

「これからノート」で人生会議 ～土岐市における実践のヒント 意思を尊重したケアを実現するために～



岐阜県医師会 常務理事
さくらクリニック 院長

佐竹 真一

自己紹介

岐阜県医師会 常務理事
さくらクリニック 院長 佐竹 真一



経歴

- 1999年 岐阜大学医学部医学科卒業
岐阜大学医学部第一内科(現消化器病態学講座)
- 2000年 養老中央病院内科
- 2001年 岐阜県立岐阜病院消化器内科
- 2002年 岐阜市民病院消化器内科
- 2003年 岐阜大学附属病院消化器内科
岐阜大学医学部消化器病態学講座博士課程
岐阜大学医学部附属病院高次救命センター
- 2006年 羽島市民病院消化器科
- 2008年 さくらクリニック開業

資格および所属学会

- 医学博士
- 日本内科学会認定医
- 日本消化器病学会認定専門医
- 日本消化器内視鏡学会認定専門医
- 日本肝臓学会認定専門医
- 日本医師会認定産業医
- 日本救急医学会
- 日本超音波学会
- 日本臨床腫瘍学会

役職歴

2016年　　もとす医師会監事
2018年～　岐阜県医師会常務理事
2020年～　もとす医師会理事

岐阜県医師会 担当職務

・在宅医療

岐阜県在宅医療推進センターの立ち上げ
在宅医の人材育成研修・多職種連携研修の開催
これからノート制作 等

- ・医療情報
- ・認定産業医
- ・健康推進事業

MEDIFAX

株式会社 じほう

<https://mf.jiho.jp/>

弊社の許諾なしに、転送・転載、複写そのほかの複製、翻訳、およびデータの使用は固くお断りいたします ©2025じほう

■ 患者が望む医療・介護を多職種でサポート 岐阜県医「これからノート」

岐阜県医師会は、患者が望む場所で価値観や希望に合った医療・介護が受けられるようサポートするACP支援ツール「これからノート」を作成した。患者が、正しい知識を基に記入した病気に対する思いや不安などを踏まえ、医療・介護スタッフが今後の治療・ケアを共有する。心肺蘇生を望まない患者の意思を尊重するため、心肺蘇生に関する医師の指示書を盛り込んだ。

岐阜県医が、ノートを作成したきっかけは、2022年度に実施した看取りやACPに関する研修会だったという。在宅における看取りの現場で、患者の意思決定を支援するツールの必要性が浮き彫りとなった。岐阜県メディカルコントロール協議会が、22年の救急プロトコル改定時に策定した、心肺蘇生を希望しない患者の意思を尊重する医師の指示書の普及などの狙いもあり、ノートの作成に着手した。

23年度に関係団体や行政を交えたワーキンググループを立ち上げ、今年3月末に作成した。これまでに県内の医療機関などへ約1万8000部を配布。外来や入院時の面談、在宅の開始といったタイミングで利用を勧めている。

●在宅移行時の手引書としても活用可能

ノートを在宅医療への移行時の手引書としても活用できるよう、在宅で受けられるサービスの内容や相談先、かかりつけ医を持つ重要性などについて説明。患者が、その時々の健康状態や症状を整理し、病気に対する思いや不安などを記入することで、医療・介護スタッフが今後の治療やケアについて情報共有や連携を図る。

また、回復が見込めない状態になった時に行う、経鼻経管栄養や胃瘻（腸瘻）、中心静脈栄養、医療用麻薬・鎮静の使用、人工透析、人工呼吸器といった処置について、目的やメリット・デメリットを説明。それぞれの処置を希望するかどうかの意思を表示できるようにした。患者の心臓や呼吸が停止した時、家族などが取るべき行動についても記載しており、まずはかかりつけ医に連絡するよう求めている。

ノートの作成を担当した岐阜県医の佐竹真一常務理事は「既存のエンディングノートには財産・資産やウェブサービスのID・パスワードなど、多職種が閲覧することが望ましくない情報も記載されている」とし、これからノートは「エンディングノートと並列に存在するもの」と説明する。ノートの普及により「多職種の情報共有・連携だけでなく、医師同士の連携にもつながれば」との考えを示し、在宅医療に取り組む医師が増えることも期待した。

(藤田 昌吾)

**MEDIFAXweb**

2025年12月25日 (木)

行政

国会・政党

団体・学会

地域

企業

MEDIFAX webトップ・団体・学会

患者が望む医療・介護を多職種でサポート 岐阜県医「これからノート」

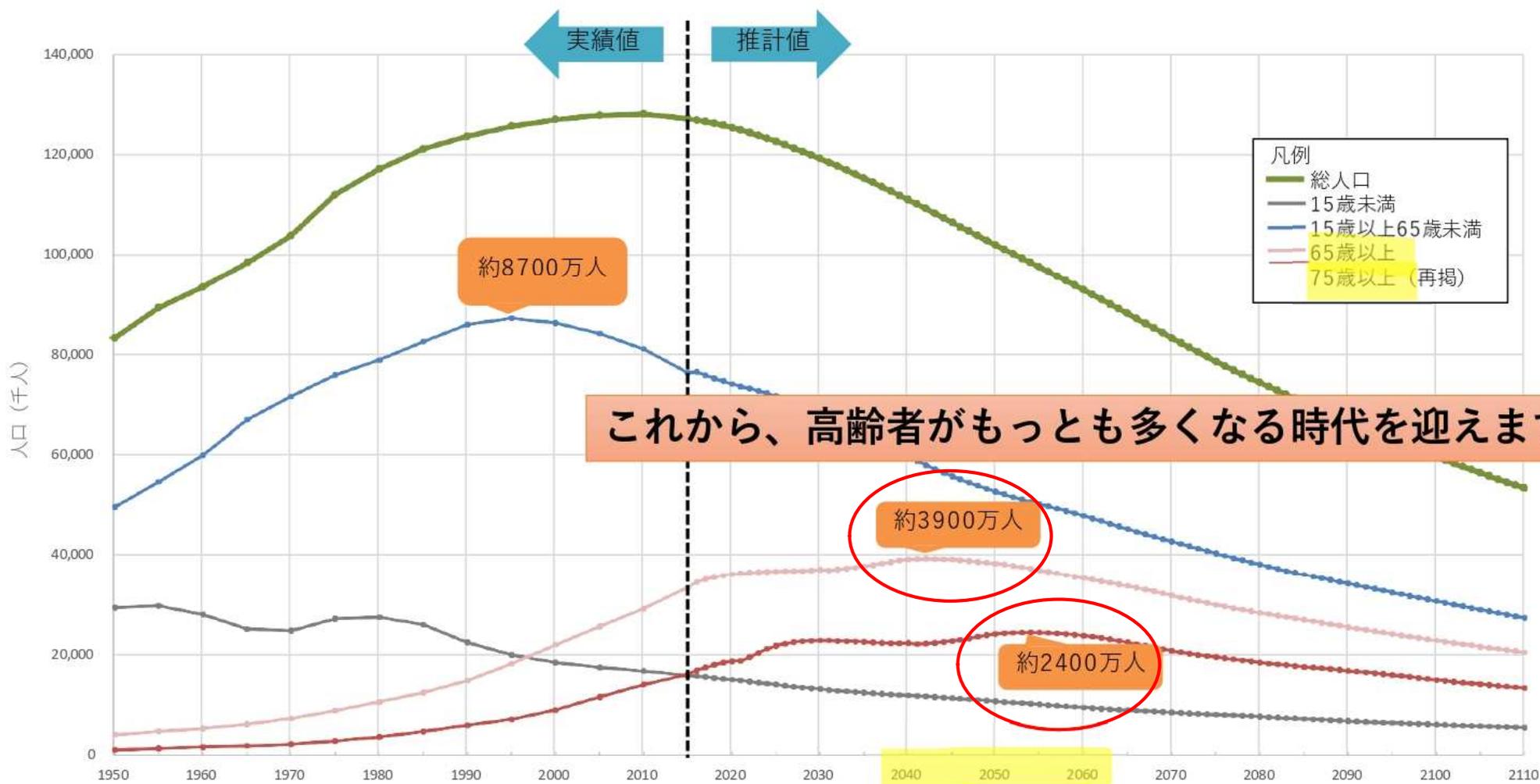
2025年12月24日 4:30

[f](#)
[t](#)
[in](#)
[bl](#)
[re](#)
[保存](#)


「これからノート」の特徴について説明する佐竹氏一岐阜県医師会

2040年頃に65歳以上人口のピークが到来

- 我が国の人口動態を見ると、**現役世代(生産年齢人口)の減少**が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳(後期高齢者)となっていく。
- その後も、**2040年頃まで、65歳以上人口の増加**が続く。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「年齢(4区分)別人口の推移と将来推計」[総数、年齢4区分別総人口および年齢構造係数]

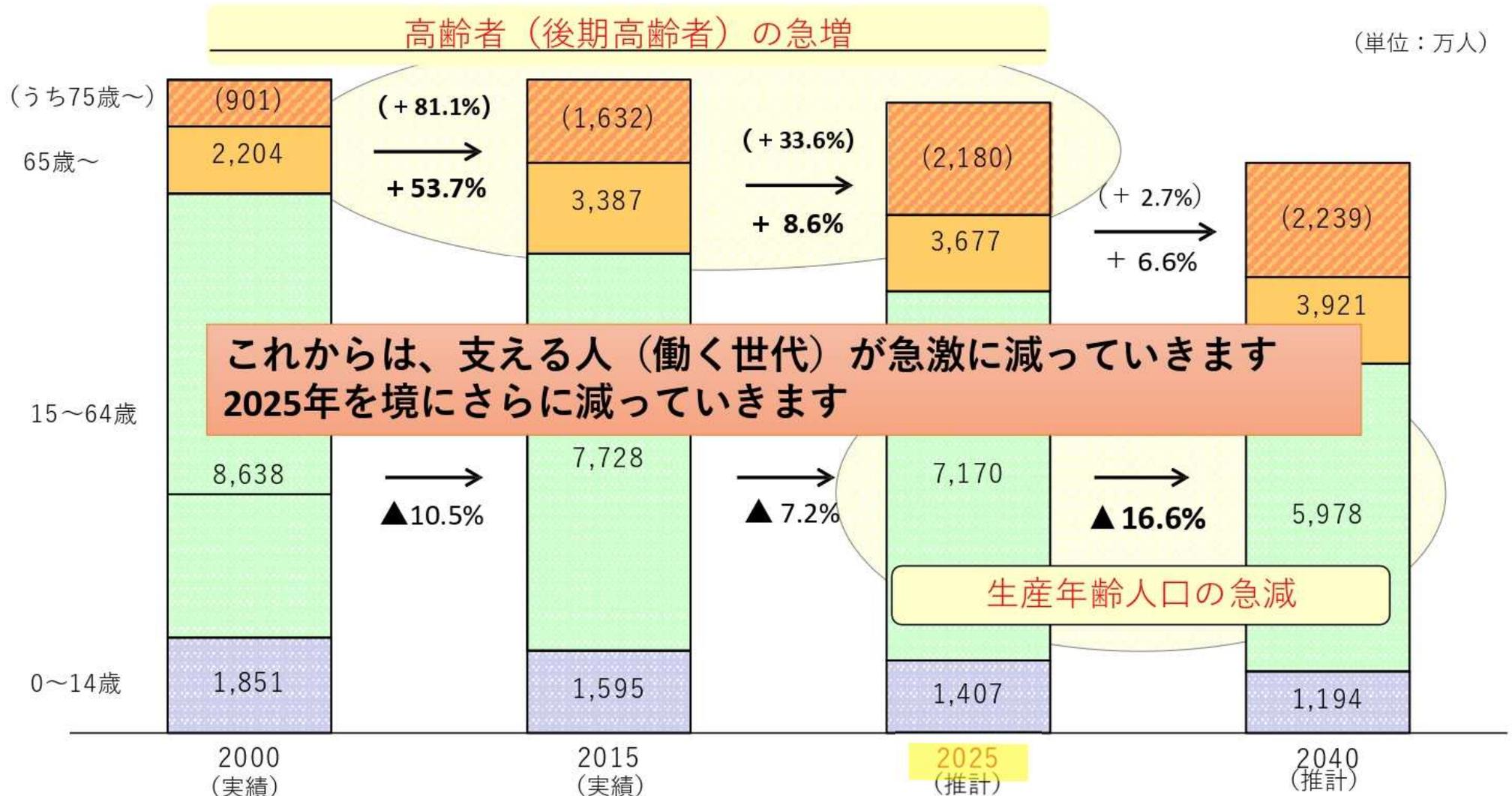
※ 2015年までは国勢調査の実績値、2016年以降は推計値。

【出典】第7回第8次医療計画等に関する検討会(令和4年3月4日)

2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

- 2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、
- 既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

【人口構造の変化】



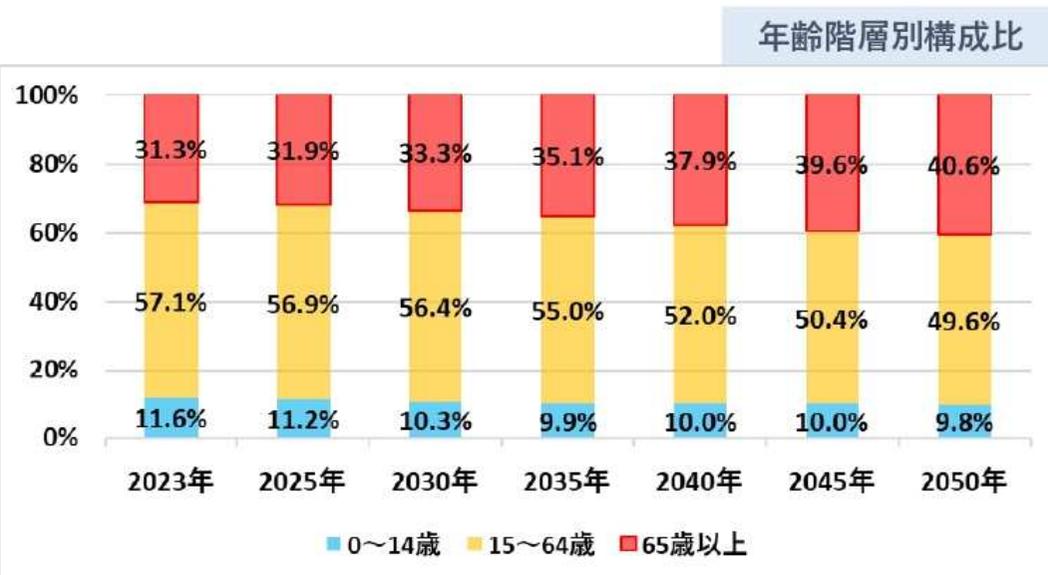
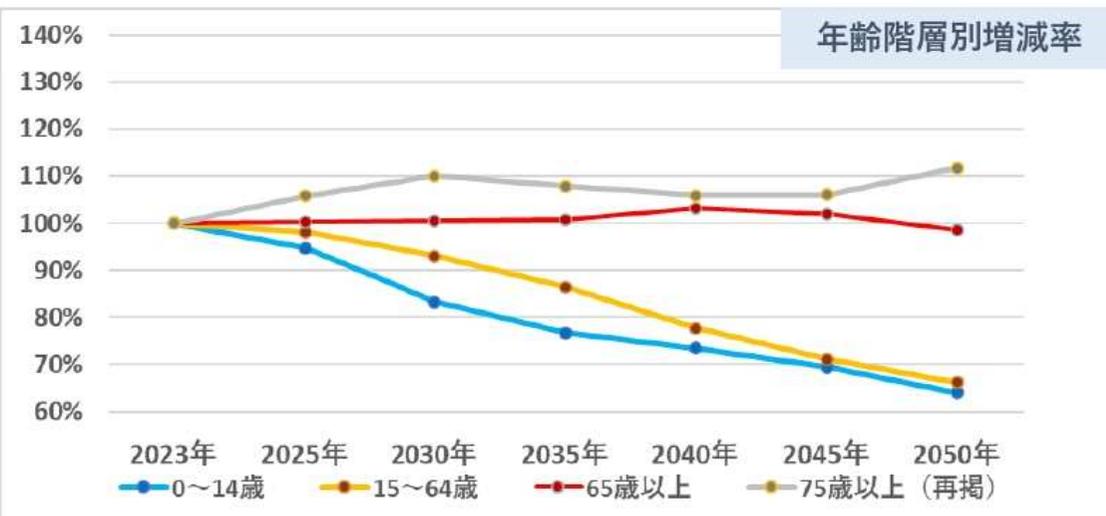
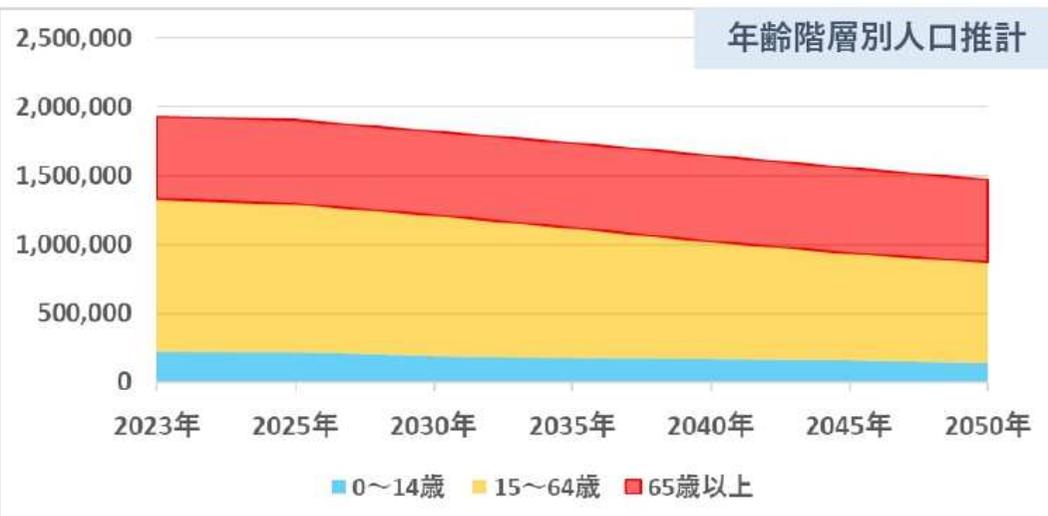
これからは、支える人（働く世代）が急激に減っていきま
2025年を境にさらに減っていきます

生産年齢人口の急減

(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

【出典】第7回第8次医療計画等に関する検討会(令和4年3月4日)

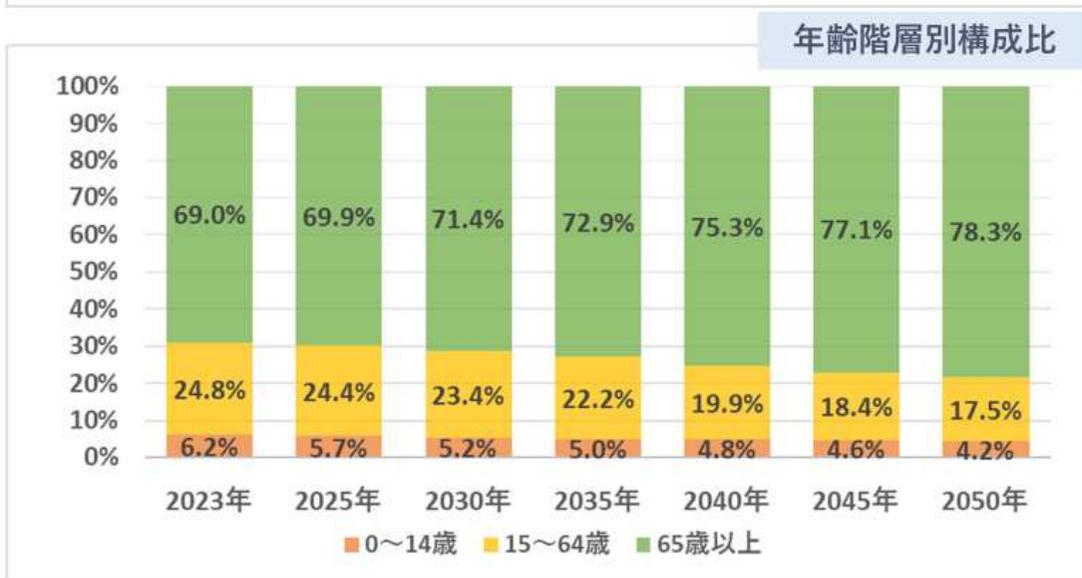
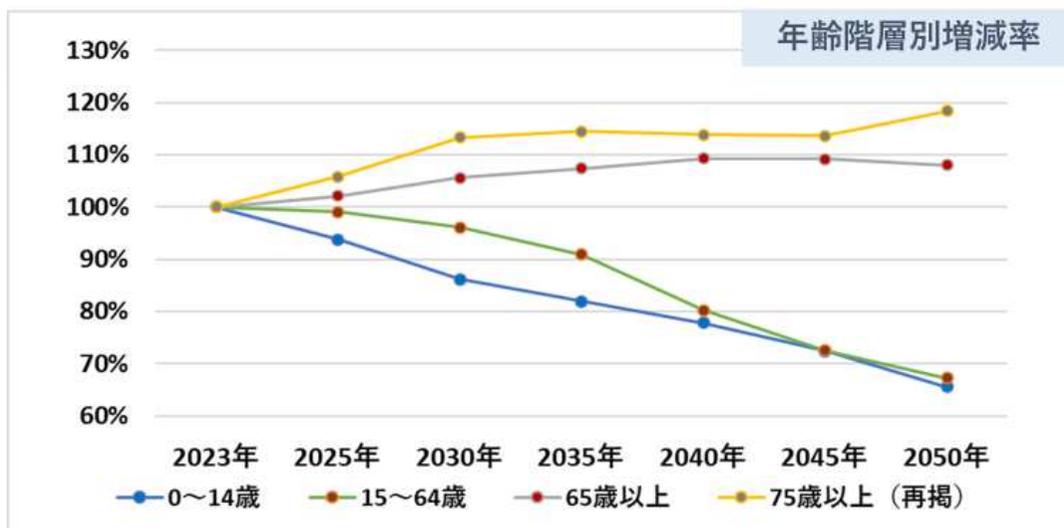
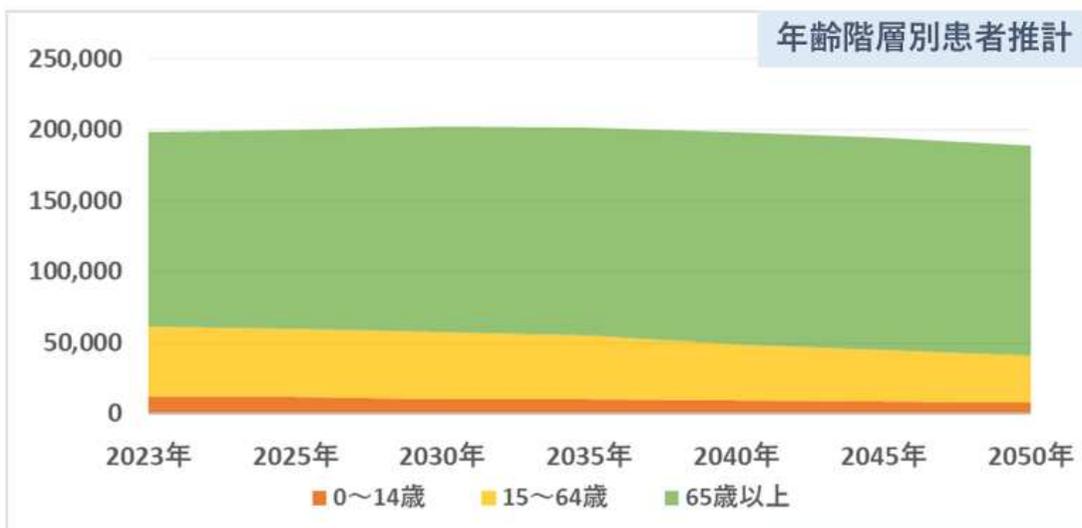
岐阜県の人口推計（県全体）



年齢階層	2023年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
0～14歳	224,433	212,552	186,909	172,240	164,889	155,850	143,426
15～64歳	1,102,733	1,082,540	1,026,089	953,246	856,533	784,113	728,848
65歳以上	604,436	606,215	606,883	608,649	624,345	616,669	596,118
75歳以上(再掲)	340,835	360,627	375,119	367,608	361,080	361,415	381,024
総計	1,931,602	1,901,307	1,819,881	1,734,135	1,645,767	1,556,632	1,468,392

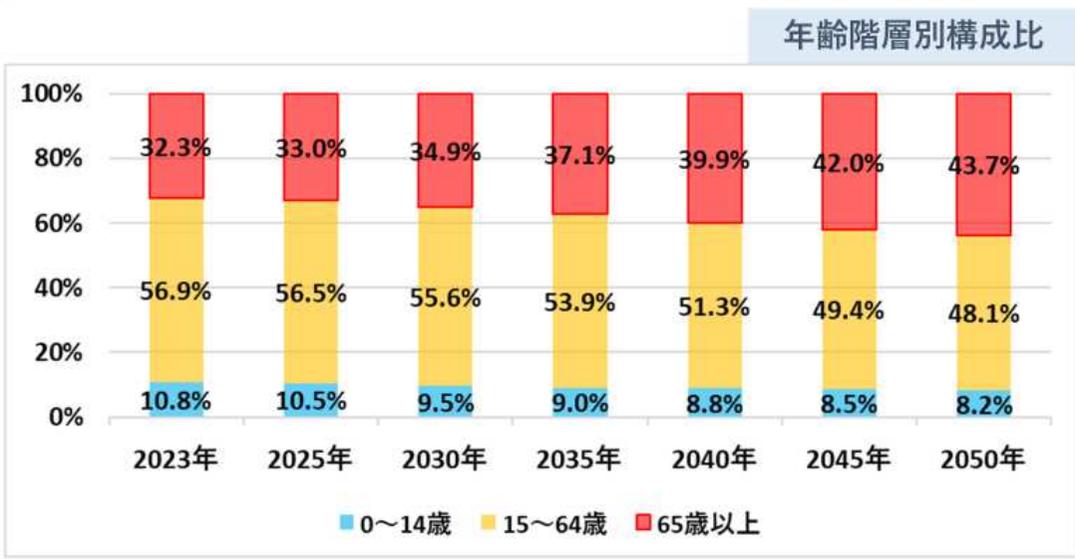
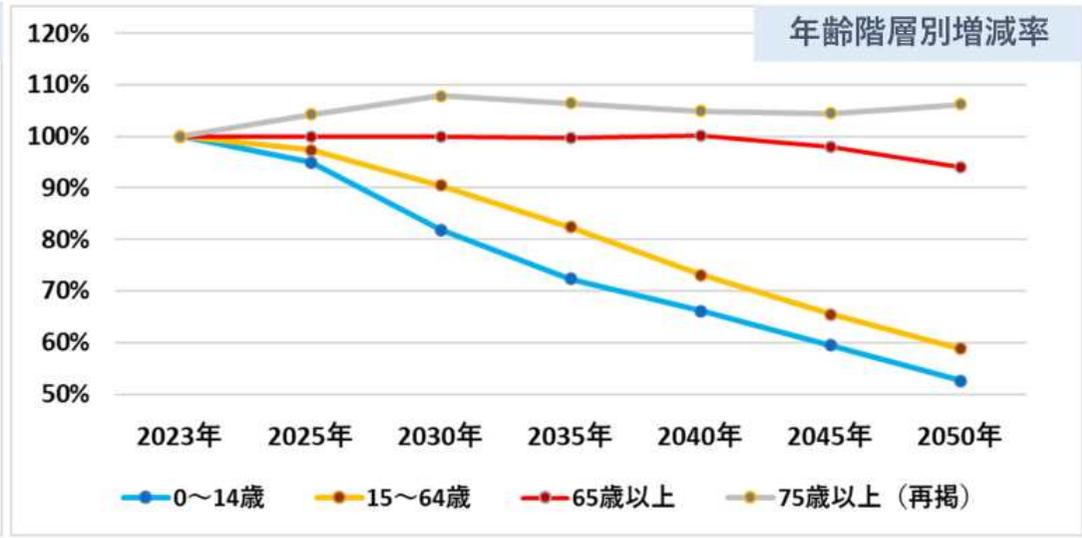
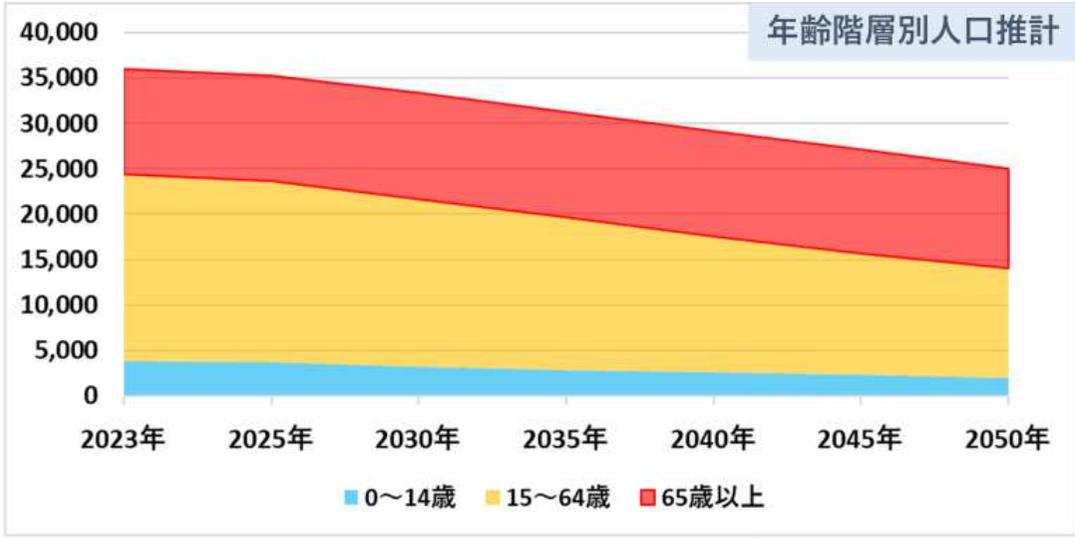
二次医療圏別人口・患者推計 地域医療構想等調整会議（参考資料抜粋）

患者推計（岐阜県全体）



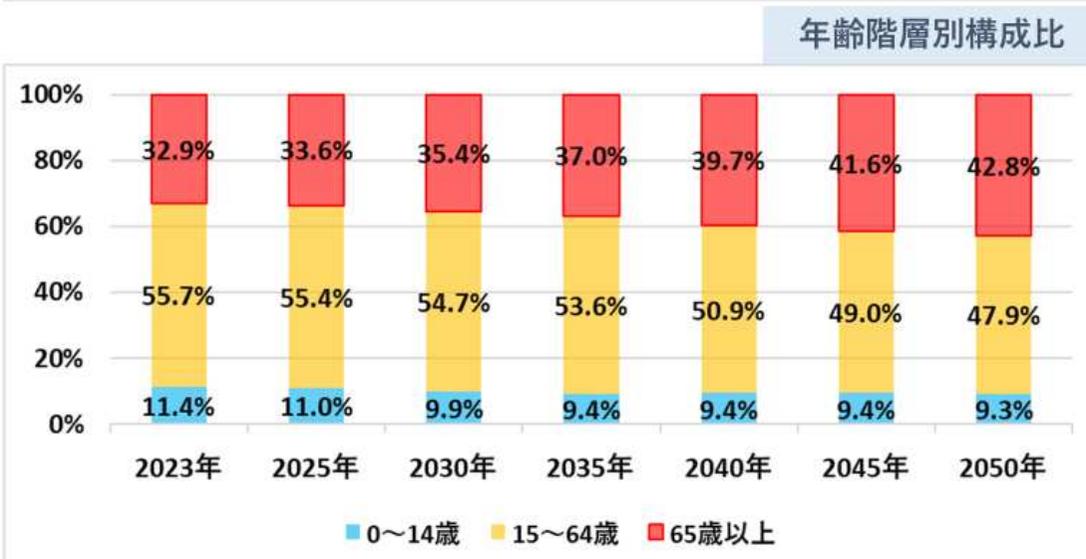
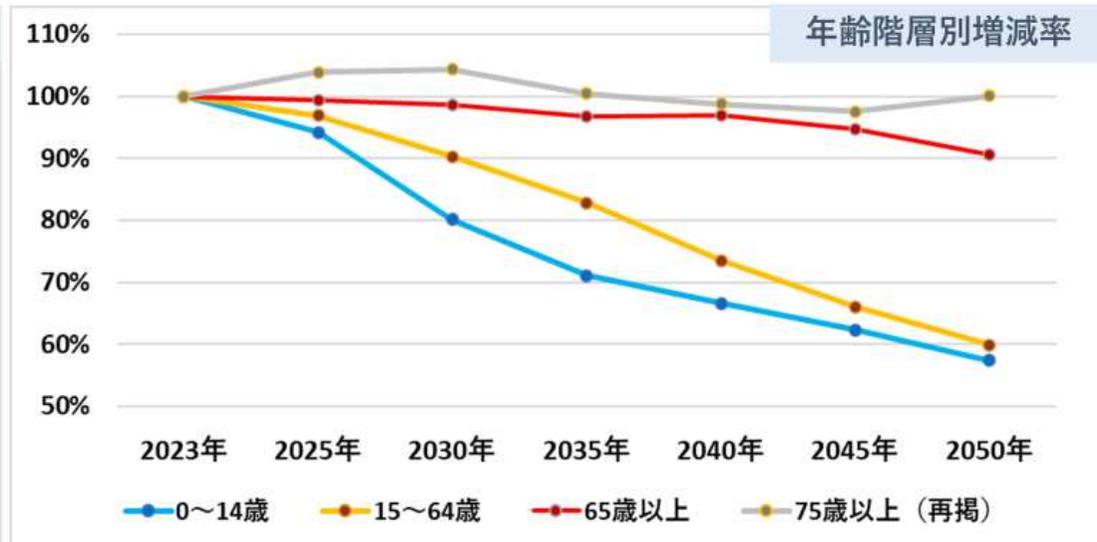
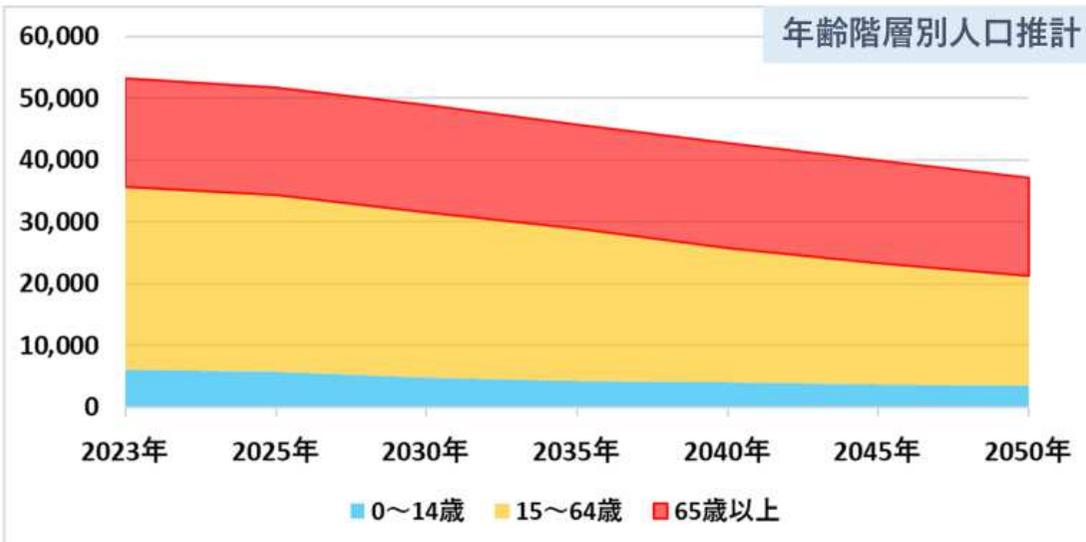
年齢階層	2023年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
0～14歳	12,229	11,473	10,535	10,025	9,521	8,851	8,016
15～64歳	49,193	48,758	47,281	44,736	39,465	35,692	33,084
65歳以上	136,926	139,784	144,571	147,109	149,674	149,552	147,938
75歳以上（再掲）	97,308	102,965	110,309	111,401	110,796	110,649	115,223
総計	198,348	200,015	202,387	201,870	198,659	194,095	189,038

岐阜県の人口推計（市町村別：瑞浪市）



年齢階層	2023年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
0～14歳	3,886	3,690	3,183	2,813	2,568	2,311	2,044
15～64歳	20,474	19,935	18,537	16,868	14,978	13,401	12,046
65歳以上	11,640	11,634	11,635	11,612	11,647	11,392	10,957
75歳以上（再掲）	6,674	6,957	7,199	7,101	7,002	6,971	7,093
総計	36,000	35,259	33,355	31,293	29,193	27,104	25,047

岐阜県の人口推計（市町村別：土岐市）



年齢階層	2023年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
0～14歳	6,042	5,693	4,840	4,295	4,024	3,763	3,468
15～64歳	29,628	28,696	26,736	24,551	21,774	19,558	17,757
65歳以上	17,528	17,403	17,273	16,970	17,007	16,601	15,879
75歳以上 (再掲)	10,084	10,479	10,520	10,125	9,960	9,835	10,094
総計	53,198	51,792	48,849	45,816	42,805	39,922	37,104

高齢者が増え、病院ではなく
自宅で最期を迎える時代がやってきました。

問題 1.

もし、あなたが治る見込みのない病気になったとき、**最期はどこで過ごしたいですか？**

- A. 住み慣れた自宅
- B. 手厚いケアが受けられる病院
- C. 介護施設など

正解はありませんが、
資料によると**約64%**の人が**自宅や施設での療養**を希望しています。

一方で、実際には
「在宅での療養は難しそう」
「家族に迷惑をかけてしまうのでは」と感じ、
希望があっても諦めてしまう方が少なくありません。

その“迷い”や“不安”に備えるために、
「これからノート」があります。

在宅医療とACP

岐阜県医師会の 在宅医療における今後の方向性

かかりつけ医が 在宅で看取りができる体制を支援、構築する

- 医師の看取り連携
- 多職種の看取り、在宅連携
- 後方支援病院との連携強化
- 人生会議(ACP)の普及
- ICTツールの活用

人生会議

(ACP) とは？



人生会議（ACP）とは？

アドバンス・ケア・プランニング



- ・ 万一、自分の『思い』を伝えられなくなったときに備えて、患者、家族、医療介護専門職があらかじめ話し合うプロセス。
- ・ あなたが大切にしたい願いを、周りの方々と共有すること。そうした対話を積み重ねていく過程そのものに、人生会議（ACP）の大きな意味があります。
- ・ 一度で決める必要はありません。体調や気持ちの変化に合わせて、何度でも見直し、対話を続けていく。その積み重ねが、確かな安心へとつながります。

なぜ「人生会議（ACP）」が大切なの？

① 「書面」だけでは伝えきれないことがあるから

たとえ、あらかじめ記入した書類があったとしても、実際の場面ではそれだけでは判断しきれないことが少なくありません。

日頃から言葉を交わしておくことで、その時の状況に合わせた「あなたの本当の願い」が伝わります。

② あなたの「想い」を叶える医療や介護を受けるため

十分な話し合いを重ねておくことで、病院や施設でも、あなたの価値観を尊重したケアが受けられるようになります。

なぜ「人生会議（ACP）」が大切なのです？

③ 大切なご家族の「迷い」や「負担」を軽くするため

もしもの時、家族は「これでいいのか」と深く悩みます。

あなたの考えを共有しておくことが、家族が自信を持って決断するための「お守り」になり、心の支えとなります。

④ あなたらしく、穏やかな毎日を過ごすために

望まない処置を避け、体への負担を減らすことで、最期まであなたらしい生活を送り、穏やかな時間を保つことにつながります。

土岐市マイエンディングノート・ACPに関するアンケート概要

- ▶ 目的：土岐市におけるACP・エンディングノートの現状把握
- ▶ 対象：ケアマネジャー・地域包括支援センター・訪問看護師

【質問①】エンディングノートやACPの活用が業務にどのようなメリットをもたらすと思いますか

- 本人、家族の意向確認ができる。（地域包括）
- 急変時に延命処置を希望しない場合には不要な処置など行う事なく家族との時間を過ごしてもらえる。（訪問看護）
- 実際その場になったときに食い違いが起きにくかったり、家族の悩みを減らすことが出来る。（ケアマネ）
- ACP実践により他職種連携ができ、情報共有や再確認ができる。（訪問看護）

- ▶ **土岐市では必要性はすでに強く意識されている**

【質問②】普及・活用を促進するために必要な取組は？

- 専門職の育成、ACPの進め方や対話技術を学ぶ機会を設ける（地域包括）
- 自分自身がエンディングノートやACPについて理解しなくてはいけないと思う。（訪問看護）
- 介護保険の申請の段階から...お渡ししていくとよいのでは？（ケアマネ）
- ある程度の年齢になったら自宅に配布する。（訪問看護）

▶ 土岐市では“どう広げるか”を具体的に考える段階に来ている

アンケートから見える土岐市の強み

- ◎ 専門職の問題意識が高い
- ◎ 多職種連携の視点がある
- ◎ 配布・導入の具体案まで出ている

だからこそ、対話につながる活用の工夫が求められています

土岐市マイエンディングノートの 認知と活用のギャップ

- 土岐市マイエンディングノートを「知っている」

: 約97%

- しかし、業務での「活用経験がある」

: 約15%

- ACPを「業務で実践している」

: 約11~33% (職種による)

必要性は感じているが、
具体的な「一歩」に
踏み出せていない現状

現場が直面する3つの大きな壁： なぜ、ノートの活用やACPが進まないのか？

1. 心理的抵抗の壁：利用者や家族が「死」を意識することを拒む、縁起が悪いと感じる。
2. 意思表示の難しさの壁：本人の判断能力低下（認知症等）や家族間の意見不一致。
3. 専門職の不安の壁：自身の知識・経験不足、対話を切り出すタイミングが分からない。

そもそも、
利用者本人の
意思表示が難しい。。

【実践】 コミュニケーションの壁 想いを引き出す「問いかけ」のヒント

難しく考えず、まずはこれらの言葉から会話を始めてみましょう。いきなりノートを出すのではなく、まずはこんな一言から始めてみませんか？

1. きっかけ作り（体調の変化から自然に）

「最近、以前と比べて『これをするのが大変になったな』と感じることはありますか？」

「先生（医師）からは、今の病状についてどんな風に聞いていらっしゃいますか？」

「病気のこと、ふとした時に不安になったり、気になったりすることはありますか？」

2. 価値観を知る（その人らしさを把握する）

「〇〇さんにとって、日々の生活の中で一番『ホッとする時間』はどんな時ですか？」

「これから先、これだけは続けていきたい、大切にしたいと思うことは何ですか？」

「できないことが増えてきた時、これだけは譲れないと思うことはありますか？」

3. 将来を考える（もしもの時の意思確認）

「もしもの時、どこで、誰と一緒に過ごせたら一番安心だと思われませんか？」

「逆に、『これだけは嫌だな』『これだけは避けたい』と思うことはありますか？」

「ご家族には、今のお気持ちをどのくらいお話しされていますか？」

▶ 「書かせること」を目標にせず、「語り」に耳を傾ける

提案：2つのノート役割分担（住み分け）

土岐市版ノートと県医版ノート「併用」のススメ

項目	土岐市 マイエンディングノート 	岐阜県医師会版 これからノート 
主な役割	自分史・生活・資産の記録	医療・ケアの具体的な指針 (手引書)
内容例	思い出、好きなもの、 財産、葬儀、伝言	病状理解、受きたい医療、 急変時対応
活用時期	お元気な時からの 「人生の棚卸し」に最適	病気の発症、在宅移行、 介護申請時の「実務ツール」
利点	「その人らしさ」を知る 資料になる	医療・介護チームの 具体的な共通言語になる

これからノートの特徴





一般的なエンディングノートの内容

基本情報

氏名、生年月日、住所、連絡先
健康保険証やマイナンバー、家族構成、
血液型

医療・介護

かかりつけ医や持病、アレルギー、常用薬
延命治療や臓器提供の希望

財産・資産

銀行口座、生命保険、不動産などの詳細
借金やローンの有無

葬儀・お墓

希望する葬儀内容、宗派、遺影写真
お墓や供養の方法

遺言書・相続

遺言書の有無や遺産分配について

家族・友人へのメッセージ

感謝の言葉や伝えたい思い出

デジタル情報

SNSやウェブサービスのID・パスワード

その他

ペットの世話に関する情報

学歴、職歴、趣味など個人の履歴

財産やパスワードなど、個人的に管理される情報は多職種での共有を想定していないため、「これからノート」には記載欄がありません。



一般的なエンディングノートの内容

基本情報

氏名、生年月日、住所、連絡先

健康保険証やマイナンバー、家族構成、
血液型

医療・介護

かかりつけ医や持病、アレルギー、常用薬
延命治療や臓器提供の希望

財産・資産

銀行口座、生命保険、不動産などの詳細
借金やローンの有無

葬儀・お墓

希望する葬儀内容、宗派、遺影写真
お墓や供養の方法

遺言書・相続

遺言書の有無や遺産分配について

家族・友人へのメッセージ

感謝の言葉や伝えたい思い出

デジタル情報

SNSやウェブサービスのID・パスワード

その他

ペットの世話に関する情報

学歴、職歴、趣味など個人の履歴

健康な時に将来の延命治療を考えるのは難しい。
がん、認知症、慢性閉塞性肺疾患（COPD）等
病気の種類や進み具合によって、希望する延命
治療は、変わることもある。



これからノートを作成する際に、重要視したこと

- ▶ 多職種が閲覧することが望ましくない情報は、既存のエンディングノートを利用してもらう。
- ▶ 既存のエンディングノートを否定するものではなく、同時並列に存在するもの。
- ▶ 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沿ったものであり、家族、多職種と何度も話し合いができるものにする。
- ▶ 患者さんに病気の正しい知識をもってもらい、病気に対する思い、今後の医療・ケアについて話し合いができるノートにする。
- ▶ エンディングノートを在宅医療開始時、介護保険申請時などに記入してもらえるように、在宅医療の手引的な立ち位置で作成。



岐阜県医師会版エンディングノートの立ち位置

健康

闘病中

終末期



どの時期でも書ける

病気で在宅医療に移行、
介護申請時に記入

亡くなる間際に行われる

岐阜県医師会これからノート

一般的なエンディングノート

死期が近づいた時のACP

これからノートの内容

第1章 あなたを支える在宅ケア・介護サービス

在宅ケアとは？

ひとり暮らしでも大丈夫？

誰に相談すればいいの？

頼れる相談相手、かかりつけ医とは？

自宅でどんな医療が受けられるの？

在宅ケアを支援してくれる人やサービスは？

第2章 わたしについて

わたしを支える医療・介護スタッフ

わたしの家族や大切な人

わたしの好きなことについて

わたしのこれからについて

これから伝えておきたいこと

わたしの病（やまい）への思い

第3章 もしもの時の医療・介護ケアの希望

病名・余命の告知

～わたしに伝えてほしいこと～

延命治療への思い

最期に過ごしたいところ

もしもの時に望む医療

代理意思決定について

第4章 旅立ちのときが近づいたら

心と身体の変化

お看取りをするご家族さまへ

救急車を呼ぶということ

「心肺蘇生をしない」ための医師の

指示書について

各ページの説明と書き方



あなたを支える
在宅ケア・介護サービスと
あなたの希望

岐阜県医師会

Korekara Note

これからノート



これからノート
あなたを支える
在宅ケア・介護サービスとあなたの希望



この冊子は岐阜県「令和6年度在宅医療人材育成事業」の補助により作成いたしました。
令和7年3月発行



ごあいさつ

過去には、自宅で家族が人を看取ることがごく当たり前のことでした。こうした看取りの経験を通して、私たちは「死」について代々学んできたのです。しかし、現代では、病院で亡くなることが当たり前となり、家で看取る文化は少なくなったため、人が亡くなる場面でどのように対応したらよいのか分からない人も増えています。

一方、治る見込みがなく死が近づいている「人生の最終段階」では、約64%の人が自宅や施設で療養したいと希望しています。しかし、多くの人はそれが難しいと感じ、あきらめているという報告があります。死が近づいている方に起こる病状の変化は、経験したことのない方にとっては「急変」と感じてしまい、その対応に不安を感じていることが在宅医療に踏み切れない大きな理由です。

病院は本来治療の場であり、看取りの場ではありません。そのため、病院では患者や家族が望むことが医学的に認められない場合が多いこと。また、亡くなった後に医師が死亡を宣告すると、ゆっくりお別れをすることができないことが多いです。反面、在宅では自分の希望に沿った看取りが可能であり、家族と一緒にこれまでの生活や思い出を振り返りながら、時間をかけて死を受け入れることができます。

本書は、自分が望む場所で、価値観や目標、治療の希望に合った医療を受けられるよう支援するために作られました。さらには、もはや自分では意思決定できない状況になったとき、代わりに意思決定をしてくれる信頼できる人を選び、準備することを手助けするために作成したものです。

世界に類を見ない超高齢化社会に突入している我が国において、団塊の世代の全てが後期高齢者となる2025年に本書を発行し在宅医療についての理解を深め、少子多死時代に備えることができることはこの上ない喜びです。本書により皆様が自分らしく最期まで生き、後悔のない「生」を全うできますことをお祈り申し上げ、巻頭言とさせていただきます。

一般社団法人岐阜県医師会
会長 伊在井 みどり

第1章

あなたを支える在宅ケア・介護サービス P05

- 在宅ケアとは？
- ひとり暮らしでも大丈夫？
- 誰に相談すればいいの？
- 頼れる相談相手、かかりつけ医とは？
- 自宅でどんな医療が受けられるの？
- 在宅ケアを支援してくれる人やサービスは？

第2章

わたしについて P09

- わたしを支える医療・介護スタッフ
- わたしの家族や大切な人
- わたしの好きなことについて
- わたしのこれからについて
- 家族やあなたの生活を支えてくれる人などに伝えておきたいこと
- わたしの病^{やまい}への想い

第3章

もしもの時の医療・介護ケアの希望 P13

- 病名・余命の告知～わたしに伝えて欲しいこと～
- 延命治療への想い
- 最期に過ごしたいところ
- もしもの時に望む医療
- 代理意思決定について

第4章

旅立ちの時が近づいたら P19

- 心と身体の変化
- お看取りをするご家族さまへ
- 救急車を呼ぶということ
- 「心肺蘇生をしない」ための医師の指示書について

これからノートの役割



本冊子は、身近な人の不幸に直面したとき、自身の身体の機能が衰えてきたとき、身の回りのことに助けが必要に感じたとき、何らかの病(やまい)と付き合うことになったときなど、あなたやあなたのご家族がこれからの人生を考え、話し合えるきっかけを持って欲しいと願って制作しました。

第1章では、あなたを支える在宅ケア・介護サービスについて紹介し、それを利用するための相談先や支援してもらえる多職種の役割を解説しています。かかりつけ医や訪問看護師、ケアマネジャーといった専門職が、あなたの暮らしを支える大きな力となるでしょう。

第2章では、ご自身の健康状態やこれまでの歩み、大切にしたいことを整理していきます。これから先、自分らしく旅立つために、ご家族や医療・介護スタッフへ自分の意思を伝え、話し合ってみましょう。

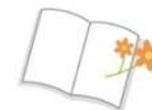
第3章では、もしもの時の医療・介護ケアの希望について考えましょう。たとえば、どこで最期を過ごしたいか、延命治療や医療ケアの選択、そして自分の気持ちが伝えられなくなったとき代わりに誰に伝えてもらうかなど、具体的な質問を通してあなたの希望を整理してみましょう。

第4章では、旅立ちのときが近づいた際、ご家族が穏やかにお別れのときを過ごせるよう、どのような変化が起きるかを解説しています。この冊子を活用し、あなたの身近な人と話し合うことで、あなたの希望が尊重される人生として「これからノート」が支える一助となれば幸いです。

この冊子を活用し、介護スタッフとともにこれからの過ごし方や医療・介護ケアを考え、家族や大切な人と話し合うことで、希望が尊重され安心してあなたの人生が送れるよう、『これからノート』が、あなたとご家族にとって心穏やかな時間を支える一助となれば幸いです。



「これからノート」は、
あなたの意思を尊重するものに。



ノートの記入欄について、まずは書けるところから書き込んでみましょう。人の考えや状況は変化するものです。時折見直したり、書き足したりしてみましょう。何度でも修正できます。書かれた内容については、あなたのご家族や身近な方たちに伝えておくことも大切です。

わたしのこと(覚書)



氏名	
生年月日	
住所	
自宅電話	
携帯電話	

第1章 あなたを支える 在宅ケア・介護サービス

在宅医療という選択肢

自宅等で医療や介護サービスを受けたい方へ。



Q1 在宅ケアとは？

療養中、通院がむずかしい患者さんのご自宅、または施設などの生活の場に医師をはじめとした歯科医師、訪問看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士といった医療従事者や、ケアマネジャー、ホームヘルパーなどの介護従事者の連携のもと、定期的に訪問し、医療・介護サービスを提供することで、住み慣れた自宅などでご家族と一緒に療養生活に取り組むことです。

「本当は自宅に帰りたい」、「家で見てあげたい」という思いがあっても、介護の負担やお金のことが不安と悩んでいませんか。まずは、かかりつけ医や看護師、病院内にある地域連携室や地域包括支援センター、ケアマネジャーに相談してみましょう。自宅等で暮らすための支援やサービスがたくさん用意されています。おひとりで、家族だけで悩まず、専門職と一緒に在宅での療養に取り組んでいきましょう。

Q2 ひとり暮らしでも大丈夫？



ひとり暮らしでも「住み慣れた地域や自宅で暮らしたい」と希望される方は多くいます。身体の状態や症状、療養環境によっていろいろなサービスをうまく組み合わせて利用することで、ひとり暮らしを続けることができます。

Q3 誰に相談すればいいの？



【入院中の場合】

かかりつけ医や入院先の主治医、看護師、病院内にある地域連携室やソーシャルワーカーへ相談しましょう。介護保険などは申請してからサービスを利用できるまでに時間がかかる場合があります。退院する前に在宅医療・介護サービスを準備しておきましょう。

【通院中の場合】

かかりつけ医や地域包括支援センターに相談しましょう。かかりつけ医によっては訪問診療や往診をしていない場合があります。その時は在宅医療が可能なクリニックや診療所を紹介してもらいましょう。

相談できる
ところ



【入所中の場合】 まずは施設の相談員に相談しましょう。

高齢者施設に入所中の方は、まずは施設の相談員に相談しましょう。



相談場所に
悩んだら…

まずはかかりつけ医か、お近くの地域包括支援センターを見つけて相談しましょう。

岐阜県の地域包括支援センター

検索

第1章 あなたを支える在宅ケア・介護サービス

在宅ケアのしくみや、在宅医療や介護について相談できる先を、分かりやすく紹介しています。

自宅での療養を考え始めたときや、介護サービスを考えるときに、患者さんやご家族が安心して読み、話し合うための資料です。

かかりつけ医の役割の説明

かかりつけ医がどのような役割を担っているのかや、身近なお医者さんをもつことの大切さを、やさしく説明しています。

日頃の健康管理から、病気や介護についての相談まで、安心して相談できる存在であることが分かる内容です。

Q4 頼れる相談相手・かかりつけ医とは？



かかりつけ医をもちましょう

かかりつけ医とは、日頃からあなたの健康状態を把握し、病気の診断・治療や健康相談など、何でも安心して気楽に相談できる医師のことです。在宅ケアをスムーズに進めるには、日頃から信頼できる「かかりつけ医」を持つことが大切です。健康状態や生活環境を良く知る医師がいれば、在宅ケアが必要になった際も安心してサポートを受けることができます。



かかりつけ医の役割

身近な医療相談	健康に関する相談を受け付け、適切な診療やアドバイスを提供します。
総合的・継続的な診療	患者さんの病歴を把握し、生活習慣病の管理や指導を行います。
専門医・医療機関との連携	必要に応じて専門医や医療機関を紹介し、診療に関する情報を共有します。
在宅医療の提供	通院が難しい患者さんに対して、訪問診療を行います。
地域医療・介護との連携	介護や福祉サービスと協力し、包括的なケアを推進します。
予防医療の推進	健康診断や予防接種を実施し、生活習慣の改善をサポートします。
救急対応のサポート	急な病気やケガの際に、初期対応を行い、夜間や休日の支援も提供します。
信頼関係の構築	患者さんのライフスタイルや価値観を尊重し、信頼できる医療を提供します。



在宅ケアに関するかかりつけ医との相談

かかりつけ医がいる場合は、訪問診療や往診が可能か確認しましょう。入院中の場合にも、かかりつけ医に確認し、相談してみましょう。もし難しい場合は、病院の地域連携室や看護師に在宅で療養したいことを伝え、在宅医療を実施する医療機関を紹介してもらいましょう。



Q5 自宅でどんな医療が受けられるの？

医療保険サービスや介護保険サービスをうまく使っていただくことで、療養中も安心してご自宅で暮らすことが可能です。



訪問診療

通院できなくなった患者さんの自宅に、医師が定期的に訪問して、病気の診断、治療、薬の処方、療養上の助言を行います。

■訪問診療の対象となる病気や障害の例

- ・脳梗塞後、後遺症や神経難病などにより日常生活動作に支障のある方
- ・認知症に対する医療的アドバイスを必要とされる方
- ・退院後のケアを必要とされる方
- ・排尿や排泄の医療的管理(カテーテルなど)を必要とされる方 など



訪問診療で可能な医療処置

胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養、在宅中心静脈栄養、在宅自己注射、在宅酸素療法、膀胱留置カテーテル、褥瘡管理、がんなどの緩和ケア(痛みや苦しみを和らげるケア)など

※医療機関ごとに対応可能な処置が異なりますので、かかりつけ医にご相談ください。

往診

訪問診療とは異なり、定期的な訪問ではなく、急変時には患者、家族の求めに応じて医師が訪問し、診療を行います。



訪問看護

看護師が訪問して、医療・介護の両方から日常生活をサポートします。病状の観察、薬の管理、入浴や食事の介助、排泄介助、介護の助言など、幅広く対応してもらえます。希望される場合は看取りのサポートもしてくれます。



訪問リハビリテーション

理学療法士、作業療法士などが訪問して、医師の指示に基づいて、患者さんが日常生活で自立できるように治療、訓練を行います。介助方法の指導をしたり、手すりの設置や、介護用ベッドや車いすなどの福祉用具の相談にも対応します。

この他にも、訪問歯科診療、訪問薬剤指導や訪問栄養指導などもあります。

このページでは、在宅医療でどのようなことができるのかを紹介しています。

訪問診療の対象や、自宅で受けられる医療やケアの内容について、分かりやすくまとめています。

- ・訪問診療を受けられる方の目安
- ・自宅で行える医療処置
- ・必要に応じた往診
- ・看護師による訪問看護
- ・リハビリ専門職による訪問リハビリテーション

在宅での生活を支えてくれる人や、利用できるサービスについて紹介しています。

医療や介護の専門職のことや、介護保険のしくみ、申請のしかたが分かる内容です。

- ・在宅ケアを支える専門職
- ・介護保険サービス
- ・介護保険以外のサービス
- ・介護保険の申請方法

Q6 在宅ケアを支援してくれる人やサービスは？



医師（かかりつけ医）

定期的にあるいは必要に応じて訪問し、からだの状態を診療・治療します。急変などには患者、家族の求めに応じて往診も行います。

病院

退院する際のスムーズな在宅移行や在宅療養中の急な体調の悪化時等、入院が必要な時、かかりつけ医との連携のもと病院の医師、看護師、相談員など連携し入院体制を整えています。

訪問看護師

医師の指示のもとに医療のサポート、療養の支援を行います。

ケアマネジャー

ご本人や家族と相談しながら、介護保険サービスの計画を立てます。市や各サービス事業者と連絡・調整を行います。

歯科医師・歯科衛生士

歯の治療や、入れ歯の調整、お口の清掃などを行い、肺炎の予防やしっかり食べられるよう支援します。

管理栄養士

栄養管理や栄養指導を行い、調理方法の提案や食べる楽しみをお手伝いします。

薬剤師

処方された薬を届け、飲み方の説明や効果のチェック、残薬の確認をします。薬局によっては処方された薬を届けることもあります。

地域包括支援センター

介護保険や介護予防、生活全般の相談に応じます。また、関係機関と連携し、適切なサービスが提供されるよう支援します。

介護保険サービスなど

介護保険を申請していない場合は、ケアマネジャー、地域包括支援センター、市町村の窓口、あるいは入院中であれば地域連携室に相談しましょう。申請から決定まで1か月ほどかかりますので、早めに相談しましょう。

介護保険サービス

・訪問介護（ホームヘルパー）、デイサービス、デイケア、ショートステイ、福祉用具貸与、入所施設など



介護保険以外のサービス

・民生委員、地域の支え合い活動、ボランティア、認知症カフェなど

在宅医療を支える在宅療養支援診療所（病院）

在宅療養支援診療所（病院）とは、24時間365日体制で訪問診療・往診や訪問看護を提供する体制を維持し、緊急時の入院手配、介護連携、看取りなどの体制を整備した診療所（病院）のことです。

●在宅医療・介護保険サービスについて

もっと詳しい情報は ➡ はやぶさネット/一般の方



第2章 わたしについて

わたしについて書いてみましょう。自分はどんなことを大事にしたいか、考えてみたり、病への想いを考えてみたり、そのことについて話し合ってみましょう。



書いた日 年 月 日記入

わたしを支える医療・介護スタッフ			
かかりつけ医	所属機関名	連絡先	医師の名前
かかりつけ歯科医師	所属機関名	連絡先	医師の名前
訪問看護ステーション	所属機関名	連絡先	担当者名
かかりつけ薬局 (薬剤師)	所属機関名	連絡先	担当者名
ケアマネジャー	所属機関名	連絡先	担当者名
	所属機関名	連絡先	担当者名

わたしの家族や大切な人(最初に相談する人、あなたの生活を支えてくれる人に○を付けてください)				
名前	続柄	同居・別居	住所	連絡先
名前	続柄	同居・別居	住所	連絡先
名前	続柄	同居・別居	住所	連絡先
名前	続柄	同居・別居	住所	連絡先

第2章 わたしについて

この章では、ご自身のことや、これまでの生活で大切にしてきた【想い】について書いていきます。

また、日頃の医療や介護で関わっている人や、家族・大切な人について整理し、必要なときに周囲と共有できるようにします。

- ・自分を支える医療・介護のスタッフ
- ・自分の家族や大切な人
- ・連絡や相談の中心となる人（キーパーソン）には○をつけましょう

これまでの人生を振り返りながら、今の気持ち【想い】や、これから大切にしたいことを書いていくページです。

人生の終わりに向けた医療やケアを考えるうえでは、その人自身の【想い（願い）】や生き方を大切にすることが大事だとされています。

このページでは、ご本人の考えや、これからの希望を整理し、家族や医療・介護の関係者など周囲の人と共有することができます。

わたしの好きなことについて

わたしの生きがい・楽しみ

わたしのこれからについて

これからしたいこと

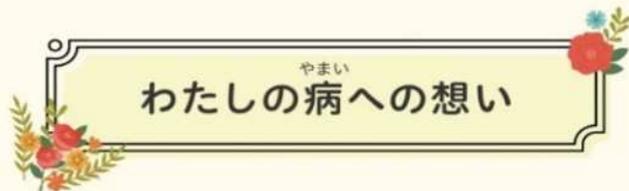
家族やあなたの生活を支えてくれる人などに伝えておきたいこと

今後心配なこと・気がかりなこと

日々の暮らし

身体のこと





やまい
わたしの病への思い

主とする病名

あなたの現在の健康状態や症状を整理し、自分の思い(これからどうしたいか)を考えてみましょう。そして、家族・身近な人や、医療・介護スタッフに思いを伝え、最適な治療法やこれからの生活について一緒に話し合ってみましょう。



話し合った日	年 月 日	年 月 日
話し合った人		
病気の症状や身体の変化 記入例) ・抗がん剤が始まった。 ・要介護になった。 ・骨折し入院してしまった。 ・食事がとれなくなってきた。		
思い、心配事・不安 記入例) ・痛みが我慢できなくなったらどうしよう。 ・抗がん剤で気持ち悪くなった時心配。 ・リハビリを頑張りたい。		
治療・ケアの希望 記入例) ・何もしてほしくないが痛みが強い時は、薬をつかってほしい。 ・できる限り、がんの治療をしたい。 ・自然に任せて穏やかに過ごせたい。		
医療・介護スタッフからあなたへメッセージ		

年 月 日	年 月 日	年 月 日

やまい
わたしの病への思い

- ・このページは、一般的なエンディングノートにはあまりない、「ご自身の病気への思い」を書くためのページです。
- ・自分の病気をできる範囲で理解し、病気に対する気持ちや不安、これからの治療やケアについての希望を書いていきます。
- ・そうした【思い】を、家族や医療・介護スタッフと共有することで、より自分らしい支援につなげることができます。
- ・病気や状況によって、気持ちや希望は変わることもあるため、今の思いを書き留めておくことが大切です。



第3章 もしもの時の医療・介護ケアの希望



もしもの時(人生の最終段階に)あなたはどのような医療・介護ケアを望みますか？
 もしもに備え、家族や大切な人と、どんな治療やケアを受けて過ごしたいか、話し合ってみてください。すべて書き込む必要はありません。書けるところから書き込んでみましょう。



Q1

病名・余命の告知

もしも病状がとても重い場合、伝えてほしいものに○を付けてください。



当てはまる欄に○を付けましょう▼	記入日 年 /	記入日 年 /	記入日 年 /
病名について			
治療方針について			
余命について			
何も伝えてほしくない			
今は判断できない			

Q2

延命治療

治療をしても回復が見込めない状態になったとき、あなたは延命治療を望みますか。

当てはまる欄に○を付けましょう▼	記入日 年 /	記入日 年 /	記入日 年 /
はい、できる限り延命治療をしてもらいたいです。			
いいえ、延命治療は行わず、自然な状態で過ごしたいです。			
延命治療は行いませんが、痛みや苦しみは取ってほしいです。			

「延命を希望しない」ということは？

食欲・体力の低下などをありのまま受け入れ、体調に合わせた食事の摂取、痛みや息苦しさのケア、皮膚のケアなど、日常生活を穏やかに過ごすためのプランを相談し、そのための必要な医療を行います。



第3章 もしもの時の医療・介護ケアの希望

この章では、もしものときに受けてみたい医療やケアについて、今の考えを書いていきます。

病状や治療について、どのように説明を受けたいか、また延命治療についての希望などを自分で整理し、家族や医療・介護の関係者と共有するための章です。

- ・病状の説明や告知についての考え
- ・延命治療についての希望

最後をどこで、どのように過ごしたいかについて考え、今の希望を書いていくページです。

その場所を選んだ理由や、どのような時間を過ごしたいかを記入。

家族や医療・介護のスタッフからのコメントを書いてもらうこともできます。

Q3 最期に過ごしたいところは？

当てはまる欄に○を付けましょう▼	記入日 年 /	記入日 年 /	記入日 年 /
自宅で過ごしたい。			
施設で過ごしたい。			
病院で過ごしたい。			

 上記で○を付けた理由や、どのように過ごしたいか、希望を書いてみましょう

 家族やあなたの大切な人のコメント



 医療・介護スタッフのコメント 

もしもの時に望む医療

治療をしても回復が見込めない状態になったとき、どのような医療を望みますか？



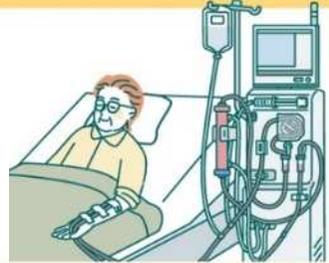
食事が取れなくなった時の栄養・水分補給の仕方など、もしもの時に選択できる医療について、具体的に考えてみましょう。

01 経管栄養(経鼻経管栄養) ▶ 鼻からチューブを通し栄養剤を胃に送る。					
良い点	鼻から胃までチューブ(管)を挿入し、栄養剤や水分を補給することができます。		年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
欠点	チューブ(管)がのどを通っているため常に、不快感が生じます。また、高齢者や認知症の方はチューブ(管)を自分で引き抜いてしまう恐れもあります。		年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
02 経管栄養(胃ろう、腸ろう) ▶ おなかに小さな穴を開けチューブを通し栄養剤を胃に送る。					
良い点	お腹から胃に小さな穴をあけて、チューブ(管)を取り付け、通した管から胃に直接流動食を注入することができます。長期にわたって栄養管理が可能になります。		年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
欠点	使用時には胃ろうをつくる小さな手術が必要になります。また、約半年に1回の交換が必要です。		年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
03 中心静脈栄養(栄養) ▶ 心臓付近の大きな血管から点滴で栄養補給。					
良い点	経口摂取や経腸栄養が難しい場合に検討され、高カロリー輸液の注入ができる		年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
欠点	カテーテル留置に処置や手術が必要。カテーテル挿入部や輸液剤の汚染など、様々な原因で感染症を起こす恐れや、胃腸が弱ることによる感染症の発症などの恐れがあります。		年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
04 末梢点滴(水分) ▶ 手足の血管から点滴で水分補給。					
良い点	食事や水分が自力で摂取できなくなった時には、点滴によって水分と少しの栄養補給することができます。		年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
欠点	手足からの点滴では十分な栄養を補給することができません。血管が細く弱い場合には、何度も針を刺すなど体を傷つける恐れもあります。		年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
05 医療用麻薬・鎮静の使用 ▶ 痛みや苦しみを医療用麻薬で和らげる。					
良い点	痛みや苦しみはやわらぎます。内服、貼付剤、点滴、坐薬、注射などの方法があります。		年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
欠点	便秘や吐き気、眠気などの副作用がみられることはあります。		年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

06 人工透析の実施 ▶ 腎臓に代わって水分や老廃物のコントロールを する。実施には一回4時間を週3回程度必要。

目的 腎臓の機能が悪くなった場合に腎臓にかわって血液中の老廃物や余分な水分を取り除き身体に戻す治療法。

欠点 腎臓自体を治療しているわけではないため、機能の回復が見込めない場合は生涯にわたって続けていかなければいけません。血液透析では、透析を行うための血管(シャント)を造るなどの手術が必要です。また、週3回、1回3~5時間程度の治療時間が必要になります。



年 月 日	年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望する
<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> 希望しない

07 人工呼吸器の使用 ▶ 呼吸が弱いとき気管にチューブを入れ呼吸を助 ける機械につなぎ肺に酸素を送る。

目的 自分で呼吸ができなくなった時には、口から気管までチューブ(管)を挿して人工呼吸器を装着します。人工呼吸器を使用すれば自力で呼吸できなくても生きることができます。

欠点 呼吸の状態が回復しない限り、人工呼吸器を外すと人は生きられません。現在の日本では一度人口呼吸器を装着した場合、家族の要望のみで取り外すことは完全には認められていません。また、長期間、人工呼吸器が必要になれば気管切開(のど仏辺りに穴をあけること)、定期的な管の交換が必要になります。



年 月 日	年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望する
<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> 希望しない

08 心肺蘇生処置 ▶ 心臓や呼吸が止まった時に胸骨圧迫(心臓 マッサージ)を行い一時的に機能を回復させる。

目的 動かない心臓にかわって全身の臓器に血液を送り込み、臓器が酸素不足で動かなくなってしまうのを防ぎます。

欠点 長時間の胸骨圧迫(心臓マッサージ)は胸の骨が折れるなど、体を傷つけてしまう恐れもあります。一般的には心臓が止まってから短時間に心臓が動き出さないと、蘇生はほぼ不可能になります。



年 月 日	年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望する
<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> 希望しない

自分の意思が表明できないときも 代理人が本人の希望を推測して記入できる。

代理意思決定について

もしも自分の気持ちや考えが伝えられなくなった時、あなたの代わりに治療方針等について判断する方はどなたですか?

代理意思決定できる方
名前

連絡先 続柄

あなたの代わりに判断することを、その方に伝えていきますか? で囲ってください。 はい ・ いいえ

第4章 旅立ちのときが近づいたら

心と身体の変化

旅立ちの 때가 近づくと、身体にはいくつかの変化が現れます。たとえば、意識が低下し(刺激や痛みに反応しにくくなる)、呼吸が変化することがあります。こうした兆候を初めて目にする、驚いたり動揺することもあるでしょう。しかし、これらは自然なプロセスであると理解していれば、冷静に受け止めやすくなります。



1 眠っている時間が長くなります

一日のほとんどを眠って過ごすこともあり、床ずれができやすくなるので時々体の向きをかえてあげましょう。

2 唾液や痰がたまり、呼吸の際にゴロゴロ音がしたり、苦しそうな声もれたりします

水分量が少ないため、痰が上がってくるときは体を横向きにしたり、上半身を少しあげるようにします。

3 呼吸が不規則になります

大きく呼吸し10秒ほど止まって、また呼吸をする波のような息の仕方になります。肩やあごを動かすような呼吸は、旅立ちが近づいているサインです。苦しそうに見えますが、本人は苦痛を感じていないといわれています。見守ってあげましょう。

お看取りをするご家族さまへ

そばにいても何をしたらよいかわからないとき、ご家族の皆さんにいただけることがあります。本人の好きな音楽をかけたり、ご家族のことを話したりして安心できるようにしてあげましょう。口が乾いているようであれば、湿らせたガーゼでそっと湿らせてあげてください。口の中に唾液、痰がたまっているときは綿棒などで拭いてあげましょう。



最期のとき

呼吸をしていないと感じたら慌てないで、かかりつけ医や訪問看護師に連絡してください。ご本人とご家族のお別れの時間を大切にしましょう。かかりつけ医と訪問看護師が訪問し、かかりつけ医は亡くなられたことを確認したあと死亡診断書をお渡しします。事前にかかりつけ医・訪問看護師の緊急連絡先を確認しておきましょう。

第4章 旅立ちのときが近づいたら

この章では、旅立ちのときが近づいたときに、体に起こりうる変化について紹介しています。

あらかじめ知っておくことで、家族が心の準備をしやすくなり、落ち着いて向き合うことにつながります。

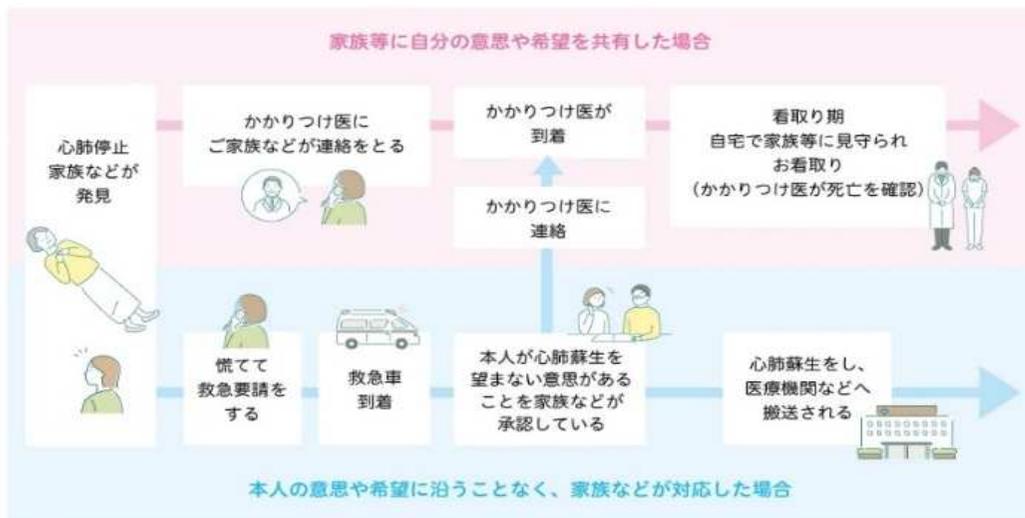
救急車を呼ぶということ



かかりつけ医と事前に話し合いをし、「在宅で看取りをする」と決めていたとしても、最期が近くなり本人の状態から不安を感じ、とっさに救急車を呼んでしまうことがあります。救急車を呼ぶということは、「命を助けてほしい」というお願いをすることです。救急隊は患者の命を救うことを第一に考え、救命処置を施します。心肺蘇生を行わないというご本人・ご家族等の意思があっても、口頭だけの確認では、救急活動の原則のもと救急隊員は心肺蘇生を行うこととなります。その結果、本人が望まない医療処置を受け、自宅で穏やかな最期を迎えたいと思っても、それができなくなってしまいます。

心肺蘇生を行わないという意思表示

岐阜県メディカルコントロール協議会（*1）の作成した、【心肺蘇生（胸骨圧迫、人工呼吸・AED 使用）に関する医師の指示書】は、たとえ慌てて救急車を呼んでしまっても、この指示書を家族が救急隊員に示し、救急隊員がかかりつけ医に連絡を取り確認ができれば、心肺蘇生を中止することができます。とっさに判断することは難しいものです。日ごろから、かかりつけ医や訪問看護師と「状態が悪くなった時にどうするか」、事前に話し合っておくことが必要です。



（*1）岐阜県メディカルコントロール協議会とは？

医師会をはじめ、消防・医療機関従事者で結成された救急業務に関する事項についての調査審議を行う協議会です。

これからノートでは、亡くなったときに救急車を呼ぶと、どのようなことが起こる可能性があるのかを、分かりやすく紹介しています。

希望しない心肺蘇生が行われることがあるため、救急車を呼ぶ前に、まずはかかりつけ医に連絡することの大切さをお伝えしています。

「心肺蘇生をしない」ための医師の指示書について

この指示書は、患者さんの「心肺蘇生を受けたくない」という意思を尊重し、回復の見込みがない終末期の方が穏やかに最後を迎えたいという意思を守るためのものです。心肺停止になったときに、医師や救急隊が患者さんの意思を守るための指針となります。家族等は、この指示書を救急隊に提示し、救急隊は、救急活動報告書等に添付し保管します。(※1)

「心肺蘇生」とは？

心肺蘇生とは、心臓や呼吸が止まったときに命を助けるために行う治療です。具体的には次のことを行います

胸骨圧迫	胸を強く押して血液を循環させること
人工呼吸	口から息を吹き込んで呼吸を助けること
AEDの使用	電気ショックで心臓の不整脈を止める機械を使うこと

しかし、これらの処置は必ずしも成功するわけではなく、体に負担がかかることもあります。

【この指示書の使い方と記入の流れ】

1	患者本人または代諾者の意思確認(※2)	まず、かかりつけ医とよく話し合い、「心肺蘇生をしない」ことを決めます。患者さんが自分で判断できない場合は、ご家族(代諾者)が意思を確認し、署名することもできます。(※7)
2	記入内容の準備	○患者情報(名前、生年月日、住所など)を記載します。 ○かかりつけ医に現在の病状(終末期の状態など)を詳しく記載し署名してもらいます。
3	代筆・署名をする(※5)	決定内容に基づき、患者が自分で判断できない場合は、代諾者が記載できます。ここで言う代諾とは、患者本人に十分な判断能力が備わっていない場合、患者の代わりに同意・承諾することを指します。
4	大切に保管する	この指示書は、緊急時に救急隊や医療機関に提出する大切な書類です。すぐに取り出せる場所に保管しておきましょう。

⚠ 注意してほしいこと

■緊急時には慌てずにかかりつけ医に連絡を
この指示書が有るとき心臓や呼吸が止まった時は、まずかかりつけ医に連絡してください。

■どうしても119番する場合は指示書を提示
やむを得ず救急車を呼ぶ場合、この指示書を救急隊に見せてください。

■6か月ごとに更新が必要(※6)
指示書には有効期限があり、患者記入日から6か月ごとにかかりつけ医と話し合い、確認が必要です。

かかりつけ医の皆様へ(※3)(※4) — ここからは、かかりつけ医へ向けての確認事項になります。 —

※3 心肺蘇生等を希望しない旨について、かかりつけ医と話し合ったうえで同意するという意思表示患者が署名する場合、かかりつけ医は、患者が健やかな精神状態にあり、治療方針に同意する能力があることを確認します。代諾者が署名する場合、代諾者は、患者の事前の意思、信念、価値観などを考慮して署名します。かかりつけ医は、代諾者による同意が患者の事前の意思や信念等を反映したもので、標準的な医療水準等を考慮した合理的な判断であることを確認し、代諾者の連絡先と合わせて患者のカルテに記録します。

※4 かかりつけ医は、患者もしくは代諾者と指示内容について話し合った日付を患者のカルテに記録します。

心肺蘇生を希望しない場合に用いられる、医師の指示書について紹介しています。

どのようなときに必要となるのか、また、どのような役割をもつ書類なのかを、分かりやすく説明しています。

問題

「自宅で最期を迎えたい」と決めていたのに、慌てて救急車（119番）を呼んでしまいました。救急隊が到着した後、原則として行われることはどれでしょうか？

- A 本人の希望を尊重して、何もしないで見守ってくれる
- B 法律に基づき、命を救うための「心肺蘇生」を全力で行う
- C その場でかかりつけ医の到着を待つ

正解 B

**法律に基づき、命を救うための
「心肺蘇生」を全力で行う。**

救急隊は命を救うのが仕事なので、**呼ばれた以上は
心肺蘇生を行わなければなりません。**

本人が望まない処置を防ぐには、救急車ではなく
「かかりつけ医」に連絡すること、
そして**「医師の指示書」**を準備しておくことが重要です。



心肺蘇生（胸骨圧迫、人工呼吸及びAEDの使用） に関する医師の指示書について

- ▶ 万が一、心臓や呼吸が止まったときに救急車を呼ぶと、救急隊は命を助けるため、胸を押すなどの心肺蘇生を行います。
- ▶ そのため、ご本人が延命治療を望まないと考えていた場合でも、救急車を呼ぶことで、その思いとは異なる対応が行われることがあります。「亡くなるときに救急車を呼ぶ」ということは、心肺蘇生が行われる可能性が高いということでもあります。
- ▶ 本人の意思に沿わない心肺蘇生が行われることがあるため、岐阜県ではR4年10月に岐阜県メディカルコントロール協議会にて、医師が作成する「**心肺蘇生に関する指示書**」を作りました。
- ▶ **現時点で岐阜県内において、救急現場で心肺蘇生を実施しない判断の根拠となるのは、岐阜県メディカルコントロール協議会様式の医師指示書のみです。**

心肺蘇生（胸骨圧迫、人工呼吸及びAEDの使用）に関する医師の指示書^{*1}

当該患者が心肺停止となった場合、患者（あるいは代諾者）の自発的な意思に基づいて行われた「心肺蘇生を受けない」決定を尊重し、心肺蘇生を実施しないでください^{*2}。
指示にあたっては、当該時の標準的医療等を考慮しています。

患者氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
住 所： _____
電話番号： _____ - _____ - _____
病状の概要（終末期の状況など）

【患者（代諾者）記入欄】

私は、何者にも強制されず、治療についての判断ができる状態で「心肺蘇生を受けない」決定をしました。心肺蘇生を受けなければ命が失われることを理解したうえで、上記の指示内容についてかかりつけ医と十分に話し合い、ここに同意いたします。^{*3・4}

患者署名^{*5}： _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
有効期限： _____ 年 _____ 月 _____ 日^{*6}
(代筆した場合、代筆者の氏名： _____ 患者との関係： _____)
代諾者署名^{*7}： _____ 患者との関係： _____

【医師記入欄】

医師署名： _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
医療機関名： _____
所在地： _____ 県 _____ 市 _____ 町
電話番号： _____ - _____ - _____
電話番号（時間外等）： _____ - _____ - _____

この指示書は、岐阜県MC協議会が指定する様式である

これからノート最終ページ掲載

Ver.R4.3P



これからノートの具体的な活用方法

情報収集

患者はツールに沿って、自身の病状、治療の希望、人生観、価値観などを記入する。

話し合い

記入した内容をもとに、家族や医療者と将来の医療・ケアについて話し合う。

記録

話し合いの結果や患者の意思をツールに記録し、関係者間で共有する。

見直し

患者の状態や希望の変化に応じて、ツールを定期的に見直し、内容を更新する。

**「これからノート」
で未来はどう変わる？**

模擬症例 1 : 80歳男性、在宅療養中の慢性心不全

人物像と背景

- ▶ 名前（仮）：**山田 太郎さん（80歳）**
- ▶ 人物像：元小学校教師。穏やかで、冗談をよく言う性格。自分のペースで生活したい思いが強い。
- ▶ 家族構成と関係性：長男家族と二世帯住宅で暮らしている。
- ▶ 介護の中心は 長男の妻。家族とは良好な関係だが、自分の弱った姿を見せることには抵抗がある。
- ▶ 補足：医療への依存を最小限にしたいという思いから、在宅療養を選択。

模擬症例 1 : 80歳男性、在宅療養中の慢性心不全

人生会議

**クリニックの外来でかかりつけ医の先生と、
今後の在宅療養について相談**

- ▶ **話し合った日** : 20XX年7月10日
- ▶ **話し合った人** : 本人 (山田太郎) 、 妻 (山田花子) 、
長男 (山田一郎) 、
かかりつけ医 (佐藤内科 佐藤先生)
訪問看護師 (青木さん)

模擬症例 1 : 80歳男性、在宅療養中の慢性心不全

話し合われたこと

▶ 病気の症状や変化 :

最近、階段の昇り降りで息切れが強くなっている。夜間に咳が出て眠れない日がある。食欲も落ちてきた。医師からは心不全が進行していると説明を受けた。本人は「入院ではなく自宅で過ごしたい」と希望している。

▶ 心配事や不安感 :

- ・ 急に呼吸ができなくなるのではないかと不安がある。
- ・ 救急搬送の判断を家族が迫られることが心配。
- ・ 在宅療養を続ける負担が妻にかかることが心配。

▶ 治療や医療ケアの希望 :

- ・ できるだけ入院せずに、住み慣れた家で療養を続けたい。
- ・ 息苦しさや、むくみなどを和らげる薬を調整してもらいたい。
- ・ 急変時にも、事前に話し合った対応ができるようにしておきたい。

模擬症例 1 : 80歳男性、在宅療養中の慢性心不全

記入例

やまい
わたしの病への想い

主とする病名

話し合った日	XX年 7月 10日	年 月 日
話し合った人	妻、長男、佐藤先生、 青木看護師	
病気の症状や身体の変化 記入例) ・抗がん剤が始まった。 ・要介護になった。 ・骨折し入院してしまった。 ・食事がとれなくなってきた。	最近息切れが強 く、咳がでる。 先生からは心不 全が悪化してき ていると言われ ている。	
想い、心配事・不安 記入例) ・痛みが我慢できなくなったら どうしよう。 ・抗がん剤で気持ち悪くなった 時心配。 ・リハビリを頑張りたい。	急に呼吸ができな くならないか不安。 救急車を呼んで妻 や息子に迷惑がか からないか心配。	
治療・ケアの希望 記入例) ・何もしてほしくないが痛み が強い時は、薬をつかってほしい。 ・できる限り、がんの治療を したい。 ・自然に任せて穏やかに過ごせ たらいい。	できるだけ自宅で 家族と一緒に過ご したい。 入院せず薬でなん とかしたい。 急に悪くなった時 のことを相談して おきたい。	
医療・介護スタッフから あなたへメッセージ	在宅療養で安心 して過ごせるよ うに気軽に相談 してください。	

あなたの現在の健康状態や症状を整理し、自分の想い(これからどうしたいか)を考えてみましょう。そして、家族・身近な人や、医療・介護スタッフに想いを伝え、最適な治療法やこれからの生活について一緒に話し合ってみましょう。



年 月 日 年 月 日 年 月 日

わたしの病への想い

病気の症状や身体の変化
心不全の病状の変化

病気に対する想い、心配事、不安
病気悪化の不安、救急搬送の不安

治療、ケアの希望
できるだけ自宅での生活を希望

医療、介護スタッフ
安心できるコメント

病状の変化から、想いや治療・ケアの希望
が変化していくため、何度でも更新できる。

模擬症例 1 : 80歳男性、在宅療養中の慢性心不全

あなたの希望をこれからノートに

▶ 本人・家族にとって：

- 苦しい時に「どこまで治療を受けたいか」を伝えておくことで、いざという時に慌てず、自分らしい処置を受けられます。
- ご家族も、「本人の願いはこれだ」と自信を持って判断を助けることができます。

▶ チーム（医療・介護者）にとって：

- あなたの「家で過ごしたい」という気持ちを救急隊や看護師が知ることで、希望に沿った最適なサポートが始まります。

模擬症例 2：65歳男性、がん終末期、緩和ケア中

人物像と背景

- ▶ 名前（仮）：**中村 浩一さん（65歳）**
- ▶ 人物像：現役の自営業（電気工事）。責任感が強く、周囲には弱音を吐かないタイプ。
- ▶ 家族構成と関係性：妻（62歳）と2人暮らし。息子は東京在住。妻との関係は良好だが、がんのことはあまり詳しく話していない。
- ▶ 補足：治療ではなく「残りの時間をどう過ごすか」に重きを置いており、在宅緩和ケアを選択。

模擬症例 2 : 65歳男性、がん終末期、緩和ケア中

人生会議

総合病院の緩和ケア外来で、 今後の方針について話し合い

- ▶ 話し合った日 : 20XX年7月25日
- ▶ 話し合った人 : 本人 (中村浩一)、妻 (中村明子)、
緩和ケア医 (高橋先生)、
訪問看護師 (川村さん)

模擬症例 2 : 65歳男性、がん終末期、緩和ケア中

話し合われたこと

▶ **あなたの病気の症状や変化 :**

がんが進行し、強い痛みがある。最近では食事もとれず、寝ている時間が多い。医師からは余命についての説明もあり、本人は理解し「できるだけ苦しまないようにしてほしい」と希望している。

▶ **心配事や不安感 :**

- ・痛みが強くなることへの恐怖感がある。
- ・亡くなる瞬間に苦しまないかが心配。
- ・妻の精神的・身体的負担が大きくなることが不安。

▶ **治療や医療ケアの希望 :**

- ・延命治療は望まない。
- ・緩和ケアを中心に、苦痛が最小限になるよう配慮してほしい。
- ・最期は自宅で、家族と一緒に過ごしたい。
- ・夜間や急変時の対応を訪問チームにお願いしたい。

模擬症例 2 : 65歳男性、がん終末期、緩和ケア中

記入例

やまい
わたしの病への想い

主とする病名 _____

話し合った日	XX年 7月 25日	年 月 日
話し合った人	妻、高橋先生、川村看護師	
病気の症状や身体の変化 記入例) ・抗がん剤が始まった。 ・要介護になった。 ・骨折し入院してしまった。 ・食事がとれなくなってきた。	胃癌末期で痛みが強い。食欲もなく、起きるのもつらくなってきた。 先生からは余命も長くないと聞いている。	
想い、心配事・不安 記入例) ・痛みが我慢できなくなったらどうしよう。 ・抗がん剤で気持ち悪くなった時心配。 ・リハビリを頑張りたい。	癌の痛みがこれからもっとひどくならないか不安。 妻の精神的、身体的負担をかけることが心配。	
治療・ケアの希望 記入例) ・何もしてほしくないが痛みが強い時は、薬をつかってほしい。 ・できる限り、がんの治療をしたい。 ・自然に任せて穏やかに過ごせたらいい。	できるだけ自宅で家族と一緒に過ごしたい。 緩和ケアで痛みを軽くしてほしい。 最後を自宅で迎えたい。	
医療・介護スタッフからあなたへメッセージ	在宅療養で安心して過ごせるようにサポートします。 いつでも連絡ください。	

あなたの現在の健康状態や症状を整理し、自分の想い(これからどうしたいか)を考えてみましょう。そして、家族・身近な人や、医療・介護スタッフに想いを伝え、最適な治療法やこれからの生活について一緒に話し合ってみましょう。



年 月 日	年 月 日	年 月 日
-------	-------	-------

わたしの病への想い

病気の症状や身体の変化
癌の痛みがありつらい

病気に対する想い、心配事、不安
痛み、苦しみに対する不安

治療、ケアの希望
痛みを緩和し、自宅での生活を希望

医療、介護スタッフ
安心できるコメント

病状の変化から、想いや治療・ケアの希望が変化していくため何度でも更新できる。

大切な想いをつなぐ

▶ 本人・家族にとって：

- ・「痛みを取り除いてほしい」「最期まで自分らしくいたい」という願いを共有することで、言葉で伝えられなくなった時も、あなたの想いが尊重されます。
- ・ご家族の心の負担を軽くし、穏やかな時間を一緒に過ごすことにつながります。

▶ チーム（医療・介護者）にとって：

- ・医師や看護師が同じ目標（ゴール）に向かって、あなたを支える体制を整えることができます。

模擬症例 3 : 70歳女性、在宅療養中の中等度認知症

人物像と背景

- ▶ 名前（仮）：**佐藤 和子さん（70歳）**
- ▶ 人物像：几帳面で明るく、人とおしゃべりをするのが好き。昔は料理教室の先生をしていた。
- ▶ 家族構成と関係性：夫（74歳）と2人暮らし。
- ▶ 夫は家事が苦手で、認知症の進行に不安を感じている。近隣に住む娘が週末に様子を見に来る。
- ▶ 補足：初期のころから「家にいたい」と繰り返しており、夫もできるだけ在宅を望んでいる。

模擬症例 3 : 70歳女性、在宅療養中の中等度認知症

人生会議

介護保険を申請し、ケアマネジャーと今後について話し合い

- ▶ **話し合った日** : 20XX年6月18日
- ▶ **話し合った人** : 本人 (佐藤和子) 、
長女 (鈴木美穂) 、
ケアマネジャー (田中さん)

模擬症例 3 : 70歳女性、在宅療養中の中等度認知症

話し合われたこと

▶ あなたの病気の症状や変化 :

- ・昼夜逆転や徘徊が増えた。入浴や排泄も一人では難しくなっている。
- ・本人は記憶があいまいなことが増えたが、「ここ(自宅)が落ち着く」と話している。

▶ 心配事や不安感 :

- ・家の外に出て迷子になるのではないかという不安。
- ・本人が一人で留守番できなくなり、家族の負担が増す。
- ・将来的に施設入所が必要かもしれないという不安。

▶ 治療や医療ケアの希望 :

- ・できる限り在宅で、今の環境の中で生活を続けさせたい。
- ・必要に応じてデイサービスなどを利用し、本人の楽しみも維持したい。
- ・本人が混乱しないよう、薬は最小限にし、安心できる人が関わってほしい。

模擬症例 3 : 70歳女性、在宅療養中の中等度認知症

記入例

やまい
わたしの病への想い

主とする病名

話し合った日	XX年 6月 18日	年 月 日
話し合った人	長女、 田中ケアマネ	
病気の症状や身体の変化 記入例) ・抗がん剤が始まった。 ・要介護になった。 ・骨折し入院してしまった。 ・食事がとれなくなってきた。	最近物忘れが多く て、入浴、トイレ も一人では難しく なってきた。	
想い、心配事・不安 記入例) ・痛みが我慢できなくなったら どうしよう。 ・抗がん剤で気持ち悪くなった 時心配。 ・リハビリを頑張りたい。	外出して迷子になって 迷惑かけないか心配。 家族に迷惑かけるなら 施設に入らなければなら ないかもと心配。	
治療・ケアの希望 記入例) ・何もしてほしくないが痛み が強い時は、薬をつけてほしい。 ・できる限り、がんの治療を したい。 ・自然に任せて穏やかに過ごせ たらいい。	できるだけ自宅で家 族と過ごしたい。 デイサービスなどを 利用し楽しみたい。 安心できる人に近く にいてほしい。	
医療・介護スタッフから あなたへメッセージ	在宅療養で安心し て過ごせるように ケアプランを一緒 に考えましょう。	

あなたの現在の健康状態や症状を整理し、自分の想い(これからどうしたいか)を考えてみましょう。そして、家族・身近な人や、医療・介護スタッフに想いを伝え、最適な治療法やこれからの生活について一緒に話し合ってみましょう。



年 月 日	年 月 日	年 月 日

わたしの病への想い

病気の症状や身体の変化
最近物忘れが増えた

病気に対する想い、心配事、不安
認知の進行、家族の対する心配

治療、ケアの希望
デイサービスに行きたい、在宅で安心したい

医療、介護スタッフ
安心できるコメント

病状の変化から、想いや治療・ケアの希望が変化していくため、何度でも更新できる。

模擬症例 3 : 70歳女性、在宅療養中の中等度認知症

これからの安心のために

▶ 本人・家族にとって：

- ・ 「家が落ち着く」「お花が好き」といった日々の好みを伝えておくことで、認知症が進んでも、あなたの「好き」を大切にされたケアが受けられます。
- ・ 早めに相談しておくことで、ご家族も一人で抱え込まずに、プロの助けを借りる準備ができます。

▶ チーム（医療・介護者）にとって：

ケアマネジャーやデイサービスのスタッフが、あなたの性格や歩んできた人生を理解した上で、心のこもったお手伝いができます。

問題.

「これからノート」を書くタイミングとして、最もふさわしいのはいつでしょうか？

- A 健康で、何も不安がない今
- B 重い病気だと診断されたとき
- C 何度でも、体調や気持ちが変わるたびに書き直してよい

正解 C

何度でも、体調や気持ちが変わるたびに書き直してよい

「これからノート」は、一度書いて終わりではありません。病状や気持ちは時間とともに変わるものです。

その変化に合わせて、何度でも書き直し、家族や医療・介護スタッフと話し合うことが大切です。
鉛筆で書いて、迷いながら、直しながらで構いません。

あなたの今の気持ちを残すことが、いちばん大切です。

想定される活用シーン

1. 自宅療養や施設利用、介護サービス導入時

- ・ 介護保険申請前後のカンファレンス
- ・ 退院前カンファレンス
- ・ 在宅医療開始時のアセスメント（主治医意見書記入時）
- ・ ケアマネによる初回面談

2. 体調悪化時・入院時・意思疎通困難時

- ・ ACPカンファレンス
- ・ 主治医変更時の情報共有
- ・ 急変リスクのある患者のケア会議

想定される活用シーン

3. 延命処置や死亡場所、看取りに関する希望

- ・ 訪問診療導入時の初回評価
- ・ 看取り期のサービス調整
- ・ 家族の準備支援

医師、訪問看護師、ケアマネジャー、地域包括など、
どなたから「これからノート」を配布していただいても結構です

「これからノート」のまとめ

これからノートは、

**病気のことを中心に考えた、
新しい形のエンディングノートです。**



- ・在宅医療を始めるときの手引きとしても活用できます。
- ・家族と一緒に、何度も話し合いながら書き進めていくことができます。
- ・病気について理解を深め、これからの見通しを知ったうえで、延命治療について自分の考えを整理することができます。
- ・終末期の体の変化や、救急車を呼ぶことの意味を知ることで、家族が安心して自宅で看取るための準備につながります。

ご清聴ありがとうございました。