

配布資料

* こちらは当日配布版です

主催:神奈川県保険医協会

2024年5月18日(土)15:00~17:00 webライブ配信(zoom)

第32回在宅医療・介護セミナー

後悔しない

在宅看取りのために

—本人の気持ちを最期まで尊重して—

【後援】公益社団法人神奈川県医師会、一般社団法人横浜市医師会、公益社団法人川崎市医師会、一般社団法人横須賀市医師会、一般社団法人横浜市歯科医師会、公益社団法人神奈川県病院協会、一般社団法人神奈川県精神科病院協会、公益社団法人神奈川県看護協会、一般社団法人神奈川県訪問看護ステーション協議会、公益社団法人神奈川県病院薬剤師会、一般社団法人横浜市薬剤師会、公益社団法人神奈川県理学療法士会、一般社団法人神奈川県作業療法士会、神奈川県言語聴覚士会、一般社団法人神奈川県臨床検査技師会、公益社団法人神奈川県臨床工学技士会、公益社団法人神奈川県放射線技師会、公益社団法人神奈川県栄養士会、公益社団法人神奈川県社会福祉士会、一般社団法人神奈川県医療ソーシャルワーカー協会、公益財団法人神奈川県予防医学協会、公益財団法人かながわ健康財団、日本赤十字社神奈川県支部、神奈川県公衆衛生協会、神奈川県国民健康保険団体連合会、公益社団法人かながわ福祉サービス振興会、社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会、社会福祉法人横浜市社会福祉協議会、社会福祉法人川崎市社会福祉協議会、公益社団法人神奈川県介護福祉士会、一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会、一般社団法人神奈川県老人保健施設協会、神奈川県認知症高齢者グループホーム協議会、一般社団法人神奈川県介護支援専門員協会、一般社団法人横浜市介護支援専門員協議会、川崎市介護支援専門員連絡会、社会福祉法人横浜市福祉サービス協会、川崎市福祉サービス協議会、公益社団法人認知症の人と家族の会神奈川県支部、一般社団法人神奈川県知的障害施設団体連合会、NPO法人フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会、神奈川県、横浜市医療局、川崎市、相模原市、横須賀市、平塚市、鎌倉市、藤沢市、小田原市、茅ヶ崎市、逗子市、三浦市、秦野市、厚木市、大和市、伊勢原市、海老名市、座間市、南足柄市、綾瀬市、葉山町、寒川町、大磯町、二宮町、中井町、大井町、松田町、山北町、開成町、箱根町、真鶴町、湯河原町、愛川町、清川村(順不同・敬称略)

本日のプログラム

◎座長挨拶・イントロダクション

岡田孝弘 氏（神奈川県保険医協会・地域医療対策部長、オカダ外科医院 院長）

◎パネルディスカッション

[話題提供]

○ 多死時代の在宅看取り

野村良彦 氏（野村内科クリニック理事長）

○ 訪問看護師によるACPの取り組み

染谷京子 氏（港北区医師会訪問看護ステーション統括管理者、認定看護管理者）

○ グループホームでの看取りのあり方

工藤美弥 氏（有限会社トゥインクル・ライフ代表）

[総合討論]

○ 医療・介護の専門職として、どのように支え導いていくか？

座長：岡田孝弘 氏

登壇者：野村良彦 氏、染谷京子 氏、工藤美弥 氏、

石川茂樹 氏（原宿わたなべ歯科診療所・歯科医師）

◎閉会挨拶

鈴木悦朗 氏（神奈川県保険医協会・副理事長）

◆ご質問は「Q&A」にご入力をお願いいたします(チャット使用不可)

- ・ 質問の受付締切は【16:45頃】となります。
- ・ ご質問の際に、①職種、②地区名、③回答者(希望)を併せてお知らせください。

演者のプロフィール

座長 岡田 孝弘 (おかだ たかひろ) 氏

オカダ外科医院 院長、在宅医ネットよこはま 代表
神奈川県保険医協会理事、同協会地域医療対策部部長

昭和63年	聖マリアンナ医科大学 卒業 第一外科入局
平成6年	同大学院卒業 医学博士取得
平成11年3月	大学退職 オカダ外科医院 副院長
平成15年6月	在宅医ネットよこはま 設立 代表
平成17年4月	横浜市旭区医師会副会長
平成19年1月	オカダ外科医院 院長
平成20年3月	全国在宅療養支援診療所連絡会世話人
平成22年2月	認知症サポート医
平成22年3月	日本在宅医学会認定専門医
平成25年11月	神奈川県在宅療養支援診療所連絡会副会長
令和2年12月	聖マリアンナ医科大学 臨床教授(総合診療科)

話題提供1 野村 良彦 (のむら よしひこ) 氏

医療法人癒しの会 野村内科クリニック 理事長
神奈川県保険医協会評議員、地域医療対策部員、横須賀支部長

1974年	日本大学医学部卒業
1981年	(元)横須賀市民病院呼吸器科科長
1995年2月	野村内科クリニック開院
2013年	日本医師会 第2回赤ひげ大賞受賞

【所属学会・認定医】

医学博士/日本内科学会 認定医/日本臨床内科医会 認定医

演者のプロフィール

話題提供2 染谷 京子 (そめや きょうこ) 氏

港北区医師会訪問看護ステーション 統括管理者
認定看護管理者

平成19年	横浜労災看護専門学校 在宅専任教員
平成26年	港北区医師会訪問看護ステーション 管理者
令和1年	港北区医師会訪問看護ステーション 統括管理者
平成19年	横浜労災看護専門学校 在宅専任教員
平成26年	港北区医師会訪問看護ステーション 管理者

話題提供3 工藤 美弥 (くどう みや) 氏

有限会社トゥインクル・ライフ 代表取締役
認知症介護指導者

平成14年1月	有限会社トゥインクル・ライフ設立
平成14年8月	グループホーム美咲の家開設(管理者として勤務)
平成17年8月	グループホームみづき開設
平成26年11月	認知症介護指導者
平成29年8月	有限会社トゥインクル・ライフ代表取締役就任
令和元年5月	日本認知症グループホーム協会神奈川支部役員
令和2年5月	神奈川県認知症高齢者グループホーム協議会役員

石川 茂樹 (いしかわ しげき) 氏 ※総合討論からの参加

原宿わたなべ歯科診療所 歯科医師
戸塚区歯科医師会地域医療委員

昭和56年	鶴見大学歯学部卒業
昭和58年	石川歯科医院開業
	以後、歯科訪問診療を行い、20年間、介護認定審査員
	日本老年歯医学会指導医
	労働衛生コンサルタント

後悔しない在宅看取りのために
～本人の気持ちを最期まで尊重して～



神奈川県保険医協会地域医療対策部長
オカダ外科医院 岡田孝弘

CO | 開示
岡田孝弘

演題発表に関連し、開示すべきCO | 関係に
ある企業などはありません

自分が在宅で療養することになったその時
今後、状態が悪化したときのことを考える

住み慣れたこの家で
生活し続けて
できることなら
自分の家で
家族に介護してもらい
最期はこの自宅で
亡くなりたい



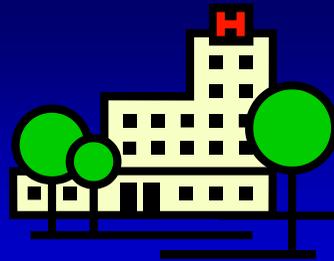
病気がひどくなったら
病院に入院して
最期まで治療して
医師や看護師に
診てもらいながら
安心した毎日を過ごし
病院で亡くなりたい

では、最後はどのようにして欲しいと思っていますか？

延命治療は希望しない
胃瘻も気管切開も造りたくない
自然な形で息を引き取りたい などなど

そのことを誰かに伝えましたか？

もし、自分の希望を
誰にも伝えていなかったら



救急病院に搬送され救急外来で処置が始まる
医師から病状の説明があり、必ず家族に
「延命処置は希望しますか？」と聞かれる

家族は多くの場合
「最善を尽くしてください」
「1分でも1秒でも長く生きて欲しいんです」
と答えることが多い

でも、それは本人が望んでいたことでしょうか？

では、どうしたらいいの？

亡くなるまでの間は平坦ではなくトラブルが起こるもの
その時の対応をどうしてもらいたいのか？

病院に行き治療してもらいたい人もいるでしょう

病院には行かず家で最期の時間を過ごしたい人もいるでしょう

また、家族の思いと異なることもあると思います

もしもの時に困らないように皆で元気な時に事前に話をしましょう

ACP (Advance Care Planning アドバンス・ケア・プランニング)
人生会議

将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、
その家族や近い人、医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い
本人による意思決定を支援する取り組みのこと

在宅医療を行っている場合は

医療や介護を行った経験のない家族は何か起きたら心配

その時、安心できる体制がないと不安になる

今の方法で本当にいいのか？

自分が看かたが悪いから具合悪くなるのでないか？

食事や飲水もできないけど点滴しなくていいのか？

今のやり方で何も問題ないですよ

上手にできてますよ

しっかり看れてますよ

自信を持って介護してください

これは自然な経過です

自然に脱水になるので痰も浮腫みもなく呼吸も楽にできてます

亡くなる前はお腹は減らないですよ

食べたくない人に無理やり食べさせると本人は苦痛ですよ

安心をどれだけ
提供できるかが
在宅医の腕

第32回医療・介護セミナー

「後悔しない在宅看取りのために」
—本人の気持ちを最期まで尊重して—

“多死時代の在宅看取り”



野村内科クリニック

(医)癒しの会 野村内科クリニック

理事長 野村 良彦

2024年5月18日

1. 多死時代の現状（全国及び横須賀市）

日本の将来人口の推移

日本の将来人口の推移

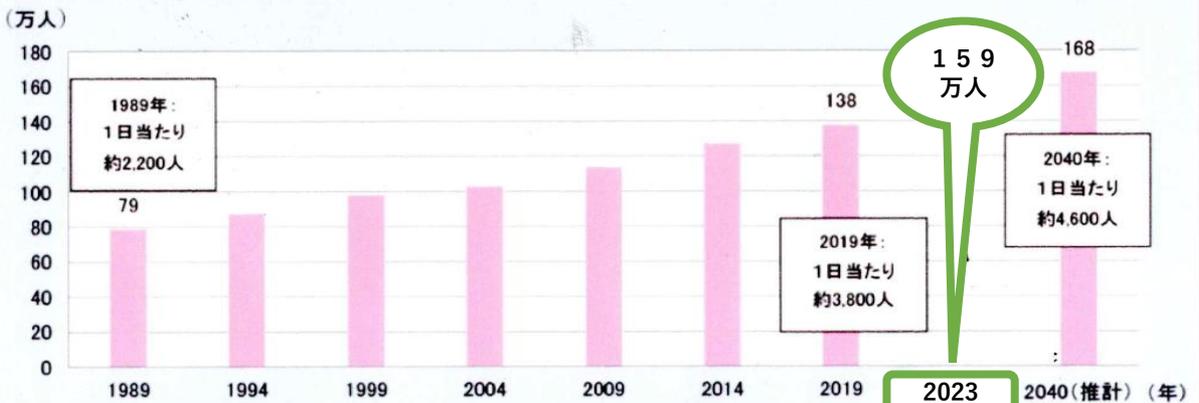
資料2
 横浜府政策推進・行政評価委員会
 令和5年(2023年)8/1, 8/9

日本の人口減少は、今後も続いていく。



日本の死亡数の推移

図表 1-1-3 死亡数の推移



資料：厚生労働省政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」(2019年については月報年計(概数))、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」における出生中位・死亡中位推計。
 (注) 1日当たり人数については、各年の死亡数を365で除した概数である。

2040年問題の肝

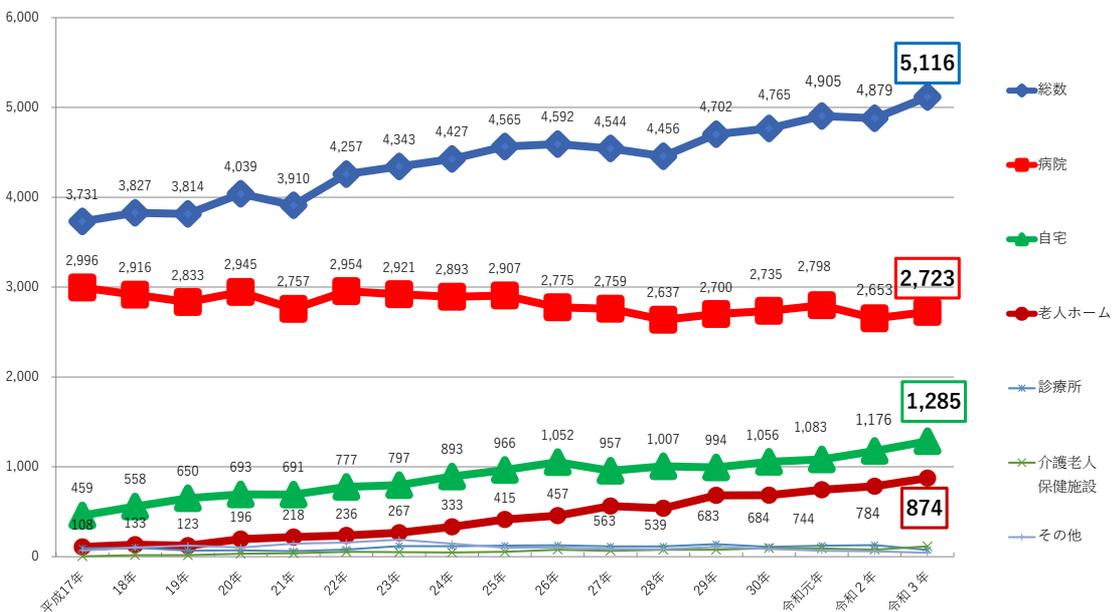
☞ 団塊の世代が全員90歳以上になる
多死時代のピーク



死亡者数が168万人／年まで増加し看取り難民が多く発生する。

➡ 対応策は { 在宅看取りを増やす
施設看取りを増やす
在宅看取りのできる医師を増やす

横須賀市死亡場所別の死亡数



2. 野村内科クリニック在宅医療の現状

「かかりつけ医」の医療的役割(外来)

- ◆ 患者さんの既往歴・生活歴を承知した上で、“病気だけを診る”のではなく“**病気を持った人を診る**”ことが出来る医療。
- ◆ 専門医が必要となった時には、**速やかに適切な医師・医療機関を紹介することが出来る**医療。
- ◆ 本人・家族の健康相談・在宅相談にも応じられる医療。
- ◆ お互いの信頼関係が出来てくれば、**患者さんの死生観・人生観についても話し合えるようになる**医療。

「かかりつけ医」の在宅医療

- ◆ 外来から在宅へのスムーズな移行が可能
- ◆ 患者さんの生活の場で診る全人的な医療を展開
- ◆ 入院医療・看護の出前ではなく、生活に即した医療
- ◆ 介護も含めたチームケアに参画出来る医療
- ◆ “24時間つながっている”という安心を提供出来る医療
- ◆ 在宅療養から看取りまで寄り添える医療
- ◆ 看取った後もつながる医療(ご遺族へのグリーフケア)

11

在宅医に必要な資質(必須)

- 多職種と密に連携できるコミュニケーション力。
- 病状の把握と変化を予見する能力。
- 患者・家族の希望を傾聴し、それに答えられるように努力する事が出来る能力。
- 在宅医自身の人生観・医療観・死生観・看取りの哲学を持ち合わせている事。

12

在宅医療の対象疾患

- 1.脳卒中や高齢のため寝たきり状態・虚弱となった方の在宅医療(認知症を含む)。
- 2.神経難病や脊髄損傷で高度医療機器が不可欠な在宅医療。
- 3.がん終末期の在宅医療(在宅ホスピス・緩和ケア)
- 4.小児の在宅医療(主に医療的ケアを必要とする障害児)
- 5.重度障害者の在宅医療

13

私の在宅医療の基本的考え方

- 1)「日常生活」を最優先する。(介護生活)
- 2)患者、家族の納得を得る。(同意書)
- 3)患者、家族に安心を与える。(24時間対応)
- 4)自然経過に委ねる。(尊厳死)
〔死を早める事(安楽死)も、遅らせる事(延命治療)もしない〕
- 5)寄り添う医療の実践。
- 6)医療事故なく、「安全」に終了する。

14

野村内科クリニックの在宅医療への対策

- 在宅医療では末期癌を含め、全てが慢性疾患であり、予見される増悪はあっても急変はない。(救急車は不要)
 - 補液・輸液は実施しない。
 - 訪問看護STとの密な連携。
 - 在宅医療は、定期的訪問診療が基本。
- ◇ 診療時間内問合せ：当院Nsが対応。
 - ◇ 夜間・休日：常勤医2名で24時間365日留守電で問合せ、往診対応。

15

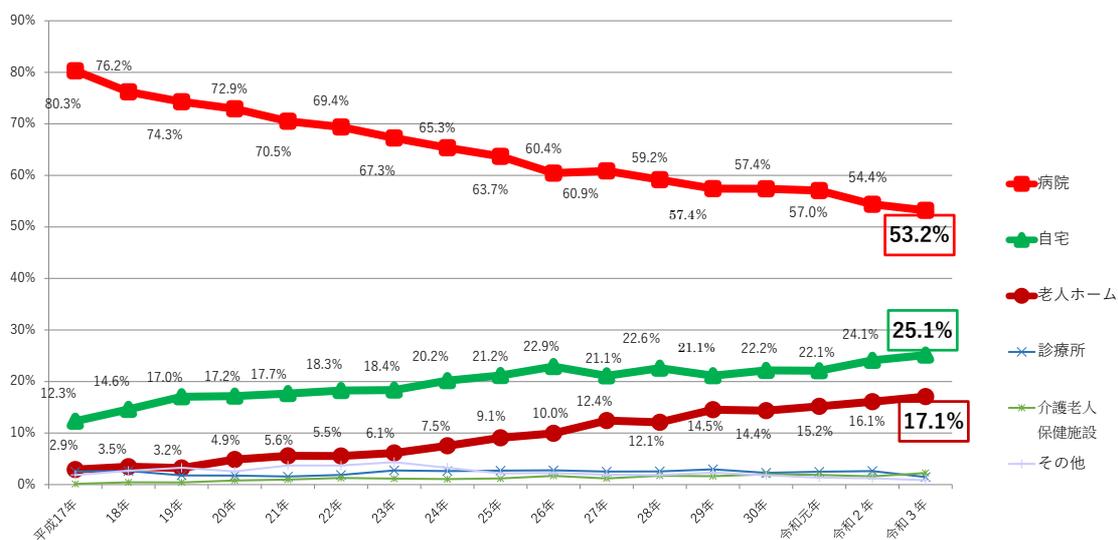
3. 在宅看取りの留意点

— 納得できる最期を迎えていただくために —

この世に生を授かった以上、
死亡率は100%である。

いかに医療が進歩しても、
必ず死ぬということは未来永劫変
わることはない。

横須賀市の死亡場所別構成比率の推移



従来型在宅療養支援診療所の要件



野村内科クリニック

1. 24時間連絡可能な体制
2. 24時間往診可能な体制
3. 訪問看護ステーションとの連携体制
4. 緊急時には連携病院のベッドを確保し、その際円滑な情報提供
5. 地域の介護・福祉サービス事業所との連携
6. 年に1回、厚生局長へ在宅看取り人数の報告

19

在宅療養支援診療所に係る報告 1



野村内科クリニック

期間：R4年7月1日からR5年6月30日

1：	平均診療期間 在宅医療を開始してからの診療期間を患者ごとに算出	35.9ヶ月
2：	合計診療患者数	177名
	死亡患者数	60名
	(1) うち医療機関以外での死亡者数 (死亡診断書作成) ・ 自宅看取り 43名 ・ 自宅以外 (グループホーム・サ高住) 11名	54名
	(2) うち医療機関 (病院) での死亡者数	6名
	超重症児又は準重症児の患者数 (15歳未満)	6名

在宅療養支援診療所に係る報告 2

期間：R4年7月1日からR5年6月30日



①期間：直近1年間の訪問診療等の実施回数

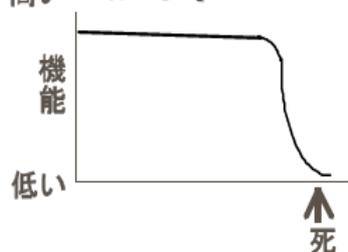
訪問診療等の合計回数	往診	訪問診療
2,392回	168回 (内緊急の往診59回)	2,224回

②期間：令和5年6月における1ヶ月の往診又は訪問診療の状況

初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数	1,022名
往診又は訪問診療を実施した患者数	194名
往診又は訪問診療を実施した患者の割合	18.98%

疾患の類型

高い がん等



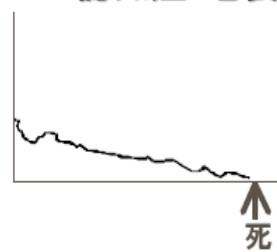
比較的長い間機能は保たれ、最後の2ヶ月くらいで急速に機能が低下する経過

心・肺疾患末期



急性増悪をくり返しながら、徐々に機能低下し、最後は比較的急な経過

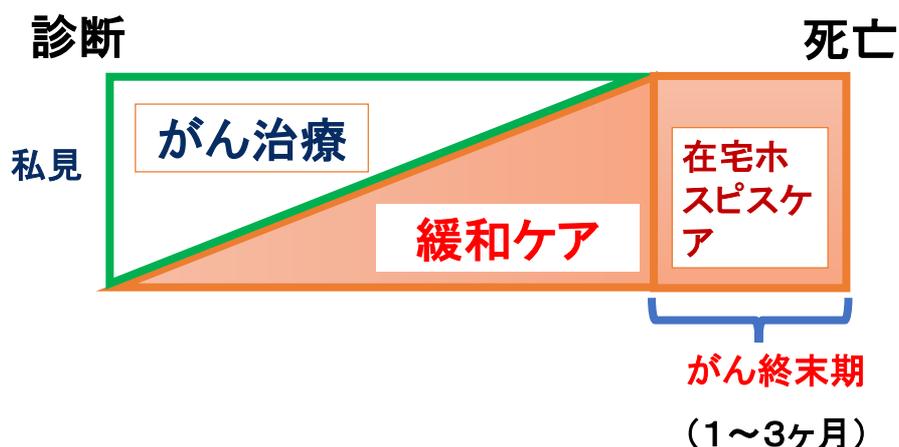
認知症・老衰等



機能が低下した状態が長く続き、ゆっくりと徐々にさらに機能が低下していく経過

Lynn J. Serving patients who may die soon and their families. JAMA 285 7, 2001(篠田知子訳)

がん終末期の経過



がん終末期(市民の感覚)

- 1.“あんなに元気だったのに急に悪化して”と悲しむ
- 2.がん性疼痛への恐怖心をいだく
- 3.患者は日々衰えていく自分が許せなくて苦しむ
- 4.2人に1人ががんになる時代とは言え、何で自分が、がん終末期なのか？

がん終末期とは？(在宅医の感覚と覚悟)

1. がん終末期は**短い**。
2. 経過の違いはあっても、がんは**慢性疾患**である。
3. がん終末期に**急変はない**。
4. 終末期の変化・**余命は予測しやすい**。
5. 最期まで寄り添う、**看取る覚悟が必要**。

25

在宅看取りを実現するための基本理念

1. 患者や家族のQOLを高め、患者と家族が希望を持ち続けながら、安心して在宅で過ごせるケアを実施する。
2. 人が生きることを尊重し、人それぞれの死への過程に敬意をはらい、死の質(QOD)を高める。
3. **患者の痛みやその他の不快な身体症状を緩和するとともに、心理的社会的苦痛の解放を支援し、スピリチュアルな痛み**に共感し、**生きることの意味を見出せるようにケアする**。
4. 患者の自己決定と尊厳を最大限尊重し、家族の思いを大切に**する**。



「お別れのパンフレット」
残り2週間くらいでお渡しするもの

原著:故鈴木 信行氏

おわかれパンフレット

1. 臨終間近のケア

御本人に死が近づいてくると、普段と違ったいろいろな変化が出てきます。ご家族の方はそれらの変化を見ると、不安と悲しみでどう対応してよいか戸惑われることと思います。しかし、落ち着いて患者さんの手を握り、亡くなるまでの自然の経過と受け止め、これらの変化に対処してください。

おわかれパンフレット

2. 死亡時のケア

亡くなるまでの過程はさまざまです。ご家族の方がおやすみになっている間に亡くなっている、ということもあります。そのようなときは、決してご自分を責めたりしないで、苦しまずに安らかに亡くなられたらと思ってください。

おわかれパンフレット

3. 死後のケア

亡くなられても生前と同じように、ご家族にとっては大切な存在です。身体を拭いた後、お化粧をしてみなさんとお別れできるようにします。訪問看護師もお手伝いしますが、ご家族の方だけでなさりたい場合は、次のようにしてください。

- (1) 下腹部を軽く押して、たまっている尿や便を出してしまいます。
- (2) タオルを2枚準備してください。お湯で身体を拭いてきれいにしてあげてください。
- (3) お別れの時のお着物は、生前御本人が好んだものがよいと思います、家族の方が準備したもので可能です。遺影としての御写真も用意してください。

在宅看取り時の在宅医の対応

1. 亡くなっている事に気付いた家族からの連絡を受けて、亡くなった時間を確認しておく。(訪問看護師経由もあり)
2. 死亡診断書を書き、それを持って往診をして、死亡診断を行い、診断書を手渡す。
3. あわてて家族が救急車を要請してしまっても、在宅主治医であれば、救急隊が連絡をとってくれるので、死亡診断のため往診に行くと、現場で引き渡してくれる。その時、警察の介入はない。(横須賀市)

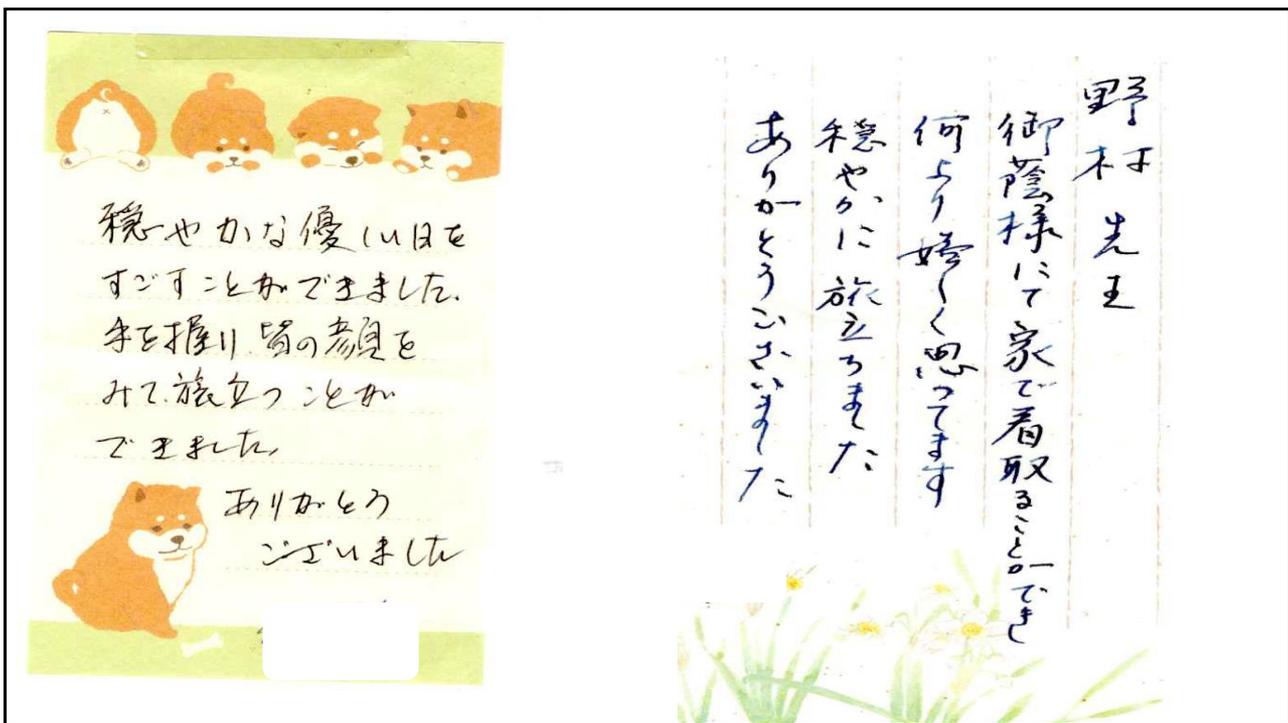
リビング・ウイル —Living Will—

(人生の最終段階における事前指示書)
(2022年11月改訂版)

この指示書は私が最後まで尊厳を保って生きるために私の希望を表明したものです。
私自身が撤回しない限り有効です。

- 私に死が迫っている場合や、意識のない状態が長く続いた場合は、死期を引き延ばすための医療措置は希望しません。
- ただし私の心や身体の苦痛を和らげるための緩和ケアは、医療用麻薬などの使用を含めて充分に行ってください。
- 以上の2点を私の代諾者や医療・ケアに関わる関係者は繰り返し話し合い、私の希望をかなえてください。

私の最期を支えてくださる方々に深く感謝し、その方々の行為一切の責任は私自身にあることを明記します。



訪問看護師による ACPの取り組み



港北区医師会訪問看護ステーション 統括管理者
認定看護管理者 染谷 京子

後悔しない在宅看取りのために 訪問看護師ができることはなにか？

- 苦痛を最小限にし最期の時間を穏やかに過ごせるように支援すること
- 多職種と協働する
- 多職種の中でリーダーシップをとり医療と介護のつなぎ役を行うこと。



最期の時間をどのように過ごしたいか？

本人と家族の望みは決まっていないこともある。

そのような場合は、何をどのように理解しているのか把握し、本人・家族が自分たちの望みはどのようなものであるかを一緒に考えることが必要

当ステーションのACPの取り組み

「もしも手帳」を渡して
考えてもらったら
どうかしら？

でも、急に「もしも
手帳」を渡したら、
すぐに死をイメージし
てしまうかしら？

意思決定を支援する
必要があることは、
わかっているけれど
どのように支援すれ
ばよいか具体策が
わからない



管理者がステーション全体でACPの取り組みに
もしも手帳を提案し、知識向上委員会が中心で
配布する事になった。

当ステーションのACPの取り組み

渡したときの反応で
内容の説明を続けるか
どうかを判断しよう！

でも。。。怒られたり
拒否されたり
したらどうしよう



横浜市で作りましたの
で、ステーションで配
布することになりました
と説明して渡そう！
手渡すのは事務的でも
よいかも！



「もしも手帳」を渡す前に訪問看護師が迷ったこと

1. 看取りの時期や高齢者以外の方にも渡すの？
2. 闇雲に渡せない。。。気を悪くする人もいるはず
3. その場で拒否があったらどうしよう。関係性が崩れそう

もしもの時を考えたことがない人たちは色々思ってしまう。

例えば・・・「死を考えるなんて縁起でもない」

「自分が、家族が、死を考えるとときが来るなんて想像もしてもない」

「もしもの時、どんな医療を受けたいか？と聞かれても、
その医療ってどんなものなのかわからない」

だからこそ、その現実が来る前にイメージしておく必要があり、きっかけがあればいい！！
訪問看護師が**きっかけ**作りをやろう！

ACPの取り組み「もしも手帳配布」 —上手くいった事例—Aさん

90代 男性 高齢夫婦の二人暮らし
近隣に娘家族在住

病名：心房細動、脳出血

訪問看護導入理由：状態観察、排便コントロール、下肢筋力維持
訪問看護開始はかかりつけ医に通院し、時々往診依頼していた。

しかし、急激に老衰が進み転倒繰り返し、ベッド上生活が主となった時期よりかかりつけ医より訪問診療へ移行した。

「もしも手帳」配布した時期

日常生活自立時期

Aさん、奥様
横浜市よりもしも手帳というものが
出たので、お持ちしました！

どんな内容なの？

読んでみますね？
(文章を読み、質問した)

その内容ならいつも考えている事だよ

あら！あなたが考えているなんて
知らなかったわ！



「もしも手帳」の内容を再確認した時期

施設に入らず最期まで家にいたい

ベッド上生活時期

娘さん
「お父さんの希望通りにしてあげたい」

介護区分変更し介護2⇒4へ
訪問診療に移行し、ヘルパーや訪問看護の
利用回数を増やし在宅療養継続できた。
自宅で穏やかに過ごし永眠した。

最期の時をどう過ごしたいのかを聞いていたからこそ、
支える側も「死」という現実を見据えて支援できた



ACPの取り組み「もしも手帳配布」 一難しかった事例ーBさん

90代 男性 息子家族と同居（日中独居）介護度3

病名：脳梗塞 右不全麻痺

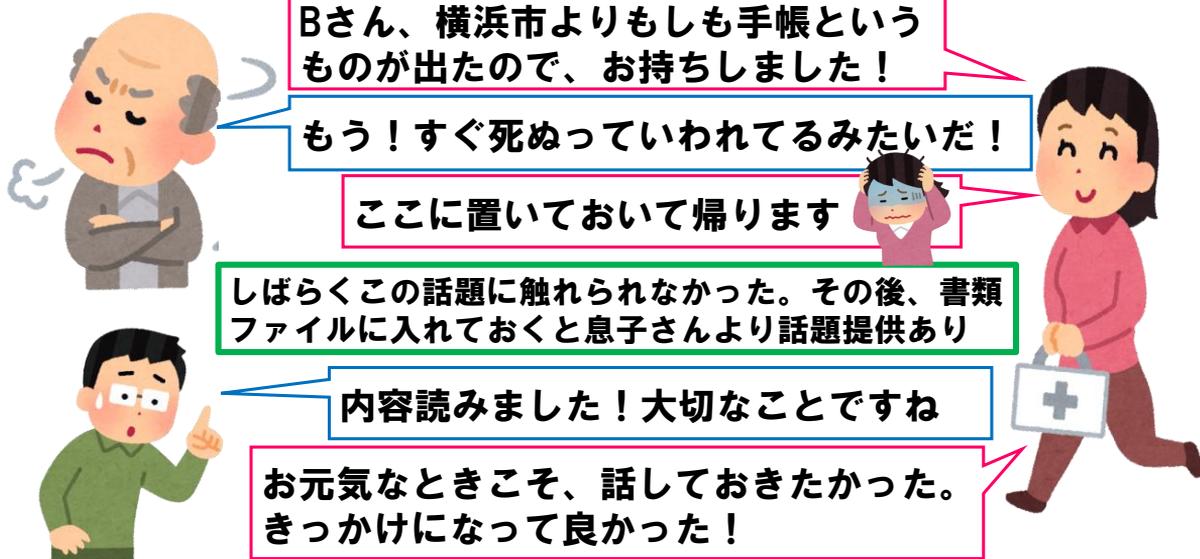
訪問看護導入理由：状態観察、排便コントロール、筋力維持。

日中独居のためヘルパーや訪問看護、デイサービス利用し日中に支援を受けて過ごしている。夜間は家族の支援あり。

訪問診療を受けている。状態安定している。

「もしも手帳」配布した時期

安定している時期





Bさんと家族がもしも手帳の内容について話せたことは、「きっかけ作り」になり、今後の「もしもの時」に備えて具体的に考えることができてよかった。気分悪くさせてどうしようと思ったけど渡せてよかった。ご本人は考えていて、息子さん家族に遠慮もあったこともわかったわ。訪問看護師には、家族の気持ちをつなぐ役割もあるのね！



「いつか死ぬ」って思ってるが、息子家族もどう思っているかわからないのに勝手なことを言えないよ。息子から聞いてくれてよかったよ。家族と一緒に考えるよ。

私たちは（ ）様が、穏やかに安心して過ごせるよう支援させて頂きたいと思っています。今の率直な気持ちをお聞かせください。

1. 病気や病状について主治医よりどのように説明されていますか？
2. それを聞いてどう思われましたか？
3. どんな治療・ケアを受けたいですか？
 - 根本的な治療を積極的に受けたい
 - 痛みやつらさを軽減する治療やケアのみしてほしい
 - すべての治療やケアを受けたくない
 - わからない
 - その他（ ）
4. どこで療養したいですか？
 - 住み直れた自宅で過ごし治療の時は通院したい
 - 治療の時は入院したい
 - わからない
 - その他（ ）
5. 治療やケアだけでなく、気がかりなことや心配事がありますか？
6. やりたい事や好きな事はありますか？

管理者と主任が提案しながら開始

その他の取り組み

ターミナル時期の利用者に初回訪問で渡す。書いても書かなくてもよいと説明している。まだ、数人しか渡していないが、書いてくれてる人もいるし書かない人もいる。10人以上に渡したら評価する予定。
 ●作成に至った理由●
 もしも手帳の内容より踏み込んだ内容を聞きたい。すぐに返答できる内容ではないため、紙面でゆっくり考えてもらうため。

その他の取り組み

その他、よくある変化として…



食べたり飲んだりすることが減り、飲み込みにくくなったりむせたりする



おしっこ量が少なくなったり



つじつまの合わないことを言ったり、手足を動かさずなど落ち着かなくなる



のどもとゴロゴロという音がすることがあります



呼吸のリズムが不規則になったり息をすると同時に肩や顎が動くようになります



手足の先が冷たく青ざめ、脈が弱くなります

OPTIM

12

これからの
過ごし方
について

- ほとんどの場合、心配や不安は必要ありません。
- このパンフレットは、一般的な事項について記述されています。



緩和ケア普及のための地域プロジェクト
(厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究)

看取り数日前の
家族に渡し説明

その他の取り組み

家で看取ると云うこと
～人生の旅立ちは、家族の声に包まれて～

医療法人 ゆうの森
発行：たんぼぼ企画
株式会社
(使用許可あり)

死も人の大切な営みの一つです。

「枯れるように亡くなる」
程やかな死をこのように表現することがあります。
その時が来たら、人の身体は実際に逝けるよう準備をはじめます。
身体は体内の水分をできるだけ減らそうとしていきます。
身体すべての機能が低下していくため
水分すら体内で正常に処理できなくなるのです。
そんな時、点滴などで無理に水分や栄養を入れると
逆に身体に負担をかけることとなります。
むくみがでたり、腫水がたまったり、痰も多くなってしまいます。

人は食べられないから亡くなるのではなく
亡くなる前から食べられないのです。

身体はどうすれば実際に逝けるのかを知っています。

それは、草木と同じ、枯れるように逝くことなのです。

枯れるように逝く

- 程やかに眠っているのは、ご本人が楽に過ごしている証です
呼びかけてもあまり反応がなくなり、目を開けることもできなくなります。痛みやつらいところがあると、眠ることはできません。周りにしむを寄せることもなく、よく眠ることができているのはご本人にとって楽な状態なのです。
- 身体に変化が現れてきます
むくみが出る、皮膚が乾燥して色が変わってくる、手足が冷たく呼吸が不規則になる、尿の量が減る、喉の奥に痰が溜まってゴロゴロいうなど、さまざまな身体の変化が出てきます。不安に感じたら、どんなことでも医師や看護師に遠慮なくご相談ください。
- 限られた時間と向き合う
人間の身体はとも複雑です。医師でも亡くなる時間は正確にはわかりません。しかし、あらかじめ予測することはできます。あくまでも目安ですが…
食べられなくなった1週間くらい
尿が出なくなった2～3日くらい
大切な方とお別れの準備をはじめてください。



看取り数日前の
家族に渡し説明

家で看取ると云うこと ～人生の旅立ちは、家族の声に包まれて～

最期のその瞬間を みていなくてもいい

ご家族にお伝えしておきたいことがあります。
それは「息を引き取る瞬間を必ずしもみていなくてもいい」ということです。

ご家族が眠っている間や
ちよっとそばを離れた間に亡くなっていたとしたら...
それは「誰も気がつかないほど楽に静やかに旅立たれた」ということなのです。

息を引き取る瞬間にそばに居ることができなくてもいいのです。
それまで十分に寄り添ってきたのですから。
離れたところにいる方も、最期は本人が楽であるように祈り
想っていてあげてください。



最期の時間は ご家族で大切に

住み慣れた自宅で大切な人に囲まれてゆったりと過ごし
人生の長い旅路を終える。
さまざまな想いが走馬灯のようにかけ巡る中
ご家族はご本人のお身体の変化に何をしておけばよいのか
戸惑われることと思います。

人の聴覚や触覚は最後まで残るといわれています。
ご本人の身体をさすったり
手を握り、感謝の気持ちを伝えてあげてください。

最期の時間はご本人とご家族のためにあります。
どうぞ大切に過ごしてください。

医師に電話をするのは、心ゆくまでお別れしてからでかまいません。
でも、もし不安であればいつでもご連絡ください。

家で看取ると云うこと ～人生の旅立ちは、家族の声に包まれて～ 絵本を渡した家族の反応

家族の言葉： 看護師さんの説明のあと、じっくり絵本を読むと今の
状況がわかり特別なことではなく自然な流れなんだ

看護師の言葉：上手に説明できないが、
絵本を見ることでイメージができ
理解してもらえるので助かる。
絵も優しいし文章とあっている。



絵本は貸出している。永眠後、お悔やみ訪問（グリーフケア
訪問）時に返却してもらう。



後悔しない在宅看取りのために
—本人の気持ちを最期まで尊重して—

有限会社 トウインクル・ライフ
代表取締役 工藤 美弥

当グループホームでの看取りについて

ご本人・ご家族の意思を尊重し、
最期までその人らしく生きるため
に。

- 1.ご家族への取り組み内容
- 2.ご本人への取り組み内容
- 3.職員への取り組み

施設の概要

(2002年) 平成14年8月

『グループホーム・美咲の家』を開設(利用定員6名)

(2011年) 平成23年12月 移転 (利用定員9名へ)

現在、事業所職員総数10名



(2005年) 平成17年8月

『グループホーム みづき』を開設(利用定員9名)

現在、事業所職員総数8名

2.(2)⑥ 認知症グループホームにおける看取りへの対応の充実

概要 【認知症対応型共同生活介護】

- 認知症グループホームにおける中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、看取り介護加算について、以下の見直しを行う。
- ア 看取り期における本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を一層充実させる観点から、要件において、「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」等の内容に沿った取組を行うことを求める。【通知改正】
- イ 算定日数期間を超えて看取りに係るケアを行っている実態があることを踏まえ、現行の死亡日以前30日前からの算定に加えて、それ以前の一定期間の対応について、新たに評価する区分を設ける。【告示改正】

単位数

- 看取り介護加算(短期利用を除く)
< 現行 >

死亡日以前4～30日 144単位/日
死亡日以前2日又は3日 680単位/日
死亡日 1,280単位/日

< 改定後 >

死亡日以前31～45日以下 72単位/日 (新設)
死亡日以前4～30日以下 144単位/日
死亡日以前2日又は3日 680単位/日
死亡日 1,280単位/日



算定要件等

(施設基準)

- ・ 看取り指針を定め、入居の際に、利用者等に対して内容を説明し、同意を得る
- ・ 医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による協議の上、看取りの実績等を踏まえ、看取り指針の見直しを実施
- ・ 看取りに関する職員研修の実施

(利用者基準)

- ・ 医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者
- ・ 医師、看護職員、介護支援専門員等が共同で作成した介護計画について説明を受け、その計画に同意している者
- ・ 看取り指針に基づき、介護記録等の活用による説明を受け、同意した上で介護を受けている者

(その他の基準)

- ・ 医療連携体制加算を算定していること
- ・ 「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」等の内容に沿った取組を行うこと (追加) 19

厚生労働省「令和3年度介護報酬改定における改定事項について」引用

1. ご家族への取り組み内容

- ①入所前見学時
- ②入所契約時
- ③ターミナル宣告時



①. 入所前見学時

- ◆当施設の指針・理念の説明
- ◆施設内見学

②. 入所契約時

- ◆看取りについての考え方の確認
- ◆当施設での看取りの考え方説明
- ◆ご家族・親族での相違がないように

入所後から日々の状況報告と共にご本人の思い・希望を一緒に考えていく。



③.ターミナル宣告時

- ◆看取りの考え方の再確認
 - ◆お別れパンフレットの説明
 - ◆どのような最期を迎えたいか
 - ◆後悔がないように
-
- ◆グリーフケア

2. ご本人への取り組み内容

認知症の人が意思決定能力をもっているうちに、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を始めることが国際的に推奨されています。

認知症は、進行性疾患であり認知機能が徐々に低下し、診断後比較的早い段階から自分の意思でケアを決定することが困難になり、希望通りのケアが受けられなくなる可能性が高まることから、認知症本人の意思決定を確認することは疾患の進行とともに困難となっていく特性がある。

私たちが取り組むこと。

- ①ご本人に関心を持ち、言葉や行動から、どのような方なのかを理解する。
 - ◆その人がどのように生きてきて、何を大切にしてきたか？その人に近づけるよう努力をする
 - ◆自分たちから見た思い込みでケアをしてないか常に考える
 - ◆生活の中で困り事を明らかにすることでご本人の望む暮らしに向けたケアを行える。
- ②日々の生活、リハビリ作業の中で「観察」による情報収集

3. 職員への取り組み

最期までその人らしい生き方をサポートするために。

1. 定期的に話し合いの機会を作る。
2. 利用者本人を尊重し、人柄や人生観、考え方に関心を持つ事が大切。日常のふれあいの中で本人への理解を深める。
3. 利用者本人を取り巻く関係者の中でも、介護スタッフは特に本人やその家族に近い存在である事を理解する。
4. 病状や時間の経過とともに、利用者や家族の気持ちに変化する事を理解する。
5. 「好物を食べさせてあげたい」「最期は一緒に過ごしたい」「整体師を連れてきたい」などの本人や家族の希望に沿うためには、医師、看護師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、などの医療関係者等多職種との連携が必要。
6. 日々のケアを通して得られる本人や家族の情報を他の職種の関係者と共有する事が大事。



MEMO

神奈川県保険医協会

横浜市神奈川区鶴屋町 2-23-2 TS プラザビル 2F

<https://www.iiiryuu.com/>