

看取りに関する事例

第15-⑧章「看取りに関する事例」の目的

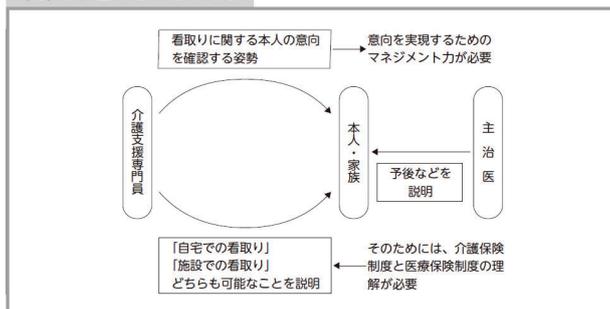
看取りにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた
支援に当たってのポイントを理解する

第15-⑧章「看取りに関する事例」の修得目標

- 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関わりの変化について説明できる
- ④ 看取りのケースにおいて、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

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の理解 【15分】

本節で学習することの概要



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の理解 【15分】 【1 看取りの概観】

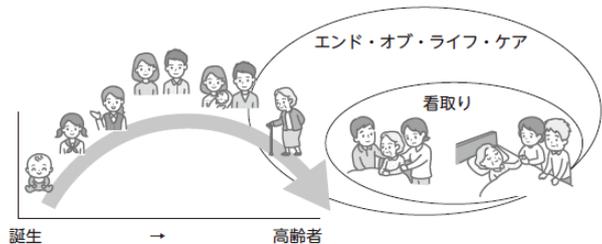
1. 看取りのとらえ方

- 人は誕生したら必ず死を迎え、人生の最期（End-of-Life）ではなんらかのケア（**エン・ド・オブ・ライフ・ケア**（End-of-Life Care：EOLC））が行われる
- ・このEOLCは年齢や疾患にかかわらず、**すべての人に必要なケア**
- ・終末期ケアやターミナルケアという言葉もあるが、**ライフ（人生・生活）に焦点を当てる**のが、EOLCになる
- 介護保険制度ではもっとわかりやすく、「**看取り**」という用語が使われています。EOLCの言葉よりも最期に近い時期の狭い意味をもつが、本章では「看取り」という用語で統一する

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の理解 【15分】 【1 看取りの概観】

1. 看取りのとらえ方

○看取りの時期



図は一般的な高齢者の場合を示す

第15章 ケアマネジメントの展開
 ③看取りに関する事例【4時間】
 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の理解 【15分】
 【1 看取りの概観】

○老いと看取りの理解

- ・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
- ・介護支援専門員が、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が重要

○看取りのもつ意味

- ・単なる延命のためではなく、利用者、家族の身体的苦痛や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、本人や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

第15章 ケアマネジメントの展開
 ③看取りに関する事例【4時間】
 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の理解 【15分】
 【1 看取りの概観】

下巻P481~483

2. 死に至る経過のパターン

○人が死に至るパターンは大きく分けて四つある

- ・元気だった人が交通事故などで急に亡くなるパターンに加えて、「**三つの軌道**」のパターンがある)

○高齢者の場合、「**三つの軌道**」のパターンが多い

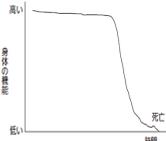
- ①比較的状态を保ち、急に状態が悪くなりなくなるパターン (がんなど)
- ②増悪と寛解を繰り返して亡くなるパターン (心不全や呼吸不全、腎不全等)
- ③寝たきりになっても、長期に経過して亡くなるパターン (老衰・認知症など)

第15章 ケアマネジメントの展開
 ③看取りに関する事例【4時間】
 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の理解 【15分】
 【1 看取りの概観】

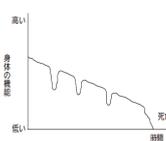
下巻P481~483

2. 死に至る経過のパターン

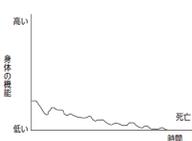
①比較的状态を保ち、急に状態が悪くなり亡くなるパターン (がん等)



②増悪と寛解を繰り返して亡くなるパターン (心不全や呼吸不全、腎不全等)



③寝たきりになっても長期に経過して亡くなるパターン (老衰・認知症等)



第15章 ケアマネジメントの展開
 ③看取りに関する事例【4時間】
 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の理解 【15分】
 【1 看取りの概観】

下巻P483

3. 多様化する死を迎える場所

○死を迎える場所は1970 (昭和45) 年頃までは病院よりも自宅が多くを占めていたが、現在では病院が多くなり、平成に入ると介護老人保健施設や老人ホームでの死亡数が報告されるようになる

- ・このように病院か自宅だけでなく、**多様な場所での看取りが可能**となっている
- ・地域包括ケアシステムでは、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができることを目指しており、自宅に加えて介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)、介護老人保健施設、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も看取りをする場となり、多様化がうかがえる
- ・日本財団の調査によると、**人生の最期を迎えたい場所は、自宅が半数を超えており、本人の意向と実際の看取りの場ではギャップがある**ことがわかる

第15章 ケアマネジメントの展開
 ③看取りに関する事例【4時間】
 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の理解 【15分】
 【1 看取りの概観】

下巻P484

3. 多様化する死を迎える場所

○死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移

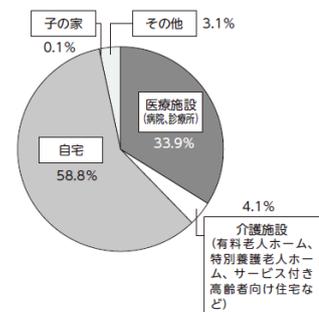
年次	総数	病院	介護施設 老人保健施設	(併設) 介護施設 老人ホーム	在宅 老人ホーム	自宅	その他	死亡数		構成割合 (%)										
								1995	2000	1995	2000									
1995	83,098	72,944	2,511	-	263	-	69,991	4,107	100	3.1	2.6	-	0.0	-	82.5	5.9				
1996	35	48,523	8,566	2,546	-	422	-	53,036	5,291	100	12.3	3.1	-	0.1	-	76.9	7.7			
1997	35	79,699	13,306	2,541	-	791	-	49,404	5,155	100	18.2	3.7	-	0.1	-	70.7	7.4			
1998	40	79,438	17,291	2,477	-	774	-	45,581	4,515	100	24.6	3.9	-	0.1	-	65.0	6.4			
1999	45	71,262	23,495	3,949	-	428	-	40,870	4,160	100	32.9	4.5	-	0.1	-	56.6	5.9			
2000	50	79,275	29,032	3,456	-	193	-	33,460	3,914	100	41.8	4.9	-	0.0	-	47.7	5.6			
2001	55	72,261	31,638	3,212	-	30	-	27,464	3,040	100	52.1	4.9	-	0.0	-	38.0	5.0			
2002	60	75,283	47,919	3,253	-	16	-	23,793	3,346	100	63.0	4.3	-	0.0	-	28.3	4.4			
1999	82,095	58,748	2,798	351	-	2	-	17,657	2,689	100	71.6	3.4	0.0	0.0	-	21.7	3.3			
2000	7	92,139	68,243	2,755	200	-	2	14,256	16,254	1998	7	100	74.1	3.0	0.2	0.0	1.5	18.3	2.9	
2001	12	96,163	75,581	2,767	481	-	2	17,607	13,534	2000	12	100	79.2	2.8	0.5	0.0	1.9	13.9	2.8	
2002	17	100,796	64,438	2,621	736	-	3	22,276	13,702	2005	17	100	79.8	2.6	0.7	0.0	2.1	12.2	2.5	
2010	22	119,704	83,997	2,869	1,563	-	3	42,099	15,933	2010	22	100	77.9	2.4	1.3	0.0	3.5	12.6	2.3	
2015	27	126,010	96,339	2,544	2,918	-	8,166	16,986	27,588	2015	27	100	74.6	2.0	2.3	-	6.3	12.7	2.1	
2020	中報2年	137,275	93,810	2,455	4,506	10,013	-	1,237,722	2,110,3	2020	中報2年	100	68.3	1.6	3.3	0.7	0.0	9.2	15.7	1.9
2021	3	143,985	94,463	2,129	5,013	12,295	-	1,439,689	2,478,6	2021	3	100	65.9	1.5	3.5	0.9	0.0	10.0	17.2	1.8
2022	4	159,850	101,126	2,499	6,194	15,801	-	1,727,727	2,732,5	2022	4	100	64.5	1.4	3.9	1.8	-	11.0	17.4	1.8

第15章 ケアマネジメントの展開
 ③看取りに関する事例【4時間】
 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の理解 【15分】
 【1 看取りの概観】

下巻P485

3. 多様化する死を迎える場所

○あなたは死期が迫っているとわかったときに人生の最後をどこで迎えたいですか。



第15章 ケアマネジメントの展開

⑧看取りに関する事例【4時間】

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の理解 【15分】

【1 看取りの概観】

- 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
- 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、医師の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を確認します
- 双方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
- 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

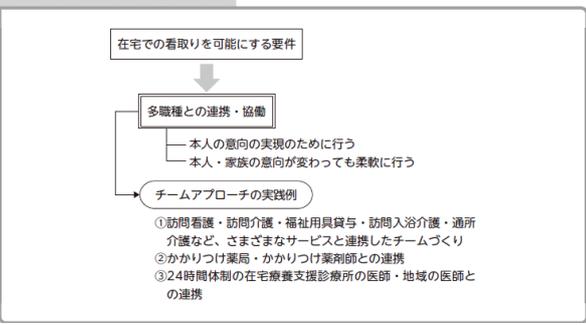
第15章 ケアマネジメントの展開

⑧看取りに関する事例【4時間】

第2節 多職種との連携・協働の留意点の理解 【35分】

下巻 P486

本節で学習することの概要



第15章 ケアマネジメントの展開

⑧看取りに関する事例【4時間】

第2節 多職種との連携・協働の留意点の理解 【35分】

【1 本人の意向への支援】

1. 本人の意向の実現のために多職種連携・協働する

○在宅での看取りを可能にする要件

- ・利用者や家族が「家で過ごしたい、家で過ごさせてやりたい」という意があること
 - ・人生の最終の時期であると主治医が判断していること
 - ・医療チームの体制が整っていること
- ⇒家族、介護サービス等の介護力。24時間体制のケア。医療機関との連携

第15章 ケアマネジメントの展開

⑧看取りに関する事例【4時間】

第2節 多職種との連携・協働の留意点の理解 【35分】

【1 本人の意向への支援】

下巻 P486~487

1. 本人の意向の実現のために多職種連携・協働する

○本人が自宅での看取りを望んでいても、家族が反対した場合、本人の意向が実現できないことがある

- ・はじめから自宅は無理と判断させることなく、自宅や自宅に近い環境をもつ施設などでの看取りについても説明し、本人や家族に対して場所別に見た看取りにおける多職種連携・協働のイメージがわかるように具体的に説明することで、本人および家族の意向に近づく支援が可能となる
- ・自宅での生活環境に近い施設、高齢者に配慮した住まいを提供するという施設（有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅など）では施設内外のサービスを利用して看取りを行うところも登場してきたが、看取りは行わない施設もあるので確認が必要

第15章 ケアマネジメントの展開

⑧看取りに関する事例【4時間】

第2節 多職種との連携・協働の留意点の理解 【35分】

【1 本人の意向への支援】

下巻 P487

1. 本人の意向の実現のために多職種連携・協働する

- ・余命わずかと診断された入院中の患者が、「自宅に帰りたい」という意向を示した場合、周囲の者がそれは無理だと決めつけることがあるが、このようなケースでは入院中にも「人生会議（アドバンス・ケア・プランニング【ACP】）」を開催する必要がある
- ・もしもの時のためにどんなケアを受けたいのか、本人・家族、代理人を含めて医療・ケアチームで繰り返し話し合いを行い、介護支援専門員の参加も求められることがある
- ・本人が望む自宅での看取りを可能にするために、往診医師や訪問看護の利用に加え、訪問介護、福祉用具貸与、訪問入浴介護、通所介護などさまざまなサービスのマネジメントと、これらの連携したチームづくりを行う

第15章 ケアマネジメントの展開

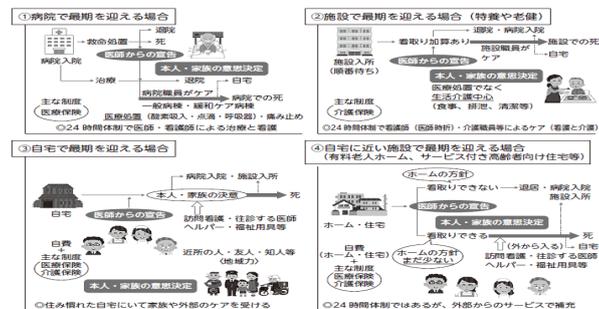
⑧看取りに関する事例【4時間】

第2節 多職種との連携・協働の留意点の理解 【35分】

【1 本人の意向への支援】

下巻 P487

1. 本人の意向の実現のために多職種連携・協働する ○場所別に見たケアの特徴



1. 本人の意向の実現のために多職種連携・協働する

人生の最終段階における医療・ケアの
決定プロセスガイドラインの改定

平成30年3月改訂

要点

①医療にケアが追加

医療・ケアチームに「介護従事者が含まれる」ことを明確化

②日頃から繰り返し話し合うこと（ACP）の重要性

③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

④信頼できる者の対象を家族だけでなく親しい友人にも拡大

⑤話し合った内容をその都度文書にまとめる



2. 本人と家族の意向が変わっても柔軟に多職種連携・協働を行う

○一度自宅で看取りをすると決めても、本人や介護する家族の体調が悪くなったりした場合、

本人や家族の意向が変わる可能性がある

・このような場合を踏まえ、ACPについて繰り返し話し合い、その意向に従い、自宅と施設、
病院など看取りの場に応じた多職種連携・協働を行い、サービスを柔軟に、かつ迅速に提
供する

○住み慣れた自宅や施設で最期まで過ごしたいと願う人は多く、それを実現するためには、
医療機関（病院や診療所）との連携、在宅医療や訪問看護、訪問介護、福祉用具等の医療
保険や介護保険などのサービスの利用、近所の人や友人・知人、ボランティアの支援など、
本人や家族を支える看取りの整備が必要となる

・看取りを含めた広い意味での**エンド・オブ・ライフ・ケアの過程を理解しておく**ことも要
件となる

・看取りを必要としていた人が自宅で最期を迎えたいという意思を示されたら、**準備期（看
取りのケアを準備する時期）**に入り、病院から自宅へのケアの体制を整える

・**ケアが開始された後（開始期）**は本人や家族は慣れるまで不安定だが、やがて**安定期（小
康期）**といわれる症状が比較的落ち着いている時期がくるので、本人の希望や、やり残し
ていることを聞き出し、それを実現できる可能性を模索する

・やがて訪れる死について話し合う時期でもあり、死の自然の兆候やそのときの対応につい
ても確認しておく

・いよいよ死が迫ってきた時期は**臨死期**といい、最期のお別れと死の宣告が行われる

・その後、死別期として遺族が深い喪失感や悲しみから自立していく過程へと進む

・このような過程を説明することも介護支援専門員には求められます。

1. 訪問診療

○**訪問診療**とは、計画的な医療サービス（診療）を行うこと

○**往診**は通院できない人の要請を受けてそのつど、診療を行うこと

・訪問診療と往診は**在宅医療**といわれる

○自宅での看取りを実現するためには、病状が悪化して死に至る過程において、定期的な診
療である訪問診療、急変が起きたときに臨機応変に対応する往診が必要になる

・往診は昼夜問わず、24時間対応しなければならないため、**かかりつけ医が訪問診療や往
診に対応しているのか確認**する

・施設では、病院と違い医師が常駐しているとは限らないため、いない場合は、**施設での看
取りでも、訪問診療や往診が必要**となる

1. 訪問診療

○訪問診療または往診を行い、在宅で患者を看取った場合、在宅患者訪問診療料を算定する
場合に限り加算される「看取り加算」があり、患者が死亡した日に往診または訪問診療を
行い、死亡診断を行った場合には「死亡診断加算」が算定されるが、看取り加算との両方
は算定されない

○**在宅療養支援診療所**は24時間連絡を受ける医師または看護職員を配置し、その文書を患者
に提供していること、24時間往診体制だけでなく、24時間訪問看護の提供体制も有する
機関

・在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制の確保、**介護支援専門員等と連携**していること、
在宅看取り数を報告していることなどの要件を満たしている必要がある

第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例[4時間]

下巻
P490

第2節 多職種との連携・協働の留意点の理解 [35分]

【3 在宅での看取りの際に提供されるケア】

1. 訪問診療 ○在宅医療

- 在宅医療
訪問診療：定期的に医師が訪問して診療
往診：急変が起きたときに臨機応変に対応する診療
- 在宅療養支援診療所の要件
24時間連絡を受ける医師または看護職員を配置し、その文書を患者に提供
患者の求めに応じて24時間往診可能な体制・24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保
当該診療所やほかの保険医療機関との連携により、緊急入院を受け入れる体制を確保
医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員等と連携
当該診療所における在宅看取り数を報告
適切な意思決定支援にかかる指針を作成 など
- 機能強化型在宅療養支援診療所の要件
3名以上の常勤医師の在籍
過去1年間の緊急の往診実績10件以上
過去1年間の看取り実績4件以上
在宅療養支援診療所以外の診療所と積極的に連携すること など
単独（ほかの診療所の機能連携は回らず条件を満たす）、連携（ほかの診療所と連携体制を整えている）の2種類

第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例[4時間]

下巻
P491

第2節 多職種との連携・協働の留意点の理解 [35分]

【3 在宅での看取りの際に提供されるケア】

- 主治医との連携（退院時、訪問診療や在宅療養管理指導時などで同席）
⇒ 予後予測や生命予測を医師と話し合い、最終的にどのような選択をするのか確認する
⇒ 看取り時の対応でどのタイミングで主治医に連絡するか家族の同意を確認し決める
⇒ 主治医意見書の活用

第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例[4時間]

下巻
P491

第2節 多職種との連携・協働の留意点の理解 [35分]

【3 在宅での看取りの際に提供されるケア】

2. 訪問看護

- 訪問看護は看護師が**医師の指示**（指示書が必要）を受けて、自宅や施設に訪問し、療養の世話や医療処置、看取り看護などを行う
- 訪問看護は**24時間対応**が可能となることも多く、往診できない医師のかわりに対応してもらえるメリットがある
- 医療保険制度の「**24時間対応体制加算**」を使えば、利用者や家族等からの電話などによる連絡や相談に常時対応でき、必要に応じて緊急時の対応を行うことができ、介護保険制度では「**緊急時訪問看護加算**」が使える
- 訪問看護の「**ターミナルケア加算**」はある一定の条件を満たす看取りをしたときに加算される
- 自宅や施設での看取りを実現するために、まずは、訪問診療・往診や訪問看護の導入を検討することが求められる

第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例[4時間]

下巻
P491

第2節 多職種との連携・協働の留意点の理解 [35分]

【3 在宅での看取りの際に提供されるケア】

2. 訪問看護

- 看護師が自宅や施設などに訪問して看護を提供するサービス
- 対象者は乳児から高齢者まで幅広い
- 医師の指示を受けて訪問→指示書が必要
- 療養の世話（食事や排せつ等の介護）や医療処置（吸引や創傷の手当て、薬剤投与、服薬管理、カテーテルの管理など）、リハビリ、健康相談、看取り等の看護を提供
- 対象者の条件により、医療保険と介護保険の制度を使うことができ、回数や負担額が異なる
- 介護保険による「**ターミナルケア加算**」、医療保険による「**訪問看護ターミナルケア療養費**」などの加算制度がある
- 急な対応に備えて、介護保険制度では「**緊急時訪問看護加算**」、医療保険制度では「**24時間対応体制加算**」がある

第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例[4時間]

下巻
P491

第2節 多職種との連携・協働の留意点の理解 [35分]

【3 在宅での看取りの際に提供されるケア】

訪問看護師との連携のとり方

- ケアマネジャーと訪問看護師が連絡を密にして連携を取る
不明な点はお互い質問し合い 良い協力関係を築き上げていく
⇒ 顔なじみ、声なじみ、書面でのなじみ関係をつくり、共通のケア方針・目標を持つことで近い関係になれる
⇒ 同行訪問して、一緒に状態把握し、指導やケア方法や必要なサービス内容の検討をする
- お互いの専門性を尊重し、役割分担を明確にする
⇒ 訪問看護師は医療的視点からの予測や悪化防止、予防的ケア、医療的処置等を通して健康に関するニーズの解決を行う
- 訪問看護計画書、報告書の活用

第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例[4時間]

下巻P491～
492

第2節 多職種との連携・協働の留意点の理解 [35分]

【3 在宅での看取りの際に提供されるケア】

3. 必要に応じた日常生活支援などその他の職種のサービス

- 看取りの時期は、本人の自立度が低下していることが想定され、買い物や洗濯、掃除などの家事ができなくなった、食べ物の飲み込みが難しくなってきた、トイレまで行くのが難しくなった、入浴が大変になってきたなど、**ADL** や**ADL** の低下が出現します。
- 看取りの時期であっても、毎日の生活は大切な営みであるため、**訪問介護**は利用者宅に訪問して身体介護や生活援助を担う
- 訪問介護**は利用者だけでなく、看取りを担う**家族の負担を軽減する役割も担う**
- 終末期になると、布団からの立ち上がりが困難になってくるため、本人だけでなく**介護する側の負担軽減**のためにも、ベッドを利用することが多くなるが、看取りの時期は限られているので、購入よりもレンタルのほうがよいときがある
- 福祉用具貸与**には特殊寝台（電動ベッドなど）のほか、車いす、床ずれ防止用具、体位変換器、歩行器、移動用リフトなどがあり、用具によっては貸与と購入の選択が可能なのがあるが、ポータブルトイレは購入となる（**福祉用具購入**）

3. 必要に応じた日常生活支援などその他の職種のサービス
- ・使用時期、本人や家族の意向も聞きながら、状態に応じて**福祉用具の導入**を図る
 - ・入浴は看取りケアのなかでも要望が高く、自宅のお風呂に入りたけれど手伝いが必要な場合は**訪問介護**の利用、状態が心配で看護師が入浴介助したほうがよい場合は**訪問看護**の利用、日中に人と交流を含めてお風呂に入りたい場合は**通所介護**、寝たきりで動けない場合には**訪問入浴介護**の利用を検討する
 - ・**リハビリテーション**は回復が期待できる人のみに提供するものではなく、看取りの時期の人が、その人らしさを保つために関節拘縮の予防を図る場合、最期までトイレで排せつしたいために筋力を低下させない場合などにも行うことから、**通所リハビリテーション**や**訪問リハビリテーション**の利用も検討する

4. 医療保険の制度との併用に関する理解
- 看取りのケアのなかで医療的な要素が強い**訪問診療**や**訪問看護**は**医療保険制度の適用**
- ・**訪問看護**は**医療保険と介護保険の両方の制度を使うことができるが、原則併用はできない**
 - ・介護保険で要支援・要介護者にサービスを提供する場合は、**介護保険制度が優先**される
 - ・訪問看護の利用は介護支援専門員の作成するケアプランで検討する
 - ・**がん末期等の厚生労働大臣が定める疾病等の患者、急性増悪による頻回な訪問（週4日以上）が必要とされる者などは医療保険の適用となる**
 - ・**医師によりがんの看取りの段階と診断されれば、医療保険からの訪問看護に切り替える**
 - ・訪問看護は介護保険と医療保険のいずれも**医師の訪問看護指示書**が必要なので、**医師への連絡が必要**となる
 - ・利用者の状態により、**医療と介護のニーズに対応した保険制度の判断、各制度によるサービスの併用を検討する**

利用時の保険制度

①介護保険の場合

要介護認定者
 要支援1,2
 要介護1～5

非該当

②医療保険の場合

- ①40歳までの医療保険加入者
- ②40歳以上65歳未満で18特定疾病以外の者
- ③40歳以上65歳未満で18特定疾病または、65歳以上で介護保険の非該当者
- ④要支援・要介護者のうち
 末期の悪性腫瘍など（注1）の疾患名
 急性増悪の者（特別指示書）
 精神科訪問看護の利用期間にある方
 （認知症を除く）

○公費負担（医療受給権）

- ・自立支援医療：身体障害・精神障害
- ・生活保護法（医療扶助）
- ・341疾病（R6.4.1）の指定難病で一定以上の重症度の方：特定疾患医療受給者証の確認
- ・小児慢性特定疾病
- ・労災保険

- ①末期の悪性腫瘍
- ②多発性硬化症
- ③重症筋無力症
- ④スモン
- ⑤筋萎縮性側索硬化症
- ⑥脊髄小脳変性症
- ⑦ハンントン症
- ⑧進行性筋ジストロフィー症
- ⑨パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエンヤールの重症度分類ステージ3以上又は生活機能障害Ⅱ度・Ⅲ度））
- ⑩多系統萎縮症
- ⑪プリオン病
- ⑫悪性硬化性全脳炎
- ⑬ライソゾーム
- ⑭病副腎白質ジストロフィ
- ⑮脊髄性筋萎縮症縮症
- ⑯球脊髄性筋萎
- ⑰慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- ⑱後天性免疫不全症候群
- ⑲頭髄損傷
- ⑳人工呼吸器を使用している状態

- ・在宅悪性腫瘍患者指導管理
- ・在宅気管切開患者指導管理または、気管カニューレ
- ・留置カテーテル（胃瘻・経管栄養チューブを含む）を使用している状態
- ・在宅自己腹膜灌流指導管理
- ・在宅血液透析指導管理
- ・在宅酸素療法指導管理
- ・在宅中心静脈栄養法指導管理
- ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理
- ・在宅自己導尿指導管理
- ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
- ・在宅自己疼痛管理指導管理
- ・在宅肺高血圧症患者指導管理
- ・人工肛門または人工膀胱を設置している状態
- ・真皮を越える褥瘡の状態
- ・在宅訪問点滴注射管理指導

厚生労働大臣が定める状態

別表8

特別訪問看護指示書（医療保険）

「頻回な訪問看護」を「一時的」に利用

頻回に訪問看護が必要な理由

- ◎急性増悪・・・肺炎や心不全などの急性増悪
- ◎終末期・・・疾病に関わらず終末期であること
- ◎退院直後・・・退院時に必要な医療的ケアの継続、ポジショニング、介護方法の獲得に利用

特別訪問看護指示書（週4日以上頻回な訪問看護）

- ・交付日から14日間にわたり訪問看護が利用できる
- ・1日複数回、週4回以上、2箇所から看護師2人対応
- ・90分を超える訪問も週1回可能
- ・月1回発行（但し、気管切開、真皮を超える褥瘡は月2回まで）

5. 末期がんにおける訪問看護でのケア

- 厚生労働省による死亡順位（2022（令和4）年現在）をみると、**第一位は悪性新生物（腫瘍）**である
- ・**末期がん**における**訪問看護の役割**としては、主治医との連携を密にして、医師の指示にもとづく**医療処置や療養上の世話が行われ、死に至る過程や兆候を家族にも伝え、症状の変化のために家族から連絡を受け、迅速に対応する**
 - ・本人や家族の、最期まで自宅という意向をかなえる場合、救急車を呼ぶのではなく、通常、訪問看護が対応する
 - ・死が迫っている場合も、医師だけでなく訪問看護が対応することも多くなってきた
 - ・このような状態の場合には、医療保険制度による訪問看護で、毎日でも日に何回でも対応してもらうことが可能
 - ・死亡したときは**死亡の確認とともに、亡くなられた本人へのケア（エンゼルケア）を周囲の人と行う**

6. **がん以外の疾患の急性増悪期のケア**

- 心不全や呼吸不全、腎不全等の慢性疾患の末期状態では、急性増悪が引き金となり亡くなることが多くある
- ・急性増悪は感染症、気候の変化、ストレス、活動の負荷、アルコールなど、さまざまな要因があるが、原因がなくても起こり得るとされている
- ・急性増悪の症状（発熱や息苦しさ、意識や反応の乏しさ、痰、バイタルサインの変調など）やそれに伴った対応（安楽な体位、薬物療法、酸素療法や呼吸法、受診など）が事前に医師から提示されていることが多く、その対応を家族や訪問看護師が行う
- ・対応して症状が落ち着いても、増悪と寛解を繰り返しながら徐々に機能は悪化していく
- ・増悪と寛解を何回か繰り返したときには死を覚悟しなければならない

6. **がん以外の疾患の急性増悪期のケア**

- ・主治医による予後説明とともに、死に至る過程や兆候、そのときに救急車に対応するか、自宅での医師や看護師で対応するかなど、本人や家族の意向を確認しておく必要がある
- ・食事や排せつ、入浴などは負荷がかかるため、バイタルや状態を観察しながら看護師が援助することも多くなっている
- ・比較的状态が落ち着いていれば、家族や訪問介護員が担いますが、急変時には訪問看護師や医師に連絡してもらう
- ・がん以外の終末期の訪問看護は原則として医療保険ではなく、介護保険の適用だが、医師が医療的ケアなどで、週に4日以上看護師の訪問が必要と判断した場合、医療保険制度の特別指示による訪問（医師が診察し、その日からひと月に連日14日間のみ）が可能になる。わからない点は訪問看護師に相談する

7. **死亡診断書**

- 訪問看護師は利用者の死期が近づいたときには、死亡診断書を書く医師に迅速に連絡しなければならない
- ・死亡診断書は医師もしくは歯科医師だけが書けるものである。
- ・亡くなる24時間以内に診察している場合を除いて、医師が直接死亡を確認する必要がある
- ・しかし、医師による死亡診断が必ずしも迅速に行うことができない状況もあることから、情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドラインが定められている
- ・これによると、以下の内容を要件として看護師が死亡診断書の代筆、交付ができるとされている
- ・医師による速やかな対面での死後診断が困難である
- ・医師による直接対面での診療の結果、死亡の予測がされている
- ・医師と看護師の連携がとれており、ICTを利用した死亡診断に関する本人や家族の同意書がある
- ・法医学に関する一定の教育を受けている看護師が、死亡の判断に必要な情報を医師に速やかに報告できる
- ・ICTを活用して医師が本人の状態を把握し、死亡の確認などができる ほか

1. **訪問看護・訪問介護・福祉用具貸与・訪問入浴介護・通所介護などさまざまなサービスと連携したチームづくり**

- 看取りの時期となっても、本人の状態は変化し、そのつど迅速にケア体制を構築しなければならない
- ・看取りのケアの負担は家族にとっても身体的・心理的負担の大きいものだが、その負担をさまざまなサービスで分け合う必要がある
- ・医療職、介護職、福祉職など、背景は異なりますが、各職種の強みを活かし、弱みを自覚してサービス連携に努める
- ・介護支援専門員が介護福祉士の場合、弱みである医療については訪問看護師に尋ね、医師との連携を依頼し、情報提供などの示唆を得、それをもとに、本来の強みである介護保険制度によるサービスのマネジメントをしていく
- ・サービスを担当する者にはすべて、利用者が亡くなっていく過程に遭遇したり、死にゆくそのときにも立ち会う可能性があることを踏まえ、異常を感知したときの対応に不安を抱かないよう、具体的な対応を計画書で共有しておく
- ・また、看取りにおける時間は大変貴重なものであり、その瞬間その瞬間を大切にすることへのかわりについて、誰もが同じように注意を払えるチームづくりをしていく

2. **かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師との連携（訪問薬剤管理指導の活用）**

- 看取りの対象者は高齢者が多く、また介護する家族も高齢者の場合も多いことから、看取りのために常時、家族は本人のそばにすることが多く、かかりつけ薬局に行くことができない状況が見受けられる
- ・そのような場合、訪問薬局管理指導の活用を検討する。これはかかりつけ薬局の薬剤師が自宅を訪問して、薬歴管理、服薬指導、服薬支援、保管状況や残薬の有無の確認などを行い、訪問結果を、処方医に報告するもの
- ・本人が要介護認定を受けている場合、介護支援専門員にも情報提供される
- ・看取りの段階では、嚥下困難や意識混濁のために服薬が難しくなるため、薬剤師は状態を確認して、服薬方法を工夫（ゼリー状にしたり、口腔内崩壊錠にしたりするなど）し、減薬や薬の変更について医師と検討する
- ・また、異常症状出現のときに使う薬については、通常の薬とは区別できるようにする
- ・服薬については多職種で協力しやすいように服薬カレンダーを工夫する

3. **24時間体制の在宅療養支援診療所の医師・地域の医師との連携**

- 看取りでの状態変化の対応や死亡時の対応の要望はいつ何時やってくるかわからない
- ・そのような状況の変化を予測して、医師から事前に家族や訪問看護師に指示を出していても、予測外のことも起こり得る
- ・生命に直結することなので、24時間体制の在宅療養支援診療所の医師、訪問診療や往診をしてくれる地域の医師との連携は欠かせない
- ・ここでいう在宅療養支援診療所とは、在宅診療患者に対して24時間対応可能な医療機関のこと
- ・つまり、24時間看取りケアができる医療機関で、訪問看護との連携体制ができていた診療所が該当する

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧看取りに関する事例【4時間】

●ミニワーク①

○在宅での看取りの際に提供されるケアとして、具体的にどのようなサービスが考えられるかあげてみましょう

個人ワーク 10分

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧看取りに関する事例【4時間】

解説

○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

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧看取りに関する事例【4時間】

解説

○施設への訪問看護

- ・「自宅」以外に施設系・居住系のサービス事業所でも活動できる
但し、施設の種類によって、訪問可能か、医療保険か介護保険かなど、確認が必要。
- ・「厚生労働大臣が定める疾患等 別表7」と、急性増悪時（訪問看護特別指示書交付）の場合など
⇒認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
⇒（看護）小規模多機能型居宅介護
⇒特定施設
サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム（ケアハウス）、有料老人ホームなど
- ・「末期の悪性腫瘍」のみ
⇒特別養護老人ホーム
⇒短期入所生活介護

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧看取りに関する事例【4時間】

解説

○必要とされる福祉サービス

- ・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
- ・日常的な排泄や入浴、食事等の世話をする訪問介護員
- ・24時間体制でケアをしている家族への休息を確保するための、レスパイトケア（1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）

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧看取りに関する事例【4時間】

解説

○その他のサービス

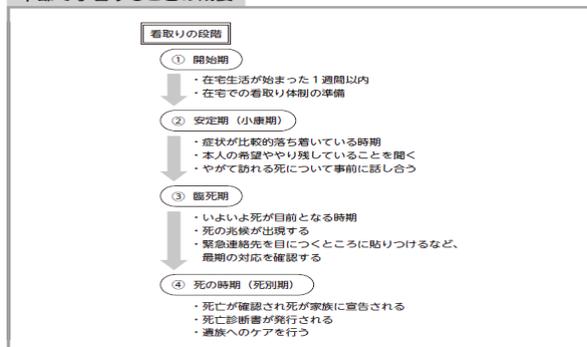
- ・利用者や家族の不安や孤独感によりそうカウンセリング（臨床心理士等）
- ・宗教的、哲学的な問いに応じるためのスピリチュアルケア（僧侶や牧師さんの対話等）
- ・介護休暇や家族支援制度に関する情報提供。
- ・利用者の話し相手や家族の休息時間をとるための、介護をサポートするボランティア
- ・簡単な身体介護や見守り、家事全般などの支援を行う家政婦

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧看取りに関する事例【4時間】

下巻
P496

第3節 利用者及び段階的な関わりの変化の理解 【10分】

本節で学習することの概要



第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例【4時間】

下巻P496～
497

第3節 利用者及び段階的な関わりの変化の理解 【10分】

【1 看取りの段階】

1. 症状が落ち着いている時期

○EOLC には準備期、開始期、安定期、臨死期、死別期があるが、看取りの段階として、

- ①在宅ケアの開始期（開始後1週間以内）
- ②安定期
- ③死が目前に迫った臨死期
- ④死の時期（死別期）について説明する

- 在宅ケアの開始期は通常、在宅生活が始まった1週間以内を指し、在宅での看取り体制を準備し、実際にそれが本人や家族に対応しているものになっているか確認し、必要時、サービスの調整を行う
- 次に、安定期（小康期）といわれる症状が比較的落ち着いている時期がくるが、この時期には、本人の希望ややり残していることを聞き出し、実現できるように家族やサービス担当者伝える
- また、やがて訪れる死について事前に話し合っておく時期でもあり、死の自然の兆候やそのときの対応についても確認しておく

第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例【4時間】

下巻
P497

第3節 利用者及び段階的な関わりの変化の理解 【10分】

【1 看取りの段階】

2. ADL が低下し苦痛が出現する時期

○看取りの過程において、時間経過とともに身体機能の低下が出現する

- 室内なら自由に歩けていたけれど、今はトイレに行くだけで精一杯、食事も自分で食べられていたが、息切れが激しく、飲み込むのもつらいなど、ADL の低下だけでなくさまざまな苦痛が出現する
- 病状の進行により身体機能が低下し、できていたことができなくなっていくことへの不安、がんの浸潤による疼痛、呼吸困難などの身体的苦痛、経済的な心配も襲ってくるかもしれない
- そうしたなかでADL を支援する際には、本人ができることを助けるだけでなく、無理をしないで安心して他者に委ねてもらえるように信頼関係を築いていく

第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例【4時間】

下巻P497～
498

第3節 利用者及び段階的な関わりの変化の理解 【10分】

【1 看取りの段階】

3. 死が近づいていることがわかる時期

○死は避けられないと覚悟はしていても、死が近づいていることがわかる時期には、さまざまな心理状況におかれる

- キューブラー・ロス (Kubler-Ross, E.) は、「死にゆく心理過程」には、「否認」「怒り」「取引」「抑うつ」「受容」の五つの段階があるとしている
- 死の宣告を受けても、間違いである、なぜ自分が死ななければならないのか、神様にすがり取りしたり、気分が落ち込み生きる気力がなくなったりすることを重ねて、受容に至るとされている
- しかしすべての人が受容するわけではなく、抑うつ状態がいつまでも続く人、否認や怒りを繰り返す人などさまざまなため、その人が今、どの段階でどのように悩んでいるか確認し、サポートしていく必要がある
- また、存在そのものがなくなっていくこととしていなかで、生きていく意味や人生の目的にかかわる苦悩（スピリチュアル・ペイン）があり、その苦悩は本人しかわからないものですが、それを少しでも理解しようとする態度、この人は自分の苦悩をわかってくれていると思われるようなケアが必要となる

第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例【4時間】

下巻
P498

第3節 利用者及び段階的な関わりの変化の理解 【10分】

【1 看取りの段階】

4. 死が目前の時期

○死が目前となる時期（臨死期）がくるこの時期では死の兆候が出現し、意識が混濁する、反応が弱くなっていく、また終末期せん妄という錯乱状態になることもある

- そして、次第に眠っている状態が長くなっていき、手足が冷たく、血色が悪く、青白くなって、呼吸も不規則になり、鼻翼呼吸、下顎呼吸が出現する
- 気管の分泌物や咽頭の筋肉の弛緩により呼吸音や喘鳴（死前喘鳴）が起きることもある
- 最後は呼吸も心拍も停止し、完全に反応はなくなり、死となる
- これらの症状は死に至る自然な過程だが、そばにいる家族は動揺する
- 早期は自宅でも本人も家族も望んでいても、そのときになると気が動転して救急車を呼ぶこともあり、病院において心肺蘇生術が行われることになる
- どんな事態にも落ち着いて、かかりつけ医や訪問看護に連絡をとるように、緊急連絡先を目につくところに貼り付け、何度も繰り返して早期の対応について確認しておく

第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例【4時間】

下巻
P498

第3節 利用者及び段階的な関わりの変化の理解 【10分】

【1 看取りの段階】

5. 死の時期

○死亡が確認され死が家族に宣告される

- 死亡診断書の発行がなされ、遺族はさまざまな手続きや身辺整理（死亡の申告や財産手続き、葬儀や墓の準備等）に追われる
- 大切な人が亡くなった遺族のなかにはその後も深い悲しみや喪失感でうつ状態になる人に対しては自分の人生を歩むことができるようにするためのケアが必要となる

- 準備期：必要なサービスを準備し、ケア体制を築く時期
- 開始期：看取りを開始する時期
自宅や施設での看取りに対する本人や家族を支え、不安を取り除く
- 安定期：症状が安定・小康期
本人や家族の意向の実現、急変したときや死の対応を確認
- 臨死期：死が目前に迫る時期
本人の苦痛や表現を助ける、動揺する家族を支える、死にゆくときと死亡時の対応の確認
- 死の時期（死別期）：死亡診断を下された時期
死亡の宣告・死亡診断書の発行・遺族へのケア

第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例【4時間】

●ミニワーク②

○看取りの過程において、開始期・安定期・臨死期・死別期という段階での

利用者や家族とのかかわりについて考えてみましょう

⇒介護支援専門員として、何を行っていきますか？

個人ワーク 10分

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧看取りに関する事例【4時間】

解説

- 開始期：在宅生活が始まった、1週間以内の時期が開始期にあたる
- ・在宅での看取りの体制の準備をおこなう
 - ・利用者、家族の不安と迷いを解消でき、安心して過ごせるよう、医療従事者との密な連携を行う
 - ・利用者に何度も同じことを聞かないように、情報を共有していく
 - ・医療の言葉が分からなければ、利用者の代弁者となって質問する
 - ・自宅にサービスが入ることに抵抗があるかどうかを観察する
 - ・サービスが入りすぎると、利用者や家族は疲れることがあるので配慮する
 - ・必要な時には、すぐにサービスが導入できるよう準備しておく

第15章 ケアマネジメントの展開
⑨看取りに関する事例【4時間】

解説

- 安定期：症状が比較のおちついている時期
- ・急性増悪を踏まえた安定期としての関わりが必要
 - ・認知症や老衰の場合は、看取り期があいまいなため、日常生活のケアや、健康管理に留意していく
 - ・医師から受けた説明を理解しているか確認する
 - ・利用者や家族の価値観を確認する。利用者の希望や、やり残していることを聞いたり、やがて訪れる死について、事前に話し合いを行い、できるだけ利用者の望みを叶えるケアの実践を行う
 - ・やりたいことが確認できれば、医師と相談しながら進めていく
 - ・予後を確認していく
 - ・利用者、家族が病状予測と、不釣り合いな理解をしている場合には、医療者に伝える
 - ・延命治療について確認していく
 - ・看取りにおけるキーパーソンを確認をしていく
 - ・医療との連携を踏まえた、チーム編成の検討を行う

第15章 ケアマネジメントの展開
⑩看取りに関する事例【4時間】

解説

- 臨死期：いよいよ死が目前となる時期
- ・病状の変化が起きたら、迅速に利用者の所へ行って状況を把握し、関係職種へ伝える
 - ・死の兆候が出現するため、緊急連絡先を目につく所に貼り付けるなど、最期の対応の確認を行う
 - ・家族が最も不安な時期であり、気持ちの上でも、一番つらい時期なので家族の気持ちに寄り添う
 - ・利用者や、家族が少しずつ、死を受け入れていけるようにチームで寄り添う
 - ・利用者や、家族が医療者に伝えきれない気持ちがあれば汲み取る
 - ・出来るだけ頻回に具体的な情報を発信し、情報共有をしていく。そしてケアプランの変更を行う
 - ・利用者が、安楽に過ごせるような支援を調整する
 - ・チームとの連携で、利用者の安寧を図る
 - ・看取る家族の役割、出来る事を説明する
「そばにいただけでもいいよ。声は聞こえているよ」等
 - ・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

第15章 ケアマネジメントの展開
⑪看取りに関する事例【4時間】

解説

- 死別期
- ・遺族にねぎらいの言葉をかける
 - ・喪失感に苦しんでいないか、お話しを傾聴する
 - ・ケアチームすべてに、死亡の連絡をする
 - ・葬儀の日程を確認し、家族に配慮しながら、福祉用具の撤去の調整を行う

第15章 ケアマネジメントの展開
⑫看取りに関する事例【4時間】

休憩

※ZOOMは、退室しないようお願いします

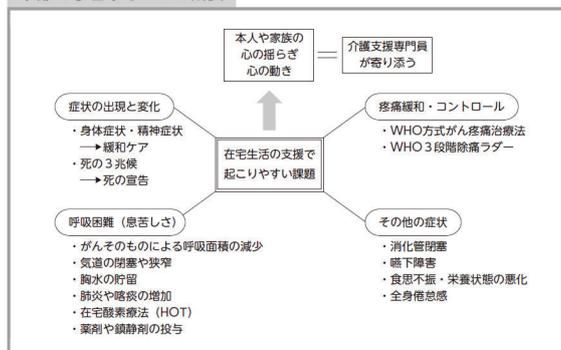
※休憩は15分間です

第15章 ケアマネジメントの展開
⑬看取りに関する事例【4時間】

下巻
P499

第4節 在宅生活の支援において起こりやすい課題の理解【30分】

本節で学習することの概要



第15章 ケアマネジメントの展開
 ③看取りに関する事例【4時間】
 第4節 在宅生活の支援において起こりやすい課題の理解 【30分】
 【1 症状の出現と変化】

○**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

- ・ 予後についての説明
 ⇒ 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
 気持ちの変化を理解する
 介護支援専門員は、利用者、家族が医師から受けた予後予測、または、告知について確認し、ケアプランを立てる
- ・ 死にゆく人の心理経過
 ⇒ キューブラー・ロスの死の受容過程
- ・ 支援における課題の違い
 ⇒ 段階により利用者や家族、そこにかかわる人たちの揺らぎは異なる

第15章 ケアマネジメントの展開
 ③看取りに関する事例【4時間】
 第4節 在宅生活の支援において起こりやすい課題の理解 【30分】
 【1 症状の出現と変化】

下巻
P489

1. 身体症状・精神症状と緩和ケア

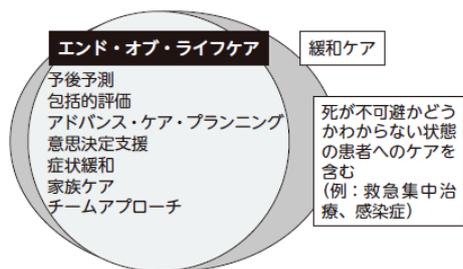
○看取りの時期では、その人の**主疾患の末期症状と死に向かう症状が混在して出現する**

- ・ 例えば、がんの末期の症状には呼吸困難、咳嗽、疼痛、倦怠感、食欲不振、悪心・嘔吐、便秘、下痢、浮腫、不安、うつ、せん妄、睡眠障害、認知障害などがあるが、これらは死に向かう症状と重なっている
- ・ 完全に消失することはできないが、**本人の安楽を図る緩和ケアを実施していく**
- ・ **緩和ケアは、診断されたときから最期まで実施するものとされ、医師や看護師と連携して提供できる体制を整える**

第15章 ケアマネジメントの展開
 ③看取りに関する事例【4時間】
 第4節 在宅生活の支援において起こりやすい課題の理解 【30分】
 【1 症状の出現と変化】

下巻
P500

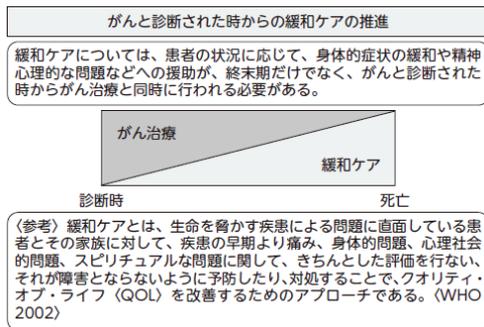
1. 身体症状・精神症状と緩和ケア



第15章 ケアマネジメントの展開
 ③看取りに関する事例【4時間】
 第4節 在宅生活の支援において起こりやすい課題の理解 【30分】
 【1 症状の出現と変化】

下巻
P500

1. 身体症状・精神症状と緩和ケア



第15章 ケアマネジメントの展開
 ③看取りに関する事例【4時間】
 第4節 在宅生活の支援において起こりやすい課題の理解 【30分】
 【1 症状の出現と変化】

下巻
P501

2. 死の兆候と死の宣告

○**死の兆候**は以下のとおり

- ①呼吸停止
- ②心臓の拍動停止
- ③瞳孔散大・対光反射の消失

- ・ この症状が出現したときには死となり、症状の確認とともに死の宣告が家族に行われる
- ・ そのときの家族の反応はさまざま、動揺して泣き叫ぶ人もいれば、来るべきときが来たことを冷静に受け止める人、看取りケアをやりきったことに満足し、支えてきてくれた医師や看護職などに感謝を表す人などさまざまである

第15章 ケアマネジメントの展開
 ③看取りに関する事例【4時間】
 第4節 在宅生活の支援において起こりやすい課題の理解 【30分】
 【2 疼痛緩和・疼痛コントロール】

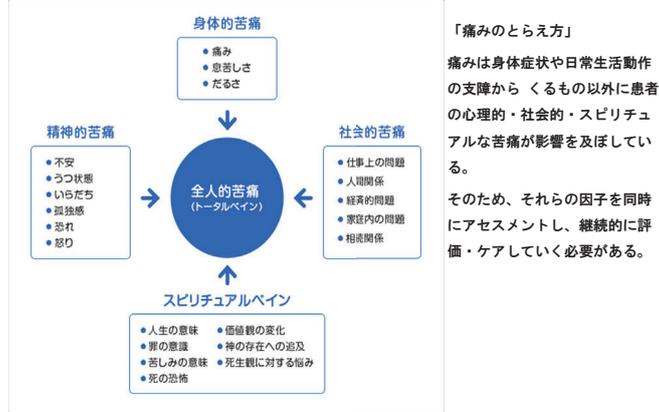
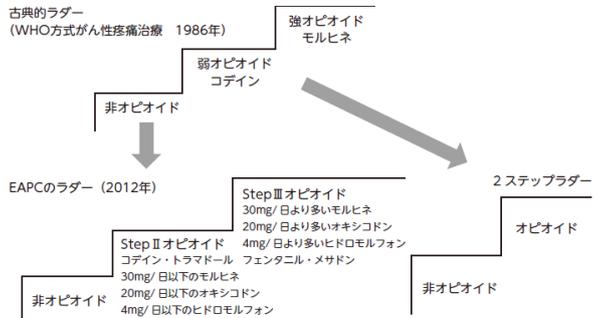
下巻
P501

1. WHO方式がん疼痛治療法

WHO方式がん疼痛治療法とは、次の6項目から構成される治療戦略であり、緩和ケアの中の一要素としてがんの痛みのマネジメントを実施すべきであるとされている。

- ①チームアプローチによる、がん患者の痛みの診断とマネジメントの重要性
- ②詳細な問診、診察、画像診断などによる痛みの原因、部位、症状の十分な把握の必要性
- ③痛みの治療における患者の心理的、社会的およびスピリチュアルな側面への配慮と患者への説明の重要性
- ④症状や病態に応じた薬物または非薬物療法の選択
- ⑤段階的な治療目標の設定
- ⑥臨床薬理学に基づいた鎮痛薬の使用法

2. WHO 3段階除痛ラダーの改訂 ○鎮痛ラダーの変化



「痛みのとらえ方」
 痛みは身体症状や日常生活動作の支障からくるもの以外に患者の心理的・社会的・スピリチュアルな苦痛が影響を及ぼしている。
 そのため、それらの因子を同時にアセスメントし、継続的に評価・ケアしていく必要がある。

- 目標
 ① ゆっくり眠れるようになる
 ② 安静にしていれば痛みがない
 ③ 身体を動かしても痛みがない・・・生活の質を上げていく

- 疼痛治療法
 ⇒ 痛みの強さによる鎮痛薬の選択
 ⇒ 鎮痛薬の使用方法・・・WHO方式鎮痛薬使用の4原則
 ⇒ 麻薬使用への誤解、便秘・吐き気・眠気などの副作用に対する予防策などが必要となる

- ケアで行う疼痛緩和
 ⇒ マッサージや冷却・体位の工夫、リラクゼーション、アロマセラピー、音楽療法、タッチングなどの代替療法による鎮痛効果がある薬物療養との併用により相乗効果もある

1. がんそのものによる呼吸面積の減少
 1) がんそのものによる呼吸面積の減少
 ○ 原発性・転移性肺がんでは、がんそのものによる呼吸面積の減少により呼吸困難が生じる
 ・ がん以外でも心不全や肺炎、貧血等の他疾患などでも呼吸困難の症状は出現し、死の前にも見られる
 ・ 呼吸困難は、呼吸時に不快な感覚や苦しさや伴う主観的な症状で、本人の生きる気力を減退させ死を感ぜさせる恐怖を与える
 ・ 呼吸不全は低酸素血症 (PaO₂ ≤ 60 Torr) と定義され、客観的病態なので、血液ガスの測定が求められる
 ・ 簡易的にはパルスオキシメータを使用し、動脈血酸素飽和度 (SpO₂) の数値を確認し、医療職に報告する
 ・ 呼吸困難と呼吸不全は必ずしも相関しないため、どちらかが見られたら見過ごすことなく対応することが必要
 ・ 呼吸困難の評価をする場合、NRS、VASやFace Scale も活用できる

1. がんそのものによる呼吸面積の減少

○呼吸困難の評価

①量 (どれくらい息苦しいか)	
Numeric Rating Scale (NRS)	0～10の11段階評価:「全く息苦しくない時を0、最も息苦しい時を10とすると、今の息苦しさはどの程度ですか?」
Visual Analogue Scale (VAS)	
Face Scale	

2. 気道の閉塞や狭窄

- 死が近づいてくると動きが緩慢になり寝たままになる時間が長くなる
 ・ 呼吸は舌根が沈下し喘鳴がみられるようになり、また、気道分泌物の咯出も困難になり、**気道の閉塞や狭窄が生じやすくなる**
 ・ それを予防するために、**体位を変換**させたり (起こしたり、横に向けたり、頭部に枕をあて後屈させるなど)、**分泌物を吸引**したり、**薬物が投与**されたり、**輸液量を少なくして分泌物の量を減らす**等が行われる

3. 胸水の貯留

〇がんの浸潤により胸水が溜まっていく

- ・胸水が溜まりすぎると呼吸困難が増強する
- ・処置として胸水を抜くことが必要な場合も、一時に多量の排液を行うとショックを起こすことがあるので慎重に行う必要がある
- ・特に症状がなければ経過観察する
- ・上体を起こして呼吸しやすい体位にします。

4. 肺炎や喀痰の増加

〇高齢者の死亡原因として多いのが肺炎で、肺炎とは肺実質に炎症が起きるもの

- ・高齢者は食べ物や唾液などが気道に入る膜性肺炎などが起きやすく、発症しても自覚症状を訴えることが難しく、あるいは無自覚で、発見されたときには重症になっていることがある

〇肺炎になると喀痰が増加する

- ・この喀痰は人体から排出することが重要だが、自分で喀出することが難しい場合、喀痰の吸引や体位ドレナージ(体位を変えて痰を出しやすくする)などを行う
- ・吸引は家族や訪問看護師が行うことが多いが、実務研修や喀痰吸引等研修などの研修を受けた介護職員等も実施が可能

5. 在宅酸素療法(HOT)による酸素療法

〇在宅酸素療法はHome Oxygen Therapyを略して、HOTといわれる

- ・HOTは自宅で酸素吸入を行う治療法で、酸素ボンベや酸素濃縮器から酸素が送られ、鼻カニューレやマスクを介して供給される
- ・慢性気管支炎や肺気腫などの慢性閉塞性肺疾患(COPD)をもつ高齢者が多く使用する
- ・COPDは増悪と寛解を繰り返して徐々に状態が悪くなり、死に至る慢性疾患
- ・通常、HOTでの酸素流量は定量0.5~2.0L/分が指示されるが、呼吸困難があるときには増量される場合がある。一方、この増量によってCO2ナルコーシスを発症し、余計に苦しくなることがあるため注意を要す。
- ・したがって、呼吸困難時などは医師や訪問看護師に連絡して、適切な量を投与してもらう
- ・呼吸法(深呼吸や口すぼめ呼吸など)、喀痰喀出、感染症や便秘予防などにも努める
- ・HOTの近くは火気厳禁で、カニューレやチューブの閉塞にも注意を払い、機器の故障などにも気をつけなければならない。また、HOTは医療助成制度が適用される
- ・なお、死に向かう症状としての呼吸困難では、あえて酸素を投与しない場合もあるので、医師や看護師に確認しておく

5. 在宅酸素療法(HOT)による酸素療法



6. 薬剤投与

〇モルヒネ投与はがん患者の呼吸困難に対する標準的治療とされる

- ・呼吸不全そのものを改善するのではなく、主観的感覚を改善する
- ・コルチコステロイドの有効性は乏しいですが、抗炎症作用、腫瘍周囲の浮腫の軽減効果で投与される
- ・その他、抗不安剤などが投与されるが、全く効果がない場合は、むやみに薬剤を増量せず、非薬物療法(酸素療法、呼吸リハビリテーション、呼吸法、ポジショニング、排痰の援助、心理的サポート等)も検討する

7. 鎮静剤の投与

〇呼吸困難は死を感じる不安な症状で、終末期には耐えがたい苦痛緩和として、セデー

- ・ション(鎮静)が行われることがある
- ・セデーションは鎮静剤を投与して意識水準を下げる医療行為で、鎮静剤の投与方法により「間欠的鎮静(鎮静剤を投与する時間と、しない時間と間をあける)」と「持続的鎮静(持続的に鎮静剤を使う)」の二つに大きく分けられる
- ・また、深い鎮静と浅い鎮静(調節的鎮静)がある
- ・患者の状態や家族の要望に応じて、チームでセデーションの適応や方法を検討していくことが大切となる

第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例【4時間】

下巻
P505

第4節 在宅生活の支援において起こりやすい課題の理解 【30分】
【3 呼吸困難(息苦しさ)】

7. 鎮静剤の投与



第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例【4時間】

下巻
P506

第4節 在宅生活の支援において起こりやすい課題の理解 【30分】
【4 その他の症状及びADLの低下】

1. 消化管閉塞
 - ・消化器系のがんや寝たきりにより、腸の動きが悪くなると、**消化管閉塞**を起こすことがある。**腹部膨満感、排便の有無、疼痛**などに注意し、医療機関への受診を行う。
2. 嚥下障害
 - ・最期まで経口摂食を支援したいと家族は思っているが、徐々に食べられなくなり、飲み込みも難しくなるため、**嚥下しやすいものを好きな時好きな量で、食べる援助**を行う
3. 食思不振・栄養状態の悪化
 - ・**食欲低下のため栄養状態が悪くなる**。末期状態では、点滴をしても延命効果は期待できず、浮腫や痰、喘鳴が悪化させる可能性がある。
4. 全身倦怠感など

第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例【4時間】

下巻
P507

第4節 在宅生活の支援において起こりやすい課題の理解 【30分】
【4 その他の症状及びADLの低下】

OADLの低下予防



第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例【4時間】

下巻
P507

第4節 在宅生活の支援において起こりやすい課題の理解 【30分】
【5 利用者及び家族の心の揺らぎ・動きへの寄り添い】

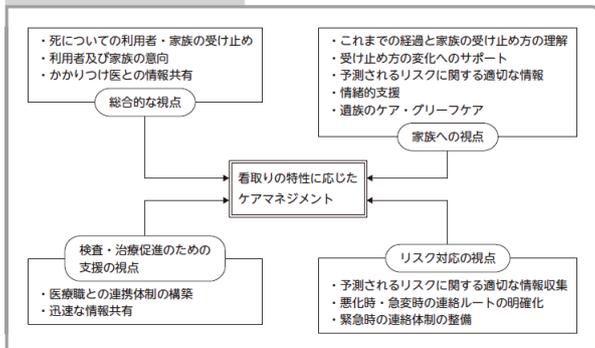
- ・衰弱していくことで、できなくなることが多くなると、本人や家族の**心は揺らぎ、気持ち**が沈んでしまう
- ・他人に下のお世話はされたくないと、最期まで自分でトイレに行き続ける人がいる一方、おむつ交換を余儀なくされた人もいる
- ・ADLの低下は避けられないことで、大なり小なり他人の力に頼らざるを得ないのが現実なため、安心して委ねてもらえる**信頼関係の構築**が大切となる
- ・介護支援専門員には、**本人や家族の心の揺らぎ・動きを敏感に察して寄り添う姿勢が求められる**

第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例【4時間】

下巻
P508

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の理解 【25分】

本節で学習することの概要



第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例【4時間】

下巻
P508

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の理解 【25分】
【1 総合的な視点】

1. 死についての利用者・家族の受け止め
 - ・死の受け止め方は年代や生活歴、家族構成、その関係性、経済状況などにより異なる
 - ・親を一家の大黒柱として頼ってきた子どもたちは、親の死を考えないようにしているかもしれず、高齢で寝たきりの親を長期にわたり介護している家族は死を自然な終わりとりとらえている場合もある
 - ・死をタブー化するのではなく、日頃のかかわりのなかや何かの機会（医師からの予後宣告後のとき、死のことが話題になったとき、入院となったときなど）に、**本人や家族の死の受け止め方を理解しておく**

第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例【4時間】

下巻
P509

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の理解 【25分】
【1 総合的な視点】

2. 利用者及び家族の意向

- ・ケアプランを作成する際には**利用者及び家族の意向が**一番重要となる
- ・ADPにおいても人生の最期の段階でどんなケアを受けたいのか、延命治療はどうか、受けたい治療と受けたくない治療はなにか、自分が判断できなくなったときに誰を代理人にするのかなどについて、**医療職や介護職も含めて本人・家族・代理人と話し合うこと**が求められる
- ・この話し合いは**繰り返し行われ、意向は変えてもよい**とされており、代理人は自分の考えを述べるのではなく、**本人だったらどんな意向を示すのか、本人の代理で意見を述べる**
- ・本人の価値観をよく知っており、本人の意思をよく聞いている人が代理人となる

第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例【4時間】

下巻
P509

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の理解 【25分】
【1 総合的な視点】

3. かかりつけ医との情報共有

- ・かかりつけ医の治療のあり方について介護支援専門員は、看取りに関する**本人や家族の意向をよく理解して、治療や症状管理等のサポートを行う役割**をもつ
- ・回復の見込みがなく、不安と苦痛のなかで末期が迫っている場合には、延命のための治療よりは、QOLを尊重したケアを重視し、本人の自己選択の幅を広げることとされている
- ・そのために、**本人のQOLや治療の意向に関する情報を医師に伝え、医師の治療方針との調整**が求められる

第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例【4時間】

下巻P509～
510

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の理解 【25分】
【2 家族へ視点】

1. これまでの経緯と家族の受け止め方の理解

- 身近にいた人が亡くなるということは残された**家族に大きな喪失感をもたらす**
- ・がんの転移などで比較的安定していた人が急に悪化して亡くなる場合は、家族は動揺する
 - ・慢性疾患のように増悪と寛解を繰り返し徐々に状態が悪くなるパターンでは、入院ごとに医師からの予後の説明を受けるなど、家族もある程度の覚悟ができるかもしれない
 - ・寝たきりの状態が長くなり亡くなるパターンでは、長い介護期間で死を自然なものとして受け止めている家族もいます。
 - ・家族の受け止め方は、本人との長い歴史、人間関係が影響し、濃厚な人間関係と、希薄な人間関係とでは受け止め方も異なるため、それまでの経緯と考え合わせ、**家族の受け止め方を理解する**

第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例【4時間】

下巻
P510

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の理解 【25分】
【2 家族へ視点】

2. 時期に応じて起こり得る受け止め方の変化へのサポート

- エンド・オブ・ライフ・ケア**は、**準備期、開始期、安定期、臨末期、死別期**がある
- ・ケアの準備をしている**準備期**では、家族はこれから始まる看取りケアに不安をもちながらも医師や看護師、介護支援専門員などに相談しながらケア体制を整えようとする
 - ・**開始期**では必死でケアし、安定期ではケアも慣れ、次の段階の臨末期を迎えることとなる
 - ・**安定期**からは、今後の状態変化による対応や死に対する心の準備・対応について相談の必要があり、受け止め方が変化することで疲労感があれば、**サービスを増やしたり、入院や入所の手段を提案するなどのサポートを行う**

第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例【4時間】

下巻
P510

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の理解 【25分】
【2 家族へ視点】

3. 予測されるリスクに関する適切な情報提供

- ・**予測されるリスク**としては、目を離れた隙に死んでいた、誰にも気づかれないまま孤独死していた、転倒した、窒息した、出血した、おかしな言動や落ち着かない行動が発生したなどがある
- ・看取りの過程には、家族にとって予期しないことが発生して**動揺がおこる**
- ・リスクには予防できるものもあれば、避けることができないものもある
- ・家族の動揺や負担を減らすためには、予測できるリスクに関する**適切な情報提供（リスクが発生したときの対応、連絡先の伝達）**が必要となる

第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例【4時間】

下巻
P510

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の理解 【25分】
【2 家族へ視点】

4. 情緒的支援

- ・予後不良で死を避けられない状態になっても、家族はなかなかそれを受け入れられない
- ・自分たちのケアが正しいのか、十分なのか不安になったりもする
- ・本人や家族が決めて自宅に帰ってきたけれど、実際に食事や排せつケアの段になると、戸惑い、逃げ出したくなってしまふ
- ・そのようなときにはケアの方法を教えるだけではなく、不安に思っただけで前であるなど負担を和らげる、**情緒的サポート**が必要となる

5. 遺族のケア・グリーフケア

- ・身近な人が亡くなり、悲嘆にくれる遺族やかかわりのあった人たちが立ち直って自分の人生を歩むことができるようにケアすることを**グリーフケア (grief care)**という
- ・グリーフ (grief) は深い悲しみを意味する
- ・予測していた死とはいえ、大切な人が亡くなる、喪失する悲しみは深いものが伴う
- ・亡くなった後、葬儀や墓の手配、遺品の整理などで忙しそうにしている、その後急にうつ状態になる人もいる
- ・看取りを支えてきた介護支援専門員やサービス提供者は、**本人が亡くなった後も、遺族のことを気にかけることが重要**となる

5. 遺族のケア・グリーフケア ○グリーフケア

- ・死別を経験しますと、しらずしらずに亡くなった人を思い慕う気持ちを中心に湧き起こる感情・情緒に心が占有されそうな自分に気づきます (喪失に関するさまざまな思い:「喪失」としてまとめます)。また一方で死別という現実に対応して、この窮地をなんとかしようと努力を試みています (現実に対応しようとする思い:「立ち直りの思い」としてまとめます)。この共存する二つの間で揺れ動き、なんとも不安定な状態となります。同時に身体上にも不愉快な反応・違和感を経験します。これらを「グリーフ」と言います。
- ・グリーフの時期には「自分とは何か」「死とは…」「死者とは…」など実存への問いかけも行っていきます。このような状態にある人に、さりげなく寄り添い、援助することを「グリーフケア」と言います。



1. かかりつけ医をはじめ医療職との連携体制の構築

- ・人が死に近づく過程における症状の変化および死亡時において、かかりつけ医をはじめ**医療職との連携体制構築**が求められる
- ・積極的な治療や検査は行われないことが多いが、受診や往診などの際に、**サービスの日程調整**を行ったり、介護サービス担当者に**情報伝達**をする必要がある
- ・意識がなくなり、死が近づいていると往診医からの連絡があった際には、**家族に今後のサービス利用をどうするか、電話やメール、直接対面などで確認する**
- ・その結果に関連する事業所などに連絡する必要がある

2. 人生の最終段階における医療職との連携体制の構築

- ・人生の最終段階における医療をどこまで行うかについては**ACP (アドバンス・ケア・プランニング: Advance Care Planning)**として、**事前に本人や家族と話し合いが必要**
- ・これは繰り返し何度も行い、意向に応じて連携体制を柔軟に構築し直す
- ・最期まで自宅で看取ると決めても、緊急入院したりすることもあるため、**常に医療職との情報交換に努めることが重要**となる

3. 迅速な情報共有

- ・在宅や施設での急変、本人や家族の意向の変化、主介護者の体調が悪くなったりするなど、介護体制の変化があるときに備えて、**情報をまとめておく**必要がある
- ・緊急連絡先の明記、日々の生活や症状の変化などの情報共有は、電話やFAX、電子メールなどあらゆる手段を使い**確実に**行い、その際には**個人情報の管理にも注意**する

1. 予測されるリスクに関する適切な情報収集

- ・看取りの時期に発生する**リスク**には**事故やクレーム**がある
- ・事故リスクには、転倒・転落、窒息、誤薬、点滴やカテーテルが抜ける、不適切な酸素療法、火事、盗難、自殺などがある
- ・特に認知症のある人や高齢者、疾患が末期の状態の人などは、リスクは生じやすく、トイレに行こうとして転倒する、嚥下がうまくできない状態で窒息する、薬を飲んだことを忘れて重ねて服薬する、点滴やカテーテルを自己抜去してしまう、酸素量を読み間違えて指示量以上に投与する、お湯を沸かしているのを忘れて火事になる、病状に悲観して自殺してしまうなど、あらゆるリスクが生じる
- ・また、看取りの過程には先行きがみえず、急変が生じることも多く、こんなはずではなかったと本人や家族からクレームがくることもある

1. 予測されるリスクに関する適切な情報収集

- ・どんな症状が現れてどうなるのか、誰が何をしてくれるのかわからない、本当に信頼してよいのか不安になったり、死への過程や死に立ち会うことが怖くなったりと、その**根底には複雑で不安定な精神状態がある**
- ・介護する家族は24時間そばにいなければならないという使命感で、心身ともに疲れ果てているかもしれず、目を離れた瞬間に本人が転倒して骨折したり、意識がなくなったりすると、**家族は動揺する**
- ・重要なのは起り得るリスクを明確にし、**リスク予防のために何をするかをケアプランに盛り込み、それを家族を含めた関係職種に共通化することである**

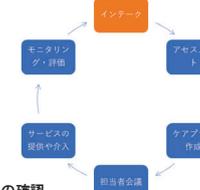
2. 悪化時・急変時の連絡ルートの明確化

- ・**リスクが発生したとき、症状が悪化したとき、急変が起きたときは、迅速に対応することが重要**
- ・本人や家族がすぐに連絡できるように、連絡ルートを明確しておく必要がある
- ・動揺している、どうすればよいかわからない本人・家族も混乱するのを避けるため、1か所に連絡すれば、必要な全員に連絡がいくように連絡ルートを作成する
- ・体調に関することは、第一に医師、訪問看護師、そこから介護支援専門員そして各種サービスにつながるよう、ルートを明確しておく

3. 緊急時の連絡体制の整備

- ・緊急時の連絡先は、本人や家族の目につくところに貼り紙をしておく、電話機の近くにも明記し、携帯電話にもわかりやすく登録しておく
- ・緊急時の連絡先としては24時間体制を担う医師や訪問看護ステーションの電話番号、家族の電話番号、介護支援専門員の電話番号等があげられる
- ・とにかく、**本人や家族が動揺していても必要な連絡が確実につけられるように、何重にも念を押しておく必要がある**

インタビュー



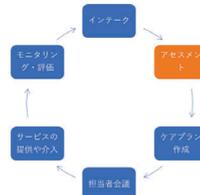
○利用者・家族

- ⇒告知を受けているかどうか
- ⇒死について本人・家族の受け止め方
- ⇒告知されている場合は、どのような生活を送りたいのか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

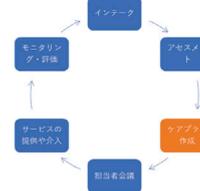
- ⇒入院中の経過・治療・看護・介護状況、今後の通院先、緊急時の連絡先
- ⇒現状と今後予測される状態の変化と、考えられるリスク
- ⇒介護報酬上の加算など

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
- 利用者や家族の心理状態を知る
- 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

ケアプラン作成



- 利用者、家族の望む（大切にしたいこと）を活かした目標設定と支援内容
- 医療専門職の情報から今後予測される状態が共有できる具体的な支援内容
- 急変時の対応方法を明確にする
- 家族ができること、したいことを盛り込んだ支援

・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
- ⇒死の受容の段階における本人の気持ちの揺れに寄り添いマネジメントを行う

・家族支援のポイント

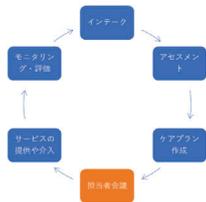
- ⇒急変時における緊急連絡ルートを明確にしておく
- ⇒主介護者だけでなく、家族介護全体の生活の変化と、ストレスを知り、チームで統一した支援方針を立てる
- ⇒家族の関係性から身体的な痛みが増強することを知り、支援する役割分担を明確にする
- ⇒不安なく最期を看取することができるよう支援する

第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例【4時間】

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の理解 【25分】
【看取りケアにおけるケアマネジメントプロセス】

サービス担当者会議

- 利用者、家族の望む最終段階のときに沿った方針を明確にする
- 医療的見地から支援する際のポイントを整理し、支援者が安心して支援できるようにする
- 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
(情報共有のため、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

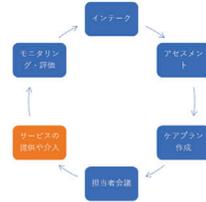


第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例【4時間】

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の理解 【25分】
【4 リスク対応の視点】

サービス提供や介入

- 医療との連携により疼痛やその他の症状がコントロールされるケアの提供
- 本人・家族が痛みや症状について十分な治療・介護を受けたいと思えるケアの提供
- 日常生活の支援の提供
- 家族の心身への支援
- QOLの実現にむけての支援
- 受容的・共感的な態度のかかわり

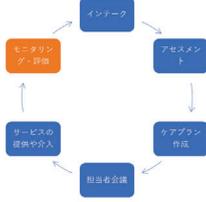


第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例【4時間】

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の理解 【25分】
【看取りケアにおけるケアマネジメントプロセス】

モニタリング

- 利用者、家族が望む最終段階の揺れに柔軟に対応していく
- 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。必要であればケアプランを変更する
- 家族やサービス提供者、医療職との情報共有による評価が看取りを支える
- 利用者がいつ急変して亡くなっても、チーム内に混乱が生じないよう調整する
- 人の死は、さまざまな思いを家族に残すので、よりよい別れが出来るよう、一人ひとりに合わせた援助が必要
- 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

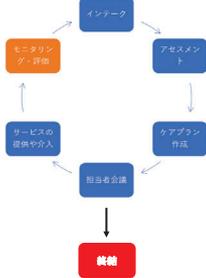


第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例【4時間】

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の理解 【25分】
【看取りケアにおけるケアマネジメントプロセス】

総括

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



第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例【4時間】

下巻
P514

演習

○事例の読み込み 15分 (テキストP514～P520)

- ・ これまでの生活 支援に至る理由
- ・ 基本情報に関する項目
- ・ 主治医意見書
- ・ 課題分析標準項目
- ・ 住宅の見取り図添付

第15章 ケアマネジメントの展開
③看取りに関する事例【4時間】

下巻
P514

第6節 事例演習 【60分】 【看取りに関する事例】

これまでの生活

- A さん、75 歳、男性
- ・ M 市生まれ。高校卒業後、飲食店に勤める。
- ・ 勤務先で妻と出会い、結婚。結婚後は家業である飲食店を継ぐ。従業員10 名ほどの店で、他県からも来店客がいるほどの人気店となる。
- ・ 高血圧と糖尿病の持病があるが、仕事が忙しく通院を忘れることがある。
- ・ 明るい性格で友人が多く、町内会の役員をしており、神事を大切にしている。
- ・ 職場の従業員から顔色の悪さを指摘され、検査入院したところ、末期の胆管がんと診断される。

支援に至る理由

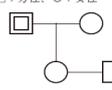
- 令和5年、75歳のときに通院中のD病院を受診。閉塞性黄疸にて、B大学病院を紹介され検査入院。精密検査の結果、末期の胆管がんと診断される。
- 主治医を含む医療・ケアチームと本人、家族との話し合いの結果、本人の願いを実現するため、入院はせず、症状緩和を中心としたケアを行う方針となった。
- 自宅では、妻（78歳）と長女（45歳）が初めて介護を経験することになる。自宅で過ごさせてあげたい気持ちがある一方、介護ができるのかという不安な気持ちも強い。
- B大学病院の退院支援訪問看護師より、本人と家族の願いを実現するため、在宅で受けられる医療、介護サービスについて相談の連絡があった。

基本情報に関する項目

受付日：令和5年3月15日（月） 受付者

受付方法：電話

利用者氏名	A	性別	男性	生年月日	昭和22年9月10日（75歳）
住所	M市〇町3丁目18番14号		電話番号	0000（123）4567	
主訴・意向	【相談内容】 入院先の日大病院の退院支援訪問看護師より、肝門部領域胆管がん、多発肝転移、多発肺転移の診断で入院している75歳男性が、自宅に帰りたい意向が強く、家族も残りの人生を自宅で過ごさせてあげたいとの願いがあり、医療・ケアチームと本人、家族との話し合いの結果、入院はせず、症状緩和を中心としたケアを行う方針となった。本人と家族の願いを実現するため、在宅で受けられる医療、介護サービスについての相談を受けた。 【本人・家族の主訴】 （本人）自宅に戻り、家族と生活したい。地元のお祭りに参加したい。せめて目の前で見たい。 （妻）急なことで気持ちが落ち着かないこともあるが、家族に囲まれて自宅で穏やかに生活させてあげたい。 （長女）母も持病を抱えているため体調面に不安がある。自分ができるだけ泊まり込んで介護を助けてほしい。				

生活歴・生活状況	【生活歴】 M市生まれ。高校卒業後、飲食店に勤める。勤務先で妻と出会い結婚。結婚後、家業である飲食店を継ぐ。従業員10名程のお店で、地元はもとろん、他県からも来店客がいるほどの人気店となる。明るい性格で友人が多く、町内会の役員も務めており、神事を大切にしている。高血圧症と糖尿病の持病があるが、仕事が忙しく通院を怠れることがある。職場の従業員から顔色の悪さを指摘され、検査入院したところ、末期の胆管がんと診断された。	【家族状況】 □：男性、○：女性 *数字は年齢  妻（78歳）と二人暮らし。妻は脊柱管狭窄症で腰痛や下肢にしびれがあり、身体介護は困難。長女（45歳）は結婚して隣町に住んでいる。父親が退院後は、長女ができるだけ実家に泊まり込んで介護をしていく予定。
病歴	【経過・病歴等】 60歳 高血圧、糖尿病 75歳 肝門部領域胆管がん、多発肝転移、多発肺転移 などと高血圧症と糖尿病でD病院に通院中だったが、店が忙しく、通院を怠れることもあった。職場の同僚から顔色の悪さを指摘され、D病院を受診。閉塞性黄疸にて日大病院へ検査入院。精密検査の結果、末期の胆管がんと診断。内視鏡的胆管ドレナージ術を行った。症状緩和のケアのみを行う方針となり、退院。	【かかりつけ医】 日大病院C医師。退院後はE診療所 F医師 【内服薬】 利尿剤 降圧剤 【かかりつけ歯科医】

障害高齢者の日常生活自立度	かかりつけ医 介護支援専門員 介護保険 要介護 3 令和5年3月1日～令和6年2月29日（初回）認定日 令和 年 月 日	主治医意見書 C1 初回アセスメント C1	認知症高齢者の日常生活自立度 かかりつけ医 介護支援専門員 主治医意見書 II b 初回アセスメント II b
社会保障制度の利用情報等	年金 国民年金受給 月額 万円 医療保険 後期高齢者医療保険 生活保護 有・無 障害福祉 手帳：有（ ） 自治体サービス 有（ ）	現在利用している支援や社会資源の状況 計画作成状況 初回・初回以外 課題分析理由 初回のケアプラン作成のため	家族状況

主治医意見書

記入日 令和5年3月15日

申請者	(ふりがな) A 男 〇 女 〇 明・大(昭) 22年 9月 10日生 (75歳) 〒000-0001 M市〇町3丁目18番14号 連絡先 000(123)4567
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに <input checked="" type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。	
医師氏名	〇 医師
医療機関名	B大学病院 電話 000(123)1234
医療機関所在地	〇市〇町1-1-1 FAX 000(123)1235
(1) 最終診察日	令和5年3月15日
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上
(3) 他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入）及び発症年月日

1. 肝門部領域胆管がん、多発肝転移、多発肺転移 発症年月日 (昭和・平成・令和) 5年 3月 (日頃)

2. 高血圧、糖尿病 発症年月日 (昭和・平成・令和) 20年 3月 (日頃)

3. 発症年月日 (昭和・平成・令和) 年 月 日頃)

(2) 症状としての安定性 安定 不安定 不明
 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)
 急激なLDHの上昇を認め腫瘍崩壊症候群のリスクがある
 末期のがんであり、徐々に衰弱し、腹部膨満感、呼吸困難などの苦痛も増大する可能性が高い。

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容
 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの)及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)
 発症年月日： 令和5年3月1日
 胆管がんの末期。余命は数か月。本人・家族に告知は済んでいる。
 腹部膨満感、下腿浮腫を認め、利尿剤を使用しているが悪性腫瘍や低栄養もあり改善困難。

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧看取りに関する事例【4時間】

下巻
P516

第6節 事例演習【60分】 【看取りに関する事例】

2. 特別な医療（過去14日間に受けた医療のすべてにチェック）

処置内容	<input checked="" type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等） <input type="checkbox"/> カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
（寝たきり度）

・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I II a II b III a III b IV M

(2) 認知症の中核症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

・短期記憶 問題なし 問題あり
 ・日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない
 ・自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的な要求に服従される 伝えられない

(3) 認知症の行動・心理症状（BPSD）（該当する項目全てチェック。認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

無 有

幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊
火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他（ ）

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧看取りに関する事例【4時間】

下巻
P517

第6節 事例演習【60分】 【看取りに関する事例】

(4) その他の精神・神経症状

無 有 症状名：現在顕著ではないが、今後肝性昏睡やせん妄の可能性が高い（専門医受診の有無 有（科） 無）

(5) 身体の状態

利き腕（右 左） 身長= cm 体重= kg（過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少）

四肢欠損（部位： ）
麻痺 右上肢（程度：軽 中 重） 左上肢（程度：軽 中 重）
右下肢（程度：軽 中 重） 左下肢（程度：軽 中 重）
その他（部位： ） 程度：軽 中 重

筋力の低下（部位： 両下肢） 程度：軽 中 重
関節の拘縮（部位： ） 程度：軽 中 重
関節の痛み（部位： ） 程度：軽 中 重
失調・不随意運動 ・上肢 右 左 ・下肢 右 左 ・体幹 右 左
褥瘡（部位： ） 程度：軽 中 重
その他の皮膚疾患（部位： ） 程度：軽 中 重

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧看取りに関する事例【4時間】

下巻
P517

第6節 事例演習【60分】 【看取りに関する事例】

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 自立 介助があればしている していない
 車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している
 歩行補助具・器具の使用（複数選択可） 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助
 現在の栄養状態 良好 不良
 → 栄養・食生活上の留意点（一日の食事は500～700kcal前後。エンシュアを処方している）

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とそれに対する

尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊
低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他（ ）
 → 対処方針（現時点で疼痛の訴えはないが、今後、疼痛管理が必要となる）

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧看取りに関する事例【4時間】

下巻
P517

第6節 事例演習【60分】 【看取りに関する事例】

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる 期待できない 不明

(5) 医学的管理の必要性（特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。）

訪問診療 訪問看護 訪問歯科診療 訪問薬剤管理指導
訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導 訪問栄養食事指導
通所リハビリテーション 老人保健施設 介護医療院 その他の医療系サービス（ ）
特記すべき項目なし

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項（該当するものを選択するとともに、具体的に記載）

・血圧 特になし あり（高血圧症） ・移動 特になし あり（転倒に注意）
 ・摂食 特になし あり（ ） ・運動 特になし あり（ ）
 ・嚥下 特になし あり（ ） ・その他（ ）

(7) 感染症の有無（有の場合は具体的に記入して下さい）

無 有（ ） 不明

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧看取りに関する事例【4時間】

下巻
P517

第6節 事例演習【60分】 【看取りに関する事例】

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。（情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。）

末期がんにより、腹水および下腿浮腫が顕著である。そのため起居動作から移動動作には環境整備および介助を要する。今後は疼痛管理を目的とした医療体制が必要になる。ご家族は介護の経験がないため、介護負担軽減に留意していく必要がある。余命が数か月ということで本人の願い（祭りの参加・見学）を実現できるように支援していく。

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧看取りに関する事例【4時間】

下巻
P516

第6節 事例演習【60分】 【看取りに関する事例】

課題分析標準項目

基本情報に関する項目

No.	標準項目名	基本情報
1	受付年月日	令和5年4月10日
	受付対応者	S
	受付方法	自宅訪問
	氏名・性別・年齢	A氏 男性 75歳
	住所・電話番号	M市〇町〇丁目〇番地
	家族状況	妻と長女の3人家族。妻との二人暮らしで、妻は脊柱管狭窄症で腰痛や下肢のしびれがあり、身体介護は困難。長女は結婚して隣町に在住。今回の退院を機に泊まり込みで介護することになった。本人の両親は他界し、兄弟はなし。

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧看取りに関する事例【4時間】

下巻
P518

第6節 事例演習【60分】 【看取りに関する事例】

2	これまでの生活と現在の状況	M市で出生、そこで現在まで過ごす。 ○高校卒業後、飲食店に勤める。勤務先で妻と出会い結婚。 結婚後、家業である飲食店を継ぐ。従業員10名ほどのお店で、地元はもちろん、他県からも来店客がいるほどの人気店となった。 胆管がんと診断されるまで働いていた。 現在、ベッド上で寝ていることが多いが、家族の手助けを受けて生活している。
3	利用者の社会保障制度の利用情報	後期高齢者医療保険 身体障害者手帳：なし 年金：国民年金 その他：家賃収入あり
4	現在利用している支援や社会資源の状況	なし

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧看取りに関する事例【4時間】

下巻
P518

第6節 事例演習【60分】 【看取りに関する事例】

5	日常生活自立度(障害)	C1
6	日常生活自立度(認知症)	II b
7	主訴・意向	本人：自宅に戻り家族と生活したい。地元のお祭りに参加したい。せめて目の前で見てみたい。 妻：急なことで気持ちが進まないこともあるが、家族に囲まれて自宅で穏やかに生活させてあげたい。 長女：母も持病を抱えているため体調面に不安がある。私ができるだけ泊まり込みで介護していく予定。
8	認定情報	要介護3 有効期間 令和5年3月1日～令和6年2月29日
9	今回のアセスメントの理由	新規依頼のため。初回アセスメントがん末期の在宅支援

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧看取りに関する事例【4時間】

下巻P518～
519

第6節 事例演習【60分】 【看取りに関する事例】

課題分析（アセスメント）に関する項目

No.	標準項目名	アセスメント内容
10	健康状態	末期の胆管がん。本人・家族へ告知済み 腹部膨満感、下腿浮腫が顕著 食欲不振のため低栄養状態
11	ADL	○寝返り：支持物があれば自立 ○起き上がり：一部介助 腹水貯留および下腿浮腫があり動作緩慢 ○移乗：一部介助 ○歩行：室内はつかまり歩行 室外は車いす介助 ○排泄・排便：一部介助 ○更衣：一部介助 ○入浴：一部介助 ○洗身：一部介助 ○食事：自立 ○洗面：自立

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧看取りに関する事例【4時間】

下巻
P519

第6節 事例演習【60分】 【看取りに関する事例】

12	IADL	○調理：全介助 ○服薬：自立 ○掃除：全介助 ○洗濯：全介助 ○整理・物品の管理：全介助 ○金銭管理：全介助 ○買い物：全介助
13	認知機能や判断能力	何らかの認知症を有し、日常生活は何らかの手助けが必要である。
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	問題なし。
15	生活リズム	一日中ベッド上にいるが時折座ったりトイレのため室内歩行。 1週間同じ生活。 朝6時起床、22時に床につくが夜間日中も寝たり目覚めたり不規則。
16	排泄の状況	尿意あり。動作緩慢のため間に合わず失禁することがある。

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧看取りに関する事例【4時間】

下巻
P519

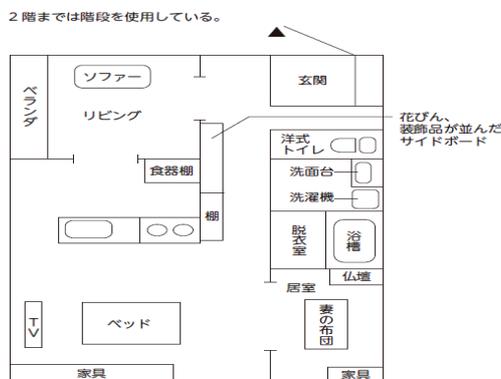
第6節 事例演習【60分】 【看取りに関する事例】

17	清潔の保持に関する状況	入浴はシャワーを介助で浴びる。2回/週。 整容は自分でひげを剃り、タオルで顔を拭く。 寝具は長女が購入した電動ベッドを使用し、羽毛布団を使用。 衣服はパジャマを着ている。ズボンは3Lのゴムのウエスト。 毎日替えている。
18	口腔内の状況	歯磨、自分で歯磨きをする。歯磨なし。
19	食事摂取の状況	食事は少ないが、用意すれば自力摂取可能（プリンやゼリーを数個/日、めん類を茶わん数杯/日、お茶や水を水筒200mL/半を1日に3本）。
20	社会との関わり	長年飲食店を経営しており、友人が多い。 町内会の役員をしていた。
21	家族等の状況	主介護者は長女。健康であるが初めての介護のため不安がある。長女は市役所の事務職。介護休暇を利用したいと考えている。 病院から介助指導を受けている。長女の夫は妻の介護を応援しているが、妻（長女）の生活が犠牲になるのではないかと心配している。
22	居住環境	3階建ての持ちビルの2階に居住。3階には従業員が住んでいる。店は従業員に任せている。室内は段差解消を行っているが、手すりなどの設置はなし。
23	その他留意すべき事項・状況	胆管がん末期で予後不良。急激なLDHの上昇により、腫瘍前駆症候群のリスクがある。 がん末期であり、現在は安定期にあっても急激に悪化、亡くなる可能性がある。

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧看取りに関する事例【4時間】

下巻
P520

第6節 事例演習【60分】 【看取りに関する事例】



第15章 ケアマネジメントの展開
⑧着取りに関する事例【4時間】

●演習①

○Aさんはどのような人？

「このような生活をしてきたこんな人・・・」とイメージしてみましょう

個人ワーク 10分

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧着取りに関する事例【4時間】

解説

○Aさんの全体像

M市生まれで、一人っ子。家は飲食店を営んでおり跡取り息子として「自分が家業をつがなければいけない」「家を守る」という使命感と親からの期待を受けて育ったと想像できる。高校卒業後、飲食店に勤める。勤務先で妻と出会い結婚。結婚後は家業である飲食店を継ぐ。従業員10名ほどの店で、他県からも来店客がいるほどの人気店となる。働きもので明るい性格。友人も多く社交的な人である。また、町内会の役員を請け負う、責任感のある方で、人のために動ける人。神事も大切にしており、地域や家族との繋がりを大切にしてきた人。家族との関係性も良好な人。自分の体より仕事を優先してしまう仕事生きがいであった方と思われる。

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧着取りに関する事例【4時間】

下巻
P514～

●演習②

○Aさんと家族が望んでいる生活は？

○Aさんと家族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したいことは？

⇒生活を支えるために、必要なことは？

個人ワーク 15分

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧着取りに関する事例【4時間】

解説

○Aさん、家族が望んでいる生活

Aさん「自宅に戻り家族と過ごしたい。地元のお祭りに参加したい。せめて目の前でみたい」
家族（妻）「急なことで、どうしてあげたらいいのかわからないが、家族に囲まれて自宅で穏やかな生活をさせてあげたい」

家族（長女）「母は持病があるので、体調面が心配です。そのため、私自身も不安を感じていますが、できるだけ泊まり込んで介護をサポートしたいと思っています」

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧着取りに関する事例【4時間】

解説

○Aさんと家族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

- ・家族と穏やかに過ごせる
- ・家族との時間を大切に
- ・苦痛などの症状緩和を
- ・不安が軽減できる
- ・家族に負担がかからないように
- ・Aさんができることをできるだけ長く行えるように
- ・友人や地域の方達と（身なりを整えて）接することができる
- ・地元のお祭りが見える
- ・できる限り後悔がないように

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧着取りに関する事例【4時間】

下巻
P530

●演習③

○Aさんと、家族が、望む生活を過ごすために、どのような内容の情報を、
誰から収集しますか？

例：Aさんと家族から、意向にずれがないかを聞き取る

医師から、今の病状について聞き取る

個人ワーク 15分

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧看取りに関する事例【4時間】

解説

○Aさんと家族が望む生活を過ごすために、どのような内容の情報を、誰から収集しますか

- ・ Aさんから、生活歴や職歴、生活の中で大切にしてきたことを聞き取る
- ・ Aさん家族から、したいことや、やりたいこと、逆に嫌なことも聞き取る
- ・ 医師や看護師から、呼吸困難や、吐き気、倦怠感などの症状について聞き取る
- ・ 医師や看護師から、病状の進行具合に応じた、症状や、治療状況を聞き取る
- ・ 医師から、予後について聞き取る
- ・ 薬剤師から、薬の内容や、管理方法について聞き取る
- ・ 医師、薬剤師や看護師から、痛みに対する対応方法について、必要な場合の痛み止めや、緩和ケアの対応について聞き取る
- ・ Aさんと家族から、気持ちに配慮しながら、不安なこと、怖いこと、辛いこと等、心配なことや悩みについて聞き取る
- ・ Aさんと家族から、思いの揺らぎを理解しながら、意向にズレがないかを確認する
- ・ 家族から、介護の疲れや、ストレスの原因を聞き取る
また、費用の負担がないかについても確認する
- ・ Aさんと、家族から、Aさんの希望を中心に、望む最期の場所や、過ごし方、終末期医療や、ケアについて確認する

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧看取りに関する事例【4時間】

下巻
P530

●演習④ まとめ

○研修を受けて、学んだことや、気づいたこと

今後活かせるようなことについて、まとめてみましょう

個人ワーク 5分

第15章 ケアマネジメントの展開
⑧看取りに関する事例【4時間】

下巻
P530

●研修記録シートの記入

「看取りに関する事例」について、

自己評価と、この項目で学んだこと、気づいたことは？

個人ワーク 10分

- 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関わりの変化について説明できる
- ④看取りのケースにおいて、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