

高齢者施設におけるターミナルケアの考え方とその実際

講師
NPO 法人 メイアイヘルプユー
事務局長(保健師) 鳥海 房枝 氏

※講師の方言が軽妙であった為、あえて方言は残してあります。

I 「特養は【死なせない所】」

- ・一昔前は、「特養は死なせない所」
悪くなれば即病院へ。

講師がとある施設の視察にて・・・。

その施設長：「いやぁ、うちの施設の霊安所は使った事が無いんですよ！（自慢げ）

「その時代、悪くなれば夜陰に紛れて病院へ搬送するですよ」＝死を隠す事が当たり前。

II 時代の変遷

- ・平成 18 年度の介護保険の改正において、「看取り加算」なるものが追加。
こぞって、施設は看取りへ段階移行していく様になる。
・・・ただし、「この看取り加算」なるもの、実は対して大きな加算収益にならない。

正直、『寄付』の方がありがたい。

- ・看取り加算の定義＝法律において、「施設を終の棲家」とする事を明確化
満額加算収益で「45,000 円」
30 日前に「看取り介護」の同意を貰う事
3 日前に「看取り介護」の同意を貰う事

・・・いつ死ぬのか誰も分からないのに。
よって、未だこの辺りは国も曖昧なまま。

III 終の棲家としての特養

○医療モデルから生活モデルを基盤とした高齢者施設の在り方

- ・「治療優先」から「生活優先へ」
- ・明日よりや将来よりも「今日」を大切に。

○「生活優先」とは

- ・一日の時間を一律に区切った日課の押しつけをしない
- ・QOL の尊重とは、生活習慣の保証と個別ケアの実践から

IV 老いの見方と生老病死の肯定

- ・徐々に身体機能が低下していく
- ・新しい事を学習し、記憶する機能は低下していく
- ・バランスの良い心身の機能低下は、「健康な」老いの姿
- ・老いと死を肯定し、低下のステージに応じた支援の必要性和ポイントになる事

何よりも、死は特別なものではない。人間は必ず死ぬ。昔であれば人は家で死んでいた。

今は、施設や病院で死ぬ。『死』が見えない。いつの間にか死は特別なものへ。

来るときは玄関から、そして出る時も玄関から。

『死は隠さない』事が大事

①極きざみ食の恐怖・・・

- ・食事はできてすぐ提供できるのが理想的で衛生的。
それを、調理してから包丁でギタギタに刻む。
できたものを刻む・・・それは空気中のばい菌を混ぜ込んでいるのと同じ事・・・。
- そして、バラバラになった極きざみ食。
人間は、唾液と混ぜて食物を丸めて飲み込む構造。
そんなバラバラのものは簡単に丸まらない・・・誤嚥。

②転倒対策の恐怖・・・壺

- ・転倒、転落事故。どうやっても防げない事はある・・・。
- しかし、事故報告書には『見守りの強化』が必ず対策に上がってくる・・・『見守り』とは、手が届く範囲の事であって、それ以上の距離は『監視』・・・意味は無い。
そんな転倒事故の対策。
まずは、再現してみる事。
転倒した要因は必ず1～5個程度ある。
これを見つけ出した時初めて対策となる。

③転倒対策の恐怖・・・式

- ・内容係らず、6種類以上の薬が処方されていると、必ず転倒の危険が増すという・・・。

V 人間は『自分の体を始末する』

①食べないから死ぬのではない、死ぬから食べないですよ。

- ・年寄の気持ちは年寄しか分らないですよ。
- ・要は「めんどくさい。」これが『老衰』ですよ。

②介助者の愚かな考え

- ・『**全量摂取させてこそ、一人前！！**』=食べたくない人に食べさせる=**最後の虐待**

③浮腫とは??

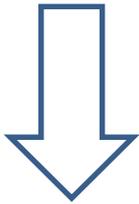
- ・中身はタンパク質。食べない代わりに人間は自分のエネルギーを自分で始末していく。
逆に言えば、外部からエネルギーを必要としていない状態。
点滴をすれば一目瞭然。
さらにむくめば、エネルギーの入れ過ぎ=必要なし
元気になれば、エネルギー不足=必要な外部からのエネルギー

「血液検査の結果が悪いので、透析をしなければ一週間もたしません、透析をしましょうと医者が言うですよ。わたし、98歳のばっちゃんに聞いたですよ。『梅子さん(仮名)・・・先生がこない言いよるけど、あんたどげする?』梅子は言いましたですよ。『せん。』て。梅子は半年以上生きてましたですよ。大体、血液検査の基準値なんて **75歳までしか無いですよ。**それに当てはめても、悪いに決まっていますよねえ。」：講師談

VI 人間の獲得の能力と能力の喪失

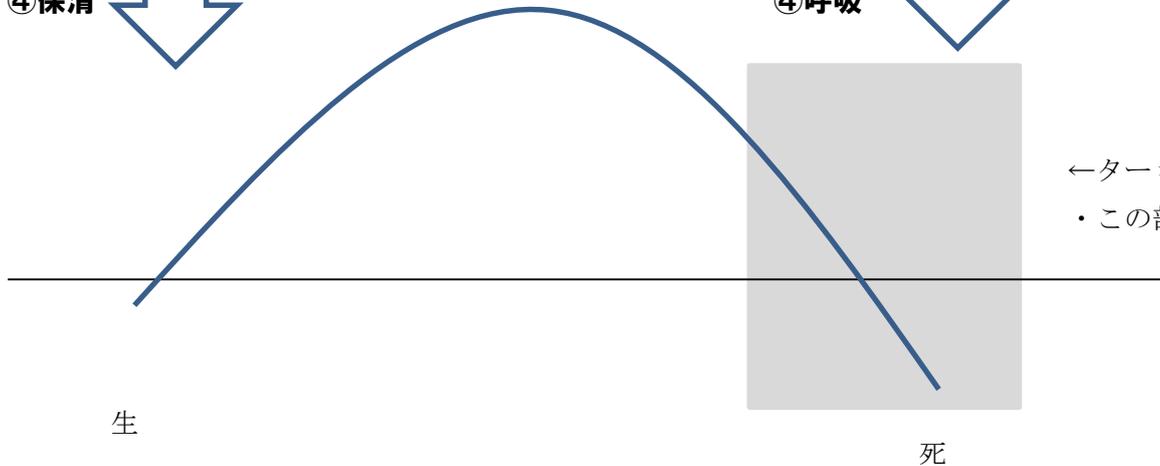
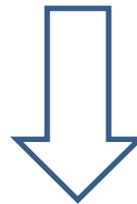
□生まれてからの獲得能力順

- ①呼吸
- ②嚥下
- ③排泄
- ④保清



■死ぬまでの喪失能力順

- ①保清
- ②排泄
- ③嚥下
- ④呼吸



この図の捉え方

- ・ 老化 = 老衰・・・医療による回復不可
- ・ 病气 = 悪化・・・医療による回復可能、もしくは不可

胃瘻の間違った使い方？

- ・ 胃瘻は一時的が本来の使い方。
年寄が胃瘻で吐くのは、胃の噴門も弱っている。

「オランダに視察に行きましたですよ。食事の時間、食べない人がいるですよ。でもオランダの介護職員は放ったらかし。見かねて日本人の私らは、介助するですよ。そしたら、『なにををしている!』と怒られたですよ。文化の違いですね。食べない=自己決定。それを否定するのは虐待。もちろん、食事形態なんてものは変えない。死が当たり前。世界で一番介護に時間をかけている国。それは日本ですよ。」：講師談

VII 死を特別視しない為に

■特養は死に場所である=入所受け入れ会議における、ターミナルの説明とをの留意点を「本人・家族にどの様に切り出しているか! ?代理から代弁へ、残される家族のケアもターミナルケア。

■継続的な説明の必要性=アドバンスケアプランニング(本人の情動は割と最後まで残る=本人の意向)

※決して同意書をとる事を目的としない!

VIII 施設として開かれている事

①面会制限を設けない ②利用者の『死』を隠さない ③ご遺体は、正面玄関から見送る

④死の準備教育の場とする・・・他の利用者の死から、本人・家族は自らの『死』を考え、それを具体的にイメージできる機会となる(職員も同様)

チアノーゼ→手足を切り捨てても、心肺機能の維持にエネルギーを回している。

末梢はチアノーゼから壊死に至っても、それでも心肺機能の維持を優先させて体を始末する。

毎日、アクエリアスを湯呑み茶碗2杯だけでも1~2か月は生きる。

IX ターミナル期の判断と家族への伝え方

1. 判断材料・・・通常の介護で気を付ける事

- ・食事の際の反応：嚥下の瞬間、無呼吸になれず、呼吸反応が出現し、「ブフワ～」と、食物を吐きしながら嚥下しようとする。
 - ・皮膚の状態(乾燥・冷感)→冷感には、冷感反応を示すだけの何か理由がある。
 - ・声の大きさ・強さ→さらに状態が進行すると、観察事項として重要となる項目。
 - ・体重減少→1カ月で5%以上の体重減少が2か月続き、トータル20%を超える減少を見た時。
 - ・尿量の減少→食事、水分が摂れていなくても排尿がある時期もある(体を始末している状態)
 - ・浮腫→体重減少が止まる、または増加した時は注意。
- ・SpO₂の低下と、酸素吸入の効果→浅拍呼吸から下顎呼吸へ

⇒最後の2,3日 本当の見極め期。

あらゆる延命治療を行えば、生きながらえる事は可能かもしれない・・・が800万~1,000万円を覚悟

X 家族への伝え方

- ・KPとなる家族へ医師からの説明と、そこに職員が同席する意味=案外家族は聴いてない。
- ・家族の意向確認・・・代理決定⇒代弁決定できる様に支援する(代理：代わって 代弁：本人になって)

XI ターミナルケアの実際のケアと職員の連携

①家族へのケア【説明】

- ・機能低下と安定を階段状態で進む「老衰」の特徴と「疾病」による死との違い。
- ・医療の効果のあるものにできる体力があるか、医療そのものがストレスとなる場合。
- ・繰り返しの説明と家族の気持ちの受け止め。
- ・旅立ちの衣装の準備、必要に応じては葬儀の相談まで。

②職種連携

- ・介護職員：保清・食事・排泄等のケア
- ・看護職員：VSチェックと医師との連携
- ・訓練職員：適切な姿勢保持工夫
- ・相談員：家族の気持ち受け止め
- ・ケアマネジャー：看取りの方針を定めた介護計画書の策定
- ・栄養士：適切な食事の随時提供

③終末期・危篤時への対応

- ・VSチェック、特に血中酸素濃度測定、酸素吸入反応による予測
- ・本人の安楽と家族意向の尊重
- ・家族が付き添っていない場合、『誰に一番に連絡するのか』の順位確認
※場合によっては、遺産相続等のトラブルに巻き込まれる

■医師への連絡：医師法第20条 「死亡診断書と死体検案書」

- 死亡診断書・・・主治医が記載(歯科医師でも可能)
- 死体検案書・・・初めて診断する医師が記載 ※書式自体は同一のもの
- ・医師の到着までにしておく事、やめておく事の明確化

④エンゼルケア

- ・介護職員・看護職員・家族と一緒にやる事が望ましい。
- ・この時職員は、本人にまつわる素敵なエピソードを語れるか？
本人を主役にした関わりをしてきたか、問題発見と対処に偏っていなかったか？



命のバトンを渡す「証」

XII ケアの評価

①家族が死を受け入れられる為に

- ・問題発見と、早期対応のケアに加えて、日常の素敵なエピソードが記録されているか？
- ・通夜、告別式への参加
- ・家族がその後、施設のサポーターとなれているか？

②遺体はケアの通信簿

- ・遺族と一緒にエンゼルケアをして、恥ずかしくない遺体か？
おむつかぶれ、舌と口腔内の汚れ、顎関節の硬縮による開口状態等。
- ・棺桶の蓋が閉まる遺体か？※
股関節、膝関節、足関節の硬縮状態等。
- ・終末期リハビリテーション(座背面解放座位訓練)の効果が問われる遺体の姿か？

③職員のモチベーションを上げる

- ・ケアを振り返るカンファレンスの重要性和、その視点(7~10日以内で)
 - △死を受け入れる
 - △納得を自信に
 - △次のターミナルケアに活かせるものを探す
 - ▲看取り=離職率の減少にも繋がる

※棺桶の蓋が閉まるご遺体とは・・・

概ね棺桶の深さは 38 cm。

拘縮等で膝が折れ曲がっている、大柄で尖足、棺に入りきらない場合・・・。

どうするでしょう？

答えは、その部分を『損壊』します。

よって、拘縮等の防止「背面解放座位訓練」：足を床に着かせ、背もたれが無い状態で、ベッド上で5分座る事で、拘縮を予防する事ができます。

「100歳近いばっちゃん。もうガイコツですわ。そのガイコツが言うですよ。「トイレ行かせ。」そしたら、看護師も言いますよ。「オシメしてるんで、いつでも！」で、またガイコツが言うですよ。「「トイレ行かせ。」「ドウゾ！」、そして3回目「トイレ・・・」「ドウゾ。」で、あんまり言うから「ほんなら。」とガイコツ抱えてポータブルトイレに座らせたですよ。」そしたら、ガイコツが看護師の耳元で言うですよ。「最初から行かせ。」と・・・。少し排尿があってそのすぐ後死にましたですよ。本人の意思ですよ。」