

平成27年度 滋賀県委託事業
医療と介護をつなぐ看取り介護推進事業

看取りに関する 手引きと事例

平成28年 3 月

滋賀県老人福祉施設協議会

看取り介護支援 施設事例マニュアル

はじめに

2025年、団塊の世代が75歳以上となります。今後高齢者の医療、介護の需要がますます増えていきます。独居の高齢者世帯が増加するなか、自宅だけではなく施設を含めた「生活の場」を在宅ととらえ、病院以外の在宅での療養・看取りが可能な体制づくりを推進する必要があります。施設等におけるケアの一環として看取り介護を実践できるよう、現場において介護と医療の連携をすすめ、多職種のチームによる支援が行えるよう、介護職員の資質の向上を図るとともに、現場における看取り介護の進捗状況と課題を明確にし、更なる看取り介護体制の整備をすすめていかなくてはなりません。

このマニュアルは、特別養護老人ホームやグループホームなどの施設で、看取りを行う際の留意点について、実際の取り組み事例をもとにとりまとめたものです。

※このマニュアルは、平成27年度滋賀県医療と介護をつなぐ看取り介護推進事業の委託を受け、滋賀県老人福祉施設協議会が作成したものです。

目 次

1 看取り介護について

1 入居前のアプローチ

- (1) 入居前面接……………3
- (2) 多職種間の情報共有……………3

2 入居前から看取りに期に至るまでのポイント

- (1) ご本人やご家族へ確認すること……………5
- (2) 入居時における多職種間の情報共有……………6
- (3) 看取り期までのご家族の心の準備……………6

3 看取り期のポイント

- (1) 看取り期のはじまり（医師が判断した時期）……………8
- (2) 看取り介護計画の作成……………9
- (3) 看取り期のケアにおいて大切にすべきこと……………13

4 最期の時・看取り後のポイント

- (1) 最期の時の関わりについて……………14
- (2) 最期の時の対応について……………14
- (3) 残されたご家族への対応について……………14

5 職員の振り返りのポイント

- (1) 看護、介護職も看取り対応の底上げ……………15
- (2) 介護職へのフォロー……………15

6 職員への研修のポイント……………16

2 様 式 例

- ・看取りに関する指針（例1）……………18
- ・看取りに関する指針（例2）……………20
- ・看取りに関する指針（例3）……………23
- ・基本方針として……………24
- ・看取り体制……………26
- ・急変時および終末期における医療や介護に関する意思確認書……………30

3 事 例 集

- ・特別養護老人ホーム カーサ月の輪……………34
- ・特別養護老人ホーム 淡海荘……………41
- ・特別養護老人ホーム ふくら……………47
- ・養護老人ホーム 藤波園……………51
- ・グループホーム せせらぎ……………55

うまいこと参らせてもらえるように

医療法人社団弓削メディカルクリニック
滋賀家庭医療学センター

院長 雨 森 正 記……………62

1 入居前のアプローチ

ね ら い

- 施設職員が利用者の暮らしをサポートし、自宅から施設への連続性あるケアを提供するために生活の実際を知ること。
- 入居予定者に病院との違い、生活の場であるという施設の特色を理解してもらうことで、入居後の暮らし方をイメージする導入となり、看取り期の過ごし方や最期の迎え方について考える導入時期となる。

(1) 入居前面接

■施設の特色を説明し、理解をしてもらうことが重要です。

- 特別養護老人ホームとはどのような場所かをご本人やご家族に理解していただく必要があります。（施設内の医療職、施設の医師の関わり方などを説明することで、病態像により「できること、できないこと」があるということ、自宅における生活の延長線上として、ご家族や親しい人に囲まれながら最期の時期まで過ごすことができる施設であることの説明）
- 医療施設のように、疼痛の緩和に麻薬を使うことなどは、施設では困難な場合があり、「できることが限られる」と伝えることにより、ご家族が意識し考え始めることに繋がる。

■面接時は生活相談員をはじめ多職種で訪問し、これまで入居予定者がお住まいになっていた環境を実際に見ることが望ましく、看取りまでつないでいくために、生活歴を可能な限り把握していくことが大切です。

- 入居前のアセスメントシートにおいて、身体状況以外にも、看取りに関わってくるライフイベントや今後の望み、その人の全体像をつかめるような項目（好きな食べ物、趣味、特技、娯楽など）を入れる。
- これまで看取りについて考えたことがないご家族もおられることから、入居前からご家族に対して看取りについて考えていくきっかけとなる話をしていく。

(2) 多職種間の情報共有

■入居時に向けて、ご本人の意思に基づき、ご家族の意向を尊重した施設サービス計画書を作成するため、入居前の状態や環境について十分に把握し、ケアマネジャー等多職種と共有しておくことが大切です。

■在宅療養の支援スタッフや入院されていた医療機関のスタッフ等から入居前までの経過について十分把握し、施設の医師と情報を共有しておくことが大切です。

＜私の思い＞

施設独自のアセスメントシートを使用し、その中に「私の思い」という項目を設けています。

「うれしいこと、楽しいこと、快いと感じること」

「不安や苦痛、悲しいこと」

「介護への願い、要望」

「医療への願い、要望」

「ターミナルについての思い」

の5つの項目を設け、ご本人およびご家族にお聞きしています。

＜入居前面接時の工夫＞

入居前面接時には、生活相談員を中心にケアマネジャー、看護職員、介護職員など多職種で訪問することで、それぞれの専門分野を踏まえ総合的に話をするようにしています。

＜医療的意向についての確認＞

入居前の段階から、口から食事が食べにくくなった場合についてお話をするようにしています。

食べ易い物を無理のない範囲で食べていただくのか、もしくは胃瘻や点滴等という選択肢があることを説明し、その時のご意向をお聞きするようにしています。

2 入居時から看取り期に至るまでのポイント

看取り介護の考え方

看取り介護とは、近い将来に死に至ることが予見される方に対し、その身体的・精神的苦痛、苦悩をできるだけ緩和し、死に至るまでの期間、その方なりに充実して納得して生き抜くことができるように日々の暮らしを営めることを目的として援助することであり、対象者の尊厳に十分配慮しながら終末期の介護について心をこめて行うことである。

入居前から看取り期に至るまでのポイント

(1) ご本人やご家族に確認すること

■入居時にご本人やご家族へ説明すること

- 施設の理念や看取りに関する考え方
- 施設において対応可能な選択肢
- 看取り介護の経過（時期、プロセス毎）の考え方
- 医師や医療機関との連携体制
- 職員の具体的対応等

施設で定めた看取り介護の指針をわかりやすく説明しておくことが重要である。

■看取りについてご本人や家族の意向を確認

- 入居時に回答を得ることは難しい場合もあり、「今すぐお返事を頂かなくても構いません。ご家族皆さんで考えて下さい」と伝え、看取りの場について考えるきっかけにすることが重要である。

■自分らしく生き、自分らしい最期を迎えるまでの間、どのような生活を送りたいかを確認

- これからの施設での生活をどのように過ごしていくかをイメージしてもらう。
- 施設での生活に対するご本人やご家族の希望や要望の把握をする。
- 事前面接や入居オリエンテーションの時に生活歴、好きな食べ物、音楽、趣味、娯楽、興味のあるもの等々を聞き、入居後の日常会話の中や余暇活動で情報共有し、ケアプランに反映させる。

■緊急時の医療機関への搬送について確認（別表）

- 救急搬送する場合どのような医療措置が想定されるのかご家族の気持ちを確認する。
- 搬送先の医療機関について確認する。（施設の協力医療機関かかかりつけ医かの確認）
- 看取り期でも施設の医師（嘱託医）が治療を必要と判断した場合、救急搬送する場合があることを伝えておく。

<参考：配置医師以外の医師が入居者を診ることができる場合について>

特別養護老人ホームは、入居者に対し、健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数の医師を配置することとされており、配置医師の医療行為は、介護保険と医療保険とで調整の上、評価されている。

外部医師（配置医師以外の医師）については、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発0331002号）において、i）緊急の場合、ii）配置医師の専門外の傷病の場合のほか、iii）末期の悪性腫瘍の看取りや、iv）在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合には入居者を診ることができる。（例えば、特養の入居者（患者）については原則として「在宅患者訪問診療料」の算定の対象とはならないが、①その入居者（患者）が末期の悪性腫瘍である場合、②その入居者を特別養護老人ホームにおいて看取った場合は算定可能。なお、看取った場合の「在宅患者訪問診療料」の算定については、在宅療養支援診療所（病院）又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により死亡日から遡って30日間に行われたものに限られている。）

■ご家族の意向を確認する場合は、主たる介護者の意向だけでなく、その他遠方におられるご家族やご親族とどのように話がされているかを確認しておく必要がある。

- ・ご家族の連絡窓口のキーパーソンは決めておくといいが、看取りについては身内の方々とともに相談が出来て意見がまとまっているのかを確認しておく必要がある。

（２） 入居時における多職種間の情報共有

■看取り期の過ごし方や最後の迎え方等に関して、ご本人の意思に基づき、ご家族の意向を尊重しながら施設の医師に十分理解が得られるよう入居時から情報共有を緊密にしておく必要がある。

- ・多職種連携によるカンファレンスの開催によりご家族の希望を記録に残し、情報の共有化を密にする。

（３） 看取り期までのご家族の心の準備

■看取り期になった時、心の準備ができるよう日頃からこまめに身体の状態変化をご家族にお伝えしておくことが大切である。

- ・看取り介護を行う上で重要なのはご本人・ご家族との信頼関係であり、日頃から家族とのコミュニケーションをとっておくことが必要である。面会時には入居者の日頃の生活や心身の状態等について伝え、家族に現状を理解してもらうことやご家族が職員に何でも話せるような関係性を構築しておくことが必要である。

【参考資料】

○特別養護老人ホームにおける看取り介護ハンドブック～家族とともに考えるために～

株式会社三菱総合研究所

○看取りに関する手引き（在宅及び高齢者施設等における看取り）

山形県村山総合支庁・山形在宅ケア研究会

○看取り支援施設ガイドブック

京都地域包括ケア推進機構

看取りについての事前確認書

入居利用者・ご家族のみなさまへ

当施設では、ご希望される方には精神面でのケアを中心とした終末期ケアを行っています。利用者の方の容態が悪くなった時には、倫理的に問題のない範囲でご自身のご要望を出来る限り反映させていただきたいと考えております。

つきましては、下記の質問項目により利用者の方が終末期ケアに対してどのようにお考えをお持ちでいらっしゃるかと回答いただけますようお願い申し上げます。

1. 終末期を迎えたい場所はどこですか？
 - ☐ 施設で最期を迎えたい
 - ☐ 自宅に戻って最期を迎えた
 - ☐ 入院を希望する
2. 終末期には積極的な延命治療を望まれますか？
 - ☐ 望む
 - ☐ 望まない 自然な形でいい
3. 急変時（心停止・呼吸停止）に病院への搬送を希望されますか？
 - ☐ 希望する
希望される病院名
 - ☐ 希望しない
4. 食事や水分を摂ることが難しくなった場合の希望はありますか？
 - ☐ 点滴のみの水分補給
 - ☐ 経管栄養（鼻腔・胃瘻）を希望する
 - ☐ 経管栄養を希望しない
5. その他（ご希望、ご要望があればご記入ください）

<注> 上記の内容は、変更することが可能ですのでいつでも申し出下さい。

平成 年 月 日

ご利用者氏名

⑩

ご家族氏名

⑩（続柄 ）

3 看取り期のポイント

(1) 看取り期のはじまり（医師が判断した時期）

看取り介護は、入居者が医師の診断のもと、回復不能な状態に陥った時に、最後の場所および治療等について本人の意思、ならびに家族の意向を最大限に尊重して行わなければならない。

看取り介護を希望される入居者、家族の支援を最期の時点まで継続することが基本であり、それを完遂する責任が施設、及びその職員にはある。又、看取り介護実施中にやむを得ず病院や在宅等搬送する入居者においても、搬送先の病院等への引き継ぎ、継続的な入居者、家族への支援をおこなわなければならない。

【入居者・家族への説明における工夫例】

- 看取り期に可能な医療の体制について、医療機関でできることと、施設内でできることの違いを家族にきちんと説明する。施設ではどこまでできるかを一つ一つ説明し、施設内でできる範囲で、一番良い方法を家族とともに話し合っ決めて決めるようにする。
- 看取り期に入った段階で、今後予測されること、看取りに向けての行っていくこと等について説明し、施設で「できること」「できないこと」を理解してもらう。
- 看取り期は、口から食事を摂取することの重要性を説明し、できるだけ点滴はせずに対応している。ただし、医師が点滴が必要と判断した場合や、家族が強く点滴を望む場合に、少量で回数をおさえて点滴を行うこともある。
- 定期的に家族面談を行い、家族の意思の確認を行う。
- 看取り期に入ったサインを見逃さないよう、日頃から介護職・看護師が十分に情報共有し、医師に伝えることが重要となる。
- 遅かれ早かれ最期はくるため、「そろそろ厳しくなってきた」ということをきちんと施設の医師からご家族へ説明され、ご家族が納得し、同意を得ることが必要となる。
- 看取りの同意を得る際は、家族への説明は表現に気をつける。特に、死についての直接的な表現は避ける。

<看取り期のサイン>

- 日ごとに経口摂取が減り、食事の飲み込みが悪くなる。
- いつもの状態と違って活気がなくなり、反応が鈍く眠っている状態が増す。
- 皮膚（顔色）がなんとなく白っぽく、浮腫が出てきて尿量が減少する。
- 手足の先の色が悪く（紫色）チアノーゼになる。
- ご本人が食事やその他の支援を拒否するようになる。
- うとうとする時間が多くなる。

<看取り期の家族の係わり>

- 身体機能が低下していて、少しずつ最期に向かっていることが家族にも分かるように、家族に継続的に係わってもらう必要がある。
- 生命力が低下していく過程を目で見て理解できることで、最期の迎え方について心の準備ができると考える。
- ご本の状態を随時家族に対して詳しく説明するとともに家族が不安に思っていることについて適宜対応し、入居者本人・家族の医師を継続的に確認しておくことが重要である。

(2) 看取り介護計画の作成

看取り介護においては、そのケアに携わる管理者・生活相談員・介護支援専門員・看護師・栄養士、介護職員等従事する者が協働し、看取り介護に関する計画書を作成し、原則として週1回以上、本人家族への説明を行い、同意を得て看取り介護を適切に行う。尚、必要に応じて適宜、内容を見直し、変更する。

【看取り期における工夫】

- 看取り期に入ると、看取りケアの内容を細かく決め、全職員で情報共有し、誰が夜勤に入っても同じ対応ができるようにする。看取りケアの内容は、家族にも明示している。家族と職員が同じ情報を共有して対応することが重要である。
- 看取り期には、職員との係わりも深くなるので、入居者の思い出話も出てくる。家族と係わる時間を増やすようにして、家族の気持ちや要望などに配慮し支える。

<看取り期の介護内容>

• 栄養と水分

看取り介護にあたっては他職種と協力し、入居者の食事・水分摂取・浮腫・尿量・排便量等の確認を行うと共に、入居者の身体状況に応じた食事の提供や好みの食事等の提供に努める。

• 清潔

入居者の身体状況に応じ可能な限り入浴や清拭を行い、清潔保持と感染症予防対策に努める。その他、本人、家族の希望に添うように努める。

• 苦痛の緩和

(身体面)

入居者の身体状況に応じた安楽な体位の工夫と援助、及び疼痛緩和等の処置を適切に行う。(医師の指示による緩和ケア、又は日常的ケアによる緩和ケアの実践)

(精神面)

身体機能が衰弱し、精神的苦痛を伴う場合、手を握る、体をマッサージする、寄り添う等のスキンシップや励まし、安心されるこえかけによるコミュニケーションの対応に努める。

• 家族

変化していく身体状況や介護内容については、定期的に医師からの説明を行い、家族の意向に沿った適切な対応を行う。

継続的に家族の精神的援助(現状説明、相談、こまめな連絡等)あるいは本人、家族から求められた場合における宗教的な関わりと援助を行い、カンファレンスごとに適時の状況説明を通し、家族の意向を確認する。

• 死亡時の援助

医師による死亡確認後、エンゼルケアを施行し、家族と看取り介護に携わった全職員でお別れをすることが望ましい。

死後の援助として必要に応じて家族支援(葬儀の連絡、調整、遺留金品引渡し、荷物の整理、相談対応等)を行うことが望ましい。

<看取り介護実施における職種ごとの役割>

(管理者)

- 1) 看取り介護の総括管理
- 2) 看取り介護に生じる諸課題の総括責任

(医師)

- 1) 看取り介護期の診断
- 2) 家族への説明(インフォームドコンセント)
- 3) 緊急時、夜間の対応と指示
- 4) 各協力病院との連携、調整
- 5) 定期的カンファレンス開催への参加

6) 死亡確認、死亡診断書等関係記録の記載

(生活相談員・介護支援専門員)

- 1) 継続的な家族支援（連絡、説明、相談、調整）
- 2) 看取り介護にあたり他職種協働のチームケアの連携強化
- 3) 定期的カンファレンス開催への参加
- 4) 緊急時、夜間帯の緊急マニュアルの作成と周知徹底
- 5) 死後のケアとしての家族支援と身辺整理

(看護職員)

- 1) 医師または協力病院との連携強化を図る
- 2) 看取り介護にあたり他職種協働のチームケアの確立
- 3) 看取り介護に携わる全職員へ死生観教育と職員からの相談機能
- 4) 看取り介護期における状態観察の結果に応じて必要な処置への準備と対応を行う
- 5) 疼痛緩和
- 6) 急変時対応マニュアル（オンコール体制）
- 7) 随時の家族への説明と、その不安への対応
- 8) 定期的カンファレンス開催への参加

(栄養士)

- 1) 入居者の状態と嗜好に応じた食事の提供
- 2) 食事、水分摂取量の把握
- 3) 定期的カンファレンス開催への参加
- 4) 必要に応じて家族への食事提供

(介護職員)

- 1) きめ細かな食事、排泄、清潔保持の提供
- 2) 身体的、精神的緩和ケアと安楽な体位の工夫
- 3) コミュニケーションを十分にとる
- 4) 看取り介護の状態観察、食事、水分摂取量の把握、浮腫、尿量、排便量等のチェックときめ細かな経過記録の記載
- 5) 定期的カンファレンス開催への参加
- 6) 生死の確認のための細やかな訪室を行う

参考資料

看取り介護についての同意書

私は、_____の看取り介護について施設の提供する対応ならびに医師の説明を受け、
私どもの意向に添ったものであり下記の内容を確認し、同意致します。

記

- ① 医療機関での治療は平成 年 月 日をもって、本人に苦痛を伴う処置対応は行いません。また、重篤な状態に陥った場合も病院には搬送せず、施設内にて最後を看取ります。
- ② 身体的な介護では安心できる声かけを行い身近に人を感じられるよう_____様の尊厳を守る援助を致します。
食事はできる限り経口摂取に努めます。
- ③ 医師に相談指示を仰ぎながら、苦痛や痛みを和らげる方法を取り、施設内できる限りの看取り介護をします。
- ④ ご家族の希望に添った対応に心がけます。
- ⑤ 但し、ご本人ご家族の希望、意向に変化があった場合は、その意向に従い援助させていただきます。

以上

特別養護老人ホーム〇〇〇〇

施設長

殿

平成 年 月 日

身元引受人

住所

氏名

印（続柄 ）

（その他の家族） 住所

氏名

印（続柄 ）

説明医師

医療機関

氏名

印

施設立会人

職種

氏名

印

(3) 看取り期のケアにおいて大切にすべきこと

- 看取り介護の基本方針の設定および理解（職員およびご本人、ご家族）
- 看取り介護指針の整備を行う。
- 看取り時の多職種連携が重要となる。
- 入居者や家族への対応姿勢
 - ① 家族が面会に来られた際に、元気なうちから様子を伝えたり、日常の中で家族との信頼関係を構築する。
 - ② 入居者本人と家族が主体であって、職員はその安らかな最期の時間を支援するというスタンスである。入居者の長い人生の中で、家族と一緒に最期に過ごせる時間であり、職員はその立場をわきまえた対応をすることも必要である。
 - ③ 看取り期に入居者本人及び家族の気持ちが揺れ動くことが大きい場合は、家族がじっくり考える時間を作ったり、不安に思っていることを時間をかけて聞いたり、いろいろな立場の職員が家族と話し合う機会をつくるとよい。
 - ④ 入居者本人と家族の想いを職員間で共有し、入居者本人の状態に応じ、施設として柔軟に対応できること、一旦決めたことでもいつでも変更できることを伝えておくことが重要である。
 - ⑤ 施設としては、親族を含めた家族皆でできるだけ意思統一を図るよう働きかけ、緊急時に施設側から連絡すべき人・順番などについて再確認しておく。

4 最期の時・看取り後のポイント

- ご利用者の疼痛緩和等安らかな情態が保てるよう、医師、多職種職員と家族等との連携を図りながらその不安に対して適宜対応する。
- ご家族が、最期の時間をご本人と落ち着いて過ごすことができるよう、死が近づく際の変化について説明し、不安を取り除くことが重要となる。
- 今後の経過といずれ予想される情態についての説明や情報提供。
- 最期に悔いのないひとときが持てるよう、家族だけで過ごせる空間を準備する。
- 死亡確認の後は、ご家族が十分にお別れ、ご家族自身が死を受け入れられるよう配慮する。
- エンゼルケア ご家族の状況により、タイミングを見計らって死後の処置を行うことを説明し、ご家族が希望すれば清拭や化粧を一緒に実施するなど配慮する。
- 看取り後 ご家族のグリーフケア（心理的支援）と諸手続の支援。

（１） 最期の時の関わりについて

- 死亡直前には、寄り添うご家族が落ち着いて最期の時間を一緒に過ごしてもらえよう配慮することが大切です。
- 死亡確認までの連絡体制を再度確認しておくことが大切です。

（２） 最期の時の対応について

- 死亡確認について、施設の医師との伝達方法などの手順を確認しておくことが大切です。
- ご家族の気持ちの整理を行う為、ご家族がお別れをしっかりと出来るような時間を確保する配慮が大切です。
- 医師の死亡診断後はエンゼルケアを行います。なお、エンゼルケアは、ご家族を中心に看護職員や介護職員など今まで介護してきた多職種で一緒に携わる事が大切です。
- 看取った後には葬儀の手続きや保険証の変換など様々な手続きが必要になります。ご家族は看取った後の動揺の中でこれらの手続きを行う必要があるため、「心配事はありませんか」など声をかける事が大切です。また施設の中で誰が対応するかを明確にし遺影、葬式の段取り等を時系列に整理し、希望されるご家族に提示できるようにしておくことが大切です。

（３） 残されたご家族への対応について

- ご家族へのグリーフケアとして、ご家族が「できるかぎりのことをやれた」と思えるような支援が大切です。

5 職員の振り返りのポイント

主 眼

- 看取りは、職員の疲労感や後悔が残ることもある為、看取りケアの経過を振り返り、評価を実施する。また、職員が看取りを前向きに捉えられるように施設全体で職員を支える。

<アクションポイント>

(1) 看護、介護職の看取り対応の底上げ

- 看護職の課題として（ア）看取りに対する認識の共有（イ）入居者の身体状況の的確なアセスメント
- 施設の看取り介護の指針や現状と課題について確認し、共通認識を持つこと。また、病院と異なる状況の中で、高度なアセスメント力を発揮するための事例検討会を行う。
- 介護職の課題として（ア）看取りに対する理解の促進（イ）看取りケアに対する主体性の向上（ウ）看取り経験の少ない介護職の不安の軽減
- 介護職の経験、知識、死生観の差がケアの質に影響することから、「指導・研修」で知識を補い、「振り返りと連携」で認識を共有する。
- 人が亡くなる場面に立ち会った経験が少ない介護職の不安を軽減するために、カンファレンスで情報を共有する。

(2) 介護職へのフォロー

- 呼吸状態確認の観察ポイント等の具体的なアドバイスを行う。また、夜間も看護職がフォローすることを伝える。
- 超高齢化社会が進み、「施設での看取り」はとても重要な役割りといえます。
医師・看護師・介護職および生活相談員等、施設全体で情報共有し、支え合うことが重要である。

6 職員への研修ポイント

職員の看取りへの共通理解を図る為のポイント（7項目）

1 看取り期に起こりうる身体・精神的変化への対応

- 看取りまでの身体の変化
- ご本人やご家族の意向に沿った加齢に伴う機能低下、疾病、外傷などの苦痛軽減を行うケア（関節の拘縮、クッションの活用、褥瘡への対応など）

2 ご本人やご家族への意思決定についての支援

- ご本人の状態やご家族の状況に応じて、その都度自己決定が出来る支援
- 死への不安の受容と共感、話しやすい環境と希望や心配事への対応

3 ご家族との関わり方、連携を図る

- ご家族の積極的な協力が得られるよう、日頃からの信頼関係の構築
- 看取り期における急変時の報告対応

4 多職種協働の重要性と各職種の役割

- カンファレンスによる情報共有の必要性（施設全体で看取りに取り組む姿勢）
- 各職種の専門性が発揮でき、協働できるチームづくり

5 夜間や急変時の対応

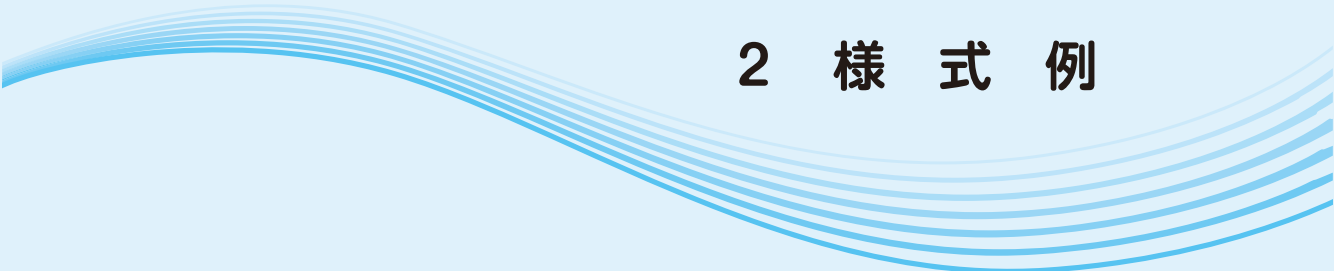
- 急変時の対応方法
- 急変時の発見からの連絡方法や手順の確認

6 死生観の尊重

- 入居者ご本人やご家族の価値観などの尊重

7 施設の方針や理念

- 職員間での施設の看取り方針や理念の共有



2 樣 式 例

看取りに関する指針（例１）

１．看取り介護の考え方

特別養護老人ホーム〇〇〇〇（以下「施設」という）では、入居者及びご家族が希望される場合には、医師により医学的回復の見込みがないと判断された入居者に、人としての尊厳と安楽を保ち、可能な限り痛みや苦痛の症状の軽減に努め、穏やかな日々を過ごして頂くとともに、安らかな死が迎えられるように精神面のケアを中心とした看取り介護を実施します。

２．看取り介護の視点

施設での看取り介護は、「住み慣れた第二の我が家」で親しい人々に見守られ、自然な死を迎えられることであり、施設は入居者又はご家族に対し以下の確認を事前に行い、理解を得た上で援助を行います。

（１）施設における医療体制の理解

- ① 常勤医師の配置がないこと
- ② 医師とは協力医療関係機関とも連携し、19時までは連絡体制を確保して、必要に応じ健康上の管理等に対応すること

※19時以降に状態が悪くなられた場合、連絡及び確認は翌朝9時以降となります

- ③ 夜間は医療スタッフが不在で、看護師は緊急時の連絡をとれる体制であること

（２）病状の変化等に伴う緊急時の対応については、看護師が医師との連絡をとり判断すること。夜間においては夜間勤務職員が夜間緊急連絡体制にもとづき、看護師と連絡をとって緊急対応を行うこと

（３）家族との24時間の連絡体制を確保していること

（４）看取りの介護に対する家族の同意を得ること

３．看取り介護の内容

お一人おひとりに最期まで「生活の主役」として生きてもらえるように、その人らしい「普通の暮らし」をサポートします（施設基本方針）。

（１）環境整備

最期の時を安楽にゆったりと迎えるため、室温調整や採光、換気などの環境整備に注意します。

（２）食事

食事の時間にこだわらず、食べられる時に食べられる量だけ食べて頂きます。

（３）排泄

排泄に適した姿勢を援助し、出来るだけ自然な方法を継続します。痛みや苦痛がある場合は身体的負担の少ない方法で対応します。

（４）清潔

身体の状態を確認しながら、清拭だけではなくできるだけ気持ちよく入浴していただきます。

（５）疼痛緩和

身体状況に応じた安楽な体位の工夫と援助、及び疼痛緩和等の処置を適切に行います。

（６）精神的支援

身体機能が衰弱し、精神的苦痛を伴う場合、手を握る、マッサージする、寄り添う等のスキンシップや、励まし、安心できる声かけによるコミュニケーションの対応に努めます。

(7) ご家族

変化していく身体状況や介護内容については、定期的に医師からの説明を行い、家族の意向に沿った適切な対応を行います。

(8) 死亡時の援助

医師による死亡確認後、死後の処置を施行し、家族と看取り介護に携わった職員でお別れをします。死後の援助として必要に応じて家族支援（葬儀の連絡、調整、遺留金品引渡し、荷物の整理、相談対応等）を行います。

4. 看取り介護の具体的方法

(1) 看取り介護の開始時期

看取り介護の開始については、医師により一般に認められている医学的知見から回復の見込みがないと判断し、かつ、医療機関での対応の必要性が薄いと判断した対象者につき、医師より入居者又はご家族にその判断内容を懇切丁寧に説明し、看取り介護に関するケアプランを作成し、終末期を施設で介護を受けて過ごすことに同意を得て実施されます。

(2) 医師よりの説明

- ① 医師が(1)に示した状態で、看取り介護の必要性があると判断した場合、看護職員又は生活相談員等を通じ、当該入居者のご家族に連絡をとり、日時を定めて、施設において医師より入居者又はご家族へ説明を行います。この際、施設でできる看取りの体制を示します。
- ② この説明を受けた上で、入居者又はご家族は、入居者が当施設で看取り介護を受けるか、医療機関に入院するか選択することができます。医療機関入院を希望される場合は、施設は入院に向けた支援を行います。

5. 看取り介護の実施

- (1) ご家族が施設内で看取り介護を行うことを希望された場合は、介護支援専門員は医師、看護職員、介護職員、栄養士等と共同して看取りのケアプランを作成します。
- (2) 看取り介護を行う際は、医師、看護師、介護職員等が共同で入居者の状態又はご家族の求め等に応じ、随時入居者又はご家族への説明を行い、同意を得ます。
- (3) 施設の全職員は、入居者が尊厳を持つひとりの人間として、安らかな死を迎えることができるように、入居者又はご家族の支えともなり得る身体的、精神的支援に努めます。

6. 夜間緊急時の連絡と対応について

当施設の夜間緊急時の連絡・対応マニュアルによって適切な連絡を行います。

7. 協力医療機関との連携体制

当施設は協力医療機関との連携により、夜間（19時から8時まで）を除いた時間内で連絡体制を確保し、必要に応じ健康上の管理等に対応できる体制をとっています。

8. 看取り介護終了後カンファレンスの実施について

看取り介護が終結した後、看取り介護の実施状況についての評価カンファレンスを行います。

9. 責任者

夜間緊急対応及び看取り介護については、看護師のうち1名を定めて、これを責任者とします。

看取りに関する指針（例2）

1.（施設名）における看取り介護の理念

看取り介護は、（施設名）の入居利用者が医師の診断のもと、回復不能な状態に陥った時に、（施設名）で最期まで暮らすことを希望される利用者の意思の確認と家族やその他の関係者の理解と協力が得られる場合において、残された生命・生活・時間がより豊かに穏やかにそして人間としての尊厳に十分配慮しつつ、その人らしい最期を迎えることができるよう援助します。

看取り介護においては、利用者の生き方を支え、利用者の思いに出来る限り添えるような援助を継続していくことがケアの使命であることを認識し、そしてその人にとって最も幸せな援助の方法が職種間の強い連携と、家族の協力を得て常に検討され、一日一日を大切に心を尽くして援助することを目的とし、人生の最後まで穏やかで、安らぎのある日々を過ごせるよう援助します。

2. 自己決定と尊厳を守る看取り介護の視点

- ① （施設名）における看取り介護の理念を明確にし、入居利用者本人または家族に対し生前意思（リビングウィル）の確認を行う。
- ② 施設における医療体制（常勤医師の配置がないこと、医師とは協力医療機関とも連携し必要時は24時間の連絡体制を確保して、必要に応じ健康上の管理等に対応すること、夜間は医療スタッフが不在で、看護職員は緊急時の連絡により駆けつけるオンコール体制であること）を利用者または家族に伝えて、理解を得ておく。
- ③ 看取り介護の開始については、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した時、利用者または家族に対し、医師からその判断内容を懇切丁寧に説明が行われたうえで、看取り介護に関する計画を作成し施設で出来る看取り体制を示し、利用者または家族の同意を得て実施されるものである。
- ④ 看取り介護を行う時は、管理者を中心に多職種協働体制のもとで介護支援専門員は医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等と協議し、看取り介護に関する計画書を作成し原則として週1回以上、利用者または家族への説明を行い、同意を得ながら看取り介護を適切に行うこと。

3. 看取り介護の支援体制

- ① 夜間緊急対応及び看取り介護については、看護職員のうち1名を定めて、これを責任者とする。
（ア）病状の変化等に伴う緊急時の対応については、看護職員が医師との連携をとり判断すること。
夜間においては、夜間勤務職員が夜間緊急連絡体制に基づき看護職員と連絡をとって緊急対応を行うこと。

4. 看取り介護の具体的方法

看取り介護の開始時期

看取り介護の開始については、医師により一般に認められている医学的知見から判断して回復の見込みがないと判断し、かつ、医療機関での対応の必要性が薄いと判断した時。

① 医師よりの説明

- I. 医師が1に示した状態で、看取り介護の必要性があると判断した場合、看護職員または生活相談員を通じ、利用者の家族に連絡を取り日時を定めて、施設において医師より利用者または家族へ説明を行う。この際、施設でできる看取りの体制を示す。
- II. この説明をうけた上で、利用者または家族は、利用者が当施設で看取り介護を受けるか、医療機関に入院するか選択することができる。医療機関へ入院を希望する場合は、施設は入院に向けた支援を行う。

② 看取り介護の環境整備

尊厳ある安らかな最後を迎えるために個室の環境整備に努め、その人らしい人生を全うするための居住環境を整える。

③ 看取り介護の実施

- I. 家族が施設内で看取り介護を行うことを希望した場合は、介護支援専門員は、医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等と協議して看取り介護の計画を作成すること。なおこの計画は医師からの利用者または家族への説明に際し事前に作成しておき、その際に同意を得ることも考えられる。
- II. 看取り介護を行う際は、医師、看護職員、介護職員等が共同で週に1回以上定期的に利用者または家族への説明を行い、同意を得ること。
- III. 施設の職員は、利用者が尊厳を持つひとりの人間として、安らかな死を迎えることができるように、利用者または家族の支えともなり得る身体的、精神的支援に努めること。

5. 看取りに関する職員教育

（施設名）における看取り介護の目的を明確にし、死生観教育と理解の確立を図るものとする。

- ① 看取り介護の理念と理解を深め、死生観教育に取り組む。
- ② 看取り期に起こりうる機能的・精神的変化への対応や、夜間・急変時の対応マニュアルを活用して学習し、確立する。
- ③ 家族への援助法を学ぶ。
- ④ チームケアを充実させ、看取り介護についての検討会を行う。

本書面にに基づき、看取りに関する指針の説明を行いました。

平成 年 月 日

(住 所)

(施 設 名)

管理者 ○ ○ ○ ○ (印)

説明者 氏 名 ○ ○ ○ ○ 印

私は、本書面に基づいて看取りに関する指針の説明を受け、このことについて同意しました。

平成 年 月 日

利用者 住 所

氏 名 (印)

(署名することが難しい家族等が署名を代行する場合)

代理人 住 所

氏 名 (印)

利用者との続柄 ()

(身元引受人)

私は、本書面に基づいて看取りに関する指針の説明を受け、このことについて同意しました。

住所

氏 名 (印)

利用者との続柄 ()

看取りに関する指針（例3）

【特別養護老人ホーム〇〇〇〇における看取り介護実施の定義】

看取り介護は、（施設名）利用者が医師の診断のもと、回復不能な状態に陥った時に、最後の場所及び治療等について本人の意思、ならびに家族の意向を最大限に尊重して行わなければならない。（施設名）において看取り介護を希望される利用者、家族の支援を最後の時点まで継続する事が基本であり、それを完遂する責任が施設、及びその職員にはある。また、看取り介護実施中にやむを得ず病院や在宅等に搬送する利用者においても、搬送先の病院等へ引継ぎ、継続的な利用者、家族への支援を行わなければならない。

- 1.（施設名）は以下の条件を満たしているとともに、施設における看取介護に関する理念、及び理念に基づく質の高いサービスが行わなければならない。
- 2.（施設名）利用者は、人道的且つ安らかな終末を迎える権利を保持しているので、（施設名）は可能な限り尊厳と安楽を保ち、安らかな死が迎えられるよう全人的ケアを提供するために以下の体制を整備する。
- 3.（施設名）は、医師及び医療機関との連携を図り、医師の指示により管理者を中心に他職種共同体制のもとで、利用者及び家族の尊厳を支える看取りに努めるものである。

【基本の方針】

ターミナルケアあるいは末期ケアについては様々な考え方があり、定義は必ずしも容易ではない。1990年、世界保健機構（WHO）はがん医療における終末期医療を含む新しいケアの考え方を「緩和ケア（palliative care）」と呼ぶことを提言している。

この中で、「緩和ケアとは、治癒を目指した治療が有効でなくなった患者に対する積極的な全人的ケアである。痛みやその他の症状のコントロール、精神的、社会的ケアが最も重要な課題となる。緩和ケアの目標は、患者とその家族にとってできる限り可能な最高のQOLを実現することである。末期だけでなく、もっと早い病期の患者に対しても治療（ケア）と同時に適用すべきである。」としている。

基本方針として

1. 絶対的条件

- (1) 入居者自身が施設にいたいという希望を持っていること。本人の希望を元気な時に聞いておくこと（意思疎通が困難な場合は身元引受人）
- (2) 家族、親戚が施設で看取るという希望を持っていること。（家族、親戚がいない場合がある。本人の希望を元気な時に必ず聞いておくこと、意思疎通が困難な場合は施設長の判断とする。）
- (3) 看取る家族、親戚が側にいること。（家族がいない場合はこの限りでない）

2. 準絶対的条件

- (1) 入居者自身の終末への理解、自覚があるか。（自覚できない人も多くいる。告知の問題考慮も含む）
- (2) 症状コントロールができていること。（病院でコントロールし、施設に繋ぐ）
- (3) 症状コントロールが簡単なこと。（治療が目的となっていないこと）

3. 看取りは、医療措置でない

最終段階では、蘇生、延命のための医療措置は必要でないことを介護・看護・医師および本人・家族が理解していること。

4. 「痛み」への理解

「痛み」または「苦しみ」がある場合、本人にとっての問題は、「死」ではなく「痛み」。身体的痛みをまずコントロールする。メンタル、ソーシャルな痛みは身体的痛みが軽減されてから。

5. 本人の意志、家族の理解・協力

本人、家族に説明、何度も確認する。何度も確認するとは、面会の都度および症状の変化がある事で意思の変化が生じることも想定しその都度確認はとっておく。

6. 医師の判断と家族の承諾

医療による回復、改善が見られないと医師の判断と家族の承諾によって開始されるものとする。

7. 死亡診断書

医師が書く。医師が立ち会う場合、又は、事後確認の場合を想定し、確認の方法について取り決めておく。

8. 医師

（施設名）のターミナルケアについて、1～7を踏まえて、当施設の場合、医師は（嘱託医）とする。

9. 立会い責任

施設長、又は副施設長は最終責任者として立会うこと。

10. 入居者臨終時の連絡経路及び諸手続きについて

看護師又は夜勤者（ケアワーカー）の発見



管理者への連絡（立会い）相談員への連絡（立会い）…（緊急勤務体制の事前確認）



家族への連絡…（事前に連絡先の確認）



医師への連絡…（死亡確認）の取り決めによるものとする。



死亡確認 エンゼルケア実施の有無確認



死亡診断書の作成（医師によるもの）



搬送（事前に手段・搬送先を確認しておく）…相談員



諸手続きの処理及び相談援助

【身元引受人がない場合】

1. 公正証書・遺言の確認
2. 埋葬執行者・方法の確認 決まっていない場合→近隣葬儀社の紹介
施設内での葬儀も含む
3. （献体・臓器提供の確認）
4. 死亡診断書と併せ死亡届の提出→家屋管理人として施設長が届出人となる
施設長個人印が必要（シャチハタ不可）
5. 死体埋葬許可書の発行を受ける
6. 葬祭費・埋葬費の支給の説明
7. 弔電その他の手配
8. 通夜・葬儀（埋葬）の参列
9. 預かり証など書類の確認及び返却の整理
10. 残留物の処理
11. 住所地特例の場合は市町に連絡

身元引受人がある場合は上記1～11の手続きにおいて行ってもらうことと施設側で行うことを双方で確認

看取り体制

（１）自己決定と尊厳を守る看取り介護

- ① （施設名）における看取り介護の基本理念を明確にし、本人または家族に対し生前意思（リビングウィル）の確認を行うこと。
- ② （施設名）の看取り介護においては、医師による診断（医学的に回復の見込みが無いと判断したとき）がなされたときが、看取り介護の開始となる。
- ③ 看取り介護実施にあたり、本人または家族に対し、医師、または協力病院から十分な説明が行われ、本人または家族の同意を得ること。（インフォームドコンセント）
- ④ 看取り介護においてはそのケアに携わる管理者、生活相談員、介護支援専門員、看護師、栄養士、介護職員等従事する者が協働し、看取り介護に関する計画書を作成し、原則として週１回以上、本人家族への説明を行い、同意を得て看取り介護を適切に行うこと。尚、必要に応じて適宜、計画内容を見直し、変更する。

（２）医師・看護師体制

- ① 看取り介護実施にあたり嘱託医師、又は協力病院医師との情報共有による看取り介護の協力体制を築いていること。
- ② 看護師は医師の指示を受け看護責任者のもとで利用者利用者の疼痛緩和等安らかな状態を保つように状態把握に努め、利用者の状況を受け止めるようにする。また日々の状況等について随時、家族に対して説明を行い、その不安に対して適宜対応していく。
- ③ 医師による看取り介護の開始指示を受けて、カンファレンスに基づき他職種による看取り介護計画書を作成し実施するものとする。

（３）看取り介護の施設整備

- ① 尊厳ある安らかな最後を迎えるために個室の環境整備に努め、その人らしい人生を全うするための施設整備の確保を図ること。
- ② 施設での看取り介護に関して、家族の協力体制（家族の面会、付き添い等）のもとに家族が共に過ごしてもらえる場所の提供を積極的に行う。

（４）看取り介護の実施とその内容

- ① 看取り介護に携わる者の体制及びその記録等の整備
 - １）看取り介護同意書
 - ２）医師の指示
 - ３）看取り介護計画書作成（変更、追加）
 - ４）経過観察記録
 - ５）ケアカンファレンスの記録
 - ６）臨終時の記録

7) 看取り介護終了後のカンファレンス会議録

② 看取り介護実施における職種ごとの役割

(管理者)

- 1) 看取り介護の総括管理
- 2) 看取り介護に生じる諸課題の総括責任者

(医 師)

- 1) 看取り介護期の診断
- 2) 家族への説明（インフォームドコンセント）
- 3) 緊急時、夜間帯の対応と指示
- 4) 各協力病院との連絡、調整
- 5) 定期的カンファレンスの開催への参加
- 6) 死亡確認、死亡診断書等関係記録の記載

(生活相談員、介護支援専門員)

- 1) 継続的な家族支援（連絡、説明、相談、調整）
- 2) 看取り介護にあたり他職種協働のチームケアの連携強化
- 3) 定期的カンファレンス開催への参加
- 4) 緊急時、夜間帯の緊急マニュアルの作成と周知徹底
- 5) 死後のケアとしての家族支援と身辺整理

(看護職員)

- 1) 医師又は協力病院との連携強化を図る
- 2) 看取り介護にあたり他職種協働のチームケアの確立
- 3) 看取り介護に携わる全職員への死生観教育と職員からの相談機能
- 4) 看取り介護期における状態観察の結果に応じて必要な処置への準備と対応を行う。
- 5) 疼痛緩和
- 6) 緊急時対応マニュアル（オンコール体制）
- 7) 随時家族への説明と、その不安への対応
- 8) 定期的カンファレンス開催への参加

(栄養士)

- 1) 利用者の状態と嗜好に応じた食事の提供
- 2) 食事、水分摂取量の把握
- 3) 定期的カンファレンスへの参加
- 4) 必要に応じて家族への食事提供

(介護職員)

- 1) きめ細かな食事、排せつ、清潔保持の提供
- 2) 身体的、精神的緩和ケアと安楽な体位の工夫
- 3) コミュニケーションを十分にとる
- 4) 看取り介護の状態観察、食事・水分摂取量の把握、浮腫、尿量、排便量等のチェック
ときめ細かな経過記録の記載
- 5) 定期的カンファレンス開催への参加
- 6) 生死の確認のため細かな訪室を行う

③ 看取り時の介護体制

- 1) 緊急時特別勤務体制
- 2) 緊急時家族連絡体制
- 3) 自宅又は病院搬送時の施設外サービス体制

④ 看取り介護の実施内容

1) 栄養と水分

看取り介護にあたっては他職種と協力し、利用者の食事・水分摂取量、浮腫、尿量、排泄量等の確認を行うと共に、利用者の身体状況に応じた食事の提供や好みの食事等の提供に努める。

2) 清潔

利用者の身体状況に応じ可能な限り入浴や清拭を行い、清潔保持と感染症予防対策に努める。
その他、本人、家族の希望に添うように努める。

3) 苦痛の緩和

(身体面)

利用者の身体状況に応じた安楽な体位の工夫と援助及び疼痛緩和等の処置を適切に行う。(医師の指示による緩和ケア又は、日常的ケアによる緩和ケアの実施)

(精神面)

身体機能が衰弱し、精神的苦痛を伴う場合、手を握る、身体をマッサージする、より相当のスキンシップや励まし、安心される声かけによるコミュニケーションの対応に努める。

4) 家族

変化していく身体状況や介護内容については、定期的に医師からの説明を行い、家族の意向に沿った適切な対応を行う。

継続的に家族の精神的援助(現状説明、相談、こまめな連絡等)あるいは本人、家族から求められた場合における宗教的なかわりと援助を行い、カンファレンスごとに適時の状態説明を通し、家族の意向を確認する。

5) 死亡時の援助

医師による死亡確認後、エンゼルケアを施行し、家族と看取り介護に携わった全職員でお別れをすることが望ましい。

死後の援助として必要に応じて家族支援（葬儀の連絡、調整、遺留金品の引き渡し、荷物の整理、相談対応等）を行うことが望ましい。

（５）看取りに関する職員教育

（施設名）における看取り介護の目的を明確にし、死生観教育と理解の確立を図るものとする。

- １）看取り介護の理念と理解
- ２）死生観教育 死へのアプローチ
- ３）看取り機に起こりうる機能的・精神的変化への対応
- ４）夜間・急変時の対応
- ５）看取り介護にあたりチームケアの充実
- ６）家族への援助方法
- ７）看取り介護についての検討会

２ 医療機関や在宅への搬送の場合

（１）医療機関への連絡

医療機関にこれまでの経過説明を十分行い、家族の同意を得て、経過観察記録等の必要書類を提示する。

（２）本人、家族への支援

継続的に本人や家族の状況を把握すると共に、訪問、電話等での連絡を行い、介護面、精神面での援助を確実に行う。

死後の援助として必要に応じて家族支援（葬儀の連絡、調整、遺留金品引渡し、荷物の整理、相談対応等）を行うことが望ましい。

ターミナルケア計画と評価の実施

ターミナルケア計画と評価は、日々変化していく入居者の状態や、入居者を取り巻く周囲の状況に対応したものでなければならない。スタッフ全員がいつでもどこでも共通の情報を得、また自らも新しい情報を得る事が出来るように努め、入居者の変化を時間の流れに従って評価し、計画を再検討し、個々の入居者に適した対応を行うことが必要である。

急変時および終末期における医療や介護に関する意思確認書

現時点でのお気持ちについて可能な範囲でご記入ください。

ここに書かれた内容は、今のお考えであり、今後、いつでも変更することができます。

1. 状態が急変し、かつ回復が困難な状況であると考えられる状況において、延命処置等（心肺蘇生、人工呼吸器使用、輸血等）を希望されますか？

- () ①希望する。
- () ②希望しない。
- () ③今はわからない。

2. 終末期における医療や介護は、どのようなことを希望されますか？

- () ①医療機関に入院して、できる限りの救命・延命治療を受けたい。
- () ②医療機関には入院せず、（施設名）で、苦痛緩和を中心とした可能な範囲での医療と、
看取り介護を受けたい。 →下記の3にお進みください。
- () ③自宅で最期を迎えたい。
- () ④今はわからない。

3. 食事を口から食べることが難しくなった場合は、どのようなことを望まれますか？

- () ①最期まで口から食べることを大切にして、食べられる分だけ食べて自然に委ねたい（医療的な対応は希望しない）。
- () ②脱水症状などで苦痛を伴う場合のみ、点滴による水分補給を希望する。
- () ③胃ろうなどの経管栄養による栄養補給を希望する。
- () ④今はわからない。

4. その他ご希望や、ご要望があればご記入ください

平成 年 月 日

（ 施 設 名 ） 施設長 ☐ ☐ ☐ ☐ 様

利用者氏名 _____ ⑩

〔状態または状況の把握アセスメント〕

①病期の状態

病 名		診 断 日	合 併 症	
1)		年 月 日	1)	
2)		年 月 日	2)	
3)		年 月 日	3)	
4)		年 月 日	4)	
現時点で予想される予後：				

②入居者を取り巻く状況

	同 居	別 居
1) 家族構成		
2) キーパーソン	(有 ・ 無)	
3) 在宅医療における 家族の協力体制	(有 ・ 無)	内容：
4) 社会的状況	職 業：	役職：
	その他：	
5) 経済的状況		

③病期に対する説明

	本 人	家 族 ()
1) 告 知	(有 ・ 無)	(有 ・ 無)
2) 現状の病状について		
3) 予後について		

④病気に対する認識

		本人	家族（ ）
1)	現在の病状について		
2)	予後について		

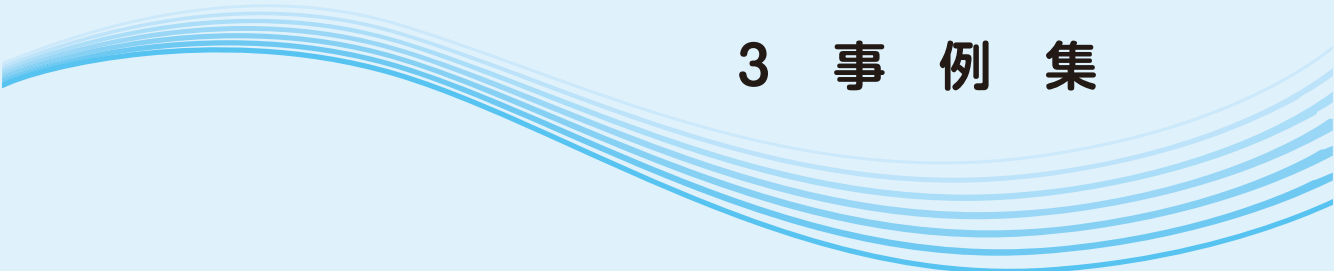
⑤本人及び家族の希望する治療（医師記入）

1)	状態が落ち着いたときの在宅看取り			希望する・希望しない
2)	病期が進行し、食事が摂れなくなった時	点滴治療	経末梢静脈	希望する・希望しない
			経中心静脈	希望する・希望しない
3)	血圧低下時の昇圧剤の投与			希望する・希望しない
4)	呼吸停止または微弱となった時の気管内挿管と人工呼吸			希望する・希望しない
5)	心停止時の心マッサージ			希望する・希望しない
6)	その他（内容記載）：			希望する・希望しない

年 月 日

医 師 ⑩

身元引受人 ⑩



3 事例集

① 「施設での看取り」

～A様とご家族のカーサ（我が家）での時間～

特別養護老人ホームカーサ月の輪 奥村 友紀、広瀬 和実

② 「最期の時までその人らしく」

～家族の意向に沿ったケアを目指して～

特別養護老人ホーム淡海荘 小嶋 基美

③ 最期まで看させてくれてありがとう

～看取りケアから見えたもの～

特別養護老人ホームふくら 金森 暢子、小山田 恵子、本間 絢

④ 「利用者が求める最期とは」

～養護老人ホームの看取りケアの在り方～

養護老人ホーム藤波園 福本 拓也、井上 良信

⑤ 「グループホームの利用者の別れから学んだこと」

～福祉施設における看取りの本当の意味とは？～

グループホームせせらぎ 坪川 拓己

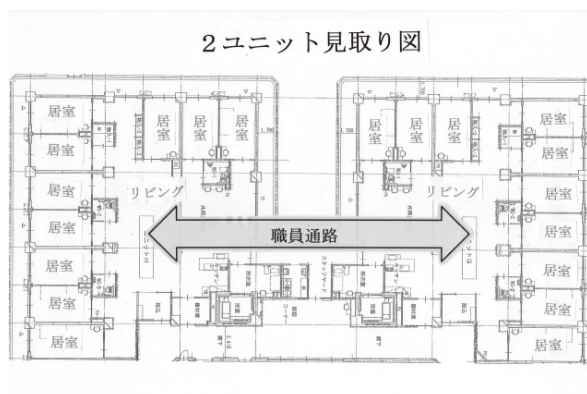
施設での看取り ～A様とご家族のカーサでの時間～

社会福祉法人 幸寿会
特別養護老人ホームカーサ月の輪
奥村 友紀・広瀬 和実

- ・カーサ月の輪は、滋賀県大津市に平成23年6月1日に開設しました。

特養部門80床、在宅部門としてショートステイ20床・デイサービス35名の施設です。

特養80床は8ユニットに分かれており、カーサでは、2ユニットを1チームとして考えています。職員は右左のユニットを行き来し20名の入居者と関わっています。



A様のご紹介

A様は88歳女性、アルツハイマー型認知症で要介護3、カーサには平成23年6月にご入居されました。ご家族は娘様がお二人おられ、主たる介護者は長女様です。



認知面は意志疎通があいまいで痛みや希望の訴えもはっきりとは分からないことが多い状態でした。

カーサでの経緯について

A様はご入居以降、車椅子を両足で自操・イーザーでの食事や毎日の遊びリテーション・普通のお風呂に入浴・トイレでの排泄という日常生活をお過ごしでした。



平成25年7月に骨粗鬆症により左大腿部を骨折され入院されました。

これまでに骨折をされており完治は望めず、左足の切断か温存かという選択を迫られて、娘様は悩まれた末に温存されることを選択され、カーサへ戻ってこられました。

状態としては左足は付け根から足首までに装具を付け曲げられず、安静が必要でした。骨が完治する訳ではなく大きく動かすことは出来ず、居室中心での生活となり状況は大きく変化されましたが、食事や水分はしっかりと摂って頂く事が出来ていました。



その後、徐々に食事量の減少がみられ始め、平成26年5月頃より飲んで頂くこと自体も難しくなってきました。

この頃には娘様のご希望で定期的に補水の為の点滴受診を開始されています。

娘様お二人は、分担してほぼ毎日面会に来て下さり食事介助をして下さいました。

(平成26年) 6月。状態は更に悪化し、長女様により看取り契約が交わされました。

(平成26年) 8月。お二人の娘様に看取られてご逝去されました。

具体的な施設での取り組みについて

食 事

- 形態はソフト食。メニューが分かりにくいので居室のテーブルに献立表を貼る。
- ご家族からのご希望もあり摂取量がわかるように献立表に直接記入する。
- 食べられる量に波があるため、3食とはっきり



日	月	火	水	木	金	土
朝食	ごはん 300	ごはん 300	ごはん 300	ごはん 300	ごはん 300	ごはん 300
昼食	ごはん 300	ごはん 300	ごはん 300	ごはん 300	ごはん 300	ごはん 300
夕食	ごはん 300	ごはん 300	ごはん 300	ごはん 300	ごはん 300	ごはん 300

品名	量	カロリー
ごはん	300g	300
肉団子のクリーム煮	100g	100
ほうれん草のバターソテー	100g	100
ブロッコリーのツナ和え	100g	100
水無月ゼリー	100g	100
牛乳	100g	100
ヨーグルト	100g	100
フルーツ	100g	100
お茶	100g	100



- は決めますに空いた時間を見つけ介助を行う。
- 食事の保管期限以外の時間はご家族が持って来られた飲み物やゼリーなどを食べて頂く。
- そうすることで日中細目に声掛けや訪室することにも繋がりました。

環境

- カーサでの遊びリテーションは、“出かける場を作る”という意味でリビングでは無い場所で行う。「A様の近くに皆が居る」「楽しい声を聞かせてあげたい」「一緒に楽しんでいる感覚を感じて頂きたい」という思いで、A様の居室前で行うようにした。



- 居室で過ごされることが寂しくないように、他の入居者様と居室へ訪問。



- 節分には鬼役の職員と入居者様で訪室。



- イベントの時には、リクライニングやベッドごと居室から出て来ていただく。
- リビングでA様のお誕生日をお祝い（ベッドごとリビングへ）。



- 「足が痛い」と訴えがあり、特定はできませんでしたが圧が逃がせるように装具を外す時間を作りました。娘様は痛みがあることを心配されていましたが、この取り組みで安心して下さいました。



- 少しでも窓の外やフロアの様子の両方が見えるようにレイアウトを変更しました。



- 転落防止のベッド柵は、ご本人の視界を遮らないこと、ご家族がそばで寄り添えることを考え

て全て外して過ごして頂きました。これはカーサのベッド幅（107cm）だから出来たことだと思います。



- 居室内には使用されない衣類や小物類が多くありましたが、出来るだけ今までのままの環境で過ごして欲しいとのご家族の思いもあり、急に片付ける事はせずに過ごして頂きました。
- 昔から歌が大好きな方であったため、居室で音楽を流させて頂く時間を多くとりました。聞こえてくる音楽に他の方が居室を訪問して下さる事もありました。



ポイント

- 今回の看取りケアの中で注目すべきは娘様の気持ちの変化だったと思います。

看取り契約前はA様の食事量や体力の低下に対し「また食べるようになるかも」



「また以前の様に元気になるかも」とのお気持ちが大きく、点滴受診へ行かれていました。



「本当は意味の無いことかもしれない。でも、家族として後悔したくない」との気持ちが強かったそうです。

こまめに面会に来て下さり娘様が直接A様と関わられる時間が増えたことで日々のご様子や変化を受けとめていかれたように感じました。

- お話しさせて頂く中で私たちから『もしもの時にご家族も後悔されない様、今のうちに何かできることはありますか？お手伝いできることはないですか？』とお聞きしました。

娘様は「今までいろいろやってきて、本当に大変だと思った時もあったんです。でもここまで頑張ってくれて…今でも頑張ってくれてるなあと思うからもう十分です。ここの皆さんにも十分良くしてもらったし、あとは最期がしんどくなければいいなと思います。」と話して下さいました。

私たちが娘様の気持ちの変化を感じることが出来る場面でした。

成果

- 面会に来られた際にはご様子をお伝えし話すことで、職員と娘様との関係性も構築されていきました。娘様が抱えていらっしゃる不安や迷い、悩みなども少しずつ相談して下さいようになりました。

娘様が「ここの職員さんは皆さんと話ができて嬉しい。疲れている時もあるけどここで話が出来てホッとすることが多くあるの。ここに来るのは母の為だけど、楽しみでもあるんです」と話して下さいました。



- ほとんどの時間をお一人で過ごされることについてどうしたら良いか、どこに楽しみを持って頂くのか？少しでも苦痛を取り除いてあげたい...

と様々なことをみんなで話しながら日々のケアに繋げていきました。

そうすることで、ユニット職員も今まで以上に考えいろんな案を出し合い工夫するようになったと思います。

2ユニットの職員で連携したからこそ、色々な視点での意見が出たのだと思います。



- 看取り契約以降は週一回、ご家族とのカンファレンスを開催しました。

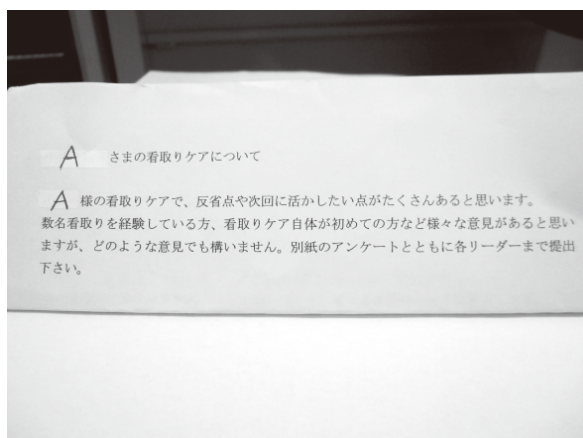


ユニットの職員だけでなく、各職種が意見を出しあって話し合いました。

娘様からはA様についての今まで以上の情報をお聞きすることができ、それをケアに活かしていけたことは大きな成果だったと考えています。

反省点

- A様が亡くなられた後、ユニット職員に自由に思いを書いてもらうアンケートを実施しました。



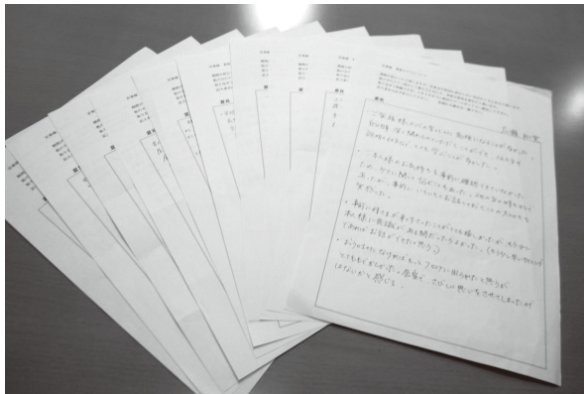
その中で

「看取り期になってからではご本人の思いを聞き出すことが難しく、遅いと感じることが多かった。お元気なうちから色々な事を話し、聞き出しておくべきだった」

「その方の好みや昔を知っている事でアプローチの幅が広がり、そういった情報も日頃から知っておかなくてはいけなかった」

「体調面で安静にしなくてはいけない方であり、居室でおられた時間が長く、寂しい思いを

させてしまったのではないか。」
などの意見が多く挙がりました。



- お元気な時からその方をどれだけ深く知っておくか、その程度によってその方に対するケアの質は大きく異なってくることを再認識しました。普段からの“関わり”が非常に重要であると思います。



- 職員によってはご家族との関わり方が難しいと感じる者もいました。

これについては、ご家族へのアプローチの方法など、日頃から職員同士で方向性を定め、統一した意見を持つておくことが重要であると思います。

職員が自信を持ってケアをしている姿を見られることでご家族に安心感や信頼感を感じて頂けると思います。

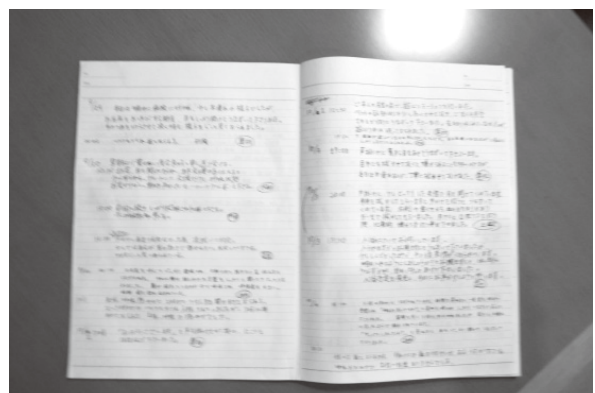


現在の取り組みについて

- 良かった取り組みは今後も活かせるように、カンファレンスや内部研修などで細かな情報交換をし、カーサ全体で情報共有することを大切にしています。
- 今まで行ってきた看取りケアについて、反省点や意見をファイルしいつでも振り返れるようにしています。



- ご家族とも細かなやり取りが出来るように、看取りカンファレンスでは伝えきれないご様子などはノートに記入し、職員とご家族とが密に情報共有できるよう工夫しています。



- A様は、カーサに来られる前は在宅での介護、その後グループホームに入居されていました。グループホームに入居されているとはいえ、“夜



間帯が見きれません”と言われ、毎日娘様が泊まりに行かれたりと「とても大変だった」と娘様はお話して下さいました。当時のご自身の気持ちもしんどく「早く死んでくれたらいいのに」と思った時もあったそうです。

『カーサに来て安心してお願い出来るからこそ、こうやってゆっくり母と関われる時間が出来ました。だから食事の手伝いに来ようと思えるし、ちょっとでも頑張っしてほしいと思えるんです』とお話して下さいました。

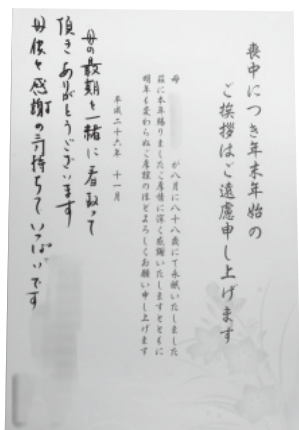


- 誰もが施設での最期ではなく、自宅での最期を迎えたいと思われているかもしれません。

しかし、今回のように、施設だからこそご本人とご家族との間に良い距離感が生まれ、最期の時までお互いを見つめ合い支え合うことが出来るケースもあると感じました。

もちろん、施設だからご本人とご家族の関係が疎遠になられてしまわれるケースもあると思います。

場所や物だけを提供するのではなく、ご本人だけでなくご家族にも安心して最期の時を迎えて頂けるように、私たちに出来ることは何か、日頃から施設全体で考えていくべき大きな課題です。



- カーサ月の輪は開設から5年目に入り、看取りケアの方も増え、入居者様のご様子も少しずつ変わってきています。



入居者様に穏やかな最期を迎えて頂くためには何をしていくべきか、今回の発表をさせて頂く事で深く考える良い機会になりました。

このような機会を頂いたことに感謝しつつ、これからも日々入居者様と過ごせる毎日を、そしてそのご家族との関係も大切にしていきたいと思っています。



最期の時までその人らしく ～家族の意向に沿ったケアを目指して～

社会福祉法人 恩賜財団済生会支部滋賀県済生会
特別養護老人ホーム淡海荘

小嶋 基美

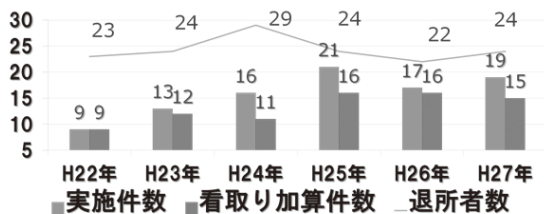
淡海荘の紹介（介護保険事業）



淡海荘は栗東市にあり、滋賀県済生会地域ケアセンターの中の施設です。

滋賀県済生会地域ケアセンターではスライドの通り9つの事業を運営しています。

看取り介護の実施件数



淡海荘は長期入所90名 短期入所28名の特別養護老人ホームです。

居室は多床室と個室、静養室があり、主に看取り介護は静養室を使用しています。

淡海荘で看取りの介護に取り組んだのは平成22年度からで最初のご家族も職員も不安でしたが少しずつ看取りの経験を積んできました。

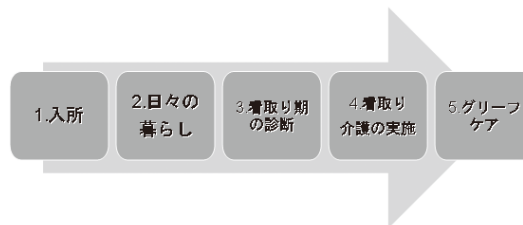
それまでは食事ができなくなると胃ろうを造設され経管栄養をされる方や体調が悪くなると病院へ入院されてなくなれる方がほとんどでした。

棒グラフで表したのが、各年度ごとに淡海荘で看取り介護に取り組んだ件数を緑で実際の加算件数を赤でグラフに表しました。淡海荘は、従来型の施設で静養室も1室しかないので、看取り介護

を行った方に対して実際の加算数は少ない状態です。

折れ線グラフで表したのは各年度の退所者数です。

看取りのプロセス



淡海荘での看取り介護のプロセスです

淡海荘における看取りの方針は、「本人がどのようにして亡くなりたいか、ご家族がどのように考えておられるか」にポイントを置いて支援しています

それでは、看取りのプロセスの順に淡海荘で行っていることを中心に説明させていただきます。

1.入所

- | | | |
|--------------------|--------------------|---------------|
| ①本人の状態や生活歴の聞き取り | ②生活に対する本人や家族の希望 | ③施設ケアの内容説明と同意 |
| ④終末期における看取り介護指針の説明 | ⑤看取りに対する本人や家族の意向確認 | ⑥入所時の嘱託医の診察 |

まず第1段階の入所時に施設で行っていることを6つにまとめました。

この中で特に

①の本人やご家族に体の状態や生活歴などの聞き取りを多職種で行なうことと

④⑤終末期における看取り介護に関する指針についての説明と意向確認を看護師が行なうことに重点を置いています。

2. 日々の暮らし(看取り期まで)

①看取りに対する意向確認(半年毎)	②生活に対する本人や家族の希望	③ケアプランの策定実施と評価
④本人や家族との関係性の構築	⑤日々の体調観察	⑥嘱託医の診察
⑦病院受診 必要時入院加療	⑧病院への情報提供	

第2段階、看取り期となるまで日々の暮らしを送られる中で行っていることを8つにまとめました。

①看取りに対する本人やご家族の意向確認を半年ごとに行っています。また、体調に変化が見られた時にも意向確認をしています。普段から看取りに対する意向確認をする事がその人らしい最期を迎えるには重要と考えています。

意向確認は本人が重度等で意思が十分に伝えられない方はご家族の意向や希望となります

②③④について

本人の状態を把握し本人やご家族の希望や意向に沿えるようなケアプランを作成しケアを提供していく事を大切にしています

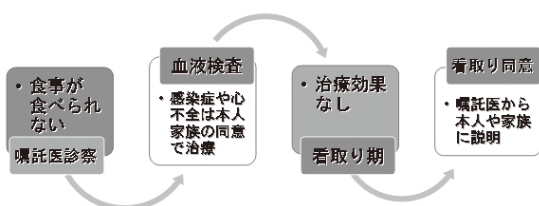
また、本人やご家族との関係性を構築できるように面会時や体調変化時には職員が状態を報告するなど普段からご家族に不安が無いようにと心がけています

⑤⑥について

日々の健康管理は、医療職である看護師を中心にに行い体調変化時や定期的診察時に状態を医師に報告や相談して指示を受けています

⑦⑧について病院への受診時や入院時には、淡海荘と済生会病院間で「情報提供書」を作成し活用するようにし、スムーズに連携できるようにしています

3-1. 看取り期の判断(食べられなくなった時)



第3段階は看取り期の診断です。

本人の状態が低下し回復が困難と診断されたときに看取り期であり、病院の医師や施設の嘱託医により看取り期と診断されます。時には入院中に診断されることもあります。

食事が食べられなくなっていくことについては、普段から食事摂取量の観察や体重測定を行ない栄養状態を把握し、併せて摂取できるための工夫を行っています。

また、経口摂取の困難さが見受けられる場合には、ご家族と共に病院の耳鼻咽喉科で嚥下評価を受けて食べる事の機能状態を把握した上で少しでも安全に食事ができるような取り組みも行っています。

栄養状態を把握しできるだけ経口からの摂取が継続できるように努めていますが、それでも体重やBMIに変化が見られ全身状態が低下しだんだんと食べられなくなっていく事が看取りの始まりではないかと私たちは考えています。

食事が食べられなくなった時には、嘱託医の診察を受けて血液検査で本人の状態を確認しています。

検査結果を受けて、肺炎や尿路感染症などの感染症や心不全がある場合は、本人やご家族の同意のもとに治療を行います。

4. 看取り介護の実施

①看取り ケアプラン 作成と修正	②日々の 生活支援と記録	③多職種による カンファレンス
④医師による 診察と指示	⑤家族への支援	⑥最期の時を 看取る

治療の効果がなければ、看取り期であると判断され、医師から本人やご家族に看取り期である事を説明されます。

ご家族へ嘱託医から本人の状態が看取り期であると説明され同意を得るときに、ご家族の希望や意向を伺い、その思いに沿って支援していくことを大切にしています。緊急時の連絡先も再確認しています。

第4段階、看取り介護の実施となります。

6つの事を中心に介護を行っています。

命の終わりを支えていく事を大切にして、本人

を中心としてご家族の思いに寄り添い悲嘆が残らないような看取り介護となるよう努めています。

続きまして、看取り介護の実施内容について色が変わったスライドの4点について詳しくお話しさせていただきます。

4.看取り介護の実施(②日々の生活の支援と記録)

1.看取りケアチェック表の作成

- ①巡回 ②体調観察 ③体位交換
④食事 ⑤入浴 ⑥排泄 ⑦口腔ケア

2.専門職による支援

- ①食べる楽しみ ②口腔ケア ③褥瘡予防

3.環境整備

居室のしつらえ(音楽、芳香浴、写真、本人の馴染みの物、
家族用ソファやベッドの設置)

看取り介護実施の中で

②の日々の生活の支援と記録については3点に重点をおいています。

1.「看取り介護のチェック表」を作成し、居室のベッドサイドにおいて①～⑦の項目を記入しています。簡易にその日の状態がわかるように一覧表にしています。

2. 専門職による支援として、

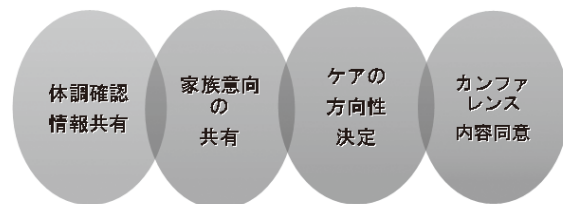
- 食べる楽しみについては、管理栄養士を中心に1人1人に合った食べる楽しみを見つけ、最期まで口から食べることを大切にしています。
 - 口腔ケアについては、看護師や歯科衛生士を中心にこまめに口腔ケアを行い口腔内の清潔保持に努めています。状態により経口摂取の前後や体位交換前に行なう事もあります。また、日中は看護師により痰の吸引を行います。夜間は介護士のための勤務なので吸引は行なえず、口腔ケアや体位の工夫、排痰のマッサージでゴロ音が軽減するよう努めています。口腔ケアは食べられない状態でも行います。
 - 褥瘡予防については、機能訓練指導員を中心に、安楽な姿勢保持に努めています。看取り期となると栄養状態も悪くやせ状態も進み浮腫や壊死がある場合もあり褥瘡が起きやすいので姿勢の工夫、エアーマット使用、体位交換や背抜きなどで除圧に努めています。また、循環不全がみられたり、体温調整もできないのでその時々状態に合わせたケアを提供できるようにしています
- これらは専門職だけでなく介護職はもちろん多

職種で協働して行っています。

3. 環境整備としては、居室の環境を整え清潔を心がけています。

看取り期にふさわしく五感に働きかけられるような環境が提供できるようにしています。また、ご家族が気兼ねなく過ごして頂けるように工夫し、宿泊の希望があれば対応しています。

4.看取り介護の実施(③多職種によるカンファレンス)



次に看取り介護実施の中の③の多職種によるカンファレンスについて

嘱託医の診察を受けて、本人の状態を確認し情報を共有しています。変化していく状態に合わせてケアを提供できるように努めています。

カンファレンスは、1週間から10日くらいの間隔で開催しています。

カンファレンス後にご家族に状態の説明と内容を報告して同意を得ています。

4.看取り介護の実施(⑤家族への支援)

- 家族の思い(希望)に寄り添う
- 家族の不安の軽減
- 面会時間の配慮(24時間)
- 一時帰宅や施設への宿泊の支援と調整

看取り介護の実施の中で⑤家族への支援については4点を中心に支援しています。

- 看取り期となりご家族の思いはどうか、施設での看取りは他の親族の総意なのかも確認しています。
- ご家族の不安が軽減できるように、大切なご家族の一人が亡くなれる事の意味を考えて頂く機会となるように話し合っています。

また、一般的な終末期の身体の変化、付き添いに当たっての注意点などをご家族に案内しています。

- ・面会時間は、通常は8時～20時ですが、時間外にも面会できるように配慮しています。
- ・自宅への一時帰宅や施設への宿泊の希望があるかを確認して実現するようにしています。

4.看取り介護の実施(⑥最期の時)

- ・死亡診断
- ・エンゼルケア(思い出の衣類で旅立ち)
- ・お見送り
- ・告別式への参列

⑥最期の時の支援として4点の事を行っています。

- ・医師により死亡診断がされます。
- ・エンゼルケアはご家族の希望があれば一緒に行うようにしています。旅立ちの時に思い出の衣類を着用される方もおられます。
- ・職員で施設からお見送りし施設生活での思い出の写真などをご家族へお渡ししています
- ・ご家族に確認し告別式へ職員代表が参列させて頂きます。

5.グリーフケア

①看取り介護アンケート

②遺族会へ参加案内

③偲びの会議の開催

④偲びの会議議事録送付(家族へ)

最終段階は、ご遺族のグリーフケアを行っています。

退所の引継ぎ時に①看取り介護に関するアンケートと②地域ケアセンターの遺族会のご案内をお渡ししています。

③偲びの会議を多職種で開催し、ご家族にも参加頂くようにお声をかけています。

淡海荘で行った看取りの事例を紹介します。

- ・性別 男性 Aさん
- ・年齢 90歳代半ばで永眠
- ・在籍 平成25年7月～平成27年4月 <1年9カ月>
- ・看取り 平成27年3月26日～4月16日 <21日間>
- ・病歴 脳出血(H10) 脳血管性認知症(H14)
右眼視力障害(H18) 両鼠径ヘルニア(H22)
外傷性くも膜下出血(H24)
前立腺肥大症(バルンカテーテル留置H24)
腎盂腎炎・右水腎症(H25)循環不全(H25)

- ・要介護 5 認知症自立度 IV 寝たきり度 C1
- ・性格 真面目、信仰心が強い、無口で穏やか
- ・趣味 カラオケ、習字、写経、旅行
- ・嗜好品 好き)肉類
嫌い)イチゴ お酒は嗜まない

淡海荘に入所されていた男性で看取り介護で90歳代半ばで永眠されました。

平成25年に入所され在籍期間は1年9か月で看取り介護の期間は21日間でした。

病歴はご覧のような病気がありました。

要介護は5

性格は、真面目で、信仰心が強く、無口で穏やかな方でした。

趣味はカラオケや旅行でした。

嗜好については、肉類がお好きでした。

本人は幼少期に祖母の家に養子に出されていたので、入所後にすでに入所中であった実の姉や兄ときょうだい3人で過ごす時間を持つこともできました。

入所後の家族の希望と生活支援

- ・家族の希望
親族旅行に参加させたい。歩いてもらいたい。
- ・生活支援
身体機能向上への取り組み(ひもときシートの活用)

全身の状態低下により看取り介護に...

看取り介護のプロセスに沿って入所後から看取り期となるまで生活の支援を行いました。

- ・入所時にご家族より

「本人が楽しみにしていた親族での旅行に参加させたい」「自分で歩いてもらいたい」と希望がありました。

そのことに向けて、ご本人のできることにひ

もときシートを活用しながら多職種で取り組みました。その結果・歩行能力が向上し車いすの使用から歩行器での歩行が可能になりました。

- ・バルーンカテーテルも改善ができ、ウロバックを普通用から携帯用に変えることを経て自然流出からの時間的開放へ変更する事ができました。

旅行に参加させたいというご家族の希望が職員の希望にもなり、毎年参加できてご家族にも喜んでいただけました。

入所中に一時は身体の機能が向上されましたが、肺炎や尿路感染症での入院もあり、意識レベルの低下もあるなど徐々に体力の低下がみられました。再度バルーンカテーテルを留置する事となり歩行器での歩行から車椅子移動に戻りました。

加えて、食事もだんだんと食べられなくなり、循環不全も目立ち始め、全身状態も低下され看取り期であると医師からご家族に説明され看取り介護をすることとなりました。

看取り介護の開始時にはご家族は「淡海荘で自然な看取りを」と希望されていました。身内の中に淡海荘での看取り介護で亡くなられた方がおられたことや施設の家族会の看取り介護の事例発表会にご家族が参加され改めて看取りの一連の流れを聞かれた事がスムーズな看取りの受け入れとなったのかもしれません。

看取り介護中の家族の希望と意向

- ①一時帰宅したい
- ②好物を食べさせたい
- ③最期までそばにいたい

看取り介護の途中でご家族の3つの思いを聞き対応することもできました。

①「一度家につれて帰って仏さんに参らせたい」と希望があり、嘱託医に相談し、1日でも早く帰宅をする事を勧め、短時間でしたが帰宅が実現しお仏壇にお参りすることもできました。

②「好きなお肉をもう一度食べさせたい」と希望があり、少し状態が落ち着いている時に、管理栄養士が居室で、牛肉を焼いて、それをペースト

状にして食べる事ができました。ご家族も同席され様子をビデオ撮影され喜んで頂きました。

③「最期までそばにいたい」と希望があり、ご家族用のベッドを準備して長男の妻が宿泊されました。子どもさんや孫、ひ孫たちなどの面会も多くありました。

カラオケがとても好きな方だったのでお部屋では好きな歌を聴けるようにしました

最期の時は長男の妻が見守られる中穏やかに旅立って逝かれました。

エンゼルケアは長男の妻と職員で行い思い出の浴衣を身に着けて頂きました。

看取り介護中にご家族の今の希望を聞くことができ、それを実現できた事でご家族の中で本人が亡くなって逝かれる事を受け止めて下さっていると感じられました。

本人の死亡後にご家族と面談する機会を得ましたが、ご家族を中心として看取り介護に参加された長男や長男の妻をはじめ他の親族も悲嘆は少なく笑顔も見られました。

まとめ

- 1.看取りは最も尊厳を守る介護
- 2.死に近くことは日常生活の延長線
- 3.画一的でなく個別ケア
- 4.家族への支援も含めた取り組み

施設での看取り介護のまとめとして4点にまとめました。

1. 看取り介護は、人の死に寄り添うことを介護するということとてもデリケートで最も尊厳を守るべき介護です。
2. 生老病死は誰もが経験する事で、看取りは特別なことではなく、日常生活の延長線上にあるものです。出来うる事なら家族に見守られて亡くなって逝きたいと誰もが願っているのではないのでしょうか。
3. 施設での看取り介護である為皆同じと云う事でなく、ご利用者の生き方やご家族との関係性や意向は個々に異なり個別的なケアであるといえます。ご利用者は何らかの理由があり入所生活を送られていますが、ご家族の中の一員であ

ることはいうまでもありません。

4. 看取り介護では、ご家族への支援が大切です。ご家族それぞれの立場で看取り介護に参加される事で新たな家族関係が育つことも実感しています。家族関係が希薄となっている現在の中で看取り介護にご家族が参加されることは大きな意義があります

淡海荘で看取りの介護を開始するようになり、最初は職員もご家族にも戸惑いが多く不安も大きかったのですが、看取り介護の経験を重ねてきた事でご家族だけではなく、施設の職員が共に看取っていく事も大切だと思えるようになりました。

人がどのように生き、老いて、病んで、亡くなっていくのかを看取り介護を通して私たちに教えてもらっています。

の不一致も課題です。

他にもいろいろな課題が出てくだろうと予想できますが、何らかの理由で在宅生活を継続できない方のためにも施設での看取り介護は意義のあるものであると考えています。

看取り介護の課題

- 1.入所者の重度化で本人の意思確認が困難
- 2.人生の最終段階における医療の決定
- 3.施設での看取りに対する不安
- 4.職員の精神的負担
- 5.高齢者の増加とニーズの多様化
- 6.特養における実際の看取り介護数と加算数の不一致

最後に今後の看取り介護の課題として6つの事を上げました。

1. 2. 施設への入所者も重度化が進み、本人やご家族の意思確認が困難なケースが増加します。認知症や独居、老老介護、単身介護、社会的困窮者など様々な問題を抱えたご利用者が増加する事も考えられます。

また、人生の最終段階でどのような医療を希望するのか決定がなされない事もあります。

- 3 ご家族は、医療の現場ではない生活支援中心の施設での看取り介護で臨終時の対応について不安を感じられています。
4. 施設での看取り介護が増えると職員の精神的負担も増大していきます。
5. 2015年が過ぎ団塊の世代が高齢者となり、高齢者はますます増加し、ニーズも多様化する時代がやってきます。
6. 淡海荘のような従来型の特別養護老人ホームで実際の看取り介護実施数と看取り介護加算数

最期まで看させてくれてありがとう ～看取りケアから見たもの～

社会福祉法人グロー（GLOW）～生きることが光になる～
特別養護老人ホーム ふくら

金森 暢子・小山田 恵子・本間 絢

I はじめに

特養ふくらは入所80名のうち、要介護4、5の方が全体の83%を占め、平均介護度は現在4.23、毎年28名ほどが亡くなられ、その90%がふくらで亡くなられている状況下において、重度化、病弱化、重度の認知症も常態化し、5年前は5年近くあった平均入居期間は、現在2.7年になっている。そのため、短期間の関わりで、安楽を整えるのに精一杯の状況で亡くなられて行く中、看取りケアに重さや不安を感じたり、亡くなられた後にも、無力感や後悔がつきまとい、精神的に折れそうになるスタッフもいた。

II 目的

利用者が終末期を安楽だけでなく、人生の集大成として豊かな時間を過ごせること、またスタッフも看取りケアに誇りを持って向き合えるようにするため、これまでの看取りケアにおける問題点を分析し、解決策を提示することで具体的な実践へとつなげること、さらにはスタッフの充実感を高めるチームケアのあり方について考察することを研究の目的とする。

III 方法

2012年の秋に、スタッフから看取りケアについての意見を聞き、それをKJ法でまとめ、分析を行った。【図表1】その結果、次の3つをふくらの看取りケアにおける問題点として整理した。

【図表1】



問題点1

家族と信頼関係ができないうちに終末期になってしまい、うまく連携できない。

問題点2

その人らしさが見えず何をするのかわからないまま亡くなられ、後悔や葛藤がある。

問題点3

死を振り返る機会がないため看取りの経験が次のケアに活かせられず、チーム内でのベテランから新人への教育が不十分

そのうえで、問題点におけるそれぞれの解決策

として次の3点を掲げ、3年間にわたり実践した。

1. 家族をまじえた多職種での看取りカンファレンスの開催
2. 看取りカンファレンスの内容をチームで共有し、チームでケアする
3. 偲びのカンファレンスでの振り返り

IV 実践内容

具体的実践1

～チームケアの花が咲く 11日間のくらし～

利用者Aさん

89歳 男性 要介護5

認知症自立度Ⅳ

既往歴 平成16年 認知症

平成21年 直腸癌

平成23年 胆管炎

入所期間 1年5ヶ月

担当生活支援員B

介護4年目

担当支援員として看取り経験8名

チームメンバーとしての看取り経験多数

(1) 看取りカンファレンス、チームで共有された内容

病院から退院の打診があった際、Aさんは検査ですい臓がんの末期で余命わずかと診断されており、右側腹部から胆汁を対外に流す管を入れ、点滴やバルンカテーテル、心電図モニターがあり、抑制され、食欲も落ちている状態であった。

特養でケアを行うことは不可能ではないかとも思われたが、家族とのカンファレンスで「本人がふくらに帰りたいがっている。家族としても、本人が一番落ち着ける場所で、最期まで過ごしてほしい」との言葉が聞かれた。また、嘱託医も交えたカンファレンスでは、胆汁の管が抜けたり詰まったりした時の対処や、麻薬使用についての相談を行った。

カンファレンスで確認された本人や家族の想いを叶えたいという担当支援員Bの想い、さらにはAさんの病状や対処方法をチームで共有し、安楽だけでない豊かな暮らしのためのケアを探り、ふくらでの生活が再開された。

(2) 実施したケア

退院時すでに少ししか食べられず痩せて、口数も減り衰弱がみられた。それでも何人ものスタッフの「おかえり」の言葉に何度もうなずき、ふくらを確認しほっとされたようだった。以前より仲のよかった利用者がお見舞いに来られると、「よう来てくれた」と笑顔で喜ばれた。北海道出身のAさんと話す中で「北海道へ行きたい、帰りたい」と言われた為、チームメンバーで居室の天井に大きな手作りの北海道の地図を貼り付けると指をさして地名を言われたり、よさこいや函館の女など北海道にゆかりの歌をかけるとやさしい顔で聴いておられた。また、80歳までぶどう園を経営されていたため、見て触ってもらえるぶどうのオブジェを作りベッドサイドに飾ると、コミュニケーションもはずみ、懐かしまれた。好物を少し食べてもらったり、本を読んで感想を話し合ったり、体調にあわせ離床してみんなの中で過ごす時は、顔なじみのスタッフの手を握り締めたり、以前通っていたデイサービスではなじみの雰囲気を楽しんでおられた。

豊かな時間を模索する中で、さらに経口量が減り、痛みにあわせて麻薬を増量し、退院から11日で亡くなられた。

(3) 偲びのカンファレンスを通した担当支援員Bの所感

振り返ってみるとたった11日間ではあったが、病院では個室でただボーッとされ笑顔も忘れておられたAさんが、ふくらでは、なじみの空間的、人間的環境の中で、確かに暮らしがあったのではないか。医療面では不安を感じながらも、多職種が連携しながら、私たちは生活支援員という職名のとおりに生活を支援できた、またふくらスピリッツである、暮らしの延長上の看取りを、最期まで支えることができた、Aさんの笑顔を思い出しながら感じている。

チームで豊かな看取りを心がけて3年、日常の暮らしの中にこそ豊かさがあること、後悔しないためには、その時必要なケアを実践すること、またチームケアならそれができると、そして何より人の死を知ること生きることの大切さがわかることを、もう私たちは知っている。

具体的実践2

～心のつばみがふくらんだ～

利用者Cさん

83歳 男性 要介護 2

認知症自立度 Ⅲb

既往歴 軽度精神発達遅延

平成18年 糖尿病

平成20年 脳血管性認知症 心不全

平成26年 右大腿骨頸部骨折

入居期間 8ヶ月

担当生活支援員D

介護2年目

担当支援員として看取り経験2名

チームメンバーとして看取り経験数名

(1) チームで共有された内容

Cさんの家族は、知的障害があるグループホームで暮らす息子一人であり、二人にとっての豊かな時間が必要だとチームで話し合った。Cさんの息子のグループホームのスタッフにも協力を求めた結果、度々のお見舞いが叶った。

(2) 実施したケア

Cさんは息子の話には反応も良く笑顔も見られた。調子が良い時のCさんと息子の会話をすべて聞き逃さないようメモに取り、大切な言葉（「しっかりして下さいね」「頼みますよ」「また来て下さいね」等）をピックアップし写真と一緒に飾り、チームでCさんとのコミュニケーションツールにした。

(3) 偲びのカンファレンスを通した担当支援員Dの所感

亡くなられて息子さんが部屋に飾ってあった写真とCさんの言葉を「これは遺言や、大事にする」と言われた時、少し役に立てた気がした。先輩から自信のなかった関わり方や環境作りを褒めてもらったことで少しずつ前向きな気持ちになれた。もっと頑張れたのではという後悔も、よく頑張ったと褒めてもらい、気持ちが楽になった。また、辛かったことも共有することで、自分だけじゃないんだと思えるようになった。自分がやらないと、と抱え込んでいたことも、もっとチームに頼れる

ようになり、その後いろんなアイデアをもらいながら、少しずつ積極的に関われるようになった。私は「死」に対して恐怖心があり、学生の頃から高齢者福祉より、障害者・児童福祉を目標にしてきた。そんな私の、特養での毎日は、怖さと苦痛ばかりが先立った。利用者さんが亡くなれる度に、「何もできなかった」とか「こうしとけば良かった」という思いに駆られ、家に帰って泣くことしかできず、だんだん辞めたいと思うようになっていった。

そのようななか、Cさんの看取りケアが始まったが、今日も豊かな時間を過ごしてほしいという気持ちでケアすると、利用者の反応や暖かさが、もっと嬉しく感じられるようになった。チーム的には、みんなで意見やアイデアを出し合い、ケアしていくことで自分もチームの一員だと実感できるようになった。

まだ利用者の「死」は怖い気持ちも大きいですが、終末期という貴重な時間を支えることに誇りを持って、役に立ちたいと思えるようになった。利用者の豊かな居場所を作ることで、結局自分の居場所が作れたように感じている。

チームメンバーそしてCさん、成長させてくれてありがとう。

V 考察、まとめ

2人のケアから分かるように「看取りカンファレンス」をすることで、利用者や家族がもっと近くなり、ケアの方向性が見えるようになった。それを共有することで「チームケア」となり、担当支援員がいない時のケアの質保障、ベテランから経験の浅いスタッフへの職場教育の場、それぞれが経験の引き出しを作る場となっている。さらに、チームメンバーのいろんなアイデアでケアの幅が広がり、多職種が連携できるようになり、ふくら全体での看取りに発展している。

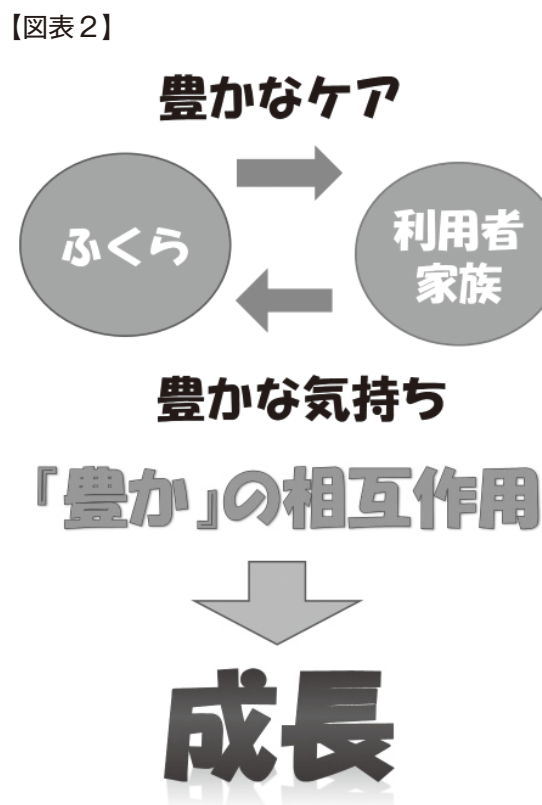
「偲びのカンファレンス」は充実感のアップ、後悔が達成感に変換できる、痛みを吐き出すことで乗り越えられる、等の意見がでている。そして次への目標が見え、実際に次の看取りケアに活かせるようになった。

今では3年前に目指した豊かな看取りだけでな

く、日々のケアも豊かになった。看取りケアをするには、まず利用者、家族に「ふくら」を選んでもらうことから始まる。そのためには日々の「その人」を踏まえたきめ細かなケアや、信頼関係が不可欠だと理解できるようになった。また、入居時から少しずつ利用者の背負ってきた「人生のリュック」をひもとくことで、具体的な看取りケアがイメージできやすくなった。

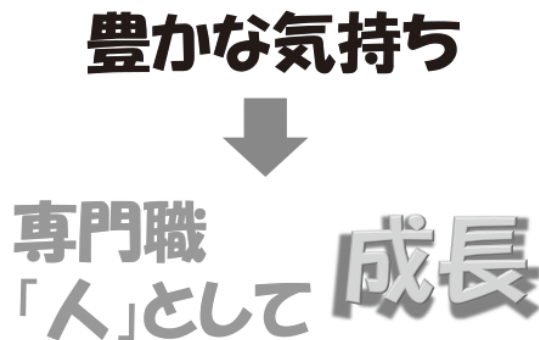
豊かなケアを提供しようと努力する中で、利用者の思いがけない反応にうれしくて鳥肌がたつようなことが何度もある。それを家族やスタッフと共有できるともっとうれしくなる。亡くなられてそのきれいな顔と家族のありがとうの言葉はスタッフの豊かな達成感となり、若い支援員が大きく成長するのを何度も目の当たりにしてきたとともに、次の利用者へ向き合う力にもなっている。

【図表2】



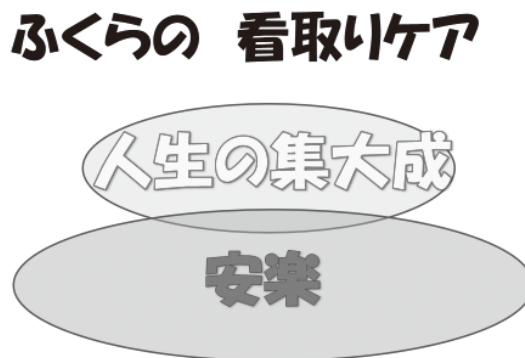
この「豊かな相互作用」が、成長の原動力だと感じている。また、この気持ちは、技術力、実務力を向上させる担当支援員として、チームメンバーとして等の「専門職」としてだけでなく、根本的な人間愛や頑張った経験値で向上する人間力等の「人」としての成長も助けてもらっていると感じている。

【図表3】



今、ふくらの看取りケアは、安楽を整えるというベースの上に、利用者の人生や、家族の思いをひもといて、好物を少し楽しんだり、大切な着物や洋服を着て写真を撮ったり、家に帰ったり、一緒に歌ったり等、その人らしい人生の、集大成のお手伝いができるようになり、それがふくらスタッフの誇りになった。

【図表4】



また、このようなケアは利用者の死をもって完結でなく、Cさんの息子の「これは遺言や、大事にする」の言葉通り、部屋の壁に貼って毎日眺める等、家族にも豊かな思い出となり、家族や地域に繋がっていくこともわかった。

VI おわりに

今後も入居時から愛と覚悟を持ち、観察だけではない眼差しで、だんだん小さくなる生きる力に寄り添い、お世話だけでないケアを提供して、最期までふくらで豊かな時間を支えられるよう努力していきたい。

利用者が求める最期とは ～養護老人ホームの看取りケアの在り方～

社会福祉法人たかしま会

養護老人ホーム藤波園

福本 拓也・井上 良信

施設概要

養護老人ホーム 藤波園

利用者の定員は60名、生活管理指導短期宿泊事業の定員2名。

- ◆ 藤波園の前身は、昭和27年に今津町立今津保護院で、昭和44年に社会福祉法人を立ち上げ、養護老人ホームの事業許可を受け現在に至る。
- ◆ 平成18年4月より、外部サービス利用型特定施設入居者生活介護事業の許可を受け、訪問介護事業等の介護サービスを開始。



平成23年2月に合築
藤波園正面玄関
(藤美寮と併設)

養護老人ホーム藤波園は、定員60名、生活管理指導短期宿泊事業2名で計62名です。藤波園の前身は、今津町立今津保護院で昭和44年に社会福祉法人を立ち上げ、養護老人ホームの事業許可を受け社会福祉法人たかしま会が運営し現在に至っています。平成18年4月より、外部サービス利用型特定施設入居者生活介護事業の許可を受け、要介護状態の方でも訪問介護事業等の介護サービスを利用しつつ、施設生活を継続できるようになっています。平成23年2月に滋賀県高島市今津町浜分から同市マキノ町西浜に、藤波園と障害者支援施設の藤美寮が合築移転しました。

藤波園の利用者状況

- ◆ 定員60名(9月1日現在)
- ◆ 平均年齢 84.5歳
- ◆ 特定施設対象者 24名(要介護者)
- ◆ 平均介護度 3.26
- ◆ 養護対象者 36名(自立者)

平成27年9月1日現在、平均年齢は84.5歳。その内訳は男性が13名で81.7歳。女性が47名で85.7歳です。特定施設対象者は24名で、平均介護度は3.26度。養護対象者は36名となっています。平均

在籍年数は6年4ヶ月で最長在籍年数は34年6か月の方です。

看取りケアの取り組み

- ◆ 藤波園では以下の手順により看取りケアを行っています。
 - ① 家族から相談。(市町村:措置権者から相談)
 - ② 往診医への依頼
主治医からあいりんクリニック前田医師へ
 - ③ 訪問看護の依頼
あいりん訪問看護ステーションとの利用契約
訪問看護により夜間などの緊急ケア体制
 - ④ 葬儀を含む死後の支援

藤波園では以下の手順により看取りケアを行っています。

- ① 家族や措置権者からの相談
- ② 往診医への切替。主治医から往診(看取り)を熱心に行われているあいりんクリニック前田医師に依頼します。
- ③ 訪問看護の利用。 養護老人ホームの看護師体制は通常1名で、24時間のオンコール体制をとる事は難しいため訪問看護により夜間等の緊急ケア体制を整えます。
- ④ カンファレンスの実施 家族の看取りの意向、緊急時体制などの確認をします。
- ⑤ 葬儀を含む死後の支援。これは家族等の要望により行っています。

事例から

対象者 Kさん 101歳 女性 要介護5

現病歴 両眼白内障 便秘症
閉塞性肺疾患(COPD)

家族構成(入所当時)

二度の結婚歴はあるが、死別・離別されている。子供はなく、兄弟もすでに亡くなり独居。

事例から

生活歴

高島市内で生まれ、卒業後、家事手伝いをしてきた。結婚は2度したが、死別、離婚される。子供はなし。市内で親類宅を借り、近隣に住む甥の支援を受けつつ、独居生活であった。平成10年に自宅の老朽化により市営住宅に転居した。

事例から

入所日

平成18年4月6日入所（入所時 91歳）

入所（措置）理由

自宅にて入浴できない為、デイサービスにて週1回入浴。調理はされず、配食サービスを使用。日常生活動作は出来るが、認知症による火の不始末や生活管理が困難となり当施設へ措置入所となる。

ADL（入所時）及び入柄

性格 朗らかで親しみやすい。

ADL 難聴と理解力の低下は見られるが、日常生活動作は見守り程度でほぼ自立。

Kさんの状態変化（入所時～看取り期）

入所当初は行事やクラブ活動、掃除等も積極的に参加されていた。概ね自分の事は自分で出来ていた。

H18年6月 呼吸苦強く、在宅酸素が開始。
H22年7月 SPO2低下による観察入院
その際、終末についての相談を受ける。
H23年8月 大腿骨部頸部外側骨折し車椅子生活。
H23年9月 SPO2低下による観察入院。
H24年8月 一時食事が摂取困難で、入院されるも、徐々に回復し退院となる。
H24年11月 摂食障害による入院。

看取りケアへの移行

複数回の入院

徐々に摂食障害などが強くなり、在宅酸素を使ってもガス交換ができなくなっている。特に治療もなく通院を勧められるが負担が大きい。カンファにて家族（甥）への同意が取れた。

往診医との協力関係

養護老人ホームはケアハウスと同様、在宅としての位置づけにより、嘱託医以外に往診医の看取りの協力体制が確立。

訪問看護との協力関係

利用者との個別契約による24時間の看護体制の協力体制の確立。

今回の事例対象者Kさんは平成18年4月6日に当施設へ措置入所となりました。当時は91歳です。入所当初は行事やクラブ活動、掃除等も積極的に

参加され、概ね自分の事は自分で出来ていました。平成18年6月 COPDによる呼吸苦が強く、在宅酸素が開始となりました。平成22年7月酸素飽和度が低下し入院。その際、終末期について相談があるも回復。翌年の8月大腿骨部頸部外側骨折により車椅子生活となりました。さらに、平成24年から25年の間にも酸素飽和度の低下や摂取障害で4度入退院を繰り返し、その都度、終末期についての相談をするも嘱託医の看取り協力体制が確立できず、結論には至りませんでした。平成25年7月退院時のカンファレンスにて、特に治療もなく通院を勧められるが99歳と本人への負担が大きいと判断。この時に合わせて、近隣の往診医の看取りの協力体制と訪問看護との契約による24時間のオンコールの協力体制が得られ、看取りケアの開始となりました。

Kさんの看取りケアの取り組み

①食事面

毎食、パンミキサーと高カロリー食（エンジョイゼリー）、果物など本人がその時食べたい物を提供。
（浮腫など体への負担を考慮しつつ提供）

②身体面

臥床生活が中心となり、エアーマットの設置と並行して安楽体位に努めた。緊急体制に備え、訪問看護と利用契約。（H25年7月）

③環境・体制面

詰所横に居室を移動（詰所の隣部屋）。緊急ケア体制（夜勤者1名）の整備また音楽を流すなど孤独にならない精神的配慮。

食事では、パンミキサーや高カロリー（エンジョイゼリー）、果物など本人がその時食べたい物を提供、摂取量は浮腫などの体への負担を考慮しました。平成26年7月頃より臥床生活が中心となり、手足の浮腫み等も見られる為にエアーマットの設置と並行して安楽体位に努めました。緊急体制に備えて、訪問看護とも逐次報告・連絡を行いました。夜勤1名体制のため、詰所の横に居室を移動し、緊急体制に配慮しました。臥床中心で日常生活での変化も少なく、また、孤独感を和らげる為に音楽を流すなどストレスケアに努めました。

Kさんの看取りの経過①

- H26年10月 食事介助をするも「いらない」「食べたくない」と言われる事が多くなる。
- 12月 摂取量よりが少なくなり、本人が好むパンミキサーと高カロリー食を提供、身体の負担にならないよう状況を見て提供した。
- 12月末 傾眠状態が見られ、発語も少なくなる。仙骨部の褥瘡が悪化。経口摂取が出来なくなる。
- H27年
- 1月1日 体の浮腫が強く、耳孔から浸出液が出始める。
- 6日 夕方頃より顎呼吸が強くなる。

Kさんの看取りの経過②

- H27年1月7日 未明より呼吸が浅くなる。
- 5:00 呼吸が無くなり訪問看護に連絡
- 5:15 訪問看護到着、訪問看護より医師に連絡。
- 5:35 医師到着。死亡確認。
- ◆ 訪問看護にてエンゼルケアを実施。
 - ◆ 死亡届など諸手続きを甥に依頼。
 - ◆ 1月7日夕刻 利用者・家族と共に通夜の実施。
 - ◆ 1月8日朝 告別式・利用者と共に斎場まで見送り。

- ◆ 3月23日慰霊祭にて藤波園納骨堂へ納める。



現在は約180の柱(遺骨)が納めている。

平成26年10月より食事を拒否する事が多くなり残食も増えました。12月末には傾眠状態も見られ、仙骨部の褥瘡が悪化してきました。このころから経口摂取はほとんど出来なくなってきており、医師の指示にて必要に応じ点滴を受けました。12月30日には著しいレベル低下から家族に報告をしました。平成26年1月1日には体の浮腫がより強く、耳孔からの浸出液が出始めました。6日、夕方頃より顎呼吸がより強く、翌日の未明から呼吸が浅くなり、5:00呼吸が無く施設から訪問看護、訪問看護から医師に連絡し5:35 医師が到着にて死亡(101歳)の確認をされました。死亡確認後、訪問看護にてエンゼルケアを実施し、死亡届など

諸手続きは保証人の甥が行いました。1月7日施設内にて利用者・家族と共に通夜を行い、翌日の告別式にも利用者と共に斎場まで見送りました。遺骨は3月23日慰霊祭にて藤波園納骨堂に安置しました。

取り組みの評価 改善点①

- 看取りケアに対する職員意識の違い
 - ⇒食事や補水など浮腫の程度などを考慮した統一したケアが出来ていたか？
 - ⇒いつ亡くなるか分からない不安感
- 看取りに対する家族の関わり
 - ⇒逐次連絡していたが看取りの「共有」まで至っていないのでは？(今回は甥と言う立場)

看取りケアに対する職員意識の違い。

看取りケアにおいては、常にいつ亡くなるか分からない不安感が付きまといます。家族へは逐次連絡し、職員間でも密に連絡は取っていましたが、少なからず意識の違いから、十分な看取りの「共有」ができていたかと懸念されました。

取り組みの評価 改善点②

- ⇒藤波園では利用者とともに告別式・火葬・納骨まで行い、「私もこのように葬儀をして欲しい」との話をよく伺う。



春季慰霊祭にてこのように施設で納骨して頂く事で永代供養をして頂ける安心感を持ってもらえるが、これが本当に利用者が望む最期なのか。

また、Kさんについては家族が甥と言う立場から、藤波園で利用者と共に告別式・火葬・納骨までの支援を行いましたが、これがKさんの望む最後であったのか。

さらに、利用者は常々「私も園で葬式をしてほしい」と言われます。永代供養をして頂ける安心感を利用者は持っておられるようですが、これが本当に利用者が望む最後なのか？例えば、自宅に帰りたと思っている利用者もおられるのではとも考えます。

今後の課題(考察)

○本人・家族のニーズはさまざまである。

⇒入所当初から意向確認は行うが、元々家族関係が希薄なケースが多い養護ホームにおいて、看取りに対する家族への働きかけ・思いの共有が重要である。

○職員のストレスマネジメント

⇒看取りに対する不安に対して施設内研修やカンファレンスの適正実施も必要。

第1には元々家族関係が希薄なケースが多く本人・家族のニーズはさまざまです。入所当初から意向確認は行っていますが、養護老人ホームにおいて看取りに対する家族への働きかけ・共通の理解を取っておく必要があります。

第2には看取りに対する不安（ストレスマネジメント）に対して施設内研修やカンファレンスの適正実施する必要があります。

最後に

養護老人ホームの利用者は複雑な問題を抱えている。その中で、利用者・家族が望む看取りを目指し、取り組んでまいります。

最後になりますが養護老人ホームの利用者は複雑な問題を抱えています。その中で、利用者・家族が望む看取りを目指し、取り組んでまいります。

グループホームの利用者の別れから学んだこと ～福祉施設における看取りの本当の意味とは？～

社会福祉法人 甲南会
グループホームせせらぎ
坪川 拓己

認知症高齢者の生活を支援していく中で本人の思い 家族のおもい スタッフの葛藤など様々そして 医療との連携での思いなどを報告します。

グループホームで認知症ケアをさせていただいて、医療との連携がとても重要であることは言うまでもありません。

あまりまとまっていないかもしれませんが、利用者の別れを通してたくさんの事を学び今日の自分がいます。

グループホームでのターミナルに関しての体制

平成20年
開所当時～ 訪問診療 月一回
平成21年 ST PT 月一回
平成25年
訪問看護ステーションとの契約
GHでの点滴を主治医の指示のもと開始する
看取りの指針 同意書の作成家族会にて説明し同意を得る。
平成26年
各ユニットの食堂横の畳部屋をフローリングの部屋に改造する。（家族や本人の意向を開き居室の変更できる）

グループホームでの看取り（ターミナル）の体制について

開所当時から近くの病院と契約し、月1回主治医が診療に来られます。

また言語療法士とせせらぎ苑が契約をしています。

必要な時は週に1回見てくださり専門的視点の中で嚥下状態を見てくださいます。

平成25年に訪問看護ステーションと契約をし、健康管理 点滴 24時間のTELによる相談看取り期の対応などとしています。

また平成25年まではGHの看取りで、どのようなことをするのかと言う具体的なことは記載されていませんでした。そこで看取りの指針を作り同意書も作成し家族会で説明をしました。

ケアの現場で・・・。

- ・居室の環境整備（ベッドの位置 写真などを飾る 音楽を流す）
- ・巡回の回数を増やす。息の異常かどうか？
- ・排泄の変更 回数を減らすかどうか
- ・尿の色の観察
- ・体位交換
- ・清拭
- ・本人の手や足をさすりながら話しかける
- ・空気の入替え

家族への支援

- ・家族との相談
- ・点滴をやめる判断の迷い
- ・本人が弱っていき姿を見ての不安
- ・亡くなった後の手続き
- ・看取りの時の家族の休む部屋の準備
- ・死亡確認に関しての訪問診療 訪問看護との連携についての確認
- ・看取り後、GHを出る時ご本人にどのような服を着てもらいたいかなどの家族の思いを聞く。



看取り 病院で亡くなられた利用者

平成25年～平成27年11月現在
グループホームで看取りを行った利用者
平成25年度 1名
平成26年度 2名
平成27年度 5名 合計8名

病院で亡くなられた方
平成25年 1名
平成26年 3名
平成27年 2名 合計6名



グループホームせせらぎで平成25年～看取り、病院で亡くなられた方はこのようになっています。GHでお亡くなりになられた方は主治医の死亡診断で老衰です。

・GHで看取りでお亡くなりになった方
(主治医の診断名)
老衰による死亡……8名

病院での死亡された利用者
肺炎……2名
胸水……1名
脳梗塞……2名
GHで意識が無くなり救急車搬送、その後死亡
……1名

また病院で亡くなられた方の病名はこのような
なっています。

・GHでケアを行っている時にふと利用者が話出した。
「私は、ここで死にたいです」その言葉に少し立ち止ま
る……。スタッフは
「グループホームですか？」
スタッフの言葉の後に利用者は「私は6年近くここに住
んでいます。ここは第2の家だと思っています。息子に
は迷惑を掛けたくない。ここはよく知る婆ちゃん達そ
して職員さんもある。だから私はここで死にたいと思っ
ています」
その言葉の3か月後認知症の進行が進み救急車に運
ばれ病院で亡くなられる

利用者の家族が看取りを終えお葬式が終わった後に家
族と話す機会があった
「GHで看取らせていただいて本当に感謝しています。し
かしもう半年がたっているのですが夫の事を考えると涙が
出てきます。ご飯も食べれない時もあります。時々遠方
にいる娘に来てもらっているのです。さみしい気持ちがあ
ふれ出る事があります。」
「今だから言いますが、私は本当はGHに入居する反対し
ていました。母には本当にお世話になり私が最後まで介
護をしようと思っていました。しかし認知症が進行してい
きやさしかった母が変わりましたあんなにやさしかった母
が……。夫に説得されて入居を決めたんです」

私はグループホームでケアに関わってきまし
た。

ある利用者が入居して認知症が進行していく中
で「どんどん分からなくなって、どうしたらいい
のか分からない」「はなせない……苦しい……」
など生活を支援していく中で言葉を聞きます。開
所当時はそのような言葉に対し「大丈夫。僕たち
がいるから心配しないで」など慰めの言葉、しか
し表情が曇り「ごまかさんといて！」と怒って訴
える利用者。他の利用者は「もう、あの世に行き
たいわ……」の言葉。私は「まだまだ長生きし

ましょう」と声を掛ける……。違和感を感じて
いました。

認知症の理解、老人の心理など学んできたはず
だったが、いざそのような場面になったらごまか
しと言えるような言葉かけ……。

本人に寄り添うケアを……とスタッフに伝え
てきたがその私が伝えた言葉がどんどん軽く聞こ
える瞬間……。

利用者は日々何を思っているのか？ GHでの
生活をどのように過ごしたいのか？

利用者との別れを通し疑問を感じるようになり
ました。

スタッフと一緒に最期をどのように迎える
ために本人、家族に対してどのように支援をする
か悩み実践してきました。ケアの現場では看取り
時期に入りケアでは次のようなことを行っていま
す。

本人の好きな音楽をかけたり、主治医の了解を
得て口に少しだけ、本人が好きなものを食べても
らったり家族、スタッフと共に話し合い、看取り
での本人へのケアを実践しています。

家族への支援については具体的には食事が食べ
られなくなり、主治医や訪問看護師、STの見解
をもとに家族と相談します。面会時に何度も話を
する中で看取りに関してどのように考えているか
を話し合ってきました。看取り期に入る時は主治
医と家族、管理者でカンファレンスを行います。
その時はもう一度GHで最期を看取るか、延命を
望むか、それとも自宅での最期を望むか確認をし
ます。悩まれる家族はその時に答えを出さずに何
日か開けてもう一度相談する家族もいます。

「利用者は、最期をどう迎えたいのか？」

利用者との別れをお手伝いさせていただいて本
人に聞く事の大切さを感じています。

しかし聞くタイミングや信頼関係を作った上
での聞き方は難しいと思います。

・ケアスタッフが……。

看取り 老衰で亡くなる……。何となくわかります

しかしなぜ利用者は歩いていたのに歩けなくなるのですか？ なぜ食べておられた方が食べなくなるのですか？
いつから看取りって入るのですか？？

看取りに入っても〇〇さんに何をしたらいいのでしょうか？私は今まで利用者と一緒に笑い 楽しく過ごしてきましたが……今の〇〇さんの姿を見るのがつらいです。
体と気持ちがどんどん〇〇さんから離れていく気がします。私はこの仕事があっていいのかなとも思うのです。

スタッフが病院受診の付き添いをする中で先生との診察の時に医療と福祉との壁を感じると言うスタッフもいます。

利用者が病院受診時にドクターにどのように伝えたらいいのか困ります。

家族は「看取りはGHと言われているし……。」

「入院したら認知症が悪化して食事が食べられなくなったりすることで、どんどん弱っていく、今の状況（治療状況など）途中でも情報を聞きたい……。」

私は病院に何度も通い、看護師さんや主治医をお見掛けすると時間を作っていただき、話をするようにしています。その情報をもとに家族と状況を伝え今後の方針について家族に相談します。

現場で……。

ケアスタッフが……。

看取り 老衰で亡くなる……。何となくわかります

しかしなぜ利用者は歩いていたのに歩けなくなるのですか？ なぜ食べておられた方が食べなくなるのですか？ いつから看取りって入るのですか？？

違うスタッフが看取りに入っても〇〇さんに何をしたらいいのでしょうか？私は今まで利用者と一緒に笑い 楽しく過ごしてきましたが……。

今の〇〇さんの姿を見るのがつらいです。

体と気持ちがどんどん〇〇さんから離れていく気がします。私はこの仕事があっていいのかなとも思うのです。

スタッフは日々のケアの中で認知症の進行によりどのように接したらいいか悩み 歩ける方が歩けなくなり 食事を食べておられた利用者が食べられなくなるそして 別れが近づく瞬間まで様々な

ストレス 葛藤を感じています。

認知症の理解

病気の理解

など様々な観点からスタッフにはわかりやすく伝えるようにしています

医療との連携の難しさ そして家族 スタッフの葛藤



入院中に家族がグループホームにきて悩みを言うってくれた時、

- ・「お医者さんが 食事が食べられないので胃薬にするか高カロリーの点滴をするしか方法はないと言われたときにどのように決めたらいいのか……。今もその選択がよかったか悩みます。」
- ・「先生の説明がある時に先生の言うとおりにしないとけないと思ってしまう……。」
- ・「GHで看取りをさせていただき良かった。何度も兄弟で話し合ってきました。もしこのまま病院で亡くなったら……。後悔していたと思います。」

私達グループホームスタッフは病院側、医療側に本人のGHでの具体的な生活、家族の思いをわかりやすく伝えているのか日々振り返ります。

看取りで利用者と別れ そのご家族はどのように思っているのか？

またグループホームに入居を決めて家族はどのように思っているのか？

家族への支援とはどのような事なのか？面会時に10分ほど話しをするように心がけてきました。しかし「いつもありがとう ございます。」との言葉 しかし家族の奥にある思いに中々触れる事が難しいという現実。

入院中、利用者と話をする

- ・「兄ちゃん……。早く帰りたいわ……。」
- ・酸素マスクして話せない利用者 スタッフが言葉を掛ける……。

「僕の事が分かる？」手を握りながら話しかける……。

手を力いっぱい握り返す。スタッフの目をみて深くうなづく。」

混乱されて判断力の低下や記憶障害により点滴を自己抜去される利用者……。

しかし 肺炎が重度で急性期の治療が必要。
拘束される……。体を起き上がろうとするおじいちゃん……。

「〇〇さん 今は重い肺炎で治さなあ あかんから。辛抱しよう。お願い……。」

スタッフの顔を見てうなづくが……。

認知症が重度になり言葉が自分で話せない方、そして誤嚥性肺炎を繰り返していく利用者 入院中での医療との連携をととても大切だと思います。

しかし認知症高齢者への理解 グループホームへの理解など認識されている方が少ないのも現状です。

看取りはGHでと話をつづけた利用者 そして家族しかし脳梗塞などで口から食べれない 医療依存が大きい方のグループホームの受け入れの限界……。

病院側と家族 そしてグループホームの体制 3者との話し合いをする時間を作っていかなければいけないと感じています。

・ GH入居7年 パーキンソン病 ヤール重度分類 レベル5
・ レビー小体型認知症
・ 2年前から誤嚥性肺炎を繰り返し入退院を繰り返しておられた 家族は入居してからカンファレンスを繰り返し最後はGHで看取ってほしいとの意向であった。今年に入り誤嚥性肺炎を発症 入院となる。肺炎治療は終了したが「食事が入らないので病院の先生は胃薬にするしかない」との意見を家族に伝える。家族は慌ててGHに電話がある。家族 GHスタッフ ドクターとで話し合いが行われる。家族は誤嚥性肺炎が治ったのでGHに帰らせたいと言われるGHのスタッフはGHの説明をドクターにし看取りも出来る事や食事の形態を工夫し生活が出来るように支援する事を伝える 主治医は家族の意向であれば……と納得され退院になる。
家族は「ドクターに言われるとそうしないといけないかと悩んでしまいました 今でも自分の判断がよかったか悩みますお母さんは話すことが出来ないで……。」

GH入居7年 パーキンソン病 ヤール重度分類 レベル5

- ・ レビー小体型認知症
- ・ 2年前から誤嚥性肺炎を繰り返し入退院を繰り返しておられた 家族は入居してからカンファレンスを繰り返し最後はGHで看取ってほしいとの意向であった。今年に入り誤嚥性肺炎を発

症 入院となる。肺炎治療は終了したが食事が入らないので病院の先生は胃薬にするしかないでしょうとの意見を家族に伝える。 家族は慌ててGHに電話がある。家族 GHスタッフ ドクターとで話し合いが行われる。 家族は誤嚥性肺炎が治ったのでGHに帰らせたいと言われる GHのスタッフはGHの説明をドクターにし看取りも出来る事や食事の形態を工夫し生活が出来るように支援する事を伝える 主治医は家族の意向であれば……と納得され退院になる。 家族は「ドクターに言われるとそうしないといけないかと悩んでしまいました。今でも自分の判断がよかったか悩みますお母さんは話すことが出来ないで……。」と家族がつぶやく。しかし再度 誤嚥性肺炎を再発……。

訪問看護に連絡様子を伝え、主治医に連絡し受診をする。GHスタッフは再度家族に相談家族は「入院ではなくGHで治療をしてほしい」と言われる。

検査をし、肺炎との診断……。主治医が訪問看護に連絡GHで点滴指示があり、GHに帰る。

GHでの主治医と入院時の主治医が変わる時のGHとしての役割とは何か？

- ・ 入院時の家族の悩みの相談
- ・ 入院時の利用者の状況の把握 病院の看護士との情報交換。
- ・ 入院時の主治医との情報交換。
- ・ GHの施設についての理解を伝える
- ・ GHで退院できる状況か？それとも医療的ニーズが大きいのか？



GHでのケアの現場では

- ・ 食事の形態に工夫をする
- ・ アイスマッサージ
- ・ スプーンテクニック
- ・ 食事前のマッサージ
- ・ 入院での経過 家族の思いを共有する。

しかし現在 食事でも食べられなくなり、看取り期に入っている。

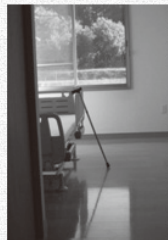


いろいろとケアの現場では食事の形態など工夫したりケアで出来る事は何かをスタッフと話あって実践しました。しかし、主治医はもう食事は食

べない方が本人の為です。かえって〇〇さんはしんどいですよ。 GHのスタッフは本当によく頑張っています。

食事の形態を工夫したり〇〇さんの嗜好に合わせて食事を提供したり。私自身も〇〇さんを7年見てきてたくさんの事を教えてもらったよ」

利用者は最期をどう迎えたいか？



その言葉に最初は理解が出来ませんでした。しかし主治医のこの言葉は〇〇さんを思いケアスタッフに対しての温かいねぎらいの言葉であり、冷静に考える事が出来た言葉でした。7年間ともに過ごしてきた利用者に関して見離すという思いが、感情的に表れてしまいました。しかし主治医の言葉に〇〇さんの事を主に置いて考えていなかったことに気づきました。

訪問看護師も本当にケアスタッフと目線を合わせてスタッフの不安な気持ちを聞いていただいたり、ケアスタッフをねぎらう言葉そして真剣に心配してくれる、何よりも真剣にその利用者を思い話してくれることは私達ケアスタッフは気持ちが楽になります。家族への相談に関しても相談に乗ってくれます。

「自宅で最期を迎えたい それが一番や」

「私は〇〇さんみたいにここで看取ってほしいお願いやで」

「最期？？考えた事ないわね。」
開所してから利用者の中にはそのような話しを避け 認知症が進行し失語により話せなくなった方もおられる。

グループホームでの利用者の言葉です。

利用者がGHで看取りみんなで送った後 ある利用者が「私もここで看取ってほしい・・・」スタッフはそこで利用者と一緒にと本人の死に対しての思いを聞く事にしました。

満州での話 息子を守りながら日本に帰ってきたこと 80を過ぎ草むしりをして転倒し骨折をした話 そして初めて福祉施設を利用した思い その後グループホームに入居し思いが変わってきたことなど20分ほど話をしました。がしかし

現在利用者で最期を迎えたいかという質問に関しては 18名中6名ほどになっています。 その一つの要因は新しい入居者が増えてきていることと 認知症の進行で言葉で伝えられない方もおられるのが大きな理由です。

認知症が重度になり言葉が自分で話せない方、そして誤嚥性肺炎を繰り返していく利用者、入院中での医療との連携をととても大切だと思います。

しかし、認知症高齢者への理解、グループホームへの理解など認識されている方が少ないのも現状です。

看取りはGHでと話をつづけた利用者、そして家族、しかし脳梗塞などで口から食べれない、医療依存が大きい方のグループホームの受け入れの限界・・・。

病院側と家族 そしてグループホームの体制3者とでの話し合いをする時間を作っていかなければいけないと感じています。

- ・90歳代のお婆さん GHに入居されて5年ほどになる。ある時に居室でスタッフと本人とゆっくり話すことがあった。「私はもう90後半だからもう悔いもないわ。ここで美味しいものを食べて過ごすのが一番だわ」と言われスタッフが「〇〇さんは最期を迎える事をどのように考えていますか？」
- ・と聞くと「え？私ですか？そうねーやっぱりここかしら。行くところもないしねーここに娘がしょっちゅう来てくれるし」と言われる。その後半年が過ぎ食事が食べられなくなる。主治医と家族とで何度もカンファレンスを行う。家族はGHで看取ってほしいとはっきり言われる。点滴を2週間施行する。しかしどんどん弱っていく姿を見て家族は点滴はもういいです…。と言われる。2日後家族に見送られながら永眠される
- ・その後 家族がご本人の遺書をスタッフに見せていただく

利用者は最期をどう考えているのか？

- ・本人に聞くタイミングを考える。
- ・本人に聞く環境を整える
- ・本人を追い込まないように会話の中で導入から展開 クールダウンの流れを考え話を進める。
- ・本人との関係性の中でスタッフを限定して聞く。

しかし認知症と言う病気を抱えている中で本人の言葉は法律的にも影響はないかもしれないが死生観について話すことも重要ではないか？

偲ぶ会で…。

- ・スタッフ同士で亡くなりになった方を自由に話せる時間を設ける

・目的

自分一人では知らなかった一面を知る
看取りをしてつらかったこと 不安に思った事を語る事でストレスの軽減をはかる。

課題1 看取りの同意書に関して

「今は考えられません。今まで家で介護をしてきてやっと力が少し抜けたので…。」

1か月がたち

家族は面会に何度も来られるようになる

「おじいさん 迷惑かけていませんか？すみませんねー」

家族は在宅での介護で追われていたが現在は本人への申し訳ないという思いが現れてきているのでは…。



今後の課題は、看取りの同意書にかんして 入居が決まりすぐに看取りについての指針や同意書のサインを求めています。

しかし、それがかえって家族を追い込むことになる可能性もあるのではないかと入居を決めるのは利用者ではなく家族が多いという現実……。

家族も入居を決めたけれども様々な悩みがあり

利用者の生活支援と同時に 家族への支援（話を聞く事）が必要ではないかと思っています。

課題2

スタッフ 家族 利用者 医療関係者が気軽に語り合える関係づくりを

エンディングノート ターミナル同意書 など

の書いて残すこともとても大切だと感じています。

しかし 最期をどう迎えたいと言う事だけではなく、本人が今どう思っているのか 日々の生活の中で本人に聞く事が大切ではないか？

入居してから看取りは始まっている。

どう今を生きるかを考える事の重要性。

家族の気持ちの揺れ(入居直後～看取り期に入るまで)

認知症の正しい理解 病気の知識 看取りに関しての知識などを知りスタッフ同士 医療関係者 家族 本人が気軽に語り合うこと

最後に 課題としてエンディングノート ターミナル同意書 などの書いて残すこともとても大切だと感じています。

しかし 最期をどう迎えたいと言う事だけではなく、本人が今どう思っているのか日々の生活の中で本人に聞く事が大切ではないか？

入居してから看取りは始まっている。どう今を生きるかを考える事の重要性。

家族の気持ちの揺れ（入居直後～看取り期に入るまで）

認知症の正しい理解 病気の知識 看取りに関しての知識などを知りスタッフ同士 医療関係者 家族 本人が気軽に語り合うこと。

グループホームは看取りが出来るではなく、一つの選択肢である。

将来は本人が自宅で最期をと利用者の思いがあった時に家族と相談し在宅で看取りが出来るのか？

自宅で看取りたいが介護とかできないからと諦めの思いがある利用者本人 家族もおられるかもしれません。長い年月がかかるかもしれませんが利用者の言葉 を日々のケアで聞き続け本当の本人の思いをかなえられるように 支援し続けていきます。

そして私たちケアスタッフは認知症高齢者の生活を支援していく中で毎日のケアでその一瞬一瞬 利用者とどのように関わっていくか、利用者の

一瞬一瞬聞く事が出来るか それを積み重ねていく中に看取りがあるのではないかと感じています。

御静聴ありがとうございました。



うまいこと参らせてもらえるように

医療法人社団弓削メディカルクリニック
滋賀家庭医療学センター

院長 雨森 正記

はじめに

なぜ在宅医療をするのでしょうか？

その答えは、皆さんの中の多くの方も望まれているように「住み慣れた自分の家で最期を迎えたい」という希望を持っておられる患者さんご家族の方が多くいらっしゃるからです。そのような方の少しでもお役に立ちたいと思っております。

またそれだけではなく在宅医療は楽しいからするのです。在宅医療をすることで患者さんご家族とはより近い関係になりますし、患者さん、家族からは非常に感謝されます。私たち医師、看護師は、多くの時間を病院、診療所という閉鎖された空間で過ごします。ところが、在宅医療は、四季の移ろいを感じながら診療を行うことができます。これは私たちにも大変楽しいことでもあります。

今回の内容は①大切な人との別れの準備、②痛い痛いと言われたら、③家で死んだら警察？④ACP（Advanced Care Planning）ということについてお話させていただきます。

1. 大切な人との別れの準備

今から40年ほど前までは、我が国でも病院で亡くなるよりもご家庭で亡くなる方が多かったのです。ところが、その後病院で亡くなるということが増えてしまい、家で亡くなるという文化が途絶えてしまいました。一度途絶えてしまった文化を再び取り戻すのにはどうしても時間がかかります。

在宅で看取りを行う場合、患者さんの状態は刻一刻と悪化していきます。こういう状態になったら死期が近いということも、家で看取る文化のあった時代には、親から子へ、子から孫へ伝承さ

れていたはずですが。しかし、その文化がなくなったことから、死期が近くなってきたときにどのような状態が訪れるかということを、親も子も孫も皆さんご存知なくなっていました。介護されているプロであるの皆様の中にも、まだ経験が少なくそのような状態について十分にご存知ない方も多いのではないかと思います。

死が差し迫ったときのサインとして、まず水分や食べ物への興味が減ってきます。だんだん食べる量が少なくなり、また水分が減ってきて脱水傾向になってきます。飲み込む力が弱ってくると誤嚥を起こしやすくなります。感染などの状態が加わることで、その状態は急速に悪くなることがあります。しかし、これはどなたにでも起こるものです。ですからそれが回復可能な状態なのか、それとも老衰によって体力が衰えてきたためによるものなのか見分けることが必要となります。

次に、周囲への関心が薄くなり、寝ている状態が多くなってきます。これまでご家庭の事や周囲の事など、いろいろお話しされていたものが、だんだん少なくなってきます。

さらに進んでくると周りの状況に理解ができずに混乱している様子が見られることがあります。また物事の見分けが付きにくくなってきます。これは脳の働きが鈍くなってきたサインです。また尿、便失禁をしたり、尿量が減ってきます。それとともに唾液や汗などの分泌物が減ってきます。これは脱水が進行してきたサインでもあります。

そしてもっと差し迫った状態になってくると、皮膚の色の変化が起こります。手や足の先の色が紫色になったり冷たくなったりしてきます。これは心臓や脳など大事な臓器の血流を維持するために、手や足に行く血流が減ってきたサインになります。

そして死期が近くなったときには呼吸の変化が

起こります。呼吸で覚えて頂きたいのは3つあります。チェンストークス呼吸、死戦期呼吸、下顎呼吸です。チェンストークス呼吸というのは、呼吸がだんだん大きくなり、次に弱くなり一時的に止まり、また大きくなりというのを繰り返すものです。元気な高齢者でも寝ている時起こることはありますが、これまでなかったものが新たに出現した時は注意が必要です。死戦期呼吸は、呼吸が不規則で弱くなりもう十分に肺まで到達していない状態です。そして下顎呼吸というのは、喘ぐように、下顎を上下に動かすような大きな呼吸のことを言います。死戦期呼吸や下顎呼吸は死期が分単位で迫っているときに起こります。

これらの状態について知っておいていただきたいと思います。

2. 痛い痛いと言われから

在宅医療を行っているときに、患者さんそして介護スタッフから特に困った症状として挙げられるのが痛みに関してのことです。もし強い痛みについて訴えられたらどうしたらいいんだろうとよく言われます。そのような不安を持っているのはご家族だけでなく皆さんだと思います。

痛みの原因については4つのことを考える必要があると言われています。それは①身体的苦痛②社会的苦痛③スピリチュアルペイン④心理的苦痛であり、それらを合わせて全人的苦痛（トータルペイン）といいます。

まず身体的苦痛ですが、これは病状が進行してきてその疾患から来る痛みのことです。そして痛いことで日常生活が制限されます。これには通常の鎮痛剤を用います。癌性疼痛などの痛みが強いときは麻薬を使用することで苦痛を和らげ、生活の質を改善させることができます。次に社会的苦痛です。これは仕事上の問題や家庭内での問題から来る苦痛をいいます。スピリチュアルペインと言うのは、もっと深い意味の苦痛です。これまでの人生は何だったんだろうか、なんでこうなったんだろうか、死に対する恐怖など霊的な苦痛と言われます。最後は心理的苦痛です。いろいろな不安、鬱状態、苛立ちを持ったりする苦痛のことです。

医療者は、患者さんの持っている痛みが、病状の進行によるものなのか、それとも社会的なことなのか、スピリチュアルなものなのか、心理的なものなのかということを十分に考える必要があります。つまり単なる痛み止めを増量することで治まるものなのか、それ以外の原因を改善しないと治まらないものなのかを見極める必要があります。

ある患者さんの例を紹介します。70代の女性、肺がんの末期で多発性骨転移を持っておられる方でした。在宅で療養中でしたが、疼痛のため寝返りしたり、座ったりするのも困難となって来ておられました。そんな時、当院の医師が訪問し、もともと社交ダンスが趣味で、もう一度社交ダンスを踊ってみたい、家にたくさんあるドレスを着てみたいと言う希望を持っておられることがわかりました。そこでその医師は、「次の往診の時にタキシードを着て来ますからここで踊りましょう」と提案しました。患者さんの状態からは、全く荒唐無稽な提案かと思われました。ところが翌週に彼が本当にタキシードを着て訪問したところ、その患者さんはお化粧をして社交ダンスのドレスを着てベッドに座っておられました。普段は寝返りをするのも大変な状態でしたが、社交ダンスができるということで座ることもでき、社交ダンスの音楽に合わせて体を動かすことが出来るような状態になっておられました。その後、その患者さんの痛みが減り、使っていた麻薬の量を減らす事ができ、家で看取ることができました。

3. 家で死んだら警察？

いまだに言われることがあります。

「もし家で死んだら警察を呼ばんならんのとちゃうの？」

医師法第20条、第21条に医師が死亡診断したときの報告についての規定があります。数年前までこの条項の解釈について、厚生労働省と警察とで異なった見解がありました。最後の診察から24時間以上経過している場合には、すべて警察に届け出して、検死後死体検案書を書かなければいけないと警察が解釈していたのです。そのため異状死体でもないにもかかわらず警察に報告し死体検案

が行われた例が全国で数多く見られました。それでは在宅医療が進みません。

そのため厚生労働省は再度通達を出しました。つまり異状死体の場合は警察への届け出が必要(これは当たり前のことです)、最後の受診後24時間を超えていても診療していた疾病で死亡している場合には死亡診断書を書いて差し支えないと言う通達です。これは在宅で寝たきり患者さん、末期がん患者さんが亡くなっても継続して診察していた病気で亡くなった場合は警察を呼ばなくても良いと言うことを指します。

次のスライドは、私が訪問診察をしているときにiPadを使って情報管理をしているものです。最近はいろんなIT機器を持って在宅医療を行うことができるようになりました。以前とは大きく変わってきています。

4. ACP(Advanced Care Planning)

以前から事前指示書と言うものが行われていました。これは自分が最期の状態になったときに、延命措置をしてもらいたくないということを宣言するものでした。最近ではさらに進んだACP(Advanced Care Planning)ということが言われるようになっていきます。これは、患者さんと家族そして医療介護スタッフがともに継続して考えると言うものです。

患者さんが治療を受けながら、将来もし自分に意思決定能力がなくなっても、自分が語ったことや、書き残したもののから自分の意思が尊重され、医療スタッフや家族が、自分にとって最善の治療を選択してくれるであろうと患者が思えるようなケアを提供することと定義されています。

つまり事前指示書はいちど書いたらそれで終了と言うわけではなく、その状態により変わっていくものであり、その時々で患者さん本人、家族そして医療スタッフがお互いに関わりながら書いていくと言うものです。

5. ようなり

最後にひとつだけ知っておいていただきたい言葉があります。在宅で看取りを行っていると、亡

くなる前のひとときの間あたかも元気になった様に見えることがあります。滋賀県では昔からそのようなことを「ようなり」と言っています。ある患者さんの例を紹介します。

90歳近い男性で前立腺癌末期の状態でした。ある日往診し、かなり呼吸困難、心不全の状態が悪くなりその晩にも亡くなるのではないかと思っておりました。ところがその晩は連絡はなく、次の日の朝に電話をして様子を聞いたところ、ベッドに座っていると言うことでした。その日の午後訪問したところ、患者さんは確かにベッドに座っておられました。そして私の顔見るなり「先生本当に長い間お世話になりました。いくら言葉を申し上げても尽きないほどお世話になりました。感謝しております。どうもありがとうございました」と何度もお礼を言われ、深々と頭を下げられました。

その時その方は、はっきりと受け答えされていましたが、脈は微弱、血圧も非常に低い状態でした。私はこれは「ようなり」だと直感しました。そして私も丁寧に礼を申し上げ、この方ともこれが最期だかなと思いながらその場を後にしました。その後その方は安心したかのように1時間ほどして息を引き取られました。

医療、医学の常識では考えられないような状態かと思います。そのような不思議なような出来事については何人も経験しております。このような言葉を今後も残していただきたいと思います。

最後になりましたが今後の皆さんの活動にお役に立てれば幸いです。

平成27年度 滋賀県委託事業
医療と介護をつなぐ看取り介護推進事業

● 看取りに関するする手引きと事例 ●

発行日 平成28年3月

発 行 滋賀県老人福祉施設協議会

〒525-0072 滋賀県草津市笠山7-8-138 滋賀県社会福祉協議会内

TEL : 077-567-3921 FAX : 077-567-5160