



《公開講座》

令和7年度在宅療養講演会・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



視聴期間: 令和7年11月4日(火)10時～令和8年3月31日(火)17時



令和7年度 世田谷区
在宅療養講演会・シンポジウム
私の場所で「生ききる」ためのACP

世田谷保健所長
向山 晴子

自己紹介

- ・昭和大医・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 片付けと「手続き」

医師が患者になった時・・・の体験から

- 仕事や私的な約束も急遽調整でパニック 話してきたのに・・・
支えは「私が帰る場所、待ってくれていた人達」
化学療法の内容より、ウィッグや食事に困惑(辛さを楽しみに?)
私の希望と「嫌」を率直に話せる主治医・薬剤師・栄養士が大切

「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

- ・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 ⇒ 望まない救急や受け入れの課題に
救急では具体的な医療行為に
- ・「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
平素から時に話しておくは「私らしく生きる」の糧に

◎支援者の方々へ ⇒ 認知症の方等には「読み取り」の努力を
揺れを受け止め、そもそも相談は大変

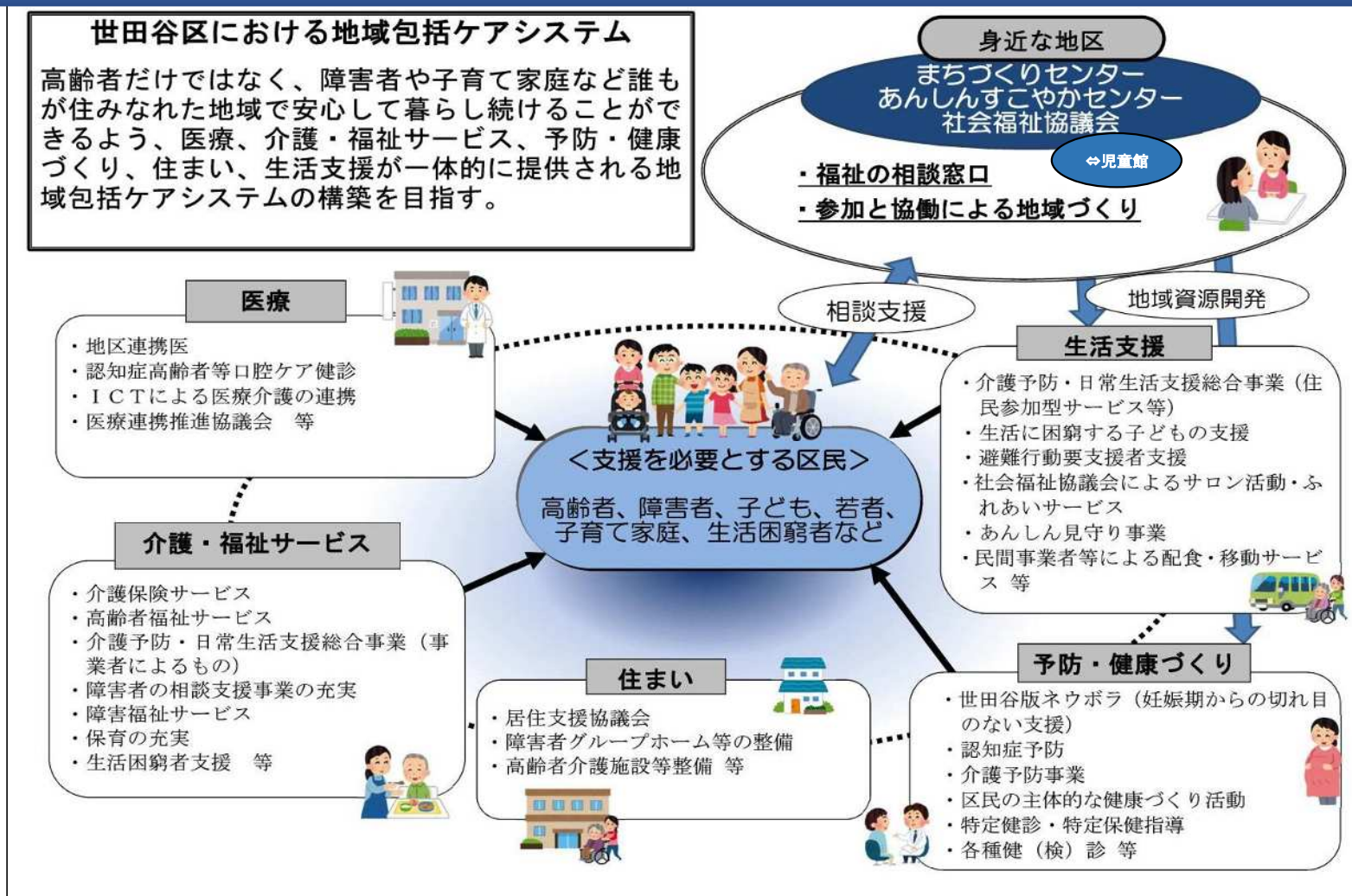
今日の話の前提

○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・選択できることが重要(しかも状況で変わる)

○「在宅療養」のイメージを持てなくても、まずは希望を伝えること
から(困っていること、不安なことともOK)スタート
どこかに(かかりつけ医や地域包括支援センター)に繋がれば道は
開ける

○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る、
書いておく(用語はわからなくて当たり前なので・・聴く、学ぶ)
**これらは、どれが正しいではなく、個々の選択

世田谷区の地域包括ケアシステム



2040年問題と言われる医療・介護問題

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)

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

＊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？

★過度の受診抑制にはならないように、具体的に聴くと想像とは格差

1 自宅・施設での看取りに関する前提(背景)

高齢者ニーズ調査(令和4年度)

【対象】

65歳以上で在宅の要介護認定を受けていない
7,000人

現在の地域で
住み続けたい高齢者

9割

91.1%
(4,302人/4,722人)

介護が必要な時、
自宅での介護を希望

6割

57.7%
(2,724人/4,722人)

介護が必要な時、
施設を希望

3割

30.3%
(1,432人/4,722人)

介護保険実態調査(令和4年度)

【対象】

第1号被保険者のうち、在宅の要介護認定者2,000人
第2号被保険者のうち、在宅の要介護認定者100人

自宅に住み続けたい
要介護認定者

7割

69.7%
(855人/1,227人)



介護・支援が必要になっても**住み慣れた地域で住み続けられるよう、**

区民、地域活動団体、事業者、区が連携し、医療・介護・福祉サービスの確保を図る。

2 第9期世田谷区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画での「看取り」の位置づけ

ACPの実践

もしもの時のために自身が望む医療ケアについて前もって考え、家族等の信頼する人と共有する。

【目標値】 ACPについて詳しく話し合ったことがある、少し話あったことがある。

認定なし・要支援

54% → 58.9%

(令和4年度) (令和7年度目標値)

要介護

47.4% → 54.8%

(令和4年度) (令和7年度目標値)

在宅で看取られた高齢者割合

人生の最終段階において
本人の望む場所での看取りを行えるようにする。

【令和8年目標値】

37.6%(令和4年)を維持する

在宅医療・介護連携の推進

- ・ 在宅医療・ACPの更なる普及
- ・ 医療職・介護職の連携体制の構築
- ・ 地区医師会を主体とした24h診療対応、
看取り体制の構築、より効果的な情報共有の仕組みづくり。

3 死亡小票分析に対する考察

ポイント

在宅看取りの割合 → **36.5%** に上昇(前年は35.6%)
(令和5年) (令和4年)

新型コロナが与えた影響
(病床ひっ迫とオンライン診療の広がり)

ポイント

死亡場所
(令和5年)

病院が**51.5%**と**最多**、次に**自宅**が**24%**と続くが共に**前年比減**
(令和4年)

一方で、**施設**は**増(有料+特養で18.7%)**、数は少ないが**サ高住**、**GH**で大きく**増**

世田谷は全国的にみても在宅の看取りが多く、中でも**施設の割合は特に高い**また、**自宅の割合も高い**

年齢別の死亡場所について、75歳以上で医療機関・自宅が減少し、**施設が増加傾向**

4 まとめ

これから求められること

- 本人**及びその家族**の希望を叶える仕組みづくり(地域づくり)
- 施設での看取りが特に多い(施設入所が多い)**世田谷の特徴を踏まえた地域づくり**



- **施設を含めた地域全体での看取り体制の構築**を目指す。
※地域の一機能として施設を位置付ける(地方であるような施設を拠点とした地域包括ケアとは異なる。)
- **地域包括ケアの構成要素として施設を改めて位置付け、地域に開かれた施設運営**を促す。
(具体例)施設入所者もアクションチームへ参加、施設を会場とした体操教室や地域のイベント
- **施設入所しても、地域とつながり続けることで、本人と家族の両方のニーズに応えられるように。**
- **在宅、施設と選択枝を設ける**ことで人生最終ステージの多様なニーズに応えられるようになり、**住み慣れた地域で過ごし続けたいというニーズにも応える**ことができる。

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)
- ※大事なのはタイミングとプロセス(無理強いはいしない)
- ※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

ここで、考えてみましょう

(1) 貴方は、相思相愛の「マイかかりつけ医」を持っていますか？

(2) もし、長期間、食べれなくなったら・・・経管栄養は？
(1日に一回、安全な「お楽しみ」ができるとしたら？・・・)

(3) 貴方は、将来(子ども達は別居)医療依存度・介護度が高くなった時・・・どこで過ごしていくか、誰かと話したことはありますか？

言葉にしてもなければ始まらない、伝わらない

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(まあ過小評価)

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→たとえば「ガンと診断された時から
- ※ 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、書いておくことで「望まない救急」
や「医療処置」を回避したい
- ※ 何より「生活者」としてが鍵。多様な「私らしさ」「私なりの穏やかさ」「こ
んなひとときか私は好き」を叶える街に
- ※ 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 → 読み取りが大切

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)

★家族や知人の「いざ」に直面化した時、テレビや映画・本をみて・・・
きっかけは何でもよい

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

★★経管栄養、人工透析、呼吸管理(挿管など..)が医療現場では
特に直面化する選択に

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す



後半が本番

まだ出会ったことがない、医療・介護職や、どうやったら
私も一が出来るのか、心の耳で聴いて感じてみてください

令和7年度
在宅療養講演会・シンポジウム

～自宅で最期まで安心して暮らし続けるために

高田 純子



頁

はじめに



1 本人(父)のこと

○令和4年6月に95歳で亡くなるまで、生まれた世田谷区で過ごす。

○公務員を退職後は、妻（母）の事業の手伝い、趣味の盆栽、農業、孫の世話などをして過ごす。

○旅行などより、自宅が好き。他人に迷惑をかけるのが嫌で、介護拒否あり。

○主な病歴は高血圧症。月に1度近隣の医療機関（主治医）に通院。

大きな病気なく過ごし、入院経験は盲腸の1週間程度。

○平成29年、認知症により介護認定を申請、要介護5となる。

2 家族構成

妻
(母)

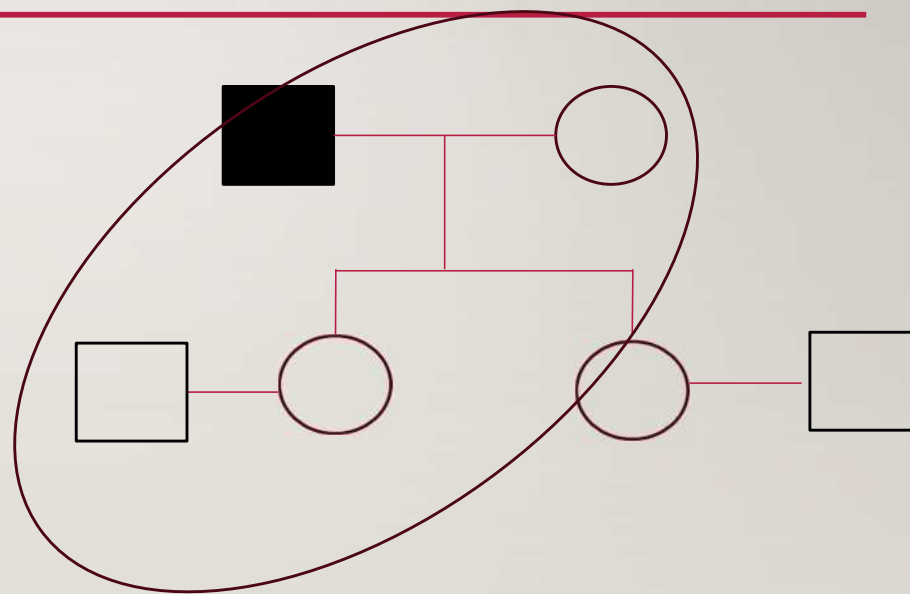
6歳下 要介護2
ADL自立
短期記憶

長女
(私)

同居 (2世帯住宅)
フルタイムで就労

次女
(妹)

別居 (近所)
フルタイムで就労



3 介護認定申請のきっかけ ①

○家族で旅行へ行く際に、父母が起きられず、当日キャンセルに。

○母は膝痛で起きられない状態。父は、母の介助がないので、起きられない状態。

意識はあるが、二人で起きられないので、枕元で袋菓子を食べていた。

○このとき同居の私は、二人の状況に初めて気づく。

○これまで二人は、お互い支えあって暮らしていたので、深刻な状況に気づかなかった。母は鍋を焦がしたり、炊飯ができなくて、お寿司など総菜を毎日買ってくるなど徐々に認知症が始まっていたが、歩行、排泄、食事などは自分でできていたので、なんとか生活はできていると思っていた。

○父は、入浴したと言っていたが、何か月も入浴できていなかった。



3 介護認定申請のきっかけ ②

- 旅行キャンセル後、夜中トイレに行って、寝室に戻ってこられない、トイレが間に合わず、汚してしまうなど失禁などが始まり、私がパニックになる。妹も含め家族で今後のことを話し合う。
- 父は、他人に迷惑をかけるのが嫌で介護保険申請には否定的。
父いわく「お前たちがみればいい、まだ自分でできる」。
母も「私がみるから大丈夫」と言って、介護保険のサービスの利用は嫌がった。
- その後、排泄の失敗などが続き私が介護認定の申請をする。

4 介護認定

○平成29年（2017年）11月、介護認定申請し、要介護5と認定される。

○父は歩行は伝え歩き、食事は自分で食べられるが促さないと食べない。

母も「ご飯できたよ」と声掛けはするが、食べさせることはできない。

入浴はしていない、排泄は失敗もあるがトイレに行くこともできていた。

同じ話を繰り返すなど認知機能の低下あるが、会話はできる状態。

○ケアマネジャーを決め、今後のことを相談する。男性ヘルパーの多い事

業者を選択したり、最初は、「介護」に慣れることから週1回程度から

サービス利用を始めた。



5 家族の思い

○家族は、父のこれまでの人生から施設やグループホームなど他人と暮らすことは難しいと感じていた。なんとなく、父は自宅で過ごすことを望んでいると思っていた。

○父は、89歳と高齢で認知症もあり、どうしたいと聞くことも憚られた。

○母は、「自分が介護する」と介護サービスを拒否。母はADLは自立しているが短期記憶がなく、鍵を閉めずに外出、押し売りの被害に気付かないなど少しずつ日常生活に支障がでている状態にも自覚がなく、介護も生活もできると主張。

○まずは、ヘルパーなど他人が家に入ることに慣れてもらおうと、訪問介護の利用から始める。同時に、二人で寝ていることも多いため、介護予防を目的に訪問リハビリを依頼。



6 利用サービス ① 介護保険制度導入直後

【父の意向】 特に困っていることもない。

【家族の意向】 生活にメリハリがでてくると良い。家族以外が家に入ることに慣れる。

【状態】 1日横になって過ごすことが多い。

【目標】 ・少しずつ日中起きて生活ができる。

・入浴することができる。

【利用サービス】 訪問介護 週1回程度

訪問看護 週2回 （服薬管理、リハビリ）

そのほか、母のサービスとして、1週間に1回訪問介護

6 利用サービス ② 主治医の変更、在宅診療へ

【きっかけ】 月 1 回の通院ができなくなり、高血圧の薬を取りに行けなくなった。
母の介護力の低下。鍵も閉めず家を空ける、買い物から帰宅できなくなるなど、
母の認知症の症状が進み、父の見守りも難しくなる。

【利用サービス】 訪問介護 週 3 回

（着替え、朝食介助、排泄介助など生活全般に介護が必要）

訪問看護 週 1 回

訪問診療 月 2 回

配食サービス（柔らかか食）



6 利用サービス ③ デイサービスの利用

【きっかけ】入浴、散髪をしてもらいたい。

毎日、誰かしらが家に出入りすることにも慣れてきた。

母と一緒にデイサービスに出かけることにする。

【利用サービス】訪問介護 週3回（朝、昼、晩）

（着替え、朝食介助、排泄介助、デイサービスの送り出しと迎え入れ）

訪問看護 週1回

訪問診療 月2回 配食サービス おむつ代助成

デイサービス 週1回

6 利用サービス ④(最終的に)

デイサービスで入浴、散髪を利用。毎日様々なプログラムがあり、季節ごとの行事に参加することで社会参加ができた。

➡家族の介助負担の軽減。訪問診療、訪問看護により、本人の健康状態を把握することができた。ホームヘルパーには、介護の仕方などを教えてもらう。

【利用サービス】 訪問介護 週5回（朝、昼、晩）

着替え、朝食介助、排泄介助など生活全般に介護が必要

訪問看護 週1回

訪問診療 月2回 配食サービス おむつ代助成

デイサービス 週3回

7 最後の入院

- 亡くなる一週間前に、呼吸機能の低下により入院。
- 入院時に、担当医から「延命治療」について説明があった。誤嚥のため胃ろう造設や中心静脈栄養（IVH）などの説明を受ける。高齢でもあることから、胃ろうなどの手術などはしないことを確認する。
- 入院中は、意識もあり穏やかに過ごしてたが、急変し亡くなる。
- 1週間の入院だったが、最期まで自宅で過ごせたのは、父の希望を叶えられたのではないか。家族も最後まで自宅で見守ることができた。

8 在宅介護を経験して思うこと① 本人に対して

【利用者の意向】

○高齢になり、介護が必要になってから最期の意思を確認することは、家族にとっては生々しくて、確認することができない、介護が必要でないときから、どう最期を迎えたいか確認しておけばよかった。

○歯の健康。父は、80代まで自分の歯で食事をしていたが、歯磨きを忘れ、家族も口腔ケアにまで気をつけることができず、最後歯茎だけになり、食生活に乱れが生じた。柔らかい食事、ペースト状の物を食べていたが、やはりお肉、魚を食べていれば栄養がとれ、誤嚥などにもならなかったのではと思う。



8 在宅介護を経験して思うこと② 医療関係、介護者の方々に対して

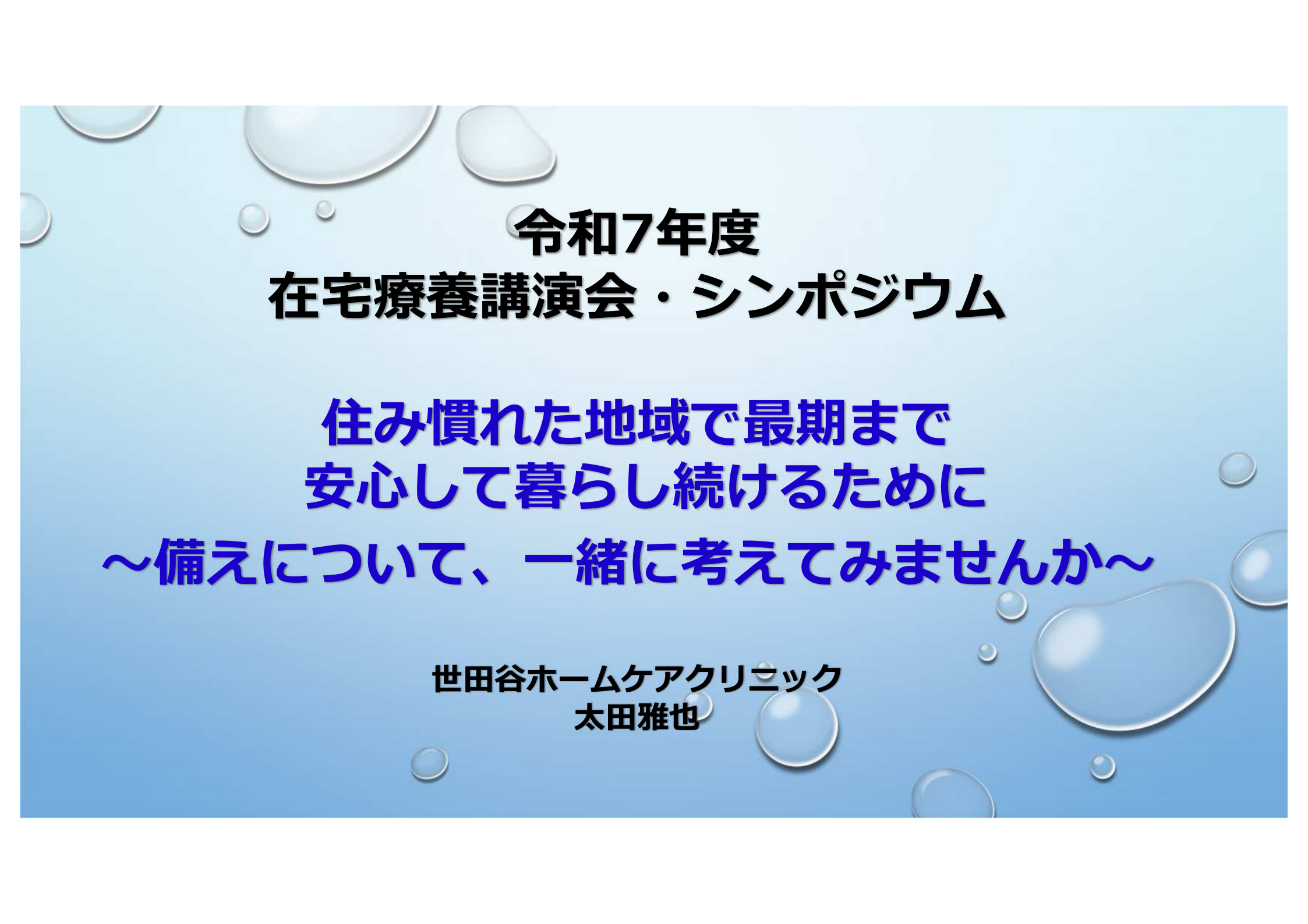
- 最初は、介護者が家に入ることに家族が慣れなかったが、徐々に「**介護の先生**」として、介護技術などを教えてもらえたのは家族が介護する際に非常に役にたった。
- デイサービスで季節ごとの行事やお祭りなどに参加して生活にメリハリができていたと思う。**家族の介護負担も軽減**された。
- 在宅で痰の吸引は、本人も家族も本人が嫌がる中やるのは大変だった。**訪問看護師の方に吸引の仕方などを実際にやって見せてもらいながら教えてもらえことは心強かった。**
- 訪問診療で医師が2週間に1度、本人の様子を診てくれることは、家族の安心につながった。血中酸素濃度が下がるなどの際に**相談するとすぐに医師が駆けつけてくれることも非常に家族の不安が解消された。**家の中で工夫して点滴するなど、医師や看護師の方は在宅で治療することは大変だったと思うが、**家族は安心して任せることができた。**



ご清聴ありがとうございました



※25年前の元気なころの父



令和7年度 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
～備えについて、一緒に考えてみませんか～

世田谷ホームケアクリニック
太田雅也

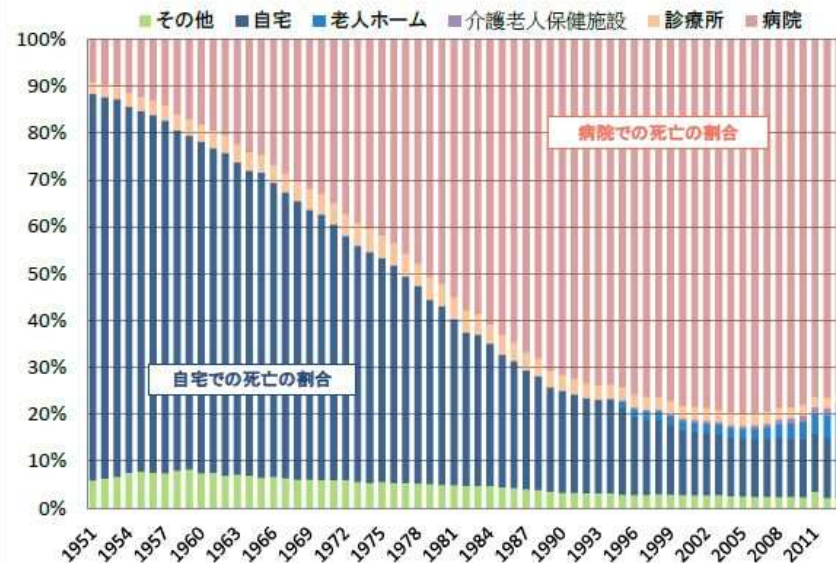
在宅医療に係る背景 ～自宅での死亡の状況等～

- これまで、自宅等における死亡が減少し、医療機関における死亡が増加する傾向にあったが、近年、医療機関以外の場所における死亡が微増する傾向にある。(図表3)
- 「介護を受けたい場所」について、「自宅」が34.9%で最も高く、また「最期を迎えたい場所」についても、「自宅」が54.6%で最も高い。(図表5)

(図表3) 死亡の場所の推移

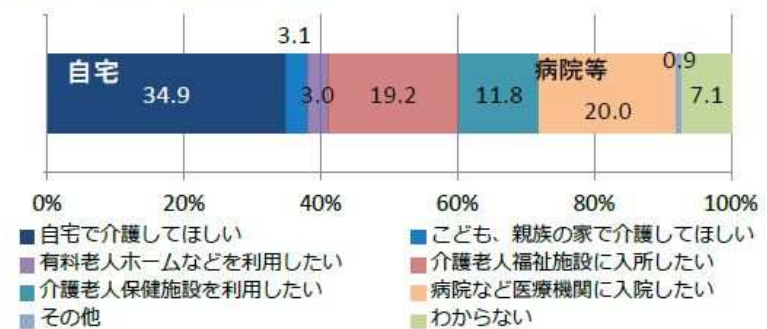
～死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率～

	病院	自宅	介護老人保健施設	老人ホーム
2005年	79.8%	12.2%	0.7%	2.1%
2013年	75.6%(↓)	12.9%(↑)	1.9%(↑)	5.3%(↑)



出典：平成25年人口動態調査

(図表4) 介護を受けたい場所



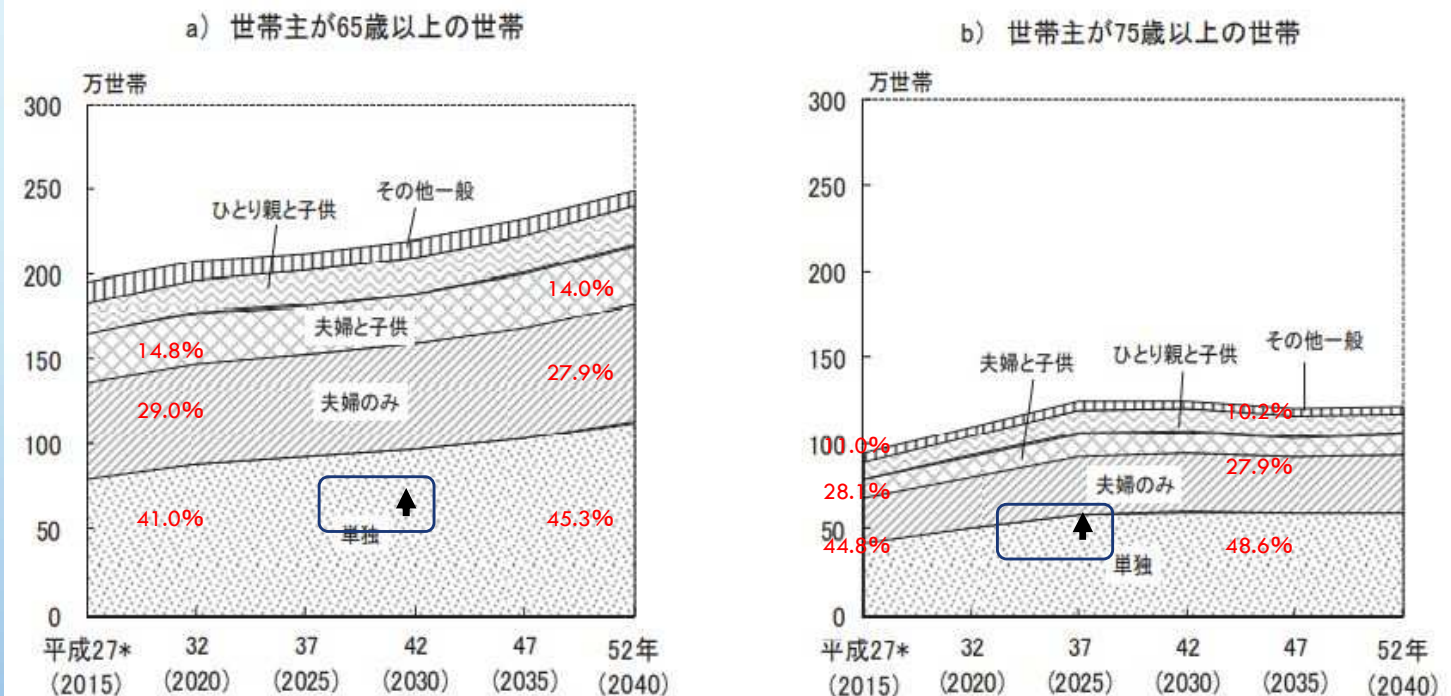
(図表5) 最期を迎えたい場所



出典：24年度 高齢者の健康に関する意識調査（内閣府）



東京都 高齢世帯における家族類型別世帯数の推移



注) *印は、国勢調査結果に基づく。平成27(2015)年値は、国勢調査の結果を基に世帯不詳をあん分した基準世帯数である。

推計人口資料第71号 東京都世帯数の予測 平成31年3月

超高齢社会を迎えた日本の現状と将来の推計

・高齢者世帯に占める独居高齢者の割合

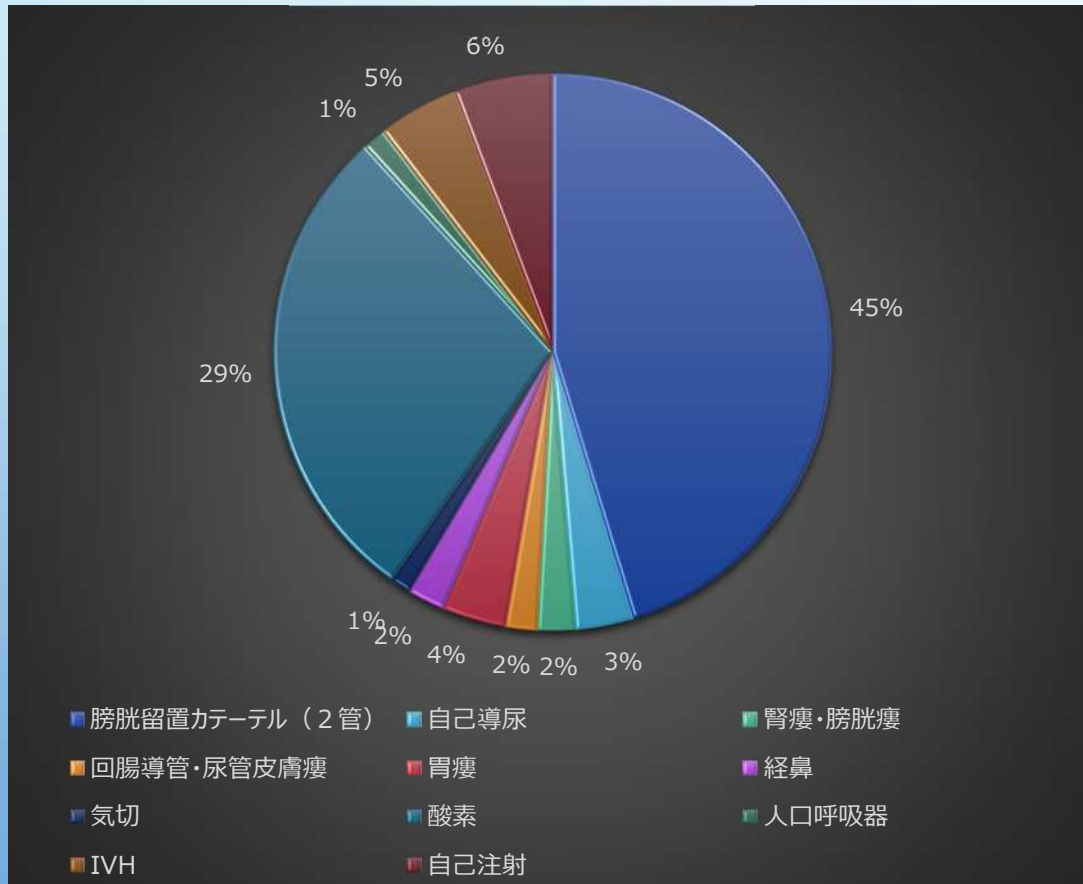
2030年 36%

(130万世帯増加、全世帯の14%が高齢単身世帯)

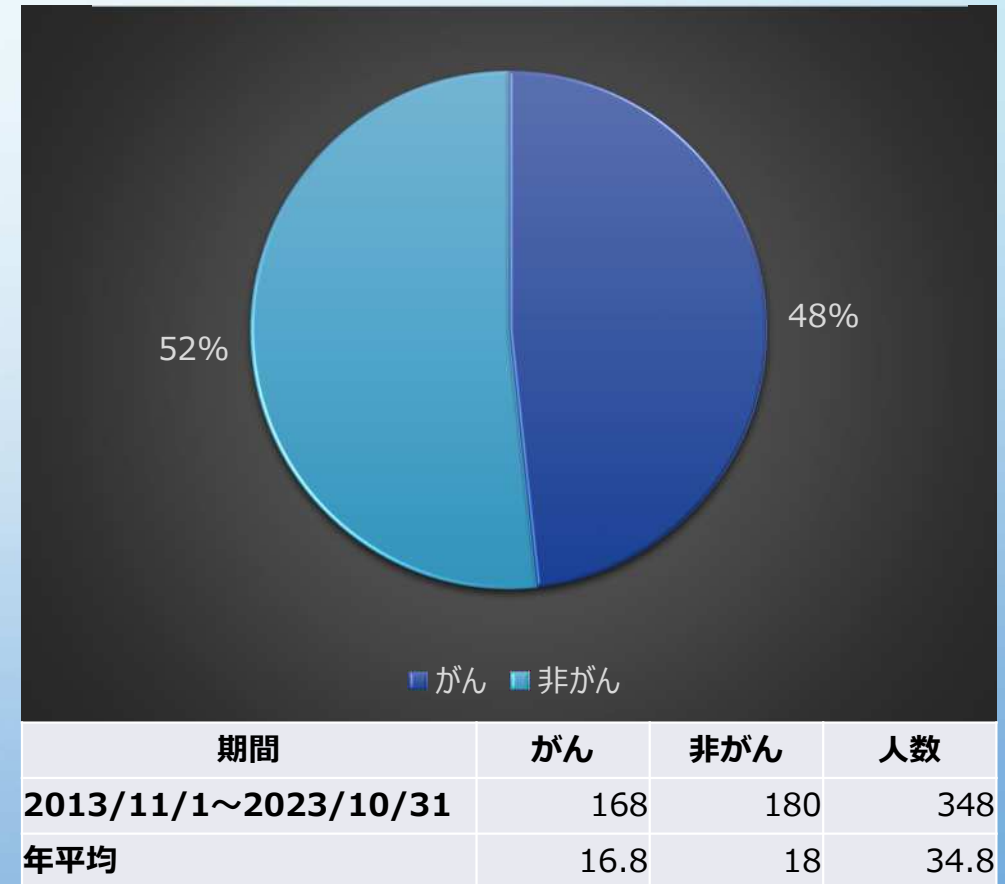
訪問診療患者

Setagaya homecare clinic : S.H.C
2013/11/1~2023/10/31 1289人

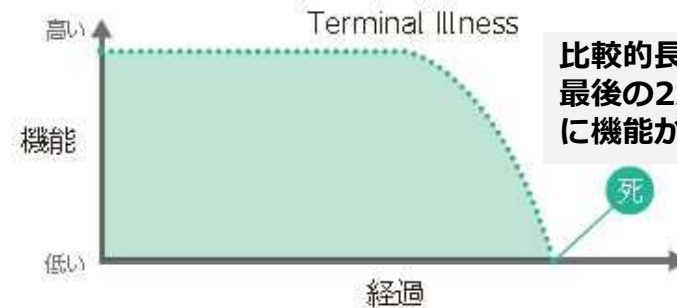
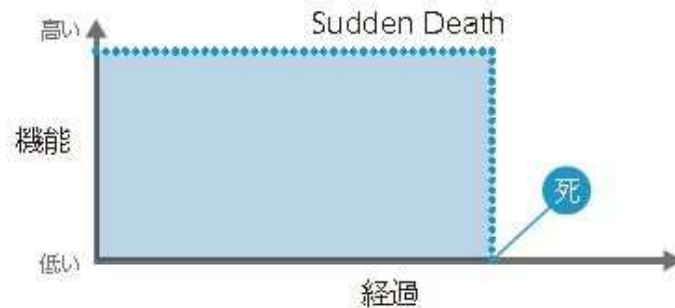
医療処置内訳



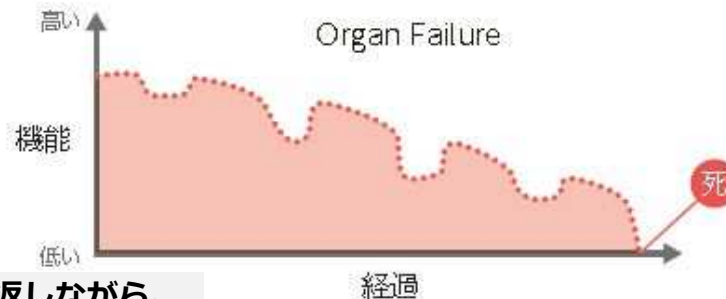
自宅看取り がん・非がん割合



人生の最後に至る軌跡



比較的長く機能は保たれ、最後の2か月程度で急速に機能が低下



機能が低下した状態が長く続き、改善と悪化を繰り返しながら、徐々に低下していく

急性増悪を繰り返しながら、徐々に機能が低下、最後に急速に機能が低下する

(Lunney JR, Lynn J, Hogan C: J Am Geriatr Soc. 2002;50:1108-1112より)

■：急性期医療等における急性型

■：高齢者等の慢性型（呼吸不全等）

■：がん等の亜急性型

■：高齢者等の慢性型（フレイル、認知症等）

(日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会：終末期医療のあり方について—亜急性型の終末期について、2008より)

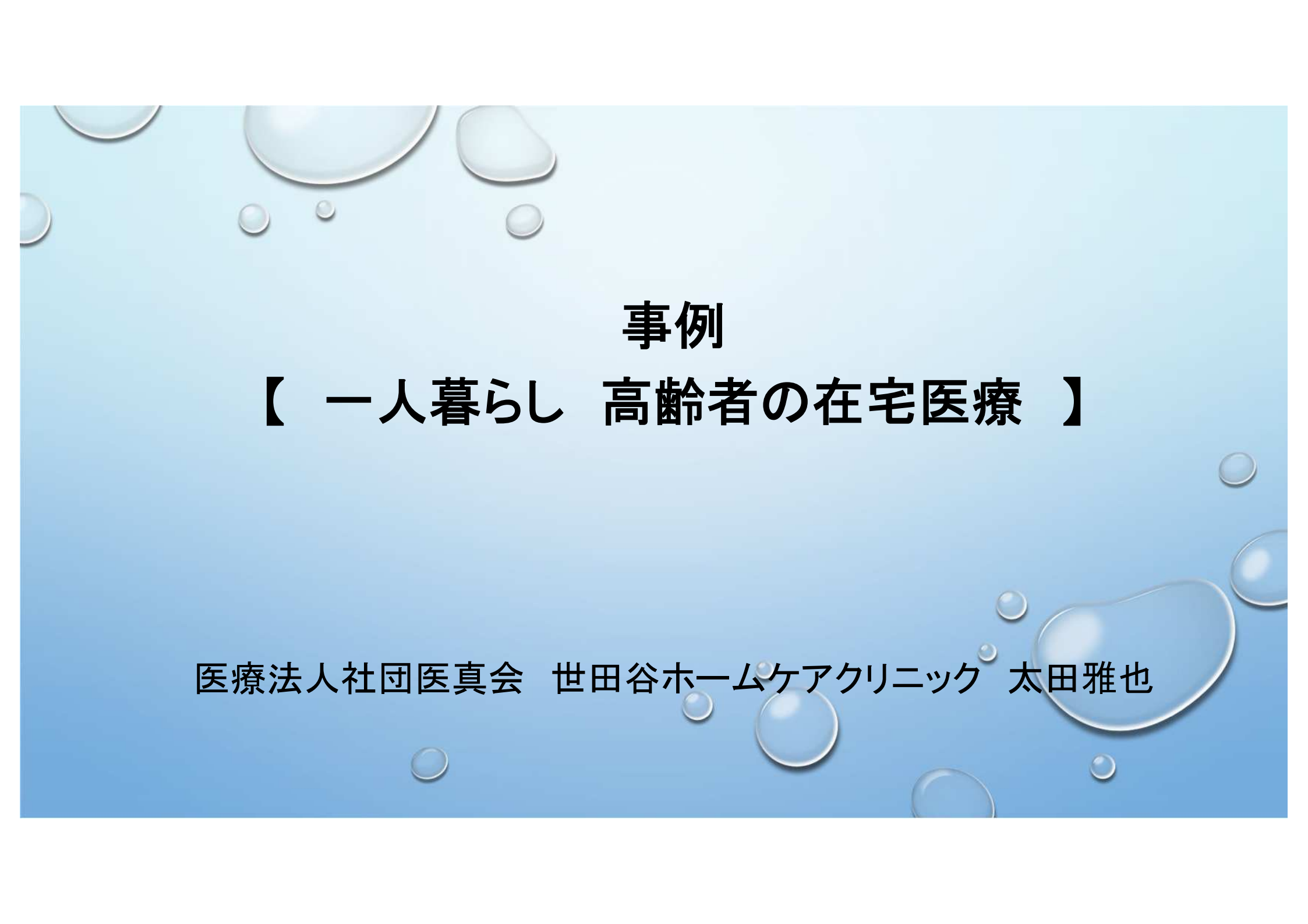
- 人生の最期に至る軌跡は多様であり、自身が望む医療及びケアについては、その意思を確認できなくなることが、いつ訪れるかを予測することは困難です。
- 一方、終末期において本人の尊厳ある生き方を実現するためには、本人の意思が尊重された医療及びケアを提供することが重要です。
- 本人の意思を尊重し、その人生にとって最善となることが見込まれる医療及びケアが実現することは、残されたご家族等にとっても、きわめて重要な意味を持ちます。
- 予測されない急激な変化が起こることもありますので、本人が意思を伝えられるときから、その意思を共有しておくことが重要です。



ACP(Advance Care Planning ; 人生会議)

将来の医療及びケアについて、本人を主体に、ご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行う、意思決定支援（プロセス）のことです。

本人の人生観・価値観・死生観・希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標としています。



事例

【 一人暮らし 高齢者の在宅医療 】

医療法人社団医真会 世田谷ホームケアクリニック 太田雅也

＜＜症例＞＞ 96歳 女性

＜＜既往歴＞＞ 骨粗鬆症、変形性腰椎症

＜＜家族等＞＞ 独居（ 家族・親族なし ）・集合住宅

2011年11月、当院が兄を慢性心不全のため同自宅にて看取る

＜＜介護＞＞ 要介護2

＜＜初診経緯＞＞

もともと、病院の整形外科にて骨粗鬆症指摘、近医にて内服加療中の患者。

2015/9/21、背部痛の悪化あり、かかりつけ医対応困難のため当院に連絡往診。

高度円背あり、変形性脊椎症による疼痛と診断、鎮痛剤の内服開始。

以降、背部痛軽減するも筋力低下から外出困難となる。

入院・施設利用等は希望せず、在宅での治療療養を希望される。

2015/10/12、当院にて定期訪問診療開始。

初診時所見

体温36.8度 、 血圧120/62
脈拍100回/分、 血中酸素濃度99%

身体所見

胸部:異常なし
腹部:異常なし
表在LN:異常なし
下肢:浮腫なし
眼瞼:異常なし

ADL:室内伝い歩き
・長時間の立位座位困難
食事:3食 (摂取量5割)
水分:1000ml
嚥下障害:ー
排泄:便秘ー、排尿障害ー
認知症:ー
視力・聴力:年齢相応
疼痛:背部痛+



サービス担当者会議を開催

サービス担当者会議（要介護2）

患者の意向（ACP・AD）

入院・施設利用等は希望せず、在宅での治療・療養・リハビリ等を希望



参加者：患者・当院・ケアマネージャー・訪問看護師・薬剤師

- ① 病状・治療方針の確認
- ② 介護サービスプランの見直し
- ③ 連携・情報共有の方法
- ④ 服薬管理の方法
- ⑤ 急変時の対応
- ⑥ 後方支援病院との連携

週間サービス計画書

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00							
早朝	6:00							
午前	8:00							起床 朝食
	10:00	訪問服薬指導	訪問リハビリテーション	訪問看護				
午後	12:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護		昼食
	14:00	訪問診療	訪問服薬指導					
	16:00							
夜間	18:00							夕食
	20:00							
	22:00							就寝
深夜	24:00							
	2:00							
	4:00							

経過

疼痛管理・在宅リハビリテーションにより疼痛は一時軽減も、その後、疼痛再発・体力低下する。病院受診・通所リハビリテーション等は希望されず、在宅医療・療養継続となる。

＜＜2016年7月1日＞＞

発熱・下痢・嘔吐が出現。入院治療希望されず、在宅治療継続を希望となる。点滴等の対症療法にて発熱・下痢・嘔吐は改善も体力がさらに低下、ベット上生活となる。その後、食事量低下・摂食嚥下障害が進行・悪化、点滴加療再開。

＜＜2016年8月＞＞

認知機能が保たれており、意思表示可能な状態であったことから、今後の治療について相談。「これ以上の治療は希望されず、兄と暮らした自宅で最期を迎えたい」との意志表示あり。



サービス担当者会議を開催

サービス担当者会議（要介護4）

患者の意向（ACP・AD）

これ以上の積極的治療（経管・IVH等）は希望されず、自宅で最期を迎えたい

参加者：患者・当院・ケアマネージャー・訪問看護師・薬剤師

- ① 病状・治療方針の確認
- ② 介護サービスプランの見直し
- ③ 連携・情報共有の方法
- ④ 薬剤管理の方法
- ④ 急変時の対応
- ⑤ 後方支援病院との情報共有
- ⑥ 区保健師等への連絡
- ⑦ 住宅管理者への連絡・確認
- ⑧ 看取り後の対応の確認

週間サービス計画書

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00							
早朝	6:00							
午前	8:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	家事援助・食事介助・ 口腔ケア・オムツ交換 安否確認
	10:00	訪問診療	訪問診療	訪問服薬指導	訪問診療			
午後	12:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	家事援助・食事介助・ 口腔ケア・オムツ交換 安否確認
	14:00	訪問看護		訪問看護		訪問看護		
	16:00							
		訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	家事援助・食事介助・ 口腔ケア・オムツ交換 安否確認
夜間	18:00							
	20:00							
	22:00							

経過

＜＜2016年9月＞＞（患者意思変更なし）

定期訪問による月・水・金の点滴継続、電話・連絡ノートで情報共有を行う。
食事量・嚥下障害・衰弱が徐々に進行。

＜＜2016年10月＞＞（患者意思変更なし）

仙骨部・腰部に褥瘡が合併、褥瘡管理のため尿道カテーテル留置。訪問看護による連日の状態観察・褥瘡処置などが始まる。

＜＜2016年12月＞＞

経口摂取不能、意思疎通困難、四肢浮腫及び痰増加認めたため点滴を中止。
点滴中止から10日目、AM8:00介護師が訪問時にベット上で心肺停止の患者を確認、
医師・訪問看護師・ケアマネへ連絡。
医師による死亡確認後、訪問看護によるケアを行い、ケアマネージャーが葬儀社及び
区保健師・住宅管理者へ連絡を行う。

東京都医師会
第4期「東京在宅医療塾」

事例

【 がん終末期 在宅医療 】

世田谷区医師会
医療法人社団医真会 世田谷ホームケアクリニック 太田雅也

症例

《症例》 70歳代 男性（職業 弁護士）

《既往歴》 特記事項無し

《家族構成》 戸建て 3人暮らし（患者・妻・子供）

《診断》 大腸がん、末期がん（腹膜転移、肝転移、胃転移、腸閉塞）

《介護》 介護保険未申請

《初診経緯》

2018/3、大腸がん、腹膜転移、肝転移、小腸浸潤で病院初診

2018/4、左大腸切除術施行。

術後、抗がん剤治療にて肝転移縮小+

2019/6、肝転移に対して肝臓部分切除

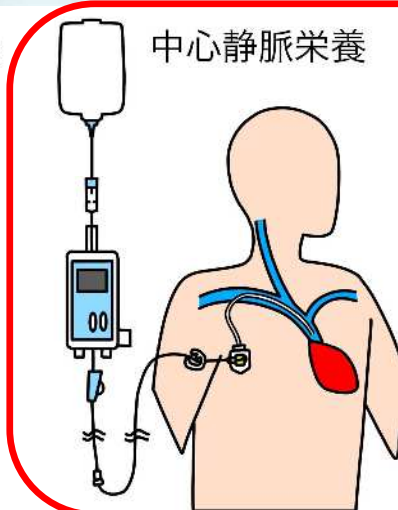
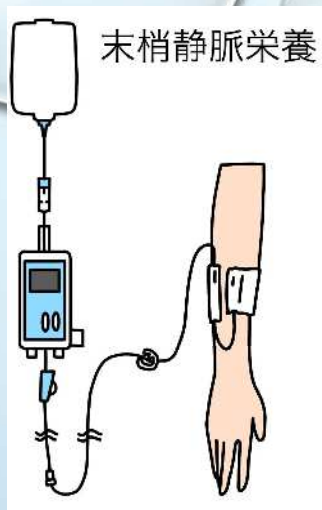
2021/1、胃転移に対して胃部分切除

2022/8、小腸狭窄に対してステント留置、抗がん剤治療

2024/12、腸閉塞にて入院。

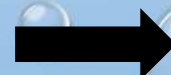
腫瘍増大、肝転移増大、胃浸潤及び狭窄あり経口摂取中止。、中心静脈栄養管理開始。

同月、在宅緩和ケア・中心静脈栄養管理で当院紹介となる。



在宅中心静脈栄養

- ・輸液ポンプ
- ・処方
- ・ルート
- ・針
- ・輸液



退院当日
サービス担当者会議開催
訪問看護による指導依頼

がん終末期の在宅医療・療養に関するサービス担当者会議

患者・家族の意向(ACP・AD)

- ・経口摂取は最後までしたい
- ・介護保険申請希望なし
- ・外来受診も可能な範囲で希望
- ・尊厳ある生き方・死を迎えたい
- ・仕事も最後まで続けたい
- ・自宅で最期を迎えたい。



参加者: 患者・妻・当院・訪問看護師・薬剤師 (介護保険未申請)

- ① 病状・治療方針
- ② 介護支援の確認
- ③ 情報共有方法
- ④ 中心静脈栄養点滴・薬剤管理方法
- ⑤ 中心静脈栄養など処置・管理
- ⑥ 急変時の対応方法
- ⑦ 後方支援病院との連携確認

経過

＜＜2024年12月 初診＞＞ （患者・家族意思変更なし）

帰宅後、当院・訪問看護による診療及び中心静脈栄養が開始。

また、月1回、病院外来受診も継続となる。

経口摂取を希望、セカンドオピニオンで大学病院へ紹介受診。胃内視鏡では吻合部浸潤による狭窄あるも、ステント留置は内腔が比較的保たれていることから留置はせず、流動食・栄養剤内服が再開となる。

＜＜2025年1月＞＞ （患者・家族意思変更なし）

吃逆・嘔気あるも経口摂取継続を希望。また、病院より貧血に対して鉄剤点滴開始。

経過

＜＜2025年2～3月＞＞ （患者・家族意思変更なし）

嘔吐が出現し徐々に悪化、経口摂取に関して強く希望あり継続。

超音波検査：腹水（－）・胃拡張（＋）、浮腫（－）・口渇（＋）。

中心静脈栄養継続。

消化器症状以外の疼痛所見等はない。

また、病院外来受診も休止となる。

超音波検査



＜＜2025月4年＞＞ （患者・家族意思変更なし）

全身浮腫（むくみ）が徐々に出現、点滴を徐々に減量。

疼痛所見はないも、腸閉塞による嘔吐・倦怠感が継続。

自身が考える死生観へのこだわりがあり、経口摂取は中止受け入れるも、

経鼻管留置や麻薬投与、介護保険申請・利用、介護ベット等の導入は希望せず。

経過

＜＜2025年5月＞＞ （患者・家族意思変更なし）

胸水貯留による呼吸苦が出現。

患者より麻薬による治療希望あり、麻薬投与が始まる。

その後、大量吐血・意識障害で往診。

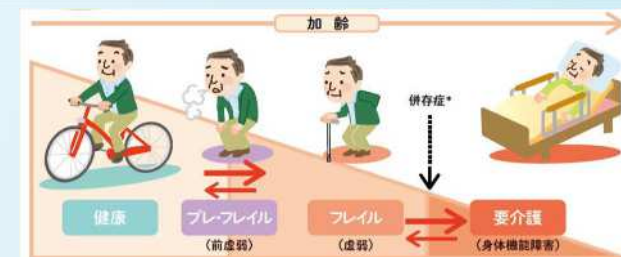
往診時、危篤状態にあり。家族は延命希望せず、自宅看取りを希望。

同日、夜間に家族に見守れながら自宅にて看取りとなる。

家族からは、父親が最後まで家族を支えるための努力をしてくれたこと、自宅で一緒に過ごせたこと、父親の考える死生観を尊重・実現できたことなど、

父親への感謝、在宅医療の必要性・かかりつけ医への感謝の気持ちをいただき診療終了となる。

A C Pを開始する時期



(東京大学 高齢社会総合研究機構・飯島勝矢：作図改編)

長寿社会においてA C Pの主体の多くは高齢者となります。

医療を受けているときは、その医療機関等においてA C Pを開始することを検討しましょう。

医療を受けていない人は、要介護認定を受けるころにはA C Pを開始することを検討しましょう。

最初的一步

- ・ **ご家族**や**近しい人**と話すきっかけを作りましょう。
- ・ 信頼できる**かかりつけ医**を持ちましょう。
- ・ 相談に困ったら、**地域包括支援センター（あんしんすこやかセンター）**に相談しましょう。

訪問看護におけるACP

訪問看護ステーション芦花 武田 朋子

人生会議（ACP） とは

- もしもの時に備えて
- 自分の希望や気持ちを
- 家族や医療者と話し合っておくこと
- ポイント：一度決めても、何度でもやり直せます。



訪問看護から見た ACPの大切さ

- ・ ご自宅でゆっくりお話を伺える。
- ・ 病院では言いにくい本音が聞ける
- ・ その人らしい生活や願いを一緒に考えられる



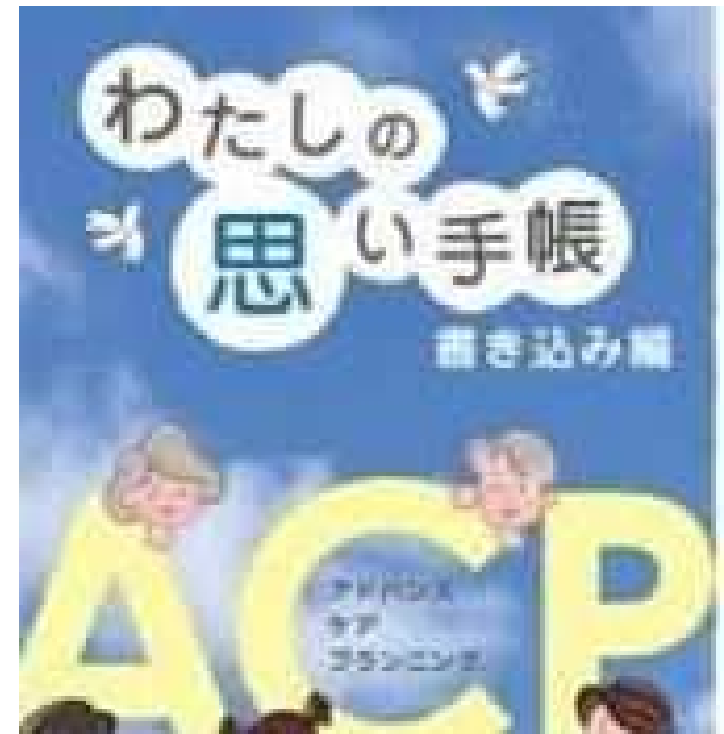
Aさんの希望を かなえた娘さん

- 脳出血による救急搬送後、肺がん末期になっていたことがわかった。
- Aさんは寝たきりになり、意思疎通も困難な状態
- 医師からは余命3か月と話された。
- 娘さんは「母の希望通り、家で最期まで過ごさせたい」
- 訪問診療／訪問看護／ケアマネジャー介入
- Aさんの望みを家族／医療従事者と共有
- 在宅看取り



「私の思い手帳」を活用したBさんのACP

- 高齢独居のBさん
- 不安感から動悸症状がでていた。
- Bさんの「これからのことを話してまとめたい」との希望あり
- 「私の思い手帳」を活用
- Bさんは話し合い、共有できたことに安心感が得られた。
- 「私の思い手帳」を開いて対話を継続中



まとめ

- 人生会議（ACP）は誰にでも関係があります。
- 家族や信頼できる誰か、医療従事者などとの会話から始められます。
- 今日から少しずつ話してみませんか？
- まずは家族に話してみましょう。
- 「もしも、私が重い病気や判断ができなくなったら」
ご自身が望むことを伝えておくことから始まります。



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～

社会福祉法人 敬心福祉会
給田介護保険サービス
木村しのぶ

<事業所紹介>

事業所名 給田介護保険サービス

住所 世田谷区給田5丁目9番5号

併設事業所 特別養護老人ホーム・短期入所生活介護・通所介護

認知症対応型通所介護・訪問介護・地域包括支援センター

サービス提供地域 世田谷区烏山地域

三鷹市・調布市の一部

職員数 5名（男性2名・女性3名）



事例 1

Aさん（67歳女性）要介護 3

乳がんの再発 胸膜播腫 余命 2 ～ 3 か月

娘家族と同居

娘家族に迷惑をかけたくないと、入院と自宅療養を繰り返しながら、最期は自宅を希望され、娘様家族が見守る中、ご逝去。

【利用サービス】

訪問診療・訪問看護・福祉用具・訪問介護（一時的）



事例 2

Bさん（70歳女性）要介護 3

すい臓がん（肺、腸へ転移）

独居 同敷地内に妹家族が居住

ご自身も母親を介護し、自宅で看取りをした。

当時受けていた抗がん剤治療は継続しつつ、自宅で過ごしたい。

穏やかに暮らしたいとの希望。

【利用サービス】

訪問診療・訪問看護・福祉用具・訪問介護



事例 3

Cさん（81歳女性）要介護 1

胆管がん 余命 1～2 か月

数か月前までは、家事も変わらずこなしていたが、
浮腫みなどが出現。

体調不良もあり、受診した結果、上記診断。
積極的な治療はせず、自宅での療養を希望した。

【利用サービス】

訪問診療・訪問看護・福祉用具



まとめ

ご本人の意思、ご家族の思い、大切にしていること、好きなこと、嫌いなこと、みんな違います。

日頃の生活の中で、そんなことを言葉に出すこと、知ること、語り合うことが大事なのではと考えます。

どこかにつながれば、一人ではない。準備し合っていける関係づくりなど、伴走しながら支援させていただきたいです。



ご清聴ありがとうございました

お看取りについて

やさしい手千歳烏山訪問介護事業所 小林隆憲

所在地：東京都世田谷区南烏山6-10-9

交通：京王線「千歳烏山駅」より徒歩10分

開設時期：2014年4月15日

戸数：サービス付き高齢者住宅 86室（3棟）

事業主体：SOMPOケア株式会社

併設

「やさしい手千歳烏山訪問介護事業所」

「やさしい手千歳烏山定期巡回訪問介護看護事業所」

「コーシャハイム千歳烏山(サ高住)」

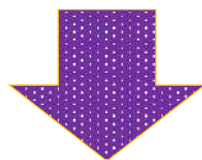


棟内

(サ高住のお客様)

棟外

(外のお客様)



24時間365日
いつでもかけつけられる体制

I 様 73歳 女性

【診断名・経過記録】

- 2016年 乳癌発症→乳房全摘出、その後、外来受診にて経過観察してきましたが、再発、転移なく経過
- 2024年12月 右瞼を開けようとしてもなかなか上がらないような状態。検査したところ、転移性脳腫瘍が見られた。
- 2025年3月 立位が保てなくなり、歩行困難、食欲不振となり入院。飲食禁止ではないが、病院では食欲ない状態、毎日点滴をすることとなる。

- ・脳転移が乳がんと確定は出来ていないが、治療は難しい状態。
(脳転移のため、会話は成り立たず、見当識障害、体動困難)
膀胱留置カテーテル、自力での排便はほとんど難しい。
- ・ご家族が在宅での療養を希望される。

※2025年5月

やさしい手千歳烏山訪問介護事業所に、お看取りの案件として
お話しをいただく。

担当者会議での【目標】

※短期の目標 → 家族で旅行に行く

昔から旅行が好きで、全国の色々なところに行かれていた。

(なるべく早い段階で計画する。車椅子に乗れる段階にまで持って行くので、これからPTさんが入ります。車椅子が乗れるような車をレンタルするか、介護タクシーか、など、これから計画を立て、体制を整える)

※注)「PTさん」＝「理学療法士」

【在宅生活でのサービススタート】

フルーツなど召し上がっているが、食べると吐いてしまうような状態。
経口栄養剤が処方となった。

- ・午前中に訪問看護さんが介入され、点滴を行なうこととなり、(点滴は水分のみ)、終わった点滴はご家族が抜くこととなった。
その他、浣腸、洗髪、足浴 などでも介入。
- ・訪問介護は、毎日、夕方、陰洗、尿破棄、で介入することとなった。
- ・毎週水曜日に訪問入浴が入ることとなった。
そのため、介護で、月曜日、金曜日、は、訪問介護サービスでも清拭、更衣をすることとなる。

週間プラン

	月	火	水	木	金	土	日
9:00	訪問看護 (点滴、浣腸、洗髪、足浴、)						
10:00							
11:00							
12:00							
13:00			訪問入浴				
14:00							
15:00							
16:00							
17:00	訪問介護 (排泄介助、清拭、着替え、水分補給、服薬)						
18:00							
19:00							
20:00							

【変わりつつある、お体のご状態】

訪問診療で医療用医薬品の経口栄養剤が処方されました。

- 飲んでも吐いてしまうということで、食前に整腸剤が処方され、服薬してから経口栄養剤を摂取することとなる。
- もともとお酒が好きで、甘い物はあまり食べなかったとのことだが、服薬すると、一日一缶は摂取できた。
- 夜中に眠れなくて、壁をたたいてしまうなどの行為があり、眠れないときのために頓服で眠剤が出ているので、眠れないときには、飲んでいただいているとのこと。

【旅行計画について】

当初の担当者会議のときに、ご家族より、「旅行に連れて行きたい」という明確な目標をいただいたので、それについて、我々にできることは何かないか。

ケアマネージャー様に相談

・まずは、車椅子に乗れるようになることが重要。

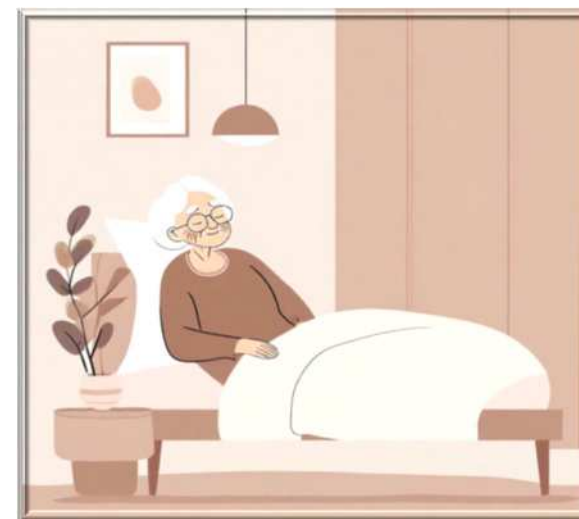
→ 毎日のケアで少しでも起こすようにしたほうが良いのか、
ご本人、意思の疎通ができない。

そのため、痛みの訴えがないだけの可能性もある。

体に力も入らないご状態。もし、ご本人が体を起こすのが苦痛であれば、体を動かすことが、本人を苦しめることになる。

できることから始めるには

- ・褥瘡を作らない
- ・尿路感染を起こさないように清潔を保持することが重要。



ケアマネージャーより、

「PTさんに状態を見てもらいつつ、意見を聞いて相談して行きましょう。」

ということになる。

※注)「PTさん」＝「理学療法士」

また、お住まいにエレベーターがないので、旅行に行くとなった場合、どうやって階段を降ろすかということも考えなければならない。

なるべく早い段階で実行しないと、これからご状態が落ちて行くことが予測される。

本格的に暑くなる前に、6月中にでも実行できれば良い。

予算はとてらかかるかもしれないが、旅行専門のヘルパーさんの会社や、介護タクシーでストレッチャーで行くということも考えられる。



6月初旬

排せつ介助時の体位交換も、難しくなる。
ご家族も協力してくださり、排泄介助時、清拭時、体位交換を、ご家族の協力を
いただきながら行う。

更衣介助が難しくなっており、着替えについてご家族と相談し、ご本人様ができる
だけ脱着しやすい服と一緒に探し、更衣させていただく。

6月中旬

服薬や、経口栄養剤を飲まれる際、お声かけをするも、ご本人の意識に入って
いけない様子が見受けられる。その都度、スプーンで一ロ一口摂取していただける
よう、工夫して飲んでいただく。

ご家族から「穏やかに過ごすことができれば、旅行はもういいよ。」とのお話しあり。

6月下旬

「飲む」ということ自体を理解できないことが多くなり、お声かけにて、ストローなどを認識していただき、吸い込んでいただく状態となる。スプーンやストローを認識するのにも時間がかかるようになる。

内服薬：口腔内に残ってしまうため、錠剤から散剤に変更された。

7月中旬

服薬は中止となる。
とろみがついた水分のみ、摂取できるときに摂っていただく。

8月

SAT(経皮的動脈血酸素飽和度)が、80～83% 台に落ちてしまう。
傾眠傾向が続くが、声掛けに反応してくださるときや、笑顔も時々みられる。

口腔ケアをしっかりと行なうようケアマネージャーより指示があり。
誤嚥の可能性があるため、スポンジはしっかり水を絞って対応することとなる。

(経口摂取ができなくても、口腔内は細菌の温床になります。唾液や分泌物の誤嚥により肺炎を起こすリスクがあります。)

9月上旬

傾眠傾向が多くなり、お声かけに反応がないときもあるが、ご挨拶にほのかに微笑んでくださるような状態で経過。

自宅でのお看取りが難しいのではないかという疑問

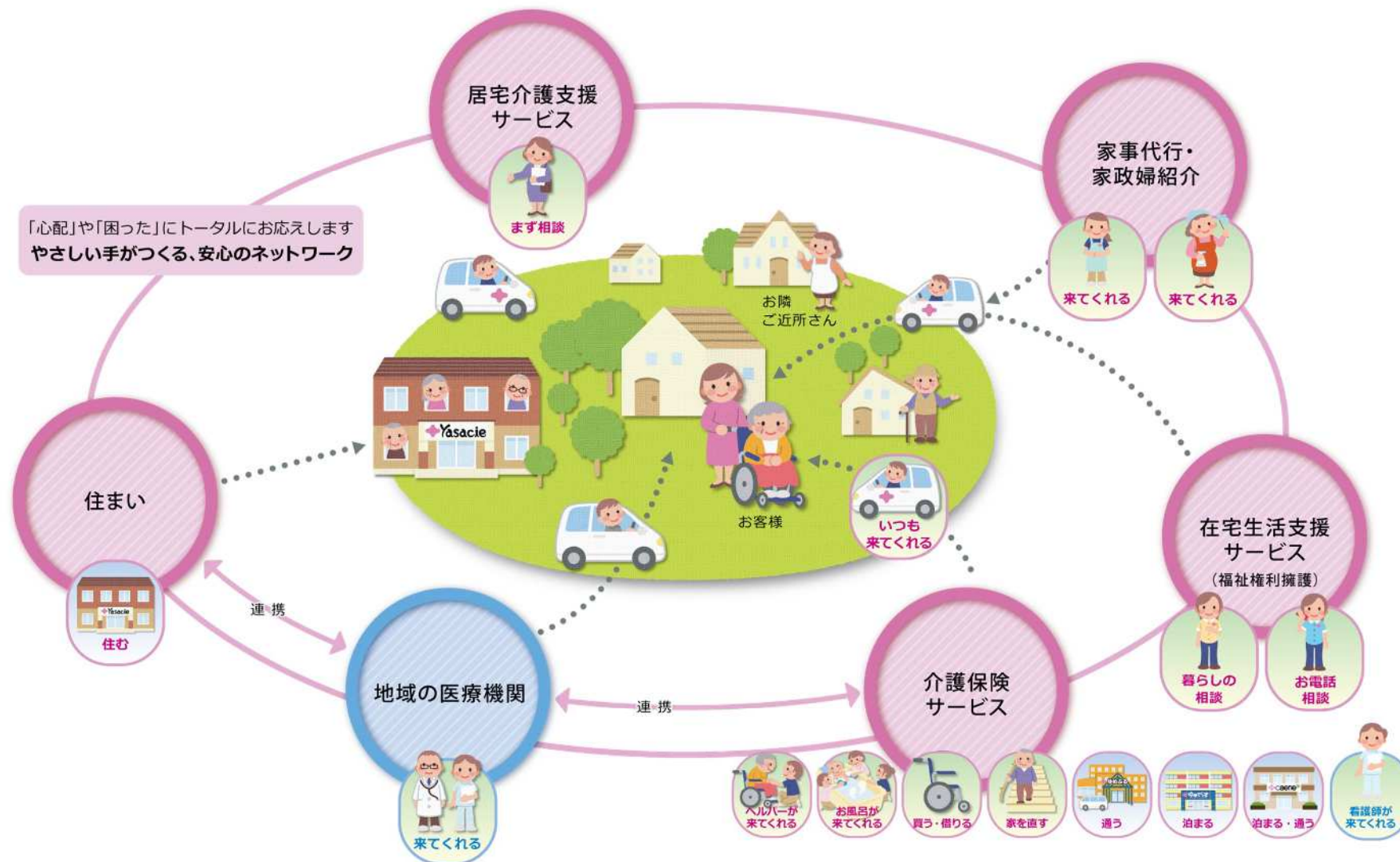
ACP(アドバンスケアプランニング＝人生会議)をしっかりと行なうことにより、延命治療をする、しない、にかかわらず、多くの場合在宅でのお看取りはできます。
訪問診療、訪問看護、訪問介護など、様々なサービスを組み合わせ、支援体制を整えることができる。

ACPの重要性

受りたい/受けたくない治療、痛みや苦痛の緩和についての希望、大切にしている生活の質や価値観を良く話し合うことが大切。

「衣・食・住」を整えることで、生活の質はかなり安定する。

地域包括ケア



介護サービスにおいての、AIの活用について

- ・利用者様のご状態の情報をリアルタイムで共有
- ・記録業務の効率化
- ・ご自宅でのお看取りサービスプランのご提案

等

経営理念

「住み慣れた家で、最期まで生きる」



yasashiite group



WEB検索

せたがやケアサーチ

世田谷区介護事業者・在宅医療資源情報検索システム

在宅医療を支える世田谷区内の医療機関等をお探しいただけます。



携帯・スマートフォンから
簡単アクセス!



検索方法

- 1 地図・住所から探す (地域/駅/住所/現在地 等)
- 2 事業所名・医療機関名から探す (『〇〇クリニック』/『〇〇薬局』等)
- 3 サービス種別から探す (病院・診療所/歯科/薬局/訪問看護ステーション)

掲載情報

在宅医療の診療科

往診範囲

訪問範囲

対応可能な医療処置等

外来診療

ect.

アクセス方法

【URL】 <https://carepro-navi.jp/setagaya>

検索① 世田谷区役所HP内検索

検索② インターネット検索

世田谷区HPホーム>検索メニュー>
ページID: 3372で検索

「せたがやケアサーチ」で検索

3372

検索

せたがやケアサーチ

検索



医療機関・介護事業所の詳細な情報

医療機関 (業種) から探す

サービス検索

サービス種別から検索することができます。

基本情報

医療機関・介護事業所の基本的な情報を閲覧することができます。

地図

地図に医療機関・介護事業所をマッピングし、どこにあるかイメージを持ちやすくなっています。

その他の詳細な情報

基本情報以外の詳細な情報を閲覧することができます。

世田谷太郎クリニック

〒158-8501 東京都世田谷区上野 1-1-1

TEL: 03-3461-1111

FAX: 03-3461-1112

代表: 03-3461-1113

受付: 03-3461-1114

診療科目: 内科、小児科、外科、婦人科、産科、皮膚科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、眼科、歯科、放射線科、検査科、理学療法科、作業療法科、言語聴覚科、看護科、介護科、福祉科、その他

診療時間: 午前 9:00~12:00 午後 13:00~18:00

休診日: 日曜日、祭日

交通手段: 徒歩10分、バス15分、車10分

駐車場: あり (台数: 10台)

お問い合わせ: 03-3461-1111

世田谷区には
WEBで事業所等を
検索できる

「せたがやケアサーチ」

というシステムが
あります。

介護事業所だけではなく、
在宅療養を支える
区内の医療機関等
をお探しいただけます。

せたがやケアサーチ 検索





在宅療養・ACPガイドブック「LIFE これからのこと」

世田谷区内
28か所の
あんしんすこやか
センターで
配布しています。



Message

「もしもの時」のメッセージ

もしも、意識がなくなったり、自分の意思が伝えられなくなる時がきたとしたら？
このメッセージは、何度でも話し合ったり書き直しても大丈夫。
大切な人に伝えておきましょう。

● 医療やケアについて、望むことは？（○をつける／い／くつでも可）

（ ）検査を受けた時、病状・治療について知りたい
（ ）検査を受けた時、病状・治療についてすべては知りたくない
（ ）治る見込みがないと医師が判断したら、長く生きる治療よりも、苦しさを減らす治療を自宅や施設で受けたい
（ ）治る見込みがないと医師が判断しても、負担のない治療なら受けたい
（ ）できるだけ長く生きることを優先した治療を受けたい
（ ）医療関係者や周囲と話しってから決めたい
（ ）今は決められない
（ ）その他 []

● 自分の意思が伝えられなくなったとき、自分の代わりに判断して欲しい人は？

名前： _____
住所： _____
連絡先： _____

● 家族やケアをする人たちに伝えておきたいことは？

氏名（本人）： _____ 記入日 年 月 日

Message

「もしもの時」のメッセージ

もしも、意識がなくなったり、自分の意思が伝えられなくなる時がきたとしたら？
このメッセージは、何度でも話し合ったり書き直しても大丈夫。
大切な人に伝えておきましょう。

● 医療やケアについて、望むことは？（○をつける／い／くつでも可）

（ ）検査を受けた時、病状・治療について知りたい
（ ）検査を受けた時、病状・治療についてすべては知りたくない
（ ）治る見込みがないと医師が判断したら、長く生きる治療よりも、苦しさを減らす治療を自宅や施設で受けたい
（ ）治る見込みがないと医師が判断しても、負担のない治療なら受けたい
（ ）できるだけ長く生きることを優先した治療を受けたい
（ ）医療関係者や周囲と話しってから決めたい
（ ）今は決められない
（ ）その他 []

● 自分の意思が伝えられなくなったとき、自分の代わりに判断して欲しい人は？

名前： _____
住所： _____
連絡先： _____

● 家族やケアをする人たちに伝えておきたいことは？

氏名（本人）： _____ 記入日 年 月 日

※このページもついでに家族でも読んでください。

ACP(アドバンスケア・プランニング)を考えるきっかけとしてご活用ください。