看取りについて

（はじめに）

看取り介護とは、近い将来天寿を全うされるであろう入所者に対し、身体的・精神的負担を緩和させ、本人の意思を尊重しつつ最期まで安らかに過ごせるよう援助を行います。

入所者の「終のすみか」となることが多い特別養護老人ホームでは、看取り介護をあくまで特殊な介護とは考えず、日常的な介護の延長線上のものと捉えます。本人が穏やかな終焉を迎えられるために様々な尽力をする、それが施設側の努めであり、避けては通れないことなのです。

1．やがて訪れる「最期」をどう捉えるか

(1)　適切な時期に、適切なケアを提供する

ステージごとにアセスメントや支援のポイントは異なる。

施設に入所した時から最期を迎えるまでは「入所期」「安定期」「急性憎悪期」「回復期」「衰弱期」「終末期」という６つの時期に分けることができる。

ステージ間に明確な境界線があるわけではないが、各ステージでアセスメントや支援のポイントは異なり、それぞれの特徴を理解することが重要。

また、その人が現在どのステージにあるかを把握し、家族を含めた介護チームが認識を一致させておくことで、適切な時期に適切なケアを提供することができる。

(2)　ステージを理解することは、不安軽減に繋がる

死の準備段階がどのようなものかが分からない事は、看取り介護の不安を掻きたてる大きな要因となる。それは、家族にも同様と言える。しかし、最期を迎えるまでの流れを、ステージの変化として理解できれば、不安の程度を軽くすることができる。

※身体的変化を客観的に評価することによって、今後の見通しを立てて必要な準備をしたり、施設側から家族にタイミングよく適切な説明を行なったりすることが可能。

※適切な時期に適切なケアを提供することが、よい看取りにつながる

（入所から最期を迎えるまでの高齢者のステージごとの状態変化）

2　大寿園の看取りに関する考え方

看取り介護は、日本赤十字社福岡県支部特別養護老人ホーム大寿園（以下、「当施設」という）入園者が医師の診断のもと、回復不能な状態に陥った時に、最期の場所及び治療等について本人の意思、並びに家族の意向を最大限に尊重して行う。

当施設において看取り介護を希望される入園者、家族の支援を最後の時点まで継続することが基本であり、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た日々の暮らしが営めることを目的として援助する。また、看取り介護実施中にやむを得ず病院等に搬送する場合においても、搬送先の病院等への引継ぎ、継続的な利用者、家族への支援を行う。

・看取り介護は長年過ごした場所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、当施設は入園者または家族に対し、以下の確認を事前に行い理解を得る。

・入園者は人道的かつ安らかな終末を迎える権利を保持しているので、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。

・当施設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多職種協働体制のもとで入園者及び家族の尊厳を支える看取りに努める。

3　教育とチームケアの確立

(1)　職員研修の目的

自施設での体制構築に向けた死生観や看取り介護に必要な知識と体制についての研修を実施する。

①　看取り介護には、正しい知識や理念を共有する仲間が必要

・死が近づいてくると、食事や水分摂取量の低下、眠っていることが増え、声かけや刺激への反応も乏しくなる。

・このような状態を前にすると「医療的なことを何もしない」という選択に、介護職員は不安を感じやすい。「自分の行なったケアがきっかけで状態が悪化したら・・・」「自分の夜勤中に呼吸が停止していたら・・・」など、実際に起こると、動揺したり、看取ったあとにそのショックをひきずったりする可能性もある。

※このような事態を避けるためには、正しい知識と、理念を共有しながらゴールに向かう仲間が必要。

②　教育とチームケア体制は職員に自信を与え、成長を促す

・高齢者が衰弱して亡くなっていく過程や、死までの各ステージにおける適切なケアを体系的に学ぶことによって、自信をもって責務を果たすことができるよう

になる。

・また、チームの力も重要。看取り介護の過程で、何のバックアップもなく個々に判断することを迫られれば誰でも不安に陥る。

※施設としての理念が明確で、統一した手順が示され、チームでその人を支えているという実感があれば安心してその責務を遂行することができる。そのためにも、教育とチームケアの体制づくりは重要。

③　教育とチームケア体制の確立は施設の責務

ケアの質を上げるには、スタッフの看取りに対する不安をなくし、教育とチームケア体制の確立が必須。ケアのレベル向上により入所者や家族の満足度、信頼度が向上する。

（看取りに関する教育のねらい）

教育の効果	チームケアの効果
・正しいケアを提供できる ・スタッフの適応力を高める ・正しい知識はスタッフに自信を与える ・広い知識、高度な知識を求める意欲に繋がる ・職務に誇りがもて、仕事への意欲がわく	・同じ理念、統一された手順で行うことにより、一定レベルのケアを提供できる。 ・スタッフが孤独感を感じることなく物事に安心して対処できる ・各職種が専門性を発揮しながらお互いに補い合える ・さまざまな角度から入所者・家族を支える事で見落としやミスが減る ・やり遂げた時の満足感が大きく、スタッフ間の結束や仕事へのやりがいが増す

(2)　職員研修の内容

施設内で研修を企画して実施する他、必要に応じて外部講師による研修会や外部団体が主催する研修・セミナー等への参加を行う。

また、看取り後には、実施した看取り介護の振り返りを行い、本人や家族への説明、身体的・精神的援助、医療的ケア、看取り期の対応等は適切であったか、検証・評価する。

（研修プログラムについて）

段階		プログラム	内容
基礎	①	看取り介護指針の理解	施設として入所者の終末期にどう向き合い、どのような看取り介護を提供しているのかを指針を理解

	②	死生観教育	死に対して漠然と抱いている恐怖心のような負の固定概念を自覚させ、看取り介護の振り返りを重ねることで、自分なりの死生観を養う
	③	記録の重要性	状態が不安定な本人に対して、統一された意識で漏れのない詳細な記録が求められていることを理解
実践	④	看取り介護 開始～終了までの経過	入所者や家族に対する連絡や面談の順序と、各専門職が行う具体的な行動を学ぶ
	⑤	専門性の理解と職種間連携	各職種の専門性と看取り介護画面での具体的な役割、その役割を果たすために連携の重要性を学ぶ
	⑥	死亡時の行動マニュアル	看護師が不在時に入所者の呼吸や心肺停止が確認された場合に介護職員が退所しなければならないこと、その際の具体的な行動を学ぶ
	⑦	書類の作成と管理	看取り介護計画の書式と作成方法を学び、状態に併せて計画を更新する必要があることを学ぶ
	⑧	デスカンファレンス の重要性	デスカンファまでが、看取り介護であることを学び、入所者の死から学んだことを共有し死生観を養うことが成長になることを理解する。
応用	⑨	エンゼルケアの意味と手技	エンゼルケアの意味と手技を学ぶ、家族や職員が一緒に過ごした時間を偲びながら、心の整理をする貴重な機会であることを理解する。
	⑩	看取り介護の日常的な アセスメントの重要性	集馬付きを日常生活の延長線上にあるものと捉えて特別視せず、日頃からの関わりを大切にする姿勢でアセスメントする大切さを学ぶ
	⑪	終末期における心身の 変化と観察のポイント	終末期の高齢者の心身の変化と対する観察のポイントを学ぶ。終末期の変化は個々によって異なり同じ経過をたどることはないということを理解する。

	⑫	終末期における家族との関わり方	親や配偶者が終末期であることを告げられた家族は気持ちの揺らぎが大きくなることを理解する
	⑬	臨終時の挨拶と姿勢	臨終時に家族と交わす会話での留意点と挨拶の仕方、施設から故人を送り出す際の挨拶の仕方

4　看取り介護の流れ

看取り介護実施は、入所者又は、家族の意向を確認し、施設から看取りに関する施設の対応方法について説明した上で、看取り介護についての同意を取りかわす。本人や家族から意向を伺い看取り介護計画を作成し職員及び家族協働で看取り介護を実施する。

（看取り介護の判断から実施の流れ）

入所者の状態をチェック

↓（状態変化はその都度家族に報告する）

衰弱の兆候がみられたら他職種で検討

↓（多角的に状態を確認・家族の意向も含めて医師に相談）

医師が一般的に認められている医学的所見に基づき回復の見込みがないと判断

↓（医師の判断に基づき複数の家族に説明を受けてもらうべく日程調整）

医師から家族に説明

↓（現状と今後起こり得る状態変化やリスク、終末期を過ごす場所選択など）

最終的な看取り介護の同意確認

↓（看取り介護についての同意を得る。具体的なケア内容を書面で説明）

看取り介護の実施

(1)　看取り期の判断

顕著な衰弱傾向が見受けられてきた場合、多職種間で状態の確認を行い本人・家族の意向確認書を踏まえ今後の方向性について検討するため、すみやかに医師へ診察を依頼する。

①　医師が判断したのち、看取り介護へ移行

・入所者の医学的見知から、回復の見込めない衰弱期に入り、看取り介護実施の段階に移行したかどうかを判断するのは最終的には医師がおこなうが、実際には、本人の状況をよく把握しているのは施設職員であるため、衰弱の兆候をいち早く察知

し、適切なタイミングで医師に報告する必要がある。

②　家族に説明し、最終的な同意を得る

・回復の見込みがないと判断されたら、医師が家族に説明をする場を設け、看取り介護に移行することを希望した場合は、看取り介護の流れを説明し、意向を再度確認する。

※関係機関や団体での意思表示や宗教上の考え、入所者本人と家族で看取りの意向にずれはないか、家族間での認識の一致なども含めて確認をしておく必要がある。

・具体的な介護内容については「看取り介護確認事項」などのチェックシートにまとめ書面で分かりやすく説明することで、家族の安心に繋がる。

・また、看取り介護については、別途、介護保険で定められている看取り介護加算が算定せれることも併せて説明する。

（参考）身よりのない人の看取り

・入所者自身が、意思を示せる状態であればそれに沿った支援を行なう。
（リビングウィル、尊厳死公正証書の作成など）

・入所者自身が、意思を示すことが困難な場合は、医師が入所者にとって最善の治療方針を判断し、それに基づいたケアを行うことになる。
医師が、入所者に回復の見込みがなく、看取り介護を実施するのが最善と判断した場合には、看取り介護を開始する。

5　看取り介護の実施にチームで取り組むマネジメントの流れ

介護支援専門員は、この流れに並行して看取り介護計画書を作成し、入所者の状態に応じて更新し多職種間が共通の視点でケアを提供できるように務める。

（看取り介護のマネジメントの流れ）

アセスメント

↓（もれなく客観的に評価）

看取り介護計画書の原案作成

↓（入所者や家族の意向も反映させる）

サービス担当者会議の開催

↓（他職種の意見を聞き、看取り介護計画書原案をまとめる）

入所者・家族への提案・説明・同意

↓

看取り介護の実施

↓（実施したケアや入所者・家族の様子を記録する）

モニタリング

↓（評価し職員で共有。家族の同意を得ながら引き続き進める）

看取り（臨終）

入所から終末期（看取り介護実施）のフローチャート

入所期→適応期

看取り介護に関する考え方の共有

看取り介護指針の説明・同意
- 施設の理念や看取り介護指針の説明、施設で対応できる範囲と内容を説明
- 終末期についての情報提供と死生観について醸成

終末期や延命に関する意向確認
- 利用者、家族と面談し、終末期となった際の意思を確認。延命に関する意向確認書の作成支援

（書類）
- □(1)重要事項説明書　□(2)看取りに関する指針
- □(3)看取り介護同意書(兼)意向確認書　□(4)福岡県看取り介護冊子
- □(5)利用者連絡先一覧
- □(6)生活リスク及び急変時における対応等の意向確認書

安定期（回復期）

日常生活のための定期的な確認の流れ

定期的なケアプランの更新
- 一定の期間を過ごした施設での意識変化や今後の生活に対する希望等の把握
- 入居者や家族の意向を踏まえたうえでの中・長期的な目標設定とケアプランへの反映

定期的な緊急時・終末期の意向確認
- 年に1回、全入園者に対し意向を確認
- 家族の意向変更申し出時やその他状態に応じて確認

（書類）
- □(1-再)利用者連絡先一覧
- □(2-再)生活リスク及び急変時における対応等の意向確認書

状態変化に応じた定期的な確認

不安定期

看取りケア実施に向けた確認の流れ

状態変化などの把握・回復の見込み判断
- 状態の変化など把握し都度、家族への報告。
- 医師より医学的所見に基づき回復が望めないと判断

医師など医療職から家族に説明・今後の対応
- 医師より現在の状況、今後起こり得る状態変化やリスクなどの具体的な説明。
- 終末期を過ごす場所の選択肢など。

最終的な緊急時・終末期の意向確認
- 看取り介護についての同意を得る。施設で提供する環境、具体的なケアの内容や看取り加算について説明をおこなう。

（書類）
- □(1)看取りケアカンファレンス議事録
- □(2-再)利用者連絡先一覧
- □(3-再)生活リスク及び急変時における対応等の意向確認書

医療希望・施設外看取り希望等

入院し積極的に医療を受けたい
- 医療が整った施設の紹介
- どこまでの医療提供を望むかを確認し搬送先医療機関を確

在宅で看取り介護を受けたい
- 在宅での看取り対応が整った事業所の紹介
- 在宅復帰にむけた関係各所との連携

まだ判断できない・分からない
- 判断猶予等(すぐに判断が必要か)を踏まえて、家族へ懇切丁寧に支援を実施。

看取り介護の開始

終末期（看取り介護開始）

施設での看取り介護の流れ

看取り介護の説明・同意(開始)
- 看取り介護内容を説明し、開始の同意を得る。
- 各部署に看取り介護開始を通知

現状評価・看取りケア計画書（ケアプラン）原案の作成
- 入所者や家族の意向も反映させる

サービス担当者会議の開催
- 多職種の意見を聞き、計画書の原案をまとめる

入所者・家族へのケアプラン説明・同意
- 施設の対応について各部署へ協力を求める

看取りケアの実施
- 実施したケアや入所者・家族の様子などを記録
- 看取り**介護経過状況報告書**に日々の状態、支援方法などを毎日記録し申送りで、全職員にその内容を伝達。訪室の促しや、協力してほしいことを連絡

モニタリング
- 定期的に評価し全体で共有。家族の同意を得ながら進める
- 家族来所時に看取り**介護経過状況報告書**の写しを渡し、看護職員より経過説明。説明内容は「**看取り介護経過説明書**」に記録し家族に説明同意のサインをもらう

（書類）
- □(1-再)看取りに関する指針
- □(2)看取り介護確認事項
- □(3)看取り介護についての同意書
- □(4-再)利用者連絡先一覧
- □(5)看取り介護に付き添うご家族の皆さま
- □(6)看取りケアカンファレンス議事録
- □(7)看取りケア計画書1.2.3
- □(8)看取りケア経過観察表
- □(9)個人記録
- □(10)モニタリング
- □(11)家族との連絡・経過説明書
- □(12)看取り介護時の緊急連絡手順

臨終（看取り後）

臨終からデスカンファレンスまでの流れ

心肺停止の確認
- バイタルサインの確認が不能であることを複数のスタッフで確認

家族への連絡
- 連絡経路の詳細は、事前に確認しておく

医師への連絡
- 夜間や休日の連絡方法も確認しておく

医師による死亡診断・診断書記入、家族への説明

死後の処置、葬儀業者への連絡など

お見送り

デスカンファレンス開催
- 看取り介護終了後カンファレンスに向け、介護支援専門員より関係部署に課題・評価の記録をおこなうように文書で連絡
- 期日までに、関係部署は所定の書式に、課題と評価をPC入力。担当棟は職員の精神的負担の有無、その状況を記入
- 荷物の引渡し時に、家族にカンファレンスの参加もしくは、看取り介護終了後アンケートの記入を依頼

グリーフケア
- 介護支援専門員が看取り介護終了後カンファレンスを招集し実施し全体の課題・評価をまとめ報告書を作成
- 終了もしくは、グリーフケアの実施

（書類）
- □(1)緊急時の対応状況記録
- □(2)死亡診断書
- □(3)看取り介護に関する振り返りアンケート
- □(4)看取り介護終了後カンファレンス議事録