

「人生いろいろ・介護もいろいろ
笑って、泣いて、支え合い～」

H30. 11. 10.
大東コミュニティセンター室蓬ホール
谷藤内科医院 谷藤正人

P1

在宅医療の概念 (太田秀樹先生)

訪問診療(病棟回診の役割)と往診で構成される

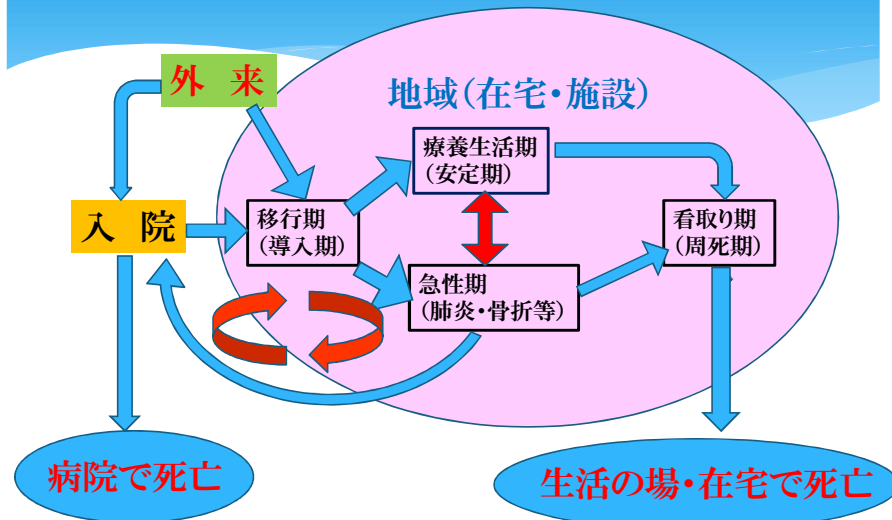
- ・ 通院困難者に対して、暮らしの場に、医療専門職が訪問し、
- ・ 患者・家族の意向を汲んで提供する医療
- ・ 望まれれば看取りまで支える医療

往診無くして在宅医療は成立しないが、
基本は訪問診療にある。

- ・ 訪問診療：
患者の病態に変化がなくとも、定期的に患家に訪問して診療を行う。
- ・ 往 診：
患者の病態が変化した時に、患者や介護者から依頼されて行われる。

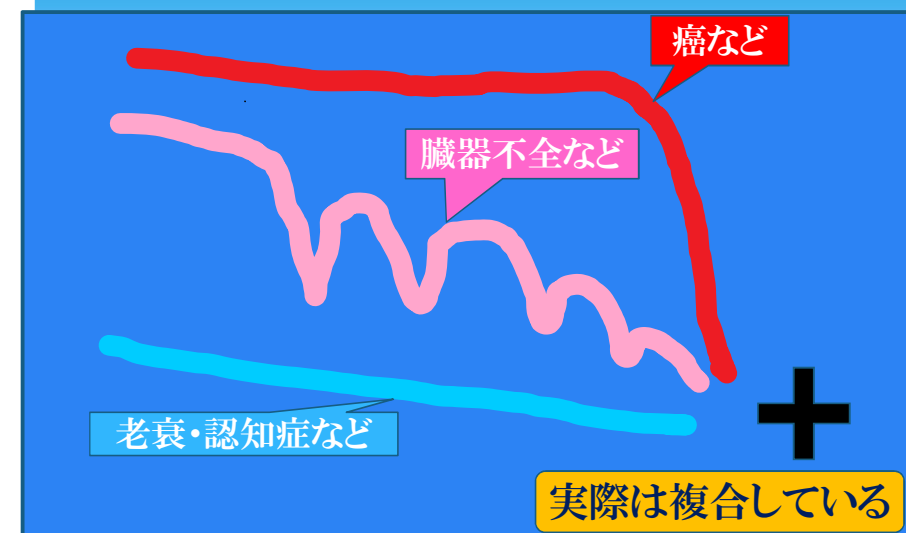
P2

在宅医療の諸相 (移行期、安定期、急性期、看取り期) (太田秀樹先生)



P3

病気の進行



P4

在宅死の光と影

◆闇(影)の部分

自殺

虐待、家庭内暴力・・・ネグレクト、介護知識の不足

孤独死・孤立死・・・悪いことばかりではない、

覚悟があればよいのではない？

貧困、精神疾患・・・介護離職(年金依存)

ビジネス

日向ぼっこのばあちゃんの膝の上の猫

19歳女性悪性リンパ腫患者の在宅緩和ケア (診断から1、在宅緩和ケア1月半:原点)

- * およそ30年前、私が30歳頃、田舎の小さな病院に勤めていた。
- * ある日の午後、18歳の女子高生が横になると胸が苦しいとニコニコしながら受診した。
- * 胸の写真を撮ると右肺は胸水で真っ白でした。
- * これは結核か癌かと考え胸水穿刺したら赤い胸水が引けた。
- * 総合病院へ紹介し悪性リンパ腫と診断され、抗がん剤による化学療法が開始された。
- * 薬石効なく、副作用でホロホロ。
- * 入院長引き、帰宅願望強くなる働きたい、自動車免許が欲しい
- * その後の加療を依頼された。
- * **がん告知せず、不治の病であることは告げた(中途半端)**
- * モルヒネなど鎮痛剤、心嚢穿刺
- * 自動車教習所に通った。
- * 訪問すると**おばあちゃんの膝枕**で心地よくしていた

P9

P10

ひろみちゃん(仮名)からの手紙(叫び)

- * 「なにもかも、がまんして長く生きるより、やりたいことを一生懸命やって生きた方がよっぽど生きている価値があるんじゃないんですか」
- * 「私はもう18歳です。社会人として働いても当たり前前の年です。私は親にすがって生きていくのも、家族みんなに甘えて生きていくのも嫌です。自分で、自分のできることをやりたいです。」

忍法「鶉(うづら)隠れの術」

100歳老人の悟り

- * 訪問診療で車に乗っていると、道路にはみ出した岩にぶつかりそうになった。
- * 車を止めて、その岩を見ると、私の医院にかかりつけの百歳のお婆さんが家の周りの草取りをしていたのでした。
- * 気配を消し、岩のごとく自然に身を置く姿は、修行を積んだ禅僧か、忍法「鶉(うづら)隠れの術」かと見まがえた。
- * **生活の場**にあることは遅しく、自然である(役割がある)
- * **家で過ごすこと**:こころが自由で平穏になることが多い

P11

P12

落語の演目にもある「らくだ」の話 とんだ勘違い

- * 前任の病院で、隣の診察室で都会から応援に来ていたA先生が「おじいちゃん今日は何で来たの?」と聞いていた
- * おじいちゃんは
- * 「どこが具合悪いの?」を
- * 「どのような交通手段で」に聞き違えたうえで、
- * 「今日はラクダに乗ってきた」
- * 「エッ?」とA先生はしばし沈黙の後...
- * 「おじいちゃんはラクダを飼っているの?」

P13

ビュンビュン系バーバの図



らくだならぬラクータ

P14

明るいビュンビュン系 84歳女性 (がんの診断から1年4ヶ月、在宅で9か月)

農業、独居、朗らか
ラクーターで町まで出かけていた。そのスピードが半端でない。
娘夫婦が近くに住み、発病後は同居
宅老所で入浴、ショートステイ

腎盂癌
胸椎転移
心嚢水貯留

フェントステープ
オキノームでレスキュー
在宅酸素療法

- 当初宅老所の通所を利用しながら家で過ごした。
- CVラインを気にされるので早々に抜去した。
- 自宅で育てて収穫したジャガイモを宅老所へ持ってきて皆に振る舞ってくれた。
- 在宅主治医にラクーターの乗り方を嬉々として教えてくれた。
- 最期の3か月は宅老所に宿泊し週に1度家に帰り家族水入らずで過ごしてもらった(レスパイト入院の役割)。

P15

介護のコツ

- * 60%の力で(完璧と手抜きの間)
- * 家にいることが癒し
- * ユーモアを忘れずに
- * 介護保険サービスの上手な利用
- * レスパイト入院の活用
(ショートステイ、地域包括ケア病棟など)

P16

在宅医療の実際 ～訪問看護を活用しましょう～

平成30年度在宅医療・介護連携市民フォーラム
平成30年11月10日

公益社団法人岩手県看護協会立東山訪問看護ステーション
鈴木 美和子

P1

東山訪問看護ステーションの紹介

平成12年：大東訪問看護ステーションとして開所

平成15年：指定居宅介護支援事業所東山を併設

平成17年：東山訪問看護ステーションに名称変更し拠点を東山に移転

スタッフ：看護師10名（介護支援専門員兼務5名） 事務員1名

訪問地域：一関市（東山町・大東町・川崎町・一関地域の一部）

対象者：年齢に関係なくどなたでも利用可能
介護保険・医療保険のどちらかで対応
入居施設と委託契約にて対応

P2

訪問看護はどんなサービス？

- 看護師が居宅に訪問してその方の病気や障害に応じた看護を行うこと
- 健康状態の悪化の防止や回復に向けてのお手伝いができる
- 主治医の指示を受け、病院と同じような医療処置も行うことができる
- 自宅で最期を迎えたいという希望に沿った看護も行う
- 介護指導や療養環境の整備をする
- 安心して在宅療養できるように緊急時の対応を行う
- 退院時の在宅療養への移行支援

P3

「家で逝きたい」と言われたら

- ① 本人になぜ「家」なのかを聞く
- ② 家族の覚悟を確認する
- ③ 家族の窓口を決める
- ④ 遠方の家族にも伝える
- ⑤ 本人が家にいる場合→在宅医を選ぶ
本人が入院している場合→病院（退院支援室など）で相談する
- ⑥ 地域包括支援センターや支所保健福祉課に相談する
→介護保険を申請する
- ⑦ ケアマネジャーに相談する
- ⑧ 在宅介護する（訪問看護の利用）
- ⑨ 最期の日が近づいたらそばにいる
- ⑩ 最期の日を迎える

P4

自宅で最期を迎えたAさんの事例

- 療養者：Aさん（男性）
- 病名：胃がんの末期
- 状態：腹膜転移により腹部膨満がある。ポートより高カロリー輸液持続点滴と医療用麻薬の点滴投与で疼痛緩和されている
- 余命数日の先刻を受けている
本人には告知済、家族も病状の理解はしている
- 本人は病状を理解したうえで「家に帰りたい」と強く希望
- 自宅に退院後10日目 自宅で最期を迎えた

P5

自宅看取り時の介護のコツ

- 普段から最期について家族で語り合うことが大切
エンディングノートの活用
- ひとりで考え込まないで助けを求めよう
ケアマネジャーが最適なケアプランを立ててくれる
訪問看護師は看取りを支えるキーパーソンになる
ホームヘルパーは生活を助けてくれる
- 覚悟を決める

P6

ご清聴ありがとうございました

参考文献

松村静子監修 「家族を家で看取る本」
秋山正子著 「家で死ぬこと、考えたことがありますか？」
医学書院 「在宅看護論」

P7

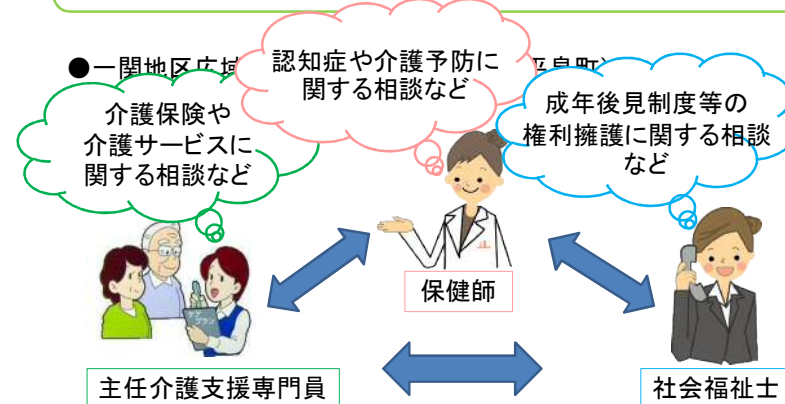
在宅医療・介護連携市民フォーラム 人生いろいろ・介護もいろいろ ～笑って、泣いて、支え合い～

一関地区広域行政組合
一関東部地域包括支援センター
小野寺 久美

P1

地域包括支援センターとは

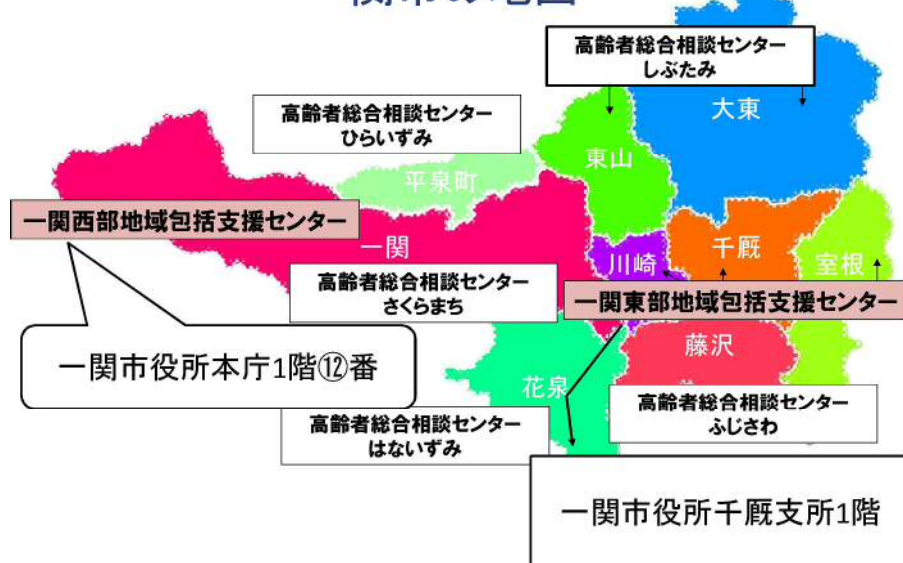
高齢者等が住み慣れた地域で安心して過ごすことができるよう、包括的及び継続的な支援を行うことが目的である。



P2

一関市・平泉町の包括支援センター
設置状況

一関市の地図



P3

地域包括支援センターの業務

①介護予防ケアマネジメント

高齢者の方々が、要介護状態にならずに自立した日常生活を継続できるよう、**介護予防**に関する支援を行う。
要望に応じて、介護予防の講話なども実施。

②総合相談支援業務

高齢者に関する様々な相談に応じ、高齢者やそのご家族が必要なサービスや機関に結びつくよう支援を行う。
また、地域の高齢者の実態を把握し、支援が必要な高齢者に対する**早期対応**を行う。

③権利擁護業務

高齢者虐待の通報受付、虐待解消に向けた対応を行う。
また、認知症等で判断が難しい高齢者の支援のために、成年後見制度の利用援助を行い、高齢者の方の**権利を護る**支援を行う。

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

高齢者を支える**ケアマネジャー**の相談に応じ、バックアップ支援をしたり、**ケアマネジャーの資質向上に関する支援**を行う。
医療・介護をはじめ、様々な関係機関と**関係づくり**を行う。

P4

地域包括支援センターの業務

⑤指定介護予防支援事業所

地域包括支援センターは、要介護認定区分の、「要支援1」「要支援2」「事業対象者」と認定を受けた高齢者に対し、介護予防ケアマネジメントを行う事業所の指定を受けている（「指定介護予防支援事業所」という）。介護サービスの利用を希望する要支援認定を受けた高齢者の方に対して、**ケアプランの作成や介護サービスの利用調整**などの支援を行う。

⑥認知症高齢者等支援

○平成28年度から、認知症高齢者等の相談支援を行う「**認知症地域支援推進員**」を配置。

○認知症の早期対応を行う「**認知症初期集中支援チーム**」の発足
・チーム員（包括職員）が家庭訪問し、実態把握
・チーム員会議を行い支援策を検討
構成メンバー（東部包括の場合）
①秋保クリニック 秋保茂樹医師
②包括職員

地域包括支援センターの業務

⑤指定介護予防支援事業所

地域包括支援センターは、要介護認定区分の、「要支援1」「要支援2」「事業対象者」と認定を受けた高齢者に対し、介護予防ケアマネジメントを行う事業所の指定を受けている（「指定介護予防支援事業所」という）。介護サービスの利用を希望する要支援認定を受けた高齢者の方に対して、**ケアプランの作成や介護サービスの利用調整**などの支援を行う。

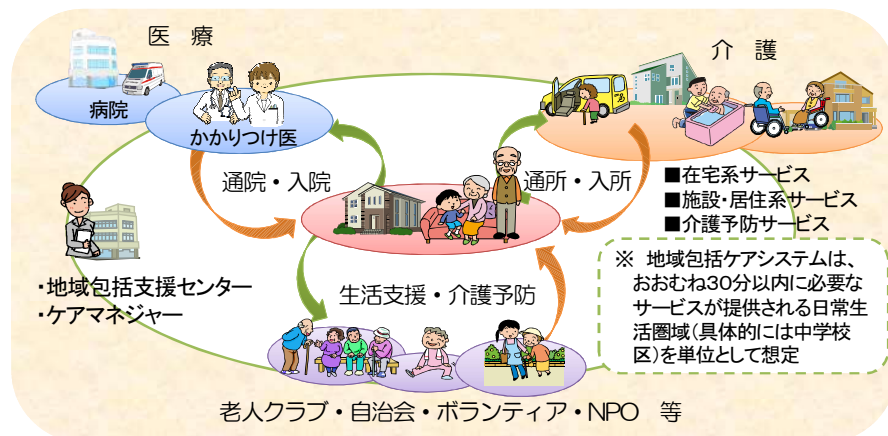
高齢者に関する、さまざまな相談に乗り支援を行う
保健医療・福祉の専門職が配置された機関が地域包括支援センター

P5

P6

地域包括ケアシステムとは

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援**が一体的に提供されること。



P7

医療と介護の連携

・ 病院からの相談内容として多いのは

◎そろそろ退院。自宅での生活が入院前のように出来るかどうか心配な患者さん。

◎介護保険認定を受けていない。

◎認知症の症状がある。

◎介護保険認定を受けているが、介護保険サービスを利用しておらず、担当のケアマネジャーがいない。

◎身内との連絡が取れない。

P8

総合相談業務における主な相談内容

・ご家族からの相談内容として多いのは

◎退院の話がされたが、今の状態では自宅で介護出来るか心配。

◎(医師、看護師、民生委員から)介護保険申請を勧められたがどうしたら良いか。

◎認知症の症状があるが病院に行きたがらない。

◎介護認定を受けているが、本人が介護保険サービスの利用を拒否している。

事例の紹介

地域のつながりで認知症になっても自宅での生活が続けられた方

- ・80歳代 女性 花さん(仮名)
- ・同居の長男が急死し独居となる
- ・介護保険認定は受けていない
- ・身内が近くにいない
(次男は関東甲信越地方に居住)
- ・認知症状があり、家事、身の回りのことは見守りや声掛けがないと困難 ➡ 長男がしていた

P9

P10

事例の紹介

長男の葬儀で来訪していた次男と今後について相談。

次男の思い

同居の意向はあるがすぐには連れていけない。
介護保険サービスを使いしばらくは自宅での生活は続けられないか。



介護保険申請。ケアマネを決めてヘルパーとデイサービスを暫定利用開始。配食サービス利用。

➡ とはいえ24時間対応する事は出来ないね

事例の紹介

近隣宅を訪問し、花さんの生活の様子を伺いました。

○息子さんがいるから、行ってみることもあまりなかったなあ。

○認知症になってたんだね。

○一人になったら大変だね。ご飯どうすんだべ。



。。。何か出来ることあっぺが

P11

P12

事例の紹介

そこで結成された地域の力

〇〇隊結成♡

いつ自分が同じようなことになるかわからないもんね。明日は我が身。

S.Sさん:デイサービスから帰って来たらまがってみっから。

S.Tさん:お弁当が届く時間に行ってみっから。

S.Oさん:デイサービスに行かない時はお茶っこ飲みに行ってみっから。

S.Mさん:ゴミ捨てやっからヘルパーさんは外にだけ出してて。

ケアマネ:何かあったら私に連絡くださいね。

P13

事例の紹介

地域のつながりで自宅での生活が続けられました。



P14

介護のコツ

○頑張りすぎない

○よくやってるね。大丈夫?等の声かけがされる、出来る地域の関係性

○構え過ぎない

○語り合う(聴き合う)

P15

90歳からの羽ばたき ～本人重視の在宅医療～

室根町 小野寺 久美子

P1



寒い毎日ですね...



平成25年正月
(娘が招集し全員集合)

P2



今から病院に行きます。
(90歳 庭の草取りしてました。)



平成25年3月12日
手術後



せん妄4日目

P3



わたしはだ～れ！？



今日退院します。

P4

茶の間での生活

- ◎ 季節を感じ、思い出が出てくる。
- ◎ 近所の方が顔を出してくれる。
- ◎ 留守番に一役。

P5

冥土の土産に 旅行しました！

～京都、埼玉の旅～

念願の飛行機に乗りました。
6時間の車の旅にもびくともしません！

P6



飛行機の中
(背が低く外は見えない。)



大阪空港

10年ぶりに再会の娘



京都ホテル



豆腐懷石を
食べました。



無事花巻空港に
着きました。





平成26年3月水戸の偕楽園



水戸の梅娘さんとパチリ！

P9

いつもいっしょのベッドで寝ていたひ孫



川越の時の鐘と息子

P10



12年ぶりに帰省
の娘家族

平成28年12月28日～
在宅酸素開始



平成29年 5月
母の日のプレゼント



P11



平成29年 6月 父の日

平成29年 9月11日
名古屋からひ孫が面会に



P12

ケアマネさんに助けてもらえたこと

- ◎介護状況に応じ必要な介護を早急に手配していただいた。
(ショートステイ、介護タクシー他)
- ◎各種書類の説明手続きを自宅で出来るように足を運んでいただいた。
- ◎低価格で介護サービスが受けられた。
- ◎親身になって相談に乗ってもらえた。
- ◎情報の多いケアマネさんは安心して任せられた。

P13

ちょっと息抜き・・・



平成29年7月15日



かちかち山

平成29年9月23日
浅虫水族館



P14

ばばちゃんベッドは今もそのまま活用

- ◎30年前のベッドはいこいの場。
- ◎ひ孫が生まれてからずっと一緒に寝ていた。
- ◎現在も帰省時はばばちゃんベッドで安眠。

P15

予定外だった最後の看取り

- ◎私が夜勤で不在のため、夫の対応
- ◎看取り後の自宅に戻っての一夜

P16



平成30年 1月 1日

P17

介護のコツ

- ◎ 本人のペースを理解し、できることは本人にやってもらう。
- ◎ 介護は分担して、1人で頑張らない。
- ◎ 何でも相談できるかかりつけ医を持つ。
- ◎ 情報の豊富なケアマネさんを選ぶ。
- ◎ 介護者がリフレッシュできる日を作る。

P18