

# 私の場所で 「生ききる」ための ACP～人生会議～

世田谷保健所  
所長 向山 晴子



# 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、寿司

苦手なこと・・・片付け、各種手続き

## 医師が患者になった時・・・の体験から

私も昨年12月から受診日に即入院という病気で療養中

→仕事や私的な約束も急遽調整が必要でパニック状態  
予想以上の副反応の中、友人・同僚が支えに  
「帰る場所」は大切  
ウィッグ等は相談と一体  
(前向きな気持ち、辛さを楽しみに転換)  
希望と「これは嫌」をオープンに話せる主治医は大切

# 「私の場所で生ききる」 納得と選択の人生のために

- ◆どこで生ききるかは「私らしい生き方」の選択そのもの
- ◆地域包括ケアシステムと2025年・40年問題と在宅療養を可能にするポイント
- ◆「私らしく」生ききるための「人生会議」(ACP)の勧め  
(本人の選択と納得を尊重し、時には推定して支える)コツ

◎支援者の方々へのメッセージ  
患者となった医師の願い



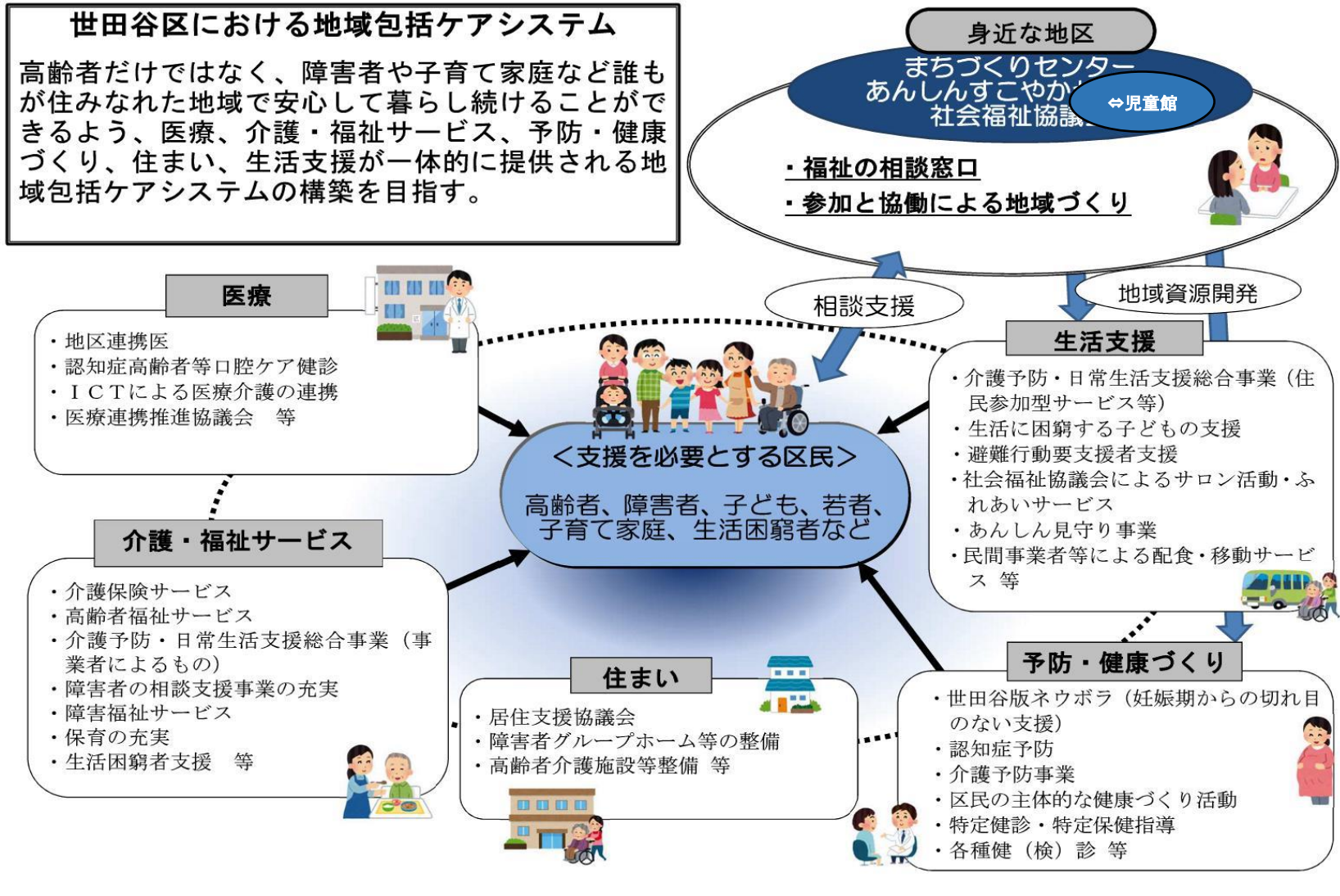
# 今日のお話の 前提

- 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**ですることが重要
- 「在宅療養」のイメージを持たなくても、**希望を伝える**(あるいは困っていること、不安なこと)ことからスタート  
どこか(かかりつけ医や地域包括支援センター)に繋がっていくことでチームが出来て実現
- 自分がどこまで医療的な処置を受けるか、等を**事前に決めて伝えておく**ことも大切



これらは、どれが正しいではなく、  
個々の選択(変更もあり)

世田谷区地域包括ケアシステム



# 2040年問題 と医療・介護

人口減少と共に団塊ジュニア世代の高齢化による支えての減。  
都で見ると2025年⇒2040年で85歳以上の高齢者が1.4倍に  
(いわゆる多老多死の時代で医療の需給バランスが崩れる)  
病院完結型から地域完結型に医療も再編(かかりつけ医の推進が  
ベース)

でも・・・大事なことは「**どこで生ききりたいか**」

は区民一人一人の願いでありたい

\*希望と実際に差が大きいこと、情報がなく「諦め」たり、  
本人の希望と異なる経過になることが課題)

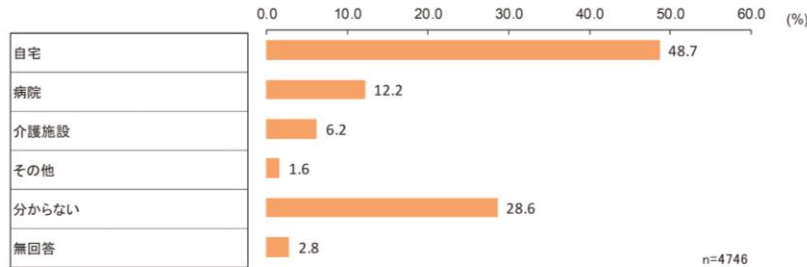
\*コミュニティの醸成、「私のかかりつけ医」+ ITの活用？

# 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。

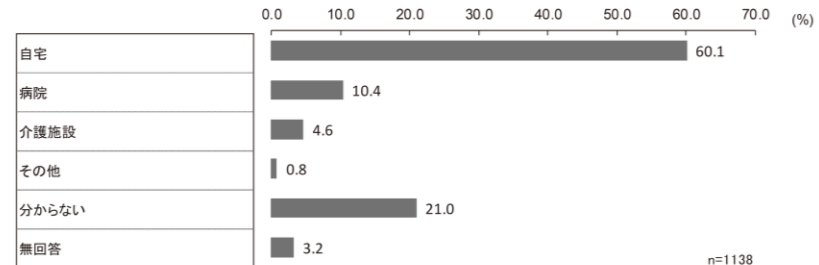
図表 【A】 人生の最期の場：性別・年代別

	n=	人生の最期の場					
		自宅	病院	介護施設	その他	分からない	無回答
全体	4746	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	2686	1,142	366	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	36.8	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	18	276	36
	100	47.8	14.1	6.5	1.7	26.4	3.4
80~84歳	736	402	99	37	10	169	19
	100	54.6	13.5	5.0	1.4	23.0	2.6
85~89歳	407	219	76	21	8	66	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

	n=	人生の最期の場					
		自宅	病院	介護施設	その他	分からない	無回答
全体	1138	684	118	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	10.6	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	18.9	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	169	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	662	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(国)

**「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 ⇒ **私らしく生きることそのもの**





# 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)
- \*大事なも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) = 家族や支援者の一方的な思いではない

\*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」こととも繋がる

◎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難解?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

# 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、あるいはしないか、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

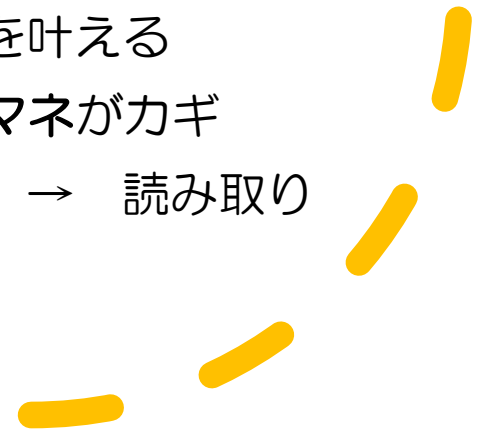
相思相愛の「私のかかりつけ医」を作ってください。

- \* 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

- \* 何より「生活者」として、多様な「私らしさ」「私なりの穏やかさ」「こんなひとときが私は好き」を叶える

- \* 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



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

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。





# 支援者の方をお願い

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、まだ深い川を見ることも)

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

⇒ **揺れる心を受け止めて**

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「安心と選択肢の拡がり」に影響

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

⇒ **出来ればグリーフケア・サポートを**

ご清聴ありがとうございました





# 在宅診療 症例提示

小原医院 小原正幸



# 症例1 104歳 女性 ご家族と同居

▶病名 老衰

▶生来甘いものが好き。80歳まで大病での通院歴なし。区健診なども受けていなかった。

▶70歳ころより血圧高めだったが特に通院せず。

▶家族の勧めで80歳から高血圧にて当院外来通院。

▶95歳をすぎたころより転倒頻回になり家族介助で通院するようになる。

▶転倒時救急車による病院受診、頭や骨折の有無精密検査勧めるも拒否。数日で歩き始めていた。



# 症例1 104歳 女性 ご家族と同居

- ▶加齢とともに歩行困難になり、102歳より訪問診療へ移行。
- ▶介護保険を利用し訪問リハビリ、訪問看護師等利用に関しては自室に人を入れたくないとのことで対応はかたくなに拒否されていた。
- ▶施設入所、病状悪化に伴う積極的な入院加療などご本人は希望せず、ご家族と相談しこのまま在宅加療継続となる。
- ▶お亡くなりになる数日前までは大好きなジャムトーストを毎日食べられていた。
- ▶徐々に飲水摂取も困難になり、前日より傾眠傾向認め、翌朝眠るようにお亡くなりになる。



## 症例2 84歳 女性 独居

- ▶ 病名 特発性間質性肺炎急性増悪
- ▶ 2週間に1回近隣美容室に通う・お酒が好き。
- ▶ 約2年前労作時呼吸苦にて大学病院受診。上記疾患にて在宅酸素導入。
- ▶ 徐々に呼吸苦より近隣的美容院や通院困難となり訪問診療開始となる。
- ▶ 訪問時労作困難、呼吸苦、食事量低下による貧血あり。経口栄養剤、内服、吸入薬、酸素量調整し再度美容室まで通えるようになる。
- ▶ 1年後徐々に労作時呼吸苦悪化、食欲不振も再度認めるようになり、室内で転倒しているところ発見され病院に緊急搬送となる。



## 症例2 84歳 女性 独居

- ▶ 入院後点滴にて意識、体調は改善傾向認めるも、食事摂取は少量のみ、寝たきり状態となる。
- ▶ 独居生活困難と判断され施設入所勧められる。人工呼吸器、胃ろうなどの追加治療は拒否される。
- ▶ 帰宅願望強く、親族含め再度ご本人と相談し追加治療せず退院となる。
- ▶ 退院日に親族と少量飲酒され、またいつもの美容室の方に訪問理容してもらい、きれいにセットされ非常に満足され、退院後数日は少しずつ好きなものを食べ、晩酌で少量のビールを楽しみにされていた。
- ▶ 連日のヘルパーさん、訪問看護師、往診により対応するも退院後約2週間でお亡くなりになる。



## 症例3 90歳、女性、息子家族と同居

- ▶ 病名 糖尿病・慢性腎不全・両変形性膝関節症
- ▶ 1980年代から糖尿病と診断、当院外来通院加療開始。
- ▶ 2000年、転倒頻回から骨折入院加療。退院後通院困難から往診に変更。このころより糖尿病性腎機能障害認め、大学病院での精査勧めるも積極的加療拒否。
- ▶ 杖、車いす移動だが、毎月の美容室、友人との集まりにかかさず参加していた。
- ▶ 2003年、転倒にて頭部打撲し緊急入院。外傷性硬膜下血腫にて加療。意識は改善するも腎機能急激に悪化し透析勧められるも、本人積極的な加療拒否される。



## 症例3 90歳、女性、息子家族と同居

- ▶ご本人の強い希望より、ご家族と相談し点滴はせず、内服加療のみで退院される。
- ▶寝たきり状態であるも好きなものはなんでも少量ずつ食べ、友人やひ孫など親戚に会って楽しい時間を過ごされた。
- ▶退院後3か月目、徐々に食事摂取量の低下認めていた。お亡くなりになる当日まで意識ははっきりしており、受け答えもはっきりしていた。
- ▶午前中に少量だが飲水し、その数時間後に眠るようにお亡くなりになる。



## 症例4 65歳 女性 夫と同居（子供なし）

- ▶ 病名 筋萎縮性側索硬化症（神経難病）
- ▶ 敬虔なクリスチャン。旅行、美味しいものが好き。
- ▶ 約5年前に転倒繰り返すようになり病院受診。上記診断にて加療開始。
- ▶ 診断1年後徐々に全身の筋力低下認められるようになり、大学病院と併診する形で当院往診介入。
- ▶ 診断2年後、杖歩行も困難になりつつあり、ご主人と体調をみて精力的に旅行に出かけた。
- ▶ 診断3年後、お箸を持ちにくくなり、室内も支えながら歩くようになる。このころより病気の進行、治療について相談されることが多くなる。





## 症例4 65歳 女性 夫と同居（子供なし）

- ▶ 診断4年後、嚥下不良からくる誤嚥性肺炎を契機に在宅酸素開始、寝たきり状態となる。病状の進行から胃ろう・人工呼吸器使用も勧められるも拒否、苦しくない自宅での治療を希望。
- ▶ 診断5年目の秋、排痰困難より、頻回な喀痰吸引が必要となり、経口摂取も困難な状態となるも、ご本人は積極的な治療は希望せず自宅での治療を強く希望される。
- ▶ お亡くなりになる2週間くらい前より希望され牧師さんとお会いになる。
- ▶ 診断5年目のクリスマス前夜に意識状態悪化。呼吸苦等なく翌日ご主人に見守られてお亡くなりになる。



## 症例5 85歳 男性 年上の妻と同居

- ▶ 病名 すい臓癌術後 再発。
- ▶ 囲碁クラブ在籍し友人多数 奥様の作ったカレーライスが大好き。
- ▶ 2000年12月腹部違和感にて病院受診。膵臓癌にて手術、抗がん剤開始。
- ▶ 手術、抗がん剤投与6か月後肝臓、腹膜に癌転移認め、ご本人の意思で追加抗がん剤治療希望せず、往診にて在宅緩和ケア対応希望となる。
- ▶ 往診開始時からだるさは認めるものの食欲あり、週に数回は奥様のカレーを食べていた。昔からの友人と会ったり、家族旅行（海外）に行かれたり精力的に活動される。



## 症例5 85歳 男性 年上の妻と同居

- ▶ 術後1年半後、癌性疼痛はないものの全身掻痒感強く、腹水貯留、筋力低下からトイレ歩行困難となる。
- ▶ ご本人は妻に迷惑をかけてこのまま在宅がいいのか非常に悩まれ、仲のいい友人や私に相談される。
- ▶ やはり妻には迷惑はかけず、緩和ケア病棟へ入院を希望される。
- ▶ 入院後もたくさんのご友人がお見舞いに来られ、また大好きな奥様のカレーライスを差し入れて食べられていた。
- ▶ 癌の痛みは悪化を認めず徐々に食欲、体力、意識低下認め、入院後3週間でお亡くなりになる。



最後に…

今回ご紹介した皆さんは病気に対ししっかりと向き合い、どうしたら自分が気持ちよく、好きなことをして楽しく過ごせるかを考え、周囲の人々（家族、親戚、友人、介護・医療関係者）に自分の治療を含めた希望を伝えた結果、最後は大変満足されているようでした。



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

令和6年9月28日(土)

芦田 雅子(区内在住)

インタビュー

金 由恵(世田谷区福祉人材育成・研修センター)

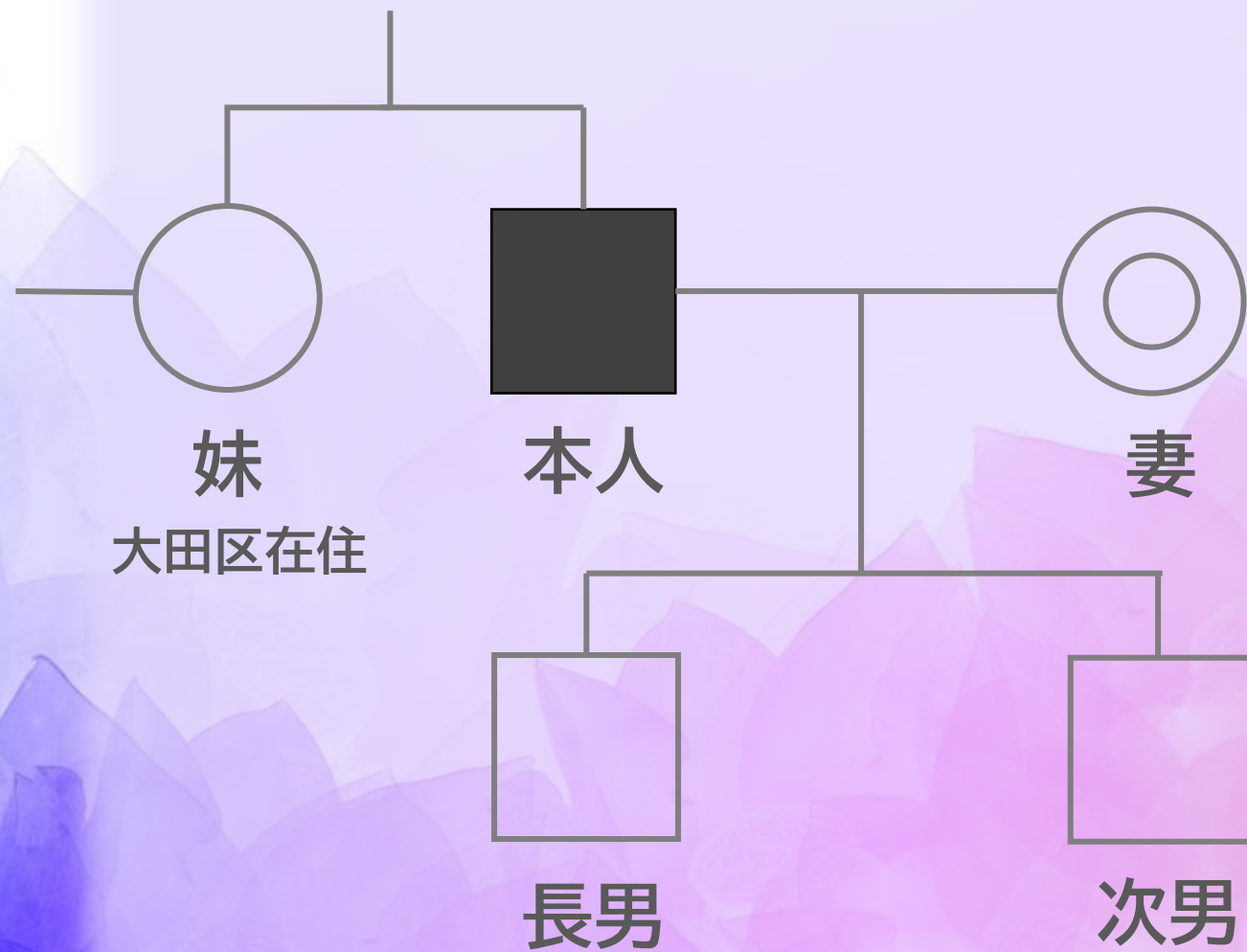
# はじめに

令和6年1月

芦田さんは、ご自宅でご主人のお看取りをされました。

「主人のことを忘れないように記録として残しておきたい」との思いから、ご主人の療養生活から看取りまでのことを振り返り、お話していただきました。

# 家族構成



# ご本人の こと

60歳で仕事をリタイヤ。  
自宅で趣味を楽しみなが  
ら、家族と過ごしていた。



## 経過①

令和3年12月

糖尿病の検査のため受診。  
血液検査で、肝臓の数値に  
異常が見られ、再検査の結果、  
「胃がんによる肝転移」  
と診断された。

## 経過②

令和3年12月30日

突然の高熱。

救急車を呼び、病院に入院。

「敗血症」と診断された。

コロナ禍で、面会することもできず、病院からの電話連絡をただ待つ状況だった。

## 経過③

令和4年1月

家族への病状説明。

敗血症に至った原因は、

「肝臓に転移したがんによって、  
胆管の一部が狭窄をきたし、炎症  
をおこしたことが考えられる」

と説明を受けた。

## 経過④

医師から、  
「進行性胃がん 多発性肝転移  
左肝管狭窄  
腹膜播種疑い(ステージⅣ)」  
と告げられた。

令和4年4月から、通院で抗がん  
剤治療を行うことになった。

# 家族の 思い

主人と一緒に付き合って  
やっていこうと思った。

「見込みがない」と言われた  
時は、ショックでした。

令和5年

発熱による入退院の繰り返し。

最後の入院となった令和5年10月。

それまで週1回の面会制限の中、

「毎日、来てもいいですよ。」

と面会を許可された時、事の重大さを痛感した。

# 在宅療養へ

①

判断がつかないまま、どんどん在宅療養の調整が進められていった。

# 在宅療養へ

②

これまで、介護の経験がなかったため、介護を担う自分がどうなるか、どうしたらいいのか、自分にできるだろうか不安だった。

本人が、どこまで自分の余命のことをわかっているのか…  
怖くて確認することはできなかった。



# 在宅療養へ

③

令和5年11月

退院カンファレンス。

医師から、「最後の治療」についての話。

家族としては、病院から見放されるのが怖かったため、最後の治療にすぎる思いで、医師に説明を求めた。

# 在宅 療養へ

④

看護師が、  
「ご主人の意向も聞いたほうがいいんじゃないですか？」  
と、車いすで本人をカンファ  
レンスに連れてきてくれた。

# 本人の 意向①

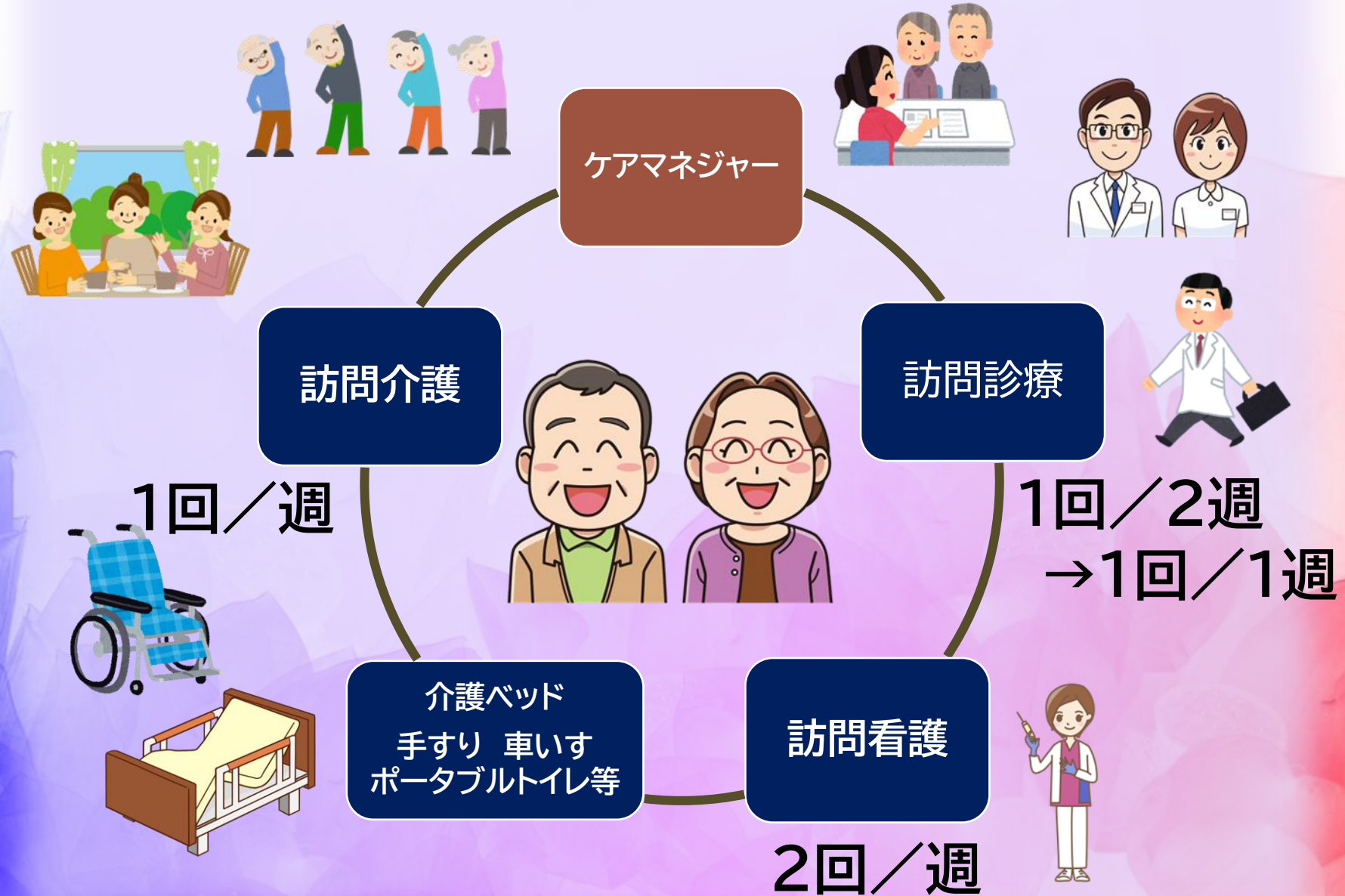
改めて、医師から本人へ「最後の治療」について説明。本人は、入院ではなく、自宅で体力を回復させてから通院することを望んでいた。

# 本人の 意向②

家族は、本人の意向が聞けたことで、在宅療養への覚悟を決めることができた。

# 芦田さんを取り巻くサービス

## 利用サービス



# 戸惑い

在宅療養が始まったころは、  
「毎日のように、人が出入りする  
こと」に戸惑いは大きかった。

# 利用 サービス について

本人の病状が徐々に悪化していく中、本人だけでなく、家族への様々なサポートが、とても心強かった。

# 最期 の夜

令和6年1月16日

唾液がうまく飲み込めず、  
何度も唾液を出そうと繰り返して  
返していた。

次男も、一緒に付き添い、  
話をしながら、最後の夜を  
過ごした。



# 看取り①

令和6年1月17日午後  
いつものように、訪問介護  
のヘルパーさんに、清拭を  
してもらった。

ヘルパーさんを見送った  
あと、しばらくして、息が止  
まっていることに気づいた。

## 看取り②

妹、長男、次男へ連絡をした後、すぐに息を吹き返した。家族全員が揃い、本人を囲み、みんなで笑いながら思い出話をしている中…


すーっと息を引き取った。




令和6年1月17日

自宅で家族全員に看取られ、永眠。

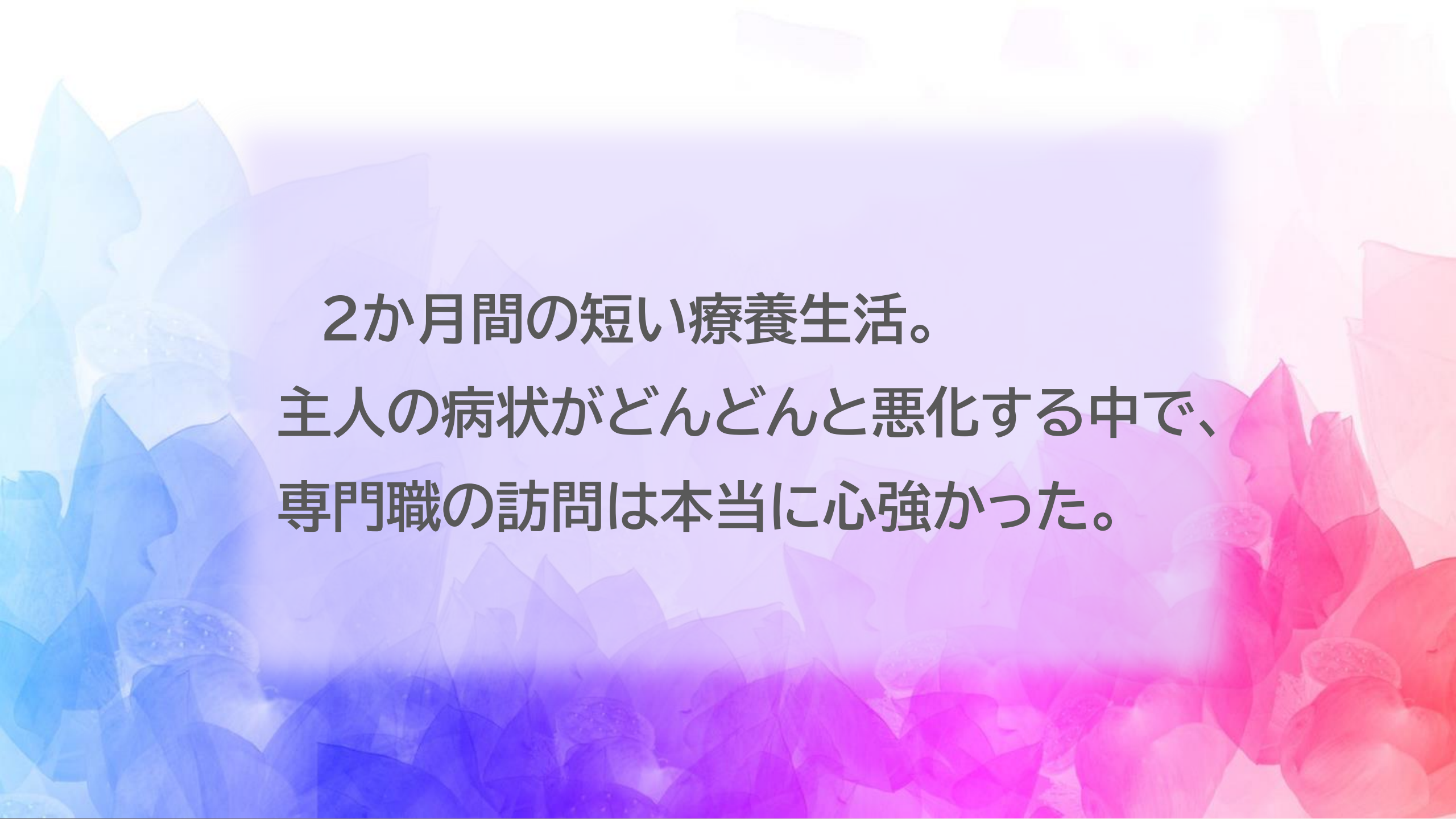
享年74歳。



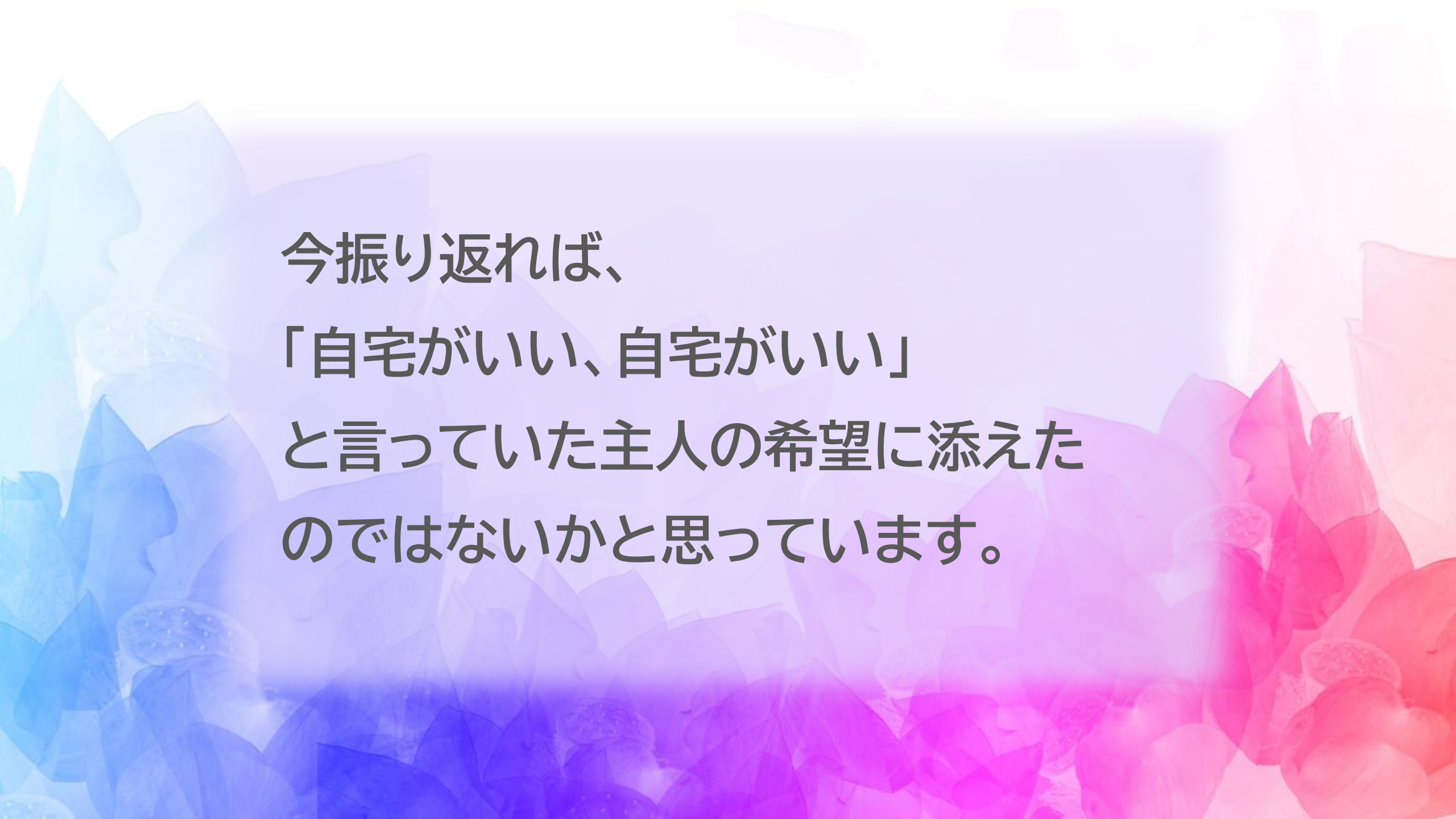
# 在宅療養を 振り返って



在宅療養を  
迷っている  
方へ



2か月間の短い療養生活。  
主人の病状がどんどんと悪化する中で、  
専門職の訪問は本当に心強かった。




今振り返れば、  
「自宅がいい、自宅がいい」  
と言っていた主人の希望に添えた  
のではないかと考えています。

遺族として、専門職の方々のプロの力を借りながら、自宅で主人と一緒に過ごし、最期を安らかに見送れたことに感謝しています。

ご清聴ありがとうございました。





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

世田谷区社会福祉事業団  
訪問看護ステーションけやき  
看護師 大原 昭江

# 本日の内容

- 事業所の紹介
- 訪問看護について
- ご自宅での看取り ターミナルケアへの取り組み
- 事例紹介



# 機能強化型訪問看護ステーションけやき

平成7年(1995年)4月開設

平成27年(2015年)2月東京都教育ステーション事業受託

訪問看護師の確保・育成・定着を支援することを目的とした東京都の事業。

令和6年4月現在  
都内13か所

平成29年(2017年)10月機能強化型訪問看護ステーション登録

重症度の高い利用者、終末期(ターミナル期)、重症児等、専門性の高い分野への24時間での対応、地域の医療機関、訪問看護ステーション、地域の住民に対する情報提供や相談機能を役割とする。

令和5年度(2023年)	事業所数
全国の訪問看護ステーション	17,400
全国の機能強化型訪問看護ステーション	992
東京都内の訪問看護ステーション	1,670
世田谷区内の訪問看護ステーション	110

# 訪問看護ステーションけやきの職員

- ・看護師（所長1名、副所長1名、スタッフ11名）
- ・理学療法士3名、作業療法士3名、言語聴覚士1名・事務1名
- ・訪問看護課に管理栄養士1名在籍

食べることは生きる楽しみ、生きる原動力！

事業団訪問看護課専門職グループ勉強会「もぐもぐチーム」を定期的開催。

言語聴覚士、管理栄養士、看護師、理学療法士、歯科衛生士（特別養護老人ホーム芦花ホーム）、介護福祉士等、各々が専門的観点から意見を出し合い、最期まで口から食べることへの支援に全力投球！

## 平成30年度世田谷区介護保険被保険者の有病状況 (単位:%)

40歳以上		糖尿病	高血圧症	脂質異常症	心疾患	脳血管疾患	筋・骨格	精神
	世田谷区	25.1	54.3	*36.0	62.0	24.1	57.1	40.1
	東京都	22.0	47.9	29.1	54.4	22.0	48.6	34.7
	国	22.4	50.8	29.2	57.8	24.3	50.6	35.8

- ・有病率50%以上を占めている疾患・・・ **高血圧症** **心疾患** **筋、骨格**
- ・世田谷区は、**脂質異常症**は東京都・国と比較し有病率がかなり高い

➡ 栄養教育・栄養指導が必要 ➡ もぐもぐチームの強化

### 看護師の責務

健康の増進・疾病の予防・健康の回復・苦痛の緩和と尊厳ある死の推奨。

# 訪問看護ステーションけやきの状況

(令和6年7月現在)

- 利用者数 188名
- 利用者年齢 0歳～106歳
- 疾患 がん(末期状態含む)、難病、小児、精神疾患、心疾患、腎疾患、呼吸器疾患、整形外科、認知症等
- 年間ターミナル(がん末期・非がん末期)数  
令和5年度:在宅看取り件数 20件  
がん末期15件(在宅7件・入院8件)

# 訪問看護について

## 介護保険での訪問看護

- 要支援(1・2)と認定された方
- 要介護(1～5)と認定された方

## 医療保険での訪問看護

- 要支援、要介護に該当しない方  
「小児」「精神疾患の方」等
- 要支援・要介護者のうち、「がん末期」  
「厚生労働省が定める疾病」「急性増悪」の方

介護保険、医療保険 いずれの場合でも  
主治医（かかりつけ医）が訪問看護を必要と判断し  
医師が発行した訪問看護指示書が必要

# 訪問看護サービスの内容



体調の観察



お薬の管理



インシュリン注射



点滴



清潔ケア



食事・水分摂取や排泄のケア



医療機器の  
管理・操作  
方法の指導



人工呼吸器



リハビリテーション



家族支援

ご自宅での  
ターミナルケア



# ご自宅での看取り ターミナルケア

残りの余命を少しでも心穏やかに過ごせるように、痛みや不安、ストレスを緩和し、本人のQOL（クオリティオブライフ＝自分らしい生活の質）を保つことを目的としています。

- ・痛みを含めた苦痛緩和のケアの提供

投薬などで痛みや辛さを緩和するケア。

身体の清拭や身だしなみを整える、床ずれの防止、食事ができなくなった場合の点滴等。

- ・本人や家族が望む生き方を全うできるように支援します。

本人が望むこと、やりたいこと、好きな事、趣味等を基に心穏やかに過ごせるための支援。家族が安心して本人の最期まで生き抜く姿を見守り、バトンを受けつぐことができるための家族支援。

# 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

自分の中にある宝物を大切にしましょう。

自分らしさ、自分が望んでいることを書き留めておきましょう。

そして、大切な人たちと語り合い、お互いが良き理解者となりましょう。

最期を迎える場所は自宅でなくても、自分らしく最期を迎えることは出来ます。

私たちは、その方やご家族、大切な方々の思いに寄り添い、支援させていただきます。

# 在宅療養講演会・シンポジウム

～住み慣れた地域で最後まで安心して暮らし続けるために～

---

やさしい手下高井戸居宅介護支援事業所

桑原 典江

2024年9月28日

# 自己紹介

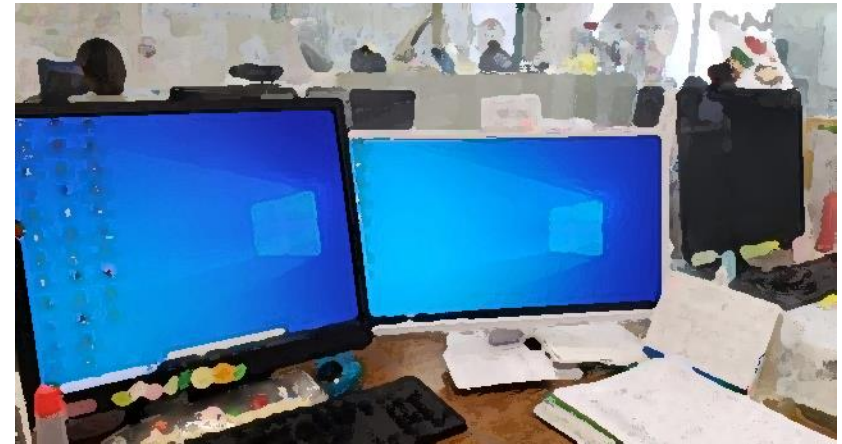
## やさしい手下高井戸居宅介護支援事業所

---

世田谷区松原(京王線 下高井戸駅から徒歩3分)

ケアマネジャー 5名(男性1名、女性4名)

ケアマネ1人 38件ほど担当



# 事例1: どうしても家にいたい

Aさん(65歳男性)要介護5 一人暮らし

脳梗塞の後遺症で左片麻痺、高次脳機能障害

結婚歴なし、親族は遠方に住む兄弟のみ

加齢とともに動けなくなり、転倒を繰り返し寝たきりの状態

救急搬送されても検査などを

拒否し、どうしても自宅で過ごし

たいと帰ってきてしまう。

	月	火	水	木	金	土	日
深夜 4:00							
早朝 6:00							
午前 8:00	訪介 [08:00-08:30]						
10:00		訪介 [09:00-10:00]	訪介 [09:00-10:00]	訪介 [09:00-10:00]	訪介 [09:00-10:00]		訪介 [09:30-10:30]
12:00			訪介 [12:00-12:30]				
午後 14:00				訪介 [13:00-13:30]			訪介 [13:30-14:00]
16:00	訪介 [14:30-15:00]	訪介 [15:00-17:00]	訪介 [15:00-17:00]	訪介 [15:00-17:00]	訪介 [15:30-17:00]	訪介 [15:30-16:30]	
18:00							訪介 [17:00-17:30]
夜間 20:00	訪介 [19:00-19:30]						
22:00		訪介 [21:00-22:00]	訪介 [21:30-21:50]	訪介 [21:40-22:00]	訪介 [21:40-22:00]	訪介 [21:40-22:00]	訪介 [21:40-22:00]
深夜 24:00							
夜 2:00							

# 事例2: やれるところまでやりたい

Bさん(66歳女性)要介護3 一人暮らし

ガン末期で余命2~3か月という状況で担当開始

結婚歴はなく、いところがキーパーソン  
できる限り自宅で過ごしたいが、最終的にはホスピスに移ることになっていた。  
徐々に横になる時間が長くなり、ご本人の希望するタイミングでもともと決めていたホスピスへ移ることになった。

	月	火	水	木	金	土	日
0:00							
2:00							
4:00							
6:00							
8:00							
10:00							
12:00							
14:00							
16:00							
18:00							
20:00							
22:00							
24:00							

# 事例3: 本人の希望じゃない

Cさん(85歳女性)要介護5 ご家族同居

脳梗塞の後遺症で右片麻痺、失語症で在宅サービスを利用

インフルエンザをきっかけに入院  
意思疎通ができない状態となり、  
1年以上入院をしていた。

入院の状態は本人の希望では  
ない、最期は家で看取りたいと  
いう希望があり、退院して在宅  
療養となった。

	月	火	水	木	金	土	日
0:00							
2:00							
4:00							
6:00							
8:00							
10:00	訪問介護 [09:00 - 09:30]	訪問介護 [08:45 - 09:15] 訪問看護 [09:30 - 10:30]	訪問介護 [09:00 - 09:30]	訪問介護 [08:30 - 09:00]	訪問介護 [08:45 - 09:15] 訪問入浴介護 [09:30 - 10:30]	訪問介護 [08:45 - 09:15]	訪問介護 [10:00 - 10:30]
12:00	訪問介護 [12:30 - 13:00]	訪問介護 [12:30 - 13:00]	訪問介護 [12:00 - 12:30]	訪問介護 [12:00 - 12:30]	訪問介護 [12:00 - 12:30]	訪問介護 [12:30 - 13:00]	
14:00							
16:00							
18:00		訪問介護 [17:00 - 17:30]	訪問介護 [17:30 - 18:00]	訪問介護 [17:00 - 17:30]	訪問入浴介護 [16:30 - 17:30]	訪問介護 [17:00 - 17:30]	訪問介護 [17:00 - 17:30]
20:00	訪問介護 [19:20 - 19:50]				訪問介護 [19:20 - 19:50]		
22:00							
24:00							

# 事例4：家族みんなが納得

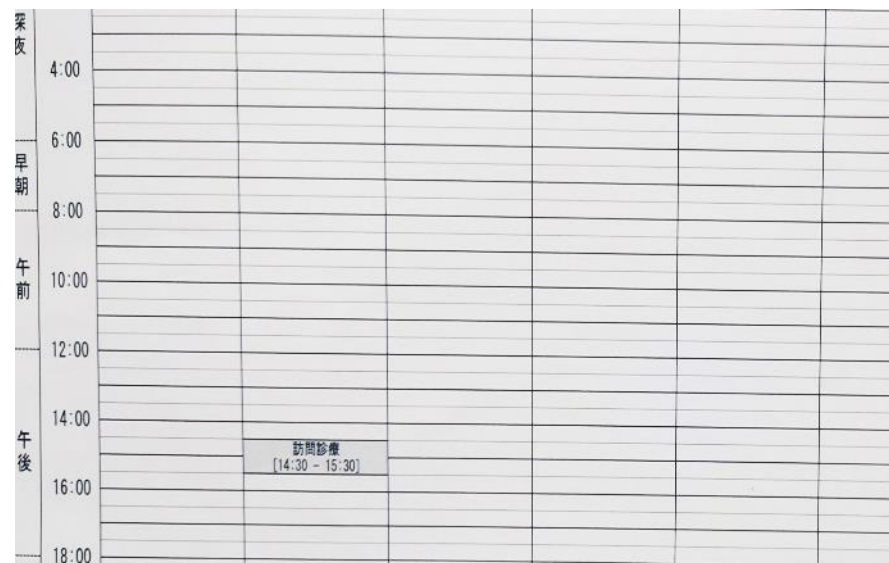
Dさん(83歳男性)要介護3 妻と二人暮らし

難病が進行し寝たきり状態になり、意思疎通も難しくなってきた。

本人と奥様はできる限り自宅で過ごしたいと考えていたが、奥様が倒れるのではと、心配する子供たちの意見もあった。

→近くの住宅型有料老人ホーム(医療依存度が高い方専門)へ入所

訪問診療やケアマネジャーは変えずに、そこで家族とともに看取りを迎えることができた





# 事例から学ぶこと

---

- ・ 安心・安全をどこまで確保しましょうか？
- ・ 医療・介護の最低限とは？
- ・ ご本人や家族との話し合いの重要性



# ケアマネジャーの役割

---

ケアマネジャー = 介護保険を使う時の相談員

1. 相談にのる
2. ケアプランを作る
3. サービスの調整
4. 定期的な訪問



# まとめ

---

在宅療養は決して一人で抱え込むものではありません。専門家を活用しながら、あなた自身の意向を大切にした上で安心して最期を迎えられるよう準備していくことが大切です。



メモ

---

ご清聴ありがとうございました

# 訪問介護でのACP事例

みずたま介護ステーション三軒茶屋

羽柴 若菜

# 依頼

97歳 男性 独居 KP甥



- ・目がもともと悪い
- ・部屋が臭い、汚れてきた
- ・もしかして認知症？
- ・家族の介入が難しい



自費サービス開始



# サービス開始当初



閉じこもり生活？

想像以上の汚れ

ご飯や入浴は？



50歳になるまで家から出ていなかったことが判明



介護保険を申請したほうがよいのでは？



# 介護保険利用



訪問介護の目標: 入浴・食事を確保していきながら社会とのかかわりを持ってもらう

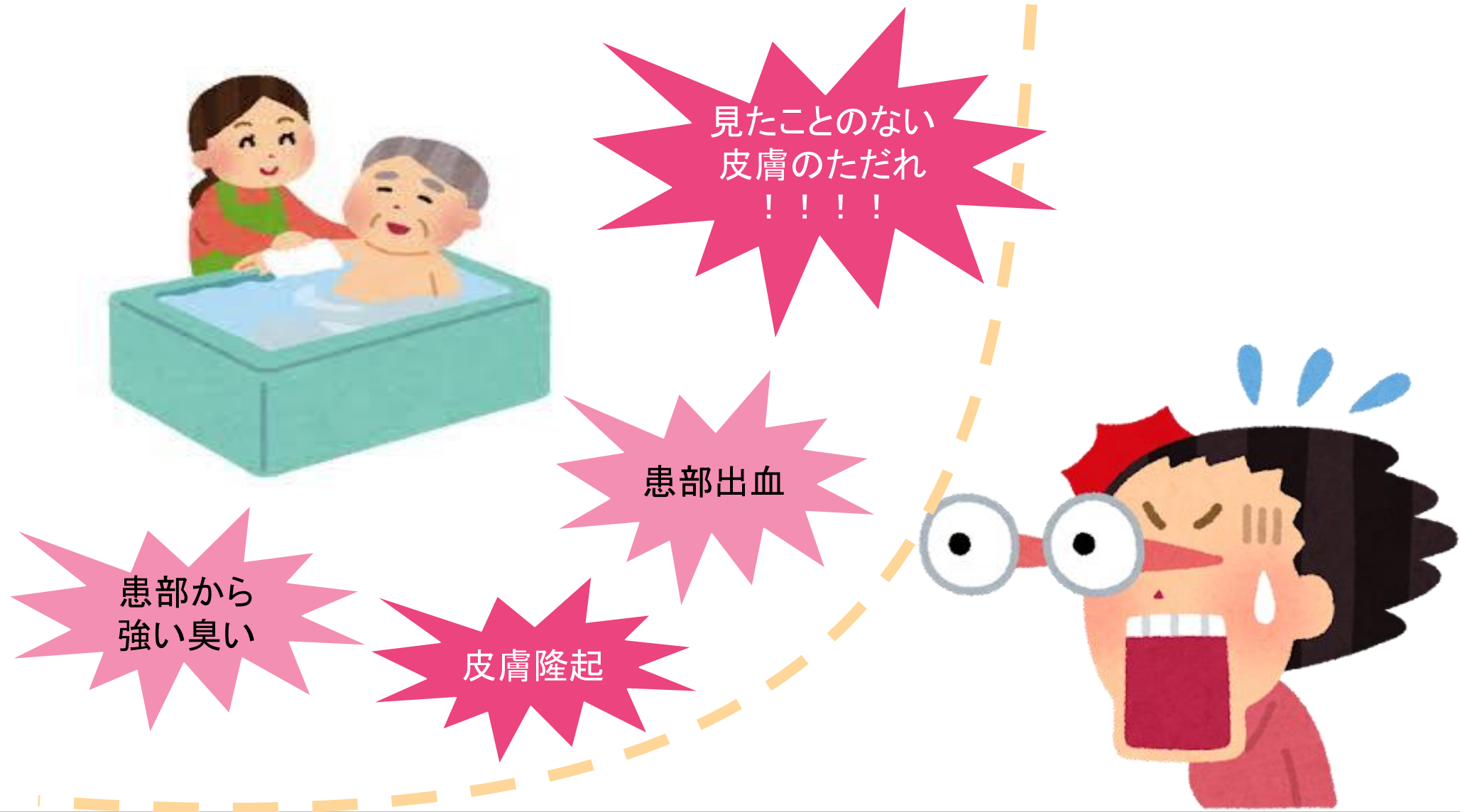
# 関係性構築



# 変化によって見えてきた新たな発見



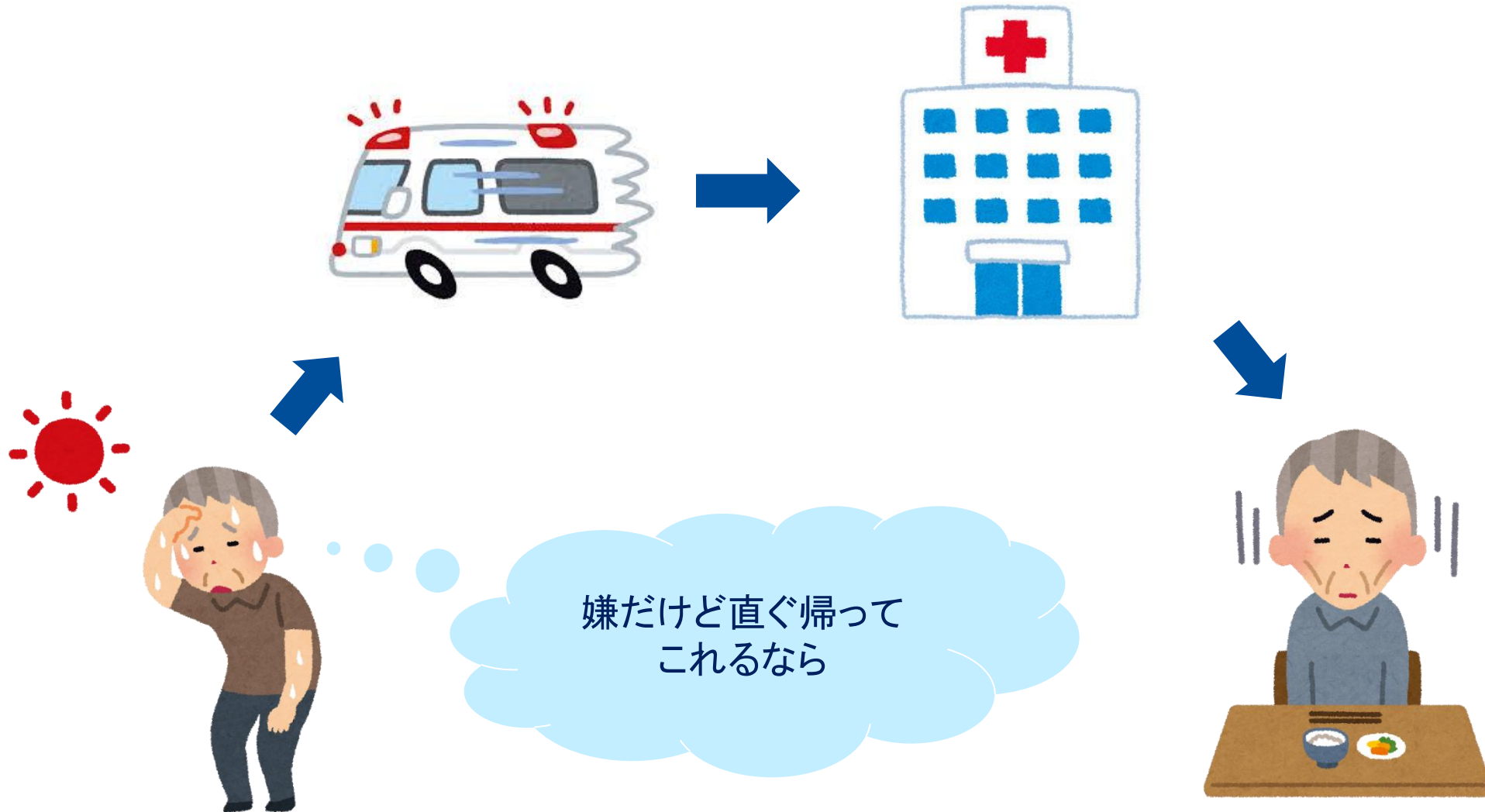
# 入浴支援スタート





## パジェット病の診断

# 体調変化・入院



# 意欲低下と住居変更



# ご本人の思い



今後について…？

知らない人の中で  
死にたくない

ずっと家にいたい

兄弟を病院  
で亡くした  
トラウマ

治療も検査も  
いや

病院にはもう  
行きたくない

病院が怖い

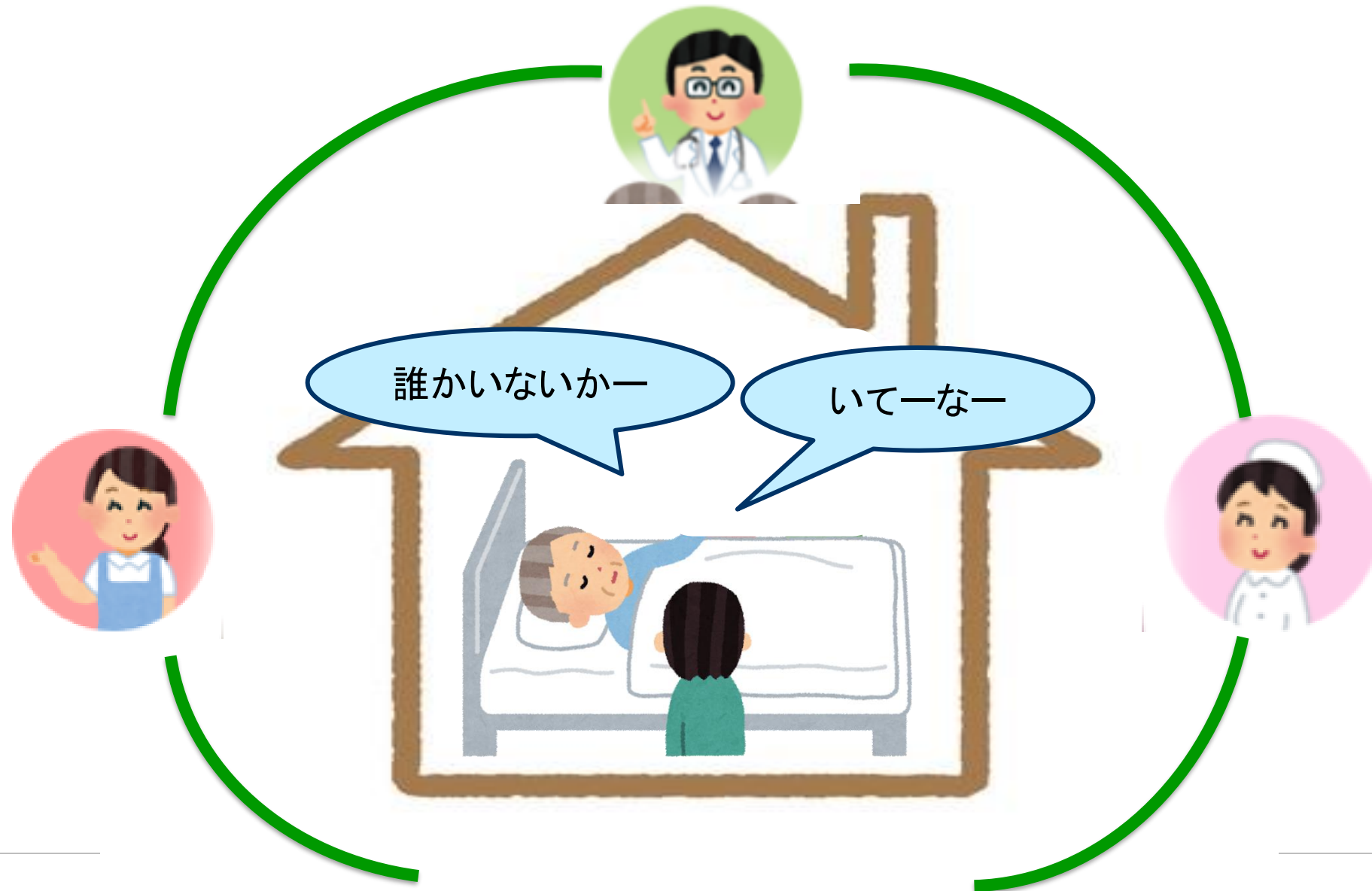


# ACPの確認～ご本人の思い～



在宅方針に決定

# 最期



# その後



・ヘルパー訪問中の  
ご本人のお写真が遺影に

・出棺前の立ち合い

・連絡ノートを棺の中へ

# 考察

- ・他者との交流の無かったA様に寄り添い、心を開いてくださったのがすべての始まりで日々のかかわり方がACPにつながられた。
- ・歴史的背景のある事例だったが、ご本人の想いを遂げるため会議でもご本人の最期について代弁することができた。
- ・かかわったヘルパーとの終了ケースカンファレンスを実施し、次回につながるような振り返りの時間を持つことにより、ACPとは何かを学ぶことができた。

ご清聴ありがとうございました。