

# 看取りケアの実践と体制づくり

常勤医師のいない施設での看取りケアに、スタッフの多くは不安を持っています。特集2では、看取り期を支えるための知識、考え方、具体的な実践法を解説します。



## スタッフが感じる不安とそのサポート

社会福祉法人昭徳会 特別養護老人ホーム高浜安立荘  
業務課長 小西由香里

当施設開所当時より看護師として勤務し、看護主任を経て2007年4月より業務課長として介看護職員の育成係を務める。回想法、ターミナルケア、一人浴の実施に施設全体で取り組んでいる。2007年より当施設のスローガンに「日本一、認知症の方に優しい施設になろう」を掲げ、現在も奮闘中である。

日本一認知症の方に  
優しい施設になろう



特別養護老人ホーム高浜安立荘では、1993年の開所当時から看取りケアを実施しています。

初めは、積極的な延命処置を希望しない利用者を施設で看取ることが「看取りケア」だと思っていました。その後、介護保険が導入され、「契約」という形でサービスの質を問われるようになり、2004年度にはターミナルケアプロジェクトを立ち上げ、施設方針を明確にしました。そこで、看取りケアは亡くなる瞬間のケアではなく、その方らしい生き方を最期までお手伝いすることとし、マニュアル作成および施設整備を進めてきました。その中で痛感したことは、医療設備の整っていない、また常勤医師のいない介護施設に

おいて看取りケアを行うには、相当の努力と工夫が必要であり、その最たるものは職員の意識統一であるということでした。

介護現場で働く職員は利用者が大好きです。利用者に寂しい思いをさせたくないと考えていますし、自分の知らないところで亡くなってしまうのはつらいと感じています。また、利用者の旅立ちの瞬間には手を握り見送りたいと思っています。

これは決して想像ではなく、2004年度から職員に対して実施してきた調査（「職員自身がどのような最期の迎え方をしたいか」「大切な人の余命が少ないと分かった時に何をしてあげたいか」）の結果から把握できたことです。そのため、もし施設での看取りケアに賛同しきれない職

員がいるとすれば、その原因は「経験したことのない看取りへの不安」と「本当に利用者にとってよいことであるという確信のなさからくる不安」だと思います。

職員一人ひとりが抱く不安や焦りは、どんなことをしてもゼロにすることはできないかもしれませんが、施設において唯一の医療職である私たち看護職員が、介護職員を家族と同等に位置付け、利用者・家族と共にサポートしていくことで、職員が一丸となって看取りケアに取り組むことができると確信しています。

本稿では、現場のスタッフを介護職員と看護職員に分け、それぞれが抱える不安と、そのサポートについて考えてみます。

## 介護職員が感じる不安

大好きな利用者が徐々に弱っていく姿を見ることは、介護職員にとって想像以上につらいことです。では、介護職員はどんなことを不安に感じているのでしょうか。

次に、主な内容をまとめます。

- ①このままだと、どうなっていくのかわからない
- ②自分たちには何ができるのか
- ③入院をして点滴を行った方がよいのではないか
- ④あとどれくらい生きられるのか
- ⑤苦しいのではないか
- ⑥自分が夜勤の時に呼吸が止まっていたら、どうすればよいのか
- ⑦風呂はいつまで入ってよいのか
- ⑧トイレでの排泄はいつまで頑張っても

らえばよいのか

## ⑨食事はベッドのままで介助した方がよいのか

介護職員は、利用者が一番近い存在です。利用者の苦痛を我が事のように感じてしまいます。利用者の全体を見ることができなくなり、今、目の前にいる利用者の状態しか見えなくなってしまうと、上記のような不安でいっぱいになってしまうのです。

## 不安のサポート

介護職員が抱く不安について、当施設のサポートの一部を紹介します。

まずは、身体が衰弱していくとどんな状態になっていくのかを、「終末期に現れる主な症状」(図1)、「生命の危機の状態と対応」(表1)として提示しました。こうすることによって、今後起こり得ることが事前に予測できるようになり、自分が何をすればよいのかを考えられるようになりました。

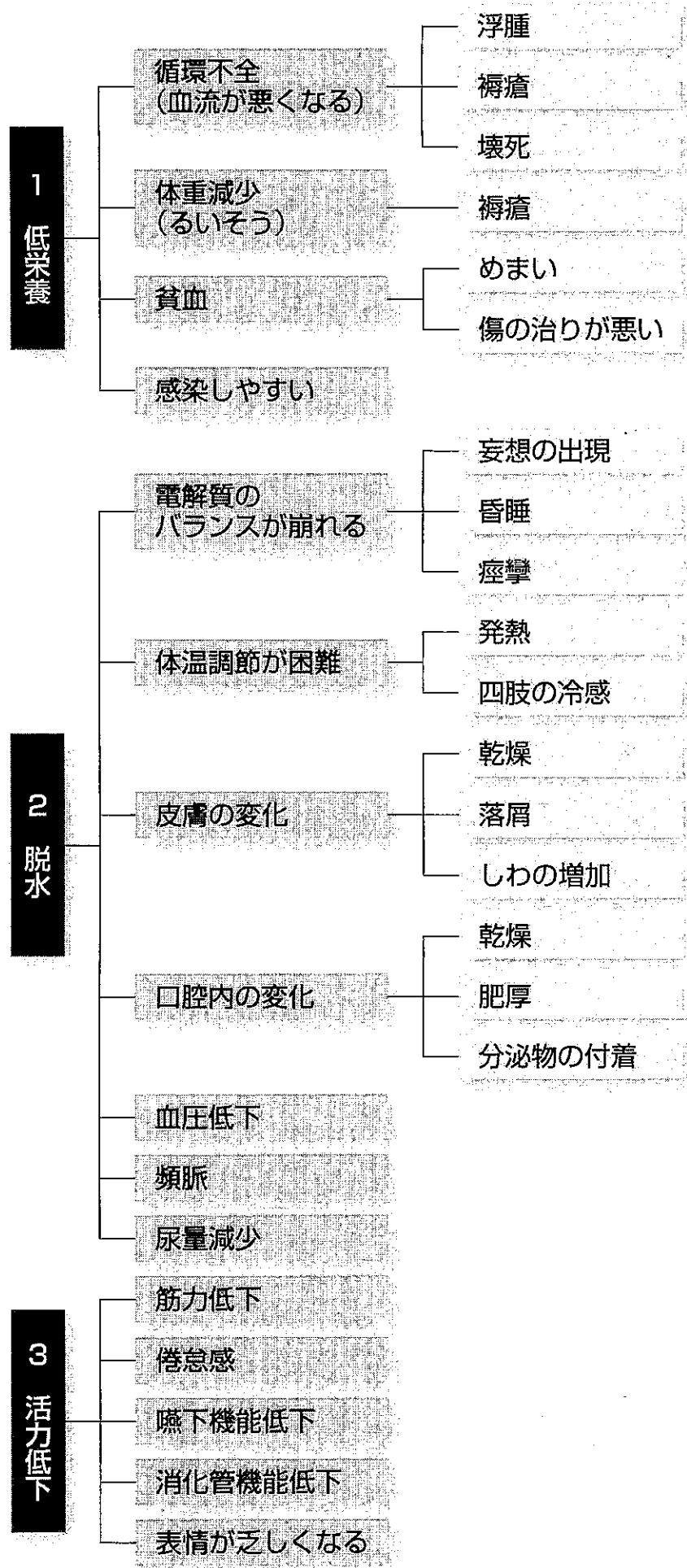
また、細かなケアに関しては、「ターミナルケアマニュアル」を作成し、対応策を載せました。前述した不安の①、②への対策です。

次に、医療処置がターミナル期の利用者の心身にどのような影響を与えるのかを、病院で看取りケアを経験した医師から直接話を聞く機会を設けました。また、嘱託医を招いて、全身の機能が弱っている場合に、積極的な医療行為が利用者の負担を増加させることなどを、生理学的に説明してもらいました。

さらに、職員の精神的不安に対しては、当施設の母体である法音寺の僧侶に、命の尊さと死について仏教の教えを交えて話を伺い、死生観を養う機会を設けました。これは、前述した不安の③、④、⑤への対策です。死生観を養うことで、もしも自分が看取ったとしたら、それは「利用者が自分を選んでくれたんだ」と考えられるようになりました。

そして、いざという時の連絡体制を整えることで、⑥の不安の軽減に努めました。最初に家族へ連絡し、その後、看護職員に連絡して指示を受けるといった簡潔なものとなりました(表2)。

⑦～⑨の不安に関しては、職員間で情報を共有し、介護・看護職員の話し合いを行えるように環境面で配慮しています。職員が繰り返し話し合うことで、「一度決めたことは変更しない」ではなく、利用者の体調や気分に合わせて対応を変えることができます。



[図1] 終末期に現れる主な症状

[表1] 生命の危機の状態と対応

## 1：呼吸の状態

下顎呼吸：下顎を下げて一生懸命に息を吸う感じ

チェーンストークス呼吸：無呼吸～徐々に深く速い呼吸～遅く浅い呼吸～無呼吸

努力様呼吸：小鼻を動かす、息を吸うと肋骨間や鎖骨の辺りにくぼみができる

あえぎ様呼吸：深く吸って早く短く吐く、繰り返していくうちに無呼吸が多くなり、徐々に無呼吸が長くなる

**対応方法** ギャッチアップ、肩枕、体位の調節、舌根沈下があれば気道確保の体位や側臥位とする

**観察ポイント** 呼吸の数、深さ、リズム、無呼吸の有無、呼吸音（ヒューヒュー、ゼイゼイ）

## 2：心臓の動きが弱くなる

血圧低下、徐脈（1分間に60回未満）、不整脈、浮腫、四肢の冷感

**対応方法** ベッドをフラットにする、足側を上げる

**観察ポイント** 脈が触れるか、脈拍数、リズム、体温が上昇・下降していないか、血圧が下降していないか、チアノーゼ（顔色不良、手足のしびれ、冷感）がないか

## 3：腎臓の機能低下

尿量減少、意識混濁

**対応方法** 陰部が不潔になりやすいため清潔に努める

**観察ポイント** 尿量（1日量、時間量）、尿色（血尿、濃尿、混濁尿）、下腹部（恥骨上部）に膨張や圧迫痛、不快感があるか、幻覚・妄想の有無

## 4：意識レベルの低下

〈意識レベルの評価方法：JCS（3-3-9度方式）〉

Ⅲ 刺激しても覚醒しない状態

300 痛み刺激に反応しない

200 痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる

100 痛み刺激に対し、払いのけるような動作をする

Ⅱ 刺激すると覚醒する状態（刺激をやめると眠り込む）

30 呼びかけを繰り返すと、かろうじて開眼する

20 大きな声で呼びかけると開眼し簡単な命令に応ずる

10 普通の呼びかけで合目的な運動（手を握れ、離せ）をするし言葉も出るが間違いが多い

Ⅰ 刺激しなくても覚醒している状態

3 自分の名前・生年月日が言えない

2 見当識障害がある

1 意識清明とは言えない

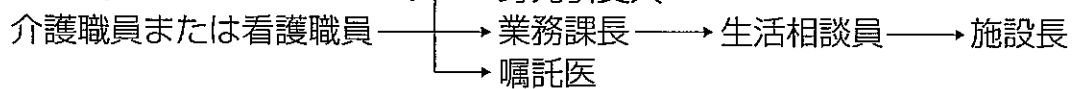
### 心掛けること

- ・発語や意思表示、反応などが乏しくても、手を握ったり顔や上下肢をさすったりすることで安心するので積極的に行う
- ・死の直前まで聴覚は残っているので、呼びかけに反応しなくても名前を呼ぶことや、ケアの前後の声かけを忘れない
- ・意識がなくても、一人の人格を持った人間として尊重した態度で接する
- ・リラックスできる環境をつくる

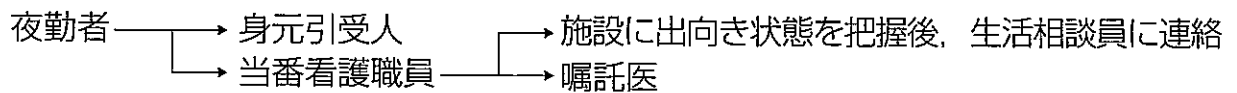
[表2] 危篤時の対応（呼吸状態の変化が見られた場合）

## 1. 連絡体制

昼間帯（8：30～19：00）



夜間帯（19：00～8：30）



## 2. 注意事項

- ・状態が急変した時も、できるだけ利用者のそばに付き添う。
- ・身元引受人へは速やかに連絡し、看取りの実現に努力する。
- ・身内の方の別れの後、職員や親しくしていた利用者との別れの時間を設けるよう配慮する。
- ・慌てることなく厳かに対応し、家族の支えとなるように努める。
- ・嘱託医にターミナルの方の状態が急変した旨を伝え、診察を依頼する。  
身元引受人が何分後に来所するかを医師に伝える。
- ・状態を経時的に報告できるように、情報収集しておく。

## 3. 死後の処置

- ・家族および介護職員と一緒に清拭・整容に努め、旅立ちの準備をする。  
必要物品：ベイスン（洗面器）、オールカット液、割り箸、脱脂綿、タオル3本、新しい寝巻き、ごみ袋、化粧セット、おむつ、下用タオル、義歯、眼鏡など
- ・家族が、処置に参加されない場合は、最期の化粧だけでも手伝ってもらおう。
- ・処置をしながら懐かしい話などをして、故人を偲ぶ気持ちを大切にすること。
- ・死亡診断書は内容を確認し、時間と病名を生活相談員に伝える。

## 4. 出棺（お見送り）

- ・迎えの車が到着したことを確認する。
- ・昼間帯であれば、全館放送で故人の旅立ちを告げ、玄関に集合してもらおう。
- ・最期のお別れをし、みんなで見送る。
- ・夜間帯であれば、内線で各グループに連絡し、玄関に集合してもらおう。
- ・翌朝まで安置となった場合は、故人の居室に家族が付き添える環境を整える。焼香セットを準備し、職員も順に焼香する（居室は、必要に応じて可能な場所に移動することがある）。

## 5. その他

家族が付き添う場合の必要物品：ソファベッド、布団一式、いす（1階は個室、居室、静養室のいずれかを使用する。2階は居室またはショート用の居室を借りる場合がある）

## グリーフケア

看取りの後で、家族に対してのケアは特別には行っていません。ただ、利用者の通夜や葬儀には参列させてもらい、施設で過ごした日々の様子や思い出話を伝えています。

また、死亡確認の後に施設職員と一緒に

に死後の処置をしてもらいながら、思い出話をさせてもらっています。中には、一緒に処置をすることはできないと言われる場合もあります。その場合は、「最期のお化粧だけでも」と声をかけます。遺体に触れることで自然と穏やかな表情になり、「昔から、自分のことよりも家族

のことばかり考えていた母でした」などと懐かしそうに話してくれることが多くあります。これが利用者への最高のプレゼントであり、家族の気持ちの整理にもつながっていくと思います。

退所の手続きの際には、家族にアンケートへの協力をお願いし、我々の対応についての意見や、家族と利用者とのかわりかどうであったかを振り返ってもらっています。そして、家族と同等に位置付けている介護職員に対しても、ケアプランの評価を含め、悩んだことや学んだことなどをアンケートで調査しています。それを担当の介護職員がまとめ、グループ内で話し合う時間を設けています。

家族も職員も、寂しい気持ちは同じです。気持ちは他人が整理できるものではありません。つらくても振り返ることで、各自が気持ちを整理していかななくてはならないのです。そのためにも必ず振り返りをして話し合い、反省すべき点は改善して今後につなげています。

## 看護職員が抱える不安

では、唯一の医療職である看護職員の不安はどのようなもののでしょうか。これは、大きく2つに分けることができます。

①認知症などにより本人の意思確認ができない場合に、施設での看取りを本当に希望しているのかどうか

②食欲が低下しはじめ、徐々にADLも低下する状態だと感じた時、家族や囑託医と今後について話し合うが、その場

合の「家族の言葉の裏側にある思いを読み取ること」や「医師に本人の状態や家族の意向をうまく伝えること」が十分にできるかどうか

## 不安のサポート

①の不安に対しては、本人の人柄や今までの生活習慣について、病気や病院に対してどのような考えを持っている方であったか、入院の経験がある場合はその時の状況がどうであったか、知人や親族の闘病を見舞う時に自分の考えを話していなかったかなどを家族から伺います。また、入院をすると認知症により抑制されることもあるため、その説明と弊害を伝え、本当に入院治療が必要かどうかを医師を交えて話し合うようにしています。

②の不安に対しては、検査データなどがないため、利用者の情報を細かく把握し、それを基に看護職員間で話し合うことが第一です。食事摂取の状況や摂取量、体重の変化、身体状況を確認し、「何となく弱っている気がする」という直感を確信に変えられるようにしなくては、家族や医師に説明することができません。そのためにも、普段から看護職員も食事介助を行い、変化が疑われる利用者については積極的に介助をして違いが分かるようにしています。

そして、家族に状況を伝える時が来ます。食事量が少なくなっている場合は、このままだとどうなっていくのかを伝えます。また、どのような対処方法があるのかも話します。詳しい検査などについては、医師から説明してもらうように話

し合いの機会を設けます。この時に注意するのは、決め付けた言い方をしないことです。あくまでも今までとの違いを伝え、選択肢を提示して家族に判断してもらえるようにします。

家族も随分悩めます。自分のことではないので、決めかねるのは当然です。家族の中でも意見が分かれることが多くありますので、その場合は十分に話し合って意見をまとめてもらうようにお願いします。

そして、医師との面談に入ります。医師、家族、看護職員、生活相談員で話し合います。本人が意思を伝えられる場合は、本人にも同席してもらいます。面談では、医師の説明を家族が理解しているかを把握しながら分かりやすい言葉で伝えたり、家族が言いにくそうにしている場合は話しやすいように配慮したりすることも大切です。また、記録をしっかりと残し、ほかの職員に伝えていきます。皆が同じ気持ちでケアに当たることができなければ、良い看取りケアは行えません。利用者の状態を職員全員が理解し、家族や本人の希望を確認し、自分たちにできることをさせてもらえるように意識を統一していくのです。

## 看取りケアによる職員の成長

看取りケアを経験することで職員は大きく成長しています。利用者の思いを尊重するようになり、看取りへの恐怖は「寂しい思いをさせたくない。私が看取ってあげたい。今のうちにいろんなことをやってあげたい。今日一日を大切にかか

わりたい」というように変化しました。命には限りがあることを痛感し、尊いことを再認識できました。自分の死すら現実的に考えることのない若者たちが、こうした成長をすることができるのは、ほかでもない利用者が全身で教えてくれているのです。

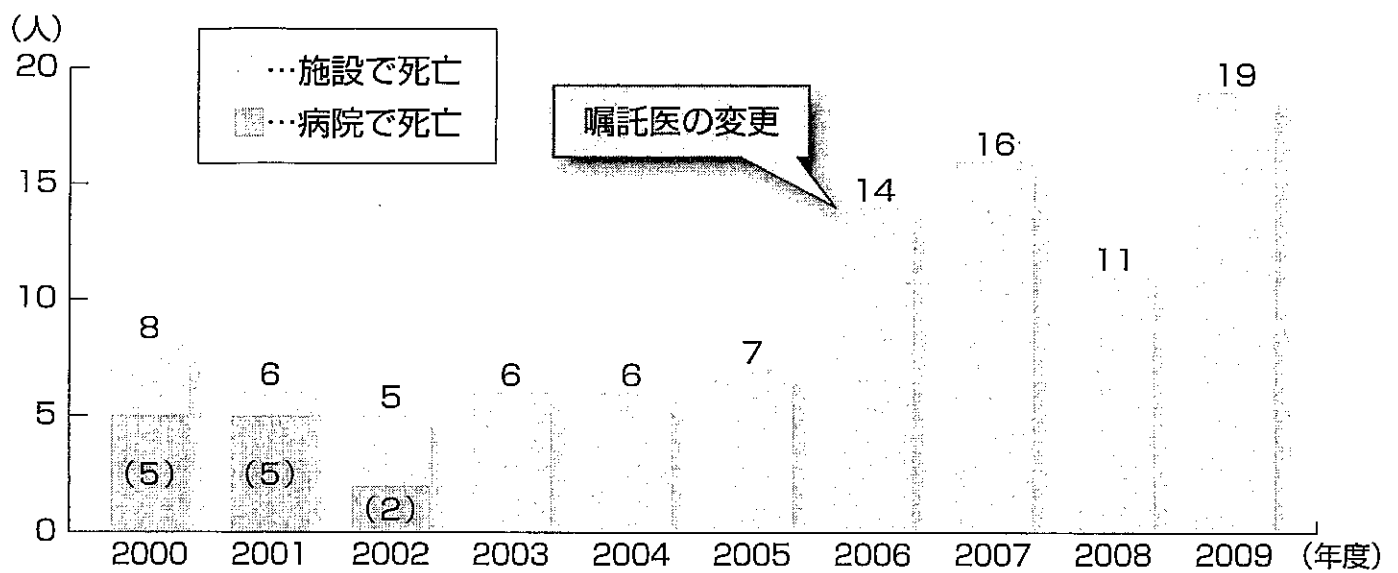
新人職員に対しては、施設内研修において、看取りケアの事例を先輩職員が報告しています。医療設備のない施設での看取りケアは、決して何もしないのではなく、その方らしい毎日が送れるように工夫を重ねて援助し、よりよい生き方を援助することであると伝えます。それにより、新人職員は自分の仕事に誇りを感じてくれます。ここから、職員の意識統一は行われていきます。

## 医師の存在の大きさ

図2をご覧ください。2000年度の介護保険制度導入後の当施設における看取りケアの推移です。

2006年度から急に増加しています。この時期に何があったかと言うと、嘱託医の変更がありました。認知症を持つ人は意思確認ができないため、家族も悩めます。そんな時に、医師のアドバイスや医学的根拠を説明してもらうと、家族は罪悪感を抱くことなく冷静に考えることができるようになります。

看取りケアは、見殺しにすることではないのです。自然に命が燃え尽きるのを一緒に見届けてくれる医師やスタッフがいることを、医療の提供にも勝る愛情と



【図2】施設内での看取りの推移（2000～2009年度）

援助を提供することを伝えると、家族は安心します。

「自然」と言う「何の病気もなく……」と考えるかもしれませんが、身体が全体的に弱っていて何の変化も起こらないはずがありません。たとえ病名があったとしても、身体が治療に耐えられない状態であったり、また、治療をしても一時的な対症療法でしかなく、根本的に治癒しなければ、再度同じ苦しみを味わうことになったりすることも伝えていきます。さまざまな情報を伝えることも、家族への優しさだと感じています。

現在、嘱託医を引き受けてくれているつばさクリニックの石川亨氏は、看取りケアに対する当施設の方針を理解していただき、この上ない協力をいただいております。施設での唯一の医療職である看護職員の精神的負担も、石川氏のサポートによってどれほど軽減されているかわかりません。だからこそ、看護職員が、介護職員や利用者に対して自信と勇気を持ってかわっていくことができるのです。

冒頭でも述べたように、よりよい看取りケアには職員の意識統一が不可欠です。そこには、一番の協力者である医師も含まれています。スタッフの悩みは皆で話し合いながら解決していくことができます。そこに専門的なアドバイスがいただけることで、我々は安心してケアに当たることができるのです。

### 悩んだ分だけ学びがある

初めから、完璧な看取りケアを提供することは難しいと思います。また、個々のケースで対応は全く違ってきます。その都度職員は悩みますが、日々進歩・日々成長です。悩んだ分だけ学びがあります。

利用者と出会った瞬間からたくさんかわっていくこと、また、家族との連絡を密にしていくことで、認知症の方を理解し、利用者にとっても家族にとっても「施設で最期まで暮らせてよかった」と思ってもらえるように、努力していきたいと思っています。