

令和5年度 世田谷区 在宅療養・シンポジウム

私の場所で「生ききる」ためのACP

世田谷保健所 向山

「私の場所で生ききる」 納得と選択の人生のために

今日の概要

- ・ まずは自己紹介
- ・ 地域包括ケアシステムと2040年問題、コロナ禍等で出会った人々の声
- ・ 「私らしく」生ききるための「人生会議」(ACP)って何？
(本人と家族の選択と納得)

○区民の皆様へ、支援者の方々へメッセージ 私たちも出来ること

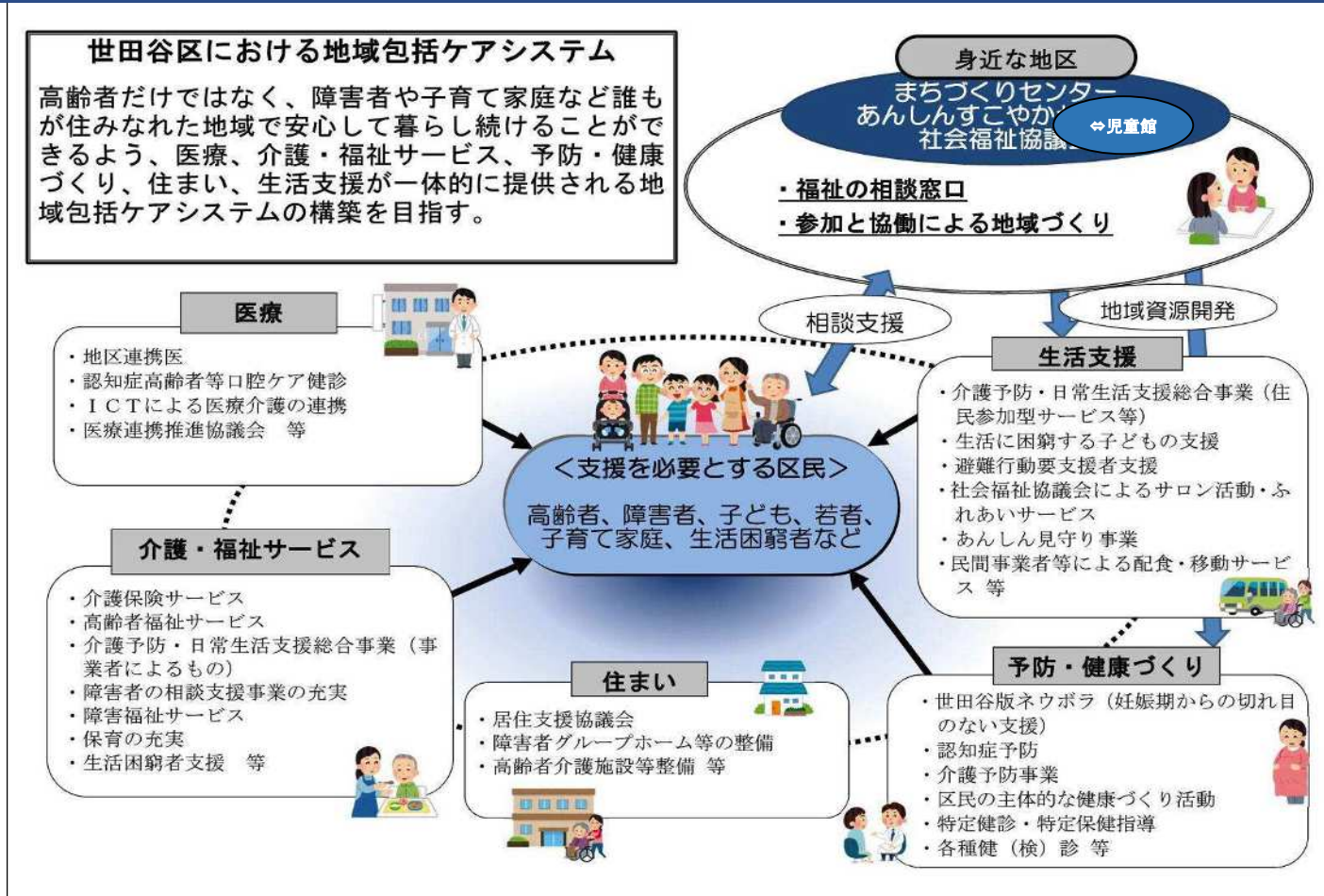
今日のお話の前提として

○自分の人生をどこでどう生ききるか、は出来る限り各個人(本人)の意思・選択であってほしい

○ただし現代では「在宅療養」のイメージ、具体的にどんなことができるのか、が知られておらず、「希望」と「実際の選択」に開きと諦め、情報格差がある

○今日のシンポジウムを契機として、自分らしく生ききるための一助に出来れば・・・という願い(何が正しい・・・ではない)

世田谷区の地域包括ケアシステム



自己紹介

- ・ 昭和大卒 精神科医から公衆衛生医へ
- ・ 都内の各保健所・衛生局(福保局)特殊疾病対策課、精神保健福祉課
都立多摩総合精神保健福祉センター等に勤務

好きな食べ物 スイカ、枝豆、麺類

苦手なこと 片付け、各種の手続き

私の憧れ 精神科ソーシャルワーカーの飲み仲間と先輩達

私の夢 いつかは東北の某県に移住してみたい

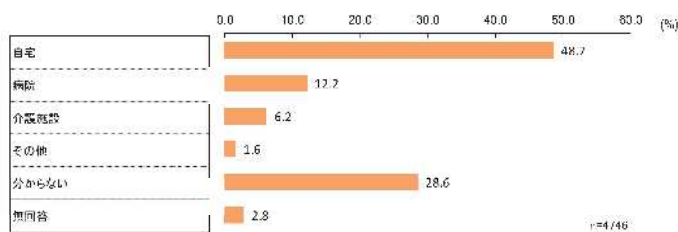
父の最後の贈り物 「自然に老いていく姿を見せ、その中で新しい
出逢いをくれたこと」

高齢者ニーズ調査では50～60%が自宅療養を望んでいる

「人生の最期をどこで迎えたいですか」という質問について、65歳以上(A)の約50%、要介護認定者(B・C)の約60%が「自宅」での最期を望んでいる。また年齢が上がるにつれてその割合が高くなっている。

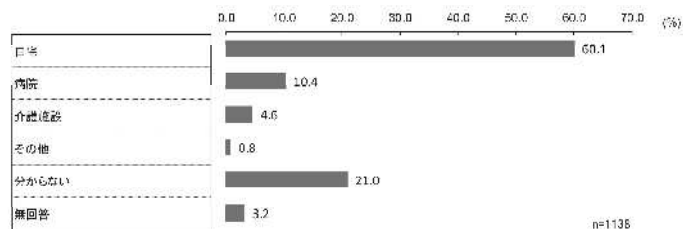
図表 【A】 人生の最期の場：性別・年代別

	人数	自宅	病院	介護施設	その他	分からない	無回答
全体	4748	2,311	579	293	74	1,357	132
	100	48.7	12.2	6.2	1.6	28.6	2.8
男性	2011	1,145	210	88	29	494	45
	100	56.9	10.4	4.4	1.4	24.6	2.2
女性	2888	1,142	368	203	45	848	82
	100	42.5	13.6	7.6	1.7	31.6	3.1
65～69歳	1081	488	105	60	18	398	12
	100	45.1	9.7	5.6	1.7	36.6	1.1
70～74歳	1299	618	123	91	20	412	35
	100	47.6	9.5	7.0	1.5	31.7	2.7
75～79歳	1044	499	147	68	19	276	38
	100	47.8	14.1	6.5	1.7	26.4	3.4
80～84歳	736	402	59	37	10	189	19
	100	54.6	13.5	5.0	1.4	23.0	2.6
85～89歳	407	219	76	21	8	86	17
	100	53.8	18.7	5.2	2.0	16.2	4.2
90歳以上	143	71	25	15	0	23	9
	100	49.7	17.5	10.5	0.0	16.1	6.3



図表 【B・C】 人生の最期の場：性別・年代別

	人数	自宅	病院	介護施設	その他	分からない	無回答
全体	1138	684	119	52	9	239	36
	100	60.1	10.4	4.6	0.8	21.0	3.2
男性	421	254	37	20	5	92	13
	100	60.3	8.8	4.8	1.2	21.9	3.1
女性	706	425	78	32	4	146	21
	100	60.2	11.0	4.5	0.6	20.7	3.0
40～64歳	45	21	5	0	1	17	1
	100	46.7	11.1	0.0	2.2	37.8	2.2
65～69歳	47	21	5	3	1	16	1
	100	44.7	10.8	6.4	2.1	34.0	2.1
70～74歳	83	42	10	5	0	25	1
	100	50.6	12.0	6.0	0.0	30.1	1.2
75～79歳	164	92	27	10	1	31	3
	100	56.1	16.5	6.1	0.6	18.8	1.8
80～84歳	212	125	25	7	3	43	9
	100	59.0	11.8	3.3	1.4	20.3	4.2
85～89歳	280	189	27	14	2	58	10
	100	60.4	9.6	5.0	0.7	20.7	3.6
90歳以上	296	209	17	13	1	47	9
	100	70.6	5.7	4.4	0.3	15.9	3.0
B計	1092	682	113	52	8	222	35
	100	60.6	10.3	4.8	0.7	20.3	3.2
C計	46	22	5	0	1	17	1
	100	47.8	10.9	0.0	2.2	37.0	2.2



ACPとは？

- アドバンス・ケア・プランニングの略
- 人生会議とネーミング

「もしもの時のために、**あなたが望む医療やケア**について、家族等や医療者、ケアチームと**繰り返し話し合い、共有する**取り組み」

「将来の変化に備えて、将来の医療及びケアについて、**患者さんを主体**として、その御家族等や医療・ケアチームが**繰り返し話しあ**って、**ご本人の意思決定を支援するプロセス**」であり、ご本人自身の**人生観・価値観、希望に沿った**将来の医療及びケアを実現することを目標、としている

自分の場所で「生ききる」

- 語る相手、聴いてくれる人がいるから出来る人生会議
- ベースは「住まい(住まい方)」と「本人の意思・希望」
- 在宅療養のイメージは？ 何を選択のカギにしますか？
(そもそも、皆さんの両親や祖父母の方は？)

- *ありがちな「忖度」や「気遣い」、不安、イメージがわからない
- *当初は「支援者」と本人・家族との「ギャップ」はあるのが普通
- *意思表示ができない場合の「構え」(その人を知る人を決める)
- *大事なのはタイミングとプロセス(無理強いはしない)
- *わかりにくい「医療用語」と頼りになる支援チーム
- *今からでも出来ることがあります

考えると

※人生会議の主役は、あくまでも本人。ただ確認が必要な際に
(7割は、意思表示が困難だった・・・という調査あり)

→ 推定意思(本人の人となり、選択、希望を良く知る人からの
聞き取りで代替)

※認知症や、独居の高齢者等も少なくない 「在宅一人死」も当たり
前の時代に(支援者や知人が送る「旅立ち」「生ききる」≠孤独死)

※事前指示や「いざという時の意思決定・選択を行う人」の決定
は「より良く今を生きる」ことにも繋がる

◎実は人生は「選択」「意思決定」の繰り返し・その延長(ALP)

◎在宅療養・医療に関しては用語も、自分の場合の影響・実現性も分
かりにくい(実は救急医療もわかりにくい) → だからこそ話し合う

「コロナ禍」で出会った人々

①我が家の主役は「ばあば」

第一波のさなかにコロナに感染した終末期の腎不全・心不全の女性 → 「我が家で生ききる」を支えた家族と、それにこたえた「納得」

②有料ホーム等の施設で感染した80代、認知症の家族

入所時以降、本人の「希望」は更新・確認されていなかった
どこまで医療を望むか、によって入院調整も異なり、家族間の意見もまとまらず

看取りの後に家族にも職員にも残ってしまった「割り切れなさ」

在宅療養のキーワードは多職種連携による「本人の想いと生活」を支えること

事例①のポイントは、「想い」と情報のリレー・ネットワーク

①病院の主治医は、「病状」と「今後の経過」をエビデンスを持って判断・説明(治す医療から支える医療に転換)

②看護・ワーカーが中心となり「家族」とのオンライン面会→本人の変化・表情・希望を「良く知る人々」で共有

③病院から訪問看護ステーションを紹介

④ステーションが「連携のとれる在宅医」を紹介

⑤在宅医すら連携・協働が必要な機関にアクセス

⑥退院後のご本人の変化と看取り・周囲の納得

「ターミナル期のAさん」から「自分の居場所で生ききるAさん」へ

在宅療養の選択①

- ◎どのような準備、ケア・医療チームが必要か
(状態と希望によって随時、組み替えられるがポイントは予測可能)
- ◎今後、予測される大事なこと、心配だからこそ話しておく
(例 急変の有無、「もしも」や「食べれなくなった」際の対応など)
- ◎人・ケアスタッフを「自宅に招く」ということ → 療養
経過、家族等の負担・継続性
- ◎どこまでの医療を希望し、あるいはほしくないか、条件は何か
→ 例 人工透析、呼吸の管理・補助、栄養管理
「口から食べる」の評価も場合により必要(まま過小評価)

在宅療養の選択②

- 在宅療養は情報戦？(相談すれば、道は開けていく)
(支援者は)傷つきやすい言葉、誤解されやすい言葉に配慮が必要
- * 「緩和ケア」をめぐる誤解
- * かかりつけ医とは、かかりつけ薬局とは・・・の誤解
相思相愛の「私のかかりつけ医」を作ってください
- * あらかじめ話しておく、聴いておくことで「望まない救急」
や「医療処置」を回避できる
- * 何より「生活者」として、多様な「私らしさ」「私なりの
穏やかさ」
- * その人に「あった」サービスの組み立てはケアマネがカギ
- * 認知症・高齢障害等の場合の意思表示困難 → 読み取り

ACPを考えるきっかけと手始め

誰と

どんな場面で 契機やタイミングで

なんの為に 誰のために

わからないことも言葉に(特に医療用語や、ケア・サービスにかかわること・・・だって初めてなんだから、当然です)

私の心がまえ

大切にしていること

生き方や心情

病気になったときに望む医療 例 食べれない時

もし意思表示が難しくなったら誰が判断をして欲しいか

最後まで暮らしたい場所

キーワードは「私は」を言葉にしてみることに

希望と実際にはギャップがあることはあっても「埋めていく」

ことを一緒に考えるスタッフ・仲間はいます

支援者の方にお願ひ

一緒に、あたりまえに、いろいろな地域・単位で「ACP」や在宅療養等を話し合いませんか？

(医療と介護の間には、まだ深い川を垣間見ること)

支援者にとっての百例目でも、本人・家族は「初めてだらけ」あえて、一言の説明の仕方がご本人の意欲やご家族の納得に繋がることも

支援者同志が「ネットワーク」(個別に還元されなければ)があるかどうかは、ご本人・家族の「選択肢の拡がり」に

良い看取り、納得した看取りを経験されたご家族は、地域にかえってきてくれることも

自宅で最期を迎える

医療法人社団創福会 ふくろうクリニック等々力・自由が丘

山口 潔



医療法人社団 創福会
ふくろうクリニック等々力
Fukuro Clinic TODOROKI

医療法人社団 創福会
ふくろうクリニック自由が丘
Fukuro Clinic JIYUGAOKA



玉川医師会理事（庶務・在宅医療部担当）
日本老年医学会老年科専門医・指導医・代議員
日本内科学会総合内科専門医・臨床研修指導医
日本老年精神医学会専門医・指導医
日本認知症学会専門医・指導医
日本プライマリ・ケア連合学会認定医
日本医師会認定健康スポーツ医
東京大学医学部・杏林大学医学部 非常勤講師
東京医科歯科大学医学部臨床教授 昭和大学客員教授

「かかりつけ総合診療所」 外来・オンライン・在宅



医療法人社団 創福会
ふくろうクリニック等々力
Fukuro Clinic TODOROKI
医療法人社団 創福会
ふくろうクリニック自由が丘
Fukuro Clinic JIYUGAOKA

医療法人社団 創福会
ふくろうクリニック等々力
Fukuro Clinic TODOROKI

老年科・内科

緩和医療科

精神科

リウマチ科※1

外科※1

皮膚科※1

眼科※1

※1 訪問のみ

医療法人社団 創福会
ふくろうクリニック自由が丘
Fukuro Clinic JIYUGAOKA

脳神経内科

脳神経外科

整形外科

呼吸器内科

家庭医療科：内科

リハビリテーション科

老年・疼痛緩和内科・精神科※2

※2 外来のみ

在宅医療関連併設事業所

訪問看護ステーション

居宅介護支援

通所・訪問リハビリテーション

訪問栄養食事指導

外来関連併設事業所

カウンセリングルーム

予防医療ステーション



症例1 情けは人のためならず

- ◆68歳女性
- ◆原発不明がん
- ◆千葉大学医学部附属病院腫瘍内科より紹介
- ◆マンションに夫（内縁関係）と2人暮らし
- ◆四肢浮腫・腹水著明、肺転移により呼吸不全
- ◆麻薬系鎮痛薬中止 動けないため腰が痛い・・・ポイントブロック



症例2 家でやりたいことがある

◆43歳女性

◆乳がん

◆がん研有明病院・国立がんセンター中央病院で治療終了

◆自分の両親（退職後）と息子（中学1年生）と4人暮らし

◆夫は、うつ病を患い夫の実家にいる。

◆胸痛、発熱、呼吸困難は緩和されている。

◆左上肢の静脈血栓症発症時のエピソード。 明るい医者。

症例3 高齢夫も役に立つ



- ◆93歳女性
- ◆95歳の夫と二人暮らし 近くに娘が住む
- ◆認知症で訪問診療 寝たきり状態で発語なし
- ◆徐々に嚥下機能が低下
- ◆誤嚥性肺炎を繰り返す・・・その都度在宅で治療
- ◆夫が呼吸停止に気づく

症例4 玄関の鍵を開けてみる



- ◆90歳女性
- ◆一人暮らし 近くに娘さんが住んでいる
- ◆認知症、心不全、骨粗鬆症で訪問診療
- ◆ある日往診したら顔が腫れている→T医療センター紹介
- ◆進行肺がんで上大静脈症候群の診断.
- ◆抗がん治療はせずに、自宅に帰ってくる.
- ◆近所の人??が呼吸停止に気づく.

症例5 おひとり様の生き方

- ◆70歳男性
- ◆肺がん 新型コロナウイルス感染症でT病院に入院して発見
- ◆一人暮らし 貯金65万円
- ◆訪問開始6日後 体動困難
- ◆訪問開始8日後 経口摂取困難→点滴開始
- ◆元勤め先の社長さん??に病状説明 **仕方ないですね～**
- ◆訪問開始11日後 永眠 朝8時にヘルパーさんが呼吸停止に気づく。

なぜACP・人生会議？



- ◆在宅医療は“本人の意思を尊重できる”のが強みだと思ってきましたが、本人が自宅での最期を望んでいても、できなくなることをよく経験します。在宅医としては残念な気持ちになります。
- ◆実は、ご家族と同居されているほうが、自宅での最期が難しくなります。ご家族の不安をどう支援するかが重要です。

症例6 看取りあるある

- ◆ 膠原病からくる心不全で在宅療養中の高齢女性。心不全の悪化は明らかで、最期がせまっていると思われた。本人は最期まで自宅での療養を希望された。
- ◆ 娘さんと二人暮らし。娘さんはメンタル疾患があり、不安で母の最期を見たくない。本人に内緒で入院の申し込みを希望。
- ◆ さてその後の展開は・・・

症例7 カリフォルニア娘



◆東大病院の外来に3ヶ月に1回通院しながら

訪問診療を受けていた進行した認知症の男性患者さん

・・・ついに老衰状態＝経口摂取困難となりました。

浅草在住。同居でいつも介護している三女さんに加え、

今日は栃木県から長女さんと次女さんも来ています。

さてその後の展開は・・・



症例8 まさかのかかりつけ医



- ◆世田谷区からKO大学病院に40年間通院中の92歳女性。
- ◆デイサービス中に急に呼吸停止。救急車でS大学病院救命救急センターに搬送。心肺蘇生術が施行され人工呼吸器装着され、心拍が一時再開するも、その後数時間で死亡。
- ◆搬送先（S大）では死因不詳のため死亡診断書はかけず（死体検案書）→警察通報。玉川警察署の死体安置所にご遺体は移送。刑事課の捜査、検視の結果事件性なしの決定。事件なら監察医務院。
- ◆誰が死亡診断書を書いてくれるの?? かかりつけ医は誰??

突然死って意外と多い

- ◆老人ホーム入所者で私が診療中に死亡した連続69例。
- ◆突然死を「発症から死亡までの期間が1日以下のもののうち、経過をよく知る主治医（私）が死亡を予測していなかった例」と定義し検討。
- ◆全死亡69例中、突然死が**7例（10%）**あった。

80歳以上の高齢者の1割は突然死する！

「二人主治医制」の勧め

hd 東大病院
The University of Tokyo Hospital



国立がん研究センター
中央病院
National Cancer Center Hospital



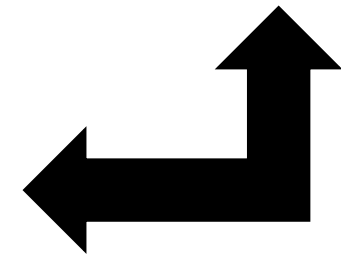
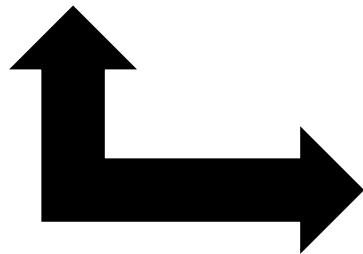
医療法人社団 創福会 Fukuro Clinic TODOROKI
ふくろうクリニック等々力
医療法人社団 創福会 Fukuro Clinic JIYUGAOKA
ふくろうクリニック自由が丘

疾患の診断と治療

検査・情報提供
入院・手術・薬物療法

疾患をもつ人と家族に 寄り添う医療とケア

かかりつけ・リハビリ・メンタルケア
緩和ケア・訪問診療



高齢・がん診断時からの併診

自宅で最期を迎えるには



- ◆一番は、まず家族に自分の意思や希望を伝える事。
- ◆いつ？ 突然死もあるので、75歳をすぎたら。
- ◆一人暮らしでも自宅で最期を迎えることは可能です。
- ◆世田谷区は在宅医療先進地域。費用も入院よりは安い。
- ◆かかりつけ医個人より、かかりつけ機能を持った医師チーム。

ご清聴ありがとうございました！



医療法人社団 創福会

Fukuro Clinic TODOROKI

医療法人社団 創福会

Fukuro Clinic JIYUGAOKA

ふくろうクリニック等々力 **ふくろうクリニック自由が丘**

私達は **認知症** **がん** **ロコモ** **フレイル** **リハ** **スポーツ** の専門家です。



2023/9/16
在宅療養講演会・
シンポジウム

住み慣れた地域で最期まで安心して暮らし続けるために

医療法人社団プラタナス
桜新町アーバンクリニック
桜新町ナースケア・ステーション
國居早苗

桜新町ナースケア・ステーション(NCS) 桜新町アーバンクリニック(SUC) 在宅医療部



東京都世田谷区（人口91.7万人、高齢化率20.1%）令和4年5月時点

桜新町ナースケア・ステーション

看護師17名（同行看護師含め）作業療法士3名 理学療法士1名

●緩和ケア、摂食嚥下、訪問看護認定看護師在住

- 利用者数約100名（介護保険73% 医療保険27%(がん・難病・精神等)）
- 年間約70名が亡くなっている

桜新町アーバンクリニック 在宅医療部

- 医師8名（常勤7名）看護師17名（訪問看護師含め）
- 薬剤師2名 相談員2名 ケアマネ2名
- 常に医師看護師のペアで往診
- 診療部：患者数約460名（うち施設100名）
- 年間約120名が亡くなっている



地域活動



ねぶた祭り

昨年3年ぶり開催
16回目の開催
2022年 来場者数

4万3千人



出動 2件 (1件は救急搬送)

桜新町さくらまつり



地域が盛り上がればと、仕事や自分の時間を使って心意気の上で成り立ち、運営されているお祭り



世田谷区 65歳以上の単独世帯



世田谷区の高齢者（65歳以上）単独世帯数の推移

区の単身で暮らす高齢者の数は53,926人となっています。2015年から2020年にかけて急増しており、特に85歳以上の方など、後期高齢者にあたる人で単身で暮らしている人が増えています。

高齢単独世帯数の推移



53,926人のうち
65歳～74歳 21,093人
75歳～84歳 18,416人
85歳以上 14,417人

世田谷区のホームページより

利用者情報

プロフィール

■ 桃さん 75歳 女性

■ 病名：

- 上行横行結腸がん術後
- 腹腔内腫瘍
- 胸腹水貯留

■ 家族構成 独居（同居者なし）

協力者：友人

甥（キーパーソン）

■ 介護度：要介護4

■ 病名予後告知：半年～1年

■ 医療処置：

高カロリー輸液（点滴）
在宅酸素濃縮器

■ 認知症状なし

■ 住居 アパート1階

■ サービス：ホームヘルパー
福祉用具

退院に向けて

できることは
一人でやりたい

点滴の交換も
やってみます



でも、早く帰りたいけど不安...

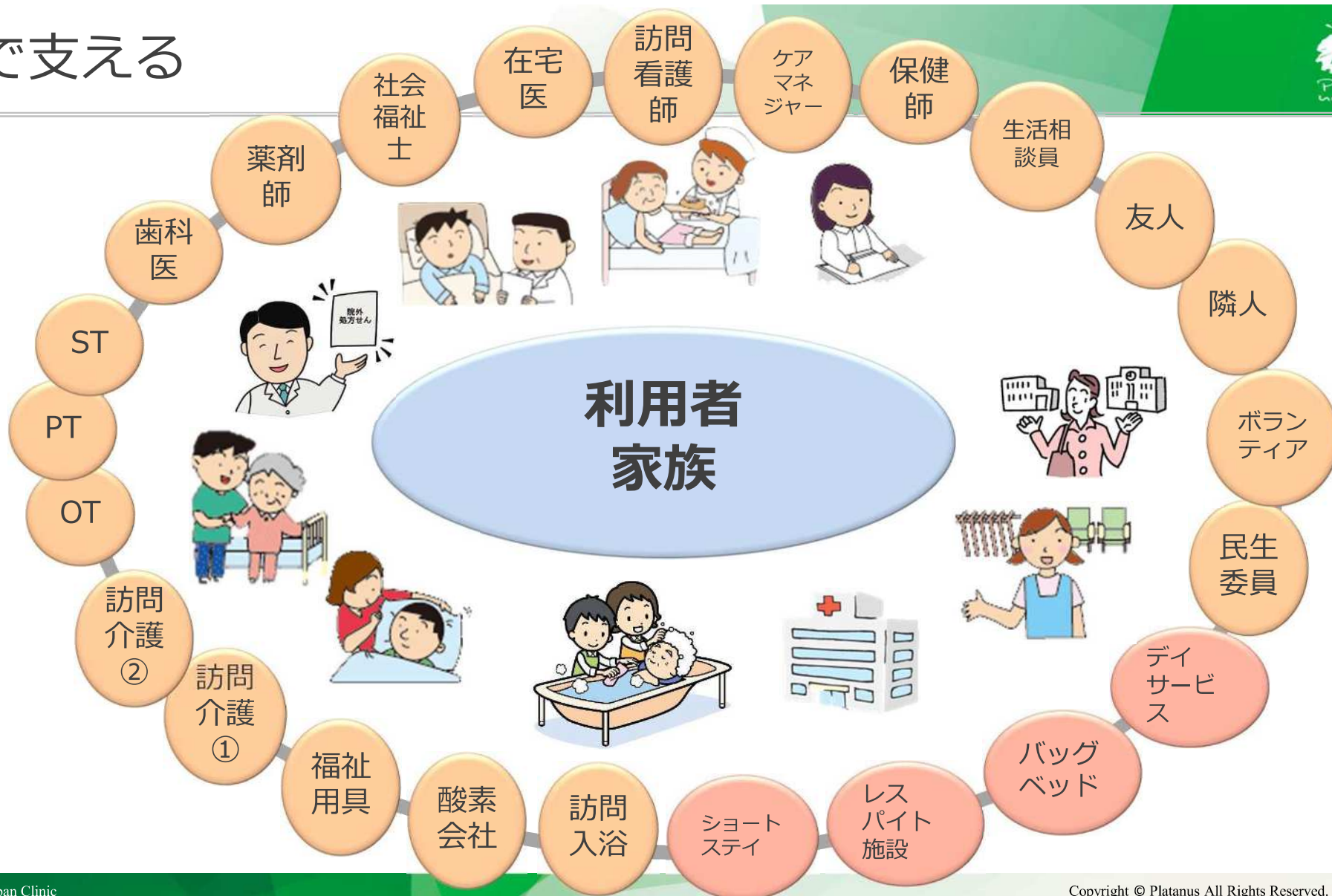
退院に向けて決めたこと

- キーボックスのカギで開錠→インターホンを鳴らして入室
(ドア横のガスメーターにキーボックスあり)
- ヘルパーさん、朝と夕方に定時訪問
口腔ケア、トイレ介助(片付け)、清潔ケア、環境整備
- 訪問看護連日お昼前後
状態観察、疼痛コントロール、排便コントロール

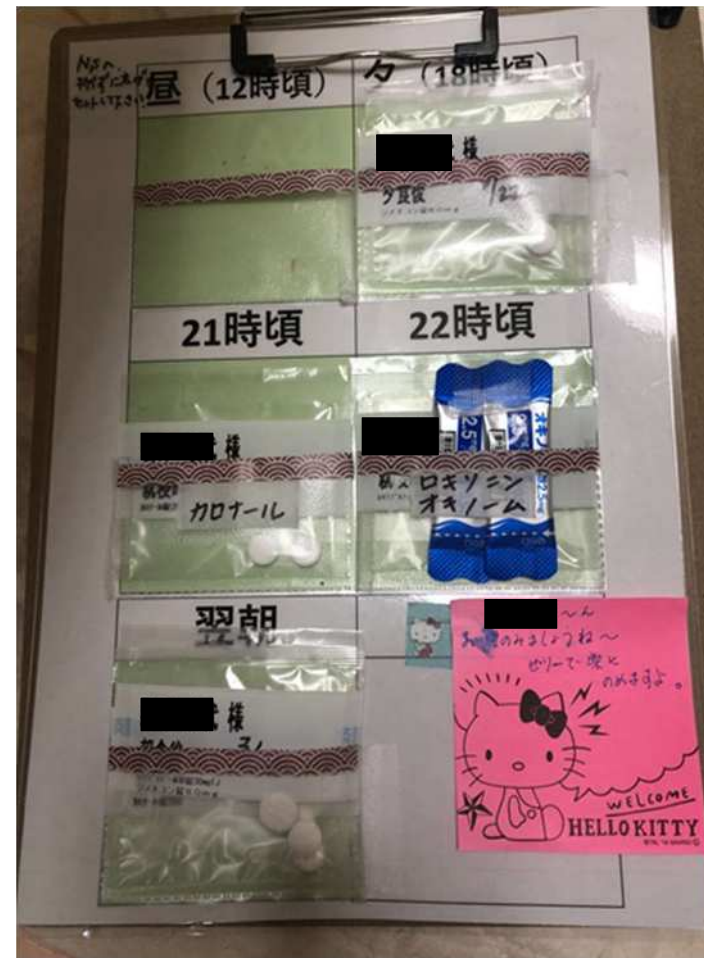
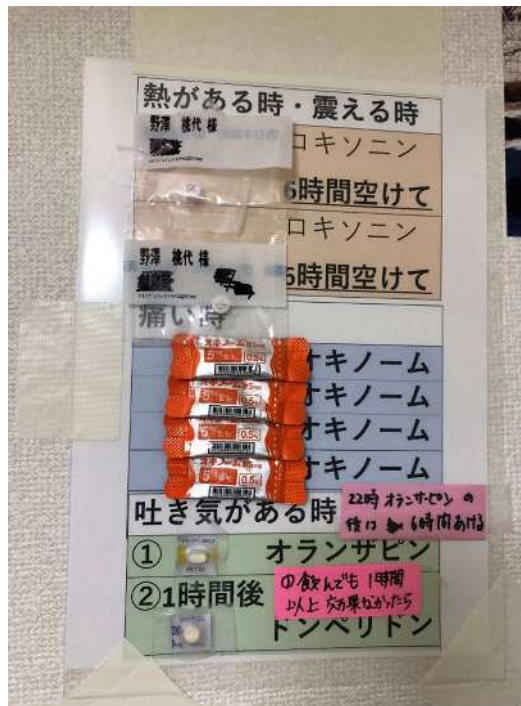


※24時間電話で相談ができ状況により緊急訪問をする

地域で支える



内服薬管理



花見がしたい



桃さんは毎年大家さん宅の梅を見に行ってた。
今年も見に行くつもりだったが、発熱を繰り返し体力も低下して外出ができなくなった。



友人が梅の写真を撮ってきて桃さんに見せていた



よし！みんなで桜を見に行こう



花見



最期の時



(訪問診療亡くなる前日録より)

ほぼ疎通が取れなくなり、呼吸回数も4回と無呼吸が増えている。病状の進行による衰弱と考えられる。

本人は穏やかに眠っている状態であり、モルヒネ（医療用麻薬）はこのままの量で継続とする。お看取りが近い状況になっているが、ご本人は苦痛なく過ごせている様子。

何かあればすぐにご連絡頂く。

〇〇さん(友人)がいてくださることで桃さんは安心して自宅にすることが出来ている。この様に穏やかに過ごせることも、〇〇さん(友人)のお陰であろうことをお伝えした。

(訪問看護 緊急コール 00:07)

友人よりコールあり。

様子がおかしい。呼吸をしてないようにも見える。見に来てほしい。

2022.4.26 (緊急訪問 00:25)

訪問時、心肺停止、瞳孔散大。

ご本人は穏やかに眠っているような表情をされていた。

医師に連絡し、往診を依頼。

エンゼルケアの依頼を受けた。

訪問看護記録より

服は本人が着させてほしいって言ってたのがあるのでそれをお願いします。
何か手伝えることはありますか？

桃ちゃんとは古い付き合いでね。お母さんの時もお付き合いがあったから、
桃ちゃんの時も頼まれたわけではなく流れでこうなった感じですね。

(エンゼルケア終了後)ありがとうございます。みなさんに良くしてもらって
本当に良かったです。病院だとこんな風にはいかないから。
家で長く過ごせて良かったですね。本当にお世話になりました。

(○○さん(友人)労いの言葉をかけると)

僕は何もしてないですよ。

彼女は20歳くらいから母親の介護をしてたから、それから考えると1/10も
してないですよ。

www.sakura-urban.jp/blog/



医療法人社団プラタナス

桜新町アーバンクリニック ブログ

SAKURA SHINMACHI Urban Clinic Blog



@nurse_care_station

桜新町アーバンクリニック
ナースケア・ステーション

インスタグラム
はじめました！



おいしいとろみレシピや
ケアのアイデア、
訪問看護あるなど



NURSE_CARE_STATION

ナースのひきだし
看護師が選ぶいのちの絵本
看護の目線とアート

在宅療養講演会・シンポジウム
『住み慣れた自宅で最期まで安心して暮らし続けるために』

その人らしい生き方を・・・

ソフィアメディケアプラン二子玉川
ケアマネジャー 小椋君子

ケアマネジャー（介護支援専門員）の役割

アセスメント

ケアプラン
(サービス計画書) の作成

サービスの
提案・調整

モニタリング (月
に1回、場合によ
っては必要時)

介護認定の更新手続き書類などの申請代行

① ご本人・ご家族様に、今困っていること、悩んでいることを気軽に相談していただけるような存在になる。

② 医療との連携により、ご本人の病気の状態を把握する。


大切にしていること

③ ケアチーム間での連携を密にして、その方にあった最善の支援を行う。

④ ご家族の体調をお聞きしながら、介護負担の軽減を考える。



90代 Mさんの
「自分らしい生き方」



娘さまからのメール
一部抜粋

90歳、思いがけず今年も満開の桜を親子で見られ、忘れられない思い出になりました。

本当に母への対応関係者さんたちとの会議は私にとって重要でした。
とてもたくさんの方がわかりました。
皆さんが母を気遣って下さる思いありがたく感謝しています。

住み慣れた自分の部屋で少しずつ最期へ。皆さんに良くして頂いて、
好きな音楽聞いたり、娘と話したり...。
今日は訪問入浴でさっぱりできたり、良い最期を迎えられると思います。

母は幸せものです...




最後に

介護や援助を必要とする方々を地域全体で支えることで、
すべての方が安心して生活できることを願っています。

その人らしい生き方が出来るように今後も支援させていただきます。

ご清聴ありがとうございました。


人生の最期を自宅で迎えるということ。

ヘルパーは見た[☆]
訪問介護で教わった大切なこと  

社会福祉法人 世田谷区社会福祉事業団
世田谷ホームヘルプサービス
永嶋 千秋

自己紹介



- ・ 介護福祉士とケアマネジャーの資格を持ち、現在、訪問介護の現場でサービス提供責任者（直接ケア業務とマネジメント業務）として勤務。
- ・ 特別養護老人ホームで介護職員、フロア主任として勤務。

その経験を活かし、同法人内の訪問介護へ異動 

令和4年4月より、世田谷ホームヘルプサービス所長として勤務。

- ・ 訪問介護は7年目。年間延べ1000件近くのお宅  に訪問。

7年間で約6500回の訪問を通して、出会った方々と過ごした、かけがえの無い時間から、

生き方、死に方を、リアル授業で大切なことをたくさん教わりました  

介護保険のサービスを利用するまでの簡単な流れ👤📅

- ・ お住まいの市区町村又は要介護認定（要支援認定含む）の申請をする。

申請後、認定調査員の訪問を受け、聞き取り調査（認定調査）が行われる。

- ・ 市区町村からの依頼により、かかりつけ医（主治医）が意見書を作成（主治医意見書）
- ・ 認定調査の結果や主治医意見書に基づくコンピューターによる一次判定、一次判定結果や主治医意見書に基づく介護認定審査会による二次判定を経て、市区町村が要介護度を決定。
- ・ 要介護度（要支援）に応じて、サービス計画書を作成し、サービスの利用を開始する。

⇒まず、お近くの「あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）」にご相談ください。


< 今日の内容 >

- ①訪問介護って？
- ②訪問介護だから出来ること
- ③出会った方々とのエピソード😊❤

今日は、在宅で最期まで過ごされた3名の方のエピソードをお伝えします。

①訪問介護って？

どんな時、訪問介護のサービスを使うの？

* 高齢や病気になり、今までの生活にサポートが必要になった！
そんな時、使えるサービスの一つ。

- ・ 通所型（デイサービス・デイケアなど）
- ・ 訪問型（訪問介護、リハビリテーション、訪問看護など）
- ・ その他（福祉用具等々）

②訪問介護だからできること😊👉

- ・ お宅に訪問し、その方の状態に応じて必要なサービス『家事援助(調理や買い物)や身体介護(入浴や通院同行、排泄その他)』を行う。
 - ・ 利用する方は、家族と同居の方も多いが、様々な事情から、一人暮らしの方も多。
- * 家族と一緒に、時には家族のように、時には家族とは違う専門職の視点で、**その方の人生の最期の伴奏者として、生活をサポート！！**

エピソード1 F様

- 肝臓癌末期 70代後半 女性。お一人暮らし。
- 入院先で、「もう、治療は難しい」と。。
- 「自宅に戻りたい」と。ご自身で、住み慣れた自宅に帰ることを決断。
- 食事は、ほぼ摂れず、アイスクリームやジュース、ゼリー等、好きなものを少しずつ召し上がり。
- 往診、訪問看護、訪問介護は2事業所が入り、姪御さんと支援者と一緒に在宅生活を支え、16日間ご自宅で過ごされ、旅立たれた。

エピソード2 M野様

- 90代後半 女性 自宅で一人で暮らしていたが、体調を崩し入院。
⇒ある日、医師より「もう、長くはない。このまま病院で過ごすか、自宅に帰るか」と話しあり、選択をせまられた。
- コロナ禍で、面会がほぼできない。親族にも会えない。皆に会わせたい。「自宅に連れて帰ろう」医師、訪問看護、ホームヘルプ、福祉用具、サービスを整え退院。
⇒娘さんの心は揺れ動いていた。「家に連れてきたことが果たして良かったのだろうか・・・」「親族からは勝手に連れてきたと言われ、まだ会いに来てくれない」⇒親族には状態がうまく伝わっていなかったが後日会うことができた。

1日3回 毎日サービスに伺い、娘さんと一緒にケアを行った。体調に合わせて排泄、清拭、足浴、着替え、口腔ケアなど行った。

エピソード2 M野様

- 翌週、静かに旅立った。

娘さんより

「母を尊重してくださったことが、どんなに嬉しかったことか。初めて会った方々なのに、こんなに母を大事にしてくれて、娘としてどんなに嬉しかったことか。母との時間がゆっくり取れて、家に連れて帰ってきて本当に良かったと思える。」

「私が過ごしているのは、競争社会で、自分がいいポジションをとるために、皆、表面上笑っているようで、内心は裏切りもある厳しい世界。」「こんな優しい世界があったとは。母が最期に教えてくれました」

エピソード3 M林塾

M林さん女性(92歳)

とてもしっかりした素敵な女性で、家は古いけど、きちんと片付けられ、丁寧に暮らしていた。

ご主人に先立たれ、娘さんは海外暮らしのため、お一人で暮らしていた。

訪問し、一緒に掃除をしながら、M林さんのお話を聴くのが毎週の楽しみだった。お料理を教えてくれたり、旦那さんとの出会いのエピソードや結婚してからの話、お勤めは向かないので、アパートを経営した話等。

毎朝、体操し、93歳を超えていたが、周囲から年寄り扱いされるのを嫌った。

エピソード3 M林さん

◇M林さんはペースメーカーを入れていた。

加齢に伴う自分の体の変化を観察し、
「寝たきりになるくらいなら死んだ方がましよ」と
人生の最期をどう迎えるかをご自身で考えていた。

◇M林さんは死に方の準備も完璧だった。

サービスを使いながら、ギリギリまで身だしなみを整え、自分の意思で最期まで自宅で生活した。葬儀の準備も、葬儀に参列した人のお土産まで用意し、静かに旅立った。😊

😊 本日はご清聴ありがとうございました😊