

令和5年2月 世田谷区
在宅療養・シンポジウム
私の場所で「生ききる」

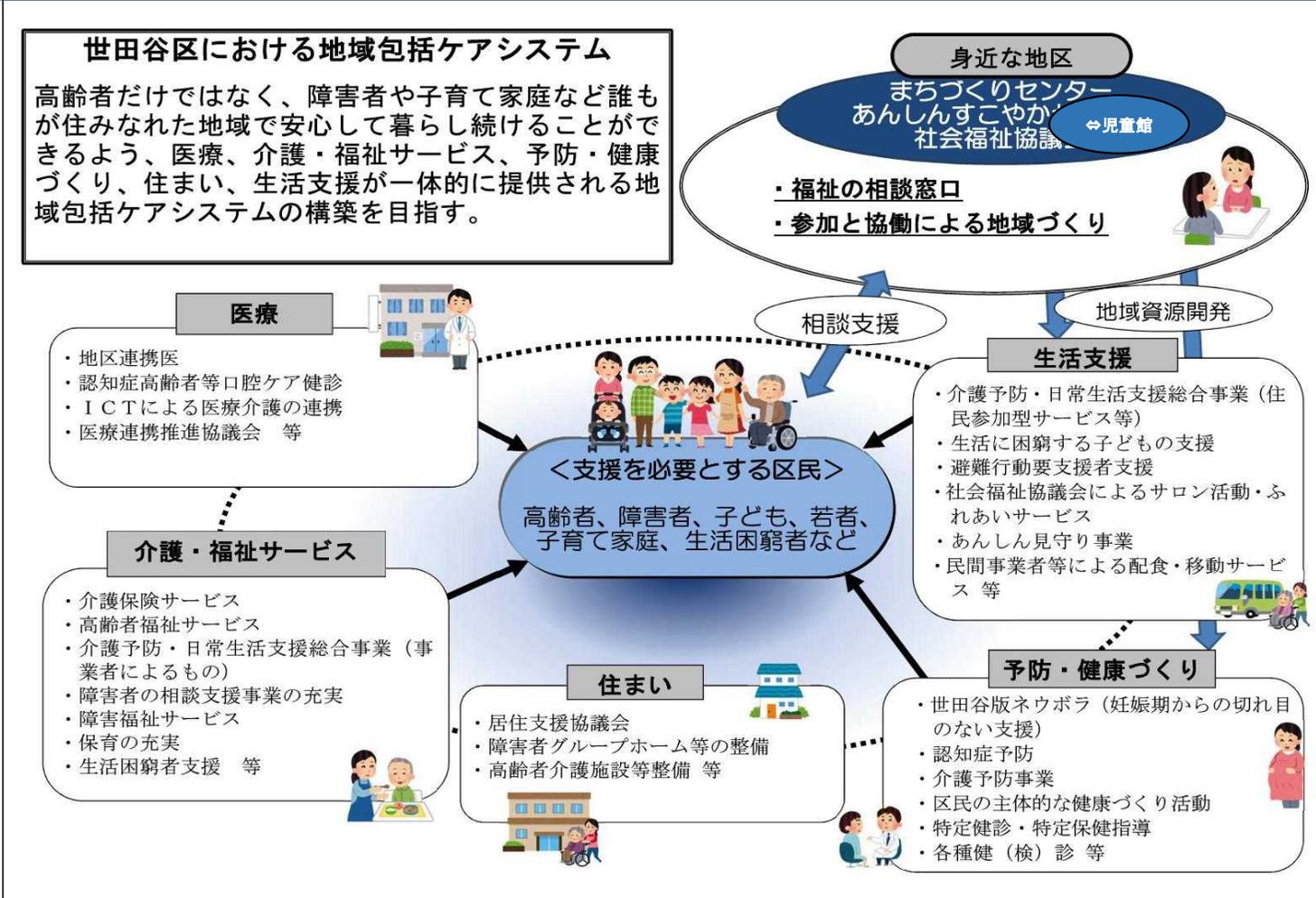
世田谷保健所 向山晴子

「私の場所で生ききる」 ACPからALPへ

今日の概要

- ・ まずは自己紹介
- ・ 地域包括ケアシステムと2040年問題、コロナ禍を活かす
- ・ 「私らしく」生ききった人々と帰ってきた家族達、人生会議って何？
インパクトのあるエピソードから(私もたくさん、失敗しました)
(本人と家族の納得)
- ・ 考えたら人生は「選択」の繰り返し・・・
- 新型コロナウイルス感染症を通じて改めて伝えたいこと
- 素晴らしき我が家、我が友、我が街・・・
- 区民の皆様へ、支援者の方々へ

世田谷区の地域包括ケアシステム



自己紹介

- ・昭和大学卒 精神科医から公衆衛生医へ
- ・都内の保健所・衛生局(福保局)特殊疾病対策課、精神保健福祉課
都立精神保健福祉センター等

大好きなもの 近藤真彦→SMAP→嵐・snowman、柴犬

苦手なこと 片付け、各種の手続き

私の憧れ? モデル 某・多摩地域の精神科ソーシャルワーカー
と在宅医のK先生

私の夢 いつかは東北で・・・

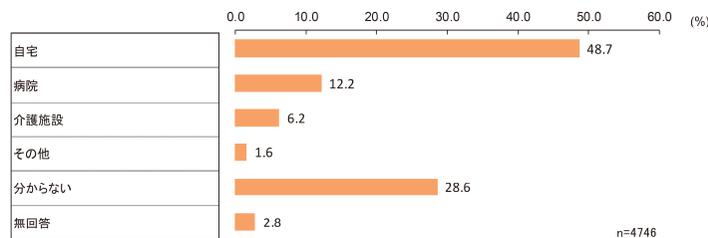
父からもらったプレゼント 繰返しきいていた希望「平穏と納得」
「老いるということ」とその中の幸せ

高齢者ニーズ調査では50～60%が自宅療養を望んでいる

「人生の最期をどこで迎えたいですか」という質問について、65歳以上(A)の約50%、要介護認定者(B・C)の約60%が「自宅」での最期を望んでいる。また年齢が上がるにつれてその割合が高くなっている。

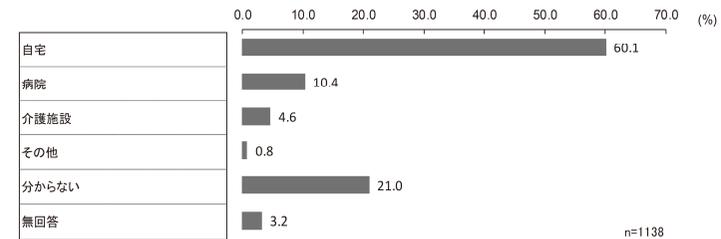
図表 【A】 人生の最期の場：性別・年代別

	n=	自宅	病院	介護施設	その他	分からない	無回答
全体	4746 100	2,311 48.7	579 12.2	293 6.2	74 1.6	1,357 28.6	132 2.8
男性	2011 100	1,145 56.9	210 10.4	88 4.4	29 1.4	494 24.6	45 2.2
女性	2686 100	1,142 42.5	366 13.6	203 7.6	45 1.7	848 31.6	82 3.1
65～69歳	1081 100	488 45.1	105 9.7	60 5.6	18 1.7	398 36.8	12 1.1
70～74歳	1299 100	618 47.6	123 9.5	91 7.0	20 1.5	412 31.7	35 2.7
75～79歳	1044 100	499 47.8	147 14.1	68 6.5	18 1.7	276 26.4	36 3.4
80～84歳	736 100	402 54.6	99 13.5	37 5.0	10 1.4	169 23.0	19 2.6
85～89歳	407 100	219 53.8	76 18.7	21 5.2	8 2.0	66 16.2	17 4.2
90歳以上	143 100	71 49.7	25 17.5	15 10.5	0 0.0	23 16.1	9 6.3



図表 【B・C】 人生の最期の場：性別・年代別

	n=	自宅	病院	介護施設	その他	分からない	無回答
全体	1138 100	684 60.1	118 10.4	52 4.6	9 0.8	239 21.0	36 3.2
男性	421 100	254 60.3	37 8.8	20 4.8	5 1.2	92 21.9	13 3.1
女性	706 100	425 60.2	78 11.0	32 4.5	4 0.6	146 20.7	21 3.0
40～64歳	45 100	21 46.7	5 11.1	0 0.0	1 2.2	17 37.8	1 2.2
65～69歳	47 100	21 44.7	5 10.6	3 6.4	1 2.1	16 34.0	1 2.1
70～74歳	83 100	42 50.6	10 12.0	5 6.0	0 0.0	25 30.1	1 1.2
75～79歳	164 100	92 56.1	27 16.5	10 6.1	1 0.6	31 18.9	3 1.8
80～84歳	212 100	125 59.0	25 11.8	7 3.3	3 1.4	43 20.3	9 4.2
85～89歳	280 100	169 60.4	27 9.6	14 5.0	2 0.7	58 20.7	10 3.6
90歳以上	296 100	209 70.6	17 5.7	13 4.4	1 0.3	47 15.9	9 3.0
B計	1092 100	662 60.6	113 10.3	52 4.8	8 0.7	222 20.3	35 3.2
C計	46 100	22 47.8	5 10.9	0 0.0	1 2.2	17 37.0	1 2.2



自分の場所で「生ききる」

- 語る相手、聴いてくれる人がいるから出来る人生会議
- ベースは「住まい」と「本人の意思・希望」
- 在宅療養のイメージは？ 何を選択のカギにする？
(そもそも、皆さんの両親や祖父母の方は？)

- *ありがちな「忖度」や「気遣い」、不安
- *「支援者」と本人・家族との「ギャップ」
- *意思表示ができない場合の「構え」
- *大事なものはタイミングとプロセス
- *わかりにくい「医療用語」と頼りになる支援チーム
- *今からでも出来ること

ACPとは？

- アドバンス・ケア・プランニングの略
- 人生会議とネーミング

「もしもの時のために、あなたが望む医療やケアについて、家族等や医療者、ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取り組み」

「将来の変化に備えて、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体として、その御家族等や医療・ケアチームが繰り返し話しあって、ご本人の意思決定を支援するプロセス」であり、ご本人自身の人生観・価値観、希望に沿った将来の医療及びケアを実現することを目標、としている

考えると

※人生会議の主役は、あくまでも本人ひは少なくない(7割は、意思確認が困難だった・・・という調査も) 推定意思(本人の人となり、選択、希望を良く知る人からの聞き取り)

※認知症や、独居の高齢者等も少なくない 「在宅一人死」が当たり前前に？

※事前指示や「いざという時の意思決定・選択を行う人」の決定が「より良く生ききる」ことにリンクする

◎実は人生は「選択」「意思決定」の繰り返し・その延長

◎ただ・・・在宅療養・医療に関して用語も、自分の場合の影響の見極め選択に関しての説明や話し合い、本人からの希望や拒否の必要

「コロナ禍」で出会った人々

①我が家の主役は「ばあば」

第一波のさなかにコロナに感染した終末期の腎不全・心不全の女性 → 我が家で生ききるを支えた人々の「納得」

②有料ホームのクラスターで感染した80代、認知症の家族

入所時以降、本人の「希望」は更新・確認されていなかった
どこまで医療を望むか、によって入院調整も異なる
職員と家族に残ってしまった「割り切れなさ」

在宅療養の選択にあたって

- ◎どのような準備、ケア・医療チームが必要か
(状態と希望によって随時、組み替えられる)
- ◎今後、予測される大事なことは話しておく、話したことを共有しておく(例 急変の有無、あった際の対応など)
- ◎人・ケアスタッフを「自宅に招く」ということ → 療養
経過、家族等の負担・継続性
- ◎どこまでの医療を希望し、あるいはしないか
→ 例 透析、呼吸の管理・補助、栄養管理
「口から食べる」の評価も場合により必要

在宅療養のキーワードは多職種連携、「背中を押す力と地域に迎える力・タイミング」

事例①のポイントは、「思い」と情報のリレー・ネットワーク

①病院の主治医は、「病状」と「今後の経過」をエビデンスを持って判断・説明(治す医療から支える医療に転換)

②看護・ワーカーが中心となり「家族」とのオンライン面会→本人の変化・表情・希望を「良く知る人々」で共有

③病院から訪問看護ステーションを紹介

④ステーションが「連携のとれる在宅医」を紹介

⑤在宅医すら連携・協働が必要な機関にアクセス

⑥退院後のご本人の変化と看取り・周囲の納得

「ターミナル期のAさん」から「自分の居場所で生ききるAさん」へ

在宅療養をめぐるって

- 在宅療養は情報戦？(相談すれば、必ず道は開けていく)
- 傷つきやすい言葉、誤解されやすい言葉には配慮も必要
- ※ 「緩和ケア」をめぐる誤解
- ※ かかりつけ医とは、かかりつけ薬局とは・・・の誤解
- ※ あらかじめ話しておく、聴いておくことで「望まない救急」や「医療処置」を回避できる
- ※ 何より「生活者」として、多様な「私らしさ」「私なりの穏やかさ」
- ※ その人に「あった」サービスの組み立てはケアマネがカギ
- ※ 認知症・高齢障害等の場合の意思表示困難 → 読み取り

ACPを考えるきっかけと手始め

誰と

どんな場面で 契機やタイミングで

なんの為に 誰のために

わからないことも言葉に(特に医療用語や、ケア・サービスにかかわること・・・だって初めてなんだから、当然です)

私の心がまえ

大切にしていること

生き方や心情

病気になったときに望む医療 例 食べれない時

もし意思表示が難しくなったら誰が判断をして欲しいか

最後まで暮らしたい場所

キーワードは「私は」を言葉にしてみることに

希望と実際にはギャップがあることはあっても「埋めていく」

ことを一緒に考えるスタッフ・仲間はいます

支援者の方に

一緒に、あたりまえに、いろいろな地域・単位で「ACP」や在宅療養等を話し合いませんか？

(医療と介護の間には、まだ川を垣間見ることも)

支援者にとっての百例目でも、本人・家族は「初めてだらけ」あえて、一言の説明の仕方がご本人の意欲やご家族の納得に繋がることも

支援者同志が「ネットワーク」(個別に還元されなければ)があるかどうかは、ご本人・家族の「選択肢の拡がり」に

良い看取り、納得した看取りを経験されたご家族は、地域にかえってきてくれることも



最期まで目一杯生きる

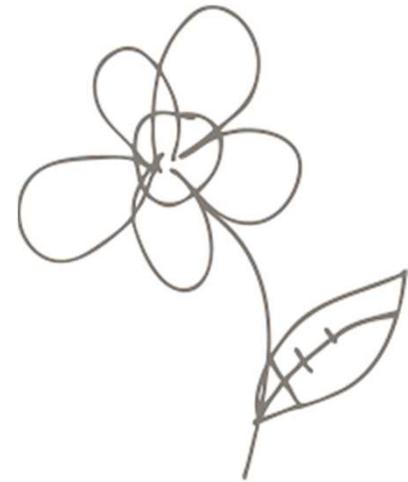
名前：惟住（これずみ） 浩太郎

住まい：東京都日野市在住

家族：妻と長男（19才）次男（16才）

今日のお話し

1. 父のこと・私の幼少期
2. 余命宣告・緩和ケア医との出逢い
3. 自宅で最期まで過ごしたい・家族会議
4. 父を看取った後に感じたこと



父のこと

■ 1936年7月31日満州で生まれる

長男なのに康三（こうぞう）なのは、生まれた年の満州の元号が康徳3年だったから元気に育って欲しいという両親の思いから。

■ 1945年8月14日終戦前夜、ソ連軍から身を守るためチチハルからハルビンへ。しかし列車は来ず、姉に手を引かれ泣きながら家路に。

■ 同年9月 家族が寄り添い40日かけて、コロ島から博多にたどり着く。

■ 過酷な幼少期を過ごした九州男児。







私の幼少期

- 東京都小平市 → 世田谷区
- 父（康三） 母・姉・私
4人家族
- 父親と母親の関係
- 私と父親の関係

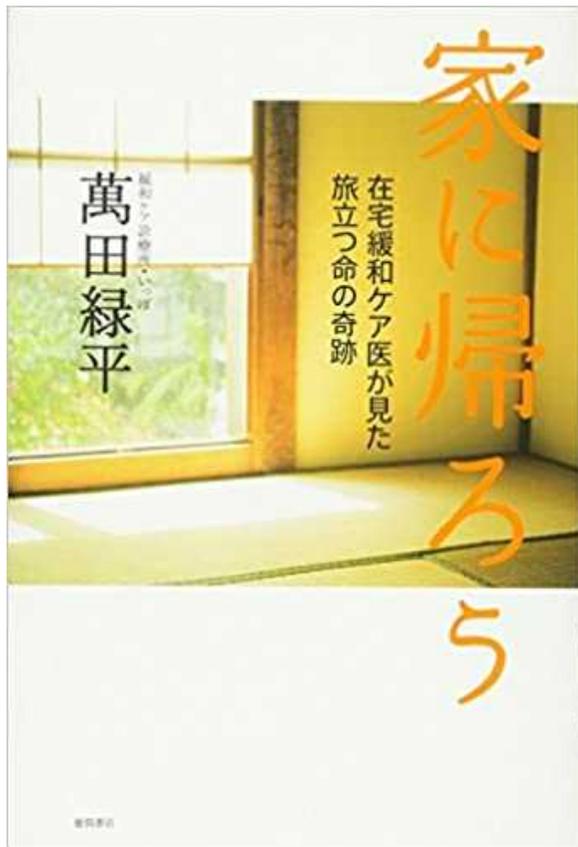


余命宣告

- 2018年12月に実家に来てほしいと父からの電話
- 「もう手術はできないと言われたよ、、、
まっ、でも数年は大丈夫でしょ」



緩和ケア医との出会い～萬田 緑平先生～



- 萬田 緑平先生
- 在宅緩和ケア医
- 亡くなるまで自宅で暮らしたい人を外来診療と訪問診療でサポート
- タイトル「最期まで目一杯生きる」講演会を、県内外で年間50回以上開催。

患者さん、ご家族の写真、動画を見せていただきながら、語ってくださいます。こんなにも温かい命の終わらせ方があるなんて。。

「最期まで目一杯生きる」 講演会より



- 本人の意思を徹底的に支援する。
- 家族の望みで人生の最終章が決められているのでは？
- 人生の最終章のシナリオは自分で書いてもらいましょうよ。
- 身体は支えられなくても、心は支えられる。
- 心の状態はあげられる。
- お墓の前でなく、今、「ありがとう」を伝えよう。何度でもありがとうを伝えよう。

自宅で最期まで過ごしたい

- 「できれば、最後まで自宅で過ごしたい」という父親の言葉
- 母親の葛藤



家族会議



母：この先、自宅で過ごすことなんてできませんよね？

看護師さん：大丈夫です。



お世話になった看護師さん（訪問看護ステーションけやき）



新しいカーテン朝日に照らされて、
きらきらと輝いているよ、
ありがとう 父より

令和元年（2019年）
6月16日（父の日）
自宅にて永眠 82歳

父を看取った後に感じたこと

- 父親の書いた人生の最終章の「シナリオ」を、けやきの皆様、ドクターのご支援、そして、母、姉夫婦、子どもたちと協力しながら支援できたこと、心から嬉しく感じました。
- 身体は支えられなくても、心は支えられるし、心の状態はあげられると実感しました。
- そのために、大切な人に「ありがとう」を伝えること。そして、それは「去る人」と「残された人」の心を繋ぐことだと教わりました。



ご清聴、誠にありがとうございました。

住み慣れた自宅で最期まで 安心して暮らし続けるために

1



世田谷区社会福祉事業団
訪問看護ステーションけやき

今井 めぐみ

令和5年2月5日（日）

本日の内容

- 事業所の紹介
- 訪問看護について
- ターミナルケアの取り組み
- 事例紹介



世田谷区社会福祉事業団 機能強化型 訪問看護ステーションけやきの紹介

1996年4月 開設

2015年2月 東京都教育ステーション事業受託

2017年10月 機能強化型訪問看護ステーション登録

質の高いサービスの提供だけではなく、地域の中で医療と介護の連携の推進、地域住民の相談対応や訪問看護師育成にも取り組んでいます。

世田谷の代官屋敷の目の前にある訪問看護ステーションです。



📍 : 世田谷区世田谷1-23-2

☎ : 03-5450-8806

訪問看護ステーションの職員

- 看護師(所長1名、副所長1名、スタッフ15名)
- 理学療法士 3名
- 作業療法士 2名
- 言語聴覚士 1名
- 事務員2名



訪問看護ステーションけやきの状況

(令和4年12月の状況)

- 利用者数 189名
- 利用者年齢 2歳～104歳
- 疾患 がん(末期状態含む)、難病、小児、精神科疾患、心疾患、腎疾患、呼吸器疾患、整形外科、認知症など
- 年間ターミナル(がん末期・非がん末期)数
年間逝去数:20～35件(令和3年度28件)
令和3年度:在宅看取り件数 17件
がん末期 11件(在宅:9, 入院:2)

訪問看護とは

- 訪問看護ステーションから、病気や障害を持った人が住み慣れた地域やご家庭で、その人らしく療養生活を送れるように、看護師等が生活の場へ訪問し、看護ケアを提供し、自立の援助を促し、療養生活を支援するサービスです。

訪問看護を受けるには

- 主治医(かかりつけ医)が訪問看護を必要と判断し、医師が発行した訪問看護指示書が必要です

介護保険での訪問看護

要支援(1・2)要介護(1～5)と認定された方

医療保険での訪問看護

要支援・要介護者のうち「癌末期」「厚生労働大臣が定める疾病」「急性増悪期」「要支援・要介護に該当しない人」「精神疾患の人」「小児」など

訪問看護サービス内容

- 病状の観察、体温・血圧・脈拍の測定
- 食事・水分・栄養摂取の看護・排泄ケア
- お薬の飲み方・副作用に関するアドバイス
- 医療機器の管理・操作方法・指導
(人工呼吸器、酸素、吸引、胃ろう、人工肛門、膀胱留置カテーテル、点滴など)
- 清潔の看護
(体の清拭・シャンプー・足浴・入浴の介助・爪切りなど)
- リハビリテーション
- 介護用品や社会資源の紹介
- 家族支援 (家族の相談、助言、介護指導)
- ターミナルケア

在宅でのターミナルケア (終末期ケア)

- 痛みを含めた苦痛緩和の看護
- 医師や関係者との連携を密に行います
- 緊急時の対応
- 本人や家族が望む生き方を全うできるように支援します

- ・在宅療養生活において、大切にしたいもの
- ・やりたいこと、好きなこと、趣味
- ・訪問看護に対する要望

ターミナル(終末期の場合)

- ・在宅での看取りを希望しているか？
 - ・病院や施設、緩和ケアを希望しているか
 - ・どう過ごしたいか
-
- グリーフケア(遺族が家族との死別という悲しみを乗り越え、生きる力を得ていく過程を支援するケア)

ターミナルケア用パンフレット



こころおだやかに

～私、そして大切な家族…その人生の完成の時間を、
安心して穏やかに過ごしてほしいという願いをこめて～



誰でもその時間を迎え、とまどうのは当然なこと。
そんなとき、ぜひ読んでいただきお役にたてればと思います。

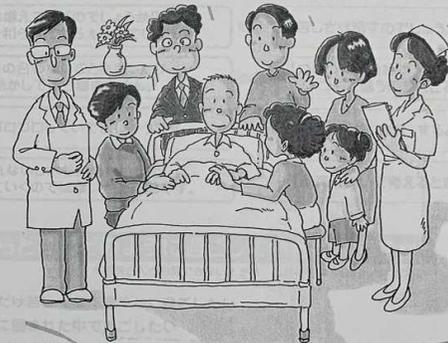
緊急時連絡先

主治医	
訪問看護ステーションけやき	① 5450-8806
担当	② 090-4736-5103
ケアマネジャー	



12

これからの 過ごし方 について



- ほとんどの方がこのような経験は初めてだと思います。心配や不安なことを感じるのはあたりまえのことです。わからないことや相談したいことがあればその都度看護士や医師に声をかけてください。
- このパンフレットは自宅、病院など、さまざまな場面で使用します。
- 一般的な事項が書いてあります。患者さんによってはあてはまらないこともあります。

説明を
受けた方

説明を
した人

月 日

住み慣れた場所で最期まで穏やかに 過ごすために

- ご本人の意思、ご家族の意思を尊重します。
(死を迎える瞬間までどのように生きたいか)
- 苦痛や不安を緩和します。
- 最期を迎えたい場所は自宅？それとも病院？
迷っても、気持ちが変わっても大丈夫です。

どのような選択しても、揺れ動く気持ちに寄り添いながら、最期までサポートします。



在宅診療 症例提示

小原医院 小原正幸

症例 1 高血圧症、老衰

- 104歳、女性、ご家族と同居。
- 90歳から高血圧にて当院外来通院。
- 約5年前に妹（当院高血圧、慢性うっ血性心不全で加療）を在宅で看取ってから外出頻度低下。
- 転倒頻回になり家族介助で通院。
- 自宅内でも歩行困難になり、103歳より訪問診療となる。
- 施設入所、入院加療などご本人は希望せず、妹と同じ在宅加療希望。
- 介護保険使用せず、ご家族が介護して対応していた。
- お亡くなりになる1週間前までは大好きなジャムトーストを食べられていたが、亡くなる2日前より飲水摂取も困難になり、翌朝眠るようにお亡くなりになる。

症例 2 S状結腸癌、腎臓癌、多発肝肺転移、癌性腹水

- 80歳男性、ご家族と同居
- 1年前より食欲不振認め、大学病院入院精査にて診断。化学療法など加療するも病状改善せず。
- 経口摂食障害も認めはじめ中心静脈ポート留置し、24時間点滴となる。
- 癌末期状態のため追加加療せず、ご本人ご家族と相談にて退院となる。
- 退院後ご子息の運転でドライブに行ったり、大好きなお風呂に入り、少しずつ奥様の手料理、飲酒を楽しめるようになる。
- 退院後3週間目より疼痛は認めなかったが、傾眠傾向認め、経口摂取困難となり、その数日後眠るようにお亡くなりになる。

症例3 胆のうがん、両側肺転移、癌性胸腹水

- 74歳、女性、独居（血縁者詳細不明）、友人が主介護者。
- 約半年前に食欲不振、全身倦怠感にて病院受診。上記疾患末期状態にて疼痛コントロール内服加療後退院。
- 退院後2週間にて食欲不振強く、嘔吐頻回より近医当院往診依頼あり。疼痛コントロール不良にて病院と相談にて再入院となる。（この時初回訪問）
- CADDポンプ使用にて疼痛コントロール良好となり退院。
- 病状悪化時も再入院希望せず、在宅加療希望。
- 疼痛はCADDポンプ使用しレスキュー使用回数増加するもコントロールされていた。
- 退院後半月頃より食欲低下、経口摂取困難、傾眠傾向となり、約2週間後友人に見守られながらお亡くなりになる。

症例 4 特発性間質性肺炎急性増悪

- 84歳、女性、独居。週に1回近隣の美容院に通っていた。
- 約2年前労作時呼吸苦にて病院受診。上記疾患にて在宅酸素導入。
- 徐々に呼吸苦より近隣の美容院や通院困難となり訪問診療開始となる。
- 食事量低下による貧血あり。経口栄養剤、内服、吸入薬、酸素量調整し再度美容室まで通えるようになる。
- 1年後徐々に労作時呼吸苦悪化、食欲不振も認めるようになり、室内転倒しているところ発見され病院緊急搬送となる。
- 入院後原疾患改善なく末期状態のため施設入所勧められるも、帰宅願望強く親族納得の上退院。
- 連日の介護士、訪問看護師、往診により対応するも退院後約1か月でお亡くなりになる。



在宅療養講演会・シンポジウム
「住み慣れた自宅で最期まで
安心して暮らし続けるために」

**在宅療養を支えるために
気をつけていること**

2023年2月5日

お天気介護サービス

ケアマネジャー 江口志乃

在宅療養を支えるために
気をつけていること

ケアチームを
作る



医療と介護の
連携

在宅療養を支えるために 気をつけていること

病気についてどのような説明を受けているかを知る。
(病名、治療、症状、病気の予後 等)



在宅療養を支えるために 気をつけていること

病気を抱えてご自宅で生活する上での不安を知る
(それぞれの立場で不安の内容が違う)

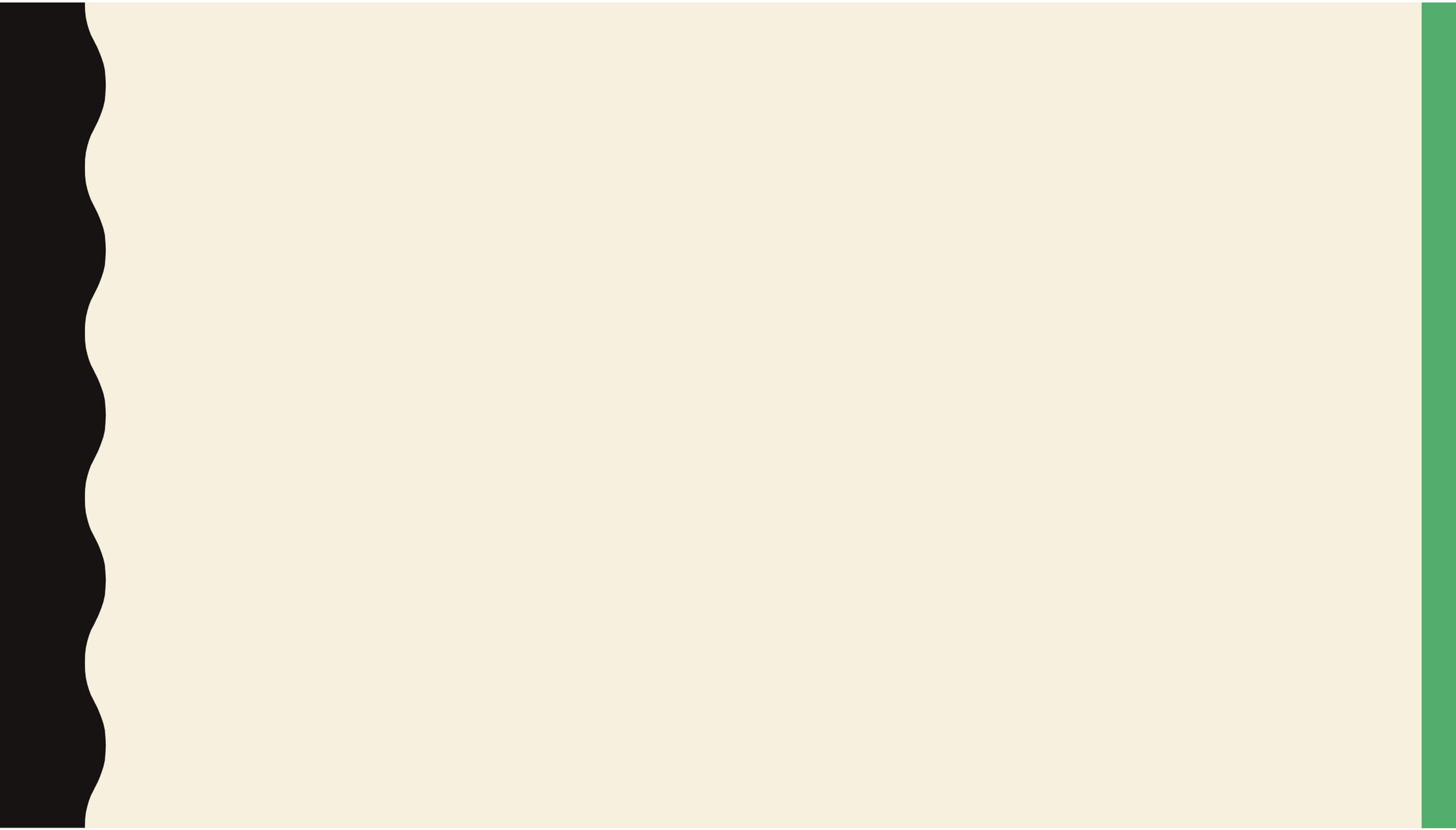
- ご本人 (自宅での医療体制、ご自身の生き方、
ご家族への思い)
- ご家族 (困った時の相談、ご自身の健康状態や仕事と生活)
- 支援者の視点 (生活に無理はないか? 緊急時の対応)

ご清聴ありがとうございました

少しでも皆様の望む生活に近づきますよう

お手伝いしてまいります





在宅療養講演会・シンポジウム ～ターミナルケア～

2023年2月5日（日）

株式会社やさしい手

サービス付き高齢者向け住宅ゆめてらす三軒茶屋

石川正泰

ゆめてらす三軒茶屋の紹介



- ◆サービス付き高齢者向け住宅
- ◆平均介護度数2.4 ※2022年12月時点
- ◆【併設事業所】
訪問介護、訪問看護、居宅介護支援
- ◆終身契約
- ◆2021年10月オープンから看取り13名
- ◆【受け入れ症例】
 - ・ 経管経鼻栄養
 - ・ 在宅酸素
 - ・ 認知症
 - ・ ターミナルなど



ご入居者ADL

◇I・K様

◇77歳 ◇男性 ◇要介護3

◇大腸がん末期

◇肺転移し、回復の見込みがなく延命治療せずに緩和ケアへ移行

◇退院時はほぼ自立で、認知症状なし

ご退院を決意した理由

自由な生活
を送りたい

食事の時間

外出可

消灯時間

【ご家族】

制限のない生活をさせてあげたい。

ご家族との関わり



機能 1

経過記録一覧

バイタル、食事量、
ケース記録、入浴、
機能訓練等のご利
用日の記録をご覧
いただけます。

項目	内容
2020/8/20(木) 16:40	記入者: [ユーザー名]
令和 02年08月20日(木)連絡帳	(サービス時間/送迎実績) -----
サービス時間: 09:00-16:20	送迎時間: 送 (08:55) 送 (16:40)
(サービス提供状況) -----	<input type="checkbox"/> 保険/重傷体制
	<input type="checkbox"/> 個別/おやつ
	<input type="checkbox"/> 個別/食卓
(介護状況) -----	-バイタル
	■ 1回目 (11:00~11:05) [ユーザー名]
	(体温) 36
	(脈拍) 75
	(血圧(上)) 123
	(血圧(下)) 66
	(SPO2) 0
	-食事
	■ 1回目 (12:00~13:00) [ユーザー名]
	(食事量) 1.0割
	(詳細内容) 下膳、口腔ケア。
	(申し送り)
	-ケース記録
	■ 1回目 (17:00~17:30) [ユーザー名]
	(ケース記録) 活動の様子
	(詳細内容) 午前中は、体操に参加された。午後は、集の会や体操に参加された。

機能 2

コメント一覧



ご家族が既読の場合は「家」、
ケアマネジャーが既読の場合は「cm」、
サービス提供事業所が既読の場合は「サ」、
ご利用者が既読の場合は「本」、
その他ユーザーが既読の場合は「他」
が表示されます。

家 cm サ 本 他 とは
対象ユーザーが既読の場合、
表示されます。

※コメントの返信は営業時間 8:30 ~ 18:30 とさせていただきます。
※コメントはユーザーおひとり当たり1日に3回までコメントが送信
できます。

- ①サービス時のご様子が確認できます。
- ②チャット形式で担当者と共有ができます。

ゆめてらすでの生活

1日の生活

8:00	1階食堂にて朝食（キャンセルされる日もあります）
10:00	1階食堂にて体操（アクティビティ）
12:00	お部屋で昼食
14:00	談話コーナーでご友人と面会
15:00	館内カフェにてコーヒータイム
18:00	お部屋で晩酌

サービスプラン票

第3表 週間サービス計画表 作成年月日

利用者名 殿

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
0:00								
2:00								
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00				訪問介護 [11:00 - 12:00]			訪問介護 [11:00 - 12:00]	
14:00								
16:00				訪問看護 [15:00 - 15:30]				
18:00								
20:00								
22:00								
24:00								

週単位以外のサービス 居宅療養管理指導（成城内科・和田薬局）福祉用具貸与（特殊寝台・特殊寝台付属品）

第3表 週間サービス計画表 作成年月日

利用者名 殿

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
0:00								
2:00	おまかせサービス	おまかせサービス	おまかせサービス	おまかせサービス	おまかせサービス	おまかせサービス	おまかせサービス	
4:00								
6:00								
8:00	訪問介護 [07:40 - 08:00]	訪問介護 [07:40 - 08:00]	訪問介護 [07:40 - 08:00]	訪問介護 [07:40 - 08:00]	訪問介護 [07:40 - 08:00]	訪問介護 [07:40 - 08:00]	訪問介護 [07:40 - 08:00]	
10:00								
12:00				訪問看護 [11:00 - 12:00] 訪問介護 [12:00 - 12:20]				
14:00	訪問看護 [14:00 - 15:00] 訪問介護 [15:00 - 15:30]	訪問介護 [14:30 - 14:50]	訪問介護 [14:30 - 14:50]		訪問介護 [14:30 - 14:50]	訪問介護 [14:30 - 14:50]	訪問介護 [14:30 - 14:50]	
16:00				訪問介護 [16:00 - 16:20]				
18:00								
20:00	訪問介護 [19:00 - 19:20]	訪問介護 [19:00 - 19:20]	訪問介護 [19:00 - 19:20]	訪問介護 [19:00 - 19:20]	訪問介護 [19:00 - 19:20]	訪問介護 [19:00 - 19:20]	訪問介護 [19:00 - 19:20]	
22:00								
24:00								

週単位以外のサービス 居宅療養管理指導（成城内科・和田薬局）福祉用具貸与（特殊寝台・特殊寝台付属品・床ずれ予防用具・点滴スタンド）

週2回入浴介助、週1回訪問看護

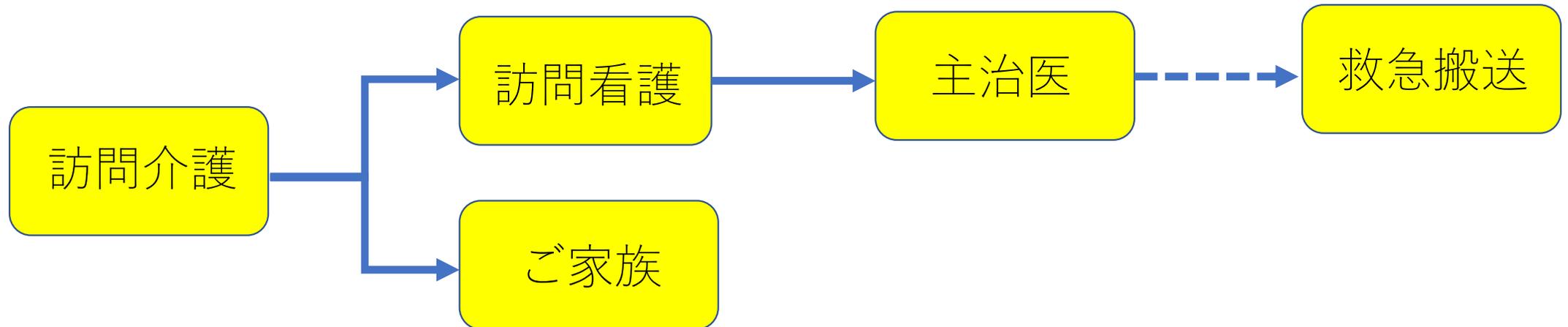
4か月後

朝・昼・夕 オムツ交換
週2回訪問看護による入浴
深夜安否確認

緊急時の対応

事前にご本人、ご家族へ意向をお伺いします。

- ・ 搬送？ 自宅看取り？
- ・ 延命治療の有無



入居から約5か月でご逝去

体調悪化から1か月後、
訪問診療の主治医より、数日と告げられる。

その日からご家族がお泊りになられるが、
3日目に、一時ご自宅へ戻られる。
当日夜急変し、ご家族が戻られる前にその
ままご逝去となる。

【ご家族よりお手紙】

～抜粋～

本人の希望を尊重するために抗がん剤治療はやめました。
最期くらいは自宅にいた頃のような生活をしてほしくて、ゆめてらす三軒茶屋にお世話になりました。好きなお酒を飲んで、好きな時間に寝て、好きな人とお話しをして、満足してもらえた幸せであったと思います。
死に目には立ち会えませんでした。なによりも最期まで近くにいられたことが幸せでした。

最後に



ケアマネジャー・看護・家族と情報を共有することで、即座にサービス提供の変更が可能となりました。

訪問回数を増やすことで、体調の変化をいち早くキャッチし、ご家族や医療機関へ伝達できたと考えております。

ご清聴ありがとうございました。



住み慣れた家で、
最期まで生きる。