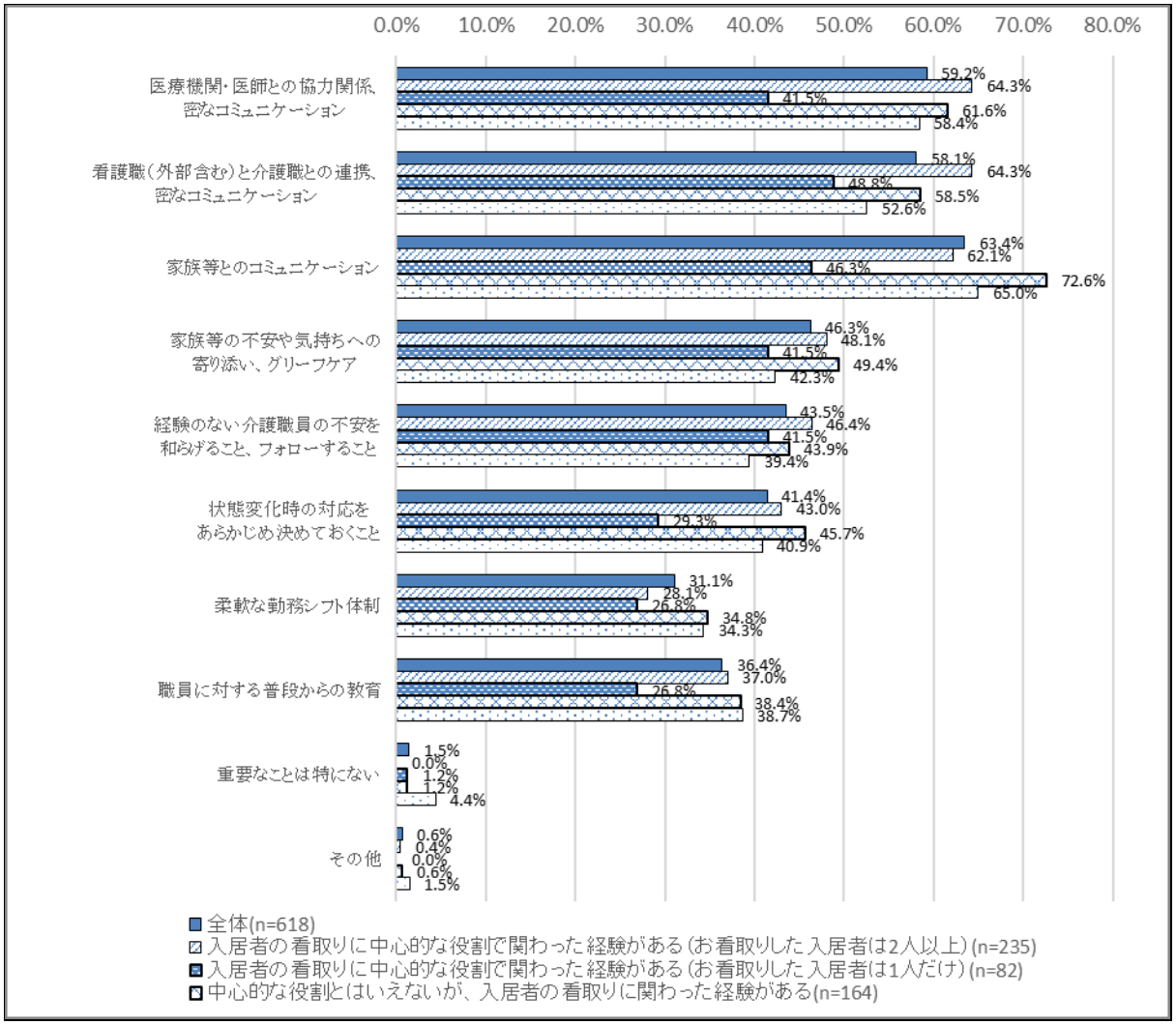
- 全体では「医療機関・医師との協力関係密なコミュニケーション」（59.2%）、「看護職（外部含む）と介護職との連携、密なコミュニケーション」（58.1%）、「家族等とのコミュニケーション」（63.4%）の割合が高い。
- 住まいタイプ別にみると介護付き有料の「状態変化時の対応をあらかじめ決めておくこと」（36.9%）、「柔軟な勤務シフト体制」（24.8%）の割合がやや低い。住宅型有料/サ高住では「医療機関・医師との協力関係、密なコミュニケーション」（51.5%）の割合がやや低い。また、グループホームでは「家族等とのコミュニケーション」（68.4%）、「状態変化時の対応をあらかじめ決めておくこと」（47.1%）、「柔軟な勤務シフト体制」（38.3%）、「職員に対する普段からの教育」（43.7%）の割合がやや高い。

図表 60　ホーム・住まいでの看取りを望んだとき、本人・家族等が納得できる看取りにするために重要なこと【住まいタイプ別】



- 看取りの経験との関係では「入居者の看取りに中心的な役割で関わった経験がある（お看取りした入居者は 2 人以上）」方は「医療機関・医師との協力関係、密なコミュニケーション」(64.3 %)や「看護職（外部含む）と介護職との連携、密なコミュニケーショ」（64.3%）の割合が高い。「入居者の看取りに中心的な役割で関わった経験がある（お看取りした入居者は 1 人だけ）」は全体的に数値が低い（重要なこととして選ぶ率が低い）。

図表 61 ホーム・住まいでの看取りを望んだとき、本人・家族等が納得できる看取りにするために重要なこと×看取り経験



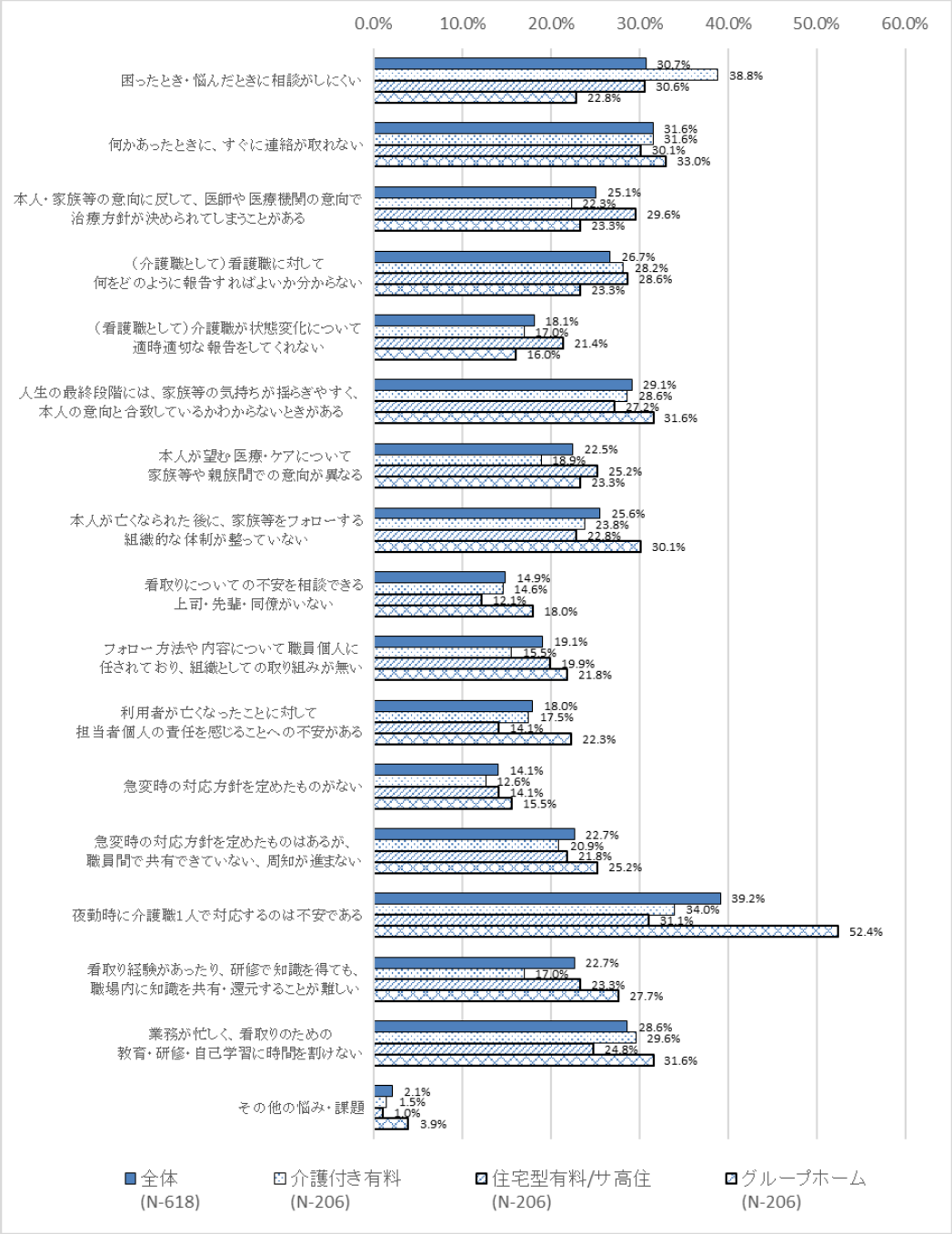
【自由回答での主な回答（抜粋）】

問 15 本人や家族等が、ホーム・住まいでの看取りを望んだとき、本人・家族等が納得できる看取りにするために、どのようなことが重要だと思いますか。
・ 職員（自分）の知識、理解技術向上。 ・ 余裕をもった人員配置

16) 前問に関して、貴ホーム・住まい（勤務先）で課題となっていること、悩んでいること

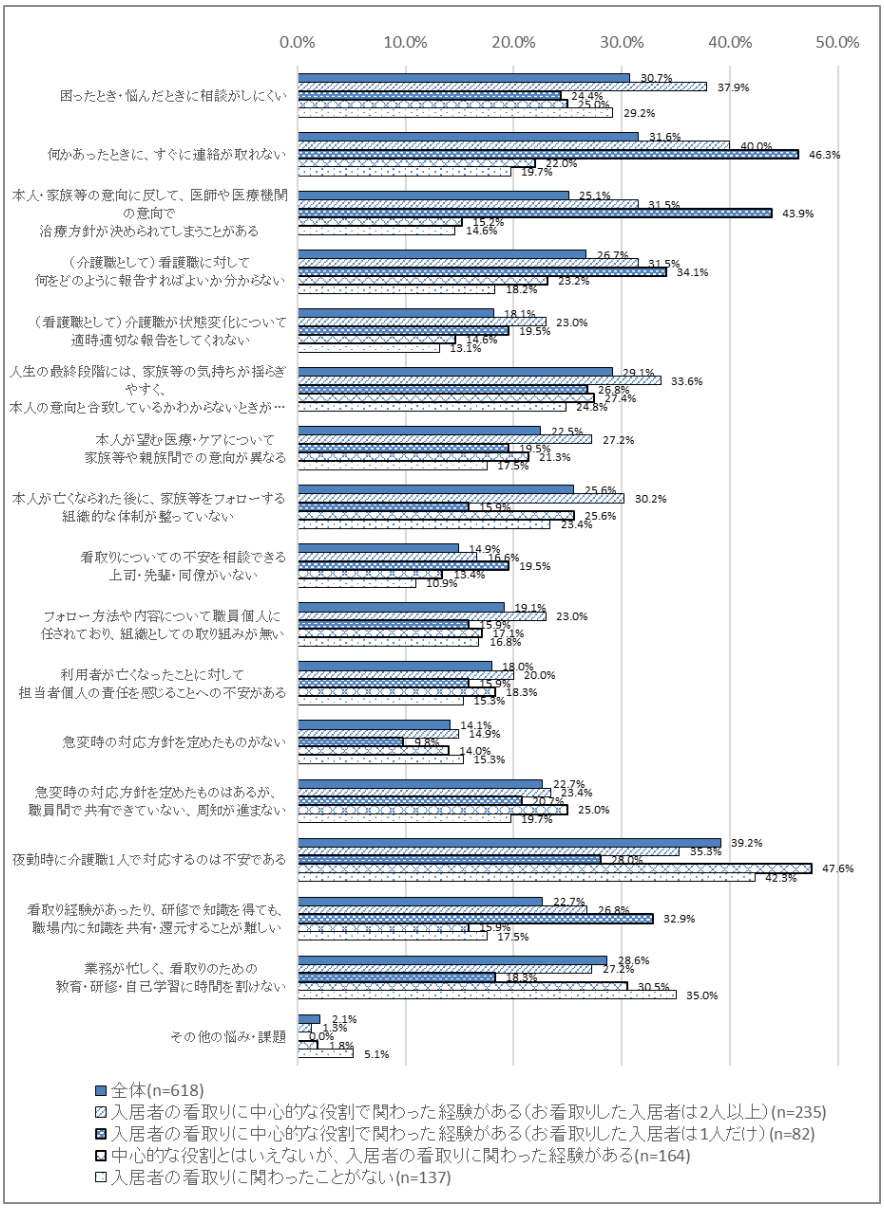
- 介護付き有料の「困ったとき・悩んだときに相談がしにくい」（38.8%）の割合が高い。住宅型有料/サ高住では「本人・家族等の意向に反して、医師や医療機関の意向で治療方針が決められてしまうことがある」（29.6%）の割合がやや高い。また、グループホームでは、「夜勤時に介護職 1 人で対応するのは不安」(52.4%)が突出して高い。

図表 62 前問に関して、貴ホーム・住まい（勤務先）で課題となっていること、悩んでいること【住まいタイプ別】



- 看取りの経験との関係では、経験のある人は「相談体制」や「連絡がとれないこと」を、経験が少ない・ない人は「夜勤時の不安」や「教育・研修・自己学習の時間がない」ことを悩みとして挙げる傾向がある。

図表 63 前問に関して、貴ホーム・住まい（勤務先）で課題となっていること、悩んでいること ×看取り経験



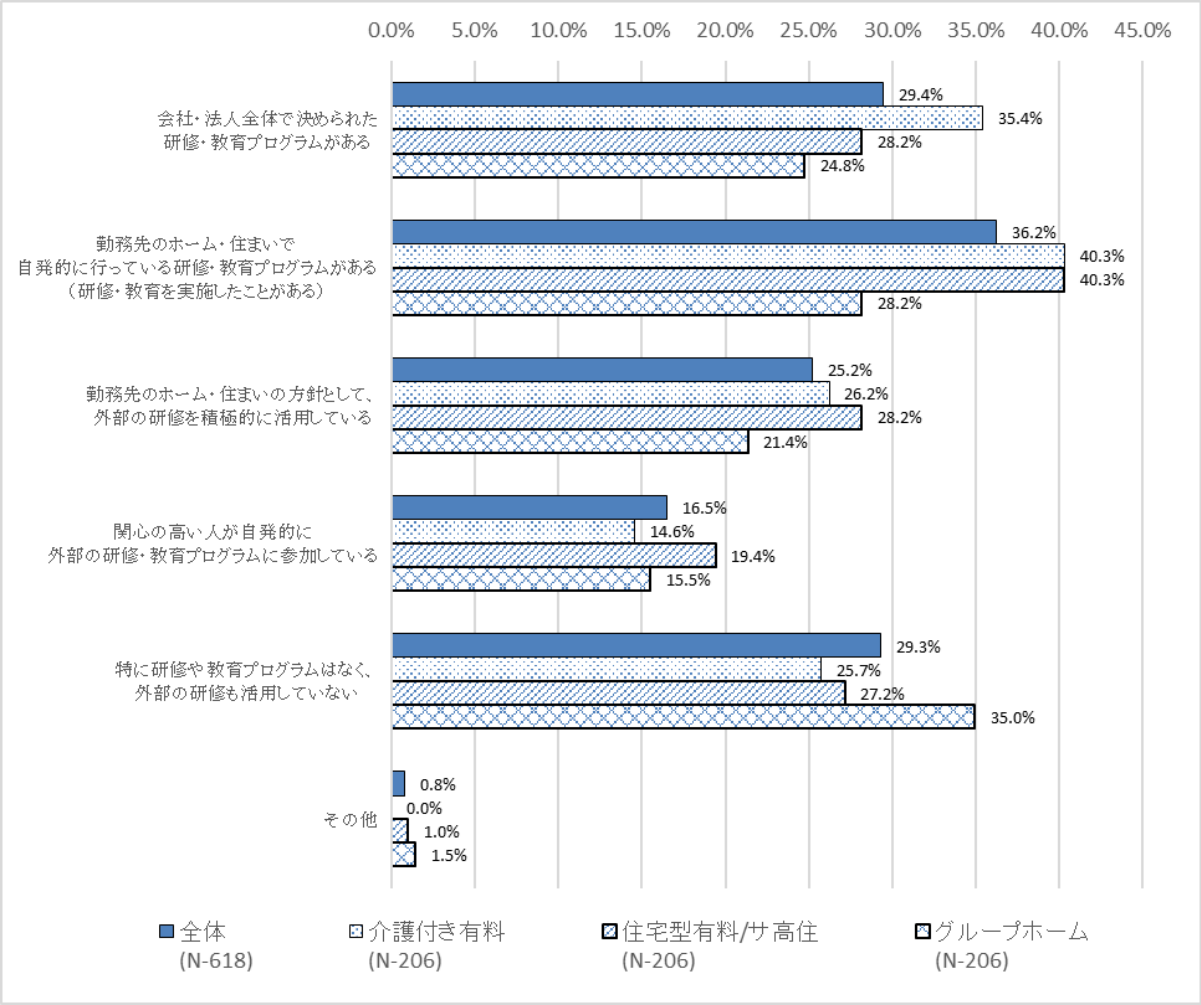
【自由回答での主な回答（抜粋）】

問 16 貴ホーム・住まい（勤務先）で課題となっていること、悩んでいることはありますか。以下のうちあてはまるものを全てお選びください。
・ 知識技術向上の機会がない。援助や手当もない。向上しづらい環境 ・ どんなに前もってわかっていても、実際は不安。 ・ 介護職員不足

17）勤務している住まい・ホームにおける看取りや ACP に関する研修や教育プログラムの有無

- 「会社・法人全体で決められた研修・教育プログラムがある」のは全体で約3割である。介護付き有料で会社単位に整備されている割合が高い。住宅型有料/サ高住では4割が住まい単位での教育・研修を実施している（加算取得と関連しているものと推察される）。グループホームでは特にプログラムが用意されていないとする割合が高い（29.4%）。

図表 64 勤務している住まい・ホームにおける看取りや ACP に関する研修や教育プログラムの有無



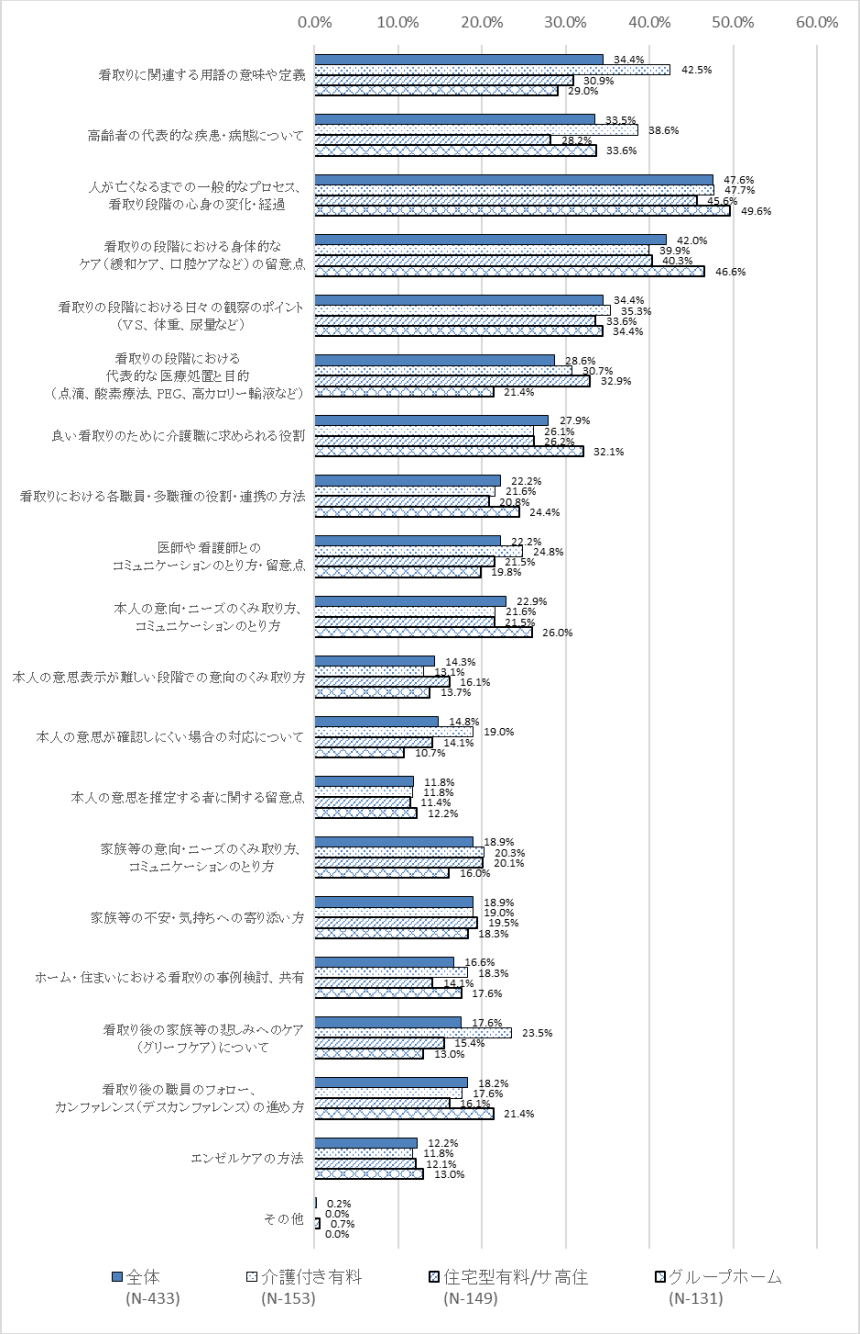
【自由回答での主な回答（抜粋）】

問 17 あなたの勤務先では、看取りや ACP（人生会議）に関する研修や教育プログラムはありますか。
・ 本人の希望より会社側が研修、教育プログラムを決める ・ 法人内の同じサービスの連絡会で、勉強会で伝達講習を行った ・ 役職者のみ研修あり

18）勤務している住まい・ホームにおける研修・教育プログラム、外部の研修の内容

- 全体では「人が亡くなるまでの一般的なプロセス、看取り段階の心身の変化・経過」（47.6%）、「看取りの段階における身体的なケア（緩和ケア、口腔ケアなど）の留意点」（42.0%）が上位である。
- 住まいタイプ別でみると、介護付き有料では「看取りに関連する用語の意味や定義」（42.5%）の実施率、グループホームでは「人が亡くなるまでの一般的なプロセス、看取り段階の心身の変化・経過」（49.6%）、「看取りの段階における身体的なケア（緩和ケア、口腔ケアなど）の留意点」（46.6%）など実践的な内容が教育されている傾向が見て取れる。

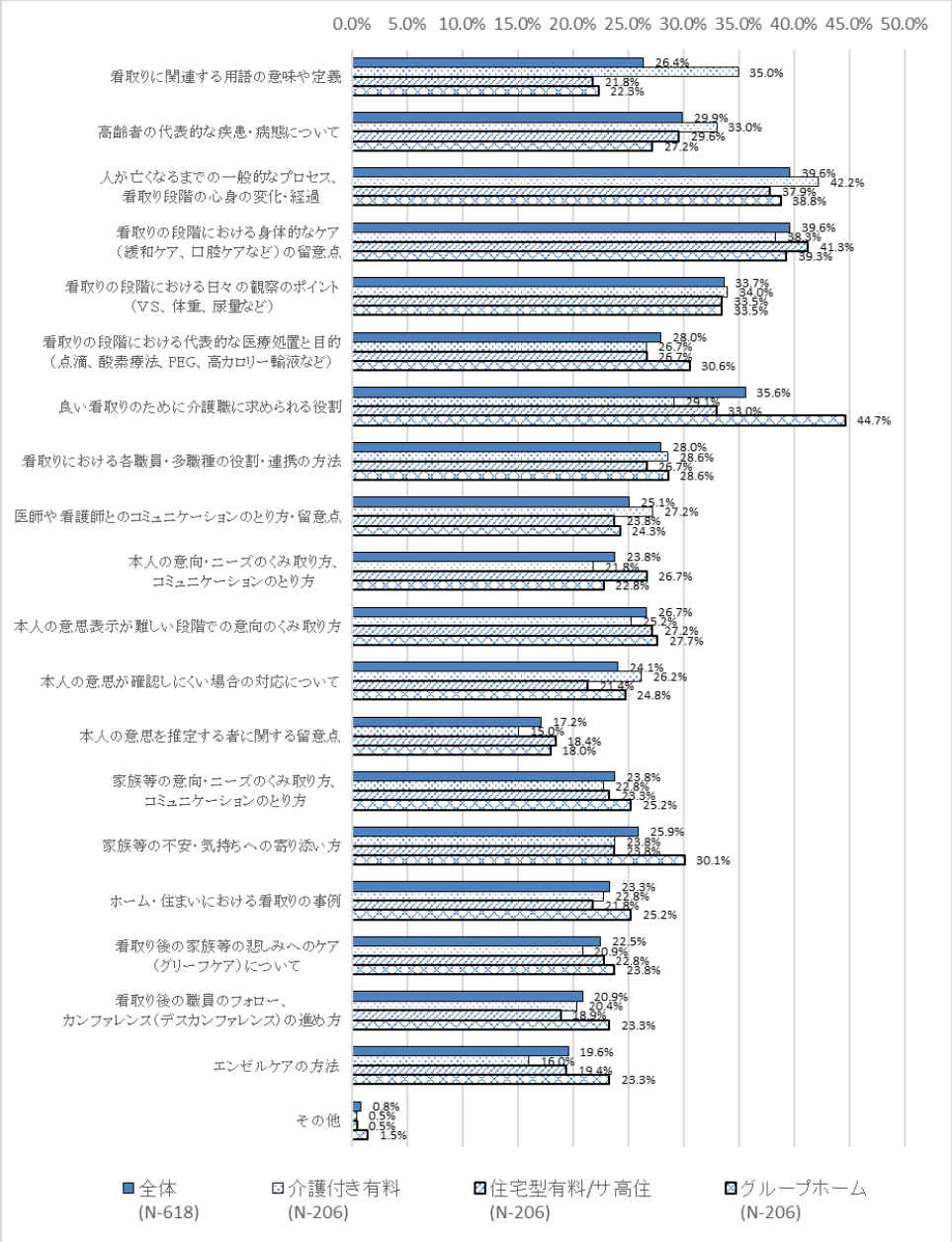
図表 65 研修・教育プログラム、外部の研修の内容



19）入居者の方々や家族等が納得できる最期を迎えられるようにするために、自身がお知りになりたいこと、学びたいこと

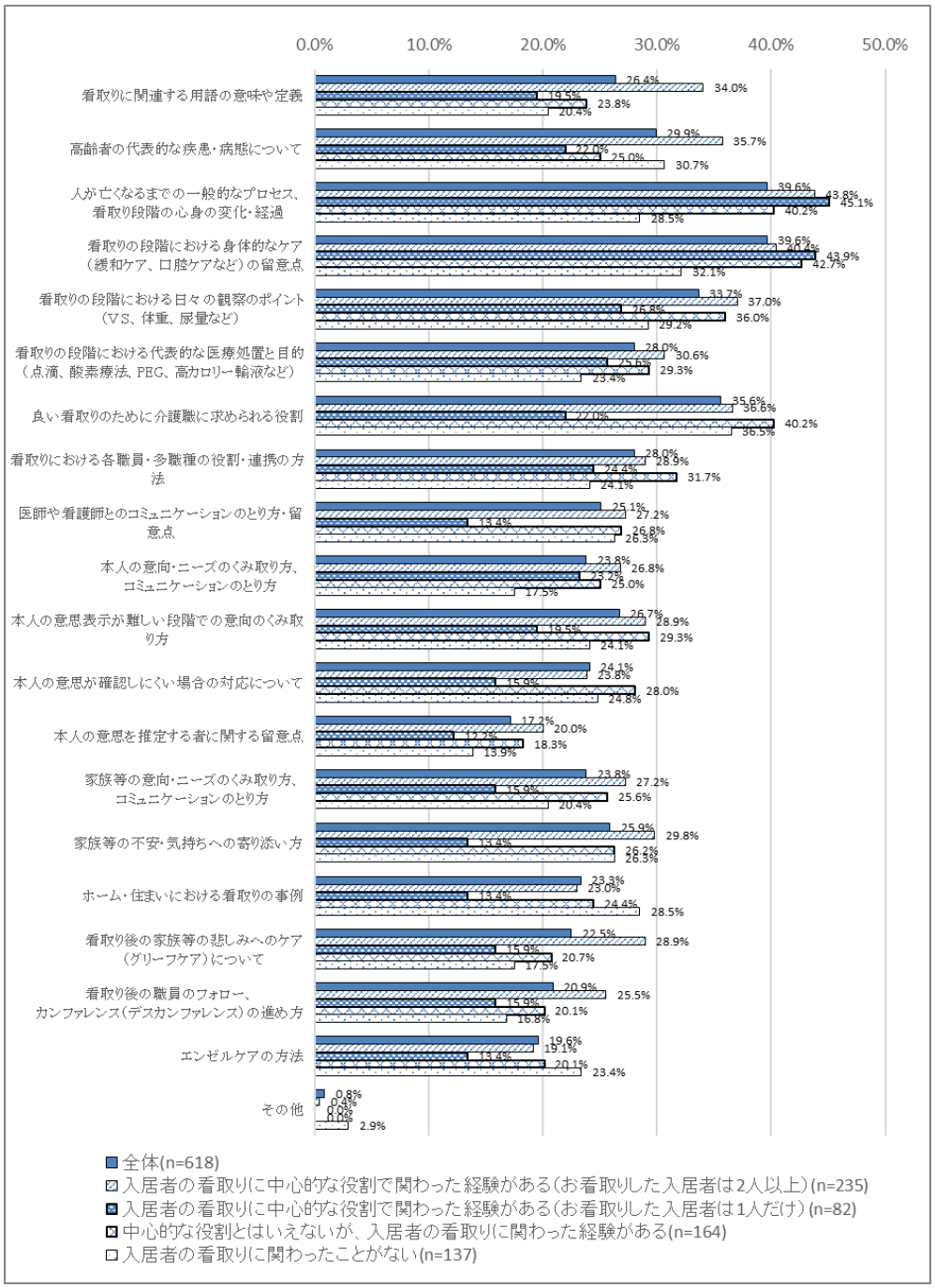
- 全体では「人が亡くなるまでの一般的なプロセス、看取り段階の心身の変化・経過」（39.6%）、「看取りの段階における身体的なケアの留意点」（39.6%）、「看取りの段階における日々の観察のポイント」（33.7%）、「良い看取りのために介護職に求められる役割」（35.6%）が上位である。
- 住まいタイプ別では、介護付き有料では、「看取りに関連する用語の意味や定義」（35.0%）、グループホームでは「良い看取りのために介護職に求められる役割」（44.7%）が目立って高い。

図表 66 入居者の方々や家族等が納得できる最期を迎えられるようにするために、自身がお知りになりたいこと、学びたいこと【住まいタイプ別】



- 看取りの経験との関係では「入居者の看取りに中心的な役割で関わった経験がある（お看取りした入居者は 2 人以上）」方は「看取りに関連する用語の意味や定義」(34.0%)や「高齢者の代表的な疾患・病態について」(35.7%)、「看取り後の家族等の悲しみへのケア（グリーフケア）について」(28.9)の割合が高い。「入居者の看取りに関わったことがない」方が学びたいと考えるものトップは「良い看取りのために介護職に求められるもの」であった。

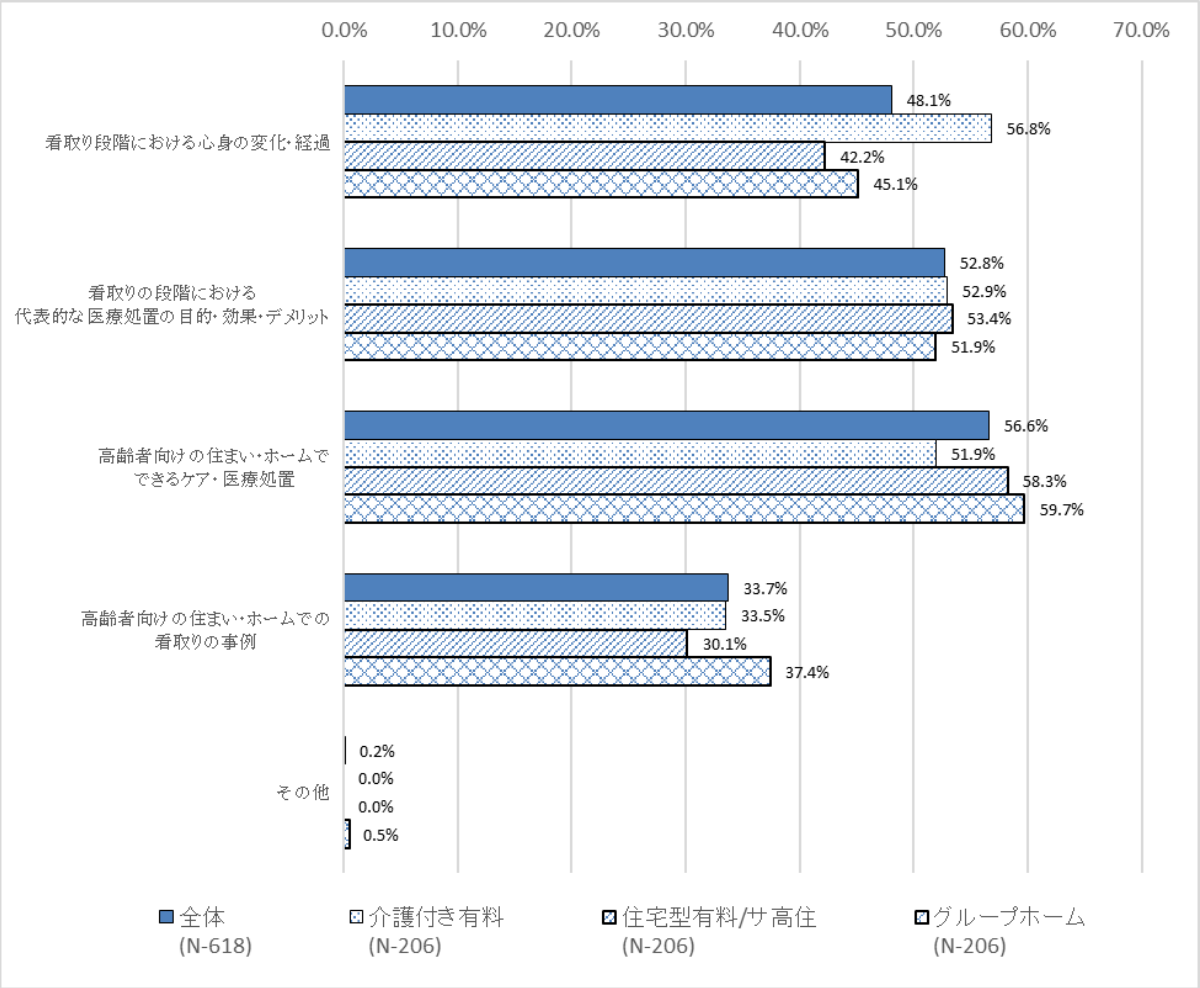
図表 67 入居者の方々や家族等が納得できる最期を迎えられるようにするために、自身がお知りになりたいこと、学びたいこと×看取り経験



20) 入居者の方々や家族等が納得できる最期をむかえていただくために、入居者の方々や家族等に事前に知っておいてほしいこと

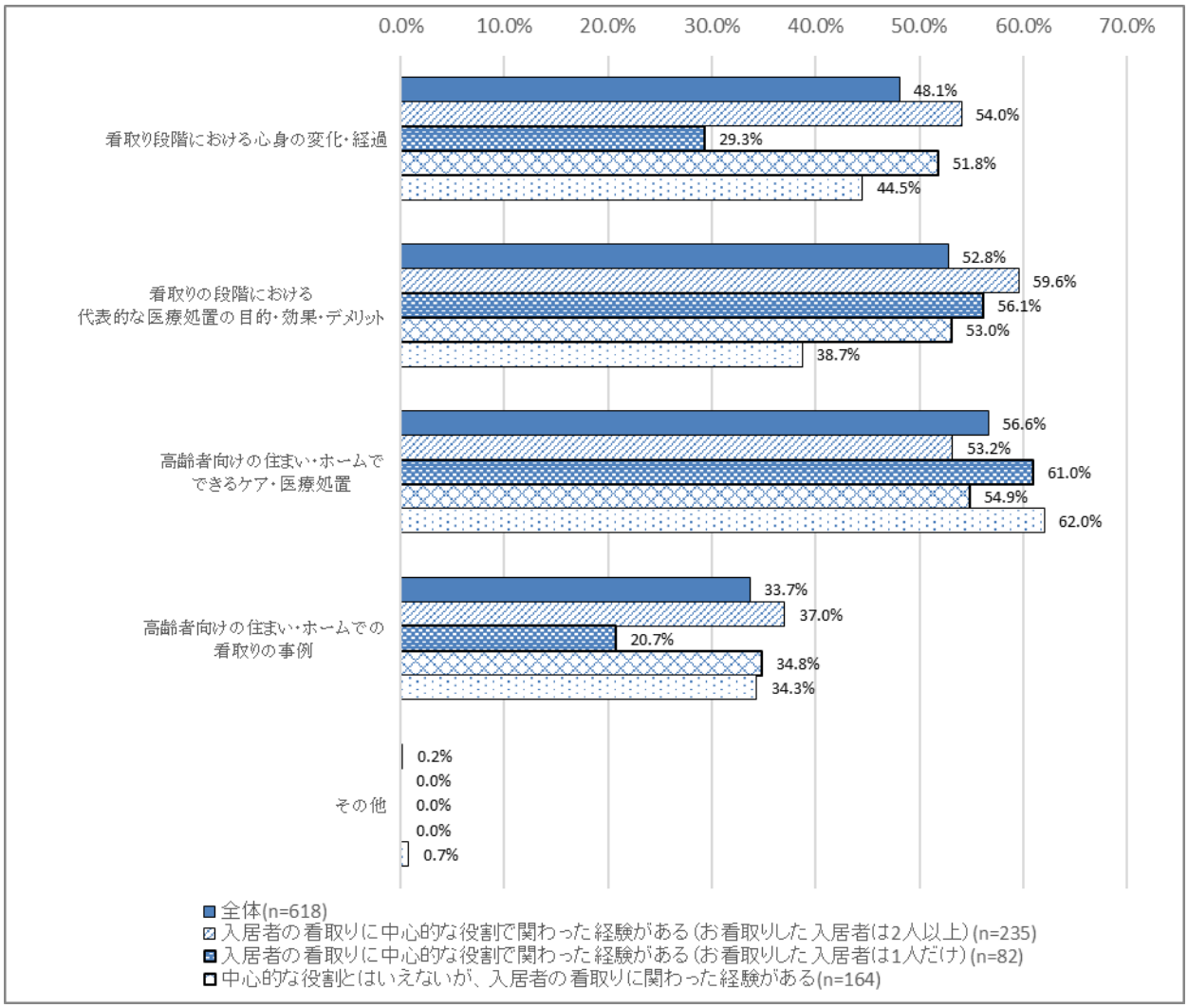
- 全体では「看取り段階における心身の変化・経過」(48.1%)、「看取りの段階における代表的な医療処置の目的・効果・デメリット」(52.8%)、「高齢者向けの住まい・ホームでできるケア・医療処置」(56.6%)やや高い。
- 住まいタイプ別では、介護付き有料で「看取り段階における心身の変化・経過」(56.8%)の割合が高い。

図表 68 入居者の方々や家族等が納得できる最期をむかえていただくために、入居者の方々や家族等に事前に知っておいてほしいこと【住まいタイプ別】



- 看取りの経験との関係では、「入居者の看取りに中心的な役割で関わった経験がある（お看取りした入居者は１人だけ）」方は「看取り段階における心身の変化・経過」(29.3%)や「高齢者向けの住まい・ホームでの看取りの事例」（20.7%）の割合が低い。また、「入居者の看取りに関わったことがない」方は「看取りの段階における代表的な医療処置の目的・効果・デメリット」（38.7%）の割合が低い。

図表 69 入居者の方々や家族等が納得できる最期をむかえていただくために、入居者の方々や家族等に事前に知っておいてほしいこと×看取り経験



3. 施設長・ホーム長向けアンケート調査

（1）施設長・ホーム長向けアンケート調査の概要

高齢者住まいにおけるACPや看取りの実施状況とACPや看取りを推進する上での課題を把握するために、高齢者住まいの施設長に対してアンケート調査を実施した。

・対象の高齢者住まい：①介護付き有料老人ホーム ②住宅型有料老人ホーム/サービス付き高齢者向け住宅 ③グループホーム ・対象数/方法：上記住まいに各 1,000 件、計 3,000 件のアンケート用紙を郵送

（2）施設長・ホーム長向けアンケート調査結果と示唆（サマリー）

分析結果のサマリーは以下のとおり。

1) ACP、人生会議の認知度

- 「ACP」の認知度は6割を超えているが、さらなる啓発が必要

2) 看取り・ACP についての考え方

- 「看取りを行うことに対する思い、イメージについて」は、全体の 6 割強が「看取りはやりがいにつながる」に近い考えを持っている。
- 全般的に、看取り件数が増えるにつれて、看取りには積極的な考え方になっていく。

3) マニュアル整備、意向確認のタイミング

- 看取りが多い高齢者住まいでは、指針・マニュアルが整備されている割合が高い。
- 本人の考えを確認するタイミングについては、「入居時点」、「症状等が悪化したとき」、「看取りが近づいていると判断されたとき」が多い。
- 考えを確認する主体については、「施設長・ホーム長」の次に、「ケアマネジャー」が高い傾向にある。

4) 話し合い、振り返りの機会

- 話し合いの機会としては、サービス担当者会議、看取りの可能性が高い入居者に関する多職種が参加するケースカンファレンス、朝礼・申し送り、看取りや ACP（人生会議）に関する委員会等の場面が多い。
- 看取りが多い高齢者住まいほど「多職種が参加するケースカンファレンス」や「振り返りミーティング」を開く傾向がある。

5) 本人・家族等の考えについて確認し、関係者で合意するために重要なこと

- 合意形成のための重要な要素としては、「本人の意向を引き出す・聞き出す職員の能力」（51.4%）や「意思を伝えられなくなった場合に備えて本人の意思を推定する者の選定」（49.4%）が挙げられ

る。

- 合意形成に向けての課題としては、全体では「本人と家族等の間、もしくは家族等の中で考えが違う場合がある」(56.5%)、「普段からの会話の中で、自然に最期について話題にすることが難しい」(44.9%)、「スタッフによって、本人の意向や要望を聞く力にばらつきがある」(44.6%)の割合がやや高い。

6) 本人・家族等が納得できる看取りにするために重要なこと

- 看取りのための重要な要素としては、「家族等とのコミュニケーション」(92.1%)、「医療機関・医師との協力関係密なコミュニケーション」(89.7%)、「看護職(外部含む)と介護職との連携、密なコミュニケーション」(81.0%)が挙げられる。
- 看取りの課題としては、「勤務人数が少なく、看取り時期の業務量増加に対応できない、他の入居者のケアが手薄になる」(38.1%)、「本人が望む医療・ケアについて家族等や親族間での意向が異なる」(36.1%)、「看取り経験のある職員が少なく、フォローすることが難しい」(34.6%)の割合が高い。

7) 研修や教育プログラムについて

- 研修の実施状況については、「勤務先のホーム・住まいで自発的に行っている研修・教育プログラムがある(研修・教育を実施したことがある)」(28.6%)の割合が最も高い。
- 住まいタイプ別にみると、住宅型有料/サ高住では他の住まいタイプに比べて「特に研修や教育プログラムはなく、外部の研修も活用していない」(31.5%)の割合が高い。

8) 職員に知っておいてほしいこと、学んでほしいこと

- 全体では、「良い看取りのために介護職に求められる役割」(76.1%)、「人が亡くなるまでの一般的なプロセス、看取り段階の心身の変化・経過」(73.6%)、「看取りの段階における身体的なケア(緩和ケア、口腔ケアなど)の留意点」(71.5%)、「看取りの段階における日々の観察のポイント(VS、体重、尿量など)」(70.3%)、の割合が高い。

9) 入居者の方々や家族等に事前に知っておいてほしいこと

- 全体では、「高齢者向けの住まい・ホームでできるケア・医療処置」(80.6%)「看取り段階における心身の変化・経過」(72.7%)、「看取りの段階における代表的な医療処置の目的・効果・デメリット」(64.7%)の割合が高い。

(3) 施設長・ホーム長向けアンケート結果(データ編)

施設長・ホーム長向けアンケート結果を以下に示す。

1) 勤務している住まい・ホームの規模(入居定員)

- 介護付き有料では「40～49 名」(18.6%)が、住宅型有料/サ高住では「20～29 名」(22.6%)の割合が最も高かった。グループホームは住まいの特性上「10～19 名」で 59.7%を占めた。

図表 70 勤務している住まい・ホームの規模(入居定員)

	1～9名	10～19名	20～29名	30～39名	40～49名	50～59名	60～69名	70～79名	80～89名	90～99名	100名以上
全体 (N=917)	14.4%	28.6%	13.8%	11.9%	9.4%	8.2%	5.7%	3.4%	1.4%	1.0%	2.3%
介護付き有料 (N=306)	1.6%	3.3%	12.7%	17.3%	18.6%	16.7%	12.1%	7.5%	3.6%	1.6%	4.9%
住宅型有料/サ高住 (N=301)	7.6%	22.3%	22.6%	18.3%	9.6%	8.0%	5.0%	2.7%	0.7%	1.3%	2.0%
グループホーム (N=310)	33.5%	59.7%	6.5%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

2) 勤務している住まい・ホームの開設からの経過年数

- 住宅型有料/サ高住では「5 年～9 年」(49.5%)が約半数となっている。
- グループホームでは「15 年～19 年」(46.5%)も比較的多かった。

図表 71 勤務している住まい・ホームの開設からの経過何年

	1年未満	1～4年	5～9年	10～14年	15～19年	20年以上	無回答
全体 (N=917)	0.8%	14.6%	31.2%	27.5%	22.2%	3.1%	0.7%
介護付き有料 (N=306)	1.0%	9.8%	28.1%	38.2%	15.7%	6.5%	0.7%
住宅型有料/サ高住 (N=301)	1.3%	27.9%	49.5%	15.6%	4.0%	1.3%	0.3%
グループホーム (N=310)	0.0%	6.5%	16.5%	28.4%	46.5%	1.3%	1.0%

3) 勤務している組織・法人全体が有する高齢者の住まい・ホーム数

- 介護付き有料、グループホームは「2～4 件」の割合が最も高かった。(介護付き有料 29.4%、グループホーム 36.5%)
- 住宅型有料/サ高住では「1 件(勤務先のみ)」が最も多かった(39.5%)

図表 72 勤務している組織・法人全体が有する高齢者の住まい・ホーム数

	1件(勤務先のみ)	2～4件	5～9件	10～49件	50～99件	100件以上	無回答
全体 (N-917)	28.9%	34.9%	11.7%	11.6%	3.1%	9.8%	0.1%
介護付き有料 (N-306)	19.6%	29.4%	12.1%	15.7%	5.9%	17.3%	0.0%
住宅型有料/サ高住 (N-301)	39.5%	38.9%	7.6%	9.0%	1.7%	3.3%	0.0%
グループホーム (N-310)	27.7%	36.5%	15.2%	10.0%	1.6%	8.7%	0.3%

4) 施設長・ホーム長になるまでに経験したことがある(または現在兼務している)職種

- 施設長・ホーム長になるまでに経験したことがある(または現在兼務している)職種は、医療福祉関係以外の業種の職種も存在する。

図表 73 施設長・ホーム長になるまでに経験したことがある(または現在兼務している)職種

【自由回答での主な回答(抜粋)】

問 5 あなたが施設長・管理者になるまでに、これまでに経験したことがある(または現在兼務している)職種をご回答ください。
人事、警察官、紹介会社営業、営業(他職種)、開設責任者、品質管理、サービス提供責任者、会社役員、会社員、機能訓練指導員、行政の福祉事務所長、サービス業、クラーク、公務員、副施設長、副ホーム長、柔整師、教員、サ責、MSW、介護主任・リーダー、牧師、栄養士、総務、支援相談員、保健師、不動産賃貸業、計画作成担当者、プログラマー、課長職、一般企業管理業務(マネジメント)、保育士、看護助手、地域包括支援センター、建設会社役員、社会福祉士、建築士

5) 用語認知

- 「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)」の認知度は 65.4%だが、「意味・内容まで知っている」割合は 27.0%に留まる。
- 「人生会議」に比べると「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)」の認知度はやや高い。
- 住まいタイプ別では、介護付き有料における「知らない」の割合が他の住まいに比べ低い。

図表 74 用語認知[ACP(アドバンス・ケア・プランニング)]【住まいタイプ別】

	意味・内容まで知っている	聞いたことがある	知らない	無回答
全体 (N=917)	27.0%	38.4%	32.9%	1.6%
介護付き有料 (N=306)	29.1%	41.8%	27.5%	1.6%
住宅型有料/サ高住 (N=301)	28.2%	34.9%	36.5%	0.3%
グループホーム (N=310)	23.9%	38.4%	34.8%	2.9%

図表 75 用語認知[ACP(アドバンス・ケア・プランニング)]×看取り人数

	意味・内容まで知っている	聞いたことがある	知らない	無回答
全体 (N=917)	26.9%	37.6%	32.9%	2.5%
いない (N=258)	22.1%	36.0%	38.4%	3.5%
1～4人 (N=536)	28.0%	38.1%	31.7%	2.2%
5人以上 (N=123)	32.5%	39.0%	26.8%	1.6%

図表 76 用語認知[人生会議]【住まいタイプ別】

	意味・内容まで知っている	聞いたことがある	知らない	無回答
全体 (N=917)	19.0%	33.9%	44.9%	2.2%
介護付き有料 (N=306)	21.2%	37.9%	39.2%	1.6%
住宅型有料/サ高住 (N=301)	19.3%	30.6%	48.8%	1.3%
グループホーム (N=310)	16.5%	33.2%	46.8%	3.5%

図表 77 用語認知[人生会議]×看取り人数

	意味・内容まで知っている	聞いたことがある	知らない	無回答
全体 (N=917)	19.0%	33.4%	44.6%	3.1%
いない (N=258)	15.9%	30.6%	49.2%	4.3%
1～4人 (N=536)	19.8%	35.3%	42.2%	2.8%
5人以上 (N=123)	22.0%	30.9%	45.5%	1.6%

図表 78 用語認知[インフォームド・コンセント]

	意味・内容まで知っている	聞いたことがある	知らない	無回答
全体 (N=917)	77.6%	17.0%	4.5%	0.9%
介護付き有料 (N=306)	80.7%	14.7%	3.6%	1.0%
住宅型有料/サ高住 (N=301)	75.1%	17.3%	7.6%	0.0%
グループホーム (N=310)	77.1%	19.0%	2.3%	1.6%

図表 79 用語認知[DNAR]

	意味・内容まで知っている	聞いたことがある	知らない	無回答
全体 (N=917)	23.6%	22.7%	50.6%	3.2%
介護付き有料 (N=306)	29.7%	23.2%	44.8%	2.3%
住宅型有料/サ高住 (N=301)	24.6%	19.6%	54.5%	1.3%
グループホーム (N=310)	16.5%	25.2%	52.6%	5.8%

図表 80 用語認知[エンゼルケア]

	意味・内容まで知っている	聞いたことがある	知らない	無回答
全体 (N=917)	85.3%	10.8%	3.4%	0.5%
介護付き有料 (N=306)	89.2%	8.2%	2.3%	0.3%
住宅型有料/サ高住 (N=301)	83.1%	11.6%	5.3%	0.0%
グループホーム (N=310)	83.5%	12.6%	2.6%	1.3%

図表 81 用語認知[デスカンファレンス]【住まいタイプ別】

	意味・内容まで知っている	聞いたことがある	知らない	無回答
全体 (N=917)	47.7%	25.2%	25.2%	2.0%
介護付き有料 (N=306)	49.0%	25.5%	24.2%	1.3%
住宅型有料/サ高住 (N=301)	48.8%	22.9%	26.9%	1.3%
グループホーム (N=310)	45.2%	27.1%	24.5%	3.2%

図表 82 用語認知[デスカンファレンス] ×看取り人数

	意味・内容まで知っている	聞いたことがある	知らない	無回答
全体 (N=917)	47.2%	25.0%	25.1%	2.7%
いない (N=258)	36.0%	31.0%	29.5%	3.5%
1～4人 (N=536)	47.6%	23.3%	26.7%	2.4%
5人以上 (N=123)	69.1%	19.5%	8.9%	2.4%

図表 83 [クオリティ・オブ・ライフ(QOL)]

	意味・内容まで知っている	聞いたことがある	知らない	無回答
全体 (N=917)	89.2%	7.3%	3.1%	0.4%
介護付き有料 (N=306)	90.2%	6.5%	2.9%	0.3%
住宅型有料/サ高住 (N=301)	86.4%	8.6%	5.0%	0.0%
グループホーム (N=310)	91.0%	6.8%	1.3%	1.0%

6) 勤務している住まい・ホームで 1 年間に看取る方の人数

- 全体では「1～4 人」の割合が最も高かった。(58.5%) また、住まいタイプ別では、介護付き有料が他の住まいに比べて「5 人以上」の割合が高い傾向にあった。(26.1%)

図表 84 勤務している住まい・ホームで 1 年間に看取る方の人数

	いない	1～4人	5人以上
全体 (N-917)	28.1%	58.5%	13.4%
介護付き有料 (N-306)	14.4%	59.5%	26.1%
住宅型有料/サ高住 (N-301)	33.9%	53.8%	12.3%
グループホーム (N-310)	36.1%	61.9%	1.9%

7) 施設長・ホーム長の考えに近いもの

- 「看取りの場として」は、住まいタイプ別では、住宅型有料/サ高住において「できる限り医療機関につなぎたい」と考える人の割合は約 3 割とやや高い。
- 看取り人数との関係では、看取りの経験が多くなるにつれて、「高齢者住まいで看取りたい」と考える人の割合が高くなる傾向にある。

図表 85 看取りの場として【住まいタイプ別】

【A】できる限り入居者の生活の延長として高齢者の住まい(有料老人ホーム、サ高住、グループホーム)で看取りたい

【B】できる限り専門性の高い医療機関につなぎたい

	Aの考えに近い	どちらかというとAの考えに近い	どちらかというとBの考えに近い	Bの考えに近い	無回答
全体 (N-917)	46.2%	30.1%	14.4%	8.9%	0.3%
介護付き有料 (N-306)	55.2%	33.0%	8.5%	2.9%	0.3%
住宅型有料/サ高住 (N-301)	39.2%	27.6%	17.3%	15.3%	0.7%
グループホーム (N-310)	44.2%	29.7%	17.4%	8.7%	0.0%

図表 86 看取りの場として×看取り人数

	Aの考えに近い	どちらかというとAの考えに近い	どちらかというとBの考えに近い	Bの考えに近い	無回答
全体 (N-917)	46.2%	29.9%	14.4%	8.9%	0.5%
いない (N-258)	16.3%	26.4%	32.2%	25.2%	0.0%
1～4人 (N-536)	55.0%	33.4%	7.8%	3.0%	0.7%
5人以上 (N-123)	70.7%	22.0%	5.7%	0.8%	0.8%

- 「看取りへのかかわりについて」は、住まいタイプ別でみると、住宅型有料/サ高住において「看取りは医療・看護職が進めるべきだ」と考える人の割合が他の住まいに比べて高い。
- 看取り人数との関係では、看取りの経験が多くなるにつれて、「看取りは介護職が進めるべきだ」と考える人の割合が高くなる傾向にある。

図表 87 看取りへのかかわりについて【住まいタイプ別】

【A】できる限り、その人をよく知り、普段から生活を支える介護職が関わっていくべきだ

【B】できる限り、健康・医療の面から医療・看護職が進めるべきだ

	Aの考えに近い	どちらかというとAの考えに近い	どちらかというとBの考えに近い	Bの考えに近い	無回答
全体 (N=917)	35.1%	38.1%	20.4%	5.7%	0.8%
介護付き有料 (N=306)	38.6%	40.5%	16.0%	4.2%	0.7%
住宅型有料/サ高住 (N=301)	26.2%	36.5%	27.6%	8.6%	1.0%
グループホーム (N=310)	40.3%	37.1%	17.7%	4.2%	0.6%

図表 88 看取りへのかかわりについて×看取り人数

	Aの考えに近い	どちらかというとAの考えに近い	どちらかというとBの考えに近い	Bの考えに近い	無回答
全体 (N=917)	35.1%	37.8%	20.4%	5.7%	1.0%
いない (N=258)	18.6%	34.5%	34.5%	12.0%	0.4%
1～4人 (N=536)	40.1%	40.3%	15.1%	3.4%	1.1%
5人以上 (N=123)	48.0%	34.1%	13.8%	2.4%	1.6%

- 「看取りを行うことに対する思い、イメージについて」は、全体の 6 割強が「看取りはやりがいにつながる」に近い考えを持っている。
- 看取り人数との関係では、看取りの経験が多くなるにつれて、「看取りはやりがいにつながる」と考える人の割合が高くなる傾向にある。

図表 89 看取りを行うことに対する思い、イメージについて【住まいタイプ別】

【A】入居者の最期に関わることができ、やりがいにつながる

【B】入居者の最期に関わることなので、不安や苦労が大きい

	Aの考えに近い	どちらかというとAの考えに近い	どちらかというとBの考えに近い	Bの考えに近い	無回答
全体 (N=917)	30.9%	33.2%	28.0%	7.6%	0.3%
介護付き有料 (N=306)	36.9%	36.9%	21.9%	3.9%	0.3%
住宅型有料/サ高住 (N=301)	25.2%	31.6%	31.9%	11.0%	0.3%
グループホーム (N=310)	30.3%	31.0%	30.3%	8.1%	0.3%

図表 90 看取りを行うことに対する思い、イメージについて×看取り人数

	Aの考えに近い	どちらかというとAの考えに近い	どちらかというとBの考えに近い	Bの考えに近い	無回答
全体 (N=917)	30.9%	32.9%	28.0%	7.6%	0.5%
いない (N=258)	12.0%	26.0%	46.1%	15.9%	0.0%
1～4人 (N=536)	36.0%	36.9%	21.3%	5.0%	0.7%
5人以上 (N=123)	48.0%	30.1%	19.5%	1.6%	0.8%

- 「看取りと職員の負担について」は全体の約 6 割強が「職員の負担になっても看取りを推進していきたい」に近い考えを持っている。
- 看取り人数との関係では、看取りの経験が多くなるにつれて、「職員の負担になっても看取りを推進していきたい」と考える人の割合が高くなる傾向にある。

図表 91 看取りと職員の負担について【住まいタイプ別】

【A】職員の負担になっても、推進していきたい

【B】職員の負担になるので、積極的には推進しない

	Aの考えに近い	どちらかというとAの考えに近い	どちらかというとBの考えに近い	Bの考えに近い	無回答
全体 (N=917)	23.4%	40.7%	28.4%	7.3%	0.2%
介護付き有料 (N=306)	30.7%	45.1%	20.9%	3.3%	0.0%
住宅型有料/サ高住 (N=301)	21.9%	34.6%	33.6%	10.0%	0.0%
グループホーム (N=310)	17.7%	42.3%	30.6%	8.7%	0.6%

図表 92 看取りと職員の負担について×看取り人数

	Aの考えに近い	どちらかというとAの考えに近い	どちらかというとBの考えに近い	Bの考えに近い	無回答
全体 (N=917)	23.4%	40.6%	28.2%	7.3%	0.4%
いない (N=258)	6.2%	24.8%	50.4%	18.6%	0.0%
1～4人 (N=536)	26.9%	47.4%	21.5%	3.5%	0.7%
5人以上 (N=123)	44.7%	43.9%	11.4%	0.0%	0.0%

- 「看取りの住まい・ホーム運営への影響」について、介護付き有料の 7 割強が「住まいでの看取りが運営にプラスだ」という考えに近い一方で、住宅型有料/サ高住およびグループホームでは 5 割強に留まる。
- 看取り人数との関係では、看取りの経験が多くなるにつれて、「住まいでの看取りが運営にプラスだ」と考える人の割合が高くなる傾向にある。

図表 93 看取りの住まい・ホーム運営への影響について【住まいタイプ別】

【A】住まい・ホームでの看取りは、総合的に考えて運営にとってプラスだ

【B】住まい・ホームでの看取りは、リスクが大きい

	Aの考えに近い	どちらかというとAの考えに近い	どちらかというとBの考えに近い	Bの考えに近い	無回答
全体 (N=917)	22.0%	37.3%	31.5%	8.4%	0.8%
介護付き有料 (N=306)	31.4%	42.2%	21.9%	3.6%	1.0%
住宅型有料/サ高住 (N=301)	19.3%	32.2%	35.9%	12.3%	0.3%
グループホーム (N=310)	15.5%	37.4%	36.8%	9.4%	1.0%

図表 94 看取りの住まい・ホーム運営への影響について×看取り人数

	Aの考えに近い	どちらかというとAの考えに近い	どちらかというとBの考えに近い	Bの考えに近い	無回答
全体 (N=917)	21.9%	37.2%	31.5%	8.4%	1.0%
いない (N=258)	5.0%	24.8%	50.4%	19.0%	0.8%
1～4人 (N=536)	24.3%	42.4%	27.8%	4.3%	1.3%
5人以上 (N=123)	47.2%	40.7%	8.1%	4.1%	0.0%

8）勤務している会社・法人全体、あるいは貴ホーム・住まいにおける指針、マニュアル（看取りや ACP（人生会議）に取り組む方針が記載されたもの、看取りや ACP（人生会議）を行う際の手順・ポイント、看取りに関する契約書類など）の有無

- 指針、マニュアルのうち、「外部の医療機関等との連携を含めた、ホーム・住まいでの人生の最終段階の医療・ケア」に関するものは、全体の 44.4%において定められていない。
- 住まいタイプ別では、住宅型有料/サ高住において「特に定められたものは用意していない」の割合が高い。

図表 95 指針、マニュアルの有無[本人・家族等の意向の確認方法]【住まいタイプ別】

	会社・法人全体で作られているものがある	ホーム・住まいで作られたものがある（同じ組織・法人のホーム・住まいでは使われていない）	特に定められたものは用意されていない	分からない	無回答
全体 (N=917)	45.3%	21.4%	30.8%	1.5%	1.1%
介護付き有料 (N=306)	52.3%	27.1%	19.6%	1.0%	0.0%
住宅型有料/サ高住 (N=301)	30.6%	13.3%	52.2%	3.0%	1.0%
グループホーム (N=310)	52.6%	23.5%	21.0%	0.6%	2.3%

図表 96 指針、マニュアルの有無[本人・家族等の意向の確認方法]×看取り人数

	会社・法人全体で作られているものがある	ホーム・住まいで作られたものがある（同じ組織・法人のホーム・住まいでは使われていない）	特に定められたものは用意されていない	分からない	無回答
全体 (N=917)	45.3%	21.3%	30.6%	1.5%	1.3%
いない (N=258)	29.1%	16.3%	48.8%	3.5%	2.3%
1～4人 (N=536)	50.6%	22.2%	25.4%	0.9%	0.9%
5人以上 (N=123)	56.1%	27.6%	15.4%	0.0%	0.8%

図表 97 指針、マニュアルの有無[外部の医療機関等との連携を含めた、ホーム・住まいでの人生の最終段階の医療・ケアについて]【住まいタイプ別】

	会社・法人全体で作られているものがある	ホーム・住まいで作られたものがある（同じ組織・法人のホーム・住まいでは使われていない）	特に定められたものは用意されていない	分からない	無回答
全体 (N=917)	32.1%	18.6%	44.4%	2.7%	2.2%
介護付き有料 (N=306)	36.3%	23.9%	34.6%	2.6%	2.6%
住宅型有料/サ高住 (N=301)	21.3%	11.6%	63.5%	3.3%	0.3%
グループホーム (N=310)	38.4%	20.3%	35.5%	2.3%	3.5%

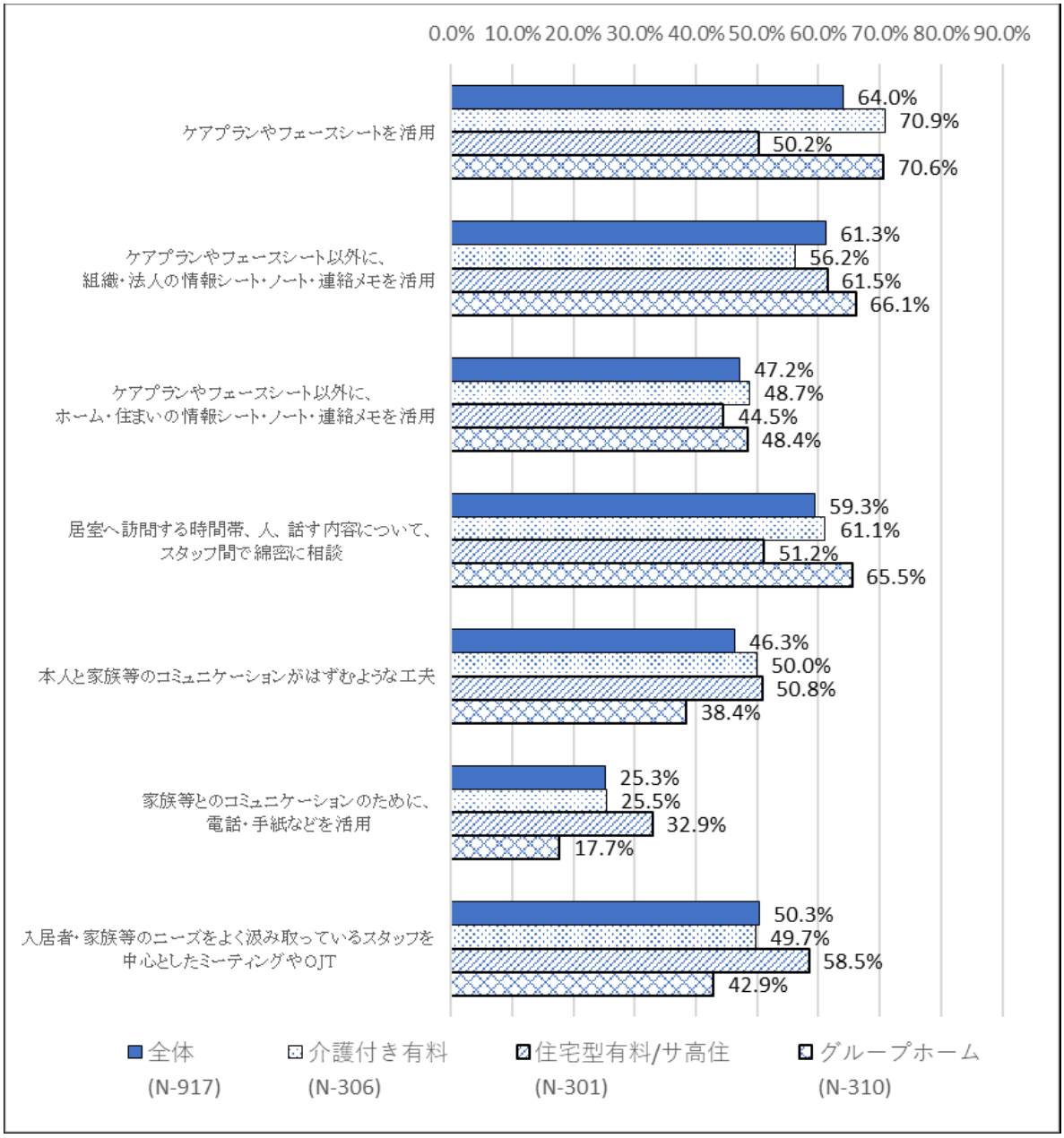
図表 98 指針、マニュアルの有無[外部の医療機関等との連携を含めた、ホーム・住まいでの人生の最終段階の医療・ケアについて] ×看取り人数

	会社・法人全体で作られているものがある	ホーム・住まいで作られたものがある（同じ組織・法人のホーム・住まいでは使われていない）	特に定められたものは用意されていない	分からない	無回答
全体 (N=917)	32.1%	18.5%	44.3%	2.7%	2.4%
いない (N=258)	19.4%	14.0%	58.5%	5.8%	2.3%
1～4人 (N=536)	36.2%	19.0%	40.7%	1.9%	2.2%
5人以上 (N=123)	40.7%	26.0%	30.1%	0.0%	3.3%

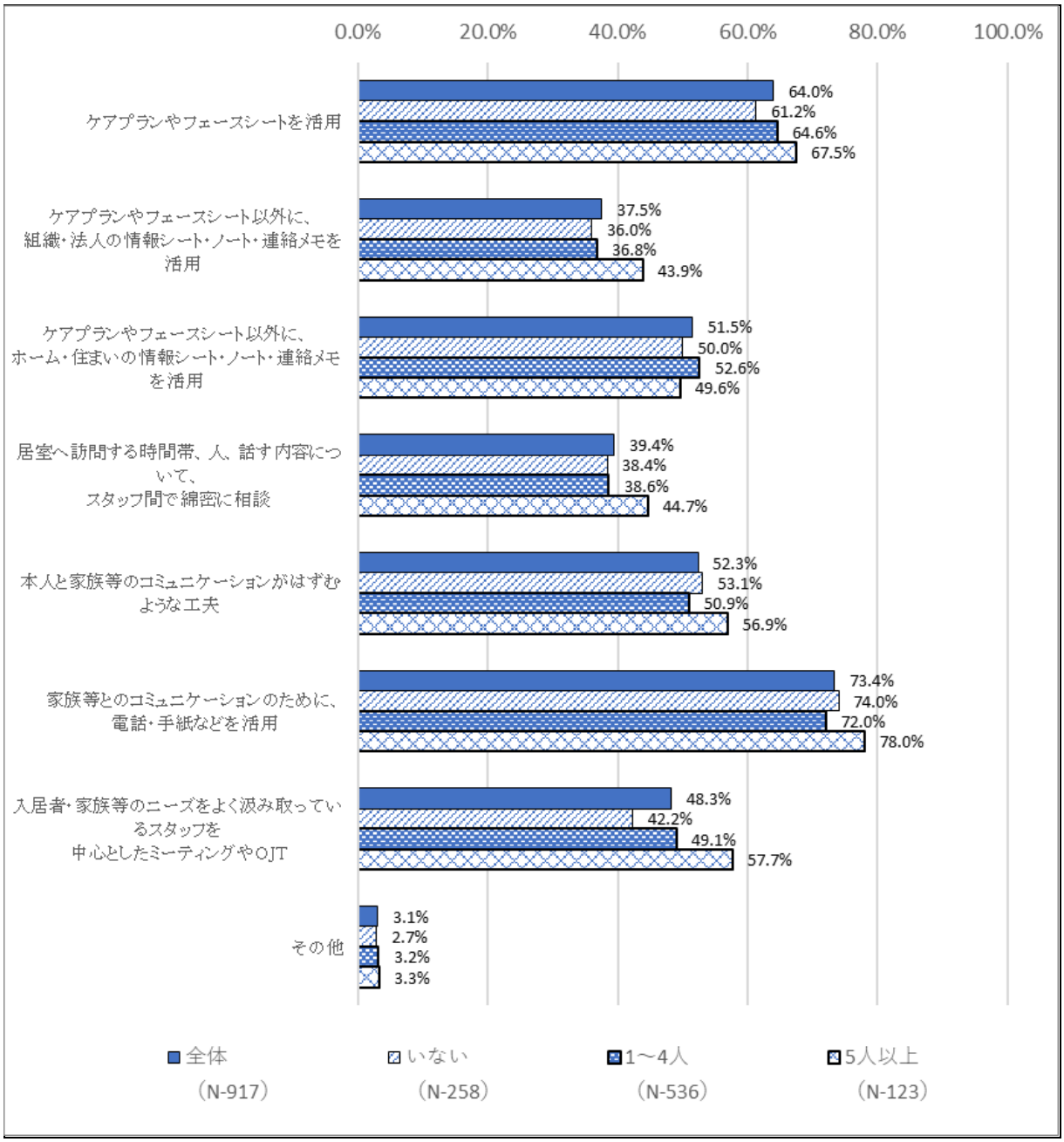
9) 本人や家族等の、ホーム・住まいでの暮らしや人生に関する要望・ニーズを捉え理解するために、取り組んでいること

- 全体では、「ケアプランやフェースシートを活用」、「ケアプランやフェースシート以外に、組織・法人の情報シート・ノート・連絡メモを活用」、「居室へ訪問する時間帯、人、話す内容について、スタッフ間で綿密に相談」の割合がそれぞれ 6 割前後と高い。
- 住まいタイプ別でみると、住宅型有料/サ高住では、他の住まいタイプと比較して、ケアプランやフェースシートの活用率がやや低い。

図表 99 ホーム・住まいでの暮らしや人生に関する要望・ニーズを捉え理解するための取り組み
【住まいタイプ別】



図表 100 ホーム・住まいでの暮らしや人生に関する要望・ニーズを捉え理解するための取り組み ×看取り人数



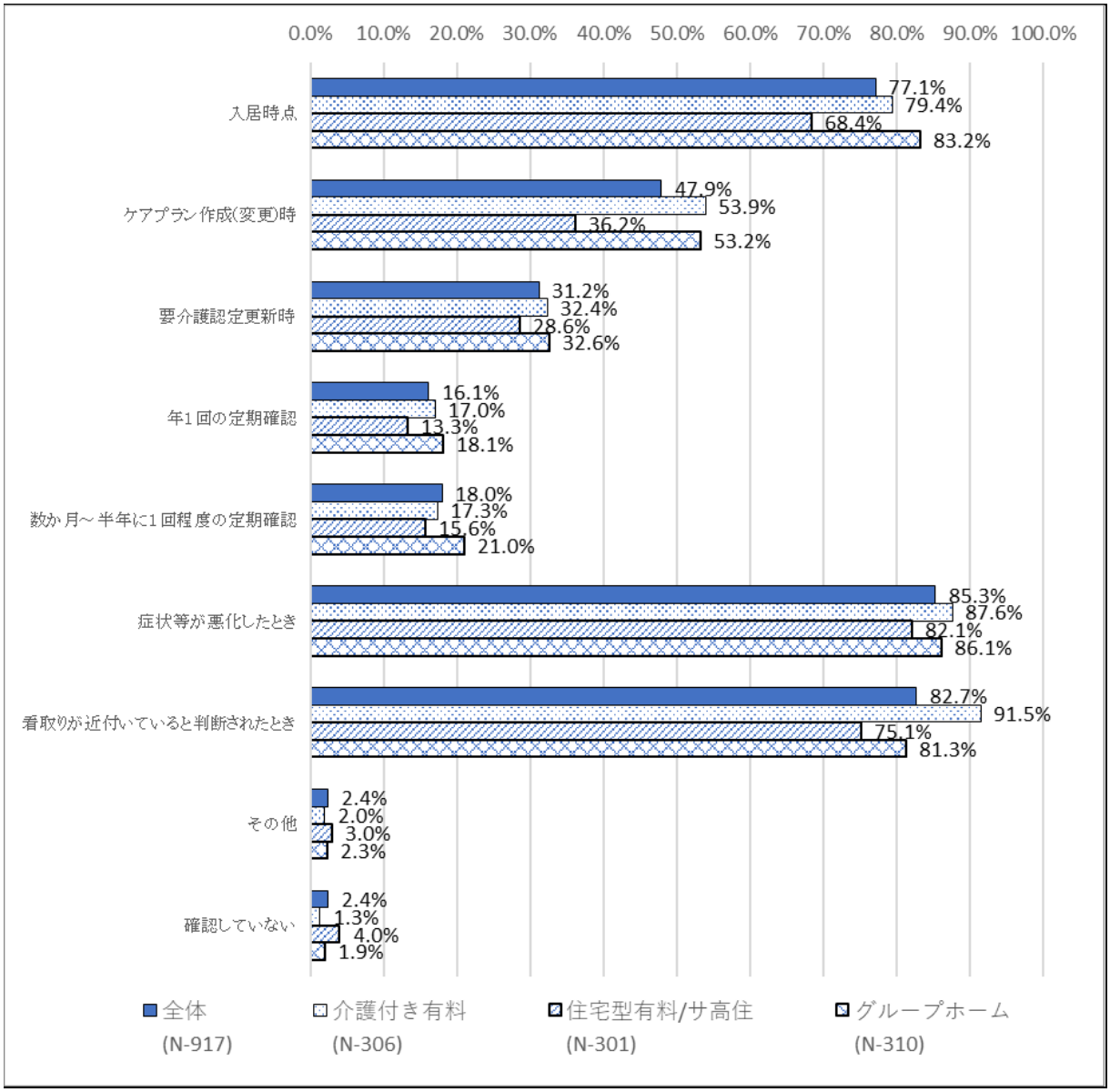
【自由回答での主な回答（抜粋）】

問 14 本人や家族等の、ホーム・住まいでの暮らしや人生に関する要望・ニーズを捉え理解するために、取り組んでいることはありますか。
・ 市から委託を受けた介護相談員が来所し、本人・家族・職員の話を聞いて、必要に応じて調整を計っている ・ 週1回法人主催のセミナーで、死について考える機会を持ってもらっている ・ 施設として、ブログで入居者の様子をお伝えしている

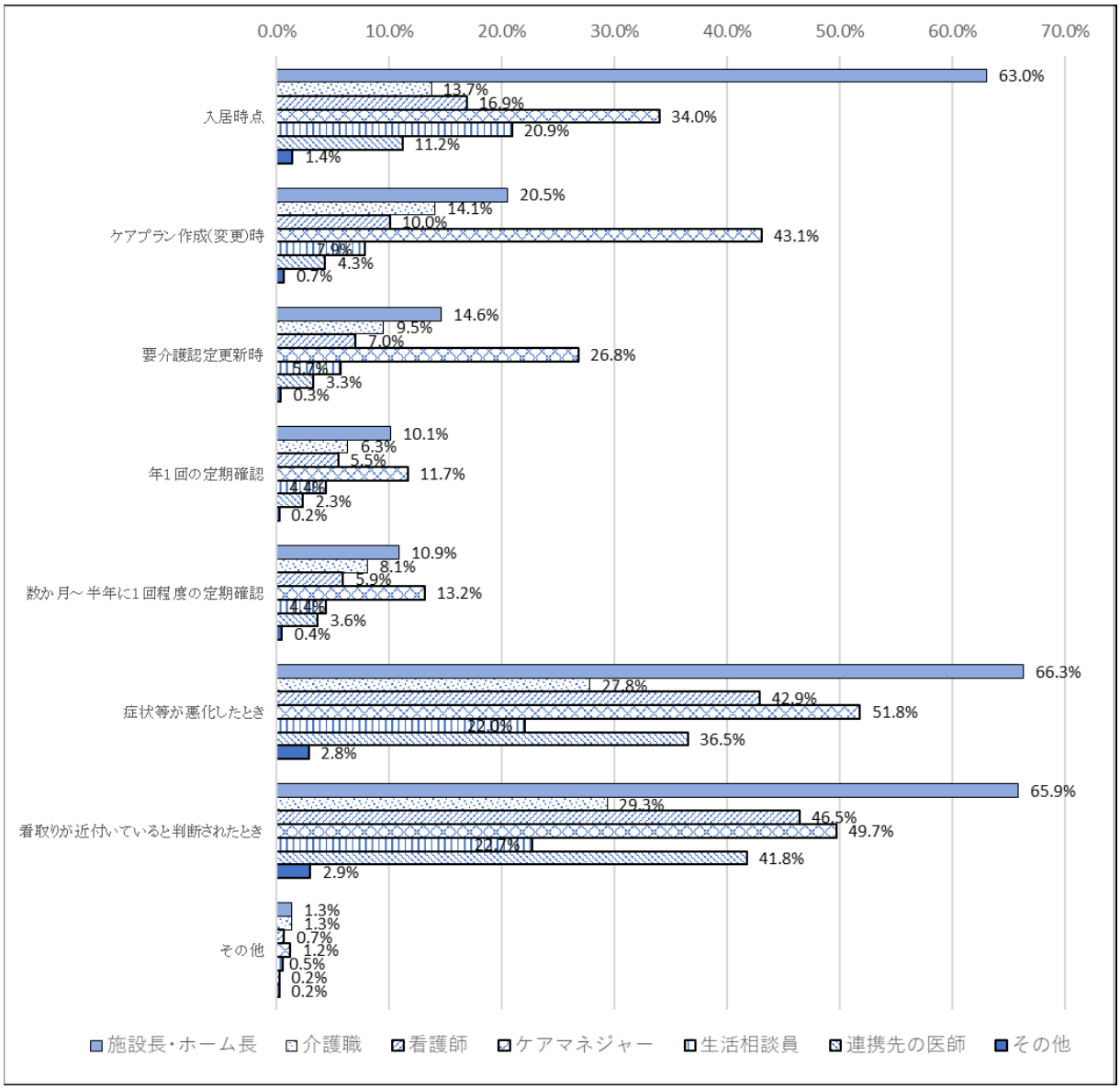
10）本人の「今後の生き方」「最期の迎え方」に関する考えを確認するタイミング

- 「考えを確認するタイミング」については、「入居時点」、「症状等が悪化したとき」、「看取りが近づいていると判断されたとき」の割合が高い。
- 考えを確認する主体については、「施設長・ホーム長」の次に、「ケアマネジャー」の割合が高い。

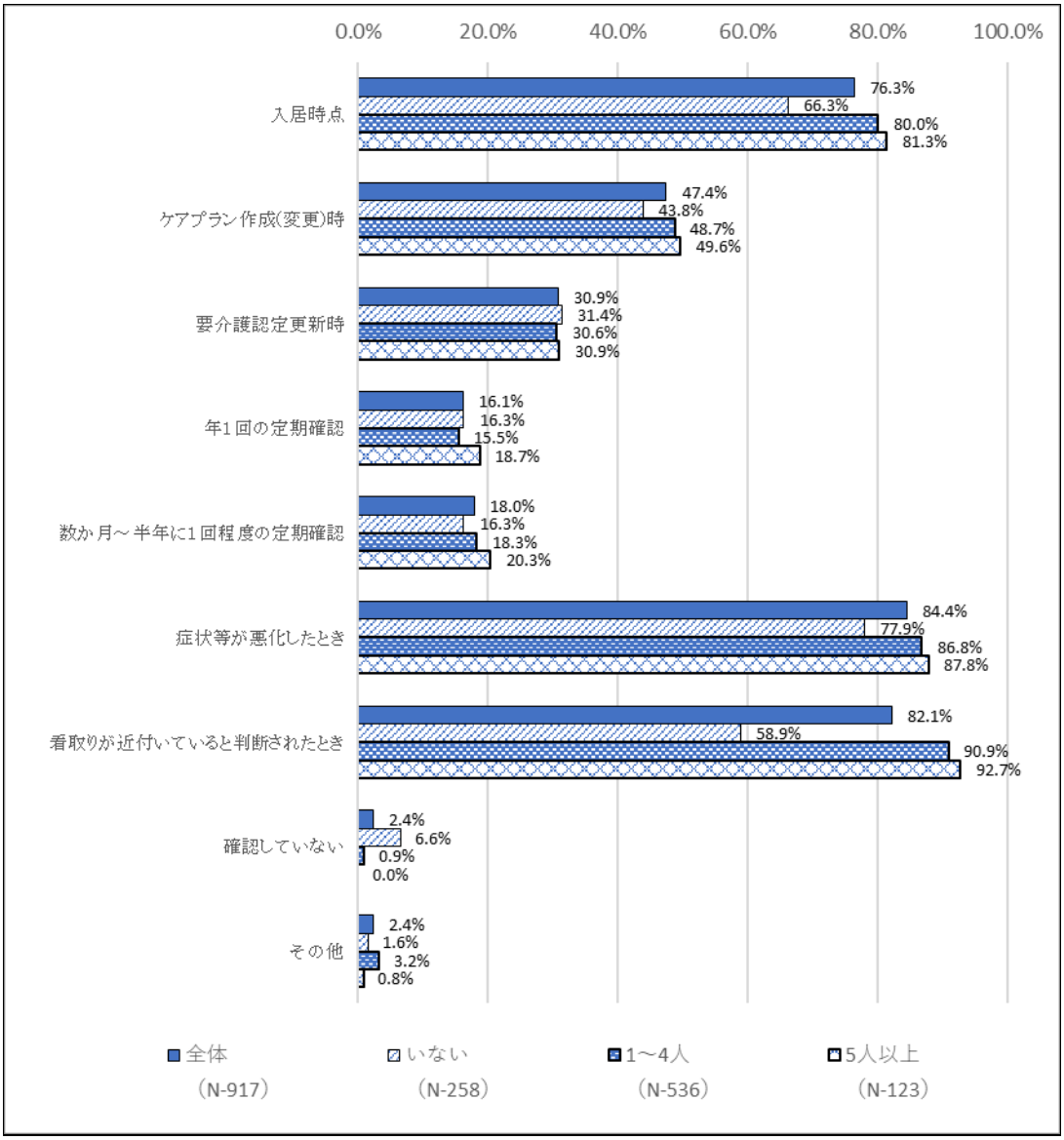
図表 101 考えを確認するタイミング【住まいタイプ別】



図表 102 考えを確認するタイミング【主体別】(n=917)



図表 103 考えを確認するタイミング×看取り人数



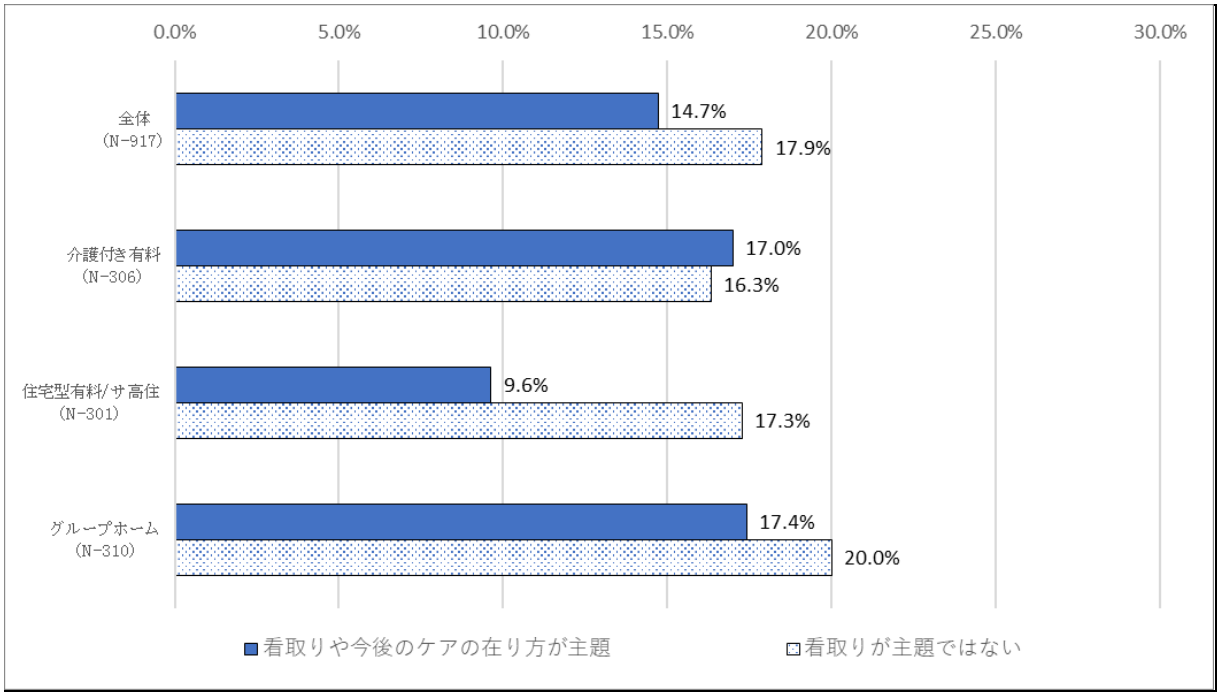
【自由回答での主な回答(抜粋)】

問 15 本人の「今後の生き方」「最期の迎え方」に関する考えについて、貴ホーム・住まいでは、どのようなタイミングで確認していますか。確認している場合は、それぞれのタイミングで、誰が確認することが多いですか。
・ 入院が多くなった時 ・ 障害者の場合 ・ 他の入居者が亡くなった時 ・ 体調不良時(退院後等)

11）前問に関して、「定期確認」する際の主な内容

- 住まいタイプ別でみると、本人の「今後の生き方」「最期の迎え方」について「定期確認」する際、住宅型有料/サ高住およびグループホームは「看取りが主題ではない」割合が高い。

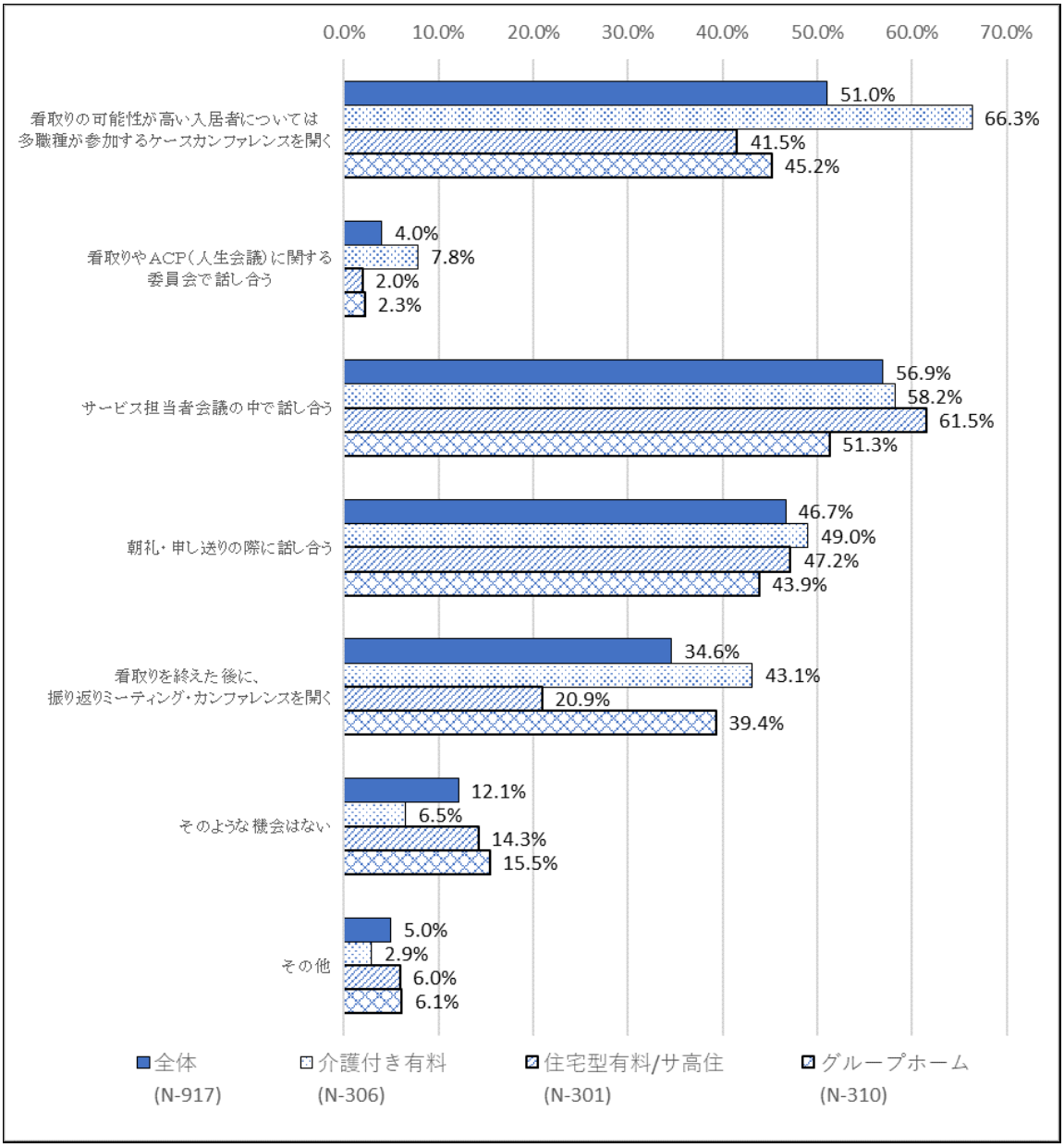
図表 104 「定期確認」する際の主な内容



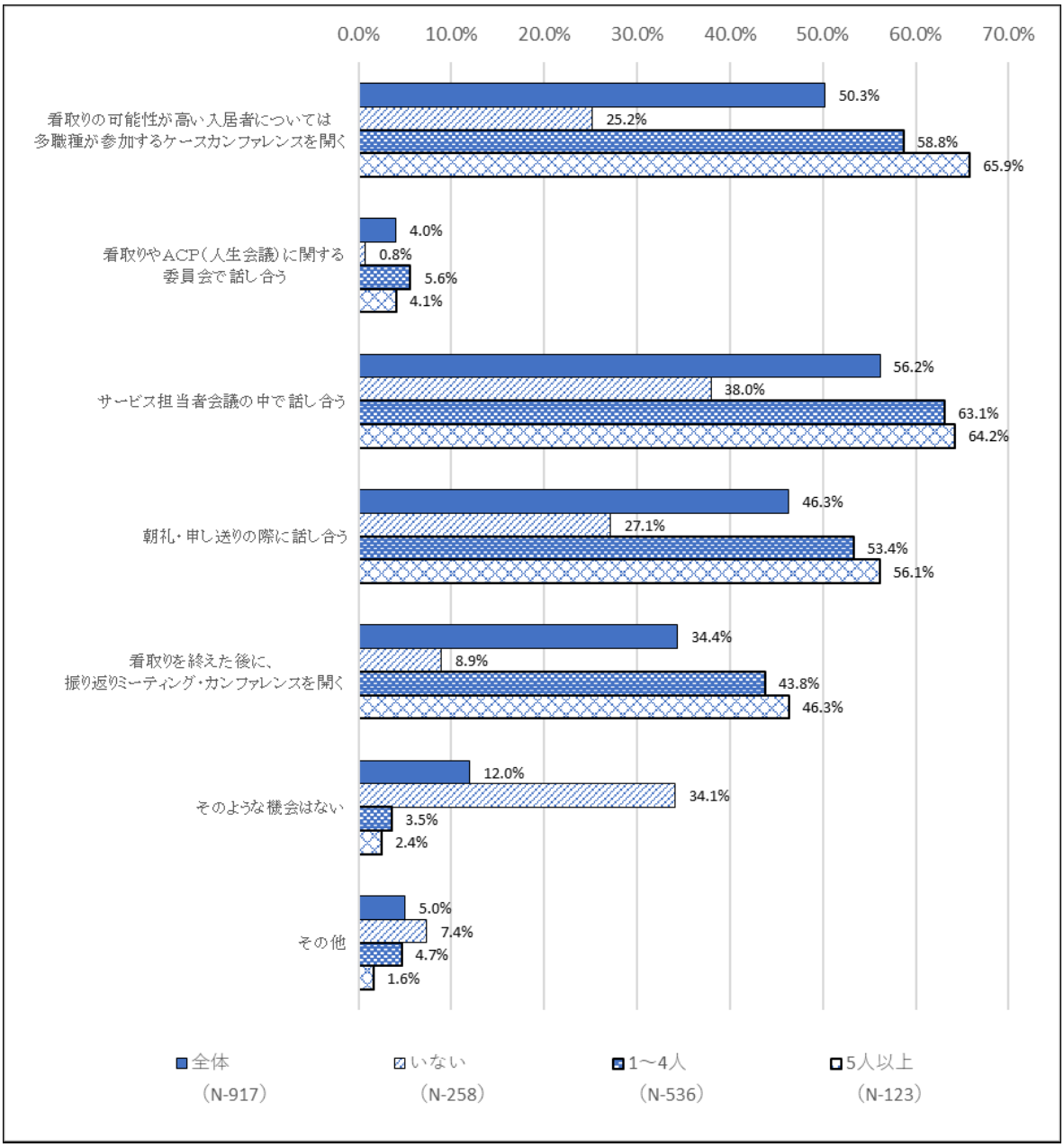
12）職員同士で看取りの方針や ACP の取り組み状況について共有や話し合いをする機会、あるいは看取りまでの取り組みを振り返る機会の有無

- 全体では「サービス担当者会議の中で話し合う」、「看取りの可能性が高い入居者については多職種が参加するケースカンファレンスを開く」、「朝礼・申し送りの際に話し合う」の割合が高く、「看取りや ACP（人生会議）に関する委員会で話し合う」の割合は低い。
- 住まいタイプ別にみると、住宅型有料/サ高住およびグループホームにおいて「看取りの可能性が高い入居者については多職種が参加するケースカンファレンスを開く」の割合がやや低い。

図表 105 看取りの方針や ACP の取り組み状況について共有や話し合いをする機会、看取りまでの取り組みを振り返る機会の有無【住まいタイプ別】



図表 106 看取りの方針や ACP の取り組み状況について共有や話し合いをする機会、看取りまでの取り組みを振り返る機会の有無 ×看取り人数



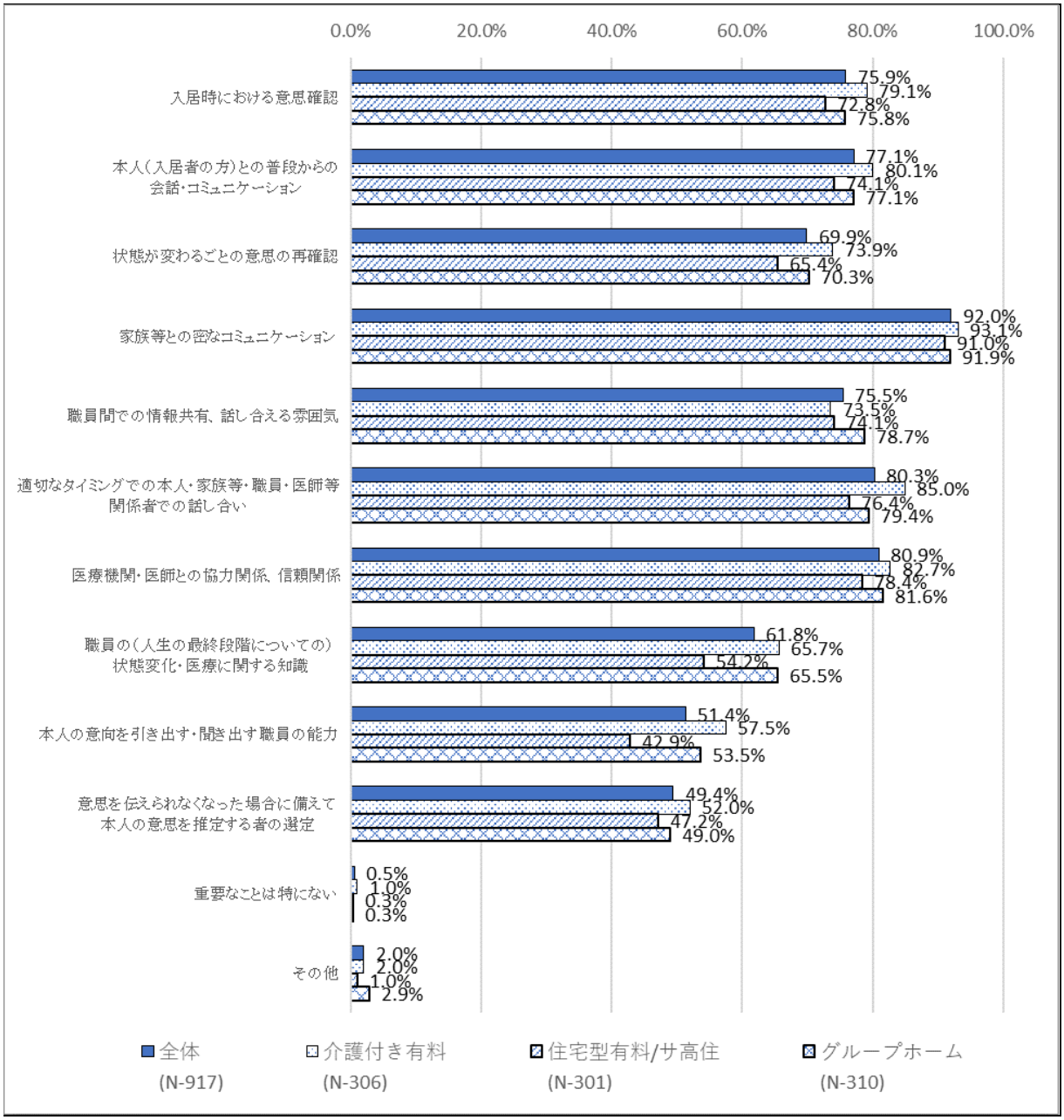
【自由回答での主な回答（抜粋）】

問 17　ホーム・住まいの職員同士で看取りの方針や ACP（人生会議）の取り組み状況について共有や話し合いをする機会あるいは看取りまでの取り組みを振り返る機会はありますか。次の中から、あなたの勤務先での状況にあてはまるものをすべてお選びください。
・　研修として実施/看取りの勉強会年 1 回開催時 ・　家族と病状により話し合う程度 ・　訪問診療などで看取りの方針が決定した後、職員に伝達している ・　ご家族の意向を伺い医師や関係機関に電話にて伝える。 ・　毎月 1 回の全体会議やユニット毎の会議で行っている ・　業務中に追加事項を伝達、連絡ノートの活用、部署内会議 ・　看取りを終えた後、各職員に書面で所感を提出させている（各自振り返り） ・　都度、話し合いを行い対応を考える。 ・　看取りを始める前にスタッフ全員でカンファレンス、勉強会を行っています。

13) 高齢者向け住まい・ホームにおいて、本人・家族等の今後の「生き方」「最期の迎え方」に関する考えについて確認し、関係者で合意するために重要なこと

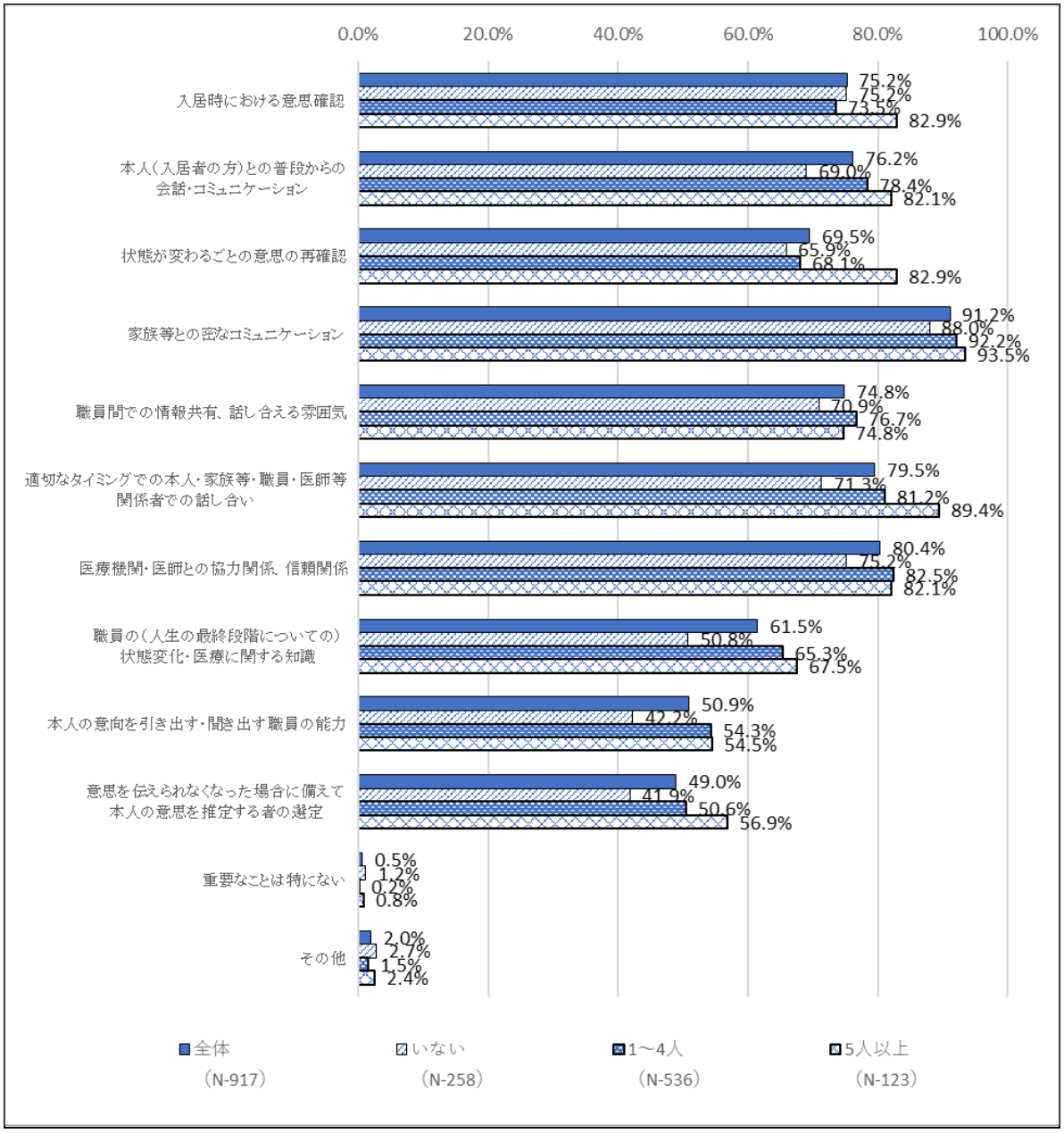
- 全体では「本人の意向を引き出す・聞き出す職員の能力」(51.4%)や「意思を伝えられなくなった場合に備えて本人の意思を推定する者の選定」(49.4%)の割合がやや低い。

図表 107 本人・家族等の今後の「生き方」「最期の迎え方」に関する考えについて確認し、関係者で合意するために重要なこと【住まいタイプ別】



- 看取りの経験との関係では、看取り人数が増えるにつれて、「入居時における意思確認」、「本人（入居者の方）との普段からの会話・コミュニケーション」、「状態が変わるごとの意思の再確認」、「適切なタイミングでの本人・家族等・職員・医師等関係者での話し合い」、「意思を伝えられなくなった場合に備えて本人の意思を推定する者の選定」等の項目の割合が高くなる傾向にある。

図表 108 本人・家族等の今後の「生き方」「最期の迎え方」に関する考えについて確認し、関係者で合意するために重要なこと×看取り人数



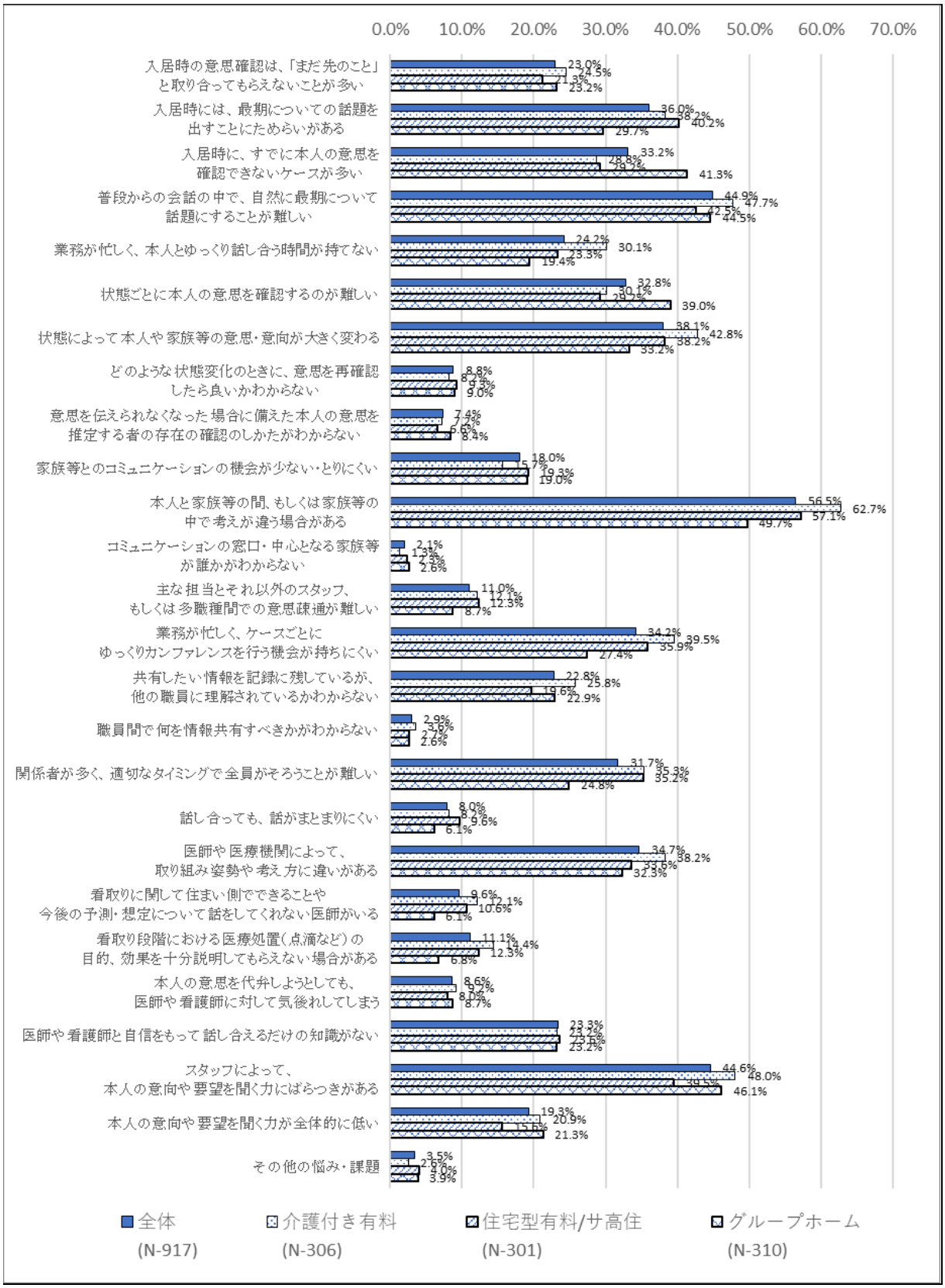
【自由回答での主な回答（抜粋）】

問 18　高齢者向け住まい・ホームにおいて、本人・家族等の今後の「生き方」「最期の迎え方」に関する考えについて確認し、関係者で合意するために、どんなことが重要だと思いますか。あてはまるものを全てお選びください。
・　入居前から本人の意見、考え等を聞いていた身内（代弁者）の意見 ・　先の事ですがこの様な確認をする場面が有る事を伝える。 ・　生活支援、介護、看護、医療の連携が不可欠 ・　成年後見人に対する知識 ・　リビングウィル書類 ・　認知症の程度によって自分の思いを伝えられない人が多いですので、少しでも伝える力があるうちに確認したい。日常会話の中で楽しい雰囲気の中で話題提供する。 ・　本人、家族の思いを優先し、沿ったサービスを提供する ・　過去の看取りで経験したことを次の対象者に活かせるように振り替えるミーティングの開催 ・　アセスメントと本人・家族・職員間での信頼関係の築き・その時間

14）前問に関して、貴ホーム・住まい（勤務先）で課題となっていること、悩んでいること

- 全体では「本人と家族等の間、もしくは家族等の中で考えが違う場合がある」（56.5%）、「普段からの会話の中で、自然に最期について話題にすることが難しい」（44.9%）、「スタッフによって、本人の意向や要望を聞く力にばらつきがある」（44.6%）の割合がやや高い。
- 住まいタイプ別にみると、グループホームでは他の住まいタイプに比べて「入居時に、すでに本人の意思を確認できないケースが多い」、「状態ごとに本人の意思を確認するのが難しい」と考える割合が高い。

図表 109 前問に関して、貴ホーム・住まい（勤務先）で課題となっていること、悩んでいること



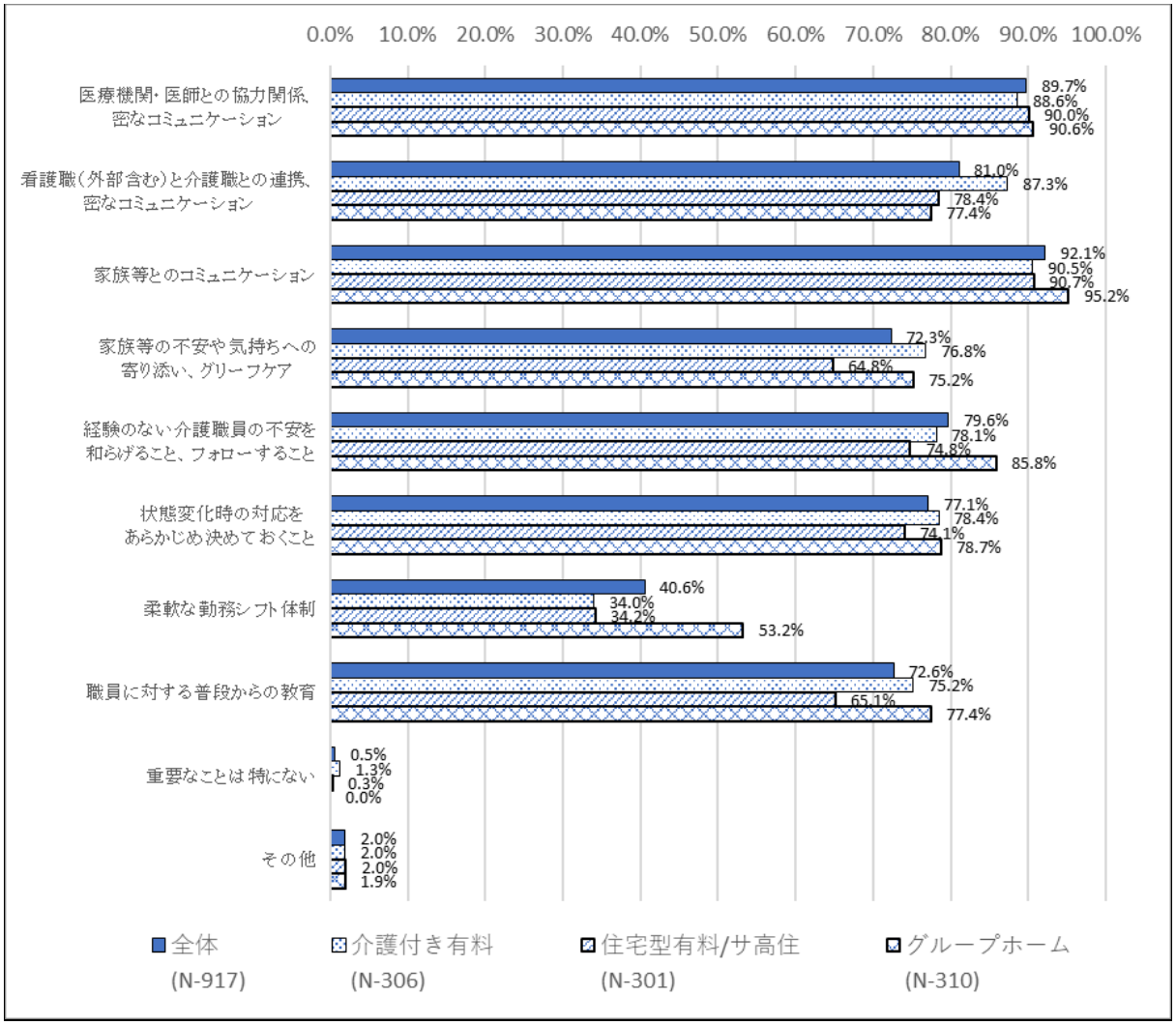
【自由回答での主な回答（抜粋）】

問 19　前問に関する各項目のうち、貴ホーム・住まいで課題となっていること、悩んでいることはありますか。あてはまるものを全てお選びください。
・　スタッフ不足 ・　仕方なく介護職に就いている者もおり、向上心がない ・　介護職の看取りに対する不安 ・　看取りに対して介護職の抵抗が多い ・　実際には家族の明確な意思表示がされることは少なく、看取りに関してご家族の明確な意思表示がないケースが多く、些細なことも連絡し報告、確認を繰り返した結果として看取りとなってしまった。 ・　看取りをする医師がいない ・　同一敷地内医療機関はあるが、点数上や体制上の不都合からか、「往診」に消極的 ・　法人の考えで正看の配置がない ・　そもそも職務に対する姿勢、職業観を持ち合わせず、介護職を収入手段として割り切って働きに来ている人も居るので、意識の統一ができない。 24.補足　というより、職員が自分の死と向き合っていないのに入居者の死について話を聞き出せない ・　本人の意思が確認できない。 ・　医師の考え方と、施設側の考え方が違い、毎回複雑な思いになる。 ・　家族本位な場合がある。 ・　Dr. に「高齢者だからしかたない」と思われては何もできない ・　当施設では医療行為を必要とする利用者が入居対象外となっているため自然死でもない限り看取りが出来ない ・　最期に訪問してくれる医師がいない ・　看取り状態になった場合、居室の移動が難しい（2 階建てのため目が届きにくい） ・　介護視点と看護視点で考えるケアの質が異なる。 ・　そういう意識の高さのある職員は皆無なこと ・　指示通りに職員が動けない。入らない。 ・　看取りが近づいてきた時の夜勤者の不安やストレスと人員配置（夜）→管理者への負担 ・　家族が望まれても、協力が得られない（面会など）場合は引き受けられないことを理解してもらえるか‥‥。 ・　介護職の看取りに対する認識が低い ・　夜勤が 1 人の為、夜間帯での急変等が問題。 ・　職員の知識不足 ・　認知症の入居者が多く自身の意見はなかなか聞けない事が多い。家族の意見を優先してしまう。 ・　聞き取る状況に慣れてなく、（柔らかい部分なので）とても大切な事とは判っておりますが、一歩を踏み込めない状況もあります。夜間の対応で職員の力量に差がある

15）本人や家族等が、ホーム・住まいでの看取りを望んだとき、本人・家族等が納得できる看取りにするために重要なこと

- 全体では、「家族等とのコミュニケーション」（92.1%）、「医療機関・医師との協力関係密なコミュニケーション」（89.7%）、「看護職（外部含む）と介護職との連携、密なコミュニケーション」（81.0%）の割合が高い。
- 住まいタイプ別にみると、グループホームでは他の住まいタイプに比べて「経験のない介護職員の不安を和らげること、フォローすること」、「柔軟な勤務シフト体制」の割合がやや高い。

図表 110 ホーム・住まいでの看取りを望んだとき、本人・家族等が納得できる看取りにするために重要なこと



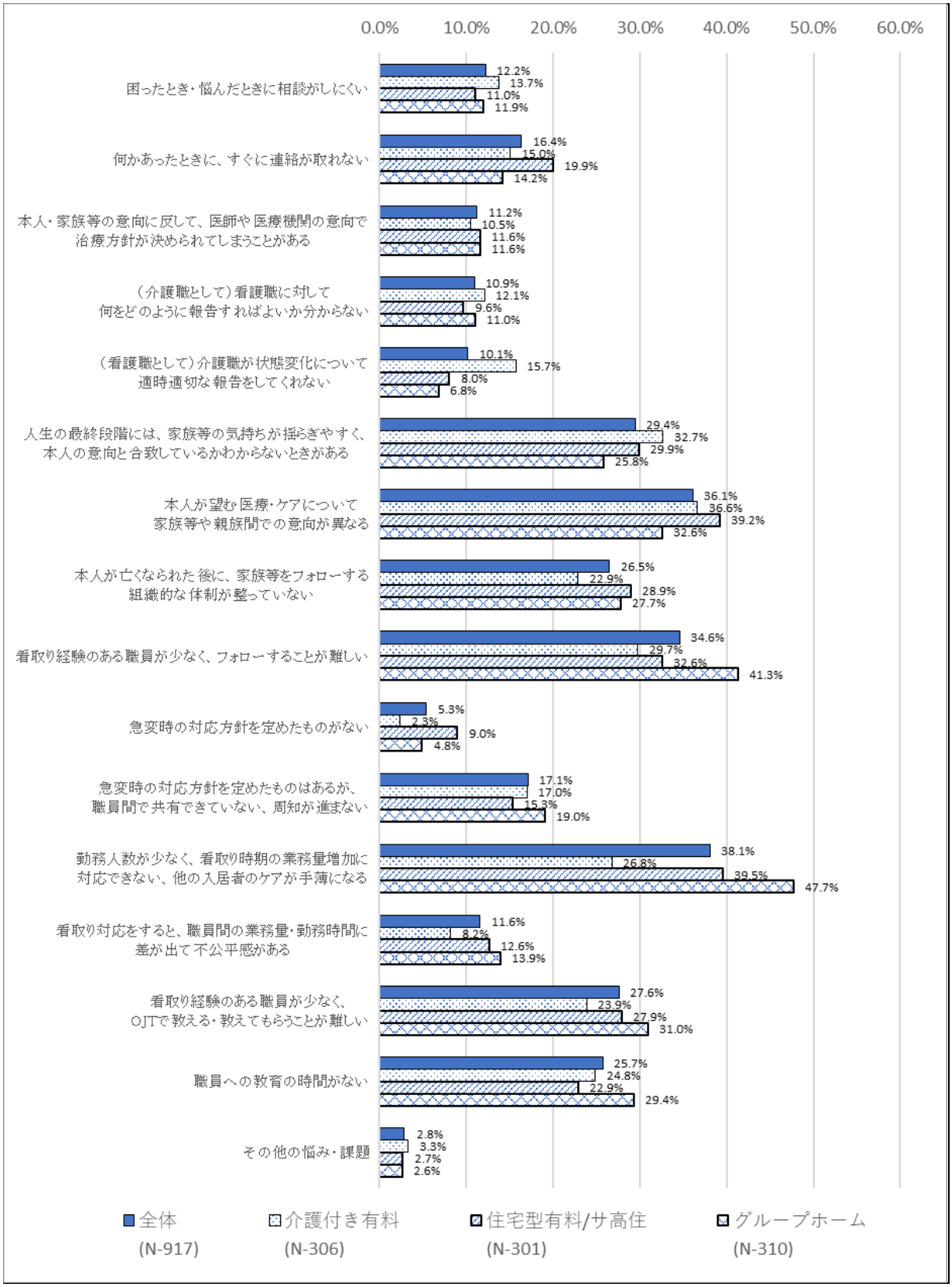
【自由回答での主な回答（抜粋）】

問 20　本人や家族等が、ホーム・住まいでの看取りを望んだとき、本人・家族等が納得できる看取りにするために、どのようなことが重要だと思いますか。あてはまるものを全てお選びください。
・　設備、体制として看取りをできる環境にない ・　看取りに関しまして、医師の意見、ご家族の意向と施設の能力を総合的判断し看取りを開始します。 ・　どんな事も大切な事になる ・　（「看取り」について過大な期待を寄せる家人や本人への理解を得ること）（人生の夢をすべて叶えてくれると思っている）（家人は関わらなくてよいと思っている等） ・　医師や支配人が職員の不安のないように一緒にとりくむ又家族とも常にコミュニケーションをとる ・　ホームとして看取る姿勢および安心感を得られる対応 ・　現在施設の体制で看取りを行えない ・　居室環境 ・　看とりをしない方針で、母体医療機関と家族と連携をとっている ・　人手不足 ・　終末期以前に何度も話し会っておく、事業所でできること、できないことを理解してもらう。 ・　予測される状況を医師、看護師（主治医）へ確認 ・　本人、家族の思いに添う、状態観察をできる能力をつける ・　職員の負担軽減

16）前問に関して、貴ホーム・住まい（勤務先）で課題となっていること、悩んでいること

- 全体では、「勤務人数が少なく、看取り時期の業務量増加に対応できない、他の入居者のケアが手薄になる」（38.1%）、「本人が望む医療・ケアについて家族等や親族間での意向が異なる」（36.1%）、「看取り経験のある職員が少なく、フォローすることが難しい」（34.6%）の割合が高い。
- 住まいタイプ別にみると、グループホームでは他の住まいタイプに比べて「勤務人数が少なく、看取り時期の業務量増加に対応できない、他の入居者のケアが手薄になる」、「看取り経験のある職員が少なく、フォローすることが難しい」を課題と考える割合が高い。

図表 111 前問に関して、貴ホーム・住まい（勤務先）で課題となっていること、悩んでいること



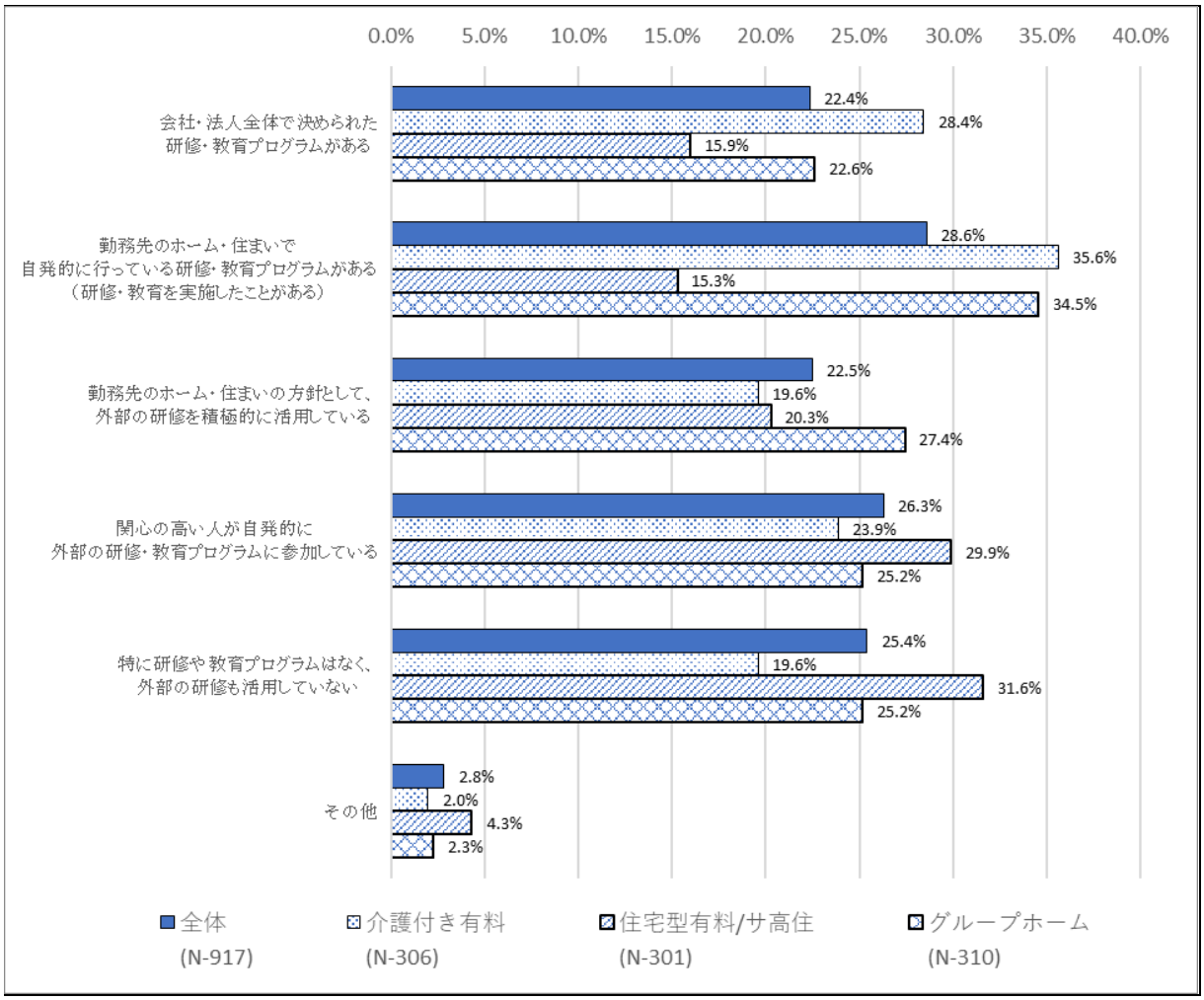
【自由回答での主な回答（抜粋）】

問 21　前問に関する各項目のうち、貴ホーム・住まいで課題となっていること、悩んでいることはありますか。あてはまるものを全てお選びください。
・　スタッフ不足 ・　いくら施設で看取りができると申しましても、ご家族が納得できなければ結果は事故と評価されてしまいます。 ・　救命と延命のはざまで医師も家人もこちらも悩ませることが多い→やってみないとわからないとう点。「高齢だから治療しない」という医師と「もっと出来るはず」という家人の思いの行き違い。そもそも家人が本人に対しての思いれがなく、かかわれない中で看取り事体を提案できない場合が多い。（看取りに家人の協力は必須。） ・　365 日、施設を作り上げた医師がいてくれる現在の状況を今後どのようにつなげていくか、医師が不在になる事への備えとして看護師の教育が必要と思う。 ・　入所時、基本的に看取りはしませんとご家族、ケアマネに説明します。…が、在所が長くなり、治療より回復できる疾患とは違い ADL 低下や高齢に伴う「老衰」との診断のケースでは、往診医・家族・他事業所（ケアマネ・訪看）との連携がとれるならば、看取りをおこなっている。 ・　医療機関併設の施設ではないので、看護師が不在の時間帯（夜勤）が多い ・　経験者が入るため新人が入り込む余地がない時がある ・　軽度者対応の GH として職員を募集している為取り組みにくい ・　十分な看取り支援が出来ない ・　重度介護者が少なくて、スキルアップが難しい環境 ・　住宅型有料老人ホームは訪問（介護・看護）のみの利用となる為、利用者が1人で居室に居る時間が長くあり、外部連携医しか居ない状態での看取り（看護師が常駐でない）は、非常に困難であるため、看取りへの取り組みができない ・　とにかくスタッフについて質が良くない。人材が来ない。 ・　看取りの大切さを充分に学ばせていない ・　集中する時期がある。状態の悪い人が重なっていると職員の緊張感が高まる。 ・　看取りをグループホームで希望する意味を家族に理解してもらう（スタッフまかせではないこと）（家族も共に最後の日々を過ごしていただきたいこと） ・　看取りは当り前と認識したおり普段から共通理解と情報共有を全員で行なっている。 ・　民間事業所なので全職員が協力し、看取り対応をしても、（職員配置や休日出勤等）事業所の負担がふえるばかりで何の加算もない。ですが、看取りは積極的にやってます。 ・　訪問介護には現在看取り加算はありませんが、手間としては、頻回なケアや技術、知識が必要となります。加算を設定することで看取りを考える施設が増えるのではないでしょうか。 ・　死亡時の警察の事情聴取の時間が長いので職員の気持ちの負担が大きい ・　サ付での看取りではご本人や家族がここで亡くなりたいと希望をされても費用負担が多くなってしまうため、看取りをさせていただけないことがある。看護のように加算も介護にはない。何か救済があるといいのでは。 ・　夜間、1 人体制な為、難しい状況です。

17）勤務している住まい・ホームにおける看取りや ACP に関する研修や教育プログラムの有無

- 全体では、「勤務先のホーム・住まいで自発的に行っている研修・教育プログラムがある（研修・教育を実施したことがある）」（28.6%）の割合が最も高い。
- 住まいタイプ別にみると、住宅型有料/サ高住では他の住まいタイプに比べて「特に研修や教育プログラムはなく、外部の研修も活用していない」（31.5%）の割合が高い。

図表 112 勤務している住まい・ホームにおける看取りや ACP に関する研修や教育プログラムの有無



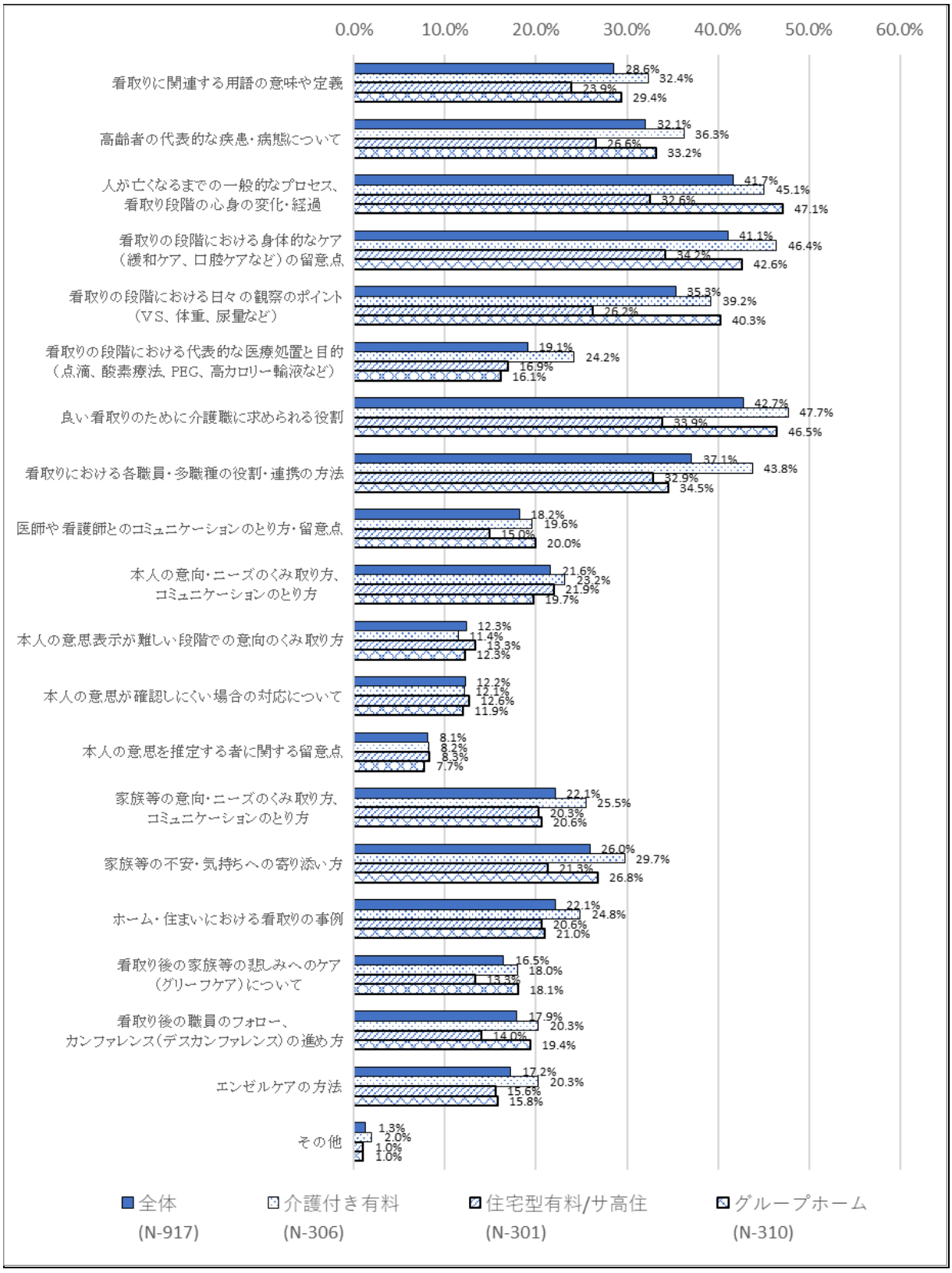
【自由回答での主な回答（抜粋）】

問 22　貴ホーム・住まいでは、看取りや ACP（人生会議）に関する研修や教育プログラムはありますか。あてはまるものを全てお選びください。
・　研修を実行中 ・　毎年看取りの勉強会をしている ・　現在まで数名の職員が看取り研修への参加（外部）を行った。 ・　ACP と呼ばなくても管理者が常に対応できている ・　ACP に関しての出前研修 ・　会議の際に、看護師による研修を行っている ・　法人内に病院があり、ほぼ全ての入居者様が状態が悪くなった時点で病院に入院し、そこで意思確認を行っている。 ・　毎日の業務の中にミーティング等又勉強会で認識を共有している。 ・　教育プログラムはないが、内部研修を適宜実施している ・　各自で研修を受けているか分からない ・　今回の外部評価時にその様な型をと、お話しを聞いております。 ・　看護師が常駐しているので教えていただける。 ・　施設内の勉強会を年に一回行う程度

18）勤務している住まい・ホームにおける研修・教育プログラム、外部の研修の内容

- 全体では、「良い看取りのために介護職に求められる役割」（42.7%）、「人が亡くなるまでの一般的なプロセス、看取り段階の心身の変化・経過」（41.7%）、「看取りの段階における身体的なケア（緩和ケア、口腔ケアなど）の留意点」（41.1%）の割合が高い。

図表 113 研修・教育プログラム、外部の研修の内容



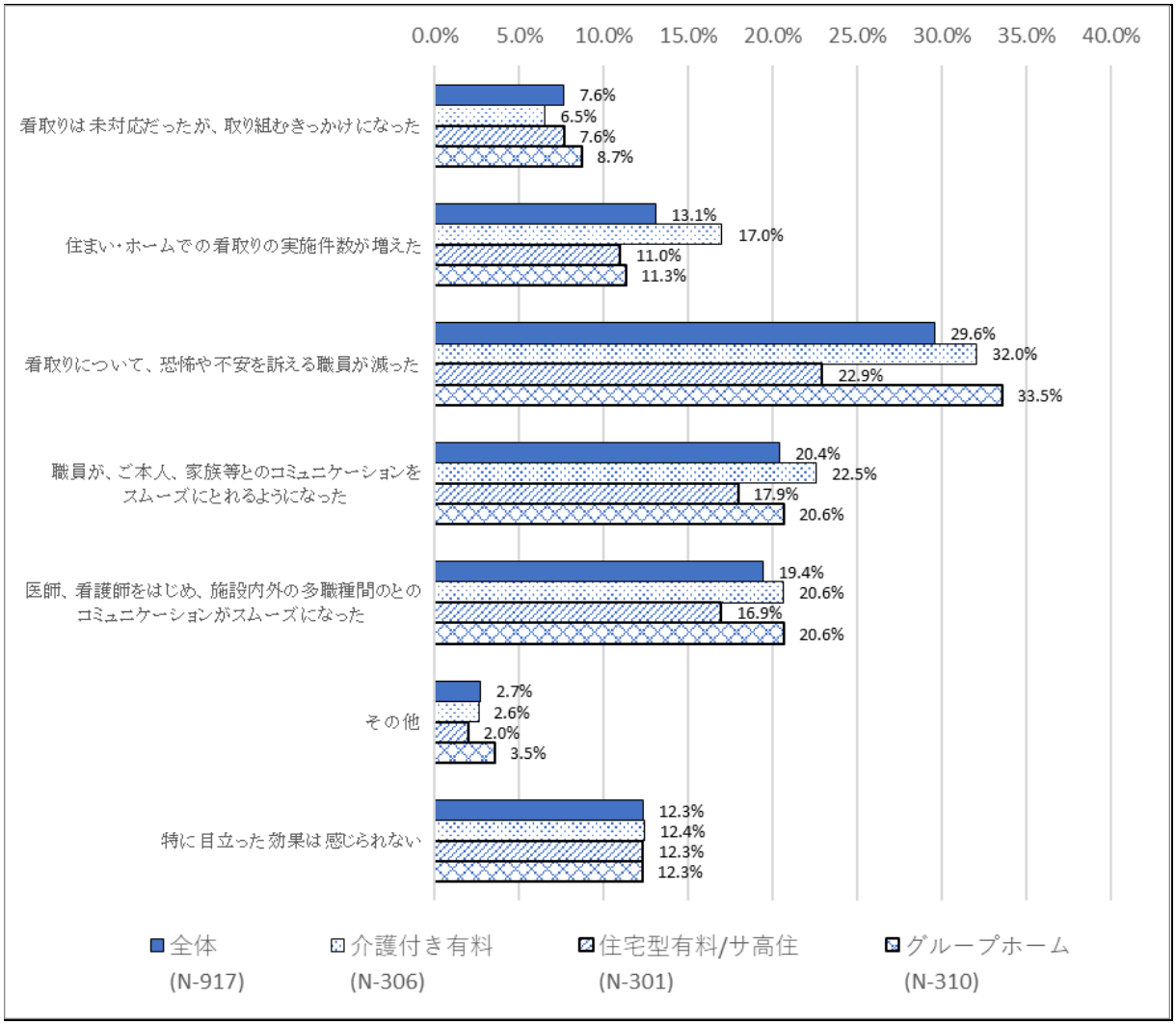
【自由回答での主な回答（抜粋）】

問 23　前問で1～4を選択した方にお聞きします。それはどのような内容ですか。研修・教育プログラム・外部の研修の内容をお教え下さい。
・　上智大学のセミナー ・　「死」についてのセミナーを法人主催で開催 ・　看取りのみでなく、生存期も含めその人の人生を支えるためのサービスのあり方 ・　地域で在宅医療を支える仕組み作りが必要 ・　職員のストレスや不安に対してのマネジメント ・　看取りの指針による共通理解と共有

19）研修・教育プログラムの効果として実感していること

- 全体では、「看取りについて、恐怖や不安を訴える職員が減った」(29.6%)が最も高い。

図表 114　研修・教育プログラムの効果として実感していること



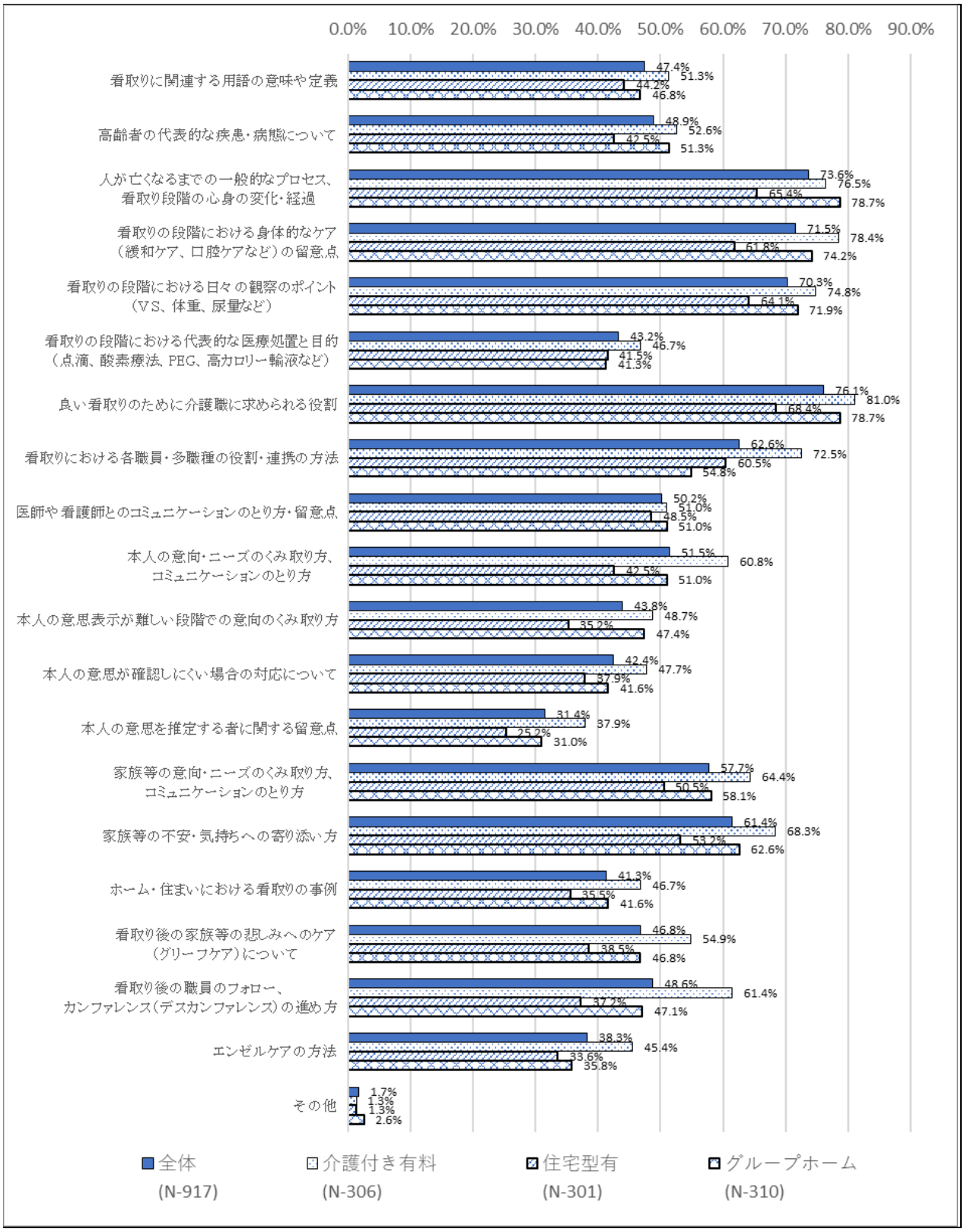
【自由回答での主な回答（抜粋）】

問 24　前問にお答えいただいた方にお聞きします。研修・教育プログラムの効果として実感していることをお教え下さい
・　職員の対人ケア姿勢の変化や職員個人の生活への良い影響 ・　定期的研修、外部研修により、必要時に看取りができる体制・意識を維持できている ・　看取りについて現実的に可能か検討するきっかけとなった。

20）入居者の方々や家族等が納得できる最期を迎えられるようにするために、職員に知っておいてほしい、学んでほしいこと

- 全体では、「良い看取りのために介護職に求められる役割」（76.1%）、「人が亡くなるまでの一般的なプロセス、看取り段階の心身の変化・経過」（73.6%）、「看取りの段階における身体的なケア（緩和ケア、口腔ケアなど）の留意点」（71.5%）、「看取りの段階における日々の観察のポイント（VS、体重、尿量など）」（70.3%）、の割合が高い。

図表 115 入居者の方々や家族等が納得できる最期を迎えられるようにするために、職員に知っておいてほしい、学んでほしいこと



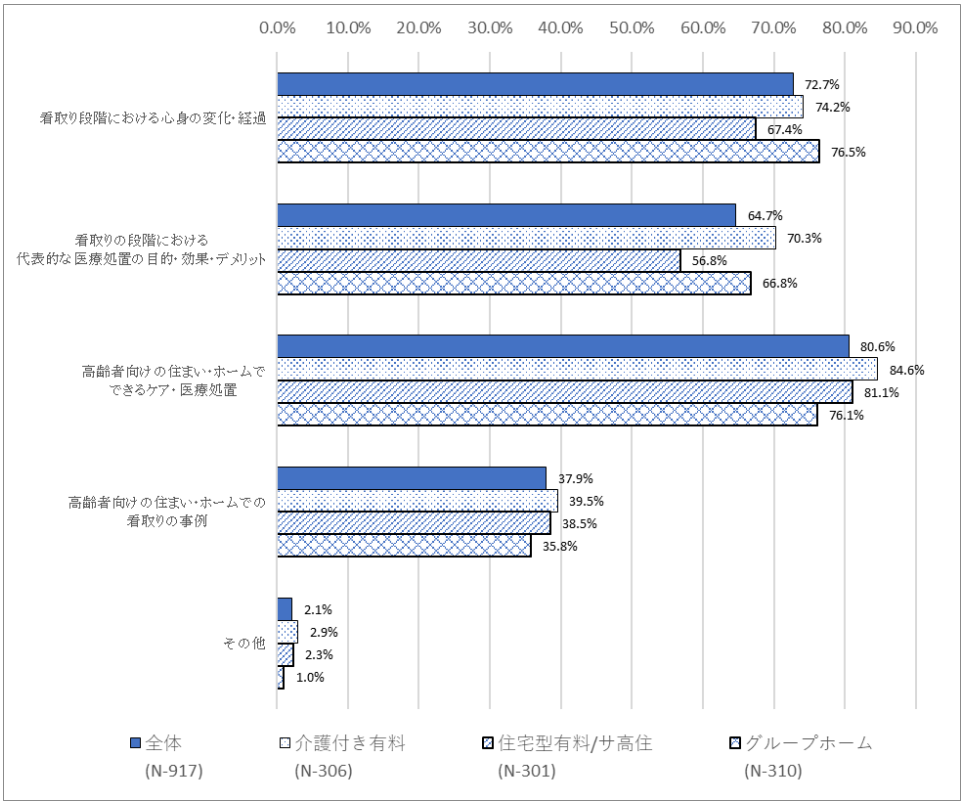
【自由回答での主な回答（抜粋）】

問 25　入居者の方々や家族等が納得できる最期を迎えられるようにするために、職員に知っておいてほしい、学んでほしいこととしてどのようなことがありますか。あてはまるものを全てお選びください。
・　死を話題に挙げることをタブー視せず、しっかり向き合ってほしい ・　その方が生きてきた時間を少しでも知り、笑顔でおくれるケアをする思いをもつ ・　業界用語の廃止 ・　自発的なプロのケアスタッフとしての行動力向上 ・　点滴について、必要以上はしない。老衰、がんの末期では行わない、その意味を話しています。 ・　事業所（グループホーム）で看取りを行うことの意味を職員が理解すること

21）入居者の方々や家族等が納得できる最期をむかえていただくために、入居者の方々や家族等に事前に知っておいてほしいこと

- 全体では「高齢者向けの住まい・ホームでできるケア・医療処置」（80.6%）「看取り段階における心身の変化・経過」（72.7%）、「看取りの段階における代表的な医療処置の目的・効果・デメリット」（64.7%）の割合が高い。

図表 116　入居者の方々や家族等が納得できる最期をむかえていただくために、入居者の方々や家族等に事前に知っておいてほしいこと



【自由回答での主な回答（抜粋）】

問 26　入居者の方々や家族等が納得できる最期をむかえていただくために、入居者の方々や家族等に事前に知っておいてほしいこととして、どのようなことがありますか。あてはまるものを全てお選びください。
・　ホームでの葬儀（ホーム葬） ・　死についてはそのとらえ方は個々の感情によりさまざまであり、すべての人が納得できる最後などないことへの理解 ・　施設での最期と HP での最期のリスク、施設での発見は HP と違い遅い場合がある。施設はパーフェクトではない/住まいであって、医療施設ではないことの理解

4. 職員向けアンケートと施設長・ホーム長向けアンケート調査の比較

（1）職員向けアンケートと施設長・ホーム長向けアンケート調査の比較と示唆（サマリー）

分析結果のサマリーは以下のとおり。

- 施設長・ホーム長は、職員に比べて、「看取りは介護職が関わっていくべきだ」、「看取りはやりがいにつながる」とより強く考えている。一方で、職員は施設長に比べて、「看取りは不安や苦労が大きい」とより強く考えている。
  ⇒施設長・ホーム長が看取りにやる気になっているとしても、現場の職員がついていっていない可能性がある。

- 合意形成のために重要な要素として、施設長・ホーム長も職員も「家族等との密なコミュニケーション」を最も重視している。その次に重視するものとして、施設長・ホーム長は「医療機関・医師との協力関係、信頼関係」、「適切なタイミングでの本人・家族等・職員・医師等関係者での話し合い」、職員は「本人（入居者の方）との普段からの会話・コミュニケーション」が挙げられる。
- 合意形成の課題については、施設長・ホーム長は、「本人と家族等の間、もしくは家族等の中で考えが違う場合がある」、「普段からの会話の中で、自然に最期について話題にすることが難しい」等をより大きな課題と認識している。一方、職員は、「業務が忙しく、本人とゆっくり話し合う時間が持てない」、「家族等とのコミュニケーションの機会が少ない・とりにくい」等をより大きな課題と認識している。
- 看取りのために重要な要素については、施設長・ホーム長と職員とで傾向はほぼ一致している。
- 看取りの課題については、施設長・ホーム長にとっては「本人が望む医療・ケアについて家族等や親族間での意向が異なる」が最も大きな課題である。一方、職員にとっては「何かあったときに、すぐに連絡が取れない」、「困ったとき・悩んだときに相談がしにくい」ことが大きな課題となっている。
  ⇒ACP・看取り推進に当たって、施設長・ホーム長と職員が重視するものはある程度一致する部分もあるが、両者の課題認識は若干異なる。管理者である施設長・ホーム長と現場で入居者と接する介護職員は、お互いに、それぞれの立場・役割・視点の違いを認識しておく必要がある。

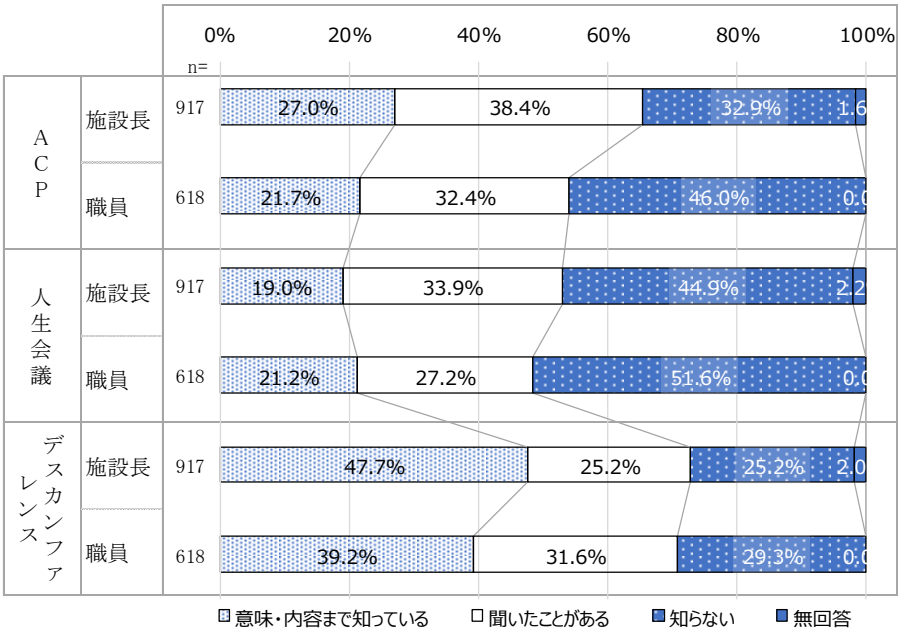
(2) 職員向けアンケートと施設長・ホーム長向けアンケート調査の比較(データ編)

アンケート結果の比較を以下に示す。

1)用語認知

- 全体的に、施設長・ホーム長は職員に比べて用語認知度が高い。

図表 117 用語認知【職員-施設長・ホーム長比較】



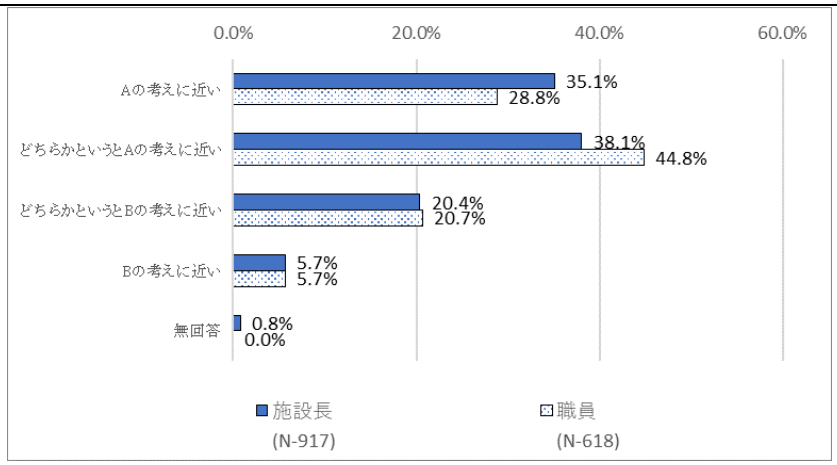
2)考えに近いもの

- 施設長・ホーム長は、職員に比べて、「看取りは介護職が関わっていくべきだ」と考える人が多い。

図表 118 看取りへのかかわりについて【職員-施設長・ホーム長比較】

【A】できる限り、その人をよく知り、普段から生活を支える介護職が関わっていくべきだ

【B】できる限り、健康・医療の面から医療・看護職が進めるべきだ

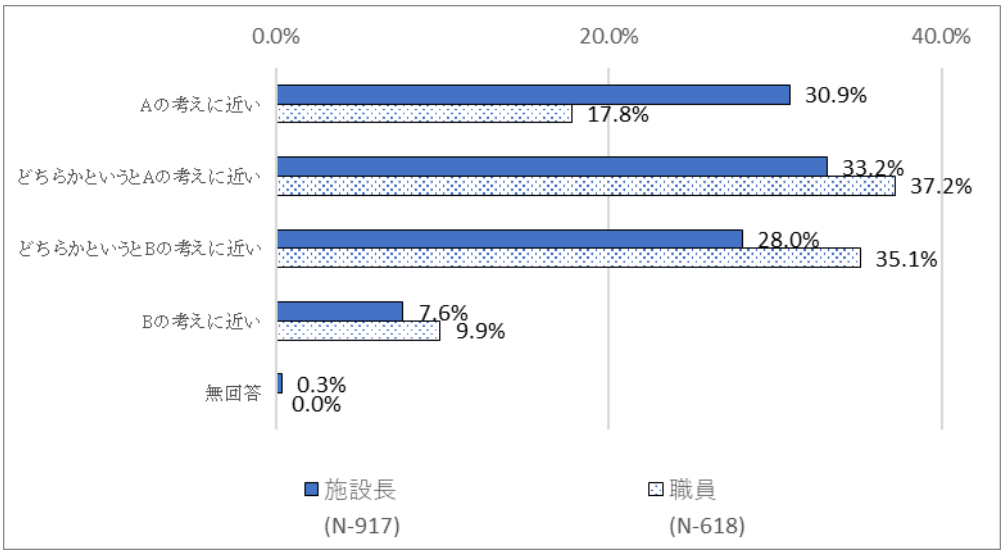


- 施設長・ホーム長は、職員に比べて「看取りはやりがいにつながる」と考える人が多い。一方で、職員は施設長に比べて、「看取りは不安や苦労が大きい」と考える人が多い。

図表 119 看取りを行うことに対する思い、イメージについて【職員−施設長・ホーム長比較】

【A】入居者の最期に関わることができ、やりがいにつながる

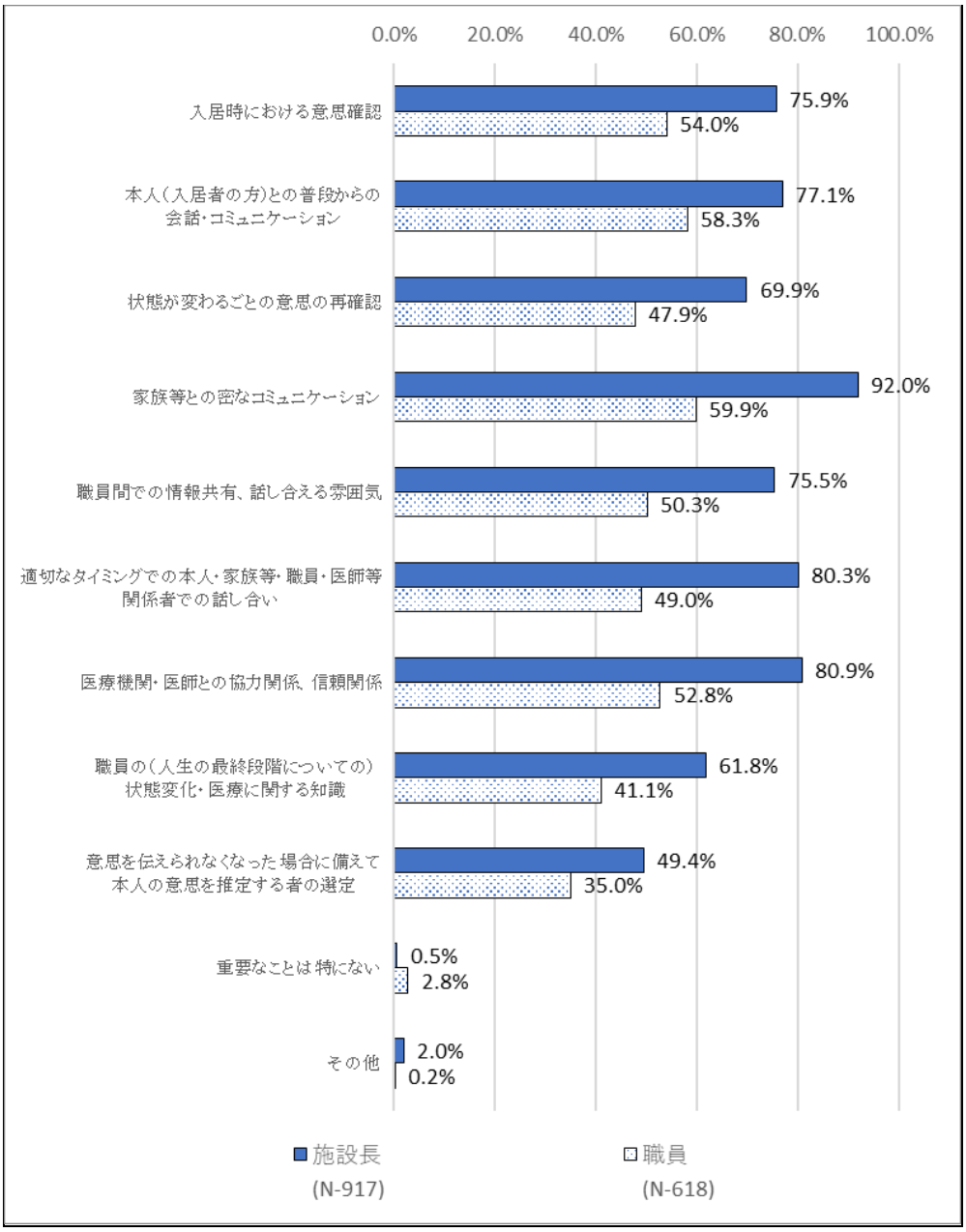
【B】入居者の最期に関わることなので、不安や苦労が大きい



3) 高齢者向け住まい・ホームにおいて、本人・家族等の今後の「生き方」「最期の迎え方」に関する考えについて確認し、関係者で合意するために重要なこと

- 施設長・ホーム長も職員も「家族等との密なコミュニケーション」を最も重視している。その次に重視するものとして、施設長・ホーム長は「医療機関・医師との協力関係、信頼関係」、「適切なタイミングでの本人・家族等・職員・医師等関係者での話し合い」、職員は「本人（入居者の方）との普段からの会話・コミュニケーション」を挙げている。

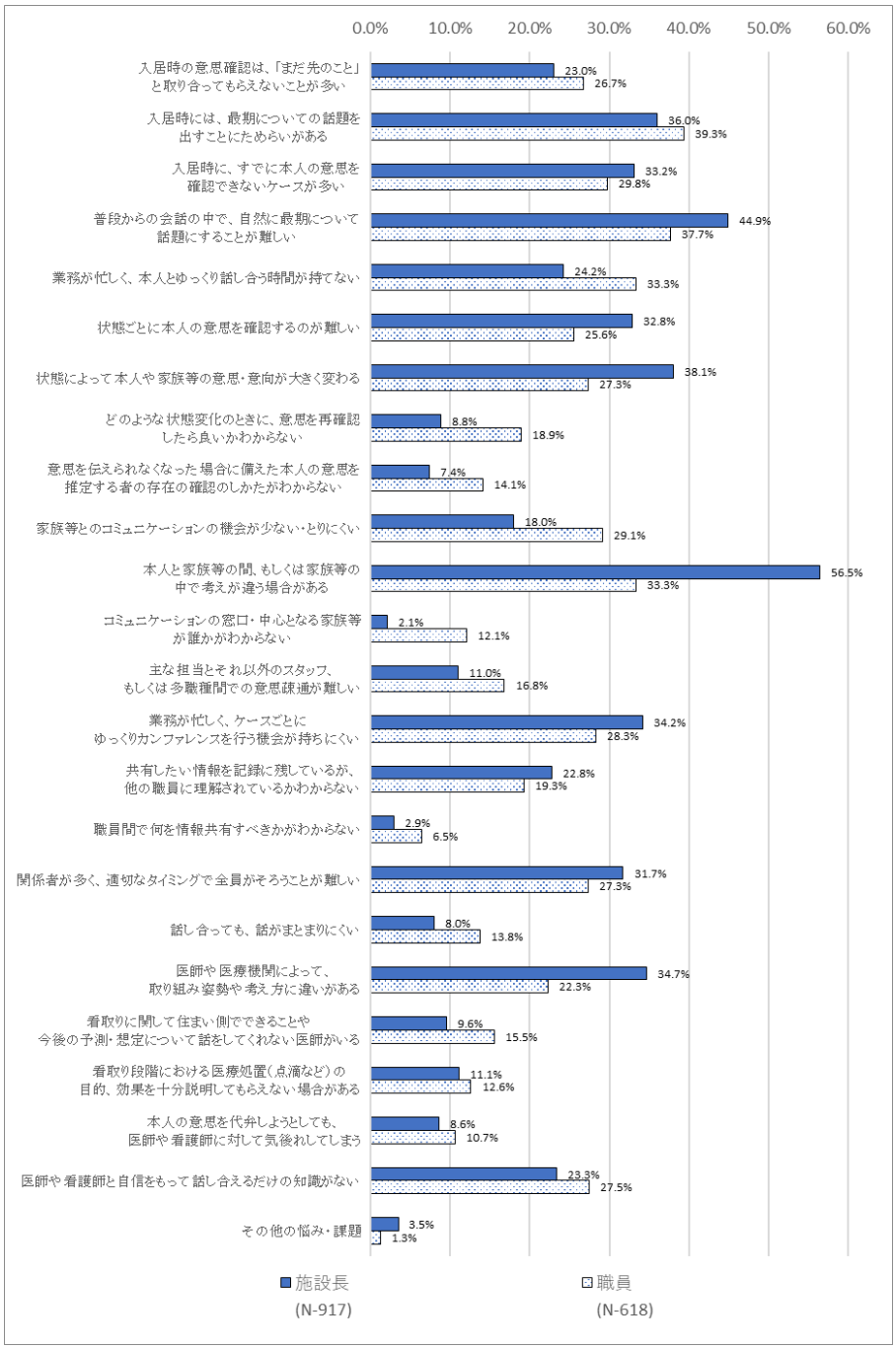
図表 120 本人・家族等の今後の「生き方」「最期の迎え方」に関する考えについて確認し、関係者で合意するために重要なこと
【職員−施設長・ホーム長比較】



4) 前問に関して、貴ホーム・住まい（勤務先）で課題となっていること、悩んでいること

- 施設長・ホーム長は、「本人と家族等の間、もしくは家族等の中で考えが違う場合がある」、「普段からの会話の中で、自然に最期について話題にすることが難しい」等を課題として挙げる人が多い。
- 職員は、「業務が忙しく、本人とゆっくり話し合う時間が持てない」、「家族等とのコミュニケーションの機会が少ない・とりにくい」等を課題として挙げる人が多い。

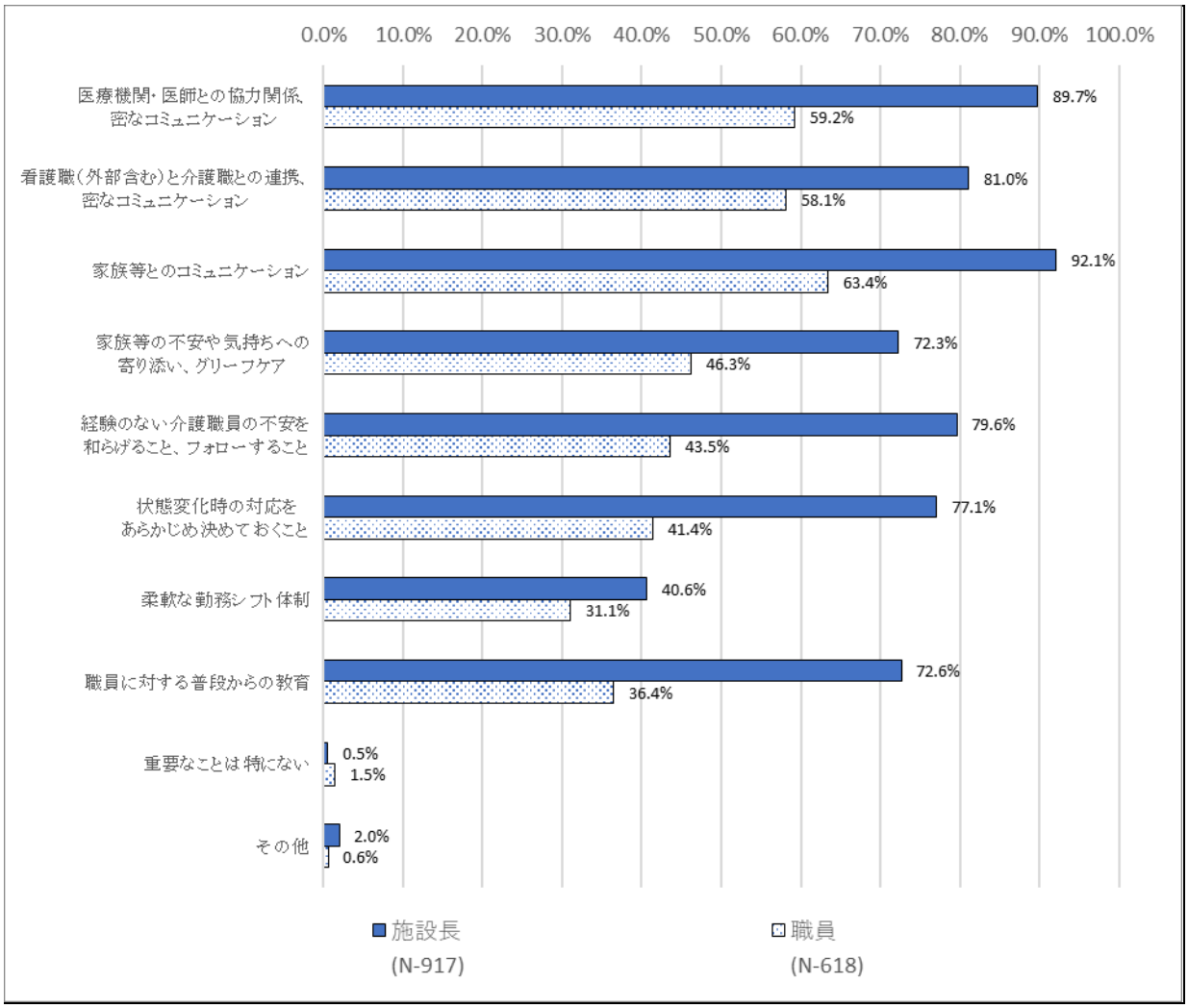
図表 121 前問に関して、貴ホーム・住まい（勤務先）で課題となっていること、悩んでいること【職員−施設長・ホーム長比較】



5) 本人や家族等が、ホーム・住まいでの看取りを望んだとき、本人・家族等が納得できる看取りにするために重要なこと

- 施設長・ホーム長と職員の傾向はほぼ一致している。

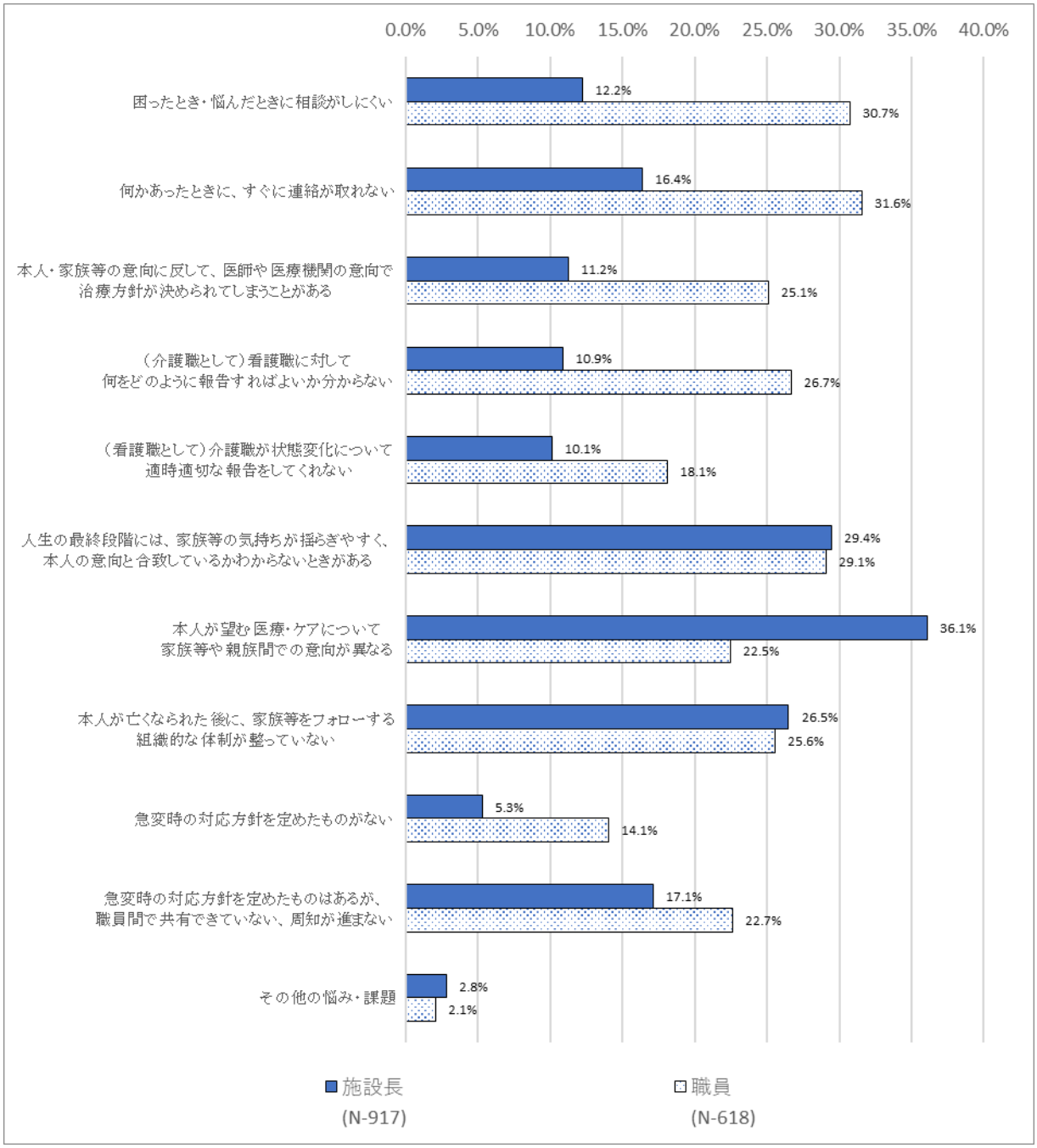
図表 122 ホーム・住まいでの看取りを望んだとき、本人・家族等が納得できる看取りにするために重要なこと【職員−施設長・ホーム長比較】



6) 前問に関して、貴ホーム・住まい（勤務先）で課題となっていること、悩んでいること

- 施設長・ホーム長にとっては「本人が望む医療・ケアについて家族等や親族間での意向が異なる」が最も大きな課題である。一方、職員にとっては「何かあったときに、すぐに連絡が取れない」、「困ったとき・悩んだときに相談がしにくい」ことが大きな課題となっている。

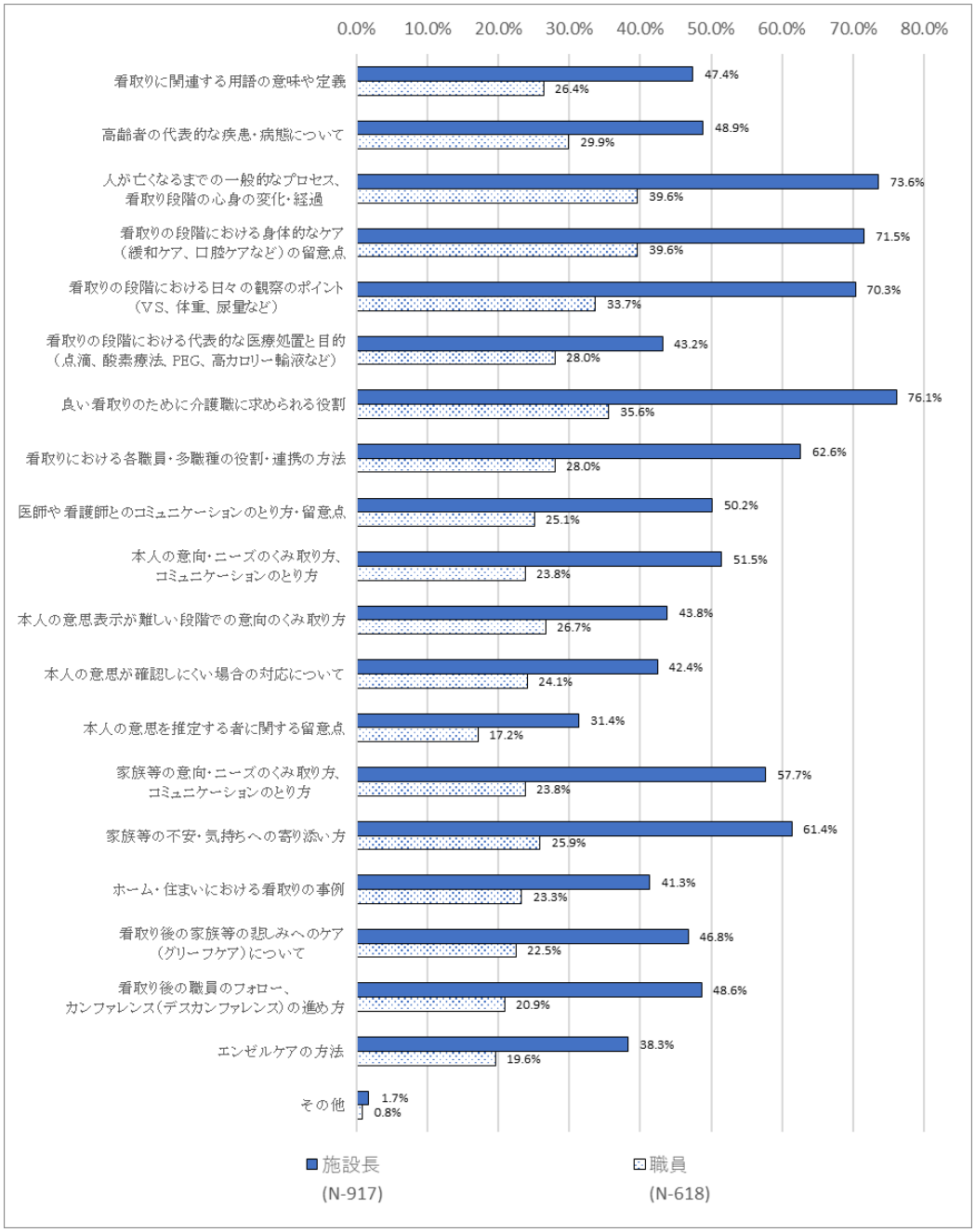
図表 123 前問に関して、貴ホーム・住まい（勤務先）で課題となっていること、悩んでいること【職員−施設長・ホーム長比較】



7）入居者の方々や家族等が納得できる最期を迎えられるようにするために、職員に知っておいてほしい、学んでほしいこと/職員自身がお知りになりたいこと、学びたいこと

- 職員は、施設長・ホーム長と比べて、「高齢者の代表的な疾患・病態について」、「看取りの段階における代表的な医療処置と目的（点滴、酸素療法、PEG、高カロリー輸液など）」等をやや重視している。

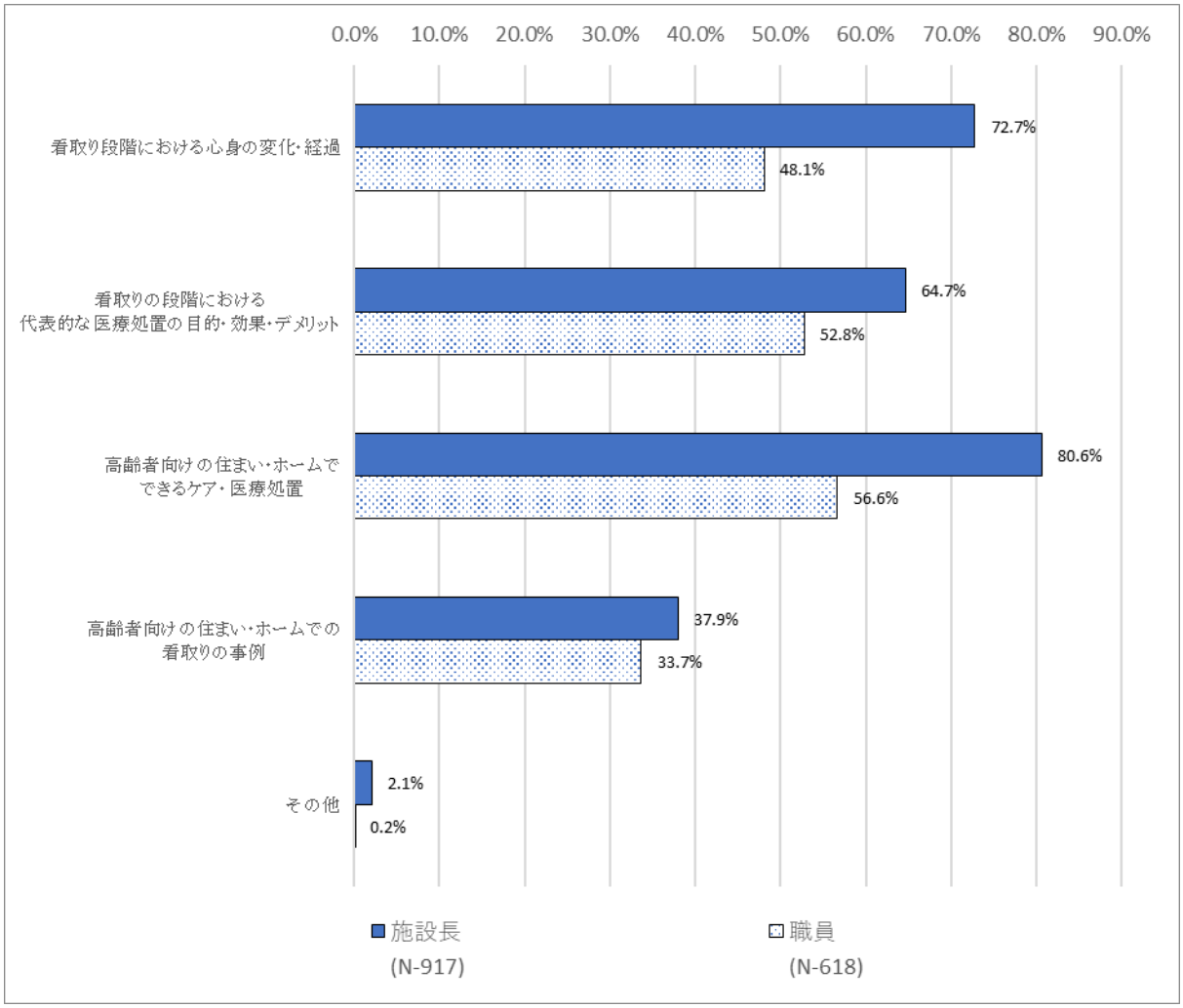
図表 124 入居者の方々や家族等が納得できる最期を迎えられるようにするために、職員に知っておいてほしい、学んでほしいこと/職員自身がお知りになりたいこと、学びたいこと



8)入居者の方々や家族等が納得できる最期をむかえていただくために、入居者の方々や家族等に事前に知っておいてほしいこと

- 施設長・ホーム長は「看取り段階における心身の変化・経過」を、職員は「看取りの段階における代表的な医療処置の目的・効果・デメリット」をやや重視している。

図表 125 入居者の方々や家族等が納得できる最期をむかえていただくために、入居者の方々や家族等に事前に知っておいてほしいこと【職員−施設長・ホーム長比較】



5.　各種調査から得られる示唆のまとめ

各種調査から、高齢者住まいにおいて ACP を実践するに当たっては、高齢者住まいの職員に対して、以下のような内容が教育プログラムとして提供される必要があると考えられる。この整理を元に、実際に研修プログラムや「手引き」の内容について検討を行った。

図表 126　研修プログラムや手引きに期待される内容

考え方について	①	ACPの内容、意義・重要性、すなわち本人の思い・意思の重要性について理解できる。
	②	本人の思いを受け止め、実現する際に、本人の生活を面で支える住まい職員の役割がわかる。
	③	現場職員にとって、看取りの不安が軽減され、看取りに関わることの意義が実感される。
	④	人生の最終段階における、住まい・ケアの役割がわかる。
知識、スキルについて	⑤	本人の思いを引き出す際の考え方・留意点を知る。
	⑥	医療処置等について、本人・家族等の意思決定を支援するに当たって必要な知識を得られる。
	⑦	本人がそこでの最期を望んだ際に、それを実現するために必要なケアについて、概要を知る。
関係者との関わりについて	⑧	ACPを実施するために必要な本人、家族との関わり方がわかる。
	⑨	ACPを実施するために必要な医療職との関わり方がわかる。

第3章　ACP 推進のための研修実施

1.　研修の実施概要

（1）研修プログラムの概要

ワーキンググループ等における検討を通じ、研修プログラムについては、以下の構成を基本に進めることとした（スライドの詳細は後掲資料を参照）。なお、当日の進行状況等に応じて、時間配分や構成は適宜変更しており、必ずしも全日程において同一の構成となったわけではない。

図表 127　研修プログラムの構成

コンテンツ		目安時間	内容	対応スライド
イントロダクション	アンケートへの回答（事前）	5分	・アンケート用紙のうち、回答者属性およびACP・看取りに対する「研修前の考え」に関する設問に回答	―
	導入	5分	・最期を迎える場所について ・高齢者住まいにおける看取りを阻む要因 ・高齢者住まいにおける看取りの実態	スライド1～9
	グループワーク①	10分	・「看取りに対するイメージ現状課題」に関する参加者の考えについて、4～6名を1班とするグループで議論	スライド10
コンテンツ①	VR体験① 「救急医療における心肺蘇生」	3分	・看取り期・人生の最終段階において、最後の場面の救急搬送のほか医療行為（点滴、経管栄養、吸引）や無理な食事介助など、入居者本人の意思が尊重されないケースみられる。救急搬送VRによる一称体験等により、本人の視点に立って、意向を大事することが大切であることを理解する。	スライド11～12
	グループワーク②	10分	・「自分が終末期に救急搬送されたらどのように感じるか」について、グループで議論	スライド13
	レクチャー（解説）	15分	・救急搬送時に患者に施される治療内容 ・急変時に起こること ・救急病棟の意思や看護師の考え方 ・終末期は選択の連続であること（救急時に、家族は治療の可否につき即断を迫られるが、一旦治療を開始すると、治療を中止するという選択をしにくくなる） ・老いのプロセス	スライド14～19
コンテンツ②	VR体験② 「ある入居者」	5分	・主人公の京子が高齢者住まいに入居する日のシーン。京子さんがどんな思いをもって入居してきたのか意識する。	スライド20～22
	グループワーク③	10分	・「VR中の入居者（京子さん）の意思・希望がどこにあるのか」、「本人の思いを聞き出すためにはどういう点が大切か」について、グループで議論	スライド23
	レクチャー（解説）	10分	・ACPとは ・ACPの理想的な方法	スライド24～28
コンテンツ③	VR体験③ 「姪と息子」	5分	・京子の今後の方針について姪のりさと息子の一郎の意見が対立するシーン。家族間の意見の対立を冷静に受けとめることを意識する。	スライド29～30
	グループワーク④	10分	・「家族間で意見が違っていた場合にケア職としてどうしたらよいか」について、グループで議論	スライド31
	レクチャー（解説）	15分	・ACPにおける介護職の役割（家族との関わり） ・看取りの時に点滴をしないメリット ・食べられない方に対し手の意思決定支援フローチャート ・入院により奪われてしまうもの ・入院中に介護職ができること ・対話のポイントと重要性	スライド32～39
コンテンツ④	ロールプレイング	3分	【状況】京子の退院前カンファレンスに夏目も参加している。退院後高齢者住まいに戻ることについて一郎の合意は得ているものの、一郎の気持ちは揺れている。 【場所】病院のカンファレンスルーム 【役割】一郎、りさ、京子（車いす）、病院MSW、主治医、看護師、夏目、井藤、丸井、観察者	スライド40～41
		7分	・「自分なら退院に関するカンファレンスでどのような発言をするか」について、グループで議論	―
	レクチャー（解説）	2分	・介護と医療の役割と連携体制	スライド42
	VR体験④ 「それぞれの思い」	5分	・本人、家族、介護、看護、医師のそれぞれの思いをどのように方針に反映させていくかを意識する。	スライド43
	レクチャー（解説）	15分	・高齢期の状態変化の3つのステージ ・臨死期の状態変化 ・臨死期のケア	スライド44～51
コンテンツ⑤	VR体験⑤ 「家族」	5分	・いよいよその時が近づき家族が居室に集まるシーン。初めて終末期を迎える家族に対して、かご職としてどのようにプロデュースしていくかを意識する。	スライド52～53
	グループワーク⑤	10分	・「臨死期における本人・家族に対しての介護職としてできること、関わり方」について、グループで議論	スライド54
	レクチャー（解説）	15分	・臨死期の声かけ ・家族へのケア	スライド55～59
クローシング	グループワーク⑥	10分	・「看取り・ACPの課題を自分たちの職場でどう乗り越えていくのか」について、グループで議論	スライド60～61
	レクチャー（解説）	10分	・高齢者住まいにおける看取りの質を高めるために必要な8つのこと	スライド62
	アンケートへの回答（事後）	5分	・アンケート用紙のうち、ACP・看取りに対する「研修後の考え」に関する設問および研修の感想について回答	―

※VR コンテンツの作成および VR 機器の貸与は株式会社シルバーウッドに依頼した。また、研修当日の講師（ファシリテーター）は同社代表取締役である下河原委員に依頼した。

（2）研修実施日程

有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、グループホームの 3 類型の事業所を対象に、合計約 180 分の研修を全 4 回実施した。

なお、参加事業所については、各回の主な対象事業所と関係のある診療所や地域包括支援センター、デイサービス事業所等も含まれる。

図表 128 研修実施日程

回数	実施日	事業所類型	参加事業所	参加人数	講師
第 1 回	令和 2 年 1 月 8 日	介護付き有料老人ホーム	アリア代々木上原等	29 名	下河原委員
第 2 回	令和 2 年 1 月 22 日	グループホーム	愛の家グループホーム中野上高田等	55 名	下河原委員
第 3 回	令和 2 年 2 月 18 日	介護付き有料老人ホーム	はなことば追浜等	14 名	下河原委員
第 4 回	令和 2 年 2 月 19 日	サービス付き高齢者向け住宅	メイプル等	47 名	下河原委員

（3）研修アンケートの実施

ACP・看取りに対する研修前後の意識変化を把握するため、研修当日に、参加者に対してアンケート調査を実施した。実施結果の詳細は後述のとおり。

2. 研修実施の効果把握

本節では、研修当日に実施したアンケートの分析結果を述べる。主に、1)研修を通じて ACP・看取りに対する研修前後の意識がどのように変化したか、2) 研修を通じて ACP を実践していくためのイメージ形成がなされたか、に着眼して分析を行った。1)についてはアンケートの問 9 から問 24 までが、2)については問 30 から問 33 までが対応している。

(1) 研修アンケート結果(サマリー)

分析結果のサマリーは以下のとおり。

1)研修を通じて ACP・看取りに対する研修前後の意識がどのように変化したか

【単純集計結果(全体)】

- 研修前後の ACP・看取りに対する意識の変化については、すべての項目で大幅な改善が見られた。
- 特に、「本人・家族間の意向が異なる場合の対応」(問 14)の改善幅が大きかった。要因としては、「何より重要なのは本人の意思である」というメッセージが伝わり、対応の指針ができたこと、家族間の話し合いの VR 映像や、グループワーク・ロールプレイングが効果的だったと考えられる。
- 無回答を除きほぼ 100%の参加者が、「終末期において病院・救急搬送に頼らない方がよい」と考えるに至った。「安易に病院や救急搬送に頼らずに、本人が住み慣れた高齢者住まいで最期まで生活を支えていく」という意識づけにつながったと考えられる。

【職種とのクロス集計結果】

①介護職

- 介護職全体で見ると、「本人・家族間の意向が異なる場合の対応」(問 14)の改善幅が最も大きく、「本人の意向の確認方法」(問 9)も改善幅が大きかった
  ＝「本人の意向を聞いていますか？」というメッセージが深く理解された。
- 「看取りが怖い」(問 16)や「終末期の方への接し方」(問 19)等の意識レベルの漠然とした不安・恐怖はほとんど改善されたが、「いつが最期か分からず直面するのが怖い」(問 18)や「夜勤時の介護職 1 人での対応」(問 22)といった具体な業務を想定した不安が残っている。

②看護職

- 高齢者住まいでの看取りや、夜勤対応を介護職に任せることに対する不安についてはやや軽減された。

③ホーム長・施設長

- ACP 関係の項目についての傾向は介護職とあまり変わらない。
- 看取り関係の項目については、今回参加されたホーム長・施設長は、研修前から看取りに対する意識が高く、全体的な改善幅は小さかったものの、看取りに不安に関する項目については意識の改善が見られる。

【職種（介護職）×看取り経験有無のクロス集計結果】

- 看取り経験の有無を問わず、「本人の意向の確認方法」（問 9）、「本人・家族間の意向が異なる場合の対応」（問 14）について、特に大幅な改善が見られた。
- 看取り経験のない介護職においては、研修参加前にすべての人（無回答を除く）が「介護職 1 人での夜勤対応」（問 22）に不安を感じていたが、研修後には不安を感じる人の割合が約半数に軽減された。
- 看取り経験のある介護職であっても、研修参加前には大半が不安や恐怖を感じていたが、研修受講により不安は相当程度軽減された。

【職種（介護職）×経験年数とのクロス集計結果】

- 経験年数を問わず、「夜勤時の介護職 1 人での対応」（問 22）については研修後にも不安が残る状況である。
- 経験 5 年未満の介護職において、「普段の会話の中で最期について話すこと」（問 11）、「状況変化に伴う本人・家族等の意向の変化」（問 13）については、大幅な改善が見られたものの、依然として課題と感じる人も一定程度残る。
- 経験 5 年以上の介護職においても、看取りに対する不安を感じる人が研修前には一定程度いる。経験 5 年以上 10 年未満の層においては、「看取りが怖い」（問 16）や「終末期の方への接し方」（問 19）等の意識レベルの漠然とした不安・恐怖はほとんど改善されたが、「いつが最期か分からず直面するのが怖い」（問 18）や「夜勤時の介護職 1 人での対応」（問 22）といった具体な業務を想定した不安が残っている。後者については、経験年数 5 年未満において大幅な改善が見られていることから、実際に経験を積んできたからこそ、実感としてイメージできるようになる課題といえる。
- 経験年数が長い介護職（経験 10 年以上）ほど、研修前から「この施設で看取りを行うことはリスクが高い」（問 20）と考える傾向があり、この点の改善幅は小幅となっている。これは経験の少ない介護職の教育等の「組織作り」は別途必要との認識ではないかと推察される

2) 研修を通じて ACP を実践していくためのイメージ形成がなされたか

【職種とのクロス集計結果】

- 介護職と看護職との比較では、総じて看護職の方が全体的に「イメージできた」と回答する割合が高い傾向にある。
- とはいえ、介護職においても、「本人の意向のくみ取り方」「本人と家族の意向のすり合わせ、家族への寄り添い方」「看取り期の状態変化とケア」はイメージできたとする回答が多い（「はい」が約 3 割）。

  ⇒「何よりも本人の意思が重要」「残された日々に命を吹き込むことはできる」というメッセージは伝わった。介護職の苦手意識が払しょくしきれなかったのは「医師・看護師とのコミュニケーション」の部分であった。
- 「本人の意向のくみ取り方や記録方法」（問 30）については、ホーム長・施設長が特にイメージしやすい傾向にある。

【職種（介護職）×看取り経験有無とのクロス集計結果】

- 看取り経験のない人でも、「本人の意向のくみ取り方」「看取り期の状態変化とケア」は看取り経験のある人並みに「イメージできた」と答える人が多かった。一方で、「本人・家族の意向のすり合わせ方や家族への気持ちの寄り添い方」（問 31）や 「医師や看護師とのコミュニケーション」（問 32）については、イメージを持ちにくい傾向にある。この点は「研修（OFF-JT）」の限界と考えられ、現場での経験と OJT が求められる。

【職種（介護職）×経験年数とのクロス集計結果】

- 「本人の意向のくみ取り方や記録方法」（問 30）については、

  経験年数 3～10 年の層が「はい＝イメージできた」と答えた割合が最も高い。

  ＝中堅層に最もメッセージが効果的に伝わった。
- 看取り期の状態変化やケアの方法について、経験年数 5 年未満の層で「はい＝イメージできた」と答える人の割合が 4 割を超える。経験の少ない人にも「看取り期において、介護職にこそできることがある」というメッセージが伝わっていると言える。

（2）研修アンケート結果（データ編）

前項で触れた研修前後の意識変化、ACP 実践に向けてのイメージ形成に加えて、回答者の属性や満足度等、全般の集計結果について、以下に示す。

1)研修を通じて ACP・看取りに対する研修前後の意識がどのように変化したか

【単純集計結果（全体）】

- ACP の実践に関するほぼすべての項目において、大幅な改善が見られた。
- 特に、本人・家族間の意向が異なる場合の対応についての改善幅が大きい。（18.8%→78.2%）
- 看取りに対する不安に関する項目の改善幅が大きい。
- 90%以上の参加者が、「終末期において病院・救急搬送に頼らない方がよい」と考えるに至った。

図表 129 研修前後の意識変化 全体（n=128）

【職種とのクロス集計結果】

①介護職

- 介護職全体で見ると、本人・家族間の意向の違いへの対応についての改善幅が最も大きかった。
- 意識レベルでの看取りに対する恐怖や不安は概ね解消されたものの、看取りの実践に当たっての不安はまだ残っている。

図表 130 研修前後の意識変化 職種別①介護職（n=63）

②介護リーダー

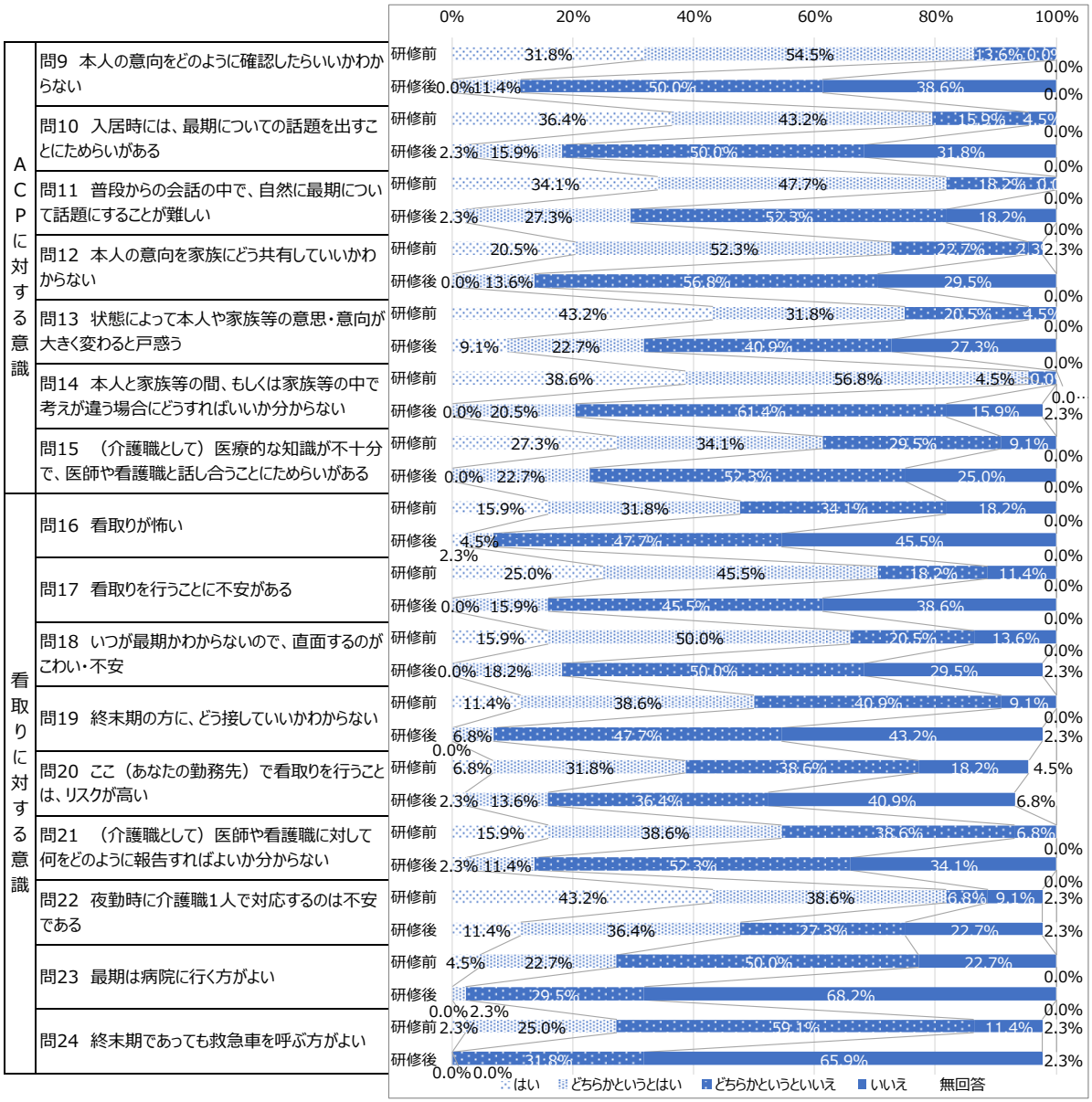
- 介護リーダーにおいては、医療職との話し合いに対するためらいがやや残る結果となった。
- 看取り全般に対する不安は軽減されたが、最後が近づいてきたときに直面することへの不安は残っている。

図表 131 研修前後の意識変化 職種別①介護リーダー（n=19）

③介護スタッフ

- 本人の意向の確認方法、本人・家族間の意向が異なる場合の対応について、特に改善が見られた。
- 意識レベルでの看取りに対する恐怖や不安は概ね解消されたものの、看取りの実践に当たっての不安はまだ残っている。

図表 132 研修前後の意識変化 職種別③介護スタッフ（n=44）



④看護職（リーダー含む）

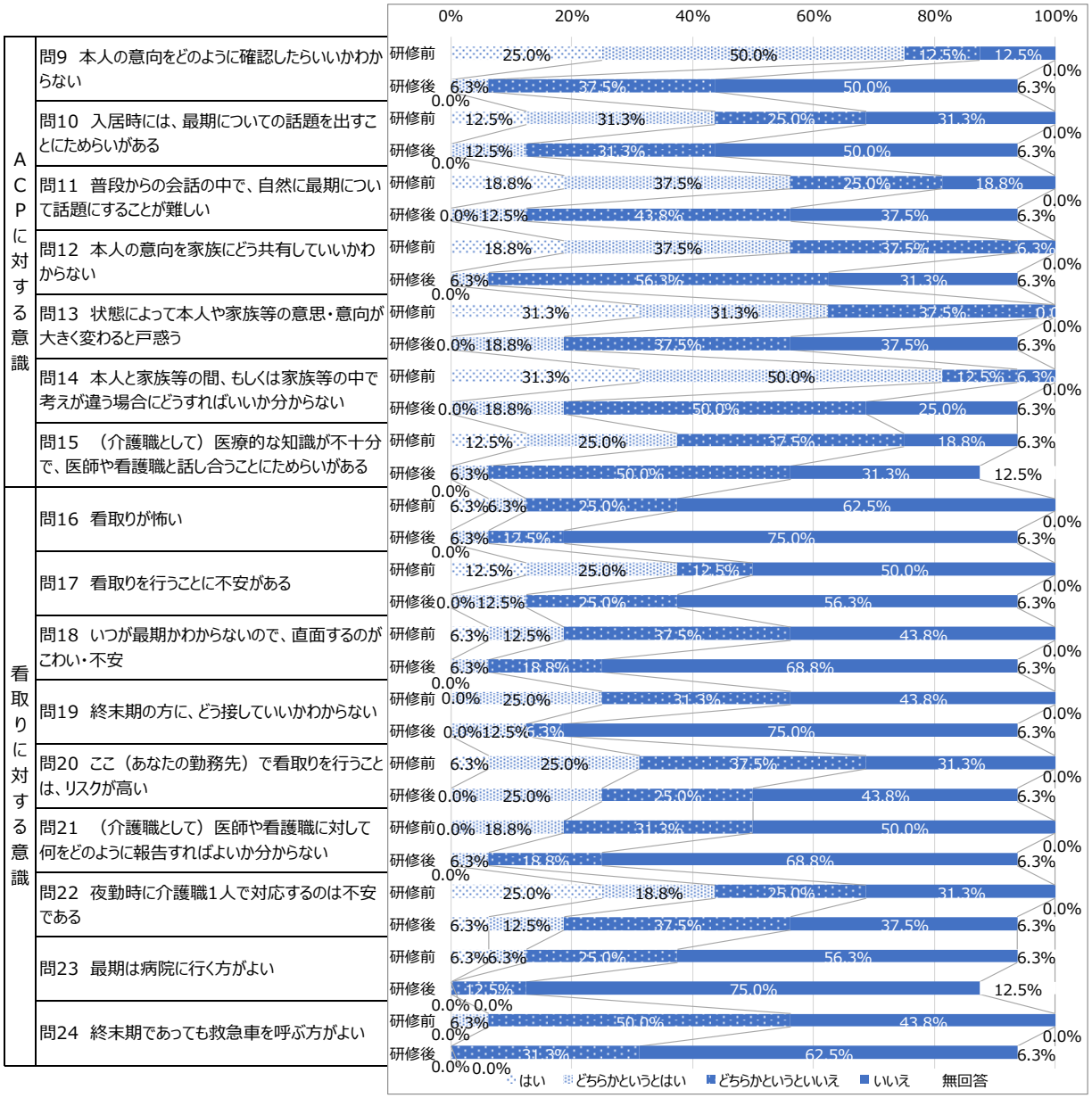
- 本人の意向の確認方法、入居時から最期についての話題を出すことについての改善幅が特に大きい。
- 「住まいでの看取りはリスクではない」、「夜勤時に介護職に任せてもそれほど不安ではない」と感じる看護職が増えた。

図表 133 研修前後の意識変化 職種別④看護職（n=17）

⑤ホーム長・施設長

- 介護職同様、本人の意向の確認方法、本人・家族間の意向が異なる場合の対応について、特に改善が見られた。
- 今回参加されたホーム長・施設長は、研修前から看取りに対する意識が高く、全体的な改善幅は小さかったものの、不安に関する項目については着実に改善が見られている。

図表 134 研修前後の意識変化 職種別⑤ホーム長・施設長（n=16）

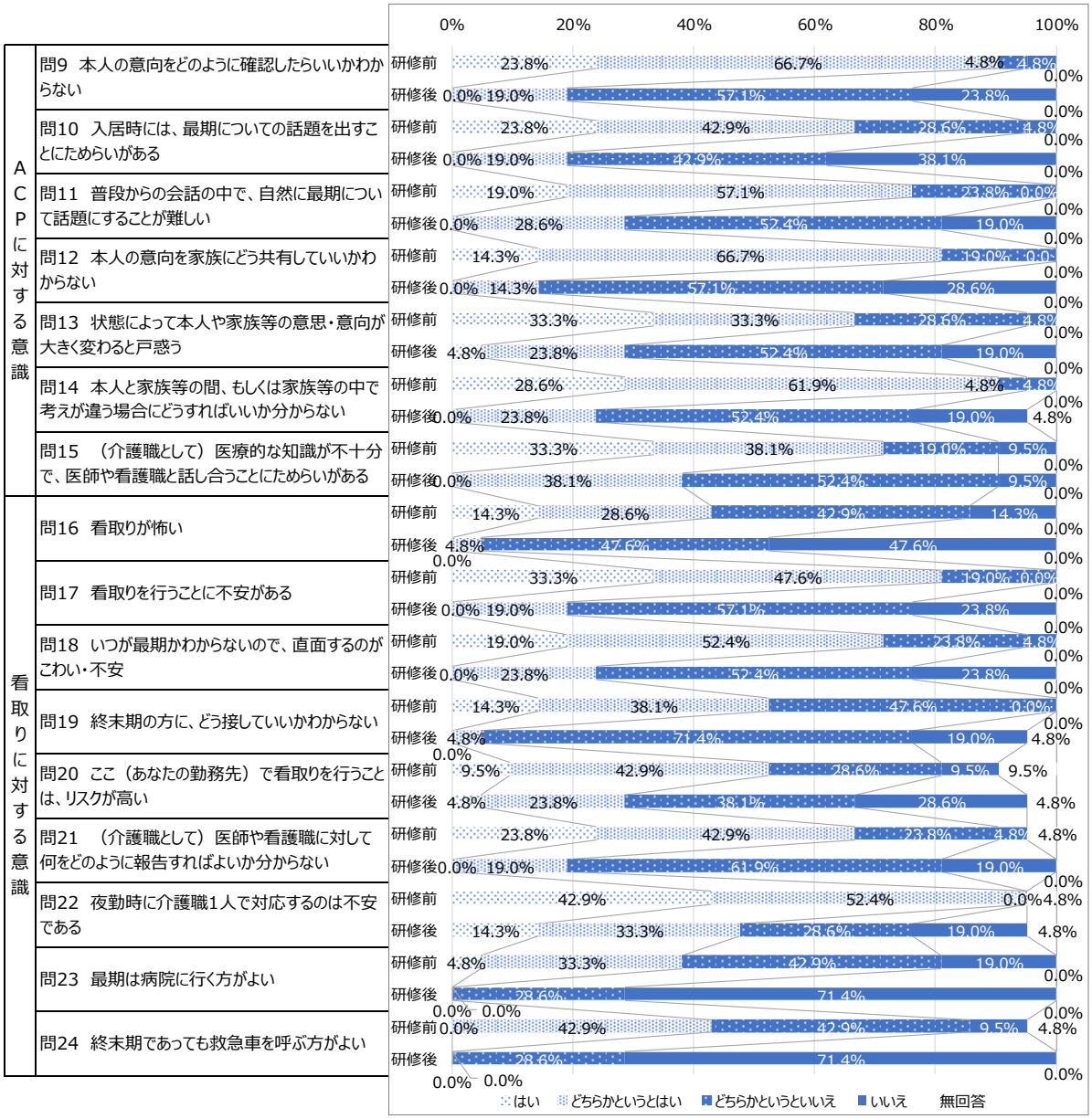


【職種（介護職）×看取り経験有無のクロス集計結果】

①看取り経験がない介護職

- 本人の意向の確認方法、本人・家族間の意向が異なる場合の対応について、特に改善が見られた。
- 看取り経験のない介護職においては、研修参加前にすべての人（無回答を除く）が介護職 1 人での夜勤対応に不安を感じていたが、研修後には不安を感じる人の割合が約半数に軽減された。（95.3%→47.6%）

図表 135 研修前後の意識変化 看取り経験がない介護職（n=21）



②看取り経験がある介護職

- 本人の意向の確認方法、本人・家族間の意向が異なる場合の対応について、特に改善が見られた。
- 看取り経験のある介護職であっても、研修参加前には大半が不安や恐怖を感じていたが、研修受講により不安は相当程度軽減された。

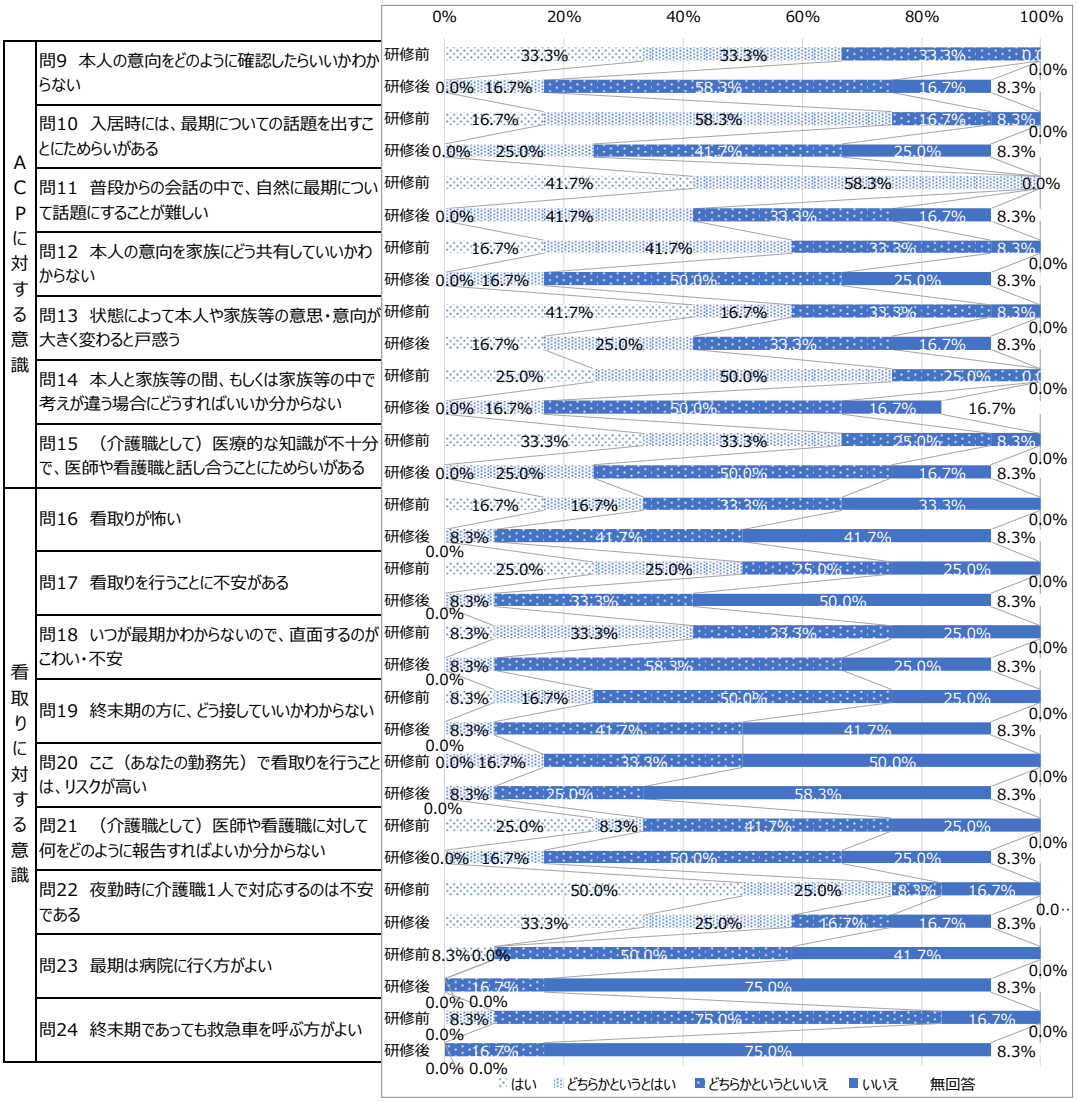
図表 136 研修前後の意識変化 看取り経験がある介護職（n=41）

【職種（介護職）×経験年数とのクロス集計結果】

①経験年数 3 年未満の介護職

- 経験 3 年未満の介護職においては、研修参加前にすべての人が「普段の会話の中で最期についての話題を挙げることが難しい」と感じていたが、研修後には約半数においてその意識が改善されたものの、約 4 割の人は依然として課題と感じている。
- 本人・家族間の意向が異なる場合の対応については、あまり改善が見られなかった。
- 看取り経験 3 年未満の介護職は研修参加前から看取りをリスクと考えていない人が 80%以上である。
- 夜勤時の介護職 1 人での対応については、研修後も依然として不安が大きい状況である。

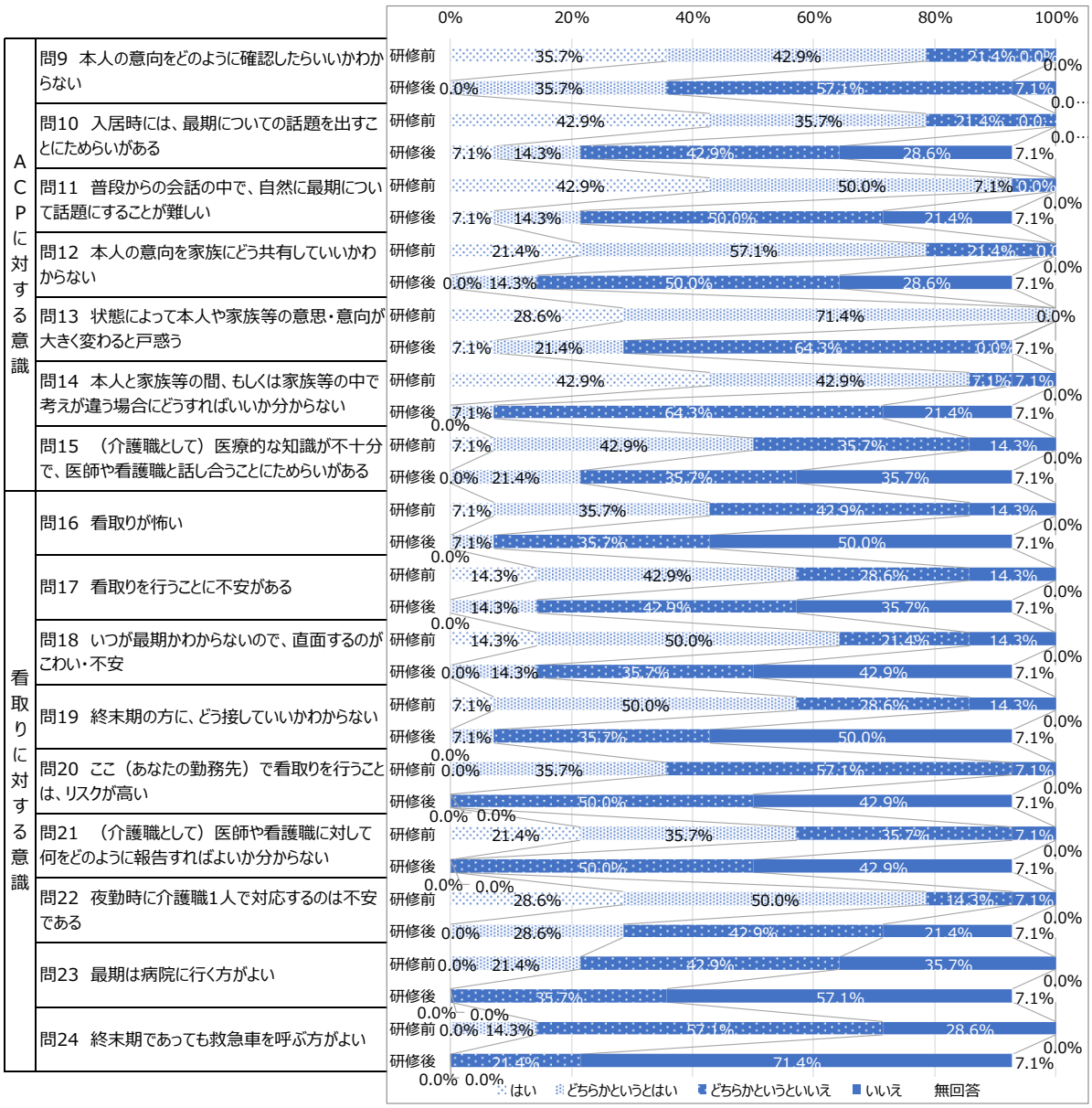
図表 137 研修前後の意識変化 経験年数 3 年未満の介護職（n=12）



②経験年数 3 年以上 5 年未満の介護職

- 経験 3 年未満の介護職と比べて、普段の会話の中で最期の話題を出すことの難しさについては共通しているが、本人・家族間の意向の違いに対する戸惑いはさらに強く、改善幅も大きい。
- 経験 3 年未満の介護職と比べると、夜勤時の 1 人対応に対する不安の改善幅が大きい。

図表 138 研修前後の意識変化 経験年数 3 年以上 5 年未満の介護職（n=14）



③経験年数 5 年以上 10 年未満の介護職

- 本人の意向の確認方法、本人・家族間の意向の違いへの対応方法について、特に大幅な改善が見られる。
- 研修後においても、看取りに対する不安は一定程度残っている状況である。

図表 139 研修前後の意識変化 経験年数 5 年以上 10 年未満の介護職（n=26）

④経験年数 10 年以上の介護職

- 研修後、対本人との関係性においては意向を引き出すことができると感じるようになったが、家族との話し合いの部分には依然として不安が残っている。
- 経験 10 年以上の介護職であっても、研修前は看取りに不安や恐怖を感じている人が大半であるとともに、看取りをリスクと捉える割合が高い。

図表 140 研修前後の意識変化 経験年数 10 年以上の介護職（n=10）

2）研修を通じて ACP を実践していくためのイメージ形成がなされたか

「問 30　本人の意向のくみ取り方やその記録方法は具体的にイメージできるようになりましたか？」についての各種クロス集計

①職種

- 本人の意向のくみ取り方や記録方法について、介護職においてはややイメージしづらい一方で、ホーム長・施設長はイメージしやすい傾向がある…経験の差か。

②介護職における看取り経験の有無

- 本人の意向のくみ取り方や記録方法について、やはり看取り経験がある介護職の方が「はい」と答える率は高いものの、未経験者の 3 割弱が「はい」と答えている。

③介護職における医経験年数

- 経験3～10年未満の層が「はい」と答えた割合が最も高い。新人やベテラン以上に、現場での中核と考えられる層に響く内容だったと評価できる。
-

図表 141　ACP 実践にあたってのイメージ形成効果①

本人の意向のくみ取り方や記録方法についての各種クロス集計表

問30　本人の意向のくみ取り方やその記録方法は具体的にイメージできるようになりましたか？

		はい	どちらかというとはい	どちらかというといいえ	いいえ	無回答
職種	全体 (n=96)	40.6%	53.1%	3.1%	1.0%	2.1%
	介護リーダー (n=19)	42.1%	52.6%	5.3%	0.0%	0.0%
	介護職 (n=44)	29.5%	65.9%	2.3%	0.0%	2.3%
	看護職リーダー (n=4)	50.0%	25.0%	0.0%	25.0%	0.0%
	看護職 (n=13)	46.2%	53.8%	0.0%	0.0%	0.0%
	ホーム長・施設長 (n=16)	62.5%	25.0%	6.3%	0.0%	6.3%
看取り経験（介護職）	全体 (n=62)	33.9%	62.9%	3.2%	0.0%	0.0%
	あり (n=41)	36.6%	61.0%	2.4%	0.0%	0.0%
	なし (n=21)	28.6%	66.7%	4.8%	0.0%	0.0%
経験年数（介護職）	全体 (n=62)	33.9%	62.9%	3.2%	0.0%	0.0%
	3年未満 (n=12)	25.0%	66.7%	8.3%	0.0%	0.0%
	3年以上5年未満 (n=14)	42.9%	50.0%	7.1%	0.0%	0.0%
	5年以上10年未満 (n=26)	34.6%	65.4%	0.0%	0.0%	0.0%
	10年以上 (n=10)	30.0%	70.0%	0.0%	0.0%	0.0%

「問 31　本人の意向と家族との意向のすり合わせ方や、気持ちが揺れ動く家族に対する寄り添い方法は具体的にイメージできるようになりましたか？」についての各種クロス集計

①職種

- 介護職においてはややイメージしづらい傾向がある一方で、看護職においてはイメージしやすい傾向がある。

②介護職における看取り経験の有無

- 本人・家族の意向のすり合わせ方や家族への気持ちの寄り添い方について、看取り経験がない介護職は「はい」と答えた人は 1 割未満にとどまる。
  ＝実際の経験を積まないと「はい」とは断言できない…「研修」の限界

③介護職における医経験年数

- 新人とベテランの方が「はい」と答える割合が高い。

図表 142　ACP 実践にあたってのイメージ形成効果②

本人・家族の意向のすり合わせ方や家族への気持ちの寄り添い方についての各種クロス集計表

問31　本人の意向と家族との意向のすり合わせ方や、気持ちが揺れ動く家族に対する寄り添い方法は具体的にイメージできるようになりましたか？

		はい	どちらかというとはい	どちらかというといいえ	いいえ	無回答
職種	全体 (n=96)	35.4%	61.5%	1.0%	0.0%	2.1%
	介護リーダー (n=19)	31.6%	68.4%	0.0%	0.0%	0.0%
	介護職 (n=44)	27.3%	72.7%	0.0%	0.0%	0.0%
	看護職リーダー (n=4)	75.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	看護職 (n=13)	46.2%	46.2%	0.0%	0.0%	7.7%
	ホーム長・施設長 (n=16)	43.8%	43.8%	6.3%	0.0%	6.3%
看取り経験（介護職）	全体 (n=62)	29.0%	71.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	あり (n=41)	39.0%	61.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	なし (n=21)	9.5%	90.5%	0.0%	0.0%	0.0%
経験年数（介護職）	全体 (n=62)	29.0%	71.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	3年未満 (n=12)	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%
	3年以上5年未満 (n=14)	21.4%	78.6%	0.0%	0.0%	0.0%
	5年以上10年未満 (n=26)	23.1%	76.9%	0.0%	0.0%	0.0%
	10年以上 (n=10)	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%

「問 32　本人の意向を尊重するための、医師や看護師とのコミュニケーション方法は具体的にイメージできるようになりましたか？」についての各種クロス集計

①職種

- 介護職において「はい」と答えた人は 16%に留まり、この点は今後の課題と言える。

②介護職における看取り経験の有無

- 医師や看護師とのコミュニケーションについて、前頁以上に看取り経験なしの層で「はい」と答える割合が低い。医師・看護師とのコミュニケーションの「苦手意識」の払拭は今後の課題か。
  （おそらく看取りに限った問題ではない）

③介護職における経験年数

- 経験 3 年未満および経験 5 年以上 10 年未満の介護職において、ややイメージしづらい傾向にある。

図表 143　ACP 実践にあたってのイメージ形成効果③
医師や看護師とのコミュニケーションについての各種クロス集計表

問32　本人の意向を尊重するための、医師や看護師とのコミュニケーション方法は具体的にイメージできるようになりましたか？

		はい	どちらかというとはい	どちらかというといいえ	いいえ	無回答
職種	全体 (n=96)	31.3%	62.5%	4.2%	0.0%	2.1%
	介護リーダー (n=19)	26.3%	73.7%	0.0%	0.0%	0.0%
	介護職 (n=44)	15.9%	75.0%	9.1%	0.0%	0.0%
	看護職リーダー (n=4)	75.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	看護職 (n=13)	53.8%	38.5%	0.0%	0.0%	7.7%
	ホーム長・施設長 (n=16)	50.0%	43.8%	0.0%	0.0%	6.3%
看取り経験（介護職）	全体 (n=62)	19.4%	74.2%	6.5%	0.0%	0.0%
	あり (n=41)	26.8%	65.9%	7.3%	0.0%	0.0%
	なし (n=21)	4.8%	90.5%	4.8%	0.0%	0.0%
経験年数（介護職）	全体 (n=62)	19.4%	74.2%	6.5%	0.0%	0.0%
	3年未満 (n=12)	16.7%	66.7%	16.7%	0.0%	0.0%
	3年以上5年未満 (n=14)	28.6%	71.4%	0.0%	0.0%	0.0%
	5年以上10年未満 (n=26)	7.7%	84.6%	7.7%	0.0%	0.0%
	10年以上 (n=10)	40.0%	60.0%	0.0%	0.0%	0.0%

「問 33　看取りの段階における状態変化やそれに合わせたケアの方法は具体的にイメージできるようになりましたか？」についての各種クロス集計

①職種

- 看護職においてはイメージしやすい傾向があるものの、介護職においても 3 割は「はい」と回答している。

②介護職における看取り経験の有無

- 看取りの経験を問わず、具体的にイメージできたという人の割合が高い＝3 割前後。「看取り期に介護職ができること」のイメージを持ってもらうことには成功している。

③介護職における経験年数

- 経験年数 5 年未満の層で「はい」と答える人の割合が 4 割を超える。経験の少ない人にも「看取り期において、介護職にこそできることがある」というメッセージが伝わっていると言える。

図表 144　ACP 実践にあたってのイメージ形成効果④

看取り期の状態変化やケアの方法についての各種クロス集計表

問33　看取りの段階における状態変化やそれに合わせたケアの方法は具体的にイメージできるようになりましたか？

		はい	どちらかというとはい	どちらかというといいえ	いいえ	無回答
職種	全体 (n=96)	39.6%	55.2%	3.1%	0.0%	2.1%
	介護リーダー (n=19)	36.8%	63.2%	0.0%	0.0%	0.0%
	介護職 (n=44)	29.5%	63.6%	6.8%	0.0%	0.0%
	看護職リーダー (n=4)	75.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	看護職 (n=13)	61.5%	30.8%	0.0%	0.0%	7.7%
	ホーム長・施設長 (n=16)	43.8%	50.0%	0.0%	0.0%	6.3%
看取り経験（介護職）	全体 (n=62)	32.3%	62.9%	4.8%	0.0%	0.0%
	あり (n=41)	34.1%	61.0%	4.9%	0.0%	0.0%
	なし (n=21)	28.6%	66.7%	4.8%	0.0%	0.0%
経験年数（介護職）	全体 (n=62)	32.3%	62.9%	4.8%	0.0%	0.0%
	3年未満 (n=12)	41.7%	50.0%	8.3%	0.0%	0.0%
	3年以上5年未満 (n=14)	42.9%	57.1%	0.0%	0.0%	0.0%
	5年以上10年未満 (n=26)	23.1%	69.2%	7.7%	0.0%	0.0%
	10年以上 (n=10)	30.0%	70.0%	0.0%	0.0%	0.0%

「問 34　この研修を他の方にも勧めたいと思いますか？」についての各種クロス集計

①職種

- 研修推薦意向について、職種を問わず、総じて高い。

②介護職における看取り経験の有無

- 研修推薦意向について、経験の有無による傾向の差はほぼない。

③介護職における経験年数

- 研修推薦意向について、経験 3 年未満の介護職がやや低い傾向にある。

図表 145　研修の推薦意向についての各種クロス集計表

問34　この研修を他の方にも勧めたいと思いますか？

		はい	どちらかというとはい	どちらかというといいえ	いいえ	無回答
職種	全体 (n=96)	90.6%	7.3%	0.0%	0.0%	2.1%
	介護リーダー (n=19)	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	介護職 (n=44)	88.6%	11.4%	0.0%	0.0%	0.0%
	看護職リーダー (n=4)	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	看護職 (n=13)	76.9%	15.4%	0.0%	0.0%	7.7%
	ホーム長・施設長 (n=16)	93.8%	0.0%	0.0%	0.0%	6.3%
看取り経験（介護職）	全体 (n=62)	93.5%	6.5%	0.0%	0.0%	0.0%
	あり (n=41)	95.1%	4.9%	0.0%	0.0%	0.0%
	なし (n=21)	90.5%	9.5%	0.0%	0.0%	0.0%
経験年数（介護職）	全体 (n=62)	93.5%	6.5%	0.0%	0.0%	0.0%
	3年未満 (n=12)	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%
	3年以上5年未満 (n=14)	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	5年以上10年未満 (n=26)	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	10年以上 (n=10)	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

3) 基本情報及び VR 活用効果等

図表 146 参加者の性別

問1 性別（n=128）

1	男性	34.4%
2	女性	65.6%

図表 147 参加者の年齢層

問2 年齢（n=128）

1	20代	15.6%
2	30代	25.8%
3	40代	32.0%
4	50代	20.3%
5	60代	4.7%
6	70代	0.0%
7	80代	0.8%
8	無回答	0.8%

図表 148 参加者の所属

問3 所属（n=128）

1	高齢者住まい	66.4%
2	病院	2.3%
3	診療所	8.6%
4	訪問看護ステーション	4.7%
5	居住者本人	0.8%
6	居住者の家族	0.0%
7	その他	14.1%
8	無回答	3.1%

図表 149 参加者の職種及びその職種の経験年数

問4 職種（n=128）　　問5 その職種の経験年数（n=128）

		合計	3年未満	3年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 20年未満	20年以上	無回答
1	経営者	1	1	0	0	0	0	0
2	ホーム長・施設長	16	2	3	3	8	0	0
3	介護リーダー	19	2	4	10	1	2	0
4	介護職	44	10	10	16	7	0	1
5	事務系管理職	1	0	0	0	1	0	0
6	事務職	5	1	0	1	2	1	0
7	看護職リーダー	4	0	0	1	0	3	0
8	看護職	13	1	2	2	1	7	0
9	医師	1	0	0	0	1	0	0
10	歯科医師	0	0	0	0	0	0	0
11	その他医療従事者	6	0	1	3	2	0	0
12	ケアマネジャー	6	1	0	2	3	0	0
13	居住者本人	1	0	0	0	0	0	1
14	居住者の家族	0	0	0	0	0	0	0
15	その他	3	1	0	0	0	2	0
	複数職種	6	1	3	0	2	0	0
	無回答	2	0	0	1	1	0	0
	総計	128	20	23	39	29	15	2

図表 150 研修の満足度

問25 本日の満足度を教えてください。（n=128）

1	大変満足	74.2%
2	満足	22.7%
3	やや不満足	0.0%
4	大変不満足	0.0%
5	無回答	3.1%

図表 151 VR 視聴による看取り・ACP への理解促進の効果

問26 VRの視聴によって、看取り・ACPへの理解が進んだと感じますか？（n=128）

1	感じる	69.5%
2	どちらかというと感じる	28.1%
3	どちらかというと感じない	0.0%
4	感じない	0.8%
5	無回答	1.6%

図表 152　VR 視聴による看取り・ACP の実践意欲向上の効果

問27　VRの視聴によって、看取り・ACPを積極的に行いたいと感じましたか？（n=128）

1	感じる	64.8%
2	どちらかというと感じる	31.3%
3	どちらかというと感じない	1.6%
4	感じない	0.0%
5	無回答	2.3%

図表 153　VR 視聴による心理的負担軽減の効果

問28　VRの視聴によって、看取り・ACPの際に感じる心理的負担が和らぐ（和らぐだろう）と感じますか？
（n=128）

1	感じる	53.1%
2	どちらかというと感じる	40.6%
3	どちらかというと感じない	3.1%
4	感じない	0.0%
5	無回答	3.1%

図表 154　役に立った VR コンテンツ

問29　看取り・ACPを推進する上で、役に立ったと思うVRコンテンツに○をしてください。（n=128、複数回答）
（n=128）

1	「救急医療における心肺蘇生」	57.0%
2	「ある入居者」	32.0%
3	「姪と息子」	30.5%
4	「それぞれの思い」	51.6%
5	「家族」	30.5%

第4章　ACP 推進のための手引き

1.　手引き作成の意図・目的

前章で整理した通り、VR等の最新技術を使った研修プログラムは、ACP や看取りに関する参加者の意識を変え、日々の ACP の実践へとつながる効果が期待される反面、対面式の講義、VR技術を活用した疑似体験、グループワークによる学び合いという形式をとっているため、参加できる人数が限られるという限界がある。

そこで本事業にて検討した研修プログラムの内容について、多くの高齢者住まい関係者に周知するために、研修プログラムの骨子・エッセンスを「高齢者住まいでの ACP 実践の手引き」という冊子の形で整理した（詳細は別添資料「高齢者住まいでの ACP 実践の手引き」を参照）。

この手引きでは、ACP の意義・重要性や高齢者住まいで ACP を進めるに当たって、高齢者住まい職員が理解しておくべきだと考えられる「考え方」について、高齢者住まいでの ACP に関わるエピソードとともに紹介している。

また、各種調査で浮き彫りになった高齢者住まいの職員の ACP や看取りに関わる不安や疑問点に関してもＱ＆A の形で情報提供を行うことで、不安・懸念が払しょくできるような内容を目指した。

2.　手引きの利用場面・利用方法

「手引き」の活用場面として、高齢者住まい内での研修実施の際のテキストとしての使用を想定して作成した。本来、高齢者住まいで効果的に ACP を進めていくためには、住まいの職員全体で ACP や看取りに関して共通の意識を持つことが理想であるが、実際は住まいの職員は、その経歴や経験は多様である。看取りに関して経験の少ない職員に関しては、本人・家族との接し方等についてイメージがわかず、不安や懸念が先行することも想定される。

そこで、施設長や管理者、介護のリーダー等、比較的経験の豊富な職員から経験の少ない職員向けに研修を実施する際、もしくは今後実施されていくであろうVR等を活用した研修プログラムの受講者が自らの勤務先である住まいにて、研修を直接受講していない職員に対して伝達研修を行う際などに、この「手引き」を「テキスト」として活用してもらうことをイメージして内容を検討した。

なお、「ACP」という重要なテーマであるが、高齢者住まい職員が抵抗なく手に取り、読み進めやすいようにデザインにも配慮した。

第5章　本調査研究のまとめと今後の課題

1.　調査結果および研修実施を踏まえた現状の課題

(ア) 現場における OJT の拡充

高齢者住まいにおいて、本人の思い・意思を受け止め、ACP を進めていくに当たり、今回試行した研修プログラムのようなものが一定の効果があることは確認できた。しかし、研修実施後のアンケートで「本人・家族の意向のすり合わせ方や家族への気持ちの寄り添い方がイメージできたか」という問いに対して、看取り経験のない介護職員が「はい」と答える割合が1割未満であったことに代表されるように、座学形式での研修による限界も浮き彫りになった。実際に、高齢者住まいで ACP が自然に行われ、本人が望んだ際にそこでの看取りがスムーズに行われるようになるためには、今回試行した研修のような教育プログラムが各地域で広く実施され、それを契機に高齢者住まい側での機運が高まり、現場において OJT が積み重ねられるというプロセスが必要になるであろう。

(イ) マネジメント層に対する学びのプログラム

また、施設長向け調査からは、施設長・管理者の考え・意向が高齢者住まいでの看取りに大きく影響していることが示唆されている。そのため、現場職員に対する学びのプログラムに留まらず、施設長・管理者や経営者に対して、経営や組織マネジメントにおける ACP や看取りの意義を啓発しつつ、ACP に取組んでいく際の組織作り、マネジメントについて学ぶことが出来るプログラムも必要だと考えられる。

(ウ) 家族への啓発や外部の医療関係者との連携強化

さらに、今回の調査で課題・懸念としてあがったものとして、「本人・家族との意見のすり合わせ」や「家族同士の意見のすり合わせ」といった家族との関わり、外部の医師・看護師などの医療職との関わりが挙げられる。研修実施後のアンケートにおいても、特に経験の少ない介護職を中心に「医師・看護師とのコミュニケーション」への苦手意識を払しょくすることが難しいことも明らかになった。高齢者住まいにおいて、本人の思い・意思を引き出し、受けとめ、それに沿ったケア・医療で本人の暮らしに伴走していくにあたっては、高齢者住まいの中の意識や体制だけではなく、こうした外部の関係者の理解や協力が欠かせない。

とりわけ、家族等においては、本人の意思を尊重することの重要性や死に至るプロセス、医療処置のメリットやデメリットなどについて理解を深めてもらう必要がある。また、往診医や外部の訪問看護の看護職、入院した際の病院側の医療関係者についても、相互の連携・協力関係を築いていくことが期待される。在宅や病院の医療関係者に高齢者住まいでできることについての理解を深めてもらうことと同時に、高齢者住まい側も、地域の医療機関の「入退院支援体制」について地域連携室等に確認する、病院医療関係者と在宅医療関係者の連携ルール構築の取組み等に参加する等、地域の医療機関側の体制や取組みについて理解を深めることも必要となるであろう。

2. 課題に対する今後の取組みについての示唆

① ACP や看取りに取り組むことによる効果の検証

今回の調査研究では、あくまで「研修前後」での意識変容に留まっており、実際に、この研修を受講した後、ACP に取り組むことで、職員の日々のケアにどのような影響があるか、職業意識へどのような効果があるかといった中長期の効果については確認できていない。上記の通り、高齢者住まいの経営層や管理者が ACP を進め、本人が望んだ際に住まいでの看取りをリスクと捉えることなく積極的に対応するようになるためには、職員のモチベーションや職員確保など、組織マネジメントや経営へのプラス効果を示す必要がある。こうした研修・学びによる中長期の効果の検証は今後の課題の一つである。

② 地域全体での ACP についての学び

また、上述の通り、高齢者住まいにおいて ACP が進められるためには、高齢者住まい職員に対する継続的な啓発は勿論のこと、家族への啓発や、外部の医療関係者との関係づくりが必要になる。すなわち、各地域において市民に対する啓発や、医療・介護関係者との協力関係やネットワーク作りが促進されるための取組みが求められる。今後は高齢者住まいを核としながら、地域全体へと ACP についての学びの機会を拡充していくことが必要だと考えられる。

別添資料１　職員向けアンケート調査票

選択肢記号の説明
□　　複数選択（チェックボックス）
○　　単一選択（ラジオボタン）
▽　　単一選択（プルダウン）

Q1

あなたが勤務している住まい･ホームの規模（入居定員）をご回答ください。
※複数に当てはまるものがある方は、主なお勤め先についてお答えください。（以降も）

- ○ 1.　１～９名
- ○ 2.　１０～１９名
- ○ 3.　２０～２９名
- ○ 4.　３０～３９名
- ○ 5.　４０～４９名
- ○ 6.　５０～５９名
- ○ 7.　６０～６９名
- ○ 8.　７０～７９名
- ○ 9.　８０～８９名
- ○ 10.　９０～９９名
- ○ 11.　１００名以上

Q2

あなたが勤務している住まい･ホームは開設から何年経過していますか。

- ○ 1.　１年未満
- ○ 2.　１～４年
- ○ 3.　５～９年
- ○ 4.　１０～１４年
- ○ 5.　１５～１９年
- ○ 6.　２０年以上

Q3

あなたが勤務している組織･法人全体が有する高齢者の住まい･ホーム数をご回答ください。

- ○ 1.　１件（勤務先のみ）
- ○ 2.　２～４件
- ○ 3.　５～９件
- ○ 4.　１０～４９件
- ○ 5.　５０～９９件
- ○ 6.　１００件以上

Q4

あなたが現在の職種として働いた経験年数をご回答ください。

- ○ 1.　１年未満
- ○ 2.　１～４年
- ○ 3.　５～９年
- ○ 4.　１０～１４年
- ○ 5.　１５～１９年
- ○ 6.　２０年以上

Q5

あなたが現在勤務している住まい･ホームで働いた経験年数をご回答ください。

- ○ 1.　１年未満
- ○ 2.　１～４年
- ○ 3.　５～９年
- ○ 4.　１０～１４年
- ○ 5.　１５～１９年
- ○ 6.　２０年以上

Q6

あなたは次の用語について、それぞれ、どの程度ご存知でしょうか。

項目リスト

1. ACP(アドバンス･ケア･プランニング)
2. 人生会議
3. インフォームド･コンセント
4. DNAR
5. エンゼルケア
6. デスカンファレンス
7. クオリティ･オブ･ライフ（QOL）

選択肢リスト

- ○ 1.　意味･内容まで知っている
- ○ 2.　聞いたことがある
- ○ 3.　知らない

Q7

あなたの勤務先の住まい･ホームでは、住まい･ホームで看取る（最期を迎える）方は、一年でどの程度いらっしゃいますか。おおよその平均でお答えください。

- ○ 1.　いない
- ○ 2.　１～４人
- ○ 3.　５人以上

Q8

現在の勤務先に関わらず、これまでの住まい・ホームでの勤務経験の中で、病院以外での入居者の看取りにどれくらい関わってこられましたか。
※プライベートは含めずにお答えください。

○ 1.	入居者の看取りに中心的な役割で関わった経験がある（お看取りした入居者は2人以上）
○ 2.	入居者の看取りに中心的な役割で関わった経験がある（お看取りした入居者は1人だけ）
○ 3.	中心的な役割とはいえないが、入居者の看取りに関わった経験がある
○ 4.	入居者の看取りに関わったことがない

Q9

次の各項目に関して、あなたのご意見に近いものをそれぞれ一つお選びください。
※勤務に関するご意見としてお答えください。

※家族等：本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在であり、本人が意思を伝えられない状態になった場合に、本人の意思を推定しうる者となる信頼できる者を指します。（以降の設問も同様）

項目リスト

1.	看取りが怖い
2.	看取りを行うことに不安がある
3.	いつが最期かわからないので、直面するのがこわい・不安
4.	ここ（あなたの勤務先）で看取りを行うことは、リスクが高い
5.	本人の意向をどのように確認したらいいかわからない
6.	本人の意向を家族等にどう共有していいかわからない
7.	人生の最終段階の方に、どう接していいかわからない
8.	ここ（あなたの勤務先）で看取りを行うことは必要だと思う
9.	ここ（あなたの勤務先）で看取りを行いたい
10.	本人が希望したら、ここ（あなたの勤務先）で看取りたい
11.	最期は病院に行く方がよい
12.	人生の最終段階であっても救急車を呼ぶ方がよい
13.	人生の最終段階の選択において、本人の意向は重要だと思う
14.	人生の最終段階に関する意向の確認を、まだ元気なときに行うことに抵抗がある
15.	人生の最終段階における病態である可能性を認識した際に、医療職に伝えることに抵抗がある

選択肢リスト

○ 1.	そう思う
○ 2.	どちらかというとそう思う
○ 3.	どちらかというとそう思わない
○ 4.	そう思わない
○ 5.	わからない

Q10

次のＡとＢのうち、あなたの考えに近いものを教えてください。
【看取りへのかかわりについて】

項目リスト

1. 【Ａ】できる限り、その人をよく知り、普段から生活を支える介護職が関わっていくべきだ
【Ｂ】できる限り、健康・医療の面から医療・看護職が進めるべきだ

選択肢リスト

○ 1. Ａの考えに近い
○ 2. どちらかというとＡの考えに近い
○ 3. どちらかというとＢの考えに近い
○ 4. Ｂの考えに近い

Q11

次のＡとＢのうち、あなたの考えに近いものを教えてください。
【看取りを行うことに対する思い、イメージについて】

項目リスト

1. 【Ａ】入居者の最期に関わることができ、やりがいにつながる
【Ｂ】入居者の最期に関わることなので、不安や苦労が大きい

選択肢リスト

○ 1. Ａの考えに近い
○ 2. どちらかというとＡの考えに近い
○ 3. どちらかというとＢの考えに近い
○ 4. Ｂの考えに近い

Q12

ホーム・住まいの職員同士で看取りの方針やACP（人生会議）の取り組み状況について共有や話し合いをする機会あるいは看取りまでの取り組みを振り返る機会はありますか。次の中から、あなたの勤務先での状況にあてはまるものをすべてお選びください。

※ACP（アドバンス・ケア・プランニング）：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等と医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスのことで、この取組の愛称を「人生会議」という。本人の意思が十分に示された上で、話し合われた内容を文書としてまとめておき、家族等や医療・ケアチームとの間で共有しておくことが重要と言われている。
※人生の最終段階における医療・ケア：本調査では、看取りのみならず、看取りの前段階の時期を含めた医療・ケアをいいます。

□ 1. 看取りの可能性が高い入居者については多職種が参加するケースカンファレンスを開く
□ 2. 看取りやＡＣＰ（人生会議）に関する委員会で話し合う
□ 3. サービス担当者会議の中で話し合う
□ 4. 朝礼・申し送りの際に話し合う
□ 5. 看取りを終えた後に、振り返りミーティング・カンファレンスを開く
□ 6. そのような機会はない
□ 7. その他【FA】

Q13

高齢者向け住まい・ホームにおいて、本人・家族等の今後の「生き方」「最期の迎え方」に関する考えについて確認し、関係者で合意するために、どんなことが重要だと思いますか。あてはまるものを全てお選びください。

- □ 1. 入居時における意思確認
- □ 2. 本人（入居者の方）との普段からの会話・コミュニケーション
- □ 3. 状態が変わるごとの意思の再確認
- □ 4. 家族等との密なコミュニケーション
- □ 5. 職員間での情報共有、話し合える雰囲気
- □ 6. 適切なタイミングでの本人・家族等・職員・医師等関係者での話し合い
- □ 7. 医療機関・医師との協力関係、信頼関係
- □ 8. 職員の（人生の最終段階についての）状態変化・医療に関する知識
- □ 9. 意思を伝えられなくなった場合に備えて本人の意思を推定する者の選定
- □ 10. 重要なことは特にない
- □ 11. その他【FA】

Q14

貴ホーム・住まい（勤務先）で課題となっていること、悩んでいることはありますか。以下のうちあてはまるものを全てお選びください。

- □ 1. 入居時の意思確認は、「まだ先のこと」と取り合ってもらえないことが多い
- □ 2. 入居時には、最期についての話題を出すことにためらいがある
- □ 3. 入居時に、すでに本人の意思を確認できないケースが多い
- □ 4. 普段からの会話の中で、自然に最期について話題にすることが難しい
- □ 5. 業務が忙しく、本人とゆっくり話し合う時間が持てない
- □ 6. 状態ごとに本人の意思を確認するのが難しい
- □ 7. 状態によって本人や家族等の意思・意向が大きく変わる
- □ 8. どのような状態変化のときに、意思を再確認したら良いかわからない
- □ 9. 意思を伝えられなくなった場合に備えた本人の意思を推定する者の存在の確認のしかたがわからない
- □ 10. 家族等とのコミュニケーションの機会が少ない・とりにくい
- □ 11. 本人と家族等の間、もしくは家族等の中で考えが違う場合がある
- □ 12. コミュニケーションの窓口・中心となる家族等が誰かがわからない
- □ 13. 主な担当とそれ以外のスタッフ、もしくは多職種間での意思疎通が難しい
- □ 14. 業務が忙しく、ケースごとにゆっくりカンファレンスを行う機会が持ちにくい
- □ 15. 共有したい情報を記録に残しているが、他の職員に理解されているかわからない
- □ 16. 職員間で何を情報共有すべきかがわからない
- □ 17. 関係者が多く、適切なタイミングで全員がそろうことが難しい
- □ 18. 話し合っても、話がまとまりにくい
- □ 19. 医師や医療機関によって、取り組み姿勢や考え方に違いがある
- □ 20. 看取りに関して住まい側でできることや今後の予測・想定について話をしてくれない医師がいる
- □ 21. 看取り段階における医療処置（点滴など）の目的、効果を十分説明してもらえない場合がある
- □ 22. 本人の意思を代弁しようとしても、医師や看護師に対して気後れしてしまう
- □ 23. 医師や看護師と自信をもって話し合えるだけの知識がない
- □ 24. その他の悩み・課題【FA】

Q15

本人や家族等が、ホーム・住まいでの看取りを望んだとき、本人・家族等が納得できる看取りにするために、どのようなことが重要だと思いますか。（いくつでも）

- □ 1. 医療機関・医師との協力関係、密なコミュニケーション
- □ 2. 看護職（外部含む）と介護職との連携、密なコミュニケーション
- □ 3. 家族等とのコミュニケーション
- □ 4. 家族等の不安や気持ちへの寄り添い、グリーフケア
- □ 5. 経験のない介護職員の不安を和らげること、フォローすること
- □ 6. 状態変化時の対応をあらかじめ決めておくこと
- □ 7. 柔軟な勤務シフト体制
- □ 8. 職員に対する普段からの教育
- □ 9. 重要なことは特にない
- □ 10. その他【FA】

Q16

貴ホーム・住まい（勤務先）で課題となっていること、悩んでいることはありますか。以下のうちあてはまるものを全てお選びください。

- □ 1. 困ったとき・悩んだときに相談がしにくい
- □ 2. 何かあったときに、すぐに連絡が取れない
- □ 3. 本人・家族等の意向に反して、医師や医療機関の意向で治療方針が決められてしまうことがある
- □ 4. （介護職として）看護職に対して何をどのように報告すればよいか分からない
- □ 5. （看護職として）介護職が状態変化について適時適切な報告をしてくれない
- □ 6. 人生の最終段階には、家族等の気持ちが揺らぎやすく、本人の意向と合致しているかわからないときがある
- □ 7. 本人が望む医療・ケアについて家族等や親族間での意向が異なる
- □ 8. 本人が亡くなられた後に、家族等をフォローする組織的な体制が整っていない
- □ 9. 看取りについての不安を相談できる上司・先輩・同僚がいない
- □ 10. フォロー方法や内容について職員個人に任されており、組織としての取り組みが無い
- □ 11. 利用者が亡くなったことに対して担当者個人の責任を感じることへの不安がある
- □ 12. 急変時の対応方針を定めたものがない
- □ 13. 急変時の対応方針を定めたものはあるが、職員間で共有できていない、周知が進まない
- □ 14. 夜勤時に介護職1人で対応するのは不安である
- □ 15. 看取り経験があったり、研修で知識を得ても、職場内に知識を共有・還元することが難しい
- □ 16. 業務が忙しく、看取りのための教育・研修・自己学習に時間を割けない
- □ 17. その他の悩み・課題【FA】

Q17

あなたの勤務先では、看取りやＡＣＰ（人生会議）に関する研修や教育プログラムはありますか。（いくつでも）

□ 1.	会社・法人全体で決められた研修・教育プログラムがある
□ 2.	勤務先のホーム・住まいで自発的に行っている研修・教育プログラムがある（研修・教育を実施したことがある）
□ 3.	勤務先のホーム・住まいの方針として、外部の研修を積極的に活用している
□ 4.	関心の高い人が自発的に外部の研修・教育プログラムに参加している
□ 5.	その他【FA】
□ 6.	特に研修や教育プログラムはなく、外部の研修も活用していない

Q18

前問で１～４を選択した方にお聞きします。それはどのような内容ですか。研修・教育プログラム・外部の研修の内容をお教え下さい。（いくつでも）

□ 1.	看取りに関連する用語の意味や定義
□ 2.	高齢者の代表的な疾患・病態について
□ 3.	人が亡くなるまでの一般的なプロセス、看取り段階の心身の変化・経過
□ 4.	看取りの段階における身体的なケア（緩和ケア、口腔ケアなど）の留意点
□ 5.	看取りの段階における日々の観察のポイント（ＶＳ、体重、尿量など）
□ 6.	看取りの段階における代表的な医療処置と目的（点滴、酸素療法、PEG、高カロリー輸液など）
□ 7.	良い看取りのために介護職に求められる役割
□ 8.	看取りにおける各職員・多職種の役割・連携の方法
□ 9.	医師や看護師とのコミュニケーションのとり方・留意点
□ 10.	本人の意向・ニーズのくみ取り方・コミュニケーションのとり方
□ 11.	本人の意思表示が難しい段階での意向のくみ取り方
□ 12.	本人の意思が確認しにくい場合の対応について
□ 13.	本人の意思を推定する者に関する留意点
□ 14.	家族等の意向・ニーズのくみ取り方、コミュニケーションのとり方
□ 15.	家族等の不安・気持ちへの寄り添い方
□ 16.	ホーム・住まいにおける看取りの事例検討、共有
□ 17.	看取り後の家族等の悲しみへのケア（グリーフケア）について
□ 18.	看取り後の職員のフォロー、カンファレンス（デスカンファレンス）の進め方
□ 19.	エンゼルケアの方法
□ 20.	その他【FA】

Q19

入居者の方々や家族等が納得できる最期を迎えるられるようにするために、ご自身がお知りになりたいこと、学びたいこととしてどのようなことがありますか。あてはまるものを全てお選びください。

□ 1.	看取りに関連する用語の意味や定義
□ 2.	高齢者の代表的な疾患・病態について
□ 3.	人が亡くなるまでの一般的なプロセス、看取り段階の心身の変化・経過
□ 4.	看取りの段階における身体的なケア（緩和ケア、口腔ケアなど）の留意点
□ 5.	看取りの段階における日々の観察のポイント（ＶＳ、体重、尿量など）
□ 6.	看取りの段階における代表的な医療処置と目的（点滴、酸素療法、PEG、高カロリー輸液など）
□ 7.	良い看取りのために介護職に求められる役割
□ 8.	看取りにおける各職員・多職種の役割・連携の方法
□ 9.	医師や看護師とのコミュニケーションのとり方・留意点
□ 10.	本人の意向・ニーズのくみ取り方・コミュニケーションのとり方
□ 11.	本人の意思表示が難しい段階での意向のくみ取り方
□ 12.	本人の意思が確認しにくい場合の対応について
□ 13.	本人の意思を推定する者に関する留意点
□ 14.	家族等の意向・ニーズのくみ取り方、コミュニケーションのとり方
□ 15.	家族等の不安・気持ちへの寄り添い方
□ 16.	ホーム・住まいにおける看取りの事例
□ 17.	看取り後の家族等の悲しみへのケア（グリーフケア）について
□ 18.	看取り後の職員のフォロー、カンファレンス（デスカンファレンス）の進め方
□ 19.	エンゼルケアの方法
□ 20.	その他【FA】

Q20

入居者の方々や家族等が納得できる最期をむかえていただくために、入居者の方々や家族等に事前に知っておいてほしいこととして、どのようなことがありますか。あてはまるものを全てお選びください。

□ 1.	看取り段階における心身の変化・経過
□ 2.	看取りの段階における代表的な医療処置の目的・効果・デメリット
□ 3.	高齢者向けの住まい・ホームでできるケア・医療処置
□ 4.	高齢者向けの住まい・ホームでの看取りの事例
□ 5.	その他【FA】

別添資料 2　施設長・ホーム長向けアンケート調査票

高齢者住まいの施設長・管理者を対象としたアンケート調査

貴ホーム・住まいについてお聞きします。

問１　貴ホーム・住まいの種類をご回答ください。（○は１つ）

１．介護付き有料老人ホーム
２．住宅型有料老人ホーム
３．サービス付き高齢者向け住宅（特定施設）
４．サービス付き高齢者向け住宅
５．グループホーム

問２　貴ホーム・住まいの規模（入居定員）をご回答ください。
（○は１つ）

１．１～９名	２．１０～１９名	３．２０～２９名	４．３０～３９名
５．４０～４９名	６．５０～５９名	７．６０～６９名	８．７０～７９名
９．８０～８９名	１０．９０～９９名	１１．１００名以上	

問３　貴ホーム・住まいは開設から何年経過していますか。（○は１つ）

１．１年未満	２．１～４年	３．５～９年
４．１０～１４年	５．１５～１９年	６．２０年以上

問４　貴社・貴法人全体が有する高齢者の住まい・ホーム数をご回答ください。（○は１つ）

１．１件（勤務先のみ）	２．２～４件	３．５～９件
４．１０～４９件	５．５０～９９件	６．１００件以上

問５　あなたが施設長・管理者になるまでに、これまでに経験したことがある（または現在兼務している）職種をご回答ください。
（当てはまるもの全てに○）

１．介護職	２．看護職	３．ケアマネジャー
４．生活相談員	５．医師	６．理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
７．事務職	８．その他（　　）	

看取りのご経験や看取り・ACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生会議）に抱いている印象についてお聞きします。

問６　あなたは次の用語について、それぞれ、どの程度ご存知でしょうか。（○はそれぞれ１つ）

	意味・内容まで知っている	聞いたことがある	知らない
１．ACP（アドバンス・ケア・プランニング）	1	2	3
２．人生会議	1	2	3
３．インフォームド・コンセント	1	2	3
４．DNAR	1	2	3
５．エンゼルケア	1	2	3
６．デスカンファレンス	1	2	3
７．クオリティ・オブ・ライフ（QOL）	1	2	3

問７　貴ホーム・住まいで看取る（最期を迎える）方は、一年でどの程度いらっしゃいますか。おおよその平均でお答えください（○は１つ）

１．いない	２．１～４人	３．５人以上

問８　次のＡとＢのうち、あなたの考えに近いものを教えてください（○は１つ）

看取りの場として

Ａ　できる限り入居者の生活の延長として高齢者の住まい（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム）で看取りたい

Ｂ　できる限り専門性の高い医療機関につなぎたい

１．Ａの考えに近い	２．どちらかというとＡの考えに近い	３．どちらかというとＢの考えに近い	４．Ｂの考えに近い

問９　次のＡとＢのうち、あなたの考えに近いものを教えてください（○は１つ）

看取りへのかかわりについて

Ａ　できる限り、その人をよく知り、普段から生活を支える介護職が関わっていくべきだ

Ｂ　できる限り、健康・医療の面から医療・看護職が進めるべきだ

１．Ａの考えに近い	２．どちらかというとＡの考えに近い	３．どちらかというとＢの考えに近い	４．Ｂの考えに近い

問１０　次のＡとＢのうち、あなたの考えに近いものを教えてください（○は１つ）

看取りを行うことに対する思い、イメージについて

Ａ　入居者の最期に関わることができ、やりがいにつながる

Ｂ　入居者の最期に関わることなので、不安や苦労が大きい

１．Ａの考えに近い	２．どちらかというとＡの考えに近い	３．どちらかというとＢの考えに近い	４．Ｂの考えに近い

問１１　次のＡとＢのうち、あなたの考えに近いものを教えてください（○は１つ）

看取りと職員の負担について

Ａ　職員の負担になっても、推進していきたい

Ｂ　職員の負担になるので、積極的には推進しない

１．Ａの考えに近い	２．どちらかというとＡの考えに近い	３．どちらかというとＢの考えに近い	４．Ｂの考えに近い

問１２　次のＡとＢのうち、あなたの考えに近いものを教えてください（○は１つ）

看取りの住まい・ホーム運営への影響について

Ａ住まい・ホームでの看取りは、総合的に考えて運営にとってプラスだ

Ｂ住まい・ホームでの看取りは、リスクが大きい

１．Ａの考えに近い	２．どちらかというとＡの考えに近い	３．どちらかというとＢの考えに近い	４．Ｂの考えに近い

問１３　次のような事項に関して、会社・法人全体、あるいは貴ホーム・住まいで指針、マニュアルのようなものは作られていますか。(看取りや ACP（人生会議）に取り組む方針が記載されたもの、看取りや ACP（人生会議）を行う際の手順・ポイント、看取りに関する契約書類など)　（○はそれぞれ１つ）

※ACP（アドバンス・ケア・プランニング）：**人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等と医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス**のことで、この取組の愛称を「人生会議」という。本人の意思が十分に示された上で、話し合われた内容を文書としてまとめておき、家族等や医療・ケアチームとの間で共有しておくことが重要と言われている。
※人生の最終段階における医療・ケア：本調査では、看取りのみならず、看取りの前段階の時期を含めた医療・ケアをいいます。
※家族等：本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在であり、本人が意思を伝えられない状態になった場合に、本人の意思を推定しうる者となる信頼できる者を指します。
（以降の設問も同様）

	会社・法人全体で作られているものがある	貴ホーム・住まいで作られたものがある（同じ組織・法人のホーム・住まいでは使われていない）	特に定められたものは用意されていない	わからない
１．看取りや人生の最終段階の医療・ケアに関する本人・家族等の意向の確認方法について	1	2	3	4
２．外部の医療機関等との連携を含めた、ホーム・住まいでの人生の最終段階の医療・ケアについて	1	2	3	4

問１４　本人や家族等の、ホーム・住まいでの暮らしや人生に関する要望・ニーズを捉え理解するために、取り組んでいることはありますか（当てはまるもの全てに○）

１．ケアプランやフェースシートを使って、コミュニケーションで得られた情報を日々追加している
２．ケアプランやフェースシート以外に、組織・法人で使っている、入居者用の情報シート・ノート・連絡メモがあり、日々追加している
３．ケアプランやフェースシート以外に、ホーム・住まいで作った入居者用の情報シート・ノート・連絡メモがあり、日々追加している
４．日々のコミュニケーションが進むように、居室へ訪問する時間帯、人、話す内容について、スタッフ間で綿密に相談している
５．本人と家族等のコミュニケーションがはずむような工夫を心がけている
６．家族等とのコミュニケーションのために、電話・手紙などを活用している
７．入居者・家族等のニーズをよく汲み取っているスタッフを中心としたミーティングや OJT がある
８．その他（　　）

問１５　本人の「今後の生き方」「最期の迎え方」に関する考えについて、貴ホーム・住まいでは、どのようなタイミングで確認していますか。確認している場合は、それぞれのタイミングで、誰が確認することが多いですか。（当てはまるもの全てに○）

	確認している		施設長・ホーム長	介護職	看護師	ケアマネジャー	生活相談員	連携先の医師	その他
１．入居時点	1	⇒	2	3	4	5	6	7	8
２．ケアプラン作成(変更)時	1	⇒	2	3	4	5	6	7	8
３．要介護認定更新時	1	⇒	2	3	4	5	6	7	8
４．年１回の定期確認	1	⇒	2	3	4	5	6	7	8
５．数か月～半年に１回程度の定期確認	1	⇒	2	3	4	5	6	7	8
６．症状等が悪化したとき	1	⇒	2	3	4	5	6	7	8
７．看取りが近付いていると判断されたとき	1	⇒	2	3	4	5	6	7	8
８．その他（　　）	1	⇒	2	3	4	5	6	7	8
９．確認していない	1								

問１６　前問で４又は５を回答した場合のみ回答してください。「定期確認」の主な内容について、あてはまるものをお選びください。（○は１つ）

１．看取りや今後のケアの在り方が主題
２．看取りが主題ではない

問１７　ホーム・住まいの職員同士で看取りの方針や ACP（人生会議）の取り組み状況について共有や話し合いをする機会あるいは看取りまでの取り組みを振り返る機会はありますか。次の中から、あなたの勤務先での状況にあてはまるものをすべてお選びください。（当てはまるもの全てに○）

１．看取りの可能性が高い入居者については多職種が参加するケースカンファレンスを開く
２．看取りやＡＣＰ（人生会議）に関する委員会で話し合う
３．サービス担当者会議の中で話し合う
４．朝礼・申し送りの際に話し合う
５．看取りを終えた後に、振り返りミーティング・カンファレンスを開く
６．そのような機会はない
７．その他（　　）

問１８　高齢者向け住まい・ホームにおいて、本人・家族等の今後の「生き方」「最期の迎え方」に関する考えについて確認し、関係者で合意するために、どんなことが重要だと思いますか。あてはまるものを全てお選びください。（当てはまるもの全てに○）

１．入居時における意思確認
２．本人（入居者の方）との普段からの会話・コミュニケーション
３．状態が変わるごとの意思の再確認
４．家族等との密なコミュニケーション
５．職員間での情報共有、話し合える雰囲気
６．適切なタイミングでの本人・家族等・職員・医師等関係者での話し合い
７．医療機関・医師との協力関係、信頼関係
８．職員の（人生の最終段階についての）状態変化・医療に関する知識
９．本人の意向を引き出す・聞き出す職員の能力
１０．意思を伝えられなくなった場合に備えて本人の意思を推定する者の選定
１１．重要なことは特にない
１２．その他（　　）

問１９　前問に関する各項目のうち、貴ホーム・住まいで課題となっていること、悩んでいることはありますか。あてはまるものを全てお選びください。（当てはまるもの全てに○）

入居時における意思確認
1. 入居時の意思確認は、「まだ先のこと」と取り合ってもらえないことが多い
2. 入居時には、最期についての話題を出すことにためらいがある
3. 入居時に、すでに本人の意思を確認できないケースが多い
本人（入居者の方）との普段からの会話・コミュニケーション
4. 普段からの会話の中で、自然に最期について話題にすることが難しい
5. 業務が忙しく、本人とゆっくり話し合う時間が持てない
状態が変わるごとの意思の再確認
6. 状態ごとに本人の意思を確認するのが難しい
7. 状態によって本人や家族等の意思・意向が大きく変わる
8. どのような状態変化のときに、意思を再確認したら良いかわからない
9. 意思を伝えられなくなった場合に備えた本人の意思を推定する者の存在の確認のしかたがわからない
家族等との密なコミュニケーション
10.家族等とのコミュニケーションの機会が少ない・とりにくい
11.本人と家族等の間、もしくは家族等の中で考えが違う場合がある
12.コミュニケーションの窓口・中心となる家族等が誰かがわからない
職員間での情報共有、話し合える雰囲気
13.主な担当とそれ以外のスタッフ、もしくは多職種間での意思疎通が難しい
14.業務が忙しく、ケースごとにゆっくりカンファレンスを行う機会が持ちにくい
15.共有したい情報を記録に残しているが、職員同士で共有することが難しい
16.職員間で何を情報共有すべきかがわからない
適切なタイミングでの本人・家族等・職員・医師等関係者での話し合い
17.関係者が多く、適切なタイミングで全員がそろうことが難しい
18.話し合っても、話がまとまりにくい
医療機関・医師との協力関係、信頼関係
19.医師や医療機関によって、取り組み姿勢や考え方に違いがある
20.看取りに関して住まい側でできることや今後の予測・想定について話をしてくれない医師がいる
21.看取り段階における医療処置（点滴など）の目的、効果を十分説明してもらえない場合がある
22.本人の意思を代弁しようとしても、医師や看護師に対して気後れしてしまう
職員の（人生の最終段階についての）状態変化・医療に関する知識
23.医師や看護師と自信をもって話し合えるだけの知識がない
本人の意向を引き出す・聞き出す職員の能力
24.スタッフによって、本人の意向や要望を聞く力にばらつきがある
25.本人の意向や要望を聞く力が全体的に低い
その他
26.その他の悩み・課題（　　）

問２０　本人や家族等が、ホーム・住まいでの看取りを望んだとき、本人・家族等が納得できる看取りにするために、どのようなことが重要だと思いますか。あてはまるものを全てお選びください。（当てはまるもの全てに○）

１．医療機関・医師との協力関係、密なコミュニケーション
２．看護職（外部含む）と介護職との連携、密なコミュニケーション
３．家族等とのコミュニケーション
４．家族等の不安や気持ちへの寄り添い、グリーフケア
５．経験のない介護職員の不安を和らげること、フォローすること
６．状態変化時の対応をあらかじめ決めておくこと
７．柔軟な勤務シフト体制
８．職員に対する普段からの教育
９．重要なことは特にない
１０．その他（　　）

問２１　前問に関する各項目のうち、貴ホーム・住まいで課題となっていること、悩んでいることはありますか。あてはまるものを全てお選びください。（当てはまるもの全てに○）

医療機関・医師との協力関係、密なコミュニケーション
1．困ったとき・悩んだときに相談がしにくい
2．何かあったときに、すぐに連絡が取れない
3．本人・家族等の意向に反して、医師や医療機関の意向で治療方針が決められてしまうことがある
看護職（外部含む）と介護職との連携、密なコミュニケーション
4．（介護職として）看護職に対して何をどのように報告すればよいか分からない
5．（看護職として）介護職が状態変化について適時適切な報告をしてくれない
家族等とのコミュニケーション
6．人生の最終段階には、家族等の気持ちが揺らぎやすく、本人の意向と合致しているかわからないときがある
7．本人が望む医療・ケアについて家族等や親族間での意向が異なる
家族等の不安や気持ちへの寄り添い、グリーフケア
8．本人が亡くなられた後に、家族等をフォローする組織的な体制が整っていない
経験のない介護職員の不安を和らげること、フォローすること
9．看取り経験のある職員が少なく、フォローすることが難しい
状態変化時の対応をあらかじめ決めておくこと
10.急変時の対応方針を定めたものがない
11.急変時の対応方針を定めたものはあるが、職員間で共有できていない、周知が進まない
柔軟な勤務シフト体制
12.勤務人数が少なく、看取り時期の業務量増加に対応できない、他の入居者のケアが手薄になる
13.看取り対応をすると、職員間の業務量・勤務時間に差が出て不公平感がある
職員に対する普段からの教育
14.看取り経験のある職員が少なく、OJT で教える・教えてもらうことが難しい
15.職員への教育の時間がない
その他
16.その他の悩み・課題（　　）

問２２　貴ホーム・住まいでは、看取りやＡＣＰ（人生会議）に関する研修や教育プログラムはありますか。あてはまるものを全てお選びください。（当てはまるもの全てに○）

１．会社・法人全体で決められた研修・教育プログラムがある
２．貴ホーム・住まいで自発的に行っている研修・教育プログラムがある（研修・教育を実施したことがある）
３．貴ホーム・住まいの方針として、外部の研修を積極的に活用している
４．関心の高い人が自発的に外部の研修・教育プログラムに参加している
５．特に研修や教育プログラムはなく、外部の研修も活用していない
６．その他（　　）

問２３　前問で１～４を選択した方にお聞きします。それはどのような内容ですか。研修・教育プログラム・外部の研修の内容をお教え下さい。（当てはまるもの全てに○）

１．看取りに関連する用語の意味や定義
２．高齢者の代表的な疾患・病態について
３．人が亡くなるまでの一般的なプロセス、看取り段階の心身の変化・経過
４．看取りの段階における身体的なケア（緩和ケア、口腔ケアなど）の留意点
５．看取りの段階における日々の観察のポイント（ＶＳ、体重、尿量など）
６．看取りの段階における代表的な医療処置と目的（点滴、酸素療法、PEG、高カロリー輸液など）
７．良い看取りのために介護職に求められる役割
８．看取りにおける各職員・多職種の役割・連携の方法
９．医師や看護師とのコミュニケーションのとり方・留意点
１０．本人の意向・ニーズのくみ取り方・コミュニケーションのとり方
１１．本人の意思表示が難しい段階での意向のくみ取り方
１２．本人の意思が確認しにくい場合の対応について
１３．本人の意思を推定する者に関する留意点
１４．家族等の意向・ニーズのくみ取り方、コミュニケーションのとり方
１５．家族等の不安・気持ちへの寄り添い方
１６．ホーム・住まいにおける看取りの事例検討、共有
１７．看取り後の家族等の悲しみへのケア（グリーフケア）について
１８．看取り後の職員のフォロー、カンファレンス（デスカンファレンス）の進め方
１９．エンゼルケアの方法
２０．その他（　　）

問２４　前問にお答えいただいた方にお聞きします。研修・教育プログラムの効果として実感していることをお教え下さい。（当てはまるもの全てに○）

１．看取りは未対応だったが、取り組むきっかけになった。
２．住まい・ホームでの看取りの実施件数が増えた。
３．看取りについて、恐怖や不安を訴える職員が減った。
４．職員が、ご本人、家族等とのコミュニケーションをスムーズにとれるようになった。
５．医師、看護師をはじめ、施設内外の多職種間のとのコミュニケーションがスムーズになった。
６．その他（　　）
７．特に目立った効果は感じられない

問２５　入居者の方々や家族等が納得できる最期を迎えられるようにするために、職員に知っておいてほしい、学んでほしいこととしてどのようなことがありますか。あてはまるものを全てお選びください。（当てはまるもの全てに○）

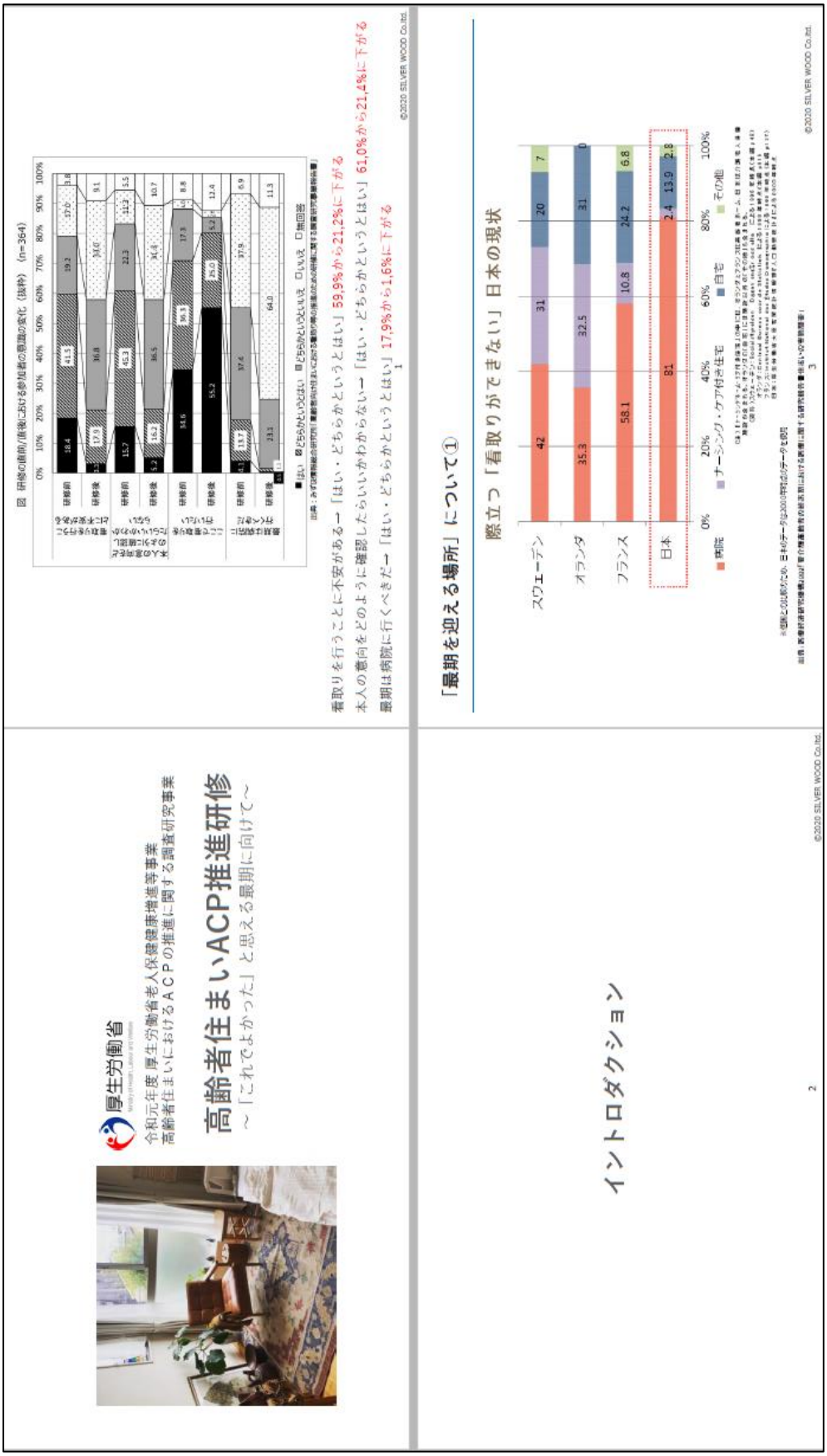
１．看取りに関連する用語の意味や定義
２．高齢者の代表的な疾患・病態について
３．人が亡くなるまでの一般的なプロセス、看取り段階の心身の変化・経過
４．看取りの段階における身体的なケア（緩和ケア、口腔ケアなど）の留意点
５．看取りの段階における日々の観察のポイント（ＶＳ、体重、尿量など）
６．看取りの段階における代表的な医療処置と目的（点滴、酸素療法、PEG、高カロリー輸液など）
７．良い看取りのために介護職に求められる役割
８．看取りにおける各職員・多職種の役割・連携の方法
９．医師や看護師とのコミュニケーションのとり方・留意点
１０．本人の意向・ニーズのくみ取り方・コミュニケーションのとり方
１１．本人の意思表示が難しい段階での意向のくみ取り方
１２．本人の意思が確認しにくい場合の対応について
１３．本人の意思を推定する者に関する留意点
１４．家族等の意向・ニーズのくみ取り方、コミュニケーションのとり方
１５．家族等の不安・気持ちへの寄り添い方
１６．ホーム・住まいにおける看取りの事例
１７．看取り後の家族等の悲しみへのケア（グリーフケア）について
１８．看取り後の職員のフォロー、カンファレンス（デスカンファレンス）の進め方
１９．エンゼルケアの方法
２０．その他（　　）

問２６　入居者の方々や家族等が納得できる最期をむかえていただくために、入居者の方々や家族等に事前に知っておいてほしいこととして、どのようなことがありますか。あてはまるものを全てお選びください。（当てはまるもの全てに○）

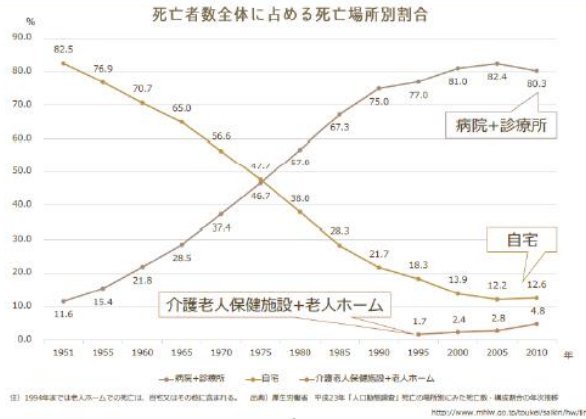
１．看取り段階における心身の変化・経過
２．看取りの段階における代表的な医療処置の目的・効果・デメリット
３．高齢者向けの住まい・ホームでできるケア・医療処置
４．高齢者向けの住まい・ホームでの看取りの事例
５．その他（　　）

設問は以上です。お忙しいところご協力頂きまして、誠にありがとうございました。

別添資料 3　研修資料


厚生労働省
令和元年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業
高齢者住まいにおけるＡＣＰの推進に関する調査研究事業
高齢者住まいACP推進研修
～「これでよかった」と思える最期に向けて～
©2020 SILVER WOOD Co.,ltd.
2
イントロダクション
©2020 SILVER WOOD Co.,ltd.
3
「最期を迎える場所」について①
際立つ「看取りができない」日本の現状
スウェーデン
オランダ
フランス
日本
病院
ナーシング・ケア付き住宅
自宅
その他
©2020 SILVER WOOD Co.,ltd.
1
看取りを行うことに不安がある→「はい・どちらかというとはい」59.9%から21.2%に下がる
本人の意向をどのように確認したらいいかわからない→「はい・どちらかというとはい」61.0%から21.4%に下がる
最期は病院に行くべきだ→「はい・どちらかというとはい」17.9%から1.6%に下がる

「最期を迎える場所」について②



注）1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれる。　出典）厚生労働省　平成23年「人口動態調査」死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/dl/dl03.pdf

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

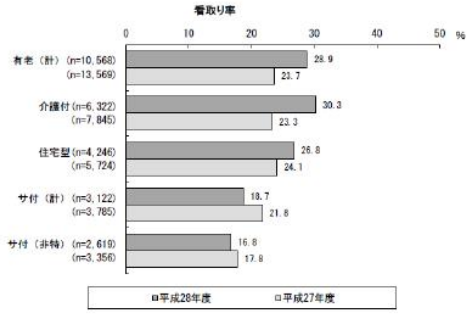
高齢者住まいにおける看取りを阻む要因

Ⅰ. ACPをしていない
・本人と話し合いの場を持っていない、本人の希望を聞いていない
Ⅱ. 死の概念のとらえ方
Ⅲ. 本人における問題点
・事前指示の言及が不十分
Ⅳ. 家族における問題点
・家族が死を受け入れることができない→無益な延命治療を望む
・家族の揺れ動く気持ち、代理判断の問題など
Ⅴ. コミュニケーションの不足
Ⅵ. 介護・看護・医療の関係
・医師が協力しない、連携がうまくいかないなど
Ⅶ. 不十分な緩和ケア
・疼痛管理と精神的ケア（本人・家族）
Ⅷ. 人工的水分栄養補給のとらえ方

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

高齢者住まいにおける看取りの実態①

看取り率
- 看取り率は、介護付では30%、住宅型で27%、サ付住宅で17%。
- 有料老人ホームでは看取り率が上昇傾向。

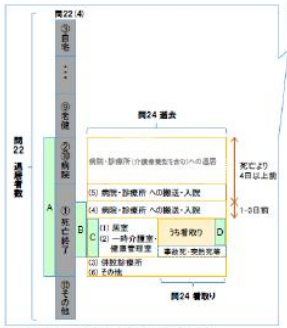


出典：野村総合研究所2016「高齢者向け住まいの実態調査」

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

高齢者住まいにおける看取りの実態②

- 「看取り率」について
- 看取り率 ＝ 看取りの機会があった人のうち、実際に看取りができた割合を図るための指標
- 自立者の多いホームでも100%をめざすことができるのが特徴



看取り率の算定式

看取り率 ＝ 居室・一時介護室・健康管理室での看取り(D) / 死亡による契約終了＋病院・療養型へ転居(A)

◆「看取り率」の定義
- 分母 ： 退居者総数、左図A
- 分子 ： 左図B～D
  - B：看取り介護加算の算定対象範囲
  - C：施設内での逝去
  - D：施設内での看取り

◆ 1施設あたりの死亡退居数が少ないため、施設単位で「看取り率」を作成すると、傾向に歪みが生じやすいことから、該当カテゴリ内の人数を積み上げ算出する方法を採用することとした。

◆ これにより、施設による傾向の相違（分散）は反映されにくいが、カテゴリーごとの平均的な傾向の把握が可能となる。

出典：野村総合研究所2016「高齢者向け住まいの実態調査」

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

高齢者住まいにおける看取りの実態③

主に、以下のような特徴が見られる。

結果的に

- ✓ 看取りに積極的なホームで看取り率が高い。
- ✓ 職員体制が手厚いホームほど看取り率が高い・・・ように見えるが、看取りを受け入れる方針のホームでは看取り率が高い。
  ⇒ 看取りに対し積極的なホームで、それに見合った体制がとられている、と考えられる。
- ✓ 看取り指針、マニュアル、研修、振り返り等が実施されているホームで看取り率が高い。
  ⇒ 看取りに対し積極的なホームで、これらの整備・実施が進んでいる、と考えられる。

出典：野村総合研究所2016「高齢者向け住まいの実態調査」

8

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

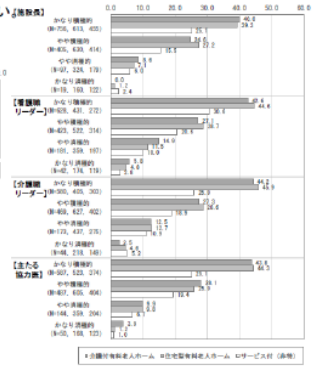
高齢者住まいにおける看取りの実態④

看取り率が高いホームの特徴

- 看取りに積極的なホームで看取り率が高い。

看取りの受け入れ方針別 看取り率

現場キーパーソンの看取りに対する姿勢別 看取り率



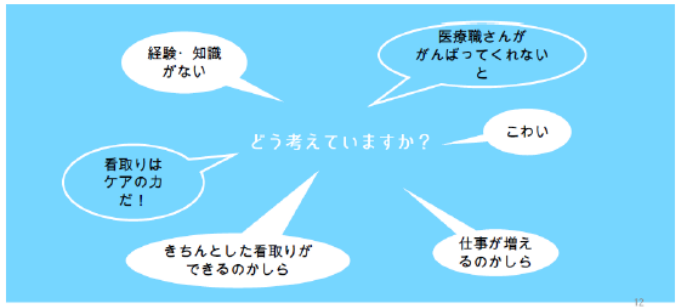
出典：野村総合研究所2016「高齢者向け住まいの実態調査」

9

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

グループワーク

【グループワーク】看取りについて（現状と課題）



10

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

VR体験①
「救急医療の一人称体験」
90歳高齢者の視点

11

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

– VR 救急医療における心肺蘇生 –

注目すべき視点

- 高齢者が救急搬送された後、病院でどんな医療措置が行われるか
- 過度な医療とはどこからをいうのか 自分ごととして考えてみる

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

【グループワーク　VR体験①】
– 救急医療における心肺蘇生 –

議論のテーマ

「あなた自身は終末期を
どこで？どのように過ごしたい？
そして、どのように死にたい？」

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

解説 1

① **救急病棟は、命を救う場所である**
② **救急病棟に行くこと ＝ 治療を受ける選択をしたということ**
③ **治療には、苦痛を伴うものもある**

心肺停止状態で予想される医療処置

—点滴　　…身体に針を刺す行為
—除細動器…電気ショック
—気管挿管…のどに管を入れる苦痛
—心臓マッサージ…身体への大きな負担が伴う
（肋骨が骨折する音が聞こえましたか？）

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

解説 2

・家族は、急な場面で十分な知識がないまま、決断を迫られる

急変時に何が起こるか

① とりあえず救急搬送
② 通常の救命処置が行われる
③ 家族が病院に到着 → 治療継続・心肺蘇生などの判断を迫られる
→ 延命か、死か、どちらにするか？
④ 家族の中の意見の違い
-「できることはやってください！」と主張する家族がいたら
何が起きる？

死を選ぶのは困難

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

VR体験①「救急医療の一人称体験」レクチャー

解説３

・看取り期の人を受け入れる、救急医療の立場はどうか？

救急病棟の医師や看護師はどう考えるか

患者の意向など、治療方針を考えるための情報は通常少ない
回復の可能性が低くても、病院が「何も処置しない」のは困難

この状況で家族が病院に来たら…
…病院は家族の意向にゆだねざるを得ない
（急な場面で十分な知識もないままの家族に）

ご家族は
どうしたいですか？

そもそも救急に搬送するのが最良の選択なのか？
救急医療で回復する状態なのか？

16

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

VR体験①「救急医療の一人称体験」レクチャー

終末期は「選択」の連続

救急時に想定される対応（例）

①まず、救急病院に行くべきか？

②入院後、延命治療を提案されたが受けるべきか？

③治療をいつまで続けるか？

自然な最期を迎えるという選択肢は？

痛み、煩わしさに勝る改善の余地があるのか？

本人の意思にかかわらず治療を中断できないかも？

一旦治療を開始すると、中止するという選択は困難
“やめたら死”という状況で、家族は治療中止を選びにくい
延命を希望しないという選択肢が家族にとって薄情な選択と考えることも

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

「老いのプロセス」

細胞分裂をやめる
↓
細胞数の減少
↓
組織や細胞の機能低下
・小腸での栄養摂取能力の低下や筋肉量の低下など
　により食欲減退や体重減少が起こる
↓
老衰

「老いて死ぬこと」は自然過程である

18

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

「老い」のプロセスを「病」にすり替えない

19

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

VR体験②
「本人の思いを知る」
介護職の視点

20

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

VRコンテンツに登場する人物の紹介

竹田 京子（85歳）
社内結婚し、寿退社。懐かしくおしゃれなレトロ喫茶「名曲喫茶 ジョン」を夫の源蔵と経営していた。夫が病院で亡くなった経験から、病院で最期を過ごすことへの嫌な思いがある。普段は杖を突いてよたよたと歩く。

竹田 一郎（57歳）

京子と源蔵の長男。一人っ子。〇〇水産への就職を機に、家を出る。現在〇〇水産福岡支店長であるため、多忙。京子のことは親戚のりさに任せている。京子の収入は国民年金と源蔵の遺族年金のみであるため、京子の生活費を出している。源蔵ががんになったとき、久しぶりに実家に顔を出した。闘病しながら衰弱しつつあるにも関わらず働き続けている父源蔵に驚き、入院を勧めた。

竹田 源蔵（享年：93歳）
脱サラ後、借金をして自分の理想と趣味を詰め込んだ「名曲喫茶 ジョン」を経営。92歳のとき大腸がんと診断されたが、外来で化学療法を行いながら店に立ち続けていた。接客中は痛み止めを使用しなくても楽しく過ごすことができていた。だんだん弱っていたが店に立っていた時期に、一部が久しぶりに顔を出し、入院を勧められる。入院を機に点滴が始まり、ADLが低下しそのまま病院で亡くなった。

石川 りさ（45歳）

京子の姪（亡くなった妹の娘）。旦那さんと二人暮らし。4年前、喫茶店の徒歩圏内に家を購入。竹田源蔵の死後、京子が経営を行っていた喫茶店を継いだ。源蔵が病院で亡くなった経験から京子が病院で最期を過ごすことを希望していないことも何となく理解はしている。

丸井 皓王

京子が入居するサービス付き高齢者向け住宅『高齢者住宅』のホーム長。2ヵ月前に他職種から転職した。人当たりはいいが、看取り経験はまだない。病院系高齢者住宅管理者の経験を持つ。

井藤

京子のケアマネジャー。京子の脳梗塞発症後からの付き合い。看取りの経験もあり介護職が主体的に看取りを行うために奮闘している。

21

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

– VR ある入居者 –

注目すべき視点

京子さんはどんな思いを持って、この高齢者住まいに入居してきたのか？

22

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

【グループワーク】
ある入居者

議論のテーマ

京子さんの意思・希望が見えた瞬間は？
本人の思いを聞き出すためには、何が大切なのだろうか？

23

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

ACPとは①

アドバンス・ケア・プランニングとは？

万が一のときに備えて、あなたの大切にしていることや望み、どのような医療やケアを望んでいるかについて、自分自身で考えたり、あなたの信頼する人たちと話し合ったりすることを「アドバンス・ケア・プランニングーこれからの治療やケアに関する話し合い」といいます

これらの話し合いは、もしもの時にあなたの信頼する人があなたの代わりに治療やケアについて難しい決断をする場合に重要な助けとなります

あなたにはこのような前もっての話し合いは必要ないかもしれません

でも話し合いをしておけば、万が一あなたが自分の気持ちを話せなくなった時には、心の声を伝えることができるかけがえのないものになり、ご家族やご友人の心の負担は軽くなるでしょう

このような市民を対象とした調査結果があります

（情報元：厚生労働省人生の最終段階における医療に関する意識調査 2014 年）

- 3%の人が人生の最終段階の治療やケアについて家族と詳しく話し合ったことがある
- 70%の人があらかじめ自分の治療やケアについての希望を書面に記載しておくことについて賛成
- 3%の人が実際に自分治療やケアについての希望を書面に記載していた

24

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

ACPとは①

「本人の意思尊重という原則」

高齢者住まいにおける住民の人生の最終章のシナリオを書くのは、住民本人。
今まで生きてきた人生のシナリオを書いてきたのは自分自身である。また、本人の主観的な世界を理解するためには、対話と反省をとおしてお互いの意識が高められ、問題が見直されていく過程が不可欠。
どう生きたいか、どう死にたいかは住民本人が決めるべきであり、家族や専門職はその意思を徹底的に支えること。もし本人の意思表示が困難であっても推定意思を尊重すること。

25

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

ACPの理想的な方法①

聞き出し方・引き出し方

✓「話し合い」「確認の場」を持つ以外にも、日々の何気ない会話の積み重ねから、その方の思いを引き出す。

✓生活の場であるホーム・住まいには、その人の思いがあふれ出る瞬間がきっとあるはず。そこを見逃さないようにしっかり受け止めよう。

✓聞いた内容を家族や職員と共有するためにも、記録に残しておくことも重要。

気を付けたいこと

✓信頼関係があってこそのACP。まずは入居者の話に耳を傾け、共感することで、信頼関係が徐々に構築されていく。

✓順番にも気を付けよう。いきなり「死」の話を持ち出すより、まずは「好きなこと・大事にしていること」を聞くことから始めるとスムーズにいくことも。
✓「早すぎるACP」はない。断片的に聞き取った情報も、すべてがACPにつながっている。

26

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

ACPの理想的な方法②

本人の意思を把握し続けることが何よりも重要

本人

状態が変化

① 日常生活の中で、本人の希望や価値観を知る
② 家族や職員間で共有する
③ 多職種で共有し、記録に残す
④ 機能が変化する状態にあわせ、ケアを柔軟に対応する
⑤ 本人の意思を理解することに努める

改善を目指す？
自然に過ごす？

言語表現ができない状態

① 痛みや不快・苦しんでいる様子はないか
② 表情や表現から、本人の気持ちや状態をくみとる
③ 常に本人が望んでいたことを再確認する
④ 嫌だという意思表示は、特に尊重する

「やらない」ことの重要性を意識

この意思表示は最後の最後までである！

27

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

ACPの理想的な方法③

本人の意思を家族と共有する

家族

本人の希望や価値観を共有し、家族の考えを聞く
…家族が本人の希望をどうとらえているかを確認

家族の希望ではない!

状態が変化

① 機能の変化している状況の共有
② 何が起きているかを確認し、家族と認証し合う
③ 老化の過程の説明
④ 終末期や死は、いつ訪れるかわからないことを共有

言語表現ができない状態

「本人の意向」への同意

① 家族へ同意書の確認とともに、家族の現在の思いを聞く
→今後の方針と、家族の思いのすりあわせ
② 本人の様子や変化を、家族とこまめに共有
③ 家族の不安や疑問と向き合い続ける

28

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

VR体験③
「家族との対話」
介護職の視点

29

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

VR体験③「家族との対話」

– VR 姪と息子 –

注目すべき視点

京子さんが誤嚥性肺炎によって3回目の入院をしました

姪と息子の意見の対立を冷静に受け止める

30

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

VR体験③「家族との対話」

【グループワーク】
姪と息子

議論のテーマ

意見が食い違う家族の話し合い、あなたはどうやって本人の思いを伝える？

31

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

ACPにおける介護職の役割（家族との関わり）

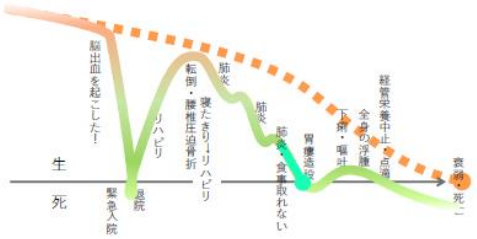
✓介護職の役割は、自分が生活の中で聞き取ってきた本人の思いを代弁すること

✓家族間で意見が食い違っている場合であっても、本人の思いを代弁して、発言することが重要

32

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

家族と一緒に「終末期」を意識する機会をつくる



医療が運命を変えない時＝終末期
判断に揺れ動く家族と対話を最後まで続けること

33

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

看取りの時に点滴をしないメリット

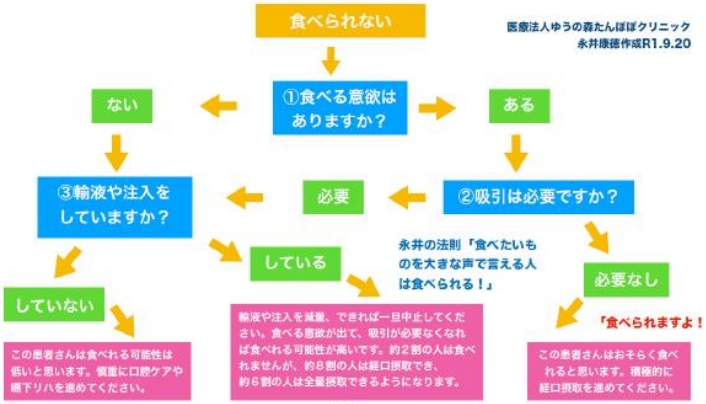
看取りの時に点滴をしないと看取りの質が高まる！

監修：医療法人ゆうの森 たんぽぽクリニック 永井康徳医師

34

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

意思決定支援フローチャート　「食べられない方」への対応①



35

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

入院の弊害、医療により奪われてしまうもの

- 病院は病気を治すところ。死ぬまでお世話になるところではない。
- 病院では誤嚥すると絶食となる。
- 長く入院すると、認知機能面が低下してくる。
- 病院でのケアは施設や在宅より手薄な場合が多い。
- 入院をする際に、そのまま病院で亡くなる可能性も考えながら、どんな最期を迎えたいと思っているのかに思いを馳せて考える必要あり。
- 病院では、自分らしさを最期まで維持することが難しい。

たんぽぽクリニック
永井 康徳 医師

36

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

入院中に介護職ができること

お見舞いの目的を戦略的に

✓入院している本人の様子・医療処置の状態を知ることで、本人の意思を尊重したケアについて深く考える事ができる。

✓病院側の医療職に、その方がどのような方か、普段のご様子を伝えることができる。（医療職はその情報を求めている）

✓また、お見舞い時に担当看護師や主治医、可能であれば病院の相談員と話す機会を作り、家族と一緒に高齢者住まいに戻ってもらう準備をどのようにしたらよいのかを相談する。

37

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

対話のポイントと重要性

関わり方	具体例
家族の心の準備ができるように支援する	□ 対話とは関係者の立場や役割の違いを認識するコミュニケーションである。 □ 分かり合えないことがあるのは当然なので、それを覚悟の上で、話し合いの場を持とう。 □ 誰のために、何のために話をするのかを話すメンバー全員が明確にしよう。 □ 残り時間が限られていることを、家族と共通理解する。 □ 本人に反応がないように見えても、最後まで一人の“人”として尊厳をもって本人に接する。 （例；あいさつ、ケア実施時の声かけ） □ 本人が会いたいであろう人、家族が会わせたい人への連絡を促す。 □ 家族ができることを考え、家族へ提案する。 □ 家族の介護や関わりを認める声かけをする。 □ 家族の体調に気を配る。
家族間で考えが違う際のポイント	□ 本人の反応が乏しい場合、本人はどのようなケアを望むと思うか、これまでのエピソードも出しながら家族と話し合う

出典：あおぞら診療所『介護職のための医療とのつきあいかた』を参考に作成

38

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

対話のポイントと重要性

✓対話とは立場や役割の違いを認識するコミュニケーションである。

✓「分かり合えないこと」「意見が一致しない」ことがあるのは当然。それを覚悟の上で、対話を重ね、着地点を探るしかない。

✓それぞれの発言の内容が誰にとって価値があるのか、対象者本人にとってはどうかということを丁寧に検討することが大事。

✓「選択した後」に、「その選択でよかった」と思えるようにフォローすることが極めて重要。

39

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

VR体験④
「他職種との対話」
介護職の視点

40

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

ロールプレイング

【状況】

- 京子の退院前カンファレンスに夏目も参加している。退院後、高齢者住まいに戻ることについて一郎の合意は得ているが、一郎の気持ちは揺れている。

京子の状態：絶飲食して、抗生剤と補液を行い、炎症反応が落ち着くまで3日間寝たきりの状態でした。点滴によってだんだんと痰の量が増えています。

【ロールプレイングの進め方】

それぞれの役割カードの立場に立ち、退院カンファレンスに参加してください。最初は、医師役の「退院するっていうけど、京子さんはかなり吸引が必要だよ。施設で何ができるの？」というセリフから始めてください。

【役割】

- 一郎（長男）
- りさ（姪）
- 病院の医師
- 夏目（介護職）

【サブ役割】

伊藤（ケアマネ）
京子
病院看護師

※ロールプレイングの前に、「介護職として退院に関するカンファレンスでどのような発言をするか」について、グループで話し合ってみましょう。

41

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

介護と医療の役割と連携体制

出典：あおぞら診療所『介護職のための医療とのつきあいかた』を基に作成

42

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

VR体験④「他職種との対話」

– VRそれぞれの思い –

注目すべき視点

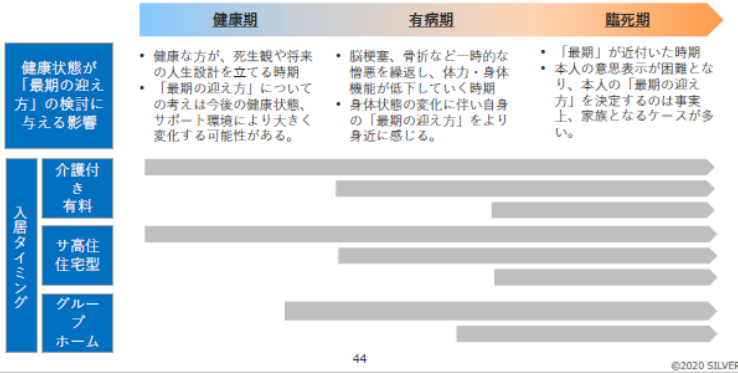
本人、家族、介護、看護、医師。それぞれの思いとその行方。

43

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

高齢期の3つのステージとＡＣＰの関係性

- ＡＣＰのあり方は、その方の健康状態によっても変わる。高齢者住まいへの入居のタイミングも多様であり、どのタイミングで入居するかによって入居者との関わり方も変わる。



©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

臨死期の状態変化①

自然な死を迎えるとき（数週間～1週間前）

数週間～1週間前

・飲食がかなり減少、錠剤が飲めない、うとうと寝ている時間が多くなる
・息切れ・息苦しさを感じることがある、徐々に血圧低下・脈は速くなる

配慮すべきこと

・苦痛を減らすための関わりを工夫する。
・ご家族に最後の時が近づいていることを伝える。

検討すべきこと

本人が欲しいと思うものを、欲しい量だけ、さしあげる。

意識がはっきりしない時は×

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

命の生存期間を延ばすことはできないが
残された日々に命を吹き込むことはできる

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

臨死期の状態変化②

自然な死を迎えるとき（死の少し前）

死の少し前

- バイタルの低下や尿の減少、意識の変化がみられる
- 飲食はほぼできなくなり、発語もほぼなくなる

配慮すべきこと

・返事がなくても意識的に話しかける、触れる
・不安を感じているスタッフをフォロー
・家族に状況説明と、この時期のかかわり方の説明

検討すべきこと

かかわろうとする態度が大切
家族がかかわりやすくなる雰囲気づくり

頻繁なバイタル測定は不要

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

臨死期の状態変化③

自然な死を迎えるとき（死の直前）

死の直前

- 血圧が測定できなくなり、尿も出なくなる
- 呼吸は荒く（肩呼吸）、四肢が冷たく紫色となる
- 肛門が緩む

配慮すべきこと

- 反応がなくても意識的に話しかける、触れる
- 不安を感じるスタッフをフォロー
- 家族に状況説明。いつ最期を迎えるかは、正確に予測できないことを説明

「来れるときにきて、悔いのない交流を」

検討すべきこと

必ずしも、家族が死の瞬間に立ち会えるとは限らないことを念頭に置く（病院も同様）

48

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

臨死期の状態変化④

自然な死を迎えるとき（死後）

死後

- 血の気がなくなり、ゆっくりと死後硬直が生じる
（明確な「死の瞬間」は存在しない）

配慮すべきこと

- 家族とともに話しかける、触れる
- 本人と家族の頑張りを共有し讃え合う
- エンゼルケア（死亡診断後）・グリーフケア

検討すべきこと

“高齢者住まいで看取れた”ことを認め合い、次の機会に活かせるポイントを整理

49

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

臨死期のケア例①

ケアの種類	具体例
食事がとれなくなった時のケア	栄養にこだわらず、食べたいものを食べたい時に、食べたいだけ提供する。
	（食欲が無くてもシャーベット、アイスクリームなど食べやすいことも）
意識の変化に関するケア	【つじつまの合わないことを言う場合】 否定せずに付き合い、本人が安心できるような会話で対応する。普段どおりの声かけ、静かに手足をさすることも。
	【混乱がひどく興奮が激しい場合】 まずは上記と同様の対応。興奮が続く場合は、医師・看護師に相談して精神科の処方をしてもらう場合も。
	【声かけに反応しなくなった場合】 最後まで一人の「人」として敬意を持って接します。意思の疎通が無かったとしても、本人が好きだったこと、気持ちのよかったことなど、できることを続けていくとよいでしょう。耳は最後まで聞こえるといわれていますので、これまでと同じように「〇〇さん」、「お身体を拭きますね。」と声をかけることが大切です。
循環の変化に関するケア	血圧の変化や尿量の変化に対してできることはほとんどありません。 手足の紫色、冷感、脈が触れにくいことは看取りが近いことを意味するので、家族に傍にいてもらい一緒に見守ります。

出典：あおぞら診療所『介護職のための医療とのつきあいかた』を基に作成

50

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

臨死期のケア例②

ケアの種類	具体例
呼吸の苦痛へのケア	【息苦しさがある場合】 息苦しさを和らげるケアを行います。 （枕を使ったりベッドの頭側を高くして楽になる姿勢を工夫する、部屋の環境を整理する（湿度調節、風を入れる）、ゆっくり背中をさする、など）
	【痰、喉のゴロゴロがある場合】 痰やゴロゴロを和らげるケア （首を横に向けるなど施設の工夫、唾液や痰を細かくぬぐう、スポンジブラシを活用する、など）
口の渇きへのケア	口腔内を清潔に保つ（うがいorスポンジブラシ、ウェットティッシュなどを使ってこまめにぬぐう）
	氷のかけら、シャーベット、アイスクリームなどを口に入れる、など
自分で体を動かせないことへのケア	少しずつ姿勢を変える。（手や足の位置を変える、しっかり横を向く側臥位、軽く横を向く側臥位など段階的に体位を変える、など）
	枕やクッションを使って本人が安楽な姿勢を探す、
清潔を保つためのケア	入浴が体力的に厳しい情況になっても、ベッド上での洗髪、手浴、足浴、口腔ケア、などを行う

出典：あおぞら診療所『介護職のための医療とのつきあいかた』を基に作成

51

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

VR体験⑤
「その時が近づいて」
介護職の視点

52

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

– VR 家族 –

注目すべき視点

家族にとって初めての終末期を迎えるにあたり、介護職としてどのようにプロデュースしていくか？

53

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

【グループワーク】
家族

議論のテーマ

臨死期において、本人・家族に対して、介護職として何ができるだろうか

どのように家族と関わればよいだろうか

54

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

レクチャーのポイント

- 臨死期にできるケアや声掛けの重要性を認識する。
  （例；ケア職の後を追って家族って声をかけ始めたりする場面がある）
- 臨死期の家族支援は、結果的にグリーフケアにつながっていく。

55

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

臨死期の声かけ・家族へのケア（臨死期から亡くなるまでの声かけの具体例）

状況・場面	家族への声掛けの例	声掛けに合わせたアクション
数日前から、静かな深い息が続いている。 家族は、じっと京子さんの顔を見ている。	「京子さん、お顔が穏やかですね。どんな夢をみているのかしら。好きな音楽が聞こえて、お父さんと一緒に好きな珈琲飲んでるのかもしれないですね。」	ご家族にも、「一緒にいかがですか？」と声かけ、珈琲飲みながら、自分たちが子供のころの京子さんの話を語ってもらうよう声をかける。
魂が共鳴していると感じるが、家族が、走馬灯のようにこれまでの本人との出来事を思い出し、語り合う場面。 あちらに渡ろうとしている本人の魂が家族に語っているような時間。	「京子さんには、聞こえていますよ。」	京子さんに声をかけながら、冷たくなった手や足をさする。 家族がケアに参画できるように配慮する。 ※これまでの過程にあまり関わっていない家族には、未だ受け止められないで、この風景を共有することは、つらいことかもしれない。 家族間の関係性にも、慮りながら、必要な時は個別にこれまでのお話を伝える場を持つようにする。

56

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

臨死期の声かけ・家族へのケア（臨死期から亡くなるまでの声かけの具体例）

状況・場面	家族への声掛けの例
眠っている時間が長くなり、目を覚まされた時に、混乱したり、何かわからない事を話したりすることがある。（「せん妄」という）	「人生の幕引きをするための準備であり、誰にでも起こりうることですよ。」
足の裏の色が変わってきたら、その時は間近。 呼吸が時々止まったり、大きな呼吸をされたりする。	「喘鳴（ゼロゼロ）が、辛そうに見えるかもしれませんが、大丈夫、苦しいからではありません。最期まで耳は聞こえていますからね。話しかけてあげてください。」
呼吸が、時に途切れ、声をかけるとふっと息を吹き返すような場面を繰り返し、息も細くなり、止まる。	「呼吸が止まった時間、止まっていることに家族が気づいた時間を見ておきましょうね。」
人生を生ききった本人への感謝の気持ち、それでもお別れのつらさ・哀しさの共有をする。	「穏やかな旅立ちでしたね。でも、もっと一緒にいたかったですね。 京子さんから、たくさんのこと教えて頂きました。私たちも感謝の気持ちでいっぱいです」
最期の時に、家族が共に過ごせなかった場合、家族は後悔の気持ちを抱く。	「最期の時を、娘さんには見せたくなかったんですよ。最期までお母さんですね」

57

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

亡くなった後の家族との関わり方

ケアの種類	具体例
家族へのグリーフケア	◘ 亡くなられた後に家族に向けたお手紙を書く ◘ 施設での写真をご家族にお渡しする ◘ エンゼルケアをご家族とともに行うこと ◘ 本人が苦しまなかったことや家族が十分にケアできたことを家族自身が実感すること ➡グリーフケアの観点からも、看取り期からの関わりが重要

出典：あおぞら診療所『介護職のための医療とのつきあいかた』を基に作成

58

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

他の入居者や職員へのケア

ケアの種類	具体例
家族以外へのグリーフケア	【他の入居者へのケア】 ◘ 介護者自身が悲しみや辛さを抱きながら、他の入居者をケアすることは大変なことですが、入居者それぞれの反応（泣いたり、落ち込んだり、落ちつかなくなったり）に合わせたケアができるのがよい。 ◘ 死を隠すのではなく、他の入居者がお別れの声をかけられるように配慮することにも意味がある。 【介護職のグリーフケア】 ◘ いろいろな気持ちを自分だけで抱え込まず、誰かに聞いてもらえる環境づくり。 ◘ 介護士同士の語り合い、看取りに関わった医師・看護師と話すこと

出典：あおぞら診療所『介護職のための医療とのつきあいかた』を基に作成

59

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

クロージング

60

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

【グループワーク】
今後の具体的アクションに向けて

議論のテーマ

自分たちの職場で起こりうる課題に対して、
どのように乗り越えていけばよいだろうか？

61

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

高齢者住まいにおける看取りの質を高めるために必要な8つのこと

1. 不安を取り除く
2. 信頼関係をつくる
3. 死に向き合う
4. とことん楽にする
5. 医療を最小限にする
6. 亡くなる最期まで食べる
7. 入居者のやりたいことを支援する
8. 一緒に悩み、納得できる意思決定の過程を踏む

62

©2020 SILVER WOOD Co.ltd.

別添資料 4　研修アンケート用紙

高齢者住まい ACP 推進研修　アンケート用紙

※研修前に記入いただく項目があります。事前にご記入の程よろしくお願いいたします。

記入日：2020 年　月　日

■下記当てはまる数字に○をつけてください。空欄には数字を記入してください。

問 1. 性別　1.男性　2.女性

問 2. 年齢　満（　　）歳

問 3. 所属　1.高齢者住まい　2.病院　3.診療所　4.訪問看護ステーション　5.居住者本人　6.居住者の家族
7.その他（　　）

問 4. 職種　1.経営者　2.ホーム長･施設長　3.介護リーダー　4.介護職　5.事務系管理職　6.事務職
7.看護職リーダー　8.看護職　9.医師　10.歯科医師　11.その他医療従事者（　　）
12.ケアマネジャー　13.居住者本人　14.居住者の家族　15.その他（　　）

問 5. その職種の経験年数
1.3 年未満　2.3 年以上 5 年未満　3.5 年以上 10 年未満　4.10 年以上 20 年未満　5.20 年以上

問 6. 看取った経験はありますか？
※医療機関ではなく高齢者向け住まいや居住者の自宅で亡くなったケースを想定してください。
1.ある（初めて看取りを行ってからの年数＿＿＿年）　2.ない

問 7. 終末期の方と今まで接した経験はありますか？　1.ある　2.ない

問 8. 看取り･ACP に関する研修や勉強会などに参加したことはありますか？　1.ある　2.ない

■下記当てはまるものに○をつけてください。

	研修前の考えを教えてください。	研修後の考えを教えてください。
問 9. 本人の意向をどのように確認したらいいかわからない	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ
問 10. 入居時には、最期についての話題を出すことにためらいがある	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ
問 11. 普段からの会話の中で、自然に最期について話題にすることが難しい	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ
問 12. 本人の意向を家族にどう共有していいかわからない	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ
問 13. 状態によって本人や家族等の意思･意向が大きく変わると戸惑う	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ
問 14. 本人と家族等の間、もしくは家族等の中で考えが違う場合にどうすればいいか分からない	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ
問 15. （介護職として）医療的な知識が不十分で、医師や看護職と話し合うことにためらいがある	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ
問 16. 看取りが怖い	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ
問 17. 看取りを行うことに不安がある	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ
問 18. いつが最期かわからないので、直面するのがこわい･不安	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ
問 19. 終末期の方に、どう接していいかわからない	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ
問 20. ここ（あなたの勤務先）で看取りを行うことは、リスクが高い	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ
問 21. （介護職として）医師や看護職に対して何をどのように報告すればよいか分からない	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ
問 22. 夜勤時に介護職 1 人で対応するのは不安である	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ
問 23. 最期は病院に行く方がよい	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ
問 24. 終末期であっても救急車を呼ぶ方がよい	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ	はい　どちらかいえばはい　どちらかいえばいいえ　いいえ

※裏面につづく

問 25. 本日の満足度を教えてください。

1.大変満足　2.満足　3.やや不満足　4.大変不満足

問 26. VR の視聴によって、看取り・ACP への理解が進んだと感じますか？

1.感じる　2.どちらかというと感じる　3.どちらかというと感じない　4.感じない

問 27. VR の視聴によって、看取り・ACP を積極的に行いたいと感じましたか？

1.感じる　2.どちらかというと感じる　3.どちらかというと感じない　4.感じない

問 28. VR の視聴によって、看取り・ACP の際に感じる心理的負担が和らぐ（和らぐだろう）と感じますか？

1.感じる　2.どちらかというと感じる　3.どちらかというと感じない　4.感じない

問 29. 看取り・ACP を推進する上で、役に立ったと思う VR コンテンツに○をしてください。

1.「救急医療における心肺蘇生」　2.「ある入居者」　3.「姪と息子」　4.「それぞれの思い」　5.「家族」

問 30. 本人の意向のくみ取り方やその記録方法は具体的にイメージできるようになりましたか？

1.はい　2.どちらかというとはい　3.どちらかというといいえ　4.いいえ

問 31. 本人の意向と家族との意向のすり合わせ方や、気持ちが揺れ動く家族に対する寄り添い方法は具体的にイメージできるようになりましたか？

1.はい　2.どちらかというとはい　3.どちらかというといいえ　4.いいえ

問 32. 本人の意向を尊重するための、医師や看護師とのコミュニケーション方法は具体的にイメージできるようになりましたか？

1.はい　2.どちらかというとはい　3.どちらかというといいえ　4.いいえ

問 33. 看取りの段階における状態変化やそれに合わせたケアの方法は具体的にイメージできるようになりましたか？

1.はい　2.どちらかというとはい　3.どちらかというといいえ　4.いいえ

問 34. この研修を他の方にも勧めたいと思いますか？

1.はい　2.どちらかというとはい　3.どちらかというといいえ　4.いいえ

■本日の感想をお聞かせください。

問 35. 研修を受けて、看取り・ACP を進めるために、ご回答者様がすぐに取り組めそうなことや、少しずつでも取り組みたいことについて、ご記入ください。
問 36. 良かった点
問 37. 要望・今後の改善点
問 38. 上記の他、本研修や看取り・ACP についてのご意見やご感想があれば自由にご記入ください。

設問は以上です。ご協力ありがとうございました。

別添資料５ 手引き

ADVANCE
CARE
Planning
思いを受けとめ ここでの暮らしを
“生ききる”ことに伴走する
高齢者住まいでのACP実践の手引き
本人の内なる声に
耳を傾けてほしい
令和元年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業
「高齢者住まいにおけるACPの推進に関する調査研究事業」
国民の多くが住み慣れた自宅
または高齢者住まいで
最期を迎えることを希望している。
果たしてその希望は叶えられているだろうか。
後期高齢者が急増し
「多死社会」を迎えるにあたり、
限られた資源の中での
看取りの質の確保が
課題となっている中で、
「どこで最期を迎えるか、
どのような最期を迎えるか
(Qualty of death、QOD)」が問われている。
本書では、高齢者向け住まいを
「自然な看取りの場」と
すること、ともに希望する居住者に対し、
本当に自分たちの力で
その希望を叶えることができるか、

ADVANCE CARE Planning

思いを受けとめ ここでの暮らしを
"生ききる"ことに伴走する

高齢者住まいでのACP実践の手引き

CONTENTS
目次

P.5 はじめに

P.6 ACPってなに？なぜ ACP が大事？

P.7 高齢者住まいでのACP①
主役は本人、思いを引き出そう
Q. 意思表示が難しい方、認知症のある方とどのように話し、その思いを聞き出せばいいですか？

P.13 高齢者住まいでのACP②
日々の会話の積み重ね
Q. お元気なうちに、「万一のこと」や「死」について話をすることに抵抗があるのですが…。

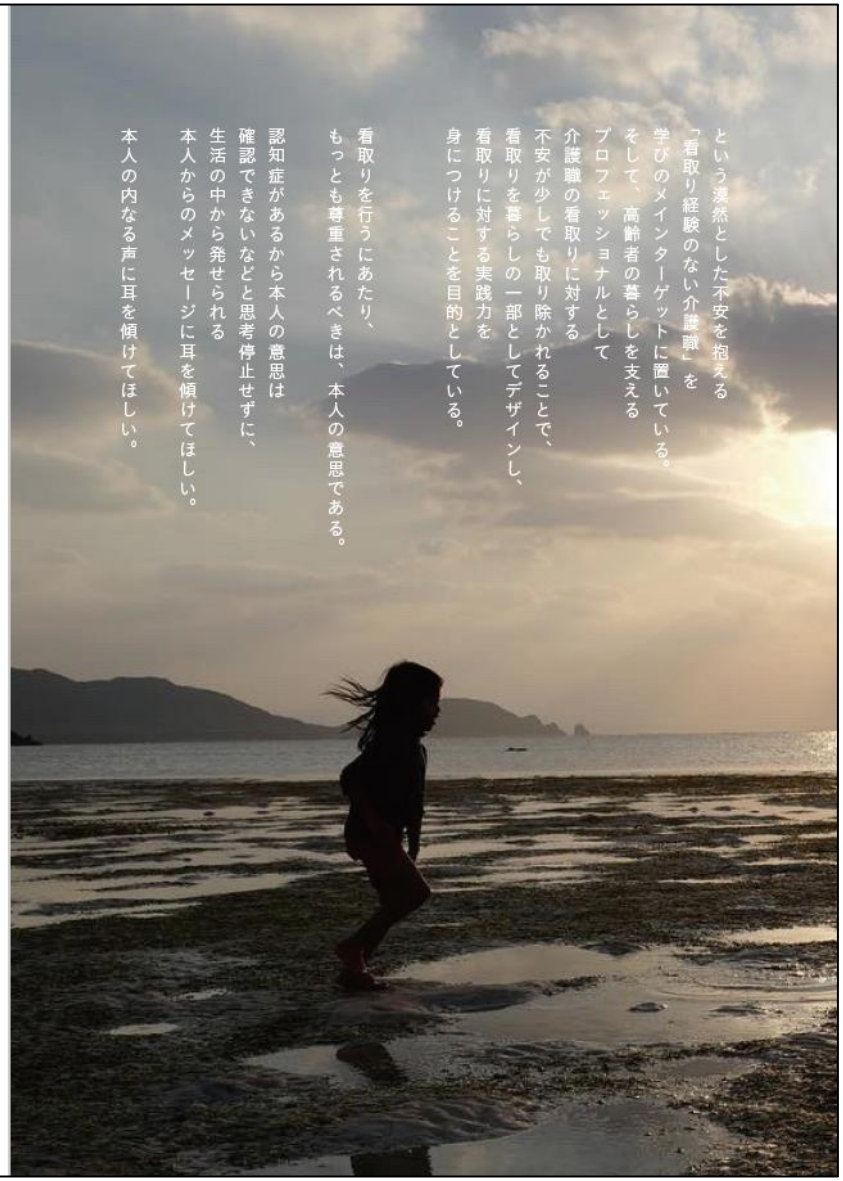
P.15 高齢者住まいでのACP③
暮らしを「面」で支える介護の役割
Q. 今後のケア・医療のあり方について、家族の間で意見が違うときはどうしたらいいですか？
Q. 状態が変化したとき、どういったケアや医療が受けられるのかをどのようにお伝えしたらいいですか？

P.19 高齢者住まいでのACP④
残された日々に命を吹き込む
Q. 最期が近づいてきたときに、介護職としてできることは何ですか？
Q. 最期が近づいてきたときに、家族とどう接し、思いに寄り添うことができますか？
Q. ご飯が食べられなくなったらどうしたらいいですか？
Q. ご家族が、「何もしないのは不安だから病院で」と希望されたとき、どう対応したらいいですか？
Q. 本人の意向をどのように記録に残したらよいでしょうか？

付録 意向確認シート

という漠然とした不安を抱える
「看取り経験のない介護職」を
学びのメインターゲットに置いている。
そして、高齢者の暮らしを支える
プロフェッショナルとして
介護職の看取りに対する
不安が少しでも取り除かれることで、
看取りを暮らしの一部としてデザインし、
看取りに対する実践力を
身につけることを目的としている。

看取りを行うにあたり、
もっとも尊重されるべきは、本人の意思である。
認知症があるから本人の意思は
確認できないなどと思考停止せずに、
生活の中から発せられる
本人からのメッセージに耳を傾けてほしい。
本人の内なる声に耳を傾けてほしい。



INTRODUCTION

はじめに

6割の人が住み慣れた自宅で最期を迎えたいと希望

国民の多くが**「住み慣れた自宅で最期を迎えたい」**(図1)と考える一方で、他の国と比べて、日本では病院で最期を迎える方が圧倒的に多いという事実があります。

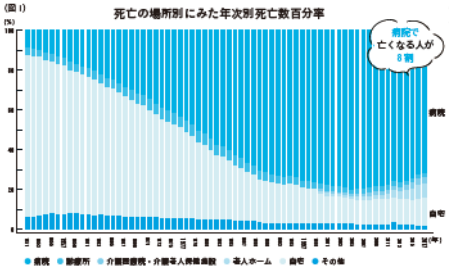
何より重要なのは、「人生の終盤の舞台となる生活の場がどこで」あり、それが人生の最期を「生ききる」場所として「本人の意向」に沿ったものであるかどうかです。

最近では、人生の最終段階になるべく本人の意向に沿った医療やケアが行われるように、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）という考え方が重要だと言われています。

本冊子は、暮らしの場の１つである高齢者住まい（この冊子では有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、グループホームを総称して「高齢者住まい」と呼んでいます）において、どのようにして本人の意思・思いを聞き届け、家族や専門職などの関係者で共有していけばよいか、また本人がそこでの最期を望んだときに、住まいの介護職として何を考えるべきかについて、重要な考え方（高齢者住まいにおけるACP）についてまとめています。

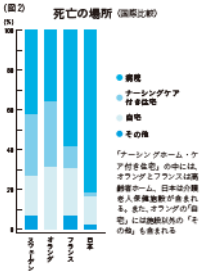
※平成24年度「高齢者の健康に関する意識調査」によれば、**最期を迎えたい場所として「自宅」が54.6%で第1位**。次いで「病院などの医療施設」が27.7%となっています。

(図1) 死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率



出典：平成30年人口動態調査

(図2) 死亡の場所（国際比較）



「ナーシングホーム・ケア付き住宅」の中には、オランダとフランスは高齢者ホーム、日本は介護老人保健施設が含まれる。また、オランダの「自宅」には施設以外の「その他」も含まれる

出典：2012年3月ILO-Japan「諸外国、看取りについての諸形態比較調査」

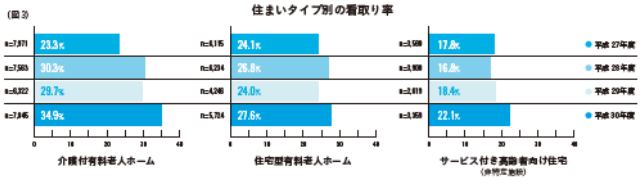
参考 看取り場所の選択肢としての高齢者住まい

・人生の最終段階における「自らの暮らしの場」として入居するとき、**高齢者住まいが最期を迎える場所の「選択肢の一つ」**となることが期待されます。

・現状では高齢者住まいで最期を迎える方の割合（看取り率）は、徐々に比率は上がってきてはいるものの、**介護付き有料利老人ホームで3割強、サービス付き高齢者向け住宅では2割強にとどまっています**(図3)。

・本人が「最期を迎える場所」として**高齢者住まいを希望**するとき、その意向に応える**心構えが高齢者住まい側**に求められます。

(図3) 住まいタイプ別の看取り率



出典：平成30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分）
「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究」（PwCコンサルティング合同会社）を一部改変

WHAT'S ACP?

ACPとは？

ACPってなに？ なぜACPが大事？

ADVANCE CARE PLANNING

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは？

人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等と、医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス。

万が一のときに備えて、本人の大切にしていることや望み、どのような医療やケアを望んでいるかについて、自分自身で考えたり、本人の信頼する人たちと繰り返し話しあったりするプロセスを「アドバンス・ケア・プランニング～これからの医療やケアに関する話し合い」といいます。

これらの話し合いは、もしものときに本人の信頼する人が本人の代わりに治療やケアについて難しい決断をする場合に重要な助けとなります。

話し合いをしておけば、万が一、本人が自分の気持ちを話せなくなった時には、心の声を伝えることができるかけがえのないものになり、ご家族やご友人の心の負担は軽くなるでしょう。

ACPの愛称「人生会議」

厚生労働省は日本社会にACPを浸透させるために、一般の人にもなじみやすい愛称を公募し、2018年11月に「人生会議」に決定しました。また、11月30日（いい看取り・看取られ）を「人生会議の日」として、人生の最終段階における医療・ケアについて考え、家族や関係者で話し合うことを推奨しています

◆人生の最終段階が近付くと、入居者の状態の変化、急変、色々なことが起こりえます。その際に、どのように医療やケアで本人をサポートしていけばよいか、本人の意向や思いを確認し、確認し続けることが極めて重要です。

◆それは、「ケア提供の拠り所」となる、という提供者側の理由ではありません。本人が意思表示が難しい段階になったとしても、本人の意向を尊重することができるように、その思いを関係者で共有する必要があるからです。あくまでも本人の意向の尊重のために本人と家族等や医療・ケアチームが一緒に繰り返し話し合うことが重要なのです。

ADVANCE CARE Planning

高齢者住まいでのACP ①

最期の一瞬まで、人生の主役は本人
本人の思いを引き出し、受け止めよう

本人の意思・思いを聞いていますか？

～「本人の意向の尊重」という原則～

◆高齢者住まいにおける人生の最終段階のシナリオを描くのは、今まで自ら人生のシナリオを描いてきた本人です。

◆どのように人生を「生ききり」たいのか。理解するためには、本人との繰り返しの対話や暮らしの中での関わりを通して、関係を作っていく過程が不可欠です。

◆決める権利を持つのは本人であり、その意向を徹底的に支えるのが介護職等の専門職の役割なのです。

推定意思の尊重

本人の意志表示が難しくなったとしても、あくまで重要なのは本人の意向です。
「本人はどうしたいと思うと推定されるか」という「推定意思」を尊重することが基本となります。

ACP POINT / 01

「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　改訂平成 30 年 3 月）より引用

平成 30 年 3 月に改訂された上記のガイドラインでは、本人の意思が確認できない場合の医療・ケアのあり方の決定プロセスを次のようにまとめています。また、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があるため、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われること、この話し合いに先立ち、本人が特定の家族等を自らの意思を推定する者として定めておくことが重要であるとしています。
本人の意思確認ができない場合は、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

▶家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする
▶家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。

▶家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする
▶このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする

グループホームケアリーダーの後悔
〝叶えられなかったシズさんの思い〟

「ここに居ていいのね？　どこにも行かなくていいのね？」

そうやって何度も、シズさん、私たちに伝えていたんですよね。居心地のいいとき、例えば夕食のときとか、楽しい話なんかをしながら、一緒に笑っていたときにね。なんで叶えられなかっただろう…。

病院で、治療方針とか決める時にね、私たちもご家族と一緒に、考えたりできれば、ここに戻すこともできたんじゃないかってね、後悔しています。

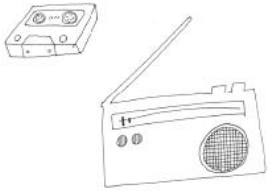
ある夜、突然吐かれて、血液も付着していて、家族に連絡して、救急搬送となりました。

翌朝、管理者が病院に行って、治療継続と言われ、入院が続きました。半年ぐらい後に、呼吸器をつけて、意識も戻らず、転院した先の病院で亡くなったと、家族から連絡がありました。

だって人は必ず最期を迎えるんです。その瞬間まで、シズさん、ここに居たかったんですよね。

ライフレビュー（人生の語り）から、大事にしてきたこと、続けたい価値が見える

娘さんの言葉から



脳梗塞による右麻痺、そして脳血管性認知症がある87歳のお父さん。

主な介護者であった母の病気をきっかけに、この住宅（サ高住）でお世話になりました。

2度目の肺炎で入院した時、病院医師から経管栄養か、IVHを選択するよう言われました。

「父の性格からすると、それは望まないのではないか」という思いはありましたが、「病院医師から、『何もしないで餓死させるのですか？』と言われて、娘として、とてもつらかったです。

施設のケアリーダー、看護師さんたちと「お父さんだったら、どうしたいか」を、トコトン話し合いました。

ケアスタッフの方が、普段の会話の中で、聴いた「父の人生史」と書かれたノートには、戦争前の子供時代のこと、敗戦後、引き揚げ船に乗って、舞鶴に帰った話、舞鶴から、故郷の岡山まで、何とかたどり着いたのに、空襲で家は焼かれ、両親が亡くなっていたこと、泣くこともできずに生きることで精いっぱいだったという父の思い。

娘の私が知らない父の人生が、たくさん書き残されていました。

「少しの晩酌と、大好きなお豆腐が一番のご馳走やぁ、って。いい笑顔でしたよね。頑固で、私たち困ることもあったけど、お父さんらしいこだわりだったんですよね、きっと」と、語られたケアスタッフの方との話に背中を押され、父の残りの時間を、やはり父のこだわりを続けられるように過ごさせたいと、病院から父をこの住宅に戻すこと、を決めることができたと思います。

ー か月でしたが、この住宅で、過ごすことができました。大好きな六甲おろしのテープを、耳元でかけてくださって、わかってるんじゃないかな、と思ういい顔して、最後まで生ききりました。

Q. 意思表示が難しい方、認知症のある方とどのように話し、その思いを引き出せばいいですか？

A. 聞き方のポイント・コツがあります。普段から次のような点を意識して徐々に思いを引き出していきましょう

※厚生労働省「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」も参考にしてください。

① 話してみることが何より大事

◆「この方は認知症だから…」「意思の疎通ができないから・・・」といって聞き出せないと決めつけていませんか。まずは話を聴いてみることが何より重要です。

② 考えてもらおうとしない

◆あなた自身に置き換えて考えても、「今後のことについて考えてみてください！」というのは難しい質問です。特に認知症のある方にとっては「難しくて考えられない」となってしまうことが多いでしょう。思ったことを思った通りに話してもらうつもりで。疲れたらまた明日。あせってすぐに答えを求めないようにしましょう。たっぷりと時間をかけて話ができるのが高齢者住まいのよいところです。

◆ご本人が繰り返しするお話は、きっと大事なお話です。しっかり聞き届けましょう。

③ これまでの経験を語ってもらうのも一つ

◆テーマを決めて「これから」どうするかを話してもらおうと思っても難しいことがあるかもしれません。そのときは、今までの体験を聴いてみるのも１つです。

その人の今までの生活史を聞いてみる

その人がどういう人生を送ってきたかを話してもらう。何を大事にしてきたか、どんな考え方をする人か、好きなこと嬉しいこと…。そこから「これからどんな風にいきたいか、何を大事にしたいか」という「これから」の話につながっていくかもしれません。

病気の話を聞いてみる

・病気になったことがある方：そのときどう感じたか、何がつらかったかを聞いてみましょう

例）検査で大変？注射が痛かった？

・病気になったことなんてない！という方：身近な人のご病気の体験を聞いてみる

例）がん、脳卒中、心臓病の方など。自分ならどうしたい？

※病名を挙げて聞いてみると、想起しやすい

④ 聞き方にも一工夫を

◆オープンクエスチョンよりクローズドクエスチョン（Yes / No 、A or B）

オープンクエスチョン：何？どうして？ ➡ クローズドクエスチョン：Aと日だったらどっちがいいですか？

何をしてほしいかよりも、何をしてほしくないか？の方が答えやすいことも

元気なときに聞けなかったのですが…どうしたらいいでしょうか？	表情や表現から本人の気持ちや状態をくみとりましょう。とくに、「嫌だ」という意思表示は、とくに尊重しましょう。

Q. お元気なうちに、「万一のこと」や「死」について話をすることに抵抗があるのですが…。

A. どのような話でもその人の思いを知る手がかりです。日常生活の対話を積み重ねていきましょう。

◆ACPだからといって、直接「死」の話を持ち出す必要はありません。
「好きなこと・大事にしていること」など、聞きやすいこと、話しやすいことを積み重ねていくことが重要です。

◆**「どんな最期を迎えたいか」とは、「どのように生きたいか」**ということと同じなのです。

◆**信頼関係がACPの基本です。**まずは入居者の声に耳を傾け、共感することで信頼関係が徐々に構築されていきます。

A. 抵抗があるのは高齢者住まい側なのかもしれません

◆**「万一のこと、最期のことなんて、縁起でもない」**と思っているのは、**高齢者住まい側の先入観**かもしれません。

◆ご本人に聞いてみると、**「こうしたい」という思いを抵抗なくお答えいただけるケース**も少なくないでしょう。

A. 早すぎるACPはありません
意向が変わることを前提に
意思や思いを引き出しましょう

◆**お元気な段階から、「これからどう生きたいか」を話題にしておくことが重要です。**今だけでなく、それまで本人がどのような思いを持ってきたか。本人の状態等の変化によって意向が変わってくることもあります。**色々なタイミングで意向を確認することも重要です。**

健康状態が「最期の迎え方」の検討に与える影響

健康期	有病期	臨死期
健康な方が、死生観や将来の人生設計を立てる時期	脳梗塞、骨折など一時期的な状態を繰返し、体力・身体機能が低下していく時期	「最期」が近付いた時期
「最期の迎え方」についての考えは今後の健康状態、サポート環境により大きく変化する可能性がある。	身体状態の変化に伴い自身の「最期の迎え方」をより身近に感じる。	本人の意思表示が困難となり、本人の「最期の迎え方」を決するのは事実上、家族となるケースが多い。

※出典：宇都宮宏子 [2019].「出会いを前へ：退院支援からACPというアプローチの必要性へ」『緩和ケア別冊 VOL29.No3 2019』を元に作成

ADVANCE CARE Planning

高齢者住まいでのACP ②

日々の会話の一つ一つ、その積み重ねこそが理想的な ACP

「早すぎるACP」はない。入居したその日から毎日の会話の積み重ねこそ、その人の思いを紡ぐACP

◆ ACP（人生会議）といっても、何も特別な話し合いの場を持たなくてはならない、ということではありません。その目的は、万が一のときにそなえ、これからの人生をどのように過ごし、何を大切にしたいか、本人の意向を確認し、それを家族・ケア・医療の関係者等で共有すること。高齢者住まいで交わされる何気ない会話の中にこそ、ご本人の意思や思いが現れるものなのです。

◆お聞きした内容を家族や他の職員、関係者と共有するために記録に残しましょう。

◆生活の場である高齢者住まいには、その人の思いがあふれ出る瞬間がきっとあるはずです。それを見逃さず、しっかり受けとめましょう。

ACP POINT / 02

本人の意向を把握し続けること

- 日常生活の中で、本人の希望や価値観を知る
- 家族や職員間で共有する
- 多職種で共有し、記録に残す
- 機能が変化する状態にあわせ、ケアを柔軟に対応する
- 本人の意思を理解することに努める

言語表現ができない状態

- 痛みや不快・苦しんでいる様子はないか
- 表情や表現から、本人の気持ちや状態をくみとる
- 常に本人が望んでいたことを再確認する
- 嫌だという意思表示は、特に尊重する

Q. 今後のケア・医療のあり方について、家族の間で意見が違うときはどうしたらいいですか？

A. 「本人はどうしたいか」に立ち返りましょう

× (ご家族に)「ご家族としてどうしたいですか？」

◎「ご本人は～したいとおっしゃっていました。それについてご家族としてどう思われますか？」

◆ケア・医療の方針について、ご家族同士で意見が違うことはしばしば起こりえます。この時に、ご家族に「どうしたいですか？」とご家族の意見を聞いていないでしょうか。

◆ご家族同士で意見が異なるときこそ、「何よりも重要なのは本人の意思である」という原理原則に立ち返ってください。

◆高齢者住まいの職員として、受け止めてきたご本人の意思・思いについて、ご家族にしっかりお伝えしましょう。

A. 意見が一致しないことは当然のこととして、対話を重ね、着地点を探りましょう

関わり方	ポイントとなる考え方
家族の心の準備ができるように支援する	・対話とは関係者の立場や役割の違いを認識するコミュニケーションである。 ・分かり合えないことがあるのは当然なので、それを覚悟の上で、話し合いの場を持とう ・誰のために、何のために話をするのかを話すメンバー全員が明確にしよう。 ・残り時間が限られていることを、家族と共通理解する。 ・本人に反応がないように見えても、最後まで一人の"人"として尊厳をもって接する（例：あいさつ、ケア実施時の声かけ） ・本人が会いたいであろう人、家族が会わせたい人への連絡を図る。 ・家族ができることを考え、家族へ提案する。 ・家族の介護や関わりを認める声かけをする。 ・家族の体調に気を配る。
家族間で考えたが違う際のポイント	・本人の反応が乏しい場合、本人はどのようなケアを望むと思うか、これまでのエピソードも出しながら家族と話し合う

A. 「これでよかった」と思えるようにフォローしましょう

◆限られた時間、限られた情報の中で、本人・家族は「決断せざるを得ない」状況に迫られます。一度方針を決めても、常に「迷い」があり、思いは揺れ動くものです。

◆その揺れ動く本人・家族の心に思いをはせ、寄り添い、「選択した後」に「その選択でよかった」と思えるフォロー（＝よいケア）をすることが極めて重要なのです。

ADVANCE CARE Planning

高齢者住まいでのACP ③

暮らしを「面」で支える介護や住まいだからこそ、本人の思いを引き出し、受け止められる

「人生の最終段階の医療・ケアについて繰り返す話し合いや看取りは医師・看護師など医療の仕事」と考えてしまっていませんか？

介護や住まいの中でこそ、受けとめられる思いがあります

◆「医療やケアの方針を話し合う」となったときに、それは医師や看護師などの「医療の仕事」と思ってしまっていないでしょうか。

◆ACPにおいて何より重要なのは本人の思いです。一般的に、医療職にとって、診察や処置のタイミングなど、本人との関わりは限定的な「点」であることが多いのです。

◆それに対して、住まいの中で生活・暮らしをともにし、「面」で支える高齢者住まいの職員は、本人と長い時間接する機会があります。

ACP POINT / 03

暮らしを「面」で支える高齢者住まいの職員は、代弁者として受け取った本人の意思を関係者に伝える必要があります

▶介護職をはじめとする高齢者住まい職員の役割は、自分が生活の中で聞き取ってきた本人の思いを代弁すること

▶家族間で意見が食い違っている場合であっても、本人の思いを代弁して発言することが重要

▶在宅医療の関係者・病院の関係者に対しても、その方がどのような方か、普段のご様子を伝えることができる

※医療職もその情報を求めている

Q. 状態が変化したとき、どういったケアや医療が受けられるのかをどのようにお伝えしたらいいですか？

A. 代表的な医療処置のメリットとデメリットを整理して、本人・家族に伝えることで、「選択」をサポートしましょう

◆状態が変化したとき、**どのような医療処置を選択するのか・しないのか、家族は決断を迫られます。**医師や看護師から家族に説明してもらうことがあるかもしれませんが、高齢者住まい側でも、**代表的な医療処置のメリット・デメリットは理解しておきましょう。**

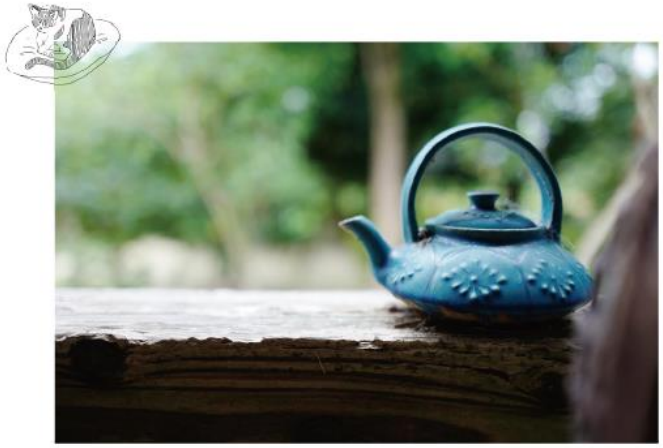
◆本人はどのような医療・ケアを望んでいますか？医療処置には痛みや侵襲が伴うことがあります。また、**一度選択すると「中止する・やめる・差し控える」という決断はとても難しい**のが現実です。

医療処置	概要	メリット	デメリット
経鼻経管栄養	細いチューブを鼻から胃へ通し、流動食や水分、薬を入れる方法	・胃瘻造設術ができない理由がある場合には有用。 ・ただし、本人や家族が「胃瘻をしない」という意思表示をしている場合の代替栄養方法としては不適当。	・本人に挿入による違和感がある。 ・経口摂取するには、嚥下の影響となる。 ・挿入前に嚥下機等で胃活動を確認する必要があり、手間がかかる。 ・自己抜去の可能性があり、状況によっては身体拘束の必要もある。 ・自己抜去の可能性や挿入前の確認など手間がかかり、デイサービスやショートステイ、施設等で受け入れの制限が多い。
胃瘻（PEG）	胃カメラまたは手術でお腹に小さな穴をあけ、チューブを介して胃に直接流動食や水分、薬を入れる方法	・鼻腔に比べて、消化管を使うため、より口から食べることに近い状態である。 ・経口摂取との併用時に、より自然に近い形となる ・経鼻チューブと比べ挿入前の確認の手間がなく抜去のリスクも少ない ・長期の栄養をするのに感染のリスクが少なく、十分な栄養を供給できる。 ・管理のしやすさからデイサービスやショートステイ、施設などのサービス利用時にも受け入れやすい。 ・内視鏡で胃瘻造設術が行われるので、高齢者でも造設は可能。	・以前の胃瘻全盛の時代から、平成死ブームもあり、現在では胃瘻を避ける傾向にある。 ・胃に穴を開けるというイメージから、「胃瘻造設術は侵襲性が高い」というイメージがある。 ・胃癌等をしている場合や胃の前面に腸や脾臓がある場合など胃瘻ができない場合がある
点滴	腕や足の静脈から水分や栄養を補給する方法	・一時的な脱水等による水分電解質補給には有用。	・水分や電解質の調整はできるが、栄養は不十分であり、長期の持続点滴では低栄養となり体で処理できない症状が出現してくる。 ・末期持続点滴は、状態の悪化や死に向き合っていない、先延ばしの選択肢である。 ・末期持続点滴中は、自己抜去の可能性があり、状況によっては身体拘束の必要もある。 ・自己抜去の可能性や挿入前の確認など手間がかかり、デイサービスやショートステイ、施設等で受け入れの制限が多い。

監修：医療法人ゆうの森　たんぽぽクリニック　永井康徳医師

医療処置	概要	メリット	デメリット
中心静脈栄養（IVH）	鎖骨の下などの太い静脈に専用の柔らかい管を通す方法	・一定の期間治療を行えば、状態の改善が見込める場合や、消化管の機能障害で消化管が使用できない場合には有用。 ・十分な水分と栄養を確保できる。	・超高齢者に、病院の経営管理上の理由（中心静脈栄養を入れると入院の点数が高くなる）で、中心静脈栄養を入れるケースが多くなっています。本人の指定意思に沿った対応が求められます。 ・感染のリスクが人工栄養の選択肢の中で最も高い。 ・自己抜去の可能性があり、状況によっては身体拘束の必要もある。 ・自己抜去の可能性や挿入前の確認など手間がかかり、デイサービスやショートステイ、施設等で受け入れの制限が多い。
人工透析	腎臓が機能しなくなった時に、腎臓の機能を代行する装置を用い、血液の老廃物を人工的に取り除くこと	・腎不全となっても腎臓の機能を透析により代替できて生きることができる。	・週に3回1日数時間の、透析の時間の確保と通院が必要。 ・腹膜透析の場合は、自宅での透析が可能であるが、時間はかかる。
人工呼吸器	自身の力による呼吸が不十分になった時に、機械の力により呼吸を補助する方法。 鼻や口からチューブを直接気管に入れる方法（気管挿管）、喉に穴をあけてチューブを入れる方法（気管切開）、鼻や口にマスクをあてる方法がある。	・呼吸不全となっても肺の機能を代替できて生きることができる。	・呼吸器装着中は、声は出せない。 ・気管切開と常時ジョージ人工呼吸器の装着が必要となり、通常吸引も必要で身体的にかなり拘束され、また常時介護の必要があり、介護の負担も大きい。

監修：医療法人ゆうの森　たんぽぽクリニック　永井康徳医師



最後の時まで自分らしく生きることに寄り添う

執筆者：銀木犀〈浦安〉の介護職員

A様は、高度肺気腫の急性増悪から入院にて治療を受けられ、その後銀木犀〈浦安〉に入居されました。慢性並走性肺疾患（COPD）という病気の為、当然たばこは絶対に吸ってはいけないという診断が下っていましたが、たばこを吸うことこそが、A様の生きがいであり楽しみでした。「たばこを辞める気はない！」「たばこを吸いながら、その煙になって逝きたい」と断言されるほどでしたので、ご家族もその思いを尊重され、自由に生活させてあげたいとのことで、銀木犀を選んでくださいました。

ご入居当初は、たばこを吸われる際は必ず計測するようにと主治医からの指示があり、パルスオキシメータを首からかけて胸ポケットに忍ばせ、ご自分で酸素飽和濃度を測定され、一日に数回、本当にうれしそうにたばこを噛んでおられました。

ご入居時は、要介護2で、杖を使って移動されていましたが、毎日の楽しみが、笑顔と元気に繋がり、日に日にお元気になられ、更新認定では要支援1になるほどでした。やがて、杖も不要となり、公民館で本を借りて楽しまれることもありました。また、お花も大好きでいらしたことから、銀木犀の庭に植えてあるシャクナゲの手入れや剪定も自発的にお手伝い下さり、「来年咲く花も見られるかな」と素敵な笑顔でおっしゃってくださいました。

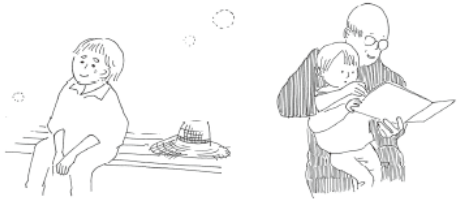
楽しいことを自由に続けられる生活が、こんなにも活き活きとした表情に繋がり、こんなに素敵な笑顔を拝見できるのだと、私たち職員は改めて実感致し、癒される日々でした。

2019年2月、散歩中の転倒により大腿骨頸部を骨折、病院からは手術適用との診断がありましたが、本人は拒否され、銀木犀で引き続き暮らすことを希望されました。車椅子生活になられてからも、一服の時間は、以前と変わらず至福と感じておられたようでした。

ADVANCE CARE Planning

高齢者住まいでのACP ④

命の生存期間を延ばすことはできないが残された日々に命を吹き込むことはできる



人生の最終段階に生き生きとした命を吹き込むことができるのが創造的なケアの力です

◆人生の最終段階においても、「暮らしの場」として、本人の望み・思いを叶えることが高齢者住まいの役割です。

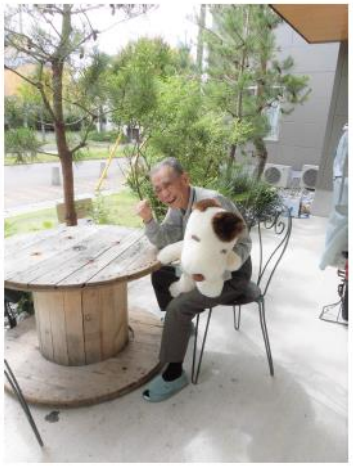
◆本人の意向・ご要望を汲み取りながら、思いを実現して差し上げましょう。本人の意思に基づき、人生の最終段階をよりよいものにプロデュースすること。介護職・高齢者住まい職員としての創造性（クリエイティビティ）を発揮すべき場面です。

ACP POINT / 04

自然な死を迎えるために目指すべき看取りとは「本人の望む医療やケアを尊重しながら、自然の過程で老衰死していく高齢者を見守るケアをすること」

自然な死を迎えるとき

状態	配慮すべきこと	検討すべきこと
数週間～1週間前 ・飲食がかなり減少、薬剤が飲めない、うとうとして寝ている時間が多くなる	・苦痛を減らすため関わりを工夫する ・ご家族に最後のときが近付いていることを伝える	・本人が欲しいと思うものを、欲しい量だけ、差し上げる
死の少し前 ・バイタルの低下や尿の減少、意識の変化がみられる ・飲食はほぼできなくなり、発語もほぼなくなる	・返事がなくても意識的に話しかける、触れる ・不安を感じているスタッフをフォロー ・家族に状況説明と、この時期のかかわり方の説明	・かかわろうとする意度が大切 ・家族がかかわりやすくする雰囲気づくり
死の直前 ・血圧が測定できなくなり、尿も出なくなる ・呼吸は荒く（喘呼吸）、四肢が冷く紫色になる ・口門が緩む	・反応がなくても意識的に話しかける、触れる ・不安を感じるスタッフをフォロー ・家族に状況説明。いつ最期を迎えるかは正確に予測できないことを説明	・必ずしも、家族が死の瞬間に立ち会えるとは限らないことを念頭に置く（病院も同様）
死後 ・血の気がなくなり、ゆっくりと死後硬直が生じる （明確な「死の瞬間」は存在しない）	・家族とともに話しかける、触れる ・本人と家族の頑張りを共有し、讃え合う ・エンゼルケア（死亡診断後） ・グリーフケア	・「高齢者住まいで看取れた」ことを認め合い、次の機会に活かせるポイントを整理



その後、入居から2年たち、いつも笑顔のA様にも、徐々に最期の時が近づいてまいりました。

主治医より、「酸素飽和濃度が90％以上のときはタバコOK」との指示が出ていました。吸いたい時に酸素飽和濃度が低いと、ご自身で測定する指をさすって、90％以上になると微笑まれるということもありました。

寝たきりの状態になるギリギリまで、本人の希望で喫煙所まで介助し、おいしそうに一服されていた姿がとても印象的でした。

さらに時は経ち、2019年9月8日、居室にて主治医より「いつ何時、何が起こるかわからない状況です」と娘様にお話しがあり、その場に所長と私も同席しておりました。その時所長が「先生にお願いがあります。A様は本当にタバコがお好きで、ご本人も最後の最後までタバコを吸いたいと希望しておられました。もし吸える状況であれば思いをかなえて差し上げたいのですが…いかがでしょうか」とお話いたしました。主治医が少し悩んだ様子で「娘様のお気持ちは」とお聞きになったところ、娘様は「今、所長さんがお話してくださったように、本人もきっと吸いたいと思います。できれば本人の希望通り吸わせたい」とお答えになられたのです。主治医も「わかりました。最期だと思うので吸えるようでしたら構いません」とおっしゃってくださいました。

連携していた訪問看護の看護師も本人の意向を尊重し、「たばこが吸えるときに職員さん達が不安でしたら私たちも協力しますので夜中でも呼んでください」と言ってくださいました。

9月8日、呼吸も安定しておりお目覚めでもあったので、「たばこ吸いますか」と確認致しましたところ、「吸いたい」と身体を動かされました。ご自身で、「たばこを吸おう」とする意欲を見せられましたので、

たばこをお渡しし、火をつけたところ、ご自身でたばこを持ち、ベッド上でとても美味しそうに煙をくゆらしておられました。そしてそれは次の日も同じように…。

そのご様子を拝見しながら、私はそれまでA様が喫煙所で楽しそうにたばこを喫まれていた姿を思い出しました。同時に好きなたばこを最後まで存分に楽しんで欲しいと思ったのです。

9月11日朝、A様は眠るようにお亡くなりになりました。

苦しむ表情もなく、最期の時まで大好きなたばこを吸いながら、満足そうに穏やかで眠っているような表情で…。

たばこは「百害あって一利なし」とよく言われます。一般論として、身体にも良いことはなく吸わないに越したことはないことは私たち職員一同重々承知です。

しかしながら、少なくともA様にとっては、たばこと過ごすひと時が、確かに素晴らしい思い出と喜びに繋がったと確信しておりますし、最期の時までA様らしく生きて頂けたことに係わることができ、介護職員としても心から誇りに感じております。

銀木犀より、今まで撮りためたお写真をご家族様へ良い思い出としてお渡ししました。お別れ会の際に遺影としてご家族が選んでくださった写真は、私が撮ったもので、「これが一番良い笑顔だったので」とおっしゃってくださいました。

お別れ会では、入居から今まで、感謝の気持ちも添えて、入居者様、職員で見送る事ができました。

お見送りの時のA様の綺麗なお顔と、残されたご家族様の思い残すことがない程の安堵された表情を拝見し、感謝のお言葉を頂くことができ、最後まで本人の思いに寄り添い、その人らしい笑顔で暮らしていただく、これこそが銀木犀の看取りだと実感いたしました。

Q. 最期が近づいてきたときに、家族とどう接し、思いに寄り添うことができますか？

A. なるべくご家族にも関わっていただきましょう

◆**日々のケアがそのままグリーフケアにつながります。**ご家族にできることをご提案し、「これでよかった」と思えるサポートをしましょう

状況・場面	家族への声掛けやアクションの例
数日前から、静かな深い息が続いている。	**「○○さん、お顔が穏やかですね。好きな音楽が聞こえて、お父さんと一緒に好きな珈琲飲んでるのかもしれないですね。」**スタッフからみた主観的な事実をお伝えする（特に眉間にシワが寄っていないかは確認する） 家族にも、**「一緒に珈琲をいかがですか？」**等声をかけ、思い出を語ってもらうよう声をかける。
ご本人の反応がなくても…	**「○○さんには、聞こえていますよ。」**声をかけながら、冷たくなった手や足をさする。家族がケアに参加参画できるように配慮する。
眠っている時間が長くなり、目を覚まされた時に、混乱したり、何かわからない事を話したりすることがある。（「せん妄」という）	**「人生の幕引きをするための準備であり、誰にでも起こりうることですよ。」** 自然な経過であることをお伝えする
足の裏の色が変わってきたら、その時は間近。 呼吸が時々止まったり、大きな呼吸をされたりする。	**「喘鳴（ゼロゼロ）が、辛そうに見えるかもしれませんが、苦しいからではありません。大丈夫ですよ。」「お別れが近づいているように感じます」** お別れが近づいていることを率直に伝える。 身体の向きを少し変えてみると喘鳴が小さくなることもある（安楽な体位）
呼吸が、時に途切れ、声をかけるとふっと息を吹き返すような場面を繰り返し、息も細くなり、止まる。	**「呼吸が止まった時間、止まっていることに家族が気づいた時間を見ておきましょうね。」** 最期まで耳は聞こえていますから、話しかけてあげてくださいね。
人生を生ききった本人への感謝の気持ち、それでもお別れのつらさ・哀しさの共有をする。	**「穏やかな旅立ちでしたね。でも、もっと一緒にいたかったですね。○○さんから、たくさんのこと教えて頂きました。私たちも感謝の気持ちでいっぱいです」**
最期の時に、家族が共に過ごせなかった場合、家族は後悔の気持ちを抱く。	**「最期の時を、娘さんには見せたくなかったのかもしれませんね。最期までお母さんですね」** 最期のときに間に合わないことがあることは事前に伝えた上で、死別前にお別れする時間が取れるように配慮する。

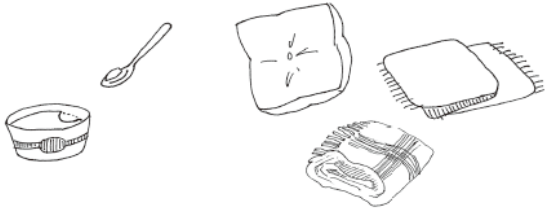
Q. 最期が近づいてきたときに、介護職としてできることは何ですか？

A. ケアとしてできることは数多くあります。医師等と相談しながら本人のご要望をなるべく叶えて差し上げましょう

◆最期が近付いても過度に恐れる必要はありません。**普段のケアの延長と考え、本人が望んでいること、喜ぶであろうことを叶えましょう。**

ケアの種類	具体例
食事がとれなくなった時のケア	・栄養にこだわらず、食べたいものを食べたい時に、食べたいだけ提供する。 （食欲が無くてもシャーベット、アイスクリームなど食べやすいことも）
意識の変化に関するケア	**【つじつまの合わないことを言う場合】** 否定せずに付き合い、本人が安心できるような会話で対応する。普段どおりの声かけ、静かに手足をさすることも。 **【混乱がひどく興奮が激しい場合】** まずは上記と同様の対応。興奮が続く場合は、医師・看護師に相談して精神科の処方をしてもらう場合も。 **【声かけに反応しなくなった場合】** 最後まで一人の「人」として尊重を持って接します。意思の疎通が無かったとしても、本人が好きだったこと、気持ちのよかったことなど、できることを続けていくとよいでしょう。耳は最後まで聞こえるといわれていますので、これまでと同じように「○○さん」「お身体を拭きますね」と声をかけることが大切です。
循環の変化に関するケア	血圧の変化や尿量の変化に対してできることはほとんどありません。 手足の紫色、冷感、顔が触れにくいことは看取りが近いことを意味するので、家族に傍にいてもらい一緒に見守ります。
呼吸の苦痛へのケア	**【息苦しさがある場合】** 息苦しさを和らげるケアを行います。 （枕を使ったりベッドの頭側を高くして楽になる姿勢を工夫する、部屋の環境を整理する（温度調節、風を入れる）、ゆっくり背中をさする、など） **【痰、喘のゴロゴロがある場合】** 痰やゴロゴロを和らげるケア （首を横に向けるなど姿勢の工夫、喘鳴や痰を細かくぬぐう、スポンジブラシを活用する、など）
口の渇きへのケア	口腔内を清潔に保つ（うがいｏｒスポンジブラシ、ウェットティッシュなどを使ってこまめにぬぐう） 氷のかけら、シャーベット、アイスクリームなどを口に入れる、など
自分で体を動かせないことへのケア	少しずつ姿勢を変える。 （手や足の位置を変える、しっかり横を向く側臥位、軽く横を向く側臥位など段階的に体位を変える、など） 枕やクッションを使って本人が安楽な姿勢を探す。
清潔を保つためのケア	入浴が体力的に厳しい情況になっても、ベッド上での洗髪、手浴、足浴、口腔ケア、などを行う

出典：あおぞら診療所「介護職のための医療とのつきあいかた」（メディカ出版）p.92-95



Q. ご家族が、「何もしないのは不安だから病院で」と希望されたとき、どう対応したらいいですか？

A. ご本人の意向がまず重要です。ご本人が高齢者住まいでの生活を望んでいるなら、家族に病院で過ごすリスクや点滴等の医療的処置のデメリットについてご理解いただく必要があるかもしれません

看取りの時に点滴をしないと看取りの質が高まる！

看取りの時に点滴をしない

亡くなる最期に点滴していませんか？

1. いつか亡くなる死に向き合う
2. 吸引をしなくて良い
3. 最期まで食べられる
4. やりたいことが出来る
5. 「いい時間」が過ごせる
6. 住み慣れた場所へ帰れる

穏やかな最期を医療が実現をしない！

監修：医療法人ゆうの森 たんぽぽクリニック 永井康徳医師

◆病院は病気を治すところ。死ぬまでお世話になるところではない。

◆病院では誤嚥すると絶食となる。

◆長く入院すると、認知機能面が低下してくる。

◆病院でのケアは施設や在宅より手薄な場合が多い。

◆入院をする際に、そのまま病院で亡くなる可能性も考えながら、どんな最期を迎えたいと思っているのかに思いを馳せて考える必要あり

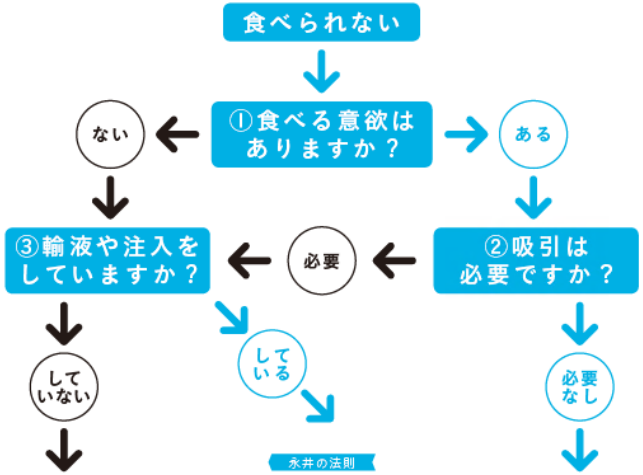
◆病院では、自分らしさを最期まで維持することが難しい。

Q. ご飯が食べられなくなったらどうしたらいいですか？

A. ご本人の意向をまず確認しつつ、関係者と食べられる可能性を模索してみましょう

◆何よりご本人の食べる意欲を確認することが重要です。ご本人に食べる意思があるなら、輸液や注入などの処置の見直しの余地がないか医師にも相談してみましょう。

食べられない患者のフローチャート



「口から食べることは難しい」

この患者さんは経口摂取ができる可能性は少ないと考えられます。食事以外のことでも、様々な楽しみを一緒に探して提案しましょう

永井の法則

「食べたいものを大きな声で言える人は食べられる！」

輸液や注入を減量、できれば一旦中止してください。食べる意欲が出て、吸引が必要なくなれば食べれる可能性が高いです。約２割の人は食べれませんが、約８割の人は経口摂取でき、約６割の人は全量摂取できるようになります。

「食べられますよ！」

この患者さんはおそらく食べられると思います。口腔ケアと嚥下リハを行いながら、積極的に経口摂取を進めましょう。

監修：医療法人ゆうの森 たんぽぽクリニック 永井康徳医師

意向確認シート

当シートは、ご入居者やご家族の皆様が安心して日々の生活を過ごしていただけるように、当住まいで生活をされていく上で起こりうる様々な場面におけるご意向を、事前にお聞きしております。

この確認はあくまでも現時点での意向確認であるため、ご意向に変更がある場合はいつでもご変更いただけます。場合によってはご記入いただいたご意向に添えない場合もございますのでご了承ください。

	ご確認内容	ご回答欄（☑をご記入願います。）
急変時	緊急時に、希望する搬送先はありますか。 （※ご希望の病院での受け入れができない場合は、可能な病院への搬送となります。）	□第一希望：医療機関名＿＿＿＿＿＿ 主治医＿＿＿＿＿＿ □第二希望：医療機関名＿＿＿＿＿＿ 主治医＿＿＿＿＿＿ □希望なし
	以下の説明を受けました。 □救急搬送の際など、必ずどなたかと連絡がとれるようお願いいたします。連絡がとれない場合は、当シートに基づき、当住まい職員等が判断させていただきますので、予めご了承ください。	
終末期	医師により治療しても回復の見込みがないと診断された場合、最期の時を「どのように」過ごしたいとお考えですか。	□病院にてできる限りの救命・延命治療を希望します。 □銀木犀にて看取り援助のもと最小限の治療（苦痛を取り除く等）で、自然な形で迎える最期を希望します。 □ご自宅に戻って最期を迎えたい。 □その他（　　）
	看取り援助に至る前に、当住まい内で呼吸停止されているのを発見した際、どのような対応を希望しますか。 （※この設問は上記の設問で最期を銀木犀で迎えたいと希望された方が対象となります。）	□救急搬送せず往診医（又は嘱託医）による診断を希望します。（※住まいのタイプにより、事前に在宅療養支援診療所とのご契約が必要になる場合があります。） □救急搬送し、病院の医師による診断を希望します。 （※救急依頼時、状況によっては警察が介入する場合があります。） □その他（　　）
	以下の説明を受けました。　□ご永眠時、場合によっては警察が介入することがあります。	
その他	ご永眠後、当住まいでのお別れ会を希望されますか。（※この設問は、病院で最期を迎えられた方も対象となります。）	□はい □いいえ

ご記入後は、コピーを「ご入居者様控え」として、大切に保管ください。

ご確認日：　　年　　月　　日

ご入居者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

ご家族氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　（続柄　　）

立ち会い職員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

Q. 本人の意向をどのように記録に残したらよいでしょうか？

A. 「意向確認シートを活用したり、ノートに本人の意思や思いを書いてみましょう

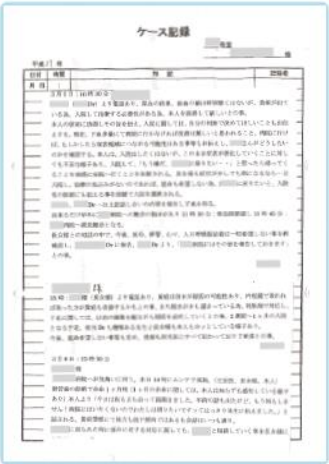
◆高齢者住まいの入居時に、「意向確認シート」を活用して、本人の意向を確認してみましょう。

◆本人の身体状況の変化があった時や年に１回は、再度、本人の意向を確認しましょう。

◆本人の意向が変わった時は、いつでも変更ができることを本人に伝えましょう。

◆次のページに、「意向確認シート」の参考を掲載しています。（出典：株式会社シルバーウッドより提供）

参考：実際に記載されたノート



◆本人の状態などの状態等の変化によって意向が変わってくる事もあります。色々なタイミングで意向を確認し、大切なことは記録に残しましょう。

◆本人の意向をそれまで共有していても、状況等の変化によって家族の気持ちが揺れたりすることもります。「何よりも重要なのは本人の意向」という原理原則に立ち返り、揺れる家族と話し合い、寄り添いましょう。

ADVANCE CARE Planning

思いを受けとめ ここでの暮らしを
"生ききる"ことに伴走する

高齢者住まいでのACP実践の手引き

STAFF

制作

令和元年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業
「高齢者住まいにおけるACPの推進に関する調査研究事業」
＊
「高齢者住まいにおけるACPの推進に関する調査研究」委員会

委員名簿

（50音順・敬称略）

氏名	所属・役職
宇都宮 宏子 ◎ Hiroko Utsunomiya	在宅ケア移行支援研究所宇都宮宏子オフィス 代表
下河原 忠道 Tadomichi Shimogawara	株式会社シルバーウッド 代表取締役
富岡 斉実 Seiemi Tomioka	医療法人社団クリタ会 聖カタリナ病院 看護師
永井 康徳 Yasunori Nagai	医療法人ゆうの会理事長 たんぽぽクリニック
長田 洋 Hiroshi Nagata	高齢者住まい事業者団体連合会 幹事／事務局長
中本 恭太郎 Kyotaro Nakamoto	メディカル・ケア・サービス株式会社 認知症戦略室室長
柳澤 優子 Yuko Yanagisawa	一般社団法人 Life&Com 代表理事
山川 みやえ Miyae Yamakawa	大阪大学医学系研究科保健学専攻 准教授 公益財団法人浅香山病院 臨床研修特任部長

◎＝委員長

事務局

株式会社日本総合研究所
令和２年３月

※本調査研究は、令和元年度老人保健健康増進等事業として実施したものです。

令和元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

高齢者住まいにおけるACPの推進に関する調査研究事業　報告書

令和2年3月

株式会社日本総合研究所

〒141-0022　東京都品川区東五反田2-18-1　大崎フォレストビルディング
TEL:　03-6833-6300　　FAX:03-6833-9480