



写真：香川県三豊市仁尾町父母ヶ浜

看取りにおける 看護の手引き

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

高齢化が進む中、看取りの現場は多様化し、在宅や施設での看取りが増加しています。同時に、小児から高齢者まで、あらゆる世代における尊厳ある看取りへのニーズが高まっており、私たち「暮らしを支える看護職」への期待は一層強くなっています。

当委員会では、2014年に「看取りガイドライン」第1版が発行されて以降、看取りケアに関する出前講座や交流会を実施し、その時々委員でバトンパスをしながら看取りガイドラインの在り方について検討を重ねてまいりました。

現在、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の重要性が広く認識されています。ACPは看取りケアの中で不可欠である、と捉えながらも従来のガイドライン内には含まれておらず、今回の改訂では、ACP の概念を導入するとともに、現代に即した内容に見直しています。そして、看取りにおける全体の流れを前半に、実践する中で参考資料として利用できるものを後半に入れました。また、当事者は場面によってさまざまな呼称があるため、医療の場面以外では「本人」に統一しています。さらにこの手引きの中の「家族」と言う表現は今の時代イコール「キーパーソン」を意味するとは限らない現状もご承知おきいただけると幸いです。

この冊子は最初から読み進める方、あるいは各章ごとに目を通される方ともに想定しています。何より長く使っていただきたい思いから、時代とともに変化する部分や各所属先の理念に沿って内容も自由に加えることが出来るよう加除式にしています。共通の土台である看護職としての倫理観を持ちつつ、不十分と思われる箇所においては各施設の実態に合わせて補足しながらご利用いただけたら幸いです。多様な看取りの現場で働く看護職の方々が、患者や家族の意思を尊重し、包括的なケアを提供するための拠り所としてこの冊子が活用されることを委員一同願っております。

また、旧ガイドラインの見直しにあたりご協力いただきました関係各位に、心より感謝申し上げます。

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

目次

1章 看取りケアの基本的な考え方.....	1
1. 看取りケアとは.....	1
2. 本人・家族中心のケアの重要性.....	1
2章 法的・倫理的な視点.....	2
1. 守秘義務と情報共有.....	2
2. 医療・介護における法的責任.....	2
3章 看取りケアにおける多職種連携.....	3
1. 多職種連携の必要性.....	3
2. 効果的なチームアプローチの実践.....	3
3. 各段階での多職種の役割と連携.....	3
4. 多職種連携のチェックリスト.....	4
4章 アドバンス・ケア・プランニング(ACP).....	5
1. アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは.....	5
2. 地域でつなぐALPとACP.....	5
3. ACP支援における看護職の役割と基本.....	6
4. ACPアプローチのポイント.....	6
5章 看取りケアのプロセス.....	8
1. 初期アセスメント(状態評価).....	8
2. ケアプランの策定と調整.....	8
3. 症状緩和の基本方針.....	8
4. 精神的・社会的サポート.....	8
6章 看取り期にある方の理解.....	9
1. 看取り期の身体的・心理的特徴.....	9
2. 予後予測の重要性.....	9
3. 年齢層別の特徴.....	9
7章 看取りにおける具体的なケア.....	11
1. 身体的ケア.....	11
2. 精神的・心理的ケア.....	11
3. 社会的ケア.....	12
4. 宗教的・文化的配慮.....	12
8章 看取りの場面に応じたケアの特徴.....	13
1. 医療機関における看取り.....	13

2. 施設看護における看取り	13
3. 訪問看護における看取り	14
9章 特殊な状況における看取りケア	15
1. 認知症患者の看取り.....	15
2. 精神疾患を持つ患者の看取り.....	15
3. 意思決定能力のない患者への対応.....	15
4. 感染症流行時(例:COVID-19)の看取り	15
5. 災害時の看取り.....	15
10章 看取り後の対応.....	16
1. エンゼルケア	16
2. 家族へのグリーフケアの提供.....	16
11章 家族のケア	18
1. 事前指示と意思決定支援(4章参照).....	18
2. 家族への情報提供と説明.....	18
3. 終末期のサポート	18
4. グリーフケア	18

参 考 資 料

1. 看護職の倫理綱領	19
2. 看取りの全体像	20
3. 看取りの段階における多職種でのアプローチ.....	21
4. 小児の看取りにおける多職種でのアプローチ.....	23
5. ACPアプローチ事例集	25
1. 退院調整 ～自宅で過ごしたい～	25
2. 地域・在宅 ～少しでも食べさせたい～	27
3. 終末期 ～自宅で過ごしたい～	29
4. 難病 ～在宅でこのまま生を終えたい～	31
6. 看取りケア用語集(五十音順).....	33

1章 看取りケアの基本的な考え方

1. 看取りケアとは

看取りケアとは、人生の最期を迎える終末期の本人とその家族を総合的に支えるケアです。病気で治る見込みがない人に対して、身体と心の両方を大切にしながら、その人らしく最期まで過ごせるよう支援します。単なる延命ではなく、生活の質を高め、尊厳ある最期を迎えられるようサポートすることが目的です。

このケアは、痛みなどの身体的問題、不安や悲しみといった心理的問題、家族関係などの社会問題、そして人生の意味を考えるような精神的問題まで、幅広い側面をカバーします。また、本人だけでなく、家族もケアの対象となり、家族への支援も重要な役割を果たします。

看護師として看取りケアに携わることは、人生の大切な最終章に寄り添い、本人とご家族にとってかけがえのない時間を支える大切なケアです。

2. 本人・家族中心のケアの重要性

■ 一人ひとりの希望や価値観を大切にする

それぞれの生き方や考え方、希望を理解し、それに合わせたケアを提供することが大切です。

■ 十分な情報を提供し、本人の選択を助ける(自己決定の支援)

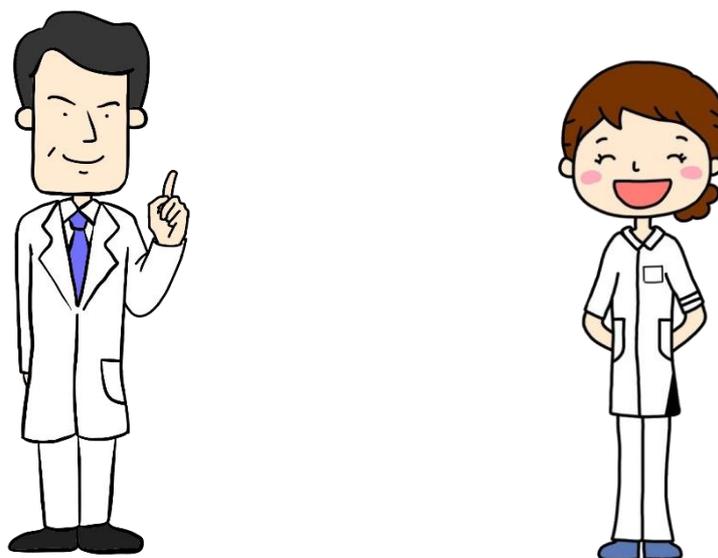
治療やケアの選択肢をわかりやすく説明し、本人が自分の意思で決められるよう支援します。

■ 家族の重要性を認識し、家族もケアの対象とする

家族は本人にとって重要な存在であり、同時に家族自身もケアが必要な対象です。

■ 本人や家族との対話を大切にする

本人や家族の思いをよく聴き、理解しようと努めることが、良いケアの基本となります。



2章 法的・倫理的な視点

1. 守秘義務と情報共有

■ 個人情報の保護

本人のプライバシーを守ることは医療者の重要な責務です。不必要に情報を漏らさないよう適切に情報を管理するよう注意が必要です。

■ 必要な情報の共有

良いケアを提供するために必要な情報は、チーム内で共有します。ただし、共有する範囲は必要最小限にとどめます。

■ 同意の取得

情報共有について、誰とどのような情報を共有するのか、事前に本人や家族に説明し、同意を得ることが大切です。

2. 医療・介護における法的責任

■ インフォームド・コンセント

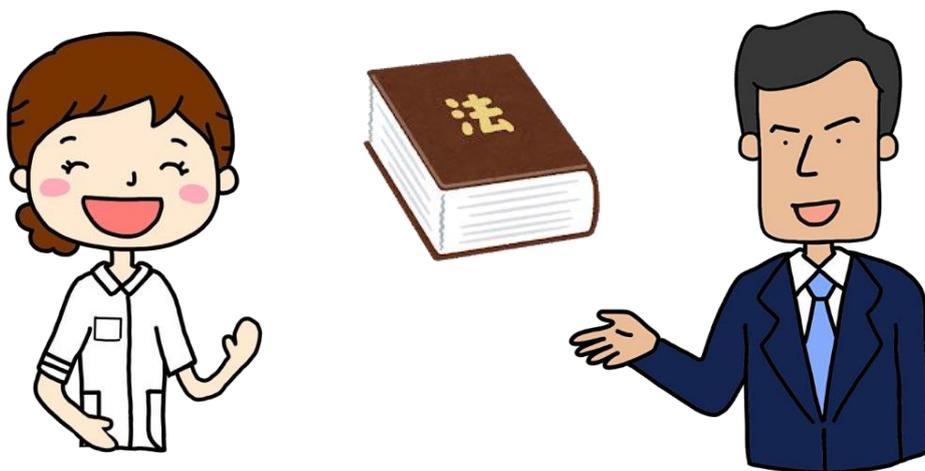
治療やケアについて、わかりやすく説明し、本人や家族の同意を得てから行います。

■ 記録の重要性

行ったケアの内容や状態変化などを、適切に記録することが法的にも重要です。

■ 安全対策

医療事故を防ぐため、常に注意を払い、必要な安全対策を行います。



3章 看取りケアにおける多職種連携

1. 多職種連携の必要性

- 専門家チームで協力してケアを行う
医師、看護師、介護士、薬剤師、管理栄養士、ソーシャルワーカーなど、多くの専門家が力を合わせてケアを行うことで、質の高い看取りケアを実現することができます。
- 情報をチームで共有する(情報共有)
状態や希望について、チームのメンバー全員が同じ理解を持つことが大切です。
- 定期的な話し合い
カンファレンスなどを通じて、チームで情報を共有し、ケアの方針を決めていきます。
- 継続的な学び
看取りケアに関する新しい知識や技術をチーム全体で学び、継続的に看取りケアの質を高め続けることが大切です。

2. 効果的なチームアプローチの実践

- 定期的な情報共有(カンファレンスの実施)
定期的に関係者が集まり、本人の状態や課題について情報を共有し、ケアの方針を確認します。
- 役割分担の明確化
それぞれの職種が何を担当するか、明確にして重複や抜け落ちがないようにします。
- スムーズな連絡体制
本人の状態変化などに迅速に対応できるよう、職種間の連絡体制を整えます。

3. 各段階での多職種の役割と連携

- 医師 病状の評価や薬の調整など、医療面での総合的な管理を担当します。
- 看護師 症状の観察や日々のケア、家族への支援など、本人と家族に寄り添う役割を担います。
- 介護職 食事、入浴、排泄などの日常生活の支援と、体調の変化にいち早く気づくことができる役割です。
- 薬剤師 症状を和らげるための薬の管理や、副作用のチェックを行います。
- リハビリ専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)
身体機能や生活動作の維持・改善を支援し、残存機能を活かした生活環境の調整を行います。また、コミュニケーション支援や嚥下機能の維持にも取り組みます。
- 管理栄養士
栄養状態を評価し、個々の状況や嗜好に合わせた栄養管理と食事提案を行います。また、食事の形態や摂取方法についてアドバイスを提供します。
- ケアマネジャー
本人と家族のニーズを把握し、適切なサービスを提案・調整します。多職種間の連絡調整役として、総合的なケアプランの作成と見直しを担当します。
- ソーシャルワーカー
経済的な問題や利用可能なサービスの紹介など、社会的な面でのサポートを行います。

4. 多職種連携のチェックリスト

■ 各職種の役割の明確化

医師、看護師、介護士など、それぞれの職種が担当する役割を明確にし、全員で確認します。

■ 本人・家族の希望の共有

本人や家族の希望や意向を、チーム全員で共有し、ケアに反映させます。

■ 情報共有ツールの使用

電子カルテや共有ノートなどを使って、チーム全員が最新の情報を共有できるようにします。

■ 定期的な話し合いの開催

週1回など、定期的にチームで集まり、状態や課題について話し合います。

■ 倫理的問題への対応手順の確認

難しい判断が必要な場合の相談方法や決定プロセスを、あらかじめ決めておきます。

■ 看取りケア計画の定期的な見直し

状態変化に合わせて、定期的にケア計画を見直し、必要な修正を行います。

■ チーム内のコミュニケーションの質の評価

チーム内の情報共有や意思疎通がうまくいっているか、定期的に確認し改善します。

■ 緊急時の連絡体制の確認

夜間や休日など、緊急時の連絡方法や対応手順を決め、全員で確認します。

■ 看取り後の振り返りの実施(デスカンファレンス)

看取りケア終了後に、チームで振り返りを行い、良かった点や改善点を話し合います。

■ 多職種間での教育・研修の実施

看取りケアに関する知識や技術を高めるため、チーム全体で学ぶ機会を設けます。



4章 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)

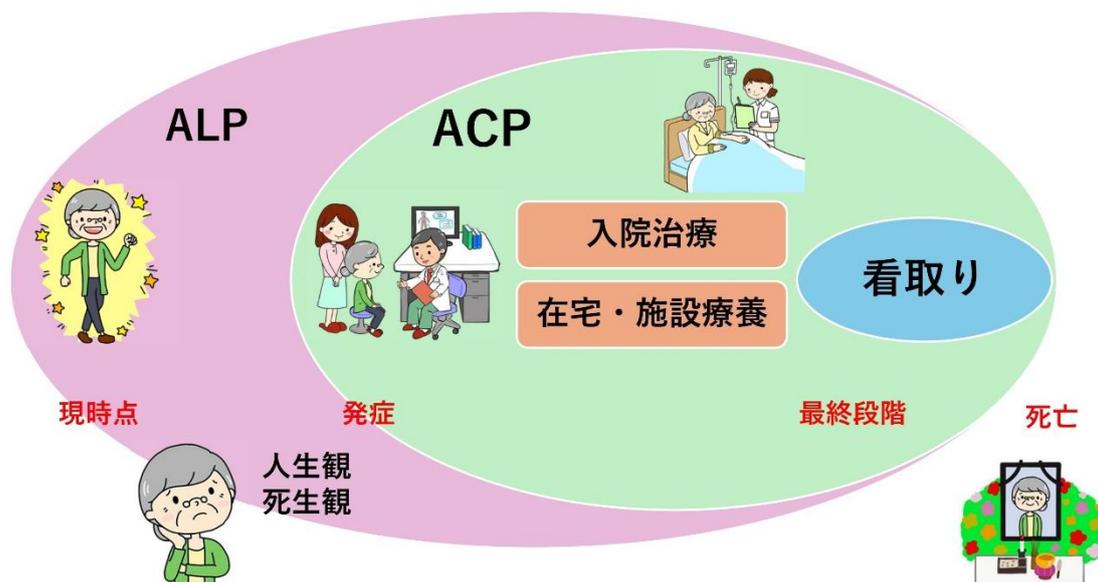
1. アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)とは、本人自身が自分の価値観を認識し、今後の人生についてどう生きたいかを、本人が主体となって、その家族や近い人、医療、福祉、ケアの担い手と共に考えるプロセスのことです。

2. 地域でつなぐALPとACP

ALP(Advance Life Planning:アドバンス・ライフ・プランニング)とは、ACPの段階よりもっと手前の健康な時から人生観や死生観を元に、「自分は何を大切にしているのか」「どのような人生を歩みたいか」について考えるものです。

ALPは「健康な時期」に作成するものであるため、その段階では医療関係者は関わっていません。なぜなら、健康な人は通常、医療機関を受診する機会がないからです。



では、どのように ALP を作ればよいのでしょうか。理想的なのは、本人、家族、そして地域社会が主体となって ALP を作る風土を醸成することです。

例えば、以下のような流れが考えられます。

- ① 地域の中で各自の ALP を作成する
- ② かかりつけ医が ALP を受け取り、必要に応じて本人へ次のステップを提案する
- ③ 医療やケアが必要になった段階で、医療者が ALP を受け取る
- ④ 受け取った ALP を基盤として ACP を更新していく

このように、タスキをつなぐように本人の人生の物語(ナラティブ)をつないでいくことが重要なのです。

3. ACP支援における看護職の役割と基本

- 一人ひとりの希望や価値観を大切にする
- 十分な情報を提供し、本人の選択を助ける(意思決定支援)
- 家族の重要性を認識し、家族もケアの対象とする
- 本人や家族との対話を大切にする

4. ACPアプローチのポイント

Step1 気づく ~ACPのきっかけ~

日ごろの気づきからスタート

「あれ、何かこの方が気になる」「大丈夫かな」

- 外来・在宅・病棟などさまざまな場面での気づきは大切です。ケアの時など、まずは、何気ない世間話から、さりげなく始めてみましょう。
- ACP支援の対象者は、余命を宣告された方だけではありません。障害を持ちながらの生活、慢性期疾患と付き合いながらの生活、その他どんな疾患があっても意思決定の場面はあります。
- 小さな変化を見逃さずに、気が付いたときには声をかけるようにしましょう。
- 信頼関係を築くことから ACP が始まります。「この人に話してみよう」と思ってもらえる関係を作りましょう。
- 介護の場面では、支援者が本人にとってより身近な人となり、自分の気持ちや考えを話していることがあります。特に独居の方などは、支援者の気づきが有用になる事を理解しましょう。

Step2 本人と共有する ~気持ちを整理するための支援~

まず本人に聞いてみる (自分に目を向ける)

「分からないこと、お聞きになりたいことはありませんか」「病状について、どのように理解されましたか。どう思われましたか」「気がかりなことはありませんか」

- 今、おかれている状況についての思い、気持ちを吐き出してもらいましょう。
- 否認や治療の拒否といった行動も、状況を認識しようとする過程で起こっている心の防衛機制かもしれません。まず、思いの共有に努め、つらい中でも受け止めようとしている努力を認めましょう。
- インフォームド・コンセント直後など、動揺が激しいときには、次のステップに進む余裕がない事も考えられます。心理面を考えて相手のペースで進めていきましょう。

Step3 動機付け ~意思決定に向けての心理的支援~

価値観と向き合う支援 (自分を振り返る時間)

「人生を振り返って大切にしてきたことは何ですか」「何かを決めるときのよりどころや参考にされている事は何ですか」「症状の変化が無かったら、やりたいことがありますか」
「今、どうしたいですか」

- 自分を振り返ってもらう話題は、家族のこと、仕事のこと、なんでもよいのです。趣味や楽しみなどを聞くのでもかまいません。

ACPについて考えてみよう! と思ってもらう (モチベーション)

- 本人が自分自身の価値観を認識したら、それに基づいて今の状況で伝えたいこと、大切にしたいことを考えてもらいましょう。
- 闘病生活や今後のことについて、本人の思いを大切にすることを伝えていきましょう。
- 本人の意思決定を実現するために、みんなで方法を考えていくという事を伝えましょう。
- 本人が自己決定しているという実感を持ちながら進めることが大切です。

Step4 場作り ~チームで考えよう~

あらゆる選択肢の提供 (仲間作り)

- それぞれの選択についてのメリット・デメリットを説明しましょう。

Step5 「生きる」を支える ~実施と継続~

希望のかなえ方をサポート (生活の継続と修正)

- 治療・看護・サービスなどに満足しているか、症状や状態を確認しましょう。
- それぞれの治療やその後の生活について、イメージ通りであったかを確認しましょう。
- 在宅療養では、10年以上、疾患と付き合いながら生活されているケースもあり、その間に入退院を繰り返し、最期の時までゴールが見えづらいことが多くあります。
状況変化や考えが揺らぐ過程があることも理解して協働していきましょう。
- ケアの実施場所が変わるときも、目標や気持ちの変化などがないか確認しましょう。
- 生活のサポートに必要な多職種連携・協働メンバーに説明・相談を依頼しましょう。
- 実際にサポートプランを実施してみて、ズレがなかったかなど、会議を繰り返し行いましょう。



5章 看取りケアのプロセス

1. 初期アセスメント(状態評価)

■ 全体的な評価

痛みなどの身体症状、不安などの心の状態、生活環境など、様々な面から状況を把握します。

■ 症状の確認

痛み、息苦しさ、吐き気など、自覚症状を詳しく聞き取ります。

■ 生活状況の把握

食事、睡眠、排泄など、日常生活の状況を確認し、どのような支援が必要か考えます。

■ 家族の状況確認

家族の不安や介護の負担についても聞き取り、家族全体をサポートする方法を考えます。

2. ケアプランの策定と調整

■ 個別のプラン作成

アセスメントの結果と本人・家族の希望を踏まえて、一人ひとりに合ったケア計画を作成します。

■ チームでの話し合い

医師、看護師、介護士など、多職種の様々な専門家が集まって話し合い、最適なプランを考えます。

■ 目標設定と定期確認

「痛みを和らげる」「家族と過ごす時間を増やす」など、具体的な目標を設定します。設定した目標が達成できているか、症状は改善しているかなど、定期的を確認します。

■ ケアプランの変更

本人の状態や希望の変化など、状況に合わせて柔軟にプランを修正するなどして調整します。

3. 症状緩和の基本方針

■ 痛みのコントロール

投薬や、マッサージなど、様々な方法を組み合わせて痛みを和らげます。

■ 呼吸を楽にする

酸素療法や姿勢の工夫、薬の使用など、呼吸を楽にする方法を提供します。

■ 食事の工夫

食事の量や形態を状態に合わせて調整し、少しでも食事を楽しめるよう工夫します。

4. 精神的・社会的サポート

■ 心のケア

不安や希望をしっかりと聴き、気持ちを理解することに努め、必要に応じて専門家のサポートを受けられるようにします。

■ 家族との時間

家族との時間を十分に取れるよう配慮し、必要に応じて環境を整えます。

■ 楽しみの支援

楽しみや生きがいを理解し、好きなことや趣味を可能な範囲で続けられるようサポートします。

■ 社会とのつながり

本人が望む場合、友人との交流や社会とのつながりを維持できるよう支援します。

6章 看取り期にある方の理解

1. 看取り期の身体的・心理的特徴

■ 全身のだるさ

体力の低下により、全身に力が入りにくく、疲れやすくなります。

■ 痛みの変化

痛みの場所や強さが変化することがあります。常に痛みの状態を確認し、対応することが大切です。

■ 息苦しさ

肺の機能低下などにより、息苦しさを感じる場合があります。体位の工夫や酸素療法で対応します。

■ 気持ちの変化

死に向き合う中で、様々な感情の変化が現れます。これらの感情表現を受け止め、寄り添うことが大切です。

2. 予後予測の重要性

■ 残された時間の見通し

正確な予測は難しいですが、医師などの助言や状態観察などをもとに、残された時間の見通しを立てることで、本人や家族が心の準備をし、大切なことを行う時間が確保できます。

■ 丁寧な説明

予後の見通しを伝える際は、本人や家族の受け止め方に配慮しながら、丁寧に説明します。

■ 不確実性の理解

予後の見通しは変わる可能性があることを説明し、状況の変化に応じて情報を更新していきます。

3. 年齢層別の特徴

子ども(乳児、幼児、学童期、思春期)

■ 発達段階に応じた説明

保護者への説明だけでなく、児童の年齢や理解力に合わせて、病気や状況を分かりやすく説明します。

■ 痛みと症状の管理

月齢の低い乳児などは痛みの刺激に対してより敏感です。その小児特有の痛みの表現や反応を理解し、適切な症状管理を行います。

■ 家族全体のケア

病気の子もだけでなく、両親やきょうだいなど、家族全体へのケアが重要です。家族との特別な時間や思い出作りの機会への配慮も必要です。

■ 教育の継続

病気でも、可能な範囲で教育を受ける機会を設け、成長を支援します。

■ 遊びとレクリエーションの提供

年齢や状態に応じた遊びや創造的活動を通じて、子どもらしさを維持し、ストレス軽減や自己表現を促します。

成人(若年成人、中年期)

■ 社会的役割への配慮

仕事や家庭での役割について本人の思いを聞き、可能な範囲でそれを継続できるよう支援します。

■ 経済的問題への対応

医療費や生活費の問題に対して、利用可能な社会保障制度や支援サービスを紹介します。

■ 家族関係の調整

本人と家族、または家族間のコミュニケーションを促し、良好な関係を保てるよう支援します。

高齢者(前期高齢者、後期高齢者)

■ 複数の病気への対応

高齢者は複数の慢性疾患を抱えていることが多いため、それらを総合的に管理します。

■ 認知機能低下への配慮

認知症などで意思疎通が難しい場合でも、その人の尊厳を守り、丁寧にケアを行います。

■ 老年症候群への対応

高齢者に多い問題(転倒、褥瘡、脱水など)に注意し、予防と対策を行います。



7章 看取りにおける具体的なケア

1. 身体的ケア

① 痛みの管理

■ 定期的な痛みの確認

痛みの強さや場所、性質を定期的に確認し、変化があればその都度対応します。

■ 適切な薬の使用

医師の指示に基づいて、適切な種類と量の痛み止めを使用します。

■ 薬以外の方法

薬だけでなく、体位の工夫やマッサージ、温罨法など、本人に合った様々な方法を組み合わせ、痛みを和らげます。

② 呼吸困難や苦しみの緩和

■ 楽な姿勢の工夫

半座位など、楽に感じる姿勢を見つけ、それを保持できるよう支援します。

■ 適切な換気

窓を開けたり扇風機を使ったりして、新鮮な空気が流れるようにします。

■ 酸素療法

医師の指示のもと、酸素吸入を行い、呼吸を楽にします。

③ 食事と水分補給の工夫

■ 少量ずつの摂取

無理せず、食べられる量だけ摂取します。少量でも栄養価の高いものを選びます。

■ 好みの尊重

本人の好みを尊重し、食べたいものや飲みたいものを中心に提供します。

■ 口腔ケア

食事の前後に口腔ケアを行い、口の中を清潔に保ちます。
これにより食事も取りやすくなります。

④ 清潔ケア

■ 清拭

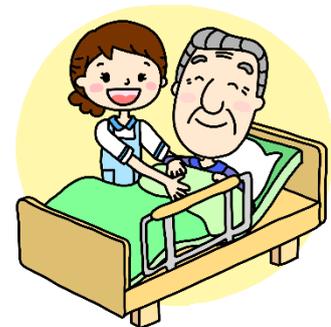
入浴が難しい場合は、体温低下に気をつけながら、温かいタオルで身体を拭くなどして清潔を保ちます。

■ 口腔ケア

歯磨きや口腔スポンジを使用して、口の中を清潔に保ちます。これは肺炎予防にもつながります。

■ 寝具の整備

寝具や寝衣を清潔に保ち、心地よい環境を維持します。



2. 精神的・心理的ケア

① 感情的サポート

■ 思いを聴く

本人が話したいことを、じっくりと時間をかけて聴きます。

- 気持ちの表現を促す
「つらい」「怖い」といった感情を、安心して表現できる雰囲気を作ります。
- 共感的な対応
本人の想いを否定せず、気持ちを理解し、受け入れる態度を示します。

② 不安や悲しみの緩和

- 環境整備
本人が落ち着く適度な音と陽光の工夫をします。
- 情報提供
病状や治療について、本人が理解できる言葉で丁寧に説明し、不安を和らげます。
- リラックス法の紹介
深呼吸やイメージトレーニングなど、心を落ち着かせる方法を紹介し、実践を支援します。
- 生きる意味の支援
人生の振り返りを聴き、その人の人生の意味や価値を一緒に見出していきます。

3. 社会的ケア

① 家族や介護者へのサポート

- 介護方法の指導
家族や介護者に、食事介助や体位変換などの基本的な介護方法を丁寧に指導します。
- 休息の確保
介護者が休める時間を確保するため、レスパイトケアや訪問介護などのサービス利用を提案します。
- 気持ちのケア
家族の不安や悩みにも耳を傾け、必要に応じて専門家によるカウンセリングを紹介します。

② ケアの継続性(施設間や訪問看護の連携)

- 情報の共有
病院、施設、在宅サービスなど、関わる全ての人々で情報を共有し、一貫したケアを提供します。
- スムーズな引き継ぎ
病院から自宅へ、または施設へ移る際も、これまでのケア内容をしっかり引き継ぎ、途切れないケアを提供します。
- 24 時間の対応
夜間や休日でも相談できる連絡先を確保し、安心してケアを受けられる体制を整えます。

4. 宗教的・文化的配慮

宗教的・文化的背景に応じたケアの実践

- 信仰の尊重
宗教的な信念や習慣を尊重し、可能な限り実践できるよう支援します。
- 文化的な配慮
食事の制限や特別な習慣など、文化的な背景に配慮したケアを行います。
- 精神的な支援
本人や家族が希望する場合、宗教家との面会を含め、精神的な支えを得られるよう支援します。

8章 看取りの場面に応じたケアの特徴

医療機関における看取り

① 急性期から終末期への移行

■ 状態の評価

症状や全身状態を定期的に評価し、終末期への移行を適切に判断します。

■ 治療方針の見直し

治療効果と患者の負担を考慮し、医師と連携して適切なタイミングで緩和ケア中心の方針に切り替えます。

■ 丁寧な説明

現在の状態や今後の見通しについて、患者と家族に分かりやすく丁寧に説明します。

② 集中的な症状管理

■ 痛みのコントロール

医師の指示のもと、強い痛み止めや持続的な投薬など、積極的な疼痛管理を行います。

■ 呼吸サポート

酸素療法や薬物療法など、呼吸を楽にするための様々な方法を組み合わせて提供します。

■ 精神症状への対応

患者の不安を和らげたり、混乱状態(せん妄)に適切に対応したりします。

③ 地域連携と退院支援

■ 退院後の環境整備

希望する場所(自宅や施設など)で過ごせるよう、必要な準備や調整による支援を行います。

■ 在宅医療との連携

退院後のケアを担当する地域の医師や訪問看護師と情報を共有し、継続的なケアを確保します。

■ 家族への指導

家族が自宅でケアを行う際に必要な技術や知識を、実践を交えて指導します。

施設看護における看取り

① 生活の場としての環境整備

■ プライバシーの確保

可能な限り個室を用意したり、パーティションを使用したりして、プライバシーを守ることができる環境を整えます。

■ 家族の宿泊

家族が希望する場合、付き添いや宿泊ができるよう、必要な設備や環境を整えます。

■ 馴染みの物の活用

写真や愛用の品など、本人にとって大切な物を部屋に置き、安心できる環境をつくります。

② 長期的な関係性を活かしたケア

■ 生活歴の活用

人生や価値観、趣味などを理解し、それらを尊重したケアを提供します。

■ なじみの関係の継続

可能な限り、本人となじみの関係にあるスタッフがケアを担当し、安心感を提供します。

■ 日課の尊重

施設での日々の過ごし方や習慣を尊重し、可能な限りそれを継続できるようサポートします。

③ 施設特有の制約への対応

■ 医療提供の限界への対応

施設で対応できない医療処置が必要な場合、協力医療機関とスムーズに連携できる体制を整えます。

■ 他の入居者への配慮

看取りのケアが他の入居者に与える影響を考慮し、適切な説明や環境調整を行います。

■ 職員教育

介護職員なども含めて施設職員全体で看取りケアの知識と技術を高められるよう、定期的な研修や勉強会を実施します。

3. 訪問看護における看取り

① 在宅療養環境の整備

■ 必要な医療機器の準備

自宅で必要な医療機器(酸素、吸引器など)がある場合は、使い方を家族に説明します。

■ 介護用品の確保

介護用ベッドや車椅子、ポータブルトイレなど、必要な介護用品を準備し、適切な使用方法を指導します。

■ 安全な環境づくり

転倒予防のための段差の解消や手すりを設置するなど、自宅内を安全に過ごせるよう環境を整えます。

② 家族教育と支援

■ 基本的なケア技術の指導

身体を拭く方法や口の中を清潔に保つ方法など、基本的なケアの技術を家族に丁寧に説明します。

■ 症状の観察方法

発熱や痛みの増強など、注意が必要な症状とその対処法を家族に説明します。

■ 緊急時の対応

状態が急に悪化した場合の連絡先や、その際の対応方法を具体的に説明します。

③ 24 時間対応体制の構築

■ 夜間・休日の連絡体制

夜間や休日でも相談できる連絡先を明確にし、24 時間安心して在宅療養ができるようにします。

■ 緊急訪問の体制

状態の急変時などに、迅速に訪問看護師が駆けつけられる体制を整えます。

■ 他の医療機関との連携

在宅での対応が難しくなった場合に備えて、スムーズに入院できる医療機関との連携体制を整えます。

9章 特殊な状況における看取りケア

1. 認知症患者の看取り

- コミュニケーションの工夫

言葉でのコミュニケーションが難しい場合、表情やしぐさから気持ちを読み取るよう努めます。

- なじみの環境作り

安心できるよう、なじみのある物や人に囲まれた環境を整えます。

- 家族との協力

これまでの生活や好みを知る家族と協力して、その人らしいケアを提供します。

2. 精神疾患を持つ患者の看取り

- 精神症状への対応

精神疾患の症状と身体的な症状の両方に配慮しながら、バランスの取れたケアを行います。

- 専門医との連携

精神疾患の専門医と密に連携を取り、適切な薬物療法と心理的サポートを提供します。

- 偏見への対応

精神疾患に対する社会の偏見に配慮し、本人の尊厳を守るケアを心がけます。

3. 意思決定能力のない患者への対応

- 事前指示書の確認

ACP(4章)などを経て、本人が事前に書いた医療やケアの希望(事前指示書)がある場合は、それを参考にします。

- 家族との相談

本人が決められない場合、家族と話し合いながら、本人にとって最も良いと思われる方法を選びます。

4. 感染症流行時(例:COVID-19)の看取り

- 感染対策の徹底

マスクの着用や手指消毒など、基本的な感染対策を徹底し、本人と医療者の安全を守ります。

- オンライン面会の活用

感染リスクで直接の面会が難しい場合、タブレットなどを使ったオンライン面会を行い、家族とのつながりを維持します。

- こころのケア

感染対策による面会制限などで生じる孤立感に配慮し、心理的サポートを強化します。

5. 災害時の看取り

- 優先順位の決定

医療資源が限られた状況で、状態や緊急度に応じてケアの優先順位を決定します。

- 代替手段の確保

電気や水が使えないなどの状況下で、代替となる方法を工夫してケアを継続します。

- 心理的サポート

災害による不安や恐怖にも配慮し、本人と家族の心理的サポートを行います。

10章 看取り後の対応

1. エンゼルケア

エンゼルケアは死後のケア全般を指し、現在は主に葬儀業者が担当しますが、医療・介護従事者も限定的に関わります。

■ 死後の主な変化

- * 皮膚の乾燥・脆弱化 … 直後～
- * 顔面蒼白化 … 30分～
- * 筋の弛緩と硬直 … 1時間～

※死後硬直は男性、青年期、筋肉量多い、体温高い、夏季、急死の場合などの条件下では促進されやすい。

- * 腐敗・臭気発生 … 6時間～
- * 体温低下 … 直後～1時間あたり約1～1.5℃ずつ体温が低下し、周囲温度に近づく

■ 具体的なケア方法

- * 皮膚ケア … 乾燥防止のためクリーム等を使用
- * 冷却 … 腐敗防止のため6時間以内に開始(胸部・腹部は必須)
- * 体液漏出 … 詰め物は避け、おむつ等で対応
- * 口や目の処置 … 顎バンド不使用、湿らせたガーゼ使用
- * 医療機器 … カテーテル・針類は抜去、ペースメーカーは確認・記録

■ 家族への説明と配慮

- * 自然な変化の説明
- * 希望に応じたケアへの参加支援
- * 死亡診断書や葬儀業者の手配などに関する説明

■ 葬儀業者への引き継ぎ

- * ケア内容と患者の状態の詳細な伝達
- * 医療機器や感染症の有無の報告

2. 家族へのグリーフケアの提供

■ 急性期のケア

亡くなった直後の家族の心理状態に配慮し、必要な情報提供や心のケアを行います。

■ 継続的なフォローアップ

一定期間後に電話や手紙などで家族の様子を確認し、必要に応じて支援を継続します。

■ 支援グループの紹介

希望する家族には、同じように大切な人を亡くした方々が集まる支援グループを紹介します。

3. デスカンファレンスとスタッフケア

■ デスカンファレンスの実施と活用

看取りに関わった多職種のスタッフと、提供した看取りケアの振り返りと評価、今後のケア改善を行います。また、デスカンファレンスで得られた知見は組織内で共有し、必要に応じて追加の研修や学習機会を設けます。

▼デスカンファレンスの内容

- * 本人・家族へのケアの振り返り
- * うまくいった点、改善が必要な点の特定
- * 倫理的問題や難しい意思決定の検討
- * チーム内のコミュニケーションの評価
- * 今後のケア改善に向けた具体的な提案

▼組織的な取り組み

- * デスカンファレンスの定期的な実施と記録
- * 看取りケアのガイドラインやマニュアルの定期的な見直しと更新
- * スタッフのメンタルヘルスサポート体制の構築
- * 地域の他施設や在宅ケア提供者との連携強化

■ スタッフへの精神的ケア

▼感情の共有

デスカンファレンスの一部として、スタッフの感情表出の機会を設けます。

▼相談体制の整備

看取りケアによる心理的負担について相談できる窓口や体制を整えます。

▼セルフケアの推奨

個々のスタッフに合ったストレス解消法の実践を推奨します。



11章 家族のケア

1. 事前指示と意思決定支援(4章参照)

- 早めの話し合い
病状が悪化する前から、今後の治療やケアについて本人と家族で話し合うことを促します。
- わかりやすい説明
専門用語を避け、図や例を用いるなど、本人と家族が理解しやすいように説明します。
- 意思の尊重
本人の意思を第一に考え、それを実現するためのサポートを行います。

2. 家族への情報提供と説明

- 定期的な状況説明
定期的に家族に状態を説明し、今後予想される変化についても伝えます。
- 質問への丁寧な回答
家族からの質問や疑問に対して、分かりやすく丁寧に答え、不安の軽減に努めます。
- 理解度の確認
説明後に、家族の理解度を確認し、必要に応じて再度説明を行います。

3. 終末期のサポート

- 付き添いの支援
家族が希望する場合、24時間付き添えるよう、環境や体制を整えます。
- 心理的サポート
家族の感情表現を受け止め、共感的な態度で接し、必要に応じて専門家によるカウンセリングを提供します。
- 思い出作りの支援
家族写真を撮ったり、思い出話をしたりするなど、残された時間を大切に過ごせるようサポートします。

4. グリーフケア

- 予期悲嘆のケア
患者の死が避けられないと家族が認識した時から悲嘆が始まります。早い段階から家族の気持ちに寄り添い、支援することが大切です。
- 死別直後のケア
亡くなった直後の家族のショックや悲しみに寄り添い、故人との最期の時間を大切にできるよう配慮します。また、死亡診断書の受け取りや葬儀社への連絡など、必要な手続きの説明を行います。
- フォローアップの連絡
死別から一定期間後に電話などで連絡し、家族の様子を確認し、必要なサポートを提供します。
- 地域の支援サービスの紹介
地域で行われている遺族会や相談窓口など、継続的に支援が受けられる場所を紹介します。

1. 看護職は、人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する。
2. 看護職は、対象となる人々に平等に看護を提供する。
3. 看護職は、対象となる人々との間に信頼関係を築き、その信頼関係に基づいて看護を提供する。
4. 看護職は、人々の権利を尊重し、人々が自らの意向や価値観にそった選択ができるよう支援する。
5. 看護職は、対象となる人々の秘密を保持し、取得した個人情報とは適正に取り扱う。
6. 看護職は、対象となる人々に不利益や危害が生じているときは、人々を保護し安全を確保する。
7. 看護職は、自己の責任と能力を的確に把握し、実施した看護について個人としての責任をもつ。
8. 看護職は、常に、個人の責任として継続学習による能力の開発・維持・向上に努める。
9. 看護職は、多職種で協働し、よりよい保健・医療・福祉を実現する。
10. 看護職は、より質の高い看護を行うために、自らの職務に関する行動基準を設定し、それに基づき行動する。
11. 看護職は、研究や実践を通して、専門的知識・技術の創造と開発に努め、看護学の発展に寄与する。
12. 看護職は、より質の高い看護を行うため、看護職自身のウェルビーイングの向上に努める。
13. 看護職は、常に品位を保持し、看護職に対する社会の人々の信頼を高めるよう努める。
14. 看護職は、人々の生命と健康をまもるため、さまざまな問題について、社会正義の考え方をもち、社会と責任を共有する。
15. 看護職は、専門職組織に所属し、看護の質を高めるための活動に参画し、よりよい社会づくりに貢献する。
16. 看護職は、様々な災害支援の担い手と協働し、災害によって影響を受けたすべての人々の生命、健康、生活をまもることに最善を尽くす。

2021年3月15日

編集・発行：公益社団法人日本看護協会

2. 看取りの全体像

	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
第1ステージ (死期を予見する ような容態変化)	① 常に臥床状態(寝たきり)となり、自力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	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	<input type="checkbox"/> 本人、家族の意向に沿ったケアの検討 <input type="checkbox"/> 状況に応じた除圧の方法や体位変換、安楽なポジショニングの説明
	② 脱水が起こりやすく、体液や電解質のバランスが崩れる	脱水による口腔内乾燥の有無 水分出納バランスの確認	口腔ケア 輸液等の検討	<input type="checkbox"/> 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 嚥下障害や食欲低下により傾口からの水分、栄養摂取が難しくなる	嚥下状態(むせ・咳嗽の有無)、悪心・嘔吐など随伴症状の有無	食べたいものを食べられる量だけ摂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	<input type="checkbox"/> 本人、家族の意向に沿ったケアの検討 <input type="checkbox"/> 本人の嗜好に応じたものを準備してもらう <input type="checkbox"/> 嚥下状態を家族とともに評価し、経口摂取が困難な状況を理解してもらう
	④ 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(清潔の保持・保湿) 皮膚トラブルに留意したケアの実施	<input type="checkbox"/> 皮膚はもろくケア時のわずかな外力により、表皮剥離や内出血を起こしやすく、触覚や振動覚、温度覚、痛覚が鈍くなっていることを説明する <input type="checkbox"/> 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、関節可動域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
	⑤ 感染症(肺炎や尿路感染症)に罹患しやすい	肺炎症状の有無 尿路感染症の有無	感染症に罹患しても症状が出にくいいため注意して観察を行う 対症看護 環境の調整	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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
	⑥ 傾眠状態が続き、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	<input type="checkbox"/> 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、苦痛の軽減ができていることを伝える <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 可能であれば、傍で寄り添ってもらおう
	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
第2ステージ (危篤時の看護)	① 恒常性のバランスがくずれ、バイタルサインが不安定になる 意識レベルの低下 呼吸 → 不規則で浅く回数も減少し、SPO2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	意識レベルの確認 呼吸数、深さ、周期、SPO2の確認 チエーンストークス呼吸喘鳴の有無 橈骨動脈での触知が困難である 聴診、触診ができない場合、頸動脈の触知の有無(触知できない場合は、60mmHg以下)	家族と一緒に過ごせる時間を大切にすること 環境の調整 保温(手浴・足浴) 酸素の検討 分泌物を増加させないための検討 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細やかな点まで確認しておく	<input type="checkbox"/> 家族へのねぎらいの言葉をかける 家族が感情表出できるような声かけを行う <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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、痰の吸引が苦痛となる場合があることを説明する <input type="checkbox"/> 看取り期にて身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
	② 循環血液量が減少するため、手足が冷たくなり、低体温や尿量減少がみられる	四肢冷感、チアノーゼの有無 尿量の確認		
	③ 顔色が白っぽくなり無表情になる	心拍、呼吸の停止、瞳孔の散大		

3. 看取りの段階における多職種でのアプローチ

メンバー	介入時	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
本人		<input type="checkbox"/> 食事摂取量の低下 <input type="checkbox"/> 日常生活自立度が徐々に低下してくる	<input type="checkbox"/> 日常生活自立度が急激に低下することが多い時期 状態変化による身体的・精神的苦痛の増強
医師	<input type="checkbox"/> 診察	<input type="checkbox"/> 状態説明・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"/> 随時状態説明 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加
管理薬剤師	<input type="checkbox"/> 服薬内容の確認	<input type="checkbox"/> 薬学的管理計画書の作成 <input type="checkbox"/> ・薬歴の管理 <input type="checkbox"/> ・服薬指導 <input type="checkbox"/> ・服薬支援 <input type="checkbox"/> ・薬剤の服薬方法や保管状況の確認 <input type="checkbox"/> ・残薬管理 <input type="checkbox"/> ・薬の情報提供 <input type="checkbox"/> ・処方内容や服薬方法に関するアドバイス カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 処方内容について多職種と検討 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加
看護師	<input type="checkbox"/> 状態観察 <input type="checkbox"/> 看護ケア	<input type="checkbox"/> 看取りケア計画立案 <input type="checkbox"/> 状態観察 <input type="checkbox"/> 旅立ちをされるまでの経過とそれぞれの看取りの場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 ※1	<input type="checkbox"/> 状態観察 <input type="checkbox"/> 介護疲れへの配慮しながら随時状態説明を行う <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加 ※1
認定・専門看護師 (不在時には看護師が担う)	<input type="checkbox"/> 状態観察 <input type="checkbox"/> 看護ケア	<input type="checkbox"/> 専門的な知識と優れた看護実践力をもち、看護師や医師ほか多職種によるチームアプローチのマネジメント 適切な情報の提供	<input type="checkbox"/> 身体状況の悪化から容易に回復不能状態に陥る可能性があるため、身体状況を適切に把握する <input type="checkbox"/> 家族へのケア・本人の希望や思いを尊重したケア <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加
介護職員	<input type="checkbox"/> 日常のケア	<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調整 <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 ※1	<input type="checkbox"/> 看護師と連携し、本人に負担がかからないケアの検討 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加 ※1
相談員 介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 看取りに関する意向調査 <input type="checkbox"/> 状況把握	<input type="checkbox"/> 担当者会議開催(看取り) <input type="checkbox"/> 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"/> 状況把握のための訪問 <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"/> 状態に応じた介助方法の検討・指導 <input type="checkbox"/> 経口摂取の維持 <input type="checkbox"/> ・食事形態の検討とポジショニング <input type="checkbox"/> ・口腔ケア <input type="checkbox"/> ・嚥下リハビリテーション <input type="checkbox"/> ・家族への介助方法の指導 <input type="checkbox"/> 安楽な離床への配慮 褥瘡・拘縮予防を考えたリハビリ <input type="checkbox"/> ・筋力維持 <input type="checkbox"/> ・自動運動の促進 <input type="checkbox"/> ・関節可動域補助 <input type="checkbox"/> 尊厳のある排泄手段の確保 <input type="checkbox"/> ・ポータブルトイレやトイレへの誘導 カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 状態に応じた介助法の検討・指導 <input type="checkbox"/> 経口摂取の維持 <input type="checkbox"/> ・食事形態の検討とポジショニング <input type="checkbox"/> ・摂取方法の検討 <input type="checkbox"/> ・誤嚥の予防 <input type="checkbox"/> 疼痛苦痛の緩和と安楽の援助 <input type="checkbox"/> ・体位変換 <input type="checkbox"/> ・ポジショニング <input type="checkbox"/> ・リンパドレナージ <input type="checkbox"/> 安楽な呼吸の確保 <input type="checkbox"/> ・体位 <input type="checkbox"/> ・筋緊張の除去 <input type="checkbox"/> ・肺理学療法(喀痰咯出促進・呼吸補助)など <input type="checkbox"/> 関節の著しい変形・拘縮の予防 <input type="checkbox"/> ・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	<input type="checkbox"/> 必要に応じた栄養ケア計画の変更を行う <input type="checkbox"/> 栄養・食事への配慮 (家族から嗜好品聴取し本人が食べやすく嗜好に合う食事を多職種で検討) <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 食事形態の変更や嗜好品提供等を多職種と検討 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加

※1 (表1) 看取り期の全体像 第1ステージ参照

後期 病状の変化が日にち単位と考える時期	死亡直前～死亡まで 状態が時間単位で変化する時期	死亡～お見送りまで
<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→弱く頻脈微弱となる 血圧→血圧低下・循環障害 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  顔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"/> 随時状態説明 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 随時状態説明 <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"/> カンファレンスへの参加		
<input type="checkbox"/> 介護疲れへの配慮をしながら随時状態説明を行う 多職種と連携し、状態変化の早期発見に努める <input type="checkbox"/> 今後おこりうる状態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、ご家族に着せてあげたい衣服があれば準備してもらおうよう依頼する <input type="checkbox"/> 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 ※2	<input type="checkbox"/> バイタルの測定は状況により判断する <input type="checkbox"/> ご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態を説明する 呼吸停止、心停止がある場合は速やかに医師に連絡する ※2	<input type="checkbox"/> 家族とのお別れの時間を作る 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) <input type="checkbox"/> 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参しておく必要があることを説明する) お見送り
<input type="checkbox"/> 本人・家族の決定を実質的に尊重する <input type="checkbox"/> 意思決定した後も、気持ちが揺らぐこともあるため、継続して関わり、必要に応じて話し合いの機会を持つ <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 苦痛や不安のサインを読み取る。 <input type="checkbox"/> 苦痛の緩和のための薬理学的方法、非薬理学的方法を積極的に行い、安心・安楽に過ごせるように支援 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加	
<input type="checkbox"/> 状態の変化があれば、看護師に報告・記録する 家族との時間を優先し本人の安楽な時間が妨げられないことがないようバイタル測定は考慮する <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加 ※2		<input type="checkbox"/> 家族とのお別れの時間を作る 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) <input type="checkbox"/> 清拭などはご家族の希望があれば一緒に行う お見送り
<input type="checkbox"/> 状況把握のための訪問 <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(介助方法の検討) <input type="checkbox"/> 疼痛苦痛の緩和と安楽の援助 ・体位変換 ・ポジショニング ・肺理学療法 ・軽擦・リラクゼーション <input type="checkbox"/> 関節の変形・拘縮の予防 <input type="checkbox"/> カンファレンスの参加		<input type="checkbox"/> お見送り
<input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加		

※2 (表1) 看取り期の全体像 第2ステージ参照

4. 小児の看取りにおける多職種でのアプローチ

メンバー	介入時(支援開始時)	体調が安定している時期	体調を崩すようになった時期
子供と家族		<input type="checkbox"/> 生活の豊かさを考えることができる <input type="checkbox"/> てんかん発作や肺炎などの感染症、窒息、出血などをきっかけに重篤化するため、死に至る可能性は常にある。多くは、治療により回復するが、子どものいつもと違う様子、苦痛の早期発見に努め、適切な治療の実施につなげることが大切	<input type="checkbox"/> 状況が数か月～月単位で変化する時期 <input type="checkbox"/> 今まであまり見られなかった症状が頻繁に認められるようになり、医療的処置が増えてくる <input type="checkbox"/> 今までできてきたことができなくなったり、活動や参加が難しくなってくる
医師	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 病状の説明、在宅においての可能な終末期医療や延命処置に関する話し合い(人生会議) <input type="checkbox"/> 治療方針の決定 <input type="checkbox"/> 家族・本人へ今後予測される状況変化の説明と同意 <input type="checkbox"/> 治療および痛みなど身体的苦痛の症状緩和に取り組む	<input type="checkbox"/> 治療および痛みなど身体的苦痛の症状緩和に取り組む <input type="checkbox"/> 現状と今後の予測の説明 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 治療および痛みなど身体的苦痛の症状緩和に取り組む <input type="checkbox"/> 現状の説明と今後の予測の説明 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加
管理薬剤師	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 薬学的管理計画書の作成 <input type="checkbox"/> 服薬管理・指導 <input type="checkbox"/> 医師・多職種との情報共有 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 服薬管理・指導 <input type="checkbox"/> 医師・多職種との情報共有 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加
看護師	<input type="checkbox"/> 家族構成の確認 <input type="checkbox"/> 家族とのコミュニケーション <input type="checkbox"/> 意思表明記録の有無確認 <input type="checkbox"/> 子どもと家族の直接的ケア <input type="checkbox"/> 状態観察 <input type="checkbox"/> 多職種との連携	<input type="checkbox"/> ケアの基本として、子どもの生理的安定、健康維持と回復のためのケア <input type="checkbox"/> 症状や痛みを総合的に緩和するためのケア <input type="checkbox"/> 本人の希望や思いを尊重したケア <input type="checkbox"/> 家族に必要なケアを説明・指導 <input type="checkbox"/> 病状の進行に合わせて、動線を考慮した環境整備 <input type="checkbox"/> 安楽な呼吸へのケア <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> バイタルサインの変化、子どもの苦痛や不安のサインを読み取る <input type="checkbox"/> 安心・安楽に過ごせるように苦痛緩和に努める <input type="checkbox"/> 本人の希望や思いを尊重した安楽なケアの検討と実施(清潔・排泄など) <input type="checkbox"/> 安楽な呼吸へのケア <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加
専門・認定看護師 (不在時には看護師が担う)	<input type="checkbox"/> 専門的な知識と優れた看護実践力をもち、子どもと家族へのケア <input type="checkbox"/> チームアプローチのマネジメント <input type="checkbox"/> 適切な情報の提供	<input type="checkbox"/> 身体状況の悪化から容易に回復不能な状態に陥る可能性がある子どもの身体状況を適切に把握する <input type="checkbox"/> チームで死が差し迫った状態にあることの可能性について共通認識をもてるようする <input type="checkbox"/> 親へのケア・きょうだいへのケア <input type="checkbox"/> 本人の希望や思いを尊重したケア <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 家族の決定を尊重する <input type="checkbox"/> 家族は意思決定した後も、気もちが揺らぐこともあるため、子どもと家族に継続して関わり、必要に応じて話し合いの機会を持つ <input type="checkbox"/> 家族の気もちの揺れに寄り添う <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加
医療ソーシャルワーカー	<input type="checkbox"/> 治療および療養全般における幅広い相談 <input type="checkbox"/> 他機関との連携や、必要に応じて資源の紹介	<input type="checkbox"/> 地域連携や多職種チームへのアプローチ <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 地域連携や多職種チームへのアプローチ <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加
臨床心理士	<input type="checkbox"/> 主に子どもと家族の信念や希望、辛さや悩みなど聞き取り <input type="checkbox"/> 心理面からのサポートとチームメンバーへの助言	<input type="checkbox"/> 一歩が踏み出しにくい場合には、決して無理強いをしないよう配慮しながら、他の子どもの例などの情報を提供 <input type="checkbox"/> 家族が未経験のことにに関して、より具体的にイメージを広げられるように関わる <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 一歩が踏み出しにくい場合には、決して無理強いをしないよう配慮しながら、他の子どもの例などの情報を提供 <input type="checkbox"/> 家族が未経験のことにに関して、より具体的にイメージを広げられるように関わる <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加
リハビリ職員	<input type="checkbox"/> 身体状況の確認 <input type="checkbox"/> 身体機能の維持・向上	<input type="checkbox"/> 身体機能の維持・向上 <input type="checkbox"/> 嚥下機能の維持・向上 <input type="checkbox"/> 安楽な呼吸・姿勢保持 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 身体機能の維持 <input type="checkbox"/> 嚥下機能の維持 <input type="checkbox"/> 安楽な呼吸・姿勢保持 <input type="checkbox"/> 日常生活リハ <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養状態確認 <input type="checkbox"/> 食事内容確認 <input type="checkbox"/> 嗜好品の確認	<input type="checkbox"/> 食事内容・形態の変更 <input type="checkbox"/> 食事量の調整 <input type="checkbox"/> 食事摂取状況の確認	<input type="checkbox"/> 食事内容・形態の変更 <input type="checkbox"/> 食事量の調整 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加

その他、保育士、学校教師、介護職員、音楽療法士、ボランティアなど多くの職種が専門性を活かして参加する

体調が悪化し回復が望めない時期	死亡直前期	看取りからお見送り
<input type="checkbox"/> 状況が月～週単位で変化する時期 <input type="checkbox"/> 身体状況の著しい悪化(呼吸不全、心不全、消化吸収機能の低下:経口摂取や経管栄養が困難、浮腫や腹水/胸水貯留)が認められる。また、治療効果はほとんど得られない。	<input type="checkbox"/> 状況が時間単位で変化する時期 意識状態が清明と言えないことが多くなる <input type="checkbox"/> 呼吸・皮膚などの状態が変化する(死前喘鳴)	<input type="checkbox"/> 反応が少なくなる <input type="checkbox"/> 循環動態の変化(脈拍の緊張低下・血圧低下・四肢の冷感・チアノーゼ) <input type="checkbox"/> 顔貌の変化 <input type="checkbox"/> 死前喘鳴 <input type="checkbox"/> 身の置き場がなくなる(四肢等をバタバタさせる)
<input type="checkbox"/> 痛みなど身体的苦痛の症状緩和・対症療法に取り組む <input type="checkbox"/> 今後の生活の場所・治療等について家族・本人の意向確認 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 痛みなど身体的苦痛の症状緩和・対症療法に取り組む <input type="checkbox"/> 家族へ今の症状説明・今後起こりうる死前症状の説明	<input type="checkbox"/> 死亡確認 <input type="checkbox"/> 死亡診断書記入 <input type="checkbox"/> お見送り
<input type="checkbox"/> 薬剤管理・指導 <input type="checkbox"/> 医師・多職種との情報共有 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加		
<input type="checkbox"/> 苦痛や不安のサインを読み取る。 <input type="checkbox"/> 苦痛の緩和のための薬理学的方法、非薬理学的方法を積極的に行い、安心・安楽に過ごせるように支援する。 <input type="checkbox"/> 安楽な呼吸へのケア <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 最期まで人格を持った人として接する <input type="checkbox"/> 死前喘鳴の対応 <input type="checkbox"/> 非言語的コミュニケーションでの対応 <input type="checkbox"/> 家族へ死亡直前の症状説明	<input type="checkbox"/> バイタルサイン測定(家族の時間を大切に、状況により判断) <input type="checkbox"/> 死亡診断について医師との連携を図る <input type="checkbox"/> 臨死期に起こる状態について家族に説明しておく <input type="checkbox"/> 異常時には看護師に連絡するよう説明 <input type="checkbox"/> 落ち着き迅速に丁寧に対応する <input type="checkbox"/> 呼吸停止時医師に報告 <input type="checkbox"/> 死亡確認後家族との時間を作る <input type="checkbox"/> エンゼルケアの時間調整 <input type="checkbox"/> お見送り
<input type="checkbox"/> 苦痛や不安のサインを読み取る。 <input type="checkbox"/> 苦痛の緩和のための薬理学的方法、非薬理学的方法を積極的に行い、安心・安楽に過ごせるように支援 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> お見送り
<input type="checkbox"/> 地域連携や多職種チームへのアプローチ <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加		
<input type="checkbox"/> 一歩が踏み出しにくい場合には、決して無理強いをしないよう配慮しながら、他の子どもの例などの情報を提供 <input type="checkbox"/> 家族が未経験のことに関して、より具体的にイメージを広げられるように関わる <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加		
<input type="checkbox"/> 安楽な呼吸・姿勢保持 <input type="checkbox"/> 日常生活リハ <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加		
<input type="checkbox"/> 食事内容・形態の変更 <input type="checkbox"/> 食事量の調整 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加		

5. ACPアプローチ事例集

1 退院調整 自宅で過ごしたい

事例

Aくん(5歳、男児)。男児は出生時に脳障害を負い、人工呼吸器を使用し、胃瘻による栄養管理が必要。長期入院中に医療的ケアが安定してきたため、主治医は在宅療養を進める方針を提案。家族は男児の退院を望んでいるが、在宅でのケアに不安があり、ACPを通じて今後の生活を話し合った。

ACPアプローチ ない時

看護師

緊急時の対応や医療的ケアを中心に指導した

家族

「本当に帰って大丈夫かなあ」

家族への精神的ケアができていない

ACPアプローチ ある時

本人・家族

家族

- 自宅での療養生活に向けて不安や心配を感じていることを意識する。
- 子どもの変化や病状の進行、緊急時にどう対応すべきか心配。

家族

「自宅でのケアに自信がもてない」

「できるだけ自宅で過ごさせたい」

家族

「退院前に何日練習したらいいんだろう」

「呼吸器のトラブルや状態が悪くなった時不安」

看護職

「病状が安定した」

「自宅退院はどうだろうか」

- 退院後のケアの計画やACPを進める必要がある。

気づいたことを家族と共有することが、適切なケアを進めるための第一歩

- 子どもの現在の病状、今後の予測される経過、在宅療養に必要なケアについて詳細に説明する。(例:呼吸器の管理が必要なこと、緊急時の対応方法、訪問看護の頻度など)
- 家族が抱える不安や希望を聞き、医療チームで共有する。

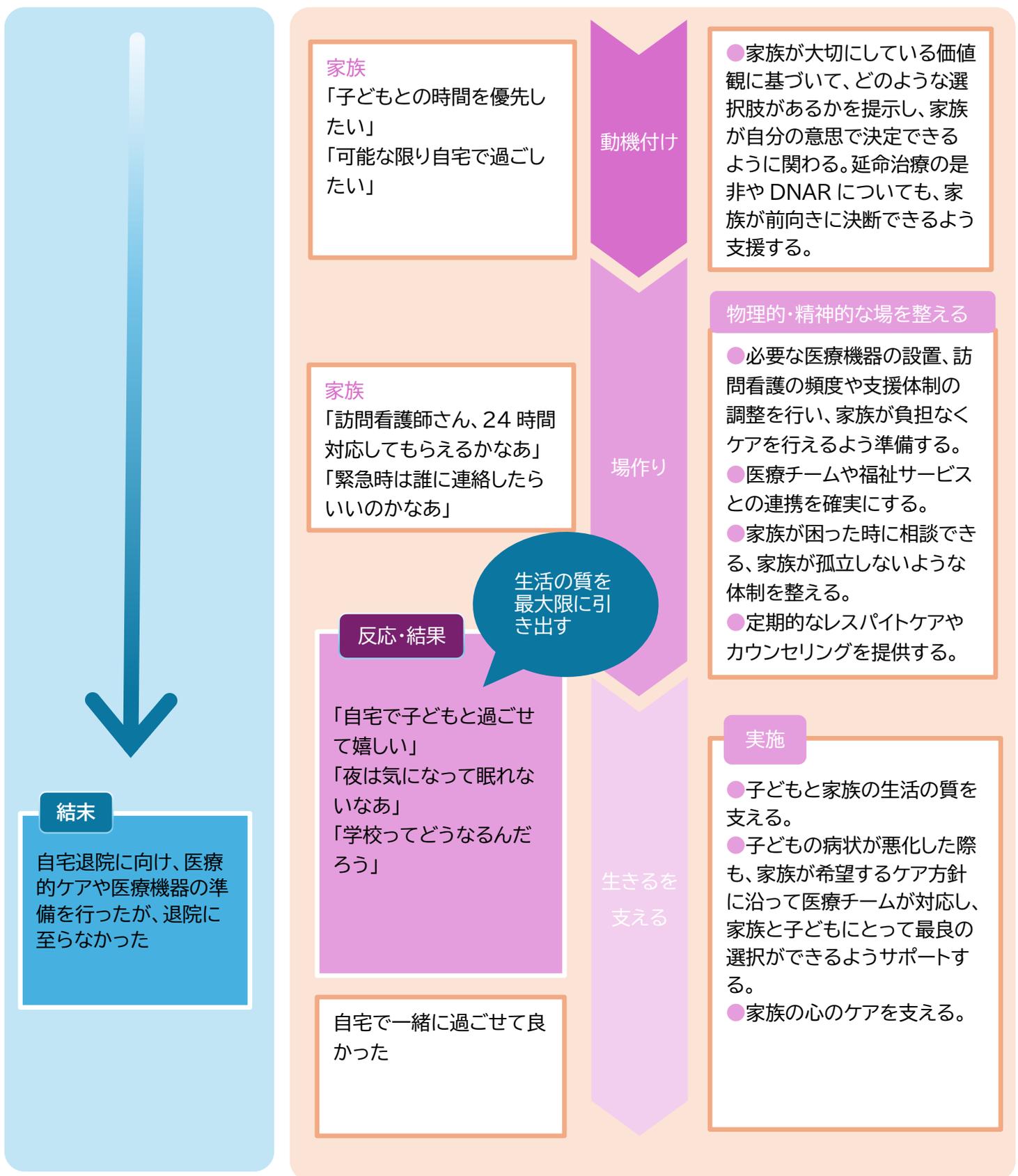
在宅療養やACPに前向きに取り組める関わり

- 自宅での療養が可能と感じられるように、訪問看護の支援や具体的なケアの手順を段階的に教え、家族が自信を持てるようにサポートする(例:退院前にケアの練習をする機会を提供する、呼吸器のトラブル対処法について説明する)

気づく

家族と共有

動機付け



○ 考え方のポイント ○

患重症心身障害児の退院調整における ACP は、家族や医療チームが協力して、退院後の生活環境や医療ケアの内容を計画し、子どもの病状悪化時の対応をあらかじめ話し合うプロセスです。退院後も定期的に ACP を見直すことで、家族が安心してケアを続けられる環境を整えることができ、子どもの生活の質を維持しつつ、病状悪化時にも家族の意向に沿った対応が行えるよう準備します。

事例

Bさん(90歳代、女性)有料老人ホーム入所中。認知症あり、要介護5。施設の近くで息子、娘が住んでいる。尿路感染を繰り返している。腎盂腎炎により意識レベル低下あり、救急搬送となり入院した。経口摂取不可であるため中心静脈栄養法について家族に説明したが拒否。退院希望あり、治療中断し施設へ戻った。

ACPアプローチ ない時

看護師

「経口摂取ができないので中心静脈栄養法か経管栄養は必要です。」

Bさん

「水飲みたい。」

家族

「もうたべられないの？入院したら会えなくなるので施設に戻りたいのに……。」

中心静脈カテーテル挿入となり、入院継続。

ACPアプローチ ある時

本人・家族

Bさん

「水飲みたい。」

家族

「高齢であるし最後までご飯を食べさせたい。中心静脈法開始すると本人は楽なのかな？」

家族

「食べられるだけ食べさせてあげたい。」
「痛いことや本人が嫌がることはせず、穏やかに生活させたい。」
「施設へ戻り、今までと同じ生活をさせたい。面会にも行きたい。」

家族

「退院して施設に戻りたい。」
「食べられるものを食べられるだけ食べさせたい。」

看護職

今は感染徴候も強く、嚥下機能低下もあるので経口摂取は難しい。今の状態を家族はどのように理解しているのかわからない。

患者の現状の受け止め、患者の病状についての家族の理解の確認

- 家族が拒否する理由は、はっきりしていて今の状態も理解できている。治療のメリット(延命)よりもデメリット(苦痛)を被らないことを優先したいと考えている。「この意思が尊重できるようにしよう」
- 本人の食べたいという気持ちと家族の食べさせたいという気持ちを大切にしたい。

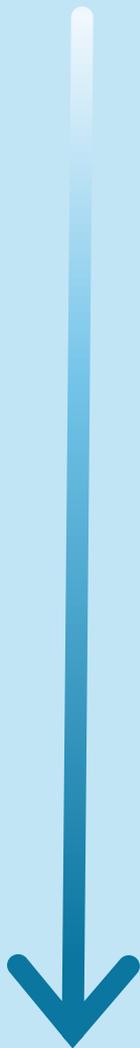
家族との共有を促す働きかけ

家族全員の思いは一致しているか確認する。
Bさんや家族の思いを尊重し、今の状態で施設での受け入れができるか確認する。

気づく

患者と共有

動機付け



結末

長期臥床により嚥下機能が更に低下し、経口摂取できなくなった。誤嚥性肺炎を繰り返し、施設にもどれないまま永眠された。

家族

「病院での治療はせず、施設に戻り今までと同じ生活を過ごせるようにしてほしい。」

「苦しい、痛いなどの思いはせず穏やかな最期を迎えさせたい。」

家族

「食べられなくなることは仕方がない。」

「施設で今まで通りの生活を過ごさせたい。」

反応・結果

今まで通り、施設での生活に戻った。家族の面会もあり、少しではあるが好きなものを食べることができた。最後までデイサービスにも参加し、他の利用者とも関わることができた。臨終期には家族が付き添い、永眠された。

家族

「大好きな甘酒を最後まで飲むことができてよかった。」

穏やかに過ごせた。

場作り

目標の設定

- 積極的治療は行わず、施設でできる範囲の対応を行っていく。
- 食べられるだけ食べて、中心静脈栄養や経管栄養は行わない。
- 本人が楽になるケアは実施していく。
- 穏やかな生活ができるよう、本人の嫌がることはしない。

実施

- 訪問診療開始し、施設で過ごせるよう多職種で連携した。本人、家族、医師、看護師、施設職員、ケアマネジャーと繰り返し担当者会議を行い、思いや目標の情報共有を行った。気持ちの変化があればその都度対応することを伝えた。
- 苦痛がないよう、緩和ケアを実施した。
- 誤嚥性肺炎にならないよう食形態や体位など工夫した。

生きるを支える

○ 考え方のポイント ○

家族の「最期まで食べさせてあげたい。」「施設で穏やかに過ごさせてあげたい。」という思いを大切にしたいと感じ、本人、家族の思いを知るためのコミュニケーションを行った。苦しい思いはせず、自然なかたちでの最期を迎えること、面会時に家族との時間を過ごせることを大切に、多職種のチームで繰り返し話し合いを行った。チーム全体が同じ目標に向っていけるよう情報共有しながら、在宅療養支援を実施した。

3 終末期 自宅で過ごしたい

事例

Cさん(70歳代)肺がん、肝転移にて外来化学療法施行中。妻と二人暮らし。近所にも頼れる人はいない。倦怠感が強くなっており、活動量も減ってきている。近くの個人病院の訪問診療も受けている。以前入院したことがあるが、「もう入院はしない。死ぬまで自宅で過ごしたい。」と希望している。突然、意識障害(JCS200点)、右上下肢麻痺が出現した。

ACPアプローチ ない時

看護師

「脳出血や脳転移の可能性があるので、検査しないといけない。」

Cさん

「…」

家族

「家で過ごしたいと言っていたのに病院？これからどうなるの？」

検査をしないとわからないので病院受診

ACPアプローチ ある時

本人・家族

Cさん

「…」

家族

「今何が起きているのだろう。どうしたらいいのか。」

家族

「今まで話したり、歩いたりしていたのに急に状態が変わった。」
「このまま家でいいのだろうか。どうなっていくのだろうか。」
「家で過ごしたいと言っていたけれど、私一人で大丈夫だろうか。」

家族

「病院に行って検査しても治療して元気になるとは思えない。」
「入院したくないという本人の気持ちを大切にしたい。」

看護職

検査をすると脳出血や脳転移が見つかるかもしれない。本人は入院したくないと言っていた。今の状態で家族は看ることできるのだろうか。

家族の思いを確認(ゆらぎ)

- 突然の状態変化に家族も動揺している。予測していなかった状況となり、今後について不安に思っている。
- 家族の気持ちをくみ取りながら、どのように過ごしていくか妻の思いを確認する。

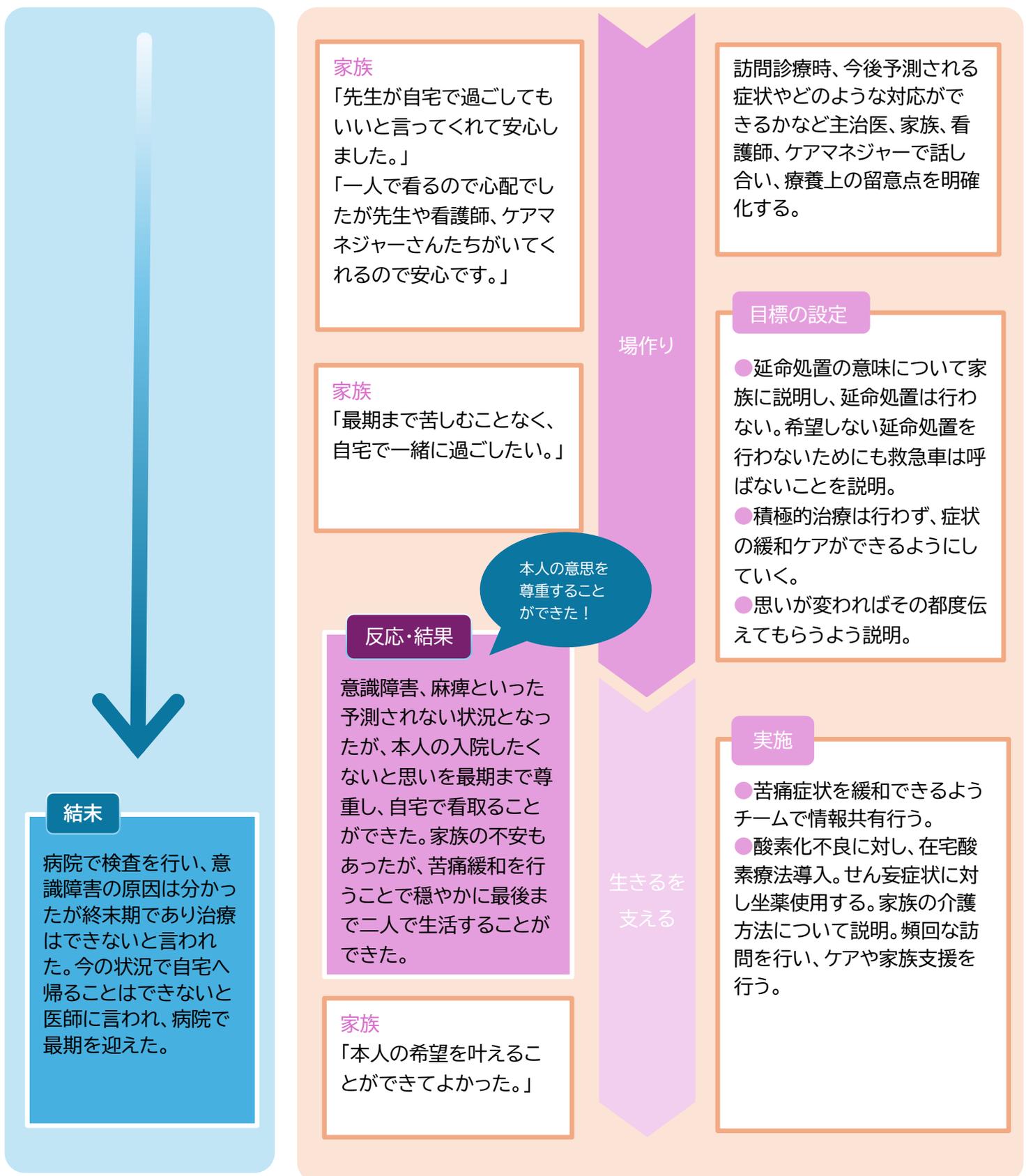
家族の思いを尊重した関わり

「今後、どのような症状がでてくるかはわかりませんが、その都度先生に相談しながら自宅で過ごしていくこともできます。」
「本人の思いを尊重しましょう。」

気づく

患者と共有

動機付け



○ 考え方のポイント ○

患者の意向が明確であっても、突然の状況に家族の気持ちは揺らぎます。状況が変わったとしても、患者の意向はどうだったのかなど、家族や在宅療養チームで繰り返し話し合うようにしましょう。療養の場や終末期の苦痛緩和の手段の選択などその時の場面で意思決定が必要です。そのため、一度きりでなく繰り返し話し合い、継続して支援していくことが ACP の実践として大切です。

4 難病 在宅で、このまま生を終えたい

事例

Dさん(60歳代、男性)、筋萎縮性側索硬化症。妻と長女と同居、次女は他県在住。発症して2年、進行を遅らせるための治療は受けて来たが、病状進行により、生命維持のために人工呼吸器を装着するべきかの選択の時期にきていた。進行の速度が速く、家族は人工呼吸器を装着してでも、生きて欲しいとの思いがあった。Dさんはこれ以上の治療はせずに在宅で生を全うしたいと希望している。

ACPアプローチ ない時

看護師

「Dさんの思いと家族の思いとは違うけれど、いずれ決まるでしょう」

Dさん

「私はこのままの状態
で人生を終えたい」

家族

「本人が、人工呼吸器を
付けて生きようと思う
なら、私たちはお世話
していきたい」

症状が出現したら症状
に合わせて対応。

ACPアプローチ ある時

本人・家族

Dさん

「人工呼吸器を付けてま
で生きたくはない」「家族
に介護の負担をかけたく
はない」
「このまま、自宅で逝きたい」

Dさん

「苦痛のないようにして
ほしい。人工呼吸器など
の延命処置は一切不要」
「自分の気持ちを家族に
も理解してもらいたい」

Dさん

「残された時間はわから
ないけれど、最期まで家
で生活したい」「苦痛のな
いようにして欲しい」「人
工呼吸器はつけない」

看護職

「病状の進行は思ったより早
い可能性がある」早く話しあ
いをしないと、本人の意思に
寄り添った決定ができなくな
る「本人と家族の思いを再確
認する必要がある

患者の現状の受け止め、
患者の病状についての家
族の理解の確認

●Dさんが拒否する理由は、
はっきりしていて自分の病状
も理解できている。治療のメ
リット(延命)よりもデメリット
(苦痛)を被らないことを優先
したいと考えている。「この意
思が尊重できるようにしよ
う」

●「家族は本当にDさんの意
思を尊重してくれるのかな。
みんなで合意した方がいい
な」

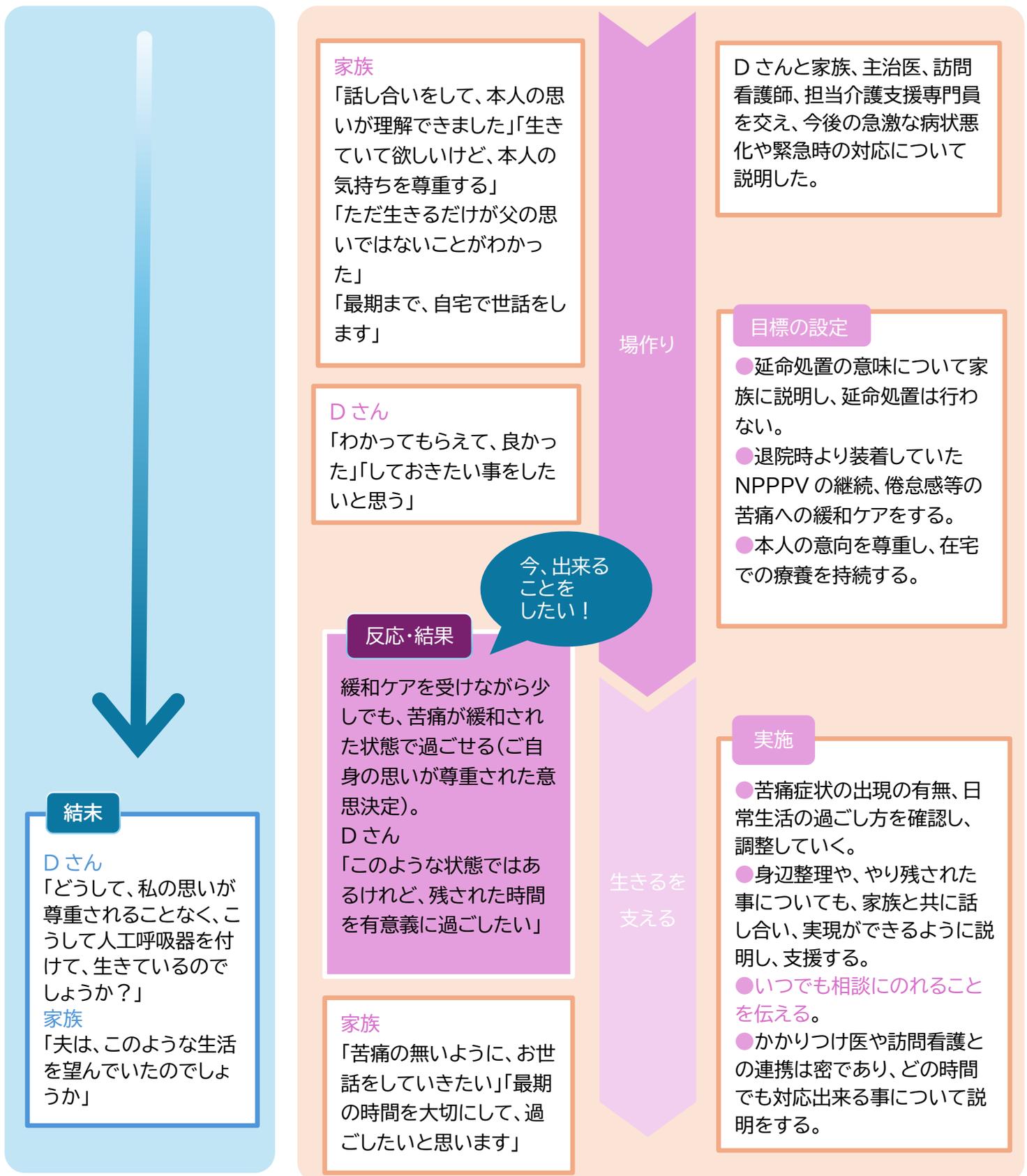
家族との共有を促す働きかけ

「家族の思いも大切であるが、
本人のゆるぎない思いがあ
る」
今の状況と今後の方向性に
ついて話し合ってみてはどう
でしょう。

気づく

患者と
共有

動機付け



○ 考え方のポイント ○

患者の意向が明確であっても、意思決定能力の低下に備えて、そして、患者の意向が尊重されるためには家族も含めた**合意形成**が必要です。家族も巻き込んで話し合いましょう。一度、意思決定しても**患者の気持ちはゆらぐ**こともあります。また、療養の場や終末期の苦痛緩和の手段の選択など、今後もさまざまな場面で意思決定が必要となります。そのため、一度きりではなく**繰り返し話し合い、継続して支援**することがACPの実践として大切です。

6. 看取りケア用語集(五十音順)

■ アドバンス・ケア・プランニング(ACP)

本人自身が自分の価値観を認識し、今後の人生についてどう生きたいかを本人が主体となって、その家族や近い人、医療、福祉、ケアの担い手と共に考えるプロセス。

■ アドバンス・ライフ・プランニング(ALP)

健康な時から人生観や死生観を元に「自分は何を大切にしているのか」「どのような人生を歩みたいか」について考えるプロセス。ACP の段階より手前の広い概念

■ インフォームド・コンセント(IC)

患者・家族が病状や治療について十分に理解し、また、医療職も患者・家族の意向や説明内容をどのように受け止めたか、どのような医療を選択するか、について関係者と情報共有し、皆で合意するプロセス。

■ ウェルビーイング

身体的、精神的、社会的に良好な状態にあり、充実した幸せな生活を送れている状態。

■ エンゼルケア

亡くなった患者の体を清め、整えるケア。遺体を安らかに見送るための儀式的な処置が含まれる。最近は、葬儀業者が処置を行うことが多いので、清潔保持やカテーテル・針抜去などのみ、限定的に行う場合が多い。

■ 家族支援

終末期患者を看取る家族に対して提供される心理的・社会的サポート。介護負担の軽減や、感情的な支えを提供することが重要。

■ 緩和ケア

痛みや苦痛の軽減を目指すケア。終末期だけでなく、病気の進行段階全体で提供される場合もある。身体的な痛みだけでなく、精神的、社会的、スピリチュアルな苦痛にも対処する。

■ QOL(クオリティ・オブ・ライフ)

患者の「生活の質」。身体的、心理的、社会的、精神的な側面から捉えるもので、特に終末期では延命よりも QOL を重視することがある。

■ グリーフケア

看取り後に、大切な人を亡くした方の悲しみ(心の痛み)に寄り添い、その方らしい方法で乗り越えていけるよう支援すること。

■ 事前指示(アドバンス・ディレクティブ)

患者が自らの意思で、将来の医療やケアの内容について前もって指示する文書。医療的な措置を受けるかどうかの選択や、延命治療の方針を含むことが多い。

■ 死後処置(ポストモルタムケア)

患者が亡くなった後に行われるケア。エンゼルケアを含むが、さらに遺体の搬送や遺族へのサポートも含まれる。

■ 終末期医療(ターミナルケア)(エンドオブライフケア)

病気や障害の治療が難しく、延命治療が適当でないと判断された段階で行われる医療。患者の苦痛や不安を和らげ、穏やかな死を迎えるための支援を重視。

■ 担当者会議

ケアプランを作成・更新する際に、本人・家族と、ケアマネジャー、介護サービス事業所の担当者が集まって、これからの支援内容を話し合う会議。

■ DNAR(Do Not Attempt Resuscitation)/ DNR

患者が心停止した場合、心肺蘇生(CPR)などの救命措置を行わないという指示。

■ ホスピスケア

終末期の患者に対して、苦痛の緩和や家族への支援を行う施設やプログラム。延命よりも患者のQOL(生活の質)を重視。

■ 看取りケア

人生の最終段階にある患者が穏やかに、できるだけ苦痛を伴わずに過ごすことを支援するケア。身体的・心理的・社会的・スピリチュアルなニーズに対応することを目指す。

■ リビングウィル

将来、意思表示ができない状態になった場合に備えて、延命措置や医療行為の希望を事前に書面で残しておく文書。

■ レスパイトケア

介護者の休息や負担軽減のために、一時的に介護を代わって行うサービス。介護施設でのショートステイ(短期入所)や、地域包括ケア病棟への入院などを利用することで、介護者の身体的・精神的な疲れを回復する機会を提供する。

▼参考文献リスト

- ・日本緩和医療学会. (2020). がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2020 年版. 金原出版.
- ・日本緩和医療学会. (2022). がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン 2022 年版. 金原出版.
- ・日本緩和医療学会. (2022). 緩和ケアチーム活動の手引き
https://www.jspm.ne.jp/files/active/active_guidelines.pdf
- ・厚生労働省. (2018). 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf>
- ・日本看護協会(2021).看護職の倫理綱領
<https://www.nurse.or.jp/>
- ・日本老年医学会. (2012). 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン.
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf
- ・厚生労働省. (2018). 「人生会議してみませんか？」
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html
- 一般社団法人小児看護学会(2019)「子どものエンドオブライフケア指針」
- ・公益社団法人大阪府看護協会(2020)看護職のための ACP 支援マニュアル
- ・安城市(2021)看護職のための ACP マニュアル
- ・一般社団法人日本小児看護学会(2019)子どものエンドオブライフケア指針
- ・系統看護学講座 別巻 緩和ケア(2024)医学書院

編集後記

何事も変化の激しい近年、看取りの形も多様化しています。この冊子も変化しながら進化してほしいたたき台です。看取りに携わる事に慣れていない看護職や、経験はあっても今一度看取りの基本に立ち返りたい看護職が、手に取りやすい冊子でありますよう看護師職能委員一同願っています。

看護師職能委員会Ⅱ 介護・福祉関係施設・在宅等領域

2025年2月15日

委員長:谷脇 直美

委員:植松 由理 長内 秀美 小比賀 恵子 塩田 直子
福田 京子 眞子 里美 森近 真由美 脇 潤也

(五十音順)

看取りにおける看護の手引き

発行 公益社団法人香川県看護協会

〒769-0102

香川県高松市国分寺町国分 152-4

TEL(087)864-9070

FAX(087)864-9071



「看護の日」キャラクター かんごちゃん

公益社団法人
香川県看護協会

〒769-0102 香川県高松市国分寺町国分152-4
TEL 087-864-9070 / FAX 087-864-9071
<https://kagawa-kango.com/>

お問い合わせ

<https://kagawa-kango.com/contact/>