甲賀市社会福祉協議会の

在宅看取り

「家で最期を迎えたい」その思いを支えます

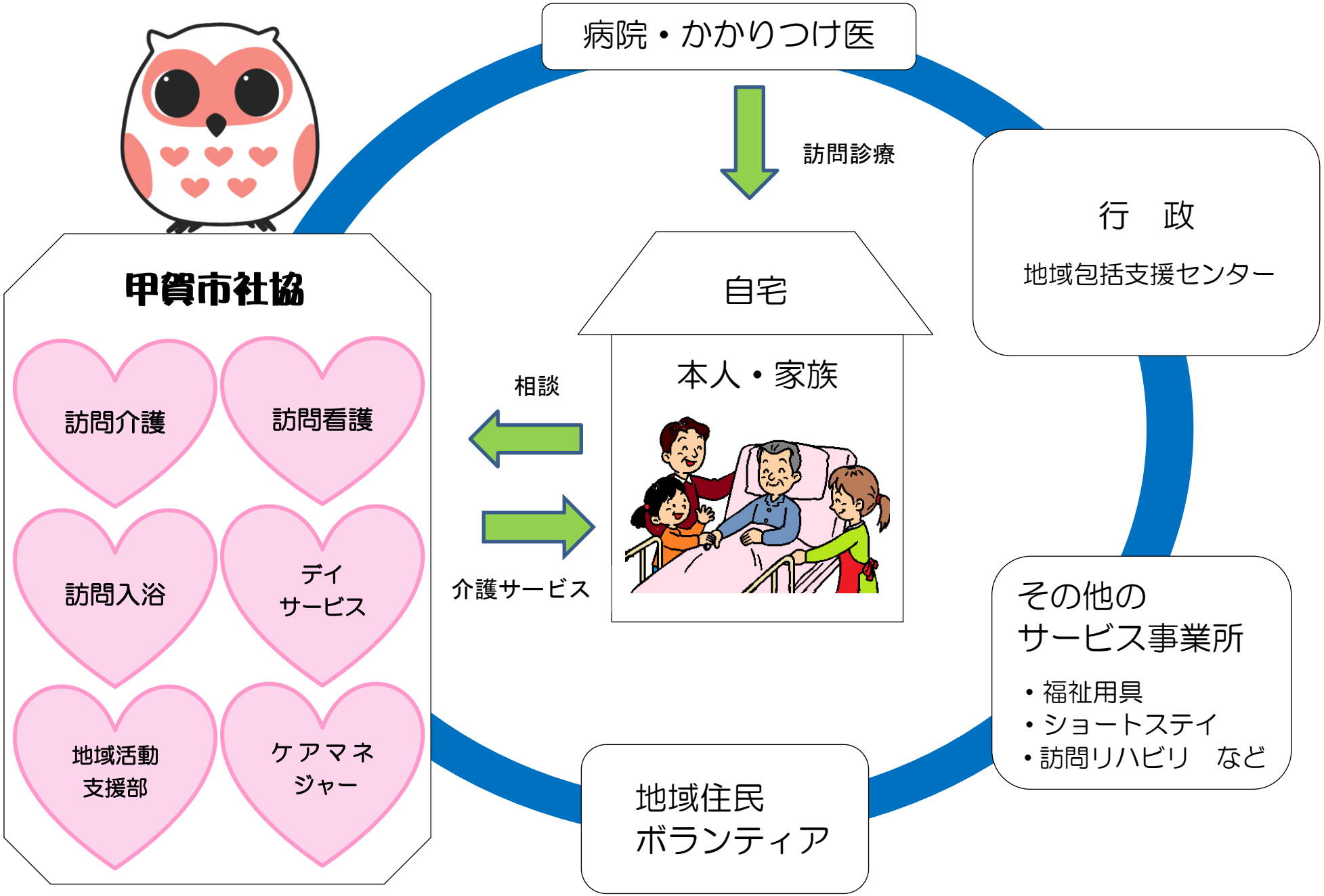
在宅生活支援部・居宅介護支援（ケアプランセンター）・訪問看護
通所介護（デイサービスセンター）・訪問介護・訪問入浴

ご自宅へ
訪問時の様子

認定特定行為業務従事ヘルパーによる胃ろう注入

看護師と介護員による訪問入浴の様子

訪問看護師による医療処置


病院・かかりつけ医
訪問診療
行　政
地域包括支援センター
自宅
本人・家族
相談
介護サービス
甲賀市社協
訪問介護
訪問看護
訪問入浴
デイ
サービス
地域活動
支援部
ケアマネ
ジャー
その他の
サービス事業所
・福祉用具
・ショートステイ
・訪問リハビリ　など
地域住民
ボランティア

生涯住みなれた地域

人生の最期を
自分らしく生きる

デイサービス

一人一人に応じた対応で穏やかに一日を過ごしてもらい、自宅での安心した生活につなぎます。

訪問入浴

最期まで安心、安楽に自宅で入浴できるように支援します。

訪問介護

最期まで利用者の思いに応えられる介護を提供します。

ケアマネジャー

自宅で安心して最期まで過ごせるように在宅療養や在宅看取りができるプランを提供します。

訪問看護

住み慣れた自宅で安心して暮せるように看護を行います。

◎ケアマネジャー

最期まで自分らしく過ごしていただけるよう社協のケアマネジャーがお手伝いします

① ケアプラン作成依頼

迅速に対応し、退院のタイミングを逃さないようにします

② 訪問、面接、相談

・在宅主治医や、病院との連携を図ります
・本人、家族の意向や思いをしっかりと確認します

③アセスメント

病状等、医療職から十分に情報を収集します

④ケアプランの原案作成

医療知識の習得について日々研鑽します

⑤サービス担当者会議

本人や家族がどのように在宅で暮らしたいかをチームで共有します

⑥ケアプランの最終確認

緊急時連絡体制を整えます

⑦モニタリング

・各事業所との十分な連携を図ります
・状態の変化に応じたプランの見直しをします
・本人、家族の思いを十分に受け止めながら寄り添い支援します

在宅療養・在宅看取り

◎訪問看護

訪　問　看　護　の　看　取　り

サービス担当者会議の開催

・状態の把握の共有
・今後の予測
・家族の協力体制および家族との合意
・主治医との取り決め　死亡時の連絡体制

話し合った後の変化により
留意事項があれば、ケアマネジャー
あるいは直接事業所に伝えます

訪　　問

①状態観察
②痛み等苦痛状況の把握
③覚醒状況
④皮膚トラブルのチェック
⑤食事・水分摂取量のチェック
⑥内服の管理
⑦家族の支援・状態の変化の見通しを伝える
⑧主治医や各事業所との連携
⑨緊急時の対応

経　過

1週間前頃

＜症状＞

眠る時間が長くなる
食事量の低下・ムセ
尿量の低下
せん妄

＜ご家族に＞

その時できる事、話し合っておきたい事を先送りせず、ご本人に伝えておいてください。
最期の時期が近づきつつある時も、ご本人の耳は聞こえているといわれます。声掛けしながら家族水入らずの旅立ちの時を過ごしてください。
それぞれ心残りが無いように、親戚の方や親しい人には、ご連絡されておいた方がよろしいでしょう。

1～2日前

＜症状＞

声を掛けても目を覚ますことが少なくなる
ゴロ音・肩呼吸
不規則な呼吸のリズム・下顎呼吸
四肢冷感・チアノーゼ
血圧の低下

＜ご家族に＞

あえいでいるように見える事はありますが、苦しいからではなく自然な動きなので心配ない事を説明します。

※　状態には個人差がありますので、
　　詳しくは看護師にお尋ねください。

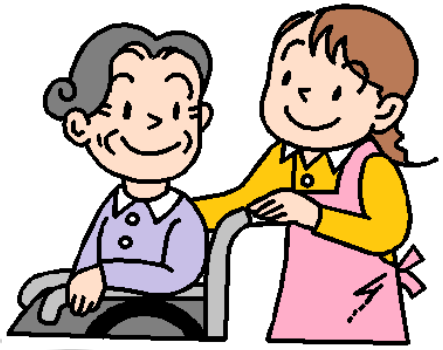
最期の時

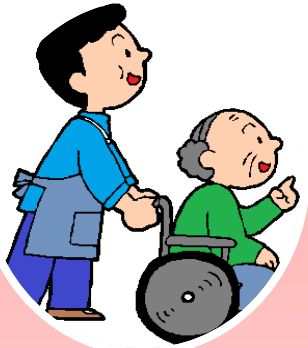
家族より訪問看護に連絡
↓
訪問看護師による心肺停止の確認
↓
主治医に連絡
↓
主治医による死亡確認
↓
エンゼルケアの実施
（保険外サービス）

＜各事業所スタッフに＞

状態の変化や家族の気持ちの変化があれば、訪問看護に連絡をもらう。

◎ デイサービス





体調や体力に不安のある方でもゆったりとした時間の中で

「楽しい」「温かい」と感じ　安心して１日を過ごしていただくために

充実したサービスの提供をします

ご家族の介護負担の軽減と、ご利用者様が社会とのつながりを持つこと

で生活に喜びを見いだし生きる力となるよう支えていきます

サービス内容

◎送迎　　状態に応じた車輌にて送迎します
　　※緊急時は看護師が同乗します

◎入浴　　体調変化にも柔軟に対応します

◎食事　　個々に応じた食事形態にて
　　見守りのもと食事を楽しんでいただきます

◎活動支援
- 体調を考慮した範囲内で日常生活動作が維持できるようにお手伝いします
- 個々の趣味を取り入れ多様な内容で楽しみながら共に過ごす時間を持ち、
　自然な活動を促します
- 体調に合わせてゆっくりと静養もしていただけます

連携体制

★利用者・ご家族様
　面会の受け入れ，相談助言
　社会とのつながりをサポート
　積極的な受け入れ
　（利用日変更・臨時・時間短縮）

★介護事業所・医療機関など
　利用者の情報提供・情報交換
　緊急時の対応体制

※医療依存度の高い方でも相談に応じ
　受け入れさせていただきます

◎ 訪問介護

365日いつでも訪問し安心をお届けします。

連携

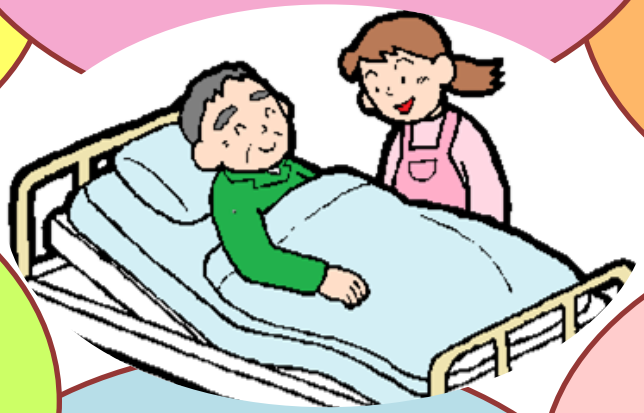
状態観察を行いケアマネジャー・医療・看護と密接な情報の共有をします。
急変時には、すぐ関係者に連絡をとる体制ができています。

コミュニケーション

ご本人の思いを汲み取り、穏やかな生活を支えます。また、不安な思いをもつ介護者様の気持ちに寄りそい安心して介護ができる環境を整えます。

排泄の援助

残された能力に応じて段階的に介助を行ないます（トイレ→ポータブル→オムツ）。排泄状況（量・色・出血等）を観察し体調の変化をタイムリーに関係機関に発信します。



食事介助

食べやすい姿勢を確保し、トロミ・ペーストなどご家族や栄養士と相談しながらお好きな物を摂取していただきます。また、経管栄養になった場合でも認定特定行為業務従事者が訪問し注入や痰の吸引等行います。

事業所体制

計画的に吸引や注入等の医療行為ができる認定特定行為業務従事者を配置し、平成 27 年度現在8名の有資格のヘルパーが市内全域を訪問しています。
また研修や介護実習などを通して職員の質の向上に努めています。

清潔保持

状態に合わせて柔軟な対応をします。
入浴が難しくなったら全身清拭のほかベッド上で手浴・足浴・洗髪もできます。苦痛なく満足感が得られるような介護を提供します。

看取りにおける緊急時の対応

意識の確認
（呼びかけに）

応答なし

呼吸・脈の確認

確認できず

緊急連絡

異常あり

家族に連絡

家族に連絡がつかず判断に迷う場合、ケアマネジャー・訪問看護などに連絡

応答あり

一般状態の確認
・熱感の有無
・嘔吐の有無
・チアノーゼ　　など

異常なし

ケア開始

※連絡先については、関係者で共有し連絡票を掲示しておく。

訪問入浴

ご自宅のお部屋で安心入浴

●専用浴槽で負担の少ない入浴を提供します

＜社協の訪問入浴＞

- 急速な病状悪化等による特別な入浴にも対応いたします。
- 訪問看護と連携を密に取り、医療依存度の高いケースも受け入れます。
- 甲賀市内のあらゆる場所に訪問いたします。

●訪問入浴にはたくさんの効果があります

コミュニケーション効果

スタッフとの会話を通じて、忘れていた言葉を思い出したり、表情が豊かになったりします

リラックス効果

気持ちが晴れる・疲労感の解消・気分転換など、精神面での効果があります

皮膚の清浄

皮膚を清潔に保つと共に、血行を良くし、新陳代謝を促します

マッサージ効果

水圧によって全身が適度にマッサージされる効果があります

食欲増進

副交感神経が活発になり、胃液の分泌も増え食欲増進につながります

疼痛の緩和

温めることで関節を柔らかくし、動かしやすく、痛みも和らげます

病状変化の発見

看護師が全身を確認するので、むくみや床ずれなどの病状変化を早期発見することができます

在宅看取りマニュアル（居宅介護支援）

ステージ	実施項目	支援のポイント	具体的な視点	主たる連携先
1. 在宅準備期 [依頼～退院まで]	①本人・家族との面談	・利用者や家族が病状や予後などについてどのように受け止め、理解されているかの確認を行う。	・この時点での、今後の過ごし方への思いを確認する。	病院地域連携室
	②介護認定の確認	・申請がまだなら≪至急扱い≫で認定調査を行う。認定済でも必要なら区分変更の申請を行う。	・介護保険サービス利用を意識する。	地域包括支援センター
	③カンファレンス （主治医との面談）	・往診なのか通院なのか。通院の場合は通院手段の検討。 訪問看護の導入の確認。ターミナル（医療保険）かどうかの確認などを行う。	・退院後のかかりつけ医との調整。	主治医 かかりつけ医
	④在宅サービス調整	・訪問介護、訪問看護、デイサービス、訪問入浴、福祉用具、住宅改修などのサービスの調整を行う。 ・必要時、軽度者の福祉用具貸与申請を行う。	・迅速に対応し、退院のタイミングを逃さない。	各サービス事業所
	⑤サービス担当者会議	・できれば主治医を交える。 ・緊急時の連絡体制を確認する。	・完全なケアプランにこだわらない。	
2. 在宅開始期 [退院当日～ 1週間を目途に]	①モニタリング	・介護環境の再調整を行う。 ・サービス提供時間に同行訪問する。 ・本人、家族の不安感の解消に努める。	・各事業所からのモニタリング情報を集約。 ・不安感の具体的な内容を医療職と共有し連携する。	各サービス事業所 かかりつけ医 訪問看護
	②プラン修正	・プランの修正は迅速に行う。		各サービス事業所

ステージ	実施項目	支援のポイント	具体的な視点	主たる連携先
3. 生活安定期 [1週間～ 病状変化まで]	①モニタリング ②緊急時の対応方法の再確認	・家族の疲労度を確認する。 ・本人の楽しみやしたいことができるように支援する。 ・口頭だけでなく紙ベースで記載しておく。	・一番適切なレスパイトの方法（レスパイト入院、デイサービス、ショートステイ、訪問介護など） ・本人や家族の思い、方向性の変化があるかもしれない。	家族が選択したレスパイト方法の事業所
4. 病状変化期 [変化した容態に対して病院での治療が望ましいかどうかを再検討する時期]	①本人、家族へ入院の意向確認 ②医療職との連携 （本人、家族の思いを医療職に伝える） ③変化を予測したプラン変更の検討 （介護量増加分はサービスで補うよう提案、プランニング）	・本人と家族別々で話を聞く。 ・現状の説明と今後の見込みを医療職に行ってもらい、選択された方向性を関係者が共有する。 ・体調変化があったことは必ずチームで共有できるようにその情報を知らない職種に必ず伝達する。必要時には緊急ケアカンファレンスを開催する。 ・家族は病状悪化に対応していくのが精一杯で、冷静に介護の分業などを相談している余裕もなくなっていくため、ケアマネジャーが積極的に介入してサービスの提供をしていく。	・完全なプランができてから変更しようとするのではなく、この時期からプランをどんどん変更する必要があることを覚悟の上で、重要な変更からとにかく速く動く。 ・排泄等の介助で訪問介護を増やしたり、入浴を訪問入浴に切り替えるなど。	かかりつけ医 訪問看護
5. 看取り期 [さらにワンランク悪くなり家族にとって精神的にも大変な時期]	①家族への寄り添い ・家族の看取りの理解度再確認 ・不安な思いの傾聴	・医療職も十分気をつけているが、ケアマネジャーも介護者が現状を理解しているかどうかの確認・助言・傾聴が重要。不安をそのままにしていると急性憎悪の時にパニックになり、在宅死を望んでいるのに救急車を呼んでしまうことがある。 ・家族のさまざまな感情を受け止め、家族に寄り添う。	・リラクゼーション、足浴、アロマ、手足をさする、音楽を流すなどの苦痛の緩和や癒しの提案をする。	

ステージ	実施項目	支援のポイント	具体的な視点	主たる連携先
6. 最期の看取り [お亡くなりの連絡を受ける]	①関連事業所への連絡			各サービス事業所
7. グリーフケア （亡くなった後） [利用者が亡くなり、残された家族が悲しみを消化し、新しい生活の形を見つけていくための時間]	①お悔みお参り、傾聴 ②振り返りカンファレンス開催	・在宅でご本人を看取るぐらいの結びつきが強い家族では、利用者が亡くなった後、残された家族が悲しみを消化し、新しい生活の形を見つけていくには時間がかかることを理解する。 ・一緒にチームを組んだ他の職種のメンバーとよりよいケアのために今回のケースを通して得た知識や反省を次回に生かせるような場をつくる。		かかりつけ医 各サービス事業所

終末期に想定される在宅医療

医療処置	処置の概要	在宅での注意事項	在宅サービスにおける対応等			備考
			訪問看護	訪問介護	通所介護	
・経管栄養法 胃ろう 経鼻栄養	経口摂取が不可能あるいは不十分な患者に対し、体外から消化管に通したチューブを用いて流動食を投与する処置。	注入開始後の状態観察 呼吸状態・顔色 悪心嘔吐の有無 腹痛など	医師の指示受け ・胃ろう周囲の洗浄 ・汚れの確認 ・皮膚トラブルの有無 ・注入食の接続 ・内服の注入 （特別管理加算Ⅰ）	・有資格者による、経管栄養および水分の注入（医師の指示書、看護師の定期的な指導要） ・薬剤の注入は不可	家族・医療と連携し注入食の接続と処置を行う。但し抜去の場合は医療へつなぐ	
・痰の吸引	口腔内、のど（咽頭、喉頭）、鼻腔、気管、気管支などに、溜まっている分泌物（痰など）を吸引器などを利用して体外に排出する。	・食事中のムセの有無 水分摂取時のとろみ剤の調整 ・咽頭ゴロ音があり吸引できない状況なら、側臥位を取ってもらう	・酸素飽和濃度の測定 ・痰の性状、量 ・医師に状態報告 ・咽頭ゴロ音の確認 ・吸引	・有資格者による、痰の吸引（医師の指示書、看護師の定期的な指導要）	家族・医療と連携し必要時に痰の吸引を行う	※気管切開・気管カニューレ使用の場合 （特別管理加算Ⅰ）
・膀胱留置カテーテル	尿路の通過障害があるが、自己導尿が困難な場合、膀胱にカテーテルを留置し、排尿を行う。	・4週間以上の長期留置は結石形成を引き起こすため、通常は2～3週間に1回カテーテルを交換。 ・感染予防のため、尿量を一定以上（1000～1500cc）に保つ必要あり。	医師の指示受け ・バルン交換 ・性状の観察 ・陰部洗浄 ・状態報告 （特別管理加算Ⅰ）	・尿バッグ内の状態観察、廃棄、廃棄口の清潔 ・移乗移動及び体位交換時のルートの安全確保	家族・医療と連携し、カテーテル管理を行う。但し抜去の場合は医療へつなぐ	男性は出血トラブルが起こりやすいので病院で交換してもらうことが望ましい

医療処置	処置の概要	在宅での注意事項	在宅サービスにおける対応等			備考
			訪問看護	訪問介護	通所介護	
・中心静脈栄養法（IVH）	中心静脈（心臓に近い太い静脈）にカテーテルを留置して必要な栄養・エネルギー・水分・電解質などを補給する。 （高カロリー輸液）	・自己抜去 ・ルートトラブル（折れ曲がり、接続不良による漏れなど）	医師からの指示受け ・状態の報告 ・指示の点滴の接続 ・滴下数調整 ・ルート交換 （特別管理加算Ⅰ）	・点滴状態の確認（点滴挿入部・カテーテル） ・体調確認（自己抜去に注意） ・移乗移動時のルートの安全確保	要相談	
・末梢静脈栄養法（PPN）	短期間（目安としては2週間以内）、経口で栄養・水分が摂取できない場合に、末梢の静脈を通して栄養を補給する。	・自己抜去 ・点滴漏れ（周囲の腫れ）	医師からの指示受け ・状態の報告 ・滴下数調整 ・必要であれば特別指示書の依頼 （3日/週以上の施行時は特別管理加算Ⅱ）	・点滴ルートの状態確認 ・体調確認	要相談	
・皮下点滴	血管注入の点滴ではなく、皮膚の下に通して、必要な水分を緩やかに補給する。 過度の延命を強いず、患者の苦痛を和らげる終末期医療。	・自己抜去 ・ルートトラブル（折れ曲がり、接続不良による漏れなど）	医師からの指示受け ・状態の報告 ・点滴針の挿入または抜去 ・滴下数調整 ・ルート交換 （特別管理加算Ⅰ）	・体調確認	要相談	

医療処置	処置の概要	在宅での注意事項	在宅サービスにおける対応等			備考
			訪問看護	訪問介護	通所介護	
・ストマ（人工肛門）の管理	消化管の疾患などにより、便を排泄するために、腹部に増設された消化管排泄孔。	・ストマ周囲のただれなど皮膚状態の観察 ・漏れの状態	・パウチ交換 ・皮膚トラブル時の処置 （特別管理加算Ⅱ）	・パウチ内の排泄物の廃棄、内容物の確認（肌に接着したパウチの取り換えは除く）	家族・医療と連携しストマ管理、処置を行う	
・排便コントロール（摘便・浣腸）	排便障害に対して下剤、浣腸、摘便などの方法により排便を促す。	・食事量の把握 ・水分の促し	・必要時摘便 ・必要時浣腸 ・下剤コントロール ・排泄チェック表の確認	・摘便→不可 ・市販の浣腸剤の注入介助、排泄記録、医師処方によるラキソベロン等滴数投与薬介助	必要性の高い方については医師の指示のもと適時行う	
・褥瘡処置	＊褥瘡の好発部位 仰臥位：後頭部 肩甲骨部 仙骨部 腫 側臥位：耳介 腸骨部 （大転子） 腓骨部 座　位：尾骨部 坐骨部	・摩擦やズレ 座位時の姿勢 ・褥瘡好発部位の新たな皮膚トラブル ・低栄養	・ポジショニング ・創部の測定 ・皮膚科とのコンタクトをとり処置 ・栄養指導 （真皮を越える褥瘡 特別管理加算Ⅱ）	・汚れた保護材の交換、創を水により洗浄、創傷被覆材貼用	必要度により医療機関の指示書のもと処置を行う	

医療処置	処置の概要	在宅での注意事項	在宅サービスにおける対応等			備考
			訪問看護	訪問介護	通所介護	
・疼痛コントロール（モルヒネ）	がん性痛緩和を目的に、モルヒネ鎮痛薬による薬物療法	・決まった時間に決まった量を服用、貼用できているか ・排便状況の確認	・痛みの状態把握 ・痛みのコントロールができていない場合は医師に上申 ・排便のコントロール	・副作用出現状況等の状態観察、薬剤を使用しないペイン緩和支援	家族・医療と連携し必要時に対応する 特変時は医療につなげる	※残薬の管理については、厳重に行う。
・在宅酸素療法（HOT）	慢性呼吸不全患者に対し、自宅に酸素供給機を設置し、必要時あるいは24時間酸素吸入を行う治療法	・火気の取り扱い ・装着方法 →外れていないか ・耳介の皮膚トラブル ・活動範囲内の足場の確保	・酸素飽和濃度の測定 ・肺音の聴取 ・ルート交換（1回/月） （特別管理加算Ⅱ）	・パルスオキシメータ装着介助、機器の作動状態確認 ・移動時のルートの安全確保	家族・医療と連携し経過観察を行い必要時管理を行う	
・その他				・自動測定機による血圧測定、体温測定、本人、家族への精神的支援 ・上記処置は医療行為もあり、ドクター、訪看、ケアマネジャーとの密接な連携のもと、居宅サービス計画書に記載が必要	皮膚トラブルの場合は処置物品の持参をしてもらう	

平成27年10月作成