

一般社団法人 中部地区医師会
在宅医療・介護連携推進事業

沖縄県中頭郡北谷町宮城1-584

TEL.098-936-8112

FAX.098-936-8207



うるま市在宅医療・介護連携推進事業

エンドオブライフ・ケア

(施設編)

目 次

はじめに 2

1 施設の入所前に 3

2 ケアを行う前に 6

3 ケアの振り返りを 7

4 お別れの時の段階 8

5 グリーフケア 9

6 ご家族へ伝えること 10

7 お別れに向けて施設で行っていること 11

8 お看取りを終えたら 12

おわりに 13

参考図書 13

はじめに

皆さんがケアをする方は高齢者です。

高齢者へのケアで、「エンドオブライフ・ケア(End- of-Life care)」があります。これは、「病や老いなどにより、人生を終える時期に必要とされるケア」等といわれています。

人生の最期の時は悲しい場面ではありますが、このエンドオブライフ・ケアを充実させることで、死を迎えるご本人や見送るご家族、そしてスタッフが納得し、またそれぞれの人生を前向きに歩んでいけるのではないのでしょうか。

うるま市では在宅医療介護連携推進会議において、高齢者入所施設での「看取り」についての話し合いを重ね、高齢者が地域の中で人生の最期を迎えられる環境を整えたく、今後、受け入れを検討している施設へ向け、この「うるま市在宅医療介護連携推進事業 多職種研修会」の冊子を作成しました。

この冊子が貴施設の看取りの受け入れのきっかけになることができれば幸いです。

令和2年3月吉日

うるま市在宅医療介護連携推進会議

【うるま市内の高齢者入所施設の看取り受け入れについての現状】

	施設数	アンケートに 回答した施設数	看取りを 受け入れている		看取りを 受け入れていない		検討中	
			老衰	がん	老衰	がん	老衰	がん
介護老人保健施設	3	0						
介護老人福祉施設	5	1	0	0	1	1	0	1
認知症対応型共同生活介護 (認知症高齢者グループホーム)	7	5	3	3	2	2	0	0
サービス付き高齢者住宅	10	5	0	1	5	3	1	2
有料老人ホーム	33	15	5	0	3	9	9	3
計	58	29	8	4	11	18	10	6

※うるま市内の58施設中、アンケートに回答して頂いた29施設の結果です(平成30年8月～9月実施)

1

施設の入所の前に

施設の入所の前に、「施設の理念」や「看取り介護指針の説明」を行い、対応できる医療や介護の体制について、ご本人やご家族が理解を得られるように説明しましょう。

「病院での看取り」と「施設での看取り」について、違いを説明することも施設の中での看取りに具体的なイメージを持って貰いやすいでしょう。

また、入所される方の全ての方が人生の最期について、はっきりした意向を持っているわけではありません。しかし、入所することをきっかけに高齢者ご本人が考えたりご家族と一緒に話し合ったりする機会になるでしょう。



ご本人との会話の中から、以下について確認しましょう。

大事にしている物

大切だと思
っている事

自分の最期について
どのように
考えているか

なぜかという事も、ご本人へ確認し理由を知ることによって、よりその方の歩んで来られた人生、価値観や死生観を把握することが出来ます。

書くことが好きな方もいらっしゃるので、ゆっくり時間をとって書いて頂くことも相談してみてもいいのかも知れません。



ご本人から



うるこさんのこと

■うるこさんが大切だと思っている事

■うるこさんが大事にしている物

■うるこさんは、ご自分の最期をこんなふうにお話してくれました

ご家族への 確認

ご本人がお話して下さったことに関して、ご家族が覚えていること、またはご家族しか知らないエピソードやご家族もご本人に何かしてあげたいと考えていることをお話しして貰えるかも知れません。



■ご本人が大事にしている物

■ご家族から見た、ご本人が大切だと思っている事

■ご家族は、ご本人の最期についてこんなふうにお話してくれました

この内容を

ご本人に関わるスタッフ全員に目を通して貰うことで、他人ごとではなく、自分が関わりケアを行っていくことを意識づけ、その内容にあったケアを考えるきっかけとなるでしょう。



2 ケアを行う前に

長い人生を歩んで来られた高齢者へのケアは、ご本人の背景からも、より個別性が高いといえます。

また、ご本人にあったケアを行うために、担当だからと一人で考えて判断するのではなく、その方に関わる介護スタッフ、医療スタッフ、事務職、栄養士などの多職種で、様々な視点から協力してケアを作り上げていきましょう。

その中で、大事な点としては、最初から「できないのでは?」と思わずに、柔軟な考えを持って「できるかも」とケアを考えていきましょう。高齢者ご本人、ご家族の気持ちや考えを大事にし、専門職だからと一般的な感覚を忘れずに関わることも、よりご本人らしく日常生活を継続しながら人生の最期を迎えることができるのではないのでしょうか。

実際にケアを行う前に、ご本人に関わる介護スタッフ、医療スタッフなどの多職種で、ご本人やご家族の意向に沿った内容であるかを話し合しましょう。

3 ケアの振り返りを

ケアを行った後、どうだったのかを振り返りましょう。

毎日、同じケアが繰り返される中でていねいに行うことができているか、もう一度、振り返って見ましょう。

雑なケアや注意散漫な態度で行われると、ご本人は不快や危険を感じ、負担となります。ご家族からしても、不満や心配をすることになってしまいます。

ていねいな対応であれば、その様子を見て安心されます。そういったことに細心の注意を払うこともご本人やご家族との信頼関係を築く上でとても大事なことです。

また、行うことができなかったケアの場合でも、なぜ、できなかったかを振り返ることで、今後のケアを考える上で参考になるでしょう。



4 お別れの時の段階

お別れの時が数日以内となった時には、次の症状が出てきます。

(例)

- 食事がほとんど食べられなくなり、水分も飲まなくなる
- 尿量が少なくなる
- 眠っている時間が長くなる
- 声かけにも答えない、反応がはっきりしない
- 口を開けて浅い呼吸がある

体の機能の衰えは自然なことなので、不安に思わず、また、聴力は最期まで残るといわれているので、普段通りにご本人へ声かけしながらケアを行いましょう。

また、ご本人の日々の変化は、日頃から介護スタッフ、医療スタッフ、栄養士、事務職などの多職種で情報を共有することが大切です。



5 グリーフケア

食事や水分が摂れなくなる、声をかけても反応がないなどは、ご家族が
つらく感じられる時期でもあります。

ご家族の中には、何もできないことや何もできなかったことへの罪悪感を
持たれる方も多くいらっしゃいます。

特に、「食べる」「飲む」ことができないと、「死」をイメージしやすいということ
から、そのご家族の「死」に対する不安や恐怖からも点滴をご希望される
ご家族もいます。

しかし、死に向かっていくことは、老木が朽ち果てるように、自然に水分を
必要としなくなることや体の機能が低下しているのでご本人にとっては負担に
なる場合もあります。

ご家族の要望や心配なことを医師や看護師へ伝えて、説明をすることで
ご家族の心理的な負担も和らげることに繋がるでしょう。

何もできないのではなく、「そばにいたい」「声をかけること」「体に触れる
こと」「好きな音楽を流すこと」など、ご家族ができる範囲のケアを一緒に行う
のも良いでしょう。



6 ご家族へ伝えること

ご本人の状態の変化はこまめにご家族へ伝え、今後の経過について説明する
場を持ちましょう。もともと虚弱傾向の高齢者は、最期がいつ頃という予測が
難しい場合もあります。また肺炎なども併発しやすい為、急変が起きてもおかしく
ないことを家族に伝え、思い残すことのないようにどのようなことができるかを
確認しましょう。

医師からの説明のときには、看護師や担当者が同席し、ご家族の理解度を
確認しながら、ご家族の気持ちや意向を表明しやすいようにサポートしましょう。

説明を受けた後、ご家族が聞きそびれたことがなかったか、再度の説明が
必要かなど確認しましょう。

- **ご本人にしてあげたいこと**
- **ご家族ができること**
- **面会に対応できること**
- **ご家族の肉親の死への不安がないか**
- **ご本人が会いたがっている方、ご家族が会わせておきたい方
に連絡をとってもらう**
- **緊急時の連絡先の変更がないか**
- **ご臨終の際に立ち会いの希望があるか、特に遠方から来られる
ご家族へは電話連絡だけでよいのか、早めの連絡を入れるか
などの確認をする**



7

お別れに向けて 施設で行っていること

うるま市の高齢者入所施設での例です。

- 企画室を持っていて、法人主催の看取りの研修会の実施している
- 看取り1ヶ月前頃カンファレンスを行っている
- ケアを担当する介護職や看護師以外の事務員や調理員の方も訪室し、最期のお別れの時間を作っている
- ご臨終がどの時間帯になっても慌てずに対応できるように、朝、昼間、夜間では、スタッフの動き方やお見送りのルートの確認などを、どのような行動をしたらよいかを予測し、事前に練習を行っている
- ご家族が付き添えない場合は、ご本人が寂しさを感じないように訪室を頻回に行っている
- 臨終の際は、スタッフの人数を増やす



8

お看取りを終えたら

ご家族は悲しみの中で、葬儀に向けて慌しい時間を送ります。

落ち着いた時間を持てるようになった頃、最期の場面が記憶として思い返されるでしょう。今まで、ご本人やご家族が話し合ったような望むイメージであれば、悲しみの中にも十分にやり終えたという気持ちや充実感が持て、また少しずつ前向きに日常生活に戻られることでしょう。

これは、長く入所されていた高齢者の方へ長い時間お世話する中で、より家族のような気持ちを持って関わってきたスタッフにも同じことがいえるでしょう。

十分にケアをしてあげられなかったと後悔の念を持っている場合は、看取りケアに関わることを避けたいと思うこともあるでしょう。

そのような状況を繰り返してしまうと、スタッフは、自信を持てずにいつまでも不安や恐怖心を持ったままでケアに関わることになります。



デスカンファレンス

デスカンファレンスの目的は、最期の時に行ったケアを振り返ることで、ケアの質の向上へと繋げることです。スタッフが看取りに関わった高齢者の思い出を語り合うこともスタッフ自身のグリーフケアとなり、また、お互いに支え合う場面があれば、ストレスの緩和にも繋がります。短い時間でも、カンファレンスすることに意味があります。

(記録する内容)

- 良かったこと
- 十分にできなかったこと
- 改善したいこと
- 感謝したいこと



記録した内容は、デスカンファレンスに参加できなかったスタッフにも共有できるように申し送りや記録物をファイリングし回覧できるように工夫しましょう。

おわりに

医療職ではないから、もしくは医療職がいなければ施設での看取りができない
というような思い込みはないでしょうか。

「経験を積みば、介護職だけで看取りができるようになりますよ。」とは、とある入所
施設の方からの言葉です。

自分達の施設で、看取りの方の受け入れを躊躇され迷われるのは当然だと思います。
今後は、うるま市内の施設向けの研修会を企画できたらと思っています。

參考圖書

-

- 13 -