

多職種協働 看取り・急変時対応ガイド

“最期まで その人らしく” を支えるために
多職種が知っておきたいこと



平成 30 年 4 月

あ・うんネット周南 在宅医療介護連携会議

はじめに

忘れてはいけない大前提

ひとは必ず死ぬ

そして大切なこと、誰もが思うこと

死が避けられないなら、できるだけ苦しめたくない、楽に逝かせてあげたい…

人生を飛行機に例えるなら

元気な私たちは、大空高く飛んでいる状態、雲の上…

人は歳をとって、人生の最終段階に近づくにつれ、次第に高度を下げていく

「空港が見えてきたな」「いよいよ着陸態勢に入ったな」と感じる状態です

私たち医療・介護の専門職が人生の最終段階に関わるとき、まずはその高度感、速度感を実感すると思います

緩やかに高度を下げていっている人、故障した飛行機のようにすごいスピードで高度を下けている人…

ここで、その感覚がご家族と一緒にだといいいのですが、ご家族には私たちのような景色が見えていない人もいます

また、見ないようにしたり、まだまだ浮上を試みようとしていたりする人もいます

ご家族の感覚が、私たちと離れているときは、そこに寄り添うことも大切ですが、専門職として、よき案内人となることも大切です

「人生の最期を自宅で迎えたい」

この願いを叶えるには、いかにソフトランディング（軟着陸）とするかが重要で、そのようなソフトランディングの支援が、私たち専門職の使命と考えます

周南市の大空に美しく、大きな虹が架かるよう、私たち医療・介護の専門職が

「あ・うん」の呼吸で連携し、その使命を果たしましょう

あ・うんネット周南 急変時対応・看取りワーキンググループ会議

座長 小野 薫（医師）

もくじ

◆用語の定義	3
◆周南市の看取りをめぐる主な現状と課題	4
◆ガイドの目的	6
◆在宅看取りを支える専門多職種	7
◆多職種みんなで共有したい12のこと	9
◆最期までその人らしくを支える（Episode①）	22
◆看取り・急変時対応をめぐる誤解	23
◆関わるみんなで考えたい 独居、身寄りのない人への対応	24
◆最期までその人らしくを支える（Episode②③④）	25
◆在宅療養・看取りに関する相談窓口、学びの場	28
◆用語説明	29
◆平成29年度急変時対応・看取りワーキング委員名簿	33

用語の定義

このガイドで使用する用語を下記のように定めます。

Mitori

看取り

病状の改善が見込まれないかたに対し、延命治療（※1）のような積極的な医療行為は行わず、慣れ親しんだ自宅で、家族などに見守られながら、最期の時を迎えていただくケア。（詳細は※2）

このガイドでは、自宅での看取りについて示しています。

Kyuhenji

急変時

予測される臨床経過から大きく外れる変化があった時。
特に大きなバイタルサインの変化を伴う、死に至る可能性のある状況の変化のある時のこと。



Tasyokusyu

多職種

在宅看取りや急変時対応に関わる 医師、歯科医師、薬剤師、看護師（訪問看護師、診療所看護師、病棟看護師）、保健師、社会福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、ケアマネジャー、介護福祉士、ホームヘルパーなどの医療・介護関係の多専門職種、及び行政や法律の関係者

※1～※25：巻末（P.29～）用語説明に掲載しています。

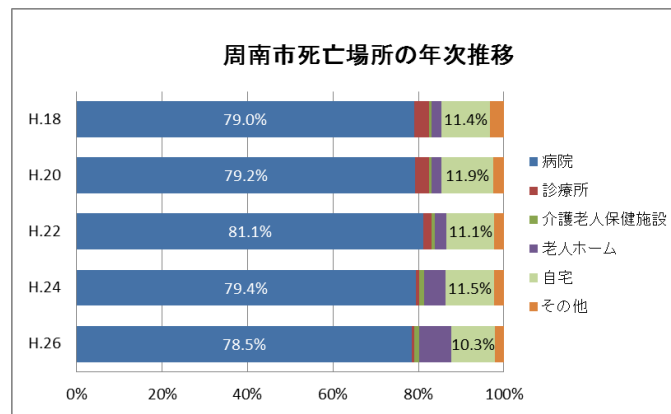
周南市の看取りをめぐる主な現状と課題

現状①

高齢化、死亡場所の現状

周南市の高齢化率は、平成 28 年度時点で 30.6%と全国平均を約 3%上回っており、団塊の世代が 75 歳以上となる平成 37 年（2025 年）には、年間の死亡者数は急増し、多くの人が最期を迎える社会（多死社会）が到来します。

最期を迎える場所については、核家族化など家族形態の変化や医療の発展に伴う病院志向などの影響により、周南市においても平成 26 年で医療機関が 78.5%、在宅が 10.3%となっており、ここ 10 年その傾向は変わりません。



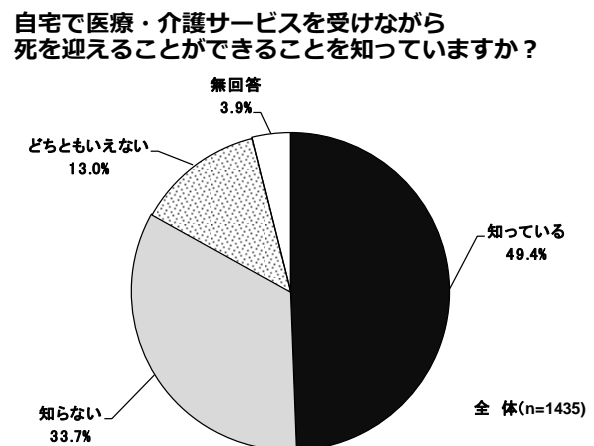
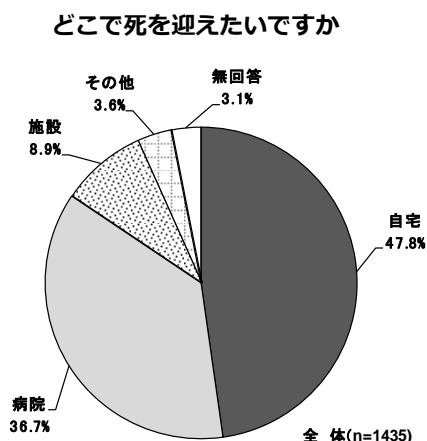
現状②

周南市日常生活圏域ニーズ調査（※3）から見てきた現状

『どこで死を迎えたいですか』と調査したところ、
1位 自宅（47.8%） 2位 病院（36.7%） 3位 施設（8.9%）で、自宅が約半数を占めました。

『自宅を希望しない理由』は、「家族に迷惑をかけたくない」（44.5%）、「病院や施設の方が安心」（42.4%）でした。

『自宅で医療サービスや介護サービスを受けながら、死を迎えることができることを知っている人』は、「知っている」（49.4%）、「知らない」（33.7%）、「どちらともいえない」（13%）でした。



現状③

周南市在宅医療介護連携実態調査（※4）結果から見てきた現状

「在宅での看取りに不安や負担を感じている専門職」は、「非常にそう思う」、「そう思う」をあわせると、医師が72%、訪問看護師52%、ケアマネジャー59%でした。

その理由としては、「在宅主治医など看取りをするための環境が整っていない」、「本人や家族が看取りを希望していても、在宅の調整がつかない」、「福祉系のケアマネジャーは医療と連携するのに敷居が高い」などが挙げられました。

課題

周南市の「看取り」における課題

周南市においても病院死が一般化しており、在宅での看取りについては、一般市民だけでなく、医療・介護・行政関係者でも体験する機会が少なく、「病院の方が安心」と考えている人は多いと思われます。

また、看取りの経験がないために病状の急変に動揺する関係者もおり、「**看取りの現状を知らない**」ことが、「在宅での看取りへの不安」につながっていると思われます。

多職種については、人生の最終段階の近づいた患者・利用者、その家族が自ら最期の場所を選択できるように、日頃から専門分野を超えた広い視点で、看取りの現状や正しい知識・情報を知っておく必要があります。

また看取りを行うにあたっては、協働する多職種から構成される医療・ケアチームをつくり、その人らしさを大切に、状態の変化に応じて最期まで切れ目なく連携して支えていくことが必要です。

市民については、約半数の人が最期を迎える場所に「自宅」を希望しているにも関わらず、それを支えるための在宅医療や介護について知らない人や、「在宅での看取りは困難」だと思っている人も多いことから、多職種は患者や利用者への日常的な関わりの中で、必要に応じて人生の最終段階について意識して考えていけるような情報提供を行っていく必要があります。



ガイドの目的

このガイドは、「最期までその人らしく生きること」を多職種による医療・ケアチームで協働し支えるために、周南市内の医療機関や介護事業所等で働く多職種が話し合い、看取り や 急変時の場面において、共有したい知識や情報、連携方法についてまとめたものです。

多職種協働のために必要なことは他にも多くありますが（下表参照）、「その人らしい最期のあり方」を常に意識しながら、正しい知識や情報のもと多職種と連携・協働することは、重要な要素です。

個人のみならず職場内や職種間で共有し、看取りや急変時対応について学ぶ材料としてご活用ください。

在宅看取り、急変時における多職種協働のために必要なこと



項目	内容	市内の取組・資源
★個人のスキルアップ	多職種による在宅療養支援体制構築に向けた研修	■各職能団体における研修 ■チームあ・うんzero（※5）による講演会、
★顔の見える多職種チームの構築	日頃からの顔の見える関係づくり	あ・うんVisionカンファレンス、 あ・うんカフェ
★地域課題の解決	看取りや急変時対応に関わる地域課題を関係者間で共有・協議	■地域ケア会議（※6）
★体制・しくみづくり	切れ目のない支援のための連携、相談体制の充実	■周南市在宅医療介護連携支援センター ■徳山中央病院がん相談支援センター（※7） ■あ・うんネット周南在宅医療介護連携会議 ■在宅緩和ケア地域連携協議会（※8）
★多職種の共通理解	多職種間で共有すべき知識、情報、マナー	本ガイドに示しています

在宅看取りを支える多職種

～看取りの際の役割・できること～

在宅医師

- 身体的・精神的苦痛、痛み等の緩和
- 家族が本人の死を受け入れていけるような支援
- 医療・ケアチームの指導・助言
何よりも多職種による医療・ケアチームがそれぞれの機能を最大限発揮でき、上手く連携して本人と家族を支えていけるように助言、指導していく事が最大の役割です。
節目や急変時にチームのメンバーが不安を感じる時や、困難な局面に遭遇した時などに方向性をきちんと指し示し、リードしていくのが在宅医の仕事です。他職種の方々が無か問題を抱えた時には遠慮せず在宅医にご相談ください。
- 看取り(死亡の確認)
ご家族が臨終に際し良いお別れが出来たと感じたなら、それはチーム皆さんが”良い看取りができた”という証であり、そのような最期をコーディネート出来るように努力することが在宅医の重要な役割です。

訪問看護師

身体面だけでなく、精神面、社会面、スピリチュアルな面からアセスメントし、苦痛を緩和します。患者、家族にとって何が大切なのかを見出し、サポートできるように他職種と連携します。

- 現在起こっている身体の兆候を説明し
会わせたい人の訪問時期を伝える。
- ADL に合わせて、適切な福祉用具の
導入をケアマネジャーに提案
- 求めに応じて訪問回数を調整
- 家族が負担に感じている援助の実施
- 医療行為、生活・介護・栄養指導
- 医師の説明を分かりやすく再度説明
- 家族が医師に伝えられなかった思い
を代弁する

歯科医師・歯科衛生士

定期的に訪問して虫歯や歯周病の管理と口腔清掃を行います。
多職種協働で、食事をなるべく口から摂取できるように機能訓練を行います。

薬剤師

患者に必要な薬を一番飲みやすく使いやすい形で処方し、最後まで安心・安全な薬物療法で寄り添います。

- 患者に対して
医薬品の共有、薬歴管理、説明などの服薬支援
(輸液の調整、医療用麻薬の取扱等)
- 担当医に対して
コンプライアンス向上のための一包化、副作用チェック、剤型・服薬時期を含めた処方支援
- 医療・福祉関係者に対して薬剤に対する情報提供



在宅看取りを支える多職種

～看取りの際の役割・できること～

リハビリ専門職

最期まで自分らしく主体的に暮らすお手伝いができます。

理学療法士

最期まで少しでも自分の身の回りのことが出来るように支援し、苦痛の緩和や家族の負担軽減を行います。

- 運動療法
- 関節可動域運動、ポジショニング、呼吸理学療法
- 介護家族に対する介助方法や福祉用具選定、住環境整備等の助言

作業療法士

「人は作業を通して健康や幸せになる」という基本理念をもとに、その方にとって重要な意味のある生活行為を実現するための働きかけとともに、「家族」という社会の一員として最期まで過ごすことを支援します。

言語聴覚士

最期まで「食べたい」をサポートします。

- 患者の摂取機能・嚥下機能を正しく把握する
- 嚥下機能に基づく食事形態、摂取状況等を多職種と共有する
- 誤嚥リスク、食べやすい姿勢、食事介助方法を多職種へ助言する
- 口腔リハビリテーションを実施し、誤嚥性肺炎を予防する
- 円滑なコミュニケーションの提供

ケアマネジャー（介護支援専門員）

介護保険のコーディネーターです。その人らしい生活の実現に向けて、各専門職が力を発揮できるよう、チームづくりと環境調整を行います。

- 本人と家族の意向をその都度確認
- 状態に応じたサービスを提供できるようサービス調整
- 急変時の対応を含めた総合的な援助の方法を検討
- 家族（介護者）への精神的ケア

訪問介護員（ホームヘルパー）

訪問看護師や家族の後方支援として、排泄介助、清拭、食事の介助、更衣の介助等を行います。

ヘルパーと利用者や家族の関わりが長期になることも多いので、精神的な面での支えになれることも多いです。

※同居家族がいる場合は、家事援助はできません。



看取り・急変時対応

多職種みんなで共有したい 12 のこと

～みなさんからの疑問にお答えします！～

医療や介護の専門職であっても、看取りについて経験のない（少ない）人もいると思われます。また「経験はあるが自信がない」、「他の職種との連携が不安」と感じている人も多いのではないのでしょうか？

そこで多職種が集まったワーキング会議の中で、まず看取りや急変時の対応に関して「自分自身が不安なこと、知りたいこと」の洗い出しを行いました。その中から みんなで共有したい知識・情報・マナーを絞り込み、話し合ってみてまとめました。

Q1

在宅看取りに必要な条件は？

A

- 本人の希望
- 家族の理解と覚悟
- 在宅主治医

人生の最終段階を支えるために、多職種は可能な限り本人の意思による選択を基本とした上で、家族との話し合いを重んじた支援を行う必要があります。

そのためには、あらかじめ本人と家族が「最期の過ごし方」について話し合うことが必要です。

事前指示書（※9）の作成や、エンディングノート（※10）などに意思表示する方法もあります。

在宅看取りを希望される場合は、在宅主治医となれる医師がいるかも確認しておきましょう。



Q2

在宅看取りのできる医師の情報
はどうしたら分かりますか？

A

周南市在宅医療介護連携支援センター に相談してみましよう。

医療機関や介護関係者のための相談窓口です。
医療や介護の連携に関すること、訪問診療や
往診に関すること、在宅介護サービスに関す
ることなど知りたい情報について個別に相談
でき、情報提供が受けられます。
お気軽にご相談ください。

[場 所] 徳山医師会病院在宅支援部内
[相談日時] 月曜日から金曜日
午前9時から午後5時
[電話番号] (0834) 27-4835
[FAX] (0834) 32-9048

居住地域に応じた在宅医を
紹介し、住み慣れた自宅で
安らかな看取りができたケ
ースもあります。

看護師、ケアマネジャー、
社会福祉士、精神保健福祉
士、介護福祉士などの多職
種で相談対応しています。
お気軽にご相談ください。



(相談担当者)



※P. 10～21 までのコメント者の所属、職種は平成 30 年 3 月現在のものです。

Q3

多職種間で、どんな情報を共有したらよいですか？

A

本人・家族の思い

「看取り」では、まず本人や家族の思い、その人が大切にしている「信念」などを関わる全員が共有することが大切です。

がんと非がんでは異なります。

がんとそれ以外の病気（非がん）では、病状の進行スピードが異なるので、共有する情報やタイミングが違ってきますが、状態の変化をできるだけリアルタイムに共有したいものです。

治療内容、サービス内容の変更、介護家族の疲労等、職種によって視点が違うため、それらの情報を共有することで、支援者ひとり1人の視野がより広がります。

「その人らしい情報」

現場は病室ではなく本人の家であり、今までの生活の歴史がつまっている場です。

「ナラティブ=物語」に思いを馳せつつ関われば、より「その人らしさ」を強めることができ、本人や家族にとってより良い看取りになります。

ICT(※11)を活用した情報共有

多職種間での情報共有には、一斉送信が可能な SNS (※12)が有用です。皆で共有したい情報をシンプルに迅速にやりとりすることが可能となるため、チームとしての一体感が生まれ、ケアの質が向上します。



(在宅医師)

人生の最終段階には、様々な「苦」があり、「苦」を思うように解決できないとき、我々も苦しみます。

その場合、患者さんが「穏やかになる」ことに着目すると糸口が見出だせることがあります。「孫やペットがそばにいと穏やか」など、その人の「穏やかポイント」を共有するといいかもかもしれません。

Q4

人生の最終段階を豊かにするために、
リハビリ専門職ができることは？

A

**リハビリ専門職は、本人が「やりたいこと」や
家族が「してあげたいこと」を支援できます！**

“家族や社会とのつながりを保つ”ために

リハビリ専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）は、それぞれの専門性に応じた援助（P.8参照）の他、終末期の身体や精神が変化する中においても、家族や社会とのつながりを保てるよう支援します。

本人の「よき理解者」となれます。

リハビリ中1対1で過ごす時間が長いいため、本人の本音を聞くことも多く、望むことを把握した上で寄り添った支援ができます。

**「居場所」を確保したり、本人や家族の思いをつなげ
「生きた証」の部分に介入したりすることができます。**

例えば

- 食卓に座って食べ物を食べさせたいと願う家族には…
⇒安全な移乗方法、安楽な姿勢について助言しました。
- 娘さんへサプライズをしたいと願う人には…
⇒一緒に誕生日のプレゼントを作成しました。
- 仏壇に手を合わせたいと希望する人には…
⇒一緒に練習して実現しました。



(作業療法士)

ご本人の望む最期を迎えるため、QOLが高い充実した時間を過ごして頂けるよう、自己決定権を尊重し、身体機能よりも、活動や参加へのバランス良いアプローチを行います。

また、ご家族との関係を良好に保つための橋渡しも行います。

Q5

本人や家族の揺れる気持ちに
どう向き合えばよいですか？

A

「意思決定支援」が大切です。

人生の最終段階には、本人や家族がどうしてよいか分からなかったり、現実を受け入れられずに混乱したりすることはよくあります。

私たちは専門職として、気持ちに寄り添いながら、様々な局面において今後の見通しや、予測される良い面、悪い面を分かりやすく、冷静に伝えていく必要があります。

この時期には、本人や家族が進む道を納得して選択・決定していくための「意思決定支援」が非常に重要です。

変化や違いは当たり前！

「揺れ」に寄り添い伴走しましょう。

人生の最終段階に、本人や家族の意思が変化するのは自然なことで、常に気持ちは揺れ続けるものです。また本人の意向と家族の意向（思い）も違って当たり前。

専門職は、その時々本人や家族の思いに耳を傾け、時に引き出したり、家族間の擦り合わせをしたりしながら、くり返し話し合いを行います。

「揺れ」に寄り添い、その都度柔軟に対応していくことが大切です。



(緩和ケア医師)

人間誰一人として同じ死に方はない
本人の人生のドラマにあった看取りを
みんなで考える

人生の終幕を何色に染めるかは
本人自身が決めること

我々はそれに寄り添うだけ
その手助けをするだけ

Q6

家族へのケアで大切なことは何ですか？

A

どの職種も、家族へのねぎらいを忘れないようにしましょう。

日々本人を支えている家族に対して、専門職は訪問時、「よく頑張られていますね」「疲れていないですか？」など常にねぎらい、いたわる声かけが大切です。ただし、本人が聞いてしまうと、かえって気兼ねをする場合もあるので、状況に応じた配慮が必要です。

逃げ場をつくることも必要です。

自宅で看取るつもりでも、本人の状態や家族の気持ち、状況も変化するため、それに応じた声かけや提案も必要です。

必ずしも最後まで「家」でなくてもいいことを伝えると、気が楽になる場合があります。

また「非がん」は長期戦になりやすいので、「レスパイト（※13）」も必要になります。



(在宅医師)

特にご臨終の際には、ご家族へのねぎらいを心がけています。

普段そばにいないご家族から、介護したご家族が責められることのないよう配慮しています。



Q7

自宅での看取りを決めていて、
救急車を呼んだ場合は
どうなりますか？

A

救急車を「呼ぶ」ことは、
「医療機関で救命措置をしてほしい」という
意思表示をすることと同じです。

呼ばれた救急隊は、原則救命処置を行いながら病院
へ搬送することになります。
救急車で搬送されれば、受け入れた医療機関（救急
病院）でも、可能な限りの救命措置を行います。
また、搬送時にすでに心肺停止に陥っていた場合に
は、状況に応じて検視（※14）になることもあります。

自宅で看取ること決めていても、急変時に家族が
慌てて救急車を呼んでしまうと、本人が望まない結
果につながる場合があるので、注意が必要です。

本人が望む最期を迎えるために、

- 容体が変化した場合どうするのか？
- 最初に誰に電話するか？

事前に、主治医や訪問看護師に相談し決めておくこと、
その内容に関わる人達で共有することが大切です。

※決して救急車を要請してはいけないという
ことではありません。



(救急医師)

救急隊は、心臓や呼吸が止まっている
場合は、救命処置を行うよう
法律(消防法)で定められています。
急変した場合にどうするのかは、
ご家族や関係者で、事前に話し合っ
ておくの良いです。

Q8

最期の時に向けて、
どんな支援が必要ですか？

A

ご臨終が近づいてくると、これまでと違う変化が起こります。

多くの方に次のような症状が表れるといわれています。

- ・眠っている時間が長くなる
- ・食事量が減る
- ・頬や目がやせてくる
- ・せん妄 等

最終的には、チアノーゼ、尿量減少、浮腫、冷感、意識朦朧、顔面蒼白、下顎呼吸 などの症状も表れてきます。

最期の時間は、家族で大切に。

家族には前もって、臨終が近づいてくる際の心身の変化を伝え、いざという時に慌てない心構えをしてもらう必要があります。

また、臨終にいたるまでは、家族で「思い出づくり」ができる時間です。臨終のときもすぐに死亡確認、死後の処置（エンゼルケア※15）をしなければいけないわけではないので、家族で大切な時間を過ごせることを伝えておきましょう。（関連：P23）



（訪問看護師）

できるだけ美しい姿で旅立っていただけるよう、清潔援助や褥瘡予防に努めます。

援助を行いながら、ご家族が死に向かう兆候を冷静に受け止めていただけるよう、また今までの介護が間違いでなかったことを一緒に確認していきます。

Q9

グリーフケア（※16）のポイントを教えてください。

A

生きている時から「グリーフケア」は始まります。

人生の最終段階においては、家族は本人の機能や状態について、ひとつずつ「喪失」を体験していくこととなります。

その過程で、専門職が本人や家族、過ごす環境のことを考えて行うケアは、全て「グリーフケア」といえます。決して特別なことではありません。

あとで家族が人生の最終段階をふり返った時、

「本人が大切にされた」、

「本人を大切にできた」、

「自分のできることをやり切った」

そう思える実感が大切です。

各専門職が、本人の価値観や思い、ナラティブを大切に「その人の尊厳が守られたケア」を提供することが、グリーフケアにつながります。

臨床宗教師（P.19 参照）の活用もできます。



（訪問看護師）

専門職が関わった時が「グリーフケア」の始まりだと思っています。

家族のこと、環境のことを考えながら行う人生の最終段階のケアが、ご本人の死後も、ご家族が大きな悲しみを乗り越えていくための力になると信じています。

わたしたちのグリーフケア（生前）

【訪問看護師】

療養中、多職種で必要な事項を連絡しあう「連絡ノート」に、ご本人らしい印象的な言葉をつづるようにしています。後でノートを見た時に、ご家族にとって、本人の「大切な思い出」となるよう心がけています。

【理学療法士】

訪問看護師と連携し、車椅子の移乗や座位の獲得に向けた支援を行い、夢だったお子さんの卒業式に出席することができました。

ご本人にとって希望が叶っただけでなく、ご家族にとっての大切な「思い出」を残すことができ、グリーフケアにつながったと思います。

わたしたちのグリーフケア（死後）

【医師】

40歳代のがん患者さんを看取って3週間後。奥様のことが気になって自宅に伺いました。奥様は「自宅で本当に良かったのか？」とずっと考えていると言われました。自宅には愛犬2匹がおり、亡くなる数日前にはお二人でパチンコにも行かれました。お風呂にも最後まで入られました。

病院では絶対にできないことで、それを実現してあげたのは奥さまであることをお話ししましたが、ご家族は「これで本当に良かったのだろうか？」となかなか一歩を踏み出せずにいることに気づきました。

これからは亡くなられた後の「後訪問」も組み込みたいと思っています。

【ケアマネジャー】

2週間後から49日までを目途に訪問に行っています。家族に「ここまでやれた」と実感してもらう「咀嚼のサポート」の意味もあります。

ゆっくり時間をとり、仏壇に手を合わせ、思い出話をしています。ご家族も知らなかった「ご本人の家族に対する思い」を間接的に伝えられると、ご家族の救いになると感じます

【訪問看護師】

訪問していた全員が、専門職と本人の思い出をメッセージにした「グリーフカード」を作成し、2週間後を目途に送付しています。

後日訪問した際、ご仏前にそのカードがお供えしてありました。



【徳山中央病院・緩和ケア病棟】

ご家族が改めてご挨拶に来られた時には、関わりのあった専門職種に出来るだけ全員集まってもらい、お見送りをしています。

■遺族の会（徳山中央病院で亡くなられた方のみ）

『もみじの会』 2か月に1回 『にじの会』 1年に1回

徳山中央病院で亡くなられた方の遺族を対象に実施する遺族が気持ちを吐き出し、分かち合う場です。

■サロン（がん患者やそのご家族ならどなたでも）

『とことこサロン』 毎月第3木曜日 14:00～15:00

『とことこ女子会』 毎月第4金曜日 14:00～15:00

問合せ がん相談支援センター28-4411（内線 2203）

Q10

臨床宗教師とは？
役割や活動を教えてください。

A

思いを吐き出せる「場所」となることをめざし活動する宗教者です。

被災地や医療機関、福祉施設などの公共空間で心のケアを提供する宗教者。
様々な宗教宗派で構成されています。

布教や勧誘は行いません。

相手の価値観を尊重しながら、宗教者としての経験や役割を基に、苦悩や悲嘆を抱える方々に寄り添います。こちらから、宗教的なお話をするわけではありません。

対象者は絞らず、役割は多岐にわたります。

- スピリチュアルケア（※17）
- 宗教的ケア（※18）
- グリーフケア
- 葬儀、お墓、儀礼等に関わる情報提供
- スタッフのケア

県内では、病院や施設などで、ボランティアとして活動しています。

徳山中央病院の緩和ケア病棟や院内の遺族会、サロンに定期的に訪問し、患者さんや遺族のお話を傾聴しています。グループホームでの活動や、地域の食堂で「聴きカフェ」などもしています。

問合せ 中国地方臨床宗教師会

Ch5rinshu@yahoo.co.jp



(臨床宗教師)

抱えておられる悩みや苦しみに寄り添わせていただき、共に悩み苦しむ。
そういう存在です。

少しでも心が軽くなるお手伝いができればと思っています。

Q11

独居や身寄りのない人の
急変時対応や看取りが心配です。

A

人生の最終段階や急変時になって慌てるのではなく、事前に確認や準備をしておきましょう。

■本人の意思確認

- ・どのような最期をどこで迎えたいのか、どこまで治療するのか
- ・DNAR (※19) について
- ・エンディングノート
の活用



■人間関係

- ・緊急時の連絡先、正確な親族関係
- ・入院時のお世話や手続きをしてくれる人
- ・訪ねてきてくれる友人、知人
- ・地域のキーパーソン（民生委員、自治会長等）

■医療情報

かかりつけ医、病歴、内服薬、体調

■緊急時の準備（頼れる人がいない場合は）

保険証、おくすり手帳、入院セット

■財産（聞ける範囲で）

支払能力、預金、銀行名

■供養（可能であれば）

- ・寺、納骨先（墓）
- ・葬儀方法（冠婚葬祭プランに入っているか等）



（ケアマネジャー）

自分1人では、その人のために出来ることには限界があります。様々な機関と繋がり、いろいろな情報をキャッチし、その時のために備えることを心がけています。

Q12

急変時の医療機関受診に対して、心がけることはありますか？

A

双方の立場を理解し合い、

『思いやりのあるバトンタッチ』を心がけましょう！

■送られる側の立場（受け入れる病院）

昼夜を問わず、そして多くの場合、事前情報なく、短い時間の中で情報収集等を行いながら診断・治療を行う必要があります。

ストレスのかかる状況の中、在宅側に対して、「もっと〇〇してほしい！」という思いが生じることも当然かもしれません。

■送る側の立場（在宅スタッフ）

急変した患者に対応したり、家族や主治医に連絡したりしながら、何とか患者を救おうと一生懸命な思いで病院に搬送しています。

病院側に「申し訳ない」という思いや罪悪感を抱きながらもできることが限られていて、唯一の方法が「迅速に搬送すること」という場合も多くあります。

何よりも忘れてはならないこと！

一番苦しくて、一番大変なのは患者本人とそのご家族です。その人達にとって、どうあったらいいのかを大前提に、それぞれの立場でできることを行い、相手の立場に立ってバトンタッチを行いましょう。



(ケアマネジャー)

急変時に、すぐに保険証やおくすり手帳が準備できるよう日頃の関わりの中で、本人や家族に助言しています。

救急車で搬送された際には、早期に病院との連携を心がけています。

『もう一度台所に立ちたい』

事例提供者：ホームヘルパー

Aさん 86歳女性 肝臓がん 独居（隣に次男夫婦）

昔から料理が得意なAさんは、近所の人におすそ分けしたり、次男一家に料理をふるまったりするのを楽しみに、自立した生活を送っていました。

ある日、足に浮腫や潰瘍ができたため、近くの総合病院を受診したところ、肝臓がんの末期であることが分かりました。次男が主治医に相談すると、「病院でも良いし、本人やご家族が望まれるなら、在宅医や訪問看護のサービスを受けながら、家で最期まで過ごすこともできますよ。」と言われました。

Aさんに、病状や残された時間を伝え、今後をどのように過ごしたいかを尋ねてみると、「家に帰って、台所に立って料理をしたい。」とのことでした。次男夫婦は働いており迷っていましたが、他県に住む長男が「母の思いを叶えたい」と、一時的に実家に帰ってくることになりました。

退院後、Aさんは主治医の往診の他、訪問看護による痛みコントロール等、ホームヘルパーによるおむつ交換、保清を受けながら療養生活を送っていましたが、状態は急激に悪化していきました。

徐々に傾眠傾向となり、退院して2週間後の深夜、家族みんなが見守る中、眠るように息をひきとりました。十分にお別れの時を過ごし、夜が明けてから主治医に電話すると、外来診療の前に来て死亡確認をしてくれました。

「台所に立つこと」は叶いませんでしたが、長男は「久しぶりに親子水いらずの語らいの時間が持てたし、母が望んだ自宅でしっかりと見送ることができて満足です」と言われました。

事例提供者コメント

病状が急激に悪化していく中で、ご家族の不安も強かったと思います。しかし、1日複数回サービスを利用することで、医療・ケアチームでその時々の変化に迅速に対応でき、ご家族を孤独にしないことができたことで、在宅での看取りにつながりました。今でも「家に帰って台所に立ちたい」と言われた時のAさんの笑顔を思い出し、ご自宅で看取れて本当に良かったと思っています。



看取り・急変時をめぐる誤解

看取りをめぐる誤解

**「亡くなる時に、医師が立ち会っていないと死亡診断（※20）をしてもらえない」と思っている人が多いようですが、それは誤解です。
在宅医療を受けていれば、そんなことはありません。**

（根拠：医師法第20条、平成24年8月31日付厚生労働省通知）

在宅医療を受けている人は、亡くなる時に、医師（在宅医療の主治医）が立ち会っていないなくても問題はありません。死亡後に改めて診察すれば、医師は死亡診断書を作成することができます。

ご家族には、

- 呼吸が止まりそうになっても、慌てなくて大丈夫であること
- 呼吸が止まっただいたいの時刻だけ覚えておいて、あとで主治医に報告すればよいこと
- 最期は家族で大切な時間を過ごせることなどを伝えてあげてください。

独居、身寄りのない人、認知症の人の急変時をめぐる誤解

「独居や身寄りのない人の入退院の手続き、同意、準備・送迎等はケアマネジャーがやるべきだ（やってもらって当然）」と思っている病院関係者が多いようですが、それは誤解です。

ケアマネジャーが行うべき役割ではありません。

身寄りのない人、認知症の人の入退院時は、病院側も不安なことが多いと思いますが、ケアマネジャーや民生委員等は本人・家族にかわって保証人になったり、処置や手術の同意書へ記入したりすることはできません。また入退院の準備や送迎も、役割ではありません。

対応の困る人については、「おたがいさま」です。

「やってもらって当然」と押しつけるのではなく、相手の立場や、できること・できないことを知った上で、話しあって対応をしましょう。

（詳細は P.24 参照）

関わるみんなで考えたい！

独居、身寄りのない人への対応

知っていますか？実は、『課せられた役割』ではありません…

●シーン別 関係者・機関のできること ※：P.31～32 参照

	病院	ケアマネジャー	市 (生活保護 ※21 含む)	民生委員	権利擁護 事業 ※22	後見人 (後見制度) ※23
救急車の同乗	×	×	×	×	×	×
入院の準備 (荷物等)	×	×	×	×	×	×※24
入院中の保証人	×	×	×	×	×	×※24
処置、手術の同意	×	×	×	×	×	×※24
入院費の支払い	×	×	×	×	○	○
退院時の迎え	×	×	×	×	×	×※24
遺体の引き取り	×	×	△※25	×	×	×

これらは全て本来、本人や家族が担う役割です。
代わりを担える人（機関）は、ごく一部の例外を除いてありません。

たとえ例外の場合でも、条件があったり、慎重な調査や準備を行う必要があったりするため、迅速に対応できない場合もあります。

実際には、必要に迫られて、やむにやまれず、人としての善意で、時にその役割を担ったり、援助したりする人（機関）もありますが、実際は

- そこに課せられた役割ではないこと、
- （実際にしている場合でも）その役割をいつも期待できるわけではないことを関係する全ての人が理解しておく必要があるでしょう。

「困った人だから○○が行うべき！」、「○○が対応して当然！」と一方的に求めたり押しつけたりするのではなく、本来はみんなが『できない』中で、困っている人をどうやって支援したらよいかを ケースごとに話し合い、できることを模索していくことが必要です。

『1週間だけ退院してみませんか？』

事例提供者：訪問看護師

Bさん 80歳代男性 肺がん 70歳代の妻と2人暮らし

末期がんで入院中のBさんは、
「もう思い残すことはない。家で小鳥のさえずりを聞きながら死にたい。」
と家に帰ることを希望していました。
一方、家族は在宅療養に不安があり、引き続き入院を希望していました。
そこで、病棟とケアマネジャー、訪問看護師、ソーシャルワーカー等で
カンファレンスを行い、妻に「1週間だけ退院してみませんか？」と提案
してみることにしました。妻の不安は大きかったのですが、その間「訪問
看護師が毎日行くから」と約束し、妻はそれを支えに退院させることに
しました。

退院後Bさんは、慣れた環境の中で安心したのか、入院中よりも食事が
とれるようになり、少し元気が出てきました。その姿を見て妻も嬉しそう
でした。その後、訪問リハビリ、訪問入浴のサービスが追加され、福祉用
具もレンタルし、療養生活が続きましたが、妻はその後入院を希望するこ
とは一度もなく、最期の瞬間まで、Bさんは望んでいた自宅で過ごすこ
うができました。

本人の最後の希望を叶えられた家族は、悲しみの中でもどこか「やり切
った。」という満足感を感じておられました。

事例提供者コメント

当初は、在宅療養に大変不安のあったご家族
でしたが、各職種で本人・家族の思いやその
様子をしっかりと共有し、それぞれの支援に
活かされたことが、このご夫婦を支えることに
つながったと思います。



『ありがとう』と伝えて

事例提供者：ケアマネジャー

Cさん 97歳女性 老衰 長女と同居

入院中のCさんは、治療は終了していたものの、体力や筋力が低下しており、転院が検討されていましたが、長女が看取りを覚悟でCさんを自宅に連れて帰ることになりました。

当初、長女はCさんを静かに看取ることを考えており、サービス利用に消極的でしたが、気になったケアマネジャーが、頻繁に声をかけ様子を伺っていると、食事量の低下に伴い褥瘡ができているのを発見しました。

主治医に連絡をすると、主治医がすぐに駆けつけ処置をしてくれました。長女はその対応を非常に喜び、サービス利用を前向きに考えるようになりました。

その後、訪問看護、訪問介護、訪問入浴の利用が始まり、たくさんのスタッフが家に出入りするようになりました。長女はそのサービス内容や対応に感動し、「母に対して、こんなによくしてもらえて嬉しい。」と話し、以後Cさんの介護に、前向きに取り組むようになりました。

ある日、全事業所がCさんのベッドサイドに集まり、担当者会議を行いました。互いに今後の支援内容や方向性について確認を行い、全員がCさんに声かけをして退室したその数時間後。

Cさんは、長女をはじめ子どもや孫たちみんなに見守られて、静かにお亡くなりになりました。

長女は、「亡くなる少し前に、母がスタッフの皆さんへ“ありがとう”と言って旅立ちました。」と言われました。

事例提供者コメント

多くの専門職の関わりの中で、家族の気持ちが変わっていき、そのことで専門職もより一層親身になってケアをし、その思い合いが本人にも伝わり、望む最期になったと感じる事例でした。

退院当初、焦らずにケアマネジャーとしての関わりを続けることで、家族に分かってもらえて本当に良かったです。



『望まない最期』

事例提供者：ケアマネジャー

Dさん 86歳女性 胃がん 独居（息子は遠方）

Dさんは、長年介護した夫の死後、1人で暮らしていましたが、徐々に食欲がなくなり、衰弱してきました。病院を受診したところ、胃がんが進行しており、体力的に手術ができない状態であることが分かりました。

状況を知ったDさんは、「入院はしたくない」と強く主張し、遠方に住む息子も「その意志に沿いたい」と、在宅で療養することが決まりました。

介護保険を申請すると、要介護4と認定され、本人や息子とも相談しながら、ケアマネジャーは、訪問看護、ヘルパーなどのフォーマルなサービスを調整し、多職種チームを組み在宅療養がスタートしました。主治医は自宅の近くで往診が可能であり、急変時には訪問看護を通して主治医に連絡することなどを専門職間で申し合わせていました。

しかし、実はDさんには、近所の人や友人など、ケアマネジャーの知らないところで、時々自宅を訪れ、Dさんの精神的支えになっている人がおり、この人達にはDさんの在宅看取りや延命措置についての意向、急変時の対応方法などが十分に伝わっていない状態でした。

ある日、近所の人が入居した際、本人がいつもと違ってぐったりしており、その場で慌てて救急車を呼んでしまいました。

Dさんは、救命処置を受けながら病院へ搬送され、結局そのまま自宅に戻ることなく、病院で息を引き取りました。

結果的に本人が望まない最期となってしまう、今でも悔いの残る事例です。

事例提供者コメント

このことから、支援者としてその人を取りまく人間関係をよく把握すること、今後の予測を細かくシュミレーションし、急変時の連絡先や対応方法を関わる人全員で共有しておくことが大切だと感じました。



在宅療養・看取りに関する相談窓口、学びの場

相談窓口	内 容	電話番号
周南市在宅医療介護連携支援センター	訪問や往診、在宅介護サービスの情報提供、医療機関や介護の連携に関すること	0834-27-4835
徳山中央病院がん相談支援センター	がん患者、家族に関する相談窓口	0834-28-4411
いきいきさぼーと (周南市地域包括支援センター)	高齢者の生活を支える相談機関 総合相談、成年後見、介護予防等	
・周南東部地域包括支援センター	(久米・櫛浜・鼓南・熊毛)	0834-29-1155
・つづみ園地域包括支援センター	(周陽・桜木・秋月・岐山・大津島)	0834-28-7055
・徳山医師会地域包括支援センター	(遠石・関門・中央・今宿)	0834-32-9035
・周南西部地域包括支援センター	(富田・菊川・和田・福川・夜市・戸田・湯野)	0834-62-6301
・周南北部地域包括支援センター	(須々万・長穂・向道・中須・須金・鹿野)	0834-87-2000
山口県弁護士会周南地区	遺言、相続、成年後見制度をはじめ法律全般	0834-31-4029
徳山公証役場	遺言や任意後見契約などの公正証書作成	0834-31-1745
周南警察署	困りごと相談	0834-21-0110
臨床宗教師(中国地方臨床宗教師会)	グリーフケア、スピリチュアルケア、宗教的ケアに関すること	Ch5rinshu@yahoo.co.jp
周南市社会福祉協議会	地域福祉権利擁護事業等	0834-22-9988
周南市もやいネットセンター	福祉総合相談窓口	0834-22-8200
周南市高齢者支援課	介護保険、介護認定に関すること	0834-22-8343
周南市生活支援課	生活保護に関すること	0834-22-8453
周南市地域福祉課	あ・うんネット周南に関すること	0834-22-8462

全国的な学びの場もあります！

- 一般社団法人 エンドオブライフ・ケア協会
- 日本ホスピス・在宅ケア研究会
- 特定非営利活動法人 日本緩和医療学会
- 一般社団法人 日本グリーフケア協会

など、人生の最終段階や看取りに関する学びの場は多くあります。自分にあった学びの場を活用しましょう



用語説明

※1 延命治療

回復の見込みがなく、そのままでは死が避けられない患者に、生命維持を目的に行う医療行為

※2 看取り

もともと「病人のそばにいて世話をする」、「死期まで見守る」、「看病する」という患者を介護する行為そのものを表す言葉だったが、最近では人生の最期（臨死期）における看取りを持って、単に「看取り」と言い表すことが多くなっている。このため、看取りは緩和ケア、終末期ケア、エンゼルケアと密接な関係にある。

(緩和ケア、終末期ケアと看取り)

緩和ケア、終末期ケアは、近い将来に亡くなれることが予見される方に対し、患者本人の意向を尊重することを前提に、身体的、精神的、社会的、霊的苦痛（スピリチュアル・ペイン）をできるだけ緩和し、その人なりの充実した最期を迎えられるような介護・援助をすることを指す。

緩和ケアと終末期ケアでは、ケアの対象疾患や対象となる病気の時期など、多少の違いはあるが、理念そのものはほぼ同じ。（公益財団法人長寿科学振興財団 健康長寿ネット）

※3 周南市日常生活圏域ニーズ調査

平成 29 年 6 月に市が実施した市内在住 65 歳以上（要介護認定者除く）の中から無作為抽出して実施した日常生活のニーズを把握するための調査。発送 2,000 人 回収 1,435 人（回収率 71.8%）

※4 周南市在宅医療介護連携実態調査

平成 28 年 7 月、市が市内医師・病院看護師・訪問看護師・ケアマネジャー・病院ソーシャルワーカーを対象に実施した在宅療養 4 つのシーンに関する意識と行動の調査。
発送 327 人 回収 271 人（回収率 82.9%）

※5 チームあ・うん zero

周南市における医療・介護関係者による多職種有志グループ。

平成 25 年に「医療と介護関係者の顔の見える関係づくり」をめざして立ち上がり、平成 26 年より定期的に研修会や講演会を企画している。周南市在宅医療介護連携推進事業の開始に伴い、平成 28 年に「あ・うんネット周南」から「チームあ・うん zero」に改称。

※現在は、周南市在宅医療介護連携推進事業を「あ・うんネット周南」と称している。

※6 地域ケア会議

高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法。地域包括支援センター等が主催し、医療・介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決、ケアマネジメントの実践力向上、個別ケースの課題分析等を重ね、地域に共通した課題を明確化し、資源開発や地域づくり、政策形成につなげるもの。

周南市では、市内 5 か所の地域包括支援センターが主催し、随時個別ケア会議、圏域ケア会議を実施している。平成 28 年度実績 35 回（個別・圏域含む）

※7 徳山中央病院 がん相談支援センター

がん患者、家族に対して、がん治療、緩和ケア、在宅ケアなどについての情報提供、療養上の相談、就労に関する相談などを行う。徳山中央病院内にあり、看護師や医療ソーシャルワーカーが相談対応する。相談無料、予約不要

問合せ 徳山中央病院 0834-28-4411

※8 在宅緩和ケア地域連携協議会

徳山中央病院で年1回開催されている在宅緩和ケアに関する地域連携のための会議。医療・介護などの専門職ならだれでも参加でき、情報共有や事例の検討などを行っている。

問合せ 徳山中央病院 0834-28-4411

※9 事前指示書（リビングウィル）

単なる延命治療を拒否し、終末期に入り意思の確認がとれない場合は延命治療をやめる、という本人の意思およびその意思を表明した文書のこと。自然な死を求めるために自発的意思で明示した「生前発行の遺言書」（日本尊厳死協会）。

事前指定書、尊厳死宣言書、蘇生拒否の指示（DNAR）など様々な呼称があり、それぞれ形式も異なる。

※10 エンディングノート

人生の終盤に起こりうる万一の事態に備えて、治療や介護、葬儀、相続などについての自分の希望や家族への伝言、連絡すべき知人のリストなどを記入しておくノート。

※法的な拘束力はない。

※11 ICT (information and Communication Technology)

「情報通信技術」の略で、情報処理や通信に関する技術、産業、設備、サービスなどの総称。

※12 SNS (social networking service)

「ソーシャル・ネットワーキング・サービス」の略で、人と人とのつながりを支援するインターネット上のサービスのこと。

※13 レスパイト

高齢者などを在宅でケアしている家族が休息をとれるようにするため、一時預かりなど一時的にケアを代替える支援のこと。

※14 検視

刑事訴訟法 229 条に基づいて施行される犯罪の嫌疑の有無を明らかにする刑事手続。必ず医師の立会が必要で、死体の検分も同時に行われる。

※15 インゼルケア

死後、遺体を清め、更衣をしたり、顔つきを整えること。頬を含み面で整えたり、生前の顔色に近いメーキャップを施したりする。

※16 グリーフケア

身近な人との死別により悲嘆にくれる人をそばで支援することで、悲しみから立ち直れるようにする支援。大きな悲しみを乗り越えていく過程を支援し、最終的には遺族が立ち直れるまでそばにすることを目的とする。

※17 スピリチュアルケア

人は病気のとて、身体的苦痛だけでなく、精神的（心理的）、社会的、さらに霊的（スピリチュアル）苦痛を含む全人的な痛みを苦しむ。その中で、霊的な痛みに対しての魂を癒すケアのこと。（ケア対象者の世界観にケア提供者が入る、自分以外の何かに新たなよりどころを求める、自己の内面に新たなものを見つけ出そうとする）

※18 宗教的ケア

スピリチュアルケアに対し、(ケア提供者の世界観にケア対象者が入る、自分以外の超越的なものによりどこを求め、対象者が決断を神仏(特定宗教の最高位)に委ねる)こと

※19 DNAR (Do Not Attempt Resuscitation)

患者本人または患者の利益にかかわる代理者の決定を意思決定をうけて心肺蘇生をおこなわないこと。ただし、患者ないし代理者へのインフォームドコンセントと社会的な患者の医療拒否権の保証が前提となる。

医療機関で前もってこれらの要望を記載する用紙を「DNRシート」と呼ぶ。

※20 死亡診断

医師には、自ら診察しないで診断書の交付、自ら検案しないで検案書の交付を行ってはならない等の無診察治療の禁止が法律で規定されている。

(診療継続中の患者が受診後24時間以内に診療中の疾患で死亡した場合には、異状がない限り改めて死後診察をしなくても、死亡診断書を交付することを認めています。これは、24時間を超える場合には死亡診断書を交付しなければならないとする趣旨ではありません。診療継続中の患者が、受診後24時間を超えている場合であっても、診療に関わる傷病で死亡したことが予期できる場合であれば、まず診療を行い、そのうえで生前に診療していた傷病が死因と判定できれば、求めに応じて死亡診断書を発行することができる。)

(平成26年度版死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル)

※21 生保(生活保護)

生活保護制度は、生活に困っている世帯の最低生活を保障するとともに、自分の力または他の方法で生活できるようになるまで援助する制度。(要件あり)

生活扶助、住宅扶助の他、医療扶助、介護扶助等がある。 ※基準額-世帯の収入=扶助額

問合せ 周南市生活支援課 0834-22-8453

※22 権利擁護事業(地域福祉権利擁護事業)

日常生活の判断が十分できず日常生活に不安がある方々が、地域で安心して生活ができるように支援する福祉サービスで、下記のことが行える。

- 各種福祉サービスの情報提供、手続きの代行
- 日常的金銭管理
(福祉サービス利用料の支払い、医療費、税金、公共料金、家賃、日用品等の代金を支払う手続き、年金や福祉手当をもらうために必要な手続きの援助)
- 通帳等重要書類の預かり
- 消費生活センター等専門機関への橋渡し

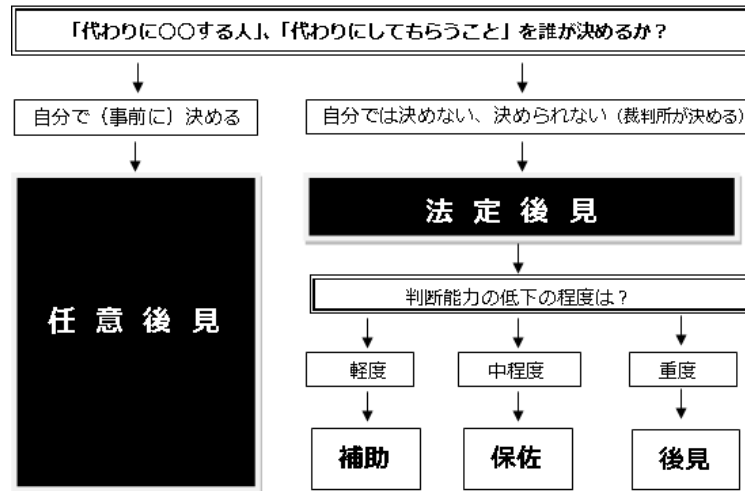
問合せ 周南市社会福祉協議会 0834-22-9988

※23 後見制度

精神上の障害などにより、自分のことについて自分一人で決めるのが難しい(あるいは不安な)人のために、その人の生活の法的な面(契約の締結、財産の管理等)でサポートする人(成年後見人等)を決める制度。

後見制度には、①サポートしてもらう人、サポートしてもらう内容をあらかじめ自分で決めておく「任意後見制度」と、②サポートしてもらう人を裁判所にあらかじめ決めてもらう「法定後見制度」の2種類がある。法定後見制度には、本人の判断能力の低下に応じて「補助」「保佐」「後見」の3種類があり、その種類によってサポートの内容(程度)が異なる。

【後見制度のおおまかなイメージ】



※24 後見人業務

■入院中の保証人

成年後見人とは、本人の財産管理や法律行為を代行に行うもの、いわば「成年後見人＝本人」であることから、連帯保証人にはなれない。

■入院の準備、退院時の迎え

荷物を届ける、入退院の送迎といった事実行為は含まれない。

問合せ 最寄りの地域包括支援センター（P.28）

※25 市による遺体の引き取り

遺体の引き取りは通常親族が行うが、遺体を引き取る人がいない場合等は、市へ要相談。

■遺体を引き取る人がいない場合（市）

①市で火葬 ②遺骨を市で保管 ③戸籍調査を行い火葬費用の弁償と遺骨の引き取りを親族へ依頼

※但し真にやむを得ない場合に限られる（要件あり）

問合せ 周南市生活支援課 0834-22-8453

■葬儀をする人はいるが、費用の捻出が難しい場合（市社協）

生活福祉資金の活用

冠婚葬祭に必要な費用として、上限 50 万円まで貸し付けを受けられる。

※但し貸付要件を満たす場合に限られる

問合せ 周南市社会福祉協議会生活福祉資金担当 0834-22-4742

平成29年度「急変時対応・看取りワーキング」委員名簿

所属機関、勤務先	職 種	氏 名
徳山医師会	医師	小野 薫
徳山医師会	医師	武居 道彦
徳山医師会	医師	岩本 直樹
徳山医師会在宅支援部	ケアマネジャー	藤井 博子
徳山歯科医師会	歯科医師	蔵田 聡
徳山歯科医師会	歯科医師	中玉利 剛
徳山薬剤師会	薬剤師	中野 大地
徳山薬剤師会	薬剤師	吉次 桂子
新南陽薬剤師会	薬剤師	竹光 弘樹
徳山中央病院	医師（緩和ケア病棟）	伊東 武久
徳山中央病院	医師（救急科）	山下 進
徳山中央病院	看護師	相本 和子
徳山中央病院	看護師（訪問看護室）	佐々木 文子
新南陽市民病院	医師	河野 正輝
山口県看護協会周南支部	看護師	兼森 道乃
訪問看護の会	看護師	樋村 理恵
周南東部地域包括支援センター	ケアマネジャー	藤本 稔
つづみ園地域包括支援センター	ケアマネジャー	徳本 敏子
徳山医師会地域包括支援センター	ケアマネジャー	内藤 誠
周南西部地域包括支援センター	ケアマネジャー	渡辺 奈津子
周南西部地域包括支援センター	ケアマネジャー	原 弘美
周南北部地域包括支援センター	ケアマネジャー	佐藤 綾子
周南北部地域包括支援センター	ケアマネジャー	吉木 秀之
周南市介護支援専門員協会	ケアマネジャー	藤本 真樹
周南市介護支援専門員協会	ケアマネジャー	河口 泰子
周南市介護支援専門員協会	ケアマネジャー	林 宏之
周南市介護支援専門員協会	ケアマネジャー	小林 恵
山口県介護福祉士会周南ブロック	介護福祉士	松永 淳
山口県理学療法士会東部ブロック	理学療法士	溝口 浩二
山口県理学療法士会東部ブロック	理学療法士	佐藤 啓介
山口県作業療法士会	作業療法士	中村 敏浩
山口県作業療法士会	作業療法士	鈴木 健朗
山口県作業療法士会	作業療法士	筒井 太一
山口言語聴覚士会	言語聴覚士	廣林 正則
徳山医師会病院	看護師	松本 陽子
通山法律事務所	弁護士	通山 和史
山口県周南健康福祉センター	事務職員	小澤 晃
山口県周南健康福祉センター	保健師	和田 奈都美
周南市社会福祉協議会	介護福祉士	有井 眞奈美
周南市地域福祉課	事務職員	中山 浩毅

おわりに

人生の最終段階が近づいたあなたの患者、利用者は、
人生の最期を、どこで、誰と、どのように、過ごしたいと思っているでしょう？
また、口から食べられなくなったときの点滴や経管栄養（胃瘻など）や、
心臓や呼吸が止まったときの心肺蘇生や人工呼吸などについては
どのような希望を持っているでしょう？

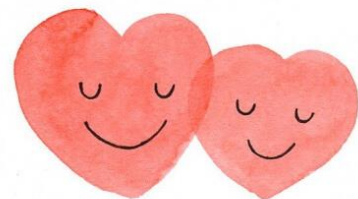
あなたの患者、利用者は、その思いをご家族に伝えているでしょうか？
また、ご家族はそれを理解してくれているでしょうか？

もし、あなたの患者や利用者が「人生の最期を自宅で迎えたい」と
思っているなら、どうすればそれを叶えてあげられるでしょうか？

まず、家族の理解が大前提ではありますが、
あとは 協働する多職種からなる医療・ケアチームをつくり、
そして、“最期までその人らしく”を支えること。

そのために『あ・うんネット周南』では、みんなで話し合い、その声をまとめ、
このガイドをつくりました。

周南市において、今後在宅医療と介護の連携がますます進み、市民が自ら『自分
らしい最期』を選択できる一助になれば幸いです。



多職種協働『看取り・急変時対応ガイド』

発行 平成 30 年 4 月

周南市地域福祉課 地域包括ケア推進担当

(あ・うんネット周南在宅医療介護連携会議事務局)

周南市銀座 2 丁目 1 3 番地

電話 0834-22-8462

