

施設看取りの あれこれ



はじめに

地域包括ケアを中心に、治療を優先する医療から生活を重視した在宅医療、介護の連携が推進されています。また、地域に適した医療福祉の充実を図るため地域サービスの多様化や住民の考え方にも変化が見られるようになりました。

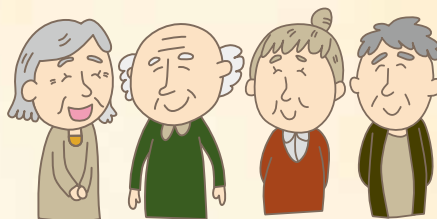
今まで医療に頼っていた終末期を住み慣れた場所で迎えるために、平成18年の介護保険報酬改定から看取り加算が始まり、14年目となりました。

その中で、自然死の問題では食事摂取ができなくなった場合に、いわゆる延命処置としての経管栄養に対して、日本老年医学会が指針を打ち出しました。「医師などが患者のためにならないと判断した場合、本人の意志に沿って人工的な栄養補給などを行わなくてもよい」という見解です。このような動きからも、在宅や施設での看取り件数が徐々に増えています。又、ACPという考え方も出てきました。ACPとは「どう生き抜くか」を前向きに考える仕組みです。本人の思いに寄りそった看取りであることが大切です。

これから、超高齢多死時代を支えるためには、家族に囲まれて自宅や施設で人生の最期を送ることを支援する方向へ進めていく必要があります。

このような地域的取り組みや施設介護の充実は、私達介護に携わる者に対して、認知症、高齢者介護の重要な責務だけではなく、人の温かさや絆、その方との大切な思い出等を感じることにつながり、専門職としての自信や満足感に変わるものと信じています。

看護師職能委員会Ⅱ 委員長 宮田 真由美



高齢者と地域のために働くナースたちの
看護師職能委員会Ⅱ
「ひとりではない つなげよう 広げよう 高めよう」

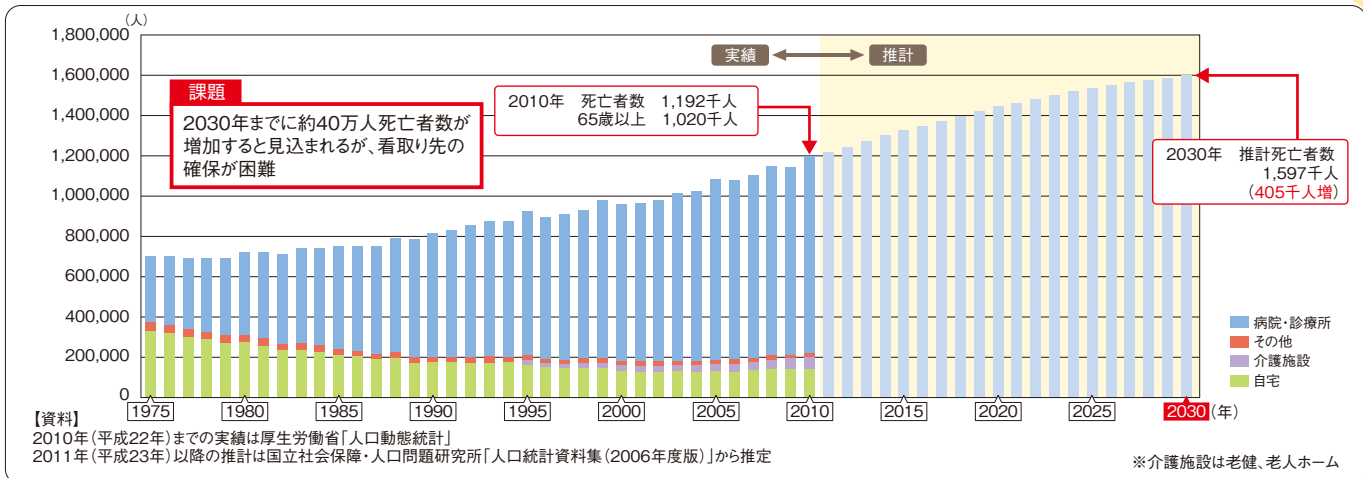
目次 Contents

1 看取る場所の確保が困難	P02
2 自然死の考え方	P03
3 死のプロセス	P04
4 看取りとは	P05
5 看取りのポイント	P05
6 グリーフケア	P07
7 エンゼルケア	P08
8 看取り加算	P10
9 看取りの研修内容	P10
10 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは	P11
看取りの思い出	P12



看取る場所の確保が困難

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



〈看取りの意味を考える!〉

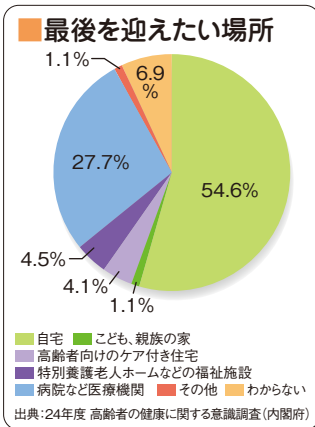
1975年を見ると医療機関、自宅での死亡が約半数ずつを占めている事が分かります。時代背景もその頃から核家族時代を迎えているのです。昔は、年をとってもお年寄りの役目が家庭の中にあり、ちょっとした家事の手伝い、孫の世話と居場所のある家庭環境から、核家族となり、おじいちゃん、おばあちゃんの老いていく姿を家族が間近で見ることがなくなりました。お年寄りは子どもと同居をしても居場所がなく「社会的入院」などといった言葉も現れました。医療の発展も影響して、「老人ホームは体裁が悪いが病院なら親を預けても」といった社会的風潮が、高齢者が医療現場で死を迎える事になった経緯ではないかと思えます。しかし、病院で死ぬのが当たり前となった今でも、内閣府の調査では、**最期を迎えたい場所は54.6%が自宅**と答えており、本当は皆自宅で最期を過ごし、家族や親しい人に送られたいと思っているのです。

平成26年度看護師職能委員会Ⅱの看取りの研修では死生観を学び、今後の看取りに生かすために、死の準備教育(デス・

エデュケーション)の講義を実施しました。参加者が「最期に欲しい物、食べたい物、傍にいて欲しい人」などを想像しカードに記入したのち、少しずつカードを捨てていった結果、ほとんどの参加者の**最後に残った大切な人、最期に言葉を贈りたい人は残念ながら医者でもなく看護師でもなく「家族」**だったので。

施設看取りは、家族だけの手で行うことが難しい介護ケアを継続しながら本人や家族の大切な時間を過ごせる場所として最適ではないかと思えます。

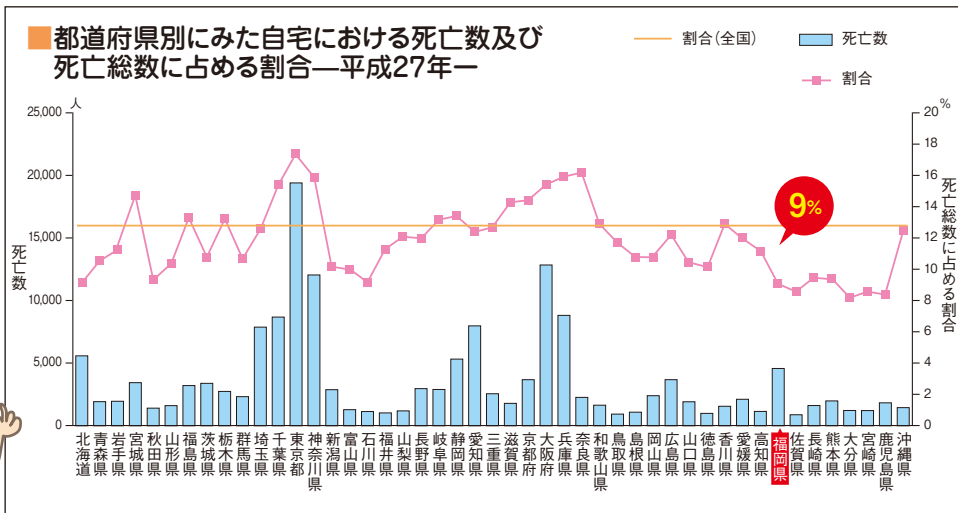
2025年、2030年問題と言われる約40万人、いやそれ以上の方々の最期を支え、良い看取りが提供できるようになることを願います。



〈九州は自宅死亡率が低い!〉

人口動態統計からみると、残念な事に九州は自宅死亡率が低い結果でした。**全国平均12.7%を大きく下まわり福岡県はなんと9%**となっています。

最期の場所を最適なところで過ごしていただけるよう長期療養者を支える看護師たちで力を合わせ取組みましょう。



自然死の考え方

〈老衰について〉

高齢者の死因のうち老衰は10万人を超え増加傾向にあり、95歳以上になると死因順位でも1位を占めています。人は、医療を尽くしても限界を迎え、病気が直接の原因ではなくとも長い人生を終える時が必ず訪れます。老化に伴って脳、内臓、筋肉などの細胞の消滅に伴う各臓器の萎縮、機能低下が進み生命を維持できなくなるからです。

	1位	2位	3位	4位	5位
85～89歳	悪性新生物	心疾患	肺炎	脳血管疾患	老衰
90～94歳	心疾患	老衰	悪性新生物	肺炎	脳血管疾患
95～99歳	老衰	心疾患	肺炎	悪性新生物	脳血管疾患
100歳以上	老衰	心疾患	肺炎	脳血管疾患	悪性新生物

厚生労働省死因順位(平成29年統計情報白書より)

〈老衰の徴候〉

老衰とは、生物学的・医学的には老化に伴って個体を形成する細胞や組織の機能の低下、恒常性の維持が困難になることです。(老衰-Wikipedia)

明らかな疾患や疾病の悪化は見られませんが身体の機能低下が起こります。

- 例**
- 脳の萎縮により傾眠傾向で寝ている時間が多くなり、痛みや苦しみの神経伝達機能も低下する。
 - 消化器の萎縮や機能低下で、摂取量やカロリーは変わらないが、体重が減少する。

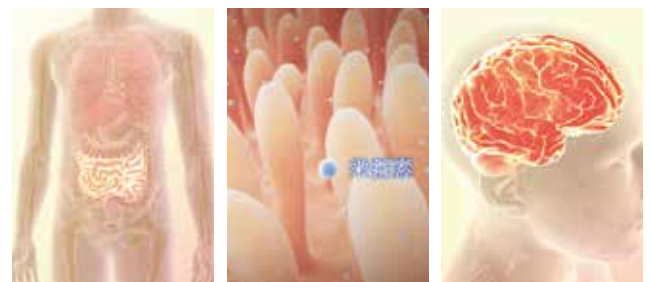
絨毛のへたりは、消化吸収の低下を招き、延命処置としての経管栄養も日本老年医学会のガイドライン(2012年)で、AHN(人工的な水分・栄養補給法)導入後も、全身状態の悪化により、延命効果が見込まれないとされています。また、小腸は、全身の80%の免疫機能を司っているため免疫機能の低下が起こり、易感染症となります。



〈臓器機能低下の原因〉

老化し分裂を止めた細胞の中では「炎症性サイトカイン」などの免疫物質が数多く作られ、それらが外に分泌されると周囲の細胞も老化が促進され、慢性炎症が引き起こされることが明らかになっており、この現象は「SASP」(サスプ)と呼ばれます。

慢性炎症は体の様々な機能を低下させる可能性が指摘されています。“老衰がもたらす炎症”は「老化(Aging)」と「炎症(Inflammation)」を組み合わせた造語、「Inflammaging」(インフラメイジング)という新たな概念として提唱され、老いがもたらす死の謎を解くカギとして注目されています。



〈死が迫ったとき 苦しくはないの?〉

エディンバラ大学で高齢者の意識状態を研究しているマクルーリッチ教授は不快感スコアを使つての調査後、「死が迫った高齢者の脳は炎症や萎縮により機能が低下し、苦痛を感じることはなくなっている」と指摘しています。

「食べないから死ぬ」のではなく、「死の準備期だから食べなくてもいい」
脳の萎縮や脱水は、痛みや苦しみを軽くしてくれている。

(NHKスペシャル「老衰死穏やかな最後を迎えるには」より)

〈パターン別療養場所の選択〉

A がん等 末期を明確に規定できることから、緩和ケア病棟、ホスピス

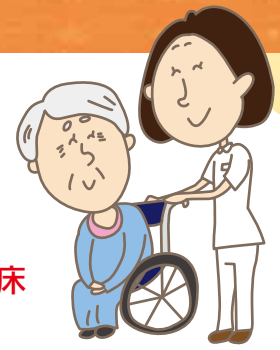
特徴 1～2ヶ月前の急激な状態変化

B 慢性疾患の進行等 医療管理が必要。リハビリテーション体制が整う療養病床

特徴 下り坂傾向にあるが、増悪期などを繰り返した機能低下

C 老衰、認知症 医療よりも介護重視。「生活の場」としての配慮がなされている療養病床
あるいは医療(看護を含めて)と密接な連携を行っている介護福祉施設

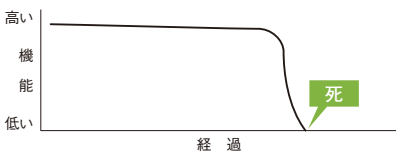
特徴 低空飛行の様に機能が徐々に低下



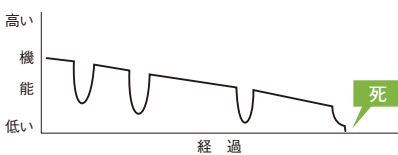
■死に至る三つのパターン (池上 直己 論文より)

出典:Lynn and Adamson, "Living well at the End of Life". WP-137. CA. Rand Corporation, 2003

A がん等: 死亡の数週間前まで機能は保たれ、以後、急速に低下



B 心臓・肺・肝臓等の臓器不全: 時々重症化しながら、長い期間にわたり機能は低下



C 老衰・認知症等: 長い期間にわたり徐々に機能は低下



〈老衰、認知症の経過について〉

長い期間にわたり徐々に機能低下を及ぼします。

1段階(老衰傾向の出現)

- 摂取カロリーは変わらないが、食べても体重が減っていく
- やや傾眠傾向になる ● 言葉数が少なくなる
- 元気がなくなる

小腸による栄養吸収が低下し、体重の減少や脳萎縮の進行がみられる時期

2段階(老衰の進行)

- 食事量、尿量、体重が低下する ● 時々発熱がみられる
- 発語が減少する ● 浮腫が見られる ● 傾眠が多くなる

免疫力の低下、炎症性サイトカインによる慢性炎症状態に入り、全身の臓器の萎縮、機能低下がみられる時期

3段階(看取り)

- 回復に見込みがない
- 尿量の低下やバイタルサイン等に変化がみられる
- 皮膚の変化やトラブルを起こしやすくなる
- 食事が殆ど入らないまたは、摂取できない
- 意識レベルの低下がみられる

残ったタンパク質を燃やし尽くすため、せん妄がみられたり、死前喘鳴がみられる等の死の徴候が現れる時期

医療法人けやき会 東 雅司医師より

〈看取り〉

医師により、医療を尽くしても回復の見込みがないと診断された方へ、延命はせず本人、家族の希望で身体や精神の苦痛なく最期を過ごしていただくことを多職種で支援します。

〈看取りの準備〉

① 看取りの体制づくり

- スタッフ配置状況の確認と理解
- 対応方法、環境などの調整

② 医療機関、嘱託医、多職種連携の構築

- 24時間連携の取れる連絡体制の整備
- 医師、協力機関との連携体制の構築

③ 看取りの指針、マニュアルの整備と定期的な改正

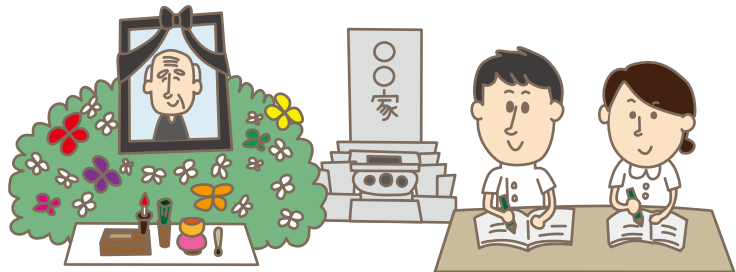
④ 看取りに必要な書類、記録の準備、ハード面の検討(個室など…)

⑤ 看取りに関する職員研修の実施

- 職員が安心して看取りを行えるよう、指針やマニュアルに沿った研修を行い、方向性を1つにする

⑥ 本人、家族の意思確認方法の決定

時期に応じた適切なプランとケアを提供する



〈家族ケア〉

- 大切な方の状態やこれからの経過を話そう
- 大切な方の言葉を家族に伝えよう
- 家族の声を聴こう
- 家族とできることを話そう
- 共にできるケアを実践しよう

- 大切な方の思い出を語ろう
- 家族の気持ちになり何が一番か考えよう
- 看取りの押し付けはせず、選択肢を多く持ち家族に伝えよう
- 家族が納得するまでとことん付き合おう
- 最期は、悼みを共に感じよう

〈施設・事業所の準備〉

① 施設、事業所の方針の明確化

しっかりと方向性を決め、スタッフ全員で取り組める道しるべにする。

② 家族、介護職の看取りに対する理解

家族に看取りを理解してもらえるように地域や施設の中で支援するとともに、介護スタッフへの教育も十分に行い、看取りに対する理解を深める。

〈事前の聴き取り〉

① 本人が元気なうちから家族と共に終末期に対する意向を聞く機会をつくる

② 医師の診断とともに回復の見込みがあるかどうか、看取り期なのかを検討する

食事量が減ったから看取りと決めつけず、本人や家族、スタッフが納得いくような援助を行うために、本当に回復の見込みがなく看取り期なのかを検討する。

③ 家族、本人の意向を親族も含め確認

キーパーソンだけではなく親族が看取りの実施に納得しているのか、返事を急がず、皆で考える時間をとり、本人にとって良い選択ができるよう支援する。

④ 医療と施設のケアの違いを家族(親類を含む)が理解し今後の方向性を十分に検討する

「医療での終末期のケア」と「施設での看取り」がイメージできるように、今後の状態についての流れとケアの予測を十分説明し、なるべく多くの選択肢の中から本人や家族が決定できるようにする。

〈看取りの実施〉

① 主な相談窓口を提示

相談窓口を少数にすることで、意向が十分理解でき家族の心身のケアが行き届くように努める。

② 本人や家族の意向や悩み、困った事などの相談や傾聴、日常の連絡の充実

本人や家族の日々の心の変化や苦しみに対応できるように傾聴やケアの相談、本人の変化など日常の観察、報告を密に行い不安の軽減に努める。

③ 家族と本人の時間を大切にできる環境の提供

部屋の環境を整え、面会時間の検討や宿泊の援助など大切な時間が取れるように支援する。

④ ケアの統一

指示系統を明確にし、日々変化する状態に合わせて本人や家族の意向を反映したケア対応のできるような体制づくりと、多職種で共有できる記録を充実させ、ケアの中で後悔を残すことのないように努める。

⑤ 今までと同様、自信を持ってケアを提供

今まで培ってきた本人や家族との信頼関係を十分に活用し、死を待つのではなく最期まで「その人らしく生きる」を支援する。

⑥ 他職種、協力施設、病院との連携

施設内だけで看取るのではなく、周囲の施設や病院と連携し、口腔トラブルがある時は「歯科訪問を依頼する」、家族が希望するなら「在宅酸素を医師から処方してもらう」など協力体制をつくる。

⑦ 家族、スタッフへ急変時の対応の再確認

急変時に慌てて救急車などを呼ぶことがないように、最期の瞬間について事前にスタッフ間で利用者別に家族に確認をとり、記録、伝達を行い対応する。

⑧ 「食べる」を考え、「食べない」を受け入れる理解

「どうしたら食べてもらえるか」を支援しながら、限界を迎えた時には「食べない」を理解し、家族やスタッフが受け入れ本人を支える。

⑨ 合併症予防(肺炎、尿路感染、褥創、口腔内トラブルなど)

多臓器の機能低下や廃用による状態のケアができるように質の向上を図り対応する。

⑩ 本人や家族の意思変更にも柔軟に対応

本人や家族が途中で医療を選択したとしても柔軟に対応できるように協力病院等と連携を十分にとり、経過などの情報提供を行う。



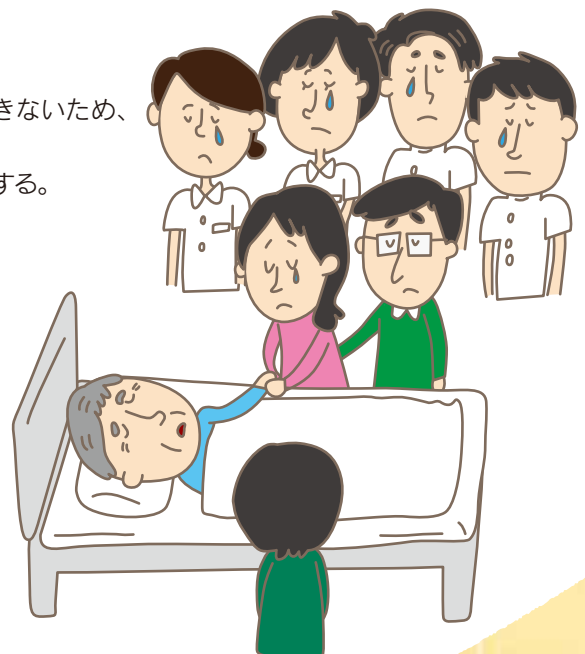
〈看取りの最期〉

① 家族の悲観に寄り添う

家族は、いくら看取ると決めても大切な人への思いはすぐに整理できないため、最期の時は穏やかに家族と接すること。故人を偲ぶ心を忘れず、多くの言葉を掛けるより家族の思いを感じ、共にその時間を大切にする。

② 振り返りを忘れずに驕らない

ひとりひとりの看取りを大切に思い、自分たちのケアや本人、家族の気持ちを受け止められたのか、こぼれたケアはなかったか、振り返りを行い、次のケアの糧とする。



「配偶者や子供、親などの家族」「親しい友人」などと死別した人が陥る複雑な情緒の状態を分かち合い、深い悲しみから精神的に立ち直り、社会に適応できるように支援することをいいます。グリーフ(grief)は深い悲しみや悲嘆を意味する英語で、悲嘆ケアや遺族ケア(bereavement care)とも呼びます。

〈回復までの段階〉

ショック期→喪失期→閉じこもり期→再生期

この過程をグリーフワーク(grief work)やモーニングワーク(mourning work)と^{服喪}いいます。このような精神状態は正常な心理反応であり、自然に回復する過程をとりますが、これが抑圧されるなど正常に行われないと、病的悲嘆という精神や身体的な疾患を伴って長期化することがあります。
(日本大百科全書より)

〈グリーフケアはいつ、どんな場面でおこなわれるの?〉

利用者に対する心残りや後悔が、家族等の悲しみから立ち直る時間を遅らせるのではないかと考えられます。介護への参加や死の心構え(グリーフワークの時間が十分に取れる)ができ、利用者との約束を達成し、自分の思いを十分に伝えられた時、悲しみはあっても精神的に、不安定な状況から回復する期間が短くなると考えられます。

例

- 心の準備期間は、状態変化に応じてその都度死が近づきつつあることをこちらから説明し、受け入れの状況を確認しながら徐々に進める
- 日々の介護に家族の意見を取り入れ、可能であれば一緒に行く
- 利用者との約束や家族の思いを実現するために、可能な限り援助する
- お別れが近い時はできる限り共に時間を過ごせるように配慮する
- 最終段階の状態について、自然な過程であり苦しんでいないことを十分説明し、利用者に触れて頂く
- 家族と話をする時には、利用者のご家族との歩み(歴史)等を繰り返し傾聴(思いを引き出す)する
- 家族とエンゼルメイクなどを一緒に行い、死後の身体に触れることで「死」を理解して頂く
- 数日後や数ヶ月後に対面できる機会(デスクンファレンスなど)をつくり、故人を偲ぶ

死を受け入れる時間と利用者との関わり、叶えてやりたいことや心にある不安を吐き出せるようなサポートを考え、それぞれの家族に合ったグリーフケアを提供することが必要です。

〈スタッフケア〉



他者の死と直面し、介護職としての自信の喪失や臨終時の対応への不安、利用者との別れなどが一度に押し寄せ、精神的に不安定になる事もあります。スタッフを不安にさせないためには、これから利用者に起こり得ることを十分に説明すること、ひとりで抱え込まないように相談者や支援者など多職種で支え合うことが必要です。

〈その人らしさを表現しよう!!〉

エンゼルケアは、死による遺体の変化を目立たなくするだけの「死後の処置」という意味だけではなく、尊厳を重視したケアでなければなりません。そのため、家族と共に行える最期のケアだと考え、死者の肌に触れることでお別れの感情が込み上げ、家族がこれから生きていくための心の整理に繋がるグリーフケアのひとつとして重要な役割を果たします。ケアは、生前の状態に近づけながら、本人の好みや着替えたい服などにも気を配り、家族の精神的ケアも含めたものにしましょう。

〈遺体の変化〉

①死斑

循環機能の喪失により血液就下が起こり、身体の下面にあざのような死斑が出る

②体温の低下

体温の低下により外気に直接影響を受けやすくなる為、できるだけ早期に冷却が必要となる

③角膜の混濁

タンパク質の変性により、混濁がみられる

④死後硬直

筋肉組織の収縮により筋肉が硬くなるが、一定を過ぎると症状は緩和する

⑤皮膚の乾燥

水分補給の停止と身体表面からの蒸発で、皮膚の乾燥がみられる

⑥眼圧の低下

眼圧が低下することで、目が窪んだ状態になる

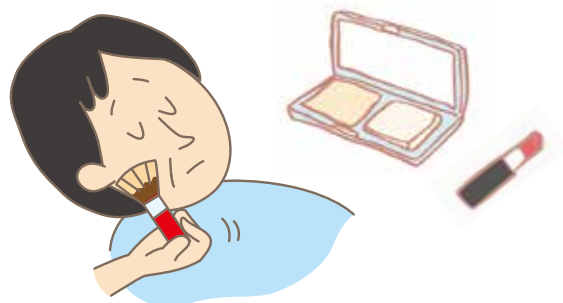
〈エンゼルケアの簡単な手順〉

- 顔や体を拭く ●体液などの漏出を防ぐ処置をする(老衰時の体液の漏れが少なく対応していない事もある)
- 傷や排泄物の処置を行う ●全身の皮膚の保湿を行う ●着替え ●顔やひげを剃る
- 顔の形を整えて(マッサージも良い)、お化粧をする ●髪型を整える
- 軽く手を組む(縛ったりせず楽に胸の上に置く)

家族がケアに参加する際、創の処置など受け入れがたい行為と思われる処置が終わった後に声を掛けます。特に、排泄物等の臭気には注意を払い、故人の尊厳保持や家族への配慮が必要です。

以上が一般的と言われていますが、全国各地、各々の習慣や各病院・施設での主義や意向により内容は様々です。メイクや簡単な身体拭きを家族が希望される方されない方など人それぞれなので、家族に優しく声を掛け確認します。

(エキスパートナーズ2015年11月号参考)



エンゼルケアの今と昔

●遺体の詰め物はしない

詰め物の目的は腐敗による漏出や臭気の発生防止ですが、完全に防ぐことが困難なことから、身体の冷却を優先する事が望まれます。

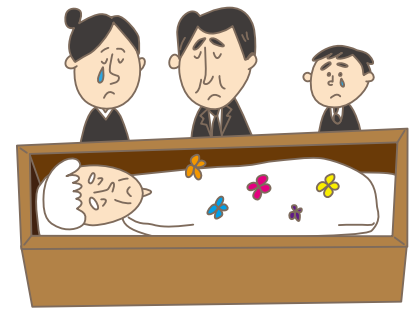
●顎や手首の固定はしない

ひもやバンドで顎を固定していましたが、皮膚の変色等を引き起こすことがあるため、義歯が合う方は義歯を嵌め、高枕や顎の下にバスタオルなどを挿入することで閉口の形をつくり、手は無理に組まず、自然な形でお腹の上に置くだけにします。

●消毒液を使って清拭しない

消毒液は感染予防と消臭のために使っていましたが、科学的な根拠はなく、皮膚の乾燥を促してしまうため使用せずに保湿クリームを塗布する方が好ましいです。

- ケアは家族のお別れが済んでからタイミングよく声をかけ急がせない
- 臭気が気になる時は、排便、体液等の処理をきちんと行い臭いを残さない
- 家族と清拭やメイクをしながら故人を偲ぶ
- 本人の元気な頃のメイクを参考にする
- 本人や家族の着せたい服を確認する
- 痩せていても皮膚はきれいに保ち、今までのケアの満点を頂こう!
- 故人に最期のお別れをする



多くのスタッフや関係者で、最期まで心を込めて見送らしましょう。

復元、納棺師 笹原 留似子 先生の講演から…

エンゼルケア

- 日常の保湿が最期の時に自然な肌を作り出す
- 最期の清拭後は、細菌の繁殖予防や保湿にクリームや馬油にゲーベンクリームなどを混ぜると良い(遺体の乾燥を防ぐため手や足は何度か塗り返すと良い)
- 化粧品は優しい色を使い、一旦手の甲で温めて指の平を広く使い脆弱な皮膚をかばい乗せるように付けていく
- ご本人のイメージを崩すことのないように、ご家族に尋ねてから化粧したり、配色を決める
- 顔は優しくマッサージし、眼瞼が閉じない時は睫毛のふちの筋肉を指の平でほぐし閉眼を促す
- うなずき加減に頭のポジションをとり、優しい(穏やかな)眠り顔ができるように指の平で目じりを調整する
- 口臭はハッカ油を使用しケアする
- 壊死部の臭いや傷は消臭の目的でイソジンを含ませたガーゼで覆い処置をする
- 乾燥した眼球には点眼をする



エンゼルケアに対する先生の思いを受けて…

大切な方の死というものは、送る人にも旅立つ人にも心残りや後悔を持たせるものですが、そのような気持ちは送る人の心に残る「大切な方が生きた証」なのです。エンゼルケアは、本人や家族にとって一度きりの場面です。関わる私たちがその場面を台無しにしないように仕草や言葉、五感を使い穏やかな場面となるような援助ができるように努めなければなりません。ケアの間、大切な方との時間(思い出など)を振り返りながら肌に触れて頂くことで、後悔や悲観を表現できるようにこちら心尽くし、残されたものが明日へと向かえるようにすることが必要です、と伝えてくれました。

私たちは、私たちの満足のためにケアをするのではなく誰かのために心尽くすことが大切であるということ強く感じ、最期のエンゼルケアは、ケアの集大成としてより心のこもったものにしたいと思いました。

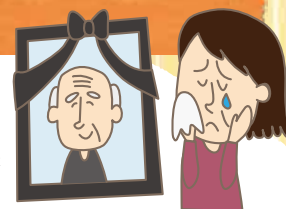
看護師職能委員会Ⅱ

笹原 留似子 先生の著書



8

看取り加算



〈看取りの要件〉

- 常勤看護師を1名以上配置し、施設又は病院等の看護職員との連携による24時間の連絡体制を確保
- 看取り指針を定め、入所の際に本人・家族に説明し同意を得る
- 看取りに関する職員研修を実施
- 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場合
- 本人や家族等の同意を得て、介護計画を作成
- 医師、看護師、介護職員等が共同し、利用者の状態を随時、本人や家族に説明し同意を得て介護を実施

	死亡以前 4~30日	死亡以前 2・3日	死亡日
介護老人福祉施設 認知症対応型共同生活介護	144単位	680単位	1280単位
介護老人保健施設 療養型老人保健施設	160単位 160単位	820単位 850単位	1650単位 1700単位

〈死亡診断書の解釈〉

医師法
第4章
第20条

医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後二十四時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。

【解釈】

- 診療が継続されている患者が、受診後または診察後24時間以内にそれに関連する原因で死亡した場合は、**改めて死後診察しなくても死亡診断書が書ける。また、24時間以上経過した場合でも診察を行う事で死亡診断書が書ける。**
- 死体検案書に関しては、診療中の状態と全く別の原因による死亡原因や死亡時刻などに不明な点がある場合に発行する。

【ICTを利用した死亡診断への道】

多死社会を迎えて高齢化のピークが訪れる中、地域包括ケアでは高齢者の在宅療養と看取りを推進しています。その中で、最期に住み慣れた場所を離れることがないように、多死に対応する在宅医や離島などにおける医師不足の支援として、平成28年6月に閣議決定した「規制改革実施計画」に基づき、「ICT」を活用した死亡診断について検討が進められています。一定条件下ではありますが、看護師が医師と連携をとり、遠隔地での看取り期の死亡診断ができる未来がすぐそこまで来ています。

9

看取りの研修内容



日本看護協会が提案する「介護施設等における看取り研修プログラム」

研修目的:多職種協働による本人・家族の意思決定支援ならびに安らかな最期を迎えるための支援方法を学ぶ

	内容		研修形式	所要時間
	大項目	小項目		
I基礎知識編	老衰死および終末期の状態像の変化	●老衰死の状態像 ●終末期の状態の変化	講義	30分
	全人的苦痛	●身体・心理・社会的苦痛 ●スピリチュアルな苦痛		30分
	看取りに関する法律等	●医師法第20条但書と第21条 ●看取り介護加算		30分
	倫理的課題	●意思決定支援(本人・家族など)		
計90分				
II実践編①	本人と家族の意向確認と説明	●意向確認の手順 ●状態説明のタイミング ●チーム内の役割分担	演習 実技	30分
	苦痛緩和と予防的な対応	●症状アセスメント ●医師との連携 ●必要な医療提供 ●緩和ケアと日常ケアの評価・介護職等との連携		30分
	臨終時の調整	●調整のためのコミュニケーション		30分
	家族の支援	●グリーフケアの方法		
計90分				
III実践編②	エンゼルケア	●一連の手順の確認	実技	45分
	多職種と連携したケアの仕組みづくり	●看取り指針・マニュアルの整備と活用 ●介護職等との情報共有・連携の方法 ●看取り後のケアの評価の在り方(カンファレンス等)	グループ ワーク	45分
	計90分			
総計270分				

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは

ACPとは「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス」です。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、本人と家族等の信頼できるものを含め、話し合いが繰り返し行われることが重要です。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。(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 平成30年3月改訂参照)

ACPは「どう生き抜くか」を前向きに考える仕組みです。最期の医療・ケアをどうするかのみならず、何をしたいか、どうありたいかを繰り返し話し合うことが必要です。意思を伝えられる時に話し合い共有できることが理想ですが、意思が伝えられない時は、ご家族や多職種で利用者の思いに寄り添うことが大切です。

また、厚生労働省ではACPの普及・啓発のため、2018年11月30日に「人生会議」という愛称で呼ぶことを決定し、11月30日(いい看取り・看取られ)を「人生会議の日」として、人生の最終段階における医療・ケアについて考える日としています。



ACPのロゴマーク

〈K施設のACP取組み〉

2012年1月終末期ケア委員会を立ち上げ、グリーンケアや宗教学者の死生観などを多職種で学びながら、利用者の気持ちを汲み取りながら支援ができるように取り組んでいます。利用者がどのような暮らしを望んでいるのか、どう生きたいと思っているのか、少しでも意思を尊重し「本人が望む最期」をチームで支えています。

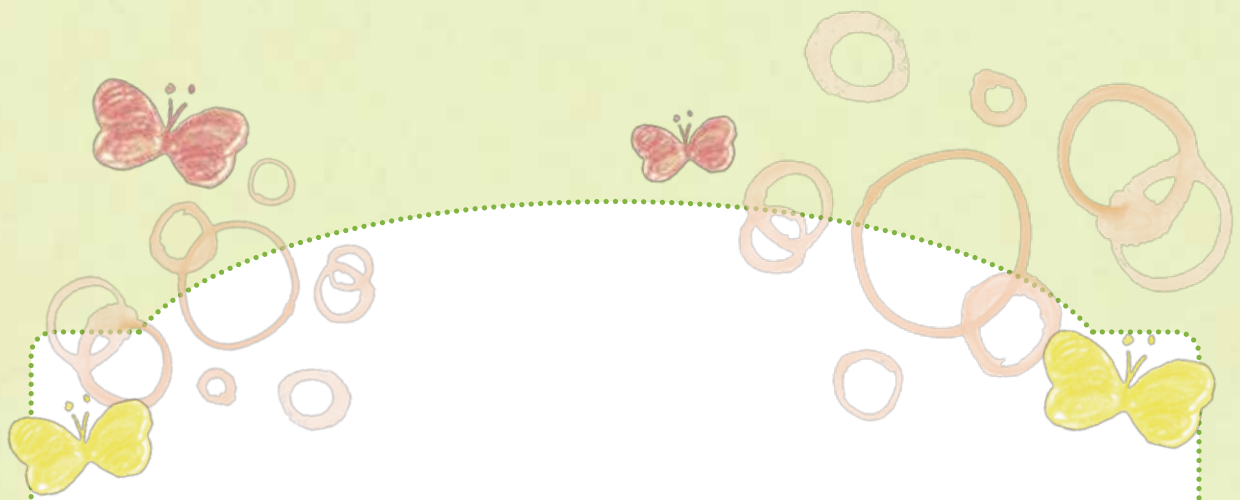
例

●働く女性の先駆者的な90歳代の女性Aさん

70歳代まで専門職を貫き、高齢になって息子家族との同居が始まりました。待ちに待った楽しい暮らしでしたが、間もなくアルツハイマー型認知症を発症されました。

Aさんは忘れてしまう事は多くなったけど、息子様にはいつもニコニコと小さな子供を見るような優しい眼差しを向けられていました。症状は次第に進行していきましたが、『自宅に帰ると良い思い出が湧いてくるの』というご本人の願いを家族と共に支え、在宅復帰を何度も繰り返す事ができました。在宅復帰の準備をするのはとても大変でしたが、満面の笑みのご本人と嬉しそうな家族を見ていると、みんなで支えている実感がありました。そして、楽しい思い出をいつも感じてほしいと思い、家族と『思い出』スクラップを作成していた最中に急逝されました。ご家族は「良かったです、良かったです」と繰り返しお話をされ満足した表情をされていました。

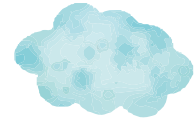
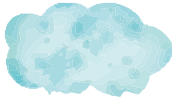




看取りの 思い出



看取り体験後の声を 集めてみました



M施設に届いた家族からの手紙

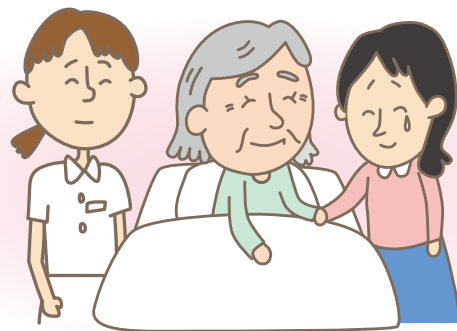
母が9月23日に100歳で永眠いたしました。(中略)5月1日に施設に入ることができ、皆様の心遣いもあり、気軽に見舞えるようになり、心がホッと温くなるような日々をいっぱいもらえました。職員さんの声掛けに「はい、幸せです。」「ご飯、美味しいですか?」に「はい、美味しいです。」と夕食は完食し、本当にはっきりと返事をしていました。ここでの母の安らぎと、心地よさがすべて集約されている言葉だと心から嬉しく耳に入ってきました。

9月17日、手を振って「おやすみ」と、9月19日、娘として母への最後の夕食が完食だったことを忘れられません。看護師さん、介護士さんと大喜びしました。(にっこり)笑いのサービスまでついていました。いつも、いつも母へ声かけし続けて頂きました。皆様の顔が浮かんできます。この上ないと言う程お世話頂き、毎回行くたびに手を合わせずにはいられませんでした。

「看取り介護計画」にはハッとしましたけど、本当に自然のまま静かに旅立ち、なぜかその時に立ち会わせてもらえたことに感謝しています。「ありがとうございます」の言葉しかできませんでした。今まで母にかかわって下さった方たちに心からお礼を言っても言い足りないくらいです。

これから先も皆様、お体を大切になさいますとお仕事にお励み下さいませ。

心から願っています。



職員の声

最期まで好きな物を食べて頂きたいです。一口でも美味しそうに召し上がって頂けると、ご家族も一緒に喜んでくれます。食事の大切さを改めて感じています。他の職種の方と考える時間も楽しかったです。

管理栄養士

病院で何人もの死に立ち会いましたが、施設の看取りに初めて立ち会い、こんなに穏やかで美しいものかと感動しました。自然と感謝の言葉が出てきました。

看護職員

多職種と共に最後まで褥瘡を作らず看取ることが出来たことが良かった。身だしなみをきちんとし、笑顔が良く見られた。家族も職員もケアする過程の中で『心の準備』をすることが大切だと感じました。

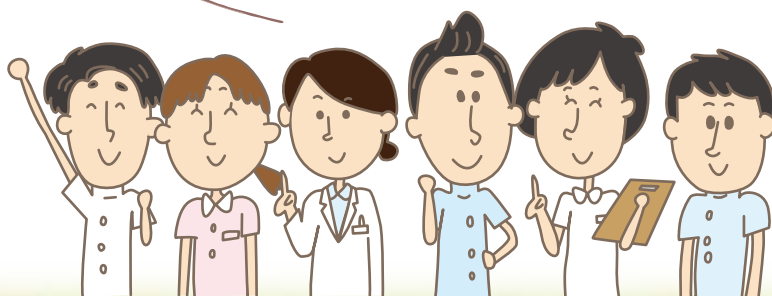
介護職員

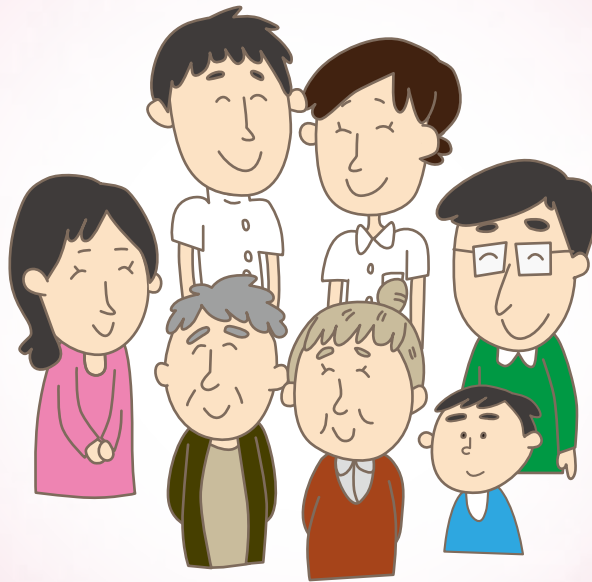
「もっとできることはなかったのか…」といつも考えてしまいますが、穏やかな最期やご家族の「ありがとう」で救われます。この仕事をして良かったと思う瞬間です。もっといいケアをしたいです。

介護支援専門員

看取りの時期は身体的苦痛を出来る限り取り除いてあげる事だと考えています。身体に触れながら声掛けや会話を通し少しでも精神的にも寄り添ったりハビリを意識しています。

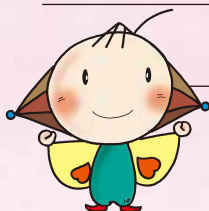
理学療法士





終わりに

看取りは、本人や家族と私達介護者が
「その時をどう過ごすべきか一緒に悩み、考え、相談し、寄り添う事」
その悩みや寄り添いからケアのヒントが見つかり、その方としか経験できない、
たった1つの看取りが生まれるのだと思います。
看取りは、死を迎えるケアではなく、
『生きる事を最期まで支えるケア』でありたいと願っています。



福岡県補助事業

「施設看取りのあれこれ」

令和元年9月改定版発行

公益社団法人福岡県看護協会 看護師職能委員会Ⅱ
〒812-0054 福岡県福岡市東区馬出4-10-1 ナースプラザ福岡
TEL.092-631-1141 FAX.092-631-1142