

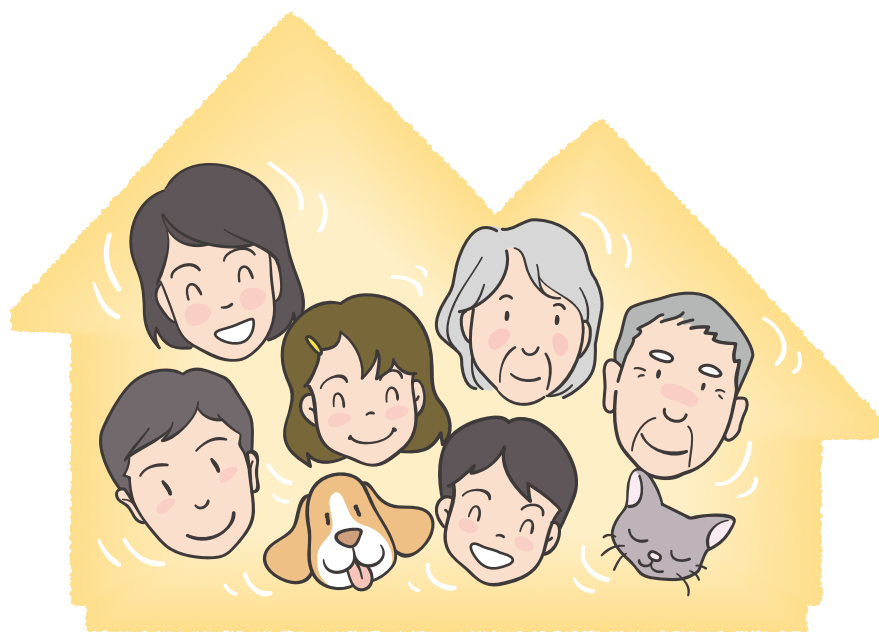
施設でできる

在宅医療と看取り



公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

はじめに	4	がんと緩和医療	49
在宅医療とは	7	がんと言われたら	50
在宅医療とは	8	がんの治療と緩和医療	50
在宅医療に関わる職種と連携	10	痛みの治療	52
在宅医療導入の流れ	12	鎮静について	54
在宅医療におけるケア	15	高齢者・認知症のがん患者	54
医療の基礎知識	16	終末期と看取り	57
病態に応じたケアと対応	20	終末期のとらえ方	58
認知症	20	終末期の考え方	58
せん妄	24	意思決定と看取りの準備	59
誤嚥性肺炎	26	終末期のケアにおける実際	68
脳梗塞	28	食事ケア	68
心不全	30	口腔ケア	70
慢性腎臓病	32	排泄ケア	72
肝硬変	34	入浴ケア	74
褥創（褥瘡）	36	就寝ケア	76
在宅医療で使用される医療用具	38	介護におけるストレスマネジメントとグリーフケア	78
経管栄養法	38	連携はお互い思いやりを持って	84
膀胱留置カテーテル	40	終末期介護における Q&A	86
人工肛門（ストーマ）	42	おわりに	90
在宅酸素療法	44		
点滴	46		



はじめに

現在の日本は歴史上まれに見る少子高齢化社会に直面しています。そうした中で「在宅医療」と「在宅での看取り」の重要性が強調されていますが、ここで言う“在宅”の中には居住系施設が含まれています。

約40年ほど前までの日本は、病院で亡くなるよりも自宅の畳の上で亡くなる方が一般的でした。しかし、社会のあり方が大きく変化した現在、高齢者が終末期を施設で過ごすことも多くなっています。それにともない介護の現場からは、「訪問診療や訪問看護とどう連携していいのかわからない」、「終末期の方のお世話をする際、医療と十分に連携できるか不安だ」との声が多く聞かれるようになりました。

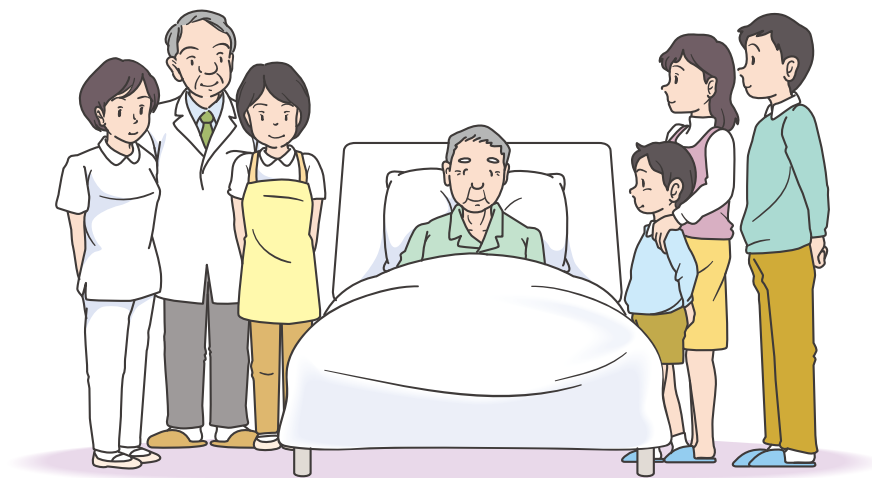
この冊子は、そのような声に応えようとしたものです。住み慣れた生活の場としての施設で最期まで過ごしたいという入居者の想いと、その想いを受けて医療との連携のもとに支えてあげたい、というスタッフの想いを、医療との連携で実現するための手引きとも言えるでしょう。

また、終末期や看取りの介護に携わることは、介護者にとって大きなストレスでもあります。このストレスをいかに軽減し、抑うつなどに陥らないようにするかということも、施設での看取りを一般化するうえでは不可欠な要素です。そのために活用できる内容も可能な限り盛り込みました。

介護する側もされる側も、悔いのない日々を送るための一助として、この冊子を活用していただければ幸いです。

在宅医療とは

在宅医療とは
在宅医療に関わる職種と連携
在宅医療導入の流れ



在宅医療とは

この冊子で「在宅医療」とは、医師による往診^{注1)}や訪問診療^{注2)}とともに、訪問看護師やケアマネージャー、施設スタッフなどが連携し、施設を含む在宅で療養される患者さんとご家族を支えるサービス全体を意味します。

訪問診療が開始されるのは、病院から退院の際に紹介されるか、外来通院が困難になり訪問に移行する場合がほとんどです。月に数回の計画的な訪問診療ばかりでなく、急な病状変化の際の訪問看護や必要に応じての往診なども行います。訪問診療では一般的な診察のほか、血液検査やエコー検査、場合によってはレントゲン検査なども可能です。また、在宅酸素から人工呼吸器までの対応が可能です。しかし、在宅医療を行うためには、病院以外での生活が可能な病状であることに加え、ご本人・ご家族・施設側が共に希望され協力が得られること、またチームによるケア体制が組めることなどが条件となります。

注1) 急な体調不良など、その時々のお客さんの求めに応じて行われる在宅での診療を往診といいます。

注2) 定期的・計画的に医師が患者さんのもとに赴いて行う診療を訪問診療といいます。

今日では、在宅医療の行われる場所がご自宅にとどまらず、有料老人ホームやグループホームなどの施設も含めて考えるのが一般的です。施設における在宅医療を、“施設在宅”と呼ぶこともありますが、患者さんとご家族が生活の場として選択したという意味では、ご自宅となんら変わることはありません。ただ、実際のケアの多くの部分が、ご家族に代わって“準家族”ともいえる施設職員によって行われること、集団生活であること、施設の種類によって訪問診療や訪問看護の関与に制約があること、などに違いがあるといえるでしょう。いずれの場合もご本人・ご家族はもちろん、医療・介護両面で支えるスタッフが同じ目的に向かって協力することが大切です。

こうした在宅医療を実現するためには、医療と介護に携わるいろいろな職種の人たちがお互いの職種について理解を深めなければなりません。さらに、患者さんやご家族と一緒に同じ目標に向かって協力し合える体制を作り上げ、在宅医療がスムーズに受けられるような地域にしていくことが必要だと思われます。



在宅医療に関わる職種と連携

はじめに

在宅医療とは

在宅医療におけるケア

がん緩和医療

終末期と看取り

在宅医療はチーム医療

在宅医療はご本人・ご家族と医療・介護関係のさまざまな専門職がチームとして連携することで可能になる医療です。それぞれの職種の役割を理解し、お互いに尊重しながら助け合えるよう、日頃からコミュニケーションを図るようにならしましょう。



訪問看護

病気や障害を持った人が自宅や施設で療養生活を送れるように、医療スタッフとして訪問し、サポートする。



ケアマネージャー

介護保険を用いたサービスの利用調整や多職種間の連携の調整を行うことで生活をサポートする、“生活面の主治医”。



施設職員

施設で生活する方を最も身近で支える介護・看護職員。“準家族”とも言える存在となることもある。



薬剤師

訪問により薬剤の効果や副作用に関する説明や、服用・管理方法のアドバイスなどを行う。多職種への情報提供やアドバイスも行う。



医師

訪問診療や往診を行い、訪問看護などと連携することにより医療を提供する。



訪問介護

病気や障害を持った人が自宅や施設で療養生活を送れるように、介護スタッフとして訪問し、身体介護や家事援助を行う。



歯科医

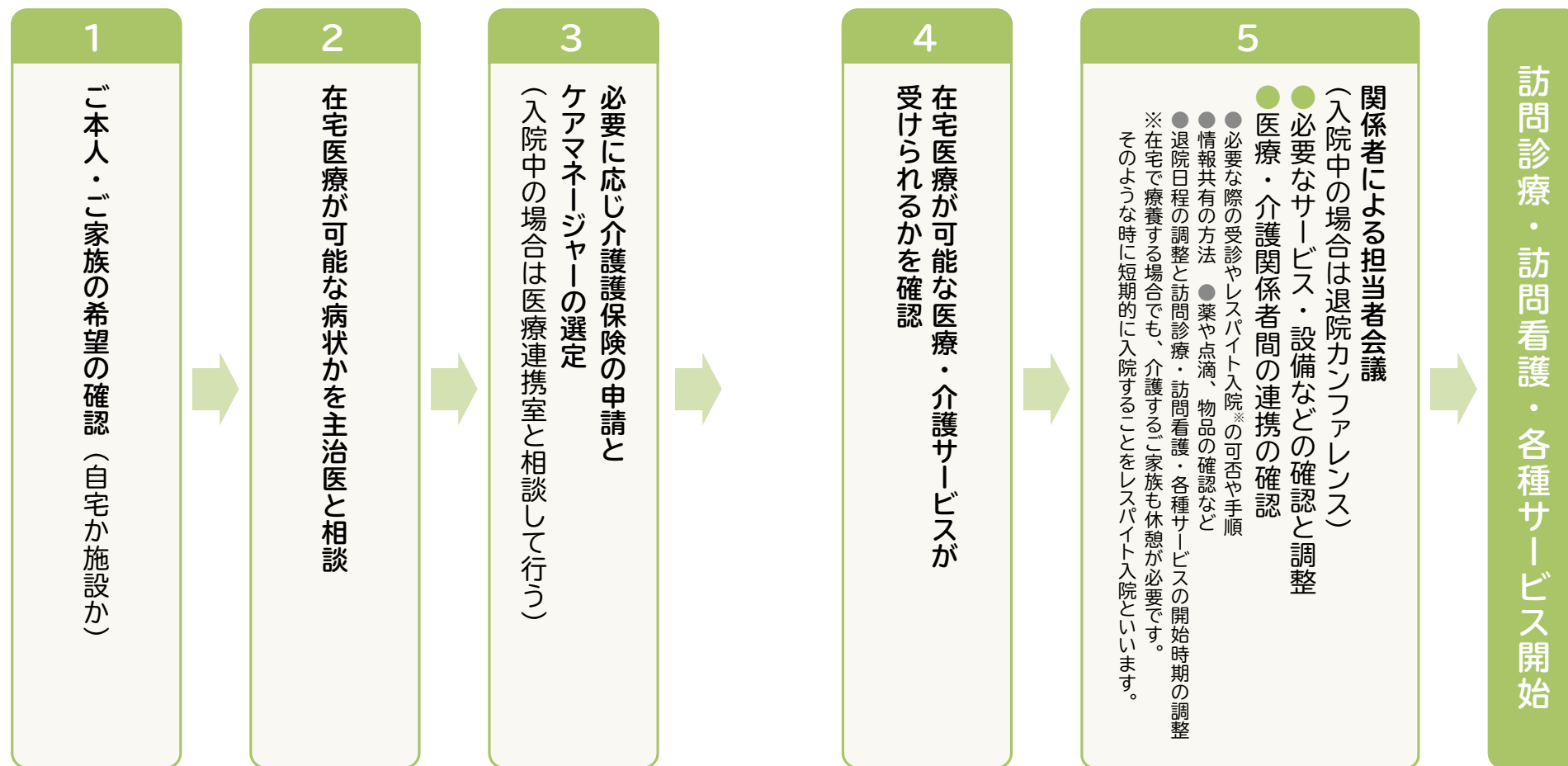
訪問による歯科治療や口腔ケア、摂食嚥下の評価やリハビリなどを行う。



歯科衛生士

在宅医療導入の流れ

将来在宅での療養を選択する可能性が出てきたら、あらかじめその準備をはじめることが必要です。病状と環境を十分に検討したうえで、関係者と情報を共有し、少しずつ準備を進めましょう。導入に際しては概ね以下のような流れが一般的です。

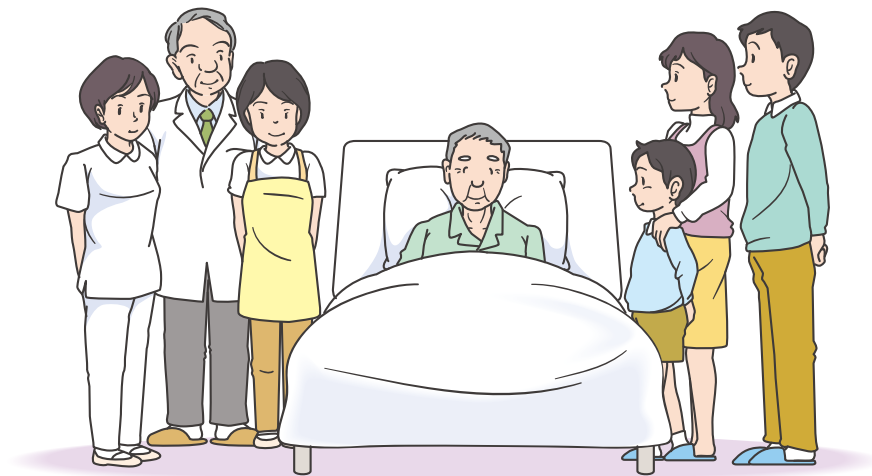


在宅医療におけるケア

医療の基礎知識

病態に応じたケアと対応

在宅医療で使用される医療用具



医療の基礎知識

はじめに

在宅医療とは

在宅医療におけるケア

がん緩和医療

終末期と看取り

バイタルサイン

バイタルサインとは人の生命に関わる身体からのサインのことです。

体温、脈拍、呼吸、血圧のことをいいますが、 S_pO_2 （動脈血酸素飽和度）や尿、便も大切なサインになります。個人差が大きいので、普段の状態を知っておきましょう。

体温

- 身体の内部の温度のことをいいます。
- おおむね $35.5\sim 37.5^{\circ}C$

※高齢の方は身体の機能が低下するため基本より体温が低い方がいます。
がんの方は、夕方から夜にかけて熱を出し、朝方に熱が下がることがあります。

脈拍

- 心臓が身体に血液を送り出す回数です。
- $50\sim 80$ 回/分
- 興奮したり、痛みがあると回数が上がります。また、脱水など身体の血液が少なくなったときにも脈拍数は上がります。
- 心臓の機能が低下すると回数が下がり、圧が弱くなり測定が難しくなります。

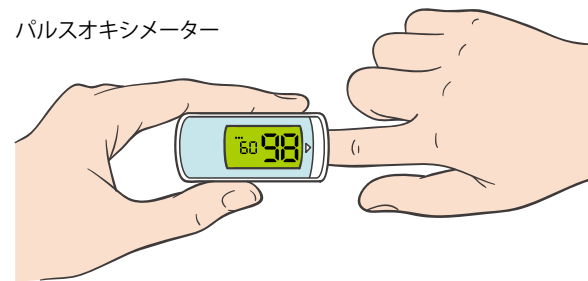
呼吸

- 身体に必要な酸素を肺から取り込み、産生された二酸化炭素を体外に吐き出す、「ガス交換」と呼ばれる働きをしています。
- おおむね $15\sim 20$ 回/分程度
- 痛みによって呼吸の回数が増えます。
- 口をばくばくさせるような呼吸や、呼吸が数秒～十数秒止まる呼吸がみられます。

S_pO_2

- 血液にどのくらい酸素が含まれているかの数値になります。「パルスオキシメーター」という小さな機械を足や手の指に装着して測ります。
- 普通に呼吸している状態で、おおむね $95\%\sim 99(100)\%$ が目安となります。
- 数値が低く出ることもありますが、本人が苦しいと感じなければ、その状態で血液中の酸素を維持できていると判断することもあります。

パルスオキシメーター



医療の基礎知識

はじめに

在宅医療とは

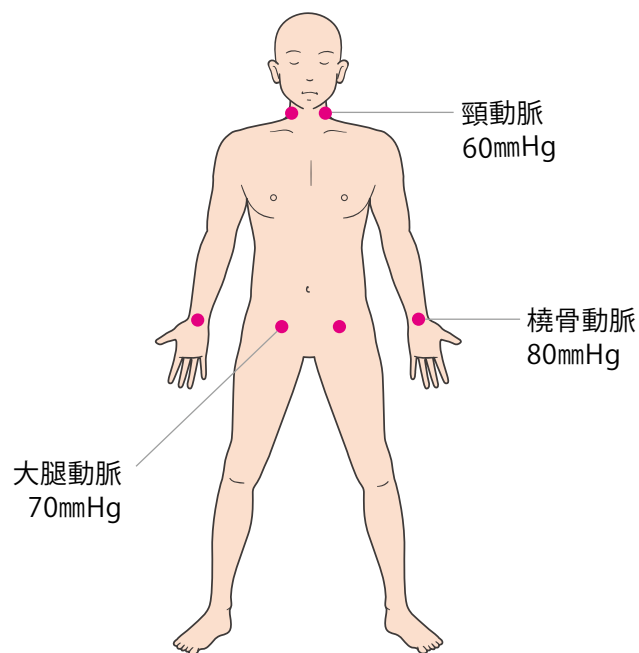
在宅医療におけるケア

がん緩和医療

終末期と看取り

血圧

- 血管の中を流れる血液が血管壁に与える圧力のことをいいます。
- 最高血圧：おおむね90～150mmHg
最低血圧：おおむね50～100mmHg
※高血圧など、病気によって個人差が大きいです。
- 痛みや苦痛で上昇します。心臓の機能が低下すると血圧は低下していきます。
- がんの末期状態になると、血圧が測定しにくくなってきます。測定が難しいときは以下の動脈が触れるかで血圧の目安となります。



尿

- 老廃物や余分な水分を出すために作られます。
- 高齢の方は、おおむね一日 500ml ～ 1500ml
- 年齢や疾患による腎機能の低下により、作られる尿量は低下していきます。

便

- 消化・吸収しきれなかった食べ物だけでなく、身体の老廃物や水分等でできています。
- 毎日または数日で排出されます。
- 点滴からの栄養のみ、経口摂取ができない方でも便は少量ずつ作られることがあります。
- がんに対する鎮痛薬を飲んでいる方は便秘になる傾向があります。

病態に応じたケアと対応

認知症

認知症とは、“物忘れ”や“徘徊”などの症状により、日常生活に支障をきたす状態をいいます。認知症の症状には必ずあらわれる中核症状（物忘れ、判断力低下など）と、場合によって出たり出なかったりする周辺症状（BPSD※）ともいいます。徘徊、意欲低下など）があります。

※BPSD=Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia の略



症状

最初は「記憶力の低下」で始まり、次第に「日付や曜日、居場所がわからない」、「料理など作業の要領が悪くなる」、「判断力の低下」、「言葉がすぐ出ない」などの症状が強くなっていきます。

場合によっては「イライラして怒りやすくなる」、「物を盗まれたと主張する」などの症状があらわれることもあります。

治療

原因が甲状腺機能の低下、慢性硬膜下血腫（硬膜と脳との隙間に血が溜まる病気）などの場合は、治療によって機能が改善されることがあります。

しかし、アルツハイマー型の認知症は現在の医学でも治療による改善が困難です。治療方法としては薬の投与、運動や情緒的なコミュニケーションによる脳への刺激により認知機能の低下を遅らせる、または環境を整備して社会生活の支障を少なくすることなどが中心となります。

ご本人が少しでも長くその人らしく暮らせるように支える。そして、ご家族の介護負担を軽減することが主な目的です。

ケア

- 本人の役割や日課を作り、目的を持った日常生活が送れるようにすることが大切です。
- 同じ質問を何度も繰り返すなどの症状が出ますが、本人には自覚がないため、強く怒ったりすると不安になり、かえって症状が強くなるがあるので注意しましょう。
- 「何が正しいのか」よりも「どのようにしたら円滑、円満にことが運ぶか」を優先して対応すると安心や一体感が生まれ、より良い関係を保つことができます。

病態に応じたケアと対応

認知症のケアについて

認知症の人とそうでない人では、物事の認識の仕方が根本的に異なります。自分自身の感覚でケアしようとする、イライラすることが多いかもしれません。適切なケアを行うためには、認知症の人が周囲の世界をどのように見ているのか理解することが必要となります。

認知症の場合、その人の内面には以下のような気持ちがあるとされています。

1 物忘れによる不快な気持ち

私達が日頃経験する“ど忘れ”でも、イライラしたり不快な気持ちになったりします。認知症の場合、この状態が頻繁に起こるため常に不快な感情を抱くことになります。

2 分からないことによる不安な気持ち

誰でも“分からないこと”があると、とても不安になります。

特に認知症の人は、周囲の人間を思い出せない場合や夕方になってどこへ行ったらよいのか分からないときなどに遭遇すると、強い不安感に襲われます。認知症では記憶が一時的に欠落します。日常生活が一貫したものではなく、断片的な体験の寄せ集めとして認識されますので、常に大きな不安を持っています。

3 自分のペースを乱されることによる混乱

認知症の人でも自分のペースならばいろいろなことができます。しかし、急かされたり自分のペースを乱されたりすると、できることもできなくなってしまいます。一度にさまざまなことを言ったり急がせたりせずに、順を追って物事が進められるように最小限度のサポートをしながら見守ってください。

4 ストレスによって揺れ動く感情

人は誰でも病気や体調がすぐれないとき、仕事で問題を抱えているときなどは、わずかな刺激にも反応して普段は怒らないようなことでも怒ってしまうことがあります。認知症の人の場合、常に不安やストレスを抱えているため、ささいなことを勘違いして怒りや悲しみの感情を強く持ってしまう。特に、ケアする側の強制的な態度や叱責、訂正などは感情を刺激しやすく、攻撃的な言動や過剰な興奮状態を招きます。

※認知症は進行する病気ですので、徐々に自分の気持ちや思いなどを適切に伝えられなくなることがあります。認知症の人の気持ちを理解するためには、断片的な会話や行動からいろいろなことを推測していかなければなりません。ケアする側が自分の立場から判断するのではなく、認知症の人、一人ひとりのものの見方を理解しようと努めることが大切です。そうすることで安心、一体感が生まれ、よりよい関係を保つことができるでしょう。



病態に応じたケアと対応

はじめに

在宅医療とは

在宅医療におけるケア

がん緩和医療

終末期と看取り

せん妄

環境や体調の変化により意識状態が混濁することで、一時的に認知症のような症状が出ることをいいます。高齢者や認知症患者、パーキンソン病患者などに多くみられますが、通常は回復可能です。

症状

穏やかだった人でも体調が悪くなったり入院したりすると、突然つじつまの合わないことを言うようになり、昼夜逆転や急に大声を出す、暴れるといった症状が出る場合があります。



治療

病気による体調の変化が原因である場合は、原因となる病気の治療を行います。環境の変化による場合は、環境の整備が重要となります。症状が強い場合は、一時的に症状を抑制する薬を使用することもあります。

ケア

- なるべく普段の自分を取り戻しやすいように手助けしてあげましょう。
- 環境の変化が原因の場合は、日常使っていたものを病室の中に持ち込んで普段の環境に近づけたり、家族がつきそったりすると落ち着くこともあります。
- 昼夜逆転がある場合は、なるべく日中は眠らせないように心がけましょう。

こんなときは医療スタッフに相談を

- 興奮や抵抗が激しく介護の継続が困難なとき
- 転倒・転落・自傷などの恐れがあるとき
- 薬の内服が全くできないとき

病態に応じたケアと対応

はじめに

在宅医療とは

在宅医療におけるケア

がん緩和医療

終末期と看取り

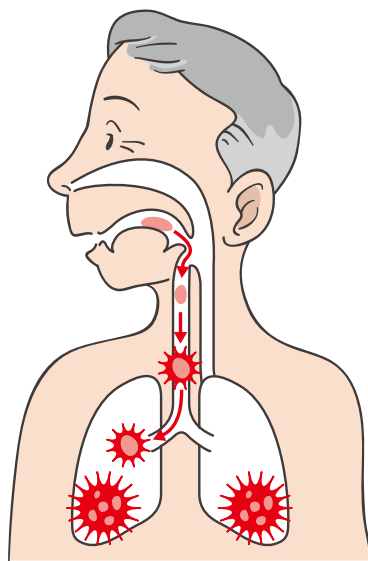
誤嚥性肺炎

誤嚥とは食物や唾液が食道に行かずに、誤って肺に入ってしまうことを言います。誤嚥性肺炎は飲み込む力が衰えた（嚥下障害）高齢者に多く、食物や唾液とともに細菌が肺に侵入することによって発症します。

症状

症状は肺炎と同様な発熱やせき、喀痰などですが、高齢者には症状がはっきり現れない場合も多いので注意が必要です。「なんとなく元気がない」「食欲がない」といった症状でも、誤嚥性肺炎を原因としている場合もあります。

また、誤嚥性肺炎は、目に見えるような“むせ”や“せき込み”がなくても発症していることがあるので、普段の様子との違いに注意してください。



治療

治療は抗生物質の点滴などを行います。また、呼吸がうまくできずに酸素欠乏状態になった場合は、酸素吸入を行う必要があります。食事については必要に応じて口から摂ることを制限し、点滴や経管栄養などで栄養を補うこともあります。

ケア

- 嚥下力の衰えた高齢者の場合は口から食事を摂り続けていいのか、口から摂るにはどのような方法がいいのかなど、主治医の指示に従いましょう。
- 飲み込みやすいように必要に応じて食べ物や飲み物に適切な“とろみ”をつけたり、食べるときの姿勢や介助の方法にその人に合わせた工夫が必要となります。食事の形態や食事介助の方法については、栄養士や医療スタッフと相談しましょう。
- 口腔内のケアも大切です。口の中が汚れていると細菌が繁殖するため、誤嚥性肺炎の発生や悪化につながる危険性があります。歯科医師や歯科衛生士と相談し、口の中を清潔に保つようにしましょう。
- 入れ歯を使用している場合でも入れ歯の洗浄だけでなく、同時に口腔ケアを行うようにすることが大切です。

病態に応じたケアと対応

はじめに

在宅医療とは

在宅医療におけるケア

がん緩和医療

終末期と看取り

脳梗塞

脳の血管が血栓（血の塊）で詰まったり血流が低下したりすることにより、脳組織へ酸素や栄養が行きわたらず脳の一部が壊死してしまう病気です。高齢者に起きやすい病気なので特に注意が必要です。

症状

脳梗塞の典型的な症状は意識障害、手足の両方または片方が動かなくなる運動障害、感覚が鈍くなる感覚障害などがあります。症状は障害を受けた場所と程度によって異なりますが、左の脳に傷がつくと右半身、右の脳に傷がつくと左半身に症状が現れます。さらに、言語障害や失語症などの症状が現れる場合もあります。

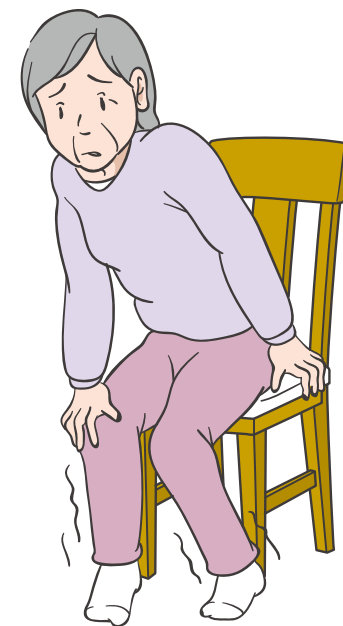


治療

脳梗塞は後遺症が残る可能性が大きい病気なので、症状が現れたらすぐに医師に連絡することが大切です。発症して短時間の場合は薬物による血栓の溶解、カテーテルによる血栓除去などが行われます。

ケア

- 脳梗塞を起こした後は、できるだけ早く身体の機能を回復させてその機能を維持するようリハビリを行ってください。リハビリについては担当者と相談しながら、自分の機能でできることを安全に行えるようにサポートしましょう。
- 後遺症により食物や飲み物がうまく飲み込めなくなる嚥下障害になると、誤嚥性肺炎を起こす可能性が高くなります。歯科医師や歯科衛生士と相談して、口の中を常に衛生的にする口腔ケアを行うようにしましょう。
- 脳梗塞をきっかけに寝たきりになった場合には、褥創の予防も大切です。



病態に応じたケアと対応

心不全

心臓のポンプ機能が低下して全身に十分な血液と酸素を送ることができなくなってしまった状態をいいます。心不全になると、さまざまな臓器の機能が障害される可能性があります。

症状

倦怠感や動悸、息切れ、呼吸困難、むくみ、血圧低下などの症状が現れることがあります。心不全が進行すると、軽い運動でも息切れを起こしやすくなります。さらに悪化すると、安静にしているでも息苦しさを感ずるようになり、全身状態が悪くなっていきます。



治療

必要に応じて安静を保ち、起坐位（上半身を90度に起こした前かがみの姿勢）を取ったり、酸素吸入を行ったりします。

水分や塩分を制限し、利尿薬などの薬剤を状態に合わせて用いることで、心臓の負担を軽減し、症状を緩和します。

ケア

- 体重や血圧の測定を定期的に行い、むくみの有無、程度を観察してください。
- タンパク質を十分に摂る、塩分を控えるなどの食事療法を行います。
- 心臓に負担を掛けないために水分摂取制限を行います。水分摂取制限は脱水症や便秘になりやすくなりますので、主治医と相談しながら行ってください。
- 心臓の負担を増大させないための運動制限が必要となります。また、日常的な動作も心臓に負担を掛ける場合があるので、動作と動作の間に休憩を挟むようにしましょう。
- 心臓に負担となるような長時間の入浴は避けましょう。

慢性腎臓病

腎臓は血液を濾過し、身体の中の老廃物を尿として排出する臓器です。しかし、腎臓の機能が低下すると老廃物を十分に排出できなくなります。これが数ヶ月から数十年続き、腎臓機能が徐々に失われた状態を慢性腎臓病といいます。悪化すると生命の危険にもかかわる病気です。



症状

腎臓の機能低下が軽い場合はほとんど症状がありません。しかし、機能低下が進むと、吐き気やめまい、頭痛、食欲不振、疲労感、皮膚のかゆみなど様々な症状が現れ始めます。慢性腎臓病の初期段階では尿量が増えることがありますが、機能低下が進むにつれ、尿量は減っていきます。この段階になると足のむくみが起こることがあり、同時に心不全を発症する危険性も出てきます。

治療

発症の初期段階では身体の水分が溜まらないように利尿剤が使用されます。また、腎臓の負担を減らすための食事療法なども行われます。食事療法については発症の原因、年齢などによって内容が異なるので医師や管理栄養士に相談してください。

慢性腎臓病が進行すると血液を浄化する機能がほとんど失われ、人工透析が必要となる場合があります。

ケア

- 高血圧や糖尿病は腎臓に大きな負担をかけるので、治療の継続を行ってください。
- 医師の指示に従ってカロリーの十分な摂取、タンパク質や塩分、カリウム、リンの制限などの食事療法を行います。
- むくみが出やすいので、足を高く上げる、マッサージするなど医師の指示のもとでケアを行います。

病態に応じたケアと対応

はじめに

在宅医療とは

在宅医療におけるケア

がん緩和医療

終末期と看取り

肝硬変

肝硬変とはウイルス感染や飲酒などによる肝炎が原因で起こる疾患です。徐々に肝臓が固く縮んで肝臓内の血液循環が不良となり本来の機能が果たせなくなります。肝硬変の進行により肝がんに移行する場合があります。

症状

肝硬変は肝機能を損ないながら何年もかけて症状が進んでいく病気ですが、かなり進行した段階にまでならないと症状が出ません。初期段階でははっきりした理由がないのに倦怠感や疲労感、食欲不振などの症状が出ます。さらに病気が進行するとお腹の張り、腹痛、下痢、右わき腹の痛みなどが自覚されるようになります。身体の静脈が腫れることがあり、まれに食道の静脈が破裂して吐血する場合があります。肝硬変の末期には身体が黄色くなる（黄疸）、お腹に水が溜まる（腹水）、意識がもうろうとするなどの症状が出ます。

治療

- 根本的に治療することはできないので、症状の緩和が治療の中心となります。
- 入院治療が必要でない段階の肝硬変の場合も安静を保ち、塩分や水分、タンパク質の摂取制限を行います。
- 腹水が多い場合は利尿剤を使用したり、場合によっては、お腹に針を刺して腹水を抜く腹水穿刺を行うこともあります。

ケア

- 塩分や水分、タンパク質を制限した食事が基本となります。医師や栄養士の指示に従いましょう。
- 黄疸が出ている場合には皮膚のかゆみが強くなることがありますので、室温や皮膚の乾燥に注意しましょう。また、皮膚を掻いて傷つけないように爪を短く切っておくことも大切です。



病態に応じたケアと対応

はじめに

在宅医療とは

在宅医療におけるケア

がん緩和医療

終末期と看取り

褥創（褥瘡）

褥創とは、いわゆる“床ずれ”のことです。寝たきりや麻痺などで皮膚が長時間圧迫されて血流が悪くなり、皮膚やその下の組織が死んでしまった状態（壊死）を言います。自分自身で体の向きを変えること（体位変換）ができない人や、オムツを使用している人などに多く見られます。

症状

最初に皮膚が赤くなり（発赤）、次に水ぶくれ（水疱）ができたり、黒くなったり（壊死）します。これを放置しておくと皮膚が破れてただれていきます。ただれた部分から液がにじみ出し、さらに進行すると皮膚が欠損した潰瘍の状態になります。



治療

褥創の治療は段階によって異なります。発赤だけの段階は定期的に体位変換を行い、圧迫が身体の一部に集中しないようにするだけで十分な場合があります。しかし、潰瘍になってしまった段階では壊死した皮膚を再生するために、患部を乾かさないようにする治療などが行われます。

ケア

- 褥創は一度できてしまうと治るまで長い時間がかかるので、予防することが最も大切です。圧迫されやすい場所（腰の仙骨部、足のかかと部分、骨が突出している部分など）を常に観察し、発赤や水疱がないか確認するようにしましょう。
- 圧迫を軽減する「除圧マット」を使用する場合は、医療スタッフと使用方法や体位変換のやり方などを相談しながら行ってください。
- 常に皮膚の「清潔・保湿・保護」を行い、スキンケアを心がけましょう。保湿には保湿クリームやローションを使用して皮膚の乾燥を予防します。また、オムツを使用している場合はこまめに交換してください。
- 座ることができる方の場合でも長時間同じ姿勢で座ることは避け、ときどきお尻を浮かせたりクッションの位置を変えたりするなどの工夫をしましょう。

在宅医療で使用される医療用具

はじめに

在宅医療とは

在宅医療におけるケア

がん緩和医療

終末期と看取り

経管栄養法

経管栄養法は嚥下障害などにより食事が口からできない場合に行われます。鼻、または腹部の皮膚に穴を開け、胃や腸に直接チューブを入れて栄養補給を行います。



注意すること

- 口腔ケアは口から食事を摂らない場合でも行ってください。
- 栄養剤を注入する際には車椅子やベッドをギャッチアップし、背を起こした座位をとりましょう。
- 栄養剤や薬を注入した後は水で洗浄し、常にチューブ内を清潔に保ちます。酢水も有効です。
- 固定テープの貼り替え、胃瘻まわりのティッシュは汚れるたびに毎日交換しましょう。

こんなときは医療スタッフに相談を

- チューブが抜けたり、詰まったりしたとき
- チューブ挿入部が赤くなったり、漏れが多くなるなどしたとき
- 吐き気や嘔吐、下痢や便秘などの症状があったとき

在宅医療で使用される医療用具

膀胱留置カテーテル

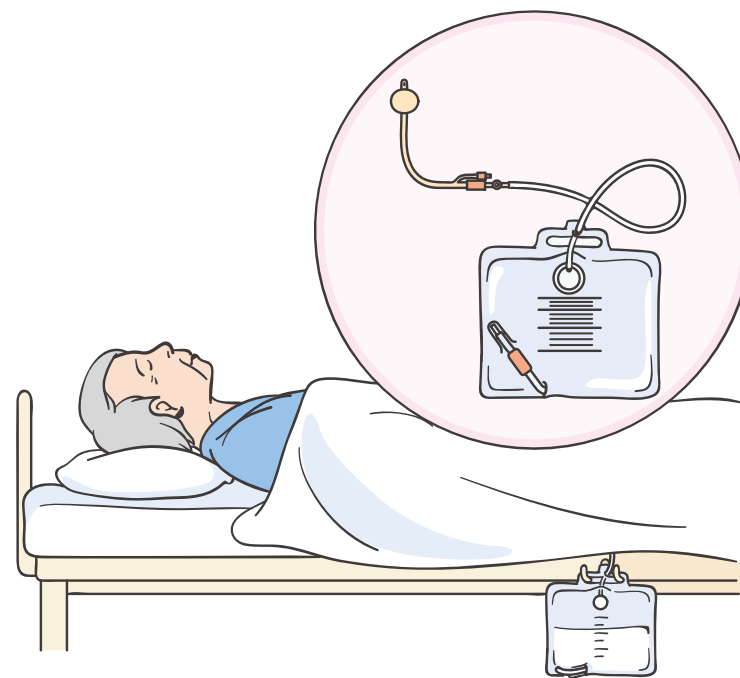
自力で尿を出すことができない方の膀胱内に挿入し、排尿を促します。出された尿はそのままバッグに貯留されるので、量や色などを確認することができます。管の先には水で膨らむ風船がついており、これを膀胱内で膨らませて管が抜けないようにします。水が無くなってしまったり、無理に引っ張ったりすると抜けてしまう場合があるので注意してください。

注意すること

- カテーテル挿入部分から細菌が入らないように入浴や洗浄などで陰部を清潔に保ちましょう。
- 尿をためるバッグが膀胱よりも低い位置に固定されていることを確認してください。
- カテーテルが折れ曲がると尿が流れなくなってしまうので注意が必要です。
- 水分制限のない患者さんには水分補給を促してください。

こんなときは医療スタッフに相談を

- カテーテルが抜けたとき
- 挿入部からの尿の漏れが多いとき
- バッグ内に尿が流れていないとき
- 出血や痛みが強いとき
- 尿が極端に濃い、または赤いときや熱があるとき



在宅医療で使用される医療用具

人工肛門（ストーマ）

消化管の疾患により腸の一部または全部が摘出され、肛門からの排便ができなくなった場合に用いられます。手術によって腸の一部をお腹の外に出し、そこにパウチ（便をためる袋）を貼って排泄物を受け止めます。パウチはお腹に貼り付ける部分と便を受け止める袋で構成されています

注意すること

- 外出の制限はありませんが、お腹を圧迫するような行為や衣類は避けてください。
- パウチは入浴前や外出前、就寝前、ガスが溜まったときなどに交換してください。
- パウチをつけたまま入浴することができます。
- 在庫がなくならないように補充しましょう。
- 臭いが気になる場合は専用の消臭剤を使用してください。

こんなときは医療スタッフに相談を

- 便秘や下痢が強いとき
- 便の漏れが多いとき
- ストーマからの出血や痛みがあるとき
- ストーマの周りの皮膚が赤くなったり熱をもったりしたとき
- 便の色が極端に黒いときや白いとき
- 吐き気、嘔吐、腹痛などの症状があるとき



在宅医療で使用される医療用具

はじめに

在宅医療とは

在宅医療におけるケア

がん緩和医療

終末期と看取り

在宅酸素療法

呼吸機能が低下して身体の中に十分な酸素を取り入れることができない方に対して行われます。酸素供給装置を置いて、日常生活を送りながら必要時または24時間酸素を吸入する方法です。外出に便利な携帯酸素ボンベもあります。



注意すること

- 喫煙、線香、ろうそく、ストーブ、ガスコンロなどの火気は、火傷や火事の原因となります。
- 経鼻カニューラやチューブは折り曲げないようにしましょう。
- 酸素マスク、経鼻カニューラの装着部分の皮膚の異常に注意してください。
- 酸素流量は主治医の指示を守ってください。

こんなときは医療スタッフに相談を

- 倦怠感や息切れ、頭痛などが強いなどの症状があるとき
- 咳や痰、発熱などの症状があるとき

※在宅酸素の機械に不調がある場合にはすぐに担当業者に相談しましょう

在宅医療で使用される医療用具

点滴

口から水や食事が摂れない方または病気の治療に必要な方のために、腕や足の血管に針を刺して水分や薬を補給する方法です。最近ではお腹や太ももからゆっくりとした水分補給をする「皮下点滴」という方法も行われるようになりました。

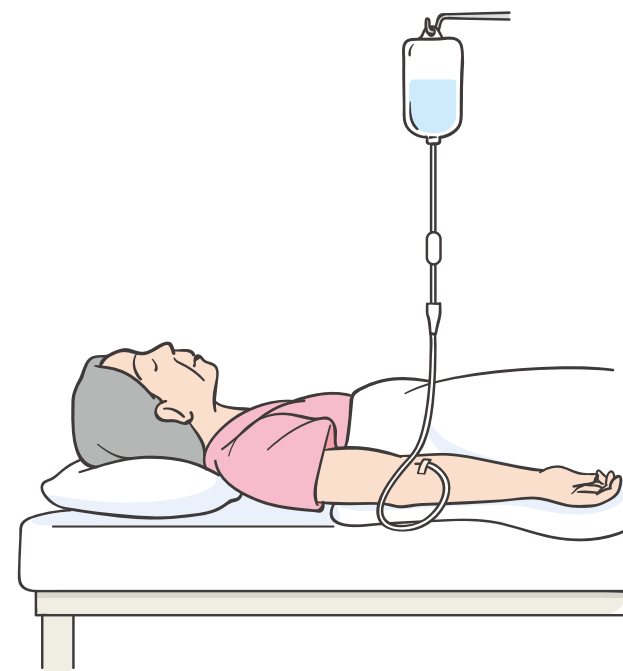
また、消化機能が悪くて他の方法では栄養を確保できない、もしくは困難な場合には「中心静脈栄養」という方法があります。これは心臓の近くにある太い血管にカテーテルを挿入するというもので、ここから高カロリー輸液を注入します。

注意すること

- 更衣や体位交換、移動の際にはチューブの引っ張りに注意し、抜けないようにしましょう。
- 寝たきりの場合にはチューブを身体の下に敷かないようにしてください。

こんなときは医療スタッフに相談を

- 針が抜けたり、チューブが外れたりしたとき
- 点滴が落ちないとき
- 針を刺したところが腫れてきたり、赤みや痛みがあるとき
- 輸液ポンプのアラームが鳴って対応できないとき



がんと緩和医療

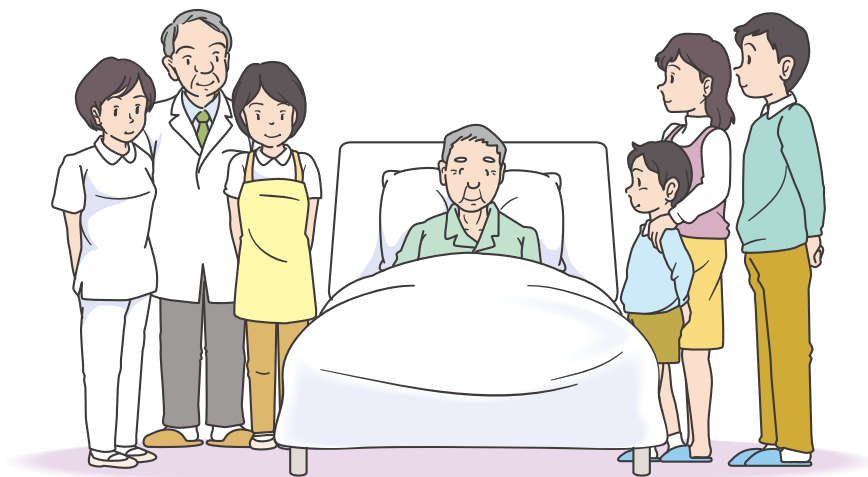
がんと言われたら

がんの治療と緩和医療

痛みの治療

鎮静について

高齢者・認知症のがん患者



■ がんと言われたら

がんの宣告を受けることは、誰にとっても辛いことです。

もし、あなたが日頃お世話をしている方が突然がんの宣告を受けたら、あなた自身も少なからず動揺することでしょう。

がんや余命の宣告を受けた場合、いくつかの段階を経てそのことを受け入れるまでには一定の時間がかかります。ご本人がその後の治療と日々の生活について考えられるように、その人の悲嘆を受け入れながらサポートすることが大切です。

治療については、主治医の先生やご家族と相談しながら方針を決めていきます。体調によっては、これからの生活により多くの支援が必要になる場合があります。環境の整備が必要な場合には、主治医はもちろん、“生活の主治医”であるケアマネージャーさんと相談しながら進めていきます。その際には日々の生活を最もよく知っている施設スタッフの皆さんの協力も不可欠です。

それぞれの役割を十分に理解し、お互いの立場を尊重しながらチームとして機能するように努めましょう。

■ がんの治療と緩和医療

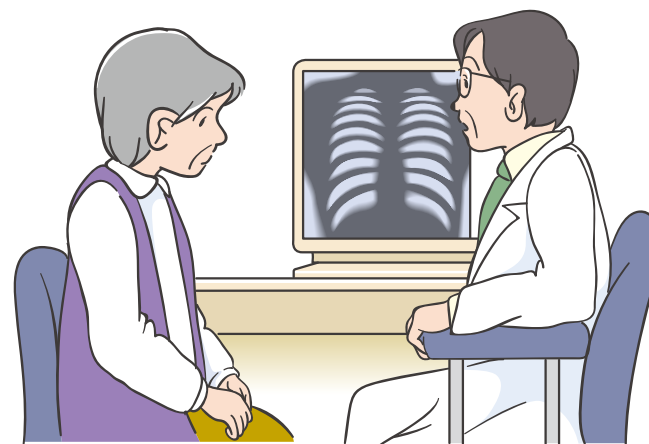
がんの治療には、従来二つの異なる考えに基づく医療があるといわれてきました。

一つは、がんそのものを根本的になくすことを目標とする“根治治療”。もう一つは、がんによる痛みや息苦しさなどの緩和を目的とする“緩和医療”です。しかし、この二つは互いに相反する

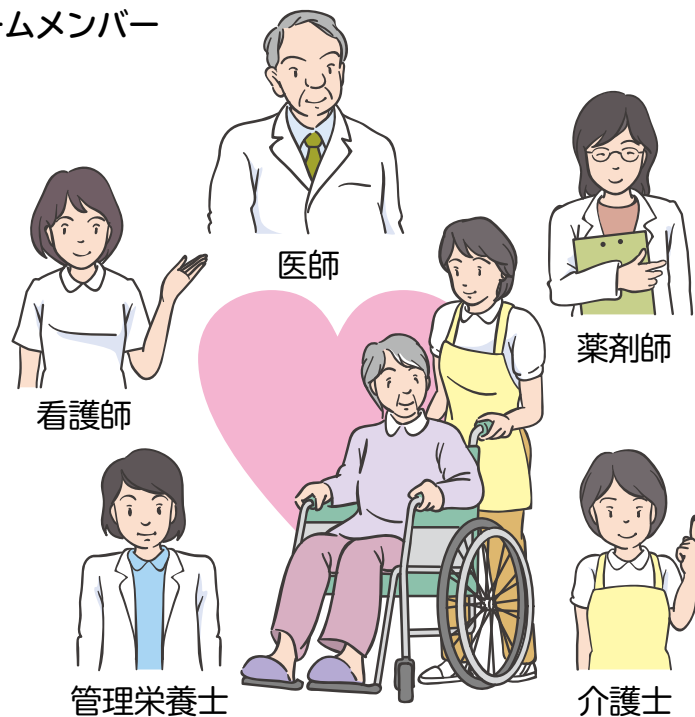
ものと理解された時期があり、根治治療を行ったうえで「治療をあきらめた」後に緩和医療に切り替わる、と理解する人もいました。

現在、この二つの医療は、がんと診断されたときから、より良い方向に向かわせるために並行して行うと理解されています。できる限り根治を目指しながら、同時に痛みや苦しみを取り除く治療も行い、病状や体力そしてその人の価値観に合わせての治療を進める。がんの治療はこうした生命の長さ和生活の質のバランスを考えたいうえで行われています。

「今、何に重きを置きながら治療しているのか」、ケアにたずさわるチームメンバー全員が共通の理解を持つことが大切です。患者さんやご家族、医療スタッフの方々とこまめにコミュニケーションを取りながら、患者さんの限られた人生をできるだけ快適に過ごせるようにサポートしましょう。



ケアにたずさわる チームメンバー



痛みの治療

多くのがんは進行するとともに、痛みを引き起こします。痛みは、ご本人はもちろん見守るご家族や周囲の方々にとってもたいへん辛いものです。患者さんのより良い生活を妨げる痛みをなくすことは、緩和医療において最も大切なことといえるでしょう。

がんの痛みの治療は、痛みの種類や程度に応じて段階を追って

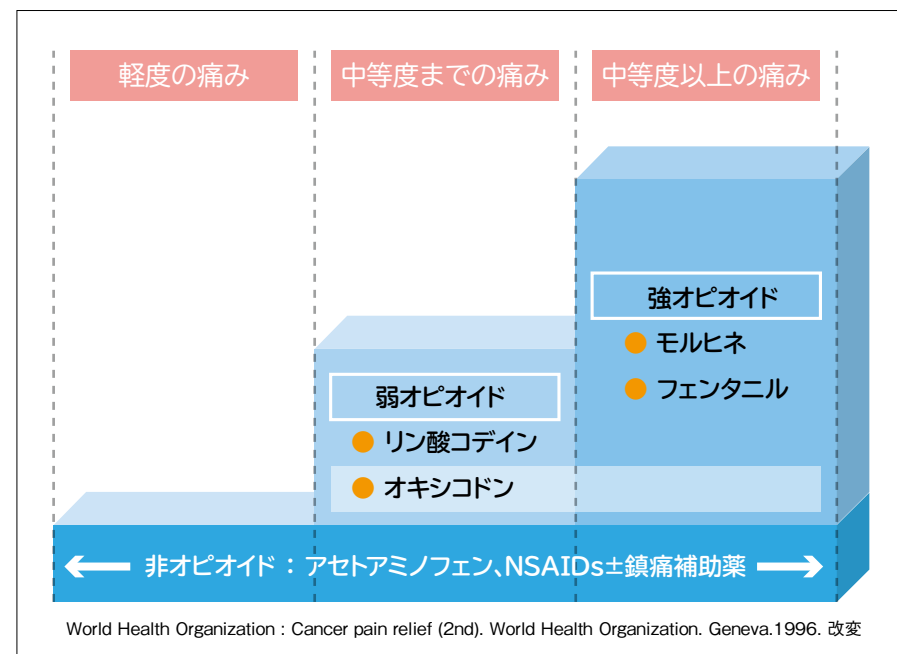
行われます。痛みの進行に伴いどのように薬を用いるか、WHO（世界保健機関）によって提案されたガイドライン（下図）があります。

この考え方をもとに、各患者さんの状態に応じて副作用を最小限にしなが痛みを最大限に抑える治療法を選択していきます。

また、痛みには“持続する痛み”と“一時的に強くなる痛み”があると考えられています。痛みを抑えるためには、①持続する痛みを抑える治療を行いながら、②痛みが強くなった場合には一時的に抑える薬を使用する、という二段構えで対応することが必要です。

このような考えに基づき、よく使われる薬について理解しておきましょう。

WHOの3段階除痛ラダー



鎮静について

緩和医療はがんに伴う痛みや苦しさを取り除き、患者さんの生活の質を向上させることを目的としています。しかし、残念ながら現在の医療ではこの痛みや苦しさを十分に取り除くことができない場合もあります。そのようなときには薬を使用して意識レベルを下げ、眠った状態を保つことで痛みや苦しさをあまり感じさせない方法を選択することがあります。このような方法を鎮静といいます。

鎮静を行う場合、他の治療方法では痛みや苦しみが取り切れないことが前提となります。患者さん本人やご家族が以下のことを考慮してもなお、鎮静を望む場合にのみ行われる治療です。

- ①たとえ鎮静によって命が短くなることがあっても、苦痛を取り除くことを優先したい
- ②たとえ鎮静によって意識が戻らなくなることがあっても、苦痛を取り除くことを優先したい

鎮静を選択することは、ご本人やご家族にとってたいへん重い決断です。ケアにたずさわるスタッフは鎮静を選択せざるを得なかった辛さを理解し、真摯な態度を心掛けてください。

高齢者・認知症のがん患者

高齢者や認知症をもつ方ががんになった場合には、注意しなければならない問題がいくつかあります。

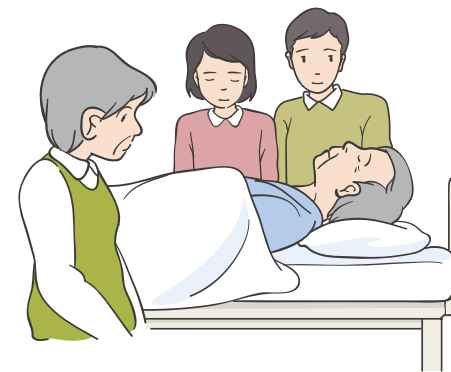
一つは、ご本人が病状を認識することが難しいという点です。がんという病気を受け入れるのは、誰にとっても困難です。高齢者や

認知症のある方の場合、病状の理解とその予後などを受け入れるのはさらに難しいこととなります。そのため、ご家族や“準家族”としての施設職員、ケアマネージャーのサポートがたいへん重要な位置を占めるようになります。

もう一つは、その後の治療方針についての意思決定をどのように行うかという問題です。ご本人が意思を表明できる場合は、それを尊重します。しかし、意思を確認することができない場合には、主治医とご家族とでよく相談し、決定する必要に迫られます。治療方針は病状や予後について主治医と十分に話し合ったうえで慎重に決定することが求められますが、その際、普段の様子をよく知る介護スタッフからの情報もご本人の意向を知る大きな手がかりとなります。できる限り正確に、ご本人の発言や様子を主治医やご家族に伝えるよう心がけましょう。

今後の方針が決まったら、ご本人やご家族とスタッフの間で病状の理解をどのように共有するか確認しましょう。ご本人が十分に理解できない場合、理解度に合わせて不安を与えないように対応する必要があります。

このような状況では介護スタッフにもより強いストレスがかかります。ストレスを感じたら、できるだけその気持ちをチームのメンバーと共有し、ひとりで悩まないようにしましょう。ご家族とコミュニケーションを取ることもお互いのストレスを緩和し、よりよいケアを提供することにつながります。



終末期と看取り

終末期のとらえ方

終末期の考え方

終末期介護の考え方

意思決定と看取りの準備

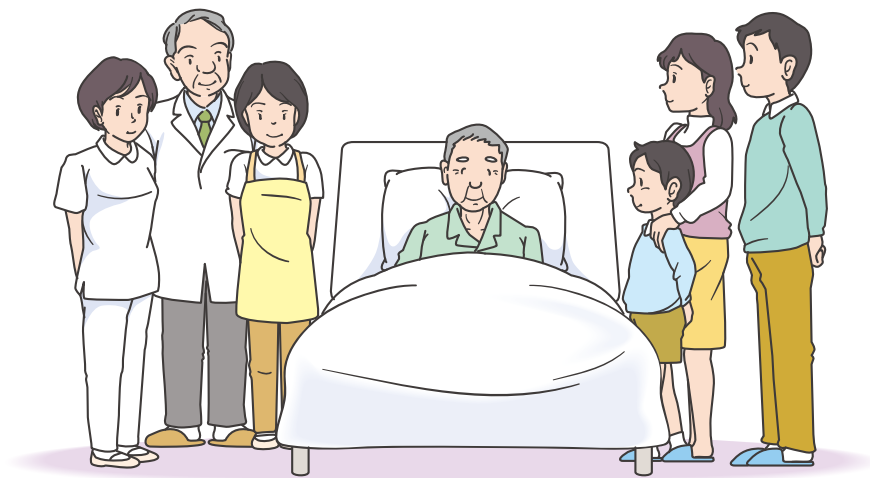
終末期のケアにおける実際

介護におけるストレスマネジメントとグリーフケア

連携はお互い思いやりを持って

終末期でのエピソード

終末期介護における Q&A



終末期のとらえ方

「終末期」には明確な定義はありません。この冊子では、病気または老衰で、近い将来に死を迎えることが避けられない、と医師が判断した段階を終末期と表現します。

終末期と聞くと、否定的なイメージをもつ方が多いかもしれませんが、しかし、死が突然訪れる場合を除き、人は誰でも終末期を経験します。医療や介護に携わる以上、この時期を迎えた人となんらかの形で関わることも避けられません。避けられないこの時期を、いかにより良いものにするかを考えるのが、医療と介護に携わる人の使命ともいえます。

終末期の考え方

この時期に携わることは、大きなストレスを伴うかもしれませんが、しかし、それは患者さん本人やご家族の人生の中の大切な時間を共有することができる貴重な機会でもあります。人としてこの機会に真摯に向きあい、職業人としての貢献を果たす中で、よりよい終末期を過ごすお手伝いができるよう、チーム一丸となって取り組みましょう。そのためには、チームの中で情報を共有するだけでなく、それぞれが精神的にも安定した状態で関わるのが大切です。お互いの思いも共有するように心がけましょう。



意思決定と看取りの準備

看取りの準備

1 意思決定

終末期に関して正しい意思決定を行うためには、例え認知症の進んだ方であっても、可能な限りご本人の意思を確認することが大前提となります。

そのためには、元気な時から折に触れて、治療に関することに限らず、人生の終末期の限られた時間をどこでどのように過ごしたいかを含めた希望を確認しておくといでしょう。

それでもご本人が認知症の進行や全身状態の変化によって自分で意思決定ができなくなったときのために、判断を代行する人をあらかじめご本人が指名することが望ましいとされています。ご本人に代わって意思決定を行う際には、ご家族であっても、自分の希望ではなく、「本人だったらどう判断するか」を最大限推し量ることが必要です。

これらの意思表示を行うことは、多くの高齢者にとって容易なことではありません。その人の置かれている状況や認知機能障害の度合いによっても、困難さはさまざまでしょう。しかし、誰でも、どんな状態でも、一定の意思表示ができる場合にはその意思をできる限り引き出し、尊重することが大切です。具体的な説明や文章による確認は医師や医療スタッフによって行われますが、ご本人の日常を知る立場として、ご家族や医療スタッフと協力しながら、その人の意思を汲み取り、意思決定をできる限りサポートするようにしましょう。

また、この意思表示は変更できないものではありません。状態や状況が変化の中で、また、日々の生活の中で異なる意思表示が行われた場合には、関係者にそれを伝え、必要に応じて確認や協議を行うように努めましょう。

在宅医療を受ける場合、万が一のときにどのように対応するか、終末期にどのように過ごすかをあらかじめよく相談しておく必要があります。ご本人・ご家族にとってはつらい選択かもしれませんが、いざというときに意思に反した展開となり後悔が残らないよう、確認できる段階で意思を統一しておく必要があります。以下のようなことについて、必要な時間をかけながら慎重に検討しましょう。

終末期において検討すべきこと

口から食事を摂れなくなった場合の対応	呼吸や心臓が停止した場合の対応
<ul style="list-style-type: none"> ● 経管栄養(胃ろう・腸ろう、経鼻経管など) ● 中心静脈栄養 ● 末梢点滴 ● 自然に経過をみる 	<ul style="list-style-type: none"> ● 救急搬送 ● 心肺蘇生 ● 自然に経過をみる

終末期での確認の手順

- 後の見通しと選択肢、それぞれの選択において起こりうることの確認
 - ・どのような経過をたどる可能性があるか？
 - ・どのような対応が可能か？
 - ・その対応をした場合に起こりうることは？
- ご本人・ご家族の意思の確認
- 関係者の対応方法・手順の確認
いざというとき誰に連絡し、どのように対応するか？

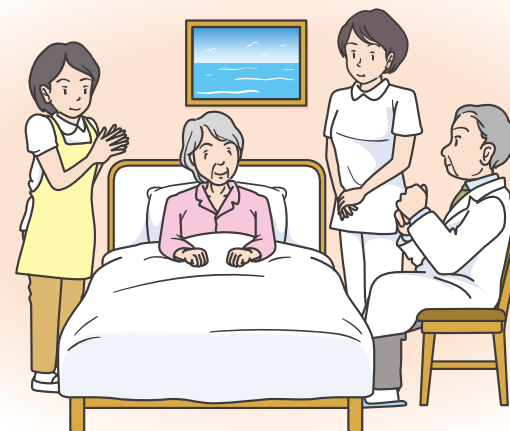
2 環境の整備

ご家族がいつでも面会に来られるよう、面会時間の配慮ができるといいでしょう。施設であっても、自宅と同じように過ごしていただけることが理想的です。

看取りに入ると、こまめに居室を訪ね、孤独感や不安が軽減できるよう継続的に関わっていきます。しかし、職員数には限界があり、常に寄り添うケアの継続は難しい場合もあります。職員の体制については、ご家族の方にも理解と協力をしていただき、一緒に支援していくことも大切になります。

3 急変時の対応

入居者の状態に変化があった場合は、連携している訪問看護ステーションなどに連絡をして、状態を報告します。オンコールでいつでも連携し、指示を仰ぐことができる体制を整えておくといいでしょう。





(例) 91歳の女性の場合

■ 症状

もともと心不全で加齢により徐々に動けなくなり、食事も摂れなくなる。主治医からは年齢・病状を考えると終末期であり、内服薬での治療継続の他は根本的な治療は難しいとの話があった。「向こう一ヶ月以内にいつ呼吸が止まってもおかしくない」経管栄養・中心静脈栄養も可能だが、肺炎や心不全の悪化などの危険も高いとの説明である。

■ 意思の確認

ご本人：「施設にいたい」「無理なことはしたくない」
ご家族：「穏やかに施設で自然に最期まで見てあげたい」

■ 検討会議の実施

ケアマネージャー・ご家族・主治医・訪問看護師・施設職員などが集まり担当者会議を行う。

■ 対応・手順の確認

- 無理な治療はせず、少しずつ口から水分や少量の食事を摂りながら施設で最期まで過ごす
- 苦しくなければご本人が入りたいという限り入浴も行う
- 必要ならば在宅酸素を導入
- 心停止・呼吸停止時も心肺蘇生・救急搬送はせず、訪問看護に連絡して主治医に往診していただきお看取りを行う



4 身体の変化

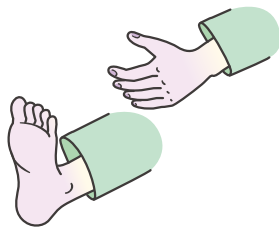
1

血圧が徐々に下がり、血液の循環が悪くなると、顔色が白っぽくなってきます。多くの場合、体温も低下してきます。



2

手足が冷たくなり、むくんでいきますが、痛みを伴うものではありません。唇や爪の色が紫がかってくる場合があります（チアノーゼ）。



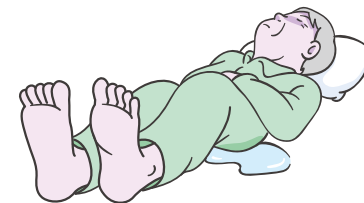
3

心臓が血液を押し出す力弱くなると、脈が乱れたり、早くなることがあります。徐々に脈が触れにくくなり、血圧の測定も難しくなります。



4

意識が低下するため、便や尿が出ていても気づかない場合があります。身体の機能がもっと低下してくると、尿も出なくなってきます。



5

意識は徐々に低下してくることがほとんどですが、病状により様々です。意識の低下に伴いせん妄（P.24参照）がみられることがあります。



6

一時的にゼイゼイすることがあります（死前喘鳴）が多くの場合苦しくはありません。下あごを動かすような呼吸（下顎呼吸）や、間に無呼吸を伴う呼吸になると、数時間で呼吸が止まることが多いと言われています。



5 最後の対応

呼吸状態が悪くなり最期の身体の変化が見られたときは、早めに訪問看護師などに連絡をして状態を確認してもらいます。状況に応じて、ご家族にも連絡をします。

息を引き取ったとき、医師や看護師が不在の場合は呼吸停止した時間を記録しておきます。訪室した際、そばに誰もおらず呼吸が停止していた場合でも、呼吸停止の確認をした時間を記録しておきます。

主治医が外来診察などですぐ来られない場合もありますが、ご家族の悲しみと不安を受け止めて落ち着いて待ちましょう。

● エンゼルケア

医師の死亡確認が行われた後、施設での死後のケアをご家族が希望された場合は今まで一緒に看取りを行ったご家族、訪問看護師とエンゼルケアを行います。訪問看護師に身体の処置をしてもらった後、事前に用意していただいていたお召し物への着替えとお化粧品をご家族と一緒にいきます。亡くなられた方の思い出話をしながら、泣いたり、笑ったりすることで、ご家族の思いを共感することができます。

終末期のケアにおける実際

1 食事ケア

終末期に入ってくると、嚙む力、飲み込む力が弱くなって、口から食べることが難しくなってきます。食が細いときは、1日3食にこだわる必要はありません。「食べてほしい」という思いから、食べることが困難なのに無理やり食べさせることは禁物です。誤嚥性肺炎や窒息を起こす危険性もあります。まずは現状の食べる力を見極めて、その方の状態にあった食事の工夫が必要となります。

ワンポイントアドバイス

- 食 前 綿棒、スポンジで口腔内をアイシングして、刺激をしましょう。
- 姿 勢 あごが上がっていると、上手にものを飲み込むことができません。食事をする時は、あごを引くようにしましょう。
- 水分補給 水分のとろみをつけると飲みやすくなります。とろみ剤やゼリー飲料を活用してみましょう。

Q&A

Q: 食事のとき、むせこんでしまったらどうすればいいのか焦ってしまいます。

A: むせは、誤嚥を防ぐ反応でもあります。むせた後に呼吸が落ち着いているようならそのまま食事を続けても大丈夫ですが、呼吸が乱れたり、顔色が変わっていたりするような場合は、食事を中止して経過を観察しましょう。むせてしまったときはご本人も慌ててしまいます。「大丈夫ですよ。大きく咳をしましょう」と声を掛けて安心させ、やさしく背中をさすってあげてください。

Q: 水分補給をさせたくても吐き気があるときは、どうすればいいのでしょうか？

A: 脱水や水分不足からくる体調の悪化を心配するあまり、水分補給が本人の苦痛となっていないでしょうか？ご本人の気持ちや状態に合わせて無理をせず、飲めるときに、状態に合わせたものを提供して下さい。



2 口腔ケア

食事を口から摂れなくなっても、口腔ケアは必要です。口の中の状態をチェックし、必要なケアを行いましょう。歯みがきはもちろん、歯ぐきや舌などの粘膜のケア、乾燥を防ぐ保湿ケアも大切です。

ワンポイントアドバイス

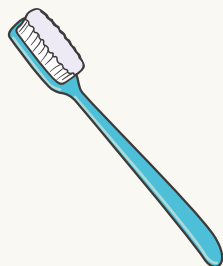
● 歯みがき

口の中を保湿してからケアを始めると、汚れが取りやすくなります。歯みがき後にうがいができない場合は、ウエットティッシュやスポンジブラシガーゼ、吸引ブラシで汚れをしっかりと取り除きましょう。

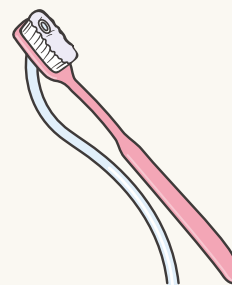
ケアグッズの紹介



歯みがきティッシュ



歯ブラシ



吸引ブラシ



保湿剤

Q&A

Q 口を開けてくれない方の口腔ケアはどうすればいいですか？

A なぜ口を開けてくれないのか、その理由を考えましょう。「口が開けられない」「開けたくない」「どうしたらいいのかわからず戸惑っている」などさまざまな理由が考えられます。理由を理解し、それに合った対処を行うことが大切です。無理強いせず、本人の気持ちに寄り添い、笑顔で言葉を掛け、本人が苦痛と感じるケアは行わないようにしましょう。認知機能に問題がある場合は、分かりやすい言葉で説明し、表情やジェスチャーなどで伝えてください。口の中はプライベートな部分という感覚があるので、恥ずかしがったり嫌がったりするのも当然です。ケアする側とさせる側の信頼関係を築くことで、無理のないケアを心がけましょう。

3 排泄ケア

排泄をどのように行うかということは、個人の尊厳に関わる重要な問題です。終末期では、ご自分で排泄をコントロールできなくなった方へのさりげない配慮が、ご本人の心の負担を和らげます。ご本人が納得できる排泄方法を選択してもらってください。排泄後の心地よいケアを提供して、皮膚の疾患を予防しましょう。同時に、排泄の状態確認を行うことも重要です。

ワンポイントアドバイス

● 排泄物の確認

排泄物の量や形状、色、においを確認し、急激な出血や黒い便に変わるなど気になる点があれば医療スタッフに報告しましょう。

● 清潔保持

入浴できないときは陰部洗浄を行い、感染症、皮膚疾患の予防に努めましょう。特に、褥創などがある場合は、身体の負担にならない範囲でのこまめな確認とケアが必要です。

● においの対策

こまめに換気することがポイントです。布団、カーテン等には消臭スプレーなどを用いるとよいでしょう。アロマの消臭剤は、介護される方も介護する方も癒されます。

Q&A

Q: おむつ交換時、尿道カテーテル等のチューブが入っていると外れそうな感じがしてこわいのですが…。

A: 尿道カテーテルの項にあるように、チューブの先端は風船状になっており、充填された水が抜けたりしていない限りは、よほど強い力で引っ張らない限り、抜けないようにしています。ご本人の痛みや出血などがいないか確認しながら、通常通り丁寧なケアを心掛けましょう。



4 入浴ケア

入浴の時間は、楽しく、気持ちよいものです。安全にケアするために、医療スタッフに注意点を確認しましょう。施設での入浴が難しいときは、デイサービスの入浴や訪問入浴を利用する方法もあります。終末期の入浴では、医師と相談し、体力の消耗を考慮することも必要です。入浴中に状態が変化することも考えられますが、何を優先するかを話し合い、過度に警戒することで生活の質を下げないように注意しましょう。

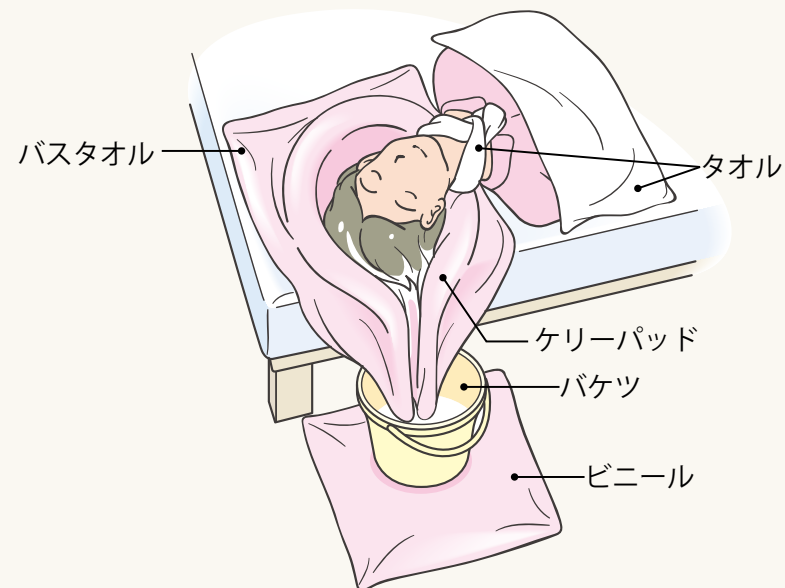
看護師とも十分に協力し、本人の気持ちを尊重しながら無理のないケアを行うようにしましょう。

ワンポイントアドバイス

- **身体状態の確認** 入浴してよい状態かを確認し、入浴中は気分や体調の変化に気を配りましょう。
- **室温の変化** 寒い時期は、室温を上げる工夫をしましょう。
- **清拭** 濡れたタオルで拭き、水分はかならず乾いたタオルで拭きとりましょう。
- **マッサージ** 清拭の後は、ボディクリームで全身のマッサージをするなど、血行促進と褥創予防にも配慮するとよいでしょう。

● ベッド上の洗髪方法

38℃位のお湯をやかんに入れて状態を確認しながら洗髪します。2人で安全に行いましょう。洗髪後は、風邪をひかないようドライヤーでしっかりと乾かしましょう。



Q&A

Q: 入浴ができないときは、どうしたらいいですか？

A: 温かいタオルで全身を拭いてあげましょう。マッサージ効果もあり、血行をよくすることにもなります。

5 就寝ケア

終末期になると、お部屋やベッドで過ごす時間が多くなります。ベッドで過ごす時間が長くなると、腰痛などの痛みが出やすくなります。食事を摂れずに栄養状態が低下し、身体を動かさないことで褥創ができやすくなります。

清潔を保つとともに、皮膚を観察し、こまめな体位交換が必要です。



ワンポイントアドバイス

● 環境

ご家族の写真やお花を飾ったりして気持ちが和むような環境を作りましょう。看取りの時期になると、今まで以上にご家族とのかかわりが大切になります。ご家族の意向をいつでも聞ける環境を作り、連絡体制を整えておきます。いつでも付き添い、泊まれるように簡易ベッドを用意してもよいでしょう。

● 圧迫防止

体の重みが同じ部位に集中しないように、エアマットやクッション、タオルなどを上手に使いましょう。

● 清潔

汗、尿で汚れていると、皮膚のかぶれや褥創の原因にもなります。身体を清潔に保ちましょう。

● ポジショニング

からだの一部に負担がかからない安楽な体位をとらせるようにしましょう。

Q&A

Q: 体位交換をこまめに行っても褥創ができてしまいます。どうしたらいいですか？

A: 褥創は栄養状態などの全身状態とも密接な関係があります。介護職として最大限のケアを行っても、残念ながら褥創ができてしまうこともあります。医師や看護師と連携し、その時々でできる最大限のケアを行いながら、状態が変化したらすぐに相談できる体制をつくっておきましょう。

Q: 処方された睡眠導入剤などを服用しても眠れず、不安の強い方にはどのように対応したらいいのでしょうか？

A: 不安のために眠れない場合は、お話を聴くことで解消され、眠れるようになることもあります。それでも不眠や不安の訴えが強い場合には、医療スタッフと相談のうえ対応するようにしましょう。

介護における ストレスマネジメントとグリーフケア

1 看取りのストレス

施設での終末期のケアや看取りに携わることは、介護スタッフに大きなストレスをもたらします。ストレスによって介護スタッフの精神状態が不安定になると、利用者へのケアにも影響が出てきます。常により良いケアを提供するために、介護スタッフもストレスや悲嘆に対するケアが必要です。

看取りケアのストレス

- 担当時に急変したり、亡くなることへの不安や恐怖
- 緩和ケアや看取りに関する知識の不足
- 看護師不在時の急変対応への不安
- 夜間、終末期の入居者に一人に対応することへの不安
- ケアについての悔い、挫折感
- 医療との連携に対する不安

2 ストレスへの対応

ストレスを抱えると、気がつかないうちにものの見方が狭くなり、否定的な考え方に偏ってしまうことがあります。辛い気持ちや負担感を感じたら、立ち止まって自分の気持ちに向き合うことが必要です。できる限り客観的に自分の置かれた状態を見つめ直し、肯定的な捉え方ができないか考えてみましょう。

一人で見方を変えることができない場合は、誰かと気持ちを分かち合い、ストレスに押しつぶされないように支え合うことも必要です。職場の仲間ともコミュニケーションを取りながら、お互いの気持ちの変化に気付くことができるようにしましょう。

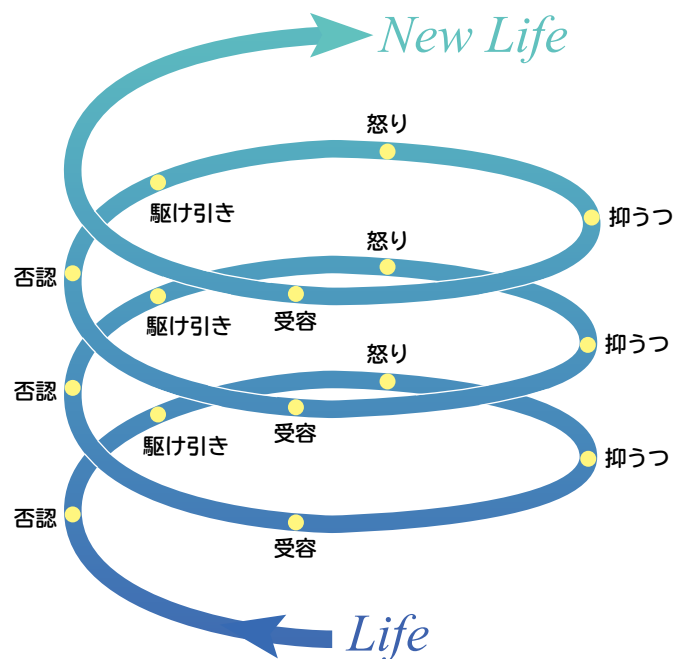
職場外の友人や家族などと話をすることも大きな支えとなるでしょう。その際は、患者さんの個人情報の保持に十分な注意が必要です。



3 グリーフケア

グリーフケアとは、grief（悲嘆）を抱えた状態にある人を支えることです。終末期においては、患者さんやご家族、ケアに関わるすべての人が悲嘆を感じます。また、大切な人を亡くされたご家族は大きな悲嘆を抱えてその後の人生を歩み始めますが、ケアにあたった介護スタッフにも同様の精神的負担がかかります。それを緩和するために行われるのがグリーフケアです。

米国の精神科医キューブラー・ロスは、死に直面した人間がそうした現実を受け入れるまでに5つのプロセスがあることを提唱しました。典型的なプロセスを知り、患者さんへ状態に合わせたケアをすることはもちろん、ご家族や介護スタッフの方々のストレスマネジメントに役立ててください。



否認	迫る死を認めたくない、信じたくないという気持ちが強い時期です。この時期は無理に感情を表出させようとはせず、そっと温かく見守るのがよいでしょう。
駆け引き	「ああしていればよかった」などと後悔したり、自分を責めたりする気持ちが強くなる時期です。それまでしてきたことを否定せず、肯定できるように促すようにしましょう。
怒り	なぜ自分だけがこんな目にあわなければならないのか、と理不尽に思う気持ちが強くなります。この時期は無理に現実を突きつけるようなことがないように留意しましょう。
抑うつ	気分の落ち込みを体験し受容へと向かう時期です。泣いたり嘆いたりする感情の表出を妨げず、話を聴いてあげたり気持ちに寄り添うようにするとよいでしょう。
受容	葛藤を克服し、現実を受け止めることができるようになる時期です。その人なりの受け止め方に耳を傾け、それを支持してあげるようにするとよいでしょう。

4 抑うつチェックシート



- 1. 寝つきが悪い、夜中に何度も目が覚める、朝早く起きてしまう
- 2. 今まで楽しいと思っていたことに興味が持てなくなった
- 3. 自分を責めたり、罪悪感を感じたりすることがある
- 4. 何かをしようとする意欲がなくなったと感じる
- 5. 気分が落ち込んでいる
- 6. 何をするにも集中力がなくなった
- 7. 食欲がない、ダイエットもしていないのに体重が減った
- 8. 何でもないことで怒ってしまったり、急に泣いてしまったりする
- 9. 死んでしまいたい、消えてしまいたいと思うことがある

※「5」を含む5つ以上の状態が2週間以上続く場合には医師に相談してください。

連携はお互い思いやりを持って

互いに理解し合う心

ある施設で起こった出来事です。入居者が深夜に急変したため、介護スタッフは夜中に申し訳ないなあと思いながら担当の訪問看護師に電話連絡しました。ところが、『どうしてこんな時間なの？

もっと早くわからなかったの?』と責められてしまったのです。それ以来、その職員は「報告するのが怖い」「在宅医療や看取りには関わりたくない」と考えるようになってしまいました。

施設介護士も訪問看護師も入居者を心配する気持ちは一緒なのに、こうしたことによって連携がしにくくなってしまふのはたいへん残念なことです。夜間は人手も少なく、施設職員の多くは不安を抱えながら入居者のお世話をされています。訪問看護師も同様で、少人数での日中の業務に加え、交代で夜間対応を行っている場合があります。時にはそれぞれ不満を持つことがあるかもしれませんが、お互いに支え合い、チームとしてケアを提供しなければなりません。立場や資格が違って、理解し合おうとする心が大切です。

必要なのは、ねぎらいの言葉

連絡を受ける側は、まず「連絡してくれてありがとう」と相手をねぎらいましょう。この一言で連絡する側も気持ちが楽になり、また頑張って助け合おう、という気持ちになるものです。連絡する側も「申し訳ありません。どうすれば良いか迷ったのですが…」と前置きしてみましょう。素直な気持ちを伝えることで、聞く側の気持ちも和らぐことがあります。お互い頼ることもあれば、頼られることもあるものです。決して上下関係とは考えず、それぞれの立場を尊重しながら助け合える雰囲気をつくるのが大切です。

介護職から 看護職の皆さんへのお願い



看護職から 介護職の皆さんへのお願い

- 看護師さんによって医療面での指示や意見が異なると介護スタッフは迷ってしまうことがあります
- できる限り、統一された形で具体的な指示をお願いします
- 最後まで入居者の生活を支えることを中心にアドバイスをお願いします
- 入居者の病名、使用している薬などがすぐに確認できるようにしておいてください
- 夜間の対応については、できる限りあらかじめ日中に確認しましょう
- 話し合いの際、不明な点があったらそのままにせずその場で確認しましょう

終末期介護におけるQ&A

Q1 無呼吸や呼吸音の異常など、呼吸に何らかの変化があった場合はどのように対応したらいいですか？

終末期の呼吸は、一見苦しそうに見えても実際は苦しくない場合があります。ケアの必要性については身体の状態や病気の段階によって異なりますので、事態を予測して、あらかじめ医師や看護師とよく相談しておきましょう。

いびきや唸るような息をして苦しそうなときは、舌が喉に落ち込んで空気の通り道を塞いでいる可能性があります（舌根沈下）。こうした場合は身体を横に向けることによって楽になることがあります。

痰がからんでいる場合も、身体を横に向けて背中をさすると出しやすくなります。口の中の痰を拭き取るだけでも楽になることがあります。

Q2 口からの食事が難しくなってきたにもかかわらず、本人から「食べたい」もしくは家族から「食べさせたい」との希望があった場合の対応は？

口から食べられなくなるのは、加齢や病気による衰弱、脳梗塞などによって飲み込む機能が落ちてしまっていることが考えられます。食べたい、食べさせたいという気持ちがあれば、可能な範囲で少しずつ口から摂食という方法もありますが、飲み込む機能そのものが落ちている場合には、気管に食物が入って肺炎（誤嚥性肺炎）を起こす危険があるので注意が必要です。

身体が衰弱し、食べられなくなることは自然な流れです。無理に食べさせる必要はないこと、誤嚥による危険性を考慮して、ご本人やご家族、主治医と十分に相談のうえ方法を決めましょう。

Q3 発熱時にはどのような対応をしたらいいのでしょうか？

発熱の多くは免疫力を高めてウイルスや細菌による感染を防ぎ、身体を回復させるという働きをします。しかし、あまりに熱が高いと苦痛も大きく、逆に衰弱が進んでしまう場合があります。熱の原因が何であるのか、どの程度の苦痛なのか、症状によって対処法は変わってきます。また、熱以外の症状があったり、苦痛が大きかったりする場合には医療スタッフの指示を仰いでください。熱だけの場合にはどのように対処するのか、前もって医療スタッフと話し合っておくといいでしょう。

Q4 医療スタッフはどのような報告を必要としているのでしょうか？ また、どのようなタイミングで連絡したほうがいいのでしょうか？

医療スタッフが必要とする情報は疾病の種類と身体の状態によって異なります。どのような場合に何を報告するのか、医療スタッフとあらかじめ確認しておいてください。

連絡するタイミングとしては、血圧や体温、呼吸異常などバイタルサインに変化があったときです。いつからどのような症状なのか、事前に投薬の指示があった場合にはその薬を使用したかなど、慌てずに確実に伝えるようにしましょう。



Q5 施設でもがんの痛みのある患者さんの対応はできるのでしょうか？

痛みの治療に用いる薬が多様になったため、施設でも病院に近い形での対応が可能になりました。しかし、どのようなときにどのような対応をするのか、医療スタッフと連携してルールを決めておくことが大切です。決められた手順で薬を使用しても痛みが治まらない場合は、医療スタッフと相談してください。

痛みを和らげる一般的な工夫として、身体をさする、体位を変える、冷やす、温める、室温の調整などがあります。テレビ、ラジオ、音楽など好きなことによって痛みがまぎれる人もいます。

Q6 終末期の患者さんが、ぼんやりした状態で布団を引っ張ったり、手を挙げて動かししたりすることがあります。これは何なのでしょう？

終末期によくみられる「せん妄」(P.24、25参照)の可能性がります。環境や体調の変化により意識状態が混濁することで、一時的に認知症のような状態になります。

光や音からの刺激を抑え、本人が落ち着ける環境を作り、見慣れたものを身の回りにおいて精神的な安定を図りましょう。顔を見ながらゆっくりお話してください。介護や看護を行う際には今何をしているのか、よく説明しながら行いましょう。幻視、妄想などが起こっているときには、現実を把握できるようにしっかり周りの様子を説明してください。

Q7 終末期になると、血圧計での測定がエラーになったり、数値での判断が難しくなったりして不安になります。どのようにすればいいですか？

血圧が低くなってくると、自動血圧計では正確に測定することができなくなります。その場合には医療スタッフが脈を触れながら測らなければ測れないこともあります。測定が必要なのかどうか、主治医の指示に従ってください。

Q8 薬が口から飲めなくなってきました。どうしたらいいですか？

主治医の指示を仰ぎましょう。終末期においては無理して飲ませなくてもよい場合があります。薬によっては別の方法で投薬することも可能です。

Q9 看取り時に準備するものはありますか？

亡くなられた方を送り出すためのものを準備します。

お好みの衣類をご家族の方に用意していただきましょう。身体を清浄にするために清拭に使用する物品も必要になります。その後、訪問看護師または葬儀社の方が「エンゼルケア」(P.66参照)を行いますので、必要なものがあるかどうか担当の方に確認しておくといいいでしょう。

Q10 お看取りの際、ご家族にはどのように声をかけたらいいのでしょうか？

お看取りの場についてはご家族やそれまでの経過によって千差万別です。自然に会話できる場合もあれば、声を掛けづらいつきもあるでしょう。ご家族のお気持ちに合わせて対応することが必要です。

一般的にはご家族の心身を気遣って、落ち着いてお別れができるような環境づくりを心がけましょう。お看取りの後、ご本人の清拭と着替えをご家族と一緒にすることもあります。

どのような場合においても、ご本人とご家族の選択が正しかったことを確認してあげることが大切です。これまでのご家族のがんばりをねぎらってあげてを忘れないようにしましょう。



おわりに

どんなに健康な人でも、年齢を重ねるにつれ医療が必要となったり、終末期を迎えたりすることは避けることができません。自宅で生活する方も、施設で生活する方もその点は変わりありません。

それぞれが住み慣れた環境で、最期まで自分らしく生きるお手伝いをするという意味では、医療も介護も目的は同じです。

ご本人やご家族はもちろん、医療スタッフも介護スタッフも、この目標に向かって一緒に取り組むための一助となることを願って、この冊子を贈りたいと思います。

執筆者

施設でできる在宅医療と看取り

執筆：

小倉和也、鳴海真澄、中村香織（はちのへファミリークリニック）
尾崎景子、大浦智香子、熊野里美（八戸市医師会訪問看護ステーション）
中里藤枝、下田郷子（ホームホスピスもりの家）
松尾良子（グループホーム舟見町）

お問い合わせ・お申し込み：

はちのへファミリークリニック 企画連携室
〒031-0072 青森県八戸市城下4丁目11-11
Tel/Fax：0178-72-3301 E-mail：renkei@hachifc.jp URL：www.hachifc.jp
※製本された冊子（A5版）をご希望の方は、ご氏名、ご所属、ご送付先、必要部数を
明記の上、上記までFAXまたはe-mailにてお申し込みください。冊子は実費にて
一冊270円（税込）+送料（ゆうメール料金）にてお送りさせていただきます。

制作：

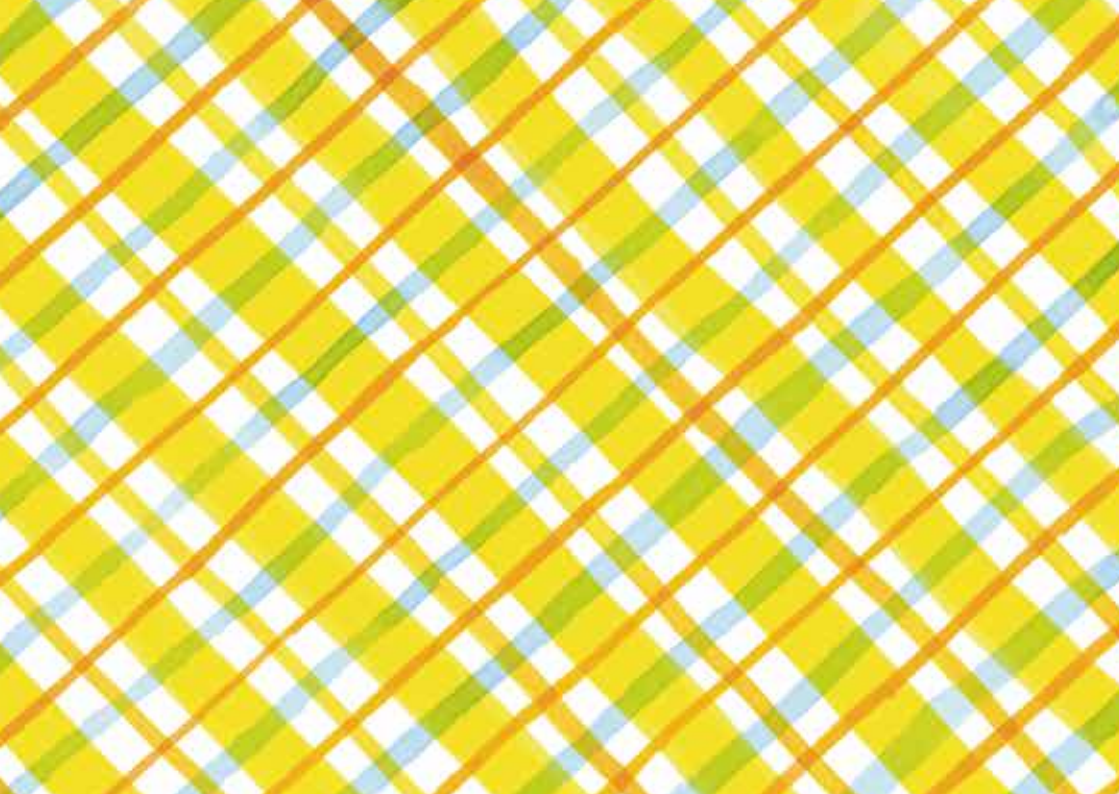
株式会社デュナミス
〒113-0033 東京都文京区本郷2-40-7 YGビル7F
Tel：03-5939-6150 Fax：03-5939-6152 E-mail：info@dyunamis.co.jp

この冊子は公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団からの助成を受けています。

2016年2月24日 初版発行

@YUUMIKINENZAIDAN. 2016 Printed in Japan

※文章・イラストの無断掲載、複製、複写、翻訳を禁じます。



施設でできる在宅医療と看取り

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

この冊子は公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団からの助成を受けています。