

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. 360

- 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。

# 看取りにおける介護支援専門員の役割・姿勢

## ●看取り

人生の最終段階で、誰がどのように関わり、その人の瞬間まで支えて行けるか。

## ●多様化する終の棲家

自宅や施設など様々な場所で1人ひとりの最後の時期に向けたケアプランを立てる。

## ●利用者・家族の不安

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)

# 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

# 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P.394～P.399）

- ・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

## 個人ワーク

### ◆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

### ◆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

# 演習

## グループワーク

ステップⅠ、Ⅱの共有

まとめた全体像を報告し合いましょう

Ⅰ．橋本さんはどんな人でしょうか？

Ⅱ．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とりに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

## 個人ワーク

### ◆ステップⅢ

橋本さんと家族が望む生活は？

### ◆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？

(サービス名ではなく支援の内容で考えて下さい。)

# 演習

## グループワーク

### 必要な支援の確認をしましょう

ステップⅣで、それぞれが必要と思う支援についてグループで意見交換しましょう。

# 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
- ・安楽に過ごせるように体調を整える
- ・状態の変化や痛みに対していつでも対処してもらう
- ・自分でできることは自分でできる環境を整える
- ・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
- ・つらい思いなどを支えてもらう
- ・家族が介護ができるようになる

# 演習 ①

## グループワーク

- ◆ 橋本さんの今後の見通しを考えてみましょう。

## 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。
  - 褥瘡がしやすい。
  - 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)
  - 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。

# ☆今後の見通しを立てるために！

病院との連携  
(医師・看護師・MSW)

## 1. 院内チーム在宅チームとの連携を図る

- ・橋本さんの現在の病状と病状に関連するADLの状態
- ・治療について
- ・今後の起こりうる状態について
- ・ケアや処置の内容について
- ・告知、予後について
- ・本人・家族の病状に対しての理解や気持ちについて

在宅チーム連携  
(医師・訪問看護師  
支援者すべてと)

## 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。

## 演習 ②

### グループワーク

- ◆ 看取りに向けてケアマネジャーとしての役割を  
考えましょう？

## 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。
  - 褥瘡ができやすい。
  - 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)
  - 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。

## 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

## 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
- ◎ 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を叶える。
- ◎ 自分でできることをできるだけ長く行えるようにする
- ◎ 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
- ◎ 夫に負担がかかりすぎないようにする

# 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

環境を整え安全に移動や移乗ができる

- ・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

# 演習を振り返って

「看取り」事例の演習を振り返っての気づき