

令和3年度

介護支援専門員更新研修(実務経験者)
及び専門研修(専門研修課程Ⅱ)

第2章-2 看取り等における 看護サービスの活用に関 する事例

はじめに

- ◎専門Ⅱの研修は「ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表であり、事例検討会ではありません。
- ◎本節の習得目標・目的を確認しましょう。
- ◎研修記録シートの受講前の欄を記入していますか？

習得目的

- 看護サービスの活用が必要な事例を用いて講義・演習を行うことにより、看護サービスの活用に係る知識及び効果的なケアマネジメント手法を習得する。また、演習等で得られた看護サービスの活用に係る示唆・留意点を踏まえ、他の事例にも対応することができる知識・技術を習得する。

習得目標

- ① 看護サービスを組み入れた居宅サービス計画等の実践事例について意見交換を通して分析し評価できる
- ② 分析し評価した内容を受講者間で共有し、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断できる。
- ③ 各種統計データを活用することにより別の類似の事例等への応用ができる。
- ④ 地域の各種統計データを必要に応じて活用することにより、他の事例へも応用できる。
- ⑤ 看取り等を含む看護サービスを活用するにあたって各種知識や医師、看護師等との連携方法への応用ができる。
- ⑥ 看取り等を含む看護サービスの地域の社会資源(インフォーマルサービス等)を活用したケアマネジメントを実施できる。

● ● ● | 本日のスケジュール

講義:50分

休憩:5分 ☕

演習Ⅰ:60分 発表:10分

休憩:5分 ☕

演習Ⅱ:55分 発表:10分

休憩:5分 ☕

振り返り・まとめ:30分

● ● ● | I 看取りを取り巻く動向

①看取りに対する変遷

テキストP144図表1 死亡場所の推移

かつては病院数が少なかったこと、往診が一般的であったことなどから自宅死亡が多い時代もあった。現在は病院が一番多い。

テキストP144図表2 在宅死亡率の推移

老人ホームやその他、高齢者住宅やグループホームのような場所での看取り数が増加している。施設系居住系事業所にも訪問看護活動の場をひろげることができるようになったことが大きく関係している。

特別養護老人ホームの看取り数は増えている。今後は加算の創設によりますます増えると予測される。

● ● ● | I 看取りを取り巻く動向

②在宅医療に関するニーズ

テキストP146

☆本人の意思…自宅で看取られたい。…37.2%

☆家族の希望…自宅で看取りたい。…13.9%

★ご本人が自宅でできるだけ最期まで過ごしたいと思っても、家族の介護の問題(老老介護で子供さんなどの協力が得られないなど)、家族関係、経済的問題等の理由で自宅で看取ることができない…などが理由。

★しかし、医療、介護サービスをうまく組み合わせて療養生活を送っていくうちに本人の望む最期まで家で過ごさせたい、看取りたいという気持ちに変化する家族もいる。
医療、介護関係者との信頼関係や、安心感がそのような心の変化に結びつくためと思われる。

☆ターミナルケアマネジメント加算について…P147

● ● ● | II 在宅での看取り

①主治医との連携、居宅療養管理指導の活用 P150

☆訪問診療、居宅療養管理指導に際に訪問看護師が同席し、予後予測や生命予測を話し合うこともある。ケアマネジャーも同席するとより状態把握できる。

☆看取りの時の対応の確認

ご家族(または施設職員)が訪問看護師に連絡⇒訪問看護師から主治医へ連絡

Ⅱ 在宅での看取り

無断複写・転載を禁ずる

② 多職種による連携、緩和ケアチームとの連携 P151

☆ 関係機関、関係職種の連携は必須

病院・ホスピス・在宅医・看護師・薬剤師・訪問看護師・介護職・介護支援専門員・リハスタッフ・臨床心理士・宗教家など利用者・家族の望むケアが受けられるように関係職種間での情報共有・方向性の統一が大切となる



退院前カンファレンスが開催される場合は、家族を含む各職種の役割の明確化、指導内容の確認、在宅での必要物品、緊急時について話し合う。
利用者本人の望む暮らしを共有する。

Ⅱ 在宅での看取り

③ 緊急時対応、関連機関との連携 P152

○ 利用者や家族の気持ちは病状の変化に従い揺れることを前提に関わる

☆ 予測できる状態は説明し(主治医または看護師から)そのときどう対応したいか「家・施設で最期まで対応してもらいたい、できるだけ早く医療機関に受診させたい」など事前に利用者・家族と選択肢について話しあっておくことが大事。利用者・家族の意志が変化しても柔軟な対応ができるようにしたい。

無断複写・転載を禁ずる

☆ 総合病院などで往診対応しない主治医の場合、もし夜中など呼吸停止を発見した場合、救急車では搬送できず検死になる可能性がある。事前に説明する必要がある。

そうなることを希望しない場合は往診できる医師に依頼しておく必要がある。

無断複写・転載を禁ずる

④ 疼痛緩和 P153

○ 医療用麻薬・・・副作用(便秘、嘔気、嘔吐、眠気)が現れやすい。生活への影響をアセスメントする。

疼痛治療の基本原則

1. 経口的に
2. 時間を決めて規則正しく
3. 除痛ラダーに沿って効力の順に
4. 患者ごとの個別的な量で
5. そのうえで細かい配慮を

☆そのほか緩和ケアとして、マッサージ、保温、冷却、体位の工夫やリラクゼーションなども薬剤との相乗効果あり。

緩和リハビリテーションも有効

☆ペインアセスメントは必要。主治医・訪問看護師・薬剤師と連携しましょう。

P154 コラム

Ⅲ 多職種との連携

① 看取り期における看護サービスの利用について P155

- 訪問看護の種類
- 訪問看護を受ける対象
(介護保険・医療保険・その他、
施設系、居住系の訪問看護 P159)

P156 図表13

- 介護保険での看取り・・・下記以外の終末期の利用者
- 医療保険での看取り・・・末期の悪性腫瘍・厚生労働大臣が定める疾病・特別指示書交付の終末期の利用者

厚生労働大臣が定める疾病

- | | |
|----------------|------------------|
| ① 末期の悪性腫瘍 | ⑫ 亜急性硬化性全脳炎 |
| ② 多発性硬化症 | ⑬ 後天性免疫不全症候群 |
| ③ 重症筋無力症 | ⑭ 頸髄損傷 |
| ④ スモン | ⑮ 人工呼吸器を使用している状態 |
| ⑤ 筋萎縮性側索硬化症 | ⑯ ライソゾーム病 |
| ⑥ 脊髄小脳変性症 | ⑰ 副腎白質ジストロフィー |
| ⑦ ハンチントン病 | ⑱ 脊髄性筋萎縮症 |
| ⑧ 進行性筋ジストロフィー症 | ⑲ 球脊髄性筋萎縮症 |
| ⑨ 多系統萎縮症 | ⑳ 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |
| ⑩ パーキンソン病関連疾患 | |
| ⑪ プリオン病 | |

Ⅲ 多職種との連携

無断複写・転載を禁ずる

② 看取り期における介護支援専門員の役割 P159

- 事前にこれから起こりえる体の変化とその対応のしかたについて説明しておくことでご家族の心の準備ができる。(予期的不安の解消)



「お別れのパンフレット」を訪問看護ステーションでは作成し、死への準備教育として活用していることが多い。

- 看取りにはチームづくりが大切！

フォーマルサービス以外のインフォーマルサービスの活用を提案したり、チームのつなぎ役として大きな役割を担っている。

刻々と変化する状態にあわせてアセスメントし、月替わり・週替わりのケアプラン作成が必要な場合が多い。

無断複写・転載を禁ずる

無断複写・転載を禁ずる

- 看取り体制への相談・アドバイス
介護休暇の取得時期

- リビングウイルや看取り同意書など
書面に残すこともある

- 望む暮らしの確認「人生会議」

本人の意思が確認できない場合の方針はどう決めるのか

Ⅲ 多職種との連携

無断複写・転載を禁ずる

③ 家族支援 P160

- 「利用者を支える家族」を支える。

- 利用者の状態変化に伴い一喜一憂する家族への精神的サポートを行う。寄り添う。

- レスパイトの時間を作る、感情を出す機会を作るなど家族の気持ちに寄り添う。

グリーフケア・ デスカンファレンス

- 大切な人の死による喪失から生じる深い心の苦しみが、悲嘆(グリーフ)。
- この情緒的苦痛や環境の変化を受け入れられるように支援することをグリーフケアという。
- 介護支援専門員もグリーフケアを行い、居宅介護支援事業所内でも事例勉強会として、振り返りを行うと意見交換や自分自身のケアマネジメントの評価ができる。

- デスカンファレンス
ケアの振り返りを行い、今後のケアの質の向上を図る。スタッフのストレスケアをする。遺族ケアにつなげる。チーム力を強化する
- 訪問看護ステーションではグリーフケアを行っているところも多く、ステーションでのデスカンファレンスを行い、看取りの状況を振り返っている。

IV ケアマネジメントの各プロセス における留意点 P163

1. インテーク
2. アセスメント
3. 居宅サービス計画、原案の作成
4. サービス担当者会議、計画の修正
5. モニタリング及び評価
6. 終結

事例研究 P166～

- ケアマネジメント能力の向上につながるような自己実践の振り返り
- 類似した別の事例や状況に対応する力を身につける
- 地域の課題抽出や解決に向けた取り組みにつなげる

休憩

○ 休憩しましょう！（5分）



演習 I の流れ

1. 事例共有
2. 個別課題の共有
3. 個別課題の一般化、課題解決に向けた取り組み
4. 発表

演習 I

1. 事例の課題を共有する

個別課題	一般化された課題
①○○○○○	①◎◎◎◎
②△△△△	②▽▽▽▽
③□□□□	③◇◇◇◇

演習 I

2. 抽出した個別課題(1つ~3つ)を一般化していく過程を共有する

個別課題	一般化された課題
①○○○○○	①◎◎◎◎
②△△△△	②▽▽▽▽
③□□□□	③◇◇◇◇

演習 I

3. 一般化された課題の解決に向けた取り組みを共有する

※現存するサービスや活動のみに着目するのではなく新たな資源開発の視点を持てるような取り組み(フォーマル・インフォーマル)

※あくまでも介護支援専門員が取り組み可能な内容で。

個別課題	一般化された課題	一般化された課題の解決に向けた取り組み
①○○○○	①◎◎◎◎	①.....
②△△△△	②▽▽▽▽	②.....
③□□□□	③◇◇◇◇	③.....

演習 I

※解決が難しい課題についてはその理由を下の部分に記載する。

個別課題	一般化された課題	一般化された課題の解決に向けた取り組み
①○○○○	①◎◎◎◎	①.....
②△△△△	②▽▽▽▽	②.....
③□□□□	③◇◇◇◇	③.....
解決が難しい一般化された課題		解決が難しい理由や要因

休憩

○ 休憩しましょう！



演習 I 次の事例で考えましょう

1. 事例共有
2. 個別課題の共有
3. 個別課題の一般化、課題解決に向けた取り組み
4. 発表

休憩

- 休憩しましょう！



振り返り

- ケアマネジメント能力の向上につながるような自己実践の振り返り
- 類似した別の事例や状況に対応する力を身につける
- 地域の課題抽出や解決に向けた取り組みにつなげる

P166～

演習シート2

この研修を通じて気付いた自身の課題を可視化する

まとめ	今後の学習課題(自己学習をしていくポイント)
演習を通して見えてきた自分自身の課題や、新たな気づきを記載する。(得たことや活かそうなこと等)	この演習を通して得た、学んでいく必要性や、具体的な取り組みなどを記載する。
①.....	①について.....
②.....	
	一つづつ

演習シート2

この研修を通じて気付いた自身の課題を可視化する

まとめ	今後の学習課題(自己学習をしていくポイント)
演習を通して見えてきた自分自身の課題や、新たな気づきを記載する。(得たことや活かそうなこと等)	この演習を通して得た、学んでいく必要性や、具体的な取り組みなどを記載する。
①.....	①について.....
②.....	②について.....
③.....	③について.....
④.....	④について.....



まとめ

本節の看取り等における看護サービスの活用に関する事例を通して、目標は達成できたでしょうか？ P143

最後に自分自身が明日から取り組まなければならないことが明確にできたでしょうか？



研修記録シートの記入

- 研修記録シートを記入しましょう。

