



滋賀県医療と介護をつなぐ看取り介護推進事業



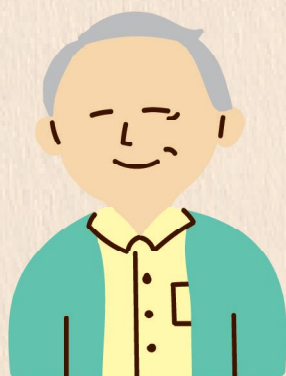
看取りの見える化シート



在宅 ver.

在宅での看取り（例）

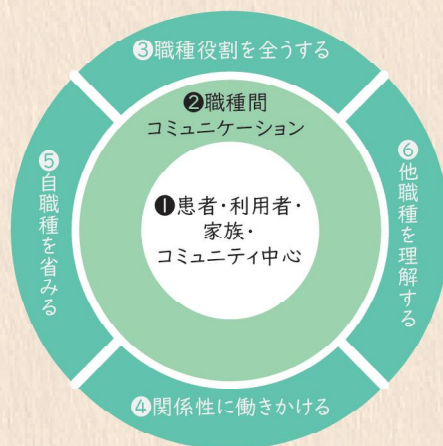
年齢・性別	87 歳 男性	家族構成	子どもは結婚し独立 配偶者と二人暮らし
主な疾患	心筋梗塞・多発性脳梗塞 下咽頭がん・大腸がん 肝臓がん	主な介護者	配偶者
		利用サービス	居宅介護支援・デイサービス 訪問看護・訪問介護



サービス利用前から看取りまでの経過

- ✓ 65 歳まで染色加工技師として働く、26 歳で結婚し家建て、子どもが独立してからは奥様とふたり暮らし。
- ✓ ウクレレ、ギター、写真、ゲーム、散歩、なんでもチャレンジする。楽しみながら努力する性格。サービス利用時の職員に対しても礼儀を持って応対される紳士的な方。
- ✓ 65 歳の時に心筋梗塞を発症。72 歳の時からがんになり、入退院を繰り返していた。
- ✓ 82 歳の時に下咽頭がんの再発で入院。多発性脳梗塞を発症し、高次脳機能障がいが残る。
- ✓ 介護保険サービスを利用開始し、利用始めたデイサービスが楽しくて、職員と一緒に他の利用者の方との会話も楽しかった。ウクレレを弾くと皆さんが喜んでくれて嬉しかった。
- ✓ 食事が思うように摂れないが、奥様をひとりにさせたくないという気持ちと、デイサービスで過ごす時間も楽しく過ごすことができていたため、ひとつの選択として、胃ろう造設を行った。
- ✓ がんの再発時には治療は困難で緩和ケアに移行するという医師の判断もあり、なんとかできる限りの治療とリハビリを望んでおられた奥様も、苦痛を少なくするために何ができるのかということに思いが変わってこれ、訪問看護によるリハビリ職に呼吸リハを教えてもらった。
- ✓ いつでも緩和ケアの入院もできるよという心の支えもあり、疼痛コントロールについて多職種でサポートすることで、奥様の不安もあるなか、自宅療養を決断された。

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



本人の状態と嗜好に応じた食事面のサポート。

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。

薬剤師

薬に対する不安への対応や服薬指導を行う。薬の効果を評価し、薬剤療法を支援する。

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）

可能な限り、ご本人とその家族の選択を応援できる事業所でありたいと思っています。

■事例の看取り時の多職種共通の目標

疾患の進行と身体の状態、痛みの程度をチーム全体が共通認識を行い、その苦痛に合わせて各専門職の役割を果たす。その上でご本人の自宅で過ごしたいという気持ちと家族に負担をかけたくないという気持ちを尊重し、奥様も白分ができて役割が全うでき、家族としての時間が過ごせるようにサポートしていく。

	在宅	これまでの暮らし 1937年（昭和14年） 〇〇県に生まれる。	デイサービス利用開始 2021年10月（84歳）	急性増悪期 咽頭がんが再発 入院	看取りケア前期 （6ヶ月から数ヶ月）	看取りケア中期 （数週間）	看取りケア後期 （数日から数週間 / お別れ） 自宅で亡くなる（87歳）	看取り後
看取りのプロセス	病状・生活の変化	繊維会社の染色加工技師として65歳まで働いた。26歳の頃に結婚し、家を建てる。子どもが独立してからは二人暮らし。ワグレル、ギター、音楽、ゲームなど多趣味。入院前は散歩が趣味。 	・82歳下咽頭がんの再発で手術。入院中に、多発性脳梗塞を発症し、高次脳機能障害（記憶・視野障害）が残った。 ・介護保険サービスを利用し、デイサービスの利用を開始する。デイサービスが楽しみとなる。 	・下咽頭がんの再発が判明。声帯や多臓器への転移はないものの、早いペースで拡大している。 ・微熱も増え、検査にて誤嚥性肺炎の診断。 ・入院中言語聴覚士による口腔評価を受ける。栄養サポートチーム（NST）の介入により栄養指導、口腔ケア指導を受ける。	・病状は小康状態が続いており、動作が困難になってきた。様々な症状が出現しはじめ、ADLが低下し、不安が増大している。 ・家族の希望もあり、呼吸困難や痛み、むくみなどの症状を抑え、緩和ケアの導入を目指す。 ・呼吸器科の医師と連携し、呼吸器科の医師が訪問診療を行う。 ・薬剤師が訪問指導することになる。	・骨転移のため疼痛があり、動作が困難になってきた。様々な症状が出現しはじめ、ADLが低下し、不安が増大している。 ・家族の希望もあり、呼吸困難や痛み、むくみなどの症状を抑え、緩和ケアの導入を目指す。 ・呼吸器科の医師と連携し、呼吸器科の医師が訪問診療を行う。 ・薬剤師が訪問指導することになる。	・在宅療養を望まれ、妻もその意向を尊重される。ご本人にも在宅で看取することに同意する。そして5日後の朝、呼吸の仕方が変わり、肩やあごが動かしにくく呼吸に変化したため、妻が訪問看護ステーションに連絡する。穏やかな顔立ちをみながら看取った。在宅医による死亡の確認後、訪問看護師は妻と一緒にエンゼルケアを行った。 	・ケアマネージャー、デイサービス職員と訪問看護師が自宅を訪問する。
	身体の変化	・65歳の時に心筋梗塞を発症し、72歳の頃にがんになり入院を繰り返していた。 ・下咽頭、大腸・肝臓がん、その後肝臓がん再発。抗がん剤や放射線治療を受けていた。	・スピーチコミュニケーションのため会話もできず、他者への話しかけは難しいことから、スタッフが入ることで会話を楽しむことができた。	・本人が経口摂取を望み、投薬と食べられなくなった時のため胃ろう造設術が実施された。この退院から、嚥下状態が悪くなり、食事形態はペースト食に切り替え。水分のとりも減った。吸引も頻回に行う必要が出てきた。	・食べることが難しくなっている。吸引の回数が多い。 ・デイサービスでは昼食・給食を1/2量で提供し注入食を1P（150cc）することになった。	・痛みの症状が増強しており、トイレ介助が必要になる。呼吸器科の医師と連携し、呼吸器科の医師が訪問診療を行う。 ・薬剤師が訪問指導することになる。	・徐々に意識が低下し、手足にチアノーゼが出現し、声をかけても反応がなくなる。下咽頭癌となり呼吸が止まる。	参考資料 緩和ケア普及のための地域プロジェクト「これからの介護について」 ・東京医療看護大学雑誌 Vol. 6 13-19、2014「DMTの推移を捉えた高齢者の看取り時期および死期の見極め」 川上昌明 前田明海
本人の意向	「やっぱり風日はいいねえワグレル楽しいようなデイサービス楽しみ食事はおいしい」							
	こんな状態でデイに行ったら迷惑をかけるのでは。男うならなくても口から可能な限り食べた							
家族の思い	本人の思うように可能な限り食べさせてあげたい							
	可能な限り疼痛を尽くしたい。デイに行かせてあげたい。							
医療職・介護職の視点	主治医の思い 胃管を勧める							
	主治医の思い 苦痛が軽減した時は、主治医のいる病院へ搬送したい							
主治医の思い	主治医の思い 再発がなければ、痛みを我慢してQOLを低下しないよう支援したい							
	主治医の思い 再発がなければ、痛みを我慢してQOLを低下しないよう支援したい							
薬剤師の思い	薬剤師の思い 緊急時の対応に、痛みを我慢してQOLを低下しないよう支援したい							
	薬剤師の思い 緊急時の対応に、痛みを我慢してQOLを低下しないよう支援したい							
在宅医の思い	在宅医の思い このまま在宅療養を継続するのか、本人の意向を尊重する							
	在宅医の思い このまま在宅療養を継続するのか、本人の意向を尊重する							
看取りの思い	看取りの思い 看取りの思い							

※資料に記載された内容は1事例でありマニュアルではありません

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

