

特別養護老人ホームの 看取りのために ～質向上のための指針～



平成28年12月

広島県地域包括ケア推進センター
看取り検討部会

はじめに

特別養護老人ホームなど入所施設における看取りは年々増えており、看取りのための“ガイドライン”は様々出版されています。

ここでは、あえて“質向上のための指針”として、次の2点を中心に編集しました。

1. 尊厳ある看取りのために意思確認の方法
2. 高齢者終末期の栄養・輸液の考えかた

この2点は、平成24年度『広島県内の特別養護老人ホーム看取り実態調査』により、本人ではなく家族に意思確認していることが多くみられたこと、特別養護老人ホームのスタッフから「点滴についてどう考えればよいのか?」といった質問が寄せられたことによります。

また、“看取り介護のながれ”についてもご参考までに、掲載しております。この指針が介護職の方をはじめ、職員の皆様にとって看取り実践に少しでも役立つ“指針”となるよう願っております。

※ この“質向上のための指針”は、既に貴施設で活用されている看取りのガイドライン等と併せてご活用ください。

※ この“質向上のための指針”は、特別養護老人ホームの看取りのためとしていますが、他の施設の看取りでも参考にいただければ幸いです。



目 次

はじめに

I 基本的な考え方

- 1 『尊厳ある看取り』とは 1
- 2 終末期の考え方 2
- 3 倫理的配慮と意思確認 3

II 尊厳ある看取りのための要点

- 1 意思確認の実際 4
 - 意思確認に必要な書類（同意書） 参考資料20～21
- 2 終末期における輸液療法のあり方 6

III 看取り介護のながれ

- 1 利用者の体調変化の観察・医師の診断 7
- 2 本人・家族への説明と同意 8
- 3 看取り介護のカンファレンス・ケアプラン 9
- 4 看取り介護の実際
 - (1) チームケアによる看取り介護 9
 - (2) 具体的な支援内容 10
 - (3) 家族に対する支援 12
 - (4) 緊急時における連絡体制 12
 - (5) 医師・看護師との連絡体制 12
 - (6) 臨死期(死亡の数日前から死亡まで)の観察のポイント 13
 - (7) 死亡時の状態 14
 - (8) 死亡時の支援 15
 - (9) 死後の処置（エンゼルケア） 15
 - (10) グリーフケア（悲嘆のケア） 16
 - (11) デスカンファレンス（看取り後のふりかえり） 16

IV 看取り介護に取り組む上での課題と対応

- 1 看取り研修の充実 17
- 2 看取りが可能な医師の連携体制のために 18
- 3 看取り体制の強化 18
- 4 本人と家族の意向確認・情報提供の充実 18

参考資料

- 終末期及び看取り介護のための同意書（例） 20
- 終末期及び看取りにおける確認事項（例） 21
- 平成24年度広島県内の特別養護老人ホーム看取り実態調査の概要 22

参考文献

. 23

I 基本的な考え方

1 『尊厳ある看取り』とは

一般に考えられる高齢者の『尊厳ある看取り』とは以下のように考えられる。

『尊厳ある看取り』

- ① 本人の意思に添うこと
- ② 苦痛なく安楽であること
- ③ 大切な家族等と穏やかな時間が過ごせること
- ④ 倫理的な配慮ができていること

何より“本人の意思を尊重すること”であり、意思確認の方法については4～5ページに記載している。それに必要な書類（同意書など）を参考資料として20～21ページに掲載している。他にも治療に関わる意思表示の様式としてリビングウィルなどがある。

特別養護老人ホームは、①入所者の処遇に関する計画書に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指すものでなければならない。

②入所者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って処遇を行うよう努めなければならないこととされている。（特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準 第2条の第2項、第3項）

これまで特別養護老人ホームに入所すると最期まで入所と考えることが多かったが、入所中に家族が介護できる状況になったり、本人が終末期になって「家に帰りたい」と希望することもある。

『尊厳ある看取り』のためには、最期をどこで迎えたいのか本人の意思の確認を何度か丁寧に行い、その意思に沿うことを基本に考える。

いずれにしても本人と家族の思いを受け止めた対応をすることが、施設職員の重要な役割となる。特に施設長の看取りに関する方針が明確であり、医師をはじめ職員全体が看取りに対する基本姿勢を一致させておくことが不可欠である。

2 終末期の考え方

一般に終末期とは、「病状が不可逆かつ進行性で、可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」をいう。（「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012）

高齢者は複数の疾病や障害をもつことが多く、また心理・社会的影響も受けやすい。そのため「終末期」の経過はきわめて多様で余命の予測が難しく、終末期の定義に具体的な期間は設けられていない。

疾患により病状の経過が異なる例 図1 参照

がん治療と緩和ケアの考え方の例 図2 参照

生活期から看取りまでのイメージ 図3 参照

図 1 疾患より病状の経過が異なる例

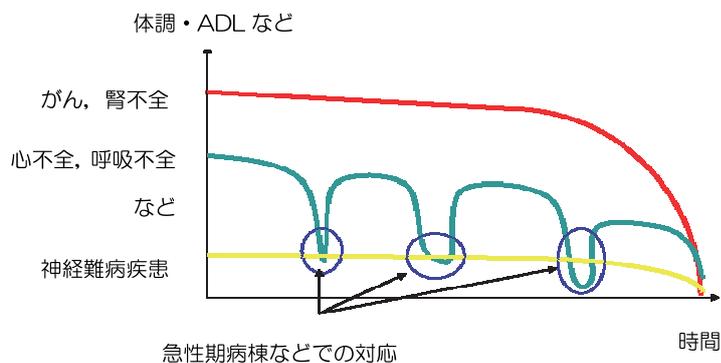


図 2 がん治療と緩和ケアの考え方の例

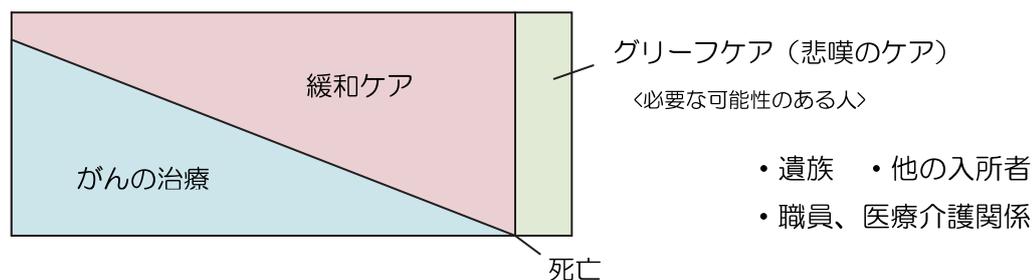


図 3 生活期から看取りまでのイメージ

生活期 ⇒ 終末期 ⇒ 看取り準備期（約1ヶ月）⇒ 臨死期・看取り（1～2日）

特別養護老人ホームでは、要介護3以上の重介護者が主になったこともあり、入所時から看取りも意識した介護を行うことで、看取り準備のタイミングを逃しにくくする。

実際には、担当医師が本人や家族の気持ちを聴きながら「回復の見込みがなく医療機関での対応の必要性が低い」と判断した時、看取り準備に入ることが多い。そのため医療・介護ケアチームの情報交換と連携がとても重要となる。

看取り体制に入ると心身ともに安楽に過ごせるための治療であったり、QOD（死の質）を高めるためのケアという視点が中心となる。

3 倫理的配慮と意思確認

いかなる要介護や認知症の状態であっても、「最善の医療およびケア」を受ける権利がある。但し、何らかの治療（延命治療）が本人の尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする可能性があるときには、治療の差し控えや治療の撤退も選択肢となる。

医師は、高齢者の特性を配慮した過小でも過剰でもない適切な医療を提供、および残された期間の生活の質（QOL）を大切にするケアが重要となる。

終末期の苦痛緩和を目的とした医療やケアを最優先とし、自然の摂理にまかせた経過を介護力で支えていくことは、本人にとって「最善の医療とケア」と言える。

（「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012 参考）

看取り介護にむけては、本人・家族の死生観、価値観および思想・信条・信仰を尊重し話し合いを十分に重ね意思確認を行い、心安らかな最期を迎えることが出来るように支援していかなければならない。

本人に判断能力がなくなった場合は、家族との十分な話し合いをもとにこれまでの本人の言動などから、「本人にとって何が最善であるか」を判断していくことが求められる。

可能な限り、本人の判断能力がある早い段階で、事前の意思確認を行っておくとよい。

広島県では、意思確認の手段として ACP を推進
『アドバンス・ケア・プランニング』（ACP）
豊かな人生とともに ～ わたしの心づもり ～

発行元：広島県地域保健対策協議会
ホームページに掲載されており使用可能。
ホームページ <http://citaikyo.jp/>

※ ACPは、比較的元気な時から家族や主治医等と情報交換を行い、本人の気持ちを共有しながら完成させて行くことが大切である。

Ⅱ 尊厳ある看取りのための要点

1 意思確認の実際

意思確認は本人にされ、本人の意思決定が最優先されることが大原則である。高齢者の看取りまでを視野に入れた終末期ケアに取り組む時は、家族の意見も聴き尊重するが、あくまでも本人の意思決定が尊重される。

もし、本人と家族の意見が異なる場合は、双方の合意点を見出していくこととなる。

そのために欠くことが出来ないのがカンファレンス（話し合い）であり、本人、家族、関係スタッフが集まり決定していく。

より有意義なカンファレンスとするためには、幾つかのポイントがある。

- ・カンファレンス開催のタイミング、集まる職種を固定することが望ましい。
（緊急時は例外である）
- ・この中で施設長、嘱託医の出席が得られれば本人、家族のみならず施設職員それぞれが役割を意識し、役割の理解を促進する機会となる。

<本人の意思確認・意思決定のタイミング例（家族等の同席が望ましい）>

（1）特別養護老人ホーム入所時

- ・事務的手続きがあるため、関係者（家族）が来ることが多い。
- ・施設概要の説明を行うなど、情報共有できる時間がある。
- ・入所前の生活を聴取する、現在の本人や家族の心情を聞く。
- ・本人や家族は特別養護老人ホームでの生活についてイメージが難しく、踏み込んだ話題を扱いにくい。
- ・入所が急に決まると、外部の関係者や多職種が集まるのが困難になりやすい。

（2）定期開催（年1回など）

- ・最も望ましい開催方法であり、忙しい多職種（特に嘱託医）が参加しやすくするために、日程を年間予定に入れておく。
- ・状況変化がなくても、誕生日や入所の記念日など定期に行うことを決めておく。
- ・本人や家族、担当職員の参加に加え、看取りに至るためには施設長、嘱託医の参加は必須である。

（3）症状変化時

- ・症状に変化があった時は、本人や家族の意思を再度確認する良い機会となる。
- ・「何かあった時」の「何か」は、本人の背景疾患、残存する身体機能や施設職員の職種、更に家族の思いで大きく異なる。予めどのような状況になったときに家族

へ連絡するか決めておき、家族が希望すれば医療専門職（医師、看護師）から説明する体制を整えておく。

- 高齢者という特性から緊急対応を要することも多く、介護職員の不安も大きい。予測される変化と対応方法について医師から指示や方針が示されていると過剰な不安を軽減できる。

（４）看取り時期

- 最後の意思確認となる
- 既に複数回のカンファレンスで情報の共有ができており、家族も理解し納得ができていれば、看取り期に改めて多職種によるカンファレンスを開催する必要はない。
- 家族には求めがあってもなくても現在の状態や、家族が不安に思っている事などに丁寧に対応することが大切である。

＜カンファレンスで行う意思確認・意思決定内容の参考＞

- 終末期になって、どのように過ごしたいか
 - したいことは何か
 - 心配事はあるか
 - その他（遺言等）
- 会いたい人は誰か
- 会いたくない人はいるか
- 最期をどこで迎えたいか
 - 施設
 - 家に帰りたい
 - 病院に行きたい
 - その他
- 医療はどこまで受けたいか
 - 心臓マッサージまで希望するか
 - 人工呼吸器まで希望するか
 - 人工栄養（高カロリー輸液又は胃ろう）などの継続的な栄養を希望するか
 - 点滴などの水分補給は希望するか
 - 何もしないで自然と最期を迎えたいか
 - つらい症状が和らぐ治療は希望するか
 - その他

※ なるべく正確な意思決定のため、早めにカンファレンスを持ちましょう。

意思確認に必要な書類は参考として P20 P21 に掲載

- 終末期及び看取り介護のための同意書（例）（P20）
- 終末期及び看取りにおける確認事項（例）（P21）



2 終末期における輸液療法のあり方

終末期における輸液療法は、本人の意向を尊重し家族の心情にも配慮しながら慎重に検討していく必要がある。医学的評価を基に、主治医だけでなく医療・介護にかかわる多職種がチームとして患者・家族を支えることが大切である。

<輸液療法のあり方>

(1) 輸液の目的

終末期における輸液療法の第一の目的は QOL の維持・向上である。

さらに、身体的苦痛、生命予後、精神面・生活への影響、倫理的問題などについても総合的に評価しなければならない。

終末期医療に関して、本人・家族の価値観は多様であり、輸液についても画一的には論じられない。医学的、栄養学的な面だけではなく、本人・家族の満足度や価値観にも十分な配慮が必要である。

(2) 輸液のメリット・デメリット

- ・一般に、「食事ができなくなれば即点滴」という意識は根強い。しかし、終末期の輸液にはメリットとデメリットがある。施設職員はそれらを正確に理解し、本人・家族にわかりやすく説明した上で、共に考えていくという姿勢が求められる。
- ・輸液のメリットの一番は水分補給である。家族にとっては「点滴をして何とかなる」という安心感がある。
- ・デメリットとして、浮腫の増強、腹水・胸水の増量（息苦しさ等）、痰の増量、針刺しの痛み、安静の強要などがある。
- ・終末期においては、輸液がかえって本人の身体的・精神的負担を増す場合も少なくない。

(3) 輸液の目安

- ・終末期に経口摂取ができなくなった場合、必要とされる 1 日あたりの輸液量は一般的に 500-1000ml とされているが、死亡前 1 週間程度（看取り間近）では 500ml 以下、あるいは輸液をしないということも選択肢の一つとして考えるべきであろう。
- ・高カロリー輸液は、目的が明確である一部の症例を除いて終末期には適応とならない。
- ・静脈経路が確保できない終末期患者において、皮下輸液が適応となる場合もある。

患者が栄養を摂れないということは、家族にとって辛いことでもある。頼みの綱である輸液さえも、功より罪が勝るとなれば尚更である。大切な人の死を受け入れ、その過程を見守っていく辛い心情や「何もしてあげられない」といった無力感に配慮し、輸液以外で出来るケアを家族とともに考え、ともに実践することが大切である。（P10～12を参照）

※参考資料≫「終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン 2013 年版」日本緩和医療学会

Ⅲ 看取り介護のながれ

高齢者は、老衰で急に看取りを迎えたり、看取り体制でケアを行っていても突然死亡したり、看取りが近いと思っていても回復することもある。そのことを踏まえながら、終末期の身体的変化からグリーフケア（悲嘆ケア）まで列挙する。

- 1 利用者の体調変化の観察・医師の診断
↓
- 2 本人・家族へ説明と同意（看取り介護の同意書に記入）
↓
- 3 看取り介護のカンファレンス・ケアプラン
↓
- 4 看取り介護の実施

1 利用者の体調変化の観察・医師の診断

身体状態の変化に注意する

○終末期の身体的サインとして、以下のような症状がよく看られる。

- ア 飲み込みが悪くなってきた
- イ 食欲が落ちてきた
- ウ 体重減少が目立ってきた
- エ 尿量が減少してきた
- オ 反応が鈍くなってきた

○介護職はバイタルサインなどの客観的なデータだけでなく、日頃と比較して「何かが違う」といった感覚も重要となる。

○介護職、看護職、医師との情報交換を密にして、看取り期に入ったかどうか検討していく。 ⇒ 看取り期の判断については、医師の診断による。

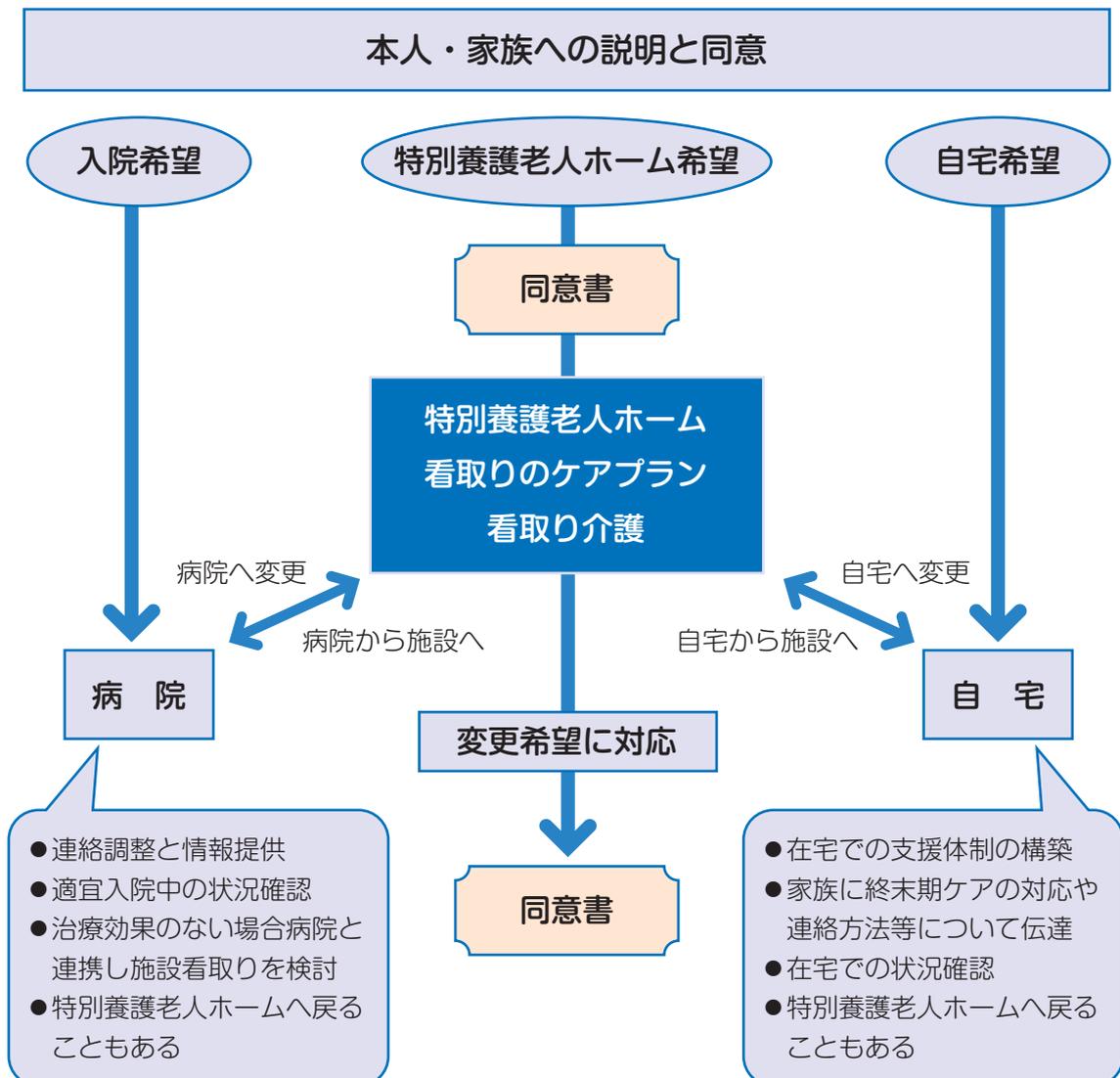
○衰弱の傾向にある時は、家族への報告をこまめに行い家族の心の準備につなげる。その場合、利用者の状態をありのままに伝え、個人的な判断を伝えることは控える。また、職種により捉え方が異なり、そのことが家族に伝わると家族の混乱をまねくことがある。



2 本人・家族への説明と同意

- 看取り期に入ったことは、最終的には医師が判断し、本人及び家族に説明する。
- 本人の意思確認が難しい場合、家族とその対応について話し合う。
- 家族への説明時には、関係職員が1名以上は同席し、その情報は関係者で共有する。
- 施設の勤務体制・連絡体制・医療体制などについて説明する。
- 看取り介護の希望は、同意書で意思確認する。
- 同意書の提出後、状態の変化に応じて変更の希望がある場合はその意思に添って対応することを伝える。例えば、特別養護老人ホームのつもりだったが急遽病院搬送を希望するなど。
- 同意書は記録に残し保管する。

図 4 <看取りの場所の決定イメージ例>



3 看取り介護のカンファレンス・ケアプラン

- (1) 同意書が出された段階で、看取り介護のケアプランを立案しカンファレンスでケア方針を策定する。
- (2) 実施上の課題チェック・モニタリングを行い、状況の変化に応じて随時カンファレンスを実施し、ケアプランの見直しを行う。
- (3) ケアプランの内容は、家族へ説明し同意を得る。

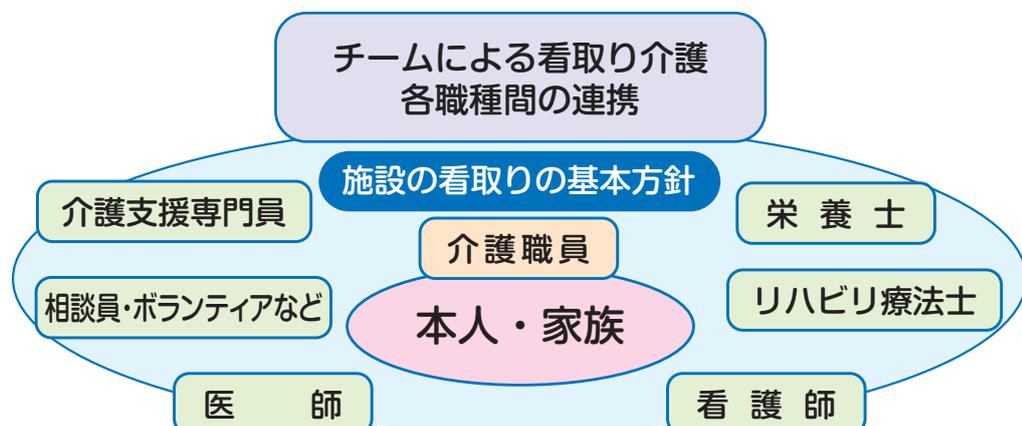
4 看取り介護の実際

(1) チームケア（多職種が連携して行うケア）による看取り介護

- チームメンバーは、個々の専門性に基づく役割を担っている。各々の役割を十分に認識し、主体性をもちつつ行動することは言うまでもない。
チームメンバーの関係は、指示関係ではなく協働関係であり、メンバーが相互に相手の役割・機能を尊重する。
- 施設内では各職種の役割分担を明確にし、チームケアが円滑に行えるよう情報交換を密にする。
ケアプランの目標や方針を職員間で理解し、意思統一することが必要である。
- 職員全員が、施設の看取り介護の方針を十分に理解しておくことが必要である。
- カンファレンス（話し合い）では、職種間の違いや経験年数の違いを超え、お互いが自由に発言することで職種間の意思疎通を図る。
- 経験の少ない職員は、看取り期の介護のタイミングがわからず戸惑う事があるため、経験の豊富な介護職や看護師が支援する。看取り介護の過程で、細かい指導を行うことが現場での看取り教育となる。
- 本人や家族に対しては各職種の役割を伝え、施設における看取り介護の体制を理解してもらう。

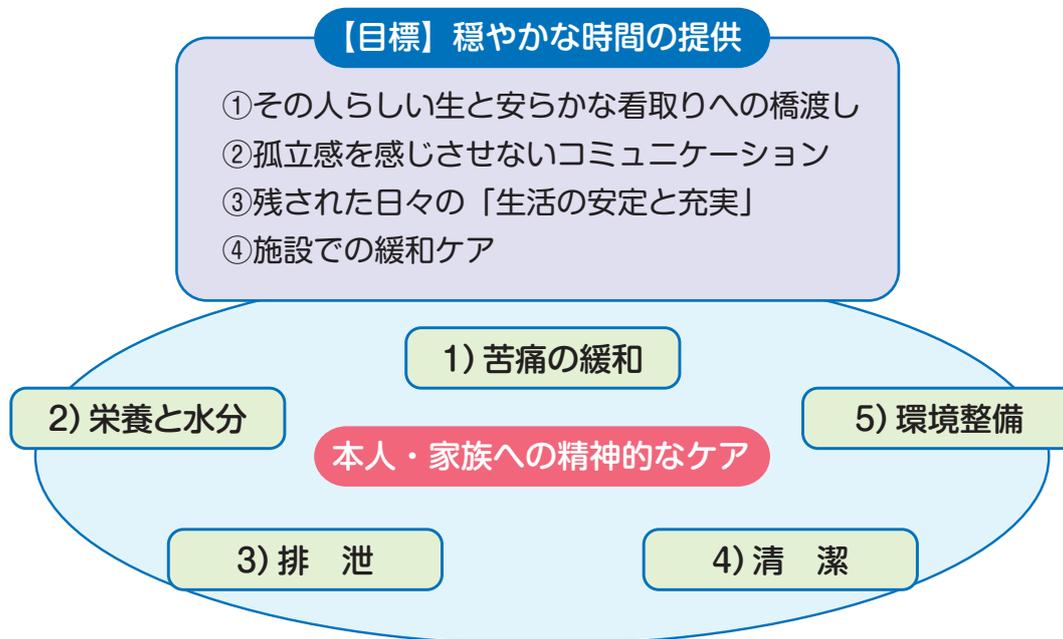
図 5

<チームケアのイメージ図>



(2) 具体的な支援内容

図 6 <看取り介護の具体的な内容>



以下に1)～5)について説明する

1) 苦痛の緩和

ア 身体面について

- ・がん疾患の場合、麻薬の使用は原則最期まで止めない。麻薬により呼吸抑制などが現れた場合は医師に相談し、減量や他の薬を試みる。
- ・認知症の方は、痛みとか苦痛を的確に伝えることが難しい場合があり、次のような表情や症状として現れることが多いため、十分なコミュニケーションと観察が必要である。
〔 “不機嫌” “イライラしている” “攻撃的” “食欲がない” “不眠”
“動きたくない” “多弁になる” “何かを訴えようとしている” など 〕
- ・身体状況に応じた安楽な体位は基本であり、褥瘡の予防にも気をつける。

イ 精神面について

- ・身体機能が衰弱し精神的苦痛を伴う場合は手を握る、体をマッサージする、側に寄り添うなどのスキンシップを図るとともに、安心できるよう声掛けによるコミュニケーションに努める。
- ・耳は最期まで聞こえることを家族に伝える。

ウ 医療処置

- ・医療処置については、本人や家族へ施設でできること、できないことを分かりやすい言葉で伝え理解を得ておく。
- ・苦痛緩和のための医療処置は本人や家族の希望を基に、医師の指示にて行う。

2) 栄養と水分

終末期や看取りが近い人への栄養は、量でなく“本人が楽しみにしている食べたい物”を基準に考える。嚥下機能は低下しているため、誤嚥の予防として少量でとろみを付けるなど工夫をし、無理に勧めないこと。

ア 家族ケアとして

- 家族は食べられなくなることに不安を抱くが、家族の気持ちをよく聞くことが大切である。その上で食事量の低下は自然な経過であることや、口を湿らせたり傍にいての大切さを伝える。
- 家族には本人の好物を聞いたり、一緒に食事介助をするなど協力を得てもよい。
- 輸液療法については、メリット・デメリットを本人・家族に説明し過度な医療で本人が苦しむことのないように、家族の心情を理解しながら支援する。

イ 介護職として

- 本人の状態に応じて「食べられものを食べられる時に食べられるだけ」声をかけながら介助する。

※好きな果物、アイスクリーム、プリン、ヨーグルト、氷片など。

ウ 嚥下機能の低下に伴い、「むせ」など誤嚥の危険がある場合、食事介助は無理せず中止し口腔ケアに努める。脱水で口腔・口唇の乾燥が見られるため、口腔内・口唇を綿棒などで湿らせる。誤嚥性肺炎を予防することで、頻回の痰の吸引をする必要がなくなり、安楽に過ごすことにつながる。

エ 身体状況を把握するために、食事・水分・浮腫・尿量・排便などは観察記録する。

3) 排泄

看取りが近くなると経口摂取が減少するために尿量・排便量が減少する。

尿閉（膀胱に尿が溜まっているのに出ない状態）や便秘は苦痛も伴うため、腹部や下腹部をよく観察する。

状態により腹部マッサージや下剤・浣腸などでできるだけ快適に過ごせるようにする。

4) 清潔

身体状況に応じ、可能な限り入浴や清拭を行い、清潔保持に努める。

口腔内と陰部は特に注意し、誤嚥性肺炎や尿路感染などの予防に努める。

ア 本人の身体状況に応じて、入浴・シャワー浴・清拭等の保清の方法や頻度を検討する。

イ 短時間で本人に疲労を与えず、声をかけながら気持ち良い感覚を提供する。

ウ 全面介助になった場合は、介助しやすく本人に負担が少ない前開きの着物を使用するなど工夫する。

エ 終末期には尿量が減少し尿路感染をおこしやすいため、陰部の保清に努める。

オ 水分摂取量の低下から口腔内が乾燥し、舌苔が生じやすく自浄作用も低下してく

る。誤嚥性肺炎などを予防するため、口腔内を清潔にし保湿に努める。

5) 環境整備

終末期を安らかに過ごせるように、可能な限り個室で対応するなど環境整備に努める。その時期については、本人の状態に合わせて適切に判断する。個室対応が早すぎる事でかえって孤独になることもあるため、身体・精神状態・家族状況等から個室対応の時期を検討する。

(3) 家族に対する支援

○日頃から家族との信頼関係を築くことが大切である。その中で終末期にむけての家族の不安や願いなど、看取りについても話をする機会を持ち、自然と家族が持つ死生観や最期の迎え方のイメージを共有できるようになれば、看取り期に入ってから家族の気持ちに寄り添った対応がしやすくなる。

○常に家族の気持ちは揺れ動くことを理解したうえで、家族からの希望には誠実に対応できるよう職員は準備しておく必要がある。

信頼関係があれば、看取りについても本当の思いを職員に伝えてもらいやすく、職員も家族の気持ちに答えやすい。

○看取り期には、変化していく身体状況や看取り介護等の実際について説明し、家族の意向に添った適切な対応を行うとともに、継続的に家族の精神的支援を行う。

○耳は最期まで聞こえることを説明し、感謝やお別れの声をかけることや、本人の近くで不用意な発言に気をつけるように伝える。

(4) 緊急時における連絡体制

○家族への連絡体制を事前に整備し、関係者にわかるようにしておく。

複数の連絡先を確認するなど、昼夜とも確実に連絡が取れるようにする。

(5) 医師・看護師との連絡体制

○昼夜とも確実に連絡がとれるように、施設における連絡網の整備をする。

○死亡時の連絡体制は、施設の体制に添った対応を明確にしておく。



(6) 臨死期（死亡の数日前から死亡まで）の観察のポイント

<身体的変化>

1) 顔貌

- ・顔面は蒼白、口唇の弛緩にチアノーゼ、目が窪み、鼻が尖ったようになる。

2) 呼吸

- ・呼吸は、浅く不規則になる。
- ・鼻翼呼吸（呼吸の度に鼻翼を広げて呼吸する。）
- ・口呼吸（口をあけて、口で呼吸する。）
- ・肩呼吸（息をするたびに肩を動かして、肩で呼吸しているように見える。）
- ・下顎呼吸（血圧が低下したため、胸郭を使っていた呼吸が下顎を使った呼吸に変わり、呼吸回数が減少する。下顎が下がるように見える。）
- ・チェーンストークス呼吸（中枢神経系の血流が減ることが原因で、やがて呼吸が停止する。10～30秒ほど呼吸が止まり、その後、浅い呼吸から深く大きな呼吸となり、また次第に浅く小さくなり呼吸が止まる、というリズムを繰り返す。）

3) 死前喘鳴

- ・意識低下により、声帯付近に貯留した唾液や痰が呼吸時に上下し「ゼロゼロ」「ゴロゴロ」という音を発する。
(周囲は気になるが本人は苦痛を感じないと言われている。)

4) 脈拍

- ・徐脈（ゆっくりした脈）や頻数で徐々に微弱となる。
- ・手首の橈骨動脈では触れなくなる。
- ・頸動脈でも次第に触れなくなる。

5) 血圧

- ・徐々に下降してくる。(最高血圧が80mmHg以下は重篤である。)
- ・脈が弱くなり、血圧が測定できなくなる。

6) 体温

- ・基礎代謝量が低下するため、体温が次第に下降する。
- ・感染症がなくても、死亡の24～48時間くらい前に発熱することがあり、これは体温調節中枢が正常に機能しなくなるためと考えられる。

7) 皮膚

- 一般的に蒼白土色となる。
- 触れると冷たい。
- 四肢末端にチアノーゼが出現する。

8) 排泄

- 尿量が極端に減少してくる（あるいは排尿なし）。
- 肛門括約筋の弛緩により肛門は開きやすい。

9) 意識

- 最期まで明確なこともある。
- 一般には、脳の機能低下のため傾眠傾向になり、呼びかけにも応答・反応が少なくなる。

10) 身体の反射機能

- 嚥下機能が不能となり、咽頭に粘液が溜まりやすくなる。
- 対光反射、睫毛反射など反射機能が低下する。

※ 身体の観察に集中するあまり、職員主導の看取りにならないよう心掛けましょう。

(7) 死亡時の状態

1) 息を引き取った状態とは

- 心臓の動きが止まり、脈が触れない。
- 呼吸が完全に止まり、胸や顎の動きもなくなる。（1分以上呼吸がなければ止まっていると考えてよい。）
- 声を掛けても反応がなく、ぐったりしている。
- 手足が徐々に冷たくなり、皮膚は蒼白になりしばらくすると紫色に変わる。

2) 死の判定について

- 医師が「心停止」「呼吸停止」「瞳孔散大」を確認することで、死の判定を行う。
- 医師が死亡診断するまでは、死亡しているとは認められない。死亡時刻を確認し記録する。



(8) 死亡時の支援

- 家族には、死亡直前にみられる症状について説明し、不安な気持ちを聴き対処する。家族の揺れる気持ちに寄り添う態度が大切である。
- チームスタッフ同士の支援としては、看護職は食欲の低下や尿量の減少、死前喘鳴など死亡前の兆候を的確に把握し、必要に応じて医師と連絡をとる。また、介護職の不安も軽減できるようにバックアップする。呼吸は重要な観察ポイントで、呼吸停止を確認した時は時間を記録し、医師に報告する。
- 呼吸停止しても心肺蘇生は行わず、家族や入居者などと静かに見守る。
- 医師による死亡確認後は、家族によるお別れの時間を十分に取り、引き続き死亡後の処置（エンゼルケア）を行う。医師がすぐに死亡確認をできない時は、医師や家族の了解を得て清拭などを行う。
- 葬儀社との連絡については、家族と相談しながら進める。生活相談員などが家族の相談を受けるのがよいが、不在の時は看護職や介護職等も対応する。

(9) 死亡後の処置（エンゼルケア）

1) 死亡後の処置の目的

- 家族が、死後の穏やかな表情を見ることで、死が安らかなものであったと受け止めることができる。
- 身体を清潔にし、生前のその人らしい姿に整え、死による外観の変化をできるだけ目立たないようにする。
- 体液などで死に装束が汚れたり、臭気が出たりないように必要な処置を行う。

2) 死亡後の身体的変化

死亡後の処置は、死後硬直が生じる前に行う必要がある。死後硬直は、個体差、環境（室温）の影響を受け、気温が高いと速く、低いと遅く進行する。春秋では、おおむね死後2～3時間に始まり、諸関節の硬直をきたし、屈曲・伸展が困難となるため、時間経過とともにケアが困難となる。

最初に硬直が現れるのが顎関節であり、次いで肩、頸、腰、肘、膝というように中枢から末梢へ向かうことが多い。一般に、死後12時間ほどで全身に及び、48時間頃より、発現した部位の順に硬直が緩んでくる。

3) 死亡後の処置（エンゼルケア）

お別れが終わり、家族の気持ちが落ち着いたら、家族の意向を確認し処置を行う。その際、なるべく家族も一緒に処置することを勧めてみる。希望があれば一緒に行う。

死に装束などは本人の宗教、習慣、生前の希望を考慮し、家族と相談する。

処置の際、遺体に縛った後や傷が残らないように手や顔は自然な状態で整える。

(10) グリーフケア（悲嘆へのケア）

家族の看取り決定までには、多くの迷いや気持ちの揺れがある。職員が家族と意思疎通をしっかりと、家族の思いに寄り添うことで満足のゆく看取りができる。ことに高齢者の場合、穏やかな看取りが家族にとって「安らかにあの世に見送ることができた」という安堵感につながる。死亡後も、そのような安堵感を持つことが出来るような声掛けをすることがグリーフケアに繋がる。

関わった職員も喪失感や様々な思いをもち、悲嘆を感じていることが多く、特に悲嘆の強い職員へは、個別な関わりが必要である。

また、他の入所者へのグリーフケアも重要である。

(11) デスカンファレンス（看取り後のふりかえり）

看取り後、早い段階に看取り介護のデスカンファレンスを行う。

《看取り介護の評価の視点》

- ① 本人は自分らしく生き、最期を迎えることができたか？
- ② 家族は安心して看取ることができたか？
- ③ チームケアが十分機能したか？
- ④ 他の入所者への影響や施設としてはどうであったか？

デスカンファレンスは、故人を偲ぶとともに職員の研修の機会にもなる。看取り期には職員自身も精神的に張り詰めた状態となっており、各職員が看取り介護の過程で感じた不安や達成感などを話し合うことで、気持ちの整理をつけたりグリーフケアにもなる。特に経験の浅い職員にとっては必要なカンファレンスである。

デスカンファレンスで得た学びや評価は、今後の看取りに大きな力となる。



Ⅳ 看取り介護に取り組む上での課題と対応

1 看取り研修の充実

穏やかな看取りを行うためには、施設長はじめ看取り介護に関わる全ての職員に対して研修は不可欠であり、各施設において積極的に実施する必要がある。

＜有意義な研修のために＞

- 研修実施者は、研修の目的、内容、期待する効果を明確にして、研修後のアンケートを準備する。アンケートは研修の客観的評価のデータとなる。
- 研修形態は、目的により職種ごとか多職種で行うか異なるが、講義だけでなくグループワークや演習を取り入れると参加意欲が高まりやすい。その際、参加者が気持ちを率直に出せるように、誰もが“安心・安全”に発言できるように配慮する。
- 看取り介護は次のような機会に行うことが考えられる。
 - ① 入職時に施設の方針を伝える。
 - ② 定期研修で看取り介護を取り上げる。
 - ③ 看取り介護が必要と思われる時や、実際の成功事例や課題が残った時などに、随時研修として取り上げると効果的である。
- 研修の講師は適切な人を選ぶように配慮する。
 - ① 特別養護老人ホームで看取り経験があり、経験豊かで研鑽されていること。
 - ② 職種は医療・介護・福祉職などで片寄らない方が良い。
 - ③ 講師に困った時は、広島県緩和ケア支援センターに相談してもよい。また、「緩和ケア推進アドバイザー派遣事業」の制度もある。（電話：082-252-6262）
広島県老人福祉施設連盟（電話：082-254-3416）に問合せてもよい。

＜研修の対象と考えられる項目＞

- ① 終末期の医学的知識
- ② 看取りの看護・介護
- ③ 本人の意思確認の方法（ACP やリビングウィルなどについて）
- ④ 家族の意思確認や関係把握の方法
- ⑤ 緩和ケアに関する知識
- ⑥ 多職種連携とチームケア
- ⑦ グリーフケア又はビリーフメントケア（死別後の家族や入所者、職員などのケア）
- ⑧ 本人や家族とのコミュニケーション方法
- ⑨ 職員のメンタルケア
- ⑩ 緊急時の対応
- ⑪ 看取り介護のケアプラン
などが挙げられる。

2 看取りが可能な医師の連携体制のために

- ① 主治医や囑託医師が対応できないと予測される時は、代りの医師を頼めるルール及び約束事も前もって決めておく。
- ② 末期がん患者へは、外部より訪問診療と訪問看護が可能（医療保険対応）であるため、連携することで医師や施設内看護職の負担軽減となる。
- ③ 医師の看取り体制が不十分でも、看護職や介護職等と前もって話し合い指示を受けておくことで解決することも多い。
例) i. 夜間に看取りになっても翌朝の“死亡確認”でよいこと。その際家族へも前もって説明をしておく。
ii. 使用する薬剤について指示を受けておく。
- ④ 慌てて救急車を呼んだり、警察に連絡しないために、前もって医師や家族とよく話し合っておく。そして、誰にでも分かるように記録しておく。

3 看取り体制の強化

高齢者の看取りは生の延長上にあり、誰にでも訪れることである。しかしながら看取り期には身体の衰弱に伴い、より手厚い介護が必要になってくるため、その介護のタイミングを関係職員が見逃さないことが求められる。

看取りが近くなると、看取り経験のない介護者へは看取り経験がある介護職を同時に配置したり、看護職との連携を密にするなどのケア体制の強化が望ましい。

先にも述べたが、末期がんの入所者の場合は、医療保険で施設外の医師や訪問看護師を依頼することができるため、看取り体制の強化にも役立つ。

4 本人と家族の意向確認・情報提供の充実

繰り返しになるが、本人や家族が終末期の過ごし方や看取りについて、日頃からどのように思っているかを知ることが、医療やケアを行う上で重要である。ACP（私の心づもり）を早めに聞いておくことや、看取りの場所についても聞いた時は記録をしておく。また、状態が大きく変わったときは「どうしたいか？」を丁寧に尋ねることも必要となる。

その際に本人や家族に、適切な情報提供がなければ本人も家族も間違った判断をしかねない。科学的な根拠に基づいた情報を、わかりやすく提供することが求められる。

参 考 资 料



終末期及び看取り介護のための同意書（例）

私は、（利用者氏名）の終末期ケア及び看取り時のことについて、貴施設が提供する対応並びに医師の説明を受けましたが、私どもの意向に沿ったものであり、下記の内容を確認し同意いたします。

又、状態が急変した場合、家族が最期に間に合わない事についても了承しました。

記

（以下は本人・家族と主治医・スタッフにより、同意された具体的な内容を列記します。）

- ① 医療機関での治療は平成 年 月 日をもって終了し、本人に苦痛を伴う処置対応は行いません。
また、危篤な状態に陥った場合も病院には搬送せず、施設内にて看取ります。
- ② 身体的なケアでは、安心できる声がけを行い、身近に人を感じられるよう（利用者氏名）様の尊厳を守るよう援助させていただきます。
- ③ 医師と相談しながら、苦痛や痛みを和らげる方法を取り、施設内でできる限りのケアを提供させていただきます。
- ④ ご家族の希望に沿った対応に心がけます。
- ⑤ ご本人並びにご家族の希望や意向に変化が生じた場合は、その意向を尊重し援助させていただきます。

○ ○ ○ 施 設 長 殿

平成 年 月 日

利 用 者	住 所		
	氏 名		Ⓜ
身元引受人 （契約者）	住 所		
	氏 名	Ⓜ（続柄	）
（その他の家族）	住 所		
	氏 名	Ⓜ（続柄	）
	住 所		
	氏 名	Ⓜ（続柄	）
説 明 医 師	住 所		
	氏 名	Ⓜ（続柄	）
施 設 立 会 人	住 所		
	氏 名	Ⓜ（続柄	）

※村山地域版 高齢者施設における看取りに関する手引きより引用

終末期及び看取りにおける確認事項（例）

利用者氏名 _____ 様

確認項目	確認事項等	備考
付き添いの可否		
臨終の時側にいる方		
連絡先（3ヶ所）	1. 2. 3.	
ご遺体に着せてあげたい衣装		
ご遺体の移送方法		
ご遺体の移送先		
葬儀の場所		

確認日時： 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ ） _____ 時 _____ 分

確認者： 身元引受人等氏名 _____
 職員 _____ 職名 _____ 氏名 _____

その他特記事項： _____

※村山地域版 高齢者施設における看取りに関する手引きより引用

平成24年度

広島県内の特別養護老人ホーム看取り実態調査の概要

特徴的な事項（アンケート結果）

1. 施設内看取り
入所者の約3/4の方に行われ、“看取り介護加算”申請の有無にかかわらず看取りは行われていた。
2. 特別養護老人ホームで看取りを進めるために必要なこと
「家族の理解や協力」が最も多く、次いで「医師が積極的に関われるシステム」を創ることであった。
3. 看取りに関して不安なこと
「チームワーク」が最も多く、次いで「自分の知識」、「医師の協力」の順であった。
4. 看取りの場の意向確認
8割が「家族のみ」にされていた。
5. 施設外看取り
全てが病院に搬送されており、最も多かったのが「家族の希望」、次いで「医師の指示」によるものが多かった。
6. 「“看取り”への移行期が分かりにくいため対応が遅れる」との意見があった。

調査期間：平成25年11月15日～平成26年1月15日

調査対象期間：平成24年4月1日～平成25年3月31日

調査対象施設：特別養護老人ホーム195施設

回答： // 125施設（回収率64.1%）

有効回答： // 124施設（有効回答率99.2%）



《参考文献》

- 自治医科大学附属病院緩和ケア部 丹波嘉一郎「非がん患者の終末期ケア（エンドオブライフケア）について」（<http://square.umin.ac.jp/masashi/endoflife.html>）
- 「終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン2013年版」日本緩和医療学会
- 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012
- 平成22年度厚生労働省 特別養護老人ホームにおける看取り介護ハンドブック
- 平成18年度厚生労働省 特別養護老人ホームにおける看取り介護ガイドライン
- 村山地域版 高齢者施設における看取りに関する手引き（山形県村山保健所）
- 高齢者介護施設の看取りケアガイドブック 編著者 櫻井紀子
- 特別養護老人ホーム星の里「施設における看取りマニュアル」
- 特別養護老人ホームなごみの郷「看取りの指針」
- 広島原爆養護ホーム 倉掛のぞみ園「看取り介護及び看護」のしおり
- 介護保険施設における がん患者さんの看取りの道しるべ 広島県



特別養護老人ホームの
看取りのために
～質向上のための指針～

広島県地域包括ケア推進センター
看取り検討部会