



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



グループホーム ver.

🌿 グループホームでの看取り（例）

年齢・性別

87 歳 男性

家族構成

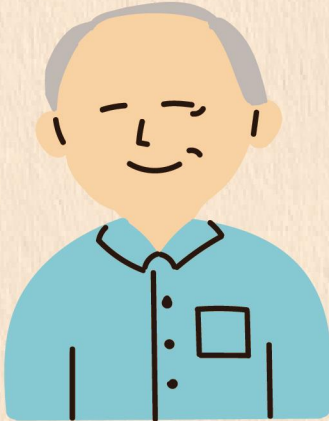
子どもは結婚し独立
配偶者と二人暮らし

主な疾患

脳梗塞・認知症・老衰

配偶者

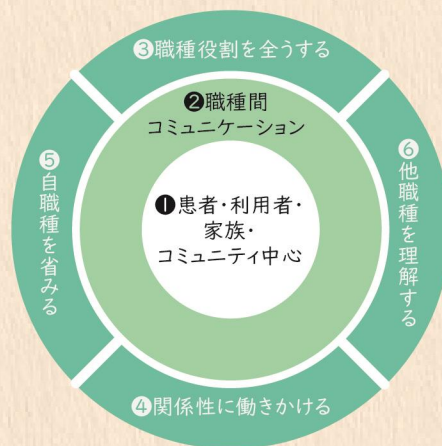
長女（一人娘）
主な介護者



🌿 入所前から看取りまでの経過

- ✓ 子が結婚してからは、夫婦二人暮らし。奥様とは職場恋愛で結婚する。二人で働きながら、子育てし、一戸建ての住居を建てる。
- ✓ 82歳の時に突然脳梗塞を発症し、治療後、右半身麻痺と失語症がみられ、配偶者の介護により在宅生活を過ごしてきたが、高齢者世帯での介護には限界があり、グループホームを利用することになる。
- ✓ グループホームでのケアと奥様もお世話をし、自宅で暮らすようにお互いの存在で支え合うように暮らしてこられた。しかし、少しずつ食思不振による食事摂取量の低下が見られるようになってきた。
- ✓ 治療すべき疾患があるかもしれないと検査入院治療を行ったが、治療を必要とする大きな所見認めず。
- ✓ 配偶者、娘に医師より看取りについての意向確認をされる。配偶者より、「慣れ親しんだグループホームで一緒に暮らしたい」という。本人ももともと「病院は行かんでええ」と言っておられたこともあり、グループホームで暮らすこととなる。

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。

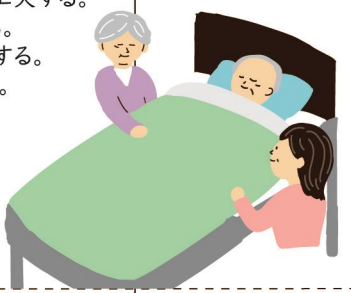
■ 施設で大切にしていること（施設の理念、目指す姿など）

ご本人とご家族の希望に添う暮らしの支援を行う。

■ 事例の看取り時の多職種共通の目標

看取りを行ったことはないが、主治医も往診してくれることになったので、不安もあるけどできる限りのケアを行いたい。
奥さまと過ごされたご自宅で、短時間だけでも家族と過ごす時間を持てるように支援したい。

看取りのプロセス

	在宅からGH	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
			グループホーム入所（83 歳）	食思不振入院	グループホームに戻る		グループホームで亡くなる（87 歳）	
病状・生活の変化		職場恋愛により結婚。一人娘を大切に育てる。怒ったことがない優しいご主人。娘が結婚して名古屋で暮らしている。二人で仲良く暮らしてきた。	夫婦が話し合い、二人で自宅で暮らしていくのは、奥さまの身体が心配。娘にも心配をかけるので、近くのグループホームに入所を決める。	入所3年が過ぎた頃、食事に対して意欲がなく、「いらない」と食べようとしなかったが続く。検査目的で入院。3週間入院するが改善傾向見られず。医師より自然衰弱と考えられると説明があり、住み慣れたグループホームで過ごすことになる。	主治医から、看取り期としてしてあげたいことはできるだけ早めにしてあげましよう説明あり。慣れたグループホームに戻ると笑顔も見られ、食思改善し、少しの食事や好きなもの（饅頭等）を食べる。バイタルの安定している時、本人の望みの一時帰宅を行う。退院2ヶ月が経った頃、ウトウト眠ることが多くなる。奥さまや娘さんが来ると素敵な笑顔。	水分も飲み込めず、反応がほぼなくなる。 家族にはアイスが食べたいと言ったりする。（口に入れてもらってなめる程度）	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	注：病気などの種類によって身体の機能の衰え方は異なる。BMI の減少の仕方は、誰もが同じ経過をとると言えない。死期を予測できるようになるには、さらに多くのデータが必要といわれている。	脳梗塞発症により、右麻痺、失語症を伴う。	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。食思不振により、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じることもある。	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	自分が体が不自由になったが、妻に負担をかけたくない。	食べることが好き。お肉たべたいな。	食べられなくなったら自然に、家族と一緒にいたい。	妻には負担をかけるがいてくれると嬉しい。妻と一緒に暮らした家を見てみたいと介護職にポロッと話す。	娘にアイスを食べさせてもらって嬉しい。		
	家族の思い	家で介護する自信がない。二人での暮らしは心配。		好きなものを食べさせたい。もしかしてまた元気になるかも…。	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。家を見せてあげたい。	点滴をやめてから表情が和やかになってきたような。	そばに付き添いたいです。	あの日家に帰ることができてよかった。母と看取れてよかったです

医療職・
介護職の視点

ケアマネの思い
在宅サービスの利用や入院前の様子から望みや治療に関する願いが知りたい。連携により思いの継続ができるといいな！

介護職の思い
介護は職員がするの、奥さまにこんなにお世話をしてもらって大丈夫かな？

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
看取りをしたことがないので怖い、どうしたらいいのかわからない。

栄養士の思い
どうして食べたくないんだろう。

栄養士・看護職の思い
自然衰弱ということか。これからできることを考えよう。

看護職の思い
何か病気を見落としているかもしれない。治療はないのか？

ケアマネの思い
奥さまと娘さん家族のことを大切にされてきたので、一緒に過ごしてもらいたい。

介護職の思い
この前家に帰りたと言っていたので見せてあげたい。

看護職の思い
家に帰る体力ってあるのかな？

主治医の思い
一時帰宅か。バイタルの安定している時に、早めに行く必要があるな。

看護職の思い
家族は何かしてあげたいと点滴を希望している。本人は家に帰ってみたいと言っている。どこかのタイミングで本人の望みを家族が叶えることができればいいのかもしれない。

ケアマネの思い
介護職がご本人の言葉を聞いてくれたから、そのことを家族と看護職の見たてにより家で過ごす時間がもてた。家で職員をもてなす姿は嬉しそうだった。

看護職の思い
グループホームでの医療行為は看護師がいないとできないが、訪問看護ステーションなど連携をとることもできるよ！

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。

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）	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グループホームで迎えたい。 2）何もしてやれないのは辛い。 3）もしかしてよくなるかもしれない。 ・・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、それまでのかかわりを大事にしてほしい。	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

