

介護施設における

看取りガイドライン



公益社団法人 香川県看護協会
看護師職能委員会Ⅱ

はじめに

高齢化が進み、要介護者や認知症高齢者が増えるなか、在宅・介護領域における看護の役割が重要になっています。「ほぼ在宅(施設)ときどき入院」の社会を迎えるにあたり、施設での看取りや在宅・訪問看護のニーズも高まり、地域や施設での「暮らしを支える看護」への期待は一層強くなっています。

当委員会では平成24年度に介護・福祉関係施設や在宅等で働く看護職が「何に苦慮しているか」や「何を知りたいのか」を把握するために、実態調査を実施しました。その中で、希望が多かった「看取りケア」を重点的に平成24年度・平成25年度に研修会や交流会を開催しました。「看取りガイドライン～介護施設における看護職員のために～」と題した看取りガイドラインも冊子にまとめました。

平成26年度は、日本看護協会が提案する「介護施設等における看取り研修プログラム」の普及啓発も兼ね、研修会を実施しました。その中で看護職員だけでなく多職種で活用できるガイドラインを作成してほしいとのご要望をいただきました。そこで多職種が共に学べるガイドラインとして活用できるようにと考え、今回の看取りガイドライン改定に至りました。

ぜひ、この冊子を看取りに携わる多職種の方々にご活用いただき、看取りを行う上で参考にしていただければ幸いです。

なお、この冊子をまとめるにあたり、ご支援ご協力くださった関係各位に心からお礼申し上げます。

公益社団法人香川県看護協会
看護師職能委員会Ⅱ委員一同



前編 目次

I 高齢者の看取り期の特徴	1
II 看取り期にある高齢者の状態像	1
III 看取りケアを行うための基本姿勢	1
IV 看取りケアでの留意点	2
V 看護職員と多職種の役割およびケアの実際	2
1 看取り期であることの判断	2
2 苦痛を伴う症状の緩和	3
1)疼痛・苦痛の緩和 2)症状を緩和する方法	
3 多職種と連携した仕組みづくり	3
1)多職種連携の重要性	
2)看取り実施における職種ごとの主な役割	
3)看取りに関する職員教育	
4)ターミナルケアの段階における多職種でのアプローチ(参考資料)	
4 毎日の生活ケアを丁寧に提供する	6
1)食事 2)口腔ケア 3)清潔 4)排泄	
5 家族の支援	7
1)利用者の状態を知りたい	
2)利用者の傍にいたい	
3)利用者の役に立ちたい	
4)感情を表出したい	
5)医療・介護従事者から受容と支持と慰めを得たい	
6)利用者の安楽を保証して欲しい	
7)家族メンバーより慰めと支持を得たい	
8)死期が近づいたことを知りたい	
9)自分自身を保ちたい	
6 エンゼルケア	10
1)エンゼルケアとは 2)エンゼルメイクとは	
7 デスカンファレンス	10
1)デスカンファレンスとは 2)デスカンファレンスの目的	
VII 介護職員への支援	11
1 支援のポイント	11
おわりに	11

看取りガイドライン

I 高齢者の看取り期の特徴

高齢者の看取り期は、小児や成人とは違う「老いの延長上の死」、つまり自然な過程です。いずれ「死」に向かい合いながら1日1日をどう生きるのか、どのような生き方をするのかという「今を生きる」ことへのかかわりがあり、利用者、家族の思いを可能な限り尊重し自然で安らかな最期を迎えるよう援助することです。ある意味では、施設に入所した時から看取りケアは始まっているとも言えます。

II 看取り期にある高齢者の状態像

この時期の高齢者は、意思を伝えることが困難になり、生命維持や日常生活の営みも他者に頼らなければならなくなることが多くなるため、人としての尊厳の保持が難しくなります。そこに、老化や疾病によるさまざまな身体的苦痛が加わるため、生きていることそのものが苦痛になりやすい点に注意します。

III 看取りケアを行うための基本姿勢

施設の看取りケアの方針を多職種間で共通理解し、その上で利用者と家族が理解できるよう十分に説明することが必要です。特に、死の過程で起こる状態変化に対し利用者と家族だけでなく介護職員も不安になりやすいため、分かりやすい説明を心がけます。多職種連携とは、「質の高いケアを提供するために、異なる専門職背景をもつ専門職が共有した目標に向けて共に働く事」です。

施設における看取りは、生活の延長線上のケアです。過剰な医療や延命処置による苦痛を回避し、自然でやすらかな死となるようケアを提供します(表 1①~⑦)。また、この時期に利用者と家族の気持ちが揺れ動くのは自然なことであり、一度決めた方針であってもいつでも変更できることも伝えていきます。

危篤時には、家族と介護職員に上記の状態像(表 1⑧~⑩)と、死の三微候(呼吸停止、心停止、瞳孔散大)をあらかじめ説明しておきます。死の直前には利用者を1人にしないで、家族もしくは介護職員が寄り添って最後の時間が過ごせるように配慮します。また、家族もしくは介護職員が死別に伴う苦痛や環境変化などを受け入れができるよう支援します(グリーフケア=悲嘆ケア)。



IV 看取りケアでの留意点

その人が生きてきた道のりを尊重し、残された時間の質を高めるためにいかにサポートするかが高齢者の看取りケアの基本となります。つまり、身体的・精神的・社会的・スピリチュアル(靈的)な苦痛といった「全人的苦痛」の緩和が求められており、その留意点を以下に挙げます。

- ①生活の質と生命の尊厳の両方を尊重します。
- ②利用者や家族とのコミュニケーションを大切にし、終末に向けたケアについての意思を丁寧に確認します。
- ③基本的な毎日の生活ケアを徹底し、そのうえで苦痛を緩和するために必要な医療(治療、処置)を提供します。または、すでに提供している(開始を検討している)医療行為が苦痛を増強している(しうる)と思われる場合は、提供を控えるか、その方法(量、頻度、方法など)を医師と検討します。
- ④利用者だけでなく遺される(遺された)家族・ケア提供者への支援を継続して行います。
- ⑤多職種によるチームアプローチを実践します。

V 看護職員と多職種の役割およびケアの実際

加齢性変化および慢性疾患の経過に伴う看取り期の病態をアセスメントし、利用者の意思を尊重した苦痛のない安らかな最期を迎えるよう、チームケアの調整をすることが看護職員の役割となります。とくに、看取り期であることの判断、病態のアセスメントおよび苦痛の緩和、家族の支援、介護職員の支援を行います。

1 看取り期であることの判断

加齢や慢性疾患の経過に伴う病態・身体精神機能低下などから、看取りが近い状態にあることを医師と相談・判断し、利用者の意向を尊重したケア方針を確認します。臨終が近くなった際には、看取りを希望する家族がその時を過ごせるよう調整します。臨終が近いことやその後の手続きなど必要な事柄の説明を家族に行うとともに、介護職員・生活相談員などケアスタッフにも対応について説明しておきます。また、医師にも連絡(必要時には診察を依頼)、「臨終の場」が安らかな最期の場となるよう調整します。



2 苦痛を伴う症状の緩和

1)疼痛・苦痛の緩和

(身体面)

利用者の身体状況に応じた安楽な体位と援助および医師の指示による疼痛緩和のケアを適切に行います。

(精神面)

常に寄り添いながら抱いている不安や悩みを傾聴します。また手を握る、身体をマッサージするなどスキンシップをはかります。

2)症状を緩和する方法

①呼吸困難・喘鳴

身体機能が低下すると、傾眠傾向になってきます。唾液が上手に飲み込めなくなる為、咽頭部に痰が貯留し、「ゴロゴロ」する状況になります。この症状は40%の方に起こり、自然な経過のひとつです。痰の吸引が苦痛となる場合があるため、吸引は控え、痰や唾液の分泌を抑える目的で②や③を検討することが望ましいです。
ただし、家族が希望する場合は、気持ちを汲み取り吸引を行う場合もあります。



②水分量の調整(点滴や経管栄養等)

終末期の状態では、点滴や経管栄養等を行うことが痰貯留の増加や息苦しさ、浮腫の要因ともなるため、その目的や効果について家族を含め十分に検討をします。

③身体の位置調整

顔を横に向け、上半身を上げるなど、その人にあつた安楽な体位を工夫します。

④褥瘡予防

基本は体圧分散とスキンケアであり、体位変換や適切なマットレスの選択、保湿剤の使用などを検討していきます。

3 多職種と連携した仕組みづくり

1)多職種連携の重要性

終末期ケアでは、利用者が穏やかな終焉を迎えるよう、他のどの段階のケアよりも関連する専門職とチームを組み、多職種が連携してサービスを統合的に提供する必要があります。多職種連携による効果的な支援を行うためには、本人や家族に対して最期の過ごし方や医療についての希望を確認したうえでケア目標を共有し、異なる専門性をもつ多職種がそれぞれの専門職の能力を活かして、多方面からの視点による総合的な援助を行うことが重要です。

2) 看取り実施における職種ごとの主な役割

< 管理者 >

- ①看取りの総括管理
- ②看取りに生じる諸課題の総括責任

< 医 師 >

- ①診断
- ②入所者や家族への説明と同意(インフォームドコンセント)
- ③健康管理
- ④夜間及び緊急時の対応と連携
- ⑤協力病院との連絡・調整
- ⑥カンファレンスへの参加
- ⑦死亡確認
- ⑧死亡診断書等関係記録の記載



< 看護職員 >

- ①医師または協力病院との連携強化
- ②多職種が協働したチームケアの確立
- ③職員への死生観教育と職員からの相談対応
- ④健康管理(状態観察と必要な処置、記録)
- ⑤食事、排泄介助、清潔保持
- ⑥疼痛・苦痛の緩和と安楽の援助
- ⑦夜間及び緊急時の対応(オンコール体制)
- ⑧家族への説明と不安への対応
- ⑨カンファレンスへの参加
- ⑩死後の処置(エンゼルケア)



< 介護職員 >

- ①食事、排泄介助、清潔保持
- ②身体的、精神的緩和ケアと安楽な体位の工夫
- ③コミュニケーション(十分な意思疎通を図る)
- ④状態観察(容体の確認のための顔回な訪室)、記録の記載
- ⑤家族への説明と不安への対応
- ⑥カンファレンスへの参加
- ⑦死後の処置(エンゼルケア)

< 生活相談員 介護支援専門員 >

- ①継続的なご家族の支援(連絡、説明、相談、調整)
- ②多職種連携による看取り計画(ケアプラン)の作成
- ③看取りにあたり多職種協働のチームケアの連携強化
- ④カンファレンスへの参加
- ⑤夜間及び緊急時のマニュアルの作成と周知徹底
- ⑥死後のケアとしての家族の支援と身辺整理



< 栄養士 >

- ①入所者の状態と嗜好に応じた食事の提供
- ②食事、水分摂取量の把握
- ③カンファレンスへの参加
- ④必要に応じてご家族への食事提供

< リハビリ職員 >

- ①清潔の保持(介助法の検討)
- ②疼痛苦痛の緩和と安楽の援助(体位変換・ポジショニング・関節可動域訓練・肺理学療法
・リンパドレナージ・体位変換・ポジショニング)
- ③関節の変形・拘縮の予防(関節可動域訓練)
- ④カンファレンスへの参加
- ⑤経口摂取の維持(口腔ケア、嚥下リハビリテーションなど)

3) 看取りに関する職員教育

目的

看取りの理念を共有するとともに、自施設での体制構築に
向けた死生観や看取りに必要な知識と体制について学ぶ



方法

施設内で研修を企画して実施する他、必要に応じて外部講師による研修会や外部団体が
主催する研修・セミナー等への参加

研修内容

- ①看取りの理念
- ・看取り指針

- ②死生観教育
- ③老衰死および終末期の状態像
- ・老衰死の状態像・終末期の状態の変化
- ④全人的苦痛
- (身体、心理、社会的苦痛・スピリチュアルな苦痛)
- ⑤看取りに関する法律等
- (医師法第20条但書と第21条・看取り介護加算)
- ⑥倫理的課題
- (本人・家族などへの意思決定支援)
- ⑦本人と家族の意向確認と説明
- (意向確認の手順・状態説明のタイミング・チーム内の役割分担)
- ⑧苦痛緩和と予防的な対応
- (症状アセスメント・医師および医療機関との連携・必要な医療提供・緩和ケアと日常ケアの評価)
- ⑨臨終時の調整と家族の支援
- (調整のためのコミュニケーション・グリーフケア)
- ⑩エンゼルケア
- (一連の手順の確認)
- ⑪多職種と連携したケアの仕組みづくり
- (看取り指針、マニュアルの整備と活用・多職種での情報共有と連携の方法・各職種の役割)
- ⑫実施した看取りの振り返り
- (カンファレンス)
- ⑬看取りにおける職員のストレスケア
- ポイント！
- ・看取りケアの振り返りを行うことで、次の看取りに活かせるよう動機づけする。
 - ・精神的負担の把握と支援の機会とする。
 - ・カンファレンスや振り返りを行うことで、個々の感情を表出する場をつくる。
 - ・必要に応じて、メンタルケアの専門職にアドバイスを受ける。



4 毎日の生活ケアを丁寧に提供する

1) 食事

「食べる・飲む」は、生きていることを実感できる行為であり、高齢者にとって、おいしく食べられる、いつもと同じ量を食べられる、いつもと同じ形態のものが食べられることは、より生を実感し喜びを



感じられる意味のあるものです。また食べられていることやおいしそうに食べている様子は、高齢者の家族にとっても喜びとなります。最後まで食べることを楽しみとして捉えられるように本人と一緒に食事形態などを検討していきます。

2) 口腔ケア

食事摂取の有無にかかわらず毎日丁寧に実施します。抵抗力や体力が弱っている高齢者は、口腔内のトラブル（口腔内乾燥、カンジダ症、歯槽膿漏、味覚の変化等）が起きやすいです。終末期になると、特に口腔内の汚染が目立ち、口の中の細菌が誤嚥されると肺炎など、感染症の要因ともなります。また、口腔内の残渣物・喀痰付着物により悪臭の原因ともなり、不快感による苦痛になります。口腔ケアを行い、誤嚥しても肺炎に移行しないように、口腔内の細菌を取り除いて清潔にしておくことが重要です。

3) 清潔

利用者の身体状況に応じ可能な限り入浴や清拭を行い、清潔保持や感染症予防などに努めます。また、利用者、家族の要望に添うように努めます。

皮膚全体の清潔保持は、新陳代謝を促し、ここちよい状況を保つ重要なケアです。体力の消耗を最小に留めるケア技術で身体の清潔の保持に努めます。



4) 排泄

できないことが増えてくるなかでも、排泄の問題による利用者の苦痛は大きいため、どのように排泄の問題を支えていかるか利用者、家族と検討します。便秘や下痢による腹痛・腹部不快感の除去に努めます。

5 家族の支援

＜終末期利用者の家族がもつニーズ＞

日々、利用者の状態の変化を目撃している家族は、その状況から残された時間が少ないと感じ、迫りくる死に対してさまざまな感情を抱くようになります。その中で避けることのできない利用者の死と向き合うために多様なニーズを持つようになります。これらのニーズは常に直接的に表現されるのではなく、個々の家族の状況によりさまざまな形で表現されます。

1)利用者の状態を知りたい

家族はこれから利用者に起こる状況に対し、「どのような状況になるのか、苦痛を緩和する方法を知っておきたい」と思うようになります。そこで、まず家族が利用者の状況をどのように感じているのか話をしてもらいます。家族が感じている不安を明らかにした後、看護師から理解しやすい言葉や方法で丁寧に説明をします。状況によって医師との面談調整を行い、同席します。

2)利用者の傍にいたい

家族にとって利用者は大切な家族の一員であり、時間の許す限り長く傍にいたいと思うようになります。また、多くの家族は、「気持ちのわからえる家族が側にいることが利用者にとって一番よい」と考えています。この思いに対しては、例えばベッド柵を外して利用者の手を握れるようにする、マッサージをするなど家族が利用者の傍にいることのできる環境を整えます。

3)利用者の役に立ちたい

家族は利用者のためにできることや、利用者にとって最善のことを見いだし、残された時間の限り全力を尽くしたいと感じるようになります。しかし、看取りの時期が近づき利用者の意識レベルが低下して応答がなくなると、家族は不安になると同時に「自分達はどのようなことをすればいいのか」、「利用者に触れてもいいのか」という思いを抱き、ベッドを囲んで立ちすくんでしまう場合も多くあります。そこで、看護師は口腔ケアやマッサージなど家族ができるケアを一緒にを行うと共に、「返答はなくても声は聞こえていますので、話かけて差し上げると○○さんも安心されますよ」、「手や足をさすると温かさが伝わり、気持ちがよいと思いますよ」など、家族が具体的に何をすればいいのかを説明することが重要となります。本人の意思決定を最期まで支え、家族がケアに参画することが亡くなった後の悲嘆を軽減することにもつながります。



4)感情を表出したい

家族は「利用者の死が近い」という現状に向き合い、自分自身を保っていくために“精神的に支えられたい”、“親身になって話を聞いて欲しい”という気持ちをもつようになります。不安と緊張の中で過ごす家族は心身ともに大きなストレスを抱えているが、“利用者の前で泣くことはよくない”と、感情を自分の胸に抑えこんでいることがよくあります。そこで、落ち着いて話せる場所を確保して話を聴いたり、日頃から家族に关心を寄せた声かけを行うことが、家族の感情表出のためのケアへつながります。

5) 医療・介護従事者から受容と支持と慰めを得たい

家族は、「利用者の死が近い」という現状に苦悩し、さらに“施設”という環境の中で緊張し続けています。医療・介護従事者に対し、家族は「自分たちの苦悩をわかって欲しい」、「困ったときは相談相手になって欲しい」という気持ちをもつようになります。看護師は“いつでも相談できる”ことを家族に伝え、家族が安心して悩みを打ち明けられる雰囲気をつくります。また、家族の疲労状況を把握し、休息できる環境を整えることも大切です。

6) 利用者の安楽を保証して欲しい

利用者の苦しむ姿を見るのは家族にとって辛く、最期まで利用者の心身の安楽を保証して欲しいと切実に思うようになります。苦痛緩和のために薬剤のコントロールを行うと同時に、基本的な緩和ケアを見直します。それにより、たとえ一時的でも利用者が心地よいと感じ、感情や表情が穏やかになれば、家族の安心感へつながります。



7) 家族メンバーより慰めと支持を得たい

家族は互いに精神的に支え合い、また、協力しながら利用者を支えていく方向性を見いだしていきます。主介護者の役割を担っている家族メンバーに対しても情緒的サポートや利用者の介護の協力、家族内の役割分担をして欲しいと思うようになります。家族が話し合いの機会をもてるよう働きかけ、家族のもつ力を生かせるような方法を提案し、家族を支援します。

8) 死期が近づいたことを知りたい

家族は死別に対する心の準備やそれに伴う準備(葬儀や親戚への連絡)のため、また“死に目に会いたい”ため、「死期を知りたい」という気持ちを表出するようになります。まずは、家族の気持ちや心配なことは何か確認し、家族の希望に即した看取りになるよう確認をしておきます。特に初めて身近な人を看取る場合、どうしたらよいか戸惑うことが多いので、家族ができるることを具体的に示す必要があります。死別に対する準備や看取りまでのイメージができるよう、パンフレットなどを活用しながら説明することは有用です。説明された情報を後で読み返せることは、看取りまでの経緯に対する理解を深めると同時に不安の軽減につながります。家族の悲嘆に配慮しつつ、今起きている状態は死に向かう自然な経過の一つであることを伝え、家族が現状を受け止められるように働きかけていくことも必要です。

9) 自分自身を保ちたい

「利用者の死が避けられない」という気づきによって体験する種々の苦悩を乗り越え、利用者を看取っていくために、家族は自分自身の気持ちやエネルギーを保ちたいと考えています。

看護師は家族がエネルギーを消耗してしまわないように情緒的な支援と共に、家族が休息できる環境を整えます。必ず家族の希望を確認し、話し合いながら調整をすることが大切です。家族のニーズを明らかにし、それにこたえる支援的な援助には、看護師の専門的知識のみならず、その家族が経験していることを吸収取ることのできる感受性も必要です。そして看護師が家族のさまざまな思いを受容し、揺れ動く感情に寄り添いながら、最期まで「一緒に考える」という姿勢でかかわり続けることが大切です。



6 エンゼルケア

1)エンゼルケアとは

死後確認後のケアがエンゼルケアと呼ばれる“死後ケア”であり、その中にエンゼルメイク、グリーフケア、および死後の身体部分の整えが重なり合い存在します。人それぞれ体质や家族環境の違いもあるように、その人その人に合ったケアが必要です。したがって、標準化されたパターンで行うのではなく、その個々のケースに応じて柔軟に対応することが大切です。

2)エンゼルメイクとは

死によって変わってしまった印象をその人らしい、馴染み深いいつもの顔に近づける(その人らしさ)ことです。例えばにおいや漏液はどうするのか、着替えの仕方なども含めてトータルなケアがエンゼルメイクです。



7 デスカンファレンス

1)デスカンファレンスとは

亡くなった利用者のケアを振り返り、今後のケアの質を高めることです。ディスカッションを通してスタッフ個々の成長を支援することにもなります。



2)デスカンファレンスの目的

ケアの振り返りを行い、ケア評価し、これからのかへに活かすことができます。ケアを評価することで利用者・家族の理解が深まります。利用者は亡くなっただけれど、遺された家族へのケアの計画が立てられます。また、ディスカッションをすることにより、かかわったすべてのスタッフの考え方のそれが明確になり、お互いの理解が深まります。スタッフ間で気持ちを共有でき、専門家としての自信を回復できます。

VI 介護職員への支援

日常的に人の死に立ち会うことが少なくなっているわが国の現状で、人の死を看取る介護職員の不安にも配慮します。本人の病態や予測される変化とその対応、生活ケア提供の際の留意点を丁寧に説明します。何より、「おいしく食べること、飲むこと」「不快のない口腔の状態を保つ」「不快のない排泄をする」「身体をきれいに保つ」「安楽な姿勢で過ごす」「褥瘡など新たな苦痛がない」など、日々の生活ケアを丁寧に提供することが大事であることを日頃から伝え、認識を共有します。



また、看護職不在のときには、その情報を的確に連絡し、不在時に行うべきケア方法を情報に応じて一時的、また、緊急対応できる態勢を常に心がけておきます。亡くなったあとには、自分たちの行ったケアを振り返り、亡くなった方との関わりを話題にすることで、スタッフ自身が癒されることもあります。できなかつことやこうすればよかったなどと悔やまれるような状況についても、次の看取りのケアに生かせるよう動機づけします。

1 支援のポイント

- ①利用者の状態や予測される状態変化および対応について説明します。
- ②看護職員不在時の利用者の観察の視点および状態変化時の対応について、わかりやすく説明します。
- ③看護職員不在時の連絡方法を明確にします。
- ④日々の生活ケアの提供の際に注意すべき点や予防的なケアの意義について説明します。
- ⑤利用者に提供されている医療(治療、処置)について、効果や予測される症状・状態について説明し、当該症状や状態が観察された場合はフィードバックしてもらいます。
- ⑥「安楽で苦痛・不快はないか」という視点でその時々にケアについての評価を共有します。
- ⑦介護職員が提供している生活ケアの意義(看取り期の利用者にとって生活ケアを丁寧に提供することが重要であること)を繰り返し伝えます。
- ⑧家族へ説明している内容・家族の思いや反応についてその都度伝え、情報共有します。
- ⑨危篤状態であること、また(死亡確認やその後も含めた)対応について説明します。

おわりに

本ガイドラインは、公益社団法人香川県看護協会 看護師機能委員会Ⅱが作成した素案を、介護施設で働く職員を対象に実施した交流会で検討したご意見・ご提案を取りまとめて作成したものです。貴施設での看取りケアに活用頂けたらと思います。

表1 看取り期にある高齢者の状態像

状態像	観察ポイント	ケアのポイント	家族へのアプローチ
① 常に臥床状態（寝たきり）となり、自分で身体の向きを変え、手足を動かすのが難しくなる	関節の拘縮の有無 筋の萎縮状態 循環障害、褥瘡の有無 意欲の低下	2～3週間で起こりやすい 5～6週間で起こりやすい 予防のためのリハビリの検討 体位変換、適切なマットレスの使用による苦痛の緩和	★利用者、家族の意向に沿ったケアの検討
② 失禁・脱水が起こりやすく、体液や電解質のバランスが崩れる	失禁による皮膚トラブル 脱水による口腔内乾燥の有無 皮膚の状態(乾燥、沈下性浮腫) 水分出納(バランスの確認)	口腔ケア 保湿剤の使用によるスキンケア 輸液等の検討	★唾液分泌が減少するために口腔内が乾燥しやすいので、 口腔ケアの必要性について説明する
③ 感染症に罹患しやすく、肺炎や尿路感染を繰り返す	肺炎症状の有無 尿路感染症状の有無	感染症に罹患しても症状が出にくいため注意して観察を行う 対症看護 環境の調整	★感染症に対する抵抗力が弱くなっているため、罹患する と生命を脅かすことになりかねないことを説明しておく ★家族が媒介者となることもあるので、家族に感染予防の 必要性を説明する
④ 呼吸障害や食欲低下により経口からの水分、栄養摂取が難しくなる	むせ・咳嗽・恶心・嘔吐など陰性症状の有無 意欲の低下	食べたいものを食べられる量だけ採取できる ことを目標に支援する。 体位の工夫や、嚥下状態に応じた食事形態の 工夫 誤嚥時の対応	★利用者、家族の意向に沿ったケアの検討 ★利用者の嗜好に応じたものを準備してもらう ★嚥下状態を家族とともに評価し、経口摂取が困難な状況であることを理解してもらう
⑤ 激器の機能が低下し、全身衰弱が進行して体重が減少する	貧血・浮腫・脱水・感染症状の 観察	衣類の調整 対症看護	★衣類は肌触りの良い吸湿性、吸水性がすぐれた素材で、 血液の循環を促進し、浮腫、閉塞性血管の制限などを予防 するためにも体の動きを妨げる衣類は避け、ゆったりとした形で着脱しやすい物が好ましいことを説明する
⑥ 皮膚や血管がもろくなり、皮膚トラブル(褥瘡や表皮剥離、皮下出血)が起こりやすい	褥瘡・表皮剥離・皮下出血の有無	スキンケア—保湿と皮膚への刺激を減らす事 が基本となる 皮膚トラブルに留意したケアの実施	★皮膚はもろくケア時のわざかな外力により、表皮剥離や 内出血を起こしやすく、触覚や振動覚、温度覚、痛覚が鋭 くなっていることを説明する ★体位変換、体圧分散用具(エアマットレスなど)の使用、 スタイルディングシートなど使用し褥瘡予防策を行ってい くことを説明しておく
⑦ 慢阻状態が続き、精神反応がほとんど見られなくなる	意識状態の観察	寄り添うために可能な限りに訪室し、スキン シップを図る 声かけや音楽をかけるなど安心できる環境を つくる	★今おきている状態は、死に向かう自然の中の経過の一つ であることを告げ、眠ることで体力を維持し、苦痛の軽減 ができるいることを伝える ★耳は聞こえているので伝えたいことなどを伝えてもら うことを説明する ★可能であれば、傍で寄り添つてもうう

第1ステージ（死期を予見するような容態変化）

	状態像	観察ポイント	ケアのポイント	家族へのアプローチ
⑧ 恒常性バランスがくずれ、バイタルサインが不安定になる 体温→低体温になる	呼吸→不規則で浅く回数も減少し、 SpO_2 が低下する 脈拍→弱く頻脈微弱となる 血圧→血圧は低下し聴診器で測定できない	体温、四肢の冷感、チアノーゼの有無 呼吸数、深さ、周期、 SpO_2 の確認 チーンストークス呼吸喘息の有無 椎骨動脈での触知が困難であるか 診診、触診できない場合、頸動脈の触知の有無(触知できない場合は、60mmHg 以下)	今までと変わらないケアを行う 環境の調査 保暖（手浴、足浴）	★今おきでいる状態は、死に向かう自然の中の経過の一つであることを告げ、眠ることを維持し、言語の減がでているので伝えたいことなどを伝えてもらう ★耳は聞こえているので伝えたいことを説明する ★可能であれば、傍で暑り添つてもらいう家の言葉をかける ★家族が感情表現できるような声かけを行う 体温は熱產生と熱放散による平衡で正常範囲に維持される。看取り期では、運動量の低下や筋肉量の減少から、熱產生が少なくなる ★末梢の血液量が少ないことが汗をかきにくいくことから熱放散が難しくなり体温調節機能が低下してくることを説明する ★呼吸は、生命維持の基盤でありその機能低下が死につながるため、無呼吸が出現し呼吸状態が変化していくことを説明する ★喉に唾液が貯留し「ゴロゴロ」する状況は、自然の経過のひとつであり、喉の吸引が苦痛となる場合があることを説明する ★看取り期にて体のすべての器官の機能が低下し全身状態が変化していくことを説明する
第2ステージ（危篤時の看護）		意識レベルの低下	意識レベルの確認	
		⑨ 循環血液量が減少するため、手足が冷たくなり尿量が減少する ⑩ 脣色が白っぽくなり表情になる	四肢冷感、チアノーゼの有無 尿量の確認 バイタルサインのチェック 心拍、呼吸の停止、瞳孔の散大	

ターミナルケアの段階

	入所時	前期 病状の変化が月単位と考える時期	中期 病状の変化が週単位と考える時期
利用者本人		<input type="checkbox"/> 食事摂取量の低下 <input type="checkbox"/> 苦痛が緩和されていれば日常生活はかなり安定している	<input type="checkbox"/> 日常生活の自立度が急激に低下することが多い時期 <input type="checkbox"/> 症状悪化による身体的・精神的苦痛の増強
医師		<input type="checkbox"/> 症状説明 看取りの場の確認 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 時時状態説明 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加
看護職員	<input type="checkbox"/> 通常観察 <input type="checkbox"/> 日常のケアを丁寧に行う	<input type="checkbox"/> 看取りケア計画立案 <input type="checkbox"/> 通常観察 <input type="checkbox"/> 旅立ちをされるまでの解説と施設で行うケアについて説明する <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加 * 看取りガイドライン(表1) 看取り期にある高齢者の状態像 第1ステージ参照 	<input type="checkbox"/> 通常観察 <input type="checkbox"/> 付き添う・とによる介護疲れへの配慮しながら臨時状態説明を行う <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加 * 看取りガイドライン(表1) 看取り期にある高齢者の状態像 第1ステージ参照
介護職員	<input type="checkbox"/> 日常のケアを丁寧に行う	<input type="checkbox"/> 身体面だけでなく精神面も十分観察 <input type="checkbox"/> 心理的苦痛の緩和を図る <input type="checkbox"/> ゆっくりご家族と過ごせる環境整備(個室等) <input type="checkbox"/> 環境整備(採光・居室レイアウト・慣れ親しんだ写真・花を飾る等の工夫) <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加 * 看取りガイドライン(表1) 看取り期にある高齢者の状態像 第1ステージ参照	<input type="checkbox"/> 看護師と連携し、本人に負担がかからない丁寧なケアの検討 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加 * 看取りガイドライン(表1) 看取り期にある高齢者の状態像 第1ステージ参照
相談員 ケアマネ	<input type="checkbox"/> 看取りに関する意向調査	<input type="checkbox"/> 担当者会議開催(看取り) <input type="checkbox"/> 施設での看取り体制の説明と同意を得る <input type="checkbox"/> 看取りケア計画の同意を得る(ケアプラン) <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 担当者会議週1回 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加
リハビリ職員	<input type="checkbox"/> 通常のリハビリ	<input type="checkbox"/> 利用者の状態に応じた介助法の検討・指導 <input type="checkbox"/> 経口摂取の維持 ・食事姿勢の検討とポジショニング ・口腔ケア ・盛下りリハビリテーション ・家庭への介助方法の指導 <input type="checkbox"/> 安楽な静床への配慮(褥瘡・拘縮予防を考えたリハビリ) ・筋力維持 ・自動運動の促進 ・関節可動域補助 <input type="checkbox"/> 尊厳ある排泄手法の確保 ・ポータブルトイレやトイレへの説明 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 利用者の状態に応じた介助法の検討・指導 <input type="checkbox"/> 経口摂取の維持 ・食事姿勢の検討とポジショニング ・摂食方法の検討 ・誤嚥の予防 <input type="checkbox"/> 疼痛苦痛の緩和と安楽の援助 ・体位変換 ・ポジショニング ・リハビリテーション <input type="checkbox"/> 安楽な呼吸の確保 ・体位 ・筋緊張の除去 ・肺理学療法など <input type="checkbox"/> 関節の著しい変形・拘縮の予防 ・他動的関節可動域の拡大・維持 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加
管理栄養士		<input type="checkbox"/> 栄養に関するモニタリングを行い、必要に応じ栄養ケア計画の変更を行う <input type="checkbox"/> 栄養・食事への配慮 (家族から嗜好品購取。本人が食べやすく嗜好に合う食事を多種類で検討) <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加	① 食事形態の変更や嗜好品提供等を他職種と検討 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加 

における多職種でのアプローチ



後期 病状の変化が日にち単位で変化する時期	死亡直前～死亡まで 状態が時間単位で変化する時期	死亡～退所まで
<input type="checkbox"/> 臥床している時間が長くなる <input type="checkbox"/> 恒常性バランスがくずれ、バイタルサインが不安定になる 体温→低体温になる 呼吸→不規則、SPO ₂ が低下する 脈拍→弱く顎脈微弱となる 血圧→血圧は低下 尿量→減少 意識→反応が少なくなってくる	<input type="checkbox"/> 低体温、四肢冷感、チアノーゼ、尿量減少、呼吸回数の減少、SPO ₂ 低下、血圧測定不能、意識レベルの低下  面色が白っぽくなり無表情になる、呼吸停止、心停止、瞳孔散大	
<input type="checkbox"/> 臨時状態説明 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 臨時状態説明 <input type="checkbox"/> 死亡確認	<input type="checkbox"/> 死亡診断書記載 <input type="checkbox"/> お見送り
<input type="checkbox"/> 付き添うことによる介護疲れへの配慮しながら臨時状態説明を行う <input type="checkbox"/> 介護端日と連携し、異常の早期発見に努める <input type="checkbox"/> 今後起こりうる状況について家族に説明を行い、家族の不安軽減に努める <input type="checkbox"/> あらかじめ、ご家族に着せてありたい衣服があれば持参してもらうよう依頼する <input type="checkbox"/> 退所方法(寝台車等)の確認を行っておく <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加 * 看取りガイドライン(表1) 看取り期にある高齢者の状態像 第2ステージ参照	<input type="checkbox"/> バイタルの測定は状況により判断する <input type="checkbox"/> 介護職員、付き添われている家族の協力を得て呼吸停止などの確認を医師によりおこなわれるため連携を図る <input type="checkbox"/> 家族が付き添われていない場合は、早めに家族に連絡をとり状況を説明し来所を依頼する <input type="checkbox"/> 呼吸停止、心停止がある場合は速やかに医師に連絡する * 看取りガイドライン(表1) 看取り期にある高齢者の状態像 第2ステージ参照	<input type="checkbox"/> 家族とのお別れの時間をを作る。 まだ見舞われていない家族がいれば到着を待ち、エンゼルケア実施時間を確認する <input type="checkbox"/> エンゼルケア実施(最後のケアである清拭など)はご家族の希望があれば一緒に行う <input type="checkbox"/> 死亡診断書をご家族に渡す (死亡診断書はご遺体と一緒に行動される方が持參しておく必要があることを説明する) <input type="checkbox"/> お見送り
<input type="checkbox"/> 状態の変化があれば、看護師に報告・記録する <input type="checkbox"/> 家族との時間を優先し本人の安楽な時間が妨げられることのないようバイタルサイン測定は考慮する <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加 * 看取りガイドライン(表1) 看取り期にある高齢者の状態像 第1ステージ参照	* 看取りガイドライン(表1) 看取り期にある高齢者の状態像 第2ステージ参照	<input type="checkbox"/> 看護職員に頼する <input type="checkbox"/> お見送り 
<input type="checkbox"/> 担当者会議週1回 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加		<input type="checkbox"/> お見送り
<input type="checkbox"/> 清潔の保持(介助法の検討) <input type="checkbox"/> 疼痛苦痛の緩和と安楽の援助 - 体位変換 - ポジショーニング - 肺理学療法 (排痰促進・呼吸補助) - 振搾・リラクゼーション <input type="checkbox"/> 関節の変形・拘縮の予防 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加		<input type="checkbox"/> お見送り 
<input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加		<input type="checkbox"/> お見送り

引用文献

- 1)日本看護協会(編):介護施設の看護実践ガイド,医学書院,p.122-125,2013.

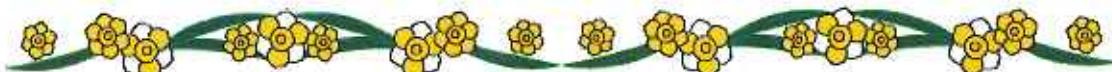
参考文献

- 1)認定看護分野のトゥデイズケア第45回看取りにおける家族ケア
- 2)櫻井紀子編:高齢者介護施設の看取りケアガイドブック,中央法規出版,2008.
- 3)全国国民健康保健診療施設協議会:看取りに関する手引き施設版.
- 4)日本看護協会編:介護施設の看護実践ガイド,医学書院,2013.
- 5)大田人史監修:終末期リハビリテーション,莊道社,2002.
- 6)広瀬寛子:明日の看護にいかすデスカンファレンス,看護技術,1月号,メデカルフレンド社,2010.
- 7)小林光恵:もっと知りたいエンゼルケア Q&A,医学書院,2012.
- 8)伊藤茂:ご遺体の変化と管理“死後の処置”に活かす,照林社,2009.
- 9)「看取り介護指針・説明支援ツール」(平成27年度介護報酬改定対応版)公益社団法人全国老人福祉施設協議会,2015.
- 10)日本看護協会が提案する介護施設等における看取り研修プログラム,公益社団法人日本看護協会看護師職能委員会Ⅱ介護・福祉介護施設・在宅等領域,2014.



後 編 目 次

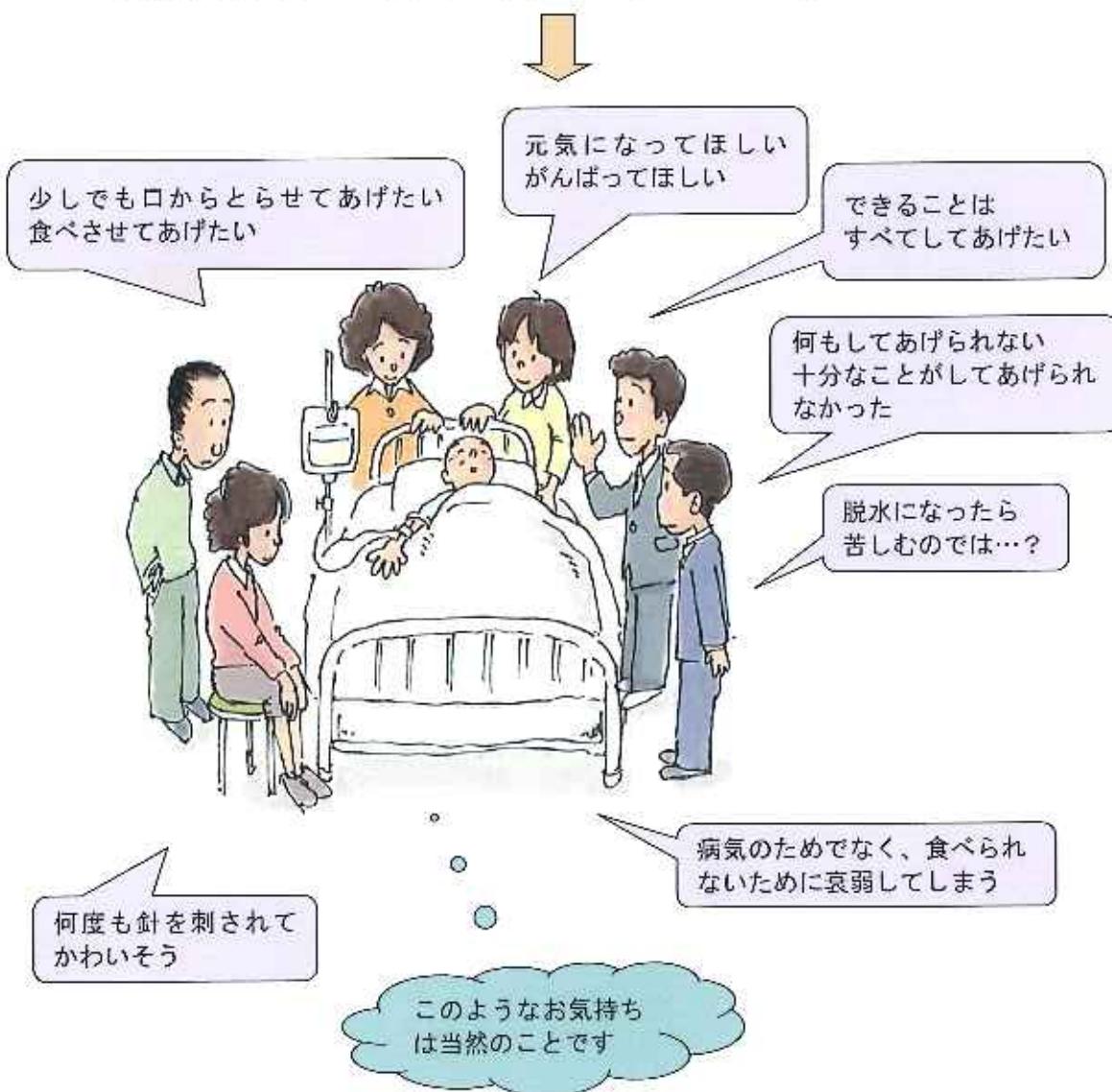
I. どのような治療を希望しているのか	18
II. 延命治療についての考え方を知る	19
III. 旅立ちをされるまでの経過	20
IV. これから起こり得る時期・時間的な経過について	21
・残された時間が、月単位になってきた時の様子	21
・残された時間が、週単位になってきた時の様子	24
・残された時間が、1週間前頃～様子	28
・残された時間が、1.2日～数時間前の様子	28
・いよいよ最期が訪れ、息をひきとられる時の様子	31
V. 治療・起こり得る症状についての疑問、質問について	32
VI. 大切な人が旅立った後について	35
VII. グリーフケアってご存知ですか？	36



看取りガイドライン 自然な死へのアプローチ
介護施設、在宅医療、訪問看護における看護職員等のために
公益社団法人大阪府看護協会
看護師職能委員会Ⅱ 平成27年9月発行 【後編】を抜粋

I. どのような治療を希望しているのか

大切な人からだに変化がおこった時の気持ち



最善の医療を尽くしても、病状の悪化を止められず、死期を迎えると判断される場合(終末期)があります。その場合の医療について、ご自身とご家族の意向を十分にお話しください。

そして、皆さんの思いをひとつに統一していただき、誰が窓口になるのかを決めておくことが大切です。また、意向は変わることがあります。不安や疑問も含めて、医師や看護師にいつでも相談してください。

II. 延命治療についての考え方を知る

心臓や呼吸が止るとき・止っているのに気付いた時



- 突発的な不整脈や事故ではなく、全身の状態が悪くなった患者さんの場合、人工呼吸や心臓マッサージなどの心肺蘇生で回復できることはほとんどありません。
- 人工呼吸や心臓マッサージそのものが、患者さんにとっては苦痛となる可能性があります。
- 直前まで、お元気だった場合を除くと、心肺蘇生は行わずに、静かに見守ってあげる方法もあります。
- 事前に、患者さん・ご家族皆さんのご意見を統一していただき、医師・看護師と話し合っておきましょう。

III. 旅立ちをされるまでの経過

「心づもり」が大切です

「人には、いつか必ず死がおとずれる」という心づもりをしていただき、現実の死の過程を直視することで、生き方を考え、「大切な時間を有意義に過ごしたい」という希望も生まれます。そのような希望を叶えるために、一生懸命、療養を続けられる中、少しづつ、旅立ちの時が近づいていることを感じられる時期がおとずれます。

これから起こりうる病状の変化に、どのように対処していけばいいのか、心配になることもあるかと思います。段階ごとに説明いたしますので、ご参考にしてください。

できる限り、落ち着いて、ゆったりとお別れできますように、心の準備をしていただければと思います。

旅立ちまでの経過について

①この先、起こることは、ほとんどが自然の経過であり、特別なことではないこと、緩やかに向かっておられるをご理解ください。

②できる限り、そばに付いて見守って下さい。ご本人の手を握ったり、体をさすったりすることで、側にいることを感じられるようにして下さい。しかし、ご家族が目を離された時に、息を引き取られる場合もありますが、やむを得ないことがあります。

③体を拭いたり、オムツを交換したりする時には、声かけをして下さい。



IV. これから起こり得る時期・時間的な経過について

残された時間が、月単位になってきた時の様子

- 病状が進んでくると、病気そのもののために、徐々に食事や水分を摂る量が少なくなってきます。



これは病気そのものに伴う症状で、「食事が摂れないから、病気がすすむ」「食べる気持ちがないから」ではありません。



- ① 食べやすい形、固さなどの工夫や、少量で栄養が摂れる栄養補助食品などもあります。
- ② 食事の時間を楽しくすることで、食欲に繋がることもあります。
- ③ 患者さんの好きな食べ物を持ち寄ったり、ご家族で一緒に食事をされるのもよいでしょう。

- 眠れない、不安感が募る、体がだるい



不眠の原因には、痛み、夜間の頻尿、不眠を生じる薬、体の変化に対する不安などの原因があります。病気や加齢による体力の低下を「体のだるさ」として感じます。日によって感じ方が違うことがほとんどです。「だるさの軽いとき」「だるさの強いとき」が周期的に変化します。

- ① 生活の工夫として、昼寝をしそぎない、遅い時間の食事やカフェイン・アルコールを控える、入浴を早めにすませるなどがよいでしょう。
- ② 照明、周りの物音(時計・室外)など、環境を調整することも必要です。
- ③ そして、なによりも不安な気持ちを聞いてあげてください。
- ④ 体のだるさが強く動けない時は、十分に休息をとって安静を保つことが大切です。体力を温存・配分することです。1日の生活の中で、前もって体力の配分を考え、優先順位を決めておきます。自分がしなければならないことを必ずするようにします。
他の事は、手伝ってもらい、1日ですべてをせず、次の日にまわします。
- ⑤ 1日のうちでも、午前中は休み、午後に活動するというように休息と活動のバランスをとりましょう。

- 便が出にくい



食事、運動量の低下、薬などのため胃腸の動きが悪くなり、大腸に便がたまっている状態です。

便秘をやわらげる工夫

- ① 食事の工夫
食物繊維の多い食事や水分をとります
- ② マッサージ
「の」の字を書くようにお腹をマッサージします
- ③ 運動
軽い運動、散歩をしてお腹の動きを助けます
- ④ 生活の工夫
便をがまんしない
できる限り両足をつけて、座って排便をします
- ⑤ お腹を温める方法もありますが、医師に相談してください
- ⑥ 緩下剤、坐薬、浣腸などのお薬で治療します

- 痛みがある



病気そのものからくる痛み、
動きが制限されたことによる痛みなどがあります。

痛みを治療することは、生活していくうえでとても重要な一つです。

- ① 痛みの場所、痛み方を教えてください
- ② 痛みの原因を確認することは、とても大切です
- ③ 痛みに対して、鎮痛薬・医療用麻薬で治療していきます

痛みをやわらげるための工夫として、次のようなことがあります。

- ① ぐっすり寝て、体と心を休めます
- ② リラックスします(ストレッチ体操・深呼吸・腹式呼吸)
- ③ うまく気晴らしをします(音楽を聴く、おしゃべりをするなど)
- ④ 趣味を楽しみます
- ⑤ 軽い運動を取り入れます
- ⑥ 痛みが強いとき、体の疲れを感じるときには、安静にし、休息をします
- ⑦ 痛みのある場所をさすってもらう。痛みの強い場所は控えます
- ⑧ 温める方法もありますが、医師に確認してください

- 動くとしんどい、トイレまで歩けない、息苦しい



動くと、息切れを感じるなどの症状がでてくることがあります。肺の病気、肺炎、貧血、胸・お腹に水がたまる、痛みなど、いろいろな原因があります。

症状に対しては

- ① 酸素の使用
息苦しさに合った酸素の量や日常生活の中での使い方を提案します
- ② 点滴の調節
点滴が多いと息苦しさの原因になることがありますので、適切な量で行います
- ③ 咳や痰が多ければ、薬を使用することもあります
- ④ 炎症を抑えることで、呼吸を楽にするため、ステロイドを用います
- ⑤ 苦しい時に、頓服や定期的に、抗不安薬または医療用麻薬を用います
*医療用麻薬は、浅い呼吸を深く落ち着いた呼吸にし、咳をおさえることで呼吸困難をやわらげます。中毒になったり、おかしくなったりすることはありません

息苦しさをやわらげるための工夫

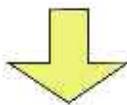
- ① 姿勢の工夫
一番楽になるような体の姿勢やベッドの調節を考えます
- ② 環境の整備
 - ・日常よく使うものは、ベッドの周りに置いておきましょう
 - ・部屋の温度を低くしましょう
 - ・換気をしたり、窓を開けたりしましょう
 - ・息苦しくても移動ができるようなベッドの配置、トイレ、部屋の間取りの工夫をします
- ③ 苦しい時に使用する薬をすぐに飲めるよう手元においておきます
- ④ 不安を解消するために、ご家族に手伝っていただけることとして
 - ・息苦しいときに、そばにいるようにします
 - ・眠る前に、そばにいるようにします
 - ・背中をさすったり、手を握ったりします
 - ・息苦しい時に、どんな薬を使ったらよいのかを確認しておきます

残された時間が週単位になってきた時の様子

- さらに、食事や水分を摂る量が少なくなり、お口から摂取することがむずかしくなります。



食事や水分が飲み込みにくくなり、むせることがあります。食事量が減り、頬や目などのやせが目立つようになります。



- ① 食事が十分とれなくても、口の渴きをいやするために、氷片、かき氷、アイスクリームをすすめる、うがいや口の中をきれいにすると喜ばれることがあります。
- ② 食事をすることは難しくても、マッサージをする、ご家族のこと話をす、お気に入りの音楽をかけるなど、食事以外に患者さんが喜ばれることを考えていきましょう。

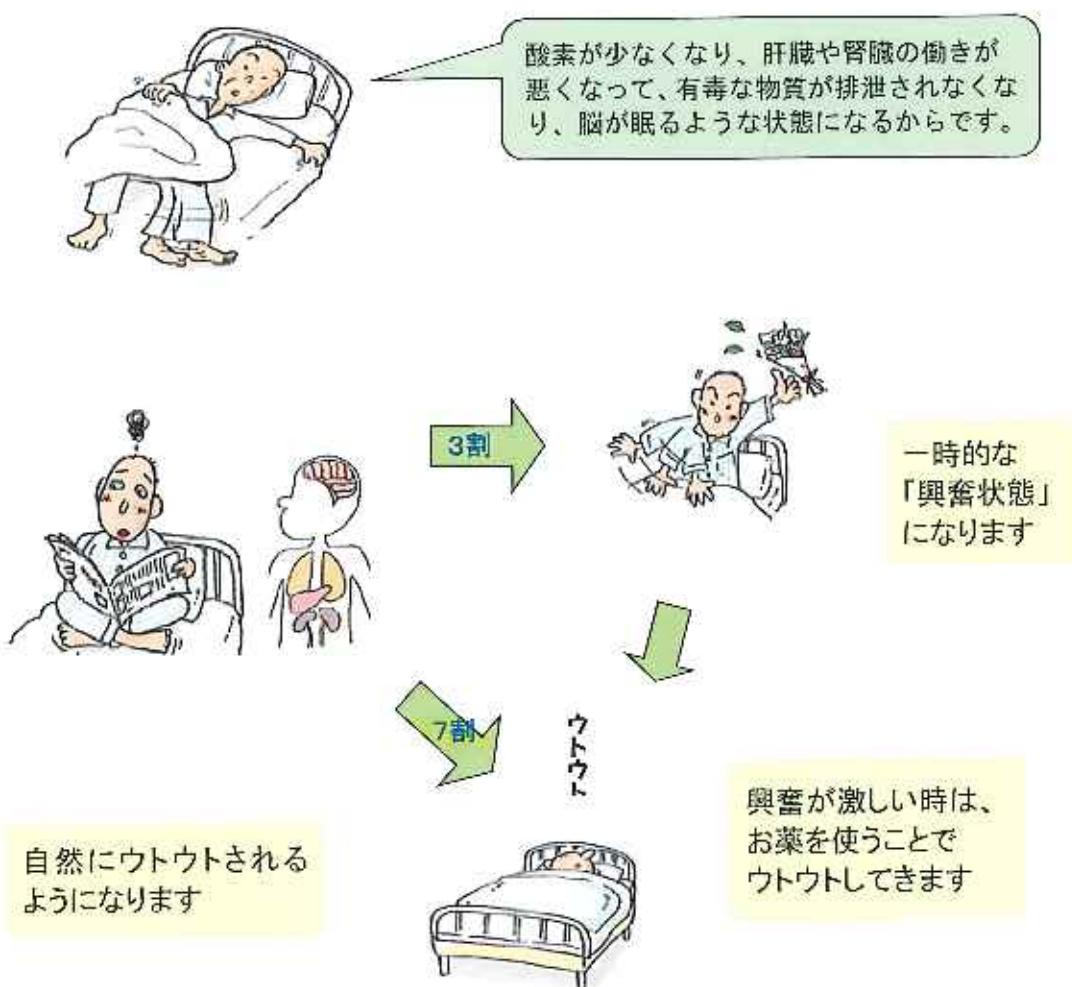
- 尿量が少なく濃くなり、だんだんと出なくなります。また、尿や便を失敗する事が多くなります。



食事や水分が取れないことや、心臓や腎臓の機能も低下することで尿量が少なくなってしまいます。また、感覚が鈍くなることや動くことが困難となり、失禁してしまいます。

- ① 尿量や、むくみの程度など、医師や看護師に教えてください。状態により、利尿剤の使用も考慮します。
- ② ご本人の負担がないように、オムツの利用など、排泄ケアについて支援させていただきます。

- つじつまの合わないことを言う、手足を動かすなど落ち着かなくなることがあります。



- がんの場合、進行した患者さんの 70%以上の方におこります。

- * 「薬」や「麻薬」が原因であることは多くありません
- * 体の痛みが強すぎて、興奮状態になるのではありません
- * 患者さんの心が弱い等、性格が原因ではありません
- * 精神病や認知症(痴呆)や「気がおかしくなった」のではありません

● 介護されている方の思い



何を話しているのかよく分からない



・ どのようなことを話そうとしているのか想像してください。本当にあった昔のこと、気がかりになっていることやしておきたこと、あるいは、口の渇きやトイレに行きたいと伝えようとしていることもあります。

・ 時間や場所がわかりにくいことは多いですが、ご家族のことがわからないことはめったにありません。

・ つじつまが合わないときは、ご本人の言うことを否定せずに付き合い、安心できるような会話をしてください。「間違いを正す」ことは、ご本人さんを傷つけることがあります。

疲れてクタクタになってしまった…



まず、あなた自身が休めることが大切です。

・ 他のご家族にも協力してもらいましょう。看護師もお手伝いします。ご相談下さい。

・ 日中、患者さんが休まれている時は、それに合わせてお休みください。

そばで何をしていいか
わからない…話しがで
きないことがつらい…

- ・普段の通りに声をかけたり、静かに足をマッサージしたり、ただ部屋の中で、ご家族がお話をされている声が聞こえているだけでも、ご本人さんはホッとされることが多いです。



- 興奮状態になるときもあります。



興奮状態の時どう
したらいいのか…

- ・看護師に連絡して下さい
- ・看護師は口の渇きや排泄などの不快なことがないかを確認して対応します
- ・お薬で対応可能かどうかを主治医と相談します
お薬には、ウトウトできるくらいの弱いものから、完全に眠れるものまで何段階がありますので、ご意向と状態を見て決めます

自分で決める
ことが負担…

- ・「患者さんが以前に望まれていたこと」で、ご存知のことを教えて下さい。
- ・ご家族に全てを決めていただく必要はありません。他の家族の方とも相談していただき、一緒に「一番良い」と思われるることをしていきましょう。

残された時間が、1週間前頃～様子



だんだんと眠られている時間が長くなっています。夢と現実をいたりきたりするような状態になることがあります。

その時にできること、話しておきたいことは、先送りせず、今、伝えておくようにしましょう。

だいたい80%くらいの方は、ゆっくりとこのような変化がでてきます。

一部の方で、上記のような変化がなく急に息をひきとられることもあります。

残された時間が、1.2日～数時間前の様子

- うとうとと寝ていることが多くなります。



周囲に対する関心がなくなり、うとうとと寝ていることが多くなりますが、名前を呼ぶと、目を開ける反応があります。ただ、開眼しても、見えないようになります。音や声は、最期まで聞こえていますが、口が乾燥し、言葉が出にくく、応える力がなくなり、意識がないようにみえます。

からだが脱水症状となり、自然の経過の中、意識が落ち、眠ったようになります。眠気があることで、苦痛がやわらげられていることが多くなります。

- 音は最期まで聞こえていますので、お話をしてあげてください。
- ガーゼ等で口を湿らせるとお話ができることもあります。
- 熱は、病気そのものからくる熱があります。苦痛であれば、薬を使用することもあります。医師に相談して対応ていきましょう。

- 手足の先が冷たく青ざめ、脈が弱くなります。

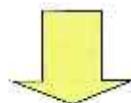


血圧が下がるために、手足が冷たくなり、手足の色が紫色になり、斑点がみられることがあります。

- のどもとでゴロゴロという音がすることがあります



体が弱ると眠りが深くなり、だ液をうまく飲み込めなくなるためにおこりますが、この症状は自然の経過です。眠っておられることが多いので、苦しさは少ないことが多いですが、吸引の必要な場合もあります。

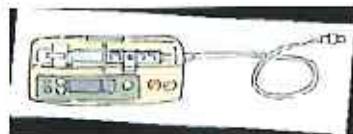


体の位置を工夫します。
顔をしっかりと横に向け、上半身を少し上げます。
どちらかの横向きの体位を取る場合もあります。



点滴の量を調整します。
ご家族と目的や効果について、相談して決めていきます。

分泌物を減らす薬を使用します。
眠気が強まる場合があります。





分泌物を細い管で吸い取ります。(吸引)
一時的に分泌物を取りのぞいても、同じ状態になることがほとんどです。繰り返しの吸引が、患者さんにとって、苦痛となる場合があります。

吸引を行う場合は、よく相談して丁寧に行います。



口の中にたまつたものを、綿棒や湿ったガーゼ等で、そっとぬぐってあげてください。
胸に手をあてて、優しくさするのもよいです。

- 熱がでることもあります。



病気そのものからでる熱があります。冰枕などを使用し、苦痛の緩和を図りますが、薬を使うこともあります。医師に相談して対応ていきましょう。

どのような対処が良いかは、患者さんの状態によって違います。
医師や看護師、ご家族一緒に話し合う機会を持ち、十分に相談して決めていきましょう。



いよいよ最期が訪れ、息をひきとられる時の様子



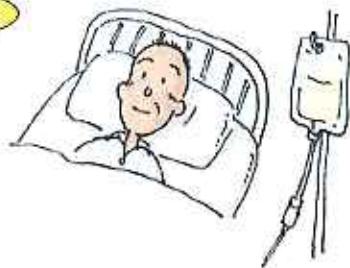
- ① 呼吸のリズムが不規則になり、息をすると同時に、肩や顎が動くようになります。
次の呼吸が始まるまで1分以上かかることがあります。
- ② 呼んでもさすっても反応がなく、ほとんど動かなくなります。
- ③ 顎や肩を上下させて、浅い呼吸をするようになります。苦しそうに見えますが、ご本人は、すでに意識がなく、苦しみはないと思われます。
- ④ 呼吸が止まり、胸や顎の動きがなくなります。
- ⑤ 脈が触れなくなり、心臓が止まります。
- ⑥ 手足が冷たくなり、次第に体が硬くなっています。

以上は一般的な経過で個人差があります。

V. 治療・起こり得る症状についての疑問、質問について

質問1. 点滴は病院のようにしてもらえるのでしょうか？

点滴を減量、中止すると



- ・脱水傾向にあることが、苦痛の原因になることはほとんどありません。
むしろ、患者さんにとって、やや水分が少ない状態のほうが、苦痛を和らげることが多くあります。
- ・むくみや胸水、腹水がある時は、点滴を減らすことがつらい症状を和らげることになる場合があります。

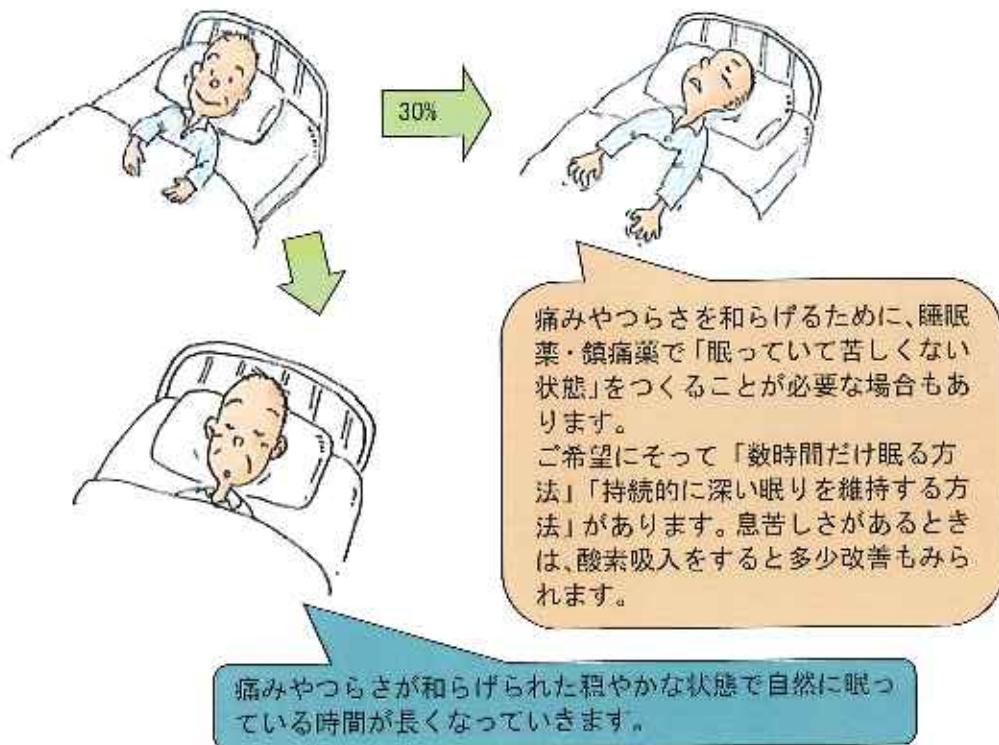
点滴をすることで



- ・点滴などで、水分や栄養分を入れたとしても、うまく利用できないので、からだの回復にはつながりません。
- ・点滴をすることで、お腹や胸に水がたまるなどの副作用がでる場合があります。

点滴については、患者さんの病状と意向にそって、
医師と相談しながら調節していきましょう。

質問 2. 苦しさは増すのでしょうか？



質問 3. 睡眠薬や鎮痛薬を使うと寿命が縮まるのでしょうか？

- ほとんどの場合、苦しさの原因となっていることそのものが、生命機能の維持が難しいことを示します。
例えば、「呼吸が苦しい」のは、体を維持するだけの酸素を肺にとりこめないことが原因なので、睡眠薬や鎮痛薬を使わなかつたとしても生命の危機が訪れます。
- 睡眠薬や鎮痛薬を使った患者さんと使わなかつた患者さんとで、「命の長さ」に差はないことが確かめられています。
- 睡眠薬そのものによると考えられる致命的な合併症は、数%以下であることが確かめられています。
- 使用する薬物の量は「苦痛のとれる最小の量」ですので、「寿命を縮める量の薬物を投与する安楽死」とは全く異なる行為です。



✗ 全くありません

苦しいのを和らげるのに必要な鎮痛薬や睡眠薬を使ったとしても、そのために寿命が縮まるということはありません。

一旦やすまれた後も、半数ぐらいの患者さんは意識が戻ります。

・苦しくなければ…

その時にお話ができることがあります。様子をみて睡眠薬を中止することもできます。

・苦しければ…

医師や看護師に相談してください。薬の量を調節して苦痛がないように対応します。

ご家族の方は次のことを知っておいて下さい



Q. 寝ている状態で苦しさは感じてないの？

A. 深く眠っている時は、苦痛を感じていないと考えられます。眉間のシワや手足の動きなどから判断できます。



Q. もう話はできないの？

A. 深く眠った場合、言葉で会話をすることは難しくなります。
お話できる間に言葉で伝えておくのが良いでしょう。



Q. 苦痛を和らげる方法は
他になかったの？

A. ご心配や質問がありましたら、
いつでもお声をかけてください。医療
チームで十分に検討します。

患者さんが休まれているときも、こんなことをしてあげてください。



手足をやさしく
マッサージする



患者さんのお気に
入りの音楽を流す



いつものように、
ご家族で普段の
お話をされる



水や好きな飲物など
で唇をやさしく、しめら
せてあげる

眠っていても、ご本人が好きだったこと、気持ちが良かったことなどを
一緒に考えましょう。

VII. 大切な人が旅立った後について

- ①医師の死亡確認が終わったら、葬儀屋さんに連絡してください。
亡くなられた後に葬儀屋さんを手配される方もいらっしゃいますし、事前に手配されておられる家族の方もおられます。
- ②病院にて、死亡診断書の記入が終わりましたら、病院から連絡がありますので、病院へ取りに行きます。
- ③施設でお亡くなりになった方は、施設で診断書を受け取ります。

診断書の料金のお支払いは、医療費とともに請求となります。



自宅で看取る時に事前に準備するものがありますか？

- ・旅立ちの時の衣服
本人のお気に入りや、家族のご希望の服、下着など
- ・持たせたいもの
タバコ、お守り、書籍、日記帳、着物、など
- ・火葬に障害のあるプラスチック製品、ガラス製品、金属製品や爆発の恐れのあるガスライターやスプレー缶などは控えてください

エンゼルケア(ご遺体の清拭など)はどうしたらいいですか？

<自宅の場合>

- ・葬儀屋さんで、お体をきれいにしてもらえます
- ・訪問している看護師で、エンゼルケアをすることもできます
- ・ご家族の方とご一緒にいる場合もあります

<施設の場合>

- ・エンゼルケアについては、施設によって異なります
- ・ご家族の方と一緒にいる場合もあります

VII. グリーフケアってご存知ですか？

ある程度の年齢になれば、誰もが一度ならず身近な人の死に出会う機会が多くなってきます。

大切な人を亡くし、こころの整理がつかず、「どうしていいのか…」 そのようなこころの動揺や混乱は、身近な人の死である限り、誰にでも起こります。遺された人自身が、生と死の局面に立ち、様々な感情にあうことでしょう。亡くなられた直後は、亡くなられたことを受け入れできない状態であったとしても、徐々に思い出として大切にしていくように変化していきます。

ご遺族の方に、この資料が少しでも参考になればと思います。



・グリーフケア(グリーフサポート)とは？

大きな悲しみに暮れる人が、内にしまい込んだ思いや感情などを自分の外に出せるように、周囲の人々が温かく支え、受け止めて共感し、援助していくことをいいます。突然に不慣れな環境に押しこまれた時に、じっくりとお話を聞いてもらえるなど、さりげなく寄り添うサポート・ケアは大変心強いものです。サポートにより自ら進むべき道を確認するきっかけになります。

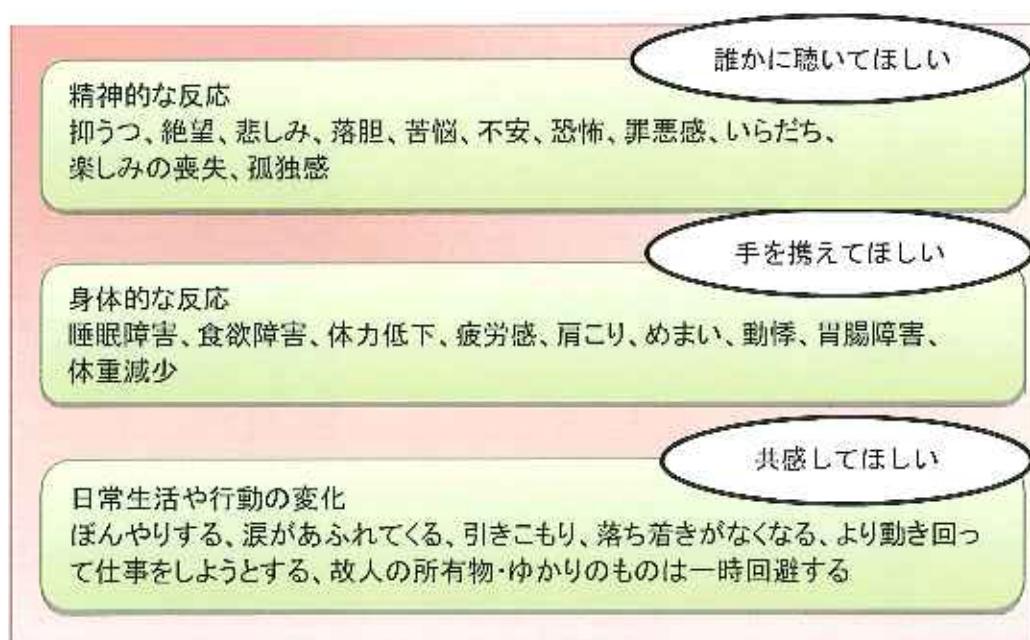
・感情にふたをしていませんか？

安心して、自分の気持ちや感情などを表現でき、心を開いて話を聞いてもらうことが大切です。



・悲しみを癒すためにはどうしたらいいのでしょうか？

①グリーフ(悲嘆)の反応について知識をもつことが大切です。



②自分の気持ちを大切にしましょう。

なかなか元の生活にもどることができず、気力もわかない、涙があふれてばかり…「自分は異常ではないか」と思う気持ちは自然なことです。あるがままの自分の感情を否定せずに大切にしましょう。

③休養を十分にとり、マイペースで生活しましょう。

大変なストレスを受け、ここと身体はエネルギーを消耗し疲れやすく、身体の免疫力も低下しがちです。十分な休みや睡眠をとり、頑張り過ぎないようにしましょう。

④ゆっくり、もとの日常生活に戻っていきましょう。

悲しみの深い期間が長引いたとしても、それは必要な時間であり、正常なプロセスなのです。

⑤信頼できる家族や、友人、同じ体験をした人などと分かち合いましょう。

同じ家族でも、故人との関わりが異なっていたため、悲しみ方や受け止め方が、それぞれ個人で違います。そのことで対立し、孤立感を深めることのないようにしましょう。

⑥充分に悲しみ、何らかの方法で悲しみを表出していきます。

受け止めてくれる人の存在や自ら悲しみを整理していく作業が必要です。信頼できる場で、心を解放し、自分の気持ちを語り、同じ体験をした人の話を聞くなど、悲しみを癒す機会を創り、段階的に心の整理を行うことにより、グリーフを軽減させることができます。

(故人に手紙を書く…など)

⑦時には、人の情けや助けを素直に受け入れましょう。また、人の力もお借りしましょう。そして、いつしか、人生の中でお返ししようという思いを失わずに生きてみましょう。

・支援内容はどんなことでしょう？

- ① 気持ちに寄り添う心のケア(親族・友人・宗教家・葬儀関係者・傾聴ボランティア)
- ② 生活面の支援(公的機関)
- ③ 家事や育児、法律問題など目の前の現実的な困難に負担を感じている人の支援(公的機関・行政書士・司法書士等)
- ④ 身体的な健康への気配り(医療機関)
- ⑤ 通常の悲嘆の反応や対処法などに関する知識の提供
- ⑥ 各種サービスの提供機関や団体など、社会資源に関する情報の提供(公的機関)
- ⑦ 治療が必要な場合の支援(精神科医やカウンセラーの紹介など)



＜引用・参考資料＞

- 1) 日本看護協会編、介護施設の介護施設の看護実践ガイド 医学書院、2013
- 2) 第64回日本病院学会、施設・在宅での看取りに向けた冊子の作成、
社会医療法人美杉会グループ看護部
- 3) OPTIM Report 2011 地域での実践 緩和ケア普及のための地域プロジェクト報告書、
2011、「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」班編
- 4) 「枚方市規格葬儀・ご利用の手引き」
- 5) ふじもと美誠堂「グリーフケアとは」
- 6) 日本グリーフケア協会「グリーフケアとは」

