

介護支援専門員実務研修  
7日目  
(更新・再研修6日目)

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起こりやすい課題を  
踏まえた支援に当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いて起こりやすい課題について説明できる。
- 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。

# 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

テキスト  
P. 334

## 1. 看取り

### 人生の終末(エンド・オブ・ライフ)の時期にあたるケア

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。

## 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、有料老人ホーム等。

介護支援専門員は、さまざまな場所で人生の最期の時期を  
過ごす利用者が、望む暮らしができるよう支援する。

## 2. 利用者・家族の不安

### (1) 利用者・家族の意向の確認

- ・利用者・家族が、最期のときをどのように迎えたいか
- ・どのような不安を抱えているのか
- ・説明を十分に理解して、本人が選択し、決定できているのか

☆双方向のコミュニケーションが図れるように調整することが大切

### (2) 看取りの場所・看取る人

- ・死を迎える場所、看取る人も多様化している
- ・その人のおかれた状況や状態に応じた支援が必要

### 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

老いとともに身体機能が低下し、そこに疾患等による影響が重なり、徐々に衰えていく経過をたどる。

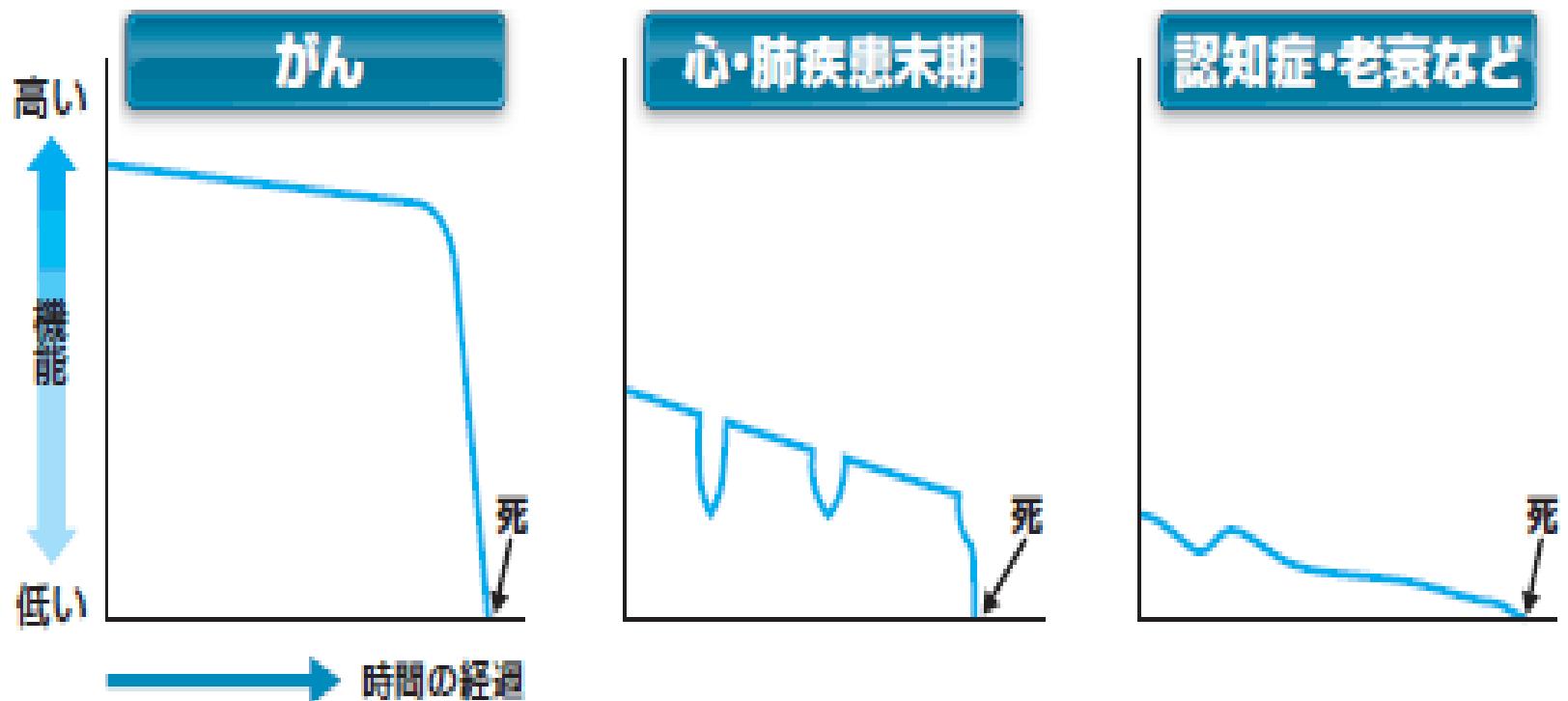
☆最終段階に必要な医療とのかかわり方が重要

#### (2) 看取りのもつ意味

単なる延命のためではなく、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、人生の最終段階まで、本人・家族が望むように生きること、納得した生き方ができることを支える。

## 2. 最終段階の三つの軌道を理解してケアマネジメントに生かす

### (1) 疾病ごとの特徴



比較的長い期間、機能は保たれ、最後の約2か月で急速に機能が低下する経過

急性増悪を繰り返しながら、徐々に機能低下し、最後は比較的急な経過

機能が低下した状態が長く続き、さらにゆっくりと機能が低下していく経過



### (2) くぼみと傾きの意味するもの

#### 「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

#### 「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潑になるため
筋肉の減少、関節の変化	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、痩せが進む	咀嚼、味わい、栄養摂取などの食べる行為が不活潑になるため

## 1. 気持ちの揺らぎ

どのような気持ちの揺らぎが起こるかを理解する

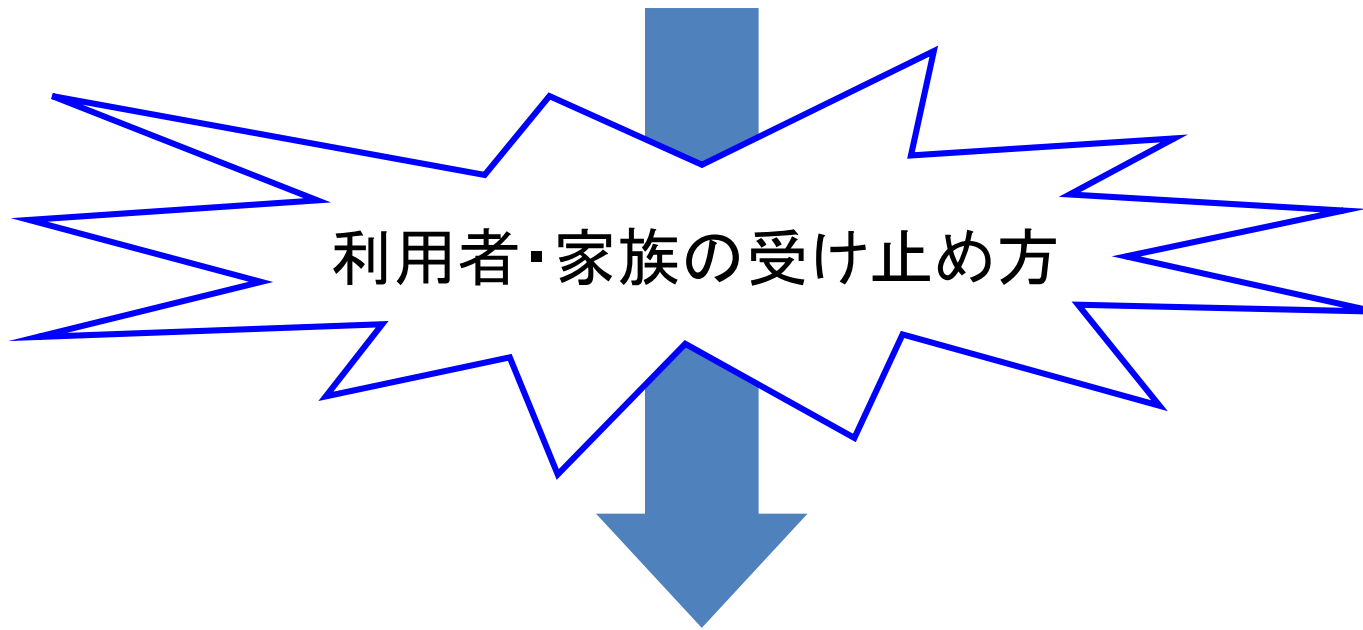
(1) 予後についての説明

(2) 死ぬゆく人の心理過程

(3) 支援における課題の違い

(1) 予後についての説明がその後の気持ちの揺らぎに大きな影響を及ぼす

利用者・家族への説明



どのように最期を迎えたいかに影響を及ぼす

**気持ちの変化を理解する**

## (2) 死ぬゆく人の心理過程

### 【キューブラー・ロスの死の受容過程】

#### 第1段階：否認（否認と孤立）

死の運命の事実を拒否し否定する段階です。周囲から距離をおくようになります

#### 第2段階：怒り

死を否定しきれない事実だと自覚したとき、「なぜ私が死ななければならないのか」と問い、怒りを感じます

#### 第3段階：取引

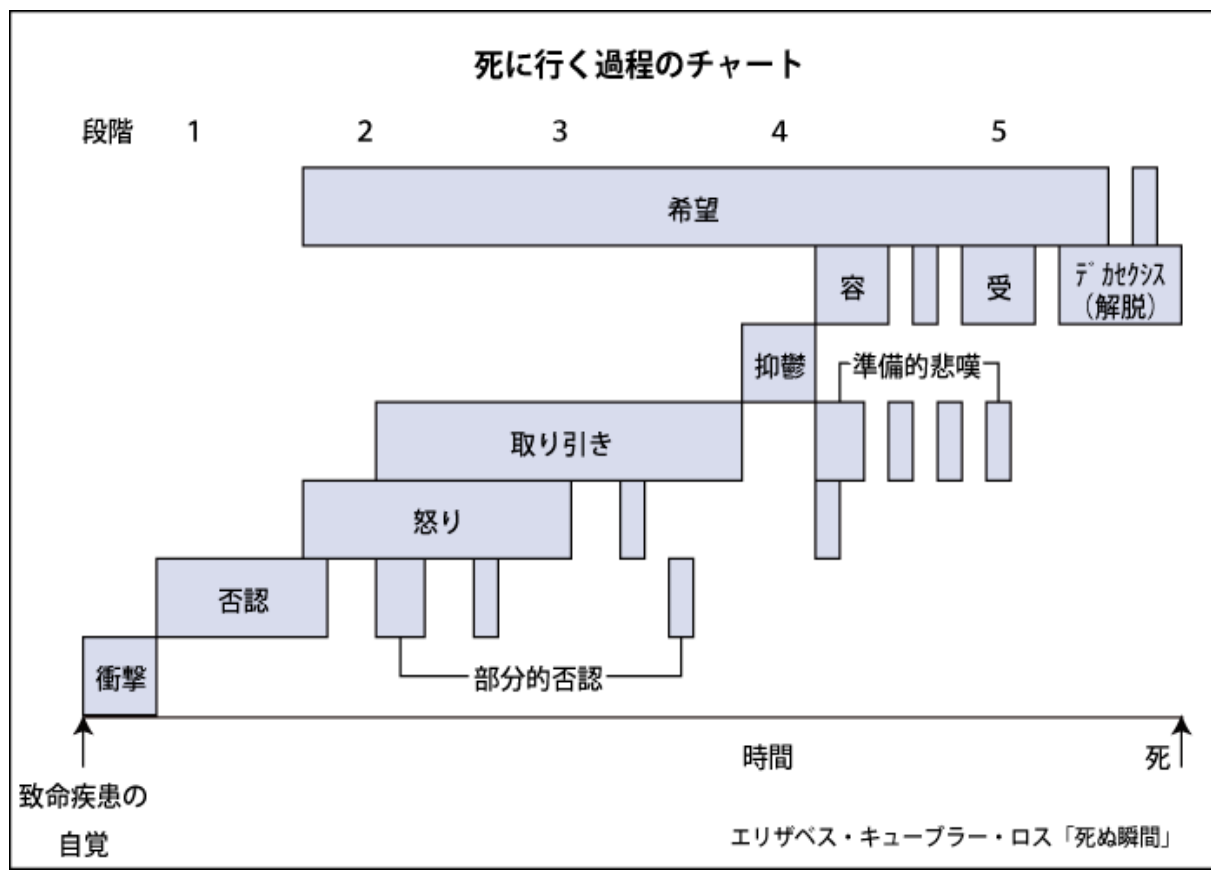
死の現実を避けられないかと、「神」と取引をします

#### 第4段階：抑うつ

何をしても「死は避けられない」とわかり、気持ちが滅入り、抑うつ状態になります

#### 第5段階：受容

死を受容し、心にある平安が訪れます



### (3) 支援における課題の違い

- 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のがわかる時期
- ④死期までが2～3日内の時期

**段階により利用者・家族、  
そこにかかわる人たちの揺らぎは異なる**

### 2. 病状が安定している時期（入院時等）

急性憎悪を踏まえた安定期としての関わりが必要。

看取り期があいまいなため、日常生活のケアや健康管理に留意する

#### 【利用者・家族の状況とのかかわり方】

- ・病状や予後告知の確認と状況に応じた支援
- ・安定しながら、徐々に体力・身体機能が低下し、何らかの支援が必要になる時期
- ・体調変化や病状変化は、気持ちの揺らぎに影響が大きい

## 【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

②利用者・家族の価値観を確認

利用者・家族の大切にしたいこと、嫌なこと(例)

③アドバンス・ケア・プランニング(ACP)

④延命治療の確認

⑤看取りにおけるキーパーソンの確認

⑥医療との連携を踏まえたチーム編成の検討

- ・訪問診療や訪問看護の導入
- ・最期を迎える場所や環境の意向
- ・緊急時の連絡方法や急変時の対応

# 利用者・家族の大切にしたいこと、嫌なこと

## ○大切にしたいこと

- ・あらゆる手段を使っても最期まで病気と闘う
- ・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いきたい
- ・特定の日／行事／予定まではいきたい。
- ・生活の質を落とさないことを第一に考えて治療したい
- ・ある年齢まで生きてからは自然に任せたい
- ・治療方法について自分で判断したい
- ・余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



# 人生末期状態の患者の意思確認・医療内容の決定手続き

人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則



患者の意思が  
確認できる

患者と医療従事者とが十分に話し合い、  
患者が意思決定を行う

人生の最終段階における  
医療とケアの方針決定

十分な  
情報の  
提供

家族が患者の  
意思を推定できる

患者の推定意思を尊重し、  
患者にとって最善の治療方針をとる



患者の意思が  
確認できない

- ・ 家族が患者の意思を推定できない
- ・ 家族がいない

患者にとって最善の治療方針を、  
医療・ケアチームで慎重に判断  
(※家族がいる場合は十分に話し合う)



- ・ 病態などにより医療内容の決定が困難
- ・ 家族の中で意見がまとまらないなどの場合

→複数の専門家で構成する  
委員会を設置し、  
治療方針の検討や助言



### 3. ADLが低下し苦痛が出現する時期

- ・ADLの低下や苦痛が増したことによる治療がなされる
- ・本人の状態の変化により家族に葛藤が起こる
- ・家族の身体的・精神的の負担が増す

#### 【利用者・家族のかかわり】

##### ①心の揺れを支える

- ・本人・家族の心の揺れを受容し、意思決定の支援をする。
- ・家族とのかかわりの時間を支援する。

##### ②状態の変化をつかむ

- ・訪問看護・医師からの情報を得て、チーム全体で利用者・家族の状況をつかみ細やかな配慮をする。
- ・個々のサービス提供時に心の揺れを表出した場面を通して共感し、受容できるようチームで支援する。

# 【介護支援専門員の役割】

## 1) ケアチーム内の情報共有

- ⇒ ・共有した情報をもとに、プランを変更  
・医療・介護チームがそれぞれの役割を理解してチームが連動できるよう調整する。

### ☆情報共有のポイント

- ・家族の希望・不安・心配について
- ・本人の病状の変化
- ・ADL全般の情報(特に、排泄・皮膚・食事)

## 2) ケアマネジメント

- ⇒ 家族だけができることに専念できるように調整する。

### ☆ケアマネジメントのポイント

- ・本人・家族のしたいこと、やり残したことを確認する(家族ができるケアに注目)
- ・日々の日常生活ケア、環境整備や本人の安寧
- ・本人・家族の療養場所についての意向の確認
- ・状態変化に応じた役割分担の見直し、ケアプランの変更
- ・介護力低下の場合のサービス検討
- ・急変時の対応(救急搬送の有無等)
- ・予測される予後・病状の変化に応じて訪問看護等の増回検討

ターミナルケアマネジメント加算

## ○医療チーム

- ・急変時の延命処置等、介護支援専門員とともに話し合う
- ・予測される予後や病状の変化の理解を家族やケアチームに促す
- ・家族の不安、介護疲労への助言・指導をする

## ○介護チーム

- ・ADLが低下したり、身体的苦痛が出現してくる時期なので身体的安楽への支援をする
- ・予測される予後や病状の変化についての観察点を共有する
- ・急変時の連絡方法について確認する

## 4. 死期が近づいていることがわかる時期

- ・自発的な活動低下、摂取量の低下、倦怠感・呼吸苦や痛みの増加
- ・尿量が減り、浮腫などの症状が強くなり、短期間の急変が起こる
- ・家族や介護職からみて本人が「つらそう」と感じる
- ・介護負担が増し、看取りができるか心の揺らぎが起こる

### 【利用者・家族のかかわり】

- ・医療職と情報交換しながら、どう生きたいのか、療養の場所など本人・家族が自己決定できるように関わり、ケアプランを作成していく
- ・細やかな観察・配慮をするため具体的な情報の共有が大切

### 【介護支援専門員の役割】

- ・本人・家族と医療・介護チーム間の橋渡し役（チームのハブ役）
- ・ケアチーム内のケアの方針を確認する
- ・急変時の対応などケアチーム全体で周知を図る

## 5. 死期までが2～3日の時期

- ・短期間で状態が変化する
- ・自発的な活動低下、食事摂取量の低下、呼吸苦や痛み、倦怠感が増してくる
- ・血圧低下、呼吸状態など全身の状態が不安定になる。褥瘡が出来やすい。
- ・ウトウト眠っている時間が多くなりほとんど寝たきりの状態。

### 【利用者・家族との関わり】

- ・本人が安楽に過ごせるような支援を調整する
- ・現状や死期が近づいていることが理解できるよう医療者と連携する
- ・家族が最後の時間を十分持てるよう、悔いが残らないよう配慮する

### 【介護支援専門員の役割】

- ・死期が近いことをケアチーム全体で共有する
- ・頻繁に具体的な情報発信し、身体変化、病状変化の見通しを共有する

### 《死後の役割》

- ①遺族にねぎらいの言葉をかける
- ②ケアチームに死亡の連絡をする
- ③福祉用具等の撤去の調整等

## ミニワーク

- ・終末期にある本人と家族には、どのような“揺らぎ”があるか。

個人ワーク 5分

隣席ワーク 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

テキスト  
P. 352

## 1. 多職種連携

- (1) 在宅での看取りを可能にする要件
- (2) 必要とされる医療サービス
- (3) 居宅医療管理指導(医師)から得られる情報
- (4) 必要とされる介護サービス

### 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、短期入院菅
- ・薬の管理や指導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師指導
- ・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
- ・必要な医療処置・危機管理のための医療機器業者の訪問(難病患者には特に必要とされる)

### 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、食事等の世話をする訪問介護員
- ・看護師による訪問看護(特に後半は、褥瘡や痛み、呼吸苦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になる)
- ・24時間体制でケアをしている家庭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

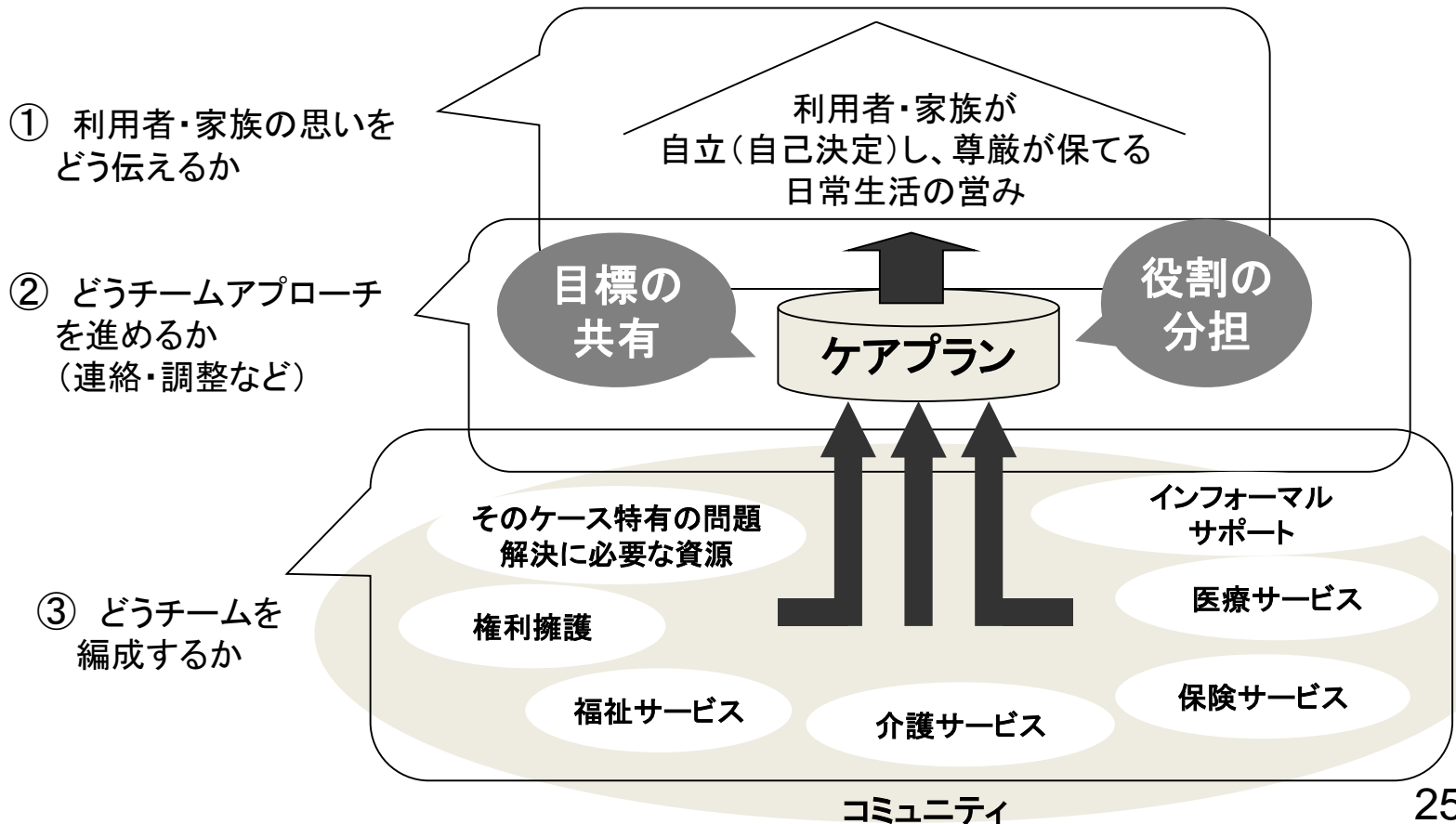


## 2. ケアマネジメントとチームアプローチ

テキスト  
P. 353

### (1) ケアマネジメントと看取り

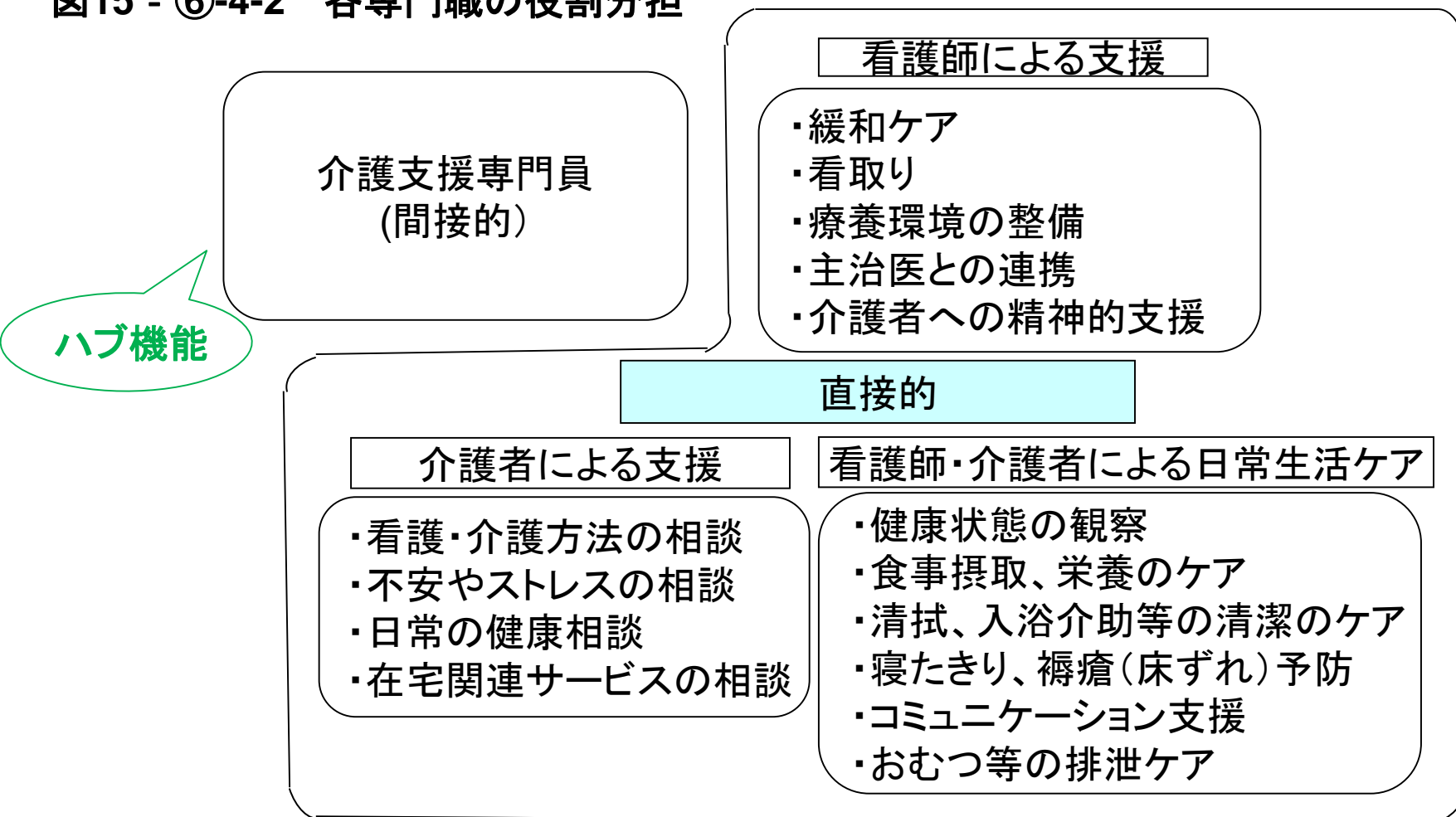
図15-⑥-4-1 ケアマネジメントと看取り



## (2) ケアマネジメントの展開

利用者・家族がどういう看取りを望んでいるのか、最期の時をどのように「生きる」のかを支えるチーム編成、ケアプラン、情報の共有が必要

図15 - ⑥-4-2 各専門職の役割分担



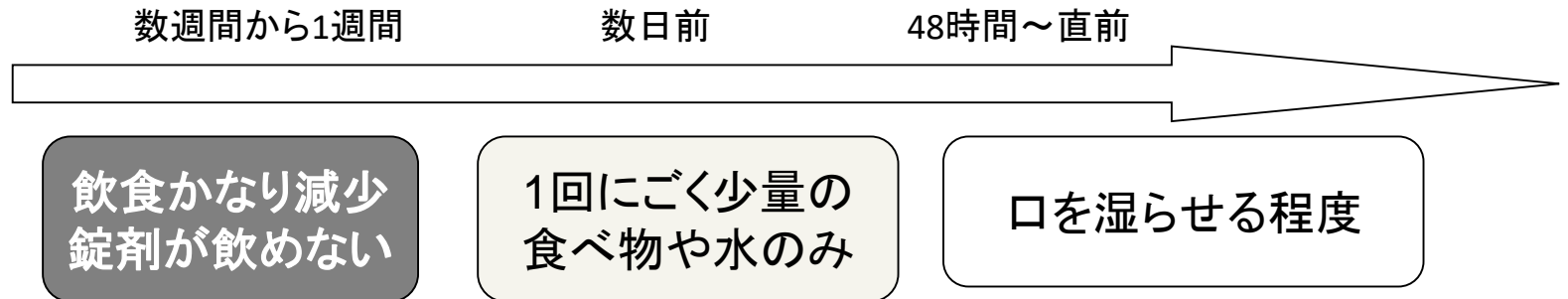
# 第4節 看取りに関する各種サービスの 利用方法と多職種連携・協働のポイント

テキスト  
P. 356～

## 3. 看取りの時期にある利用者の状態像

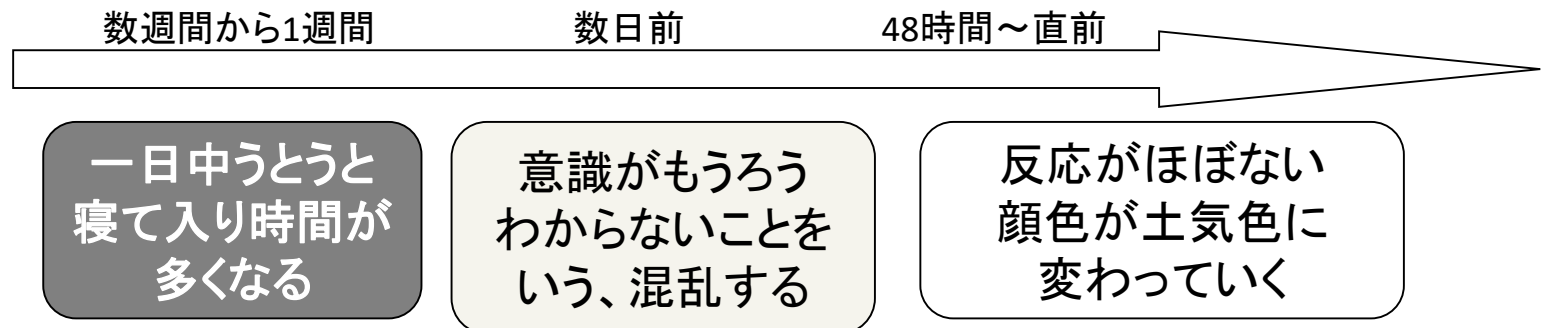
### (1) 食事

#### 食事にかかわる身体状況の変化



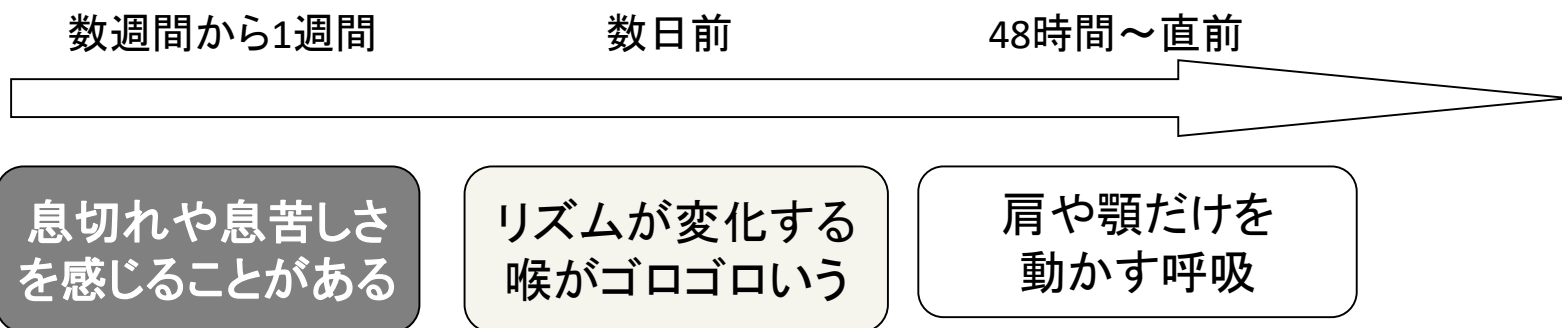
### (2) 意識

#### 意識の変化



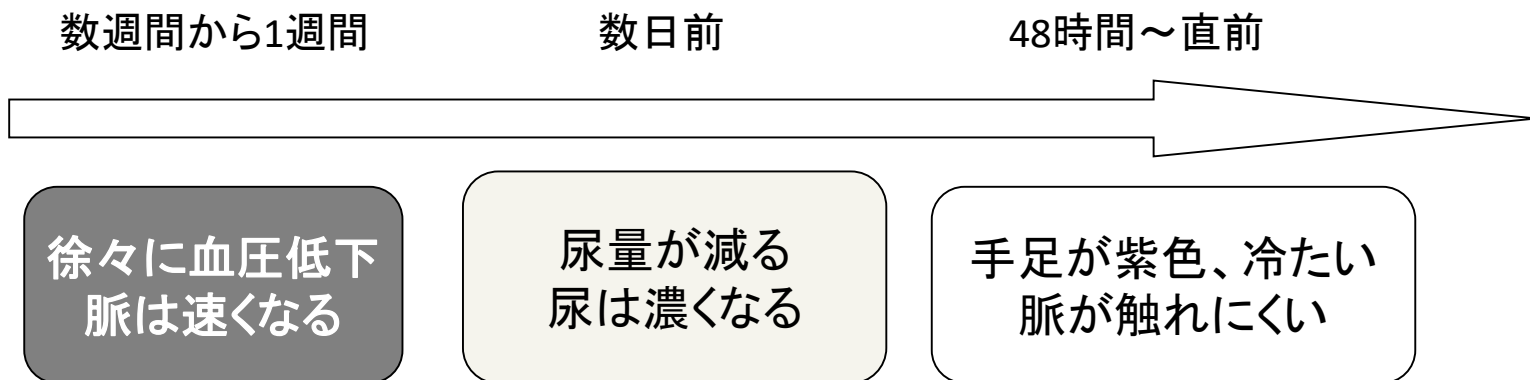
### (3)呼吸

#### 呼吸の変化



### (4)循環

#### 循環の変化



## 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

テキスト  
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

# 看取りのケアマネジメントプロセス

テキスト  
P. 359～362

# インテーク

## <利用者・家族>

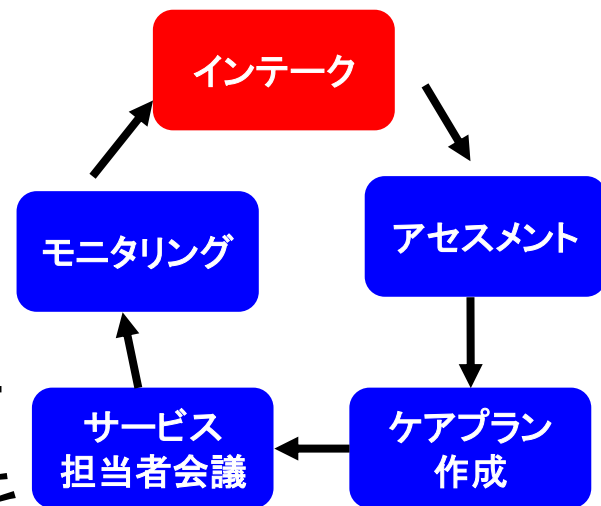
- 告知を受けているかどうか

死についての本人・家族の受け止め方告知されている場合は、どのような死を迎えたいかの意向などを確認する

- 告知されていない場合の家族の意向、本人への説明内容の確認

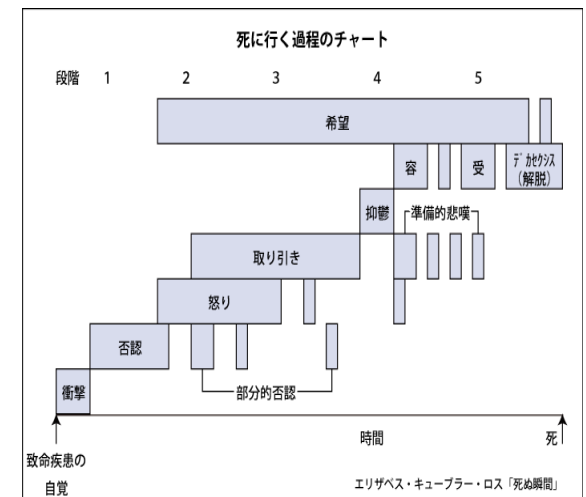
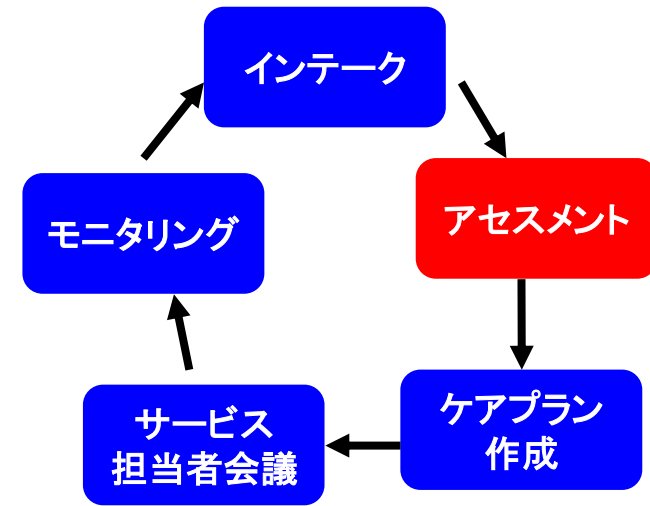
## <医療者からの情報>

- 入院中の経過・治療・看護・介護状況、今後の通院先、緊急時の連絡先
- 現状と今後予測される状態の変化と考えられるリスク
- 介護報酬上の加算など



# アセスメント

- 安定期から看取り期までの過程・経過を常に確認する
- 家族の状況や支援体制など環境面
- 利用者と家族の心理的状況を知る
- 本人の死の迎え方の希望を尊重し、本人や家族とかかわりの深い人との意思決定のプロセスを共有する
- 高齢者は自己表現しないことも多く、家族の意向がより重視されるなどの課題があることを知っておく
- 死の受容段階の評価
- QOLについて考える





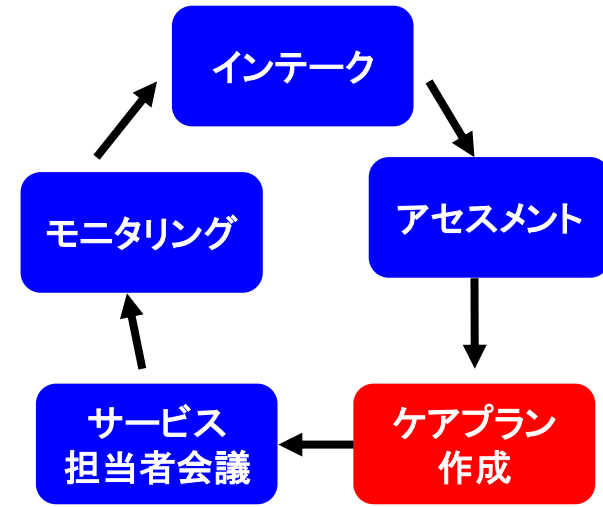
# ケアプラン原案作成

## <利用者>

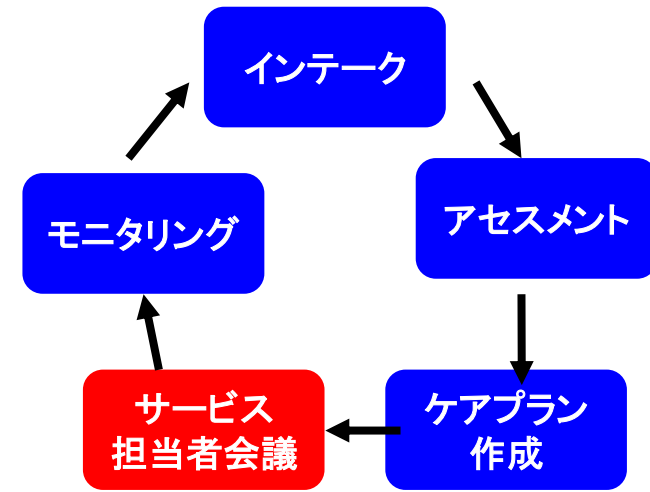
- 状態の変化に応じた支援内容を適切な時期に合わせて行う
- 今後予測される状態が共有できる具体的な支援内容とする

## <家族支援のポイント>

- 急変時における緊急連絡ルートを明確にしておく
- 主介護者だけでなく、家族介護全体の生活の変化とストレスを知り、チームで統一した支援方針を立てる
- 家族の関係性から身体的な痛みが増強することを知り、支援する役割分担を明確にする
- 不安なく最期を看取ることができるよう支援する



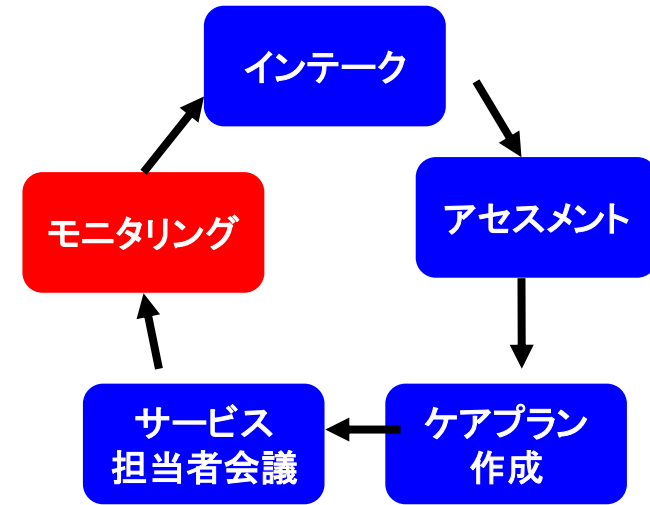
# サービス担当者会議



- ケアや日々の状況をチーム全体が確認できる記録やコミュニケーション手段などの方法を早急に提案する
- 急変時の対応手順や緊急連絡先を共有しておく
- 状況の変化に応じて会議を開く  
(情報共有の為、負担にならない配慮)
- 必要があれば感染予防について確認し共有しておく

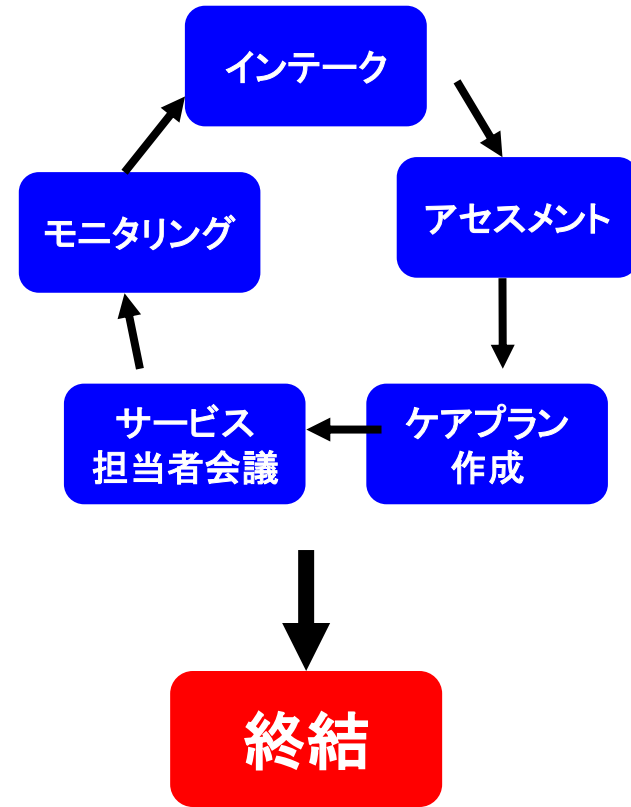
# モニタリング・評価

- 状況の変化に応じたチームとしての対応ができているか確認する
- 全体像として再アセスメントの必要性を確認する
- 自己実現の方法について身体・心理状況に応じて確認する
- サービスの提供状況を踏まえた看護サービスとケアプランの整合性を確認する



# 終結

- ・遺族へのねぎらいの声掛け、悲しみを共有し、聞き手になることに留意。
- ・遺族が罪悪感をもたないようにする。



# 第6節 継続的学習の必要性和 具体的学習方法

テキスト  
P. 363

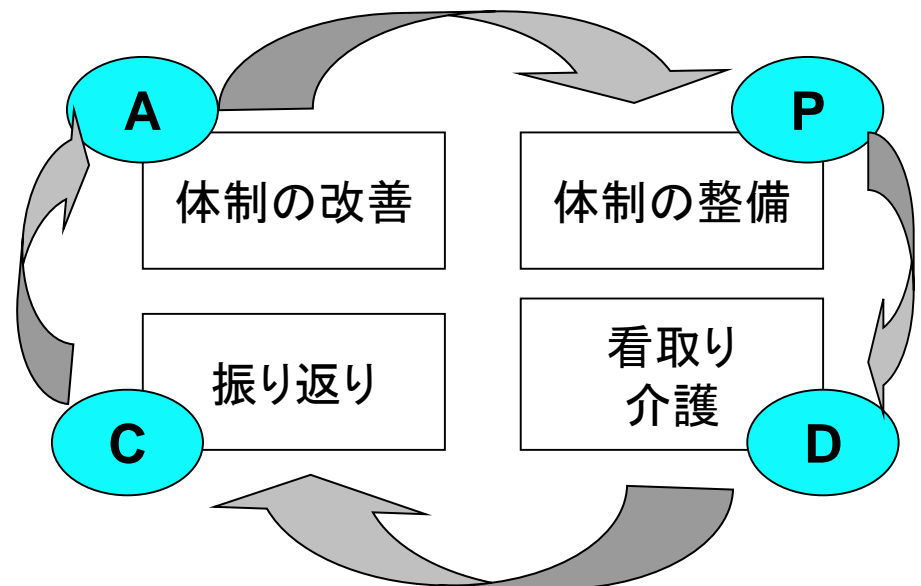
## 1. デスカンファレンス

(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

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ることができるように、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していく。