

第6回デイサービスセンターかおり 運営推進会議 議事録

日時：令和2年2月21日金曜日 18時～20時

場所：デイサービスセンターかおり 食堂兼機能訓練室

テーマ：看取り～人生最期のメインイベント～

参加者：松前町保険課職員1名・松前町地域包括支援センター職員1名・
他事業所職員等11名・利用者家族8名・事業所職員17名

合計38名

1. 開会の挨拶 理事長：盛次 義隆

2. テーマ 看取り

デイサービスセンターかおり：生活相談員 盛次有希 二宮礼 田中導

利用者さんと家族、関係者とで実施する「担当者会議」では自分のご家族のサービス内容を決める、というだけでなく、この先どんな風に介護をするのか、弱ってきた家族をどんなふうに介護するのか、考える機会になります。また、ご本人の意思を確認する大事な場面でもあります。私たちは、前に掲げたかおりの理念をモットーに、利用者さんご本人が最後の瞬間まで自分らしさを保てるようお手伝いしたいと思っています。

今年度亡くなった方をグループ分けすると大きく三つのグループに分かれます。

①病院で亡くなる方：必要があつての入院。結局は病に勝てず、そのまま病院で最期を迎えた人

②自宅で亡くなる方：病はあるけど、入院という選択を選ばず、自宅で看取りをしてくれる「誰か」がいたから最後まで家で過ごした

③かおりで亡くなる方：何らかの障害があり、介護が必要だけど、自分の家がない人、最期に自宅で介護してくれる人がいない人

私たちが、この一年間看取ってきた10名の方を振り返り、正直満足いく最期を迎えたと思う方は②と③のグループです

ここで、かおりで看取りをした3つの事例を紹介します。

① かおりで最期を迎えた事例（Aさん）

～自宅で看取りをしてくれる人が誰もいない人のケース～

Aさん。住み慣れたお家で大好きな息子さんと愛犬のマリちゃんとずっと一緒に暮らすことを願っていた方でした。

かおりを利用始めた時はまだ61歳。かおりの利用者の中でも一番若く、そこまで介護が必要ではありませんでした。少し言葉遣いが乱暴で誤解を受けやすい方でしたが、動物と花を愛する優しい心を持った方でした。体調悪い人を見つけると、「ちゃんと見てやらないかんよ」と職員に注意をしてくれる方でした。かおりを利用するようになった理由は「神経難病」を患っていたことでした。糖尿病があり、時間をかけてインシュリンの自己注射を学び、歩いて通院していましたが、段々歩いての通院ができなくなりました。

自宅には、まだ30代の若い息子がいましたが、母親の介護をしなくてはいけない、という発想もなく、Aさんも息子には甘えたくないという気持ちから一人で頑張るも、それが孤立感を生み、近隣の方ともうまくいっていませんでした。

他人に対して心を閉ざしていたAさんでしたが、犬のマリちゃんと盛次先生とかおりと、何故か心が通い合い、利用を続けることができました。

しかし、病の進行は止まりません。神経難病は本当にひどい病気で、本人にしかわからない痛み、しびれ、そして麻痺が進行するという状況を私たちもなかなか気づいてあげられませんでした。

そんな中、飼い犬のマリちゃんが妊娠して子犬が5匹も生まれたことがきっかけで、犬の餌代でお金が無くなってしまう状況の為、栄養失調から肺炎を起こして入院をすることが2回起こります。

その時の入院でやっと初めて私はAさんの息子さんに会いました。申し訳ないけど、息子さんでは介護はできないな、と悟りました。「家に帰りたい」というAさんの想いは強く、最後の難関である自宅の階段を上がるためのリハビリを頑張っていました。病気の進行から、どうしても階段を昇ることができなくなり、一旦は伊予市のサービス付き高齢者住宅に引っ越しをしました。引っ越しをしてからも週3回のかおりの利用を続け、サービス付き高齢者住宅で生活をつづけました。約2年半でした。

最期は病気が進行し、完全な寝たきり状態。かおりに通うことは無理だと先生に診断され、かおりの利用が中止となります。お見舞いに行った際、私の顔を見てもうろくにしゃべれない、食べれないAさんが「帰りたい」「帰らせろ」「松前に帰る」と言いました。Aさんの強い気持ちを受け取り、松前に連れて帰ろうと決めました。かおりに連れて帰ろうと決めました。

Aさんは「妄想性障害」があり、私たちかおりの職員とも良い関係性を作るのに苦労しました。私はPSWとしてAさんとの関係づくりに力を入れ、絶対的な信頼を得るよう年月

をかけました。ほかの事業所サービスを依頼するたびに A さんがどんな人物なのか理解してほしい、と彼女のよき理解者として、代弁者としてふるまいました。

A さんは、生活保護、精神保健福祉手帳と身体障害者手帳の重複障害があり、介護保険、これらの制度をフルに活用し、サービスを導入することで最期まで本人が望む環境で生活ができました。経済的にも困らないよう、すべての制度を活用し、最後はご遺族にご本人の位牌を作れる程度のお金を残すことができました。それがご本人の希望でもありました。また、我が子以上に大事にしていた犬のマリちゃんです。正直、非論理的な発想ではありますが、私は神様を信じてしまいました。偶然にして、私たちが北欧の勉強会などで知り合った、信頼できる方がマリちゃんを引き取ることになりました。その後も定期的にマリちゃんとの面会が可能になり、絶望しかなかった A さんにとって唯一の希望の光でした。

最期は、ここかおりで数カ月生活をし、家族のように親しくさせてもらったかおりの職員のそばから旅立たれました。このように、A さんは介護してくれる家族もなく、しかも神経難病を患い、進行性の四肢の痙性麻痺があり、最後は動けなくなり全介助状態でした。

最期は、かわいがっていた甥御さんやお姉さんたち、犬のマリちゃんとも面会ができ、私と先生が見守る中息を引き取りました。私と先生がとても大変な思いをして介護をしたのかというと、そういうわけではありません。かおりの職員だけでなく、ケアマネージャーさん、訪問看護さん、ヘルパーさんなどたくさんの人たちとチームを形成し、みんなで介護を分担しました。A さんのお世話をした期間、私も自分のプライベートも大事にできていましたし、そんなにすごく大変だ、と感じたことはありませんでした。

そんな風に介護を楽にした方法の一つとして、IT の活用があると思います。スマホの機能を活用し、リアルタイムで支援者と情報共有や話し合いが行えることで、先生は必要な指示出しをどこにいても行うことができました。

週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
深夜							
早朝	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー
午前	デイ	デイ	デイ	デイ	デイ	デイ	訪問看護
午後	デイ	デイ	デイ	デイ	デイ	デイ	ヘルパー
夜間	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護	
就寝前	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー
Lineグループを構築し、画像や動画を用いながら情報共有を図る CMが連絡取れなかった家族を探し当てる。特別障害者手当など制度活用							

具体的な週間スケジュールについて説明します。

朝は7時にヘルパーが入りおむつ交換と水分摂取。9時から16時半まではデイで対応。夕方17時には訪問看護が入って、必要な処置。夜は19時と21時にヘルパーが入り、オムツ交換。褥瘡があった人なので、夜間はエアマットを活用し、自動体交という設備を使用しました。デイが休みの日は、2, 3時間おきにヘルパーさんか訪問看護に入ってもらいました。Aさんの場合は寝たきりで、自分が動けないため、夜は一人で休んでもらいます。支援時の状態を、ヘルパーさんが動画を取り、私の携帯にラインで報告してくれていました。先生にそれを見せ、呼吸状態が大丈夫かの確認をし、様子がおかしい場合は日曜日や深夜に往診に行きました。そんな生活が約2カ月。いつも通りの状態で毎日を過ごしていましたが、ある日の朝、呼吸が弱くなっているとヘルパーさんから動画で報告あり、往診をすると、先生から（今日のうちに呼吸が止まると思う）と診断あり、最後は私と先生が見守る中息を引き取りました。

この事例は、本当に特殊なケースで他にない事例だと思います。しかし、逆の視点で考えれば、私たちデイサービスかおりと盛次診療所だけではできない、看取りチームがこんな風に他事業所とともに出来上がりつつあり、協力体制をとることで不可能を可能にすることができるということを知ってください。これに、家族の協力が加わると鬼に金棒です。大変だけど、満足のいく、安心できる看取りが可能になる、ということを強く実感させてもらったのは、Aさんという人柄がみんなを集めてくれたのだろうな、と思います。

② 自宅で最期を迎えた事例（Bさん）

～ご家族が認知症のあるご主人だけだった方の看取りのケース～

Bさん。旦那さんを亡くしてからは、旦那さんが「あとを頼む」と託した男性との2人暮らしでした。口は悪いけど、こころはやさしく、にぎやかなことが大好きで、Bさんの周りでは笑いが絶えませんでした。持病から、食べ過ぎることや喫煙はダメ！と何度も何度もストップされても、懲りずに嘘までついてごまかされる方でしたが、憎めない方で、それもBさんの魅力だったのだと思います。けがや病気で何度も入退院されましたが、そのたびに蘇ってこられる不死鳥のような存在でした。

Bさん、同居の方ともにご高齢で、認知症を患っておられました。個性的なお2人でしたが、長い時間お2人と関わらせてもらう中で、支援者との信頼関係がしっかり構築されていきました。支援者の中でも特に、お2人のルールの中である自宅で支援をされたケアマネージャーさんやヘルパーさん、訪問看護さんには大変な苦勞があったのではないのでしょうか。皆様の支えにより、最期のケアは同居の方を中心に自宅で行うことができました。

朝夕にヘルパーと訪問看護を利用され、日中はデイ、特変時には盛次先生の往診というかたちで、最期の最期まで入院はされず、ご自宅で息を引き取られました。

朝夕のヘルパーや訪問看護はその時の状態をノートや口頭で詳しく報告してくださり、それを関係者で相談しながら盛次先生の指示を仰いで、次のケアに活かすというかたちでできたので、支援者で情報共有ができ、心配ごとにもすぐに解決することができました。そんなBさんがかおりや他のサービスを利用されるようになった経過を説明します。

かおりを利用されるようになったのは、足の骨折による入院後のリハビリが目的で、週に2回の利用から始まったデイサービスでした。その後も怪我や病気で入院されますが、入院から蘇ってこられるたびに（デイに行っているほうが安心だ）とご本人やご家族からお話があり、かおりの利用が週に3回、4回と増えていき、最終的にはデイケアという医療のサービスも使われながら、毎日かおりを利用されるようになりました。かおりの中でも古株で11年利用しました。

サービスを導入するにあたって、クリアしなければならない問題がありました。

1つが金銭面です。

かおりを利用され始めたときは、金銭的に余裕がなく、当時は利用回数を少なくするしか方法がありませんでした。しかし、デイケアを開設し、使える制度が拡大されたことで金銭的にも余裕ができて、十分にサービスを受けられるようになりました。

同居している男性しか身寄りのない方でしたが、ヘルパーさんや訪問看護の看護師さんの訪問サービスがあることで、ご家族だけでは負担が大きかった自宅のケアも充実するようになりました。

そしてもう一つが、1番大きな課題で、ご本人、ご家族ともに新しいことや新しい人への不安が強いことです。これをクリアするためにCMさんを中心に関係者で何度も作戦会議をしました。デイの利用日が増えることで、デイ利用中の心身の安全は確保されましたが、ご家族も高齢であり、自宅での生活も見直す必要がありました。お2人とも新しいサービスや新しい人が入ることに抵抗があったため、慎重に進めていきました。

まずは、デイが休みになる日の週に1回午前ヘルパー。午後は診療所の往診や訪問看護。というプランから訪問のサービスを利用してもらうことができました。

個性的なお2人ですがヘルパーさんが臨機応変に対応してくださり、次第にヘルパーさんとの信頼関係が構築されました。「ヘルパーさんはBさんの身の回りのことだけでいい。調理はわしがする！」と聖域とされていて台所は一切触らせなかったご家族も最終的にはヘルパーさんに調理までゆだねられるようになりました。

Bさんの生活を支えるには、デイに通っていただくだけではなくて、訪問のサービスを使って、自宅でのケアも充実する必要がありました。訪問のサービスや便利な福祉用具を活

用することで、高齢の男性でも負担が少なく最期までBさんと生活をともにして、見守ってもらうことができました。それらを受けるための費用についても今は使える制度が多くありますので、金銭的なご家族の負担も軽減されると思います。

週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
深夜	ご家族	ご家族	ご家族	ご家族	ご家族	ご家族	ご家族
早朝	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー
午前	デイ	デイ	デイ	デイ	デイ	デイ	ご家族
午後	デイ	デイ	デイ	デイ	デイ	デイ	ご家族
夜間	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー
就寝前	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護

Bさんが最期に利用したサービスについて説明します。

最期の最期は朝と夕方に訪問看護とヘルパーさんに支援していただき、状態確認や必要な処置、デイへの出発準備や就寝準備を手伝っていただきました。デイが休みとなる日曜日や夜間のサービスがないときはご家族がケアをされ、息を引き取られたBさんを見送られたのも同居していた方でした。

③ 自宅で最期を迎えた事例（Cさん）

～自宅で子供さんが看取りをできた方のケース～

Cさんは奥さんと2人暮らしで、奥さんがCさんのお世話をしていました。奥さん自身、腰痛や精神病があり、Cさんに対しては見守りと声掛け以外で、満足な介護はできない状態でした。また、本人が家に居る時でも、一人残したままで出かけられることも頻繁でした。息子さん夫婦は同じ敷地内にある隣の家に住んでおられましたが、息子さんは仕事をされており、普段から関わりがほとんどありませんでした。

かおりの利用を始めた時にはすでに胃癌末期の状態です。余命数ヶ月だろうと宣告を受けていました。しかし、それから1年以上かおりを利用されました。人と話すのが大好きで、冗談も交えていつも周囲を和ませてくださる方でした。皆の前で演説や乾杯の挨拶はお手の物で、かおりの大型行事でも快く挨拶を引き受けてくださいました。かおりを利用するなかで、Cさんは自分の身体が徐々に弱っていくのを自覚され「もうそのうちここにもこれんなる。これ以上、奥さんに迷惑はかけられない」と奥さんを気遣う気持ちも忘れていっていませんでした。

Cさんを自宅で看取るまでの経過について説明します。

かおりの利用は週2回からでした。Cさん自身、最初はトイレや入浴も一人でできましたが、少しずつ身体機能や体力が衰えて介助が必要になっていきました。送迎時には奥さんから「家で一日ずっと看るのが大変」という声をよくきくようになりました。奥さんの負担を減らすため、かおりの利用回数を増やす提案をしましたが、奥さんが金銭的な負担を心配し、すぐに回数を増やすことができませんでした。しかし、介護保険のサービスだけでなく医療保険の制度を活用すれば、利用回数が増えても金銭的な負担が大きくなることを話すと、奥さんも納得して利用回数を増やすことができました。かおりの利用が毎日になった頃に突然、奥さんが、腰椎骨折で入院になりました。それがきっかけで、隣に住んでいた息子さんが、奥さんの対応だけでなくCさんの介護にも携わるようになりました。最初のうちは息子さんだけでなく、息子さんのお嫁さんや、訳ありで期間限定の間、同居していたお孫さんも介護を手伝っていました。それでも皆が自分の仕事もCさんと奥さんの両方の対応、特にCさんが夜間自宅にいる間の介護は大変でした。その後、お孫さんが忙しくなってからは、松山に住んでいた娘さんが介護に携わるようになり、家族間で交替してCさんの介護をしていました。それでも、家族だけでは対応できない部分があり、それを補うためにヘルパーさんの支援が入るようになりました。また、かおりの利用中だけでなく、自宅で何かあった時でも盛次先生が対応できるように往診の契約もしました。そして亡くなる日までかおりを休まずに通われました。最期の日には奥さんも含め、自宅でご家族が集まっている時に息を引き取られました。

Cさんの看取りまでのサービスを導入するにあたって困難がいくつかありました。

一番は、かおりを利用当初からCさんの認知症が進行し、したことへの理解が乏しくなっていたため、サービスの説明は主介護者の奥さんに説明し、奥さんの判断によるところが大きかったことです。その奥さんは「自分が看れなくなった時は病院や施設に入れるしかない」といつも言われていました。また「他人を家に入れたくない」というこだわりがあり、なかなかかおり以外にサービスを入れることができませんでした。隣に住んでいた息子さんは緊急時の関わりだけで、担当者会議の時に出席されたときにも「奥さんの意向に任せる」と言われていました。

そんななかで、Cさんの認知症状の進行や身体機能が低下している状況でしたが、奥さんの入院を機に主介護者が息子さんになりました。しかし、息子さんも自分の仕事もしながらの介護だったため、かおりの利用中以外で常時、そばにいての介護はできなかったため、在宅サービスの受け入れがスムーズで、ヘルパー支援の導入ができました。

最終的にCさんの支援では、ご家族の介護・ヘルパーさん・先生の往診・かおりの利用で連携していきました。ご本人の身体状況に合わせて、自宅にベッドや車いす、スロープの導入もしていきました。

息子さんが介護に関わるようになってすぐの頃、今ここで開催しているかおりの運営推進会議にも初めて参加され、その時にも「看取り」をテーマにしていたため、息子さんの介護面での不安など、色々な意見交換ができたのも大きかったと思います。

かおり・ヘルパーさん・ご家族で連携するにあたっては、連携ノートを活用し、日々の状態を共有していきました。ご本人の体調面でのことだけでなく、介護者側の対応についてなど、気になることや不安なことがあれば情報交換していきました。医療的な処置や対応でのことについては盛次先生の往診時に相談もしていきました。

費用負担の面では、自立支援医療制度を活用し、医療費の軽減もしました。

週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
深夜	家族	家族	家族	家族	家族	家族	家族
早朝	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー
午前	デイ	デイ	デイ	デイ	デイ	デイ	家族
午後	デイ	デイ	デイ	デイ	デイ	デイ	ヘルパー
夕方	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー
就寝前	家族	家族	家族	家族	家族	家族	家族
連絡ノートでデイ・ヘルパー・家族間で情報共有する。必要時は先生が往診する							

看取り対応時の支援内容です。

朝と夕方はそれぞれヘルパーさんが入り、更衣・食事・口腔ケア・デイの送り出しや身体介護をされました。日中は毎日かおりを利用しました。夜間、日曜日のヘルパーさんが入っていない時間は家族間で息子さん夫婦と娘さんとで役割分担をして、交替して介護をされました。特変があった時には、盛次先生にも連絡して、相談・対応をしてもらいながら、最期まで在宅生活が継続できました。

Cさんが亡くなられた後、介護をされていた娘さんは「連携ノートに本人の状態を書くだけでなく、自分の介護ストレスからくる気持ちもノートに書いて吐き出すことができたから安心できた。今回の介護がきっかけで、それまで疎遠だったお父さんと話したり、お世話ができて、最後に親孝行できて本当によかった」といわれていました。

事前に「自宅で最期を迎えさせたいですか？」というテーマでアンケート実施しました。「自宅で看取りを迎えたくない」と答えた方の意見では大きく二つの不安がありました。

★医学的知識不足による不安

★環境への不安

「自宅で看取りをする」と答えた方にも同様な不安の声が多かったのが特徴です。自宅での看取りを現段階で前向きに考えている方の特徴として「自分一人ではない。助けてくれる仲間がいるから自宅で看ることができる」という思いがあります。介護をするうえで「一人じゃないんだ」と実感してもらうことが重要です。また、自宅で看取りをする、と決めているご家族が同様に不安に思っていることが、自宅で看れない重い病気にたいする漠然とした不安です。

・盛次先生より「昔は自宅で看取っていた時代があった。高度経済成長期を経て、病院に入院させて、病院で亡くなる時代になった。病院でもできるような治療は自宅でもできる。ほとんどの病気は通常、家で看れると考えていい」という説明がありました。

看取りの段階について

一般的には数週間から1週間前、と言われていますが、その日はある日突然やってきます。毎日デイに行き、食事も食べ、会話もして、と普通に過ごしているのですが、ある日突然、次のような症状が出てきます。

★食べる量がかなり減少する

★薬の服用が難しくなる

★日中ウトウトしていて、寝ている時間が増えている

★息切れや息苦しさを感じることもある

★血圧も徐々に低下、脈も速めになったなあと感じる。

特に顕著なのは食事量の低下と傾眠状態。その両方が一度来ると、私たちは不安に思い、先生にも相談をします。「食事がとれない状態が続けば、このままお迎えが来ると思えますよ」と先生から看取りの時期がやってきた、という宣告を受けます。

食事がほとんどとれなくなり、先生からも看取りの段階に入ったという宣告を受け、担当者会議を急遽開催される頃には以下の状態になります。

★食事量はぐんと減り、ごく少量の食べ物や飲み物のみ。お酒やたばこが好きな人はそちらを好む場合もあります。

★意識がもうろうとしてわからないことをいう、混乱をする状態

★口腔ケアをしていたら大丈夫ですが、喉がゴロゴロ痰が詰まりやすい状態になります。

★尿量が減り、尿が濃くなることもあります。

特にわかりやすい症状としては、亡くなった親しい家族が見えている場合が多いです。とてもこやかに、再会できたことを喜ばれている方もいます。

これが、亡くなる数日前の状態の特徴です。そして、いよいよやってくる、最後の瞬間。この頃は声掛けに反応はありますが、返事は帰ってこないかもしれません。飲食はできず、口を湿らす程度で十分です。下顎呼吸、肩や顎だけを動かす呼吸になってきたら先生にも連絡してください。先生が往診し、だいたいの予測される亡くなる時間帯の説明があると思います。ご本人が会いたいと思う人、亡くなる瞬間に一緒にいたいと思われる人は、できたらすぐに呼んでください。

このような状態でも声は届いています。声掛けはしてください。最後の最期は力を振り絞って大きく深呼吸をして息が止まる、ということが多いかなと思います。

そばにいる家族に何かメッセージを伝えている姿勢なんだろうと、いつもその瞬間を見て感じます。言葉にはななくても、最後の瞬間の振り絞った力の瞬間はそばにいるとよくわかります。

次に、看取りの段階で行うポイントです。

食事について。こういう段階ではさっぱりしたものを好みます、欲しいものだけで充分です。それがお酒でも、たばこでもOK。無理に食べさせず、本人が口を開ければ、欲しいものだけあげてください。せめて点滴だけでも、と要求されるご家族もおられますが、それは逆に本人の心臓に負担を与え、苦しみが増す場合があります。確かに、点滴をすれば、息をしてくれる時は伸びますが、本人がそれを望むか望まないか、それを聞き取ることが大事です。うちのお姑さんは、生きてほしいと願う家族のためにお付き合いで県外の家族が来るまでは点滴をさせてもらえましたが、もう十分会えた、と実感したら、点滴はこれでおしまい、と自己決定をされました。意外にそういうお年寄り、とても多いです。次に呼吸状態が楽になるように工夫をしてあげること徹底するようにしてください。それが褥創予防にもなります。痰がゴロゴロする方の場合、吸引をするため、おそらく訪問看護などの段取りを先生が考えてくれます。ヘルパーさんでも、ご家族でも用意するのはスポンジブラシ、ガーゼなどなので、口の中を清潔に保つ方法はお教えします。必要なグッズも揃えます。口腔ケアをこまめにしてあげてください。また、本人が楽な姿勢を見つけて横にしてあげることが大事です。それも協力してポイントをお伝えします。

そして家族さんが行うべき一番大事なこと。それがコミュニケーションです。手を握る、体をさする、耳元で声をかける、話しかけるなど。そばにいただけでご本人には伝わりません。祖母、姑、父を私は看取ってきましたが、亡くなる前の晩はおむつ交換や口腔ケアをした後に私を抱きしめてくれました。ありがとう、というメッセージを返してくれたことを今でも思い出します。

次に、気になること。看取り期に入ったら決める必要があることについてお話しします。
看取りシステムに大事なことは次の三つです。

- ★最期の場所はどこにするか？
- ★お金がいくらかかるか？
- ★誰が介護をするのか？

これらを明確に決めましょう。ケアマネさんは、これらを明確にご家族に伝えてあげてください。そして盛次先生からは、その時期がどのくらいかかると予測されるか、具体的に説明をしてください。

今年の冬は越せないかも？と言われても、この後の看取りのシステムがしっかり強固されると、今年の冬は越せ、来年まで頑張れる、というケースが多いです。

今のまま、看取りのシステムを整えなければすぐにも亡くなってしまいますが、手厚いケアが行えるとそうではなくなる人が多いです。

それを牛耳るポイントに「お金」が大事な役割を果たします。なので、どのくらいの期間が必要で、どのくらいのお金がいるのか、福祉と医療の連携で両方の情報を伝えることで、家族は安心して納得がいく最後の場所を決めることができると思います。

最期を迎えるためのヒントとして、利用者さんには以下のことをお伝えしました。

- ・自分の最期を誰に任せたいか決め、その意向を相手に伝える
- ・ヘルパーさんをできるだけ元気なうちから利用する
- ・ご家族の負担を考え、時にはショートステイを利用する
- ・デイでリハビリを頑張り、自分でトイレには行く
- ・担当者会議など公の場で「最後まで自宅にいたい」と宣言する。周囲の同意をもらう
- ・諦めない。信念を貫くためにはわがままになること。

後悔のない最期の瞬間を迎えるために今日は様々なプロが揃っています。ぜひとも質問してください

3. 質疑応答・意見交換

看取りについて、介護についての質問、また今日の感想や意見、なんでもよいのでご家族の皆様の生の声をお聞かせください。盛次先生が皆さまにマイクをお持ちします。

盛次先生

「ずっと家？それとも施設？」の二択となった時、通常ならケアマネージャーの立場であれば「施設」となる。施設に自分から入りたいというのは稀で、ほとんどの場合は家族が決断する。だいたい家族は「人様には迷惑をかけない。やれるところまでやろう」という考えで、看取りをするうえではその考えでは手遅れになる。早い段階からサービスを活用し、介護のプロに任せることを考える。色々なサービスを使うことで本人を最期まで看取るための味方が増える。看取るうえで、金銭的な部分に関しては、だいたいの場合は、年金などの本人収入でまかなえる。

看取りの段階で、夜間介護を毎日家族がするのは大変。北欧であれば、夜間パトロールをしてくれる。松前町でも同様の取り組みをしてほしい。

ヘルパーAさん

「事例発表で看取りをした方とは施設入所中、デイでの宿泊中のどちらも携わらせてもらいました。最期はおせち料理を食べてから6日後でした。関わっている間で心強かったのは、かおりさんとは連携がとりやすい、困ったことがすぐ解決される、すぐに相談ができたことで安心感につながった。チームケアができた。自分もかおりの理念に乗っかりたいです」

Bさん

「質問です。本人の意思確認の仕方はどうすればいいですか？直接話し合うのはなかなか難しいです。ヒントでもあれば。」

有希さん

「(デイでは)身体介護をしながら初めてでてくる本音もある。利用者自身が勇気をもって話してくれるようになります」

ケアマネージャーDさん

「自分が担当しているケースで、一番心配な夜間介護を息子さんに任せているが、介護負担が心配。その都度、質問しながら、家族の不安に対して相談していきたいが、本人が好きなのをして亡くなるか、息子さんに世話をしてもらおうほうが幸せなのかで葛藤している。実際に、ご本人は元気になってきているので、見守りながら状況に合わせて対応します」

4. お知らせ

①3/13（金）、3/14（土）にかおり春の大祭を開催します

②かおり一号の脱衣場の大改修が必要になり、しばらく一号のお風呂が使用できません。入浴ペースが普段より少なくなりご迷惑かけますが、ご理解のほどよろしく願いいたします

4. まとめ、閉会の挨拶 生活相談員 二宮 礼

看取りをテーマに、事例発表などを通して私たちが伝えたかったのは「看取りはそこまで負担のかかることではない」ということです。看取りをするのは家族だけでなく、サービス提供者である私たちも同様です。本人・家族・サービス提供者でチームを作って取り組むこと。ここに集まった私たちは、既にチームとして繋がっているので、看取りが大変でないことをわかってもらえれば嬉しく思います。

今日は長時間でしたが、集まっていただき本当にありがとうございました。

次回は2020年夏頃に開催予定です。

文責：田中 導