

領域7-2:人生最終段階のケア

人生の最終段階とは、正式な定義はないが、適切な治療を受けても回復する見込みがなく、死期が近いと判断された状態の期間を示すが、ここでは死別前 1~2 週間のケアについて取り扱う。人は誰もが死を迎え、現在では日本で暮らす多くの人が、「予期された死」を迎えるという事実在即して考えると、人生の最終段階は、人の一生においては、最も大事な人生の締めくくりの時間であり、物語られる人生においては最終章にあたる。

したがって、この時期を平穏で、尊厳が保たれた環境で過ごすこと、威厳と敬意に満ちた死を迎えることが望まれる。また、看取りは単なる死を確認する作業ではなく、死に逝く過程に寄り添いながら、人間の死や生の意味を学ぶ場でもある。

在宅医療において、このために基本的に必要なことは、関係する多職種協働チームが、患者とその家族の価値、意向、信条(信念)、文化、および宗教に留意して対応することである。また、看取りにおいては、患者、家族、および他のすべての関係する医療従事者、介護従事者のケアチームにおけるコミュニケーション、痛みやその他の症状の詳細な評価とマネジメント、死に至る過程と死後の期間において予測されることについての家族指導等が重要となる。さらに、実際の死以前の予期悲嘆で始まる死別のサポートはグリーフケアの一貫として重要であり、実際の死まで継続され、死別プランは死の直後に実践される。

【がん疾患在宅医療でのこの領域における特殊性】

- ・しばしば患者の自律が損なわれることが少なくない
- ・家族のケアが疎かになることが少なくない
- ・病状の進行が早く、迅速な対応が求められる
- ・事前の症状予測についての説明が重要である。

【求められる知識、技能、態度】

- 臨死期の患者のからだのつらさについて適切にマネジメントできる(医師・看護師:知識・技能、態度)。
- 患者および家族のつらさを評価し、適切なケアを提供できる。(知識・技能)
- 予測される軌跡や症状等の変化について説明し、看取りにかかわる多職種とケアの目標を共有しつつ、死別期のケアとケアマネジメントを支援できる(技能・態度)。
- 予期悲嘆は死別に際しその衝撃や悲嘆を和らげるために有用であることを理解できる(態度)。
- 看取りの場についての意思決定支援を行うことができる。(技能・態度)
- 家族の価値観、患者-家族間の関係性、ヘルスリテラシー等について適切に評価し、家族の思いに配慮した患者中心の意思決定支援ができることが重要であることを理解できる。(技能・態度)
- 家族の看取り準備と看取りを支援できる(技能)。
- 地域や家族が持っている看取りの文化について配慮し、その希望に沿った対応を行うことができる(態度)。
- 看取りにおいて、尊厳を重視し、本人や家族のもつ文化や宗教儀式に敬意を払った礼儀正しい方法で行うことができる(態度)。
- 多職種協働チームの一員として、人生の最終段階における本人の病状と状況を確認しあい、連絡(情報共有)し、マネジメントすることができる(態度)。
- 臨死期における、家族への看取りの指導(死を迎える時の兆候等についての説明を含む)、24 時間対応の応

需体制の重要性を理解でき実践できる(態度)。

○臨死期における病状の継時的変化について家族に説明することができる(知識、技能、態度)

○死亡診断書と死体検案書の違いについて説明することができる(知識)。

【この領域で習得してほしい事柄】

- ・看取りの意義についての理解
- ・臨終期・臨死期における病状の継時的変化の説明の重要性の理解と実践
- ・臨終期・臨死期の家族ケアの内容の理解
- ・予期悲嘆についての理解
- ・家族への看取りの指導内容の理解と実践
- ・臨死期における各職種の役割の理解

Module 7

領域7 喪失、悲嘆、死別、看取りのケア

7-2 人生最終段階のケア



領域7 喪失、悲嘆、死別、看取りのケア

7-2 人生最終段階のケア

人生最終段階？

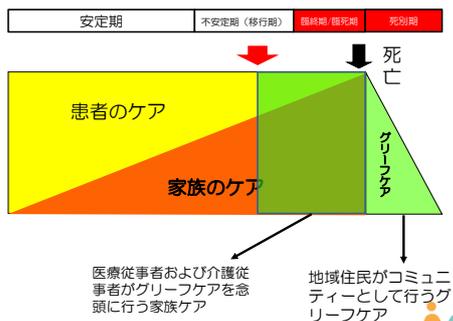
- 定義はない？
ここでは、死亡前後数週間とする
特に死亡前1～2週間をイメージして
臨終期・死別期
- ADL
トイレへの移動、自立が難しい段階
自分の意思が伝えにくくなる段階

看取り前後のケア

【人生最終段階の定義】

- ・「人生最終段階」の明確な定義はない。「人生の最終段階」という言葉を使うようになったのは、終末期ではなく、「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」が発行された頃からである。「回復が難しく、死を避けることのできない状態」という共通する認識がある。
- ・ここでは死亡前後数週間、特に1～2週間をイメージしながら、看取りの前後のケアを考えていきたいと思う。
- ・日常生活動作ADLで考えると、トイレへの移動が難しく排泄の自立が難しくなる時期、会話や発語が難しく意思が伝えにくい時期と考える。

人生最終段階



- ・人生最終段階では、黄色の患者のケアに比べ、オレンジ色の家族のケアの割合が増えていき、緑のグリーフケアが重なる時期である。
- 臨終期、臨死期、死別期とも言い換えることができる。
- ・グリーフケアは死亡後から始まるプログラムと誤解されることが多いが、実際は死亡前の専門職が関わる家族ケアが、大事なグリーフケアとなっている。

看取りとは？

- 病人の傍にいて世話をし、死期まで見守る、看病する。死亡確認ではない。（大辞林）
- 人が亡くなっていく過程、亡くなったことを受け入れる過程、を傍に寄り添いケアし経験すること（二人称の死を体感する）
- 看取りの経験知が、看取る人の生き方を変える（一人称の死を体感する）
- 看取りの経験知が、看取る人の死生観の醸成につながる（三人称の死を体感する）



【看取りとは】

- ・そもそも看取りとは？
- ・看取りの公的な定義はありませんが、大辞林をみると「病人の傍にいて世話をし、死期まで見守る、看病する」と書かれている。
- ・看取りは、人が亡くなっていく過程、亡くなったことを受け入れる過程、これらを傍に寄り添いケアし経験することであり、まさに「二人称の死を体感すること」と言える。
- ・また誰もが一度は死を経験するといっても、その経験を本人から聞くことはできず、自分の死を事前に体験することはできない。私たちが自分の死を語る時、その死は仮想現実であり、他人の死によって仮想が可能となる。この意味で、大切な人の看取りは、「一人称の死を体感すること」に当たる。そして、その看取る人の生き方を変え、死生観を醸成することもある。
- ・さらに、看取りの経験知が地域社会に広がることで地域社会の死生観の醸成にもつながる。これは「三人称の死を体感する」機会を提供することになる。

自宅での最期を実現するには

- 本人の希望（＋表明）
←十分な緩和ケアと説明
- 家族の覚悟（＋支援）
- 在宅主治医（＋専門職）
←コミュニケーション

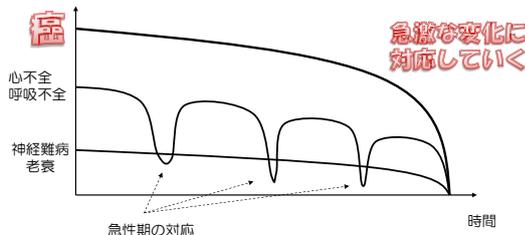


【自宅での最期を実現するためには】

- ・病院死が8割を超える日本で、自宅での看取りを希望する人が潜在的に多いと言われるが、どうすれば「自宅での最期」が実現するのか？
- ・まず、本人の希望が明確であること。これには緩和ケアなど本人へのケアが十分であると同時に、現状が判断できる十分な情報が必要となる。本人の意思を表明できるような状況を整えること、つまりは環境への配慮も必要となる。
- ・また周囲の、特に家族の覚悟と支援が必要。
- ・緩和ケアをすすめるチームの一員で、死亡確認、そして死亡診断書を書く在宅主治医が必要であり、多職種専門職との連携が重要となる。これらは、すべてコミュニケーションによってチームに成長する必要がある。

病の軌跡

体重、ADL、QOL



Lynn J. 285: JAMA, 925-32, 2001



【病の軌跡】

- ・これまで何度も出てきた【病の軌跡】をもう一度提示しながら、特に癌の場合を考えてみる。
- 他の疾患では、ゆっくりとした経過の中で意思決定が出来る機会があったり、急性期の対応で一旦入院になった後に時間的な猶予が出来たりすることが多いが、癌の場合は死亡する直前に急激な変化、特にADLの低下が現れるので、これに対応していくことが求められる。
- ・在宅医療が始まって早々に人生最終段階となり、症状コントロールをおこないながら、急速に悪化していくADLに対応しながら、在宅ケアを進めていくことになる。

PPI :Palliative Prognostic Index

Palliative Prognostic Index		
Palliative Performance Scale	10-20	4.0
	30-50	2.5
	≥60	0
経口摂取*	著明に減少(数口以下)	2.5
	中程度減少(減少しているが数口よりは多い)	1.0
	正常	0
浮腫	あり	1.0
安静時の呼吸困難	あり	3.5
せん妄	あり**	4.0

。消化管閉塞のために高カロリー輸液を受けている場合は「正常」とする。
 ** : 薬剤が単独の原因となっているもの、臓器障害に伴わないものは除外する。
 得点が6より大きい場合、3週間以内に死亡する確率は、感度80%、特異度85%、陽性反応適中度71%、陰性反応適中度90%。

【予後予測の評価】

・予後予測をしながらの症状コントロールとケアであるが、予後予測に関しては、色々な評価法がある。PPIもその一つで、血液データなど必要とせず、臨床的に使いやすい指標である。領域3-1を参照していただきたい。

臨終期の投薬の特徴や工夫について 1/2

1. 処方内容の簡素化を検討する。
2. 口渇が強い時は、飲み物を一口飲んでから内服するよう説明する
3. 食事が摂れなくても、薬を飲んでよいことを伝える
4. 飲み物に溶かしたり、ゼリーやアイスクリーム、ヨーグルトなどに混ぜ込んで服用して貰う
5. 内服が難しい時は、口の中で溶ける薬(口腔内崩壊錠)や、シロップ、粉薬などに変更する



【臨終期の投薬の特徴や工夫について】

・臨終期は、患者の状態変化にあわせて、処方内容は簡素化し再検討することが必要となる。

主治医のみで判断するのではなく、患者の状況を家族や多職種で観察し、投薬の工夫を検討することが必要。

内服薬の減量や中止のほか、工夫や指導をおこなう場合は、その変更内容を多職種チームで情報共有することも重要。

・この2枚のスライドは薬剤師作成のものですが、経口からの摂取や、内服が困難になりつつある時、例えば、口腔内崩壊錠や水剤など、飲みやすい剤形に変更したり、溶かして服用したり、摂取しやすい飲み物や、ヨーグルトを使う等、個々の患者さんに合わせた現実的な提案をするようにする。

・慢性疾患の治療薬などは、予後予測をしたうえで、症状緩和の薬を優先し定期薬の減薬など、優先順位をつける必要がある。

・気をつけなくてはいけないのは、食事が摂れなくても必要な薬があることを、本人・家族にしっかりと伝えておくこと。

・特に定時服用のオピオイド等、疼痛コントロールに関係する薬剤の服用については、注意が必要。

経口投与以外にも、坐薬や貼付剤、注射薬などについて、前もって投与経路を検討しておく必要がある。

これらの投薬の方針は是非薬剤師を含む在宅チームで連携することをお勧めする。

臨終期の投薬の特徴や工夫について 2/2

6. 嚥下が難しくなるタイミングで、坐薬や貼り薬、舌下投与、持続皮下注など、経口以外の投与経路を検討する。
7. 死前喘鳴がある場合には、抗コリン薬の投与も検討する。

剤形の変更や、食品との飲み合わせ、勝手に砕いては、いけない薬もありますので、薬剤師に相談しましょう。



臨終期の家族へ配慮すべきポイント

1. 末期であることを家族に知らせる
2. 家族のために特別に時間と場所をとる
3. 病状をできるだけ詳しく説明する
4. 患者の看護への家族の参加
5. 苦痛緩和の保証を家族に与える
6. 最善を尽くすことを家族に伝える
7. 聴覚は最後まで残ることを家族に知らせる
8. 臨終間近の患者の状態の説明

『死にゆく患者と家族への援助』 柏木哲夫著 医学書院 1996



【臨終期の家族へ配慮すべきポイント】

- ・臨終期の家族へ配慮すべきポイントとして、柏木哲夫氏はこの8項目を挙げている。
- ・在宅医療の初診日がすでに臨終期であることも珍しくはない。本来であれば、初診のご挨拶から始まりじっくりゆっくりとアプローチしたいが、すべてを初診のうちにおこなわなければならないこともある。

死別家族のための評価項目 Teno

1. 死に行く家族が肉体的に苦しまなかったか
2. 医療処置や日常生活方法を死に行く者が自由意志で選べたか
3. 愛する者のために費やしたケアの苦勞をいやしてくれただか
4. 愛する者の在宅ケア方法を教えてくれたか
5. 死ぬ前だけでなく死後も家族の精神的支えとなってくれたか

Teno JM, et al. JAMA 2004.



【死別家族のための評価項目 (Teno)】

- ・Tenoは死別家族のための評価項目として5項目を挙げている。
- ・日本と欧米との家族のケアの違いがもともとあるが、共通することは、患者の苦悩の緩和、予測される病状や症状の経過についての説明、寄り添い、などである。
- ・違っている点として、欧米では本人の尊厳が守れたかどうか重視されている点が挙げられる。

予期悲嘆とは

- ・大切なひととの別れなど、喪失を予期して嘆き悲しむこと
 - ・死別に対するころの準備を整え、死別が現実のものとなった時、その衝撃や悲嘆を少しでも軽くするのに役立つといわれる
- ① 第一期 感情、思考の麻痺
 - ② 第二期 悲しみ、怒り、罪悪感
 - ③ 第三期 死別が近いという現実への認知的対処

多職種協働で家族の感情を受け止め、
必要な時には感情表出を促す



【予期悲嘆】

- ・予期的悲嘆とは、患者の死が訪れる前に、家族が患者の死を予期して喪失感を抱き、嘆き悲しむことである。
- ・家族の予期悲嘆の体験は、患者の死を覚悟していく過程であるため、現実になったときの衝撃や悲嘆を軽くするとともに、悲嘆からの立ち直りを早めることがある。
- ・予期悲嘆により覚悟を決めてもらうことはグリーフケアとして重要だが、覚悟を決めるのに費やす時間は人それぞれであり、場合によっては否認を伴う場合もあるので、時間をかけて傾聴、そして観察し否認の状態を少しでも改善できるよう、多職種協働で援助していく。また、覚悟することを押し付けすぎないように配慮する。
- ・多職種で家族の感情を受け止め、必要な時には感情表出を促す。
- ・辛さや悲しみを心に留めておくよりも表現した方がよいと伝え、必要なときには感情を表出するよう促し、家族が患者を十分に介護できたという充実感を持てるように側面から支援していく。

覚悟を決める

- ・ 今後おこること（死を迎えること）について情報を提供し、その時に備える
- ・ 医療従事者、介護従事者は、チームとして「どんな情報提供がされたのか」を情報共有し、チームとして意思統一し、誰もが説明できる体制を確保する
- ・ 患者自身が残される家族の予期悲嘆に対応することもある



【覚悟を決める】

・ 死に際して、患者本人には無理に覚悟してもらう（死の受容）必要はない。受容の有無にかかわらず死を迎えるからである。

・ しかし、家族にとって「覚悟を決める」ことは重要。家族は、現実を迎えることとなる死に対して身構える、つまり覚悟する必要がある。それは死後の悲嘆、自らの悲嘆を軽くするための事前の準備である。

・ 大切な人が亡くなることを意識してもらい、覚悟を決めってもらうために、適切な時期に「お別れが近いことの説明」を行う。

・ 家族にとってはつらい話が多いので、家族の反応をみながら、じっくり時間をかけて、必要があれば繰り返し説明を行う。

そして、その説明内容は、専門職のチームに情報共有し、チームとしての意思を統一する必要があります。

・ そのチームのだれでも本人や家族の質問に答えられるようにすることも重要。患者さん自身が、残される家族の予期悲嘆に対応されることも少なくないが、負担になるようであれば専門職もサポートするようにする。

【家族への看取りの指導】

・ 具体的な家族への看取りの指導について示す。現在、自宅での看取りを経験している人が非常に少ない状態であり、死を経験している医療従事者が家族への看取りの指導を行う必要がある。

・ 死に向かって刻々と病状が変わっていく中で、医療者がそばにいない場所で、どのように対応していけばいいのか、多くの戸惑いがあると思うが、予測される病状経過、臨終期の過ごし方、亡くなったことをどのようにして確認し、不安を軽減するように努める。

・ 臨終期の過ごし方は、自宅では、日常生活の延長上でいいこと、家族のアルバムなどで一緒に過ごした過去を振り返ることなどを提案することもある。

・ 「カリフォルニアから来た娘」と言われるような「遠い親戚」対策も重要。看取りの場面に、突然「遠い親戚」が現れ、「なぜ、病院に入院させないのだ!」「なぜ、点滴をしていないか!」などと言い出すことがある。そのような親戚に現状を伝えているのか、などあらかじめ確認しておく必要がある。

家族への看取りの指導

- 予測される病状経過の説明
- 臨終期の過ごし方についての説明
- 死亡確認の方法についての説明
- 救急車を呼ぶとどうなるかの説明
- 「カリフォルニアからの娘」の有無の確認



看取りのパンフレット



すべての人は死を迎えようとするとき、自分自身の独自性を保ちながら、最後の経験をしていきます。このパンフレットは、ガイドラインや地図を示しているにすぎません。どのような地図でも、同じ目的地に至るには多くの道があり、同じ町にたどりつくには多くの方法があります。

非常に個人差があり、断定できることは何もないということを心にためながら、このパンフレットを使用してください。このパンフレットにある兆候のすべてがみられたり、一部がみられたり、全然みられなかったりするかもしれません。また、兆候によっては死の数日前にみられるものから、数分前にみられるものまであります。

死はしかるべきときに、しかるべき方法で訪れてきます。死を迎えようとしている人にとって、死にかたは一人ひとり異なるのです。

副読本参照

Gone From My Sight: "The Dying Experience" (1986年)
Barbara Karnes

死を迎える時の兆候

【死の3カ月から1カ月前の兆候】
周囲のことに関心がなくなる
眠っている時間が長くなっていく
会話が少なくなる
食事が減る

【死の2週間から1週間前の兆候】
失神当惑、混乱する
すでに亡くなった人と話をする
(幻視、幻聴、幻触等)
寝具を引っ張る、服を脱ぐ(暑がる)
興奮する
血圧が下がる
手足が冷たくなり、時々発熱がある
汗を多くかく

【死の数日前の兆候】
元気が出てくる「仲良し時間」「仲直りの時間」
じっとしていられない状態になったり、まったく動かなくなったりする
息づかいが不規則になり、無呼吸が多くなる
どの奥からせろせろした音が聞こえる(嚙嚙)
目がとろんとしたり、半開きの状態になったり、涙が出たりする
手、足、ひざが紫色になり、斑点がみられる
脈が弱くなり、触れにくくなる
尿や大便を漏らす
尿が減少する
お別れを言う
許しを乞う

【死の数分前の兆候】
まったく反応がなくなる
あえぎ呼吸となる
呼吸が止まる

【死の3カ月から1カ月前の兆候】
息づかいが不規則になる(無呼吸等)
痰が増える
寝ているが、呼びかけに反応する
からのたるさを訴え、じっとしていらなくなる
食事をせず、水分をわずかにとるのみとなる

副読本参照

わかりやすい言葉

- ・食事の量が減っていきます
- ・疲れやすくなります
- ・トイレに行くのが難しくなります
- ・体を起こすのが大変になります
- ・眠っている時間が長くなります
- ・水も飲めなくなります
- ・家族が対処できないことはほぼ起きません(出血、イレウス、腸穿孔等は多くない)

わかりにくい言葉

- ×予後が厳しい状態
- ×急変の危険があります
- ×何があってもおかしくありません
- ×今夜がヤマです

【看取りのパンフレット】

・予測される病状経過についての説明は、パンフレットのような印刷物を用いて行うと効果的。様々なパンフレットが準備されているので、周囲の訪問看護ステーションに聞いてみると、それぞれのステーションで独自のパンフレットを作っているところも少なくない。

・「旅立ち」は、1986年にアメリカで作られたパンフレットで、最も古く、世界的に最も多く使われているパンフレットである。

・死に逝く過程には非常に個人差があること、地図にたとえると、同じ目的地に至るには多くの道があり、同じ町にたどり着くには多くの方法があると表現されている。

【死を迎える時の兆候】

・このパンフレットで示されている死を迎える兆候についての時系列の説明である。洋の東西を問わず、兆候は同じであることがわかる。

・死の2週間から1週間前の兆候に、見当識障害、混乱する、すでに亡くなった人と話をする、というのがあがる。これは終末期せん妄、お迎え現象を示している可能性がある。

【わかりやすい言葉】

・パンフレットを手渡すだけでなく、わかりやすい言葉で説明することも重要。

・家族も初めてのことで、今後おこることがイメージしづらくなっている。

・家族が対処できないようなことはそれほど起きない。テレビドラマで見るような、出血などの「いわゆる急変」は頻度が低いことも伝えておく。

【わかりにくい言葉】

・ここに書かれているものは、映画、テレビドラマなどではよく使われてきた言葉だが、文学的な、暗示的な表現でなく、直接的な説明に努める。

・具体的でなく、わかりにくい言葉は使わないことをお勧めする。

在宅での死亡確認（例）

- ・挨拶（自己紹介）
- ・周囲の人の確認
- ・患者に声かけ、脈をとる
- ・胸部聴診（呼吸・心拍）
- ・対光反射の消失



【在宅での死亡確認】

- ・実際の死亡確認の例を示す。
- ・在宅医療での死亡確認は、患者の周りを取り囲んでいる人がする場合が多い。
- いつも介護をしてきた同居家族だけでなく、遠方からの親族が集合していることもあり、自己紹介、挨拶をしてから最後の診察をおこなう。
- ・看護師などからすでに状況を聞いていて把握していても、もう一度そばで見ている人に状況を聞く。
- ・いつもの診察と同じように、患者さんに声をかけてから、脈をとるなど、体に触れていく。
- 胸部聴診、対光反射の消失で診察は終了し、最後に死亡宣告となる。

医師の立ち居振る舞いガイドブック

- ① 患者・病室へ向かう前
 - 身だしなみ、環境を整える、病歴の確認、スタッフからの聞き取り
- ② 死亡確認時
 - 環境の整備、挨拶、態度、診察、言葉の選択
- ③ 死亡確認後
 - 遺族とお話のポイント3点
 - ・患者さんの辛さに関すること
 - ・患者さんへの尊敬の気持ち
 - ・家族へのねぎらい

副読本参照



地域の多職種で作る「死亡診断時の医師の立ち居振る舞いについてのガイドブック」えんじえる班、勇美記念財団助成事業 2014

【医師の立ち居振る舞いガイドブック】

- ・勇美記念財団の助成事業で、えんじえる班が作成発行された「死亡診断時の医師の立ち居振る舞い」についてのガイドブックがある。
- ・在宅医や訪問看護師への聞きとり調査と遺族アンケートがもとになっていて、これは、具体的な立ち居振る舞いについて書かれている。

II 死亡診断の具体的なプロセス

- ① 家族から呼吸停止の連絡
 - 1) 医師の所属と名前を確認する
 - 2) 患者の所在を正確に把握する
 - 3) 適切な対応を指示する
- ② 自宅へ向かう前
 - 1) カバンを確認する
 - 2) 身だしなみを整える
- ③ 到着してから
 - 1) 挨拶と名乗りを確認する
 - 2) 適切な対応を指示する
 - 3) 診察
 - ・聴診器（心音・呼吸音）、ペンライト（瞳孔反射）
 - ・対光反射の確認
 - ・脈を触る
 - ・対光反射の確認
 - 4) 死亡診断
 - ・医師の死を告知する
 - ・患者の死を確認する
 - ・家族と話し合う
 - 5) 死亡診断後
 - 1) タイミングを把握する
 - 2) 家族の感情を察する
- ④ 遺族への対応
 - 1) 家族の感情を察する
 - 2) 適切な対応を指示する
 - 3) 適切な対応を指示する

副読本参照

・こちらが実際のガイドブックの中身。

- ・副読本を参照し、赤字のところだけでも、見ておくことをお勧めする。
- ・まず患者宅に向かう前に、身だしなみを整える。
- 到着したら、自分の所属と名前を名乗り、落ち着いた雰囲気をつくる
- ・死亡診断の時は、事務的に見えないように配慮する
- ・最後の診察の後は、衣服や布団を整える
- ・家族に労いの言葉をかけて、死亡診断書を丁寧な字で記入する

亡くなった後の段取り説明

- 呼吸が止まったと思ったら、慌てずに、訪問看護師（または医師）に電話し、わからない点についてはアドバイスを受けてください。
- 身体を整え、ゆっくりお別れしながら看護師が来るのを待っていて下さい。時間がかかる場合もあります。
- 訪問看護師が訪問し、医師も訪問し死亡確認をした後は訪問看護師を中心に人生最後のケアをさせていただきます。



【亡くなった後の対応方法】

- ・「亡くなった後の段取り」については、死亡確認の前に、訪問看護などの看護師から説明されることがほとんどである。
- ・死亡確認の方法や死後の対応方法についてもできるだけ事前に説明しておくが、呼吸が止まったら、電話連絡するように説明している場合が多いようだ。
- ・よく誤解されていることとして、「亡くなった時には医師が死亡確認するまで体を動かしてはいけない」という話があるが、特に事件性のない場合は、法的な規制はなく、体を整容してもいいと説明しておく。

死後の処置？エンゼルケア？

- 「死後の処置」定義：在宅患者の死亡時における看護師等の関わり方について、遺体を清潔にし、生前の外観をできるだけ保ち、死によって起こる変化を目立たないようにするための処置
- エンゼルケアは、死後の処置だけにとどまらず、遺体の整容などのケアを通して患者の尊厳を保ち、家族の悲嘆に対するグリーフケアをも含む



【亡くなった後の対応方法】

- ・医師の死亡確認の後に、訪問看護師が中心となりエンゼルケアがおこなわれる。
- ・エンゼルケアは、死後の処置だけにとどまらず、ご本人の尊厳を保ち、家族の悲嘆に対するグリーフケアにも関わる大切なケアである。

エンゼルケアの実際

- ①家族の意思確認、最期まで家族の想いに寄り添いながらケアをする
- ②家族へエンゼルケアの手順と準備する物品の確認
- ③洗髪、頭皮のマッサージ
- ④顔の各部位の保清
- ⑤顔全体の保清とマッサージ
- ⑥口腔内の清掃
- ⑦身体の清拭（排泄物の処理なども含む）
- ⑧更衣
- ⑨目と口の補正
- ⑩ヘアメイク

副読本参照

角田直枝：癒しのエンゼルケア、中央法規、2010



【エンゼルケアの実際】

- ・エンゼルケアの実際について示す。
- ・訪問看護師は、訪問看護を通して患者の最期を迎える過程に寄り添い、死亡の前の身体の変化も理解しているので遺体の変化を考慮しながら、エンゼルケアを行う。
- ・患者の状況に応じケアの内容なども異なり、例えば、献体や角膜移植などの登録をされている場合はエンゼルケアをしなかったり、宗教上の理由や、感染対策でもケアのやり方は変わってくる。
- ・主な流れとポイントを説明しているが、詳細は副読本参照。

24時間の応需体制

1. 24時間応需の電話連絡網
 - 不安な時や病状が変化した時はいつでも連絡してもよいことを説明する
 - 24時間対応の訪問看護ステーションとの連携
 - どのような状況の際にどこに連絡をすれば良いか、緊急時の連絡先（電話番号）が記されている紙を電話などの近くに貼っておく
2. 緊急時の訪問体制
 - 死亡確認のための医師・看護師の緊急訪問について打ち合わせておく
3. 後方ベッドの確保
 - 希望に応じていつでも入院できることを保証する



【24時間の応需体制】

- ・24時間の応需体制をつくっておくことは、在宅看取りを円滑に行うためには必要不可欠である。
- ・しかし死亡時には医師がすぐに駆けつけ死亡確認しなければならないという法律はない。事前に話し合いを行い、家族の都合と医師側の都合をあわせて決めることが可能。深夜帯であれば、朝に死亡確認に行くことは、実際には、よくある。地域の実情にあわせて柔軟に対応されていると思う。
- ・重要なことは、24時間いつでも電話で相談できる体制と、24時間体制の訪問看護ステーションとチームができあがっていることである。患者さん家族からの電話を訪問看護でうけるという、通称ファーストコール当番は、在宅医ではなく訪問看護ステーションで担当されることが全国的には多いようである。
- ・希望に応じていつでも入院できる、いわゆる後方ベッドが確保されていれば、安心材料になるが、必須条件ではない。

死亡時刻の考え方

- 厚生労働省死亡診断書記入マニュアル
「死亡したとき」は
死亡確認をした時刻ではなく、
死亡時刻を書くこと

死亡時刻の解釈

家族がみていた呼吸停止の時間
看護師に連絡があった呼吸停止の時間
看護師が到着し確認した心肺停止の時間
医師が到着し死亡確認をした時間



厚生労働省死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル令和2年度版



【死亡時刻の考え方】

・実際の死亡診断書記入の前に、一度は読んでいただきたいのが「死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル」である。令和2年度版が最新で、「死亡したとき」のところは、死亡確認をした時間ではなく、死亡時刻を記入する、と書かれている。

・実際は、家族がみていた呼吸停止の時間が記入されることもあれば、看護師が家族から呼吸停止の連絡をもらった時間、看護師が患者宅に到着し確認した時間、また医師が到着し死亡確認をした時間が書かれていることもある。

・家族がみていた呼吸停止の時間が曖昧であったり、わからなかったり、死亡時刻後の訪問看護とそのケアは保険でなく自費扱いになるなど、実際は地域の事情にあわせた解釈がなされているようである。

【死亡診断書作成時の留意事項】

・死亡診断書と死体検案書の区別がよく問題となるが、診療継続中の患者が診療中の疾患で死亡した場合には、最後に診察した時から時間がかなり経っていても、死亡診断書を発行する。

・いわゆる「24時間ルール」がよく誤解されるが、これは「診療中の疾患で死亡した場合には、受診後24時間以内であれば、死亡確認しなくても死亡診断書を発行できる」というルール。「受診後24時間以上経ていれば、死亡確認した上で死亡診断書を発行する」でよい。死亡前24時間以内に診察していなければ警察を呼ぶ、死体検案となるという意味ではない。

死亡診断書作成時の注意

- 診療中の患者が診療中の疾患で死亡した場合には死亡診断書を発行する
- 診療中の疾患で死亡した場合、受診後24時間以内であれば、死亡確認しなくても死亡診断書を発行できる
- 受診後24時間以上経ていれば、死亡確認した上で死亡診断書を発行する



救急車を呼ぶということ



◎死亡していない場合：「助けてくれ」という意思表示

- 急性期病院で救命治療が行われる可能性
- 病院で死を迎える可能性が高くなる

◎すでに死亡の場合：警察が関与する可能性

- 患者は裸にされて死体検案が行われることも
- 家族は容疑者のような扱いを受けることも

【救急車を呼ぶということ】

・救急車を呼ぶとどうなるか、臨終期には今一度、確認しておいた方がよい。

・死が避けられない状況で、救急車を呼ぶことは、死亡してなければ「助けてくれ」の意思表示になる。

・急性期病院で積極的な治療がおこなわれ、病院で死を迎える可能性が高くなる。

・また、救急隊が到着した時点で死亡が確認されれば、警察が関わることになる。

人生最終段階の 在宅医の役割

- 病状変化への対応と見通し（予後予測）
- 「見通し」の患者・家族への説明
- 「見通し」の専門職チーム内の共有

- 死亡確認
- 死亡診断書作成
- グリーフケア
- 紹介元への報告

チームでの
意思決定



【人生の最終段階の在宅医の役割】

- 人生最終段階の在宅医の役割を考えてみた。
- 病状変化に応じた緩和ケアの継続と、見通しを立てながらそれを患者家族、チームの専門職と情報を共有していくことが重要な役割となる。

在宅主治医からご家族へ、どのような病状説明があったのか、その内容を専門職の間で情報共有しながら、在宅療養チームの意識を統合し、患者家族の意思決定を支援し共有していく。

- 死亡確認の他、死亡診断書の作成、紹介元への報告も医師が担当する仕事である。

人生最終段階の 訪問看護師の役割

- 患者と家族に一番近いプロの支援者
「一番頼りになるプロ集団です」
「心配事があれば、まずは訪問看護ステーションに電話をしてください」

- 死亡確認（立ち会い）
- エンゼルケア
- グリーフケア

最も近くで
ケアの中心



【人生最終段階の訪問看護師の役割】

- 人生最終段階の訪問看護師の役割をまとめた。
- 訪問看護師は、人生最終段階で患者と家族に一番近いプロフェッショナルといえる。医療と生活、患者と家族、両方に多角的に温かい観察の眼差しと言葉と手当をもってチームで対応する。食事が食べられなくなった時、薬が飲めなくなった時、トイレに歩けなくなった時、褥創ケアが必要になった時、訪問看護師はタイムリーに患者家族にアプローチする。

- ベストサポーターケアすべてに関わりながら、死亡確認にも立ち会い、エンゼルケアとグリーフケアにつなげていく。

人生最終段階の 訪問薬剤師の役割

- 予後予測しながらの服薬方法の工夫や薬剤の提案
- 緊急時の薬の準備と対応
- 病状を観察しながら、薬の作用・副作用をチェック
- 不要となった医療用麻薬の回収と廃棄
- 残薬の回収時などのさりげないグリーフケア

薬だけでなく
さりげなく



【人生最終段階の訪問薬剤師の役割】

- すべての人生最終段階で、すべてのケースに、訪問薬剤師が活躍しているかといえば、今のところそういう状況ではない。
- お別れの時間が近くなるにつれて、使用するお薬の数も次第に少なくなり、薬剤師が訪問する頻度は少なくなっていく。しかし、内服薬の減量や中止による、「再一包化などの薬のつくりかえ」などは、訪問薬剤師の関わりのポイントになる。
- 訪問薬剤師も、家族と向き合い、ゆっくり時間をかけながらお話をさせて頂く。ご本人を前にして、最期の時のお話をできないご家族もおられるので、玄関先で薬の説明をしながら、ご家族を労うこともある。
- 看取りの後に、特に緩和ケアで使用した医療用麻薬の回収の時などにさりげないグリーフケアも可能となる。

人生最終段階の 多職種役割

- ・「リハビリ」は最期まで重要という意識
- ・「介護」は尊厳を守る行為であるという意識
- ・最期まで入りたい「訪問入浴」などの希望
- ・グリーンケアは全員ができるはず、しかし全員でアプローチしなくてもよい
- ・頂いた感謝の言葉は共有した方がよい

本人や家族の症状や気持ちが揺れ動く中
役割とリーダーが変化していくチーム



【人生最終段階の多職種の役割】

- ・多職種チームと言っても、患者の病状や、価値観、経済的な側面も考えながら、少しずつチームを作るので、すべてのケースにすべての職種が関わる訳ではない。
- ・リハビリは機能回復だけでなく、快適さを求めるケアにつながりますし、介護、特に排泄や清潔に関わる部分は尊厳を守る行為でもある。
- ・訪問入浴は清潔の保持だけでなく、快適さや自己実現にもつながる行為である。
- ・本人の病状が進行し、患者本人も家族も気持ちが揺れ動く中で、チームは時にそれぞれの役割と中心になるリーダーを変えながら、チームそのものも変化していく。
- ・看取りのあとの家族の感想で、特にチームへの感謝を述べられることがあるが、その場合は「その感謝の言葉」をチーム全体にシェアし、成長の糧にしていければよいと思う。

【まとめ】

- ・人生の最終段階、特に臨終期のケアは患者に対しても、そして家族に対しても重要なケアである。
- ・患者の十分な症状コントロールは、患者ケアにも、家族のケアにもなる。
- ・病状や今後の見通しの説明、お別れが近いことの説明も必要になる。
- ・死亡前から始めるグリーンケアが必要であり、変化に応じて多職種協働をサポートすることが重要。

まとめ 人生最終段階のケア

患者本人のケア

- 十分な症状コントロール
- 自律や尊厳を保つケア
- そばにいたいこと (being)

家族のケア

- 患者の十分な症状コントロール
- これまでの病状の経過の説明
- 今後出現する可能性が高い症状の説明
- お別れが近いことの説明
- 家族の死を受容するためのケア

変化に応じて多職種協働で支える

