

天晴れ介護サービス総合教育研究所

介護職のための医療知識講座

終末期ケア

令和8年 4月15日

看護師 吉村美由紀

【自己紹介】

吉村 美由紀(よしむら みゆき)

愛知県犬山市出身

看護学校卒業後、総合病院で7年半勤務

(循環器内科、呼吸器内科、内分泌内科、外科に勤務)

平成11年 訪問看護ステーションに勤務

平成12年 介護支援専門員資格取得

平成17年 訪問看護・介護支援専門員兼務

平成18年 医療法人へ転職し、訪問看護、居宅介護支援事業所兼務後法人本部にて小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護、グループホーム、地域密着型介護老人福祉施設等の開設・運営等に携わる

平成23年 愛知県認知症介護指導者研修修了、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、小規模多機能サービス等計画作成担当者研修にて講師として携わる

平成31年 もう一度現場に戻りたい！と転職し、現在、住宅型有料老人ホーム併設の訪問看護事業所にて看護師として勤務中

【保有資格】 看護師、介護支援専門員、認知症介護指導者

本日の内容

1. 終末期とは

2. 終末期にかかわる人が知っているべきこと

- I. 終末期に至るまでの経過、身体的状態の変化と、身体的変化に合わせたケア方法
- II. 終末期に関する本人の意思確認の方法
- III. 終末期体制の構築、医療職等他職種との連携方法
- IV. 家族のサポート

3. まとめ

今回の内容の多くはこのテキストからの抜粋です。



1. 終末期とは

【終末期の定義】

1. 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
2. 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
3. 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

(引用: 終末期医療に関するガイドライン | 厚生労働省)

人生の最終段階を支えるケアの呼称

【ターミナルケア＝終末期医療】

余命がわずかであると医師が診断した方に対し、医療的な支援を行いながら、残された時間を穏やかに過ごしてもらうためのケア方法

【看取りケア】

終末期を迎えた方に対し、残された時間を自宅や施設などで自分らしく穏やかに過ごせるよう支援するケア

自分らしく穏やかに過ごすための、日常生活のケア

【緩和ケア】

病気による痛みや身体的問題、心理的問題などを予防したりやわらげたりすることで、QOLを改善するアプローチのこと

【終末期医療とは】

身体的なケア



痛みを取り除く
または和らげる
投薬など

精神的なケア



心穏やかに
過ごせるよう
感情面の
サポート

社会的なケア



経済的な
不安や
仕事の不安を
取り除く



遺される家族の
精神的ケア

<https://d3lqfxv2uj61gi.cloudfront.net/media/article/images/g5f606jd5fvvys489jhy16b54zm8254p.jpg?width=1320より引用>

	メリット	デメリット
病院	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間体制で医療ケアが受けられる。 ・緊急時対応が可能。 ・医療費や手続きのサポートが受けやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・すぐに入院できるとは限らない。 ・面会時間に制限があることが多い。
介護施設	<ul style="list-style-type: none"> ・病院に比べ自宅に近い環境で過ごせる。 ・ほかの利用者さんと交流の機会が持てる。 ・24時間体制で職員のサポートが受けられる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・施設により医療ケアに差が出やすい。 ・入居費用がかかる。 ・入居待ちのケースがある。 ・面会時間に制限があることが多い。
自宅	<ul style="list-style-type: none"> ・住み慣れた自宅で最期を迎えられる。 ・家族との面会も自由。 ・費用が抑えられる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時にすぐに対応できるとは限らない。 ・急変時の判断が難しく、対応が遅れることも。 ・家族負担が大きい。

<https://kaigoshoku.mynavi.jp/contents/kaigonmirailab/works/commonsense/3802/>
「マイナビ介護職 介護の未来ラボ」より引用

高齢者介護の現場における「看取り」とは・・・

◆本人や家族がやり残していることを手伝い、悔いのない終末期を迎えることを支援する。

➡その人を取り巻く家族、親族、友人、ケア関係者が

「本人が望むことは何だろうか？」

「本当にこれでいいのか？」

「他にできることはないか？」 を問うプロセス。



死の瞬間に立ち会うことではない
死を間際にした時だけの、特別なものではない

看取りの支援とは・・・

- ・本人、家族、関わるスタッフの「不安」について整理する。
- ・適切な時期に適切なケアを提供できるよう、タイミングをつかむことが重要。



- ・「不安」や「希望」をできる限り具体化する。
- ・本人、家族が望むこと、行うこと、関わるスタッフができる事や行うことを具体化し、スタッフの役割を明確化する
- ・今が「看取り」のどの時期なのかを把握する。
- ・時期ごとのアセスメントを理解して支援する。

終末期ケア実施に向けた最終確認の流れ

利用者・入居者の状態をアセスメント



衰弱の兆候がみられたら、多職種で意見交換(カンファレンス)



医師が「回復の見込みがない」と判断



医師又は看護職員から家族に説明し、最終的な同意を得る
※事前の意思確認(ACPなど)がある場合には、その内容について確認をし、具体的なケア内容を決める

チームの意思統一

2. 終末期にかかわる人が知っているべきこと

- I. 終末期に至るまでの経過、身体的状態の変化と、身体的変化に合わせたケア方法
- II. 終末期に関する本人の意思確認の方法
ACPについての理解
- III. 終末期体制の構築、医療職等他職種との連携方法
終末期のカンファレンス、担当者会議等
情報共有の重要性
- IV. 家族のサポート
家族も看取りチームの一員であるとともに、当事者であることを忘れない

I. 看取りに至るまでの経過、身体的状態の変化と、 身体的変化に合わせたケア方法

【看取り介護の留意点】

1. 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
(変化は最小に)
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. 本人・家族の意思の尊重
5. カンファレンスでの情報共有

東京都「暮らしの場における看取り支援事業」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～ より引用

【高齢者の終末期(死)に至る経過】

①死の直前に急速に機能低下

- ・病気があっても、死亡直前の時点まで認知機能やその他の身体機能が
ある程度維持。
- ・病気の進行などで、急速に機能低下が進行し死に至る。

②悪化と回復を繰り返しながら、少しずつ機能低下

- ・慢性の持病による症状の悪化と回復を繰り返し、少しずつ全身機能が低下。

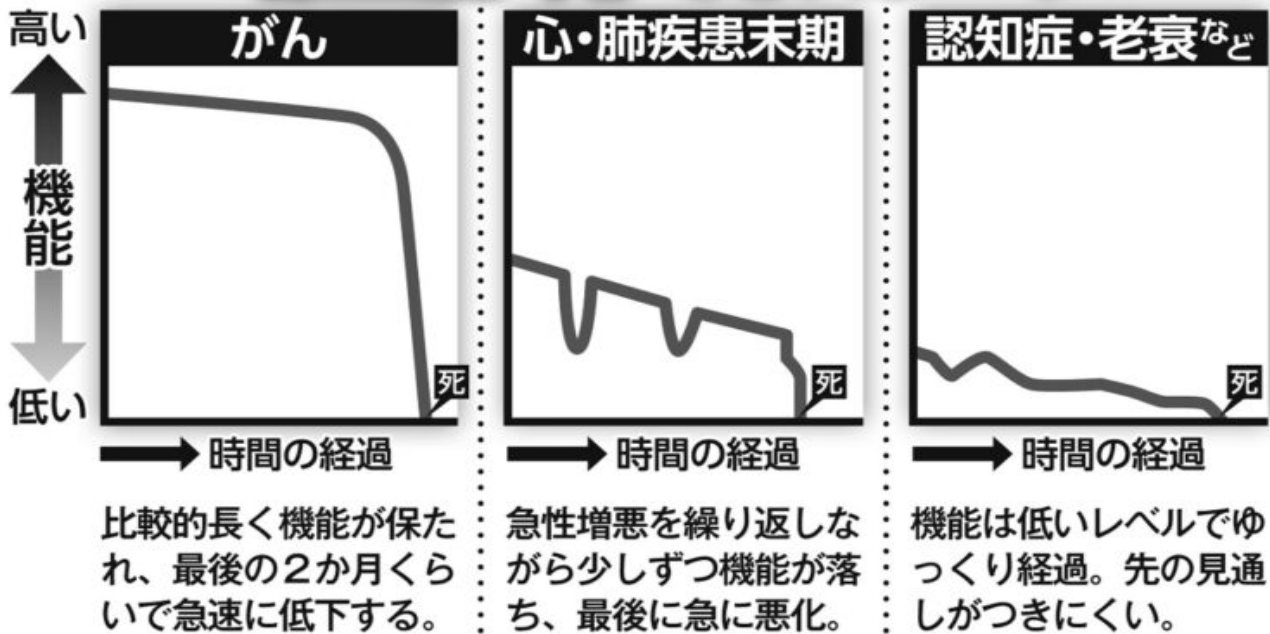
③加齢に伴い、緩やかに機能低下

- ・特に大きな疾患はなく、認知症の進行や生理的な老化に伴い、少しずつ
身体機能が悪化し最後を迎える。

④病気の発症などにより、突然に機能低下

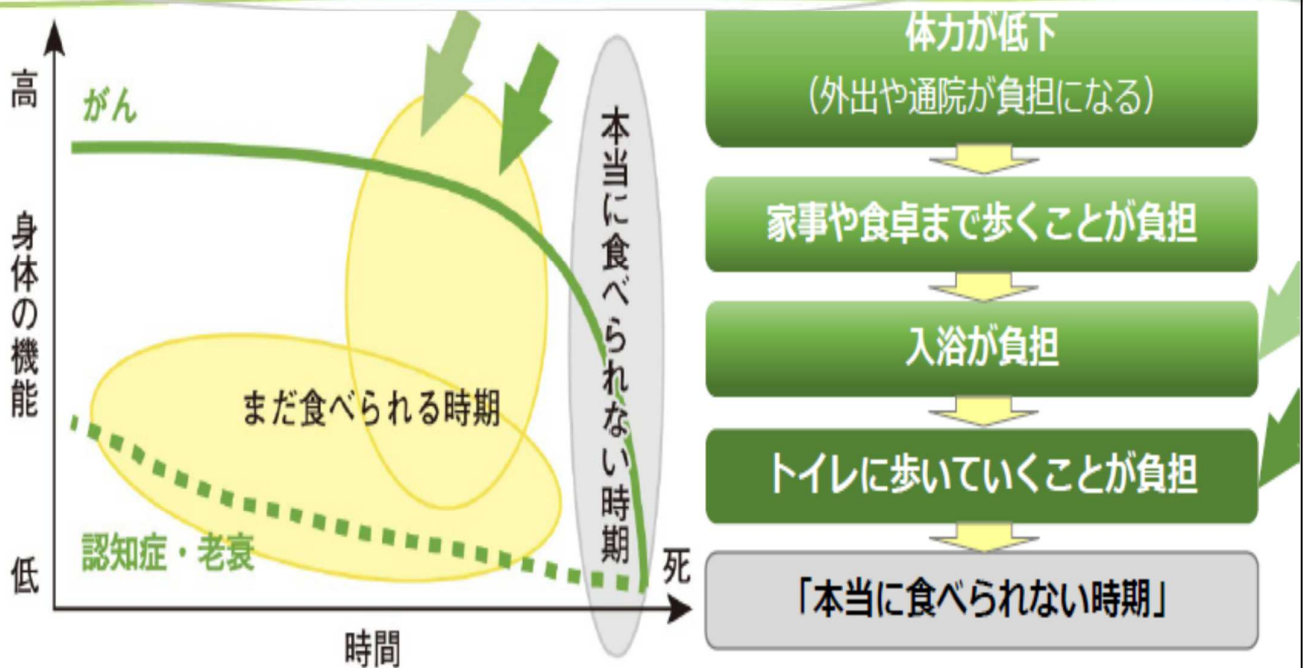
- ・突然発症または再発した病気が原因で、急激に死に至る。

原因別“死”の3パターン



https://www.news-postseven.com/uploads/2020/12/14/seven2101_P124.jpgより引用

「老衰」は徐々に体力・機能が低下し、最終的には「食べられない（水分も摂れない）」

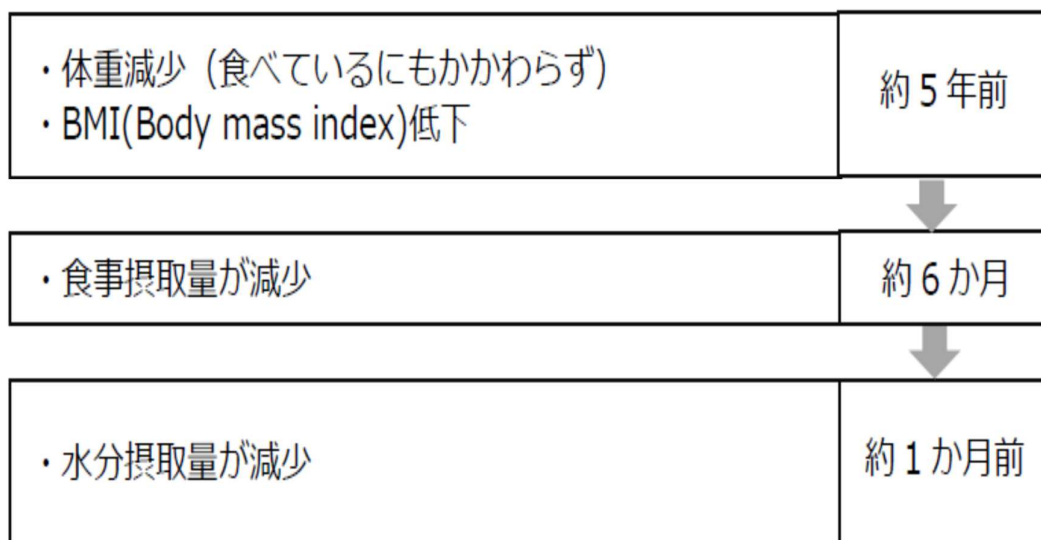


(「暮らしの中の見取り準備講座」大井裕子著 中外医学社)

(令和元年度実践編研修(施設向け)テキスト p64・大井裕子氏 資料)

東京都「暮らしの場における看取り支援事業」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～ より引用

<自然な看取りへのプロセス (非がん高齢者) >



Yoshiaki Kawakami Int. J. Environ. Res. Public Health 2020 より
(大井裕子氏 提供資料)

東京都「暮らしの場における看取り支援事業」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～ より引用

<終末期の身体的・精神的症状例>

- ・ 痛みの出現や悪化
- ・ 発熱
- ・ 呼吸困難
- ・ 腹水、嘔気・嘔吐、腸閉塞
- ・ 体動困難、全身倦怠感、身の置き所のなさ
(終末期に見られる身体的苦痛や不快症状に伴う
落ち着かない状態)
- ・ 栄養状態の低下
(食欲不振、水分量・食事量の減少)
- ・ 排泄障害 (便秘・便失禁、尿量減少・尿失禁)
- ・ 不安、抑うつ、不眠

〈死期が近づくとみられる症状〉

- ・呼吸が不規則に、やがて浅くなる
- ・体温低下、手足の冷たさ・チアノーゼ
(唇や爪の青紫色)
- ・脈拍の乱れ、徐々に確認できなくなる
- ・血圧低下
- ・反応の鈍化、動作減少、傾眠傾向
- ・意識レベルの低下、意識混濁、せん妄、幻覚

〈「全人的苦痛(Total Pain)」～苦痛の4つの要素～〉

身体的苦痛	痛み、他の身体症状、日常生活動作の支障 等
精神的苦痛	不安、いらだち、孤独感、恐れ、うつ状態、怒り 等
社会的苦痛	家庭内の問題、人間関係、経済上の問題、仕事上の問題、遺産相続 等
スピリチュアルペイン (靈的苦痛)	人生の意味への問い、苦しみへの意味を探すような痛み 「生きている意味がない」「何故私だけがこんな目に合うのか…」 等

(令和元年度実践編研修(施設向け)テキストP68・大井裕子氏 資料)
「暮らしの中の看取り準備講座」大井裕子著 中外医学社刊

東京都「暮らしの場における看取り支援事業」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～ より引用

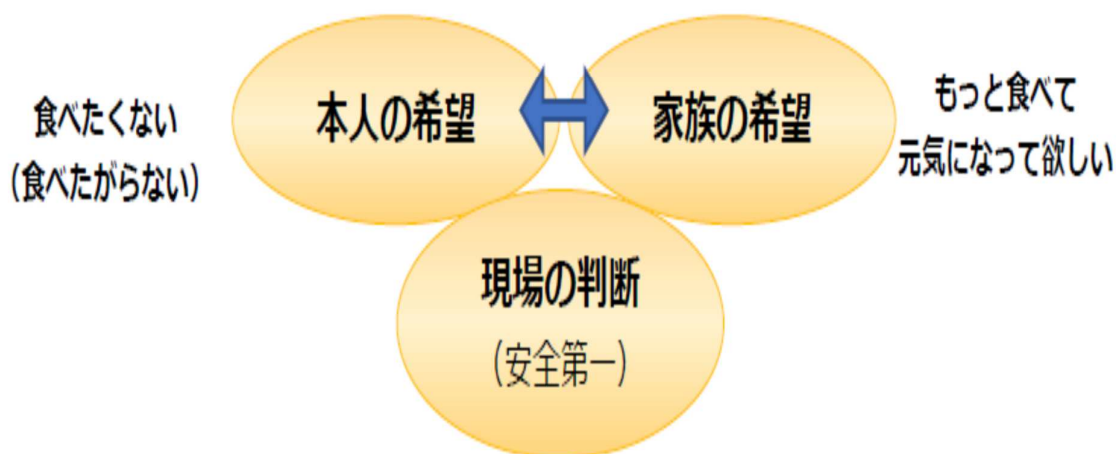
〈身体的苦痛を和らげるケアについて〉

ケアの必要な場面	対応例・要素
食べられないときのケア	<p>*「看取り期」では、無理に食べさせない(食べられない)ことが大前提</p> <ul style="list-style-type: none"> ・原因を見極める： <ul style="list-style-type: none"> ・終末期で食べられないのか/口内炎等なんらかの合併症があって食べられないのか、原因を見極め必要な対応を行う 等 ・嚥下状態を確認する： <ul style="list-style-type: none"> 。唾液が飲み込めているか確認し、口腔ケアを実施する 等 ・認知機能障害があるか： <ul style="list-style-type: none"> ・観察等で原因を探り、必要な対応を行う ・食べることができない部分へ細かい支援をする 等 ・食支援の基本と環境： <ul style="list-style-type: none"> ・飲み込みやすい食事形態の工夫、本人の嗜好に合わせた内容にする ・食べることに適した食事環境か見直す(集中/交流) 等

東京都「暮らしの場における看取り支援事業」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～ より引用

本人の状態・意思と、家族の気持ち、現場の判断の葛藤

一致しないことが多いので、すりあわせることが必要



(令和元年度実践編研修(施設向け)テキストp70・大井裕子氏 資料を参考に作成)

東京都「暮らしの場における看取り支援事業」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～ より引用

ケアの必要な場面	対応例・要素
嘔気と便秘のケア	<p>嘔気について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・取り除ける原因であれば取り除く(必要に応じた医療的な対応) ・食べ物/吐物はできるだけ早く片付ける ・口腔内清拭やうがいで不快感を取り除く ・安静や精神的援助(タッチ・リラックス 他) 等 <p>便秘について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・必要であれば治療や下剤の使用(必要に応じた医療的な対応) ・水分摂取や繊維の多いものを摂取していただく ・リラックスできる環境 ・腹部マッサージ、お腹を温める ・排便時の体位や排便時間への配慮 ・朝食30分後に腸の運動に合わせてゆったり便座に座る 等

(令和元年度実践編研修(施設向け)テキストP23-25・平原佐斗司氏 資料を参考に作成)

東京都「暮らしの場における看取り支援事業」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～ より引用

【注意点】

・たとえば**認知症と老衰が同時に進むと、まだ食べられる時期なのに「食べない」という状況が起こることがあります**。視力や嗅覚の低下で「食べ物と認識できない」ことや、認知症による幻覚や失行により「食べ物に見えない」「食べ方がわからない」ということが起こるからです。従って「本当に食べることがもう出来ないのか？」それとも「まだ食べられるのに、何らかの問題があって食べられないのか？」といった点を見極めて対処していくことが必要です。**多職種間で情報共有しながら、注意深く看取りケアを進めていきましょう。**

東京都「暮らしの場における看取り支援事業」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～ より引用

ケアの必要な場面	対応例・要素
痛みのケア	<ul style="list-style-type: none"> ・適切に鎮痛剤を用いるための援助： <ul style="list-style-type: none"> ・「痛み」についての情報(評価など)を医療者に伝える ・服薬状況の確認(オピオイド鎮痛等の服薬状況など) 等 ・痛みの閾値を上げる(痛みを軽減させる)もの： <ul style="list-style-type: none"> ・安心や穏やかさを提供する(不安などへの対応 等) ・安心できる環境、家族などの支え(一人にしない等) 等 ・ケア:さする、安楽なポジション、環境整備(ベッド他) 等 ・代替療法:アロマセラピー、マッサージ、鍼灸、音楽、リラクゼーション他) 等

(令和元年度実践編研修(施設向け)テキストP23-25・平原佐斗司氏 資料を参考に作成)

東京都「暮らしの場における看取り支援事業」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～ より引用

〈痛みを評価する際のポイント〉

- ◆ 痛みの強さ: 一番強いときと弱いとき、1日の平均
- ◆ 痛みの種類: 安静時・動作時の痛み
- ◆ 痛みの発生時期: いつから痛みを感じるようになったか
- ◆ 痛みのきっかけ: 痛みを引き起こした原因
- ◆ 痛みの影響: 日常生活への支障の程度
- ◆ 痛みの性質: 痛みの感じ方や出現パターン

〈痛みがある場合の確認項目〉

〈痛みの強さについて〉

- ・夜よく眠れますか？
- ・どんなことをした時、痛いですか？
- ・今まで、感じた痛みの中で、どれくらい痛いですか？
- ・今、飲んでいるお薬はどれくらい効いてますか？

〈痛みの経過や性質について〉

- ・いつから？
- ・体のどの場所がどのくらいの範囲で痛いですか？
- ・どんな性質の痛みですか？
- ・ずっと痛いですか？時々ですか？
- ・どんな時に痛みが強くなりますか、また軽くなる時は？
- ・これまでの治療法とその効果については？
- ・副作用は？

フェイススケール

痛みがない ほんの少し痛い 少し痛い 中くらい痛い とても痛い これ以上の痛みがないほど痛い



0

1

2

3

4

5

https://www.keio-palliative-care-team.org/patient/hope/images/diagnosis_img03.gif
より引用

痛みの客観的スケール PAINAD
(Pain Assessment IN Advanced Dementia)

5つの項目を0-3点で評価し、0～10点の合計得点で痛みの重症度を評価する

	0	1	2
呼吸 (非発声時)	正常	随時の努力呼吸 短期間の過換気	雑音が多い努力呼吸、 長期の過換気、CS呼吸
ネガティブな 啼鳴	なし	随時のうめき声、ネガティブで批判的な内容の小声での話	繰り返す困らせる大声、 大声でうめき苦しむ 泣く
顔の表情	微笑 /無表情	悲しい、怯えている/不機嫌な顔	顔をゆがめている
ボディ・ ランゲージ	リラックスしている	緊張/苦しむ、行ったり来たり そわそわしている	剛直/握った拳 膝を曲げる/引っ張る 押しのける/殴り掛る
慰め	慰める必要なし	声掛け、接触で気をそらせる、安心する	慰めたり、気をそらしたり、 安心させられない

Warden, Hurley, Volicer, JAMDA 2003;4(1):9-15(平原佐斗司訳)
(令和元年度実践編研修(施設向け)テキストP21・平原佐斗司氏 資料)

東京都「暮らしの場における看取り支援事業」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～ より引用

ケアの必要な場面

対応例・要素

息苦しきのケア

- * **一番多いケースは肺炎を起こした際の呼吸困難**
- ・包括的呼吸リハビリテーションの実施・継続：
 - ・酸素療法や排痰管理、理学療法的な対応により、呼吸法や、体位による呼吸援助 等
- ・体位の工夫・・・状態を起こすこと：
 - ・心不全の方は、なるべく身体を起してあげると楽になる
 - ・肺炎の後などは、身体を起すことで、身体機能への刺激となって排痰や飲み込みがしやすくなる・・・といわれている
- ・日常生活の工夫・・・室内動作法の点検他
- ・環境整備：
 - ・窓を開けて換気、顔に風があたる、風通しを良くする 等
 - ・ゆったりとした衣類、心地よい寝具 等
- ・精神的ケア：傾聴、タッチ、安心を与える
- ・口腔ケア：心地よい口腔ケアが重要(肺炎の防止)

(令和元年度実践編研修(施設向け)テキストP23-25・平原佐斗司氏 資料を参考に作成)

東京都「暮らしの場における看取り支援事業」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～ より引用

【環境整備】

- ・利用者、家族が落ち着いて過ごせるように配慮
 - 酸素、点滴など医療機器などの配置
 - 快適な室温、湿度（室温18～22℃、湿度55～65%程度）
 - 冷暖房などによる風が直接当たらないようにする
 - 日差し、照明の調節
 - 部屋、ベッド周囲を清潔に保つ
 - 利用者・入居者が好きな音楽、香りなどの使用
 - 利用者・入居者が好きだった物を本人がみえる場所、触れられる場所に置く
 - ベッド周囲など、本人に聞こえる場所での会話に注意

【清潔の保持】

- ・皮膚の生理機能を保つ＝QOLの維持
 - 保湿機能、体温調節機能、免疫機能などを正常に働かせるために必要
 - ・スキンシップによるコミュニケーション機能
 - ・爽快感を得てもらう
 - ・血行促進効果
- 負担をかけない範囲で入浴を行う⇒寝浴等の活用
状態により清拭を行う場合も、手浴、足浴
寝衣、寝具を清潔に保つこと
朝・夕の洗顔
口腔ケア

【食事・水分】

食べたい(飲みたい)時に、食べたい(飲みたい)物を、食べたい(飲みたい)量だけ

食べる、飲むこともエネルギー消費され、体力を低下させる
誤嚥のリスクもあり

本人が好む物、摂取しやすい形態で
提供する時間、場所 など

医師、看護職員、栄養士、言語聴覚士等多職種で相談

【排泄】

羞恥心は最後まで残る感情の1つ。

尊厳を守る、QOL向上という意味でも重要なケア。

(ケアのポイント)

- ・排尿・排便の量や回数、性状を観察し、記録する
- ・便秘の有無、腹部膨満感などの不快感の有無、浮腫の有無を確認する。
- ・便秘や腹部膨満感に対しては、腹部マッサージや温罨法などを実施。必要に応じて医師に相談。
- ・体位を工夫する。座位の方が腹圧がかかりやすいため排泄しやすい。
- ・排泄の状況に応じて、排泄の方法やケア方法を検討する。
- ・陰部や臀部の清潔を保持し、尿路感染や皮膚トラブルの予防を図る。
- ・プライバシーの保持に務める。

〈死が迫っていることを示す兆候の類型と家族への説明〉

* 例外はあります

呼吸の変化	<p>呼吸が不規則になり、呼吸が少しの間(10~20秒)止まったりします。 肩やアゴを動かして息をしたりします</p> <ul style="list-style-type: none"> ・呼吸リズムの変化(チェーン・ストークス呼吸) ・死前喘鳴(ゴロゴロと言う音が混じる)、下顎呼吸、喘鳴 <p>→家族等には、これらは自然な現状なので、「本人は苦しさを感じていることはないといわれている。呼吸が止まったり、アゴをあげたりするようになったら、お別れが近づいている」ことを伝える。(会わせたい人にはすぐ連絡を！)</p>
意識・認知機能の変化	<p>徐々に眠っている時間が長くなり、眠り込んで声をかけてもだんだん目を覚ますことが少なくなります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・意識レベルの低下、昏睡 <p>→家族等には、眠っている時間が長くなってきたら、「話しておきたいことがあれば早めに」等を伝える。</p>
経口摂取の変化	<p>食べたり、飲んだりすることが減って、無理に口に入れるとむせたり、飲み込みにくくなります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事・水分が取れない、嚥下障害 <p>→家族等には、身体が徐々に受け付けなくなっているの、「無理に食べさせるのではなく、本人が食べたい時に食べさせる。氷片や好きな飲み物による口腔ケアなどが喜ばれることもある」ことを伝える。</p>

皮膚の変化	<p>血圧が下がり、血流が悪くなるために起こる現象です</p> <ul style="list-style-type: none"> ・網状の皮膚(チアノーゼ)、色調の変化、四肢の冷感、口唇・鼻の蒼白 <p>→家族等には、手足をさすったり、マッサージを勧め、手足の冷たさが気になる時は、上に何か欠けて保温調整するよう伝える。</p>
情動的な状態の変化	<p>身体の状態が低下するため、脳の機能が低下して、人によっては、せん妄といわれる興奮状態が起こることがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・落ち着かなさ、身の置き所のなさ、精神状態の悪化 <p>→家族等には、薬や痛み、精神病や認知症等によるものではない。自然な現象なので動揺しないように伝える。</p>
全身状態の悪化	<ul style="list-style-type: none"> ・身体機能の低下、臓器不全
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・医療者の直感

(OPCARE9プロジェクトによる国際同意2013)

(令和元年度実践編研修(施設向け)テキストP11・平原佐斗司氏 資料を参考に作成)

東京都「暮らしの場における看取り支援事業」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～ より引用

〈死亡直前の変化とケアの視点〉

※約20%の人はこのような経過をたどらず、急になくなることがあります。

時期	症状	状態の説明	ケアのアドバイス
死亡1週間前頃	意識の混濁・うわごと	だんだんと眠っている時間が長くなる/辻褄の合わないことを言う	伝えたいことがあれば今伝えておく/穏やかに優しく話しかける
	嚥下困難	飲み込みにくく、むせたりし、食べる量が減ってくる	身体がエネルギーや水分を必要としなくなっている
	尿量減少	尿量が減ってくる	
1・2日～数時間前	昏睡	声をかけても目覚めなくなる(半数)	苦痛が少なくなっている
	死前喘鳴	喉元でごろごろする音が聞こえる	眠っているため本人の苦しさは少ない/脳の循環が低下して起こっており(自然現象)、不快や苦しみの表現ではない
	チェーン・ストークス呼吸	脳の状態や循環状態が悪くなると、呼吸の指令にずれが生じ、呼吸増大と減少を繰り返す	
数時間～死亡直前	下顎呼吸	喘いでいるように見えても、苦しいからではない	聴覚は最後まで残ると言われているため、お別れを言ってあげるとよい
	四肢冷感、チアノーゼ、動脈触知不可	血圧が下がり、循環が悪くなっている	

(令和元年度実践編研修(施設向け)テキストP15・平原佐斗司氏 資料)

〈晚期死亡前兆候(死亡当日に生じる兆候)〉

※必ず起こるわけではないが、出現した場合死の確立が高い

死前喘鳴	呼吸
下顎呼吸	
四肢のチアノーゼ	循環
橈骨動脈の触知不可	

(森田達也ら 死亡直前と看取りのエビデンス2015 医学書院より令和元年実践編研修(施設向け)テキストP12・平原佐斗司氏 資料を一部加工して転記)

東京都「暮らしの場における看取り支援事業」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～ より引用

【死前喘鳴への対応】

死前喘鳴＝気道を閉塞していることによるゴロゴロした音

〈原因〉

- ・唾液の飲み込みが困難
- ・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 等

※死前喘鳴を呈する方のほとんどは意識が高度に低下している。

➡苦しさを覚えることはほとんどない。

意識があり、苦しさを覚えている場合の対応

・**頭部の軽い後屈、側臥位にする**

(分泌物、舌根沈下の影響を少なくする。)

〈看取り時の対応〉

重要なのは「**慌てないこと**」

いつものケアの時と同様に

手足をさするなど、穏やかに接すること。

※ 聴覚は最後まで残ると言われているので、
家族等と共に、穏やかに話しかける。

- ・感謝やねぎらいの言葉をかける
- ・お別れの言葉等を伝える など

最後のお別れの時間をサポートする。

参考

〈死戦期呼吸について〉

死戦期呼吸とは・・・

心停止間近あるいは心停止後数分に生じる、あえぐような呼吸。一見「呼吸がある」ように見えるが、よくみると胸郭が動いていないのが特徴。

あえぎ呼吸、下顎呼吸ともいわれる呼吸中枢機能の消失による異常な呼吸パターン。「心停止＝死戦期呼吸」とは言い切れないが、死期が近い人にみられる。

(見極め方)

- ①開口したまま深い努力様呼吸をするが、胸郭の上下運動がない
- ②吸気は不規則
- ③毎分数回以下の徐呼吸
- ④呼吸休止時間が長く、呼吸休止時間は徐々に延長する
- ⑤「口をパクパクしている」「下顎だけ前に出している」「頭を前後に動かしている」ように見える

患者の呼吸は苦しそうに見えるので、家族へ説明して寄り添うこと。

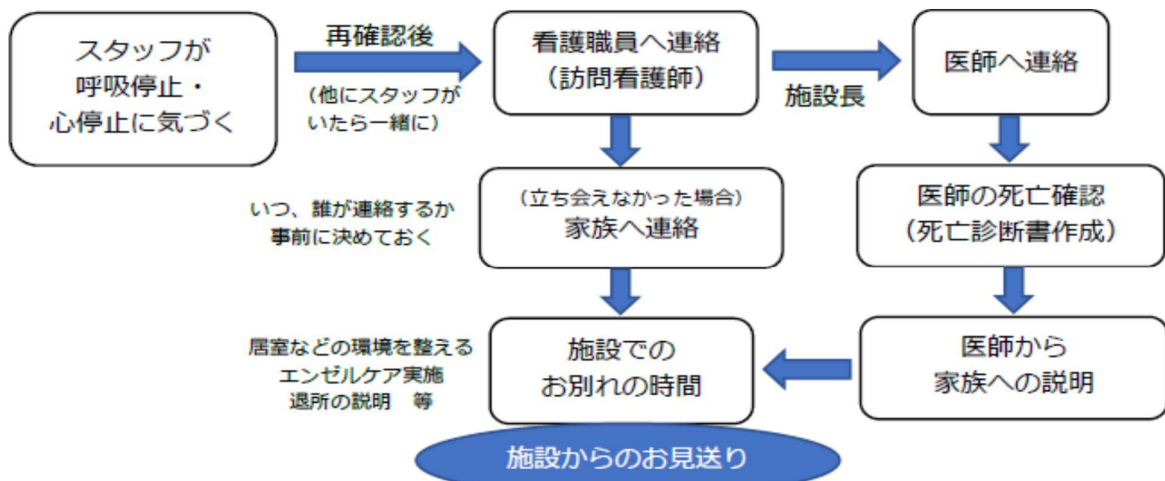
慌てないために、呼吸停止時の連絡体制を確認しておくこと

<マニュアルに記しておく項目(例)>

- ・ 連絡体制(連絡先/連絡手段、日中/夜間/休日 等)
- ・ 医師への連絡方法(日中/夜間/休日/不在時の代替りの医師)等*
- ・ 対応フロー

*夜間連絡体制例は「2. 介護・医療間の連携」の章を参照

<スタッフが呼吸停止・心停止を確認した場合の対応フロー(例)>



東京都「暮らしの場における看取り支援事業」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～ より引用

◆「医師」の死亡診断は翌朝でも可能。
そのためにも施設内での体制整備が重要。

死亡診断は医師が行う。

施設・在宅での看取りでは、必ずしも医師が居るタイミングに利用者の「最期の時」を合わせることができない。

➡医師が確認するまでの間に、施設の介護職員、看護職員が、呼吸が止まった時間等を記録して報告するなどの対応をする必要がある。

◆「医師を呼ぶタイミング」
「それまでに施設のスタッフがすべき対応内容」等も、
施設としてルールを決めてマニュアル化する。

予め「どのような状態になったら、医師を呼ぶか」について、曜日、時間帯別の連絡方法など含め協議の上、取り決めて明文化し、マニュアル化しておく。配置医師等が不在の対応等についても併せて検討する。

【臨終の告知後のケア】

〈臨終直後〉

- ①医師が臨終を告げて頭を下げた時、立ち合ったスタッフも亡くなった利用者様とご家族に向かって心をこめて丁寧にお辞儀をする。
- ②不用意な言動、表情に注意する。
- ③生きているときと同様にご遺体を気遣う。

〈お別れの時間〉

- ④「しばらくの時間、皆さまでお過ごし下さい。事務所におりますので、何かございましたらお声をかけて下さい」

※お別れの時間をつくる。

- ・スタッフは退室前に、血圧計などの機械類を取り外し、機械類をベッドから遠ざけスペースを作る。
- ・エアウェイ等口、鼻に入っている器具なども、ご家族に了承を得てから取り外す。点滴、バルンカテーテルなど顔以外についていた機材は清拭時等に外すと良い。

⑤「お別れがすみでしたら、声をかけてください。」

※時間がないなどご家族の事情がある場合は、ご家族の都合に合わせて時間を調整。

〈お別れ後の流れ〉

⑥「ご本人に代わってお体をきれいにしたり、着替えなど身支度をしたあとにお帰り頂きます。ご希望の着物や洋服がありましたらご準備願います。」

⑦「どのような方法でお帰りになりますか？」

※葬儀社の確認、稀に自家用車でお帰りになる方もみえます。

葬儀社の場合、お迎え時間の確認をします。

こちらから時間を伝える場合、「清拭やお着替えなどの時間をいただきますので、〇時頃とお伝えいただくと良いと思います」

〈清拭、着替え等の処置〉

⑧「これからお体の清拭や着替えをさせていただきます。」

ご家族に退室していただくこともあるが、一緒に清拭、着替えをして頂くのも良い。「ご一緒になさいませんか？」など、声をかけてください。

一緒に行わない場合でも、顔を拭くなどをご家族に促す。

〈お見送り〉

⑨葬儀社の方がみえたら、「よろしくお願ひします。」と声をかけたあと、ご家族にお辞儀。お部屋から送り出す際も頭を下げて見送り、ご家族に続いて玄関まで移動。

その際、フロアにいる入居者や、仲の良かった入居者の中には声をかけ、一緒に見送ってもらう。

葬儀社の車が出る際にも頭を下げて見送り、その後ご家族の車も見えなくなるまで見送る。

【グリーフケア】

看取りによる喪失への悲嘆の反応＝グリーフ(Grief)

◆喪失感／虚無感／罪悪感・・・等

- ・もう会えない、もう話せない、心の支えを失ってしまった
- ・十分な世話をしあげられなかった、あれで良かったのだろうか
- ・間に合わなかった

◆パニック、混乱、悪夢、集中力や意欲の低下、人と会いたくない・・・等



残された家族の悲しみを支えつつ、残された家族等が新しい生活環境に適応していくことをサポートする(遺族ケア)

ケアチームができるグリーフケアの例

対応例	背景・理由
生前の看取りケア期に家族等も積極的に参加していただく	「十分にやれることはやった」という満足感・達成感があると、看取り後の「負の感情」が少なくなる
晩年の故人をよく知る一人として、家族等のよき話し相手になる	語りを促して、心の中に起こっている様々な感情も含めた体験談や、故人との思いで話などを聞くことは悲嘆の軽減や日常性を取り戻すきっかけにつながる
悲しみのストレスを感じていることは悪いことではないと伝える(病気ではなく普通の事 等)	十分に悲しみ、何らかの方法でそれを表出し、誰かに受け止めてもらい、自ら悲しみを整理することは悲嘆を軽減する一助になる
上手に息抜きすることも大事であると伝える	故人をしのぶあまり、気分転換することに罪悪感を抱くケースもある
スタッフと家族等が話せる機会をつくる(お別れの会・遺族会 等)	晩年の故人を知るスタッフは、家族等にとって泣いても笑ってもいい、思いを語り合しやすい雰囲気・関係性がある

東京都「暮らしの場における看取り支援事業」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～ より引用

【デスカンファレンス】

看取り介護の振り返り

看取りに関わったスタッフ自身の心のケアを行う機会

「できたこと」「できなかったこと」を洗い出して検証する

※反省ばかりでなく、「できたこと」を積極的に評価

(デスカンファレンスの効果)

◆事例の振り返りによって、その事例の全体像を改めて見つめ直すことができる

- ・学んだことの整理(良かった点/もっとよくするために何ができるか 等)
- ・「もっと・・・だったのではないか」というような不完全燃焼のような思いやモヤモヤ感(ちょっと言いにくいようなこと)を落とし込む機会になる
- ・時間の経過により新たな気づきを得る
- ・スタッフの思いや感覚(喪失感や不全感等)を共有し、スタッフへのグリーフケアの機会となる
- ・それぞれが得た実践の知恵をわかちあうことで、チームとして成長する機会となる

〈デスカンファレンス実施のポイント〉

「安心して語れる場所」であることの保障

(雰囲気、自分たちのための場という共通認識)

(話し合う内容 例)

○各自の活動レビュー:

- ・できたこと/できなかったこと、よかったこと、難しかったこと
- ・今後に向け学んだこと、より良くするためにできること
- ・まだモヤモヤと心に残っていること
- ・印象に残るエピソード 等

○看取り介護開始時期の妥当性

○看取り介護実施の評価(その人らしさの実現、症状へのケア、苦痛への対応等)

○看取り介護計画(看取りケアプラン)の評価(内容、実際 等)

○本人の意向の確認

○看取り介護の中で工夫したこと

○本人・家族等への対応(身体的・精神的・社会的な問題 等)

○看取り介護の満足度(総合評価、家族満足度の推定 等)

○亡くなった方の最後の表情/看取った家族の表情・家族からの言葉

○その他 気になったこと 等々

Ⅱ. 終末期に関する本人の意思確認の方法

【終末期における意思決定支援の流れ】

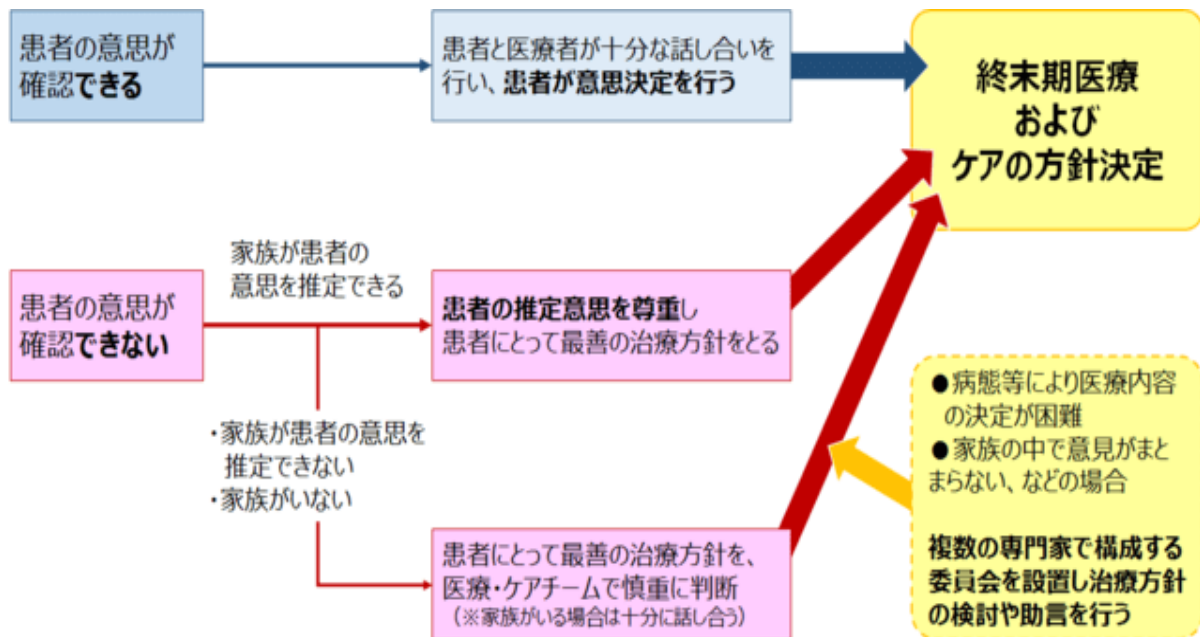


図:「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」での方針決定の流れ

https://www.tyojyu.or.jp/net/byouki/imgs/fig_shumatsukinoishiketteigideline.pngより引用

【人生会議(アドバンス・ケア・プランニング:ACP)】

起点となるのは、本人が「大切にしていること」

【話し合いの進め方(例)】

あなたが大切にしていることは何ですか？

あなたが信頼している人は誰ですか？

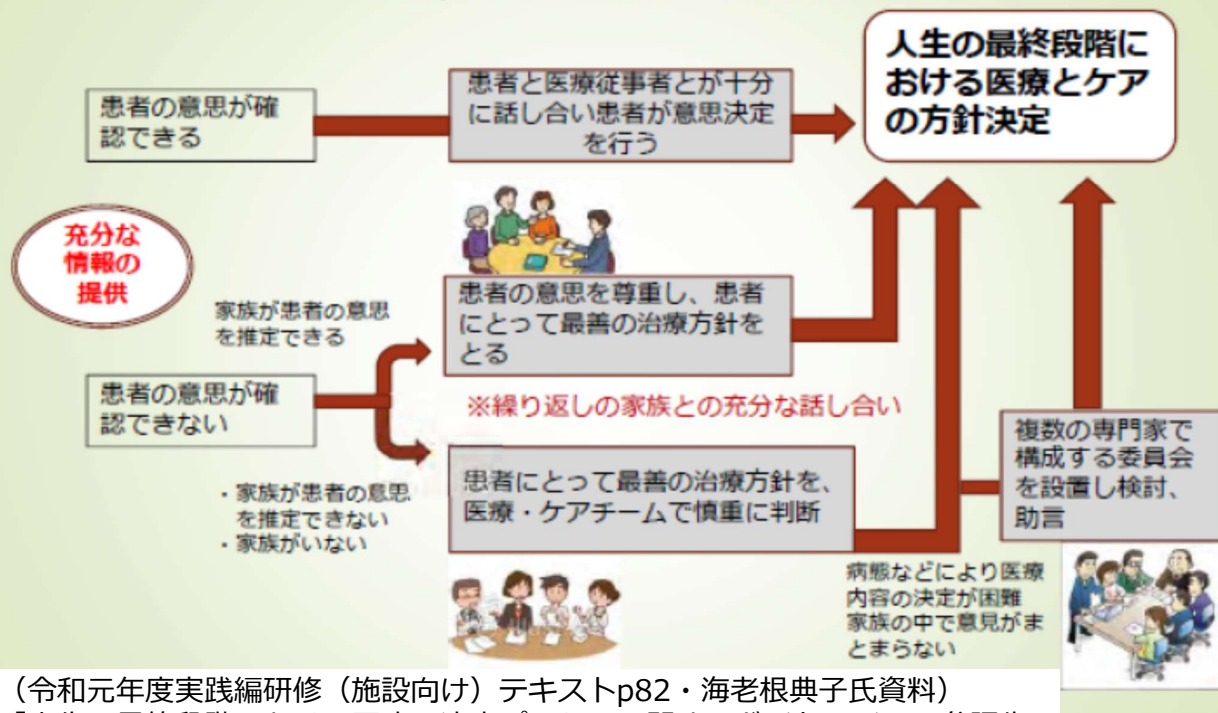
信頼できる人や医療・ケアチームと話し合いましたか？

話し合いの結果を大切な人たちに伝えて共有しましたか？

心身の状態に応じて意思は変化することがあるため、
何度でも 繰り返し考え 話し合いましょう

介護スタッフのための医療の教科書「看取りケア」より引用

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
ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念を盛り込む



(令和元年度実践編研修(施設向け)テキストp82・海老根典子氏資料)
「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」参照先
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>

東京都「暮らしの場における看取り支援事業」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～ より引用

【注意点】

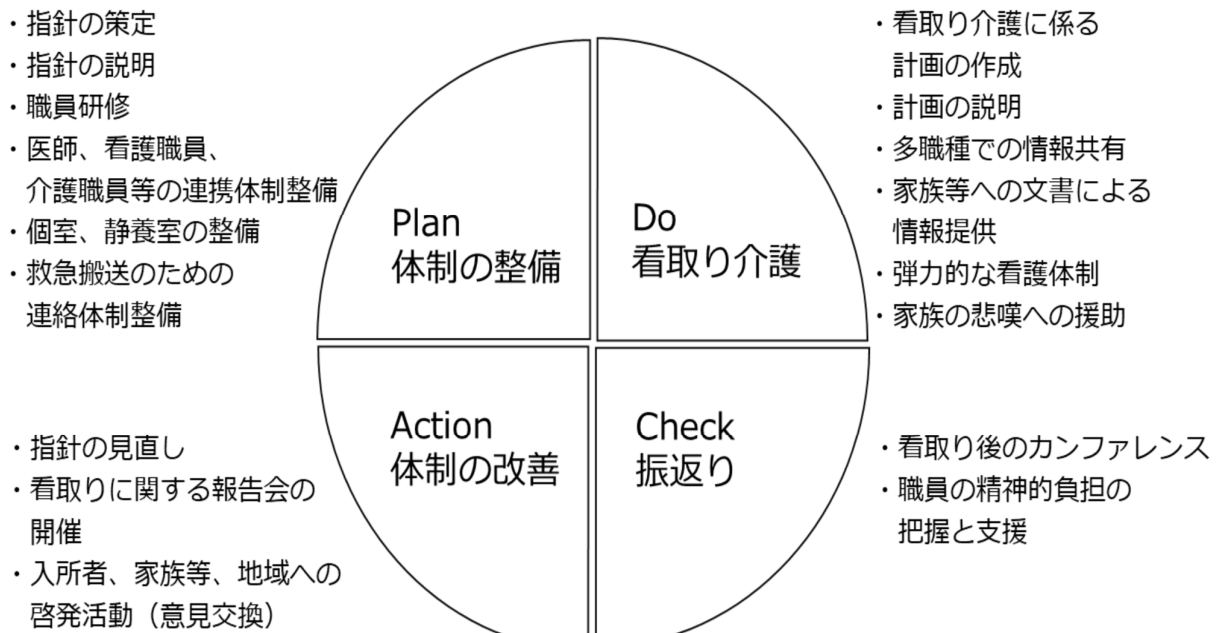
- ・人生の最終段階に差しかかっている人の中には、認知症になっている方も多くいます。その意思決定支援の考え方については、2018年に厚生労働省がガイドラインを発表しています。要点は以下の通りです。
1. 基本原則は「本人意思の尊重の優位性」。本人には意思があり、それが原則尊重される。
 2. 意思決定能力の評価については、総合的で適切な判断が求められると同時に、認知能力を向上させる働きかけも求められる。「意思決定能力の評価判定」、「本人の能力向上支援」、「意思決定支援活動」を一体的に行う必要がある。
 3. 早期からACPに取り組み、先を見通した支援を繰り返し行う。
 4. 意思決定支援チームを構築することの重要性。これまでのACPの取り組みやチームがあれば、連携していくことも必要である。

<厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」>
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>

東京都「暮らしの場における看取り支援事業」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～ より引用

Ⅲ. 終末期体制の構築、医療職等他職種との連携方法

<施設における看取り介護の体制構築・強化に向けたPDCAサイクル>



(厚生労働省 老健局／令和元年度実践編研修(施設向け)テキストp84・海老根典子氏 資料)

東京都「暮らしの場における看取り支援事業」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～ より引用

【各職種の看取り介護における役割】

職種	主な役割
管理者	看取り介護の総括管理、諸課題の総括責任
医師	看取り期の診断、指示
	家族への説明(インフォームドコンセント)
	緊急時、夜間帯の対応と指示、各協力病院との連絡、調整
	定期的カンファレンス開催への参加
生活相談員 ケアマネ ジャー	死亡確認、死亡診断書等関係記録の記載
	継続的な家族支援(連絡、説明、相談、調整)
	随時の家族への説明と、その不安への対応
	看取り介護にあたり多職種協働のチームケアの連携強化
	定期的カンファレンス開催
管理栄養士	緊急時、夜間帯の緊急マニュアルの作成と周知徹底
	死後のケアとしての家族支援と身辺整理
	利用者の状態と嗜好に応じた食事の提供
	食事、水分摂取量の把握
管理栄養士	定期的カンファレンスへの参加
	必要に応じて家族への食事提供

看護職員	医師または病院など医療機関との連携
	看取り介護にあたり多職種協働のチームケアの確立
	看取り介護に携わる全職員へ死生観教育と職員からの相談機能
	看取り介護期における、状態観察の結果に応じて必要な処置への準備と対応
	疼痛緩和、安楽な状態維持のための工夫
	緊急時対応(オンコール体制)
	随時の家族への説明と、その不安への対応
	定期的カンファレンスへの参加
介護職員	きめ細やかな食事、排泄、清潔保持等のサービス提供
	身体的、精神的緩和ケアと安楽な体位の工夫
	こまめな訪室、十分なコミュニケーション及びスキンシップ、言葉かけ、見守り
	状態観察、食事・水分量の把握、浮腫、尿量、排便量等のチェックときめ細やかな経過記録の記載
	定期的カンファレンスへの参加
	家族支援

〈医師との連携〉

- ◆ 本人・家族の希望を共有
 - ・施設の場合は、施設の看取り指針などの方針、看取り体制についても共有しておく
 - ・本人、家族の意向で、最終的に病院へ搬送する場合もあるため、搬送先の医療機関との情報共有も行う

- ◆ 予測される状態の変化とその対応方法の確認

**良好な連携体制が終末期
ケアの質を上げる**

〈看取りにおける役割と連携のためのカンファレンス〉

多職種連携を進める際には、カンファレンスを有効活用する。

(カンファレンスは「3つの場」)

①情報共有

各自が持っている情報を共有し、「さらに必要な情報は何か」を把握

②問題点を明確にする場

スタッフが感じている「難しさ」等の問題点を明確化

③解決のアプローチを検討する場

方策を検討し、次にやってみること等を確認

(令和元年度実践者研修(施設向け)テキストP94 栗原幸江氏 資料を参考に作成)

東京都「暮らしの場における看取り支援事業」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～ より引用

【カンファレンスの留意点・話し合うべきこと (特に普段のケアカンファレンス)】

- ・ ケアカンファレンスは、利用者の状態変化に合わせて適時開催する
- ・ 出来るだけ関係する多職種が一同に介して実施する
- ・ 開催のタイミングは、日々実施される申し送り前後の時間を使うなど、多職種が顔を合わせる前後の時間を活かすなど工夫する (参加しやすい)
- ・ 話し合うべき内容は以下のとおり
 - 本人の状態の共有
 - スタッフの不安や気になること
 - 家族の意向に変化がないか
 - キーパーソンの変更がないか (入院など)

東京都「暮らしの場における看取り支援事業」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～ より引用

◆医師、外部の看護師等他職種とは、日頃から円滑なコミュニケーションを心がける。

◆訪問診療等の機会を有効活用し、情報を共有する。

但し、医師への情報提供、相談の前に、しっかりと本人・家族の意向、ケアの方針などをスタッフ間で申し合わせておくことも必要。

◆終末期を支えるケアの質を左右するのは看護職員の力。

でも、それを支えるのは日々のケアを行っている介護スタッフからの情報。

相互の情報交換、意見交換をまめに行うことが重要。

参考

適切なタイミングで、適切なケアを行うために、
カンファレンスで話し合う際に使用したシートの例

本人の身体的状態	本人の気持ち	家族の気持ち	本人へのケア	家族へのケア

IV. 家族のサポート

家族も看取りチームの一員であるとともに、当事者であることを忘れない。

〈家族支援のポイント〉

- ◆信頼関係をつくり、協力して看取りケアにあたる。
- ◆スタッフの対応にばらつきがないように配慮する。
 - ➡家族からの情報等はスタッフ間で共有しておくこと。
- ◆カンファレンスには家族も参加してもらう。
家族にも「役割」をもってもらおう。

- ◆家族からの情報が「その人らしさ」を支えるケアには重要。

しっかりと家族の思いも含め、話を聞く機会を持つ。

- ◆家族の揺らぐ気持ちを理解し、傾聴する。
- ◆死に至る自然な経過を、事前に説明しておく。
- ◆看取りの意向はいつでも変更できることを伝えておく。
もし意向が変わっても批判・非難はしない。
- ◆家族が本人と過ごす時間(看取りに至るまでの時間)を望むような形で過ごせるような環境の提供。



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)



これからの 過ごし方 について



- ほとんどの方がこのような経験は初めてだと思います。心配や不安なことを感じるのはあたりまえのことです。わからないことや相談したいことがあればその都度看護師や医師に声をかけてください。
- このパンフレットは自宅、病院など、さまざまな場面で使用します。
- 一般的な事項が書いてあります。患者さんによってはあてはまらないこともあります。

説明を
受けた方

説明を
した人

月 日

これからの過ごし方について

今、どのようなことがご心配ですか？

■患者さん・ご家族の心配・不安

苦しそうに
している…

意識が
ぼんやり
している

少しの水しか
飲めない…



これからどのように変わっていくのでしょうか？

【これからどうなるのでしょうか】 P3

苦しさは増えていくのでしょうか？
苦しさを和らげてもらえるのでしょうか？

【苦しさは増すのでしょうか】 P5

つじつまの合わないことを言ったり
手足を動かして落ち着きません。

【つじつまが合わず、
いつもと違う行動をとるとき】 P7

のどがゴロゴロしていて苦しそうです。

【のどが「ゴロゴロ」するとき】 P9

食べられないし水も飲めないので
衰弱していくのではないかと心配です。

【点滴について考えるとき】 P11

これからどこでどのように過ごしていきたいですか

※患者さんがお話できないときは、以前の意思をお知らせください

- できるだけ苦しくなく穏やかに過ごしたい
- ご家族に囲まれた中で過ごしたい
- できるだけ家族でみてあげたい

■過ごしたい場所

- 病 院
- 自 宅
- 介護施設
- そ の 他
()

■付きそいをしたい・一緒にいてあげたい人

- できるだけご希望に沿って過ごせるようにサポートしていきます。
- 患者さんのお体の状態によっては、ご希望の療養場所への移動が負担となることもあります。

12-1
過ごし方1

こんなケア・工夫をします

●定期的にお体の状態をみていきます

- ・脈の数や触れ方、手足の温かさ、息の仕方などからお体の状態を判断します。



●患者さんが苦しくなく過ごせるように、苦しさがある場合は薬をつかえるようにしておきます

- ・苦しさ(痛み・息の苦しさ・吐き気など)があるときには、必要な薬をあらかじめ使えるようにします。
- ・身の置き所がない、落ち着かない場合には、一時的にお休みできるように薬を使うこともできます。
- ・お体の状態にあわせて、適切で安全に薬が使われているかを観察します。
- ・患者さんのお体の状態によっては薬の作用が強くなる場合があります。予測される変化をその都度お知らせし、対応します。



●患者さんの負担になる検査や治療を見直します

- ・採血やレントゲンなどの負担になる検査は必要最少限にしていきます。
- ・痰の吸引が患者さんにとっては苦痛となることがあるので、吸引は控えて痰の分泌をおさえる薬を使うこともあります。
- ・点滴を行うことで、逆にむくみや息苦しさが増すことがあるので、点滴の量を調節します。



●日々の生活が安楽に過ごせるようにお手伝いします

- ・お体を動かさなくても床ずれができないように、定期的に体の位置やマットを工夫していきます。
- ・患者さんの状態にあわせて、お体を拭いたり髪や手足をきれいにします。
- ・お腹の張り具合などをみながら排便の調整をします。
- ・負担のない排尿や排便の方法を提案します。



●ご家族の心配事が少なく、ご希望がかなえられるようにお手伝いします

- ・ご家族の心配事・ご希望をその都度伺います。



こんな時は、連絡してください

- ・おくすりを使っても痛みや息苦しさが楽にならない。
- ・原因はわからないけど何か苦しそうで落ち着かない。

・

これからどうなるのでしょうか

1週間前頃～の変化



だんだんと眠られている時間が長くなっていきます

夢と現実をいったりきたりするような状態になることがあります。その時できること、話しておきたいことは先送りせず、今伝えておく様にしましょう。

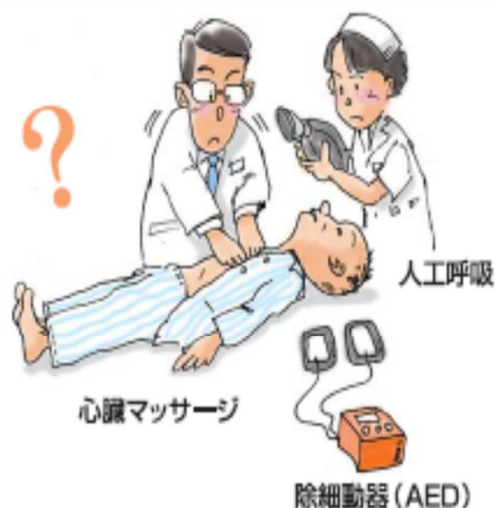
1、2日～数時間前の変化



声をかけても目を覚ますことが少なくなります

眠気が増すことがあります。眠気があることで、苦痛がやわらげられていることが多くなります。

心臓や呼吸がとまるとき／と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？



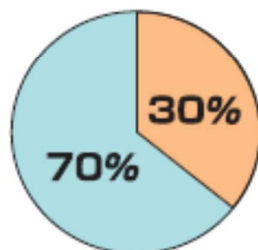
- 突発的な不整脈や事故ではなく、全身の状態が悪くなった患者さんの場合、人工呼吸や心臓マッサージなどの心肺蘇生で回復できることはほとんどありません。
- 人工呼吸や心臓マッサージそのものが患者さんにとっては苦痛となる可能性があります。
- 直前までお元気だった場合を除くと、心肺蘇生は行わずに静かに見守ってあげるのがよいと思います。
- 事前に医師や看護師と話し合っておきましょう。

■患者さん・ご家族のご希望

心臓マッサージや人工呼吸を 希望する 希望しない 今は決められない

苦しさは増すのでしょうか

この先はもっと苦しさが増すのでしょうか？



70%の方では、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。



30%の方では、痛みやつらさを和らげるために、睡眠薬で「眠っていて苦しくない状態」をつくる必要がある場合もあります。患者さんやご家族の希望にそって「数時間だけ眠る方法」や「持続的に深い眠りを維持する方法」があります。

睡眠薬や鎮痛薬を使うと寿命が縮まるのでしょうか？

- ほとんどの場合、苦しさの原因となっていることそのものが生命機能の維持が難しいことを示します。例えば「呼吸が苦しい」のは体を維持するだけの酸素を肺にとりこめないことが原因なので、睡眠薬や鎮痛薬を使わなかったとしても生命の危機が訪れます。
- 睡眠薬や鎮痛薬を使った方と使わなかった方で「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致命的な合併症は数%以下であることが確かめられています。
- 使用する薬物の量は「苦痛のとれる最少の量」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。



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

ご家族は次のことを知っておいてください

Q. 寝ている状態で苦しさは感じてないの？

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



●一旦休まれた後も、半数ぐらいの方は意識が戻ります。

苦しくなければ…

そのときお話しができることがあります。様子を見て睡眠薬を中止することもできます。

苦しければ…

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

Q. 苦痛を和らげる方法は他になかったの？

A. ご心配や質問がございましたらいつでもお声をかけてください。医療チームで十分に検討します。

Q. もう話ができないの？

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

患者さんが休まれているときも、こんなことをしてあげてください



手足をやさしく
マッサージする



患者さんのお気に入りの
音楽を流す



いつものようにご家族で
普段のお話をされる



唇を水や好きな飲物などで
やさしくしめらせてあげる

眠っていても、ご本人が好きだったこと、気持ちが良かったことなどを一緒に考えながら看護させていただきます。

つじつまが合わず、いつもと違う行動をとるとき

このような状態をせん妄といいます

どうしてこんなことがおこるのでしょうか？

酸素が少なくなったり、
肝臓や腎臓の働きが悪くなって
有毒な物質が排泄されなくなるので、
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。

興奮が激しいときは
お薬を使うことで
ウトウトしてきます。

7割の方は自然とウトウト
されるようになります。



●がんが進行した方の70%以上の方におこります。

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

ご家族もつらいお気持ちになられると思います

例えばこのようなお気持ちを感じる方もいらっしゃいます。

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…

ひとりでみているのが心配…

十分なことをして
あげられない

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…

このような
お気持ちは
当然のことです。

もうクタクタで
休みたい!

どうしていいのが
分からない

ひとりで考えこまずに、そばにいる誰かにお気持ちをお話してください。
医師や看護師にいつでも相談してください。

のどが「ゴロゴロ」するとき

どうしてこのような症状が起こるのでしょうか？

- ・からだが弱ると、うとうとと眠りが深くなるようになります。そうすると、唾液が上手く飲み込めなくなるため、のどにだ液がたまって「ゴロゴロ」する状態になります。



- ・この症状は、約40%の方に起こります。
- ・自然な経過のひとつです。

症状を和らげるためにこのような方法があります

- ・からだの位置を工夫します。

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



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

- ・分泌物を減らす薬を使用します。
約40%の方に有効です。
眠気が強まる場合があります。



- ・分泌物を細い管で吸い取ります。(吸引)
分泌物の状態によっては、繰り返しの吸引が患者さん

ご家族も見ていてつらいお気持ちやご心配になられると思います

Q. 「ゴロゴロ」は苦しいんじゃないの？

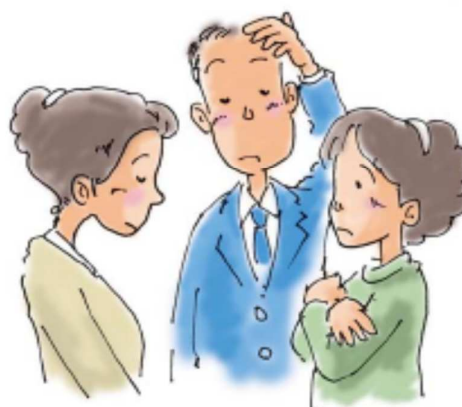
- A. ・深く眠っている場合は、私たちが思うほど強く苦しさは感じていません。
・表情などからつらいかどうかを判断できます。ご家族が見ていてつらそうであれば、一緒に確認しますので医師や看護師にお伝えください。
・苦しさがあるかどうかを注意深くみます。

Q. おぼれるように息が詰まってしまうのでは？

- A. そのようなことが起こらないように患者さん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。

Q. 私たちにできることはないの？

- A. ・口の中にたまったものを綿棒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、看護師と一緒にこなしてみてください。
・胸に手をあててやさしくさするの也不错です。
・症状がひどくなるようでしたら、早めに看護師にお知らせください。



Q. 吸引では楽にならないの？

- A. 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、点滴の調節、分泌物を減らす薬の使用などがあります。患者さんにとってどの方法がよいか一緒に考えていきましょう。



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

点滴について考えるとき

からだにどのようなことが起きているのでしょうか？

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

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



ご家族もつらいお気持ちやご心配になられると思います

少しでも口からとらせてあげたい
食べさせてあげたい

元気になってほしい
がんばってほしい

できることは
すべてしてあげたい

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

脱水になったら
苦しむのでは…？

何度も針を刺されて
かわいそう…

病気のためでなく
食べられないために
衰弱してしまう

このような
お気持ちは
当然のことです。

ひとりで考えこまずに、そばにいる誰かにお気持ちをお話してください。

ご家族はこんなことをしてあげてください

少しでも食べさせてあげたい



- 食べやすい形、固さなどの工夫や、少量で栄養が摂れるもの（栄養補助食品）などもあります。栄養士や看護師と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。患者さん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、アイスクリームを差しあげたり、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患者さんが喜ばれることがないか一緒に探しましょう。



知っておいてください

よく心配されることですが、これは医学的な事実ではありません

●脱水傾向にあることが苦痛の原因になることはほとんどありません。
むしろ、患者さんにとってやや水分が少ない状態のほうが、苦痛を和らげることが多いです。

●逆に、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。



●点滴などで水分や栄養分を入れたとしても、うまく利用できないので、からだの回復にはつながりません。

●逆に、お腹や胸に水がたまるなどの副作用が出る場合があります。



3. まとめ

◆「死」をタブー視しない

言葉にして考えたり話したりすることで、自分の気持ちが見えてくる。

◆「死ぬこと」だけを前提とした支援では、満足した「看取り」にはならない

「死」は「生」の延長にある。

⇒「看取り介護」は日常的なケアの延長線上にある。
その方が「生きること」をとことん支える。

◆「看取り」は職員を成長させる

「生死観」や「人生観」を明確にする人間としての成長が必要とされる。

◆「看取り」はご本人とご家族のもの

施設側の自己満足、価値観の押し付けがあってはならない。
気持ちが揺れ動いて当たり前。
自分だけではなかなか決められない。
悩みながら、迷いながらの様々なプロセスを大切にする。
表現された訴えではなく、自分ですら自覚していない部分も含めて、リアルニーズを汲み取る。
家族は本人を精神的に支える側であると同時に、大切な人を失おうとしている当事者でもある。
本人だけでなく、家族の苦痛・苦悩を理解する。

◆医師、多職種との連携が終末期ケアの質を左右する。

日頃から相互の情報交換等、コミュニケーションを意識して
良好な関係を構築しておく。

参考・引用文献

看護roo！ <https://www.kango-roo.com/>

マイナビ看護師 <https://kango.mynavi.jp/contents/nurseplus/>

東京都「暮らしの場における看取り支援事業」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～

「介護スタッフのための医療の教科書 看取りケア」水野敬生監修 発行所：株式会社翔泳社
2025年11月30日 初版第2刷発行

「現場で良くある22事例 認知症・超高齢者の看取りケア実践」

東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム研究員 島田千穂・伊東美緒著
発行所：日総研出版 2016年6月6日 第1版第1刷発行

介護職のための医療知識講座

- 第1回 令和6年11月13日
「高齢者の特徴・バイタルサイン」
- 第2回 令和6年12月8日
「心不全」
- 第3回 令和7年1月21日
「浮腫について」
- 第4回 令和7年2月18日
「脳血管疾患(前編)」
- 第5回 令和7年3月12日
「脳血管疾患(後編)」
- 第6回 令和7年4月21日
「精神疾患」
- 第7回 令和7年5月21日
「薬について」
- 第8回 令和7年6月25日
「緊急時対応(前編)」
- 第9回 令和7年7月23日
「緊急時対応(後編)」
- 第10回 令和7年8月27日
「呼吸器疾患」

介護職のための医療知識講座

- 第11回 令和7年9月17日
「心疾患(狭心症・心筋梗塞・不整脈)」
- 第12回 令和7年10月27日
「スキンケア・褥瘡について」
- 第13回 令和7年12月15日
「誤嚥性肺炎」
- 第14回 令和8年1月21日
「点滴・膀胱内留置カテーテル」
- 第15回 令和8年2月18日
「介護現場における医行為ではない行為に関するガイドライン」解説(前編)
- 第16回 令和8年3月18日
「介護現場における医行為ではない行為に関するガイドライン」解説(後編)
- 第17回 令和8年4月15日
「終末期ケア」

今後の予定

次回、18回目は・・・

令和8年6月24日 19時～

「医療職との連携のポイント」

ご清聴ありがとうございました

