

家庭で知ることが望ましい

幾つかの介護と看護の基礎知識



平成26年7月26日

NPO法人さいたまシニアライフアドバイザーの会 編纂

はじめに

高齢社会では、いずれの家庭、家族でも何時、介護や看護に迫られるか分からないものです。本資料は、在宅での介護、看護につき、いくつかの基礎的な知識をとりまとめたものです。

基礎的な知識の“項目”は、医療法人社団つくし会「新田クリニック」によるものをベースにしたものであり、これを付録1「家族が知るべき介護と看護の内容」に示します。なお本資料での“項目”は参考にした文献との整合上、一部の項目につき“カスタマイズ”したものであります（目次参照）。

“項目内容”については以下の参考文献・情報から引用し当会が編纂したものです。なおⅢ編「看取り介護」は、項目、内容とも当会の独自編纂によります。

I 編 介護編 参考文献・情報

- 1) 最新介護福祉全書5巻「介護 生活支援技術 I 基本編」メヂカルフレンド社をベースとし、
 - 2) 当会の会員・理事である菊地藤吾氏による、「妻の在宅介護15年の実体験」
(プロフィールを付録2に示す)
- の情報を加え、参考文献・情報とした。
なお資料中、1の参照ページを挿入した。2については引用部分に出典を明記した。

(「介護・介助」のイメージを描くにはNHK「楽しくワンポイント介護」等、動画を参照してください。)

II 編 看護編 参考文献・情報

- 3) 新体系看護学全書 老年看護学2巻「健康障害をもつ高齢者の看護」
メヂカルフレンド社
- 4) 恩寵財団済生会横浜市南部病院看護学部編「NEWベッドサイドの数値表」学研
- 5) その他、項目ごとに出典を明示

III 編 看取り介護編

- 6) 項目ごとに出典を明示。

以上

目次

I 介護いくつかの基礎知識

1 移動について

- 1.1 移動の介護の基本 p 5
- 1.2 安全で的確な移動の介助の方法
 - (1) 移動の基本（身体など重いものを移動するための4つの基本）
 - (2) 介助 6
 - 1) 体位交換
 - 2) 安楽な体位の保持・ベッド上での引上げ 7
 - 3) 歩行介助
 - 4) 車いすの介助 8

2 食事について

- 2.1 食形態 9
- 2.2 食事の介護の基本
- 2.3 安全で的確な食事介助の方法
- 2.4 誤嚥予防 10
- 2.5 脱水予防

3 排泄について

- 3.1 選択 11
- 3.2 排泄支援
- 3.3 自立に向けた排泄支援

4 入浴・清潔について

- 4.1 全身浴 12
 - (1) 全身浴
 - (2) シャワー浴
 - (3) 全身清拭
- 4.2 部分浴

5 更衣・整容について

- 5.1 身じたくとは 13
- 5.2 衣生活の介助の基本
- 5.3 整容行動の介助の基本

6 その他

II 看護の基礎知識

- | | | |
|---|----------------------------|----|
| 1 | バイタルサイン～有熱の考え方～ | 14 |
| 2 | 水分バランス～1日の必要水分摂取量、尿量、不感蒸泄～ | |
| 3 | 排便のコントロール | |
| | (1) 便秘 | |
| | (2) 下痢 | |
| 4 | 薬剤について | 15 |
| | (1) 内服薬 | |
| | 1) 飲ませ方と工夫 | |
| | 2) 服薬時間 | |
| | (2) 点滴 | |
| 5 | 在宅酸素療法について | 16 |
| 6 | 口腔ケアの重要性 | |
| 7 | その他 | |

III 看取り介護の基礎知識 17

- | | | |
|-----|----------------------------------|----|
| 付録1 | 〔家族が知るべき介護と看護の内容〕 出典：新田クリニック提供資料 | 21 |
| 付録2 | 在宅介護15年の実体験「菊地藤吾略歴」 | 23 |

I 介護いくつかの基礎知識

1 移動について

1.1 移動の介護の基本

- (1) 尊厳を支える観点 (参照資料「第4章 自立に向けた移動の介助」の「II 移動の介護の基本」
p116より。以下ページを記載。)

歩くことは下肢筋力の維持や向上を見込むことができ、少なくとも筋力低下に歯止めがかかる。

車いすになり歩行しなければ、下肢筋力の低下や拘縮を招き、歩行ができないばかりか寝たきりになってしまう。本人の安全を思っていることでも、結果的に状態の悪化をもたらすことに注意しなければならない。

本人の自己決定権の尊重と、できないところへの援助が基本である。

- (2) 自立を支える観点 p117

適切な歩行補助具を活用することにより、残存能力を生かし、歩行能力を高めるようなかわりが重要である。

車いすを使用するよりは、できる限り歩行補助具を利用するほうが、生活の質は高くなるからである。

車いすの使用以外の選択が考えられない場合においても、長時間座り続ける生活ではなく、食堂では椅子に座り、居間やパブリックスペースではソファで、くつろげるよう図るべきである。

1.2 安全で的確な移動の介助の方法

- (1) 移動の基本 (身体など重いものを移動するための4つの基本) p124

1) 立ち上がり、立ち上げの基本

例えば椅子から立ち上がる時、足を引き、お辞儀をし立ちあがるのがスムーズ。

2) ボデーメカニクス (身体の力学的原理) 7点の活用

i) 介助者は脚を広げる

ii) そして腰をややおろし重心を低くする

iii) 被介助対象者に近づく

iv) 被介助対象者を小さく (コンパクトに) まとめる

(例: ベッド上大の字に寝ている被介助者を、腕を組ませ膝を立てる)

v) 大きい筋肉を使う (腕だけで持ち上げようとせず身体全体を使い上げる等)

vi) 寝ている被介助者のベッド上の移動などは、被介助者を持ち上げるより引き寄せる (水平に引く)

vii) てこの原理を使う

3) コミュニケーションを図る

車いすを急に動かされると被介助者は驚くものである。

まず「声をかけ」、反応を「確かめ」、それから行動する。

4) 被介助者の観察と環境の事前整備

介助を始める場合、被介助者の体調を観察・確認する。

またベッドから車いすへ移乗させる場合、事前にベッドの高さの調整、車いすのストッパーの確認など、事前整備を行っておくことが必要である。途中も注意する。

(2) 介助

1) 体位交換

i) 電動ベッド

ベッドは電動ベッドが望ましい。背上げ、膝上げ、ベッド全体の上下昇降が出来るものがある。レンタル可能。

褥瘡（じょくそう、床ずれ）予防のためエアーマット使用（レンタル可能）。

尿漏れ防止に水分を弾くシーツを敷きその上に大きいバスタオルを敷く。

座位は、寝た状態から膝を上げ、次いで背を上げつつ膝の高さを調整。背面は角度≒40°。

ii) 体位交換など（全介助の場合）

体位交換（寝返り）、起き上がり（起こしかた）、立ち上がりを以下記述。

「寝返り」

仰向けに寝ている被介助者の手を胸に置き横向きにする。

麻痺がある場合障害が無い方（健側）を下にする。

背中に座布団を当て身体が戻らないようにする。

足は少し、くの字に曲げ足の間に座布団を挟む。

麻痺がある場合、「患側」に寝返る時は細心の注意が必要で安全確認は怠らない。慣れは事故に繋がる。

体位交換（寝返り）は2時間おきがベスト。就寝時は健側にする。

「起き上がり」、「立ち上がり」

こちら側に横向きにし足をくの字に曲げる。

首と肩の間に手を入れ廻し、肩甲骨付近を支える。

他方の手を膝の後ろにあて、足の膝から下の部分をベッド外に出す。

次いで、てこの原理で臀部を原点に被介助者の頭が弧を描くように起こし、端座位（椅子に座る姿勢）になったら前後左右に倒れないように身体を支える（起き上がり）。

被介助者が介助者の首に両手を回し、介助者は要介護者の両手脇から手を廻し身体を支え、被介助者に少し前屈みになってお尻をあげて貰えば楽に「立ち上がれる」。

（i、ii 出典：菊地藤吾氏 15 年の在宅介護実体験より）

2) 安楽な体位の保持・ベッド上での引上げ

被介助者の枕、身体がベッドの中央になるよう留意し、また抱き枕を利用するなどし安定な体位の保持に努める。

以下、ベッド上で身体が下にズレた時の上げ方を記述する。

ベッドを水平にする。介助者が 1 名の場合は被介助者の身体の下に、家庭にあるビニールを、「寝返り」左右 2 回行うことにより引き、安全確認してからビニールごと身体を上げる（例：横 60 cm × 縦 70 cm のビニール）。

（出典：菊地藤吾氏 15 年の在宅介護実体験より）

3) 歩行介助 p142

できるだけ自力歩行が維持できるような援助が必要であり、歩行補助具の活用が望ましい。

4 点歩行器、シルバーカー等歩行車（車のついた歩行器）、ウォーカーケイン等 4 点杖（脚立のような杖、手すりに掴まっているように使える）、ロフトランドクラッチ（松葉杖のような機能の杖、腕につけグリップを握り支える杖）、T 字杖等につき介助者・介護者は理解が必要である。

4) 車いすの介助

車いすについても種類があり、その理解、使い方を介助者・介護者は知る必要がある（例えばNHK「楽しくワンポイント介護」の解説と動画を参照）。以下、車いすの移乗について記述。

「ベッドから車いすへの移乗」

臀部の移動距離を短くするため、車椅子をベッドの側面に対し20～30度に設置、ブレーキを忘れずに掛ける。

車椅子のフットレスト（足を置く所）が開いているかを確認する。片麻痺等がある人の場合、車椅子は本人の「健側（麻痺のない側）」に設置する事で安全に移動する事が可能になる。

介助者は足を開き被介助者を立ち上げ、前屈みに合わせて腰を低くしながら、バランスを崩さぬようゆっくり方向転換し、被介助者に車椅子のアーム部分を掴んで貰い、介助者は大きく足を開き膝を曲げ前屈みになりながら車椅子に座らせる。足をフットレストに置きお尻を後ろにずらし深く座って貰う。

介護者は車椅子の後ろに周り、被介助者に少し前屈みになってもらうとお尻が浮くので本人のお尻を引くように介助する。

車椅子で外出の際は必ずベルト使用（乗用車と同じ危険防止の為）。

「車椅子からベッドへの移乗」

上記の逆で介助する。

この場合ベッドは少し低くした方が被介助者も介助者も負担が軽減される。介助者は腰を痛める事のないように成るべく被介助者の身体近くでの介助が必要。

車椅子利用の場合、慣れるまでは大変なので看護師から指導を受けるのも良い方法である。車椅子はレンタル可能。

（出典：菊地藤吾氏15年の在宅介護実体験より）

注：スライディングボード（車いす移乗の補助用具）を用いると、より移乗がしやすくなる。

2 食事について

2.1 食形態

食形態とは、食事に関するあらゆる事柄を総合的にいう言葉であるが、ここでは食べ物の状態をいう。味の素の業務用商品には、

常食、きざみ食、ソフト食①（粥のような物）、ソフト食②（常食やきざみ食をミキサーにかけた後、ゼラチンなどで再形成した物）、ミキサー食がある。

前者ほど「嚙む力」、「飲み込む力」が必要で、後者になるほどない方向けになる。

（出典：味の素 k k 業務用商品サイト「当サイトでの食形態の定義」より）

2.2 食事の介護の基本 p167

食事介護の基本は①安心して食べることができる、②安全に食べることができる、③食べる機能（咀嚼、嚥下）を十分発揮することができる、④食べる楽しみや喜びが感じられる、の4点である。

さらに、消化、吸収、代謝、排泄、老化や疾病による影響に配慮する。

2.3 安全で的確な食事介助の方法 p178

（1）姿勢

食事の姿勢は誤嚥を防ぎ、満身に摂取するために座位が基本である。

前かがみの姿勢をとることができ、テーブルは高すぎず床に足底が届くようにする。

（2）介助の方法、留意点

- 1) 介助者の身支度、手洗い
- 2) 被介護者の手洗い（またはおしぼり）、うがい
- 3) 姿勢の整え
- 4) 献立の説明
- 5) 食事温度確認
- 6) 最初の一口は汁物
- 7) 被介護者のペースに合わせ主食、副食を交互に
- 8) 誤嚥に注意
- 9) 食後はお茶と口腔ケア
- 10) 必要な場合服薬確認
- 11) 食事量の記録
- 12) 自分で食べられるよう工夫を図る
- 13) 食事を混ぜ合わせない

2.4 誤嚥予防 p185

(1) 観察

1) 日常生活での観察

痰、発熱、口唇が開いたままの割合、構音障害の有無、食欲低下、好みの変化。

2) 食事の観察

食前（発声しづらいなど）、食事中（むせる、ガラガラ声など）、食後（嘔吐、発熱など）。

(2) 介助の留意点

1) 食事の時間帯、覚醒状態への配慮

被介助者が覚醒している時に疲れない程度の食事量を少量、頻回摂取を図る。

2) 一口ごとの声かけ

食事は一口ずつ声をかけ、飲み込みを確認してから次に進む。

3) スプーンの大きさと一口量

スプーンはヘッドの部分が小さく、浅いものを使う。一口量は大過ぎも少な過ぎも避け（共に誤嚥になりやすい）、合う量を探す。

4) 口内の食べ物を置く位置

なるべく舌の中央に置く。

5) 視覚・聴覚からの情報の活用

食器のなかを見せ、献立を説明する。これにより食事に対する心構えができ誤嚥防止にもつながる。

2.5 脱水予防

(1) 水分摂取量 p190

水分摂取量は1日に1000～1500mLを目安とする。

下痢や嘔吐があった場合、さらに水分補給が必要になる。

水分摂取が困難で脱水状態になりやすい人は、皮膚の状態、口唇や舌の渇き等を観察し、水分補給ゼリーなどを用い定期的に水分補給を行う。

(2) 水分補給と器具の選び方

水分摂取を進めるにあたり高齢者個々の嗜好や飲水しやすい時間、器具（水差し）を考慮する。嚥下障害のある場合には、ゼリー、プリン、ヨーグルトなど水分を多く含み飲み込みやすい、また持ちやすい容器の食べ物を工夫する。

（出典：「新体系看護学全書 老年看護学②」メジカルフレンド社p99）

3 排泄について

3.1 選択 p260

- ・尿意、便意があり座位が可能ならトイレで排泄
- ・尿意、便意があり座位も可能だがトイレまで行けないならポータブルトイレ
- ・尿意、便意はあるが座位が難しい場合、尿器、便器を使用
- ・尿意、便意がなく漏れてしまう場合はおむつの使用を検討する

3.2 排泄支援 p260

(1) トイレ

手すりの設置、自動洗浄装置の設置、冬は暖房器具を設置など工夫を図る。

(2) ポータブルトイレ

ベッドと同じ高さにする。健側の足元に置く。トイレットペーパーを使いやすい位置に設置する、など。

(3) 尿器、便器

起き上がりが難しい場合でも、おむつに頼らず、できるだけ尿器、便器を使う。

(4) おむつ

パッドの活用などおむつの使用を最小限にする工夫を行い、自立支援の視点に立つ。

3.3 自立に向けた排泄支援 p282

(1) 自立に向けたトイレ誘導

各人の排泄リズムを把握しトイレへの誘導を図る。

(2) 失禁予防

原因への対策を行い、また規則正しい生活習慣、適切な排泄習慣を身につける。

(3) 介護保険サービスの活用

手すり、腰掛便座などのレンタルや購入など。

4 入浴・清潔について

4.1 全身浴 p213

(1) 全身浴

全身浴の効果は3点である。

- ・温熱効果：新陳代謝等
- ・水圧効果：身体のマッサージ等
- ・浮力効果：筋肉、関節のこわばり緩和等

全身浴の基本的留意点は以下の9点である。

- 1) 入浴前後でバイタルサイン（体温、血圧等）の測定を行う。
体温は37度以下、もしくは平熱の±0.5度以下。
血圧は高い方が160mmHg以下、また低い方が110mmHg以下。
- 2) 空腹時、食後1時間以内は避ける。
- 3) 脱衣室と浴室の温度差を少なくする。
- 4) 湯は浴槽の7分目。心臓の位置以上の高さにしない。
- 5) 湯につかる時間は10分程度、入浴時間は15分まで。
- 6) 湯の温度は39～40度。
- 7) 介助者は被介助者の安定する姿勢を熟知しておく。
- 8) 常に声をかけ、全身を観察し異常の早期発見に努める。
- 9) 入浴後は水分を補給。

(2) シャワー浴 p220

シャワー浴は3つの効果のうち温熱効果のみのため、エネルギーの消費、心臓や呼吸器への影響は少なく、室温や湯温に配慮して湯冷めを防げば安全、簡単に行える方法である。

(3) 全身清拭 p222

清拭とは入浴やシャワー浴ができない人に湯を用い身体を拭き、清潔を保持する方法である。

このような人は発汗は少ないが、皮膚の汚染や分泌物の付着が多く、清潔ケアの必要性は高い。

また清拭はマッサージ効果が期待でき、褥瘡の起こりやすい背部や臀部などには積極的に取り入れたい。

ただし全身清拭を行う際にはその是非につき主治医と相談する。

4.2 部分浴 p231

部分浴とは、入浴できない人が部分的に湯に浸かることをいい清拭より高い洗浄効果が得られ、入浴より消費エネルギーが少なく身体に与える影響も少ない。

手・足浴、洗髪などである。

5 更衣・整容について

5.1 身じたくとは p85

身じたくとは、①顔を洗う、②歯を磨く、③ひげを剃る、④化粧する、⑤髪を整える、⑥自らその日の行動を把握する、⑦その行動に合わせた衣服を選択する、⑧選択した衣服に更衣する、⑨外出する際の必要な物品を準備する、⑩靴が履ける、と言った一連の行動をいう。

これらの一部ができなくなったとき、支援や介助が必要になる。

5.2 衣生活の介助の基本 p93

衣服の着脱介助の基本に「脱健着患」という言葉がある。これは「脱ぐときは健康な半身（健側）から脱ぎ、着るときは麻痺のある半身（患側）から着る」ことをいう。

衣服・下着は着脱しやすいもの（ファスナーやホックのものなど）、素材（伸縮性など）を選ぶ。

5.3 整容行動の介助の基本 p97

整容行動の介助には、洗顔（洗面）、口腔内の清潔、洗髪・整髪、ひげの手入れ、化粧、爪の手入れ、その他がある。

ここでは口腔の清潔を述べる。

口腔内の清潔を保つためには、歯ブラシなどで口腔内を清掃し、できるだけ口腔内の細菌を減少させることが必要である。歯肉、舌も行う。

義歯の場合、はずした状態で同様に歯ブラシか洗浄液を用い行う。

6 その他

「介護ノート」

在宅介護技術は毎日の積み重ねから生まれて来るもので、昨日の介護と今日の介護は同じではない事を頭に入れ、介護ノートを作り何でもよいから気が付いた事を記入しながらそれを参考にし、今日、明日、明後日と応用を考えながら介護を続ければ必ず介護技術UPに繋がる。

（出典：菊地藤吾氏15年の在宅介護実体験より）

II 看護の基礎知識

1 バイタルサイン～有熱の考え方～

バイタルサインとは、体温、脈拍、血圧、呼吸の状態をいう。
正常体温とは腋窩（えきか、腋下の動脈）温で36～37度C。測定時間は10分。
電子体温計で1分以上。

体温は活動の激しい午後2時から6時までの間が最高となり、就寝中の午前2時から4時までの間が最低となる。

（出典：恩寵財団済生会横浜市南部病院看護部編

「NeW ベッドサイドの数値表」学研p7）

2 水分バランス～1日の必要水分摂取量、尿量、不感蒸泄～

一日の摂取必要水分量

単位：mL

摂取量		排泄量	
飲料水	1200	尿	1200
食物中水分	700	便	100
代謝水（燃焼水）	200	不感蒸泄	800
合計	2100	合計	2100

（出典：恩寵財団済生会横浜市南部病院看護部編

「NeW ベッドサイドの数値表」学研p11）

代謝水：代謝により体内から摂取される水分

不感蒸泄：感ずることなく蒸発する水分。

汗（有感蒸泄）をかくと排泄量は増える。

3 排便のコントロール

（1）便秘

排便が3日に1回でも、便の性状に問題なければ便秘ではない。
反対に、毎日便通があっても硬い便で、排便が困難な場合は便秘である。

便秘対策としては咀嚼力の回復、食事改善（繊維質、便を柔らかくするハチミツなど糖質、便通を促す海藻類などを摂取）、水分摂取（意識的に飲水を心がける）、排便の習慣化など。

下剤は習慣性があるため頼るのではなく、食事内容に注意し、運動不足にならないようにする必要がある。

服用するときは短期間の服用が原則である。塩類下剤や膨張性下剤を第一選択とし効果がないうきに刺激性下剤を用いる。改善しない場合は診察を受ける。

(2) 下痢

便の水分が90%以上になると水様便になる。下痢である。

細菌、ウイルス、毒素などによる急性の下痢は適切な治療を受ける。

慢性的に下痢が続くようであれば、医師の診察を受け、原因を確かめる。

(以上の出典:「新体系看護学全書 老年看護学②」メジカルフレンド社 p 61、62)

4 薬剤について

(1) 内服薬

1) 飲ませ方と工夫

散剤(粉上の薬)は義歯に付きやすく、むせるので、あらかじめ口腔内を水で湿らせ服用してもらおう。飲みづらいようであれば液状、泥状にしたりオブラートで包む。

むせやすい人や嚥下しにくい人の場合、半流動物(ヨーグルトやプリン等)と一緒に服用する。

飲みにくい薬については(錠剤、カプセル剤含め)、同じ薬効の形状の違う薬の処方も可能なので医師に相談する。

(出典:「新体系看護学全書 老年看護学②」メジカルフレンド社 p 184)

2) 服薬時間

食前とは食事の1時間から30分前をいう。

食間とは食事から2時間後の空腹時。

食後とは食事から30分後の食べ物の残っている時間をいう。

頓服(とんぷく)は症状が出たその時に飲む。

(日本調剤株式会社ホームページ「よくある質問『服用』」より)

(2) 点滴

点滴中、(横たわった状態から移動などにより起き上がり)針の位置が薬剤の袋の位置より高くなると薬剤が降下せず、逆に血液が体内から管へ降下する。血液の逆流である。

薬剤がなくなったのに注入口を閉めないでいると、やはり血液の逆流が起こる。注意が必要である。

点滴後の止血もしばらくの間の圧迫が必要であり、注射の時と変わりはない。

(出典:ホームページ「家族が自宅でできる医療的ケアの方法」より)

5 在宅酸素療法について

呼吸不全（肺機能の低下）の原因としては、慢性閉塞性肺疾患COPD(Chronic Obstructive Pulmonary Disease)が39%と一番多い。

次いで肺結核、肺がん、間質性肺炎や肺繊維症、気管支拡張症の順である。

慢性呼吸不全（呼吸不全が1ヶ月以上継続）の治療として在宅酸素療法HOT(Home Oxygen Therapy)が広く行われている。

カニューレによるもの、マスクによるもの。電気が必要な酸素濃縮装置。酸素ボンベなど様々な種類があり医師と相談して決める。

（出典：「新体系看護学全書 老年看護学②」メジカルフレンド社p265）

酸素療法は安静時だけではなく歩行時の酸素飽和度をも見て、安静時と労作時の酸素の流量を変えて処方していただくよう図る必要がある。

（出典：ホームページ「在宅酸素療法と在宅人工呼吸」川畑雅照医師談より）

6 口腔ケアの重要性

口腔ケアは2つの観点から重要である。

まず咀嚼・嚥下機能の保持、そして細菌の感染防止のための口腔ケアである。老化に伴い、歯周病など歯の悪化による咀嚼力の低下、飲み込む力の衰えが起こりやすい。嚥下機能の低下は口腔を汚しやすく悪循環に陥りやすい。このため口腔を清潔に保つことは常に必要である。

また口腔は外部に開口しているため、もともと種々の細菌が入りやすい。呼吸器感染症（肺炎）の原因にもなる。口腔を常に清潔に保つことが必要である。

（出典：「新体系看護学全書 老年看護学②」メジカルフレンド社p101）

7 その他

Ⅲ 看取り介護の基礎知識

1 ターミナルケアとは

癌の臨死期になると患者はベッドから動くことが難しくなる。食事も一日数口を摂るに過ぎなくなる。痛みや身体的状況が日ごとに変化し、多くは何らかの苦痛が増強する。このためより頻回の往診を行いさらに症状コントロールを行う必要が生じることが多い。

（看取り状態になってから）家族には一分間以上呼吸が止まったとき当院に連絡をするように伝えている。ほとんどのケースで死の瞬間を家族と患者だけで迎えている。

呼吸停止の連絡を受けた後、当院では必ず看護師と共に訪れ、死亡確認の後、遺体を家族と共に清拭する。

（出典：勇美記念財団HP「在宅ターミナルケア」鈴木内科医院鈴木央副院長）

2 4つの痛みへの対応

1) 身体的痛み

医師からあらかじめ、痛みへの予測指示を受けること。
症状コントロールを求めること（上記、1参照）。

2) 精神的痛み

うつ等への対応であるが重ければ処方を受ける。

3) 社会的痛み

社会（家族・家庭、所属先・仲間や経済状況等々）からの孤立感・絶望感等苦悩。

4) 霊的な痛み

間際での人生への後悔、死後についての不安等。

3、4については、
信頼のある人からの傾聴（傾聴し寄り添うことを伝えること）により安心を得る
（4の場合はチャプレンや僧侶）、
等が必要である。

3 家族の対応

患者本人、家族（また親族、親戚等）のすべきこと。

- 1) 本人、家族は互いに死を覚悟し、出来れば余命を認識すること。
- 2) 本人はリビングウィル（延命拒否）を宣言し（65歳時が望ましいが）、家族はこの認識と理解をし、また必要時代理判断を行うこと。

(急変時、緩和ケアの要請か入院治療とするか事前準備をしておくこと)

- 3) 家族は以下の介護・介助を行う。

食事介助、排泄の世話、服薬管理、清拭、水分補給（氷のカケラ等）、汗拭き、着替え、室温管理（低目）、痰の吸引、体位交換など。

(以上、箕岡真子「日本における終末期ケア“看取り”の問題点」PDFをもとにこの解決策案として当会で作成。)

(臨終期に痰や誤嚥、嘔吐などによる窒息の可能性がある。背部叩打法等の応急措置がある。更に心肺蘇生措置もあるが約10分程度で死に至る。DNR Do not Resuscitate（蘇生措置せず）含め事前準備しておくことが必須ではなかろうか。)

4 臨終

残された時間が週単位から日数単位になった時の様子

- 1) うとうと寝ているが、呼ぶと目を開け反応。
- 2) 食事の量が減り、頬や目の痩せが目立つようになる。
- 3) 訳のわからないことを話し、ちょっと興奮して手足を動かすことがある（せん妄と言う）。
- 4) 便や尿を失敗することがある。

いよいよ死が訪れ、息を引きとられる時

- 1) 呼んでもさすってもほとんど反応がなくなる。
- 2) 大きく息をした後10秒～15秒止まって、また息をする波のような呼吸になる。
- 3) 顎を上下させる呼吸になる（下顎呼吸という最期の呼吸）。苦しそうに見えるかもしれないが、ご本人はすでに意識はなく苦しみはない。
- 4) やがて呼吸が止まり、ほぼ同時に脈が触れなくなり、心臓も停止する。

（注：呼吸停止、心停止、並びに瞳孔反応停止を死の三兆候という。）

5 死後の処置（死亡診断、清拭、遺体保全）

呼吸停止の連絡を受けて在宅主治医が訪問し、死亡診断書を発行。

葬儀屋さんに連絡をすれば、間もなくやって来る。

死後の処置は、訪問看護師（清拭）や葬儀屋さん（遺体保全）により行われる。

（出典：上記「(4) 臨終」を含め医療法人社団裕和会 長尾クリニック
「在宅医療Q&A」より）

(補足) 施設で行われる「看取り介護」を参考に示す。

(「特別養護老人ホームにおける看取り介護ガイドライン」(株)三菱総研より)

ステージ	対応例
<p>安らかな 死への 準備期間</p>	<p>[状態例] 意欲の喪失、ベッド上あるいは居室で過ごすことが多い。 会話はできるが、刺激をしないと発語が少ない。 何かをしようとするのが減る(気分の低下)。 食事摂取量の低下。臥床時間が長くなる。 周囲への関心がなくなる。倦怠感が強い、悲観的になる、イライラすることがある。</p> <p>[対応例] 尊厳の保持、共有、共感。ご本人の生きる意欲を高める。精神的支援。 ご家族との関係は「説明と同意」から「相談と協働」へ。 医療面では「最高」でなく「最善」への選択を心がける。 身体面の苦痛を緩和し、身体的不自由さを補う。記録は詳細かつ正確に書く。</p>
<p>死にゆく 過程の 最終局面</p>	<p>[状態例] 昼夜の区別がつかなくなる。傾眠状態で呼びかけへの反応が低下する。 経口摂取が低下する。自動運動(手足を動かす行為)が低下する。 呼吸が浅くなり、鼻先がとがってくる。顔色が白っぽくなる。</p> <p>[対応例] 「することの大切さ」以上に「そばにいることの大切さ」。こまめに訪室する。 苦痛の緩和(安楽な体位等)。声かけ、手足や体をさする、スキンシップをとる。 好きな食べ物を少しずつ時間をかけて食べてもらう。 体の清潔を保つ。 ご家族への精神的支援。亡くなったときに着用する寝衣の確認。 記録は詳細かつ正確に書く。</p>
<p>臨終</p>	<p>[状態例] 問いかけに反応なし(意識レベルの低下)。 呼吸の数が浅く、少なくなる、無呼吸がみられる。 脈拍は除脈になる。尿量が少なくなる。 低体温になる。血圧が低下、聴診器で血圧が計れない。</p> <p>[対応例] 医師、看護師と連絡を図りながら対応する。 家族とともに見守る。声かけ、手足や体をさする。スキンシップをとる。</p>

(この後、死後の処置、グリーフケア等となる。医師・看護師の部分がターミナルケアである。
以上、原文のまま。家族がいない場合には上記は施設側のみで一切行われる。)

付録1 [家族が知るべき介護と看護の内容] 出典：新田クリニック提供資料

I 介護：

1. 移動について
 - 1) 和布団からの起こし方
 - 2) ベッド使用中の方
 - 2)-1 一般のベッドからの起こし方
 - 2)-2 介護用のベッドからの起こし方
 - ①介護用ベッドの使用方法
(上半身の起こし方、下肢の上げ方)
 - ②ベッド上での位置の矯正の仕方
 - 2)-3 車椅子への移乗
 - ①車椅子の理解
 - ②車椅子の使用方法
 - 2)-4 椅子からの立ち上がり
2. 食事について
 - 1) 食形態
 - 2) 食事のセットアップ（準備）
 - 3) 食事時のポジショニング（姿勢）
 - 4) 食事介助
 - 4) -1 片麻痺のある場合
 - 4) -2 嚥下障害のある場合
 - 4) -3 認知症の方
 - 5) 口腔ケア
 - 6) 水分補給と器具の選び方
3. 排泄について
 - 1) 尿器の使用方法
 - 2) 便器の使用方法
 - 3) おむつ交換の方法
 - 4) Pトイレの使用について
4. 清潔について
 - 1) 清拭
 - 1) -1 陰部洗浄
 - 1) -2 足浴
 - 2) シャワー浴について
 - 3) 入浴の方法

5. 更衣・整容について
 - 1) 更衣の方法
6. その他

- II 看護：
- 1 バイタルサイン
 - 有熱の考え方
 - 2 水分バランス
 - 1) 1日の必要水分摂取量
 - 2) 尿量
 - 3) 不感蒸泄
 - 3 排便
 - 1) 排便調整（その方の排便週間を知る）
 - 2) 下痢時の対応
 - 4 薬剤について
 - 1) 内服薬
 - 1) -1 飲ませ方と工夫
 - 1) -2 服薬時間
 - 2) 点滴
 - 2) -1 点滴中の血液の逆流と場面
 - 2) -2 点滴終了後の圧迫止血
 5. 在宅酸素療法について
 6. 口腔ケアの重要性
 7. その他

付録2 在宅介護15年の実体験

菊地藤吾略歴

1934（昭和9）年 東京都大田区蒲田生まれ
平成3年12月31日 57歳、栃木県経済農業協同組合連合会退職、妻の在宅介護に専念
18年 2月12日 妻を看取る
現職 NPO法人さいたまシニアライフアドバイザーの会理事
NPO法人関東シニアライフアドバイザー協会会員

妻病歴

平成 3年 7月 50歳、卵巣癌 手術後人口肛門、身体障害3級 抗がん剤治療開始
6年 5月 転移性脳腫瘍発症・手術 抗がん剤、放射線治療
8年 4月 脳梗塞 右辺麻痺、リハビリ 身体障害2級
11年 2月 認知症（放射線治療後遺症）
9月 車椅子転倒で白質脳症 意思疎通不能 余命2年と告げられる
完全寝たきり（要介護5）、身体障害1級
（12年 介護保険制度スタート）
18年 1月 介護者藤吾氏白内障手術のため、妻一時入院
2月 入院中多臓器不全により他界 享年65歳

介護の実録DVDがある（非売品）；平成15年頃、午前の介護場面、並びに入浴介助の場面

DVD その1 （以下、介護シーンの解説）

シーン

日課のシーン	ベッドでの体操。寝たきり状態なので拘縮予防のため毎日手足のリハビリだけは続けた。
バイタル測定	起床時、AM10:00、PM5:00、体温、血圧、脈拍数、呼吸数、痰の絡み、胸の音、腸の動き、蓄便袋（ストーマ、人工肛門）の便確認など、毎日の記録はパソコンに入力して、健康管理に努めた。
入浴ない日の清拭陰部洗浄	入浴は1日おきだったので、ない日は顔から始まり胸、背中、手足、蒸シタオルで清拭全身にニベアボディクリームを褥瘡予防「床擦れ防止」のため塗る。陰部洗浄後、便が溜まってれば蓄便袋を交換し、最後に寝衣交換する。
ベッドメーカーキング	シーツは1日置きに交換した。最初は慣れないので大変だった。
お化粧品	妻はお洒落だったので、健常者と同様お化粧品は毎日してあげた。入浴日はヘルパーさんに頼んだ。
体位換え	原則2時間おき。
紙おむつ	尿は1日6～7回出るので、その都度尿パッド交換した。
尿パッド交換	就寝時は夜間用の尿パッドを使用した。
経管栄養	食事は鼻から管を通しての、経管栄養流動食だったので、時間をかけて流した。
補足	年間部屋の温度25℃、湿度は50%に保った。

DVDその2（入浴編）

入浴は週3回、訪問看護師が健康状態を確認の上、バイタル測定後、浴室用専用の車椅子にベッドから移乗させて浴室へ、全身に38℃位のシャワーを掛けキャップをかぶせ頭を洗い、さらに全身洗った後私とヘルパーさんとで浴槽内で全身浴させる。2分位で浴槽から車椅子に乗せる、この時が一番緊張した。

車椅子からベッドに移し全身にニベアボディクリームを塗る。紙おむつ、ストーマ袋を交換して、寝衣交換、ヘルパーさんにお化粧して貰う。経管チューブ交換後微温湯200cc摂取する。

介護一日の予定表

AM4:00~6:00

起床、尿パット交換、体位交換、バイタル測定、ストーマ（人工肛門）の便確認、朝食の用意、ネブライザー（吸入器。痰の絡みにより2回/日）、痰吸引、洗濯、朝食（自身）、おはよう

AM6:00~8:00

尿パット確認、ベッドUP、エンシュア（経管栄養剤）200ml、薬、微温湯200ml、口腔ケア、ベッドDown、体交、便の確認、部屋の掃除

AM8:00~10:00

食事後の休息、拘縮予防のための手足リハビリ、入浴ない日は清拭・陰部洗浄・寝衣交換、お化粧、バイタル測定、紙おむつ・尿パット交換

AM10:00~12:00

体交、バイタル測定、昼食の用意、尿・便の確認、痰の絡みがあれば吸引、ベッドUP、エンシュア400ml、薬、微温湯300ml、晴天なら布団干し、昼食（自身）

AM12:00~PM2:00

昼食後の休憩、尿パット交換、便の確認、痰の絡みがあれば吸引、昼寝（本人）

PM2:00~4:00

昼寝の間にスーパーの買い物（自由時間）、入浴（自身）

PM4:00~7:00

尿パット交換、便の確認、体交、夕食の用意、5:00頃最後のバイタル測定、5:30頃ベッドUP、エンシュア200ml、薬、微温湯200ml、夕食（自身）

PM7:00~9:00

体交、介護ノート・日記記入、8:30頃体交、夜間用尿パットを使用し就寝、おやすみ

「家庭で知ることが望ましい

幾つかの介護と看護の基礎知識」

平成26年7月26日

作成・発行：NPO法人さいたまシニアライフアドバイザーの会

この冊子は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 2013年度前期
研究助成により作成されたものです。

無断転載はご遠慮願います。