Ⅲ. 病状変化に伴う看護師の役割と看護連携について

Point

＊この章では、Aさん（60 歳代男性　肺がん）をモデルにして、各分野に所属する看護職が行う「在宅移行支援」について、「がん治療の時期」、「症状緩和（BSC＊の時期）」、「終末期」の3つの時期に分けて例示しています。

＊各時期の中では、看護職が「在宅移行支援」を進めていく上で、重要な支援である「受容支援」「自立支援」、「意思決定支援」の3つの支援と、その支援を途切れないようにつないでいくために必要な「看護連携」について記載しています。

＊また、支援を進めていく中で、ケアマネジャーとの連携は非常に重要であることから看護職としてケアマネジャーとどのように連携を図っていくことが必要なのかなどについても記載しています。

＊BSC（ベスト・サポーティブ・ケア）：がんに対する抗がん剤などの積極的な治療は行わず、症状などを和らげる治療に徹すること。

（1）がん治療の時期

Aさんの状態

外来で主治医に肺がんと告げられました。
いくつかの治療法について説明を受け、迷いながらも入院して治療をすることにしました。
2週間の入院後、定期的に通院して治療を続けていくことにしました。

■基本的な看護

何らかの不調を感じての受診や、検診をきっかけに「がん」が発見されます。

医師からその結果を初めて告げられた時の衝撃は、はかりしれません。

「地に足がついていない感じ」、「頭の中が真っ白になって何も覚えていない」と表現される方も多くいます。

セカンドオピニオンの検討、治療の選択とそれに伴う身体的苦痛、予後予測や社会的役割の変化、さらに経済的な不安や喪失感が一気に押し寄せる時期です。

情報を整理し、治療目標と治療内容の説明を受けて合意形成を図る「意思決定支援」が重要になります。

悩み、葛藤しながら意思決定を繰り返し、今後の療養生活のイメージを持てるような支援が必要です。

外来で初対面の方への対応には躊躇するかもしれませんが、どのような場面であっても、本人・家族は看護職から寄り添い、声をかけられることを待っています。

患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながら、どこで療養するか（療養場所の選択）、どのような生活を送るか（暮らし方）を自己決定するための支援が重要となります。

■看護連携のポイント

- □ **入院時には、外来で把握している情報を活用します。**
- □ **意思決定の経過と支援情報について引き継ぐことが重要です。**
- □ **退院時に必要な医療管理・医療処置について「家族の誰が行うのか?」などの家族の理解度と病棟での指導内容も含めて引き継ぎます。**
- □ **在宅に移行後の本人・家族の状態について、病棟へフィードバックします。**

病棟看護師の役割

危機状態にある入院中の本人・家族の考えや気持ちを傾聴し、時間的余裕を持って受容支援に取りかかる役割が期待されています。今は辛い状況にある「患者」であっても、住まいにもどれば「生活者」であることを忘れず、揺れ動く本人・家族の気持ちに寄り添い、退院後の生活をイメージできるよう支援しましょう。

<受容支援> *p 35「Ⅳ. ICに関連する支援」を参考にする。

- □ **これまで受けたICの内容を把握する。**
- □ **病気によって生じる生活の変化を本人・家族に確認する。**
- □ **患者・家族に対して、積極的に疑問や不安の有無を確認する。**
- □ **病気・治療について、本人・家族の理解や思いを受けとめる。**
- □ **治療過程の本人・家族の揺れ動く気持ちを受容し寄り添う。**
- □ **本人・家族の理解状況から、再度ICを行う必要性を判断し、調整を行う。**
- □ **必要時、セカンドオピニオンに係る医師との調整を行う。**

Point
「退院前の生活は?」、「自宅に帰ってどのような生活をしたいのか?」を聞いていくことが、気持ちを受けとめることにつながります。

Point
入院前の生活のあり様を知ることが大切です。例えば、「入浴や排泄はどうしていたのか?」、「仕事や趣味は?」、「経済状況は?」など。本人・家族が“生活の中で何を大切にしてきたのか”を知ることではじめて“生活上の支障”が見えてきます。

<自立支援>

- □ **退院後、療養の場が変わる事で活動や参加に支障が生じると予測されることについて理解を深めることができるよう説明を行う。**

説明内容

- 病気の症状や治療の副作用が生活に与える影響について
- 退院後に起こりうる症状について
- 対応が必要となる病状やその際の対処方法について
  症状の重症度に合わせて例えば‥
  ① 救急車の使用が必要なのか?
  ② 緊急・休日夜間受診をするのか?
  ③ 電話相談で良いのか?等

- □ **退院後の生活をイメージしたセルフケア能力を高める取り組みを行う。**

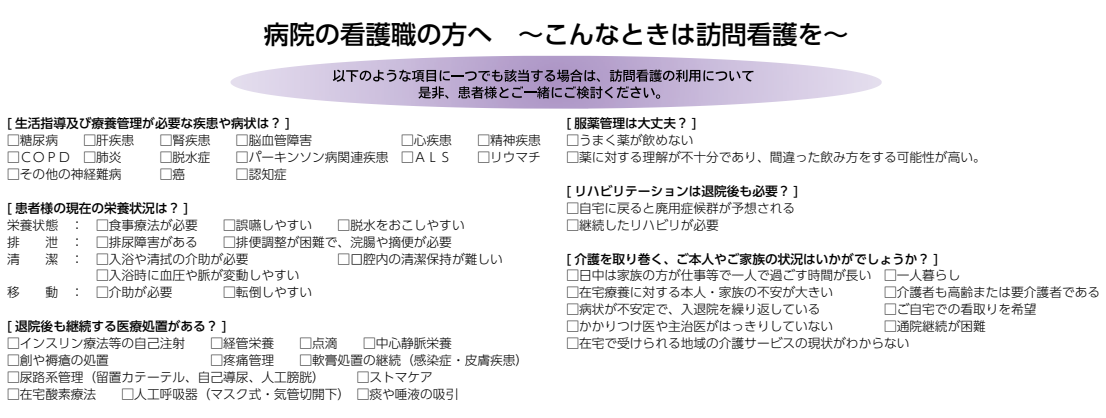
支援内容

- 最低限必要な医療行為（医療管理や医療処置）を判断し、医師と調整する。
- 退院に向けての生活指導（①食事、②排泄、③更衣、④保清、⑤離床、⑥移動）
- 外出や外泊に向けた支援を行う。

□ **退院後に必要な支援のアセスメントと情報提供を行う。**

支援内容

- 退院支援が必要な患者のスクリーニングとアセスメントを行う。
  *p 44 連携ツール「病院の看護職の方へ」



病院の看護職の方へ　～こんなときは訪問看護を～

以下のような項目に一つでも該当する場合は、訪問看護の利用について是非、患者様とご一緒にご検討ください。

[生活指導及び療養管理が必要な疾患や病状は？]
□糖尿病　□肝疾患　□腎疾患　□脳血管障害　□心疾患　□精神疾患
□ＣＯＰＤ　□肺炎　□脱水症　□パーキンソン病関連疾患　□ＡＬＳ　□リウマチ
□その他の神経難病　□癌　□認知症

[患者様の現在の栄養状況は？]
栄養状態　：　□食事療法が必要　□誤嚥しやすい　□脱水をおこしやすい
排　泄　：　□排尿障害がある　□排便調整が困難で、浣腸や摘便が必要
清　潔　：　□入浴や清拭の介助が必要　□口腔内の清潔保持が難しい
　　□入浴時に血圧や脈が変動しやすい
移　動　：　□介助が必要　□転倒しやすい

[退院後も継続する医療処置がある？]
□インスリン療法等の自己注射　□経管栄養　□点滴　□中心静脈栄養
□創や褥瘡の処置　□疼痛管理　□軟膏処置の継続（感染症・皮膚疾患）
□尿路系管理（留置カテーテル、自己導尿、人工膀胱）　□ストマケア
□在宅酸素療法　□人工呼吸器（マスク式・気管切開下）　□痰や唾液の吸引

[服薬管理は大丈夫？]
□うまく薬が飲めない
□薬に対する理解が不十分であり、間違った飲み方をする可能性が高い。

[リハビリテーションは退院後も必要？]
□自宅に戻ると廃用症候群が予想される
□継続したリハビリが必要

[介護を取り巻く、ご本人やご家族の状況はいかがでしょうか？]
□日中は家族の方が仕事等で一人で過ごす時間が長い　□一人暮らし
□在宅療養に対する本人・家族の不安が大きい　□介護者も高齢または要介護者である
□病状が不安定で、入退院を繰り返している　□ご自宅での看取りを希望
□かかりつけ医や主治医がはっきりしていない　□通院継続が困難
□在宅で受けられる地域の介護サービスの現状がわからない

「病院の看護職の方へ～こんなときは訪問看護を!～」

- 訪問看護、介護保険サービス等の紹介を行う。
  *p 45 参考資料①「介護保険サービスについて」

□ **本人・家族に、退院後の相談窓口についての情報提供を行う。**

相談窓口

- 外来看護師
- 地域包括支援センター
- 訪問看護
- がん相談支援センター　など
  *p 57「Ⅶ. 関係機関一覧」

Point　「がん治療を中止したい」と悩んでいる方もいます。
しかし、そのことを医師や看護師に相談することには、ためらいが生じることも多く、「がん治療を中止するという選択ができること」、「痛みや苦痛を軽減するBSCという治療法があること」を説明することで、はじめて“治療を中止する”という選択肢があることに気がつく方もいます。「治療を中止する選択肢があること」を説明することが、意思決定を支えることにつながります。

<意思決定支援>

□ **治療の選択肢を明確に示し、決定に寄り添う。**

□ **療養法や療養場所についての選択肢を明確に示し、決定に寄り添う。**

<看護連携>

- □ **入院前の情報を外来看護師から把握する。**
- □ **訪問看護導入のスクリーニングを行い、必要時訪問看護師につなぐ。**
  *p 44 連携ツール「病院の看護職の方へ」を参考にする。
- □ **退院前カンファレンスを開催する。**
  *p 38「V. カンファレンス」を参考にする。
- □ **退院支援部門の看護師等と連携し、退院後の具体的なサービスの調整等を行う。**
- □ **通院先の外来看護師、訪問看護師等の支援者に情報を引き継いでいく。**

引き継ぐ内容

- ICの内容
- 家族の病気や治療に対する考えや気持ち
- 退院後の生活不安及び生活指導の内容等
  *p 55 参考資料⑤「地域への情報提供シート」

- □ **セカンドオピニオンの利用等について、がん相談支援センターと連携を図る。**
- □ **要介護認定を受けていない場合、地域包括支援センターに相談する。**
  *「末期がん」の要介護認定については、p 19「ワンポイント4」を参考にする。
- □ **介護保険制度の利用やサービスの調整について、ケアマネジャーと連携を図る。**

外来看護師の役割

がん患者は外来でICを受けることが多く、特に重要なIC場面の情報や、患者・家族の受けとめを把握し、支援を行うことが可能な外来看護師は、とても大きな役割を持っています。この情報が後に意思決定支援の上でカギを握ることになります。この情報を、今後支援を行う看護職につないでいきましょう。

外来での受診状況、外来で把握できている本人・家族の生活情報をつないでいきましょう。

<受容支援> *p 35「Ⅳ. ICに関連する支援」を参考にする。

- □ **ICの内容について、本人・家族の理解、考えや気持ちを受けとめる。**
- □ **必要時本人・家族の代弁、理解を促すための支援を行う。**
- □ **本人・家族の理解状況から、再度ICを行う必要性を判断し、調整を行う。**
- □ **治療過程の本人・家族の揺れ動く気持ちを受容し寄り添う。**

<自立支援>

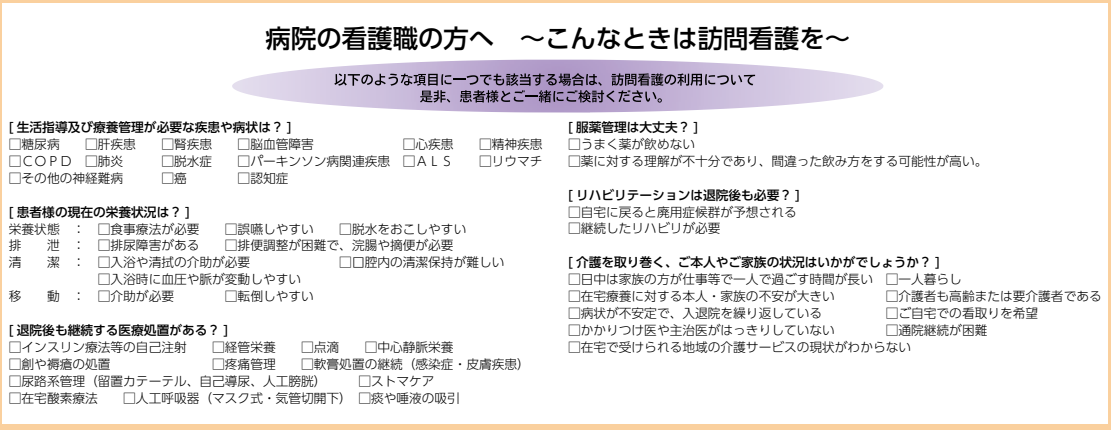
- □ **病気や治療の副作用と現在の生活のしづらさを把握し、その対応について話し合う。**

説明内容

- 出現するリスクの高い症状を説明し、生活指導を行う。
  例えば・・・
  化学療法による口内炎がある場合には、栄養・水分摂取や口腔ケアの必要性を指導するなど

- 対応が必要となる病状やその際の対処方法について説明する。
  症状の重症度に合わせて例えば・・
  ① 救急車の使用が必要なのか?
  ② 緊急・休日夜間受診をするのか?
  ③ 電話相談で良いのか?等

- □ **訪問看護導入のスクリーニングを行い、必要な支援について話し合う。**
  *p 44 連携ツール「病院の看護職の方へ」を参考にする。



病院の看護職の方へ　～こんなときは訪問看護を～

以下のような項目に一つでも該当する場合は、訪問看護の利用について是非、患者様とご一緒にご検討ください。

[生活指導及び療養管理が必要な疾患や病状は？]
□糖尿病　□肝疾患　□腎疾患　□脳血管障害　□心疾患　□精神疾患
□ＣＯＰＤ　□肺炎　□脱水症　□パーキンソン病関連疾患　□ＡＬＳ　□リウマチ
□その他の神経難病　□癌　□認知症

[患者様の現在の栄養状況は？]
栄養状態　：　□食事療法が必要　□誤嚥しやすい　□脱水をおこしやすい
排　　泄　：　□排尿障害がある　□排便調整が困難で、浣腸や摘便が必要
清　　潔　：　□入浴や清拭の介助が必要　□口腔内の清潔保持が難しい
□入浴時に血圧や脈が変動しやすい
移　　動　：　□介助が必要　□転倒しやすい

[退院後も継続する医療処置がある？]
□インスリン療法等の自己注射　□経管栄養　□点滴　□中心静脈栄養
□創や褥瘡の処置　□疼痛管理　□軟膏処置の継続（感染症・皮膚疾患）
□尿路系管理（留置カテーテル、自己導尿、人工膀胱）　□ストマケア
□在宅酸素療法　□人工呼吸器（マスク式・気管切開下）　□痰や唾液の吸引

[服薬管理は大丈夫？]
□うまく薬が飲めない
□薬に対する理解が不十分であり、間違った飲み方をする可能性が高い。

[リハビリテーションは退院後も必要？]
□自宅に戻ると廃用症候群が予想される
□継続したリハビリが必要

[介護を取り巻く、ご本人やご家族の状況はいかがでしょうか？]
□日中は家族の方が仕事等で一人で過ごす時間が長い　□一人暮らし
□在宅療養に対する本人・家族の不安が大きい　□介護者も高齢または要介護者である
□病状が不安定で、入退院を繰り返している　□ご自宅での看取りを希望
□かかりつけ医や主治医がはっきりしていない　□通院継続が困難
□在宅で受けられる地域の介護サービスの現状がわからない

「病院の看護職の方へ～こんなときは訪問看護を!～」

□ **相談窓口の紹介を行う。**

相談窓口

- がん相談支援センター
- 地域包括支援センター　など

*p 57「Ⅶ. 関係機関一覧」

<意思決定支援>

□ **治療の選択肢を明確に示し、選択したことで生じる生活の変化等を説明する。**

Point

決められないということを受けとめることも大切です。
本人：「どうしていいかわからない」
という言葉に対して
看護師：「そうですよね。決められないですよね・・・」
と悩む気持ちを支持することが、本人・家族の意思決定に寄り添うことにつながります。

□ **療養場所の選択肢を明確に示し、決定に寄り添う。**

□ **訪問看護等のサービス利用の選択と決定を促す。**

<看護連携>

□ **外来での情報を、病棟看護師及び訪問看護師へ提供する。**

情報提供の内容

- 受容支援や自立支援の内容、本人の病気の受けとめ方
- 治療や療養に対する考えや気持ち
- 外来で把握している特殊な事情
- 生活状況や経済状況
- 外来での支援内容

*p 55 参考資料⑤「地域への情報提供シート」

□ **退院前カンファレンスに出席する。**

□ **訪問看護導入のスクリーニングを行い、必要時に訪問看護師へつなぐ。**

□ **急変時の受け入れに係る連絡調整を行う。**

□ **要介護認定を受けていない場合、地域包括支援センターに相談する。**

＊「末期がん」の要介護認定については、p 19「ワンポイント4」を参考にする。

□ **介護保険制度の利用やサービスの調整について、ケアマネジャーと連携を図る。**

訪問看護師の役割

訪問看護は、住まいの場で生活に根ざした様々な相談を受け、支援ができます。病棟・外来での支援状況を把握し、必要時医療機関との連携、介護保険サービス提供を行う他の関係職も含めた幅広いコーディネート等、医療と地域をつなぐ役割があります。

<受容支援> *p 35「Ⅳ. ICに関連する支援」を参考にする。

- □ **これまで受けたICの内容を把握する。必要時、医療機関への連絡や再説明の調整を行う。**
- □ **病気によって生じる生活の変化を本人・家族に確認する。**
- □ **病気・治療について、本人・家族の理解や思いを受けとめる。**
- □ **治療過程の本人・家族の揺れ動く気持ちを受容し寄り添う。**

<自立支援>

- □ **病気や治療の副作用と現在の生活のしづらさを把握し、その対応について話し合う。**

説明内容

- 出現するリスクの高い症状を説明し、生活指導を行う。
  例えば・・・
  化学療法による口内炎がある場合には、栄養・水分摂取や口腔ケアの必要性を指導するなど

- 対応が必要となる病状やその際の対処方法について説明する。
  症状の重症度に合わせて例えば・・
  ① 救急車の使用が必要なのか?
  ② 緊急・休日夜間受診をするのか?
  ③ 電話相談で良いのか?等

- □ **介護保険サービス等必要なサービスの紹介や導入に向けた支援を行う。**

<意思決定支援>

- □ **改めて在宅療養を選択することへの支援を行う。**

Point 治療の中止を選択する場合、選択を巡って家族間で意見が一致しないこともあります。
訪問診療に併せて、医師から家族全員に病状や治療について説明する場を作るなど、家族間の調整を行い、家族の力が高まるよう支援することも大切です。

- □ **治療の選択と決定に寄り添う。(治療を中止する時も含む)**
- □ **療養場所の選択と決定に寄り添う。**

<看護連携>

- □ **退院前カンファレンスへ出席する。**
- □ **外来看護師・病棟看護師と情報共有を行う。**
- □ **生活の質を担保できるような医療処置・医療管理方法を関係者と調整し、その結果を関係者と共有する。**
- □ **介護保険制度の利用やサービスの調整について、ケアマネジャーと連携を図る。**

地域包括支援センター保健師の役割

要介護認定に関わらず、本人･家族が相談できます。必要時訪問看護や介護保険サービス導入等、地域で関係職をコーディネートする役割があります。

*p 18「ワンポイント1　地域包括支援センターとは?」を参考にする。

<受容支援>

- □ **これでまで受けたICの内容を把握する。必要時、医療機関への連絡や再説明の調整を行う。**
- □ **病気によって生じる生活の変化を本人・家族に確認する。**
- □ **病気・治療について、本人・家族の理解や思いを受けとめる。**
- □ **治療過程の本人・家族の揺れ動く気持ちを受容し寄り添う。**

<自立支援>

- □ **必要時家庭訪問を行うなど生活状況を把握する。**
- □ **本人・家族が病気を持ちながらも望ましい生き方をイメージできるよう支援する。**
- □ **療養上の相談にのり、必要な制度・サービス等を紹介し調整する。**

<意思決定支援>

- □ **本人と家族の治療の選択と決定に寄り添う。**
- □ **本人と家族の療養場所の選択と決定に寄り添う。**

<看護連携>

- □ **退院前カンファレンスへ出席する。**
- □ **外来看護師と連携、情報共有を行う。（外来受診時に同行する等）**

ワンポイント1 地域包括支援センターとは?

介護保険制度の利用の有無にかかわらず、そこに住む方々が住み慣れたまちで安心して暮らしていくために、高齢者やその家族の方、関係者への支援を行う総合相談窓口です。

地域包括支援センターは、介護保険制度に基づき各市町村が、高齢者の相談支援窓口として設置しているものです。(市町村によっては、事業所へ委託している場合もあります。)
基本的には、保健師・主任ケアマネジャー・社会福祉士の3職種が配置されています。(人口規模によって、配置されている職種の基準は異なります。)

地域包括支援センターには、大きく分類すると①相談を受ける(総合相談)、②施設・病院から生活の場へつなぐ、様々な機関とのネットワーク作りを調整する(包括的継続的ケアマネジメント)、③個人が持つ尊厳を大事にする(権利擁護)の3つの機能があります。

また、要支援1・2と認定された方などの介護予防のケアプランの作成なども行っています。
「在宅での生活が心配だけど、介護保険の利用には至らなかった」、「誰に相談したらよいのかわからない」など・・・。そんな方には地域包括支援センターの活用をすすめてください。

ワンポイント2 居宅介護支援事業所とは?

介護サービスを受ける為に必要な「要介護認定」の申請代行や居宅サービス計画書(ケアプラン)の作成を依頼する居宅介護支援事業所にケアマネジャーは配置されています。

居宅介護支援事業所の主な業務は、①要介護認定申請等の代行　②在宅介護、在宅生活に関する相談支援、③ケアプランの作成、④介護サービスの調整等を行っています。

また、ケアプランを作成していく際には、本人・家族が「病気をどのように理解をしているのか」、「在宅療養についてどのような思いを持っているのか」などの情報が重要です。

本人・家族の意向を踏まえ、自宅等で継続可能な医療ニーズを見据えたマネジメントを行えるように、医療機関の看護職や訪問看護師はケアマネジャーと連携していくことが重要です。

ワンポイント3 ケアマネジャーとの連携について

ケアマネジャーは、本人・家族の依頼を受け、利用者の生活の安心と、自立した暮らしができるように、ひとりひとりの状態をアセスメントし、ケアプランを作成しています。

日頃から担当する方の自宅等に出向いて支援する機会が多いため、本人の自宅での生活状況や家族の状況、家屋や地域の様子など、生活に関する情報を持っています。

しかし、近年は福祉系の資格を基礎資格として持つケアマネジャーが多く、病気の進行や予後を見通し、往診や訪問診療、訪問看護などの在宅医療を導入・調整することについて、「難しい」、「ハードルが高い」と感じている方が多い現状があります。

専門分野や機能の違いを認識した上で、ケアマネジャーと情報を共有し、必要な支援を検討していきましょう。

ワンポイント4 末期がんの要介護認定について

がん患者さんの支援にはスピードが必要です。
要介護認定に必要な主治医意見書に「末期がん」の診断名がある場合、40 ～ 65 歳未満でも「要介護認定」を申請することができます。平成 22 年厚生労働省による介護保険全保険者（市町村）への調査によると、末期がんで申請をされた患者さんのうち、申請後 15 日で約 1 割、申請後 25 日で約 2 割、申請後 40 日で約 3 割の方が亡くなっているという結果でした。申請後、認定までの平均日数は 28.9 日を要しており、19.4% の方が認定前に亡くなっています。

末期がんで迅速な対応が必要な方には、ケアマネジャーが認定調査に同席し、介護度の予測をしながら暫定ケアプランの作成、サービス提供を行うことが可能で、中には認定調査にケアマネジャーの他、訪問看護、訪問介護、福祉用具等サービス提供者を参集しサービス担当者会議を合わせて実施している事例もあります。（軽度者の福祉用具貸与の手続きを行うことで、必要と認められる場合には保険者の判断で例外給付が可能です。）暫定ケアプランによるサービス提供は認定調査が終了していることが条件ですので、保険者による迅速な認定調査はもちろんですが、迅速な在宅療養の体制づくりのために、介護保険の申請前から、地域包括支援センターや、保険者である市町村窓口、居宅介護支援事業所等への相談による連携を行いましょう。

がん患者さんに必要であることが多いサービスとしては、特殊寝台などの福祉用具貸与がありますが、このサービスは要介護 2 以上の区分認定が条件となります。認定調査時から急激に ADL が低下し、認定時には身体状態に比べて介護度が低すぎ、短期間に区分変更をしなければならない事例も見られています。認定調査、主治医意見書に身体の状態、病状の進行予測等も含めた情報を盛り込むことができるよう、医療機関と保険者との連携が必要となります。

ワンポイント5 個人情報の扱いに関する確認事項について

他の機関との連携については、必ず本人の同意を得たうえで、連携することが原則です。

（2）症状緩和（BSC）の時期

Aさんの状態

通院治療を続けてきましたが、医師から「完全に治すことが難しい時期になっています。
今後の治療方針として、辛い症状をやわらげることを中心とした治療へ変えていきませんか。」と提案をされました。
Aさんは迷いながら、その提案を受け入れました。
少しずつ辛い症状が増えてきて、入退院を繰り返すようになってきました。

■基本的な看護

治療の限界を告げられBSCへと大きくギアチェンジをするこの時期、改めて本人は死と向き合うことを余儀なくされます。
死は敗北ではなく生きることの延長線上にあり、非日常と構えずに支援することが看護者の役割として望まれます。

生ききることを考えることは、決して悲しいことばかりではありません。

不安や悲しみに寄り添い、限られた時間を納得できる過ごし方ができるように、本人・家族の表情をくみ取り、小さな言葉に耳をすませましょう。

本人は、様々な肉体的苦痛が出現し、日ましに体力の低下や、外観上の変化を自覚する時期です。
できなくなることが増える中で生きる喜びを見つけ出すこと、疼痛緩和を含めたBSCがより重要となります。

「この状態で在宅は無理でしょう」と医師や看護職が勝手に諦めたりせず、本人・家族自身が本来持っている様々な力を引き出すことが、ケアの本質になります。
療養の場を改めて考えることができるこの時期が、各種サービス導入の大きなきっかけにもなります。

支援体制を速やかに整えることが安心感につながり、その後の信頼関係にも大きく影響します。

病院・施設・在宅にいる看護職のバトンタッチを円滑に行うことが、ご本人ご家族の支えになるのです。

看護の力を発揮した、看護連携が期待されます。

■看護連携のポイント

- □ **本格的に多職種連携が必要となる時期です。**
- □ **これまでの支援経過とどのような意思決定を経てBSCを選択したのかを看護職間で共有することが重要となります。**
- □ **入院前の情報について、在宅療養を支えている関係者から把握するとともに、入院についての情報を関係者へ提供します。**
- □ **入院早期から退院カンファレンスを開催し、退院に向けた情報の共有を行うことが必要です。**
- □ **具体的な退院に向けては、医療機関の看護職と在宅を支える看護職の両者が揃って本人・家族に会うことで、本人・家族の安心につながります。**
- □ **在宅療養中に、再入院の必要性が高まった場合には、医療機関の看護職と情報を共有し、緊急入院時の受け入れについて再確認します。医療機関の看護職は院内の調整を行います。**

病棟看護師の役割

辛い症状で不安があったAさんが入院となり、今後住まいでどう過ごしていけるか改めて考える機会です。本人の心理状況・受容段階に寄り添い、これからの生活の中で必要なことは何か意識して支援する役割があります。

<受容支援>　<意志決定支援>

*p 35「Ⅳ. ICに関連する支援」を参考にする。

- □ **これまで受けたICの内容を把握する。**
- □ **本人・家族の理解状況から、再度ICを行う必要性を判断し、調整を行う。**
- □ **本人の病気の受けとめ方、治療や療養に対する考えや気持ちを把握する。**
- □ **治療方法や療養場所、方法（誰と、どこで、どのように過ごしたいのか?）の決定ができるよう支援を行う。**
- □ **本人・家族の揺れ動く心理状況を把握し、受容段階に合わせた支援を行う。**

<自立支援>

- □ **退院に向けた不安を把握し、必要な支援のアセスメントと情報提供を入院早期より行う。**

*p 47 参考資料②「退院スクリーニングと退院支援計画について」などを活用する。

把握内容等

- 入院前から感じていた不安の有無
- 症状の進行に伴う不安やその対応について
- 対応が必要となる病状やその際の対処方法について説明する。
  症状の重症度に合わせて例えば‥
  ①　救急車の使用が必要なのか?
  ②　緊急・休日夜間受診をするのか?
  ③　電話相談で良いのか?等
- 療養生活や介護について　など

- □ **住まいでの退院後の生活をイメージした、セルフケア能力を高める支援を行う。**

支援内容

- 最低限必要な医療行為（医療管理や医療処置）を判断し、医師と調整する。
- 退院に向けての生活指導（①食事、②排泄、③更衣、④保清、⑤離床、⑥移動）
- 外出や外泊に向けた支援を行う。

- □ **日常療養に必要な医療処置について、具体的な管理方法を本人・家族の理解状況を把握しながら検討する。**

検討内容

- 服薬や医療用麻薬の管理、CV ポート（中心静脈皮下埋め込み型ポート）、在宅酸素療法など

□ **訪問看護、介護保険サービス等各種在宅サービスの紹介を行う。**
*p 57「Ⅶ. 関係機関一覧」を参考にする。

<看護連携>

□ **入院早期に退院前カンファレンスを開催する。**

□ **訪問看護師をはじめとする在宅療養を支援する看護職と情報を共有する。**

情報共有する内容

- 「受容支援」、「自立支援」、「意思決定支援」について
- 病状や治療状況について
- 本人、家族の受けとめ（病気、治療や療養に関することなど）
  *p 55 参考資料⑤「地域への情報提供シート」など

□ **急変時の受け入れに係る連絡調整を行う。**

□ **訪問看護を利用していない場合には、導入のスクリーニングを行い、必要時訪問看護師につなぐ。**

□ **要介護認定を受けていない場合、地域包括支援センターに相談する。**
*「末期がん」の要介護認定については、p 19「ワンポイント4」を参考にする。

□ **介護保険制度の利用やサービスの調整について、ケアマネジャーとの連携を図る。**

□ **病棟看護師が、退院後の生活に不安があると判断したが、必要な支援を受け入れない本人・家族については、退院調整部門や地域包括支援センターもしくは居宅介護支援事業所の紹介を行う。必要に応じて、地域包括支援センターの保健師等に相談を行う。**

外来看護師の役割・訪問診療に同行する看護師の役割

症状の変化、辛い症状を抱えて通院するご本人の心理状態に寄り添い、日々の生活上の不安や、繰り返されるIC後の意思決定のプロセスなどを把握し、必要時病棟や訪問看護等に引き継いでいく役割があります。

<受容支援><意思決定支援>

*p 35「Ⅳ. ICに関連する支援」を参考にする。

□ **これまで受けたICの内容を把握する。**

□ **本人・家族の理解状況から、再度ICを行う必要性を判断し、調整を行う。**

□ **本人の病気の受けとめ方、治療や療養に対する考えや気持ちを把握し、自己決定できるよう支援する。**

□ **本人・家族の揺れ動く心理状況を把握し、受容段階に合わせた支援を行う。**

<自立支援>

□ **退院前に本人・家族と検討した医療処置や医療管理などの状況を把握し、助言を行うとともに、医師との調整を行う。**

- 服薬や医療用麻薬の管理、CV ポート（中心静脈皮下埋め込み型ポート）、在宅酸素療法など

□ **病気や治療の副作用によって生じる生活のしづらさを把握し、その対応について本人・家族と話し合う。**

説明内容

- 出現するリスクの高い症状を説明し、生活指導を行う。
  例えば・・・
  化学療法による口内炎がある場合には、栄養・水分摂取や口腔ケアの必要性を指導するなど

- 対応が必要となる病状やその際の対処方法について説明する。
  症状の重症度に合わせて例えば・・
  ① 救急車の使用が必要なのか?
  ② 緊急・休日夜間受診をするのか?
  ③ 電話相談で良いのか?等

□ **訪問看護や介護保険サービス等の必要な支援をアセスメントし、紹介を行う。**

- 通院が困難な状況がある場合など
  *p 44 連携ツール「病院の看護職の方へ」を参考にする。

□ **外来看護師が、療養生活に不安があると判断したが、必要な支援を受け入れない本人・家族については、地域包括支援センターもしくは居宅介護支援事業所の紹介を行う。必要に応じて、院内の相談窓口等に相談を行う。**

<看護連携>

□ **退院前カンファレンスに出席する。**

□ **訪問看護師をはじめとする在宅療養を支援する看護職と情報を共有する。**

情報共有する内容

- 「受容支援」、「自立支援」、「意思決定支援」の内容について
- 病状や治療状況について
- 本人、家族の受けとめ（病気、治療や療養に関することなど）
- 外来で把握している特殊な事情
  ＊p55 参考資料⑤「地域への情報提供シート」

□ **入院希望時や急変時の受け入れに係る連絡調整を行う。**

訪問看護師の役割

揺れ動く本人・家族の心理状態に寄り添い、日々の生活上の細やかな支援の中で、予測に基づいた医療･介護等サービスのコーディネートを行う役割があります。看護連携とともに、在宅支援チームの介護職を支え、連携して本人の望むケアを提供していきましょう。

<受容支援><意思決定支援> ＊p 35「Ⅳ. ICに関連する支援」を参考にする。

- □ **本人の病気の受けとめ方、治療や療養に対する考えや気持ちを把握する。**
- □ **治療方法や療養場所、療養方法の決定ができるよう支援を行う。**
- □ **家族の揺れ動く心理状況を把握し、受容段階に合わせた支援を行う。**

<自立支援>

- □ **病気や治療の副作用によって生じる生活のしづらさを把握し、その対応について本人・家族と話し合う。**

説明内容等

- 症状の変化に伴うADLの変化を予測し、本人・家族に説明する。
- 本人・家族の能力に応じて、具体的な対応方法を提案し、選択できるよう支援を行う。
- 対応が必要となる病状やその際の対処方法について説明する。
  症状の重症度に合わせて例えば‥
  ① 救急車の使用が必要なのか?
  ② 緊急・休日夜間受診をするのか?
  ③ 電話相談で良いのか?等

- □ **「生活上で工夫できることか?」、「新たな医療ケアをすることで対処できるものか?」をアセスメントし、提案する。**
- □ **今後の療養生活の心構えができるよう支援する。**

- 看取りに向かう経過を説明する。
- これから、どこで、どのように過ごしていきたいかについて、決定したことを支持し、今後の療養生活の心構えができるよう支援する。

<看護連携>

- □ **退院前カンファレンス・サービス担当者会議に出席する。**

Point

Q：介護保険を利用していない時には?
A：退院後にカンファレンスを開催します。積極的に開催しましょう。
医療保険のみを使用している場合は、訪問看護師の役割として重要です。

□ **在宅サービスの紹介や導入に向けた支援と調整を行う。**

- 通院から訪問診療へ切り替える。
- 訪問介護、通所介護、訪問入浴、マッサージ
- 家族のレスパイトのためのショートステイ

□ **生活の質を担保できるような医療処置・医療管理となるよう関係者と調整し、その結果を関係者と共有する。**

□ **外来看護師・地域包括支援センター・ケアマネジャー等と情報を共有する。**
（入院時には病棟看護師と共有する。）

- 病気の症状や治療に関連した療養生活上の変化や家族の状況
- 支援内容など

地域包括支援センターの保健師の役割

がん患者さんは、この時期もADLとしては大きな低下がないことから、要介護認定を受けず、サービスにつながっていない方が多く見られています。保健師が必要だと判断した時には、介護保険の申請をすすめたり、訪問看護につなげる等、医療介護サービスのコーディネートを実施し、ケアマネジャーに対してスーパーバイズをする役割があります。

<受容支援>　<意思決定支援>

*p 35「Ⅳ．ICに関連する支援」を参考にする。

□ **本人の病気の受けとめ方、治療や療養に対する考えや気持ちを把握する。**

□ **治療方法や療養場所、療養方法の決定ができるよう支援を行う。**

<自立支援>

□ **今後の療養生活の心構えができるよう支援する。**

- 看取りに向かう経過を説明する。
- これから「どこで」、「誰と」、「どのように過ごしていきたいか」について決定したことを支援し、 今後の療養生活の心構えができるよう支援する。

□ **病状や生活状況、家族の状況を把握し、必要な支援の判断を行う。**

□ **在宅サービスの紹介や導入に向けた支援を行う。**

<看護連携>

□ **退院前カンファレンスに出席します。**

□ **病棟看護師、外来看護師、訪問看護師、ケアマネジャー等と情報を共有する。**

施設の看護師の役割

住まい等で療養する患者さんを介護老人保健施設（老健）、介護老人福祉施設（特養）の短期入所や通所サービスの場面で看護を提供し支えています。施設での状況とともに、必要時訪問看護や訪問診療等、在宅における医療サービス導入についての判断をケアマネジャーに伝える等、連携する役割があります。

医療依存度の高い方の場合には、介護職が安心してケアを行えるように、施設内の事前調整を行う役割があります。

<受容支援>　<意思決定支援>

*p 35「Ⅳ．ICに関連する支援」を参考にする。

- □ **本人の病気の受けとめ方、治療や療養に対する考えや気持ちを把握する。**
- □ **治療方法や療養場所、療養方法の決定ができるよう支援を行う。**

<自立支援>

- □ **自宅でのケアの方法について、本人・家族や関係者に助言を行う。**
- □ **家族への介護指導を行う。**

<看護連携>

- □ **必要時、退院前カンファレンスやサービス担当者会議に出席する。**
- □ **短期入所中に急変したときには、病棟看護師・外来看護師へショートステイの情報を提供する。**
- □ **ショートステイの様子や自宅でのケアの方法について、訪問看護師・地域包括支援センター・ケアマネジャーに情報提供と提案を行う。**

<施設内調整の役割>

- □ **医療依存度が高い場合は、施設内で事前学習を行い受け入れ体制を整える。**
- □ **施設医師と夜間・休日の連絡・対応について確認する。**
- □ **介護職等へのサポートを行う。**

ワンポイント6 介護老人保健施設（老健）との連携について

がん患者さんは、排泄や入浴等も自立している時には、要介護認定を受けていない方が多く見られます。しかし、主治医意見書で「末期がん」と診断名があれば要介護認定を受けることができ、要介護1～5に認定されると老健などの施設サービスを利用することができます。住まいで療養をすることが考えられる場合は、地域包括支援センターに相談し、要介護認定について検討しましょう。

老健には看護職が基準配置されており、施設によっては 24 時間の交代制で勤務しています。在宅での生活で疲れてしまったとき、家族の不在で不安なとき、レスパイトの目的で短期入所サービスの利用も考えてみましょう。

ワンポイント7 短期入所サービスについて

短期入所サービスには短期入所生活介護と短期入所療養介護があります。（*P 57　Ⅶ. 関係機関一覧参照）

日常生活上の支援及び機能訓練を行うことを目的とした、短期入所生活介護は主に特別養護老人ホームが指定を受けています。看護、医学的管理下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の支援を行うことを目的とした短期入所療養介護は老人保健施設が指定を受けています。

それぞれ施設によって特徴があり、受け入れられるベッド数も様々です。担当のケアマネジャーとよく相談して利用するとよいでしょう。

(3) 終末期

Aさんの状態
医師から最期の時が近づいて来ていると説明されました。
Aさんは家族が辛いのではと迷い、家族にも不安がありましたが、話し合って家で最期まで過ごすことにしました。

■基本的な看護

最期の時が近づいていると医療者から告げられた時、本人・家族の受けとめ方は十人十色です。

悲嘆・絶望・無念といった気持ちや、様々な不安や寂しさが込み上げてくる瞬間でもあります。

それらの気持ちを抱えながら、親族に連絡をしたり、亡くなられた後の具体的な段取りなどを確認し行動しなければならない時期でもあります。

この段階で本人・家族の心身のサポートができるのは、これまで支えてきた看護職です。

疼痛コントロールや終末期に出現する様々な症状の緩和に対してのBSCだけではなく、その中で本人・家族さえも諦めてしまっている願いや希望を、たとえ小さなことでも看護職を含めた医療職が諦めず共に考え、生ききることをケアの中心に据えます。

そして亡くなられた後、家族が再び前を向いて歩みだすことができるように寄り添うことも必要です。

これら一連のケアは、できる限り他職種と連携しながらチームで支えることが望ましく、看取りの経験は数ではなく、一人との出会いから学び、その経験をチームで振り返ることで、個々のケアスタッフ及びそのチームの質の向上につながります。

そのことを看護職は他職種に広める役割があります。

生命体としての命と、人生の物語を尊重するケア（Narrative-based）を問い続けることが看護職に委ねられた役割です。

■看護連携のポイント

- □ **医師や介護職等の他職種とのコーディネート機能の役割が、看護職に最も求められていることを共有します。**
- □ **生ききることのケアの目標を看護職で共有します。**
- □ **本人・家族が希望する医療を把握し、看護職間で共有します。**

病棟看護師の役割

家で人生の最後を過ごすことを決めても、痛みや出血による緊急入院、介護の限界によりレスパイト入院となり、そのまま最期を迎える方もいます。本人・家族が住まいに帰りたいという希望があるときには、「こんな状態では住まいでは無理」と医療職が諦めるのではなく、訪問看護や介護職との連携で本人・家族の選択を支える役割があります。

<受容支援> *p 35「Ⅳ. ICに関連する支援」を参考にする。

- □ **病状や予後などの告知について、どのように理解しているか確認を行う。**
- □ **本人・家族に起こりうる症状の変化や終末期に向けたケアを説明し、看護職・本人・家族がケアを協働で行うことで、本人の受容を支援する。**
- □ **「死の受容過程」を理解し、本人・家族との十分な対話に努め、生き様に寄り添う。**
- □ **家族に対して、臨終に向かって患者本人に生じる心身の変化等の説明を行い、不安や恐れの軽減を図る。**
  *p 48 参考資料③「看取りの作法」等を活用する。
- □ **本人の“願いや遠慮”と家族の“思いや葛藤”など、互いの思いをつなぐ家族間調整を行う。**

<自立支援>

- □ **疼痛などの症状の緩和に努め、その人らしく過ごせる安楽な時間をつくる。**
- □ **できないことが増えていく中で、1つでも本人ができる小さな目標を見つける。**
- □ **本人の持てる力に応え、我慢したり、あきらめずに望みをかなえる手立てを一緒に考える。**
- □ **最期まで本人の希望（やり残したこと、言い残したこと、食べ残したこと）を汲み取った支援を考える。**
- □ **家族の介護力に合わせた介護指導を行う。**
- □ **在宅療養の可能性を持つことができるように在宅療養の支援者を紹介するなど、本人・家族の意向や要望にあわせたサービス提供の調整を図る。**

<意思決定支援>

- □ **緩和ケアについて説明し、対応方法の選択を支援する。**
- □ **終末期を過ごす場所により受けられるケアや療養の過ごし方を想像できるよう情報提供をした上で、療養場所の選択を支援する。**
- □ **本人・主介護者とその他家族での意見の相違がないかなどの確認と調整を行い、意思決定したことを支持する。**

<看護連携>

- □ **退院前カンファレンスを開催する。**
- □ **サービス担当者会議に出席する。**
- □ **外来看護師や訪問看護師、ケアマネジャー等と情報を交換する。**

情報提供内容
- 意思決定した内容
- 本人・家族が希望する医療内容

- □ **急変時の受け入れに係る連絡調整を行う。**

外来看護師の役割・訪問診療に同行する看護師の役割

自宅での看取りを意思決定しましたが、医療機関に緊急搬送されることも想定し、本人・家族の希望する医療内容が守られるよう、院内を調整する役割があります。

<受容支援>

*p 35「Ⅳ．ICに関連する支援」を参考にする。

□ **本人の病状変化に伴う気持ちの揺れや家族の不安に耳を傾け受けとめる。**

<自立支援>

□ **本人の病状変化等に伴う気持ちの揺れを受けとめ、支持する。**

□ **家族の心身の疲労や負担、緊張感、責任感を理解し、アセスメントを行い、介護力に合わせた介護指導を行う。**

□ **対応が必要となる病状やその際の対処方法について説明する。**

説明内容

症状の重症度に合わせて例えば‥

① 救急車の使用が必要なのか?

② 緊急・休日夜間受診をするのか?

③ 電話相談で良いのか?等

<意思決定支援>

□ **緩和ケアについて説明し、対応方法の選択を支援する。**

□ **終末期を過ごす場所を確認し、本人・家族の選択を支持する。**

<看護連携>

□ **退院前カンファレンス・サービス担当者会議に出席する。**

□ **病棟看護師、訪問診療を行っている医師や訪問看護師とサービス提供に関する連絡調整を行う。**

・病状変化時の対応等について　など

訪問看護師の役割

本人に生じている症状や今後生じる可能性のある症状等を予測し、丁寧に家族へ伝えていくことが必要です。

また、いつでも看護職への相談が可能であることを保障することが家族の安心感につながります。本人の病状変化を予測し、対処方法などについて事前に医師と調整することや、本人・家族に最も身近な支援者であるヘルパーなどの介護職を支える役割があります。

<受容支援> *p 35「Ⅳ. ICに関連する支援」を参考にする。

- □ **「死の受容過程」を理解し、本人・家族との十分な対話に努め、生き様に寄り添う。**
- □ **家族に対して、臨終に向かって患者本人に生じる心身の変化等の説明を行い、不安や恐れの軽減を図る。**
  *p 48 参考資料③「看取りの作法」等を活用する。
- □ **本人の“願いや遠慮”と家族の“思いや葛藤”など、互いの思いをつなぐ家族間調整を行う。**

<自立支援>

- □ **最後まで本人の希望（やり残したこと、言い残したこと、食べ残したこと）を汲み取った支援を考える。**

支援内容

- 医療処置、介護方法などのニーズを把握する。
- 本人と家族が伝えたいことを伝えられるように、対話の場を設定する。など

- □ **できないことが増えていく中で、1つでも本人ができる小さな目標を見つける。**
- □ **本人の持てる力に応え、我慢したり、あきらめずに望みをかなえる手立てを一緒に考える。**
- □ **直接介護する家族への支援を行う。**

支援内容

- 今後起こり得る症状、せん妄等についての説明及び対処方法を説明する。
- 対応が必要となる病状やその際の対処方法について説明する。
  症状の重症度に合わせて例えば‥
  ① 救急車の使用が必要なのか?
  ② 緊急・休日夜間受診をするのか?
  ③ 電話相談で良いのか?等
- 在宅療養を支援するサービスと制度を紹介する。（訪問入浴・福祉用具貸与等）
- 経済的な保障制度の説明と関連窓口を紹介する。
  （障害年金を受給できる可能性もあるため、MSWへ相談する。）
- 家族が死を確認した時の対応について説明する。
  （救急車や警察は呼ばず、訪問看護の担当者に連絡する。）
  *p 48 参考資料③「看取りの作法」
- 本人が亡くなった後のことを想定した家族支援を行う。
  （本人の側にいたい、役に立ちたいなどの家族のニーズを汲み取った支援を行う。）

<意思決定支援>

- □ **疼痛へのケアを行い、希望する医療や治療場所等について選択できるよう支援する。**
- □ **終末期を過ごす場所によって、受けられるケアや療養生活を想像できるよう情報提供し、療養場所の選択を支援する。**

<看護連携>

- □ **退院前カンファレンス・サービス担当者会議に出席する。**
- □ **死亡確認をする医師との連絡方法、訪問のタイミングを調整する。**
- □ **日々変化する病状と本人・家族の心身状況を医療機関の看護職やケアマネジャー、ヘルパーと情報を交換する。**
- □ **亡くなった時、その様子を報告し、支援の振り返りを行う。**
- □ **看取りに立ち会った看護職は、速やかに他の機関の看護職へ報告する。**

地域包括支援センターの保健師の役割

本人・家族が在宅療養を決心してから残されている時間は数日であることも少なくありません。医療と介護のサービスを導入・調整し、この短い時間を本人・家族が生ききるためのサポートをする役割があります。

<受容支援>

*p 35「Ⅳ. ICに関連する支援」を参考にする。

- □ **「死の受容過程」を理解し、本人・家族との十分な対話に努め、生き様に寄り添う。**
- □ **家族に対して、臨終に向かって患者本人に生じる心身の変化等の説明を行い、不安や恐れの軽減を図るよう支援を行う。**

*p 48 参考資料③「看取りの作法」等を活用する。

<自立支援>

- □ **要介護認定を受けていない場合は、ただちに認定調査が行えるように、市町村介護保険担当に働きかける。**
- □ **生活状況や介護状況を把握し、必要なサービス利用の調整を行う。**
- □ **最期まで本人の希望（やり残したこと、言い残したこと、食べ残したこと）を汲み取った支援をチームの一員として一緒に考える。**
- □ **経済的な保障制度の説明と関連窓口を紹介する。**
  （障害年金を受給できる可能性もあるため、MSWへ相談する。）

<意思決定支援>

- □ **終末期に行われる医療について説明し、希望する医療について話し合い、その結果を支持する。**
- □ **終末期を過ごす場所を確認し、本人・家族の選択を支持する。**
- □ **本人・主介護者とその他家族での意見の相違がないかなどの確認と調整を行い、意思決定したことを支持する。**

<看護連携>

- □ **退院前カンファレンス、サービス担当者会議に出席する。**
- □ **必要時、地域ケア会議を開催する。**
- □ **本人・家族の心身状況等について、医療機関の看護職や訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパー等と情報を交換する。**
- □ **振り返りカンファレンスを開催し、地域の看護力を高める。**

施設の看護師の役割

この時期のレスパイトは家族にとって大きな支えとなります。
看取りの可能性も想定して、施設内の多職種との調整が必要です。
施設で対応が可能な医療行為について家族と話し合い、施設での看取りの可能も含めて、家族との信頼関係を築いておくことが必要です。

<受容支援>

*p 35「Ⅳ. ICに関連する支援」を参考にする。

- □ **本人・家族の病状変化等に伴う気持ちの揺れを受けとめ、支持する。**
- □ **本人・家族に起こりうる症状の変化や終末期に向けたケアを説明し、看護者・本人・家族がケアを協働で行う。**
- □ **「死の受容過程」を理解し、本人・家族との十分な対話に努め、生き様に寄り添う。**
- □ **家族に対して、臨終に向かって患者本人に生じる心身の変化等の説明を行い、不安や恐れの軽減を図る。**

*p 48 参考資料③「看取りの作法」等を活用する。

- □ **本人の“願いや遠慮”と家族の“思いや葛藤”など、互いの思いをつなぐ家族間調整を行う。**

<自立支援>

Point 在宅療養を支える支援者の紹介など、本人・家族の意向や要望に合わせたスピード感のあるサービス提供調整が重要です。

- □ **家族と過ごせる環境を整備する。**

<意思決定支援>

- □ 本人・家族に施設での看取りの可能性について説明し、選択した結果を支援する。
- □ 疼痛に対するケア、その他症状に対する緩和ケアについて説明し、療養場所や希望する医療について選択できるよう支援する。
- □ 終末期を過ごす場所により受けられるケアや療養生活を想像できるよう情報提供し、療養場所の選択を支援する。
- □ 本人・主介護者とその他家族での意見に相違がないかなどの確認と調整を行い、意思決定したことを支持する。

<看護連携>

- □ 必要時、退院前カンファレンスやサービス担当者会議に出席する。
- □ 施設では、どのような症状管理やケアが可能なのか、医療機関の看護職や訪問看護師等と情報を交換し、受け入れについて事前調整を行う。
- □ ショートステイ中の変化については、ケアマネジャーや医療機関の看護職、訪問看護師等に情報を提供する。
- □ 退所前カンファレンス（退所前のサービス担当者会議）に出席する。

<施設内調整の役割>

- □ 医療依存度が高い場合は、施設内で事前学習を行い受け入れ体制を整える。
- □ 施設医師と夜間・休日の連絡・対応について確認する。
- □ 介護職等へのサポートを行う。
- □ 亡くなった時、その様子を報告し、支援の振り返りを行う。
- □ 看取りに立ち会った場合には、本人の支援を行っていた他の機関の看護職等へ看取り時の故人・家族の様子を情報提供する。（施設のケアマネジャーが行う場合もある）