

ケアマネジメントの展開  
「看取りに関する事例」

## はじめに

- 本科目は複数のチャプターに分かれています。都道府県・研修実施機関の指示・指定に従ってチャプターを順次、受講してください。
- 複数のチャプターを受講後、表示される中間テストを受けます。
- 都道府県・研修実施機関が指示・指定した全チャプターが終わった段階で、終了時の確認テストを行います。
- 確認テストが終了したら、研修記録シートに記録をして本科目の受講は終わりとなります。

※研修記録シートなど修了評価に係る事項、演習に係る事項については都道府県・研修実施機関の指示・指定に従って対応するようにしてください。

※チャプターの途中で受講をやめて再開することはできません。何らかの都合で中断する場合には、再度受講して頂く事になります。

それでは講義を始めます

【本資料の出典等に関する留意事項】

本資料は一般社団法人日本介護支援専門員協会、一般財団法人長寿社会開発センターが発行している法定研修テキスト（「二訂介護支援専門員研修テキスト」、「七訂介護支援専門員実務研修テキスト」）を参考に作成を行っています。

# 本科目の構成

- 本科目の構成は以下のとおりです。

Eラーニング	内容	
●	(1) 本科目の目的、修得目標の確認	
●	(2) 知識・技術の基本的な理解	
		① 看取りにおける介護支援専門員の役割 ② 看取りにおける適切な姿勢 ③ 多職種との連携・協働 ④ 在宅生活の支援において起こりやすい課題 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
●	(3)地域包括ケアシステムへの展開	
●		① デスカンファレンス ② 看取り体制の整備や職員教育 ③ 看取りができる地域づくり
	(4)実践的に活用する上での留意点①	
	(5)実践的に活用する上での留意点②	
●	(6)実践的に活用する上での留意点③	
		① 看取りのケアマネジメントプロセス

# 本科目の目的、修得目標の確認

# 本科目の目的

- 本科目の目的は以下のとおりです。

- 看取りのケースについて支援を行う際における介護支援専門員の役割や適切な姿勢について理解することを目指します。
- 看取りに関連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を理解することを目指します。
- 看取りに向けた利用者及びその家族との段階的な関わりの変化（生活動作の負担や痛みの軽減、主治医との連携や多職種協働、急変時の基本的な対応等）を認識できるようにすることを目指します。
- 看取りのケースにおいて、在宅生活の支援を行う際の起こりやすい課題を理解し、アセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解することを目指します。

# 修得目標

- 本科目の修得目標は以下のとおりです。

- 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。
- 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。

## 修得目標



【個人ワーク】  
10分

- 各目標の、現時点での自分の理解度を振り返り、本科目でどのようなことを学びたいか言葉にしてみましょう。
- 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。
  - 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。

# 知識・技術の基本的理解



# 1. 看取りにおける介護支援専門員の役割

## (1) 看取りのケアマネジメント (1 / 2)

---

- 看取りとは、辞書によると「病人のそばにいて世話をすること。また、死期まで見守り看病すること。看護。」と定義されています。
- 「死期まで見守り看病すること」という表現にあるとおり、看取りとは、近い時期に死に至ることが予測される人に対し援助することと言えます。

# 1. 看取りにおける介護支援専門員の役割

## (1) 看取りのケアマネジメント (2/2)

- どのように死期まで見守り看病するのか、どのように死期まで過ごすのかは、利用者および家族が決定していきます。
- その際に利用者の身体的・精神的 苦痛、苦悩をできるだけ緩和し、死に至るまでの期間、利用者および家族なりに充実して納得して生き抜くことができるように日々の生活ができるよう援助することが求められます。
- 介護支援専門員は、利用者と家族の望む死に至るまでの期間を支えるためのケアマネジメントを展開することが役割と言えます。

# 1. 看取りにおける介護支援専門員の役割

## (2) 利用者の病状の変化に応じた役割

- 利用者の病状の変化に応じて、介護支援専門員に求められる具体的な役割や支援の方向性は異なります。さまざまな分け方がありますが、本科目では以下の4つの時期に分けて考えていきます。

時期	時期の特徴及び支援の方向性
症状が安定している時期	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族は、病名告知に関する悩みを持つ時期です。告知された利用者は死を受けとめるための経過があり、その支援が必要となります。</li> <li>痛みのコントロールが重要な時期であり、痛み以外の症状の緩和を行うと共に、在宅での生活など看取りの場所を決定していきます。</li> </ul>
ADLが低下し苦痛が出現する時期	<ul style="list-style-type: none"> <li>苦痛が増したことへの治療が追加され、ADLの低下が出てきます。そのための支援や、精神的な支援が必要となってきます。</li> <li>家族は、延命と苦痛を緩和することを考え、在宅生活での葛藤が起きます。</li> </ul>
死期が近づいていることが分かる時期	<ul style="list-style-type: none"> <li>益々ADLが低下してきます。安楽への配慮が必要となります。また意識レベルが低下してきます。家族は、この頃から介護疲れが現れてくることが多いです。</li> </ul>
死期までが2～3日の時期	<ul style="list-style-type: none"> <li>手を握る、声をかけるなど、聴覚は最期まで残っていることを伝え、家族が出来ることや、死亡直前期の症状などを説明し、家族が心残りのない死の看取りが出来るよう支援する時期です。</li> </ul>

# 1. 看取りにおける介護支援専門員の役割

## (3) 症状が安定している時期 (1/4)

- 症状が安定している時期に介護支援専門員に期待される役割は以下のとおりです。

### 症状が安定している時期に求められる役割

医師から受けた説明の理解の確認

利用者・家族の価値観の確認

アドバンス・ケア・プランニングの実施

延命治療に対する意向の確認

看取りにおけるキーパーソンの確認

# 1. 看取りにおける介護支援専門員の役割

## (3) 症状が安定している時期 (2/4)

- 症状が安定している時期に求められる「医師から受けた説明の理解の確認」「利用者・家族の価値観の確認」「アドバンス・ケア・プランニングの実施」の概要は以下のとおりです。

役割	概要
医師から受けた説明の理解の確認	<ul style="list-style-type: none"><li>• 医師から最終段階であることの説明を受け、利用者・家族が内容を理解できているか確認します。予測される予後や症状の変化について理解を促すことも大切です。</li></ul>
利用者・家族の価値観の確認	<ul style="list-style-type: none"><li>• 利用者・家族の価値観を確認することが重要です。看取りを在宅で希望する場合、利用者・家族それぞれに大切にしたいことは多様です。</li><li>• 「死ぬまでにこんなことをしたい」「こういうことは絶対に嫌だ」などのこだわりは少なからずあるのです。利用者・家族が大切にしたいこと、嫌だと思うことを理解することが、最期をどう生きるかを支援することにつながります。</li></ul>
アドバンス・ケア・プランニングの実施	<ul style="list-style-type: none"><li>• 症状が安定している時期に、将来の状態変化に備えて、利用者・家族とケア全体の目標や具体的な治療・療養、ケアの方法を話し合しましょう。</li><li>• 利用者・家族の意思に沿った治療、療養、ケアを受けられるよう、あらかじめ家族や医療チーム、ケアチームと話し合うこと、また、繰り返し話し合うことをアドバンス・ケア・プランニング（ACP）といいます。利用者・家族の価値観を踏まえ、チームで話し合しましょう。</li></ul>

# 1. 看取りにおける介護支援専門員の役割

## (3) 症状が安定している時期 (3 / 4)

- 症状が安定している時期に求められる「延命治療に対する意向の確認」「看取りにおけるキーパーソンの確認」の概要は以下のとおりです。

役割	概要
延命治療に対する意向の確認	<ul style="list-style-type: none"><li>• 延命治療とは、回復が見込めないと判断されている状態で、中心静脈栄養や心肺蘇生によって少しでも延命することを期待する治療のことをいいます。</li><li>• 例えば、中心静脈栄養、心肺蘇生、人工呼吸器装着、気管内挿入、気管切開、昇圧剤、輸血等があげられます。</li><li>• こうした延命治療に対し、生前に行われる「延命治療の打ち切りを希望する」などといった意思表示、または、それを記録した「事前確認書」などのことをリビングウィルといいます。利用者の意向については、こうした内容によっても共通認識することができます。</li></ul>
看取りにおけるキーパーソンの確認	<ul style="list-style-type: none"><li>• 在宅での看取りを実施するうえでは、日々の介護を担うキーパーソンと、さまざまな治療・介護方針を決定するキーパーソンを確認する必要があります。</li><li>• 家族の誰が、どのような役割を担うのかを把握しておかないと、最終的に利用者に負荷がかかり、在宅での看取りが行えない事態になります。利用者が意思表示できなくなることが考えられるため、意思決定についてのキーパーソンを確認しておくことが不可欠です。</li></ul>

# 1. 看取りにおける介護支援専門員の役割

## (3) 症状が安定している時期 (4 / 4)

- 在宅で看取りを行うためには医療との連携が必要となります。
- 看取りの段階にもよりますが、身体状況が急激に低下する場合もあり、症状が安定している時期に訪問診療や訪問看護の導入の必要性の確認、検討を行い、必要に応じて利用者と家族に説明をします。
- 具体的には、以下のような事項を確認・検討することが必要です。

### 医療との連携に関連して確認・検討が必要な事項

- 訪問診療や訪問看護の導入の検討
- 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（緊急搬送の有無等）の確認
- 予想される予後・症状の変化に応じた訪問看護等の増回の検討
- 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

# 1. 看取りにおける介護支援専門員の役割

## (4) ADLが低下し苦痛が出現する時期 (1 / 2)

- ADLが低下し苦痛が出現する時期には、「ケアチーム内の情報の共有」、「ケアプランの変更」が介護支援専門員の役割として求められます。

役割	概要
ケアチーム内の情報の共有	<ul style="list-style-type: none"><li>サービス提供で入っている介護スタッフは、家族同様、利用者のつらそうな状況を強く感じてしまうこととなります。この時期は、特にケアチーム内でのコミュニケーションと、ケアの方針を随時確認していくことが必要とされます。</li><li>この時期、利用者・家族と医療・介護との情報共有で大切なことをまとめると、以下のようになります。この時期は、頻回に具体的に情報を発信し、共有していくことが必要です。</li></ul>
ケアプランの変更	<ul style="list-style-type: none"><li>介護支援専門員は、共有した情報をもとにケアプランの変更等を行うこととなります。</li><li>ADLが低下する時期は、身体介護が増えていきます。</li><li>介護をしている家族は、夜間などの介護の量が増えていくと、身体的に、また精神的にも疲れが出て介護力が低下していきます。介護は介護の専門職へ、医療は医療の専門職に任せ、家族だけができることに専念できるよう調整することが大切です。</li></ul>



# 1. 看取りにおける介護支援専門員の役割

## (4) ADLが低下し苦痛が出現する時期 (2 / 2)

- ADLが低下し苦痛が出現する時期には、医療を中心に行う医療チームと、訪問介護等の介護を中心に行う介護チームに分けて、それぞれの役割を明確にし、チームが連動できるように調整することが重要です。

### 医療チームと介護チームの役割

#### ○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
- 予測される予後や症状の変化の理解を、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

- 身体的安楽への支援をする
- 予測される予後や症状の変化についての観察の視点を共有する
- 急変時の連絡方法について確認する

# 1. 看取りにおける介護支援専門員の役割

## (5) 死期が近づいていることが分かる時期

- 死期が近づいていることが分かる時期には「急変時の対応方法の整理」「ケアチーム全体への具体的な情報発信」が介護支援専門員の役割として求められます。

役割	概要
急変時の対応方法の整理	<ul style="list-style-type: none"><li>• 利用者の急変が考えられる時期であるため、急変時の対応（救急車の有無等）を整理し、共有することが必要です。</li><li>• つまり、どのタイミングで誰に連絡するか、状態の確認や連絡方法などについて、ケアチーム全体での周知を図ります。</li></ul>
ケアチーム全体への具体的な情報発信	<ul style="list-style-type: none"><li>• この時期に利用者・家族とケアチームとの情報共有で大切なことは以下のとおりですが、できるだけ頻回に具体的な情報を発信し、ケアチームで共有していくことが必要です。</li><li>• 情報の共有は、サービス担当者会議等で確認しておきます。</li></ul> <p>【情報共有が大切なこと】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ 家族の希望・不安・心配の状況</li><li>✓ 本人の病状の変化</li><li>✓ ADL全般の情報（特に、排せつ、皮膚の状態、食事）</li></ul>

# 1. 看取りにおける介護支援専門員の役割

## (6) 死期までが2～3日の時期（1/2）

- 死期までが2～3日の時期にも他の時期と同様に「ケアチーム内の情報の共有」「安楽に過ごすための支援の調整」が介護支援専門員の役割として求められます。

役割	概要
ケアチーム内の情報の共有	<ul style="list-style-type: none"><li>• 死期が近いことをケアチーム全体で共有することが大切です。</li><li>• 医療チームから情報を共有し、介護チームとの連携、また家族との調整を図ります。</li></ul>
安楽に過ごすための支援の調整	<ul style="list-style-type: none"><li>• 介護支援専門員は、本人が安楽に過ごせるような支援を調整します。</li><li>• 死期が近いこの時期は、最期の時期を迎えるということに、家族の“揺れ”が起こります。</li><li>• 状況の変化が時間単位で起こりますので、残された短い時間への対応をします。</li></ul>

# 1. 看取りにおける介護支援専門員の役割

## (7) 死亡後の役割

- 利用者が亡くなることでケアマネジメントは終了しますが、介護支援専門員には、最後に以下のような役割を果たすことが期待されます。

役割	概要
遺族にねぎらいの言葉をかける	<ul style="list-style-type: none"><li>• 家族にねぎらいの言葉をかけるときに、家族の介護に関する肯定的評価が特に大切です。どのような形の看取りであれ、家族が決定し、その経過をたどってきています。</li><li>• その判断に納得ができるよう言葉をかけていくことが大切で、批判や非難するような言葉は避けるようにしましょう。</li></ul>
死亡の連絡をする	<ul style="list-style-type: none"><li>• ケアチームのメンバーすべてに、利用者が亡くなったことの連絡をします。死亡の当日にも、ケアが引き続き入っている場合があります。</li><li>• 利用者が亡くなったことで心がいっぱいとなりケアの全体がみえなくなってしまうように、介護支援専門員として、チーム全体へ契約終了まで配慮することが必要です。</li></ul>
福祉用具等の撤去の調整等	<ul style="list-style-type: none"><li>• 看取りの利用者の場合、介護ベッド等を使用している場合が多く、福祉用具貸与業者に対し、撤去日の調整が欠かせません。葬儀の日程を確認し、時間をおいて福祉用具の撤去等を行ってもらうよう調整することも、家族に対する配慮です。</li></ul>

# 1. 看取りにおける介護支援専門員の役割

## (8) 意思決定支援の考え方 ① 国の動向

- 厚生労働省では、本人や家族等と医療・ケアチームが、最善の医療・ケアを作り上げるための合意形成のプロセスを示すものとして、「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」を策定しています。

時期	意思決定プロセスに関する国の動向
2007年5月	「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の策定 ※ 富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえたもの
2015年3月	「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」に改称
2018年3月	<b>「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」の改訂</b> ※1) 地域包括ケアシステム構築への対応 2) 主に欧米諸国におけるACPに関する研究・取組の進展を踏まえたもの
2018年11月	ACPの愛称を「人生会議」に決定、公表。さらなる普及・啓発を目指す。

# 1. 看取りにおける介護支援専門員の役割

## (8) 意思決定支援の考え方 ②ガイドラインの概要

- 「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」において、「人生の最終段階における医療・ケアの在り方」は以下のように整理されています。

### 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

① 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、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種との医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。

また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。

この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。

② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。

③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。

※生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、ガイドラインの対象外

## 2. 看取りにおける適切な姿勢

### (1) 死に至る経過 (1/2)

- 死因となる病態によって、たどる経過は大きく異なります。また、複数の病態を抱える高齢者も少なくないため、亡くなるまでの経過や期間を正確に診断することは困難です。

#### 死に至る経過の例

- がんの場合、死の数週間前までは機能が保たれ、ある時点から急速に悪化する人が多い
- 慢性疾患（臓器障害（心臓・肺など））の場合、急性増悪と緩解を繰り返し、徐々に2～5年で悪化する人が多い
- 老衰や認知症の場合、5年以上にわたり徐々に機能が低下する人が多い

## 2. 看取りにおける適切な姿勢

### (1) 死に至る経過 (2 / 2)

- 一般的な経過を理解しつつ、その利用者に応じた対応が求められますが、いつから看取りの時期なのかにとらわれないことが大切です。むしろ重要なのは、利用者の病態をアセスメントし、今生きていることに対してケアマネジメントしていくことです。
- 正確な予後予測は難しいため、目の前にいる利用者と家族が何を望んでいるのか、多職種チームで考え、常に寄り添うことが重要です。その姿勢が、経過に伴う変化に対して、利用者、家族が自ら向き合っていくことを支えることにつながります。



## 2. 看取りにおける適切な姿勢

### (2) 多様化する死を迎える場所 (1 / 2)

- これまでは病院死が多かったのですが、これからは在宅や、在宅に代わる多様な居住の場での看取りが増えてきます。
- 病院ではない場所での看取りは、そう簡単ではありません。経過に伴う身体的変化への対応や管理には多職種チームにおけるアプローチが欠かせません。その調整役として、介護支援専門員の役割は非常に重要です。

## 2. 看取りにおける適切な姿勢

### (2) 多様化する死を迎える場所 (2 / 2)

- 在宅以外では、高齢者住宅を含む居住の場や特別養護老人ホームなど、医療機関以外の場所での看取りがあります。
- グループホームや特定施設にも看取り介護加算が設けられており、利用者の状態によっては医療保険で訪問看護に入ることも可能となっています。看取りを充実させていく要が介護支援専門員です。

## 2. 看取りにおける適切な姿勢

### (3) 介護支援専門員に求められる姿勢（1 / 2）

- がんの疼痛管理や看取りに関して、治療や症状コントロールなど医療は日々変化しています。
- 看取られる利用者や看取る家族に様々な情報が入り、死の直前まで本人は「このように生きたい」、家族は「このように看取りたい」という思いがあって在宅での看取りを希望します。

## 2. 看取りにおける適切な姿勢

### (3) 介護支援専門員に求められる姿勢（2 / 2）

- 今後、在宅での看取りが多くなると、様々な背景を持つ利用者や家族の看取り支援を行う機会が増えることが予想されます。
- ひとつとして同じ看取りはありません。ひとつひとつのケースに真摯に向き合い、利用者と家族とともに死の直前まで、望む生き方を支えられるよう、ケアマネジメントを振り返り、そしてまた新たな一人の利用者に向き合う必要があります。

### 3. 多職種との連携・協働

#### (1) 在宅での看取りを可能にする要件

- 本人の心身の苦痛だけでなく、家族の心理的・経済的負担も考えて看取りの場を決定していくことになります。
- 最期は家で過ごしたいという意向をかなえるには、特に看取りケアの場合は生活支援のケアプランだけでは実現しません。
- 医療職を含む多職種連携があり、その体制が整ってはじめて在宅での看取りが可能になります。

#### 在宅での看取りを可能にする要件

- 利用者その家族が「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
- 医療チームの体制（往診・訪問診療、訪問看護）が整っていること
- 介護力（介護職の支援を含む）が整っていること
- 24時間体制のケアができること
- 医療機関との連携ができること

### 3. 多職種との連携・協働

#### (2) 看取りのために必要とされるサービス ① 医療サービス

- 利用者・家族が、在宅で安心して看取りをするには、以下のような医療サービスが必要となります。

##### 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管理指導
- 低下していくADLを維持または改善するリハビリテーション
- 歯科医師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事業者の訪問(難病患者には特に必要とされる)

### 3. 多職種との連携・協働

#### (2) 看取りのために必要とされるサービス ②介護サービス

- 利用者・家族が、在宅で安心して看取りをするには、以下のような介護サービスが必要になります。

##### 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
- 日常的な排泄や入浴、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家族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

## 3. 多職種との連携・協働

### (3) 医療保険と介護保険の併用

- 介護支援専門員には医療保険と介護保険の適用の組み合わせについての制度の理解が求められます。
- 訪問看護は介護保険、医療保険双方に位置づけられていますが、基本的には介護保険からの給付が優先されます。
- 一方、難病やターミナル患者、急性増悪した患者などの場合は、医療保険の訪問看護の対象となります。



### 3. 多職種との連携・協働

#### (4) チームアプローチ ①ケアチームの編成（1 / 2）

- 看取りにおいてもチームアプローチは欠かせない要件ですが、最も大切なことは、最期のかたを迎える利用者・家族の思いをどう支えるのかという点です。
- そのためには、利用者・家族が選択(自己決定)し、尊厳を保ちながら日常生活を営むことができるケアプランが必要であり、ケアチームをどう編成するのかを考えることになります。

### 3. 多職種との連携・協働

#### (4) チームアプローチ ①ケアチームの編成 (2/2)

- 利用者の状態像の変化に伴って、利用者・家族の思いは変化していきます。状態や状況の変化によって目標が変化し、分担する役割も変化していきます。
- 看取りに限ったことではありませんが、そのときの状況に必要なメンバーと、以降の状況変化に伴い必要になるメンバーは異なります。
- 利用者の状況の急変が考えられる看取りでは、①利用者・家族の思い、②チームアプローチの進め方(連絡・調整等)、③ケアチームの編成が、常に一体になることが求められます。

### 3. 多職種との連携・協働

#### (4) チームアプローチ ②連携の具体的なイメージ（1/2）

- 看取りにおいては、訪問介護・福祉用具貸与・訪問入浴・通所介護など様々なサービスと連携したチームづくりが特に重要です。
- また、医療との関連で、訪問薬剤師や医療機器の担当者などにも、在宅で接することもあります。
- さらに、在宅看取りを実現するために医師との連携は不可欠であるため、退院時には地域の医師と連携し、訪問診療や往診に対応してもらえるようにしておく必要があります。

### 3. 多職種との連携・協働

#### (4) チームアプローチ ②連携の具体的なイメージ (2/2)

- 日々のケア及び将来を予測したケアの実践のためには、必要に応じて調剤薬局や訪問薬剤管理指導を組み入れます。
- 在宅での看取りに際し、医師の診察がスムーズに受けられない場合は死亡診断書の発行等に支障がでる場合があるため、看取りの対応について日頃から主治医や訪問看護と十分連携をとっておくことが必要です。

### 3. 多職種との連携・協働

#### (4) チームアプローチ ③情報発信と共有 (1/2)

- 看取りでは、利用者の状態がどのような状態・状況で進むのかを理解して、連絡・調整の時期や方法について、ケアプランをもとにチーム間で共有しておくことが大切です。
- その情報共有の要としての役割を果たすのが介護支援専門員です。ケアプランをもとに、連絡・報告・相談といった方法を通して利用者に関する情報が介護支援専門員に集まるようにします。
- 各専門職が役割分担をして、直接の看取りケアに関わるうえで、情報の発信と共有のために介護支援専門員が中継基地としての機能を果たすことが求められているのです。

### 3. 多職種との連携・協働

#### (4) チームアプローチ ③情報発信と共有 (2/2)

- 情報共有の「ハブ」としての役割を果たす一方で、医療に関する情報の発信元は介護支援専門員ではありません。
- 医療は医師の指示のもとで提供されるものです。そのため、医療チーム内で情報が交換され共有されるという特性を理解して、医療チームから情報を得るようになることとなりますが、利用者・家族、そして、看取りにかかわるケアチームに対して、介護支援専門員としての役割の理解を図ることも必要です。

## 4. 在宅生活の支援において起こりやすい課題

### (1) 課題の種類

- 在宅生活の支援において起こりやすい課題としては「利用者・家族の気持ちの揺らぎ」「症状の出現、変化」「ADLの低下」があります。

#### 在宅生活の支援において起こりやすい課題

利用者・家族の気持ちの揺らぎ

症状の出現、変化

ADLの低下

## 4. 在宅生活の支援において起こりやすい課題

### (2) 利用者・家族の気持ちの揺らぎ

- 症状の出現やADLの低下が、家族の目の前で起きてくると、利用者自身は死を覚悟していてもその苦痛に不安は高まります。
- 家族は、利用者の変化に驚き、利用者の苦痛に戸惑います。そのまま在宅での生活を継続することがいいのだろうか、利用者を見捨てていることになるのではないかと、在宅での看取りを継続していくことに迷いが生じることがあります。
- それらを可能な限り取り除くのが医療専門職の役割です。介護支援専門員は直接のケアはできませんが、そのような利用者や家族の心の揺れ、動きに寄り添い、医療関係者へとつなげていくことが求められます。



## 4. 在宅生活の支援において起こりやすい課題

### (3) 症状の出現、変化

- 在宅生活の支援においては「疼痛」「呼吸困難（息苦しさ）」等の症状の出現・変化への対応が必要になります。

症状	概要
疼痛	<ul style="list-style-type: none"><li>緩和のための疼痛コントロールであり、医師や薬剤師との協働で行う必要があります。癌のターミナル期の患者・家族にとって、不快や苦痛を伴う症状の中でも、特に疼痛が十分にコントロールされることが、在宅療養を安心して継続するための条件となります。</li><li>疼痛コントロールは、WHO方式癌疼痛治療法指針（1986年）に基づいて行うことで、70～90%の痛みが緩和されるといわれています。</li><li>在宅で一般に実施可能な疼痛緩和の方法は、薬剤の投与です。WHO3段階除痛ラダーでは、非オピオイド、弱オピオイド、強オピオイドと、疼痛の程度に応じた鎮痛薬の段階的使用方法を提示しています。</li></ul>
呼吸困難（息苦しさ）	<ul style="list-style-type: none"><li>癌そのものによる呼吸面積の減少、気道の閉塞や狭窄、胸水の貯留などによって呼吸困難が生じることがあります。また、肺炎や、喀痰の増加なども息苦しさの原因となります。在宅酸素療法（HOT）による酸素療法、薬剤投与、鎮静薬が対応方法としては考えられます。</li></ul>
その他の変化	<ul style="list-style-type: none"><li>疾患に応じて、消化管閉塞、嚥下障害、食思不振・栄養状態の悪化、全身倦怠感などの症状が出現することがあります。</li></ul>

## 4. 在宅生活の支援において起こりやすい課題

### (4) ADLの低下

- 症状の出現とともに、やがてベッドで過ごす時間がほとんどとなります。また、病状が進行していくにつれ、体力の消耗はさらに進み、トイレに行くことや、食事だけではなく水分をとることすら難しくなり、意識レベルが落ちていきます。

#### ADLの低下時に生じる事象の例

- 自発的な活動の低下、食べる量の低下、倦怠感の増加
- 呼吸苦や痛みの増加
- 家族や介護職からみて本人が「つらそう」を感じる

## 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

### (1) 介護支援専門員の視点 ①求められる視点の例

- 看取りの特性に応じたケアマネジメントを実施するにあたって、介護支援専門員には以下のような視点が求められます。

#### 介護支援専門員に求められる視点

ADLの低下の視点

リスクへの視点

総合的な視点

家族への視点

認知症状からの視点

検査・治療促進のための支援の視点

## 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

### (1) 介護支援専門員の視点 ②ADL低下の視点 (1/2)

- 利用者は、経過とともに出現する身体的病状により、ADLが低下します。主治医や訪問看護師との情報共有からアセスメント、ケアプランへと反映させていきます。
- 低下するADLのアセスメントから、清潔、食生活、排泄、療養環境の整備、寝たきり予防のための支援を組み入れます。「気持ちよく生活すること」を支えることが重要です。
- QOLの観点からは、自分でできる体力と意思をアセスメントしつつ、体位変換、関節などの運動や動かし方の指導、福祉用具(ベッド・ポータブルトイレ・補聴器・車椅子・食器など)の利用相談、外出、レクリエーションの支援などが必要となります。

## 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 (1) 介護支援専門員の視点 ②ADL低下の視点 (2/2)

- 食事の形態の工夫や排泄の状況の変化に応じた援助は、利用者の状況に応じて計画されなければなりません。
- 状況が変化するなかで、本人・家族の思いを尊重しながら、できるだけ最期まで、いつもの生活ができるように支えることが必要であり、用具の工夫や介護職との連携なども重要となります。
- 排泄は、自尊感情に対して大変重要な要素のために、おむつではなく、トイレでの排泄介助を考慮に入れます。

## 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

### (1) 介護支援専門員の視点 ③リスクへの視点と総合的な視点

- 「リスクへの視点」「総合的な視点」としては以下のような内容に留意することが必要です。

視点	留意点
リスクへの視点	<ul style="list-style-type: none"><li>予測される症状へのリスクを押さえ、多職種との連携を図りリスク管理します。</li></ul>
総合的な視点	<ul style="list-style-type: none"><li>寝たきりであっても、家族の一員としての役割が果たせて、心が落ち着き、利用者は自分がそこに在ることの意味をみいだすことができます。</li><li>その相互作用で身体的な苦痛も軽減されることがあります。</li><li>痛みを緩和させるため、マッサージ、タッチング、音楽療法、散歩など、リラクゼーション方法を併用した支援をケアプランへと組み入れるのも一つの方法です。</li></ul>

## 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

### (1) 介護支援専門員の視点 ④ 家族の視点 (1/2)

- 看取りの最期にある利用者を介護する家族は、不安を抱えています。家族の思いに耳を傾けること、また、安心して介護できるように、家族が一生懸命取り組んでいることを支持できる(指示ではない)ことが重要です。
- 家族の思いと利用者本人の思いがずれる場合もあり、調整が必要な場合もあります。
- 反対に、介護支援専門員が家族の意見に同調しすぎて、利用者の状態が無視されることもあることに注意が必要です。家族よりも近い存在の友人・知人がいる場合もあります。

## 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

### (1) 介護支援専門員の視点 ④ 家族の視点 (2/2)

- 人間関係は、利用者のそれまでの生きてきた過程における関係性が色濃く反映するため、後で混乱を生じないように把握に努める必要があります。看取りの時期だからこそ、今までとは異なった家族模様が展開されるため、家族との関係をアセスメントすることが必要となってきます。
- 看取りの中心はあくまでも、利用者・家族ですが、家族も同じように不安や緊張、悲嘆のなかであり、支援の対象として接していく必要があります。



## 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

### (1) 介護支援専門員の視点 ⑤ 認知症状、検査・治療促進の視点

- 「認知症状からの視点」「検査・治療促進のための支援の視点」としては以下のような内容に留意することが必要です。

視点	留意点
認知症状からの視点	<ul style="list-style-type: none"><li>認知症状に対する支援・介護相談</li><li>生活リズムの調整</li><li>コミュニケーションの援助</li></ul>
検査・治療促進のための支援の視点	<ul style="list-style-type: none"><li>経過と療養生活の相談</li><li>医療機器や器具使用への支援</li><li>服薬管理</li></ul>

## 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

### (2) ターミナルケアマネジメント加算 (1/2)

- 2018（平成30）年の介護報酬改定では、中重度の在宅要介護者や居住系サービス利用者の医療ニーズへの対応として、ターミナル期に頻回に利用者の状態変化の把握等を行い、主治の医師等や居宅サービス事業者へ情報提供する居宅介護支援事業所に対する評価が設けられました。
- 頻回とは、死亡日または死亡前日の14日間に2回以上とされています。

#### ■ターミナルケアマネジメント加算（400単位／月）

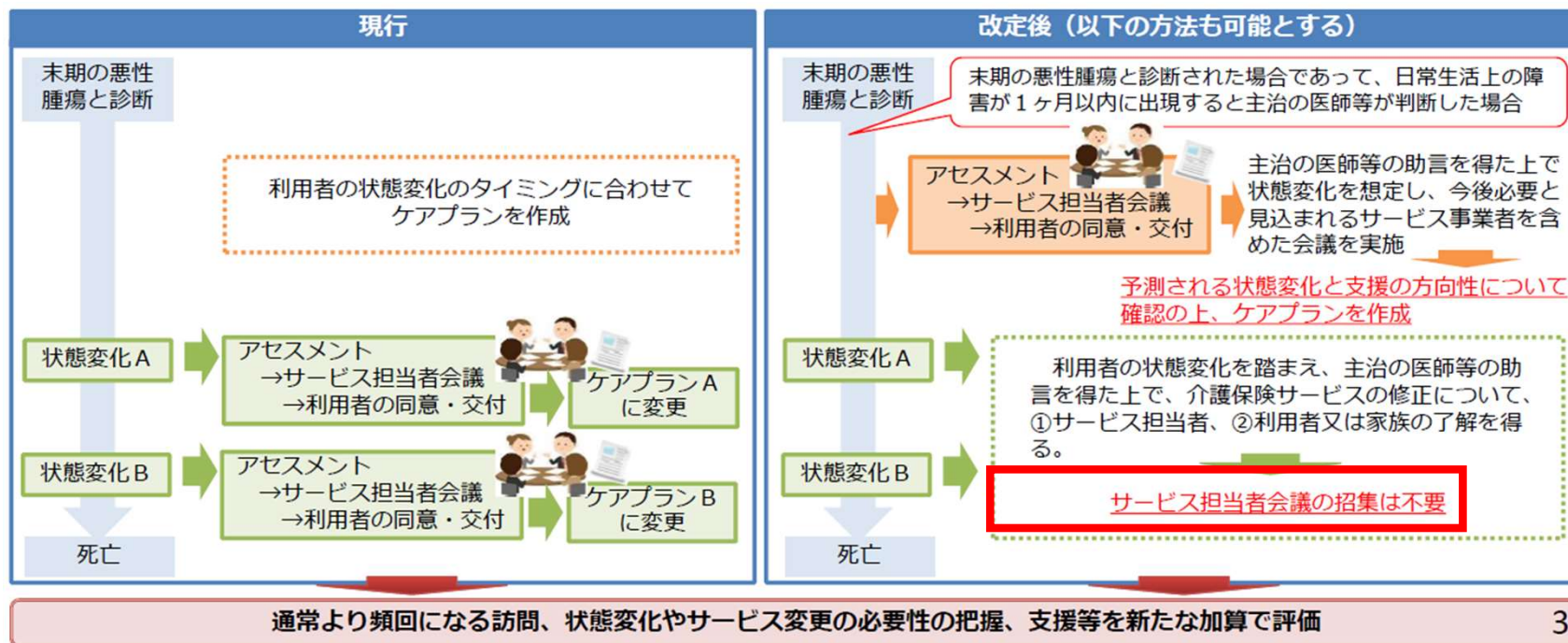
- 著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化させる。
- 末期の悪性腫瘍の利用者またはその家族の同意を得たうえで、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合に新たに評価する。

# 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

## (2) ターミナルケアマネジメント加算 (2/2)

- ターミナルケアマネジメント加算では「サービス担当者会議の招集を不要とする」との文言があります。単なるプロセスの簡素化にとらえず、いかに利用者の状態変化に応じたサービスを導入できるか、そして、利用者・家族の望む看取りができるように支えられるかという視点をもつことが重要です。

### ターミナル期のサービス担当者会議



資料：社保審-介護給付費分科会 第158回 (H30.1.26) 「平成30年度介護報酬改定の主な事項について」

# 振り返り



【個人ワーク】  
15分

- ここまで、「知識・技術の基本的理解」について学んできました。

## 【確認事項】

- 以下のキーワードについて、ここで学んだ理念や考え方を踏まえて、自分ならどのように説明するか、自分の言葉で考えてみましょう。
  - ✓ 看取りにおける介護支援専門員の役割
  - ✓ 看取りにおける介護支援専門員の適切な姿勢
  - ✓ 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
- なお、質問や疑問は書き留めて、「講師への質問フォーム」で質問しましょう。

# 地域包括ケアシステムへの展開

# 1. デスカンファレンス（1 / 2）

---

- 看取りにかかわったケアチームのメンバーが、大きな悲嘆にくれることがあります。また、自分たちが提供したケアや看護が、利用者・家族にとって最良であったかと悩むこともあります。ケアチームのメンバーは、そのケースにかかわったことでバーンアウト（燃え尽き症候群）に陥ってしまう可能性があります。
- こうした精神的なダメージを受けている状態の解消を図るために、利用者が亡くなった後に、利用者にかかわったケアチームが集まって話し合いをすることが有効です。
- この会議は、デスカンファレンスと呼ばれています。

# 1. デスカンファレンス（2 / 2）

- 多職種で構成されたケアチームが集まって話し合う「デスカンファレンス」を開催することには、次のような目的があります。

## デスカンファレンス開催の目的

- ① ケアの振り返りを行い、今後のケアの質の向上を図る
- ② 課題を明確にする
- ③ スタッフのストレスケアをする
- ④ 遺族ケアにつなげていく
- ⑤ チーム力を強化する

## 2. 看取り体制の整備や職員教育（1/2）

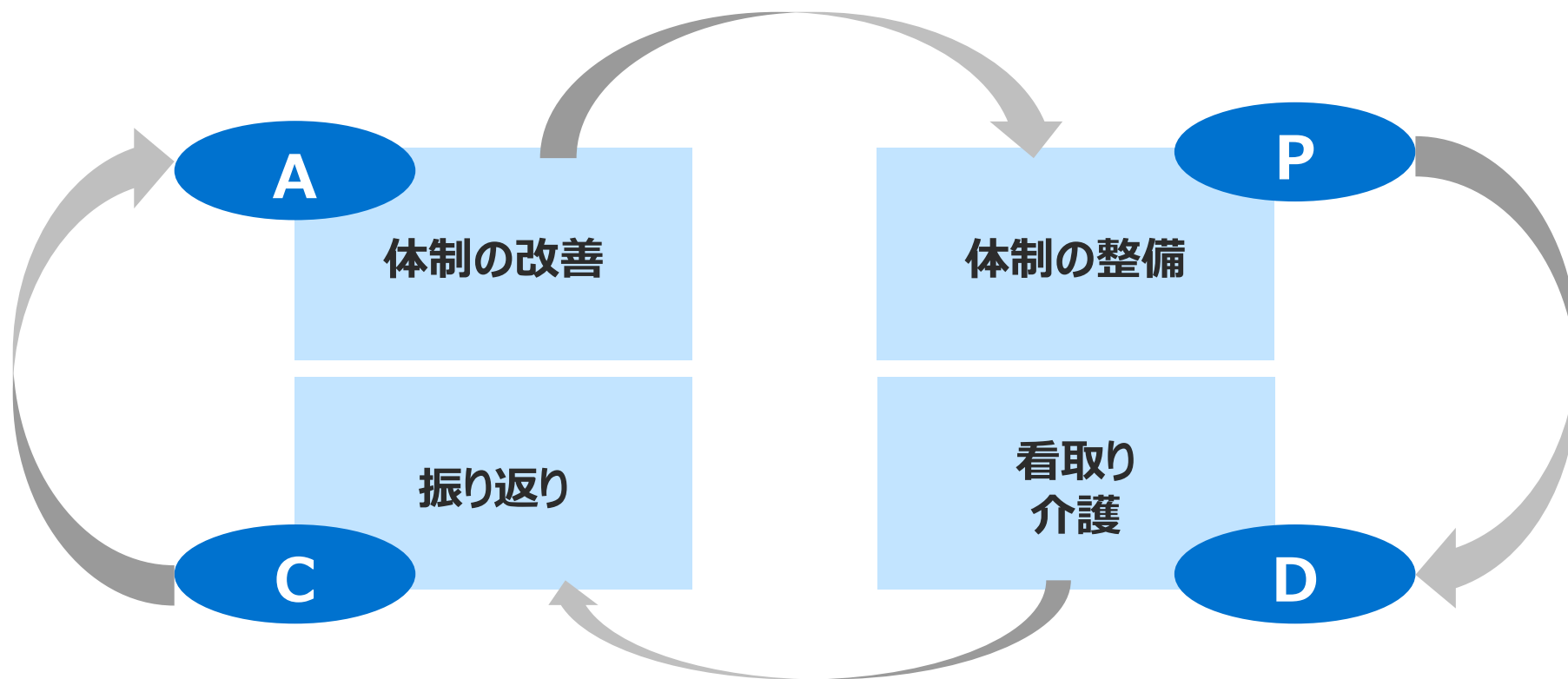
- 看取りのための環境整備や職員教育は、介護保険施設でも在宅サービスを提供する事業所でも重要です。
- 看取りの経験を積んだ介護支援専門員などを中心に、看取りにおける体験を共有することに努めるようにします。
- また、看取りについての振り返りから、研修会やテキストを使った学習へとつなげていくことで、看取りについての知識や根拠を明確にとらえることができるため、応用していくことも可能となります。さらに、主治医や多職種などとともに、小さな講習会を開くことで、その後の連携が強化されていきます。



## 2. 看取り体制の整備や職員教育（2/2）

- 多様化する看取りに対応するためにも、看取り体制の整備や職員教育が必要になりますが、「体制の改善」「看取り・介護」「振り返り」「体制の改善」という看取りのPDCAサイクルを回すことが重要です。

看取りのPDCAサイクル



(資料図) 一般社団法人長寿社会開発センター「七訂 介護支援専門員 実務研修テキスト 下巻」P.364

### 3. 看取りができる地域づくり（1 / 3）

- 地域包括ケアシステムの基本理念である、できるだけ住み慣れた地域で看取りを送れるように支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、適切なサービス、多様な支援を提供することが必要です。
- 看取りにおいて、地域包括ケアシステムの構成要素である「医療・看護」の部分を中心に展開されます。介護保険を中心としつつも医療制度との併用を考慮しながら、保健・福祉・医療の専門職間相互の連携を図ります。
- 利用者および家族が望む看取りを支援するには、インフォーマルな活動を含めた地域の様々な資源を統合、ネットワーク化し、利用者を継続的かつ包括的にケアを提供することが求められます。

### 3. 看取りができる地域づくり（2 / 3）

---

- 2015（平成27）年4月から介護保険法に地域支援事業として「在宅医療・介護連携推進事業」が位置づけられました。
- この事業は、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを自分の最期まで続けることができるよう、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ことを目的としたものでした。

### 3. 看取りができる地域づくり（3 / 3）

---

- 今後、病院での死が普通でなく、在宅での看取りが多くなることが考えられます。介護支援専門員は、さまざまな背景をもつ利用者・家族の、さまざまな場所での看取り支援を行う機会が増えていきます。
- そのときに、一つとして同じ看取りに出会うことはないでしょう。介護支援専門員として、一つひとつのケースに真摯に向き合い、利用者・家族とともに死の直前まで望む生き方を支えられるよう、ケアマネジメントを振り返ること、そして、また新たな看取りを選択する一人ひとりの利用者とかかわっていくことが必要です。

# 振り返り



【個人ワーク】  
10分

- ここまで、「地域包括ケアシステムへの展開」について学んできました。

## 【確認事項】

- 以下のキーワードについて、ここで学んだ理念や考え方を踏まえて、自分ならどのように説明するか、自分の言葉で考えてみましょう。
  - ✓ デスカンファレンス
  - ✓ 看取りのPDCAサイクル
  - ✓ 看取りができる地域づくりに向けて必要なこと
- なお、質問や疑問は書き留めて、「講師への質問フォーム」で質問しましょう。

# 実践的に活用する上での留意点

# 1. 看取りのケアマネジメントプロセス

## (1) ケアマネジメントの展開 (1/3)

- 利用者・家族が、どういう看取りを望んでいるのか、つまり、利用者・家族が納得した生活が送れるように、最期のときまでをどのように「生きる」のかを支えるチーム編成、ケアプラン、そして、情報の共有が看取りのケアマネジメントプロセスには必要です。
- さらにケアマネジメントには、充実した生活を送るために、安楽な療養や急変時の対応が盛り込まれていることが不可欠です。
- ケアプランには、①利用者・家族の思い、②チームアプローチの進め方(連絡・調整等)、③ケアチームの編成の3点が集約され、ケアチームに共有され、すべてのチームメンバーが動いていることになります。

# 1. 看取りのケアマネジメントプロセス

## (1) ケアマネジメントの展開 (2 / 3)

---

- 利用者・家族の思いは、介護支援専門員だけが受け止めるものではないことは理解しやすいことです。
- 例えば、医師は診察を通して利用者の状態の変化を把握しています。また、直接ケアをしている看護師や訪問介護士は、日々のかかわりを通して利用者・家族の状況の変化や思いの変化についても把握していることがあります。



# 1. 看取りのケアマネジメントプロセス

## (1) ケアマネジメントの展開 (3 / 3)

---

- 介護支援専門員の役割は、ケアマネジメントを行うことです。直接にケアを提供するのではなく、ケアプランを通して、利用者・家族が望む死を迎えられるか、死に至るまでの期間を利用者・家族が望むように支えられるかというかかわり方であることを、改めて理解してください。
- そのためにチームを編成し、利用者・家族が、日々納得して生活ができるよう、ケアプランを土台としてチームがケアを進められるような連絡・調整をしていくことになります。

# 1. 看取りのケアマネジメントプロセス

## (2) インテーク

- 看取りのケアマネジメントプロセスにおけるインテークの「初回面接のポイント」「医療者と情報共有すべき事項」は以下のとおりです。

看取りのケアマネジメントプロセスにおけるインテーク	
初回面接のポイント	<ul style="list-style-type: none"><li>• 告知をうけているかどうか、死について利用者、家族の受けとめ</li><li>• 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</li><li>• 告知されていない場合の家族の意向、利用者への説明</li></ul>
医療者と情報共有すべき事項	<ul style="list-style-type: none"><li>• 入院中の経過、治療、看護、考えられるリスクと状態変化</li><li>• 今後の通院先、フォローアップ、緊急時の連絡先</li><li>• 介護報酬上の加算</li></ul>

# 1. 看取りのケアマネジメントプロセス

## (3) アセスメント (1/2)

- 看取りのケアマネジメントプロセスにおいて、アセスメントが必要な事項は以下のとおりです。

アセスメントが必要な事項	
健康状態	<ul style="list-style-type: none"><li>• 病気の状況（悪性新生物、心疾患、脳疾患、肺炎、腎不全、糖尿病ほか）</li><li>• 痛み（強さ・場所・種類・痛みの日常生活への影響）</li></ul>
呼吸状態	<ul style="list-style-type: none"><li>• 呼吸数・呼吸パターン・呼吸困難感・咳</li></ul>
循環機能	<ul style="list-style-type: none"><li>• 全身倦怠感</li><li>• 水分バランス（水分摂取量・嘔吐・下痢）</li><li>• 栄養状態（食欲・経口摂取量・食べたい食べ物）</li><li>• 口腔内の状態（口内炎・乾燥）</li><li>• 睡眠時間</li></ul>
心身機能	<ul style="list-style-type: none"><li>• 睡眠時間等</li></ul>
身体構造・ 排尿の状態	<ul style="list-style-type: none"><li>• 排便の状態（便の性状・回数・量）</li><li>• 皮膚の状態（乾燥・色・緊張・じよく瘡）</li><li>• 筋の状態（収縮・弛緩・弾力性）</li></ul>

# 1. 看取りのケアマネジメントプロセス

## (3) アセスメント (2/3)

- 看取りのケアマネジメントプロセスにおいて、アセスメントが必要な事項は以下のとおりです。

アセスメントが必要な事項	
神経系機能	<ul style="list-style-type: none"><li>• 見当識障害、言語障害、嚥下障害、めまい</li></ul>
活動	<ul style="list-style-type: none"><li>• 食事摂取方法、排泄方法、入浴方法</li><li>• 歩行可能かどうか、歩行器・車いすの使用状況</li><li>• 意識レベル、コミュニケーション能力等</li></ul>
参加	<ul style="list-style-type: none"><li>• 死までにやりたいことは何か</li><li>• やりたいことが実現できる支援体制があるか等</li></ul>
環境因子	<ul style="list-style-type: none"><li>• 家族を含め周囲の者が終末期だと理解しているか（死の教育がなされているか）</li><li>• 死までの支援体制が整えられているか</li><li>• 家族のつらさを支援する体制があるか</li><li>• 経済面はどうか</li><li>• 公的・私的サービス、制度・政策はどうか等</li></ul>
個人因子	<ul style="list-style-type: none"><li>• 利用者が死をどのようにとらえているか</li><li>• スピリチュアルな痛みについて（死への恐れ・人生の後悔）</li><li>• 人間関係の悩み・生きる意味の喪失等</li></ul>

# 1. 看取りのケアマネジメントプロセス

## (4) 居宅サービス計画原案作成

- 看取りのケアマネジメントプロセスにおいて、居宅サービス計画原案作成にあたっては以下の4点に特に留意することが必要です。

### 居宅サービス計画原案作成にあたっての留意事項

- ① 利用者・家族の望み（大切にしたいこと）を生かした目標設定と支援内容とすること
- ② 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とすること
- ③ 急変時の対応方法を明確にすること
- ④ 家族ができること、したいことを盛り込んだ支援を行うこと

# 1. 看取りのケアマネジメントプロセス

## (5) サービス担当者会議 (1 / 2)

- 看取りのケアマネジメントプロセスにおいて、サービス担当者会議にあたっては以下の5点に特に留意する必要があります。

### サービス担当者会議にあたっての留意事項

- ① 利用者・家族が望む最終段階に沿った方針を明確にする
- ② 特に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こと
- ③ 急変時の連絡方法（ルート）及び順番を整理、共有すること
- ④ 報告連絡の体制の共有を行うこと
- ⑤ 集まることができなくても照会用紙等を活用し、状態に合わせて開催すること

# 1. 看取りのケアマネジメントプロセス

## (5) サービス担当者会議 (2 / 2)

- 特に医療的見地から、家族やサービス事業者が支援する際のポイントを整理し、安心して支援できるようにします。急変時に不安が大きくなるので、連絡ルートを共有しておきます。
- チームとして決まった方針に則って活動できるよう、方針を明確にすることが必要です。
- ケアや日々の状況をチーム全体が確認閲覧できる記録などの方法を提案するとともに、報告すべき事柄が速やかに共有される体制構築への協力を他の職種に求めることも重要です。

# 1. 看取りのケアマネジメントプロセス

## (6) モニタリング (1 / 2)

- 看取りのケアマネジメントプロセスにおいて、モニタリングにあたっては以下の5点に特に留意することが必要です。

### モニタリングにあたっての留意事項

- ① 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こと
- ② 状態が変わるとき、再アセスメントを必要時行い、ケアプランを変更すること
- ③ 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ことを理解すること
- ④ 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に調整していくこと
- ⑤ 人の死はさまざまな思いを家族に残すので、よりよい別れができるよう、一人ひとりに合わせた援助が必要であること



# 1. 看取りのケアマネジメントプロセス

## (6) モニタリング (2 / 2)

- 看取りにおける介護支援専門員の役割は、「利用者の人生の最期に、苦痛を軽減し、安心感をもってもらう」ことです。
- ターミナルケアは、他職種と協働のなかで、利用者がいつ亡くなっても混乱がないよう、緊張感があるなかで進めます。
- 介護支援専門員自身が利用者・家族の不安や悲しみを一人で抱え込んでしまうことがあります。自分が経験した支援内容を話し合い、分かち合える場として、一人で燃え尽きてしまわないよう、同僚や先輩、管理者などと話し合うことが必要となります。

# 1. 看取りのケアマネジメントプロセス

## (7) 終結・フォローアップ (1/2)

- 看取りのケアマネジメントプロセスにおいて、終結・フォローアップにあたっては以下の2点に特に留意する必要があります。

### 終結・フォローアップにあたっての留意事項

- ① 遺族へのねぎらいと声掛け、悲しみを共有し、聞き手になること
- ② 遺族が罪悪感をもたないようにすること

# 1. 看取りのケアマネジメントプロセス

## (7) 終結・フォローアップ (2/2)

---

- 人の死は、実に様々な思いを家族のなかに残します。それを考え、よりよい別れができるよう、個々に合わせた援助が必要となってきます。遺族へねぎらいの言葉をかけ、助言者ではなく悲しみを共有するよき聞き手になることに留意します。
- 特に、生前の利用者との関係、看取りの問題に関して遺族が罪悪感をもたないように配慮することが必要です。

# 振り返り



【個人ワーク】  
10分

- ここまで、「実践的に活用する上での留意点」について学んできました。

## 【確認事項】

- 以下のキーワードについて、ここで学んだ理念や考え方を踏まえて、自分ならどのように説明するか、自分の言葉で考えてみましょう。
  - ✓ 看取りのケアマネジメントプロセス
  - ✓ アセスメントが必要な事項
- なお、質問や疑問は書き留めて、「講師への質問フォーム」で質問しましょう。

## 終わりに

- 以上で本科目で予定された座学の内容は終了です。
- 理解が曖昧な部分は振り返りをして、確認テストを受けた後、演習の参加に備えてください。
- 演習終了後に科目のはじめに確認した修得目標が達成できたか振り返ってみましょう。
- なお、研修記録シートは演習終了後に作成してください。



※研修記録シートなど修了評価に係る事項、演習に係る事項については都道府県・研修実施機関の指示・指定に従って対応するようにしてください。



受講お疲れ様でした。