

介護支援専門員実務研修

ケアマネジメントの展開

15－⑥章

看取りに関する事例

本科目の目的

看取りにおける留意点や直面しやすい課題を踏まえた支援にあたってのポイントを理解する。

本科目の習得目標

- ①看取りにおける介護支援専門員の役割や適切な姿勢について説明できる。
- ②看取りに関する各種サービス等の活用方法や、医療職をはじめとする多職種との連携・協働を効果的に行うためのポイントについて説明できる。
- ③看取りに向けた利用者及び家族との段階的なかかわりの変化について説明できる。
- ④看取りのケースについて、在宅生活の支援における起こりやすい課題を説明できる。
- ⑤看取りの特性に応じたケアマネジメントの具体的な方法を実施できる。
- ⑥継続的学習の必要性と、具体的な学習方法を述べることができる。

研修記録シート

- 今日の研修の個人の目標を確認

看取りの支援にあたってのポイント

- ①病状の変化への対応
- ②治療に関する
コンプライアンス
- ③家族やケアチームに対する
精神的ケア
- ④院内チームと在宅チームの連携



第1節 看取りにおける介護支援専門員の役割や適切な姿勢

P. 334

1. 看取りに関する事例を学ぶ意味 利用者が「生きる」ことを支えるために

(1) 看取り

人生の最終段階で、誰がどのようにかかわり、その人の死の瞬間まで支えていけるかが問われる。

(2) 多様化する終の棲家

自宅、認知症グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム など。

介護支援専門員は、さまざまな場所で、一人ひとりの最期の時期に向けたケアプランを立てる。

2. 利用者・家族の不安

(1) 利用者・家族の意向の確認

説明を十分に理解して、本人が選択し、決定できているか。

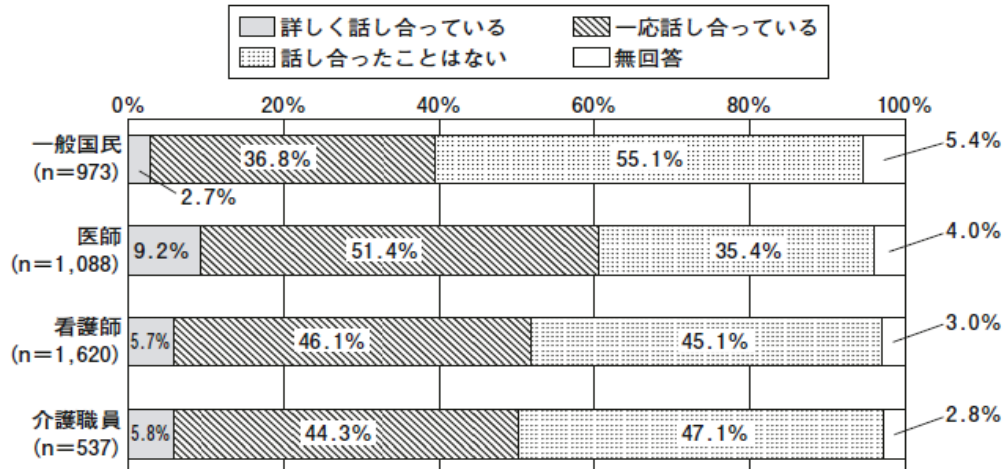
説明が一方通行になっていないか。

(2) 看取りの場所・看取る人

死を迎える場所、看取る人の多様化。

図15-⑥-1-1

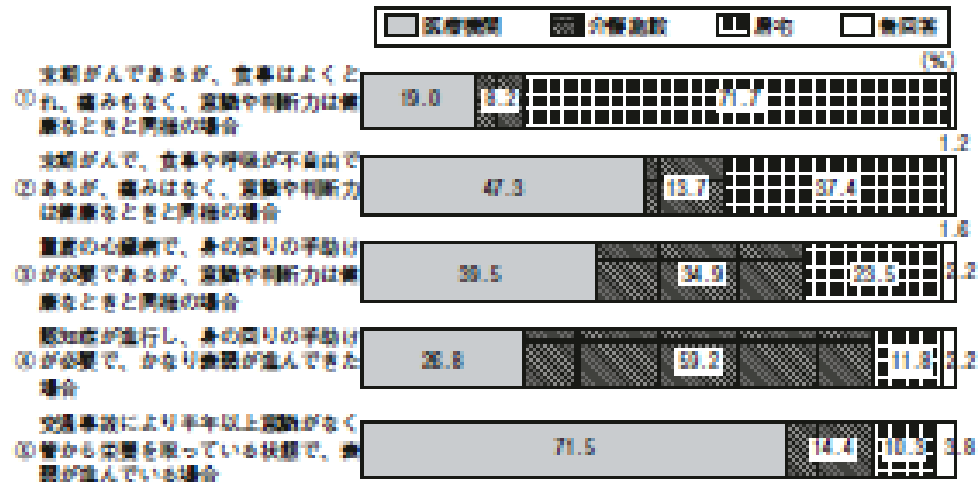
人生の最終段階における医療について家族等や医療介護関係者との話し合いについて



資料：人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」32頁、2018年

図15-⑥-1-2

人生の最終段階を過ごしたい場所について



資料：人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」33頁、2018年

ミニワーク

- 看取りの経験はありますか
個人ワーク 3分

ミニワーク

・職場で看取りについて話し合ったことがありますか

個人ワーク 3分

第2節 段階的なかかわりの変化

P. 337

1. 老いと看取りの理解

(1) 老いが進みつつある時期のケア

人生の最終段階に必要な医療とのかかわり方を学ぶ必要がある

(2) 看取りのもつ意味

延命のためのケアではなく、苦痛を和らげ、最期まで、望むような・納得した生き方が出来るように関わる

2. 最終段階の三つの軌道

(1) 疾病ごとの特徴

- 1) がん：身体機能は最終段階でもある程度保たれている
- 2) 内臓疾患：急性増悪や合併症で次第に身体機能が低下していく
- 3) 認知症や脳血管障害、老衰等：機能が低下した状態が長く続く

図15-⑥-2-1 三つの軌道 (がんの場合)

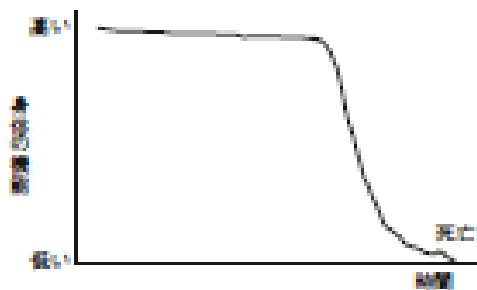


図15-⑥-2-2 三つの軌道 (慢性疾患の場合)

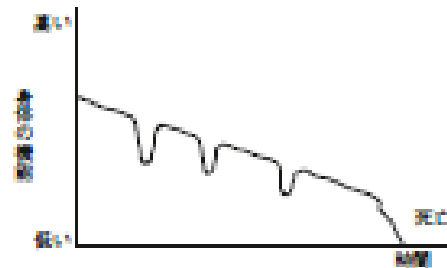
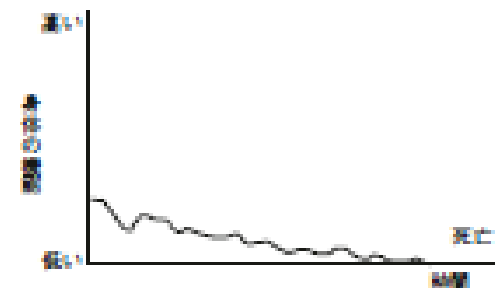


図15-⑥-2-3 三つの軌道 (老衰・認知症の場合)



第2節 段階的なかかわりの変化

P. 339

(2) くぼみと傾きの意味するもの

「傾き」を抑え「くぼみ」の早期発見・早期対応が「生きる期間の充実」につながる

表15-⑧-2-1 「くぼみ」をもたらす事態の例

事態	例示
急性合併症	肺炎や脱水など
転倒等の事故	疼痛や骨折など
原疾患の再発	脳梗塞などの再発することがある疾患
慢性疾患の急性増悪	心不全や腎不全など

表15-⑧-2-2 「傾き」をもたらす状態の例

状態	原因
認知機能や意欲の衰え	感じ、考え、感動するなど、脳に刺激が加わる機会が減ることによって、脳のはたらきが不活発になるため
筋肉の減少、関節の硬化	身体の障害や筋力の低下に伴い、身体を動かす機会が減るため
食事量の減少、食べが速い	咀嚼、味わい、栄養摂取などの食べる行為が不活発になるため

ミニワーク

Q1: がんの軌道の特徴はなんですか

Q2: 内臓疾患の軌道の特徴はなんですか

Q3: 認知症や脳血管疾患、老衰の軌道の特徴はなんですか

個人ワーク 5分

休憩10分 次は 時から始めます
換気をお願いします



第3節 在宅生活の支援において 起こりやすい課題

P. 340

1. 気持ちの揺らぎ

(1) 予後についての説明

利用者・家族が医師から受けた予後予測、または、告知について確認する。さらに、どう過ごしたいか、介護したいか確認しケアプランを立てる

(2) 死にゆく人の心理過程

代表的な心理的なプロセスを理解しておくことで、利用者のたどるであろう心理状況を理解しやすくなる。

(3) 支援における課題の違い

病状の変化に段階があり支援の課題も変化する

- ①病状が安定している時期
- ②ADLが低下し苦痛が出現する時期
- ③死期が近づいていることが分かる時期
- ④死期が2～3日内の時期

2. 病状が安定している時期（入院時等）

（1）利用者・家族とのかかわり方

利用者の理解と思いを聴く（本人へ告知していない場合もある
ので注意が必要）

家族の理解と思いを聴く

（2）介護支援専門員の役割

1) 医師から受けた説明を理解しているか確認

これからどのような経過をたどるか理解しているか

2) 利用者・家族の価値観を確認

表15-⑤-3-1 利用者・家族の大切にしたいこと、嫌なこと (例)

○大切にしたいこと

- ・あらゆる手段を使っても最期まで病状と闘う
- ・積極的な治療は望まない
- ・どんな状況になっても一日でも長く生きたい
- ・特定の日／行事／予定までは生きたい
- ・生活の質を落とさないことを第一に考えて治療したい
- ・ある年齢まで生きたらあとは自然に任せたい
- ・治療方法について自分で判断したい
- ・寿命の長さによって希望を変えたい

○嫌なこと

- ・治療に関して自分で判断させてもらえない
- ・痛みのコントロールが不十分で、つらい思いをする
- ・どんな状況になっても入院はしたくない
- ・がんの終末期になったら家で最期を迎えたいので、救急車は呼ばないでほしい

3) アドバンス・ケア・プランニング

症状が安定している時期に、将来の状態変化に備えて具体的な治療・療養、ケアの方法を話し合う

表15-⑥-3-2 ガイドラインの改訂の概要

高齢多死社会の進展に伴い、地域包括ケアを構築する必要があることや、英米諸国を中心としてACP（アドバンスド・ケア・プランニング）の概念を踏まえた研究・取り組みが普及してきていることなどを考慮し、改訂を行った。

- ① 病院における延命治療への対応を想定した内容だけでなく、在宅医療・介護の現場での活用ができるよう見直しを行った。
 - ・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更
 - ・医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化
- ② 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと（＝ACPの取り組み）の重要性を強調した。
- ③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載した。
- ④ 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、上記「③」の信頼できる対象を、家族から家族等（親しい友人等）に拡大した。
- ⑤ 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載した。

4) 延命治療の確認

終末期の医療の確認をおこなう。何を希望し何をして欲しくないのか。「リビングウィル」、事前確認書。

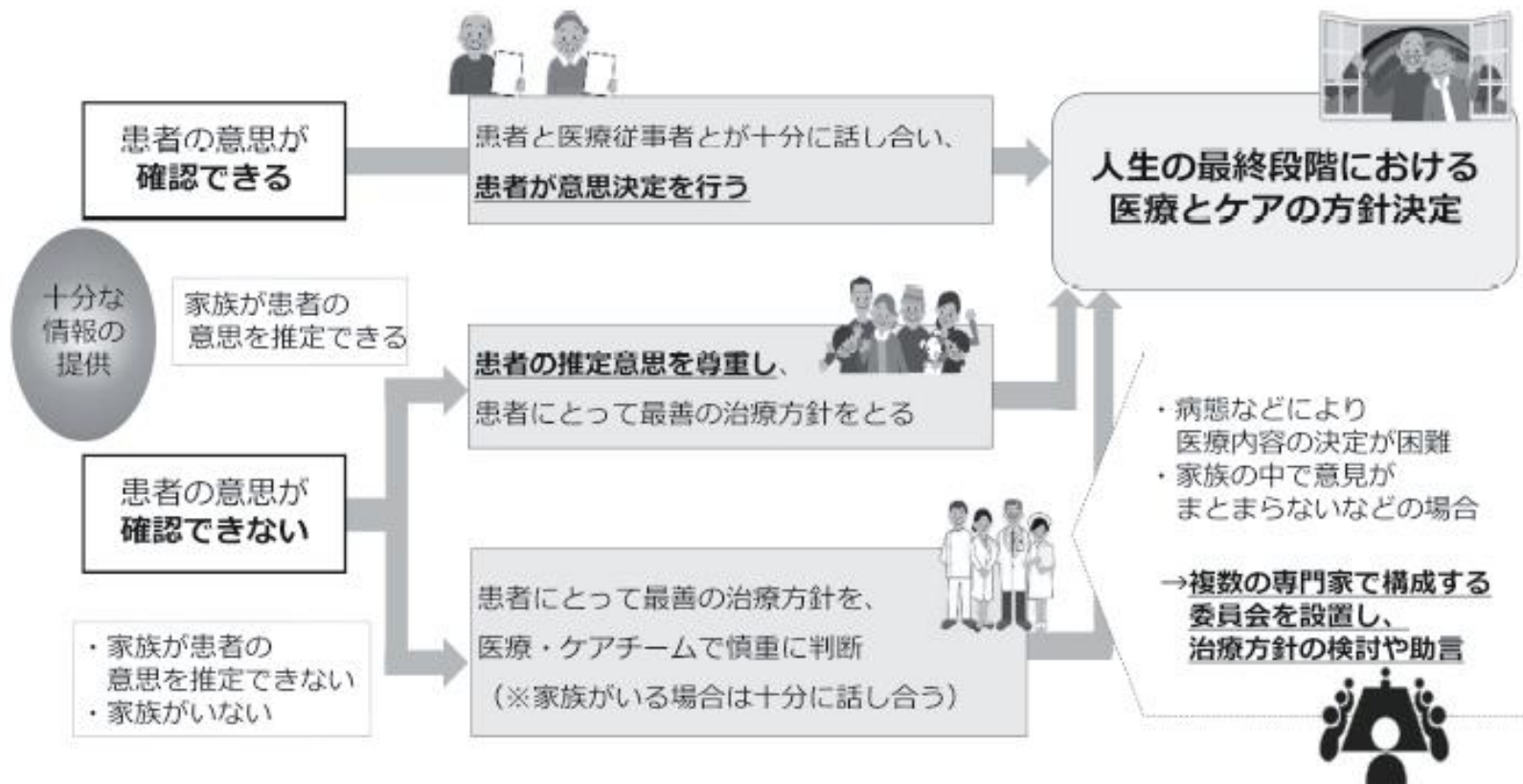
5) 看取りにおけるキーパーソンの確認

介護のキーパーソン、治療・介護方針を決定するキーパーソンを確認する必要がある。

チーム全体で同じ人をキーパーソンととらえられていることが大切。

ケア会議が行われると意思が統一され役割も明確になる

図15-⑥-3-1 方針決定の流れ (イメージ図)



資料：人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会「[人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン]における最近の動向」、2018年

6) 確認・検討する項目

- ・ 訪問診療や訪問看護導入の検討
- ・ 最期を迎える場所や環境の意向確認
- ・ 緊急時の連絡方法の確認
- ・ 急変時の対応（救急搬送の有無等）の確認
- ・ 予測される予後・病状の変化に応じた訪問看護等の増減の検討
- ・ 24 時間の支援体制を整えるために、訪問看護師と「緊急時の加算」についての確認

施設の場合家族が遠方であったり面会が少ない可能性があるため、看取りの時期になったら、連絡の方法や頻度など話し合っておく必要がある。

3. ADLが低下し苦痛が出現する時期

(1) 利用者・家族とのかかわり方

1) 心の揺れを支える

治療や延命処置、入院か在宅かなど利用者・家族の気持ちは揺れるし意向が変わる場合もある。いつでも訂正できることを伝え支えましょう。

2) 状態の変化をつかむ

医療チームから状況を把握しケアプランの見直しを考える。家族への負担も増す時期なので観察・配慮が必要です。

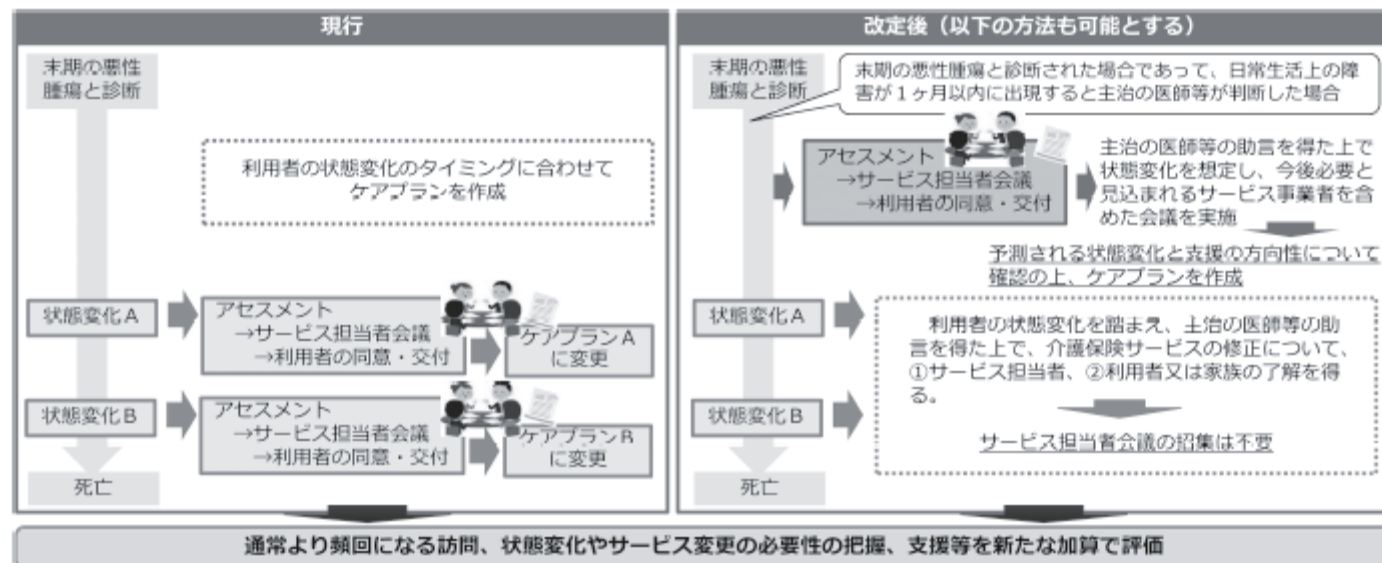
(2) 介護支援専門員の役割

1) ケアチーム内の情報の共有

急変時どのタイミングで誰に連絡するか、状態の確認方法や連絡方法について確認しておく。サービス担当者会議を開き情報の共有をする。

2) ケアマネジメント 共有した情報をもとにプランを変更する。身体介護の量が増えてくることが予測されるので家族が介護で疲弊しないように訪問介護等のサービスをプランに入れていく。

図15 - ⑥ - 3 - 2 ターミナル期のサービス担当者会議



資料：厚生労働省

4. 死期が近づいていることがわかる時期

(1) 利用者・家族とのかかわり方

1) 短期間の変化が起こる

ADLが急激に低下する。食欲・食事量の低下。

2) ケアプランの修正

医療チームへの情報収集と病状悪化を予測した予防的プラン。
家族の精神的な負担感への配慮

3) ケアチーム内での方針の確認

ケアチームのチーム員の中でも心の揺れ・不安など精神的な
ストレスを抱えやすくなる。チーム内でのコミュニケーションが大事。

4. 死期が近づいていることがわかる時期

(2) 介護支援専門員の役割

1) 情報の共有

2) ケアマネジメント

情報の共有は頻回にする。

5. 死期までが2～3日の時期

(1) 利用者・家族とのかかわり方

ADLの自立度が急激に低下しほとんど寝たきりの状態になります。傾眠傾向、尿量減少、血圧が低下、手足が冷たくなり、意識がはっきりしなくなります。

いよいよとなり家族の緊張は増してきます。

死期の近いことを家族が理解できているか確認することもあります。

(2) 介護支援専門員の役割

1) ケアチーム内の情報の共有

表15-⑥-3-4

2) ケアマネジメント

死期が近いことをチーム全体で共有する。

3) 死亡後の役割

① 遺族にねぎらいの言葉をかける

家族の介護に関する肯定評価が特に大切です。批判や避難をするような言葉は避けるようにします。

② 死亡の連絡をする

ケアチームのメンバーすべてに亡くなったことを連絡する。
休日に亡くなったら・・・？

③ 福祉用具等の撤去の調整等

葬儀の日程などにより福祉用具の撤去の調整が必要

ミニワーク

Q1: 本人・家族の意向はどのように確認しますか

個人ワーク 5分

ミニワーク

Q2: 在宅で看取りを実現する条件はなんですか

個人ワーク 3分

第4節 看取りに関する各種サービスの 利用方法と多職種連携・協働のポイント

P. 352

1. 多職種連携

(1) 在宅での看取りを可能にする要件

- ①利用者・家族が「家で過ごしたい、家で過ごさせてやりたい」という意思があること
- ②人生の最後の時期であると主治医が判断していること
- ③医療チームの体制が整っていること

(2) 必要とされる医療サービス

表15-④-4-1 必要とされる医療サービス

- ・病状に対応した医師や看護師の24時間体制として、かかりつけ医による訪問診療、看護師による訪問看護
- ・原疾患の定期的な検査・治療等の外来診療、短期入院
- ・薬の管理や看護のための看護師による訪問看護や、薬剤師による訪問薬剤指導
- ・低下していく ADL を維持または改善する訪問リハビリテーション
- ・歯科医や歯科衛生士による口腔ケア
- ・必要な医療設備・危機管理のための医療機関患者の訪問（重症患者には特に必要とされる）

(3) 居宅医療管理指導（医師）から得られる情報 サービス担当者会議への参加、文書等での情報提供より医師 の意見をプランに役立てる

(4) 必要とされる介護サービス

表15-④-4-2 必要とされる介護サービス

- ・病状に対応した福祉用具の検討や導入の相談・指導を行う福祉用具相談員
- ・日常的な排せつや入浴、食事等の支援をする訪問介護員
- ・看護師による訪問看護（特に看取りの後半は、褥瘡や痛み、呼吸苦等が日常生活に及ぼす影響があるため、看護師による日常生活の支援が必要となる）
- ・24時間体制でケアをしている施設への休息を確保するためのレスパイトケア
- ・一日単位では、デイサービス。数日から数週間ではショートステイ

2. ケアマネジメントとチームアプローチ

P. 353

(1) ケアマネジメントと看取り

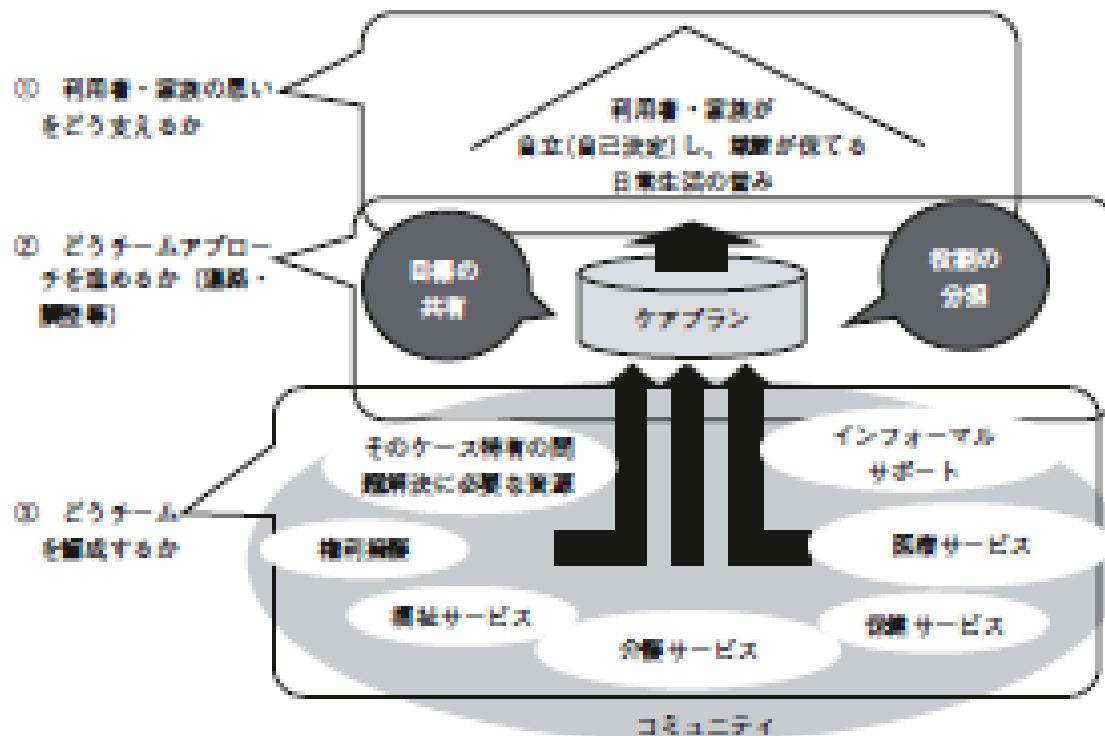
最期の時を迎える利用者・家族の思いをどう支えるか。

利用者の状態の変化によって利用者・家族の思いも変化していき、目標が変化すれば支援者メンバー構成も分担する役割も変化していきます。 図15-⑥-4-1

2. ケアマネジメントとチームアプローチ (2) ケアマネジメントの展開

P. 354

図15-⑧-4-1 ケアマネジメントと看取り



出典：介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会「5章 介護支援専門員実務研修テキスト」長寿社会開発センター、2008年。図15-⑧-4-1を一部改定

(3) 情報発信と具体的な情報の共有

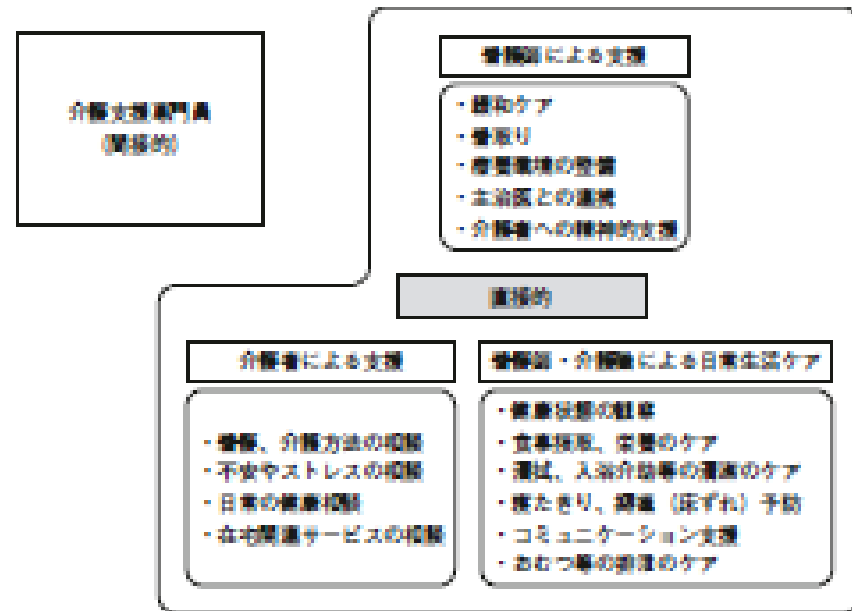
1) 介護支援専門員に求められるハブ機能

情報の発信と共有のための中継基地としての役割

2) 役割の理解を図る

医療チームにケアマネジャーの役割を理解してもらう

図15-⑥-4-2 各専門職の役割分担



第4節 看取りに関する各種サービスの 利用方法と多職種連携・協働のポイント

P. 356

3. 看取りの時期にある利用者の状態像

ケアマネは利用者の状態変化を医療者につなぐ役割がある

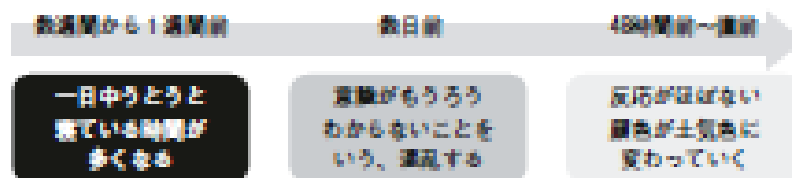
(1) 食事

図15-⑤-4-3 食事にかかわる身体状況の変化



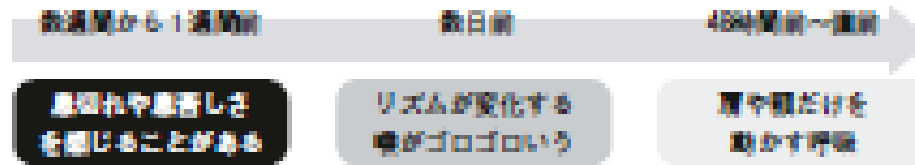
(2) 意識

図15-⑤-4-4 意識の変化



(3)呼吸

図15-⑧-4-5 呼吸の変化



(4)循環

図15-⑧-4-6 循環の変化



ミニワーク

Q:なぜ看取りにはチームケアが必要なのですか

個人ワーク 5分

休憩10分 次は 時から始めます 換気をお願いします



第5節 看取りの特性に応じた ケアマネジメントの具体的な方法

P. 358

1. 介護支援専門員の視点
 - (1) ADLの低下の視点
 - (2) リスクへの視点
 - (3) 総合的な視点
 - (4) 家族への視点
 - (5) 認知症状からの視点
 - (6) 検査・治療促進のための支援の視点

2. 看取りのケアマネジメントプロセス

- (1) インテーク
- (2) アセスメント
- (3) ケアプラン原案作成
- (4) サービス担当者会議
- (5) モニタリング
- (6) 終結

第6節 継続的学習の必要性和 具体的学習方法

P. 363

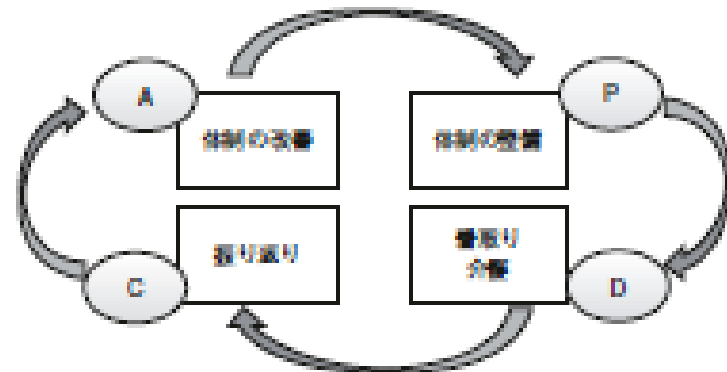
1. デスカンファレンス

(1) 振り返りや妥当性の検証

(2) 開催の目的

2. 看取り体制の 整備や職員教育

図15-⑥-6-1 看取りのPDCAサイクル



3. 看取りができる地域づくり

(1) 家族介護力の低下

(2) 地域づくり

- 住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるように
- 在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、居宅に関する医療機関と介護サービス事業者などの関係者の連携を推進する必要がある。

事例の読み込み

- 個人ワーク 25分
- P367～386
- 今後の演習・自宅学習に必要です

休憩(10分) 次は 分から始めます
換気をお願いします



事例演習

末期がんの利用者の支援

P. 368～



橋本昌子さん(仮名) * 事例概要 P.333

- 胃がんの末期。1か月ほど前から食事がわずかし
か摂れなくなり、食べても戻してしまうため受診。胃
がんの末期との告知を受け入院中だが、衰弱して
きている。
- 夫(77歳)との二人暮らしで、子どもはいない。橋
本さんは、がんで入院した夫の母親を介護した経
験から、自分の最期は自宅で、延命治療せずに迎
えたいとかねてより夫に伝えていた。夫も妻の希
望どおりに自宅で介護し、最後を看取りたいと思っ
ている。

(続き)

- 夫は、近所の病院で警備の仕事をしているときに、その病院のメディカルソーシャルワーカーに相談し、介護支援専門員を紹介された。
- 主介護者である夫は、がん末期で入院していた母親の経過は病院でみていたが、在宅でがん末期を看取るのは初めてであり、自分にできるのか不安をもっている。
- 初回の面接時には要介護認定は申請中であったが、その後、要介護3(平成30年3月20日～平成30年9月30日と認定された)

演習15-⑥-1 病状の変化への対応

●演習15-⑥-1

利用者の病状を知るためには、どのような方法で確認しますか。

演習15-⑥-1

病状の変化への対応

●演習15-⑥-1

利用者の病状を知るためには、どのような方法で確認しますか。

誰に・いつ・情報の媒体等、を考えてみると良いでしょう

色々な方法があるので視野を広く持ちましょう

演習15-⑥-2

院内チームと在宅チームの連携

P. 388

●演習15-⑥-2

橋本昌子さんの退院、在宅でのスタートに向けて、院内チームと在宅チームの間で情報が共有されています。具体的には、どのような情報共有がなされているでしょうか。

演習15-⑥-2

院内チームと在宅チームの連携

P. 388

●演習15-⑥-2

橋本昌子さんの退院、在宅でのスタートに向けて、院内チームと在宅チームの間で情報が共有されています。具体的には、どのような情報共有がなされているのでしょうか。

居宅介護支援経過やサービス担当者会議より拾い上げてみましょう

演習15-⑥-3、15-⑥-4、15-⑥-5 家族に対する精神的ケアの方法

●演習15-⑥-3

家族の心の揺らぎは、どのような状況で起こるのか考えてみましょう。

演習15-⑥-3、15-⑥-4、15-⑥-5 家族に対する精神的ケアの方法

●演習15-⑥-3

家族の心の揺らぎは、どのような状況で起こるのか考えてみましょう。

第3節を参考にして書き出してみましよう

演習15-⑥-3、15-⑥-4、15-⑥-5 家族に対する精神的ケアの方法

●演習15-⑥-4

家族に対する精神的ケアは、どのように行ったらいいのか考えてみましょう。

演習15-⑥-3、15-⑥-4、15-⑥-5 家族に対する精神的ケアの方法

●演習15-⑥-4

家族に対する精神的ケアは、どのように行ったらいいのか考えてみましょう。

第3・4・5節を参考にして書き出してみましょ
う

演習15-⑥-3、15-⑥-4、15-⑥-5 家族に対する精神的ケアの方法

●演習15-⑥-5

利用者が亡くなった後の、家族とのかかわり方を考えてみましょう。

演習15-⑥-3、15-⑥-4、15-⑥-5 家族に対する精神的ケアの方法

●演習15-⑥-5

利用者が亡くなった後の、家族とのかかわり方を考えてみましょう。

第3・5節を参考にして書き出してみましょ
う

演習15-⑥-6、15-⑥-7

ケアチームに対する精神的ケアの方法

P. 390

●演習15-⑥-6

看取りをケアチームで共有した経験や、今後看取りをケアチームで共有していくために介護支援専門員に求められる役割や姿勢について考えましょう。

演習15-⑥-6、15-⑥-7

ケアチームに対する精神的ケアの方法

P. 390

●演習15-⑥-6

看取りをケアチームで共有した経験や、今後看取りをケアチームで共有していくために介護支援専門員に求められる役割や姿勢について考えましょう。

- 良かったこと、悪かったこと
- 悩んだこと、苦しんだこと

演習15-⑥-6、15-⑥-7

ケアチームに対する精神的ケアの方法

P. 390

●演習15-⑥-7

ケアチームにおける看取りの勉強会や研修会が地域で行なわれているか、調べてみましょう。

演習15-⑥-6、15-⑥-7

ケアチームに対する精神的ケアの方法

P. 390

●演習15-⑥-7

ケアチームにおける看取りの勉強会や研修会が地域で行なわれているか、調べてみましょう。

- 実際やっていること
- やってみたいこと
- あると良いな勉強会など

今回講義の振り返り

- 利用者の老いを理解し、人生の最終段階に必要な医療とのかかわり方を学ぶことが重要。

いろいろな経過をたどり終末期を迎える
病状の変化の情報を得る手段を持っておく
その時々利用者・家族の気持ちを聞く
その時々支援の方法がある

今回講義の振り返り

- 院内チームと在宅チームが連携する。

連携のための介護支援専門員の役割がある

利用者の体の変化に気づき(支援者からの情報を生かす)チームで利用者や家族の変化を**共有**し支援方法を変化させる

今回講義の振り返り

- 死を目前にした利用者・家族の身体的・精神的苦痛を和らげ、生活の質を向上させる。

最後の時まで「生きる」を支える

チームで変化を共有し支援方法を変化させる
利用者と家族の心の揺れを支える。

利用者と家族の価値観を大切にする。

おつかれさまでした

