



# 『地域での看取りを知る』 -多職種の視点からみた看取りの実際-

## ～在宅看取り 訪問介護からの視点～



株式会社 ケア・スキル

居宅介護支援事業所  
ヘルパーステーション

# 笑福

ケア管理者  
サービス提供責任者

山口 瑞穂

# 笑 福



笑 福  
門に  
た 来 は  
る





株式会社 ケア・スキル  
ヘルプーステーション・居宅介護支援事業所

# 笑福

## ヘルプーステーション笑福

- 介護保険サービス
  - ・訪問介護
  - ・介護予防日常生活支援総合事業
- 障害福祉サービス
  - ・居宅介護・重度訪問介護
  - ・同行援護
- 函館市養育支援訪問事業(子育て支援)
 

統括管理者	1名
ケア管理者	1名
サービス提供責任者	6名
訪問介護員	17名

## 居宅介護支援事業所笑福

- 介護保険サービス
    - ・居宅介護支援
- |           |    |
|-----------|----|
| 主任介護支援専門員 | 1名 |
| 介護支援専門員   | 1名 |

## 相談支援事業所 笑福 (開設準備中)

- |       |        |
|-------|--------|
| 管理者   | 1名(兼務) |
| 相談支援員 | 1名     |

## 研修等講師派遣事業

- 講師派遣、セミナー開催等

### スタッフの主な所持資格

介護福祉士	12名
実務者研修修了者	1名
初任者研修修了者	10名
准看護師	1名
保育士・幼稚園教諭	1名
社会福祉主事任用資格	3名
相談支援員研修修了者	2名
主任介護支援専門員	1名
介護支援専門員	2名
調理師	2名
キャリア段位アセッサー	1名
介護技能実習試験評価者	1名

# 職員総人数 28名 (女性26名男性2名)



訪問介護・居宅介護 利用者人数 180名

居宅介護支援 利用者人数 80名

(介護・予防含)

## 理 念

- 【 活 き る 】 ・一人一人の想い(思い)を第一に考え、自分らしく生きる事のお手伝いをします。
- 【 心 の 笑 顔 】 ・心から笑えるよう、常にご利用者様の気持ちに寄り添い、心の声に耳を傾け、心が笑顔になる方法を一緒に考えます。
- 【 今、ここ、この瞬間 】 ・ご利用者様とのひと時は尊くかけがえのない時間として、常に「今、ここ、この瞬間」を大切にしたい関わりをします。
- 【 質の高い介護 】 ・私達は、プロとしての自覚を持ち、プロとして質の高い介護サービスを実施すると共に自己研鑽を怠らず、知識・技術・技能を高めて常に質の向上に努めます。

## 訓 示

せい れい かっ きん  
～ 精 励 恪 勤 ～ 「精励」～力を尽くして努め励む  
「恪勤」～職務を忠実に努める

- ・出来るからやるのではなく、やるからできるようになる。
- ・恥ずべき事は失敗した事ではなく、やろうとする勇気が持てない事である。
- ・無理だと思えば無理、大丈夫と思えば大丈夫、全ては自分の思い次第。

# 笑福の特徴

- 定年制無し
  - 副業自由
  - 働ける環境配慮
  - 子連れ出勤  
私用中抜けOK
  - 突発研修会
  - 多様な研修会
  - 飲食ミーティング
  - 女子会予算
  - 働きやすい条件
  - 情意重視評価
  - 退職者が少ない
  - 細く長く着実精神
- ・・・職務に支障がない限りは、やりたい人がやりたいところまで。
  - ・・・笑福での業務をしっかり全うするのを条件に副業自由。
  - ・・・病気や障がい、家庭の事情等の個々の事情に合わせた業務内容。
  - ・・・拘束時間があっても状況に応じて、プライベートの用事を済ますことができる。
  - ・・・不安や課題があった際に、その場で少人数研修会の開催。
  - ・・・内部・外部の計画的な研修会・職員が自ら参加したい研修会の提案の推進・費用負担。参加したい意欲を重視。
  - ・・・職員会議はジュースとお菓子を食べながらリラックスした雰囲気になんでも話せる環境で会議。
  - ・・・仕事に関わる個別の悩みや相談事に食事代予算が事業所から出る。
  - ・・・勤務時間・仕事内容が個々のライフスタイルに合わせて決定。
  - ・・・社会人基礎力・職業能力評価・個人目標設定による能力評価の仕組み。努力した人が報われる努力主義。
  - ・・・今年、病気の為、退職した職員がいたが、3年間退職者無し。
  - ・・・頑張り過ぎないことを頑張り、完璧は求めず着実を求める個々の成長に合わせた成長・向上を目指す。

**少し変わったところがある会社ですが、働く人を大切にする会社です。**

# 私の専門職としての役割

## サービス提供責任者

『ケアマネジャー』や『訪問介護員』との連絡・調整をするコーディネーター業務。

居宅介護計画を基に、訪問介護計画の作成やヘルパーへの指示・指導、利用者の生活全般の状況の把握等が主な業務。「サ責」と呼ばれる。

## ケア管理者

『運營業務と他のサービス提供責任者の対応・計画内容が適正に行われているか指導的立場の職員の業務やサービスに関する質の管理を行う』笑福独自の役職。

**統括管理者**～「運営に関わる全体の管理を主として行う」

**ケア管理者**～「サービスの質の管理を主として行う」

## ・平成25年開設より20名程

(ここ2~3年前より、依頼が増えている印象)

- ・その他に医療施設・福祉施設の入所・入院までの間の  
終末期、看取り介護の依頼(期間限定の訪問介護サービス利用)

平成30年度の介護報酬改定により、居宅介護支援事業所においてターミナルケアマネジメント加算が新設され、在宅看取りニーズの高まりの影響もあり、訪問介護での看取り介護が増加しているとも考えられる。

ケアマネジャーからの依頼が殆どだが、直接医療機関からの依頼もある。

## 疾患

①末期癌 ②ALS ③老衰 ④重度の認知症

障がい福祉サービス利用者で若い方もいた。

## 依頼内容

- ・『末期癌で、延命治療せずに看取りとなり最期の場所を自宅と選びました』
- ・『サービス途中から、老衰、重篤な状態により、看取りとなりました』
- ・『ALSの疾患の方で余命宣告後、最期は自宅との希望です』

## 本人・家族の声

などの内容で担当者から依頼を受ける。

- ・『最期は家に帰りたかった・・・』
- ・『家族のそばに居たかった・・・』
- ・『身寄りが無いが、亡くなった家族の仏壇の傍で逝きたい・・・』
- ・『入院が長くなると金銭的に苦しくなるので在宅に戻ろうと思った・・・』
- ・『本人の苦しむ様子を見ていて辛く、最期は家族で過ごそうと思った・・・』
- ・『本当は入院してほしいんだけど、帰されてしまって家に戻ってきた・・・』
- ・『病院だと看護師さんに甘えて自分が頑張れない気がして戻ってきた・・・』

いろいろですね...



等々...



# 依頼からサービス開始までのおおまかな流れ

○依頼が入る  
大まかな状況・看取り介護までの経緯を伺う

○担当サービス提供責任者を決定

○スタッフに依頼情報を伝える

○希望の時間・回数等シフトの確認

○事業所内カンファレンスの開催  
・不安や懸念事項を出し合い情報の共有  
・状況により死と向き合うことが難しいと思うスタッフは辞退することもできるようにしている  
・基本的にやりたいスタッフが行う

○担当者会議  
・在宅での看取りを選んだ理由や本人、家族の思いを伺う

## スタッフ全員で不安な事・感じている事・思いなど、どんな些細な事も、何度も何度も繰り返し話し合う！

○サービス利用開始

○事業所内カンファレンス  
・再度不安や懸念事項を出し合い情報の共有を図る  
・訪問介護計画、サービス手順書に基づき細かな内容の打ち合わせ

○サービス提供責任者の訪問・ケアマネジャーへの連絡・報告・相談

○サービス利用中  
・サービス提供内容や本人の状態について調整や検討を繰り返し事業所内で話し合う。

○初回訪問  
サービス提供責任者とその日の担当ヘルパーと同行・挨拶や細かなサービス内容の確認

本人や家族の気持ちを知ることはサービスを行ううえでとても大切なことと考える

# 在宅での看取り介護について

## 何を伝えようかととても悩みました・・・

個々に違い、何が良いのか、どうすると良かったか、毎回、悩むことの連続です。そんな内容を今日はお話させていただきます。

- ①本人、家族の気持ちにどのように関わると良かったのかと悩んだこと・・・
- ②自宅に戻ることを強く望むが、在宅看取りが困難で、外出のみできた利用者の亡くなられてからの家族の気持ち・・・
- ③通常のサービス提供から状態の悪化で看取り介護となった・・・

上記の事柄を織り交ぜながら、これからの医療・福祉・多職種の連携がより繋がるために皆さんと一緒に考えたいと思います。



①本人、家族の気持ちにどのように  
関わると良かったのかと悩んだこと・・・

①本人、家族の気持ちにどのように関わると良かったのかと悩んだこと……

### 利用者情報

- ・末期の肺癌
- ・重度の認知症
- ・女性 80歳
- ・キーパーソン 息子(未婚)  
(重度の糖尿病)
- ・2人暮らし

### サービス回数

朝・昼・夕・夜×7日

### サービス実施機関

- ・居宅介護支援
- ・訪問診療
- ・訪問看護
- ・訪問介護

### ○息子様の気持ち・・・

『延命治療はせずに在宅で看取りたい』

サービス利用当初	<ul style="list-style-type: none"><li>・サービス開始から1年位は会話も多く好きな歌を聞きながら手を上げて踊るくらい元気に見えた。</li><li>・徐々に食事摂取量が減り、呼吸苦が強くなり亡くなる2～3か月前からは入退院の繰り返し。</li></ul>
----------	---

### ○息子様はいつも寂しそうな表情で・・・

『大丈夫かな・・・俺に出来ることないか・・・』と頻繁に口にする

最後の退院時	『自宅に帰るのは体力が持たない・・・』と伝えられ退院。
--------	-----------------------------

自宅	退院後、1週間後に息子様が自宅で看取ると決断。
----	-------------------------

本人の状態は、日に日に低下していった・・・

### ○息子様全く眠れていない様子・・・

『ヘルパーが居る時は休んでください』と言っても休まず、  
『最期まで母の傍にいたい・・・』と頻繁に泣いていた。

①本人、家族の気持ちにどのようなように  
関わると良かったのかと悩んだら...

## 本人の様子

- ・褥瘡が身体のあちこちに発生
- ・か細い声で『苦しい・・・苦しい・・・』  
と言いつける。
- ・口腔内が乾燥し出血が目立つようになる  
口腔ケアをするたび『痛い・痛い・・・』  
と言っていた。



最期に近づくとつれて  
息子様の名前を  
何度も呼ぶことが多くなる

## ヘルパーの様子

- ・褥瘡をこれ以上悪化させたくないと  
排泄ケアの摩擦がないように汚れや湿潤が  
残らないように緊張しながら行っていた・・・
- ・胸苦で『苦しい・・・』と言う本人に体位を変え  
胸や背中を擦ることしかできなかった・・・
- ・口腔内の乾燥がひどくなり、痰がこびりついて  
出血するため、思うようにできず痛い思いをさせて  
しまった・・・



口腔ケア・ポジショニング・呼吸苦・褥瘡に  
関する留意点や対応方法など、訪問診療・訪  
問看護に連絡をとって教えてもらい皆で練習  
して実践。できることは何でも行った。

・ヘルパーは手を握ることしかできなくなっていた・・・

**ヘルパーも退室する際は、本当に心配で心配で、なかなか帰れずにいました。  
同時に、その日を迎えることの現実が緊張感が増してきたことも思い出します。**

最期となった夜間のサービス提供の際に容態が急変  
早朝に息子様から「なんかもう駄目になった・・・」と連絡を受けました・・・

## 看取り介護が終わった後のヘルパーの気持ち・・

『もっと医療的な事を解かっていたらよかった・・・』

『息子様に、もっと声をかけることができていたら・・・』

『すぐに状態の変化に気が付いて報告していたら・・・』

『「大丈夫」の一言がなかなか言えなかった・・・』

もっと、苦痛や不安や苦悩を和らげたかった・・・

①本人、家族の気持ちにどのように

関わると良かったのかと悩んだこと・・・

②自宅に戻ることが強く望むが、在宅看取りが困難で、  
外出のみできた利用者の亡くなられてからの家族の気持ち・・・

②自宅に戻れることを強く望むが、在宅看取りが困難で、外出のみでできた利用者の亡くなられてからの家族の気持ち…

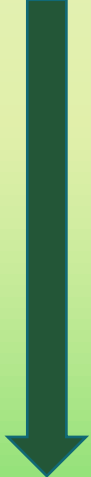
### 利用者情報

- ・全盲
- ・女性 65歳
- ・キーパーソン娘  
2人暮らし

### サービス

- ・障がい福祉サービス  
(同行援護)
- ・コンサート
- ・お茶教室
- ・香雪園の紅葉等

本人の状態



最期の入院



在宅は難しい



MSWに相談

先生・看護師長相談

『カンファレンス』



**外出許可**

## 『自宅内で転倒し、大腿骨頸部骨折』

退院をするが、食欲減退、体力低下、ADL低下があり、入退院を繰り返す度に状態は低下していった・・・



手作りバックサポート

ADLの低下に伴って座位の保持が困難になり、愛用の椅子に腰かけることや車いすでの姿勢保持が長時間できなくなったが、ご本人から『どうしても椅子に座りたい・起きなきゃだんだん動けなくなるでしょう』と訴え、スタッフがバックサポートを手作りして対応していた。(クッション・車椅子を申請中だった)

### ○ 娘様

『家に帰したい・・・』『もう残りの時間がない・・・』

状態悪化の為、退院は危険との判断だったが、ソーシャルワーカーが何度も掛け合って相談してくれた



②自宅に戻れることを強く望むが、在宅看取りが困難で、外出のみできた利用者の亡くなられてからの家族の気持ち・・・



- ・担当医 『何でも食べていいよ』
- ・看護師長 『何かあったらすぐに連絡くださいね』

○娘様 久しぶりの帰宅で本人の好物を準備 大好きなお寿司・豚汁・ケーキ等  
本人の様子 玄関に入って椅子に座ってからはずっと口元がほころんで笑顔でした。  
食事もほぼ完食。

**親子2人でずっと手をつないだまま寄り添っていた。**

### ○娘様からの言葉

『最期は病院でしたが、本当に良かった・・・今まで親孝行していなかったから、家に帰ってこれなかったら一生後悔していたと思う・・・こうなったのも自分が何もできなかった後悔もあるから・・・悔いなしです。ありがとうございます。』

一人の力では困難なことも、思っていることや希望を素直に伝えることで心が動き、それぞれの専門職が動いてくれた結果、大きな連携となり外出が可能となったチームとして携われたことが印象的でした。

看取り介護の経験があるヘルパーは少なく、  
看取り介護の経験の無いヘルパーも入る。



不安を感じるヘルパーは多い

何度経験していても馴れることは無い

5. 職域から見た自施設・での看取りについて感じていること  
(苦悩も含めて) 在宅での看取りの実際

5. 職域から見た自施設・での看取りについて感じていること  
(苦悩も含めて) 在宅での看取りの実際

**不安！！**



- ・何かあったらどうしよう・・・
- ・医療知識がなくて大丈夫かな・・・
- ・行って息をしてなかったらどうしよう・・・
- ・急変したらどうしよう・・・
- ・一人で入るのはちょっと怖い・・・

- 一人で利用者の自宅に入る責任の重さ
- 何か起こったらと不安な気持ち

**スタッフのモチベーションにも影響**

## ヘルパーが目のあたりにする様子

- ・口腔内が乾燥し出血。
  - ・内出血や褥瘡が発生し悪化してゆく。
  - ・手指・足趾・口唇のチアノーゼ。
  - ・呼吸が苦しそう。
  - ・食べ物が飲み込めない。
  - ・喀痰が出来ず苦しそう。
  - ・拘縮が強くなり痛がる。
  - ・反応がうすく、目が虚ろ。
  - ・怒りや悲観的な言葉をぶつけられる。
  - ・排泄介助、体位変換時に混乱して暴れる。
  - ・何か訴えようとしているが声が弱々しい、言葉になっていないなどで訴えをわかってあげられない。
- 等々・・・

# ～看取り介護の不安感をみんなで話せる場づくり～

不安な事を話そう

・素直な気持ち

安心感が持てる  
話をしよう

・先輩からの良くも悪くも  
経験談を聞くことでイメー  
ジが持てるように

一人じゃないという安心感  
たくさん話し合うことが大切

## 実際に携わったヘルパーの声

### 不安に思った事・困った事・苦悩した事・・・

#### 職員（20代）

- ・看取りの経験が初めてで、サービスに入る度に声が弱々しくなって、体に力が入らなくなって、日に日に弱っていく利用者様にどうすることもできず、自分が『どう接して、何をすると少しでも利用者様が楽になるのだろう…』とサービスに入る都度、苦悩した。

#### 職員（30代）

- ・亡くなってからも、『もっとあの時、こうすると良かったのではないか…』『もっと気付くのか早かったら…』『もっと早く訪問看護などに連絡をしておいたら、亡くなる時期も変わったのでないか…』と今でも何度も何度も思います。

#### 職員（40代）

- ・ADLの急激な低下と、ポジショニングをしても褥瘡が体の至るところに発生し始め、看取り対応と覚悟はしていたが、いつ容態が急変しても仕方がないとの説明は受けていても、自分がサービスに入った時に、そうなったらどう対応して、どう支援ができるか、サービスに入る度に不安に感じた。

## 実際に携わったヘルパーの声 ②

### 安心したこと・嬉しかった事・・・

#### 職員(20代)

- ・全身状態の低下の際のポジショニングや体位変換法、留意点・具体的な観察部位や対応法の研修を職員全員に開催してくれ、実際にサービスに入った際にも具体的にどのようにすると良いかが把握でき安心してサービスに入ることができた。

#### 職員(30代)

- ・容態の急変や緊急時の対応方法も誰が誰に伝えてどう対応するかを全員で細かく、話し合っ確認しながら行うことを頻繁に行い、不安に思った時には常に連絡を取りあえる体制だったので、全員で情報の共有が常にできていたことがとても安心感につながった。

#### 職員(40代)

- ・サービス提供責任者やケアマネジャーが家族とのやりとりの内容や通院時の報告をこまめに情報として伝えてくれたと同時に、『このまま、住み慣れた自宅で看取ります』と明確に方針を示してくれた為、看取りという意識を強くもって取り組むことができた。

## 訪問介護員としての役割

### 家族の代弁者

医師や看護師さんに緊張……

素朴な質問や疑問がよく聞かれる

- ・好きなチョコを食べさせて良いのか……
- ・いつもつけてるハンドクリームは塗っていいのか……
- ・ネックレスはつけてよいか……
- ・おむつを換えてあげたいが床ずれできてたら、換えてもいいのかわからない……
- ・何かやってあげたいけど、何をしたらよいか……

### 引継ぎの仕方

- ・引継ぎノート
- ・電話連絡

### 事前に

- ・記載内容の確認
- ・情報内容の確認
- ・多職種のサービス時に訪問
- ・分からない事を確認



## 実際に教えていただいた内容

- ・**居宅介護支援・地域包括支援センター**（ケアマネジャー・社会福祉士）
  - ・とにかく何でも相談、医療職につなげてもらった。
- ・**医療機関**（メディカルソーシャルワーカー・担当医師・病棟看護師・セラピスト）
  - ・メディカルソーシャルワーカーや主治医、病棟看護師に容態や経過などの情報
- ・**訪問看護・訪問リハビリ・訪問マッサージ**（看護師・セラピスト・柔道整復師）
  - ・何でも聞いてました、状態変化・身体に関わる事・リハビリになる事等
- ・**訪問歯科診療**（歯科医師・歯科衛生士）
  - ・嚥下状態が悪化、口腔ケアが怖かった・・・口腔ケア、嚥下リハビリ、マッサージの方法。
  - ・実際に先生から教えて頂いた。（ケアマネジャーが連絡）
- ・**訪問診療**（医師・看護師）
  - ・徐々に弱っていく利用者様の状態が不安・対応はどうしよう・・・  
『何もしなくても傍にいてだけでいいよ』に安堵、緊張や力みが抜け、自然な関わりができた。
- ・**福祉用具事業者**（福祉用具専門相談員・福祉用具プランナー）
  - ・エアマットなどの調整方法や福祉用具について聞いた、家族から相談されることが多い。  
訪問して横で教えてもらう事で、家族も一緒にできた。
- ・**市役所**（高齢福祉課・障害福祉課・指導監査課の担当者・ケースワーカー）
  - ・利用できる制度や、サービス提供可能の範囲の確認、手続き方法を聞いたり相談して、家族にも伝えられた。
- ・**古くからの友人・ご近所さん(本人が信頼を寄せている人)**
  - ・本人の好きな食べ物、思い出など、我々が知らない事や見守りの協力など、元気づける糸口を教えてもらった。信頼している人が近くにいるだけで、随分と表情などが変わる事を実感。

③通常のサービス提供から状態の悪化で看取り介護となった・・・

### ③通常のサービス提供から、状態の悪化で看取り介護となった・・・

#### 医療職のいない看取り・・・

体調が急激に悪化した為、息子様が医療機関へ受診、入院を希望するが  
医師から『点滴をしても、状態は変わらず入院しても良くなることはなく、老衰で看取りの状態なので  
ご自宅に戻られた方が良い』と入院にはならず、自宅に戻って4日後に亡くなりました。

経済的な問題もあり、訪問看護サービスの利用はしておらず、訪問介護が増回されたばかりでした。自宅に戻られたことで、訪問看護のサービスが不可欠とすぐにサービス提供の手続きを開始したが、間に合いませんでした。

4日間息子様の不安や精神的負担は大きく、毎日のようにサービス提供責任者に電話があり、混乱も見受けられ、憔悴しきっていた。

スタッフも毎日不安で利用者宅にサービス提供の為、訪問。

スタッフからは本人と息子様双方の状態報告が頻繁にあり、ケアマネジャー・訪問介護員と自宅へ行き、本人の様子を伺いつつ、息子様への安心できる声掛けや訴えに耳を傾けることを行う。

本人が亡くなり、息子様も普段の穏やかな状態に戻り、

最期は母の傍に居ることができて良かったと話していた・・・

お聞きいただきましてありがとうございます。

