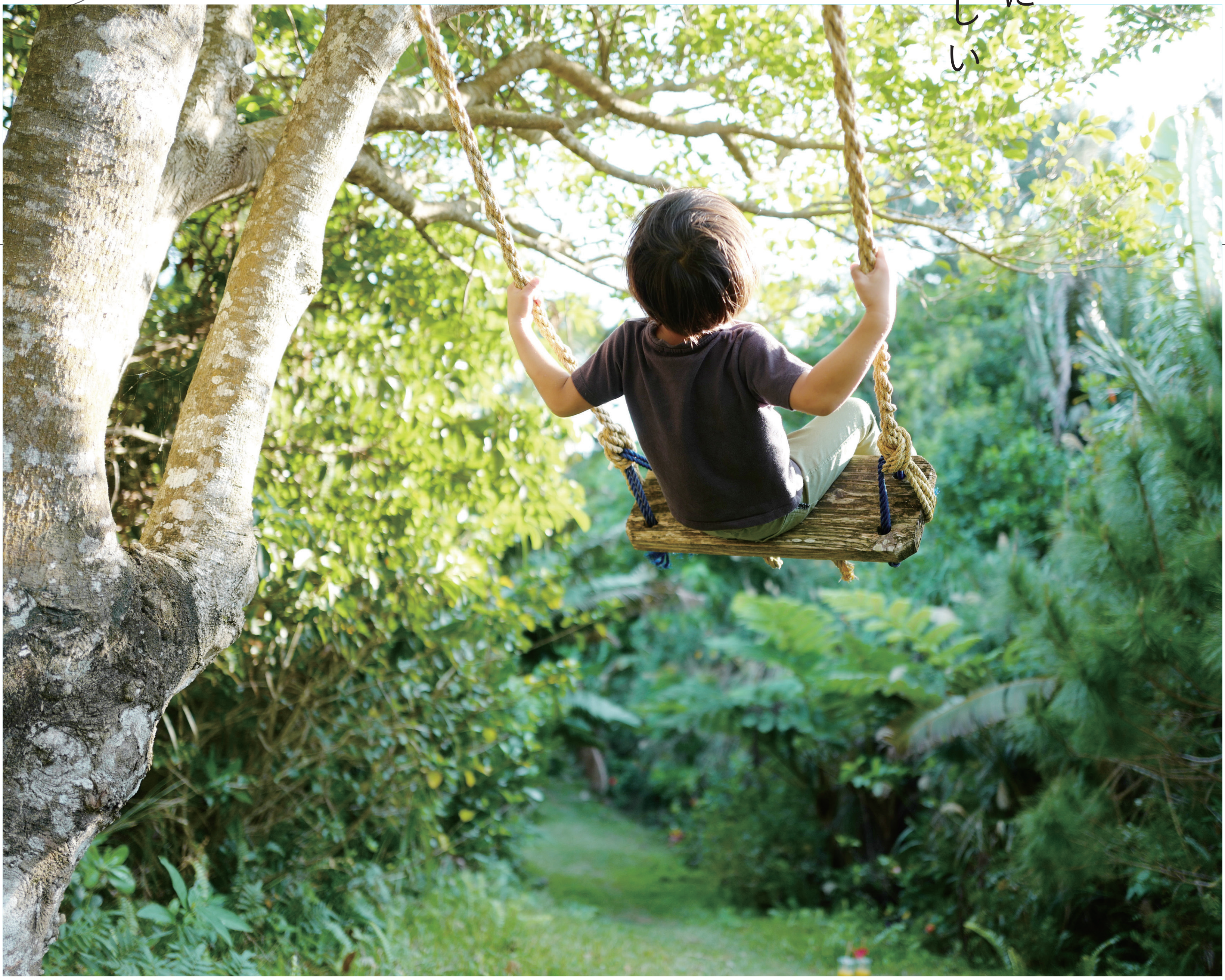
ADVANCE CARE Planning

本人の内なる声に
耳を傾けてほしい

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



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」

ACPの手引き_200406+.indd 1 2020/04/08 11:22

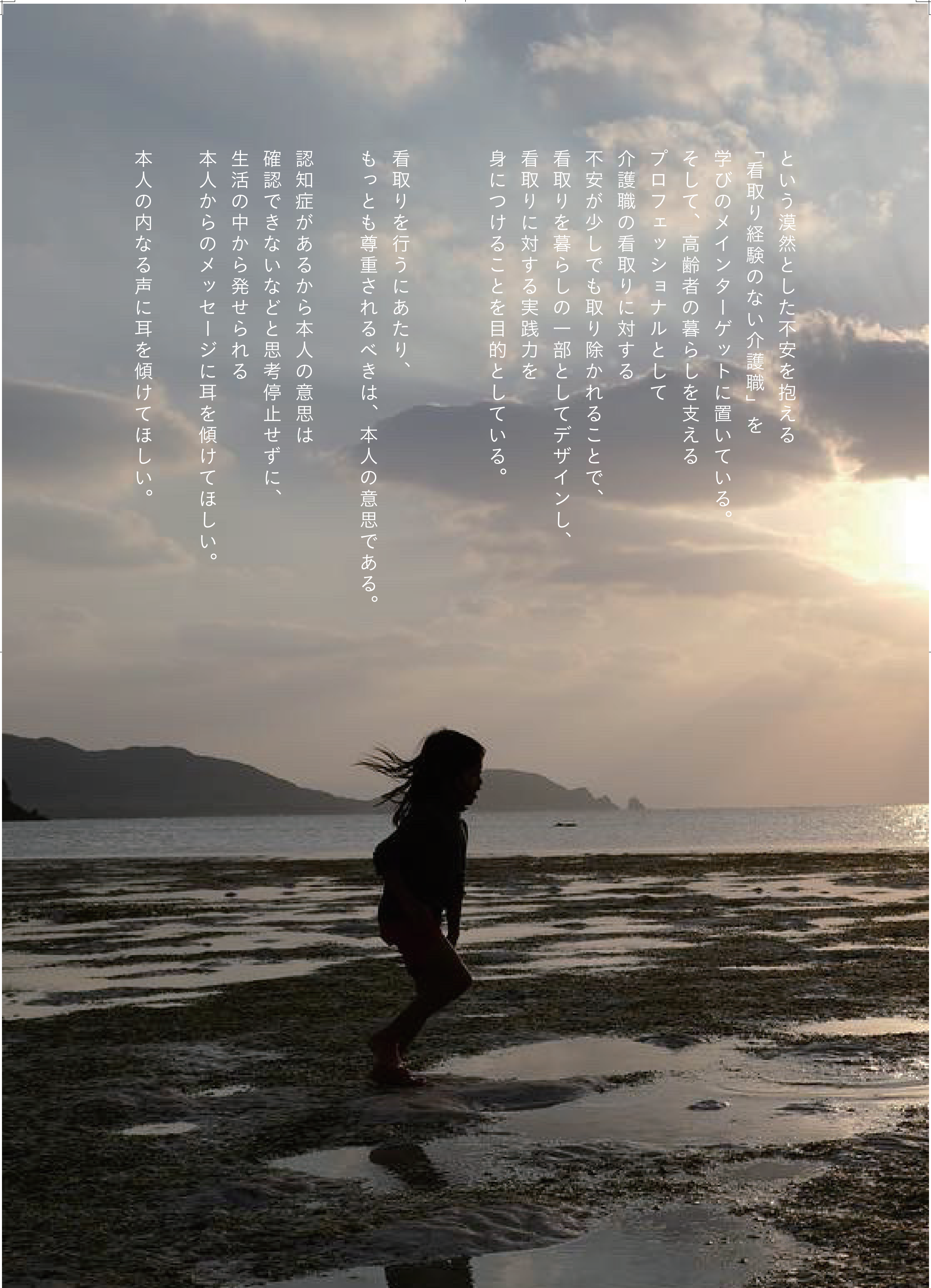
国民の多くが住み慣れた自宅
または高齢者住まいで
最期を迎えることを希望している。

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
看取りの場の確保が
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。

本冊子は、高齢者向け住まいを
「自然な老衰死の場」と
することを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のか、

ACPの手引き_200406+.indd 2 2020/04/08 11:22



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。

ACPの手引き_200406+.indd 3 2020/04/08 11:22

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ACP ①
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ACP ②
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ACP ③
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ACP ④
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

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」**(※)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。

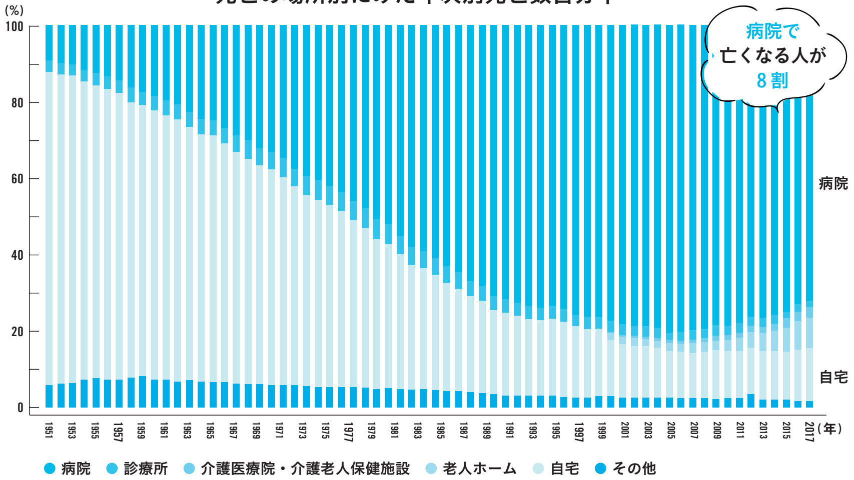
何より重要なのは、「人生の終盤の舞台となる生活の場がどこで」あり、それが人生の最期を「生ききる」場所として「本人の意向」に沿ったものであるかどうかです。

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。

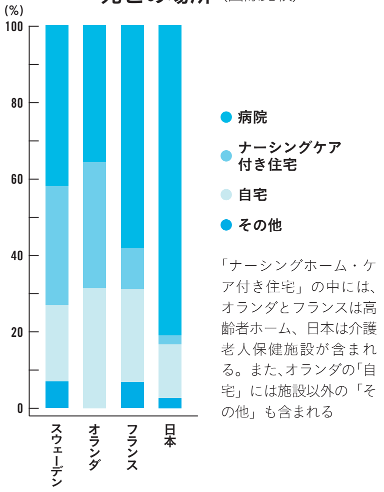
※平成24年度「高齢者の健康に関する意識調査」によれば、**最期を迎えたい場所として「自宅」が54.6%で第1位**、次いで「病院などの医療施設」が27.7%となっています。

(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）



出典：2012年3月 ILC-Japan
「終末期、看取りについての国際制度比較調査」

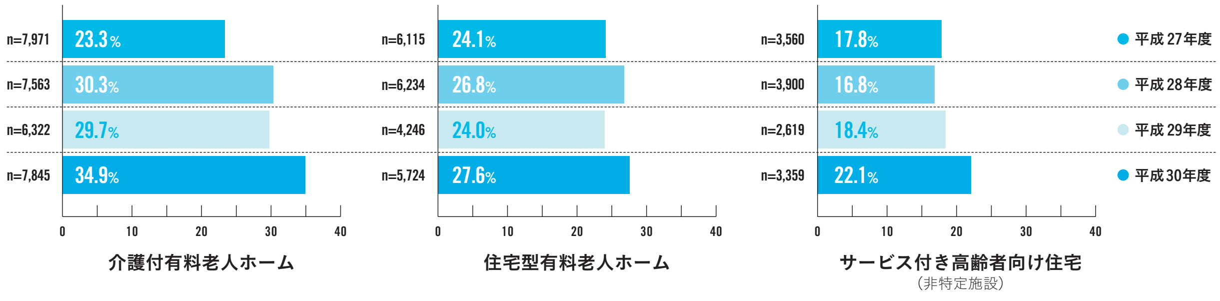
｜参考｜ 看取り場所の選択肢としての高齢者住まい

・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

ACPの手引き_200406+.indd 5　2020/04/08 11:22

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。

ACPの手引き_200406+.indd 6 2020/04/08 11:22

ADVANCE CARE Planning

高齢者住まいでのACP Ⅰ

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定めています。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〟

ACPの手引き_200406+.indd 8 2020/04/08 11:22

「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。

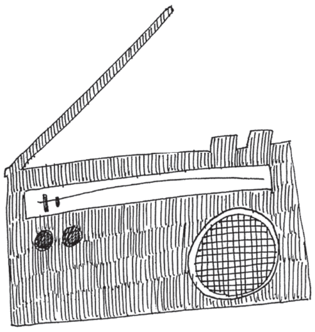
翌朝、管理者が病院に行って、治療継続と言われ、入院が続きました。半年ぐらい後に、呼吸器をつけて、意識も戻らず、転院した先の病院で亡くなったと、家族から連絡がありました。

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。

ACPの手引き_200406+.indd　9　2020/04/08　11:22

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



ACPの手引き_200406+.indd　10　2020/04/08　11:22

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。

１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。

ACPの手引き_200406+.indd　11　2020/04/08　11:22

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、好きなこと嫌いなこと…。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B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。

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

ACPの手引き_200406+.indd 13 2020/04/08 11:22

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、骨折など一時的な憎悪を繰返し、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

ACPの手引き_200406+.indd 14　2020/04/08 11:22

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

ACPの手引き_200406+.indd 15 2020/04/08 11:22

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。**

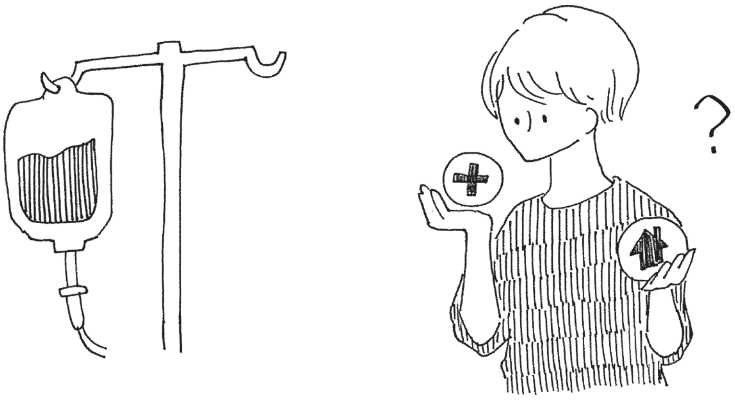
ACPの手引き_200406+.indd　16　2020/04/08　11:22

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、嚥下の邪魔となる。 ・注入前に聴診器等で胃泡音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注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	・輸液に比べて、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注入前の確認の手間がなく抜去のリスクも少ない ・長期の療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、超高齢者でも造設は可能。	・以前の胃瘻全盛の時代から、平穏死ブームもあり、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。 ・胃全摘術をしている場合や胃の前面に腸や肝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。 ・末梢持続点滴は、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。 ・末梢持続点滴中は、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注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

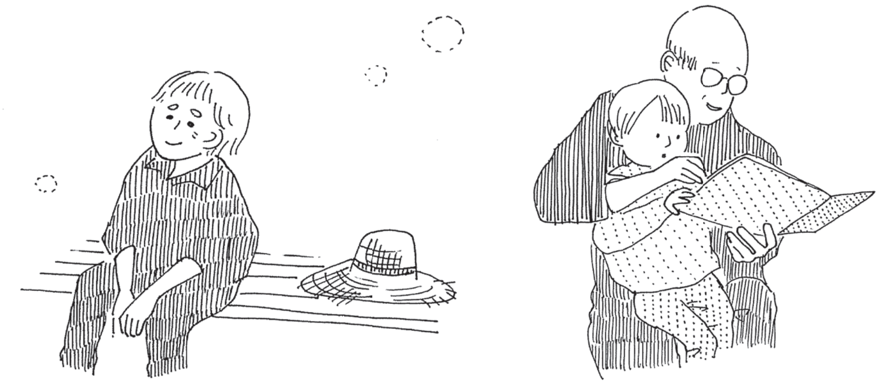
医療処置	概要	メリット	デメリット
中心静脈栄養（IVH）	鎖骨の下などの太い静脈に専用の柔らかい管を通す方法	・一定の期間治療を行えば、状態の改善が見込める場合や、消化管の機能障害で消化管が使用できない場合には有用。 ・十分な水分と栄養を確保できる。	・超高齢者に、病院の経営管理上の理由（中心静脈栄養を入れると入院の点数が高くなる）で、中心静脈栄養を入れるケースが多くなっています。本人の推定意思に沿った対応が求められます。 ・感染のリスクが人工栄養の選択肢の中で最も高い。 ・自己抜去の可能性があり、状況によっては身体拘束の必要もある。 ・自己抜去の可能性や注入前の確認など手間がかかり、デイ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、適宜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

ACPの手引き_200406+.indd　18　2020/04/08　11:22

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、錠剤が飲めない、うとうと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	・かかわろうとする態度が大切 ・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（肩呼吸）、四肢が冷たく紫色になる ・肛門が緩む	・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

ACPの手引き_200406+.indd 19 2020/04/08 11:22

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嗜んでおられました。

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。

ACPの手引き_200406+.indd　20　2020/04/08　11:22

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、

ACPの手引き_200406+.indd 21　2020/04/08 11:22

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嗜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。

ACPの手引き_200406+.indd　22　2020/04/08　11:22

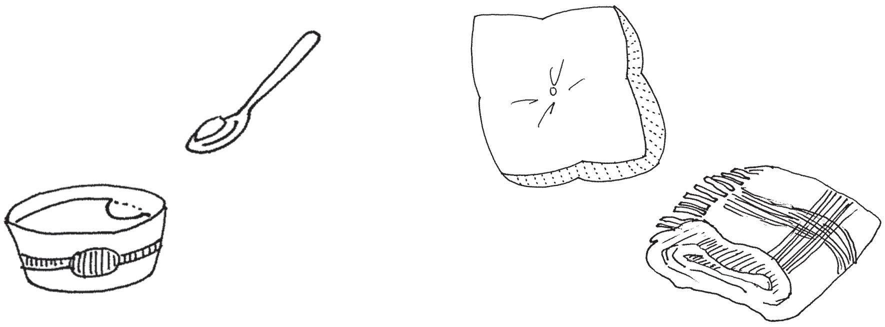
Q. 最期が近づいてきたときに、介護職としてできることは何ですか？

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

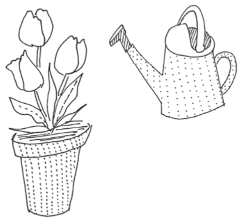
◆最期が近付いても過度に恐れる必要はありません。**普段のケアの延長と考え、本人が望んでいること、喜ぶであろうことを叶えましょう。**

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。
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姿勢の工夫、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』（メディカ出版）p.92-95



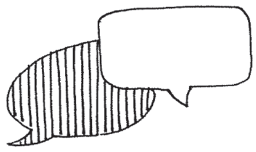
ACPの手引き_200406+.indd　23　2020/04/08　11:22



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。

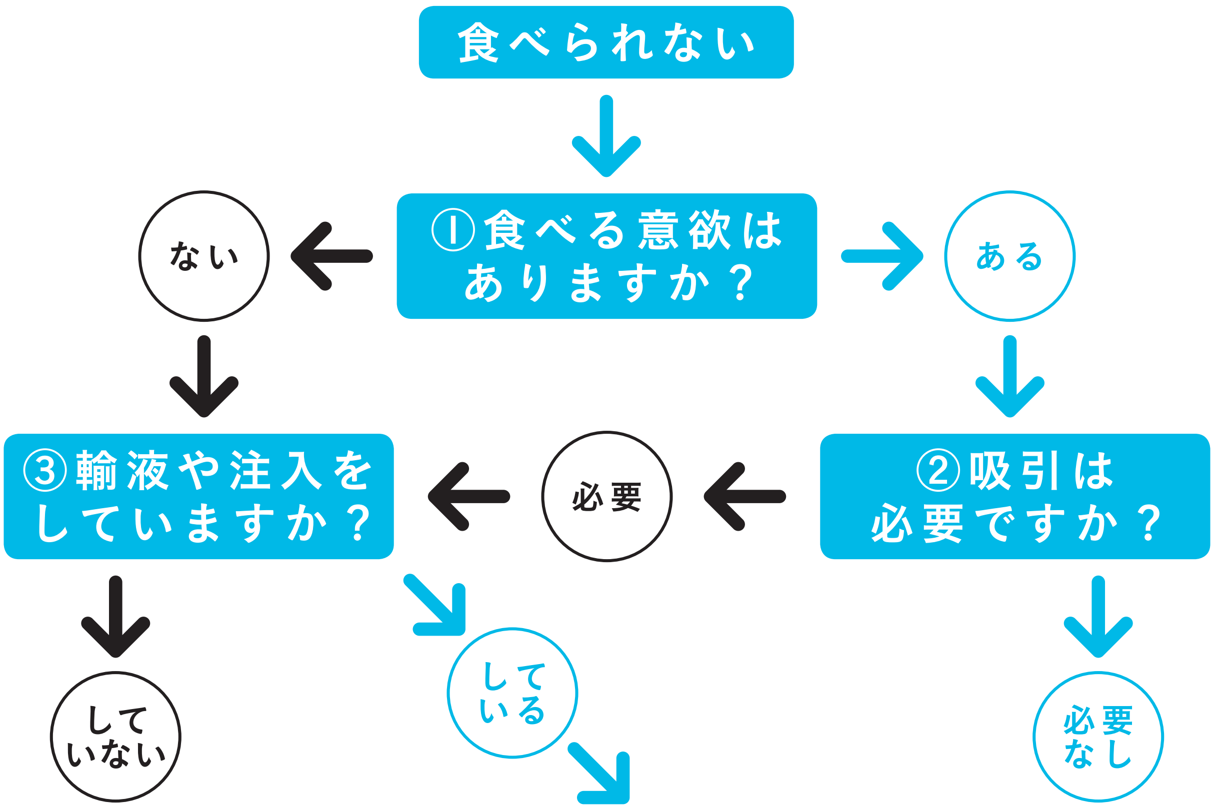
ACPの手引き_200406+.indd　24　2020/04/08　11:22

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

ACPの手引き_200406+.indd 25　2020/04/08 11:22

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邪魔をしない！

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。**

ACPの手引き_200406+.indd　26　2020/04/08　11:22

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

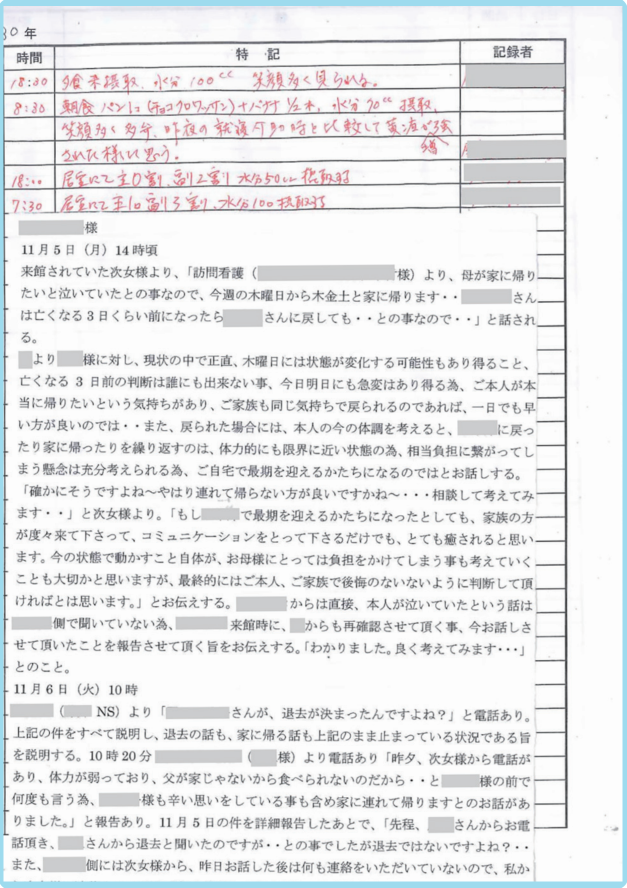
◆高齢者住まいの**入居時に**、「意向確認シート」を活用して、本人の意向を確認してみましょう。

◆**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



30 年

時間	特記	記録者
18:30	夕食 本摂取、水分 100cc 笑顔多く見られる。	[redacted]
8:30	朝食 パン1コ（チョコクロワッサン）＋バナナ 1/2本、水分 70cc 摂取。	
	笑顔多く 多弁、昨夜の就寝介助時と比較して黄疸が増強	
	された様に思う。	[redacted]
18:00	居室にて主0割、副2割 水分50cc 摂取する	[redacted]
7:30	居室にて主10割 副3割、水分100 摂取する	[redacted]

[redacted]様

11月5日（月）14時頃

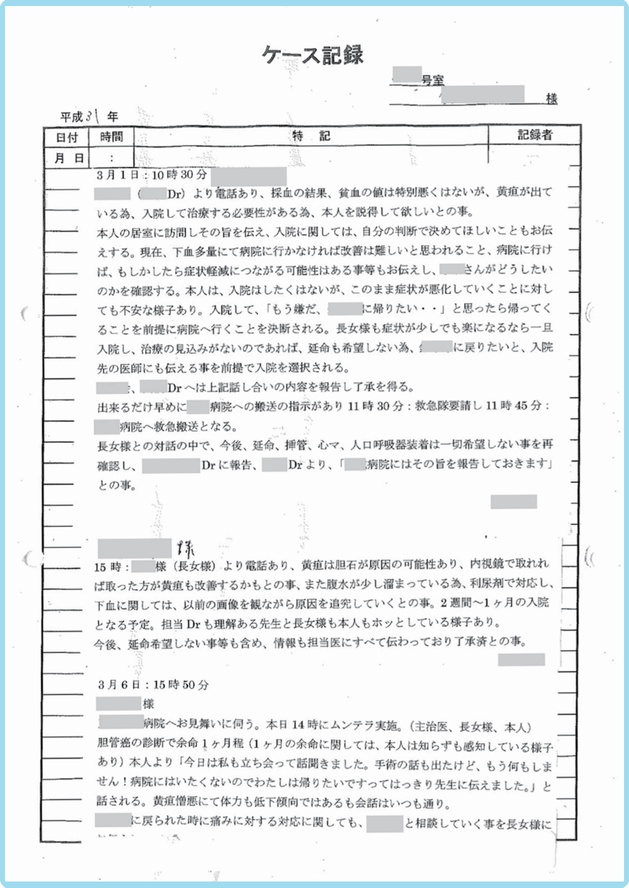
来館されていた次女様より、「訪問看護（[redacted]様）より、母が家に帰りたいと泣いていたとの事なので、今週の木曜日から木金土と家に帰ります・・[redacted]さんは亡くなる3日くらい前になったら[redacted]さんに戻しても・・との事なので・・」と話される。

[redacted]より[redacted]様に対し、現状の中で正直、木曜日には状態が変化する可能性もあり得ること、亡くなる 3 日前の判断は誰にも出来ない事、今日明日にも急変はあり得る為、ご本人が本当に帰りたいという気持ちがあり、ご家族も同じ気持ちで戻られるのであれば、一日でも早い方が良いのでは・・また、戻られた場合には、本人の今の体調を考えると、[redacted]に戻ったり家に帰ったりを繰り返すのは、体力的にも限界に近い状態の為、相当負担に繋がってしまう懸念は充分考えられる為、ご自宅で最期を迎えるかたちになるのではとお話しする。

「確かにそうですよね～やはり連れて帰らない方が良いですかね～・・・相談して考えてみます・・」と次女様より。「もし[redacted]で最期を迎えるかたちになったとしても、家族の方が度々来て下さって、コミュニケーションをとって下さるだけでも、とても癒されると思います。今の状態で動かすこと自体が、お母様にとっては負担をかけてしまう事も考えていくことも大切かと思いますが、最終的にはご本人、ご家族で後悔のないないように判断して頂ければとは思います。」とお伝えする。[redacted]からは直接、本人が泣いていたという話は[redacted]側で聞いていない為、[redacted]来館時に、[redacted]からも再確認させて頂く事、今お話しさせて頂いたことを報告させて頂く旨をお伝えする。「わかりました。良く考えてみます・・・」とのこと。

11月6日（火）10時

[redacted]（[redacted] NS）より「[redacted]さんが、退去が決まったんですよね？」と電話あり。上記の件をすべて説明し、退去の話も、家に帰る話も上記のまま止まっている状況である旨を説明する。10時20分[redacted]（[redacted]様）より電話あり「昨夕、次女様から電話があり、体力が弱っており、父が家じゃないから食べられないのだから・・と[redacted]様の前で何度も言う為、[redacted]様も辛い思いをしている事も含め家に連れて帰りますとのお話がありました。」と報告あり。11月5日の件を詳細報告したあとで、「先程、[redacted]さんからお電話頂き、[redacted]さんから退去と聞いたのですが・・との事でしたが退去ではないですよね？・・また、[redacted]側には次女様から、昨日お話した後は何も連絡をいただいていないので、私か



ケース記録

[redacted]号室

[redacted]様

平成31年

日付	時間	特記	記録者
月 日	：		

3月1日：10時30分 [redacted]

[redacted]（[redacted]Dr）より電話あり、採血の結果、貧血の値は特別悪くはないが、黄疸が出ている為、入院して治療する必要性がある為、本人を説得して欲しいとの事。

本人の居室に訪問しその旨を伝え、入院に関しては、自分の判断で決めてほしいこともお伝えする。現在、下血多量にて病院に行かなければ改善は難しいと思われること、病院に行けば、もしかしたら症状軽減につながる可能性はある事等もお伝えし、[redacted]さんがどうしたいのかを確認する。本人は、入院はしたくはないが、このまま症状が悪化していくことに対しても不安な様子あり。入院して、「もう嫌だ、[redacted]に帰りたい・・」と思ったら帰ってくることを前提に病院へ行くことを決断される。長女様も症状が少しでも楽になるなら一旦入院し、治療の見込みがないのであれば、延命も希望しない為、[redacted]に戻りたいと、入院先の医師にも伝える事を前提で入院を選択される。

[redacted]、[redacted]Dr へは上記話し合いの内容を報告し了承を得る。

出来るだけ早めに[redacted]病院への搬送の指示があり 11時30分：救急隊要請し 11時45分：[redacted]病院へ救急搬送となる。

長女様との対話の中で、今後、延命、挿管、心マ、人口呼吸器装着は一切希望しない事を再確認し、[redacted]Dr に報告、[redacted]Dr より、「[redacted]病院にはその旨を報告しておきます」との事。

[redacted]

[redacted]様

15時：[redacted]様（長女様）より電話あり、黄疸は胆石が原因の可能性あり、内視鏡で取れれば取った方が黄疸も改善するかもとの事、また腹水が少し溜まっている為、利尿剤で対応し、下血に関しては、以前の画像を観ながら原因を追究していくとの事。2週間～1ヶ月の入院となる予定。担当 Dr も理解ある先生と長女様も本人もホッとしている様子あり。

今後、延命希望しない事等も含め、情報も担当医にすべて伝わっており了承済との事。

[redacted]

3月6日：15時50分

[redacted]様

[redacted]病院へお見舞いに伺う。本日14時にムンテラ実施。（主治医、長女様、本人）

胆管癌の診断で余命1ヶ月程（1ヶ月の余命に関しては、本人は知らずも感知している様子あり）本人より「今日は私も立ち会って話聞きました。手術の話も出たけど、もう何もしません！病院にはいたくないのでわたしは帰りたいですってはっきり先生に伝えました。」と話される。黄疸憎悪にて体力も低下傾向ではあるも会話はいつも通り。

[redacted]に戻られた時に痛みに対する対応に関しても、[redacted]と相談していく事を長女様に

◆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。

ACPの手引き_200406+.indd　27　2020/04/08　11:22

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

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 Tadamichi Shimogawara	株式会社シルバーウッド 代表取締役
富岡 斉実 Satomi 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 Yasunoi Nagai	医療法人ゆうの森理事長 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

ACPの手引き_200406+.indd 29 2020/04/08 11:22