

ずっと我が家で暮らしたい

(うちなだ在宅療養ガイドブック)



令和4年3月
内灘町

もくじ		ページ数
はじめに		2
在宅医療はみなさんの在宅療養を支えます		3
人生の最終段階を考えるお話をしよう（人生会議）		4～6
在宅療養を支えるスタッフ		7～8
在宅療養に関わる保険制度と費用（医療保険）		9
在宅療養に関わる保険制度と費用（介護保険）		10
よくある質問		11
相談窓口		12
自宅に来てくれる関連機関の情報		13～14
町内の施設一覧		15
体験談		16
エピソード	『おじいちゃん、おうちへ帰ろう』	17～20
	『最期まで家族と我が家で』	21～24
	『第2の我が家で過ごした認知症のおばあちゃん』	25～28
参考文献／資料のご紹介		29

表紙画のご協力をいただいた方

杉村雄二郎 様 内灘町在住 洋画家（89歳）令和4年3月現在

はじめに

お医者さんが家に来てくれるって 知っていますか？



通院ができなくなった時、お医者さんや看護師さんが自宅に来て、診察やケアをしてくれる仕組み（在宅医療）があります。

コロナ禍での面会制限がある中、家族と共に最期まで住み慣れた場所で暮らしたいと希望し、在宅医療を選ぶ方が増えています。

この冊子は在宅医療という選択肢について知っていただくために作成しました。もしも、あなたやあなたの身近な方が住み慣れた場所で最期まで自分らしく生きたいと望むなら、この冊子を考える材料としてお役立てください。

そして、話し合ってみてください。

あなたとあなたの身近な方の悔いのない人生のために、役立つことを願って。

在宅医療はみなさんの在宅療養を支えます

在宅療養とは、通院が困難になった場合に、住み慣れた自宅に医師や看護師、ホームヘルパーなどに来てもらい、療養生活を送ることで、在宅療養には在宅医療が不可欠で、在宅医療は治す医療というより、支える医療といえます。在宅医療は最期まであなたらしく生きることを支えます。

在宅療養を始めるきっかけは、人それぞれ…

手術や治療が終わって退院できることになったけど、前のように歩けなくなっていました。



入院治療を続けていたが、もう治る方法はないようです。それならば、痛みを和らげる治療をしてもらいながら、自宅で過ごしたいと思いました。

老化や病気のため歩けなくなり、かかりつけ医の所まで通うことができなくなってきました。



人生の最終段階を考える お話をしよう (人生会議)

人生の最終段階を考える お話をしよう

前のページのような状況になった時、
人生の終わりまで、あなたは、どのように過ごしたいですか？

もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、
前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取り組みを
「人生会議」と呼びます

誰でも、いつでも、
命に関わる大きな病気やケガをする
可能性があります。
自らが希望する医療やケアを受けるために
大切にしていることや望んでいること、
どこでどのような医療やケアを望むか
自分自身で前もって考え、
周囲の信頼する人たちと話し合い、
共有することが重要です。



厚生労働省ホームページ
「人生会議」してみませんか

※心身の状態に応じて意思は変化することがあるため、何度でも繰り返し考え、話し合い
ましょう。

※このような取組は、個人の主体的な行いによって考え、進めるものです。知りたくない、
考えたくない方への十分な配慮が必要です。

※1

<延命措置>

生命維持装置を施すことによって、生命の延長を図る治療・処置のこと。主なものに心臓マッサージや人工呼吸器の装着などによる心肺蘇生や、鼻から管をいれて栄養を摂る（経鼻経管栄養）などがあります。

※2

<心肺蘇生>

人工呼吸や心臓マッサージなどです。



※3

<点滴（末梢静脈）>

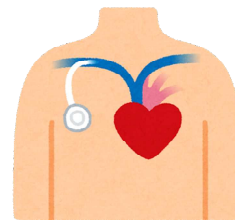
腕や足の静脈から、点滴で栄養や水分を補給する方法です。



※4

<中心静脈栄養>

身体の太い静脈にカテーテル（管）を入れて、点滴をする方法です。腕や足からの点滴と違って、長期間栄養を入れることができます。



※5

<経鼻経管栄養>

鼻から胃に管を入れて、栄養剤を直接胃に送り込む方法です。



※6

<胃ろう>

皮膚から胃に穴を開けて管を入れて、栄養剤を直接胃に送り込む方法です。



在宅療養を支えるスタッフ



かかりつけ医(在宅医) P13

医師が自宅を訪問して、日常的な治療や健康管理などを行います。

訪問診療: 定期的な診療

往診: 急変時などの予定外の診療



訪問看護師 P13

看護師が自宅を訪問して、健康チェック(血圧などの測定)や、日常生活のケア(排泄ケア、身体を拭くなど)、医師の指示による点滴などの処置を行います。24時間対応をしてくれる訪問看護ステーションがほとんどで、様々な相談に乗ってくれる頼りになる存在です。



薬剤師 P14

薬局の薬剤師が必要に応じて、お薬を届けてくれたり、服薬支援や残ったお薬のチェックなどの薬の管理を行います。飲みやすい形の薬への変更や、副作用や他の薬との併用など、お薬についての様々な相談に乗ってくれ、必要に応じて医師に確認もしてくれます。



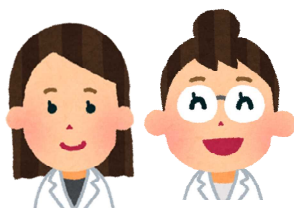
歯科医師・歯科衛生士 P13

歯科医師・歯科衛生士が自宅を訪問し、必要に応じて、自宅で虫歯の治療・入れ歯の調整・飲み込みに関する訓練などの相談に乗ってくれます。



リハビリ専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)

リハビリ専門職が自宅を訪問し、リハビリテーションを行います。



医療ソーシャルワーカー、退院支援看護師

病院内にいて、退院に向けての相談や、在宅医、訪問看護師、ケアマネジャーなどの関係者との調整を行います。



ケアマネジャー（介護支援専門員） P14

介護保険サービスの調整を行うなど、介護生活をコーディネートする役割を担ってくれます。また在宅療養について相談に乗ってくれ、必要に応じて様々な関係者に確認してくれます。ケアマネジャーがついている方は、まずはケアマネジャーに相談してみるとよいでしょう。



ホームヘルパー（介護福祉士等）

排泄介助などの身体介護や、家事などの身の回りの生活支援を行います。

※家事などの生活支援については、健康な同居家族がいる場合は利用できません。
(詳細については冊子『うちなだまちの介護保険』をご覧ください。P29)



訪問入浴

介護職や看護師が移動入浴車などで、簡易な浴槽を自宅に持ち込み、ベッドサイドなどで入浴介助をしてくれます。寝たきりの方でも、安心して入浴ができます。

(詳細については冊子『うちなだまちの介護保険』をご覧ください。P29)



福祉用具貸与

必要な場合には、電動ベッドや車いすなどを貸し出してくれます。介護度によって介護保険が適用される用具が違いますので、ケアマネジャーに相談しましょう。

(詳細については冊子『うちなだまちの介護保険』をご覧ください。P29)



内灘町地域包括支援センター（TEL： 076-286-6750）

内灘町保健センター館内にある町の機関で、介護保険制度の説明、介護認定の手続き、高齢者向けの各種サービス・施設紹介、介護者のつらい、成年後見制度や虐待対応など、多方面から高齢者の生活を支える場所です。どこに相談すればいいかわからない場合も、ご相談ください。必要に応じて、様々な機関につないでいきます。

医療保険(健康保険)

自己負担割合は、
病院に行く場合と同じ1～3割です。

自宅で提供される医療にも、健康保険が適用されます。

訪問診療



【費用負担の目安】

月2回 医師が自宅に訪問した場合

・1割負担の場合 8,000円程度/月

※検査や処置の回数によって費用が変わります。
※その他在宅酸素などの利用や、点滴、薬代は別途費用がかかります。

訪問看護



【費用負担の目安】

週2回 訪問看護師が自宅に訪問した場合

・1割負担の場合 8,000円程度/月

※状態によって24時間対応体制加算などの加算があります。
※疾患名や介護認定の有無により、医療保険適用になる場合と介護保険適用になる場合があります。

<高額療養費制度>

1ヶ月の保険診療にかかる医療費の自己負担額が一定の額を超えた場合に、その超えた額が支給される制度です。

問い合わせ先:後期高齢者医療保険/国民健康保険の方

内灘町役場(保険年金課)

TEL:076-286-6702

:そのほかの健康保険に加入の方 それぞれの職場や健康保険組合

<心身障害者医療費助成>

身体障害者手帳1～3級、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳1級をお持ちの方は、医療費の自己負担分が助成されます。

問い合わせ先 内灘町役場(福祉課)

TEL:076-286-6703

<指定難病医療費助成>

「指定難病」と診断され、「重症度分類等」に照らして病状の程度が一定程度以上の場合に、医療費の一部が助成されます。

問い合わせ先 河北地域センター(津幡町字中橋口1-1)

TEL 076-289-2177

介護保険

自己負担は1割です。
一定以上所得者は、2割または3割です。

訪問介護



【費用の目安】

週2回 介護職が自宅に訪問(1時間程度)した場合
・1割負担の場合 4,000 円程度/月

※利用時間等により費用が変わります。

福祉用具貸与



【費用の目安】

電動ベッド(レンタル)

・1割負担の場合 1,000 円~2,500 円程度/月

※ベッドの種類や付属品の有無によります。

※介護保険を利用しなくても上記の自己負担程度でレンタルできる場合もあります。

【対象者】

- ・65 歳以上で介護や支援が必要と認定された方
- ・40 歳以上 65 歳未満で、特定疾病が原因となって介護や支援が必要と認定された方

<高額介護サービス費>

所得に応じて、上限が設定されています。

問い合わせ先 内灘町役場(福祉課) TEL:076-286-6703

介護保険による他のサービスや詳細については 冊子『うちなだまちの介護保険』P29 をご覧ください。

介護保険は、申請から認定までに 30 日程度かかります。

認定の有効期間は申請日からとなりますので、認定結果が出る前にサービスの利用を開始することも可能です。地域包括支援センターや、ケアマネジャーにご相談ください。

よくある質問

① 総合病院から在宅医に変わると、いざ入院したい時に入院できなくなるのではと心配です。

訪問診療を行うクリニックなどには必ず連携している病院があるので、必要な場合には入院につないでもらうことができます。また特別な検査などが必要な場合には、紹介状により総合病院での検査も可能です。

さらに、普段のケアは在宅医／定期受診は総合病院など、ダブル主治医で療養されている方もいらっしゃいます。

② 自宅で医療を受けたいと考えた時には、どこに相談すればいいの？

入院中なら、病院のソーシャルワーカーや退院支援看護師にご相談ください。

在宅なら、主治医・ケアマネジャー・地域包括支援センターにご相談ください。介護認定を受ける際の相談窓口は、地域包括支援センターです。（※内灘町役場ではないのでご注意ください。）

③ 最期は施設で過ごしたいと考えています。どんな施設なら看取りが可能ですか？

特別養護老人ホーム、グループホーム（認知症対応型共同生活介護）を始め、最近では有料老人ホームや様々な施設で看取りまでのケアが行われています。お一人お一人の状況や施設側の体制にもよりますので、地域包括支援センターやケアマネジャー、または各施設にお問い合わせください。

④ 一人暮らしでも、最期まで自宅で暮らすことはできますか？

一人暮らしの方でも身近な方などの協力や理解があれば、訪問診療・訪問看護・訪問介護などを組み合わせて、実際に自宅で最期まで暮らした方はおられます。主治医やケアマネジャーなどにご相談ください。

在宅医が訪問し経過を見ていないと、自宅で亡くなった場合に不審死の可能性があり警察が介入する結果となる場合もありますので、自宅で最期を迎えたい場合には必ず在宅医による訪問診療を利用しましょう。

⑤ 要介護・要支援認定の申請はいつすればいいの？

電動ベッドや訪問介護などの介護保険によるサービスの利用が必要になった時に申請するとよいかと思います。

（介護認定を受けていることで、医療保険による訪問看護が利用できなくなる場合があります。申請前に病院のソーシャルワーカーや退院支援看護師などにご相談ください。）

相談窓口

<病院の相談室>

大きな病院には、ソーシャルワーカーや入退院支援看護師がいる窓口が設置されています。

退院に向けての相談や在宅医療への紹介・引き継ぎなどを行ってくれます。

例) 金沢医科大学病院 患者相談支援窓口 076-286-3511 (代表)



<かかりつけ医>

かかりつけ医がいる場合には、まずはかかりつけ医に相談してみましょう。



<ケアマネジャー>

すでに介護認定を受けてケアマネジャーが関わっている場合には、ケアマネジャーに相談してみましょう。



<地域包括支援センター(保健センター内)>

町の機関で、保健師・社会福祉士・主任ケアマネジャーなどの専門職がおり、高齢者やそのご家族の相談を受けています。どこに相談してよいかわからない場合には、地域包括支援センターにお気軽にご相談ください。

内灘町地域包括支援センター

内灘町字鶴ヶ丘2丁目161-1(保健センター内)

TEL: 076-286-6750



自宅に来てくれる関係機関の情報



往診・訪問診療をしている医療機関(順不同)

名称	住所	電話番号	備考
さとうクリニック	内灘町字ハマナス2丁目38番地 ノーブルハイツ21D	076-225-7062	在宅療養支援診療所
紺井医院	内灘町字緑台1丁目7番地	076-238-1277	在宅療養支援診療所
村田医院	内灘町字鶴ヶ丘2丁目8番地	076-286-0300	在宅療養支援診療所
秋山クリニック	内灘町字ハマナス1丁目8番地1	076-286-8843	
茶谷医院	内灘町字西荒屋52番地	076-286-8478	
政岡医院	内灘町字鶴ヶ丘4丁目1番地265	076-286-1766	
小島歯科医院	内灘町字アカシア2丁目5番地	076-238-1388	在宅療養支援歯科診療所

- 在宅療養支援診療所とは緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等の確保など、厚生労働省の定める基準に適合しているものとして届出を行っている医療機関です。
- 内科以外のクリニックや、上記以外の歯科クリニックでも往診可能な場合があります。直接、お問合せください。
- 半径16キロ圏内であれば、往診が可能です。町外のクリニックでも対応可能な場合があります。直接、お問合せください。

内灘町から比較的近い在宅療養支援診療所

(例) かがやきクリニック 金沢市疋田1丁目213番地 (TEL:076-253-5001)

(例) 近藤クリニック 金沢市木越町ト9番地1 (TEL:076-237-2211)

訪問看護ステーション(順不同)



名称	住所	電話番号
訪問看護ステーションいずみ	内灘町字向栗崎3丁目31番地 リブラルハイツB-2	076-238-0370
訪問看護リハビリステーション OHANA	内灘町字ハマナス1丁目9番地	076-286-0877
こすもす訪問看護ステーション (内灘サテライト) ※休止中	内灘町字宮坂4字2番地1	076-286-9003
うちなだ訪問看護ステーション エヴァ ※R4.4月開所予定	内灘町字大学2丁目25-2 コーポ大学103	076-208-5368

- 町外の訪問看護ステーションを利用することも可能です。

内灘町から比較的近い訪問看護ステーション

(例) こすもす訪問看護ステーション金沢 金沢市諸江町下丁88番地1 (TEL:076-208-4195)

(例) 訪問看護ステーションFLOS 金沢市小坂町西72番地2 (TEL:076-254-6920)



自宅にお薬を持ってきてくれる薬局(順不同)

名称	住所	電話番号
医科大前たんぽぽ薬局	内灘町字大学 1 丁目 1 番地	076-286-6431
さくら薬局 河北内灘店	内灘町字大学 1 丁目 1-6	076-286-9383
アルプ薬局内灘	内灘町字鶴ヶ丘 3 丁目 15-2	076-286-0093
クオール薬局内灘店	内灘町字緑台 1 丁目 8 番地	076-237-1489
白帆台プラス薬局	内灘町字白帆台 2 丁目 1 番	076-286-1193
ウエルシア内灘店	内灘町字向栗崎 1 丁目 448 番地	076-238-8020
クスリのアオキ鶴ヶ丘薬局	内灘町字鶴ヶ丘 5 丁目 1-359	076-286-6230

※町外の薬局でも対応が可能な場合があります。直接ご相談ください。



居宅介護支援事業所(ケアマネジャー) (順不同) R4.3 月現在

名称	住所	電話番号	ケアマネジャー数
夕陽ヶ丘苑在宅相談センター	内灘町字大学 1 丁目 5 番地 1	076-286-9912	2 人
内灘町社会福祉協議会	内灘町字大清台 1 40 番地	076-286-6950	2 人
ホームヘルプセンター 内灘の風	内灘町字大根布 1 丁目 31 番地 8	076-286-2788	2 人
ケアセンター華	内灘町字大根布 1 丁目 98 番地	076-286-3987	1 人
居宅介護支援事業所たちばな	内灘町字大清台 194 番地 3	076-255-6411	4 人
ぽぷら居宅介護支援事業所	内灘町字向栗崎 3 丁目 43 番地	076-239-1022	2 人
居宅介護支援事業所ちどり	内灘町字鶴ヶ丘 4 丁目 1-144 能村ビル 1 階	090-1806-9994	1 人

※ 内灘町外の居宅介護支援事業所でも、担当をお願いできます。詳しくは、地域包括支援センターにお問い合わせください。(内灘町地域包括支援センター TEL:076-286-6750)

町内の施設一覧 (順不同)

	名称	住所	電話番号
グループホーム	イエローガーデン内灘	内灘町字千鳥台 3 丁目 201 番地 18	076-237-8900
	グループホームあかり	内灘町字千鳥台 2 丁目 190 番地	076-238-1152
	グループホーム白帆台	内灘町白帆台 2 丁目 4 22 番地	076-286-9008
	グループホームみんなの杜	内灘町字向陽台 2 丁目 267 番地	076-239-3390
	グループホーム華	内灘町字大根布 1 丁目 98 番地	076-286-3987
	遊子苑うちなだ	内灘町字大根布 5 丁目 40 番地	076-286-0345
老人保健施設	内灘温泉保養館	内灘町白帆台 1 丁目 88-1	076-286-5218
特別養護老人ホーム	夕陽ヶ丘苑	内灘町字大学 1 丁目 5 番地 1	076-286-9911
特定施設	ケアハウス白帆台	内灘町白帆台 1 丁目 1 番地 5	076-286-0177
有料老人ホーム等	有料老人ホーム みどり	内灘町字緑台 1 丁目 5 番地	076-255-1670
	うちくる内灘ハマナス	内灘町白帆台 2 丁目 527 番地	076-286-8787
	FLOS-Lien-	内灘町字鶴ヶ丘 2 丁目 597	076-254-0313
	コミュニティハウス 内灘の風	内灘町字大根布 1 丁目 31 番地 8	076-286-8893

※ 内灘町外にも様々な施設があります。詳しくは、地域包括支援センターにお問合せください。
(内灘町地域包括支援センター TEL:076-286-6750)

ご家族の思い

体験談

●わからないことは訪問看護師さんやケアマネジャーさんに相談できました。いくら自分で介護をがんばっても、訪問看護師さんがいてくれなければ自宅で過ごすのは難しかったです。お医者さんが夜でも来てくれたこともあって、心強かったですね。

（妻より：夫を介護）

●1人で介護をしていた頃にしんどい時期があり、施設を考えました。でも医療・ケアチームの皆さんがいたから、自宅での介護を続けられたと思います。訪問看護師さんには何度も電話で相談させてもらい、本当にお世話になりました。

（娘より：母を介護）

●本人は「あれをしたい」「これをしたい」と具体的に希望を口に出すことはなかったんですが、コーヒーが好きだったので、亡くなる数日前にもコーヒーを飲ませてもらえて、良かったなと思っています。（妻より：夫を介護）

●亡くなって1年半ほど経ちますが、まだ今は寂しい気持ちです。でも、大変なこともあったけど、家につれて帰ってきて良かったと思っています。（妻より：夫を介護）

●自分でできる限りのことはやったと思っています。春には車いすに乗って外出し近くの桜を一緒に見ることもできました。（妻より：夫を介護）

●飲み込みの状態が悪くても、家だからこそ最期の方まで食べたいものを食べさせてあげられたので良かったです。祖母の顔を見れば、人生を全うできたらろうな、母と一緒に自宅で過ごせて幸せだったろうなと思えましたね。（孫より）

●最期は病院でしたが、少しでも自宅で過ごせたので良かったと思っています。療養期間が長くなると家族も疲れます。色々なサービスがなければ、家族だけではとても無理だったと思います。（娘より：父を介護）

人生の最終段階における意思決定支援 事例集（日本能率協会総合研究所）より一部紹介

次からのページには、在宅療養をイメージしていただくために作成したエピソードを掲載しました。エピソードは全てフィクションです。

実際には、個人の考えやご家族の状況により、色々な選択があります。

どんな選択でも、最善と思い決めたことに間違いはないのかもしれませんが。

このエピソードをあなたやあなたの身近な方のこれからについて考える材料にしていたらと幸いです。

エピソード①『おじいちゃん、おうちへ帰ろう』（前半）

93歳のおじいちゃんは、高齢のため一人でお風呂に入れなくなり、デイサービスを利用しながら家で暮らしていました。娘の私と、私の夫の3人暮らしです。ある日、肺炎で入院になりました。肺炎の治療は終わりましたが歩くことができなくなり、入院前よりも痩せました。医師からは、年齢からもそう長くないだろうというお話がありました。

退院支援看護師^{*7}から在宅医療について説明がありました。そして説明の後、「自宅に退院しますか？転院しますか？」と聞いてくださいました。

私たちは、お話を聞く前までは転院することになるだろうと思っていました。なぜなら病院に通うこともできないと思ったし、病院で亡くなるのが一般的だろうと思っていたから。

でも、おじいちゃんは家に帰りたがっていました。「家で好きなときに好きな物を食べて、くつろぎたい。」「点滴や管につながれたくない。」^{*8}としました。

入院前からお世話になっていたケアマネジャー^{*9}に相談すると、実際に最期までおうちで暮らす人が増えてきていることや、24時間体制で在宅医や訪問看護師と連絡が取れることも聞き、家で最期まで一緒に暮らせるかもしれないという気持ちになりました。



不安はいっぱいあるけど、「帰ってみて一つ一つの不安を訪問看護師や在宅医に相談しながらやっていけばいい。もし入院を希望した時には、連携する病院に入院させてもらうこともできる。」と聞き、思い切っておじいちゃんを一度自宅に帰してあげようと思いました。親戚にも、説明すると、「あなたたち家族が決めたことなら、それでいいんじゃない。何かできることがあったら言ってね。」とってくれました。

病院で退院に向けてのカンファレンス^{*10}が行われ、おじいちゃんと私たち家族、病院の退院支援看護師・医師・病棟看護師や、在宅医・訪問看護師・ケアマネジャー・ヘルパーさんなど、関係者が集まって、これからの生活についての役割分担を確認したり、おじいちゃんや私たち家族の不安について、どうしていけばいいか話し合いました。でも、「実際にやってみないとわからないな。」というのが正直な気持ちでした。

寒さが和らぎ春の気配を感じる頃、おじいちゃんは家に帰ってきました。

在宅医の先生と訪問看護師が早速自宅に来てくれました。急変した時は、救急車ではなく、在宅医か訪問看護師に電話をすると良い^{*11}ことや、これから予想される症状についても教えてもらい、わかりやすい冊子ももらいました。24時間電話をかけてもよいと言われてもらえ、安心しました。（後半へつづく）

エピソード①（前半）

ポイント解説



※7 『退院支援看護師』

病院内にいて、退院に向けての相談や訪問診療医、訪問看護師、ケアマネジャーなどの関係者との調整を行います。入院中に在宅療養を考える時には、この退院支援看護師にご相談されると良いかも知れません。



※8 『人生会議』（P4）

「家で好きなときに好きな物を食べて、くつろぎたい。」

「点滴や管につながれたくない。」

ご本人がお話できる間に希望を聞いておくことは重要です。



※9 『ケアマネジャー』（P14）

介護認定を受け介護保険サービスを利用する方に必ず担当としてつきます。介護保険サービスの調整を行うなど、介護生活をコーディネートする役割を担ってくれます。



※10 『退院前カンファレンス』

退院に向けての準備のため、ご本人・ご家族・関係者が集まって支援内容や役割分担を確認するための打ち合わせ会です。退院に向けて心配なことを質問したり、要望を伝えましょう。



※11 『ご本人の様子がおかしいと思ったら、救急車を呼ぶの？』

自宅で看取ると決めていても、ご家族の死を間近にすると、あわてて救急車を呼んでしまうことがあります。

救急車を呼ぶことは、「病院で延命措置をしてほしい」と意思表示をすることと同じです。その結果、もしかするとご本人が望まない治療や処置を受けることになるかもしれません。

看取りが近い方で積極的な延命措置を望まない場合には、あわてずに在宅医や訪問看護師に連絡しましょう。

エピソード①『おじいちゃん、おうちへ帰ろう』（後半）

おじいちゃんは、家に帰ってきてきて病院にいたときより明るく元気に見えます^{*12}。おじいちゃんのベッドからはこの家を建てた時に植えた梅の木が見えます。

親戚は、私たちが買い物に行くときには留守番を代わってくれたり、代わりに買い物をしてきてくれたりと助けてくれます。

おじいちゃんは食べたいものを少しずつ食べていましたが、ほとんど食べなくなってきました。私たちは食べないおじいちゃんを見てとても心配になったので、訪問診療の時、先生に相談すると、「おじいさんの今の状況の場合は、身体が亡くなる準備をしているから食べなくなっているんですよ。無理に点滴で水分を入れると痰が増えて苦しくなったり身体に負担がかかる。人間も自然と同じで、枯れるように亡くなるのが楽なんですよ。」と先生はお話してくれました。おじいちゃんは自分の思いを伝えられなくなっていました。前に「点滴はしたくない」と言っていたことを思い出して、みんなで色々話し合い、点滴をしないことを決めました。^{*13 *14}

先生が「あと1週間くらいだろうから、会いたい人に会っておくとよいですよ」とおっしゃいました。

おじいちゃんは眠っている時間が多くなっていますが、孫や親戚が来ると少しだけ目を開けて笑いました。

始めは不安だったけど、たくさんの方がサポートしてくれて、私はとても心強くなっていました。

桜が咲く頃、おじいちゃんは亡くなりました。呼吸が止まったのは明け方だったようで、誰もその瞬間を見ていませんでしたが、それでもよいと在宅医から聞いていたので、私たちはそれほど慌てませんでした^{*15}。私たちはおじいちゃんに話しかけました。「ありがとう、おじいちゃん。」



そして、在宅医の先生に連絡をすると先生が来てくれました。

先生が「いい顔をされていますね。」と言って、おじいちゃんと私たち家族をねぎらってくださいました。

満開の桜が私たちに勇気づけてくれているように感じました。



エピソード①（後半）

ポイント解説



※12 『家に帰ってきて病院にいたときより明るく元気に見えます。』

“自宅に帰ってくると、みなさんお元気になる” というのは訪問看護師さんからよく聞くお話です。

できるだけ、ご本人がやりたいことができる元気があるうちに帰ることができるといいのかもしれませんが。



※13 『点滴について』

看取り期において、点滴をすることにはメリットとデメリットがあります。エピソード①では点滴をしないことになりましたが、点滴をした方がメリットが大きい場合もあります。

在宅医や訪問看護師によく相談して、よりよい選択を一緒に考えていきましょう。



※14 『ご本人の意思の確認ができない場合』

これまでご本人が話していたことを思い出し、ご本人なら何を望むかをご家族などが考え、最善の方針を決められるとよいかもしれませんが。在宅医や訪問看護師に迷いや疑問を相談してください。



※15 『亡くなる時に医師が立ち会っていないなくてもよい』

亡くなる時に医師が立ち会っていないなくても問題はありません。24時間目を離さないということはできませんので、家族がその瞬間を看っていないことも多いものです。呼吸が止まった時刻（気づいた時刻）だけ覚えておいて、在宅医に連絡をしてください。もしお看取りが夜中なら、夜が明けてから連絡しても遅くはありません。そのときを、ご本人と大切な人たちでゆっくり過ごしていただいてもいいのです。

エピソード②『最期まで家族と我が家で』（前半）

僕（68歳）は退職後、釣りや家庭菜園を趣味に過ごしてきました。フルタイムで働く妻との二人暮らしです。子供達や孫は町外に住んでおり、月1回くらい来てくれます。僕は、肺がんのため通院で治療を続けてきたのですが、抗がん剤が効かなくなってきたようだと医師からお話がありました。

通院もつらくなってきて、妻と一緒に病院のソーシャルワーカー^{※16}に相談しました。そこで在宅医や訪問看護師に自宅に来てもらうか、緩和ケア病棟^{※17}に入院するかという選択肢について説明がありました。

痛みが今より強くなった時、自宅で大丈夫か不安になったので、主治医に聞くと「自宅でも痛みを和らげる治療や在宅酸素を受けられる」と説明を受けました。

妻に迷惑をかけてしまうのではと心配でしたが、妻は以前に妻の母が在宅医療を受け住み慣れた自宅で最期まで穏やかに暮らしたことを見ていたので、「あなたが帰りたいなら帰ろう」と言ってくれました。

僕は入院すると、コロナ禍での面会制限もあるかもしれないことと、できれば妻や子供達、孫と一緒に過ごせる時間を大切にしたいと思い、家で在宅医療を受けることを決めました。

介護認定を受けておいた方がよいとソーシャルワーカーから勧められ、妻が地域包括支援センター^{※18}に行くと、介護認定の申請ができケアマネジャーを紹介してくれました。同時期に病院が在宅医や訪問看護ステーションを手配してくれました。



あじさいが梅雨の雨に濡れる日、在宅医と訪問看護師が初めて自宅に来てくれました。妻やケアマネジャーも同席です。在宅医から、痛み止めの薬の説明を聞きました。色々な薬があるので管理が難しそうだと思ったのですが、訪問看護師が仕分けしてくれることになり、薬剤師^{※19}も家に薬を届けて説明してくれることになったのでお任せすることにしました。

在宅医にも訪問看護師にも24時間電話をかけてもよいと言ってもらえ、安心しました。ケアマネジャーが電動ベッド^{※20}を手配してくれ、自宅での療養環境も整いました。

（後半へつづく）



エピソード②（前半）

ポイント解説



※16 『医療ソーシャルワーカー』

病院内にいて、退院に向けての相談や訪問診療医・訪問看護師・ケアマネジャーなどの関係者との調整を行います。社会福祉士や精神保健福祉士の資格を持ち、医療保険制度などの各種制度についても詳しいので、通院している方も入院している方も、お気軽にご相談ください。



※17 『緩和ケア病棟』

病院内にあり、がんを治す治療ではなく様々な症状を和らげる治療を行い、少しでも穏やかに日常生活を過ごすことができるようにするケアを受けられる場所です。最期は病院でと考える時の選択肢になります。症状が緩和されて、自宅療養が可能になった場合には退院の支援も行っています。



※18 『地域包括支援センター』

内灘町保健センター館内にある町の機関で、介護保険制度の説明、介護認定の手続きの窓口です。どこに相談すればいいかわからない場合も、ご相談ください。必要に応じて、様々な機関につないでいきます。



※19 『薬剤師』

薬局の薬剤師が、必要に応じてお薬を届けてくれたり、服薬支援や残ったお薬のチェックなどの薬の管理を行います。飲みやすい形の薬への変更や、副作用や他の薬との併用など、お薬についての様々な相談に乗ってくれ、必要に応じて医師に確認もしてくれます。



※20 『電動ベッド（福祉用具）』

介護保険が適用されますが、介護認定を受けていなくても同じ自己負担額でレンタルできる場合もあります。ケアマネジャーや地域包括支援センターにご相談ください。

エピソード②『最期まで家族と我が家で』（後半）

妻は僕を一人にするのが心配だと言って、仕事を辞めようか悩んでいましたが、私は医療費^{※21}が3割負担でお金がかかることや、何より妻は仕事が好きでしたので、何とか辞めずにすむ方法はないか職場に相談してもらうことにしました。すると『介護休暇／介護休業』という制度^{※22}を利用できることがわかりました。

もうすぐ梅雨明けかという頃、妻は介護休業をとり、家にいてくれるようになりました。僕はあまり食べられなくなり、ベッドで過ごす時間が増えましたが、病気がわかってから書き始めていたエンディングノート^{※23}を書いたり、妻とたわいもない話をして過ごしました。ゴールデンウィークに植えたキュウリが日に日に成長する様子も窓から見えます。週末には孫が来て、初物のキュウリを収穫してくれました。

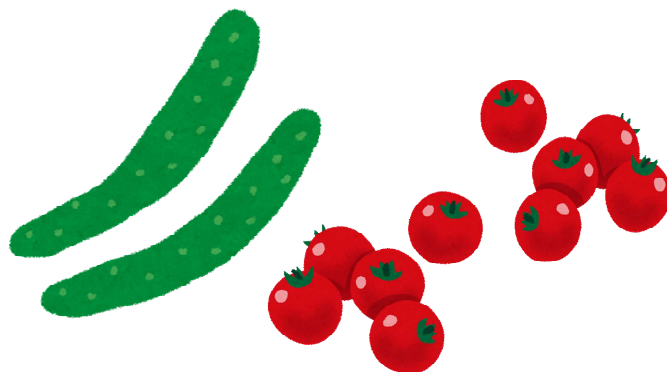
.....

家族と穏やかな時間を過ごしていた夫も、痛み止めが増え、眠っている時間が長くなってきました^{※24}。「五感の中で、聴力は最期まで残ると言われている」^{※25}と訪問看護師から聞いていたので、私は眠っている夫に時折話しかけながら過ごしました。

梅雨があけ、いよいよ夏本番というある晴れた日。呼吸が不規則になったり肩呼吸で夫が苦しそうに見えたので訪問看護師に電話をしました。「最期を迎える時には誰でもそうなるんですよ」と教えてもらいましたが、不安だったので来てもらいました。訪問看護師と話していると私も落ち着いてきました。家族を呼ぶと良いと聞き、その日の夕方、子供達や孫が集まりました。そして、海からの西日が部屋に差し込む頃、夫は家族に見守られながら亡くなりました。

在宅医の先生に連絡すると、最後の往診に来てくれました。先生が「ご主人も奥様もよくがんばられましたね。」と言って、ねぎらってくださいました。

私は最期まで自分らしく生きた夫が誇らしく思えました。夫が植えたキュウリやトマトがキラキラと輝いて見えました。



エピソード② (後半)

ポイント解説



※21 『医療費』 (P9)

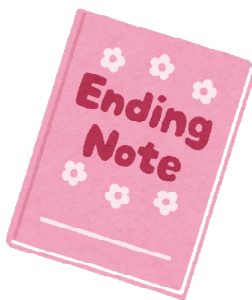
自宅で提供される医療にも、健康保険が適用されます。また1ヶ月の保険診療にかかる医療費の自己負担額が一定の額を超えた場合に、その超えた額が支給される高額療養費制度の対象にもなりません。



厚生労働省ホームページ

※22 『介護休暇／介護休業』

「介護のために仕事を辞めようか・・・」と考える方もいらっしゃるかもしれませんが、仕事を辞めると経済的に困窮する可能性もあります。さらに介護に専念した場合、介護者の精神的な負担が増加する場合もあると言われています。介護休暇／介護休業の利用を会社などと相談し検討してみましょう。



※23 『エンディングノート』

自分の情報や想いを書き留めておくノートです。書店で販売されているものや、自治体や企業がインターネットで無料公開しているものまで、様々です。記載する項目に特に決まりはありませんので、お手持ちのノートを使用する方もいらっしゃいます。自分史や大切な方へのメッセージを書いたり、加入している保険・銀行口座の情報・お墓のことなど、遺された家族が各種手続きをスムーズに行えるための情報を書くことが多いようです。



冊子『これからの過ごし方』
「緩和ケア普及のための地域プロジェクト：OPTIM study (厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究)」

※24 『お別れが近づくと、どんな症状があらわれるの?』

- だんだんと眠っている時間が長くなっていく
- 食欲が低下する
(食べられないから亡くなるのではなく、身体が亡くなる準備をしているから食べなくなる)
- 息をすると同時に肩や顎が動くようになる
- 呼吸のリズムが不規則になる

8割くらいの方はゆっくりとこのような変化が出てきます。どのような変化が起こるのか、最期の時にあたってどう対応すればよいのか、在宅医とよく相談しましょう。



※25 『聴力は最期まで残る』

身体機能が低下していても、聴力は最期まで残ると言われています。意識が低下しても、周囲の声や音は聞こえていることもあるようです。不用意な言葉は慎み、伝えたい想いを伝えてみてはいかがでしょうか。ご本人は周囲の声や音を聞きながら安心されるかもしれませんね。

エピソード③『第2の我が家で過ごした認知症のおばあちゃん』（前半）

一人暮らしのおばあちゃん。子供はおらず、姪の私が時々電話をしています。私は県外で暮らしているので、会いに行くのは年1回ほどです。おばあちゃんは、「誰の世話にもなりたくない。」と言い、気丈に生きて来ました。最期は私しかお世話をする人がいないとわかっていたのですが、元気なおばあちゃんを見て、何となくまだ先のことだろうと思い、介護が必要になった時の希望^{※26}について、これまで話題にすることはありませんでした。

この春おばあちゃんは90歳になりました。

しっかりとしていたおばあちゃんなのですが、年々よく物忘れをするようになり^{※27}、気丈な話し方もひどくなっている感じがしていました。

梅雨が明け、暑さが日に日に増してきた頃、近所の民生委員さん^{※28}から私に電話があって、「おばあちゃんがスーパーに歩いて行く様子が、やっと歩いている感じで、道で転んだりもしている。そろそろ介護のサービスが必要なのではないか。」と。近所の方は高齢で一人暮らしのおばあちゃんを心配してみんなで気にかけてくれていました。

私が、久しぶりに会いに行くと、きれい好きだったおばあちゃんの自宅はとても散らかっており、話していると物忘れがあるような感じもしました。手足がむくんでいる感じもして、歩くのも以前に比べて弱々しい様子です。自宅内はもわっと暑く、「冷房は好きではない。」と言い、つけません。「お医者さんに診てもらおう」と言いましたが、おばあちゃんは決して頷いてくれません。「医者に診てもらっても老化は治らん。ここで死にたい。大丈夫、自分でできます。」と。でも、きれい好きだったおばあちゃんが、この散らかった自宅で一人で亡くなることを本当に望んでいるのだろうか…。



お手上げの私は、地域包括支援センターに相談に行きました。すると、地域包括支援センターの職員が家庭訪問に来てくれ、往診のお医者さんを手配してくれました。心不全の疑いがあり、医師から入院することを勧められましたが、「好きな時に食べたり寝たりできないから入院したくない。」と。おばあちゃんの意味は変わりませんでした。そこで地域包括支援センターの職員が急いで介護認定^{※29}の手続きと、ケアマネジャーの紹介をしてくれました。在宅医に診てもらいながら、訪問看護、訪問介護も利用することを約束して、私は帰宅しました。（後半へつづく）

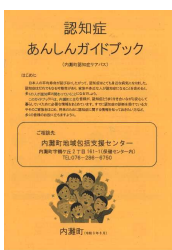
エピソード③（前半）

ポイント解説



※26『介護が必要になったときの希望』人生会議（P4）
私たちは、誰でも、いつでも命に関わる大きなケガや病気を
する可能性があります。先のこともかもしれませんが、高
齢の方は特に、認知機能が低下する前に、人生の最終段階
をどのように過ごしたいか、どのような医療を受けたいか
などについて話題にしてみる必要があるかもしれません。
そして必要な情報を集めておきましょう。

認知症あんしんガイドブック （認知症ケアパス）



町ホームページ

※27『認知症状について』

日本人の平均寿命が延びるに従って認知症はとても身近な
病気になりました。85歳～89歳では約40%、90歳以
上では約60%以上の方が認知症になる推定されていま
す。認知症状を引き起こす病気は数十種類あると言われ、
中には治療が可能なものもありますので、早めの受診が大
切です。

認知症に関する相談窓口は、地域包括支援センターです。
詳しくは、冊子『認知症あんしんガイドブック（認知症ケアパス）』をご覧ください。

※28『民生委員』

厚生労働大臣から委嘱され、それぞれの地域において、身
近な相談役として活躍されています。

近年、ご家族が県外にいらっしゃる方が増えています。民
生委員や近所の方に、ご家族の連絡先を伝えておいたり、
帰省の際にはご挨拶しておかれると良いかもしれません。



うちなだまちの介護保険



町ホームページ

※29『介護認定（要支援・要介護認定）』

介護保険のサービスを利用する時には、申請をして”介護
や支援が必要な状態である”と認定される必要があります。
地域包括支援センターで申請や相談ができます。

（詳しくは、冊子『うちなだまちの介護保険』をご覧ください。）

エピソード③『第2の我が家で過ごした認知症のおばあちゃん』（後半）

ところが、私が帰宅した後、おばあちゃんは一転、全てのサービスを拒みました。関係者の方が色々と関わっていただきましたが、「誰の世話にもなりたくない。」^{※30} というおばあちゃんの意味はとても固く、蝉の鳴き声が大きくなる頃、紆余曲折を経て、救急搬送となりました。

入院してから、おばあちゃんの病状も安定し、病院のソーシャルワーカーと退院後の生活について相談しました。もう自宅での生活は難しいかと考え、私はおばあちゃんを何とか説得しグループホーム^{※31}に入ってもらうことにしました。グループホームは家庭に近い環境で、比較的自由に個々のペースで過ごすことができると聞いたので、おばあちゃんの希望に少しでも添えるかと思ったからです。

グループホームに入ってからおばあちゃんは、時々「帰りたい」と言いながらも、比較的穏やかに過ごしていたそうです。半年ほどして、心不全の悪化により、おばあちゃんの命がそう長くはないと、グループホームに訪問診療に来てくださっている医師からお話がありました。私はおばあちゃんが安心して過ごしていたグループホームで最期まで過ごさせてあげたいと思い、グループホームでの看取りをお願いしました。



雪が降り積もったある晴れた日、おばあちゃんは静かに亡くなりました。その顔は穏やかでした。

これでよかったのかわかりませんが、キラキラと光る雪が切なく輝いて見えました。



エピソード③（後半）

ポイント解説



※30 『誰の世話にもなりたくない』

誰の世話にもならず人生を終えることはできません。

訪問してくれる主治医がいることは、自宅で看取るための必須条件です。

在宅医が訪問し経過を見ていないと、自宅で亡くなった場合に不審死の可能性があり、警察が介入する結果となる場合もありますので、自宅で最期を迎えたい場合には必ず在宅医による訪問診療を利用しましょう。



※31 『グループホーム（認知症対応型共同生活介護）』

認知症の高齢者が専門スタッフの支援のもと、集団で生活を行う家のことです。より実生活に近い生活と家庭的なケアを実現するために作られた介護サービスで、看取りも行っています。

グループホームには、医師が訪問診療に来てくれ、医療面から穏やかな生活をサポートします。

この冊子のエピソードは全てフィクションです。

現在の日本では約 8 割の方が病院でなくなっています。一方で厚生労働省の調査によると約 7 割の方が、自宅で最期を迎えることを希望しています。そんな中、近年在宅療養が注目され、その支援体制が整ってきています。自宅でも医療が受けられること、最期まで住み慣れた我が家で暮らすという選択肢があることを、どうぞ知ってください。そのためにこの冊子がお役に立てば幸いです。

参考

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン：厚生労働省

人生の最終段階における意思決定支援 事例集：日本能率協会総合研究所

これからの過ごし方：緩和ケア普及のための地域プロジェクト：OPTIM study (厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究)

横須賀市在宅療養ガイドブック Vol.1 最期までおうちで暮らそう：横須賀市

資料のご紹介

うちなだまちの介護保険



町ホームページ



うちなだまちの

介護保険



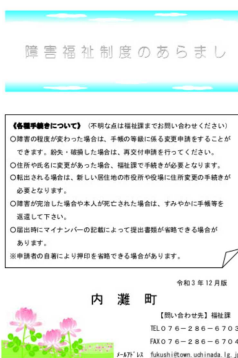
◆◆令和3年8月版◆◆



障害福祉制度のあらまし



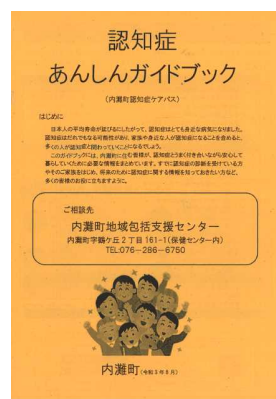
町ホームページ



認知症あんしんガイドブック
(認知症ケアパス)



町ホームページ



協力：内灘町在宅医療・介護連携検討会
内灘町における医療と介護の連携を推進する会

作成・発行：内灘町町民福祉部福祉課
地域包括支援センター
内灘町字鶴ヶ丘2丁目161-1（保健センター内）
TEL:076-286-6750