

◆ 看取り時についての確認

本人の希望にあわせて慌てず、落ち着いて行動できるよう事前に確認し、情報共有しておきましょう。

一番にすること 例)本人は救急車での搬送を希望していない。必ず訪問看護師へ連絡する。

◆ 医療関係者連絡先

☀ 日 中	☾ 夜 間
① 訪問看護師 ステーション名 電話番号	① 訪問看護師 ステーション名 電話番号
② 主治医 氏 名 電話番号	② ※事前確認 氏 名 電話番号

◆ 訪問看護師に連絡しましょう。(一般的には訪問看護師が主治医に連絡を入れてくれます)

上記の連絡先(日中・夜間)を見て、落ち着いて電話をかけます。

◆ 電話で伝えること

(例)「呼んでも反応がなく、息をしていない気がする」

◆ 看取り後のこと【参考】

◆ グリーフケア

大切な人と死別をすると、残された人は強い悲しみや喪失感を感じながらも、死別という現実に対してこの窮地を何とかしようと努力を試み、この2つの間で揺れ動く、不安定な状態になります。このような状態にある人に、さりげなく寄り添い援助することをグリーフケアと言います。ご家族のグリーフケアはもちろんですが、支援者(かかわったすべての方)もグリーフケアが必要です。

◆ 医療・ケアについてのもしも手帳

みなさんの大切な人は、最後をどこですごしたいでしょうか。また、最後に何が食べたいと言うと思いますか?人生の最終段階で、「大切にしたいことは何か」「どうありたいか」を考えたり話し合うためのツールとして、「もしも手帳」をご本人と話し合うきっかけにしてみてください。「もしも手帳」は各区役所や地域ケアプラザ、一部の薬局等で配布中です。



*参考文献 ・あおぞら診療所【川越正平・山川真理子】:介護職のための医療とのつきあい方
・OPTIM:これからの過ごし方について 緩和ケア普及のための地域プロジェクト

令和3年4月発行

発行:横浜市医療局がん・疾病対策課 横浜市中区本町6-50-10

TEL 045-671-2444 FAX 045-664-3851

医療の視点
YOKOHAMA

高齢者のための

看取り期(人生の最終段階)の在宅療養ケアマップ

～本人の意向に沿った在宅生活を最期まで支えるために～

自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、家族や医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い共有する取組のことを「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)」といいます。(愛称「人生会議」)

看取り期の一般的な経過やケアのポイントを理解し、家族やケアチームと共通イメージが持てるように、在宅療養のケアマップを作成しました。

ケアマップでの看取り期の考え方

看取り期とは、医師が人生の最終段階に近いことを判断し、本人がどのように看取られたいか、家族がどのように看取りをするのかを考えた時から、看取るところまでを言います。

◆ 看取り期に向けて大切にしたいこと

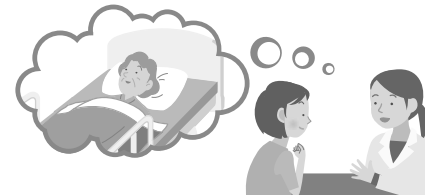
- ★本人の意向(どう過ごしたいか)
- ★家族の意向(どう支えたいか)
- ★何か不安なことはないかを繰り返し納得がいく形で確認することが大切です。

★老い衰えの経過(代表例)を参考に、今後の見通しを持ちましょう。

★看取り期の経過やケアのポイントを理解し、主治医や訪問看護師との情報共有を行いましょう。

★本人の意向に合わせ、在宅療養を支援するチーム(病院関係者、在宅に係わる医療・介護関係者)に気持ちを伝えて行きましょう。

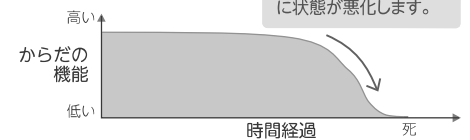
★話し合いの場を上手に活用し、本人の在宅での生活(医療面・介護面)をイメージしてみましょう。



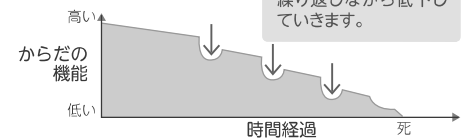
◆ 老い衰えの経過(代表例)

病気などの種類によって、からだの機能の衰え方は異なります。

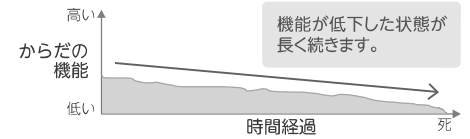
がんの場合



心不全・呼吸不全の場合



認知症・神経難病・老衰の場合



「医療・ケアについてのもしも手帳」より一部抜粋

様の ケアマップ

◆ 看取り期に向けた視点

【本人の意思決定の支援】

- ☒ 人生の最期をどのように過ごしたいか、本人と話し合しましょう。
- ☒ 本人の意向は、何度でも変わっていくのでその都度伝えましょう。

【看取りのプロセスについての理解】

- ☒ 右の図を参考に、看取りが近づいた時の本人のからだの変化やケアについて、漠然とでもイメージを持ちましょう。

【必要なケアの検討】

本人の状態悪化を予測し、在宅での介護の環境を整えましょう。

- ☒ ベッド ☒ 排泄用具 ☒ 車いす
- ☒ 床ずれ防止マット ☒ 手すり

看取り期を自宅で過ごしたい場合、

- ☒ 訪問診療 ☒ 訪問看護 ☒ 訪問歯科
- ☒ 訪問介護 ☒ 薬局

につながっていますか。

本人の状態変化の見通しなどについて情報の共有ができていますか。

- ☒ 医師 ☒ 訪問看護師 ☒ 薬剤師
- ☒ ケアマネジャー ☒ 訪問介護士

☒ 看取りに向け、本人を支える体制は整っていますか。

☒ 緊急時の主治医や訪問看護師等の連絡先の確認はできていますか。

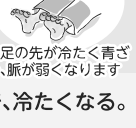
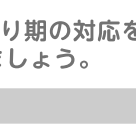
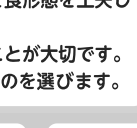
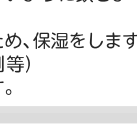
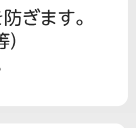


人生の最期を どのように過ごしたいか

【本人の意向】

【家族の意向】

◆ 看取りが近づいた時の状態変化【参考】

	数週間から1週間前	数 日 前	48時間前から直前
食 事	・ 飲食がかなり減少する。 ・ 錠剤が飲めなくなる。 	・ 一回にごく少量の水分しか飲めない。 	・ 飲み込みができなくなる。 
意 識	・ うとうとして寝ている時間が多くなる。 	・ わからないことを言う。 ・ 混乱する。 	・ 反応がほぼなくなる。 
呼 吸	・ 息切れや息苦しさを感ずることがある。 	・ 呼吸のリズムが変化する。 ・ のどがゴロゴロいう。 	・ 肩や顎だけで行う呼吸となる。 
循 環	・ 血圧はまだ保たれている。 ・ 脈が少し速くなる。 	・ 血圧が下がり始める。 ・ 尿が減る、尿が濃くなる。 	・ 血圧がさらに下がり、手足が紫色で、冷たくなる。 ・ 尿が出なくなる。 

◆ 看取りが近づいた時のケアのポイント

👉 病気などの種類によって、異なる看取り期の対応を主治医や訪問看護師と共有しておきましょう。

	数週間から1週間前	数 日 前	48時間前から直前
食 事	★ 低下していく嚥下機能に合わせ食形態を工夫します。 ★ 本人がおいしいと感じられることが大切です。 ★ 栄養にこだわらず、食べたいものを選びます。	少量の水分をムセないように飲むようにします。 口腔内が乾燥するため、保湿をします。(スプレー、ゲル剤等) 口腔ケアを行います。	水分も飲み込みなくなる場合 口腔内を潤し、乾燥を防ぎます。(スプレー、ゲル剤等) 口腔ケアも重要です。
意 識	★ 本人の望みをできるだけ叶えるケアが大切です。 ★ 調子の良い時は、会いたい方との大切な時間を過ごせるようにします。	つじつまの合わないことを言う場合 否定せず、本人が安心できるよう対応、普段どおりの声がけや、手足にやさしく触れると、温かさは伝わります。 混乱がひどく興奮が激しい場合 何もしないのではなく、今まで本人が好きだった音楽を聞いてもらったり、快適と感じていたケアや声かけなど、尊厳を持った対応をします。 声がけに反応が少なく 落ち着いて様子を見てから、場合によっては、ケアマネジャー、医師や訪問看護師に相談	
呼 吸	環境調整 ・ 部屋の温度、新鮮な空気を取り入れる等工夫をします。 息切れや息苦 ・ 楽な姿勢として、枕を使う、ベッドのしきがある場合 角度的調整、頭の位置を工夫します。	痰・のど ・ 姿勢を工夫します。(首を横に向けるなど) ・ 口腔内の唾液や痰をこまめにぬぐいます。 ・ 痰やのどがゴロゴロしている状況をケアマネジャー、医師や訪問看護師に相談します。	あえぐよう な 呼 吸 が 有 る 場 合 ・ 苦しそうに見えるが慌てずに、楽になるからだの向きを工夫します。
全 身 状 態	清潔ケアについて 虚弱が進むため、医師や訪問看護師と相談しながら、本人の希望をもとに世話をします。(入浴、洗髪、清拭、手浴、足浴、陰部洗浄、口の中をきれいにする) 楽な姿勢を保てる工夫 倦怠感が強くなるので、状態の変化に合わせて、福祉用具(ベッド、除圧マットレス、エアマットレス、クッション等)のすみやかな選定・変更を検討するとともに、床ずれの予防と早期発見を心がけます。 排泄について 本人の希望と状態に合わせた排泄方法の選択について医師や訪問看護師に相談しましょう。		

※ 医師・看護師・薬剤師に、苦痛の緩和や状態の変化など不安や疑問があった時は相談しましょう。