

第10回 看護セミナー
看取りの看護
-家族への関わりも含めて-

大阪はびきの医療センター
緩和ケア認定看護師
岡田 由佳理





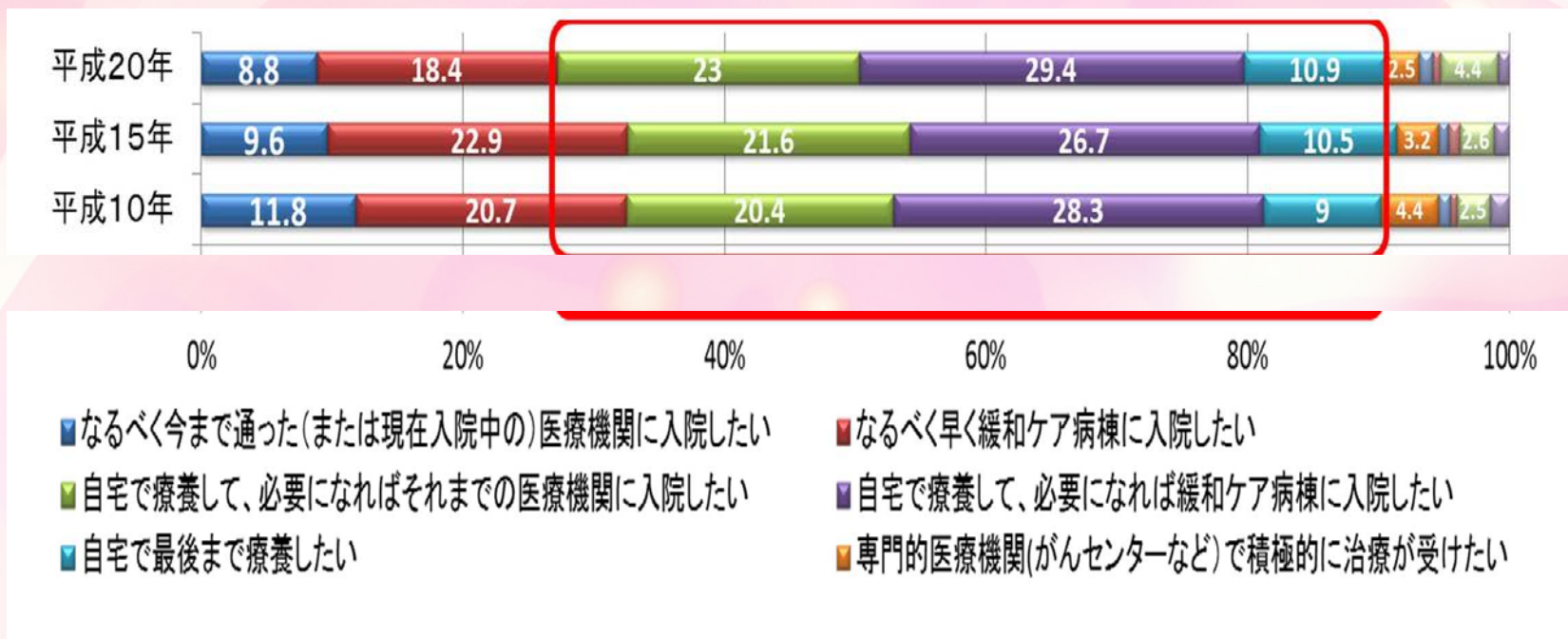
本日の内容

- 終末期における意識調査
- 終末期における患者の変化
- 看取り時の家族へのケア
- エンゼルケア

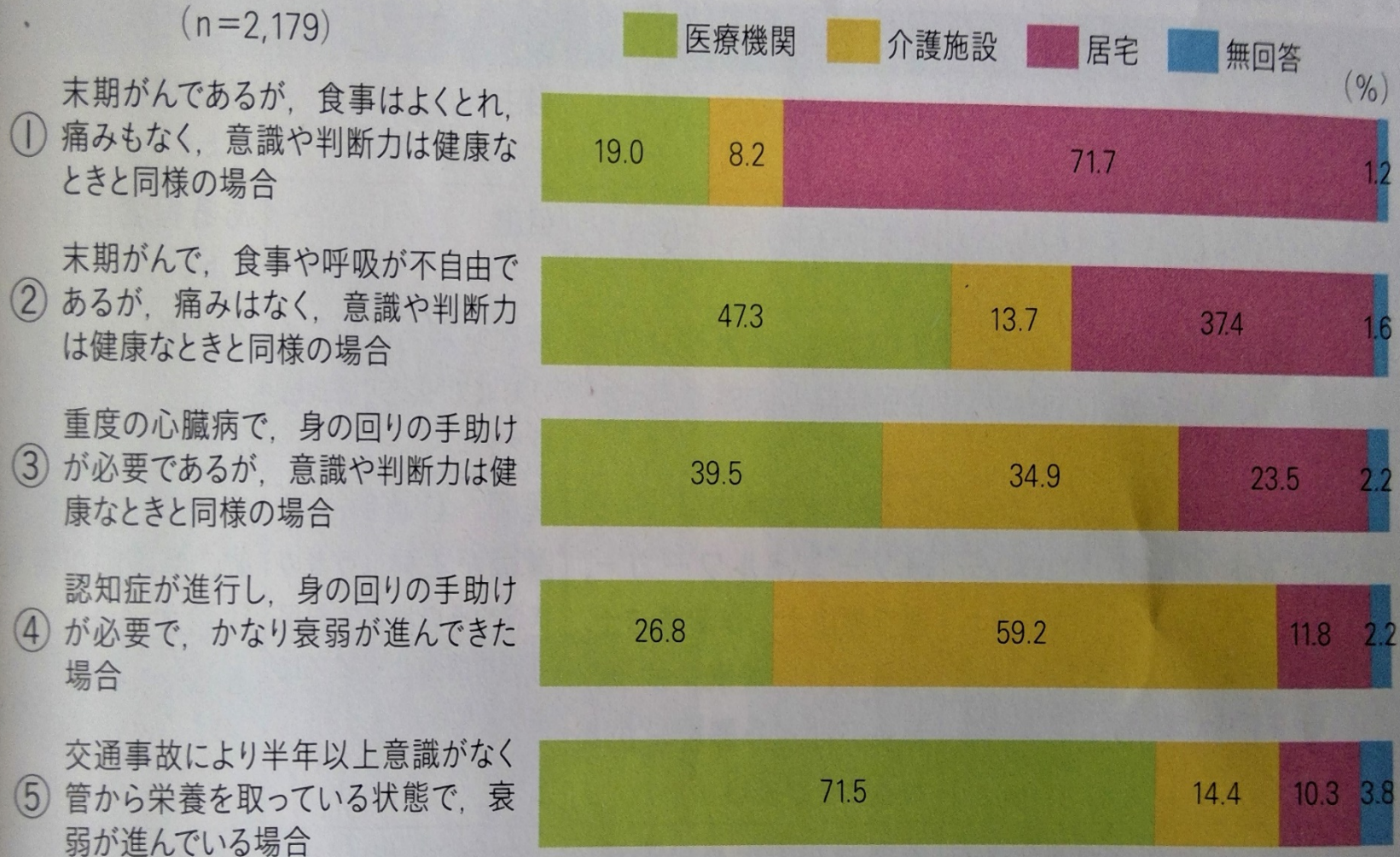


国民の意識① 終末期の療養場所について

○ 一般国民において「自宅で最後まで療養したい」と回答した者の割合は約1割であった。自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、約6割の国民が『自宅で療養したい』と回答した



(n=2,179)



注：一般市民2179人の回答。①～⑤の状況に自分がおかれたときを想定しての回答。

出典／終末期医療に関する意識調査等検討会：人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書，2014，p.30.

図3-1 終末期の状況別の療養場所の希望「人生の最終段階を過ごしたい場所」



人生の最終段階における医療に関する 意識調査結果の概要

- ① 自身の死が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療についての家族と話し合いについて、「全く話し合ったことがない」が一般国民の56%。
- ① 自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面をあらかじめ作成しておくことについて70%が賛成していたが、実際に作成しているのは3%。(国民)
- ① 自分で判断できなくなった場合に備えて、家族等の中から、自分に代わって判断してもらう人をあらかじめ決めておくことについて、63%が賛成。
- ① 希望する療養場所について、居宅を希望する割合は、状態像によって10~72%。(国民)





人生の最終段階における医療に関する 意識調査結果の概要

- 希望する治療方針は、状態像によって差があるが、概ね「肺炎にもかかった場合の抗生剤服用や点滴」「口から水を飲めなくなった場合の水分補給」は希望する割合が高く、「中心静脈栄養」「経鼻栄養」「胃ろう」「人工呼吸器の使用」「心肺蘇生処置」は57～78%が希望しない。(国民)
- 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を参考にしているかどうかについて、医療福祉従事者の職種によって34～50%が「ガイドラインを知らない」と回答。
- 施設の職員に対する人生の最終段階における医療に関する教育・研修は、施設の種別によって28～56%で実施。



患者・家族が望むエンド・オブ・ライフ・ケアを 提供できているか？

対象：一般市民2,584名、緩和ケア病棟遺族513名

日本人の多くが共通して 大切にしていること

- 苦痛がない
- 望んだ場所で過ごす
- 希望や楽しみがある
- 医師や看護師を信頼できる
- 負担にならない
- 家族や友人と良い関係でいる
- 自立している
- 落ち着いた環境で過ごす
- 人として大切にされる
- 人生を全うしたと感じる

人によって重要さは異なるが、 大切にしていること

- できるだけの治療を受ける
- 自然な形で過ごす
- 伝えたいことを伝えておける
- 先々のことを自分で決められる
- 病気や死を意識しない
- 他人に弱った姿を見せない
- 生きている価値を感じられる
- 信仰に支えられている

(Miyashita M et al., 2007)

これらのケアを十分に提供していくことが課題





身体的苦痛と生存期間

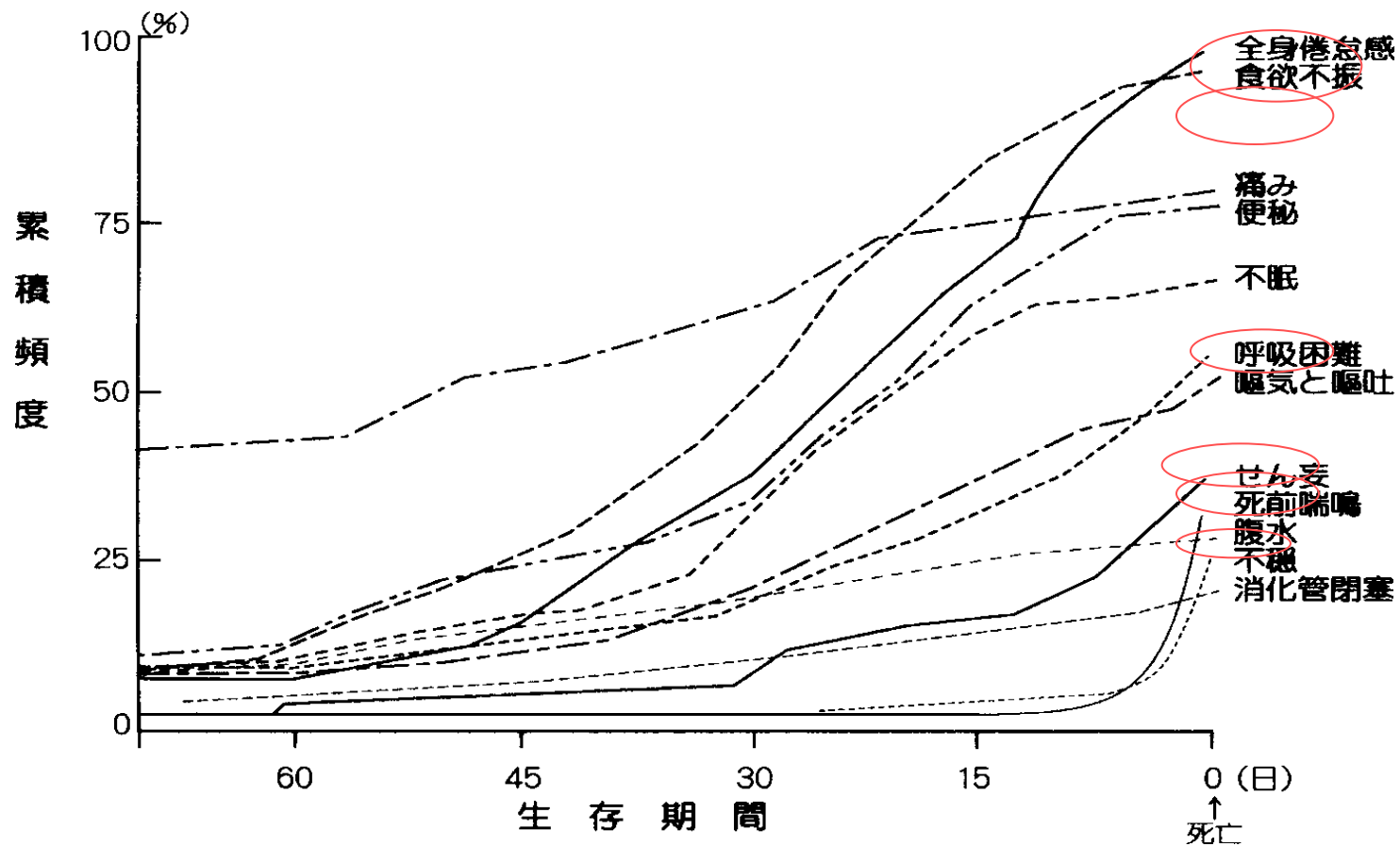


図2-1 身体的苦しみ



臨死期における患者の変化

週単位	日単位	数日	数時間
腫瘍の進行による症状の増強	痛みをはじめ、症状がさらに増強	悪液質や臓器不全が進行 るいそうが日々進行	全身衰弱
食事摂取量の低下 全身倦怠感を自覚し、訴える 浮腫が出現または増強 口腔内乾燥が出現 せん妄が出現	ほとんど水分のみ 倦怠感が増強 浮腫が持続 口腔内乾燥が増強 せん妄が悪化	ごく少量の水分のみ 強い倦怠感が持続 浮腫は軽減するか持続 口腔内乾燥が持続 せん妄が持続	水分摂取も困難 浮腫は消失することがある
呼吸の苦しさを訴えることがある 発熱が認められる	呼吸の苦しさが持続 発熱が持続	喘鳴の出現 発熱があり、解熱しない こともある	努力呼吸、下顎呼吸 高熱が持続することがある
傾眠となる 室内のトイレ歩行が困難になる 声が弱くなる	終日眠っていることが多い トイレに介助が必要となる 声が出にくくなる	呼名への反応がほとんどない 床上での排泄 声のでないことがある	昏睡 便失禁がみられる



ターミナルにおける患者・家族へのケア

ターミナル時期	ターミナル前期	ターミナル中期	ターミナル後期	死亡直前期
患者に対するケア	<ul style="list-style-type: none"> * 症状マネジメント <ul style="list-style-type: none"> ・疼痛コントロール ・その他の症状コントロール ・緩和医療：輸液・輸血・放射線治療など * 精神的な支援 	<ul style="list-style-type: none"> * 症状緩和への強化 <ul style="list-style-type: none"> ・副腎ステロイド剤の使用 ・高カロリー輸液の中止 * 日常生活への援助 	<ul style="list-style-type: none"> * 安楽に配慮したケアの強化 <ul style="list-style-type: none"> ・安楽な体位の工夫 ・輸液中止に対する配慮 * 安心に配慮したケアの強化 <ul style="list-style-type: none"> ・混乱への対応 ・せん妄への対応 ・セデーションに伴う援助 	<ul style="list-style-type: none"> * 人格をもった人として接する * 死前喘鳴への対応
家族に対するケア	<ul style="list-style-type: none"> * 病名告知に関する悩みへのケア <ul style="list-style-type: none"> ・患者本人への病名告知 * 死の受容への援助 	<ul style="list-style-type: none"> * 予期悲嘆への配慮 * 延命と苦痛緩和の葛藤への配慮 	<ul style="list-style-type: none"> * 看病疲れへの配慮 * 蘇生術についての話し合い 	<ul style="list-style-type: none"> * 死亡直前の症状の説明 <ul style="list-style-type: none"> ・呼吸の変化 ・聴覚は残ることを伝える ・家族に出来ることを伝える



臨死期の看護師の役割

- 身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな苦痛を緩和する
- 残された時間を誰と、どこで、どのように過ごしたいのかの意思を引き出し、その意思決定を支える
- 患者や家族が落ち着いて過ごすことができるような療養環境に整える
- 患者の意向を尊重し、負担感を感じることがないような援助を心掛ける
- 患者や家族の擁護者となる
- 多職種チームと連携する
- 家族が患者と十分にかかわり、患者の看取りに向けた準備ができるように支える



おかしい言動や不穏行動をはじめた時

* 家族の考え・思い

- ① どうしてこんな事を言うのか？
- ② 今まで、こんな人ではなかった
- ③ おかしくなってしまったのか？
- ④ 薬が原因なのか

* 対応策

★ 家族にとって、せん妄は初めての体験であることが多い。そのため、まずせん妄がなぜ発症したのか、せん妄とはどういう状態なのかを繰り返し話し合う必要があります。

- 「体の状態が悪化することで意識の障害が起こり、脳の考える力が低下するために生じます。」
- 「時間や場所の勘違いがよく起こります。家にいるような気持ちになったり、入院している事を忘れてしまったりします。」
- 「時間の勘違いを起こすことで、昼と夜の区別ができなくなったり、今日が何月何日か分からなくなったりすることがあります。」
- 「多くのがん患者さんで、せん妄状態が、ある時期から始まります。」
- 「とてもよく見られる症状で、他にも困っている患者さんはたくさんいます。」





おかしい言動や不穏行動をはじめた時

* 家族の考え・思い

- ⑤ ぼけてしまったのか？
- ⑥ 入院させておかしくなった。
- ⑦ 何とかならないのか？

* 対応策

★見当識障害があっても、その人の人格は保たれる場合があることや、家族の事が分かる場合が多いこと、日によって状態が変わることを説明します。

- 「色々なことに勘違いを起こしたとしても、その人の本質は変わりません。」
- 「勘違いを起こす事があっても、ご家族のことはきちんと分かる場合がほとんどです。」
- 「体調が良い日には、しっかりとしている時もあります。調子が悪い日ばかりではないと思います。」

★医療者がいままでに、せん妄の患者・家族に対するケアでうまくいったコツを話します。

- 「おかしい事を言わないでと訂正すると、ご本人が混乱されることがあります。話をあわせてあげた方が安心されると思います。」
- 「時間の感覚が分かりにくく、昼夜区別なく眠ることがあります。皆さんもうまく休息してください。」
- 「昔の話をすると落ち着かれる方もいました」



食事が食べられなくなった時

* 家族の考え、思い

- ① 食べたり飲んだりしなくて大丈夫だろうか
- ② このままでは死んでしまうのではないか

* 対応策

★ 家族が病状についてどのように理解しているのか、家族の考えている予後の見通しと、医療者が考えている予後の見通しに相違はないのか、話し合う必要があります。

- 「今の患者さんの状態をどのように思われていますか？」
- 「患者さんの余命をどのように考えていますか(感じていますか)？」

★ 経口摂取ができない患者が、何を苦痛に感じているかを話し合い、治療すべき症状、対象を明確にします。

- 「患者さんは、食事を食べられない事を辛いと感じていらっしゃいますか？」
- 「今、患者さんは何を一番苦しいと思っていると感じますか？」





食事が食べられなくなった時

* 家族の考え、思い

③何とかしたい、何とかならないだろうか

* 対応策

★患者に対して何かをしたいという思いを持つ、家族の気持ちに共感を示し、出来るケアの提案をします。

- 「何かしてあげられることがないかを、考えているのですね」
- 「口の中をきれいにすることや、歯を磨くこと、口の中を湿らすケアを一緒にしてみませんか？」



食事が食べられなくなった時

* 家族の考え、思い

④点滴をしたら元気になるのではないだろうか。

* 対応策

★輸液の利点、欠点を話合うとともに、治療として輸液を行うのであれば、どのような方法がよいかを話あうようにします。また、期限付きで評価を行います。

- 「点滴を行うと、栄養が入りますが水分も入ります。むくみも強くなり、肺にも水が貯まって、今以上に息苦しくなる原因となるかもしれません。ご本人にとって一番良い状態になるように考えていきましょう。」
- 「点滴して、患者さんの何が良くなったのか話あいましょう」



眠らせる以外に苦痛が取り除けない時

* 家族の考え・思い

①患者とコミュニケーションがとれなくなることが辛い。

* 対応策

★鎮静を開始した後には、患者とのコミュニケーションが困難となることを説明します。

- 「薬を使ってずっと眠れるようにするのではなく、夜だけでもきちんと眠れるように、時間を調整して薬を使うこともあります。」
- 「苦痛を和らげるために薬で眠った後は、患者さんは起きて話をすることが難しくなると思います」



眠らせる以外に苦痛が取り除けない時

* 家族の考え・思い

②安楽死に対する嫌悪感や、鎮静に対する嫌悪感と誤解がある。

* 対応策

★鎮静と安楽死の違いについて、本人や家族に求められれば、説明できることが必要です。

・「薬を使うことで患者さんの寿命が短くなるのではなく、あらゆる手段をとっても、苦痛を取り除く事ができないため、苦痛を取り除く治療の一つになります。この薬を使うことで患者さんの苦痛がなくなるようにします。この薬を使ったからといって、寿命を縮めることはありません。患者さんの苦痛がないように薬の調整を行います。ただ薬を使って亡くなったとしたら、患者さんの体力が治療に耐えられないほど、しんどくなっていたのだと思います。」

★鎮静を開始した後も、鎮静を決定した者が苦悩していることに共感的態度で接するようにします。

・「薬で眠って苦しさは軽くなりましたが、ご本人と話せないのはとても辛いことですね」

終末期患者の家族の思い

- 愛する人を亡くすという事自体、理不尽な出来事であり、納得することなど到底できない。
- 臨終の瞬間まで、患者が回復するという奇跡が起こることを心のどこかで抱き続ける
- 様々な相反する感情が常に混在し「たえざる揺らぎ」の中にあることを明らかにしている。つまり「もう駄目かもしれない」と思いつつも「このままいかせるわけにはいかない」という強い気持ちに突き動かされ、ある時には「悔いはない」と半ば納得しつつも「諦めてどうする」と自分を鼓舞するなど、振り子のように気持ちは揺れている





順調な悲嘆過程を導くには

- 予後がほぼ宣告どおりである。
- 身内のサポートがある。
- 付き添って世話ができたといい満足感がある。
⇒エンゼルケアの時に、家族と一緒に患者の体を拭いたり、患者との生活について振り返ったりというケアを提供する。
- 経済的な保証がある。





予期悲嘆と死別後の悲嘆

- 「予期悲嘆」は時間の経過とともに単調に高まる。そして、大事な患者の死が訪れた時に予期悲嘆が終わる。そこから、「死別後の悲嘆」が始まる。
- 「死別後の悲嘆」は非常に個人差がある。「死別後の悲嘆のパターン」はふつう順調にいけば、次第に回復し大体半年くらいで50%普通の生活に戻る、1年くらいで7割、1年半で8割までが元に戻る。しかし、2割の人が元にもどらない。





看取り時の家族へのケア





鎮静とは

- 患者の苦痛緩和を目的として患者の意識を低下させる薬物を投与すること
あるいは、
- 患者の苦痛緩和のために投与した薬剤によって生じた意識の低下を意図的に維持すること





鎮静の益と害

- 鎮静がもたらす益(好ましい効果)
= 苦痛緩和
- 鎮静がもたらす害(好ましくない効果)
= 意識の低下により、コミュニケーションをはじめとする通常の人間的な生活ができなくなる





深い持続的鎮静を行う要件

1. 医療スタッフの意図
2. 患者・家族の意思
3. 相応性
4. 安全性

十分な評価、治療を行ったうえで、患者・家族の意向を踏まえて、多職種チームで判断することが重要である





DNARの確認で重要なこと

- **DNARの確認前**

患者・家族の「病状や今後の経過、予後についてのとらえ方」を理解して臨む

- **DNARの説明**

患者自身に確認出来ない場合は、家族に説明して確認をとる。

面談に同席し、患者・家族の反応を捉えておく

必要なときに気持ちを傾聴し、受け止めていく。

家族の予期悲嘆の段階を捉えて、それぞれの思いを傾聴し、患者にとって何が一番最善かを一緒に考えていく。

必要に応じて、医師から再度説明してもらう。

- **確認内容の取り決め**

医療者、患者・家族間での意思を明確にしておく

- ・家族の不在時はどうするか、遠方の場合に立ち会いたい家族は
どうするのか、誰までまつのか

- ・主治医不在の場合、当直医の看取りでよいのか

- ・輸液、輸血、抗生剤の投与、病院への搬送をどうしたいのかなども患者
家族とはなし合っておく

病気の進行と共に意識が低下してきた時

* 家族の考え・思い

①状態が悪いのか、それとも薬のせいなのか？

* 対応策

★まず家族の思いや患者の病状理解の程度を確認します。

- 「患者さんを見ていて、どのように感じられますか？」
- 「一番気になるのは、どのような事でしょうか？」
- 「先程の主治医の説明は、分かりましたか？」
- 「心配ですね、気になることがあれば、いつでも声をかけてくださいね」



病気の進行と共に意識が低下してきた時

* 家族の考え・思い

③これからどんどん寝ている時間が多くなり、もう目を開けてくれることはないのか？

* 対応策

★意識低下している患者がどのような体験をしているのかを想像しながら家族と話し合ってみましょう。

- 「患者さんが眠っている間は、ご家族にとってはつらく寂しいことだと思います。眠っている間は、痛みなどの苦痛を感じることから解放されているので、ご本人にとっては楽な時間かもしれませんね。」
- 「今は、返事や反応をされることは難しいようですが、見は聞こえていると言われています。話しかけてあげてください。」

★患者の今後の見通しについて説明します。

- 「つらいことですが、恐らく病状の進行と共に眠っている時間が増えてくるとおられます。」



病気の進行と共に意識が低下してきた時

* 家族の考え・思い

④もう一度起こす方法はないのか？

* 対応策

★なぜ起きてほしいのか、したい事や話したい事があるのか、家族の思いを確認します。

- 「もう一度患者さんが目を覚ましたら、どんな事をしてあげたいと思っていますか？」
- 「何か心残りの事がありますか？」
- 「患者さんにとって良いと皆さんが考えられていることを、一緒にできるように考えてみましょう」



病気の進行と共に意識が低下してきた時（気道分泌過剰、死前喘鳴）

* 家族の考え・思い

①痰がなくなれば楽になるのではないか。

②ゴロゴロと苦しそうに見える

* 対応策

①②について

★喘鳴への対応を考える時、誰にとって苦痛であるか考え、なぜ対応が必要なのか客観的に考え直すことが必要です。

- 「患者さんは苦しいと言われたり、苦しそうな表情をしていますか？」
- 「家族から見て、患者さんは苦しそうに見えますか？」
- 「そばで見ていると、心配ですよね」



病気の進行と共に意識が低下してきた時（気道分泌過剰、死前喘鳴）

* 家族の考え・思い

③このまま放っておくのか。

* 対応策

★気道分泌や死前喘鳴の原因について家族に説明します。また、亡くなるまでに時間がない時に起こる徴候であることを説明します。看取りの現場に慣れていない家族の心情に共感しながら、この状況は亡くなる過程での自然な変化ということが理解できるように説明をします。

- 「ゴロゴロという音は痰だけではなく、飲み込めない唾液や分泌物でも起こるため、物を飲み込む力がなくなってきた患者さんに起こってきます。」
- 「意識がなく喉がゴロゴロと音を立てているときには残された時間は、残念ですがお別れ前の過程の一つです。」





臨終期の状態の変化について

* 家族の考え・思い

①亡くなるのを見ることに対するつらさ、無力感を感じる。

* 対応策

★患者さんは苦痛を感じていない事を、説明するようにします。

- 「このように顎を動かしながら息をすると患者さんが苦しそうに見えますが、患者さんはすでに苦しいと感じていないくらい深い眠りにいます。このような状態での残された時間は1日以内のことが多いようです。」





臨終期の状態の変化について

* 家族の考え・思い

② 血圧などを知ることによって安心したい。

* 対応策

★ 死亡までの体の変化について話し合うようにします。

- 「血圧や酸素飽和度は、心臓の力が弱まってうまく測れなくなっています。」
- 「手や足の色が変わるのは、患者さんの心臓の力が弱くなってきているのが原因です。」
- 「尿が減ってきているのは体循環が悪く、体の中にたまってきているためです。」

★ 家族ができることを指導していくことも、死への無力感を感じている家族のケアにとって大切になってきます。

- 「患者さんの体に触れると、患者さんは誰かそばにいたことが分かって、きっと安心されます。」
- 「耳はずっと聞こえていると言われていています。呼びかけに返事がないのは寂しいことですが、言葉は患者さんに届いていると思います。」
- 「患者さんの着替えや、体をきれいに一緒にしてみませんか？」





看取りの準備期間

- これから起こることについて説明する
- 家族が落ち着いて側につける環境作り
- 家族にできることを伝える
- 看取り時についていたほうがよい家族を確認
- 看取りに間に合わない場合について話し合う



看取りのパンフレット

optimのHPのパンフレット等 (<http://gankanwa.umin.jp/pamph.html>)

これからどうなるのでしょうか

12-2
看取り期

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、今伝えておくようにしましょう。

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、舌痛がやわげられていることが多くなります。



のどもとでゴロゴロという音がすることがあります

だ液をうまくのみこめなくなるためです。眠っていらしゃることが多いので苦しさは少ないことが多いですが、鼻漏れがあり苦しさがあるときはだ液を減らす薬があります。



呼吸のリズムが不規則になったり息をすると同時に肩や顎が動くようになります

呼吸する筋肉が収縮するとともに、肺の動きが悪くなって舌が動くようになるためです。「あえいているように見える」ことがあります。苦しいからではなく、自然な動きですので心配ありません。



手足の先が冷たく青ざめ、脈が弱くなります

血圧が下がり循環が悪くなるためです。

●80%くらいの方はゆっくりとこのような変化がでできます。
20%くらいの方では上記のような変化がなく急に息をひきとられることがあります。

●全ての方が同じ経過を経るものではなく、その方によって異なります。
医師や看護師と一緒にその時の状態を確認してください。

その他、よくある変化として…



食べたり飲んだりすることが減り、飲み込みにくくなったりをせたりする



おしっこの量が少なく濃くなる



つじつまの合わないことを言ったり、手足を動かすなど落ち着かなくなる

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



看取り時のケア

- 家族が安心して側に付き添える
- 悔いを残すことがないよう患者のお世話が出来る
- 家族が十分に家族とのお別れができるように配慮する
- 医療者は最後まで人格を持った人として患者に接する
- **真の看取りは家族が主役！**





ご臨終から退院されるまでのケア

- 亡くなられても、退院されるまでは大切な患者様であり、人としての礼節を重んじ、最後のケアとして看護することが大切
 - 1) 息を引き取られてもご家族の気持ちの中では生き続けておられることに留意する
 - 2) ケアを通し、最愛の人を失い悲嘆におられるご家族への家族看護につなげる
 - 3) 病室での最後のケアとして看護者が担うべき重要な看護であることを意識する。





ケアの開始

- 家族に患者のケアをすることを説明し、入室する。
- 生前と同様に患者の尊厳を忘れずに、丁寧な対応を心がける。
- 家族にケアに参加するか意思を確認する。
- 声かけしながら行うことで、家族は最期まで大事にケアされていることを実感でき、それがグリーフケアにつながる。





看護師のかかわり

- 付き添ってきた家族に、慰めの言葉をかけ、今までの苦労をねぎらう。
- 家族の参加希望を確認し、希望があれば一緒にケアを行う。「一緒にお体を拭かれますか？」などの声かけ
- 確認する必要がある身内の方に連絡できているのかを確認する。
- 自宅に帰る際の交通手段や、着替えについての説明を行う。



事例：終末期患者・家族の思いに寄り添って

- 患者T氏：70歳台、男性。
- 病名：切除不能な進行性肺腺癌、多発骨転移、がん性髄膜炎、肝転移
- 家族：妻と娘との3人暮らし、長男は関東で妻と息子と移住
- 性格：几帳面ではっきりものを言い入院は好まない
- 【今までの経過】
- 201X年1月肺腺癌stageIVと診断
- 201X年3月pembrolizumab2コース
- 201X年CDDP+PEM1コース、腰椎転移にRT
- 201X年6月CBDCA+PEM3コース
- 201X年PEM単剤5コース
- 201X+1年3月DOC2コース
- 201X+1年4月全脳照射
- 201X+1年8月低酸素にてHOT導入





事例：入院後の経過

・201X+1年8月労作で酸素飽和度低下、胸水貯留にて入院し600ml穿刺。酸素流量調節し3Lで呼吸苦軽減したが呼吸困難感徐々に増強し2週間後には労作時はオキシマイザー7L＋リザーバーマスク10L併用、血痰も出現。去痰難にてソルコーテフ点滴施行

・腰部、右側腹部の疼痛にはリリカ、ロキソプロフェン、カロナール、フェントス1.5mgで落ち着いていたが徐々に痛み増強にてモルヒネ持続皮下注へ変更

・





患者の思い

* 全然よくなる。他の所に行ったほうがいいのかな。

ケア：話を傾聴し、病状について医師から再度説明依頼、セカンドオピニオンについて提示

* 息子の誕生日までもつかな？ 兄も息子が厄年で亡くなった

ケア：話に共感的態度で接する

* 家がいいよ

ケア：妻に患者の言葉伝え外泊できるように環境整える





娘の思い

* 何もできないんですよね、出来ることは何でもしてあげたい

ケア: 患者の現状を伝え医師から再度説明依頼し、抗がん剤治療することのリスク話す。セカンドオピニオンについても話す

* 食べてないけど点滴とかしなくて大丈夫ですか？

ケア: 思いを共感しつつ、現状での食べることの意味や負担について説明

* 父が望むことをしてあげたい

ケア: 外泊できるように酸素流量の調節を指導

* 外泊したが、家でも寝てたし病院に帰ってからしんどそうだしホッとしたみたいで帰らないほうがよかったのかな

ケア: しんどかったかもしれないが、ご本人に再度確認し希望されたことであり、帰らなかったほうが後悔するしあのタイミングを逃せば帰れなかったと話した。





妻の思い

* 入院は嫌いでいつも帰りたいたってたのにね。お彼岸には帰らないとなと言っていた。帰りたいたら無理してでも連れて帰りたいたい

ケア：酸素交流量にて機会の設置と使用方法について業者から説明してもらう。必要なものを一緒に考える





看取り時の妻・娘の思い

* 苦しまない様にしてほしい、今まで頑張ってきたから

ケア：今まで一緒に頑張ってきたことを称え苦しまない様にすることを保証する

* 手を強く握る動作が生きたいと思っているのかと感じる

ケア：自分がこの立場ならどのように希望するか。本人の意思表示ができないため、家族がどのようにしてあげたいか考えることが大切であること話す

* 喉元ゴロゴロしてるが痰は大丈夫か？ 苦しくはないのか

ケア：吸引についての意味について話す




死別後何が助けになったのか

- 「安らかな死」、「家族の支え」、「十分なお世話」



- 患者が安らかに死を迎え、しっかりと症状コントロールができ、苦しみから解放された最期を迎えることができれば何よりの死別後の悲嘆のケアになる。





まとめ

- **家族もケアの対象**である。患者を家族の一員という視点で見ること大切である。
- 家族もトータルペインを抱えている。
- **患者のケアを丁寧に行うことは、家族ケアにもつながる。**



エンゼルケア



エンゼルケアの意義と目的

- 患者さんにとってのエンゼルケア
 - 患者さんの状態をできる範囲で「その人らしく穏やかな状態」に整える
- ご家族にとってのエンゼルケア
 - ご家族が死と向き合い、受容していくための環境を整える
- 医療者にとってのエンゼルケア
 - これまでのつながりで感じた事を思い出しながら、その人にできる「最後の看護」が表現できる場面
 - 患者さんの死を受容し、1つのつながりに区切りをつけるプロセス



処置ではなくケア

- その人らしさを表現するケア

顔、外見、装い(身だしなみ)とその人らしさ

- 基本は家族と一緒にいる

患者の最も美しい時を知っているのはご家族。

可能な限り、ご家族と一緒にいる。

※家族の意向に沿いながら進めていく。



エンゼルケアでのお化粧の目的

患者さんの尊厳を保つこと

亡くなった人がその人らしくなるようにすること



死後の変化を抑制する

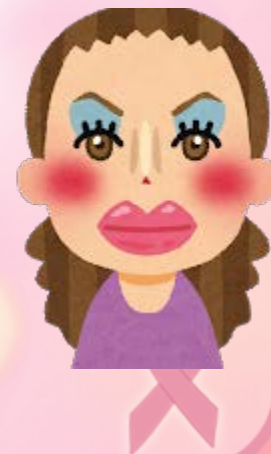
疾病や外傷などで変化した部分を目立たなくする



退院にむけてのメイク

ビューティーメイクできれいにすることが

目的ではない！



まずは口腔ケア

(腐敗抑制・口臭予防)

- 早い人は死後1時間で下顎硬直が始まります

- ① スポンジブラシやガーゼで汚れを除去
- ② 口腔内にガーゼをいれて消毒液で口腔内を満たす
- ③ しばらくガーゼを留置し、鑷子などで汚れをふきとる
- ④ 新しいガーゼで口腔内の汚れと消毒液をふきとる
- ⑤ 保湿ジェルやワセリンなどを塗布し保湿を行う

消毒液：次亜鉛ヨシダ 4ml+水道水 45ml

☆ 生体には絶対に使用しないこと

☆ 漂白効果があるので、飛び跳ね注意！



ケアの開始(顔の造作を整える)

1. クレンジングマッサージ

皮膚に付着した汚れを除去する。
表情をやわらかくする。

マッサージ
手のひら全体
でゆっくりとい
ねいにマッサ
ージすることが
ケアにつながる

おでこ、
鼻、頬、
顎へおく



図 1-3 指を動かす方向



ケアの開始(顔の造作を整える)

- 余分な油脂をふき取る
そっと静かにおさえる程度。こすらない





耳の前でクロスして全体を覆う
家族の中では息をしているので鼻を開ける
そっと静かに上からおさえる





ケアの開始(メイク)

1. 化粧水

マッサージ後の肌を整える。

2. 下地

油分を多く含んだ乳液を下地として使用する。

静かになじませるようにつける。
両手で包み込むようにつけ、ケアにつなげる

保湿効果の高い
化粧水を使用
乳液でも良い





3. ファンデーション、チーク

血色の失せた肌を生前の自然な状態に近づける。

チークは、耳、顎、頬、脛などに塗ると効果的



全体にのぼす
高齢者の場合など乾燥肌でつきにくい場合はリキ
ッドファンデーションを混ぜてつけると良い



ムラが残らないようにスポンジでのぼす
こすらないようそっとつける



ケアの開始(メイク)

4. 眉を整える。

閉眼しており、眉によって大きく印象がかわる。

眉は穏やかなカーブを描く
男性の場合はブラシで整える
のみでよい

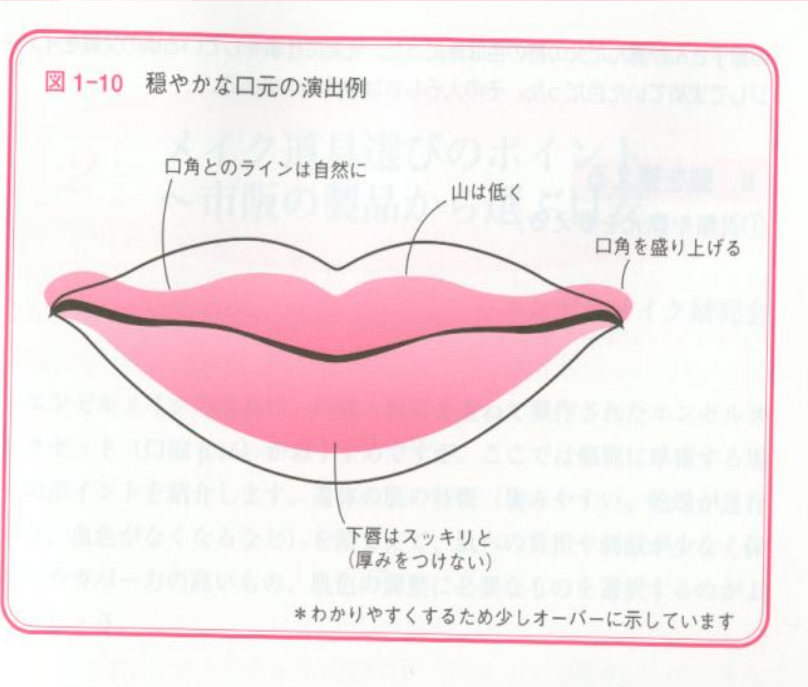




口紅
紅の色も時間とともに悪くなるので男性もつける
家族に選択していただくところにケアが発生する

6. 口紅

皮膚の乾燥を防ぎ、安らかな表情になる





穏やかな顔は家族が癒される

白い布掛けない
てください

眠っているようだ

楽になれたね

いい顔してるね

きれいになった

今にも起きて
きそうだ



まとめ

- エンゼルケアとは、患者さんの死の直後からその患者さんやご家族に対してでき得る限りの援助のあり方
- ターミナルケアの延長線上にある
- ただご遺体を綺麗にするというだけではないご家族が死をどのように捉え、どのように関わろうとしているのかを感じ取る
- 形や結果ではなく、患者さんやご家族を大切に思う気持ちの表現、その過程が重要





ご清聴ありがとうございました





引用・参考文献

新城拓也ほか：看取りのケア指針.第1版,日総研,2007

佐藤禮子監：絵で見るターミナルケア.第3版,学研,2019

小林光恵：もっと知りたいエンゼルケアQ&A.第1版,医学書院,2012

終末期看護エンド・オブ・ライフ・ケア,メヂカルフレンド社

