

介護支援専門員実務研修
9日目
(更新・再研修8日目)

ケアマネジメントの展開 事例演習
15－⑥章
看取りに関する事例

本科目の目的

看取りにおける事例演習を行い、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。

ケアマネジメントの展開(修得目標)

テキスト
P. 332

- 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、医療職等多職種との連携・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関わりの変化について説明できる。
- ④看取りの事例について、在宅生活の支援に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。

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

看取りにおける介護支援専門員の役割・姿勢

●看取り

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こと

●多様化する終の棲家

自宅や施設など様々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に支援する

●利用者・家族の不安

利用者・家族の意向の確認（医療職や家族間での話し合いがなされ、本人が選択し、決定できる支援）

利用者や家族が置かれた状況や状態に応じた支援

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

事例；末期がんの利用者の支援

胃がん末期で入院中であるが、自宅で最期を迎えたいと望んでいる橋本昌子さんの看取りに向けた支援

個人ワーク

◆事例の読み込み（テキストP368～P373）

- ・基本情報に関する項目
- ・主治医の意見書
- ・アセスメントに関する項目



演習：橋本昌子さんの全体像をまとめてみましょう ＜ステップⅠ＞

①個人ワーク(10分)

◆ステップⅠ

橋本昌子さんの過去～現在まで

「このような生活をしてきた、こんな人・・・」と

文章でまとめてください

②隣席2人でシート交換(共有)

橋本さんはどんな人でしょうか？

演習：橋本昌子さんの全体像をまとめてみましょう ＜ステップⅡ＞

①個人ワーク(15分)

◆ステップⅡ

現在の橋本さんと家族の状況は？

今、何が起きていてどのように思っているか

②隣席2人でシート交換(共有)

橋本さんの生活はどのような状況にあるのでしょうか？

家族の状況は？

橋本昌子さんの全体像

- ・職場で知り合った夫と結婚、子どもには恵まれなかったが、専業主婦のかたわら10名程のお弟子さんを取り生け花を教えながら夫婦二人で大きな問題なく過ごしてこられた。
- ・橋本さんは、延命治療せずに自宅でゆっくり過ごし最期を迎えたいと考えている。夫は、妻の気持ちに応え、自宅で介護し最期を看取りたいと考え退院を決めたが、妻の衰弱する様子を見るのはつらく、介護の不安もある。
- ・1か月ほど前から食事がわずかしか摂れなく、食欲がわかず衰弱してきている。痛みと倦怠感が増強しボルタレンでコントロールしている。衰弱によりトイレにも介助を要し、家のこともできなく夫に申し訳ない気持ちが強い。胃がんの末期状態との告知も受け、このまま衰弱していくことに不安があり人にも会いたくない思いがある。
- ・家屋内は段差があり、手すりなどなく移動がしづらい所がある。

演習

◆ステップⅢ

橋本さんと家族が望む生活は？

個人ワーク(5分) ⇒隣席2人でシート交換(共有)

演習

- ◆ 橋本さんが望む生活を過ごすために
介護支援専門員として大事にすることは何か？
- 個人ワーク(5分) ⇒隣席2人でシート交換(共有)

自宅で最期を迎えたいと望んでいる 橋本さんに対して大事にしたいこと

- ◎ 苦痛などの症状緩和をする
- ◎ 夫に負担がかかりすぎないようにする
- ◎ 好きなものを食べ、ゆっくり過ごせる時間をもつなど橋本さんの思いが叶う。
- ◎ 自分でできることをできるだけ長く行える
- ◎ 夫との時間を大切にする
- ◎ できる限り後悔が残らないようにする

演習

- ◆ 橋本さんの今後の見通しを考えてみましょう。

個人ワーク(10分) ⇒隣席2人でシート交換(共有)

☆今後の見通しを立てるための視点

- ・橋本さんの今後の病状変化に伴うADLの状態は
- ・治療や処置は
- ・橋本さん、家族の病状に対しての理解や気持ちの変化は
- ・橋本さん、家族の大切にしたいこと、嫌なことは

1. 院内チーム在宅チームとの連携を図る

病院との連携
(医師・看護師・MSW)

2. 在宅療養中の在宅チーム内の連携を図る

変化する状態を医療者と連携をとりながら把握する。

在宅チーム連携
(医師・訪問看護師支援者すべてと)

今後の見通し

- 食事が摂れなくなり、さらに衰弱が進み、寝たきりの状態になる。
 - 痛みや倦怠感など体のえらさが増す。
 - 全身状態が悪くなる。(浮腫、尿量減少、血圧の低下、呼吸が不安定になる、褥瘡がしやすい)
 - できていたことができなくなり、ベッド上での排泄、着替え、起き上がりなどの介助を要する。 → 介護負担が増す。
- 死期が近いことを悟り、気持ちに揺らぎが起こる
 - 本人だけでなく夫の気持ちの不安やつらさが増す。
 - 本人・家族に自宅での看取りができるのだろうかという思いの変化が起こりやすい。

演習

◆ステップⅣ

橋本さんの望む生活を送るために、必要な支援は何でしょうか？

- ・看取りの視点を入れた支援について考えましょう
- ・サービス名ではなく内容で表しましょう
- ・人生の終末に向かっている視点
- ・段階的な関わりの視点

個人ワーク(10分) ⇒隣席2人でシート交換(共有)

必要な支援

- ・自宅療養への移行がスムーズにできるように病院と連携をとる
- ・痛みが緩和され苦痛が少なくなる
- ・状態の変化や痛みに対していつでも対処してもらう
- ・自分でできることをできるだけ長く行えるよう環境を整える
- ・自分でできないことを手伝ってもらう。トイレ、入浴、移動など
- ・好きなものを食べたり生花を楽しむことができる
- ・つらい思いなどを支えてもらう
- ・夫が負担や不安が少なく最期まで看取りができるよう支援する

ニーズ・目標

参考例

ニーズ

長期目標

短期目標

状態の変化や痛みに対して
すぐに対応してもらい安心し
たい

体調の管理ができ安心して
自宅での生活ができる

- ・痛みや倦怠感が少なく自
然に過ごせる
- ・緊急時に対処してもらえる
- ・好きなものが食べれる
- ・褥瘡の予防ができる

体調に合わせて自分ででき
ることは自分でしたい

身体への負担が少なく自分
でできることが続けられる

- ・起き上がりや移動が安全
に負担なくできる
- ・安楽な姿勢で過ごせる
- ・負担の少ない介護方法を
習得する

体調の良い時はお花を生け
たい

自分の好きなことができる
落ち着いた気持ちで過ごせ
る

- ・寝室や食堂にお花を飾る
- ・気分の落ち着く時間がもて
る

演 習 ②

- ◆ 橋本さんの看取りの支援においてのケアマネジャーとしての役割を考えましょう

個人ワーク(5分) ⇒隣席2人でシート交換(共有)

看取りの特性に応じた介護支援専門員の役割

人生の最終段階において、本人・家族が望む生き方が
できるよう支援する

- ◆ 本人・家族の病気や生活、介護に対する考や思いを知る。
- ◆ 医療や介護職から状態や生活の過ごし方、日々の様子を得て、タイムリーにチーム全体へ情報発信する。
- ◆ 状態変化から起こる、生活や介護への影響を考える。
- ◆ 変化していく状況に併せてプランを見直し、進捗状況を確認する。

モニタリング・再アセスメントの視点

演習を振り返って

「看取り」事例の演習を振り返っての気付き

個人ワーク 5分 ⇒ 2人で意見交換 5分

⇒ 発表