

ふれあいの橋の会

REPORT さかい

美保湾と大山（境港市竹内団地から撮影）

と き 2026年8月20日（木）10:00～11:50

訪問先 訪問看護、訪問リハ、ホームヘルプ さかい幸朋苑

境港市誠道町2083

出席者 【委員】 川口 昭一、中本 勝、遠藤 博江、遠藤 恵子

【さかいエリア】 足立 敬史（さかいエリア総合施設長）

渡部 信之（介護老人保健施設 施設長、訪問リハ管理者）

矢倉美紀子（訪問看護ステーション さかい幸朋苑 管理者・主任）

門永 愛史（訪問リハビリテーション事業所さかい幸朋苑 主任）

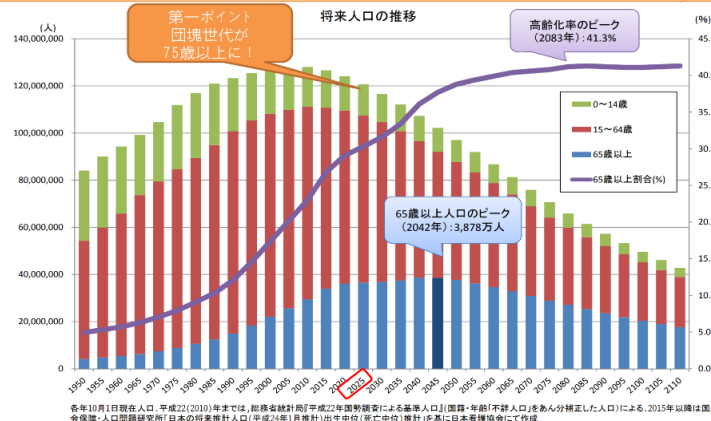
黒見 雅子（ホームヘルプさかい幸朋苑 管理者・主任）

【法人本部】 荒井 祐二（監 事）

Sakai Area Report

少子高齢“多死”社会の到来

○ 日本の人口は人口減少局面を迎えており、2060年に総人口は9,000万人を割り込み、高齢化率は40%近くになる。

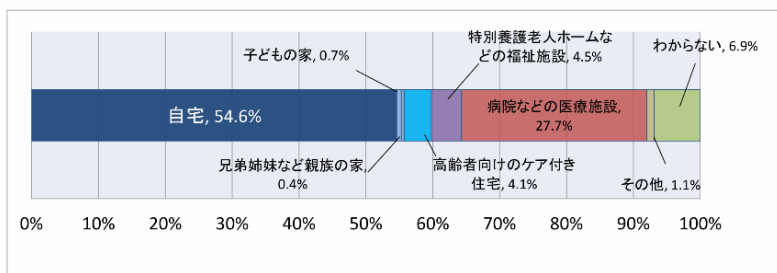


最期を迎えたい場所について

○ 最期を迎えたい場所について、「自宅」が54.6%で最も高く、「病院などの医療施設」が27.7%、「特別養護老人ホームなどの福祉施設」は4.5%となっている。



■ 治る見込みがない病気になった場合、どこで最期を迎えたいか (n=1,919人)





■さかいエリアの現況・熊本地震への支援

荒井監事：5月の「ふれあいの橋の会」では、「ユマニチュード」をテーマに法人の取り組みをご紹介しました。本日は、「看取りケア」をテーマにしたいと考えています。はじめに、さかいエリアの現況を足立総合施設長から報告してください。

足立総合：夏場の訪問系サービスにおける熱中症対策については、エアコンがない家庭や節電で使用を控えている利用者宅への訪問もあり、職員の体調管理が重要となっています。水分補給や塩分タブレットを持参し、熱中症対策の徹底を図っています。熊本地震の支援活動は、こうほうえんの職員は鳥取県 D-WAT（災害派遣福祉チーム）に登録し、要請に応じて計画的に支援を行っています。さかいエリアからは、さかい特養の池淵美香課長が第3陣として派遣され、一昨日帰還しました。避難所は小学校の体育館と教室で、9月1日から学校が再開するため、避難者の移転作業が今後の課題となっているようです。

荒井監事：猛暑日が連日続いていますが、派遣職員は大変な環境だったのではないのでしょうか。

足立総合：気温は35度から37度と高い日が続いていましたが、冷房が効いていたため大丈夫だったようです。お風呂は池淵課長の派遣時から再開できたが、トイレは排水がスムーズにできず、使用後に水をくんで流す必要があったそうです。10年前にも熊本地震が発生しましたが、行政が市町村単位で動いており、教訓が生かされていない面があったようです。 ②



■法人の取り組み（看取りケア）

荒井監事：こうほうえんが取り組んでいるケアの一つである「看取り」をテーマに、矢倉主任から紹介していただきます。（矢倉主任からパワーポイントのスライドショーで紹介がありましたが、紙面の都合で内容を要約します。詳細は別添ファイルをご覧ください。）

矢倉主任：では、「最後まで自分らしく生きるために～看取りケアと人生会議～」をテーマに説明します。

★ 超高齢社会の背景

2025 年問題（団塊世代が 75 歳）と 2040 年問題（65 歳以上人口のピーク）について説明。
2083 年には高齢化率が 41%に達する見込み。多死社会の到来が課題となっている。

★ 最期を迎えたい場所

自宅で最期を迎えたいという希望は 54.6%と半数以上。

実際に自宅で亡くなる人は 12.7%(サービス付き高齢者住宅含む)で、純粋な自宅は 5%程度。
病院で亡くなる人が最も多く、介護施設での看取りも増加傾向。

★ 看取りに対する考え方の変化

以前は病名告知をしない、お任せ医療、死について話さないという時代だった。

現在は病気や治療について本人に説明し、本人が治療を選択する時代になった。

「終末期」から「人生の最終段階」という表現に変化し、生に着目した考え方になっている。
最後まで尊厳を重視した、その人らしい生き方を目指すことが目標。

★ 人生会議（アドバンス・ケア・プランニング ACP）

命の危機が迫った時、約 70%の人が自分の希望する医療について意思表示できない。

自分の考えを整理し、家族や友人と話し合い、かかりつけ医などに伝えることが重要。

人生会議は一回だけでなく、状況に応じて繰り返し行うことが大切。

米子市などでエンディングノートが配布されており、自分の生き方や最期について考えるきっかけとなっている。

★ 看取りケアの内容

人生の最終段階を本人と家族の希望に沿って穏やかに過ごせるよう支えるケア。

そばに寄り添うこと、痛みや苦痛を和らげるケア（麻薬の使用など）を行う。

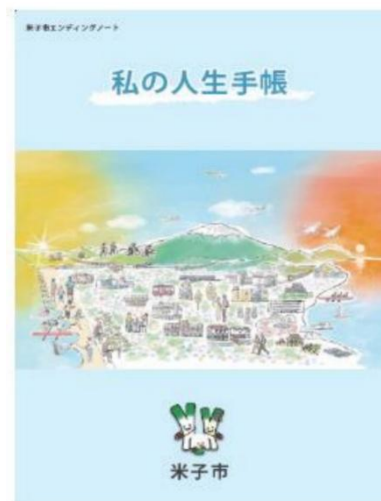
日常の丁寧なケア（口腔ケア、体位交換など）を安楽な方法で提供。

家族の心のサポート（不安を聞く、精神的支援）も重要。

好きな音楽や香り、マッサージ、足浴など、心地よいケアを提供。

無理をせずエネルギーの消耗を防ぐケアを実施。

③



荒井監事：渡部先生は、医師として経験が豊富で、看取りについての考えがあると思います。補足をお願いします。

渡部施設長：医師として40年余、急性期病院で勤務していました。**病院での看取り**は非常に寂しいです。病院は非常に忙しく、看護師が定時に帰ることは滅多にない。末期の患者は治療がないため、職員が話をする時間も少なく、回診時に医師と初めて話すということもあります。家族も毎日30分来る人は少なく、週に一回も来ない人もいます。病院では体調が悪いと入浴できませんが、施設では亡くなる前日でも本人が希望すれば入浴できます。散歩も病院ではあり得ないですが、施設では可能です。施設での看取りは精神的に素晴らしく、家での看取りはさらに良いと思います。**リハビリの重要性**についても補足します。労災病院時代、脊髄損傷の患者が年間60名ほどいました。入院中にリハビリで歩けるようになって、退院後1ヶ月で外来に来ると寝たきりになっている人が多かったです。腸下肢装具は自分でつけることが不可能で、家族がつけてくれないと使えません。急性期病院でのリハビリも大事ですが、その後の継続が非常に重要です。デイケア（通所リハ）で筋力を鍛え、訪問リハで家の中の動作を改善することが大切だと思います。



中本委員：看取りの時期の判断について教えてください。いつから看取りと判断するのか、どの時期から真剣に見ていくようになるのかが分かりません。

渡部施設長：治療しても回復する見込みがない状況が看取りの状態です。老衰ならご飯が食べられなくなって、どこも痛くないのに食べられない状態。がんの場合は難しく、治る見込みがないのに強力な抗がん剤を使えば本人が苦しいだけ。痛みのコントロールがつかない時や呼吸困難がひどい時は病院での対応が必要となります。看取り自体は、若干早めに開始するようにしています。以前は1ヶ月以内を目安にしていたのですが、今はもう少し長めにしています。

矢倉主任：在宅では、がん末期の方を看取るケースが多いです。がんの末期の方はADLが最後まで保たれることが多く、トイレまで行けます。ADLがガタンと落ちた時に、あと2週間程度で亡くなるケースが多い。そのため在宅でのがんの看取りが可能になります。介護する期間が他の老衰の人に比べて短く、脳の疾患や脊髄転移の場合は寝る期間が長くなります。外来受診に行けなくなったら往診に切り替え、自分のことができなくなったら週単位で介護の密度が高くなります。病院であと1ヶ月と言われて帰ってきたら、大体1ヶ月ぐらいで亡くなるケースが多いです。

川口委員：私の父は74歳で認知症になり、病院に入院していました。毎日2回面会していましたが、ある日看護師から「今日はもう少しいたほうがいいです。」と言われ、その日の夜11時頃に亡くなりました。看護師は、よく分かっていたのだと今でも感謝しています。

遠藤恵子委員：父と母は病気ではないのに、急に亡くなりました。本人はそれで良かったのかもしれませんが、残された家族は困りました。もっと話をしておけば良かったと思っています。

遠藤博江委員：夫が要介護になったらと思うと不安です。施設を利用したくないと言いそうで、かといって自分が介護する自信はありません。ふれあいの橋の会で、毎月勉強しており、こうほうえんの皆さんに相談すればいいのだと思っています。

矢倉主任：どうしてよいのか迷う人が多いと思います。市内には、こうほうえんの施設が多く配置されています。気軽に相談してください。

中本委員：自宅で看取する場合と病院で看取する場合、残された人にとってはどちらが楽ですか。自宅で看取った人は95%が良かったと言うが、実際は5%しか自宅で看取っていない。本人が自宅で亡くなりたいと思っていても、例えば夫婦二人暮らしで片方が入院した場合、病院でそのまま亡くなった方が残された人にとっては楽ではないですか。

渡部施設長：ケースバイケースだと思います。自宅での介護力がある家庭ならできますが、一人暮らしなら絶対無理です。病院だからといって必ずしも予測できるわけではありません。施設では検査をたくさんしないし、尿量の確認ができていない。尿量は重要で、尿が出なくなったら一日以内かなと分かりますが、呼吸状態で今日中かなと分かることもあります。ただ、呼吸も良い場合は分かりにくい。長患いをしている人は逆に分かりにくく、ずっと低空飛行なので突然ストンといくこともあれば、一日一本の点滴だけで4ヶ月生きられた人もいます。



■施設の現況・課題

荒井監事：看取りをテーマに活発な意見が出され、予定の時間を大幅に超えています。3事業所の現況・課題の報告をお願いします。

矢倉主任：訪問看護について、報告します。職員は、看護師が1名増え5名体制により、新規受け入れの調整がしやすくなりました。現利用者数は50名で、介護保険27名、医療保険23名の利用です。難病の方やがん末期の方が多いです。訪問内容は、状態観察、薬の管理、医療処置（点滴、ストーマ管理、バルーンカテーテル管理など）。人工呼吸器の管理も継続的に行っています。医療依存度の高い方への訪問が多いです。精神科の患者への訪問もあり、訪問の間に電話で話を聞くこともあります。本人のケアだけでなく、家族の悩みや不安を聞いて支援につなげています。24時間安心電話により、看護師と連絡がつく体制を整えています。5月に亡くなった方のケースでは、夜中に何回も訪問しました。家族からはとても感謝されました。

門永主任：訪問リハビリテーションは、令和3年度に開設し、現在6年目です。職員7名が訪問看護のリハビリと訪問リハビリを兼務。現在の登録者数は77名、要介護者が約3分の2、要支援者が約3分の1となっています。ADL(日常生活動作)、家事動作、環境調整や家族指導も行います。ST(言語聴覚士)もいるため、摂食嚥下訓練や言語訓練も実施しています。女性6割、男性4割で、法人内の事業所の中では男性の割合が比較的多いと思います。

市内の訪問事業所の中でSTがいるのはこうほうえんだけで、運動面だけでなく摂食嚥下や言語面の訓練ができます。管理者の渡部先生にリモート形式で定期的に往診してもらい、現在の状況確認や今後のリハビリ方針を話し合っています。

介護保険の入り口的な位置づけで、訪問から通所につなげる役割も果たしています。広報活動を強化するため、A4 三つ折りのパンフレットを試作中。公民館やドラッグストアなど、地域の方が手に取りやすい場所への設置を検討しています。

渡部施設長：訪問リハビリの特徴は、通所と違って家でちゃんと生活ができるようにすることが大事です。家で何がしたいか、これをしたいという希望を実現するために、例えば風呂に入りたい、玄関の出入りができるようにしたい、段差を乗り越えられるようにしたいなど、具体的な目標に向けて関わる。用具の相談もできます。

黒見主任：訪問介護事業所は、職員数 8 名。利用者登録数 67 名(男性 18 名、女性 49 名)。内訳:総合事業(要支援 1・2)23 名、訪問介護(要介護 1~5)40 名、障害福祉サービス(居宅 介護)9 名、自費サービス 1 名です。支援内容は、食事介助、排泄介助、入浴介助などの身体介護。掃除、洗濯、調理などの生活援助。本人ができることを大切に、自立支援として可能な範囲で一緒に行ってもらいます。 **ユマニチュード技法を取り入れて支援しています。** 看取りケアでは、医療の間で排泄介助や口腔ケアなどを実施しています。課題としては、**人材不足**:限られた人数で訪問時間や職員を調整する必要があり、新たな依頼を受ける ことが難しい場合があります。 **重度介助の負担**: 在宅では施設と異なり、環境や本人の意向により福祉用具の導入が難しい場合があります。抱え上げる介助はヘルパーの腰痛や身体的負担につながります。本人や 家族の思いを尊重しながら、安心安全に使用できる福祉用具を検討し、利用につなげることが課題です。現在、こうほうえんの**ノーリフティングケアチームと連携し**、リフト導入に 向けた取り組みを進めています。 **夏場の熱中症対策**: 近年の気温上昇により、1 日何軒もの自宅を移動し、エアコンを消して換気して掃除を行うため、非常に暑い中で作業をします。入浴介助もあり、ヘルパー 自身の熱中症リスクが高く、暑さへの予防対策が重要です。

荒井監事：訪問介護は 1 対 1 の世界なので、虐待やセクハラなどの問題はないか心配ですが、どうですか。体重が重すぎて入浴介助がしにくい場合などありませんか。

黒見主任：今のところそういった問題はありません。重度の介助が必要な方については、ノーリフティングケアチームと連携してリフトの導入を進めています。障害のある方で、移動式のリフトを使用するケースがあります。

川口委員：自宅でリフトをどのように使用するのですか。

黒見主任：移動式のリフトを使用します。ヘルパー全員が研修を受けて使い方を学んで、リフトを取り入れています。ベッドから車椅子への移乗に使用します。今回が初めての取り組みで、使い方から学んでいます。リフトがないと継続してサービスを提供することが困難なため、家族のためにも導入を進めています。

遠藤博江委員：今日の話は勉強になりました。こういう話を聞きたい人がいると思うので、**公民館などで人を集めて話してもらうことは可能ですか。**

渡部施設長：公民館での講演は可能です。米子市内でも何箇所も公民館で話をしましたし、境港市の公民館でも何回か話をしました。公民館で取れる時間に合わせて話ができます。30 分でも 1 時間でも対応可能です。個人的には、法人内でいろいろな発表がされているので、それを目次にして、希望に応じて講演できるようにしたらいいと思っています。

矢倉主任：米子市にも人生会議や本人の思いを大切にしたいという思いの強い先生がいて、広めてほしいと言われています。そういう機会があればお話ができます。30 分あれば十分だと思います。

荒井監事：こうほうえんは、出前講座として希望があれば出かけていく姿勢です。渡辺先生だけ、矢倉主任とセット、訪問系チーム全員など、希望に応じて対応可能です。時間調整さえすれば出かけることができます。看取りに限らず、介護関係でいろいろなテーマがありますので、いくらでも対応できます。

遠藤恵子委員：夫が来年 80 歳になりますが、コミュニケーションが取れず、家でも私としか話しません。訪問リハビリに来てもらいたいですが、本人はサービスが必要だと思っていないので利用しないだろうと思います。毎日でも来てもらえるのか、定員があって週 1 回にしてくださいと言われたりするのでしょうか。

門永主任：基本的に介護保険を利用して依頼いただく形になります。介護度のレベルによって限度額があり、その中でのサービス提供になります。現状の実績としては、週 5 回行っている方はいません。多くても週 2 回程度です。

遠藤恵子委員：まだ現役で働いていて、介護認定を受けていません。

渡部施設長：まずは介護認定を受ける必要があります。介護認定を受けていない元気な人は、介護予防事業の筋トレや予防教室に参加する方法もあります。

川口委員：夫婦で看取りについてよく話しています。絶対に胃ろうはしない、延命治療はしないと決めています。子供も一緒に住んでいますので、そういう話をしています。今は元気ですが、いつどうなるか分からないので、死後の話もしています。できれば自宅亡くなりたいと思っています。

矢倉主任：なかなかそういう人たちが少なくて、ちゃんとお話ができる関係性はとてもいいと思います。

⑦





■施設内外の点検・提言

荒井監事：本日は、とても重要なテーマで意見交換をしましたので、施設内外の見学が短時間となりました。お気づきの点、感想などをお願いします。

中本委員：全体的な感想として、介護される人に対する気持ちの汲み取りと寄り添うことが大切だと感じました。特養でも老健でも認知症対応型施設でも、職員の皆さんがそういう気持ちで対応しているように感じます。何も言葉に出さなくても、その人のやってほしいという気持ちを受け取って対応してくれる。そういう姿勢が、こうほうえんのほとんどの職員に感じられます。

遠藤博江委員：とても勉強になりました。「看取り」については、漠然と捉えていましたが、改めて考えるべき重要なテーマでした。

遠藤恵子委員：毎回、こうほうえんの取り組みを聞かせていただいているのですが、もっと多くの市民の皆さんにもお伝えするといいかと思います。

川口委員：各事業所とも猛暑の中、ご利用者の皆さんのために働かれており、感謝に堪えません。今後とも「ふれあいの橋の会」で知識を吸収し、市民の皆さんに伝えたいと思います。

足立総合：本日はとても有意義な会だったと思います。引き続き、ご利用者やご家族の意向に寄り添った介護を進めていきたいと思います。有難うございました。

荒井監事：次回は、9月17日（木）10：00～ グループホームひのでを予定しています。 ⑧



境港公共マリーナ