



滋賀県医療と介護をつなぐ看取り介護推進事業



看取りの見える化シート



特別養護老人ホーム ver.

🌸 特別養護老人ホームでの看取り（例）

年齢・性別

90 歳 女性

家族構成

子どもは結婚し独立

主な疾患

老衰・認知症

長女（大阪）

次女（滋賀）

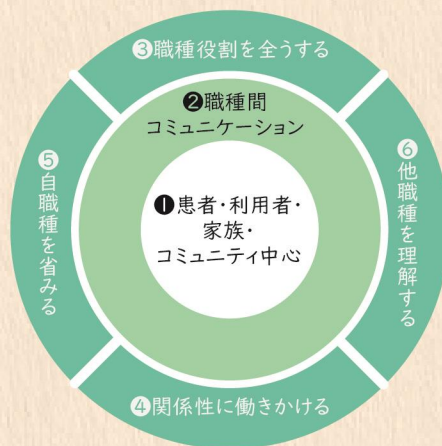
主な介護者



🌸 入所前から看取りまでの経過

- ✓ 夫を看取った後、一人暮らしをしていたが、認知機能の低下を認め、独居生活が困難になり5年前施設に入所することになった。
- ✓ 定期的に次女の面会があり、当初は家に帰りたいと言われたが、話仲間ができ施設での生活になじまれる。
- ✓ 半年前より食事量が少なくなり、医師より老衰の可能性を指摘されたが、数回の点滴と次女が昼食時に食事介助に来所し時間をかけて食べ、摂取量が回復した。その後、食事中的ムセや飲み込みに時間がかかることがあり、食事形態の見直しやメニュー変更した。
- ✓ 4ヶ月前に誤嚥性肺炎で2週間入院した。
- ✓ 退院後は日中寝ていることが多くなり、ゼリーや水分等喉越しのよいものを中心に介助を行った。
- ✓ 入所時の身長158 cm、体重は52 kg、1年前は46 kgであったが、1ヶ月前は40 kgに減っていた。
- ✓ 徐々に痰が多くなり吸引を行うことが増える。
- ✓ 随時次女に状態を報告し、こまめに面会にこられていた。
- ✓ 10日前より水分が取れなくなり、徐々に反応もなくなり、娘に看取られ特養で亡くなる。

多職種連携コンピテンシーモデル



*コンピテンシーとは、
専門職業人として業務を行う能力。

① 患者・利用者・家族・コミュニティ中心

患者・利用者・家族・コミュニティのために、共同する職種で患者や利用者、家族、地域にとっての重要な関心事/課題に焦点を当て、共通の目標を設定することができる。

② 職種間コミュニケーション

患者・サービス利用者・家族・コミュニティのために、職種背景が異なることに配慮し、互いに、互いについて、互いから職種としての役割、知識、意見、価値観を伝え合うことができる。

③ 職種としての役割を全うする

互いの役割を理解し、互いの知識・技術を活かしあい、職種としての役割を全うする。

④ 関係性に働きかける

複数の職種の関係性の構築・維持・成長を支援・調整することができる。また、時に生じる職種間の葛藤に、適切に対応することができる。

⑤ 自職種を省みる

自職種の思考、行為、感情、価値観を振り返り、複数の職種との連携協働の経験をより深く理解し、連携協働に活かすことができる。

⑥ 他職種を理解する

他の職種の思考、行為、感情、価値観を理解し、連携協働に活かすことができる。

多職種連携コンピテンシー開発チーム「医療福祉分野の多職種連携コンピテンシー」2016.3.31

職種としての役割（例）

ケアマネジャー



医療者と心身情報を正しく共有したうえで、専門職中心のケアにならないよう本人・家族の意向が主となるよう支援。

看護職



本人に残された限られた時間を、より苦痛なく過ごせるよう支援。

介護職



生活場面で、日常の小さな変化を見逃さず気づくことができる。

栄養士



利用者の状態と嗜好に応じた食事の提供。

理学療法士・作業療法士

本人の希望を尊重しながら、前向きに生活する力を支える理学・作業療法の提供。

歯科医師、歯科衛生士

口腔ケア方法を指導、食事が楽しく食べられるよう援助。

医師

治療やケアについて十分説明し、本人・家族の意思を確認。

■ 施設で大切にしていること（施設の理念、目指す姿など）

本人の言葉や生き方に寄り添った暮らしの支援を行う。
また、家族も含めたチームで話し合い、状態に合わせたケアを実践する。

■ 事例の看取り時の多職種共通の目標

コーヒーが好きだったので、安全に配慮して味わう楽しみを支援していきたい。
褥そう予防に努めて、痛みによる苦痛が軽減でき、衣類の乱れなどがなく綺麗に過ごせるよう、きめ細やかな対応に努めます。

看取りのプロセス

	在宅から特養	これまでの暮らし	入所時から安定期	急性増悪期	看取りケア	数日から数時間	お別れ直前	看取り後
			特養入所（85歳）	誤嚥性肺炎入院	特養に戻る		特養で亡くなる（90歳）	
病状・生活の変化		夫を看取った後、一人暮らしをしていたが、認知機能の低下を認め、次女が身の回りの世話に通っていた。 独居生活が徐々に困難になる。	入所時は自宅に帰りたいと戸惑われたが、レクリエーションに参加したり、好きな音楽を聞いて落ち着いてすごす。 外食を楽しみにされていた。	入所4年が過ぎた頃、医師より老衰を指摘。食事中的ムセがあり、誤嚥性肺炎で入院。2週間で肺炎の症状は改善したが、いつまた肺炎を起こすかわからない。	しばらく状態は落ち着いていた。 退院2ヶ月が経った頃、飲食が減り、脱水予防の点滴を数日行う。	水分も飲み込めず、反応がほぼなくなる。	家族の対応 楽になる体の向きを工夫する。 手足にやさしく触れる。 普段通りの声かけをする。 家族で最期を見守る。	
身体の変化			亡くなる5年前からBMIはゆるやかに減少。2年前になると減少の傾向が大きくなる。	亡くなる8か月前では、体重や体格の変化が見た目でわかるようになる。肺炎をきっかけに、体重がさらに減少。	飲食が減少する。 錠剤が飲めなくなる。 うとうと寝ている時間が多くなる。 息切れや息苦しさを感ずることがある。	1回にごく少量の水分しか飲めない。 呼吸のリズムが変化する。 のどがゴロゴロいう。 尿が減る、濃くなる。 脈が触れにくくなる。 血圧が測りにくくなる。	飲み込みができなくなる。 反応がほぼなくなる。 肩や顎だけで行う呼吸となる。 →呼吸が止まる。 手足が冷たく、紫色になる。 →脈が触れない。 尿が出なくなる。	参考資料 ・緩和ケア普及のための地域プロジェクト「これからの過ごし方について」 ・東京医療有明大学雑誌 Vol. 6 13-19、2014「BMIの推移を根拠とした高齢者の看取り時期および死期の推定」 川上嘉明 前田樹海



本人の意向

できるだけ家にいたい。
自分のことは自分でしたい。

食べることが好き。
お寿司たべたいな。

食べられなくなったら余計なことはしてほしくない。

栄養剤より「コーヒー」が飲みたい。



家族の思い

家で介護する自信がない。
一人暮らしは心配。

点滴をするとだるさが取れて元気になるみたい。
好きなものを食べさせたい。

何もしてあげられないのがつらい。
点滴だけでもしたほうが。

そばに付き添いたいです。

苦しまずに過ごせてよかった。



医療職・
介護職の視点

ケアマネの思い
本人が希望する自宅で
すごせるようにしたい。

ケアマネの思い
終末期の意向を確認し、
思いに寄り添いたい。

介護職の思い
少しでも好きなものを
食べてもらいたい。

栄養士の思い
食べやすいもので栄養状態の
維持に努めるだけでなく、
好きなものを味わってもらおう！

看護職の思い
誤嚥の危険性が高いため、
命を守れない。

ケアマネの思い
家族に多職種の思いを伝えたい。
医療用語をわかりやすく伝える。

介護職の思い
家族につらい気持ちを話して
もらい受け止めたい。

看護職の思い
点滴を続けることで痰が多くなっ
たり、むくみが出て本人にとって
は苦痛かもしれない。

理学療法士の思い
褥瘡のリスクが高いため
ポジショニングで除圧したい。

看護職の思い
介護職にケアに必要な視点を伝える。
何に気をつけて観察したらよいか、今
どのような状況にあり、介護ではどの
ようなことに気をつければよいか。介
護職の不安をサポートする。

点滴ができなくなった時の家族の辛
さはあったと思うが、その後、そば
に付き添われ、職員と思い出話を
したり、コーヒーを味わう姿を見て
もらえて、喜んでもらえてよかった。

チームの支援

POINT

本人、家族の意向を確認。

①「看取りに関する手引きと事例」
滋賀県老人福祉施設協議会
・看取りについての事前確認書
・看取り介護計画
・看取り介護についての同意書

多職種カンファレンスにて、自
分の考えを他職種に伝える。
自分たちの価値観を押し付ける
ことなく、意思決定支援につな
げる。

本人の希望に合わせ、「栄
養を摂る」ことよりも「食
べる楽しみ」に焦点を当て
る。本人が満足し、家族も
共有できるように。

通常のケアの一つひとつが看取りケアにつなが
っている。医療面では看護職が症状コントロール
を、生活面では介護職が生活上の心地よさを提
供できるよう協働体制で行う。

振り返り

自分自身で行ったケアを思い出
し、整理し、看取りの改善点を自分
自身で見つける。

看取りケア確認シートを活用。

支援のポイント

チームで繰り返し話し合う
（清水，2020：学会誌 JSPEN）

対話

意向の把握
話し合いの準備
方向性を整える
選択を支える
評価をする

意思決定支援：重要だった場面①

本人の人生観や価値観、どのような生き方を望むか本人の意思を確認

・本人が意思表示できなくなったとき、意思の推定をどのように支援するのか。

本人は何かが好きで、どのような時に幸せを感じるのか、関わりの中で情報収集しておく。
（日頃の本人の語録等を記録）

意思決定支援：重要だった場面②

終末期を迎えるにあたり家族の意向を確認

1）本人の意向に沿い自然な形で穏やかな最期を特養で迎えたい。
2）点滴をお願いしたい。
3）最期は自宅で看取りたい。

・・・等、家族の揺れる気持ちにどのように寄り添うか。

医療提供のデメリットもともに考える。

意思決定支援：重要だった場面③

死が近づいた家族に対するケア

・最期の時間をどこで、どのように過ごしてもらいたいのか。
・「死で終わり」にしない、させないために。

家族には最後に間に合うだけが重要なのではなく、それまでのかわりを大事にしたい。

グリーフケア
（ハッピーエンドカンファレンス）

看取り後2週間～1ヶ月
ご家族と多職種が入所時からの様子や思い出を語り合う。

看取りの見える化シートの活用方法

- ✓ 所属施設において看取りに取り組む時、看取り期の時期（プロセス）の事例を参考にする。
- ✓ 施設における看取り事例の振り返りを行う時、グリーフワークを行う時。

看取りの見える化シートの思い

人生最後の看取り期に本人の意向に寄り添い、家族と多職種がチームでコミュニケーションを取り、そのプロセスに合わせた支援ができるツールとして制作されました。

看取りに関する参考資料

平成 27 年度滋賀県委託事業
「看取りに関する手引きと事例」
滋賀県老人福祉施設協議会ホームページ



「看取りケア確認シート」
東京都健康長寿医療センター

