



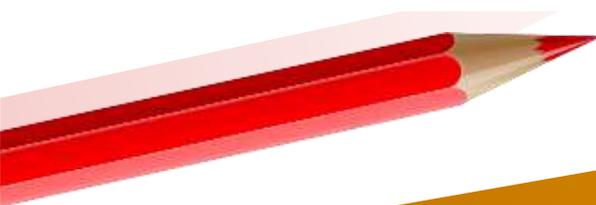
8月18日
2021



施設での人生アルバム 活用方法について



各務原市ALP (ACP)ワーキングチーム



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

さかのぼること 平成19年（2007年）

厚生労働省は平成18年3月

富山県射水市における「人工呼吸器取り外し事件」が
報道されたことを契機として

「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定。

「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報提供と説明がなされ、それに基づいて患者が**医療従事者と話し合いを行った上で、患者本人による決定**を基本とすること
- ② 人生の最終段階における医療及びケアの方針を決定する際には、医師の独断ではなく**医療・ケアチームによって慎重に判断**すること。
などが盛り込まれている。

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

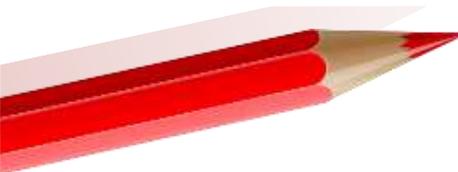
その後、平成27年3月

「人生の最終段階の決定プロセスに関するガイドライン」に
名称変更。

平成30年3月にはさらに次の改訂がされている。



【平成30年 ガイドラインの 主な改訂のポイント】1



高齢多死社会の進展に伴い、地域包括ケアの構築に対応する必要があることや、英米諸国を中心としてACP（アドバンス・ケア・プランニング）の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていることから、病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、**在宅医療・介護の現場で活用できるように改訂**されている。



アドバンス・ケア・プランニング (advance care planning)とは

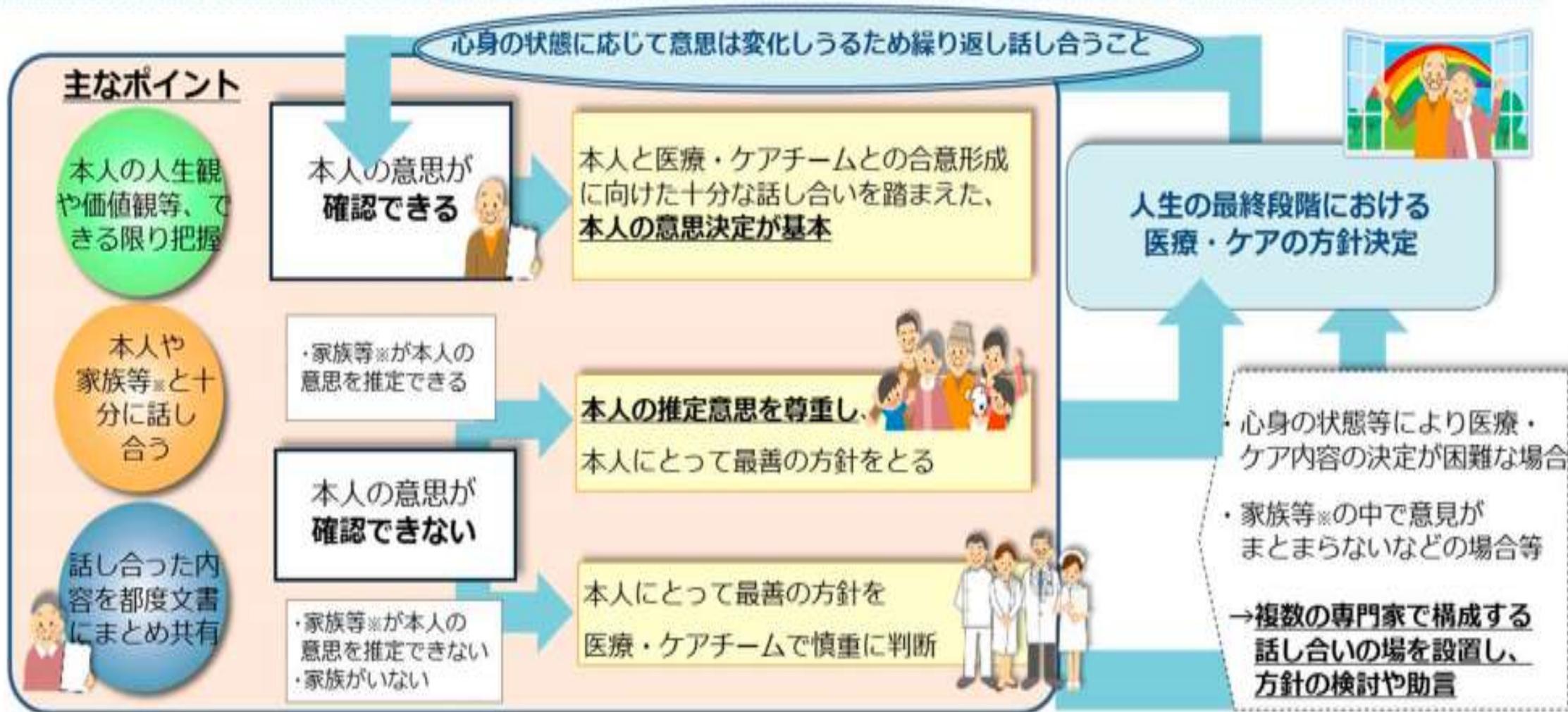


将来の変化に備えて将来の医療及びケアについて本人を主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが**繰り返し話し合いを行い**、本人による**意思決定を支援するプロセス**のこと。

東京都医師会ホームページから抜粋

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



※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ことから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。

【平成30年 ガイドラインの 主な改訂のポイント】2

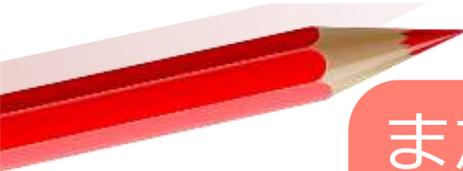
- 1 医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化。
- 2 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化するものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと（= A C P の取組）の重要性を強調。
- 3 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載。
- 4 今後、単身世帯が増えることを踏まえ「3」の信頼できる者の対象を、家族から家族等（親しい友人等）に拡大。
- 5 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載。



平成30年11月30日（金）厚生労働省はACP（アドバンス・ケア・プランニング）の愛称を「人生会議」に決定

選定理由

- ・ 意味が明確な単語の組み合わせにより、日常会話に浸透していくことが期待できる。
- ・ 家族等、信頼できる人たちと輪を囲んで話し合う、というイメージが湧く。
- ・ 「人生会議」の名称は、今後、ACPの普及啓発に活用し、認知度の向上を図っていく。



また11月30日（いい看取り・看取られ）を「人生会議の日」とし、人生の最終段階における医療・ケアについて考える日とする。



そこで、各務原市では

平成30年（2018年）

各務原市在宅医療・介護連携推進会議にて

「**今後の人生をどう過ごしていきたいか**」を家族や
近しい人と話す機会が作れるよう、各務原市民に合った
人生会議ツールを作成することが決まりました。



平成31年（2019年）4月

各務原市ACP（アドバンス・ケア・プランニング）

ワーキングチーム発足。



各務原市ALP (ACP) ワーキングメンバー
のご紹介 計12名

- フェニックスチーム強化型在宅療養支援診療所代表 医師 (座長) 長縄伸幸先生
- 病院医師代表 医師 川端邦裕先生
- 小林内科チーム強化型在宅療養支援診療所代表 医師 (副座長) 木田盛夫先生
- 歯科医師会代表 歯科医師 松本祐介先生
- 薬剤師会代表 薬剤師 山田英樹先生
- 地域包括支援センター代表 保健師 鈴木英予様
- 病院医療ソーシャルワーカー代表 医療ソーシャルワーカー 谷口純子様
- 訪問看護ステーション代表 看護師 渡邊みどり様
- 居宅ケアマネジャー代表 居宅介護支援専門員 小阪井恵子様
- 施設代表者 特養生活相談員 可児幽様
- 各務原市ふるさと福祉村代表 市民代表 山田良種様
- 鵜沼の輪「にんじん」会議代表 市民代表 山地隆文様





その後、ワーキングチーム名として一部追加がありました。

医療側からの意識が強い【アドバンス・ケア・プランニング】よりもその前の段階の「ライフ（人生、生活、命）」から考えていく事が、市民にとっては身近に考えてもらいやすいのではないかと意見があがり、ワーキングメンバー名称も各務原市ALP（アドバンス・ライフ・プランニング）ワーキングチームと変更されています



アドバンス・ライフ・プランニング (advance life planning)とは

- 自分の人生について考える機会をもち、**将来へ向けた計画**を立てること。
- 病気などの健康問題だけではなく、**社会化の課題**も大きく取り扱う。
- **死生観教育、人間観、人生観、倫理観の育成**といった生涯教育など、**教育的な意味合いが大きい**。
- 対象：人生のさまざまな出来事を乗り越えていく時期にある人が**ライフイベント**（恋愛、結婚、出産、育児、病気、進学、退職、就職、開業、介護経験、身近な方の死等）**を通じて自身の発達課題**としてどのように対処していけるかを考えていく。
- 自分自身のACPよりも**自分の親や祖父母を介してACPを知る機会**をもつ人たち。



支援提供の場は行政や教育機関・保健福祉の場で主に行われる。

「本人の意思を尊重する意思決定支援 南山堂」から一部抜粋



今後の各務原市市民啓発 活動の前に

まずは専門職の勉強会をそれぞれ関わる団体の中で繰り返し行い、人生会議ツールについて一般市民へ説明できる専門職の人数を確実に増やしていくことが、結果的により多く、深く市民へ働き掛ける機会を増やしていく事につながるのではないかという視点から、今回のような専門職の勉強会を各団体ごとで開いています。



またそれぞれの施設にてもう少し詳しく知りたい、ACPの研修会を開きたいという事がありましたら、ぜひ、支援ステーションまでお声をかけてください。

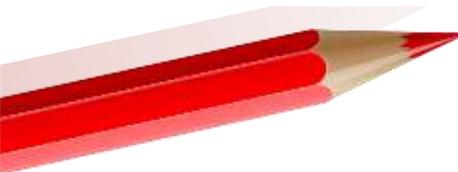


**各務原市版人生会議ツール
「人生アルバム」は
令和3年7月に完成しました。**

今年度の発行部数は**2千冊のみ**。

ただ配る、渡すのではなく、必ず専門職からの説明を受けてから市民の方にはお渡しする特別仕様となっています。

また、今回の冊子体験アンケート結果を元に再度編集され、来年度は3千冊を発行予定です。



各務原市生涯学習・まちづくり出前講座2021にて32番「やってみよう！人生会議」申込受付中です。一般市民への出前講座開始は10月からとなります。

人生アルバムの中身

- ・表紙はポケットになっています。
- ・冊子以外にちょっとしたものが挟めるようになっています。

- 
- ・冊子の表紙を開くと赤い名鉄電車と飛行機をデザインで使用し、各務原市らしさを出しました。
 - ・構成は過去・現在・未来に分かれています。書きやすい場面から書いていただくよう促しています。
 - ・未来には前向きな部分と「もしものとき」を考える2場面が入っています。
 - ・もしものときは、「ある物語」を載せて未来について少し想像が働くよう、例えの話を載せています。



ここまでは、各務原市版人生会議ツール
について支援ステーション職員から説明させ
ていただきました。

次に、ALPワーキングメンバー施設代表
可児さんから看取り加算を含めて少しお話さ
せていただきます。



施設での看取り介護加算 について

令和3年 介護報酬の解釈 青本から

介護記録に職員間の
連絡を取ったにもかかわらず施
は、連絡をし
継続的に連絡を取り続け、可能な限り家族の意思を
進めていくことが重要である。

⑦ 看取り介護加算は、利用者等告示第六十一号に定める基準に適合する看取り介護を受けた入所者が死亡した場合に、死亡日を含めて45日を上限として、施設において行った看取り介護を評価するものである。

死亡前に在宅へ戻ったり、医療機関へ入院したりした後、在宅や入院先で死亡した場合でも算定可能であるが、その際には、施設において看取り介護を直接行っていない退所した日の翌日から死亡日までの間は、算定することができない。(したがって、退所した日の翌日から死亡日までの期間が45日以上あった場合には、看取り介護加算を算定することはできない。)

なお、看取り介護に係る計画の作成及び看取り介護の実施にあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めること。

⑧ 施設を退所等した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能であるが、看取り介護加算は死亡月にまとめて算定することから、入所者側にとっては、施設に入所していない月についても自己負担を請求されることになるため、入所者が退所等する際、退所等の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ておくことが必要である。

⑨ 施設は、施設退所等の後も、継続して入所者の家族への指導や医療機関に対する情報提供等を行うことが必要であり、入所者の家族、入院先の医療機関等との継続的な関わりの中で、入所者の死亡を確認することができる。

なお、情報の共有を円滑に行う観点から、施設が入院する医療機関等に入所者の状態を尋ねた

通則
①-1 介護老人福祉施設 (介護報酬)
②-1 介護老人保健施設 (介護報酬)
②-2 介護老人保健施設 (特別療養費)
③-1 介護療養型医療施設 (介護報酬)
③-2 介護療養型 (特定診療)

2. (2) 看取りへの対応の充実 (その1)

ガイドラインの取組推進

- 看取り期の本人・家族との十分な話し合いや関係者との連携を一層充実させる観点から、基本報酬や看取りに係る加算の算定要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める。

短期入所療養介護、小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援、居住系サービス、施設系サービス

看取り期における本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を一層充実させる観点から、訪問看護等のターミナルケア加算における対応と同様に、基本報酬（介護医療院、介護療養型医療施設、短期入所療養介護（介護老人保健施設によるものを除く））や看取りに係る加算の算定要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める【告示改正、通知改正】。施設系サービスについて、サービス提供にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めることを求める。【通知改正】

2. (2) 看取りへの対応の充実 (その2)

施設系サービス、居住系サービスにおける看取りへの対応の充実

- 特養、老健施設や介護付きホーム、認知症グループホームの看取りに係る加算について、現行の死亡日以前30日前からの算定に加えて、それ以前の一定期間の対応について、新たに評価する。介護付きホームについて、看取り期に夜勤又は宿直により看護職員を配置している場合に新たに評価する。

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護付きホーム、認知症グループホーム

- 中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、看取り介護加算について、以下の見直しを行う。

- ・要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める。
- ・看取りに関する協議等の参加者として、生活相談員を明記する。(※特養、老健(支援相談員)、介護付きホーム)
- ・現行の死亡日以前30日前からの算定に加えて、死亡日以前45日前からの対応について新たに評価する区分を設ける。

死亡日以前31日～45日以下 (新設)

特養：72単位/日 老健：80単位/日

特定：72単位/日 GH：72単位/日



- 介護付きホームについて、看取り期に夜勤又は宿直により看護職員を配置している場合に評価する新たな区分を設ける。

【特定】 看取り介護加算(Ⅱ)(新設) 死亡日以前31日～45日以下：572単位/日 同4～30日以下：644単位/日

同2日又は3日：1180単位/日 死亡日：1780単位/日

令和3年度 アンケート

Q 2 : 看取りに関して困ったケース



○最後の時にご家族様がお会いできるように見極めるのが難しい。

少しずつ状態が低下してくる中でどのタイミングで、ご家族様に看取りの確認をするかが難しい。（1年に1度は意向の確認を行っているが「看取り」「自然な形」という言葉を出してご家族様に意向を確認するタイミングが難しい。）

○感染予防のため面会制限がある中で、本人及び家族が安心して最期を迎えられるようなコミュニケーションのとり方について

ケアチェック表の活用が不十分である。

利用者様の状態が急激に低下した時の対応。ケアの介入に躊躇されるスタッフがいる。

○介護職員（特に夜間帯）の負担が大きいことと、職員不足の為十分な看取り介護ができません。

コロナ禍の中ご家族様親族様の面会の緩和が不安です。

昨年より看取りを行うようになりました。不安なことばかりです。

○新人スタッフへの見取りに対する教育(精神的ダメージへのフォロー)

ご家族様への看取り介護についての説明（介護施設に医療を求めてくることがある）

身元引受人（ご家族様）が不在の場合での看取り介護

ご家族様が遠方の方で、ご逝去された際に、すぐに施設へ来れないケース

○看取り開始時とその後でご家族の考え方に変化があるのはとうぜんであるが都度言われることがバラバラで一貫性がないことが多々ある。

人間の死は自然な経過と受け入れる事が難しいスタッフもいた。ご家族と連絡の取れない事があった。

○職員の思い、家族の思い、利用者様の思いをまとめていくこと。

職員の知識や経験による 介護力の差

○入浴設備、寝台、クッション等設備的な面で不足を感じる点がある。



**Q 3 : ACPについてどのような
イメージがありますか？**

- 
- 
- その人がその人らしく思いに寄り添いケアをして最後の時を迎えるイメージ
 - それぞれの人生において本人の思い、家族の希望により添えるよう利用開始時に話し合いを持つ
 - 必要なことだと思いますが、全ての事柄の判断、タイミングなど計画することがとても難しいイメージです。
 - 施設に入居された時点での導入は難しいものがあるかと思いますが、病院で自分の人生なので最終段階どうしたいかを考えたり、伝えておける機会となったり、本人にとっても自分の身体のことを受け入れる準備になるのでは… また、前回見せていただいた様式が、入居者の方が入居前（自分のことが分からなくなる前）に記入できれば、少しでも思いが把握できるのではと期待したい。
人の気持ちは変わるものだという事も理解しつつだが・・・
 - 尊厳の保持のためにも、本人を主体とした、終末期の準備は必要なことだと思う。
 - もし何かあった時、認知症が進行して分からなくなってしまう前に、人生の色々な事を予測して自分がどうなりたいか、どうして欲しいのかしっかり伝えておく必要がある。
 - 元気なうちの関わりが大事である。きちんと記録に残さなければならない。

プラスαとして

看取りの事前確認書

- 看取り事前確認書はいつのタイミングでどのような形でご利用者並びにご家族へお話されていますか？
- 具体的にどのような内容が書かれた書式を使用されていますか？





では3グループに分かれて

看取りの事前確認書の件も含めながら、

- ①施設にて各務原市版人生会議ツール「人生アルバム」は
どういった方法であれば活用することができるでしょうか？
- ②看取りに関して施設職員として困った経験について

ディスカッションをしましょう！！

