

介護職による看取り・グリーフケアにおける最適カリキュラムに
関する調査研究

介護職に求められるグリーフケア
介護職のための研修・実践

平成 29 年 3 月

一般社団法人セルフケア・ネットワーク

目次

はじめに	1
第1章 概要	5
1-1. 背景	
1-2. 調査研究内容	
1-3. 調査研究スケジュール	
1-4. ワーキンググループ	
1-5. 助言者	
第2章 カリキュラム	13
2-1. カリキュラムの作成過程	
2-2. カリキュラム作成会議の開催	
2-3. カリキュラム最終案	
第3章 今後の課題	21
3-1. トライアル研修の実施	
3-2. 事業所等のグリーフへの理解	
おわりに	23
【資料】	
参考資料1：インタビュー	27
参考資料2：遺族の声	35
参考資料3：研修実施レジュメ	42

調査研究

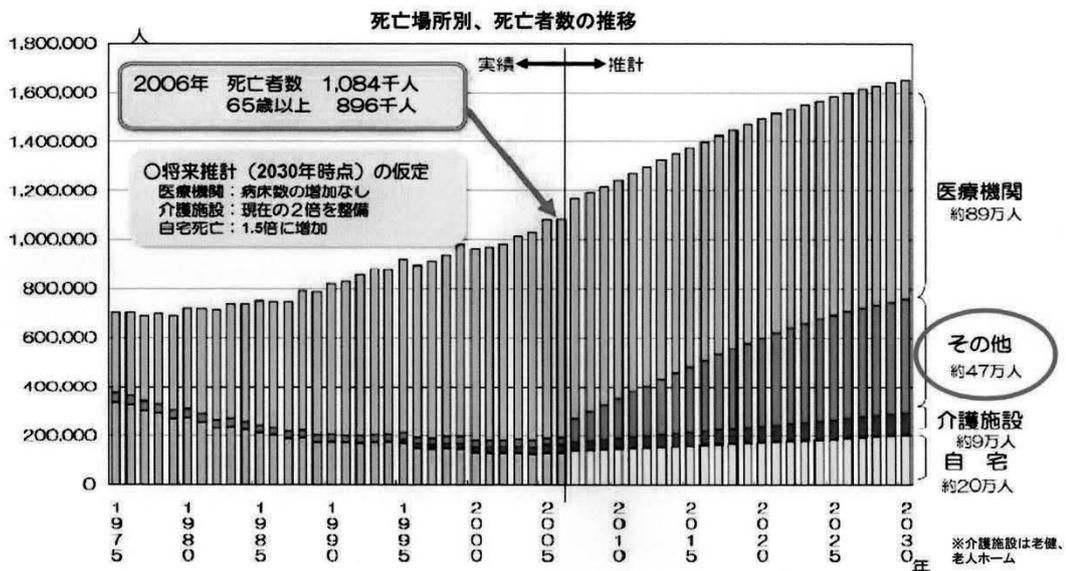
はじめに

日本は今、「多死社会」への道を着々と歩んでいる。平成 26 (2014) 年の人口動態統計の推計によると、年間の死亡数は 130 万人で出生数 100 万人を 30 万人上回り、まさに少子高齢多死社会へと進んでいる。平成 37 (2025) 年には、すべての団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者となり、平成 42 (2030) 年には年間死亡数は 160 万人と予測されている。そのうちの約 47 万人が看取り先の確保が困難ともいわれている。(図 1)

戦後、看取りの場は長い間、病院や診療所が大半を占めており、看取るのも医師や看護師といった医療職であった。

(図 1)
高齢者のターミナルの場 (予測)

○高齢化の進行による死亡数の増加に対し、看取りの場所が不足する見通し。



資料: 2006年(平成18年)までの実績は厚生労働省「人口動態推計」

2007年(平成19年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

出典: 厚生労働省資料

今後は、在宅や介護施設等の、高齢者の“生活の場”での看取りが増加すると予想されるなか、看取りの場面における死にゆく人とその家族へのケア、そして看取り後のグリーフケアにおいて、介護職の果たす役割はますます大きくなっていくことが予想される。

死にゆく人やその家族・遺族に接するうえで最も基本となることは、相手の思いを尊重し、その思いに寄り添う姿勢である。グリーフケアに関しては、言葉の定義は必ずしも定まっていないが、死別後の心理的サポートを促進するとともに、死別に関連した種々の負担や困難を軽減するために行われる包括的な支援と捉えることができる。悲嘆は正常反応であり、基本的には病的なものではないが、精神的な不安や病気の罹患、自殺等のリスクを高めることがこれまでの研究で報告されている。そのようなリスクを軽減するための支援として、グリーフケアの潜在的ニーズは大きいといえる。

また、グリーフケアは一般的には死別後に行われる支援であると捉えられるが、遺族にとってはどのような看取りであったかも、死別後の悲嘆にしばしば関係する。亡き人

である本人や家族にとって思いの叶う看取りであった場合、死別後の悲嘆は少なからず軽減され、逆に不本意な看取りの場合には怒りや自責の念に苦しむことになることが多い。より良い看取りのケアは、死別後の遺族へのケアにもつながっているといえる。また、見過ごされがちではあるがケアに携わる介護職自らのケアも重要である。

私たちは以上の点から、介護職が安心して業務を遂行するためにも、十分な研修を修めたうえで看取りや、その後の遺族のケアにかかわるべきだと強く考えている。終末期になればなるほど医療ニーズは小さくなっていく。限られた医療資源は急性期や慢性期に集中し、終末期のケアと看取りは、医療職、多職種と連携しながら、介護職が主として担うべきではないかというのが私たちの考えである。この研究により人口構造や社会構造、医療・介護の供給体制といった、もろもろの変化に対応した介護職による看取り、グリーフケアが確立される一助となればと思っている。

第1章

概要

1-1 背景

平成 27 年度に「介護職による看取り・グリーフケアのあり方」に関するアンケート及びインタビュー調査を、介護職員 584 名、介護事業所 114 社及び有識者に対し実施した。

一連のアンケート調査及びインタビュー調査結果により、利用者に対する終末期や看取りにおいて、介護職による関与の必要性とその重要性が確認できた。寧ろ、終末期においては、医療の役割は減少し、介護の役割がウエイトを多くを占めるようになる。また、看取り後の遺族・介護職に対するグリーフケアに関しては、現状では十分なサポートができていたとは言い難いものの、今後の必要性についても確認できた。

一方で、多死社会が加速し、国が地域包括ケアシステムの構築に舵をきる中、看取りやグリーフケアに対する社会全体の理解や啓発の遅れは、社会的な損失（終末期対応では、多くの介護職員が不安や喪失感を抱えストレスを感じており、それが離職の一因になっている場合もある）にもつながり、喫緊の課題であることは間違いない。また、ストレス尺度の研究では「配偶者の死」によるストレスが最も高く、「近親者の死」も高い値が出ている。（表 1）

以上の点から、介護職による看取り・グリーフケア研修の必要性が今後高まることは、十分予想され、研修カリキュラムの体系的整理と、教育体制の整備の両面の対策が求められる。

（表 1）

順位	ストレッサー	60歳代	70歳代	順位	ストレッサー	60歳代	70歳代
1	配偶者の死	87	67	14	上司とのトラブル	58	56
2	大きな怪我や病気	78	57	17	老人ホームに入る	57	62
3	職を失う	73	82	17	痛い関節痛	57	56
4	退職	71	64	19	施設より他の住所に変わる	56	40
5	近親者の死	69	52	20	家族との会話の減少	55	34
6	法律的トラブル	65	75	20	経済状態の大きな変化	55	60
7	活力の衰えを感じる	63	57	22	満足な活動の大きな変化	54	64
7	話し相手がなくなる	63	46	22	夫婦の別居	54	60
9	睡眠パターンの大きな変化	61	42	22	離婚	54	66
9	食生活における大きな変化	61	41	25	生活環境の変化	53	44
9	視力の低下	61	58	25	配偶者との口論	53	36
12	家族の健康や行動上の大きな変化	60	48	25	聴力の低下	53	56
12	親友の死	60	42	28	仕事の責任の変化	52	40
14	配置転換	58	40	29	社会活動の変化	51	30
14	70歳になる	58	48	29	嫁・姑の葛藤	51	48

出典：夏目誠、太田義隆、野田哲朗他：高齢者の社会的再適応評価尺度 1999

1－2 調査研究内容

平成 27 年度の調査結果を踏まえ、表題に掲げた介護職による看取り・グリーフケア研修の内容と、その具体的なカリキュラム案を検討するために、介護現場や介護福祉士等の養成課程の現状、また豊富な知識を有する専門家へのヒアリングを行った。

上記を実施した上で、ワーキンググループを結成し、我が国の介護現場に合った看取り・グリーフケア研修カリキュラムの立案を行った。

尚、介護の現場を取材する際には、今後の介護職による看取り・グリーフケア研修と教育の必要性を喚起し、併せてその啓蒙・啓発に努めた。

1-3 調査研究スケジュール

- ①調査研究の方針の検討 2016年6月
- ②ワーキンググループ等での検討会議 . . . 2016年7月～2017年1月
- ③カリキュラム案作成 2016年9月～10月
- ④カリキュラム修正 2016年11月～2017年2月
- ⑤カリキュラム最終案作成 2017年3月

1-4 ワーキンググループ

白井 孝子	東京福祉専門学校 副学校長	看護師・介護福祉士 介護支援専門員
高橋 幸裕	尚美学園大学 総合政策学部 専任講師	介護労働論 高齢者福祉論
笹川 美由紀	社会福祉法人東京都社会福祉協議会 東京都高齢者福祉施設協議会 特養副分科会長	保健師・社会福祉士
近藤 和子	マザーリング&ライフマネジメント研 究所/みんなのMITORI・研究所 代表	看護師
香川 喜久江	フリーライター	
森田 茂生	年友企画株式会社 顧問	
本田 清隆	一般財団法人医療経済研究・社会保険 福祉協会 常務理事	
岩崎 孝宏	一般財団法人医療経済研究・社会保険 福祉協会 業務推進部課長	
高本 眞左子	一般社団法人セルフケア・ネットワー ク代表理事	
市川 美奈子	一般社団法人セルフケア・ネットワー ク理事	

※順不同

1-5 助言者

坂口 幸弘	関西学院大学 人間福祉学部 人間科学科 教授	死生学・悲嘆学
土谷千津子	社会福祉法人きらくえん 副理事長	介護支援専門員 介護福祉士 認知症ケア専門士

第2章 カリキュラム

2-1 カリキュラムの作成過程

本調査研究では、介護職による看取り及びグリーフケアにおける最適カリキュラムを構築するために、以下のような過程で行った。

1) 聴き取り調査

調査研究実施にあたり、学識経験者に聴き取りを行い、研修に必要な要件を整理した。聴き取りにあたっては、訪問の上、3時間程度の聴き取りを行った。

また、看取り教育やグリーフケア教育等を行っている施設、介護事業所の責任者等に聴き取りを実施した。聴き取りにあたっては、訪問の上、2時間程度の聴き取りを行った。

さらに、セルフケア・ネットワークが実施したグリーフサポート関連の講座等にて、福祉職、援助者等に実践研修において聴き取りを実施した。

※参考資料1を参照。(了承済みのインタビュー内容を掲載)

2) グリーフケア等のニーズ調査

大切な人を看取った経験のある遺族等に対し、終末期から死別後の出来事等の聴き取りを実施した。明確に“グリーフケア”の必要性につながるものではないが、死別の前後に表出するさまざまな思いや問題点などを読み取ることが出来、介護職がグリーフケアを理解する上で参考となる事例である。

聴き取りにあたっては、訪問の上、2時間程度の聴き取りを行った。

※参考資料2を参照。(了承済みのインタビュー内容を掲載)

3) ワーキンググループ及び研究委員会の設置

1)～2)を踏まえ、定期的に協議等を行い、更にワーキンググループを設置し検討を行った。なお、メンバーの方々とは、個別に打合せを行い検討を行った。打合せにあたっては、訪問の上、2時間程度の聴き取りを数回に渡り行った。

※詳細は2-2を参照。

4) カリキュラム作成

3)で協議した内容を基にカリキュラム最終案を作成した。

※詳細は2-3を参照。

5) 研修実施用レジュメ作成

※参考資料3を参照。

2-2 カリキュラム作成会議の開催

以下の日程で会議を開催した。なお、このほか、メンバーの方々と個別に打ち合わせ等を実施した。

第1回会議	日時	平成28年7月6日(水)
	場所	社福協会議室
	内容	・調査概要の協議
第2回会議	日時	平成28年9月23日(金)
	場所	社福協会議室
	内容	・助言者ヒアリングの進捗報告 ・カリキュラム内容について協議
ワーキンググループ会議	日時	平成28年11月22日(火)
	場所	社福協会議室
	内容	・ヒアリング結果の説明 ・研修概要について協議 ・カリキュラム内容について協議
第3回会議	日時	平成28年12月21日(水)
	場所	社福協会議室
	内容	・ワーキンググループ会議での課題検討
第4回会議	日時	平成29年1月13日(金)
	場所	社福協会議室
	内容	・カリキュラム案について協議
第5回会議	日時	平成29年2月23日(木)
	場所	社福協会議室
	内容	・カリキュラム最終案について協議

2-3 カリキュラム最終案

※実施方法は、参考資料3を参照。

研修目的：グリーフケアを理解するうえで必要な知識を習得する。
1. 理解：グリーフケアを理解し、実施する上で必要となる関連知識を学ぶ。
2. 安心：介護職が安心して業務に遂行でき、介護者（家族等）にも役立つ。
3. 安定：所属している事業所等の、安定した経営及び信頼へとつなげる。

研修カリキュラム（実施要綱）及び実施計画
講義・演習
1. グリーフケア概論 ＜研修目標＞ ・グリーフについて基本的な知識を学ぶ。 ・グリーフを正しく理解することは、介護職自身のためであると同時に、生前から死後まで継続的に関わりのある介護職だからこそ、介護者（家族等）へ適切な対応が行え、介護者（家族等）にとっても、死別後の安寧な暮らしにつながる。 ＜カリキュラム時間＞：60分 ＜実施内容＞：講義 ・グリーフに関する言葉 ・グリーフとは ・グリーフワークとは ・グリーフケアとは ・グリーフの具体的なサポート
2. セルフケア概論 ＜研修目標＞ ・介護職は支援者であると同時に、要介護者の死によって自らもグリーフ（悲嘆）を経験する。 ・セルフケア法を学び、意識的に自分をケアする習慣を身につける。 ・介護職が心身の良い状態を維持することは、自分自身を守ることでもあり、要介護者や介護者（家族等）により質の高い支援を提供することにつながる。 ＜カリキュラム時間＞：60分 ＜実施内容＞：講義 ・セルフケアの基礎知識 ・レジリエンスについて

3. グリーフケア・セルフケア実践

<研修の目標>

- ・具体的なグリーフへの対応を学ぶ。
- ・介護職自身が体験した喪失や、看取り期に経験した事柄を振り返ることで、自分自身へのさまざまな気づきが生まれる。
- ・併せて、自分に合った取組みやすいセルフメイドのセルフケア法を習得する。

※「看取り」の定義：終末期にある要介護者に対し、要介護者本人の意思と権利を尊重し、要介護者本人の尊厳を保つと共に、安らかな死を迎えるための終末期に相応しい医療、看護、介護、リハビリテーション等を行う。これらの一連の過程を「看取り」とする。

<カリキュラム時間>：150分

<実施内容>：演習

- ・ワークシート記入
- ・グリーフケア実践1：グループディスカッション
- ・グリーフケア実践2：ロールプレイング
- ・セルフケア実践：ワークショップ

4. 看取り期・臨終期のケア

<研修目標>

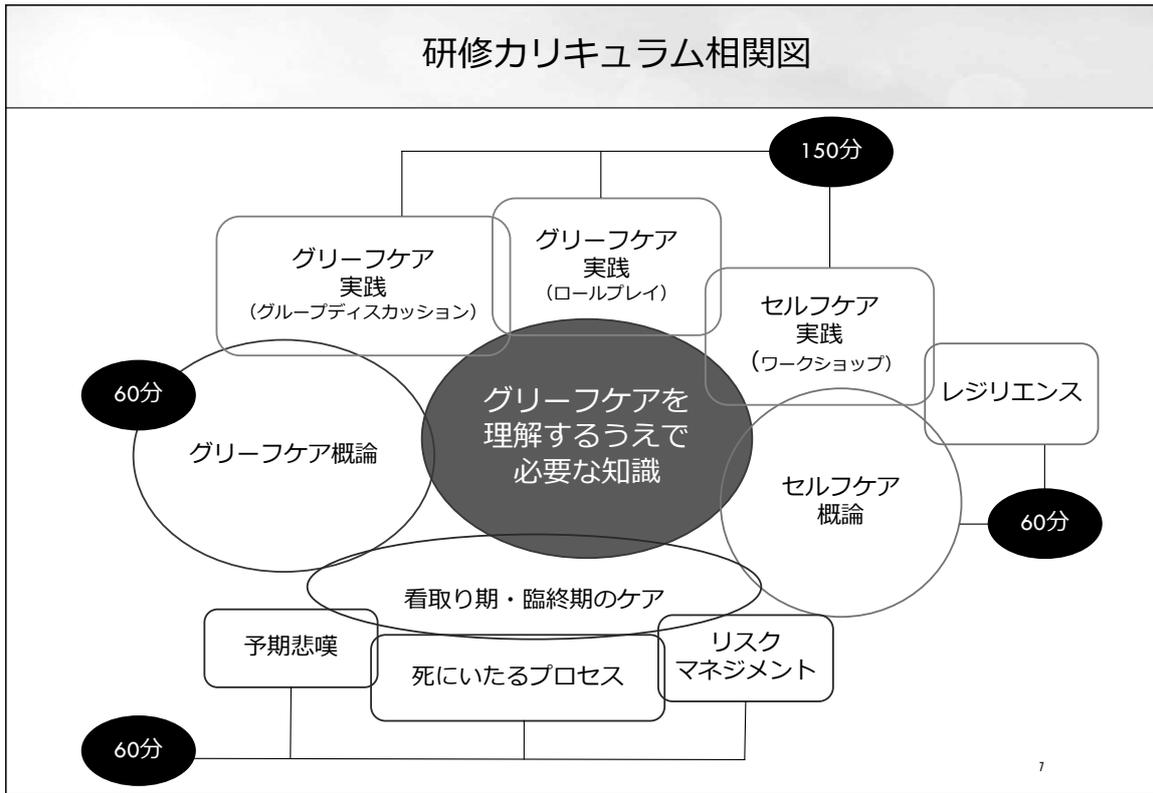
- ・看取り期の要介護者の心と体の変化及び介護者（家族等）の受容段階について学ぶ。
- ・看取り期に起こる精神的変化や、死にいたる身体的変化を理解し、柔軟に対応することにより、介護者（家族等）の安心や安寧、後のグリーフケアにもつながることを学ぶ。
- ・看取り期のなかで、施設の取組及び訪問介護事業所が整備できるグリーフ（悲嘆）に関する体制づくりについて学ぶ。
- ・訪問介護に携わる者が、体制づくりの基本となるものと介護職自身の役割について学ぶ。

<カリキュラム時間>：60分

<実施内容>：講義

- ・予期悲嘆
- ・予期悲嘆への対応
- ・死にいたるプロセス
- ・エンゼルケア
- ・リスクマネジメント

研修カリキュラム相関図



第3章

今後の課題

3-1 トライアル研修の実施

本調査研究では、昨年度実施したアンケート調査及びインタビュー調査において、介護職が、利用者の終末期にも安心して業務を遂行するためには、終末期における看取りとグリーフケアに関する知識を体系的に習得することが必要という結論に達した。それらを踏まえて、ワーキンググループ及び研究委員との協議、検討を行い、助言者等の意見を取り入れながらカリキュラムの構築を行ってきた。

今後トライアル研修を重ねながら、さらに内容を充実させ、グリーフケア研修を定着させることが必要である。

併せて、今回実施した“遺族の声”による聴き取り調査は今後も継続し、グリーフケアのニーズを把握すると同時に、的確なグリーフに対する支援等を明らかにすることが、本調査研究を役立てることにつながる。

3-2 事業所等のグリーフへの理解

「グリーフケア」に関しては、徐々に関心が高まりつつあるが、実際にはその言葉自体まだまだ馴染みがなく、認知度が高いとはいえない。しかし、「はじめに」に述べたとおり多死化時代を迎え、「死」がより身近になると同時に、地域のつながりが希薄な点や高齢者の独居による孤立等を考えると、地域に根ざした介護事業所の役割は非常に大きい。

本調査研究のプロセスにおいて、何度となく問題提起されたのが、介護事業所等の理解である。現状では、訪問介護では看取りの加算はついていない。また遺族へのサポートはボランティアの領域となる。一方で、遺族となった住民に対し、グリーフサポートを通して見守りを行うことも、さらなるサービスへとつながる可能性が高いため、事業所等のグリーフへの理解を期待する。

今回の調査研究の期間中に、約180名の援助者(*)に対し、グリーフサポートの講座等を実施した。多くの方が誰かしらの終末期に関わっており、その時に十分なサポートが出来なかったこと、知識が足りなかったことなど、少なからず後悔や罪悪感を感じていた。介護職からは、利用者が亡くなった後、流れ作業のように次の利用者の担当になり、常に自分の悲しみに蓋をしてきたこと、悲しむことはいけないこと、仕事なのだから割り切ること等を指導されてきたという意見もあった。中には介護の仕事自体を辞めた人もいた。

介護事業所に限ったことではないが、親の介護等で仕事に支障を来すケースも少なくない。また、介護離職は社会問題にもなっている。死別に限らず、さまざまな喪失体験によるグリーフは誰にでも起こる事象であり、社会全体にグリーフケアについて広く理解を求めたい。

(*)介護職に限らず家族や地域社会を支える活動を行っている人々

おわりに

多死化時代を迎え、介護職の看取りや遺族へのサポートをどう社会的に評価するかは、今後の課題と言えよう。通常の介護保険サービスにしる保険外サービスにしる、行政と住民による議論が必要になってくるのではないだろうか。

人口構造の将来予測を見ても、今後は“支えられる層”は増加する一方で、“支える層”は減少していく。従来の共助、互助によってのみ社会を支えるという発想から一歩踏み出し、自助を加えることも重要である。

日本国内では、グリーフケアの取組みは遅れているものの、グリーフケアを単独に考えたり、社会保障の中で支えるのではなく、社会全体でどのように支えていくか等、社会的位置づけを考えるべきではないだろうか。

グリーフケアを考えることを契機に、今後の日本社会のあり方を考える一助となればと思っている。

資 料

- ・ 参考資料 1 : インタビュー
- ・ 参考資料 2 : 遺族の声
- ・ 参考資料 3 : 研修実施レジュメ

参考資料1 インタビュー

介護職向けに看取り及びグリーフケアの教育等を実施している、社会福祉法人の事業責任者に、施設での現状について語っていただき、本調査研究の研修カリキュラムに反映させた。

ご協力いただいた方の所属、肩書きは取材当時のものです。(敬称省略)
文責：一般社団法人セルフケア・ネットワーク

看取りの段階で重視したいのは、療養環境の充実

高本：介護職に、看取りの段階で望むこと、これはぜひやってほしいことなど、教育として伝えているのはどのようなことですか。

土谷：施設で現在やっている事ですが、まずは居室環境というか、療養環境が大切です。ナイチンゲールの本をみんなで読んだりするのですが、医療機器に囲まれるのではなく、その人にとって本当に安心できる清潔な環境や適切な換気など、終末期を過ごす療養環境を重視しています。たとえば、ベッドに臥床して（寝て）いる時間が長くなると見える風景も違ってきますから、窓からの眺めが少しでもよくなる位置にベッドを動かしたり、家族の写真や絵をベッドから見やすいように低い位置にしたり。ご家族が付き添いやすいようにと、レイアウトを変更することもあります。また、少しでも肌触りの良いリネンを使うとか、音楽の好きな方なら好きな音楽が流せるようにしたり、やわらかい香りを提供する場合があります。

高本：五感ですね。香りや音楽は、ご本人はもちろん、介護職にとってもいいですね。

土谷：そうですね、緊迫していると自分自身も、とくに経験が浅い場合は緊張しがちですから効果的です。体温調節も難しくなるため、室内の照明や室温・湿度の調節なども心地よさを高める手段の一つです。

高本：昨年度の調査研究で行ったアンケートの特記事項には「バイタルチェックなどに目がいってしまう」というコメントが多く見受けられました。

土谷：自分自身の安心と、医師等に報告する義務があるのでどうしてもそこに目がいきます。でも、私たちケアスタッフはそのことを重要視していません。というのも、身体がつかなくなっている方にはバイタルチェックは負担にもなるので、今どの状態にあるかの指標にはなりますが、そこに頼らない方が良いと思っています。看取りの段階に入ると、もう重要視しなくていいでしょう。医療従事者からすれば、違う観点かも知れませんが、総合的に私たちはそう考えています。

高本：いま教えていただいた内容は、在宅でもできることですね。環境整備というだけでも福祉用具を入れるなど固定観念が先立ってしまいましたが、リネンを換えるなどはとくに費用がかかるわけではなく、気づきの部分になるので、介護職だからこそこの配慮ですね。ところで、先ほどナイチンゲールのお話をされましたが、勉強会などでもそういったお話はよく出てくるのでしょうか。

土谷：理念的な、本来求めるべきもの、大切にすべきものというのは、すごく参考になります。それと、話が前後しますが、徐々に楽しむものが減り、できることも少なくなってくるので、口からお食事がどうにか摂れる間は少しでも好きなものを楽しんでもらいたい。この間も焼き鳥がお好きだった方に、もう食べられない最終段階、亡くなる3日前だったそうですが、焼き鳥を買って来て管理栄養士がホットプレートで焼いたそうです。香りを楽しんでもらい、たれを棒状のものに付けて、舐めていただいたそう。あるいは、コーヒーがお好きだった方には、介護職がコーヒー豆を目の前で挽いて、家族と一緒に楽しんでいただいたことも。その方の好きなものを、ぎりぎりまで追求して、できる限りのことはさせてもらいたい思いがあります。また、特養は多職種で連携した取り組みが行いやすいことが利点です。当法人の例では、口腔ケアは、介護職だけではなく、看護師や言語聴覚士・歯科衛生士、姿勢を整える面では理学療法士、自助具の工夫では作業療法士などが共にかかわります。口腔ケアは肺炎予

防と同時に、不快感を取り除いたり、口腔内の乾燥を防ぐ目的もあります。

高本：それらは在宅では難しいですか？

土谷：できると思います。相談しながらになります。棒付きの飴のようなものなら、風味を味わってもらってもできるし、唾液も促せます。水分をたくさん飲むのは無理かもしれませんが、例えば、訪問看護師が来ているときに、一緒に提供するようにすれば、万が一むせたときもご家族は安心できる。こうした取り組みは医師にアドバイスをもらいつつ、積極的に行うとよいですね。お酒を好きな方がビールを少し召し上がったり、ビールをゼリー状にした事例もあります。ジュースを氷らせたり、お茶をゼリーにしたり、いろんな方法があるので在宅でも可能ですし、みんなに囲まれて一緒に食べるのも在宅ならではでしょう。煮凝りのゼリー状のところだけでも栄養価がありますし、食のアプローチからは十分できると思います。また、つい先日、理学療法士が亡くなった時にお体がきれいであるように、傷や褥瘡を作らないことを心がけていると話していました。それもととても大切なことで、寝る姿勢や座る姿勢は、福祉用具の選定の段階から配慮が必要ですが、安楽な、呼吸苦を少しでも軽減させるギャッチアップの角度などのアドバイスができると思います。ご家族ができる事もたくさんあるので、ご本人とご家族の満足度が高まるように側面から支えていくのが、私たちの役割だと考えています。

高本：チームケアが大切なことは在宅の場合も同じですね。ただ、「人が足りない」「やる事が多くて時間が足りない」など、いろんなお話をたくさん聞きますし、おっしゃるとおりだとは思いますが。

土谷：すべてケアスタッフがやらなくてもいいのです。家族にもできることはたくさんあるので、一緒に考えてご家族に提案していった方がいいのではないのでしょうか。

ひとりの人間としてどう向き合うか

高本：最後の場面での看取りのチームには、お友達とか地域の人達の存在も必要ですね。

土谷：なじみの方に来てもらうのは、ご本人にもご家族にも「癒し」だと思います。孫やペットの存在も含まれますね。

高本：みんなで賑やかに送るのは可能性としては在宅の方がありますね。最近のご近所づきあいが薄い現状はありますが、施設よりは在宅の方が、隣のおばさんがちょっと来ることもできますから。

土谷：横に20～30分座ってもらっただけでも全然違うと思います。ベッドサイドで若い頃のお話などをするのは、ご家族にとっても貴重な時間ではないでしょうか。楽しかったころを思い起こしながら、その人となりを知ったり、思い出話をしたり。それらは亡くなられてからもするのですが。

高本：終末期から、グリーフサポートは必要になるということですね。

土谷：そうですね。身内の死の場合、『お別れ』の少しずつの準備段階というか受け入れについては、チームで関わっていくという視点が大事です。

高本：その場合のリーダーと考えられるのは、在宅の職種の中では介護士でしょうか、それとも看護師ですか？

土谷：どこが主体的に、サービス提供にかかわるかにもよりますが、ケースバイケースですね。あとはご本人の状況で、例えばがんの末期なら、医療職の方が色濃くかかわってきます。

高本：看取りとグリーフのアンケート調査では、「何をやってよいか分からない」、「必要とされているのだろうか」という答えも多かった。おそらく、グリーフは範囲が広

く、これが正解というものがないので、『これぞグリーフ』という決め手がないのかもしれない。アンケートで、グリーフケアの実施について尋ねましたら「亡くなった後にお葬式に行きました」というお話は聞くのですが、多分介護職は場面場面に応じてさまざまに対応されていても、それがグリーフのサポートとは気付かずにやっていることも多いのでは。気づくか気づかないかではものすごく違いますから、そこを意識づけてあげたい。数々の選択肢があり、その中で自分がピックアップできるようなメニューをいくつも持っておくのが必要なかなあと考えています。

土谷：ご家族がおられる場合は、ご家族とともに今の状態を確認し合ったり、その人のことをもっと深く大切に思う時間をたくさん取るのがいいのではと思います。施設での暮らしでは、ふだんご家族に見せない場面も出てきて、「そんなことをうちの親が言っていましたか？」と驚かれることも。終末期には、ご本人にもご家族にとっても対話する時間がたくさんあるといいと思います。

高本：亡くなられてお葬式の時に今まで知らなかった故人の関係性を知って初めて「ああ自分の親はこんな風だったんだ」と解るケースがありますが、それ以前の段階ですよ。前から、切れることなくグリーフサポートもあるべきなのかも知れませんね。

土谷：どの段階から、という区別はなかなかしづらいかもしれないのですが。

高本：昨年伺ったときに、お別れ会では皆さんで利用者さんも含めて手を合わせ、裏からではなく正面からお送りするお話も忘れられなくて。そういう形で最期をお送りできるのはいいなあとと思います。

土谷：アルバムを一緒に見たりするのもグリーフになります。お若い頃からのアルバムがあれば入居の時に持ってきてもらうのですが、なければ施設で撮った写真などもあるので、それを見ながら思い出やエピソードを語ったりしてもいいですね。

高本：そうですね。それも在宅でできそう。

土谷：できると思います。でも、介護保険のサービスは時間で区切られていますから、その中でできることは限られるかもしれないし、その時間を超えてというのは躊躇するかもしれませんが、専門職である前に「ひとりの人間としてどう向き合うか」が優先されるのではないのでしょうか。ただ、そうはいつても組織にいる以上、権限を持っていないヘルパーさんだけで判断をするのは難しいでしょうから、組織のトップが必要性を認めてくれるとやりやすい。

高本：アンケートでも、介護職と事業所の意識の違いが明らかでした。グリーフができない理由として、事業所は「時間がないし、ヘルパーのトレーニングをしていないので技術がない」といい、介護職は「事業所に体制が出来ていない」など。双方の立場で意見はさまざまですが、これが本音の部分なのかなと感じました。

土谷：特養の介護も一緒に、限られた時間をどうやりくりし、工夫するかだと思います。できないと思ってしまったら何にもできません。今日は、与えられた30分のうち20分で決められたサービスは終え、残りの10分で家族ときちんとお話しようとか、仕事の組み立てと意識の持ち方で変えられると思います。ただ、お世話はあくまでも丁寧にすることが大事で、とくに終末期はぞんざいにおむつ交換されたりするとご家族もつらい思いをします。模範的な方と一緒に行って学べる機会があるといいのですが、やはり単独で訪問することが多く、しかも全部自分でやらなければならないので、時間に追われて、余計に焦ってしまうこともあるかもしれません。

ターミナル期の対応と記録

高本：今後は、報告の仕方や記録の充実も必要と思われるのでカリキュラムに取り入れ

ようと考えています。また、生物学的な死に至る過程、人はどのように死んでいくのかなどご存知ない方も多いと思うので、これも家族も含めて知っておく必要があると思っています。

土谷：死に至る過程での変化は、職員教育の中で学びます。知っておかないと不安でたまらないというスタッフの思いもありますから。

高本：あとは、終末期、本当にターミナルになると、もう目まぐるしく変わる。それに対する記録というか、観察力というのか、そこがまだ不足しているのではないかという話もあります。

土谷：バイタルチェックも全くしないわけではないので、最低限、数値的なものや、苦痛症状のあるなし、表情や反応を端的に書きます。場合によっては、口数が少なかった方が「ありがとう」と言ってくれたとか、それはきちっと記録に残そうとか。呼吸数や脈拍、尿量や、チアノーゼが出ているかいらないか、そういったことはもちろん落とし込みますけれども。

高本：例えば DVD など使われるのですか？ 人が死んでいく姿というか…。

土谷：それは、実際のケースで覚えていけるように教えていくしかないですね。もちろん、ご本人の前では言いませんけれども「これが下顎呼吸」とか、「これがチアノーゼ」などを教えます。それはもう、経験を積み重ねて修得するものだと思います。

高本：実際見ていなくても知識として座学でも学ぶべきことですね。

土谷：そうですね。私たちも、医師を招いて折に触れて勉強会をしています。在宅ホスピスをされているドクターが、A4 一枚ほどにまとめた文書をご家族にも渡しているそうで、それは我々もそのまま使えると思いましたが、了承を得てケアスタッフに配布し、周知しました。スタッフは入れ換わるので、その都度、毎年のように内容を確認し合っています。ターミナルの場面で「今の状況がそうだよ」ときちんと落とし込むことが大事だと思います。

高本：一步間違えると救急車を呼んでしまったりするのですね。

土谷：とくに在宅で一人で看ている方などは、不安でたまらない。呼吸が荒くなると、苦しんでいるのではないかと思ってしまう。けれど実はそういった呼吸は「ターミナル期に特徴的なもので苦痛はないと科学的に証明されている」と、家族に冷静に説明する必要がある。それが医師や看護師しかできないのでは困るし、もちろん、家族にとってみると医療従事者から言われるのとは納得度も違うのですが、でも、私達もきちんと説明できる知識を身につけることと、その教育が必要です。

高本：そういう教育は定期的に、あるいは集中的に勉強されているのですか。

土谷：さまざまですが、部署の中でも小グループで行ったり、私たちも新人教育で実施しています。5 施設あるので、集合研修をやるのですが、その際に概要を説明したりします。しかし、まだ現実のケアに関わっていない人に教えても実感がないので、半年とか1年立ってからあらためて研修します。最初は、観察のポイントと報告のあり方みたいな、最低限の道筋をつけてあげる。当初は、それが夜勤を一人でやっても、不安を解消できるポイントだと思うのです。

高本：この間伺った施設の方も、夜勤のことがすごく心配だとおっしゃった。

土谷：自分の担当時に『その時』が来たらどうしたらいいのか。人が亡くなる姿を見たことがない人ばかりですから、当然だと思います。

高本：例えば、エンゼルケアについて介護職はどのあたりまでかかわるものなのですか。

土谷：エンゼルケアは、医師が死亡診断をした後、基本的に看護師が中心ですが、状況に応じて介護職も一緒に行います。以前はドクターの指示通りに、ぎりぎりまで点滴をしていたこともあったのですが、亡くなられた後もお身体がむくんでいたり、点滴跡が痛々しいことなどがありました。でも、枯れるように亡くなられると余分なケアは不要で、清拭をして、口や目を閉じたり、お着替えをしたりすることは介護職でも

十分できます。拘縮もひどくなければ着替えも出きるし、男性なら髭を剃って化粧を施したり、皮膚が弱くなっているのを、あまり擦ってはいけないとか、また腐敗が進まないようドライアイスで腹部にあてる、その際は感染予防のために手袋をするなど、最低限のことは基本的に教えてあります。葬儀会社さんもエンバーミングや湯灌などの処置をされているし、プロとして口を閉じる便利な器具などもご存じなので、無料で勉強会に来て教えていただくこともあります。あとは、テキストを使ったり、外部研修に派遣したり、介護職も基本的なことは修得できるようにしています。

高本：例えば、ご家族がそこに立ち会うことはあるのですか？

土谷：もちろん、あります。その場でのお声がけもしますが、亡くなる前段階でお話してお身内として参加されるかどうかを確認しています。手を拭いてあげたり、口紅を差されたりとか、ご希望に応じてできますし、される人はけっこう多いですね。

高本：それもある意味、グリーフケアになりますね。

土谷：そうですね。きれいなお身体で旅立ってほしいという思いを表すお見送りの行為でもあるので、大切に考えています。

死を受容する段階からグリーフケア

土谷：お葬儀もそうですね。とても悲しいのだけれども、いまのような手順、プロセスを経て受け入れていきますから、たぶんエンゼルケアもその一環だと思います。死を受容する段階からグリーフケアなのかなと思います。そういう意味で死の兆候をお伝えするのもそうですし、前にもお話ししましたが、人が死ぬことについて平易な文章で書かれた本などをしかるべきタイミングで読んでいただくようにしています。そういう段階を経て看取りされたご家族は、悲しいのだけれども充足感に満たされて、「ありがとう」という気持ちが前面に出ている感じがします。それは私たちにとりより、ご家族、身近な人に対して「今までありがとう」という気持ちがあふれるのでしょうか。

高本：今後独居の方がますます増える傾向にあります。そのときグリーフはどうしたものかと。遺族はなくても、支援者のグリーフも必要ですね。昨年伺ったお話では、すべて終了した後にはスタッフで話し合い、次のサポートに備えられるそうですね。事業所によってさまざまですが、本音を伺うと、振り返る時間もあまりないみたいです。とくに在宅の場合は、亡くなった後はすぐに医者や看護師に引き渡し、その後のご縁が消えてしまうことが多いとか。病院に搬送された瞬間に自分たちの手を離れ、約1ヶ月後にケアマネさんから「〇〇さん亡くなったよ」と言われて、初めて知るといふ方も。体制が整っておらず、制度的なものもないので仕方ないのかなと思います。

土谷：報酬に結び付かない現状もあるのでしょうか。実際には忙しくて、集まってカンファレンスなどできないのが現状ですが、「その方の支援を通して感じたことを2～3行でいいから書いてください」とか、「お電話で聞かせてください」と働きかけるのも一つかもしれません、それなら本人の負担は軽いように思いますが。

高本：それは誰が中心になればよいのですか。

土谷：現状ではケアマネジャーでしょうか。「先生は忙しくて」といふ方もいますが、今はドクターでもお通夜やお葬式に行かれる方もおられます。死亡確認の時に、そこに立ち合った人で感じたことを共有するのもいいのかも知れません。救急搬送にならない限りは、一定時間はあるので、お葬儀の段どりでも、今亡くなって即どこかに移動するなどないし、家で過ごす時間もいくらありますから。

高本：当然のことですが、要介護者は亡くなっているのですから、遺族には何の支援やサービ

ス等も適用されませんが、支援が必要な遺族に対して、保険外サービスのようなものも必要ではないかと思っています。

土谷：それらの積み重ねで私たちは「やりがい」を感じているので、お金にはならないかも知れませんが、次の仕事に確実につながるので大切に思っています。そこを振り返ることなく次にいってしまうと、ただの作業的な仕事になってしまう。それは、個々の意識にすごく影響すると思います。

高本：今回の調査研究とは別に、グリーフサポートを保険外のサービスとして考えられないかと思っています。遺族となったご家族の方々にとっても、介護職の存在は大きな支えだったと思うのです。実際、心のケアだけではなく、生活支援を必要としている遺族は少なくないと思うのですが。

土谷：そうですね。亡くなる直前は全部報酬が付くのですが、亡くなった後のふり返りも報酬の基準に入れてしまえばいいのかもしれませんが、でないところどこで完結したのか、亡くなって終わりじゃないと私も思うので。

高本：病院から在宅、病院から施設とっている割には、その手当てについて受け皿が十分出来ていないと実感しています。

土谷：行政の方々が、亡くなられた後のケアを実践者がしている実態をご存じないのかもしれない。施設でお葬式していると聞いて、「え～」と驚かれる方がいますから。介護離れといわれますが、亡くなった後も含めてのケアの在り方を考えていくと、状況はまた変わるのでは。

森田：これまでの行政は、病人に早めに回復してもらうことが、企業の生産性にも跳ね返ってくるとして、生きている人を対象にしたことしかやってこなかった。でもこれからは、その人が亡くなった後の環境をどう整備するかというのも、行政を含め社会全般で考えていかなければならなくなっている。介護保険も医療保険も、亡くなったらそれで終わりではなく、余韻を持たせつつ伸びしろを持たせた、少子高齢化時代にふさわしい、新しいスタイルに移行していくべきではないかと思う。

土谷：残された人が5年先10年先と生きていく中でも有効だと思うので、そういう理念が日本全国で浸透すれば変わってくる部分もあるのでは。でも最近では、終末期のケアについて意向確認すると「延命治療は望まない」とはっきり示される方がずいぶん増えました。前は「わからない」「聞いたことない」という人が多かったのですが、意識は確実に変わってきています。でも今、病院から早期に追い出されて自宅で看取らざるを得ない世の中が来ている以上、そこを整えていかないとダメですね。

高本：市民がもう少し知らなければいけないことですね。

森田：近代社会は、生産性を上げるという名目で生きている人を対象として進んできた。しかし江戸時代やそれ以前は、死に対してもっと親密だったし、死後の世界とかも身近にあった。けど近代化の中で置き忘れ去られたようなところもあり、少子高齢化でもあるし、社会の生産性はそんなに上がらなくなってきたし、ここらできちんと死と向き合っていく流れになっている気がする。江戸時代以前の死との向き合い方は、未開的な発想もあったかもしれないが、地域で支え合ってきたメリットも無視できない。過去に戻るわけにはいかないが、21世紀の地域を考えていく中でもう一度地域を見直すとか、死と向き合うにはどうしたらいいか真剣に考えなければならない時期に来ていると思う。

土谷：健康寿命を延ばすのはみんなの願いなのですが、じゃあ老いてはいけないのか、認知症になってはいけないのかと思うことも。それを当たり前のこととして大らかに受け入れることも必要です。でも、進行させないためには周りの支援や環境でずいぶん変わってくる。子供の死と違って、高齢期の死は自然の過程で、来たるべきその時に備えて自分自身もどう毎日を過ごすかを考える、そんな風にシフトチェンジできたらいいのと思います。

森田：平均余命が短かったころは、死が身近だった。今は長いから（死が）見えにくくなっている。

土谷：人生 50 年が、今は 80 年以上ですものね。施設の場合は非常にやりやすい体制だと思っているので、在宅のサービスに関わっている方は悩みが多いでしょうね。

看取りの際の指針と連絡体制の充実

土谷：看取りまでするのは負担で、怖くてできないという方もいます。だから、いざとなった場合の連絡体制や、当たり前のルールというか、チャートみたいなものを整備しないとだめですね。我々も、看取り指針とか、家族に書いてもらう書式とか、何かあった時の発見した人から所属長、施設長までの流れもあらためて確認しました。だから、一人で判断しなくていいし、一人でやらなくていい、大丈夫と安心させるように働きかけています。

高本：明確な連絡体制、それと書式ですか。

土谷：私たちの場合は、意向確認の書式を見直しました。それは、私達が聞きやすい順番にとか、「看取りさせていただきます」と言いながらも、非常に急激に症状が出る場合、「吐血するとか、痛みが激しい場合は病院になります」ということも。それと、亡くなった直後に「先生が来ない」と不安になったケースも過去にありました。そんな時に慌てないよう、たとえば「真夜中に死亡された場合（削除：も）、医師が来るのは翌朝になることがあります」といった現実的な状況をご家族に了解してもらいます。そうでないと、家族も動揺されているので、現場の職員は「やいの」「やいの」言われると、どう対応していいか分からなくなる。そうした最低限の教育と同時に、体制をきちんと確立しておくことが大事ですね。

高本：例えば在宅だったら、一人で逝かれる方もおられますね。すると、法的なこと、犯罪や刑事事件にならない配慮とか準備もあった方がいいのですね。

土谷：在宅の先生が 24 時間（削除：48 時間）以内に診察されていたら、その場にいなくても死亡診断が書ける決まりがあります。しかし、それを知らない方は意外に多いので、知識として入れておくべきですね。それが判っていれば、「電話すべきは救急車じゃない、ドクターである」と判るので事件扱いにはなりません。慌てふためいて、救急車を呼ぶと検死扱いにされることがあります。「この方は看取りの段階であり、同意書もあるし、何の問題もありません」と示せるようにしておく。高齢者の看取り期であれば、さきほどの死の兆候が出ますから、いよいよという段階は必ず判ります。あらかじめ先生に連絡をして、「今日あたりです」みたいなことを押さえておけば慌てることはありません。それでも、まだ長く保っているケースはありますが。それはやはりドクターの方からも、関わりのある支援者、関係機関のスタッフに、ちゃんと説明してもらうことですね。「いつ何が起きてもおかしくない段階である」と言っておいてもらえば、今日訪問に行っても亡くなっても不思議はないし。初めて対応する場合は「怖い」が先立ちますから、その時に、連絡先など最低限のことをきちっと教えて、「いつでもつながるよ」と管理者がいておくと安心できます。

高本：介護職が安心して業務に遂行できることは何より大事ですね。大変貴重なお話を聞かせていただきありがとうございました。

参考資料2 遺族の声

これまでご遺族等が、大切な人の看取り期や臨終期、また死別後のことを語ることはほとんどなく、自分自身のグリーフ（悲嘆）に対しても積極的に援助を求めることがなかったため、グリーフケアのニーズが分かりにくかった。

そこで、大切な人を看取った方々に体験談を語っていただいた。

ご協力いただいた方の年齢は取材当時のものです。

文責：一般社団法人セルフケア・ネットワーク

情報が得られない

母が倒れた時は、すでに介護保険はスタートしていました。ただ、今のようにシステムも整っていませんでしたし、他人様が家に入ることに抵抗感もありました。できれば人様のお世話にならずに乗り切りたいと、私と家族とで支えました。仕事を抱えながらでしたので、周囲の人からは「あなたが倒れるわよ」と心配されたことも。

ただ、人様をお願いするにしてもどなたでもいいというわけにはいきません。どこに相談したらいいのか、お願いする方との信頼関係をどう築けばいいのか、具体的にわからなかったので結局一人で頑張ってしまうました。わからないまま役所に行ってもたらいまわしにされて疲れるだけと予測できたし、そうすると精神的にも参って絶望的になってしまう。必要な情報を手にいれることが、当時もですが、今も本当に少ないのが実情です。

助けてほしいのは夜中です

在宅で24時間看護をしていると、助けてほしいのは夜中なのです。訪問医療や訪問看護の契約をしても、いざという時に飛んできてくれるかという、なかなか。電話をしても「こうしてください」と指示されるだけで、家族はどうしていいかわからない。そんな時に相談できる「アンダーナース」みたいな人が、身近にいてくれると助かるのですが。

夜中は基本的に社会の機能が止まってしまうし、暗いし、本人にとっても家族にとっても不安が高まります。家族が不安を抱えていると、本人にも伝わってしまいます。早く明るくならないかなあいつも思っていました。「大丈夫、落ち着いてください。明るくなったらすぐに伺います」と言ってくれるだけでいい。ああ、じゃ頑張ろうと安心できるのです。

スイッチの切り替えが大切

母が在宅介護の状態になったのは10年間ほどでした。起きて食事もできる状態が何年か続きましたが、完全に寝ていたのは2年半くらい。その間に、私が3回も入院を繰り返してしまいました。母に心配をかけたのではと後悔していますが、そんな状態の中でも在宅介護が続けてこられたのは、私がボランティア活動をしていたからかなと思います。代表をしていた使命感もありましたし、事務所に顔を出すことが、気分転換というか、スイッチの切り替えにもなりました。そこに顔を出せば、「からだはどう？」「お母様の具合は？」「ご主人は？」と皆さんが尋ねてくれて、話すことが悩みのはけ口にもなっていました。

在宅介護の場合、どうしても閉じこもりがちになります。奥様がお姑さんを看ておられる場合、たまにはご主人から「コーヒー、外に飲みに行かない」など、声をかけてほしい。それが、深呼吸する時間になるし、スイッチの切り替えになるのです。

母の看取り経験の後悔

父は最期のときを自宅で過ごしました。20年前に病院で亡くなった母は、全身管だらけで、かろうじて医療機器の力で生かされていました。母の最期の姿と言葉は今でも忘れられない“家に帰りたい”たった一つの希望を叶えることが出来ず今でも後悔をしています。その経験があったので、父のときは、家族全員が母の最期のようなことだけはしたくないと思っていたのです。もちろん当事者の父も同じ思いでした。本人を含めた家族の決断は固かったのですが、そうは言っても当時の私たちには必要な知識や情報がなく、情報収集をするだけで疲弊してしまいました。

家族を中心としたチームケア

幸い親切な訪問診療医と訪問看護師と出会うことができ、私たち家族が安心して父の看病ができるように色々なことを教えてくれました。大事なことは「何かあったらいつでも私たちに連絡してください。慌てて救急車を呼ばないでくださいね」と言うことでした。最期の時、父がどんな状況になるのかをしっかりと説明してくれたので、私たちは落ちついて対応することができました。駆けつけた弟の「お父さん！」の叫びに大きく頷き父は息を引き取りました。とても悲しかったけれど、私たちは誰一人として後悔がなかったのです。父は亡くなる5日前に、後のことをすべて私たちに伝えてくれました。最期まで父親の役割を全うしたのかもしれない。

身内の支え

主人は日中自宅の寝室で心配停止の状態が私が発見しました。享年 81 歳でした。

75 歳で腎臓がんを患い、その後摘出手術により趣味のゴルフに行けるくらいまで回復していましたが、5 年後、食道にがんが再発し 1 ヶ月にわたる放射線治療をしましたが、直後に周辺に転移、その後は治療ができないとのことで自宅療養をして間もなくのことでした。

亡くなる 2 日前には以前住んでいた自由が丘まで一人で出かけ、友人と会って楽しい時間を過ごし、ご機嫌で帰ってくるほど元気でした。前日は日中お風呂に入り少し気分が悪いという事でベッドに横になり休んでいました。かかりつけ医に行くことも進めましたが、そこまでではないという事だったので自宅で様子を見ていました。

当日も起きてこない主人を診察に連れて行こうと寝室を除いたら、不自然な体制の姿でした。その時は気が動転して咄嗟に 119 番ではなく 110 番に連絡したくらいです。

同居の次男と近くに住んでいる長男は仕事で嫁は旅行中でした。

その後、救急車で腎臓の手術をした病院に搬送され、担当医が受け入れてくださいましたが、すぐに死亡が確認されました。あまりにも突然の出来事で何が起きたのかわかりませんでした。

その時、普段はあまり会う事のない、病院の近くに住んでいる嫁の実家から兄弟が駆けつけて、病院の手続きから葬儀社の手配まですべてをやってくれました。

葬儀社が来るまでの間、放心状態だった私に寄り添っていてくれたことが本当に支えになった事は覚えています。

「あの時一人だったら・・・」と、そう思うだけで怖くなります。

その後も家族や周辺の方に支えられ、無事に葬儀と役所の手続きを済ませることができました。

あの時、「もう少し早く異変に気付けば・・・」「緊急時の対応を知っていれば・・・」悔やまれる事が沢山あります。

だからこそ、【普段から家族と話し合う】【かかりつけ医や近所の方のコミュニケーションを大事にする】という事で「私のもしもの時」はお願いすることにしていきます。主人が残してくれた教訓です。

介護の最後

母は認知症診断されてから亡くなるまでの約10年間のうち、初めの約6年は父を中心に近居の長男、長女、次男の家族全員で自宅介護をしていました。

次第に認知症の症状が進み、父も体調を崩した事もあって、自宅での介護が困難になってきたのでケアマネジャーさんに相談したところ、「持病の糖尿病でインスリン注射があるので施設は無理です。」の一言で終わってしまいました。「誰に相談したらいいのだろう…」その時は家族で途方にくれてしまったと思います。

その後、認知症の先生の勧めもあって入院での糖尿病の治療と、同時に区内の施設を兄弟で手分けをして端から連絡をして相談をしました。が、どの施設も1000人くらいの待機者がいるとの事、あきらめかけた時に特養の方から連絡をいただきました。入院先の病院で初めてお会いしたときは涙が出るほど嬉しかったです。

それから約3年間、そちらの施設で看取りの時まで注射1本することもなく穏やかに過ごすことができました。そして最期の時は家族と兄弟皆が見守る中、静かに旅立ちました。世話好きで賑やかな事が大好きな母らしい最期だったと思います。

この時、印象に残っているのが部屋の外の遠くから心配そうな顔をしていた施設の方でした。お声かけしても部屋には入ってきませんでした。

あとから思えば、数年間を一緒に過ごし、お世話にしてきた方が逝ってしまったのは、家族とはまた違った寂しさがあったのだと思います。

その後、施設へはご挨拶に伺いましたが、お世話になった担当者の方には直接お礼も言えなかったことが未だに心残りの事です。

家族の役割り

私は三姉妹の三女に弟の 4 人兄弟です。

母は亡くなる 10 年ほど前に直腸がんの手術でストーマを装着、父も肺を患い酸素吸入と車いすの生活をしていました。その後母は脳梗塞で半身不随になった事をきっかけに長女家族と同居しての介護生活になりました。

しっかり者の長女と破天荒な次女、楽観的な私の姉妹で、それぞれの出来ることをやって両親を支えていました。

母が亡くなる一年ほど前から体の痛みを訴えるようになりましたが、家族は脳梗塞の後遺症（かかりつけ医師の診断）とっていました。しかし、痛みが激しくなってきたので病院にいったところ、既に全身にがんがまわり、入院して 6 日目に亡くなってしまいました。あっという間の出来事でした。同居していた長女は気がつかなかった自分をずいぶんと責めていましたが、家族も同様な気持ちで、お互いに支え合い気持ちの整理をしていたと思います。

母が逝って 1 ヶ月後くらいから、今度は父が急に食事がとれなくなり、自宅療養が困難になった為、入院をしました。ところが元々厳格な父は一切の治療を拒否しました。家族でも随分と説得をしましたが、最後は父の意思を尊重し最低限な点滴のみで過ごし、その後病室で一人静かに亡くなりました。父らしい最期だったと思います。母が逝ってから 2 か月後のことでした。

生前の両親はけんかばかりでした。それがお互いの支えだったのでしょうか、母が逝って役目を終えた父は自然に逝きたいと思っていたのだと思います。最後は仲良く二人で旅立ちました。

母が亡くなる 11 ヶ月前に義母、母の 2 か月後に父、その 4 日後に義父が亡くなりました。

生前は義父母とも一緒に家業の仕事をしていたので、悲しみも深かったです。

この短期間に 4 人も逝ってしまうなんて…その度に姉妹で話し合いそして家族の支えあって乗り越えてきたと思います。

正しい情報を得ること

夫が亡くなった時、娘はまだ小学生でした。

夫の病気がわかったのは余命3ヶ月の時。本人も私も信じられない思いでした。しかし、何か出来ることはないかと思い、気がつくともインターネットで情報収集をしていました。溢れる情報の中から正確なものを見極めることはとても困難でした。

当時を思うと、所々記憶が繋がらない部分がありますが、残された時間のなかで、夫が決めてくれた葬儀のことは、後々とても助かりました。葬儀のイメージと相場を事前に知っておくこと、また、残された身内同士でも考えは異なることが多々あるので、生きている間の家族のコミュニケーションも大切です。

手続きに追われた数ヶ月

亡くなった直後は、とにかく手続きの多さに驚きました。

葬儀社や区役所の方も教えてくれるので特に困ったことはなかったが、子どもが小さかったためひとりですべての手続きをしなくてはいけなかったのが大変でした。

遠くの親戚より近くの友だち

喪失感・孤独・意図せず唐突に涙があふれる時期に、とても心の支えになってくれたのが友人の存在です。今後の不安がとても強く、子どもに対してフォローが全くできていなかった時期があり、とても感情的になって怒ってしまったり、手を挙げてしまったり、余裕がなかったように思います。そんな時、自分から相談窓口に行く気力もないので、周り（友達・学校・自治体）のフォローがとても大切だと感じました。

参考資料 3 : 研修実施レジюме

※研修実施レジюмеについては、一社) セルフケア・ネットワークまでお問合せください。

問合せ先 : info@selfcare-net.org

[参考文献]

- ・坂口幸弘：悲嘆学入門 昭和堂 2010
- ・坂口幸弘：死別の悲しみに向き合う 講談社現代新書 2012
- ・宮林幸江・関本昭治：はじめて学ぶグリーフケア 日本看護協会出版会 2012
- ・宮林幸江：ナースが寄り添うグリーフケア 日本看護協会出版会 2010
- ・松井奈美：知っておきたい在宅ターミナルケア 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 2016
- ・坂口幸弘・高本眞左子：ご存じですか？グリーフケア (株)社会保険出版社 2016
- ・山本晴義：あなたに合ったセルフケアがわかる (株)社会保険出版社 2016
- ・アーネスティン・ウィーデンバック/キャロライン・E・フォールズ 池田明子訳：新装版コミュニケーション効果的な看護を展開する鍵 日本看護協会出版会 2007
- ・スコット・ジョンソン/水澤都加佐：悲しみにおしつぶされないために 大月書店 2010
- ・吉田輝美：感情労働としての介護労働 旬報社 2014
- ・谷田憲俊・大下大圓・伊藤高章：対話・コミュニケーションから学ぶスピリチュアルケア 診断と治療社 2011
- ・介護家族のための“死の準備教材” マザーリング&ライフマネジメント研究所編
- ・柏木哲夫：臨死患者ケアの理論と実際（死にゆく患者の看護） 日本総研出版 1980
- ・K. K. キューブラ・PH ベリー・D. E. ハイドリッヒ・鳥羽研二：エンドオブライフケア（終末期の臨床指針） 医学書院 2004
- ・川越厚/川越博美：家で看取るとのこと 講談社 2005
- ・高丸慶：家族で看取るおくりびとの心得10 学研プラス 2016
- ・川越博美・高本眞左子：心配しないで。在宅での看取り (株)社会保険出版社 2016
- ・改訂福祉職員研修テキスト指導編 全国社会福祉協議会 2002
- ・社会福祉施設におけるサービス管理ガイドライン 東京都福祉保険局 2013

介護職による看取り・グリーフケアにおける最適カリキュラムに関する調査研究

「介護職に求められるグリーフケア」
～介護職のための研修・実践～

平成29年3月発行

一般社団法人セルフケア・ネットワーク

〒103-0024

東京都中央区日本橋小舟町9番10号802号室

TEL 03-6661-1446 FAX 03-6661-1456

本調査研究は一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会からの
委託により実施いたしました。