

令和7年度 第2回 医療介護連携推進委員会 次第

日時:令和7年10月17日(金)

13:30～15:00

会場:市役所 会議室1

1 あいさつ

2 議題

高齢者の人生の最終段階における意思決定支援体制の構築について

【資料1-1・1-2・1-3・1-4】【参考資料】

3 その他連絡事項

多職種合同研修について【資料2】

次回:令和7年度 第3回 令和8年2月10日(火)市役所 会議室1

碧南市医療介護連携推進委員会 委員名簿

	氏 名	職 名	
1	長田 和久	碧南市医師会会長（長田医院）	
2	小林 正人	碧南歯科医師会副会長（小林歯科）	
3	池田 史明	碧南高浜薬剤師会（さくら薬局碧南栗山店）	
4	小田 高司	小林記念病院 院長	
5	中井 敏子	小林記念病院 連携室 副室長	
6	金澤 英俊	碧南市民病院 医療支援部患者サポート室長	
7	野村 恭子	碧南市民病院 看護部看護管理室 副看護師長	※
8	松井 知子	碧南市民病院 看護部外来看護師長	※
9	中西 知加子	碧南市民病院 診療部在宅医療サポートセンター 看護師	
10	沢井 智美	碧南市介護サービス機関連絡協議会 訪問看護代表 （訪問看護ステーションひなた）	※
11	石川 智宏	碧南市介護サービス機関連絡協議会 介護支援専門員代表 （居宅介護支援事業所サンプルトー）	
12	本多 輝行	碧南市介護サービス機関連絡協議会 訪問系サービス代表 （老人保健施設ひまわり 訪問リハビリ）	
13	藤本 一仁	碧南市介護サービス機関連絡協議会 通所系サービス代表 （デイサービス春日）	※
14	鈴木 真穂	碧南市介護サービス機関連絡協議会 施設系サービス代表 （特別養護老人ホーム川口結いの家）	※
15	古澤 悟	衣浦東部広域連合消防局 碧南消防署	※
16	太田 正則	衣浦東部広域連合消防局 碧南消防署	※
17	成瀬 京子	碧南社協地域包括支援センター	※

※令和7年度からの新規委員

任期：令和7年4月1日～令和9年3月31日

[事務局]

小林 圭介	高齢介護課 課長
藤浦 仁美	介護保険係 係長
羽佐田 美和子	地域支援係 係長
齊木 鉄馬	地域支援係 社会福祉士
大野 梢	地域支援係 保健師

高齢者の人生の最終段階における意思決定支援体制構築について

1 背景・経過

- 1) 令和5年2月、西三河メディカルコントロール協議会で「人生の最終段階にあり心肺蘇生を望まない心肺停止傷病者への救急隊活動要領」が作成された。
- 2) 令和6年11月、碧南市における1)の運用を考えるためのイントロとして、「在宅医療・救急医療連携にかかるセミナー（令和6年度厚生労働省委託事業に関連して）」に参加。セミナーで、市内多職種31名によりグループワークを実施。
- 3) 令和7年2月、在宅医療・救急連携チーム会議を開催。

2 地域の課題

- 1) グループワーク（令和6年11月）より

① ACP（アドバンスケアプランニング）の捉え方がさまざま

意見を振り返ると、明らかな誤解や感覚的な理解をしている方も存在

② 話し合い（SDM 共同意思決定支援）がされていない

状況認識や方向性が本人・家族・支援者等の間で統一されていない

③ 「つながる」体制が構築されていない

意思決定内容が繋がらない

- 2) 会議（令和7年2月）のまとめより

① ACPの推進（市民及び関係者）

② 入院・退院時の情報共有

→ ◎まとめに対する確認事項

- ・ ACPをどのように捉えての検討であったか
- ・ ACPのどの部分を中心に推進すべきと考えるか
- ・ ACPを正確に捉えれば、②は①に含まれるのではないか

- 3) 方向修正が必要なこと

① ACPに対する「知識の個人差」「認識のズレ」がある状態では、体制を作ってもうまく定着しない。

ACPという言葉にまとめてしまうことに危うさがある。もちろん周知活動は引き続き必要だが、企画運営側がACPを正しく理解した上で、具体的で平易でシンプルな表現を用いる必要がある。（資料1-2）

③ ACPの取り組みのうち、どの段階に焦点を当て展開していくかを明らかにする必要がある。

3 目的・目標

- 1) 目的 市内の高齢者が、身体的な「人生の最終段階」に起こる状況変化の中で、最期の時まで尊厳を守り、生きていくことができる地域を作る
- 2) 目標 支援担当者を持ち自宅等で生活をする高齢者（※1）に対して、身体的な「人生の最終段階（臨床虚弱尺度9）」（資料1-3）の支援のうち、「心肺停止」「急激な病状悪化」に関する意思決定（※2）を支援し、決定内容が実現される（※2）体制を構築する

※1 対象 支援担当者（ケアマネもしくは訪問看護）を持ち自宅等で生活をする高齢者

※2 内容 ①「心肺停止・急激な病状悪化時にどんな医療・ケアを受けたいのか」に関する意思決定を支援する体制づくり
②意思決定した内容が実現される体制づくり

4 内容（一部結果含む）

1) 地域状況の把握

- ① ケアマネジャーの情報収集に関する傾向（市内居宅介護支援事業所）
 ② 病院医療者の ACP に関する傾向（碧南市民病院・小林記念病院）

＊ケアマネジャーが本人・家族に「病状・治療の認識」「価値観」を直接確認し、支援をしていると言いきれない。
 ＊ケアマネと医療者が同じ方向で支援（連携）しているとは言いきれない。
 ＊共同意思決定支援（SDM）への理解は不十分。

2) 心肺停止・急激な病状悪化時の「意思決定支援・意思実現」の現状（資料1－4）

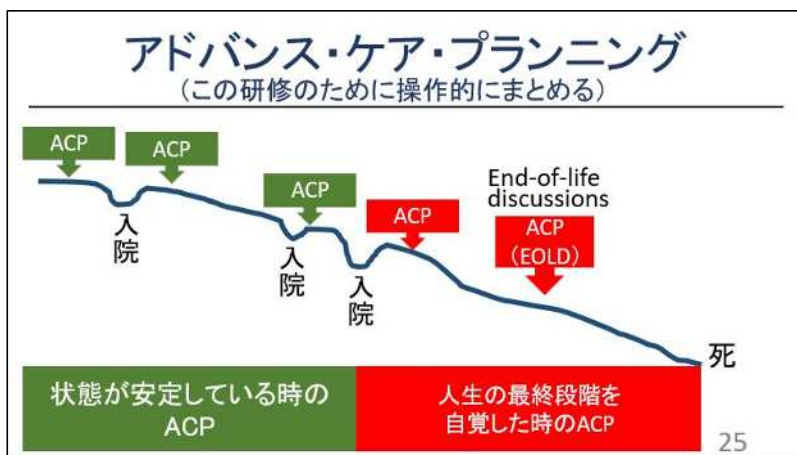
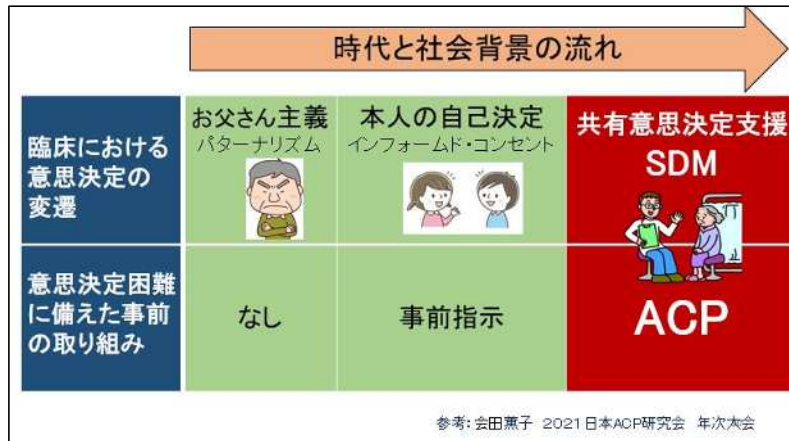
3) 心肺停止・急激な病状悪化時の「意思決定支援・意思実現」に必要な体制

心肺停止	
かかりつけ医	・「救急隊活動要領」を知る ・状態悪化の可能性のある方に対して、本人や家族等と事前に話し合い、希望する方に「心肺蘇生に関する医師の指示書」を発行する。 ・必要時、フローに沿った救急隊の確認に対応する。
救急隊	・対応時に、「心肺蘇生に関する医師の指示書」があるか確認する。 ・フローに沿った活動
病院スタッフ	・フローに沿った活動

急激な病状悪化	
ケアマネ 訪問看護 （ケアマネ不在時）	・本人や家族等と事前に話し合い、「私の4つの大切な覚え」の記入を支援する。 ・緊急時に持参できるように準備の支援をする。
救急隊	・対応時に「私の4つの大切な覚え」があるか確認する。
病院スタッフ	・受け入れ時に「私の4つの大切な覚え」があるか確認する。 ・治療方針を決定する場面で、医師や看護師が「私の4つの大切な覚え」を使い、話し合い時点の本人の意思決定内容を確認する。 ・本人の決定意思に沿った活動

4) 市内医療介護関係者に対する周知・実践の協力依頼

	周知	実践の協力依頼
かかりつけ医	救急隊活動要領 心肺蘇生に関する医師の指示書 私の4つの大切な覚え	心肺蘇生に関する医師の指示書 作成 救急隊活動への対応
ケアマネ 訪問看護	救急隊活動要領 心肺蘇生に関する医師の指示書 私の4つの大切な覚え	私の4つの大切な覚え 作成 緊急時に持参する準備
救急隊	私の4つの大切な覚え	心肺蘇生に関する医師の指示書 確認 私の4つの大切な覚え 確認
病院スタッフ 救急対応病院 （市内）	救急隊活動要領 心肺蘇生に関する医師の指示書 私の4つの大切な覚え	心肺蘇生に関する医師の指示書 確認 私の4つの大切な覚え 確認



臨床虚弱尺度 CLINICAL FRAILTY SCALE-JAPANESE

CLINICAL FRAILTY SCALE - JAPANESE								
臨床虚弱尺度								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
								
非常に健康である	健康	健康管理されている	ごく軽度の虚弱	軽度の虚弱	中等度の虚弱	重度の虚弱	非常に重度の虚弱	人生の最終段階
健康、活動的、精神的、意欲的な人々である。これらの人々は通常、定期的に運動を行っている。同年代の中では、最も健康である。	活動性の疾患の症状はないものの、カテゴリ1ほど健康ではない。季節等によっては運動をしたり非常に活発だったりする。	時に症状を訴えることがあっても、医学的な問題ではよく管理されている。日常生活での歩行以上の運動を普段は行わない。	自立からの移行の初期段階である。日常生活で介護は必要ないが、症状により活動性が制限される。よく「動作が鈍くなった」とか、日中から寝ていると訴える。	これらの人々は、動作が明らかに鈍くなり、高度なIADL(手段的日常生活活動)(金銭管理、交通機関の利用、重い家事)では介助が必要となる。軽度の虚弱のために、買い物や1人で外出すること、食事の準備、服薬管理が徐々に障害され、軽い家事もできなくなり始めるのが特徴である。	屋外でのすべての活動や家事では介助が必要である。屋内でも階段で問題が生じ、入浴では介助が必要である。着替えにもわずかな介助(声掛け、見守り)が必要となることがある。	どのような原因であれ(身体的あるいは知的な)、身の回りのケアについて完全に要介護状態である。そのような状態であっても、状態は安定しており(6カ月以内で)死亡するリスクは高くない。	完全に要介護状態であり、人生の最終段階が近づいている。典型的には、軽度な疾患からでさえ回復できない可能性がある。	死期が近づいている。高度の虚弱に見えなくても、余命が6カ月未満であればこのカテゴリに入る(人生の最終段階にあっても多くの人は死の間際まで運動ができる)。

認知症のある人々の虚弱のスコア化

虚弱の程度は、認知症の程度に対応する。 最近の出来事そのものは記憶しているが、出来事の詳細を忘れていたり、同じ質問、同じ話を繰り返すこと、社会から引きこもることが軽度の認知症の一般的な症状である。 中等度の認知症では、過去の生活上の出来事をよく記憶しているようにみえるにもかかわらず、短期記憶は非常に低下している。	従せば、自分のことはできる。 高度の認知症では、援助なしで自分のことができない。 非常に高度の認知症では、しばしば寝たきりとなる。多くがほとんど発語もなくなる。	Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (JA). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicine.ca Translated with permission to Japanese by the Japan Geriatrics Society, Tokyo, 2021.	Rockwood K. et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.	 DALHOUSIE UNIVERSITY
--	---	---	--	--

●心肺停止

	意思決定支援がされている 「心肺蘇生に関する医師の指示書」あり	意思決定支援がされていない
自宅	119 番通報→救急隊到着→心肺停止確認→ <u>心肺蘇生開始</u>  (家族) 混乱！どうしたらいいのかわからない！	
	フローどおり かかりつけ医に対応の確認	心肺蘇生の継続 救急搬送
病院		心肺蘇生

●急激な状態悪化

	意思決定支援がされている 「私の 4 つの大切な覚え」あり	意思決定支援がされていない
自宅	 (家族) 回復するなら、治して！ (延命治療は？) 連絡  (かかりつけ医) 病院で検査・治療してみないと 回復するかどうか判断できない	
	救急搬送	
病院	最低限の処置・検査  (病院医) 急性期治療を求めて病院に来たのだろう	
	<u>共有意思決定支援 (SDM)</u> ・どんな治療ができるか？ エビデンスに基づく説明 ・どこまで回復の可能性があるのか？ ・伸ばす時間や命が本人・家族にとって どんな意味があるのか？ → 決定内容の実施 (家族等) 本人の思うとおりに してあげたい 	<u>インフォームドコンセント (説明/同意)</u> ・どんな治療ができるか エビデンスに基づく説明 ・家族等の同意 → 治療 (延命治療を含む) (家族等) 回復してほしい！ 治してほしい！ 

在宅医療・救急医療連携チーム会議

1 経過

令和6年6月開催の在宅医療介護連携推進会議にて在宅医療・救急医療連携の検討について提案

(令和6年度厚生労働省委託事業「在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業」参加予定)

(1) 第1回在宅医療・救急医療連携にかかるセミナー

日時：令和6年11月5日 13時30分～15時30分

内容：政策動向の説明

「急変時における在宅医療の体制整備について」

厚生労働省医政局地域医療計画課

事例紹介

「在宅医療・救急医療連携 ACP 実践への課題」

臼杵市医師会立コスモス病院 院長 舩友一洋先生

事例紹介

「北海道北見市における在宅医療・救急医療ワーキングチーム会議への取り組み」

北見市医療・介護連携支援センター センター長

関健久先生

グループワーク

「在宅医療・救急医療連携における課題について」

参加者：31名

2 在宅医療・救急医療連携チーム会議

日時：令和7年2月17日 13時30分～15時30分

内容：会議開催の経緯等

在宅医療の現状

碧南市の救急搬送の現状

在宅医療・救急医療連携にかかるセミナーから

グループワークまとめ

受講者アンケートより

参加者：11名

会議のまとめ、今後の方向性

「ACPの推進（市民および関係者）」「（入院時退院時）の情報共有」を課題として整理

3 今後の方向性の提案

「在宅医療・救急医療連携チーム会議」と「医療介護連携推進委員会」の議題・検討内容と重なる。そのため、「医療介護連携推進委員会」の会議を2回から3回に変更する。2回目の「医療介護連携推進委員会」の議題を在宅医療・救急医療連携の議題とする

在宅医療・救急医療連携チーム会議

1 主旨

人生の最終段階にあり、心肺蘇生を望まない心肺停止傷病者への救急隊対応において苦慮する事案が起きている。

家族等が119番を要請し、救急隊が現場に駆け付けた際に家族から心肺蘇生（継続）を拒否、搬送を拒否される事例がある。

令和5年2月に西三河メディカルコントロール協議会で「人生の最終段階にあり心肺蘇生を望まない心肺停止傷病者への救急隊活動要領」を作成し運用を開始している。

そこで、碧南市での運用の現状と課題を把握し、在宅医療、救急医療をはじめとする地域包括ケア関係者の多職種で連携し、傷病者の“思い”を叶えるためのチーム会議を立ち上げる。

2 チームの活動目標

- ・高齢者が希望する医療を受けることができる
- ・高齢者が希望する最期の場所で過ごすことができる
- ・高齢者の家族が医療的対応に納得することができる
- ・救急隊、救急医療、在宅医療、訪問看護、高齢者施設、ケアマネジャー等関係者が疲弊しない持続可能な仕組みづくりができる

3 チーム会議メンバー

- (1) 碧南市医師会
- (2) 救急傷病者を受け入れる病院
碧南市民病院、小林記念病院
- (3) 訪問看護事業所
碧南市介護サービス機関連絡協議会より
- (4) 高齢者施設
碧南市介護サービス機関連絡協議会より
- (5) 介護支援専門員
碧南市介護サービス機関連絡協議会より
- (6) 地域包括支援センター
- (7) 行政関係
衣浦東部広域連合、在宅医療サポートセンター
高齢介護課

4 会議内容

現状把握と課題抽出
対応策の検討

5 会議開催回数

年間回数 1～2回程度

6 その他

令和6年度厚生労働省委託事業「在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業」でセミナーを開催して課題等を共有する。

令和 7 年度 碧南市 在宅医療・介護連携推進事業
主催：碧南市高齢介護課地域支援係 碧南市在宅医療サポートセンター

多職種合同研修

「身寄りがない」または「身寄りがあっても疎遠」な1人暮らしの高齢者が、少しでも人生の最終段階を安心して暮らせるためには、どんな状況整理をしたらよいのか？
地域のみんなと一緒に考えましょう！

テーマ：1人暮らしの認知症高齢者がすべき安心の備え

日 時：令和7年12月19日(金)13:00～16:00

会 場：碧南市民病院 講義室(2 階)



内 容：講義・事例検討

講義	意思決定能力のこと(20 分)	在宅医療サポートセンター	中西知加子
	倫理のきほん(20 分)	碧南市民病院	松本はつみ氏
	権利擁護のポイント(20 分)	碧南市会福祉協議会	花井嘉光氏
	認知症の意思決定支援(30 分)	碧南市民病院	川上都氏
事例 検討	グループワーク(60 分) テーマ：1 人暮らしの認知症高齢者がすべき安心の備え		

申込み： 下にご記入いただき、**FAX46-8055** (在宅医療サポートセンター)
〆切 令和 7 年 11 月 28 日(金)

事業所名

名前	職種	修了証が必要な方は○

本研修は、主任介護支援専門員 更新研修受講要件
個別要件②に該当する研修です。
「修了証」が必要な方は、表の右枠に○をつけてください。

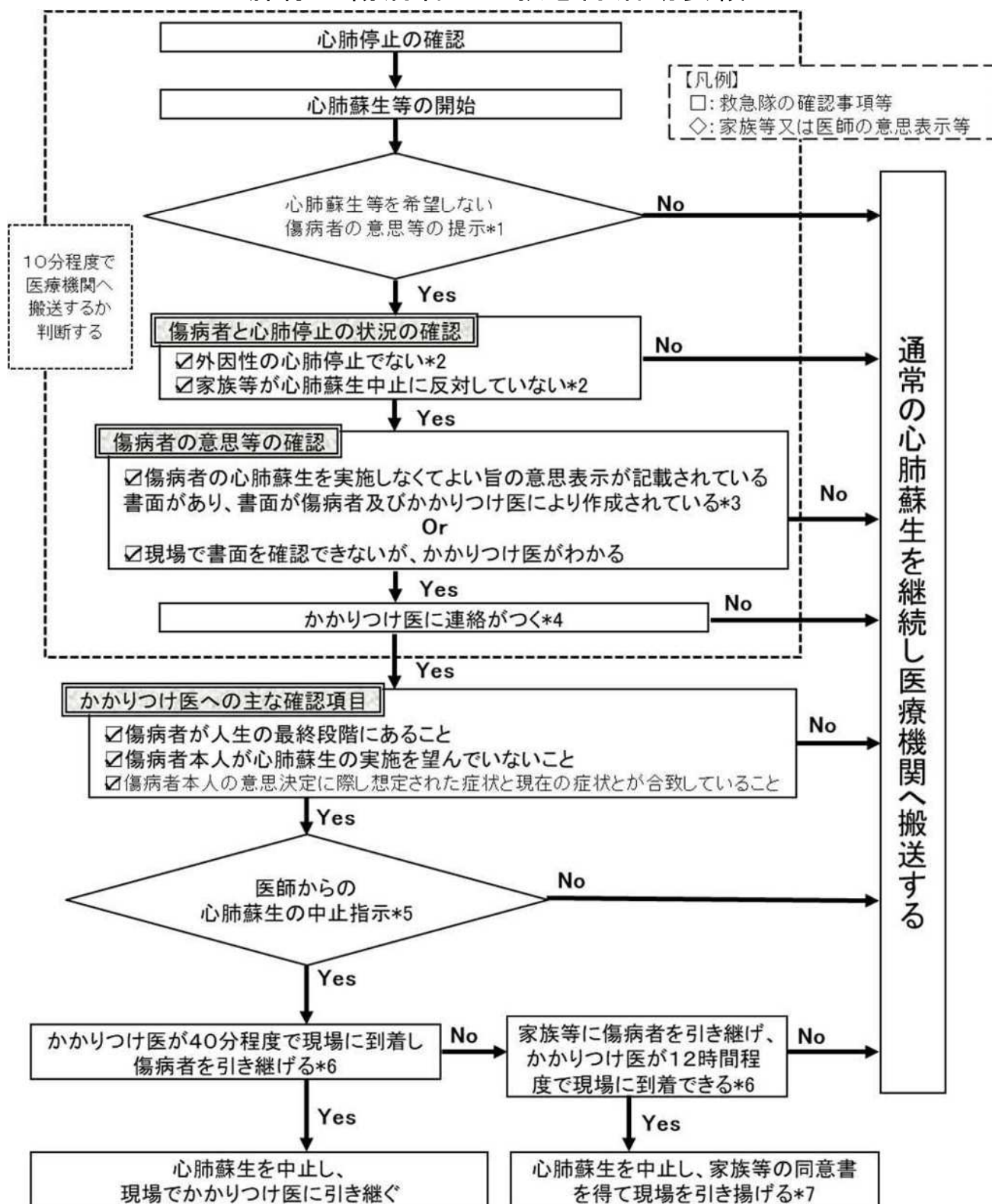


<お問合せ> 碧南市在宅医療サポートセンター TEL (0566)46-8055

人生の最終段階にあり
心肺蘇生を望まない心肺停止傷病者への
救急隊活動要領

西三河地区メディカルコントロール協議会

人生の最終段階にあり心肺蘇生を望まない 心肺停止傷病者への救急隊活動要領



基本的な事項

- 1) 傷病者が明らかに死亡している場合は、本要領の対象外とする。
- 2) 人生の最終段階とは、回復不可能な疾病の末期等にあることを指す。
- 3) 心肺停止を確認したら、心肺蘇生等を希望しない旨の提示の有無に関わらず、心肺蘇生等を開始する。
- 4) 判断に迷うことがあれば心肺蘇生等の継続を優先し医療機関へ搬送する。

*1:(心肺蘇生を望まない傷病者の意思等の提示)

- 1) 救急隊側から積極的に傷病者の意思等を確認する必要はない。
- 2) 書面の提示をもって傷病者の意思の提示とし、口頭で伝えられた場合は書面の有無を尋ねる。
- 3) 直ちに書面の提示がない場合は、次のステップへ進む。

*2:(傷病者と心肺停止の状況の確認)

- 1) 外因性の心肺停止とは、交通事故、自傷、他害等を起因とした心肺停止を指す。
- 2) 心肺蘇生等の継続を求める家族等がいる場合は、心肺蘇生を望まない傷病者の意思表示が書面により提示されている場合であっても、通常的心肺蘇生を継続し医療機関へ搬送する。

*3:(傷病者の意思等の確認)

- 1) 書面現物を現場で確認できない場合であっても、書面(カルテを含む。)の存在をかかりつけ医に確認できればよい。
- 2) 書面が家族のみで作成されている等かかりつけ医の署名がない場合は、傷病者の意思等を確認できる書面としない。
- 3) 協議会が定める様式(別記様式1)を基本とするが、その他の様式の場合であっても、かかりつけ医の署名があれば有効な書面とみなす。

*4:(かかりつけ医への連絡)

- 1) かかりつけ医に連絡がつかない場合、活動開始から10分程度を目途に医療機関への搬送か継続して連絡をとるか判断する。
- 2) オンライン MC 医は、かかりつけ医に比べ傷病者の心肺停止前の状況を十分には把握していないため、傷病者の意思の確認や心肺蘇生の中止の是非については判断を求めない。ただし、院内等で十分に情報共有がされ、他の医師が真のかかりつけ医と同様の判断ができる体制が整備されている場合にあってはこの限りではない。
- 3) 連絡を受けたかかりつけ医は、心肺蘇生の中止の是非を判断し、救急隊に指示する。

*5:(かかりつけ医からの心肺蘇生の中止指示)

- 1) 心肺蘇生等の中止は「処置の中止」であり、「死亡診断」を意味するものではない。
- 2) 書面現物を現場で確認できない場合、書面(カルテを含む。)の存在をかかりつけ医に確認する。
- 3) かかりつけ医(*4 2)記載の他の医師を含む。)以外の医療従事者からの指示や、伝聞による指示はかかりつけ医からの中止指示があったとみなさない。

*6:(かかりつけ医又は家族等への引き継ぎ)

- 1) 40分程度という時間は、在宅医の往診料が保険診療として認められる距離から算定。
- 2) 12時間という時間は、厚生労働省の死亡診断書記入マニュアルに記載されている事例から算定。

*7:(家族等の同意書)

- 1) 協議会が定める不搬送等同意書(別記様式2)を使用する。

心肺蘇生に関する医師の指示書

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「心肺蘇生等を受けない」決定を尊重し、心肺蘇生等を実施しないでください。¹ 指示にあたっては標準的な医療水準等を考慮し、患者（代諾者）と多専門職の医療従事者間において十分な話し合いを行ったうえで、意思決定についての合意が形成されています。

患者氏名：	生年月日：	年	月	日
連絡先電話番号：	—	—		
住所：	市・郡	町		
病状の概要：（終末期の状況など）				

医師署名欄：	年	月	日
医療機関の名称：			
所在地：	市・郡	町	
連絡先電話番号	—	—	
もしくは	—	—	（時間外）

<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「心肺蘇生等を受けない」決定をしました。心肺蘇生等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等と十分に話し合い、ここに同意いたします。^{2,3}

患者署名欄 ⁴ ：	年	月	日
（代筆した場合、代筆者の氏名：	患者との関係：		
代諾者署名欄 ⁵ ：	患者との関係：		

¹ かかりつけ医等の心肺蘇生等の非実施の指示

² 心肺蘇生等を希望しない旨について、かかりつけ医等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、かかりつけ医等は、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する。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する。かかりつけ医等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する。

³ かかりつけ医等は患者若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する。

⁴ 手が不自由など、患者が自分で署名することができない場合は代筆可。その場合はカッコ内に代筆者の氏名、患者との関係を記載する。

⁵ 患者が自分で判断できない場合は、代諾者（家族等）が署名する。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・承諾することを指す。

医療機関への不搬送等同意書

<救急隊から関係者様へのお願い>

- 下記傷病者様のかかりつけ医から心肺蘇生を中止する指示を受けました。
 ○当該かかりつけ医が現場にて関係者様から引き継ぐとの指示がありました。
 ○下記関係者様御記入欄に御記入いただきますようお願いいたします。

【関係者様御記入欄】

わたくしは、次の内容を確認しました。

- ☐ 下記傷病者に対する心肺蘇生を中止することに同意します。
☐ 救急隊が引き揚げることに同意します。
☐ かかりつけ医が現場に来て診断を終えるまで傷病者本人の現状を維持します。

署 名：

傷病者氏名：

傷病者との関係： (例：夫、妻、子等)

連絡先電話番号：

以上の記入日時： 年 月 日 時 分

【救急隊記入欄】

救急隊名	消防本部（局）	救急隊
記入日	年 月 日（ ）	
出動場所		
救急隊長	氏名：	
備 考		

※原本は消防本部（局）が保管し、必要に応じて関係者へ写しを交付する。



「人生の最終段階における医療」をイメージすることができますか？

気管挿管^{きかんそうかん}・人工呼吸器

自分の呼吸が弱く、しっかりと酸素が取り込めない時、口や鼻から気管に管を入れ、機械で肺に酸素を送り込みます。その後回復しない場合には、のどに穴を開けて管をさし、機械をつなぐこともあります。

気管挿管



経管栄養（経鼻胃管・胃ろう）

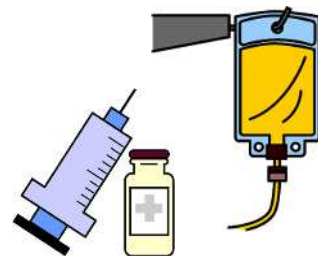
経鼻胃管は、自分で飲み込む力が衰えた時、鼻から胃（または腸）まで長い管を入れて栄養剤や水分を入れます。
胃ろうは、おなかに穴を開けて、胃まで管を通し、栄養剤や水分を入れます。

経鼻栄養



中心静脈栄養

点滴が長い間必要な時、心臓近くの太い血管まで点滴の管を植え込み、点滴で栄養や水分を入れます。



心肺蘇生^{しんぱいそせい}

心臓や呼吸が止まった時、一時的に心臓や呼吸の動きを再開させるために行います。
胸を強く押して心臓を圧迫したり、マスク等を使って肺に空気を送り込んだりします。



心臓マッサージ



人工呼吸

最期まで「どう生きるか？」の話し合い

人生会議

ACP エーシーピー

誰にでも、命に関わるような大きな病気やケガの可能性があります。そんな状態になると、約7割の人は医療やケアについて、自分で決めたり伝えたりができなくなると言われています。あなたはそんな時、どんな生き方を望みますか？



そして実際には、医療・ケアの担当者を含むまわりの人が、本人の代わりに本人の思いを推しはかりながら、医療やケアを決めていくことになります。

事前に自分で考え伝えることが、望みの実現につながります。



私の4つの大切な覚え

人生の長い流れの中には、病気などで自分自身のことを自分で決めることができないようなことが必ず起こります。そのために、大切なことを紙に記しておきましょう。

名前	様	電話	—
生年月日	大正 昭和 平成 令和	住所	碧南市 市
緊急連絡先 名前	様	続柄 ()	
電話 ()	—		

1. あなたの気持ちの代弁者
あなたの代わりにあなたの気持ちを伝えて欲しいのは誰ですか？

名前（続柄）	住所	電話
() 様	県 市 ()	—

2. かかりつけ医療機関など
ご自分で書かれるか、かかりつけの方に書いてもらいましょう。

病院 診療所	歯科医院
薬局	訪問看護
ケアマネ	その他

話し合いには、私の4つの大切な覚えをぜひご利用ください。

<設置場所>

碧南市役所高齢介護課 地域支援係
碧南市内 3ヶ所の地域包括支援センター
※碧南市・碧南市民病院のホームページから
ダウンロードいただけます。

<問合せ>

碧南市在宅医療サポートセンター(0566)46-8055
碧南市高齢介護課 地域支援係 (0566)95-9890



私の4つの大切な覚え ver.3 EOL編

No. 実施：令和 年 月 日
(初回：令和 年 月 日)

名前	様	電話	—
生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	住所	碧南市 町

<■メッセージに沿って進めて下さい>

初めに一言伝えて下さい。

「自分にとっての最善」を叶えるためには、あなたが自分自身について考えて、それをまわりの人に伝えることが大切です。私たち医療介護チームはあなたの「思い」を実現するため、「思い」を共有してお手伝いします。あなたの「思い」をおきかせ下さい。そして、「思い」が変わったら、何度でもおきかせ下さい。

ききとりを始めて下さい。

問1. かかりつけ医療機関など

あなたのかかりつけを教えてください。

病院 診療所	歯科医院
薬局	訪問看護
ケアマネ	その他

問2. あなたの気持ちの代弁者

①身近な方の中で、あなたのことを理解し、あなたの代わりになって気持ちを伝えることができる方、伝えて欲しいと思う方はみえますか？

名前(続柄)	住所	電話
様	県 市	()
()		—

☐ あてはまる人がいない

②それをその方に伝えていますか？ はい いいえ

「いいえ(伝えていない)」場合、医療介護担当者で今後の対応を相談してください。

問3. 病気・治療など

- ①治療中の**病気とその見通し**について、医師よりどのようにきいていますか。
気がかりや疑問はありますか？

実施日 年月日	内容	実施者所属

- ②今の**治療とその見通し**について、医師よりどのようにきいていますか。
気がかりや疑問はありますか？

実施日 年月日	内容	実施者所属

■認識の確認

問 3-①②で「医療者の説明と本人・家族の認識にズレがある場合」もしくは
「本人・家族の受け入れができていない」と判断した場合はここで中止して下さい。
医療者または在宅医療サポートセンターに今後の対応を相談して下さい。

■心の準備のアセスメント

「認識にズレがない」「病気の受け入れができていない」と判断した場合は、次の問へ
進んで下さい。

- ③この先病状が悪化した場合、予想される経過や余命について知りたい
と思いますか？

はい

いいえ

「はい（話がしたい）」 →問 4 へ

「いいえ（話したくない）」 →中止

医療介護担当者で今後の対応を相談して下さい。

問 4. あなたの思い

① 万が一、病気の悪化などで自分の思いを伝えられなくなった時のことを
おききしてもよろしいですか？ はい いいえ

「はい(きいてよい)」 →次へ

「いいえ(考えたくない)」 → 中止

医療介護担当者で今後の対応を相談して下さい。

②望むくらし方

もしもあなたが、病状の悪化などで「生き続けることがたいへんかもしれない」と感じる状態になったとしたら、どのようにしたいと思いますか？

- ☐ 必要な治療を受けてできるだけ長く生きたい
- ☐ 命が短くなる可能性はあるが、心や体につらさを伴う治療はせず、
快適さを重視してほしい
- ☐ わからない
- ☐ その他()

③ 過ぎす場所

「望むくらし方」の実現のために、どこで治療やケアを受けたいと思いますか？
 病院 自宅 それ以外（ ）

④ 大切なこと

ア.病状の悪化などで自分の思いを伝えられなくなった時、治療やケアについて「してほしいこと」「してほしくないこと」はありますか？

してほしいこと

実施日 年月日	内容	実施者所属

してほしいこと

実施日 年月日	内容	実施者所属

イ. 病状の悪化などで自分の思いを伝えられなくなった時、あなたの思いとあなたの大切な人（代弁者）の思いが違う場合はどうしてほしいですか？

☐ 私の望むとおりにしてほしい

☐ 私の望みをもとに医師と代弁者で相談して決めてほしい

☐ 私の望みと違っても医師と代弁者で相談して決めてほしい

☐ わからない

☐ その他（ ）

私の4つの大切な覚え (ver.1 元気編)



人生の長い流れの中には、病気などで自分自身のことを自分で決めることができないようなことが必ず起こります。そのような時、あなたの心の声を伝えるために、紙に記しておきましょう。

名前	様	電話	—
生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	住所	碧南市 町
緊急連絡先 名前	様 続柄 ()	電話 ()	—

1. あなたの気持ちの代弁者

①あなたの代わりに気持ちを伝えて欲しいと思うのは誰ですか？

※あてはまる人がいない場合は「なし」とご記入ください。

名前(続柄)	住所	電話
様 ()	県 市	() —

②そのことをその方に伝えていますか？ はい いいえ

2. かかりつけ医療機関など

ご自分で書かれるか、かかりつけの方に書いてもらいましょう。

病院 診療所	歯科医院
薬局	訪問看護
ケアマネ	その他

3. 今までかかった病気

あなたが今までにかかった病気を書いておきましょう。

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脳卒中 ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 肺炎 ☐ その他

記入日 年 月 日

4. あなたの思い

① 望む暮らし方

治る見込みがないような病気になった時、あなたはどんな暮らし方をしたいと思いますか？（希望するもの全てに✓をつけて下さい）

（場所）☐ できるだけ家ですごしたい ☐ 病院や施設ですごしたい
（治療）☐ 最期までできる限りの治療を受けたい ☐ 自然に死を迎えたい
（介護）☐ 介護は家族に受けたい ☐ 介護は業者に受けたい

② 大切なこと

あなたが大切にしたいと思うことは、どのようなことですか？

（生きがい 自分の役割 好きなこと 気がかりなこと してほしくないこと）

記入日 年 月 日

この4つの覚えは、入院や介護のサービスが必要になった時に、とても大切なものになります。保険証と一緒に大切に保管し、医療や介護の担当者へお見せください。

碧南市 令和3年3月作成



私の4つの大切な覚え ver.2 治療編

No. 実施：令和 年 月 日
(初回：令和 年 月 日)

名前	様	電話	—
生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	住所	碧南市 町

<■メッセージに沿って進めて下さい>

初めに一言伝えて下さい。

「自分にとっての最善」を叶えるためには、あなたが自分自身について考えて、それをまわりの人に伝えることが大切です。私たち医療介護チームはあなたの「思い」を実現するため、「思い」を共有してお手伝いします。あなたの「思い」をおきかせ下さい。そして、「思い」が変わったら、何度でもおきかせ下さい。

ききとりを始めて下さい。

問1. かかりつけ医療機関など

あなたのかかりつけを教えてください。

病院 診療所	歯科医院
薬局	訪問看護
ケアマネ	その他

問2. あなたの気持ちの代弁者

①身近な方の中で、あなたのことを理解し、あなたの代わりになって気持ちを伝えることができる方、伝えて欲しいと思う方はみえますか？

名前(続柄)	住所	電話
様 ()	県 市	() —

☐ あてはまる人がいない

②それをその方に伝えてありますか？ はい いいえ

「いいえ(伝えていない)」場合、医療介護担当者で今後の対応を相談してください。

問3. 病気・治療など

- ①治療中の**病気とその見通し**について、医師よりどのようにきいていますか。
気がかりや疑問はありますか？

実施日 年月日	内容	実施者所属

- ②今の**治療とその見通し**について、医師よりどのようにきいていますか。
気がかりや疑問はありますか？

実施日 年月日	内容	実施者所属

■認識の確認

問3-①②で「医療者の説明と本人・家族の認識にズレがある場合」もしくは
「本人・家族の受け入れができていない」と判断した場合はここで中止して下さい。
医療者または在宅医療サポートセンターに今後の対応を相談して下さい。

■心の準備のアセスメント

「認識にズレがない」「病気の受け入れができていない」と判断した場合は、次の問へ
進んで下さい。

- ③この先病状が悪化した場合、予想される経過や余命について知りたい
と思いますか？

はい

いいえ

「はい（話がしたい）」 → 問4へ

「いいえ（話したくない）」 → 中止

医療介護担当者で今後の対応を相談して下さい。

問 4. あなたの思い

① 万が一、病気の悪化などで自分の思いを伝えられなくなった時のことを
おききしてもよろしいですか？ はい いいえ

「はい(きいてよい)」 →次へ

「いいえ(考えたくない)」 → 中止

医療介護担当者で今後の対応を相談して下さい。

②望むくらし方

もしもあなたが、病状の悪化などで「生き続けることがたいへんかもしれない」と感じる状態になったとしたら、どのようにしたいと思いますか？

- ☐ 必要な治療を受けてできるだけ長く生きたい
- ☐ 命が短くなる可能性はあるが、心や体につらさを伴う治療はせず、
快適さを重視してほしい
- ☐ わからない
- ☐ その他()

③ 過ぎす場所

「望む暮らし方」の実現のために、どこで治療やケアを受けたいと思いますか？
 病院 自宅 それ以外（ ）

④ 大切なこと

ア. 病状の悪化などで自分の思いを伝えられなくなった時、治療やケアについて「してほしいこと」「してほしくないこと」はありますか？

してほしいこと

実施日 年月日	内容	実施者所属

してほしくないこと

実施日 年月日	内容	実施者所属