

序 文

日本は、高齢化率世界一を走り続けており、2050年には人類が経験したことのない高齢化率40%を迎える国となる。

この急増する高齢者を含むすべての人々が、「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる」ようにすることが“地域包括ケアシステムの構築”である。一人の人のライフステージでは、いつまでも元気に暮らすための「介護予防」と「生活支援」、介護が必要な状態になったら「介護」、病気になったら「医療」、そして、その先の人生を最期まで豊かに支えることを目指した「看取り体制の構築」と「看取りケアの充実」が不可欠となる。

この「地域全体での看取りケアの充実」が求められるからこそ、これからは、病院、在宅、施設の看護師そして介護職への期待がより一層高まってくる。一方、看取りの8割は病院で行われている現状がある。これゆえに、いまだ病院の看護師にとっては、どのように在宅や施設と連携してご本人が望む自宅や施設での看取りをかなえていけばいいのか、そのために自分たち病院看護師には何ができるのか、と悩む人が多いだろう。また、施設看取りを支えていく介護職にとっても、これから増えていく施設での看取りケアの主たる支え手になる流れは感じつつも、介護職として具体的にどうしていけばいいのか、どのように医師や看護師と連携したらよいか、ということに不安を抱えている人が多いのではないかと。

本書は、そのような看取りケアの時代の変化を先読みし、訪問看護師や施設看護師はもとより、在宅・施設での看取りケアの推進者となる病院看護師と施設の介護職の方々に主読者になっていただくことを目指して作成した。

本書の前半では、昨今、エビデンスベースドメディシン (evidence based medicine)、エビデンスベースドナーシング (evidence based nursing)、そして、今注目の「科学的介護」の重要性に注目が集まるなか、看取りケア関連の学問的背景や集積されたエビデンスへの理解を深めていただくために、アドバンスケアプランニング(advance care planning : ACP / 意思決定支援)、入退院支援、多職種連携に関する学問的背景やエビデンスについて、この分野の専門家たちに執筆を依頼し、盛り込んだ。

そして、本書の後半では、看取りケアを支える専門職として身につけておくべき看取りケアの実際について、入院中から退院後、そして看取り後のエンゼルケアから家族支援といった一連の内容を、在宅そして施設看取りを先駆的に取り組

んでいる実践者に執筆を依頼し、盛り込んだ。

以上、本書は、学問と実践をつなぎ、かつ、看取りケアの場が在宅と施設へ広がっていくことを先取りした内容となっている。まだ「在宅と施設での看取りケアに十分な自信がない」と考える読者には、十分に役立つ本となっていることと思う。

在宅と施設の看取りケアを普及させていくのに重要な役割を担うのは、病院看護師と施設介護職であると考えている。そして、この二者と訪問看護師や施設看護師が手をつなげたら、日本の在宅・施設看取りは間違いなく進んでいくと信じている。

本書の出版にあたっては、メヂカルフレンド社編集部の佐々木満氏には、本書の作成をご提案いただくとともに、発刊までの一連のプロセスをとおして多大なご尽力をいただいた。ここに感謝を申し上げたい。

最後に、本書を手にした読者による看取りケアの実践が一人でも多くの人の望む看取りにつながることを願っている。本書がその一助となれば幸いである。

2018年 5月

福井小紀子



第I章 在宅・施設で求められる看取りケアとその背景 1

1	看取りケア：その背景と考え方 （福井小紀子）	2
	地域包括ケアシステムで重視される看取りケアとその背景 2	
	高齢化率世界首位を走り続ける日本 2	
	超高齢社会における地域包括ケアシステムの構築 2	
	超高齢社会において重要性を増す「看取りケア」 3	
	「看取りケア」という用語を用いる理由 5	
	看取りケアの定義 6	
	看取りケアの考え方、時期、経過 6	
	看取りケアの考え方 6	
	看取りケア前期、中期、後期の考え方 6	
	看取りまでの病状の経過 7	
2	看取りの場とケア体制：求められるシームレスなケア （岡本有子）	10
	終末期にまつわる様々な用語 10	
	ホスピスケア 10	
	ターミナルケア、終末期ケア 10	
	緩和ケア 11	
	支持療法（支持的ケア） 11	
	エンドオブライフケア 12	
	緩和ケア・支持療法・エンドオブライフケアの関係 12	
	看取りケアの内容 13	
	本人の希望の実現に向けた意思決定支援 13	
	症状緩和 14	
	日常生活への支援 15	
	家族支援 15	
	看取りの場とケア体制 16	
	看取りの場の推移 16	
	自宅・施設での看取りを支えるケア体制の構築 17	
	多職種・多機関との連携 17	
	医療・介護の連携 17	
	多機関との連携 17	

第II章 多死社会を迎えた看取りの場の特徴と課題 19

1	病院での看取り （石川孝子）	20
	病院で展開されてきた看取りケアの実際 20	
	日本における死亡場所の推移 20	
	日本における病院での看取り率増加の背景 20	
	病院での看取りケアの実際 22	
	病院で目指される看取りケア 23	
	緩和ケアの歴史 23	
	病院での看取りケアの課題 24	
	一般病棟による緩和ケアの提供 24	
	早期からシームレスな緩和ケアの提供 26	
	在宅・施設での看取りケア体制の整備・充実 26	
2	在宅での看取り （池崎澄江）	28
	在宅で展開されてきた看取りケアの実際 28	
	在宅看取りの現状 28	
	在宅看取りが減少した理由 28	
	1990年代以降の在宅医療と在宅介護の体制整備 30	

■	2005年以降の地域包括ケアシステムにおける在宅看取り体制の構築	30
👉	在宅で目指される看取りケア	31
■	退院支援と在宅療養移行支援	31
■	在宅療養中の症状緩和	32
■	緊急時を含めた24時間のサポート医療体制	33
■	家族による介護と看取りへの覚悟	34
👉	在宅での看取りケアの今後の課題	34
■	独居世帯の増加と在宅看取りのあり方	34
■	看取りケアの質の評価	35
3	施設での看取り (山川みやえ)	37
👉	施設で展開されてきた看取りケアの実際	37
■	施設ケアと看取りの歴史	38
■	施設での看取りを加速させた介護保険制度の看取り介護加算の新設	39
■	施設での看取りケアの推奨	41
■	各施設の看取りケアの変遷と実際	43
👉	施設における看取りケアの課題	45
■	系統的文献検討による考察	45
■	各施設における看取りの現状	46
👉	施設で目指される看取りケアの理想像	46
■	「その人らしく死を迎える」ことへの援助	46
■	平穏死を支える援助	46
4	看取りを支える地域包括ケアシステムづくり (野崎加世子)	49
👉	すべての人で支える看取り体制の考え方	49
■	地域包括ケアシステムのなかでの看取り	49
■	看取りにおける役割と連携	49
👉	看護師が発信する看取りを支える地域包括ケアづくりの実践	52
■	療養通所介護事業所(ナーシングデイ)での看取り支援	52
■	事例展開「退院時から多職種で連携し在宅で看取ることができた事例」	53
■	地域住民からの相談と在宅看取りの啓発:「わたしの町の、ほけん室」事業の活動	55
■	地域への発信:『在宅緩和ケアガイドブック』の発行	57
👉	今後の地域包括ケアシステムでの看取りの考え方	58
第三章 看取りケアに欠かせない意思決定支援 / ACP		59
1	意思決定支援 / アドバンスケアプランニングが注目される背景と国内外の知見 (御子柴直子・福井小紀子)	60
👉	アドバンスケアプランニング (ACP) とは	60
■	アドバンスケアプランニング (ACP) とアドバンスディレクティブ (AD)	60
■	アドバンスケアプランニング (ACP) の意義と臨床での実践	61
👉	アドバンスケアプランニング (ACP) に関する国際的な動向	61
■	欧米諸国の動向	61
■	アジア圏の動向	62
👉	わが国におけるアドバンスケアプランニング (ACP) による支援のあり方	62
■	健康状態に応じた支援内容	62
■	相談員研修会の実施(ハイリスクアプローチ)	63
■	行政の介入(ポピュレーションアプローチ)	64
■	国民性を考慮した指標づくり	64
2	看護師として行う予後予測とそれに基づく意思決定支援 (角川由香)	67
👉	看護師が意思決定支援にかかわる必要性	67
👉	予後予測に基づいた意思決定支援	68
■	がんなど	68

■	臓器不全などの非がん疾患	69
■	認知症, 老衰	70
👉	現場で使う意思決定支援スキル	70
■	SDM (共同意思決定)	70
■	看護師が意思決定にかかわる際のポイント	71
3	早期からの緩和ケアチームとしての院内連携による意思決定支援 (田中結美)	74
👉	早期からの緩和ケアチームの連携	74
■	緩和ケアの内容	74
■	コミュニケーションの重要性	74
■	チームとしてのかかわり	74
👉	在宅看取り実現に向けた意思決定支援と院内体制づくり	75
👉	早期からの緩和ケア実現に向けた治療中止と「看取り」ケアへのシフト: キュアからケアへ	76
■	事例展開「早期からの緩和ケアおよび ACP が自宅での看取りにつながった事例」	76
4	退院後の意思決定支援を支える院外連携 (藤田淳子)	80
👉	退院後の意思決定支援の課題	80
👉	在宅医, 訪問看護師, ケアマネジャー, 介護職との連携	81
■	多職種連携による意思決定支援	81
■	役割	82
👉	在宅支援チームから病院看護師に求めること, 病院と在宅との連携課題	83
5	施設・在宅看取りケアにつなげるにあたって注意すべき連携の視点 (大市三鈴)	86
👉	退院支援スクリーニング	86
👉	医療・福祉サービスの導入	87
■	介護保険申請と担当ケアマネジャーの決定	87
■	在宅療養・看取りへの移行支援	87
■	施設での療養・看取りへの移行支援	88
👉	在宅・施設の看取りケアにおける円滑な連携のための看護師の役割と取り組み	88
■	看護師の役割	88
■	円滑な連携のための取り組み	89

第IV章 看取りに向けた退院支援 91

1	が ん (部川玲子)	92
👉	疾患・治療・転帰の特徴	92
👉	終末期の期間を想定したケアと連携	93
■	事例展開「最期の療養の場を在宅と希望した患者の病院と在宅での多職種連携の実践」	94
2	心不全 (林 弥生)	98
👉	疾患・治療・転帰の特徴	98
👉	終末期の期間を想定したケアと連携	99
■	意思決定支援	99
■	生活の質 (QOL) 保持に向けた支援	100
■	病棟看護師が行う退院支援	100
■	再入院の予防に向けた外来での看護ケア	101
■	看取りに向けた病棟・外来看護師と退院支援看護師の連携	102
■	事例展開「末期心不全の病状把握によって QOL を重視したケアが行えた事例」	103
3	COPD (梅津千香子)	107
👉	疾患・治療・転帰の特徴	107
■	疾患の特徴	107
■	治療の特徴	107
■	転帰の特徴	109
👉	終末期の期間を想定したケアと連携	110

	事例展開「終末期 COPD 患者の在宅での緩和ケアおよびケア体制の構築」	111
4	神経難病 (藤川あや)	114
	☞ 疾患・治療・転帰の特徴	114
	☞ 神経難病の動向	114
	☞ 主な疾患の症状の経過と必要な医療・社会資源	115
	☞ 終末期の期間を想定したケアと連携	116
	☞ 発症から終末期に至る過程	116
	☞ 終末期のケアと専門職者間連携	117
	事例展開「訪問看護師が窓口となり院内・院外をつないだ ALS 患者の在宅での看取り」	118
5	老衰 (認知症) (高橋幸花)	122
	☞ 疾患・治療・転帰の特徴	122
	☞ 疾患の特徴	122
	☞ 治療の特徴	124
	☞ 転帰の特徴	125
	☞ 終末期の期間を想定したケアと連携	126
	☞ 終末期の判断	126
	☞ 看護師の役割	126
	事例展開「家族による介護と在宅医、訪問看護師の介入により自宅での看取りが可能となった事例」	127
第 V 章 在宅での看取りケア 131		
1	がんの看取りケア (大園康文)	132
	☞ 退院後の症状コントロール, 意思決定支援, 家族支援	132
	☞ 症状コントロール	132
	☞ 意思決定支援	136
	☞ 家族支援	137
	☞ 退院後における在宅支援チームの連携	137
	事例展開「終末期がん患者の意向を尊重し, 在宅療養にて症状のコントロール, 看取りが行えた事例」	138
2	心不全の看取りケア (川野英子)	141
	☞ 退院後の医学的管理, 意思決定支援, 家族支援	141
	☞ 退院後における在宅支援チームの連携	142
	事例展開「入退院を繰り返す心不全患者に多職種が協働して支援を行った事例」	144
3	COPD の看取りケア (松本京子)	148
	☞ 退院後の症状コントロール, 意思決定支援, 家族支援	148
	☞ 退院後の症状コントロール	148
	☞ 意思決定支援, 家族支援	148
	☞ 退院後における在宅支援チームの連携	149
	☞ 急性増悪	149
	☞ 入退院の繰り返し	150
	事例展開「意思決定において“延命治療はしない”という本人の思いを中心に QOL を考えた事例」	150
4	神経難病の看取りケア (田中千賀子)	154
	☞ 退院後の症状コントロール, 意思決定支援, 家族支援	154
	☞ 退院後の症状コントロール	154
	☞ 意思決定支援	156
	☞ 家族支援	156
	☞ 退院後における在宅支援チームの連携	157
	☞ 医療費の助成	157
	☞ 介護保険の利用	158
	☞ 障害福祉サービスの利用	158
	☞ 訪問看護の利用	158
	☞ 在宅支援チームの連携	158

事例展開「患者の在宅療養での意向を最大限にかなえるためにチーム連携した事例」 160

5 老衰（認知症）の看取りケア （中島朋子）	164
👉 退院後の症状コントロール，意思決定支援，家族支援 164	
▣ 退院後の症状コントロール 164	
▣ 意思決定支援 166	
▣ 家族支援 167	
👉 退院後における在宅支援チームの連携 167	
▣ 認知症の評価ツールの利用 167	
▣ 倫理的課題への対応 169	
事例展開「認知症終末期における意思決定支援と在宅での看取り」 169	
6 独居の場合の看取りケア （池田良輔子）	172
👉 退院後の症状コントロール，意思決定支援 172	
▣ 苦痛緩和のためのマネジメント 172	
▣ 緊急時の対応 173	
👉 在宅療養中の医療・介護支援体制 173	
▣ 医療支援体制 173	
▣ 看護師の役割 173	
▣ ケースマネジャーの役割 174	
▣ 介護支援体制 174	
👉 友人，近隣住民，民生委員，ボランティアの活用 175	
事例展開「独居のがん療養者をチームで支え在宅で看取った事例」 176	
7 老々介護の場合の看取りケア （岩原由香）	181
👉 退院後の症状コントロール，意思決定支援，家族支援 181	
▣ 退院後の症状コントロール 181	
▣ 意思決定支援 181	
▣ 家族支援 183	
👉 在宅療養中の医療・介護支援体制 183	
👉 友人，近隣住民，民生委員，ボランティアの活用 183	
事例展開「サポートするすべての人が各々の専門性や役割を認識し，支え合うことで在宅での看取りが可能となった事例」 184	
8 子どもの看取りケア （木村 愛）	190
👉 子どもの看取りケアの特徴 190	
▣ 小児ための緩和ケア 190	
▣ 子どもの看取りケアにおける医療者の役割 190	
👉 子どもの意思決定支援 191	
▣ インフォームドコンセントとインフォームドアセント 191	
▣ 子どもの権利条約 192	
▣ 家族の生活背景 192	
▣ 医療者自身の経験，倫理観，価値基準 193	
👉 在宅での生活支援 193	
▣ 在宅移行に向けての話し合いと意思決定支援 193	
▣ 人的・物的・金銭的な社会資源の準備 194	
▣ 療養中の医療支援体制の構築 195	
事例展開「多職種の協働により在宅療養が可能となった子どもの看取りケア」 196	
👉 医療者のグリーフケア 199	

第VI章 施設等での看取りケア 201

1 特別養護老人ホームでの看取りケア （田中由佳・田中 綾）	202
👉 苦痛の緩和，提供される医療的ケア，意思決定支援 202	
▣ 特別養護老人ホームの基本理念 202	

目次

	意思決定支援	202
	苦痛の緩和, 医療的ケア	204
	特別養護老人ホームでの看取りの現状	205
1	医療職と多職種との役割分担, 体制	205
	介護職の役割	205
	食べることへの援助	206
	生活相談員, ケアマネジャーの役割	206
	医療機関との連携	206
	地域の体制づくり, スタッフ研修	206
	事例展開「自己決定を支えるためにホーム内外の多職種が協働して看取った事例」	207
2	介護老人保健施設での看取りケア (田中志子)	211
	施設の概要	211
	介護老人保健施設で看取ることの強み	211
	ハッピーエンドオブライフケア	212
	高齢者のがん以外の疾患における緩和ケアの難しさ	213
	在宅強化型でなぜ看取りをするのか?	213
	患者にとっての最善: 早期からアドバンスケアプランニング	214
	ナラティブを見出すアドバンスケアプランニング	214
	医療職と介護職との役割分担, 体制	214
	3つのステップで看取りを説明	214
	過剰な医療的介入を控える	215
	多職種でハッピーエンドカンファレンスの実施	215
	身体の変化をとらえて看取りケアを進める	215
	事例展開「ハッピーエンドオブライフケアの実際」	216
3	有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅における看取りケア (島田千穂)	220
	有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅の概要	220
	特定施設入居者生活介護の指定	220
	入退居の状況	220
	提供される介護サービス	221
	看取りに対する施設の方針	221
	苦痛の緩和, 提供される医療的ケア, 意思決定支援	221
	ケア内容に影響される医療機関との関係性	221
	提供される医療的ケア	222
	意思決定支援	222
	医療職と介護職との役割分担, 体制	223
	看護師の役割	223
	看護師と介護職の連携	224
	医師と看護師の連携	225
	事例展開 事例1「最期まで本人が望む生活を支える体制をとれた事例」	225
	事例展開 事例2「胃瘻造設後, 状態を評価しながら栄養量を減らし苦痛のない最期を迎えた事例」	226
4	医療療養型病棟での看取りケア (北之園真由美・樋口美佳)	229
	施設の概要	229
	苦痛の緩和, 提供される医療的ケア, 意思決定支援	229
	入院(転院)のプロセス	229
	入院時初期評価	230
	意思決定支援	230
	医療的ケア	230
	苦痛の緩和	231
	医療職と介護職との役割分担, 体制	232
	看護師と介護職の情報共有	232
	家族へのケア	232
	医師と看護師の連携での問題	232

事例展開 「医療療養型病棟での看取りケア」 233

5 介護医療院での看取りケア (大宮裕子・五十嵐加代子・千葉妙子) 236

- 👉 **介護医療院とは** 236
- 👉 **苦痛の緩和** 237
- 👉 **提供される医療的ケア** 237
- 👉 **意思決定支援** 238
- 👉 **医療職と介護職との役割分担, 体制** 239
 - ▣ 医師との連携 239
 - ▣ 介護職との連携 239
 - ▣ リハビリテーションスタッフとの連携 239
 - ▣ 病棟のケア体制 240
- 事例展開 「老衰による誤嚥性肺炎で入院中の患者の看取り」 240

6 グループホームでの看取りケア (小倉礼子・山崎志郎・島田千穂) 243

- 👉 **グループホームとは** 243
 - ▣ グループホームでの看取りケアの始まり 243
 - ▣ 看取りケア検討会の開催 244
- 👉 **苦痛の緩和, 提供される医療的ケア, 意思決定支援** 244
 - ▣ 苦痛の緩和, 提供される医療的ケア 244
 - ▣ 意思決定支援 245
- 👉 **医療職と看護職との役割分担, 体制** 245
 - ▣ 医師との連携 245
 - ▣ 看護師との連携 245
 - ▣ グループホームスタッフの役割 246
 - ▣ 家族の役割 246
- 👉 **施設の概要** 246
 - ▣ 看取りケアチームの体制 247
 - 事例展開 事例1 「疎遠な親族がキーパーソンであった事例の看取り」 248
 - 事例展開 事例2 「認知症の進行とともに緩やかに機能が低下した事例の看取り」 250

7 看護小規模多機能型居宅介護での看取りケア (福田裕子) 253

- 👉 **看護小規模多機能型居宅介護の特徴** 253
 - ▣ 対象 253
 - ▣ 看護・介護の一体的な対応 253
 - ▣ 24時間365日の安心を柔軟なサービスで提供 254
 - ▣ 地域住民を対象としたサービス 254
- 👉 **看護小規模多機能型居宅介護の看取りに関する特徴** 255
 - ▣ 苦痛の緩和 256
 - ▣ 医療的ケア 256
 - ▣ 意思決定支援 256
 - ▣ 医療職と介護職との役割分担, 体制 256
 - 事例展開 事例1 「施設に泊まりのまま看取りをした事例」 257
 - 事例展開 事例2 「独居の認知症高齢者を自宅で看取った事例」 259
 - 事例展開 事例3 「ALSで延命をしないと決めた事例」 261
- 👉 **看護小規模多機能型居宅介護の看取りに関する課題** 263

第七章 臨死期のケア 265

1 死にゆく過程でなすべき看取りケア (高丸慶) 266

- 👉 **臨死期とは** 266
- 👉 **在宅での看取り：予後予測を生かした臨死期のケア** 266
 - ▣ 治療・ケアの方針の決定 267
 - ▣ 患者の安楽へのケア 268

■ 家族に対する予期悲嘆のケア	269
2 死に向かう身体症状への安楽なケア (高丸 慶)	272
👉 疼 痛	272
■ 臨死期の疼痛緩和	272
■ 疼痛の看護	273
👉 食欲の喪失	273
■ 臨死期の食事支援の考え方	273
■ 食欲不振, 経口摂取量の低下に対する看護	274
👉 呼吸困難	274
■ 呼吸困難とは	274
■ 呼吸困難の治療	275
■ 呼吸困難を緩和する非薬物療法と看護	275
■ 環境の整備	276
■ 鎮 静	276
👉 気道分泌亢進, 死前喘鳴	276
■ 気道分泌亢進による苦痛	276
■ 死前喘鳴に対する看護	277
3 死に向かう精神症状への安楽なケア (高丸 慶)	279
👉 せん妄とは	279
👉 せん妄の診断基準	279
👉 せん妄のタイプ	279
👉 治療方針と看護ケア	280
👉 せん妄の環境因子	281
👉 臨死期におけるせん妄患者の看護	281
■ 不穏症状の緩和とコミュニケーション	281
■ 睡眠の確保	282
■ 安全への配慮	282
👉 家族へのケア	282
4 死に向かう人との対話：お別れを言う準備 (三輪真由美)	284
👉 看取りケアを行う看護師に必要なこと	284
👉 死に向かう人との対話に必要な知識と技術	285
👉 事例をとおしての学び	285
■ 介護者の日常生活の延長線上で迎えた看取りの事例	286
■ 患者と死について語り合えた事例	287
■ 死への恐怖を表現した事例	287
5 在宅・施設看取りにおける「死亡診断」 (三輪真由美)	289
👉 主治医がいる場合の死亡診断	289
■ 死亡診断が滞りなく行われた事例	289
■ 性急な調整によって, 滞りなく死亡診断できた事例	290
■ 訪問看護師の死後の処置	290
👉 主治医が不在の場合の死亡診断	291
■ 家族・親族が希望する看取りではなかった事例	291
■ 今後の死亡診断の流れ	292

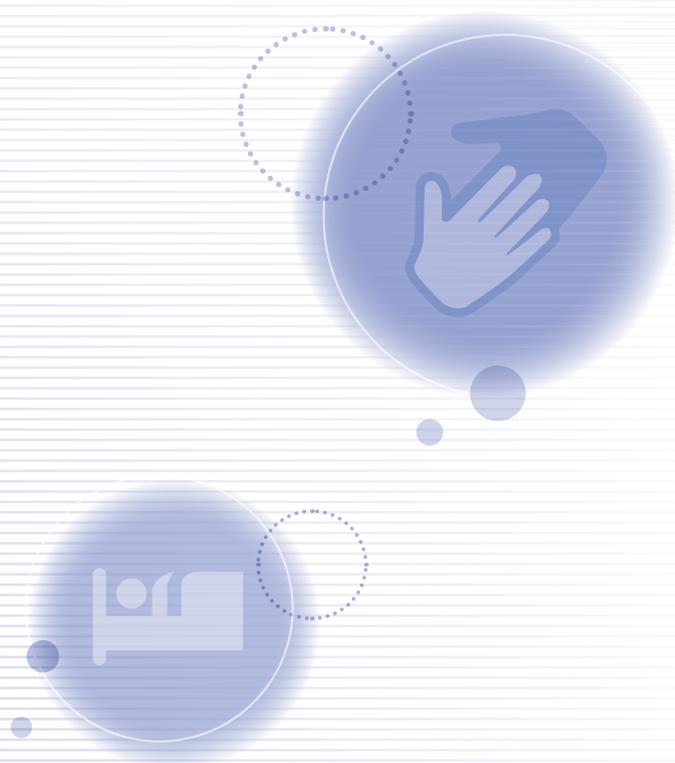
第四章 在宅での看取り後のケア

1 エンゼルケア (清水準一・鳥居真由美)	296
👉 エンゼルケアとは	296
👉 エンゼルケアの基礎知識と手技	297

■ エンゼルケアに必要な遺体の知識	297
■ エンゼルケアの基本手技とその流れ	297
■ エンゼルケアの基本手技の留意点	299
👉 特別なケアを要するエンゼルケア	300
■ 点滴	300
■ 気管切開	300
■ ペースメーカー、除細動器	301
■ 褥瘡部位	301
■ 胃瘻、経鼻胃管	301
■ ストーマ	301
■ 小線源療法の放射性同位元素	301
■ その他の留意事項	302
2 家族へのグリーフケア (辻村真由子)	304
👉 悲嘆による反応	304
👉 複雑性悲嘆	305
👉 悲嘆に関する理論	305
■ ストローブとシャットによる死別への対処の二重過程モデル	306
■ ウォーデンによる課題モデル	306
👉 グリーフワーク	307
👉 グリーフケアの分類	308
👉 訪問看護師が行う家族へのグリーフケア	308
■ 看取りケア中期(週単位)から後期(日単位・時間単位)のグリーフケア	309
■ 死別後のグリーフケア	309
■ グリーフケアによって支援者が得るもの	310
3 医療スタッフへのケア：デスカンファレンス、ディブリーフィングなど (田中道子) ...	312
👉 看取りをする看護師へのケアの重要性とデスカンファレンス開催の現状	312
■ 在宅で看取ることの難しさと訪問看護師の負担	312
■ デスカンファレンスとは	312
👉 訪問看護ステーションにおけるデスカンファレンス	314
■ デスカンファレンスの目的と意義	314
■ デスカンファレンス開催の準備	314
■ デスカンファレンスの開催	317
👉 デスカンファレンスの実際	318
事例展開 事例1「予期せぬ死に遭遇し、強い悲嘆が生じた看護師の事例」	318
事例展開 事例2「患者が他の看護師を求め、自信を喪失した看護師の事例」	319
👉 継続支援と看護師の感情	321
■ 継続支援の重要性	321
■ 看護師の感情への配慮(ディブリーフィングワーク)	321
👉 バーンアウトしない職場内でのケア	322
■ 悲嘆を自覚する	322
■ 管理者の役割	322
👉 在宅療養の他職種との悲嘆の共有	322
索引	325

第 I 章

在宅・施設で求められる 看取りケアとその背景



1 看取りケア：その背景と考え方



地域包括ケアシステムで重視される 看取りケアとその背景



高齢化率世界首位を走り続ける日本

日本は、2004年に高齢化率19.5%で世界1位となり、その後、半世紀にわたり高齢化率世界1位を走り続け、2050年には人類が経験したことのない高齢化率40%を最初に迎える国になると推計されている(表1-1)¹⁾。生産年齢人口1人が高齢者1人を支える「肩車型」の時代が近未来に訪れるといわれる数値的根拠がここにある。

年齢構成別にみると、65歳以上の人口は現在3,000万人を超えており(国民の約4人に1人)、2042年には約3,900万人でピークを迎えると推計されている。そして、75歳以上の人口割合も、平均寿命の延伸とともに増加し続けると予想されている²⁾。

世界各国においても、平均寿命の伸びと出生率の低下により高齢化が進んでいる。世界保健機関(World Health Organization: WHO)は、この世界的な人口の高齢化は、公衆衛生政策と社会経済発展の成功によるものといえる一方で、高齢者の健康、身体機能および社会参加、社会保障を最大限にするために、社会全体が適応していかなければならない課題でもあると唱えている³⁾。



超高齢社会における地域包括ケアシステムの構築

このように、トップバッターとして世界で最初に超高齢社会を迎える日本において、急増する高齢者を含むすべての人が暮らしやすく住みやすい地域や社会をつくることを目的

表1-1 各国の高齢化率(65歳以上人口の割合)

	2004年	2010年	2020年	2030年	2040年	2050年
日本	19.5	23.1	29.2	31.8	36.5	39.6
イタリア	19.3	20.6	23.3	27.3	32.3	33.7
ドイツ	18.3	20.4	22.7	27.8	31.1	31.5
フランス	16.4	16.7	20.3	23.4	25.6	26.2
イギリス	16	16.5	19	21.9	23.7	24.1
カナダ	13	14.1	18.2	23.1	25	26.3
オーストラリア	12.8	14.3	18.3	22.2	24.5	25.7
米国	12.4	13	16.3	19.7	20.4	20.7
韓国	8.7	11	15.6	24.3	32.5	38.2
中国	7.5	8.4	11.9	16.2	22.2	23.7
世界平均	7.2	7.7	9.4	11.7	14.3	16.2

OECD Factbook 2009 : Economic, Environmental and Social Statistics.

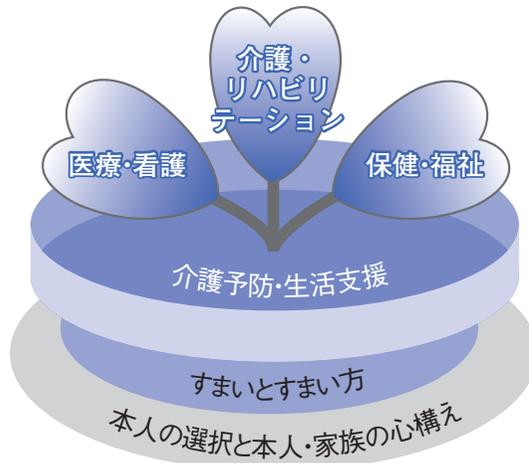


図1-1 地域包括ケアシステムの植木鉢モデル

地域包括ケア研究会（2017）. 地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書. 地域包括ケア研究会 報告書—2040年に向けた挑戦. 三菱UFJリサーチ&コンサルティング. より引用

にして提唱された考え方が「地域包括ケアシステムの構築」である。日本がこの地域包括ケアシステムを構築できるかどうか、世界の高齢化対策を成功に導けるかどうかにつながるというも過言ではない。日本の高齢化対策を中心とする政策の動向と、それを受けて地域で暮らす人やそれを支える医療・介護職が、実世界にその考え方をどのように落とし込み、発展・定着させていくかが世界の注目を集めている。

「地域包括ケアシステム」という用語は、2013年8月にまとめられた「社会保障制度改革国民会議報告書」と、2014年6月に法制化された医療介護総合確保推進法に盛り込まれ、それ以降、様々な場で耳にするようになった。

地域包括ケアシステムは、「住まい」「医療」「介護」「介護予防」「生活支援」の5つの要素が一体的に提供される仕組み、あるいは状態を指す²⁾。重度の要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるようにすることを目的とし、対象としている地域は、市町村の単位、言い換えると、おおむね30分程度で移動できる日常生活圏内である。

上記の5つの要素が互いに深く関連し合っていることを、単純な模式図として描いたのが「植木鉢モデル」である（図1-1）⁴⁾。療養者本人の意思と家族の気持ち、それに基づいた暮らしがベースにあって（鉢）、そのうえに介護予防や生活支援（養分を含んだ土）があり、これらを土台としてはじめて専門的なサービス（葉）が効果的に働く（育つ）という関係性をよく表している⁵⁾。

超高齢社会において重要性を増す「看取りケア」

前述したように、地域包括ケアシステムの目指すところは「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるようにすること」である。

高齢者が急速に増えるということは、今後、最期を迎える人が急増するということを意味する。全国の各市町村で構築が進められている地域包括ケアシステムの重要な要素について、以下、一人の人のライフステージから考えてみる。人がいつまでも元気に暮らすためには「介護予防」と「生活支援」が、介護が必要な状態になったら「介護」が、病気になったら「医療」が必要となる。そしてその先に、一人ひとりの人生の最期を支えることが求められる。そのためには、人が自分の生きてきた地域で安心して最期を迎えられることを目指して（アウトカム）、地域全体で展開する看取り体制を構築し（ストラクチャー）、看取りケアを充実すること（プロセス）が必要不可欠となる（アウトカム、ストラクチャー、プロセスの考え方については、[Column](#) 参照）。

日本が直近で迎える人口構造の大きな変化に対応するために、看取りを支える体制を構築するためには、受け皿を増やし、在宅や施設を含む地域全体に拡大する方向へと大きくシフトしていかざるをえない。これに伴い、看取りを支えていく医療・介護職、そして看取りケアの受け手としてだけでなく支え手側に回ることも期待されている高齢者を主とする地域の人々が、看取りの場やニーズ、看取りを支えるケアのあり方が今後大きく変化していくことを理解することが必要である。そのために、一定の質を保った看取りケアを病院だけでなく在宅や施設でも充実させていくことが求められている。

本書は、この半世紀で大きく発展してきた「病院完結型の看取りケア」から、「地域完



Column

ケアの質をとらえる考え方「ストラクチャー、プロセス、アウトカム」: ドナベディアン⁶⁾の質評価モデル

1980年、米国の医師・公衆衛生学者であるドナベディアン（Donabedian, A）は、医療やケアの質については、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトカム（結果）の3要素によるアプローチが妥当であると論じた。

ストラクチャー（構造）とは、医療やケアを提供するのに必要な人的、物的、財政的資源をいう。すなわち、専門職者の数や分布、資格、あるいは医療機関の数、規模、施設、さらには医療提供体制や医療保険制度などが該当する。ドナベディアンは、ストラクチャーは、プロセスやアウトカムと比較して医療の質の指標としての有用性は低いとしている。

プロセス（過程）は、医療・介護職と患者間の相互作用を評価するものであり、治療やケア内容の適切性、医療・介護職の患者に対する接遇などが該当する。

アウトカム（結果）は、医療や介護によって患者にもたらされた健康状態の変化であるが、身体的・生理的側面のみならず、社会的・心理的側面の改善や患者の満足度なども評価の対象となる。

医療や保健医療政策の分野における質の評価においては、この3要素によるアプローチが広く用いられている。

結型の看取りケア」へ方向転換していく流れに資する内容になるように、各立場のトップランナーとなる学識者や実践家と共に、在宅・施設における看取りケアについて述べ、考察することを目的としている。

「看取りケア」という用語を用いる理由

本書では、「看取りケア」という用語を、死亡前の数か月から死亡までの時期を想定して用いている。なぜなら、今後の超高齢社会の到来という社会情勢を考えると、看取りは医療専門職者だけで支えられるものではなく、介護職者や家族、近隣住民を含む非専門職者がチームの一員として連携し、共に支え手として役割を果たしていくことが不可欠になると考えるためである。すなわち、看取りを需要と供給というバランスの観点から考えると、供給側（支え手）の人的な資源の拡大が必要になると考える。

日本では、1960年代以降のこの半世紀に、高度経済成長とそれに伴う医療の高度化が実現した。多くの病院がつくられ、他の先進国に比べて、人口当たりの病床数を格段に多くつくることに成功した。その結果、病院において80%を超える看取りが行われ、一般の人にとって看取りや死は社会から隔絶されるものとなった。言い換えると、この半世紀、日本は、病院外での看取り体制や看取り経験が整備・蓄積されてこなかったということである。目前に高齢多死社会を迎えるという大きな人口構造の変化が起ころうとしていることから、半世紀前の日本のような地域に根差した看取り体制を少しでも取り戻すべく、再構築が図られているのが、今の日本の置かれた状況と政策展開である。

厚生労働省は、看取りの急速な増加、すなわち多死社会の到来に備えて、2007年に医療者に向けた「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を作成し、2015年には、その周知を目的としてリーフレットを作成した^{7) 8)}。そして2018年には「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」に名称が変わり改訂されている⁹⁾。

本ガイドラインは、以下の2つの項目から構成されている。

「1 人生の最終段階における医療及びケアの在り方」では、患者が医療従事者から十分な情報と説明を受けたうえで話し合い、患者本人による決定を基本として医療を進めることが重要であることなどを規定している。

「2 人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続」では、方針決定の際の話し合いのプロセスを示しており、患者の意思が確認できるか否か、できない場合の判断の方法などを定めている^{7)・9)}。

2018（平成30）年度の診療報酬・介護報酬の同時改定においても、このガイドラインの活用と報酬をひもづけて、全国的な普及を図るように誘導している。また、このガイドラインにおいては、「終末期」や「緩和ケア」「エンドオブライフケア」など、医療従事者になじみの深い言葉は用いられていない。

こうした時代の流れや社会情勢を鑑み、かつ介護政策的に「終末期」「緩和ケア」という用語より「看取り」「看取り介護」という用語が頻回に用いられていることから、本書では看護職者および介護職者にとって身近な用語である「看取りケア」を用いていることを付記する。

看取りケアの定義

本書で用いる「看取りケア」は、「終末期ケア」「エンドオブライフケア」「ターミナルケア」とほぼ同義語とする。「緩和ケア」や「ホスピスケア」は、日本の制度上、がん患者に限定して提供されるケアとなっているため（2018（平成30）年度の診療報酬改定では、末期心不全が新たに追加された）、がんの終末期に行われるケアというイメージが強いが、WHOの定義では、がんに限らず全疾患に対する終末期に重点をおいて提供されるケアととらえられている。このため、本書で用いる「看取りケア」とこれらの用語は、おおむね同じ意味をもつものとする（WHOの定義およびそれぞれの用語の詳細な定義については、第I章2，p.10を参照）。

看取りケアの考え方、時期、経過

看取りケアの考え方

終末期や看取り間近の時期は、療養者にとっても家族にとっても心身の苦痛が大きくなる。そこで、身体、心理、社会、スピリチュアルな側面すべてを考慮して、全人的な苦痛にかかわるケアが必要となり、ケア提供者には、その知識や技能が求められる。

在宅や施設での看取りケアでは、看取りに至るまでの数か月を想定した終末期のケアに加え、在宅および施設で死を支えるというケアも必要となる。さらに、療養者を看取った後の遺族へのケア（グリーフケア）も含まれる。

在宅と施設での看取りケアが病院で行われるケアと異なる点として、病院での看取りでは常に医師と看護師が療養者のそばにいるが、在宅や施設では呼吸停止の瞬間に立ち会うのは家族や介護職だけである場合が多いことが挙げられる。このため、看護師は、看取り経験の十分でない介護職や、看取りの支え手となる家族などに対して、最期を迎えるにあたってどのように病気が経過するか、最期をどう過ごすかなど、死までの経過を事前に説明し、療養者の状態の変化に応じて家族や介護職にできる看取りに向けた対処法などの「死の準備教育」を行う。

さらに、死亡確認や遺体へのケア（エンゼルケア）においても、家族や介護職がケアを提供するため、病院とは異なる方法で行うこともある。このため、死亡時の連絡先や連絡方法について、家族や介護職と主治医や訪問看護師などの医療者の間で確認するとともに、葬儀や着替えの準備などについても事前に相談を受け対応する。

看取りケア前期、中期、後期の考え方

疾患によってたどる経過の速さや安定性などの特徴に違いはあるものの、看取りケアを提供する時期は、いずれのパターンにおいても、月、週、日と徐々に病状が進んでいく。看護師は、こうした療養者の病状の変化をみて、療養者が前期（月単位）、中期（週単位）、後期（日単位、時間単位）のいずれの時期にあるのかを常に考え、療養者の心身の変化に対応し、家族に対してもタイムリーにかかわり、ケアを行っていく。

看取りケア前期（月単位）は、1か月では大きな状態の変化はみられないものの、数か月先を考えた場合に、今の状態の維持が難しいという時期である。看取りケア中期（週単位）は、2～3週間の単位で考えたときに、今の状態が悪化することが見込まれるという時期である。その後は、日単位で病状が進む看取りケア後期となるため、数日間の状態の変化にタイムリーに対応していく。特に、後期では、看取りの場やどのように最期を迎えたいかについて家族の意向を確認する。そして、最終的に最期のときを迎えることとなる。

看護師と介護職は、亡くなるまでの病状の経過は人によって異なることを念頭におきつつ、療養者と家族が残された期間が少ないという現実を受け入れられるようにかかわる。また、療養者と家族がかけがえのないときを後悔なく過ごせるよう、時期に応じた目標を立てて援助し、旅立ちへの準備をしていく。

看取りまでの病状の経過¹⁰⁾

以下に示すのは一般的な経過であり、全体像を把握するための地図のようなものである。1つの目的地に到達するために多くの道順があるように、人が亡くなるまでにはそれぞれが様々な道のりをたどる。亡くなるまでの時間が数か月にわたる人もいれば、数日しかないこともあるため、表1-2¹¹⁾に示す経過はあくまで目安としてほしい。

1) 看取りケア前期（月単位）

残された時間が数か月と考えられる前期は、療養者にとって、精神的苦痛、社会的苦痛、身体的苦痛が出てくる時期となる。

療養者は、「治るのではないか」と常に心が揺れ動き、死を受け止めきれず重い現実には傷つきやすい状態であることを理解する。看護師は、療養者との十分な会話をとおして、療養者につらい気持ちの表出を促し、家族に対しても、療養者の気持ちに寄り添い、気持ちを受け止める存在となるように伝える。また、家族のつらさを受け止めて支えてくれる存在を探そう伝える。

また、療養者は、これまでの自分を振り返ることで今の自分がしておくべき大切なことを探し、自分が亡くなった後のことを考える。家族には、療養者がそのようなことを考える時期であることを説明し、「自分が死んだら」というような言葉を発するときには、話題をそらさずに聞くように促す。また、療養者が元気なうちに遺言などにつながるような気持ちや思いを確かめておくことよいこと、療養者からの言葉が後に大切な言葉として残ることを伝える。

この時期は薬での症状緩和が可能なことが多いため、身体的には比較的安定している。看護師は、療養者が家族や友人など親しい人と旅行に行くことや、趣味などの活動が充実できるように、本人の意思を尊重した生活が送れるようにかかわる。

2) 看取りケア中期（週単位）

残された時間が数週間と考えられる中期は、療養者の身体的苦痛が悪化し、日常生活が制限され、食欲が低下し、倦怠感が強くなるため、家族には身の回りの世話が徐々に必要になってくることを伝える。看護師は、療養者の清潔や入浴、排泄時のケアや医療処置、症状を和らげるケアを家族が行えるように、具体的な方法を指導する。パンフレットなどの冊子を活用するなどして理解を促し、家族が対応できるように援助する。

表 1-2 看取りまでの病状の経過のまとめ

時 期	療養者の変化	家族へのアドバイス	この時期に行っておくこと
看取りケア前期 看取りまで6か月から数か月	精神的苦痛の表出 ●「治るのではないか」と常に心が揺れ動いている時期 ●死を受け止めきれず、つらい現実には傷つきやすい状態 社会的苦痛の表出 ●徐々に自分を振り返り、大切なことを探したり、これからのこと（自分が亡くなった後のこと、やり残したことなど）を考へるようになる 身体的苦痛に対して ●身体的苦痛は比較的安定する時期。薬での症状緩和が可能なため、安定した症状のもと日常生活を送ることができる	→療養者の気持ちに寄り添うように接し、心を支えていきましょう。また、ご自分もつらいため、気持ちを受け止めてくれる支えとなる人を見つけてみましょう →「自分が死んだら」と言うときは、話をそらさずに聞きましょう。元気なうちに気持ちを確かめておくことが大切です。また、それが後に大切な言葉として残ります →この時期には自立した生活や通院が行えます。旅行や趣味など、本人の意思を尊重した生活を送りましょう	●療養者との十分な会話 ●自分自身のつらさの表出 ●財産整理 ●遺産相続 ●遺言 ●旅行や趣味の充実
看取りケア中期 看取りまで数週間	身体的苦痛の悪化 ●日常生活が制限される。食欲低下や倦怠感などが生じ、身の回りの世話が徐々に必要になってくる スピリチュアルペインの表出 ●日常生活の制限から、死が近いことを身体で感じてくる時期。喪失感、無価値感、罪責感もちやすくなる	→医師や訪問看護師と相談したり、ブックレットなどの冊子を参考にしながら、生活のなかにケアを組み込んでいきましょう →まずは、療養者の喪失感、無価値感、罪責感などの思いを話してもらい、受け止めましょう →それに伴う自分のつらい気持ちを誰かに表出し、抱え込まないようにしましょう	●日常生活のケア ●症状のケア ●医療処置 ●スピリチュアルペインについての会話 ●療養者自身のつらさの表出 ●療養者に最期の場所の希望を確認
看取りケア後期 看取りまで数日から数時間	状態の変化 ●意識レベルが低下し、会話がしにくくなる ●食べ物や水分を飲み込みにくくなる ●眠っている時間が多くなる ●落ち着きがなくなり、おかしいことを言ったり、よく眠っていたりと意識が時間ごとに変化していく ●排泄に支障が出てくる（尿量の減少や便秘） ●呼吸が不規則になり、10～30秒間呼吸をしなくなる ●脈が触れにくくなる ●血圧が測りにくくなる ●手足が冷たく、紫色になる	→上記の変化を観察し、心配であれば医師や看護師に相談しましょう →ここ数週間の介護疲れが蓄積する頃です。家族間で介護を交代し、休息の時間をつくりましょう →看護師やヘルパーが毎日入ることも可能です →家族それぞれの心残りがないように、最期の場所や最期に呼ぶ人について家族間の意思を確認しましょう →緊急連絡先を確認しましょう	●状態の観察 ●家族間の連携強化 ●訪問頻度の検討 ●親戚・知人への連絡 ●葬儀や着替えの準備 ●医師・看護師の緊急連絡先を確認 ●介護職への家族と同様の状態説明
お別れ直前	状態のさらなる変化 ●徐々に家族の呼びかけに反応しなくなっていく ●水から出された魚のように口だけで呼吸するようになり、徐々に呼吸の回数が減ってくる	→最期までかけられた言葉は聞き取ることができます。安心して旅立てるように話しかけましょう →家族で最期を見守りましょう	
お別れ	亡くなったことを示すサイン ●身体をゆすんでも、大声で呼びかけても反応がない ●脈が触れない ●呼吸が止まっている ●まぶたが半分開く。目を開けてみると、瞳孔が大きく広がっている ●あごがゆるみ、口が半分開いてしまう	→家族だけで最期を看取る場合は呼吸が止まった時間を見ましょう →その後、医師に連絡し死亡の確認をしてもらいましょう	●亡くなった時刻の確認（わからなかった場合は把握した時刻の確認） ●医師・看護師に連絡 ●死亡診断書を医師に依頼

福井小紀子, 田中千賀子 (2007). 看取りのケア法 2 終末期のケア. 訪問看護と介護, 12(12): 1041. より引用改変

また、この時期は、身体的苦痛の悪化に伴い、スピリチュアルペインが表出しやすい。療養者は、日常生活が制限されることによって死が近いことを身体で感じ、喪失感や無価値感、罪責感を感じる。看護師は、療養者が思いを話せるようにかかわり、その思いを受け止める。家族や介護職にも、療養者がそのような状況であることを説明し、協力を依頼する。また、家族もつらい思いを抱いているため、その思いを表出できるように援助する。

3) 看取りケア後期（日単位、時間単位）

残された時間が数日と考えられる後期では、急激に身体上の変化が生じる。

たとえば、意識レベルが低下する、会話がしにくい、食べ物や水分が飲み込みにくい、眠っている時間が多くなる、落ち着きがない、奇妙なことを話したりよく眠っていたりと意識が時間ごとに変化する、尿量の減少や便秘禁など排泄に支障が出てくる、呼吸が不規則になり10～30秒間呼吸が止まる、脈が触れにくい、血圧が測りにくい、手足が冷たく紫色

になるなど、目に見える変化が生じたら、数日で最期がくると推測できる（日単位～時間単位の経過については、第Ⅶ章1、p.267を参照）。

看護師は、療養者のこれらの変化を観察し医師に報告するとともに、家族や介護職に対して、この状態の変化とそれに伴う判断（あと数日と考えられること）を丁寧に伝える。

家族にとっては介護疲れが蓄積する頃であるため、介護を交代するなどして休息の時間がつくれるように働きかける。たとえば、看護師やホームヘルパーが毎日入れるよう、ケアマネジャーと共に調整する。

また、家族がそれぞれ心残りがないように、最期の場所や最期に呼ぶ人について尋ね、緊急連絡先を確認する。

4) 看取りケア後期（臨終）

看取りケア後期のうち、最終段階である臨終の直前では、療養者の状態にさらなる変化が生じる。徐々に家族の呼びかけに反応しなくなる、水から出された魚のように口だけで呼吸する、呼吸の回数が減ってくるなどの状況を見て、家族そして看取り経験の少ない介護職は動揺する。看護師は、家族や介護職に、最期まで療養者には呼びかける言葉が聞こえていることを伝え、家族に見守られるなかで療養者が安心して旅立てるために話しかけるよう促す。

また、在宅や施設では、医療者がいないなかでの看取りになることも多いため、亡くなったことを示すサインについて、前もって具体的に伝えておく。在宅療養の場合は、家族だけで最期を看取することも十分にありうる。その場合、家族による死亡確認が必要になるため、呼吸が止まった時間を見ておき、医師や看護師に連絡するように、連絡先を伝えておく。

●文献

- 1) OECD Factbook 2009: Economic, Environmental and Social Statistics. ISBN 92-64-05604-1.
- 2) 厚生労働省. 地域包括ケアシステム.
< http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kourei/chiiki-houkatsu/ > [2017. December 5]
- 3) WHO 神戸センター. 高齢化.
< http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ja/ > [2017. December 5]
- 4) 地域包括ケア研究会 (2017). 地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書. 地域包括ケア研究会 報告書—2040年に向けた挑戦. 三菱UFJリサーチ&コンサルティング.
- 5) 日本在宅ケアアライアンス (編), 荻原 実, 太田秀樹 (監) (2017). 私たちの街で最期まで一求められる在宅医療の姿. 日本在宅ケアアライアンス.
- 6) 介護サービスの質の評価のあり方に係る検討委員会 (2014). 第99回社会保障審議会介護給付費分科会. 参考資料2. 介護サービスの質の評価について.
- 7) 厚生労働省 (2015). 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の普及啓発リーフレットを作成しました.
< <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000079283.html> > [2017. December 5]
- 8) 厚生労働省 (2007). 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン (改訂平成27年3月).
< <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000078981.pdf> > [2017. December 5]
- 9) 厚生労働省 (2018). 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 (改訂平成30年3月).
< <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000198998.pdf> > [2018. March 23]
- 10) 福井小紀子. 放送大学. 在宅看護論. 第12章 在宅看護における終末期ケア.
- 11) 福井小紀子, 田中千賀子 (2007). 看取りのケア法 2 終末期のケア. 訪問看護と介護, 12 (12) : 1041.