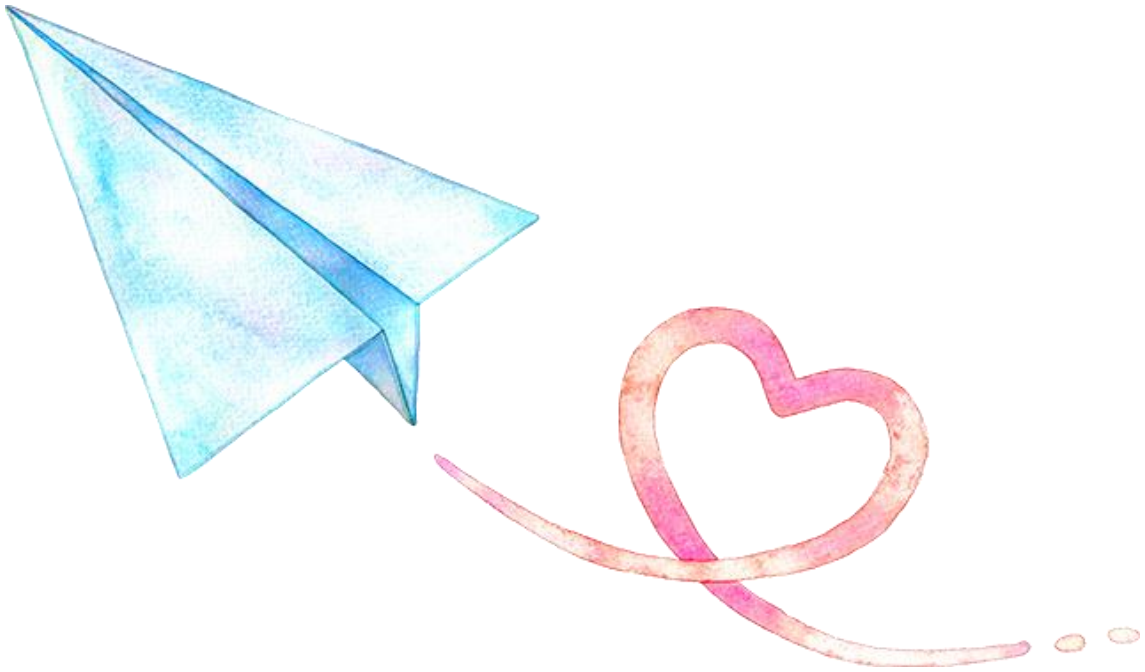
「人生会議ノート」

伝えておきたい、大切なこと

～いずれ迎えるときのために～



自分が望む人生を自分らしく生きるために、元気なうちから

一つひとつ自分の思いを身近な人と話し合っておきましょう。

はじめに

人生 100 年時代と言われる現代ですが、残念ながら、やがていつかは人生の終末は訪れます。そして何時「もしも」の時が訪れるか誰にも分かりません。命の危機が迫った状態になると約 70%の方が、医療やケアなどを自分で決めたり望みを人に伝えることができなくなると言われています。

あなたは、人生の最期をどう生きたいと考えますか？また、その内容をご家族や大切な方、自身の生活を支援してくれている医療・介護・福祉関係者の方と話をしたことはありますか？

これをきっかけに、自分がこれからどのような人生を歩んで生きたいか、自分らしい生き方がどのようなものなのかを考え、自分の価値観やどのように最期まで生きたいかを家族や大切な方、医療・介護・福祉関係者の方達と話し合ってみましょう。

もくじ

●ACP とは？　いつから始めればいいの？

●ACP の進め方

●わたしのプロフィール

●ステップ 1　大切なことを考えてみる

●ステップ 2　誰に話したいか考えてみる

●ステップ 3　信頼できる人に話をする

●ステップ 4　共有して書き残す

●相談窓口一覧

「人生会議」とは？

「人生会議」とは、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の略称です。

ACP とは、「あなたの大切にしていること」や「どう生きたいか」など、あなた自身の価値観や生き方など、どのような医療やケアを望んでいるかについて自ら考え、家族や大切な人、信頼する人達と繰り返し話し合うプロセスのことをいいます。

もしも、ご自身が自分で意思決定することが困難になった時に、これまであなた自身が表明してきた内容（価値観や人生観）にもとづいて、家族や大切な人と医療・ケアチーム等が話し合いを行い、あなたの価値観を尊重し、あなたの意思を反映させた医療やケアを実現することを目的としています。

いつから始めればいいの？

人生会議はいつからはじめなければならないという決まりはありません。しかし、いざと言うときに話し合おうとしても、限られた時間の中では難しいですよね。誰でも年齢とともに少しずつ心身の衰えが進んでいきます。ですので、**できるだけあなた自身やご家族、大切な方が元気なうちに、**少しずつ考え、話し合っておくことが大切です。

ACP はどうやって進めるの？

ACP は下記の図のように４つのステップを行います。
この４つのステップを何度も繰り返し行い、あなたの思いを家族や大切な人、医師やケアマネジャーなど在宅生活を支えるケアチームにしっかりと伝えていきましょう。

ステップ１　考えてみる①

あなたがどんなことを大切にしているか、どんな医療や介護を受けたいか、など考えてみましょう。

ステップ２　考えてみる②

もしもの時に、あなたの思いを伝えてくれる「信頼できる人」は誰か、考えてみましょう。

健康状態や環境などで考えは変わります。

何度でも繰り返し考え、話し合いましょう。

ステップ３　信頼できる人に話をする

ステップ２で考えた「信頼できる人」と希望する生活について話し合いましょう。

ステップ４　共有して書き残す

考えたことや話し合ったことを書き残して、信頼できる人たちと共有しておきましょう。

人生会議は、人生の最期のときを決める会議ではありません。何を大切にして生きているか、これからの生き方を考える会議です。
自身の大切なことや価値観を明確にしておくことは、いざという時に大切な人や家族が辛い判断をしなくて済むなど、「こころの負担の軽減」に繋がります。

わたしのプロフィール　　記入日　　年　　月　　日

【名　　前】

【住　　所】

【生年月日】

【電話番号】

【緊急連絡先】

① 続柄 TEL

② 続柄 TEL

③ 続柄 TEL

かかりつけ医（主治医）	医療機関名	医師名	連絡先
ケアマネジャー	事業所名	氏名	連絡先

●あなたの歩み

今一度自分自身に向き合う時間を持ちましょう。これまでの人生を思い出しながらあなたの一度きりの人生を振り返ることで、これからの過ごし方の参考になります。

・子供の頃、青年期のエピソード

・今までに思い出に残る出来事

●あなたの大切にしていること

好きな事や好み、心地よいと感じる事は「自分らしさ」につながります。改めて自分の好きな事や物について考え、周囲の方にも知ってもらいましょう。

・趣味・特技：

・好きな食べ物：

・好きな場所：

・好きな音楽・歌：

・好きな季節：

・好きな言葉：

ステップ１　大切なことを考えてみる

自分の価値観を整理してみましょう！

あなた自身の最期のときが近いと知った時、
あなたが大切にしたいと思うことは何ですか。(複数回答可)

☐ 家族や友人、パートナーなどの大切な人との繋がり
☐ 一人で穏やかに過ごす時間
☐ 趣味や仕事などで社会との関わりを持ち続けること
☐ 自分や家族、パートナーが経済的に困らないこと
☐ 可能な限り長く生きること
☐ 生き方や信念
☐ その他（　　）

【記載・変更した日付】
① 年　月　日
② 年　月　日
③ 年　月　日

・なぜそう考えたか、理由を書きましょう

もしもに備えて、最期まで自分らしい人生を生きるために今のあなたの希望を考えてみましょう。

あなた自身の最期のときを迎える時や、もしも生活の手助け（介護）が必要になった時、どこで生活したいですか？　(複数回答可)

☐ 自宅
☐ 病院（怪我や病気によって最期のときが近い時）
☐ 下記のような状態になったら介護施設に入居して最期を過ごしたい
　☐ 一人暮らしに不安を感じたとき
　☐ 食事を作ることが困難になったとき
　☐ 歩くことが困難になったとき
　☐ 日常生活の中で排泄などが一人で行えなくなったとき
　☐ 認知症の症状が出てきて、一人での生活が難しくなったとき
　☐ 介護してくれる人が、介護が困難な状態になったとき
　☐ 老後の備えとして・・・（　　歳頃から）
　☐ その他（　　）

・なぜそう考えたか、理由を書きましょう

【記載・変更した日付】
① 年　月　日　② 年　月　日　③ 年　月　日

あなたの体の状態（病気など）により、あなたが自分の考えや気持ちを伝えられなくなった時、「どこで、どのような治療やケアを受けたいか・受けたくないか」について考えてみましょう。

☐ できる限り長く生きたい
　➡心身に大きな負担を伴う処置を受けても延命を重視した治療を受けたい
☐ 無理のない範囲で延命したい
　➡心身に大きな負担を伴わない範囲で、少しでも自然な形で生きるための治療を受けたい
☐ 苦痛を取り除いてほしい
　➡延命よりもできる限り苦痛を取り除くための治療を受けたい
☐ 家族やパートナーなど大切な人の希望を優先してほしい
　➡自分の想いよりも家族やパートナー、大切な人の気持ちを優先して治療方針を決めてほしい
☐ その他（　　）

・なぜそう考えたか、理由を書きましょう

【記載・変更した日付】
① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日

あなたが医療・介護ケアを受ける時、「こんなケアは受けたくない」「こんな最期はイヤ」と思うことは何ですか？（複数回答可）

☐ 食事や排せつなど、身の回りのことが自分でできない
☐ 好きなものを食べたり飲んだりすることができない
☐ 自宅や自分の希望する場所で過ごすことができない
☐ 一人にして欲しくない
☐ 延命措置のための機械の助けがないと生きられない
☐ 病気または治療による痛みや苦しみがある
☐ 家族や大切な人が望まない治療を続ける
☐ その他（　　）

【記載・変更した日付】
① 年 月 日
② 年 月 日
③ 年 月 日

・なぜそう考えたか、理由を書きましょう

【延命治療（救命治療）とは】
一般的には何らかの治療行為を行わなければ生命の維持が難しい方に対して、回復ではなく生きながらえさせることを目的として治療することです。呼吸のサポートや栄養や薬などを使い、生命を延長させます。
※救命のために行う処置は、状態が回復すれば止められますが、状態が回復しなければ**延命処置**となります。

今後あなたの体調や病状の変化、思わぬ事故等で回復が難しい状況となり、自分の考えや想いを伝えられなくなった時、どのような医療や治療を希望しますか？

※ACP に関する基礎知識参照

延命治療（救命処置）を

☐ 希望する　☐ 希望しない（以下①～⑦のどれも希望しない）
☐ 分からない

食べられなくなった時の希望

①経管栄養			
・経鼻胃管	☐ 希望する	☐ 希望しない	☐ 分からない
・胃ろう	☐ 希望する	☐ 希望しない	☐ 分からない
②中心静脈栄養	☐ 希望する	☐ 希望しない	☐ 分からない
③経口摂取の継続を	☐ 希望する	☐ 希望しない	☐ 分からない

心臓、肺、腎臓の機能が低下した時の希望

④昇圧剤や強心剤	☐ 希望する	☐ 希望しない	☐ 分からない
⑤人工呼吸器	☐ 希望する	☐ 希望しない	☐ 分からない
⑥人工透析	☐ 希望する	☐ 希望しない	☐ 分からない
⑦心臓マッサージ	☐ 希望する	☐ 希望しない	☐ 分からない

【記載･変更した日付】
① 年 月 日　② 年 月 日　③ 年 月 日

延命治療の判断が必要な時には、ご自身で判断できないことが大半です。事前に家族に伝えておくことで、いざという時に家族がつらい判断をしなくて済むように、事前に自身の思いを伝えておきましょう。

ACP に関する基礎知識

食べられなくなった時

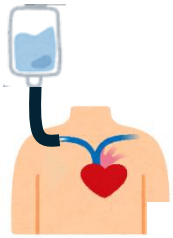
●経鼻胃管 による栄養

鼻から胃までカテーテル（チューブ）を入れ、そこから栄養を摂る方法。

●胃ろう による栄養

お腹に小さな穴を開け、外から胃までカテーテル（チューブ）を通し、
そこから栄養を摂る方法。

●中心静脈カテーテル による栄養



心臓に近い太い静脈に挿入したカテーテル（管）から、高カロリー輸液を
点滴する方法。

●経口摂取を続ける（自然に任せる）

自然に任せて可能な範囲で経口摂取を続ける方法。
摂取できなければ生命は維持できなくなる（看取る）。

心臓、肺、腎臓の機能が低下した時

●昇圧剤や強心剤

血圧をあげるために使用する薬です。血圧を上げて脳や心臓など重要な臓器に血液
を送り、機能を保ちます。

●人工呼吸器

自力で呼吸ができない方に対して行われる処置で、管を口から気管に挿入し、
人工呼吸器によって酸素を肺に送り呼吸をサポートします。
人工呼吸器をつないでいる間は生命を維持できますが、一度外すと
生命を維持できなくなります。

●人工透析

腎臓の機能が弱くなった場合に、人工腎臓によって
血液中の老廃物や不要な水分を除去します。

●心臓マッサージ

心臓と呼吸が止まってしまった（心停止）際に
胸部を圧迫して血液を心臓から押し出す処置のことを
いいます。また、除細動を行うこともあります。

ステップ２　誰に話したいか考えてみる

あなたの体の状態（病気など）で、あなたが自分の気持ちや考えを伝えられなくなった時に「あなたならこう考え判断するだろう」と想像できる人を作ることは重要なことです。
今のあなたの気持ちを相談したい人は誰でしょうか？
一人でなくても構いません。その人にあなたの気持ちを伝えましょう。

あなたが受ける治療や介護に関する話し合いに参加してほしい人（配偶者やパートナー、子ども、友人、介護者、医療従事者など）の具体的な名前と間柄を記入してみましょう。

氏名　　（続柄）　　連絡先

・理由を記入しましょう

氏名　　（続柄）　　連絡先

・理由を記入しましょう

氏名　　（続柄）　　連絡先

・理由を記入しましょう

【記載・変更した日付】

①　　年　　月　　日　②　　年　　月　　日　③　　年　　月　　日

ステップ３　信頼できる人に話をする

ステップ２で考えた「信頼できる人」と希望する生活について、これまで記載した内容をもとに話し合いましょう。

ステップ４　共有して書き残す

ステップ １～3 で考えたことや、話し合った結果を書き残し、信頼できる人達と共有しておきましょう。

あなたやあなたの大切な人の希望と、医療等の専門職が考えるケアは、必ずしも一致するとは限りません。病状などにより、あなたの考えや気持ちを伝えられなくなった時、あなたの希望と周りの考えが異なる場合、どうして欲しいですか？

☐ 自分の希望通りにしてほしい
☐ 自分の希望を基本として、医療等の専門職と家族や大切な人で相談して決めて欲しい
☐ 自分の希望通りでなくても、医療等の専門職と家族や大切な人で相談して決めて良い
☐ その他（　　）

・なぜそう考えたか、理由を書きましょう

【記載・変更した日付】

①　　年　　月　　日　②　　年　　月　　日　③　　年　　月　　日

在宅医療や介護等の生活を支えるメンバー紹介

在宅生活に不安があったり困難な場合は、様々な職種が連携して、あなたの在宅生活を支えるメンバーを紹介します。

■医師

在宅医療には、２種類の方法があります。一つは、ご自宅または介護施設で生活して医療機関に通院する方法です。もう一つは、通院が困難な場合に医療者がご自宅または介護施設に訪問する方法です。訪問する方法にはさらに２つの方法があります。往診と訪問診療です。往診は、急な診療の依頼に対して、その都度訪問して診療します。一方、訪問診療は、定期的な外来通院の代わりに、定期的に、計画的に訪問して診療します。もし、病気や加齢などによって通院が困難になった場合、できるだけ長く住み慣れた場所で生活したいとご希望されるなら、まず、かかりつけ医にご相談ください。あなたの健康状態やライフスタイル、ご家庭のことなどを考慮して、自ら訪問診療を行うか、あるいは、適切な訪問診療医へ紹介してくれるはずです。訪問診療医は、あなたやご家族のご希望を伺い、他の医療・介護従事者と連携して、あなたの思い描いた在宅生活が送れるよう在宅療養を支援します。人生のゴールにたどり着くまでにいろいろなことが起こり得ます。もしわからない場合や、判断に悩む場合は遠慮なくかかりつけ医や訪問診療医にご相談ください。一緒に考えてアドバイスさせていただきます。かかりつけ医、訪問診療医はあなたのそばに寄り添って在宅療養を支え、一緒にゴールまで歩むパートナーです。

■歯科医師

最後までおいしくご飯を食べたいものです。そのための準備は早いに越したことはありません。しっかり話して、歌って、笑って生き生きと過ごせるお手伝いをさせていただきます。
でも、もしそんな過ごし方が難しくなったら？
そのときどうするかも考えて、あなたらしく家族に伝えておきましょう。定期的に歯科受診して、ご自身のお口の状態を把握しているなじみの先生がいることが最高の準備かもしれません。

■看護師

Ⓐあなたの　Ⓒケアを　Ⓟプロとして　　訪問看護師は、あなたやあなたの大切な人に寄り添います。最後に受ける医療、自分らしい生き方って？考えるのはまだ早い？でも、考えた方がいいのかな？私たちも一緒に考えます。決めなくてもいい、たくさん話をしてください。普段の生活で大切にしていることを、あなたの大切な人に伝えることから始めてみませんか？

■薬剤師

家での薬の管理が難しい、薬がたくさんあり飲みにくいなど薬に関して困りごとがありませんか？そんな時はかかりつけ薬局に相談してください。飲みやすい形や回数への変更など一緒に考える事ができます。　通院が困難な場合に訪問して薬の管理や服薬指導を行うこともできますので、身近な薬局をかかりつけ薬局として選び薬に関する相談窓口として利用して頂けたらと思います。

■リハビリテーション専門職

ACP を通じて、健康と生活の質を維持・向上させるお手伝いをいたします。日常生活の動作改善、痛みの軽減、筋力や柔軟性の向上を目指したリハビリテーションを提供し、自立した生活をサポートします。あなたの希望や不安、生活目標をしっかりお聞きし、それに基づいた最適なリハビリプランを作成します。共により良い生活を実現しましょう。ご利用の際は、担当医師やケアマネジャーにご相談ください。

■介護支援専門員①

年齢を重ねれば様々な不調が表れやすくなり、お困りごとや不安が増えていきます。
それらを無くすことは難しいですが、減らしていけるように、みなさまの意思を尊重しながら私たちはサポートします。
例えば『筋力低下を防ぐための提案や、家の中で転ばないように生活動線を一緒に考える。自分の病気の事や薬の事、自分の思いを家族で共有するお手伝いをする。』などなど…。住み慣れた地域で暮らしていける未来を一緒に作りましょう。

■介護支援専門員②

もし、生活に困った時や介護が必要になった時は、私たち介護支援専門員にご相談ください。みなさまの困りごとに対して、しっかりお話をお伺いします。そして、介護保険サービスや介護保険以外の自費サービス等を提案させていただき、みなさまの気持ちに寄り添いながら支援していきます。社会資源や支援に関する情報はたくさん持っていますので、お気軽にご相談ください。

■管理栄養士

いつまでも食事をおいしく、楽しむことは元気の源となります。１日３食を基本に、多様な食品をバランスよく食べることが大切です。特に、筋肉量や身体機能を維持するために必要となるたんぱく質やビタミンＤが不足しないように、肉、魚、卵、大豆製品、牛乳・乳製品を意識して摂るようにしましょう。食欲の低下などにより一度にたくさん食べられなくなった時には、間食の時間を設けて栄養を補うことをおすすめします。

■ホームヘルパー

介護の資格をもったスタッフが自宅を直接訪問して、入浴、排せつ、食事等の介助などの「身体介護」や調理、洗濯、掃除等の家事といった「生活援助」のうち、必要な部分のサポートを行う介護サービスです。介護度や心身の状態によってなど、提供できる内容は様々です。訪問回数も週１回や毎日２回など、必要に応じて変わっていきます。自宅で自分らしく暮らし続けられるよう、医療介護従事者と連携しながら、みなさまに合うサービスで生活を支えます。

■福祉用具相談員

福祉用具は、一部購入支援の対象になる商品があります。また、介護度によってレンタル出来るもの・出来ないものがあります。ご本人・ご家族と医療介護従事者とで、何が必要なのか検討をしていきます。
介護保険サービスの福祉用具以外でも、杖や滑らない靴は自分の身を守る福祉用具の一種です。福祉用具はたくさんの種類があります。その中で自分に合うものを選ぶことが何より大切です。福祉用具専門店には、福祉用具専門相談員がおりますのでご相談ください。

相　談　窓　口

≪かかりつけ医≫

在宅医療を希望される方で診療所や病院の外来に行くことができなくなった場合は、まずかかりつけ医に相談しましょう。

≪かかりつけ歯科医≫

お口の異常を感じたらかかりつけ歯科医への受診や相談をしましょう。
歯科医院へ通院できない寝たきり状態の方で治療を希望される場合は、歯科医院の紹介を行います。

・柳井地区在宅歯科保健医療連携室　　℡0820-22-2018
（神原歯科医院内　受付時間：月火水金９時～17時　木９時～12時）

≪入院中の相談（病院の相談窓口）≫

「地域連携室」や「医療相談室」等、医療機関内に入退院の調整や退院後の在宅療養についての相談に乗ってくれる窓口を設置している場合があります。

≪ケアマネジャー≫

介護認定を受けている方や、担当のケアマネジャーがいる場合はケアマネジャーへ連絡しましょう。
在宅支援の調整や、入院中でも退院後の在宅療養に必要な準備の調整をしてくれます。

≪日常生活自立支援事業≫

福祉サービス利用の援助や日常の金銭管理等を行い、地域で安心して生活ができるようお手伝いします。

・市社会福祉協議会　　℡0820-22-3800

≪成年後見制度≫

精神上の障害により判断能力が十分でない人に代わり契約を結んだり財産の管理をお願いできます。

・柳井市包括支援センター　　℡0820-22-2111

≪市役所の介護保険の相談窓口≫

・介護保険認定の申請　　高齢者支援課　　℡0820-22-2111
・介護給付・保険料について　　高齢者支援課　　℡0820-22-2111

【地域の中で保健・介護・福祉に関する総合相談窓口】

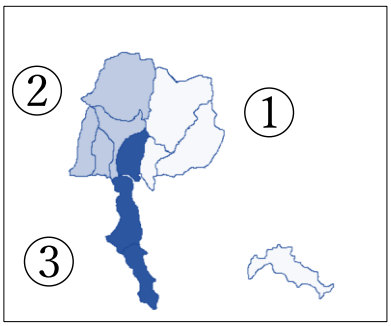
≪地域包括支援センター≫

高齢者が住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続することができるように、保険・介護・福祉の３分野の専門職の職員が市や地域の医療機関、介護（介護予防）サービス事業者や民生委員等と協力しながら、高齢者を地域ぐるみで支援します。お住まいの生活圏域ごとに支所が設置されています。お気軽にご相談ください。

●柳井市地域包括支援センター　東部支所
担当地区：①東部／柳井①（日積、大畠）
所在地：あそか苑内　　℡0820-28-1528

●柳井市地域包括支援センター　西部支所
担当地区：②西部／柳井②（伊陸、新庄、余田）
所在地：まつかぜ内　　℡0820-22-3652

●柳井市地域包括支援センター　南部支所
担当地区：③南部／柳井③（伊保庄、阿月）
所在地：ゆうわ苑内　　℡0820-27-6080



●柳井市地域包括支援センター
担当地区：柳井市内全域（平郡地区含）
所在地：柳井市高齢者支援課内　℡：0820-22-2111

【生活圏域の区分】

柳井①／白潟東一、白潟東二、白潟西上、白潟西下、白潟西二、江の浦、宮本東、宮本西、宮野、大屋、大屋東、千才、野地、琴風、水口、片野東、片野西、琴風団地

柳井②／尾の上、和田、忠信、広瀬、国清、迫田、下馬皿、北町、中馬皿、上馬皿、石井、黒杭、瀬戸側、土穂石、西土穂石、東向地、西向地、サントピア、一丁田団地

柳井③／北中開作、東土手、新天地、山根、山根西、姫田、今市、新町、上田、東後地、西後地、新市六、新市中、新市三、天神二、天神北、天神南、土手、北浜、亀岡、魚町、久保、金屋、古市、中野、愛宕、洲崎、南浜、東大才、中大才、西大才、みずほ、柳町、東樋の上、西樋の上、中塚、箕越東、箕越南、コープ柳井、グランビュー南町、南中開作、サントノーレ柳井中央、スイートレジデンス柳井駅前、グラン・シエロ柳井駅南、ヴィークス柳井駅南

（自治会名は令和５年10月現在）

柳井市

制作：柳井市高齢者支援課
やない～ねットワーク
【お問い合わせ】柳井市役所高齢者支援課
電話：0820-22-2111
FAX：0820-23-7566
発行：令和６年１１月

やない～ねットワークとは…

住み慣れた柳井市で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるように市内の医療・介護・行政で構成されたネットワークです。多くの専門職種が参加しており、令和 ５ 年から連携推進のための協議や取り組みを行っています。