

厚木精華園終末期支援プロジェクトの取組み

－ 報 告 書 －

2018年3月31日作成

社会福祉法人かながわ共同会

厚木精華園

厚木精華園終末期支援プロジェクトの取組みについて

[メンバー] 秋山美奈子・明戸美穂（生活1課） 田中千香子・米山直人・富田裕一郎（生活2課） 長尾健一・菊入信晴・松井興司（生活3課）
福岡君代・北野恵（看護課） 長谷川正己（支援部長）

はじめに

厚木精華園は、中・高齢の知的障害者（概ね45歳以上）と医療的サポートを必要とする人たちの支援施設として神奈川県が整備し、平成6年7月に神奈川県立厚木精華園として開設された。

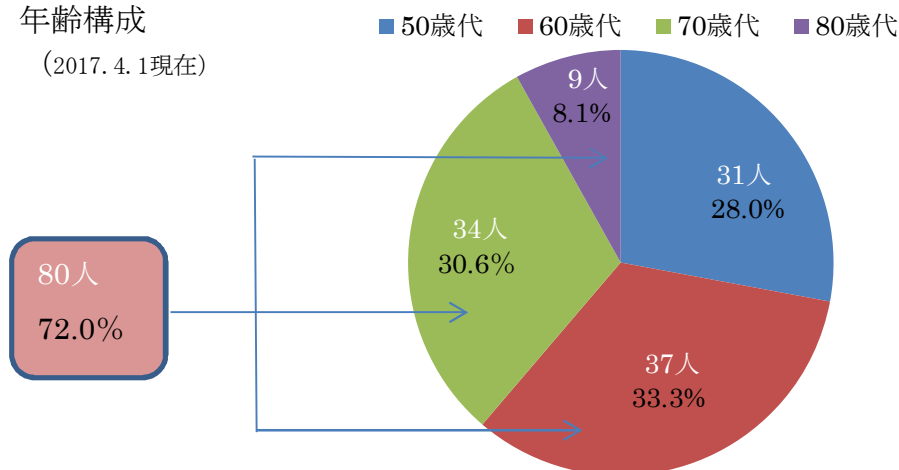
開設当時の利用者の平均年齢は52.0歳であったが、20年後には68.0歳となり、開設後20年の間に80名の利用者が亡くなっている。園で生活する利用者は、概ね60歳を過ぎると体調等の変化の顕在化が徐々に見られ、65歳以降で大きく体調が崩れ亡くなる方が増加傾向にある。そのため、60歳を過ぎると人生の終わり方を視野においた支援のあり方の転換期であることがわかった。

[表 - 1] 利用者の年齢・入院等状況

年度	H6	H11	H16	H21	H26	H29
平均年齢(歳)	52.0	58.0	63.0	65.0	68.0	67.5
死亡数 ^(ウ)	1	3	4	4	5	5
入院数 ^(ウ)	10	18	45	50	53	52

[図 - 1] 年齢構成

(2017.4.1現在)



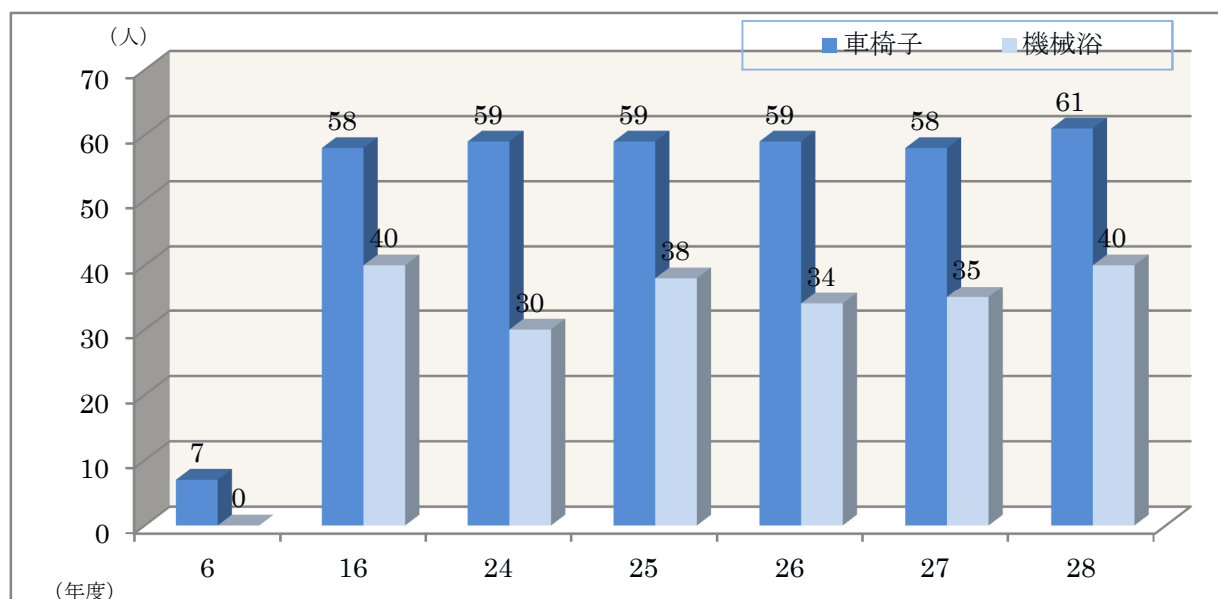
利用者の人生の終わり方を視野においた支援は、高齢者支援の今後の支援のあり方にかかる「看取り」についても検討すべき必要に迫られた。

社会福祉法人かながわ共同会が平成16年度から策定している中長期計画の「第四期中長期計画（H28年度～H31年度）」において、厚木精華園での取組視点1における「施

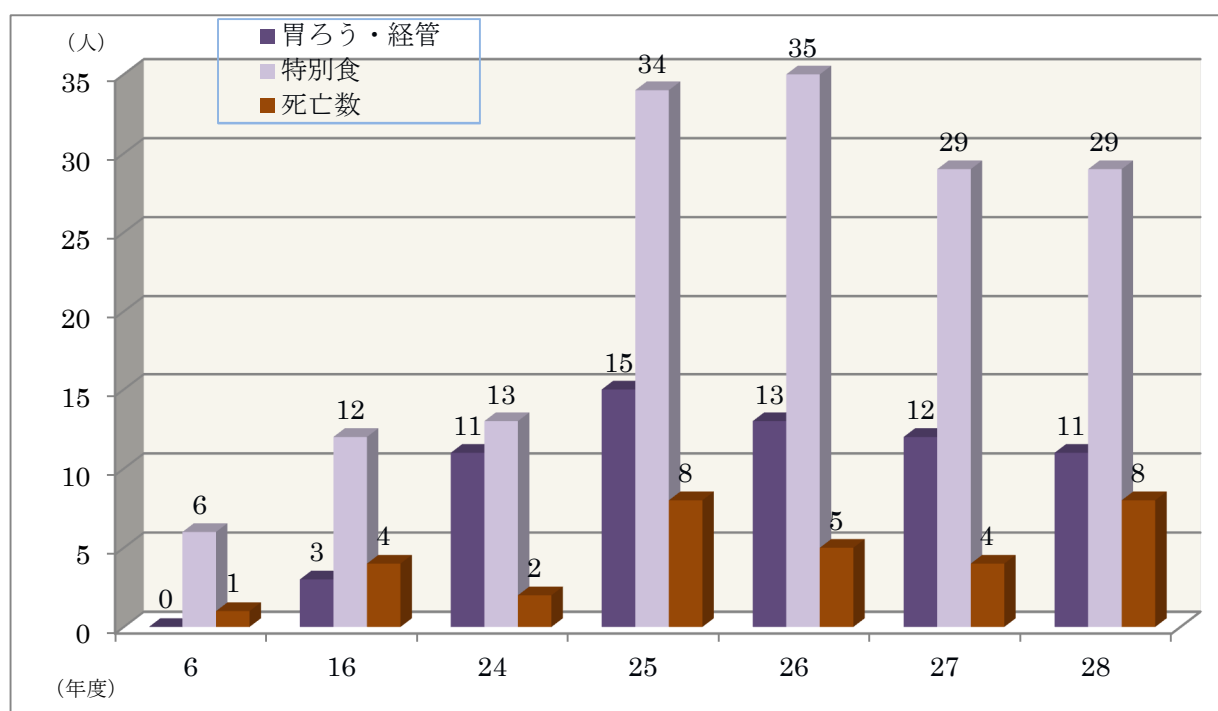
設支援機能の充実のために」の取組みとして、『誰にでも公平に訪れる死に向かい合い「死の準備教育…自分に与えられた死までの時間をどう生きるか、人間らしい死のためにはどうすべきかを考えるための教育」「終末期支援」「看取り」についてのあり方を検討するとともに、最期を迎える時まで人権が尊重される仕組みづくりに取組む』と盛り込み、平成28年度から2ヶ年の園内プロジェクトを設置・検討した。

終末期支援プロジェクト始動時の利用者の主な項目の全体像は次のとおりであり、利用者の高齢化・重度化の傾向にあった。

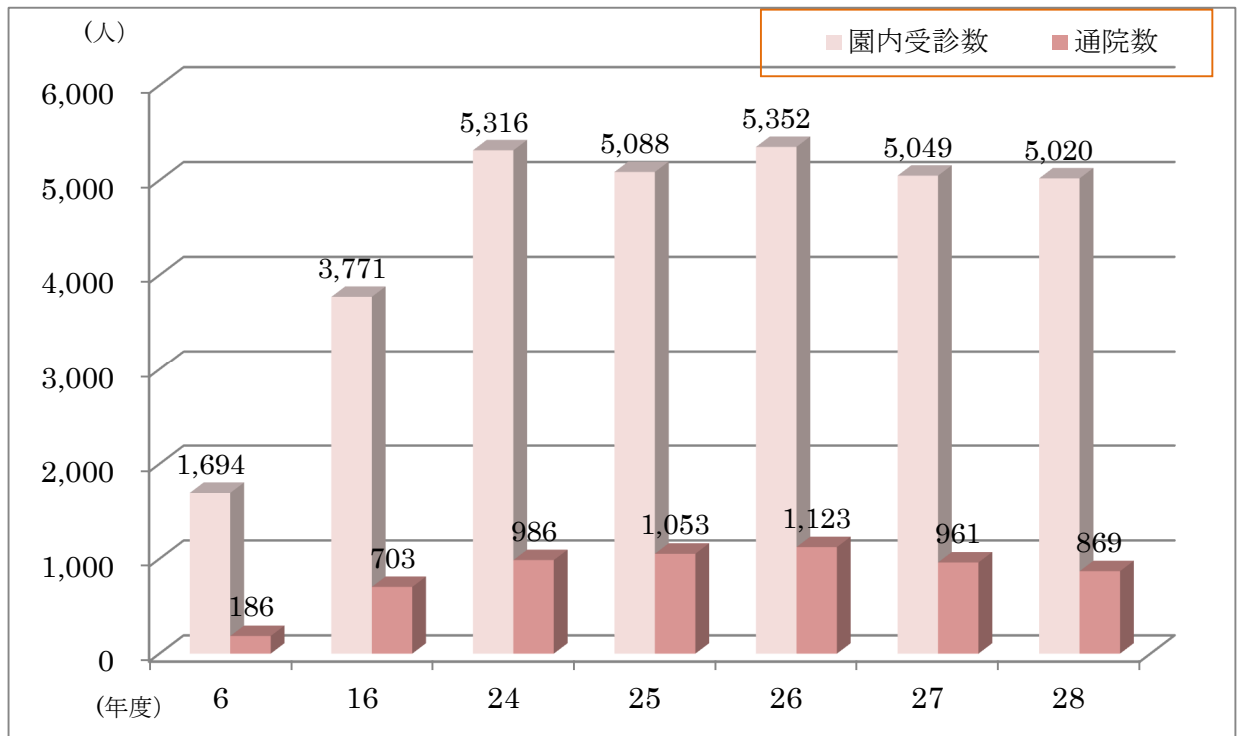
[図-2] 歩行・入浴の推移



[図-3] 食事形態等の推移



[図-4] 受診状況の推移



1 終末期支援プロジェクトの始動

プロジェクトの始動にあたり、終末期支援や看取り等についての現状や課題・家族等の意向を次のとおりに整理した。

(1) 現状や課題

- ・利用者の重度化、高齢化のため自身の意思確認が難しいこと
- ・利用者の体調急変時に家族へスムーズに連絡がとれないこと
- ・家族と連絡がとれないため救急搬送が必要な状況下でも入院できないこと
- ・医療機関での急性期の治療が終わると退院を迫られること
- ・園では看取りの環境が整っていないため施設に戻れないこと

(2) 家族等の意向

- ・積極的な治療は行わず苦痛や痛みがないようにしてほしいこと
- ・最期は長年住み慣れた環境で、多くの仲間に見送られたいこと

当園での終末期支援や看取り等への現状や課題を踏まえ、プロジェクトとしての取組みについて、①家族等の緊急連絡先に再確認 ②利用者の延命処置に関わる希望カードの作成 ③家族向け葬儀マニュアルの作成 ④当園退所後サービスについての検討 ⑤当園における看取りのあり方についての検討 の5項目とした。

2 障害者支援施設等での看取りの事例

高齢化した知的障害者への支援の今後を検討する際に、看取りの問題を考える必要があったが、いざ議論してみると、職員個々で看取りの概念が違うこと・当園を終の棲家と思っている家族や後見人などが多いこと・高齢知的障害者に特化した施設とはいえ障害者支援施設であることなど様々な課題があり、プロジェクトチームとしての検討レベル統一のため、県内外で開催されたセミナー等を受講・視察などにより、次のとおり情報収集に取り組んだ。

(1) 国立のぞみの園福祉セミナー2016

「知的障害者の高齢期の支え方（H28.12.8開催）」についての社会福祉法人かがね福祉会「ライフステージかがね」の看取りの取組みについて
概要は次のとおりである。

- 看取りへの取組み準備として、施設長が夜勤スタッフ全員と面談し、希望や条件の聞き取りを行ったこと
- スタッフの意見は、吸引資格を持つ管理職が当直を行い、看取り専門の付添スタッフの配置をすることであった。そのため非常勤スタッフ、もしくは常勤スタッフの休日を充てる方法を取り実現したこと
- 当初、居室ではない場所にスタッフの待機スペースを設けたが経過を追うごとにスタッフ全員が居室に付添い、ベッド脇で仕事をしたりヘッドホンで音楽を聴いたりして過ごすようになったこと
- 24時間の医療体制も看取りの要であり、嘱託医に連絡すればすぐに来てくれる体制と看護師も訪問看護ステーションに要請（利用者の支払い能力が条件）できたこと
- 最後に、これらの準備下で施設長の揺るぎない意志がスタッフ全員に伝えられたこと

【所 感】

職員全員が同じベクトルを共有し目指したこと。併せて職員数の少なさ故に実施できたことだと思えたこと。仮に当園で看取り支援を行うとしたら、実施する部署を限定したうえで、同様の条件設定・意志統一が必要となると思われた。

(2) 講演「平穏死のすすめ～穏やかな最期を迎えるには～（H28.7.18開催）：講師石飛幸三氏・東京都世田谷区立特別養護老人ホーム芦花ホーム常勤医師」について

講演の概要は次のとおりである。

- 講師自身が病院外科医として勤務していた時、癌の死亡率が上がる中、切って

治す外科的手術を行い治すことが使命であった。しかし切って取り除いた病巣だけでなく母屋（体）事態が老いて衰えてきており、一旦命をとりとめても治せない患者がいたこと。治せない患者を避けるようになった自身が嫌になることもあったが命には限りがあり、老衰を治すことはできないと自覚したこと

- その後、特別養護老人ホーム「芦花ホーム」の常勤医として勤務し、人生最後の心の支えとして働くことになった。最期の医療をどこまでするか、一旦命をとりとめた後のことなどを考えさせられる場となっていること
- ある救急外来の8割が高齢者の搬送でその殆どが誤嚥性肺炎であり、助かる方は半分程である。そんな現状の中、医療の意味を医者や看護師が改めて考え始め、医師として治すことに専念してきたが老衰には勝てない。ゆっくり坂を下っていくのを、様々な専門職（医師、看護師、PT、栄養士、介護士等）が如何に支えるかが必要であること
- 食べさせることが責務になっていた。食べさせないと死ぬという考えが少なからず支える立場にはあった。しかし、最期の考えとしては間違っていると思い、どういう人を預け、預けられているのかを認識し、職員と家族等で何をしてあげることが本人のためになるのかなど本音で話すことが重要であったこと。本人のためにならない延命治療等が行われないう話することが重要であったこと
- 夜間巡回時の死亡発見率は経管栄養の方に多く、経管栄養の方が8～9割・経口摂取の方が1～2割であった。10年前は胃ろう造設者は全国に10万人いた。そもそも胃ろうは人生の終点に来た方への治療ではなく、これから先の人生が長くある方の食道狭窄等がある方のために考えられた治療であった。そして、胃ろうは自分で量を加減できず量を入れすぎてしまうと逆流や嘔吐へ繋がり、結果誤嚥性肺炎や窒息を引き起こしてしまうこと
- ある利用者で経口摂取を続ければ7～10日で亡くなると言われたが点滴や吸引もせず、600kcal/日の経口摂取で1年半生きられた。最期はとても穏やかに苦しまず亡くなった。10日間、水分が入らなかったが最期まで排尿が確認された。最期の代謝は体の中を整理し余計なものを捨て、身を軽くし天に昇って逝くことをみせてもらった。食べさせないから死ぬのではない。死ぬのだから食べないということであり、食べなくなって眠ったままにする＝自然な最期であること
- 医師として対象を能動的に捉えまだその人に人生があるのか、医療がその人のためになるかを把握することが必要である。介護施設は心を支える場であり、医療の意味を考え調整する必要がある。芦花ホームでは10年前は肺炎死が多かったが現在は自然死となっている。苦難の人生を乗り越えてきた心の声を聞くこと。不思議な心・体のことなどなどまだ判っていないことが多いこと

【所 感】

改めて医療の支えやバックアップが必要不可欠であることや支援員としての覚悟が必要であると感じた。一方で、仕事人としての立場ではなく、自分自身の家族のことであつたらどう考えるだろうかという思いも浮かんだ。

医師の立場と私たち支援員の立場ではできることに差はあるが、命には限りがあり老衰を受け止める準備が私たち支援員にも重要であることがわかった。また、私たち支援員が終末期支援としてできることとは何か。それは、利用者一人ひとりのアセスメントをより丁寧によりきめ細やかに行い、利用者の好きなこと・好きなもの・快適と感じること等を一つでも多く導き出せるかが大切だと思った。そのような中で最期をどう迎えたいかまでみていくことが終末期支援の一つではないだろうか。日々の支援の延長線上に終末期支援があり、特別な支援ではないことを改めて学んだ。

- (3) 独立行政法人 国立重度知的障害者総合施設 のぞみの園が発行した平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金事業での「高齢知的障害者支援のスタンダードをめざして (H27.10 発行)」の「高齢知的障害者のターミナルケア」について 概要は次のとおりである。

- ターミナルケアとは終末期の医療や介護のことで、主に痛みの緩和などを行うケアのことを指すこと
- 老人施設と知的障害者施設でのターミナルケアに違いはあるのかという点では、仮に支援員の一定数が医療的行為を担え、看護師配置が増え、配置医の協力が得られ、知的障害者施設でターミナルケアの体制が整ったとしても、それらのターミナルケアは違うことが予想されること
- 理由として、まず年齢の相違がある。老人施設のターミナルケアは人生を 90 年、95 年 (スーパーオールド) と生きてきて老衰で生命を終えていく人たちを最小限の医療で支えながら見送ることが多いこと
- 知的障害者施設ではなかなかそういう形にはならず多くは 70 歳代 (ヤングオールド) で、70 歳代の人に病気の積極的治療をしない選択をするのは社会的同意が得られるか疑問であること
- 90 歳代のターミナル期の判断に比べて、70 歳代の知的障害者へのターミナル期の判断は難しいのではないかということ

- (4) 第 48 回関東地区知的障害福祉関係職員研究大会-千葉大会- (H29.7.13~14 開催) での実践発表「入所施設での看取りの事例」について

社会福祉法人ル・プリ障害者支援施設くるみ学園での取組みの概要は、次のとおりである。

- くるみ学園成人部は、定員 20 名【4 ユニット制 (1 ユニット 5 名)】で、18 ~71 歳までの女性が生活し、直接支援員は 15 名配置となっていること

○ 看取りの事例は、55歳の女性で9歳より45年間の入所生活であった。S状結腸がんの診断を受け、約3か月後に死去した。終末期は、徐々に体力が低下し、苦しい表情や肩で息をする様子が見られたが、食欲は最後まで落ちなかった。最後は酸素ボンベが必要なほどの息苦しきであったがその4日後に自室にて息を引き取ったこと

○ 看取りを進めていく課題は、まず、医療機関との連携であった。本人の治療への理解が難しく、入院治療が困難で受入れを断られることもあったこと。また、がん治療を行わない場合も腸閉塞のリスクがあり医療機関との連携は不可欠であったが、本人の通院への抵抗があったこと。

幸運にも在宅専門医の協力を得ることができ、施設での看取りを行うことができたこと。24時間のバックアップ体制・症状に合わせた緩和ケアや本人、家族、支援員のメンタルケアが行え、家族の意向通りの支援が実施でき、本人の痛み、苦痛の緩和へ最大限対応したこと

次に、職員の葛藤や不安であった。看取りの経験がないことの対応への不安や人の死への恐怖感・他の利用者への影響・見通しのたたない支援の方針に葛藤があったこと。

家族の意向をもとに支援方針を明確にし、職員向けの説明会・看取りの研修会・メンタルケアの実施や看護師・栄養士など他職種との協力体制・夜間連絡やチームでの関わり等支援員のフォロー体制を強化して取り組んだこと

【所 感】

看取りは医療のバックアップ体制があつてこそ、取組めることを学んだ。

(4) 日本通所ケア研究所主催の「介護施設でのターミナル期の意思決定支援と看取りケア」セミナー（H29.7.22開催）について

セミナーの概要は次のとおりある。

○ 医療の発展や介護保険法施行を期に、病院で亡くなる方が約8割に増えた。住み慣れた環境で最期は自然に逝きたいと思う方が多くいるが、そのためには地域を包括的に支えるターミナルケアが必要であること

○ 死や看取りが日常生活の延長線上にあるものと捉え、自然に体が衰えてくることを理解できない限り医療漬けとなり、病院で亡くなることは日常生活から離れてしまうことになること

○ 死に方は生き方であり、最期をどこで・どのように・誰と迎えたいかを本人が元気なうちから確認し、家族には早め早めの情報提供を行い、配慮を持って覚悟を促す必要があること

- 兄弟・親戚等家族間の共通認識を持ってもらうことが必要で、家族に付添いの環境を提供し、看取りは家族のものとするのが重要であること
- 看取りには日常生活での変化に注意が必要で、①食事量の低下 ②意欲・活動性の低下 ③意識レベルの変化 ④状態変化の増加の4項目が重要であること
- 最期まで自分らしく普通の暮らしを支えるためには、医療は必要最低限とし、寝かせきりにしない・最期まで口から食べるアプローチ・口腔ケア・背抜きや関節マッサージで痛みをやわらげる等のケアが重要であること
- ターミナル期の医療は、痛みや苦しみを和らげる医療は必要ではあるが、本当に苦しい治療が必要であるのか考える必要があること。一方では1分1秒でも長く生きてほしいと思う家族もいるということを知っておく必要もあること

【所 感】

医療のバックアップ体制が必要であり、小規模施設だからできるということを感じた。職員間で「看取り」について意見交換する場が必要であると感じた。

- (5) 厚木市福祉総務課地域包括ケア推進担当主催の看取り研修会（H29.11.22・12.14・H30.2.20 開催）での東京有明医療大学川上嘉明教授の「看取りにおけるケアの意義と実践等」について
概要は次のとおりである。

- 多くの方は自宅死を望んでいるが現実には叶わず病院で亡くなる方が多い現状であり、厚生労働省の統計での「最期を迎える場所～希望と現実」では10人中5人が自宅死を望んでいるが実際は1名程度であること
- 60年程前は自宅死で何もしないことが当たり前だったが、現在では病院で最期を迎えるが大半な状況となっている。その最期を自宅で迎えられない事情としては、①在宅死の半数が異状死扱いされ警察が介入すること。これは施設でも同様であること。本人の意向が明確であっても最期に医療が関われば1分1秒でも命を延ばす治療が行われ、併せて病院へ搬送されて間もなくであれば異状死扱いで検死となる。これは亡くなった方や家族にも大きな負担となり、これを解決しなければ在宅死は進められないこと ②老衰や認知症の最期が予測不可能で、介護・看護のゴールが見えないことが挙げられ、癌は医師より余命宣告されるが老衰や認知症はゴールが一人ひとり異なり予測できないこと。これらの課題からも死が避けられない時、本人にとって一番良い場所を考え、在宅を選んでも解決すべき課題があることで家族等の覚悟が必要であること
- 生活の場での看取りケアの意義は、①生活の延長線上で、最期まで過ごせること（自宅から施設に入る時点で今までの生活から切り離されるので、できる限り生活の延長上が重要ではないか） ②遺体がきれいであること（病院では最期まで点滴を入れ浮腫みが背中まで出る。吸引をされている方の咽頭には赤い線の傷が複数で

きるなど本人にとって楽であることが大事ではないか) ③家族がケアに参加できること(大切な人を自分が最期まで看取ることが大事で人任せにしないことではないか) ④家族の満足度が高いこと ⑤残された職員・家族が印象深くとらえられること ⑥生前から死後までケアが継続されること

- 看取りの開始については、看取りの時期を支援員だけで決めず、根拠やデータを基に関係者が何度も話し合っていくこと・本人の変化を見ていくこと・現在のデータを活用していくべきこと(客観的データがある)・関係者の意識統一を図るための関係者会議が重要であること・家族等の関係者の協力が必要不可欠であること・現在、医療現場や社会全体でも看取りに関しての意識に変化が表れており、その変化の中で、私たち支援員の意識を変えていくには知識や技術だけでなく、組織全体の意思統一や職員一人ひとりの覚悟が必要であること

【所 感】

この研修を通して当園で取組んでいる支援の方向性が間違っていないことや終末期支援の延長線上に、看取りがあるという意識を持つためには、まだまだ解決しなくてはいけない課題があることを学んだ。

(6) 社会福祉法人聖音会 さがみ野ホームでの高齢者支援(H28. 7. 5 視察)について

当園と同様に高齢知的障害者の支援を行っている「さがみ野ホーム」の視察の概要は、次のとおりである。

- 利用者の平均年齢が72.3歳と当園より4歳程高いが、民間施設ということで、対象利用者が違うことや連携を図っている病院に療養型機能があることなど当園よりも課題が少ないこと
- 平成26年に建物が改築され、個室化やハード面が工夫されているがメリット・デメリット(個室化による見守りの難しさ等)があること
- 延命や緊急連絡先・家族への意向調査等の書類に当園でも活用できるものが多くあったこと
- 退所後支援サービス利用契約(法外サービス)により、入院3ヵ月を過ぎても退院見込みがなく、施設での生活に戻れないと判断された後の支援(見舞い、葬儀、納骨等)に取り組む仕組みがあり、当園の移行支援をスムーズに進めるためには有効ではないかと思われたこと
- 退所後の私物処理料を一律3,000円徴収していること

(7) 社会福祉法人海風会 いちばん星での看取りの実践 (H29.9.26 視察) について

概要は次のとおりである。

- いずれも 70 代の女性利用者を平成 28 年の夏から翌年初夏までの約 1 年間で 4 名を看取った。一人ひとりの看取り期間は短く、病状は骨折後の機能低下等による老衰・がん等で、看取りの看護体制は常勤看護師 1 名、契約看護師 2 名で常勤看護師が隔週日曜日に勤務、夜間は基本的に不在のため遅くまで残り、利用者の状態の観察を行いスタッフへ声をかけてから帰宅していた。契約看護師も早めの出勤をして対応していたこと
- 医療連携は嘱託医のバックアップがあり連絡を密に行い、利用者の状態報告・往診の依頼の他、嘱託医が他の医師へのオンコール体制がとれ看取りの取組みは嘱託医の推奨でもあったこと。看護師は喀痰吸引、褥瘡処置の他、清拭・入浴・着替え・食事をスタッフと一緒に実施したこと
- 家族との連携は病状や状態を電話連絡や面談を実施したが、看取りに対するアンケートでは最期は施設でという意見が大半を占め、施設としては、最期は家族でという思いがあり、協力をお願いするも難しい現状があること
- 職員体制は人員数の関係で看取り期間中も通常のシフトで対応せざるを得なく、教育や環境整備など、何も準備できない中での看取りだった現実と、人の死に直面することに抵抗感がある中での対応となり、最終期という時期では昼夜問わず、看護師・管理職は施設内に待機したこと。また、法人内の他事業所の職員が順次面会に訪れたと。ハードの整備では、看取りは個室で行い、本人の好きなもので装飾等を行ったこと
- 逝去後の対応は参加する利用者への負担が大きいためセレモニーは行わず、看取り期間中での面会や葬儀社の遺体迎えまでの間での献花でお別れをしたこと。そのことは生前にどれだけの支援ができるかだと考えたからだったこと
- 看取りについての職員へのアプローチについては、看護師が中心となり、環境整備やケアの方法・病状の説明・夜間の対応等フォローを行ったが、職員の心的負担はかなり大きく、看取りが終わった後、看護・介護技術や環境整備、病状理解が必要であると考え、介護フロアを新設し教育を開始したこと
- 高齢者支援への課題や悩みについては、高齢に特化していないため様々な障害特性の方が混在している中で、支援の大変さを感じていること。今後、高齢化が進んだ時のことは現状では考えられず、何十年もここで生活をしている利用者を他の場所でというのは考えにくいこと
- 看取りについて、何もしないことをすることへの辛い思いや看護師ではない職員にどこまでを課せられるのかなど施設での看取りの難しさを感じていること。できれば最期は自宅や病院でという思いはあるものの、現状は難しく施設で看取らなければならない現実や人の死に対する心のケアをどうするべきか課題は山積みであること

3 終末期プロジェクトの取組み

当園での終末期支援や看取り等への現状や課題を踏まえたプロジェクトでの具体的な取組みは、次のとおりである。

(1) 死の準備教育

当園では誰にでも必ず訪れる「死」と向き合うために、自分に与えられた死までの時間をどう生きるかなど考える機会として、毎月1回の墓参〔当園へ園共同墓地整備を目的とした家族からの資金寄附があり、平成12年7月、松石寺（厚木市上荻野4,226番地）に園共同墓地を建立〕の実施と園でのお別れ会を開催している。

〔絵-1〕



(2) 家族等の緊急連絡先を再確認

高齢の利用者を支えていく上で、通院や入院だけでなく救急搬送も数多くあり、入院や救急搬送に限らず、通院時の家族への連絡や来院を求められることが増えた。

また、利用者の高齢化に伴い、家族の高齢化も進んでおり、家族関係も兄弟や甥姪といった関係の利用者が増えており、関係性も薄く、なかなか連絡がつかない家族が多くなっている。併せて携帯電話を持っていない家族も多く、すぐに連絡をとることが難しい現状がある。

実際に夜間救急搬送で入院が必要であると施設で判断したものの、家族がかけつけられず入院できないことや、家族が高齢であったり移動手段がないため翌日には必ず来院すると病院側に伝えても「急変リスクが高いので、今晚何かあった際の延命処置についての確認が必要」と言われることが多くなった。そのような状況下で病院と家族との間に入り、連絡調整が課題となった。

そのため、家族の連絡先確認（各利用者に対して2ヶ所以上の連絡先）の調査を行った。結果として想定以上に連絡先の確認ができたもののキーパーソン以外の連絡先の確認が取れない現状がわかった。

年間に1回の確認作業では不十分で複数回の確認作業を要したが、それでも十分な緊急連絡先の体制確保ができない現状がある。

(3) 利用者の延命処置に関わる希望カードの作成

家族への連絡がついても病院へすぐにはかけつけられない場合の急変時の「延命

処置に関する希望カード」の作成を行った。

延命処置についての意向確認は契約時または契約更新時に行い、内容変更や取下げはいつでも行えるようにした。希望カードは、医師または救急車要請時の救急隊に本人・家族の意向を伝えるためのものであったが、家族によって看取りや延命処置に関する理解度が異なり、まだ先のことは考えられないと困惑される意見やいざという時のことを考える機会にもなったとの意見もあった。

家族の署名による延命処置に関する希望カードを作成したが医療機関では有効ではないという課題もあるが、希望カードの整備は利用者の緊急時に家族等との連絡体制の確立のための必要性があった。

(4) 家族向け葬儀マニュアルの作成

これまで職員向け園内葬儀マニュアルは整備され、園で葬儀ができることは家族にも周知されていたが、実際の葬儀の流れや事前準備など詳細までは理解されておらず、家族向けの「利用者の死亡にかかる葬儀等の流れ」を作成した。

家族からは死亡後の手続きや葬儀について考えるいい機会となったという意見や療養型病院へ移行した後に亡くなると園での葬儀ができない等の意見もあり、今後の課題となった。

(5) 当園退所後支援サービスについての検討

当園では移行支援として、退所後の長期にわたり医療が受けられる施設や加齢等に伴う必要な支援が受けられる施設として、①医療療養型病院 ②介護療養型病院 ③特別養護老人ホーム ④障害者病棟等への入居・入院等に取り組んでいる。

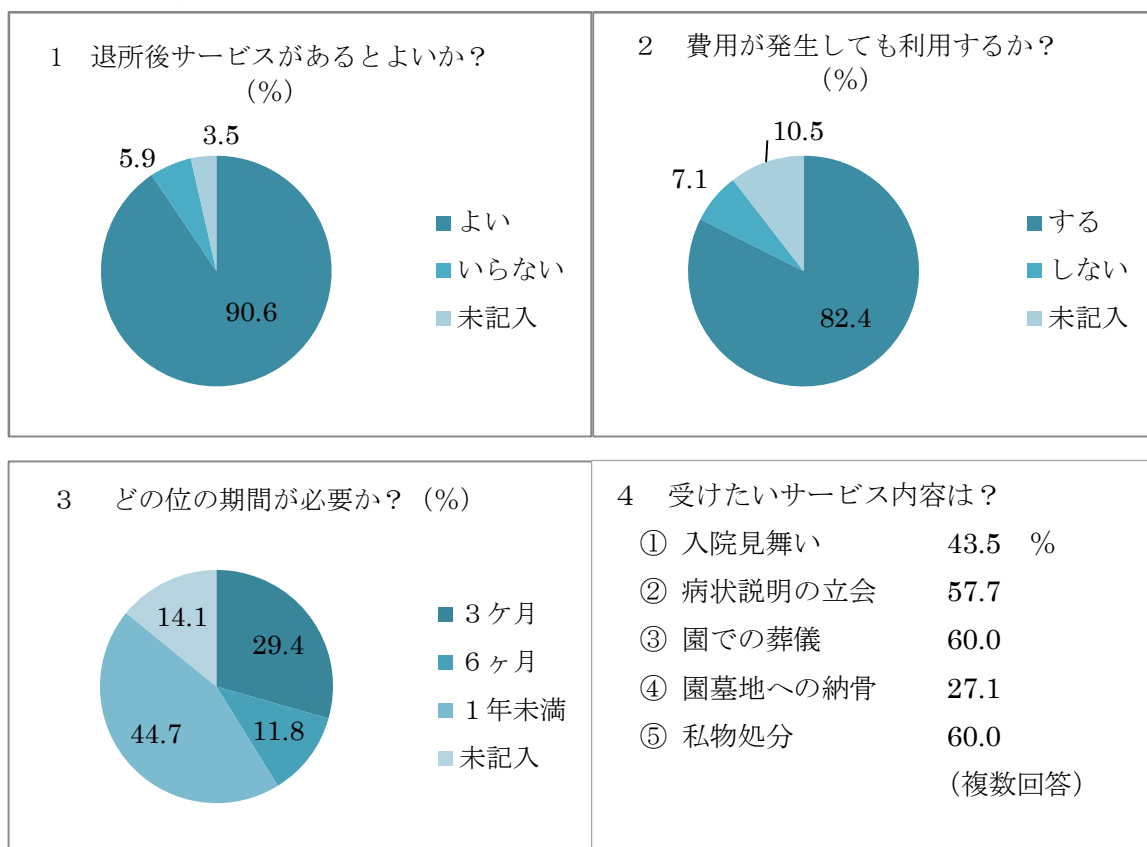
入院して3ヶ月過ぎても治療が必要な状況から医療療養型病院へ移行する場合もあり、医師からも「施設に戻っての生活は難しい」と言われることが多くなってきている。現実には家族等の医師の説明では納得できない・当園で対応できる医療の限界への家族の理解が不十分などで移行支援が難しい場合もある。

家族としては、移行支援＝当園退所や最期は園での葬儀を希望したいなどの思いがあり、利用者自身の苦痛のない環境での支援が必要と思っても、家族の不安が先行して決断できない現実がある。療養型病院へ転院した場合は退所手続きをとり、園での葬儀等はできないことになる。

前述のさがみ野ホームでの退所後支援サービスを参考に、本人や家族等の思いを叶え、不安の軽減がはかれる方法などサービスの在り方について検討した。

そのための家族等のニーズ等調査(85人の回答があり詳細はP14のとおり)で、約9割の家族等が退所後サービスを利用したいと回答があり、今後、当園として対応できる可能性を精査していく必要性が確認できた。

[図－5] 調査結果



(6) 当園における看取りのあり方

看取りを行う必要条件での最も重要な医療のバックアップ体制の確立は、前述した看取りの実践や研修等でのキーワードとなっている。24時間体制での医療のバックアップがとても重要であり在宅専門医の確保が必要条件と確信した。

24時間体制ですぐに駆けつけてくれる在宅医師を確保することは現実的には困難な現状にもある。

また、看取りを行うことは何かあった時に救急車を呼ばずに見守りを行いながら利用者の最期に寄り添うということであり、医療に頼り過ぎず医療は必要最低限とし、徐々に弱っていく体に必要以上の医療をほどこさず、本人にとって苦痛を軽減させることであることを学んだが、どちらもすべての職員の覚悟が必要である。

仮にその覚悟ができたとしても、看取りは医師の判断が必要であり、現場の職員では判断できないことである。救急車を呼ばずに施設で最期を迎えると事故死扱いとなり警察の現場検証が入ることとなる。そのため家族や支援員にも負担となり、そのためにも検死を行うことなく死亡診断書を作成する医師が必要となることが確認できた。

一般的に、知的障害者は知的能力が早期に低下する可能性があるのと同様に、身体能力の低下も一般の高齢者よりかなり早い人が多いと言われている。現実的に90代の方が老衰で亡くなることと知的障害のある70代の方が老衰で亡くなるこ

とが同じことと認められにくい現状があることや、実年齢から老衰に繋がりにくいと感じる。研修等での事例紹介では90歳を超えている方が多く、当園の利用者との年齢の差を感じた現実がある。この認識差を解消していく必要がある。

看取りは特別なものではなく日々の支援の延長として捉え、日常生活の小さな変化に留意して柔軟な支援を行っていくことと研修等で再認識し、私達が当園での日々の支援で留意している点や実施している内容と重なる部分が多く、支援の方向性は間違っていないことを再確認できたことは収穫であった。

当園は原則として、1寮20名の利用者が生活しており2人部屋が大半を占めている中で、多くの利用者を支援している同じ場所で看取りを行うことは、看取り対象者にも他の利用者にも両方にリスクがある。また、高齢化・重度化が進み、看取る方以外の健康状態や身体機能等も様々で、混在して生活している環境でのリスクもみられる。

看取りについては、組織全体の意思統一や覚悟、連携が重要となり、全てのスタッフの負担や心のケアへの対策も必要である。併せてある程度の期間は、支援のノウハウ等の蓄積が必要となり、職員を固定せざるを得ない。一定期間内に一定の職員異動がある当法人の体制は、デメリットになる可能性がある。

この2年間、当プロジェクトにおいて「当園における看取りの在り方」を検証してきた。1年目の成果物を2年目への実践へ繋げ、1年目で見えた課題を2年目での解決方法を見出すことを目指した。

おわりに

日本老人医学会による終末期の定義については、病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態とされている。また、看取りについての決まった定義はなく、病人の傍にいて世話をすること、死期までの見守り看病することなど様々な表現がされている。

このプロジェクトにおける看取りの取組みは、終末期支援の1項目として当園での看取りを導き出すために検討してきた。そして、延命措置に関する希望カードについては、家族が終末期支援を考える契機となり、緊急時の医療との連携に欠かせないものとなった。園で行う葬儀（お別れ会開催）にかかるマニュアルについては、家族等への死の準備教育としての役割を果たし、当園退所後のサービスのあり方については、家族等のニーズを再確認するとともに退所にかかる不安軽減の一助となればと考え実施した。

当園における看取りへの取組みについては、連携病院の確保、職員のスキルアップと看取りを行うという全職員の覚悟、家族等の理解と協力等に課題があると確認できた。

そのためには、当園の診療所機能の強化など医療・看護スタッフの確保等丁寧な解決の糸口を探りつつ、平成30年度に作成する「第五期中期計画」にも継続して盛り込み、当園の取組みから法人での取組みとして提示できることが重要である。

この2年間のプロジェクトに携わったメンバーに終末期支援の知識や意識の変化があったことも大きな収穫となった。これらの取組みは今後とも園全体として、法人全体として捉えるとまだまだスタート地点に立ったばかりである。

(様式 1)

かながわ共同会厚木精華園 延命処置に関する希望カード

～延命処置とは～

一般に、病院において根治や回復が望めない終末期の患者に、できる限り生命を維持し、延命を図ろうとする処置、治療。具体的に、呼吸ができなくなった際に人工呼吸器などの生命維持装置を使用する、食事が食べられなくなった際に輸液や点滴により栄養を確保する、心肺機能低下がみられた際に心臓マッサージや昇圧剤を投与し機能を維持するなどがある。

利用者氏名

① 延命処置の意向について

(ご意向については、変更できます。内容変更、取り下げなどの場合は、速やかに職員へ申し出て下さい。)

延命処置を 希望する ・ 希望しない

記入日 年 月 日

氏名 ⑩

(続柄：)

氏名 ⑩

(続柄：)

氏名 ⑩

(続柄：)

② 緊急時の連絡先について（2名以上の連絡先を必ずご記入ください）

第1連絡先 ^{フリガナ}氏名 （続柄： ）

電話番号 （ ）

携帯電話番号（ ）

住所 （ ）

第2連絡先 ^{フリガナ}氏名 （続柄： ）

電話番号 （ ）

携帯電話番号（ ）

住所 （ ）

第3連絡先 ^{フリガナ}氏名 （続柄： ）

電話番号 （ ）

携帯電話番号（ ）

住所 （ ）

[確認事項]

- ・このカードは、急変時、速やかに救急隊に本人や家族の意向を伝えるためのものです。
- ・このカードは、通常はカルテと本人ファイルに挟み保管し、通院時に持参します。
- ・このカードは、医師や救急隊に提示します。

(様式2)

退所後の支援サービスについての希望の調査結果

厚木精華園終末期支援プロジェクト

当園は、中・高齢の知的障害者に特化した支援を実施していますが、障害者支援施設での枠の中での限界もあり、医療が常時必要な状況になった際は、療養型病院等へ移行となります。移行支援を行う中で「最期まで園で」という家族等の意見が多い中、本人・家族等の意見を把握し、当園での退所後の支援サービスについて検討することとなりました。

今回の調査は検討段階であり、あくまでも要望についての調査であることをご理解の上、ご協力をお願いします。

【退所後サービスとは】

長期入院等を理由に当園を退所となった利用者に対して、障害者総合支援法の対象外サービスとして、病院への見舞い・病状説明への立会い・園での送る会の実施・単身者の園墓地への埋葬・私物処理等必要と思われる支援サービスについての検討内容とするもの。

調査結果

I 回収数 85件

II 設問

- 1 退所後支援サービスがあった方がよいか
よい …77件 (90.6%) いらない …5件 (5.9%) 未記入 …3件 (3.5%)

- 2 退所後支援サービスを費用が発生しても利用するか
する …70件 (82.4%) しない …6件 (7.1%) 未記入 …9件 (10.5%)
うち2名料金次第

- 3 退所後、どの程度の期間が必要か
3ヶ月 …25件 (29.4%) 6ヶ月 …10件 (11.8%) 1年未満 …38件 (44.7%)
未記入 …12件 (14.1%)

- 4 どのようなサービスを受けたいか (複数回答)
 - ① 病院への見舞い (1回/月) … 37件 (43.5%)
 - ② 病状説明への立会い … 49件 (57.7%)
 - ③ 園での葬儀 (送る会) の実施 … 51件 (60.0%)
 - ④ 単身者の園墓地への埋葬 … 23件 (27.1%)
 - ⑤ 私物の処分 … 51件 (60.0%)

利用者の死亡にかかる葬儀等の流れ

