

2025年8月8日（金）  
ライフグループ道南地区  
看取り研修会

# 看取りについて



## 看取りとは

広辞苑等によると・・・

「病人のそばにいて世話をすること」

「看病すること」

「死期まで見守ること」





## 終末期とは

「終末期」とは、以下の三つの条件を満たす場合を言います。

1. 複数の医師が客観的な情報を基に、**治療により病気の回復が期待できないと判断すること**
2. 患者が意識や判断力を失った場合を除き、**患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得すること**
3. 患者・家族・医師・看護師等の関係者が**死を予測し対応を考えること**



# 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン

## 1, 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。

\*人生の最終段階には、  
がんの末期のように、予後が数日から長くとも2－3ヶ月と予測が出来る場合、  
慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、  
脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合があります。  
どのような状態が人生の最終段階かは、本人の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき事柄です。



# ACP：アドバンス・ケア・プランニング 人生会議

人生の最終段階の医療・ケアについて、  
本人が家族等や医療・ケアチームと  
事前に繰り返し話し合うプロセス

人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？



もしものときのために

## 「人生会議」

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～

11月30日（いい暮らし・暮らし）は人生会議の日

話し合いの進めかた（例）

誰でも、いつでも、  
命に関わる大きな病気やケガをする  
可能性があります。

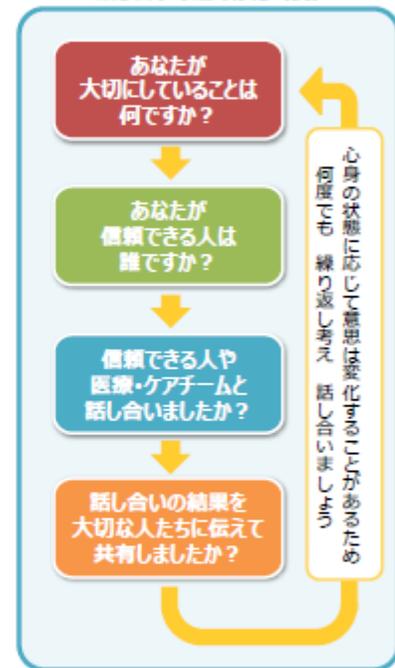
命の危険が迫った状態になると、  
約70%の方が、  
医療やケアなどを自分で決めたり  
望みを人に伝えたりすることが、  
できなくなると言われています。

自らが希望する医療やケアを受けるために  
大切にしていることや望んでいること、  
どこでどのような医療やケアを望むかを  
自分自身で前もって考え、  
周囲の信頼する人たちと話し合い、  
共有することが重要です。



もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、  
前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組を  
「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」  
と呼びます。  
あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたや  
家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

このような取組は、個人の主体的な  
行いによって考え、進めるものです。  
知りたくない、考えたくない方への  
十分な配慮が必要です。



詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_02783.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html)



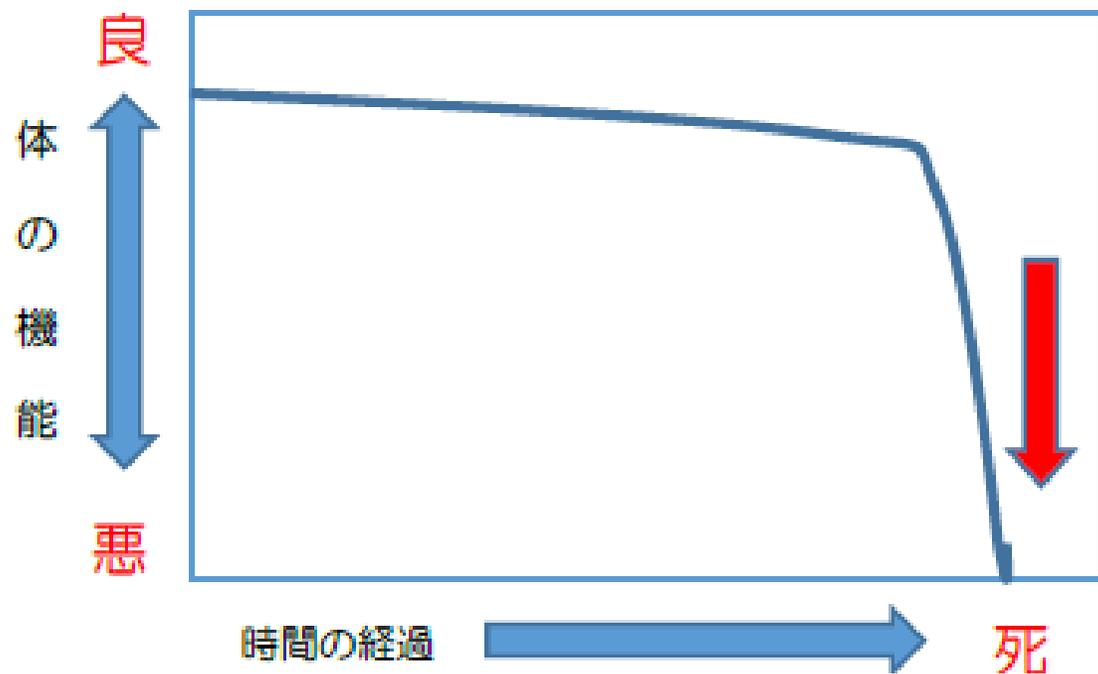


# 人生の最期に至る軌跡

## がん（悪性新生物）

がんは日本人の死亡原因の第1位（約3割）となっています。「寝たきり」の期間は、おおよそ1～2ヶ月とされています。個人差はありますが、亡くなる数日前まで仕事や趣味の時間を過ごされる方もいます。

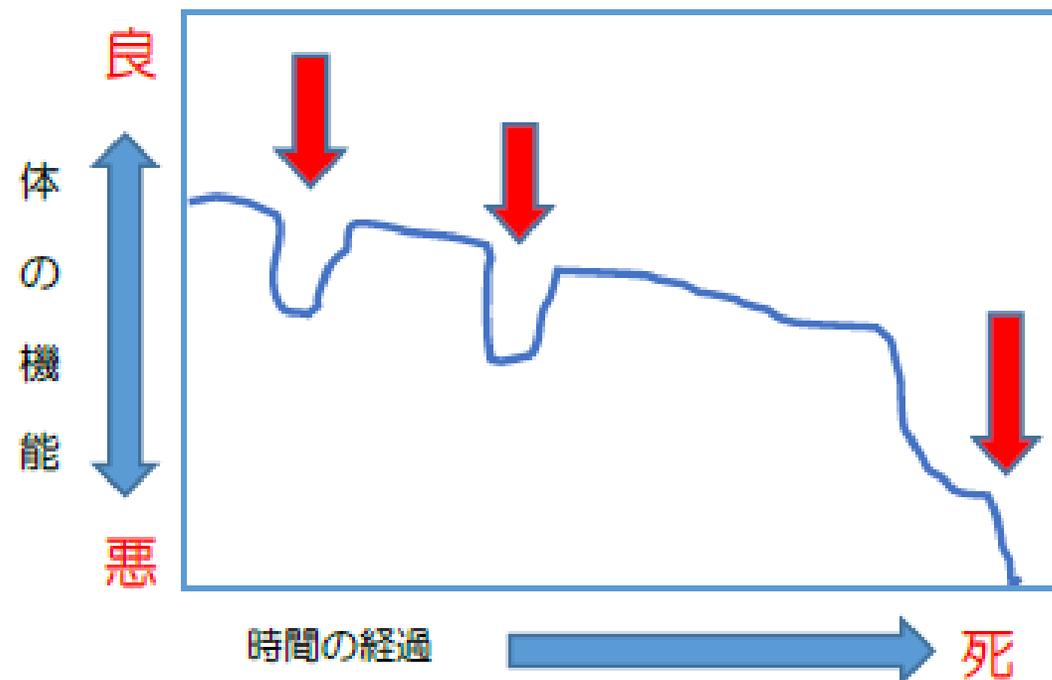
比較的長い時間、体の機能は保たれ、最期の数カ月で急速に機能が低下



## 心不全，呼吸不全

比較的長い間，病気の悪化で入院，改善して退院するという事を繰り返しながら徐々に体の機能が衰え，最期は比較的“急”な経過を迎えることがあります。「入院治療をすれば元の生活に戻れる」という見通しがつかなくなってきた時，本人の意思，家族の思いを踏まえた治療方針の決定が望まれます。

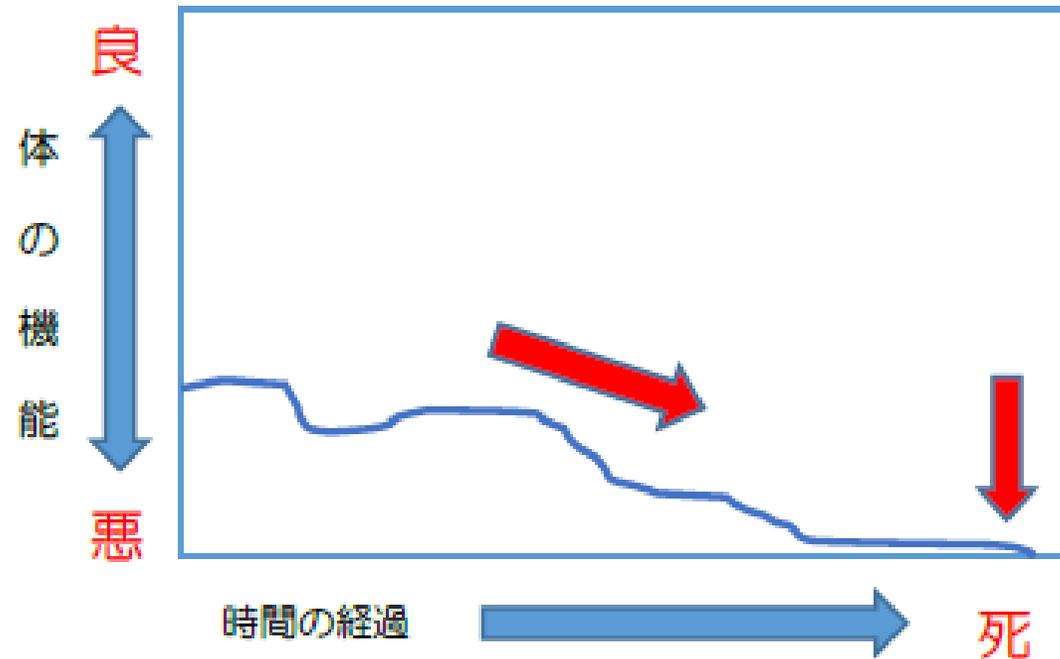
入退院を繰り返しながら，徐々に体の機能が衰え，最期は比較的急に機能が低下



## 認知症・老衰

時間の経過にかなりの幅があり、場合によっては「寝たきり」の期間が10年以上におよぶこともあります。そのため最期を迎えるまでの見通しが難しく、また本人の意思決定能力が乏しくなる場合もあり、元気なうちから、本人の意思、家族の思いを話し合っておく必要があります。

体の機能が衰えた状態が長く続き、さらにゆっくり機能が低下





# 人生の最終段階：どのような変化がおきる！？

体温：体温が下がり手足が冷たくなる

脈拍：リズムが乱れる，弱くなる

血圧：心機能の低下により，下降する

呼吸：不規則になり，やがて浅い呼吸へ

意識：呼んでも反応が小さくなり，傾眠傾向になる  
意識が混濁，せん妄など

栄養：食欲低下，食事・水分摂取量の低下など

排泄：尿量減少，便秘，腸の動きが悪くなるなど

← 身体の機能が低下し，  
生活する事がままならな  
くなる…  
どうしよう？





## 人生の最終段階：できることは何か？

急な変化なのか，ゆっくりと変化するのか・・・その人により様々です。  
みなさんが関わる方々は，どうでしょうか？

今，この方がどの段階なのか？  
見極めるにはどうするか？



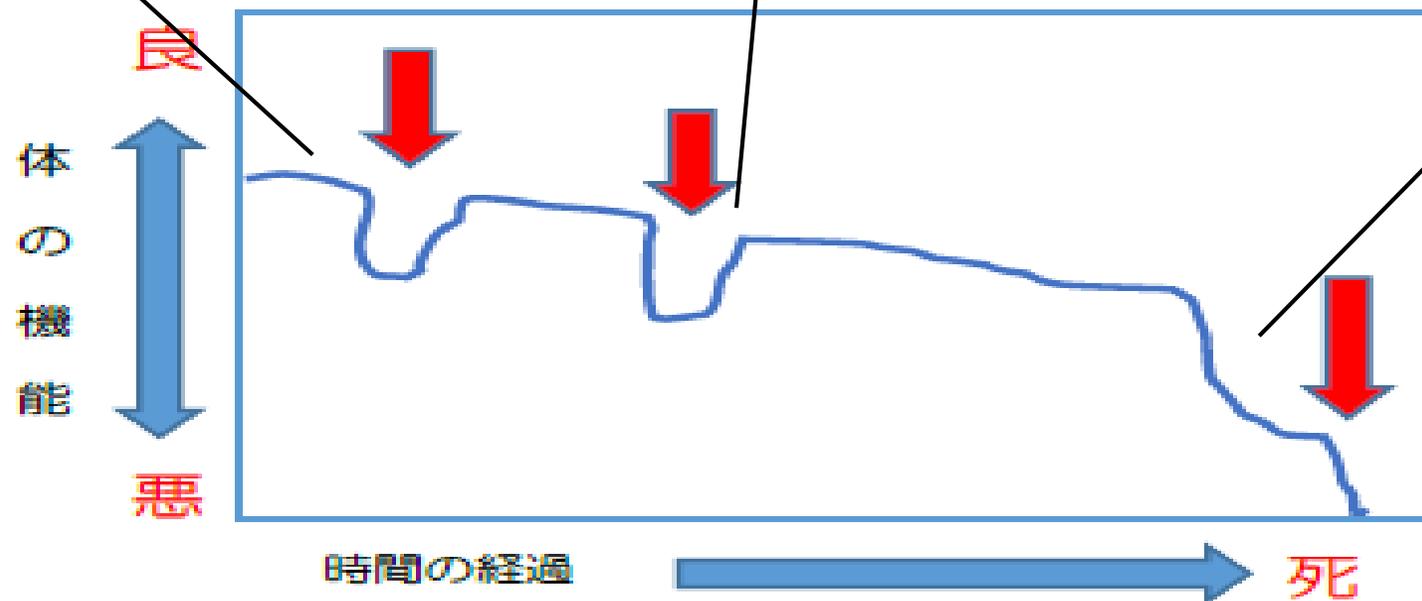
日々の関わりの中での観察，気づきが必要となります！  
**意識してみる事が大事！！**

例えば、こんな事が・・・

悪くなって入院！  
退院したけど、元気ないな。  
足取りが少し悪くなったな...

またまた入院。退院したけど、  
食欲ないみたい。好きなもの  
も食べたがらないな。  
最近、寝てばかりだな...

あれ？血圧いつもより低いぞ。  
声かけても、ぼーとしている  
みたい。



例えば，こんな事が・・・

なんか夜に落ち着かず  
ウロウロする事が多  
くなったかな。  
ご飯は食べてるみたい。

最近，落ち着いたのかウロ  
ウロしなくなったけど，寝  
てる事多くなった？  
食べるの遅くなったな…

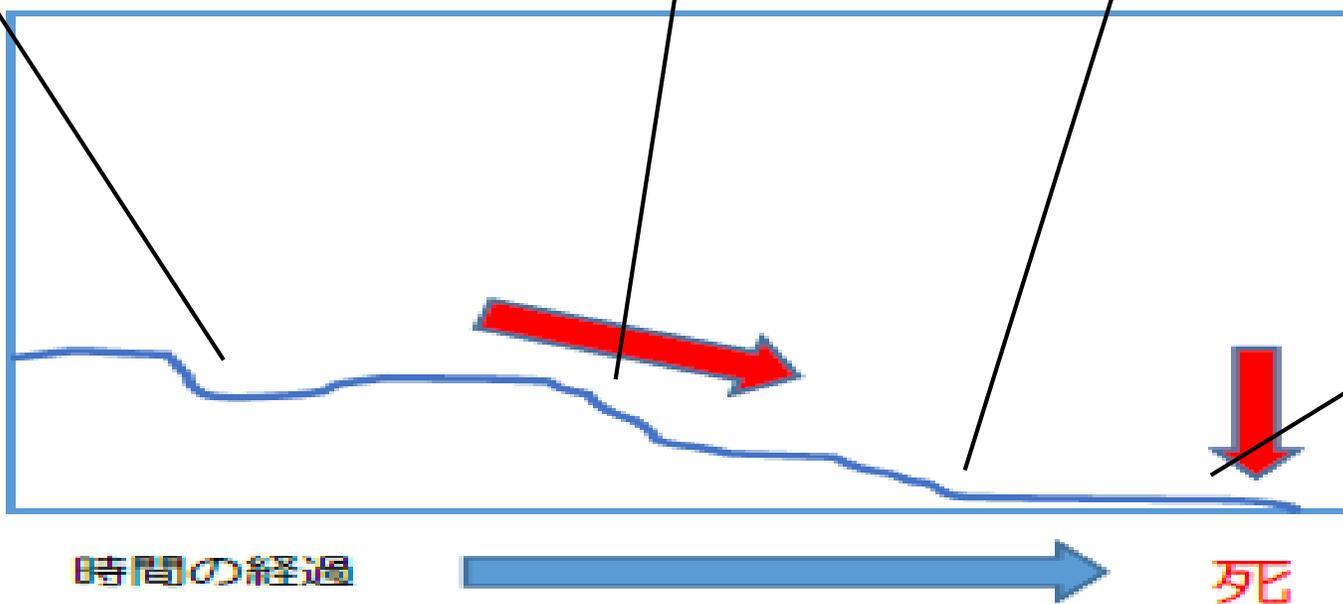
食べるの嫌がるようにな  
ったな。ほとんど，  
食べていない。

あれ？  
脈がすごい弱いな。  
おしっこ出てない？

良  
↑  
体の機能  
↓  
悪

時間の経過

死





# 人生の最終段階：できることは何か？

意識はしてみたけど、どうしたらいいの？  
医者じゃないし、わからない・・・



**そんな時こそ、情報共有！！**

医療に強い看護師，生活スタイルを知っている介護スタッフ…  
色々な視点をもちより，皆で情報を出し合い考えましょう！

**自分自身の職種でできる事は、なんでしょうか？**

# 事例

施設入所。認知症により、徐々に食事摂取ができなくなり日常生活動作も低下。元気な頃は、病院が嫌い、何かあっても積極的な治療はしたくない。でも、痛い苦しいはとってほしいと話していた。遠方の家族は、本人の思うままに、亡くなったら知らせてほしいとの事だった。食事がほぼ摂取できず寝たきりの状況となり、医師、看護師、介護スタッフ、家族間で本人の今までの思いなどをふまえて、**点滴はしない自然のままに看取る事となった。**

## 《医療でできる事》

- ・バイタルをみて変化の把握  
尿量の把握
- ・のど奥でゴロゴロしている時の体位や口腔ケアなどの対処方法を介護スタッフに助言など
- ・状態変化時のコール対応
- ・主治医への連絡



## 《介護でできる事》

- ・好きな甘いものを少し口に含ませる（クリーム、あんこなど）
- ・大好きな奥さんの写真をどこからでも見えるようにベット周りに貼る
- ・寂しがりなので、安楽な体位の時にドア側がみえるようなベット配置にした
- ・好きな音楽をつねに流す
- ・きれい好きだったので、介助浴ができない施設だったがシーツを担架のように使い風呂場につれていきシャワー浴施行





# 人生の最終段階：いざ，その時が・・・

いつ，その時がくるの？  
医者じゃないし，わからない…  
どうするといいのかわからない，不安だ…



人の体はとても複雑です。医師でも亡くなる瞬間を言い当てることはできません。

いざという時に，どうするか・・・皆で共有しておきましょう！



## 人生の最終段階：いざ，その時にむけて・・・

容体が変化したらどうするのか

- ・ 誰に連絡するか決めておく事（看護師・主治医・施設長など）

救急車を呼ぶ時は，どんな時かを皆で話し合う事

ご本人にとって何が一番よいのかをふまえて，**日頃から**医師・看護師・介護スタッフ間で共有することが大事です！！

**日頃していない事は，何か起きた時にはできません！  
皆で決めた事をすればいい！と思えば不安は少しなくなるかも**



# 人生の最終段階：いざ、その時にむけて・・・

共有のツールとして・・・

## ◆S B A R（エスバー）

- ①現在の状況（**S** i t u a t i o n）：利用者に何が起きているか！？
- ②背景情報（**B** a c k g r o u n d）：利用者の背景・状況は何か！
- ③自分の評価（**A** s s e s s m e n t）：私が考える問題は何か！
- ④提案（**R** e c o m m e n d a t i o n）：私の提案はこれ！



## おわりに

亡くなるのを見るのが怖い，不安だ・・・

人生の最終段階にある方々が，最期までその人らしく生きられるように

専門職として，何ができるか。

その人の人生に関わった人間の一人として，何ができるか。

悩みながら伴走しつつ，人生の先輩がみせてくれる生き様を自分自身の人生の糧にできるといいと考えています。

皆で，悩みながら揺れながらやっていきましょう！



# ご清聴，ありがとうございました。

地域の医療と介護をつなぐ

TEL:0138-43-3939

## 函館市医療・介護連携支援センター

平日8:30~17:00 / 土曜・日曜・祝日休み  
〒041-8522 函館市富岡町2丁目10番10号 函館市医師会病院内1階



HOME

函館市医療・介護  
連携支援センターとは

医療・介護  
連携マップについて

研修情報

各種ダウンロード

よくある  
ご質問

用語集



MENU

### 各種ダウンロード

最終更新日：2025/03/28



「はこだて医療・介護連携サマリー」

医療・介護関係者が  
どちらも使える連携サマリー！

最終更新日：2025/07/31



「はこだて療養支援のしおり」

医療・介護関係者が  
使える制度がコレ1冊！

最終更新日：2025/04/01



「はこだて入退院支援連携ガイド」

はこだての入退院支援マニュアル！

最終更新日：2023/12/28



もしもノートはこだて  
人生会議の説明書！

最終更新日：2024/04/24



在宅看取り冊子「大切な方の旅立ちを支える皆様へ」

住み慣れたおうちで最期まで。