

ひらつか在宅介護生活サポートガイドの 使い方

～住み慣れた住まい・地域で最後まで自分らしく過ごすために～

平塚市

はじめに

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた住まい・地域で最期まで自分らしく過ごすためには、地域における医療と介護の関係機関が連携してサポートすることが重要です。

そこで、平塚市では、医療職・介護職向けに、看取り期に焦点をあてた在宅生活における留意点や必要な支援、対応方法を紹介するサポートガイドを作成することとなりました。

作成にあたっては、医療・介護関係者で構成したワーキンググループを立ち上げ、専門職の皆様からの意見をいただきながら進めてまいりました。

その中で、サポートガイドが、医療職・介護職の皆様に ACP や看取り期のケアのポイントなどをご確認いただくことに加え、ご本人やご家族にも在宅医療や在宅での看取りを知っていただくツールとして利用できるのではないかと考えました。また、作成していく過程で、サポートガイドをただ配布するだけではなく、使い方のポイントを紹介することで、より効果的に活用していただけたと考え、本書「ひらつか在宅介護生活サポートガイドの使い方」を作成いたしました。

本書を活用し、「ひらつか在宅介護生活サポートガイド」が普及することで、市内各機関の看取りへの支援を今以上に深め、一人でも多くの方が住み慣れた住まい・地域で最期まで自分らしく過ごせることを願っております。

サポートガイドをご本人やご家族に渡す場面とタイミング

以下のような場面で、在宅療養や在宅での看取りを説明するきっかけとして、サポートガイドをお使いいただけると幸いです。

訪問診療で
看取り期に近づいた時

高齢者よろず相談センターで
最期を自宅で迎えたいと考えている人が
相談に来た時

病院の入退院連携室で
がんの終末期で、在宅での看取りを
見据えている人がいる時

最終的にはご本人の意思が大切

在宅での看取りが絶対ではありません。ご本人だけではなく、ご家族も安心して看取りをしてくれる施設もあります。悔いのない看取りのために、本人の意思を尊重することが大切です。

早いかもしれませんが、在宅医療と看取りについて、準備をしませんか？

自宅で療養・看取りをするための

ひらつか在宅介護生活サポートガイド

～住み慣れた住まい・地域で最後まで自分らしく過ごすために～



◆病院での療養でなく、自宅で療養するという選択肢があります。

平塚市が実施したアンケートによると、人生の最期を迎えるところは、2割の方が病院、5割の方が自宅を希望し、75歳から84歳までの約5割の方が、人生の最期の迎え方についてだれかに伝えたり話したりしていないことがわかりました。



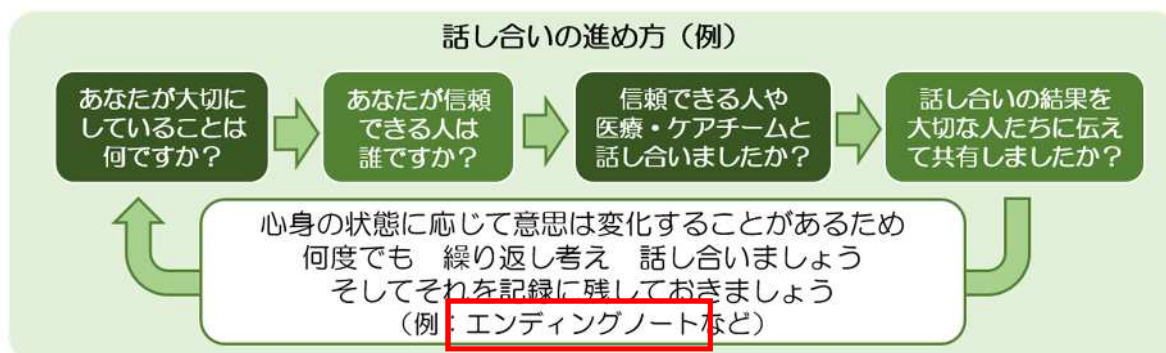
課題:年齢にかかわらず、命の危険が迫った状態になると、約70%の方が、本人の受けたい医療やケアなどを他人に伝えることが、できなくなるといわれています。(出典:厚生労働省 人生会議(ACP)普及・啓発リーフレット)

⇒ そのため、事前に本人の意思を伝えるための、話しやすい雰囲気やきっかけ作りをすることが大切です。

◆「人生会議」知ってますか？



自らが希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。このような取組を「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」と呼びます。



課題：ACP（アドバンスド ケア プランニング）（＝人生会議・・・生前に行う終末期の意思決定支援）は、本人が、主体的に考え、進めるものであるため、「知りたくない」「考えたくない」方への十分な配慮が必要です。とはいえ、いつまでもそのままにしていると、迫る認知機能の低下や、予期せぬ最期を迎えて、ACPのきっかけがつかめなくなる可能性があります。

⇒ 本人やご家族に、高齢者よろず相談センター等の行う ACP の講座を、折を見てお勧めしてみましょう。

【エンディングノートとは？】

ご家族やご友人に伝えておきたいことや、看取りに関する希望などを書き留めておくノートです。

平塚市のホームページからダウンロードができます。また、高齢者よろず相談センターや市高齢福祉課、地域包括ケア推進課で、配布・書き方のご相談を受け付けていますので、興味がある方にはお勧めしてみましょう。

❖ 老い衰えの経過(代表例)

病気などの種類によって、からだの機能の衰え方は異なります。看取りが近づいた時の本人のからだの変化やケアについて漠然とでもイメージを持ちましょう。

がんの場合

比較的良好な期間が続き、亡くなる前に急速に状態が悪化します。

心不全・呼吸不全の場合

急激な悪化と改善を繰り返しながら低下していきます。

認知症・神経難病・老衰の場合

機能が低下した状態が長く続きます。

引用文献(一部改変)：横浜市民生局地域医療課「高齢者のための看取り期(人生の最終段階)の在宅療養ケアマップ」

❖ 看取りが近づいた時の状態変化(参考)

引用文献(一部改変)：横浜市民生局地域医療課「高齢者のための看取り期(人生の最終段階)の在宅療養ケアマップ」

	数週間から1週間前	数日前	48時間前から直前
食事	・飲食がかなり減少する。 ・寝床が敷めなくなる。	・一回にごく少量の水しか飲めない。 ・つじつまの合わないことを言ったり、手足を動かすなど落ち着かなくなります。	・飲み込みができなくなる。
意識	・うとうとして寝ている時間が多くなる。	・わからないことを言う。 ・混乱する。	・反応がほぼなくなる。
呼吸	・息切れや息苦しさを感じるようになる。	・呼吸のリズムが変化する。 ・のどがゴロゴロいう。	・肩や胸だけで行う呼吸となる。
循環	・血圧はまだ保たれている。 ・脈が少し遅くなる。	・血圧が下がり始める。 ・尿が減る、尿が濃くなる。	・血圧がさらに下がり、手足が紫色で、冷たくなる。 ・尿が出なくなる。

❖ 看取りが近づいた時のケアのポイント

病気などの種類によって、異なる看取り期の対応を主治医や訪問看護師と共有しておきましょう。

	数週間から1週間前	数日前	48時間前から直前
食事	・低下していく嚥下機能に合わせた食形態を工夫します。 ・本人がおいしいと感じられることが大切です。 ・栄養にこだわらず、食べたいものを選びます。	・ごく少量の水しか飲めない場合 ・少量の水をムセないように飲むようにします。 ・口腔内が乾燥するため、保湿をします。(スプレー、グーグル等) ・口腔ケアを行います。	・水分も飲み込めなくなる場合 ・口腔内を潤し、乾燥を防ぎます。(スプレー、グーグル等) ・口腔ケアも重要です。
意識	・本人の望みをできるだけ叶えるケアが大切です。 ・親子の良い時は、食いたい方との大切な時間を過ごせるようにします。	・つじつまの合わないことを言う場合 ・否定せず、本人が安心できるように対応、善後ごとの声かけや、手足にやさしく触れると、温かさは伝わります。 ・混乱がひどく興奮が激しい場合 ・何もしないのではなく、今まで本人が好きだった音楽を聞いてもらったり、快通と感じていたケアや声かけなど、尊厳を持った対応をします。 ・声かけに反応が少なくなった場合 ・落ち着いて様子を見てから、場合によっては、医師や訪問看護師に相談します。	
呼吸	・室温調整 ・部屋の温度、新鮮な空気を取り入れる等工夫をします。 ・寝切れや寝苦 ・楽な姿勢として、枕を控う、ベッドのしきがある場合 ・角度の調整、頭の位置を工夫します。	・息・のどのゴロゴロがある場合 ・姿勢を工夫します(背を壁に付けるなど) ・口腔内の唾液や痰をこまめに吸い吸います。 ・痰やのどがゴロゴロしている状況を医師や訪問看護師に相談します。	・あえぐような音がある場合 ・おしやうに見えるが喉でずい、楽になるからだの向きを工夫します。
全身状態	・清潔ケアについて ・清潔が保たれるため、医師や訪問看護師と相談しながら、本人の希望をもとに世話をします。(入浴、洗髪、清拭、手洗、足洗、顔部洗浄、口の中をきれいにする) ・楽な姿勢を保てる工夫 ・褥瘡を防ぐため、体位の変化に合わせて、福祉用具(ベッド、寝圧マットレス、エアーマットレス、クッション等)のすみやかな選定・変更を検討する ・排泄について ・本人の希望と状態に合わせた排泄方法の選択について医師や訪問看護師に相談しましょう。		

※ 医師・看護師・薬剤師に、苦痛の緩和や状態の変化など不安や疑問があった時は相談しましょう。

人生の最期をどのように過ごしていきたいですか。

※ご本人がお話しできないときは、以前の意思をお知らせください。

①看取りのプロセスについて説明できるよう、理解しておきましょう。

【がんの場合】

治療が困難になって状態が悪化し、最期の1~2か月で急激に体の機能が低下します。

【心不全・呼吸不全の場合】

入退院を繰り返しながら、体の機能が低下していきます。

【認知症・神経難病・老衰の場合】

長い時間をかけて、徐々に体の機能が低下していきます。

②本人の意思を尊重し、できるだけご希望に沿って過ごせるようサポートしていきます。内容はいつでも書き直せるように、鉛筆で書き、日付も添えましょう。また、本人の意向は何度でも変わってもよいので、その都度伝えましょう。

◆ 看取り期に向けた視点 【必要なケアの検討】 本人の状態悪化を予測し、在宅での介護の環境を整えましょう。 ☐ ベッド ☐ 排泄用具 ☐ 車いす ☐ 床ずれ防止マット ☐ 手すり 看取り期を自宅で過ごしたい場合、 ☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科 ☐ 訪問介護 ☐ 薬局 につながっていますか。 本人の状態変化の見通しなどについて情報の共有ができていますか。 ☐ 医師 ☐ 訪問看護師 ☐ 訪問歯科 ☐ 訪問介護 ☐ 薬局 につながっていますか。 ☐ 緊急時の主治医や訪問看護師等の連絡先の確認はできていますか。 ☐ 看取りに向け、本人を支える体制は整っていますか。 参考文庫 横浜市医療局地域医療課「高齢者のための看取り期（人生の最終段階）の在宅療養ケアマップ」	◆ 最期を迎えた時の状態 ☐ 反応がない ☐ 胸、肩が動いていない ☐ 息をしていない ☐ 顔色が悪い ☐ () ※空欄は任意で御記入ください。 ◆ 信頼できる人・連絡先 (いつでも書き直せるように、鉛筆で書きましょう。) 	①				
◆ 急変時の連絡先 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ①訪問看護ステーション 日中 【 】 Tel: </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ②医療機関・主治医 日中 【 】 Tel: </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> ①訪問看護ステーション 夜間 【 】 Tel: </td> <td style="vertical-align: top;"> ②医療機関・主治医 夜間 【 】 Tel: </td> </tr> </table> 参考文庫 横浜市医療局地域医療課「高齢者のための看取り期（人生の最終段階）の在宅療養ケアマップ」	①訪問看護ステーション 日中 【 】 Tel:	②医療機関・主治医 日中 【 】 Tel:	①訪問看護ステーション 夜間 【 】 Tel:	②医療機関・主治医 夜間 【 】 Tel:		④
①訪問看護ステーション 日中 【 】 Tel:	②医療機関・主治医 日中 【 】 Tel:					
①訪問看護ステーション 夜間 【 】 Tel:	②医療機関・主治医 夜間 【 】 Tel:					
◆ メモ欄  保険証、あんしんカード、お薬手帳などをまとめておき、取り出しやすいところに置きましょう！		⑤				

- ①最期を迎えた時の状態をあげています。4つの状態以外に、任意で追加記載できるよう空欄にしています。このような状態になったら、急変時の連絡先に連絡するよう伝えましょう。
- ②できれば、信頼できる人との「続柄」を記載してもらえるように伝えてみましょう。
- ③医療・介護関係者の体制のほか、看取った後の葬儀のことについても伝えておきましょう。
- ④急変時の連絡体制を定期的に確認しておきましょう。
- ⑤「ひらつか 安心ファイル」にまとめておくと、管理がしやすいです。

※ひらつか安心ファイルとは



- ・在宅療養中のご利用者様とかかりつけ医療機関や介護サービス事業者等の関係機関が情報共有できるファイルです。
- ・配付対象者は、在宅で医療や看護、介護を受けている方で、医療機関や介護サービス事業者の皆様から配付していただいています。
- ・ファイルについては、市地域包括ケア推進課へお問合せください。