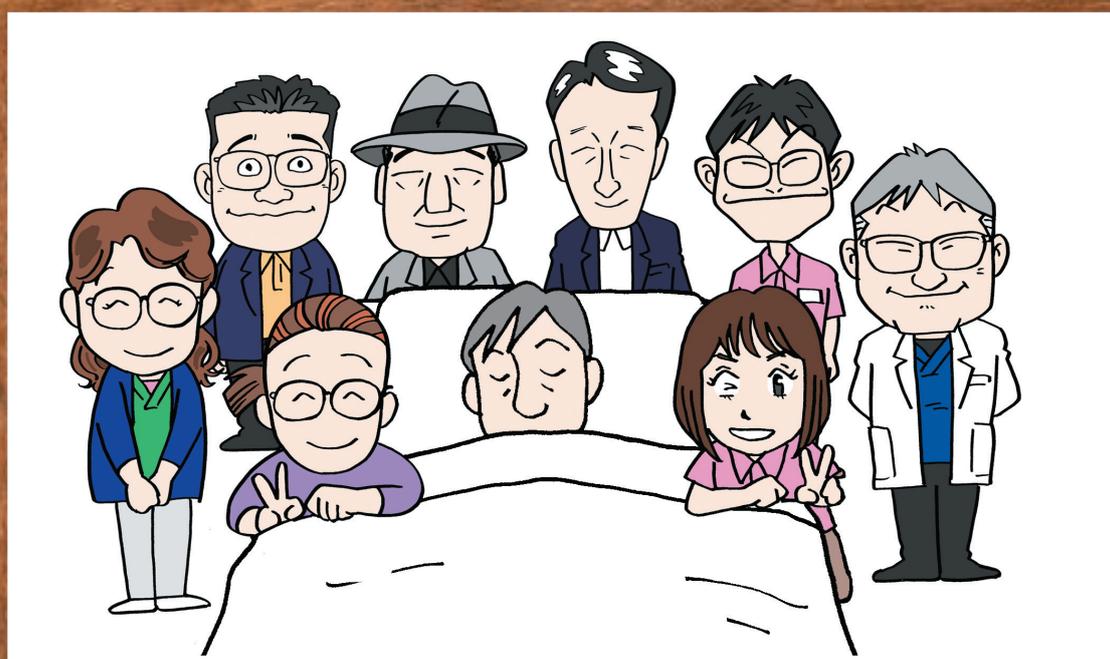


大切な人の 穏やかな旅立ちのために

専門職向け 看取りのパンフレット



看取り後の記念写真

長崎市医師会

目次

I	はじめに	1
II	暮らしの場（自宅や施設）における「看取り」について	2
III	「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」について	4
IV	終末期に気になること	5
V	これからの過ごし方について	
	i これからどうなるのでしょうか （病状進行と特有の徴候）	6
	ii この先もっと苦しさは増すのでしょうか （鎮痛、鎮静などについて）	9
	iii どうやって痛みを抑えるの （終末期における痛みの治療について）	10
	iv つじつまが合わず、いつもと違う行動をとるとき （せん妄に伴う不穏への対処・考え方）	14
	v のどが「ゴロゴロ」するとき （死前喘鳴について）	17
	vi 点滴について考えるとき （水分・栄養摂取について、点滴の功罪）	19
VI	死の徴候とご遺体の変化、エンゼルケアの手順について	21
VII	グリーフケアについて	24
VIII	デスカンファレンスについて	27
IX	旅立ちを支えたみなさまへ	30
X	Q&A	31

I はじめに

「看取り」とは、近い将来亡くなることが避けられないと判断された人に対して、身体的苦痛や精神的苦痛を緩和・軽減しながら、最期まで自分らしい生活ができるように支援することです。

長崎市が65歳以上の市民8,000人を対象に令和5年に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査によると、およそ半数の方が人生の最期を在宅（自宅や施設）で迎えたいと希望していることがわかりました。実態は、令和4年で約70%の方が病院で最期を迎えており、希望と現実には隔たりがありますが、今後、在宅医療の体制や市民の理解が進み、在宅で最期を迎える方の割合は増えていくものと考えられます。

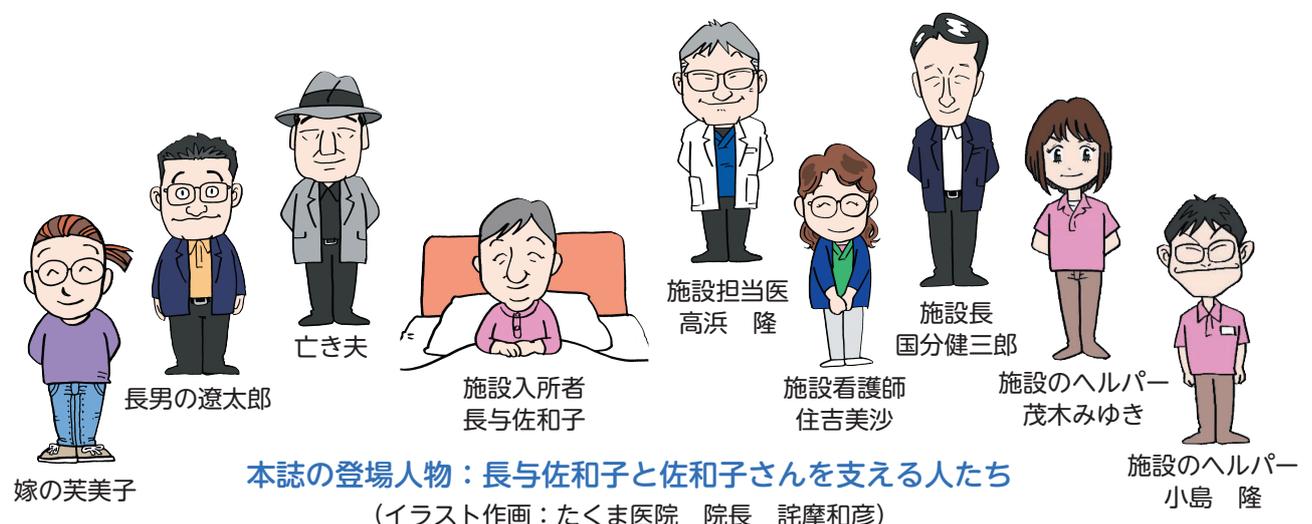
一方、長崎市が令和4年に実施した長崎市在宅医療・介護連携実態調査によると、約70%の医療・介護従事者が在宅で看取りをすることに不安や負担を感じており、その理由として、看取りを行うための知識がないことが大きな割合を占めていることがわかりました。また、在宅で看取りを行う場合は、ご本人やご家族の意思決定支援が重要であると考えていることもわかりました。

長崎市医師会は、このたび、こうした医療・介護従事者の不安の解消やご本人、ご家族の理解の向上を図るため、「看取り」パンフレット（専門職向け）を作成しました。

このパンフレットは、「看取り」の前提となる「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」を皮切りに、終末期のご本人を支えるための「これからの過ごし方（終末期の状況とケア）」、亡くなられた方を送るための「エンゼルケア」、死別の悲しみを癒すために行う「グリーフケア」、医療・介護従事者が看取りケアを振り返る「デスカンファレンス」についてわかりやすく記載しています。

「看取り」は、ご本人やご家族のみならず医療・介護従事者にとっても非常に大切な場面です。ご本人が住み慣れた場所で自分らしい暮らしを続け、穏やかな最期を迎えることができるよう、「看取り」に臨むときや「看取り」に対して不安を感じた時には、このパンフレットを手にとってみてください。このパンフレットが、少しでも皆様の支えになることを願っています。

令和7年2月 「看取り」パンフレット作成ワーキンググループ 一同

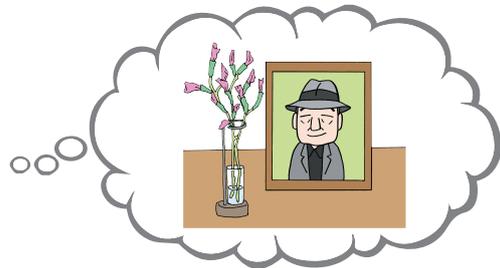


II 暮らしの場(自宅や施設)における「看取り」について

暮らしの場(自宅や施設)で看取るということ



旅立ちを迎えようとする方が、住み慣れた場所で慣れ親しんだ人々と最期まで「ご本人らしい暮らし」をすることを支える。そのなかでの「看取り」は、最期の瞬間だけを捉えがちですが、施設に入居された時やご自宅での介護が始まった時から始まります。「看取り」は特別なケアではなく、日常的なケアの延長であり、大切なことは、「ご本人に穏やかな最期を迎えてもらうこと」、そして「ご家族の心のケアを行うこと」です。そのために、ご本人やご家族に寄り添って気持ちを傾聴し、その気持ちに想いを馳せて「看取り」に取り組みましょう。



「看取り」に取り組む際のおおまかな流れ

① 体制の整備・看取りマニュアル等の整備

看取りには、多職種のスタッフが関わります。医師や看護師を含めてどのような体制でチームを組むのか、夜間や緊急時の対応方法や役割分担を明確にして、各スタッフが自信をもって業務に臨めるよう体制を整備します。マニュアル等を整備しておくとい良いでしょう。



② ご本人・ご家族への説明と話し合い、「人生会議(ACP)」の実践、情報の共有

看取りを進めるためには、ご本人・ご家族との関係作りが重要です。入所期等の面談では、必要な事項を説明するなかで、ご本人の好みや価値観について訊ね、聞いた情報は、多職種間で共有してケアに活かしていきます。特に、ご本人が望む人生最後の過ごし方やどのように最期を迎えたいかといった情報は、入所期から「人生会議(ACP)」を実施して収集に努めます。また、ご本人やご家族の想いはゆらぐものです。いつでも意向は変えられることを伝え、随時、「人生会議(ACP)」を実施しましょう。



③ 医師による終末期の判断とご家族への説明の実施。看取りケアの開始

医師が回復不可能な状態（終末期）であると判断した場合、ご家族への説明を行い、同意を得てから看取りケアを開始します。

看取りケアでは、次のことに留意します。

1. 終末期の変化を理解しておくこと
2. 状態の変化を観察し、把握しておくこと
3. 無理をしない。苦しい思いをさせないこと（安心・安全・安楽に）
4. ご本人・ご家族の意思を尊重すること
5. カンファレンスで情報を共有しておくこと



④ 看取り～看取り後（看取りの徴候の把握、グリーフケア、デスカンファレンス等）

看取り時は、慌てず穏やかに、ご本人・ご家族へはいつものコミュニケーションを心がけます。また、呼吸が止まっても慌てず対応できるよう、連絡体制や対応フロー等を整備し共有しておきましょう。

看取り後は、エンゼルケアでご家族とともに旅立ちを整えながらグリーフケアを実施して、ご家族やスタッフの悲嘆・悲しみをケアします。また、デスカンファレンスを実施し振り返りを行うことで、できたことや反省を次の看取りケアに活かすことができます。スタッフの心の負担を軽くすることにも繋がります。

.....

.....

.....

.....

.....

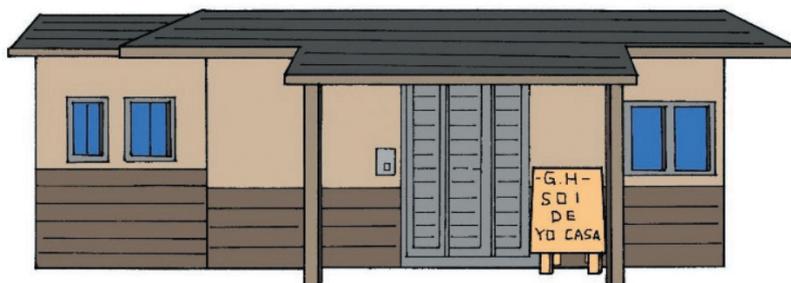
.....

.....

.....

.....

.....



グループホームそいでよかさ

III 「人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)」について

「看取り」を行うためには、ご本人が最期まで自分らしく生ききるためにご本人の希望を知ることが大切です。希望に沿った最期を迎えられるよう、ご本人やご家族と一緒に「人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)」を実施することが重要です。

「人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)」とは？

「もしものときのために、本人が望む医療やケアについて、本人を主体に、ご家族や近しい人、医療・ケアチームと、前もって繰り返し話し合い、本人の意思決定を支援し、共有する取り組みのこと」と定義されています。

ご本人の希望や人生観・価値観を共有することによって、ご本人が自分で意思決定することが困難になったときに、ご本人の望む医療やケアを実現することを目的とします。

「人生会議(ACP)」は生命の最終段階だけではなく、これからの生き方など人生の最終段階の話し合いで、前向きにこれからの生き方を考える取り組みです。また、ご本人に代わって最終決断をしたご家族等の心の負担軽減にもなります。遺されるご家族へのプレゼントでもあります。

何を話し合えばよいのですか？

- ① ご本人の意思を推定してくれる人(代理決定者)をご本人が選び、そのことをその人へ伝える。
- ② ご本人の価値観を、代理決定者を交えて話し合う。
 - 大切にしていること・心の支え(楽しみ・生きがい)
 - 気がかりなこと・心配なこと
 - 自分らしく生きていくと感じるために欠かせない機能(意思表示・食事・排泄など)
 - 嫌な治療やケア



それぞれ深掘りの質問もする(なぜ? どうして? もう少し詳しく? それ以外には? など)

「人生会議(ACP)」を進めるにあたってのポイントは？

- ① きっかけが難しい→「元気なうちから手帳」(長崎市作成)を活用
 - ◎ 元気なうちから手帳は、長崎市ホームページからダウンロードできます。
- ② ご本人の価値観を尊重すること(みんな違ってみんないい)
- ③ 苦痛症状をできるだけ緩和してから(または緩和しながら)話し合うこと
- ④ ご本人との信頼関係を構築することに注力すること
- ⑤ 「あなたのことが知りたいです。」「ずっと関わっていきたいです。」「一緒に考えていきたいです。」という態度を示すこと
- ⑥ 最善を期待しつつ、最悪にも備えること
「〇〇さんが最善の状態であればいいような治療やケアを考えていきますが、転ばぬ先の杖として、調子が悪くなったときのことも考えていきたいと思います。」
- ⑦ ご本人の思いはゆらぐもの。繰り返し話し合うプロセスが重要
「人生会議(ACP)」は本人の思いのかけらを繋ぐ作業



生活を支えて長い期間を共に過ごす施設介護職や看護職は、
「人生会議(ACP)」の重要な担い手

IV 終末期に気になること

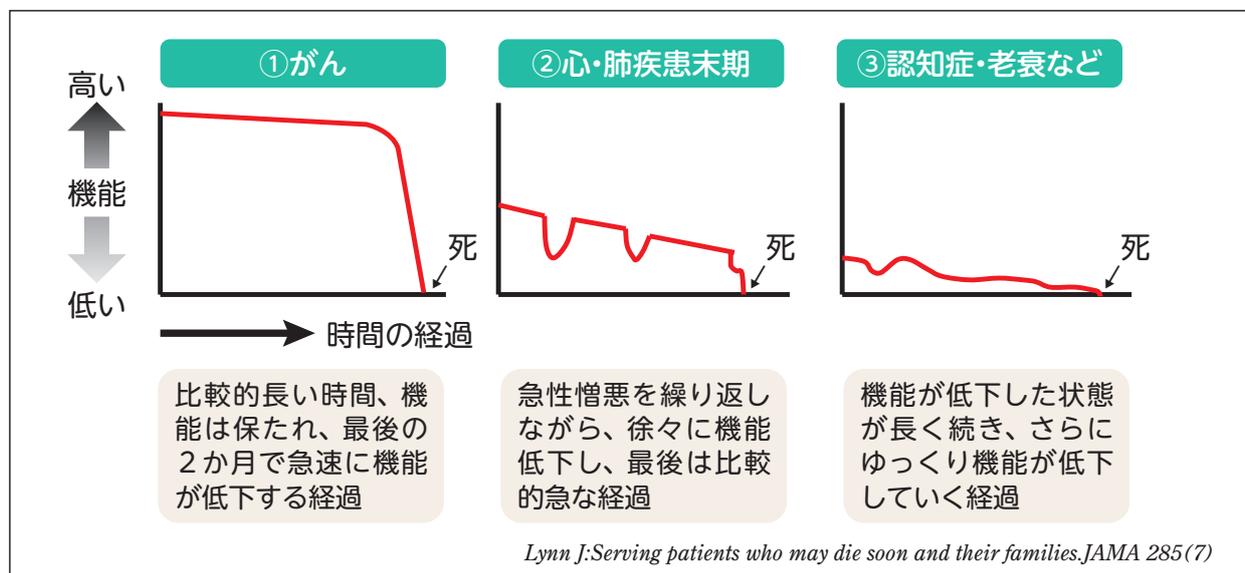
終末期ってそもそもいつ頃？

次の三つの条件を満たす場合を終末期と呼びます。

- 医師が客観的な情報を基に、治療により病気の回復が期待できないと判断すること
- 患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得すること
- 患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し対応を考えること

(平成 21 年 5 月 全日本病院協会ガイドラインより)

疾患の違いによる終末期のパターン



➡がんはラストスパートがはっきりしています。

- 数か月続くこともあれば、数週間、あるいは数時間のこともあります。非がん疾患よりははるかに短期間で、経過に共通性があります。
- 亡くなる約 1 週間前頃から特徴的な徴候がみられることが多くなります。
- 終末期は、ご本人の治療やケアについて多くの決定を下す必要のある時期です。
- したがって、終末期の計画について、あらかじめご本人とオープンに話し合っておくこと「人生会議 (ACP)」が必要です。

PDQ® 日本語版 人生の最後の数日間 より一部抜粋

➡がん以外の終末期は？

- グラフでパターンは類推できますが、実際には 非がん疾患の軌道は単純ではなく、多種多様で、ほとんど共通性がありません。
- 細胞壊死や退行性変化による衰退が基本的病態であり、個人差があまりにも大きいです。
- それまでに標準的な治療やケアがきちんと行われたかどうかなどが、さらに先のグラフに大きな影響が生じます。(経過は千差万別)
- 非がん疾患では 月単位、週単位の予後予測はほぼ困難です。

勇美財団在宅医療テキスト第 3 版より一部抜粋

V これからの過ごし方について

i これからどうなるのでしょうか（病状進行と特有の徴候）

1週間前頃からの変化

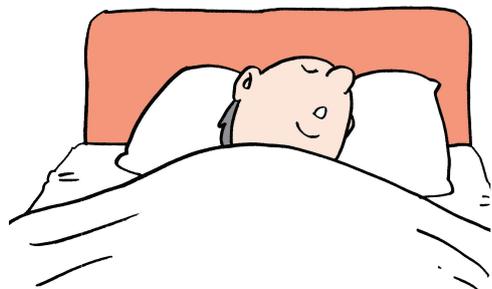


だんだんと寝ている時間が長くなります。これは体力が落ちてくるためです。昼に起きて夜に寝るというサイクルが崩れてきます。

夢と現実の区別がつかない状態になることがあります。意識がはっきりしている時に伝えておきたいこと、話し合うことがあれば最後のチャンスになるかもしれません。

傾眠がちとなり、また昼夜のリズムが崩れて、つじつまの合わない言動が徐々に増え、徐々に話ができなくなってくる。

最期の数日から数時間前の変化



声をかけても目を覚ますことが少なくなります。たとえ覚めたとしても短時間で、長い言葉が出なくなります。でも、耳はしっかり聞こえていると言われていきます。

入眠がちとなり、声かけへの反応が徐々に乏しくなります。（意識レベルが低下している際には苦痛は少なくなります。）

のどもとでゴロゴロという音がすることがあります。



だ液をうまく飲み込めなくなるためです。眠っているということは、苦しさは少ないということです。苦しそうな表情をされている場合は、だ液を口腔スポンジブラシで拭き取ったり、吸引したり、薬剤を使うこともあります。

のどもとのゴロゴロ音（死前喘鳴）は、だ液の嚥下困難と、筋力低下による舌根や気道支持筋群の緩みが合わさって生じます。



呼吸のリズムが不規則になったり、息をすると肩や顎が動くようになります。

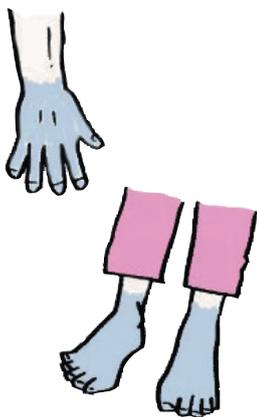
呼吸する筋肉が弱くなり肺に空気が入りにくくなるため、肩や顎を動かすことで息をしています。

あえいでいるように見えることがあります。体の中に残されたエネルギーを使って息をしているからです。自然の流れです。



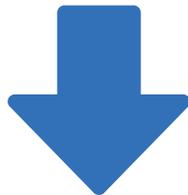
臨死期（看取り期）の呼吸

- シーソー呼吸：気道閉塞が進んだために生じる、吸気時に胸郭が下がり腹部が膨らむ奇異的呼吸
- チェーンストークス呼吸：5 - 10 秒程度の呼吸停止期と、呼吸数漸増～漸減のパターンをゆっくりと反復する呼吸
- 下顎呼吸：呼吸に合わせて下顎が上下する、あえぐような呼吸（呼吸停止前の最終段階）



手足の先が冷たく紫色になり、脈が触れにくくなります。

血圧が下がり、血の巡りが悪くなるためです。



約80%の方は、ゆっくりとこのような変化がでます。
約20%の方は上記のような経過をたどらず急に息を引き取ることがあります。

人によって病状経過は様々です。
主治医、看護師、薬剤師、介護士等、関わる多職種で一緒に状態を確認してください。



急激な心停止の原因（例）

- 急激な経過のうち比較的多いのが気道（息の通り道）に関する急変であり、誤嚥からの急激な呼吸不全の進行、痰や分泌物による窒息などが挙げられます。
- 易破裂性の大きな腫瘤がある場合（頭頸部、時に肝臓）や強い出血傾向がある時は、予期せぬ大出血による失血死を招く場合があります。強い出血傾向がある時は、目に見えない部位の出血で、突然血圧が低下し、蒼白になって急死することがあります。

その他、よくある変化として



食べたり飲んだりすることが減り、むせたり飲みにくくなったりします。

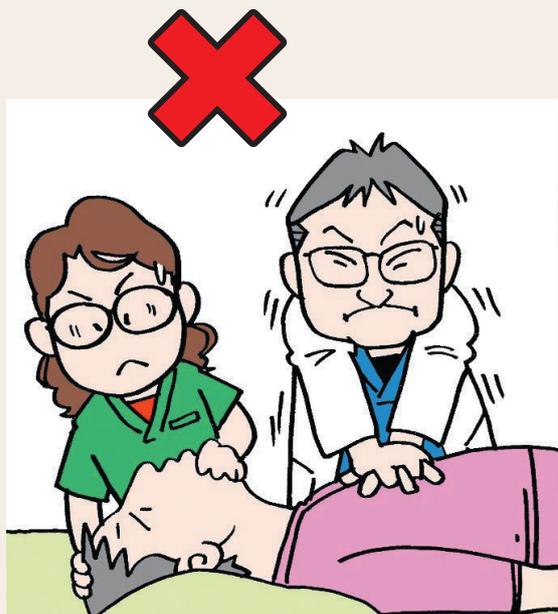


おしっこの量が少なく濃くなったりします。



つじつまが合わないことを言ったり、手足を動かしたり、急に起き上がったたり、体全体を動かしたり、落ち着きがなくなることがあります。

心臓や呼吸が止まりそうなき／止まっているのに気付いたとき どうしたらよいでしょうか？



慌てずに主治医に連絡をとり、最期の時間を主治医が死亡診断するまで静かに待ちましょう。

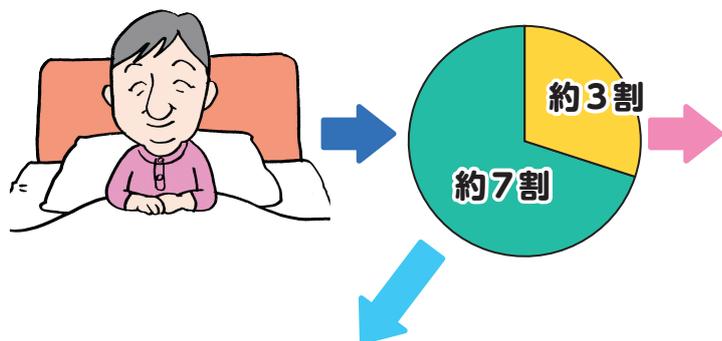
看取り期に入っている場合、予期しない時に急に心臓や呼吸が止まる場合がありますが、人工呼吸や心臓マッサージなどの心肺蘇生で回復できることはほとんどありません。

かえって、苦痛を与える可能性があります。

また、救急車を呼んでも心肺停止状態では搬送されず、状況によっては警察による検視となることがあります。事前にご家族や主治医、関係する多職種間で「人生会議（ACP）」を実施し、このようになった場合どのようにするか話し合っておきましょう。

こうした病状進行と特有の徴候を早めにご家族に伝えておき、話せる時にはなるべくお声がけするよう促したり、心構えをお話しするなど、ご家族を安心させるための対応をとりましょう。

ii この先もっと苦しさは増すのでしょうか(鎮痛、鎮静などについて)




約7割の方は、痛みやつらさが和らげられた穏やかな状態で自然に眠っている時間が長くなっていきます。



約3割の方は、痛みやつらさを和らげるために、鎮痛薬、鎮静薬や睡眠薬で「苦しくない状態」をつくる必要があります。ご本人やご家族の希望で短時間だけ眠る方法や、持続的に深い眠りを維持する方法があります。ご本人の状態によって飲み薬、坐薬、注射薬のどれを使うか、組み合わせて使うかを検討します。

病状の進行に伴った適切な鎮痛や対処が行われていれば、大半の症例では穏やかな病状進行をたどります。

具体的には徐々に意識レベルが低下し、眠っている時間が長くなり、呼吸状態は徐々に悪化していきます。(呼吸異常が出現することがあります。)

痛みやつらさは、適切な緩和ケア(医療用麻薬や抗精神病薬、睡眠薬などの適切な使用)により軽減することができます。(ご本人やご家族の希望を最大限に汲みながら考えていきましょう。)



睡眠薬ミダゾラム注のリスクと有益性

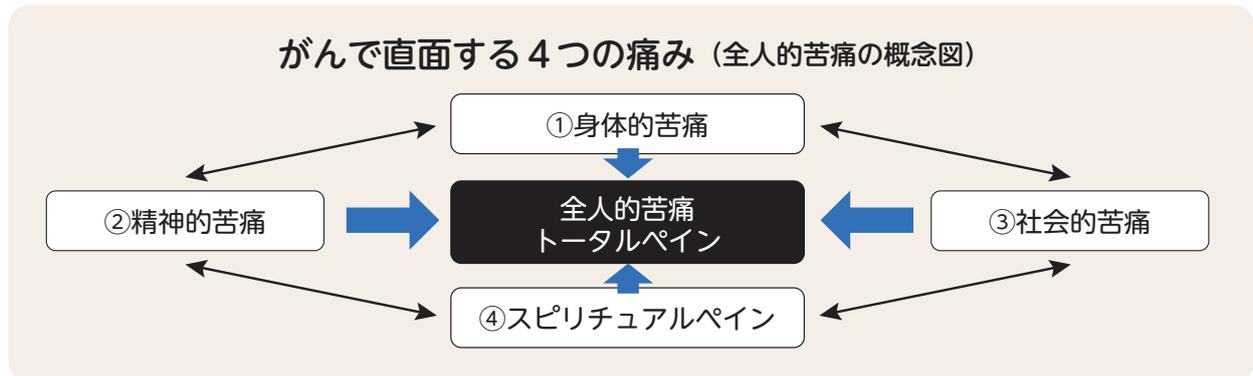
- ミダゾラム注は、確実な入眠作用や調節性の高さを有する薬剤で、がん終末期に、他の薬剤だけでは緩和が難しい耐えがたい呼吸困難や不眠、激しい全身倦怠感や精神的苦痛に対して併用することで、それらの緩和が可能となる場合があります。
- ただし、突然の呼吸抑制や呼吸関連筋の弛緩を生じ、予期せぬ呼吸停止を起こす可能性があるため、その使用には十分な注意が必要です。
- ご本人、ご家族と医療従事者との間で、使用することのリスクを十分に認識した上で、使用するかどうか、またどのようなときに使用するか、事前に相談しておきましょう。

iii どうやって痛みを抑えるの(終末期における痛みの治療について)

痛みがあると生活するうえで大きな障害となります。

原因がはっきりしているときは、その治療を優先して行いますが、ここでは、主にがんの痛みがある場合について考えていきましょう。

なぜ痛みを感じるのでしょうか



- ①「身体的苦痛」 がんやがんの治療に伴う痛みなどを感じることがあります。
- ②「精神的苦痛」 なぜ私のがんに罹ったのだろう、私だけがこのような苦しみにあうのはどうして、これからどうなっていくのだろう、といった不安や恐怖からくる痛みや心の痛みがあります。
- ③「社会的苦痛」 がんに罹ったことで、仕事を辞めないといけなくなった、友達と一緒に過ごせなくなったなど、社会とのつながりが希薄になることから感じる痛みや苦しみがああります。
- ④「スピリチュアルペイン」 がんに罹ってこれからどうなるのだろう、私の人生は何だったのかといったスピリチュアルな悩みからくる痛みや苦しみがああります。

「全人的苦痛(トータルペイン)」

このような原因が重なって痛みや苦しみを感じるようになっていきます。痛みが続くことによって、食事ができない、お風呂に入れない、トイレに自分で行くことができない、眠れないなど、生活に影響が出ます。また、痛みのせいで大好きなことができなかつたり、そのせいでイライラしたりすることも出てきます。

痛みを我慢することは、「美德」ではありません。ご本人が辛いだけでなく、周りの人も不安にさせたりつらい気持ちにさせたりします。

「症状=痛み」がある時は、我慢せず看護師や職員に伝えてもらい、痛みを軽減するようにしましょう。

痛みの治療の目標は

- ① 痛みがなくよく眠れる
- ② 安静にしていると痛くない
- ③ 身体を動かしても痛みが強くない
- ④ 痛みを気にせずやりたいことができる



痛みを和らげるために使うお薬や方法について

- ① 原因がはっきりしている場合は、その治療を優先して行います。
- ② がんの治療を行っていても、がんが原因で痛みが出る場合は、鎮痛剤と言われるお薬を使っていきます。
- ③ 鎮痛剤の種類について
 - 1) 一般的な消炎鎮痛剤：アセトアミノフェン、ロキソプロフェン、イブプロフェン 等々
 - 2) 医療用麻薬：モルヒネ、オキシコドン、フェンタニル、ヒドロモルフォン 等々
 - 3) 神経ブロック

睡眠薬や鎮痛剤は寿命を縮めるのでしょうか

- ほとんどの場合、苦しく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。睡眠薬や鎮痛薬を使わなかったとしても生命の危機が訪れます。
- 薬を使った方と使わなかった方とで「いのちの長さ」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合併症は数%以下であることが確かめられています。
- 薬の量は「苦痛のとれる最少の量」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。➡ **寿命が縮まるということはありません。**

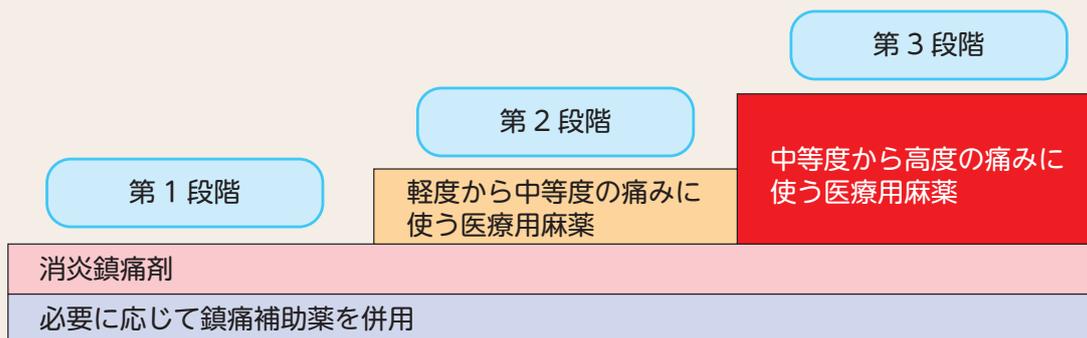
医療用麻薬について

医療用麻薬と聞くと不安になる方もいらっしゃるでしょう。

痛みの治療に使われる医療用麻薬は、正しく適正に使用することで、一般的な痛み止めでは効きにくい強い痛みを和らげることができます。医師、看護師、薬剤師の指導の下で正しく使用する場合、中毒になったり、寿命が縮まったりすることはありません。

痛みの強さに合わせ調整をして使用していくので、痛みをきちんと把握することが大切です。

WHO による痛みの治療法 (WHO 方式 3 段階除痛ラダー)



痛みの強さや痛み方によって、どの段階からでも使用していくことができます。

医療用麻薬の効果をよくするためには、決められた時間に決められた量を服用することも大切です。痛みを止めるためにベースとなるお薬をきちんと服用しても突然痛みが出ることもあります。その時は、「レスキュー」と呼ばれるお薬を使います。

ご本人の痛みに合わせて、医師や薬剤師が服用量や使用量を決定して、副作用などが最小限になるよう調整を行います。それでも予測される副作用もありますので、副作用対策についても医師や薬剤師に確認しておきましょう。

医療用麻薬の管理と与薬について

自宅や介護施設（介護老人保健施設を除く）で保管する場合、麻薬金庫は必要ありませんが、入出と在庫管理がきちんとできる管理体制が必要です（服用後の空き袋を回収して残数と合うようにするなど）。また、誰でも手に取ることができるような（特に入居者の出入りがあるような）場所での保管は避けましょう。（※医師の配置が義務付けられる介護老人保健施設は、麻薬法上、病院・診療所と同じ扱いになり、麻薬金庫での管理が必要です。）

医療用麻薬は、処方された時点で所有権がご本人に移りますので、看護師だけでなく介護士でも与薬（服薬の介助）は可能です。与薬管理表を作って管理するとよいでしょう。

ご本人が痛がっているのに、看護師が到着するまで与薬をしないということがあってはいけません。正しく与薬をするための方法を、医師や薬剤師に相談しておきましょう。

【与薬管理表の例】

麻薬に番号を記入し、順番に管理表に張り付けます。

0000様 レスキュー管理表

お願い
医療用麻薬をお使いの患者さん及びご家族へ

残った医療用麻薬は、薬局に返却してください。

医療用麻薬を患者さん以外の方が使用することは、法律で禁じられています。

そのため、残った医療用麻薬は、特許な手続きに従って、廃棄することになります。

ご面倒ですが、必要がなくなった医療用麻薬は、薬局に返却してください。

	日付	時間	日付	時間
1回目			6回目	
2回目			7回目	
3回目			8回目	
4回目			9回目	
5回目			10回目	

00薬局 0000
住所 長崎県0000-00
電話 095-000-0000

0000様 レスキュー管理表

お願い
医療用麻薬をお使いの患者さん及びご家族へ

残った医療用麻薬は、薬局に返却してください。

医療用麻薬を患者さん以外の方が使用することは、法律で禁じられています。

そのため、残った医療用麻薬は、特許な手続きに従って、廃棄することになります。

ご面倒ですが、必要がなくなった医療用麻薬は、薬局に返却してください。

	日付	時間	日付	時間
1回目	7/8	8:30	6回目	
2回目	7/8	18:00	7回目	
3回目	7/9	5:30	8回目	
4回目	7/9	18:00	9回目	
5回目			10回目	

00薬局 0000
住所 長崎県0000-00
電話 095-000-0000

番号順に麻薬を使用し、使用した日時を表に記入して管理します。

【医療用麻薬のガイダンス・マニュアル】

医療用麻薬の取り扱いについては、厚生労働省がガイダンスやマニュアルを策定しています。次のホームページアドレスからダウンロードし、確認してください。

医療用麻薬適正使用ガイダンス（令和6年版）

<https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/001245820.pdf>

医療用麻薬自己管理マニュアル（医療従事者用）

<https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/001245822.pdf>

医療用麻薬自己管理マニュアル（介護従事者用）

<https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/001245825.pdf>

ご家族が感じている不安や疑問に対するアドバイスの例



寝ている状態で苦しさや痛みを感じているのでは？

- 深く眠っている時は苦痛を感じていないと考えられています。眉間のシワや手足、体全体の動きなどから判断できます。

もう話はできないのでしょうか？

- 深く眠った場合、会話をするのは難しくなります。会話ができる間に大事なことは伝えておいてください。

苦痛を和らげる方法は他にないのでしょうか？

- ご質問やご心配がありましたらその都度、関わっている看護師や職員に尋ねてください。チーム全体でご本人の状態とご家族のご意向を検討します。

薬が効いて眠られた後も、半数くらいの方は意識がもどります。

- 痛みや辛さ等の苦しみがなければ・・・
お話ができることがあります。状態をみて薬を調整したり中止したりもできます。
- 痛みや辛さ等の苦しみがあれば・・・
主治医、看護師、薬剤師に相談をしてください。
薬の量の調節をしてできるだけ苦痛がないように対応します。

ご本人が休まれている時に、ご家族はどんなことをしてあげればいいのでしょうか



手を握ったり、手足をマッサージする。



お気に入りの音楽を流す。



そばで会話をしたり、飲食をしたりテレビを見たり、普段通りの生活をする。



唇を水や好きな飲物などで湿らせる。意識があるときは小さく砕いた氷片も効果的です。

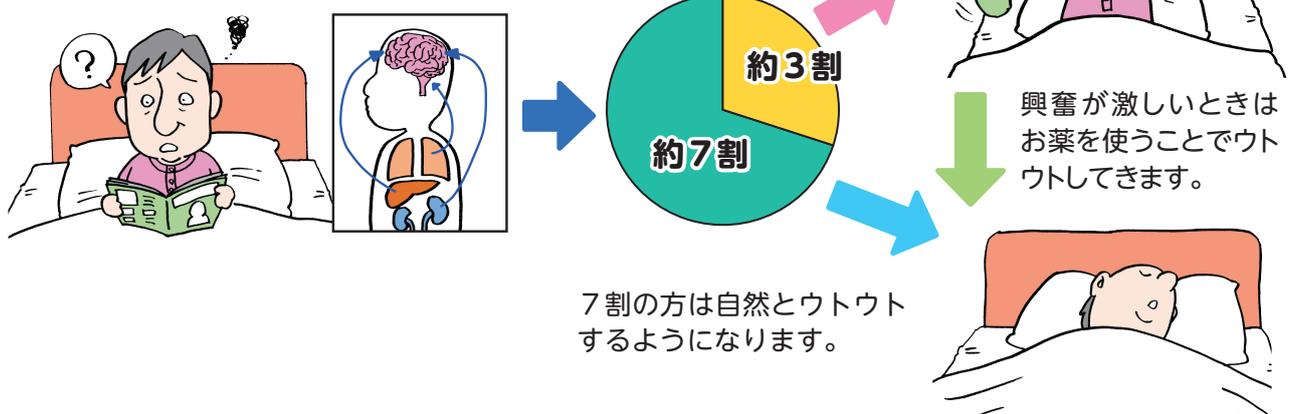
ご本人のこだわり、好きなことをご家族と医療・介護関係者で考えながら過ごしましょう

iv つじつまが合わず、いつもと違う行動をとるとき(せん妄に伴う不穏への対処・考え方)

どうしてこんなことが起こるのでしょうか

酸素が少なくなったり、肝臓や腎臓の働きが悪くなったりして有毒な物質が排除されなくなるので、脳が眠るような状態になるからです。

3割の方は一時期「興奮状態」になります。



こうした状態はせん妄と呼ばれ、がんが進行した方の70%以上の方に起こります。

- * 体の痛みが強すぎて興奮状態になるものではありません。
- * ご本人の心の弱さや、性格が原因ではありません。
- * 精神病や認知症や「気がおかしくなった」ではありません。
- * 「薬」や「医療用麻薬」が原因となることは多くありません。

せん妄はご本人にとっても「苦痛」な体験であり(改善した場合、あの時はつらかったとおっしゃる方は多い)、看ているご家族にとってもつらい症状です。

小川朝生・内富庸介 精神腫瘍学ポケットガイド これだけは知っておきたいがん医療における心のケアより

せん妄で留意すること

- がん終末期のせん妄には、興奮性の場合(過活動性)とウトウトの場合(低活動性)があり、後者の経過をとる場合が多くみられます。
- 低活動性では一見抑うつのようにみえます。(場所や時刻の質問で判別は可能です。
→抑うつ状態では見当識障害を伴いません。)→両方で治療やケアは異なります。
- 様々な原因がありますが、多くは低酸素血症、肝機能や腎機能の高度低下等(有害物質の貯留、電解質の異常)により、脳の機能が低下することから起こります。
- せん妄は本来可逆的な病態であり、原因が解決すれば軽快することも少なくありませんが、がん終末期では進行性の病状経過をたどるため完治は困難です。

せん妄への対処（病状経過中、非終末期）

- せん妄は、専門家による適切な原因への対処（高カルシウム血症治療、脱水補正、医療用麻薬の変更）がなされれば、約半数は緩和が可能です。
- 日中の覚醒や見当識の手助けとなるよう、昼間は日光や音を取り込む、テレビを点ける、時計やカレンダーを確認する。感覚遮断を改善するために眼鏡、補聴器を装着する。また、夜間は適度な明るさ（周囲がわかる薄明り）を保つ。
こうしたことでパニックになりにくくなると言われています。
- ご家族にも原因や症状、上記のような対処法について指導し、また治療困難な場合は 苦勞をねぎらう、疲労度を問うなど積極的に働きかけることも必要です。
- 安易な睡眠薬単独での内服は、特に覚醒時にせん妄を悪化させことがあるので避けて、専門家に相談しましょう。

小川朝生・内富庸介 精神腫瘍学ポケットガイド これだけは知っておきたいがん医療における心のケアより

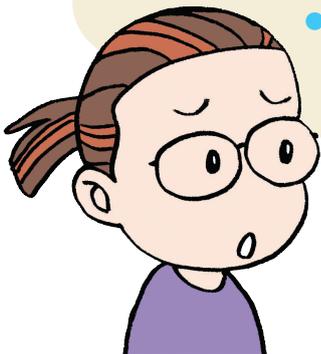
がん終末期のせん妄に対する考え方

- がん自体の経過上、止むを得ない症状の部分もあります。例えば、日中、ある程度ご家族とコミュニケーションが取れる、昼と夜（ないし睡眠と覚醒）のリズムが概ね保てるなどといった少し緩めの目標にしましょう。
- 今後、徐々にコミュニケーションが取れなくなっていくであろうことを、ご家族に前もって話しておきましょう。また、過労状態で悲嘆するご家族を慰め、無理せず休める時に休むよう促すことも大切です。

小川朝生・内富庸介 精神腫瘍学ポケットガイド これだけは知っておきたいがん医療における心のケアより 一部改編

ご家族が抱えている不安な気持ち

- ひとりで看ているのが心配・・・
- 十分なことをしてあげられない
- 代わりにいろいろなことを決め
ないといけないことが負担・・・
- こんなつらそうなら早く楽にし
てあげたい・・・
- 他の人に迷惑をかけてしまう
- どうしていいのかわからない
- もうくたくたで休みたい



ご家族のこのような気持ちは当然のことです。
ご家族に寄り添い、不安な気持ち、つらい気持ちを聞いてあげることも大切です。

ご家族が感じている不安や疑問に対するアドバイスの例

何か話しているが、よくわからない



- どのようなことを話そうとしているのか想像してみてください。昔のことや、今しておきたいこと、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くなることは多いですが、ご家族のことがわからなくなることはほとんどありません。
- つじつまがあわない時は、ご本人の言うことを否定せずにつきあい、安心できるような会話をしてください。「間違いを正す」ことはご本人を傷つけることがあります。

そばで何をしたいかわからない・・話ができないことがつらい・・

- 普段のとおりに声をかけたり、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るだけでもご本人は落ち着くことが多いです。



疲れてくたくたになってしまった・・

- まず、あなた自身が休めるような工夫を看護師や職員にご相談ください。ほかの家族や職員にも協力してもらいましょう。
- 日中、ご本人が休まれている時に、それに合わせてお休みください。



興奮状態になるとどうしていいのかわからない・・

- すぐに看護師や職員をお呼びください。
- 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。
- 何かお薬が必要か相談します。
お薬には、うとうとできるくらいの弱いものから、完全に眠れるものまでありますので、ご意向と状態をみて決めます。



自分が決めることが不安だ・・



- 「ご本人が以前に望まれていたこと」でご存じのことをお教えてください。ご家族に全て決めていただく必要はありません。いっしょに相談して一番良いと思われることをしていきましょう。

V のどが「ゴロゴロ」するとき（死前喘鳴について）



- 死前喘鳴は、死が迫っている方のおよそ 50% に生じます。
- 通常、死前喘鳴が起こるのは終末期で、ご本人は意識がありません。

トワイクロス先生の緩和ケアより

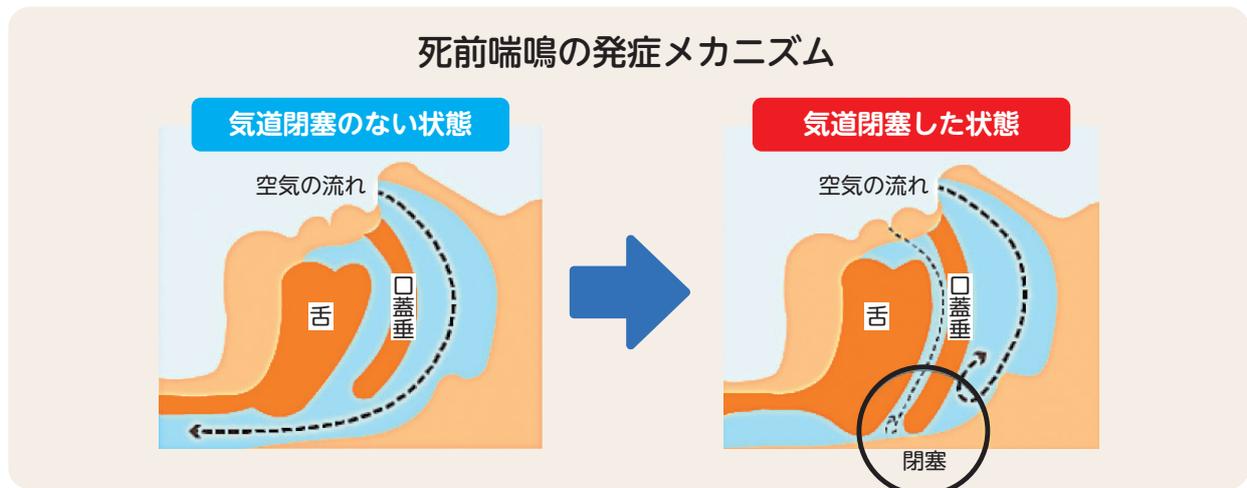
どうしてこんなことが起こるのでしょうか

のどで異常音がする理由は、息の通り道「気道」が閉塞しているということで、空気の肺への流れがスムーズにいていない徴候です。

- 気道閉塞の原因は、
 - * たまただ液が飲み下せなくなる
 - * 意識レベル低下による舌根沈下
 - * 鼻づまり
 - * 水分過剰や全身性浮腫による舌の腫大

これらの原因が複合してしばしば起こることがあります。

死前喘鳴の発症メカニズム



死前喘鳴は、苦しいのでしょうか

死前喘鳴を呈する方のほとんどは意識がないか高度に低下しています。そのため、ご本人が苦しさを覚えることはほとんどありません。

しかし、ご本人に意識が残っていてつらい場合も、頻度は低いですがあり得ます。

→ご本人に問いかけたら表情の変化等による意思表示で判断することができますので、症状を和らげるための方法を取りましょう。

在宅など、ご家族が密接にご本人に寄り添って看ている状況では、呼吸の度に聞こえる苦しそうな音は、看るご家族にとって大変つらく感じられます。意識レベルが低下している場合、ゴロゴロ音がしていてもご本人はつらくないことを、ご家族に反復して説明することで納得されることもあります。

症状を和らげるために（死前喘鳴に対するケア）



可能ならばギャッチアップや頭部の軽い後屈、横向きの体位を取ることで、分泌物や舌根沈下の影響を軽減し、気道を拡げる手助けを行っていてもよいでしょう。



分泌物を吸引します。ただし、吸引器が手元にあったとしても、頻回の吸引はご本人のつらさを増す可能性があり、勧められません。



口の中にたまったものを口腔スポンジブラシなどでそっとぬぐってあげてください。使用しやすい道具もありますので、ご家族と一緒に行ってみてください。胸に手を当ててやさしくさするのもいいです。

どのような対処が良いかは、ご本人の状態によって違います。主治医や看護師、ご家族と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。

ご家族が感じている不安や疑問に対するアドバイスの例

溺れるように息が詰まってしまうのでは？

- そのようなことが起こらないようにご本人の呼吸の様子や分泌物の状態を観察します。そして体位や分泌物を減らす工夫をして、呼吸が分泌物によって妨げられないようにしていきます。

吸引では楽にならないの？

- 一時的に分泌物を取り除いても、同じ状態になることが多いです。また、吸引することによる苦痛が強いことがあります。
- 他の方法として、体の位置の工夫や点滴の調整などがあります。ご本人にとってどの方法がよいか一緒に考えていきましょう。

vi 点滴について考えるとき（水分・栄養摂取について、点滴の功罪）



病が進んでくると徐々に食事や水分を取る量が少なくなります。

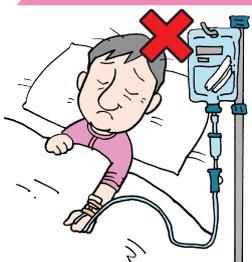
食事の量が減ってくると不安になりますが、「食事がとれないから病が進む」、「食べる気持がないから」ではありません。

病気そのものに伴う症状（不応性悪液質とよばれる状態、食欲向上物質の低下）により、食事や水分をとる量が少なくなっていくます。苦痛を伴うことはほとんどありません。

脱水になったら苦しいのでは？

- 脱水傾向となることでご本人が苦しむことはなく、むしろ余分な水分がないことは浮腫や倦怠感の軽減につながり、苦痛を和らげます。
- 終末期に水分摂取量や投与量が少なくても心配する必要はありません。

点滴はしなくていいの？



- むくみや胸水、腹水があるとき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、体の回復にはつながりません。
- 逆に、おなかや胸に水がたまるなどの副作用が出る場合があります。

- 食べられない状況（嚥下すれば嘔吐するなど）であっても味覚だけ楽しんで、その後に吐き出すということは可能です。
- 口渇を訴えることはしばしばあり、その解消のため、氷菓、氷片（コンビニのアイスコーヒー用カップ氷は有用）、簡易スプレーボトルにお茶を入れて噴霧するのもよいでしょう。
- 口渇自体は若干苦痛となることはあっても、脱水傾向となることでご本人が苦しむことはなく、むしろ余分な水分がないことによる浮腫や倦怠感の軽減につながり、苦痛の軽減効果が大きいと言えます。

見守るご家族の想いに応えることも

「何かしてあげたい。」「点滴をしてください。」と訴えるご家族もいらっしゃいます。点滴が絶対にダメということではありません。ご本人の希望やご家族の意見を聞き、脱水補正目的で少量の輸液を行うことがあります。

「してあげることが出来て良かった」というご家族の安堵する想いに応えることで信頼関係が深まり、より良い看取りの時間へと繋がります。出来れば早い時点でご本人の希望やご家族の意見を聞き、主治医や看護師などに想いを伝えてください。

ご家族が抱えている不安な気持ち

- 元気になるしてほしい。頑張してほしい
- 少しでも口から取らせてあげたい
- できることは全てしてあげたい
- 食べさせてあげたい
- 病気のためでなく食べられないために衰弱してしまう。
- 何もしてあげられない
- 十分なことがしてあげられなかった
- 何度も針を刺されてかわいそう・・・
- 脱水になったら苦しむのでは・・・？



ご家族のこのような気持ちは当然のことです。ご家族に寄り添い、不安な気持ち、つらい気持ちを聞いてあげることも大切です。

ご家族がご本人にしてあげたいことを助けるために

少し食べさせてあげたい



- 食べやすい形、硬さなどの工夫や、少量で栄養が摂れるもの（栄養補助食品）などもあります。主治医や看護師、栄養士に相談し、一緒に工夫してみましょう。
- 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。ご本人のお気に入りの食べ物を持ち寄ったり、ご家族と一緒に食事をされるのもよいでしょう。

できることはすべてしてあげたい



- 食事が十分にとれなくても、口の渇きをいやすために、氷片、かき氷、アイスクリームを食べさせたり、うがいや口の中をきれいにすると喜ばれることが多いです。
- 食事をすることは難しくても、マッサージ、ご家族のことを話す、お気に入りの音楽をかけるなど、食事のことのほかにもご本人が喜ばれることがないかご家族と一緒に探しましょう。

VI 死の徴候とご遺体の変化、エンゼルケアの手順について

死の徴候について

ご臨終が近いことを知らせる徴候

ご臨終が近づいてくると、これまで述べてきた傾眠、呼吸、せん妄などの変化と併せて次のような徴候を見せることがあります。

- 四肢の冷感・・・四肢チアノーゼと呼ばれます。心機能や全身の循環動態が低下することで、亡くなる 5～6 時間前ごろから手足が冷たくなり、紫色や青みがかったり斑点ができたりします。
- 肌の色が白くなる・・・心臓や呼吸器官の機能が低下し体内の酸素不足が進むため、肌の色が白くなります。

死の 3 徴候

死亡を判定できるのは医師のみです。医師は、「死の 3 徴候」を基準に死亡を判定します。

- 呼吸が完全に停止している
- 心臓が完全に停止している
- 瞳孔が散大し、対光反射が消失する

※3 つすべてに当てはまったとき、死亡と判定されます。



ご遺体の変化について

人は亡くなると、時間の経過とともに死後硬直や乾燥、腐敗が進行し、次のような変化が見られます。(時間は目安で個人差があります。)

死後直後～：顔の凹凸が無くなる　死後 30 分～：蒼白化　1 時間～：死斑、皮下出血
1～3 時間：下顎の硬直　3 時間～：顔のうっ血、皮膚の乾燥　3～6 時間：全身硬直

エンゼルケアの手順と注意点

亡くなった後、ご本人とご家族のみでお過ごしいただくための時間を確保します。エンゼルケアの手順、注意点、ご家族へのかかわり方は次のとおりです。

ご家族への説明

エンゼルケアは、その方らしさを大切に遺族も安心して故人を見送る、旅立ちの身支度です。その方らしい人生最期の姿を美しく整えるように、ご家族に説明し意向を確認しながら行います。(以下例)

- 湯灌(ゆかん)：体を入浴やシャワーを使って洗い清める儀式(葬儀社)を希望されるか
- これから行うケアの内容と流れ(洗髪や清拭、着替えなどについて)
- ご家族が、最期に故人へしてあげたいことはあるか(例：好きだったお酒で口を湿らせてあげたいなど)
- 最期に着せてあげたい衣服はあるか(お気に入りの服などを用意されているか)
- ご家族も清拭や着替えなど一緒にケアできることを説明し、希望されるかどうかの意向を確認します。宗教上の理由や地域の慣習などによって、希望するケアがあるかなど
- 葬儀社の手続き状況など、家族が不安に思うことはあるか

必要物品の準備

エンゼルケアに必要な、主な物品は次のとおりです。

エンゼルケア全般で使用するもの	ディスポエプロン、手袋、マスク、ガーゼ、タオル、ティッシュ、紙おむつ、新聞紙、廃棄物を処理する袋など、お湯(水)など
口腔ケア	スポンジブラシまたは歯ブラシ、ガーゼ、綿棒、水の入ったコップなど
医療器具(挿入物)の抜去と創傷のケア	創傷の手当や医療器具の抜去に必要な物品、創部保護用のフィルム材、包帯、絆創膏など
眼と鼻のケア	綿棒、ガーゼ、お湯(水)など
洗髪・整髪	シャンプー、お湯を入れるボトル、ドライヤー、ヘアブラシ、お湯(水)など
全身清拭・着替え	清拭用のお湯、保湿剤、着替えの衣服など
爪切り	爪切り(爪やすり)
肌の整え・髭剃り・化粧(エンゼルメイク)	ご遺体専用メイクキット、クレンジングクリーム、乳液、T字剃刀(電気シェーバー)、シェービングクリームなど
冷却	保冷剤など

- エンゼルケアの感染対策は、スタンダードプリコーション(標準予防策)で行います。

口腔ケア

死後1～3時間で下顎が硬直するため、口腔ケアは優先的に行います。

- 義歯がある場合は最初に外します。
- ご本人の口を開き、優しく歯(歯間)をブラッシングします。強いブラッシングは避け、口腔内や歯茎から出血しないよう注意してケアを行います。
- スポンジブラシで口蓋、舌の表裏、のどの奥まできれいに汚れを取り除きます。
- 指にガーゼなどを巻き、口腔内をきれいに拭き、水分を取ります。口腔ケアが終わったら義歯を装着します。



ご遺体の口を閉じる方法

- 丸めたタオルを顎の下に挟む。
- 口が閉じるように顎から支える。
口(口唇)だけを触って閉じようとするのではなく、顎を支えながら口を閉じます。
具体的には、口腔ケアを行った後、ご本人の枕を少し高くして、丸めたタオルを顎の下に挟みます。
こうしておく、下顎は死後3時間程度で死後硬直し、ご本人の口が閉じた状態を維持しやすくなります。死後硬直となり、口が閉じているのを確認したら、タオルを取ります。

医療器具(挿入物)の抜去と創傷のケア

ご遺体から医療器具や点滴・チューブ類を取り外します。創傷部を縫合する場合は医師が行います。ご遺体の皮膚は脆弱で、出血すると止血しづらいため、優しく丁寧に外します。

- 中心静脈カテーテルは抜去しない方法と抜去する方法があります。
- ペースメーカーを残す場合は、火葬の際に破裂することがあるので、家族から葬儀社に装着していることを伝えてもらいます。



眼と鼻のケア

- 眼脂(目やに)から臭気が発生するため、眼のケアを行います。目やにを綿棒で拭き取り、湿らせた小さいガーゼなどで眼周囲を清拭後、ご本人のまぶたを優しく閉じます。
- 鼻腔内に汚れがあれば、小さいガーゼか綿棒で拭き取ります。詰め物では体液の漏れを防ぐことはできないため、鼻への詰め物は行いません。

洗髪・整髪

シャンプーで洗髪し、ドライヤーで清潔感のある髪型に整えます。ドライヤーの風で頭皮や顔、皮膚が乾燥しないように注意します。洗髪・整髪は家族も参加しやすいケアです。

全身清拭・着替え

全身清拭を行いながら、並行して着替えもを行います。

- 仰臥位の状態で、可能な範囲まで脱衣し、清拭、陰部洗浄を行い(胸や陰部はタオルで隠して、プライバシーに配慮します)。
- 側臥位時、体液や排泄物の漏れのリスクがあるので、必要最小限に注意し背部清拭、着替えなど行います。
- 死後は皮膚が弱くなるため強く拭かず、清拭後は乾燥対策のために乳液などで保湿します。
- 圧迫によって皮膚に傷が生じることがあるため、衣服は締め付けないようにします。

手浴・足浴・爪切り

手浴、足浴はご家族が参加しやすいケアで、直接触れることができる、貴重な機会でもあるので、ご家族の希望があれば一緒に行います。

- 乾燥や出血に注意し、爪切り(爪やすり)を行います。

肌の整え・髭剃り・化粧(エンゼルメイク)

エンゼルメイクは、女性だけでなく男性にも行います。化粧には乾燥予防、血色を出す、皮膚色の変化に合わせて肌色を調整するなどの目的があるので、顔だけでなく肌が露出している部分(首、耳、前胸部)に行います。

- 顔全体にクレンジングクリーム→ふき取り→乳液を塗り、乾燥を予防します。クレンジングや化粧は、ご家族も一緒にできるケアの一つです。
- 髭剃りは、表皮をはがさないように注意しながら、毛の生えている方向に向かって優しく剃ります。皮膚を傷つけないように、なるべく電気シェーバーを使います。
- 死後30分経つと次第に蒼白化します。化粧をして血色を補い、ご本人の顔を自然な顔色に整えます。

冷却

ご遺体の腐敗進行を抑える目的で、ご遺体の臓器がある胸部と腹部を中心に冷却を行い、臭気や漏液の発生を抑えます。着替え後に、衣服の上から保冷剤などを当てます。



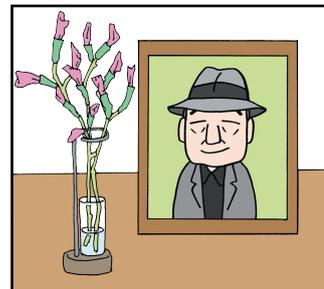
エンゼルケアで留意すること

- いつもよりもゆっくりとしたケアを意識してください。亡くなった直後のご家族は、現実の時間よりもゆっくりとした時間の流れを体感しているといわれています。普段どおりのケアはご家族にとって速く感じることもあるようです。
- エンゼルケアは無言でおこなわず、亡くなった後もこれまでと同様に、今までどおりの声かけをしましょう。「温かいタオルを当てますね」「横向きにしますね」といった声かけをして関わると、ご家族にとっても嬉しく、安心にもつながります。

VII グリーフケアについて

グリーフケアとは

- グリーフとは、悲嘆、悲しみという意味です。悲嘆とは、喪失に対するさまざまな心理的・身体的症状を含む情動的反応のことです。
- グリーフケアとは、ご家族など身近な大切な人との死別により、深い悲しみを持っている人に寄り添い、立ち直り、自立できるよう心のケアを行うことです
- 遺族が悲しみの現実と向き合い、乗り越えて、生活をできるよう支援します。
- 死別の前からケアは始まります。



グリーフワークとは

グリーフワーク「愛する人の喪失と共に生きるために行う精神的な仕事」

※ 出典 サイト「グリーフ・サバイバー」

課題1	大切な人が死んだ、その人は逝ってしまい、決して戻ってくることはないという事実を理性だけでなく情緒的にも受け入れること
課題2	悲嘆反応を正面から受け止めること
課題3	失ったものに気づき、大切な人がいない環境になれること
課題4	心のなかに亡くなった人の場所を確保し、変化した自分を受け入れること

※ ウォーデンの4つの課題を相川充が修正

大切な人が亡くなった時に、遺された人は、これらの課題に取り組むことで、少しずつ悲しみを癒していきます。このグリーフワークが簡単に進まず、行きつ戻りつしながら、亡くなった人の居場所を心の中において受け入れていきます。しかし、ひとりひとりグリーフワークは違いがあり、その過ごし方・受け入れ方も異なります。悲しみや苦しみを一人で閉じ込めずにありのままに表現すること、だれかに聴いてもらうこと、周囲のサポートを受け入れることが大切です。

死別以前からできること

初めて関わる時期に

自宅や施設で、関わり始めたとき(サービスが開始されたとき)に、まず、利用者やご家族の要望や今の気持ちを聴きます(「人生会議(ACP)」の実施)。特に高齢者の場合、看取りの時期が近い場合でなくても、対話を通して、次のようなことを明らかにする機会となります。

- ご本人がどのように過ごしたいか
- ご家族がどのような思いで支えたいと思っているか
- 取り巻く関係者に何を望んでいるか

がん末期や老衰などの終末期に限ることではなく、サービスが始まる時から、グリーフケアを意識することが大切です。

また、ご自宅に限らず施設入所の場合など、療養の場が変わるときは、ご本人の思いが中心にあり『ご本人の思いをかなえられること』がご家族の満足につながることを意識し、チームでその思いを共有し関わる時期です。

関わっていく中で

自宅や施設で、生活をしていく中で、最後となる選択の場所や、治療についてなど、気持の変化が起こることもあります。

特に介護をしているご家族は、迷ったり、疲れたり、家族内での思いの違いに悩むことがあります。また、ご本人の気持ちも、周囲の状況により変化する時があります。

それらの思いを傾聴し、丁寧な対応をすることが大切です。また、関わるスタッフ間や、他の職種においても、その時々、ご本人、ご家族の想いを共有することが大切です。

看取り期には

身体の状態が変化していくとき、ご本人・ご家族は不安が大きくなります。「何もできない」という無力感にとられることもあります。眠る時間が多くなるのは自然な経過であること、食べなくなったときは無理に食べないことが楽であることなど、死の準備教育が必要となります。

ご本人の意向に沿っていることを確認し共有することが最も大切な時期となります。

最期の時に着せたい服や写真などをご家族に選んでいただくこともグリーフケアのひとつです。



死別後にできること

エンゼルケア

亡くなった直後のエンゼルケアの時間は、とても大切なグリーフケアの時間です。

主治医から死亡診断がなされたあと、しばらくはご家族だけの時間を取り、お別れをしていただきます。

そのあとに、ご希望を確認してから、ご家族と一緒にエンゼルケアを行います。思い出を語りながらご家族がケアを行えるように支援していきます。お体に触れることで、お一人お一人の思いを話す時間にもなります。この時間が、大切な人の死を受け入れていく時間にもなります。

話を聴く機会作りを

自宅への訪問、電話、手紙など方法は様々ですが、ご遺族の気持ちが出出できるような機会を作ります。ご遺族が自分の気持ちを語ることで自身の喪失を受け止め、死を受け入れることができるよう、傾聴する姿勢で対応します。

例えば施設の場合は、後日ご家族が訪ねてくださったときに、こちらから声掛けをするように心がけます。施設療養生活の中での思い出など一緒に共有することができます。

地域の中で偶然お会いすることもあります。挨拶を交わす、可能であれば振り返りを行い自立できていることを確認できる機会となります。



<訪問看護師の自宅訪問の例>

ご自宅は療養の場であり、実際に伺うと、ベッドがなくなっていたり、家具が動かしてあったり、という物質的な変化があります。「ベッドがなくなつてさみしいです」とおっしゃることがあるので「本当に、さみしいですね」など共感することが大切です。

また、ご家族はどんなに丁寧な介護をされていても、「もっとできたことがあったのではないか」とおっしゃいます。振り返りを行いながら、「よく頑張られた」ことを労います。

在宅で見ておられたが、最後は病院を選択する場合があります。どのような状況にあつても、それがご本人にとって良い選択であつたこと、その選択をしたご家族の想いを肯定します。経過を振り返りながら、ケアへの評価をいただき、次への学びとしています。

この時、ご遺族の体調を観察し、食事がとれていない、眠れていない、憔悴が強いときなど、病的悲嘆の状態にある時は受診を勧めることもあります。

専門職へのグリーンケア

遺族へのケアももちろんですが、ケアを行った専門職にも悲嘆があります。多くのエネルギーを傾けた利用者が亡くなった時、深く関わっていたからこそ、悲しみを感じることは自然なことです。なかには、死別後に自信を失ったり、深く傷ついてしまうこともあります。亡くなる以前、療養中の時期から、事業所内でスタッフが悩みをお互いに話せる雰囲気作りが大切です。

また、死別後にも、思いを表出できる場が必要です。

ご家族からの評価や感謝の言葉などは、これからの目標や励みとなります。

ターミナルケアについての研修等に参加して自己研鑽を行うことも有用です。

さらに、多職種とも合わせたデスカンファレンスが、思いを表出する機会になります。「よい看取りができた」、「よいケアを提供できた」、「本人・家族の思いを大切にできた」という思いが、サービスの提供側を支えて、これからの活かします。全員ではなくとも、短時間でも、言葉を交わすことで、自分たちの元気やチーム力のアップにつながります。



VIII デスカンファレンスについて

デスカンファレンスとは

「看取り」のあとには、関係した多職種メンバーが自分の行ってきたケアの不足を後悔したり、燃えつき症候群になることがあります。デスカンファレンスとは、こうしたメンバーの状態に対応するために、看取り後に行われるもので、実施できたケアやチームアプローチについて振り返るものです。メンバーとともに振り返ることで、お互いのグリーフケアを促し、今後のケアの質を高め、専門職としての実践力をたくわえることができます。また、倫理教育の機会にもなります。

デスカンファレンスの意義

- 次のケアに活かす
 - * 看取りのケアを振り返り、どのようなケアが適切だったかを検討します。
 - * うまくいったケアは意味づけを行うことで教育の機会となります。
- 心の負担を軽くする
 - * 困難な体験でつらい思いを感じているのは自分だけではないという感覚が得られ、心の負担を軽くすることができます。
- 倫理的な感受性を高める
 - * 釈然としない思いは何によるのか、なぜ判断に困惑するのか、判断の違いは何によるのかなど、問題を顕在化させることができ、解決のための検討事項を見つけることができるようになります。
 - * 多職種で客観的に振り返ることで、倫理的な視点でカンファレンスを行うことができ、倫理教育の場となります。

デスカンファレンスの準備

- 開催日時の設定
 - * 亡くなられてから2週間以内で、担当医師、担当看護師、実際に看護・介護に関わっていたスタッフができる限り多く出席できる日時を設定します。
 - * 実際には難しいので、定期カンファレンスやチーム会に合わせて実施します。
- 取り上げる事例の選択
 - * 困っていた事例、問題を解決できないまま亡くなった事例、ケアがうまくいった事例、受け持ち看護師や介護士がケアを振り返りたい事例などを取り上げましょう。
- デスカンファレンスのテーマの決定
 - * カンファレンスを行う理由を考え、テーマは1～2個に絞りましょう。
- 参加者の調整
 - * 参加者は、主治医・担当看護師・チーム看護師・介護福祉士・ナースアシスタント・ご本人のケアに関わった職種（転床前の主治医・リハビリ担当者・栄養科・薬剤師）などです。
- 情報の整理
 - * ご本人とご家族の背景、病気と治療の経過、ケアの介入方法と経過、困っていたこと、問題と感じていたことなどの情報を事前に整理します。





デスカンファレンスのテーマの選択の一例（ホスピス病棟で行ったテーマ）

- 「自宅に帰りたい」と希望を持っていたが、家族との話し合いの中で病状が悪化し、病院で亡くなってしまった患者
- 身の置き所のないつらさをなかなか緩和することができなかった患者
- 難治性の疼痛があり、痛みのコントロールに苦慮した患者（もっと早めの介入はできなかったのか）
- ナースコールを押し続けていた患者（どのように関わればよかったのか）
- さみしさ、不安を訴え続ける患者（心のケアはどうすればよかったのか）
- 悲嘆の強い家族へ（どのように関わればよかったのか）
- 関係構築が難しかった患者とその家族に対する介入方法の振り返り
- 病状が進行する中で、スピリチュアルペインが増強していった患者（心のケアをどうすれば良かったか、どのような声かけを行っていけば良かったか）
など

デスカンファレンスを効果的なものとするために

- 場をつくりつなげる
 - * 内容に対して中立の場を貫きます。人の話を積極的に聴き、他のメンバーにもそうするように求めます。
- 受け止めて、引き出す
 - * メンバー同士の話し合いを促し、意見の相違を歓迎します。
- 意見をすりあわせて、整理する
 - * メンバーの発言を記録し、整理し、要約します。
- まとめて、分かち合う
 - * 意思決定やコンセンサス（合意）に向かう道筋をつけます。グループが進歩と成長を自己評価するように仕向けます。



デスカンファレンスへの提言

15分程度でもいい → 病棟会・チーム会の中で実施してみてもいい
 答えを出すことを求めなくてもいい

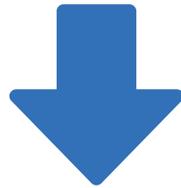
はじめは『つらかった』思いの共有でいい、分かち合いでいい

- 初めて看取りを経験した、怖かった、つらかった
- 看取りのとき家族がそばにいなかった
- 自分が行ったケアが本当に適切だったのか悩んでいる
- だんだんと弱っていくご本人をケアするのがつらかった
- 暴れてしまうご本人のケアをどうすればよかったのか
- 医療者・ご家族からつらい言葉を投げつけられた
- 病院に入院した方がよかったのではないか
- 逆に、病院に行かない方がご本人のためだったのでは（延命治療を施されてしまった）
など

→ 次につなげることができるが重要

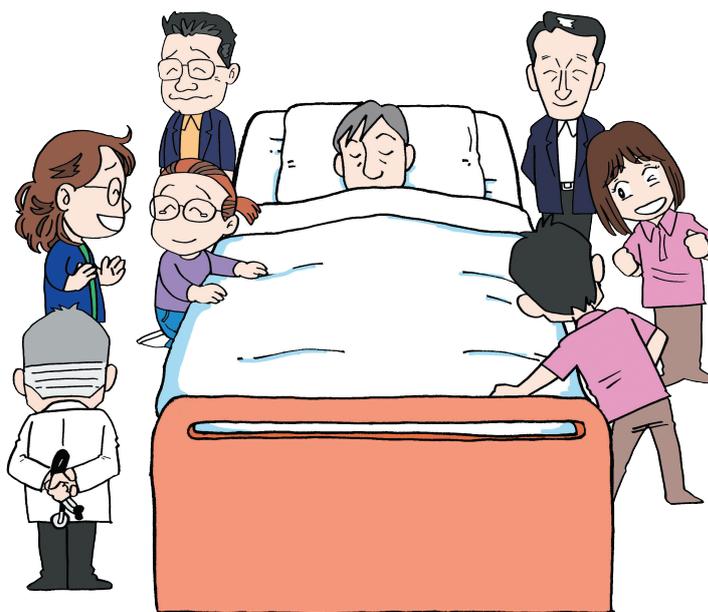
注意してほしいこと

- 事前に内容は告知しておきましょう。
- 積極的な参加と発言を行うという姿勢を持ちましょう。
- 「できなかった」ことでなく、「できた」ことに目を向けましょう。
- 他者の意見の批判はしないでください。
- デスカンファレンスの内容は、それぞれの施設で共有できるツールを使って記録し、共有しましょう。
- 参加できなかったスタッフにもデスカンファレンスの記録を見てもらいましょう。学びにつながります。



短時間でもいい

まずは「やってみる！」



IX 旅立ちを支えたみなさまへ

とてもいい「看取り」ができた人にも、亡くなった方やご家族に寄り添った分だけ喪失感や悲しみがあるでしょう。「もっとこうしていればよかった」と心残りや後悔がある人がいるかもしれません。

いのちには終わりがあり、死は特別なことではないと言われます。しかし、死を前にして何も感じない人はいません。いのちに向き合う仕事をしている人の中には、死の怖さや悲しみを引きずることがプロとして恥ずかしいことと錯覚する人がいるかもしれません。逆に、死に対して何も感じなくなることが怖いと悩む人もいます。そうした思いや悩みは、一人だけで心に留めず、誰かに打ち明けてください。グリーンケアやデスカンファレンスはその大切な機会になります。

表紙には、看取り後の笑顔の挿絵を載せました。施設を含めた在宅での看取りの場では、意外と笑顔が多く見られます。穏やかに看取ることが出来たという安心感・それまでの介護の努力が報われたという安堵感・患者さんとの思い出が込み上げての泣き笑い・お互いによく頑張ったという同志感や達成感・・・などなどが理由でしょう。

いのちに向き合い、いのちの終わりに立ち会うこと。それは尊く貴重な経験です。心残りや後悔があったとしても「ただそばにいる」「心を寄せる」だけでご本人やご家族には伝わるものがあつたはずです。経験を積み重ねて、より良い「看取り」を実現していく。経験を糧に旅立ちを迎える人やそのご家族の心に寄り添い、いのちに向き合っていただくことを願ってやみません。



X Q & A

Q1 「人生会議（ACP）」はいつどのようなタイミングで行えばよいのでしょうか・・・

A1 いつ、どんなときからでも可能ですが、切り出しやすいタイミングがあると思います。病状の変化が明らかに見受けられるとき、本人・家族に不安の表出がみられるとき、療養場所が変わる時など、様々なタイミングで「人生会議（ACP）」の支援を継続して行ってください

Q2 「人生会議（ACP）」のきっかけとなる「元気なうちから手帳」は、いつお渡ししたらよいのでしょうか・・・

A2 いつ、どのようなタイミングでもお渡しすることは可能です。お渡しする際、ご自分のこれからをどのように生きるのかをそれぞれが考えるきっかけにさせていただけるような説明をしたうえで、記入の方法についても説明と支援をお願いします。

Q3 看取り期のご本人のご家族から、喘鳴があると「きつそうです」とよく言われますが、どのような説明と対応が良いですか・・・

A3 一旦は「そうですね」とご家族のお気持ちを受容し、「お口のなかのだ液を引いてみましょうね・・・」など説明して対応（口腔内の吸引）します。喘鳴が軽減すればよし。その後、「先生にも相談しますね」とこれからの対応について主治医と相談することを伝え、対応については主治医からも説明してもらいます。このパンフレットの 17 ページ、18 ページを参考にしてください。

Q4 看取り期に、ご本人が徐々に食事・水分摂取できなくなり、徐々に反応が鈍くなっていくと、ご家族が、点滴を希望する場合があります。そういった場合の説明・対応の仕方などを教えてください

A4 脱水傾向となることでご本人が苦しむことはなく、むしろ余分な水分がないことは浮腫や倦怠感の軽減につながり苦痛を和らげます。このパンフレットの 19 ページにあるように点滴の功罪をご家族に説明し、それでも希望する場合は、主治医に伝え、判断を仰ぎましょう。

Q5 在宅で看取りをしたいと思った場合、どこに相談したら良いのでしょうか・・・

A5 入院していない場合は、かかりつけ医、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、長崎市包括ケアまちなかラウンジなどにご相談ください。
入院している場合は、病院の医師や看護師、病院の地域連携室（退院支援看護師、医療ソーシャルワーカー）にご相談ください。長崎市包括ケアまちなかラウンジでもご相談を受け付けます。

Q6 麻薬は介護士が与薬できますか。麻薬の保管は、どうしたら良いのでしょうか

A6 このパンフレットの 12 ページ「医療用麻薬の管理と与薬について」をご参照ください。

MEMO

A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.

引用・参考文献

- 1) 「これからの過ごし方について」
OPTIM 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究)
- 2) 東京都 暮らしの場における看取り支援の手引き～施設向け研修地域展開用テキスト～
- 3) Miyashita J, et al. J Pain Symptom Manage 2022
- 4) 平成21年5月 全日本病院協会ガイドライン
- 5) PDQ® 日本語版 人生の最後の数日間
- 6) 小川朝生・内富庸介 精神腫瘍学ポケットガイド これだけは知っておきたいがん医療における心のケア
- 7) トワイクロス先生の緩和ケア
- 8) ゆみのハートクリニック 睡眠時無呼吸症解説図
- 9) 宮下光令 林糸り子 編集「看取りケア プラクティス×エビデンス」南江堂2020 第3刷
- 10) 看護カンファレンスガイドブック 看護の科学社2020 第1版第1刷
- 11) OPTIM 緩和ケア普及のための地域プロジェクトホームページ
- 12) 系統看護学講座 緩和ケア 医学書院 2022
- 13) 森田達也 木澤義之 新城拓也 編集「エビデンスで解決！緩和医療ケースファイル」南江堂2016第4刷
- 14) 看護roo 仕事 エンゼルケアの手順・注意点・ご家族との関わり方
- 15) 「グリーフ・サバイバー」グリーフケア、グリーフワーク、死別悲嘆の総合情報サイト
- 16) ウォーデンの4つの課題 (相川充改修) の表
- 17) 篠田道子「チームを成長させる会議・カンファレンス35のスキル」日本看護協会出版会2023第1版

「看取り」パンフレットワーキングメンバー (順不同)

後藤 慎一	日本赤十字社 長崎原爆病院 緩和ケア部長
土屋 知洋	長崎市医師会理事 ちひろ内科クリニック 院長
山口 達之	長崎市医師会理事 医療法人 山口内科・循環器内科 院長
奥平 定之	長崎市医師会理事 医療法人社団 奥平外科医院 院長
詫摩 和彦	医療法人 たくま医院 院長
佐田 悦子	アクア薬局矢上店 在宅医療部薬剤師
下屋敷 元子	公益社団法人 長崎県看護協会 在宅支援事業部 部長
金子 和美	長崎県看護協会訪問看護ステーション 管理者
増田 弓華子	宗教法人聖フランシスコ病院会 聖フランシスコ病院 緩和ケア認定看護師
大町 由里	長崎市介護支援専門員連絡協議会 会長
山下 正洋	社会福祉法人敬天会 介護老人福祉施設牧島荘 施設サービス課長
宮地 登代子	元長崎市包括ケアまちなかラウンジ 主幹
高西 真美	長崎市福祉部 地域包括ケアシステム推進室 係長
山口 典昭	長崎市包括ケアまちなかラウンジ 所長
松原 久美子	長崎市包括ケアまちなかラウンジ

この冊子は、長崎市包括ケアまちなかラウンジのホームページからダウンロードすることができます。

事務局

長崎市包括ケアまちなかラウンジ

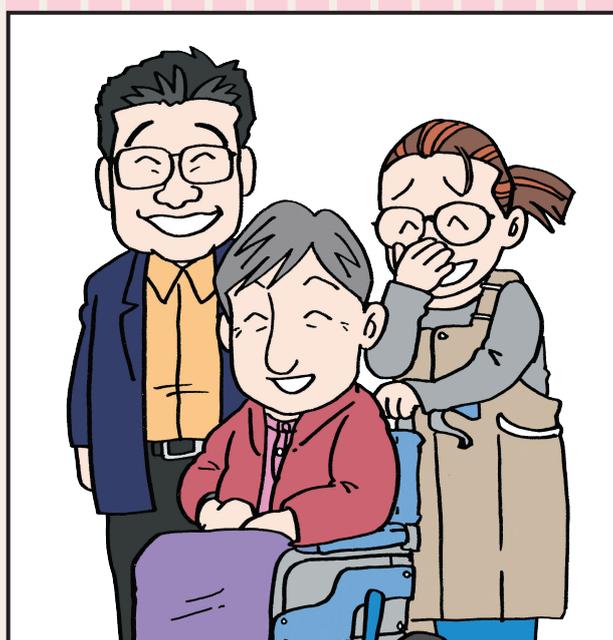
～医療・介護の総合相談窓口、在宅医療・介護の連携支援～

長崎市江戸町6-5 江戸町センタービル2階

TEL : 095-893-6621

FAX : 095-826-3021

✉ machinnaka@muse.ocn.ne.jp



この冊子は、長崎市からの委託を受けて在宅医療・介護連携推進事業の一環として作成しています。