

本書の特長と使い方 — よりよい学習のために —

「学習目標」

各節の冒頭に、学習目標を提示しています。何を学ぶのか確認しましょう。

学習目標

- がん手術療法
- 周術期をと
- がん手術後合

がん手術後合併症の観察と看護

って発症しやすい合併症と要因を理解する。

がん手術後合併症のリスクをアセスメントできる。

予防や回復を促進する治療と看護について理解する。

局所に局限している場合に適用となり、治癒、生存期間の延長、症状が軽減される。

術式、手術範囲、麻酔の種類、患者の予備能力で異なる。周術期をとおし、手術侵襲をアセスメントし、合併症を予防し、手術侵襲から早期に回復できる計画を立案し、実践する。患者は医師から病名、手術療法の選択理由、手術侵襲と予測される合併症、術後の補助療法などに関する説明を受けて手術療法を選択する。患者には手術に関する理解を促す、侵襲に耐えられる体調を整える、術後の回復や合併症を予防する生活調整、および教育訓練に術前から主体的に参加できるように支援する。

による“肺炎、無気肺”

1 肺がん手術

肺の発症要因

胸腔鏡を用いた方法と、脊椎と肩甲骨の間から前腋窩線まで約30cm切開する。両術式とも腫瘍がある肺葉切除と縦隔リンパ節郭清を行う。

1) 肺炎

合併症の肺炎および無気肺は、肺葉切除・全身麻酔・術中の体位で呼吸機能が低下し、肺の萎縮、痰の排出が低下し、肺胞の炎症や虚脱が起こった状態で呼吸機能が術前と比較し、肺全摘術（一側）で半分程度、肺葉切除で70%

看護技術習得に不可欠な知識！

具体的な看護技術を提示する前に、技術習得のために必要な知識を解説しています。技術を用いる際の基盤となるので、しっかりと理解しましょう。

術後は痛みの有無、口唇・爪床・四肢末梢のチアノーゼ、呼吸困難の視診、気管・気管支・気管支肺胞・肺胞の左右差・上下差・副雑音を聴診する。無気肺は呼吸音が減弱あるいは消失し、高調な捻髪音（髪を耳元ですり合わせたときの音）が吸気の終わりに聴診される。肺炎は、呼吸音の強度が増大し、吸気後半1/3で捻髪音がある。術後数日間はバルスオキシ

個性を考えた看護技術を

実際に患者に対して技術を実施する場合には、本書で示している基本形をベースに、患者それぞれの個性を考えて応用することが必要です。

応用できるようになるには、“なぜそうするのか？”といった根拠や留意点までをきちんと学び、基本形を確実に理解・習得することが第一歩です。

看護技術の実際

■ ストーマサイトマーキング

- 目的：術後の生活パターンに適合したセルフケアを容易に行えるように、装具の装着に最適なストーマ位置を術前に決める
なストーマ造設予定の患者
- 適 応：マーキング用コーン(60mm・70mm・75mm・80mm)、測定用油性ペン、水性ペン、油性ペン、水溶性フィルムドレッシング材、記録用紙
- 使用物品：

方法

留意点と根拠

看護技術の「目的」

何を目的してこの技術を用いるのかを簡潔に示しています。

看護技術の「適応」

この技術が、どんな状態の患者に用いられるのかを示しています。

「方法」に対する「留意点と根拠」が見やすい！

表形式で、左欄には順を追った技術の実施方法を、右欄にはそれに対応する留意点と根拠を明示しています。表形式だから左右の欄を見比べやすく、また対応する箇所には番号(①など)をふっているのです。方法に対する根拠がすぐわかります。

わかりやすい写真がたくさん！

写真を中心に、イラストや表などがもりだくさんで、イメージしやすくなっています。

<p>患者への説明</p> <p>術前から術後にかけてのストーマ位置について、患者の理解を促す。患者の理解度を確認し、必要であれば再説明を行う。ストーマ造設予定の患者の状態を観察しながら説明する。</p>	<p>●事前に、医師が患者に説明した内容を確認してから説明する。患者の理解度を確認し、必要であれば再説明を行う。</p> <p>●ストーマサイトマーキングは、患者がフットマシナリーを操作できるように、初期段階で、術前に行う。</p>
<p>マーキングを行う</p> <p>患者を仰臥位にしてもらい、腹部の全体像を把握する。腹部の中心に垂直な横線と正中線を描く(図2-2a)。両側腹直筋外縁に沿って線を描く(図2-2b)。</p> <p>3) マーキングディスクを腹部に当て、最も安定した位置に置く(図2-2c)。</p>	<p>●皮膚の乾燥を防ぐため、術前に行う。</p> <p>●腹直筋外縁に沿って線を描く。</p> <p>●マーキングディスクを腹部に当て、最も安定した位置に置く。</p> <p>●マーキングディスク中央の穴に水性ペンでマーキングする。</p>
<p>3. 腹直筋を真く位置</p> <p>4. 皮膚のくぼみ・しわ・瘢痕、上前腸骨棘の近くを避けた位置</p>	<p>●事前に、医師が患者に説明した内容を確認してから説明する。患者の理解度を確認し、必要であれば再説明を行う。</p> <p>●ストーマサイトマーキングは、患者がフットマシナリーを操作できるように、初期段階で、術前に行う。</p>

8 後片づけをする

- ・使用済み装具や便汚染したペーパータオルなどは、必ず袋に密閉してから室外へ運ぶ(➡⑦)
- ・患者がセルフケアを継続していきけるように必ず行えたことをねぎらう
- ⑦室外にまで便臭が充満してしまうと、患者はおおいに過度に気になるようになるだけでなく、自尊心を傷つけ、羞恥心をもたらすことになる

文献

- 1) 日本ストーマリハビリテーション学会編「ストーマリハビリテーション」2003, p.66.
- 2) 前掲書1), p.7
- 3) 松原康美編著「ストーマリハビリテーション」2007, p.6.
- 4) 日本オストメティクス学会編「オストメティクス」2007, p.6.

「文献」

引用・参考文献を提示しています。必要に応じてこれらの文献にもあたり、さらに学習を深めましょう。

第 I 章 がん看護の特徴

1

1 がん医療の動向と看護の役割	(神田清子) —————	2
1 がんの疫学	2	
1) 死亡数が多いがんの部位	3	
2) 性別・がん部位別の罹患数の年次推移	3	
3) 性別・がん部位別の5年相対生存率の年次推移	3	
2 がん医療対策・看護のあゆみとがん対策基本法	3	
3 がん対策推進基本計画	4	
4 がん医療の均てん化における看護の役割	6	
1) トータルペインの視点からのアセスメントと支援	6	
2) 意思決定を支える	6	
3) セルフケア能力を引き出す支援	7	
4) がん治療・療養過程に焦点を当てた看護実践	7	
5) がん患者の暮らしを支え在宅療養ができる支援	8	
5 がん支援のトピック	8	
1) がん診療連携拠点病院の患者相談支援センター	8	
2) 就労支援	8	
2 がんサバイバーの理解	(二渡玉江) —————	9
1 がんサバイバーシップとその必要性	9	
2 サバイバーシップをとらえる側面と時期	10	
3 がん診断・告知後の心理反応と心のケア	12	
4 がんサバイバーと就労問題	12	
5 がんサバイバーのセルフアドボカシーを高める	13	
6 サバイバーシップの視点からみたピアサポート	14	
7 社会の意識を変えるための活動	15	
3 コミュニケーション	(神田清子) —————	16
1 コミュニケーションとは	16	
2 がん看護におけるコミュニケーションの特徴	17	
3 がん看護におけるコミュニケーションの重要性	17	
4 より良いコミュニケーション、信頼関係構築のための基本的態度	18	
1) 対象者を尊重する	18	
2) 対象者との距離を考えて接する	18	
3) 情報、秘密保持など倫理的配慮を行う	18	
4) 挨拶, 言葉づかい, 身だしなみは対象者の特性, 場, 状況にふさわしい用い方をする	18	
5 基本的コミュニケーションスキル	19	
1) 環境や自己の姿勢を準備する	19	
2) 対象者に受け入れてもらえる接近をする	19	
3) 対象者の意向を知りケアに生かす質問をする	19	
4) 現状の認識を確認し, 要点を押さえた情報伝達を行う	19	
5) 傾聴の技術を効果的に用いる	19	

6) わかろうとする姿勢を伝える	20	2) 対象者の感情表出を促す「NURSE」を用いたスキル	20
6) つらい気持ちに対応し、患者の感情表出を促進させるスキル	20	7) コミュニケーションスキルを上達させる方法	20
1) 「NURSE」の基本的な考え方	20		
4 家族ケア (二渡玉江)	23		
1) がん患者の家族が抱えている苦痛と家族ケアの重要性	23	2) がん患者を親にもつ子ども(家族)のケア	27
2) 患者の経過に応じた家族支援	24	3) がんに対する治療中止・がん進行期における家族ケア	28
1) がん医療におけるインフォームドコンセントと家族ケア	25	3) がん患者の家族ケアを行う看護師の現状	30

第II章 化学療法の看護

33

1 抗がん薬投与時の観察と援助 (片岡 純)	34		
1) 化学療法	34	2) 抗がん薬投与時の看護の目標	38
1) 化学療法の目的	34	看護技術の実際	39
2) 化学療法の方法	35	A) 抗がん薬投与(アセスメントと看護技術)	39
3) 抗がん薬の有害事象	36	1) 投与前	39
4) 抗がん薬取り扱い時の注意事項	37	2) 投与時	40
5) 化学療法を受ける患者の特徴	38	3) 投与終了後	41
2 内分泌療法時の観察と援助 (片岡 純)	43		
1) 内分泌療法とは	43	3) 子宮体がんに対する内分泌療法の副作用とケア	48
2) ホルモン依存性がんに対する内分泌療法	43	4) 内分泌療法を受ける患者の看護の目標	49
1) 前立腺がんに対する内分泌療法	43	看護技術の実際	49
2) 乳がんに対する内分泌療法	45	A) 皮下注射による内分泌療法を受ける患者のアセスメントと看護技術	49
3) 子宮体がんに対する内分泌療法	46	1) 投与前	49
3) 内分泌療法による副作用とケア	47	2) 投与時	50
1) 前立腺がんに対する内分泌療法の副作用とケア	47	3) 投与終了後	53
2) 乳がんに対する内分泌療法の副作用とケア	48		

3 有害事象に対する症状マネジメント 54

1 アレルギー反応, インフュージョンリアクシ ョン (渡辺 恵)	54	1) 皮膚障害とは	68
1) アレルギー反応, インフュージョンリアク ションとは	54	2) 皮膚障害の早期発見とアセスメント	68
2) アレルギー反応, インフュージョンリアク ションのアセスメント	54	3) 皮膚障害の予防, 治療とケア	68
3) 予防と早期発見に向けた援助	56	8 脱 毛 (石田和子)	71
4) 症状出現時の対応	56	1) 脱毛とは	71
5) 心理的援助	56	2) 脱毛の早期発見とアセスメント	73
2 抗がん薬の血管外漏出 (渡辺 恵)	56	3) 脱毛に対するケア	73
1) 血管外漏出とは	56	9 下 痢 (石田和子)	73
2) 血管外漏出のアセスメント	57	1) 下痢とは	73
3) 予防と早期発見に向けた援助	57	2) 下痢の早期発見とアセスメント	73
4) 血管外漏出時のケア	59	3) 下痢の対策とケア	75
3 悪心・嘔吐 (狩野太郎)	60	10 便 秘 (石田和子)	76
1) 悪心・嘔吐とは	60	1) 便秘とは	76
2) 悪心・嘔吐の予防に向けた対策	60	2) 便秘の早期発見とアセスメント	76
3) 悪心・嘔吐出現時のケア	62	3) 便秘対策とケア	77
4 白血球・好中球減少, 血小板減少 (狩野太郎)	63	看護技術の実際	78
1) 白血球・好中球減少, 血小板減少とは	63	A アレルギー反応, インフュージョンリアクシ ョン出現時の対応 (渡辺 恵)	78
2) 白血球・好中球減少, 血小板減少の予防 に向けた対策	63	B 血管外漏出時のケア (渡辺 恵)	78
3) 白血球・好中球減少, 血小板減少出現時 のケア	63	C 悪心・嘔吐の予防と苦痛軽減に向けた対策 (狩野太郎)	79
5 口 内 炎 (狩野太郎)	64	D 感染症予防に向けた対策 (狩野太郎)	80
1) 口内炎とは	64	E 出血予防に向けた対策 (狩野太郎)	81
2) 口内炎の予防に向けた対策	65	F 口内炎予防に向けた対策 (狩野太郎)	82
3) 口内炎出現時のケア	65	G 口内炎の悪化防止や苦痛軽減に向けた対策 (狩野太郎)	82
6 神経障害 (石田和子)	65	H 末梢神経障害におけるケア (石田和子)	83
1) 神経障害とは	65	I 皮膚障害の予防 (石田和子)	85
2) 神経障害の早期発見の工夫とアセスメン ト	66	J 爪のケア (石田和子)	85
3) 末梢神経障害の対策とケア	67	K 脱毛が始まる前のケア (石田和子)	86
7 皮膚障害 (石田和子)	68	L 脱毛中のケア (石田和子)	87
		M 脱毛後のケア (石田和子)	88
		N 下痢に対する日常生活上の注意 (石田和子)	89
		O 下痢に対する食事療法 (石田和子)	89
		P 化学療法開始後の便秘予防 (石田和子)	90

4 長期合併症のアセスメントと援助 (平井和恵) 92

1 二次がん	92	1) 二次がんとは	92
---------------------	----	-----------------	----

2) 二次がんの発生率	92	3) 生殖機能障害とリスクファクター	96
3) 二次がんとリスクファクター	92	4) 妊孕性温存	96
4) アセスメントと援助の視点	93	5) アセスメントと援助の視点	96
2 生殖機能障害	93	看護技術の実際	96
1) がん治療と生殖機能障害	93	A 二次がんのリスクに関する患者教育	96
2) がん治療後の生殖機能障害の発生率	95	B 化学療法中の妊娠予防に関する患者教育	97
5 外来化学療法を受ける患者への援助 (平井和恵)	98		
1 外来化学療法の特徴とシステム	98	2) オリエンテーション	100
1) 外来化学療法の特徴	98	3) セルフケア支援	101
2) 外来化学療法の目的と患者の特徴	98	4) エネルギー保存療法	101
3) 外来化学療法を受ける患者の条件	98	看護技術の実際	101
4) 外来化学療法の流れ	99	A 初回導入時のオリエンテーション	101
2 外来化学療法患者の援助	99	B エネルギー保存療法	103
1) 情報収集	100		
6 抗がん薬の曝露対策 (平井和恵)	104		
1 危険性医薬品としての抗がん薬	104	B 抗がん薬の安全な取り扱い	108
2 抗がん薬曝露による健康への影響	105	1) 注射薬の取り扱い	108
3 抗がん薬曝露の経路と機会	105	2) 経口抗がん薬の取り扱い	109
1) 曝露の機会	105	C 抗がん薬投与後最低48時間の患者の排泄物・リネン類の安全な取り扱い	109
2) 曝露の経路	106	1) 投与後最低48時間の患者の排泄物の取り扱い	109
看護技術の実際	106	2) 投与後最低48時間の患者のリネン類の取り扱い	109
A 個人防護具 (personal protective equipment : PPE) の選択と着脱	106	D 抗がん薬の曝露を受けた場合の対応	110
1) 個人防護具の選択と着用	107		
2) 個人防護具の除去 (手袋を二重に装着した場合)	108		

第Ⅲ章 がん手術療法の看護

111

1 がん手術後合併症の観察と看護 (佐藤富美子)	112		
1 肺がん手術による“肺炎，無気肺”	112	2 消化器がんなどの手術操作および局所・全身要因による“縫合不全”	115
1) 肺炎，無気肺の発症原因	112	1) 縫合不全の発症要因	115
2) 合併症の観察	112	2) 合併症の観察	115
3) 合併症の看護	113		

3) 合併症の看護	115	2) 合併症の観察	118
3 胃を切除することにより貯留機能が減少したことに起因して生じる“ダンピング症状”	116	3) 合併症の看護	119
1) ダンピング症状の原因と観察	116	5 前立腺がんや子宮がんなどの広範囲の切除・郭清による“排尿障害”	119
2) 合併症の看護	116	1) 排尿障害の発症要因	119
4 麻酔・手術操作による“麻痺性イレウス”	118	2) 合併症の観察	120
1) 麻痺性イレウスの発症要因	118	3) 合併症の看護	120

2 ストーマ造設時のケア (堀越政孝) 122

1 消化器ストーマの分類	122	2) 術後急性期	123
1) 永久的ストーマ	122	3) 回復期	123
2) 一時的ストーマ	122	看護技術の実際	124
2 ストーマリハビリテーション	123	A ストーマサイトマーキング	124
3 ストーマ造設患者への看護ケアのポイント	123	B ストーマの観察とアセスメント	125
1) 術前	123	C ストーマ器具内排泄物の処理方法	126
		D ストーマ器具の交換	128

3 乳がん・婦人科がんの周術期ケア (佐藤富美子) 130

1 乳がん・婦人科がん患者の周術期ケアとボディイメージ	130	4) リンパ浮腫の予防	134
2 乳房・子宮・卵巣の喪失に伴うボディイメージの変化と受容に及ぼす要因	130	看護技術の実際	134
3 乳がん・婦人科がん手術に伴うボディイメージの変化に対する看護	131	A 乳房の補正方法指導	134
1) 乳房・子宮・卵巣喪失の受容	131	B 乳がん術後上肢機能障害の回復および予防指導	134
2) 乳房の補正	132	1) 術前	135
3) 患側上肢の機能障害に対するケア	133	2) 術後	136
		C リンパ浮腫予防指導	137

4 喉頭摘出術後のケア (廣瀬規代美) 140

1 喉頭がんと手術療法	140	3) 肩・上肢運動障害に対するリハビリテーション	142
1) 喉頭がんとは	140	看護技術の実際	142
2) 手術療法	140	A 声を失った人の代用発声の指導 (電気喉頭)	142
2 喉頭全摘出術後の機能・形態的变化	140	B 声を失った人の代用発声の指導 (食道発声)	143
3 喉頭全摘出術後の看護	141	C 永久気管孔の管理	144
1) 声を失った人々への支援	141		
2) 永久気管孔造設に伴う日常生活への援助	142		

第IV章 がん放射線療法の看護

147

1	放射線照射時の観察と援助	(赤石三佐代)	148
1	放射線の特徴と人体に及ぼす影響		148
	1) 放射線の種類		148
	2) 放射線の単位		150
	3) 放射線の作用		150
2	放射線療法の適応と特徴		150
	1) 外部照射		151
	2) 内部照射		152
	3) 術前照射		153
	4) 術中照射		153
	5) 術後照射		154
	6) 全身照射		154
	7) 抗がん薬との併用治療		155
	8) 緩和治療		155
3	放射線の安全管理		155
	看護技術の実際		156
	A主治医からの説明の確認		156
	B放射線科医師の診察時の介助		156
	C位置決め(照射範囲決定)時の介助		156
	Dマーキング指導		157
	E照射線量の決定に合わせた指導		158
	F外部照射時の看護		158
	G小線源照射時の看護(前立腺がん)		159
	H内部照射(腔内照射)時の看護(子宮がん)		160
	I内部照射(RI内用療法)時の看護(甲状腺がん)		161
	J定期的診療時の看護		161
	K治療終了時の生活指導		162
2	有害事象に対する症状マネジメント	(木村 香・藤本桂子)	163
1	放射線照射による口腔粘膜への影響		163
2	放射線照射による皮膚への影響		166
	看護技術の実際		167
	A口腔粘膜炎が起きているときの口腔ケア		167
	B放射線性皮膚炎のグレード別ケア		168
3	晩期合併症のアセスメントと援助	(萩原英子・小林万里子)	171
1	晩期合併症とは		171
2	放射線肺臓炎		172
3	消化管出血		172
	看護技術の実際		173
	A放射線肺臓炎の憎悪予防とケア		173
	B消化管出血の予防と消化管出血がみられる患者のケア		175
4	放射線被曝防御対策	(小林万里子・萩原英子)	178
1	放射線の人体への影響		178
	1) 放射線の健康への影響		178
	2) がんの発生		179
	3) 胎児への影響		179
	4) 不妊		179
2	放射線防護の必要性		180
	1) 放射線防護の目的		180
	2) 放射線防護体系の3原則		180
3	放射線被曝の区分		180
4	放射線被曝防護の基本		181
	1) 外部被曝防護		181
	2) 内部被曝防護		182

1 造血幹細胞移植とは (森 一恵) 184

1 造血幹細胞移植の適応 184 2 造血幹細胞移植の方法 185

2 ドナー登録と患者の意思決定 (森 一恵) 188

1 HLA とは 188
 2 骨髄バンクと臍帯血バンク 189
 1) 骨髄バンク 189
 2) 臍帯血バンク 189
 3 ドナー (造血細胞提供者) 登録 189
 1) 移植を勧められる時期 189
 2) ドナーの決定における調整 190
 4 移植にかかわる人々の意思決定と支援 190
 1) 移植適応決定時の情報提供 190
 2) レシピエントの意思決定 191
 3) ドナーの意思決定 192
 5 ドナーの骨髄採取時の看護 193
 6 前処置開始前の患者・家族の看護 193
 7 同種骨髄移植患者の前処置開始までの口腔ケア 193
 看護技術の実際 194
 A ドナーの骨髄採取時の看護 194
 B 同種骨髄移植患者の前処置開始までの口腔ケア 195

3 造血幹細胞移植関連合併症のアセスメントと援助 (森 一恵) 197

1 造血幹細胞移植前処置による副作用 197
 2 全身放射線照射 198
 3 造血幹細胞移植に関連した感染症 198
 1) 移植後早期の感染症管理 199
 2) 移植後30~100日頃まで 199
 3) 移植後100日目以降 199
 4) 感染症の予防 199
 5) 移植病室 200
 4 移植片対宿主病 200
 1) 急性 GVHD 201
 2) 慢性 GVHD 201
 5 移植後合併症 202
 6 移植病室収容までの前処置中の患者の援助 204
 1) 同種骨髄移植の場合 204
 2) 末梢血幹細胞移植の場合 204
 7 移植病室入室時の患者の援助 204
 1) 移植施行の準備 204
 2) 移植病室入室時の患者の看護 205
 8 造血幹細胞の生着前：GVHD の早期発見と援助 205
 9 生着後から退院までの看護 205
 看護技術の実際 206
 A 移植病室入室時の患者の看護 206
 B 急性GVHDの患者の清潔ケア 208
 C 生着後から退院のリハビリテーション 208

4 退院時オリエンテーションと社会復帰 (森 一恵) 210

- ① 退院指導 210
 - 1) 退院時オリエンテーション内容と晚期障害の予防 210
 - 2) 感染予防 211
 - 3) 心理・社会的ケアと準備 211
- ② 造血幹細胞移植後看護外来 212

第VI章 緩和ケア

213

1 症状マネジメント 214

- ① 疼 痛 (吉田久美子・角田明美) 214
 - 1) がん患者の疼痛の特徴 214
 - 2) がん患者の疼痛のマネジメント 215
 - 3) がん患者の疼痛の治療 216
 - 4) がん患者の疼痛の緩和を促す看護 218
 - ② 食欲不振 (吉田久美子・角田明美) 219
 - 1) がん患者の食欲不振の特徴 219
 - 2) がん患者の食欲不振のマネジメント 219
 - 3) がん患者の食欲不振を緩和する看護 221
 - ③ 腹水・腹部膨満感 (吉田久美子・角田明美) 222
 - 1) がん患者の腹水・腹部膨満感の特徴 222
 - 2) がん患者の腹水・腹部膨満感のマネジメント 223
 - 3) がん患者の腹水・腹部膨満感を緩和する看護 223
 - ④ 呼吸困難 (橋本晴美・中西陽子) 224
 - 1) がん患者の呼吸困難の特徴 224
 - 2) がん患者の呼吸困難のマネジメント 225
 - 3) がん患者の呼吸困難を緩和する看護 227
 - ⑤ 全身倦怠感 (橋本晴美・中西陽子) 229
 - 1) がん患者の倦怠感の特徴 229
 - 2) がん患者の倦怠感のマネジメント 229
 - 3) がん患者の倦怠感の緩和を促す看護 231
 - ⑥ 消化管閉塞 (石田順子・砂賀道子) 233
 - 1) がん患者の消化管閉塞の特徴 233
 - 2) がん患者の消化管閉塞のマネジメント 233
 - 3) がん患者の消化管閉塞に伴う症状の緩和を促す看護 235
 - ⑦ 浮 腫 (石田順子・砂賀道子) 236
 - 1) がん患者の浮腫の特徴 236
 - 2) がん患者の浮腫のマネジメント 237
 - 3) がん患者の浮腫の緩和を促す看護 238
 - ⑧ せん 妄 (石田順子・砂賀道子) 239
 - 1) がん患者のせん妄の特徴 239
 - 2) がん患者のせん妄のマネジメント 240
 - 3) がん患者のせん妄に対するケア 242
- 🌱 看護技術の実際 243
- A) がん性疼痛に対する持続皮下注射 (吉田久美子・角田明美) 243
 - B) 食欲不振時のケア (吉田久美子・角田明美) 245
 - C) 腹腔穿刺の介助 (吉田久美子・角田明美) 246
 - D) 排 痰 法 (橋本晴美・中西陽子) 249
 - E) エネルギーの調整に関する患者教育 (橋本晴美・中西陽子) 251
 - F) レイウス管挿入 (経鼻的挿入) の介助 (石田順子・砂賀道子) 253
 - G) アロマオイルを用いたトリートメント (マッサージ) : 下肢 (石田順子・砂賀道子) 255
 - H) せん妄のアセスメント (石田順子・砂賀道子) 256

2 スピリチュアルケア (望月留加) 260

- ① スピリチュアルケアとは 260
- ② スピリチュアルケアの目的 260

③ スピリチュアルケアの実際……………	261	🌱 看護技術の実際……………	263
④ スピリチュアルケアとチーム医療……………	263	A 傾聴（積極的傾聴）……………	263
		B ライフレビュー……………	264

第Ⅶ章 ターミナルケア 267

1 死の受容とサポート (近藤由香)…………… 268

① 死にゆく人の心理過程……………	268	1) 怒り、抑うつに対するケア……………	271
1) キューブラー＝ロスの心理過程……………	268	2) 死にゆく過程にある人への精神的アプローチ……………	272
2) バックマンの心理過程……………	269	一子……………	272
3) 平山の心理過程……………	270	🌱 看護技術の実際……………	272
② 死の受容……………	270	A 怒りへのケア……………	272
③ 死にゆく過程にある人への援助……………	271		

2 看取りのケア…………… 274

① お別れ（京田亜由美）……………	274	③ エンゼルケア（京田亜由美）……………	283
1) お別れの時期にある患者の特徴……………	274	1) エンゼルケアの意味……………	283
2) お別れの時期にある患者への看護……………	275	2) 亡くなった後の患者の身体的変化……………	283
3) お別れの時期にある家族の特徴……………	277	🌱 看護技術の実際……………	284
4) お別れの時期にある家族への看護……………	279	A お別れの時期の患者，家族への看護……………	284
② 死前喘鳴（近藤由香）……………	280	B 口腔ケア……………	286
1) 死前喘鳴……………	280	C エンゼルケア（清拭・陰部洗浄など）……………	287
2) 治療……………	281	D エンゼルケア（洗髪）……………	288
3) 死前喘鳴のある患者とその家族への看護……………	281	E エンゼルメイク……………	289

3 家族のグリーフケア (京田亜由美)…………… 292

① 悲嘆のプロセス……………	292	② グリーフケア……………	294
1) 大切な人を亡くした家族の悲嘆のプロセス……………	292	1) グリーフケアの種類……………	294
2) 専門的なケアが必要な悲嘆のプロセス（複雑性悲嘆）……………	294	2) グリーフケアの方法……………	295
		🌱 看護技術の実際……………	296
		A 家族のグリーフケア……………	296

4 患者・家族，医療者のストレスマネジメント (近藤由香)…………… 297

① ストレス……………	297	② 終末期における患者，家族，医療者のストレス……………	297
-------------	-----	------------------------------	-----

3 ストレスマネジメントの方法 …………… 298	 看護技術の実際 …………… 300
1) リラクゼーション法 …………… 298	A 呼吸法 …………… 300
2) その他の方法 …………… 299	
3) 患者、家族、看護師それぞれのストレス マネジメント …………… 299	
索引 …………… 303	

2

ストーマ造設時のケア

学習目標

- ストーマの種類や特徴を理解する。
- ストーマ造設までの流れと必要な看護ケアのポイントを理解する。
- ストーマサイトマーキングの方法を理解する。
- ストーマおよび周囲の皮膚、排泄物の観察をし、アセスメントできる。
- ストーマ装具の種類と特徴を理解する。
- ストーマ装具の装着・交換方法と便やガスの処理方法を理解し、実施できる。

ストーマとは、ギリシャ語で「口」を意味しており、医学的には、消化管や尿路を人為的に体外に誘導して造設した開放孔をいう¹⁾。ストーマは、消化管ストーマと尿路ストーマに大別される。ここでは、主に消化器ストーマについて述べる。

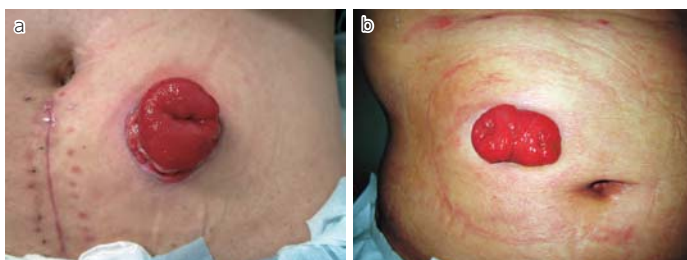
1 消化器ストーマの分類

1) 永久的ストーマ

永久的に使用するストーマであり、主に開口部の数が1つの単孔式ストーマとなる (図2-1a)。腹会陰式直腸切断術 (マイルズ手術) やハルトマン手術などにより造設される。

2) 一時的ストーマ

直腸などの大腸切除後における縫合不全を予防するために造設されることが多く、一定期間が経過した後に閉鎖される。主に開口部が2つの双孔式ストーマとなる (図2-1b)。超低位前方切除 (super low anterior resection: SLAR) や内肛門括約筋切除術 (intersphincteric resection: ISR) などにより造設される。



単孔式ストーマ

双孔式ストーマ

図2-1 単孔式ストーマと双孔式ストーマ

2 ストーマリハビリテーション

ストーマ造設患者への看護は、ストーマリハビリテーションの考え方をもとに援助を展開していく。ストーマリハビリテーションとは、「ストーマと合併症の障害を克服して自立するだけでなく、オストメイト（人工肛門・人工膀胱保有者）の心身および社会生活の機能を回復させること。また、それを促進する技術と方法」²⁾と定義されている。ストーマ造設患者は、術後に自然肛門を喪失することから、ボディイメージが大きく変化する。自然肛門の喪失について説明を受けた直後から、危機状態に陥る可能性が高く、受容過程の段階に応じた援助が必要となる。

3 ストーマ造設患者への看護ケアのポイント

1) 術 前

術前においては、オリエンテーションを実施し、受容を促すための支援を行う。説明内容は、次のとおりである。①ストーマとは何か（解剖生理も含めて）、②術後のストーマには特別なケアが必要であること、③ストーマ造設術の一般的な術後経過、④日常生活に関すること（食事、入浴、仕事、趣味など）、⑤ストーマサイトマーキング、⑥必要に応じてオストミービジターや患者会の紹介、⑦排尿障害・性機能障害について³⁾、⑧社会保障制度について、⑨専門外来の紹介。なお、オストミービジターとは、ストーマ造設前後のオストメイトに対し、自分の経験を活かして精神的サポートをするオストメイトのことである。

また、ストーマサイトマーキングを行い、術後にセルフケアしやすいように造設位置を決めておく。ストーマサイトマーキングとは、「オストメイトの術後の生活パターンに合わせたセルフケアが容易になるように、装具の装着に好都合で最適なストーマ位置を選んで、術前に造設予定のしるしをつけておくこと」⁴⁾であり、ストーマ造設によるボディイメージの変化の受け入れを促進することにもつながる（➡看護技術の実際A, p.124に詳述）。

2) 術後急性期

術直後は、全身状態が安定するまで看護師がストーマケアを実施していく。ストーマの状態が安定していないため、観察とケアを確実にを行い、異常の早期発見と予防に努める（➡看護技術の実際B, p.125に詳述）。

3) 回復期

社会復帰に向けて、セルフケアを確立していく必要がある。入院期間は短いため、ストーマ造設患者は、新たな排泄習慣を短期間のうちに獲得しなくてはならない。受容過程の段階を十分に考慮し、術前オリエンテーション内容の復習や、セルフケア指導を実施していく（➡看護技術の実際C D, p.126に詳述）。セルフケア移行のタイミングは、ADLが自立し、ストーマを直視でき、機能を認知できる時期を目安とする。

看護技術の実際

A ストーマサイトマーキング

- 目的：術後の生活パターンに適合したセルフケアを容易に行えるように、装具の装着に最適なストーマ位置を術前に決める
- 適応：ストーマ造設予定の患者
- 使用物品：マーキングディスク（60mm・70mm・75mm・80mm）、測定用ノギス、油性ペン、水性ペン、アルコール綿、フィルムドレッシング材、記録用紙

	方法	留意点と根拠
1	患者への説明 必要物品を準備してから、実施する内容について患者の理解度を確認し、心理状態を観察しながら説明する	<ul style="list-style-type: none"> ● 事前に、医師が患者に説明した内容を把握してから説明する。患者の理解度を確認し、追加説明が必要であれば行う ● ストーマサイトマーキングは、患者がストーマ造設をするという事実を現実として受け止めるにあたり、重要な初期段階のケアである。患者と対話できる機会であるので、積極的に心理状態の把握をし、不安の表出に努める
2	ストーマサイトマーキングを行う <ol style="list-style-type: none"> 1) 患者に水平仰臥位になってもらい、腹部の全体像を把握する 2) 基本ラインをマーキングする。水性ペンを用いて、臍を通る体軸に垂直な横線と正中の縦線、肋骨下縁に線を描く（図2-2a）。両側腹直筋外縁に沿って、線を描く（図2-2b） 3) マーキングディスクを腹部に当て、腹直筋上の最も安定した位置に置く（図2-2c） 	<ul style="list-style-type: none"> ● 皮膚のくぼみやしわ、癬痕の有無を確認する ● 腹直筋外縁が確認しづらい場合は、可能な範囲で、患者に仰臥位で首を上げて臍をのぞく姿勢をとってもらおう（➡①） ① 首を上げることで、腹直筋に力が入り隆起するので、ラインを確認しやすい ● クリーブランドクリニックの原則（表2-1参照）に従う①



基本ラインをマーキングする。臍を通る体軸に垂直な横線、正中の縦線、肋骨下縁に線を描く



仰臥位で首を上げてもらい、両側腹直筋外縁に沿って線を描く



マーキングディスクを腹部に当て、腹直筋上の最も安定した位置に置く。マーキングディスク中央の穴に水性ペンでマーキングする

図2-2 ストーマサイトマーキングの実際

表2-1 クリーブランドクリニックの原則

1. 臍より低い位置
2. 腹部脂肪層の頂点
3. 腹直筋を貫く位置
4. 皮膚のくぼみ・しわ・癬痕、上前腸骨棘の近くを避けた位置
5. 本人がストーマを見ることができ、セルフケアしやすい位置

方法	留意点と根拠
<p>4) マーキングディスク中央の穴に、水性ペンでマーキングする</p> <p>5) 患者に様々な体位をとってもらい、マーキングした部分が適切か確認し、位置の微調整をする</p> <ul style="list-style-type: none"> ・仰臥位だけでなく、座位や立位で前屈位をとってもらう ・患者から見える位置か、ベルトラインと重なっていないかを確認する <p>6) 適切な位置の調整が終わったら、油性ペンでマーキングし、最後にフィルムドレッシング材で覆い、ストーマ造設予定位置を確定する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・油性ペンでマーキングし、フィルムドレッシング材で保護しておく (➡②) ・マーキングした位置を患者と共に確認し、了承を得ておく ・マーキングした部位は、フィルムドレッシング材で保護してあるため、消えることはないが、念のため、患者に強くこすったり、フィルムドレッシング材をはいだりしないように伝えておく 	<ul style="list-style-type: none"> ●マーキングディスクは、体格や骨突出の程度を考慮して、使用するサイズを決める。一般的な体格の場合は、70mmを用いる ●それぞれの体位で、しわができる位置を把握し、マーキング部位と重ならないか確認する。また、日常的にとることが多い体位を考慮できるとよい ●ストーマ造設後の日常生活のイメージ化につながるようにする。ただし、受容段階に応じた情報提供をし、不安をあおらないように注意する <p>②服との摩擦や汗などで、ペンの色が薄くなったり、消えてしまったりすることもあるため</p>
<p>3 マーキングしたストーマ造設予定の位置について、記録をする</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●基本ライン（臍の横線、正中の縦線、腹直筋外縁）から、何mmの位置にあるかを記す
<p>4 マーキング位置以外に水性ペンで描いた線を、アルコール綿で消す</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●アルコール過敏でないかを確認してから行う
<p>5 すべての手技が完了したら、後片づけをし、患者をねぎらう</p> <p>患者に質問はないか尋ね、適宜回答する</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●マーキングが終わると、患者はストーマ造設することを現実のこととして、意識を強める。受容に向けた精神的なケアが重要である。

①Erwin-Toth P, Barrett P : Stoma site marking : A primer, *Ostomy Wound Management*, 43(4) : 18-25, 1997.

B ストーマの観察とアセスメント

- 目的：ストーマおよび周囲の皮膚の状態を把握し、適切なケアに結びつける
- 適応：ストーマを造設した患者
- 使用物品：ノギス、カメラ、ガーゼやペーパータオル（未滅菌でよい）

方法	留意点と根拠
<p>1 ストーマの観察</p> <p>1) 色調を確認する</p> <p>2) 形を確認し、サイズを測定する</p> <p>3) 出血、浮腫、弾力、湿潤状態を確認する</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●観察する前に、目的や方法について患者に説明をする ●正常な色は赤色。淡いピンク色は栄養状態不良、暗黒色は血流不良である ●観察している間も患者とコミュニケーションを取り、不安の軽減に努める。また、患者への情報提供の機会でもあるので、受容段階に応じて、セルフケア確立に向けた指導として活用する ●一連の観察のなかで、異常がみられた場合は、患者の気質や受容段階を考慮して、伝え方を考える。たとえば、ストーマを否認はしていないが、前向きにはとらえられていない患者の場合は、異常の内容をそのまま伝えるのではなく、「回復の過程では起こりうることであり、徐々に改善していくし、そのためのケアをしていく」など

方法	留意点と根拠
<p>2 粘膜皮膚接合部の観察</p> <p>1) 縫合状態（縫合部の色調や出血の有無、離開・びらん・潰瘍・膿瘍の有無と程度）を確認する。抜糸後も同様</p> <p>2) 炎症反応（発赤、腫脹、熱感、疼痛）の有無を確認する</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="175 430 504 672">  <p>粘膜皮膚接合部のびらん</p> </div> <div data-bbox="524 430 853 672">  <p>ストーマ周囲の皮膚のびらん</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div data-bbox="175 716 504 958">  <p>血流不良で黒色になったストーマ</p> </div> <div data-bbox="524 716 853 958">  <p>皮膚粘膜接合部の分離</p> </div> <div data-bbox="872 716 1201 958">  <p>ストーマ上部の壊死と接合部の剥離</p> </div> </div> <p>図2-3 粘膜皮膚接合部のトラブル</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●排泄物や装具、縫合糸などの物理的な刺激により皮膚障害を起こすことがある。物理的の刺激の除去が第一選択であり、対処した後も観察を続け、状態の改善を確認する ●図2-3にトラブル例を示す ●近年、埋没縫合により抜糸を行わないこともある。また、結節縫合よりも埋没縫合のほうが粘膜皮膚接合部離開の合併頻度が低いという研究結果がある^①
<p>3 ストーマ周囲皮膚の観察</p> <p>1) 発赤・発疹・痒痒感の有無と程度を確認する</p> <p>2) びらん・潰瘍の有無と程度を確認する</p> <p>3) ストーマ、粘膜皮膚接合部、ストーマ周囲皮膚すべての観察が終了したら、写真を撮り、記録をする</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●発赤・発疹・痒痒感がある場合は、何が原因かを考える。面板の成分が合わない、形状の問題などが考えられる場合は、装具の検討をする ●びらんや潰瘍がある場合は、疼痛や滲出液の有無を確認し、皮膚保護材の使用を検討する ●写真は、ストーマ正面からだけでなく、高さや異常部位が見える角度など、その後の状態比較に活用できるように撮影する

①内野基・池内浩基・岡山カナ子・他：ストーマ造設時の粘膜皮膚縫合方法に関する検討，STOMA，20(1)：1-5，2013.

C ストーマ装具内排泄物の処理方法 (図2-4, 5)

- 目的：ストーマ装具内の排泄物を適切に処理し、ストーマ周囲の皮膚障害を予防する
- 適応：ストーマを造設した患者
- 使用物品：トイレットペーパー、排液用カップ（患者が歩行できない場合）

方法	留意点と根拠
<p>1 排泄物の処理を行うことについて、患者に説明する</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●排泄物の処理について患者の同意を得る。また、知識の提供にもつながるため、排泄物を処理する一つひとつの方法やタイミングも含めて、説明をする

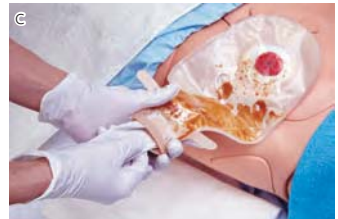
方法	留意点と根拠
<p>2 手袋とガウンを着用する スタンダードプリコーションに準じて行う</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●自分と患者双方の感染予防のためであることを患者に説明する
<p>3 トイレットペーパーを切り、短冊状に折ったもの (⇒①) を数枚準備する (図2-4 a)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①短冊状にすると、排液口の内側を拭くのが容易になる
<p>4 便を排液カップに排液する (図2-4 b)。トイレまで行ける場合は、直接便器に排液する</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●便器に排液する姿勢は、座位と立位がある (図2-5)①。座位で破棄する場合は、便器に向かって座るか、便座に座って軽く開脚した状態で行う。また、立位では、便器に向かって中腰になった状態で行う (⇒②) ②立位での排液は、筋力や平衡感覚が必要なため、患者の状態をよく把握してから行う ●患者がセルフケアとして行う場合は、行いやすい体位を選択してもらおう。セルフケアが確立するまでは、座位・立位の両方を説明し、実際に行ってもらい、行いやすい方法を見つけられるように促していく



トイレットペーパーを切り、短冊状に折ったものを数枚準備する



カップまたはトイレに排液する



短冊状のトイレットペーパーで排液口の内側を拭く。外側も拭く

図2-4 ストーマ装具内排泄物の処理方法

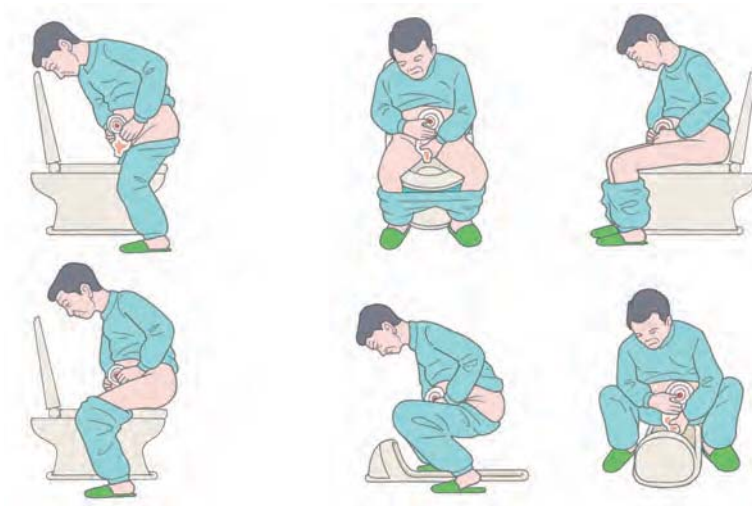


図2-5 便器での排便処理方法

	方法	留意点と根拠
6	排泄口を閉める ・看護師が行う場合も、患者自身が行う場合も、同じ手順を踏む。ただし、看護師はスタンダードプリコーションに準じて行い、患者自身の場合は、必ずしも手袋やガウンを着用する必要はない (⇒4)	④自身の排泄物による感染は、手洗いで予防できるため。患者によっては、手袋着用を好む場合もあるので、それを制する必要はない

①日本ET/WOC協会編：ストーマケアエキスパートの実践と技術，照林社，2007，p.36.

D ストーマ装具の交換

- 目的：適切な方法・頻度で装具交換を行い，合併症や皮膚障害を予防する
- 適応：ストーマを造設した患者
- 使用物品：ストーマ剪刀，型紙，マジックペン（以上，既製孔の装具の場合は不要），ストーマ装具，ノギス，ガーゼやペーパータオル（未滅菌でよい），微温湯を入れた容器，石けん，汚物入れ（ビニール袋），カメラ

	方法	留意点と根拠
1	必要物品を準備してから，実施する内容について，患者に説明する	<ul style="list-style-type: none"> ●☐ストーマ装具内排泄物の処理方法の項と同様に，患者の同意を得る。また，方法やタイミングについても説明する ●装具の交換中に物品の不足に気づいた場合，患者を一人にした状態でその場を離れることになり，精神的苦痛を与える可能性がある。事前準備は，重要である
2	貼ってあるストーマ袋内にある排泄物を処理する (⇒1)	<ul style="list-style-type: none"> ①排泄物を処理しておかないと，装具交換中に袋外に出してしまう可能性がある ●患者が移動可能な場合は，トイレで破棄するように誘導する。方法は，☐ストーマ装具内排泄物の処理方法を参照
3	面板をはがし，溶解・膨潤の程度を確認する (図2-6a) ・皮膚を押さえながら，面板をはがしていく (⇒2) ・面板の粘着力が強い場合は，随時ぬらしたガーゼや石けんを用いてはがす ・面板の溶解・膨潤は，5～15mmを目安とし，主に10mmを超える前に装具交換を行う (⇒3)	<ul style="list-style-type: none"> ②強い刺激が加わると，皮膚トラブルの原因となるため ③面板が溶解・膨潤することで，皮膚保護材の効果が薄れ，皮膚トラブルが生じやすくなるため①
4	ストーマ周囲の皮膚を洗い，乾燥させる (図2-6b) ・石けんをよく泡立て，ストーマの外側から内側に向かって，汚れを泡に含ませるように洗い，最後に十分な量の微温湯で洗い流す (⇒4) ・残った水分は，ガーゼなどで拭き取る。ドライヤーで乾かそうとする患者もいるため，熱風は強い刺激になるので使わないように説明しておく	④こすり操作を行う洗浄において，こする回数が増えるに従い経表皮水分蒸発量が増え，皮膚に影響があるという報告がある②。きめ細かい石けんの泡は，摩擦を軽減し，汚れの吸着力が高いため，皮膚トラブルの予防に効果がある
5	ストーマ，周辺皮膚の観察を行う	<ul style="list-style-type: none"> ●☐ストーマの観察とアセスメントの項を参照
6	ストーマのサイズを測り (図2-6c)，面板をカットする (図2-6d) ・縦，横，高さ（基部から排泄口までの高さ）をみる ・ストーマ剪刀は，刃の中間あたりを使い，面板を回しながらカットする。カット部分は，指の腹を使って馴らす (図2-6e) (⇒5)	<ul style="list-style-type: none"> ⑤面板による刺激を最小限に抑えるため ●浮腫が強い術後1週間程度は，ストーマより10mm程度大きくカットする ●ストーマサイズが落ち着いたら，プレカット（あらかじめ決まったサイズに加工してあるもの）を検討する

方法	留意点と根拠
<p>7 装具を貼付する (図2-6f) 術後3日目あたりまでは、必要に応じて、装具貼付後にストーマ粘膜と皮膚の接合部分に粉状皮膚保護材を散布する (→6)</p>  <p>⑥ 粘膜皮膚接合部が十分に癒合していないため、離開のリスクが高い場合は、吸水力の高い粉状皮膚保護材を使用し、保護をする</p>	<p>⑦ 室外にまで便臭が充満してしまうと、患者はにおいに過度に気にするようになるだけでなく、自尊心を傷つけ、羞恥心をもたらすことになる</p>
<p>⑧ 後片づけをする</p> <ul style="list-style-type: none"> ・使用済み装具や便汚染したペーパータオルなどは、必ず袋に密閉してから室外へ運ぶ (→7) ・患者がセルフケアを継続していけるように必ず行えたことをねぎらう 	

図2-6 ストーマ装具の交換手順

① 佐内結美子：セルフケア支援に必要なストーマケアの知識—装具の交換間隔，総合消化器ケア，7(3)：145-148，2002.
② 奥田峰広・吉池高志：皮膚洗浄方法の角層バリア機能に及ぼす影響について，日本皮膚科学会雑誌，110(13)：2115-2122，2000.

文献

1) 日本ストーマリハビリテーション学会編：ストーマリハビリテーション学用語集，第2版，金原出版，2003，p.66.
2) 前掲書1)，p.70.
3) 松原康美編著：ストーマケアの実践<ナース・プロフェッショナル・シリーズ>，医歯薬出版，2007，p.6.
4) 日本オストミー協会編：オストミー用語解説集.
<http://www.joa-net.org/~glossary/>[2015.Apr.3]

2

看取りのケア

学習目標

- お別れの時期にある患者と家族の特徴について理解する。
- 死前喘鳴のある患者と家族の特徴について理解する。
- エンゼルケアを行う際の患者と家族の特徴について理解する。
- 看取りの時期にある患者と家族の苦痛や心理状態に配慮できる。
- 看取りの時期にある患者と家族に対する援助技術を習得する。

1

お別れ

1) お別れの時期にある患者の特徴

(1) お別れの時期とは

終末期は、予後6か月～数か月の終末期前期、予後数週間の終末期中期、予後数日の後期、数時間の死亡直前期の4つの時期に分けられる¹⁾。本項では、お別れの時期を予後数日～数時間の終末期後期から死亡直前期とする。

(2) お別れの時期にある患者の症状

図2-1²⁾は、終末期の身体症状と生存期間の関係を示している。これによると、死亡直前にほぼ100%出現する症状は、全身倦怠感、食欲不振であり、次いで疼痛、便秘、不眠、呼吸困難、悪心・嘔吐が続く。「がん患者は徐々に痛みが強くなって、最期は痛みや苦しみのなか死んでいく」と誤解している患者や家族は多い。死亡直前の疼痛の出現頻度は約75%であり、疼痛と予後は相関しておらず、最期まで痛みがないまま亡くなる患者もいることは特記すべきことである。

また、頻度は高くないものの、臨床上問題となるのは混乱、不穏などの終末期せん妄である。終末期せん妄は、約68～90%³⁾にみられ、特に過活動型せん妄は患者、家族に強い苦痛をもたらす。終末期せん妄は、オピオイドなどの薬剤性や腎・肝機能低下、脳の器質的変化、身体症状の悪化、脱水、電解質異常、感染、心因など様々な誘因が複雑に関係しており、原因の除去によるせん妄の改善は難しく、鎮静が必要になる場合もある。

(3) お別れの時期にある患者のADL

図2-2⁴⁾は、日常生活動作と生存期間の関係を示している。これによると、死亡5日前であっても約50%の患者は自力で移動することが可能である。死亡5日前を境に移動、排泄、食事のセルフケアは著しく低下する一方、水分摂取や会話、応答の機能は比較的保たれる。

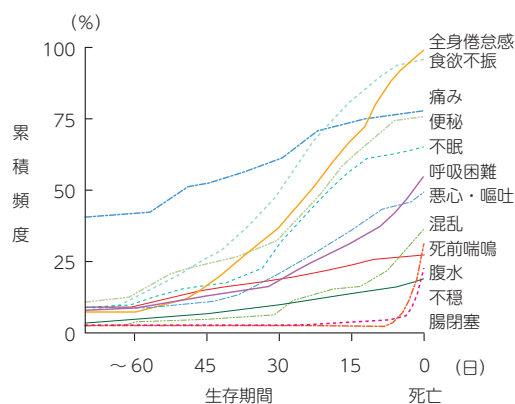


図 2-1 主要な身体症状の出現からの生存期間(206例)

恒藤暁：最新緩和医療学，最新医学社，1999，p.19. より引用

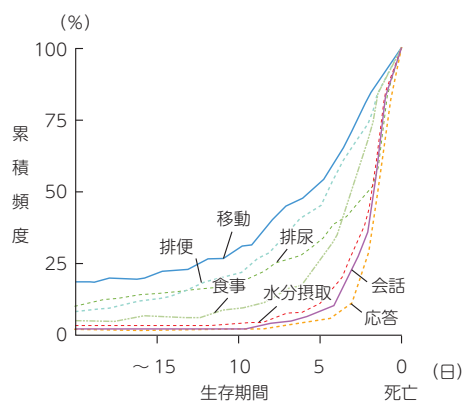


図 2-2 日常生活動作の障害の出現からの生存期間(206例)

恒藤暁：最新緩和医療学，最新医学社，1999，p.20. より引用

腫瘍の神経圧迫による麻痺などの場合を除くと，がん患者が寝たきりになる期間は長くはなく，死亡数時間前まで自力で食事をしたり，トイレに行くことができるケースもある。

2) お別れの時期にある患者への看護

(1) 苦痛緩和

予後数日～数時間となってくると，経口摂取やADLが低下するため，腸蠕動に伴う疼痛や体動時痛が減少する可能性がある。加えて，意識レベルが低下することで，疼痛の閾値が上がり，疼痛を訴えにくくなる場合がある。一方で，消化管出血や腹腔内出血に伴う疼痛や肺炎などによる呼吸状態の急激な悪化などにより，死亡前48時間に耐えられない苦痛が生じる場合もある。Ventafriddaら⁵⁾の調査によると，耐えきれない症状として呼吸困難感(52%)，疼痛(49%)，せん妄(17%)，嘔吐(8%)が挙げられている。また，お別れの時期は疼痛だけでなく，身の置き所がないような全身倦怠感やイレウスなどによる悪心・嘔吐など様々な苦痛が増悪する可能性がある。

苦痛を訴えなくなったからといって，安易に医療用麻薬(オピオイド)の減量や中止をすることは退薬症候の出現のリスクだけでなく，コントロールされていた苦痛が再度増悪する可能性も高い⁶⁾。患者の表情の変化など，きわめて慎重なアセスメントが必要である。また，治療により緩和しきれない，耐えがたいほどの苦痛の場合は後述する鎮静が必要になる場合もある。

(2) 輸液療法

お別れの時期になるとほぼすべての患者の食事や飲水量は低下する。近年，経口摂取の低下に伴い，当たり前に行われていた輸液療法が見直されている。終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン⁷⁾によると，不可逆性の臓器不全のために生命予後が1週間以下と考えられる時期の，延命を目的とした輸液開始は無効である可能性が高いうえ，体液貯留に伴う苦痛をもたらす可能性が高いとされている。加えて，生命予後が数日と考えられる，気道分泌による苦痛のある終末期がん患者に対しては，輸液量を500mL/日以下に減量または中止することが推奨されている。

しかし、患者や家族にとって輸液は「当然行うべきもの」ととらえられている可能性がある。日本の一般市民 3,061 名を対象とした調査⁸⁾では、「輸液は患者の症状を和らげる」という回答が15～31%なのに対し、「輸液は亡くなるまでの間、最低限の標準的なものとして続けられるべき」との回答が約33～50%にも上っている。また、遺族に対する調査では、患者の経口摂取低下時に約70%の家族がつらさを感じており、何もしてあげられないという無力感・自責感や脱水状態で死を迎えることはとても苦しいという誤解から輸液を望む場合もある。

すでに実施されている輸液の減量や中止の選択は、輸液をしない選択よりも患者自身にとっても、家族にとってもつらい意思決定になる可能性がある。輸液の必要性に関する一方的な説明ではなく、患者や家族の苦悩を受け止め、寄り添い、共に考える姿勢が重要である。

(3) 鎮 静

鎮静とは、①患者の苦痛緩和を目的として患者の意識を低下させる薬剤を投与すること、あるいは、②患者の苦痛緩和のために投与した薬剤によって生じた意識の低下を意図的に持続すること⁹⁾である。

鎮静の対象になり得る耐えがたい苦痛とは、せん妄、呼吸困難、過剰な気道分泌、疼痛、悪心・嘔吐、倦怠感、けいれん・ミオクロヌス、不安、抑うつ、心理・実存的苦痛などである。ただし、不安、抑うつ、心理・実存的苦痛が単独で持続的深い鎮静の対象症状となるのは例外的であり、適応の判断は慎重に行うべきである¹⁰⁾。これらの耐えがたい苦痛に対し、鎮静以外の緩和治療が無効であり、全身状態から生命予後が2～3週間未満と判断され、深い鎮静を考える状況であるという医療チーム内の合意がある必要がある。そのうえで、患者や家族の鎮静への意思が一致している場合に適応となる。鎮静は、浅い間欠的鎮静から深い持続的鎮静まで様々ある(表2-1参照)。鎮静は倫理的ジレンマを引き起こす可能性があるため、開始にあたっては、患者、家族、医療スタッフで十分検討する。また、いったん鎮静を開始した後も、家族が「本当にこれでよいのか」と迷い、悩む可能性があり、継続した家族ケアが重要である。

表 2-1 鎮静の分類

鎮静の様式	
持続的鎮静	意識の低下を継続して維持する鎮静(耐えがたい苦痛がずっと持続する場合に用いられる)
間欠的鎮静	一定期間意識の低下をもたらした後に、薬剤を中止・減量して意識の低下しない時期を確保する鎮静(1日のうちでも症状に波がある、せん妄などに用いられる)
鎮静水準	
深い鎮静	言語的・非言語的コミュニケーションができないような深い意識の低下をもたらす鎮静
浅い鎮静	言語的・非言語的コミュニケーションができる程度の軽度の意識の低下をもたらす鎮静

日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会編：苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン2010年度版，p.16. より引用改変

3) お別れの時期にある家族の特徴

(1) 予期悲嘆

予期悲嘆とは死別が予想された場合、実際に死が訪れる前に死別したときのことを想定して嘆き悲しむことであり、前もって悲嘆や苦悩することによって現実の死別に対する心の準備が行われる¹¹⁾。前もって準備することで、実際の喪失に出会ったときに、突然の場合よりも衝撃が少なくすむとされている。

予期悲嘆の過程には、感情・思考の麻痺の時期、悲しみ・怒り・罪悪感を抱く時期、現実への認知的対処の時期がある。

大切な人を亡くそうとしている家族は、否認や逃避、怒りや罪悪感、抑うつなど様々な反応を示すことがある。それらはいずれも予期悲嘆の過程の一つであり、正常から逸脱した反応ではないことを念頭に置く必要がある。臨床では、家族が否認や逃避の段階にあるにもかかわらず、看護師は現状認識が不足しているとアセスメントして状況を繰り返し説明したり、怒りを看護師におつける家族への対応に苦慮することがよくある。看護師は家族を、自分たちと同じ患者へのケア提供者として見てしまう傾向があるが、家族は予期悲嘆を抱えるケア対象者であることを忘れてはならない。家族は「第二の患者」であるといわれるのはそのためである。

(2) 看取りに慣れていない家族の不安

厚生労働省の人口動態統計¹²⁾によると、第二次世界大戦後までは、自宅で家族が介護しながら看取りをすることが当たり前であった。その後、医療の高度化と核家族化などの家族形態の変容も影響した結果、病院での看取りが急激に増加し、自宅での看取りは減少の一途をたどった。1977年には病院死割合が、自宅死亡割合を抜き、病院での看取りが当たり前となっていった。2010年時点でも病院での死亡割合が約77.9%を占めている。医療の高度化が進むにつれて延命措置が最優先されたことで、看取り直前に家族が病室から追い出されるケースも珍しくなかった。このような背景により、家族が高齢であっても、看取りをまったく経験したことがない場合も多く、人が亡くなるときにどのような経過をたどるのが想像もつかず、漠然とした不安に陥る危険性がある。

(3) 壮絶ながんの終末期を見てきた家族の恐怖

ホスピスケアや緩和ケアの概念が確立したのは1960～70年代であり、日本で初めて組織的なホスピスケアが提供されたのは1973年淀川キリスト教病院である。1981年には聖霊三方原病院に初めてホスピス施設が設置された。その後、徐々に全国に広まっていったが、現在においても緩和ケアがすべての医療従事者に正しく認識されているとはいえない。厚生労働省¹³⁾の医療用麻薬使用量の推移をみても、1980年代までは医療用麻薬さえほとんど使用されていなかった。徐々に医療用麻薬の使用量は増えてはいるが、2007年現在においても米国の1/20、英国の1/4ときわめて少ないのが現状である(図2-3, 4)¹⁴⁾。

その結果、以前がんで近親者を亡くした経験がある患者や家族が、「痛み苦しみ、悶えながら死んでいった」「最後の薬だと言って麻薬を使ったらすぐに死んでしまった」という体験をとおして、がんの終末期への恐怖を抱いている場合もある。

(4) 大切な家族を亡くそうとしている子どもの体験

死をタブー視してきた社会を背景とし、子どもには家族である患者が「がんであること」

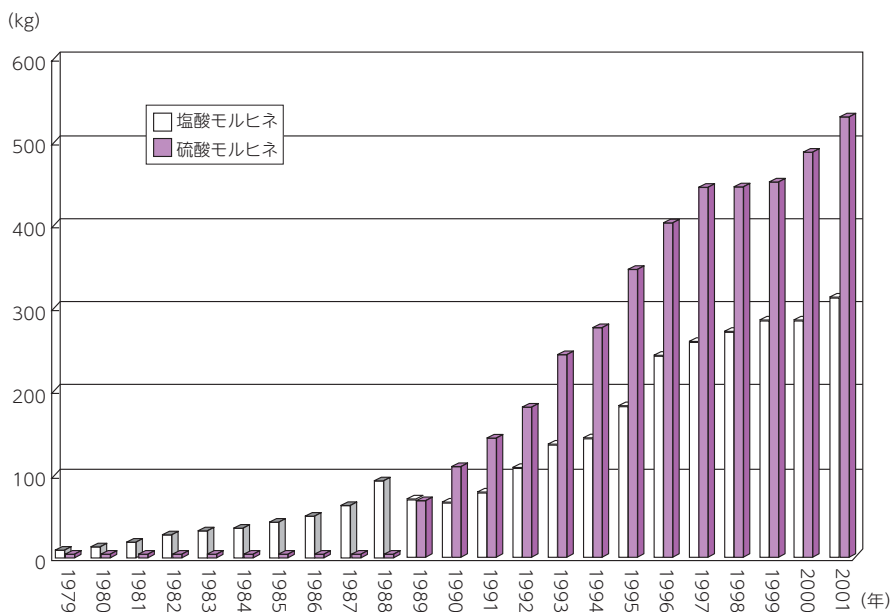


図2-3 塩酸モルヒネおよび硫酸モルヒネ消費量(モルヒネ換算)の推移
厚生労働省医薬局監視指導・麻薬対策課：麻薬・覚せい剤行政の概況 2001. より引用

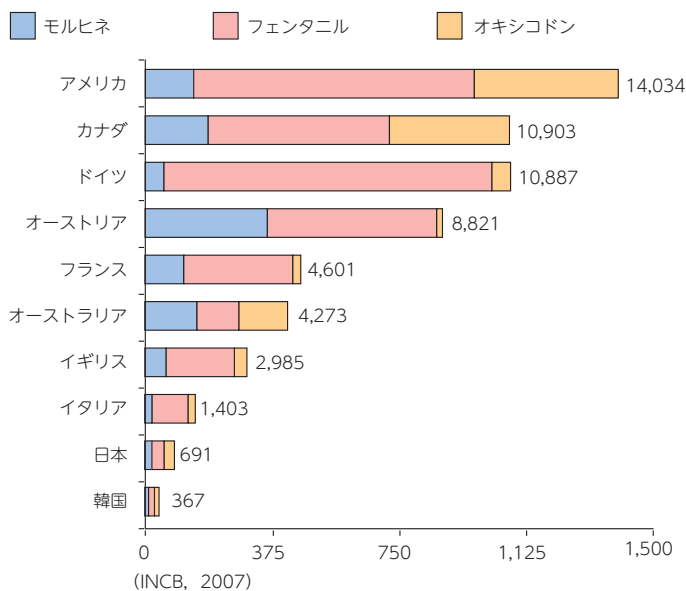


図2-4 主要各国の医療用麻薬消費量(国民100万人/1日当たりの消費量2004～2006年平均)
日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会編、鈴木勉・他著：ホスピス・緩和ケア白書2012、緩和ケアで使われる薬剤の動向と現状—オピオイド使用量など薬剤に関するデータ、p.85-89. より引用

や「死が間近に迫っていること」を伝えていないケースもまだまだ多い。看取りが近くなると子どもを病院に連れて行かなかったり、病室から外へ出す場合もある。子どもは、大切な家族である患者の身に何か重大なことが起きていることを肌で感じながらも、誰からも説明されず、漠然とした不安を抱えることとなる。厚生労働省がん臨床研究の多施設共

表2-2 終末期の親の子どもの様々な体験

- ①安心できる保証を探し求める
- ②親の世話や手伝いをしようと思うようになる
- ③親から離れることが不安でできなくなる
- ④親から見捨てられるような感覚に怒りを覚える
- ⑤絶望感を感じる
- ⑥自分のせいで親が死んでしまうのではないかなどの罪の意識をもつ
- ⑦規律の問題や攻撃の行動が現れる
- ⑧親が死んでしまうことを認めたくない気持ちをもつ
- ⑨他人を批判する
- ⑩自分も病気になるのではないかと、うつるのではないかなど自分自身の健康を心配する

白石恵子：【とても大切な人ががんになったときに開く本 知っていますか？子どものこと、親のこと】

親が亡くなる時期が近くなったときに子どもが感じることとその対応、緩和ケア，24（6月増刊号）：37-41，2014。より引用

同研究¹⁵⁾では、親が重い病気であるという体験による子どもの心的外傷後ストレス症状（PTSS）の発生頻度は、14歳以下で約31%，15歳以上で約21%であった。終末期の親をもつ子どもの体験では、親から見捨てられるような感覚に怒りを覚えたり、自分のせいで親が死んでしまうのではないかと罪の意識を抱いたり、自分も病気が移るのではないかと不安になる¹⁶⁾場合がある（表2-2）。また、大切な家族が亡くなっていく過程を継続してみるのなかつた子どもは、患者の死亡直前や死亡後の急激な変化に恐怖を抱いたり、その後の生活の変化に適応できなくなる可能性がある。

4) お別れの時期にある家族への看護

(1) 看取りのパンフレット

前述したとおり、看取りの経験をした家族は少なく、人がどのように死んでいくのかをまったく知らない家族も珍しくはない。したがって、家族にとってはすべてが未知の出来事となり、何が自然の経過なのかもわからず、漠然とした不安を抱えることとなる。また、2)-(2)の輸液療法でも述べたとおり、終末期のケアに対する誤った認識をしている場合もある。そのため、家族にわかりやすく看取りまでの経過と有効なケア方法を具体的に説明する必要がある。

緩和ケア病棟などでは、独自のパンフレットを使用している場合も多いが、がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIMプロジェクト)では、医師・看護師から患者・家族へ説明する場合を想定して看取りのパンフレットを作成している。パンフレットでは、予後1週間から死亡までのからだの変化、鎮静、終末期せん妄、死前喘鳴、輸液、家族の心配や家族にできる具体的なアドバイスなどが記載されている。遺族を対象とした調査でも、81%がパンフレットは「とても役に立った」「役に立った」と回答している¹⁷⁾。

パンフレットを使用して説明する時期は、家族の性格、予期悲嘆の段階やサポート状況などにより様々である。説明することが重要なのではなく、一度立ち止まって現状を確認し、今後どうしてあげたいかを考えたり、家族内で話し合ったりするタイミングとなるよう支援することが重要である。また、清潔ケアやマッサージなど家族が患者にしてあげられることを具体的に説明する。

(2) お別れ

お別れの時期の患者は徐々に眠る時間が長くなり、意識レベルが低下する場合もあれば、直前まで話ができる場合、せん妄、肝性脳症や脳転移により比較的早期に意識が混濁する場合など様々である。意識状態だけでは予後がどのぐらいかは一概には言えないが、実際の予後より家族は長く見通しを立てる傾向がある。お別れの言葉など伝えたいと思ったときには意識が低下して話ができなかったり、看取りとなってしまうことも多い。患者や家族が「後どのぐらいか？」と聞いてくる場合は、実際の命の長さよりも意識がクリアで話ができる時間を知りたい場合も多い。感謝の言葉など話しておきたいことは後回しにせず、すぐにでも伝えることで、患者と家族の深い心の交流の機会となり、患者の孤独感やスピリチュアルペイン、家族の予期悲嘆へのケアにもなり得る（➡看護技術の実際¹⁴，p.284に詳述する）。

また、直接言葉にはできない場合でも、タッチングやマッサージをとおして「あなたを大切に思っている」と伝えることはできる。特に入院中は、患者の周囲を医療機器が取り囲んでしまい、家族は遠巻きに患者を見守る場面を目にすることがある。看護師は、家族が患者のそばにゆっくりいられるように、ベッド柵をはずしたり、ベッドの高さを調整したり、 unnecessary 医療機器をそばに置かないなどの環境調整が求められる。心電図モニターやサチュレーションモニター、吸引器や酸素投与など、ルーチンに使用するのではなく、その患者の苦痛緩和のために本当に必要なものか否か、再度検討する必要がある。

2 死前喘鳴

1) 死前喘鳴

(1) 死前喘鳴とは

死前喘鳴とは、患者が非常に衰弱し死が切迫したとき（死亡数時間前から数日前）に、気道内分泌物が増加して、その振動によって下咽頭から喉頭にかけて“ゴロゴロ”と音がする状態¹⁸⁾のことである。

(2) 分類

死前喘鳴は、気道内分泌物貯留の原因から以下の2つに分類される¹⁹⁾。

①真性死前喘鳴

終末期における意識障害や嚥下障害による唾液誤嚥や喀痰喀出困難によって引き起こされる喘鳴である¹⁹⁾²⁰⁾。

②偽性死前喘鳴

気道・肺の病変からの分泌、感染、肺水腫や出血によって引き起こされる喘鳴であり、時期を問わず出現する¹⁹⁾²⁰⁾。

(3) 死前喘鳴の特徴

下咽頭から喉頭にかけて“ゴロゴロ”と音がするが、これは呼気と吸気相（特に呼気相）に聴かれる¹⁸⁾。

真性死前喘鳴の場合、呼吸が不規則になったり、呼吸回数が増加する。また、死が近づくと末梢性チアノーゼ、血圧低下、下顎呼吸や喘ぎ呼吸^{あえ}などがみられる²⁰⁾。

死前喘鳴（真性死前喘鳴の場合）が発現する頃は、患者の意識レベルは低下していることが多く、苦痛を感じることは少ない²⁰⁾。しかし、死前喘鳴は家族に苦痛をもたらすことが多いため、家族に対して十分な症状の説明やケアが重要となる。

2) 治療

(1) 分泌抑制薬（表2-3参照）

死が非常に差し迫っている時期においては、貯留物を喀出・嚥下することが困難であり苦痛を増強させることが多いため、分泌物の産生を抑制する抗コリン薬を使用する²¹⁾。抗コリン薬である臭化水素酸スコポラミン（ハイスコ[®]）や臭化ブチルスコポラミン（ブスコパン[®]）が主に使用される。しかし、肺炎や心不全を伴う喘鳴の場合は、スコポラミン製剤の効果は弱いとされている²¹⁾。

臭化水素酸スコポラミンは鎮静作用が強く苦痛緩和になる場合もあるが、全身衰弱が強い患者では意識低下やせん妄、不穏がみられることもあるので慎重に使用する¹⁸⁾。

(2) 輸液量の検討

輸液量が比較的多い場合、輸液量は気道分泌と関係し、輸液減量により気道分泌が軽快する可能性がある²²⁾といわれている。

また、生命予後が数日と考えられる終末期がん患者に気道分泌による苦痛をみられた場合、気道分泌による苦痛の緩和を目的として、輸液を500mL/以下に減量または中止することが推奨されている²¹⁾²³⁾。輸液の減量は、患者の苦痛の軽減につながる可能性がある。しかし、いったん死前喘鳴が出現してしまうと、輸液量を減らしても効果的でないことが多い。患者への輸液量について、全身状態を観察しながら検討していくことが大切である。

(3) その他

薬物の使用や輸液量を減量しても、死前喘鳴が患者にとって苦痛となっている場合、鎮静の適応となることがある²⁰⁾。

3) 死前喘鳴のある患者とその家族への看護

死前喘鳴は、ほとんど死期が近い看取りの時期にみられるため、患者だけでなく家族の感情に配慮したケアが求められる。

死前喘鳴に対しては、主に体位の工夫、口腔ケア、吸引などの看護ケアがあげられるが、

表2-3 分泌抑制薬

分泌抑制薬（いずれも適応外使用）

- 臭化水素酸スコポラミン（ハイスコ[®]）
 - ・舌下：1回注射剤 0.15～0.25mg（0.3～0.5mL）、1日1～4回
 - ・注射剤：0.5～1.5mg/日、持続皮下注入
- 臭化ブチルスコポラミン（ブスコパン[®]）
 - ・注射剤：20～60mg/日、持続皮下注入
- 硫酸アトロピン*
 - ・舌下：1回注射剤 0.15～0.25mg（0.3～0.5mL）

*ハイスコ[®]が用意できない場合には、代替薬として硫酸アトロピンを使用することが可能である。

淀川キリスト教病院ホスピス編、柏木哲夫・恒藤暁監：緩和ケアマニュアル、第5版、最新医学社、2008、p.137-138、より作成

表2-4 死前喘鳴のある患者のアセスメント項目

死前喘鳴の原因、喀出物や口腔内貯留物の量・性状、咳嗽、喀痰喀出や嚥下の機能、呼吸音、肺音、呼吸回数・状態、患者の苦痛の有無、表情、意識レベル、輸液量、生命予後、家族の認識と感情、など

常に患者の苦痛を減らすことを目標に実施していく。家族は患者が死前喘鳴によって苦しんでいるのではないかととらえ、とても耐え難くつらい状況にある場合が多い。患者の死期も近いと、不安や恐怖も大きい。したがって、看護師は、患者だけでなく、患者を見守る家族にもきめ細かなケアで対応する。

(1) アセスメント

死前喘鳴のある患者の主なアセスメント項目は、表2-4のとおりである。

(2) 体位の工夫

- ①死前喘鳴は死亡前の数時間から数日前に出現し、死が近づくと末梢性チアノーゼ、血圧低下、下顎呼吸などがみられるようになる²⁰⁾。また、看取りの時期は、体位ドレナージによって痰が湧き上がり喘鳴が強まる場合がある²⁴⁾。したがって、この時期は体位をあまり変えず、頭の位置や枕を変えるなど工夫を行い²⁴⁾、喘鳴が軽減する位置を確認しながら²⁵⁾体位を整える。
- ②舌根沈下があると喘鳴が強くなるので、その場合は側臥位にしたり、顔を横に向けたりすると改善する場合がある²³⁾。
- ③唾液が咽頭部に垂れないように顔を横に向ける。
- ④唾液などの分泌物によって呼吸が妨げられないように注意する。
- ⑤常に患者にとって安楽な姿勢を保つようにする。
- ⑥寝衣はからだを締めつけないようなものを着用する。

(3) 吸引

- ①意識が低下していても、吸引は患者にとって苦痛である。死前喘鳴に対しての吸引は効果が一時的であり、咳嗽を誘発し、吸引が頻回になるときがある²³⁾。吸引の実施にあたっては、吸引の目的、患者にとってのメリット・デメリット、痰の吸引以外で苦痛を緩和する方法はないか、家族の思いなどについて医療チームで話し合うことが大切である²⁵⁾。
- ②どうしても分泌物を吸引する場合は、必要最小限とし、苦痛に配慮する。
- ③家族は、死前喘鳴を聞くことによって不安や苦痛を感じ、看護師に吸引を希望してることがある。しかし、吸引の実施は、常に患者の苦痛が軽減できることを目標にして、家族のための吸引を行わないようにする。

(4) 口腔ケア

終末期がん患者は、脱水、低栄養、免疫力低下、がん悪液質などの全身状態の悪化によって、口腔乾燥、口渇、口腔カンジダ症、口内炎、舌苔など口腔内の問題を生じやすい²⁶⁾²⁷⁾。このような口腔内の問題の悪化や口腔内細菌数の増加に伴い、肺炎など全身の重篤な合併症も生じやすくなる。したがって、口腔ケアを頻回に実施していくことが重要である。

死前喘鳴が出現するのは、全身状態が悪化し急変しやすい時期であるため、口腔ケアの実施が難しい場面もある。しかし、患者の状態やタイミングをみながら、こまめに口腔ケア

を実施していく（➡看護技術の実際[B], p.286に詳述する）。

（5）家族へのケア

- ①家族の不安や疑問をよく傾聴する。
- ②患者の死前喘鳴について、以下の内容をていねいに具体的に説明する。
 - ・死前喘鳴は、亡くなるまでの自然の経過の一つである¹⁹⁾。
 - ・患者の意識レベルが低下している場合、本人は苦痛を感じていない可能性が高い。
 - ・吸引は実施しても咳嗽を誘発し、吸引が頻回になる²³⁾可能性があり、かえって患者に苦痛を与えることが多い。
- ③家族の死前喘鳴に関する認識や解釈を確認し、説明を加えながら家族とよく話し合う¹⁹⁾。
- ④家族と一緒に患者の表情などを確認して、患者が苦しんでいないことを伝える。
- ⑤家族ができることを説明する。
 - ・口の中を湿らせたり、拭ってきれいにすること¹⁹⁾。
 - ・手を握ったり、声をかけること。
- ⑥吸引の実施や薬剤の使用について、家族の思いを傾聴する¹⁹⁾。
- ⑦訪室時は患者のケアをするだけでなく、家族にも必ず声をかける。
- ⑧家族と共に患者のそばにいる時間をつくる²⁵⁾。
- ⑨家族の身体的、精神・心理的、社会的、スピリチュアル的な状態を評価し、状態に応じて支援する。
- ⑩患者の状態、残された時間について医師より説明してもらう。

3

エンゼルケア

1) エンゼルケアの意味

エンゼルメイクは、「医療行為による侵襲（たとえば人工呼吸のための挿管チューブや胃管の固定など）や病状などによって失われた生前の面影を、可能な範囲で取り戻すための顔の造作を整える作業や保清を含んだ、“ケアの一環としての死化粧”であり、グリーフケアの意味合いも併せもつ行為²⁶⁾である。2008年公開の映画『おくりびと』では、納棺師の仕事としてエンゼルケアが描かれており、アカデミー賞外国語映画賞を受賞するなど注目を浴びた。

がん患者に対するエンゼルケアとは、がん治療による脱毛や色素沈着、爪の変色や変形などに加え、るい瘦や腹水貯留、浮腫など様々な要因で容貌が大きく変わってしまった姿を、いかに患者の本来の「その人らしい」姿に近づけられるかが大切であり、それによって遺された家族の悲嘆を少しでも軽くすることを目的としている。死亡前、体力が低下すると洗髪ができない日が数日～数週間続くこともあるため、エンゼルケアとして洗髪が行われる。最期の時間を共に過ごした看護師が、遺された家族と話し合いながらエンゼルケアを行う意義は大きい（➡看護技術の実際[C][D][E], p.287～290に詳述する）。

2) 亡くなった後の患者の身体的変化

死亡後、患者のからだには様々な経時的変化が生じる。死亡後早くても約30分後から死斑

表2-5 死亡後の身体的変化

時間経過	身体的変化	時間経過	身体的変化
1時間以内	変化なし	約1日	角膜の軽い混濁 下腹部の腐敗性変色（帯緑色） 全身硬直が最も強い
2～3時間	死斑が軽度出現，顎，首の硬直		
4～5時間	上肢に硬直		
12～15時間	腐敗現象が出現 死斑が最も強い	約2日 3～4日	硬直の消失が始まる 全身の硬直消失

が出現し、死後2～3時間後には頸部を中心に硬直が始まる。死後硬直は約1日後が最高度であり、2日後からゆっくりと解けてくる。

腐敗は死後12時間程度で全身に腐敗水疱や腐敗網（血管に沿って出る網状の変色）が現れ、その後は全身の膨潤が始まり、体内から腐敗による漏出液が流出する。敗血症状態で死亡した場合は、急激な腐敗進行がみられ、早ければ4時間後に腐敗現象が目視でき、6～8時間後には強い腐敗症状が現れる²⁹⁾ (表2-5)。

看護技術の実際

A お別れの時期の患者，家族への看護

- 目的：お別れの時期の患者の苦痛を緩和し，家族の予期悲嘆を支える
- 適応：お別れの時期の患者とその家族

	方法	留意点と根拠
1	患者の予後予測をする 観察点は以下である るい瘦の進行，貧血症の有無，食事・飲水摂取量の低下， 傾眠，活動レベルの低下，浮腫の変化，呼吸状態の悪化， 終末期せん妄の有無など (⇒①)	<ul style="list-style-type: none"> ● 予後数日以内のお別れの時期に患者が入っているのか判断する ① 症状を総合的に判断し，予後予測を行う
2	患者の今後の身体症状の変化を予測する	<ul style="list-style-type: none"> ● 肝臓の腫瘍増大による肝内出血や腹腔内出血，消化管の腫瘍出血から，吐血，下血，急激な疼痛を引き起こす可能性がある ● 誤嚥性肺炎やがん性リンパ管症，肺がん終末期の患者では呼吸状態の急激な悪化を引き起こす可能性がある
3	患者の希望を確認する ・患者の身体症状の変化と患者の希望をすり合わせる ・安全・安楽と患者の希望を踏まえてケア方法を選択する (⇒②)	②たとえば，症状が強くてもギリギリまでトイレに行きたいと望む患者も多く，患者と共にケア方法を決定する必要がある

方法	留意点と根拠
<p>4 患者の身体症状緩和のために必要な医療を判断する</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療用麻薬を使用している場合は、投与経路の変更を行う (⇒③) 輸液療法の開始・減量・中止や、経管栄養の減量・中止の判断を患者、家族を含めたチームで行う (⇒④) せん妄、呼吸困難、疼痛など耐え難い苦痛が生じている場合は、鎮静の適応を患者、家族を含めたチームで話し合う (詳細は2)-(3) 鎮静, p.276参照) 	<ul style="list-style-type: none"> ③内服が困難になるため、経皮貼付剤、坐薬、皮下注射、静脈注射などの投与経路選択が必要である ④予後数日の終末期がん患者への輸液療法は推奨されていないが、患者・家族にとっては望みとなる可能性がある (詳細は2)-(2) 輸液療法, p.275参照) ●ステロイドの中止、減量、継続をチームで判断する (⇒⑤) ⑤ステロイド投与は、終末期がん患者の全身倦怠感や食欲不振の改善、神経因性疼痛、頭蓋内圧亢進による頭痛などの鎮痛補助、がん性リンパ管症、消化管閉塞、気道狭窄の改善①など様々な目的で使用される ●モニター類は漫然と使用せず、必要性を判断する
<p>5 患者、家族の不安に寄り添う</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●全身倦怠感、眠気、経口摂取量低下など全身状態の悪化に伴い、今後どうなるのか、苦痛が強くなるのではと不安を抱く場合がある
<p>6 家族の予期悲嘆の段階をアセスメントし、看取りのパンフレット (図2-5) の適応を判断する</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●家族の予期悲嘆の表出を促しながら、家族の心理状態をアセスメントする (詳細は3)-(1) 予期悲嘆, p.277参照) ●家族が説明を聞きたいと思っているか必ず確認する (⇒⑥) ⑥家族が否認や逃避の段階にある場合は、看取りに関する詳しい説明は逆効果になる場合がある

ご家族の方へ


これからの患者さんの状態とご家族にできること

ここに書かれていることは、今後の患者さんの身体の変化をあらかじめ知り、理解するために有用です。これらの変化はすべて見られるわけではなく、また必ずしも書いてある順序とおりに起こるわけでもありません。大事なのは、これらが自然の流れであり、ご本人にとって苦痛なことではないということです。


患者さんの状態が何かわからないことや、また患者さんが不快や苦痛を感じていると思われるときには電話をしてください。

- 体力が低下したときの徴候 (亡くなる1週間から数日前)**
 - 疲労と眠さの傾向が強くなり、だんだん寝ている時間が長くなります。
 - 夢と現実を行ったり来たりするような状態になることがあります。
 - 話しておきたいことは先送りにせず、今伝えておくようにしましょう。
 - 食欲がさらに低下し、飲食物の量が減っていきます。
 - 食事が摂れなくなっても、口の渇きをいやすために、水、かき氷、アイスクリームを差し上げたり、うがいをとすなどおこなわれます。
 - 脱水になることが苦痛の原因になることはほとんどありません。むしろ患者さんにとってやや水分が少ない状態のほうが苦痛を和らげることが多いです。
 - この時点での点滴によって水分や栄養は延命にはつながらず、むしろ、むくみや息苦しさなどのつらい症状を引き起こすことが多いです。
 - 時間や場所についての混乱がみられ、つづきの合わない話をしたり、時に知っているはずの人の呼びかけに反応がなくなったり、手足を動かさずなど落ち着かなくなることがあります。
 - 脳が眠るような状態になるからです。自然な流れの一つです。
 - どのような話をしようとしているのかわかりにくく、話の途中で、いまいかがりになっていることを伝えようとしていることもあります。
 - 患者さんの言葉をお否定せず、付き合ってお話してください。
 - 患者さん休めるような工夫を看護婦に相談しましょう。
 - 便や尿の失禁がみられることがあります。


◎ 患者さんが休まっているときも、こんなことをあげられます。




手足のマッサージ



好きな音楽を流す



いつものように家族でお話する



唇を水や好きな飲み物で湿らせる

- 亡くなる時が近づいたときの徴候 (亡くなる数日前から数時間前)**
 - 指には指輪がはかばかなくなり、手足がバタバタとせせり大声を発したりすることがあります。
 - 口唇は乾燥し、ネバネバした唾液などが口の周りにたまっており、呼吸をするときにゴゴゴという音がすることがあります。

- 自然な流れです。深く眠っているときは、周りで寝ているほど苦しさは感じません。
 - ベッドの頭を上げたり、唇の向きを変えたり、手に手を当ててやさしくさするのちよいです。
 - 吸引で一時的に喉や唾液をとっても、また同じ状態になることが多いです。また、吸引は苦しさを感じます。

 - 手足が冷たくなり、血色が悪くなってきます。
 - 尿量は減少し、時にはまったく出なくなります。
 - 呼吸は変化しやすくなり、不規則になります。時に咳粉一数十粒止まることもあります。唇や舌を上らせて呼吸をするようになりません。
- 実際に亡くなったときの徴候**
 - 呼吸が止まり、胸や腹部の動きがなくなります。
 - 振り動かしても、大声で叫んでもまったく反応がなくなります。
- 亡くられたとき考えられたときの対処**
 - ① 警察や救急車を呼びださないでください。医師または看護師に連絡してください。
 - ② 色々な連絡は外と断りません。まず亡くられた方が十分お別れをしてください。
 - ③ 体はすぐ硬直したりしないので、保持したり縛ったりしなくても大丈夫です。
 - ④ 横向きや寝た姿勢のときは、上向きの変な姿勢にしてあげてください。
 - ⑤ 医師、訪問看護婦が来ると、医師が死を確認したいします。
 - ⑥ 看護婦は体を探査しききまでお手伝いいたします。どんなお洋服を着せたいなど、ご家族で話し合ってみてください。
 - ⑦ その後の段取りに関しては、各ご家族のお考えに全てお任せいたします。

緩和ケア診療所・いっぴく ☎ XXX-XXXX-XXXX

図2-5 看取りのパンフレット
『緩和ケア普及のための地域プロジェクト』の看取りのパンフレットを参考に作成

	方法	留意点と根拠
7	看取りのパンフレットを家族に説明する	<ul style="list-style-type: none"> ●キーパーソンを中心に、可能なら複数の家族員に同時に説明すると、家族内での意識統一や共助が期待できる ●説明は状況に応じて繰り返し行う
8	お別れの時間を設ける	<ul style="list-style-type: none"> ●患者や家族の希望に応じて家族の時間を尊重する ●遠方の家族への連絡のタイミングをキーパーソンと相談する ●感謝の気持ちの声かけやタッチング、マッサージなど家族が行えることを具体的に提案する

①池永昌之：緩和医療におけるステロイドの役割，臨床外科，57(7)：957-961，2002.

B 口腔ケア

- 目的：患者の口腔内の清潔が保持し，苦痛の軽減を図る
- 適応：死前喘鳴の聴かれる患者
- 必要物品：綿棒，口腔ケア用のスポンジブラシ，必要時（含嗽液，口腔内保湿剤，抗真菌薬，市販のリップクリームなど）

	方法	留意点と根拠
1	全身状態（⇒①）と口腔内を観察する バイタルサイン，意識レベル，表情，呼吸状態，咳嗽，口腔内の痰や分泌物の付着の程度，口臭，口唇，舌，歯肉，頬粘膜，口蓋などの色調・発赤・出血・潰瘍の有無と程度など	①真性死前喘鳴は，死亡前48時間以内にみられることが多い①ため，全身状態に注意する
2	患者と家族に口腔ケアを実施することを説明する	<ul style="list-style-type: none"> ●患者がどのような意識状態でも，必ず声をかけながらケアを行う（⇒②） ②聴覚は最後まで残る感覚といわれており②，声かけは患者と家族に安心感を与える
3	口腔ケアを実施する（⇒③） <患者の意識が低下して含嗽が困難な場合> 1) 綿棒やスポンジブラシを水や含嗽水（イソジンガーゲル [®] など）に浸してから絞る 2) 舌，歯肉，口蓋，頬粘膜などに付着している分泌物などをやさしくていねいに除去する④（⇒④） 3) 主な口腔内の問題に対する薬剤の対応 ・口腔乾燥・口渇：口腔内保湿剤（オーラルバランス [®] など）を塗布する ・口腔カンジダ症：抗真菌薬（フロリード [®] ゲルなど）を塗布する ・口唇の乾燥：市販のリップクリーム，白色ワセリンなどを塗布する④	<ul style="list-style-type: none"> ③口腔内の清潔を保つことで，喘鳴の原因となる誤嚥性肺炎のリスクが減少する③ ●患者の意識がはっきりしていて嚥下が可能な場合は，水や含嗽水を含んでうがいをしてもらう ●患者の意識が低下している場合は，口腔内に水分を含むことや含嗽は実施しない ●口腔ケアの際は，痰や分泌物を誤嚥しないように顔を横に向けて行う④ ④終末期がん患者は，唾液分泌の減少による自浄作用や抗菌作用の低下によって細菌が繁殖しやすくなる。また，粘膜の保護作用も低下する⑤ため，粘膜が傷つきやすくなる ●口腔内の唾液は，適宜拭き取るようにする ●口腔ケアが実施可能で，その意思がある家族の場合は，口腔ケアの方法について説明する ●死の直前の徴候がみられる場合は，口唇を水で湿らせ絞ったガーゼ（綿棒）で拭く程度にする

	方 法	留意点と根拠
4	全身状態を観察する	●全身状態に変化がないか注意する
5	患者と家族に口腔の状態とケアが終了したことを説明する	

- ①恒藤暁：【系統緩和医療学講座 身体症状のマネジメント】気道分泌過多，最新医学社，2013，p.185-188.
- ②嶋中ますみ：死の徴候，濱口恵子・小迫富美恵・坂下智珠子・他編，がん患者の在宅療養サポートブック，日本看護協会出版会，2007，p.277-279.
- ③清水陽一：死前喘鳴を生じた患者とその家族の苦痛を軽減するための治療と看護，がん看護，18(7)：699-702，2013.
- ④松原康美：この時期の口腔ケア，濱口恵子・小迫富美恵・千崎美登子・他編，一般病棟でできる！がん患者の看取りのケア，日本看護協会出版会，2008，p.116-117.
- ⑤安達美樹：身体的ケア—口内炎，恒藤暁・内布敦子編，緩和ケア<系統看護学講座 別巻>，第2版，医学書院，2014，p.185-186.

C エンゼルケア（清拭・陰部洗浄など）

- 目 的：患者本来の姿に近づけることで，患者の尊厳を維持し，家族のグリーフワークを助ける
- 適 応：死亡直後の患者（家族の希望に応じて行う）
- 使用物品：エンゼルケア用品もしくは清拭，陰部洗浄，ドレーン類の抜去や固定を行うための物品

	方 法	留意点と根拠
1	標準予防策に沿って感染予防のため手袋，エプロンなどを装着する	●感染症の有無を確認しておく ●死亡直前に嘔吐，吐血，下血などがあった場合は感染の危険性が高まる（⇒①） ①血液・体液・排泄物に触れる可能性があるときは手袋を装着し，それらが飛び散る可能性があるときは，手袋，プラスチックエプロン，マスク，ゴーグル・防護メガネを着用する①
2	必要物品を準備する	●できる限りディスプレイの物品を用意する
3	環境を整える	●プライバシーに配慮する
4	湯灌の希望や清拭後に着替えさせたい服を家族に確認する	●湯灌は全身をお湯につけるものから，手足を簡易的に拭くものまで様々ある ●家族に精神的な余裕があれば，患者が亡くなる前に，あらかじめどのような服が本人らしいかを話し合ってもらおう場合もある ●経帷子などの伝統的な死装束を希望する場合は，葬儀社に後で着替えさせてもらうことも可能であると伝える
5	家族にケアへの参加希望の有無を確認する	●エンゼルケアは保清のみならず，家族のグリーフケアとしても大切である（⇒②） ②死亡直後は，背中などはまだ暖かいため，子どもであっても一緒に清拭をすることで温もりを感じてもらおうことができ，生きていた患者と亡くなった患者の間のギャップを埋めてくれる場合がある ●メイク，洗髪，清拭，陰部洗浄など，どの程度ケアに参加したいかは家族によって個人差があるため，前もって確認する

	方法	留意点と根拠
6	ルート類を抜去する	<ul style="list-style-type: none"> ●ドレーン類は医師に抜去を依頼し、必要に応じてテープ固定などで体液の流出を防ぐ (➡③) ③腐敗は消化管から生じるため、胃瘻カテーテルの抜去部は密閉する必要がある。抜去部を消毒して必要なら縫合し、防水のフィルムドレッシング材を貼付する② ●テープ類はできるだけ小さくし、肌色など目立たないものを使用するとよい ●ペースメーカーなどの埋め込み式医療器具の抜去は、市区町村など自治体の指示に従う ●医療器具が体内に残る場合は、家族から葬儀社に申し送りをしてもらう
7	必要に応じて貯留している内容物を除去する	<ul style="list-style-type: none"> ●体位変換の際、胃内容物が口から流出する場合がある ●多量に貯留している場合は、導尿、摘便を行う ●鼻腔、咽頭、外耳道、直腸などへの詰め物は行わない対応が増えている(➡④) ④漏液の主な原因は、腐敗が進んでガスや水分が発生し、体腔内圧が高まることであるが、綿詰めでは防止できないことも多い②③
8	皮膚が傷つかないように注意しながら清拭を行う	<ul style="list-style-type: none"> ●沐浴剤や保湿剤を使用すると保湿効果が得られる (➡⑤) ⑤死亡後の皮膚は、細胞への水分補給が停止するため乾燥する。また、脆弱性が高まり、傷が付きやすく、小さな傷でも時間がたつにつれ革皮様化して色素沈着することがある
9	陰部などの洗浄を行う	<ul style="list-style-type: none"> ●死亡直前に失禁がみられる場合も多く、臭いを予防するためにもお湯と石けんを使用し洗浄するのが望ましい ●排泄物の漏出が起こる場合もあるため、パッドやおむつを装着する ●ストーマの場合は洗浄し、新しいストーマ袋に交換する ●自壊創、褥瘡は洗浄後、臭い、滲出液の漏出を防ぐためにパッドなどを当て、テープ固定する
10	家族の希望する服を着せる	<ul style="list-style-type: none"> ●ボタン、ベルト、帯などで締めつけすぎないように注意する
11	冷却する	<ul style="list-style-type: none"> ●通常は葬儀社に依頼する ●死後4時間以内、遅くとも6時間以内にドライアイスや保冷剤を用いて冷却する (➡⑥) ⑥敗血症、高体温、肥満、糖尿病などの栄養過多の場合は腐敗の進行が早まる④

①ICHG研究会編：遺体に携わる人たちのための感染予防対策および遺体の管理，医事出版社，2002，p.12-20.

②佐藤一樹・他著：臨死期のケア，宮下光令編，緩和ケア<ナーシング・グラフィカ成人看護学⑦>，メディカ出版，2013，p.220-222.

③中島優子・他：緩和ケア病棟死亡退院後のエンゼルケアの評価，京都市立看護短期大学紀要，36：23-28，2011.

④伊藤茂：【家族の思いに応える死後のケア 変化を見ずえた対応法】医療現場で知っておきたいご遺体についての知識 変化を知ってケアに活かす，エキスパートナーズ，23(15)：110-118，2007.

D エンゼルケア（洗髪）

- 目的：洗髪することで患者本来の容姿を取り戻す
- 適応：死亡直後の患者（家族の希望に応じて行う）
- 使用物品：洗髪に使用する物品，ドライヤー，タオル類

	方 法	留意点と根拠
1	家族の希望を確認する	●家族の希望に応じてケアに参加してもらう
2	必要物品を準備する	●おむつ、パッド、ペットボトルのお湯を利用した方法が簡易的である ●患者がよく使用していたシャンプーやコンディショナーを利用すると患者本来のにおいに近づき、好まれる
3	環境を整える	●患者の服が濡れないようにおむつ、パッドを複数枚敷く ●必要に応じてケアシート、防水シートを利用する
4	洗髪を行う	●頭皮も傷つきやすくなっているため、注意する
5	ドライヤーをかける	●熱で髪や頭皮を傷めないよう注意する ●顔にドライヤーの風がかかるとより乾燥するため注意する
6	家族と相談しながら髪をセットする	●髪型や分け目など、家族に自然な姿を確認する ●髪は顔の印象を左右するため、洗髪した後のふわっとした髪型は明るい印象となり喜ばれることも多い

E エンゼルメイク

- 目 的：患者本来の表情に近づけることで、患者の尊厳を維持し、家族のグリーフワークを助ける
- 適 応：死亡直後の患者（家族の希望に応じて行う）
- 使用物品：エンゼルメイク用品、もしくは患者や家族の化粧水、乳液、メイク道具など

	方 法	留意点と根拠
1	家族の希望を確認する	●葬儀社による全身をお湯につける湯灌を希望している場合は、メイクが落ちてしまうため、保湿などの簡易的なものにとどめる場合もある ●家族が皆で相談しながらメイクをすることも、グリーフワークとして重要であるため、家族にゆだねる場合もある ●家族だけでゆっくり行いたいと希望する場合もある
2	必要物品を準備する	●施設によっては、エンゼルメイク用品が準備されている場合もあるが、ない場合は患者や家族の道具を使用する
3	環境を整える	●プライバシーに配慮する
4	耳、鼻、目の汚れを除去する 蒸しタオルや綿棒などで汚れを拭き取る	●閉眼しない場合は、ガーゼまたはティッシュペーパーを5mmほどに切って水に湿らせたものを角膜の上に寄せ、上眼瞼を被せるようにして静かに閉眼させる①
5	口腔内の汚れを除去し、希望に応じて義歯を装着させる 口腔ケア用のスポンジブラシなどを使用し、口唇、歯、舌の周囲などの汚れを拭き取る	●痰、嘔吐物などが多量にある場合は、吸引する場合もある ●義歯は、上側を先に入れると装着しやすい(➡①) ①火葬場によっては、義歯をはずす場合もあるため、義歯を装着したことを家族から葬儀社に申し送りしてもらう

	方法	留意点と根拠
6	クレンジング、マッサージを行う クレンジングクリームまたは乳液を手で温めながら顔全体に置き、指で軽くマッサージするように伸ばしていく（⇒②）	②蒸しタオルを顔全体に当て、ホットパックすると皮膚の汚れの除去と同時に保湿効果も期待できる②
7	ひげそりをする	●電気ひげそり（⇒③）は、左右に動かさず、皮膚に垂直に当てる ●③革皮様化③を避けるため、シェービングフォームを塗布し、電気ひげそりを使用するのが望ましい
8	化粧水、乳液を塗る 化粧水は手もしくはコットンを使用し、肌全体に馴染ませる	●乳液は通常利用するよりやや多めに使用する
9	ファンデーション、チーク、アイメイク、口紅をする	●リキッドタイプにチークなどを混ぜ、一般的にやや赤めのファンデーションを塗ると自然になる（⇒④） ●④男性の場合は茶色系に、黄疸の場合は黄色系にする ●チークは頬以外にも目の上、顎、耳朵につけると自然に仕上がる ●アイメイクはアイライン、マスカラなど希望に応じて使用する ●口紅（⇒⑤）は顔の印象を左右するため家族と相談しながら色を決める ●⑤リップクリームやワセリンを混ぜると保湿効果が高まる
10	口を閉じさせる	●枕を高くし、顎の下に硬くロール状に丸めたタオルを2～3枚入れると閉口したまま固定できる（⇒⑥） ●⑥ガーゼや包帯で縛る固定は、浮腫や水疱形成の危険性があるため行わない ●3時間ほどで死後硬直が安定したら、家族にタオルをはずしてもらう

①小林光恵編著：ケアとしての死化粧—エンゼルメイク研究会からの提案，日本看護協会出版会，2004，p.56-67.

②藤本亘史：【最新！がん看護Q&A】緩和ケアQ53，看護技術，56(5)：110-111，2010.

③小林光恵編著：ケアとしての死化粧—エンゼルメイク研究会からの提案，日本看護協会出版会，2004，p.7.

文 献

- 1) 柏木哲夫：ターミナル・ケア，五島雄一郎・他監，老人診療マニュアル<生涯教育シリーズ26>，日本医師会，1991，p.255.
- 2) 恒藤暁：最新緩和医療学，最新医学社，1999，p.19.
- 3) 瀬山留加・石田和子・中島陽子・他：終末期がん患者のせん妄発症に関連したニーズの検討，群馬保健学紀要，28：51-59，2007.
- 4) 前掲書2)，p.20.
- 5) Ventafridda V, Ripamonti C, De Conno F, et al: Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life, *J Palliat Care*, 6(3)：7-11, 1990.
- 6) Lichter I, Hunt E: The last 48 hours of life, *J Palliat Care*, 6(4)：7-15, 1990.
- 7) 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会編：終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン2013年度版，p.86，104.
- 8) 前掲書7)，p.53.
- 9) 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会編：苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン2010年度版，p.16.
- 10) 前掲書9)，p.27.
- 11) 前掲書2)，p.265-268.
- 12) 厚生労働省：人口動態統計年報 主要統計表（最新データ，年次推移），死亡 第5表 死亡の場所別にみた死亡数・構成

- 割合の年次推移。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/dl/s03.pdf> [2014.Oct.10]
- 13) 第9回新たな看護のあり方に関する検討会 議事次第：資料1, 厚生労働省医薬局 監視指導・麻薬対策課 麻薬・覚醒剤行政の概況 2001, 日本のモルヒネ消費量の推移。
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/01/s0120-7a.html> [2014.Oct.10現在]
 - 14) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会編, 鈴木勉・芝崎由美子：ホスピス・緩和ケア白書2012, IX 緩和ケアで使われる薬剤の動向と現状—オピオイド使用量など薬剤に関するデータ, p.85-89。
http://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/hakusyo_2012/2012_9.pdf [2014.Oct.10現在]
 - 15) 厚生労働科学研究費補助金 がん臨床研究事業：がん診療におけるチャイルドサポート (小澤班), 平成23～25年度総合研究報告書, 2014.
 - 16) 白石恵子：【とても大切な人ががんになったときに開く本 知っていますか?子どものこと, 親のこと】親が亡くなる時期が近くなったときに子どもが感じることとその対応, 緩和ケア, 24 (6月増刊号)：37-41, 2014.
 - 17) 山本亮・大谷弘行・松尾直樹・他：看取りの時期が近づいた患者の家族への説明に用いる『看取りのパンフレット』の有用性—多施設研究, *Palliative Care Research*, 7(2)：192-201, 2012.
 - 18) 淀川キリスト教病院ホスピス編, 柏木哲夫・恒藤暁監：死前喘鳴, 緩和ケアマニュアル, 第5版, 最新医学社, 2008, p.137-138.
 - 19) 清水陽一：死前喘鳴を生じた患者とその家族の苦痛を軽減するための治療と看護, *がん看護*, 18(7)：699-702, 2013.
 - 20) 恒藤暁：気道分泌過多, 身体症状のマネジメント<系統緩和医療学講座>, 最新医学社, 2013, p.185-188.
 - 21) 池永昌之：看取りの症状緩和/パス—気道分泌, 緩和医療学, 9(3)：36-42, 2007.
 - 22) 池永昌之：輸液は気道分泌を悪化するか? 輸液の減量は気道分泌を改善するか?, 日本緩和医療学会「終末期における輸液治療に関するガイドライン作成委員会」厚生労働科学研究「第3次がん総合戦略研究事業 QOL向上のための各種患者支援プログラムの開発研究」班編, 終末期癌患者に対する輸液治療のガイドライン, 日本緩和医療学会, 2006, p.28-29.
 - 23) 茅根義和・原真幸・尾立和美：呼吸器症状 喘鳴, 田村恵子編, がんの症状緩和とナーシング, 学研メディカル秀潤社, 2010, p.110-113.
 - 24) 藤本巨史：【最新!がん看護Q&A】緩和ケアQ53, 看護技術, 56(5)：110-111, 2010.
 - 25) 津金澤理恵子：臨死期の喘鳴, 岩崎紀久子・酒井由香・中尾正寿編, 一般病棟でもできる!終末期がん患者の緩和ケア, 第3版, 日本看護協会出版会, 2014, p.183-184.
 - 26) 渡邊裕：終末期の口腔ケアの最新知見, 看護技術, 59(7)：65-68, 2013.
 - 27) 大野友久：がん終末期の口腔ケアの実践, 看護技術, 59(7)：69-73, 2013.
 - 28) 小林光恵：ケアとしてのエンゼルメイク (死化粧), ナーシング・トゥデイ, 19(2)：18-19, 2004.
 - 29) 伊藤茂：【家族の思いに応える死後のケア 変化を見すえた対応法】医療現場で知っておきたいご遺体についての知識 変化を知ってケアに活かす, エキスパートナース, 23(15), 110-118, 2007.