



在宅医療を推進するための市民啓発講演会  
もしも、治らない病気になったら  
～人生の最終段階に備えてみませんか～

次第

平成 31 年 1 月 22 日 (火) 14:00～16:15

横浜関内ホール 大ホール

1. 開会のあいさつ

横浜市医療局長

増住 敏彦

2. 講演 座長：横浜市病院協会 副会長

平元 周 氏

【第1部】人生の最終段階の医療・ケアをどう選択するか

講演①「人生の最終段階に提供される医療ってどんなもの？」

講師：横浜市医師会 常任理事

赤羽 重樹 氏

講演②「人生の最終段階での意思決定は自分だけですか？」

講師：横浜市介護支援専門員連絡協議会 代表

加藤 由紀子 氏

講演③「人生の最終段階を過ごす場所は自分で決められるの？」

特別養護老人ホーム管理者の立場から

講師：横浜市社会福祉協議会高齢福祉部会 副部会長

前田 卓哉 氏

講演④「人生の最終段階を過ごす場所は自分で決められるの？」

病院看護師の立場から

講師：横浜市立市民病院 家族支援専門看護師

石渡 未来 氏

休憩（15分）

【第2部】「もしも」のときのため、実際に考えてみよう！

講師：横浜市立大学医学部総合診療医学 准教授

日下部 明彦 氏

3. 質疑応答

※アンケートへのご協力をお願いいたします。

主催・問合せ先  
横浜市医療局がん・疾病対策課  
在宅担当  
045-671-2444

# 在宅医療を推進するための市民啓発講演会

2019年1月22日

## 人生の最終段階に提供される医療ってどんなもの？

1. 在宅療養の概要
2. 病気ごとに異なる在宅医療

横浜市医師会 常任理事  
西神奈川ヘルスケアクリニック 院長  
赤羽重樹

### 1. 在宅療養の概要

#### (1) 在宅医療のメリット（病院と比べて）

- ・他の入院者への気遣いは不要.
- ・病院スタッフへの気兼ね → 家族には頼める.
- ・洗面所・トイレを, 自分の自由に使える.
- ・空調を自分に合わせて設定できる.
- ・自分の使い慣れた物がそこにある.
- ・好きな時間に好きな事ができる.



## 1. 在宅療養の概要

### (2) 在宅医療のデメリット（病院と比べて）



- ・病院とは同じ医療体制は望めない。  
緊急時の対応には時間がかかる。  
病院で行なう治療は受けられない。
- ・介護者の負担が大きくなる。  
病状悪化により，外出もできなくなる。
- ・大事な人が徐々に悪くなっていく姿を，看続ける不安。  
（家族・介護者の責任が大きい）
- ・実際に介護を担っていない人から，入院を勧められる葛藤。  
（親族・近隣住民など）

## 1. 在宅療養の概要

### (3) 在宅医療の適応を考える

在宅医療の3分野（3つに分けて考える）

1. 高齢者の看護や介護が中心の在宅医療。
2. 患者などが自ら医療技術を用いる在宅医療。  
（人工呼吸器・胃ろう・点滴などを用いる）
3. 末期がん患者などに対する在宅末期医療。

## 2. 病気ごとに異なる在宅医療

病気を分けて考えてみよう

普通は病名で考えてしまうけれども  
このような分け方をしてみましょう

- (A) 発症の時期で考える
- (B) 最期の時から逆算して考える

## 2. 病気ごとに異なる在宅医療

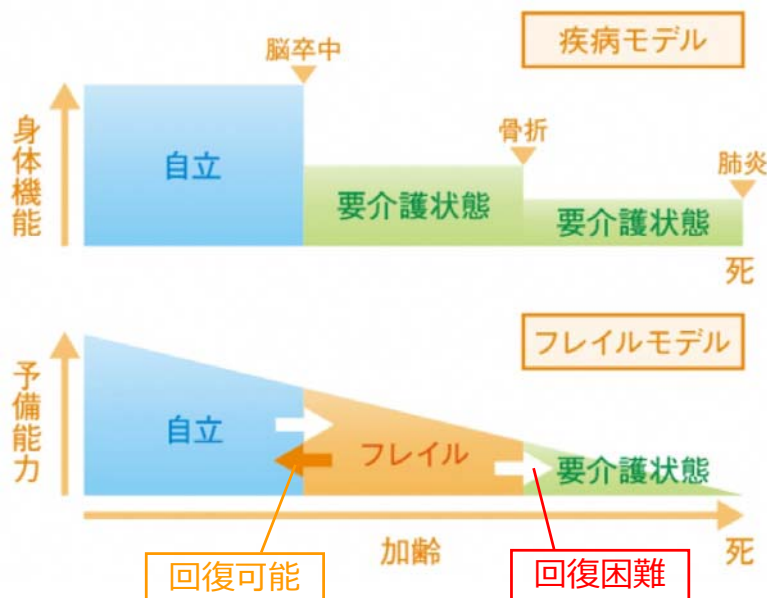
(A) 発症の時期で考える

疾患：脳卒中、骨折、肺炎、

フレイル：健康と身体機能障害の中間的な段階、

= 突然

= 徐々に



## 2. 病気ごとに異なる在宅医療

### フレイル（脆弱）

= 健康と身体機能障害の中間的な段階

 チェックしてみましょう  **3項目以上当てはまればフレイルの状態**

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  <p>体重の減少</p> |  <p>歩行速度の低下</p> |  <p>握力の低下</p> |  <p>疲れやすい</p> |  <p>身体の活動性の低下</p> |
|--|--|--|---|--|

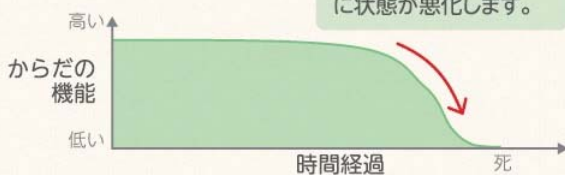
中野区ホームページより <http://www.city.tokyo-nakano.lg.jp/dept/172050/d023541.html>

## 2. 病気ごとに異なる在宅医療

病気などの種類によって、  
からだの機能の衰え方は異なります。

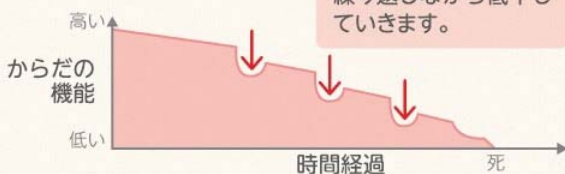
### がんの場合

比較的良好な期間が続き、亡くなる前に急速に状態が悪化します。



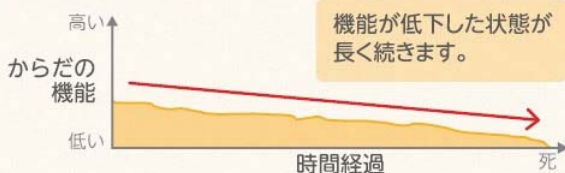
### 心不全・呼吸不全の場合

急激な悪化と改善を繰り返しながら低下していきます。



### 認知症・神経難病・老衰の場合 脳卒中後遺症・フレイルも含め

機能が低下した状態が長く続きます。



(B) 最期の中から逆算して考える  
～3つに分けて考えましょう。

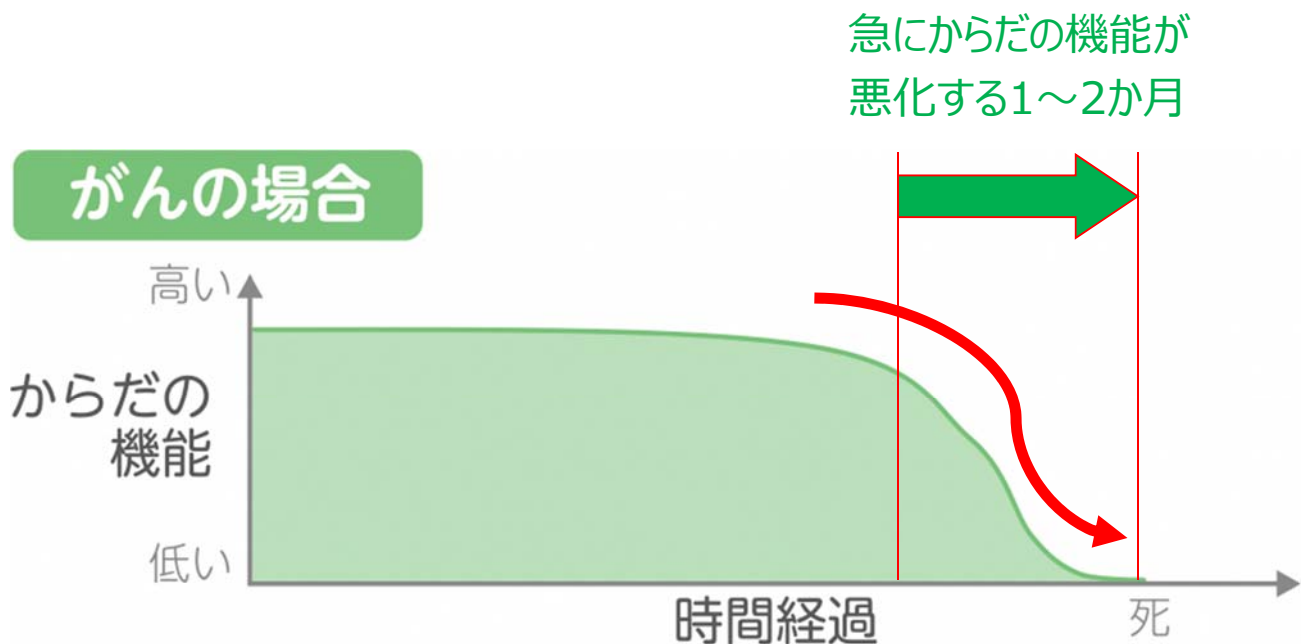
## 2. 病気ごとに異なる在宅医療

在宅医療の3分野からみると、病気によって進み方が異なる。  
 ～経験しないと解らないが、これが重要なこと！

| 在宅医療の3分野                                   | (1)がん   | (2)心不全,<br>呼吸不全, | (3)認知症,<br>神経難病, |
|--|---------|------------------|------------------|
| 介護が中心の在宅医療。<br>(身体機能が低下して、通院できなくなってしまった状態) | 安定<br>↓ | 入退院を繰り返して<br>↓   | 安定<br>↓          |
| 医療技術を用いる在宅医療。<br>(人工呼吸器, 胃ろう, 点滴などを用いる状態)  | ↓       | 数回目に<br>↓        | 徐々に<br>↓         |
| 人生の最終段階の在宅医療。                              | 急に悪化    | 改善不能             | 徐々に              |

## 2. 病気ごとに異なる在宅医療

### (1) がんの経過で最期の場面



## (1) がんの経過で**最期の場面**

身体的苦痛：苦しさ，痛み，動けない，食べる・排泄ができない，  
精神的苦痛：不安，苛立ち，うつ状態，  
社会的苦痛：経済的，仕事上，家庭内，  
スピリチュアルペイン：生きる意味への問い，死の恐怖，自責の念，

↓  
病院（緩和ケア病棟）

↓  
麻薬，心のケア，  
酸素吸入，  
点滴（適応の検討），

在宅医療のデメリットが克服できる

↓  
自宅

↓  
麻薬，心のケア，  
酸素吸入，  
点滴（適応の検討），

在宅医療のメリットが感じられる

点滴＝水分補給 → 「苦しさ」を増強する可能性 → 行わない決断をする重さ

「食べる・飲む」ができるか→人工的水分栄養補給を行う？  
蛋白質の濃度、心臓の機能、腎臓の機能、嚥下機能が低下すると、  
むくみ、胸水、腹水、唾液の貯留 で苦しくなる＝「水分」で苦しめることに

人工的水分栄養補給（点滴・鼻からの管・胃ろうなど）

→ 「苦しさ」を誘発する可能性

→ 「行わない決断」をする心の重さ（本人も家族も）

医療従事者：同じ病状の方を複数経験している。

本人・家族：過去に親族で積極的に治療した方がいる。



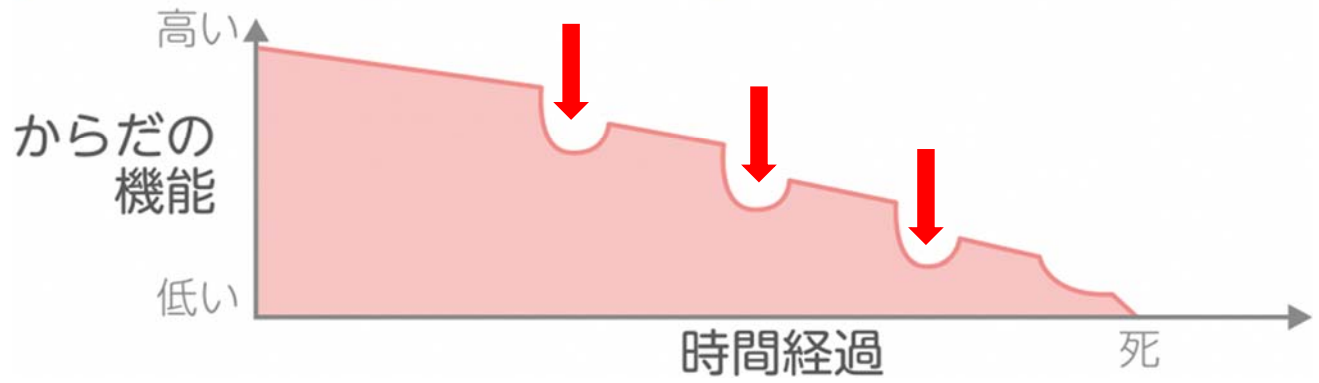
大きな差がある

本人・家族：経験がない＝話を聞いただけ

## 2. 病気ごとに異なる在宅医療

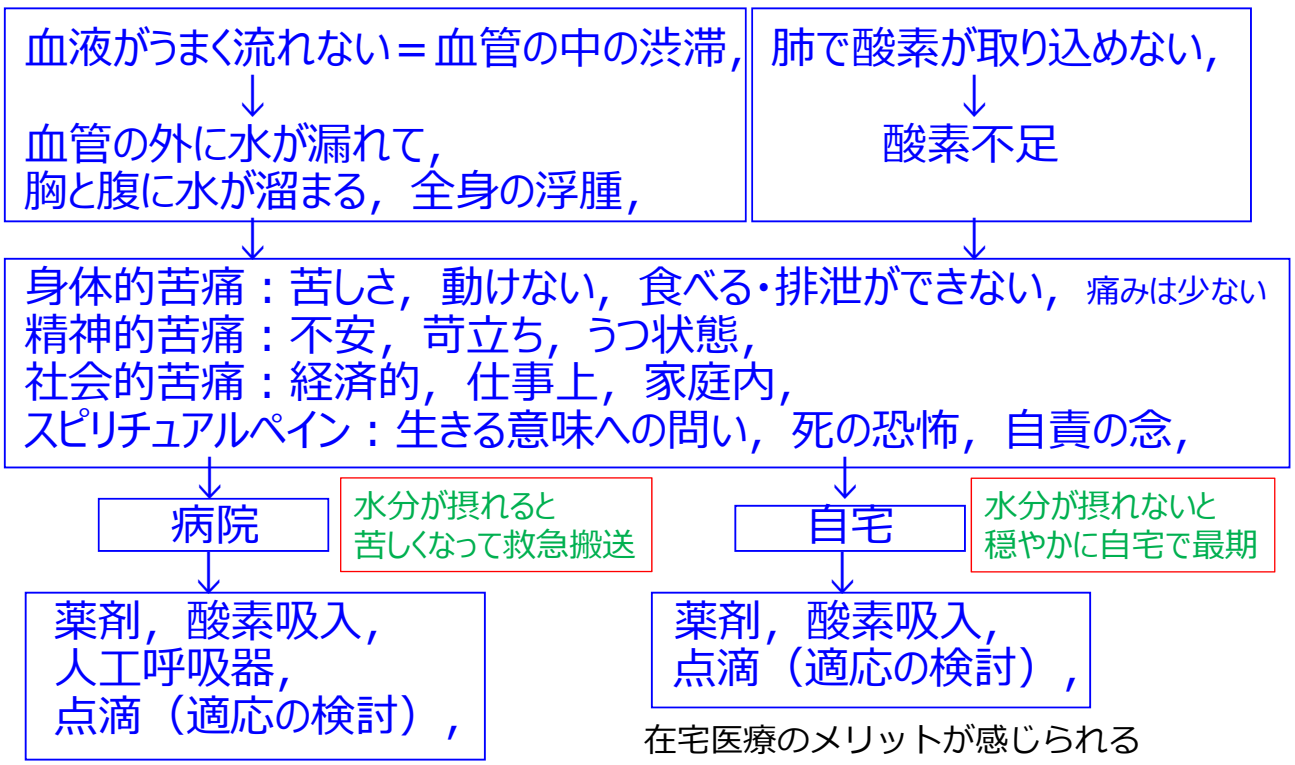
### (2) 心不全, 呼吸不全の経過で**最期**の場面

#### 心不全・呼吸不全の場合



急に悪化するために、入院・退院を繰り返す。  
その度に、からだの機能が低下してくる。  
全体としては、徐々に機能が低下する経過を辿り、  
急に悪化して最期を迎える。

### (2) 心不全, 呼吸不全の経過で**最期**の場面



在宅医療のデメリットが克服できる

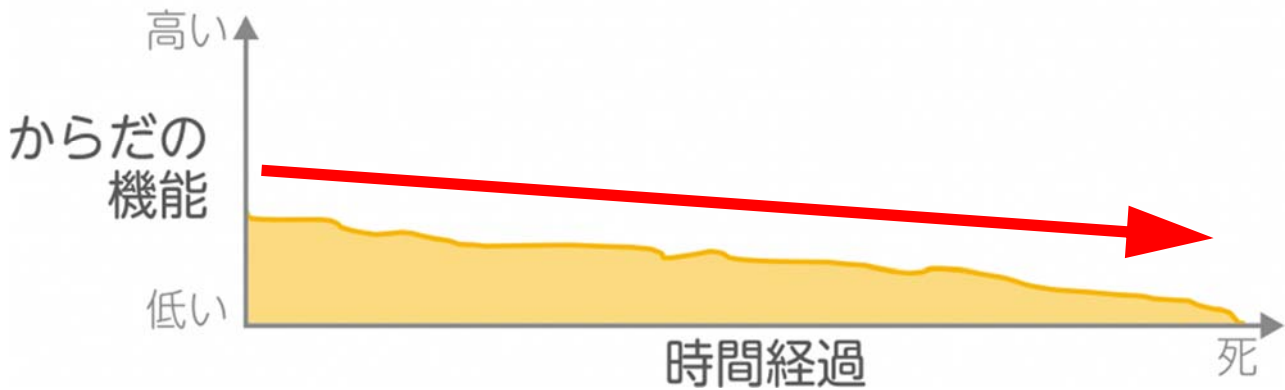
点滴 = 水分補給 → 「苦しさ」を増強する可能性 → 行わない決断をする重さ



## 2. 病気ごとに異なる在宅医療

### (3) 認知症, 神経難病の経過で**最期の場面**

#### 認知症・神経難病・老衰の場合



からだの機能は、病状の進行ではじめに低下するが、そこからは、ゆっくりと低下する経過。

数年～10年以上の経過を辿り、肺炎や栄養不足で最期を迎える。

### (3) 認知症, 神経難病の経過で**最期の場面**

痩せてきた。歩くことが困難になり、ベッド上での生活が主体。食事に時間がかかる様になる。途中で食べられなくなる。咽せるようになった。

↓  
誤嚥（首の筋肉が萎縮して飲み込みに難渋）

↓  
栄養補給に配慮して訓練を行った、口の中の清潔を保った、気管支肺炎～苦しい、意識朦朧、食べる余裕が無い、

↓  
病院

↓  
薬剤, 酸素吸入,  
胃ろう造設,  
人工呼吸器,  
点滴（適応の検討）,

↓  
自宅

↓  
薬剤, 酸素吸入,  
点滴（適応の検討）,

在宅医療のメリットが感じられる

在宅医療のデメリットが克服できる

点滴 = 水分補給 → 「苦しさ」を増強する可能性 → 行わない決断をする重さ

# まとめ

人生の最終段階に提供される医療は、病気によって異なります。



十分活動できる時に 自分の意思を決めることは、  
“大まかな想い” までで構いません。



しかし、最期のことを今から「縁起でもない」と言わずに、  
“大まかな想い” を大切な人と話し合っておきましょう。



# 在宅医療を推進するための市民啓発講演会

～人生の最終段階での意思決定は自分だけですか？～

2019年1月22日（火）

横浜市介護支援専門員連絡協議会 代表  
有限会社元町ケアサービス 管理者  
加藤 由紀子

## 居宅介護支援事業者とは？

---



利用者の意向を踏まえて、**ケアプランを作成、  
個々のサービス事業者との調整**を行う。



要介護（要支援）認定の**申請代行**を行う。

参照：中区介護保険利用者ガイドブック

## 居宅介護支援事業者とは？



居宅介護支援事業者に所属する**介護支援専門員**がケアプランを作成する。



**ケアプランの作成費用（全額）**は、介護保険から出るので、利用者の**自己負担は無い**。

参照：中区介護保険利用者ガイドブック

## 居宅サービス計画（ケアプラン）とは？

要介護者等が介護サービスを適切に利用できるよう、**心身の状況、生活環境及び利用者（家族）の生活に対する意向**を確認し、計画を作成する。

### 具体的には・・・

- ① サービスの種類
- ② サービスの内容
- ③ サービスの時間
- ④ 事業者
- ⑤ 援助目標



参照：中区介護保険利用者ガイドブック

## 介護支援専門員（ケアマネジャー）とは？

### ① 居宅サービス計画（ケアプラン）を作成する！

⇒ **介護を必要と認定された方の心身の状況にあった**居宅サービス計画（ケアプラン）を作成する。



### ② 利用者のサービス調整・支援をする！

⇒ **サービスの調整**を行うとともに、利用者がサービスを適切に利用できるよう**継続的に支援**していく重要な役割を担う。



参照：中区介護保険利用者ガイドブック

## 介護支援専門員（ケアマネジャー）の業務内容（一部）

- ① ケアプランどおりにサービスが提供されているか
- ② 目標の達成状況はどうか
- ③ 新たな課題がないか
- ④ サービス事業者や関係機関との情報交換
- ⑤ ケアプランの評価・見直し等



**少なくとも月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接、モニタリングを行い、結果を記録する（基準条例第16条第14号）。**

## まずは聴くことが大切！

① ケアマネジャーは、住み慣れた地域で自分らしく最後まで暮らせるよう、支援している。人生の最終段階をどこで、過ごしたいかを聴き取ることは重要である。

② 本人の意思確認が出来ても、利用者家族（含：別居の家族）にも確認をしている。



③ もしも、治療やケアについて、本人の意思が伝えることが出来ない場合、代わりに誰に話し合っしてほしいかを聴く。

④ 聴き取るタイミングは、初回面談時やモニタリング時などである。

## 事例紹介（ケース1）がんの場合

年齢：80歳代

性別：男性

介護度：要介護2 訪問介護 週に3回

環境：戸建て住宅に一人暮らし 妻は他界 子供は他県在住

既往歴：腰部脊柱管狭窄症（腰痛あり）・右大腿骨頸部骨折（ボルト固定）  
難聴・前立腺がん

依頼：平成28年8月 地域包括支援センター

状況：

① 平成28年8月 右大腿骨頸部骨折の退院支援で関わる。認知症はない。

② 週3回ヘルパーに買い物や掃除をお願いする程度であとは自立した生活ができています。

③ 平成29年2月 前立腺がんが判明、骨などの転移はない。

## 事例紹介（ケース1）

---

- ④ がん治療のため、定期的な通院がはじまるが、日常生活は今までどおり、継続できている。
- ⑤ 本人は最後まで、住み慣れた地域・自宅で暮らしたい。子供は本人の意思を尊重したい。
- ⑥ 平成30年9月、急に苦しくなり、体調不良を訴え、本人は治療を希望、救急車で搬送、そのまま入院。肺の転移が判明した。
- ⑦ 入院後、10日で永眠。

**人生の最終段階は、住み慣れた地域・自宅だったが、看取りは自宅でなく病院を希望していた。**

## 事例紹介（ケース2）難病の場合

---

- 年齢：80歳代
- 性別：女性
- 介護度：要介護3　デイサービス週2回　訪問看護週1回　手すりのレンタル
- 環境：マンションに夫・子供夫婦と同居
- 既往歴：パーキンソン病・腰部脊柱管狭窄症・右膝人工置換手術・認知症
- 依頼：平成28年11月　他の居宅支援事業所からの引継ぎ
- 状況：
  - ① 平成24年　パーキンソン病を発症する。（手の振戦）
  - ② 平成28年　すくみ足から転倒を繰り返し、生活全体に介護が必要となる。
  - ③ 同年5月　介護保険サービスの利用が始まる。
  - ④ 平成30年5月　パーキンソン病が進行、歩行困難になり、また生活意欲も低下、受け答えも面倒になってきた。

## 事例紹介（ケース2）

- ⑤ 平成30年6月に「誤嚥性肺炎」で入院する。肺炎の治療が終わり次第、パーキンソンの治療のできる病院へ転院を予定していたが、敗血症・心不全・尿路感染症・誤嚥性肺炎等、様々な病気になり、そのまま治療の継続となる。
- ⑥ 本人は、殆ど寝たままで、声かけしても反応は無い。
- ⑦ 本人や家族に最終段階の医療やケアの意思確認はしていなかった。
- ⑧ 平成30年11月、治療は終わったが本人の意思確認はとれないため、主治医と家族で相談、家族の意向で療養型病院に転院となる。

**本人に人生の最終段階の医療やケアをどうしたいか、意思確認が出来ないまま、転院することになった。**

## まとめ

ケアマネジャーは利用者・家族の困りごとに、どんな支援がよいか提案しています。決めるのは利用者または家族です。

利用者本人の「**したい気持ち**」家族の「**してあげたい気持ち**」と「**できる**」は違うと思います。

元気なうちからご家族と一緒に、医療やケアについて、今の思いを話し合い、もしも手帳に本人の意思を書いておくことが大切です。





# 在宅医療を推進するための市民啓発講演会

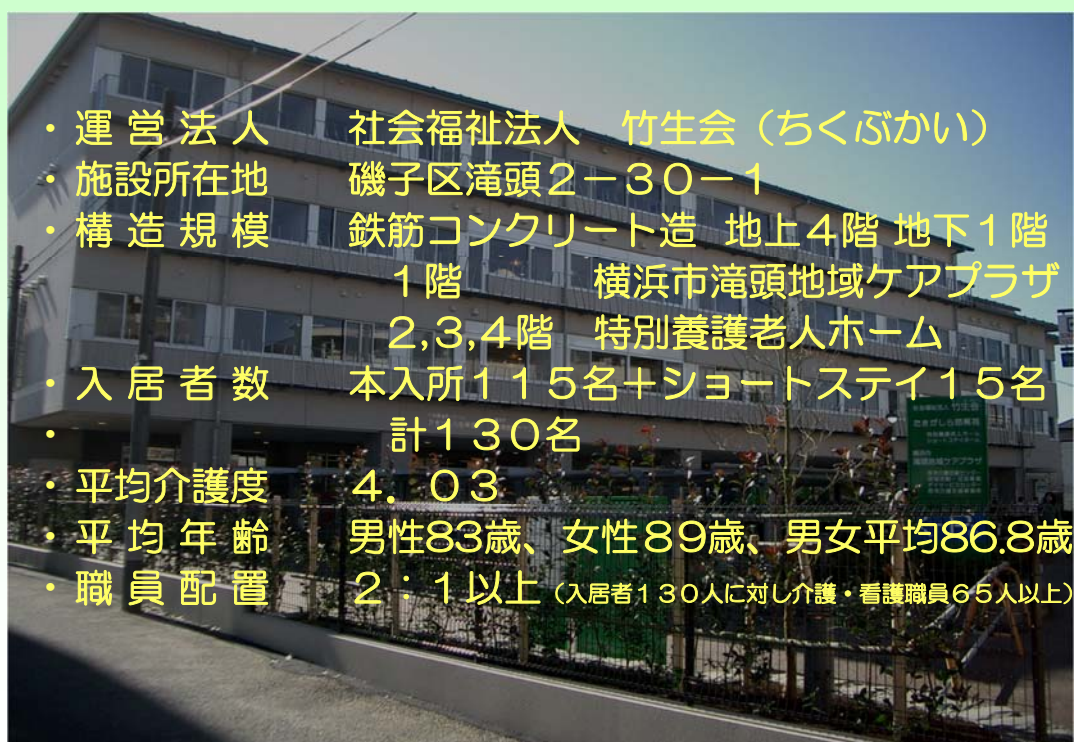
2019年1月22日

人生の最終段階を過ごす場所は自分で決められるの？

特別養護老人ホーム管理者の立場から

横浜市社会福祉協議会 高齢福祉部会 副部会長  
特別養護老人ホームたきがしら芭蕉苑 施設長  
前田 卓哉

## 特別養護老人ホームたきがしら芭蕉苑の概要



- ・ 運営法人 社会福祉法人 竹生会（ちくぶかい）
- ・ 施設所在地 磯子区滝頭2-30-1
- ・ 構造規模 鉄筋コンクリート造 地上4階 地下1階  
1階 横浜市滝頭地域ケアプラザ  
2,3,4階 特別養護老人ホーム
- ・ 入居者数 本入所115名+ショートステイ15名  
計130名
- ・ 平均介護度 4.03
- ・ 平均年齢 男性83歳、女性89歳、男女平均86.8歳
- ・ 職員配置 2:1以上（入居者130人に対し介護・看護職員65人以上）

# 介護保険制度の拡充

平成18年の介護報酬改定において  
看取り介護に対する加算創設

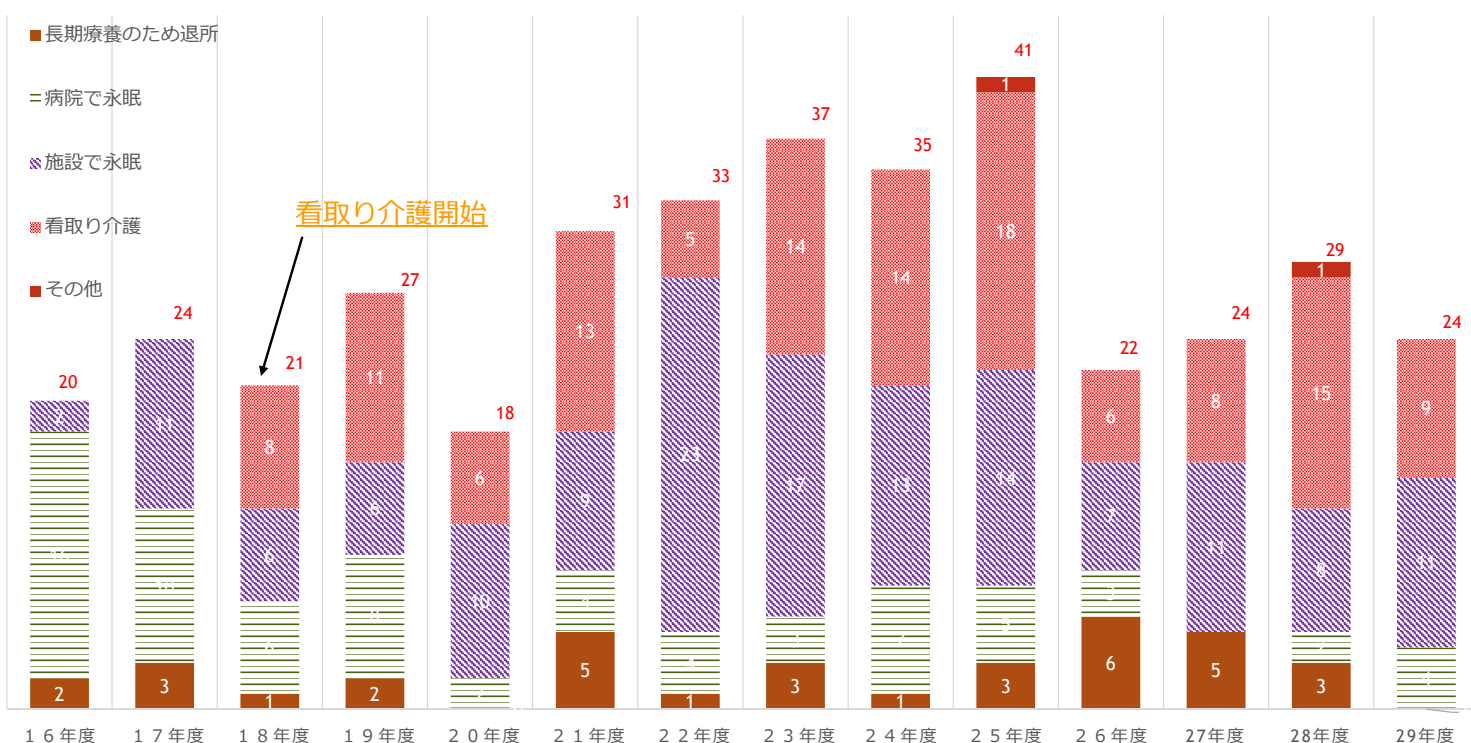
+

## ご家族の希望

無理な延命はせず、施設での  
自然な最期を選択する傾向

### 退所者の内訳 (たきがしら芭蕉苑)

H30年1月23日現在



## ▶ 看取り介護の期間（平成29年度）

▶ 対象者 9人

|       |      |        |             |      |
|-------|------|--------|-------------|------|
| ◎ N 様 | (97) | 要介護度 4 | 4/10~4/11   | 2日間  |
| ◎ M 様 | (81) | 要介護度 5 | 6/15~7/14   | 30日間 |
| ◎ M 様 | (92) | 要介護度 5 | 9/23~10/8   | 16日間 |
| ◎ K 様 | (99) | 要介護度 5 | 11/9~11/15  | 7日間  |
| ◎ Y 様 | (88) | 要介護度 5 | 11/14~11/19 | 6日間  |
| ◎ M 様 | (99) | 要介護度 5 | 11/21       | 1日間  |
| ◎ K 様 | (84) | 要介護度 5 | 12/8~12/19  | 12日間 |
| ◎ K 様 | (66) | 要介護度 5 | 12/22~1/1   | 10日間 |
| ◎ K 様 | (98) | 要介護度 5 | 1/12~1/13   | 2日間  |

- ▶ ◎最も短い方 診断の当日
- ▶ ◎最も長い方 30日間
- ▶ ◎平均 約10日間

## 看取り介護とターミナルケアの違い

「医療対応か？介護対応か？」という点が異なります。ターミナルケアが「終末期医療」や「終末期看護」と訳されることからわかる通り、点滴や酸素吸入などの医療的処置を中心とするのに対し、**特養における「看取り介護」は、食事や排せつ介助、褥瘡予防など日常生活のケアを中心におこないます。**

## たきがしら芭蕉苑での看取り介護①

### 入所

入所前調査時に、以下のことをお尋ねします  
「最期をどこで迎えたいと考えていらっしゃいますか」  
「ご家族で延命や看取りについてお話をされたことはありますか」

入所契約時にあらためて重要事項説明にてご説明

- ※ 最近では施設見学時に、「看取り介護はしていますか？」と尋ねられることが多くなっています。
- ※ 29年度横浜市内の64%の特別養護老人ホームで「看取り介護」を実施しているとの調査結果があります。

## たきがしら芭蕉苑での看取り介護②

### 日常のケア

看取り介護は、日常ケアの延長線上にあるもの  
普段から身体・精神的変化への対応方法、精神的援助方法、  
ご家族との連携、各職種の役割の確認と連携などについて  
職員が理解し支援します

### サービス担当者会議

通常の介護方針だけでなく、看取りについてのご家族の  
意向も定期的に確認します

## たきがしら芭蕉苑での看取り介護③

### 看取り介護の導入



医師の診断

ご本人・ご家族への説明と意思確認

看取り介護同意書にサイン

看取り介護計画（看取りケアプラン）作成

## たきがしら芭蕉苑での看取り介護④

### 看取り介護の実施



**精神的支援** 声かけやスキンシップをはかり、寄り添うことを重視します

**疼痛緩和** 安楽な体位の工夫や体位交換、マッサージをおこないます

**栄養(食事)** 毎食の摂取量を確認し、状態に応じた食形態や好みの食事を提供します。ゼリー、アイスクリーム、ヨーグルト、プリンなど補助食品も活用します

**清潔** ご本人の「気持ちいい」を重視し、負担のかからない程度に入浴や清拭を行い、清潔を保ちます

**環境整備** ご家族が気兼ねなく付き添い、ご本人と最期の時間を過ごせるよう環境を整備します

**排泄** 看護職と介護職が連携し、食事摂取量と排泄量を確認します

## たきがしら芭蕉苑での看取り介護⑤

経過観察・報告



### モニタリングの実施

週1回程度、ケアマネジャーを中心に  
看護師、介護士、栄養士、相談員の多職種  
連携で経過を確認し、ケアプランの見直し  
をおこないます

### ご家族への経過報告

## たきがしら芭蕉苑での看取り介護⑥

看取り介護の振り返り

### 逝去後のエンゼルケア

ご本人のお好きだった服をご用意して  
いただきます

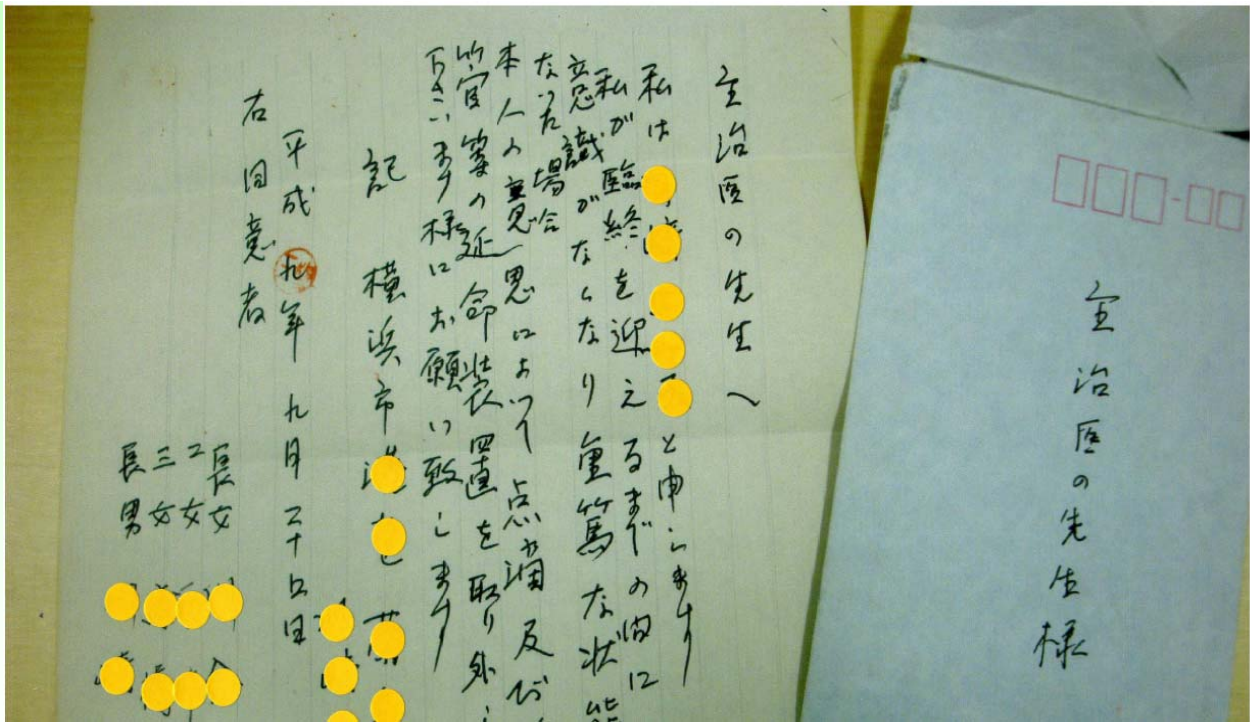
### 正面玄関からお見送り

職員や馴染みの利用者でお見送りをします

### 職員の振り返り

ご家族のご意見もお聞きしながら、カンファレンス  
で自分たちの看取り介護を振り返ります





Kさんが入所前、まだお元気な頃に書かれた  
主治医宛ての「延命処置拒否」の自筆の手紙

在宅医療を推進するための市民啓発講演会  
2019年1月22日

人生の最終段階を**過ごす場所**は自分で決められるの？  
病院看護師の立場から

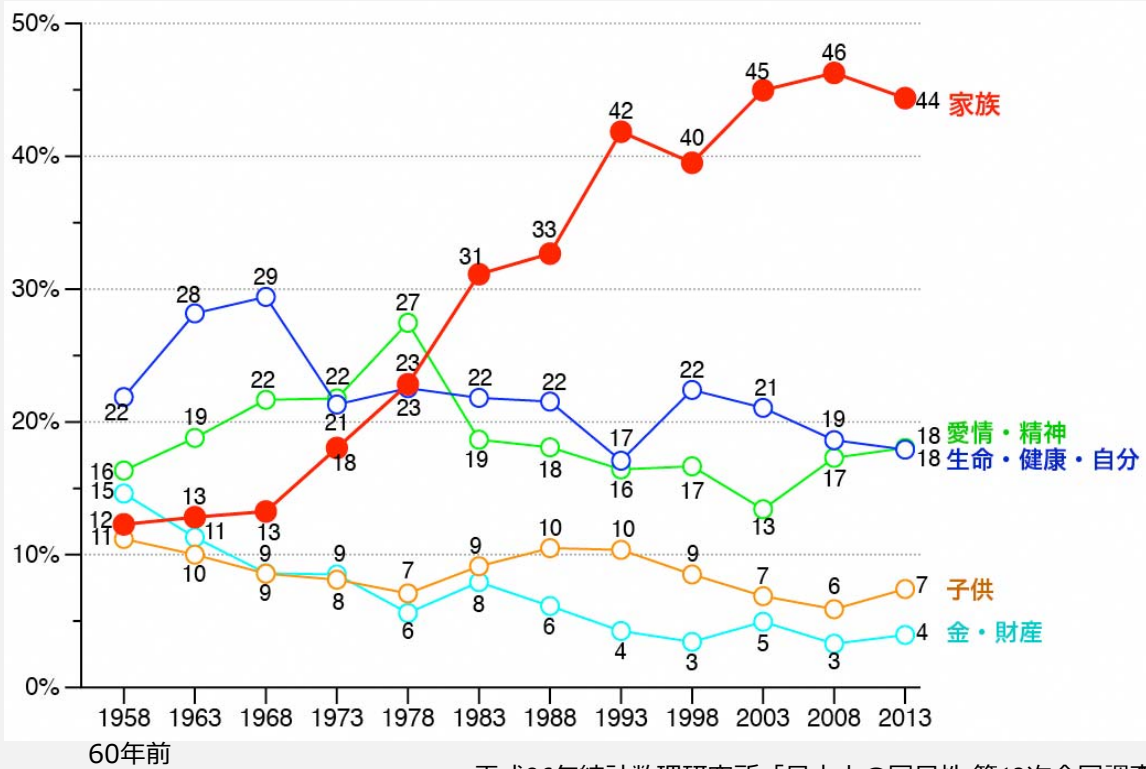
横浜市立市民病院 看護部  
家族支援専門看護師  
石渡 未来

**あなたにとって  
一番大切なものは、なんですか？**

**1つだけあげてください。**



# 一番大切と思うものは「家族」



## 家庭とは

休息・やすらぎ



絆・愛情



家族団らん



子育て・教育



介護・ケア



平成30年度 内閣府 国民生活に関する世論調査

## “もしも”治らない病気などになったら どこで過ごしたいですか？

③ “もしも” 治らない病気などになったら、どこで過ごしたいですか？（複数可）

自宅  
 病院  
 施設  
 今はわからない  
 その他、自由に

[ ]

氏名 \_\_\_\_\_

書いた日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

話し合った日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

話し合った人 \_\_\_\_\_



**あたりまえだった日常が変化してしまう**

## 人生の最終段階について考える際に 重要なこと

**家族等の負担にならない**（73.3%）

**体や心の苦痛なく過ごせる**（57.1%）

経済的な負担が少ない（55.2%）

自分らしくいられる（46.6%）

家族等との十分な時間を過ごせる（41.6%）

信頼できる医師等にみてもらう（38.1%）

人間としての尊厳を保てる（34.0%）





# 緩和ケアの定義

緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している**患者とその家族のQOL**を、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を**早期**に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである。

「WHO（世界保健機関）による緩和ケアの定義（2002）」定訳



## 緩和ケア



### 痛みやその他のつらい症状を和らげる

生命を肯定し、死にゆくことを自然な過程と捉える

**死を早めようとしたり遅らせようとしたりするものではない**

心理的およびスピリチュアルなケアを含む

患者が最期までできる限り能動的に生きられるように支援する体制を提供する

「WHO（世界保健機関）による緩和ケアの定義（2002）」定訳



# 緩和ケア



患者の病の間も死別後も、家族が対処していけるように支援する体制を提供する

患者と家族のニーズに応えるためにチームアプローチを活用し、必要に応じて死別後のカウンセリングも行う

QOLを高める。さらに、病の経過にも良い影響を及ぼす可能性がある

病の早い時期から化学療法や放射線療法などの生存期間の延長を意図して行われる治療と組み合わせて適応でき、つらい合併症をよりよく理解し対処するための精査も含む

「WHO（世界保健機関）による緩和ケアの定義（2002）」定訳

## 医療・介護ケアチーム



## 緩和ケア

生命を脅かす病と診断された**患者さん**とその**家族**に、**診断がついたとき**から提供される

患者さんとその家族が**生活している**「**どのような場所**」でも受けられる

病院  
緩和ケア病棟

介護施設

在宅



“もしも”治らない病気などになったら  
どこで過ごしたいですか？

回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々に  
あるいは急に死に至るとしたら？

③ “もしも” 治らない病気などになったら、どこ  
で過ごしたいですか？（複数可）

自宅  
 病院  
 施設  
 今はわからない  
 その他、自由に

[ ]

氏名 \_\_\_\_\_

書いた日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

話し合った日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

話し合った人 \_\_\_\_\_



ケース1

末期がん

状態は悪化し、今は食事がとりにくく、  
呼吸が苦しいが、痛みはなく、  
意識や判断力は健康な時と同様に保たれている場合

回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々に  
あるいは急に死に至るとしたら？

自宅 (47.4%)  
医療機関 (37.5%)  
介護施設 (10.7%)  
無回答 (4.4%)





## ケース2

### 慢性の重い心臓病

状態は悪化し、今は食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要だが、意識や判断力は健康な時と同様に保たれている場合

回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至るとしたら？

**医療機関** (48.0%)  
**自宅** (29.3%)  
**介護施設** (17.8%)  
無回答 (4.9%)



厚生労働省 平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果

## ケース3

### 認知症が進行

自分の居場所や家族の顔が分からず、食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要な状態で、かなり衰弱が進んできた場合

回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至るとしたら？

**介護施設** (51.0%)  
**医療機関** (28.2%)  
**自宅** (14.8%)  
無回答 (6.8%)



厚生労働省 平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果

# 自宅を希望する理由

「住み慣れた場所で自分らしく過ごしたい」

「家族等との時間を多くしたい」

「家族等に看取られて最期を迎えたい」



病院  
緩和ケア病棟



介護施設



在宅

厚生労働省 平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果

# 事例：自宅を希望

「子どもたちと一緒に過ごしたい」

「痛みやつらい症状が落ち着いた」



病院  
緩和ケア病棟



介護施設



在宅



# 自宅以外を希望する理由

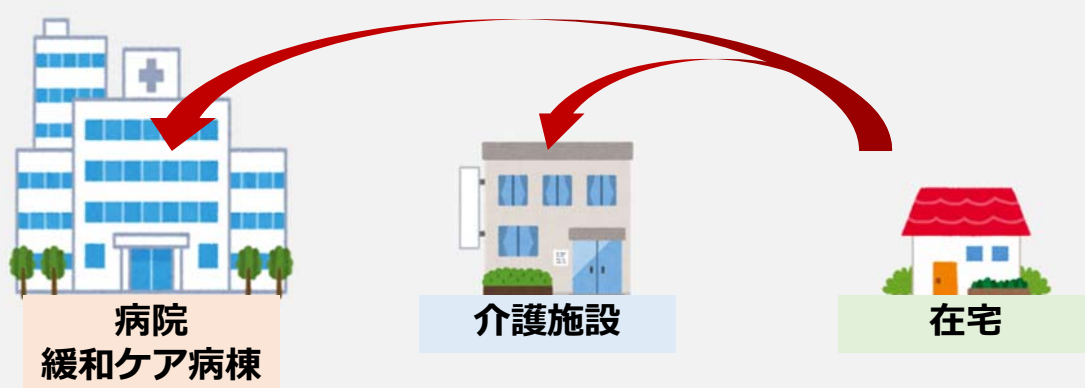
「介護してくれる家族等に負担がかかるから」  
「症状が急に悪くなったときの対応に  
自分も家族等も不安だから」



厚生労働省 平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果

## 事例：自宅以外を希望

「在宅療養を続けていたが痛みが強くなった」  
「だるさ、むくみが増し、転ぶようになった」  
「トイレに行けなくなった」





“もしも”治らない病気などになったら  
どこで過ごしたいですか？

**重要**

変化する可能性があることため  
繰り返し見直し、変更する

③ “もしも” 治らない病気などになったら、どこ  
で過ごしたいですか？（複数可）

自宅  
 病院  
 施設  
 今はわからない  
 その他、自由に

[ ]

氏名 \_\_\_\_\_

書いた日           年   月   日

話し合った日       年   月   日

話し合った人 \_\_\_\_\_



“もしも”治らない病気などになったら  
どこで過ごしたいですか？

変化する可能性があることため  
繰り返し見直し、変更する

**重要**

知りたくない、考えたくない、  
文書にまとめたくない人も尊重する



# 『もしも』のときのため、 実際に考えてみよう！

～『もしも手帳』を書いてみよう～

横浜市人生の最終段階の医療等に関する検討会座長  
横浜市立大学 総合診療医学

日下部明彦

## 横浜市が『もしも手帳』を作りました 本日、公式リリース！！



平成29年4月～  
人生の最終段階の医療等に関する検討会

構成員：医療看護介護職、法律家、横浜市職員

事業内容：

- ・人生会議の考え方の普及(もしも手帳の作成)
- ・人生会議に関わる人材の育成

# 『もしも手帳』作成の背景

- 日本は超高齢社会 これからも続く
- 生物は加齢とともに徐々に衰える
- 実は治らない病気は多い
- 病気を持ちつつ生活する人は増える
  
- 病気を持ちつつも幸せな生活を送るには？
- 私たちの望む**過不足のない**医療を受けるには？
- 個人の価値観が大事、自分主体で考えよう！

人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？

## もしものときのために

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～

誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気やケガをする可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、約70%の方が、医療やケアなどを自分で決めたり望みを人に伝えたりすることが、できなくなると言われています。

自らが希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。



話し合いの進めかた（例）


- あなたが大切にしていることは何ですか？
- あなたが信頼できる人は誰ですか？
- 信頼できる人や医療・ケアチームと話し合いましたか？
- 話し合いの結果を大切な人たちに伝えて共有しましたか？

心身の状態に応じて意思は変化することがあるため、何度も繰り返し考え、話し合いたしましょう。

もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い共有する取組を「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と呼びます。あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたや家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

このような取組は、個人の主体的な行いによって考え、進めるものです。知りたくない、考えたくない方への十分な配慮が必要です。

詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/saishyu\\_iryuu/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saishyu_iryuu/index.html)



日本国民全体の大きなテーマ！

日時：平成30年7月10日（火）14:00～16:30（開場13:30）

会場：横浜市健康福祉総合センター4階ホール

住所：神奈川県横浜市中区桜木町1-1（最寄駅：桜木町駅）

**先着300名**

# 『在宅医療における 人生の最終段階を考える』

～望まない救急要請をしてしまったとき蘇生・搬送の中止は可能か～

|             |                            |             |         |
|-------------|----------------------------|-------------|---------|
| ・ご挨拶        | 横浜市医師会                     | 会長          | 水野 恭一 氏 |
| ・シンポジウム（座長） | 横浜市医師会                     | 常任理事        | 赤羽 重樹 氏 |
| 訪問診療医から     | 河本クリニック                    | 院長          | 河本 和行 氏 |
| 救急病院医師から    | 済生会横浜市東部病院                 | 救命救急センター長   | 山崎 元靖 氏 |
| 救急救命士から     | 横浜市消防局救急課                  | 救急課長        | 西川 浩二 氏 |
| 横浜市医療局から    | 横浜市医療局医療政策課                | 救急・災害医療担当課長 | 栗原 政幸 氏 |
| 弁護士から       | 横浜市社会福祉協議会<br>横浜生活あんしんセンター | 所長 弁護士      | 延命 政之 氏 |
| ・横浜市の現状     | 横浜市医療局                     | 医療医務監       | 修理 淳 氏  |

病が治らない状態に至ってしまい「最期まで自宅で」と考えていたにも関わらず、突然の呼吸停止に遭遇した家族ヘルパー・親戚が、パニックになって救急要請してしまった場面を取り上げます。家族としては蘇生を望まないにも関わらず、到着した救急隊は自分たちの判断で蘇生を途中で中止することはできません。このような時にはどうしたらよいか。そうならないためにはどうしたらよいか。今のうちから考えておく機会として、このシンポジウムを企画しました。今のうちから考えておく機会として、参加してみませんか？



対象：一般市民、在宅医療を担う医療関係者等  
どなたでもご参加いただけます。

横浜市委託事業  
〈お問い合わせ先〉主催 一般社団法人 横浜市医師会  
横浜市中区桜木町1-1  
横浜市健康福祉総合センター7階  
TEL:045-201-7366 FAX:045-201-8768

例えば  
望まない  
救急搬送

横浜市医師会

## 例えば・・・

- 望まない心臓マッサージ
- 望まない人工呼吸器
- 望まない点滴
- 望まない胃ろう
- 望まない輸血
- 望まない透析
- 望まない抗がん剤治療

# まずは人生会議をしましょう！ (アドバンス・ケア・プランニング)

もしも、将来、自分が治らない病気になったら、  
もしも、将来、自分が意思表示ができない病状になったら、

- どんな医療の内容を望もうかな？
- どこで過ごしたいかな？
- だれ(とだれ)と相談しようかな？
- だれ(とだれ)に判断してもらおうかな？

## を考える過程(プロセス)のこと

## 横浜市『もしも手帳』のコンセプト

○みんなが人生会議を行うきっかけ作り

× 事前指示書(リビングウィル)ではない

元気な時に

いつか具合が悪くなったら、

- 心臓マッサージを希望しますか？
- 人工呼吸器装着を希望しますか？
- 胃ろうを希望しますか？

と聞かれてもイメージ湧きづらい

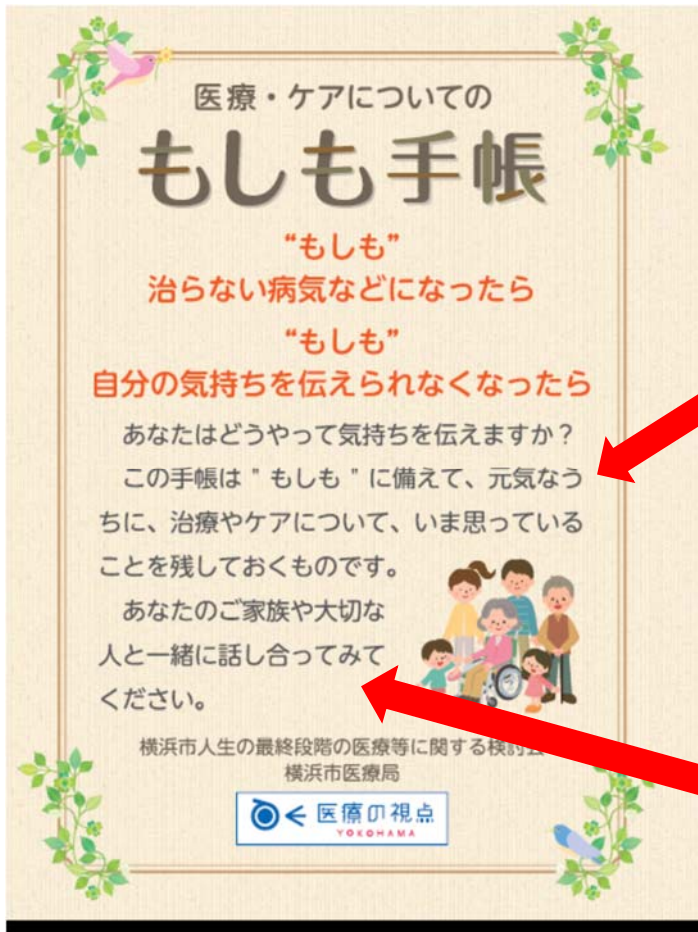
だって、その時の病状や環境によるから

### 事前指示書の項目例

自分で食べることが出来なくなり  
医師から回復不能と判断された時  
の栄養手段で希望すること

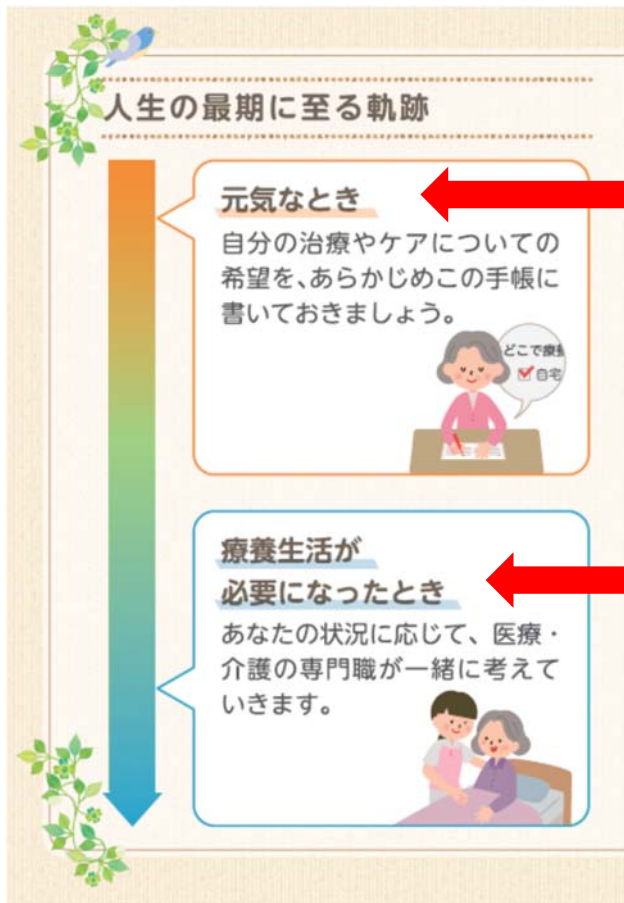
- 経鼻チューブ栄養
- 中心静脈栄養
- 胃ろう
- 点滴による水分補給
- 口から入るものを入れるだけ食べさせてもらう





元気なうちに

大事な人と話し合い



もしも手帳の活用はこっち

元気な時から少しずつ考える

実際、具合が悪くなったら、その時の状況で考える。

病気などの種類によって、  
からだの機能の衰え方は異なります。

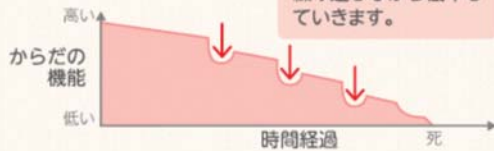
**がんの場合**

比較的良好な期間が  
続き、亡くなる前に急速  
に状態が悪化します。



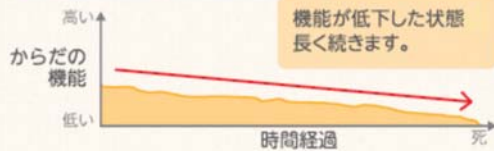
**心不全・呼吸不全の場合**

急激な悪化と改善を  
繰り返しながら低下し  
ていきます。



**認知症・神経難病・老衰の場合**

機能が低下した状態  
長く続きます。



このパターンだったらこう。

このパターンだったらこう。

というご参考に。

① “もしも” 治らない病気などになり、  
自分の気持ちを伝えられなくなったら、  
どんな治療やケアを受けて過ごし  
たいですか？

- できるだけ長く生きるための  
治療を受けたい
- 痛みやつらさを軽減する治療や  
ケアのみしてほしい
- すべての治療やケアを受けたくない
- わからない
- その他

[ ]

将来、受けてみたい医療に対する  
おおまかなイメージ



所謂、延命治療



所謂、緩和ケア

元気な時の今の気持ち  
で結構です。

・人は考えが変わるもの

・考えること自体が大事



## 自分のこと、 誰がわかってくれそう？

② “もしも” 治療やケアについて、自分で決められなくなったら、代わりに誰に話し合っほしいですか？（複数可）

- 配偶者（夫・妻）  
[ ]
- 子ども・孫  
[ ]
- きょうだい  
[ ]
- 親戚（姪・甥など）  
[ ]
- 友人・知人  
[ ]
- かかりつけ医  
[ ]
- その他  
[ ]
- 頼める人はいない

※ [ ] 内には名前や連絡先を書いてみてください。



『このひとなら、  
こういう時は、こうして欲しいと思います』  
と言ってくれる人がいると、望む医療、ケアが受けやすいです。

③ “もしも” 治らない病気などになったら、どこで過ごしたいですか？（複数可）

- 自宅
- 病院
- 施設
- 今はわからない
- その他、自由に

[ ]

氏名

書いた日 年 月 日

話し合った日 年 月 日

話し合った人

## どこで療養して どこで最期を迎えたい？ についての心構え

人は必ずお別れが来ます



気持ちは変わります。  
何度でも書き直してみましよう。  
書き直したら、またご家族や大切な人と  
話し合ってみてください。



ご家族やご本人をささえるみなさんへ  
みなさんの大切な人は  
「最後に何が食べたい」と言うと思いますか？  
ご本人と話し合うきっかけにしてみてください。

その時の病状で、  
気持ちは変わる。

悪いことではない。

どこで、誰と、何食べたい？  
どうして？  
何かいい思い出があったの？

人生の終盤の医療やケアには  
病状や環境と同様に  
本人の価値観が重要

## まとめ

人生の終盤において、  
自らが希望する医療やケアを受けるために、  
大切にしていることや、どこでどのような医  
療やケアを望むかを自分自身で前もって考  
え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有  
することが重要。

『もしも手帳』がその目的の為の道具、きっ  
かけになることを期待しています。

是非、大事な人ともう一度！