

大切な人と

最期まで

自分らしい  
生き方

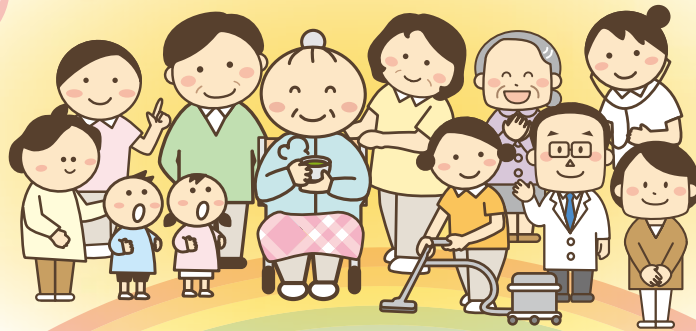
話し合う

# ぬち 命しるべ

いのちの道標パンフレット

私の想い

自分で決めたい



相談

もくじ

はじめに

- 1 【要支援】 これからのことを相談したいさあ～ …………… 4
- 2 【要介護1-2】 自分の生活にあったサービスを探したいさあ～ … 6
- 3 【認知症】 自分らしい生き方を大切な人と話し合う …………… 8
- 4 【要介護3】 安心して暮らせる住まいを選びたいさあ～ …… 12
- 5 【看取り】 これからのことを自分で決めたいさあ～ …………… 14
- 沖縄県 地域包括支援センター 連絡先一覧 …………… 20
- わたしの今の希望シート（情報共有シート）

最期まで 自分らしく  
楽しく生きるコツ ♪

## はじめに

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

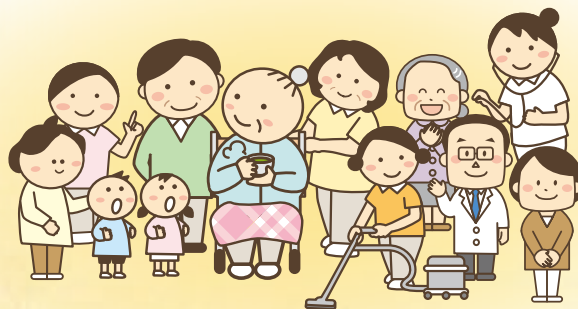
これからの人生において、自分の大事にしていること、やりたいことなどの希望をもちながら自分らしく生活してゆくために、知っておきたいことがあります。

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

巻末には、お住まいの地域の医療介護情報を付け加えることができるようなページがあります。いろいろ記入したり資料を貼ることで、自分だけのパンフレットにしていきましょう。

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

それでは、次のページからえみさんの人生の物語をご覧ください。

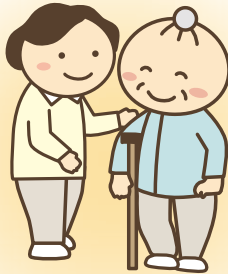




えみさん（76歳）は、昨年夫を亡くし一人で生活しています。買い物や月1回のかかりつけ医への受診は、近くに住む長女のゆかさんが手伝ってくれます。庭木や花の手入れが趣味で、時々、孫や友達が訪ねて来たときに、おしゃべりすることが楽しみです。



# 相談したいさあ～



長女  
ゆかさん

えみさん  
(76歳)

えみさん(76歳)は、ある日家の庭で転んで右の太ももを骨折し入院して手術を受けました。リハビリをしましたが歩くのが不安定で、一人暮らしをすることが難しいため、さらに転院してリハビリを頑張りました。

退院のめどがたったある日、友達が病院に見舞いに来ました。

大丈夫ねえ～どうしているかね～と思って…



友達  
よねさん



えみさん

良くなっているよ～。もうすぐ家に帰れるのは嬉しいけど、また転ぶんじゃないかと心配さあ～

一人暮らしだし、入院前より歩くのが不安定になってしまって…自分のことも前みたいにはできないし…



長女  
ゆかさん



えみさん

でも自分の家がいいね～。やっぱり家で暮らしたいさあ  
お父さんの仏壇もあるしね～

Point

そう言うけどフラフラしているし、やっぱり一人暮らしはもう無理じゃない？



長女  
ゆかさん

えみさん、あきらめたらダメだよ！

○丁目の比嘉さんは93歳で手術の後も一人暮らしをしているよ

そうだ！<sup>ちいきほうかつしえん</sup>地域包括支援センターへ相談してみたら？

きっと良い方法が見つかるはずよ！

Point



友達  
よねさん

## ▶▶▶ その後のえみさんの生活は

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



えみさん

ヘルパー

## point



### 何もわからないけど・・・誰に相談すればいいですか？

#### ▶ 相談先はいろいろ



かかりつけ医



市町村担当職員、  
地域包括支援センター職員



病院の職員、担当医や担当看護師、  
医療ソーシャルワーカー等

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

**早めの相談が適切な対応**につながります。

**一人で悩まず、まわりに相談することでいろいろなサポートと出会えます！**

## point



### ちいきほうかつしえん 地域包括支援センターとは？

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

(お住まいの住所によって、担当の地域包括支援センターが異なります。)

**地域包括支援センターは、“高齢者のためのよろず相談所”です！**

## point



### 介護が必要にならないよう元気に過ごしたい！

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

サービス内容はお住まいの市町村によって異なります。

**お住まいの地域包括支援センターや市町村担当課にお問い合わせください！**

## point



### 「要支援1・2」に認定…どのようなサービスが受けられますか？

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

**お住まいの地域包括支援センターや市町村担当課にお問い合わせください！**

# サービスを探したいさあ～



えみさん  
(80歳)

ケアマネジャー  
仲村さん

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

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

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

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

えみさん、退院できて良かったですね～  
家に戻ってから何か気になることがありますか？



ケアマネジャー  
仲村さん



えみさん

ありがとうね～仲村さん、やっぱり家が一番さ～！  
この家でずっと暮らしたいけど…一人では食事の準備も大変になってるさあ  
でも介護サービスを頼んだらお金がかかるでしょ～  
これ以上、子ども達にも迷惑かけたくないしねえ  
どうしたらいいか…本当は心配だよ～。何かいい方法はないかねえ？

**Point**

えみさん大丈夫よ～。えみさんの望む生活に合った  
サービスを探して、一人でも安心して暮らしていけるようにみんなでお手伝いをしますから！  
一度、娘さんたちも一緒に話し合ってみませんか？

**Point**



ケアマネジャー  
仲村さん

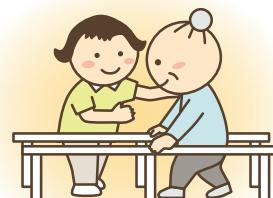


えみさん

そうだね～子どもたちと話してみるさあ～  
仲村さん、あんたも一緒にお願いね～

## ▶▶▶ その後のえみさんの生活は

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



## point



### 「介護保険」のサービスを利用するには？

支援や介護が必要になった高齢者等が、1～3割の自己負担でさまざまな介護サービスを受けられる「介護保険」。まず、本人や家族等が、**介護保険被保険者証**を持ってお住まいの市町村の**介護保険担当窓口**に行き、要介護（要支援）認定の申請をします。「**どのような介護がどの程度必要か**」で**7つの区分（要支援1・2、要介護1～5）**のいずれかに認定された方が介護保険のサービスを利用することができます。

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

**介護認定は、早めの申請が不可欠です！**

## point



### 「ケアマネジャー」とはどんな人？

介護認定を受けた本人や家族の相談を受け、心身の状況に応じ、介護サービスを受けられるように介護サービス等の提供についての計画（ケアプラン）の作成や、市町村・サービス事業・施設、家族などとの連絡調整を行います。利用者は事業所リストから自由にケアマネジャーが従事する居宅介護支援事業所を選択することができます。**本人、家族が何でも相談できるようケアマネジャーと信頼関係を築くことはとても大切**です。居宅介護支援事業所のリストは、市町村の担当窓口や地域包括支援センターで提供していますのでご相談ください（20～21ページ参照）。

**高齢者が「自分らしい生活」を送れるよう支援します。**



## point



### 要介護認定後に「介護保険」で受けられるサービスは？

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

#### ▶ 各種サービス

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



詳細は ▶▶▶ [沖縄県介護サービス情報公表システム](#)

検索



## point



### 介護不安を解消、介護にかかるお金を正しく知ろう！

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

#### 【家族のみなさんへ】

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

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

# 自分らしい生き方

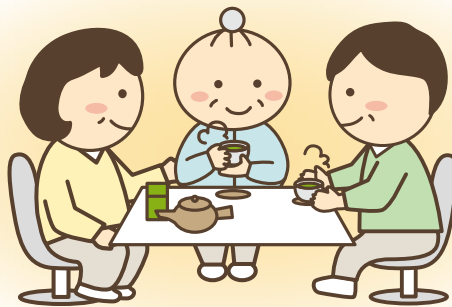
## 1 大切な人 家族に相談するのが一番さあ～



えみさん  
(85歳)

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

### “人生会議”



長男の嫁 ひでこさん

長男 いちろ～さん

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



えみさん

最近物忘れが多くてねえ、体もだんだんきつくなってきているから、今後のことを話しておきたいさあ

Point



長男  
いちろ～さん

お母さん、急にそんな縁起でもないことを・・・



えみさん

人生いつ何があるかわからないしね、今のうちにちゃんと言っておいた方が私も安心だし、あんた達もいざというときに悩まないで済むさあ

Point



### point



### なぜ元気なうちに今後のことを話し合った方がいいのかな？

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



# を大切な人と話し合う

## 2

私の大切にしている

## 想いや希望を伝えたいさあ～

じゃあ お母さんはこれから  
どんな風に生きていきたいと思っているの？



私はゆんたくするのが大好きだから、最期まで話せるといいねえ  
〇〇さんの最期のように、意識がないままずっと管につなが  
れて生きるのはいやさあ



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



もしそれをして話ができるようになるんだったらやってもいいけど…  
誰もしゃべれなくなったら意味がないさあ。しないでいいよ



point



まずは自分が大切にしていることを伝えましょう！

自分がこれまでどう生きてきて、何を大切にきてきて、これからどう生きていか、などを話し合うことが大切です。

将来病気になった時、どんな治療やケアを望むか話し合います

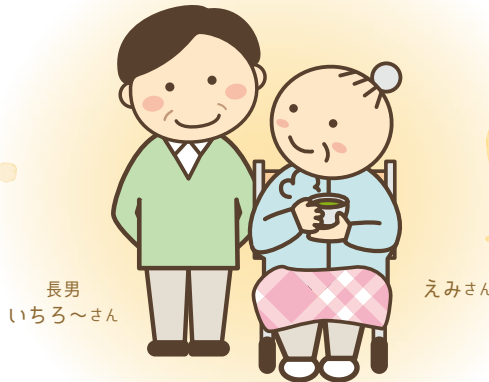
自分が大切にしていることを参考にしながら、将来、病気になった時、どのような治療・ケアを受けたいか、自分で歩けなくなり介助が必要になった時、どこでどのように過ごしたいか、最期の時間をどこで、誰と、どのように過ごしたいかを話し合きましょう！

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

# 3

## 自分のことを伝えて 考えてほしいさあ～

お母さんの希望は  
ぼくがしっかり・・・  
伝えるからね



いちろ～  
あんたがちゃんと  
私の気持ちを伝えるんだよ



えみさん

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

わかったさあ  
でもね、今の医療は日々進歩しているから  
「やっぱりカジマヤ～までは・・・」とか  
「孫の結婚式を見るまで・・・」とか、  
その時々でお母さんの考え方も変わるはずよ～  
だから気持ちが変わったらいつでも知らせてね



長男  
いちろ～さん

### point



### 誰に判断をお願いすればよいのかな？

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

代理決定者には以下のような人が考えられます。

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

### 決めたこと、話し合ったことはいつでも変更できます。

一度決めた「人生の最期」に向けた考えは絶対ではなく、**時間の経過や病状の変化等によっても常に揺らぐもの**であり、話し合う中で変わっていくことが多いでしょう。この話し合いの結果は、**いつでも何度でも変更することができます。**

大切な人と一緒に

# 4

## 話し合う時間を大事にしたいねえ～！

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



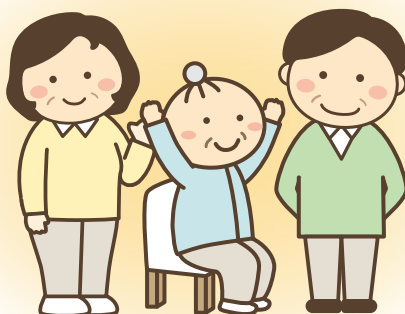
長男  
いちろ～さん

Point



えみさん

そうだね～私も初めてこんな話したけど・・・最近は何  
「物忘れも多くなって、これからどうなるのかね～」と  
心配ばかりしてたけど、あんた達と話して自分の気持ち  
が言えてスッキリしたよ～！元気が出てきたさあ！



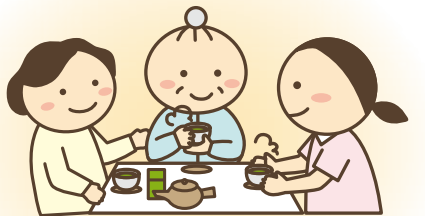
point



「私をぬきに私のことを決めないで」  
大切なのは「何を決めたか」ではなく  
「どれだけ話し合っ一緒に決められたか」です！

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

# 住まいを選びたいさあ～



長女  
ゆかさん

えみさん  
(88歳)

ケアマネジャー  
仲村さん

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

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

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

えみさ～ん。家に帰ったら不安や心配なことはありますか？



ケアマネジャー  
仲村さん



えみさん

一人になるから不安さあ。特に夜がねえ

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



長女  
ゆかさん



えみさん

もう一人暮らしは無理かね～ 誰か見てくれる所があったら安心さあ

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



ケアマネジャー  
仲村さん



えみさん

そうだねえ～

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



ケアマネジャー  
仲村さん

## ▶▶▶ その後のえみさんの生活は

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



## point



### 高齢者向けの住まいの選択肢はいろいろあります。

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

(主な施設)

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



但し、施設によって入所要件が異なります。

詳細は、個々の施設、あるいは市町村の福祉及び介護保険担当窓口にお問い合わせください。また、本人や家族が望むなら住み慣れた家で暮らしつつけることもできます。ケアマネジャーと相談しましょう。

## point



### 在宅医療とは？

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

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

『訪問診療』… 定期的・計画的に訪問する

『往診』…… 状態悪化などの患者さんの要請を受けて訪問する

※ ここでいう在宅とは、自宅のみを意味するのではなく、サービス付き高齢者住宅や有料老人ホームなどを含みます。



『訪問診療』



『訪問看護』

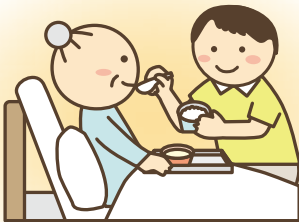


『訪問リハビリ』

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

# これからのことを

## いつかご飯が食べられなくなった時 どうするか自分で決めたいさあ～



えみさん (92歳) 介護士

えみさんは92歳になりました。年に数回<sup>こえんせいはいえん</sup>誤嚥性肺炎で入退院を繰り返しています。普段は老人ホームで穏やかに生活していますが、**難しい話はできなくなってきています。**

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



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



かかりつけ医  
Dr. 沖



長男 いちろ～さん 長女 ゆかさん

どうしたら良いのかわかりません…  
どんな方法がありますか？



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



かかりつけ医  
Dr. 沖



長男 いちろ～さん 長女 ゆかさん

私たちには、とてもすぐには決められません…

### point



### 延命処置とは？

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

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

# 自分で決めたいさあ～！

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

Point



かかりつけ医  
Dr. 沖



長男  
いちろ～さん  
長女  
ゆかさん

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

Point

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



かかりつけ医  
Dr. 沖

## ▶▶▶ その後のえみさんの生活は

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

point



## 最後に選べること

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

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

# 最期まで “自分らしく” 暮らすために

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

point



## チームで支える

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

point



## 医療を受けながら療養する



医療・介護ケアチームにより、住まいにおける生活が困難な程度の医療が必要と判断された場合、以下のような医療を受ける施設で療養することもできます。ただし各施設とも入院要件があり、受けている、もしくは受けたい医療処置によっては入院できない場合がありますので、かかりつけ医を始めとした医療者、ケアマネジャーや病院等の相談員に確認してください。相談先が思いつかない場合は、巻末に記載しているお近くの地域包括支援センターへご相談ください。

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



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

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

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

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

延命治療を希望し、自宅や施設等から救急車を呼ぶと搬送される病院です。



# 延命処置の種類

## point



### 心肺蘇生（しんぱいそせい） ～心臓も呼吸も止まった場合～

呼吸が止まり、心臓も動いていない人へ行きます。心臓マッサージといわれる肋骨中央付近の胸骨を圧迫し、人工呼吸を行います。高齢者の場合、心臓マッサージで肋骨が折れる方がいます。人工呼吸法は、自分の力で呼吸ができなくなった場合に、呼吸のための通り道を確認するため小さな管を口から気管に入れ、機械で肺に空気を送ります。



## point



### 経管栄養（けいかんえいよう）

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



## point



### 中心静脈栄養（ちゅうしんじょうみやくえいよう）

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



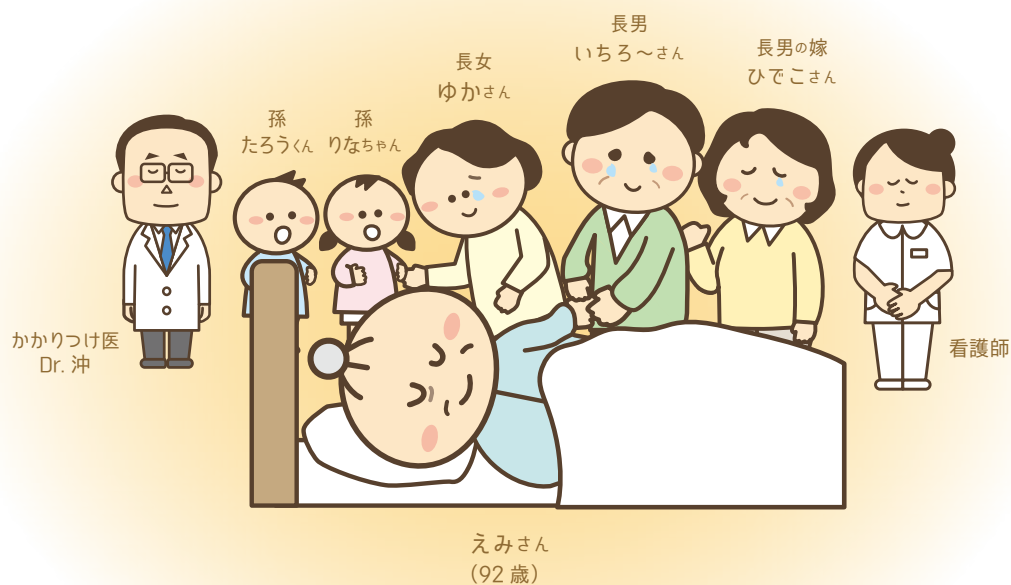
## point



### 末梢静脈栄養（まっしょうじょうみやくえいよう）

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





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

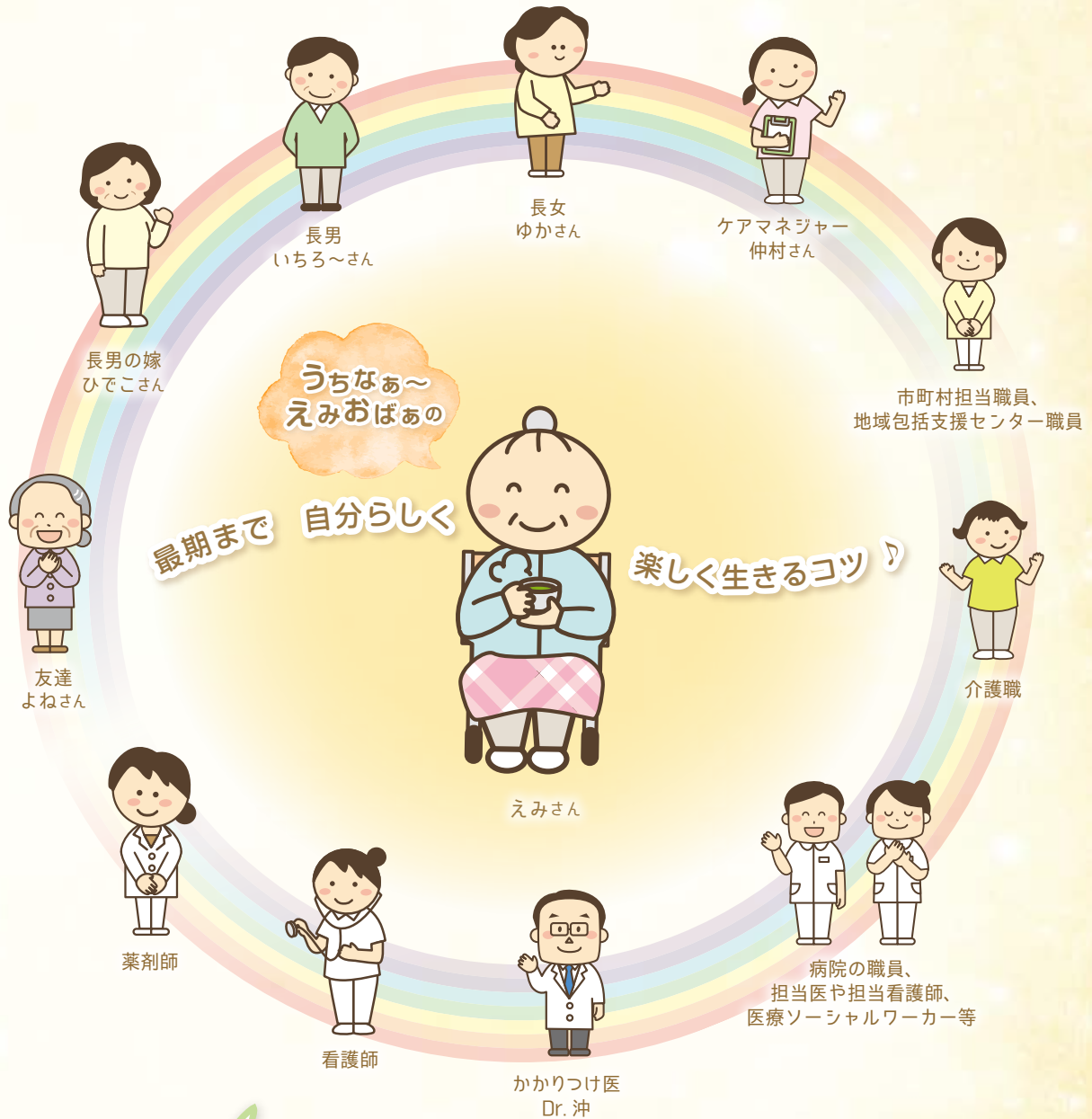
かかりつけ医の診察後、『お別れの時に一緒にいたい希望があれば、ご家族どなたかが付き添ったほうが良い時期だと思います』との説明がありました。

えみさんは、3日後に穏やかに息を引き取りました。

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

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

# えみおばあを支えたみなさん



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



# 沖縄県 地域包括支援センター 連絡先一覧



	市町村	運営	センター名	〒	住所	担当部局・課	電話番号	FAX	
北部保健医療圏	国頭村	★		905-1411	国頭郡国頭村字辺土名 1437 (国頭村保健センター内)	福祉課	0980-41-5711	0980-41-5801	
	大宜味村	★		905-1392	国頭郡大宜味村字大兼久 157 番地	住民福祉課	0980-44-3011	0980-44-3623	
	東村	★		905-1292	東村字平良 804	福祉保健課	0980-43-2212	0980-43-3050	
	今帰仁村	★		905-0492	今帰仁村字仲宗根 219	福祉保健課	0980-51-5744	0980-56-4270	
	本部町	★		905-0292	本部町字東 5 番地	福祉課	0980-43-0565	0980-47-2185	
	名護市	★		905-0017	名護市中大 2 丁目 12 番 1 号	市民福祉部 介護長寿課	0980-43-0022	0980-53-1754	
	伊江村	★		905-0592	国頭郡伊江村字東江前 38 番地	住民課	0980-49-2002	0980-49-2003	
	伊平屋村	★		905-0793	伊平屋村字我喜屋 251 番地	住民課	0980-46-2142	0980-46-2956	
	伊是名村	★		905-0603	伊是名村字仲田 1385 番地 11 (保健センター内)	住民福祉課	0980-45-2336	0980-45-2700	
中部保健医療圏		宜野座村	★		904-1302	国頭郡宜野座村字宜野座 296 番地	健康福祉課	098-968-3253	098-968-5504
		金武町	★		904-1201	国頭郡金武町字金武 1842 番地	保健福祉課	098-968-5933	098-968-5935
		恩納村	★		904-0492	恩納村字恩納 2451 番地	福祉健康課	098-966-1207	098-966-1266
	うるま市		★	北	904-2205	うるま市栄野比 462	介護長寿課	098-972-3595	098-972-3522
			★	ひがし	904-2243	うるま市宮里 265-4	〃	098-974-4001	098-974-8008
			★	いしかわ	904-1105	うるま市石川白浜 2 丁目 3 番 5 号 石川ビル 1 階	〃	098-965-6121	098-964-1166
			★	よなしろ	904-2304	うるま市与那城屋慶名 1410 1 階	〃	098-987-8220	098-983-0073
			★	かつれん	904-2311	うるま市勝連南風原 4569-1 グランシャリオ 1 階	〃	098-978-1551	098-978-3553
		読谷村	★		904-0392	読谷村字座喜味 2901 番地	福祉課	098-982-9234	098-958-4125
		嘉手納町	★		904-0293	嘉手納町字嘉手納 588 番地	福祉課	098-956-0849	098-956-0843
	沖繩市		★	北部	904-2142	沖繩市字登川 1402 番地	健康福祉部 高齢福祉課	098-929-3919	098-929-3938
			★	中部北	904-2155	沖繩市美原 2 丁目 3 番 1 号	〃	098-987-8025	098-987-8026
			★	中部南	904-0011	沖繩市照屋 2 丁目 22 番 30 号	〃	098-923-0603	098-923-0610
			★	東部北	904-2164	沖繩市海邦 1 丁目 15 番 26 号	〃	098-937-1100	098-937-0700
			★	東部南	904-2171	沖繩市高原 1 丁目 1 番 38 号	〃	098-923-0553	098-923-0558
		★	西部北	904-0021	沖繩市胡屋 7 丁目 1 番 28 号	〃	098-988-5525	098-988-5526	
		★	西部南	904-0035	沖繩市南桃原 1 丁目 9 番 3 号	〃	098-988-7290	098-988-7291	
		★	基幹型	904-8501	沖繩市仲宗根町 26 の 1	〃	098-939-1212	098-939-7819	
	北谷町	★		904-0192	北谷町字桑江 226 番地	住民福祉部福祉課	098-936-1234	098-982-7715	
宜野湾市		★	ふてんま	901-2202	宜野湾市普天間 1 の 9 の 3	健康推進部 介護長寿課	098-943-4165	098-943-4067	
		★	かいほう	901-2224	宜野湾市真志喜 2 の 22 の 2 (海邦病院駐車場敷地内)	〃	098-942-8377	098-898-2174	
		★	ふれあい	901-2215	宜野湾市真栄原 3 の 20 の 12	〃	098-897-4165	098-897-4167	
		★	ぎのわん	901-2211	宜野湾市宜野湾 3 の 3 の 13 (宜野湾記念病院内 2 階)	〃	098-896-1339	098-896-1340	
		★		901-2392	中頭郡北中城村字喜舎場 426 の 2 第二庁舎 2 階	福祉課	098-935-5922	098-935-5899	
	中城村	★		901-2493	中頭郡中城村字当間 176 番地	福祉課・介護福祉係	098-895-1738	098-895-3048	
南部保健医療圏		西原町	★		903-0111	中頭郡西原町字与那城 135	福祉部健康支援課	098-882-0117	098-882-0881
	浦添市		★	ていだ	901-2121	浦添市内間 4 丁目 23 番 21 号 (かりまた内科医院 2 階)	福祉健康部 いきいき高齢支援課	098-870-0150	098-870-0234
			★	さっとん	901-2103	浦添市仲間 1 丁目 2 番 2 号 コーポ西原 103	〃	098-877-3103	098-917-2066
			★	みなとん	901-2132	浦添市伊祖 4 丁目 16 番 1 号アルカディアビル 1 階	〃	098-876-3710	098-975-7014
			★	「仁」	901-2113	浦添市大平 3 丁目 16-10 号	〃	098-917-2268	098-917-2267
			★	ゆいまある	901-2101	浦添市西原 2 丁目 3 番 7 号 1 階	高齢者支援課	098-917-5320	098-917-5321



- ・★ は地域包括支援センターを委託にて実施
- ・★ は地域包括支援センターを直営にて実施
- ・地域包括支援センター数 77

平成 30 年 12 月現在

	市町村	運営	センター名	〒	住所	担当部局・課	電話番号	FAX	
南部保健医療圏	那覇市	★	石嶺	903-0804	那覇市首里石嶺町 2-97-1	福祉部 ちゃーがんじゅう課	098-886-7987	098-886-5381	
		★	大名	903-0802	那覇市首里大名町 1-43-2	〃	098-886-5177	098-886-5228	
		★	城西	903-0824	那覇市首里池端町 1 番地 YOGI ビル 102 号	〃	098-887-7700	098-887-7711	
		★	繁多川	902-0071	那覇市繁多川 3-6-9	〃	098-963-6478	098-963-6479	
		★	松川	902-0062	那覇市松川 301-4	〃	098-882-1622	098-882-1629	
		★	松島	902-0061	那覇市古島 2-16-25 1 階	〃	098-882-2266	098-882-2267	
		★	識名	902-0077	那覇市長田 1 丁目 16 番 7 号 C-101	〃	098-987-1010	098-987-1334	
		★	安里	902-0067	那覇市安里 1-7-3 7 階	〃	098-860-2211	098-860-2220	
		★	古波蔵	900-0024	那覇市古波蔵 4-7-5 1F	〃	098-855-6254	098-855-6234	
		★	国場	902-0075	那覇市国場 326 番地	〃	098-851-9308	098-851-9309	
		★	新都心	900-0004	那覇市銘苅 1-6-15 1 階	〃	098-941-2252	098-941-2253	
		★	安謝	900-0003	那覇市安謝 1-3-10 Kbuild1 階 101 号	〃	098-860-3747	098-860-3748	
		★	泊	900-0011	那覇市上之屋 402-3 6 階	〃	098-860-5121	098-860-5126	
		★	若狭	900-0031	那覇市若狭 2-1-10	〃	098-863-1165	098-863-1203	
		★	城岳	900-0014	那覇市松尾 2-16-45	〃	098-863-3660	098-863-3661	
		★	かなぐすく	901-0151	那覇市鏡原 1-68	〃	098-852-0777	098-852-0778	
	★	小禄	901-0152	那覇市小禄 551 の 1	〃	098-858-0096	098-858-9077		
	★	高良	901-0147	那覇市宮城 1-18-1 3 階	〃	098-859-6633	098-859-6644		
		豊見城市	★		901-0292	豊見城市字翁長 854 番地 1	福祉健康部 障がい・長寿課	098-856-7727	098-856-7876
		南城市	★		901-1495	南城市佐数字新里 1870 番地	生きがい推進課	098-917-5489	098-917-5427
	南風原町	★		901-1195	島尻郡南風原町字兼城 686 番地	民生部 保健福祉課	098-889-3534	098-889-7657	
	与那原町	★		901-1392	与那原町字上与那原 16 番地	福祉課	098-945-1525	098-946-4597	
	糸満市	★		901-0392	糸満市潮崎町 1 丁目 1 番地	介護長寿課	098-840-8114	098-840-8152	
	八重瀬町	★		901-0492	島尻郡八重瀬町字東風平 1188 番地	社会福祉課	098-998-9598	098-998-7164	
	久米島町	★		901-3193	島尻郡久米島町字比嘉 2870	福祉課	098-985-7124	098-985-7120	
	渡嘉敷村	★		901-3501	渡嘉敷村字渡嘉敷 747 番地 (高齢者福祉センター内)	民生課	098-896-4720	098-896-4720	
	座間味村	★		901-3496	座間味村字座間味 109 番地	総務・福祉課	098-896-4045	098-987-2004	
	粟国村	★		901-3792	粟国村字東 367 番地	民生課	098-988-2017	098-988-2206	
	渡名喜村	★		901-3601	島尻郡渡名喜村 1917-3 番地	民生課	098-989-2317	098-989-2197	
	南大東村	★		901-3804	南大東村字南 144 の 1 番地	福祉民生課	09802-2-2036	09802-2-2669	
	北大東村	★		901-3992	北大東村字中野 212 (北大東村保健・福祉センター)	福祉衛生課	09802-3-4567	09802-3-4000	
宮古保健医療圏	宮古島市	★	ひらら	906-0015	宮古島市平良字久貝 706-1 (平良老人福祉センター内)	高齢者支援課	0980-75-0656	0980-75-0657	
		★	みやこ	906-0015	宮古島市平良字久貝 706-1 (平良老人福祉センター内)	高齢者支援課	0980-79-0811	0980-79-0337	
	多良間村	★		906-0692	宮古郡多良間村字仲筋 99-2	住民福祉課	0980-79-2623	0980-79-2664	
八重山保健医療圏	石垣市	★		907-8501	石垣市美崎町 14 番地	福祉部介護長寿課	0980-84-3333	0980-83-5525	
	竹富町	★		907-8503	石垣市美崎町 11 の 1	福祉支援課	0980-82-6191	0980-82-6199	
	与那国町	★		907-1801	八重山郡与那国町字与那国 129 番地	長寿福祉課	0980-87-3575	0980-87-2079	



# ぬち 命しるべ

## ～いのちの道標パンフレット～

これからのページでは、あなたのそのときの希望を書いていってください。  
パンフレットの前半の物語を読んで、あなたの大切なひとと話し合ってください。  
できれば、かかりつけ医やケアマネジャーなどあなたに関係する専門職の方にも見せて  
相談してみてください。

### ◆現在の医療情報 ◆予想される緊急病態

そのときのあなたのかかりつけ医の先生に書いてもらってください。

### ◆わたしの今の気持ち

そのときのあなたの気持ちを書くところです。  
あなたの大切なひと、大事にしている(してきた)こと、趣味などについて書いてみてください。  
そのために受けたい医療について、考えてみてください。搬送を希望する病院は、かかりつ  
け医の先生と相談した方が良いでしょう。

### 医療介護連携先

あなたに関わっている方に書いてもらってください。  
もしわからなければ、ケアマネジャーやかかりつけ医に相談してください。

### ◆基本情報

フリガナ 氏名		性別	男・女
住所		連絡先	
		電話番号	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
		(	年 月 日現在)

### ◆家族等連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号

# わたしの今の希望

情報共有シート

記載日	年 月 日	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 介護施設：
フリガナ氏名		※本人が記載できないときの代理記載者（関係）	

## ◆わたしの今の気持ち

わたしがいま大事にしていることは：

そのために 受ける医療	<input type="checkbox"/> できるだけ長く生きることを優先した治療を受けたい
	<input type="checkbox"/> できるだけ長く生きることを優先した治療を受けたいが、つらい検査・治療が必要なら医療関係者とよく相談したい
	<input type="checkbox"/> 検査で病気は知りたいが、つらい検査・治療を受けて長く生きることより、負担のない治療や苦しさを減らすための治療を受けたい
	<input type="checkbox"/> 治る見込みが無いと医師が判断したら、病気がわかる検査や長く生きることより、苦しさを減らすための治療を自宅や施設で受けたい
	<input type="checkbox"/> 今は決められない
搬送を希望する病院	
その病院に 搬送を希望する理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医から病院受診を進められ、受診したことがあるから
	<input type="checkbox"/> 定期受診している先生がいる病院だから
	<input type="checkbox"/> 家の近くにある大きな病院だから
	<input type="checkbox"/> その他：

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

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

## ◆予想される緊急病態

--

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

メモ



# わたしの今の希望

情報共有シート

記載日	年 月 日	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 介護施設：
フリガナ氏名		※本人が記載できないときの代理記載者（関係）	

## ◆わたしの今の気持ち

わたしがいま大事にしていることは：

そのために 受ける医療	<input type="checkbox"/> できるだけ長く生きることを優先した治療を受けたい
	<input type="checkbox"/> できるだけ長く生きることを優先した治療を受けたいが、つらい検査・治療が必要なら医療関係者とよく相談したい
	<input type="checkbox"/> 検査で病気は知りたいが、つらい検査・治療を受けて長く生きることより、負担のない治療や苦しさを減らすための治療を受けたい
	<input type="checkbox"/> 治る見込みが無いと医師が判断したら、病気がわかる検査や長く生きることより、苦しさを減らすための治療を自宅や施設で受けたい
	<input type="checkbox"/> 今は決められない
搬送を希望する病院	
その病院に 搬送を希望する理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医から病院受診を進められ、受診したことがあるから
	<input type="checkbox"/> 定期受診している先生がいる病院だから
	<input type="checkbox"/> 家の近くにある大きな病院だから
	<input type="checkbox"/> その他：

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

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

## ◆予想される緊急病態

--

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

メモ

# わたしの今の希望

情報共有シート

記載日	年 月 日	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 介護施設：
フリガナ氏名		※本人が記載できないときの代理記載者（関係）	

## ◆わたしの今の気持ち

わたしがいま大事にしていることは：

そのために 受ける医療	<input type="checkbox"/> できるだけ長く生きることを優先した治療を受けたい
	<input type="checkbox"/> できるだけ長く生きることを優先した治療を受けたいが、つらい検査・治療が必要なら医療関係者とよく相談したい
	<input type="checkbox"/> 検査で病気は知りたいが、つらい検査・治療を受けて長く生きることより、負担のない治療や苦しさを減らすための治療を受けたい
	<input type="checkbox"/> 治る見込みが無いと医師が判断したら、病気がわかる検査や長く生きることより、苦しさを減らすための治療を自宅や施設で受けたい
	<input type="checkbox"/> 今は決められない
搬送を希望する病院	
その病院に 搬送を希望する理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医から病院受診を進められ、受診したことがあるから
	<input type="checkbox"/> 定期受診している先生がいる病院だから
	<input type="checkbox"/> 家の近くにある大きな病院だから
	<input type="checkbox"/> その他：

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

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

## ◆予想される緊急病態

--

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

メモ

# わたしの今の希望

情報共有シート

記載日	年 月 日	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 介護施設：
フリガナ氏名		※本人が記載できないときの代理記載者（関係）	

## ◆わたしの今の気持ち

わたしがいま大事にしていることは：

そのために 受ける医療	<input type="checkbox"/> できるだけ長く生きることを優先した治療を受けたい
	<input type="checkbox"/> できるだけ長く生きることを優先した治療を受けたいが、つらい検査・治療が必要なら医療関係者とよく相談したい
	<input type="checkbox"/> 検査で病気は知りたいが、つらい検査・治療を受けて長く生きることより、負担のない治療や苦しさを減らすための治療を受けたい
	<input type="checkbox"/> 治る見込みが無いと医師が判断したら、病気がわかる検査や長く生きることより、苦しさを減らすための治療を自宅や施設で受けたい
	<input type="checkbox"/> 今は決められない
搬送を希望する病院	
その病院に 搬送を希望する理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医から病院受診を進められ、受診したことがあるから
	<input type="checkbox"/> 定期受診している先生がいる病院だから
	<input type="checkbox"/> 家の近くにある大きな病院だから
	<input type="checkbox"/> その他：

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

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

## ◆予想される緊急病態

--

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

メモ

# わたしの今の希望

情報共有シート

記載日	年 月 日	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 介護施設：
フリガナ氏名		※本人が記載できないときの代理記載者（関係）	

## ◆わたしの今の気持ち

わたしがいま大事にしていることは：

そのために 受ける医療	<input type="checkbox"/> できるだけ長く生きることを優先した治療を受けたい
	<input type="checkbox"/> できるだけ長く生きることを優先した治療を受けたいが、つらい検査・治療が必要なら医療関係者とよく相談したい
	<input type="checkbox"/> 検査で病気は知りたいが、つらい検査・治療を受けて長く生きることより、負担のない治療や苦しさを減らすための治療を受けたい
	<input type="checkbox"/> 治る見込みが無いと医師が判断したら、病気がわかる検査や長く生きることより、苦しさを減らすための治療を自宅や施設で受けたい
	<input type="checkbox"/> 今は決められない
搬送を希望する病院	
その病院に 搬送を希望する理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医から病院受診を進められ、受診したことがあるから
	<input type="checkbox"/> 定期受診している先生がいる病院だから
	<input type="checkbox"/> 家の近くにある大きな病院だから
	<input type="checkbox"/> その他：

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

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

## ◆予想される緊急病態

--

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

メモ



このパンフレットは、生活をしていくうえで他の人のお手伝いが必要になりつつある方とそのご家族、また自分自身やご家族の介護に不安を感じている方に読んでもらいたいと考えました。作成にあたっては、緩和ケアや訪問診療を専門とする医師、看護師、ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカー、社会福祉士、臨床倫理の専門家で検討を行いました。

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

## 平成 30 年度在宅医療介護連携市町村支援事業 意思決定支援パンフレット作成 WG

### 編集

城間 寛	沖縄県医師会理事（友愛会南部病院（院長））
笹良 剛史	友愛会南部病院（緩和ケア医）
金城 隆展	琉球大学医学部附属病院地域医療部（臨床倫理士）
新屋 洋平	沖縄徳洲会中部徳洲会病院（在宅・緩和ケア科医）
大城 則子	南部地区医師会コーディネーター（社会福祉士・主任介護支援専門員）
樋口美智子	那覇市立病院（医療ソーシャルワーカー・社会福祉士）
崎枝 久美	まなごし訪問看護ステーション（訪問看護師）

### 事務局

- 沖縄県子ども生活福祉部高齢者福祉介護課
- 沖縄県医師会事務局  
平良 亮、儀間ちなみ、屋良 幸代

ぬち  
命しるべ

～いのちの道標パンフレット～

2019 年 3 月 発行

編集・発行

沖縄県 沖縄県医師会

企画・デザイン・編集・印刷・製本

株式会社 国際印刷

ぬち  
命しるべ  
いのちの道標パンフレット

