

日本医師会 第1回 在宅医療シンポジウム

在宅医療が支える暮らし ～住み慣れた地域の中で～  
訪問看護ステーションの立場から

全国訪問看護事業協会 常務理事  
東久留米白十字訪問看護ステーション 所長  
中島 朋子

在宅看護専門看護師  
緩和ケア認定看護師  
主任介護支援専門員



# 自己紹介

- 1985年 看護師資格免許取得 約6年半、病棟勤務
- 1991年～1994年 英国在住中に 2児を出産（NHS利用）
- 1995年～ 訪問看護に従事
- 1999年～ 訪問看護ステーション管理者
- 2007年～ 東久留米白十字訪問看護ステーション開設
- 1999年 介護支援専門員 取得
- 2002年 緩和ケア認定看護師 取得
- 2016年 在宅看護専門看護師 取得
- 2022年 主任介護支援専門員



## 【委託事業】

- 東久留米市認知症初期集中支援チーム事業
- 東久留米市在宅療養相談窓口事業
- 東京都訪問看護教育ステーション事業

## 【外部活動】

- 全国訪問看護事業協会 常務理事
- 東京医科歯科大学 臨床教授
- 山梨県立大学大学院 臨床准教授
- 日本赤十字看護大学大学院 臨床教授
- 埼玉県立大学 緩和ケア認定看護師教育課程 非常勤講師
- 国立看護大学校 非常勤講師
- 自治医科大学 看護学部非常勤講師
- 厚生労働省科研事業等の委員会委員
- 東京都等の各委員会委員
- 東久留米市・新座市要介護認定審査会委員
- 原稿などの執筆
- NPO法人 緩和ケアサポートグループ理事
- ドラマの看護監修(2作)
- 地元ラジオ局の生出演で訪問看護を伝える など……

## 〈事例1〉 療養者・家族の意向をなかなか汲み取ってもらえなかった事例

A氏 60歳代 中咽頭がん 中咽頭切除・舌亜全摘＋化学療法＋放射線治療  
気管切開 PEG

1年半後B病院外来で「予後3-6か月。今後は近医で・・・」の説明で突然終診

Cクリニック(有床)を紹介され、緩和医療目的で月2回通院

A氏・家族共に入院を希望しなかったが、オピオイド増量の度に入院

「奥さんが家で介護できるわけがない。通院困難なら入院すればよい」と・・・

入院を「牢獄」と表現するほど辛いものだった 人生最期の時も含めて在宅生活を切望



終診になったB病院地域連携室NsにA氏・妻が相談



連携室Nsから当ステーションに相談・訪問看護依頼あり

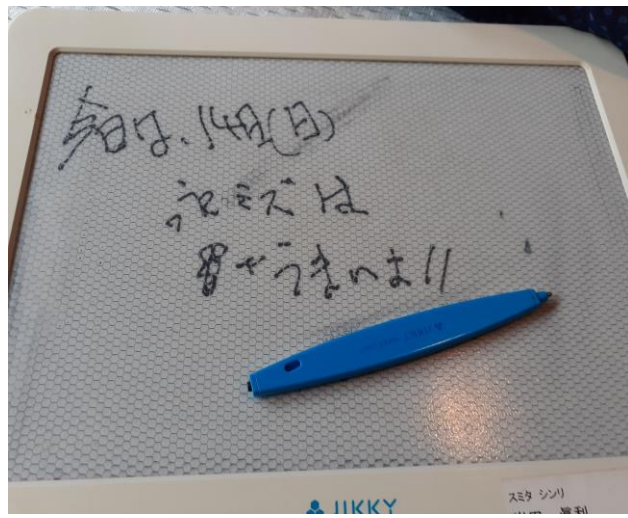
Cクリニックからの訪問看護指示書で介入開始

訪問診療(Dクリニック)に移管

在宅介護サービスの整備

在宅緩和ケアにおける在宅療養生活と在宅看取りの実現

看看連携の結果  
QOLが向上



「氷水はうまい！！」

水分の飲み込みが困難になり、  
小さな氷片を口にできた日に  
筆談で書いていただきました  
(永眠3日前)

自分が過ごしたいと思う生活の場所で、自分のペースで、  
自分のスタイルで、あたりまえの日常生活を送ること。

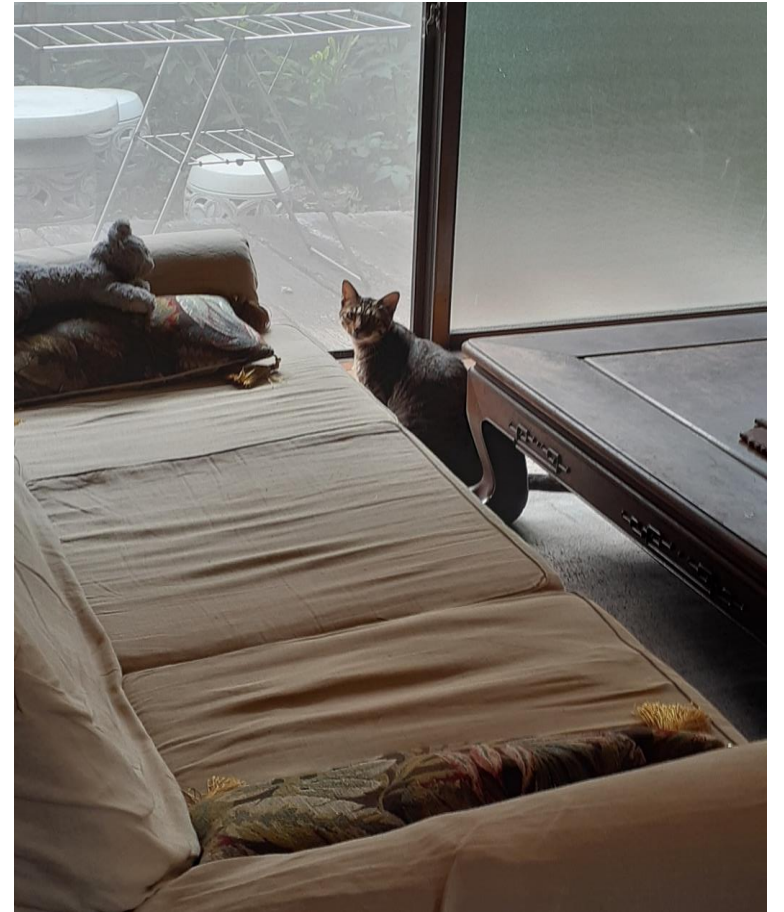
その中で、ほんの小さな些細なことでも、  
療養者・家族の大きな喜びとなり、安寧の日々となる。

本人が希望し、意思決定した暮らしの場で  
受けたいと希望した医療やケアのサポートのもと  
最期の日まで、あたりまえの日常を重ねることが  
「その人らしく生きる」ことに繋がるのではないだろうか……



妻の奏でる大好きなライアーの音色を聴きながら  
静かに永眠された

「最期まで幸せだったね。  
私も思い残すことなくやり切ったわ」  
(お看とり時の妻の言葉)



## 〈事例2〉 ①入院中の意思決定を本人・家族・病院と連携しながら支援し、 本人・家族の意向に沿った在宅看取りをサポート

- 80歳代 女性 大学病院に通院中
- 慢性心不全・腎不全 無症候性心筋虚血 胃がん うつ病
- 黒色便、SPO2低下あり、看護判断で受診のための大学病院と調整 →入院  
Hb6.4g/dl→ 上下部内視鏡・カプセル内視鏡・小腸内視鏡による止血処置  
連日の輸血→ Hb3.8g/dl低下  
消化管出血のため抗血小板剤OFF→ スtent内血栓閉塞  
腎不全悪化による溢水管理→透析開始 無尿  
気管内挿管→ 抜管・酸素吸入  
心房細動・頻脈→ 致命的になる可能性が強い  
経鼻経管栄養 入院中にせん妄や希死念慮がみられた
- 本人、家族共に在宅での生活を希望

在宅でのACPを  
病院に共有



## 〈事例2〉 ②入院中のACPに訪問看護師として黒子的支援



- コロナ渦で訪問Nsが病院に出向くことはできなかったが 本人・家族の希望に沿った暮らしの実現の為に・・・

入院時には在宅でのACPを病院に伝えて共有  
家族から頻繁に訪問看護師に病状報告と相談

入院中の経過を聞く限り、予後は厳しく入院中の看取りになる可能性が高いと考えられた  
家族からの相談:このような病状で、今後何が起こり得るのか？

何とか家に連れて帰ることはできないだろうか？ 本人も自宅を希望している

→在宅で可能な医療やケア・介護について、透析を中断することの意味、今後起こりえることなどを家族に丁寧に説明。

倫理的視点をもって

状況は厳しいが主治医に本人・家族の気持ち(意思)を伝えてみることを助言

- 『病状から在宅に帰ることはあり得ない。帰るなんて話にならない』と、医師から家族に説明
- 病院の看護相談室と訪問看護師が頻回に電話で看看連携  
病院でのACP 本人→ 透析をやめてでも自宅に帰りたい。人生の最期まで自宅で過ごしたい  
家族→ 家に連れて帰りたい。自宅で介護し、看取りたい  
本人、家族、病院との話し合いの結果、透析を中断し自宅に帰ることに

## 〈事例2〉 ③在宅ケア 【訪問診療・訪問看護・訪問介護・訪問入浴・福祉用具・ケアマネジャー】

- ・ 認知症の夫も含め、家族で協力しあう家族介護 → 穏やかで和やかな時間
- ・ 症状緩和と快適な生活に向けた訪問看護でのアプローチ
- ・ 家族手作りの柔らかい食事
- ・ 経過を見ながら退院7日で経鼻経管栄養チューブ抜去



- 退院前に経鼻チューブ留置継続について病院に投げかけ…
- 退院後、訪問看護師が中心となり、本人・家族・在宅医・ケアマネ等と話し合いを重ね抜去することに…

- ・ 毎日1～2回の排尿
- ・ 呼吸困難感などの苦痛症状緩和
- ・ 座位練習 → 椅子に移乗 → 景色を見る・家族との会話や新聞を読む楽しむ

という当たり前の日常生活の中の幸せ

- ・ 「元気になって歩きたいです」
- ・ 牧師さんの訪問によるお祈りの時間

**本人・家族が最も大事で大切にできなかったこと（価値・信念）**

- ・ 穏やかに1ヵ月在宅で暮らし、ご家族に見守られながら、静かに穏やかに旅立たれた



## 〈事例2〉 ④訪問看護がつかないだ多職種連携によって実現した 本人・家族の望む生活の実現

- 病院との連携（随時の電話連絡）

- \* 入院前（タイムリーな外来受診・入院へのつなぎ）

- \* 入院中

- \* 退院に向けての調整

- \* 退院後

- 在宅での生活の様子を適時、病院（看護相談室）にフィードバック  
電話

- 手紙と写真（ご本人・ご家族の了承のもと）

- 病院の各スタッフ（医師も含む）のグリーンケア

- モヤモヤの解決      モチベーションアップに繋がった

- 在宅チームの連携



## 〈事例〉 8年間の関わりの中で何度も繰り返してきたACP

## 独居の在宅看取り

- Aさん 80歳代後半 男性 大腿骨頸部骨折2回 その他骨折で入院繰り返す 大腸がん 肝転移
- 1人暮らし 身寄りなし 生活保護受給
- 8年間、訪問看護が介入し、何度となくACPを繰り返してきた  
「入院も施設もイヤ。家がいい。最後まで家がいい」 8年間、一度も揺るがない一貫した強い意思
- ≪本当に一人暮らしで看取りまで在宅でいいの?≫多職種間で迷いが生じる →倫理的視点で話し合う
- 住民から包括に連絡⇒「こんな重病人を家にいさせるとはどうしたものか！」  
⇒ ご本人の意思に沿うために医療関係者が支援していることを説明  
ご近所さんの心配事にも、訪問看護師が24時間対応で支援することを保証  
→ 地域住民の協力強化 ・ 住民に対するACPの機会にもつながる(1stのACPに…)
- 最期に(永眠2日前)にもう一度ACP (EOLD)



「家で最期まで暮らしたい。

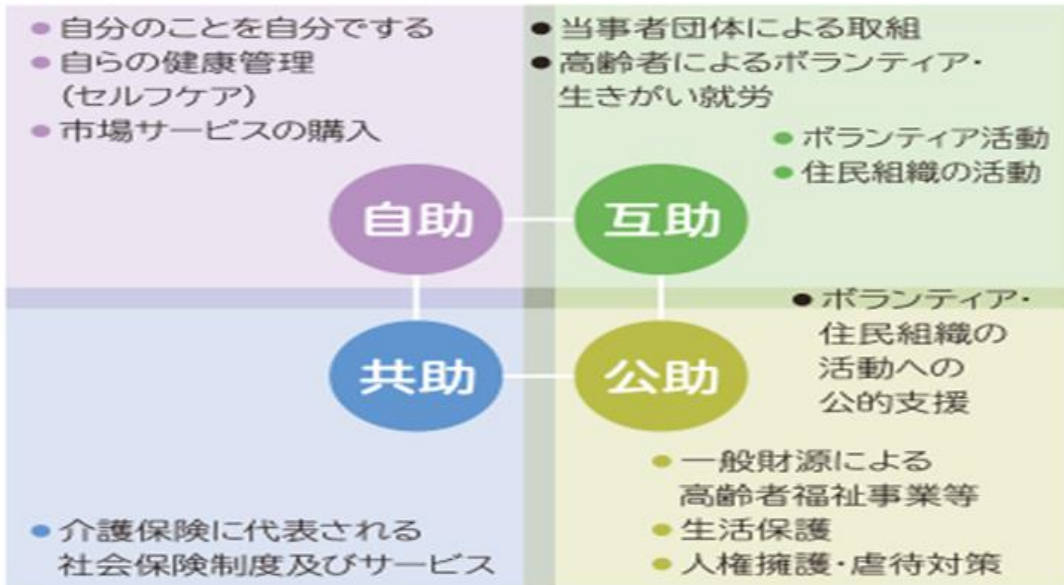
死ぬときは一人だと思うけど、旅立った後、まもなくあなたたちが見届けてくれるでしょ。

だから僕は一人じゃない。孤独じゃないんだよ」

- 訪問すると、当たり前前の日常の中で、眠るように穏やかな表情で旅立っておられた  
⇒かかわったすべての人が納得・満足する看取りだった……

# これからの地域包括ケアシステム

# 共生社会構築に向けて...



【図】「自助・互助・共助・公助」から見た地域包括ケアシステム (出典:地域包括ケア研究会)

自助	自らの健康管理 自分で医療や介護サービスを買う
共助	医療・介護保険制度などの社会保険制度
公助	生活保護など
互助	住民組織・住民の支え合い 住民ボランティアなど

## 互助力・地域力の強化・発揮

- 地域住民の力も借りながら豊かな生活に...
- 必要時に適時繰り返されるACPに基づき  
自分らしく暮らせる街に...
- 地域住民が役割を持ち、  
支え合いながら、自分らしく活躍できる  
地域コミュニティを作っていけたら...
- できる人が、出来る時に、出来ることを  
無理のない範囲で行う
- 地域で活動する医師や看護師等の  
医療職・福祉職など、みんなで一緒に  
豊かな街づくりを目指していけたら...

# 地域住民へのアプローチ:市民シンポジウムの企画・開催

平成28年	<ul style="list-style-type: none"><li>• この町東久留米で最期まで自分らしく暮らすために</li><li>• ~認知症でも、がんでも、どんな病気でも~</li></ul>
平成29年	このまち東久留米で最期まで自分らしく暮らすために ~今、あなたが準備できることは?~
平成30年	このまち東久留米で自分らしく暮らすために PART2 ~「人生会議」をご存知ですか?~
令和元年	住み慣れたこのまちで生き、活かされ、やがて逝く 自分らしい『いきかた』をするために ~家族がいても、いなくても~
令和2年	いまだから話そうACP 東久留米版『わたしの覚え書きノート』を一緒に作ってみませんか?
令和3年	いまだから話そうACP 東久留米版『わたしの覚え書きノート』を一緒に作ってみませんか?
令和4年	もしもの ときのために今からできること ~ ACPとは~ (大山町が舞台の「在宅看取り」映画:うちげでいきたいを鑑賞しながら)
令和5年	住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けるために
この他に、自治会・認知症カフェ・多世代食堂・協会・市民大学など コミュニティに出前講座や講演などなど	



# ケアや多職種連携で大切にしていること・したいこと

- それぞれの職種（医療・介護・福祉・その他）の職業倫理に基づくアプローチ
- 「主役は療養者」の軸を第一に・・・
- 家族の意向も丁寧に確認する（認知症などがあっても）
- 専門職など周囲の人たちの意見や尺度で判断しないこと
- 自立支援とは・・・

要支援・要介護状態になっても可能な限り出来る範囲で自分が望む生活を営むこと  
自分の人生に主体的・積極的に参画し、自分の人生を自分自身で創ること  
何らかの援助を受けながらも自分らしく生きることが自立

- 丁寧な意思決定支援
- 倫理的視点を持ったケアと多職種連携・多職種協働
- 多職種で構成されたチーム員同士の相互理解と相互ケア
- 心理的安全性のあるチームビルディングと、助け合う風土の醸成



## 今後の在宅医療の実践に向けた課題

- 訪問看護ステーション数
- 訪問看護従事者数
- 訪問看護ステーションの規模
- 24時間対応推進のための体制整備
- ケアの質向上
  - ①退院支援    ②日常の療養支援    ③急変時の対応    ④看取り
- 訪問看護事業所に勤務する専門性の高い看護師
  - 専門看護師    認定看護師    認定看護管理者    特定行為研修修了者など
- 大規模化
- 多機能化
- DX化    ICT、IoT、AI、介護ロボット活用による業務効率化と質向上
  - 遠隔死亡診断補助
- 地域特性に応じた体制整備

