

# 尼崎市在宅療養 ハンドブック

～最期まで自分らしく暮らし続けるために～



尼崎市医療・介護連携協議会

## ～ はじめに ～

医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域、おうちで、いつまでも自分らしく暮らし続けたい。多くの人の願いです。

尼崎市でも高齢者のうち、約6割の人が最期までおうちで過ごしたいと考えています。

「でも、ホントにだいじょうぶ？」

このハンドブックは、そんな心配にお答えする冊子です。尼崎市では、医療・介護の専門チームが連携して、在宅療養(=おうちでの療養)をはじめのご本人とご家族を支える取り組みを行っています。まずこのことを知っていただき、安心して在宅療養について考えてください。そして、自分らしく暮らすということについても、自分自身で考え、周囲の人と話し合うきっかけにさせていただけると幸いです。

ご本人にも、ご家族にも、ぜひご活用いただきたい1冊です。

### このハンドブックの 使い方

どこからでも、関心のあるページを  
開いてみてください。  
ページの右端をみると探しやすいよ！





# もくじ

## 第1章 在宅療養を知る

在宅療養を  
考えはじめたら  
このページを...



1	在宅療養を支える支援者たちがいます	4
●	在宅療養が必要になったときには	4
●	在宅療養を支える多職種連携チーム	5
●	地域包括支援センター ● ケアマネジャー ● 医療ソーシャルワーカー ● かかりつけ医 ● かかりつけ歯科医・歯科衛生士 ● 訪問看護師 ● かかりつけ薬剤師(薬局) ● ホームヘルパー・介護福祉士 ● 管理栄養士 ● リハビリテーション専門職種(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)	
◆	お住まいの地域で“かかりつけ”をもつメリット	8
★	Q&A おしえて! 多職種連携チーム	10

在宅療養を詳しく  
知りたいなら  
このページを...



2	在宅療養をはじめするには	12
●	在宅療養をおくるうえで知っておきたいメリットとデメリット	12
●	在宅療養の実際	13
▶	〈聞いてみようみんなの体験〉在宅療養	15
●	経済的な負担は	16
●	ご家族の負担を軽減するには	17
★	Q&A おしえて! 在宅療養の心配事	18

## 第2章 人生最期のときをどのように迎えるか

これからのことを  
じっくり考えたい人は  
このページを...



ご本人  
むけ

1	最期まで自分らしく暮らす ... ご本人にむけて...	20
●	自分らしい暮らしを続けるために考えておきたいこと	20
●	周囲と話し合う・共有する	21
●	どのような治療を望みますか? ～元気なときから考えておきましょう～	22
●	望まない治療を避けるために	23
●	伝えることは大切	24
▶	〈聞いてみようみんなの体験〉自分らしく生きる	25

看取りについて  
心配なご家族は  
このページを...



ご家族  
むけ

2	人生の伴走者としてご家族が知っておきたいこと ... ご家族にむけて...	26
●	看取りの実際	26
★	Q&A おしえて! おうちでの看取り	28
▶	〈聞いてみようみんなの体験〉ご家族に見守られて	29
▶	〈聞いてみようみんなの体験〉 “自分らしい最期”を支えるために	30

お問い合わせ・冊子のご案内	31
あとがき	32

# 第1章

## 在宅療養を知る

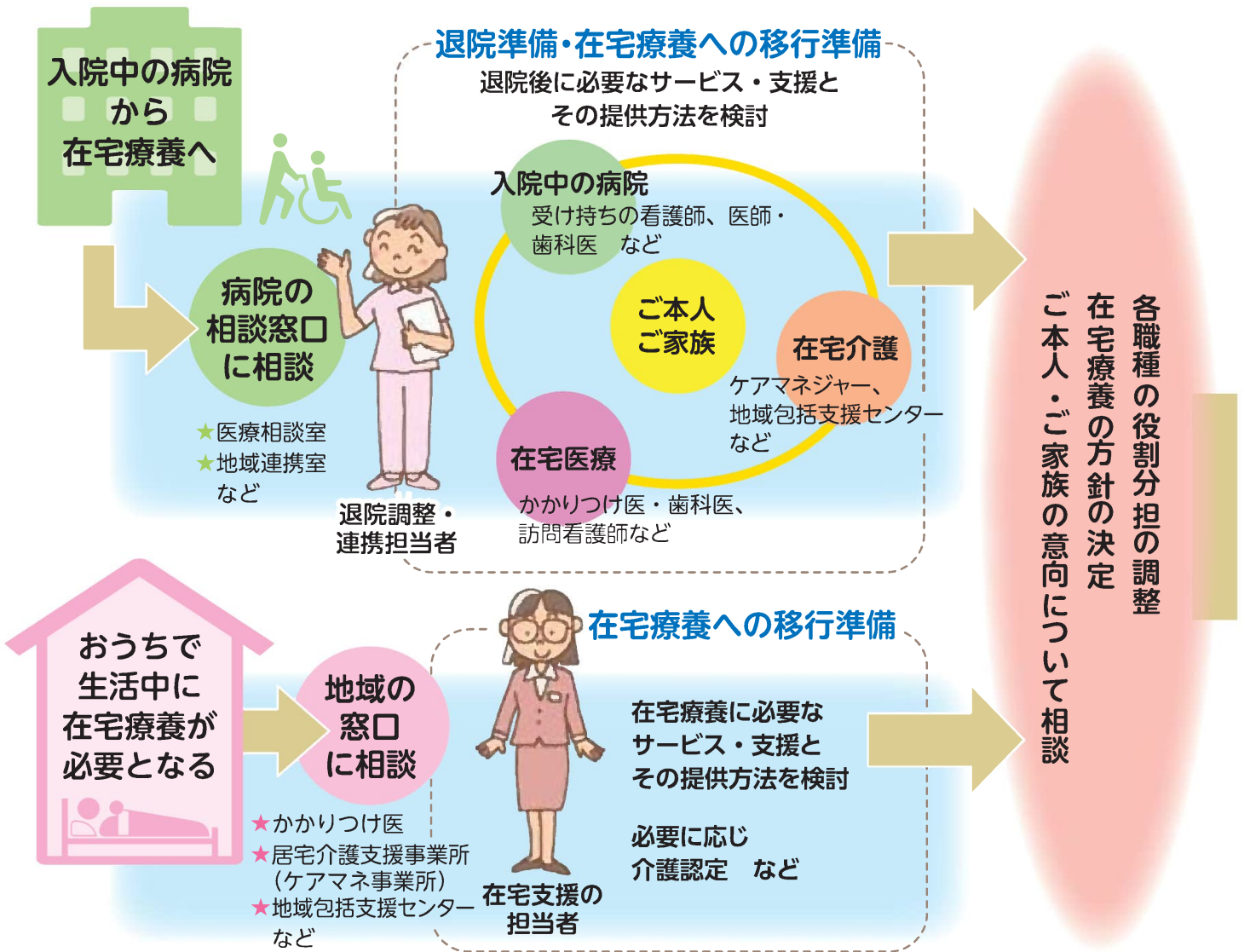
### 1

# 在宅療養を支える

在宅療養が必要となるケースは、入院していた病院から  
はいる場合など、さまざまです。

尼崎市では、在宅療養を支える医療・介護の専門家たちが  
サポートする体制を整えています。

## 在宅療養が必要になったときには



入院生活から在宅療養に移行する場合には、病院に医療相談室・地域連携室などの相談窓口があります。退院準備について調整し、病院の担当医、かかりつけ医・歯科医・薬剤師(薬局)、訪問看護師、ケアマネジャーなどと、必要な支援について話し合います。

おうちで生活中の人が、在宅療養生活をはじめるときには、かかりつけ医、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、または市の介護・保健・福祉の窓口にご相談ください。

※居宅介護支援事業所のリストは、尼崎市公式ホームページに掲載(尼崎市公式ホームページのサイト内検索から「居宅介護支援事業者」と検索 → 「介護保険事業者・施設一覧」ページに掲載)

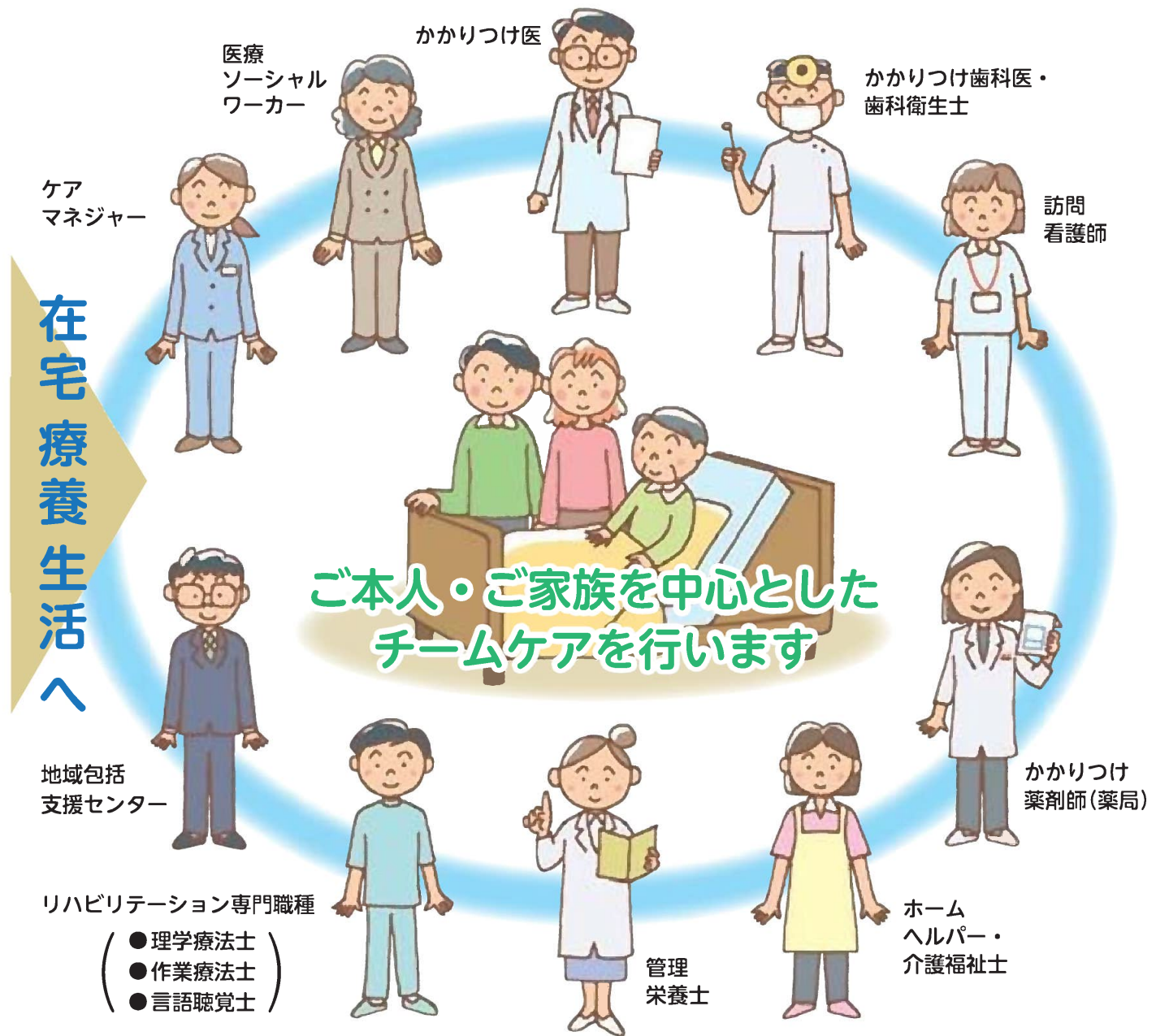
◆在宅療養を支える多職種連携チーム  
◆在宅療養が必要になったときには

# 支援者たちがいます

おうちに帰って療養をはじめる場合や、おうちで過ごしてきた人が本格的に療養生活に

専携をとってチームをつくり、在宅療養をはじめるご本人と、それを支えるご家族を

## 在宅療養を支える多職種連携チーム



医療・介護の多職種連携チームが、ご本人とご家族の希望を伺いながら、病気や障害、生活機能の状態などを専門的に判断し、必要なケアを組み立てます。

住み慣れたおうちで、できるだけ長く自立して、自分らしく暮らすことができるよう、身体的・精神的な負担の軽減を図り、チーム全体でサポートにあたります。



## 地域包括支援センター



### 地域の医療・介護・福祉などのなんでも相談窓口

地域包括支援センターは、高齢者やそのご家族の身近な相談窓口。保健師・看護師、主任ケアマネジャー、社会福祉士などが、健康づくりや介護をはじめとしたさまざまな相談を受け付けています。在宅療養の心配についても、お気軽にご相談ください。

詳しくは、  
● 尼崎市パンフレット  
● 『ご存知ですか  
● 地域包括支援センター』  
● をご覧ください。  
● (配布場所：P31 参照)

## ケアマネジャー

### 多職種連携チームをつなぐ<sup>かなめ</sup>要の役割

「自分らしく」暮らしていくために、生活援助や身体介護などの必要な資源を調整しケアプランを作成するのがケアマネジャー(介護支援専門員)です。その人らしく暮らせるように、必要な支援として、ホームヘルパーやデイサービス職員、また、医療面ではかかりつけ医や訪問看護師などと相談、連携、調整などをし、ご本人と一緒にケアプランを考えていきます。



## 医療ソーシャルワーカー



### 療養生活のさまざまな心配事の解決をお手伝い

おもに医療機関の相談室などで、療養生活に関わる経済的、社会的な心配、心理的な問題などについての相談を受け、解決のお手伝いをしています。在宅療養へ移行する際の調整に大きな役割を果たします。

## かかりつけ医

いつも診てくれる身近なお医者さん。在宅療養の強い味方

おうちの近所などにあって、かぜを引いたり、体調をくずしたりしたときなどに、いつも診てもらうお医者さんがかかりつけ医です。在宅療養をはじめるときには、ぜひ相談してみましょう。これまでの病歴や健康状態などを知ってもらっているので、安心して診療をお願いできます。



## かかりつけ歯科医・歯科衛生士



口腔ケアをとおして療養生活をサポート

かかりつけ歯科医は、患者さんのライフサイクルに沿って、口と歯について継続的に何でも相談できる歯医者さん。歯科衛生士は、虫歯・歯周病の予防や歯科保健指導などを受け持ちます。歯科診療や口腔ケアをとおして、お口の健康を守ります。

## 訪問看護師

おうちを訪問する看護師さん。在宅療養のパートナー的存在

かかりつけ医の指示のもと、訪問看護ステーションの訪問看護師が定期的におうちに訪問して、看護を行います。介護予防や重度化防止、ご家族への介護指導なども必要に応じて行います。在宅療養においては、患者さんをご家族のかたわらにいるパートナー的な存在となります。



## かかりつけ薬剤師(薬局)



### お薬の管理や飲み方などをアドバイス

おうちまでお薬を届けたり、飲んでいるお薬の副作用の説明や飲み方の指導を行うほか、保管状況、残薬の有無などを管理します。

また、必要に応じて、お薬を飲む回数やお薬の形(錠剤、水薬、貼り薬など)の変更などを医師に提案します。

## お住まいの地域で “かかりつけ”をもつメリット



体調や健康上で気になることがあったとき、なんでも相談できるお医者さんや歯医者さん、薬局の薬剤師さんがいたら心強いものです。

これらの“かかりつけ”を身近な地域で探しましょう。

相談事があるとき、おうちの近くだったら、すぐに、気軽に行くことができます。

かかりつけとして継続的に病歴や健康状態を把握してもらってれば、自分では気づかない変化に気づいてもらえることもあります。

また、必要があれば、専門医に紹介してくれるなどの適切な対応もしてもらえます。

在宅療養においては、あなたをよく知るかかりつけ医、歯科医、薬剤師(薬局)、訪問看護師などが連携して、緊急のときには24時間体制で連絡でき、なにかと不安の多い療養生活をしっかりと支えてくれる存在になります。



## ホームヘルパー・介護福祉士

その人に必要な日常的な身体介護や生活支援を行い、  
その人らしい暮らしを継続する支援を行います

療養生活をしているおうちにホームヘルパーが訪問し、その人に必要な食事、入浴、排泄の支援や外出などの移動介助といった身体介護を行います。また、調理、洗濯、買い物などの生活面についても必要に応じて支援し、その人らしい暮らしの継続を支えます。



## 管理栄養士



おうちでもしっかり栄養が摂れるようアドバイス

病状や体調によって、食べられないものが出てきたり、食事制限の必要が生じる場合もあります。かかりつけ医の指示により、管理栄養士がおうちに訪問し、食事についての相談やアドバイスを行います。

## リハビリテーション専門職種

(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)

状態に応じて、身体機能・生活機能の向上を促し、  
自立した生活を支援します

起きる・立つ・歩くなどの基本的動作の改善を促してくれるのが「理学療法士」。入浴やトイレ、家事、趣味などの生活行為ができるように機能・動作訓練を行うのが「作業療法士」。コミュニケーション能力や食べる機能の改善をサポートするのが「言語聴覚士」。かかりつけ医の指示により、身体の状態に応じたリハビリを行い、自立した生活を支援します。





# おしえて! 多職種連



入院から在宅療養へ移る際には  
どんなふうに引き継ぎが行われるの?



退院前のカンファレンス(会議)で  
在宅療養に必要な情報をみんなでしっかり共有。

病院には医療ソーシャルワーカー、退院調整・連携担当者がいます。退院が決まり、在宅療養となったときに不安なことに対して、最初に相談にのってくれる専門家です。退院の前に、入院中の医療機関から在宅療養の多職種連携チームへの引き継ぎのために、**退院前のカンファレンス(会議)**が開かれます。

**患者さんご本人やご家族が参加して**、退院後の希望を伝えたり、気がかりなことなどを質問して、安心して在宅療養をスタートさせることができます。

入院中の医療機関からは、担当医、担当看護師、薬剤師、リハビリテーション専門職種、退院調整看護師、医療ソーシャルワーカー、管理栄養士などが、在宅療養側からは、かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護師、かかりつけ薬剤師(薬局)、ホームヘルパー、管理栄養士などが集まり、病状や治療のこと、症状のコントロール、お薬、在宅で受ける介護サービス、必要な福祉用具や住宅改修についてなど**多岐にわたり話し合い、具体的な情報を共有**します。



# 携チーム



ほんとおうちで療養できるのか心配です。



病状に応じ、多職種連携チームによる適切な医療や介護が受けられます。

在宅療養に移行後は、多職種連携チームがネットワークを作り、退院前のカンファレンス(会議)で共有した情報をもとに、継続的に適切な医療や介護を行います。

医療では、「在宅療養計画」に基づいて定期的にかかりつけ医や訪問看護師、かかりつけ薬剤師(薬局)などがおうちに訪問し、診察や治療、医療的処置、服薬の指導などを行います。容態が急変しやすい患者さんに対応するため、24時間対応できる体制を整えている診療所もあります。

介護が必要な場合は、ケアマネジャーが作る「ケアプラン」をもとに、訪問介護や訪問入浴介護、訪問・通所リハビリテーション、通所介護などの介護サービスが受けられます。



介護保険のサービスについては、  
尼崎市パンフレット『新しくなった いきいき介護保険』をご覧ください。  
(配布場所：P31 参照)



在宅療養をするメリットは？ 実際はどんなふうに行われるんだろう..

## 在宅療養をおくるうえで 知っておきたいメリットとデメリット

### 在宅療養は 自分らしく暮らすための ひとつの選択肢

在宅療養には、できるだけ普段どおりの生活をしながら療養できるメリットがあります。住み慣れたおうちで、ご家族との団らんや趣味を楽しんだり、場合によっては仕事を続けられる可能性もあります。



自分らしい暮らしに  
ついて想像してみよう



在宅療養にもデメリットはあります。緊急時に医師や看護師がおうちまで駆けつける際に時間がかかったり、すぐに連絡をとることが難しかったりすることもあります。

大切なことは「自分らしくあるためにどのように暮らしたいか」を明確にし、それを実現するためには「どこで暮らすことが良いか」などを考え、そしてメリットだけでなくデメリットも踏まえ選択することです。

### 在宅療養の メリットと デメリット

#### メリット

- ① 住み慣れた場所で、自分のペースで自分らしい時間を過ごせる。
- ② 生活に合わせた治療法を選べる。
- ③ 一對一の密な関係で支援が受けられる。

#### デメリット

- ① 治療法に限界がある。
- ② 緊急時などの際、専門職に至急で対応してもらおうことが困難なことがある。

など

# るには

在宅療養をはじめる前に、知っておくべきことをあげてみました。

## 在宅療養の実際

以下に、高齢者に多い在宅療養の例をあげました。

### がん (例)

がんが進行した場合には、痛みに対する緩和ケアが重要となります。呼吸苦や全身の倦怠感をはじめとしたさまざまな身体症状や精神的な苦痛への対応も必要となります。



鎮痛剤は、飲み薬、座薬、貼り薬、注射など、その人に合った方法が選べます。

#### ● おもな医療・介護の内容 ●

投薬による痛みのコントロール

在宅酸素療法、痰の吸引による呼吸苦の改善

日常生活動作の介助

そのほか ★ 食事の工夫 など

### 脳卒中の後遺症 (例)

脳卒中の後遺症として、片麻痺などの運動障害のほか、記憶障害や注意障害、言語障害、嚥下障害などが残る場合があります。

#### ● おもな医療・介護の内容 ●

転倒防止や介護量軽減などのため手すりを付けるなど住宅環境を整備

身体機能・生活行為の向上のためのリハビリテーション

言語・嚥下機能の向上のためのリハビリテーション

通所介護

リハビリでは、自立した生活が送れるよう、関節可動域訓練や歩行訓練、生活行為訓練を行います。また、介助者に介護負担軽減のための助言も行います。

そのほか

- ★ 再発防止・後遺症軽減のための薬物療法
- ★ 車いすの貸与
- ★ 訪問入浴介護
- ★ 日常生活の介助 など



## COPD

(慢性閉塞性肺疾患)

(例)

おもに長期間の喫煙により、呼吸苦などの症状を起こす病気。慢性的な咳・痰、息切れ、呼吸苦のほか、呼吸器の感染症、全身性炎症や栄養障害、骨格筋機能障害、心血管疾患、骨粗鬆症などが起こることがあります。

### ● おもな医療・介護の内容 ●

呼吸器リハビリテーション  
(呼吸法・生活動作指導・体力向上)

在宅酸素療法

禁煙指導

そのほか

- ★ 気管支拡張薬などの薬物療法
- ★ 呼吸器感染症予防の指導
- ★ 日常生活の介助
- ★ 食事・栄養の指導 など



呼吸を助ける在宅酸素療法の機器をおうちに設置します。携帯できるタイプもあります。

## 認知症

(例)

認知症には、脳血管型やアルツハイマー型、レビー小体型などがあり、それぞれ症状や進行が異なりますが、記憶障害や認知機能の低下だけでなく、次第に生活機能の低下が起こり、身体機能も低下していきます。

患者さんの目線に立って困難が生じている原因を探り、日常生活に沿った確かな支援を行います。



### ● おもな医療・介護の内容 ●

転倒防止などのための住宅環境整備 (手すりなど)

日常生活動作の維持・向上のためのリハビリテーション

通所介護

認知症の型・症状に応じた介護のアドバイス

そのほか

- ★ 認知症の型・症状に合わせた薬物療法
- ★ 日常生活の介助 など



～もの忘れが気になる人・認知症と診断された人やそのご家族へ～  
ぜひ『尼崎市 認知症あんしんガイド』もご覧ください。  
(配布場所：P31 参照)



聞いてみよう  
みんなの体験

## 在宅療養

## ホームヘルパーの体験記

## ● 寝たきりになっても、在宅での療養を実現した A さんのお話 ●

仕事中に倒れて重い障がいが残り、寝たきり状態となった A さん。転院などを繰り返す生活を続けていましたが、「やっぱりおうちに帰りたい」という思いがありました。

A さんは「歩けない状態だからおうちには帰れない」とお考えのようでした。

しかし、ご本人の思いを実現するために何ができるか？

病院の地域連携室が中心となり、みんなで相談しました。

医療や介護などをみんなで支える地域包括ケアシステムの考え方を表現した植木鉢の図のいちばん下に、「本人の選択と本人・家族の心構え」があります。これをみんなで共有することが大切だと思います。

現在 A さんは、今まで暮らしてきたおうちで、訪問診療や訪問看護で身体の状態を診てもらい、ホームヘルパーに食事や排せつなど生活面を支えてもらいながら、暮らしています。



三菱UFJリサーチ&コンサルティング「〈地域包括ケア研究会〉地域包括ケアシステムと地域マネジメント」  
(地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業)、  
平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016年

## ● 薬剤師が在宅療養でお役に立てたこと ●

## 薬剤師の体験記

薬剤師としておうちへお薬を届けに上がると、いろいろな問題点が見えてきます。

たとえば、お薬の副作用が出ている、お薬の量が多すぎる、など。患者さんがお薬をうまく飲めないため、ホームヘルパーが砕いて飲ませていることもありました。

そんなときには、考えられる問題をすべてピックアップし、解決を試みます。

たとえばお薬の形の選定や相互作用の確認をしたり、誰でもできる簡単なお薬の溶かし方を介助者に伝えます。また、副作用の可能性のあるお薬を減らすことを医師に提案することもあります。

薬剤師が、お薬で起きている問題に責任を持ち、考え、調べ、処方している医師に提案することで問題が解決することが多くあります。気になることは薬剤師に相談してみてください。お薬の専門家として、責任を持って問題に向き合います。



# 経済的な負担は

## 医療保険や介護保険などの制度を上手に利用しましょう

以下は在宅療養を行う上で、訪問診療と、訪問看護など介護保険サービスを利用した場合の利用者負担額の一例です（※利用するサービスの回数や内容により異なります）。

一例 患者・利用者情報：80歳、女性、要介護5、夫と2人暮らし

### 医療保険

#### ◆訪問診療(2回/月)

利用者負担(1割負担の場合)：月額 5,000円～7,000円 程度……①

※別途、調剤薬局に支払う薬代金が必要

### 介護保険

#### ◆訪問看護(30分/回×1回/週)

利用者負担(1割負担の場合)：月額 2,500円～3,500円 程度……②

#### ◆訪問介護(30分/回×3回/日×4日/週)

利用者負担(1割負担の場合)：月額 13,000円～16,000円 程度……③

#### ◆通所介護(3日/週)

利用者負担(1割負担の場合)：月額 14,000円～15,000円 程度……④

※別途、通所介護の食事代金が必要

#### ◆福祉用具(車いす・ベッド・床ずれ防止用マット)

利用者負担(1割負担の場合)：月額 2,500円～3,000円 程度……⑤

利用者負担合計の目安 (①+②+③+④+⑤) 月額 37,000円～44,500円 程度

上記は目安であり、病気の症状や利用する事業者の体制、他のサービスの提供状況、お住まいの場所などにより費用は変わります。詳しくは医療機関、居宅介護支援事業所などにご相談ください。

※平成30年12月時点

利用者負担が高額になった場合は、以下の制度を利用することで、経済的な負担を軽減できる場合があります。詳しくは市の窓口までお問い合わせください。

- 高額療養費**：1か月（月の1日から末日まで）の医療費の自己負担額が高額となったとき、申請して認められると、限度額を超えた分があとから支給されます（あらかじめ「限度額適用認定証」などの交付を受け医療機関に提示すると、1か月の窓口での支払いが自己負担限度額までとなります）。
- 高額介護サービス費**：介護保険サービスを利用されている人で上限額を超えた場合に申請して認められると、限度額を超えた分があとから支給されます。
- 高額医療・高額介護合算制度**：同じ年の医療保険と介護保険の自己負担額を合算し、合計額が年間で限度額を超えた場合に、申請により超えた分があとから支給されます。

# ご家族の負担を軽減するには

## 介護を行うご家族もリフレッシュを

在宅療養において、ご家族の負担は少なくありません。いつもずっと付き添って介護をしていると、気づかないうちに疲れがたまってしまいます。

上手に息抜きをして、リフレッシュしましょう。介護から離れて休憩をとることに後ろめたさを感じる人もいますが、定期的に休憩を取り、疲労を解消することは、在宅療養を支え、ともに暮らしていくご家族にとってはとても大切なことです。



休憩するのは  
悪いことじゃないよ...



介護保険には、福祉施設や医療施設に短期間入所できる「短期入所生活介護 / 療養介護」(ショートステイ)のサービスがあり、要支援・要介護の対象者は日常生活上の支援や、機能訓練などを受けることができます。

こうした制度などをうまく利用して気分転換を図ったり、自分の時間をもつように工夫しましょう。そろそろ休憩しようかな、と思ったら、ケアマネジャーに相談してみてください。



詳しくは、  
尼崎市パンフレット『新しくなった いきいき介護保険』をご覧ください。  
(配布場所：P31 参照)

また、介護が必要なご家族を抱えながら仕事を続ける人の「ワーク・ライフ・バランス(仕事と生活の調和)」を推進する法律によって、介護休暇の制度なども広がっています(育児・介護休業法)。制度のご利用は職場などにご相談ください(制度の詳細は、厚生労働省ホームページをご覧ください)。





# おしえて! 在宅療養



急な体調不良。

こんなとき、どうしたらいいの?



心配なことは迷わず、

かかりつけ医や訪問看護師に相談しましょう。

尼崎市には、住み慣れた地域で安心して医療や看護を受けられるように、夜間や休日などの緊急事態でも 24時間対応してくれる病院や在宅医、訪問看護ステーションなどがあります。

こうした医療機関であれば、患者さんご本人やご家族も安心して在宅療養に取り組むことができます。



# の心配事



一人暮らしの高齢者でも  
在宅療養は可能ですか？



ご本人が希望しているなら  
多職種連携チームが全力で支えます。

一人暮らしでも在宅療養をされている人は、たくさんいらっしゃいます。

もし、患者さんご本人が在宅療養を望まれているなら、一人暮らしや高齢ご夫婦の世帯でも、入院中の病院の地域連携室や地域包括支援センター、かかりつけ医、訪問看護師、かかりつけ薬剤師(薬局)、ケアマネジャー、ホームヘルパーなどの多職種連携チームが、在宅療養に必要な医療の環境を整え、介護サービスを提供し、できる限り療養生活を支援します。

在宅で受けることができる医療の範囲は広く、在宅酸素療法や緩和ケアなども可能です。部屋の掃除や食事の手配などの生活を支える部分は介護サービスで行えます。緊急時には24時間体制での往診や訪問看護などがあります。最期まで在宅で暮らすことも不可能ではありません。

ただし、病状が安定していない場合や特殊な医療機器を使用する場合など、一人暮らしでは難しいケースもあります。在宅療養を希望する際には、医師や地域包括支援センターなどによく相談し、適切なアドバイスを得るようにしましょう。



## 第2章

人生最期のときを  
どのように  
迎えるか

### 1

# 最期まで自分らし

最期は誰にでも訪れる。まだ先のことだけど、元気な今だからこそいつかはやってくる最期のときを、自分らしく迎える。それは“最期”のような選択が自分らしいのかを、これから起こりうることに思い

## 自分らしい暮らしを続けるために 考えておきたいこと

どこで

たとえば...

- おうち
- 病院
- 介護施設

医療の進歩やチームケアの充実により、多くの場合、最期までおうちで過ごせます。おうちでという人も、病院や介護施設が安心という人も、どちらか一方が正解ということではありません。自分自身の考えで最期を迎える場所を選ぶことができます。

もしものとき、どこで最期を迎えたいか、誰に看取ってほしいか。病状が悪化したとき、どんな治療を望むのか。いろいろな選択肢があります。ご家族や信頼できる人などと話し合いながら、自分の望む形をイメージしてみましよう。

誰に

たとえば...

- 配偶者
- 子ども・孫
- その他の  
親しい人

配偶者やご家族、親戚、親しい友人など、最期のときに見送ってほしい人たちを考えておきましょう。

どのような

たとえば...

- 緩和ケア
- 延命治療
- 自然な経過で

これからもっと身体が弱っていったり、痛みが強くなってしまったり、ということが、起きないとも限りません。延命治療といえば人工呼吸器を想像しがちですが、実際はそれに限りません。もしものときに備えて、考えをまとめておくことが大切です。



# く暮らす

ご本人にむけて...



じっくり考えられることかもしれません。  
“自分で自分らしく生きる”ということにほかなりません。  
を巡らせながら、自分自身に問いかけてみましょう。

## 周囲と話し合う・共有する

### 話し合うことで想いが共有できる

最期まで自分らしく暮らすために、これまでどんなふう生きてきたか、これからどのように生きていきたいか、ご家族や親しい友人、信頼できる人たちに話してみましょう。語り合うなかで新しい視点が生まれたり、考えが深まったり、お互いを理解し、想いを共有することができます。



これまで  
歩んできた  
自分の歴史

これまでの人生を振り返って、好きだったもの、楽しかったことなどを思い出してみましょう。やりたいことを思い出すよいきっかけになります。

現在  
考えていること  
悩んでいること  
知りたいこと

療養やそれ以外のことで、自分の想い、不安や疑問、気になることなど、何でも話してみましょう。

これから  
希望すること  
知っておいてほしいこと

やっておきたいこと、伝えておきたいこと、お願いしておきたいことなど、これからのことについて、何でも話してみましょう。

◆ 唐匠と話し合う・共有する  
◆ 自分らしい暮らしを続けるために考えておきたいこと

# どのような治療を望みますか？ ～元気なときから考えておきましょう～

在宅療養での積極的な治療・処置としては、次のような種類があります

## 点滴

腕などの末梢静脈から、点滴で栄養・水分などを投与。

## 酸素療法

おうちに在宅酸素療法の機器を設置。携帯用もあります。

## 高カロリー輸液

長期にわたる場合には頸部や大腿部の太い血管から高カロリーの栄養・水分などを投与。

## 喀痰吸引

吸引器などで、気道にたまった痰の除去。

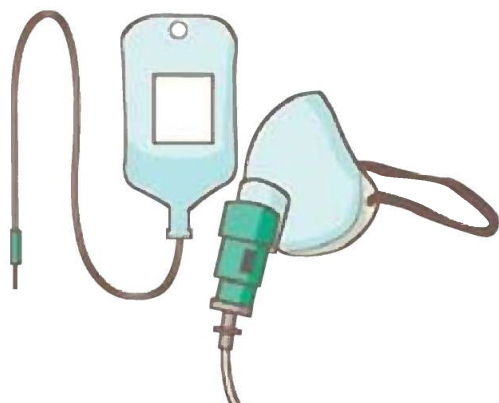
## 経管栄養（胃ろう、鼻腔栄養など）

鼻から、または胃や腸に直接カテーテルを入れて栄養を注入。

## 人工呼吸器

人工呼吸器を装着して、呼吸を管理。

など



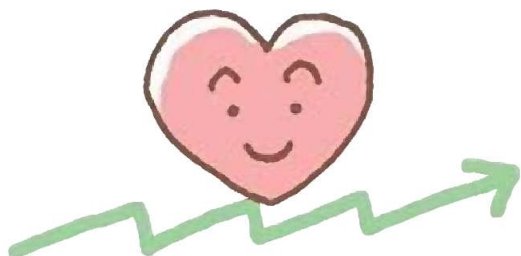
## ～人生会議～

自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い共有することが大切です。

この共有の取り組みを「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)」といいます。国が愛称を募集し「人生会議」と呼ばれるようになりました。現在、この「人生会議」の普及啓発が進められています。

# 望まない治療を避けるために

## 特に延命治療について、十分に話し合っておきましょう



延命治療について希望を伝えることは、望まない治療を避けるためにとても重要なことです。

医師などから十分な説明を受け、ご本人がしっかりと理解したうえで、意思決定することが望めます。

確かな判断力のある元気なうちに、ご本人とご家族がよく話し合っておくことが大切です。

ご家族がいらっしゃらない人も、かかりつけ医・ケアマネジャーなどの専門職や、親しいご近所さんなどと話し合っておきましょう。

### 緊急時に慌てないために 確認しておきたいこと



- 今後痛みや苦しみが出了場合、  
どう対応してほしいか
- 症状が悪化した場合、入院を希望するか、  
このまま在宅療養を続けるか
- 終末期の医療について、希望する医療、  
希望しない医療
- 最期をどこで迎えたいか

など

## 救急車を呼ぶことの意味は...

救急車を呼ぶということは、命を助けてほしいということ。搬送された医療機関で、ご本人の望まない延命治療がなされる可能性もあります。それを避けるためにも、かかりつけ医や訪問看護師などによく話し合い、いざというときの対応を決めておくことが重要となります。





# 伝えることは大切



## 話し合い、想いを共有することはとても大切

なぜなら、ひとりで心にしまっておいては、何も伝わらないからです。これから万が一、認知症になったり意思表示ができなくなるような事態があったとしても、いつも語り合い、想いを伝えあっていれば、そのときにご家族や周囲の人が、ご本人の意向を尊重した選択をすることができます。考えたこと、話し合ったことをノートなどに書きとどめておけば、なおよいでしょう。



### エンディングノートを活用して考えを整理してみる

エンディングノートは、自分の経歴やご家族・親族のこと、交友関係、メッセージなどを記載しておく、自分についての覚え書きです。市販されていますので、簡単なものを試しに買って、記入されてみてはどうでしょうか。

#### エンディングノートのおもな項目

- 自分について：生年月日・家系図・学歴など
- 親族や関係者の情報：連絡先・葬儀告知の有無など
- 介護・治療について
- 資産やPC・ネット上の情報について
- 葬式とお墓について
- 親しい人たちへのメッセージ など

記載内容には法的拘束力はありません。

ご家族や信頼できる人と話し合いながら書く

書けるところだけでよい

定期的に見直そう

いつでも  
考えを変えることも  
書き直すことも  
できるよ...



話し合ったこと、ノートに記したことが最終決定になるのではありません。むしろ定期的に見直しましょう。

元旦や誕生日など日を決めて、あるいは思い立ったときに、いつでも修正することができます。

## ● 医師の父から医師の息子への最期の願い ●

家族として  
医師としての体験記

私の父は平成 17年 4月に 76歳で肝臓がんで亡くなりました。

亡くなる1年前まで40年近くにわたって、開業医として地域医療に貢献していました。亡くなる10年前にC型肝炎から肝臓がんの発症が判明しましたが、その後も引き続き開業医としての診察を行いながら、自分自身もカテーテル治療、超音波治療、肝臓部分切除手術など、当時としては考えられるすべての治療を、入退院を繰り返して行ってきました。

当時勤務医であった私も、勤務の合間に父の診察を手伝ったりしていました。大学在職時から肝臓の研究をしてきた肝臓病専門医であった父にとっては、自分の病気の状況はすべてわかっていたであろうし、また病状が進行してきた段階では、自分自身の予後についてもわかっていたと思います。

発病から治療についての判断はすべて父自身に任せていた状態でしたが、子供として最期はどうなるのかな... どうするつもりなのかな... と漠然と不安も感じていました。

亡くなる数か月前に、突然入院中の病院から私へレポート用紙に書かれた一通の手紙が届けられ、そこには「延命治療不要」「俺は痛みがやから痛みだけは何とかしてとってほしい。」とだけ書かれていました。

病状が進行した父は、その後、肝性昏睡に陥ったため意識がなくなり、痛みに関しては対処する必要がなくなり、最低限の輸液と喀痰の吸引、酸素吸入だけを行いました。安らかに逝くことができました。レポート用紙への走り書きでしたが、この二行の父の願いを知ることにより、父が亡くなった喪失感とともに、父の願いをかなえてあげることができた満足感も感じることができました。



大切な人との別れのとき。ずっと療養生活を支え、伴走してきたご家族しかし、穏やかに旅立てるように、看取りの際に起こるさまざまなこと慌てずに済むこともあります。

## 看取りの実際

### 旅立ちのサインを知って 心の準備をしておきましょう

#### 旅立ちの 1週間くらい前

眠っている時間が  
長くなり、  
目を覚まさない  
状態が続く

今までできていた  
日常的な行動が  
できなくなる

目の力が  
弱まっている

急に衰弱してきた

原因不明の意識障害

#### 1~2日前

呼吸が  
乱れがちになる

血圧が低下し  
脈がとりにくくなる

尿の回数・量が減る

喉から  
ゴロゴロとした音がする  
(死前喘鳴)

手足または全身の  
皮膚が青く変色する  
(チアノーゼ)





# 家族が知っておきたいこと

ご家族にむけて

こつて、とても悲しいことです。

旅立ちのときが来る前にやっておきたいことなどを知っておくことで、

第2章

2

ご家族にむけて

人生の伴走者として  
ご家族が知っておきたいこと

◆看取りの実際

## 旅立ちのとき

手足が  
冷たくなる

呼吸が荒くなったり  
ゆっくりになったり  
する

聴覚は  
最後まで残るので  
声をかけてもよい

あごを上下させる  
呼吸になる

次第に脈や呼吸が  
弱くなり  
やがて停止する



様子を見守り、旅立ちのときが近づいてきたと感じたら、かかりつけ医または訪問看護師に連絡しましょう。そのためには、日頃からご本人、かかりつけ医や訪問看護師などによく話し合い、いざというときの対応を決めておくことが重要となります。



# おしえて!

## おうちでの看取り



予想外のことが起きないかと心配です。



ご家族が安心して看取りができるように  
いろいろな仕組みがあります。

### ◆ ご本人の意思を確認するまえに意識がなくなってしまうたら...

ご本人の望むとおりの看取りをしたい、と思っても、突然意識がなくなったり、認知症で意思を確認できなかつたりということもあります。

患者さんご本人の意思が確認できないケースでは、ご家族等が意思を推定できる場合はそれを尊重すること、推定できない場合でも、何が患者さんにとって最善であるかを医療・ケアチームがご家族等と十分に話し合っ  
て決めることなどが、厚生労働省のガイドライン\*で方針が示されています。

※「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・平成30年3月改訂)

### ◆ 医師の到着前に亡くなってしまったら...

在宅での看取りでは、気づいたときには亡くなっていた、医師の到着が間に合わなかったなど、医師が死亡の際に立ち会えないこともあります。

原則的には、医師は自ら診察せずに「診断書」の交付はできませんが、継続して診察していた患者さんの場合は、右のように医師法で定められています。

医師の不在時に亡くなったときの対応を、あらかじめかかりつけ医や訪問看護師などと相談しておきましょう。

#### ● 受診後 24 時間以内の死亡の場合

改めて診察することなく、「死亡診断書」を交付できます。

#### ● 24時間経過していた場合

死亡後改めて診察し、その病気の関連で死亡したと判定される場合は「死亡診断書」を交付できます。

## ● 「治す」治療から「寄り添う」ケアに変わること ●

おうちでの看取りについては、患者さん、ご家族のさまざまな思いがあります。病状の進行に伴い色々な感情が出てくる中、訪問看護師は医師、ケアマネジャー、薬局などと連携し、「おうちで過ごす」お手伝いをしています。

がんを患っていたTさん(70歳代男性)は、おうちでいつものようにたばこを吸い、愛犬シロを撫でながら、穏やかに最期の時を過ごされました。

初めてお会いしたときは「まだまだ元気だから」と、訪問看護を受け入れなく経過。次第に寝たきりの状態が長くなり、奥様から「不安でどうしたらいいかわかりません」とお電話をいただき、在宅酸素や床ずれの処置などをはじめました。

日に日に、ウトウトされる時間が長く、呼吸がゆっくりとなってこられました。私たちは「Tさんにお会いしたい人がいらっしゃれば、できるだけ早くお顔を見に来られるよう、ご連絡してください」と旅立ちが近いことを奥様にお話ししました。

Tさんは翌朝、大好きなバナナを食べられた後、「ちょっと横になるわ」の一言を最後に永眠されました。奥様からの連絡を受け集まられた皆さまからは、「間に合っ

て良かった...」とのお言葉をいただきました。

毎日寝起きしたおうちの天井を見ながら、皆さまの声が聞こえる中、見守られ、旅立たれることはとても幸せなことだと思います。かかりつけ医の死亡確認後、「このズボンにはこのシャツが合うかしら。」などと居合わせた人全員で、旅立ちの準備をしました。愛犬シロが旅立たれたTさんにぴったりと寄り添う姿もあり、ご家族との最期の時間はとても穏やかで優しい時間でした。

Tさんのご家族に見守られながら亡くなる人ばかりではありません。一人暮らしで誰にも看取られずにそっとおうちに亡くなる人もいらっしゃいます。

ただ、「治す」治療から「寄り添う」ケアへの流れの中で、地域に根差した多職種連携チームが最期のときに寄り添うこともあるということを知っていただければ幸いです。





聞いてみよう  
みんなの体験

# “自分らしい最期” を支えるために

## ● 死後にみつかったメモ ●

## ケアマネジャーの体験記

Aさんは、70歳代後半に妻を亡くしてからは、ずっと一人暮らしをしていました。

80歳代前半になると買い物難しくなり、介護保険サービスの利用をはじめました。そのときAさんは要支援2で身の回りのことは自分でなんとかできる状態でした。

昔入院したときの嫌な記憶があり、入院や通院はしたくないとのことでした。また、ウイスキーが好きで、「好きなウイスキーを飲むのが幸せ」ともよく言われていました。

そんな状態が2年ほど続きましたが、ある日身体状況が悪化しました。病院への通院を勧めましたが、当初は頑として受け入れてもらえず、その後、重度の脱水状態で半ば意識がもうろうとした状態となってから病院を受診し、即入院となりました。

医師と話し合い、今までのAさんの言葉を尊重して、治療は点滴のみで対応しました。そしてAさんは、その3日後に安らかに他界されました。

その後、Aさんのおうちを片付けていると、遺言のようなAさんのメモが見つかりました。そこには、「延命治療はしたくない」「亡くなった後の葬式はしなくて良い」など、Aさんの希望が書かれていました。

意識がもうろうとする前日まで、おうちで好きなウイスキーを飲んで過ごされたことは良かったと思います。ただ、最後の最後は病院でという結果になってしまったことが今でも悔やまれます。「もう少し早く訪問診療に切り替えることができれば、おうちでの看取りができ、Aさんの思うような最期にもっと近づけることができたのではないかな」など、思いがつかせません。

後悔がないよう、早い段階から考え話し合うことが大切だったな、と改めて感じます。



# お問い合わせ・冊子のご案内

■このハンドブックについては、尼崎市役所 包括支援担当課までお問い合わせください。

尼崎市役所 包括支援担当課（尼崎市医療・介護連携協議会 事務局）  
電話：06-6489-6356 FAX: 06-6489-6528

■介護保険制度については、尼崎市役所 介護保険事業担当課までお問い合わせください。

尼崎市役所 介護保険事業担当課  
電話：06-6489-6343 FAX: 06-6489-7505

■高齢者やそのご家族にとって、地域の身近な相談窓口である「地域包括支援センター」の連絡先については以下のとおりです。（お住まいの地域を担当する地域包括支援センターまでお問い合わせください。）

## 「中央東」地域包括支援センター

電話：06-4868-8300 FAX: 06-4868-8303

## 「中央西」地域包括支援センター

電話：06-6430-5615 FAX: 06-6414-1401

## 「小田北」地域包括支援センター

電話：06-6498-5111 FAX: 06-6492-1100

## 「小田南」地域包括支援センター

電話：06-6488-0180 FAX: 06-6488-0190

## 「大庄北」地域包括支援センター

電話：06-6430-0511 FAX: 06-6430-0512

## 「大庄南」地域包括支援センター

電話：06-6417-0125 FAX: 06-4950-4715

## 「立花北」地域包括支援センター

電話：06-6422-3333 FAX: 06-6422-0025

## 「立花南」地域包括支援センター

電話：06-6428-7112 FAX: 06-6423-0130

## 「武庫東」地域包括支援センター

電話：06-4962-5308 FAX: 06-4962-5309

## 「武庫西」地域包括支援センター

電話：06-6438-3955 FAX: 06-6438-3956

## 「園田北」地域包括支援センター

電話：06-6498-0826 FAX: 06-6498-0909

## 「園田南」地域包括支援センター

電話：06-6494-8087 FAX: 06-6494-8086

■このハンドブックで紹介されている冊子のご案内

### P6 「ご存知ですか 地域包括支援センター」

配布場所：尼崎市役所 包括支援担当課／各地域包括支援センター／保健福祉センター（南北） など

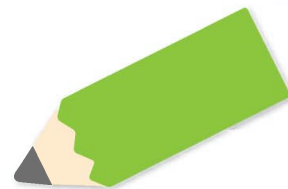
### P11・17 「新しくなった いきいき介護保険」

配布場所：尼崎市役所 介護保険事業担当課／各地域包括支援センター／保健福祉センター（南北） など

### P14 「尼崎市 認知症あんしんガイド」

配布場所：尼崎市役所 包括支援担当課／各地域包括支援センター／保健福祉センター（南北） など

# あ と が き



これからの人生を、どのように暮らしたいですか？

本当のお気持ちを、ご家族や周囲の人に伝えることができますか？

「言いづらい」、「申し訳ない」など思っていないですか？

でも、自分自身の気持ちを相談することは悪いことではありません。

国は、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で生活できるように、施策を推進しています。

尼崎市では「高齢者が尊厳を持ちながら、安心して多様な暮らし方を選択できる地域  
社会の構築」を基本理念に掲げています。

このハンドブックは、「おうちで暮らし続けたい」という希望が実現可能な案として理解  
され、選択肢の一つとして考えていただけたらという願いを込めて作成しました。

もしあなたが「おうちで暮らし続けたい」と思われているのであれば、医療職や介護  
職などが、それを全力でサポートします。

ぜひ、あなたの希望する暮らしを、ご家族や周囲の人などと共有してください。

本当のお気持ちを。

最期まであなたらしくあるために。

## 企画・監修

尼崎市医療・介護連携協議会

## 構成団体

尼崎市医師会・尼崎市歯科医師会・尼崎市薬剤師会・関西労災病院・兵庫県立尼崎総合医療  
センター・尼崎民間病院協会・兵庫県看護協会・兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会(阪神  
南ブロック尼崎支部)・尼崎居宅介護支援事業連絡会・尼崎市ケアマネジャー協会・尼崎市特養等施設長会・尼崎市地域  
包括支援センター・阪神南圏域リハビリテーション支援センター(尼崎PTOTST連絡会)・兵庫県栄養士会・兵庫県  
歯科衛生士会(阪神南支部尼崎地区)・日本ホームヘルパー協会(兵庫県支部)・尼崎市(順不同)

平成31年1月現在