

## 在宅での看取りに関する手引き



\*本指針は自宅での看取りを前提に訪問看護ステーションを中心に記載しています。当然ですが、本指針のみで様々な地域の、多様な形態を擁する居住型施設への対応は困難です。従って、それぞれの地域の利用可能な社会資源、状況、考え方、サービス事業所等の職員の勤務体制・呼称、制度などにより修正して用いてください。尚、制度変更があれば、随時修正してください。また、家族や関係職員全員で記載内容について確認してから使用してください。

## 1.基本精神

人生の終末を迎える際、人は終末期を過ごす場所及び行われる医療等について自由に選択できる環境が必要である。当事業所では、終末期にある患者に対し、患者本人（以下、本人）の意思と権利を最大限に尊重し、本人の尊厳を保つと共に、安らかな死を迎えるための終末期にふさわしい最善の医療、看護、介護、リハビリテーション等を行う。なお、これらの一連の過程を「看取り」と定義するものとする。

## 2.在宅における終末期の考え方

多職種、家族等のチーム医療・ケアとの連携による医師の診断に基づいて、心身機能の障害や衰弱が著明で明らかに回復不能な状態であり、かつ近い将来確実に死に至ることが差し迫っている状態が、終末期と考えられる。しかし、終末期は、個々の病態において様々である。かかりつけ医師が状態や経過を観察し、一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者を終末期とする。

以下の点についても配慮等が必要である

- ・最期を住み慣れた自宅で迎えたいと願う本人に対して行われる
- ・全人的な観点から患者の身体的、精神的苦痛の緩和や日常生活の援助、家族へのケアが行われ、本人、家族の生活の質の維持・向上が目標とされる
- ・本人の尊厳、家族への精神的支援に十分配慮しながら行われる
- ・本人、家族と保健・医療・介護・福祉の各関係専門職種が十分なコミュニケーションをとりながら協力して行われる

## 3.在宅での看取りの視点

在宅での看取りとは、患者が長年過ごした自宅で主に家族が精神的にも時間的にも主介護者となり、親しい人々に見守られ、自然に死を迎えられるための支援にある。しかし、終末期の過程においては、死をどのように受け止めるかという個々の価値観が存在し、看取る立場にある家族の思いも錯綜、変化することも考えられる。このことを踏まえ、患者、家族に対して以下の事項を予め確認し理解を得ておく。

### ①在宅における医療体制を理解してもらう

かかりつけ医（以後、医師）を明確にした上で、訪問診療と訪問看護を基本に医療を行う

- ・緊急時は訪問看護師の報告などに応じて医師が指示を行う
- ・医師が不在の場合は必ず代理医師を立て、代理医師が指示を行う

以上のことは原則24時間体制で行う

### ②在宅での看取りの対象を理解してもらう

はっきりした区分けは困難であるが、急を要するような治療、回復を期待するような

治療、心肺蘇生を含む延命的な処置や治療は対象外になる

③在宅での医療の特徴を理解してもらう

対応にある程度の時間を要し、急変や一刻を争う状況には対応できない。

治療手段、専門職の配備などの点で病院や施設との相違がある。

④在宅での看取りに対する本人、家族（本人が意思表示できない場合は家族のみ）の同意を得る

- ・①、②、③を踏まえた上での同意を得ておく
- ・経過中に本人、家族の希望に変化や変更はないかを確認する

◎ここで重要な点は本人、家族、関係専門職種がそれぞれ想定している具体的な治療やケアに差異がないかどうかを確認することである

⑤介護保険サービスについての助言

介護保険の対象となる方には、訪問系サービスや福祉用具貸与などを中心に本人や家族に適したサービスを受けることが可能であることを適切な時期に助言する。必要に応じて居宅介護支援事業所、地域包括支援センターと連携をとる。

#### 4.在宅での看取りの具体的な支援内容

①本人に対する支援

**【身体的ケア】** バイタルサインの確認／療養環境の整備／安寧・安楽への配慮／清拭、入浴など清潔への配慮／栄養と水分の適切な補給／口腔ケア／スキンケア／排泄ケア／身体的苦痛（発熱、呼吸困難、疼痛）の緩和

**【精神的ケア】** コミュニケーションを重視／人権、プライバシーの尊重／受容する姿勢／本人にとって居心地の良い環境をつくる／安心感の提供

**【医療処置】** 医師の指示に基づいた処置（点滴など）／症状緩和のための医療処置を医師の指示のもと行う

②家族に対する支援

- ・関係専門職種へ相談しやすい環境を整える
- ・家族の身体的、精神的負担への配慮
- ・家族関係への支援
- ・家族の希望や心配事への対応
- ・死後の援助（グリーフケア）を行う

#### 5.看取り実施における具体的な方法

①看取りの開始時期

看取りの開始については、医師により一般的に認められている医学的知見から心身機能の障害や衰弱が著明で明らかに回復不能な状態であり、かつ近い将来確実に死に至ることが差し迫っている状態と判断し、かつ、在宅での生活を強く望んでいる本人につき、医師あるいは状況によって訪問看護師により本人、家族にその判断内容を懇切丁寧に説明し、その人らしい看取りができるように計画を作成し、終末期を在宅で医療や介護を受けて過ごすことに同意を得て、開始・実施されるものである。

尚、医療保険あるいは介護保険において然る条件のもと在宅での看取りを行った場合に、訪問診療や往診、訪問看護においてターミナルケア加算や看取り加算が認められており、これらによる自己負担増もあり得ることも説明し、理解を得ておく必要がある。説明したうえで従来の看護計画に加筆する。

#### ②医師による説明

- ・在宅で看取りを行うためには、一連の、あるいは突発的な病状の変化について延命治療を行っても本人の苦痛を増長させるだけで、死は間近に迫っていることを家族によく理解してもらうことが大前提である。そのため、医師が病状を把握し、訪問看護師などを通じ、家族に連絡をとり、日時を定めて、訪問看護師などの立合いのもと家族への説明を行う必要がある。この際に在宅で可能または困難な処置、対応時間についても十分に説明する。
- ・この説明を受けた上で、本人、家族は、在宅で看取りを受けるのか、医療機関に入院するのか、または介護関連施設等に入所するのかなどを選択することができる。また、例え一旦在宅での看取りに入っても療養場所や治療方針の変更は可能であり、希望すれば支援を受けられることも伝える。(様式1)

#### ③介護負担軽減のための措置（看取りのための療養環境の整備）

- ・主治医から看取りに関する説明を聞いた後、在宅での看取りを希望する場合で、人的・物的な支援が必要な場合には早めに介護保険を申請し、ケアマネジャーを決め、看取りのための療養環境を整備する。場合によっては管轄の地域包括支援センターに相談する。

#### ④看取りの実施

- ・家族が在宅で看取りを行うことを希望した場合は、訪問看護師は医師による訪問看護指示書に基づき看護計画を、また、介護保険サービスの利用者には介護支援専門員が、医師、訪問看護師、訪問介護員、状況によっては療法士、薬剤師、栄養士等と協働してケア計画を作成する。また、本計画は、本人、家族への説明に際し事前に作成しておき、その際に呈示し同意を得ることも考えられる。
- ・看取りの実施にあたって、住み慣れた“家”、慣れ親しんだ“部屋”が本人にとって最高の療養環境といえる。在宅における最大の介護者は家族であり、本人の精神的な安定、不安軽減につながる。

- ・看取りを行う際は、医師、訪問看護師、訪問介護員、介護支援専門員等が、定期的に、あるいは随時本人、家族に説明を行い同意を得る。(様式2)
- ・関わる在宅スタッフは、本人が尊厳を持つ一人の人間として、安らかな死を迎えることができるように、本人、家族への支えともなり得る身体的、精神的支援に努める。
- ・在宅での看取りで精神的にも時間的にも多くの関わりを持つのが家族である。従って、これから利用者にどんなことが起こりうるのか、どんな対処をしたらよいのかなどを提示して、少しでも家族が安心して最期を看取れるように工夫する必要がある。(様式3 及び OPTIMホームページ「看取りのパンフレット」 “これからの過ごし方について” 参照)

#### ⑤看取り実施における職種ごとの役割

##### ○医師

- ・看取り時期の判断
- ・家族への説明（インフォームド・コンセント）（様式1）
- ・緊急時、夜間帯の対応と指示
- ・各協力病院との連携、調整
- ・定期的カンファレンス開催への参加（様式2）
- ・死亡確認、死亡診断書等関係書類の記載

##### ※医師法第20条に関わる死亡診断書及び死亡検案書の作成について

診療継続中の患者が受診後24時間以内に診療中の疾患で死亡した場合については、異状がない限り、改めて死後診察しなくても、死亡診断書を交付することを認めている。これは、24時間を超える場合には死体検案書を交付しなければならないという趣旨ではない。診療継続中の患者が、診療に係る傷病で死亡したことが予期できる場合であれば、受診後24時間を超えていても、改めて死後診察を行なったうえで、生前に診療していた傷病が死因と判定できれば、死亡診断書を発行することができる。但し、診療中の患者であっても、それが他の全然別個の原因例えば交通事故等により死亡した場合は、死体検案書を交付すべきである。死体検案書は、診察中の患者以外の者が死亡した場合に、死後その死体を検案して交付されるものである。

##### ○訪問看護師

- ・医師や協力病院との連携強化を図る
- ・看取りにあたり多職種協働のチームケアの連携強化
- ・緊急時、夜間帯の緊急マニュアルの作成と周知徹底
- ・看取りに携わる全職種への死生観教育と他職種からの相談機能
- ・看取り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を行う

- ・疼痛緩和
- ・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開催への参加（様式2）

#### ○訪問介護員

- ・きめ細やかな食事、排泄、清潔保持の提供
- ・身体的、精神的緩和ケアと安楽な体位の工夫
- ・本人、家族と十分にコミュニケーションをとる
- ・看取りの状態観察、食事、水分摂取量の把握、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
- ・いつもと違う状態（呼吸・意識・顔色など）の時は訪問看護師に連絡する（事前に訪問看護に連絡する具体的な状態を確認しておく）
- ・定期的カンファレンス開催への参加（様式2）

#### ○介護支援専門員

- ・継続的な家族支援（連絡、説明、相談、調整）
- ・看取り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への参加（様式2）
- ・死後のケアとしての家族支援と身辺整理
- ・緊急時連絡方法の確認

#### ※各職種間の連携

訪問看護師は、早期にサービス担当者会議や個別の相談で看取りの意思決定状況について介護支援専門員から情報を得て経過全体の見通しを立て、全期間を通じて訪問介護員に状況を説明し支えることが、高い連携評価・看取り評価に結びつく。また、他職種からは医師との橋渡し役を期待されている。

介護支援専門員は病状の切迫する死の直前に訪問看護師から現状についての説明を受けることにより、安心して看取りができる。

訪問介護員は全期間を通じて、介護支援専門員から看取りの方針についての説明を受け、訪問看護師とのやり取りを十分にして利用者の状況についての説明を受けることで、連携のもとで安心して利用者を支援できる。

このように、それぞれが連携相手に求めるものが明らかになれば、連携の仕方のポイントが理解でき、より良い連携につながるものと思われる。

尚、本人、家族のニーズにより、上記以外の他職種も随時参加して職種間で連携をとりながら看取りを実施していくことが必要である。

## 6.夜間緊急時の連絡と対応について

24時間体制を敷いている当事業所の緊急対応体制に基づいて適切な連絡及び対応を行う。

## 7.看取りに関する職員教育

在宅における看取りに携わる事業所ごとに看取りの目的を明確にし、死生観教育と理解の確立を図るものとする。

- ①看取りの理念と理解
- ②死生観教育、死へのアプローチ
- ③看取り期に起こりうる機能的・精神的変化への対応
- ④夜間・急変時の対応
- ⑤看取り実施にあたりチームケアの充実
- ⑥ターミナル期の介護方法及び技術
- ⑦家族の支援法
- ⑧看取りについての検討会
- ⑨看取りに関する計画書作成・記録の充実
- ⑩報告・連絡の確認

## 具体的な手順

行程	手順	備考
回復不能の 予見・予測の段階 (病状悪化と全身の衰弱)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状並び身体機能の経過の整理と確認（医師、訪問看護師が協力して行うのが望ましい）</li> <li>・キーパーソンの確認</li> <li>・エンディングノートなど意思表示記録の有無の確認</li> </ul>	医師、訪問看護師が協力し、他の職種に伝える
開始の判断	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状に関する説明、在宅において可能な終末期医療、及び救命/延命処置に関する話し合い（できれば遠隔地の家族も含む）</li> <li>・医師が医学的知見から回復の見込みがなく看取り対応の検討が必要と判断すれば、医師が説明を行い、患者、家族の同意を得る（様式1）。</li> </ul>	医師、訪問看護師同席 インフォームド・コンセント（様式1）
ターミナルケアの段階	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後予見される症状や状況とその対応を主介護者である家族に提示する（様式3）</li> <li>・介護保険の利用も考慮する（申請、介護支援専門員または地域包括支援センターとの連携）</li> <li>・最期まで医療と介護が連携して本人・家族にかかわることを明示する</li> </ul>	家族に看取りの際に起こる状況や変化に対する対処や心構えを記した書類を提示する（様式3）
<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">前期</span>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状の変化が月単位と考えられる時期</li> <li>・苦痛が緩和されていれば日常生活はかなり安定している</li> <li>・今後の予測されるADLの変化に備え身辺整理・看取りの場の再確認を行う</li> </ul>	在宅担当者会議（頻度：1/月） （様式2） 診療計画、看護・ケア計画の作成
医師の指示	<input type="checkbox"/> 診療計画に沿った治療、症状緩和に関する具体的な説明 <input type="checkbox"/> 疼痛など症状の緩和、点滴などの指示	



<p>訪問看護師の 観察・関わり</p>	<p><input type="checkbox"/>通常観察  <input type="checkbox"/>訪問看護師と家族とのコミュニケーション  <input type="checkbox"/>家族に可能なケアについて指導する  <input type="checkbox"/>身体面だけでなく精神面も十分観察。心理的苦痛の緩和を図る（声掛け・スキンシップを増やす）。他職種も含めた職員の問いかけへの反応や本人や家族の様子がどうだったか等、具体的に記載すること。  <input type="checkbox"/>環境整備・安寧を図る（本人、家族が日常生活を営んでいることも十分配慮したうえで、居室レイアウトや採光などを考慮する）。</p>	<p>物品等につき 家族の協力を 得る   環境整備・安寧の一環として福祉用具貸与などを考慮・提案する</p>
<p style="text-align: center;"><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">中期</span></p>	<p><input type="checkbox"/>栄養食事への配慮（水分補給を適切に行う。家族から嗜好品聴取。本人が食べやすく嗜好に合う食事を提供する。）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病状の変化が週単位と考えられる時期</li> <li>・日常生活の自立度が急速に低下することが多い時期</li> <li>・状態悪化による精神的苦痛、また、家族へは予期的悲嘆への精神的配慮が必要</li> <li>・家族の介護疲れへの配慮</li> </ul>	<p>家族、管理栄養士と連携を図る   在宅担当者会議（様式2） （頻度：1/週） 診療計画書</p>
<p>医師の役割</p>	<p><input type="checkbox"/>病状進行と診療計画の説明  <input type="checkbox"/>指示の見直し</p>	
<p>訪問看護師の 観察・関わり</p>	<p><input type="checkbox"/>訪問介護員と連携し異常の早期発見に努める  <input type="checkbox"/>ADL全般、特に清潔（入浴の本人負担有無等）、排泄（尿便量・色・性状等）、食事（嚥下状態・食事水分量等）の状態変化に注意する。  <input type="checkbox"/>清潔では、本人の要望を尊重及び状態観察により、本人に負担がかからない程度での入浴・シャワー浴・清拭・足浴等、最も適する方法を検討・選択する。</p>	<p>訪問頻度、観察内容、身体ケア等、看護・ケア計画を見直す</p>

	<p>□排泄では、安楽・快適が保たれるように、ケア方法・頻度等を検討する。</p> <p>□食事では、形態変更や嗜好品提供等検討（本人が好む物を、たとえ少量でも美味しく食べられるよう工夫）。食事介助は強制的にならないように注意して、本人の嚥下ペースに合わせる（誤嚥予防）。</p> <p>□安楽な離床へ配慮。体調により離床しての食事可否や移動手段も再検討する。</p> <p>□声掛け・傾聴・スキンシップを図る。 また、家族からの希望・心配事にも傾聴し、不安の軽減に努める。</p>	<p>家族、管理栄養士と連携</p> <p>家族と連携</p> <p>訪問介護員、理学・作業療法士と連携</p>
<p>後期</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状が日にち単位で変化する時期</li> <li>・臥床する時間が長くなり症状の緩和と安楽な体位への工夫が優先される</li> <li>・蘇生術、看取りの場、死亡時の緊急連絡先等の再確認</li> </ul>	<p>在宅担当者会議（様式2） （頻度：1/週） ～随時</p>
<p>医師の指示</p>	<p>□病状進行と診療計画の説明</p> <p>□指示の見直し（蘇生及び救命処置の必要、看取りの場の変更につき再検討）</p>	
<p>訪問看護師の観察・関わり</p>	<p>□訪問介護員と協力し異常の早期発見に努める</p> <p>□訪問時バイタルサインを確認。呼吸状態、意識レベル、表情・顔色・倦怠感・浮腫（部位・影響）・皮膚状態（褥瘡有無含む）等、を観察・記録する。（訪問介護職員と連携）</p> <p>□身体的苦痛の緩和と安楽に配慮する。ベッドマット種類変更や体位交換方法・頻度等を検討する。 また、苦痛軽減のためにマッサージ等を行う。</p> <p>□身の回りの清潔が保たれるように、□口腔ケア・整髪・髭剃り等、整容サービスを提供する。</p>	<p>訪問頻度、観察内容、身体ケア等、看護・ケア計画を見直す</p> <p>訪問介護員、作業療法士と連携</p>

死亡直前期	<p>□療養環境（屋外も含む）が適当であるかを観察。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・状態が時間単位で変化する時期</li> <li>・意識状態は清明とは言えない事が多くなる</li> <li>・最期まで人格を持った人として接する</li> <li>・死前喘鳴への対応、非言語的コミュニケーション</li> <li>・家族へ死亡直前の症状説明</li> </ul> <p>呼吸、皮膚の状態変化等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人、家族にとってかけがえのない豊かな時間となるよう配慮する</li> <li>・死亡時、死亡後の諸確認と準備</li> </ul>	<p>呼吸状態の密な観察を行う 静かに最期まで見守る姿勢 清拭、寝衣、化粧などエンゼルケアの必要有無確認</p>
訪問看護師の観察・関わり	<p>□呼吸状態（胸郭の上下運動・鼻息の有無、呼吸様式、呼吸間隔他）・意識レベル・脈拍（橈骨動脈拍動の確認等）、十分容態観察を行う。</p> <p>□呼吸状態など生死確認は家族と連携</p> <p>□家族へ状態の変化の説明を丁寧にする</p> <p>□枕元で手を握り、声をかけ本人の安心へと努める（聴覚は最期まで保たれる）。</p>	<p>家族との時間を最優先する。また、本人の安楽な時間が妨げられることのないようバイタルサイン測定は状況によっては割愛する</p>
<p>おおよその予測 死亡前48時間～死亡確認 まで</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①反応が少なくなってくる</li> <li>②脈拍の緊張が弱くなる</li> <li>③血圧低下</li> <li>④四肢冷感</li> <li>⑤冷汗の出現</li> <li>⑥顔の相が変わる（顔面にチアノーゼ出現）</li> <li>⑦唾液や分泌物が咽頭、喉頭に貯留し呼気時ゴロ音の出現（死前喘鳴）</li> <li>⑧身の置き所がないかのように四肢や顔をばたばたさせるようにする</li> </ul>	

<p>訪問看護師の 観察・関わり</p>	<p>□バイタルサイン測定は状況により判断する  □家族の協力を得て呼吸停止などの確認を医師により行われる為連携を図る  □訪問看護師は呼吸停止などがある場合速やかに医師に連絡する  □上記の臨死期に起こるサイン①～⑧に特に注意しながら家族に容態観察をお願いする。異常時は速やかに訪問看護師に連絡してもらう。落ち着いた、かつ迅速な対応を心がける（家族へ不安を与えないように）。</p>	<p>家族との時間を最優先する。また、在宅において家族は重要な観察者でもある。本人の安楽な時間が妨げられないことのないようバイタルサイン測定は状況によっては割愛する</p>
<p>医師への報告</p>	<p>・医師に報告</p>	<p>訪問看護師</p>
<p>死亡確認  (医師)  (訪問看護師)  (訪問介護員)</p>	<p>・死亡確認後に死亡診断書を記入  ・死亡確認後、家族との時間を作る。まだ、見舞われていない家族・親族が居れば到着を待ち、エンゼルケア実施時間を確認する</p>	

《特記事項》

上記各段階時期に医師が家族に説明した内容を記録する

## インフォームド・コンセント

### 医師の説明

病名： \_\_\_\_\_

- ①病状について：現在、いかなる治療によっても病状が回復の見込みがなく近い将来に死を迎える状態にあると判断します。侵襲的処置は本人の苦痛を高めるばかりで、利益が極めて低いと考えます。
- ②治療について：積極的な延命治療（気管内挿管、心肺蘇生を含む）を控えますが、あらゆる苦痛や症状の緩和に最大限努めます。浮腫（むくみ）を助長しないくらいの少量の輸液は症状を緩和する可能性があります。
- ③ケアについて：患者さんが穏やかで安らかな最期を迎えるために、最大限努めます。対応する職員は、患者さんご本人の人間としての尊厳を尊重し、これを高めるように関わります。また、限られた残りの人生の時間を価値あるものにするよう支援します。
- ④ご家族の協力：ご家族のご協力なしには看取りは不可能です。ご本人の心の安定のため、残りの人生を意義深いものとするために、ご家族の協力をお願いします。
- ⑤相談への対応：ご本人並びにご家族における身体、精神あるいは社会・経済的側面に関する問題に対して相談に応じます。不安、心配、疑問などありましたら、気軽にご相談ください。必要に応じ専門職が対応します。
- ⑥方針の変更：いかなる時点においても、ご本人あるいはご家族が、延命処置あるいは積極的な治療を希望する場合は、それに従います。

平成 年 月 日

同席者： \_\_\_\_\_

医師 \_\_\_\_\_ 印

### 本人・家族の同意

上記の説明を受け理解したので同意します。

平成 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

家族氏名 \_\_\_\_\_ 印

(本人との続柄： \_\_\_\_\_ )

(様式2)

### 看取りに関する在宅担当者会議経過表

【患者氏名】 \_\_\_\_\_ 様

日時	参加者	内容	記録者
	医師		
	歯科医師・ 歯科衛生士		
	看護師		
	介護職員		
	リハビリ		
	管理栄養士		
	薬剤師		
	介護支援専門員		
	本人・家族		
	その他		
	医師		
	歯科医師・ 歯科衛生士		
	看護師		
	介護職員		
	リハビリ		
	管理栄養士		
	薬剤師		
	介護支援専門員		
	本人・家族		
	その他		

## ご家族の方へ

### 旅立ちまでの身体の変化と対処法

ここに書かれていることは、1枚の不確かな案内に過ぎません。顔や形や口癖が異なるように、旅立ちへの道のりは人によって様々です。

旅立ちまでの身体の変化は、全ての方が同じではなく、また必ずしも書籍にあるような順序どおりに起きるわけでもありません。大事なのはあらゆる変化が死に至る自然の経過であり、ご本人にとって苦痛は少ないということです。不安やご本人の状態でわからないこと、また、苦痛や不快を感じていると思われた時には、いつでもご相談ください。

#### 1. 死が近づいてきたときの状態

- ①疲れやすくウトウトした状態が強くなり、眠っていることが多くなります。
- ②食欲がさらに落ちて、食事の量が減ります。水分も口に入れることが難しくなります。
- ③時間や場所について混乱がみられ、時に知っているはずの人が分からなくなります。
- ④時には不穏状態となり、奇妙な動きをしたり変なことを言ったりします。
- ⑤便や尿の失禁がみられます。
- ⑥口唇は乾燥し、粘着な分泌物が口の中に溜まって呼吸とともにゴロゴロという音がします。
- ⑦皮膚が青白い状態になり、身体の下になった部分や手足は冷たくなり暗赤色になることもあります。
- ⑧尿は少なくなり、時には全く出なくなります。
- ⑨呼吸は、だんだんと弱くなり、胸や腹の動きが彼のように大きくなったり、小さくなったりします。時には10～15秒くらい止まることもあります。
- ⑩聞き慣れた人の声は、この段階でも聞こえているといわれています。

#### 2. 実際に死がおとすれたときの状態

- ①呼吸が完全に止まります。胸や顎の動きがなくなります。
- ②手足が冷たくなり、皮膚が暗紫色に変わります。
- ③胸に耳をあてると心臓の音がなくなります。脈がふれなくなります。
- ④揺り動かしても、大声で呼んでも全く反応がなくなります。
- ⑤目は動かず、まぶたは開いていることも閉じていることもあります。
- ⑥尿や便の失禁がみられることもあります。

#### 3. 亡くなられたと考えるときの対処

- ①お体はすぐには硬くなったりはしませんから、ご本人と充分お別れをしてください。亡くなられた時間を覚えておいてください。
- ②医師または訪問看護師に連絡して、わからない点についてはアドバイスを受けてください。
- ③医師や訪問看護師が伺い、医師が死亡確認をします。
- ④訪問看護師は、ご家族とご一緒にお体をきれいにさせていただくお手伝いをいたします。

#### 4. 旅立ちへの助言

- ①お別れのときに着ていただく服や写真の準備
- ②エンゼルケアセットの使用の許可
- ③預貯金通帳の整理
- ④その他