

大切な人と

最期まで

自分らしい
生き方

話し合う

いのちの道標 パンフレット

地域で支える
あなたの未来の心づもり

私の思い

自分で
決めたい

相談



もくじ

はじめに

- 1 【要支援】 これからのことを相談したい…………… 4
- 2 【要介護1-2】 自分の生活にあったサービスを探したい …… 6
- 3 【認知症】 自分らしい生き方を大切な人と話し合う…………… 8
- 4 【要介護3】 安心して暮らせる住まいを選びたい…………… 12
- 5 【看取り】 これからのことを自分で決めたいな！ …………… 14

わたしの今の希望シート（情報共有シート）



はじめに

生活をするうえで、お手伝いが必要な体の状況となったとき（介護を受けるとき）や、自分で自分自身のことを決めることが難しくなったとき、どのようにしたら自分らしくいられるでしょうか？

これからの人生において、自分の大事にしていること、やりたいことなどの希望をもちながら自分らしく生活してゆくために、知っておきたいことがあります。

このパンフレットは、みえさんというおばあさんの生活が変わってゆくようすをたどることで、そのときどきに必要な知識が得られるようになっています。パンフレットの最後には、あなた自身やあなたの大事な方の体の状況が変わったときにどうして欲しいか、記入するページもあります。わからないことがあれば、かかりつけ医やケアマネジャーなど医療介護の専門職といっしょに記入しておくこと、あなたにもしものことが起こったときに、周りの人があなたの希望を大事にする判断ができるようになります。

あなた自身が自分らしく生活していくことについて考えるきっかけや、またご家族やあなたの大事な方・信頼している方、あるいは医療・介護関係者と話し合うきっかけとして、このパンフレットをご活用いただけると幸いです。

それでは、次のページからみえさんの人生の物語をご覧ください。





みえさん(76歳)は、
昨年夫を亡くし一人で生活しています。
買い物や月1回のかかりつけ医への受診は、
近くに住む長女のゆかさんが手伝ってくれます。
庭木や花の手入れが趣味で、
時々、孫や友達が訪ねて来たときに、
おしゃべりすることが楽しみです。



これからのことを相談したい



長女
ゆかさん

みえさん
(76歳)

みえさん(76歳)は、ある日家の庭で転んで右の太ももを骨折し入院して手術を受けました。リハビリをしましたが歩くのが不安定で、一人暮らしをすることが難しいため、さらに転院してリハビリを頑張りました。退院のめどがたったある日、友達が病院に見舞いに来ました。

大丈夫か～どうしとるかな～と思って…



友達
よねさん

よくなっとるよ～。もうすぐ家に帰れるのはうれしいけど、また転ぶんじゃないかと心配やなあ～



みえさん

一人暮らしやし、入院前より歩くのが不安定になってしもて…自分のことも前みたいにはできやんし…



長女
ゆかさん

でも自分の家がええな～。やっぱり家で暮らしたい。お父さんの仏壇もあるしな～。



みえさん

そうやな。けど、フラフラしとるよ。やっぱり一人暮らしはもう無理とちがう？



長女
ゆかさん

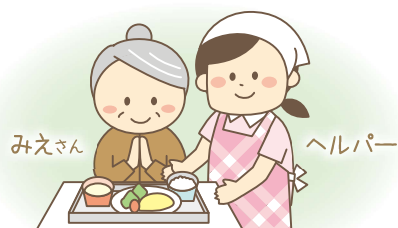
みえさん、あきらめたらあかんよ！
〇丁目の山本さんは93歳でも手術の後も一人暮らしをしとるよ。
そうや！**地域包括支援センター**へ相談してみたら？
きっといい方法が見つかるよ！



友達
よねさん

その後のみえさんの生活は

病院の**医療ソーシャルワーカー**にも相談し、長女のゆかさんが役所で介護保険を申請し、**要支援2**と認定されました。**地域包括支援センター**と相談し、**ホームヘルパー**と**デイサービス**を利用しながら一人暮らしを続けることになりました。



みえさん

ヘルパー



何もわからないけど…誰に相談すればいいですか？

相談先はいろいろ



かかりつけ医



市町村担当職員、
地域包括支援
センター職員



病院の職員、
担当医や
担当看護師、
医療ソーシャル
ワーカー等

介護を本人や家族だけで抱えこまずに、まずはあなたの身近にいる医療関係者やお住まいの地域を担当する地域包括支援センターに相談しましょう！

早めの相談が適切な対応につながります。

一人で悩まず、まわりに相談することでいろいろなサポートと出会えます！



地域包括支援センターとは？

お住まいのすべての市町村に設置され、**保健師**や**社会福祉士**、**主任ケアマネジャー**が中心となって、介護だけでなく、医療、保健などさまざまな**関係機関**と連携し、地域の高齢者とその家族の**暮らしを総合的にサポート**します。

（お住まいの住所によって、担当の地域包括支援センターが異なります。）

地域包括支援センターは、“高齢者のためのよろず相談所”です！



介護が必要にならないよう元気に過ごしたい！

お住まいの市町村では、これからも元気に生活ができるよう様々な**介護予防・日常生活支援総合事業**に取り組んでいます。

サービス内容はお住まいの市町村によって異なります。

お住まいの地域包括支援センターや市町村担当課にお問い合わせください！



「要支援1・2」に認定…どのようなサービスが受けられますか？

自立した生活が送れるよう支援するため、ヘルパーや予防デイサービス、ショートステイ、住環境の改善などの「**介護予防サービス**」があります。

お住まいの地域包括支援センターや市町村担当課にお問い合わせください！

自分の生活にあった サービスを探したい



みえさん (80歳) ケアマネジャー 中村さん

みえさんは80歳になりました。地域のデイサービスに友達と楽しく参加しています。時々、長女のゆかさんが様子を見に自宅を訪ねてきます。その時孫に会えるのが何よりの楽しみです。

そんな中、風邪をこじらせて肺炎で入院となり、その間に足腰が弱くなってしまいました。

退院後の生活を心配したゆかさんが、**地域包括支援センター**に相談し、**介護保険の区分変更申請**を行い**要介護2**と認定されました。

担当が地域包括支援センターから**居宅介護支援事業所**へ変更になり、これからの生活について相談するために担当の**ケアマネジャー**が家をたずねてきました。

POINT

みえさん、退院できてよかったですね。
家に戻ってから気になっていることないですか？



ケアマネジャー 中村さん



みえさん

ありがとな、中村さん。やっぱり家が一番やな～！
この家でずっと暮らしたいけど…一人では食事の準備も大変になっ
ても介護サービスを頼んだらお金がかかるやろ
これ以上、子ども達にも迷惑かけたくないしなあ…
どうしたらいいか…本当は心配なんさ。**何かいい方法はないかなあ？**



みえさん、だいじょうぶよ。**みえさんの望む生活にあったサービス**を探して、一人でも安心して暮らしていけるよう
みんなでお手伝いしますから！一度娘さんたちも一緒に話
し合ってみませんか？



ケアマネジャー 中村さん



みえさん

そうやなあ～。子どもらと話してみるかなあ。
中村さん、あんたも一緒にお願いや。

その後のみえさんの生活は

「**住み慣れた自分の家で家事がしたい**」という**本人の要望**を受け、介護保険を利用し、**訪問介護**（ヘルパー）や**通所リハビリ**（デイケア）でリハビリを受けながら、以前のように住み慣れた自宅で自分で家事をしなが
ら元気に過ごしています。





「介護保険」のサービスを利用するには？

支援や介護が必要になった高齢者等が、1～3割の自己負担でさまざまな介護サービスを受けられる「介護保険」。まず、本人や家族等が、**介護保険被保険者証**を持ってお住まいの市町村の**介護保険担当窓口**に行き、要介護（要支援）認定の申請をします。

「どのような介護がどの程度必要か」で7つの区分（**要支援1・2、要介護1～5**）のいずれかに認定された方が介護保険のサービスを利用することができます。

介護認定が出たら、居宅介護支援事業所を選び、契約し、担当のケアマネジャーを決めます。

介護認定は、早めの申請が不可欠です！



「ケアマネジャー」とはどんな人？

介護認定を受けた本人や家族の相談を受け、心身の状況に応じ、介護サービスを受けられるように介護サービス等の提供についての計画（ケアプラン）の作成や、市町村・サービス事業・施設、家族などとの連絡調整を行います。利用者は事業所リストから自由にケアマネジャーが従事する居宅介護支援事業所を選択することができます。**本人、家族が何でも相談できるようケアマネジャーと信頼関係を築くことはとても大切です。**

居宅介護支援事業所のリストは、市町村の担当窓口や地域包括支援センターで提供していますのでご相談ください。

高齢者が「自分らしい生活」を送れるよう支援します。



要介護認定後に「介護保険」で受けられるサービスは？

介護認定の区分（**要支援1・2、要介護1～5**）によって利用できるサービスも変わります。

▶各種サービス

- 介護サービスの利用にかかる相談、ケアプランの作成
- 自宅で利用するサービス（ホームヘルプ、訪問看護、訪問リハビリ等）
- 自宅から通って利用するサービス（デイサービス、デイケアなど）
- 施設等で短期間、宿泊して受けられるサービス（ショートスティ）
- 地域密着型サービス（訪問・通い・宿泊の組み合わせ、認知症高齢者を対象にしたサービス）
- 生活環境を整えるサービス（福祉用具の貸与、販売や住宅改修）
- 施設系サービス（グループホーム、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院など）



介護不安を解消、介護にかかるお金を正しく知ろう！

介護は、自分や家族だけで乗り切ることはできません。自分たちで抱え込まずに、**チームを組む**ことが大切です。どのような支援サービスを受けられるのか、専門職にはどのような人がいるのか、支えてくれる人は、どんなことができるのか、**かかる時間や費用**はどれくらいなのか、情報を集めて整理をし、**具体的な介護プラン**を**担当ケアマネジャー**や**地域包括支援センター**と一緒に考えていくことが大切です。

【家族のみなさんへ】

介護をしているあなたの**兄弟姉妹や親族**だけでなく、身近にいるかかりつけ医などの**医療職**や**ケアマネジャー、ヘルパーなどの介護職も含めて本人を支えるチーム**です。

訪問介護や通所介護、ショートスティ（短期のお泊り）など**サービスを上手に利用して、家族の負担を軽くすることが介護を長続きさせるコツ**です。

自分らしい生き方

1

大切な人 家族に相談するのが一番や



みえさん
(85歳)

みえさんは85歳になりました。自宅での生活はなんとかできていますが、しだいに物忘れをするようになりました。これからのことが気になったみえさんは、お盆で長男夫婦が帰ってきた機会に、自分のこれからのことについて家族で話し合うことにしました。



“人生会議”

「人生会議」とは、本人が家族や信頼できる人たち、医療ケアチームと輪を囲んで、人生の最終段階における医療・ケアおよび自分らしい生き方について繰り返し話し合うという取り組み(ACP = アドバンス・ケア・プランニング)の愛称です。



長男 たかしさん

長男の嫁 けいこさん



みえさん

最近物忘れが多くてなあ、体もだんだんえらくなってきとるから、
今後のことを話しときたいんや。



お母さん、急にどうしたんや。
そんな縁起でもないことを言わんといてほしい。



長男
たかしさん



みえさん

人生いつ何があるかわからんしな、
今のうちにちゃんと言うておいた方が私も安心なんや。
あんたらもしぎというときに悩んでも済むやろ



POINT

なぜ元気なうちに今後のことを話し合った方がいいのかな？

1. 将来、上手に自分の思いを伝えることができなくなった時に備えて、自分の気持ちや思いを家族や医療介護職者に伝えておくことで、**最期まで自分らしく穏やかに生きる**ことができます。
2. 今後のことを話し合っておくことで、将来、自分の代わりに**難しい決断**をしなければいけない**家族の負担を軽く**してあげることができます。

を大切な人と話し合う

2

私の大切にしている
思いや希望を伝えたい



じゃあ、お母さんはこれから
どんな風に生きていきたいと思っているの？



長男
たかしさん



みえさん

私は、ひととおしゃべりするのが大好きやから、最期まで話せるといいなあ
〇〇さんの最期のように、意識がないままずっと管につながれて
生きるのはいややなあ。



長男
たかしさん

お母さんは食べることも大好きやよな
もし食べれなくなったらどうする？
胃ろうといって、胃に管を入れて栄養をとる方法もあるらしいけど



みえさん

もしそれをしてまた話ができるようになるんやったら、してもええけど…
誰ともしゃべれなくなったら意味ないなあ
そんなことはせんでもいい。



長男
たかしさん

そうか、お母さんは誰とも話できやんのやったら、
胃ろうの栄養はいやなんやな。



まずは自分が大切にしていることを伝えましょう！

自分がこれまでどう生きてきて、何を大切に生きてきて、これからどう生きたいか、これだけはいやだ
と思うことは何か、などを話し合うことが大切です。

将来病気になった時、どんな治療やケアを望むか話し合います

自分が大切にしていることを参考にしながら、将来、病気になった時、どのような治療・ケアを受け
たいか、自分で歩けなくなり介助が必要になった時、どこでどのように過ごしたいか、最期の時間
をどこで、誰と、どのように過ごしたいかを話し合いましょう！

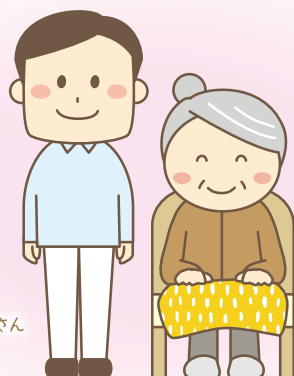
- | | |
|-------------------------|--------------------|
| ■ 1日でも長く生きられるような治療を受けたい | ■ 病院で過ごしたい |
| ■ どんな病気であっても治したい | ■ 最期は自宅で過ごしたい |
| ■ 治療してみて、それから考えたい | ■ 長期入院は望まない |
| ■ 痛みや苦しみを和らげて欲しい | ■ 縛られたくない（抑制は望まない） |
| ■ 延命は望まず自然な形で最期を迎えたい | などなど |

3

自分のことを伝えて 考えてほしいんさ

お母さんの希望は
僕がしっかり
伝えるから

長男 たかしさん



みえさん

たかし
あんたがちゃんと
私の気持ちを
伝えてな



みえさん

私がもし誰とも話もできない状態になったときは、
私のことを一番よく知っているあんたが
「母はこう言っていました」と先生に伝えてな

POINT

わかった

でもな、今の医療は日々進歩しているから

「やっぱり孫の結婚式を見るまで……」とか、
その時々でお母さんの考え方も変わるはずだから
気持ちが変わったらいつでも教えてほしい

POINT



長男
たかしさん

POINT

誰に判断をお願いすればよいのかな？

将来、自分で決めることができなくなる時に備えて、今のうちから、自分の思いやひととなりをも最もよく知っていて、自分の代わりに判断してもらう人を決めておきましょう。自分の大切にしていることや信念・価値観等、話し合った内容を代理決定者と共有しておくことで、いざという時にも迷わず自信をもって、あなたの望んだ判断を実行してもらうことができますようになります。

※代理決定者には以下のような人が考えられます。

配偶者（夫、妻）、子ども、きょうだい、親戚（姪・甥など）、友人、親、医療・介護従事者

決めたこと、話し合ったことはいつでも変更できます。

一度決めた「人生の最期」に向けた考えは絶対ではなく、時間の経過や病状の変化等によっても常に揺らぐものであり、話し合う中で変わっていくことが多いでしょう。

この話し合いの結果は、いつでも何度でも変更することができます。

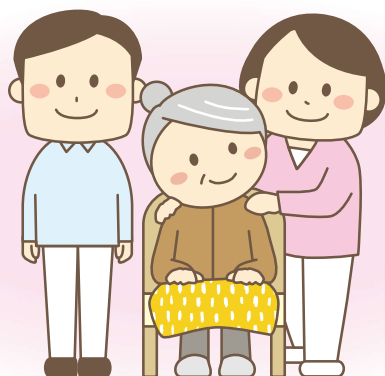
4

大切な人と一緒に
話し合う時間を大事にしたいなあ

お母さん、今日は話せて良かったよ～
お母さんにとって、**話ができることがこんなに大切**
だったってこと、初めて知ったなあ
僕もこれからは**できる限り話をしに来る。**



そうやな～私も初めてこんな話したけど……..
最近は「物忘れも多くなって、これからどうなるのかな～」と
心配ばかりしとったけど、**あんた達と話して自分の気持ちが**
言えてスッキリしたよ！…元気が出てきた！



**「私をぬきに私のことを決めないで」
大切なのは「何を決めたか」ではなく
「どれだけ話し合って一緒に決められたか」です！**

認知症が進行してしまうと、知らず知らずのうちに、家族の思いだけで治療やケアの方針が決まってしまう、**肝心の本人が置き去り**になることが多いと言われています。

たとえ認知症が進行した後もあなたが自分らしく生きていくことができるように、**自分の思いや願いを家族や親しい人と事前に十分に話し合っておくことが大切**です。その場合、「こういう時はこういう治療をして欲しい」とか「こうなった場合は治療をして欲しくない」といった具体的な指示を決めておくことはもちろん大切です。しかしながら、このような話し合う機会を通して、**ご家族に自分のことをよりよく伝えることが、実は最も大切なこと**です。なぜなら、将来自分が認知症になり自分で自分のことを決定できなくなり、ご家族が難しい決断をしなければならなくなった時に、「以前、父はこういうことを言っていたから、きっとこうして欲しいにちがいない」とか「母はきっとこう言うにちがいない」という具合に、様々な状況に応じて自分の意思を推定する「助け」になるからです。なによりも、このような話し合いをすることで、私たちは**「来るべき時」に備えて「よい準備」**をすることができるのです。



長女
ゆかさん

みえさん
(88歳)

ケアマネジャー
中村さん

みえさんは88歳になりました。食事中にむせることが増えて、更に薬の飲み忘れも増えてきました。

ある日、熱と咳が出て大きな病院の救急外来を受診したところ、誤嚥性肺炎と言われました。入院している間にリハビリを受けましたが、歩くのは難しく車いすで動くのがほとんどです。

長女のゆかさんは仕事をしているため同居は難しい状況です。みえさんの希望で退院後は近所のかかりつけ医に診てもらうことに決まっています。退院後の生活の場所をどうするか悩んだみえさんとゆかさんはケアマネジャーに相談してみました。



みえさん

みえさん、家に帰るとしたら、不安や心配なことはありませんか？

1人になるから不安やな。特に夜がなあ



ケアマネジャー
中村さん



みえさん

家に一人でいるのは心配です。私も家庭があるので、何度も母の家に行くことができません。



長女
ゆかさん

もう一人暮らしは無理かなあ。誰か見てくれるところがあったら安心やな。



そうですね、今の状況だと施設で暮らすのが安心かなと思います。そういえば、かかりつけ医の先生は、お家や施設に来て診療をしてくれるはずですよ。一緒に相談してみましょう。



ケアマネジャー
中村さん



みえさん

そうやなあ～。



すぐに施設入所ではなく、もう少し家での暮らしを続けてみたいとみえさんやご家族が望むなら、ヘルパーの利用時間や回数を増やしたり、体調や薬の管理は訪問看護を利用して、住み慣れた家でも暮らすことができますよ。みえさんが安心して生活できるよう考えましょうね。



ケアマネジャー
中村さん

その後のみえさんの生活は

サービス利用を見直し、しばらく自宅で暮らした後にみえさんは介護付き有料老人ホームに入所しました。入所後もかかりつけ医から訪問診療を受け、訪問看護を利用しました。施設での暮らしは当初、不安や戸惑いもありましたが、今では同じ施設に住む利用者さんとも仲良くなり安心して過ごしています。





高齢者向けの住まいの選択肢はいろいろあります。

高齢者向けの施設や住宅には、その目的や提供するサービスの違いなどによってさまざまなものがあります。

(主な施設)

- ケアハウス
- 認知症高齢者グループホーム
- 有料老人ホーム
- サービス付き高齢者向け住宅
- 特別養護老人ホーム
- 介護老人保健施設 ― 介護が必要な方が、自宅や老人ホーム等での生活への復帰を目指し、看護・介護のケアやリハビリテーションなどの支援を受ける施設です。



但し、施設によって入所要件が異なります。

詳細は、個々の施設、あるいは市町村の福祉及び介護保険担当窓口にお問い合わせください。

また、本人や家族が望むなら住み慣れた家で暮らしつづけることもできます。ケアマネジャーと相談しましょう。



在宅医療とは？

在宅医療とは、通院が困難な患者さんに対して、医師や看護師、リハビリ従事者などが、ご自宅または施設に訪問して提供する医療サービスのことです。

但し、医師が訪問する診療には、下記の2種類があり、異なる医療サービスとなっています。

訪問診療 …… 定期的・計画的に訪問する

往診 …… 状態悪化などの患者さんの要請をうけて訪問する



訪問診療



訪問看護



訪問リハビリ

- 医師、歯科医師や看護師だけでなく、リハビリ従事者や薬剤師、管理栄養士なども訪問サービスを提供します。
- 病気の種類や年齢による制限はありません。
(原則として、すべての病気・年齢が対象となります)
- 病院に通うのと同じように各種保険(医療保険介護保険)が適用されます。
- お薬の処方や注射・医療処置、リハビリテーションも自宅で受けることができます。
- 地域の中にある病院との連携を取ることで、在宅医療では治療ができない・検査が必要であるという時にその連携している病院に連絡をし、適切な治療や検査を受けることが可能です。連携医療機関との提携により安心して在宅医療を受けていただける体制が構築されています。

これからのことを

いつかご飯が食べられなくなった時 どうするか自分で決めたいな



みえさんは**92歳**になりました。年に数回誤嚥性肺炎で入退院を繰り返しています。普段は老人ホームで穏やかに生活していますが、**難しい話はできなくなってきています**。

今年何回目かの肺炎で入院した時、治療で熱はさがって肺炎は良くなり食べるリハビリもしていますが、**食事の量が減ってきました**。

ご飯が食べられなくなってきていますね。今は少しずつ食べていますけど、**いずれ全く食べられなくなるときが来るでしょう**。そのときにどうしたらいいのか、ご相談させてください。



かかりつけ医
Dr. 伊藤



長男
たかしさん
長女
ゆかさん

どうしたら良いのかわかりません。
どんな方法がありますか？

POINT

お口から食事を取るかわりに、**胃に穴を開けて管を通して栄養をいれる『胃ろう』**という方法があります。ただ、元気になるわけではないので**延命処置**ということになります。



かかりつけ医
Dr. 伊藤



長男
たかしさん
長女
ゆかさん

私たちには、とてもすぐには決められません…

延命処置とは？

POINT

病気や老衰などで**回復の見込みがない方**に対し、**延命を目的に行う処置**のことです。
病院などで「延命処置は希望されますか？」のように質問されることがあります。延命処置という言葉がでてきた時は、医師をはじめとする医療者は「処置を行っても元の状態かそれに近い状態で退院することは難しい」ことを考えながら質問しています。
延命処置を行ってのびる余命については、その人によって異なるので医師に確認してください。

※医療者は、**回復**（入院して医療処置を行えば、元の状態かそれに近い状態で退院できること）の**可能性が高いと考えられる時**や救急受診時など**回復の可能性の判断ができない時**に行う処置を**救命処置**と呼ぶことが多いです。

自分で決めたいな!



すぐには決められないですね。私もとても悩みます。
みえさんのお考えを知りたいと思います。
もしみえさんが、昔と同じようにお話ができるとしたら『お食事が自分でとれなくなったときに、どのようにしてほしいですか?』との質問にどんなふうに答えると思いますか?



そういえば、「誰とも話ができなくなっていたら意味がない。意識がなくなっていたら、管につながれて生きていたくない」と言っていた覚えがあります。
ただ、本当にそれで良いんでしょうか…



それで良いのか、みなさんが家族として悩むのは当然だと思います。
みえさんの考えも変わっていくことも考えられますので、それで良いのかどうか、みえさんの表情やお体の様子を見守りながら、一緒に考え続けていきましょう。



その後のみえさんの生活は

その後、ご家族とかかりつけ医、ケアマネジャー、老人ホームの介護スタッフが集まり、今後のみえさんの医療とケアについての方針をくり返し話し合いました。話し合いの結果、みえさんの考えを大事にして、**胃ろうは作らず、みえさんが次に熱をだした時には老人ホームでできる検査や点滴などの治療を行い、病院へは搬送しない**こととしました。また、ご家族の心配や不安も聞きながらこれからも支え合っていくことを決めました。

最後に選べること



人生の最終段階にいたったと判断されたあとでも、どのような医療や看護や介護などのケアを受けたいかは選べます。そして、希望して選んだ医療処置やケアを受けるには、過ごす場所を変えることが必要な場合もあります。

医療やケアを選んだあと、具体的に予想されることについては医師に確認をしてください。

▶選べる医療については 16・17 ページへ

最期まで“自分らしく”くらすために

人生の最終段階として看取りが近いと判断された方が、それでも最期まで自分らしく生活することができます。どんなところでの生活を選ぶのか、本人と家族などの本人にとって大切な方を中心とした医療・介護ケアチームでよく話し合うことが大切です。

チームで支える

POINT

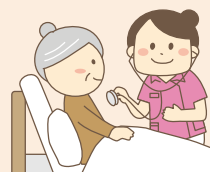
本人が自宅や老人ホームなどの住まい(13ページpoint参照)で人生の最期の時間を過ごしたいと希望された時、家族として「本当にできるのだろうか?」と不安になることでしょう。生活をする上でお手伝いが必要な体の状況になっていることが見込まれるので介護の支援が必要ですし、症状や看取り等のケアについては24時間対応できる看護師の関与と往診をする医師の支援が必須です。病気によってはもともと痛みなどのつらい症状がある場合があり、看取りが近づいた時には食事の量が減る、血圧が下がるなどの変化があらわれます。本人にとってつらい症状がある場合は症状を軽くするための治療が必要ですが、看取りが近い方の体調の変化は本人にとってつらくはない場合があり、医療処置によってかえってつらい症状を起こしてしまうことがあります。薬の内服や点滴などの現在受けている医療を継続する必要があるかどうか、医療・介護ケアチームで検討する必要があります。このようなチームの支援を受けることで、住み慣れた住まいで最期まで過ごす療養環境を作ることができます。

医療を受けながら療養する

POINT

医療・介護ケアチームにより、住まいにおける生活が困難な程度の医療が必要と判断された場合、以下のような医療を受けられる施設で療養することもできます。ただし各施設ともに入院要件があり、受けている、もしくは受けたい医療処置によっては入院できない場合がありますので、かかりつけ医を始めとした医療者、ケアマネジャーや病院等の相談員に確認してください。

介護医療院：従来の介護療養型病床に変わる施設として、2018年に新設されました。介護と医療が必要な方に対して、日常的な医学管理や看取りの機能をもち、生活を支える施設です。



医療療養型病床：医師及び看護師により、常時監視・管理を受けることが必要な方が対象です。医療区分と呼ばれる入院基準があります。

地域包括ケア病棟：急性期病院から退院した方や、自宅や老人ホーム等で療養されている方で医療が必要な方が、生活への復帰を目指す病棟です。入院日数の制限、在宅復帰率などの条件があります。

緩和ケア病棟：『がん』『後天性免疫不全症候群』で、痛みなど症状の緩和が必要な方が対象です。平均入院期間は約30日です。

急性期病棟(救急病院)：緊急・重症な状態にある方に対し、高度で専門的な医療を24時間体制で提供する病院です。病名によって入院期間が概ね決まっていて、急性期病棟での治療が終了したら退院や他の医療施設へ転院が必要です。



延命治療を希望し、自宅や施設等から救急車を呼ぶと搬送される病院です。

延命処置の種類

POINT

心肺蘇生（しんぱいそせい）～心臓も呼吸も止まった場合～

呼吸が止まり、心臓も動いていない人へ行きます。心臓マッサージといわれる肋骨中央付近の胸骨を圧迫し、人工呼吸を行います。高齢者の場合、心臓マッサージで肋骨が折れる方がいます。

人工呼吸法は、自分の力で呼吸ができなくなった場合に、呼吸のための通り道を確保するため小さな管を口から気管に入れ、機械で肺に空気を送ります。



POINT

経管栄養（けいかんえいよう）

鼻からチューブを入れる、または胃ろうといわれる胃に穴を開ける手術をして必要な栄養を直接胃に注入することです。「鼻からチューブを入れる」は頻繁な交換が必要で、苦痛が伴います。また、抜いてしまわないように手を縛ることもあります。長期的に経管栄養を行うのであれば、「胃ろう」の方が苦痛を少なくできます。いずれも合併症の可能性があり、認知症で食事が取れなくなっている方の場合は胃ろうを作っても作らなくても余命は変わらず、誤嚥性肺炎の危険性も変わらないと言われています。



POINT

中心静脈栄養（ちゅうしんじょうみゃくえいよう）

心臓の近くにある中心静脈という太くて血液量が多い血管に「カテーテル」という細い管を刺して、輸液をします。末梢輸液より栄養の濃度が高い輸液ができ、食事の代わりになる場合もあります。カテーテルから細菌に感染する可能性があるので、十分な配慮が必要です。

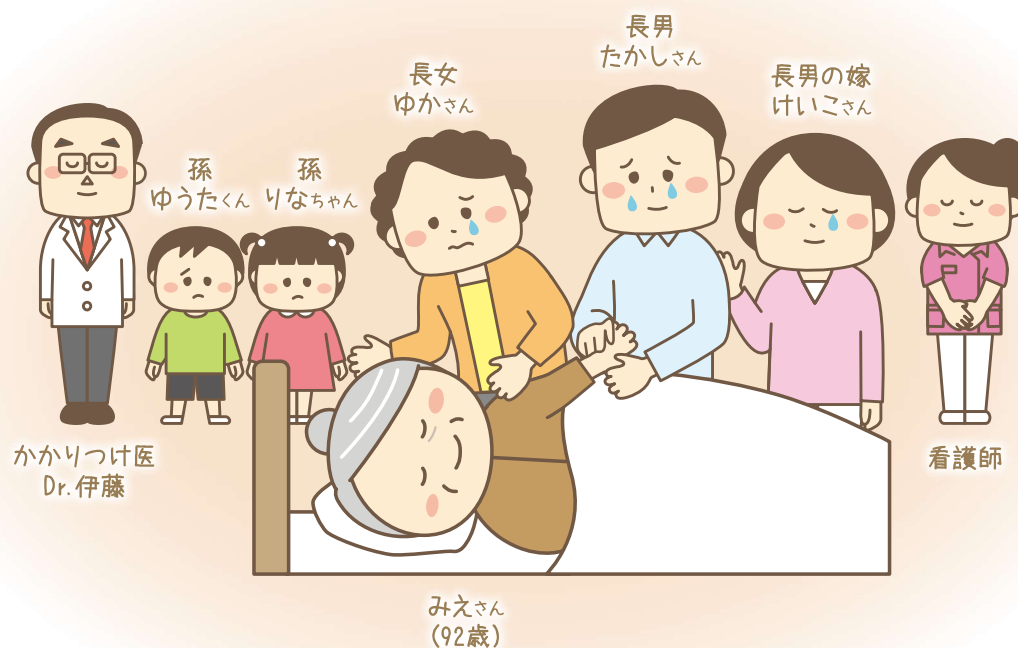


POINT

末梢静脈栄養（まっしょうじょうみゃくえいよう）

腕や足の静脈に、カテーテルを刺して血管に栄養を注入する方法で、一般的に『点滴』という言葉でイメージされるものです。たいていは腕にある静脈を使います。この方法だけで十分な栄養を補給することは難しいです。炎症を起こして痛くなったり、輸液の注入時に血管痛が出たりすることがあります。





老人ホームに帰り、食事をとらなくなっても 3 週間後のある日、みえさんは目を開けなくなりました。訪問看護師が呼ばれ、血圧などの様子を見た後にかかりつけ医に連絡しました。

かかりつけ医の診察後、『お別れの時に一緒にいたい希望があれば、ご家族どなたかが付き添ったほうがいい時期だと思います』との説明がありました。

みえさんは、3 日後に穏やかに息を引き取りました。

自分の希望を伝えて、最期まで自分らしく生きることを選んできたみえさんのお顔は、優しく微笑んでいるように見えました。

家族はみえさんとのお別れにさみしい気持ちを感じながらも、『これでよかったんだ』と思えました。

みえさんを支えたみなさん



元気なうちに自分の希望を伝え、大切な人と話し合うことは
最期まで **“自分らしく生きるコツ”** ですね！

いのちの道標パンフレット

これからのページでは、あなたのそのときの希望を書いていってください。

パンフレットの前半の物語を読んで、あなたの大切なひとと話し合ってください。

できれば、かかりつけ医やケアマネジャーなどあなたに関係する専門職の方にも見せて相談してみましょう。

◆現在の医療情報 ◆予想される緊急病態

そのときのあなたのかかりつけ医の先生に書いてもらってください。

あなたに関わっている医療者と話し合って、自分もしっかりと理解しておきましょう。

◆わたしの今の気持ち

そのときのあなたの気持ちを書くところです。

あなたの大切なひと、大事にしている(してきた)こと、趣味などについて書いてみてください。

そのために受けたい医療について、考えてみてください。

◆医療介護連携先

あなたに関わっている方に書いてもらってください。

もしわからなければ、ケアマネジャーやかかりつけ医に相談してください。

◆基本情報

氏名 (ふりがな)		性別	
住所		連絡先	
		電話番号	
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年齢	歳
	年 月 日	(年 月 日現在)	

◆家族等連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号

わたしの今の希望

情報共有シート

記載日	年 月 日	現在の住居	☐ 自宅 ☐ 介護施設：
フリガナ 氏名		話し合ったひと 氏名	続柄

※本人が記載できないときの代理記載者（関係）

◆わたしの今の気持ち

わたしがいま大事にしていることは：

そのために 受けたい医療	☐ できるだけ長く生きることを優先した治療を受けたい
	☐ できるだけ長く生きることを優先した治療を受けたいが、つらい検査や治療が必要なら医療者とよく相談したい
	☐ つらい検査や治療を受けて長く生きることより、負担のない治療や苦しさを減らすための医療を受けたい
	☐ 治る見込みがないと医師が判断したら、病気がわかるための検査や長く生きることより、苦しさを減らすための医療を自宅や施設で受けたい
	☐ 今は決められない

◆現在の医療情報 ※あなたの現在の状況はパンフレットでStory（ ）にあたります。

現在治療中の傷病名			
経過 処方および治療内容			
介護区分	支援（ ）・介護（ ）	歩 行	自立 ・ 見守り ・ 補助歩行 ・ 全介助
意思決定を行うための 認知能力	自立 ・ いくらか困難 見守りが必要 ・ 判断できない	食 事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助／ 介助経口 ・ その他（ ）

◆予想される緊急病態

--

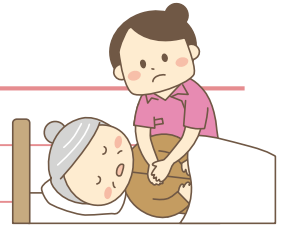
医療介護連携先	かかりつけ医	ケアマネジャー	訪問看護ステーション	薬局	介護事業所
機関名					
担当者					
緊急時連絡先					

◆もう少し考えたいひとへ～“もしも”の時の医療について～

実際の医療現場では、どこまでの処置を行うかの判断が難しいケースがあります。
あなたならどうしてほしいか、大切なひとと一緒に考えてみましょう。
わからないところは、かかりつけ医やケアマネジャーなどあなたに関係する専門職の方とも相談してみましょう。

1. もしも、あなたが心肺停止になったら、心肺蘇生（P.17参照）を希望しますか？
（処置をすれば、元の生活に戻れる可能性が高い場合をのぞきます）

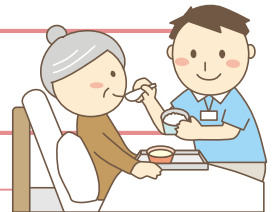
- ☐ 命が助かる可能性がほとんどなくても、できる限りのことをしてほしい。
- ☐ 元の生活に戻れる可能性が少しでもあるならば、できる限りのことをしてほしい。
- ☐ 元の生活に戻れる可能性が低いのであれば、やるかどうか慎重に判断してほしい。
- ☐ 元の生活に戻れる可能性が低いのであれば、やってほしくない。
- ☐ 今は決められない。



どうしてそう考えたのか、その理由を具体的に書いてみましょう。

2. もしも、あなたが口から食べられなくなったら、経管栄養（胃ろう：P.17参照）を希望しますか？（処置をすれば、元の生活に戻れる可能性が高い場合をのぞきます）

- ☐ 生き続けれるためであれば、やってほしい。
- ☐ 将来、再び口から食べられるようになる可能性が残っているのであれば、やってほしい。
- ☐ 将来、再び口から食べられるようになる可能性が低くても、苦痛が少なく過ごせるなら、やるかどうか慎重に判断してほしい。
- ☐ たとえ栄養状態が悪くなって死が早まるとしても、やってほしくない。
- ☐ 今は決められない。



どうしてそう考えたのか、その理由を具体的に書いてみましょう。

メモ

わたしの今の希望

情報共有シート

記載日	年 月 日	現在の住居	☐ 自宅 ☐ 介護施設：
フリガナ 氏名		話し合ったひと 氏名	続柄

※本人が記載できないときの代理記載者（関係）

◆わたしの今の気持ち

わたしがいま大事にしていることは：

そのために 受けたい医療	☐ できるだけ長く生きることを優先した治療を受けたい
	☐ できるだけ長く生きることを優先した治療を受けたいが、つらい検査や治療が必要なら医療者とよく相談したい
	☐ つらい検査や治療を受けて長く生きることより、負担のない治療や苦しさを減らすための医療を受けたい
	☐ 治る見込みがないと医師が判断したら、病気がわかるための検査や長く生きることより、苦しさを減らすための医療を自宅や施設で受けたい
	☐ 今は決められない

◆現在の医療情報 ※あなたの現在の状況はパンフレットでStory（ ）にあたります。

現在治療中の傷病名			
経過 処方および治療内容			
介護区分	支援（ ）・介護（ ）	歩 行	自立 ・ 見守り ・ 補助歩行 ・ 全介助
意思決定を行うための 認知能力	自立 ・ いくらか困難 見守りが必要 ・ 判断できない	食 事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助／ 介助経口 ・ その他（ ）

◆予想される緊急病態

--

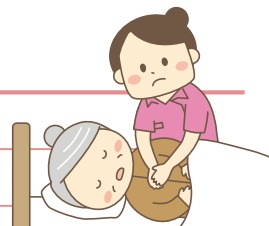
医療介護連携先	かかりつけ医	ケアマネジャー	訪問看護ステーション	薬局	介護事業所
機関名					
担当者					
緊急時連絡先					

◆もう少し考えたいひとへ～“もしも”の時の医療について～

実際の医療現場では、どこまでの処置を行うかの判断が難しいケースがあります。
あなたならどうしてほしいか、大切なひとと一緒に考えてみましょう。
わからないところは、かかりつけ医やケアマネジャーなどあなたに関係する専門職の方とも相談してみましょう。

1. もしも、あなたが心肺停止になったら、心肺蘇生（P.17参照）を希望しますか？
（処置をすれば、元の生活に戻れる可能性が高い場合をのぞきます）

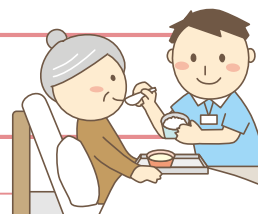
- ☐ 命が助かる可能性がほとんどなくても、できる限りのことをやってほしい。
- ☐ 元の生活に戻れる可能性が少しでもあるならば、できる限りのことをやってほしい。
- ☐ 元の生活に戻れる可能性が低いのであれば、やるかどうか慎重に判断してほしい。
- ☐ 元の生活に戻れる可能性が低いのであれば、やってほしくない。
- ☐ 今は決められない。



どうしてそう考えたのか、その理由を具体的に書いてみましょう。

2. もしも、あなたが口から食べられなくなったら、経管栄養（胃ろう：P.17参照）を希望しますか？（処置をすれば、元の生活に戻れる可能性が高い場合をのぞきます）

- ☐ 生き続けれるためであれば、やってほしい。
- ☐ 将来、再び口から食べられるようになる可能性が残っているのであれば、やってほしい。
- ☐ 将来、再び口から食べられるようになる可能性が低くても、苦痛が少なく過ごせるなら、やるかどうか慎重に判断してほしい。
- ☐ たとえ栄養状態が悪くなって死が早まるとしても、やってほしくない。
- ☐ 今は決められない。



どうしてそう考えたのか、その理由を具体的に書いてみましょう。

メモ

わたしの今の希望

情報共有シート

記載日	年 月 日	現在の住居	☐ 自宅 ☐ 介護施設：
フリガナ 氏名		話し合ったひと 氏名	続柄

※本人が記載できないときの代理記載者（関係）

◆わたしの今の気持ち

わたしがいま大事にしていることは：

そのために 受けたい医療	☐ できるだけ長く生きることを優先した治療を受けたい
	☐ できるだけ長く生きることを優先した治療を受けたいが、つらい検査や治療が必要なら医療者とよく相談したい
	☐ つらい検査や治療を受けて長く生きることより、負担のない治療や苦しさを減らすための医療を受けたい
	☐ 治る見込みがないと医師が判断したら、病気がわかるための検査や長く生きることより、苦しさを減らすための医療を自宅や施設で受けたい
	☐ 今は決められない

◆現在の医療情報 ※あなたの現在の状況はパンフレットでStory（ ）にあたります。

現在治療中の傷病名			
経過 処方および治療内容			
介護区分	支援（ ）・介護（ ）	歩 行	自立 ・ 見守り ・ 補助歩行 ・ 全介助
意思決定を行うための 認知能力	自立 ・ いくらか困難 見守りが必要 ・ 判断できない	食 事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助／ 介助経口 ・ その他（ ）

◆予想される緊急病態

--

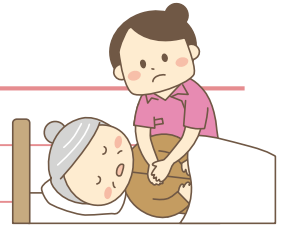
医療介護連携先	かかりつけ医	ケアマネジャー	訪問看護ステーション	薬局	介護事業所
機関名					
担当者					
緊急時連絡先					

◆もう少し考えたいひとへ～“もしも”の時の医療について～

実際の医療現場では、どこまでの処置を行うかの判断が難しいケースがあります。
あなたならどうしてほしいか、大切なひとと一緒に考えてみましょう。
わからないところは、かかりつけ医やケアマネジャーなどあなたに関係する専門職の方とも相談してみましょう。

1. もしも、あなたが心肺停止になったら、心肺蘇生（P.17参照）を希望しますか？
（処置をすれば、元の生活に戻れる可能性が高い場合をのぞきます）

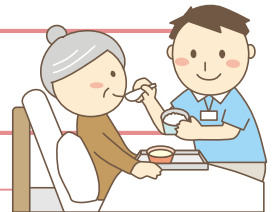
- ☐ 命が助かる可能性がほとんどなくても、できる限りのことをやってほしい。
- ☐ 元の生活に戻れる可能性が少しでもあるならば、できる限りのことをやってほしい。
- ☐ 元の生活に戻れる可能性が低いのであれば、やるかどうか慎重に判断してほしい。
- ☐ 元の生活に戻れる可能性が低いのであれば、やってほしくない。
- ☐ 今は決められない。



どうしてそう考えたのか、その理由を具体的に書いてみましょう。

2. もしも、あなたが口から食べられなくなったら、経管栄養（胃ろう：P.17参照）を希望しますか？（処置をすれば、元の生活に戻れる可能性が高い場合をのぞきます）

- ☐ 生き続けれるためであれば、やってほしい。
- ☐ 将来、再び口から食べられるようになる可能性が残っているのであれば、やってほしい。
- ☐ 将来、再び口から食べられるようになる可能性が低くても、苦痛が少なく過ごせるなら、やるかどうか慎重に判断してほしい。
- ☐ たとえ栄養状態が悪くなって死が早まるとしても、やってほしくない。
- ☐ 今は決められない。



どうしてそう考えたのか、その理由を具体的に書いてみましょう。

メモ

メモ

このパンフレットは、

- 生活をしていくうえで他の人のお手伝いが必要になりつつある方とそのご家族
- 自分自身やご家族の介護に不安を感じている方

に読んでもらいたいと考えました。

作成にあたっては、緩和ケアや訪問診療を専門とする医師、看護師、ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカー、社会福祉士、臨床倫理の専門家で検討を行いました。

あなた自身が自分らしく生活していくことについて考えるきっかけやご家族、医療・介護関係者で話し合うきっかけとして、このパンフレットをご活用いただけると幸いです。

いのちの道標 パンフレット



令和6年度三重県委託事業アドバンスケアプランニング推進事業
人生の最終段階における医療・ケアの提供体制に関する検討会議編

令和7年3月