



がん対策情報センターについて	各部の紹介	プロジェクト	 人材募集
--------------------------------	-----------------------	------------------------	--

[トップページ](#) > [各部の紹介](#) > [がん医療支援部](#) > [プロジェクト](#) > 地域緩和ケア推進を目的とした介護職に向けた教育資料の開発

地域緩和ケア推進を目的とした介護職に向けた教育資料の開発

がん医療支援部

「自宅で最期を迎えたい」というがん患者の意向を実現していくために、在宅療養中での医療職と介護職の迅速な情報共有と、それぞれの専門性が発揮されるチームとしての連携が重要です。しかし、ケアマネジャーやヘルパーなどの介護職は、医療職である在宅医や訪問看護師に対して遠慮や話しぶらさを感じており、情報共有に難しさを感じていることが指摘されています。

そこで、介護職であるケアマネジャーやヘルパーを対象に、地域緩和ケアにおける訪問看護師と介護職間での情報共有のポイントの理解を促進していくことを目的に本資料を作成いたしました。本資料は、地域緩和ケアや在宅看取りにおいて重要な役割を担っている居宅介護支援事業所等のケアマネジャーや訪問介護事業所のヘルパーの方々に向けた研修会を開催するときなどに、ご活用いただくことを想定しております。

> [プロジェクト](#)

在宅終末期ケアにおける介護専門職と訪問看護師との連携 ケアマネジャー・ヘルパーに向けて

[在宅終末期ケアにおける介護専門職と訪問看護師との連携 ケアマネジャー・ヘルパーに向けて \(PDF: 711\)](#)

企画・発行

平成27年度から平成29年度厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業) 地域包括緩和ケアプログラムを活用したがん医療における地域連携推進に関する研究 (研究代表者 加藤雅志)

「地域におけるがん緩和ケアに関する連携と教育に関する研究」 (研究分担者 福井小紀子、研究協力者 藤田 淳子)

資料の利用方法

本資料は、地域で療養する者が在宅で看取りを迎えるまでの段階を「ステップ (1) 終末期ケアチーム始動期」「ステップ (2) 予後が月単位の時期」「ステップ (3) 予後が週単位の時期」「ステップ (4) 看取り期」の4ステップに分けて、「A: 時期を見極めるうえでの患者の特徴」、「B: チームの達成目標」、「C: ケアマネジャーとヘルパーが他職種と情報共有すべきこと」を解説していく内容になっています。

適切な情報共有のためには、介護職が、看取りに向けて変化する患者の状況を理解することが必要です。そのため、「A: 時期を見極めるうえでの患者の特徴」では具体的な患者の状態を示すようにしています。そして、情報共有の目的を理解するための「B: チームの達成目標」、他職種から得るべき情報と伝えるべき情報を理解するための「C: ケアマネジャーとヘルパーが他職種と情報共有すべきこと」と続くように構成されています。

本資料によって教育を受けた介護職が、在宅看取りまでの過程をイメージしながら、各時期において誰に何を伝え、何を情報共有していくべきかを理解し、実践的な行動ができるようになることを期待しております。

在宅終末期ケアにおける 介護専門職と訪問看護師との連携

－ケアマネジャー・ヘルパーに向けて－



介護専門職（ケアマネジャー・ヘルパー）と 訪問看護師の連携の必要性

- “自宅で最期を迎えたい”というがん終末期患者の願いを叶えるためには、患者の状態について、医療と介護の専門職が、迅速に情報を共有し、在宅看取りに向けて専門性を発揮しあい「チーム」として連携することが必要
 - 一方、介護職であるケアマネジャーやヘルパーは、訪問看護師に対して、使用する言葉のギャップなど情報共有に難しさを感じている（山本、2012）
- 終末期ケアの時期別に、介護専門職と訪問看護師との情報共有のポイントを理解することが連携促進につながる

訪問看護師との情報共有を円滑に進めるための心得 1

- 訪問看護師は、伝えられた情報をもとに、患者の病状をアセスメントして判断をしている。
- 「伝えたいこと」を先に、その理由を後から言う

(悪い例) 訪問したら本人が転んでいて、イスに座っていただいたのですが、傷はないですが右足が痛むようで・・・。

(良い例) 本人が右足を痛めているので、この後どうしたらよいか相談したいです。実は訪問したらリビングで転んでいたもので、イスに座っていただいています・・・。

訪問看護師との情報共有を円滑に進めるための心得 2

- 各職種がお互いを専門性の異なる相手として尊重することが重要

* 「伝えようか、どうしようか」と迷った情報でも、とにかく伝えましょう。

* どのような情報でも、情報をもらったら、まずは、「ありがとう」の感謝の言葉を伝えましょう。

終末期ケアにおける情報共有

終末期患者の状態を知ったうえで

- ・各専門職の役割を理解し
- ・いつ・何を情報共有し、自らがどのように対応したらよいか

を理解することが必要

終末期ケアの4つのステップ

ステップ	看取りまでの段階
① 終末期ケアチーム始動期	医療・介護の連携チームを組んで終末期ケアをスタートさせる時期
② 月単位の時期	月単位で患者の状況が変化する時期
③ 週単位の時期	週単位で患者の状況が変化する時期
④ 看取り期	数日で最期を迎える時期

→各ステップについて、患者の特徴、チームの達成目標、各職種が情報共有すべきこと、を理解しましょう！

ステップ①：終末期ケアチーム始動期 ～医療・介護の連携チームを組んで終末期ケア をスタートさせる時期～

- ・退院し在宅療養を開始するとき
 - ・今まで在宅療養をしていた人が、病気の進行や生活の困難さが出てくることが予測されるとき
- 医療と介護がチームを組み終末期ケアを開始する時期

ケアマネジャー、ヘルパー、訪問看護師がチームメンバーとしてお互いを知り、顔の見える関係を作り、連絡体制を構築し、目指すべき方向性を確認しあうことで、今後の終末期ケアの準備をしっかりと整えましょう

この時期を見極める患者の特徴

- 体力的に通院が難しくなっている
- 少し動くと、ぜいぜいしたり、息が荒くなってきている
- 仙骨部の発赤ができるようになってきている
- 服薬管理ができなくなっている
- 室内外の移動（買い物に行く・トイレに行く）に支障が出てきた
- 発熱や風などで調子を崩して回復しても、その後はA D Lの自立度が一段下がった状態となる

チーム（介護専門職、訪問看護師）の達成目標 1

- 初期の会議を行い、患者・家族・チーム間で、お互いを知る。
（退院時カンファレンス、サービス担当者会議）
- 患者・家族に、以下を確認し、チームで情報共有する
 - ・今までどう生きてきて、今後どのように生きていきたいのかの意向・価値観
 - ・病状の理解の内容
 - ・療養場所、看取りの場の意向
（患者が捉えている代理意思決定者は誰か）
 - ・キーパーソンは誰か
 - ※意思決定上のキーパーソンと
介護上のキーパーソンは異なることがあるので別々に捉える

チーム（介護専門職、訪問看護師）の達成目標 2

- 今後予測される予後や病状の変化、症状緩和方法などについて、患者・家族とチーム間で共通理解する。
- 患者・家族とチーム間で、緊急時の連絡方法を決め、**24時間連絡体制**を構築する。連絡網を作成し家族に渡す。
- 家族を含めたチームの役割分担を確認する。

ケアマネジャーが情報共有すべきこと

訪問看護師との情報共有

- 訪問看護師より医療面の情報をえる
 - ・ 病状や今後の経過、既往歴、服薬や治療
 - ・ 病状・ADL低下による生活への影響
 - (例：肺の病気なので入浴すると呼吸が苦しくなる)
 - ・ 日常生活上の注意点や介護方法
- 訪問看護の頻度について、訪問看護師と相談する

ヘルパーとの情報共有

- 在宅看取りが可能な訪問介護事業所を調整する
- 訪問看護師からの医療面の情報をヘルパーへ伝える

ヘルパーが情報共有すべきこと

訪問看護師との情報共有

ケアマネジャーとの情報共有

- ヘルパーが把握した患者や家族の希望、生活様式、価値観などについて、訪問看護師やケアマネジャーへ、情報提供する。
 - * 患者の希望に沿った在宅看取りを考えるための大切な情報になります！
- 医療面の情報について、訪問看護師やケアマネジャーから情報をえる
 - ・ 病状や今後の経過、既往歴、服薬や治療
 - ・ 病状・ADL低下による生活への影響
 - ・ 日常生活上の注意点や介護方法

ステップ②：月単位の時期

～月単位で患者の状況が変化する時期～

- ・月単位で患者の病状が変化し、看取りの時期は数か月先と予測される時期
- ・苦痛が緩和されていれば日常生活は安定しているが、急変の可能性もある時期

- ・病状変化について、チーム間で共通理解ができるよう、チームメンバーが互いに情報発信しあいましょう。
- ・この時期は、変化する病状によって、介護方法や苦痛緩和の方法が変わっていくため、訪問看護師と相談しながら、介護方法を決めていきましょう
- ・急変時を想定して24時間連絡体制を確立しましょう

この時期を見極める患者の特徴

食欲不振の出現

- 食事摂取量が全量摂取から8～9割になるなど低下する
- 水分摂取量が低下する。飲みたがらなくなる

便秘や腹部の症状

- おなかが張る、苦しいと言うようになる
- 排便の回数が減る

ADLのちょっとした変化

- お風呂が好きだった人が、入るのをおっくうがる
- ベッドで過ごす時間が増えてきた

免疫力・抵抗力の低下

- たびたび発熱などの感染病状がみられる

チーム（介護専門職、訪問看護師）の達成目標

- 患者・家族に、以下を確認し、チームで情報共有する
 - ・今までどう生きてきて、今後どのように生きていきたいのかの意向・価値観
 - ・療養場所、看取りの場の意向
 - ・苦痛は緩和されているか
 - ・患者の意向に沿った日常生活が送れているか
 - ・家族の介護に対する意向や介護力

- 今後予測される予後や病状の変化、症状緩和方法などについて、患者・家族とチーム間で共通理解する

ケアマネジャーが情報共有すべきこと

訪問看護師との情報共有

- 患者の病状や心理面、家族の健康状態などについて、訪問看護師に確認する
- 病状の変化の見通しをもとに、ケアプランを検討する
- 訪問看護師を中心とした24時間連絡体制が機能しているか確認する

ヘルパーとの情報共有

- 訪問看護師からの医療面の情報をヘルパーに伝える
- 在宅看取りに向けてヘルパーの不安がないか確認する

ヘルパーが情報共有すべきこと

訪問看護師との情報共有

- 患者の病状で観察すべきことについて、訪問看護師から情報をえる
- 患者が日常生活で安寧が図られているかを把握し、訪問看護師に情報提供する
- 患者や家族の生活の様子（食事、排泄、苦痛症状など）や言動について、訪問看護師に情報提供する（例：連絡ノート等で日々の状況を伝える）
 - *訪問看護師は、生活の様子から患者の病状を判断します。患者の苦痛緩和のため大切な情報になります！

ケアマネジャーとの情報共有

- ケアマネジャーから、ケアの方針について情報をえる

ステップ③：週単位の時期

～週単位で患者の状況が変化する時期～

- 1週間単位で患者の病状が変化する時期
- A D L の自立度が急速に低下したり、複数の症状が出現したりする可能性がある時期

・患者の状況の変化のスピードが早いため、毎週のようにチーム間の連絡調整が必要となります。そのため、病状の変化や家族の状況の変化を迅速にチーム間で伝えあい、そのつど、本人の状態変化に応じた支援方法をチームで検討していきましょう。

この時期を見極める患者の特徴

- 痛みが出現する
- 呼吸苦が出現する
- 倦怠感（だるさ）が強くなる
- 家族やヘルパーから見て、患者がつらそうである
- 自発的な活動が減少する
- 座位が保てなくなる
- 褥瘡（床ずれ）ができはじめる
- 食事を楽しみにしなくなる
- 固形物より液体のものをほしがらようになる

チーム（介護専門職、訪問看護師）の達成目標

- 患者・家族に、以下を確認し、チームで情報共有する
 - ・療養場所、看取りの場の意向
 - ・患者の病状変化に応じた気持ち
 - ・家族の心理的苦痛、介護疲れ、心配ごと
- 家族に、急変の可能性を伝え、急変時の連絡や対応について話し合い、確認する

ケアマネジャーが情報共有すべきこと

訪問看護師との情報共有

- 患者の病状の変化について、ヘルパーや家族から把握した情報を集約し、訪問看護師へ伝える

ヘルパーとの情報共有

- 病状の変化に伴ってケアプランの見直しを行う
- ヘルパーが在宅看取りへの不安がないか確認する

ヘルパーが情報共有すべきこと

訪問看護師との情報共有

- 観察ポイント（この時期を見極める患者の特徴を参照）について、変化があれば訪問看護師へ伝える
- 以下の情報を伝え、ADLの介助方法について訪問看護師と検討する。
 - ・ ADL
 - ・ 清潔（入浴の負担の有無等）
 - ・ 排泄（尿と便の量・色・性状等）
 - ・ 食事（嚥下状態、食事・水分量等）

ケアマネジャーとの情報共有

- 低下するADLや症状に合わせたケアプランについて、ケアマネジャーと相談する

ステップ④：看取り期

- ・日単位で本人の状況が変化していき、看取りを迎える時期
- ・臥床する時間が長くなり、意識状態は清明でない時間が増える。患者の尊厳が保たれ安楽に過ごせるとともに、家族が満足のいくお別れができるような支援が重要

・医師や訪問看護師に、今の状態と予測される病状を確認し、本人の苦痛が緩和され安楽に過ごせるための支援をチームで考えていきましょう。また、家族とともに、看取りへの準備を進めていきましょう。

この時期を見極める患者の特徴

- 尿量減少
- ぜいぜいする呼吸音が大きくなる
- 身の置き所のなさや倦怠感を訴える
- 発熱
- 手足が冷たくなる
- ほとんど飲んだり食べたりできなくなる
- 口（くち）が渴く
- 多くの時間ボーっとする・傾眠傾向になる
- お迎えがくるという

この時期を見極める患者の特徴

さらに、残りが**24時間以内**と考えるべき特徴

- 唾液や分泌物が咽頭、喉頭に貯留し、息を吐くときにゴロゴロ音が出現（死前喘鳴）
- 尿がでなくなる
- 一日中反応が少なくなってくる
- 脈拍の緊張が弱くなる
- 四肢の冷感（手足の先が紫色になる）
- 冷汗の出現
- 顔色が蒼白になる（顔面にチアノーゼ出現）
- 身の置き所がないかのように四肢や顔をばたばたさせる

チーム（介護専門職、訪問看護師）の達成目標 1

- 患者・家族へ、以下を伝えてチーム間で情報共有する
 - ・ 死亡直前の病状（呼吸、皮膚の変化など）
 - ・ 呼吸停止の状態の確認の仕方
 - ・ 患者の安心のために家族ができること（例：聴覚は最後まで保たれるため枕もとで声をかけ手を握る）
- 患者・家族へ、以下を確認しチーム間で情報共有する
 - ・ 死亡時の対応方法や連絡先
 - ・ このまま自宅で過ごすか、看取りの場の希望
 - ・ 家族の気持ちの揺れがないか

チーム（介護専門職、訪問看護師）の達成目標 2

- 患者の安楽と尊厳の保持に配慮する
- 患者・家族にとってかけがえのない豊かな時間を過ごせるよう配慮する
- 家族に対して、最期を受け止めて支えられるように、病状や対応方法をこまめに伝える
- 観察ポイント（この時期の患者の特徴を参照）について、チームで観察し情報共有する

ケアマネジャーが情報共有すべきこと

訪問看護師との情報共有

- 患者の病状の変化について、ヘルパーや家族から把握した情報を集約し、訪問看護師へ伝える
- 予測される予後と病状、生活への影響、介護状況について訪問看護師から情報をえる
- 訪問看護師に連絡すべき状態について確認する

ヘルパーとの情報共有

- 病状の変化に伴ってケアプランの見直しを行う
- ヘルパーが在宅看取りへの不安がないか確認する

ヘルパーが情報共有すべきこと

訪問看護師との情報共有

- 予測される予後と病状、生活への影響、介護状況について訪問看護師から情報をえる
- 観察ポイント（この時期を見極める患者の特徴を参照）について、訪問看護師へ伝える

ケアマネジャーとの情報共有

- ケアマネジャーが集約した情報をえる
- ケアの方針について、ケアマネジャーから説明をうける

まとめ

- ・ 終末期の患者に関わる時に、各ステップを見直して、伝えるべき情報、得るべき情報を確認しましょう。
- ・ チームメンバーに対して、ねぎらいの言葉や、良い評価を伝え合いましょう。
- ・ 看取り後のカンファレンスなどを行い、事例を振り返る機会を設けることで、次の事例へのよりよい実践に繋げていきましょう。

