

勇美記念財団 2022年度  
ブロックフォーラム

@2022 11 14 長崎Drネット

わが家・わが町の地域包括ケア～  
利用者・患者の側からみると

実際のケースの、

元気なときから人生を閉じるまでの  
経過にそって



医療ジャーナリスト 村上紀美子

# 自己紹介 日本全国と海外9カ国での取材を生かし 地元での地域包括ケア 体験

医療者と患者・市民をつなぐ立場を大切に

在宅ケア、医療安全、ターミナルケアを海外・国内で継続取材

“一人暮らし、自宅で、最期まで” + 認知症

- 認知症が少しずつ進行していく 90代3人 兵庫県、東京都
- 家族の遠距離介護 + 介護保険フルサービス + 自費サービス
- 住まい：グループホーム2人 自宅独居1人
- 看取り：在宅ケアに支えられ、自宅マンション独り暮らし  
グループホームでの、健やかな人生最期の日々  
山あり谷ありの人生の、その人らしい仕上げ  
間近で見聞き関わり、貴重な経験 **次は自分** . . .

# 地域包括ケア、我が家で？ わが町で？ 利用者・患者の側からみると...

元気なときから 人生を閉じるその日まで  
気になるのは誰が？いつ？何を？ メンバーとタイミング  
**用意するのは“周囲” 選ぶのは“現場で本人”**

ヨーロッパ・米国・NZ・中国

北海道から九州までの取材や、  
遠距離介護&看取り体験をもとに

**支えられたり 支えたり**

# ドイツ見学から 地域包括ケアの視点で

9月2～15日 フランクフルト ブレーメン シュツットガルト



ブレーメン市の  
新しいケア付き住居  
推進チーム



ブレーメン

認知症家族  
が運営する  
共同住居



# 全国の実際の姿の語りを動画で 製作中

利用した人4人 提供する人12人がリアルに語る

- ➡ 「元気なときから知っておきたい在宅ケア」 無料動画シリーズ

希望する場所でいつまでも、最期まで心豊かで穏やかに 北海道～九州、中山間でも都会も



@白十字在宅ボランティアの会ホームページ

<https://www.hakujuji-net.com/video/home-care>



# 専門用語を避け、“暮らしの言葉”で語る16の物語

撮影・編集は、NHKの福祉番組等のプロ

NHK『サラメシ』方式でカメラを送り、現場で自撮り、  
秋山正子さんと村上がZoomでインタビュー

## こんなふうに気軽に観られています

毎晩1本ずつ連続ドラマ風に見て、ほっこり就寝

入院中で退院の話がでたけど、退院先を探す参考に...

在宅や看取りケアの実際をもっと知りたい、学びたい

看護・医療・福祉系の職場研修や、大学・学校の校内実習や演習教材に

好みの1本をいっしょに観て、感想や発見を話し合い

- ▶ 在宅看取りを経験した利用者のご寄付による、2021年日本財団「本間基金」の支援を受けて白十字在宅ボランティアの会が製作





# I わが家で 遠距離介護経験

認知症が少しずつ進行する90代3人の個性的な10年

- 規則正しい生活と集団が好きな人は、  
グループホームでの日々
- マイペースな自由人は、  
在宅ケアに支えられ、独り暮らし  
家族の遠距離介護 + 介護保険 + 自費サービス



**山あり坂あり、ピンチの連続** どうしよう・・・  
選ぶのは本人... 人事を尽くして天命を待つ

# 我が家に合うサービスは、誰が、いつ、どんな？ 探し・選び・決めたタイミング

本人たちは、「自分たちでできる、他人は必要ない！」  
気弱になったタイミングに「自分たちで大変じゃない？」  
「そうかな・・・」 「探せるよ・・・」 それっ！

- ➡ 将来、必要になりそうなサービスにつながる所
- ➡ 「いずれ訪問看護が必要なときが来ても大丈夫なように」と思い、訪問看護ステーションと一緒にケアマネジャーを
- ➡ 一人暮らしで、毎日サポートが必要だったので、週末も年末年始も対応できるヘルパーステーション  
(1日4回の訪問が確保できれば、最期まで何とかなる…)

# 行政のシルバーサービスを頼んで、 家事援助から 「自分でできるのに」



# 家にいられるように 本人が入って相談 ケアマネジャ サービス責任者



# 一人暮らしの支え

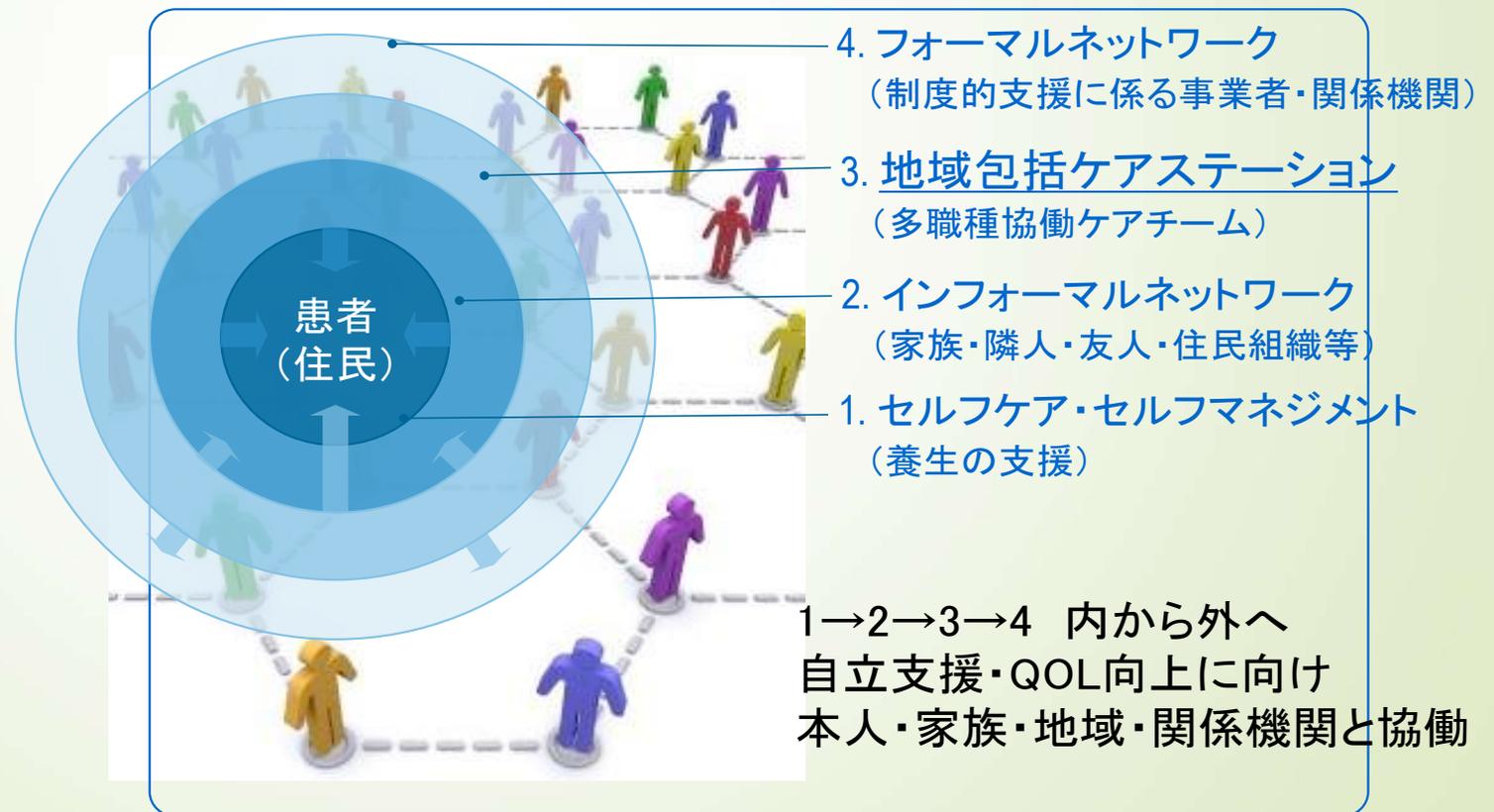
# 状況に応じて変更

- ケアマネジャ 本人の希望・変化にそい必要なサービスを導入
- ホームヘルパー 365日 毎日3回（朝、昼、晩）生活支援  
深夜緊急訪問⇒深夜定期訪問
- 訪問看護 週1回 症状変化の早期発見・対応 家族支援
- 訪問診療・訪問薬局 月2回 診察・お薬カレンダー・調整
- 訪問歯科 義歯の調整、口腔ケア、ヘルパーさんに指導
- 伝い歩きできる位置に手すり設置 介護ベッド検討
- デイサービス グループホーム 有料老人ホーム
- **地元の商店、葬儀屋、民生委員、喫茶店、食堂、警察、散髪屋**  
**家族 上記相談 手続き できる範囲で訪問 月1⇒週1⇒毎日**

## II わが町で 地域包括ケアのメンバーは誰？

サポートの組み立ては、たまねぎ（輪切り）のように  
自分～友人～外部サービス～公的扶助

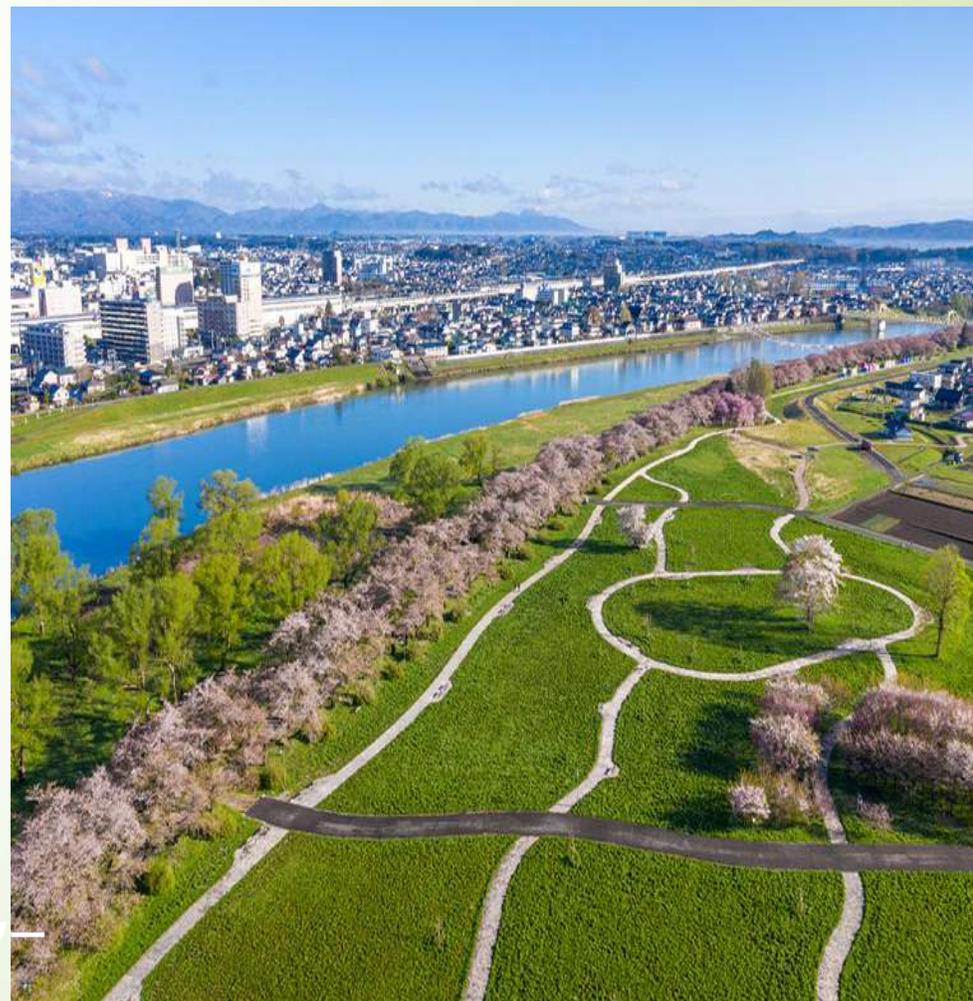
オランダの在宅ケアビュートゾルフ



# わが町 1 岩手県北上市 Kさん

きたかみ多職種事例勉強会

在宅療養支援診療所ホームケアクリニックえん 高橋美保さんのケース





# 高校の先生 体力自慢の ラーマンKさん

脳幹梗塞で緊急入院  
「早く家に帰りたい」  
妻

「介護休職して、  
私が専属看護師よ」

支えは、いつ？誰が？



# 第1回 退院前 カンファレンス

8月、退院1か月前



## 入院先の病院

- ・ 医師・看護師
- ・ 理学療法士
- ・ 作業療法士
- ・ 言語聴覚士
- ・ ソーシャルワーカー



## 本人・妻

## 在宅医療

- ・ 訪問診療担当医師
- ・ 看護師
- ・ ソーシャルワーカー

## 介護保険サービス

- ・ ケアマネジャー
- ・ ヘルパー
- ・ 訪問入浴担当者
- ・ 福祉用具担当者

- ・ 本人を含め総勢17人
- ・ 入院経過、現在の状態、問題点などの報告
- ・ 妻：淳子さんの意向  
（自宅でのリハへの思い、介護についての希望など）の確認
- ・ 利用できるサービスの確認  
⇒介護保険、身体障がい制度…
- ・ 制度利用状況の確認
- ・ 退院日の希望確認

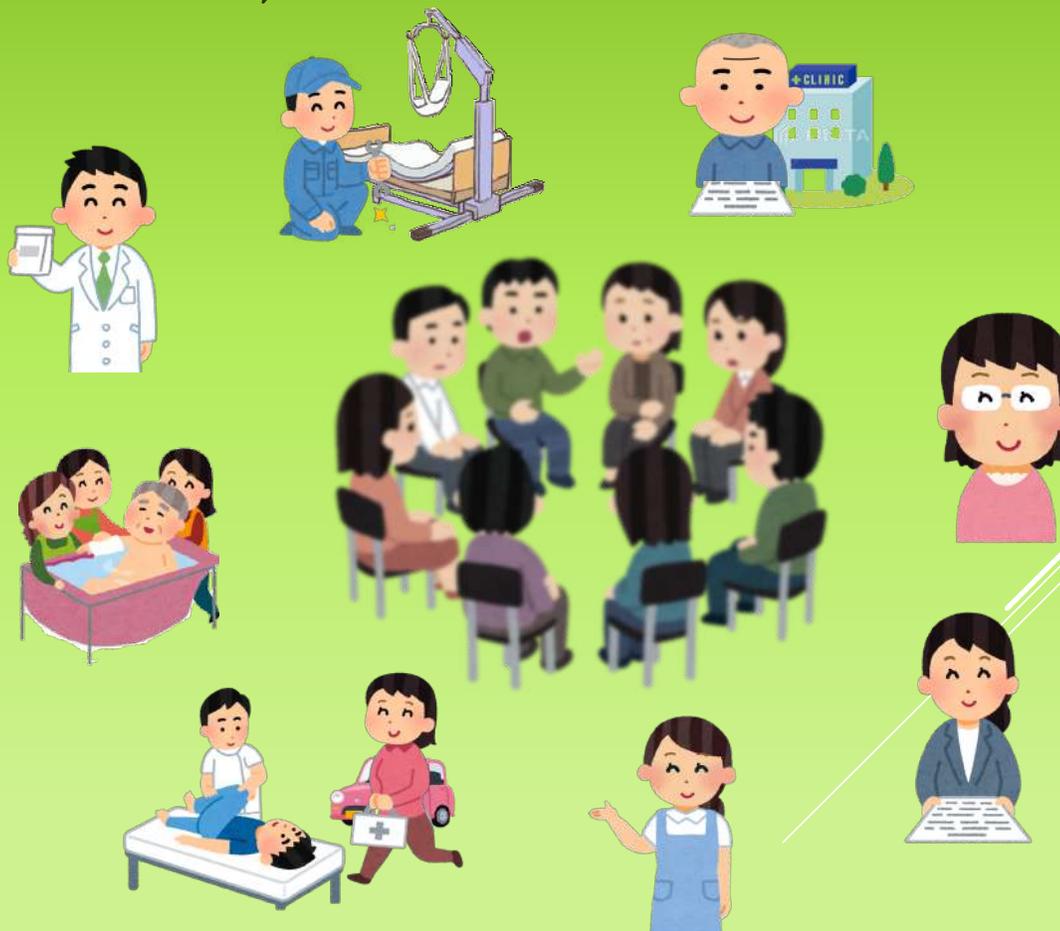


# 第2回 退院前 カンファレンス

9月、退院2日前

- 妻と在宅チーム=13名での事前打ち合わせ
- 翌々日に退院を控え、現在の体調の確認、退院後の具体的な日程（訪問曜日、回数）やサービス内容の確認

- ◆妻：淳子さん
- ◆ケアマネジャー
- ◆ヘルパー
- ◆訪問看護ステーション  
看護師・理学療法士
- ◆訪問入浴担当者
- ◆訪問薬局薬剤師
- ◆福祉用具担当者
- ◆クリニックMSW



外出支援 お花見から始め  
念願のラグビーワールドカップ観戦へ  
教え子、釜石の歯科医、競技場



# わが町 2 鹿児島県肝付町 Aさん

地域包括支援センター 保健師 能勢佳子さんのケース



南北60Km 東西40Km 車で約2時間  
14,000人が 308km<sup>2</sup>！ に点在

病院 2  
有床診療 2  
クリニック 4  
へき地診療所 1  
特別養護老人ホーム 1  
訪問看護ST 1

高齢化率41% 6,200人  
2次医療・がん医療中核病院等は隣の鹿屋市へ

Aさん 末期がんの父 中学校不登校の息子の二人暮らし  
 母は本州で働き仕送り 祖母は近所で要介護

	7月 Aさん訪問看護開始 息子に気づく	息子の夏休み 母のもとへ	8月上旬 Aさん入院	9月 2学期 今後の相談
病院	→			
訪問看護	→			
中学校	→			→
包括支援センター	→			
在宅医	→			
ケアマネ	→			
児童支援	→			

## さまざまな方法を検討

病院の健和ケアナースは、夫のこれからを、  
包括保健師と訪問看護師は、息子さんのこれからを、妻とともに悩み

妻の想いを聴く  
これまでのこと  
今のこと  
これからのこと

夫の病気の進行と治療・療養のこと、夫の残された時間はどれくらいなのかを共有して、具体的なサポートをどうしていくか検討

訪問看護・包括保健師

病院緩和ケアナース・訪問看護・  
ケアマネジャ・包括保健師

息子さんの学校・進学のことについて  
妻が単身赴任を続ければ、息子は一人で家にはいられない。息子の暮らしをどうするか。

最期になるかもしれない時間を、夫や息子と一緒に過ごそうとした時に利用できる制度の検討 生活保護・社協の生活福祉基金

学校・スクールソーシャルワーカー・  
児童擁護施設・祖母・祖母のケアマネ

生活保護担当・社会福祉協議会

# 退院カンファレンスの翌日・ 校長室で 学校主催のカンファレンス

この生徒や家庭に関わる上でどうしていったらいいか？  
学校からの召集で、在宅側と話し合い

在宅医・病院の緩和ケアナース・訪問看護師・ケアマネ・包括  
児童養護施設、学校長・教頭・学年主任・担任  
スクールソーシャルワーカー

## 学校の先生方の心配な気持ち

「中学生にひとりぼっちで、父の見送りをさせるの？

他の生徒への影響も気がり」

「なんで在宅で？病院の方が安心じゃないですか？」

「お父さんの運動会への想いはわかるが...」



# 教育と病院-在宅-児童福祉が〈対立〉から〈同じ思い〉に

医師・緩和ケアナースは〈病状説明〉

在宅医・訪問看護師・包括は〈在宅ケア体制〉

児童養護施設は〈いざに備えたフォローアップ〉を説明協議

訪問看護師・医師「運動会も付き添います」

**空気が変わった！ 本人の希望を大切に！ 同じ思いに**

学校「運動会にもぜひきてください。

テント一張り準備します」

ICTツールで情報共有しながら支援



## わが町3 長崎は？ 今日の参加者みんながメンバー

➡ 例えば まちななかラウンジ

➡ 例えば 長崎Drネット

複数主治医、多職種ネットワークのさきがけ

➡ 例えば みんなのまなびば「み館」貞松徹さんたち

街のリビング、ひととまちとくらしの学校、

グループホームながよの地域交流スペース

➡ 例えば リエゾングループ 川副巧成さんたち

ケアハウスやグループホーム、通所リハ・訪問リハ

通所カフェ、介護現場を見える化、地域の催し

### Ⅲ さて“わたし”にとっては？

- ▶ 誰でもやがて、人生を退場していく日、人生を卒業する日が来る その前に助けを必要とする日々もくる  
考えたくない、情けない、気が引ける、弱みを見せない...
- ▶ 誰に何を頼むかは、本人が選んで、自分が決めて良い  
気が合わない場所や人に世話になるのは、ちょっと...
- ▶ 急な入院などで、本人の希望がわからないと困る  
書いてあると、家族も医療者も動きやすい！

元気な今から、いつか人生を閉じるその日まで

# “わたし好みの地域包括ケア”を組み立てておければ、いいね

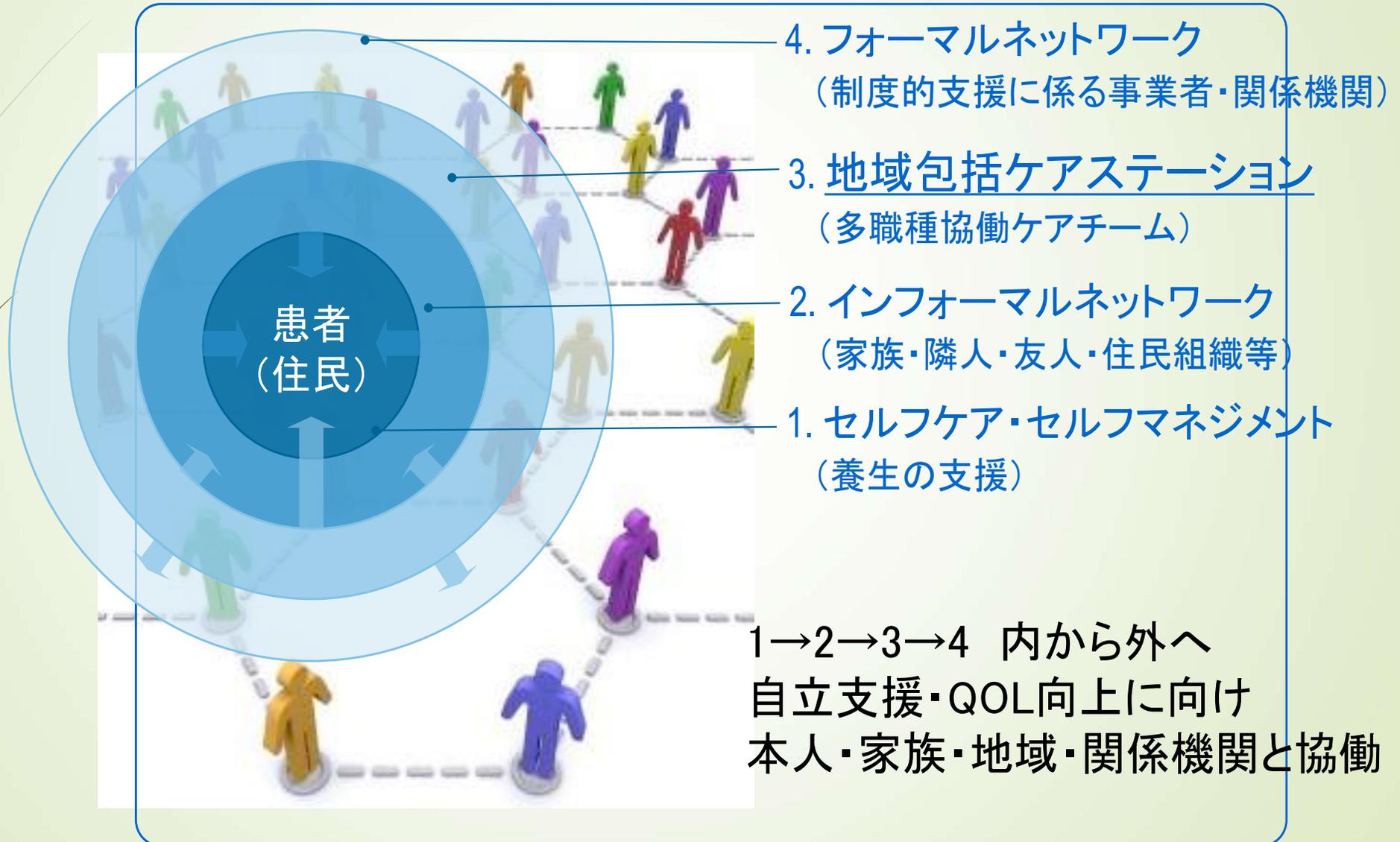
- ▶ 今の日本は、メニューはそろっている、使い方が重要  
その中の、どこが自分のライフスタイルや好みに、あうか？  
最初の入り口・アクセス・利用のタイミング
- ▶ 家族・近所・地域社会のインフォーマルサービスと、フォーマルサービスを組み合わせ、玉ねぎモデルで、
- ▶ 状況変化による変更 アセスメント・サービス  
できるうちは、誰かのSOSに「できる範囲で手伝う」つもりで。  
いずれは、自分も助けてもらいやすいから、お互い様
- ▶ まずは、自分、わが家、わが町を組み立ててみる練習  
そして、患者さん・利用者さんのことへ進む

# 元気なときから備えておくと安心10項目 ACP

項目	こんなことがあったら良い
1：困りごとや愚痴を話せる人	よろず相談できる人と場 友人 家族など 複数
2：日常医療の窓口	家庭医・訪問診療
3：薬	薬局 夜間当番制、配達
4：暮らしを整える在宅ケア	訪問看護 ホームヘルプ 衣食住 配食 掃除 介護用品 PT・OT デイサービス・ショートステイ
5：専門医療	病院 専門医療 検査 入院 治療 救急コール
6：ケア付き住宅	サービス付住宅、グループホーム、有料老人ホーム
7：人生最後の日々のささえ	訪問看護 訪問診療 ホスピスみとりボランティア
8：定期的に交流する安心のネットワーク	家族 友人 後見人（希望を何でも書いておく） 頻繁に声をかけたり、様子を見てくれる人
9：私の好きなこと 何をしているとき幸せを感じる？	これさえあればご機嫌になること、趣味、モノ、ことば 思い出、エピソード・遊び
10：自分のことを詳しく言葉にしておく	暮らしのスタイルや好みや希望や信条など言葉で伝える

# サポートの組み立ては、たまねぎ（輪切り）のように 自分～友人～外部サービス～公的扶助

オランダの在宅ケアビュートゾルフ



人生終わりの日々にも必須のこと 事故でも、認知症でも

- 落ちついた別れの時間を持つこと  
～会って触れて話しかけて。わだかまりの和解
- 感じていることを、素直に話せる場と人  
きれいな気持ちも、穏やかならざる思いも、聴こうとする人

○いろいろな知恵やサポートがあることを知る  
患者に家族にケアマネにヘルパーに医師に病院に、伝えて

**⇒こんなケアサポートを組み立てる = 地域包括ケア**