



それぞれの人生会議

ふるさとへの
想いに寄り添う
—令和6年能登半島地震—



石川県訪問看護ステーション連絡会

Vol.3

目次

	ごあいさつ 石川県訪問看護ステーション連絡会『人生会議』普及活動	1
	人生会議(ACP)とは?	2
事例1	自分が生まれ育った場所に残り少ない人生を生きていきたい	4
事例2	障害があっても2人いっしょに自宅で暮らしたい	6
事例3	能登半島地震により生ききろうと思った	8
事例4	ここで好きなことをしておりたい	10
事例5	家がなくなっても母ちゃんのそばでおりたいわいや	12
事例6	自分にとっての大切な場所	14
事例7	本人・家族の気持ちの変化に寄り添うACP	16
事例8	災害がおきても、避難しないで自宅に留まりたい	18
事例9	非日常の生活で大切な人と共にいることを支えるACP	20
事例10	大切な人や仲間と過ごした地域への思い	22
事例11	能登へ帰りたい -ここの土地の人にはなれんじゃね-	24
Report	「人生会議」出前講座	26
アンケート	活動の手がかりを求めて	28

ごあいさつ

石川県訪問看護ステーション連絡会 『人生会議』普及活動

石川県訪問看護ステーション連絡会では、平成30年度に「あなたは人生の最後をどう迎えたいですか」「在宅療養者の意思決定支援」をテーマに研修会や「模擬の人生会議」を行いました。令和元年度には「やってみた人生会議」、令和2年度には県民フォーラムを行い、利用者一人一人の人生観や死生観、そして看取りの本人・家族の思いに向き合う機会に「人生会議」を伝える責任を痛感するようになりました。この訪問看護師の思いを多職種、住民の皆様へ伝えることを目的に、令和4年度より石川県訪問看護ステーション連絡会では『人生会議』普及のためのACPワーキンググループを立ち上げ、活動しています。

今回、未曾有の能登半島地震により能登の美しい自然はもちろんのこと、能登の暮らしそのものが一瞬にして奪われ、誰もが「もしもの時…」を考えたのではないのでしょうか。

それまで送っていた日常が当たり前でなくなり、自身も被災している状況でありながら、訪問看護師としてさまざまな形で利用者のこれからを共に考え、支えた事例を「ふるさとへの想いに寄り添う -令和6年能登半島地震-」として1冊にまとめました。

恐怖と不安の大きい中で避難生活を余儀なくされた方に寄り添った事例、がんを患い余命短いことを知りながらの震災体験の中、本人がどのように自分らしく生きていきたいかを考える事例など、能登半島地震を経験したことによりさらに「人生会議」が重要であることがこの一冊に綴られています。事例にご協力いただいた皆様には心より感謝を申し上げます。

「人生会議とは」の講演会や地域の勉強会などの普及活動を通して、地域のみなさまや私たち訪問看護師の人生会議に対する理解を深める機会となっています。私たちは今後もこの活動を継続していく所存ですので、どうぞよろしくお願いいたします。



1 人生会議 (ACP:アドバンス・ケア・プランニング) とは？

利用者本人の意思は変化するものであり、さらに利用者が将来ある時点で治療や療養に関する意思決定に参加できなくなった場合や生まれつき障害により意思を表現できない人を想定して、家族、医療者、介護従事者などと前もって対話、繰り返し話し合いを行い、共有する取組のことです。

2 人生会議はなぜ必要なの？

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。

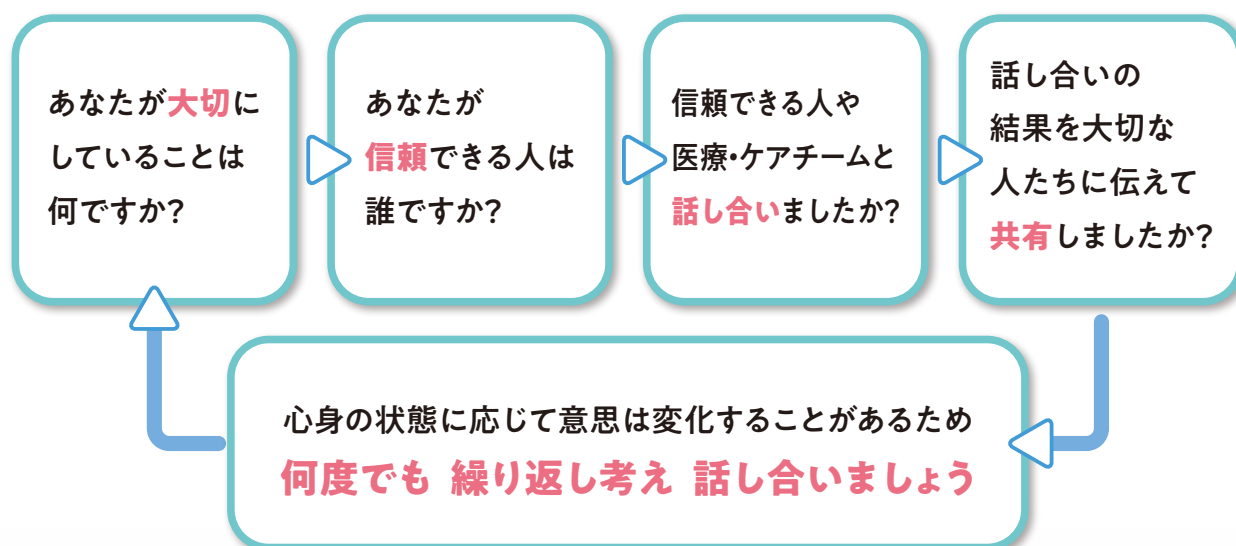
命の危険が迫った状態になると…

約70%の方が、医療やケアなど自分で決めたり望みを人に伝えたりすることができなくなると言われています。

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を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、共有することが大切です。

要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分が望む暮らしを続け、人生の最期まで自分らしく生きることをお手伝いします。

3 話し合いの進め方 (例)



(引用：厚生労働省 人生会議(ACP)普及・啓発リーフレット)

4 人生会議をやってみよう！

「もしものとき」を考えたことがありますか？

心の余裕のある時にじっくりと考える時間を持ち、そして、あなたの考えを大切な人に伝えてみませんか？

人生会議を行う時期

(引用:全国訪問看護事業協会HP「訪問看護で支えるACPの進め方」中島朋子)

ステージ・時期		実施する場所・場面
第1	・健康な時期 ・人生観や死生観等の価値観やどのように生活していきたいと考えているか	・教育現場 ・行政等による保健福祉活動
第2	・何らかの病気や障がいを持ちながら生きる方や高齢者 ・自分の生き方や病気や障がいと折り合いをつけながら生活を組み立て直すとき ・人生の最終段階での医療やケアの選択 ・療養場所や看取りの場所の選択などのACP	・かかりつけ医の診察時 ・ケアマネジャーや医療・介護チームによる地域包括ケア時等
第3	・身体機能低下 症状の進行等で深刻な状況になってきている方 ・治療の選択:治療の開始や中止などの変更等の決断をしなくてはならない ・人生の最終段階での医療やケアや最期を迎える場所の選択などのACP	・病院や在宅診療等の医療・介護チームにおけるケア時

人生会議の実際

●軸は利用者自身の意思決定

●意思決定支援の3本柱

① 利用者の意思…話し合うこと

- 大切にしてきたこと、これからも大切にしたいこと(価値観、信念、人生観)
- 医療やケアについての希望
- 「現在」「過去」「未来」の視点で
- ★**気持ちや考えは常に揺れ、変化するもの**。繰り返し話し合い確認する事が重要

② 医学・看護の判断…話し合うこと

- 医学的な問題や心身の状況はどんなものか? 治療方針は? 予後は?
- エビデンスを参考に、利用者の意思や最善の利益を最優先してチームで意思決定することが必要
- 治すことだけに焦点を当てるのではなく、病気や障がいと折り合いを付けながら、どう生活し、人生を送るのかという満足度(QOL)を中心に考える。
- ★**本人抜き**の症状説明やケアの方向性の合意にならないように。

③ 家族(周囲)の意向

- 家族の思いを聞く
- 家族の意向は必ずしも本人にとって最善とは限らない。**(家族の気持ちの揺れにも寄り添う)**
- 家族の代表者だけで決定せず、医療・介護の専門職も含めて何度も話し合う事
- ☆**重症化しない段階から積極的に関わっていくことが大事**
- ☆**医療・福祉職が連携・協働しながら実践。看・看連携が重要**

(引用:国立長寿医療研究センターEOLチーム(2015):日本老年医学会雑誌 52巻3号)

事例 1

自分が生まれ育った場所に残り少ない人生を生きていきたい

本人

90歳代 男性 高血圧 山の手入れや自宅の改修を自身で行う。町内を回り、近隣住民の安全確認を日課とする。元郵便局員。油絵が趣味

家族

妻は数年前に施設で逝去。一人暮らし。長男家族、次男家族とも自宅は全壊。1階がつぶれ2階部分で生活し、仮設住宅に入居した。

経過

本人は施設等が嫌いで病院にも行かず、90年間能登で過ごしていた。家族からも「頑固おやじの代名詞」と言われており、被災時から1週間倒壊した建物周辺で過ごしていた。体中にカイロを貼り、暖をとっていた。避難所への転居を頑なに拒否され、長男夫婦が見かねて孫と共に「ドライブに行く」と連れ出し、7時間かけて金沢の看多機(※)に駆け込んで来た。「おじいちゃんをどこも預かってくれない。ここ最近何も食べていません。施設がみえたので飛び込んでみました。」と家族は悲痛な表情だった。

人生会議1回目 看多機 利用開始当日(震災後8日目)

参加者

本人、長男家族、孫、ケアマネジャー、管理者

状態

本人:ここは輪島か?なんでこんな所に連れて来た?帰るぞ。死ぬまで能登の人間や。金沢は性に合わん。

長男:あのままこの寒さの中で暮らしていたら死ぬ。自宅はもう無理やし、ここのホテルですごして欲しい。(妻がなくなったことから施設や病院を信用していないので、施設という言葉は使用しないで欲しいと職員に話した)

ケアマネジャー:ここは暖かいお部屋も提供できます。まずは身体を休めて能登に帰る体力をつけませんか。

支援内容

長男家族に、本人の現状や既往歴、気質を聴取する。介護保険課、地域包括等にも連絡しサービスを開始していく。高齢で高血圧の既往もあり、病院嫌いで内服薬等もない。収縮期血圧は140~150台と高値、しばらくは傾聴と静かな環境を提供していく。

人生会議2回目「輪島に帰る」と施設を飛び出し、国道で暴れた(震災後1か月目)

参加者

本人、長男家族、看護師、介護士、ケアマネジャー

入居後、収縮期血圧は180台となり、日中も施設から無断外出することがあった。夜間せん妄もみられ、「水が来るぞ」と大声で叫び、非常ベルを押すこともあった。夕方には必ず、「輪島に帰してくれ。死んだっていい。」と言われる毎日だった。長男より本人に、現在の輪島の写真を見せながら近隣の状況も話していただき、帰宅出来ない事を伝えた。

本人:わかった。我慢するけど、必ずどこでもいいから能登に帰りたい。金沢は遠すぎる。

長男家族も仮設住宅に入ることはできず、停電、断水の仕事場で過ごしていた。

支援内容

家族と相談して往診を受け、降圧剤と安定剤投与が開始となった。油絵を描くために、家族に画材を準備してもらい、絵を描く時間や、1週間に1度の外出や畑、庭仕事などを一緒にする時間も設けた。また、輪島への外出も約束した。

人生会議3回目 食欲低下、夜間不眠、表情も徐々になくなり、家族が本人を能登に戻すことを相談（震災後5か月目）

参加者

本人、長男家族、看護師、介護士、ケアマネジャー

本人と看多機職員と一緒に輪島まで外出した。自宅への道のりははっきり覚えており、全壊した自宅から本人が書いた絵数点と表札を持ち帰った。翌日から、本人は涙を流すようになり、活動・食事量が減り、不眠も続いた。

長男：このままではおやじは、しんどいと思う。輪島で死にたいとずっと言っていたし、金沢から能登に戻したい。

ケアマネジャー：能登方面で稼働している施設を探してみます。

本人：輪島の近くならどこでもいい。帰りたい。

支援内容

本人の体力低下と急激な変化が見られる可能性を考慮し、往診医にも相談、能登の施設入居を勧められた。施設職員は能登への希望が持てるような会話を心掛けた。

人生会議4回目 能登のケアハウスへ見学のため外出（震災後7か月目）

参加者

本人、長男家族、担当看護師、担当介護士、ケアマネジャー、ケアハウスのケアマネジャー、ケアハウスの管理者

看多機から能登の山と海がみえるケアハウスに本人と外出した。情報共有を行い、入居が決定した。

本人：能登の海や。能登弁や。少し近くなったな。

長男：ここなら自分たちもたびたび来て、おやじの顔も見ることが出来る。

ケアハウスのケアマネジャー：ここの施設はやっと修繕が終わったばかり。できるだけ能登の方々をお受け入れて、地元で暮らしていただくお手伝いがしたいです。

その後の様子

ケアハウスの見学後、本人の表情にも明るさが出てきた。泣く事もなく、食事量も増えてきた。ケアハウスへは家族が迎えに来て、本人はうれしそうに能登に向かった。

考 察

被災者が家族とともに着の身着のままできて来たという、まさに災害時の緊急対応が求められた事案となった。心身の状況もわからない状態での看多機での受入れだったが、家族の悲痛な表情が忘れられない。本人は入居時興奮状態で、金沢にいることに納得しておらず、徐々に心身ともに悪化していく状況だった。たとえ90歳後半でも、被災され逼迫した状況であっても、その方その方の生き方を自身で選ぶことの大切さを学んだ。環境は高齢者であれば尚更、身体や精神にまで大きな影響を及ぼす。災害時にはゆっくりと時間をかけることができないACPになってしまうが、人生最後の場を過ごす場所選びを本人が納得してできるよう、今後もこの経験を生かして被災者にも寄り添っていきたいと考える。

事例 2 障害があっても2人いっしょに自宅で暮らしたい

本人 50歳代 男性 後縦靱帯骨化症、小児麻痺

家族 母80歳代(主介護者) 弟2人(町外)

経過 軽度の小児麻痺があったが高校卒業後は働いていた。首の痛みが続き、後縦靱帯骨化症の診断を受けた。5年前からは車椅子での生活をしていた。一家の精神的支柱だった父が2年前に急逝し、それからは軽度認知症の母と2人で暮らしている。

訪問看護への依頼内容 地区の出前講座で巡回中、参加者の住民から「相談にのってあげて欲しい」と声をかけられ、母の相談を受けた。母は「障害の子と二人暮らし、本人がいつ転んでいるか心配で出かけられない」と話された。後日、本人に会うと「だんだん体が動きにくくなってきた、不安だ」と相談があった。本人の了解をもらい、県内に住む弟とも連絡を取らせてもらって「いろんな人が関わってくれているようだが、どんな支援になっているのかよく分からない。サービスの整理をしてほしい。」と依頼があり、半年前から訪問看護を開始した。訪問看護(週3回)では、体調確認、入浴介助、内服管理、精神的支援を実施している。2024年、自宅にて能登半島地震にあった。

人生会議1回目 震災翌日

震災直後、近隣住民が心配し町役場へ連絡、その方の送迎で2人とも避難所へ避難した。翌日、訪問看護師が避難所へ訪問した。

参加者

本人、母、訪問看護師

本人：地震は怖いけど、飼い猫も気になる。家に戻りたい。

母：猫は気になるけど、家じゃ息子と一緒に逃げられん。

訪問看護師：お母さんは家じゃ不安やって思っとるけど、どうしたいですか。

本人：ここに居らせてもらいます。看護師さん来てください。

支援内容

訪問看護師が自宅へ布団や着替え、内服薬を取りに行き、避難所での生活環境を整えた。

人生会議2回目 ショートスティ利用開始時(震災後10日目)

トイレの介助が必要なため、介護スタッフのいない避難所では転倒リスクも高く、段ボールベッドでの生活も長くなってきたため、筋力低下し、体の痛みも出てきた。状況をケアマネジャーに伝え、ショートスティの受け入れを依頼した。

参加者

本人、母、訪問看護師

本人：うちに帰って、母と飼い猫と自由に暮らしたい。

訪問看護師：まだまだ地震が続きます。自宅では2人で逃げられないと思うけど、どう思いますか。

本人:確かに。今はみんなの中にいるので安心。体も痛いしベッドで休ませてほしい。(ショートスティを)お願いします。

母:(ショートスティを利用してくれたら)私も安心。一緒に逃げられん。

支援内容

自宅で母と飼い猫と暮らしたいという本人の気持ちは受け止めつつ、現状の暮らしを整えた。荷物をまとめ、車椅子で避難所からショートスティへ移送した。避難所で仲良くなった人から「しっかり頑張れ」と励まされ、母とも握手でしばしの別れ、本人は母に「体、大事にね」と話した。母は「ほんで安心」と少し寂しそうにニコリしていた。

人生会議3回目 自宅復帰時(震災後20日目)

ショートスティ利用中の本人から「やっぱり自宅に戻りたい」と連絡があった。自宅での生活に向けて、話を聞いた。

参加者

本人、母、弟2人、訪問看護師

本人:やっぱりうちに帰って、母と飼い猫と暮らしたい。元の生活に戻りたい。

訪問看護師:弟さんたちはどうですか。

弟:本人が帰りたと言っているし、自分達も連絡を取り協力するので、2人の自宅での生活を再開させてあげたいと思う。

支援内容

自宅へ戻るための介護サービスや障害サービスの支援、生活支援について確認・調整し、自宅での訪問看護を再開した。

考 察

高齢の母と障害のある息子の二人暮らしということで、震災前から地域の中では「2人の生活で大丈夫か」という声があった。今回は、震災という大きな出来事の中でも「やっぱり2人で、ここで暮らし続けたい」という本人の気持ちを受け止めつつ、弟たちの手も借りながら、自宅での生活を続けていくためにどうしたらいいかを考える人生会議だったと思う。

今後も離れて住む弟たちにも、2人の生活の状況を伝えながら、どんな支援があればその人らしく過ごしていけるか、ということと一緒に考えていきたい。



事例 3 能登半島地震により生ききろうと思った

本人 70歳代 女性 重症肥大型心筋症 乳がん(抗癌剤内服加療中)

家族 夫と離別、老朽化したアパートで一人暮らし(住人は本人のみ) 長男は県外在住で疎遠

経過 重症肥大型心筋症で入退院を繰り返していた。震災の2か月前に、医師から終活をするように言われ、退院し自宅に帰った。

訪問看護への依頼内容 本人のADL(※)はほぼ自立しているが、買い物や掃除などは自分で行うことは難しい。介護保険の非該当で、ヘルパーも利用することができない。体動時に息切れもあり、在宅酸素を導入することとなった。在宅酸素の管理、体調管理、状態変化があったときのサポート体制をとるために訪問看護を利用前提で話し合いが行われた。

人生会議1回目 退院時カンファレンス

本人は、病棟内のADLは自立しているが、会話時にも息切れがあった。

参加者

本人、地域包括相談員、訪問看護師

元職場の同僚が、本人ができない家事、買い物をサポートしてくれる。地域包括相談員が調整してくれ、甥が本人に何かあったときの連絡先になってくれる。本人が亡くなった後は、大家さんが家具や家電を処分することになった。最期の療養場所として、本人は病院を選択された。

結果

退院後は、在宅酸素の管理と体調管理のために週1回の訪問看護(24時間対応)を受けることになった。

人生会議2回目 元嫁ぎ先の能登に行った後の訪問時(震災2か月後)

加賀地区にある本人宅は地震による被害はほとんど見られなかったが、散乱した家具などを片付けていたことで、心臓、腰部に負担がかかり一時的に入院となった。1週間ほどで健康状態が改善し自宅退院となった。地震の報道などを見聞きしていた本人は元嫁ぎ先のことが気になり、春になって親戚と一緒に能登に向かった。半壊状態の家屋を見てショックを受けた。後日、訪問看護師に自分の思いを伝えてくれた。

参加者

本人、訪問看護師

本人: 能登の女性は働き者で、朝早くから漁の手伝いや家事をこなして、そんな家に私はついていけなくて離婚になった。義母は、「気にしないでいいよ」と言ってくれて優しい人だった。そんな人たちが大変な目にあって…と涙ぐまれた。

結果

被災した能登に行ったことは辛い体験であったが、今後の自分の生き方を考え直す機会となったようだ。

人生会議3回目 飼い猫がいなくなった後の訪問（震災後3か月）

本人の飼い猫がいなくなり、思うように動かない体で探し回り、橋の下で死んでいるのを見つけた。愛猫はペットの葬儀社で丁寧に埋葬した。

参加者

本人、訪問看護師

本人：いつも話し相手になってくれた子（猫）だから。でも、こんな体だから、もう猫は飼うことはできない。以前、同じアパートの人がしばらく見ないと思ったら、亡くなっていたということを聞き驚いた。自分もいつそうなるか。

訪問看護師：本人は自分の最期についても心配しており、複雑な思いを傾聴した。

その後の経過

震災後8か月、県外に転居した元同僚が認知症、がんで余命が短いことを聞き、友人と元同僚の見舞いに出かけた。本人は食欲不振で体調が悪いなかであったが、「今会わないともう会えないから」と遠方への外出を決心した。訪問看護時には、元同僚が本人のことを「わかってくれた」と喜んでいた。

最近、胸痛や動悸のために訪問看護ステーションに連絡があり、入院時には自分に何かあったときのために自宅のカギの在処を知らせてくれた。

考 察

終活をするように医師に言われ、これまでは身体に無理をしないようにしてきたが、能登半島地震を体験してから、本人に残された時間の生き方に対する変化が見られた。被災した元嫁ぎ先の光景を見て、自分に与えられている生命の尊さを確認できたのではないかと考える。

そして、他者とのつながりを大切にしたいという気持ちにつながり、飼い猫の命や、余命短い友人へのお見舞いという形で表れたように思う。本人が遠出できたという達成感を味わったことが生きる望みへとつながり、前向きに人生を歩む支えになったと考える。

老朽化したアパートに一人で住み、在宅酸素を使用しても体動時に息切れや動悸がするという状態は、死への恐怖も大きいと思う。訪問看護師は、本人の身体に触れながらそのような思いを聴き、辛いときは遠慮せずに連絡してほしいと声をかけてきた。自分の想いをわかってくれる人がいるということが、本人の安心感にもつながっていると考える。

自宅の大事なカギの在処を知らせてくれたことも、訪問看護師に対する信頼感の表れと考える。これからは本人の不安な気持ちを汲み取りつつ、残された人生を自分らしく全うできるように支援していきたい。

※ADL：Activities of Daily Livingの略、日常生活動作



事例 4 ここで好きなことをしておりたい

本人 80歳代、男性、人工肛門（ストーマ）造設

同居家族 妻、娘と三人暮らし

経過 4年前に直腸穿孔にて緊急手術を受け、ストーマを造設した。
退院後、訪問看護を導入した。
能登半島地震発災、自宅は大規模半壊となり、避難所に避難していた。

訪問看護への依頼内容 健康状態観察、ストーマケア（普段のパウチ交換は妻が実施するが訪問時には訪問看護師が皮膚トラブル等を確認し、アドバイスを行っている）、介護者の介護相談等

人生会議1回目 避難所から自宅復帰（震災1か月後の訪問）

震災直後の安否確認時に当面の訪問は不要と申し出があり、この日が発災後初めての訪問となった。

参加者

本人・妻・訪問看護師

現在の生活について

しばらく家族とともに避難所で生活していたが、家族はストーマの便臭が気になり疲弊してしまった。また、怒りっぽくなったなど本人の認知症状の進行を感じ、自宅に戻る決断をした。自宅の居住スペースでは生活が出来ず、台所兼居間の部分で生活していたが、その部屋も柱は傾き危険な状態だった。本人は入浴が出来ないため、デイサービスを利用し始めた。今後の生活について、本人と妻に話を聞いた。

本人：ここにおるわいや。

妻：私もここで生活したいけど娘の考えもあるしね。自分たちの思いだけでは決まらんわね。

人生会議2回目 訪問看護時（震災2か月後）

現在の状況について確認すると、自宅の公費解体などの話が進まないなどの問題があった。

参加者

本人・妻・訪問看護師

本人：ここにおられるならおって畑する。

妻：半分建物を残すとなると自費解体になるから、公費解体するには敷地内全部の建物を壊さなならん。娘はここを壊して建て直す考えや。そうすると、一度ここから出んならんがやけど、この人（本人）おったら無理やと思う。

夫婦と娘の思いに相違があり、家族の意見がまとまらない状態だった。

他の被災者の一時的な入居先として、みなし仮設住宅やアパートなどがあることを話し、それぞれの状況や事情に応じて決めていることを情報提供した。

人生会議3回目 ケアマネジャー訪問時、今後の生活についての相談（震災7か月後）

知り合いから一軒家の紹介があったが、町外への転居となるため不安が強い。
建設中の仮設住宅への入居権を得られたので、現地に見学に行ってきた。

参加者

本人・妻・ケアマネジャー

本人：あんな所、次に地震が来て津波が来たら終わりや。ここの方が安全や。

妻：ここであれば、本人は納屋での作業や畑があると思うが、仮設住宅に行ったらすることがない。本人にとったら今の方がいいんやと思う。

人生会議4回目 訪問時看護時、最終結論（震災8か月後）

妻は仮設住宅への入居を決めた。娘が少しずつ片付けや荷物の準備をしている。

参加者

本人・妻・訪問看護師

妻：私もストーマのことを考えるとここの方が安心やけど、しょうがないもんね。本人はまだダメみたいや。

本人：「（妻の言葉を聞いて）行くわいや。」と答えているが、しばらくすると「今おるとこ残して壊しゃいいが」と答えは二転三転している。最後には訪問看護師には「行かんならんがなら行くわいね。」と返答しているが、その横で妻は首を横に振って苦笑している。

妻は、慣れない環境での本人の認知症状の進行とストーマ管理がうまく出来るかが不安な様子である。

本人はまだ仮設住宅への入居は受け入れできておらず、慣れない環境では本人にとってのQOL（※）の低下が考えられる。

考 察

本人はこれまで生活してきた家、土地でこれからも生活していきたいと望んでいたが、大規模半壊の自宅生活を継続するには危険な状態であった。家族は自宅を解体し、建て直しを考えて仮設住宅への入居を決めた。今回、本人が望まない形の決断をする中で、訪問看護師はこれまで本人がどのように生活してきたかを見てきた。この場所でこれからも暮らしていきたいという本人の強い思いを訪問看護師は傾聴・理解し、思いに寄り添うことが出来る重要な存在になったと言える。これから始まる慣れない仮設住宅でも訪問看護は継続予定である。再び自宅で本人らしく暮らせる日が来るまで、訪問看護師は本人や家族の支えになれるように多職種で情報収集し、共有していく必要がある。

※QOL：Quality of lifeの略、生活の質



事例 5 家がなくなっても母ちゃんのそばでおりたいわいや

本人 70歳代 男性 慢性閉塞性肺疾患（COPD）末期

家族 妻（主介護者）、子どもはいない 2人の人生の節目の判断を本人がしてきた。

経過 COPDで入退院を繰り返していた。震災後、自宅が半壊し、避難所へ二人で避難してきた。

訪問看護への依頼内容 震災後10日目、訪問看護として避難所の定期巡回中、顔色が悪いため声をかけたところ、酸素飽和度（SpO2）が低く、実は在宅酸素（HOT）をしていることが判明した。本人は「ストーブのそばでは酸素を使えない」と思い、周囲に遠慮して酸素吸入を使用していなかった。そこで、すぐに福祉避難所へつないだ。妻から「年末に退院したばかりで心配。一緒に体調をみてほしい。」と訪問看護の依頼があった。かかりつけ医へ連絡、要介護認定を申請し、行政や福祉避難所のスタッフとも連絡を取り合い、訪問看護が利用開始となった。

人生会議1回目 避難所への訪問看護開始時（震災直後）

SpO2低下、呼吸困難感あり、本人と妻に病院受診の希望を確認した。

参加者

本人、妻、訪問看護師

本人：こんなもん（HOT）して生きておる。（妻に）迷惑かけとる。ほんでも病院には行きたくない、このままここにおりたい。

妻：どーなるいね。こーして一緒におらんかね。

支援内容

本人と妻の思いを聞き、避難所での様子を主治医へ報告した。避難所での生活が落ち着くよう、行政、避難所スタッフと連携し見守った。自宅は半壊状態で住むことができず、ケアマネジャーが中心となり、次の生活場所を夫婦と相談した。結果、親戚宅での生活を始めることとなった。

人生会議2回目 親戚宅での生活開始後、COPDの症状が悪化して、食欲が落ちてきた頃（震災2カ月後）

参加者

本人、妻、主治医、ケアマネジャー、訪問看護師

主治医：少し入院して、症状が良くなってから在宅での療養ということもどうですか。

本人：文句言うても、叱られても、ここにおりたいな。

妻：文句言うても、一緒におらんかね。好きな甘えびでも買ってくるかね。若い時から好きなものしか食べんもんねー。

本人：そんなことないぞ、用意してくれたもん、食べるわいやー

訪問看護師：少しでも栄養がとれたり、楽に過ごせる方法を一緒に相談してきましょう。

支援内容

ケアマネジャーに介護用ベッドの手配をしてもらい、訪問看護の回数を増やして支援した。

考 察

震災直後から避難所生活をしている人のところへ訪問した。避難している方々にとっては健康観察を受け不安を表出でき、相談できる場が必要だ。その上で行政と話し合い、避難所の定期巡回を始めることとなった。

訪問看護師は、対話を通して健康観察し、不安を聞き出し、病気や生活を見通す力がある。災害時に私達が活動することは、同じ地域の言葉を使え、地域医療や介護を知り、平時も緊急時も多職種と連携しながら調整できる強みがある。

避難所、親戚宅への避難といういつもと違う場所でも、それまでその方たちがどのような生き方をしてきたか、どのようなことを大切にしてきたかという人生会議の根本は一緒だと考える。

どの場所での療養であっても、その人らしい暮らしが継続できるように日々の会話の中から思いを知り、それを支援者みんなで共有しながら進んでいきたい。



事例 6 自分にとっての大切な場所

本人 70歳代 男性 頸髄損傷 能登生まれ

家族 妻と実母との三人暮らし。子ども2人

経過 6年前、山の手入れ中に木から転落し頸髄損傷、地域での介護サービスを受けながら自宅療養していた。2024年能登半島地震で被災し、停電でベッドアップしたままの状態であーマットも作動せず、褥瘡発生リスクが高いこと、ライフラインが寸断されていることからDMAT(※)により金沢の病院に搬送・入院となった。自宅は何とか無事ではあるが、山水が届かなくなり道路状態も悪い状況だった。

訪問看護への 依頼内容

退院後はみなし仮設住宅として、自宅から遠く離れた金沢のアパートで生活することになった。本人と実母は能登の自宅に戻ることが希望されたが、インフラ状況が整うまではアパートで生活しながら、訪問診療・訪問看護・リハビリテーション・訪問入浴のサービスを受けることになった。

本人・家族の思い

本人：家族と能登に帰りたい。

妻：被災地は修理や片付けが大変で、1人でどこまでできるのか不安がある。全く地理関係も分からない土地で、色々教えてほしい。

実母：やっぱり能登に帰りたい。

人生会議1回目 退院初日にみなし仮設住宅へ訪問(震災後3カ月)

参加者

本人・妻・訪問看護師・ケアマネジャー

本人：ちょっと体がつらい…。血压のせいだけではないかもしれない。慣れないところで食欲もあまりない。入院が思いのほか長かった。

妻：血压が下がることは能登でもよくありました。お腹は大丈夫だったと思います。どこに何があるのかも分からないので、また教えて下さい。夫は能登に帰りたいと言っていますが、自宅のどこから手を付けばいいのか…見当が付きません。道も通れない状況です。

訪問看護師：アパートに到着した際に玄関先で出迎え、移乗介助などを含め訪問した。到着後の体調について病院側と連携して不安軽減、在宅医とも情報共有を図った。本人の体調が優れないことを考慮して、これまでの入院生活や能登での過ごし方、介護方法などについて情報共有、服薬調整などを行った。

支援内容

病院から長距離の移送でもあり、疲労感や緊張感も予測し、労いの言葉とバイタルサインでの異常の有無、早期発見、対応に配慮した。病院側とも連絡を取り合い、在宅医に繋げて指示を確認した。本日から居住地となるため、物品の不足がないかも確認した。

人生会議2回目 訪問看護時。自宅復帰に向けての相談（震災後4か月）

参加者

本人・妻・訪問看護師・福祉用具業者

妻：能登の家は水道が通りました。本人は早く帰りたいみたい。でもね…自宅は亀裂が縦横に入っている。車椅子には道中3時間は座っていないとダメで…。

本人：体調は大丈夫です。車の後部座席で横になれば行けると思いますね。

訪問看護師：2人の話を傾聴しながら、必要な情報はケアマネジャーとも共有した。本人の気持ちを受け止めながら、長時間の移動による褥瘡リスクについても一言補足した。

支援内容

本人はふさぎ込んでいたが、この頃から自発的に車椅子に乗るようになった。本人の意欲と体調を考慮して、能登に帰る準備をサポートした。停電時のベッド・リフターの操作方法、蓄電器を備えることのメリットなど、福祉用具業者から情報をもらい、自助対策について一緒に考えた。

人生会議3回目 腸炎疑いで5日間在宅点滴（震災後6か月）

参加者

本人・妻・訪問看護師

本人：夏バテですかね。こんな日は向こう（能登）に行っても病院にも行けないと思います…。そんな時はどうなるんですかね…。考えても仕方ないんだけど。

訪問看護師：体のことや能登に帰ったときの事も心配なのですね。わかる範囲で情報を集めます。今の体調不良に対しては、ここで出来ることに取り掛かり、体力の消耗をなるべく避けましょう。

支援内容

腸炎疑いで5日間の点滴療養となった。ケアマネジャーに現在の能登地域での訪問診療や訪問看護・訪問入浴などのサービス受け入れ状況について情報収集を依頼した。

考 察

生まれ育った土地に戻り、当たり前先祖から受け継いだ家や山・田畑を管理しながら生活してきた中で頸髄損傷という事故が起こったことだけでも本人・家族においてはショックなことであった。そんな人生も受け入れながら、折り合いをつけて生活していたところに今回の能登半島地震が起こった。

故郷への愛着と地域コミュニティが生活を支える資源であること、住み慣れた場所の自然を俳句の題材にされている中から、本人の故郷を愛する心情が伝わってくる。

切実な事情がある中でも本人・家族の思いに寄り添いながら、故郷に戻ってからの生活をどのように安全に支えていくか。現在の療養生活情報を次につなげていく上での課題、いかに防災性を高めるか、自助・共助の必要性は痛感している。また、地域の高齢化、在宅支援事業所も被災者であるという問題がある。そんな中で、防災への意識と備えを常日頃から利用者と一緒に考えていく姿勢が、明日に繋がるチカラになることを学んだ。

揺曳の霧の底なる岡垣村

車中泊の窓打つ凍雨地震続く

逃ぐるにも示威蟻螂の矜持かな

風 港



事例 7 本人・家族の気持ちの変化に寄り添うACP

本人 60歳代、男性、脳梗塞（右半身麻痺）

家族 妻（震災前より別居）、長女・次女（能登）

経過 2024年能登半島地震で被災し、家族で避難所へ避難した。その後、本人のみ1.5次避難所に移動した。本人は日常誰かの支援が必要であるが、家族と本人との間で意向の相違があった。1.5次避難所以降の生活の場所が決まらず、看護師常駐のシェアハウスに転居となった。

**シェアハウスへの
依頼内容** 日常生活の支援、次の生活の場への調整

人生会議1回目 1.5次避難所へ移動（震災後4か月目）

参加者

妻、本人、ソーシャルワーカー

本人：自宅に住めないから妻の実家の九州に行く予定をしていた。

妻：もともと半別居状態、職も失い先のことを考える余裕がない。

結果

妻は同居を望まず、日常生活に見守り程度の支援が必要なため、次の療養先は看護師常駐のシェアハウスとなり、更に次の生活の場を探すこととなった。介護保険の要介護認定は1.5次避難所で申請し、結果待ちの状態シェアハウスに入居した。

人生会議2回目 1.5次避難所からシェアハウスに転居（震災後5か月目）

参加者

妻、シェアハウス看護師、ソーシャルワーカー

本人：個室でプライバシーが確保できてよい。もう能登の家には住めんと思っている。九州に行くのかな。他者との関わりは少ないが、部屋に閉じこもるような様子はなく、日中はリビングで過ごしていることが多い。

妻：先のことは考えられない。家も住める状態ではないが準半壊のため、仮設住宅の対象ではなく、娘の住んでいる仮設住宅に同居している状況である。

結果

本人は妻と一緒にどこかで暮らすと考えているが、妻は住まいも仕事も失い、先のことは考えられない状況である。別居状態という情報はあったが、妻は面会にも来たり、生活再建の目途が立てば本人との同居も考慮される。地元の行政と連携をとり、本人、家族の情報提供を行う。

人生会議3回目 シェアハウス生活での一場面（震災後6か月目）

参加者

本人、妻、ケアマネジャー、シェアハウス家看護師

本人：「たばこを買いに行く。何でだめなんや」とシェアハウスから出ていくが、途中で力尽き、職員と一緒に戻った。その後、自ら出掛けることはなくなったが、腰痛の増強と共に活気もなくなった。しかし鍼灸やデイケアの利用は拒否なく参加していた。

妻：本人の様子を伝え、定期的に面会に来られ、本人の好きな菓子などの差し入れを持って来た。

結果

妻は少しずつ次の生活を考え始めているが、本人は現在の生活環境にストレスも多く、また腰痛の増強により、ADL(※)も低下が見られる。要介護認定は要支援1となり、本人の気分転換とADLが今以上低下しないように必要な介護サービス等を利用し、本人の生活の質を保持できることを目指した。シェアハウス以外で過ごす時間を確保するためにデイケアの利用と、以前から利用していた鍼灸を受けることになった。

人生会議4回目 次の生活の場の選択（震災後7か月目）

参加者

本人、妻、シェアハウス看護師

本人：仮設住宅の入居対象になったことに対して、「能登は地震が多いから、家を直してまで住もうとは思わない。九州に行こうと思っと思ったけど思うように歩けんし、仮設住宅に入るしかないわ」と話していた。

妻：自宅は再審査で準半壊から半壊の認定になった。再就職も決まり、仮設住宅には夫と共に入ることにする。

結果

本人は震災の続く能登に帰ることへの不安も見られたが、仮設住宅の入居はやむを得ないと考えている。妻は本人と仮設住宅で暮らす準備ができている。仮設住宅に申し込み中だが、引き続き本人、家族の気持ちをその都度確認し、本人、家族双方にとって最良の生活の場の選択ができるよう支援していく。

考 察

災害時の意思決定は、本人の意向を考慮することが難しいことも多い。しかしACPは本人の意思決定が最優先されるものであるため、本人の意思確認は災害時でも大切にしなければならない。また、気持ちは常に揺れ動くものであり、本人の意向をその都度確認し、たとえ意向に沿えない状況であっても本人の気持ちに寄り添う周囲の姿勢は重要であると考えます。

元々、ほぼ別居に近い生活をしていた夫婦が、仮設住宅に同居する選択をせざるを得ない状況ではある。そのため、本人、家族双方の思いや考えをシェアハウス看護師や連携機関など第三者が丁寧に確認していく必要がある。また災害時のような緊急事態で避難所や仮設住宅など、どのような生活環境であっても、本人のできることを奪わない、予防的な視点での関わり方や支援がその後のそれぞれの生活に大きく関わってくると感じた。

※ADL：Activities of Daily Livingの略、日常生活動作



事例 8 災害がおきても、避難しないで自宅に留まりたい

本人 80歳代、女性、40歳代から肢体型筋ジストロフィー症（筋ジス）

家族 夫（主介護者）と二人暮らし
7年前に、長女夫婦と孫1人が市外から隣に転居して来た。
身体介護は夫が担当、家事支援は長女が担当

経過 50歳代に転倒し、大腿骨骨折で歩行不能になった。
60歳代で寝返り不可能、ベッド上の生活になった。
入院歴は14年前に褥瘡治療で8日間、10年前に糖尿病検査で7日間のみ。

訪問看護への依頼内容 30年前に健康状態の観察目的で、訪問看護を導入した。
本人：健康相談やリハビリをして欲しい。
介護者：体の調子をみて欲しい。

サービスの利用状況 訪問看護1回/週 訪問介護5回/週 訪問入浴2回/週
受診時 移動支援 1回/3ヶ月
福祉用具レンタル：電動ベット・エアーマット
通所系・短期入所サービス利用なし

人生会議1回目 5年前 房総半島での台風被害による長期停電を機に、避難時の対応について意向を確認した。

参加者

本人、夫、訪問看護師？

本人：原発事故など全員が強制的に避難しなくてはならない場合を除いて、自宅に留まりたい。停電が数日間ならば家に留まる。

夫：家は平屋で地盤もしっかりしているので地震の時は避難せずに、自宅でみようと思う。大水でもここは高い所なので不安はない。

結果

停電で電動ベッドやエアーマットが動かなくなることが心配なので蓄電池を購入することになった。

人生会議2回目 1年前 介護保険更新時に、災害対策についても話合った。

参加者

本人、夫、ケアマネジャー、訪問看護師、訪問介護士、訪問入浴看護師

本人：膝が曲がらず、足を伸ばして広げた状態で車椅子に乗るので、人の多い所に行くと足先がぶつかって怖い。ベッドの上にいるのが一番安全。家は井戸水で断水はない。蓄電池も購入した。暖房は薪ストーブで調理にも使っているから大丈夫。

夫：自分のからだに不都合がなければ、まだ5年は介護出来ると思うので避難しないで家に留まり介護したい。

訪問看護師：震災時には、体調確認の電話連絡は優先的にすることになっています。

ケアマネジャー：介護者が排泄ケアを日常的に行うことができるので、震災当日は安否確認のみで、訪問サービスは2～3日間介護者をお願いしたい。被災状況をみながら支援することになります。

人生会議3回目 訪問看護時(震災後4日目)

地域の水道は断水したが、自宅の井戸水は問題なし、停電なし、自宅の損壊なし、本人・家族共に無事だった。

訪問サービスは元々年始休みで利用の予定なく、1月4日より訪問看護を再開した。

本人：避難所での生活は私には絶対にできない。知らない施設での生活も不安だ。蓄電池の使用訓練は月1回行っているけれど、停電がなくて本当に良かった。ベッドが揺れて怖かったので、今は低く下げている。

夫：家なら何も気兼ねなく過ごせるので、今後も避難しない。

考 察

40歳代より筋ジスの診断受け「出来るだけ自宅で過ごしたい。」との意志が強い方であり、家族も本人の希望を尊重し協力していた。通所系サービスの利用を希望しない方なので、事前に災害時の意向の確認や蓄電池の準備がされていた為、今回慌てる事なく自宅での生活続ける事が出来た。今後も訪問看護師が中心となって、避難が必要になるほどの大災害や体調の変化に備えた人生会議を進めていきたい。



事例 9

非日常の生活で大切な人と共にいることを支えるACP

本人 60歳代 男性 がん末期

家族 妻：被災し金沢の2次避難所で生活 息子2人も同市内で生活
母：被災し同市内の1.5次避難所で生活

経過 胃癌・多発肝転移のため化学療法を継続してきた。
2024年1月1日震災時には、能登の自宅で妻と2人で暮らしていた。震災に遭い避難所で1日過ごす、一見元気な男性と見られるため、ボランティアとして動かざるを得ない環境に辛さを感じ、翌日には妻を避難所に残し1人で半壊の自宅に戻り生活を再開した。
しかし、断水のため川に水を汲みに行くなどの力仕事、停電のため寒さに耐え、食事は避難所での炊き出しに頼るしかない生活を20日間ほど過ごした。その頃から嘔吐や腹痛が増強し、元々治療をしていた金沢の病院を受診、即日入院となった。

訪問看護への依頼内容 緩和ケア・家族ケア・環境調整

人生会議1回目 病院にて療養先の選択（震災後30日目）

参加者

本人、妻、入院先の医師・ソーシャルワーカー・がん専門看護師・化学療法室看護師、訪問診療同行看護師

医師より病状説明があり、化学療法は難しく今後は緩和ケアのみに移行となる、どこでどのように過ごしたいかを問われた。

本人：妻といたい

妻：能登に帰れなくても一緒にいたい

がん看護専門看護師：病院では面会制限もあり、ずっと一緒にはいられない。能登では医療依存度が高く、今は訪問診療が難しいと返答があった。2次避難所では医療依存度が高く受け入れは困難、どうしても良いだろうか。

訪問診療同行看護師：看多機（※）を福祉避難所登録としたので、受け入れが可能となった。ぜひ2人で過ごせる場所の提供をしたい。

本人・妻：息子も金沢で過ごしていて家も近い。一緒にいられるなら、能登に戻らなくてもいい。ぜひお願いしたい。

支援内容

残された時間は少ないため、すぐに看多機で受け入れられる体制づくりを行い、在宅スタッフと情報共有した。

人生会議2回目 看多機での今後の生活について（震災後32日目）

参加者

本人、妻、在宅医、訪問診療同行看護師、看多機看護師・介護福祉士・ケアマネジャー

今後どのように看多機で過ごしたいかを話し合った。

本人：妻と一緒にいられる環境をもらえたから十分。少し調子がいい時に1度だけでも能登の家がどうなっているかを見に行きたい。残された日が、あとのくらいあるかはわからないが、1日1日大切に妻と会話して生きたい。

妻：夫と一緒に過ごすという当たり前の生活を震災で失った。それに加えて夫の残された時間が短いと先日聞き、知っている人がいない2次避難所で1人泣いていた。こうやって夫のそばにいられることが本当に嬉しい。1日1日大切に過ごしたい。本人の母に病気のことを話していない。母も1.5次避難所にいるため、できれば一緒に過ごさせてあげたい。

支援内容

高カロリー輸液管理や疼痛管理を行いながら、妻と過ごせる時間を大切にしてもらい自宅のような環境を作るように関わった。また、早く母も同じ空間で過ごせるように1.5次避難所の県相談員に連絡し、どのようにアプローチすれば良いか相談した。能登に日帰りでも移動するためには、能登の現状を知る必要がある。能登での診療医と連絡をとり、本人の自宅周囲の様子を教えてもらうなどの連携を行った。

妻は他者と話をすることがストレス緩和となっており、食事の際には他の能登からの被災者と地元の話をしながら過ごしてもらう場の提供を行った。

しかし、退院6日後に状態悪化し、妻と息子が見守る中、永眠された。

人生会議3回目 残された妻と本人の母の生活について（震災後45日目）

参加者

妻、訪問診療同行看護師、看多機看護師・ケアマネジャー

本人が過ごすための看多機であったため、残された妻の過ごす場所がなくなった。妻がどのように生活について考えているかを聞き、今後の暮らしを考えた。

妻：息子の家で暮らすことは考えていない。自宅を解体し、能登に戻ることも考えたいが、今は母の面倒を見たい気持ちもある。可能であれば、母をここに連れてきて、一緒に暮らしたい

支援内容

本人の母が、看多機で暮らせるように県相談員と話をし、母と妻の暮らしを再開させた。夫婦との関係性と異なり、義母との生活になる妻のストレスも鑑み、離れられる環境づくりも行った。その後、2ヶ月で母の入所先が決まり、妻も金沢のアパートでの1人暮らしが開始となった。

考 察

「あなたが大切にしているものは何ですか？」その一言からACPのための話し合いは開始となる。今回、被災し大切にしていた我が家での生活を失い、また病気で、大切にしていた未来への希望も失われた直後の夫婦に出会った。肉体的・精神的に辛い状況の中、「妻と一緒に暮らしたい」の一言から病院と在宅でのACP連携が開始となり、大切なものを繋げてきた。退院後・そして亡くなられた後にも本人の大切にしていた「妻」を大切にすることができたのは、大切なものを中心とした話し合いを本人・妻・多職種で繰り返し行ない、知恵を出し合うことができたためであったと考える。被災し、非日常の生活となった方々にとっても大切なものを守る緩和ケア、そして環境づくりを今後も支援していきたい。

※看多機：看護小規模多機能居宅介護

事例10 大切な人や仲間と過ごした地域への思い

本人

70代、男性、心不全、前立腺がん末期 元寿司職人
能登生まれ 加賀で元妻と住んでいたが、離婚後は能登で一人暮らしだった。
被災後、息子、元妻と同居することになった。

家族

息子・元妻 加賀在住
兄弟：被災前までは本人の身の回りの世話をしてくれたが、現在、兄は避難生活、弟は入院中。

経過

地震で自宅が半壊したため、避難所生活を送っていた。震災後5日目に心不全が悪化し、救急搬送、隣県の病院で入院生活を送ることになった。この時点では、抗がん剤治療中であることを本人は入院先には伝えていなかった。病院同士の情報共有もうまくいっていなかった。心不全症状が改善し、退院が決まったが、能登には戻れないため家族の住んでいる加賀に避難することとなった。

本人・家族の意向

本人：落ち着いたら能登に帰りたい。1人で過ごすよりデイサービスにいる方が楽しかった。こちらでもデイサービスに通いたい。

息子：生活環境が整うまではここで生活を送れば良いと思う。

元妻：体調がよくなって、一緒に生活を送ることができれば良いが、がんのこともあるしどうかな。

支援内容：退院後はデイサービスを週2回利用して過ごすことになった。

人生会議1回目 デイサービス初回利用時（震災後1か月目）

参加者

本人・デイサービス看護師

本人：ここは全く知らない所ではないんです。若い頃、加賀で店をしていたこともあるんです。能登では、デイサービスに週3回楽しく通っていました。全く知らない人ばかりですが、仕事柄つきあいは苦手ではないので、楽しく生活することができそうです。

看護師：デイサービスで過ごしてみようですか。大変な思いをされたけど、困ったことがあれば教えて下さい。

支援内容

本人の思いを引き出すために質問は最小限にして、これまでの生活や今後の生活についての希望や抱負を語ってもらった。話しやすい環境を整え、本人の気持ちに寄り添って話を聞いた。

人生会議2回目 デイサービス利用1か月後（震災後2か月目）

参加者

本人・デイサービス看護師

本人：デイサービスは楽しいです。たくさんの人と出あって、職員たちも親切なので知らない所ですが、楽しく過ごすことができています。体調もそれなりです。近くの病院へ受診をしたいけど、紹介状の準備ができてから受診をしたいです。

看護師：受診できるように手配がすすむと良いですね。デイサービスが楽しくてよかった。人付き合いが上手で、いつも周りに人が集まりますね。

支援内容

体調に不安を感じたときに、受診できるようにケアマネジャーとの情報共有や家族との連絡をおこなった。受診の利便性や情報共有のしやすさを相談し、受診の手配を整えることができた。

人生会議3回目 体調悪化時（震災後3か月目）

参加者

本人・デイサービス看護師

本人：実は以前通っていた病院で、今年の6月まで命は持たないだろうと聞いていた。抗がん剤治療はもういいかと思って黙っていた。地震で辛い目に合うのは2回目、去年の能登地震の時に家を失った。今回の地震では、アパートに住んでいたが、半壊で住めなくなった。

本当は能登に帰りたい。生活できるものなら能登で生活をしたい。だけど、帰る家もなく水が出ない状況では、帰りたくても帰れない。今は、息子や元妻と過ごせてよかったと思う。自分の病気はかなり進行してしまっているので、もう動けないし、ここで最期だと思っている。

看護師：辛い思いを2回もされて、避難生活でも沢山しんどい思いをされたのですね。病気のことも隠されていたのは、ご自身の病気のことを知った上で治療はもうしなくて良いと判断されて、黙っていたのですね。危機を乗り越えて家族と生きて行こうと決断されたのでしょうか。辛い思いを聞かせてくれてありがとうございます。

支援内容

末期状態であることを知り驚いたが、ひたすら本人の気持ちを黙って聞いた。環境の変化に戸惑いもあっただろうが、覚悟を持ってデイサービスや家族との生活を大事にしていたと推察した。病院よりもデイサービスで過ごすことを望んでいたが、ふらつきが目立ち始め、家族と相談しデイサービスから救急搬送、入院から1週間後に永眠された。

考 察

突然、それまで送っていた日常が当たり前でなくなり、恐怖と不安の大きい中で避難生活を余儀なくされたことは察するに余りある。本人は避難先での新しい生活への希望を話され、常に前向きだった。自分自身ががんを患い余命短いことも、震災前まで抗がん剤治療を受けていたことを誰にも話さず、最期に病気のことを告白された。本人がどのように自分らしく生きていきたいかを考えての結果だと思う。

今回、看護師は精神的ケアとして、人生の一部の物語を傾聴した。話を受け止め、本人らしい生き方の一部を見てきた。話を聞くと言うことは、「人生のものがたり」を語ってもらうことだと改めて痛感した。



事例 11

能登に帰りたいーこの土地の人にはなれんじゃねー (なれない)

本人 80歳代 女性 潰瘍性大腸炎、人工肛門造設

家族 能登で一人暮らし 県内に娘在住

経過 看護小規模多機能サービスを利用しながら暮らしていた。震災後、自宅は半壊し、帰省していた娘とともに、加賀の娘宅に避難した。
いずれは、住み慣れた場所、能登に帰りたいと願っている。

訪問看護への依頼内容 震災翌日、能登の訪問看護ステーションからSNSで「利用者が急に能登を離れ、加賀地区の娘宅に向かっている。人工肛門ケアをお願いしたい」と連絡があり、訪問看護を引き受けることになった。本人は能登より8時間かけて金沢の孫宅に泊まり、翌日加賀の娘宅に到着した。

被災のためかかりつけ医との連絡はとれず、訪問看護師やケアマネジャーからの情報も不足しており、本人から聞き取り把握した。内服薬処方のため受診したクリニック医師に情報提供し、訪問看護指示書を依頼、訪問看護が利用開始となった。

人生会議1回目 訪問看護開始(震災後3日目)

参加者

本人、娘、訪問看護師

本人: お正月で、娘達や孫、ひ孫が帰っていたし、一緒に避難してきた。大変な思いしてきた。疲れた。

娘: 疲れました。よろしくお願いします。

支援内容

本人と娘さんの思いを聞き、大変な思いをして避難してきたことに対してねぎらいの言葉をかけた。人工肛門の形状は平坦で排泄物が漏れやすい状態であった。法人内の皮膚排泄ケア認定看護師や装具業者にも相談しながら、漏れずに安心して暮らせるように関わった。

人生会議2回目 娘宅で少しずつ環境や生活にも慣れてきた頃(震災後1カ月目)

参加者

本人、娘、ケアマネジャー、訪問看護師

本人: 娘と輪島に行ってきた。避難所にいる近所の人にも会った。家は柱も傾いているし壊さなだめや…小さな家でも建てて帰りたいけど無理かな。娘はここにおればいいというけど、いくら娘でも気がはる。色んなこと考えて眠れない。腰が痛いし足も弱っている。能登に帰るためにもデイサービスでも行きたい。

娘: 1人では無理やろ。ここにおればいいよ。

支援内容

環境の変化や長年離れて生活してきた娘夫婦に対して、遠慮や精神的なストレスがある。訪問時は思いを表出できるように焦らず、ゆっくり傾聴することを職員で共有し支援した。また、ケアマネジャーにデイサービスを調整してもらい、週1回利用することになった。

人生会議3回目 慣れない土地での生活で抑うつ症状が出てきた(震災後5カ月目)

参加者

本人、地域包括支援センター職員、ケアマネジャー、訪問看護師

本人：デイサービスでの体操についていけない。来ている人ともそんなに話す時間もない。食欲がない。

支援内容

本人より悲観的な言葉があり、多職種で情報を共有し思いの傾聴に努めた。被災地から加賀に避難している方との交流場所(ボランティアカフェ)を紹介した。本人は行きたい気持ちもあるが送迎が必用なため、デイサービスを週1回から2回に増やすことにした。天気の良い日はシルバーカーを利用し、近くのコンビニエンスストアに出かけることも出来るようになった。

人生会議4回目 能登半島に水害発生(震災後9カ月目)

参加者

本人、娘、主治医、訪問看護師

本人：補聴器も壊れて何も聞こえない。娘はなんも話してくれん。眠れない。私は一人で仮設住宅に行きたい。私は能登に行きたい。限界や。

娘：どうしたらいいのかわからんわ。

主治医：病院に紹介状を書くので、体調が整うまで入院しましょう。

支援内容

更なる水害で身体的、精神的にもダメージあり、事前に主治医に状態を伝え、本人、娘さんと診察に同行した。体調不良のため本人、娘さんともに入院を希望し、近隣の病院に9日間入院した。体調が整い、精神的にも穏やかさを取り戻した。

人生会議5回目 仮設住宅への入居が決定(震災後10カ月目)

参加者

参加者：本人、ケアマネジャー、訪問看護師

本人：娘もケアマネジャーさんも「1人で生活できるか」と言うけど能登に帰るわ。ここの土地の人にはなれんじゃね。仮設住宅に入れる電化製品とかも見て来て、いいがになった。先生にも能登に帰りますと報告してきた。長い間ありがとうね。

支援内容

能登での入居が決まり、本人自ら以前利用していた訪問看護師に連絡するなど、能登に帰る段取りをしていた。能登に帰省した際に、円滑に地域のサービスに繋がれるように避難していた10か月間の情報を関係機関に提供した。

考 察

本人は住み慣れた土地を離れなければいけない辛さや葛藤、故郷への思い、慣れない土地での生活などの思いを話してくれた。訪問看護師は、利用者の思いを傾聴し、ともに悩み、安心した生活が送れるように努めた。ケアや会話を通して、利用者のこころとからだの健康を守り、利用者自らが元気に前向きな日々を送れるように、多職種と連携しながら支援していく大切さを改めて感じた。

能登に帰省後は、その地域の訪問看護師にバトンタッチする。1人での日常生活が戻り、穏やかに過ごすことができるよう願っている。

「人生会議」 出前講座のようす

ACP普及活動の一部を紹介します。

石川県訪問看護ステーション連絡会は、県内各地でACP出前講座を実施しています。

訪問看護師は、訪問先のご自宅で利用者と家族の意思決定に携わり、支援してきた経験を語りながら、ACPへの理解を促しています。

Report 1

地域にお住まいの方々対象

自分らしく生きることについてともに考える

ACP

人生会議

出前
講座

を

県内各地で実施



会場：石川県立図書館

依頼元：社会福祉法人金沢市社会福祉協議会、
金沢権利擁護センター



会場：金沢市城南公民館

依頼元：金沢市城南公民館 城南ことぶき学園



会場：Share(シェア)金沢

依頼元：金沢市地域包括支援センターたがみ

介護支援専門員(ケアマネジャー)と ACPについて語り合う

石川県訪問看護ステーション連絡会のACP出前講座は、「金沢市地域包括支援センターたがみ」からの依頼を受けて行われ、ケアマネジャー12名が人生会議（ACP）への理解を深めました。木谷幸子さん（こすもす訪問看護ステーション金沢）と池川淳子さん（訪問看護ステーション リベルタ金沢）がポイントを解説しました。グループワークも行われ、参加者は「利用者さんの意思選択に関わるたびに『もっと考えるべきだった』と反省しますが、これからも思いを聞いて背中を押したい」などと発表し、日々感じていることを共有しました。



介護老人保健施設ピカソにて

意思確認の事例を基にACPを多職種で考える

石川県立中央病院、KKR北陸病院（金沢市）において、多職種（看護師・医師・薬剤師・理学療法士・事務職員など）が参加し、事例を通し本人や家族との対話から意思を確認することの大切さを再認識しました。参加した看護師は「利用者（患者）の意思確認は十分行われていたか」「医学・看護の判断は本人に伝わっていたか」「家族（周囲）の意向を把握できていたか」について話し合い、意見交換をしました。

KKR北陸病院にて



石川県立中央病院にて



ACP出前講座のご依頼をお待ちしています！

TEL(076) 208-3606（出前講座の依頼はこちらまで）

活動の手がかりを求めて

講座の前後にアンケートを取りました

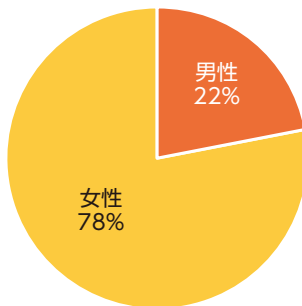
■2024年度

出前講座 ACPアンケート調査結果(地域住民)

●対象者：民生委員や地域住民／5か所

●対象者：出前講座前／95名

1.性別

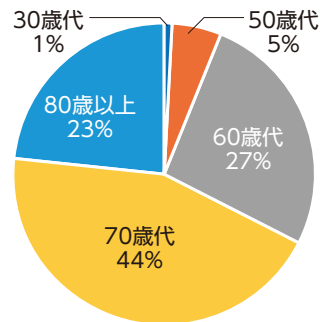


●性別(人数)

性別	人数
女性	74
男性	21

属性は、女性が78%であり、70歳以上が67%を占めていた。

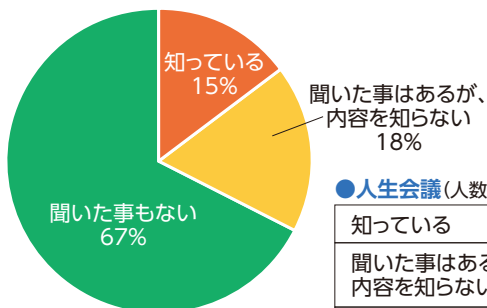
2.年代



●年代(人数)

年代	人数
30歳代	1
50歳代	5
60歳代	25
70歳代	42
80歳以上	22

3.人生会議について

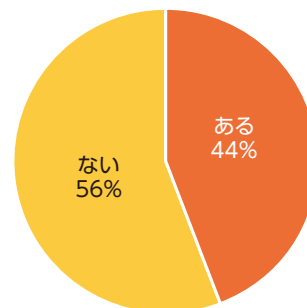


●人生会議(人数)

人生会議	人数
知っている	14
聞いた事はあるが、内容を知らない	17
聞いた事もない	64

人生会議について知っている人は15%で、聞いた事もない人が67%いた。

4. もしものことを話し合ったことがあるか



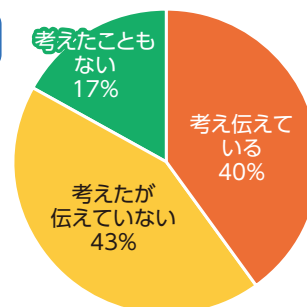
●もしもの話し合い(人数)

話し合い	人数
ある	42
ない	53

5. 最期のことについて考え伝えているか

●最期について(人数)

最期について	人数
考え伝えている	38
考えたが伝えていない	41
考えたこともない	16

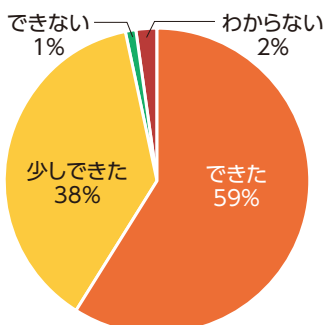


伝える相手は家族がほとんどであった。

もしものときの事を話し合ったことがある人は44%であり、最期のことについて考え伝えている人は43%であった。地域住民には人生会議が普及していないことがわかった。

● 対象者：出前講座後／95名

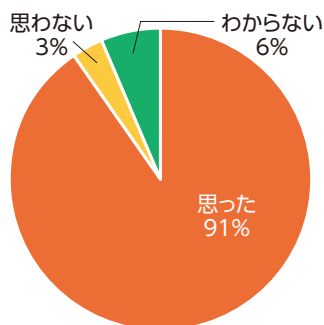
6. 人生会議について理解できたか



● 人生会議の理解 (人数)

できた	56
少しできた	36
できない	1
わからない	2

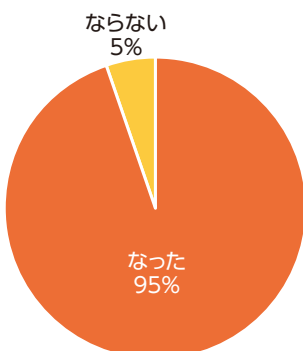
7. もしものときの事を話し合いたいと思ったか



● もしもの時の話し合いたい (人数)

思った	86
思わない	3
わからない	6

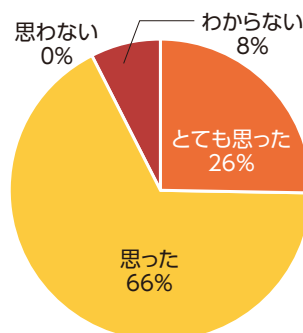
8. 「自分や家族が何を大切にしたいか」を考えるきっかけになったか



● 「何を大切にしたいか」を考えるきっかけ (人数)

なった	90
ならない	5

9. 意思決定できない場合に備えて、どのような医療・ケアを受けたいかを書き留めてみたいと思ったか



● 書き留めてみたいと思ったか (人数)

とても思った	25
思った	63
思わない	0
わからない	7

■ 講座後の感想

- 日頃から、これから先のことを頭において対処の仕方を考えていきたいと思います。時折、家族と話題にする高齢化社会における自分の在り方を、もっと真剣にとらえなければと思います。いただいた資料を読み返して、要点をまとめた上で、家族と話したいと思います。
- エンディングノートに自分思いを書き留めておこうと思います。
- 自分自身まだ若いと思っていたが今後の事も家族と話し合っていきたいと思いました。
- 自分が最後を迎える寸前にあたふたしたくないと思いました。頭がしっかりしていて元気な時に、しっかり考えてみたいと思います。
- 施設入居費用や介護サービス費用のことについても知りたいと思いました。

まとめ

人生会議を理解できた・少し理解できた人は97%であり、もしものことを話し合いたいと思った人は91%であった。自分が何を大切にしていきたいかを考えるきっかけになった人は95%であり、意思決定ができない場合に備えてどのような医療やケアを受けたいか、という思いを書き留めてみたいかについては、とても思った・思った人が93%であった。

出前講座の参加者は地域サロン利用者で積極的に学びたい人が多かったためか、人生会議を理解し自ら家族と話し合ったり、思いを書き留めていきたいという行動変容の現れが見られた。

これからも人生会議の普及活動を行っていくことが望まれる

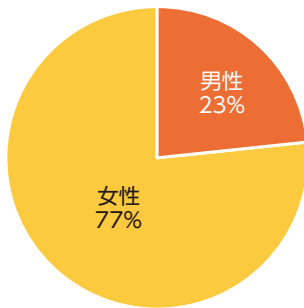
■2024年度

出前講座 ACPアンケート調査結果(医療福祉関係者)

●対象者：病院・福祉施設職員／2か所

●対象者：出前講座前／81名

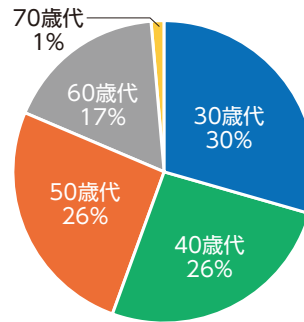
1.性別



●性別(人数)

男性	19
女性	62

2.年代

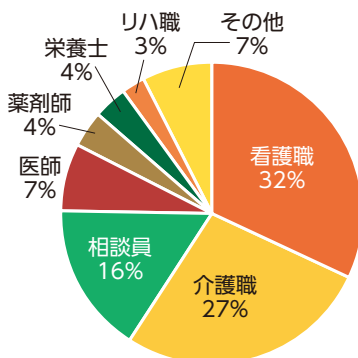


●年代(人数)

30歳代	24
40歳代	21
50歳代	21
60歳代	14
70歳以上	1

属性は女性が7割以上を占め、年齢はほぼ70歳以下であった。職種は医療・介護の専門職で多職種であった。

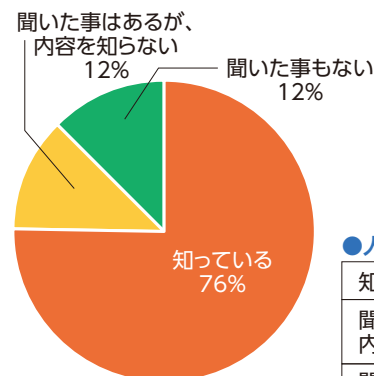
3.職種



●職種(人数)

看護職	26
介護職	22
相談員	13
医師	6
薬剤師	3
栄養士	3
リハ職	2
その他	6

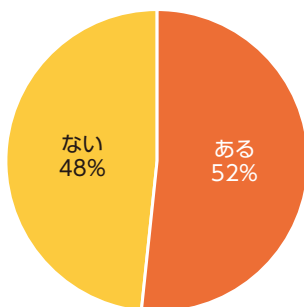
4.人生会議について



●人生会議(人数)

知っている	61
聞いた事はあるが、内容を知らない	10
聞いた事もない	10

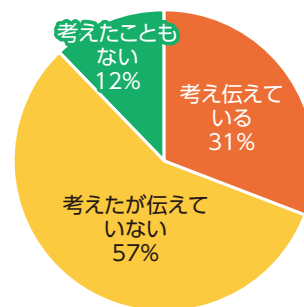
5.もしものことを話し合ったことがあるか



●もしもの話し合い(人数)

ある	42
ない	39

6.最期のことについて



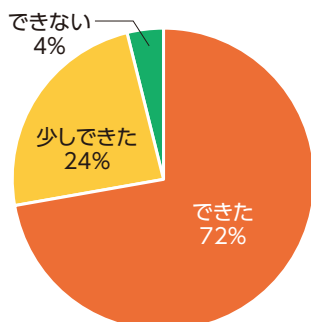
●最期について(人数)

考え伝えている	25
考えたが伝えていない	46
考えたこともない	10

人生会議については4分の3が知っており、半分がもしもの時について話し合ったことがあった。最期の時にどうしたいか考え伝えている人は3割であり、考えたこともない人が2割であった。

●対象者：出前講座後／54名

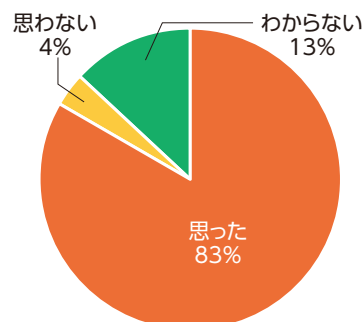
7. 人生会議について理解できたか



●人生会議の理解(人数)

できた	39
少しできた	13
できない	2

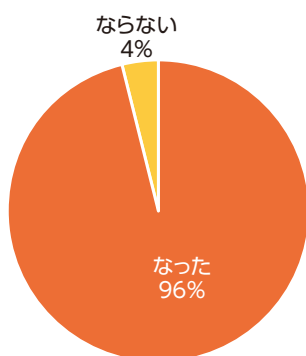
8. もしものときの事を話し合いたいと思ったか



●もしもの時の事(人数)

思った	45
思わない	2
わからない	7

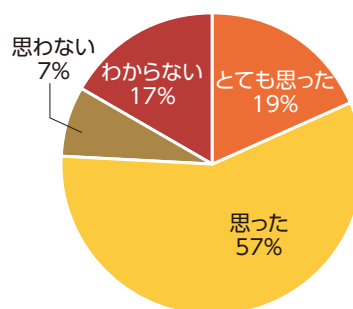
9. 「自分や家族が何を大切にしたいか」を考えるきっかけになったか



●「何を大切にしたいか」を考えるきっかけ(人数)

なった	52
ならない	2

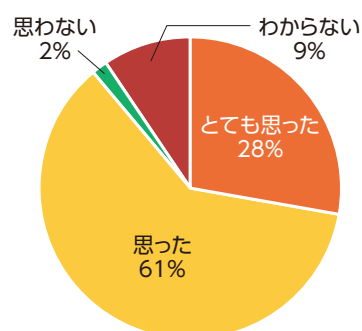
10. 意思決定できない場合に備えて、どのような医療・ケアを受けたいかを書き留めてみたいと思ったか



●書き留めてみたいと思ったか(人数)

とても思った	10
思った	31
思わない	4
わからない	9

11. 患者・利用者の人生会議を行ってみたいと思ったか



●人生会議をしたい(人数)

とても思った	15
思った	33
思わない	1
わからない	5

■人生会議を行ってみたいという理由について

- 意思を伝えられる段階で聞いておくことの大切さを知ったため
- 話せない状況になったときに家族を迷わせないため
- 本人の意思決定の重要性を更に理解したから
- 家族にとっても大事なことだと感じたから
- その方の今まで生きてきた想いや、ご家族との関係性を知ることによって病院本意、支援者本意とは違う結果になっても、それは本人決定という最後の大切な決断なので、それに寄り添いたいと思いました

人生会議について理解できた人、「自分や家族が何を大切にしたいか」を考えるきっかけになった人は96%であった。

もしものときの事を話し合っておきたいと思った人は、83%であった。

人生会議を行ってみたいという人は89%であり、関心が高まったと考える。



石川県訪問看護ステーション連絡会
ACPワーキンググループメンバー一覧

(敬称略、五十音順、◎:リーダー)

池川 淳子	訪問看護ステーションリベルタ金沢
小田中明美	訪問看護ステーション加賀
◎木谷 幸子	こすもす訪問看護ステーション金沢
中條 綾乃	羽咋市在宅総合サービスセンター
野口 峰子	小松市民病院訪問看護ステーション
能村 桂子	野々市訪問看護ステーション

舩岡 香澄	志賀訪問看護ステーション
山越亜由美	石川県医療在宅ケア事業団
●事務局	
上野谷優子	石川県看護協会
宮本由香里	石川県看護協会

「それぞれの人生会議ーふるさとへの想いに寄り添う(令和6年能登半島地震)ー」

令和7年(2025年)1月発行



公益社団法人 石川県看護協会 内
石川県訪問看護ステーション連絡会

〒920-0931 金沢市兼六元町3-69

TEL(076)208-3606 (出前講座の依頼はこちらまで)



石川県がんごちゃん
(金箔バージョン)