

「健康な時から知っておきたい これからのこと」

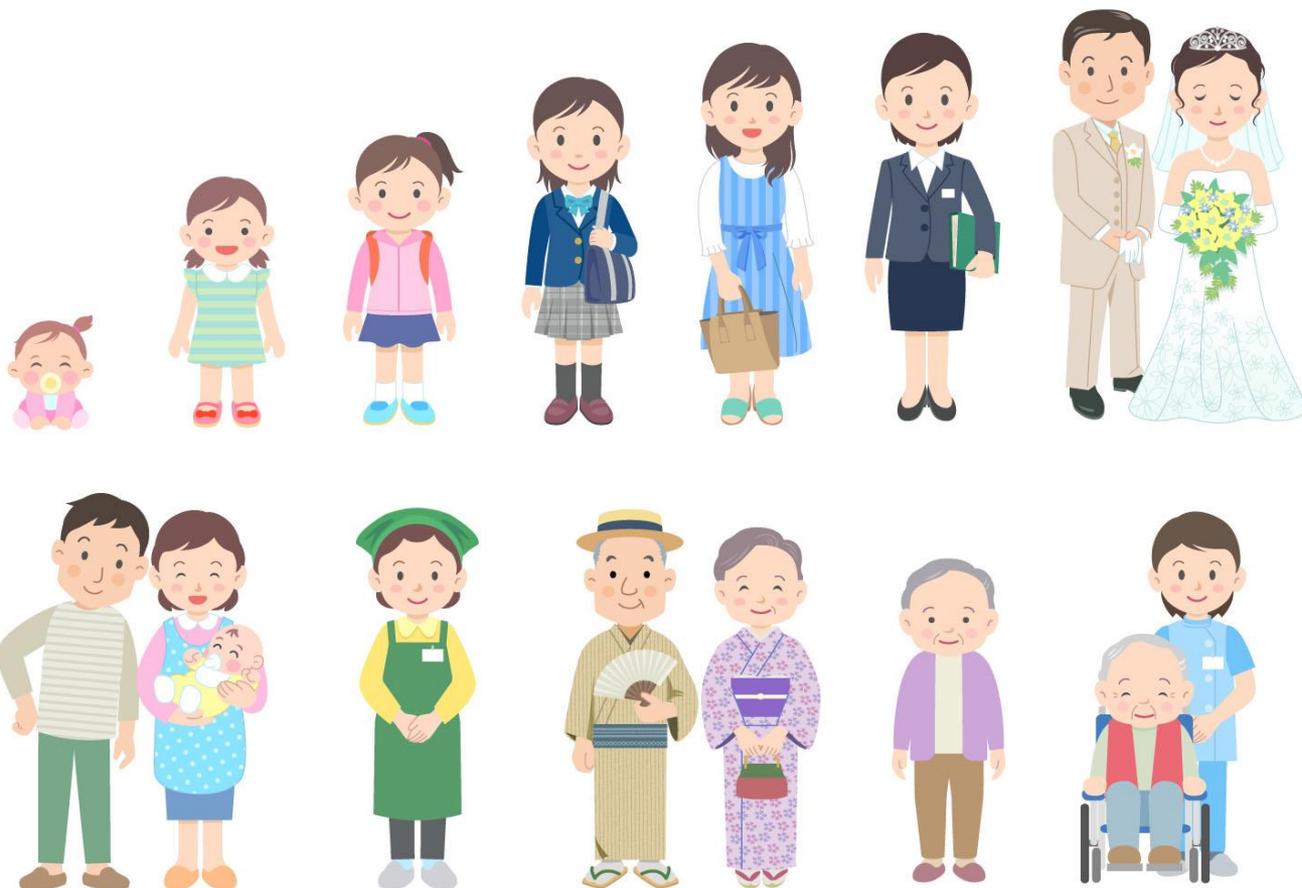
- 終活・人生会議・在宅医療について -

第38回 市民の健康まつり

一般社団法人弘前市医師会理事

伊東クリニック 伊東 重豪

人生設計



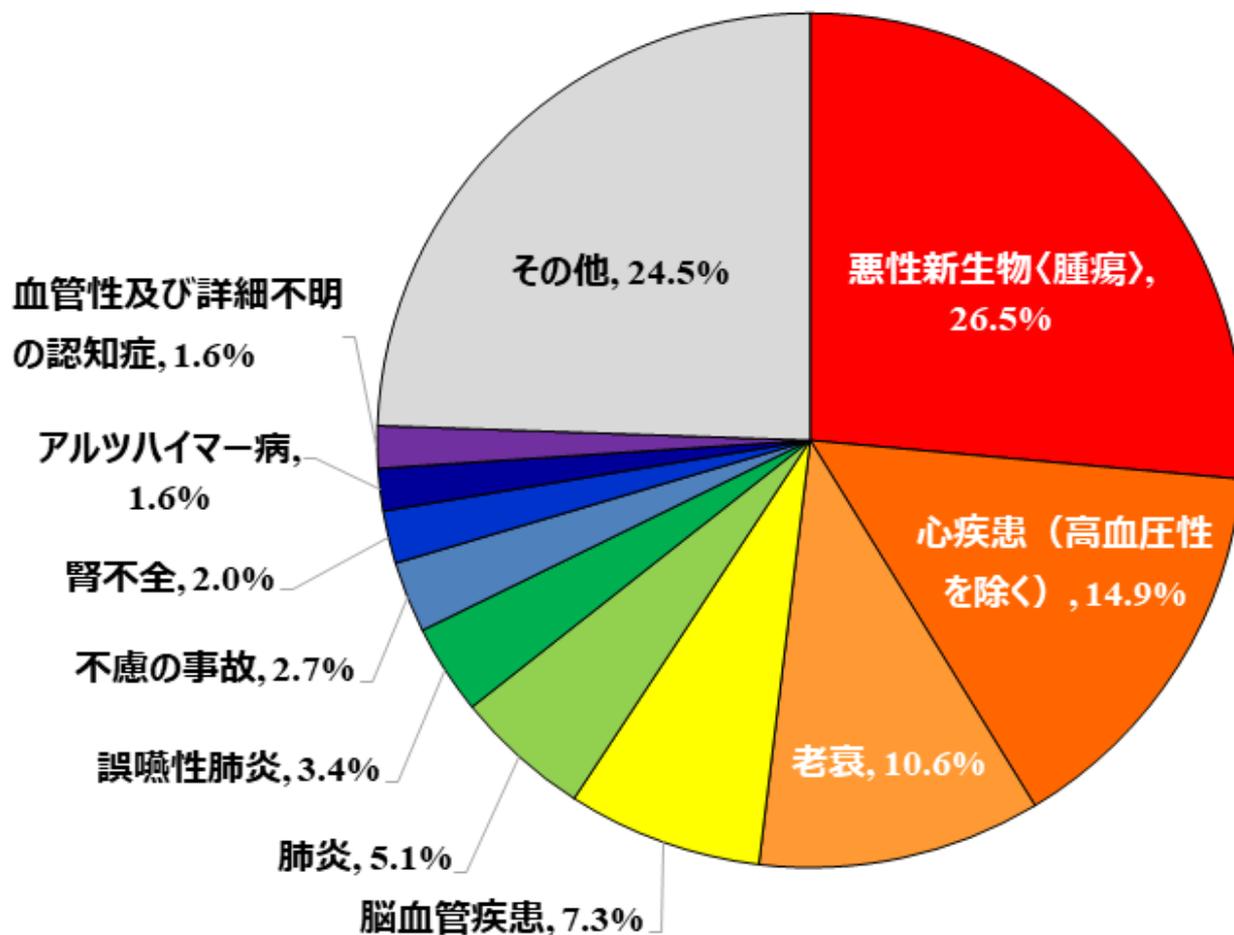
人生設計が狂う時

事故

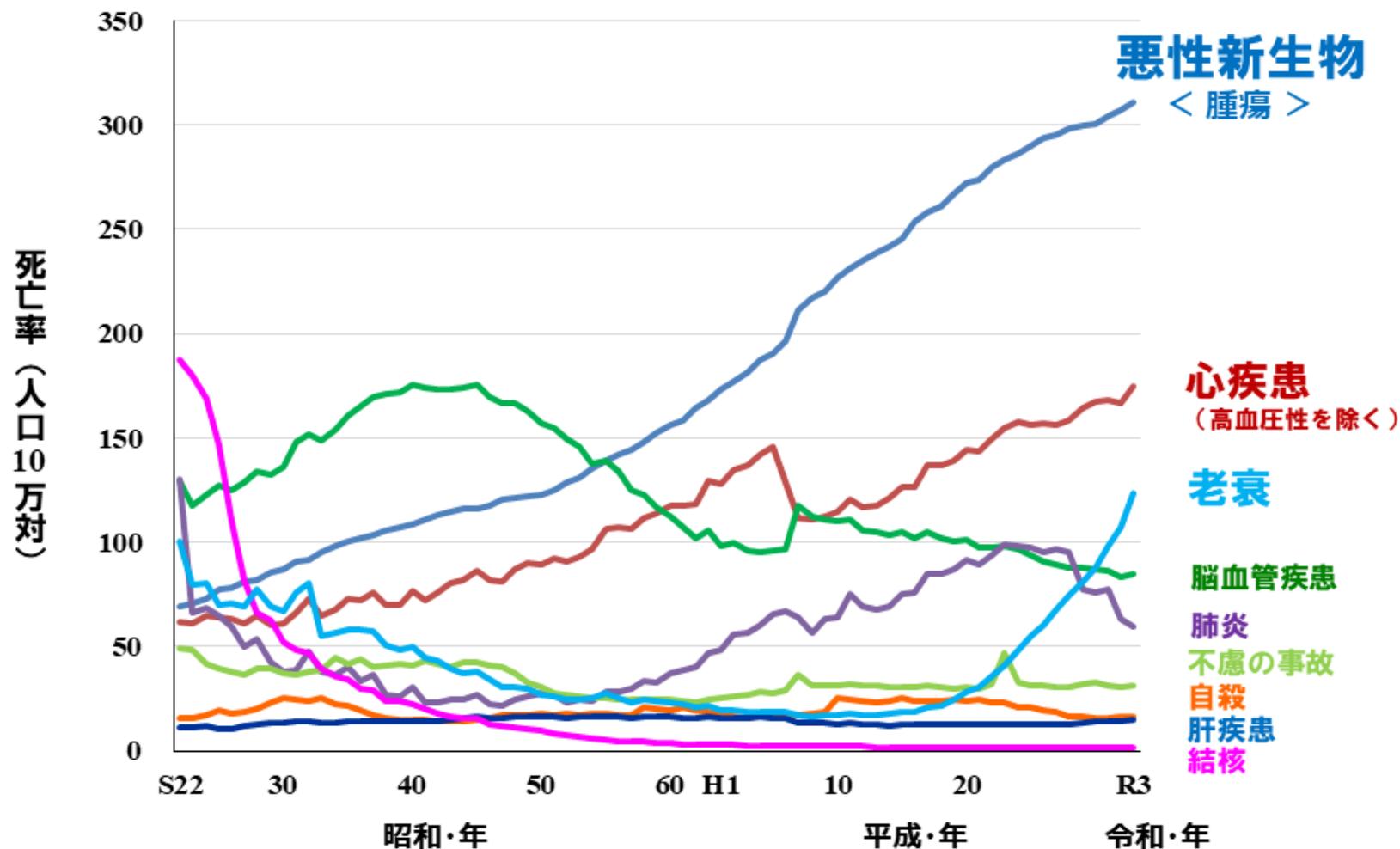
自然災害

病気

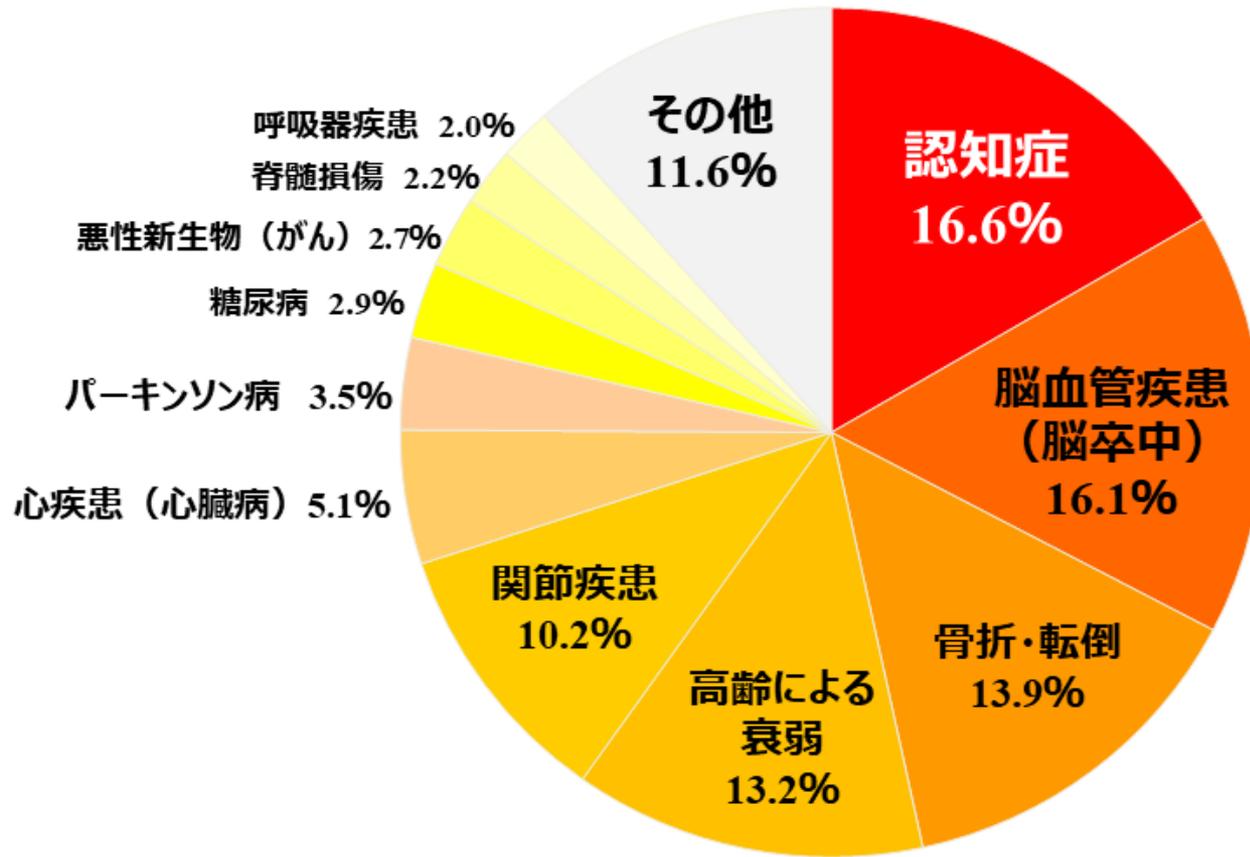
主な死因の構成割合 - 令和3年 -



死因別に見た死亡率の年次推移



要介護となった主な原因



生活習慣病

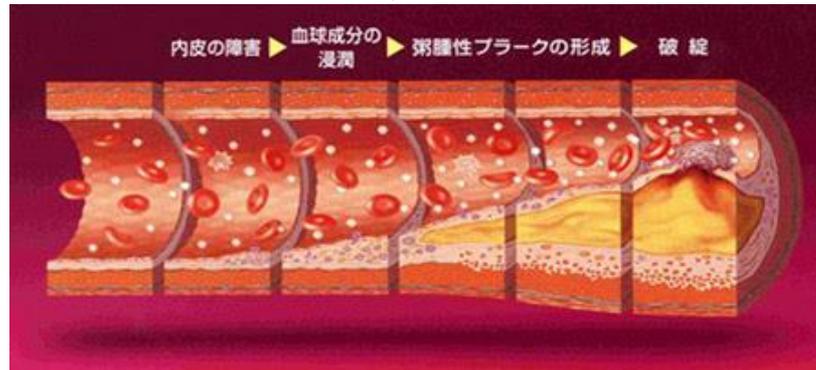
高血圧

糖尿病

脂質異常症



動脈硬化



心筋梗塞



脳梗塞

(アテローム血栓性)

健康に注意していても
どうしてもならない病気

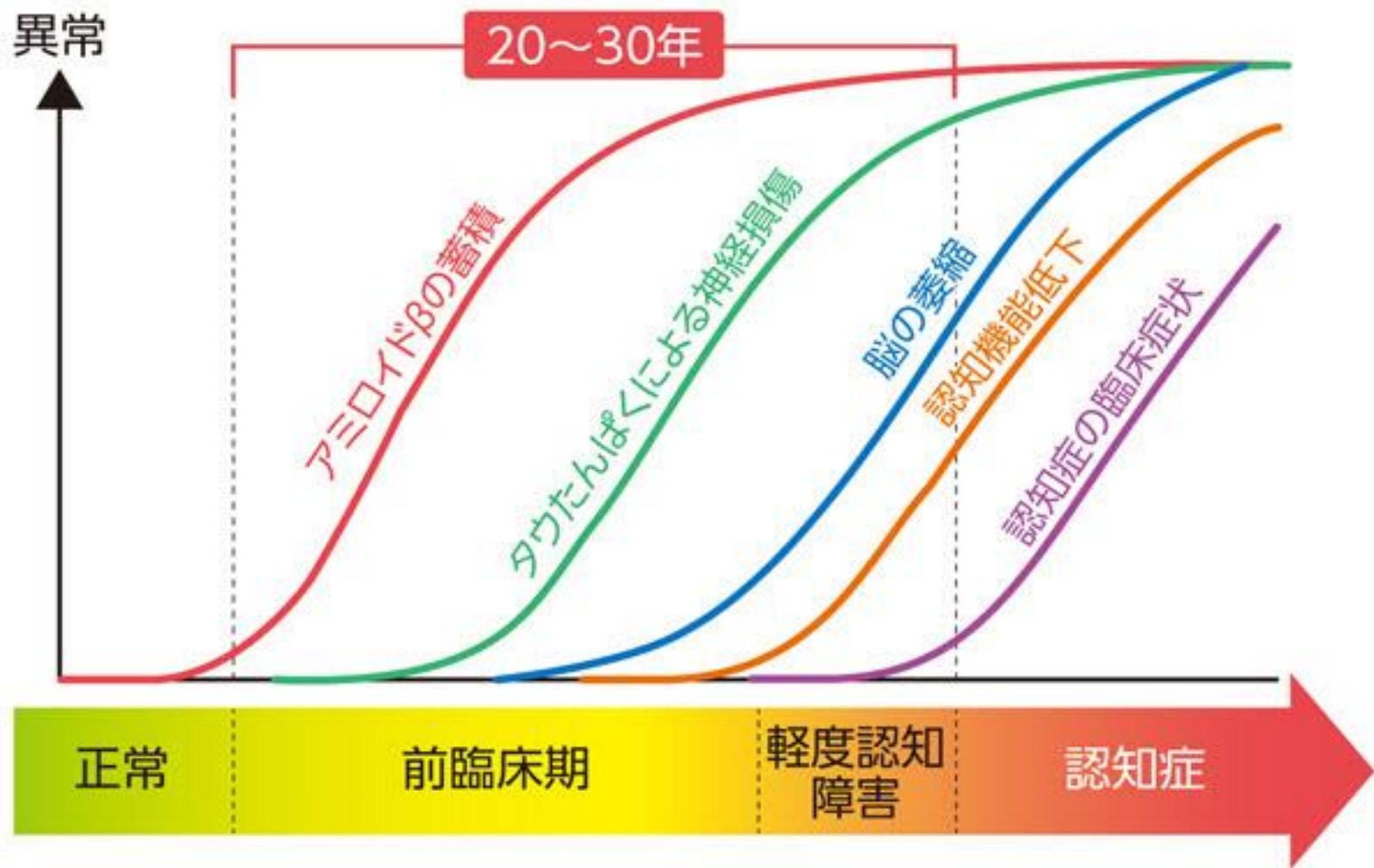
がん

認知症

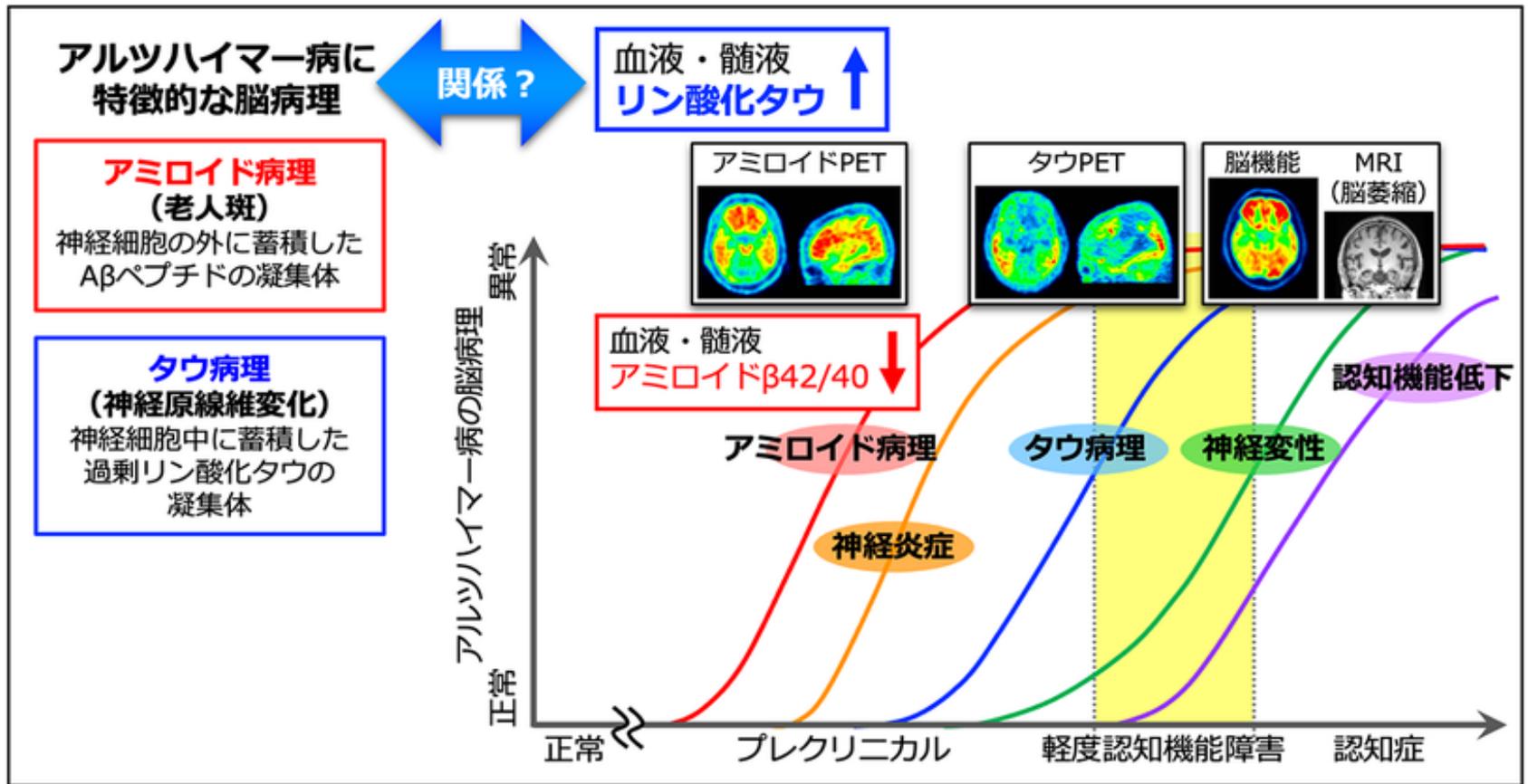
弘前市がん検診

検診項目		内容
胃がん	胃がん検診	胃部エックス線検査
	胃がん内視鏡検診	胃部内視鏡検査
	胃がんリスク検診	血液検査
大腸がん検診		便潜血反応検査
肺がん検診		胸部エックス線検査
子宮がん検診		子宮頸部細胞診
乳がん検診		マンモグラフィー検査
前立腺がん検診		血液検査
肝炎ウイルス検診		血液検査

アルツハイマー型認知症の発症過程



早期発見は？



もしもの時に備えることが
必要です

終活

終活とは？

- 終活とは、人生の終末に向けて、自分の身の回りの整理や、葬儀・お墓の準備、財産に関する事柄などを事前に準備する活動のことです。
- 残された家族に負担をかけないようにすることや、自分の人生をより充実させることを目的として行われます。

エンディングノート (終活ノート)

- **個人情報** (氏名生年月日の他に本籍やマイナンバーカード・年金手帳といった重要情報の保管場所)
- **自分史** (生い立ちから現在までの歴史、学歴、職歴、思い出の場所、趣味は何かなど)
- **家族情報** (家族構成、万が一の時に知らせてほしい親戚の連絡先)
- **医療関係** (かかりつけの病院、主治医、延命治療についての希望)
- **介護の希望** (入居したい施設の情報、具体的な介護の内容について)
- **葬儀の希望** (葬儀の内容、納骨の方法、喪主に関すること)
- **資産情報** (銀行の口座番号、有価証券や不動産などの資産や債務について)
- **保険情報** (加入している保険会社、契約プラン、保険金の受取人と連絡先)
- **各種契約について** (公共料金やその他に契約している内容について)
- **遺品の取り扱い** (コレクション品や思い出の品の行方)
- **デジタル情報** (スマホやパソコンのIDやパスワード、メールアドレス)
- **遺言書の有無、管理場所**
- **家族や友人へのメッセージ** (感謝の気持ちなど伝えたいこと)

はじめに

もしも、あなたの人生の残り時間が少ないとしたら、あなたはどんなことをしたいと思いますか？ 悔いが残らないように、やりたいことをしようとするでしょうか。あるいは、遺された人が困らないように、人生の終いじたくをしようとするでしょうか。あなたの想いがどこにも残らず、誰にも伝わらなかったら、家族は戸惑ってしまうかもしれません。

終活とは、いつか迎える「老い」や「病」、「死」にまつわるさまざまな事柄について、自分の考えを大切な人に伝え、いざというときに困らないようにしておく活動です。そして、今あなたが手にしているエンディングノートとは、終活を通じて考えたことや対策したことをまとめておく、非常に大切なメモ帳です。命が終わりを告げたときだけでなく、認知症や病気で意思表示ができなくなったときにも役立ちます。

本書は、人気の終活セミナーの受講生の声をもとに生まれたエンディングノートです。終活の流れに沿って書き進めやすいように構成していますが、どのページから始めても構いません。大切なのは、伝えたいことを「見える形」で残しておくことです。

本書をお使いの皆様が、終活に前向きに取り組まれ、今後の人生を実りあるものにするための一助となれば幸いです。

もくじ

はじめに	2
本書の使い方	4
終活のイメージと流れ	6
はじめのチェックリスト	8

1 人生の振り返り

私の基本情報	10
私の思い出	12
大切な人の連絡先	14
大切な人へのメッセージ	17

2 もしものときに備えて 認知症・介護編

財産管理の希望	20
コラム 認知症に備えるには	21
介護の希望	22
コラム 主な施設の種類	23
介護してくれる人へ	24

3 もしものときに備えて 医療編

私の医療情報について	26
終末期医療・延命治療について	30
コラム 終末期に備えるには	31
臓器提供・献体について	32

4 葬儀・お墓について

希望の葬儀の形式	34
葬儀のための準備と費用	35
葬儀についての要望	36
持っているお墓について	38
新たにお墓を持つ場合	39
コラム 永代供養について	39
お墓を持たない場合の希望	40
お墓の費用について	41
コラム 死後事務委任契約	42

5 財産・相続について

私の財産について	44
私の保険について	48
私の年金について	50
私の負債について	51
私のデジタル資産について	52
コラム デジタルデータの管理	55
私の親族表	56
遺言の有無と遺言執行者	57
コラム 相続と遺言の基本	58
コラム 遺言書の作り方	59
私のペットについて	60
メモ	61

本書の使い方① こんなときに使います

エンディングノートを用意しておく、次のような場面で活用できます。ただし、エンディングノートに法的拘束力はありません。ノートに伝えたいことを書き記すとともに、各種終活ツールを作成しておきましょう。たとえば法的拘束力のある遺言書を作成しておく、無用なトラブルを防ぎ、確実に相続を行うことができます。

☑ 緊急時の医療の場面

緊急時に最適な医療ケアを受けるための情報源になります。また、病名の告知や終末期医療など、家族があなたに代わって大事な選択をするための助けにもなります。

☑ 介護の場面

認知症などで判断が困難になった場合や身体が不自由になったときに備えて、介護の希望など伝えておきたい情報をまとめることができます。

☑ 財産管理と遺産相続の場面

相続関係がはっきりし、大切な人に財産を遺すことができます。

☑ 人生を振り返る場面

人生を振り返り、大切な人にメッセージを遺すとともに、やり残していることを実行するヒントにもなります。

本書の使い方② 書き方のコツ

エンディングノートの書き方に「こうでなくてはならない」という決まりはありません。また、すべてを完璧に書き記そうとすると、挫折してしまいがちです。

これから終活を始めるときや途中で迷ったときは、下記のコツも参考にして、できるところから少しずつ進めていきましょう。

☑ 書きやすいところから書いてOK

本書は終活の流れに沿って構成されていますが、終活の進め方は人それぞれ。書きやすいところから書いて構いません。手書きで記入せず、書類のコピーを貼ってもいいでしょう。

☑ 定期的に見直し、書き直しましょう

一度書いたらそれで終わりというわけではなく、何度書き直してもOKです。ノートを定期的に見直して、状況が変わったら更新しましょう。

☑ 個人情報や機密情報には注意を

重要な個人情報を記入するときは、ノートの保管場所や取り扱いに注意しましょう。暗証番号などの重要情報を記す際には、付録も活用しましょう。

☑ 日付を忘れずに

遺された人がノートをもとに手続を進める際に、「いつの時点の情報なのか」が重要になります。項目ごとに日付を忘れず記入しましょう。

弘前市のエンディングノート

配布場所

- 介護福祉課（市役所 1 階）
- 各総合支所
- 地域包括支援センター
- 老人福祉センター
- 生きがいセンター



アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning)

人生会議

アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning)

将来の変化に備え、将来の医療およびケアについて、本人を主体に、その家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援する**プロセス**

【目的】

本人の意思を尊重した医療およびケアを提供し、**尊厳ある生き方を実現**すること

簡単に言うと

もしもの時に備えて、自分がどのような医療やケアを望むのかを前もって考え、家族や信頼できる人、医療・ケアチームと話し合い、共有する取り組みのことです。

なぜACPは必要なの？

終末期においては約70%の患者で意思決定が不可能

Silveria MJ, NEJM 2011



周囲の人たちは、

- 本人の気持ち・意向を事前に聞いていなかった
- もしもの時のこと、話し合ったことがない



あらかじめ意向を確認し、医療およびケアに反映させるというACPの概念が生まれた

ACPの効用

- 患者の自己コントロール感が高まる
- 死亡場所との関連(病院死の減少)
- 代理決定者-医師間のコミュニケーションが改善
- より患者の意向が尊重されたケアが実践される
- 患者と家族の満足度が向上する
- 遺族の不安と抑うつが減少する

ACPがもたらす効果



患者の自己コントロール感が高まる

Morrison, J Am Geriatr Soc. 2005



代弁者－医師のコミュニケーションが改善

Teno J. JAGS 2007



遺族のグリーフケア

Detering K, BMJ 2010

始める時期が難しい

- 早すぎると不明確、不正確なものになる
- 遅すぎると、行われぬ
 - 患者の不安と否認
 - 医師の配慮、話しにくさ
 - 直前は事務的になり、家族のみになる

⇒ タイミングが重要

早すぎても遅すぎてもよくない

- 早すぎると…



他人事のように感じられ、
イメージがわからない

- 遅すぎると…



- 事務的になってしまう
- 家族の意向が尊重される

ACPを切り出しやすい人



自己コントロール感を大切にしている人



家族との関係性がよい高齢者



患者-医師の関係性が良好な場合

ACPを始めてみましょう

ACPで何を話し合うの？

- ① 今後の見通しについての共有
- ② 現在の気がかり、心配ごと
- ③ ころろの支えになっていること、希望となっていること
- ④ 大切にしていること、大切に思っている人
- ⑤ いのちに対しての考え方（死生観）
- ⑥ 今後してほしいこと・してほしくないこと
- ⑦ 療養場所の選好
- ⑧ 代弁者



日々のコミュニケーションが大切！

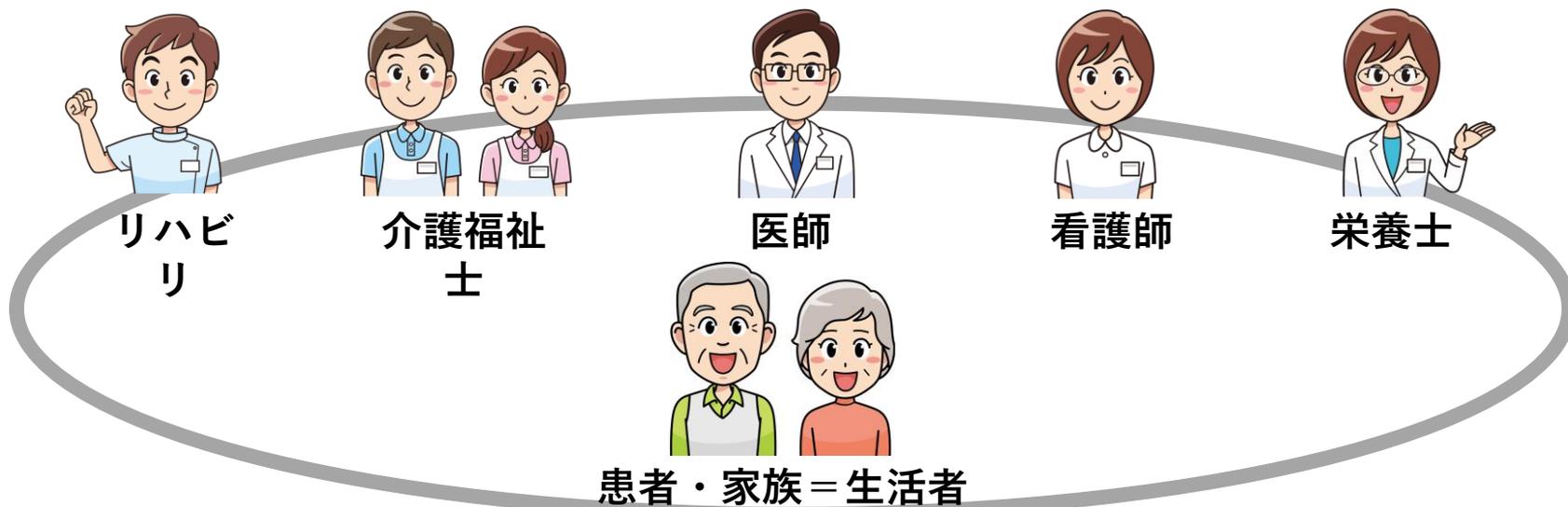
かしこまって話し合いの場を設ける必要はない



それぞれの職種で
コミュニケーションの機会は
異なるはず

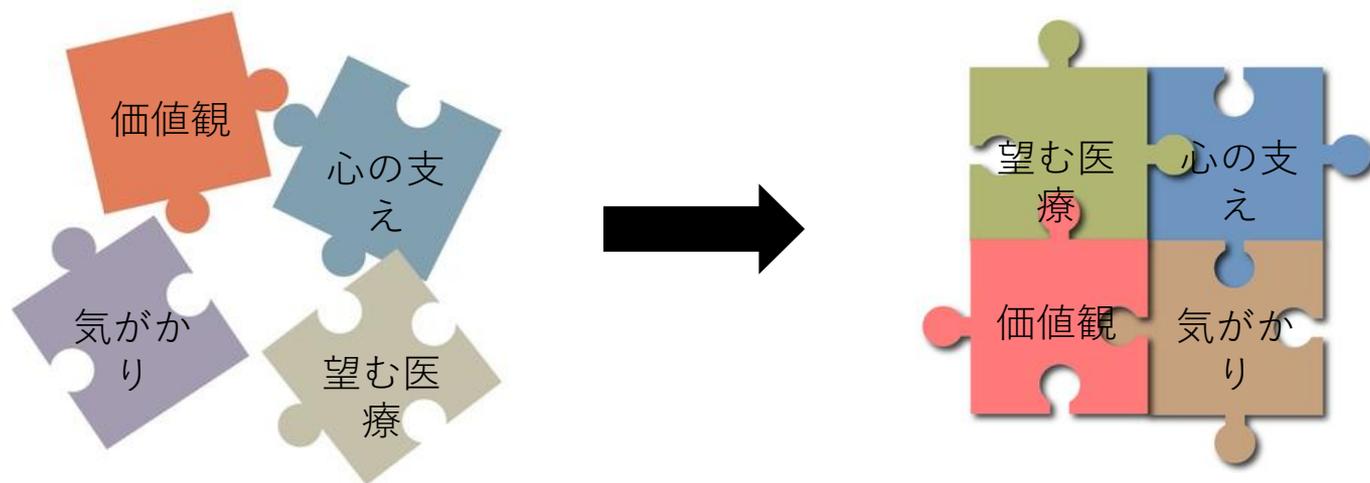


1人で抱え込まず多職種で取り組む



職種により得られる情報は異なるため、感覚を研ぎ澄まそう

ACPはみんなでコツコツ、そして つなぐ



得られた情報はカルテや記録に残し、多職種で共有する

本人による意思決定が難しい、
難しくなりそうな時

患者の思い（想い）をつなぐ代弁者

代弁者：

本人の意思決定能力が低下した時に、本人に代わって**意思を推定し伝える**人

【条件】

- 本人にとって大切なこと、価値観、希望、譲れないことなど、人生の物語を共有している
- 本人の意思を尊重し、本人に代わって医療やケアを決定・判断ができる

代弁者と話し合い、共有する

患者1人で決めない悩まない

※代弁者の同席が大前提

【話し合い、共有すること】

- 代弁者の役割
 - ① 本人に代わって意思を推定し伝える
 - ② 本人と一緒に考えて決める



代弁者のこころのケアも忘れない



お父さんだったら、どうすることを望むのかしら…。こんな大切なこと、私だけでは決められない。

頭では十分わかっているけれど、いざとなったらこころの準備ができていない。やっぱり少しでも長く生きていて欲しい。



家族の揺れ動く感情を受け止め、理解者と感じてもらえるように努める

ACPの問題点

- 患者が将来を予測すること自体が困難
 - 不確実性
 - 低いヘルスリテラシー、教育水準
- 話し合いの時は侵襲や有害事象を受け入れられないが、いざとなると受け入れる
- 患者・家族には辛い体験になるかも
- 実際の臨床に適応することの難しさ
 - 選択肢に具体性がない
 - 手術、化学療法、転院などへの対応

意向は変化していくもの

【例】 COPD



【1回目の再燃】

- ICU入室はなかったものの、在宅酸素療法を導入へ

【2回目の再燃】

- HFNC療法でも酸素化不良でICU入室
- 人工呼吸管理

【3回目の再燃】

- ICU入室→人工呼吸管理
- 前回より抜管までに時間要する



家でも酸素やるなんて、やっかいなことになったな。

なんとか命はとりとめた。でもたばこはやめられない。

たばこはやめられないが、人工呼吸器をしてまで生きてくはない。

ACPのまとめ

- ACPはその人の尊厳を守るための取り組みであり、日々のコミュニケーション（対話）の積み重ねである
- 時間と根気が必要であり、なかなか難しいが、多職種協同で取り組むことができれば…
- その人にとっての最善の医療およびケアを、みんなで一緒に考えるという姿勢で臨んでいきたい

ACPはその人を知ること・理解すること



在宅医療

在宅医療とは

病気や加齢による身体の衰えなどによって、医療機関への通院が困難となった場合に、自宅や高齢者向けの施設などの「生活の場所」に医師や看護師などが訪問して、診察や治療、健康管理などを行うことを『在宅医療』と言います。

在宅医療の本質

住み慣れた家で、
自分らしい生活を送りながら
受けられる医療

在宅医療を取り巻く現状

- 第8次医療計画
 - 在宅医療・介護連携推進事業
- 少子高齢化における患者比率の変化
 - 65歳以下の人口の減少
 - 高齢者の増加

第8次医療計画

〈入院ベッドの削減〉

2013年：135万床



2025年：119万床
(-15万床)

〈死亡者数の増大〉

2020年：130万人



2025年：150万人

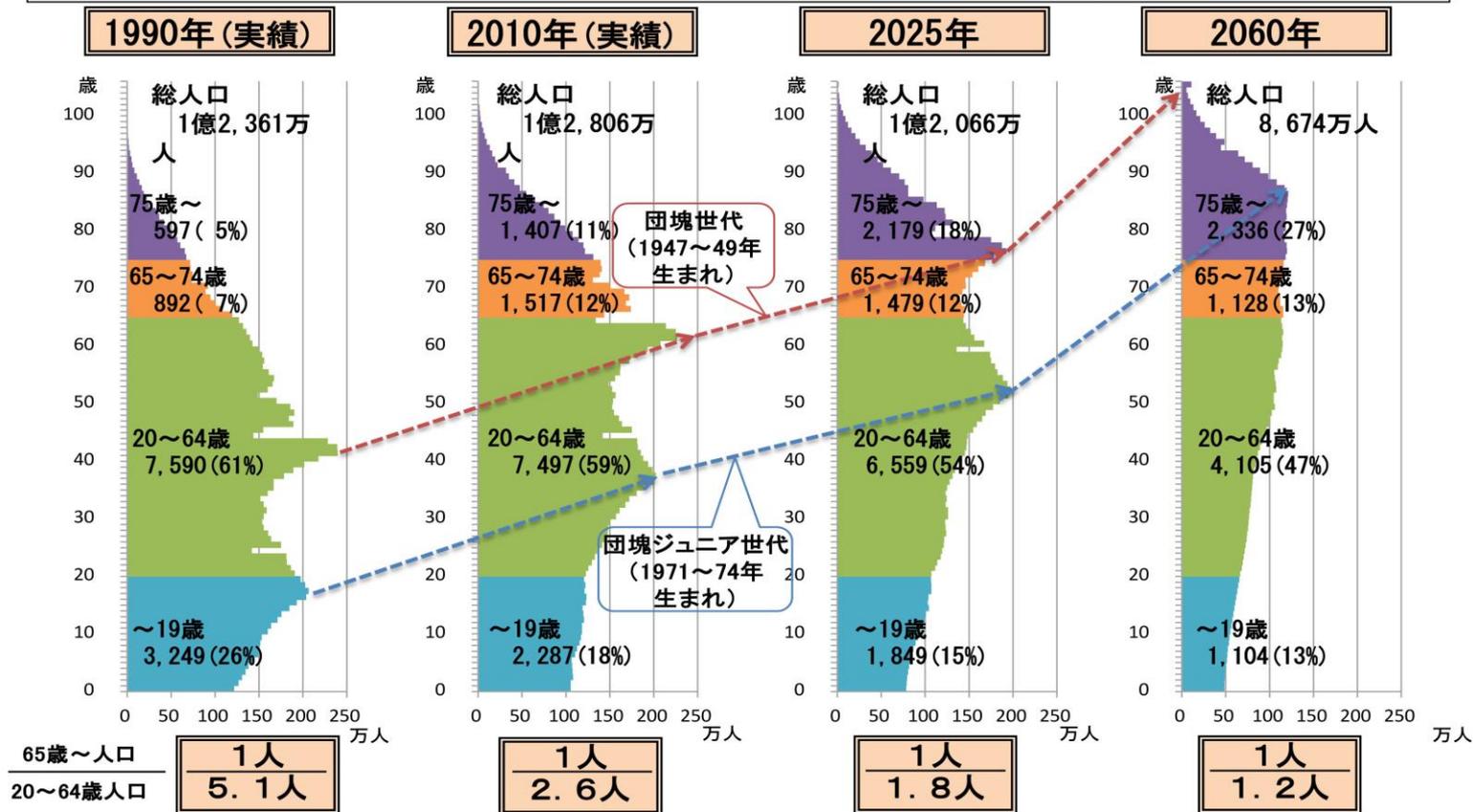
30万人を在宅に

「看取り」を在宅医療で

〔青森県では、4600床(28.3%)の削減目標〕

人口ピラミッドの変化 (1990～2060年)

○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

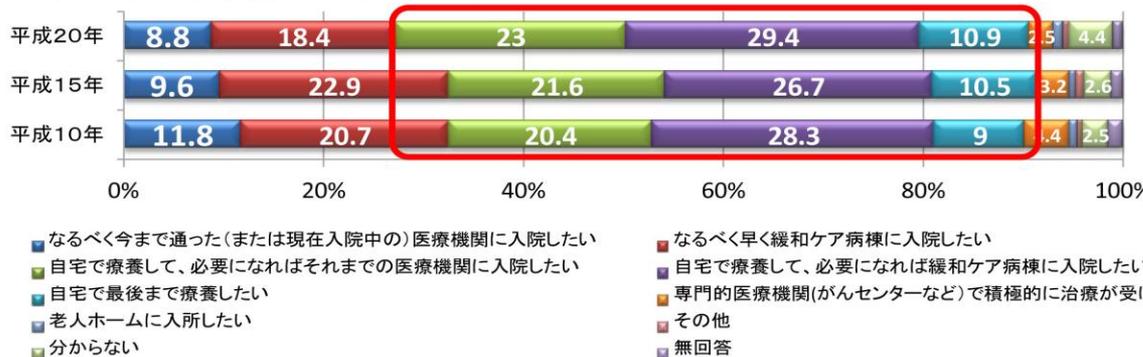


(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

在宅医療に関する国民のニーズ

- 自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、**60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した**(上図)。
- また要介護状態になっても、**自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を超えた**(下図)。
- 住み慣れた環境でできるだけ長く過ごせるよう、また望む人は自宅での看取りも選択肢になるよう、在宅医療を推進していく必要がある。

■ 終末期の療養場所に関する希望



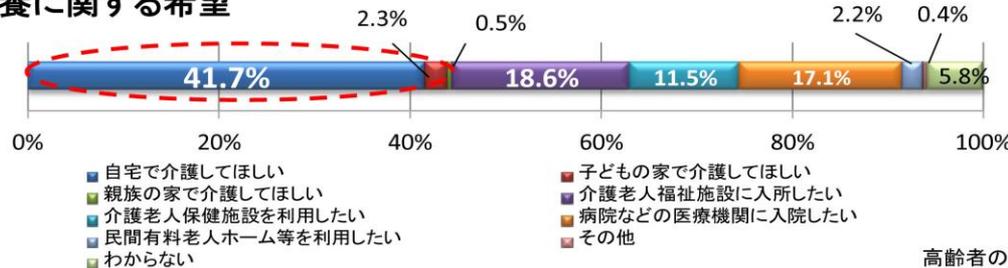
○ 調査対象及び客体
 ・全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法により抽出
 ・150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に抽出

○ 調査の方法
 郵送法

○ 回収数
 2,527人(回収率50.5%)

出典: 終末期医療に関する調査(各年)

■ 療養に関する希望



○ 調査対象
 全国の55歳以上の男女5,000人

○ 調査の方法
 調査員による面接聴取法

○ 標本抽出方法
 層化二段無作為抽出法

○ 回収数
 3,157人(回収率63.1%)

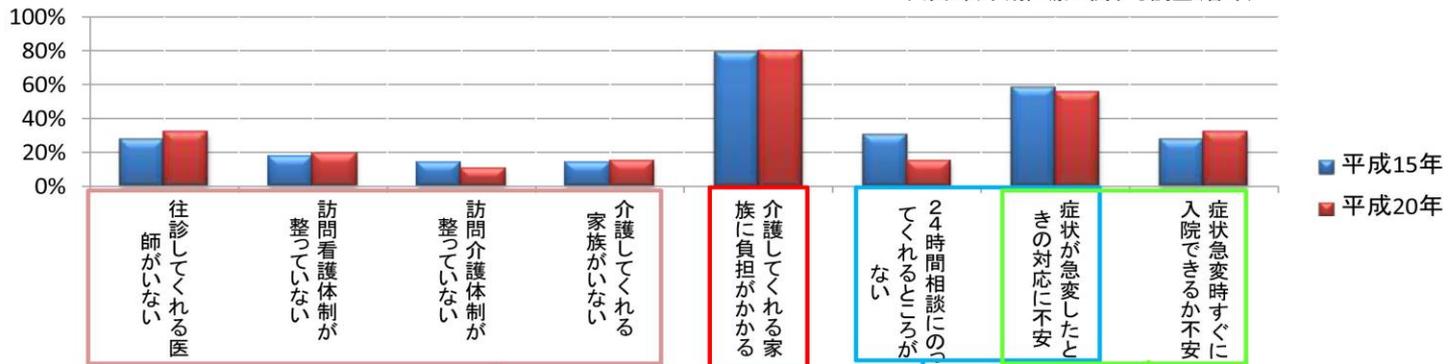
高齢者の健康に関する意識調査(平成19年度内閣府) 10

在宅医療推進にあたっての課題

- 在宅医療を必要とする者は2025年には29万人と推計され、約12万人増えることが見込まれる。
- 急性期治療を終えた慢性期・回復期患者の受け皿として、終末期ケアも含む生活の質を重視した医療としての在宅医療のニーズは高まっている。

■在宅療養移行や継続の阻害要因

出典：終末期医療に関する調査（各年）



■在宅医療推進にあたっての課題

在宅医療・介護サービス供給量の拡充
医療/介護の連携によるサービスの質の向上及び効率化

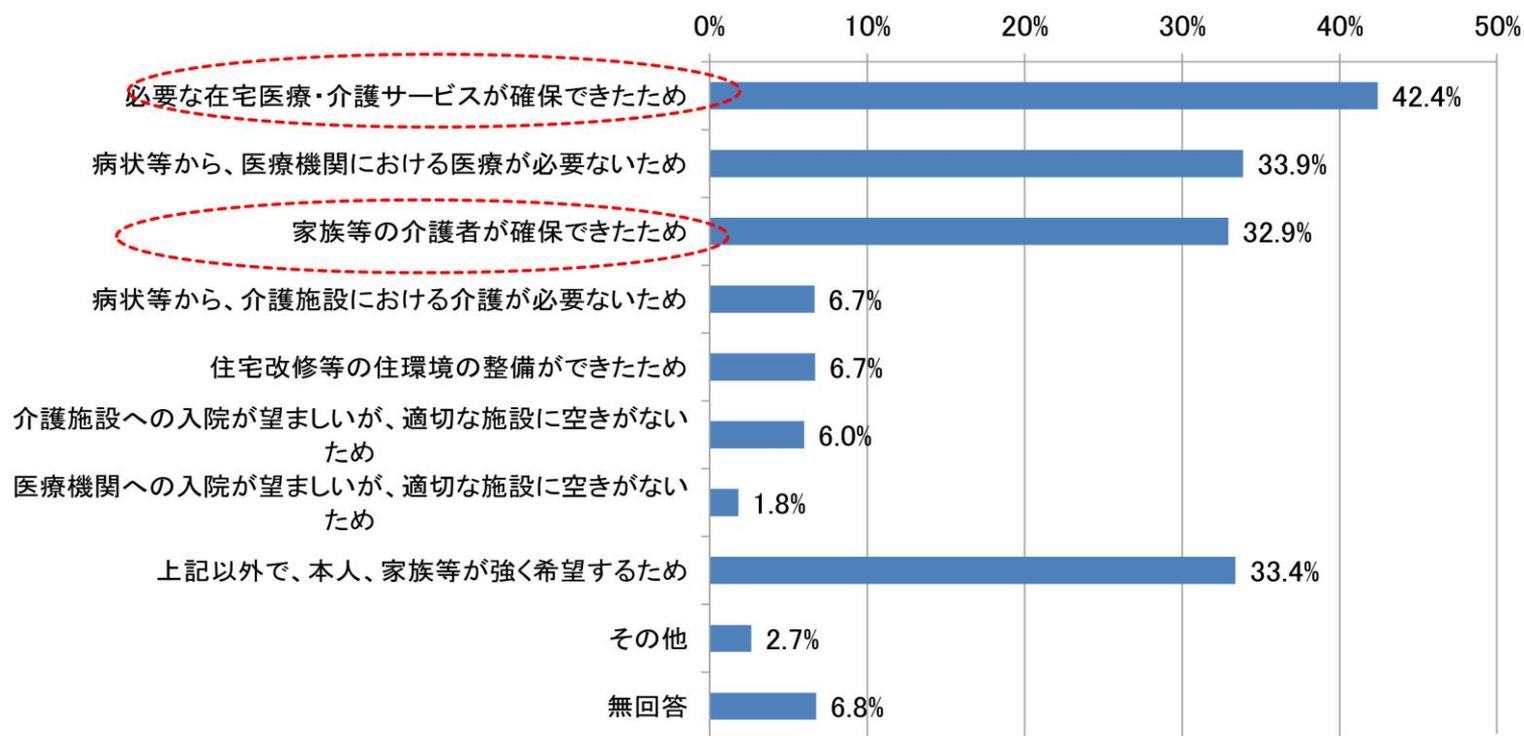
家族支援

在宅療養者の後方ベッドの確保・整備

24時間在宅医療提供体制の構築

在宅療養を行うことができた理由

【在宅療養患者が在宅を選択した理由】



N=4,820

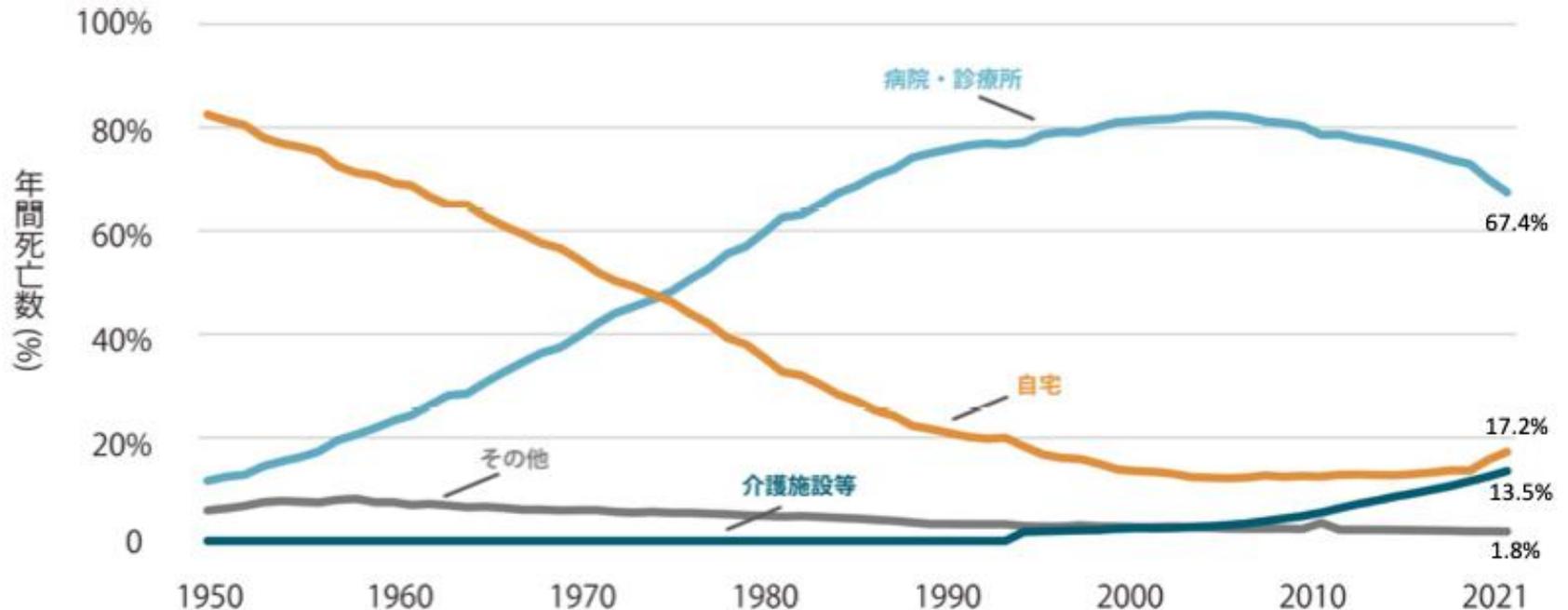
※在宅療養を行う患者について医療機関が確認したデータ

出典：「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」より

死亡場所の推移

○ 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。

死亡の場所の推移



出典

厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」

在宅医療のメリット

- 住み慣れた自宅で、自分らしく過ごせる
 - 生活リズムを維持しやすい
 - 家族との時間を大切にできる
 - ペットと一緒にいられる
- 生活を支える医療（治療よりケアが主体）
 - 個人の生活に合わせた医療・介護が受けられる
 - 多職種が連携し、総合的にサポート
- 終末期の場合、積極的な延命治療ではなく、穏やかに療養して、家族と伴に死を迎える準備ができる

在宅医療導入のパターン

かかりつけ医から
そのまま



在宅医療

(フレイル・認知症・がんなど)

急性期疾患・がん
などで入院

入院先の
医療連携室



在宅医

介護力・重症度
にて

自宅

施設



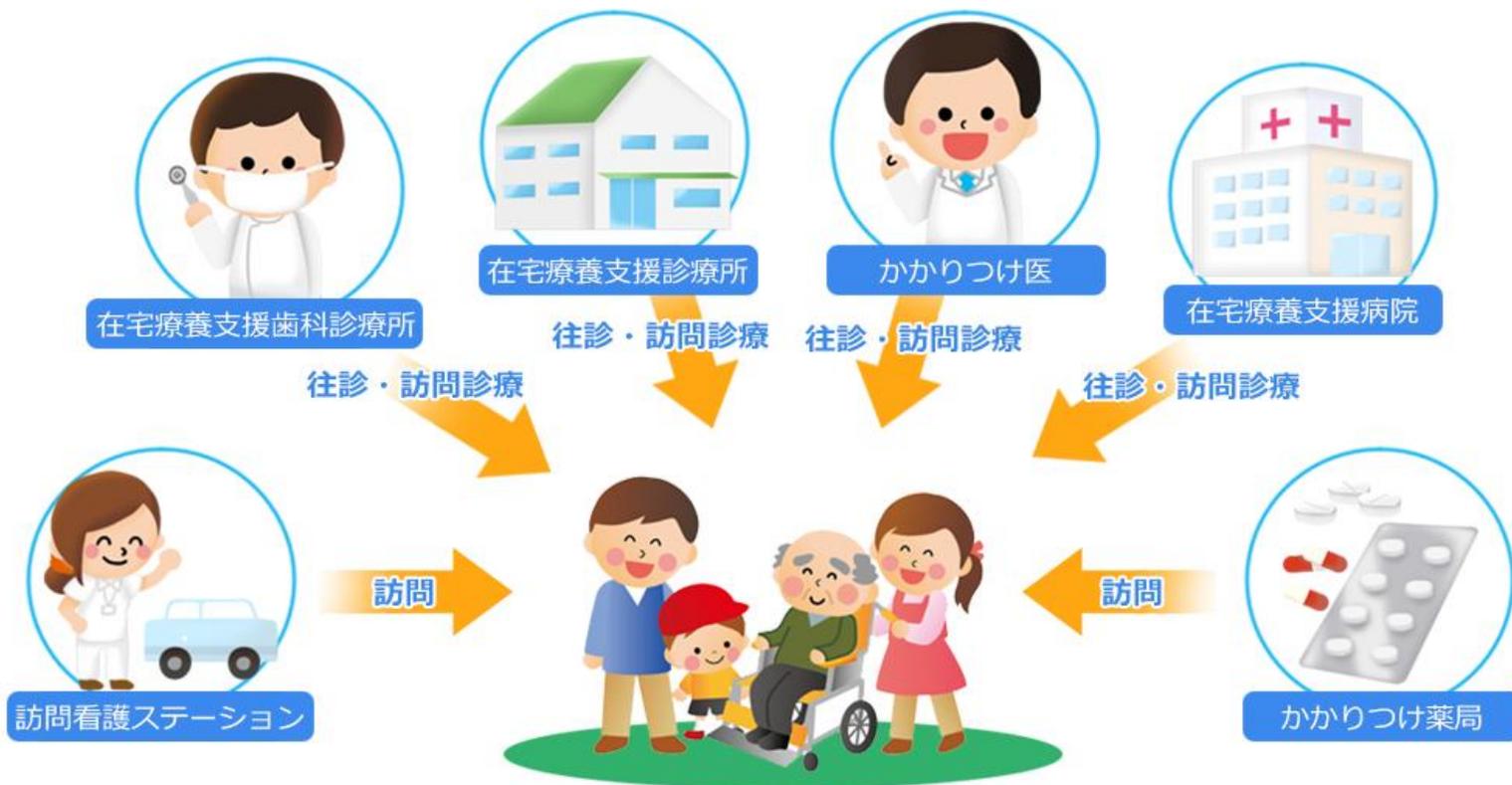
外来通院不能と
判断

患者の在宅環境に合わせた対応

- 家族の介護力不足の場合
 - 訪問看護の回数を増やしたり、ヘルパーを入れたりして対応
 - ショートステイや有料老人ホームなどの利用を検討
- 単身や高齢夫婦だけの世帯の場合
 - 介護できる家族が減ると、公的医療・有料サービスがより多く必要となり、入院より費用がかさむことがある
 - ケアマネージャーをいれ、施設入居を含め対策を検討
- 独居でも患者の強い希望があれば、在宅療養も可能

在宅医療で受けられるサービス

キーワードは他職種連携



在宅医による訪問診療

- 定期的な診察、健康管理
- 薬の処方、検査
- 症状悪化時の緊急対応
- 看取りのケア

訪問看護師による訪問看護

- 体温・血圧などの測定、身体チェック
- 点滴、傷の処置、チューブの管理
- お薬の管理
- 入浴や排泄の介助、清拭などのケア
- ご家族への介護相談、精神的なサポート

訪問薬剤師による薬剤指導

- 薬の管理や飲み方の説明
- 副作用の確認
- 残薬確認
- 患者状態のチェック

訪問リハビリテーション

- 身体機能の維持・向上
- 生活動作の訓練残薬確認

介護家族の負担軽減

- ショートステイ

- 介護が必要な高齢者が短期間施設に入所し、食事や入浴などの介護サービスや、機能訓練などを受けることができるサービスです
- 在宅介護をしている家族の負担軽減や、介護者の冠婚葬祭、出張、病気など、一時的に介護ができない場合に利用されます
- 利用者にとっては、他の利用者との交流や、機能訓練の機会を得ることで、心身機能の維持や向上、孤立感の解消にもつながります

- レスパイト入院

- 在宅で介護を受けている方やそのご家族が一時的に休息できるよう、医療機関で短期入院を受け入れる制度です
- 在宅で医療機器などを使用していたり、何らかの医療的処置を要するなど、常時の介助を必要とする方が対象となります

在宅医療の相談窓口

- 地域包括支援センター
 - ：地域の高齢者の方々の総合相談窓口
- 弘前地区在宅医療・介護連携支援センター
「そよかぜ」
- 病院の地域医療連携室

最後に

弘前市医師会の活動

- **弘前市医師会健診センター**

(弘前市委託健診・協会けんぽ管掌健診など)

- **弘前市急患診療所**

- **医療情報の発信**

(医療情報ホット・暮らしのゼミナール・市民公開講座など)

- **ワクチン接種事業** (定期接種・任意接種)

- **学校保健・産業保健** (学校医・産業医の派遣)

- **弘前地区在宅医療・介護連携支援センター 「そよかせ」**

- **弘前市医師会看護専門学校**

謝 辞

アドバンスト・ケア・プランニングの項に際しては、

弘前大学医学部附属病院 緩和ケア認定看護師

佐藤 千紗斗さんのご助力をいただきました。

この場をお借りして、お礼を申し上げます。

本日の講演が、少しでもご参加の皆様のお役に立てれば幸いです。
ご清聴ありがとうございました。