

ターミナルケアマネジメント マニュアル



このマニュアルは、終末期の悪性腫瘍の利用者に対し、担当のケアマネジャーが困難さや不安をできるだけ解決でき、終末期の悪性腫瘍の利用者のケアマネジメント未経験のケアマネジャーであっても、適切なケアマネジメントが展開できるようにすることを目的として作成した。また、厚生労働省（平成 30 年 3 月改訂）「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に基づいてケアマネジメントを行っていくことを基本とした。

厚生労働省 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン

【基本的な考え方】

- 1) このガイドラインは、人生の最終段階を迎えた本人・家族等と医師をはじめとする医療・介護従事者が、最善の医療・ケアを作り上げるプロセスを示すガイドラインです。
- 2) そのためには担当の医師ばかりでなく、看護師やソーシャルワーカー、介護支援専門員等の介護従事者などの、医療・ケアチームで本人・家族等を支える体制を作ることが必要です。このことはいうまでもありませんが、特に人生の最終段階における医療・ケアにおいて重要なことです。
- 3) 人生の最終段階における医療・ケアにおいては、できる限り早期から肉体的な苦痛等を緩和するためのケアが行われることが重要です。緩和が十分に行われた上で、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケアの内容の変更、医療・ケア行為の中止等については、最も重要な本人の意思を確認する必要があります。確認にあたっては、適切な情報に基づく本人による意思決定（インフォームド・コンセント）が大切です。
- 4) 人生の最終段階における医療・ケアの提供にあたって、医療・ケアチームは、本人の意思を尊重するため、本人のこれまでの人生観や価値観、どのような生き方を望むかを含め、できる限り把握することが必要です。また、本人の意思は変化しうるものであることや、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、本人が家族等の信頼できる者を含めて話し合いが繰り返し行われることが重要です。
- 5) 本人の意思が明確でない場合には、家族等の役割がいっそう重要になります。特に、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に備えて、特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めている場合は、その者から十分な情報を得たうえで、本人が何を望むか、本人にとって何が最善かを、医療・ケアチームとの間で話し合う必要があります。

- 6) 本人、家族等、医療・ケアチームが合意に至るなら、それはその本人にとって最もよい人生の最終段階における医療・ケアだと考えられます。医療・ケアチームは、合意に基づく医療・ケアを実施しつつも、合意の根拠となった事実や状態の変化に応じて、本人の意思が変化しうるものであることを踏まえて、柔軟な姿勢で人生の最終段階における医療・ケアを継続すべきです。
- 7) 本人、家族等、医療・ケアチームの間で、話し合いを繰り返し行った場合においても、合意に至らない場合には、複数の専門家からなる話し合いの場を設置し、その助言により医療・ケアのあり方を見直し、合意形成に努めることが必要です。
- 8) このプロセスにおいて、話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくことが必要です。

<悪性腫瘍の末期ターミナルケアマネジメントの流れ >

1. 相談（依頼）

（1）今後の支援のための必要な情報を得る。

- ・現在の病状、予後
- ・かかりつけ医
- ・介護保険の情報

申請していない場合は緊急に申請を行い、認定を急ぐ。

自費のサービスになる場合がある。

- ・介護の状態（介護力、介護の環境）
- ・ADL、IADL
- ・医療依存度、医療的なケアの必要性（医療機器の有無）

（2）最期をどこで迎えたいかの本人の意思を確認する。（アドバンス・ケア・プランニング）

- ・本人家族はどのように死を迎えたいか
- ・死ぬ前にどのように生きてみたいか

2. 退院時の支援（退院に向けて）のポイント

（1）医療チームとの情報共有

- ・病状について正しく現状を理解する

（例）薬の管理、吸引、胃ろうの管理、介護技術など退院前までにできるようにしておく

- ・医療窓口の確認
- ・退院時カンファレンスへの参加
- ・サービス担当者会議の開催

（2）本人家族の意向、意思の確認

（3）在宅ケアに向けての準備・対策

- ・退院後の生活をイメージする。
- ・必要な知識の理解やケア体制の確保
- ・シンプルなケア
- ・設備、知識がなくても在宅で安心していただけるケア
- ・危機的な状況の見極めができるようにする
- ・再入院の病院の確保・緊急時の対応の検討

（4）主治医との連携（病院主治医と在宅主治医）

- ・在宅医療機関との引継ぎを確実にする

(5) 家族の状況の把握

(6) 地域のサービスの把握

(7) 介護保険制度、その他の制度・社会資源の説明

- ・役割を明確化し、サービスの組み立てを行う
- ・切れ目のないようにサービスを開始する

3. ターミナルケアマネジメントを展開するケアマネジャーの役割

- ・誰のために仕事をするのか

＝高齢者や病気の人、介護を必要とする人のための手助けやお手伝いをする
事例を見る力（知識・技術）

家で暮らすという理解

ゆれ動く心に添う

医療も介護も生活課題（ニーズ）を明らかにする

- ・高齢者の基本を理解する
- ・介護支援専門員が資源（ケアマネジャー自身も社会資源であり財産であるべき）
- ・制度の有効的な活用を作り出す

4. 緩和ケア

癌と言われた時から緩和ケアは始まる。

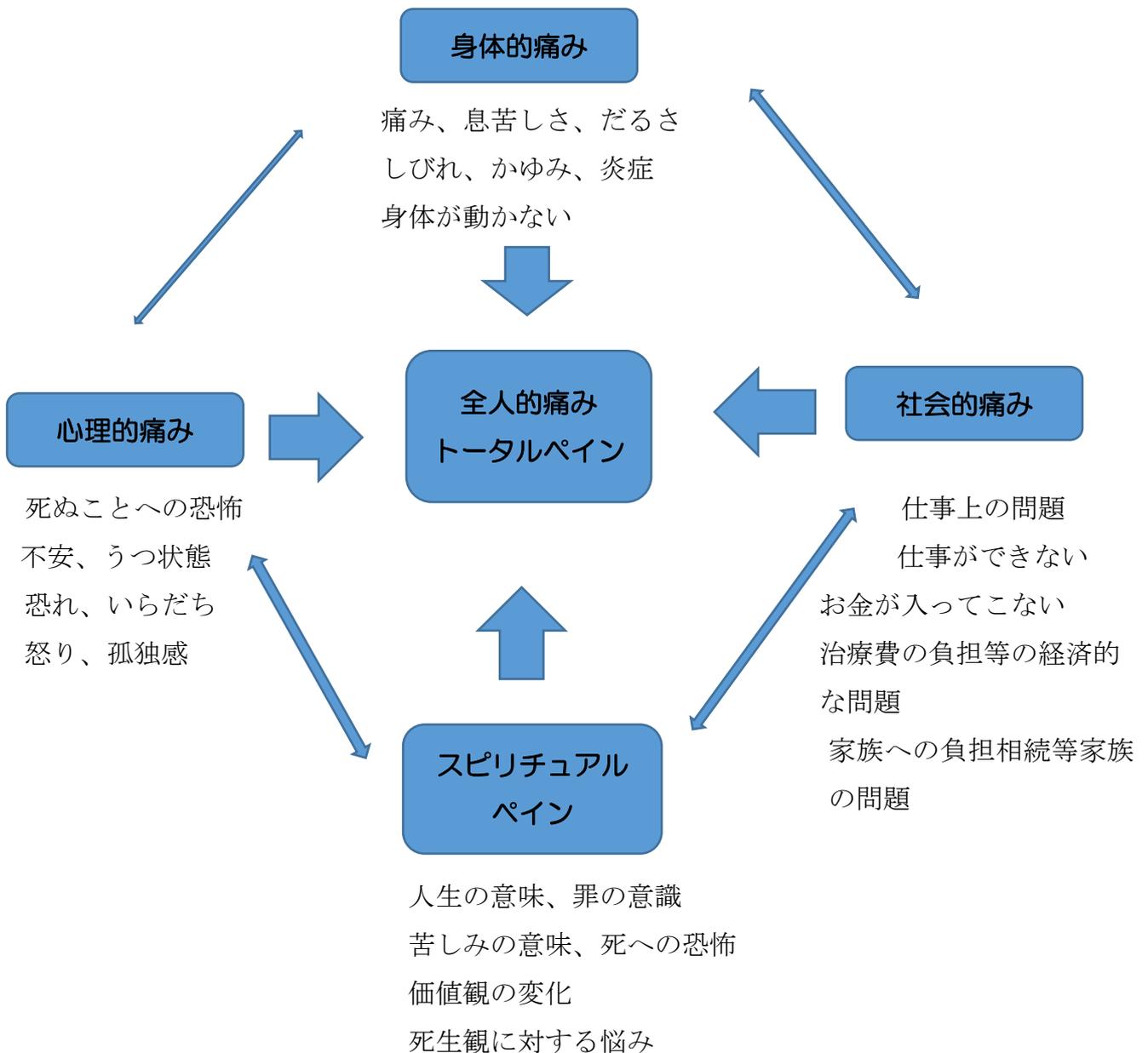
緩和ケアにおいて、「キュープラロスの死の5段階」及び「全人的な痛み（トータルペイン）」を理解してマネジメントする。

(1) キュープラロスの死の5段階

段階	タイトル	解説
第1段階	否認と孤立	自らに死が迫っていることを否定する。「間違いに違いない」「あり得ない」と感じる
第2段階	怒り	死の可能性が否認できなくなると、「なぜ、私なんだ！」に代表される、怒り、憤り、羨望、恨みなどの感情があらわれ、あらゆる方向に向かって感情が発散される。

第3段階	取り引き	自らの善い行いが奇蹟を呼び込んだり、死期の延期が計れるのではないかと考え、約束する。
第4段階	抑うつ	喪失感が強くなる。抑うつはこの喪失感の一部でもある
第5段階	受容	死への抗いが終わりに近づく。憔悴し、まどろみ、ほとんどの感情がなくなり、解放を願う。「幸福」とは違う。

(2) 全人的な痛み (トータルペイン)



5. 社会保障制度の活用

(1) 介護保険制度

(2) 医療保険

訪問診療、訪問看護、高額医療の申請

(3) 各市単位の福祉制度

介護手当、おむつの支給等

6. 病気の進行に応じた調整（1 か月単位、1 週間単位、1 日単位、死亡の時）

(1) 月単位の支援のポイント

病状：身体的には通常に近い生活ができる

担当者会議：退院して帰宅後、月単位で開催

① 身体面

ADL：日常生活があまり介護を必要としない

介護度：要支援～要介護2

	支 援 内 容	チェック欄
主治医	チームケアが基本	
	・本人の療養に対する意思確認、決定への支援	
	・治療の選択や不安に対する支援、医療・ケアの方針の決定	
	・QOL を高めるリハビリや治療、症状の進行に沿った治療、痛みや不快症状を緩和する治療	
	・本人、介護者へ病状に対する適切な情報提供と説明	
	・訪問看護との連携	
	・受診、必要時入院	
	・薬の処方（睡眠剤含む）	
	・緊急時の対応（体制づくり）	
	・かかりつけ医の選択の提案、選定への支援	
	必要時セカンドオピニオンの提案	
訪問看護	・病状や痛みのアセスメント	
	・主治医との連携（連携室の活用）	
	病状や状態変化、治療した結果の体調、薬の効き具合生活状況の主治医への報告	
	・リスクマネジメント	
	・精神的支援	
福祉用具	・立位、座位保持のための福祉用具	
	・入浴用品（シャワー椅子等）	
	・電動ベッド、高反発マット	
	・手すり、段差解消等環境整備	

介護者	・介護者の療養に対する希望の把握	
	・主治医からの病状の説明	
	・療養者を抱え生活の変化に対する支援、レスパイト支援	
	・経済的、精神的支援（閉塞感、孤立感を防止）	
	・最低限必要な介護知識と技術の習得	
	・インフォーマルケアの導入	
介護サービス等	通所リハ、通所介護	
	訪問看護、訪問介護	
	成年後見制度	

② 心理面（尊厳）

・心理状態

これからどうなるのかという不安

治療の選択や治療方針に対する不安

家族にしてあげたいことができない悲しみ

今まで通りの仕事ができない悔しさ

思い出づくり	・今やりたいこと、できることへの支援 本人がやりたいと思うことに対する支援 趣味等の社会活動の継続 墓参り 友人との交流 患者会への参加・家族が本人に伝えたい思い・感謝等	
	・家族に残すこと 身辺整理の援助・家族一人一人に残したい事・伝えたい事 体力があるうちに旅行等家族と一緒に時間を作る	
社会面	会社への報告、仕事復帰への支援	
	社会的孤立の防止	

(2) 1週間単位の支援のポイント

- ・病状：ベッドに横になっている時間が増える。
- ・体調に配慮した状況に整える時期
- ・アドバンス・ケア・プランニングの確認
- ・情報の共有が大事な時期
 - 症状の安定のためのチームケア、正確な情報を提供し共有する。
 - 本人、家族、ケアスタッフとの意見のずれや思いが変化してきていないか、今後の状況を確認しながら、本人家族が望む生活に添った計画作成する。
- ・安心できゆったりとした時間が過ごせるように生活環境の調整
- ・担当者会議：病状の変化に合わせ、主治医の参加による担当者会議の開催

① 身体面

ADL：介助が必要になる。

介護度：要介護3以上

	支 援 内 容	チェック欄
主治医	・訪問診療	
	・QOLを高めるリハビリや治療、痛みや不快感を緩和する治療	
	・訪問看護との連携	
	・緊急時の対応	
	・薬の種類、量の調整	
訪問看護	・一日複数回の利用	
	・病状のアセスメント、痛みのアセスメント	
	・主治医との連携 病状や状態変化、治療した結果の体調、薬の効き具合生活状況の主治医への報告 本人の「痛い」の訴えに合わせた薬の種類、量の主治医への相談・対応 点滴等の医療ケアの相談・対応	
	・本人と家族の思いの調整	
	・看取りのパンフレット等による支援 (遺影の準備、亡くなった時の服装、葬儀場はどこにするか、看取りの身構え等)	

福祉用具	・電動ベッド	
	・その時期に適切な褥瘡予防具の選択	
	・ポータブルトイレ	
	・オムツの使用	
介護者	・介護負担の軽減（必要な時に必要な支援の提供ができる体制づくり）	
	・精神面への支援	
	・家族がケアに参加できる支援	
	・家族が休める環境の提供	
	・時には本人の気持ちを家族に伝える	
介護サービス等	・通所リハ、通所介護	
	・訪問看護、訪問介護	
	・連携ノートの活用	

② 心理面（尊厳）

- ・心理状態

やりたいこと、したいことができないつらさ
全人的痛みが強くなっていく。

思い出づくり	・今やりたいこと、できることへの支援 自宅家族と一緒に過ごす 会いたい人に会う 食べたい物を食べれる時に食べる	
	・家族と本人の思いの調整 家族に伝えたいこと、家族から本人へ伝えたいことを伝える	
	・家族に残すこと 通帳や印鑑等家族に伝えておく	
支援体	・本人が療養の場や看取りの場（最期）をどこにするのか、本人の望む死に方等の自己決定に対する支援	
	・自己決定したことを実現するためのチーム（支援体制）を作る。	

制	<ul style="list-style-type: none"> ・看取りの体制のための役割分担 (体制の整備や支援者の身構え等は訪問看護に委ねる。) 	
---	--	--

(3) 1日、時間単位の支援のポイント

- ・病状：出血、呼吸困難などの病状の変化が起こりやすい
- ・静かな環境を作る時期
- ・症状の安定のためのチームケア
- ・状況が変化するにつれて、自己決定する場面が何度か出てくる。決定された内容が実現できるような支援体制を整える。
- ・安心できゆったりとした時間が過ごせるように生活環境の調整
- ・担当者会議：看取りの体制づくりのための担当者会議の開催

① 身体面

介護度：要介護5

ADL：日常生活に介護が必要

	支 援 内 容	チェック欄
主治医	・訪問診療	
	・痛み不快症状を緩和する治療の継続	
	・訪問看護との連携	
	・薬の種類、量の調整	
	・緊急時の対応	
	・看取り体制への支援、蘇生術の確認（本人、家族が希望されるのか）	
訪問看護	・一日複数回の利用	
	・病状のアセスメント、痛みのアセスメント	
	・主治医との連携 病状や状態変化、治療した結果の体調、薬の効き具合生活状況の主治医への報告 本人の「痛い」の訴えに合わせた薬の種類、量の主治医への相談	

福祉用具	・電動ベッド	
	・褥瘡予防具	
	・オムツの使用	
介護者	・介護負担の軽減（必要な時に必要な支援の提供ができる体制づくり）	
	・精神面への支援	
	・家族が休める環境の提供	
	・緊急時の対応がいつでもできることを家族に知っていただき、家族が安心するように話し合う。	
介護サービス等	・訪問看護、訪問介護	
	・緊急時に慌てないための体制整備	

② 心理面（尊厳）への支援

明るく、広く、静かで温かい雰囲気、自然と触れ合うことができるような雰囲気、できれば家庭的な雰囲気を作る。

死を迎える場所（人生最期の場所）の確認

看取りへの向き合い方を訪問看護が中心となり確認

（４）臨死期の支援のポイント

- ・医療（チームケア） 主治医・訪問看護
- ・緊急時の連絡
- ・静かな環境への配慮
- ・在宅で看取りができたことへの感謝と家族へのねぎらい
 家族が命の終わりを見届けることや担うものの大きさは重く大変なもの
 本来持っている家族の力を十分に引き出せるように支援し、また大切な方を失ったのちも再び力を得ていくような関わりをする
- ・介護保険サービス終了の連絡
- ・その他の必要な手続きの手伝い
- ・グリーフケア
- ・スタッフ同士のケア

※引用文献 主任介護支援専門員研修準拠介護支援専門員必携テキスト

ターミナルケア～ターミナルケアの基本理解とマネジメント～

<ターミナルケアマネジメントマニュアル>

平成 30 年 3 月

編集者 島原半島介護支援専門員連絡協議会 雲仙ブロック 松尾洋子
(株式会社こぴっと 代表取締役兼管理者)

島原半島介護支援専門員連絡協議会 南島原ブロック 平 久美
(南島原市社会福祉協議会 南部センター所長)

監 修 島原地域広域市町村圏組合 介護保険課