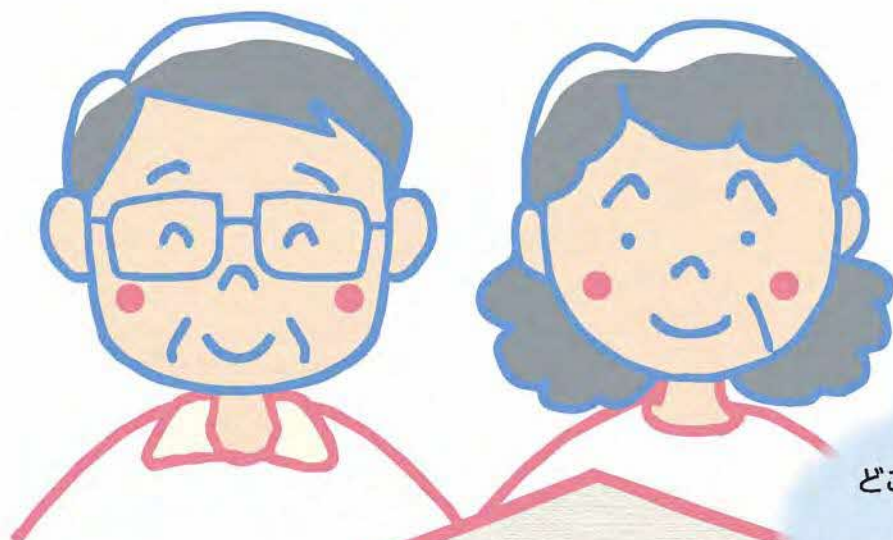


川西市・猪名川町 在宅療養ハンドブック



川西市・猪名川町在宅医療・介護連携推進協議会



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！

～ はじめに ～

ある日突然、病気やケガで入院することになったり、日常生活に介護が必要になってしまったら…？ ご本人はもちろんのこと、ご家族もきっと慌ててしまうことでしょう。

医療や介護が必要になったとしても、「住み慣れた地域で自分らしく過ごしたい」と願うのは当然のことです。

でも本当に医療や介護が必要になったとき、

「自宅で過ごしたいけれど、具体的にはどうすればいいの？ 相談先は？」

そんな不安があれば、このハンドブックをぜひ読んでみてください。

在宅での療養とはどんなものかが分かりやすく書かれています。

川西市と猪名川町では医療と介護の連携を推進しており、在宅療養を支援する取組みを行っています。様々な職種の専門家が在宅での生活をチームで支えます。

この冊子が在宅療養に関する不安を解消し、皆さんご自身の「自分らしく生きる」を考えるきっかけになれば幸いです。



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
●	つながりノート	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
▶	ともに医療・介護・福祉について話し合しましょう	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〉 住み慣れたまちで自分らしく最期を迎えるために	29
▶	経済的な負担は	30

お問い合わせ・冊子のご案内 ————— 31

あとがき

第1章

在宅療養を知る

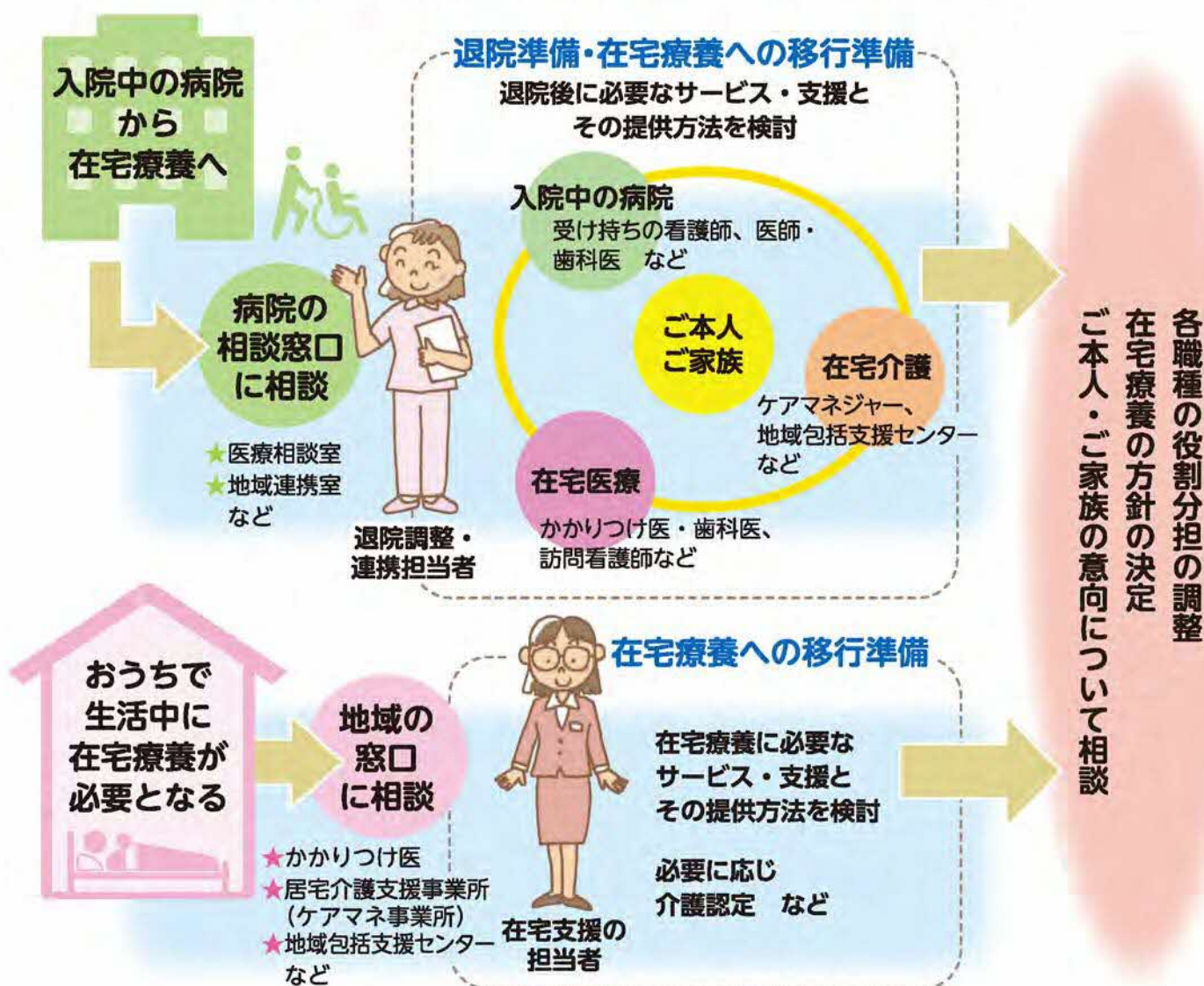
1

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。

川西市・猪名川町では、在宅療養を支える医療・介護の
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際には、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・町の介護・保健・福祉の窓口にご相談ください。

※最寄りの地域包括支援センターの一覧はP31をご参照ください

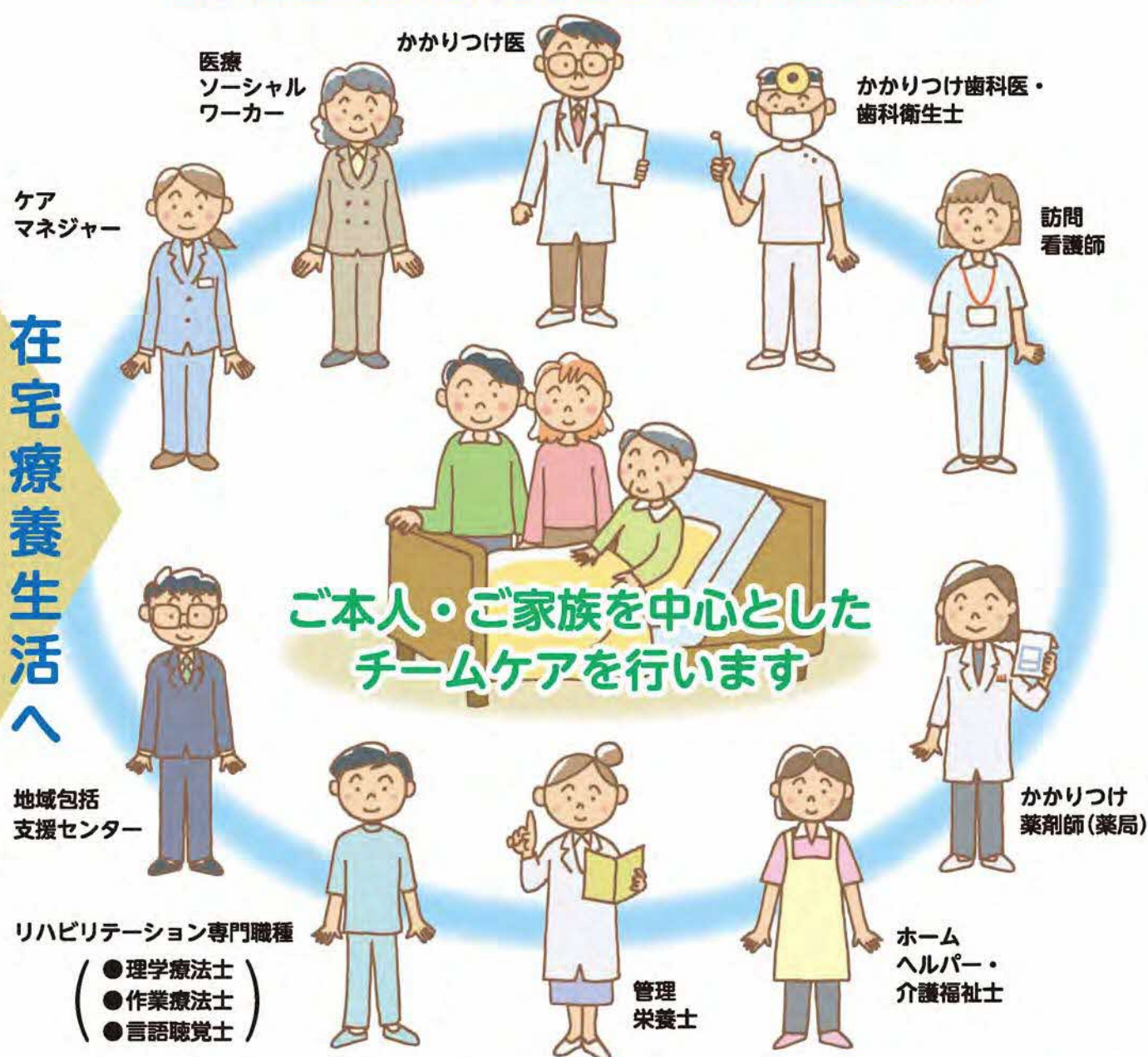
◆在宅療養を支える多職種連携チーム
◆在宅療養が必要になったときには

人たちがいます

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

専門家たちが連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



在宅療養生活へ

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。

また、連携のために「つながりノート」を使用することもできます。(P.16)

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。

ケアマネジャー

多職種連携チームをつなぐ^{かなめ}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、患者さんに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いれば、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 手 チーム

Q

ほんとにおうちで療養できるのか心配です。

A

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。





在宅療養をはじめ

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 一対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

その他 ★ 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。

その他

★ 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

その他

- ★ 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

その他

- ★ 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

聞いてみよう
みんなの体験

在宅療養

● 物忘れがあり日常生活に不自由が生じているAさんの場合 ●

Aさんは、脳梗塞による左半身まひと呼吸器の病気があり、介護認定は要介護1で、介護サービスを受けながら一人暮らしをしている90歳の女性です。社交的で近所に友達も多く、2人の子供たちは市外に在住ですが週末には訪問するなど協力的です。

昨年、転倒による腰の骨折や肺炎で入退院を繰り返しました。家族は一人の生活を心配して施設の入所を勧めましたが、本人は退院後も自宅で過ごすことへの希望が強く、Aさんが自宅で過ごせるよう、退院前にカンファレンス(会議)が行われました。(P.10参照)

入院前、Aさんは買物に行くと同じものを何度も購入し、冷蔵庫は食べきれない食品で満杯で、料理も難しくなっていました。整理整頓も不十分で転倒の危険もありました。薬の飲み忘れや2度飲んでしまうことも増え、お金の管理も難しい状況でしたが本人はできていると思っていました。

退院前カンファレンスでは、家族とAさんは退院後予測される課題を専門職から説明を受け、在宅支援チームとも情報を共有、必要な支援を検討しました。(P.5参照)

入退院を繰り返しているため、退院後は訪問医と訪問看護の利用で体調管理を行い、慢性的な肺炎も繰り返しているため口腔ケアを重視し、訪問歯科と歯科衛生士の訪問もお願いしました。軽度の麻痺と動作時の息苦しさ、筋力低下もあったため、理学療法士による歩行訓練を実施し、「近くのスーパーまで歩いて行けること」を目標にしました。入浴はデイサービスを利用し、訪問介護(ヘルパー)は本人が掃除を続けられるように一緒に行くようにしました。買物やお金の管理は家族と一緒にを行い、食事は宅配弁当を利用して配達時に安否確認もお願いしました。

退院後、デイサービスの利用日を忘れて出かけて自宅に戻れない事があります。薬の管理も難しく、薬剤師が訪問し、複数の薬を一包化するなど工夫をしていますが、時々飲み忘れがあります。それでも家族と在宅支援チーム、ご近所の支えで不安が解消され、自宅での生活を続けておられます。在宅支援チーム、Aさん、ご家族、相互の連携には「つながりノート」を利用して、日々の情報を共有しています。(P.16参照)

いずれはAさんが体力に自信がもてたら、地域の体操教室に近所のお友達と一緒にいくことを楽しみにしています。今後も本人の意思決定を尊重しながらチームで生活を支えていきます。



つながりノート

利用できる方

- 1 「つながりノート I・Ⅲ」：希望する高齢者
- 2 「つながりノート II」：要支援・要介護認定を受けた方

川西市つながりノート（きんたくん）

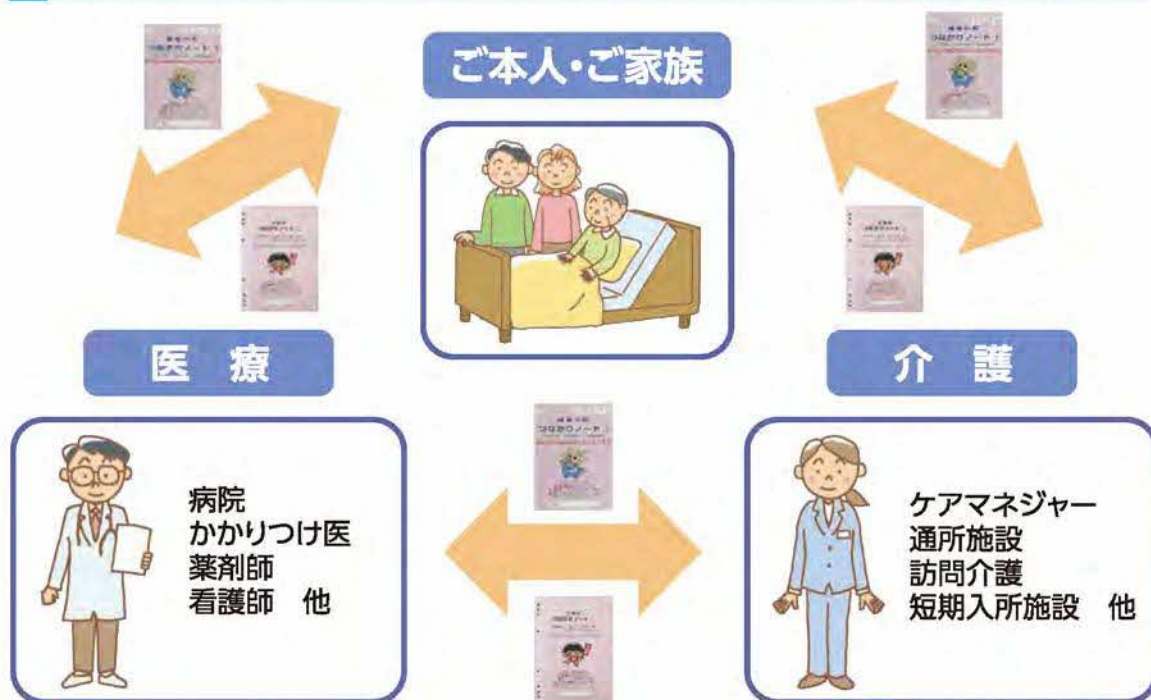
猪名川町つながりノート（いなぼう）



つながりノートは、高齢者等が、安心して在宅で過ごすことができるように、ご本人や介護者と医療・介護関係者が連携を深めるためのものです。

※川西市医師会と川西市・猪名川町が大阪大学協力のもと、平成25年に作成しました。

本人・家族と医療・介護が **ワンチーム** になるための「つながりノート」



お問い合わせ先に関してはP31をご参照ください。

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う。

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。

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、なやまずに

かかりつけ医や訪問看護師に相談しましょう。

川西市・猪名川町には、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”ど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ょう。

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…



第2章

1

ご本人に
むけて

最期まで自分らしく暮らす

◆周囲と話し合う・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

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。

ご家族と

かかりつけ医など
多職種連携チーム
のメンバーと

親しい友人や
信頼できる人と



話し合おう、
思っていること何でも。

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。

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。

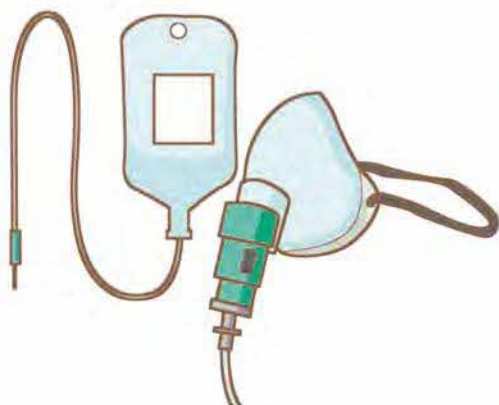
経管栄養（胃ろう、鼻腔栄養など）

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た場合、
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。

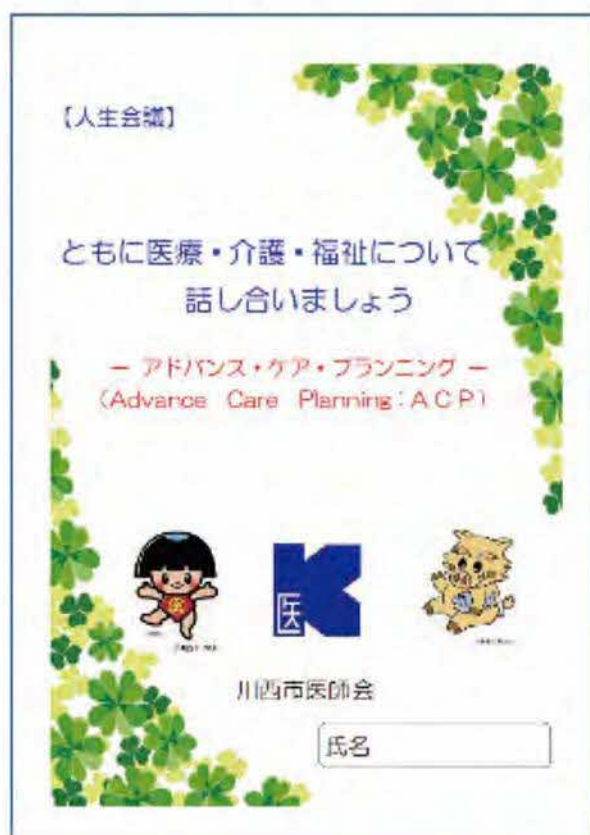
ともに医療・介護・福祉について 話し合いましょう

第2章

1 ご本人に むけて

最期まで自分らしく暮らす

◆ともに医療・介護・福祉について話し合いましょう
◆伝えることは大切



希望する医療やケアを受けるために、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、もしもの場合に備えておくことも必要です。

川西市医師会では、もしもの場合に備えて、生涯を悔いのないように終えていただくための手がかりとして、本冊子を作成しています。

川西市医師会 ACP 検索



ご希望の方は、上記で検索・ダウンロードし、印刷してご利用ください。本冊子については、「つながりノート」(16 ページ参照)にも掲載しています。

第2章

人生最期のときを
どのように迎えるか

2

人生の伴走者としてご

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
状態が続きます

今までできていた
日常的な行動が
できなくなります

目の力が
弱まってきます

急に衰弱してきます

原因不明の意識障害

1～2日前

呼吸が
乱れがちになります

血圧が低下し
脈がとりにくくなります

尿の回数・量が減ります

喉から
ゴロゴロとした音がします
(死前喘鳴)

手足または全身の
皮膚が青く変色します
(チアノーゼ)



家族が知っておきたいこと

…ご家族にむけて…

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
冷たくなります

呼吸が荒くなったり
ゆっくりになったり
します

聴覚は
最後まで残るので
声をかけても
かまいません

あごを上下させる
呼吸になります

次第に脈や呼吸が
弱くなり
やがて停止します



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っ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。

聞いてみよう
みんなの体験

住み慣れたまちで 自分らしく最期を迎えるために

胃がんの末期で、自宅での看取りを決めた一人暮らしのBさんの場合

Bさんは、70代の一人暮らしの女性です。夫は既に亡くなっていますが、隣町に長女夫婦が住んでおり、困ることがあれば頼る事ができる関係でした。

老人健診で貧血が見つかり、精密検査を受けたところ、末期の胃がんが見つかりました。手術や抗がん剤治療は既にできない状態で、病院に勧められ介護保険の申請をしました。

Bさんは入院を希望せず、訪問診療と訪問看護を利用して、最期まで自宅で生活していくことを選びました。

当初は、「本当に、私、がんかしら?」と言うくらい元気で、茶道や華道、絵手紙などを楽しみ、体調がいいときはご友人と外出もしていました。Bさんの誕生日に、娘や孫が遊びに来たときのスマホ動画をみせながら「ひ孫なの。可愛いでしょ?この子の成長が楽しみ。」と訪問看護師や訪問診療医に笑顔をみせていましたが、その後、次第に食欲がなくなり、外出もできなくなりました。

薬は、訪問看護師が準備した物を、自分で取り出し飲んでいましたが、胃の痛みが強く、吐気や嘔吐を繰り返すようになりました。薬局の薬剤師が相談を受け訪問診療医に連絡し、薬の変更を行いその効果で痛みは落ち着き、嘔気や嘔吐も減りました。

次第に体力も低下、トイレに歩いて行けなくなりオムツを使い始めました。夜中になると、一人での生活が不安になって泣き出すこともあり、入院も考えましたが、在宅支援チーム、Bさん、Bさんのご家族、ご友人など関わっている人達が家に集まり、話し合い(人生会議)をしました。

Bさんは、「今までできていたことができない。だんだん寝たきりになる。お風呂に入れない。」「やっぱり、家がいい。ココなら、友達も来てくれる。病院で一人ぼっちで死にたくない。」「と、泣きながら言いました。家族も残り少なくなっていく時間を、最期まで一緒に過ごそうと決意しました。

ケアマネジャーが訪問介護(ヘルパー)と訪問入浴を調整し、ヘルパーがオムツ交換、入浴も自宅でするようにしました。訪問看護による体調の観察や薬剤師の対応は継続され、痛みもなく、常に誰かがそばに居る安心感で穏やかに眠って過ごす時間が増えました。

数日後、次第に血圧が下がり、呼吸も不規則になり、ご家族はお別れが近いことを悟ります。ご家族は「聴覚は最期まで保たれている。」と訪問看護師に言われたことを思い出し、携帯電話でひ孫の声を聴かせました。Bさんは、静かに頷き涙を流しました。

その後、駆け付けたご友人やご家族に見守られ眠るように息を引き取りました。



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

◆聞いてみようみんなの体験 住み慣れたまちで自分らしく最期を迎えるために
Q & A おしえて! おうちでの看取り

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うえで、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～3,000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 14,000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 38,000円～44,000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。

※令和4年時点

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・町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後から支給されます（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**：同じ月に利用した介護サービス利用者負担（1～3割）の合計が高額になり、上限額を超えた場合、超えた分が後から支給されます。支給を受けるためには申請が必要です。支給対象となる方には案内を送付します。

●**高額医療・高額介護合算制度**：年間の医療保険と介護保険の自己負担額を合算し、合計額が負担限度額を超えた場合に、申請により超えた分が後から支給されます。

お問い合わせ・冊子のご案内

■このハンドブックや介護保険制度について

川西市福祉部介護保険課中央地域包括支援センター TEL 072-755-7581
猪名川町生活部保険課 TEL 072-767-6235

■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。)

【川西市】

センター名	所在地	電話番号
川西南地域包括支援センター	川西市加茂 3-13-26	072-755-3315
川西地域包括支援センター	川西市中央町 15-27	072-755-1041
明峰地域包括支援センター	川西市西多田字平井田筋 5	072-793-2703
多田地域包括支援センター	川西市平野 2-11-5	072-790-1301
清和台地域包括支援センター	川西市清和台東 2-4-32	072-799-6800
緑台地域包括支援センター	川西市水明台 1-1-198	072-792-6055
東谷地域包括支援センター	川西市丸山台 3-5-6	072-790-4055

【猪名川町】

センター名	所在地	電話番号
清陵中学校区地域包括支援センター(基幹型)	猪名川町北田原字南山 14-2	072-764-5812
猪名川中学校区地域包括支援センター	猪名川町柏梨田字前ヶ谷 157-10	072-766-8801

■このハンドブックで紹介されている冊子等のご案内

25ページ「人生会議ACP(アドバンス・ケア・プランニング)」

お問い合わせ：川西市医師会 TEL 072-759-6950

※川西市医師会ホームページからダウンロード可能

16ページ「つながりノート」

お問い合わせ：川西市・猪名川町在宅医療・介護連携支援センター TEL 072-755-4100

川西市福祉部介護保険課中央地域包括支援センター

川西市内各地域包括支援センター

猪名川町生活部保険課

清陵中学校区地域包括支援センター・猪名川中学校区地域包括支援センター

※「つながりノートⅡ」に関しては、担当ケアマネジャーにご相談ください。

あ と が き



このハンドブックを読まれて、あなたはどのように感じましたか？

「やっぱり在宅療養はむずかしいと思うわ」「家で最期を迎えたいけど、やっぱり怖いわ…」

「家で最期を迎えることはできるけど、周りに負担をかけるからやっぱり無理やな」

「家で最期を迎えたいんや!」 様々なお気持ちがあるかと思います。

気持ちはいつも揺れ動くと思います。それは、ケアを受ける方、また、ご家族や周囲の親しい方も同じだと思います。気持ちが揺れ動くことは当たり前です。ご自身の人生ですし、ご家族や周囲の親しい方を巻き込むからです。そのときに、一人で悩まないでほしいと思います。一緒に考えてくれる様々な専門職が地域社会にはいます。専門職があなたやあなたのご家族のお気持ちに寄り添いながら、あなたのやりたいことをできるようお手伝いすることができます。一度決めたことを必ず実行する必要はありません。揺れ動く気持ちに寄り添いながら、あなたが最良と思う人生を選択できるように、アドバイスとサポートを全力で行っていきます。

「そんなことまだ先の話やん」という方もおられると思います。しかし、「そんなこと」は突然やってくるかもしれません。「そんなこと」を迎える前に、このハンドブックを手にとって読みいただき、あなたが良いと思う人生を歩むために役立てていただければ幸いです。

川西市・猪名川町在宅医療・介護連携推進協議会

川西市医師会、川西市歯科医師会、川西市薬剤師会、川西・猪名川病院連携会、阪神北圏域リハビリテーション支援センター、川西地区給食研究会、兵庫県訪問ステーション連絡協議会（阪神北ブロック）、兵庫県介護支援専門員協会川西支部、川西市介護保険サービス協会、猪名川町介護保険サービス事業所連絡会、川西市・猪名川町在宅医療・介護連携支援センター、兵庫県阪神北県民局伊丹健康福祉事務所、川西市・中央地域包括支援センター、猪名川町・清陵中学校区地域包括支援センター（順不同）

令和5年10月現在